ديناميات الاكتئاب لدى عينة من الأطفال
(دراسة إكلينيكية متعمقة)

د/ محمد أحمد محمود خطاب
أستاذ مساعد بقسم علم نفس
كلية الآداب- جامعة عين شمس

ملخص البحث:

تهدف الدراسة إلى محاولة إلقاء الضوء على ظاهرة الاكتئاب لدى الأطفال من وجهة النظر التحليلية النفسية للوصول للعلة الحقيقية التي تكمن وراء انتشارها، ومعرفة بنائهم النفسي وذلك على عينة من الأطفال ن= (٣) اثنين من الفتيات، وذكر واحد ممن تتراوح أعمارهم من سن ٧ إلى ٩ سنوات، وقد واُسْتُخِدامَ اختبار C.D.I لاكتئاب الأطفال، والمقابلة الإكلينيكية المتعمقة، واختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D واختبار H.T.P، واختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ.

وتوصلت الدراسة إلى ما يأتي:

- اضطراب البناء النفسي للأطفال ممن يعانون من الاكتئاب سواء في إدراك الواقع وطبيعته المضطربة، الاستغراق في التخييلات بوصفها صورة تعويضية بديلة للإشباع، بالإضافة إلى المعاناة من الاكتئاب الحاد، والاضطرابات السيكوسوماتك والاضطرابات السلوكية، واضطراب صورة الذات وصورة الجسم والشعور بالنقص والدونية، واضطراب وسوء عملية التنشئة الاجتماعية، والشعور بالاضطهاد وضعف في النضج وضعف الاتصال بالواقع لكونه محبطًا ومؤلمًا وغير مشبع في ظل وجود بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة.
- المعاناة من قلق الانفصال، وقلق فقدان العلاقة مع الموضوع، وقلق الخصاء، وقلق المستقبل، وقلق الموت، والخوف من العقاب والتلاشي والفناء مع الشعور بالتقييد والعجز والسيطرة من النماذج الوالدية.
- استخدام ميكانيزمات بدائية كالإسقاط، والنكوص، والكبت، والتبرير، والإنكار،

والقمع، وتوهم القدرة المطلقة، والالتهام على المستوى المتخيل، التوحد مع المعتدي، بالإضافة إلى صراعات غير محلولة وتثبيتات على المرحلة الفمية وضعف منظمة الأنا؛ وهو الأمر الذي أدى بدوره إلى وجود أعراض سيكوباثولوجية خطيرة لدى هؤلاء الأطفال.

ديناميات الاكتئاب لدى عينة من الأطفال
(دراسة إكلينيكية متعمقة)

د/ محمد أحمد محمود خطاب
أستاذ مساعد بقسم علم نفس
كلية الآداب- جامعة عين شمس

أولًا: مقدمة الدراسة:

هناك ما يشير إلى أن الناس في الحياة المعاصرة يعانون من الاكتئاب بصورة أكبر مما كان الناس يعانون منه في الماضي، وفي المجتمعات السابقة. كما تبين لنا الدراسات المسحية أنه اضطراب شائع في كل الحضارات الإنسانية لدرجة أنه يحلو لكثير من الأدباء والكتاب أن يصفوا عصرنا هذا بأنه عصر الاكتئاب، فنجد "ويليام شكسبير" على لسان "بولونيوس" يصف لنا "هاملت" عندما صدته ابنته عنها في عبارة شديدة الدلالة لما فيها من تقارب شديد بين المفهومين المعاصر والشيكسبيري للاكتئاب:(*)

"فما صدته عن نفسها –ولنختصر الحكاية– أصابه الآسى، ثم امتنع عن الأكل، ثم حرم النوم، ثم أصيب بالضعف، ثم أبتلى بالخفة، وبهذا التردي والهبوط بلغ درك الجنون الذي يهذي الآن فيه ويبكينا جميعًا عليه".

ومن الجميل أن شكسبير لم يضف على وصفه للاكتئاب مسحه رومانتيكية أو صورة سحرية، بل أنه يصف الأعراض كما يصفها أي عالم معاصر، ويعامله بصفته حالة من الاضطراب التي تحتاج إلى العلاج، فهناك في الولايات المتحدة الأمريكية وحدها أكثر من ٢٠ مليون من الناس يعانون من هذا الاضطراب [عبد الستار إبراهيم، ١٩٨٨: ٣١-٣٢].

(*) ويليام شكسبير، هاملت، الفصل الثاني، المشهد الثاني على لسان بولونيوس.

كما شهدت الحقبة الأخيرة زيادة هائلة في حدوث هذه الحالات في كل أرجاء العالم، فمن واقع الإحصائيات العالمية تبين أن ما لا يقل عن مائة مليون شخص يصابون بالاكتئاب كل عام في مختلف البلدان، حيث ذكرت تقارير لمنظمة الصحة العالمة أن من ٢: ٥% من سكان العالم يعانون من حالة شديدة أو متوسطة من الاكتئاب. أي أن لدينا حوالي ٣٠٠ مليون من البشر في حالة اكتئاب نفسي. ولعل أبلغ تعبير عن هذه الحقيقة هو قول "ميلاني كلاين": "بأن المعاناة التي تسببت للإنسانية من آثار الاكتئاب النفسي تفوق تلك التي نتجت عن بقية الأمراض الأخرى مجتمعة" [لطفي الشربيني، ٢٠١١: ٩].

والأخطر من ذلك وكما يشير [Sartorius, 1993] إلى أن الاكتئاب أخذ يوسع من قاعدته الزمنية، بمعنى أن نسبة الإصابة به بدأت تنتشر الآن في الأعمار الصغرى، وبدأنا نلاحظ في السنوات الأخيرة تعبيرات منتشرة عن وجود ما يسمى باكتئاب الأطفال، وخاصة وأنه وحتى وقت قريب، وكما يؤكد [Angold, 1988] أنه كان هناك اعتقاد شائع بأن الاضطرابات الاكتئابية نادرًا ما تصيب صغار السن، وكان يعتقد أن الأطفال الصغار غير قادرين على معايشة العديد من الخبرات المميزة للاضطرابات الاكتئابية لدى البالغين، كما أن اضطرابات الوجدان لدى المراهقين غالبًا ما كان يساء تفسيره على أنه اهتياج مراهقة إلا أنه في السنوات الأخيرة حدث تغير ملموس في طريقة فهم الاضطرابات المزاجية لدى الأطفال.

ويرى شافر [Shaffer, 1986: 383] أنه في غضون سنوات قليلة تطور الموقف ابتداءً من أن الاضطرابات الاكتئابية لا تصيب الأطفال مرورًا بأن الاكتئاب يصيب الأطفال ولكن في صورة مقنعة Masked وصولاً إلى الموقف الحالي حيث أصبح مفهوم أن الاضطرابات الاكتئابية تصيب الأطفال بصورة مطابقة أو شبيهة بما يحدث للكبار جزءًا من نظامنا التشخيصي القائم.

ومن ثم يؤكد جيمس طولان [James, Toolan, 1962: 404] أن الاكتئاب أصبح يمثل مشكلة عظيمة الأهمية في الطفولة والبلوغ، وأنه ينبغي أن نكف عن التفكير في الطب النفسي للكبار، وأن نألف معرفة المظاهر المختلفة التي يظهر فيها الاكتئاب عند الأطفال. كما يرى أيضًا جون بيرس [John Perce, 1977: 79-82] في مقالته عن

الاضطراب الاكتئابي في الطفولة لدراسة حديثة أُجْرِيَتْ في قسم الطب النفسي لـ(٥٤٦) طفل تتراوح أعمارهم من سنة إلى (١٧) سنة، حيث أظهرت تلك الدراسة أن ٢٣% كان عندهم عرض الاكتئاب، ويضيف "جون بيرس" أيضًا أنه من بين الأطفال الذين يحتاجون إلى المساعدة الطب النفسية (سيكاتريه) يمكن أن نتوقع حدوث اضطراب اكتئابي عند نسبة من ٥: ٢٠% منهم، هو ما يؤكده أيضًا كل من [Masi, et, al, 1998; Albright, 1999] في أن الاكتئاب يعد من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا وشيوعًا بين الأطفال والمراهقين وهو ما أوضحته دراسة [Zarate and Tohen, 1996] والتي تعد من الدراسات الانتشارية في أن نسبة انتشار الاكتئاب بين الأطفال والمراهقين تتراوح من ٢: ٨%.

أما عن الدراسات العربية والتي أجريت لمعرفة مدى انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين بالمدارس وجدت أنها تنتشر بنسبة تتراوح ما بين ١٠: ١٥% [Swadi, 1998; Swadi and Issa, 1998].

بينما في دراسة أخرى وجد أيضًا أن نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال والمراهقين في عينة مجتمعية تصل إلى ١٥% [Khalil, 1998]. أما في الدراسات على عينات إكلينيكية من الأطفال والمراهقين، فإنه وفقًا لدراسة [ممدوح علي أبو ريان، ٢٠٠١] والتي تمت في الإسكندرية وجد أن نسبة الاضطرابات الاكتئابية لدى الأطفال المحولين إلى عيادة طبيب نفسي تصل إلى ١٠% وهو ما أشارت إليه دراسة [Sechneider, et. al, 1989] في أن هناك من الأطفال في سن المدرسة يعانون من اضطرابات انفعالية وهم تحت العلاج.

وخاصة وكما يشير كل من [شارلز شيفر، هوارد ملمان، ١٩٨٩: ١٦٧] في أن الانتحار يحتل الترتيب الثامن من ضمن أسباب وفيات الأولاد في الفئة العمرية من سن (٥) إلى (١٤) سنة، كما أن مفهوم الموت والانتحار عادة ما يستوعبه الأطفال في عمر (٧) أو (٨) سنوات، ومن أجل ذلك وكما أشار كل من [أحمد عبد الخالق، عادل شكري، ٢٠١٠: ٣١] زاد اهتمام علماء النفس المرضي والإكلينيكي بدراسة اكتئاب الطفولة والمراهقة وتحديد أفضل طرق لعلاجه.

ولهذا يعد الاكتئاب من المشكلات العسيرة في الحياة المعاصرة، وإذا ما لحقت هذه المشكلة مرحلتي الطفولة والمراهقة فإن العواقب تكون أسوأ، ولهذا تهتم هذه الدراسة بالإجابة عن سؤال مهم، ألا وهو: لماذا ازدادت نسبة الإصابة بهذه الاضطرابات بدرجات مرتفعة وفي كل المجتمعات، وفي كل الأعمار تقريبًا وخاصة مرحلة الطفولة؟ لأنه وكما تشير بعض البحوث والدراسات؛ مثل: [Loster and Abd-elkhalek, 1998; Adb-elkalek and lester, 2002] أنه من أكثر الحقائق خطورة في اكتئاب الأطفال، أن الاكتئاب الذي يعاني منه الفرد في هذه المرحلة من العمر يمكن أن يعود في مرحلة أخرى تالية، فالارتباط وثيق بين اكتئاب الطفولة واكتئاب الرشد.

ولذا يجب الاهتمام بهذه الفئة العمرية من الأطفال والتي تمثل الثروة البشرية في أي مجتمع، والتي يعد فيه الفرد نفسه ليبدأ العطاء مستقبلًا، ولهذا يجب الحفاظ على هذه الطاقة البشرية والعمل على تنميتها واستثمارها أفضل استثمار ممكن؛ لأن أي عملية تنموية أو استثمارية تتجاهل الإنسان عمومًا والطفل على وجه الخصوص، وتتجه مباشرة إلى استثمار الثروة الطبيعية فهذا يعني أنها مقضي عليها بالفشل، وهذا ما نلاحظه في أن الطفل المكتئب يشقي نفسه ومجتمعه أيضًا، ولذا فإن المجمع نفسه يخسر مرتين الأولى: عندما يخسر هؤلاء الأطفال بوصفهم طاقةً فعالة ومنتجة، والثانية: عندما يتكلف المجتمع علاج هؤلاء الأطفال سواء في مستشفيات أو عيادات خاصة.

ثانيًا: مشكلة الدراسة:

لم يتبلور الاعتراف بوجود الاكتئاب عند الأطفال قبل مرحلة البلوغ إلا في نهاية السبعينيات وما بعدها –من القرن العشرين– وكذلك الأمر بالنسبة لأطفال ما قبل المدرسة، والواقع أن أسباب فشل الاعتراف بوجود اضطرابات انفعالية مهمة بين الأطفال متعددة وكثيرة. ويتمثل أحد هذه العوامل في التأثير الكبير والمبكر بنظرية التحليل النفسي، فقد نظر "فرويد" إلى الاكتئاب على أنه تحول النزعات العدوانية الناجمة عن فقد الشيء إلى الداخل، وقد رفض المنظرون الاعتقاد بأن الأطفال يمتلكون أنا أعلى Super Ego متطورة بما فيه الكفاية أو مفهومًا ثابتًا للذات ليكونوا قادرين على ممارسة هذه العملية، وهو الأمر الذي

يجعلهم يعانون من الاكتئاب حقًا [ليمان، وهيمبري، وكيجين، ١٩٩٨: ٢٥٣].

ولفترة قريبة –كما سبق وتقدم– كان يعتقد أن الاكتئاب اضطراب يصيب البالغين فقط ويرتبط بتقدم العمر، ولكن هناك اتفاق الآن على أن الاكتئاب يمكن أن يصيب الأطفال كما يصيب البالغين، ويمكن أيضًا أن يبدأ في أي سن بما في ذلك الطفولة المبكرة والرضاعة، وعادة ما يظهر الاكتئاب لدى الأطفال في شكل مشاعر متمثلة في الشعور بالحزن والعجز والذنب والإحساس بالدونية، كما يرتبط الاكتئاب لدى الأطفال بكثير من المشاكل والاضطرابات الأخرى؛ مثل: الشكاوى العضوية والغضب وتدني المستوى الأكاديمي، واضطراب التجنب، والقلق العام وقلق الانفصال [محمود حمودة، ١٩٩١: ٢٩٧–٢٩٩؛ عبد الستار إبراهيم وآخرون، ١٩٩٣: ٢٠٩].

وخاصة ما إذا علمنا أن الأطفال والمراهقين يمثلون حوالي نصف سكان مصر ٤٥% ، وبمنتصف عام ٢٠٠١ كان تعداد من هم دون الثامنة عشر في مصر يبلغ ٢٨.٧ مليون نسمة من أصل ٦٩.٥ مليون نسمة هم كل تعداد مصر في ذلك الوقت [اليونيسيف، ٢٠٠٣].

ومن ثم تشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من ٢٠% من الأطفال والمراهقين على مستوى العالم يعانون من مرض نفسي بسبب العجز [منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٤]، وخاصة أن الاكتئاب يُعَدُّ من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعًا وانتشارًا بين الأطفال [Masi, et. at, 1998; Albright, 1999] وتشير التقديرات الحالية إلى أن طفلاً من كل خمسة أطفال يعاني شكلاً من الاكتئاب [National Institute of Mental Health, 1979: 166].

بينما يشير [وليد سرحان وآخرون، ٢٠٠١: ٨٦] أن الاكتئاب يصيب طفل من كل (٥٠) تحت سن الـ١٢ سنة، وأن نسبة الاكتئاب عند الأطفال تكون ٢% بين عمر من ٣: ٥ سنوات [محمد كمال، ٢٠٠٨: ٣٥].

ولذا فإن الدراسات التتبعية تشير إلى أن المآل السيئ للاكتئاب في الطفولة والمراهقة والذي يحمل إمكانية الانتكاس والانتحار وضعف التحصيل الدراسي والخلل الاجتماعي

[Zarate and Tohen, 1996]، وكثيرًا من الأطفال في عمر ٨ إلى ١٢ سنة يهددون بقتل أنفسهم أو إيذائها عندما يكونوا في حالة غضب شديد، إلا أنهم يعتذرون عادة بعد أن ينحسر غضبهم ويقولون بأنهم لم يعنوا ذلك، أما الأطفال الذين يؤذون أنفسهم فهم شديدو النقد لذواتهم، وهي إشارة تحذيرية مبكرة ومهمة، إن سلوك إيذاء الذات بما في ذلك الانتحار هو سلوك شائع نسبيًا وهو في ازدياد [Frederick, Calvin, 1977].

وهو أمر يؤكده كل من [شالز شيفر، هوارد ميلمان، ١٩٨٩: ١٦٧] في أن الانتحار يشكل السبب الثاني للوفاة في الفئة العمرية من ١٥: ١٩ سنة، وأن الانتحار في الفئة العمرية من ٥ إلى ١٤ سنة يشكل السبب الثامن في ترتيب وفيات الأولاد في هذه الفئة، وبالإضافة لما سبق فإن الاكتئاب وكما يشير [Beach, S., 1998: 200] منتشر في جميع الطبقات الاجتماعية، والأجناس، وجماعات الأقلية وهو شامل جدًا لدرجة أنه يُسمى بالبرد العام للأمراض العقلية.

وحقيقة الأمر لا يظهر الاكتئاب عند الأطفال والمراهقين عمومًا كما يظهر عند الكبار، وإنما يأخذ أشكالاً متعددة ومتنوعة في شدتها ومظاهرها، ويتعلق ذلك أساسًا بدرجة الاكتئاب الذي يعانيه الطفل والمراهق، وخاصة بعمقه ومدته الزمنية ومسبباته التي مثلت الأرضية التي أنتجت الاكتئاب، وتركت الفرد منذ طفولته ضحية التخبط في واقع الاكتئاب في المراحل العمرية الأولى وخاصة في سن المدرسة الأولى مقنعًا بكثير من المظاهر التي يمكن أن تفوت علينا إمكانية التوجه والشك بأن هذا الطفل قد يعاني الاكتئاب الذي كثيرًا ما لا يُتعرف عليه. وتتجلى هذه المظاهر بمجموعة من الشكايات تتراوح ما بين الاضطرابات السلوكية والغضب والعدائية وعدم الانصياع للأوامر، ومحاولة خرق النظام والتوصيات في المنزل والمدرسة والتمرد على سلطة الأسرة، وفي مرحلة تالية من عمر الطفل تظهر عليه علامات اضطراب الهوية والحزن والانسحاب الاجتماعي من النشاطات الاجتماعية، وصولاً إلى مجموعة من المظاهر العامة للاكتئاب الشامل والعميق والتي تقارب في كثير من تفاصيلها نموذج الاكتئاب المعروف عند البالغين المتمثل بمتلازمة عريضة من الأعراض المتنوعة للاكتئاب [مصطفى غمراوي، ٢٠٠٨؛ لطفي الشربيني، ٢٠٠١: ٤٧-٤٨؛ Son

.[and Kirchner, 2000

ولقد بينت الدراسات أن خطورة الاكتئاب تتمثل في أنه عندما يحدث في مرحلة مبكرة من العمر، فإنه يستمر ويقاوم من أجل البقاء، ويتكرر في مرحلة الرشد ويكون مصحوبًا بأمراض عضوية شديدة، بل قد يحدث بشكل أكبر عما كان قبل عقود زمنية سابقة، مما يزيد من معاناة الأطفال والمراهقين، والطفل حين يكتئب لا يصاب بالأمراض فقط، بل قد يتسبب هذا في كراهيته للمدرسة، ويصير سلبيًا ويشعر أنه غير مفهوم من قبل الآخرين، وعندما يصل الطفل إلى مرحلة المراهقة يأتي الاكتئاب بعد مرحلة تغيرات كبيرة في الشخصية ويكون مصحوبًا –غالبًا– بالقلق والسلوك المنحرف وتعاطي العقاقير، وغير ذلك من السلوكيات الشاذة.

[Klerman and Weissman, 199; Collishaw, et. Al, 2004; Lehmkuhl, et. al, 2008]

وهو ما يؤكده الطبيب النفسي البريطاني H. Moudzley بعبارته الشهيرة والتي تعبر عن ارتباط مرض الاكتئاب بحالات وأعراض جسدية قد تؤدي إلى حالة مرضية حقيقية حين تتأثر الوظائف الجسدية نتيجة للإصابة بمرض الاكتئاب وتنص هذه العبارة: "أن الحزن الذي لا يجد متنفسًا عن طريق الدموع يتجه إلى أعضاء الجسم الداخلية فيحطمها" [لطفي الشربيني، ٢٠٠١: ١٢١]

وفي معرض الإجابة عن سؤال مرتبط بأهمية الدراسة الحالية، وهو: هل دراسة الاكتئاب مطلب ملح حقًا؟ حيث يذكر ولسين [Wulsin, 1996] أن خطر الاكتئاب في درجاته المرضية لا يقل عن خطر الأمراض الجسمية الشديدة كأمراض الدم والأوعية الدموية والقلب، وأمراض الروماتيزم والسكري، وأمراض الجهاز الهضمي، وتؤكد هذه الحقيقة دراسات أخرى وتؤيد أن الاكتئاب في أي درجة من درجاته يرتبط بالضعف في كل من الوظائف البدنية والاجتماعية معًا [عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٣٥-٣٧].

ولهذا يؤثر الاكتئاب بصورة أكبر في معدل الوفيات المبكرة على اعتبار أنه يعد من عوامل الخطر الكبرى لحدوث الانتحار، وفي أمريكا تسبب الاكتئاب في تحميل ميزانية

الدولة نحو ٤٤ مليار دولار في عام ١٩٩٠م، وهو ما يقارب التكاليف الناتجة عن الأمراض القلبية، وما يقارب ٣٠% من مجمل تكاليف جميع الأمراض العقلية في تلك السنة والبالغة ١٤٨ مليار دولار، ووفقًا لتقرير البنك الدولي يأتي الاكتئاب في المرتبة الخامسة من حيث تسببه للعبء المرضي وذلك في الدول النامية التي شملها الاستقصاء. [روبرت ديجارليه وآخرون، ٢٠٠٤: ٩٤]

وبناءً عليه فقد تحددت مشكلة الدراسة في محاولة لسبر أغوار الاكتئاب لدى الأطفال من خلال فهم الديناميات المسببة له، وهو ما يؤكده [مصطفى زيور، ١٩٨٠: ٧] بقوله: إن مناقشة ديناميات الاكتئاب تستثير مسائل تتخطي حدود الاكتئاب بوصفه مرضًا، وتكاد تلقي الضوء على الكيان الإنساني بأسره في عالمه وعلى قدره المصنوع بصنعه، ويضيف بقوله أيضًا: وإذا ما كان صراع الحب والكراهية قدر الإنسان قد فتح الآفاق أمامنا لإدراك المأساة المحورية في حياة الاكتئاب، فعلينا أن نعي أنه يفتح النوافذ والأبواب لفهم مآسي الإنسان في كل أحوال سوائه ومرضه، ولكن علينا أن نعرف السبيل القويم لهذا الفهم وإلا ضاعت الخطى في متاهات من صنع الإنسان نفسه [المرجع السابق، ١٩٨٠: ٣٣].

فإذا ما كان الاكتئاب مشكلة تحدث في موقف بعينه بين ذات بعينها وآخر بعينه فإن فهم هذا الموقف يتيح لنا جمع قطبي المشكلة وبمعنى آخر: إن فهمًا "جاليليا" للعلاقة بين الأنا والآخر في موقف الاكتئاب يعيننا على الكشف عن طبيعة وديناميات هذا الاكتئاب [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٢٦٦– ٢٦٧].

ولذا فإن مشكلة الدراسة تحاول من خلال التناول الفني للاكتئاب بوصفه ظاهرة عامة تميز الوجود البشري، وظاهرة خاصة تميز بعض الأفراد ذوي الاستعداد للإصابة بالاكتئاب أو مرض الاكتئاب إنما يأتي من خلال التناول الديناميي في صورة كلية تبدأ بالكشف فالمعرفة فالفهم فالتشخيص فالتنبؤ والعلاج تحقيقًا للشفاء، وفي ذلك يقرر [صلاح مخيمر، ١٩٨: ١٨] أن صميم الكائن البشري هو كيان في صيرورة وديناميةبسبيل التطور، يكون من المحتم على العملية التشخيصية ألا تقف عند حدود الـ(هنا) و(الآن) بل يتحتم أن تتبين ضمن حدود الـ(هنا) و(الآن) هذه القوى الدينامية التي ينطوي عليها الفرد وما ترهص به من

إنجازات في المستقبل.

إلا أن أهم ما يمكن الوصول إليه هو كيف يتجسد هذا الاكتئاب في كل حالة على حده دون أن نلجأ لإلصاق بطاقة الاكتئاب على كل المرضى دون أن نكشف عن ديناميات هذا الاكتئاب، هذا ما ستحاول الدراسة الإجابة عنه.

ومن ثم تتحدد مشكلة الدراسة في محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

- ما خصائص النمو النفسي والجنسي لدى الأطفال المكتئبين؟
- ما طبيعة التخييلات والحياة الداخلية للأطفال وعلاقتهم بالموضوع وعلاقة هذا كله بالواقع الخارجي؟
- ما طبيعة البناء النفسي لدى الطفل المكتئب؟
- ما طبيعة الصراع النفسي والسيكودينامي لدى الأطفال المكتئبين؟
- ما طبيعة العمليات أو الميكانيزمات الدفاعلية لمنظمة الأنا؟
- ما طبيعة الدوافع الشعوري واللاشعورية والتي تكمن وراء النزعات الاكتئابية لدى الأطفال؟
- ما طبيعة صورة الجسم والذات لدى الأطفال المكتئبين؟
- ما طبيعة العلاقة بالموضوع؟
- ما طبيعة التفاعلات الأسرية لدى الأطفال المكتئبين؟
- ما أهم المتغيرات النفسية والاجتماعية والبيئية والأسرية لهؤلاء الأطفال ممن يعانوا من الاكتئاب؟
- ما الأعراض الإكلينيكية المميزة للبناء الدينامي للطفل المكتئب؟ بهدف الكشف عن بعض المكونات الدينامية للاكتئاب لدى الأطفال والتي تستند على أسس نظرية التحليل النفسي؟

ثالثًا: أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى محاولة إلقاء الضوء على ظاهرة الاكتئاب لدى الأطفال وذلك من وجهة النظر التحليلية النفسية للوصول للعلة الحقيقية التي تكمن وراء انتشارها

وبشكل متزايد وخاصة في السنوات الخيرة من القرن الواحد والعشرين وذلك من خلال ما يأتي:

١- الكشف عن أهم الديناميات المسببة للاكتئاب لدى الأطفال.
٢- معرفة البناء النفسي للأطفال ممن يعانون من الاكتئاب.
٣- رصد أهم الأعراض والعلامات المرضية الأكثر انتشارًا لدى الأطفال المكتئبين.
٤- تحديد أهم العناصر التي ينبغي التركيز عليها عند تصميم البرامج الإرشادية والعلاجية والتي تهدف إلى تقليل أو إزالة أعراض الاكتئاب لدى الأطفال.

رابعًا: أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة الحالية في أن الاكتئاب يعد ظاهرة خطيرة تهدد وجود الإنسان، ولهذا كان من الضروري التصدي لهذه الظاهرة بالدراسة والفهم والتحليل لأبعادها وجوانبها والوقوف على أهم الأسباب الكامنة وراءها، الأمر الذي يؤدي إلى إثراء التراث النظري للاكتئاب لدى الأطفال، وذلك من وجهة النظر الدينامية وخاصة أن موضوع الاكتئاب لدى الأطفال من المنظور التحليلي يُعَدُّ من الموضوعات الحديثة والتي لم تحظ بالاهتمام الكافي من الدراسات سواء على المستويين المحلي أو العالمي.

كما أن ظاهرة الاكتئاب ليست ظاهرة محلية بمعنى أنها ليست قاصرة على المجتمع المصري فحسب، إنما هي ظاهرة عالمية، وهنا تبرز أهمية قيام المشتغلين بالعلوم الإنسانية بدراسة هذه الظاهرة العالمية من مختلف الاتجاهات، وهو ما تؤكده إحصائيات هيئة الصحة العالمية ١٩٨٨م، بأن نسبة الاكتئاب في العالم حوالي ٥% وأنه يوجد حوالي ثلاثمائة مليون مكتئب في عالمنا المعاصر، وإذا كان تعداد العالم ستة آلاف مليون نسمة، ويحتمل عام ٢٠١٠م أن تصل النسبة إلى أربعمائة مليون ولذا يعاني أكثر من اثنتي عشر مليون فرد في عالمنا العربي من الاضطرابات المزاجية والاكتئاب [أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٥٢]

والذي يزيد من المشكلة تعقيدًا ويعمقها أكثر هي أن الغالبية العظمى من الحالات لا يلجأون إلى العلاج الطبي أو النفسي رغم معاناتهم من الكآبة بل يعمد بعضهم إلى إنكار حالته، ويفضل بعضهم الآخر ألا يبوح لأحد بما يشعر به، وتبين أن من ٨٠: ٨٥% من

حالات الاكتئاب لا تذهب للعلاج وهو ما يعمق من حدة المشكلة لدى الأطفال وأسرهم ومجتمعهم [لطفي الشربيني، ٢٠١١: ١٦-١٧].

ولذا فإذا لم يعن المجتمع برعايتهم فإن المجتمع نفسه يسخر مرتين:

الأولى: عندما يخسر هؤلاء الأطفال- مستقبلًا- بوصفهم أفراد فاشلين غير متوافقين يعيشون عالمه عليه.

الثانية: عندما يدفع المجتمع ثمن إهماله لهم من حالات بؤس وشقاء في حياة أسرهم، أو يدفع مساعدات دائمة لهم ولأسرهم، أو عندما يتحمل المجتمع نتائج انحراف فئة منهم نتيجة لعدم الاعتناء بهم نفسيًا واجتماعيًا أو توجيههم التوجيه الصحيح في الوقت المناسب.

ومن ثم تكمن أهمية الدراسة الحالية أيضًا في الجانب الوقائي، متمثلاً في دراسة تطور الاكتئاب لدى الأطفال ومعرفة العوامل الكامنة وراء هذا التطور حتى يكون التخطيط وإعداد برامج وقائية وعلاجية للاكتئاب وهو ما يتيح إنقاذ الطفل من المتاعب النفسية التي قد يتعرض لها مستقبلاً حيث إن اكتئاب الطفولة يؤثر في جميع المراحل المقبلة من حياة الطفل، خاصة إذا ما علمنا أن بعض الاضطرابات النفسية لدى الكبار ما هي إلا استمرار لاضطرابات بدأت في الطفولة -والتي من أخطرها على الإطلاق اضطراب الاكتئاب- ولكنها لم تعالج.

خامسًا: مصطلحات الدراسة:

أ) الاكتئاب لدى الأطفال:

تمهيد:

يرجع عدم اعتراف بعض الباحثين بالاكتئاب الذي يواجهه الأطفال إلى الاعتماد على معيار الوصف اللفظي الذي يقوم به المريض فقط في معرفة الاكتئاب، فإذا ما كان الأطفال كما يقول ليبامان [Lippaman, 1962: 135]: يعانون من الاكتئاب العصابي أكثر مما يعتقدون فيه، وأن الطفل على عكس الراشد عادة ما يكون نشيطًا وقادرًا على الاحتفاظ بالميل في نشاطاته حتى عندما يكون اكتئابيًا فلا ينبغي الاعتماد على معيار الوصف

اللفظي أو المظهر الخارجي فقط في دراسة الاكتئاب عند الأطفال.

وهو ما يؤكده جيمس طولان [James Toolan, 1962: 404] بقوله: إن الاكتئاب يمثل مشكلة عظيمة الأهمية سواء في الطفولة أو في البلوغ، وأنه ينبغي أن نكف عن التفكير في الاكتئاب من وجهة الطب النفسي للكبار، وأن نألف معرفة المظاهر المختلفة التي يظهر فيها الاكتئاب عند الأفراد الصغار.

ومن ثم فإن جون بيرس [John Pearce, 1977: 79-82] يرى أن الاضطراب الاكتئابي يمكن تعريفه ويمكن توقع حدوثه عند نسبة من ١٠: ٢٠% من الأطفال الموجودين بعيادات الطب النفسي، وفي دراسة له عن الاضطراب الاكتئابي في الطفولة وعلى عينة مكونة من (٥٤٦) طفل تتراوح أعماره من سن ١: ٧ سنوات أظهرت تلك الدراسة أن ٢٣% منهم يعانون من الاكتئاب وأن نسبة ٣٠% منهم تقريبًا كانت لديهم أفكار انتحارية واضحة.

بينما أوضح كل من سترين وماكينو [Cytryn and Mcknew, 1972] في دراسة لهما عن تصنيف الاكتئاب عند الأطفال أن الاكتئاب قد يكون منتشرًا ولكنه لا يعبر عن نفسه في صورة واضحة ومعروفة وإنما يظهر بوصفه استجابة اكتئابية مقنعة، ويصاب الأطفال بزملة تظهر في صورة اضطرابات انفعالية متنوعة من بينها النشاط الزائد والسلوك العدواني والاضطرابات السيكوسوماتك، وتوهم المرض والجناح، ويقررون انه في مثل هذه الحالات يظهر الاكتئاب الأساسي من الانتشار الوقتي للوحة الاكتئابية النقية، ومن خلال الموضوعات الاكتئابية على الاختبارات الإسقاطية مثل: الروشاخ، واختبار T.A.T، ورسم الأشكال ومادة التخييل.

ومن هنا فإن فيليب إيرفنج [Philipe Irving, 1979] يشير إلى أن اكتئاب الطفولة ما هو إلا اضطراب واضح يؤثر في النمو ويتداخل مع إمكانية التحقق الخصب للإمكانية الفطرية، كما يرى أيضًا أن الأعراض ترتبط بمستوى النمو ويجد أن أعراض الاكتئاب عند الأطفال من سن ٦: ١٢ سنة تأخذ صورة الاستجابة الاكتئابية عند الكبار، والتي لخصها في خمسة جوانب وهي:

١- رفض المدرسة. ٢- أعراض سيكوفسيولوجية.

٣- العدوانية. ٤- مشكلات التعلم.

٥- زيادة النشاط.

وهو ما أكدته أيضًا دراسة [Cytryn and Macknew, 1972] في أن الاكتئاب لدى الأطفال في فترة الكمون تقدم زملة اكتئابية محددة بوضوح وتشمل تلك الزملة على الوجدان الحزين والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الأمل والعجز، والتأخر النفسي الحركي، والقلق والفشل الدراسي والاجتماعي، واضطرابات النوم والطعام، بالإضافة إلى أفكار التهديد بالانتحار، بالرغم من ندرتها، وتصنف هذه الدراسة الأطفال المصابين بهذا الاضطراب إلى:

أ) المصابين بالاستجابات الاكتئابية الحادة.

ب) المصابين بالاستجابات الاكتئابية المزمنة.

ولذا يمثل تعريف الاكتئاب صعوبة كبيرة وخاصة أن مصطلح الاكتئاب له معانٍ كثيرة، ومتعددة فالاستخدام المهني لمصطلح اكتئاب له مستويات مرجعية عديدة منها عرض Symptom، وزملة أعراض Syndrome، واضطراب تصنيفي Nosological Disorder.

فالاكتئاب يمكن أن يكون عرضًا مثل الحزن، وكزملة أعراض حيث يكون الاكتئاب مجموعة من علامات أو أعراض تتجمع معًا؛ مثل: الحزن، والمفهوم السلبي للذات، واضطرابات النوم والشهية، وزملة أعراض الاكتئاب هي نفسها اختلال نفسي ولكنها قد توجد كذلك بشكل ثانوي في اضطرابات تشخيصية أخرى، والاكتئاب كاضطراب تصنيفي يعني أن وحدة تصنيفية منفصلة سوف تثبت في النهاية أن متميزة من ناحية الأسباب المرضية وسير الحالة والتنبؤ بها والاستجابة للعلاج عن وحدات منفصلة [Ingram, 1994: 113].

إضافة إلى ذلك فإن مصطلح الاكتئاب كما يشير [Roeckelein, 1998: 138] يأخذ أنظمة ثنائية Dualistic Systems مثل:

١- التفاعلي مقابل الاستقلالي Reactive Versus Autonomous.

٢- العصابي مقابل الذهاني Neurotic Versus Psychotic.

٣- أولي مقابل ثانوي Primary Versus Secondary.

٤- أحادي القطبية مقابل ثنائي القطبية Unipolar Versus Bipolar.

٥- مبرر مقابل بدني Justified Versus Somatic.

٦- خارجي مقابل داخلي Exogenous Versus Endogenous.

ب) ماهية اكتئاب الأطفال (تطور المفهوم):

حتى وقت قريب كان هناك اعتقاد شائع بأن الاضطراب الاكتئابية نادرًا ما تصيب صغار السن، وكان يعتقد أن الأطفال الصغار غير قادرين على معايشة العديد من الخبرات المميزة للاضطرابات الاكتئابية لدى البالغين، إلا أنه في السنوات الأخيرة حدث تغير ملموس في طريقة فهم الاضطرابات المزاجية لدى الأطفال [Angold, 1988].

ويرى شافير [Shaffer, 1986] أنه في غضون سنوات قليلة تطور الموقف ابتداءً من أن الاضطرابات الاكتئابية لا تصيب الأطفال، مرورًا بأن الاكتئاب يصيب الأطفال ولكن في صورة مقنعة Masked وصولاً إلى الموقف الحالي حيث أصبح مفهوم أن الاضطرابات الاكتئابية تصيب الأطفال بصورة مطابقة أو شبيهة بما يحدث للكبار، ومن أهم المفاهيم الأولية لاكتئاب الأطفال والتطورات التي طرأت على هذه المفاهيم ما يأتي:

الاكتئاب الكفلي **Anaclitic Depression**:

في عام ١٩٤٦ وصف كل من "سبيتز، وولف" [Spitz and Wolf] أطفالاً رضعًا مقيمين في المستشفى، تظهر عليهم زملة الأعراض الآتية: الانسحاب، وفقدان الوزن، والأرق، والبكاء، مع تأخر في نموهم، وقد تدهورت صحة بعض هؤلاء الأطفال حتى وصلت إلى السبات أو الغيبوبة Stupor والموت.

وسك "سبيتز، وولف" مصطلح الاكتئاب الناتج عن انفصال الأطفال عن أمهاتهم أي: اكتئاب غياب الأم (الكفلي) Anaclitic Depression، لوصف هذه الأعراض، وافترض "سبيتز" أن الاكتئاب لدى الأطفال المودعين في المستشفى أو المؤسسة، ناتج عن انفصالهم عن أمهاتهم، خلال مدة طولها ثلاثة أشهر على الأقل، وأن هذا النوع من الاكتئاب يحدث عندما يكون عمر الطفل ما بين ستة وثمانية أشهر [Dolgan, 1990].

وهو ما أكدته أيضًا الدراسة التي قدمها هارمون وزملاؤه [Harmon et., al] حيث

لاحظوا أن طفلاً أودع الحضانة في سن (٨) أيام، تعرض في عمر (٨ أشهر لنوبة اكتئاب كفلي واستمرت إلى سن (١٧) شهرًا وقد ترددت هذه النوبة عليه ثلاث مرات كانت كلها مرتبطة بالانفصال عن موضوع الارتباط الأساسي أو فقدان موضوع الحب، وهو الأمر الذي أدى بالعديد من الباحثين إلى اعتبار الاكتئاب الكفلي مثالاً للاضطرابات الاكتئابية وإلى اعتبار الحرمان– الفقد Deprivation مسببًا أساسيًا من مسببات الاضطرابات الاكتئابية لدى الصغار. [Harrington, 1993; Kashani and McNoul, 1996].

وقد أثبت "سبيتز" المظاهر الآتية لهذا الاكتئاب:

١- الخشية أو الخوف من شر مرتقب، والحزن والبكاء.
٢- نقص في العلاقة مع الآخرين، ورفض البيئة.
٣- تأخر النمو، وتأخر ردود الأفعال للمنبهات، وبطء الحركة، والاغتمام وذهول أو خدر.
٤- فقد الشهية، ورفض الطعام، وفقد الوزن.
٥- الأرق.
٦- تعبيرات الوجه المكتئبة. [Angold, 1988]

إلا أن بحث "سبيتز" قد تعرض للعديد من الانتقادات المنهجية منذ وقت مبكر. ففي عام ١٩٥٥ يقرر "بينو" Pinneau أن قياسات وأدوات "سبيتز" كانت في حاجة ماسة إلى الدقة، وأن خطته في البحث لم تراع بالقدر الكافي العوامل الأخرى (الثانوية) والتي قد تكون ذات تأثير في الحالة؛ مثل: الفقر، وانخفاض مستوى الرعاية، أو المرض البدني، وكانت بحوث "بولبي" Bowlby عام ١٩٦٠ من بين أكثر المداخل المؤثر في هذا الإطار، وقد نتج عنها جدال مستفيض عن العلاقات بين الالتصاق والانفصال والاكتئاب، كما ربط "بولبي" بين ما وصفه "سبيتز" وبين متتابعة: الاحتجاج، واليأس والانعزال الناتج عن انفصال الطفل عن أمة واستخدام "بولبي" مصطلح الحداد Mourning وليس الاكتئاب. [Birmaher, et. Al, 1996]

ويرى هارينجتون [Harington, 1993] أنه بالرغم من الملاحظات والانتقادات التي

أثارها بحث "سبيتز" فإن هناك عدة نقاط مهمة يمكن إجمالها فيما يأتي:

١- أنه من غير المتفق عليه ما إذا كان ما وصفه "سبيتز" يعد نوعًا من اكتئاب البالغين أو مكافئًا له.

٢- أن ردود الفعل الوجدانية المرتبطة باحتجاز الصغار بالمستشفيات سريعًا ما تزول بعودة الأمهات بينما يعد الاكتئاب الجسيم لدى البالغين مشكلة متكررة.

٣- رُصدَت هذه الأعراض في الفترة العمرة من (٦) أشهر إلى (٤) سنوات وأنها تقل بشكل واضح بعد هذا السن.

ويخلص "هارينجتون" في مراجعته إلى أن هذه الحالة الوجدانية التي يمر بها الأطفال لا تمثل نفس نوع الاكتئاب الذي يصب البالغين.

الاكتئاب المقنع (المستتر) **Masked Depression**:

في الستينيات من القرن العشرين ساد الاعتقاد بعدم إمكانية وجود الاكتئاب لدى الصغار كما في البالغين، وناصر هذا الاتجاه عدد من المحللين النفسيين مثل روكين Rochin, 1959، راي Rie, 1966، وماهلر Mahler وخاصة أن الأطفال –من وجهة نظرهم– لا يملكون أنا أعلى ناضجًا بما يكفي لتوجيه العدوان إلى الداخل (الذات)، هذا من جانب، ومن جانب آخر أن بناء الشخصية لدى الأطفال يكون غير ناضج إلى حد بعيد [Cytryn and Mcknew, 1987].

ونظرًا لأن الأطفال في هذه المرحلة من ٦: ١٠ سنوات يمكنهم أن يعايشوا خبرات اكتئابية مثلما لدى الكبار، ولكن قدرتهم على التعبير عن هذه المشاعر والأفكار تكون قاصرة فإنهم يعبرون عنها بطريقة مختلفة، ومن هنا أنشأ "جلاسر" Glaser في عام ١٩٦٧ مفهوم الاكتئاب المقنع أو المستتر Masked Depression والذي افترض أن المخاوف والجنوح والأعراض الجسمانية من أعراضه المميزة، وقد ترتب على هذا النظر إلى بعض الأعراض الأخرى على أنها مكافئات اكتئابية مثل أعراض: الانسحاب الاجتماعي، والعدوانية، والبوال الليلي [Glaser, 1981]. وقد استتبع ذلك في العام ١٩٦٨ بمحاولة "فرومر" Frommer تقسيم الاكتئاب لدى الأطفال إلى ثلاث مجموعات كما يأتي:

١) **الاكتئاب غير المضاعف Uncomplicated Pure Depression:**

وتميزت هذه المجموعة بأعراض سرعة الاستثارة، والبكاء، وصعوبات النوم، والأفكار والمحاولات الانتحارية، كما أن هذه المجموعة تميزت بشيوع الشكوى من الشعور بالحزن والاكتئاب كشكوى تلقائية.

٢) **الاكتئاب البولي- المصحوب ببول ليلي Encuretic Depression:**

واتصفت هذه المجموعة بوجود انسحاب اجتماعي واضح، وصعوبات حقيقية في الإنجاز الدراسي، وسلوك ضد اجتماعي ويصاحب ذلك بول ليلي، وكان عدد كبير من هؤلاء الأطفال ينتمون إلى أسر تتسم بالتشاحن الأسري ورفض الأطفال.

٣) **الاكتئاب الخوفي Phobic Depression:**

واتسم هؤلاء الأطفال بقلق واضح، وأعراض جسمانية، بالإضافة إلى بعض الأعراض الاكتئابية [Birmaher, et., al, 1996].

وفي عام ١٩٧٢ قسم كل من ستيرن وماك نيو Cytryn and Macknew الاكتئاب في الأطفال إلى:

أ) **اكتئاب مقنع:** حيث يمكن تشخيصه اعتمادًا على تعبيرات الوجه، ومحتوى التخيلات وزيادة النشاط الحركي، والعدوانية، ورفض المدرسة، والأعراض الجسمانية، وأنه غالبًا ما يكون مصحوبًا بتاريخ مرض نفسي للأسرة.

ب) **اكتئاب نمطي:** مثلما يحدث للبالغين حيث تميز بوجود أعراض اكتئابية؛ مثل: فقدان الأمل، وتأخر نفسحركي، وصعوبات في النوم، واضطراب الشهية، وانعزال اجتماعي.

وقد قدما نموذجًا لتقسيم هؤلاء المكتئبين إلى ذوي:

- **اكتئاب حاد:** يتميز بعدم وجود تاريخ سابق لصعوبات تأقلم أو اضطرابات أسرية.
- **اكتئاب مزمن:** عادة ما يكون مسبوقًا بصعوبات تأقلم لدى الأطفال، وعادة ما ينتمون إلى أسر مضطربة.

وقد قام ستيرن وآخرون بمراجعة دراساتهم لاحقًا في ضوء دليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الثالث DSM III ووجدوا أن (١١) من بين (١٢) طفلاً تشخيص حالتهم اكتئاب نمطي حاد بما يتطابق مع المواصفات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الجسيم، بينما تم ذلك التطابق مع (٤) فقط من بين (١٣) طفلاً كان قد شُخِّصُ على أنهم ذوي اكتئاب مقنع [Cytryn and Macknew, 1987].

ومنذ منتصف السبعينيات من القرن العشرين تحددت محكات تشخيصية دقيقة ووضعت موضع التنفيذ، وأدى ذلك إلى تقبل محكات الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث الصادر عن الرابطة الأمريكية للطب النفسي عام ١٩٨٠، وقد نتج عن تطبيق محكات هذا الدليل التوصل إلى تحديد معدلات انتشار الاكتئاب لدى الأطفال [Angold, 1988] واستمر وجود هذه المحكات في الدليل الثالث المعدل عام ١٩٨٧، والدليل الرابع عام ١٩٩٤، والرابع المعدل عام ٢٠٠٠، والدليل الخامس عام ٢٠١٣، ونتيجة لذلك فقد طورت طرق قياس وتقدير متعددة لتحديد اكتئاب الطفولة والمراهقة وفحوص المؤشرات البيولوجية له، ومن ثم أُعَتُرِفَ بالاكتئاب بوصفه قابلاً للتحديد والتعريف في الطفولة والمراهقة أي: أن الاكتئاب ليس مستترًا أو مختفيًا، ولا يعبر عنه بمشكلات أو أعراض أخرى، أو يستحيل قياسه [Alessi, 1987].

وأصبح الاعتقاد السائد في الوقت الراهن أن اكتئاب الطفولة موجود فعلاً في شكل مشابه لما يوجد عند الكبار بناءً على دراسات عملية متعددة، وأيضًا بناءً على أدوات قياس ثابتة، وجدت أن عددًا كبيرًا من الأطفال يحققون محكات الاكتئاب التي تستخدم مع الكبار [Frick, et., al., 1993]، والتي من أهمها الملامح الأساسية للمزاج الحزين Dysphoric، أو افتقاد الاستمتاع Anhedonia للفترة الاكتئابية الأساسية، والتي تبين أنها تتشابه عند كل من: الرضع، والأطفال، والمراهقين، والراشدين، على الرغم من أن الملامح المرتبطة بالاضطراب يمكن أن تختلف بوصفها دالة للعمر [Rehm, et., al, 1987].

ج) مفهوم الاكتئاب **Depression** من الناحية اللغوية:

حيث يعرف الاكتئاب لغويًا كما يأتي: يقال كئب بمعنى تغيرت نفسه وانكسرت من شدة الهم والحزن [عبد المنعم الحفني، ١٩٩٥: ٢٠٤].

وفي اللغة العربية وكما يشير [مصطفى زيور، ١٩٨٠: ١٢]: وَجَدَ وَجْدًا "حزن"، ووجد عليه موجده "غضب". ووجد بها وجدا أحبها. في هذه التعبيرات تجد حدسًا عميقًا في عبقرية اللغة العربية، يشير بوضوح إلى تلازم مختلف العواطف وانبثاقها في قلب الوجود، فالوجود الذي يلزم عنه العدم، قرين الوجدان، إذ لا وجود بغير الوجدان، ولكن الوجدان قد يكون غضبًا مدمرًا منتهيًا في العدم.

إن قلب الإنسان تسكنه قوتان متناقضتان، لكل منهما طاقة تكاد تساوي الأخرى، تتنافسان في اتجاهين متعارضين، ومع ذلك فإن هاتين القوتين تتداخلان الواحدة في الأخرى، أو قد تحل الواحدة محل الأخرى بل يبدو أن التداخل سمة أساسية في حياة الإنسان تبهظ كاهله، وهي التي يطلق عليها في التحليل النفسي "ثنائية الوجدان" Ambivalence.

وهكذا نجد الإنسان مدفوعًا بحاجة ملحة إلى الحب والخلق والتشييد، ونجده في الوقت نفسه وأحيانًا بالإلحاح نفسه مشدودًا إلى الكراهية والتدمير، أي أنه موجب وسالب معًا، وإذا وجهنا النظر إلى الكراهية في صورتها الفجة المدمرة، وجدنا الإنسان الكاره محطمًا لغيره، وفي ظروف بعينها محطمًا لنفسه، إذ لم يسعفه الحب فيسانده في تلطيف حدة الكراهية، في هذه الظروف يتخلق الاكتئاب في صوره المتدرجة من الاكتئاب العصابي الطفيف إلى الاكتئاب الميلانخولي الذهاني الذي قد ينتهي بالإنسان في الانتحار.

ومن التعريفات القاموسية (المعجمية) للاكتئاب:

يعرف ولمان [Wolman, 1973: 94] الاكتئاب بأنه: "مشاعر من قلة الحيلة، وفقدان الأمل، وعدم الكفاءة والحزن، بالإضافة إلى أن هذه الأعراض قد تشترك مع اضطرابات أخرى كما أنها قد تحدث للشخص الطبيعي.

أما [وليم الخولي، ١٩٧٦: ١٣٧] فيعرف الاكتئاب كما يأتي:

"وتعني كلمة الاكتئاب عند الشخص العادي غالبًا الإحساس بالحزن وسوء المزاج،

ولكن حالات الاكتئاب في الطب العقلي قد تتضمن نواحي متعددة: وجدانية وذهنية وسلوكية، وجسمية، بالإضافة إلى الإحساس بالحزن والآسى؛ مثل: التوتر، والقلق وتوقع حدوث الكوارث والشعور بالندم والإحساس بالذنب، والأرق وفقدان الشهية، واضطراب الجهاز العصبي الأتونومي، واختلال الهضم والعجز الجنسي، والإحساس بالتعب والإنهاك، أو مثل هبوط الذهن والحركة وبطئهما، بالإضافة إلى بعض الأعراض الذهانية الأخرى كالخيالات والهذاءات وتوهم الأمراض والميل للانتحار".

قد تم بالشخص السوي في حياته اليومية ظروف تؤدي إلى خبرات اكتئابية فيوصف المرء بأنه منقبض أو مغموم Dejected أو حزين Sod أو كسير النفس Low-Spirited أو Down Cast أو نحو ذلك من الصفات.

ولكن يحسن الاحتفاظ بكلمة الاكتئاب للحالات المرضية التي قد تتعدى الحزن وتتضمن نواحي ذهانية Psychotic أخرى كما سبق في أعلاه.

وترد كلمة Melancholy في بعض الكتابات النفسية –ولاسيما القديمة منها– كمرادف للاكتئاب، ولكن يغلب قصر استخدام ذلك اللفظ الآن على المزاج السوداوي Melancholic Temperment وعلى ذهان السوداء الانتكاسية Involutional Melancholia وإذا نظرنا إلى المرحة والاكتئاب كظاهرتين وجدانيتين عاديتين، لاعتبرنا – بوجه عام– أن المرح Elation هو الانفعال المصاحب لتحقيق هدف أو إشباع رغبة، وأن الاكتئاب على العكس هو الانفعال المصاحب للإخفاق في تحقيق هدف أو الفشل في إشباع رغبة جاهدت النفس في بلوغها.

والواقع أن الفشل إذا كان حاسمًا ونهائيًا كان إحساس المرء خليطًا من الحزن (أو الاكتئاب) واليأس وتوقف مظاهر السعي، الذي يتجلى في شيء من الركود والتخلف وبطء التفكير والحركة. أما إذا كان الفشل غير نهائي، وظلت النفس تتطلع إلى بلوغ الهدف برغم الإخفاق كان الاكتئاب مصحوبًا بشيء من التوتر والقلق والخوف من فشل جديد، وهكذا نجد حالات اكتئاب مصحوبة ببطء وتخلف Depression with Retardation وحالات اكتئاب مع قلق واضطراب Depression anxious depression or depression

.with agitation

وثمة حالات لا يكون فيها الهدف أو الرغبة أو الخوف من الفشل وتوقع الخيبة، أو التهديد بالكوارث عقب تحقيق رغبة محرمة، في حيز الشعور بل تكون في أغوار اللاشعور لا يدري المرء من أمرها شيئًا، ومع ذلك فهو يحس بما تؤدي إليه العوامل غير الشعورية من شعور بالاكتئاب أو القلق أو توبيخ الضمير أو توقع العقاب والموت.

في حين يعرف [أ.ف. بتروفسكي، م. ج. ياروشفسكي، ١٩٩٦: ٧٢] الاكتئاب كما يأتي:

"حالة انفعالية تتسم بالاعتمادة وتتميز بمواقف انفعالية سلبية وتغير في مجال الدوافع والانطباعات المعرفية وبالسلوك السلبي عمومًا ويمر الشخص المصاب بالاكتئاب بانفعالات مؤلمة وحزن عميق [السوداوية] وقلق ويأس. وتقل الحوافز والدوافع والنشاط الإرادي إلى حد كبير، وتتميز حالة الاكتئاب بلوم النفس على حدوث كوارث متعددة في حياة الشخص ذاته أو لأقرابه، ويصاحب شعور المرء بالذنب للأحداث السابقة وإدراكه لعجزه على التعامل مع الواقع؛ فقد الثقة في المستقبل. وفي الاكتئاب يهبط تقييم الفرد لنفسه إلى درجة شديدة التدني ويصبح إحساسه بالزمن غير واقعي، إذ يمر الوقت بالنسبة له في أقصى درجة من البطء، ويتسم السلوك في حالة الاكتئاب بالبطء الشامل والافتقار إلى المبادرة وبالإحساس بالتعب مما يؤدي إلى هبوط حاد في عمليات الإنتاج، ويمكن حدوث الانتحار في حالات الاكتئاب العنيفة، وهناك حالات اكتئاب وظيفية تحدث لدى الأصحاء، داخل حدود الأداء العقلي المعتاد، وحالات اكتئاب مرضي، وهي تعد إحدى الظواهر الأساسية للطب النفسي".

ويفرق [فرج طه، ١٩٩٣: ١١٠– ١٣١] بين كل من الاكتئاب، والاكتئاب العصابي، والاكتئاب الذهاني، والاكئتاب التفاعلي، كما يأتي:

اكتئاب عصابي **Neurotic Depression**:

الاكتئاب العصابي يطلق عليه أحيانًا الاستجابة الاكتئابية Depressive Reaction وتسيطر على مريض الاكتئاب العصابي حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الدنيا والرغبة في التخلص من الحياة، مع هبوط النشاط ونقص الحماس

للعمل والإنتاج، ويصاحب كل ذلك أرق واضطراب في نوم المريض.

والاكتئاب العصابي يصب الفرد بعد فقده لشخص أو شيء عزيز أو تعرضه لموقف يستدعي الحزن، إلا أن الحزن الناتج لا يزول أو تخف حدته بمرور الوقت، كما يحدث للأشخاص الأسوياء، لكن يظل في شدته مع مرور الزمن، بل قد يتزايد والاكتئاب العصابي لا تصاحبه هذاءات أو هلاوس.

اكتئاب ذهاني **Psychotic Depression:**

اكتئاب مصحوب بأعراض ذهانية كالهذاءات والهلاوس وعدم الاستبصار والهياج والإحساس بالعظمة والاضطهاد.

اكتئاب تفاعلي **Reactive Depression:**

أعراض الحالة الاكتئابية من حزن شديد ويأس وخلافهما يستجيب بها الفرد لظرف بيئي يدعوه للاكتئاب، وكأن الاكتئاب هنا كان استجابة أو رد فعل لهذا الظرف، وبزوال الظرف تزول حالة الاضطراب.

تعريف الاكتئاب من منظور التحليل النفسي:

حيث يهتم أيدلبرج [Eidelberg, 1968: 103-104] بشكل أدق على التحليل الدينامي لهذا المصطلح "الاكتئاب" حيث يرى أنه: "عرض عصابي يتميز بتناقص الاهتمام بالعالم الخارجي، وتزايد العدوان تجاه الذاتي حيث انتقادات الذات، والإحساس بالذنب، والندم، وتأنيب الذات المترسب نتيجة فقدان الموضوع. ويحاول المريض التخلص من إحساسه بالخزي النرجسي المتعلق بإدراكه لطاقته المحدودة في عدم قدرته على حماية نفسه من فقدان موضوع الحب، فيقوم باستدماج الموضوع المفقود ويعامل نفسه كما لو كان الموضوع المفقود، وإن الاكتئاب- الحداد لا يتميز فحسب بالقدر الكبير من العدوانية تجاه الذات، وفقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، واضطراب الشهية، والنوم، ولكنه أيضًا يتميز بأن الموضوع المفقود يستحضر لاشعوريًا موضوعًا طفليًا، ولذلك فإن فقدانه يشحن الرغبات المكبوتة والانجراح النرجسي اللاشعوري، أما اكتئاب- السواد فيتميز بحضور الرغبات الجنسية والعدوانية اللاشعورية المنتمية إلى المرحلة القضيبية، وبناءً على ذلك فالموضوع

المفقود لا يستحضر لاشعوريًا فقدان الأم وثديها ولكنه يستحضر فقدان القضيب، فالأنا الأعلى تعاقب المريض على حضور رغبات لا شعورية".

بينما يعرف [مصطفى زيور، ١٩٨٠: ١٣] الاكتئاب بأنه "حالة من الألم النفسي يصل إلى الميلانخوليا(*)، إلى ضرب من جحيم من العذاب مصحوبًا بالإحساس بالذنب شعوري، وانخفاض ملحوظ في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي والحركي والحشوي". ولهذا فإذا نظرنا في العوامل المثيرة للاكتئاب نجدها تتخلص فيما يأتي:

أولًا: تغير في التوازن الخاص بالدفعات الغريزية، أعني الحب والعدوان، وكذلك في تغير في ميكانيزمات الدفاع.

ثانيًا: تغير في علاقة المريض بالموضوع وصورته؛ لأن فقدان الحب هو الموقف الأساسي الباعث على الاكتئاب سواء أكان المريض لم يعد محبوبًا، أم لم يعد يشعر أنه محبوب، أو من جهة أخرى لم يعد يسعه أن يحب، أو أن يكون محبًا، وهكذا فإن انقطاع علاقة وثيقة متبادلة من الحب نجدها في أساس كل حالات الاكتئاب.

كما يفرق أيضًا بين كلمتي:

أ) الاكتئاب: للدلالة على الشخص ذي الاستعداد الاكتئابي.

ب) المكتئب: للمريض الذي يعاني فعلاً من أزمة اكتئابية.

(*) ميلانخوليا أو ميلانكوليا Melancholy مشتقة من الكلمة اليونانية Melan بمعنى أسود وهي مرادف أقل أو أكثر مساواة لكلمة اكتئاب Depression وهي مشتقة من اعتقاد "هيبوقراط" Hippocrates عاش من ٤٦٠ق.م إلى ٣٧٧ق.م ويشار إليه كثيرًا على أنه أبو الطب "أن الاكتئاب سببه زيادة إفراز العصارة السوداء في الجسم، وحيث يكون الشخص في حالة جيدة يقال: إن الشخص في حالة توازن في عصارات الجسم، ومن ثم فإن اصطلاح Melancholy تعني حرفيًا: اضطراب سببه الخليط أو السائل السوداوي، وعلى الرغم من أن التفاصيل تبدو خاطئة لدى "هيبوقراط" فإن هناك وجهة نظر حديثة في الطب النفسي ترى أن بعض أنواع الاكتئاب سببها عدم التوازن في العناصر الكيميائية، وهي تُعد صورة حديثة من نظرة "هيبوقراط" [فرانك ج. برونو، ١٩٩٩: ١٣-١٤].

وهي الصفات المميزة للاكتئاب نفسها كما وصفها كل من:
[Sandler and Joffew, 1965; Poznaski and Zrull, 1970]

وهي: الإحساس بالبؤس، وفقدان السعادة، وفقدان النشاط والطاقة، والإحساس بالرفض، بالإضافة إلى تصور سلبي للذات، ولقد سعى "فرويد" [Freud, S., 1917: 78] إلى المقارنة بين صورتين من الاغتمام أو الحزن والذي يعجل فقدان الموضوع بحدوثه، ففي حالات الحداد يوجد فقدان حقيقي مع انفصال واقعي عن الموضوع، ويظهر عمل الحداد كنتيجة طبيعية للفقدان وينخفض اعتبار الذات، أما في السوداوية فيشار للفقدان على أنه فقدان في أنا المريض، ولهذا فقد حدد فرويد ثلاثة عوامل أساسية للسوداوية هي: فقدان الموضوع، والتناقض الوجداني، وارتداد الليبدو إلى الأنا.

ويرى [دانييال لاجاس، ١٩٦٥: ١٢٤] بأن اكتشافات فرويد، وإبراهام وغيرهما قد توصلت إلى أن قوام الاستعداد المرضي للمكتئبين لديهم هو ارتباط شعورهم بوجودهم وقيمتهم ارتباطًا وثيقًا بما يمنحونه وما ينجزونه؛ أي أن لديهم حاجة ماسة إلى أن يكونوا موضوع عطف وتقدير، وعجز هؤلاء المرضى عن تحمل فقدان الحب، واحتمال مواقف الحرمان يدفعهم إلى العدوان بسهولة، ولكن عدوانهم يتعطل كثيرًا نظرًا لخوفهم من فقدان محبة الآخرين لهم، وعقدة الذنب لديهم، ويميل هذا العدوان إلى الارتداد على الذات.

أما "جاكوبسون" Jacobson فقد ركز على تأثر انخفاض تقدير الذات في ظهور الاكتئاب وأنه يعد المظهر المعجل للاكتئاب وأن انخفاض تقدير الذات يشمل أغلب العناصر المؤدية للإصابة بالاكتئاب [Jacobson, E., 1971].

بينما يرى "بيبرنج" Bibring أن التوتر بين الطموح النرجسي لدى الفرد ووعي الأنا بعجزها يؤدي إلى الاكتئاب ويرى أن ذلك هو جوهر الاكتئاب، كما أن العدوانية والفمية عوامل معقدة للمرض، وأن كراهية الذات عملية ثانوية بالنسبة لانهيار تقدير الذات [Bibring, E., 1953].

أما [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٤٥] فيرى أن الاكتئاب: يتميز بنرجسية زائدة، وبتناقص عاطفي زايد، وفمية زائدة، وأنه محاولة يائسة لإرغام موضوع مستدخل فميًا على أن يمنح العفو

والحماية والحب والأمن، ويرى أن الخبرات التي تعجل بالاكتئاب تمثل إما فقدانًا لتقدير الذات وإما فقدانًا لإمدادات كان يأمل المريض أن تحفظ عليه تقديره لذاته، أو حتى تزيد منه، ويصف "فينخل" هؤلاء المرضى بالاكتئاب الذهاني بأنهم حين يفقدون الحب يفقدون إمدادات نرجسية تمثل لهم وجودهم، ولذلك يستشعرون حينئذاك بفقدان وجودهم وذلك نظرًا لطبيعتهم الفمية النرجسية الشرهة في تلقي الحب، وهم يخبرون هذا الفقدان داخليًا- داخل أناهم- حيث إن فقدان تقدير الذات يرجع بصفة أساسية إلى فقدان الإمدادات الداخلية من الأنا العلى- حيث الموضوع المفقود مستدمج ساديًا- تلك التي تقوم بمحاولات تنظيمية لتقدير الذات، ويشعر المريض أنه فقد كل شيء لأنه لا يستحق أي شيء، أما العدوان الذي كان موجهًا للموضوع- المحبوب المكروه- فهو يتجه الآن إلى الأنا حيث الموضوع أصبح مستدمجًا في الأنا (إني استحق القتل) بدلاً من (أريد أن أقلته) ويعمل الاستدماج السادي للموضوع على شحن ذلك العدوان الموجه للذات.

تعليق على التعريفات السابقة:

يلخص إبراهام Abraham في عام ١٩٢٤ أهم العوامل الأساسية لإحداث الاكتئاب السوداوي وهي كما يأتي:

١- تأكيد الاستعداد الجيل الواضح للشبقية الفمية.
٢- تثبيت ليبيدي خاص على المستوى الفمي (ويعد هذا العامل استعدادًا قبليًا لتطور المرض) وتناقض عاطفي وتثبيت على الثدي واستدماجه.
٣- انجراح شديد للنرجسية الطفلية.
٤- حدوث الانجراح قبل الرغبات الأوديبية.
٥- تكرار خيبات الأمل الأولى في مراحل الحياة.

[Abraham, 1924: 27]

وبالإضافة لما سبق فقد تبين من التعريفات السابقة أن هناك عوامل أخرى مسببة للاكتئاب؛ مثل: فقدان لتقدير الذات، وانتقاد الذات، والإحساس بالذنب، والإحساس بالرفض، وفقدان حقيقي مع انفصال واقعي عن الموضوع، وتغير في التوازن الخاص بالدفعات

الغريزية، والعجز عن تحمل فقدان الحب، والموضوع المفقود عادة يكون موضوعًا داخليًا، وليس شخصًا حقيقيًا مطوقًا بالثنائية الوجدانية– وأن الاكتئاب يشكل جزءًا من الوجود والخبرات الإنسانية.

د) مفهوم الطفولة **Childhood**:

من الناحية اللغوية، تعرف الطفولة على النحو الآتي:

الطفل: المولود حتى البلوغ (ج) أطفال.

الطفولة: المرحلة من الميلاد إلى البلوغ. [مجمع اللغة العربية، ١٩٩٢: ٣٩٢]

ويعرف [وليم الخولي، ١٩٧٦: ٨٨] طفل Child كما يأتي:

تستعمل كلمة Child أو صبي وصفًا لمن كان سنه بين الثالثة حتى ما قبل المراهقة، وتشتمل مرحلتين:

- مرحلة الطفولة المبكرة Early Childhood وهي في العربية الصبا لمن كانت سنه من ثلاثة سنوات إلى ثماني سنوات فهو صبي وهي صبية، وهم صبية أو صبيان، وهن صبايا.
- مرحلة الطفولة المتاخرة Late Childhood وهي في العربية الفتوة لمن كان بين التاسعة حتى ما قبل المراهقة، فهو فتى وهي فتاة وهم فتية أو فتيان وهن فتيات، أما من كان دون الثالثة فهو طفل Infant.

غير أن كلمة طفل كثيرًا ما تستخدم بوصفها ترجمة لكلمة Child وإن كان استخدامًا غير دقيق للدلالة على جميع المراحل التي يحتاج فيها الصغير لرعاية والديه؛ أي من الولادة حتى بلوغ سن الرشد فيقال مثلًا: Child Psychology؛ أي علم نفس الطفل "من الميلاد للرشد".

ويتفق معه [شاكر قنديل، ١٩٩٣: ٤٥٦] بأن الطفولة Childhood ما هي إلا مرحلة من النمو تعبر عن الفترة من الميلاد وحتى البلوغ، وتستخدم أحيانًا لتشير إلى الفئة الزمنية الواقعية بعد مرحلة المهد ومرحلة المراهقة والتحديد بالمعنى الثاني.

يستثنى فترة العامين الأولين من حياة الطفل، وهي مرحلة المهد، وتنقسم مرحلة

الطفولة إلى فترتين متميزتين:

- مرحلة الطفولة المبكرة: وتمتد من عامين إلى خمسة أعوام وفيها يكتسب الطفل المهارات الأساسية؛ مثل: المشي واللغة بما يحقق قدرًا كبيرًا من الاعتماد على النفس.
- ثم مرحلة الطفولة المتأخرة: وتمتد من العام السادس وحتى الثاني عشر وتنتهي تلك المرحلة ببلوغ الطفل ودخوله مرحلة مختلفة كثيرًا عن سابقتها وهي مرحلة المراهقة.

ولذا يرى "فرويد" أن كل طفل يمر بسلسلة من مراحل النمو المتتابعة وأن ما يخبره الطفل خلال هذه المرحلة يحدد خصائص شخصيته بوصفه راشدًا، ولكي ينتقل الطفل انتقالاً سلسًا من مرحلة نفسية جنسية إلى التي تليها ينبغي ألا يقل إشباعه لحاجاته في تلك المرحلة وألا يكون زائدًا لأن أيًا منهما يؤدي إلى تثبيت الطفل على تلك المرحلة، والتثبيت والنكوص يرتبط الواحد منهما بالآخر، فحين ينكص الشخص فإنه يميل إلى أن ينكص إلى تلك المرحلة التي تثبت عليها.

المرحلة الفمية: وتستمر قرابة العام الأول من حياة الفرد.

المرحلة الشرجية: تستغرق هذه المرحلة السنة الثانية من العمر تقريبًا.

المرحلة القضيبية: وتستغرق هذه المرحلة عادة الفترة من السنة الثالثة من العمر وحتى سن الخامسة.

مرحلة الكمون: وتمتد هذه الفترة من سن السادسة حتى الثانية عشرة، وتتميز بالهدوء النسبي من الناحية الدينامية.

المرحلة التناسلية: وهي المرحلة الأخيرة من مراحل النمو وهي تبدأ مع البلوغ وتنتهي قبيل الشخوخة، فهي أطول مراحل النمو زمنًا. [جابر عبد الحميد، ١٩٨٦: ٤٠-٤٤]

الدراسات السابقة:

تُعَدُّ الدراسات السابقة من الأسس التي يستطيع من خلالها الباحث أن يسترشد طرق وأساليب تناول المشكلة موضوع البحث، حيث يستطيع من خلال التراكم العلمي المعرفي

اختيار أنسب المناهج والنظريات والأدوات التي يستطيع من خلالها تحقيق أهداف بحثه.

وبعد أن قام الباحث بمسح التراث البحثي عن الدراسات ذات الطابع التحليلي الديناميي العميق لمشكلة الاكتئاب لدى الأطفال وجد أن هناك ندرة لمثل هذه الدراسات والأبحاث –وذلك في حدود علم الباحث– سواء على المستويين المحلي أو العالمي.

وهذا راجع إلى عدم اهتمام علماء النفس بدراسة اكتئاب الطفولة إلا في عقد الستينيات من القرن العشرين، وكان الاعتقاد قبل ذلك أن الأطفال لم يصلوا بعد إلى النضج الكافي الذي يجعلهم مكتئبين، ولكن هذا الرأي أصبح الآن غير مقبول، فقد ظهر أن الاكتئاب يمكن أن يظهر في أي سن، ولكنه يظهر في أشكال مختلفة في كل مرحلة عمرية [Charman, 1994].

وهذا ما تؤكده [Arbisio, Christine, 2003] في أن الاكتئاب رغم التقليل من شأنه منذ مدة طويلة، فقد أصبح لدى الطفل خلال فترة الكمون الشاغل الأساسي في الطب النفسي للأطفال منذ السبعينيات، وبسبب هيكل أعراضه المتنوع والمتناقض والذي يختلف مع السن، فإن التشخيص الإكلينيكي للاكتئاب لدى الأطفال صعب التحديد، إلا أن المدخل الخاص بعلم النفس المرضي المبني على نظرية التحليل النفسي قد يتيح توضيح خصوصية مشكلات الاكتئاب في هذه السن.

ولذلك سوف يقوم الباحث بعرض الدراسات والبحوث التي تتشابه في الأهداف أو النتائج مما يساعد الباحث على فهم شمولي– بقدر المستطاع– للإطار البحثي السابق– على الدراسة الحالية– لظاهرة الاكتئاب لدى الأطفال، مما يساعد الباحث على مناقشة نتائج البحث الحالي ومقارنتها بنتائج تلك البحوث، وصولاً في النهاية للفهم المتعمق لموضوع الدراسة الحالية.

وفي ضوء ما سبق فقد قسم الباحث الدراسات السابقة لثلاثة محاور رئيسة كما يأتي:

أولًا: المحور الأول: دراسات تناولت الأسرة المشكلة والطفل المكتئب:

ثانيًا: المحور الثاني: دراسات تناولت الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال.

ثالثًا: المحور الثالث: دراسات تناولت نسب انتشار الاكتئاب بين الأطفال.

وأخيرًا وليس آخرًا: التعقيب على الدراسات السابقة.

أولًا: المحور الأول: دراسات تناولت الأسرة المشكلة والطفل المكتئب:

قُسِّمَتْ إلى عدة محاور فرعية كما يأتي:

١) دراسات خاصة بالأسرة المريضة:

اهتمت مجموعة كبيرة من البحوث والدراسات باستقصاء أسباب ظهور الاكتئاب لدى الأطفال، وكان على رأسها مجموعة من الباحثين الذين عُدُّوا الأسرة المريضة هي المسئولة عن إصابة الأطفال بالاكتئاب حيث تبين أن هؤلاء الأطفال غالبًا ما يكون لديهم تاريخ أسري للإصابة بالاكتئاب (كأحد عوامل الخطر)، خصوصًا إذا كان أحد الوالدين أو كلاهما قد مر بخبرة الاكتئاب في مرحلة مبكرة من عمرهما، وذلك مقارنة بالمرضى المراهقين أو الراشدين الذين أصيبوا بالاكتئاب في مرحلة مبكرة من العمر [Harrington, et, al, 1997].

وتأكيدًا لما سبق فقد قدم معهد الصحة العقلية الأمريكي العديد من التقارير المتعلقة بالأمراض الأسرية وكان الاكتئاب من أهم الأمراض النفسية التي يسهل إصابة أفراد الأسرة بها نتيجة إصابة أحد أعضائها، وكانت الأم هي العضو الرئيس والذي له الأولوية في تأثيره في أفراد الأسرة. [Redke, et, al., 1985; Rutter, 1990]

ومن هذه الدراسات ما يأتي:

١- دراسة سترين وماكينو [Cytryn and Macknew, 1972]:

وقد هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الأنواع المختلفة لاكتئاب الطفولة وعزلها عن الدراسات الخاصة باكتئاب الراشدين، حيث قام الباحثان بدراسة (٣٧) طفلاً دراسة متعمقة، وقد توصل الباحثان إلى: أنه من الناحية الظاهرية فإن الاكتئاب عند الأطفال في مرحلة الكمون يمكن تقسيمه إلى ثلاث فئات متميزة كما يأتي: ١- استجابة الاكتئاب المقنع. ٢- استجابة الاكتئاب الحاد. ٣- استجابة الاكتئاب المزمن. كما وجد أيضًا أن الاكتئاب المقنع هو الأعظم شيوعًا ويظهر عند الأطفال الذين تتكشف شخصيتهم وأسرهم عن سيكوباثولوجيا شديدة.

٢- **أما دراسة فيليب إيرفنج [Philipe Irving, 1979]:**

فكانت بعنوان: أثر عجز الوالدين وخاصة الاكتئاب في الاكتئاب لدى أطفالهم، وقد تبين أن أعراض الاكتئاب عند الأطفال من سن ٦: ١٢ سنة تأخذ صورة الاستجابة الاكتئابية عند الكبار، فيتسم الطفل بالحساسية الزائدة مصحوبة بمشاعر النقض من قيمة الذات، والإحساس بالحزن وعدم السعادة، والشكوى من الآلام البدنية والنفسية، كما يحتاج لإقامة العلاقات ولكنه يخاف منها، فالاكتئاب في رأيه: يأخذ صورًا مختلفة تبعًا لمستوى نمو الطفل الذي تُعَدُّ استجابته مرآة عاكسة لوجدان الوالدين.

٣- **بينما هدفت دراسة كوفاكس وزملائها [Kovacs, et, al, 1989]:**

في إجراء دراسة طولية عن الاضطرابات الاكتئابية في الطفولة على عينة من الأطفال قوامها (١٠٤) طفل تراوحت أعمارهم ما بين ٨: ١٣ سنة، كانوا لآباء وأمهات يعانون من القلق والاكتئاب وعدم الوفاق بين الوالدين، وتوصلت نتائج الدراسة إلى ارتفاع معدلات القلق والاكتئاب لدى أبناء الوالدين الذين يعانون من القلق والاكتئاب، والذين لا يوجد وفاق بينهما، واتفقت مع النتيجة السابقة دراسة [آمال عبد السميع باظة، ١٩٩٥] إذ أوضحت نتائج هذه الدراسة أن حالة الاكتئاب كان لديها مشاعر نقص في كل شيء مع عدم الثقة في الآخرين، وأن اكتئاب الأم كان له دور واضح في اكتئاب الابنة.

٢) دراسات خاصة بالتفكك الأسري:

توصلت العديد من البحوث إلى أن التفكك الأسري يؤدي دورًا جوهريًا وحاسمًا في ظهور الاضطرابات النفسية لدى الأطفال، فالشد والتوتر وضغوط الحياة اليومية التي يعاني منها الآباء والأمهات تنعكس على الأطفال الذين يعانون من ارتفاع الاكتئاب غالبًا ما يعلنون عن رغبتهم في الانتحار، وبدراسة الأوضاع الأسرية تبين أن هذه الأسر تعاني من الاضطرابات المختلفة؛ مثل: الانفصال الأسري، والعدوان سواء اللفظي أو الجسدي، ومن هذه الدراسات:

[Paulson, et. al, 1978; Juhan, 1980; Spirito, et, al, 1983; Wolckik, et, al, 1988; Hall, et, al, 1990; Mcguire, 1990]

بينما اهتمت دراسات وبحوث أخرى بدراسة دور الأم بوصفها عاملاً مؤثرًا في توافق أعضاء الأسرة، وأثر الطلاق وعلاقة جنس الطفل بالأم، وتوصلت نتائج هذه الدراسات إلى أن الأطفال في العائلات المنفصلة يعانون من الاكتئاب والقلق، وكان الأولاد يعانون من الاكتئاب بدرجة تقل عن البنات.

[سهير كامل، ١٩٩٢ ;Poznanski, et, al, 1979; Wolf, et. al, 1987]

٣) دراسات خاصة بالرفض والقبول الوالدي:

توصل كل من إدوارد، وليفكوتيز [Lefkowitz and Edward, 1984] في دراستهما لثلاثة بحوث إلى أن هناك علاقة بين الرفض الوالدي خلال مرحلة الطفولة المبكرة والإصابة بالاكتئاب لكليهما في النضج، وتوصلت البحوث إلى أن الحرمان عامل مميز للاكتئاب عند الناضجين.

أما دراسة [فهد عابد الثقفي، ١٩٩٨] فقد تناولت أيضًا علاقة القبول والرفض الوالدي بمستوى الاكتئاب لدى عينة من الأطفال السعوديين مكونة من (٩٩) طفلًا، و(٩٩) طفلة، متوسط أعمارهم ٩.٤١ سنة، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين إدراك الأطفال الذكور والإناث للقبول من الوالدين والاكتئاب، كما تبين أيضًا وجود علاقة ارتباطية موجبة بين إدراكهم للرفض من الوالدين والاكتئاب، وكان الأطفال الذكور أكثر من الإناث في إدراك القبول من قبل الوالدين، أما عن إدراكهم للرفض فكانت الفروق في رفض الأم لصالح الذكور، والفروق في رفض الأب لصالح الإناث، كما وجد أيضًا أن هناك فروقًا بين درجات الاكتئاب لدى الجنسين لصالح الإناث، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة [السيد أحمد، ١٩٩٣] والتي أجريت على عينة من المراهقين والمراهقات.

وبالإضافة إلى ما سبق فقد توصلت العديد من الدراسات أن من أشكال الرفض الوالدي وخاصة من قبل الأم قد يتمثل في سلوكيات مثل: انهيار العلاقات العاطفية بين الأم وطفلها، أو أن الأم المكتئبة كانت تتسم بأنماط حادة في التعامل مع أبنائهن يمتد إلى التأثير الجسمي أو أنها لا تستطيع التحكم في أطفالهن وبالتالي تزداد مشكلات الأطفال السلوكية ومن هذه الدراسات ما يأتي:

[Belle, et. al, 1978; Pedke, et. al, 1985; Richters and Pellegrini, 1989; Monroe, et. al, 1999; Wolfe, 2001; Show, K., 2004; نهلة محمد مصطفى، ٢٠١٣]

٤) دراسات خاصة بإساءة التعامل مع الأطفال:

اهتمت دراسة آلن، وروبن [Alen and Robin, 1985] في الكشف عن أعراض الاكتئاب وأسلوب الإيذاء الجسدي عند الأطفال المضطربين نفسيًا، ووجد أن الأطفال الذين استخدم الوالدين معهم أساليب الإيذاء الجسدي كان لديه مستوى مرتفع من الاكتئاب ومستوى منخفض من تقدير الذات، وتوقع سالب إزاء المستقبل [نقلاً عن: محمد السيد عبد الرحمن، ١٩٩٨: ٢٢٠].

بينما كانت دراسة [Rodrigue Z., 2003] بعنوان: النظام الأبوي والتأثيرات المحتملة لإساءة التعامل على اكتئاب وقلق الطفل، وقد بينت نتائج الدراسة أن الأسر التي لها تاريخ معروف من إساءة التعامل وخاصة العقاب الجسدي– وذلك على عينة من (٤٢) طفلاً من نيوزيلندا في مدى عمري يتراوح من ٨: ١٢ سنة– تبين أنهم يعانون من أعراض اكتئابية وقلق حاد وأُرجع إلى بعض عناصر أسلوب العزو سيئة التكيف لدى الأسر التي تسيء المعاملة كذلك، وتتفق مع هذه النتيجة دراسة كل من:

[نبيله الشوربجي، ٢٠١٠; Birmaher, et. al, 1996; Brown, et. al, 1999]

٥) دراسات خاصة بأساليب المعاملة والتنشئة الوالدية:

اهتمت دراسة [Ducey, B. Ann, 1990] بالتنبؤ الخاص بسوء المعاملة والإهمال في الطفولة بوصفه أساسًا لسهولة تعرض الأنثى للاكتئاب في مرحلة الرشد، وقد بينت نتائج الدراسة أن سوء المعاملة والإهمال العاطفي والانفعالي للوالدين تسهم في التنبؤ بالاكتئاب لدى الإناث المصحوب عادة بانخفاض في تقدير الذات بالإضافة إلى عدم وجود صداقة بين المقربين.

في حين تناولت دراسة [Seaton, D., Charles, 1993] خصائص تربية الأطفال وتأثيرها في ظهور الاكتئاب في الطفولة، وذلك على عينة مكونة من (٨٠) طفلاً

تتراوح أعمارهم ما بين ٧: ١٨ سنة وأكدت نتائج الدراسة أن اضطراب العلاقة مع الموضوع من أحد العوامل المسهمة في ظهور الاكتئاب لدى الأطفال.

بينما هدفت دراسة [خالد سليمان، خالد القضاه، ٢٠٠٤] إلى معرفة العلاقة بين أساليب التنشئة الاجتماعية والأسرية والاكتئاب لدى الأطفال، وذلك على عينة مكونة من (٤١٩) طفل من أطفال الصف السادس الابتدائي بالأردن وأظهرت نتائج الدراسة وجود ارتباط دال موجب بين الاكتئاب وكل من التحكم الوالدي، كما وجد أيضًا أن هناك ارتباطًا دالاً سالبًا بين الاكتئاب وكل من التقبل الوالدي، وتقبل الأم وتقبل الأب، واتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة [أسيا بركات، ٢٠٠٠] والتي أجريت على عينة من المراهقين والمراهقات (ن= ١٣٥) والتي تراوحت أعمارهم ما بين ١٢: ٢٤ سنة، وأسفرت النتائج عن علاقة موجبة دالة إحصائيًا بين الاكتئاب وكل من: الأسلوب العقابي، وأسلوب سحب الحب، وأسلوب التوجيه والإرشاد، وبينت النتائج أن الأسلوبين الأخيرين أكثر إسهامًا في ظهور الاكتئاب لدى هؤلاء المراهقين.

إلا أن دراسة [Windaus, Eberhard, 2007] التي اهتمت بالعلاج التحليلي النفسي لفتاة مكتئبة في الخامسة عشر من عمرها بينت النتائج أن هذه الفتاة أظهرت أعراض مضاعفة من الاكتئاب؛ مثل: جرح الذات، وميول انتحارية، ومشكلات تعلم، واضطرابات النوم، والانتقاص من قيمة الذات، وكان هذا راجعًا إلى سوء معاملتها من قبل الوالدين وخاصة الأم، وهو ما أكدته أيضًا دراسة [Rustin Margaret. 2010] في أن الأطفال الذين لديهم تواريخ حياة سلبية ذات التركيز على سوء المعاملة في الطفولة والتعرض للخبرات الصادمة تؤدي الاكتئاب المصحوب بفقدان الفاعلية والقدرة الشخصية.

أما دراسة [Workman, 2009] والتي كانت بعنوان: "نموذج معرفي عن قلق الطفل الاجتماعي والاكتئاب" من خلال فحص علاقة الأطفال بالوالدين والمعلمين في تركيز أساسي على التحكم الزائد للأم ودفئها وعلاقة الطفل بمعلميه، ودعمت النتائج نموذجًا يشير إلى أن التحكم الزائد للأم يتنبأ بشكل مباشر بالقلق الاجتماعي للطفل، كما أن رفض الأم وعلاقة الطفل بمعلميه تتنبأ بشكل مباشر باكتئاب الطفل، وأن سلوكيات الوالدين تؤدي دورًا

مهمًا في قلق الطفل الاجتماعي والتي كانت شبيهة بعلاقة المعلم بالطفل.

٦) دراسات خاصة بأنماط إدراكات الوالدين لسلوك أطفالهم:

اهتمت بعض البحوث والدراسات في معرفة أنماط إدراكات الوالدين لسلوك أطفالهم ومنها دراسة [Scheidman and Litman, 1970] والتي اهتمت بتناول العلاقة بين اكتئاب الأم وإدراكها لمشكلات الطفل السلوكية، فقد أظهرت النتائج عن ارتباط تقدير الأم وتقدير المدرسين، كما أشارت أيضًا عن وجود علاقة بين اكتئاب الأم وإدراكها لمشكلات الطفل السلوكية.

أما دراسة [Schcughency, 1985] فقد هدفت إلى اختبار أنماط إدراكات الوالدين لسلوك أطفالهم والذي يرتبط معنويًا بأنماط الوالدين وشخصياتهم وسماتهم النفسية، وقد توصلت النتائج إلى وجود ارتباط عالٍ بين خصائص الأمهات وخصائص أطفالهن.

في حين توصلت دراسة [Kashani, et. al, 1989] إلى أن الأمهات السويات استطعن خلق حلولٍ جيدة مع أبنائهن خاصة مع البنات أكثر من الأمهات المضطربات اللاتي يتحاشين أو يتجنبن المواجهة مع أبنائهن.

٧) دراسات خاصة بتفاعل الأم مع أطفالها:

وفي هذا السياق نجد أن هناك مجموعة أخرى من البحوث اهتمت بدراسة تفاعل الأم مع أطفالها وأثره على ظهور الاكتئاب لديهم، وتبين من خلالها أن الأمهات المضطربات لا يستطعن احتواء أطفالهن وإعطائهن الأمن اللازم، ومن المرجح أن الاكتئاب ينخفض بتوافر التعاطف بين الأم وطفلها، ومن هذه الدراسات ما يأتي: [Pedke, et. al, 1985; Kochanska et. al, 1987; Fendrich et. al, 1990]

وفي دراسة أجراها [Macloyed and Wilson, 1990] عن تفاعل الأمهات والأرامل ممن يعانين من الاكتئاب وجد أنهن يعانين من ضيق الموارد المالية وزيادة المشكلات النفسية وعدم إشباع احتياجاتهن الأساسية والتي تنعكس بدورها على درجة اتصال الأم بأطفالها، مما يترتب عليه ظهور الاكتئاب عند الأطفال، ومن الدراسات التي اتفقت مع هذه الدراسة دراسة كونراد [Conrad and Hanmen, 1989].

كما تبين أيضًا من فحص (٥١) أمًّا لديهن أعراض اكتئابية متضاربة، أن أطفالهن يكونون أقل توافقًا خاصة إذا ما قِيس التوافق بوسيلة تفاعلية، وبالتالي تؤكد النتائج تأثير سلوك الأم المضطرب والذي يؤي دورًا تفاعليًا معقدًا مع الأطفال [Dumas et. al, 1989].

وفي السياق نفسه توصلت دراسة موزيك Musick إلى أن هناك فروقًا في تفاعل الأم المريضة بالاكتئاب وتفاعل الأم السليمة خاصة في مواقف الغذاء واللعب لصالح الأم السليمة [Musick, et. al, 1979] وهي النتيجة نفسها التي توصلت إليها أيضًا دراسة كمنج [Cummings, 1986].

بينما اهتمت دراسة مارك [Mark Dadds, 1992] بتحليل وتقييم أنماط التفاعل الأسري في المنزل والذي يصاحب اكتئاب الأطفال على عينة من ٧: ١٤ سنة من الأطفال المكتئبين والمضطربين سلوكيًا، فقد بينت نتائج الدراسة أن هؤلاء الأطفال أظهروا مستويات مرتفعة من السلوكيات السلبية والغضب، كما تبين أيضًا أنهم يمثلون جزءًا من نظام أسري يتميز بالصراع والعدوان.

وبالإضافة لما سبق فقد تعرض هؤلاء الأطفال لرفض من جانب الأم وخلصت النتائج إلى أن نماذج الأسرة التي تؤكد دور العدوان والاكتئاب في تأكيد المرض النفسي لدى الأطفال.

أما دراسة [Homann, E. Frances, 1997] فقد اهتمت بتقييم أدوار التعلق، وتنظيم الوجدان، والانفصال في نقل الاكتئاب بين الأجيال، وتناولت هذه الدراسة أيضًا أثر عدم الأمن الأموي في نمو الطفل في نشأة الاكتئاب خلال تأثيراتها في تنظيم الوجدان والانفصال، وأظهرت النتائج أن الأمهات المكتئبات كن يشعرن بعدم الأمان ووجد أيضًا أن البنات المكتئبات كان لديهن أمهات غير آمنات في الغالب، كما أكدت هذه الدراسة أيضًا في أن عدم شعور الأم بالأمان ما هو إلا مؤشر قوي لاكتئاب البنت.

إلا أن دراسة هنز [Hinz, Barbara, 2005] اهتمت بدراسة الصراع الداخلي لدى طفل يعاني من الشعور بالذنب المخيف والاكتئاب الأموي المدرك لصبي في العاشرة من عمره، والتي تبين فيها دفاعاته التي أقيمت ضد الإدراك المرعب للأم المكتئبة وأنه يشعر

بالذنب بسبب الطفل الذي ولد ميتًا والذي ولدته أمه، قبل أن يولد، ومن ثم فكان مقتنعًا بطريقة لاشعورية أنه تسبب في الضرر لأمه وهذه الأخيلة كانت على مستويات عديدة، وتحتوي على الآثار الضارة للإسقاطات الأبوية التي تعمل لديه نتيجة توجهات نظر سلبية.

بينما أوضحت دراسة لويز [Emanuel, Louise, 2006] أن السلوك المضطرب للأطفال في سن المشي يمكن أن يرتبط جزئيًا بالتطور المبكر للدفاعات الطفلية البدائية ضد القلق كوسيلة للتوافق مع خبرة اكتئاب الأم.

في حين اهتمت دراسة إبستين [Epstein, R., Brooks, 2008] في معرفة وملاحظة تطور اكتئاب ما بعد الولادة (PPD) بين الأم ووليدها فإنه يؤثر في كلٍّ من الصحة النفسية للأم وكذلك النمو الانفعالي والمعرفي والاجتماعي للطفل، وأن الديناميات النفسية للأم تؤدي دورًا حاسمًا في ذلك، بالإضافة إلى الصعوبة التي تواجهها الأم خلال تحملها لثنائيتها الوجدانية تجاه الرضيع.

ولذا فقد أكدت دراسة لورنز [Lorenz, F. Fraziska, 2008] في دراستها للديناميات النفسية لاكتئاب ما بعد الولادة، على أهمية البيئة الآمنة للأطفال، وهو ما قد يساعد على منع الانتقال والمضاعفات للنمط الاكتئابي للجيل الثاني.

٨) دراسات خاصة بخبرة الفقدان أو الانفصال عن الأم والأب:

اهتمت بعض البحوث بموضوع الفقدان سواء كان فقدان الأم أو الأب وتأثيره في ظهور مشاعر الاكتئاب وربما الانتحار لدى الأطفال والمراهقين، وفي محاولة لتفسير هذه الخبرة بافتراض وجود ارتباط إيجابي بين الفقدان في الطفولة واكتئاب الكبار، وباحتمال أن يكون تأثير الفقدان مرتبط بعمر وجنس الطفل حينما يتعرض لخبرة الفقدان.

[Greer, 1964; Greer, 1966; Wells and Kelerman, 1985; Huntley et. al, 1986; Drill, 1989; Jakob, 1990; Zisook and Lyons, 1990]

ومن أولى الدراسات التي مهدت للربط بين خبرة الفقدان عن الأم والاكتئاب لدى الأطفال، والاضطرابات الاكتئابية لدى البالغين كانت:

دراسة سبيتز [Spitz, 1964] والتي أجراها على أطفال الحضانات الذين فُصلُوا عن

أمهاتهم حيث وجد فيهم – بالإضافة إلى البكاء والانسحاب– تأخرًا في النمو، وبطأ في ردود الأفعال، وتأخر في الحركة، وفقدانًا للشهية، وأحيانًا نوبات من السبات، وقد افترض كل من سبيتز، وولف أن من أهم العوامل المسببة لذلك كان: فقد موضوع الحب Loss of The love object لدى هؤلاء الأطفال، وكان يطلق على هذا الاكتئاب اسم الاكتئاب الكفلي Anaclitic Depression. [Kashani, J. H, 1996]

وفيما أبدت العديد من الملاحظات مثل هذا التوجه مثل ملاحظات جولد فارب Gold Farb في عام ١٩٤٣ على الأطفال المحتجزين بمؤسسات الرعاية الاجتماعي حيث لاحظ أنهم يتسمون بالسلبية واللامبالاة وهما من أهم أعراض الاكتئاب، ومن هذه الدراسات كابلان ودوجلاس [Caplan and Douglas, 1969] على عينة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين ٥: ١٦ سنة ممن يعيشون في الملاجئ وتبين من النتائج أن خبرات الفقدان والانفصال الباكر عن الأم أكثر شيوعًا عند الاكتئابين من الأطفال وأن هناك علاقة بين الفقدان الباكر للموضوع والاكتئاب.

وتتفق نتائج هذه الدراسة أيضًا مع دراسة فريدمان [Friedman, 1973] والتي أكدت أن خبرة الفقدان تؤدي للاكتئاب المزمن مع الشعور بالفشل المصحوب بإحساس شديد بالذنب، وهو ما أيدته أيضًا العديد من الدراسات منها على سبيل المثال:

[Esler, H., 1968; Parker, G., 1979; Adams, D., 1981; Mcleod, J., 1987;١٩٩٢ ؛ سهير كامل أحمد، ١٩٩٥ [آمال عبد السميع،

وفي دراسة حالة قدمها هارمون وزملاؤه Harman, et. al لاحظوا أن طفلاً أودع الحضانة في سنة (٨) أيام أنه تعرض في عمر (٨) شهور لنوبة اكتئاب كفلي واستمرت إلى سن (١٧) شهرًا، وقد تكررت هذه النوبة لديه ثلاث مرات كلها مرتبطة بالانفصال عن موضوع الارتباط الأساسي، وهو الأمر الذي أدى بالعديد من الباحثين إلى اعتبار الاكتئاب الكفلي مثالاً للاضطرابات الاكتئابية، وإلى اعتبار الحرمان –الفقد مسببًا أساسيًا من مسببات الاضطرابات الاكتئابية لدى الصغار [Harrington, 1993]، كما ربط بولبي Bowlby أيضًا بين ما وصفه سبيتز بخبرة الفقدان وبين متتابعة الشكوى: الإحباط– الانعزال، والتي

تتضمن نوعًا من رد الفعل الوجداني لدى الصغار المحتجزين بالمستشفيات [Birmaher, et. al, 1996].

٩) دراسات خاصة باكتئاب الأب وتأثيره في الأبناء:

كشفت العديد من البحوث عن مدى تفاعل الأب وخصائص الطفل وتوصلت إلى وجود تفاعل بين الاكتئاب المرتفع عند كل من الأب والطفل وزيادة سلوك عدم الطاعة بالإضافة إلى إدراك الطفل أنه غير متوافق، ومن هذه الدراسات ما يأتي: [Brody, 1976; Rutter, 1990; Fendrich, et. al, 1990].

بينما قد ناقشت بحوث أخرى تأثير الاكتئاب الأبوي في التفاعل بين الأب والطفل وتوصلت إلى نتائج مؤداها أن الأطفال لآباء مكتئبين يختلفون عن الأطفال لآباء غير مكتئبين ومن هذه الدراسات ما يأتي:

[Zahn, et. al, 1984; Segal and Segal, 1985; مصطفى زيور، ١٩٨٦; Harris, 1986; Safran, 1987; Richters and Pellegrini, 1989]

في حين أن بعض البحوث الأخرى قد تناولت أثر غياب الأب في الصحة النفسية للأبناء مثل دراسة [Dansby, 1990] والتي اهتمت بدراسة أبناء المحاربين القدماء الذين حاربوا في فيتنام وتمت مقارنتهم بمجموعة من الأطفال لآباء لم يذهبوا للحرب وتم مجانستهم في الجنس، والعمر، ودرجة الغياب من المدرسة، والتحليل الدراسي، وأوضحت النتائج أن الأطفال من أبناء المحاربين كانوا أكثر اضطرابًا بشكل دال إحصائيًا بالإضافة إلى اختلاف أنماط التفاعل الأسري فقد تبين وجود اتجاه للتضحية مبالغ فيه عند أبناء المحاربين القدماء.

بينما استهدفت دراسة [Lucas, 2004] بحث العلاقة بين الغضب والاكتئاب والاتجاهات نحو الأب، وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة ارتباطية بين الغضب والاكتئاب وغياب الأب، كما أظهر التحليل النفسي أن الاستعداد للاكتئاب هو محصلة الاضطراب في علاقات الطفولة وخاصة الأبوين.

١٠) دراسات خاصة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي وعلاقتها باكتئاب الأطفال:

تناولت العديد من البحوث والدراسات مدى تأثير الظروف الاقتصادية في أسرهم من

خلال التغيرات التي تتعرض لها الأسرة في علاقاتها وتكيفاتها الاقتصادية، فقد توصل بعض الباحثين إلى أن الأطفال والمراهقين يتأثرون بالظروف المالية للأسرة وتنعكس عليهم بالكآبة، وتعمق من مخاوفهم الحالية والمستقبلية

[Rause, et. al, 1973; Radin and Goldsmith, 1985; Friedmann, 1986; Elder, 1988; Clark and Netusil, 1988; Macloyed and Wilson, 1990; آمال عبد السميع باظة، ١٩٩٥]

١١) دراسات خاصة بالعوامل المتعلقة بالطفل ذاته:

هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بالصورة التي يعبر فيها الاكتئاب عن نفسه عند الأطفال مثال دراسة سترين وماكينو [Cytryn and Macknew, 1974] وقد توصلت بحوث أخرى إلى أن سوء استغلال الطفل ينمي لديه نمط من أنماط الحياة فيه تعبير واضح عن العدوان والاكتئاب ومن هذه الدراسات ما يأتي:

[Timberlak, 1976; Layne and Bery, 1983; مصطفى زيور، ١٩٨٦ ; Vencenzi, 1987]

بينما أوضحت دراسة [Nelms, 1985] في مقارنتها بين الاستجابات الانفعالية للاكتئاب، والعدوان، ومفهوم الذات لمجموعة من أطفال المدارس المزمنين وعينة من المرضى اشتملت على (٤٠) من مرضى الربو، و(٤٠) من أمراض اتضح أن مرض السكر والربو قد أثر في علاقات أفراد العينة بآبائهم وأمهاتهم، وظهر لديهم أعراض الاكتئاب وباستخدام تحليل التباين تبين وجود ارتباط دال بين الاكتئاب ومفهوم الذات، ولكن لم يوجد ارتباط بين السلوك الانفعالي ودورة المرض، إلا أنه وجد أيضًا ارتباط عالٍ بين درجات الآباء والأبناء في السلوك الانفعالي.

أما دراسة [O Connell, 1985] فقد أظهرت عن وجود فروق بين الأفراد الذين تعرضوا لحروق شوهتهم بين عمر ١٣: ٢٠ سنة وبين العاديين في القلق وصورة الذات، والاكتئاب، وقد أشارت النتائج إلى أن الإناث يتأثرن أكثر ويظهرن الاكتئاب خاصة إذا كانت الإصابة في فترة المراهقة.

في حين اهتمت دراسة بندلتون [Pendleton, 1980] في دراسة التفاعل بين الأطفال الصغار والبيئة المدرسية ودورها في تنمية المشكلات الانفعالية والنمائية، وتوصل من خلالها إلى أن المشكلات الانفعالية التي تنتج عنها كالانسحاب والاكتئاب هي نتيجة حتمية للضغوط المدرسية، وتتفق هذه الدراسة مع دراسة كل من: [Hyman, 1987; Zisook and Lyns, 1990] واللاتي أشارتا أيضًا إلى أنه عندما يكون النظام المدرسي قاسيًا وصعبًا وشديدًا في العقاب سواء بالضرب أو بالتوبيخ فتكون النتيجة الحتمية هي الخوف من المدرسة وفقدان الثقة بالراشدين، بالإضافة إلى الكوابيس الليلية والاكتئاب ومشاعر الذنب والإحباط، وتتفق مع العديد من الدراسات مع النتيجة السابقة ومن أهمها ما يأتي:

شيماء [Spencer and Wilens, 1999; Waheid, 2002; Rieley, 2003; الجوهري، أحمد عبد الخالق، ٢٠١٥]

١٢) دراسات خاصة بالاكتئاب وتقدير الذات:

هناك عدد من الدراسات اهتمت بدراسة الاكتئاب لدى الأطفال وعلاقة ذلك بتقدير الذات لديهم ومن هذه الدراسات دراسة [مدحت عبد اللطيف، ١٩٨٩]؛ وهي بعنوان: العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى الأطفال دراسة عاملية، وذلك على عينة من الأطفال (ن= ٢٠٠) بمتوسط عمري ١١.٢٣ سنة، وتوصلت النتائج إلى أن ارتباطات دالة سالبة بين معظم متغيرات مقياس الاكتئاب وتقدير الذات.

وتتفق مع هذه الدراسة العديد من الدراسات ومنها على سبيل المثال لا الحصر دراسة كل من [أحمد صالح، ١٩٨٩ ;Hall, 1993; Mulhern, R., 1994 ;نادية عبد القادر، ١٩٩٥؛ محمد الزغبي، ٢٠٠٥؛ أحمد عبد الخالق، أسماء العطية، مايسة النيال، ٢٠٠٨؛ Mcnichols, 2013].

١٣) دراسات خاصة بمضاعفات الاكتئاب: اليأس– الانتحار:

ما من شك أن الاكتئاب يؤدي إلى اليأس، ويؤدي اليأس إلى الانتحار، وفي محاولة تبيان ذلك نرى أن هناك إسهامات في فهم محاولات الانتحار التي ترتكب من قبل الأطفال

والمراهقين، وتوصل عدد من البحوث أن هناك ارتباط عاليًا ودالاً إحصائيًا بين الاكتئاب والنمط الاكتئابي للذين حاولوا الانتحار، وأكدت النتائج أن الانفصال المبكر عن الأم والأب ليس هو العامل الأساسي الذي يجعل الطفل يقدم على الانتحار، ولكن الظروف الضاغطة والمحيطة وإصابة الطفل بالاكتئاب هي التي تقوده إلى محاولة الانتحار، ومن هذه الدراسات ما يأتي:

[Grook and Paskin, 1973; Saylor, et. al, 1984; Asarnow et. al, 1987; Kashani et. al, 1989; ١٩٩٠ ;مايسة المفتي]

وقد وجد في دراسة [Dominian, Jack, 1976] أن ٨٠% من الأطفال في عينة مكونة من (١٧٢٧) طفل في سن العاشرة ممن حاولوا الانتحار كانوا إناثًا وكان الذكور أيضًا لديهم مخاطرة عالية في محاولة الانتحار، إذ وجد ٣: ٤ محاولات انتحارية بين الذكور مقابل ٢٥: ٣٠ محاولة انتحار بين الإناث.

ولما كانت هذه الدراسة قد تابعت البحث في هذا المجال في عام ١٩٦٠ إلى عام ١٩٧٥ تبين جدية هذه المحاولات، وقد أظهرت أن هناك نسبة عالية من البنات حاولن الانتحار بمعدلات أكثر من المجموعة الضابطة فقد كان هناك (٨٤) محاولة للانتحار في مقابل (٢٧) بين العينات الضابطة.

وهناك دراسة حديثة للانتحار عند الأطفال في عمر تحت سن ١٤ سنة أُجريت في إنجلترا بين عامي ١٩٦٢- ١٩٦٨ اتضح فيها أن (٣١) طفل قتلوا أنفسهم بواقع (١) من (٨٠٠.٠٠٠) من عدد السكان، ولا تنجح محاولة الانتحار عادة فالأطفال يعبرون عن المشاعر الانتحارية أكثر من القيام بالمحاولات الانتحارية الفعلية [سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢: ٤٤٤].

وفي محاولة لمعرفة أسباب الانتحار تبين أن بداية الطريق للانتحار تكمن في نمط الأسرة وفقدان النموذج الأبوي المعنوي قبل سن الـ١٢ سنة والتشابه الباثولوجي المرضي بين الأب والابن، وفي السياق نفسه حاول بعض الباحثين مقابلة الذين نجوا من الانتحار وفحصهم تبين أنهم يعانون من انفعالات مضطربة معقدة تكون نتيجتها الإصابة بالاكتئاب،

أما فيما يتعلق بعلاقة الجنس بالانتحار فقد تبين أن الذكور يقدمون بدرجة أعلى من الإناث على الانتحار.

[Dominian, 1976; Kazdin, et. al, 1983; Patros and Shamoo, 1985; Fasco, 1989; Constantino, 1989]

وفي دراسة [عبد الفتاح محمد دويدار، ١٩٩٠] وعلى عينة قوامها (٢٢٨) طفلاً من تلاميذ الصف السادس الابتدائي بمصر تبين من النتائج عن وجود علاقة سالبة بين اليأس وكل من: تقدير الذات، والتوافق الشخصي، والتوافق الاجتماعي، والتوافق العام.

أما عن الأفكار الانتحارية والعلاقات بالموضوع والخبرات المبكرة فكان من أحد اهتمامات دراسة [Vivona, J. M., 1996] والتي بينت أن الخبرات المبكرة الضارة التي تنتج عن سوء معاملة الطفل واختلال الوظيفة الوالدية العلاقات غير منسجمة مع الآباء وارتبطت على نحو متكرر بالأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار. كما بينت الدراسة أيضًا أن العلاقات بالموضوع تؤدي دورًا مهمًا في التدخل في الخبرات المبكرة الضارة وأفكار الانتحار لدى صغار الراشدين والخبرات الصدمية المبكرة خاصة الاعتداء البدني والجنسي والانفعالي التي يرتكبها كبار موضوع الثقة تركت أثرًا غير قابل للمحو على العلاقات بالموضوع والذي أدى بدوره إلى مستويات متصاعدة بين الاكتئاب والعدوان، وتتفق مع النتيجة السابقة دراسة [Hayslip and Panek, 1989] التي توصلت أيضًا بأن الاكتئاب يجعل الفرد ميالاً إلى الشعور بأنه عديم الفائدة، وسرعة التأثر بالنقد، والحساسية الزائدة، والشعور بالضياع، ومعظمها مكونات الميل إلى الانتحار.

ثانيًا: المحور الثاني: دراسات تناولت الأعراض الاكتئابية لدى الأطفال:

دراسة ستيرن وماك نيو [Cytryn and Mcknew, 1987]:

إذ قاموا بدراسة طولية بدأت من عام ١٩٧٢ وفيها قسموا الاكتئاب في الأطفال إلى:

- اكتئاب مقنع: حيث يمكن تشخيصه اعتمادًا على تعبيرات الوجه، ومحتوى التخيلات وزيادة النشاط الحركي، والعدوانية، ورفض المدرسة، والأعراض الجسمانية، وأنه غالبًا ما يكون مصحوبًا بأمراض نفسية لدى الأسرة.

- اكتئاب نمطي: مثلما يحدث للبالغين حيث تميز بوجود أعراض اكتئابية، مثل فقدان الأمل، وتأخر نفسحركي، وصعوبات النوم واضطرابات الشهية، وانعزال اجتماعي.

بالإضافة لما سبق فقد قدم الباحثان نموذجًا لتقسيم هؤلاء المكتئبين إلى ذوي:

- اكتئاب حاد: يتميز بعدم وجود تاريخ سابق لصعوبات تأقلم أو اضطرابات أسرية.
- اكتئاب مزمن: عادة ما يكون مسبوقًا بصعوبات تأقلم لدى الأطفال، وعادة ما ينتمون إلى أسرة مضطربة.

ثم قام الباحثان في عام ١٩٨٧ بمراجعة دراستهم في ضوء دليل التشخيص الإحصائي الأمريكي الثالث DSM– III ووجدوا أن (١١) من بين (١٢) طفلاً كان شُخِصُوا اكتئاب نمطي يطابقون المواصفات التشخيصية لاضطراب الاكتئاب الجسيم، بينما تم ذلك التطابق مع (٤) فقط من بين (١٣) طفلاً كان تم تشخيصهم على أنهم ذوي اكتئاب مقنع، ويتفق مع النتيجة السابقة العديد من الدراسات السابقة؛ مثل:

[Ryan et., al, 1987; Carlson and Kashani, 1988; Hammoud, et. al, 1990; Afify, 1992; Kovacs, et. al, 1994; Abdel, Khalek, 2003; هبة القشيشي، هشام محمود، ٢٠٠٧؛ أحمد عبد الخالق، عادل شكري، ٢٠١٠]

كما أن دراسة نيوكاسل التي أجراها كولفن وزملاؤه [Kolvin, et. al, 1991] والتي أجريت بوحدة طب نفس الأطفال بالجامعة على أقل من (٥٠) طفلاً ومراهقًا تم تحويلهم لإصابتهم بالاكتئاب فقد وجدوا أنه باستخدام تحليل المكون الأساسي تم التعرف على أربع مكونات أساسية:

١- المكون الأول: يشتمل على أعراض المزاج المكتئب، عدم التلذذ، فرط الإجهاد، والتأخر النفسحركي.
٢- المكون الثاني: ويتكون من الأفكار السلبية، والأفكار الانتحارية.
٣- المكون الثالث: ويشتمل على قلق الانفصال والمخاوف.
٤- المكون الرابع: ويتكون من سلوكيات الغضب، والهياج، وسرعة الاستثارة.

في حين أنه عند أجرى تحليل المكون الأساسي على دراسة بتسبرج السابقة [Ryan, et., al, 1987] وجد خمس مكونات أساسية:

- المكون الداخلي: ويشتمل على المزاج المكتئب، وعدم التلذذ، والإجهاد، والتأخر النفسحركي، والانسحاب الاجتماعي، وفقدان الشهية المرضي، وانخفاض الوزن، والتغيرات اليومية، وكثرة النوم.
- مكون الأفكار السلبية: ويشمل الصورة السلبية للذات، اليأس، الشعور بالعجز، والأفكار الانتحارية.
- مكون القلق: ويشتمل على قلق الانفصال، والأرق، والشكاوى الجسمانية، والهياج النفسحركي، والانزعاج.
- مكون الشهية والوزن: ويشتمل على أعراض زيادة الشهية، وزيادة الوزن، ونقص الشهية، ونقص الوزن.
- مكون السلوك المضطرب: ويحتوي على الأفكار الانتحارية، الهياج النفسحركي، واضطراب السلوك وسرعة الاستثارة. وتتفق مع النتائج السابقة عدد من الدراسات ومنها على سبيل المثال ما يأتي:

[Carlon and Cantwell, 1982; Poznanki, 1982; Mitchell, et., al, 1988; Gilles, B., 1990; Muris and Merckel, 2001; Naida, R., 2008; السيد فهمي علي، ٢٠١٠]

ثالثًا: المحور الثالث: دراسات تناولت نسب انتشار الاكتئاب بين الأطفال:

دراسة روتر [Rutter, 1986]:

طبقت هذه الدراسة على عينة من الأطفال من سن ١٠: ١١ سنة، وكشفت النتائج عن:

١- ١٣% كشفوا عن مزاج مكتئب.

٢- ٩% بدأ عليهم الانشغال بموضوعات اكتئابية.

٣- ١٧% فشلوا في أن يبتسموا.

٤- ١٥% كانت استجابتهم الانفعالية ضعيفة.

أما عن الأطفال والمراهقين في سن ١٤، ١٥ سنة فقد لوحظ أن المشاعر الاكتئابية لديهم كانت أكثر انتشارًا أو بمعدلات مرتفعة وأوضحت النتائج ما يأتي:

١- أكثر من ٤٠% من المراهقين قرروا أن لديهم مشاعر عميقة من البؤس والاكتئاب أثناء المقابلة الطبية النفسية.

٢- ٢٠% عبروا عن مشاعر الانتقاص من قدر الذات.

٣- بينما قرر ٧: ٨% أن لديهم مشاعر انتحارية.

ويذكر أليس في دراسته [Alessi, 1987]:

أن معدل انتشار الاكتئاب في الطفولة يختلف بين العينات فهو ٠.١٤% إلى ١.٩% في الجمهور العام، وفي العيادات الخارجية تتراوح معدلات الانتشار ما بين ٢٨%: ٥٨%.

بينما أوردت سوزان هارت [Hart, 1991]:

أن معدل انتشار الاكتئاب لدى الأطفال مرتفع في سنة المدرسة ومنها ٢٠%، ٣٣% في دراستين وفي سياق الطب النفسي للأطفال، ووصلت نسبة الحدوث إلى ٥١% و٥٩% وتذكر أن اكتئاب الأطفال قد تضاعف ثلاث مرات في السنتين الأخيرتين وأن معدلات الانتحار الكامل لمن هم في سن من ١٠: ١٤ سنة قد ارتفع كذلك ثلاث مرات وتتفق مع هذه الدراسة العديد من الدراسات منها على سبيل المثال ما يأتي:

[Semrud, Clikeman, M., and Hynd, G. W., 1991; Wilson and Nathan, 1992; Larsson and Melin, 1992; Miezitis, 1992; Kaslow and Racusin, 1994; Rosenhand and Seligman, 1995; Birmaher, et. al, 1996; Kent and Feehan, 1997; Nevid and Green, 1997]

أما دراسة [سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢]:

فكانت بعنوان: الاكتئاب بين تلاميذ المدارس من سن ١١: ١٥ سنة على عينة من (٩٨٦)، وبينت نتائج الدراسة أن نسبة شيوع الاكتئاب ٣٤.٧% وبدرجة مرتفعة جدًا بنسبة

٥.٧%، بينما كانوا ٣٦.٦% يعانون من فقدان الشهية، ونسبة ٢٦% من كراهية الذات، و٢٤.٢٠% من التصور السالب للذات، و١١.٧٠% من التشاؤم، و٤٠.٤٠% من التدهور الدراسي (متوسط)، و١٩.٢٠% بدرجة مرتفعة، و٢٦.٧% من العزلة الاجتماعية.

في حين أشارت دراسة [أحمد عبد الخالق، السيد عبد الغني، ٢٠٠٥]:

أن معدل انتشار الاكتئاب لدى الأطفال المصرين (ن= ٣.١١٣٣ من الأولاد، ن= ١.٥٠٨ من البنات) بمتوسط عمري ١١.٣٨ للأولاد، و١١.٢٦ للبنات، بمقدار ٤.٦% وحصلت البنات على متوسط أعلى جوهريًا من الأولاد المقابلين لهم في العمر، وأكدت هذه النتيجة

[مدحت عبد اللطيف، ١٩٨٩؛ عويد المشعان، ١٩٩٣؛ فاطمة نذر، ٢٠٠٠؛ فهد الرشيد، ٢٠٠٦؛ أحمد عبد الخالق، أسماء العطية، مايسة النيال، ٢٠٠٨؛ أحمد عبد الخالق، عادل شكري، ٢٠١٠].

التعقيب على الدراسات السابقة:

في ضوء الدراسات والبحوث التي عرضنا لها آنفًا تبين أن هناك ندرة في البحوث والدراسات التحليلية المتعمقة لديناميات الاكتئاب لدى الأطفال بصفة خاصة، وكل المراحل العمرية الأخرى بصفة عامة سواء على المستويين المحلي أو العالمي.

وبالنسبة للدراسات التي تناولت السمات والعوامل النفسية والاجتماعي والاقتصادية والبيئة والأسرية للاكتئاب فتعود أهميتها في وصفها ورصدها وتحليلها للدور التربوي والتعليمي لمؤسسات التنشئة الاجتماعية وعلاقة ذلك بالاكتئاب.

كما تبين من الدراسات السابقة أن الأطفال الإناث أعلى وأكثر اكتئابًا من الأطفال الذكور في سن المرحلة الابتدائية، وتبين أيضًا أن هناك زيادة ملحوظة في ارتفاع معدلات الاكتئاب في سن المرحلة الابتدائية، بينما اهتمت باقي الدراسات واكتفت بمعرفة أهم الأعراض المميزة للاكتئاب لدى الأطفال وطرق تشخيصه.

أما بالنسبة لباقي البحوث فقد اهتمت بمعرفة العوامل المتعلقة بالطفل ذات والذي يعاني من الاكتئاب والمضاعفات الناتجة عنه وعلاقة ذلك بتقدير الذات، وبالرغم من ذلك لم

توضح هذه الدراسات الدلالات الدينامية العميقة للاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال، كما لوحظ أيضًا أن غالبية هذه البحوث استعانت بعينات من تلاميذ المدارس من الجنسين وليس من العيادات النفسية.

وبناءً على ما سبق يتضح مدى أهمية إجراء الدراسة الحالية في سعيها لتناول الاكتئاب لدى الأطفال من منظور تحليلي متعمق مما تسهم في معرفة الأسباب والدوافع الكامنة وراء اكتئابهم، ومن ثم مساعدة المتخصصين في وضع برامج إرشادية وعلاجية للتخفيف من حدة الاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال.

منهج الدراسة:

المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي الذي يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الارتقائي للفرد حيث إن التركيز فيه يكون على الفرد بوصفه وحدة الدراسة. وهدف المنهج الإكلينيكي يتضح في أنه يسعى إلى تبين جملة الشروط التي تحكم السلوك؛ أي التي تُعَدُّ مسئولة عن السلوك الذي ندرسه. ولهذا فإن موضوع المنهج الإكلينيكي هو:

الشخص من حيث هو حامل مشكلة أي للشخصية في جملة علاقاتها ببيئتها، وهذا ما جعل المنهج الإكلينيكي يقوم على ثلاث ركائز تتمثل في:

دراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية تاريخية، ودراسة الفرد من حيث هو وحدة كلية حالية ضمن ظروفها البيئية، ودراسة الفرد من حيث هو جشطالت تاريخية، ولذا فإن المنهج الإكلينيكي ينفرد بما يأتي:

بالاستطلاع وإقامة الوحدة الكلية للنتائج الجزئية، ودراسة مسالك لا يمكن استحداثها كغيرة الحب، بالإضافة للمقاييس والاختبارات الإكلينيكية، ومن هنا تتضح أهمية المنهج الإكلينيكي في أنه يتوخى جانب البحث العلمي في معالجته لجوانب السلوك بهدف فهم ديناميات شخصية المفحوص وتشخيص مشكلاته والتنبؤ عن احتمالات تطور حالته، وهو ما يجعل المرء أن ينشئ صورة متكاملة للوحدة (الشخصية) كما تعمل في المجتمع [دانيال لاجاش، ١٩٦٥؛ صلاح مخيمر، د.ت: ٧٨؛ صلاح مخيمر، ١٩٨٠: ١٣٣؛ صلاح مخيمر، ١٩٨١: ٣١؛ سامية القطان، ١٩٨٣: ٢٧٧؛ لويس كامل مليكه، ١٩٩٢: ٧٩؛ فان

دالين، ١٩٩٧: ٣٣٦؛ سامية القطان، ٢٠٠٧: ٨٣؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٥-٢٤٦].

أما عن منطق التشخيص وفقًا للمنهج الإكلينيكي فهو لا يقتصر على (رَصِ) الوقائع دون وحدة كلية فلابد من تأويل هذه المعطيات، بمعنى إعادة بنائها بناءً جديدًا يتكشف من خلاله الصورة الكلية للحالة، ويتحقق ذلك من خلال ديالكتيكية العلاقة البين- ذاتية "فالتشخيص عملية دينامية، ليس لها من الناحية النظرية أن تتوقف ولكن الناحية العملية تحتم التوقف، عند الوصول إلى تأويل يجيب عن المتطلبات العاجلة للحالة، وهذه الحركة الديالكتيكية للفكر يسبقها تحديد المشكلة ويختتمها إقامة التشخيص. [صلاح مخيمر، ١٩٧٥: ١٧]

فالمعرفة بالمشكلة وتحديدها في إطار الموقف الراهن من خلال ماضٍ وحاضر زماني ومكاني إذن هو ما يتيح للإكلينكي أن يعين أسباب المشكلة ودلالاتها بالقياس للإطار الكلي لشخصية الفرد بوصفها وحدة متفاعلة (حتى على المستوى المرضي) وكذلك التنبؤ بمأل هذه المشكلة ووضع خطة للعمل. [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٢٧٤]

أما عن معايير المنهج الإكلينيكي فقد حددتها [سامية القطان، ١٩٩١: ٥٦] فيما يأتي:

١- التكامل: بمعنى أن تتكامل كل المعطيات ضمن الوحدة التاريخية والحالية في صورة علاقات صراعية مع البيئة وبحيث لا تبقى واقعة واحدة لا تجد مكانها ضمن الكل التفسيري الواحد.
٢- التقاء الواقع: بمعنى أن تكون الوقائع من المصادر المختلفة كالأحلام والاختبارات الإسقاطية والهفوات ملتقية عند الدلالة نفسها.
٣- معيار الاقتصاد: أي أن يكون التأويل من المعقولية بقدر ما يرد أكبر محدد من الوقائع إلى أقل عدد من المبادئ التفسيرية.
٤- معيار الثراء والدقة: بقدر ما تكون المعطيات ثرية ودقيقة يكون التشخيص أمعن صدقًا.

٥- الخصوبة: بمعنى أن ينطوي التشخيص على جديد لم يكن في الوقائع من حيث هي كذلك.

٦- التنبؤ: بمعنى أن يسمح التشخيص بالتنبؤ بما يمكن أن يكون عليه سلوك الشخص في موقف بعينه.

وهو ما يؤكده أيضًا [صلاح مخيمر، ١٩٨٤: ١٨] من خلال استناده إلى مقولة: ميرلوبنتي" في حديثه عن إسهامات "كيرت ليفن": أن صميم الكائن البشري هو كيان في صيرورة وديناميه بسبيل التطور، يكون من المحتم على العملية التشخيصية ألا تقف عند حدود الـ"هنا" و"الآن"، بل يتحتم عليها أن تتبين ضمن حدود الـ"هنا" و"الآن" هذه القوى الدينامية التي ينطوي عليها الفرد وما ترهص به من إنجازات في المستقبل، ومن ثم فإن المنهج الإكلينيكي يساعد على الإمساك بالدلالة الخاصة للكائن في موقف.

أما وفيما يختص بالتأويل فإننا سوف نستند إلى المفاهيم النظرية والتأويلات الخاصة بالتحليل النفسي، وهذا راجع بدوره لأن التحليل النفسي صورة ممعنة من علم النفس الإكلينيكي وكلاهما يهتم بدراسة وتفسير حالة الفرد. لذا فالمنهج الإكلينيكي لا غنى عنه ويغني عما عداه طالما أن بوسعه أن يتناول بالدراسة كل المسالك البشرية، وأن يخلص منها إلى نظرية عامة في السلوك على النحو الذي يتضح في نظرية التحليل النفسي، وذلك ما تؤكده وقائع الطرح أو العلاقة، إذ إن النتائج المترتبة على علاقة بين – ذاتية بهدف التشخيص إنما تمثل نتائج مستقبلية من خلال طرح المعارف الماضية في ضوء المعارف الحاضرة وصولاً إلى نتاج مستقبلي [سامية القطان، ١٩٩١: ٥٦].

ولذا فإن العلاقة بين الإكلينيكي والحالة (موضوع الدراسة) تُعَدُّ حجر الزاوية لإمكانية إقامة الفحص العام لكل جوانب المريض من خلال الموقف الذي يكون علي الإكلينيكي أن يمسك بنفسه ضمن إطارها الحقيقي حتى يستطيع فهم الظاهرة بعيدًا عن الصبغة الذاتية الخالصة [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٢٧١].

ومن ثم فقد اتجه الباحث إلى استخدام المنهج الإكلينيكي في هذه الدراسة، ذلك أنه أنسب المناهج للوصول إلى فهم الحالات المرضية، فلا ينبغي البحث عن مشكلات ينطبق

عليها منهج لدينا، وإنما ينبغي البحث عن مناهج تسمح بحل المشكلات القائمة أمامنا؛ أي أن الظاهرة هي التي تفرض المنهج المناسب لدراستها. ومن هنا لم يختار الباحث منهجًا أيًا كان لدراسة الاكتئاب عند الأطفال ولكن المنهج الإكلينيكي فرض نفسه هنا لدراسة هذه الظاهرة وصولاً إلى التفسير الفاهم لها.

الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية بهدف معرفة عينة الدراسة والصعوبات التي يمكن أن تحدث، وتحديد الجهات التي يمكن اختيار أفراد عينة الدراسة منها، ولذلك فقد قام الباحث بعدة زيارات ميدانية إلى:

أ) مستشفى العباسية "وحدة الأطفال". ب) مركز الطب النفسي "بالدمرداش".

والجدير بالذكر أن هذه الزيارات قد أتاحت للباحث فرصة لمعرفة أهم الملاحظات الإكلينيكية من الأطباء والأخصائيين النفسيين، بالإضافة إلى الإطلاع على السجلات والملفات الخاصة بهؤلاء الأطفال لأخذ فكرة شاملة عنهم، واختيار عينة الدراسة المناسبة، كما تم أيضًا مقابلة بعض أولياء الأمور لمعرفة أهم ملاحظاتهم وآرائهم وطرق معاملاتهم لأطفالهم.

وفي نهاية تلك المرحلة بدأ الباحث في بلورة مشكلة الدراسة وحدودها واختيار الأدوات التي يمكن أن تستخدم في الدراسة الميدانية الأساسية، وتم اختيار عينة استطلاعية مكونة من (١٠) أطفال وتم اختيار (٥) أطفال منهم تم تشخيصهم سيكتري ووفقًا للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس DSM-5، ووفقًا من الحاصلين على الأرباعي الأعلى على اختبار الاكتئاب للأطفال C.D.L.

كما تم تحديد الأدوات المناسبة للكشف عن الديناميات الخاصة بالأطفال المكتئبين ومن هذه الأدوات ما يأتي:

١- المقابلة الإكلينيكية المتعمقة. ٢- اختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D.

٣- اختبار H.T.P. ٤- اختبار الرورشاخ.

عينة الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة الأسباب الدينامية وراء العوامل المسببة للاكتئاب لدى الأطفال، لهذا روعي في اختيار عينة الدراسة ضبط بعض المتغيرات لتجنب تأثيرها في نتائج الدراسة الحالية والتي تتمثل فيما يأتي:

١- ألا يكون هؤلاء الأطفال يعانوا من أي إعاقات حسية أو حركية أو عقلية.

٢- ألا يكون هؤلاء الأطفال تم علاجهم من قبل.

٣- ألا يكون هؤلاء الأطفال من الإناث (ن=٢)، ومن الذكور (ن=١).

حيث أكدت العديد من الدراسات أن متوسط الفروق في الاكتئاب أعلى ولصالح الإناث عن الذكور ومن هذه الدراسات ما يأتي: [مدحت عبد اللطيف، ١٩٨٩؛ سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢؛ فاطمة نذر، ٢٠٠٠؛ فهد الرشيدي، ٢٠١٠؛ نجوى يحيى اليحفوفي، ٢٠١٠] من سن ٧: ٩ سنوات بمتوسط عمري (٨) سنوات وشهر، وممن يقعون في مرحلة التعليم الابتدائي إذ أكدت العديد من الدراسات ازدياد معدل انتشار الاكتئاب لدى الأطفال في سن المدرسة ومن هذه الدراسات ما يأتي:

[Lefkowitz and Edward, 1984; Rutter, M., 1986; Alessi, N. E., 1987; Hart, S. L., 1991; Larson and Melin, 1992; Semrud, Clikeman and Hynd, 1991; Wilson, O. Leary and Natharn, 1992; Miezitis, S., 1992; Kovacs, et. al, 1994; Kaslow et. al, 1994; Rosenhand and Seligman, 1995; Birmaher et. al, 1996; Nevid et. al, 1997]

٤- كما تم تشخيص هؤلاء الأطفال سيكتري ووفقًا للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس DSM-5 ومن الحاصلين على الأرباعي الأعلى في اختبار الاكتئاب للأطفال C.D.L.

٥- أما عن المجال الجغرافي لعينة الدراسة فقد اقتصر على محافظة القاهرة من مستشفى العباسية بالقاهرة، ومركز الطب النفسي بالدمرداش.

أدوات الدراسة:

أ- اختبار الاكتئاب للأطفال C.D.I:

- وهو من إعداد/ ماريا كوفاكس، ترجمة وتقنين: محمد عبد الظاهر الطيب.
- يتكون اختبار C.D.I من (٢٧) عبارة، أمام كل منها ثلاث استجابات تشمل الحالة الراهنة للطفل، وتعطي درجات (٢، ١، صفر) وفقًا لشدة الأعراض الاكتئابية، ولذلك فإن الدرجة الكيلة على الاختبار تمتد من (صفر) إلى (٥٤) درجة.
- يطبق الاختبار على الأطفال من سن ٧ إلى ١٨ سنة.
- يقيس الاختبار مدى واسعًا من الأعراض الاكتئابية تتمثل في: اضطرابات المزاج، والقدرة على تحقيق الاستمتاع، وتقويم الذات، والخصائص المتصلة بالسلوك المعبر عن العلاقات بين الأفراد، وتتصل بعض العبارات بتأثير الاكتئاب في الوظائف والإدارة التي يقيم بها الفرد في المؤسسات التي تعني بالأطفال (كالمدارس ودور الحضانة مثلًا).

- ثبات الاختبار:

١- تم حساب ثبات الاختبار بعدة طرق منها:

(أ) التماسك الداخلي: وتم من خلال معامل ألفا على عينة ممن يعانون من نوبات اكتئابية دورية (ن= ٧٥) وكان معامل الثبات هو ٠.٨٦، وكان معامل الثبات الداخلي للمقياس في مجموعة الأطفال المرضى (ن= ٦١) هو ٠.٧١، وعند تحليل بيانات تطبيق اختبار CDI على عينة كبيرة كانت قيمة معامل الفا هي ٠.٨٧.

(ب) الثبات عن طريق إعادة التطبيق: وكان معامل الثبات يتراوح من ٠.٤٣ إلى ٠.٨٢.

(ج) الثبات على عينة مصرية: (ن= ٢٠٠ تلميذ من سن ٩: ١٢ سنة) وبالتجزئة النصفية وفقًا لمعادلة بيرمان براون (ر= ٠.٧٠٤).

٢- وتم حساب الصدق للاختبار بعدة طرق منها:

أ) الصدق التلازمي: وكان الصدق دالاً عند ٠.٠٠٠١. ب) الصدق العاملي.

ج) الصدق التمييزي. د) الصدق في العينات المصرية:

(د/١) الصدق المتعمق بمحك.

(د/٢) صدق المقارنة الطرفية.

ب- المقابلة الإكلينيكية المتعمقة:

استعان الباحث بالمقابلة الإكلينيكية لـ[دوتيش ومورفي، ١٩٦٢] إذ تُعَدُّ المقابلة من إحدى الوسائل المهمة في دراسة الشخصية؛ لأنها تكشف عن جوانب ذات أهمية كبيرة قد لا نصل إليها عن طريق الاختبارات، كما أنها تهيئ الفرصة أمام الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة بشكل دقيق ووافٍ، مما تساعدنا على تحليل الفرد وبيان خصائصه الشخصية.

ومن مبررات استخدام المقابلة الإكلينيكية في هذه الدراسة ما هو مسلم به من أن فهم ديناميات الشخصية ودوافعها وبنائها النفسي لا يمكن أن يتم إلا بمعرفة العوامل البيئية المؤثرة في ماضي الفرد وحاضره، وهذه المعرفة لا يمكن أن يغطيها أي اختبار آخر، بينما تمدنا المقابلة بمادة مهمة تتعلق بوظيفة الشخصية ونظامها الدفاعي والتكاملي في الحياة اليومية.

وعليه فإن المقابلة الإكلينيكية ينبغي أن تتم في إطار يتسم بالعلاقة الودية مما يسميه التحليل النفسي بالطرح الموجب. ولذا فقد لجأ الباحث لأسلوب المقابلة الذي يسمى بتداعي الذكريات Associative Anamnesis وهي طريقة مقابلة مبنية على مفهوم التداعيات الطليقة كما تستخدم في التحليل النفسي؛ ولهذا فإن هذه المقابلة تهدف أساسًا:

لترك الحرية للمفحوص في أن يتحدث دون أن يوجه القائم بالمقابلة مجرى حديثه إلا عندما تشتد الحاجة إلى ذلك مما يجعلها من النوع الأقرب لغير الموجه، وعلى هذا فمقابلتنا تقع بين النوع غير الموجه والنوع المنظم مما يفيد في معرفة خصائص الفرد البعيدة الأعماق وذات التأثير الكبير في توجيه سلوكه حتى دون أن يدري، كما تسمح بالحصول على البيانات المطلوبة في توجيه ممكن، وبأكبر قدر من التلقائية مما يحقق الفهم الأكمل والأعمق لديناميات المفحوص.

[Deutch and Murphy, 1962: 119-20؛ سيد غنيم، ١٩٧٢: ٤١٣؛ فرج

عبد القادر طه، ١٩٨٠: ١٠٥؛ فرج عبد القادر طه، ١٩٨٦: ١٣٥؛ سامية القطان، ١٩٩١: ٦٩؛ نجيب إسكندر وآخرون، د.ت: ٣٤٥؛ لويس كامل مليكه، ١٩٩٢: ٦٥؛ فرج عبد القادر طه، ٢٠٠٥: ٢٢؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٤: ٣٢٨]

وأجريت المقابلة لكل من الطفل والأم أو الأب أو كليهما في حالة حضورهما معًا، كل على حده، للحصول على لوحة إكلينيكية كاملة للمفحوص، وحتى تحقق المقابلة الفائدة المرجوة منها، فقد لجأ الباحث إلى أن وضع مقدمًا عدة نقاط للبحث لكي يتم تغطيتها في المقابلة، والتي يطلق عليها ذات رؤوس الموضوعات الهادية، والتي تسمح بتوفير مرونة كافية للباحث في توجيه الأسئلة حسب ظروف المقابلة ونوعية المفحوص.

وكان الهدف من إجراء هذه المقابلة دراسة النقاط الآتية:

- معرفة التاريخ المرضي للمفحوص وطبيعة العرض (أو الاضطراب) وتاريخ ظهور.
- معرفة الشكاوى التي أدت به أو بأحد والديه إلى عرضه على الطبيب، والأعراض المرضية النفسية أو الجسدية التي يعاني منها، ومعرفة الأمراض أو الاضطرابات المصاحبة إن وجدت.
- معرفة التاريخ الأسري أو العائلي للإصابة باضطرابات نفسية ومعرفة العوامل المسببة إن وجدت.
- معرفة الأساليب الوالدية المتبعة مع الطفل.
- معرفة موقف الطفل إزاء عرضه وكذلك موقف الأسرة إزاء هذا العرض واستجابة كل منهما تجاه العرض.
- معرفة الأساليب التي اتبعت مع الطفل لتجنب هذا العرض أو التقليل منه.
- معرفة ما إذا كان في الأسرة أفراد آخرين غير الطفل لديهم العرض نفسه، أم لا؟
- معرفة علاقة الطفل بأقرانه وسلوكه في المدرسة وتاريخه الدراسي وما أصابه من نجاح أو فشل.
- دراسة دينامية العلاقة بين الطفل وأسرته وتصوره لبيئته والعالم المحيط به، ومعرفة ما إذا كان يعاني من أي اضطرابات أخرى من عدمه؟

- تحديد نوع الاضطراب ومدته ومساره وشدته، وفقًا للدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الخامس DSM-5.

وبناءً على ما سبق يتضح الهدف النهائي من إجراء هذه المقابلة الإكلينيكية المتعمقة؛ وهو الكشف عن ديناميات الشخصية ودوافعها وخواصها بهدف الفهم والتشخيص وذلك في موقف حيوي ومهم في دلالته ألا وهو الفحص.

جـ- الاختبارات الإسقاطية:

يشير كل من [لويز ايمز، رتشارد ووكر، روث مترو، جانيت ليرند، ١٩٦٥: ٢] إلى أهمية استخدام التكنيكات الإسقاطية مع الأطفال حيث أنها تلقي الضوء على كل من العوامل الثلاثة التالية إذا ما طُبقت بعناية وفُسرت بمهارة في ضوء متوسطات العمر وهذه العوامل الثلاثة هي:

١- مستوى نمو الطفل.

٢- ذاتيته الفطرية.

٣- نوع التوافق الذي يقوم به في المواقف الحياتية المختلفة.

وفي هذا يؤكد كل من "سترين، وماكينو" أنه ينبغي علينا ألا نتمسك باللوحة الإكلينيكية عند الراشد، ونحاول تطبيقها على الطفل، ولكن من الواجب علينا أن نبحث عن الأعراض المميزة والعلامات التي يظهرها الطفل سواء في سلوكه الحركي أو اللفظي، وما يمكننا معرفته من مادة التخييل عنده؛ ذلك لأن الاكتئاب وعلاماته وأعراضه يرتبط بالمستوى العمري الذي يمر به الطفل، هذا بالإضافة إلى أن التخييل يمكن معرفته من خلال تكنيك إسقاطي. [Cytryn and Mcknew, 1974: 879]

ويستخدم الباحث في تلك الدراسة اختبار H.T.P واختبار K.F.D، واختبار الرورشاخ، واختبار تفهم الموضوع للأطفال C.A.T ولإمكانية تأويل هذه الاختبارات استخدم الباحث عدة تكنيكات أخرى؛ مثل: دراسة تاريخ الحالة، وتفسير الأحلام. وذلك لفهم ديناميات الطفل الذي يعيش الاكتئاب، وكذلك الأعراض التي يظهر بها الاكتئاب عند الأطفال.

فالأطفال كما يقول "ليبامان": غالبًا ما يعانون من الاكتئاب العصابي بأكثر مما

يعتقدون فيه، فالطفل كما يرى "ليبامان" على عكس الراشد عادة ما يكون نشيطًا وقادرًا على الاحتفاظ بالميل في نشاطاته حتى عندما يكون اكتئابيًا. بمعنى أن الأطفال يكونوا اكتئابيين دون أن يعوا اكتئابهم [Lippaman, 1962: 135].

جـ/١- اختبار رسم الأسرة المتحركة:

يُعَدُّ اختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D من أحد أهم الاختبارات الإسقاطية والتي قام بإعدادها كل من [روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان: ١٩٧٠]، أن الفروض الأساسية التي تستند عليها اختبارات الرسم بعامة إن كل جانب من جوانب السلوك له سببه ودلالاته، فالسلوك لا يحدث جزافًا وإنما تحدده عدة عوامل متضافرة [نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣].

ولهذا فإن هذا الاختبار يُعَدُّ طريقة ملائمة بوصفه أسلوبًا إسقاطيًا يسهم في الكشف عن عالم الطفل والمراهق؛ نظرًا لسهولة استخدامه وتجاوزه حدود اللغة بوجه عام، بالإضافة إلى أن هذا الاختبار أضاف إلى المهمة المطلوبة حركة "فعل ما" بمعنى أن يرسم الطفل كل فرد من أفراد أسرته وهو يؤدي عمل ما، بهدف محاولة تحريك مشاعر المفحوص فيما يتعلق بمفهوم الذات، وكذلك معرفة صورة أكثر عمقًا للعلاقات الدينامية بين المفحوص وأفراد أسرته.

فالرسم الذي يقدمه الطفل يسمح لنا بمعرفة عالمه، وكيف يرى نفسه "الذات" في مقارنتها بصورة بقية أفراد الأسرة من خلال تحديد المسافة التي تبعد بها الذات عن الآخرين، كما يبين الاضطرابات النفسية بشكل أسرع وأكثر ملائمة مقارنة بالمقابلات والأحاديث التي تتم مع الطفل ووالديه، والتي قد يشوبها بعض التحريف أو التشويه لما يعانيه الطفل من مشكلات. [روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ٦- ١١]

وقد كان الهدف من تطبيق هذا الاختبار ما يأتي:

- إقامة قدر لا بأس به من العلاقة الطيبة بالمفحوصين من الأطفال، التي تسمح فيما بعد بالتعبير عن مشاعرهم بحرية أكثر، والاختبار في ذلك مثله مثل غيره من اختبارات الرسم لا يعتمد على التعبير اللفظي، ومن ثم يتلافي أحد العيوب التي تلازم الاختبارات التي تحتاج إلى تعبير لغوي، وخاصة وأن الطفل المكتئب قد لا

يجيد التعبير عن مشاعره بالشكل الكافي.

- الكشف عن موقف الطفل إزاء أسرته وأفرادها وغالبًا ما يكون بشكل لاشعوري، وعن تصوره لوضعه بالنسبة لأسرته وموقفهم منه أي الكشف عن ديناميات الأسرة.
- الكشف عن الموضوعات المستدخلة المفضلة للطفل وعن الموضوعات الرديئة وعن مدى اعتمادية الطفل ومستوى عدوانيته ونوعيته . [نيفين زيور، ١٩٩٨: ٢٠٣]

ومن ثم يأتي اختياري لاختبار رسم الأسرة المتحركة لما يمكن أن يضفه من فهم أكبر للطفل المكتئب، ورؤيته للأدوار المختلفة لأفراد أسرته ودوره هو أيضًا وماهية علاقته بهم وتخييلاته نحوهم، ومدى تأثير ذلك في صورته عن ذاته.

جـ/٢- اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص H.T.P:

يُعَدُّ هذا الاختبار من أكثر أساليب الرسم الإسقاطية شيوعًا في العمل الإكلينيكي، كما يُعَدُّ أيضًا من أحد أوائل الاختبارات الإسقاطية التي استخدمت رسومات للصور الإنسانية، وقد أعد هذا الاختبار "جون. ن. باك" وفيه يُطلب من المفحوص أن يرسم بالقلم الرصاص في كراسة ذات أبعاد مقننة رسمًا جيدًا بقدر ما يستطيع لمنزل وشجرة وشخص، ثم يوجه إليه عددًا من الأسئلة تتصل بهذه الوحدات الثلاثة المرسومة، وبعد ذلك تصحح الرسوم كميًا وكيفيًا وقد اكتفى الباحث -في هذه الدراسة- بالتحليل الكيفي فقط.

ويهدف هذا الاختبار إلى إمداد الإكلينيكي بأداة تمكنه من الحصول على بيانات مهمة من الناحيتين التشخيصية والتنبؤية عن الشخصية الكلية، وتفاعل تلك الشخصية مع بيئتها من النواحي العامة والخاصة [لويس مليكه، ٢٠٠٠: ١٣].

جـ/٣- اختبار تفهم الموضوع للأطفال C.A.T:

هو اختبار إسقاطي يناظر اختبار تفهم الموضوع للراشدين T.A.T إذ ينصب التحليل فيهما على المضمون والمحتوى، ومن هنا يكون أقرب إلى القوانين الفهمية التي تحدث عنها "جاسبرز Jaspers" والتي تتيح لنا أن نفهم كيفية صدور ما هو سيكولوجي عما هو سيكولوجي".

هذا بالإضافة إلى أن مادة الاختبار C.A.T تكشف لنا عن العمليات الأولية والعمليات الثانوية، ومن هنا نأمل أن تتيح لنا معرفة ديناميات الطفل الاكتئابي والأعراض الاكتئابية لديه أي معرفة الديناميات والأعراض معًا، وما يوجد من تأثير متبادل بينهما، إذ إن هناك تأثرًا متبادلاً بين العمليات الأولية والعمليات الثانوية [دانيل لاجاش، ١٩٦٥: ٤٥].

وهذا الاختبار بدأت فكرته على يد "ارنست كريس Ernist Kris" وبيللاك ليوبولد، ويتكون من عشر بطاقات لصور حيوانات في مواقف مختلفة تسهل على الطفل الاندماج في الصورة والتوحد بأبطالها، وذلك على الأطفال من سن ٣ إلى ١٠ سنوات [محمد الزيادي، ١٩٦٩: ٢٥٢؛ بيللاك ليوبولد، ٢٠١٢: ٩].

وقد أكدت العديد من الدراسات فائدة وأهمية اختبار C.A.T على الأطفال من الناحية الإكلينيكية في تحديد العوامل الدينامية التي تتصل بسلوك الطفل في الجماعة، وفي المدرسة أو في الحضانة بالإضافة إلى اتجاهات الطفل داخل الأسرة؛ ولذا نجد أن العديد من الدراسات السابقة استخدمت اختبار C.A.T في دراسة وفهم اضطرابات الطفولة وهو ما أكده بيللاك في أن فهم الأعراض والعلامات التي يأخذها الاضطراب عند كل طفل، وذلك عن طريق استجابته المميزة على اختبار C.A.T مما يساعدنا في تبين الصورة التي يتخذها المرض في كل حالة بالرجوع إلى تاريخ حياة الفرد وعلاقاته مع والديه وأنماط التطابق عنده والصراعات المختلفة التي يعيشها والدفاعات المختلفة التي يستخدمها لمواجهة تلك الصراعات ومن هذه الدراسات ما يأتي:

[Curevitz and Kapper, 1951; Stevensen, 1952; Desousa, 1952; Beller and Haeberla, 1959; Boulaygure, 1960; Haworth, 1964; محمد أحمد خطاب، ٢٠١٣؛ نيفين زيور، ١٩٧٥]

جـ/٤- اختبار الرورشاخ:

يُعَدُّ اختبار الرورشاخ Rorschach Ink Blot Test من أحد أساليب التداعي حسب تصنيف الأساليب الإسقاطية، إذيث يُعَدُّ هذا الاختبار من الناحية التاريخية أول الأساليب الإسقاطية في تقويم الشخصية. وقد وضع هذا الاختبار الطبيب النفسي السويسري

هيرمان رورشاخ Herman Rorschach عام ١٩١١م؛ ولذا فإن الغرض الأساسي من استخدام هذا الاختبار يتضح في أن المدركات التي يدركها الفرد في مثل هذه الأشكال المبهمة والغامضة إنما تعكس سمات شخصية الفرد.

بالإضافة إلى إعطاء وصف لشخصية الفرد من منظور إكلينيكي متعمق، كما تقدم مادة الرورشاخ دلائل تساعد على فهم السلوك الملاحظ؛ لأنها تمس بناء الشخصية الأكثر عمقًا وكمونًا، كما أن هذا الاختبار يساعد في الكشف عن المظاهر المعرفية والعقلية والكشف عن المظاهر الوجدانية أو الانفعالية، والكشف عن مظاهر وظيفة الأنا، وعن اضطرابات الفكر والإدراك والأساليب الدفاعية والتوافقية، والديناميات الدافعية [سيد محمد غنيم، ١٩٧٢: ٥٠٠؛ محمود أبو النيل، ١٩٧٦: ١٦٦؛ لويس مليكه، ١٩٩٢: ٣٧٤؛ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٤٩].

ويتألف الاختبار من عشر صور تتكون كل صورة منها من أشكال متماثلة، ولكل شكل له خواصه الفريدة سواء في الشكل أو اللون أو التظليل والفراغات البيضاء، مما تؤدي إلى استثارة استجابات نمطية؛ لأن الترتيب الذي تقدم به هذه الصور للمفحوص تحدده رغبة الرورشاخ في إدخال نظام نفسي يكفل بقاء استثارة المفحوص على أعلى مستوى، ونظرًا لأن البقع غامضة وغير محددة البنيات فإنه يصعب الحكم على استجابات المفحوص لها بالصواب أو بالخطأ، وبالتالي فإنه يفترض أن إدراكه للبقع يعكس ديناميات شخصية المفحوص سواء المعرفية أو الانفعالية، وقوة الأنا في مواجهة الواقع.
[برونو كلوبفر، هيلين دافيدسون، ١٩٦٥: ٢١١، يد غنيم، هدى برادة، ١٩٦٤: ٢١٣؛ محمود الزيادي، ١٩٦٩: ٢٧؛ عطية هنا، محمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٤؛ محمد شحاته، ١٩٩٥: ٣٢٠؛ محمد أحمد خطاب، "ب"، ٢٠١٧: ٤٤٦]

أما عن منظور التحليل النفسي للبطاقات فقد عرض لنا "انزيو Anzieu" في عام ١٩٨٠ بعض الافتراضات الخاصة بالبطاقات العشر على النحو الآتي:

الأولى: من فقدان الموضوع، والثانية: تجاه الأحداث البيئية، والثالثة: تجاه الموقف الأوديبي، والرابعة: تجاه السلطة أو الأنا الأعلى (الأب)، والخامسة: تجاه الحالة الوجدانية

لـلأم، والسادسـة: القلـق تجـاه ازدواجيـة الجـنس، والسـابعة تجـاه القلـق والانفصـال عـن الأم، والثامنـة: تجـاه القلـق مـن الغربـاء عـن العائلـة، .... والتاسـعة: تجـاه دافـع المـوت، والعاشـرة: تجاه التجزئة [فيصل عباس، ١٩٩٠: ٢٥٣].

أما عن إجراء الاختبار فيجب أن يتم في جو مريح وجاد في الوقت نفسه، كما أنه مـن الضـروري تسـجيل ظـروف الاختبـار مـن حيـث الزمـان والمكـان، وتُقـدر وتُصـحح الاستجابات وفقًا لأربعة أبعاد وهم: التحديد المكاني، العوامل المحددة، المحتوى، مضمون الاستجابة [عطية هنا، محمد هنا، ١٩٧٣: ٤٦٦؛ هناء أبو شهبة، ٢٠٠٠: ١٧٥؛ محمد أحمد خطاب "أ"، ٢٠١٧: ٢٦٢– ٢٦٣]

تلك هي النواحي الأربعة التي على أساسها سيتم تقرير الاستجابة، وسوف يستعين الباحث بطريقة "روي شيفر" في تفسير الرورشاخ من وجهة نظر التحليل النفسي [روى شيفر، ٢٠١٢]، أما عن صلاحية الاختبار فقد أجريت العديد من الدراسات للتأكد من ثباته وصدقه.

وقد تم التأكد من ثبات الاختبار بعدة طرق؛ ومنها: طريقة إعادة الاختبار، وطريقة التجزئة النصفية، وبطريقة الصور المتكافئة، وبطريقة ثبات المصححين بمتوسط (٠.٧١). أما عن صدق الاختبار فكان يتمتع بدرجة عالية من الصدق، وتم حساب الصدق بعدة طرق ومنها: الصدق الظاهري، وكان متوسط معامل الاتفاق بمتوسط قدره ٦٩% [لويز ايمز، ريتشارد ووكر، ١٩٦٥: ٣٠؛ محمود الزيادي، ١٩٦٩: ٢٢٢؛ كلوبفر وهيلين، ١٩٦٥: ١٩؛ عبد الرحمن محمد، ١٩٧١: ٣٢٢؛ Holiday and Wogner, 1992؛ محمد شحاته، ١٩٩٥: ٣٣٠؛ صفوت فرج، ٢٠١٧: ٧٧٣–٧٧٤].

نتائج الدراسة:

الحالة الأولى (ملك)

أولًا: نتائج المقابلة:

الاسم: ملك .ش **النوع: أنثى.**

تاريخ الميلاد: ٢٠٠٧/١٠/٢٨ **العمر: ٩ سنوات ونصف.**

الصف: الخامس الابتدائي **المدرسة: لغات- المعادي.**

ترتيبها: الأولى **الأخوات: أخت وحيدة (كارما) أصغر منها بثلاث سنوات.**

أولًا: المقابلة مع الأم:

- بداية تعرضنا للسرقة في عام ٢٠١١م وكنا نسكن في فيلا، ثم أصبح زوجي يعاني من البطالة- حيث كان يعمل في شركة للسياحة- بعد ثورة ٢٥ يناير ٢٠١١م، كسرت ميراثي علشان نقدر نعيش، وملك شاهدت كل هذا، وعانيت من الاكتئاب بسبب هذه الأحداث وخاصة بعد وفاة أمي أثناء حملي في ملك.
- عانيت من الاكتئاب أثناء الحمل وبعده، وهو ما جعلني أشعر أن ملك سبب كل هذه الأحداث، وأصبحت متشائمة منها ووصل هذا الأمر إلى أنني أشعر في بعض الأحيان أني رافضاها ومش متقبلاها، حيث كان ظهورها مرتبط بوفاة أمي منذ عام ٢٠٠٧م ووفاة أبي من ٢٠١٤م.
- بعد ولادة ملك بسنة جالي التهاب وكانت ملك تزحف نحوي وبجانبي وأنا أتعمد ألا التفت إليها بل أبعدها وأدفعها بعيدًا عني، وأبوها كان يأخذها مني عندما يصل الأمر إلى عقابها بضربها على الوجه (بالقلم) أو بالحذاء (الشبشب)، بالإضافة إلى الصريخ والزعيق في وجهها.
- بعد وفاة أبي عملت لملك عيد ميلاد كبير أوي ومن المفارقات أن ملك بدأت في البكاء الحاد ولما سألتها لماذا تبكي؟ أجابت علشان أنها مش مصدقة إن في حد بيحبها بجد.
- بدأت معاملتي لملك تزداد سوء وهي في ثالثة ابتدائي حيث كانت أسوأ سنة في عمري لأن زوجي أصبح عاطلاً بعد أحداث ٢٥ يناير ٢٠١١م، بالإضافة إلى أن أبي عزل وترك منزله بعد وفاة أمي، وملك كانت في الحضانة، وكنت أذهب له ومعي ملك وهي في سن ٣ سنوات، وكنت أفضل أتحدث مع أبي بالساعات دون الاهتمام بملك التي بدأت تبكي بشدة وفجأة قام أبي (الجد) بالصريخ فيها وضربها علشان تسكت.
- علاقتي بأبي كانت قوية لكن أمي كانت جافة لا تحضن لا تهتم ولما توفت شعرت

بالذنب تجاهها، وأنا الآن بعامل ملك ذي ما كانت أمي بتعاملني تمامًا وجدتي كانت تعامل أمي هكذا أيضًا.

- أنا بعامل كارما أخت ملك بشكل أفضل نوعًا ما، أمي كانت معايا زي ما أنا مع ملك (توحد مع المعتدي) وزوجي زي أبويا يعامل ملك بشكل أفضل كما كان أبي معي.
- أنا وأبي كنا أصحاب أوي ودا كان ببيأثر في ملك وكنت أعرض على ملك الخروج معًا، ولكنها كانت تثيرني وتغضب؛ لأنها عاوزه حاجات وأنا برفض اشتري ليها هذه الأشياء، وكنت أتخانق مع ملك في كل الخروجات فأنا عصبية وصوتي عالٍ دائمًا معاها.
- أثناء تخرج ملك في حفلة KG2 لم أحضر الحفلة، لأني كنت مكتئبة وحزينة على وفاة أمي لدرجة أني استقبلت ملك وهي مولودة بالأسود، وأنا ببكي وكذلك استقبلها (أبي/ جد ملك) بالبكاء وهي رضيعة ولم استطع إرضاعها طبيعي وكانت رضاعتها صناعي، بينما حضرت حفلة تخرج KG2 لأختها كارما في ذات الحضانة.
- أول سنتين من ولادة ملك كنت أتركها مع أي حد ومش كنت أقدر أحضنها (كنت رافضاها) ولما تبكي وهي طفلة "رضيعة" أصرخ فيها قائلة: إيه الغلاسة دي؟! أنا عاوزه أنام مش وقتك خالص يا ملك، وانفصلت عنها نوعًا ما أثناء حملي في كارما ومش بقيت أبص لملك خالص.
- مرة تركناها في السيارة وفرشنا غطاء السيارة وهي بالداخل، ولما صعدنا للمنزل افتكرت نزلنا وجدناها في بكاء مرير وفي حالة رعب وخوف شديدان.
- ملك مش تقدر تنام جانبي تحضر مرتبة وتضعها أسفل السرير وتنام عليها.
- علاقة أبي بأمي كانت مضطربة ولي أخ مدمن وآخر دخل مستشفى بهمان في حلوان وكنت أترك بناتي كثيرًا (ملك وكارما)، وأذهب لأسرتي (أبي وأخوتي) لأحل مشاكلهم.
- لا توجد خلافات زوجية بيني وبين زوجي إلا: في عدم الاتساق في المعاملة الوالدية فزوجي يعتني كثيرًا بملك بينما أنا اهتم بكارما أختها ومركزة معاها أوي؛ لأن مفيش حد معبر كارما؛ لأن ملك أحلى منها وبيضاء بالإضافة إلى أن أبيها مدلعها أوي.

- ساعات أضرب كارما واتعصب عليها مثلها مثل ملك.
- كارما أصبحت تعاني من الأكزيما وسقوط الشعر والميل إلى العزلة والوحدة والانطواء، والبكاء كثيرًا.
- أما ملك فهي: حاولت الانتحار بقطع شريان يدها أكثر من مرة بالإضافة لأفكار انتحارية متعددة.
- ملك سهلة البكاء فهي عيووطة وتبكي كثيرًا.
- المعاناة من الاضطرابات السيكوسوماتك: كالصداع المزمن، الإمساك المزمن، قولون عصبي، هرش الجلد.
- تضع ملك يدها في المهبل (البظر) ممارسة عادة سرية.
- كانت تمص في صوابعها.
- تعاني من الكوابيس وتصرخ باسم البنت اللي في المدرسة اللي بيتضايقها.
- الميل للكذب والسرقة بشكل واضحة مؤخرًا.
- تحضر مرتبة وتضعها أسفل السرير الخاص بي وتنام هي وأختها تحت السرير.
- علاقة كارما وملك سيئة للغاية، خناقات مستمرة، غيرة متبادلة بينهما.
- عانت ملك من حشرات الرأس (قمل) والمدرسة أرسلت للأسرة خطاب بهذا الشأن وزميلاتها فتحوا الخطاب، وفضحوا ملك في وسط المدرسة، وهو ما زاد من اكتئابها ورفضها للمدرسة ولزميلاتها.
- زملاء ملك بدأوا يرفضوها بسبب أني (الأم) مش متحجبة وقالوا لها: أبعدي علشان أمك مش محجبة.
- ملك عندما تستعير قلمًا من زميلاتها مش ترجع القلم تاني، ولما زميلاتها يقولوا لها هاتي القلم تقولهم: دا قلمي وترفض إعطائه لهن.
- ملك كتبت خطاب لمدير المدرسة تقول فيه: إن إحدى زميلاتها بتقولها: اسرقي، واتضح أن ملك تحرض البنات لتكوين عصابة للسرقة وقالت لكارما أختها يلا نأخذ أشياء من المحل دا فلما ردت عليها أختها إن دا يعتبر سرقة ردت ملك وقالت دا

استعارة مش سرقة!!

- ولد صاحب ملك أمه ماتت فملك قالت: إن أبوه تزوج من راقصة وحصل إنكار من ملك ثم اعترفت وأخذت أسبوع فصل من المدرسة وأصبحت منبوذة ومرفوضة من زملائها كما كنت رافضاها.
- ملك تحب جدها لأبيها ومرتبطة به نوعًا ما لأنه يبادلها الاهتمام والحب.
- ملك أصبح صوتها وصريخها عاليًا مصحوبًا بالبكاء الشديد مع الميل للوحدة والعزلة والانطواء وضعف الرغبة في الاندماج في التفاعلات الأسرية أو الاجتماعية.

ثانيًا: المقابلة مع المفحوصة (ملك):

- انزعجت بشكل واضح وملحوظ لما سألتها عن عيد ميلادها وكان ردها: ليه فكرتني بعيد ميلادي دا أسوأ شيء في حياتي!!

العلاقة مع الأب:

- أكثر حاجة اتضايق منها في أبي هي: الزعيق، والعصبية مرة انقلبت به العربية من كتر العصبية وخايفه أنه يحصله حاجة وهو عصبي حتى مع الناس اللي مش يعرفهم.
- بابا مرة ضربني وزعق لي علشان الشباك اتفتح وكان هيقفل على كارما أختي ويحبسها وفضلت أبكي لحد ما جاء وصالحني بالورد.

العلاقة مع الأم:

- ماما مش بتحبني زي كارما ومش بتشوف طلباتي ودائمة الصريخ والعقاب لي، وهي دائمة العصبية زي بابا لما يرجع من الشغل عصبي يطلع غضبه فينا، ولما يبقى متضايق ينام ومش يكلم حد، بابا أكثر عصبية من ماما.
- بابا وماما يجبروني أنا وأختي على أن نقعد لوحدنا في الأوضة كنوع من العقاب فأنا أحضر المرتبة وأنام عليها تحت السرير، وأختي كارما معي أو تجلس وحيدة في معزل عن الآخرين.
- أخاف أجلس لوحدي وأحس إن هناك أيد هتمسكني وتأخذني، علاقة أبي

بعماتي دائمًا في خناق علطول.

العلاقة مع الأخت:

- تتسم بالشد والجذب والخناقات والغيرة المتبادلة.

العلاقة مع الأقران:

- فهي تشعر بالرفض والنبذ والإهمال والسخرية من زملائها فذكرت أن زملاءها سخروا منها بشدة بعد أن قص لها جدها (للأم) شعرها عندما وجدها تلعب في شعرها، ومرة أخرى لما سخروا منها لما فتحوا خطاب من مدير المدرسة يذكر فيه أن ملك تعاني من حشرات الرأس (القمل) وهو ما جعلها تعاني من الإحباط الشديد ومن الغضب والعدوان المكبوت تجاه زملائها ومدرستها.

ملحوظة: ذكرت ملك أنها وأختها كن يرغبن في الذهاب لدكتور نفساني لأنهن يعانين من العصبية ومن الطاقة السلبية وإن مفيش حد يسمع لهن وإن أكثر شيء يهدي من عصبية ملك الرسم وتجد نفسها مسترخية وهي بترسم وكذلك المشي في التراك يهدي من أعصابها ويطلع الطاقة السلبية.

- تتمنى أن تصبح عالمة آثار.
- تفتقد للأصدقاء ومن ثم فهي كانت كثيرة الكلام بشكل واضح في الجلسات فهي في أمس الحاجة لمن يسمعها وينصت لها ويهتم بيها.
- هي مدركة وعلى وعي واستبصار أنها تعاني وتتألم ومن ثم طلبت المساعدة من المدرسة (الأخصائية الاجتماعية) لكي تساعدها وتنفس عن الطاقة السلبية وهو ما فعلته بالفعل من خلال الرسم أو ممارسة رياضة المشي، بالإضافة أنها وأختها طلبت من الأم أن يذهبن لدكتور نفساني.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: اضطراب عملية التنشئة الاجتماعية لملك تمثلت في:

١) عدم اتساق المعاملة الوالدية لملك.

٢) رفض واضح من قبل الأم تجاه ملك سواء على المستويين الشعور أو اللاشعوري.
٣) انفصال الأم عن ملك بعد ولادتها مباشرة وعدم الاهتمام بها بالإضافة لتشاؤم الأم من ملك بعد ولادتها نتيجة وفاة الأم (الجدة).
٤) تعمد الأم ألا تلتفت لملك وهي رضيعة تحاول الوصول للأم فكانت الأم تدفعها بيدها لكي لا تقترب منها.
٥) العقاب البدني واللفظي لملك من كلا الولدين وخاصة الأم.
٦) الأم لا تتواصل مع ملك انفعاليًا وجسديًا فهي لا تضم أو تحضن ملك على الإطلاق حتى الرضاعة كانت صناعية.
٧) إدراك ملك أن أمها رافضها وغير متقبلها وأنها تميز أختها كارما عنها.
٨) وصل الإهمال لملك عندما تركوها في السيارة وهي نائمة (نسيان) بل تعدي الأمر أن الوالدين قاموا بتغطية السيارة وملك بداخلها (كما لو كانا يتمنوا موتها "وأدها" على المستوى اللاشعوري).
٩) الأم دائمة العصبية والصراخ.

ثانيًا: معاناة الأم من أعراض اكتئابية واضحة (اكتئاب أثناء الحمل وبعد الولادة)؛ لأن أمها (الجدة لملك) كانت جافة المشاعر حادة، لا تحضن، ولا تتواصل انفعاليًا معها (فالأم توحدت مع المعتدي أمها [الجدة] وتعاملت بالمثل مع ملك "الحفيدة").

ثالثًا: تعرض الأسرة لضغوط اقتصادية حادة ولضغوط اجتماعية بوفاة الجدة (جدة ملك من الأم) وإحساس الأم بالذنب الناتج عن العلاقة المضطربة مع أمها (الجدة).

رابعًا: إصابة ملك باكتئاب حاد:

١) فقد حصلت على (٥١) درجة على اختبار الاكتئاب بالإضافة للتشخيص السيكتري وفقًا لـDSM-5.
٢) قامت ملك بمحاولات انتحارية فعلية بقطع شريان يدها أكثر من مرة،

بالإضافة للأفكار الانتحارية.

٣) الميل للانطواء وللعزلة وكثرة البكاء وضعف الرغبة في الاندماج في العلاقات والتفاعلات الاجتماعية.

٤) معاناة ملك من اضطرابات سيكوسوماتك؛ مثل: الصداع المزمن، الإمساك، قولون عصبي، حك (هرش) الجلد، الأرق.

٥) تخييلات مرضية اتخذت الطابع السادي تجاه الآخرين بسبب شعورها بالرفض والنبذ من أمها ومن زملائها وأقرانها.

٦) اضطرابات سلوكية تمثلت في: ممارسة العادة السرية، النوم أسفل السرير، الكذب، السرقة، العدوان تجاه زملائها.

٧) فوبيا من الجلوس بمفردها؛ [لأن عقاب الأب يتمثل في إجبارها على الجلوس وحيدة في غرفتها دون السماح لها بالخروج فترات طويلة].

٨) سوء العلاقة مع الأقران ومع أختها وأمها.

٩) شعورها الدائم بالرفض وخاصة من الأم، والجد للأم، ومن أقرانها.

ثانيًا: نتائج اختبار رسم الأسرة المتحركة:

- تم رسم الأب والأم في وسط السحاب، ورسم الذات والأخت في وسط سحابة أخرى: وهو ما يدل على عزل الأب والأم مشاعرهم عن الطفلتين وبوصفه تعبيرًا عن الرفض والتمييز بين أفراد الأسرة، وهو أيضًا ما يعكس قلقًا حادًا ومخاوف وسلوكًا تجنبيًا.
- رسم الشمس بعيدًا عن الطفلتين: وهو ما يعني أن لديها شعورًا بالرفض من قبل الوالدين.
- عدم رسم أقدام: وهو ما يعكس ضعف الاتصال بالواقع [هي وأختها والأم].
- رسم قدم الأب على هيئة كورتين: تشير إلى غضب وعدوان مكبوت.
- عدم رسم يد الأب: بوصفه تعبيراً وانعكاسًا لمشاعر الخوف من العقاب.
- رسم الأب كامتداد: يعكس مخاوف وقلق الخصاء. [روبرت بيرنس، هارفارد

كوفمان، ٢٠١٥: ٢٣]

- عدم رسم الأذن: تشير إلى رفض العالم والرغبة في تجنب النقد. [كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ٣١]
- رسم نفسها أيسر الصفحة: تشير إلى نكوص وقلق وسلوك انطوائي.
- رسم السحب: تشير إلى قلق معمم.
- رسم طيور كثيرة: يرمز إلى الشعور بأن جزءًا من الشخصية لم يتيسر ضبطه، ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.
- رسم يد لذاتها: تعكس مدى احتياجها للقوة. [لويس مليكه، ١٩٨٦: ٥٥-٥٩]

ملخص نتائج اختبار رسم الأسرة المتحركة:

١) ضعف الاتصال بالواقع لكونه مؤلمًا ومحبطًا والاستغراق في التخيلات بوصفه صورة تعويضية للإشباع.
٢) إدراك المفحوص بالرفض وعدم التقبل الوالدي مصحوب بقلق حاد ومخاوف وسلوك تجنبي.
٣) رفض العالم والرغبة في تجنب النقد، وهو ما يعكس بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.
٤) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق ومخاوف الخصاء.
٥) الشعور بأن جزءًا من الشخصية لم يتيسر ضبطه، ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.
٦) الحاجة للقوة وللحماية وللأمن وللدفء والتقبل الأسري والحب غير المشروط من قبل الوالدين.
٧) الخوف من العقاب واستخدام ميكانيزمات دفاعية؛ مثل: النكوص والميل للانطواء والعزلة.

ثالثًا: نتائج اختبار H.T.P:

أولًا: رسم الشخص:

- رسم الشمس بعيدًا: وهو ما يعني أن لديها شعورًا بالرفض.
- رسم اليد على شكل كرتين: يشير لعدوان وغضب مكبوت.
- التأكيد على رسم الرأس: اللجوء إلى التخييل بصورة تعويضية بالإضافة للمعاناة من مشاعر النقص.
- رسم العين مقفولة: تعكس رغبة قوية لتجنب المثيرات البصرية الأليمة.
- عدم رسم ذقن: الشعور بالنقص والدونية.
- عدم رسم قدمين: تشير لمشاعر باثولوجية بالتقييد أو إلى مشاعر الخصاء.
- رسم الذراع مثل الأجنحة: تشيع في رسوم المرضى شبه الفصاميين.
- رسم الشخص في أسفل الصفحة: فهو يرمز إلى شخصية اكتئابية انهزامية.
- نقص الاهتمام الأذنين: الرغبة في تجنب النقد.
- رسم الرأس ثم الجذع ثم الوصل بينهما: يدل على صراع بين التعبير الانفعالية وضبط.

ثانيًا: رسم الشجرة:

- رسم جذع كبير: الشعور بالتقييد مع نزعة الاستجابة العدوانية إما في الواقع أو في الخيال.
- رسم فروع الشجرة إلى أعلى في اتجاه الشمس: شعور شديد بالإحباط والحاجة إلى الحب والدفء من النموذج المهم للسلطة التي تمثل الشمس.
- رسم الأزهار: تشيع في رسوم الأفراد ذي الاتجاهات شبه الفصامية.

ثالثًا: رسم المنزل:

- رسم سقف المنزل كبيرًا: وهو ما يعني أن المفحوصة تقضي جزءًا كبيرًا في التخييلات، وهي بهذا تنشد إشباع احتياجاتها بصورة تعويضية لكون الواقع محبطًا ومؤلمًا.
- دعم رسم السقف بخطوط ثقيلة: بوصفها محاولة لوقاية الذات ضد العجز عن ضبط التخييل ويشيع ذلك في مرحلة ما قبل الذهان، والقلق الحاد.

- تأكيد قاعدة الحائط: تشير لصعوبة في قمع أو كبت التعبير عن النزعات المتضادة.
- رسم الباب أخر تفصيل: عزوف عن الاتصال بالآخرين ونزعة إلى تجنب الواقع.
- رسم باب ضئيل: تشير لعدم الكفاءة وترددها في تكوين الصلات بالبيئة.
- رسم قضبان النوافذ: وهي ما تعكس إدراك المفحوصة في رؤيتها للمنزل كسجن.
- تأكيد محيط النوافذ: تثبيت فمي أو سمات ذات طابع فمي.
- دخان كيف: يشير لتوتر داخلي قوي في الشخص أو إلى صراع أو اضطراب انفعالي في الموقف المنزلي أو كليهما.
- اتجاه الدخان من اليمين لليسار: تشاؤم بالنسبة للمستقبل.

دلالة الألوان:

- الأسود والأصفر في رسم الشمس: يجمع بين الاكتئاب والعدوانية والإثارة الحسية.
- سقف المنزل (اللون البني) يشير للكف والكبت والنكوص.
- النوافذ والباب (اللون الأزرق) يشير إلى الاهتمام بالوقاية.
- رسم الطيور باللون الأسود: إشارة للانقباض والكبت والنكوص.
- رسم الشجرة باللون الأخضر الفاتح والغامق: الحاجة للأمن.
- رسم الشخص باللونين الأصفر والأسود: يجمع بين الاكتئاب والعدوانية والإثارة الحسية [لويس مليكه، ١٩٨٦: ٢٢].

ملخص نتائج H.T.P:

١) إدراك المفحوص لمشاعر الرفض من قبل الوالدين.

٢) عدم الشعور بالأمن والأمان لكون الواقع محبطًا ومؤلمًا بالإضافة إلى بيئة مهددة وخطرة.

٣) الشعور بالإحباط والتشاؤم من المستقبل.
٤) الشعور بالتقييد وبالقمع والسيطرة من النماذج الوالدية وكبت التعبير عن النزعات المتضادة.
٥) اللجوء إلى التخييل بصورة تعويضية لإشباع الاحتياجات غير المشبعة والمعاناة من مشاعر النقص والدونية مع نزعة للاستجابة العدوانية.
٦) العزوف عن الاتصال بالآخرين ونزعة إلى تجنب الواقع وتجنب النقد.
٧) المعاناة من اكتئاب ذات طابع انهزامي بالإضافة إلى الكف والكبت والقمع والنكوص.
٨) اضطراب مركب الأوديب وانشغال قضيبي.
٩) معاناة المفحوص من خصائص وسمات شبه فصامية.
١٠) الحاجة للحب وللدفء العاطفي والتقبل من قبل الوالدين، والحاجة للاهتمام بالوقاية.
١١) تثبيت فمي أو سمات ذات طابع فمي.
١٢) توتر داخلي قوي في الشخصية، أو صراع أو اضطراب انفعالي في الموقف المنزلي أو كليهما.

رابعًا: نتائج اختبار C.A.T"

البطاقة رقم (١): (١٥)

دوول ثلاث فقراء مش لاقيين أكل وشرب والديك دا شريرة مش بتحبهم وهي لما مشيت اكلوا، هما أطفال ومش عارفين أنهم بيسرقوا من عندها، وهي كان عندها ثلاث بيضات، والثلاثة الصغار دخلوا أكلوها، ثم تدخل عليهم الست (الفرخة/ الديك) تزعق لهم، ولما عرفت أنهم أطفال وطيبين أخذتهم وكأنهم أولادها، كان عندها ثلاث أولاد وكانت عاملة الأكل دا ليهم . (٢٠ً ، ١ق)

طيب عاوزين عنوان لهذه القصة:

- المفحوصة: صعب شوية.. طيب نسميها الكتايت الفقراء.

- طيب الأطفال ليه الفرخة دي بتعاملهم كدا؟!
- هما بيحبوها لكن الفرخة الشادو دي مش بتحبهم، وعلشان كدا هي مش وافقت على أنهم يأكلوا وهما جاعنين وهما مش عارفين فين ماماتهم وهما طلعوا من البيض مش عارفين أمهم ولا أمهم عارفاهم.

التفسير:

١) إدراك ملك برفض الأم لها وعدم تقبلها بل وتجنبها أيضًا.
٢) إدراك ملك للمعاناة الاقتصادية التي تعرضت لها الأسرة بعد ولادتها مباشرة عقب سرقة منزلهم.
٣) حاجة ملك للحب فهي تشعر أنها فقيرة ليس على المستوى الاقتصادي بل فقيرة من الحب الوالدي غير المشروط.
٤) الحاجة للأمن وللحماية وللدفء، بالإضافة لحاجات فمية غير مشبعة.
٥) عدوان واضح على الأب والنظر إليه بوصفه شريرًا.
٦) قلق الانفصال (مش عارفين أمهم، وأمهم مش عارفاهم).
٧) اضطرابات سلوكية (السرقة: عدم التفرقة بين تمتلك وما يمتلكه الآخرون).
٨) بيئة مضطربة ومهددة وغير آمنة.

البطاقة رقم (٢): (١٥ ً)

دول دبتان بنات والمفروض دي الأم وبنتها وكانت الأم معاها حبل وبتمرن بنتها إزاي تنط الحبل وجاءت دبة أخرى شريرة لا تحب الأطفال ولا تحب الأم وبنتها، ودا كان في السيرك والشريرة ستأخذ الحبل من الطفلة، بس البنت ساعدت أمها ومفيش حد ساعد الشريرة وفي الآخر الحبل انقطع ولا الشريرة عرفت تلعب بالحبل أو أنها تبقى مشهورة، والأم ستأخذ نصف الحبل وتلعب ببيه هي وابنتها، والشريرة خسرت والأم وبنتها بقوا مشهورين (١٠ً ، ٢ق)

طيب عاوزين عنوان لهذه القصة:

- "الأذكياء وأنا" الأذكياء هما الأم وبنتها، و"أنا" هي الشريرة.

التفسير:

١) ممارسة العادة السرية.
٢) إدراك الأم أنها جافة المشاعر وغير محبة بل وشريرة.
٣) الاستعراضية.
٤) أعراض بارانوايا والشعور بالاضطهاد.
٥) تناقض وجداني تجاه الذات فهي تنظر لذاتها على أنها شريرة وطيبة.
٦) الحاجة للأمن وللقوة.

البطاقة رقم (٣): (٥)

أحب الصورة دي أوي علشان شفتها في فيلم أسد ظالم وكل الحيوانات تعدي من جانبه ويقدموا له الأكل، وهو اللي يأكله، والحيوانات يروحوا له كل أسبوع ليجمعوا الأكل من البشر ويعطوه للأسد، وفي يوم الحيوانات مش حضروا للأسد، والمفروض هو ملك الغابة وهما اللي يذهبوا إليه، وبعدين الأسد راح للحيوانات ووجدهم مع البشر وقالت الحيوانات للأسد أنت ليه مش تجري وراءهم؟! إحنا مش هنجري وراء البشر، ومش هنعطي لك الأكل، لكن الأسد مش وافق على الكلام دا، وجري وراء البشر، بس الأسد هو جواه جزء طيب، والحيوانات اتفقت مع البشر أنهم مش يخافوا من الأسد، ولا يجروا منه علشان هو بيهوش بس، ولو خفتم يأخذكم كلكم ويأكلكم، والبشر فضلوا في أماكنهم وراحوا مع الحيوانات ودخلوا جنينة الحيوانات الموجودة في المدينة والأسد فضل لوحده في الغابة مش عارف يعمل حاجة. (٢٠ً ، ٣ق)

ما عنوان هذه القصة:

- الأسد الظالم أو الشرير.

التفسير:

١) تناقض وجداني تجاه الأب فهو شرير وطيب.
٢) مشاعر عدوانية تجاه الأب تمثلت في محاولات التمرد عليه مصحوبة برغبة في الانتقام منه (إنه هيفضل وحيد في الغابة).

٣) الالتهام على المستوى المتخيل.
٤) اضطراب وجداني (أحب الصورة دي أوي علشان شفتها في فيلم).
٥) الخوف من العقاب.
٦) اضطراب مركب الأوديب.
٧) التثبيت على المرحلة الفمية فهناك احتياجات فمية غير مشبعة.

البطاقة رقم (٤): (٢٠)

حلوة أوي الصورة دي.. بس صعب أن أحكي عليها قصة.

الكنجرو الكبير خلفت واحدة (بنت) وكل اللي في الغابة أشرار وهي الوحيدة (الأم) طيبة والباقي أشرار، وأنا خايفة أخلف علشان هما هيقتلوا البنت، والبنت طلعت متوحشة؛ لأنهم قتلوا أبيها، وأحرقوا المكان اللي كان فيه الأب، وهما الآن بيخافوا من البنت؛ لأنها زي مامتها تقدر تنط نطة كبيرة (خمسة) أو (ستة) متر ولو حصل نار تقدر تنط والأشرار حاولوا يقتلوا البنت المتوحشة بس مش عرفوا يقتلوها وهي عندها مواهب وتقدر تخوفهم، وفي يوم خربشوا رجل البنت ومامتها عرفت أنها حامل تاني، والأشرار جرحوا رجل (قدم) الأم الابنة، والابنة توري الأم إزاي تنط عادي والأم مش عارفة تنط بس نطت في الأخر وهي موجوعة وهربوا والبنت رجلها اتعورت وهربوا لحته كويسة فيها حيوانات كويسة (١٠ً ، ٣ق)

ما عنوان هذه القصة:

- عائلة الكنجرو.

التفسير:

١) اتجاه سلبي وعدواني تجاه البيئة.
٢) المعاناة من الوحدة والفراغ الوجداني.
٣) الالتهام على المستوى المتخيل.
٤) إسقاط المشاعر العدوانية على الآخرين، بالإضافة للنكوص.
٥) تخييلات سادية تجاه الآخرين نتيجة تعرضهما المستمر للإحباط.
٦) أعراض اكتئابية واضحة مصحوبة بتناقض وجداني تجاه الذات.

٧) إدراك المفحوصة لاكتئاب الأم.
٨) مشاعر الغيرة من الأخت.
٩) اضطرابات وجدانية تمثلت في أول رد فعل لها: أحب الصورة دي أوي.. بس صعب أن أحكي عليها قصة.
١٠) بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.
١١) استخدام ميكانيزم التوحد مع المعتدي.
١٢) الحاجة للأمن وللحماية وللقوة.

البطاقة رقم (٥): (٢٠)

صعب أوي، صعبة شوية.

أرنبة صغيرة مامتها خلفتها وماتت (الأم) وهي عندها أخت أكبر منها والأخت دي مش ينفع تأخذها علشان يدورا على الأكل وسابتها لوحدها وقفلت الباب والأرنبة نامت ووجدت الباب مفتوح ومكانش في غير السرير والستارة وباقي الحاجات اتسرقت، وطلع بابا لسه عايش وراح مع بنته الكبيرة وساب باب البيت مفتوح، والصغيرة نامت ومثلت أنها نايمة لما سمعت صوت وحست السرير يتشال ويتحرك في الهواء، لو حسوا أنها صاحية (مستيقظة) هيقتلوها، وراحوا بيها وسط الغابة، وراحوا رجعوا العفش (الأثاث) ورموها هي بره، الصغيرة جاية تقوم سمعت صوت رجلين فعملت أنها نايمة وفي حد بيراقبها، هما بدأوا يمشوا ولما مش سمعت صوت بدأت تتحرك ووجدت نفسها في وسط الغابة وكانت خايفة أوي من الثعابين لأن المكان دا كان فيه ثعابين، وباباها وأختها رجعوا ولقوها ولقوا أكل بس الأكل دا كان بتاع الثعابين، وكان حواليها ثعابين وكانوا سيأخذوا البنت، وطلع اللي سرق العفش (الأثاث) الأسود، بس في الأخر الأب والبنتين (الأختان) عاشوا مع الأسود اللي طلعوا مش أشرار حقيقيون. (٥٠ً ، ٤ق)

ما عنوان هذه القصة:

- الأشرار الطيبون.

التفسير:

١) تخيلات بالفناء والموت والالتهام.
٢) الإحساس الدائم بالاضطهاد (حد بيراقبها).
٣) حسد القضيب (الخوف من الثعابين).
٤) قلق الانفصال والخوف من الوحدة.
٥) نكوص، إسقاط.
٦) تناقض وجداني تجاه الأب فهو موجود على المستوى الفيزيقي لكن على المستوى النفسي فهو غير مؤثر (ميت على المستوى السيكولوجي)، (بابا طلع عايش).
٧) عدوان واضح تجاه الأم.
٨) اتجاه سلبي تجاه البطاقة (الصورة دي صعبة أوي، صعبة شوية).
٩) بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.

البطاقة رقم (٦): (١٠ ً)

اثنين من الدببة (أم وأب) فقراء هما كبار ومش قادرين ومش لاقيين أكل، ولما بدأت الأم تخلف، الأم قالت لنفسها مش ينفع أخلف أنا أكل منين؟! لكن الأم في النهاية ممكن نقعد في كهف الرعب فيه عفاريت وفيه أكل، كان كهف مسكون الأم قلقت في الأول من العفاريت لكن الأم وجدت أنهم دببة مثلهم مش عفاريت وأكلوا وشربوا. والدبة الصغيرة اتولدت وتحدث نفسها أن المكان دا مسكون ومفيش حد وقامت تتفرج على الكهف لقيت العفاريت دول دببه بس ميتين، واتحولوا لأشباح وعفاريت لكنهم في الحقيقة دببة زيهم، اللي بره الكهف مش يشوفوا اللي جوه الكهف لكن اللي جوه الكهف يشوفوا اللي بره، والدبة الصغيرة صحيت (استيقظت) ووجدت أن أبيها وأمها طلعوا حيوانات زيها وهما ناس طيبين، وأخر ناس طلعوا من الكهف ماتوا (٤٠ً ، ٣ق)

ما عنوان هذه القصة:

- كهف الرعب.

التفسير:

١) نظرة واتجاه سلبي نحو المنزل "كهف الرعب" ونحو رحم الأم عندما كانت جنينة في رحم أمها (التي كانت تعاني من الاكتئاب أثناء حملها لملك) فهي تدرك أن هذا الرحم كان يرغب في لفظها وطردها والتخلص منها.

٢) تناقض وجداني تجاه الوالدين (الأشرار الطيبون).

٣) المعاناة من مشاعر الاضطهاد وإدراك رفض الأم لها مصحوب بقلق الانفصال.

٤) الالتهام على المستوى المتخيل.

٥) استخدام ميكانيزم القدرة المطلقة (التفكير السحري).

٦) الإحساس بالأزمة الاقتصادية التي عانت منها الأسرة.

٧) بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة .

٨) التثبيت على المرحلة الفمية فهناك احتياجات فمية غير مشبعة.

البطاقة رقم (٧): (٨ ً)

قرد طيب وجميل وكل الناس بتحبه لقى عدد قليل من الطيبين، وعدد كبير من الأشرار، هو بين نفسه أنه طيب علشان الناس تحبه بس هو يسرق وبيمثل أمامهم، والأسد دا شرير وعرف، والقرد راح للأشرار وقالهم أنا معاكم إحنا الأشرار هنبقى معاكم علشان الناس يجيبوا لنا الأكل ، الأسد قال: إنه مش هينفع يتغير ووجد أن القرد يرسم كل حاجة بيعملها علشان الناس تحبه ويسرق الأكل ويعطيه للطيبين علشان الناس تحبه، فالأسد والأشرار هجموا على القرد وقالوا له: ليه عاوز تسرق؟! وليه عاوز الناس تحبك؟! فقال لهم القرد الصغير: أنا فقير ومش عارف فين بابا وماما، وفضل يسرق علشان يعيش معاكم (٢٥ ً ، ٣ق)

ما عنوان هذه القصة:

- روبين هود.

التفسير:

١) تناقض وجداني تجاه صورة الذات (طيبة وشريرة).

٢) أعراض بارانوايا فهي ترى نفسها أنها المخلصة أو المنقذة وأن الآخرين في حاجة لها مثلها مثل روبين هود.
٣) قلق الانفصال.
٤) استخدام ميكانيزم التبرير.
٥) اتجاه عدواني نحو الوالدين.
٦) تخييلات عدائية تجاه البيئة.
٧) اضطرابات سلوكية (الكذب/ الإخفاء/ تظهر وجه غير حقيقي لها).
٨) ترى أنها فقيرة من حب الوالدين (فكلا الوالدين) على المستوى الفيزيقي موجودين لكن على المستوى النفسي فليس لهما وجود.
٩) الحاجة للحب من الآخرين، بالإضافة للتثبيت على المرحلة الفمية فهناك احتياجات فمية غير مشبعة.

البطاقة رقم (٨): (٣٥)

دي إيه دي إيه البتاعة دي؟!!

زي عزومة في بيت قصة حياة عائلة قرود لسه مخلفين بيبي جديد (الأم والأب والجدة والطفل الصغير خالص) عاملوا زي عزومة، الجدة تعالي شوفي الطفل الصغير، فالجدة وجدته طفل شقي ويخبط في الحاجات ويرمي الموز ويوسخ الحيطة والأرض والكتب، والأم والأب كانوا شايفين أن دا عادي علشان هو طفل، لكن الجدة قالت لأ لازم تعلمي ابنك الأدب، ولما يدخل المدرسة معاهم أسود ممكن يضربوه فالأم اقتنعت وقالت للطفل لازم تبقى كويس وتقول كلام حلو والطفل مش هيسمع كلامها في المدرسة وهيكون جزاؤه في الأخر إن الحيوانات هيتريقوا عليه (يسخروا منه) وهو بيبي وجدته قالت له لازم تسمع كلامي وفي الأخر هيسمع كلامها بعد كدا (٢٥ً ، ٣ق)

ما عنوان هذه القصة:

- الطفل الشقي.

التفسير:

١) رفض واتجاه سلبي نحو البطاقة (دي إيه دي إيه البتاعة دي).
٢) إدراك رفض الزملاء والأقران لها.
٣) عدوان تجاه الجد (من الأم).
٤) الخوف من العقاب.
٥) عدم اتساق في المعاملة الوالدية والجد (من الأم).
٦) اضطرابات سلوكية (تمرد وشقاوة).
٧) الشعور بالنقص والدونية.
٨) معاناتها من الشعور بالقمع لأوامر السلطة الوالدية.

البطاقة رقم (٩): (١٠)

بنوتة مات أبيها وأمها وهما في الأدغال ومش لاقيه أي حتة تقعد (تعيش) فيها وفي الأخر وجدت بيت ودخلت جواه، وعرفت أنه بيت بتاع دببة ووجدت ثلاث أطباق طبق سخن أوي، وطبق وسط، وطبق بارد، فأخذت الوسط، ووجدت ثلاث كراسي وأخذت الوسط، ووجدت ثلاث أسره وأخذت الوسط، وظلت تتنطط على السرير وكسرت كل حاجة والدببة لما دخلوا وعرفوا كل حاجة قاموا طردوها من البيت، والبنت اعترفت وبقوا أصحاب هي وابن أصحاب البيت (٢٠ً ، ٢ق).

ما عنوان هذه القصة:

- البنوتة اليتيمة.

التفسير:

١) إدراك المفحوصة أنها يتيمة بالرغم من وجود الوالدين فهما ميتان على المستوى النفسي.
٢) قلق الانفصال، والشعور بالرفض والنبذ من قبل المحيطين بها.
٣) تخييلات عدوانية نحو الوالدين ناتج عن إحباط شديد منهما (في إحدى المرات طردوا ملك من المنزل).

٤) اضطرابات سلوكية تمثلت في العناد والتمرد على الوالدين، ثم الخضوع لهما مرة أخرى (معاناتها من مشاعر القمع لأوامر السلطة الوالدية).
٥) تثبيت على المرحلة الفمية فهناك احتياجات فمية غير مشبعة.

البطاقة رقم (١٠): (٥)

الصورة دي حلوة أوي، قصة كلبة فقيرة ساعات بتسرق علشان تأكل أطفالها بعد ما خلفت اتنين، وباعت كل حاجاتها، وأخذت البنتان للحمام ودخلت معاهم علشان تحميهم ولما كانت بتسرق الحاجات من الناس اشترت بيت كبير وبقى للأم أوضة نوم كبيرة وأوضة نوم للأطفال، وفي الآخر الأم اتعلمت أنها مش هتسرق تاني وأولادها كبروا وبقوا كويسين ومش هيعملوا زيها وتعلمت الدرس (٥٠ً ، ١ق).

ما عنوان هذه القصة:

- مش عارفة بس ممكن نسميها التعلم من الأخطاء.
- الأم ليه كانت بتسرق؟

علشان مش كان معاها فلوس. وعرفت من الناس بيحطوا فلوسهم فين وأكلهم وشربهم، وسرقتهم وباقي الحاجات دي اواشترت بيت كبير.

التفسير:

١) تخييلات سادية تجاه الآخرين تمثلت في الرغبة في الانتقام منه وإخصائهم.
٢) إحباط شديد ناتج عن رفض ونبذ الآخرين (الأقران والزملاء) وخاصة الأم فهي دائمة توجيه النقد واللوم والتوبيخ لملك وكذلك الحال من مدرسيها.
٣) ملك توجه رسالة للأم (لسان حالها يقول لأمها: ياريت تتعلمي الدرس).
٤) إدراك ملك بأنها فقيرة في حب الوالدين لها.
٥) بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.
٦) الحاجة للحماية والأمن.
٧) قلق الخصاء.
٨) استخدام ميكانيزم التبرير.

٩) احتياجات غير مشبعة.

ملخص اختبار C.A.T:

١) استخدام ميكانيزمات دفاعية؛ مثل: الإسقاط، والنكوص، والالتهام على المستوى المتخيل، والقدرة المطلقة، وتوحد مع المعتدي، وتبرير، وقمع.

٢) تناقض وجداني تجاه الذات وتجاه الوالدين.

٣) تخييلات سادية تجاه الذات وتجاه الوالدين وتجاه الآخرين وتجاه البيئة.

٤) الإحساس والشعور برفض الوالدين وخاصة الأم.

٥) التأثير السلبي للوالدين في الحياة النفسية لملك فهما من وجهة نظر ملك ليس لهما وجود (ميتان على المستوى النفسي) بالرغم من وجودهما على المستوى الفيزيقي.

٦) المعاناة من قلق الانفصال والخصاء.

٧) اضطراب مركب الأوديب (حسد القضيب) والتثبيت على المرحلة الفمية.

٨) الخوف الشديد من الوحدة والعزلة ومن العقاب ومن الضياع والفقدان والتلاشي.

٩) المعاناة من القمع ومن الإحباط الوالدي.

١٠) المعاناة من الرفض والنبذ والإهمال وعدم الاهتمام من زملائها وأقرانها.

١١) بيئة غير آمنة ومهددة وخطرة.

١٢) حاجة المفحوصة للحب وللأمن وللحماية وللدفء وللاهتمام وللتقدير وللدعم والمساندة سواء من قبل الأسرة، وممثلي السلطة الوالدية (المدرسين) ومن الأقران.

١٣) اضطرابات سلوكية تمثلت في: الكذب والسرقة والتمرد والعدوان، وممارسة العادة السرية.

١٤) اضطراب صورة الذات والشعور بالدونية والنقص.

١٥) المعاناة من المشاعر الاضطهادية والأعراض البارانوية.

١٦) المعاناة من الأعراض السيكوسوماتك.

١٧) المعاناة من الاكتئاب الحاد (المقنع) تمثلت في: الميل للبكاء وللعزلة والانطواء، بالإضافة للاضطرابات الوجدانية، وضعف الرغبة في الاندماج والتفاعل مع

الآخرين، والأرق، وضعف الشهية، والأفكار الانتحارية، والإقدام على الانتحار، والإحساس بالخواء وبالفراغ وبالفناء.

خامسًا: نتائج اختبار الرورشاخ:

البطاقة رقم (١): (٥)

١- زلومة فيل أو خفاش أو زرافة (أحبها) الخفاش أخاف منه، مرة لقيت خفاش ميت ومقرف. ٨ ك ش- حي حركة

٢- لعبة نار (في الكمبيوتر) طالعة منها الحاجات السوداء. ٧ ك ف- ش ظ

٣- وش حزين لكائن ناري وحتى شعره من النار وهو ينط على الحاجات دي. ٨ ج ف- ش ل

٤- وش ضحكة شريرة (أشوفه في الواقع.. عيد الرعب). ٨ ج ف ش+ إنسان حي حركة

زمن كلي: (١٠ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٢): (٥)

إيه دي؟! الله دي حلوة تقريبًا عرفتها

١- كلبين واقفين وكأنهما ماسكين حاجات علشان يطيروها. ٨ ك حي حركة ش+

٢- صورة كلبين مقلوبين هي إيه الحاجات البمبي دي مش عارفه أوصفها. ٧ ك حي حركة ش ل

٣- عين حمراء، وبق أبيض ٨ ج ف ش ل جزء حي حركة

زمن كلي: (٥٠ً ، ٣ق)

البطاقة رقم (٣): (١٣)

١- الجزء الأسود دا كتابة يابانية ٨ ك ف ش ل

٢- ذي جيتار مكسور الجزء الأحمر ٨ ج ف ش ل

٣- ضفدع ٧ ك ش- حي حركة

زمن كلي: (٥ً ، ٢ق)

البطاقة رقم (٤): (٣)

إيه ده؟!

١- ضفدع ميت ٨ ك ش – حي ميت

٢- شجرة كبيرة على جسم ضفدع ٨ ك ش – حي ميت

٣- ضفدع ٧ ك ش- حي نبات

زمن كلي: (٤٥ ً)

البطاقة رقم (٥): (٢ ً)

١- فراشة. ٨ ك ش+ حي حركة

٢- خفاش ميت. ٧ ك ش+ حي ميت

٣- خفاش وفراشة راكنين على بعض. ٨ ج ش+ حي حركة

زمن كلي: (٥ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٦): (٨)

١- قلب. ٨ ج ش+ جزء حي إنسان

٢- دبين مرتبطين في عمود شجرة ورجليهم ملزوقة في الشجرة وهما ميتين. ٨ ك ف ش – حي ميت

٣- ورقة شجرة بتاعة الخريف واقعة على الأرض لا تتحرك ٨ ج ف ش ظ

زمن كلي: (٤٥ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٧): (٥)

إيه دا؟!

١- وش عفريت طالع من مصباع ٨ ك ش ل

٢- ماكينة هواء على شكل عفريت ٨ ج ف ش+

٣- اثنين من العفاريت باصين في المرآة وهما يحققوا كل الأمنيات ٨ ك ش+

زمن كلي: (٥٠ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٨): (٢)

آه... ها.... أحب الألوان دي

١- سحلية ماشية على حاجة ذي خط وكأنه مرايه ٨ ج ش+ حي حركة

٢- قلب حيوان مش بيدق ميت. ٨ ج ش- جزء حي

زمن كلي: (٥٠ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٩): (١٠)

آه بدأنا نعمل حاجات صعبة (حلوه دي)

١- ساحرة أو ساحر شرير دي طاقية ودا جسمها ٧ ك ف ش- حي إنسان

٢- الحتة الحمراء دي عبارة عن تفاحة على قلب إنسان واللي في النصف دا صعب شوية ٨ ح ل ش+

زمن كلي: (٢٠ً ، ٣ق)

البطاقة رقم (١٠): (٥)

الله الله بحب الحاجات دي أوي

٣- كذا حاجة ملزوقة في بعض زي اللي في السيرك ٧ ك ف ش-

٤- كرة ٨ ج ش-

٥- اتنين رجالة ماسكين في حاجة كأنها في السيرك بالضبط ٨ ج ش- حي حركة

زمن كلي: (١٠ً ، ٢ق)

تفسير نتائج اختبار الرورشاخ:

أولًا: العلاقات الأساسية:

١) المجموع الكلي لعدد الاستجابات= (٢٨) استجابة تقع في المدى السوي.

٢) الزمن الكلي للأداء=

$$\frac{١.٢٦٠}{٢٨} = ٤٥$$ تقع في المدى السوي.

٣) متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة=

$$\frac{٣٥}{٥} = ٧$$

٤) متوسط زمن الرجع للبطاقات غير الملونة =

$$\frac{٢٤}{٥} = ٤.٨$$

وهو ما يعني أن المفحوصة تعاني من صدمة لون؛ أي أنها تعاني من اضطرابات وجدانية وانفعالية ذات طابع اكتئابي.

٥) النسبة المئوية للبطاقات (٨، ٩، ١٠) =

$$= \frac{\text{عدد استجابات ٨+ ٩+ ١٠}}{\text{المجموع الكلي لعدد الاستجابات}} \times ١٠٠ =$$

$$\frac{٧}{٢٨} \times ١٠٠ = ٢٥\%$$

وهو ما يعني أن المفحوصة تعاني من الكف والحصر نتيجة ضغوط البيئة.

٦) ش % =

$$= \frac{\text{مجـ ش}}{\text{مجـ عدد الاستجابات}} \times ١٠٠ =$$

$$\frac{٢٢}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٧٨.٥٧$$

وهو ما يعني أن المفحوصة تعاني من نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي).

٧) ش مع + ش + ش ظ ÷ مجـ الكلي لعدد الاستجابات × ١٠٠=

$$\frac{٢٤}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٨٥.٧$$

٨) النسبة المئوية للمحتوى الحيواني= حيوان + أجزاء حيوان ÷ مجـ كلي لعدد الاستجابات × ١٠٠ =

$$\frac{١٣}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٤٦.٤٢$$

وهو ما يعني أن المفحوصة لديها اهتمامات شائعة ومحدودة.

٩) (البشر + الحيوان) : (أجزاء البشر + أجزاء الحيوان)

٢ + ٩ : ٣ + ٤

١١ : ٧ تقع في المدى العادي أو السوي.

١٠) مجموع استجابات اللون = ش ل + ٢ ش ل + ٣ ش ل/ ٢

$$= \frac{\text{ش ل + ٢ ش ل + ٣ ش ل}}{٢}$$

$$٣.٥ = \frac{٥ + ٢ + \text{صفر}}{٢}$$

تقع في المدى العادي أو السوي

١١) نمط الخبرة = ح: مجـ ل

= ٥: ٣.٥

وهو ما يعني أن المفحوصة تنزع إلى الانتحاء الداخلي والاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها على بيئتها.

١٢) (ح ح: ح غ): (ش ظ + ظ + أ أ) = ١٤: ٥

وهو ما يشير إلى معاناة المفحوصة من القلق.

١٣) ك: ح = ١٦: ١١

(وهي تشير إلى قدرة خلاقة وارتفاع في مستوى الطموح)

ثانيًا: العلاقات الإضافية:

١- ح: ح ح = ٢١: ٢١ وهي تشير إلى تقبل المفحوصة لاندفاعاتها.

٢- ح: (ح ح + ح خ) = ٢١: ٢١ وهي تشير إلى تقبل المفحوصة لاندفاعاتها.

٣- ش ل: (ل ش + ل) = ٥: ١ وهي ما تعني أن هناك محاولة من جانب المفحوصة للسيطرة الزائدة على اندفاعاتها الانفعالية مع نزعة الاستجابة للنقد.

٤- ك % =

$$\frac{١٦}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٥٧.١٤$$

٥- ج % =

$$\frac{١١}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٣٩.٢٨$$

٦- جـ% =

$$\frac{١}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٣.٥٧$$

٧- ف % =

$$\frac{٩}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٣٢.١٤$$

وهو ما يشير إلى أن المفحوصة تتسم بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر

السلطة الوالدية أو من يمثلها، وتعكس ميول قهرية واكتئابية.

٨- تقدير المستوى العقلي (التتابع): منتظم.

التحليل الكيفي لاستجابات الرورشاخ:

١- **استجابات اكتئابية:**

قلب ميت- وش حزين- حيوانات ميتة ومقرفة- جيتار مكسور- نار.

٢- **اضطرابات وجدانية ذات طابع اكتئابي:**

بطاقة (٢): [إيه دي... الله دي حلوه].

بطاقة (٤): [إيه دا ؟!] بطاقة (٧): [إيه دا؟!].

بطاقة (٨): [آه ... ها ... أحب الألوان دي].

بطاقة (٩): [آه بدأنا نعمل حاجات صعبة ... حلوة أوي].

بطاقة (١٠): [الله .... الله بحب الحاجات دي أوي].

٣- **مشاعر العجز وقلة الحيلة والقمع:**

على البطاقات (١، ٢، ٦، ٢٠): دبين مربوطين ورجليهم ملزوقة، ماسكين في حاجات عاوزين يطيروها، رجالة ماسكين في حاجة.

٤- **مشاعر الخوف والقلق:**

عيد الرعب، ضحكة شريرة.

٥- **استجابات عدائية نحو الأم:**

مثل: ساحرة شريرة.

٦- **استجابات القلق:**

البطاقة الأولى: تدل استجاباتها على القلق من فقدان الموضوع [خفاش ميت ومقرف "الأب" زلومة فيل "اضطراب مركب الأوديب"، زرافها أحبها "الأم"].

البطاقة الثالثة: اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء "جيتار مكسور".

البطاقة الخامسة: القلق تجاه الحالة الوجدانية للأم فراشة "الأم" خفاش ميت "الأب"

خفاش وفراشة راكنين على بعض "اضطراب الموقف الأوديبي "

البطاقة السابعة: تدل استجاباتها على القلق تجاه الانفصال عن الأم "وش عفريت طالع من مصباح" تعكس الحاجة للدفء وللحب والتقبل من الأم.

البطاقة الثامنة: تعكس القلق تجاه الغرباء من العائلة "قلب حيوان ميت مش بيدق".

البطاقة التاسعة: تعكس القلق تجاه دافع الموت "ساحرة شريرة".

البطاقة العاشرة: تعكس القلق تجاه التجزئة "كذا حاجة ملزوقة في بعض، اتنين رجاله ماسكين في حاجة".

تسمية الألوان: دفاع ضد ميل اكتئابي، سادية انفعالية، [أحب الألوان دي بطاقة (٨)، آه بدأنا نعمل حاجات صعبة "حلوة أوي"- الحتة الحمراء بطاقة (٩)، هي إيه الحاجات البمبي دي بطاقة (٢)].

إعطاء اسم أسود: احتمال ميل اكتئابي بطاقة (٣) "الجزء الأسود دا].

زيادة استجابات حيوانية: تعكس قلق، واكتئاب، وضرر ودفاعات عدوانية.

استجابات خفاش: كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد.

استجابات كلب: اعتمادية سلبية.

استجابات دب: علاقات لم تحل مع شخصية أبويه.

ورق شجر ميت: اهتمام بالعجز والموت.

ملخص نتائج اختبار الرورشاخ:

١) معاناة المفحوصة من اكتئاب واضح وهو ما تم تبينه من وجود صدمة لون، وهو ما يعني معاناة المفحوصة من اضطرابات وجدانية وانفعالية ذات طابع اكتئابي، بالإضافة إلى المعاناة من الكف والحصر نتيجة ضغوط البيئة.

٢) معاناة المفحوصة من نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي)، وضعف في النضج وهو ما يعني أن المفحوصة لديها اهتمامات شائعة ومحدودة.

٣) ميل المفحوصة إلى الانتحاء الداخلي والاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها

على بيئتها.

٤) أما عن التنظيم العقلي فهناك قدرة خلاقة مع ارتفاع مستوى الطموح إلا أن هذه القدرة لم يتيح لها الظهور بعد.

٥) هناك تقبل من المفحوصة لاندفاعاتها إلا أن هناك أيضًا محاولات زائدة للسيطرة الزائدة عل اندفاعاتها الانفعالية.

٦) يتسم سلوك المفحوصة بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.

٧) أما عن استجابات المفحوصة فهي عكست ما يأتي:

١/٧) اضطرابات وجدانية ذات طابع اكتئابي.

٢/٧) المعاناة من مشاعر العجز وقلة الحيلة والقمع.

٣/٧) استجابات عدائية تجاه الأم مع شيوع مشاعر الخوف والقلق.

٤/٧) القلق من فقدان الموضوع، والقلق من الأوديب، والقلق من الخصاء، والقلق تجاه الحالة الوجدانية للأم، والقلق تجاه الانفصال عن الأم، والقلق تجاه الغرباء من العائلة، والقلق تجاه دافع الموت، والقلق تجاه التجزئة.

٥/٧) معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد، مع اعتمادية سلبية، بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبويه.

صورة إكلينيكة مجمعة للحالة الأولى (ملك)

- اضطراب وسوء عملية التنشئة الاجتماعية تمثلت في:
  - عدم اتساق المعاملة الوالدية– رفض ونبذ وعدم تقبل من الأم لملك– انفصال الأم عن ملك بعد ولادتها– الأم دائمة العصبية والانفعال– معاناة الأم من أعراض اكتئابية واضحة أثناء الحمل وبعده.
- معاناة ملك من اكتئاب حاد وفقًا للتشخيص السيكاتري ووفقًا لـDSM–5 وحصولها على (٥١) درجة على اختبار (ماريا كوفاكس لاكتئاب الأطفال C.D.I) بالإضافة إلى الأعراض الخاصة بالاكتئاب؛ مثل: الإقدام على الانتحار الفعلي بقطع شريان

يديها أكثر من مرة، وأفكار انتحارية، والميل للبكاء والعزلة لفترات طويلة، وضعف الشهية، والأرق، والإحساس بالخواء والفراغ العاطفي والوجداني.

- اضطرابات سيكوسوماتك: الصداع المزمن، الإمساك، قولون عصبي- حك (هرش) الجلد.
- اضطرابات سلوكية: ممارسة العادة السرية، النوم أسفل السرير، الكذب، السرقة، العناد والتمرد على نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلها، العدوان تجاه زملائها وأقرانها.
- شعورها الدائم بالرفض سواء من قبل الأم أو من قبل زملائها أو من قبل نماذج السلطة في المدرسة مصحوبة بقلق حاد ومخاوف وسلوك تجنبي بالإضافة للمشاعر الاضطهادية.
- تخييلات مرضية اتخذت الطابع السادي تجاه الآخرين بسبب شعورها بالرفض والنبذ.
- ضعف الاتصال بالواقع لكونه مؤلفًا ومحبطًا والاستغراق في التخييلات بوصفه صورة تعويضية للإشباع، والمعاناة من مشاعر النقص والدونية مع نزعة الاستجابة العدوانية.
- اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق حاد ومخاوف الخصاء، التثبيت على المرحلة الفمية.
- الحاجة على القوة والحماية، والحاجة للأمن وللحماية وللحب وللدفء وللتقبل، الحاجة للاهتمام وللوقاية وللدعم وللمساندة سواء من قبل الأسرة أو من قبل الآخرين وخاصة من ممثلي السلطة الولدية.
- الخوف من العقاب والتلاشي والفناء مصحوب بمشاعر العجز والتقييد وقلة الحيلة.
- ميكانيزمات دفاعية؛ مثل: الإسقاط، والنكوص، والتبرير، والقمع، والكبت، والالتهام على المستوى المتخيل، والإنكار، والتوحد مع المعتدي، وتوهم القدرة المطلقة.
- رفض العالم والرغبة في تجنب النقد وهو ما يعكس ومؤلم ومحبط، وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة مصحوب بنظرة تشاؤمية من المستقبل.
- الشعور بأن جزءًا من الشخصية لم يتيسر ضبطه، ويحمل في طياته إمكانيات

الدمار.

- الشعور بالتقييد وبالقمع والسيطرة من النماذج الوالدية وكبت التعبير عن النزعات المتضادة.
- العزوف عن الاتصال بالآخرين ونزعة إلى تجنب الواقع وتجنب النقد.
- تناقض وجداني تجاه الذات وتجاه الوالدين.
- اضطراب صورة الذات وصورة الجسم.
- المعاناة من القلق وخاصة القلق من فقدان الموضوع، وقلق الانفصال عن الأم، وقلق الموت، والقلق تجاه الغرباء من العائلة، والقلق تجاه التجزية، وقلق الخصاء.
- معاناة المفحوصة من كف لتوقع حدث مؤلم غير سعيد مع اعتمدية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع شخصية أبويه.
- هناك تقبل من المفحوصة لاندفاعاتها بالإضافة لمحاولات زائدة منها للسيطرة على اندفاعاتها الانفعالية.
- التأثير السلبي للوالدين في حياة ملك النفسية فهما –من وجهة نظر ملك النفسية– ليس لهما وجود وتأثير حقيقي فهما ميتان على المستوى النفسي بالرغم من وجودهما على المستوى الفيزيقي (الجسدي) وهو ما جعل سلوك المفحوصة يتسم بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها، بالإضافة إلى وجود استجابات عدائية تجاه الأم.
- ضعف النضج الانفعالي والاجتماعي ونقص في التلقائية الانفعالية والميل للانتحاء الداخلي والاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها على بيئتها مما يدل على ضعف الأنا.
- قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والمعاناة.

الحالة الثانية (إمام)

أولًا: نتائج المقابلة:

الاسم: إمام. س **النوع: ذكر.**

تاريخ الميلاد: ٢٠٠٩/٨/١٥ **العمر: ٨ سنوات.**

الصف: الثالث الابتدائي **المدرسة: تجريبي- القاهرة.**

ترتيبه: الأول **الأخوات: أخت (٥) سنوات ريتاج.**

أولًا: المقابلة مع الأم:

- إمام حاول الانتحار مرتين في المرة الأولى: وضع السكينة على رقبته، وفي الثانية: رمى نفسه من الدور الخمس وتم ملاحقته في اللحظات الأخيرة، وفي إحدى المرات جرح أنفه من الخارج بيده، بالإضافة إلى أن أسلوبه وتعاملاته مع الآخرين سيئة للغاية، وحش جدًا وعنيف وعدواني مع أقاربه من عمره ومع أخته، وديمًا قلوق.
- إمام مش بيسمع الكلام، يتعمد يحرجني إمام أي حد مثلاً يقولي: أنا عايز أكل مع إنه مكنش بيعمل كده في الأول، وفي أخر مرة عور ابن أختي، ويمسك أيد أخته ويضربها جامد على كتفها، هو بقى كله مشاكل.
- بيقولي: مش عايز أعيش، وأنتوا أصلاً مبتحبونيش، أنا عايز أموت، أنا هموت وهمشي وأسيبكوا، الشخص الوحيد اللي بيحبه هي جارتنا وبنتها هما اللي حاشوا السكينة من على رقبته كان وضعها على رقبته وعايز يموت نفسه، معور أنفه من بره، طلع من الدور الثالث للدور الخامس يرمي نفسه من البلكونة وينتحر من شهر.
- عانيت من الاكتئاب أثناء حملي في إمام وبعد ولادته بسبب وفاة أخي الكبير والذي كان بمنزلة أبي حيث كنا ست أولاد وبنت اللي هي أنا، عمر أمي ما قربت مني أو حسيت بحضنها مش بتحضن، وأنا برضه مش بعرف أحضن أولادي، وأخي مكتئب بشكل حاد بسبب معاملة أبي الوحشة له.
- أعاني من القولون العصبي والأرق وديمًا مضغوطة ومنهكة مفيش حد بيسمعني، دماغي شغالة مش بتفصل، وزوجي عنيف وقاسي في معاملاته مع إمام وأخته ريتاج لدرجة الغلظة وعدم الاهتمام بالإضافة إلى أن هناك مشاكل مكتومة بيني وبين زوجي.
- أحب الوحدة والعزلة حيث أشعر بالراحة والهدوء، أما غير هذا فأشعر أني مضغوطة

وعصبية وكئيبة، أميل للبكاء أحيانًا وفي أوقات كثيرة.

- ريتاج أخت إمام لديها مشكلات أيضًا زي خوفها ورعبها الشديد من الصوت العالي ومن السيارات ومن المياه، بالإضافة لمعاناتها من سقوط الشعر، ومعاناتها من إيذاء إمام لها طول الوقت.

تطور الحالة:

- بدء ظهور الاكتئاب عند إمام وهو في سن (٣) سنوات، و(٦) شهور عندما شاهد والده (الأب) يضربني (الأم) أمامه بعنف وقسوة لدرجة إني نزفت دماء كثيرة، ولما إمام شاف الدم بغزارة بدأت العصبية تزيد عنده أكثر ومش عايز يكلم حد.
- بدأ في الجلوس في الأوضة لوحده لحد ما وصل أنه منع الأكل لفترة أسبوع، ولما بدأ يأكل كان يأكل مرة واحدة في اليوم، وبعدها كان ينام لفترات طويلة لمدة أسابيع وبعدها كان على النقيض مش عايز ينام خالص ويفضل يكسر في اللعب وما زال لحد الآن كذلك، إلى أن وصل لضرب أخته بعد أن كان بيطبطب عليها.
- ولو شاف والده بيكلمني يقوله: هتضربها تاني ولا إيه؟!

ثانيًا: المقابلة مع المفحوص (إمام):

- المظهر وشكل الجسم: مهندم ونظيف يبدو على الجسد النحافة والضعف، اللغة التعبيرية تعكس الحدة والعبوث والعنف.
- مؤشرات سلوكية: كثير الحركة، متوتر، قلق، يقذف الأشياء، يعض حذاءه وأحيانًا صوابع إيده، قضم الأضافر، يشعر بالصداع كثيرًا.
- تنتابه في الفترة الأخيرة اضطرابات في النوم ونوبات غضب وإيذاء الذات والآخرين، ومحتوى حديثه أفكار عن الانتحار والموت.

العلاقة مع الأب:

- بابا بيحبسني في الأوضة (ضالمة) ويربطني بالحبل من إيدي ورجلي مع بعض، ويضربني بالحزام، وضرب ماما وهي فيها بيبي (حامل) عشان فكتني

من الحبل، وكانت هتموت، وفي عوا (عفريت) في الأوضة اللي بابا حبسني فيها دخل من الشباك لما كسره هو (عفريت) بقه كبير وأضافره كبيرة وبينزل صراصير ودم من بقه والعو كسر النور ودخل إيده في الحيطة (هلاوس سمعية وبصرية).

- علشان كدا مش بعرف أنام وأفضل طول الليل خايف وصاحي لحد ما انام من التعب، أنا مش بحب نفسي ديمًا خايف وعايز أموت علشان استريح.

العلاقة مع الأم:

- ماما دايمًا مشغولة مش بتقعد معايا هي بتعيط (تبكي) كثير وبتحب تقعد لوحدها.
- ساعات تتعصب علينا وتضربنا أنا وأختي.
- أمي بتخاف من بابا وكانوا بيتخانقوا مع بعض كثير، أمي مش مبسوطة ومش بتفرح وديمًا حزينة.

العلاقة مع الأخوة:

- علاقته مع أخته في البداية كانت طيبة ويحنو عليها وفي الأونة الأخيرة بدأ يمارس عنفه عليها وعلى أمه أيضًا (توحد مع المعتدي "الأب").

العلاقة مع الأقران:

- يميل إلى العزلة وعدم الاختلاط ودائم التشاجر معهم.

ملحوظة: إمام متعلق بجارة وابنتها حيث هذه الجارة تحب إمام بشدة وتعرف تحتويه؛ ولذا فهو يستجيب لها وخاصة لما أقدم على الانتحار هي الوحيدة التي استطاعت أن تسحب السكينة من إيده.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: سوء واضطراب عملية التنشئة الاجتماعية تمثلت في:

١) سوء المعاملة الوالدية وعدم اتساق في المعاملة لإمام.

٢) عقاب بدني ومؤذي من قبل الأب.

٣) خلافات بين الوالدين وضرب الأب للأم وهي حامل.

٤) عصبية الأم الزائدة على إمام.

ثانيًا: معاناة الأم من الاكتئاب أثناء الحمل وبعد الولادة بسبب وفاة أخيها كما تعاني من اضطرابات شديدة في أسرتها.

ثالثًا: معاناة إمام من اكتئاب حاد حيث كانت درجته على اختبار C.D.L للاكتئاب (٥١) درجة وهي درجة عالية.

- محاولة الانتحار برمي نفسه من الدور الخامس ووضع السكينة على رقبته ليذبح نفسه بالإضافة للأفكار الانتحارية.
- إيذاء الذات أكثر من مرة وجرح متعمد لأنفه لدرجة النزيف لأكثر من مرة.
- دائم الترديد بأنه مش عايز يعيش ويتمنى الموت.
- اضطرابات سيكوسوماتك: معاناته من قولون عصبي، وأرق واضطرابات في النوم.
- تخييلات وهلاوس سمعية وبصرية وهو ما يجعله يخشى من النوم بسبب اعتقاده في وجود عفاريت.
- اضطرابات سلوكية: إيذاء الآخرين والعدوان عليهم، عنيد، لا ينصت، توحد مع المعتدي وهو الأب، وعصبية وسرعة الاستثارة والهياج، وفرط الحركة، وقضم الأضافر.
- تكرار للموقف الصدمي رؤية أبيه وهو يضرب الأم في بطنه وهي حامل، لدرجة أنه يقلق بشكل حاد عندما يرى أبيه يتكلم مع أمه.
- تعلق إمام مع جارة الأم لأنها تهتم به وتحبه.
- المعاناة من الشعور بالرفض والنبذ وعدم التقبل وعدم الحب من الوالدين.
- واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وغير مستقرة.
- يتعامل بشكل خشن وفظ مع الآخرين ويميل للعزلة وللوحدة.
- الأم لا تقترب منه سواء على المستوى النفسي والانفعالي والوجداني والجسدي

تجاهه.

- الرغبة في النوم لساعات طويلة كميكانيزم هروبي من الواقع المؤلم والمحبط، والامتناع عن الأكل لفترات طويلة وهو ما يدل على اكتئاب حاد.

ثانيًا: نتائج اختبار رسم الأسرة المتحركة:

- رسم الأب ثم الأم ثم الذات على شكل شخبطه وبدون ملامح مع كثافة في التظليل: وهو ما يعكس رسم بدائي يشبه رسوم الأطفال في مراحل النمو الأولى (نكوص)، كما يشير إلى سوء التوافق والاضطراب الناتجة عن الشعور بالرفض وعدم التقبل من قبل الوالدين واضطرابات صورة الذات والجسم، كما أن التظليل والطمس يعبر أيضًا عن الانشغال والتثبيت والقلق والتوتر.
- عدم وجود ملامح: نفي لذاته ولوجوده وللآخرين (الوالدين).
- رسم الذات أقصى اليسار: يشير لسلوك انطوائي.
- رسم الذات أسفل الصفحة: يشير إلى شخصية مكتئبة وانهزامية.
- التخطيط أسفل الصفحة: تشير لمن يستشعرون عدم الاستقرار في المنزل والمعاناة من الضغوط [روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان، ٢٠٠٧: ١٠٢]

ملخص نتائج اختبار رسم الأسرة المتحركة:

- تتسم شخصية المفحوص بأنها شخصية اكتئابية ذات طابع انهزامي.
- ضعف في النضج الانفعالي والاجتاعي والنكوص لمراحل سابقة في النمو.
- عدوان تجاه السلطة الوالدية نتيجة الشعور بالرفض وعدم التقبل من جانبهما.
- اضطراب صورة الذات والجسد.
- الميل للعزلة والانطواء.
- واقع محبط مؤلم وبيئة غير آمنة ومهددة وخطرة.
- الانشغال والتثبيت واضطراب مركب الأوديب.
- المعاناة من القلق والتوتر بالإضافة للشعور بعدم الاستقرار الأسري ومن الضغوط الأسرية.

ثالثًا: نتائج اختبار H.T.P:

أولًا: رسم الشخص:

- تم رسم الرأس والتأكيد على محيطه وتظليله: وهو ما يعكس لجوء المفحوص للتخييلات والبعد عن الواقع، كما يشير التظليل أيضًا إلى القلق والتوتر الحاد.
- رسم الشخص أسفل الصفحة مع قطع الحافة: وهو ما يشير إلى نكوص وقلق حاد واللجوء إلى إشباع احتياجاته عن طريق الخيال والتخييلات للحاجات التي لا يتيسر له إشباعها في عالم الواقع .[كارين ماكوفر، ١٩٨٧: ١٠١]
- رسم الأنف مع التأكيد عليه: يعكس انشغال قضيبي.
- عدم رسم القدمين: يعكس مشاعر باثولوجية بالتقييد بالإضافة لمشاعر الخصاء.
- رسم الأزرع كالأجنحة: يشبع في رسوم لمرضى شبه الفصاميين.
- رسم أزرار: يشير إلى نكوص واعتماد قوي على الأم.
- رسم رباط العنق: يشير إلى اهتمام زائد وانشغال قضيبي.

ثانيًا: رسم الشجرة:

- رسم الشجرة منحنية بعيدًا عن شمس كبيرة الحجم: تشير إلى نفور من السلطة الوالدية أو سيطرة من النماذج الأخرى للسلطة وهي سيطرة تجعل المفحوص يحس بالألم وبنقص في الكفاءة.
- ظلال في جذع الشجرة: تعكس عوامل الشعور بالقلق على المستوى الشعوري نتيجة علاقة غير مشبعة في الماضي.
- رسم سحب: تشير إلى المعاناة من القلق المعمم.

ثالثًا: رسم المنزل:

- اقتراب المنزل من حافة الصفحة: تشير إلى عدم الشعور بالأمن.
- خطوط ثقيلة في سقف المنزل: الاهتمام بالتخييل بوصفه مصدرًا للإشباع تصاحبه مشاعر القلق.

- رسم سقف المنزل كبير: يشير أن المفحوص يقضي جزءًا كبيرًا من وقته في التخييل.
- تأكيد محيط النوافذ ورسم قضبان: تثبيت فمي أو سمات ذات طابع فمي وإدراك المنزل كسجن.
- رسم باب ضئيل: يشير إلى عدم الكفاءة والتردد في تكوين صلات بالبيئة.
- عدم رسم المدخنة: شعور بأن المنزل ينقصه الدفء.

دلالة الألوان:

- استخدام اللون الأسود: يعكس مشاعر اكتئابية حادة وكبت ونكوص ومشاعر انقباضية.
- استخدام اللون الأصفر: الحاجة للأمن.
- استخدام اللون البني: تعكس الاهتمام بالوقاية [لويس مليكه، ١٩٨٦: ٥٥-٨١]

ملخص نتائج H.T.P:

١) لجوء المفحوص إلى الإشباع عن طريق التخييلات بوصفها مصدرًا للإشباع لأن الواقع محبط ومؤلم، بالإضافة إلى بيئة مهددة وخطرة وغير مستقرة.
٢) اضطراب مركب الأوديب وانشغال قضيبي والتثبيت الفمي مصحوب بقلق الخصاء.
٣) الاكتئاب الحاد ذات طابع انهزامي مصحوب بمشاعر انقباضية.
٤) الشعور بالدونية والنقص والعجز وقلة الحيلة وعدم الكفاءة ومشاعر باثولوجية بالتقييد.
٥) عدم الشعور بالأمن والاستقرار والحاجة للأمن والدفء والحب والتقبل الأسري.
٦) استخدام ميكانيزمات دفاعية؛ مثل: الكف والكبت والقمع ونكوص واعتماد قوي على الأم.
٧) الميل للانطواء والانزواء والتردد في تكوين صلات بالبيئة.
٨) قلق حاد وتوتر شديد.
٩) النفور من السلطة الوالدية أو سيطرة النماذج الأخرى للسلطة وهي سيطرة

تجعل المفحوص يحس بألم وبنقص في الكفاءة.

١٠)معاناة المفحوص من خصائص شبه فصامية.

رابعًا: نتائج اختبار C.A.T"

البطاقة رقم (١): (٣٥ ً)

بطة بتعمل شاي وبتقول: كوكو كوكو، واليمامة اللي بتطير فوق بتعمل شاي اللي في الأخر هيقع على الكتاكيت دول ويتحرقوا وهيموتوا في الآخر. (٥٥ ً)

- طيب هو في حد هيزعل على الكتاكيت اللي ماتوا؟

لأ علشان مفيش حد يعرفهم أو بيحبهم وهم فرحوا لما ماتوا!!

- ليه فرحوا لما ماتوا؟

علشان في كل مرة كان يقع عليهم الشاي السخن ويلسعهم ويحرقهم.

التفسير:

١) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.

٢) الحاجة للأمن والأمان والحماية والتقبل.

٣) مشاعر اكتئابية حادة متمثلة في إيذاء الذات والرغبة في الموت.

٤) المعاناة من مشاعر الاضطهاد والرفض والنبذ والإهمال وعدم التقبل وخاصة من الوالدين.

٥) اضطراب مركب الأوديب.

٦) الخوف من العقاب والأذى البدني المتوقع والغير متوقع.

البطاقة رقم (٢): (٤٠)

كلبة وكلب قوي قاعدوا يشدوا في رقبة بعض والكلب القوي بيشد الحبل علشان يوقعهم على الأرض ويموتهم وفي الأخر إيده انكسرت وربطها ومش عرف يموتهم.

(١٠ ً، ١ق)

- طيب الكلب القوي لما إيده تخف هيعمل إيه؟

مش هيعمل حاجة لأنه هيبقى ضعيف بعد ما إيده انكسرت.

التفسير:

١) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء.
٢) تخييلات سادية وعدوانية تجاه الأب.
٣) الخوف من العقاب والأذى البدني.
٤) واقع مؤلم ومحبط وبيئة غير آمنة وغير مستقرة ومهددة.
٥) الحاجة للأمن والأمان وللحماية والمساندة.
٦) الشعور بالذنب نتيجة التخييلات السادية تجاه الأب.

البطاقة رقم (٣): (٤٠)

أسد ماسك عصاية بيخوف بيها الناس، وفي ناس جوه تعبانة وعاوزه تخرج وهو مانعهم والناس اللي بره عاوزة تنقذهم ومش عارفين، استنوا لحد ما نام فدخلوا وخرجوا الناس الي جوه ومشيوا بعد كدا. (٥٥ً ، ١ق)

- طيب الأسد لما يصحى ويكتشف الأمر دا هيعمل إيه؟

هيفضل يكسر في البيت وهيبقى غضبان ولو حد قرب عنده هيموته لحد ما يقع من التعب.

التفسير:

١) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء.
٢) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وغير آمنة وغير مستقرة.
٣) الخوف من العقاب والأذى البدني.
٤) الحاجة للحماية وللأمن وللأمان.
٥) الشعور بالضيق والتقييد من سلطة الأب وتسلطه وقسوته تجاه أفراد الأسرة.
٦) سوء المعاملة الوالية وخاصة من الأب.

البطاقة رقم (٤): (٣٥ ً)

كلب شايل بنته الصغيرة وفي كل صغير بيشد ذيل الكلب الكبير وعضه من ذيله وضربه وبنته ماتت بالعصاية، والكلب الكبير بيشد الكلب الصغير بالعجلة علشان يموت.

(١٠ً ، ١ق)

- طيب الكلب الصغير دا هيموت ولا هيعيش؟!

هيفضل عايش وبعدين هيموت.

التفسير:

١) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء.

٢) تخييلات سادية تجاه أخيه الأصغر.

٣) الخوف من العقاب والأذى البدني.

٤) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.

٥) الحاجة للحماية وللأمن وللأمان والمساندة والحب والتقبل.

٦) الالتهام على المستوى المتخيل.

البطاقة رقم (٥): (٤٥ ً)

في باب مفتوح وفيه فأر قاعد جوه ومش عارف يطلع وخايف لو طلع هيقع في المصيدة، ويتعذب، وخايف برضه يقعد جوه في الظلمة؛ لأن في عوا بيطلع له وهو مش عارف يعمل إيه؟! (٥٥ً ، ١ق)

- طيب فكر في حاجة كدا هو هيعمل إيه؟

من الأحسن إنه يفضل جوه أو يهرب وينط من الشباك حتى لو مات هيبقى أحسن له.

التفسير:

١) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء.

٢) الخوف من العقاب والأذى البدني من الوحدة والعزلة من القمع التقييد.

٣) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير مستقرة.

٤) الشعور بالحيرة وقلة الحيلة والعجز.

٥) الالتهام على المستوى المتخيل.

٦) تفضيل لموت على الواقع المحبط والمؤلم وهو ما يعكس مشاعر اكتئابية

حادة.

البطاقة رقم (٦): (٥٥)

في ثلاثة من الأسود في أسد صغير نايم بره واتنين نايمين جوه والأسد الصغير اللي بره خايف وعاوز يدخل ينام معاهم بس مش عارف. (١٠ً ، ٢ق)

- طيب هو خايف من إيه؟

خايف إن في حد هيضربه أو يموته وإن الأسدين اللي جوه دول يسيبوه ويمشوا.

التفسير:

١) المعاناة من مشاعر النبذ وعدم التقبل والرفض من قبل الوالدين وأخيه الأصغر.

٢) واقع مؤلم ومحبط وبيئة غير آمنة وخطرة والقمع والتقييد.

٣) الإحساس بقلة الحيلة والعجز وقلق الانفصال.

٤) الخوف من العقاب ومن الأذى البدني.

٥) الحاجة إلى الحماية والأمن والامان والمساندة.

٦) الالتهام على المستوى المتخيل.

البطاقة رقم (٧): (٢٠)

أسد كبير وقوي أو نمر بينط وراء قرد شقي وعاوز يأكله؛ لأن الأسد كان جاعان وغضبان وهيمسك القرد من ذيله ويخربشه وهيعوره لكن القرد هيفلت منه ويهرب بس والقرد هو بينتط هيقع في حفرة وهيموت ويجي الأسد يأكله في النهاية، وأخوات القرد هينتقموا من الأسد لما يكبر ويبقى ضعيف وهيموتوه. (٤٥ً ، ١ق)

التفسير:

١) اضطراب مركب الأوديب، مصحوب بقلق الخصاء.

٢) الخوف من العقاب ومن الأذى البدني.

٣) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.

٤) الالتهام على المستوى المتخيل.
٥) تخييلات سادية تجاه الأب.
٦) الحاجة للحماية وللأمن والأمان والتقبل والحب.

البطاقة رقم (٨): (٤٠)

قرد صغير مش مبسوط وزعلان ومش عاوز يأكل ومامته تحاول تأكله بس هو مش عايز، بس في واحد صاحبه مامته هتيجي تأكله وهياكل بصعوبة. (١٠ً ، ١ق).

- طيب هو مش عايز يأكل ليه؟

علشان زعلان وعاوز يموت.

- عاوز يموت ليه ؟

مش عارف بس هو مش مبسوط ممكن علشان مفيش حد بيحبه.

- طيب هو سمع كلام صاحبه مامته ليه؟

علشان هي بتحبه وبتعامله زي ابنها.

- طيب هو أمه مش بتحبه؟ لأ.
- طيب وأبوه؟

برضه مفيش حد بيحبه.

التفسير:

١) مشاعر اكتئابية حادة ناتجة عن الرفض والنبذ وعدم التقبل والحب من قبل الوالدين.
٢) واقع مؤلم ومحبط وبيئة غير مستقرة.
٣) الحاجة إلى الدفء وللحب والتقبل من قبل الولدين.

البطاقة رقم (٩): (٢٠)

أرنب قاعد في أوضه ضلمة فيها عو بيخوفه وهو مخنوق خايف يطلع أبوه يضربه ويموته وخايف يفضل في الأوضه العو يأكله لما هو هيتعب وينام في الأخر. (٥٥ ً)

التفسير:

١) واقع محبط ومؤلم وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.

٢) الالتهام على المستوى المتخيل.

٣) الخوف من الوحدة ومن العزلة ومن الأذى والعقاب البدني.

٤) الحاجة للأمن وللأمان وللحماية والحب من قبل الوالدين.

البطاقة رقم (١٠): (١٥)

كلب صغير بيعمل بيبي على نفسه وأمه بتقوله كدا غلط أنت كبرت وهو مش بيسمع الكلام وفي الأخر مامته جابت ملعقة سخنة ولسعته بيها وهتفضل بطنه توجه ومش هيعرف يعمل بيبي تاني. (٤٥)

التفسير:

١) الخوف من العقاب ومن الأذى البدني والمعاناة من القمع والقهر من قبل الوالدين.

٢) اضطراب سيكوسوماتك: قولون عصبي- إمساك.

٣) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء.

٤) أم متسلطة ومؤذية وأب كذلك أيضًا.

٥) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة.

٦) الحاجة للحب وللأمن وللأمان وللحماية والمساندة والتقبل والحب الوالدي.

ملخص نتائج اختبار **C.A.T**:

١) ميكانيزامت دفاعية: الالتهام على المستوى المتخيل، القمع، توهم القدرة المطلقة.

٢) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة.

٣) اضطراب سيكوسوماتك: قولون عصبي- إمساك.

٤) الحاجة للحب وللأمن وللأمان وللحماية والمساندة والتقبل والحب الوالدي.

٥) اضطراب في الأكل والنوم.

٦) المعاناة من الشعور بالرفض والنبذ والإهمال من الوالدين.

٧) محاولات وأفكار انتحارية مصحوبة بإيذاء الذات.

٨) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء ومشاعر العجز وقلة الحيلة.
٩) الخوف من العقاب والأذى البدني.
١٠) اكتئاب حاد وتفضيل الموت على الحياة.
١١) تخييلات سادية تجاه الوالدين والأخ الصغير.

خامسًا: نتائج اختبار الرورشاخ:

البطاقة رقم (١): (٢٠)

١- وحش مخيف وعينه فاضية وفي النصف ودول الجناحات بتوعه — ٨ ك ف ش+ حي حركة

٢- ماسك (قناع) زي اللي بيظهر في عيد الرعب — ٨ ك ف ش+

زمن كلي: (١٠ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٢): (٣٠)

١-خروفين ميتين ليهم رجلين ولهم أيدين وله عيون كبيرة في النصف زي الخروف لما يذبح ويأخذوا لحمته وياكلوه ويفصلوا رقبته وجلده على جنب — ٨ ك ف حي حركة

٢-اتنين عفاريت ورأسهم مطلعة نار حمرا بيلعبوا مع بعض ورجلهم طالعة منها دم ونار — ٨ ك ف ش ل حركة

زمن كلي: (٢ً ، ٢ق)

البطاقة رقم (٣): (٢٥)

١-اتنين نعامة ليهم رجل واللون الأحمر اللي فيها دا دمهم، شكلهم ميتين علشان طلعوا اللحم اللي فيهم — ٨ ك ش ل

٢-وش حيوان — ٨ ش –

٣-قلب أحمر — ٨ ج ش +

٤-فيكونة — ٨ ج ش +

زمن كلي: (٢٠ً ، ٢ق)

البطاقة رقم (٤): (١٥)

١-صرصار ٨ ك ش- حي حركة

٢-اخطبوط ٨ ك ش+ حي حركة

٣-ريش عصفور ميت ٨ ك ش

زمن كلي: (٥ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٥): (٥)

١- فراشة ليها جناحين وبتطير ٨ ك ش+ حي حركة

زمن كلي: (٤٥)

البطاقة رقم (٦): (٢٠)

١- نملة ليها رجلين وبتمشي في البيت وهيجي صاحب البيت ويموتها وهيبقى دا شكلها بعد ما يدوس عليها ٨ ك ش + حي حركة

٢- عصاية زي السيف (زي اللي بيضربني بيها بابا) ٨ ج ش+

زمن كلي: (٥٥)

البطاقة رقم (٧): (٢٠)

١- فأرين بيبصوا لبعض ٨ ك ش - حي حركة

٢- صرصار ميت ٨ ك ش -

٣- كلبين ٨ ك ش - حي حركة

زمن كلي: (١٥ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٨): (٣٠)

١- اتنين أسود طالعين على الغابة هاربنين من حريق كبير (بس هيتحرقوا في الأخر) ٨ ك ش + حي حركة

٢- عفريت رافع ايده لفوق	٨ ك ش + حي حركة
٣- زي الشجرة	٨ ك ش +
	زمن كلي: (٢٠ ، ٢ق)

البطاقة رقم (٩): (٤٠)

١- اخطبوط	٨ ك ش + حي حركة
٢- عفريت مخيف شكله كله مولع نار	٨ ك ف ش ل
٣- اتنين تنين يحاربوا بعض	٨ ك ف ش+ حي حركة
	زمن كلي: (١٠ً ، ٣ق)

البطاقة رقم (١٠): (٣٠)

١- سرطان البحر	٨ ج ش+ حي حركة
٢- اخطبوط	٨ ج ش+ حي حركة
٣- عصفورين ميتين	٨ ج ش+
٤- قناع شرير	٨ ج ش+
	زمن كلي: (٦٠)

تفسير نتائج اختبار الرورشاخ:

أولًا: العلاقات الأساسية:

١) المجموع الكلي لعدد الاستجابات= (٢٧) استجابة (وهي تقع في المدى العادي والسوي).

٢) الزمن الكلي للأداء=

$$\frac{٧٦٥}{٢٧} = ٢٨.٣٣$$

تقع في المدى العادي والسوي.

٣) متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة =

$$\frac{١٥٥}{٥} = ٣١$$

٤) متوسط زمن الرجع للبطاقات غير الملونة =

$$\frac{٨٠}{٥} = ١٦$$

وهو ما يعني أن المفحوص يعاني من صدمة لون؛ أي أنه يعاني من اضطرابات وجدانية وانفعالية ذات طابع اكتئابي.

٥) النسبة المئوية للبطاقات (٨، ٩، ١٠) =

$$\frac{١٠}{٢٧} \times ١٠٠ = ٣٧.٠٣\%$$

وهو ما يعني معاناة المفحوص من الكف نتيجة لضغوط البيئة.

٦) ش % =

$$\frac{٢٣}{٢٧} \times ١٠٠ = ٥٨.١٨\%$$

وهو ما يعني أن المفحوص يعاني من نقص التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي) ومن الكف والحصر.

٧) ش مع + ش + ش ظ / مج الكلي لعدد الاستجابات × ١٠٠=

$$\frac{٢٣}{٢٧} \times ١٠٠ = ٥٨.١٨\%$$

(وهو ما يعني أن المفحوص يعاني من نقص التلقائية الانفعالية "انكماش عصابي").

٨) النسبة المئوية للمحتوى الحيواني=

$$\frac{١٨}{٢٧} \times ١٠٠ = ٦٦.٦\%$$

(وهو ما يشير إلى أن معاناة المفحوص من اضطراب في التوافق).

٩) (البشر + الحيوان) : (أجزاء البشر + أجزاء الحيوان)= ١٧: ٣ وهي تقع في المدى العادي والسوي.

١٠) مجموع استجابات اللون=

$$\frac{٣}{٢} = ١.٥$$

وهو ما يشير إلى ضعف قدرة المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي والاعتمادم على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته.

١١) نمط الخبرة = ٢: ١.٥ (وهو ما يشير إلى أن المفحوص ينزع إلى الانتحاء الداخلي والاعتماد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته).

١٢) (ح ح: ح غ): (ش ظ + ظ + أ أ) = ١٦: صفر (وهو ما يشير إلى معاناة المفحوص من القلق).

١٣) ك: ح = ١٨: ٩ (وهو ما يشير إلى ارتفاع مستوى الطموح مع قدرة خلاقة لم يتح لها الظهور بعد).

ثانيًا: العلاقات الإضافية:

١- ح: ح ح = ١٦: ١٦ وهو ما يشير إلى تقبل المفحوص لاندفاعاته.

٢- ح: (ح ح + ح غ) = ١٦: ١٦ وهو ما يشير إلى تقبل المفحوص لاندفاعاته.

٣- ش ل: (ل ش + ل) = ٣ : صفر وهو ما يشير إلى محاولة المفحوص للسيطرة الزائدة على اندفاعاته مع نزعة للاستجابة للنقد.

٤- ك % = ٦٦.٦٦%

٥- ج % = ٣٣.٣٣%

٦- جـ% = صفر %

٧- ف % = ٢٥.٩٢% وهو ما يشير إلى أن المفحوص يتسم سلوكه بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.

٨- تقدير المستوى العقلي (التتابع): منتظم.

التحليل الكيفي لاستجابات الرورشاخ:

١- استجابات اكتئابية:

حيوانات ميتة- هروب من حريق كبير.

٢- عدم الرغبة في كشف الذات:

قناع شرير- ماسك عيد الرعب.

٣- اضطرابات وجدانية ذات طابع اكتئابي:

عفريت مخيف مولع نار، اتنين هيتحرقوا في الأخر، دم، نار حمراء.

٤- اضطرابات مركب الأوديب وقلق الخصاء:

نملة وصاحب البيت هيموتها، عصاية زي السيف زي اللي بابا بيضربني بيها.

٥- الالتهام على المستوى المتخيل:

وحش مخيف، اتنين عفاريت- اتنين أسود هيتحرقوا في الأخر- عفريت مخيف مطلع نار.

٦- استجابات القلق:

البطاقة الأولى: تعكس القلق من فقدان الموضوع حيث كانت استجابته [وحش مخيف تعكس القلق على الأم من اعتداء الأب عليها وخسرانها]

البطاقة الثانية: تعكس القلق تجاه الأحداث البدائية (خروف مذبوح ويأكلوا لحمه، دم، نار تعكس أيضًا اكتئابًا حادًا)

البطاقة الثالثة: تعكس القلق تجاه الموقف الأودبي (وش حيوان، اتنين ميتين)

البطاقة الخامسة: تعكس القلق تجاه الحالة الوجدانية للأم (فراشة ليها جناحين وبتطير) تعكس خوفه على الأم ورغبته في تحررها من الأب.

البطاقة السادسة: تعكس قلق الخصاء والإحساس بالعجز وقلة الحيلة.

البطاقة الثامنة: تعكس القلق تجاه الغرباء عن العائلة (أسود – عفريت) بوصفهم عدائيين.

البطاقة التاسعة: تعكس القلق تجاه دافع الموت (اتنين تنين يحاربوا بعض).

حيوانات هاربة: في البطاقة (٨): تعكس شعورًا بالضعف مع القلق وعدم كفاءة، وسلبية.

فأر في البطاقة (٧): تعكس حذرًا عند إقامة علاقات اجتماعية، الشعور بالضعف، خجل، شعور بعدم الكفاءة، سلبية.

دم، ونار: اضطرابات وجدانية تعكس الاكتئاب.

تسمية الألوان: دفاع ضد ميل اكتئابي.

ملخص نتائج اختبار الرورشاخ:

١) المفحوص يعاني من اكتئاب واضح وهو ما ظهر من وجود صدمة لون وهو ما يدل على معاناته من اضطرابات وجدانية وانفعالية ذات طابع اكتئابي، بالإضافة لمعاناة المفحوص من الكف نتيجة لضغوط البيئة.

٢) معاناة المفحوص من نقص في التلقائية الانفعالية "انكماش عصابي" والمعاناة أيضًا من الكف والحصر، ومن اضطراب في التوافق.

٣) ميل المفحوص إلى الانطواء والعزلة والميل للانتحاء الداخلي حيث يعتمد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته.

٤) أما عن القدرات العقلية فهي مرتفعة، وتشير إلى طموح عالٍ مع قدرة خلاقة لم يتح لها الظهور بعد.

٥) هناك تقبل من المفحوص لاندفاعاته كما يوجد أيضًا سيطرة زائدة من المفحوص على اندفاعاته الانفعالية.

٦) يتسم سلوك المفحوص بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.

٧) أما عن تحليل استجابة المفحوص فهي عكست ما يأتي:

١/٧) اضطرابات وجدانية وانفعالية ذات طابع اكتئابي مع عدم الرغبة في كشف الذات.

٢/٧) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء، والالتهام على

المستوى المتخيل.

٣/٧) القلق من فقدان الموضوع، القلق تجاه الأحداث البدائية، القلق تجاه الموقف الأوديبي، القلق تجاه الحالة الوجدانية للأم، قلق الخصاء، القلق تجاه الغرباء عن العائلة، القلق تجاه دافع الموت.

٤/٧) حذر عند إقامة علاقات اجتماعية، ضعف، خجل، شعور بعدم الكفاءة، سلبية مع الشعور بقلة الحيلة والعجز.

صورة إكلينيكة مجمعة للحالة الثانية (إمام)

- اضطراب وسوء عملية التنشئة الاجتماعية تمثلت في:
  - سوء المعاملة الوالدية من رفض ونبذ وعدم تقبل- عقاب بدني ولفظي- عدم اتساق في المعاملة الوالدية- عصبية الأم ومعاناتها أثناء الحمل وبعده- خلافات حادة وعميقة بين الوالدين.
- معاناة إمام من اكتئاب حاد وفقًا للتشخيص السيكاتري ووفقًا لـ5-DSM وحصوله على (٥١) درجة على اختبار (ماريا كوفاكس لاكتئاب الأطفال C.D.I) بالإضافة إلى التهديد الدائم بالانتحار؛ مثل: الإقدام الفعلي على الانتحار بإلقاء نفسه من الدور الخامس، التهديد الدائم بالانتحار بوضع سكين على رقبته، أفكار انتحارية والترديد بأنه يرغب في الموت ويتمناه، إيذاء الذات وجرح أنفه بشكل دائم ومؤذي- الميل للبكاء وللوحدة والعزلة المصحوب بمشاعر انقباضية وتشاؤم من المستقبل؛ أي اكتئاب ذات طابع انهزامي، النوم لفترات طويلة، الامتناع عن الأكل أيضًا لفترات طويلة.
- اضطرابات سيكوسوماتك: قولون عصبي- أرق- اضطرابات في النوم.
- تخييلات وهلاوس سمعية ومخاوف ليلية.
- تكرار للموقف الصدمي الخاص برؤية الأب وهو يضرب الأم ويركلها في بطنها وهي حامل.
- اضطرابات سلوكية: إيذاء وعدوان تجاه الآخرين، العناد والتمرد وعدم الانصياع والاستجابة لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها، سرعة الاستثارة والهياج والغضب، وقضم الأضافر بشكل دائم.

- تخييلات مرضية اتخذ طابع سادي تجاه الوالدين وأخيه الصغير وتجاه الآخرين بسبب شعوره الدائم بالرفض والنبذ وعدم التقبل.
- ضعف الاتصال بالواقع لكونه مؤلمًا ومحبطًا والاستغراق في التخييلات بوصفها صورة تعويضية بديلة لإشباع الاحتياجات غير المشبعة.
- بيئة مهددة وخطرة وغير مستقلة ومقيدة وغير مشبعة.
- اضطراب مركب الأوديب مصحوب بانشغال قضيبي وقلق الخصاء مصحوب بمشاعر العجز وقلة الحيلة والخوف من العقاب ومن الأذى البدني.
- اضطراب صورة الذات وصورة الجسم.
- الشعور بالدونية وبالنقص وقلة الحيلة وعدم الكفاية وعدم الكفاءة مصحوب بمشاعر باثولوجية بالتقييد.
- الحاجة للحماية وللاهتمام وللتقبل وللدعم وللمساندة وللحب وللأمن وللقوة.
- ضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي مصحوب بنقص في التلقائية وهو ما يدل على ضعف الأنا.
- ميكانيزمات دفاعية؛ مثل: قمع، تبرير، إنكار، نكوص، إسقاط، كبت، توهم القدرة المطلقة، توحد مع المعتدي، الالتهام على المستوى المتخيل.
- ميل المفحوص إلى الانطواء والانعزال والميل للانتحاء الداخلي حيث يعتمد على حياته الداخلية أكثر من اعتماده على بيئته.
- القلق من فقدان الموضوع، وقلق الخصاء، وقلق تجاه الموقف الأوديبي، وقلق تجاه الأحداث البيئية، وقلق تجاه الحالة الوجدانية للأم، وقلق الخصاء، وقلق الموت، والقلق تجاه الغرباء عن العائلة.
- حذر عند إقامة علاقات اجتماعية نتيجة إحساسه بالضعف وبالقصور وبعدم الكفاءة وبالسلبية والمعاناة من الخجل الاجتماعي.
- هناك تقبل من المفحوص لاندفاعاته وسيطرة زائدة منه على هذه الاندفاعات.
- معاناة المفحوص من خصائص شبه فصامية.

- النفور من نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلها، فهو يرى الأم أنها غير مشبعة وغير مؤثرة فهي ميتة على المستوى السيكولوجي بالرغم من وجودها على المستوى الفيزيقي (الجسدي) إذ يتعلق إمام بجارته التي يقضي معها فترات طويلة منذ ولادته.
- قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والحصر والمعاناة.

الحالة الثالثة (سلمى)

أولًا: نتائج المقابلة:

الاسم: سلمى.أ **النوع: أنثى.**

تاريخ الميلاد: ٢/٨/٢٠٠٦ **العمر: (٩) سنوات و(٨) شهور.**

الصف: الرابع الابتدائي **المدرسة: لغات- العمرانية**

ترتيبها: الأولى **الأخوات: نادية (٤) سنوات.**

أولًا: المقابلة مع الأب:

- سلمى طول عمرها متفوقة جدًا في دراستها ودايمًا بتجيب الدرجات النهائية لكن بعد وفاة الأم من ثلاث سنوات بدأت في إيذاء الذات بشكل عنيف وخاصة بعد وفاة مامتها بقطع شريان يدها أكثر من (٩) مرات لدرجة إن الطبيب قالها: عاوزين نربي عضل علشان لو حدث هذا الشيء في المرة القادمة مش هنقدر نسعفك.
- بعد وفاة الأم وزواجي من أخرى بدأت تكذب وتألف حكايات وتسرق مني ومن زميلاتها وأصبحت عنيدة وعصبية وسريعة الغضب والميل للوحدة والانطواء وعايزة تمشي اللي في دماغها دايمًا.
- تعاني سلمى أيضًا من سقوط في الشعر وقولون عصبي وحكة في الجلد وعدم الرغبة في الأكل.

<u>تطور الحالة:</u>

- أنا كنت باشتغل في السعودية بعد زواجي من أم سلمى وكانت زوجتي حامل في سلمى وأنا هناك ولما تم الحمل كنت موجودًا معاهم ولاحظت أن سلمى كانت مرتبطة بأمها أوي.

- لما استقرت في مصر واشتريت شقة جديدة كان في كل مرة بتحصلنا حاجات غريبة مرة رجل مراتي انكسرت ومرة جالي حساسية في الصدر ودخلت في غيبوبة مرتين، أمها مرضت بعد كدا ولما كشفنا قالوا إنها حامل، وكل يوم كانت زوجتي تتعب ومش قادرة تقعد مع سلمى زي الأول.
- بعدين اكتشفنا إن هناك ورمًا في الرحم والحمل بره الرحم وقعدت (٥) شهور تأخذ كيماوي وكالسيوم، وبعدين زودوا الكيماوي وكانت تحت الملاحظة (٤٨) ساعة، وبعدين الكيماوي زاد تاني، وبعدها حصل جلطة في الجزء الشمال من المخ وشكل عينها اتغير وفي اليوم نفسه راحت المستشفى وتوفيت هناك في أخر فترة تعبها.
- سلمى كانت مع جدتها (من الأم) وكانت شايفة كل حاجة وشافت تعب مامتها، ولحظة ما مشيوا بيها للمستشفى قعدت تعيط لفترات طويلة ، وروحنا للمدافن سوا علشان نزورها لاقيتها قعدت في الأرض أمام القبر وقعدت تعيط.
- بعد الوفاة كانت سلمى ما بين حماتي وأنا وقعدت (٥) شهور من الوفاة بعمل كل شيء في البيت وكنت واخد أجازة وبعدين اتجوزت علشان تقعد مع البنات سلمى وأختها نادية وتذاكر لهم.

ثانيًا: المقابلة مع المفحوصة (سلمى):

- أحب بابا وأحب العب معاه وهو دايمًا بيجيب لنا حاجة حلوة، بس هو مش بنشوفه كتير علشان شغله في الإسكندرية، نفسي أروح له وأقوله: أنا بحبه.
- زوجة أبي (ماما نجلاء) بتقعد معايا عادي وتذاكر لي وبتعمل أكل مش بحبه أوي، وهي بتزعقلي وبتضربني علشان بنتها لما تضربني بقولها: هقول لأبويا، وهي بتقول: هتقولي لأبوكي على ايه قوليله، وتكلمني بقرف وبتزعقلي في المذاكرة وأنا مش بقول لبابا.
- ليه مش بتقولي لبابا؟ أنا مش بقول علشان هو وهي واحد وهي لما بتزعقلي بتزعق علشان مصلحتي.
- كلمني عن اختك نادية: بحبها وبخاف عليها ولما تتعب محدش بيضربها وهي دي

اختي الحقيقية، وهي دي اللي بحبها طول عمري، وبحب أكلماها وألعب معاها وهي لما تقولي: متلعبيش بسمع كلامها علشان بتكون ساعتها تعبانة.

- طيب وسارة (أختها من الأب)؟ بحب ألعب معاها عشان زي أختي بردوا وبخليها تلعب معايا على الكمبيوتر وبتتخانق معايا على طول.
- نفسك في إيه؟ نفسي أقول لأمي (ماما هانم) بحبك وهي وحشاني ونفسي أشوفها ونفسي (ماما نجلاء زوجة بابا) تعاملني زي ما ماما كانت بتعاملني الله يرحمها مكنتشي بتضربني على المذاكرة زيها.
- أي الحاجات اللي بتضايقك؟ لما ماما نجلاء تشتمني وتزعقلي ولما تضربني جامد ودا اللي بيخليني متضايقة وأفضل أقطع في أيدي ونفسي أحلم بماما وأقعد اتكلم معاها – الله يرحمها– وأقولها يا ماما أنت وحشاني ونفسي أغير شكلي وأكون سلمى كويسة ومش أسرق وأقعد أضرب في إخواتي.

العلاقة مع الأقران:

- أصحابي (مي– ضحى– نهى) بيحبوا يلعبوا معايا وعمرهم ما ضربوني، لكن كل الفصل مش بيحبوا يلعبوا معايا ومش بيكلموني ودا بيضايقني وبيخليني مش مبسوطة.

ملخص نتائج المقابلة:

أولاً: المعاناة من الانفصال المبكر عن الأم بوفاتها وغياب الأب لفترات طويلة لظروف عمله في محافظة أخرى، ثم زواج الأب من أخرى.

ثانيًا: ارتباط سلمى بأمها ورؤية الأم وهي في المستشفى وحضورها جنازتها وبكاؤها المرير أمام قبرها.

ثالثًا: المعاملة السيئة من زوج الأب لفظيًا وبدنيًا وعدم معرفة الأب بذلك.

رابعًا: الإقدام على الانتحار بمحاولات متعددة؛ مثل: قطع شريان اليد، وإيذاء الذات مع تدهور في التحصيل الدراسي بعد أن كانت متفوقة.

خامسًا: اضطرابات سيكسوماتك؛ مثل: سقوط الشعر، وقولون عصبي، وضعف الشهية، وحك في الجلد.

سادسًا: المعاناة من الاكتئاب الحاد حيث حصلت في اختبار C.D.I على (٥١) درجة وهي درجة عالية في الاكتئاب، بالإضافة لمحاولات الانتحار وإيذاء الذات، والميل للوحدة والعزلة وللبكاء المرير لافتقادها لأمها ولتفرقة زوجة الأب في معاملتها ومعاملة بنتها، ومعاناتها من الرفض والنبذ وخاصة من زوجة الأب ومن أقرانها وزملاؤها في المدرسة.

ثانيًا: نتائج اختبار رسم الأسرة المتحركة:

- تم رسم الأم المتوفية أولًا: وهي تعد دلالة إكلينيكية لقلق الانفصال وأن المفحوصة في حاجة ماسة لأمها.
- رسم زوجة الأب بصوابع مدببة وشعر مدبب ورموش مدببة: مما يعكس عدوانية هذه الزوجة للأب كما تشير إلى قوتها التي تعتدي بها.
- ثم رسمت قطة صغيرة بجوار زوجة الأب: وهي دلالة ورمز للصراع في التوحد مع الأم.
- ثم رسمت أبيها وأختها ثم نفسها وهي راقدة على السرير بعيدًا عن زوجة الأب وبنتها: وهي تعكس دلالة في عزل نفسها وعزل أبيها وأختها عن زوجة الأب وبنتها، كما أن رسمها للسرير وهي راقدة عليه تعكس صيغة اكتئابية واضحة لدى المفحوصة. [محمود البسيوني، ١٩٨٧: ٢٨٢؛ روبرت بيرنس، وهارفا كوفمان، ٢٠٠٧: ٢٣].

ملخص نتائج اختبار رسم الأسرة المتحركة:

١) اكتئاب حاد ناتج عن قلق الانفصال عن الأم المتوفية ومدى احتياج المفحوصة لها.
٢) الحاجة للأمن والدفء والحب والتقبل الأسري.
٣) بيئة مهددة وخطرة ناتجة عن عدوانية زوجة الأب لها سواء بدنيًا أو لفظيًا.
٤) واقع محبط ومؤلم؛ لأن الأب غائب لظروف عمله وزوجته معاقبة، ناقدة وموبخة، مستغلة وعدوانية.
٥) صراع في التوحد مع الأم وإنكار وقلق حاد مصحوب بمخاوف.

ثالثًا: نتائج اختبار **H.T.P**:

أولًا: رسم الشخص:

- تأكيد على الرأس وتظليل الشعر: تشير إلى لجوء المفحوصة للتخييل بصورة تعويضية؛ لأن الواقع محبط وغير مشبع، كما يعكس التظليل قلق حاد.
- تم رسم (العين مقفولة): وهي تعكس رغبة قوية في تجنب المثيرات البصرية الأليمة.
- نقص الدقن: يعكس شعور بالنقص والدونية.
- رسم الأزرار: تشير إلى نكوص واعتماد قوي على الأم.
- رسم الأذرع كالأجنحة: وهي تشيع في رسوم المرضى شبه الفصاميين
- عدم رسم القدمين: تعكس مشاعر باثولوجية بالتقييد أو مشاعر الخصاء.

استخدام الألوان في رسم الشخص:

- رسم الشعر باللون الأسود: تعكس مشاعر الانقباض والكبت والنكوص والاكتئاب.
- رسم منطقة الجذع بالأصفر: تشير إلى الجمع بين العدوانية والاستثارة الحسية.
- رسم الجيب باللون البني: تشير إلى دفاع واستجابة غير ناضجة للمؤثرات وكف شديد.

ثانيًا: رسم المنزل:

- رسم سقف منزل كبير: تشير إلى أن المفحوصة تقضي جزءًا كبيرًا من وقتها في الخيال وهي بها تتشد إشباع احتياجاتها في الخيال؛ لأن الواقع محبط وغير مشبع.
- عدم رسم قاعدة الحائط: تعكس اتصالاً ضعيفًا بالواقع.
- التأكيد على محيط النوافذ وعليها قضبان: تعكس التثبيت الفمي وإدراك المنزل كالسجن.

- باب ضئيل: يشير إلى عدم الكفاية والتردد في تكوين صلات بالبيئة
- رسم دخان المدفئة على شكل خيط رفيع: يشير لمشاعر نقص الدفء في المحيط المنزلي.
- رسم الأرض أسفل اليمين: تشير إلى الشعور بان المستقبل غامض وغير مضمون ويهدد بالخطر.
- رسم سحابة فوق المنزل: تشير لقلق معمم.

ثالثًا: رسم الشجرة:

- رسم جذع كبير: يشير إلى الشعور بالتقييد مع نزعة إلى الاستجابة العدوانية في الخيال.
- رسم الشجرة على تل: تعكس تثبيتًا فميًا تصاحبه الحاجة إلى حماية الأم.
- رسم شجيرات: تعكس علامة باثولوجية وسوء توافق.
- تركيز أشعة الشمس على الشجرة: شعور المفحوصة بأن نموذجًا للسلطة يسيطر عليها.
- الرسم بخطوط ضعيفة وباهتة: تعكس الاكتئاب بالإضافة لشعور المفحوصة بضعف قدرتها على ضبط التخييل لديها بشكل كافٍ.
- رسم طيور: وهي ترمز إلى الشعور بأن جزءًا من شخصيتها لم يتيسر ضبطه ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.

[لويس مليكه: ١٩٨٦: ٥٥-٨١]

ملخص نتائج **H.T.P:**

١) معاناة المفحوصة من اكتئاب مصحوب بمشاعر انقباضية والكف والقلق الحاد والكبت والنكوص واعتماد على قوى الأم.

٢) الشعور بالعجز وبالتقييد وقلة الحيلة مع نزعة الاستجابة العدوانية على مستوى التخييل.

٣) بيئة مهددة وخطرة وواقع مؤلم ومحبط.

٤) الحاجة إلى الأمن والحب والدفء الأسري، والحاجة إلى حماية الأم.
٥) اللجوء إلى التخييلات بصورة تعويضية حيث تنشد المفحوصة من خلالها إلى إشباع احتياجات غير مشبعة، بالإضافة إلى الشعور بالنقص مع وجود رغبة قوية في تجنب المثيرات البصرية الأليمة.
٦) تثبيت على المرحلة الفمية تصاحبه الحاجة إلى حماية الأم.
٧) سوء التوافق وشعور المفحوصة بأن نموذجًا للسلطة يسيطر عليها.
٨) قلق المستقبل والشعور بأنه غير مضمون ومهدد وخطر.
٩) الشعور بأن جزءًا من الشخصية يصعب ضبطه بل ويحمل في طياته إمكانيات الدمار.
١٠) معاناة المفحوصة من مشاعر عدم الكفاءة والتردد في تكوين صلات بالبيئة.
١١) معاناة المفحوصة من خصائص شبه فصامية.

رابعًا: نتائج اختبار **C.A.T**"

البطاقة رقم (١): (٢٠ ً)

دي فرخة وعندها ثلاث كتاكيت في واحدة منهم بنتها والاتنين دول زي بناتها وهي بتجبرهم ياكلوا أكل هما مش بيحبوه ولما يأكلوه بطنهم هتوجعهم وأمهم دي هتفضل تزعق وتضرب فيهم وممكن في واحدة منهم تموت علشان مفيش حد بيحميها أو بيسمعها وهي مش عارفة تعمل إيه. (٥٥ً ، ١ق)

التفسير:

١) المعاناة من القمع والقهر من زوجة الأب.
٢) التثبيت على المرحلة الفمية واحتياجات فمية غير مشبعة.
٣) الافتقاد للأم والمعاناة من زوجة الأب والتي تعاملها معاملة سيئة.
٤) اضطرابات سيكوسوماتك: قولون عصبي.
٥) المعاناة من الاكتئاب والحاجة للحماية والمساندة وللدعم وللحب وللتقبل وللاهتمام.

٦) المعاناة من الوحدة والعزلة والفراغ والتلاشي.
٧) بيئة غير آمنة ومهددة وغير مستقرة.
٨) الخوف من الأذى ومن العقاب.

البطاقة رقم (٢): (٥ ً)

دول اتنين بنت وأمها بيشدوا الحبل مع البنت دي علشان يكسبوها وهما هسيبوا الحبل فجأة والبنت الصغيورة اللي وحدها دي هتقع على الأرض وإيدها ورجلها هتتكسر وهما هيفضلوا يضحكوا عليها ومش لاقية حد يساعدها وهي حزينة وعاوزة تروح عند مامتها اللي ماتت. (١٠ً ، ١ق)

التفسير:

١) الحاجة للحماية وللمساندة وللدعم وللأمن وللحب.
٢) بيئة غير آمنة ومهددة وخطرة.
٣) مشاعر الاضطهاد وعدم التقبل والرفض والسخرية من قبل الآخرين.
٤) اكتئاب حاد ومحاولة الهروب من الواقع المؤلم بالموت وإلحاق بأمها.
٥) الإحساس بالوحدة والعزلة والغربة والافتقاد الشديد للأم.
٦) الإحساس بالضعف والقمع وقلة الحيلة.
٧) مشاعر اكتئابية ذات طابع انهزامي.

البطاقة رقم (٣): (٥ ً)

أسد قوي بس تعبان علشان كدا هو ساند على عصاية وقاعد على الكرسي هو شكله زعلان ومفيش حد جنبه وخايف لو مات أولاده هيعملوا إيه وعيالة خايفين إنه يموت أو يحصله حاجة زي مامتهم ومش يلاقوا حد يهتم بيهم (١٠ً ، ١ق).

التفسير:

١) تناقض وجداني تجاه الأب.
٢) الخوف الشديد من افتقاد الأب بالوفاة.
٣) الافتقاد للأمن وللحماية وللحب وللمساندة وللاهتمام بالإضافة إل مشاعر قلة

الحلة والعجز وخاصة في حالة افتقاد الأب بالوفاة، الحاجة لوجود أب قوي.

٤) قلق الانفصال وتوقع الأذى والمعاناة من الوحدة والعزلة والفراغ والتلاشي.

٥) قلق من المستقبل والخوف منه.

البطاقة رقم (٤): (١٠ ً)

أم وبنتها الصغيورة راكبين على عجلة والبنت الكبيرة معاهم رايحين يشتروا حاجة حلوة وهما بيحبوا مامتهم لكن العجلة هتتكسر ومامتهم هتموت وهما هيفضلوا زعلانين ويعيطوا وخايفين ومش لاقين حد يساعدهم بس في الأخر هيجي باباهم ويأخذهم. (٤٠ً ، ١ق)

التفسير:

١) اكتئاب حاد ناتج عن الانفصال عن الأم بوفاتها.

٢) الحاجة للأمن وللحماية وللدعم والمساندة وخاصة من الأب.

٣) افتقاد الأم بشكل واضح وخاصة في ظل زوجة أب قاسية ومعنفة ومعاقبة.

٤) الخوف من العجز وقلة الحيلة.

البطاقة رقم (٥): (١٥ ً)

أرنبة صغيورة نايمة لوحدها في الضلمة مامتها قالت لها أروح اجيب حاجة وارجع لكن ما رجعتش وفضلت البنت الأرنبة تعيط وقاعدة خايفة ومش عارفة تعمل حاجة بس هي صرخت كتير ومحدش سمعها ونامت وشافت أمها وقالت لها أنتي سبتيني ليه؟!. (٤٥ً ، ١ق)

التفسير:

١) الاكتئاب الحاد بسبب وفاة الأم مصحوب بحزن شديد وبكاء مرير.

٢) الإحساس بقلة الحيلة والعجز والخوف من الوحدة.

٣) الحاجة للحماية وللأمن والتقبل والاهتمام.

٤) الافتقاد للأم وتوجيه اللوم لها: أنتي سبتيني ليه؟! قلق الانفصال.

٥) المعاناة من الوحدة والعزلة في ظل بيئة غير آمنة ومهددة وغير مستقرة.

البطاقة رقم (٦): (١٠ ً)

دبة صغيرة نايمة في كهف وفي دبة كبيرة هتيجي وتأكلها، الدبة هتيجي وتأخذ الدبة الصغيرة في مكان بعيد وتأكلها وتأكل لحمها، وبعين هتروح تاني للكهف علشان تأخذ الدبة التانية الصغيورة أوي وتأخذها وتموتها وتأكلها وبعدين باباهم هيجي ويشوف عظمهم وهيزعل عليهم. (٢٥ً ، ١ق)

التفسير:

١) الالتهام على المستوى المتخيل.
٢) بيئة غير آمنة وغير مستقرة ومهددة وخطرة.
٣) الخوف الشديد على أختها الصغرى.
٤) الحاجة للمساندة وللدعم وللحماية وللأمن وللحب وللتقبل.
٥) عدوان تجاه الأب بسبب تقصيره نحوهم بأن يكون حزينًا بفقدانهما وأنه سوف يزعل عليهم.
٦) قلق تجاه المستقبل.

البطاقة رقم (٧): (٥ ً)

أسد بيجري وراء قرد، والقرد عاوز ينط على الشجرة علشان يهرب لكن الأسد هيكسر الشجرة بس القرد نط على الشجرة التانية وفي الأخر الأسد هيمسكه من ديله ويأكله بس بعد ما كان القرد عاوز يموت نفسه قبل الأسد ما يأكله لكن مش لحق يعمل دا. (٢٠ً ، ١ق)

التفسير:

١) اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء.
٢) اضطرابات سلوكية تمثلت في العناد والتمرد.
٣) الالتهام على المستوى المتخيل.
٤) اكتئاب مصحوب بمحاولات وأفكار انتحارية (تفضيل الموت على الحياة مع زوجة أب قاسية)
٥) الحاجة للحماية وللأمن والمساندة وللدعم وللتقل والحب.

٦) بيئة غير آمنة ومهددة وغير مستقرة وخطرة.

البطاقة رقم (٨): (١٠ ً)

دي حفلة عشاء عيد ميلاد القرد الصغير مع جدته بس هما زعلانين وعمالين يتكلموا مع بعض بصوت مش مسموع، والقرد الصغير مش مبسوط ومش عارف هما بيتكلموا بصوت مش مسموع ليه زي ما يكونوا قاعدين في حد ميت زعلانين عليه. (٥٥ ً)

التفسير:

١) تكرار الموقف الصدمي الناتج عن وفاة الأم

٢) قلق الانفصال والإحساس بالوحدة والعزلة والفراغ والتلاشي.

٣) اكتئاب حاد بسبب وفاة الأم.

البطاقة رقم (٩): (١٢ ً)

الدبة الأم بتعمل أكل علشان تعمل العشاء للصغير، والدب الصغير يبص وهيجد مامته ميتة، وهيجي عفريت وهيقتل الدب الصغير وبعدين هيروح ناحية الأب علشان يموته بس مش هيعرف والأب هيتعور جامد بس هيبقى عايش ومش هيموت. (٥ً ، ١ق)

التفسير:

١) تكرار الموقف الصدمي لوفاة الأم.

٢) الالتهام على المستوى المتخيل.

٣) بيئة غير آمنة ومهددة وخطرة وغير مستقرة.

٤) عدوان وتخييلات عدائية تجاه الأب ناتج عن تقصيره نحوها وغيابه عنها وتركها مع زوجة أب قاسية، فالأب تأثيره ضعيف على المستوى النفسي بالرغم من وجوده فيزيقيًا.

٥) قلق الانفصال مصحوبة بالوحدة والعزلة.

٦) التفكير الخرافي السحري القائم على القدرة المطلقة.

٧) الافتقار لوجود أب قوي.

البطاقة رقم (١٠): (٨ ذ)

الكلب الصغير مش عاوز ينضرب، بس هو بيصرخ ويقول: مش عاوز انضرب والأم قاعدة وتضربه وهو يهوهو والأم عماله تضربه لما بقى يخاف منها ويسمع كلامها... هو شقي وبيعور نفسه كتير ومفيش حد بيهتم بيه أبوه مش موجود ومفيش حد يحميه.

(٢٠ ، ١ق)

التفسير:

١) الخوف من العقاب والأذى البدني والنفسي.

٢) المعاناة من القمع والإجبار والقهر.

٣) اضطرابات سلوكية تمثلت في العناد وإيذاء الذات.

٤) مشاعر اكتئابية حادة ناتجة عن الرفض والنبذ وعدم التقبل.

٥) الحاجة للاهتمام وللتقدير وللحماية وللمساندة والدعم الأمن والحاجة لأب قوي يدعم ويحمي ويساند، فالأب ميت على المستوى النفسي بالرغم من وجوده فيزيقيًا.

٦) بيئة غير آمنة ومهددة وخطرة.

ملخص نتائج اختبار **C.A.T:**

١) اكتئاب مصحوب بإيذاء الذات وأفكار انتحارية ورغبة في الموت.

٢) الحاجة للحب وللتقبل وللاهتمام وللحماية وللاستقرار والحاجة للإشباع الفمي، والحاجة للمساندة وللدعم وللاحتواء والحاجة لوجود أب قوي.

٣) المعاناة من اضطرابات سيكوسوماتك.

٤) الشعور بالوحدة وبالفراغ العاطفي والوجداني.

٥) تخييلات عدائية وسادية تجاه زوجة الأب.

٦) تناقض انفعالي تجاه الأب.

٧) المعاناة من قلق الانفصال والقلق من فقدان الأب وغيابه على المستوى الفعلي والنفسي.

٨) المعاناة من اكتئاب واضح نتيجة الانفصال عن الأم بوفاتها مبكرًا.

٩) واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة.

١٠) تكرار للحدث الصدمي بوفاة الأم.

١١) الخوف من العقاب البدني واللفي المصحوب بالقمع والقهر من زوجة الأب.

١٢) استخدام ميكانيزمات دفاعية كالإسقاط، والنكوص، والالتهام على المستوى المتخيل، والإنكار، وتوهم القدرة المطلقة.

خامسًا: نتائج اختبار الرورشاخ:

البطاقة رقم (١): (٣ ً)

- فراشة بتطير حلو وليها جناحات وشكلها جميل وهي بعيدة ٨ ك ف ش+ حي حركة
- أشجار وفي جناحات تحت ٨ ج ف ش-

زمن كلي: (٣٠ ً)

البطاقة رقم (٢): (١٤ ً)

- خروفين ميتين ليهم رجلين وليهم ايدين والأحمر دا لحم الخروف وليه عيون ٨ ك ف ش ل حي
- بقع دم لحد ميت ٨ ج ف ل ش حي
- اتنين بيتخانقوا مع بعض وعور بعض ونازل منهم دم ٨ ك ش ل حركة

زمن كلي: (٥٥ ً)

البطاقة رقم (٣): (٧ ً)

- فيكونه ٨ ج ش+
- لهب نازل من السماء ٨ ج ل ش
- اتنين عفاريت بيعملوا حاجة شكلهم وحش وهما من غير جلد عظم فقط ٨ ج ش+

زمن كلي: (٤٥ ً)

البطاقة رقم (٤): (٥ ً)

- ورقة شجر ميتة ٨ ك ش –
- اخطبوط ٨ ك ش –
- جاكت مقطوع من تحت ٨ ك ش ظ

زمن كلي: (٣٥ ً)

البطاقة رقم (٥): (٢ ً)

- فراشة لها جناحين وبتطير وشكلها جميل ٨ ك ش+ حي حركة

زمن كلي: (١٢ ً)

البطاقة رقم (٦): (٣١ ً)

- قلب حزين لواحد ميت ٨ ج ش+
- عيون بتراقب وحشة ٨ ج ف
- عصاية ٨ ج ش+

زمن كلي: (٥ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٧): (٢٠ ً)

- فأرين. ٨ ك ش–ظ
- صرصار ٨ ك ش–
- اتنين بنات بيلعبوا على المرجيحة ٨ ك ش حي حركة

زمن كلي: (٥٠ ً)

البطاقة رقم (٨): (٢٥ ً)

- نمور ٨ ج ش+ حي حركة
- أشجار ٨ ج ش+
- فراشة بيمشي عليها النمور بتدور على حاجة تأكلها ٨ ج ش+ حي حركة ممكن يلاقوا حيوانات صغار ياكلوها

زمن كلي: (٥٠ً ، ١ق)

البطاقة رقم (٩): (٣٠ ثً)

- اخطبوط ٨ ج ش+ حي حركة
- عصافير أو نحلة شكلهم حلو وبنجيب منها العسل، ٨ ج ش– حي حركة

بس ممكن تلسع زمن كلي: (٥٥ ثً)

البطاقة رقم (١٠): (١٥ ثً)

- عصافير ٨ ج ش+ حي حركة
- فراشة ٨ ج ش+ حي حركة
- حمامة ٨ ج ش+ حي حركة
- اخطبوط ٨ ج ش+ حي حركة
- جبل بينهار أو ينهدم ٨ ك ف ش+

زمن كلي: (١٠ً ، ١ق)

تفسير نتائج اختبار الرورشاخ:

أولًا: العلاقات الأساسية:

١) المجموع الكلي لعدد الاستجابات= (٢٨) استجابة تقع في المدى العادي والسوي.

٢) الزمن الكلي للأداء=

$$\frac{\text{٥٢٢ ثً}}{\text{٢٨}} = \text{١٨.٦٤ ثً}$$

٣) متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة=

$$\frac{\text{٩١}}{\text{٥}} = \text{١٨.٢ ثً}$$

٤) متوسط زمن الرجع للبطاقات غير الملونة =

$$\frac{\text{٦١}}{\text{٥}} = \text{١٢.٢ ثً}$$

وهو ما يشير إلى معاناة المفحوص من صدمة لون أي انها تعاني من اضطرابات وجدانية وانفعالية ذات طابع اكتئابي.

٥) النسبة المئوية للبطاقات (٨، ٩، ١٠) =

$$\frac{١٠}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٣٥.٧١$$

وهي ما يشير إلى استجابة المفحوصة للمنبهات الانفعالية.

٦) ش % =

$$\frac{\text{مجـ ش}}{\text{مجـ عدد الاستجابات}} \times ١٠٠ =$$

$$\frac{٢٢}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٧٨.٥٧$$

وهو ما يشير إلى نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي).

٧) ش مع + ش + ش ظ ÷ مجـ الكلي لعدد الاستجابات × ١٠٠ =

$$\frac{١٦}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٨٢.١٤$$

وهو ما يشير إلى نقص في التلقائية الانفعالية (انكماش عصابي).

٨) النسبة المئوية للمحتوى الحيواني=

$$\frac{١٦}{٢٨} \times ١٠٠ = \%٥٧.١٤$$

وهو ما يشير إلى اضطراب في التوافق.

٩) (البشر + الحيوان) : (أجزاء البشر + أجزاء الحيوان)

= ١٨: ٣ تقع في المدى العادي والسوي.

١٠) مجموع استجابات اللون = ٢/١

وهو ما يشير إلى ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات البيئية.

١١) نمط الخبرة ح: مجـ ل = ٢: ٠.٥ وهو ما يشير إلى ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات البيئية.

١٢) (ح ح: ح غ): (ش ظ + ظ + أ أ) = ١١: ١

وهو ما يشير إلى معاناة المفحوصة من القلق.

١٣) ك: ج = ٩: ١٦ (وهو ما يشير إلى قدرة خلاقة لم يتح لها الانطلاق بعد).

ثانيًا: العلاقات الإضافية:

١- ح: ح ح = ١١: ١١ وهو ما يشير إلى تقبل المفحوصة لاندفاعاتها.

٢- ح: (ح ح + ح غ) = ١١: ١١ وهو ما يشير إلى تقبل المفحوصة لاندفاعاتها

٣- ش ل: (ل ش + ل) = ١: ٢ وهو ما يشير إلى محاولة المفحوصة للسيطرة الزائدة لاندفاعاتها الانفعالية.

٤- ك % = ٣٢.١٤%

٥- ج % = ٥٧.١٤%

٦- جـ% = ٧.١٤%

٧- ف % =٢٥% وهو ما يشير إلى أن المفحوصة تتسم بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.

٨- تقدير المستوى العقلي (التتابع): منتظم.

التحليل الكيفي لاستجابات الرورشاخ:

١- استجابات اكتئابية:

قلب ميت، قلب حزين، حيوانات ميتة.

٢- اضطرابات وجدانية ذات طابع اكتئابي:

دم، بقع دم، حد متعور ونازل دم.

٣- بيئة مهددة وغير آمنة:

جبل ينهار أو ينهدم

٤- الالتهام على المستوى المتخيل:

حيوانات تأكل الصغار

٥- مشاعر الاضطهاد:

عيون وحشة وبتراقب.

٦- استجابات القلق:

البطاقة الأولى: (فراشة حلوه) تعكس اتجاه إيجابي نحو الأم المتوفية، كما تعكس أيضًا القلق الحاد الناتج من فقدان الأم بالوفاة.

البطاقة الثانية: تعكس القلق تجاه الأحداث البدائية [بقع دم لحد ميت، خروفين ميتين، اتنين بيتخانقوا].

البطاقة الثالثة: تعكس القلق تجاه الموقف الأوديبي (لهب نازل من السما، اتنين عفاريت شكلهم بيعملوا حاجة شكلها وحش).

البطاقة الخامسة: تعكس القلق تجاه الحالة الوجدانية للأم (فراشة شكلها جميل).

البطاقة الثامنة: تعكس القلق تجاه الغرباء عن العائلة (فراشة بيمشي عليها نمور علشان تأكلها) وهي تعكس أيضًا الالتهام على المستوى المتخيل.

البطاقة العاشرة: القلق تجاه التجزئة (جبل ينهار أو ينهدم).

- تسمية الألوان: تعكس ميول دفاعية ضد الاكتئاب.
- في البطاقة (٨): كانت الاستجابة (اتنين بيتخانقوا مع بعض وعور بعض ونازل نمهم دم) تعكس مخاوف وقلق الخصاء بالإضافة إلى التنفيس عن العدوانية بالتنفيذ تعبير عن الاندفاعية.
- ورقة شجر ميتة في البطاقة (٤) تعكس الاهتمام بالعجز والموت.
- دم ونار كما في البطاقة (٢، ٣) تعكس عدوان قد يعبر عنه بأعراض جسدية أو في صورة غضب وقلق.
- فراشة جميلة في البطاقة (١، ٥) تكوين عكسي ضد العدوانية.
- فأر، صرصار في البطاقة (٧) تعكس حذر عند إقامة علاقات اجتماعية،

ضعف، خجل، شعور بعدم الكفاءة، سلبية، وفي حاجة للمساعدة وللحماية.

- صدمة لون في البطاقة (٩) يعكس ميول اكتئابية واضحة.

ملخص نتائج اختبار الرورشاخ:

١) معاناة المفحوصة من اكتئاب واضح وهو ما ظهر من خلال صدمة اللون والاستجابة للمنبهات الانفعالية بشكل اكتئابي.

٢) معاناة المفحوصة من نقص في التلقائية (انكماش عصابي)، مع الميل للعزلة والوحدة ، بالإضافة إلى اضطراب في التوافق وضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات البيئية والميل للانتحاء الداخلي والاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها على بيئتها.

٣) أما عن القدرات العقلية فهي ما زالت قدرة خلاقة لم يتح لها الظهور بعد، مع تقبل المفحوصة لاندفاعاتها والميل الزائد للسيطرة على هذه الاندفاعات الانفعالية.

٤) تتسم المفحوصة بالعناد والتمرد وعدم الانصياع لأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.

٥) أما عن محتوى استجابات المفحوصة فهي عكست ما يأتي:

١/٥) استجابات اكتئابية مصحوبة باضطرابات وجدانية.

٢/٥) بيئة مهددة وخطرة وغير آمنة بالإضافة إلى الالتهام على المستوى المتخيل مصحوب بمشاعر الاضطهاد.

٣/٥) تناقض وجداني وضح تجاه الأم.

٤/٥)القلق تجاه الأحداث البدائية، القلق تجاه الموت، القلق تجاه الموقف الأوديبي، القلق تجاه الغرباء عن العائلة، القلق تجاه التجزئة، بالإضافة لقلق الخصاء.

٥/٥) الشعور بالعجز وقلة الحيلة مع الحاجة للمساندة والدعم.

٦/٥) عدوان مكبوت يتم التعبير عنه بأعراض جسدية.

٧/٥) الحذر من إقامة علاقات اجتماعية، وضعف، وخجل، وشعور بعدم الكفاءة، وسلبية.

صورة إكلينيكة مجمعة للحالة الثالثة (سلمى)

- المعاناة من الانفصال المبكر عن الأم بوفاتها وتكرار للموقف الصدمي تجاه الأم ورؤيتها وهي في المستشفى وحضور الجنازة والبكاء المرير عليها وافتقادها بشكل ملحوظ، وغياب الأب لفترات طويلة وعمله في محافظات بعيدة.
- اضطراب وسوء عملية التنشئة الاجتماعية من قبل زوجة الأب وعقابها بدنيًا ولفظيًا وتفضيل بنتها عليها وعدم معرفة الأب بذلك.
- معاناة سلمى من اكتئاب حاد وفقًا للتشخيص السيكاتري ووفقًا لـDSM-5 وحصولها على (٥١) درجة على اختبار (ماريا كوفاكس لاكتئاب الأطفال C.D.I) بالإضافة إلى الأعراض الخاصة بالاكتئاب؛ مثل: الإقدام الفعلي على الانتحار بقطع شريان يدها، وأفكار انتحارية مصحوبة بمشاعر انقباض، وتدهور في التحصيل الدراسي، الميل للبكاء، والميل للعزلة والأنطواء وعدم الاختلاط، ضعف الشهية.
- اضطرابات سيكوسوماتك: سقوط الشعر، وقولون عصبي، وحك (هرش) الجلد.
- اضطرابات سلوكية: الكذب، والسرقة، والعند وسرعة الاستثارة، والغضب.
- معاناتها من الرفض والنبذ وعدم التقبل من زوجة الأب ومن زملائها وأقرانها بالمدرسة.
- تخييلات مرضية سادية تجاه الآخرين نتيجة الشعور بالعجز وبالتقييد وقلة الحيلة.
- اضطراب صورة الذات وصورة الجسم والشعور بالنقص وبالدونية.
- التثبيت على المرحلة الفمية تصاحبه الحاجة إلى حماية الأم.
- ضعف الاتصال بالواقع لكونه مؤلمًا ومحبطًا والاستغراق في التخييلات بوصفها صورة تعويضية للإشباع مصحوبة بخصائص شبه فصامية.
- واقع مؤلم ومحبط وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة مع رغبة قوية في تجنب المثيرات البصرية الأليمة.

- سوء التوافق وشعور المفحوصة بأن نموذجًا للسلطة يسيطر عليها، والشعور بأن جزءًا من الشخصية يصعب ضبطه بل ويحمل في طياته إمكانيات الدمار وهو ما يدل على ضعف الأنا.
- ضعف قدرة المفحوصة على الاستجابة للمنبهات البيئية والميل إلى الانتحاء الداخلي والاعتماد على حياتها الداخلية أكثر من اعتمادها على بيئتها بالإضافة للانكماش العصابي ونقص في التلقائية الانفعالية، والمعاناة من مشاعر عدم الكفاءة والتردد في تكوين صلات بالبيئة.
- عدوان مكبوت يتم التعبير عنه بأعراض جسدية بالإضافة إلى الحذر من إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين.
- الحاجة للمساندة وللدعم وللتقبل وللحب وللاهتمام وللوقاية وللحماية من قبل نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلها أو من الآخرين، الحاجة لجود أب قوي.
- القلق تجاه الأحداث البيئية، وقلق الموت، والقلق تجاه الموقف الأوديبي، والقلق تجاه الغرباء من العائلة، والقلق تجاه التجزئة، وقلق الانفصال.
- صراع في التوحد مع الأم مع الشعور بالعجز وبالتقييد مع وجود نزعة للاستجاب العدوانية على المستوى المتخيل.
- ميكانيزمات دفاعية: إنكار، وكبت، وقمع، ونكوص، وإسقاط، وتوهم القدرة المطلقة، والالتهام على المستوى المتخيل.
- اضطراب مركب الأوديب والتثبيت على المرحلة الفمية تصاحبه الحاجة إلى حماية الأم.
- قدرة عقلية خلاقة لم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والحصر والمعاناة.

صورة إكلينيكة مجمعة لعينة الدراسة (الحالات الثلاثة)

- اضطراب وسوء عملية التنشئة الاجتماعية.
- المعاناة من الاكتئاب الحاد تتفاوت من الإقدام الفعلي على الانتحار والتهديد بالانتحار إلى الأفكار الانتحارية وإيذاء الذات.

- المعاناة من الاضطرابات السيكوسوماتك مثل: الأكزيما، سقوط الشعر، قولون عصبي، الإمساك، حك (هرش) الجلد، أرق واضطرابات في النوم، الصداع المزمن.
- اضطرابات سلوكية: ممارسة العادة السرية، الكذب، السرقة، العناد والتمرد ضد نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلها، سرعة الاستثارة، وفرط الحركة والهياج وسرعة الغضب، والعدوان تجاه الذات وتجاه الآخرين.
- الشعور بالرفض والنبذ وعدم التقبل وبالإهمال واللامبالاة من نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلها.
- اضطراب صورة الذات وصورة الجسم، والشعور بالدونية وبالنقص.
- واقع محبط ومؤلم وبيئة مهددة وخطرة وغير آمنة وغير مستقرة.
- تخييلات مرضية اتخذت الطابع السادي تجاه الآخرين.
- ضعف الاتصال بالواقع والاستغراق في التخييلات بوصفها صورة تعويضية لإشباع الاحتياجات غير المشبعة.
- اضطراب مركب الأوديب مصحوب بقلق الخصاء بالإضافة إلى التثبيت على المرحلة الفمية.
- الخوف من العقاب ومن الأذى ومن التلاشي والفناء مصحوب بمشاعر العجز والتقييد وقلة الحيلة.
- الحاجة إلى التقبل والاهتمام والحماية والحب والأمن والأمان والدفء العاطفي والانفعالي من قبل نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلها، والحاجة للدعم والمساندة والوقاية، والحاجة للقوة.
- اللجوء إلى ميكانيزمات دفاعية؛ مثل: الإسقاط، والنكوص، والكبت، والقمع، الإنكار، والتوحد مع المعتدي، والالتهام على المستوى المتخيل، وتوهم القدرة المطلقة، والتبرير.
- رفض للعالم وللواقع وللبيئة مصحوب بنظرة تشاؤمية تجاه المستقبل والرغبة في تجنب الواقع وتجنب النقد، والشعور بأن جزءًا من الشخصية لم يتيسر ضبطه ويحمل

في طياته إمكانيات الدمار وهو ما يعكس ضعف منظمة الأنا لديهم.

- الشعور بالتقييد وبالقمع وبالسيطرة من النماذج الوالدية وكبت التعبير عن النزعات المتضادة والعزوف عن الاتصال بالآخرين.
- تناقض وجداني تجاه الذات وتجاه الوالدين.
- ضعف في النضج الانفعالي والاجتماعي ونقص في التلقائية الانفعالية والميل للانتحاء الداخلي والاعتماد على الحياة الداخلية أكثر من الاعتماد على البيئة مما يدل على ضعف منظمة الأنا لديهم.
- هناك تقبل من قبل المفحوصين لاندفاعاتهم بالإضافة لمحاولات زائدة منهم للسيطرة على هذه الاندفاعات الانفعالية.
- المعاناة من قلق الانفصال، وقلق فقدان الموضوع، وقلق المستقبل، وقلق تجاه الموقف الأوديبي، وقلق الموت، والقلق تجاه الغرباء من العائلة، قلق الخصاء، القلق تجاه التجزئة، القلق تجاه الأحداث البيئية
- المعاناة من الكف لتوقع حدث مؤلم وغير سعيد مع اعتمادية سلبية بالإضافة إلى علاقات لم تحل مع نماذج السلطة الوالدية.
- المعاناة من خصائص شبه فصامية.
- التأثير السلبي للوالدين في الحياة النفسية لأطفالهم فبالرغم من تواجدهم جسديًا على المستوى الفيزيقي إلا أنهم أموات على المستوى النفسي، وهو ما جعل سلوك الأطفال يتسم بالعناد وبالتمرد وعدم الانصياع لتعليمات وأوامر السلطة الوالدية أو من يمثلها.
- ضعف منظمة الأنا وعدم القدرة على تحمل الإحباط وعدم القدرة على حل الصراعات بين منظمتي الهو، والأنا الأعلى.
- يتمتع هؤلاء الأطفال بقدرة عقلية خلاقة لم يتسن ولم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والحصر والمعاناة النفسية والانفعالية والوجدانية ومن الضغوط الوالدية، وهو ما يعكس صدق مقولة: إنه لا يوجد أبناء مضطربون بينما يوجد آباء مضطربون.

تعقيب عام

- ظهور الصراع واضحًا بين الحالات الاكتئابية من ناحية وبين الوالدين من ناحية أخرى، ولقد أخذ هذا الصراع شكل ثنائية الوجدان Ambivalence لدى الاكتئابين والذي جعلهم دائمًا يتأرجحون بين الحب والكراهية اللتين تكاد تكون طاقة كل منهما تساوي الأخرى ويتنافسان في اتجاهين متضادين.
- ومن العوامل التي أثارت هذا الاكتئاب نجدها تتلخص في أمرين أساسيين وهما:

أ) حدوث تغير في التوازن الخاص بالدفعات الغريزية وفي ميكانيزمات الدفاع.

ب) تغير في علاقة الطفل بالموضوع وصورته.

- وهذا الصراع الذي ظهر بين الحالات الاكتئابية أدى إلى شعور الاكتابين بحالة من فقدان الحب الذي يمثل الموقف الأساسي في الاكتئاب، ولاحظنا أن الاكتئاب لا يحب الموضوع في ذاته ولذاته أو لما هو عليه في الواقع بل أنه في حاجة إليه لكي يحتفظ باتزانه الانفعالي من حيث هو تنظيم لدفعاته الغريزيه من حب وعدوان.
- أدى وجود هذا الصراع لدى الأطفال المكتئبين أيضًا إلى نشأة مشاعر الذنب لديهم.
- أدى هذا الشعور بالذنب إلى توجيه الأطفال المكتئبين لعدوانيتهم ضد ذواتهم.
- أن عدوانية الأطفال المكتئبين ليست ضد ذواتهم فحسب، ولكن أيضًا ضد عالمهم الخارجي، وعندما ظهرت هذه العدوانية تجاه الذات نجم عنها إفشال الذات والتي من صورها القيود الاجتماعية الانعزالية وهو ما منعهم من إقامة علاقات اجتماعية ناجحة مع العالم الخارجي.
- ظهر الاضطراب الجنسي لدى أغلب حالات البحث وصاحبة ظهور اضطراب في العلاقة بالأم وعدوانية موجهة ضد صورة الأم، طبقا لما أكده (كلوبفر) على أن المفحوصين الاكتئابين قد حرموا الإشباعات الطفلية.
- ظهرت أيضًا الأفكار والميول الانتحارية وإيذاء الذات والإقدام الفعلي على الانتحار، مما يدل على نقص في علاقاتهم التكيفية الاجتماعية وحاجتهم الملحة إلى التقبل والحب والتقدير.

مناقشة نتائج الدراسة وتفسيرها:

إدراك الواقع وطبيعته المضطربة:

تبين من نتائج المقابلة واختبار C.A.T أن هناك اضطرابًا شديدًا يقع على وظيفه اختبار الواقع، وهو ما تم تبينه في عدد غير قليل من استجابات الأطفال في قصص الـ C.A.T والذي كان فيها المحتوي خلطيًا يمزج الفرح بالحزن، والسعادة بالشقاء، والحب بالكراهية مزجًا شديدًا فالثنائية الوجدانية هي السمة المميزة لهؤلاء الأطفال في قصصهم، وهو ما يشير إلى عجز الذات على اختبار هذه الحالات الوجدانية فكأن حياتهم خلو من كل حزن أصيل أو حب حقيقي.

وفي هذا يشير (محمد رمضان، ١٩٨٨: ١٣١) أن هذا بدوره يؤدي للإحباط؛ ولذا كان من الطبيعي أن يستخدم هؤلاء الأطفال بعض الدفاعات البدائية من قبيل الإنكار والإسقاط ليعالجوا بها هذا العدوان المدمر، والتي نستطيع أن نفترض أنها دفاعات بالغة السذاجة لم تتجاوز حد الكبت والقمع والإنكار والإسقاط، ومن ثم فإن الاستنتاج الدينامي يشير إلى أن البناء النفسي المميز لهؤلاء الأطفال هو أن نكوصًا إلى المرحلة الفمية تتميز بامتزاج الذات بالموضوعات بالإضافة إلى تخلف الوظائف الإدراكية هذا بالإضافة إلى تخلف ارتقاء الأنا الأعلى لدى هؤلاء الأطفال عند مرحلة مبكرة من العمر فيظل الطفل بدائيًا حاملاً لصفات هذه المرحلة المبكرة مثل الانسحاب الكامل عن الواقع والعجز عن التوافق له.

كما تكشف استجابات الأطفال على اختبار C.A.T وتوضح لنا أيضًا كيف أن الصور الوالدية السيئة والمحبطة والتي حرمت الذات أمنها خلقت ذاتًا تتسم بالعنف والقسوة والتدمير سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين، كما تعكس استجاباتهم أيضًا كيف أن هؤلاء الأطفال ينظرون للعالم الخارجي بطريقة ذاتية وشخصية بعيدة تمامًا عن الواقع وهو ما ظهر في الاستجابات المتكررة والخاصة بالتمركز حول الذات، وهذا بدوره راجع إلى الاستغراق في التخييلات والنكوص وذلك وفقًا لمبدأ العمليات الأولية ومبدأ الواقع والبعد عنه نتيجة ضعف الارتباط به لكونه واقعًا مؤلمًا ومحبطًا ومهددًا وغير آمن بل ومقيدًا لرغبات الذات فكانت النتيجة بالانسحاب والهروب منه والخروج عن المألوف بالاستغراق في التخييلات وبالانطواء

والانعزال وعدم الاختلاط بالآخرين.

بالإضافة أيضًا: إلى القلق الساحق لدى هؤلاء الأطفال وتنازل الذات عن دورها في إدراك الواقع فصمتت الذات عن إدراك العالم الخارجي واستنزاف الأنا لمعظم طاقاتهم أمام هذا الاعصار من التخييلات فنتج عن ذلك قصور في إدراك الواقع ومحاوله السيطرة عليه بالتفكير البدائي السحري وبالحلول السحرية وتوهم القدرة المطلقة، وبالإشباع الهلوسي للاحتياجات أو بالانسحاب، أو بالعزلة ليتمكنوا من السيطرة على عجزهم وخوفهم وقلقهم من واقعهم المضطرب، وبالإضافة لما سبق فقد تبين أيضًا أن عدم الرضا عن الواقع يفسح عادة الطريق أمام الأنا للتعبير عن رغباتها وحفزاتها الغريزية، وضعف القدرة على الانتباه نتيجة ما تعاني منه من صراعات داخلية تستنفد قدرات الطفل النفسية والذهنية وعدم قيام الأنا بوظائفها على نحو سوي [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٨٧ – ٢٨٨] وهو ما تم تبينه في اختبار الرورشاخ أن هؤلاء الأطفال يتمتعون بقدرات عقلية ومعرفيه لم يتسنى ولم يتح لها الظهور بعد نتيجة الكف والحصر Anxiety.

وفي هذا يشير [أوتوفينخيل، ٢٠٠٦: ١٦– ١٧] أن هذا يؤدي إلى انغلاق أو تضاؤل وظائف الأنا وهو ما يمكن فهمه على أنه تعبئه لكل الطاقة النفسية المتاحة في مهمه واحدة وبعينها: ألا وهي إقامة الطاقات المضادة للسيطرة على الإثارة المقتحمة الغامرة. والطابع العاجل لهذه المهمة يجعل كل الوظائف الأخرى للأنا – نسبيًا– غير ذات أهمية، فعلى هذه الوظائف الأخيرة أن تتخلى عن طاقاتها لصالح المهمة العاجلة التي تهيمن تمامًا على الطفل، فانغلاق بعض الوظائف وخاصة وظائف الإدراك، والإدراك الداخلي تعملان معًا على منع أية إثارة جديدة. فالإثارة الماثلة بالفعل ينبغي السيطرة عليها قبل أن يمكن استقبال أية إثارات جديدة والكائن العضوي عادة ما يستحدث طرائق مختلفة يحمي بها نفسه ضد أية زيادة مسرفة في كمية الإثارة، فرفض استقبال أية إثارة جدية إنما هو أسلوب أولي لاستعادة هذه الحماية التي قوضتها الصدمة.

كما لوحظ أيضًا في استجابات هؤلاء الأطفال سواء في المقابلة الإكلينيكية أو علي اختبار C.A.T ، أو على اختبار الرورشاخ مظاهر اكتئابية واضحة وهو ما يعكس – وكما

ذكرنا سابقا – واقعًا مؤلمًا ومحبطًا بالإضافة إلى سوء المصير الذي يتهدده دائما بالتعرض للعقاب والأذى الجسدي والنفسي، كما أن الطابع الاكتئاب كان يتجلى فيما يعرب عنه هؤلاء الأطفال من أحاسيس بالغة التعاسة والشعور بالقلق والضياع بالإضافة إلى النبذ والإهمال وما يبدو من سوء العاقبة.

كما أن استعمال ميكانزيم الإسقاط ورؤية العالم من خلال الذات في البطاقات التي كانت بعيده عن الاستجابات الشائعة فهي أيضًا كانت تشير إلى توحده بإبطال هذه البطاقات مما يؤكد طغيان الذات على كل ما يرتبط بالواقع الخارجي مما يؤدي لتحريف هذا الواقع وإعطاء صورة وصفية مع البعد عن إدراك مفردات كاملة للواقع.

ولذا نجد أن [سامي محمود علي، ١٩٧٠: ٩٥] يشير إلى أن من خصائص الذهان أنه يظهر حينما يكون الواقع مؤلمًا ومحبطًا إلى حد يعجز الشخص عن مواجهته نفسيًا على أي نحو، أو حين تقوى الدوافع الغريزية بحيث لا يستطيع المرء السيطرة عليها فيصبح صدامها مع الواقع أمرًا محتومًا ففي كلتا الحالتين يحدث نكوص في التنظيم الليبيدي من مرحلة العلاقات بالموضوع إلى مرحلة النرجسية ويتم عن طريق هذا النكوص إنكار للواقع إنكارا متفاوت المدى يكون مصحوبًا في الآن ذاته بانطلاق الدوافع الغريزية بلا ضابط أو اعتبار لمقتضيات الواقع.

وكما يرى "مصطفي زيور" في الذهان أنه: " تعطيل في القدرة على إدراك الواقع وتزييف في المدركات، واضطراب في المنطق وفساد في الحكم على الواقع". فنقص كفاءة إدراك الفرد للواقع والحكم عليه بالإضافة إلى ضعف سيطرة الفرد على دوافعه وتطويعها لمقتضيات الواقع بحيث تسيطر هذه الدوافع على سلوك الفرد، وهذا يؤدي بدوره إلى أن يصبح سلوك الفرد غير متوافق في منزلة أو في مدرسته لأن التوافق يحتاج إلى قدرة سليمة في الحكم على الواقع وضبط دوافعها وتطويعها وفقًا لمقتضيات هذا الواقع [فرج طه، ١٩٨٠: ٢٥٠ – ٢٥١].

أما [مارجريت سيتشهاي ، ٢٠١٢: ١٧٤] في تحليلها لحالة "رينيه" الفتاة الفصامية، تبين لنا كيف أن "رينيه" بدأت حياتها برغبات أساسية غير مشبعة فلم تستطع أن تتكيف مع

الواقع بشكل جيد، وتكونت أول علامات النكوص للأنا في الإدراك الغريب للواقع الذي أدى إلى زيادة القلق الحاد؛ ولأن الليبيدو لدى "رينيه" لم يستثمر في بعض القطاعات الاجتماعية لشخصية الأم فقد فقدت الواقع – [وهو ما نلاحظه في الخصائص الشبه الفصاميه لدى عينه الدراسة وكما ظهرت في رسومهم على اختبار K.F.D، واختبار H.T.P، واختبار الرورشاخ] – ولذا فإن "مارجريت سيتشهاي" ترى أن من الأسباب الرئيسية لفقدان الواقع أو اضطرابه هو:

أ- تمثل الأم الامتداد الوحيد للطفل نفسه وهي الوحيدة التي تستطيع أن ترضي احتياجاته وخاصة الفمية، ولكن عندما تفشل في هذا الدور لا يمكن إدراك الأم أو إدراك الواقع ومن ثم يتداعى الأنا ويتفكك. وفي حالة إشباع المصادر الفمية وإشباع الحاجات البدائية يتم التحرر من العدوان ومن دوافع تدمير الذات.

ب- وفي حالة إصرار الأم أو من يمثلها على عدم تخفيف هذا الاحتياج الأساسي وإثارة الاعتداء العنيف والذي ينتج عنه –عادة– فصل مؤقت للتواصل الاجتماعي الفعال. وعلى الرغم من عدم قدرته على الظهور بذاته في الأشياء المحببة فإن هذا الاعتداء عاد لنقطة العودة: حيث يعتري الأنا شعور وإحساس قوي بالذنب في الوجدان الواقعي.

وبالإضافة إلى هذا الاعتداء كان هناك سبب رئيسي آخر للإحساس بفقدان الواقع أو اضطرابه ألا وهو عدم قبول الأم بوصفها كائنًا اجتماعيًا مستقلاً بذاته. وإلا إذن ما هي الأم الاجتماعية إن لم تكن هي الواقع نفسه؛ ولأن " رينيه " لم تستطع قبول الأم الاجتماعية –[وهو ما يعاني منه أطفال عينه الدراسة] – فقد انفصلت عن الواقع ولأن فقدان جزء من التواصل مع الواقع أحدث إحساس عميق من عدم الأمان والانعزال الذي يرتبط ارتباطًا وثيقًا بعالم الكوابيس. وهو ما ظهر واضحًا وجليًا لدى الأطفال عينه الدراسة.

التخييل وطبيعته المضطربة:

قام كل من "سترين، وماكيون" [Cytryn and Macknew, 1974 :١٣١] بتقسيم الصور التي تعبر فيها العملية الاكتئابية عند الأطفال عن نفسها إلى ثلاث صور؛ أولها:

التخييل وعادة ما تظهر مادة التخييل بشكل واضح في الاختبارات الاسقاطيه وهو ما تم تبينه بالفعل في اختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ لدى الأطفال عينه الدراسة فالتخييل لديهم كان تخييلا مرضيًا مبتعدًا عن الواقع المعاش والذي اتسم بالإحباط والمعاناة، إلا أنه كذلك يتحدد من خلال عدم وجود فرصة ملائمة للتخلص منه مع عدم سهولة العودة للواقع بعد فترة التخييل.

فهي تخييلات ذات طبيعة غريزية عدوانية تدميرية وكانت الدفعات العدوانية شديدة بحيث أفصحت عن نفسها بشراسة فلم يعد يفيد معها الكبت، فنجد في المقابلة الإكلينيكية مع هؤلاء الأطفال أن هناك تكرارًا لتخييلات العنف والقتل والالتهام على المستوى المتخيل وضعف الذات والحاجة الشديدة للقوة بهدف الانتقام والدفاع عن الذات، وضعف القدرة على اختبار الواقع، كما تبين أيضًا أن هناك مخاوف متعلقة بالانفصال وبالفقدان وبالضياع. وهذه هي الصورة الثانية والتي يطلق عليها مسمي "التعبير اللفظي للتخييلات"، كما عكست نتائج الدراسة أيضًا إلى وجود صعوبة لدى الأطفال في التمييز بين الخيال والواقع ، بالإضافة إلى نقص القدرة على الإدراك السليم لمتطلبات الواقع في ظل تكرار تخييلات الإحباط وخيبة الأمل لدى الأطفال المكتئبين وما يؤدي إليه من عدوان سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين، وضعف الذات، وضعف القدرة على اختبار الواقع.

[محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ٨٤].

بالإضافة أيضًا إلى المعاناة من المخاوف الخصاء الأوديبية لدى هؤلاء الأطفال فبعدوا عن الواقع وانهار المنطق في وصفها وهو ما يؤكده أيضًا [عدنان حب الله، ١٩٨٩: ٨١ – ٨٢] في أن تخييلات الخصاء تأخذ صورًا متعددة في حياة الأطفال فيما بعد سواء على المستويين الواقعي والخيالي كالخوف من المستقبل أو المرض – [وهو ما تم ملاحظته من استجابات الأطفال على اختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ] – وبما أن الأب هو منفذ الخصاء فقد يتلبس صورًا مقنعة ومختلفة أو مستقاه من الأساطير او من المخاوف الطفلية المتداولة أو من الحيوانات، وهذه الصورة تم التعبير عنها بشكل جلي وواضح على اختبار C.A.T واختبار الرورشاخ.

وبالإضافة لما سبق فقد تبين من المقابلة أيضًا أن جميع أفراد العينة مثبتين على المرحلة الفمية – [وهو ما ظهر جليًا على اختبار C.A.T] – في احتياجهم وتأكيدهم على الطعام بوصفه نتيجة حتمية لواقعهم المحبط وكأنه حلم واحد يجمعهم ألا وهو عدم القدرة على تحمل فقدان الموضوع، وهو ما وجده [Rie, 1966: 653-655] عند مراجعة لنظريات التحليل النفسي عن الاكتئاب عند الأطفال اتفاقا عاما على أن فقدان موضوع الحب إما في الحقيقة أو في الخيال له دور معجل بحدوث الاكتئاب.

ولذا فإن هؤلاء الأطفال يعيشون في المتخيل مع الصورة المراوية الأمومية والتي لا يستطيعون البعد عنها؛ ولذا فإن الصورة المراوية دائما ما تأسرهم كما أنهم لا يحتملون فقدان الموضوع فالطعام بالنسبة لهم الأمان واللذة والكمال، وبلغة " فرويد: فهم يشبهون الذهاني وإن لم يكن قد تفجر الذهان لديهم بعد [ب. ب ولمان، ٢٠٠٦: ٩٧].

أما الصورة الثالثة للتعبير عن التخيلات فقد يتم التعبير عنها من خلال المزاج والسلوك كسرعة الاستشارة والتهيج وسرعة الغضب ولذا فإن كل من " أنتوني، وبندك" [Anthony and Bendek, 1975: 87] أشاروا إلى وجه نظر " ميلاني كلاين" عام ١٩٣٤ في أن الاستعداد السابق للاكتئاب لا يعتمد على سلسلة من الحوادث الصدمية ولكن يعتمد على علاقة التأملات التحليلية النفسية للعام الأول للرضيع لتفسير تأثيرات الاستدخال والاسقاط على نموه وبنائه النفسي، وقد أكدت أن الطفل يستجيب للإحباط ونقص الإشباع بالغضب والأخاييل السادية والتي تتلائم مع مرحلة نموه – [وهو ما ظهر واضحًا وجليًا على استجابات الأطفال على اختبار C.A.T] – ومن ثم فإن ضعف الأنا لدى الرضيع يعطي الدفعة الأولى إلى ظهور مشاعر اليأس والحزن والذنب والندم في مواجهة هذه التوترات (الموقف الاكتئابي)، وأن هذا الضعف للأنا الطفلية يثير الخوف من النبذ ويكون مصدر الاضطهاد الخارجي قد تم استدخاله، كذلك قد يكون لدى الطفل مخاوف حتى وإن لم يتواجد هناك موضوع خارجي، ويمر الأطفال بهذه المشاعر حتى يصبحوا متأكدين تمامًا من حب الأم لهم، وهؤلاء الأطفال الذين لا يقابلون بحب كاف؛ ولذا فإن " ميلاني كلاين" تؤكد أن هؤلاء الأطفال عادة ما يكونون على استعداد للعودة إلى الموقف الاكتئابي بمعنى العودة إلى

مشاعر الفقدان والأسى والذنب وفقدان تقدير الذات، وأن الطفل ينكر تفقد موضوع حبه وذلك بوصفه وسيلة دفاعية، ويرى هذا الموضوع إما على أنه خير كل الخير، أو شر كل الشر وهذا الميل هو سمه للهوس الاكتئابي لدى البالغين.

صورة وتقدير الذات:

تتسم صورة الذات لدى الأطفال ممن يعانوا من الاكتئاب بالاضطراب وسيادة المشاعر الاكتئابية ومن مشاعر فقدان تقدير الذات حيث سادت مشاعر الدونية، والإحساس بالوحدة والعزلة وبالإحباط وبالعجز والضآلة وقلة الحيلة مع فقدان الشعور بالأمن وبالاستقرار والقلق الشديد، بالإضافة إلى محاولات جلد واتهام الذات وتحقيرها والإحساس بالاضطهاد الناتج عن الشعور بالرفض وعدم التقبل والنبذ من قبل الوالدين أو من يمثلهما وهو ما ظهر بشكل واضح في المقابلة الإكلينيكية المتعمقة واختبارات: H.T.P, K.F.D, C.A.T، والرورشاخ وهو ما أدى في نهاية الأمر إلى اكتئاب حاد مصحوب بمحاولات انتحار وأفكار انتحارية وإيذاء الذات ناتج عن الشعور بالإحباط نتيجة عدم الحصول على الحب الكافي من أحد الوالدين أو كليهما وخاصة الأم. وتتفق مع هذه النتيجة نتائج الدراسات السابقة مثل: أحمد صالح، ١٩٨٩؛ مدحت عبد اللطيف، ١٩٨٩؛ [Nelms, 1985; Connell, 1985; Mulhor, 1994; ٢٠٠٨ ،مايسة النيال; Mcnichols, 2013] ،نادية عبد القادر، ١٩٩٥؛

ولذا فإن الذين يعانون من الاضطراب الاكتئابي يغلب عليهم الإحساس بأنهم موضع رفض ونبذ وبالتالي فعندما يواجه الطفل المكتئب مشاكله متماشية مع قدراته فإنه لا يبذل أي محاولة لعلاجها، حتى إذا ما حاول ونجح فإنه يخفض من قيمة نجاحه بأنه يُعَدُّ ذلك مسألة حظ وقد أطلق " سيلجمان" Seligman على هذه الحالة العقلية اسم العجز عن التعلم [كارمن محمد ، ٢٠٠١: ٢٠٤ – ٢٠٥ محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢١].

وهو ما تم ملاحظته في عينه الدراسة وخاصة فيما يتعلق بالتدهور الواضح في التحصيل الدراسي وفي مستوى التعليم بعد أن كان أداؤهم الدراسي متميزًا وناجحًا. ويرجع بولبي [Bowlby, 1990] الاضطراب الاكتئابي إلى عدة عوامل منها ما يتناسب مع الطفل المكتئب وتعرضه لخبرات محبطة أو الفقدان الفعلي لأحد الوالدين خلال مرحلة الطفولة

المبكرة وأنه قد تربى على أنه غير محبوب أو أنه غير كفء أو أنه غير ملتزم ويؤدي ترسب هذه الخبرات بداخلة إلى نمو تصور عن نفسه أو ذاته بأنه غير كفء وغير محبوب وغير مرغوب فيه، وكذلك قد تكون نماذج الصور المتعلق بها رافضة ونابذة ومعاقبة وقاسية – [وهو ما ينطبق على عينة الدراسة] – وكلما عانى الطفل من العدوان والعنف فإنه دائمًا ما يتوقع أن يكون الآخرون عدائيين ورافضين له بدلاً من أن يكونوا مساعدين له، ومن هنا يبدأ الطفل في تكوين صورة مضطربة وسيئة ورافضة لذاته.

ومن مظاهر الاضطراب في صورة الذات والتي كشفت عنها استجابات C.A.T وجود أنا أعلى قاسي سادي ظهر لدى الحالات الخمسة للدراسة الحالية متخفيًا وراء اكتئاب المفحوصين، فقد ظهرت هذاءات الأنا الأعلى وساديتها المتمثلة في قتل الموضوعات المتخيلة الهاجرة والمؤذية ولذلك فالأطفال المكتئبون يعانون من فقدان تقدير الذات للفكرة الراسخة لديهم بأنهم غير مستحقين للحب بشكل أو بآخر. وهو ما أكدته أيضًا [نيفين زيور، ٢٠٠٠: ٣٩] بقولها: بأن الهجر من جانب الموضوع فلا يعني فقدان الحب بالقدر الذي يعني فقدان قيمة الذات ، والإخفاق في الحصول على الاعتراف بها.

فقد أوردت جاكبسون Jacobson عام ١٩٥٤ أن فقدان تقدير الذات هو المشكلة النفسية في الاكتئاب كما ذكرت وأن تقدير الذات يمثل درجة الاختلاف أو الاتفاق من احترام الذات ومفهوم الفرد عن ذاته في المستقبل وما يمكن أن تكون عليه تلك الذات. وقد أكدت جاكبسون أن كل محددات الذات ترتبط بشكل أساسي بالاكتئاب [Anthony and Benedk, 1975: 129].

أما " بيرنج" Bibring فيرى أن تقدير الذات ينتج أيضًا عن طريق الحاجة للحب وينتج عن طريق إحباط الطموحات الأخرى [Arieti, 1974: 130].

بينما أكدت " مارجريت ماهلر" Margaret عام ١٩٦٠ أن نقص القبول والفهم الوجداني من قبل الأم – وهذا ما بدا واضحًا وجليًا لدى عينة الدراسة – يبدو أنه يقلل من تقدير الذات لدى الطفل ويؤدي أيضًا إلى الثنائية الوجدانية وخصوصًا إجبار التكرار العدواني من قبل الوالدين حيث تؤدي هذه الاتجاهات إلى ارتداد العدوان إلى الذات وإلى

مشاعر العجز لدى الطفل مما يساعد على خلق الوجدان الاكتئابي الأساسي وتتفق كل من "ماهلر، وجاكوبسون" في أن يسمي بالاكتئاب الأساسي هو نتيجة لصراع عدواني وبسبب نقص الفهم والقبول من جانب الأم مما يقلل من تقدير الذات لدى الطفل.

وهو ما يشير إلى ثورة داخلية كانت في الأصل موجهة ضد نماذج السلطة الوالديه، إلا أنها وجهت للذات؛ ولذلك فإن التفتت يصيب الأنا ويصيب مشاعر المفحوصين وهو الأمر الذي يجعلها أسيرة موضوعات داخلية تدميرية تطاردهم دائمًا وبالتالي فهم عادة ما يميلوا إلى الهروب منها بالانسحاب أو الاستسلام هذا من جانب، ومن جانب آخر فنتيجة للقسوة والعدوان الخارجي الذي يعاني منها الطفل فيؤدي إلى ظهور أنا غير كفء تتسم بعدم النضج الكافي بما يتلائم مع المرحلة العمرية للمفحوصين [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٩٠].

وترى جاكبسون Jacobson (١٩٥٩) في أن القدرة على تحمل الاكتئاب والحصر مقياس مهم لقوة الأنا، كما تتفق جاكوبسون مع ماهلر (١٩٦٦) في أن هناك صراعًا ضمنيًا أساسيًا في كل الأوضاع الاكتئابية حيث يؤدي الإحباط إلى اندلاع الغضب الذي يؤدي إلى محاولات عدائية وعنيفة لاكتسابه الإشباع المرغوب، وعندما يكون للأنا أسباب داخلية غير قادر على تحقيق هدفه يتحول العنف أو العدوان إلى صورة الذات مما يؤدي إلى فقدان تقدير الذات بوصفها نتيجة للفجوة بين صورة الذات المثالية (المرغوبة) والصورة الفارغة المنكمشة والفاشلة وتعمد طبيعة الحالة المزاجية التي تنمو على شدة وقسوة ومدة الاحباط وخيبة الأمل، وبقدر النزعة الاكتئابية تكون النزعة العدوانية حيث يصبغ العنف أو العدوان كلا من صورة الذات وصورة الموضوع [مها الكردي، ١٩٨٢، فاتن السيد، ١٩٩٢، كرمن محمد ، ٢٠٠١، محمد أحمد خطاب، ٢٠١١٠: ٢٢١- ٢٢٢].

ومن ثم يؤدي العنف أو العدوان إلى مشاعر الحصر وفقدان الثقة بالآخر ومشاعر الدونية والضآلة والضياع والحيرة والحزن ومشاعر الرفض والشعور بعدم الأمن والنقص ومشاعر الدونية وفقدان تقدير الذات وهي في صميمها مشاعر اكتئابيه وهو ما يؤكده [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٤٨٨] على أن استشعار الانهجار والذي ستتبعه حالة من فقدان اعتبار

الذات أو تقديرها فالطفل البشري يجوع أولاً إلى الحب وما يهدده هو فقدان الحب ويكون على الآخرين أن يحققوا له ما فقده وصولاً إلى الدفء والأمن وخفض حده التوتر واستعادة تقدير الذات، وعليه يكون الاكتئاب في المقام الأول عرض الوجود البشري يعبر عن حالة فقدان الحب وانهجار الحب.

كما أن الانتقاص من قدر الطفل سواء بالرفض أو بالنبذ أو عدم التقبل، أو عدم القدرة على أن يحقق التوقعات المرتفعة للوالدين، يمكن أن تسبب فقدًا كبيرًا لتقدير الذات ومن ثم يحدث الاكتئاب، ويتضح الرفض في شكل عبارات فظة تركز على عجز الطفل، ولا يعي الوالدان غالبًا بسلوكهما الرافض للطفل، وتحدث أزمة تقدير الذات عندما يتم رفض الطفل أو لا يسمح له بالاستقلال، وألا يكون موضع ثقة، وهو ما يجعلهم في خطر متزايد لتطوير الاكتئاب. [Nevid, et. Al, 1997: 480]

وهو الأمر الذي عانى منه الأطفال فعليًا في عينة الدراسة الحالية فالأم كانت تلقي باللوم وبالتأنيب على طفلها وأنه سبب كل المشاكل وأن الجميع دائم الشكوى منه ومخاطبته بألفاظ فظة وأنه لا أمل في إصلاحه، وهي كلها خبرات تعجل بالاكتئاب لدى هؤلاء الأطفال وهو الأمر الذي أكده أيضًا كل من: [Bibring, 1953, Benedek, 1956k Bowlby, 1960]

وتركيز الاهتمام على الثقة التي هي بمنزلة المحصلة الإيجابية للعلاقة المتبادلة بين الطفل وأمه ، أما المحصلة السلبية فهي التألف الاكتئابي.

ولذا فإن هؤلاء الأطفال يحاولون دائمًا وأبدًا في التأثير على الأشخاص المحيطين بهم، كيما يعيدوا لهم تقدير الذات المفقودة ومن ثم فإن مشاعر النقص والدونية العصابية – وهو ما يعاني منه بالفعل الأطفال عينة الدراسة – عادة ما تتأصل في فشل العقدة الأوديبية، فهذه المشاعر تعني: ما دامت جنسيتي الطفلية قد انتهت إلى الفشل فإنني أميل للاعتقاد بأنني سأكون دائمًا فاشلاً [أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧١].

ومن ثم فإن الاكتئاب النفسي هو المحصلة النهائية أو الصرح التفسيري أو الأنموذج الهيكلي لفقدان الحب (وليس فقدان موضوع الحب) واستشعار الانهجار والذي ستتبعه حالة

من فقدان اعتبار الذات أو تقديرها، فالطفل البشري يجوع أولاً إلى الحب، وما يهدده هو فقدان الحب ويكون على الآخرين أن يحققوا له ما فقده وصولاً إلى الدفء والأمن وخفض حدة التوتر واستعادة تقدير الذات، وعليه يكون الاكتئاب في المقام الأول عرض الوجود البشري والذي يعبر عن حالة فقدان الحب أو انهجار الحب [مصطفي زيور، ١٩٨٠: ١٣].

صورة الجسم:

إذا ما كنا بصدد صورة الذات فلا بد من التعرض لصورة الجسم لدى عينة الدراسة من حيث إن صورة الجسم هي نواة الأنا حيث تساعد صورة الجسم في تكوين الأنا. مع إنشطار في صورة الجسم يتبعه إنشطار في الذات والثمن الذي يتكبده المفحوصين هو العجز عن إندماج المكونات الليبيدية والعدوانية التي تشحن تمثلات الذات في مفهوم متكامل للذات وإذا أنطلق العدوان بدون قدرة الأنا للسيطرة على دفعاتها قد يسبب أعراض تشتت الهوية بالإضافة إلى أن اندماج تمثلات الذات المتناقضة (الليبيدية والعدوانية) قد أحدثت اتساعًا وعمقًا في الإمكانيات الوجدانية وتسببت في إحداث مشاعر الإثم التي استغلت فيما بعد في تطوير الأنا الأعلى السادي.

وبقدر ما الذي كان مصدرًا للإحباط كان مكروهًا وسيئًا يتبع ذلك عدم تكامل النتيجة (عملية انشطار الموضوع على الأنا) مع الإحباط والرفض والكره للموضوع والتخيلات الفمية التدميرية من تقطيع وإبادة وعدم الشعور بالأمان، وفكرة أن الموضوع سيهاجمه ساعدت على تكوين صورة جسم على غرار صورة جسد الآخر مرفوضة وضئيلة.

وصورة الجسم تبدأ في الظهور متأثرة بالشخص المهم في الأسرة أو في البيئة فالطفل يتعين بوالديه ويشمل هذا التعيين صورة الجسم واعتمادا على الخبرات الوالدية التي يكتسبها الطفل منهما ولذا فإن أجسامهم وأجزاءها يمكن النظر إليها وإدراكها على أنها حسنة أو سيئة، نظيفة أو قذرة، محبوبة أو مكروهة. بالإضافة أيضًا إلى تعرض المفحوصين للرفض وللنبذ – [وهو ما يعاني منه بالفعل الأطفال في عينة الدراسة الحالية] – مما يؤكد لهم أنهم لا يستحقون الحب وأنهم يعاقبوا على ذنوب لم يقترفوها مما أثر على تطوير صورة الجسم لديهم.

وهذا يتفق مع رؤية Admson Afsham بأن اتجاهات الوالدين تجاه جسد أطفالهم

لها تأثير مهم في تكوين الطفل لصورة جسمه وتشير إلى أنه ما إذا كانت هذه الاتجاهات إيجابية تجاه جسم الطفل فسوف يكون صورة موجبه عن جسده، أما إذا كانت تلك الاتجاهات السلبية فإن ذلك سيؤدي إلى تكوين صورة جسد سيئة وغير واقعية لدى الطفل [ماهر محمود، ١٩٧١: ٤٩ مها إسماعيل، ١٩٨٨: ٥٩].

ويرجع " فويس لافيل" اضطراب صورة الجسم لصعوبة التمييز بين الخبرات الداخلية وخبرات العالم الخارجي كما حدث مع رينيه الفتاه الفصامية – ولكي يتواجد الوعي لا بد أن نميز أنفسنا عن العالم وبالتالي إدراك صور أجسامنا، وبسبب تأثير فقدان حب الأم الذي منع تطور النرجسية الطبيعية ولكن من أين تستطيع الشخصية أن تستمد الحب الذاتي من الثقة والشجاعة في نفسه لو لم يكن من التوحد مع حب الأم [مارجريت سيتشهاي، ٢٠١٢: ١٨١– ١٨٢]

واتفقا مع شيلدر Schilder بأن سيطرة الميول السادومازوخيه أدى إلى تمزق صورة الجسم حيث يذكر شيلدر أن الألم النفسي المنشأ يعد أحد التغييرات عن الميول السادومازوخية التي تسبب تنقلات في الانتباه فيما يتعلق بالعضو مركز الاتجاه السادومازوخي، ولا يوجد مجال للشك في أن الألم النفسي المنشأ له أساس عضوي وله أيضًا معنى كما أنه يستخدم جزءًا خاصًا من صورة الجسم للتعبير عن الميول الليبديه وهذا ما ظهر جليًا في جميع حالات الدراسة سواء في استجاباتهم على المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، أو في اختبار C.A.T، أو في الرورشاخ، أو في اختبار H.T.P، واختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D. ويُعَدُّ أسلوب القتل المتخيل في القصص شكلاً من أشكال العدوان (اللاكاني) الذي يستهدف الجسم وتشويهه تعبيرًا عن نزعة عدوانية قهرية تجاه الآخر، ومعايشة جرح قديم، هو الجسد الممزق كامنًا في الأعماق يعاود الظهور ويسقطه في لحظات العضب (الالتهام على المستوى المتخيل) فهو يعاني مخاوف الأشلاء المبعثرة لجسده – [وهو ما ظهر واضحًا وجليًا في اختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ] – حيث توقف الأنا الجسمي عند حدود الشكل، حدود الصورة المتخيلة أيضًا جسد لم يتجاوزه إلى المضمون الذي لم ولن يكون موضوعًا للإعجاب فهو إهدار لنرجسية الذات وموضوع للنقد

وللنبذ والاحتكار فكل ما هو متاح له هو إدراك الذات إدراكًا للصورة المتخيلة [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٤].

وفي ضوء ما سبق أيضًا يشير [زكريا إبراهيم، ١٩٧٦: ٨٥] معلقًا على دراسة (لاكان) لمرحلة المرآة أن مرحلة المرآة هي التي تشكل وظيفة الأنا من حيث هو علاقة بالآخرين وعلاقة بالذات فعبر تلك المرحلة يتمكن الطفل من بلوغ أول تخطيط (سكيما) أولي للذاتية ويعني ذلك أن الطفل يدرك في صميم صورته المرئية أو في الصورة المرئية للآخرين شكلاً يخلع عليه الوحدة الجسيمة التي ما يزال مفتقرًا إليها ومن ثم فهو يتعين بتلك الصورة.

معنى هذا أن الصلة بين الذاتية منذ البداية صلة متخيلة تكشف عن الطابع التخيلي الذي تتسم به الذات المتكونة بادئ ذي بدء بوصفها ذاتًا مثالية أو نواه للتيعنات الذاتية الثانوية اللاحقة؛ ولذلك نجد نكوصًا لدى هؤلاء الأطفال اتسم سلوكهم بالاضطراب وبالعنف والعدوان – [حتي وإن كان على المستوى التخييلي] – إلى المرحلة المسماه لدى "ميلاني كلاين" بالاضطهاديه، فهي اضطهادية من حيث نوع المخاوف التي تستشار، وفصامية من حيث نوع العمليات الدفاعية التي يستخدمها الطفل (الأنا) في مواجهة هذه الضروب من القلق الاضطهادي.

ففي تخييلاته التدميرية Destructive Phantasies يقوم الوليد بعض وتقطيع وإبادة الثدي فهو لديه شعور بأنه سيهاجمه بنفس الطريقة؛ ولذا نجد أن التخييلات السادية لدى الطفل مرتبطة بمخاوفه من المضطهدين داخليًا وخارجيًا مثل الثدي السيء المنتقم وبما أن الهجمات التخييلية على الموضوع مرتبطة أساسًا بالإحساس بالشره فيعد الخوف من شره الموضوع باتباع عملية الإسقاط هي عامل أساسي في حصر (قلق) الاضطهاد وسيلتهمه الثدي السيء بنفس الطريقة الشرهة التي كان يرغب هو في التهامه بها ولذا نجد صورة الجسم لدى هؤلاء الأطفال ممن يعانوا من الاكتئاب في عينة الدراسة الحالية يعانوا من الجسد المجزء الممزق Fragmented body متبعثرًا ونجدهم يلعبون لعبه تبادل الأدوار مع الموضوع فهو القاتل والمقتول، وهو الظالم والمظلوم، وهو الضائع وهو ما ظهر واضحًا وجليًا في استجابات الأطفال على اختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ.

ويرى "وينيكوت" أيضًا في الدور المراوي للأم والأسرة في تطور الطفل، فالطفل يرى نفسه منعكسًا في نظره الأم وصوتها وفي طريقه إدراكها العقلي له، وفي إدراكها الصامت له وفي مشاركتها الوجدانية له وأي إعاقة لهذا الكيف الخاص بعلاقة الأم – الطفل فإنها تفقد معناها بوصفها مشروع وجود فتحل مشاعر الموت محل مشاعر الحياة مؤدية إلى اضطرابات خطيرة في الحياة اللاحقة [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٤ – ٢٢٥].

ولذا فنجد أن " بالدوين " قد عرف التقليد بوصفه واحدًا من مصدرين لإدراك الذات، وإدراك الآخرين والمصدر الآخر هو الإسقاط ومن ثم يرى " بالدوين" أن الطفل يصبح على وعي بذاته عن طريق تقليد من حوله [مارجرين سيتشهاي، ٢٠١٢: ١٦٥] وهو ما يفتقده بالفعل الأطفال في عينه الدراسة الحالية.

طبيعة الصراع السيكودينامي لدى الأطفال المكتئبين:

أ- الأسباب الدينامية الغريزية:

تبين من استجابات الأطفال سواء في المقابلة الكلينيكيه أو في اختبار C.A.T أن تخييلاتهم وأحلامهم تبين أن الغرائز الطفلية لديهم هي غرائز قبتناسليه بصفة أساسية ومشتقة من اتحاد المرحلتين الفمية والشرجية معًا، مع وجود الاستجابات السادية المميزة للإحباط عند هذه المراحل، ويتميز هذا النمط بالثنائية الوجدانية تجاه الموضوعات بالإضافة إلى الاستجابات الحركية السريعة للإحباط والتفريغ الانفعالي السريع أيضًا.

ولهذا فدائمًا ما يتوقع الطفل المكتئب أن يحصل على ما يريد سواء من الأسرة أو من المدرسة أو من الرفاق، وإذا لم يحصل على ما يريد من هذه المؤسسات فإننا نتوقع أن يتسبب أي إحباط في ثورة عارمة وعدم صبر مع وجود قدر من الحقد والضغينة والإحساس بالظلم وبالقهر، وهو ما يجعله سلوكه يتسم بالعناد والتمسك بالرأي والإحساس بالقهر في الفعل ومع ذلك تكون الاستجابة السادية للموضوعات المحبطة – [حتى وإن كانت على المستوى التخييلي] – ملحوظة وبشكل متطرف وتتدعم من خلال العناد الشرجي.

وتكون الاستجابات للإحباط عند كل من المرحلتين الفمية والشرجية سببًا في تضخيم التقييم النرجسي للأنا النامي مما يزيد من حساسية الطفل وتمركز حول ذاته وانخفاض القدرة

على الإيثار والحب لديه [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٥] وهو ما لاحظة الباحث في المقابلة الإكلينيكية المتعمقة وباقي الاختبارات أن هؤلاء الأطفال يعانوا من الخجل الاجتماعي والتمركز حول الذات، والقلق تجاه الغرباء عن العائلة وبالحساسية الزائدة من النقد ومن الواقع وضعف الاتصال بالبيئة وبالآخرين.

ومن ثم فقد ظهر الصراع الأساسي تجاه إشباع رغبة الذات، حيث كان هناك جهد شديد من أجل الحصول على الإشباع وتحقيق الحاجات، مما يعني أنه صراع مع العالم الخارجي والذي هو نتاج عدم الشعور بالأمن أو بالأمان، بالإضافة إلى الخوف من الأذى سواء على الذات أو على المحيطين به، ولا يزال هذا الصراع إلا من خلال الاحتماء بالأم أو بالمنزل (الانزواء)، ولكن هذا الاحتماء يزيد من مخاوف الطفل وقلقه ولا يشعره بالحماية أو بالاطمئنان. وهو ما ظهر واضحًا في تعدد زمن الوقفات على اختبار C.A.T من (١٠) ثوانٍ إلى (٢٠) ثانية، ومن تأخر زمن الرجع على البطاقات.

وهو ما يدل أيضًا على وجود علاقة مكثفة لم تحسم مع الأم [الشخص المغذي] مما يشير إلى صراعات مكثفه طفلية وغير محسومه تسيطر على السلوك في هذه المنطقة الدينامية بمعنى أن الأم هنا تكون إما معاقبة أو رافضة أو نابذة أو مسيطرة. وينجم عن هذا الصراع مشاعر الذنب والخجل والتي ترتبط عادة ببعض الأعراض الأخرى؛ مثل: الفزع الليلي، والتبول الليلي اللاإرادي، والكوابيس المزعجة والتي تدخل هؤلاء الأطفال في حلقة مفرغة من القلق تؤدي إلى تثبيت هذه الأعراض. وفي هذا يشير [أحمد فائق، ١٩٨٢: ١٣٥] أن إشباع الرغبات الغريزية لدى هؤلاء الأطفال يكون دومًا أكثر أهمية من الإشباعات التي يحصلون عليها خلال العلاقة بالموضوع وتتطلب رغباتهم الغريزية الإشباع المباشر والفوري ومن ثم يستحيل عليهم التوقف، كما تحكم الإشباعات الغريزية أيضًا اعتبارهم لما هو صواب وما هو خطأ ولهذا السبب يرجح عدم الثبات لديهم والسهولة التي يكذبون بها والقصور الواضح في القانون الأخلاقي لديهم – [وهو ما تم ملاحظته من خلال اضطراباتهم السلوكية] – ولهذا يرجح القصور في تكوين الأنا الأعلى إلى عدم القدرة على التخلي عن الإشباع الغريزي حتى تحت تأثير حصر الخصاء مما يحول دون استدخال

صورة الأب غير الشبقية؛ ولذلك فإن الطفل يقوم بالتفعيل للسلوك العدائي والسادي –[سواء على المستويين الواقعي أو التخييلي] – تجاه الذات. فتحمله – أي الطفل (الجسد) – ضعيف للتوتر والحصر ولا بد من أن يفرغ في الحال، ومن السمات المرضية السيكوباثولوجيه نجدها في المخاوف اللاشعورية من العنف تجاه الذات [وهو ما ظهر في المحاولات الفعلية للانتحار وإيذاء الذات أو من خلال الأفكار الانتحارية لدى الأطفال في عينه الدراسة الحالية]؛ أي أن إشباع الرغبة مرتبط دائمًا بمخاوف التدمير.

ب– السببية الطبوغرافية (البنائية) للاكتئاب لدى الأطفال:

فقد تبين من استجابات المفحوصين سواء في المقابلة الإكلينيكية أو في استجاباتها على اختبار C.A.T احتوائها على مضامين عنف وتدمير وإيذاء للذات وللآخرين؛ وذلك راجع إلى أن الأنا Ego لديهم يتميز بالضعف وعدم القدرة على القيام بمهمتها الأساسية، أما الهو ID فدائمًا ما يمارس هوايته بالغزو الداخلي للأنا لأنه ما زال في احتياجات لاشباعات شبقية نتيجة التثبيت الليبيدي في المرحلة الفمية، بينما يتسم الأنا الأعلى Super ego بالقسوة أحيانًا مما يجعلها تطلق إما مشاعر الإثم والشعور بالذنب أو قد تتصف بالإهمال واللامبالاة. ومن هنا تتقدم الوظيفة التخديرية وكما يرى [رأفت عسكر، ١٩٩٦: ٢٦] أن هذه الوظيفة التخديرية تمهد المجال الفسيح لغزوات الهو ID ضد الأنا Ego في غيبوبه الأنا الأعلى Super ego المضطربة.

ومن ثم فإن [أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ٣٧٨] يرى في الصراع الدائر بين الأنا، والأنا الأعلى أنه بعد الاستدخال تنخرط السادية في صف الأنا الأعلى ولا تكتفي بهذا بل وتهاجم الأنا هذه التي تعدلت بفعل الاستدخال، فليس الغضب، بل الشعور بالإثم هو الذي يستشعره المريض. إن ساديه الأنا الأعلى في الاكتئاب تزيد عن السادية التي نجدها في الأنا الأعلى عند العصابيين القهريين، وذلك بقدر ما يزيد تنقص وتتقلص العاطفة عند المريض الاكتئابي عنه عند العصابي القهري؟ فالأنا الأعلى تعامل الأنا بالطريقة نفسها التي كان المريض يرغب لا شعوريًا في أن يعامل بها الموضوع الذي فقده.

وبالإضافة لما سبق فإن ظهور التخييلات العدائية والسادية تجاه الصور الوالديه

يشير إلى عدم نضج وتطور الغريزه الجنسيه وموضوعاتها بالشكل الكافي مما يؤثر بالتالي في نضج الأنا، وهذا ما ظهر واضحًا وجليًا من خلال لجوء الأنا إلى استخدام دفاعات بدائية في حل الصراعات الواردة كاستخدام العزل لإبعاد المشاعر عن الذات وهي ما تعكس ضعف كفاءة الأنا في وضع حلول مناسبة. كما أتسمت الدفعات البدائية (العنيفه والعدائيه) المكبوته من الشدة بحيث تخترق الجدار الدفاعي للأنا حيث تظهر الاندفاعات الهوسية كاللجوء للقتل والتدمير.

ومن ثم يرسخ الأنا الأعلى نتيجة الاستدماج اللاشعوري الذي به تستدخل صور الوالدين أو بدائلهما نفسيًا في الأنا كي تكون طابعًا أو سمة نشاط في العقل، وعلى الرغم من أن هذا الطابع يتضمن انطباعات واقعية عن نشاطات وقوانين الوالدين فإن ميكانيزم الإسقاط عادة ما يشوه هذه الانطباعات دائمًا.

ولذلك فإن الطفل المكتئب الذي يسقط تخييلات عدائية أو عنيفة أو مدمرة على صور الوالدين عادة ما يكون لديه أخلاق أكثر قوة ووحشية من أخلاق الوالدين الفعلية وعندما يستدمج صور الوالدين فإنه يستدمج هذه العناصر المشوهة أيضًا؛ ونتيجة لذلك يكون ضميره اللاشعوري قاسيًا وساديًا. ولذا فإن تفريغ الطفل لتوتراته المصاحبة لصراعاته اللاشعورية العنيفة والتدميريه جعله يفتقر إلى الموضوعية القادرة على إنزال العقاب الشديد بالأنا رغبة في حمايتها إزاء هجمات الهي ID الشرسة نتيجة ضعف الأنا الأعلى [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٠: ٢٢٦ – ٢٢٧].

ج- الأسباب الاقتصادية (الميكانيزمية):

من الميكانيزمات اللاشعورية والتي شاع استخدامها لدى الأطفال استخدام ميكانيزمات دفاع من قبيل القمع والإنكار والكبت وخاصة تجاه الحاجات الجنسية والثنائية الوجدانية تجاه الموضوعات، وهو ما يشير إلى النمط العصابي من البناء النفسي بالإضافة إلى أن هناك فشلاً دفاعيًا واضحًا أمام ضغط الدفاعات البدائية الداخلية. ثم يلي ذلك شعور بالذنب بالإضافة أيضًا إلى المخاوف اللاشعورية من العنف تجاه الذات والجسد؛ أي أن إشباع الرغبة دائما مرتبط بمخاوف تدميرية وهو ما يشير إلى السمات المرضية

السيكوباثولوجيه لدى هؤلاء الأطفال.

كما شاع أيضًا لدى هؤلاء الأطفال استخدام ميكانيزم توهم القدرة المطلقة نتيجة إحساسهم بالإحباط وبالعجز وبقلة الحيلة وبالقمع وخوفهم من العقاب والأذى البدني والنفسي؛ ولذا فإن لجوءهم لهذا الميكانيزم لإشباع رغباتهم للحاجة للأمن وللحماية وللقوة كرد فعل لميكانيزم الالتهام على المستوى المتخيل.

وبالإضافة لما سبق فقد استخدم الأطفال أيضًا ميكانيزم الإسقاط بشكل دائم ويكون النقل مساعدًا للنظام الاقتصادي، أما الميكانيزمات الإعلائية فعادة ما كانت مكفوفة أو ظهورها بصورة نادرة مثل إعلاء الدفعات العدوانية والسادية ضد الوالدين أو من يمثلهما هي العمليات الدفاعية لدى الأطفال فالتفتيت والتمزيق يصيب الأنا والموضوع والمشاعر جميعها، وهو الأمر الذي يجعل الطفل أسير موضوعات داخلية تدميرية عديدة تطارده دائمًا ومن ثم ينشد بدوره للهروب منها أو تدميرها، ومع انهيار عمليات الدفاع تظهر مشاعر الهجر والضياع واللاجدوى والاضطهاد والاكتئاب.

التثبيت على المرحلة الفمية والخصائص المميزة لها:

تبين من استجابات الأطفال سواء في المقابلة الإكلينيكية أو على اختبار C.A.T واختبار الرورشاخ أنهم مثبتون على المرحلة الفمية، وهو ما يؤكده [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٥٢] بقوله: إن الأصل في الاكتئاب هو نقص الإمدادات الخارجية، ومن ثم فهناك دائمًا نزعات قاطعة من التثبيت الفمي، وأن رفض الطعام ما هو إلا عرض ملازم لكل اكتئاب.

وعلى الرغم من أن " فرويد" قد أرجع حالة السوداوية إلى النكوص للمرحلة الفمية فإن كان مهتديًا بإسهامات " كارل إبراهام" في تأكيده للتثبيت على المرحلة الفمية المتأخرة (السادية) لدى الاكتئابيين، إذ أصبح من المسلم به أن الشخصية الاكتئابية (ذات الاستعداد القبلي للإصابة بالاكتئاب) شخصية قد تم تثبيتها على المرحلة الفمية (السادية) من النمو والتي تبدأ مع بزوغ الأسنان والعض والقبض على الأشياء، وكما يتخللها أيضًا أخاييل الالتهام بالإضافة أيضًا إلى التناقض الوجداني.

ولهذا نجد أن " Lewin" قد وصف هذه المرحلة من خلال الأخاييل المميزة لها والتي

أسماها بالثلاثية الفميه والتي تتمثل في:

أ- الرغبة في الالتهام الإيجابي (التهام الآخر) أو استدخاله.

ب- الرغبة في الالتهام السلبي – أي – الالتهام من قبل الآخر.

ج- الاستسلام للنوع والاستغراق فيه وهو يمثل هنا الرغبة في الاتحاد بالثدي والنوم عليه.

وتكشف الخاصية الأولى والثانية عن ازدواج الميل العاطفي أو التناقض الوجداني إزاء الموضوعات بين الرغبة في أن يكون الآخر موضوعًا للأنا، وأن تكون الأنا موضوعًا للآخر وهذه الموضوعات تمثل في صورتها الدنيا إشباعًا فميًا، وعلى المستوى الأعمق إشباعًا نرجسيًا ذاتيًا، بينما تمثل الثالثة هدفًا أساسيًا للرغبة في الاتحاد النرجسي بالموضوع [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٨٤].

كما حدد [Karl Abraham, 1924] خمسه عوامل أساسية أيضًا لإحداث الاكتئاب وهي كما يأتي:

أ- تأكيد الاستعداد الجبلي الواضح للشبقية الفمية.

ب- تثبيت ليبيدي خاص على المستوى الفمي [ويعد هذا العامل استعدادًا قبليًا لتطور المرض].

ج- انجراح شديد للنرجسية الطفلية.

د- حدوث الانجراح قبل الرغبات الأوديبية.

هـ – تكرار خيبات الأمل الأولى في مراحل الحياة.

وبالتالي ينشأ الاكتئاب لدى الطفل الذي يخبر اتحادًا نرجسيًا مع أمه، لكنه ولكونه أصبح مثبتًا على هذه الحالة ولكونه مبتسرًا Premature فإن هذا يؤدي إلى ابتسار الوعي بالموضوع كشيء منفصل عن الطفل، وابتسار القدرة على تمييز الحفزات العدوانية، ويكون الوجدان الاكتئاب إشارة تحذير عندما يكون الهدف غير قابل للتحقيق بسبب ضعف الأنا وعجزها.

ميكانيزمات الدفاع في الاكتئاب:

يعد الاكتئاب نفسه بقدر ما هو ميكانيزم دفاعي ضد حالة فقدان تقدير الذات، والانجراح النرجسي، إلا أنه بعد فشل هذا الميكانيزم في تحقيق الحب والأمن وتقدير الذات المرجو، فقد ينقلب إلى حالة مهاجمه تستوجب في الوقت نفسه دفاعات أخرى أهمها النكوص والاستدخال ويظل الأمر هكذا في عمليه متصلة من الهجوم والدفاع أو الهجوم المضاد مما يعبر عن حركة صراعية ديالكتيكية لا تنتهي طالما أن هناك صراعًا بين رغبة ونقيضها، هذا الصراع الذي يميز الوجود البشري، حيث إنه طيلة نمو الفرد يعمل التقدم والنكوص معًا مثلما تسير الرغبة في الحياه جنبًا إلى جنب مع الرغبة في الموت، وفي النمو السوي يتغلب الجانب الأول (التقدم) حيث تكون الحياة والحب بفضل الدفاعات السوية والتي وأن فشلت أو ضعفت طغى الجانب الثاني (النكوص) فتكون الكراهية والموت [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٥٨].

فقد تبين من المقابلة الإكلينيكية والاستجابات على اختبار C.A.T سيطرة الميكانيزمات الدفاعية البدائية من النكوص والتثبيت، والاسقاط، والإنكار، وتوهم القدرة المطلقه، والالتهام على المستوى المتخيل، والتفتيت، والتبرير، والاستدخال، وميكانيزم الانشطار والتكوين العكسي، والتفتيت، وهذا بدوره أدى بطبيعة الحال إلى الافتقار للنضج الانفعالي والاجتماعي وضعف الأنا ومزيد من الاحباط الواقع على هؤلاء الأطفال ممن يعانوا من الاكتئاب بالإضافة إلى المخاوف اللاشعورية من توقع العقاب والأذى البدني والنفسي؛ أي أن إشباع الرغبة مرتبط دائمًا حتى وأن كان على مستوى التخييل بمخاوف التدمير والتلاشي ومن هذه الميكانيزمات ما يأتي:

التثبيت والنكوص:

أ- التثبيت: تبين من نتائج الدراسة تثبيت الأطفال عينه الدراسة على المرحلة الفمية، بمعني التثبيت على الحالة التي كان يها تنظيم تقدير الذات يعتمد على الإمدادات الخارجية، ففي الاكتئاب تظهر دائمًا نزعات قاطعة من التثبيت الفمي، وأن رفض الطعام ما هو إلا عرض ملازم لكل اكتئاب.

ب- النكوص: وينكص مريض الاكتئاب إلى المرحلة التي يعتمد فيها تقديره لذاته على

الحصول على الإمدادات حيث يؤدي نقص هذه الإمدادات إلى الشعور بالانمحاق، وفقدان تقدير الذات " أنني فقدت كل شيء لأنني لا استحق أي شيء"؛ أي أن فقدان تقدير الذات يرجع إلى فقدان الإمدادات الخارجية [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٤٦].

وقد فسر كل من " فرويد، وإبراهام" الاكتئاب على أنه نكوص للمرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية، وأن المكتئب يحمل شعورًا متناقضًا ناحية موضوع الحب الأول (الأم)، ونتيجة للإحباط وعدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده الإحساس بالحب والكراهية، والالتحام والنبذ، وعندما يصاب بخيبة أمل أو فقدان عزيز ينكص لحاجاته الأولية. ولتناقض عواطفه ناحية موضوع الحب المفقود، يمتص طاقته ويدمجها نحو ذاته نحو الأنا، ومن هنا يبدأ المكتئب في الانغلاق والعدوان الذاتي، واتهام الأنا، والإحساس بالدونية والتي تطلق الميول الانتحارية [أحمد عكاشة، ١٩٩٨: ٣٥٩].

ومن ثم لا يعد النكوص في الارتكاسات الاكتئابية دفاعًا ناجحًا، حيث إنه يظهر المخاوف الطفلية ويحمل المريض إلى مرحلة من النمو لا يجد فيها مساعدة، رغم ضغط المطالب الملحة، والنكوص جزئي كما في الاكتئاب العصابي، ويمكن أن يستخدمه المكتئب العصابي كي يحصل على اتصال فعال مع عالم الموضوعات الحقيقية، وعندما يكون النكوص عميقًا فإنه يصبح شاملًا، يفقد فيه المريض الاتصال بالواقع الخارجي وهنا يصبح ذهانًا، فالاكتائبي يحتفظ بجزء من تكامل أناه ومن هنا يظل تنظيمه الدفاعي سليمًا إلى حد ما [محمد سامي هنا، ١٩٧٨: ١٤٩].

- الاستدخال:

العدوانية إزاء الموضوعات المسببه للإحباط قد انتقلت إلى عدوانية ضد أنا المريض بعد استدخال الموضوع المفقود، وكراهية الذات هذه تظهر في صورة شعور آثم أي في صوره عدم تناغم بين الأنا، والأنا الأعلى. فالشخص الاكتئابي بعد استدخاله الموضوع يعيش بالشعور الآتي: "أني استحق القتل"، ولذا فإن الأنا الأعلى هي التي تستدير ضد الأنا بنفس طاقة الغضب الذي كانت تستخدمه الأنا من قبل في صراعها مع الموضوع، والنتيجة هي أن

الصراع الشخصي ضد المستدخل يتعقد على نحوين؛ وهما: في الصدارة نجد صراع الأنا الأعلى ضد الأنا المستدخل، ولكن الأنا في تناقضها العاطفي إزاء الأنا الأعلى تحول الصراع إلى صراع الأنا ضد الأنا الأعلى المستدخل. [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٦٤].

– الكبت:

يخفى الاكتئابي هربه من الوقوع في فخ الذهان بقدرته على إيقاع دفاعه كبته في مستوى معقول من التأثير وهو ما يساعده على تحمل الواقع المؤلم والمحبط وغير المشبع والبيئة الرافضة والنابذة والمهددة والخطرة وغير المستقرة.

– الإسقاط:

فقد أوضحت " ميلاني كلاين" أن الإسقاط يستخدم أول ما يستخدم بوصفه دفاعًا ضد النزعات التدميرية الغريزيه – غريزه الموت – لتحويل التدمير عن الذات إلى الموضوع (ثدي الأم الشرير) ثم لا تلبث هذه الميول التدميرية وقد أذكتها خبرة الميلاد ومختلف دروب الإحباط التالية أن ترتد إلى الذات من الخارج نتيجة استدخال الموضوع الخارجي الشرير. ومن ثم فإن الإسقاط ما هو إلا رد عدوان الأنا الأعلى إلى الحقيقه الخارجية، هذا يعني ارجاع اتجاهات الأنا الأعلى للأشخاص الآخرين، والأشخاص الذين يحبون المريض يتهمون المريض دائما بإحساسه بفقدان القيمة، والإسقاط يتيح الفرصة للمريض كي يحتج بوضوح كما كان يفعل في الطفولة، وذلك بأن يقول أنه غير محبوب؛ ولذا يُعدُّ الإسقاط من الأساليب الدفاعية المميزة للمراحل المبكرة، أي الأساليب الفصامية، حيث الغلبة للعمليات التفتيتية. ففي تخييلاته التدميرية يقوم الوليد بعض، وتقطيع وإبادة الثدي، فهو لديه شعور بأنه سيهاجمه بنفس الطريقه؛ ولذلك نجد أن التخييلات السادية لدى الطفل مرتبطه بمخاوفه من المضطهدين داخليًا وخارجيًا، وبما أن الهجمات التخييلية على الموضوع مرتبطه أساسًا بالإحساس بالشره Greed فيعد الخوف من شر الموضوع بإتباع عملية الإسقاط عاملاً أساسيًا في حصر الاضطهاد وسيلتهمه الثدي السيء بنفس الطريقة الشرهة التي كان يرغب هو في التهامه بها؛ ولذلك فإن الأساليب الدفاعية الغالبة في الوضع الأول هي الأساليب التفتيتية والتفريغية والتي تؤدي إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث تعديل

حقيقي في المشاعر والتخييلات المستثارة [فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤١٩، محمد سامي هنا، ١٩٧٨: ١٥، محمد أحمد خطاب، ٢٠٠٨: ١٠١].

- **التفتيت:**

فالتفتيت والتمزق يصيب الأنا والموضوع والمشاعر جميعًا وهو الأمر الذي يجعل الطفل أسير موضوعات داخلية تدميرية عديدة تطارده دائمًا وينشد الهرب منها أو تدميرها دون إحداث تعديل حقيقي في المشاعر والتخييلات المستثارة؛ أي أن الطفل يبدأ في الشعور بأنه لا يوجد إلا موضوع واحد يحس حياله بالحب كما يحس حياله بالكراهية، وأن الدمار الذي كان يقصد به الجوانب السيئة من الموضوع يعيب كذلك الجوانب الطبيه؛ أي أن الآخر الموضوع الكلي سيبدأ احتلال مركز الثقل وبهذا يصبح الوضع الاكتئابي حاسمًا في ظهور مشاعر الأثم ومن ثم الرغبة في التفكير والإصلاح واستعادة الموضوع؛ أي ظهور نوع جديد من العمليات الدفاعية تهدف جميعها إلى تجنب الموضوع وحمايته من خطر العدوانية [كرمن محمد ، ٢٠٠١: ٣١٨].

- **التكوين العكسي:**

فالنشاط الزائد وسرعة الاستثارة والثرثرة والضحك والغناء كلها أساليب هوسيه كي يدعم إنكاره القوي وكبته الضعيف بتكوين عكسي، وهذا يعني أنه لا ينكر اكتئابه ومسبباته فحسب، ولكن أيضًا يتجه إلى العكس الواضح للاكتئاب بصوره مبالغ فيه [محمد سامي هنا، ١٩٧٨: ١٥٠].

- **الإنكار:**

فالإنكار هنا ما هو إلا إنكار ما حدث للموضوع الداخلي الطيب من دمار دون حدوث محاولات جديده لتعديل المشاعر التدميرية الموجهة إلى الموضوع كما أن ارتداد الأساليب الدفاعية الإنكارية إلى الجانب الطيب من الموضوع بقصد إنكار طيبته، فهذا الميكانيزم كشف عن عدم قدرة الأنا على فعاليه المشاعر التدميرية والعدوانية وتهدد بالنكوص إلى الوضع السابق وتدعيمه (شبه فصامي – بارانوى)، والنكوص شكل من الإنكار، فالنكوص إنكار للواقع وبالتالي استخدم هؤلاء الأطفال ميكانيزم الإنكار مع قصور

في الأساليب الإصلاحية التعويضية والتي اشتملت على بعض المحاولات الخاصة بالمغالبة التدريجية لآثار التخييلات العدوانية، ومحاولات تخليص الموضوع الطيب من أثار العدوان عن طريق استعادته تخيليًا، وحمايته من الأخطار الناجمة عن مشاعر العنف والعدوان، ومن ثم يستخدم الإنكار أساسًا لتحويل ما كان اكتئابًا ذهانيًا إلى ارتكاس هوسي.

– التبرير:

تم استخدام هذا الميكانيزم لسبب ظاهر ألا وهو التخييلات السادية والعدوانية تجاه الوالدين أو من يمثلهما من نماذج السلطة الوالديه ولسبب آخر وهو السلوكيات المضادة للمجتمع من سرقة وكذب واعتداء؛ ومن ثم فإن هذا الميكانيزم يساعدهم على التخفيف من الشعور بالاثم وبالذنب الناتج من مثل هذه السلوكيات.

– توهم القدرة المطلقه:

أن توهم القدرة المطلقة للمشاعر التدميرية والعنيفة وللمشاعر الطبية على السواء من الخصائص المميزة للمراحل المبكرة من النمو النفسي، كما أنها عامل أساسي في فاعلية عمليات التدمير والتفتيت وبقدر ما يكون من ضراوة المشاعر التدميرية وما يلازمها من توهم القدرة في ممارسة التخييلات التدميرية، تكون ضراوه المخاوف التدميرية ومن ثم الحاجة القهرية إلى إسقاط الموضوع الداخلي إلى الخارج وتدميرة [فرج أحمد، ١٩٦٧: ٤٢٤]. كما أن ضعف الارتباط بالواقع ولكونه مؤلمًا ومحبطًا ومهدًا وخطرًا وغير آمن كان هو الدافع الأساسي لاستخدام هذا الميكانيزم كبديل تعويضي تخييلي لحمايه الأنا من هذه المخاطر.

– ميكانيزم الانشطار:

وقد نتج عن ميكانيزم الانشطار نتيجتان وهما:

الأولى: قصور في التكامل الليبيدي وهو ما يعكس قصور في الذات الواقعية.

الثانية: قصور في إندماج الشحنات الليبيدية والعدوانية لتمثلات الموضوع التي تتيح فهم أعمق للأشخاص، وهاتان تمثلان زملة أعراض تشتت الهوية، ويتزايد ميكانيزم الانشطار والذي انعكس في النزعة العدوانية لدى المفحوصين حيث نقص الاندماج بين الميول العدوانية والحفزات الليبيديه، كذلك الانشطار في الأنا من

حيث كان هناك تبادل الأدوار (القاتل والمقتول) بالإضافة إلى استخدام المفحوصين للأساليب الدفاعية التفتيتيه والتي أدت إلى تفتيت الأنا والمشاعر والموضوع دون إحداث تعديل حقيقي في المشاعر والتخييلات العدوانية المثارة.

العلاقة مع الموضوع:

تبين من خلال استجابات الأطفال في المقابلة الإكلينيكة ومن خلال استجاباتهم على اختبار C.A.T ، أو اختبار الرورشاخ، واختبار رسم الأسرة المتحركه K.F.O اضطراب واضح في العلاقة مع الموضوع بالإضافة إلى التناقض الوجداني تجاه الموضوع (الأم)، وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة مثل:

[Pedke, et. al, 1985; Kockansk, et. al, 1987; Fendrich, et. al, 1990; Mark Dadds, 1996; Hinz, B., 2005; Loren Z., 2008; Epstein, 2008]

وهو ما أشار إليه إبراهام Abraham في تأكيده على أن التناقض الوجداني هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الاكتئاب، هذا التناقض الذي يتبدى تأثيره هنا أعظم بكثير منه في العصاب القهري. فكمية الحب وكمية الكراهية اللذان يتعايشان معًا، تكونان أقرب هنا إلى التكافؤ فمرضي الاكتئاب عاجزون عن الحب لأنهم يكرهون كلما أحبوا، وبالإضافة لذلك فإن مريض الاكتئاب متناقض العاطفة إزاء نفسه بقدر ما هو متناقض العاطفة إزاء الموضوعات، والسادية التي مر بها مريض الاكتئاب يهاجم نفسه تنتج من انقلاب للداخل لسادية متجهة في الأصل للخارج [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٨١٦].

أما عن اضطراب العلاقة مع الموضوع فقد عبر عنه "إبراهام" بقوله: يظهر هذا الاضطراب عندما لا يجد الطفل تلبية للإرضاء المبكر لاشباع حاجته للحب فإنه يشعر بالغضب والكراهية والعداء نحو موضوع الحب، ولكن هذا الغضب والكراهية يتحولان بفعل مشاعر الذنب إلى الداخل أي نحو الذات وهذا هو الاكتئاب، وكأن لسان حال الطفل يقول لموضوع حبه: "إنك لا تشبع حاجتي لك، أو لحبي فيك"، والنتيجه الشعورية هي: "ما دمت لا تحبني، فأنا أكرهك"، ولكنني لا استطيع أن أصرح أو حتى أعترف بكراهيتي لك "بفعل الاحساس بالذنب، والصرامه في بناء الأنا الأعلى" فإذن: "فإننى أنا الجدير بالكراهية،

وأستحق الكراهية والعقاب بسبب عيوبي، وأوجه قصوري".

وتأكيدًا لما سبق فإن " رادو" Rado في عام ١٩٢٨ يري ويقرر أن الاكتئاب ما هو إلا: "صرخة بحث". ويضيف أوتوفينخل Fenichel, 1945 بأن المكتئب ما هو إلا: " إنسان مدمن للحب"، أما " بيبرينج" Bibring, 1953 فيري أن الخاصية الرئيسية التي تميز الاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات ويري أن الحاجة إلى الحب والتقدير فتشمل الحاجة للقوة وللأمان، والحاجة لمنح الحب (فضلاً عن الحصول على الحب) ويحدث الاكتئاب نتيجة للفشل في إرضاء –أو نتيجة لإحباط– أي حاجة من الحاجات الثلاث السابقة، والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل إشباع أي منها.

[عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨: ٩٧ – ٩٨]

فالعلاقة المبكرة إذن هي التي تحدد للطفل موقفه من هذا العالم وسلوكه حياله ونظرته له، إذ أن الآخر لدى الإنسان يمثل دورًا إنسانيًا فالذات في حاجة إلى الآخر من حيث هو وجود إنساني خالص فالطفل يحب الأم ويحتاجها لما تقدمه من طعام ثم لمجرد لوجودها البشري، أي أنه يحبها لتحقيق الطلب البيولوجي (اللبن) ويحبها أيضًا لذاتها فالحب هنا نتيجة وغاية. [كوثر إبراهيم، ١٩٨٣: ٢٣].

أي أن الطفل يُكون الشعور بالذات من خلال العلاقة الاجتماعية المبكرة وهو ما أبرزه " سوليفان، في كيف أن نظام الذات عند الإنسان يتكون من خلال العلاقة بالأم، فالعلاقة بالأم هي التي تقوم على المحبه والمنح هي الأساس في تكوين صورة سليمة للذات، فصورة الذات لدى الطفل هي انعكاس لموقف الأم من طفلها فبقدر ما تمنحه الأم لطفلها من محبة وعطاء وقبول بقدر ما يكون قبوله لنفسه ورضاؤه عنها وحسن تقديرها لها [فرج أحمد ١٩٦٨: ١٠].

ويتضح مما سبق أهمية العلاقة الباكرة بين الطفل وموضوعه من خلال العلاقة الكفيلة لينمو نموًا سليمًا، وكيف يؤدي الإحباط إلى خلل واضطراب هذه الوحدة النرجسية والتي تؤثر على كل نمو لاحق بداية بالإصابة بالفصام حتى الاضطرابات النفسية البسيطة،وخاصة أن الشق الأول من هذه العلاقة بوصف الموضوع خارجيًا وآثار اختلال

العلاقة بالموضوع الخارجي على الذات وأحداث الألم النفسي حيث ينغمر الذات بالقلق كنواة لكل الأعصبة النفسية [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٠٩].

خبرة فقدان الأم على الاكتئاب لدى الأطفال:

تبين من نتائج الدراسة وخاصة في المقابلة الاكلينيكية مع الأطفال أنهم عانوا من فقد الأم على المستوى النفسي أو الجسدي (الفيزيقي) فالأم كانت رافضة ونابذة وغير متقبلة لدرجة أنها تترك الطفل لساعات طويلة وأيام كثر بمفردة أو مع إحدى الجيران، وحتى وإن جلست مع طفلها فهي لا تتواصل معه على الإطلاق لدرجة أن بعض الأمهات كانت تدفع الطفل بيدها بعيدة عنها لكي لا يقترب منها، وهو ما تم تبينه في اختبار رسم الأسرة المتحركة بعدم (رفض) رسم الأم إلا بعد تذكيره بذلك. فهي بالرغم من وجودها على المستوى الفيزيقي (الجسدي) ألا أنها ميتة (غير مؤثرة) على المستوى النفسي وهو أكثر حدة من فقدان الأم على المستوى الحقيقي بالوفاة كما عانت منه إحدى حالات الدراسة، وتتفق مع نتائج هذه الدراسة نتائج الدراسات السابقة؛ مثل:

أمال [Greer, 1949, Drill, 1989, Jokob, 1990; Horrington, 1993, 1995, عبد السميع، ١٩٩٥]

وفي هذا يشير " فرويد " إلى أن الاكتئاب الذي يحدث بسبب " فقدان الأم " فقدانًا مؤقتًا (وهي موجودة) والذي يسميه أحزان الرضع، كما يعتبر أيضًا أن هذا الفقدان هو العامل الأساسي في ظهور استجابة الاكتئاب، ولهذا السبب أكد " فرويد" أهمية السنوات الأولى في حياة الطفل واستمرار تأثيرها فيما بعد.

[Burlingham and Freud, 1942]

كما أشار "سبيتز" Spitz من خلال دراسته أن الأطفال لأمهات غير متزوجات يعشن في السجن في الولايات المتحدة وانفصال أطفالهن عنهن في الربع الأول من حياتهم وتم ملاحظة الأطفال فيما بعد ولوحظ ظهور استجابات الاكتئاب لديهم بشكل واضح والتي أظهرت ملامح البؤس، وقصور التعبير، والانسحاب [Spitz, 1964].

وهو الأمر الذي أكده أيضًا " بالمر" في أن فقدان الوالدين أو أحدهما أو مجرد

غيابهما مدة طويلة أثناء فترات الطفولة الحرجة يولد عاطفة الكراهية والاكتئاب، كما يؤدي هذا الغياب أيضًا إلى عدم نضوج الطفل وشعوره بالقلق الدائم. [Bateson, et, al, 1963].

ومع ذلك يمكن أن يظهر الاكتئاب بوصفه مرحلة طبيعية في نمو الطفل في النصف الثاني من المرحلة الأولى والتي وصفتها " ميلاني كلاين" بالموقف الاكتئابى Depression Position وفي هذه المرحلة يجابه الطفل أيضًا مشكلة تكوين علاقة ثقة وأمان مع أمه ويبدأ بالوعي بها كجزء منفصل عنه يمنح ويمنع. وربما تسهم الخبرات الصدمية سواء أخذت صورة الحرمان الزائد (فقدان الأم لسبب أو لآخر أو امتناعها عن الطفل)، أو الاشباع الزائد في التثبيت عند هذه المرحلة الأمر الذي يجعل من عملية النكوص إليها أمرًا مغريًا عند أي إحباط يحدث فيما بعد.

ونظرًا لبدائية وعي الطفل في هذه المرحلة فإن نواه الأنا الأعلى التي تتكون هنا تأخذ صورة الكيان البدائي الذي يتصف بالتطرف في تفاعلاته، فهو قاسٍ في عقابه ويستجيب للرموز اللاشعورية لا للواقع فيبالغ في تشويه الواقع، ولعل مصدر هذه القسوة هو أن الهو (ID) يتصف أيضًا بالبدائية وبالتطرف أي أننا نستطيع أن نتصور أن هناك جوعًا شديدًا إلى الحب مع ميل شديد للعدوان يقابله التطرف المقابل وهو ميل شديد للإحباط وتحكم مبالغ فيه في العدوان [محمد شعلان، ١٩٧٩: ٧٩– ٨٠].

بينما يشير" جاك لاكان" إلى أن " فرويد" قد وصف المازوخية الأولية في لعبه حفيدة حينما وجد معنى للعبة في محاولة الطفل الذي يبلغ من العمر (ثمانية عشر شهرًا) حينما داهمته مشاعر مؤلمة لغياب أمه (الموضوع المحبوب). فالماوزخيه الأولية تبعًا " لجاك لاكان" تقع فيما بين المتخيل والرمزي، فالطفل كان قد نطق بكلمتين هما: بعيدًا وهنا [/Fort Da] حينما كان يلعب بالكره فيقذفها ثم يستردها ، وهنا نجدنا أمام أول تعبيرات لغويه متناقضة يتعالى الطفل بها إلى المستوى الرمزي ويأتي الغياب والحضور ويتحكم في الأشياء بالقدر الذي يدمرها أيضًا. وفي هذا يشير " مصطفي زيور" إلى أن لعبة "الغياب والحضور" يأخذ الطفل في يده بزمام الموقف فيجعلها في لعبته تغيب عن نظره على نحو رمزي

ويقصيها سيكولوجيًا – بنفيها – ثم يبعثها من جديد، وهكذا يسيطر على الموقف الذي كان يستثير فيه الشعور بالأسي وبالتمزق.

ويصبح في لعبته فاعلاً إزاء موقف يكاد يداهمه وهو في حالة سلبيه لا يملك من أمره شيئا، فيفتعل بمحض إرادته هذا الذي كان يشقيه ويكاد يشعره بغيابه هو المصاحب لغياب أمه من حيث إن الطفل يتعين بأمه في السن المبكرة. ومن هنا فقد عثر الطفل على وسيلة للاختفاء هو نفسه: ألم تتضمن رؤيته لصورته في المرآة فقدان نفسه من حيث إن استبعاد الآخر (الصورة المرآويه) يتضمن استبعاد الذات.

ومن ثم فقد كشفت بحوث التحليل النفسي أن التعيين الذاتي (التوحد بالمعتدى) حيلة من حيل الدفاع المألوفة للسيطرة على الخوف من المعتدى، فالطفل في لعبة الغياب والحضور يقوم بدور المعتدى؛ أي (الأم) بوصفها مصدر شقائه وافتقاده نفسه من جراء غيابها فهو إذن الذي يقصي الآخر (أمه) فيفرغ بذلك غضبه من خلال تبادل الأدوار وكأن لسان حالة يقول: "حسنًا لست في حاجة إليك فأنا أقصيك بنفسي " [نيفين زيور، ٢٠٠٠: ١١٨ – ١١٩].

ولعل ما سبق يقيم الدليل على فعالية ميكانيزم الاستدخال الذي يعد الدفاع الرئيسي ضد القلق الناجم عن غياب أو فقدان الموضوع، حيث يصبح – بفعل الاستدخال – جزءًا في الأنا يمثل موضوعًا (أمًا) داخليه يقوم مقام الموضوع الخارجي، وإذا حدث أن غاب الموضوع فمن السهل استدعاؤه. ويعد هذا هو الشق الأولى (الاستدخال الاستدماجي) من الميكانيزم الرئيسي في تكوين الأنا الأعلى (بمعني التوحد بالمعتدى) ، أما الشق الآخر وهو ميكانيزم الاسقاط فما هو إلا تعبير عن إدراك (المعتدى) الذي يعد دخيلاً على الأنموذج الأول للحب بعدوانه وتحريماته وتقييداته وبخاصه فيما يتعلق بأنشطة الطفل العشقية تجاه موضوعه [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٢٠].

ولهذا فالأنا ذات الاستعداد القبلي للإصابة بالانجراح النرجسي والتي لا تستطيع التنازل عن الانموذج الأولى لموضوع الحب تجد نفسها وجهًا لوجه في أوج الصراع الأوديبي عاجزة عن مغالبة رغبة الهي ID في الارتباط بالأم، وفي الوقت نفسه تجنب خطر العقاب

الصادر عن الأب والذي يهدد بفقدان حبه وعقابه النرجسي وإحساسه بالعجز عن الدفاع ضد احباطات هذا الموقف الحاسم أبان انتعاش نموه الإنساني الطفلي، ولكونه قد ترك معظم دفاعاته في المنطقة الفمية وتقدم بدفاعات لا تتفق وطبيعة الصراع الأوديبي فإنه يشعر بالعجز حيال التهديد والقلق الناشئ فتكون الفوبيات والتوهمات المرضية التي تستند في الأصل إلى التبعية الفمية لدى مرضي الاكتئاب.

وعليه لا يتم لمثل هذه الأنا تخطي الأوديبية بصورة سوية، ويظل في معاداته لموضوع الصراع (المعتدي) ، والذي يستدخله في بنائه الجديد (العالم الداخلي، أو الأنا الأعلى) ، ونتيجه لهذا يترك دفاعات كثيره في منطقة الأوديبية أيضًا ويتقدم نحو النضج اللاحق بدفاعات فاشلة ومولده للمرض في محاولة يائسة للبحث عن مهرب فيتزايد القلق ويعيش صراعاته الأوديبية من جديد فإذا ما فشل ثانية في احتواء الصراع الأوديبي النكوصي المرضي سلك سبيله حيث الدفاعات الأقدم إلى الفمية المتأخرة فتستقر الأعراض الاكتئابية فكل عصاب نفسي يبدأ بقلق أوديبي تستقر بعده الأعراض التي تميز تثبيته ونكوصه [المرجع السابق، ١٩٨٨: ١٢٨ – ١٢٩].

إذن فنوبات الاكتئاب التي تنفجر وتشتد بعد الوفاة أو بالانفصال أو بفقدان موضوعات حبنا ما هي إلا نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد، وكأن كراهيتنا اللاشعورية هي التي تسببت في الوفاه والفقدان، مما يضاعف بدوره مشاعر الاكتئاب والغضب الداخلي واتهام الذات.

[Brown, 1961, Munoze, 1987, Dolgan, 1990, Myers, 1995]

وهو الأمر الذي لاحظه سبتيز [Spitz ad wold, 1996] من وجود ما يسمي بالاكتئاب الاعتمادي أو الكفلى anaclitic depression حيث تم ملاحظة (١٧٠) طفل وتوصلوا إلى: أن هؤلاء الأطفال الذين يعانون من تغييرات سلوكيه في منتصف الشهر السادس حيث يصبحون كثيري البكاء ومنسحبين وفاتري الشعور بصفه عامة حيث تبين أنهم عانوا من الحرمان العاطفي الناتج من حرمانهم من أمهاتهم في وقت كان عمرهم ثلاثة شهور. وهو الأمر الذي أكده أيضًا "بولبي" [Bowlby, 1960: 9] من وجود ملاحظات

مشابهه لملاحظات سبيتز، وولف للانفصال الباكر للطفل عن الآخرين.

ولذا فإذا ما فقد الشخص الاكتئابي موضوعًا فإنه يكره هذا الموضوع وذلك لأن الموضوع تخلي عنه وتعويضًا لهذا الفقدان يحاول بوسائل سحرية عنيفة – (كتوهم القدرة المطلقة) – إرغامه كي يعوض هذا الفقدان ويواصل محاولاته هذه بعد استدخال الموضوع متناقض العاطفة، وهو في محاولته التقليل من مشاعر أثمه أنما يزيدها في واقع الأمر سوءًا، وهذا الاستمرار في نضاله المشحون بطاقات هائلة ضد الموضوع المستدخل هو الذي يشكل الاكتئاب، فالاكتئاب ما هو إلا محاولة يائسة لإرغام موضوع يستدخل فميًا على أن يمنح العفو والحماية والحب والأمن [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٧١].

النرجسية وعلاقتها بالاكتئاب لدى الأطفال:

تبين من استجابات الأطفال سواء في المقابلة الإكلينيكية المتعمقة أو في اختبار C.A.T أو اختبار الرورشاخ أو اختبار H.T.P، واختبار K.F.D أنهم يعانون من الشعور بالدونية وبالنقص واضطراب صورة الذات والجسم. وفي هذا يشير [Kernberg, 1986: 235] إلى أن الاكتئاب عادة ما يرتبط بالاضطرابات النرجسية إذ يتذبذب الفرد بين حالات العظمة والابتهاج وحالات الشعور بالدونية مقترنه بالاكتئاب والاستنزاف، وعندما ينهار مفهوم الذات أو يتوقف الحب والإعجاب، ربما يمر الشخص النرجسي بأحداث اكتئابيه. وفي حقيقه الأمر فإن الشخص النرجسي يبدو مرن وعرضه للانتقاد والتعرض المتكرر لإيذاء الذات؛ مثل: التحقير والاهانة إلا أن ذلك قد يؤدي إلى خرق في الذات المزهوة، وتعجل تلك الأحداث بحدوث أحداث اكتئابيه قصيرة أو حتى طويلة.

وفي عام ١٩٢٨ ناقش "رادو" Rado الاكتئاب بوصفه شيئًا مشتقًا من الاعتماد النرجسي للفرد على الآخرين من أجل الحصول على الحب والتأييد. وعندما ينتهي التأييد والمودة والإخلاص يصبح الشخص النرجسي أكثر عرضة لأحداث اكتئابية ولقد برهن Rado على أن أهمية الفرد تعتمد على مقدار اعتماده على الآخرين من أجل تقدير ذاته وهو ما افتقده الأطفال فعليًا في عينة الدراسة.

بينما صاغ kohut في عام ١٩٧٧ نظرية عن كون الاكتئاب عرضًا Symptom

بينما تعتبر النرجسية بناءًا Structure، كما أثبت أيضًا أنه إذا ما اكتشف الشخص النرجسي أن البيئة خطره ومهدده وغير مؤيدة وناقدة – [وهو ما ظهر واضحًا في استجابات الاطفال على اختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ] – فمن الأرجح أن يمر الطفل بمشاعر التجزئة Fragmentation – [وهو ما عانى منه أطفال عينه الدراسة] – يتبعه إحساس الاكتئاب الاستنزافي خاصة إذا ما كان القلق الذي يشعر به شديدًا. ومن ثم فإن إحساس الطفل النرجسي بالدونية يتزايد كما يزداد مستوى الاكتئاب. ومن ثم يعاود الطفل تنشيط الموضوعات الداخلية ويعاد تجريبها من قبل الطفل؛ مثل: خبرات الطفولة الباكرة من وحده وفراغ وعدم تقدير (تمثيلات الذات) وموضوعات انتقامية وسادية (تمثيلات الذات والآخرين).

وبالرغم من مرور الأطفال النرجسيين بمشاعر الاكتئاب والعجز فإنهم يميلون إلى إلقاء اللوم – (أسقاط) – على أسباب خارجية ليأسهم وإحباطهم الدائمين أفضل من عزو تلك المشاعر إلى قصور شخصي لديهم. [Millon and Kotik, 1995]

وفي هذا الصدد أشار " فرويد" إلى الألعاب التي تمارسها الأنا ego والقائمة على أساس من القدرة المطلقة السحرية للغة ولذا وفيما يتعلق بالحركة فإن العلاقة النرجسية كالهروب الشبيه بالفصامي من العالم إنما يهدف في واقع الأمر إلى ملء العالم الداخلي المقطوع عن الواقع فالوحدة والعزلة يفصلهما الفرد عن المشاركة [نيفين زيور، ٢٠٠٠: ٣٨] وهذا هو واقع الحال لدى أطفال عينة الدراسة الذين يميلون للعزلة وللانطواء وعدم المشاركة الاجتماعية تجنبًا لمزيد من الجرح النرجسي وتجنبًا للمزيد من تعميق هذه الجراح والناتج عن الرفض والنبذ وعدم التقبل سواء من الوالدين أو من يمثلهما أو من الأقران والزملاء ولذا فاتصالهم بالواقع ضعيف؛ لأنه محبط ومخيب للآمال وللتوقعات واللجوء إلى التخييلات هربًا من ناحية، ومن ناحية أخرى بوصفها كصورة تعويضية للإشباع غير المتاح في الواقع.

وهو الأمر الذي أكده [مصطفي زيور، ١٩٨٠: ١٨] في أن أول ما يميز الاكئتابي حساسيته البالغة للإحباط والذي يتخذ شكل الوجيعة النرجسية Narcissistic Mortification فنراه يستشعر كل خيبه أمل وكأنها جرح نرجسي؛ أي أن كل خيبه أمل تستشعر فقدانًا. ونرى هذه السمة ذات الأصول الفمية تأخذ طريقها وصولاً للموقف الأوديبي

الذي يعيش خبراته على نحو اكتئابي، وبالتالي كل خبرات حياته التالية. وفي هذا يشير [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٩٦١] في أن الأشخاص الاكتئابيين تزيد صراعاتهم الدائرة حول حاجاتهم النرجسية، وتتولد لديهم حلقة مفرغة: فالاكتئاب يزيد من الحاجات النرجسية، والحاجات النرجسية بدورها تزيد من الاكتئاب.

ومن ثم فإن الجزع الشديد للنرجسية الطفلية السبب الرئيسي فيه ناجم عن اخفاقات متتالية في الحب؛ أي اخفاق في الحب من جانب الأم تليه سلسلة من الاخفاقات تثبت له أنه لا صلاح للأمر مع عدم وجود بديل مناسب يوجه لها الحب مع عدم إمكان توجيهه للأب، وهذا هو السبب المثير لنوبة الاكتئاب؛ إذ تستمد جميع اخفاقات الشخص التالية أهميتها من كونها تكرارات للإخفاق الأول ولذا فإن كل غضبه يكون في النهاية موجهًا ضد شخص واحد. ضد الشخص الذي كان معجبًا به أشد الإعجاب وهو طفل ولكنه فشل في الاحتفاظ بهذا المركز في حياته ومن ذلك: يمكننا أن نتبين أن لوم المريض لذاته واتهاماته لها إنما هي في الحقيقة اتهامات موجهه نحو الموضوع (الحب الأول) [Abrahom,K., 1942].

الدوافع والحاجات:

فقد تبين من خلال المقابلة الإكلينيكية، واختبار C.A.T، ورسم الأسرة المتحركة K.F.D، واختبار H.T.P، واختبار الرورشاخ أن هؤلاء الأطفال لديهم احتياجات عديدة لم تشبع بعد والتي من أهمها الحاجة للشعور بالأمن والأمان وللحماية وللاستقرار والطمأنينة، والحاجة للحب وللتقبل وللاحتواء وللتفهم وللرعاية وللاهتمام وللوقاية من الوالدين وخاصة الأم. وهو الأمر الذي أدى بدوره إلى تعثر هؤلاء الأطفال في المراحل التالية من النمو النفسي إذ يتم توجيه الموضوع وتماسك الأنا وحيث تتحقق الغلبة التدريجية للمشاعر الليبيدية الإيجابية حيال الموضوع الخارجي وبالتالي تعديل الأنا الأعلى وتقوية الأنا – [وهو الأمر الذي يفتقده فعليًا الأطفال في عينة الدراسة الحالية] – وخاصة أن الواقع الخارجي المجدب والمحبط لدى هؤلاء الأطفال لا يؤدي فقط إلى عجزهم عن مواجهة هذه الظروف بل يرده إليها لاستمرار وجودها في هذه المواقف المحبطة كلما جابهوا مواقف إحباط وحرمان.

وخاصة أن عدم إشباع الاحتياجات الأساسية لدى هؤلاء الأطفال يؤدي بهم للإحباط والشعور باليأس ومن ثم فإن النتيجة الأساسية لهذا الإحباط هو العدوان سواء تجاه الوالدين أو تجاه الآخرين غير المشبعين لاحتياجاتهم الأساسية، كما يؤدي هذا الحرمان إلى تجنب إقامة علاقة صحيحة مع الآخرين والعزوف عن الاتصال بالواقع [محمد أحمد خطاب، ٢٠١٥: ٢٩٤].

طبيعة القلق لدى الأطفال:

تكررت مواقف الخوف والقلق من التعرض للإيذاء البدني والنفسي والقلق من العجز، والقلق تجاه المركب الأوديبي، القلق تجاه التجزئة وتجاه الأحداث البيئية لكونها مهددة وخطرة، والقلق تجاه الغرباء عن العائلة، وقلق الخصاء، وقلق فقدان العلاقة مع الموضوع وقلق الانفصال وهو ما تم تبينه من استجابات الأطفال وخاصة في اختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ، والمقابلة الإكلينيكية المتعمقة والتي تبين فيها أن مشاعر القلق يمكن أن تترجم بمعانٍ عديدة كالخجل من خلال الاستجابات الفوبيوية، أو السلوك الطقسي، أو من خلال اضطرابات النوم مصحوبة بالمخاوف الليلية أو الفزع الليلي، ولذا فإن القلق وكما يشير [محمود حمودة، ٢٠١٤: ٧١] من أكثر الاضطرابات المصاحبة للاكتئاب حيث يشترك معه في ٨٥% من الحالات.

وفي هذا يشير [أوتوفينخل، ٢٠٠٦: ١٨] إلى أن الدراسات الخاصة بنشأة القلق Anxiety تكشف عن أن جميع نوبات القلق اللاحقة هي تكرارات لحالات صدمية باكرة فالواقعة الموضوعية واقعة الانفجار باستثارة لم تتم السيطرة عليها إنما يعيشها الشخص من الناحية الذاتية تجربه جد أليمه، وهذه الحالة في كيفها جد شبيهه بالقلق، ويحدث ذلك جزئيًا بسبب التوتر الداخلي الذي لم تتم السيطرة عليها. وكذلك فإن الحالات اللاحقة من الغضب أيضًا تمتد بجذورها إلى مواقف إحباط أي إلى مواقف فيها حاجة لم يتم إشباعها بالإضافة إلى إمكانات إفراغ غير كافية.

وهو ما يؤكده أيضًا [سامي محمود علي، ١٩٦٣: ١٨٥] في أن الصدمة تولد كميات من التوتر تنصرف في صورة أعراض مرضية أهمها تعطل وظائف الأنا المختلفة أو

ضعفها، وأزمات انفعالية قهرية يغلب عليها القلق والغضب خاصة، وأرق واضطرابات في النوم مصحوبة بأحلام يتكرر فيها موقف الصدمة بغية السيطرة على الانفعالات المرتبطة بها.

وهكذا فإن القلق والغضب عند هؤلاء الأطفال وكما يشير [أوتوفينخل، ، ٢٠٠٦: ١٨] يمثلان محاولة إفراغ للاستثارات التي انبثقت من موقف الصدمة ولكن لم يكن من الممكن إفراغها بدرجة كافية.

ومن ثم فإن " منوني" ترى أن هناك نوع من التواصل اللاشعوري بين الآباء وأطفالهم المشكلين إذ وجدت في كثير من الحالات أن قلق الأطفال الناتج عن إحساسهم بالاضطهاد من جانب الوالدين يظهر عاده كرد فعل لقلق الآباء الناتج من الاحساس بالاكتئاب والذي هو بمنزلة ارتداد للعدوان اللاشعوري الموجه من الذات للآخر[Monneni, 1970: 65].

العدوان وعلاقته بالاكتئاب لدى الأطفال:

فقد تبين من استجابات الأطفال سواء في المقابلة الإكلينيكية أو على اختبار H.T.P ، واختبار K.F.D، واختبار C.A.T ، واختبار الرورشاخ معاناة هؤلاء الأطفال من التخييلات السادية والعدوانية ومحاولة التنفيس عنها على مستوى الواقع سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين وأيضا الشعور بالعدوان الواقع عليهم سواء على المستويين البدني والنفسي. ولذا فإن " هرتمان" [Hartman, 1939: 27] يري أن العدوان كمفهوم يعد من أحد المفاتيح الضرورية لفهم مشكلة الاكتئاب، وأن مشكلة العدوان في علاقتها بالاكتئاب يبدو واضحًا من خلال الصراع النفسي الداخلي بين الأنا والأنا الأعلى، ومن ثم فإن " فرويد" قد فسر تأنيبات الذات في الاكتئاب على أنها اتهامات موجهه ضد الموضوع المستدخل إذ يظهر التناقض الوجداني تجاه الموضوع بداية على مسرح الأنا في تناول حالات الإشباع (حب)، وحالات الجوع والحرمان (كراهية) وبناءً عليه تستدخل الذات – في حالة الاكتئاب – موضوعًا سيئًا أو شريرًا يعمل على إحباط وتقييد الإشباع [وهو ما ظهر جليًا في قصص الـ C.A.T] ولما كان الموضوع المشبع في الطفولة هو ذاته الموضوع الذي عادة ما يستمر في علاقة متصلة مع الطفل، فلا يستطيع الطفل التعبير عن رفضه لموضوعه، (والذي يتسم بالرفض والنبذ

وعدم التقبل للطفل) وهو ما يجعل الطفل أن يضطر أسفا لتقبل هذا الوضع، ولكن بفعل الاستدخال والاستدماج والتوحد. وبناءً على ذلك يتم بناء هذه الموضوعات داخل الذات بحيث تكون بمثابه وكلاء سيكولوجين داخل الذات أو بصور أدق تمثيلاً للعالم الخارجي.

ويمكن إقرار العدوان من زاوية الصراع بين الأنا والموضوعات على النحو الآتي:

أ- عدوان من الخارج (موضوع خارجي) على الذات يمثل تهديدًا مولدًا لحالة من القلق تتطلب دفاعًا، فإذا ما فشلت الدفاعات فتكون مشاعر الانهزام والاقرار بالعجز ممزوجًا بالشعور بحالات من اليأس مصحوب بمزاج اكتئابي حزين، وما يتبعه من استثارة العدوان المتخيل بحسبه مطلق القدرة. ويعد هذا هو الأنموذج الأساسي فيما قبل انتقال العالم بوصفه موضوعًا من الخارج إلى الداخل، وهذا ما يشاهد لدى الأطفال وفي مواقف الاكتئاب العابر لدى الراشدين لمواقف العدوان الفعلي ومشاعر الهزيمة والنكسة حتى لو كانت مباراة رياضية.

ب- عدوان من الداخل (من الأنا الأعلى) بوصفها أنا آخر يضطلع بوظائف معينة شبيهة بوظائف الموضوعات الخارجة، فيكون الاكتئاب الداخلي مع مشاعر الانمحاق والأعراض الاكتئابية الشديدة والتي تصل ذروته إلى السلوك الانتحاري أو الانتحار الفعلي [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ٩٧] وهو السلوك الفعلي الذي عانى منه أطفال عينة الدراسة سواء بالتهديد بالانتحار وإيذاء الذات والإقدام الفعلي على الانتحار بقطع شريان اليد أو بإلقاء النفس من الأدوار العليا أو بوضع السكين على الرقبة أو حرق الجسد.

الانتحار:

يُعَدُّ الانتحار من المشكلات التي تُعَبِّر عن نهاية الدورة الاكتئابية كمحاولة لاستعادة الحياة أو البعث من جديد ومحاولة أيضًا لاستعادة الاتزان النرجسي [Goldberg, 1972: 130]. وقد تبين من نتائج الدراسة أقدام بعض الأطفال من عينه الدراسة على الانتحار الفعلي سواء بإلقاء أنفسهم من الأدوار العليا أو بقطع شريان اليد أو التهديد بالانتحار كوضع السكين على الرقبة بالإضافة إلى إيذاء الذات بأشكاله وطرقة المختلفة، وتتفق مع هذه

النتيجة نتائج الدراسات السابقة؛ مثل:

[Grook and Paskin, 1973; Saylor, et. al, 1984; Asrnow, et. al, 1987; Kashani, et. al, 1989; Vivona, 1996; سلوى عبد الباقي، ١٩٩٢؛ مايسة المفتي، ١٩٩٠]

ويرجع هذا السلوك وكما يشير [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٨٨٤ – ٨٨٥] إلى أن العصابين من الأطفال مرضي الاكتئاب كثير ما تكون لديهم أخاييل انتحاريه تتضح فيها نزعة اغتصاب الحب تحت التهديد: عندما أكون ميتًا فسوف يندم أبواي على ما فعلاه بي وسيحباننني من جديد. إذا عندما يصبح المحبوب مكروهًا، وتنقلب اللذة إلى ألم، وتتحول الجنة إلى جحيم يضطرب الوجود وتكون النهاية رغبة في بداية جديدة حيث اللاتوتر والجنة الموهومة. ومن ثم تسير الصيغة العامة لتفسير السلوك الانتحاري من منظور سيكوديناميي على معاملة الأنا كموضوع مكروه، وفي محاولة الخلاص من الموضوع المكروه (الذي سيصبح بفعل الاستدخال والتوحد جزءًا من الأنا) فإن الأنا بقتلها هذا الجزء أنما تقدم على قتل نفسها.

ومن الظواهر المحيرة في السلوك الانتحاري ما يتسم به الاكتئابي من كفوف في الطاقة وبخاصة العدوان، فكله موجه إلى الداخل، ويرى هذا العدوان على المستوى المتخيل مطلق القدرة فعلي الرغم من وجود رقابة شديدة وتهديد وخوف وقلق بشأن العدوان المتجه إلى موضوعات خارجية، فإنه يجد الطريق ممهدًا لانقلاب العدوان على الذات حيث يقبع الموضوع والمكروه معًا.

إلا أن الفعل الانتحاري ما هو إلا فعل مركب قوامه بعض من رغبات ثلاث وهو ما وضحه " كارل منجر" Menninger, 1938 فيما يأتي:

١- رغبة في أن أقتل Wish to Kill وهي رغبة تشتق وجودها من طبيعة تكوين الأنا الأعلى، ومضمون هذه الرغبة يتمثل في نزاعات عدوانية مشحونة بالكراهية ورغبات في اتهام الآخر وتوبيخه وعزله والتخلص منه وإبادته والانتقام منه. ولقد أكد [أوتوفينخل، ١٩٦٩: ٧٨٣] هذه الرغبة في قوله: " ويتحقق في الانتحار

الاكتئابي الرأي القائل بأن ما من أحد يقتل نفسه ما لم يسبق له أن انتوي قتل شخص آخر".

٢- رغبة في أن أقتل Wish to be Killed وهي رغبة تشتق وجودها من طبيعة تكوين الأنا الأعلي أيضًا فشدة مشاعر الإثم وما يتبعها من توبيخ واتهام للذات يكشفان عن حاجة ملحة إلى العقاب، ولذلك فهي تتضمن النزعات المازوخيه من استمتاع بالخضوع والتلذذ بمعاناة الألم.

٣- رغبة في أن أموت Wish to die وترحيب بالموت، وهي رغبة تتولد في الهي ID بوجه عام، وغريزة الموت والتدمير بخاصة، ومضمون هذه الرغبة شعور أساسي باليأس والضياع، يسانده وجدان الخوف وتثبيط الهمة وخيبة الأمل والاحساس العام بالتعب.

وفي حالة الاكتئاب تجد الذات انهيارًا وكفوفًا لرغبتها في تدمير الآخر نظرًا لاستهلاك معظم الطاقة في مغالبة مشاعر الاثم من قبل الأنا الأعلى، فيكون التراجع ولم تعد أخيوله قتل هذا الآخر متاحه للتنفيذ، فتنقلب الطاقة إلى أقرب الموضوعات والتي هي في الوقت نفسه جزء في الأنا [عبد الله عسكر، ١٩٨٨: ١٥١ – ١٥٢].

عملية التنشئة الاجتماعية وصوره الأب والأم والأخوة والأقران:

تبين من المقابلة الإكلينيكية المتعمقة مع الطفل ومع الأم، ومن اختبار رسم الأسرة المتحركة K.F.D، واختبار H.T.P، واختبار C.A.T، واختبار الرورشاخ أن الطفل دائمًا ما ينظر لصورة الأب بنظرة سلبية لكونه لامباليًا ومحبطًا ومهددًا في بعض الأحيان، أما بالنسبة للأم فهناك اتجاه سلبي تجاهها مع اعتمادية زائدة عليها وتتفق مع نتائج الدراسة نتائج الدراسات السابقة مثل: [Paulson, et.al, 1978, Juhan, 1980, Wolckik, et.al, 1988, Mcguive, 1940]

ولذا نجد أن الطفل المكتئب عادة ما يظهر تناقضًا وجدانيًا تجاه الأم، فهي مصدر الحنان والرعاية والتغذية، وفي أحيان كثيره هي مصدر للإحباط ، وأحيانًا يلغي دورها – وهو ما ظهر واضحًا في إهمال ذكرها في قصص الـ C.A.T– مما يدل على كره داخلي لها

وذلك لأنها لا تشعره بالأمان النفسي أو بالحب بل يدل على كره داخلي لها وذلك لأنها لا تشعره بالأمان النفسي أو بالحب بل بعدم الاستقرار وبالقلق [مختار حمزه، ١٩٨٢: ٩٥، محمد جميل، يوسف منصور، ١٩٨٤، ٧٩، محمد مصطفي زيدان، ١٩٨٦: ١٩٧، محمد عبد الظاهر الطيب، ١٩٨٩: ٤١، محمد أحمد خطاب ، ٢٠١٤: ٣٤٠ – ٣٤١]

ولهذا نجد أن بعض الأعراض والاضطرابات السيكوسوماتك مثل: سقوط الشعر وخاصة شعر الرأس والحاجبين، والقرح الجلدية كالأكزيما Dermatitis and Eczema، والقولون العصبي، والإمساك مرتبط بسوء المعاملة الوالدية وهو ما يؤكده" سبيتز" Spitz من أن القرح الجلدية Eczema الاكزيما وحك الجلد سببها هو أن هؤلاء الأطفال ينتمون لأمهات يتسم سلوكهن بالكراهية وبالرفض فلا يرغبن في لمس أطفالهن أو العناية بهم ويحرمنهم من الاتصال الجلدي بهن [مصطفي فهمي، ١٩٧٦: ١؛ محمود حمودة، ٢٠١٤: ٥٢].

ومن هذا أطلق جلاسر [Glasser, K., 1981] مفهوم الاكتئاب المقنع Masked depression والذي افترض أن المخاوف والجنوح والأعراض الجسمانية من أعراضه المميزة. وقد ترتب على هذا النظر إلي بعض الأعراض الأخرى على أنها مكافئات اكتئابيه Depressive equivalents؛ مثل: الاضطرابات السيكوسوماتك، وأعراض الانسحاب الاجتماعي، والعدوانية، والبوال الليلي.

وأيدت وجهه النظر هذه العديد من الدراسات التي أكدت أن الأطفال المكتئبين ينتشر بينهم الشكاوى الجسمانية، والتهيج، والهلاوس المتسقة مع المزاج والانسحاب الاجتماعي، والتباعد الأسري، بالإضافة إلى الصعوبات الدراسية وعدم الاستقرار الحركي والعدوان [Weller, et.al , 2002] .

كما نجد أن بعض الأعراض الأخرى مثل التبول اللاإرادي ما هو إلا رد فعل عدواني من الصغير ناتج أيضًا من سوء معاملة والدية كوجود أب متسلط أو أم غير مشبعة بل ومحبطة ومعاقبة أيضًا، ومع كبت الصغير عدوانه نحو مصر الأذى نظرًا لصغر سنه، ولهذا فإن لا شعوره أوجد طريقة ينتقم بواسطتها منهما –[أي الوالدين]– وهو التبول اللاإرادي

يتشفى بحيرة أهله وغيظهم وعدم هنائهم وهو ما تؤكده أيضًا [كلير فهيم، ١٩٩٣: ١٤٥] بأن الطفل البوالي يجد لذة لاشعورية عندما يقوم بممارسة هذه اللعبة المسلية (البوال) التي يتضايق منها الوالدين، وهو ما نلاحظه أيضًا عند دخول الطفل المدرسة وعند الانفصال عن الأم في جو لا يشعر فيه بالأمان. [محمد أحمد غالي، رجاء أبو علام، ١٩٧٤: ٥٦٨]

كما أن التمييز في المعاملة بين الإخوة وعدم اتساق المعاملة الوالدية (حيث ينصب اهتمام أحد الوالدين أو كلاهما بأحد الأبناء على حساب الآخر) وهو أسلوب يتبعه البعض يحابي فيه أحد الأبناء على حساب اضطهاد آخر، وكي يجذب الطفل المضطهد انتباه أهله وهو ما يؤكده [زكريا الشربيني، ١٩٩٤: ٦٩] بأن ذلك يدفع الطفل الغيور إلى النكوص واستخدام أسلوب طفلي يعيد له الرقابة والاهتمام بمعنى أن الطفل يستخدم لاشعوره ليشد أو يجذب انتباه أسرته إليه ويجعلها تحيطه بالرعاية وبالاهتمام حتى ولو كانت مؤذية، وبذلك يحق له عن طريق أعراضه السابقة سرقة والديه من "الأخ أو الأخت" المفضل لهما وعدم تكريسهما الوقت كله مع هذا الأخ المدلل أو الأخت المدللة.

وهكذا فإنه في ضوء المناقشة السابقة يتبين بوضوح كيف أن تطرف النماذج الوالدية وأساليب التنشئة ما بين التزمت والتراخي تؤدي إلى فشل عملية التطبيع الاجتماعي وما يترتب عليه من عدم تمثل معايير الواقع ومبادئه الخلقية مما ينتج عنه نقص في تكوين الأنا الأعلى، وهذا ما تم ملاحظته من ضحالة وجدب الروابط الانفعالية والوجدانية وسطحيه العلاقة بالآخر لدى الأطفال عينه الدراسة ومن ثم اتسمت علاقاتهم بالجمود والجدب الوجداني والانفعالي وضحالة المشاعر والعجز عن إقامة علاقات مشبعة بالحب والاطمئنان بالإضافة إلى معاناتهم من الاضطرابات السلوكية كالكذب والسرقة والعدوان وسرعة الاستثارة والغضب والتهيج والعناد والتمرد ضد نماذج السلطة الوالدية أو من يمثلهما.

وهو ما أكدته بعض الدراسات في أن الأطفال المصابين باضطراب الاكتئاب الأساسي يكشفون عن إعاقة في علاقاتهم بأخواتهم، وأنهم يدركون أن أخواتهم لا يساندونهم ومن ثم يصبحون أكثر عدائية معهم [Kaslow, et.al, 1994]. وهو ما أكدة أيضًا "هيرمان" وآخرون في أن هؤلاء الأطفال لديهم مشكلات مع والديهم وأخوتهم وزملائهم وأنهم

عادة ما يفضلون قضاء وقت أطول بمفردهم بعيدًا عن زملائهم وأنهم غير قادرين على الاحتفاظ بعلاقاتهم الاجتماعية ولديهم ميل إلى أن يكونوا سلبيين وعدوانيين تجاه زملائهم بالإضافة لوجود مشكلات سلوكية في المدرسة وصعوبات مع المدرسين مع انخفاض أدائهم الدراسي [Herman, et.al, 2009]. كما أن هؤلاء الأطفال عادة – وبناء على ما سبق – اتجاهات سلبية نحو المدرسة نتيجة العلاقات السلبية من زملائهم وهو ما قد يؤدي إلى تنمية الأفكار الانتحارية لديهم لاحقًا.

ومن ناحية أخرى يرى بعض الباحثين أن لأحداث الحياة الضاغطة أهمية كبيرة سواء في بداية الاكتئاب أو استمراره، حيث أشارت تقارير عدة إلى أن العوامل الحافزة على المرض داخل الأسرة – وهي من السمات المميزة لأسر الأطفال عينة الدراسة – تميل للبقاء حتى بعد شفاء المريض لذلك فإن بقائها يؤثر في معدلات الشفاء ، ويؤدي إلى معاودة الأعراض والانتكاس، كما يؤثر بصورة سلبية على توافق المرضي اللاحق للشفاء. [Kaplam, et.al, 1994, Paykel, 1995]

ومن أنواع الضغوط التي تؤدي للاكتئاب فإن بعض الأنواع المحددة للأحداث السلبية ظهر أنها ترتبط – بشكل متسق – بالاكتئاب؛ مثل: الإساءة للطفل، والإهمال وبخاصة الإناث، بالإضافة إلى الأحوال الاجتماعية والاقتصادية السيئة وخيبة الأمل على مستوى شخصي والفشل والفقد ومشكلات العلاقات الاجتماعية، ويمكن أن تعد المحن التي حدثت في عمر مبكر مؤشرًا لاستمرار التعرض للضغوط السلبية، ومن ثم فإن التعرض للأحداث وللظروف السلبية في الطفولة يزيد من احتمال استمرار تعرض الفرد للمواقف الضاغطة. [Roa and Chen. 2009]

وقد ظهر في أسر الأطفال المكتئبين أيضًا عدد كبير من الأحداث السلبية للحياة الحادة والمزمنة ويتضمن ذلك: فقد الأعزاء كموت الأب أو الطلاق أو الانفصال وسوء معاملة الطفل بدنيًا أو نفسيًا أو جنسيًا حيث قررت أمهات الأطفال المكتئبين وآباؤهم مستويات مرتفعة من التمزق Disruption في علاقاتهم الاجتماعية ووظائفهم المهنية وهو ما يجعل هؤلاء الأطفال في خطر مرتفع بوجه خاص لتطوير الأعراض الاكتئابية

[Kaslow, et. al, 1994]

أما عن التفاعلات الأسرية واضطراب المسلك لدى الأطفال المكتئبين:

وهو ما تم ملاحظته لدى الأطفال عينة الدراسة من معاناتهم من الاضطرابات السلوكية كالسرقة والكذب والعناد والتمرد وعدم الاستجابة لأوامر ونواهي السلطة الوالدية أو من يمثلهما وتتفق مع هذه النتيجة نتائج الدراسات السابقة؛ مثل: [Pedke, et.al, 1985, Kochansk, et. Al, 1987, Fendrich, et. Al, 1990, Mark Dadds, 1992, Hinz, B, 2005, Erstoin, 2008]

ومن ثم فإن ملاحظات " أوفويجسون" Ophuigsen تبدو أكثر استثاره للاهتمام، فهو يقرر أنه في حالات اضطراب السلوك الأولى يبدأ السلوك المعادي للمجتمع في فترة مبكرة للغاية في صورة التمرد على الأسرة وعدم طاعتها أو الهروب من المدرسة أو الكذب والسرقة. حيث قد وجد في هذه الحالات اضطرابات بالغة في الحياة الأسرية أدت إلى إهمال الطفل ونبذه، كما أكد أيضًا أن الطفل الذي يعاني من اضطرابات السلوك يتسم بسلوك عدواني بالغ كما يفتقر إلى مشاعر الذنب أو التقدير النرجسي بالذات، ومن ثم فإن " أوفويجسون" يربط عادة اختفاء الشعور بالإثم بنفس نمو الأنا الذي يرجع إلى المؤثرات البيئية السيئة. [محمد عماد الدين إسماعيل، ١٩٥٩: ٧]

وفي دراسة قام بها ساندرز وزملاؤه [Sanders, et. Al, 1992] حيث تم فيها قياس التفاعلات الأسرية لدى الأطفال المكتئبين ومضطربي المسلك على عينه تراوحت أعمارهم ما بين (٧) سنوات، و (١٤) سنه. وفيها كشف الأطفال المكتئبون عن اكتئابهم وعن اضطراب المسلك لديهم بالإضافة إلى وجود مستويات مرتفعة من الوجدان المكتئب، ومستويات منخفضة من وجدان الغضب، ومستويات مرتفعة من الأفكار السلبية المرتبطة بالذات والمرتبطة بالآخرين وانخفاض كفاءة الطفل والأم في حل المشكلات. كما لوحظ أيضًا وكما يؤكد [Lewinsohn, et. Al, 1997] أن مرضي الاكتئاب يكشفون عن مزيد من المشكلات الوظيفية كضعف الوعي بالذات، وتقدير الذات.

وهو ما تقرره أيضًا " أنا فرويد" في أنه عندما تكون الأم غائبة أو مهملة أو فاقدة

للاتزان الانفعالي كما في حالة الطفل المكتئب ذي السلوك العنيف أو العدواني فإنها تخفق في أن تكون مصدرًا دائما للإشباع يستطيع الطفل أن يوجه إليها اهتمامه، ويؤثر هذا على كيف العلاقة بالموضوع فيستجيب الطفل ليصبح نرجسيًا تتسم علاقاته بالضعف والسطحية والخلو من الإشباع، كما يصبح نهمًا للحب عاجزًا عن التقدم نحو التكييف الاجتماعي [Benntt, 1960: 54]

اكتئاب الوالدين وعلاقته بالاكتئاب لدى الأطفال:

تبين من نتائج الدراسة أن أمهات هؤلاء الأطفال عانين من الاكتئاب أثناء الحمل وبعد الولادة كما اعتمدن على الرضاعة الصناعية، أما الآباء فكان بعضهم يعانوا من الاكتئاب وبعضهم الآخر من القلق الشديد. وفي هذا يشير " رودلف وزملاؤه " [Rudolph, et. Al, 2008] إلى أن الصعوبات المبكرة في الأسر كعدم الأمان أو اكتئاب الوالدين تتدخل سلبًا في تطور المهارات الاجتماعية مؤدية إلى سلسلة من النقائص الاجتماعية السلوكية، وتنتقل هذه الإعاقة الاجتماعية بين الأشخاص عبر الأجيال وتحدث غالبًا نتيجة مباشرة للاقتداء بنموذج Modeling السلوك الاجتماعي الذي يقدمه الوالدين، وتنتج أيضًا عن التنشئة الاجتماعية الصريحة والمضمرة التي يتبعها الوالدان وتؤدي إلى استجابات غير تكيفية للضغوط، كما يؤدي اضطراب العلاقات في الأسرة إلى زيادة القابلية للاكتئاب. وتتفق هذه النتيجة مع نتائج الدراسات السابقة؛ مثل: [Cytryn and Macknew, 1972; Philipe Irving, 1979; Kovacs, et. al, 1989; Dansby, 1990; Dansby, 1990; Lucas, 2004]

وقد كشفت البحوث أن أطفال الأمهات اللاتي يعانين من اضطرابات وجدانية واكتائبية هو العامل المنبئ والهام بالاكتئاب لدى أطفالهن. [Kersbner and Vella, 1992]

ولذا فعندما يكون أحد الوالدين أو كلاهما يعانوا من الاكتئاب فعادة ما يكونوا أقل استجابة لهم وأقل حنانًا وتحملاً بالإضافة لكونهم أكثر تهيجًا وعدوانية ونقدًا لأبنائهم، ومن ثم فمن المحتمل ونتيجة لذلك أن يصبح الأبناء أنفسهم ميالين لأن يكونوا ناقدين لأنفسهم

ويكشفون عن صعوبات في التنظيم الملائم لمشاعرهم، وتؤدي هذه التركيبة المتعلقة بوجهه النظر السلبية تجاه الذات، وسوء التنبيه الانفعالي السلبي إلى أن يصبح الأطفال أقل قدرة على مواجهة الحوادث المثيرة للاكتئاب بطريقة تكيفيه [Kovacs, 1997]

وتأكيدًا لما سبق فيذكر "بيرماهر وزملاؤه" أن عدد من الدراسات أظهرت أن أطفال الآباء من الجنسين المكتئبين لهم – بوجه عام – يظهرون معدلات أعلي بثلاث مرات لحدوث فترة من الاكتئاب الأساسي خلال حياتهم، وقد وضعت تقديرات لاحتمالات حدوث اضطراب الاكتئاب الأساسي لدى أطفال الوالدين في مدي يتراوح ما بين ١٥% إلى ٤٥% ، ومن ثم لا يعد أطفال الوالدين المكتئبين لديهم خطر مرتفع لتطوير الاكتئاب فقط بل أنهم في خطر متزايد لتطوير الاضطراب النفسي بشكل عام، بما في ذلك القلق والاضطرابات التمزيقيه [Birmaher, et. Al, 1996 Disruptive]

وفي هذا يشير [محمود حمودة، ٢٠١٤: ٥١] أن الطفل قد يكون مكتئبًا خلال فترة الحمل، فهو كجنين في رحم أمه يتأثر بما يصيب الأم من اكتئاب، فعندما تصاب الأم بالاكتئاب أثناء الحمل فإن تغيرات الاكتئاب الانفعالية والكيميائية التي تفرز في دمها بكميات كبيرة، تصل إلى الرحم وتؤثر في الجنين، كما يقل الدم الواصل إلى الجنين ويبطئ نموه تعبيرًا عن الاكتئاب المنقول إليه من الأم. ولذا فإن العديد من الدراسات أوضحت أن علاج اكتئاب الوالدين يخفض من احتمال إصابة أطفالهما بالاكتئاب، وقد يمنعه تمامًا [Foormann, et. al, 2009].

توصيات الدراسة:

في ضوء ما أسفرت عنه نتائج البحث يقدم الباحث بعض التوصيات الآتية:

- إجراء مزيد من الدراسات التحليلية المتعمقة على الأطفال في مراحل عمريه أخرى وعلى المراهقين والشباب ممن يعانون من الاكتئاب.
- إجراء دراسات تحليليه متعمقة لأسر هؤلاء الأطفال.
- ضرورة تفعيل دور كل من الاخصائي النفسي والاجتماعي في المدارس لاكتشاف هذه الاضطرابات –والتي من أخطرها على الإطلاق الاكتئاب– في

مهدها، حيث إن الاكتشاف المبكر للحالات المرضية ومعالجتها يساعد على استمرار وتحقيق النمو والتكيف وعدم تدهور المستوى الوظيفي والاجتماعي للطفل. فالاهتمام بصحة الطفل هو خدمة في الحاضر وبناء واستثمار في المستقبل.

- ضرورة إجراء فحوص نفسية للمقبلين على الزواج.
- تدريب المقبلين على الزواج على كيفية التعامل الأمثل والفعال مع أطفالهم وكيفيه التعرف على الاضطرابات النفسية لديهم وذلك من خلال مكاتب الاستشارات النفسية والأسرية التابعة للمجلس القومي للطفولة والأمومة. فاهتمامنا بصحة الطفل هو وقاية بالدرجة الأولى بالإضافة إلى كونه علاجًا.
- تفعيل دور الإعلام في توعيه الأسر بالاضطرابات النفسية التي يمكن أن تصيب أطفالهم من جراء معاملتهم لهم.
- كما يوصي الباحث بزيادة الجهد الأكبر للبحوث والدراسات التي تتناول الأطفال واضطراباتهم السلوكية والشخصية من الناحية التحليلية والدينامية لفهم نوازعهم واحتياجاتهم، ومن ثم المساعدة في رسم سياسات للوقاية من الاضطرابات النفسية والتي من أخطرها على الإطلاق الاكتئاب، ومن ثم المساعدة في وضع برامج ارشاديه وعلاجيه لمواجهة هذه الظاهرة والحد منها.

البحوث المقترحة:

من خلال نتائج الدراسة الحالية يقترح الباحث إجراء بحوث ودراسات في النواحي التالي:

- التحليل النفسي للاكتئاب لدى الأطفال في مراحل عمريه مختلفة.
- التحليل النفسي للاكتئاب لدى المراهقين.
- التحليل النفسي لأسر الأطفال المكتئبين.
- التحليل النفسي لأمهات الأطفال ممن يعانوا من الاكتئاب.

مراجع الدراسة:

أولا: المراجع العربية:

١- أ. ف. بتروفسكي، م. ج. ياروشفسكي(١٩٩٦): *معجم علم النفس المعاصر*، ترجمة: حمدي عبد الجواد، سعد الفيشاوي، عبد السلام رضوان، مراجعة: عاطف أحمد، محرر الطبعة العربية: سعد الفيشاوي، دار العالم الجديد، القاهرة.

٢- أحمد صالح (١٩٨٩): *تقدير الذات وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين*، الكتاب السنوي في علم النفس، القاهرة، ص ص: ١٠٤ – ١٢٧,

٣- أحمد عبد الخالق، أسماء العطية، مايسه النيال (٢٠٠٨): أبعاد الاكتئاب وعلاقتها بتقدير الذات لدي عينة من تلاميذ قطر، *مجلة العلوم الاجتماعية* ، ٣٦(٢)، ص ص ٤٣ – ٦٥.

٤- أحمد عبد الخالق، السيد عبد الغني (٢٠٠٥): معدلات انتشار الاكتئاب لدي عينة من الأطفال المصريين، *مجله الطفولة العربية*، المجلد (٦)، العدد (٢٣)، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت، ص ص: ٨ – ٢٥.

٥- أحمد عبد الخالق، عادل شكري محمد كريم (٢٠١٠): الأعراض الاكتئابية المنبئة بالعدوان لدي عينتين من الأطفال والمراهقين في مصر والكويت، *مجله الطفولة العربية*، المجلد (١١)، العدد (٤٤)، سبتمبر ٢٠١٠، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت، ص ص: ٢٧– ٥١.

٦- أحمد عكاشة (١٩٩٨): *الطب النفسي المعاصر*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٧- أحمد فائق (١٩٨٢): *الأمراض النفسية والاجتماعية*، مطبعة الكويت، القاهرة.

٨- أحمد محمد عبد الخالق، عادل شكري محمد كريم (٢٠١٠): الأعراض الاكتئابية المنبئة بالعدوان لدي عينتين من الأطفال والمراهقين في مصر والكويت، *مجله الطفولة العربية*، المجلد (١١)، العدد (٤٤)، سبتمبر ٢٠١٠، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، الكويت، ص ص: ٢٧– ٥١.

٩- أسيا بركات (٢٠٠٠): العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية والاكتئاب لدي بعض المراهقين والمراهقات المراجعين لمستشفى الصحة النفسية بالطائف، *رسالة ماجستير*، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

١٠- أمال عبد السميع أباظة (١٩٩٥): دراسة إكلينيكية للتمييز بين حالات القلق والاكتئاب، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، العدد (١١)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، القاهرة.

١١- أمال عبد السميع مليجي (١٩٩٥): القلق والاكتئاب لدي أطفال دور الرعاية الاجتماعية، المؤتمر السنوي الثالث، *مجلد بحوث مؤتمر الطفل المصري بين الخطر والأمان*، في الفترة من ٣- ٦ إبريل، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة عين شمس.

١٢- أنتوني ستور (١٩٧٥): *العدوان البشري*، ترجمة: محمد أحمد غالي، الهادي عفيفي، الهيئة المصرية العامة للكتاب، الإسكندرية.

١٣- أوتوفينخل (١٩٦٩): *نظرية في التحليل النفسي في العصاب*، الكتاب الثاني، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، تقديم: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٤- اوتوفينخل (٢٠٠٦): *نظرية التحليل النفسي في العصاب*، الكتاب الثاني، من الفصل السابع إلى الفصل الثامن عشر، ترجمة: صلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٥- ب. ب ولمان (٢٠٠٦): *مخاوف الأطفال*، ترجمة: محمد عبد الظاهر الطيب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٦- برونو كلوبفر، هيلين دافيد سون (١٩٦٥): *تكتيك الرورشاخ*، ترجمة: سعد جلال وآخرون، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، القاهرة.

١٧- بيلاك ليوبولد (٢٠١٢): *اختبار تفهم الموضوع للأطفال* (الكات)، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٨- جابر عبد الحميد جابر (١٩٨٦): *نظرية الشخصية " البناء – الديناميات – النمو – طرق البحث – التقويم النفسي"* ، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٩- خالد سليمان، خالد القضاه (٢٠٠٤): أساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بالاكتئاب لدي الأطفال، دراسة على عينة من الأردن، *مجله الطفولة العربية*، المجلد (٥)، العدد (٢٠)، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية، ص ص: ٨- ٢٤.

٢٠- دانييال لاجاش (١٩٦٥): *المجمل في التحليل النفسي* ، ترجمة: مصطفى زيور، عبد السلام القفاش، مكتبه النهضة المصرية، القاهرة.

٢١- دنييال لاجاش (١٩٨٦): *وحدة علم النفس*، ترجمة إصلاح مخيمر، عبده ميخائيل رزق، مكتبه الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٢- رأفت عسكر (١٩٩٦): ظاهرة تعاطي المخدرات كما يعرضها الخطاب السينمائي المصري، دراسة نفسية اجتماعية باستخدام تحليل المضمون، *رسالة دكتوراه*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٢٣- روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان (٢٠٠٧): *رسم الأسرة المتحركة مقدمة*: لفهم الأطفال من خلال الرسوم المتحركة ، ترجمة: إيناس عبد الفتاح، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٤- روبرت بيرنس، هارفارد كوفمان (٢٠١٥): *الأفعال والأساليب والرموز في رسم الأسرة المتحركة " الدليل التفسيري"* ، ترجمة وتقديم: إيناس عبد الفتاح، مكتبه الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٥- روبرت ديجارليه، ليون ايسنبرج، بيرون جود، أرثر كلينمان (٢٠٠٤): *الصحة العقلية في العالم*، ترجمة: إيهاب عبد الرحيم محمود، المشروع القومي للترجمة، العدد (٥٩٦)، المجلس الأعلى للثقافة، القاهرة.

٢٦- روي شيفر (٢٠١٢): *الدراسة التحليلية لمحتوى الرورشاخ* " مساهمات التحليل النفسي في الاختبار الإسقاطي"، ترجمة: محمد أحمد محمود خطاب، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٢٧- زكريا إبراهيم (١٩٧٦): *مشكلات فلسفيه " مشكلة البنية"* ، العدد الثامن، مكتبة مصر، القاهرة.

٢٨- سامي محمود علي (١٩٦٣): *عصاب الصدمة*، (في): ثبت المصطلحات الواردة بكتاب: ثلاث مقالات في نظرية الجنسين، تأليف: سيجموند فرويد، ترجمة: سامي محمود علي، مراجعة: مصطفي زيور، دار المعرف بمصر، القاهرة.

٢٩- سامي محمود علي (١٩٧٠): *ثبت للمصطلحات بنهاية الموجز في التحليل النفسي*، تأليف: سيجموند فرويد، ترجمة: سامي محمود علي، عبد السلام القفاش، مراجعة: مصطفى زيور، دار المعارف، القاهرة.

٣٠- سامية القطان (١٩٨٣): *كيف نقوم بالدراسة الإكلينيكية*، الجزء الثاني، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٣١- سامية القطان (١٩٩١): *كيف نقوم بالدراسة الإكلينيكية*، الجزء الأول، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٣٢- سامية القطان (٢٠٠٧): *قراءات في علم النفس الإكلينيكي*، جامعة بنها، كلية التربية، قسم الصحة النفسية.

٣٣- سلوى عبد الباقي (١٩٩٢): الاكتئاب بين تلاميذ المدارس ، *مجله دراسات نفسية*، مجلد (٢)، العدد (٣)، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، يوليه ١٩٩٢، القاهرة، ص ص: ٤٣٧ – ٤٧٩.

٣٤- سهير كامل أحمد (١٩٩٢): الانفصال عن الأسرة في الطفولة وعلاقته بمصدر الضبط والاكتئاب، *مجله دراسات نفسية*، العدد (٢)، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية" رانم"، القاهرة، ص ص ١- ٢٤.

٣٥- السيد حمد (١٩٩٣): القبول – الرفض الوالدي وعلاقته بالاكتئاب لدي المراهقين، *مجله علم النفس*، المجلد (٧)، العدد (٢٥)، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ص ص: ١١٨ – ١٢٠.

٣٦- السيد فهمي على (٢٠١٠): معدلات انتشار الأعراض الاكتئابية لدي عينات من الأطفال والمراهقين في مرحلتي ما قبل المراهقة والمراهقة المبكرة، *مجله دراسات نفسية*، المجلد (٢٠)، العدد (٢)، ابريل ٢٠١٠، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، القاهرة، ص ص: ٢٤٧ – ٣٠٤.

٣٧- سيد محمد غنيم (١٩٧٢): *سيكولوجيه الشخصية*، دار النهضة العربية ، القاهرة.

٣٨- سيد محمد غنيم، هدي برادة (١٩٦٤): *الاختبارات الإسقاطية*، دار النهضة العربية، القاهرة.

٣٩- شارلز شيفر، هوارد ميلمان (١٩٨٩): *مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها*، ترجمة: نسيمه داود، نزيه حمدي، منشورات الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

٤٠- شاكر قنديل (١٩٩٣): *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*، (في): فرج عبد القادر طه، دار سعاد الصباح، الكويت.

٤١- شيماء الجوهري، أحمد عبد الخالق (٢٠١٥): العلاقة بين الاكتئاب والفاعلية الذاتية لدي عينة من الأطفال والمراهقين الكويتيين، *مجله دراسات الخليج والجزيرة العربية*، (٤١)، ص ص ٥٩- ٩١.

٤٢- صفوت فرج (١٩٩٢): *الذكاء ورسوم الأطفال*، دار الثقافة، القاهرة.

٤٣- صفوت فرج (٢٠١٧): *القياس النفسي*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٤- صلاح مخيمر (١٩٧٥): *المدخل إلى الصحة النفسية*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٥- صلاح مخيمر (١٩٨٠): *الذاتية والموضوعية في علم النفس*، مكتبه سعيد رأفت، القاهرة.

٤٦- صلاح مخيمر (١٩٨١): *المفاهيم – المفاتيح في علم النفس*، مكتبه الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٧- صلاح مخيمر (١٩٨٤): *الإيجابية كمعيار وحيد وأكيد لتشخيص التوافق عند الراشدين*، مكتبه الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٨- صلاح مخيمر (١٩٨٤): *الايجابية كمعيار وحيد وأكيد لتشخيص التوافق عند الراشدين*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٤٩- صلاح مخيمر (د.ت): *في علم النفس العام*، مكتبة سعيد رأفت، القاهرة.

٥٠- عادل محمد المدني (٢٠٠٠): *مقدمة في السيكوباثولوجي*، د. ن، القاهرة.

٥١- عبد الرحمن محمد عيسوي. (١٩٧١): *علم النفس في الحياة المعاصرة*، دار المعارف بمصر، القاهرة.

٥٢- عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨): الاكتئاب " *اضطراب العصر الحديث فهمة وأساليب علاجه*" ، عالم المعرفة، العدد (٢٣٩)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

٥٣- عبد الستار إبراهيم، عبد العزيز عبد الله، رضوى إبراهيم (١٩٩٣): *العلاج السلوكي للطفل: أساليبه ونماذج من حالاته*، عالم المعرفة، العدد (١٨٠)، الكويت.

٥٤- عبد الفتاح محمد دويدار (١٩٩٠): التوقعات السلبية نحو المستقبل وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدي الأطفال: دراسة سيكومترية، *بحوث المؤتمر الثالث للطفل المصري: تنشئته ورعايته*، المجلد الأول، مركز دراسات الطفولة، جامعة عين شمس، القاهرة، ص ص: ٤٩٥ – ٥١٢.

٥٥- عبد الله السيد عسكر (١٩٨٨): *الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٥٦- عبد المنعم الحفني (١٩٩٥): *موسوعة الطب النفسي*، المجلد الأول، ط ٢ بمكتبة مدبولي، القاهرة.

٥٧- عدنان حب الله (١٩٨٩): *التحليل النفسي من فرويد إلى لاكان*، مركز الإنماء القومي، بيروت.

٥٨- عطية محمود هنا، محمد سامي هنا (١٩٧٣): *علم النفس الإكلينيكي، التشخيص النفسي*، الجزء الأول، دار النهضة العربية، القاهرة.

٥٩- عويد المشعان (١٩٩٣): *الشخصية بعض اضطراباتها لدي طلاب جامعة الكويت أثناء العدوان العراقي" دراسة الفروق بين الصامدين والنازحين وبين الجنسين*، عالم الفكر، (١)، الكويت، ص ص: ١٢٤ – ١٥٢.

٦٠- فاتن السيد على (١٩٩٢): دراسة مقارنة للمشكلات السلوكية التي يتعرض لها: أطفال المؤسسات وأطفال قرية الأطفال، *رسالة ماجستير*، جامعة عين شمس، معهد الدراسات العليا، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية.

٦١- فاطمة نذر (٢٠٠٠): الحروب واضطراب السلوك عد الأطفال وكيفية التعامل مع الأزمات، *المجلة التربوية*، (٥٤)، ص ص ١٤١ – ١٦٨.

٦٢- فان دالين (١٩٩٧): *مناهج البحث في التربية وعلم النفس*، ط ٥، ترجمة: محمد نبيل نوفل، مكتبه الأنجلو المصرية، القاهرة.

٦٣- فرانك ج. برونو (١٩٩٩): *الأعراض النفسية*، ترجمة: رزق سند إبراهيم ليله، ب. ن، القاهرة.

٦٤- فرانك ج. برونو (٢٠٠٠): *الأعراض النفسية*، ترجمة: رزق سند إبراهيم ليله، د. ن، القاهرة.

٦٥- فرج عبد القادر طه (١٩٨٦): *علم النفس الصناعي والتنظيمي*، دار النهضة العربية، بيروت.

٦٦- فرج أحمد فرج (١٩٦٧): *الظواهر العدوانية لدي الجانحين*، دراسة في التحليل النفسي باستخدام اختبارات تفهم الموضوع، *رسالة ماجستير*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم الدراسات النفسية والاجتماعية، فرع الدراسات النفسية، القاهرة.

٦٧- فرج أحمد فرج (١٩٦٨): العقل والجنون" دراسة في التحليل النفسي للتفكير عند العصابيين – أدوات البحث الإكلينيكي"، *رسالة دكتوراه*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٦٨- فرج عبد القادر طه (١٩٨٠): *سيكولوجية الشخصية المعوقة للإنتاج" دراسة نظرية وميدانية" في التوافق المهني والصحة النفسية*، مكتبة الخانجي، القاهرة.

٦٩- فرج عبد القادر طه (١٩٩٣): *موسوعة علم النفس والتحليل النفسي*، دار سعاد الصباح، الكويت.

٧٠- فرج عبد القادر طه (٢٠٠٥): *علم النفس وقضايا العصر*، ط ٨، مكتبة بداري للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.

٧١- فهد الرشيدي (٢٠٠٦): الأحداث الصدمية في الحياة وعلاقتها بالاكتئاب لدي تلاميذ المرحلة الثانوية، *رسالة ماجستير*، الجامعة اللبنانية، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، لبنان.

٧٢- فهد عابد عبد الله الثقفي (١٩٩٨): القبول والرفض الوالدي وعلاقته بمستوي الاكتئاب لدي عينة من الأطفال السعوديين بمدينة جده، *رسالة ماجستير*، مكة المكرمة، جامعة أم القري، المملكة العربية السعودية.

٧٣- فيصل عباس (١٩٩٠): *أساليب دراسة الشخصية، التكنيكات الإسقاطية*، دار الفكر اللبناني، بيروت.

٧٤- كارين ماكوفر (١٩٨٧): *إسقاط الشخصية في رسم الشكل الإنساني* (منهج لدراسة الشخصية)، ترجمة: رزق سند إبراهيم ليله، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.

٧٥- كرمن محمد حسن (٢٠٠١): دينامية العلاقة بين إدراك الصور الوالدية والبناء النفسي لدي الأبناء غير الشرعيين، دراسة إكلينيكية مقارنة، *رسالة ماجستير*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس، القاهرة.

٧٦- كلير فهيم (١٩٩٣): *الاضطرابات النفسية للأطفال*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٧٧- كوثر إبراهيم سعد رزق (١٩٨٣): القدرات العقلية في أمراض الاكتئاب " دراسة إكلينيكية"، *رسالة ماجستير*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٧٨- لطفي الشربيني (٢٠٠١): *الاكتئاب – المرض والعلاج*، منشأة المعارف للنشر، الإسكندرية.

٧٩- لطفي الشربيني (٢٠١١): *الاكتئاب النفسي أسبابة وعلاجه*، مكتبة معروف، الإسكندرية.

٨٠- لويز ب. ايمز، رتشار ن . ووكر، روث و مترو، جانيت ليرند (١٩٦٥): *استجابات الأطفال على اختبار الرورشاخ*" اتجاهات النمو من سن سنتين إلى سن العاشرة"، ترجمة: عماد الدين سلطان، فرج أحمد فرج، انطوانيت جورجي، سلوى الملا، مراجعة: سعد جلال، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مطبعة المصري، القاهرة.

٨١- لويس كامل مليكة (١٩٦٨): *دراسة الشخصية عن طريق* الرسم، ط ٢، مكتبه النهضة المصرية، القاهرة.

٨٢- لويس كامل مليكة (١٩٩٢): *علم النفس الإكلينيكي*، الجزء الأول، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٨٣- لويس كامل مليكة (٢٠٠٠)، *دراسة الشخصية من خلال الرسم*، ط ٨، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.

٨٤- ليمان د. روبرت، هيمبري، كيجين، وتوني (١٩٩٨): *تدخلات الصحة النفسية في أطفال ما قبل المدرسة*، ترجمة: سليمان الريحاني وآخرون، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق.

٨٥- مارجريت سيشهاي (٢٠١٢): *فقدان الواقع واستعادته" سيرة ذاتيه لفتاه فصامية"*، ترجمة: محمد أحمد خطاب، مروة فتحي، مراجعة وتقديم: صفوت فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

٨٦- ماريا كوفاكس (١٩٨٣): *اختبار الاكتئاب للأطفال* (C.D.I)، ترجمة، وتقنين: محمد عبد الظاهر الطيب، دار المطبوعات الجديدة، الإسكندرية.

٨٧- مالك بدري (١٩٦٦): *سيكولوجيه رسوم الأطفال" اختبار رسم الإنسان وتطبيقاتها* على أطفال البلاد العربية"، دار الفتح للطباعة والنشر، بيروت.

٨٨- ماهر محمود الهواري (١٩٧١): دراسة تجريبية مقارنة في التعين الذاتي وصوره الجسم في فئات إكلينيكيه مختلفة، *رسالة دكتوراه*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

٨٩- مايسة أنور المفتي (١٩٩٠): *التنشئة الاجتماعية للطفل المصري، قراءات في علم النفس الاجتماعي في الوطن العربي*، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة.

٩٠- مجمع اللغة العربية (١٩٩٢): *المعجم الوجيز*، تصدير: إبراهيم مدكور، طبعة خاصة بوزارة التربية والتعليم، جمهورية مصر العربية، القاهرة.

٩١- محمد أحمد غالي، رجاء أبو علام (١٩٧٤): *القلم وأمراض الجسم*، مؤسسة الحلبوتي، دمشق.

٩٢- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٠): ديناميات الاكتئاب لدي عينة من المراهقين، دراسة إكلينيكية، *مجله الخدمة النفسية*، مركز الخدمة النفسية، كلية الآداب، جامعة عين شمس، العدد الرابع، المجلد الثاني، يوليو ٢٠١٠، ص ص ١٩٤ – ٢٣٥.

٩٣- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٣): ديناميات التبول اللاإرادي لدي الأطفال دراسة إكلينيكيه ، *مجله الخدمة النفسية*، العدد الخامس، المجلد الثاني، ديسمبر ٢٠١٣، مركز الخدمة النفسية، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة، ص. ص: ٦٢ – ١١٤.

٩٤- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٤): ديناميات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدي أطفال غزه دراسة إكلينيكية ، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، المجلد (٢٤)، العدد (٨٤)، يوليه ٢٠١٤، القاهرة، ص. ص: ٣٠٩ – ٣٥٨.

٩٥- محمد أحمد محمود خطاب (٢٠١٥): ديناميات اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدي فتاة فلسطينية مراهقة (دراسة حالة)، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، الجمعية المصرية للدراسات النفسية، المجلد (٢٥)، العدد (٨٨) يوليو ٢٠١٥، القاهرة، ص ص ٢٣٣ – ٣١٠.

٩٦- محمد أحمد محمود خطاب" أ" (٢٠١٧):*الديناميات النفسية للإناث ضحايا التحرش الجنسي* "دراسة حالة" (في) علم النفس المرضي "دراسات إكلينيكية متعمقة"، المكتب العربي للمعارف، القاهرة.

٩٧- محمد أحمد محمود خطاب" ب" (٢٠١٧): *ديناميات التحول الجنسي لدي الذكور" دراسة حاله"* (في) علم النفس المرضي " دراسات إكلينيكيه متعمقة " المكتب العربي للمعارف، القاهرة.

٩٨- محمد الزعبي (٢٠٠٥): العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدي طلاب المرحلة الثانوية من الجنسين، *مجله العلوم التربوية*، جامعة قطر، (٧)، ص ص: ٥٧ – ٨٠.

٩٩- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٨): *دراسات في الصحة النفسية*، الجزء الأول، دار قباء، القاهرة.

١٠٠- محمد جميل محمد، يوسف منصور (١٩٨٤): *قراءات في مشكلات الطفولة*، ط ٢، الكتاب الجامعي، جدة.

١٠١- محمد رمضان محمد (١٩٨٨): *سيكولوجيه الجناح والإدمان*، د.ن، القاهرة.

١٠٢- محمد سامي هنا (١٩٧٨): *الشخصية السوية والمرضية*، دار الثقافة للطباعة والنشر، القاهرة.

١٠٣- محمد شحاته ربيع (١٩٩٥): *قياس الشخصية*، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

١٠٤- محمد شعلان (١٩٧٩): *الاضطرابات النفسية في الأطفال*، الجزء الثاني، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.

١٠٥- محمد شعلان (١٩٧٩): *الاضطرابات النفسية في الأطفال*، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، القاهرة.

١٠٦- محمد عبد الظاهر الطيب (١٩٨٩): *مشكلات الأبناء من الجنسين*، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية.

١٠٧- محمد عماد الدين إسماعيل (١٩٥٩): *الشخصية والعلاج النفسي*، مكتبة النهضة العربية، القاهرة.

١٠٨- محمد كمال (٢٠٠٨): *الأمراض النفسية عند الأطفال*" نصائح هامة للأمهات" الدار الذهبية للطبع والنشر والتوزيع، القاهرة.

١٠٩- محمد مصطفى زيدان (١٩٨٦): *النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية*، دار الشروق، جدة.

١١٠- محمود البسيوني (١٩٨٧): *تحليل رسوم الأطفال*، دار المعارف، القاهرة.

١١١- محمود الزيادى (١٩٦٩): *علم النفس الإكلينيكي" التشخيص*" ، مكتبة الدراسات النفسية والاجتماعية، إشراف: مصطفى زيور، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١١٢- محمود الزيادي (١٩٨٤): *خصائص التعبير الفني عند المكتئبين*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١١٣- محمود السيد أبو النيل (١٩٧٦): *علم النفس الاجتماعي" دراسات مصرية وعالمية"* ، الجهاز المركزي للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية، مطبعة الحضارة العربية بالفجالة، القاهرة.

١١٤- محمود عبد الرحمن حمودة (١٩٩٠): *النفس – أسرارها وأمراضها*، المطبعة الفنية، القاهرة.

١١٥- محمود عبد الرحمن حمودة (٢٠١٤): *اكتئاب الأطفال والمراهقين "الأسباب- الأعراض- العلاج"*، كتاب اليوم الطبي، العدد (٣٤١)، ديسمبر، دار أخبار اليوم، القاهرة.

١١٦- مختار حمزة (١٩٨٢): *مشكلات الآباء والأبناء*، ط ٣، دار البيان العربي، جدة.

١١٧- مدحت عبد اللطيف(١٩٨٩):العلاقة بين الاكتئاب وتقدير الذات لدى الأطفال: دراسة عامليه ، *الكتاب السنوي في علم النفس* ، (٦)، القاهرة، ص. ص ٨٦-١٣.

١١٨- مصطفى زيور (١٩٦٣): تعاطي الحشيش كمشكلة ونمط شخصية متعاطية، *منشورات المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية*، القاهرة.

١١٩- مصطفى زيور (١٩٨٠): *محاضرة في الاكتئاب النفسي*، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٢٠- مصطفى غمراوي (٢٠٠٨): *الاكتئاب عند الأطفال*: رؤية عربية.

١٢١- مصطفى فهمي (١٩٧٦): *الصحة النفسية* " دراسات في سيكولوجية التكيف"، مكتبة الخانجي، القاهرة.

١٢٢- مصطفي زيور (١٩٦٨): جدل الإنسان بين الوجود والاغتراب، *مجله الفكر المعاصر*، القاهرة.

١٢٣- مصطفي زيور (١٩٨٦): في النفس "*بحوث مجمعة في التحليل النفسي*" ، دار النهضة العربية، بيروت.

١٢٤- ممدوح على أبو ريان (٢٠٠١): دراسة انتشارية عن الاضطرابات النفسية لدى أطفال المدارس بالإسكندرية في الفئة العمرية من ٩: ١٢ سنة، *رسالة دكتوراه*، كلية الطب، جامعة الأزهر، القاهرة.

١٢٥- منظمة الصحة العالمية (٢٠٠٤): *رعاية الأطفال والمراهقين والمصابين باضطرابات نفسية:* الاجتماع التقني لوضع إرشادات الصحة العالمية عن منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، القاهرة.

١٢٦- مها إسماعيل الهلباوي (١٩٨٨): الاكتئاب وصورة الجسم كما تظهر في رسم الإسقاطي " دراسة إكلينيكية متعمقة، *رسالة ماجستير*، جامعة عين شمس، كلية الآداب، قسم علم النفس.

١٢٧- مها الكردي (١٩٨٢): التوافق والتكيف الشخصي والاجتماعي لدى أطفال الملاجئ اللقطاء، *المجلة الاجتماعية القومية*، المجلد (١٧)، العدد (١ – ٣)، القاهرة.

١٢٨- ناديه عبد القادر (١٩٩٥): الاكتئاب ووجهه الضبط وتقدير الذات لدى طلبه المرحلة الإعدادية، *مجله الإرشاد النفسي*، ٣ (٤)، القاهرة، ص ص: ١٧٩ – ٢٣٠.

١٢٩- نبيلة الشربجي (٢٠١٠): إساءة معاملة أطفال الشوارع وعلاقتها بالاكتئاب، *مجله دراسات نفسية*، المجلد (٢٠)، العدد (٤)، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، أكتوبر ٢٠١٠، القاهرة، ص ص: ٦٩١ – ٧١٦.

١٣٠- نجيب اسكندر وآخرون (د. ت): *الدراسة العلمية للسلوك الاجتماعي*، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٣١- نهله محمد مصطفى (٢٠١٣): الحب الوالي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى عينة من الأطفال ذوي صعوبات التعلم، *رسالة ماجستير*، معهد الدراسات العليا للطفولة، قسم الدراسات النفسية، جامعه عين شمس.

١٣٢- نيفين مصطفى زيور (١٩٧٥): التخييل عند الأطفال ، *رسالة ماجستير*، كلية الآداب، قسم علم النفس، جامعة عين شمس ، القاهرة.

١٣٣- نيفين مصطفى زيور (١٩٩٨): *الاضطرابات النفسية عند الطفل والمراهق*، ط ٣، تقديم: فرج أحمد فرج، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣٤- نيفين مصطي زيور (٢٠٠٠): من النرجسية إلى مرحلة المرأة "*قراءات في التحليل النفسي*" مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

١٣٥- هبه إبراهيم القشيشي، هشام محمود أبو حجازي (٢٠٠٧): الاضطرابات الاكتئابية لدى عينة من الأطفال المصريين، *مجله الخدمة النفسية*، المجلد (١) ، العدد (٣)، مركز الخدمة النفسية، جامعة عين شمس ، كلية الآداب، يوليو ٢٠٠٧، القاهرة، ص ص: ٢٠٣ – ٢٤٩.

١٣٦- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبه (٢٠٠٠): *القياس الإسقاطي*، دار النهضة العربية، القاهرة.

١٣٧- وليد سرحان، جمال الخطيب، محمد حباشنه (٢٠٠١): *الاكتئاب*، مكتبة مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.

١٣٨- وليم الخولي (١٩٧٦): *الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي*، دار المعارف بمصر، القاهرة.

١٣٩- اليونيسيف (٢٠٠٣): *وضع الأطفال في العالم ٢٠٠٣*، النسخة العربية صادرة عن مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا، عمان، الأردن.

ثانيًا: المراجع الأجنبية:

140- Abdel, Khalek, A. M., and Lester, D. (2002): Can personality predict suicidality? *A study in two cultures international journal of social psychiatry*, 48, 231- 239.

141- Abdel, Khalek. A. M (2003): *The multidimensional child and adolescent depression scale*: Psychometric properties. Psychological Reports 93: 544 – 560.

142- Abraham , K. (1911): *Notes on the psycho- Analytical investigation and treatement of manic-depressive in sanity and allied condition.* In, Selected papers. London, Hogarth Press, 1927, p. 137.

143- Abraham Karl (1942): *A Short study of the development of the libido,* viewed in the liqut of mental disorders In., Selected Papers on psychoanalysis ch. XXVI Hogarth Press.

144- Adoms, Denise Mrielle (1981): *The relationship between object loss in childhood and depression in old age*, proquest dissertation and Theses, section (0565), part (0622), 184 pages, united states, California.

145- Afify, E.s (1992): Depression: *depressive Symptoms in preschool children, thesis for master degree, unpublished*, institute of postgraduate childhood studies, medical dep Ain Shams uniuersity

146- Albright, A. V. (1999): *Vulnerability to depression*: Youth at risk. Nursclin, North An 34 (2): 393-407.

147- Alessi , N.E. (1987): Childhood and adolesesnt depressive disorders. In O. G. Cameron *(Ed.)* , presentation of depression: Depressive Symptoms in medical and other Psychiatric disorders (pp. 11- 31), New York: Wiley.

148- American Psychiatric Association (2013): *Diagostic and Statistical manual of Mental disorders* (DSM-5) Washington, D. C.: American Pschiatric Association.

149- Angold, A., (1988): Childhood and adolescent depression II: Research in clinical populations *British Journal of Psychiatry*, 153, 476-482.

150- Anthony, J. and Benedek, T. (1975): *Depression and human existence*. Boston, Little, Brown and Company.

151- Arbisio, Christine (2003): The clinical diagnosis of depression in The child during The child during the latency period Database: psycinfo, *peer Reviewed Journal*, Vol. 9, pp 29- 58.

152- Arieti, S. (1974): Affective disorder in rieti, S. (*ed*.) American Handbook of psychiatry 2nd Vol. I, New York, Basico Book.

153- Asarnow, Joan Rosenbaum and others (1987): Caping strategies, self perception Hoplessness and perceived Famile Environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical psychology* Vol. 55 n3, p. 361-66.

154- Avenevoli, S., Knight E., Kesssles, R. C., and Merikangas, K. R. (2008): Epidemiology of depression in children and adolescents, IN J. R. Z. Abela and B. L. Hankin (*Eds*.), Handbook of depression in children and adolescents, New York: Guilford Press, pp.6-32.

155- Bateson, G. Jackson, D. Haley H. and Weakland, J. (1963): *A note on the double Blind- Family Process*-2, 154-171.

156- Beach, S. (1998): Depression: Theoretical explanations, In F. Magil (*Ed*.), Psychological basic, Vol. 1, 200- 205, Calefornia, Salem Press, INC.

157- Belle, Deboratt and others (1978): *The Impact of Stress on Mothers and Their children Annual Canention of the Amercian Psychological Association* (Toronto- Canade).

158- Beller. E and Haebele, A (1959): *Motivation and Conflict in relation to Phantasy responses of young Children, parer read at meating of the society for research development*, Bethesda, Md. March.

159- Benedek, T. (1956): *Toward the biology of the depressive constellation*, J. Am, Psychoanal, Assoc, p.389.

160- Benntt, I. V. (1960): *Delinquent and Neurotic children*, Compartive study , tovistok, London.

161- Bibring, E. (1953): "*The mechanism of depression*" In Affective disorders, New York, Int. Uni. Press.

162- Birmaher B. Ryan ND, Williamson DE. (1996): Depression in children and adolescents: Clinical Features and pathogenesis. IN: Shulman KI, Tohen M., Kutcher SP. (*Eds*.): Mood disorders across the life span. John Wiley and Sons, Inc., New York, pp. 51-81.

163- Birmaher, B. , Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J. Dahl, R. E. (1996): Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part 1, *Journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 1427- 1439.

164- Birmaher, B. Ryan, N. D., Willamson, D. E., Brent D. A., Kaufman (1996): Depression A review of the past 10 years. Part I *journal of the American Academy of child and adolescent psychiatry*, 35, 1427- 1439.

165- Birmaherm B., Ryan, N.D. 2 Williamson, D.E., Brent, D.A. Kaufman (1995): Depression: A review of the past Loyears. Part I. *Journal of the Americen Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1924- 1939.

166- Boulanger and Belleygues (1960*): La Personalite des enfant normous et caracteries a travers le Test d'Apperception* C.A.T, Monoger France psycbology, No. 4.

167- Bowlby, J. (1960): *Grief and mourning in infacy and early childhood*, psychoanal, study child.

168- Brody, Gene, H. Forehand, Rex (1976): Maternal Perception of child Maladjustment as a Function of the Combined influence of child Behaviour and Martenal Depression *Journal of Consulting and clinical psychology*, Vol. 54 n2, p237-40.

169- Brown, F. (1961): Depression and childhood bereavement, *Journal of Mental science*, 107, 754- 777.

170- Brown, J. Cohen, P., Johnson, J. G., et. al, (1999): Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 38 (12), 1490-6.

171- Brumback, Roger A. and others (1980): *Relation of intelligence to childhood Depression in children refered to an Educational Diagnastic center percetual to an Educational Diagnastic center percetual and Motor skills* Vol. 50n1, p.1-17.

172- Burlingham, D. and Freud, A. (1942): *Youth children in Warmtime, George Allen and unwin*, London.

173- Callishaw, S., Maughan, B., Foodman, R., Goodman, R., and Pickles, A. (2004): *Time Trends in adolescent mental health* J. child psychol psychiatry, 45, 1350-1362.

174- Caplan and Dougles (1969): Incidence of Parental loss in children with depressed mood, *Journal of child psycbology and psychiatry,* Vol, (10), pp. 225 – 232.

175- Carlson . G.A, Cantwell, D.P. (1982): *Diagnosis of childhood depression:* A Comparison of Weinberg and Dsm III Criteria.J.Am A cod. Child. Adolescent psychiatry. 21: 297 – 250.

176- Carlson G A , Kashani J H (1988): *pbenomonology of Major depression from childhood Through adulthood*: Analysis of Three studies. Am. J. Psychiatry 145: 1222 – 1225.

177- Charman,T (1994): The Stability of depressed mood in Young adolescents: *A School Survey Journal of Affective disorders*, 30, 109 – 116.

178- Clark, Lempers, Dania S. and Netusil, Anton (1988): *The Effects of Financial Stren on the Academic Achievement of young Adolescented from and Non Farm Families American Educational Research Association* (New or –Leans, La, April (5-9).

179- Compbell, Goymer, Nancy R. (1984): *Cognitive correlates of childhood depression paper presented at the Annual Meeting of the Southeastern psychological Association Ga*, March, 28-31.

180- Conrad, Marilyn and Hannmen, Constance (1989): *Role of Mental Depression in perceptions of child Maladjustment consulting and chinical Psychology* Vol. 57n5, P.663-67.

181- Constantino, Rose Eva Bana (1989): *Nursing postvention for suicide survivors paper presented at the Annual Association of suicidology* 22nd , San Diego, CA, April 12-16.

182- Corfan, Eunice, Ed. (1979): *Mental llness in the Family Families today: A Research samples on falilies and children.* U.S. Government printing office Washington.

183- Cummings, E. Mark El-Sheikn, M. (1986): *Anorganizational Scheme for the classification of attachments on a continuum of felt security a previous of this paper was/presented at the international conference on infant studie*s, Document Centains light dot Malrix Print los Angles, (A).

184- Curvitz, S. and Kapper, Z., (1951): Techniques for and evaluation of the responses of schizophrenic and Cerebral palsied children to the children apperception Test (C.A.T) *Duart Journal of Child behavior,* 3, p.p. 38 – 65.

185- Cytryn and Mcknew (1972): Proposed Classification of childhood depression, *American Journal of psychiatry,* Vol. (119), p.p: 63-69.

186- Cytryn and Mcknew (1974): Factors in fluencing The changing Clinical expression of the depression precepsion children, *American Journal of psychiatry*, Vol. (131) 8, p. 819.

187- Cytryn L. , and Mcknew, D. (1987): Childhood depression. An update. In: Noshpitz JD (*Ed*): Basic handbook of child psychiatry. Basic Books, Inc. New York. Pp. 283-304.

188- Dansby, Virginia Second (1990): *Generation Effect of Vietnom*: Adolescent children of Cambat Veterns paper presented at the Annual Meeting of the American association for counseling and Development (Cincinati, Oh, March, 16-18.

189- Davies, W. Hobart and others (1989): *Patental psychology and child –rearing practicesin young Alcohlic Families pare presented Meetings of the Research Society on Alcoholism Greek,* Co. Hohne 10-16.

190- De Sousa (1952): *Acompasison of the responses of adjusted and maladjusted children on a thematic opperciption test*, umpublished master's thesis, Loyla Cbrcago.

191- Deutch W.F Murphy (1962): *The clinical interview* (Volume one), New York, international Universities, press, INC.

192- Dolgan, J. I. (1990): *Depression in children pediatric Annals*, 19, 45-50.

193- Dominian , Jack (1976): *Depression William Collins and Co,* Led, Glasgow London.

194- Drill, Rebecca L. (1989): Young Adult children of Divorced parents: Depression and the perception of loss *Journal of Divorce* Vol. 10n 1-2 p.169-87 fall- win.

195- Ducey, Barbara Ann (1990): *Childhood obuse and neglect as the basis of female vulnerability to adult depression: the formulation of Socio Psychoanalytic cousal model and its empirical test in agroup of divorcing Women*, proquest dissertations and hteses, section (0054), part (0622), 565 pages, ph.D united states, New York: Columbia Uni-.

196- Dudding, G. S. (1990): The assessment of Anxiety and depression in children In P. Mcreynolds, J. C. Rosen, and G. J. Chelune (*Eds*.), Advances in psychological assessment, Vol. 7, pp.133-163, New York: Plenum Press.

197- Dumas, Tean E. and others (1989)" Behavoiral Correlates of Maternal Depressive sumptomatology in conduct- *Disordes children journal of consulting and clinical psychology* Vol. 6n4, p.516-21 Ayg.

198- Eidelberg, L. (1986): *Encylopedia of psychoanalysis*, M. D., The Free Press, New York.

199- Elder, Glen, H. Jr. Capsi, Avshalom (1988): Economic Stress in lives: *Developmental perspectives Journal of Social Issues* (Vol.44n4, p.25-45).

200- Emanuael Louise (2006): *Disruptive and distresssed toddlers*: The impact of undetected maternal depression on infants and young children, infant observation, Vol. 9 (3), Dec. 2006, p.p: 249-259.

201- Emerson ,Shirley (1988): *Femal student counselors and their clients counselor Education and upper vision* Vol. 28n1, p. 15-21 Sep.

202- Epstein, Rachel Brooks (2008): *Postpartum depression and maternal ambivalence:* An integrated psychoanalytic theory, proquest dissertation and theses, section (0253), Part (0622), P. 97, united states, California: The Wright institute,

203- Esler, H (1968): *Aggressiveness, depression and alienation*, Revista de psica analysis, psiquiatriary, psice logica, 10 , 14 – 21.

204- Essau, C. A., and Ollendick, T. H. (2009): Diagnosis and assessment of adolescent depression. In S. Nolen- Hoeksema and L. M. Hilt (*Eds*.), Handbook of deression in adolescents, New York: Foutledge, pp. 33-52.

205- Fasco, Sharla Nichols (1989): *Suicidal Behavior in children*, paper presented at the Annual Meeting of the Midsouth Educational Research Association (Little Rock, AR. Nov. 4-10).

206- Fondrich, M. Chael and others (1990): *Family Risk Factors*, Parental Depression and Pschology in of spring Developmenal psychology Vol. 26n1, p40-50, Jan.

207- Frederick, Calvin J. (977): *Self- Destructive behavior Among Younger age group department of health*, Education and Welfare, Rockville, MD (1977), ADM, 77- 365.

208- Freud, S. (1917): *Mourning and Melancholianse, In Eidelberg*, L., Encychlopedia of pschoanalysis (1968): P. 27 Free press, New York.

209- Frick, P. J. Strauss, C. C., Lahey, B. B., and Christ, M. A. G. (1993): Behavior disorders of children. In P. B. Sutker and H. E. Adams (*Eds*.) Comprehensive handbook of psychopathology 2nd ed., New York: Plenum Press. Pp. 765- 789.

210- Friedman, J (1973): Depresscon Failure and Guilt, N.Y., s., *Journal of Medicine,* 73 (12). 1700 – 1707.

211- Friedmann, Mrie- Luise (1986): Family Economic Stress and unemployment: *Childs peer behavior and parents Depression child Study journal* (Vol.16n2, p.125-42).

212- Ghodsion, M. and others (1984): A. Longtudinal Study of Maternal Depression and child Behavior problems *Journal of child psychology and psychiatry and Allied Disciplino* Vol. 25 n1, p. 91-109, Jan.

213- Gilles, B. (1990): *Activety biased Recall in Children With Self reported Symptoms of depression child psychology*, Val (18), No (1).

214- Glasser, K. (1981): *Psychopathologic patterns in depressed adolescents*. Am. J. Psychotherapy, 35, 368- 382.

215- Goldberg, A. I. (1972)" The evolution of psychoanalytic concepts of depression, In Anthony E. ., Benedek T., (*EDS*): Depression and Human Existence, Little Brown and Company, Boston.
216- Greer, S. (1964): "*The Relationship between parental loss and Attempt Sucide* ", Brit J. Psychiat Vol.110, p. 698- 705.
217- Greer, S. (1966): *parental loss and Attempt Sucide Brit* J. Psychiat Vol.112, p. 455- 470.
218- Grook, Thomas and paskin, Allen (1975): Association of childhood parental loss with *Attempted suicide and depression Journal of Consueling and Clinical psychology* April 43, 2.277.
219- Hall, E. (1993): *Social emotional factors in students with Social disabilities*, New York, The Annual Convention of the National Association School Psychology.
220- Hall, Lynhe A. and others (1990): *Psychoscial predictors of Maternal Health parenting Attitude*, and child Behavior in Single parent Familes 1990 Eric, 1984- Jan. 1991 Children and Depression 289.
221- Hammen, constance and others (1990): *Relationship of Mother and child Variables to child outcome in high Risk Samples Acasual Modeling Analysis Development of psychology* Vol. 26, p. 24-30 Jan.
222- Hammouda M.A, Al Madany, A.M, Bahary, M.H, omang M., Saeed M (1990): *prevalence of depression omon Egyption adolescents in a rusal Sample*. Egyption med. J. 7: 616- 623.
223- Harrengton, R. (1993): *Depressive disorders in childhood and adolescence.* John Wiley and Sons Ltd. Chichester.
224- Harrington, R. Rutter, M. Weissman, M. M., et. al, (1997): Psychiatric disorders in the relative of depressed probands 1 comparison of perubertal, adolescent and early adult onest cases. *Journal of Affective Disorder*, 42 (1), 9-22.
225- Harris, Francise C. Ammerman T. (1986): *Depression and suicide in children and Adolescents*. Education and Treatment of children Vol. 9 n4, p. 334-43 Nov.

226- Hart, S.L (1991): *childhood depression: Implications and options for school counselors and optins for school counselors Elementary school Guidance and Counseling*, 25, 277- 289.
227- Hartman, H. (1939) *Ego psychology and the problem of adaptation*, New York, Int. Uni. Press.
228- Hayslip, B. and Panek (1989): *Adulte development and aging*. NewYork: Harper and Row.
229- Herman; Reinke; Parkin, Traylor and Agarwal, G. (2009): *Childhood depression: Rethinking the role of the school psychology in the schools*, 46, 433-446.
230- Hinz, Barbara (2006): *The internal struggle of a replacement child between fearful quilt and the perceived maternal depression*, Vol. 36 (128), p.p. 461-478, German.
231- Hodges, William F. Bloom, Bernard L. (1984): Parent's Repot of children's Adjustment to Marital separation A longitudinal Study. *Journal of Divorce* Vol. 8 n1, p. 33-50 Fall.
232- Holiday E. and Edwin E. Wagner (1992): Stability of unusal verbalization on the Rorschach for out patients with schizophrenia *Journal of clinical psychology*, Marsh , Val . 48, no 2.
233- Homann, Erika Frances (1997): *Intergenerational transmission of depression:* Attachment, affect regulation and separtation-individuation, proquest dissertations and theses, Section (0127), Part (0622), p. 201, ph.D, united states, Michigan.
234- Horrington. R (1993): *Depression disorders in childhood and odolescence John Wiley and Sons Ltd*. Chichester.
235- Howarth (1964): parenetal loss in children as Neflected in projected responses, *Journal of profective techniques*, 28 (1): 37 – 45.
236- Huntley, Debra K. and others (1986): Depression in children from single –*parent Families Journal of Divorce* Vol. 10n 1-2 p. 153-61 Fall-win.

237- Hyman, Irwin A. Zelikof, Wendy (1987)": *Psychological abuse in the schools Ahoverview paper presented at the Annual Meeting of the National Association of school Psyvchologist* (New Orleans La, March 4-8).

238- Ingram, R. (1994): *Treatment of the child with Emotional confilict,* second edition, New York, Mcoraw Hill Book company.

239- Jacobson, E. (1971): *Depression*, New York, Int. Uni. Press.

240- Jakobczuk, Marria Rose (1990): *Death of a parent in childhood and Adult Depression Doctoral paper Biola*, Universty.

241- James, H. Toolan (1962): *Depression in children and adolescents,* American of or thopsychiatry, Vol. (33), pp. 404-474.

242- John Pearce (1977): Depressive disorder in childhood, *Journal of child psychology and psychiatry*, Vol. 18, pp.79-82.

243- Joorman, J. , Eugene, F., and Gotlib, I. H. (2009): Parental depression: Impact on offspring and mechanisms underlying transmission of risk In S. Nolen- Hoeksema and L. M. Hilt (*Eds*.), Handbook of depression in adolescents pp. 441-472, New York: Routledge.

244- Juhan Gary W. (1980): Children of Divorce on the college compus southern college *personanal Association Journal* Vol. 2, p. 14-20.

245- Kaplan, H. I.; Sadock, G. J. and Grebb, J. A. (1994): *Synopsis of psychiatry Behavioral sciences clinical psychiatry*. 7th edition, New York: Williams and Wilkins.

246- Kashani JH, Husain A., Shekim WO, Cytryn L., Mcknew DH. (1996): *Current perspectives on childhood depression*: An overview. Am J. Psychiatry, 138,: 143-152.

247- Kashani, J. H., Allan, W. D., Beck, N. C., Bledose, Y., and Reid, J. C. (1997): Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *Journal of the American Academy of child and Adolescent psychiatry*, 36, 1426-1433.

248- Kashani, Javad H. and others (1989): levels of Hoplessness in children and Adolescents. *Adevelopmental perspective journal of clinical psychology* Vol. 57n4, p. 496-99 Aug.

249- Kashani. J H, McNaul. J. P (1996): Mood disorders in adolescents. In Wiener. J (*Ed*): child and adolescent psychiatry: A Comprehensive textbook Baltimore Williams and Wilkins, pp 343 – 385.

250- Kaslow , N.J., Doepke, K.J., and Racusin , G.R. (1994): Depression in V.B.Von Hasselt M. Hersen (*Eds*), Advanced abnormal Psychology (pp 235 – 252). New York: Plenum press.

251- Kazdin Alan E. , and others (1983): Hoplessness Depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed Impatient children, *Journal of Consulting and Clinial psychology*, Vol. 51 n4, p. 405-10 Aug.

252- Kent, L., Vostanis, P., and Feehan, C. (1997): Delection of major and minor depression in children and adolescents evaluation of the mood and feelings and questionnaire *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 565-573.

253- Kershner, J. G., and Vella, D. D. (1992): Children of depressed mothers: Family interaction and risk In S. Meizitis (*Ed*), Creating alternatives to depression in our schools: Assessment, intervention, prevention pp. 67-81.

254- Khalil, A. H., Mansour, M. El Awody M., Shaheen, MW., (1998): *Psychiatric morbidity in preparatory school girls* J. Current psychiatry.

255- Klein, M. (1940): *Mourning and its relation to manic-depressive ststes in contributions to psychoanalysis*, 1921- 1945 Klein (1948) London, Hograth Press and the institute of psychoanalysis.

256- Klerman, G. L., and Weissman M. M. (1989): *Increasing rates of depression journal of the American Medical Association*, 261k, 2229-35.

257- Kochanska, Grazyna and others (1987): Episodes Between well and Affectively ill Mothers and their young children. *Journal of abnormal child psychology* Vol. 15 n3, p. 441-56, Sep.

258- Kolvin. I, Barrett. Ml, Bhate. SR, Berney. Tp, Famuyiwa oo, Fundudis. T, Tyres. S (1991): *The New Castle child depression project:* Diognasis and classification of depression Br. J. psychiatry, 159: 9- 21.

259- Kovacs, Akiskal H.S, Gatsonis C, Parrone p.l (1994): *childhood onset dysthymic disosdes:* clinical features and prespective naturaustic outcome. Arch. Gem. Psychiatry, 51: 365 – 374 outcome. Arch. Gen. Psychiatry, 51: 365 – 374.

260- Kovacs, M. (1997): Depression disorders in childhood: An impressionistic Landscape, *Journal of child psychology and psychiatry*, 38, 287-298.

261- Kovacs, M. et. al, (1989): *Depression disorders in comorbidity with and risk for anxiety disorders*, Archives of general psychiatry. 46, 776- 782.

262- Kuczyhski, Leon and others (1989): *Development of children's Non- Compliance strategies from Toddlerhood to Age 5 paper presented at the society for research included Development* Apr. 27-30.

263- Lane, Christopher and Berry Elizabeth (1983): Motivational Dificit in childhood depression and Hyperactivity *Journal of clinical psychology* Vol. 39 n4, p. 523-31 Jul.

264- Larsson, B., and Melin, L (1992): *prevalence and Short – Term Stability of depressive symptoms in School children Acta psychiatrica Scandinavica*, 85, 17-22.

265- Lefkowitz, Marnoe and Testing Edward (1984): *Rejection and Depression Prospective and Contemporareaus Analysis Developmental psychology* Vol. 20n5, p. 776-85 Sep.

266- Lehmkuhl, G. , Walter, D. and Lehmkul, U. (2008): *Depressive disorders in children and adolescents. Bundesgesundheitsb Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, (51), 399-405.

267- Leitenberg, Harold and others (1986): Negative Cognitive Errors in children questionnaire development, Normative Data, and comparisons Between children with and without self- reported symptoms depression, low self –Esteem, and evaluation Anxiety , *Journal of Consulting and clinical psychology* Vol. 54n4, p. 528-36.

268- Lester, D. and Abdel khalek, A. M. (1998): Suicidality and personality in American and Kuaiti Students. *International Journal of Social psychiatry*, 44, 280-283.

269- Lewin, E. D. (1961): *Reflection on depression the psychoanal study*, child, 7, pp. 321-331.

270- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H. , and seeley, J. R. (1997): Depression- related psychosocial variables: Are they specific to depression in adolescents? *Journal of Abnormal psychology*, 106, 365-375.

271- Lippaman Hyman (1962): Depression in children and adolescents, *American Journakl of orthopsychiatry*, Vol. 32, pp. 404-474.

272- Lippaman Hyman (1962): *Treatment of the child with Emational Conflict*, Second edition, New York, MC Craw Hill book Company.

273- Livingston, Ritchard (1985): Depressive illness and learning Difficulties Research needs practical implications. *Journal of learning Disabilities* Vol. 18n9, p. 518-20 Nov.

274- Lorenz, Frazen Fraziska (2008): *Psychodynamics of postpartum depression*, Analytische kinder-und jugendilichen psychotherapie, Vol. 39, (140), p.p: 473- 497.

275- Lucas, Christopher L. (2004): *Anger and depression in the father relationship, proquest dissertation and theses*, section (0005) , part (051) p-121, ph.d united states, Alabama: The University of Alabama at Birmingham

276- Macloyd, Vonnie and Wilson, Leon (1990): *Maternal Behavior, social support, and Ecommic conditions predictors of Distress in children*, New Directions for child Development n46-96.

277- Mark, R. Dadds; Matthew R. (1992): Children and Conduct disordes, *Journal of abnormal psychology*, Vol. 101, No. 3.
278- Martyniuk, Jays (1987): Depression and suicide in childhood. *Journal 1983 thraugh* April 1987 National Library of Medicine literature search No.87-5.
279- Masi G., Favilla L., Mucci M. (1998): *Depressive disorders in children and adolescents.* Europ J. Pediatric. Neurology 2: 287-295.
280- Mcguire, Kent Allen (1990): *Adult children of Divorce curative Factor of support Group therapy*. Research paper for Doctor of psychology Degree, Biola university, California.
281- Mcgurley, Elizabeth and others (1988): Cognitive Altributes of Depression in children and Adolescents. *Journal of Consulting and clinical psychology* Vol. 56n6, p. 903-08, Dec.
282- Mclanahan, Sara S. (1984): *Single Mothers and psychological well- being A Test of the Sttress and Vulnerability Hypatheses Oct*. Accession No. ED 257585.
283- Mcleod, Johne. Dennell (1987): *childhood parental loss and Adult depression:* An Evluation of psychoanalytic, Attachment and Socialogical Theories, proquest dissertation and Theses, Secteion (0127), Part (06), 28 pages, ph, D. United States Michigon, University of Michigan.
284- Mcnichols, A (2013): *Low self Stem, Gender and Defense Mechanisms among depressive disorders doctoral dissertation*, The Faculty of The Adler School of professional Psychology, UMI.
285- Menninger, K. A., (1938): *Man Againts Himself*, New York, Harcourt, Brace and Comp.
286- Michell J, McCuley E, Burke p, Moss SJ (1988): *phenomenology of depression in children and adolescents*. J. Am A cad child. Adoles cent Psychiatry. 27:12- 20.
287- Miezitis S. (1992): Depression in tehe school: An unmet challenge. In S. Miezitis (*Ed*.), creating alternatives to depression in our schools, Assessment, inter vention, prevention. Pp. 1- 5.

288- Monnoni, M. (1970): *The child, His illness and the other*. London: Tavistock.
289- Monroe, S. M. Rohde, P., Selley, J. R. et. al, (1999): Life events and depression id adolescence: Relationship loss as a porspective risk factor for first onset of major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 108 (4), 606-14.
290- Mulhern, Raymondk. (1999): *physical distress and depressive Symptom logy among children* with cancer children's realth care, Vol (23), No (3).
291- Munoz, R. E. (1987): Depression prevention research: Conceptual and practical consideration In R. E. Munoz (*Ed*) Depression prevention Research directions New York: Hemisphere publishing Cor. pp. 3-25.
292- Muris. p, and Mrsckel bach, H.(2001): *Anxiety and depression as Correlates of self Reported behavioural inhibition in normal adolescents behavior*, vol (39), No (9).
293- Musick, Judith S. and others (1979): *International patterns of schizorenic depressed and well Mothers and their young children.* Annual Meeting of the Amernican psychologyical Association 87 in New York, N4, September, 1-5.
294- Myers, D. G. (1995): *Psychology New York*: Publishers (4th ed).
295- Naida, R (2008): *childhood depression, Doctor of philosophy Faculty of Arts*, university of Zululand.
296- National Institute of Mental Health (1979): *Causes, Detection and treatment of childhood depression NIMH*, Washington, D.C.
297- Nelms, Barbara Crew (1985): *Acomparisom of chronically and Non-ill school age children of Measures of Embathy*, Emotional Responsivenes, Depression Aggression and self concept As Ma, Angles (0031) Degree: phd.
298- Nevid, J. S. , Rathus, S. A., and Green, B. (1997): *Abnormal psychology in achanging world* (3re ed) New Jersey: Prentice Hall.

299- O Connell, Karen Grace (1985): Self- Perceived levels of depression anxiety, and self – image in the severly burned a dolescent. Boston Collegel (0016) Degree. *Phd* publication No. AAC 8522270.

300- parker, G (1979): parental deprivation and depression and depression in non – clinical group. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 13, 51 – 56.

301- Patros, Philip G. and Shamoo. Tonia K. (1985): *Children's suicidal behavior*. Paper presented at the Annual meeting of the National Association of school psychologists 17th , Las Vegars, N. V., April, 8-12.

302- Paulson, Morris and others (1987): *Suicide potential and Behavior in children Age* 4-12 Children Suicide and life-Threatening Behavior Vol. 8 n4, p. 225-42 Win.

303- Paykel, E. S. (1995): *Clinical Efficacy of reversible and selective inhibitors of monoam in oxidase A in Major depression*, Focuson depression and Anxiety 6 (3), p. 58-59.

304- Pedke, Yarrow. Mariam and others (1985): *Patterns of Attachment in two –and three year old in normal families and Families with parental depression.* Child development, Vol. 56 n4, p884-93.

305- Pendleton, Vicki Mitchell (1980): *Emotional Development and Delay The child in the context of the school Environment*. Paper presented at a Topicol Conference of te causal for expertional children (Minneapolis, MN. Augast, section Meeteing N1).

306- Philipe Irving (1979): Childhood depression: Intepersonal interactions and depressive phenomena American *Journal of psychiatry* Vol. (136) (4-74) p.p: 575-577.

307- Poznanski E.O. (1982): T*he clinical phenomenology of childhood depression Am* . J. orthopsychiatry. 52:308 – 313.

308- Poznanski, Elva O. and others (1979): *Depression Rating Scal for children pediatrics* Vol. 84 n4, p. 442-50, Oct.

309- Poznaski, E., and Zrull, J. (1970): "*Childhood depression" In: Depression in Young people*. Michael, Carroll, Peter

310- Poznaski, E.O (1982): *The clinical Phenomenology of childhood depression Am.* J. orthopsychiatry. 52: 308 – 313.
311- Radin, Norma and Goldsmith, Rena (1985): *Effects of unemployment on Fathering this project was also supported by a grant from the division of Research Development and Administration University of Michigan*.
312- Rao, U. , and Chen, L. A. (2009): *Characteristics, correlated,* and outcomes of childhood and adolesont depressive disorders, Dialoques of clinical Neuroscience, 11, 45- 62.
313- Rause, Beatrice A. and others (1973): *Adolescents stress levels*, coping activities and father's Drinking Behavior Aug. Accession Number ED, 0762506.
314- Rehm, L. P., Gordon- Leventon, B., and Ivens, C. (1987): Depression in C.L. Frame and J. L. Matson (*Eds*.), Handbook of assessment in childhood psychopathology , New York: Plenum press, pp. 341-371.
315- Resenhan, D. L. , and Seligman , M. E. P. (1995): *Abnormal psychology (3re ed) New York*: w.w. Norton and Comp.
316- Richters, John and Pellegrini, David (1989): *Depressed Mothers Judgemtns about their children.* An Examination of the Depression- Distortion Hypathesis child Developmen Vol. 60 n5, p. 1068-75 Oct.
317- Rie, H. E. (1966): *Depression in childhood journal American*, Acadmic, child psychiatry (5) pp.753-685.
318- Rieley, J (2003): *the Relation parental warmth and parental pressure To Achieve With Adolescent depression and Anxiety In china, Master of Science,* Faculty of Graduate, school, Maryland university.
319- Rodriguez, C. M. (2003): Potential Affects on child depression and Anxiety, *Journal of Marring and family*, Col. 65, p. 4.
320- Roeckelein, J. (1999): *Dictionary of theories, low and Concepts in psychology*, London, Greenwood press.
321- Rosenhan, D.L., and Seligman, M. E.P (1995): *Abrornal Psychology* (3 rd ed). New York: W.W.Norton and Comp

322- Rudolph, K. , Flynn, M. and Abaied, J. (2008): Adevelopmental perspective on interpersonal theories on youth depression. In J. R. Z. Abela and B. L. Hankin (*Eds*.), Handbook of depression in children and adolescents, pp.79-102, New York: Guilford press.

323- Rulter, M. (1986): The development Psychopathology of depressive in M. Rutter, C.E. Izart and p. B Read (*Eds*), Depression in Young people: Development and Clinical perspectives. New York: Guilford press.

324- Rustin, Margaret (2010): *The psychology of depression in young adolesncents:* A Psychoanalytic view of origins, inner workings and implications, psychoanalytic psychotherapy journal, Vol. 23 (3), Sep. 2009, PP.213-224.

325- Rutter, M (1986): The development psychopathology of depression. In M. Rutter, c E. I zard and p. B Read (*Ed*.), depression in Young people: developmental and clinical perctives New York: Guilford press

326- Rutter, Michael (1990): *Commentary*: Some focus and process considerations regarding effects on parental depression of children developmental psychology Vol. 26n1, p. 60-67.

327- Ryan, N.D, Puring, Antich J, Ambosini. P, Rabinovich. H, Robinson.D, Nelson.B, Iyengar.s, Twomey J. (1987): *The clinical picture of major depression in children and adelescens*. Arch Gen. Psychiatry 44: 854 – 861.

328- Safran, Stephen P. Lehman, Cynthia J. (1987): Suicidal behavior in preadolescent children: A Growing concern –*B.C. Journal of special Education* (Vol.11n 1, p.17-22).

329- Sanders, M. R., Dadds, M. R. Johnstom, B. M., and Cash, R. (1992): childhood depression and conduct disorder: I – Behavioral, affective and cognitive aspect of family problem-solving interactions. *Journal of Abnormal psychology*, 101, 495-504.

330- Sandler, J. and Joffe, W. (1965): *"Notes on childhood depression in In "Depression in Young people" By Michael*, Carroll, Peter (1985).

331- Saylor, Conway. Fleming and others (1984): Construct validity for measuses of childhood depression Application of Multitrait Mutimethood Methodology *Journal of Consulting and Clinial psychology* Vol. 52 n6, p. 977-85, Dec.

332- Schaughency, Elizabeth A. Laley, Benfamin B. (1985): Mother's and father's perceptions of child deviance: Roles of child Behavior, parental depression and Marital Satisfction. *Journal of Consulting and Clinical psychology* Vol. 53 n5, p.718-23 Oct.

333- Scheidman, E. S. Farbrow N. L. and Litman R. L (1970): *Psychology of suicide New York*. Science House.

334- Seaton, David Charles (1993): *Child – rearing characteristics and their influene on the developmental manifestation of childhood depression, proquest dissertation and theses*, section (0444), part (0622), p. 142, ph.D, united states, California.

335- Segal, Julius and Segan Zelda (1985): *My children need their children PTA Today* Vol. 10 n4, p. 4-6 Feb.

336- Semrud , Clikeman, M., and Hynd, G.w (1991): *Review of issues and measures in childhood depression school psychology international*, 12, 275 – 2398.

337- Shafer D. (1986): Developmental factor in child and adolescent suicide in: Rutter M., Izard CE., Read PB., (*Eds*): Depression in young people: developmental and clinical perspectives. New York, Guilford press, pp. 383-398.

338- Show, K. (2004): *Emotional Support from parents early in life*, aging and health, university of New York, U.S.A

339- Simonds, John F. (1975): Hallucinations in Non- Psychotic children and adolescents *journal of youth and adolescence* 4l 171-85 June.

340- Son, E. S. and Kirchner, J. T. (2000): *Depression in children and adolescents, The America Academy of Family and physicians*, 62 (10), 2297- 2308.

341- Spencer, T., Biederman, J., and Wilens, T (1999*): Atetention – deficit hypenactivity disorder and Comorbidity*. Pediatric clinics of North America, 46 (5), 415 – 927.

342- Spirito, Antony and others (1983): *The Pelationship between social skills and depression in Adolescent suicide Attempers*. Paper presented at the annual Meeting of the Association for Advacement of Behavior therapy (Hauston November 4-17).
343- Spitz, R. A. (1964): *Analitic Depression, Psychoanlytic study of the child*, 2: 312-42, Hogarth Press, London.
344- Spitz, R., and Wolf, N. (1946): *Anactitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. II Psychoanal, Study, Child, 2, p.313.
345- Stevensen, M (1952): Some Emational Problems of or phanage children Oardian *Journal of psychology* (6) p.p 179 – 182
346- Swadi, H. (1998): *Self reported depression symptoms psychiatry*, 9: 13- 18.
347- Swadi, H., and Issam (1998): *Significant depression symptoms in a community sample of UAE Teenage girls*. Arb J. psychiatry 9: 19- 26.
348- Timberlake, Elizabeth M. (1976): Aft*er abuse child patherns and social work intervention published in social thought Accession* No.ED, 161775.
349- Vencenzi, Harry (1987): *Depression and reacting ability sixth grade children of school psychology* Vol. 25n2, p. 155-60 Sum.
350- Vivona, Jeanine M. (1996): S*uicidal ideation, object relation*, and early experiences: An investigation using structural equation modeling, proquest dissortations and theses, section (0118), part (0622), 114 pages.
351- Wahied, R. M.A (2002): *Behavioral and emotional preblems omong under achievers in primary School Children.* Master Degree, Faculty of Nasing, Alexandria, University, Egypt.
352- Walfe, L. (2001): *Family resilience and parental love,* Contributos to Vriation on child depression scores in divorced families. A.A.I. Val (62).
353- Weininger, otto (1990): From the Fast to the past lane to what? International *Journal of early childhood* Vol. 22n1, p. 43-58, Jun.

354- Weller, E. B., Weller, R. A., Rowan, A. B., and svadfian, H. (2002): Depressive disorders in children and adolescents In Lewis M (*Ed*) Child and adolescent psychiatry: A comprehensive textbook third ed. Lipincott Williams and wilkins, philodelphia, pp.767-781

355- Wells, V. E., Deykin, E.Y, and Klerman, G.L(1985): *Risk foctors for depression in adolescence psyehiatric Development*,3 (1), 85 – 108.

356- Wicks, Nelson, R., and Israel, A. C. (2000): *Behavior disorder of childhood*, New Jersey: Prentice Hall.

357- Wilson, G.T, O,leary, K.D, and Nathan, P.E (1992): *Abnormal psychology*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice Hall.

358- Windaus, Eberhard (2007): *Psychoanalytic treatment of 15 years-old depressive, kinder analyse,* Vol. 15 (4), Oct. pp.344-363.

359- Witeson, O'Leary, K.D. and Nathon, P.E (1992): *Abnornal Psychology*. New Jersey, Englewood Cliffs: Prentice Hall.

360- Wolchik, Sharlene A. and others (1988): *Translating Empirical Findings into an intervention for children of Divorce paper presented at the Annual Meeting of the Amercian Psycholoical Association* 96th, G.A. August. 12-16.

361- Wolf, Vicky V. and others (1987): Negative Affectivity children: Amultitrait – Multimethod Investigation *Journal of Consutting and Clinical Psychology* Vol. 55n2, p. 245-50 Apr.

362- Wolman, B. B. (1073): *Dictionary of Behavioral Science*, New York: Van Nostrand Reinhold Co.

363- Workman (2009): *Cognitive – Mediated Model of child social Anxiety and depression, Doctor of Philosophy*, faculty of the graduate school, university of North Corolina.

364- World Health organization (1993): *The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: WHO.

365- Yates, A (1987): Current status and future directions of research on the Amereican Indian child. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1135- 1142.

366- Zahn, Waxler, Carolyn and others (1984): *Ltruism, Aggression*, and Social Interaction in young children with a manic Depressive Parent child development Vol. 55 n1, p. 112- 22 Feb.

367- Zarate, C. A., Tohen. M. (1996): Epidemiology of mood disorders throughout life cycle. In: Shulmon K., Tohen M., Kutchers (*Eds*.): Mood disorders across life span. Wiley less, Inc. pp. 17-33.

368- Zisook, Sideny and Lyons, Lucy (1990): Bereavement and unresolved Grief psychiatric outpatients. Omeya, *Journal of Death and Dying* Vol. 20n4, p. 307-22.

Abstract

This study is intended to high light depression phenomenon among children from the psycho-analytic perspective, the identify the real causes of its prevalence, and their psychological structure, by applying on a Sample of children (n, 3), aged between 7-9 years, (2) Females and (1) male, by using the tests: C.D.T test; K.F.D Test; C.A.T Test; Rorschach test, and clinical interview based on free associations by Deutch and Murphy.

The study concluded the following:

There is a disturbed psychological structure among the children suffering depression, whether in perceiving the reality in a disturbed nature, extreme preoccupation in fantasy as a substitute of satisfaction moreover, suffering cute depression, psycho-somatic disorders, conduct disorders, self –image disorder, body-image disorder, feeling of inferiority, unaccepted parents, bad socialization, feeling of prejudice, poor emotional and social maturity, reluctance of communicate with others, tendency to a void the reality for being disappointing, painful, and unsatisfactory, within a dangerous, unsafe and unstable environment, suffering from separation, loss of the object relation anxiety, castration Anxiety, Future Anxiety, Death Anxiety, fear of punishment, and annihilation, feeling of constraint, inability and control by parental models.