وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة مُحَمَّد بوضياف – المسيلة –

كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي :2025/57

رقم التسجيل (1) :202035075614 رقم التسجيل (2) :202035071401

الشعبة : علم النفس التخصص : علم النفس العيادي

المعاش النفسي لدى زوجات مدمني المخدرات

" دراسة حالتين في ضوء نموذج بيدينيلي في مدينة بوسعادة "

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة الماستر

❖ من إعداد الطالبتين :

- لعيطر صبرينة
- لقصير بشرى

إشراف الدكتورة :

حيمر الكاملة

السنة الجامعية : 2025/2024

شكر وتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأزكى التسليم

في ختام هذه الرحلة الأكاديمية التي حملت في طياتها الكثير من المعرفة والكثير من التغيرات و التحديات، نتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير لكل من كان جزءا في هذه الرحلة، لكل من كان سندا، لكل من آمن بنا وبقدراتنا، لكل من منحنا دفئ الكلمة ولين المشورة، إلى الأهل والعائلة جزاكم الله عنا خيرا، إلى صداقتنا التي جعلتنا نقف كتفا إلى كتف، جعلتنا نتجاوز كل صعب وحدّت الفكر قبل المشاعر فالحمد لله على النعمة

إلى أستاذاتنا اللاتي لطالما نظرن إلينا بعين دعم، باحتواء لفكرنا وتفاؤل بمستقبلنا، إلى مشرفتنا المحترمة الأستاذة حيمر الكاملة جزاك الله كل خير.

نخصص شكرنا للأخصائية مريم عبد اللاوي مثال العطاء اللامحدود والاحتواء والتي نلمس أثرها في تكويننا لإجراء اختبار mmpi2جعلها الله في ميزان حسناتها

إلى دكتورتنا فاطمة الزهراء بوعلاقة والتي نعتبرها شجرة علم ومعرفة جعلنا الله من ثمارها الطيّبة أثرها يظهر في تكويننا العيادي

يظهر في جانب المختص النفسي بداخلنا والحس العيادي التحليلي التي عملت على تنميته بداخلنا

إلى كل قريب و بعيد داعم مساهم في هذا العمل، كل باسمه ومقامه، إلى كل من لم نخصص لهم كلمة لكن لهم في ذاكرة القلب أمكنة

بداية الشكر بسملة وختامه الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

بشرى و صبرينة

الإهداء

نهدي عملنا هذا عرفانا وامتنانا إلى تخصصنا الذي فتح لنا المجال أن نتعلّم كيف نرى ما وراء الظاهر

وأن نصغي لما لا يقال

أن نرى الإنسان بعين فهم لا حكم

إليك أيها التخصص الإنساني النبيل نهديك عملنا هذا

ونعدك بأن نظل ما حيينا أوفياء لجوهر رسالتك

شاكرين لك جمع صداقتنا تحت جناحك...لك منا كل الحب والانتماء والفخر بأننا نعد جزءا منك

بشرى و صبرينة

فهرس المحتويات	رقم الصفحة
شكر و تقدير	
الإهداء	
ملخص الدراسة باللغة العربية	
ملخص الدراسة باللغة الانجليزية	
فهرس الجداول	
فهرس الأشكال	
مقدمة	**أ- ب**
الفصل الأول : الإطار العام للدراسة	**3**
1. إشكالية الدراسة	5
2. فرضيات الدراسة	7
3. أسباب اختيار موضوع الدراسة	8
4. أهداف الدراسة	9
5. أهمية الدراسة	9
6. تحديد مفاهيم الدراسة	10
7. الدراسات السابقة	11
8. التعليق على الدراسات السابقة	15
الفصل الثاني : الإطار النظري	**16**
- **المحور الأول :المعاش النفسي**	17
تمهيد	18
01. تعريف المعاش النفسي	19
02. محددات المعاش النفسي	20
03. أنواع المعاش النفسي	21
04. أبعاد المعاش النفسي :	21
1.4- القلق	21
2.4- الاكتئاب	27

3.4- تقدير الذات	33
4.4- استراتيجيات المواجهة	38
خلاصة	47
- المحور الثاني : الإدمان على المخدرات	**48**
تمهيد	49
1-تعريف الإدمان على المخدرات	50
2-مراحل الإدمان على المخدرات	52
3-أنواع المخدرات	53
4-الأسباب و العوامل المؤدية إلى الإدمان على المخدرات	53
5-المقاربات النظرية المفسرة للإدمان على المخدرات	55
6-الآثار الناجمة عن إدمان المخدرات	58
7-علاج الإدمان على المخدرات	59
خلاصة	62
الفصل الثالث : الإجراءات الميدانية للدراسة	**63**
1. منهج الدراسة	65
2. حدود الدراسة	65
3. عينة الدراسة	66
4. الأدوات المستخدمة في الدراسة	66
الفصل الرابع :عرض حالات الدراسة	**69**
01. نتائج تكميم المقابلات	71
02. عرض نتائج الحالة الأولى حسب نموذج بيدينيلي	75
03. عرض نتائج الحالة الثانية حسب نموذج بيدينيلي	108
الفصل الخامس : مناقشة نتائج الدراسة	**132**
خاتمة	138
قائمة المصادر و المراجع	140
قائمة الملاحق	

فهرس الجداول و الأشكال

أولا- فهرس الجداول

رقم الجدول	المحتوى	الصفحة
جدول(1)	يمثل نتائج المقاييس الأساسية لاختبار MMPI-2" الحالة_براءة_"	81
جدول(2)	المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البرانويا	84
جدول(3)	المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهوس الخفيف	84
جدول(4)	المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الاكتئاب	85
جدول(5)	المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الفصام	87
جدول(6)	يوضح الاستراتيجيات التي تم استخدامها من قبل الحالة الأولى (براءة)	91
جدول(7)	يوضح الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكلة و المركزة حول الانفعال التي تم استخدامها من قبل الحالة الأولى (براءة).	93
جدول(8)	يمثل نتائج المقاييس الأساسية لاختبار MMPI-2 " الحالة- فريدة-"	114
جدول(9)	يمثل المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الفصام	116
جدول(10)	يمثل المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا	117
جدول(11)	يمثل المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهوس الخفيف	118
جدول(12)	يمثل نتائج استراتيجيات المواجهة المستخدمة	121
جدول(13)	يمثل توزيع استراتيجيات المواجهة المستخدمة	123

ثانيا- فهرس الأشكال

رقم الشكل	المحتوى	الصفحة
شكل(1)	يمثل نتائج تكميم مقابلات الحالة الأولى _براءة_ في أعمدة بيانية	71
شكل(2)	يمثل نتائج تكميم مقابلات الحالة الثانية _فريدة_ في أعمدة بيانية	73

فهرس الملاحق

رقم الملحق	المحتوى
ملحق (1)	تصريح شرفي الطالبة "صبرينة"
ملحق(2)	تصريح شرفي الطالبة "بشرى"
ملحق(3)	دليل المقابلة النصف موجهة
ملحق(4)	مقياس استراتيجيات المواجهة
ملحق(5)	الصفحة النفسية للحالة الثانية –براءة–
ملحق(6)	الصفحة النفسية للحالة الثانية –فريدة–

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على المعاش النفسي لزوجات مدمني المخدرات من منطلق متغيرات القلق والاكتئاب وتقدير الذات وكذا استراتيجيات المواجهة، عبر المقابلة النصف موجهة ومقياسي mmpi2 واستراتيجيات المواجهة لLazzarus & Folkman وقد تم ترجمة المقياس الأخير من قبل الباحثة آيت حمودة.

اتبعت هذه الدراسة المنهج العيادي القائم على تقنية دراسة الحالة وفق نموذج Pedinielli، حيث تمثلت مجموعة الدراسة في زوجتين لمدمني مخدرات تم اختيارهم بطريقة قصدية تراوحت أعمارهم ما بين 26سنة و43سنة. أسفرت نتائج هذه الدراسة عن:

-إدمان الزوج على المخدرات يحدث تأثيرا سلبيا مباشرا ومتعدد الأوجه واضطرابا شاملا على المعاش النفسي لزوجته

-مستوى قلق مرتفع لدى زوجات مدمني المخدرات كسمة بنيوية بارزة

-مستوى اكتئاب متفاوت من متوسط إلى حاد لدى زوجات مدمني المخدرات ورغم هذا التفاوت إلا أن الاكتئاب حاضر كمكون رئيس في البنية النفسية لديهن

-وجود تباين واضح على مستوى تقدير الذات لدى زوجات مدمني المخدرات بين التدني الواضح والمتوسط كانعكاس للفروق الفردية وطبيعة سيرورات التكيف التي تعتمدها كل زوجة وكذا المحددات العلائقية

-تتميز استراتيجيات المواجهة لدى زوجات مدمني المخدرات بالتصلب، وذلك بهيمنة الاستجابات الانفعالية مع غياب المرونة والتفكير الحلولي

-تقع الصفحة النفسية لزوجات مدمني المخدرات حسب اختبار MMPI 2 في نطاق اللاسواء، بصفحة ذهانية مؤكدة ذات تموضعات زورانية واضطهادية

الكلمات المفتاحية:المعاش النفسي _ زوجات مدمني المخدرات _ دراسة حالة _ نموذج Pedinielli.

Study Summary:

This study aimed to explore the psychological experience of wives of drug addicts through the variables of anxiety, depression, self-esteem, and coping strategies. The tools used included a semi-structured interview, the MMPI-2, and the coping strategies scale developed by Lazarus & Folkman, the latter of which was translated by the researcher Aït Hamouda.

The study adopted the clinical methodology based on the case study technique following the Pedinielli model. The sample consisted of two wives of drug addicts, selected intentionally, aged between 26 and 43 years. The results of the study revealed the following:

-A husband's drug addiction produces a direct and multifaceted negative impact, leading to a pervasive disturbance in the wife's psychological experience.

-A high level of anxiety was found in the wives of drug addicts, appearing as a prominent structural trait.

- A varying level of depression ranging from moderate to severe was observed. Despite this variability, depression remains a core component in their psychological structure.

-A clear disparity in self-esteem levels was noted, ranging from significantly low to moderate, reflecting individual differences and the nature of coping processes and relational determinants used by each wife.

- The coping strategies of the wives were characterized by rigidity, marked by dominant emotional responses and a lack of flexibility and problem-solving thinking.

- According to the MMPI-2, the psychological profiles of the wives of drug addicts fall within the pathological range, displaying a confirmed psychotic profile with paranoid and persecutory features.

Keywords: Psychological experience – Wives of drug addicts – Case study – Pedinielli model.

مقدمة:

تعد ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر النفسية والاجتماعية التي يشهدها العصر الحديث، لما لها من تداعيات سلبية عميقة تمس الفرد ومحيطه على حدّ سواء. فالإدمان، باعتباره حالة مرضية معقدة يؤثر على دماغ المدمن كما يحدث تغيرات وتحولات جذرية في أنماط سلوكه وتفاعلاته الاجتماعية. وقد ينشأ السلوك الإدماني نتيجة تراكم ضغوط الحياة والمسؤوليات المتراكمة على عاتق الشخص وعجزه على مواجهتها، الصراعات الداخلية التي يعجز عن التعامل معها كما قد يكون بدافع التجربة والفضول لينزلق تدريجيا إلى حلقة مفرغة من الاعتمادية الجسدية والنفسية على المادة المخدرة، غالبا دون وعي أو إدراك لخطورة العواقب.

إن انتشار الإدمان على المخدرات لم يعد مقتصرا على فئة عمرية أو اجتماعية محددة، بل بات يطال مختلف شرائح المجتمع، بما في ذلك فئة الأزواج. وهنا تتسع دائرة التأثير لتشمل أفراد الأسرة، خاصة الزوجة التي غالبا ما تكون الأقرب إلى المدمن والأكثر تضررا من سلوكياته.فالزوج، بصفته الحامي و المعيل الأساسي والمكوّن المحوري في بنية الأسرة، يتحول بفعل إدمانه إلى مصدر تهديد للاستقرار النفسي والاجتماعي داخل المحيط الأسري. وينعكس ذلك على الزوجة بشكل مباشر، فقد تجد نفسها أمام ضغوط مزدوجة: من جهة مواجهة الواقع النفسي والسلوكي المعقّد لزوجها، ومن جهة أخرى تحمّل أعباء الأسرة وحمايتها من الانهيار ومواجهة المحيط الخارجي.

في هذا السياق تكتسي دراسة المعاش النفسي لزوجة المدمن أهمية بالغة نظرا لما تواجهه وتعايشه، كما تختلف طريقة تعايش الزوجات لهذا الوضع باختلاف سمات شخصياتهن وكذا خلفياتهن الاجتماعية ومصادر الدعم النفسي والاجتماعي، ولهذا فقد سلّطت هذه الدراسة الضوء على المعاش النفسي من خلال التركيز على مستويات القلق والاكتئاب وتقدير الذات وكذا استراتيجيات المواجهة التي تعتمدها الزوجة في ظل هذه الظروف.حيث تم تنظيم هذه

الدراسة في خمسة فصول رئيسية متكاملة، تغطي مختلف الأبعاد النظرية والميدانية للموضوع. خُصص الفصل الأول للإطار العام للدراسة، حيث تم عرض الإشكالية، التساؤلات، الفرضيات، أهداف وأهمية البحث، أسباب اختياره، التعريف بمفاهيمه الأساسية، بالإضافة إلى عرض الدراسات السابقة ومناقشتها. أما الفصل الثاني، فقد تناول موضوع المعاش النفسي من خلال تعريفه، توضيح محدداته وأنواعه، مع التركيز على أبعاده المتمثلة في القلق، الاكتئاب، تقدير الذات، واستراتيجيات المواجهة بوصفها المتغيرات المحورية للدراسة. وتناول الفصل الثالث إدمان الزوج على المخدرات باعتباره المتغير المفسر، من خلال تعريفه، عرض مراحله وأنواعه، العوامل المؤدية إليه، وكذا المقاربات النظرية المفسّرة له، مع تسليط الضوء على آثاره النفسية والاجتماعية وعلى سبل التكفل العلاجي. أما الفصل الرابع، فقد خُصص للإجراءات المنهجية للدراسة، متضمنًا نوع المنهج المستخدم، حدود الدراسة، خصائص العينة، وأدوات جمع البيانات المعتمدة. في حين تم في الفصل الخامس عرض وتحليل الحالتين المدروستين، من خلال تكميم المقابلات وتحليلها، إلى جانب تقديم قراءة نوعية وفق نموذج بيدينيلي، ومناقشة الفرضيات في ضوء النتائج المحصلة، بما يسمح بتقديم فهم دينامي وتركيبي لتأثير الإدمان على المعاش النفسي لزوجة المدمن.

الفصل الأول:

الإطار العام للدراسة

1. إشكالية الدراسة

2. فرضيات الدراسة

3. أسباب اختيار موضوع الدراسة

4. أهداف الدراسة

5. أهمية الدراسة

6. تحديد مفاهيم الدراسة

7. الدراسات السابقة

8. التعليق على الدراسات السابقة

01 - إشكالية الدراسة :

في ظل التسارع المستمر للتحولات المجتمعية، وما يصاحبه من تفكك رمزي وفعلي في بنى الدعم النفسي والاجتماعي، أصبحت الأسرة الحديثة عرضةً لتقلبات سوسيو– نفسية تهدد استقرارها ووظائفها الأساسية، لا سيما حين تواجه أحد أخطر التحديات العيادية: الإدمان. فتعاطي المخدرات ليس مجرد فعل مرضي معزول، بل يشكّل نسقًا ديناميكيا مرضيًا يحمل في طياته اختلالات عميقة في البنية النفسية للفرد، وارتجاجات عاطفية وسلوكية تنتقل إلى المجال العلائقي والأسري، حيث عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان "بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ، ومن نتائجها خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة ، وتشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية المرغوبة . ولتجنب الآثار المهددة والمؤلمة التي تنتج من عدم توافره ، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة والأنواع التي تحدث إدمانا هي الكحوليات والأفيون والحشيش والعقاقير و الحبوب" (العيسوي،2005،ص113)

ضمن هذا الإطار، يُنظر إلى الإدمان لا كحدث فردي فقط، بل كجهاز مولّد للصدمة داخل النسق الأسري، تتجلى آثاره بشكل خاص عند الزوجة، بوصفها الشريكة الأساسية في العلاقة الديناميكية مع المدمن.في هذا السياق، يُعد المعاش النفسي إطارًا تحليليًا غنيًا لفهم التجربة الشعورية الذاتية العميقة التي تحياها الزوجة داخل هذا النسق العائلي المضطرب. فهو لا يصف مجرد أعراض سطحية، بل يكشف عن كيفية تمثل الذات لما يحدث في محيطها العلائقي، وعن التنظيمات الدفاعية اللاواعية التي تعتمدها لمواجهة تهديد مستمر. كما يضيء على التفاعل الدينامي مع المحيط، من حيث إدراك الضغوط، وأساليب التكيّف، وتمثلات الهوية الذاتية. حيث يُشير "Sureau" إلى أن المعاش النفسي هو" الحالة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبطة بتجربة أو موقف ما ، و هذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف و الوضعيات التي عاشها الفرد في حالته ، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة " . (زردوم ،2006 ،ص 15)

وبالرغم من أن الإدمان كمشكلة سيكوباتولوجية قد نال حظًا وافرًا من الدراسات التي ركزت على الجوانب الطبية، السلوكية، والعلاجية للمدمن ذاته، إلا أن الأدبيات النفسية المحلية نادرًا ما التفتت إلى الزوجة بوصفها طرفًا متألمًا ومعقدًا في هذه المعادلة. وهذا ما يُشكل فجوة معرفية حقيقية في علم النفس العيادي، خصوصًا في السياقات المحلية كولاية المسيلة، حيث تزداد العوائق الثقافية والاجتماعية التي تحول دون التكفل النفسي بهاته الفئة.

تعتبر المتغيرات التي تتناولها هذه الدراسة من الموضوعات الحساسة والمهمة ،والتي لم يتم تناولها سابقا بالقدر الكافي، حيث قد وجدنا دراسات عديدة تناولت موضوع الإدمان على المخدرات بشكل منفصل أو من حيث المعاش النفسي للمدمن ذاته ،لكن لم نصل إلى دراسات تناولت خصوصية هاته العينة –زوجة المدمن– أو معاناتها .و عليه كان من الضروري الاطلاع على دراسات سابقة ذات صلة مباشرة أو غير مباشرة بمشكلة دراستنا منها دراسة عنو عزيزة (2008) عن المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات ، و دراسة جابر محمد عبد الحميد (2022) عن التفكك الأسري وعلاقته بإدمان المخدرات – دراسة من وجهة نظر الخبراء ، و دراسة سايل حدة وفاضلي أحمد (2016) عن استراتيجيات التعامل مع الأحداث الضاغطة لدى المدمنين على المخدرات ، و دراسة Maghsoudi& others (2019) عن المشكلات النفسية الاجتماعية لدى زوجات المدمنين ،و دراسة Mancheri& others(2021) عن جودة الحياة لدى زوجات المدمنين والعوامل المرتبطة بها ،ودراسة Dawson & others (2007)عن العلاقة بين اضطرابات الكحول لدى الشريك وتأثيراتها متعددة الأبعاد على الصحة البدنية والعقلية للمرأة

من هذا المنطلق، تسعى الدراسة الحالية إلى فهم طبيعة المعاش النفسي لدى زوجات مدمني المخدرات من زاوية تحليلية سيكولوجية، وذلك من خلال فحص الأبعاد التالية: القلق، الاكتئاب، تقدير الذات، واستراتيجيات المواجهة، من خلال دراسة ملامح البروفيل النفسي العيادي لهذه الزوجات باستخدام اختبار MMPI–2. فالهدف ليس فقط تشخيص الأعراض،

بل محاولة فهم البناء الداخلي لمعاناة هذه الفئة، وما تحمله من تمثلات، دفاعات، واستراتيجيات تكيف ضمن واقع عائلي مضطرب.

وعليه، فإن الإشكالية المركزية التي تطرحها هذه الدراسة تتلخص في السؤال التالي:

كيف يؤثر إدمان الزوج للمخدرات على طبيعة المعاش النفسي لزوجته؟

تساؤلات فرعية :

1. ما مستوى القلق لدى زوجة مدمن المخدرات ؟
2. ما مستوى الاكتئاب لدى زوجة مدمن المخدرات؟
3. . ما مستوى تقدير الذات لدى زوجة مدمن المخدرات ؟
4. بما تتميز استراتيجيات المواجهة لدى زوجة مدمن المخدرات؟
5. كيف تكون الصفحة النفسية لزوجة المدمن حسب اختبار MMPI-2؟

02 - الفرضيات :

-الفرضية الأساسية :

يؤثر إدمان الزوج للمخدرات تأثيرا سلبيا على طبيعة المعاش النفسي لزوجته.

-الفرضيات الفرعية :

1. مستوى القلق لدى زوجة مدمن المخدرات مرتفع
2. مستوى الاكتئاب لدى زوجة مدمن المخدرات متوسط
3. مستوى تقدير الذات لدى زوجة مدمن المخدرات منخفض
4. تتميز استراتيجيات المواجهة لدى زوجة مدمن المخدرات بالتصلب
5. تكون الصفحة النفسية لزوجة المدمن حسب اختبار MMPI-2 في نطاق اللاسواء

03- أسباب اختيار الموضوع :

يندرج اختيار هذا الموضوع ضمن منطق علم النفس العيادي بصفته تخصصًا يُعنى بالكشف العميق عن البنيات النفسية الخفية، وبتفكيك أنماط المعاناة غير المرئية في الهامش العلائقي والتمثلي للفرد داخل محيطه الوجودي. فموضوع المعاش النفسي لدى زوجات مدمني المخدرات لا ينبع من مجرد اهتمام ظرفي بظاهرة سوسيولوجية، بل من إشكال عيادي جوهري يتقاطع فيه الذاتي بالعلائقي، ويتجسد فيه المأزق البنيوي للمرأة – بوصفها "ذاتًا– في–العلاقة" – في مواجهة اضطراب سيكوباتولوجي عميق يتموضع في الآخر/الزوج.

كذلك قد كشفت المعاينة الأولية للأدبيات العلمية، المحلية منها خاصة، عن غياب ملفت لأي تناول عيادي معمق لتجربة الزوجة في هذا السياق؛ إذ لا تزال الدراسات تركز، غالبًا، على المدمن كحالة مرضية معزولة، دون الالتفات إلى البعد التفاعلي والديناميي الذي تُحدثه بنية الإدمان داخل النسق الأسري. هذا النقص المعرفي لا يمثّل فقط فجوة علمية، بل هو أيضًا مؤشر على قصور التصور العيادي في الانفتاح على المعاش النفسي المعقّد لمن يجاور المرض، ويُطال بتبعاته النفسية دون أن يُدرج ضمن خطاب التشخيص أو التدخل.كما إن اختيار هذا الموضوع تحكمه قناعة منهجية مفادها أن فهم الظاهرة المرضية لا يكتمل إلا عبر تمثل أثرها البنيوي على الآخر العلائقي، وخصوصًا الزوجة التي تشكّل مرآة ديناميكية تعكس الصدى النفسي للإدمان .

ويُضاف إلى ما سبق، أنّ اختيار هذا الموضوع يتقاطع بعمق مع طموحات الباحثتين المهنية في أن تُسهما كممارستين عياديتين مستقبلا في تطوير مقاربات تدخلية تستند إلى فهم دقيق للمعاناة النفسية في سياقاتها العلائقية، خاصة في بيئات يغلب عليها التكتم والوصم الاجتماعي. فالدخول إلى التجربة الشعورية العميقة لزوجات مدمني المخدرات يُعدّ تمرينًا أوليًا في الإصغاء التحليلي لما هو غير منطوق، وما يتجلّى في أنماط الدفاع والمعاناة

المركبة، وهو ما يشكل حجر الأساس لأي ممارسة عيادية ناضجة وواعية بالسياقات الثقافية والنفسية التي تشكل العَرَض وتُعيد إنتاجه.

إنّ هذا البحث لا يُمثّل مجرد مشروع أكاديمي، بل هو امتداد لرؤية ذاتية–مهنية تسعى إلى بناء ممارسة عيادية تنطلق من الفهم، لا الحكم؛ ومن التموقع في موقع الإصغاء النشط، لا التشخيص الميكانيكي؛ ومن استحضار البعد الإنساني في كل علاقة علاجية، خصوصًا مع فئات "الظل" التي غالبًا ما تبقى خارج دوائر الرعاية النفسية.

04- أهداف الدراسة :

- ✓ التعرف على مدى تميز المعاش النفسي لدى زوجة المدمن باضطراب القلق.
- ✓ الكشف عن وجود مؤشرات اكتئابية في المعاش النفسي لزوجة المدمن.
- ✓ تحديد مستوى تقدير الذات لدى زوجة المدمن.
- ✓ رصد طبيعة استراتيجيات المواجهة التي تعتمدها زوجة المدمن.
- ✓ تحليل البروفيل النفسي العيادي لزوجة المدمن كما يظهر في اختبار MMPI-2.

05- – أهمية الدراسة :

تكمن أهمية هذه الدراسة في سعيها لتوسيع الفهم العيادي للاضطرابات النفسية المرتبطة بالنسق الأسري في حالات الإدمان، من خلال تسليط الضوء على الزوجة كفاعل نفسي يعاني في الظل، غالبًا ما يُستثنى من الاهتمام العلاجي والنظري. إذ يُعتبر المعاش النفسي إطارًا تحليليًا ثريًا لفهم عمق التجربة الشعورية للزوجة، بما يتضمنه من ديناميات لاواعية واستجابات وجدانية وسلوكية متشابكة.

أما من الناحية النظرية، تسهم هذه الدراسة في تعزيز الأدبيات العيادية التي تعالج تفاعلات النسق الأسري في ظل الإدمان، وتُعيد التوازن لمركزية المدمن عبر إبراز ما تعيشه الشريكة من اضطرابات وصراعات نفسية قد تكون مدمّرة بدورها. أما من الناحية التطبيقية، فهي تقدم ملامح نفسية دقيقة قد تُفيد المختصين في تصميم تدخلات علاجية أكثر شمولية وواقعية،

تأخذ بعين الاعتبار المعاناة الصامتة للشريك/الزوجة، خصوصًا في السياقات المحلية التي لا تزال محكومة بالكثير من المحرمات والصمت حول مواضيع مثل الإدمان والتكفل النفسي داخل الأسرة.

06- تحديد مفاهيم الدراسة :

1. المعاش النفسي : يتمثل في الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما ،وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته ،هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة .(زردوم،2006،ص15)

يُستدل عليه من خلال نتائج اختبار MMPI-2، حيث يتم تحليل أنماط الاستجابات على المقاييس الإكلينيكية والمقاييس التكميلية لفهم التجربة الشعورية والدينامية النفسية لزوجات المدمنين، خاصة فيما يتعلق بالقلق، الاكتئاب، تقدير الذات، واستراتيجيات المواجهة مع الضغوط.

2. القلق :هو شعور بالخوف الزائد منه غير المتوقع والإحساس بالعجز عن مواجهته، وهذه الحالة النفسية المرضية تتميز بعدم الرضا وعدم التأكد والاضطراب.(فرويد، 1983،ص13)

يُقاس من خلال الدرجة المحصّل عليها في المقياس الخاص بالقلق داخل اختبار MMPI-2، ويستدل على شدة الأعراض القلقية من خلال مؤشرات مثل التوتر، الانشغال المفرط، الحساسية الزائدة، واضطراب النوم.

3. الاكتئاب :هو الحالة التي تتميز بـ: الحزن الدائم والقنوط ، العبث ،التجهم أو العبوس، الملل، تحقير الذات أو انخفاض قيمة الذات، التشاؤم، فقدان الاهتمام بالأنشطة العادية، نقص الطاقة، فقدان التمتع بالحياة. (العبور،2015 ،ص 48)

يُقاس من خلال الدرجة على مقياس الاكتئاب (D) في MMPI-2، ويشير إلى وجود أعراض مثل الحزن المستمر، فقدان الاهتمام، انخفاض الطاقة، ومشاعر الذنب أو انعدام القيمة.

4. تقدير الذات :هو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، وتشمل معتقدات توقع النجاح، درجة الفشل، ودرجة الجهد المبذول.(بن حرمة، 2011، ص 48)

يُستدل عليه من خلال مقاييس إختبار مينيسوتا متعدد الأوجه النسخة الثانية(MMPI-2) الفرعية المرتبطة بصورة الذات، حيث تُعكس مستويات احترام الذات، الإحساس بالكفاءة، ومدى تقبل الذات.

5.استراتيجيات المواجهة :تعني أسلوب مواجهة المشكلات الشخصية و التغلب على المصاعب و أن، أسلوب المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح أي أنه تكيف شعوري لا أو شعوري يخفض التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة.(دعو و شنوفي،2013،ص48)

تُقاس من خلال مقياس استراتيجيات المواجهة لفولكمان و لازاروس(ترجمة أيت حمودة)، والذي يقيس أنواع وأنماط التكيف التي تعتمدها الزوجات في مواجهة ضغوط الحياة، خاصة في سياق التفاعل مع إدمان الشريك، مثل المواجهة النشطة، التجنب، أو طلب الدعم.

07- الدراسات السابقة :

في إطار محاولتنا لإغناء الجانب النظري لموضوع البحث الحالي حول المعاش النفسي لدى زوجات مدمني المخدرات، كان من الضروري الاطلاع على دراسات سابقة ذات صلة مباشرة أو غير مباشرة بمحددات الاضطرابات النفسية الناتجة عن التفاعل المزمن مع الشريك المدمن. وقد لفت انتباهنا مضمون مجموعة من الدراسات لما لها من تقاطع جوهري

مع إشكاليتنا البحثية عربية منها و أجنبية ، لِما تحمله من عمق منهجي وتحليل سيكولوجي دقيق للظاهرة قيد البحث.

01. دراسة جابر محمد عبد الحميد (2022) بعنوان "**التفكك الأسري وعلاقته بإدمان المخدرات – دراسة من وجهة نظر الخبراء**"،تم تنفيذها وفق المنهج الوصفي الإرتباطي، من خلال استبيان وُجه إلى عينة من 230 أستاذًا وخبيرًا في ميادين علم النفس والصحة النفسية والعمل الاجتماعي. وقد بيّنت النتائج أن التفكك الأسري يمثل عاملًا مفسرًا أساسيًا للجوء إلى تعاطي المخدرات، حيث توجد علاقة إرتباطية قوية بين المتغيرين، بغض النظر عن الجنس أو المنطقة الجغرافية، في حين برزت الفروق حسب التخصص لصالح المختصين في علم النفس الذين أبدوا وعيًا أكبر بدينامية العلاقة.ما يمكننا استخلاصه هنا أن هذه الدراسة تمنحنا بعدًا بنيويًا أوسع لفهم الظاهرة، إذ تكشف أن الإدمان ليس وليد قرار فردي معزول، بل هو في كثير من الحالات نتيجة لسياقات أسرية مختلة تفتقر إلى الاستقرار الانفعالي والتماسك الوظيفي. وعليه، يمكننا أن نسقط هذا التحليل على السياق العكسي: إذا كان التفكك الأسري يفضي إلى الإدمان، فإن الإدمان بدوره يعمّق من حدة التفكك ويغذي حلقة من التوترات والانفجارات النفسية داخل النسق الأسري، تجعل من الزوجة، بوصفها الطرف المُحتَكّ بشكل يومي مع المدمن، عرضة لاضطرابات نفسية متفاقمة. وهو ما يدعمنا نحو تفسير ارتفاع مؤشرات القلق والاكتئاب وتدهور التقدير الذاتي في عينة زوجات مدمني المخدرات.

02. دراسة ..Mancheri et al (2021)، المعنونة بـ"**جودة الحياة لدى زوجات المدمنين والعوامل المرتبطة بها**" فقد تناولت الظاهرة من منظور كمي باستخدام استبيان WHOQOL-BREF على عينة معتبرة من 300 زوجة مدمن. وأظهرت النتائج انخفاضًا شديدًا في مستويات جودة الحياة عبر مختلف أبعادها: البدني، النفسي، الاجتماعي، والبيئي، مع وجود علاقة طردية بين مدة الإدمان وانخفاض جودة الحياة. هذا الانخفاض ارتبط بشكل وثيق بالعوامل الاقتصادية (كضعف الدخل)، والمهنية

(كالبطالة)، وهو ما يدعم الطرح القائل بأن الزوجة لا تعاني فقط من تأثيرات الإدمان على المستوى العاطفي، بل تتحمل أعباء اجتماعية واقتصادية مُضاعفة تؤثر مباشرة على صحتها النفسية العامة، وتُساهم في تغذية شعور متنامٍ بعدم الجدوى، وفقدان الأمل، والتشويش الذاتي المزمن.

03. دراسة Maghsoudi et al. (2019) بعنوان "**المشكلات النفسية الاجتماعية لدى زوجات المدمنين: دراسة نوعية**"، والذي اعتمد مقاربة تحليل المحتوى باستخدام مقابلات نصف موجهة مع خمس عشرة زوجة مدمن، إضافة إلى مختصين في الصحة النفسية وممثلي مؤسسات الرعاية. أبرزت نتائج الدراسة محورين رئيسيين: الانهيار النفسي الأسري والهشاشة الاجتماعية. فالمعاش النفسي للزوجات، حسب المشارِكات، يتميز بحالة من الإنهاك الانفعالي المزمن، ناتج عن فقدان الحدود داخل النسق الأسري، الخوف من تخلي الزوج، وانعدام الشعور بالأمان داخل البيت، مما يعكس بوضوح ملامح الاكتئاب والقلق المتكرر واضطراب الهوية الزوجية. كما كشفت الدراسة عن تأثير مركب للوصم الاجتماعي، ومحاولات الزوجات المستميتة للحفاظ على صورة "الأسرة السليمة"، مما يؤدي بهن إلى العزلة والانطواء، وهي استجابات نفسية يمكن تصنيفها ضمن استراتيجيات المواجهة السلبية أو الدفاعية، والتي تؤثر بدورها على الكفاءة التكيفية والنمو النفسي.

04. دراسة سايل حدة وفاضلي أحمد(2016)الموسومة بـ"**استراتيجيات التعامل مع الأحداث الضاغطة لدى المدمنين على المخدرات**"، و التي تناولت الجانب المرتبط بطريقة استجابة المدمنين أنفسهم للضغوط النفسية، حيث أظهرت النتائج تفضيلًا ملحوظًا للاستراتيجيات الانفعالية على حساب المواجهة العقلانية. هذا الميل نحو التجنب أو الانسحاب يُنتج نمطًا من التفاعل الزوجي القائم على التملص من المسؤولية، وغياب الدعم المتبادل، مما ينعكس سلبًا على الزوجة التي تجد نفسها في موقع المعيل العاطفي والواقعي. وبالتالي يُمكن التنبؤ بمستويات قلق واكتئاب مرتفعة لدى الزوجة باعتبارها

نتاجًا لتفاعل مستمر مع بيئة عاطفية غير حاضنة ولا متناغمة، بل مثقلة بالصمت، الغموض، واللامبالاة.

05. دراسة عنو عزيزة (2008) الموسومة بـ"**المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات**"، والتي اعتمدت مقاربة وصفية مقارنة بين عينة من المدمنين الراشدين الذكور ونظرائهم غير المدمنين. وقد كشفت نتائج هذه الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائياً لصالح العينة غير المدمنة على مستوى المتغيرات النفسية المدروسة، منها: تقدير الذات، القلق، الاكتئاب، واستراتيجيات المواجهة. حيث أظهرت العينة المدمنة انخفاضًا ملحوظًا في تقدير الذات وارتفاعًا كبيرًا في مستويات القلق والاكتئاب، إلى جانب اعتمادها على آليات دفاعية أقل نضجًا واستراتيجيات مواجهة انفعالية وسلبية.ما يمكننا استنتاجه من خلال هذه المعطيات هو أن الإدمان لا يشكل فقط اضطرابًا سلوكيًا أو إدمانيًا منفصلًا، بل هو امتداد لانهيار في النسق النفسي الداخلي للفرد، يتمظهر من خلال ضعف التنظيم الانفعالي والمعرفي، واضطراب في بنية التقدير الذاتي، بما ينعكس على طبيعة علاقاته مع محيطه القريب. وبما أن الزوجة تعد من أقرب الأطراف للمدمن، فإن استمرار تعايشها مع شخص يعاني من هذه الهشاشة النفسية المزمنة، وما يصاحبها من اضطرابات في التفاعل والتواصل الأسري، من شأنه أن يولد لديها أعراضًا موازية أو استجابات دفاعية تعكس بدورها حالة قلق واكتئاب مزمنين، وتدنيًا في الشعور بالكفاءة والاعتبار الذاتي.

06. من بين الدراسات الأجنبية التي وجدناها على درجة عالية من الأهمية والارتباط المباشر بموضوع بحثي، دراسة(2007) .Dawson et al المنشورة في Journal of Studies on Alcohol and Drugs، والتي تناولت "**العلاقة بين اضطرابات الكحول لدى الشريك وتأثيراتها متعددة الأبعاد على الصحة البدنية والعقلية للمرأة**". وقد اعتمدت الدراسة على تحليل بيانات وطنية شاملة من المسح الوبائي الأمريكي (NESARC)، وشملت عينة واسعة من النساء المتزوجات أو اللواتي يعشن في علاقات مع شركاء

يعانون من مشاكل كحولية. حيث أن أبرز ما خلصت إليه هذه الدراسة هو أن تأثير الإدمان لا يقتصر على المدمن ذاته، بل يمتد بعمق نحو شريك الحياة، مُحدثًا اضطرابات ذات طابع تراكمي على مستوى الصحة النفسية والجسدية للمرأة. فقد تبيّن أن النساء اللاتي يعشن مع شركاء يعانون من إدمان الكحول يعانين بدرجة أعلى من القلق،اضطرابات المزاج، انخفاض جودة الحياة، والتعرض للإيذاء البدني والعاطفي، مقارنة بقريناتهن اللواتي لا يعشن هذا النمط من العلاقات. واللافت أن هذه التأثيرات تبقى ذات دلالة حتى بعد استبعاد النساء اللاتي لديهن تاريخ شخصي مع اضطرابات الإدمان، مما يُشير إلى أثر مباشر وتفاعلي لمحيط العيش السام على البنية النفسية للمرأة.هذا الطرح يتقاطع بشكل جوهري مع موضوع دراستنا، حيث أن الزوجة في السياق العيادي لا يمكن النظر إليها كفرد مستقل عن البيئة النفسية المَرَضية التي تفرضها العلاقة مع مدمن. بل يُمكن اعتبارها ضحية ثانوية لحالة الإدمان المزمنة، تتعرض بدورها لمستويات عالية من الضغط النفسي والتوتر المزمن، مما يؤدي إلى تدهور تدريجي في المعاش النفسي العام، قد يتخذ شكل اضطرابات قلقية اكتئابية أو انهيارات نفسجسدية. ومن هذا المنطلق، تمثل هذه الدراسة سندًا نظريًا وتطبيقيًا يُغني البنية التفسيرية لمذكرتنا، ويُعمّق من فهمنا للأنماط السيكوباتولوجية الناجمة عن العيش تحت وطأة الشريك المدمن.

08- التعليق على الدراسات السابقة:

يتّضح من مجمل الدراسات السابقة أن إدمان الشريك لا يؤثر عليه فقط، بل يمتدّ ليطال الزوجة بشكل مباشر، مُحدثًا اضطرابات نفسية تتراوح بين القلق، الاكتئاب، وتراجع تقدير الذات. كما كشفت هذه البحوث عن هشاشة جودة الحياة لدى الزوجات، وتعرّضهن للوصم الاجتماعي والعزلة، في ظل غياب أطر دعم فعالة.حيث أن هذه النتائج تؤكد أهمية تناول المعاش النفسي لدى زوجات المدمنين كإشكالية مستقلة، تستدعي مقاربة عيادية تُمكّن من فهم أعمق لتجربتهن النفسية وتفاعلهن مع السياق الضاغط.

الفصل الثاني : الإطار النظري

- المحور الأول : المعاش النفسي

تمهيد

01. تعريف المعاش النفسي

02. محددات المعاش النفسي

03. أنواع المعاش النفسي

04. أبعاد المعاش النفسي

1.4_ القلق :

1.1.4- تعريفه 4.1.4- مستوياته 7.1.4- نظرياته

2.1.4- مكوناته 5.1.4- أنواعه 8.1.4- علاجه

3.1.4- أعراضه 6.1.4- أسبابه

2.4_ الاكتئاب :

1.2.4- تعريفه 3.2.4- أنواعه 5.2.4- نظرياته

2.2.4- أعراضه 4.2.4- أسبابه 6.2.4- علاجه

3.4_ تقدير الذات :

1.3.4- مفهومه 4.3.4- مظاهره 7.3.4- العوامل المؤثرة عليه

2.3.4- مكوناته 5.3.4- مستوياته 8.3.4- نظرياته

3.3.4- أقسامه 6.3.4- أبعاده

4.4_ استراتيجيات المواجهة :

1.4.4- تعريفها 3.4.4- وظائفها 5.4.4- العوامل المؤثرة عليها

2.4.4- أهميتها 4.4.4- تصنيفها 6.4.4- نظرياتها

الخلاصة

التمهيد:

عندما يكون الفرد معرضًا لضغوط مستمرة أو يعيش في بيئة غير مستقرة، فإن المعاش النفسي لديه يتأثر بشكل كبير، مما قد يؤدي إلى ظهور اضطرابات مثل القلق والاكتئاب، أو حتى تغيرات في تقدير الذات.في هذا الفصل، سيتم التطرق إلى الجوانب المختلفة للمعاش النفسي، من خلال استعراض تأثير القلق والاكتئاب، ودور تقدير الذات في تشكيل هذه التجربة النفسية. كما سيتم التركيز على استراتيجيات المواجهة التي يعتمدها الأفراد للتعامل مع الضغوط النفسية.

هذه العوامل تصبح أكثر تعقيدًا عندما يتعلق الأمر بشخص يعيش في بيئة مليئة بالتوتر المستمر، مثل زوجة المدمن، التي تجد نفسها في دوامة من المشاعر المتناقضة والضغوط النفسية التي تؤثر على توازنها النفسي وحياتها اليومية.

01- تعريف المعاش النفسي:

1-1 لغة : عاش يعيش ، عيشة ، وهي العيش أو كيفية العيش .

1-2 اصطلاحا : هو الحاصل ، يقال واقع الأمر أو الحال أي ما حصل منها في الواقع أي في الحقيقة .

يورو دوران : هو مجموعة من الأحداث المسجلة في مجرى حياة الفرد والتي تصمد أنيا من طرف الوعي الذاتي .

بيلا روسي : فيذهب إلى أن معرفة معاش الفرد هو معرفة الطريقة التي يعيش في وضعية ما في كيفية تعامله وكيفية طرحه للمشكل . (عياش،2021،ص21)

sureau يعرفه على " أنه الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما ،وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته ،هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة .(زردوم،2006،ص15)

و يعرف بريفوست المعاش النفسي بأنه " مجمل الأحداث المندمجة في سياق الوجود ،باعتبار أنها تلتقط فورا وتندمج من قبل الوعي الذاتي.وتعني الفورية ،وهي بلا شك ميزة أساسية لاختبار المعاش ،تطابق الموضوع والوعي ،بمعزل عن أي بناء مفهوم ،وأي تقدير قيم .ومن هنا تكون الشحنة العاطفية للتجربة المعاشة مهمة ،ولها قيمة الإشارة.(غويني ،2016، ص11)

المعاش النفسي هو عبارة عن حياة نفسية خاصة بالفرد حيث تشمل هذه الأخيرة على ردود أفعاله من خلال أسلوب مواجهة لحدث أو صدمة أو فاجعة وقد تتمثل ردود الأفعال هذه في القلق والاكتئاب والإحباط والجرح النرجسي وأي من الردود النفسية.(عياش،2021،ص21)

بالنظر إلى هذه التعريفات، يمكننا أن نعرف بدورنا المعاش النفسي على أنه تجربة داخلية مباشرة يعيشها الفرد في تفاعله مع وضعية أو حدث معين، تتسم بالفورية والذاتية، وتُدمَج

فورًا ضمن وعيه الذاتي دون الحاجة إلى تأويل عقلاني أو تقويم قيمي. تتجلى هذه التجربة في شكل شحنة وجدانية، وتنعكس عبر أسلوب الشخص في إدراك الموقف والتفاعل معه، سواء من خلال الانسحاب، المقاومة، أو آليات دفاعية متنوعة. ويعكس المعاش النفسي بذلك البنية الديناميكية للذات في سياقها الوجودي و الظرفي، مما يجعله مؤشّرًا عياديًا على كيفية تلقي الفرد للأحداث وصياغته لمعناها النفسي.

02- محددات المعاش النفسي:

يُعد المعاش النفسي نتاجًا لتفاعل معقّد بين مجموعة من العوامل الداخلية والخارجية التي تشكّل بنية الفرد النفسية وطريقته في إدراك الواقع والانفعال نحوه. ويمكن تصنيف هذه المحددات إلى:

1.2. المحيط النفسي الداخلي للفرد= و يتضمن الفرد و ما ينطوي عليه بناؤه النفسي من دوافع و خبرات و قيم و ميول و قدرات و عواطف.(المداح،2021،ص8)

أي أنه يشمل البنية السيكولوجية الذاتية، بما في ذلك الدوافع، الميول، الخبرات السابقة، القيم، والقدرات المعرفية والانفعالية. هذه العناصر تُعتبر بمثابة "المرشّحات" التي من خلالها يُدرك الفرد الواقع، ويتفاعل معه على المستوى الوجداني والسلوكي. فالفرد الذي يحمل تجارب صادمة أو بنية دفاعية هشّة مثلًا، قد يُعايش وضعية بسيطة كحدث مُهدّد، مما يعكس دور هذا المحيط في تشكيل الطابع الشخصي للمعاش النفسي

2.2. المحيط النفسي الخارجي للفرد= و نقصد به كل مايحيط بالفرد من بيئة طبيعية و بيئة اجتماعية "الأسرة،العمل،المدرسة...الخ" .(المداح،2021،ص8)

يعني أنه يتضمن السياق البيئي والاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد، مثل الأسرة، المدرسة، العمل، المحيط الثقافي، وحتى الظروف الاقتصادية والسياسية. تؤثر هذه العوامل في المعاش النفسي عبر نمط العلاقات، طبيعة التوقعات الاجتماعية، ومصادر الدعم أو

الضغط. على سبيل المثال، وجود دعم أسري مستقر يوفّر للفرد بيئة آمنة تسهم في خفض القلق، بينما بيئة عمل سامة قد تفاقم من التجربة المعاشة سلبًا.

و بالتالي لا يمكن فهم المعاش النفسي دون النظر إلى التفاعل الجدلي بين المحددين. فمثلاً، قد يمتلك الفرد بنية نفسية مرنة (داخليًا)، إلا أن تعرضه لظروف قهرية مزمنة (خارجيًا) قد يؤدي إلى اختلال المعاش النفسي. والعكس صحيح، إذ قد يساهم محيط داعم في تعديل آثار تجارب داخلية سلبية.ومنه، فإن فهم المعاش النفسي يتطلب تبني مقاربة شمولية تدمج بين المحددات الذاتية والموضوعية في ضوء السياق الدينامي الذي يتقاطع فيه الذاتي بالاجتماعي، والداخلي بالخارجي.

03- أنواع المعاش النفسي:

وينقسم إلى نوعين ؛ تعرفهم حنان عبد الحميد العناني على أنهم:

_ المعاش النفسي الإيجابي: هو جملة من المشاعر والأحاسيس والانفعالات السارة وما يصاحبها من تطورات وأحكام ايجابية بخصوص الذات أو الآخرين أو الحياة بصفة عامة كنتيجة للتكيف وللتوافق النفسي الذي يحققه للمشكلات الاجتماعية، ويبرز على شكل مشاعر ايجابية: الشعور بالسعادة والتقبل، والرضا، تحقيق الذات والاستقلالية والشعور بالانتماء والأمن..الخ.

_ المعاش النفسي السلبي:تتمثل أهم صور المعاش النفسي السلبي في مختلف المشاعر والأحاسيس المرتبطة بها والتي تظهر في العديد من الأشكال:كالقلق والإحباط والاكتئاب والأسى وعدم الرضا والدونية وغيرها.(يفصح،2022،ص35)

04- أبعاد المعاش النفسي:

1.4_ القلق:

1.1.4. تعريف القلق:

يعرفه عبد الستار: " بأنه شعور بالخوف الزائد منه غير المتوقع والإحساس بالعجز عن مواجهته، وهذه الحالة النفسية المرضية تتميز بعدم الرضا وعدم التأكد والاضطراب.(فرويد، 1983 ،ص13)

القلق مجموعة من ردود أفعال أو أحاسيس ناتجة عن الشعور بالخطر نتج خبرات مهددة ومؤلمة تعود إلى مراحل الطفولة، وتظهر أعراضه على شكل حالة عذر وخوف توتر وقد يكون السبب غير واضح (يفصح،2022،ص35)

2.1.4. مكونات القلق:

_مكون انفعالي أو وجداني:و يتمثل في الأحاسيس من المشاعر كالخوف،الفزع،الانزعاج والهلع الذاتي.

– المكون المعرفي: ويتمثل في التأثيرات السلبية لهذه المشاعر على مقدرة الشخص على الإدراك السليم للموقف والتفكير الموضوعي، والانتباه والتركيز وحل مشكلات، فيستغرقه الانشغال بالذات والشك في مقدرته على الأداء الجيد، والشعور بالعجز وعدم الكفاءة والتفكير في عواقب الفشل، والخشية من فقدان التقدير.

– مكون فيزيولوجي: ويتمثل فيما يترتب على حالة الخوف من استشارة وتنشيط الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي مما يؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية عديدة، منها ارتفاع ضغط الدم، وانقباض الشرايين الدموية، وزيادة معدل ضربات القلب، وسرعة التنفس والعرق، ويذهب بعض الباحثين إلى أنه يمكن تمييز القلق بصورة واضحة عن الحالات الانفعالية الأخرى بوجود المصاحبات الفيزيولوجية.(نفس المرجع السابق،ص 40)

3.1.4. أعراض القلق:

هناك أعراض كثيرة ومتنوعة للقلق النفسي تشمل الجانب الوجداني والشعوري وتشمل كذلك الجانب التفكيري كما تشمل الجانب الجسمي والعضوي والعضلي وهي كما يلي:

• الأعراض الوجدانية:وتشمل التوتر العام والشعور بعدم الراحة وسهولة الاستثارة والهياج، الشك، والارتباك.

• الأعراض الفكرية: يتميز الشخص القلق بعدة مظاهر منها التوقعات السلبية للمستقبل، فالشخص في حالة القلق نجده يتوقع الشر ويتصيد الدلائل الواهبة على وقوع الكوارث والمصائب، ولهذا نجدا العالم الأمريكي المعاصر "أليسري أليس" يصنف تفكير القلقين بأنه النوع الكارثي.

•الأعراض الجسمية:وتشمل الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية، التعب والصداع المستمر، عسر الهضم، جفاف الفم والحلق، الغثيان والقيء.(مخوخ و العيادي،2022 ،ص16)

4.1.4. مستويات القلق: هنالك 3مستويات

_ المستوى المنخفض: يحدث حالة التنبيه العام، ويزداد تيقظه وترتفع لديه حساسية لأحداث الخارجية كما تزداد قدرته على مقاومة الخطر، ويكون الفرد في حالة تحفز لمواجهة مصادر الخطر، في البيئة التي يعيش فيها، ولهذا يكون إشارة إنذار لخطر يوشك الوقوع .

– المستوى المتوسط: يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة، حيث يفقد السلوك مرونته وتلقائيته، وتستولي الجهود بوجه عام على تصرفات الفرد في مواقف الحياة ويحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة .

– المستوى العالي أو المرتفع : يظهر من خلال "تأثر التنظيم السلوكي للفرد بصورة سلبية أو يقوم بأساليب سلوكية غير ملائمة للمواقف المختلفة ، ولا يستطيع الفرد التمييز بين المثيرات الضارة وغير الضارة ،ويرتبط ذلك بعدم القدر ة على التركيز والانتباه وسرعة التهيج والسلوك العشوائي (يفصح،2022،ص41)

5.1.4. أنواع القلق: قسمه الباحثون إلى:

أ –القلق العادي أو الموضوعي "هذا النوع من القلق أقرب إلى الخوف و ذلك لأن مصدره يكون واضحا ، فالفرد مثلا يشعر بالقلق إذا قرب موعد الامتحان " .

ب –القلق العصابي المرضي" وهو نوع من القلق لا يدرك المصاب به مصدر علته و كل ما هنالك أنه يشعر بحالة من الخوف الغامض ، ويعرف القلق العصابي بأنه حالة توتر شامل و مستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ، و يصاحبها خوف غامض و أعراض نفسية و جسمية و رغم أن القلق لا يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية إلا أنه في حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا".

ج–القلق الثانوي" هو عرض من أمراض الاضطرابات النفسية الأخرى أو الاضطرابات الجسدية الفسيولوجية" .

د –القلق الخلقي" ناتج عن حكم الأنا الأعلى بوجود ذنب أو إثم اقترفه الشخص ".(زراري، 2015،ص26–27 .بتصرف)

6.1.4. أسباب القلق:

في الحقيقة أن أسباب القلق عديدة ، و يمكننا إيجازها كالأتي :

–الاستعداد الوراثي

–الضعف النفسي العام و الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد و أهدافه. والتوتر النفسي الشديد و الأزمات و الصدمات المفاجئة و المخاوف الشديدة .

-مواقف الحياة الضاغطة :الضغوط الثقافية و البيئية الحديثة ، و مطالب المدينة المتغيرة ، و البيئة القلقة المشبعة بعوامل الخوف و الهم و مواقف الضغوط و الوحدة و الحرمان و عدم الأمان ، و اضطراب الجو الأسري و تفكك الأسرة .

-مشكلات الطفولة و المرهقة ومشكلات الحاضر التي تنشط ذكريات الصراع في الماضي ، و الأساليب الخاطئة في التنشئة الاجتماعية مثل القسوة و التسلط و الحماية الزائدة ...الخ .

-التفكير بالمستقبل : يسبب هذا العامل القلق للإنسان ، و يساعد في ذلك خبرات الماضي المؤلمة و ضغوط الحياة العصرية و طموح الإنسان و سعيه المستمر نحو تحقيق ذاته و إيجاد معنى لوجوده ".(نفس المرجع السابق،ص27-28 .بتصرف)

7.1.4. النظريات المفسرة للقلق:

• النظرية التحليلية (سيغموند فرويد): يرى فرويد أن القلق ينشأ من الصراعات النفسية بين مكونات الشخصية الثلاثة: الهو، الأنا، والأنا الأعلى. عندما تتعارض رغبات الهو مع قيم الأنا الأعلى، تتدخل الأنا لمحاولة تحقيق التوازن، مما يولد القلق كإشارة تحذيرية. يقسم فرويد القلق إلى ثلاثة أنواع: القلق الواقعي (خوف من تهديد خارجي)، القلق العصابي (خوف من فقدان السيطرة على الرغبات اللاشعورية)، والقلق الأخلاقي (شعور بالذنب بسبب مخالفة المعايير الأخلاقية)

•النظرية السلوكية : تفسر النظرية السلوكية القلق كسلوك مكتسب من خلال الاقتران الشرطي، حيث يرتبط حدث محايد بتجربة مؤلمة، مما يؤدي إلى استجابة قلقية مستقبلًا. على سبيل المثال، إذا تعرض طفل لتجربة مخيفة مع كلب، فقد يطور قلقًا دائمًا من الكلاب. يُعزز هذا السلوك أيضًا من خلال التجنب، حيث يؤدي الهروب من المواقف المخيفة إلى تخفيف القلق مؤقتًا، مما يعزز الاستجابة القلقة في المستقبل.

•النظرية المعرفية: تؤكد هذه النظرية على دور التفكير السلبي في توليد القلق، حيث يفسر الأفراد القلقون المواقف العادية على أنها تهديدات خطيرة، مما يزيد من شعورهم بالتوتر. يميل هؤلاء الأفراد إلى المبالغة في تقدير المخاطر والتقليل من قدراتهم على مواجهتها، مما يؤدي إلى دوامة من الأفكار السلبية المتكررة.

•النظرية البيولوجية: تربط هذه النظرية القلق بالعوامل الفسيولوجية، حيث يُعتقد أن اضطراب النواقل العصبية، مثل السيروتونين والنورأدرينالين، يساهم في ظهور اضطرابات القلق. تشير الدراسات إلى أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من القلق يكونون أكثر عرضة للإصابة به، مما يدل على وجود عوامل وراثية تلعب دورًا في تطوره.

•النظرية الإنسانية: يرى أنصار هذه النظرية، مثل كارل روجرز، أن القلق ينشأ عندما يفشل الفرد في تحقيق ذاته أو يشعر بعدم التطابق بين صورته الحقيقية وصورته المثالية. عندما يعيش الشخص في بيئة تمنعه من التعبير عن ذاته بحرية، فإنه يصبح عرضة للقلق والإحباط. يركز العلاج في هذه النظرية على التقبل غير المشروط ومساعدة الفرد على تحقيق ذاته .(الخليفي،د س)

8.1.4. علاج القلق:

_ العلاج التحليلي: يرى فرويد بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأعراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملة متداولة تبتل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت، ويهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور لكي يعيه الفرد ويتعامل معه،ولجأ فرويد إلى طريقة التداعي بغية إعادة، الذكريات المعذبة إلى ساحة الشعور، وبالتالي الوصول إلى الشفاء.

_ العلاج السلوكي: تمثل في تدريب المريض على عملية الاسترخاء، وبعد ذلك نقدم المنبه المثير للقلق بدرجات متفاوتة من الشدة بحيث لا يؤدي إلى القلق و الانفعال وإذا لم يتحقق الشفاء قد نضطر إلى استخدام العقاقير المهدئة والصدمات الكهربائية.

استخدام أكثر الطرائق العلاجية السلوكية انتشارا هي إزالة الحساسية التدريجية، وادخلها أول مرة البروفيسور ولب سنة 1958 قائمة على مبدأ إشراطي أسماه الكف المتبادل حيث قام بإحداث استجابة مضادة للقلق بوجود المثيرات المستدعية للقلق، بحيث تكون مصحوبة بقمع تام أو جزئي لاستجابات القلق، فإن الأربطة بين هذه المثيرات واستجابات القلق ستضعف.

_ العلاج المعرفي: يقوم هذا العلاج على مناقشة الأفكار الغير منطقية لدى المريض ونقدها، يقنع من خلالها الفاحص المفحوص بأنها أفكار خاطئة وغير منطقية وباعتبارها محور حياته وتعمل هذه الأخيرة على إحداث اضطرابات في الشخصية، ثم إعطاء البديل من أفكار عقلانية منطقية.

_العلاج الطبي: يتم إعطاء المريض العقاقير المنومة والمهدئة في بداية الأمر حيث تعمل على التقليل من التوتر العصبي ثم بعد أن تتم الراحة الجسمية يبدأ العلاج النفسي، أما في حالة القلق الشديد يمكن إعطاء المريض بعض العقاقير وذلك تحت إشراف الطبيب المختص، ويجب الحرص على استخدام العقاقير المهدئة وذلك بهدف منع حدوث الإدمان.(مخوخ و العيادي،2022 ،ص16-17.بتصرف)

2.4_ الاكتئاب:

1.2.4. تعريف الاكتئاب:

يعرّفه جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفافي على أنه حالة انفعالية، غالبًا ما تكون هذه الحالة حزنًا مستمرًا يتأرجح بين حالات الوجوم وأقصى مشاعر اليأس والقنوط. وغالبًا ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة، وفتور الهمة، وانعدام الرغبة، وصعوبة في اتخاذ القرارات.

ويرى أحمد عبد الخالق أن الاكتئاب خبرة من الخبرات الإنسانية الشائعة، فكل فرد من بني البشر تقريبًا يمر في مرحلة ما من مراحل حياته بخبرة سيئة أو يعاني من صدمة، أو عرض

أو آخر مما يميز الاكتئاب، مثل: الحزن، الكآبة، الضيق، التشاؤم، اليأس، العجز، انعدام الأهمية، البكاء، فقدان الشهية، سوء المزاج، تناقص الدافع الجنسي. والحقيقة أن هذه الأعراض إذا كانت حادة واستمرت أكثر من أسبوع، فإنها تُعد مظاهر اضطراب اكتئابي. أما الاكتئاب، فهو الحالة التي تتميز بـ: الحزن الدائم والقنوط ، العبث ،التجهم أو العبوس، الملل، تحقير الذات أو انخفاض قيمة الذات، التشاؤم، فقدان الاهتمام بالأنشطة العادية، نقص الطاقة، فقدان التمتع بالحياة. (العبور،2015 ،ص 48)

2.2.4. أعراض الاكتئاب: يمكن تقسيمها إلى:

• أعراض سلوكية: تشمل الحزن الشديد، انخفاض الطاقة والدافعية، فقدان السرور، التأخر النفسي الحركي، والشعور بالوهن. قد يصل إلى الانتحار في بعض الحالات.

• أعراض سيكولوجية: تشمل انكسار نفسي، هبوط الروح المعنوية، الشعور باليأس، والاتجاهات السلبية نحو الذات، مثل عدم القبول أو القدرة على التنافس.

• أعراض فسيولوجية: تشمل اضطرابات النوم مثل الأرق أو الشلل النوم، والشعور بالحزن والانقباض أثناء النوم، أو الهلاوس.

• أعراض معرفية: تشمل صعوبة التفكير بوضوح، نقص التركيز، التردد، وتوقع الفشل. يتأثر التفكير ببطء، قلة الانتباه، وضعف القدرة على اتخاذ القرارات.(نفس المرجع السابق،ص 50 . بتصرف)

3.2.4. أنواع الاكتئاب: يمكن ذكر أهمها

١.الاكتئاب المتكرر: يشير إلى حالات اكتئاب متعددة تحدث لأفراد مروا بأكثر من مرحلة اكتئابية، مثل الاكتئاب الخفيف أو المتوسط، ويصف تكرار الأعراض في فترات زمنية.

٢. الاكتئاب المزمن: يشير إلى اكتئاب مستمر لفترة طويلة، عادة أكثر من عامين، دون أن يكون بالضرورة اكتئابًا شديدًا.

٣. الاكتئاب المستعصي: يكون مقاومًا للأدوية المضادة للاكتئاب، حيث لا يختفي تمامًا رغم محاولات العلاج.

٤. الاكتئاب التفاعلي (الارتكاسي): يحدث نتيجة تفاعل طبيعي مع أحداث الحياة المؤلمة أو الضغط النفسي، ويمكن معالجته بالاستشارة أو الدعم العائلي.

٥. الاكتئاب العصابي: اكتئاب خفيف يحدث بشكل دوري ويتميز بتقلبات في المزاج مع أعراض مثل الإرهاق وضعف التركيز.

٦. الاكتئاب الذهاني : يشمل أعراضًا شديدة مثل الانفصال عن الواقع،التوهمات،الهلاوس، ويحتاج إلى علاج طبي متخصص.

٧. الاكتئاب الثنائي القطب: يتسم بتقلبات مزاجية حادة بين الاكتئاب الشديد والفترات الهوسية حيث يشعر الفرد بطاقة مفرطة.

٨. الاكتئاب أحادي القطب: يعتبر الشكل الأكثر شيوعًا، حيث يتمثل في تقلبات مزاجية بين الفترات الاكتئابية وفترات متوسطة.

٩. الاكتئاب الهياجي: يتميز بقلق وتوتر شديدين، إلى جانب التعب المستمر.

١٠. الاكتئاب التخلفي: يشمل بطء في الحركة الذهنية والجسدية مع صعوبة في التركيز واتخاذ القرارات.

١١. الاكتئاب الجزئي: نوع خفيف قد يظهر أحيانًا ويختفي أحيانًا، ويتميز بتقلبات مزاجية صغيرة.

١٢. الاكتئاب المقنع (الباسم): يعاني الشخص من أعراض اكتئاب واضحة ولكن قد لا يعترف بها، مما يؤدي إلى أعراض جسدية مثل الألم أو اضطراب النوم.

١٣. الاكتئاب العشوي: ناتج عن مرض جسدي أو دواء معين يتسبب في أعراض اكتئابية.(مكنزي،2013 ،36-42 . بتصرف)

4.2.4. أسباب الاكتئاب: يمكن تقسيمها إلى :

_ الأسباب إجتماعية : الاكتئاب يرتبط بالعلاقات الاجتماعية المتوترة، مثل فقدان الحب، الوظيفة، أو العزلة. كما أن التربية الخاطئة، وفقدان الأحباء، والهجرة تؤدي إلى زيادة فرص الاكتئاب.

_الأسباب النفسية :عندما لا يتم تلبية الحاجات النفسية الأساسية، مثل الحاجة للإحساس بالقيمة الذاتية، قد يعاني الشخص من الاكتئاب، ويشعر بالذنب أو التوتر.

_الأسباب الجسدية: الأمراض الجسدية الخطيرة مثل السرطان أو أمراض الرئة يمكن أن تسبب الاكتئاب بسبب الشعور بالقنوط والتوقع بالموت.

٣_ الأسباب الوراثية: تشير الدراسات إلى أن العوامل الوراثية تلعب دورًا مهمًا في الإصابة بالاكتئاب، حيث يتضح أن المرض ينتشر بين التوائم المتشابهة والأقارب. أظهرت الأبحاث أن 50% من حالات الاضطراب الوجداني ثنائي القطب يظهر في عائلات لديها تاريخ مرضي، حيث تتراوح نسبة الإصابة بين 25% إلى 30% إذا كان أحد الوالدين مصابًا، وترتفع إلى 70% إذا كان كلا الوالدين مصابين. كما أظهرت الدراسات أن نسبة الإصابة بالاكتئاب تكون أعلى بين التوائم المتشابهة (69%) مقارنة بالتوائم غير المتشابهة (13%) . كذلك تعتبر النساء أكثر عرضة للاكتئاب بسبب التغيرات الهرمونية.(نفس المرجع السابق،ص22-35 . بتصرف)

5.2.4. النظريات المفسرة للاكتئاب:

• النظرية البيولوجية: يفسر العلماء البيولوجيون الاكتئاب من خلال عوامل وراثية وفسيولوجية تؤثر على الدماغ:

_ التفسير الوراثي: يرى أنصار هذا التوجه أن بعض الأفراد يرثون استعدادًا بيولوجيًا للاكتئاب. وقد أظهرت دراسات التوائم والتبني أن العوامل الوراثية تلعب دورًا رئيسيًا في اضطراب الاكتئاب ثنائي القطب، حيث تؤثر على الناقلات العصبية في الدماغ.

_ التفسير الفسيولوجي: يركز على وجود اضطرابات في كيمياء الدماغ، حيث يكون هناك خلل في توزيع الصوديوم والبوتاسيوم داخل وخارج الخلايا العصبية لدى المرضى المكتئبين. كما تشير بعض النظريات إلى أن الاكتئاب ناتج عن قصور في الناقلات العصبية، خاصة النورإبينفرين و السيروتونين، مما يؤدي إلى اضطراب الحالة المزاجية.

•النظرية التحليلية: يرى فرويد أن الاكتئاب مرتبط بالخبرات المبكرة، حيث يكون نتيجة فقدان تقدير الذات أو فقدان مصدر دعم كان يعزز هذا التقدير. يشمل ذلك الفشل، فقدان المكانة، أو حتى وفاة شخص عزيز. المريض لا يكتئب فقط بسبب الفقدان، بل لأنه يشعر بالعجز عن منعه، مما يؤدي إلى استدماج المشاعر السلبية.

•النظرية السلوكية: يعتبر السلوكيون أن الاكتئاب سلوك مكتسب نتيجة فقدان التعزيز الإيجابي. انخفاض الأنشطة الممتعة وزيادة السلوكيات التجنبية يؤديان إلى الشعور بالحزن والخمول. يرى لوينسون أن الاكتئاب ناتج عن قلة المكافآت، بينما يرى سكينر أنه بسبب الحرمان من التعزيزات الإيجابية، مما يؤدي إلى العزلة.

•النظرية المعرفية: يؤكد بيك أن الأشخاص المكتئبين يمتلكون صيغًا معرفية سلبية تجعلهم يركزون على الجوانب السلبية في حياتهم. هذه الأفكار تتشكل في الطفولة بسبب النقد أو الأحداث السلبية، ويتم تفعيلها لاحقًا عند مواجهة مواقف مماثلة.

أما إليس، فيرى أن الاكتئاب ناتج عن اعتقادات لا عقلانية تجاه الأحداث وليس عن الأحداث نفسها، لذا فإن تغيير هذه الاعتقادات يقلل من الاضطرابات العاطفية.(عبابسية،2019،ص14 . بتصرف)

6.2.4. علاج الاكتئاب:

• العلاج الدوائي: تتألف المعالجة الدوائية من مضادات الاكتئاب التي تُعطى عن طريق الفم، وأحيانًا عن طريق الحقن الوريدي. ويحتاج الدواء إلى وقت حتى يظهر مفعوله، حيث لا يمكن تقدير فعاليته إلا بعد مرور أسبوعين من بدء تناوله. من المهم أن يكون المريض على دراية بذلك، حتى لا يصاب بالإحباط في الأيام الأولى من العلاج نتيجة عدم تحسن حالته المزاجية فورًا.

هناك قائمة طويلة من الأدوية المضادة للاكتئاب، ومن بين المجموعات الرئيسية المستخدمة حاليًا:

– الأدوية ثلاثية الحلقات (Tricyclics): مثل أميتريبتيلين (تريتيزول)، نورتريبتيلين، إيميبرامين (تفرانيل)، وكلوميبرامين (أنافرانيل).

– الأدوية رباعية الحلقات (Tetracyclics): مثل مابروتيلين (لوديوميل).

– مثبطات أوكسيداز أحادي الأمين (MAOIs): مثل فينيلزين، وإيزوكاربوكسازيد، لكنها نادرًا ما تُستخدم حاليًا بسبب آثارها الجانبية المزعجة، باستثناء دواء حديث من هذه الفئة يُعرف باسم "أوروركس".

– مثبطات امتصاص السيروتونين الانتقائية (SSRIs): مثل فلوكسيتين (بروزاك)، سيرترالين (لسترال)، فلوفوكسامين (فافرين)، وسيتالوبرام (سيبرام).

تُعد هذه المجموعة من الجيل الحديث لمضادات الاكتئاب، وتمتاز بآثار جانبية أقل نسبيًا.

• العلاج المعرفي :.يركز على مواجهة الأفكار السلبية وتطوير أفكار إيجابية بديلة، عبر عمليات تواصل بين المعالج والمريض وفق جلسات علاجية منظمة ومتدرجة، تشمل: بناء الألفة والثقة بين المريض والمعالج/ تقييم المشكلات وتحديد مستوى الاكتئاب من خلال مقاييس مثل بطارية بيك للاكتئاب / إدماج المريض في النموذج المعرفي للعلاج / التعامل

مع تشاؤم المريض تجاه العلاج / أنشطة تدريبية تساعد المريض على مواجهة أفكاره السلبية، مثل: التدريب التوكيدي، التدريب على المهارات الاجتماعية، العلاج الأسري، تقليل الحساسية التدريجي للمخاوف، تقديم واجبات منزلية، مثل تدوين الأفكار السلبية في سجل خاص ومواجهتها..

• العلاج السلوكي : يعد التدخل السلوكي من أكثر العلاجات فاعلية في تحسين حالات الاكتئاب، حيث يعتمد على التدريب والأنشطة العلاجية، ومن بين تقنياته:

– تجزئة المهام: لمساعدة المريض على تنفيذ مهامه اليومية بشكل تدريجي، بدءًا من الأسهل إلى الأصعب.

– جدولة الأنشطة: خاصة للمرضى الذين يعانون من الملل والروتين.

– لعب الأدوار: لتدريب المريض على التفاعل الاجتماعي.

– تقليل الحساسية التدريجي: لمساعدة المرضى على مواجهة مخاوفهم بشكل تدريجي.

–التدريب التوكيدي: لمساعدة المرضى على بناء الثقة والتواصل الفعال مع الآخرين.

• العلاج البيئي : يقوم العلاج البيئي على توفير بيئة داعمة للمريض بعيدًا عن الضغوط والمواقف المسببة للاكتئاب، ويتم ذلك عبر نقله إلى وسط علاجي ملائم، مثل المصحات المتخصصة، مع التركيز على شغل وقت فراغه بأنشطة ترفيهية أو عملية تساعده على إعادة الاندماج في المجتمع.(نفس المرجع السابق،ص 27. بتصرف)

3.4_ تقدير الذات:

1.3.4. مفهوم تقدير الذات:

– يعرف روجرز تقدير الذات بأنه اتجاهات الفرد نحو ذاته، والتي لها مكون سلوكي وآخر انفعالي. (مسعدي، 2015، ص 100)

-أما تعريف كوبر سميث، فهو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، وتشمل معتقدات توقع النجاح، درجة الفشل، ودرجة الجهد المبذول.(بن حرمة، 2011، ص 48)

وعموماً، فإن تقدير الذات هو الموقف الذي يتخذه الفرد تجاه نفسه، وتقييمه الخاص لها، إضافة إلى تصوراته ومعتقداته حول ذاته، بمعنى توقعه للنجاح أو الفشل، وهو أمر يرتبط بآرائه الإيجابية أو السلبية نحو نفسه. يشمل تقدير الذات الأفكار والمعتقدات المكتسبة، مدى شعور الفرد بقيمة ذاته، مدى احترامه لها، ثقته في نفسه، مدى رضاه عن صفاته، إدراكه لإمكاناته، ومستوى إيمانه بنفسه.(عياش،2021،ص22)

2.3.4. مكونات تقدير الذات:

أ- حب الذات: يُعدّ من أهم مكونات احترام الذات، لأنه بالرغم من معرفة الشخص بنقاط ضعفه ونواقصه، فإنه يسمح له بمواجهة الصعوبات التي يمر بها في حياته، مما يمنعه من الوقوع في الاكتئاب.

ب- النظرة للذات: يُعتبر إدراك الذات الركيزة الثانية لتقدير الذات، حيث يعكس تقييم الشخص لنفسه بناءً على أسس واقعية أو غير واقعية. يمكن أن يكون هذا الحكم إيجابيًا أو سلبيًا، ويؤثر في ثقته بقدراته المختلفة.

ج- الثقة في الذات: الركيزة الثالثة هي الثقة بالنفس، التي تلعب دورًا أساسيًا في مواقف الفرد وسلوكياته. فالثقة بالنفس تجعله يعتقد أنه قادر على التصرف بطريقة مقبولة في المواقف المختلفة.(الديب، 2014،ص31)

3.3.4. أقسام تقدير الذات:

أ- تقدير الذات المكتسب: هو التقدير الذي يكتسبه الشخص من خلال إنجازاته، فكلما حقق نجاحات أكثر، زاد شعوره بالرضا عن نفسه. يعتمد احترام الذات هنا على الإنجازات التي يحققها الفرد.

ب- تقدير الذات الشامل: يُولّد شعورًا عامًّا بالفخر بالنفس، ولا يعتمد فقط على المهارات الفردية أو الإنجازات الخاصة. أي أن الأشخاص الذين لم يحققوا نجاحات كبيرة في حياتهم العملية ما زال بإمكانهم التمتع بشعور عام من احترام الذات. (العطا، 2014،ص32)

4.3.4. مظاهر تقدير الذات: يحدد كوبر سميث أربعة مظاهر تدل على وجود تقدير الذات مرتفع لدى الفرد، و هي :

- القوة (القدرة على السيطرة).

- القدرة على تقبل الآخرين، والتأثير فيهم.

- الفضيلة و هي التحلي بالمستويات الأخلاقية.

- المناقشة، و النجاح عند القيام ببعض الصعوبات.(بظاظو، 2013 ،ص99)

5.3.4. مستويات تقدير الذات: يُقسم كوبر سميث تقدير الذات إلى مستويين: مرتفع ومنخفض. التقدير المرتفع يتجلى في قبول الذات، بينما التقدير المنخفض يرتبط بـ رفض الذات.

يتميز الأفراد ذوو التقدير المرتفع بالثقة في أنفسهم، القدرة على الاعتراف بالأخطاء، تقبل النقد، والميل إلى التفاعل الإيجابي مع الآخرين. كما أن لديهم قدرة على مواجهة التحديات ويعتبرون أنفسهم مهمين. يتشكل تقدير الذات المرتفع عند الأفراد نتيجة الحب غير المشروط، وجود قوانين واضحة، والاحترام المتبادل.

أما الأفراد ذوي التقدير المنخفض، فيميلون إلى الشعور بالنقص، الخوف من الفشل، وعدم الاستقلالية.غالبًا يجدون صعوبة في بناء علاقات اجتماعية، رغم رغبتهم في القبول، كما أن لديهم حساسية مفرطة للنقد، ويميلون إلى التركيز على السلبيات.(الزنبي،2023،ص34)

يمكن تصنيف تقدير الذات إلى ثلاثة مستويات: مرتفع، منخفض، ومتوسط، حيث يجمع التقدير المتوسط بين بعض صفات المستويين دون أن يكون متطرفًا في أي منهما.

6.3.4. أبعاد تقدير الذات:تتضمن خمسة جوانب رئيسية:

١. الشعور بالأمن: عندما يشعر الأفراد بالأمن، يصبح لديهم استعداد للتعبير عن آرائهم والعمل لتحقيق النجاح.

٢. الشعور بالهوية: يرتبط بكيفية إدراك الفرد لنفسه ورؤيته لذاته.

٣. الشعور بالانتماء: يزيد هذا الشعور أهمية في مرحلة المراهقة، حيث يواجه البعض صراعًا بين الحاجة إلى التفرد والقبول الاجتماعي.

٤. الشعور بالهدف: يتعلق بوجود هدف في الحياة يرغب الأفراد في تحقيقه، ويختلف ذلك حسب المرحلة العمرية.

٥. الشعور بالكفاءة الشخصية: ينشأ عندما يعتقد الفرد بقدرته على التغلب على المشكلات وتحقيق النجاح.(بظاظو، 2013، ص 99–100)

7.3.4.العوامل المؤثرة على تقدير الذات : تتعدد العوامل المؤثرة في تقدير الذات بين العوامل الذاتية والخارجية لتشمل:

١. العوامل الذاتية:

–اللغة والذكاء والقدرات العقلية: تؤثر اللغة على تطور التفكير وتقدير الذات، حيث أن الأشخاص الأكثر ذكاءً لديهم قدرة أكبر على تفسير مشاعر الآخرين، مما يعزز تقديرهم لذاتهم.

– الأفكار الذاتية: الصورة الذاتية تؤثر بشكل كبير على تقدير الذات. إذا كانت الأفكار إيجابية، ينمو شعور الكفاءة والتقدير الذاتي.

– العوامل النفسية والانفعالية: الاستقرار النفسي يقلل القلق ويعزز تقدير الذات، في حين أن القلق يؤثر سلبًا.

– العمر والجنس: تقدير الذات يتأثر بالمواقف والخبرات الحياتية وفقًا للمرحلة العمرية، وتزداد وضوحًا مع تقدم العمر.

٢. العوامل الخارجية:

– التنشئة الاجتماعية: أساليب المعاملة الوالدية تؤثر بشكل كبير في تقدير الذات، فالتربية المدعمة بالثقة تساهم في تطوير التقدير الإيجابي للذات.

– اتجاهات الآخرين: العلاقات مع الأشخاص ذوي الأهمية النفسية تؤثر على تقدير الذات من خلال احترامهم وتقديرهم للفرد.

– المدرسة: المدرسة تلعب دورًا مهمًا في تقدير الذات من خلال تفاعل الطلاب مع المعلمين، حيث يساهم احترام المعلمين واهتمامهم في تحسين مفهوم الطالب عن نفسه.(سعيدي و بن صابر،2014،ص43–46 . بتصرف)

تتداخل هذه العوامل لتؤثر بشكل كبير في كيفية تقدير الفرد لذاته وكيفية تقييمه لقدراته ومكانته في المجتمع.

8.3.4. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

• نظرية روزنبارغ: تعتبر من أوائل النظريات التي تناولت تقدير الذات، حيث ربط روزنبارغ تقييم الفرد لذاته بالعوامل الاجتماعية مثل المستوى الاقتصادي، الديانة، والتنشئة الوالدية. صنف الذات إلى ثلاثة أشكال: الذات الحالية (كيف يرى الفرد نفسه)، الذات المرغوبة (كيف يجب أن يكون)، والذات المقدمة (الصورة التي يحاول إظهارها للآخرين). أكد روزنبارغ أن تقدير الذات يتشكل من خلال تفاعل الفرد مع الآخرين، فلا يمكنه تقييم نفسه إلا من خلال المجتمع. كما رأى أن تقدير الذات هو اتجاه شخصي نحو الذات يختلف عن اتجاهات الفرد نحو الموضوعات الأخرى.(سني، 2015، ص–ص 42–43)

• نظرية كوبر سميث: استند كوبر سميث إلى دراسته للأطفال في مراحل ما قبل التمدرس والثانوي، حيث ميز بين نوعين من تقدير الذات: الحقيقي، وهو خاص بالأفراد الذين يشعرون بقيمتهم، والدفاعي، وهو يخص الأفراد الذين لا يشعرون بقيمتهم لكنهم لا يعترفون بذلك. ركز على تأثير العوامل الاجتماعية في بناء تقدير الذات، مثل النجاحات، الطموحات، والدفاعات. كما أكد أن تقدير الذات مفهوم متعدد الجوانب، مرتبط بتجارب النجاح والفشل، ومدى اهتمام الآخرين واحترامهم للفرد منذ طفولته. (سني، 2015، ص44)

• نظرية كارل روجرز: تركز هذه النظرية على تأثير الذات في الإدراك، حيث يرى روجرز أن الفرد ينظم سلوكه بناءً على إدراكه للأحداث المؤثرة. يعرّف الذات على أنها جشطلت متسق ومنظم يتكون من تصورات الفرد عن نفسه وعلاقاته بالآخرين. يرى أن الفرد يسعى لتحقيق ذاته من خلال تقييمه لها بناءً على خبراته، والتي يصنفها إلى إيجابية وسلبية. يؤكد روجرز أن التفاعل الاجتماعي يؤثر على إدراك الفرد لذاته، مما يحدد طريقة تفكيره وسلوكياته.(خاضر، 2015، ص 142–143)

4.4_ استراتيجيات المواجهة:

1.4.4. تعريف استراتيجيات المواجهة:

يطلق لطفي عبد الباسط (1994) على أساليب المواجهة عمليات تحمل الضغوط و " يرى أن مجموعة من النشاطات أو الإستراتيجيات السلوكية و المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط و حل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليها.

كما يرى جابر عبد الحميد و علاء الدين كفافي (1989)أن كلمة coping تعني أسلوب مواجهة المشكلات الشخصية و التغلب على المصاعب أن و، أسلوب المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح أي أنه تكيف شعوري لا أو شعوري يخفض التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة.

و يعرف كمال الدسوقي (1988) سلوك المواجهة بأنه الفعل الذي يمكن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية هو و السلوك الفاعل أو الإجرائي . فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع بيئته لغرض تحصيل شيء ما.

أما Barois فقدم عدة تعاريف مع افتراض فكرة أن المواجهة هي أن يواجه الفرد ما تفرضه عليه الحالة ويتحكم في محيطه:

.أإستراتجيات المواجهة هي مجموعة من الأفعال البيولوجية و خاصة السيكولوجية ذات المدى القصير أو الطويل التي تهدف لحل المشكل الناتج عن الصدمة النفسية.

ب .المواجهة هي الوجه النشط من الاستجابة للضغط بل عادة هي المعنى الإيجابي للمصطلح و لكنها ليست مرادفة لمصطلح التكيف.(دعو و شنوفي،2013،ص48)

إستراتجيات المواجهة هي فعالية الفرد في التعامل مع الأحداث و المواقف الضاغطة باستخدام أشكال متنوعة من الجهود السلوكية و المعرفية.

2.4.4. أهمية استراتيجيات المواجهة:

تعتبر إستراتجيات المواجهة بغض النظر عن نتائجها الإيجابية أو السلبية إذ أن بعض الإستراتيجيات تسمح باجتياز الصعوبات، خفض التوتر أو زيادة حدة المشكلة. وترمي المواجهة عموما لهدفين رئيسيين هما:

-مساعدة الفرد على التوافق النفسي الاجتماعي مع المحيط.

-التخفيف من حدة الضغط والتوتر النفسي الذي يسببه الموقف السائد.كما أن تقييم مختلف أساليب المواجهة من شأنه أن يساعد المعالجين النفسيين في تشخيص المواجهة غير المتكيفة واقتراح بدائل وطرق أكثر تكيف لتسير الضغوط.(طبي سهام، 2005 ،ص114)

3.4.4. وظائف استراتيجيات المواجهة:

تناول العديد من الباحثين وظائف استراتيجيات المواجهة أو التكيف وفقًا لخلفياتهم النظرية المختلفة. فقد حدد ميكانيك،ثلاث وظائف رئيسية لها:

1. التعامل مع المتطلبات الاجتماعية والبيئية.

2. توفير الدافعية لمواجهتها.

3. المحافظة على التوازن السيكولوجي لتوجيه الطاقة نحو المتطلبات الخارجية.

حيث يرى ميكانيك أن مقاومة الضغط تتطلب تكيفًا مع البيئة الاجتماعية، وهذا يعتمد على مستوى دافعية الفرد لتحقيق التوازن النفسي بين متطلبات الداخل والخارج.

من جهة أخرى، قدم وايت تصورًا معرفيًا لاستراتيجيات التكيف، محددًا ثلاث وظائف أساسية:

1. تأمين معلومات كافية حول المحيط.

2. حرية التصرف بالمعلومات بمرونة.

3. الحفاظ على الشروط الأساسية لعمليات الأداء وانتقاء المعلومات.

حيث يركز وايت على أهمية جمع المعلومات ومعالجتها، معتبرًا أن فاعلية الإستراتيجية تعتمد على مدى إدراك الفرد للموقف وطريقة استغلاله للمعلومات المتاحة.(حراث،2020،ص91-93 . بتصرف)

بحسب مريم بن سكريفة (2008) فإن استراتيجيات التكيف هي الجهود التي يبذلها الفرد لمعالجة الضغوط، ولا يمكن تصنيفها على أنها جيدة أو سيئة بشكل مطلق، بل تتحدد فعاليتها بمدى تأثيرها واستمراريتها في مواجهة المواقف المختلفة. وتعتمد هذه الفعالية على خصائص الموقف مثل المدة، الحدة، القدرة على التحكم، والتوافق الجسمي والانفعالي.(ص66)

ومنه فإن وظائف استراتيجيات المواجهة حسب ميكانيك تركز على التعامل مع البيئة وتحقيق التوازن النفسي، بينما لدى وايت فتركز على الجانب المعرفي وجمع المعلومات. وبالتالي فإن فعالية الاستراتيجيات تعتمد على مدى تأثيرها واستمراريتها وفقًا لعوامل مثل شدة الموقف، التحكم فيه، والتوافق النفسي والجسدي.

4.4.4. تصنيف استراتيجيات المواجهة:

تعددت تصنيفات استراتيجيات المواجهة بسبب الاختلافات بين العلماء، وتشمل أبرز التصنيفات:

- حسب فولكمان و ولازاروس:

١.المواجهة المتمركزة حول المشكلة: تهدف لتقليل تأثير الضغوط بتغيير تفسير الفرد للمواقف.

٢. المواجهة المتمركزة حول الانفعال: تهدف لتنظيم الانفعالات وتقليل المشاعر السلبية.

- حسب سفيج وكرنك:

١. المواجهة الوظيفية: مشابهة لاستراتيجيات حل المشكلة.

٢. المواجهة غير الوظيفية: تتعلق بالتحكم في المشاعر أو التعامل مع مواقف غير قابلة للتحكم.

– حسب موس:

١ . المواجهة الإقدامية: تتضمن جهود لحل المشكلة أو التفكير الإيجابي.

٢ . المواجهة الإحجامية: تشمل تجنب التفكير في المشكلة أو الانشغال بأنشطة بديلة.

– حسب توبين وآخرون:

١ المواجهة التكيفية: تشمل استراتيجيات مثل حل المشكلة، التعبير عن العواطف، والدعم الاجتماعي.

٢. المواجهة غير التكيفية: تتضمن التجنب، التفكير التوافقي، ونقد الذات.

– حسب فرايد نبرج ولويس:

١. حل المشكلة: العمل مع المشكلة في جو من التفاؤل.

٢. اللجوء للآخرين: الحصول على دعم من الآخرين.

٣ . المواجهة غير المنتجة: تجاهل المشكلة أو الانشغال بالتفكير التفاؤلي.(العبور،2015،ص19–22 . بتصرف)

هذه التصنيفات تظهر التنوع في استراتيجيات التعامل مع الضغوط، وتختلف حسب السياق ونمط الشخصية.

5.4.4. العوامل المؤثرة على استراتيجيات المواجهة:

تتعدد العوامل المؤثرة في استراتيجيات المواجهة وتشمل عدة جوانب:

١. العوامل الشخصية: العمليات الإيجابية مثل تحسين مفهوم الذات والمواءمة ترتبط بزيادة المهارات المواجهة المنتجة.

٢.النوع الاجتماعي: الإناث يميلون إلى البحث عن المساندة الاجتماعية وطلب المساعدة أكثر من الذكور، ولكن نتائج الدراسات حول الفروق بين الجنسين لم تتفق على نوع تفوق أحدهما في استخدام استراتيجيات المواجهة.

٣. مرحلة المراهقة: مرحلة المراهقة تعتبر حرجة لتطوير مهارات المواجهة، حيث تظهر فروق في القدرة على المواجهة بين الذكور والإناث، حيث تكون القدرة على المواجهة لدى الإناث أضعف في هذه المرحلة (من 12–14 سنة).

٤. التحكم الداخلي: يعتبر التحكم الداخلي عاملًا إيجابيًا يؤثر على استراتيجيات المواجهة ومستوى التوافق النفسي، كما أن معتقدات التحكم تُعتبر مهمة في برامج التدخل.

٥.البيئة الجغرافية: توجد فروق بين سكان الحضر وسكان الريف في استخدام استراتيجيات المواجهة لصالح سكان الحضر الذين يميلون إلى استخدام استراتيجيات مثل ضبط الذات وتحمل المسؤولية وإعادة التفسير الإيجابي.

٦. أساليب التعلم: أساليب التعلم تؤثر في استراتيجيات المواجهة؛ حيث يميل الطلاب ذوي أسلوب التعلم التقاربي إلى استخدام استراتيجيات مثل البحث عن المعلومات والجهد الذاتي، بينما يميل الطلاب ذوو أسلوب التعلم التباعدي إلى استخدام إستراتيجية الجهد المتزايد، بينما يميل ذوو أسلوب التعلم التلاؤمي إلى تبني إستراتيجية التغيرات
البيئية.(العبور ،2015،ص34 . بتصرف)

هذه العوامل جميعها تساهم في تحديد كيفية التعامل مع الضغوط وتغيير استراتيجيات المواجهة وفقًا للظروف المختلفة.

6.4.4. النظريات المفسرة لاستراتيجيات المواجهة:

تناولت العديد من النظريات مفهوم استراتيجيات مواجهة من زوايا مختلفة، حيث قدمت تفسيرات متنوعة لكيفية استجابة الأفراد للمواقف المختلفة. ويمكن تصنيف هذه التفسيرات إلى أربعة نماذج رئيسية، وهي:

• النموذج التحليلي:

– دفاعات الأنا : تظهر استراتيجيات المواجهة من خلال دفاعات الأنا، حيث تُعتبر مجموعة من العمليات المعرفية غير الواعية التي تهدف إلى خفض التوتر وتقليل القلق الناتج عن الضغوط. ومن بين هذه العمليات المعرفية نذكر:

الإنكار: إدراك الفرد للحقيقة لكنه يرفض الاعتراف بالعوامل التي لا يمكنه تحملها، مثل الحالات المرضية الخطيرة.

العزلة: تجنب التفكير في تداعيات الوضعية الضاغطة.

العقلنة: البحث عن تفسير منطقي ومتناسق لما يحدث لتقليل التوتر.

وقد صنّف "بولهان" الدفاعات إلى أربعة مستويات:

1. دفاعات ذهانية : مثل الإسقاط الذهاني والتفكك.

2. دفاعات غير ناضجة : مثل الوساوس، توهم المرض، والسلوك العدواني السلبي.

3. دفاعات عصابية : مثل الكبت، التبديل، رد الفعل، و العقلنة.

4. دفاعات ناضجة : مثل التصعيد والتسامح.

•نموذج سمات الشخصية :

يعتمد هذا النموذج على فكرة الفروق الفردية، حيث تُعتبر المواجهة انعكاسًا لسمات الشخصية. فالسمة تُشير إلى استعداد عام للاستجابة بطريقة مميزة عبر المواقف المختلفة، مما يجعل المواجهة عملية متأثرة بالخصائص الشخصية للفرد.

توجد بعض السمات التي يُعتقد أنها تُهيئ الفرد لمواجهة الضغوط، مثل القمع، الحس المرهف، والتحمل. لكن هذه الفرضية لم تثبت بعد بشكل قطعي، إذ أظهرت الأبحاث أن قيمة هذه السمات في التنبؤ باستراتيجيات المواجهة ضعيفة، وذلك لعدة أسباب:

تنوع استراتيجيات المواجهة: فالفرد قد يواجه ضغوطًا متعددة في وقت واحد، مما يستدعي استخدام أكثر من إستراتيجية.

تأثير طبيعة الموقف: حيث تتغير الاستراتيجيات وفقًا للسياق، فلا يمكن الاعتماد على سمات الشخصية وحدها لمواجهة الضغوط

•النموذج الحيواني :

يفسر هذا النموذج استراتيجيات المواجهة على أنها سلوكيات فطرية وغريزية أو مكتسبة، تُستخدم لمواجهة التهديدات الخارجية والانفعالات الداخلية. ويُستدل على ذلك بتجارب علمية مثل تجربة الفئران التي تعلمت الهروب من غرفة تتعرض فيها لصدمة كهربائية إلى غرفة أخرى آمنة

يستند هذا النموذج إلى مبدأ الصراع من أجل البقاء في الفكر الداروينى، حيث يستخدم الإنسان ميكانيزمات دفاعية لمواجهة التهديدات الخارجية والانفعالات الداخلية، مثل:

التجنب والهروب: في حالات الخوف والفزع.

المواجهة والهجوم: في حالات الغضب.

النموذج المعرفي: " التقييم العقلي "

يرى "لازاروس" أن المواجهة تبدأ بتقييم الفرد للموقف، حيث تحدد طريقة الإدراك مستوى التوتر والانفعال الناتج عنه. وتتضمن هذه العملية:

1. التقييم الأولي: هل الموقف يشكل تهديدًا أم تحديًا؟

إذا كان تهديدًا، يظهر القلق والخوف.

إذا كان تحديًا، يظهر الصبر والقدرة على التكيف.

2. التقييم الثانوي: ما هي الاستراتيجيات المتاحة للتعامل معه؟

يشير هذا النموذج إلى أن المواجهة ليست مجرد رد فعل، بل عملية معرفية تعتمد على خبرات الفرد، معتقداته، والدعم الاجتماعي المتاح له.

ومنه فإن استراتيجيات المواجهة عملية معقدة تتداخل فيها عدة عوامل، حيث يقدم كل نموذج تفسيرًا جزئيًا لها ؛ حيث ركز النموذج التحليلي على الدفاعات النفسية كأساليب لاشعورية لتخفيف التوتر، في حين يسلط نموذج سمات الشخصية الضوء على الفروق الفردية وتأثير الشخصية على أساليب المواجهة. و يوضح النموذج الحيواني أن المواجهة قد تكون استجابة غريزية أو سلوكًا مكتسبًا. و يبرز النموذج المعرفي دور التقييم العقلي في تحديد شدة الضغوط وطريقة التعامل معها.(دعو و شنوفي،2013،ص50-53.بتصرف)

يساعد دمج هذه النماذج في بناء فهم متكامل لاستراتيجيات المواجهة، مما يسهم في تطوير أساليب فعالة .

الخلاصة:

تناول هذا الفصل مفهوم المعاش النفسي كحالة ذاتية متأثرة بعوامل متعددة، حيث تم تسليط الضوء على القلق باعتباره حالة قد تكون محفزة أو معيقة، وعلى الاكتئاب الذي يؤثر على جودة الحياة والعلاقات الاجتماعية، إضافة إلى دور تقدير الذات في تحديد قدرة الفرد على التكيف مع التحديات. كما تم استعراض استراتيجيات المواجهة المختلفة، بين الفعالة التي تساعد في التكيف، وغير الفعالة التي تزيد من تفاقم المشكلات النفسية.

وفي السياق ذاته، يظهر المعاش النفسي لزوجة المدمن كمثال معقد على هذه التفاعلات النفسية، حيث تجد نفسها في مواجهة مستمرة مع مشاعر القلق، الخوف، والإحباط، مما يؤثر على استقرارها النفسي. وبينما تحاول بعض الزوجات استخدام استراتيجيات تكيف إيجابية مثل طلب الدعم أو البحث عن حلول، قد تلجأ أخريات إلى استراتيجيات غير فعالة مثل الانعزال أو الإنكار، مما يزيد من الضغوط النفسية عليهن. هذا الأمر يؤكد أن دراسة المعاش النفسي في سياقات مثل هذه لا تتعلق فقط بفهم الظاهرة، بل أيضًا بالبحث عن سبل لدعم الأفراد الذين يعيشون في مثل هذه الظروف الصعبة

- المحور الثاني : الإدمان على المخدرات

تمهيد

1. تعريف الإدمان على المخدرات
2. مراحل الإدمان على المخدرات
3. أنواع المخدرات
4. الأسباب و العوامل المؤدية إلى الإدمان على المخدرات
5. المقاربات النظرية المفسرة للإدمان على المخدرات
6. الآثار الناجمة عن إدمان المخدرات
7. علاج الإدمان على المخدرات
8. خلاصة

تمهيد:

يعتبر الإدمان على المخدرات من المشكلات السلوكية التي تحيل الشخص دون الاستمرار في حياته بشكل طبيعي وتؤثر عليه في كل جوانب حياته، الصحية والاقتصادية وكذا النفسية و العقلية كما وتؤثر على حياة المحيطين به، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى تعريف الإدمان على المخدرات ومراحله، أنواعه والعوامل المسببة أو المساعدة والعديد من العناصر الأخرى.

1-تعريف الإدمان على المخدرات:

-**تعريف الإدمان:** حالة من التسمم الدوري أو المزمن تلحق الضرر بالفرد والمجتمع وتنتج من تكرار عقار طبيعي أو مصنع. (غبارى،2007،ص15)

ينتج عن هذا التكرار الاعتماد النفسي والجسماني على العقار تحقيقا للذة زائفة.(علي،د.س،ص6)

وكتعريف أخر أكثر شمولا للإدمان فانه: يتصف بأعراض متعددة، التحمل والانسحاب واستخدام المواد بشكل يزيد عن المقصود وكذا الفشل في محاولات التوقف بشكل يزيد عن المستهدف مع محاولات التوقف، وتفاقم المشكلات الجسمية أو النفسية باستخدام المواد والتعرض لمشكلات في العمل أو مع الأصدقاء. (شيهان،2020،ص64)

-**تعريف المخدرات** :عرفتها لجنة المخدرات بالأمم المتحدة: كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شانها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد جسميا ونفسيا وعقليا وكذا المجتمع. (مرجع سابق،ص15،16)

تعريف أخر:كل مادة طبيعية أو مصنعة يتناولها الفرد عن طريق الفم أو الأنف أو الحقن وفق مراحل إقبال وتقبل وقبول تؤدي إلى تشوه في الإدراك الحسي واضطراب عقلي معرفي وخلل في التوازن الفسيولوجي وفقدان للتوافق النفسي وسوء التكيف الاجتماعي.(طراد وسليمي،2022، ص31)

بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان على المخدرات:

الاعتياد أو التعود: الحالة التي يكون فيها تشوق لتعاطي العقار بسبب ما يحدثه من شعور بالراحة أي الحاجة النفسية والانفعالية. (جعلاب وسعدي،،2023ص45)

من خصائصه: استمرار اخذ العقار والرغبة في تناوله،عدم زيادة الجرعة، تكون قدر معين من الاعتماد النفسي وعدم حدوث الاعتماد العضوي، أضرار العقار تنعكس على المتعاطي فقط ولا تمتد للمجتمع.(شيهان،2020،ص65)

الاعتماد:حالة نفسية و أحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار،وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة.(صادقي،2014،ص193)

التعاطي:تناول أي عقار لغير الغرض الطبي وبغير وصفة طبية،قد يكون التعاطي بشكل مستمر أو بشكل متقطع،وكذلك قد يتعاطى شخص مادة مخدرة واحدة أو أكثر من مادة في نفس الوقت. (شيهان،2020،ص64)

التحمل: هو حالة من التكيف الخلوي تتطلب زيادة المتعاطي لكمية المادة بشكل متزايد لإحداث نفس الدرجة من التأثير التي كان يحصل عليها بمقادير اقل سابقا.(مرجع سابق،ص65)

الانسحاب:يسمى أيضا متلازمة الحرمان أو الإقلاع ، وهي أعراض شديدة الوقع على المدمن وخطرة العواقب لدرجة أنها تسبب الوفاة أحيانا ، وهي ترتبط بنوع العقار الذي أدمن عليه الفرد ومدة الإدمان وبشكل عام تظهر هذه العواقب إذا توقف المدمن بشكل مفاجئ أو تدريجي عن تعاطي المادة بسبب العلاج أو بسبب عدم توفر المادة أو نقصها ، وهذه الأعراض قد تتمثل في : الرعشة ،الرجفان ،التعرق الدوخة خفقان القلب الأرق فقدان الشهية انخفاض الضغط ألام في الصدر احمرار الوجه صداع ارتفاع درجة الحرارة غثيان وقيئ تشنجات تشوش عقلي اضطراب في الذاكرة .(مرجع سابق، ص65،66)

انطلاقا مما تناولناه من تعريفات ومفاهيم نصل إلى أن الإدمان على المخدرات هو اعتماد نفسي وجسمي لمادة مخدرة أو لأكثر من مادة سواء كانت منشطة أو مهدئة بصفة مستمرة تعود بالضرر لمتعاطيها وللمجتمع.

2- مراحل الإدمان على المخدرات :

يمر مدمن المخدرات بمراحل قبل أن يصل إلى الإدمان وتتمثل في أربعة مراحل كالتالي :

- **مرحلة التجربة:** تعتبر هذه المرحلة هي المرحلة الأولى من مراحل الإدمان، فهي مرحلة استكشافية تعتمد على تجربة العقار أو المخدر كأول مرة، وتكفي كميات صغيرة لإحداث أثر المخدر، لان خاصية الإدمان لم تتكون بعد، وقد يتعاطى الفرد المخدر على فترات متباعدة، وقد يتعاطاها في مناسبات اجتماعية معينة كما وقد يترك الفرد المخدر وقد يستمر في التعاطي لشهور أو سنوات دون أن يتجاوز مرحلة التجربة، وفي هذه المرحلة لا تظهر أي علامات على المتعاطي، وكذلك لا توجد رغبة في زيادة الجرعة، وتعتبر التجربة من بين الأسباب المؤدية إلى الإدمان .(بهنج،2020، ص25)
- **مرحلة التعاطي المقصود أو المتعمد:** في هذه المرحلة يضطر المتعاطي إلى شراء المادة المخدرة لأن معاناته من الآثار الناجمة من عدم الحصول على الجرعة ظهرت، وحاجته إلى جرعات أكثر من ذي قبل وفي أوقات متعددة، والمتعاطي للمخدر في هذه المرحلة له القدرة على إخفاء تعاطيه والسيطرة على سلوكياته وتصرفاته وأدائه مع إحساسه بحالات من القلق والاكتئاب والصراع النفسي وشعوره بسلبية في النشاط الاجتماعي والميل إلى العزلة واللجوء إلى أساليب وحيل دفاعية لحماية شخصيته بطريقة غير واقعية إرضاء لدوافعه وأهدافه الوهمية.(طراد وسليمي، 2022، ص33)
- **مرحلة الإدمان:** هذه المرحلة يشعر المتعاطي بحاجته إلى المخدر مهما كان الثمن، لأنه يكون قد فقد كل السيطرة على إرادته تجاه هذه المادة، وإذا توقف عن استعمال المخدر أو إذا منع من تناوله فإنه سوف يعاني من آلام جسمانية وعقلية مؤلمة، وإذا حصل ذلك؛ فإن هذا العقار المخدر سوف يعتبر من العقاقير التي تسبب الاعتماد الجسماني.(بهنج،2020،ص26)

- **مرحلة الاحتراق:** في هذه المرحلة لا يشعر المتعاطي بالنشوة من المخدرات إلا قليلا، ويكون المدمن مفروضا عليه التعاطي (قسريا) أي أن إرادته سلبت فيدخل في مرحلة الحقن في الوريد لأنها أسرع تأثيرا. وظنا منه بأنه سيتخلص من المعاناة التي ألمت به. والجرعات التي تعود عليها من قبل أصبحت لا تشفي غليله ولم تهدئ من روعه، فيزداد في تشنجه وارتعاش أطرافه لأنه وصل إلى الجثة المحروقة التي أصبحت هدفا للموت في أي لحظة وبأي طريقة.(طراد وسليمي،2022، ص34)

3- أنواع المخدرات : تقسم المخدرات إلىنوعين :

النوع الأول مخدرات طبيعية: وهي ذات مصدر نباتي مثل الخشخاش والأفيون ومشتقاته (المورفين، والهروين) والكوكايين والحشيش والبانجو وغيرها. وقد عرفها الإنسان منذ القدم في ظروف عفوية غير قصدية من خلال أكله للأعشاب والنباتات التي تنمو في البيئة التي يعيش فيها.

أما النوع الثاني مخدرات مصنعة: وهي ذات تركيبة كيميائية وتشمل المنومات، والمهدئات والمنشطات، والمهلوسات وغيرها. وقد عرفت في المجال الطبي و العيادي ومن المفترض أن يتم تناولها تحت إشراف مختصين.

والمخدرات بنوعيها ذات تأثير سلبي على متعاطيها وقد تتفاوت في تأثيراتها حسب نوع المخدر والكمية المتعاطاة وعدد الجرعات .والمخدرات سواء إن كانت طبيعية أو مصنعة لها آثارها السلبية على الصعيد الشخصي والأسري والاجتماعي وتبدأ بمرحلة التعاطي ثم مرحلة الإدمان عليها ليصل إلى مرحلة الاحتراق أو ما يعرف بالجثة المحروقة، كما تطرقنا لهم سابقا.(طراد وسليمي،2022،ص32)

وهناك أنواع وتصنيفات أخرى للمخدرات كالمخدرات الرقمية وغيرها.

4-الأسباب و العوامل المؤدية إلى الإدمان على المخدرات :

تختلف العوامل المسببة للإدمان وتتعدد يمكن تصنيف أهمها فيما يلي :

-عوامل خاصة بالمادة المخدرة:

توفر المخدر وسهولة الحصول عليه: ممايجعل سعره في متناول الكثيرين فتتسع بالتالي الفرصة للتعاطي والإدمان .

طريقة التعاطي: مثل تعاطي المخدرات بالفم أو الشم فانه يسهل الإدمان عليها، بينما يقلل استخدامها بطريقة الحقن من فرص الإدمان يضاف إلى ذلك مرات التعاطي، فالتعاطي المستمر واليومي يزيد من فرص الإدمان بخلاف الاستخدام المؤقت والذي يحدث في المناسبات كالأعياد و الأفراح وغيرها فانه يقلل من فرص الإدمان .

نظرة المجتمع للمادة المخدرة:كأن ينظر إليها بشيء من التسامح لسبب غير صحيح مثل الظن بأن الإسلام حرم الخمر ولم يحرم المخدرات لأنه لم يرد لها ذكر في القران ولا في السنة، وهو ظن خاطئ .

الخواص الكيميائية و البيولوجية للمخدر:فقد ثبت علميا أن لكل مخدر خواصه وتأثيراته المختلفة على الإنسان، كذلك ثبت أن أي شخص بعد أن يستخدم أنواعا مختلفة من المخدرات فانه لا يلبث أن يفضل "صنفا" منها ويدمن عليه، وذلك لوجود نوع من التوافق بين هذا المخدر وتأثيراته من جهة وشخصية هذا الإنسان من جهة أخرى، لدرجة أنه قيل إن الشخص يبحث عن المخدر الذي يناسب شخصيته، وهو ما يقول عنه العوام "المزاج".(خلفة وتيتيلة ،2021،ص74)

-العوامل المتعلقة بالمدمن نفسه:

عوامل وراثية: بحيث يعتقد بعض الباحثين والعلماء البيولوجيين أن أبناء المدمنين معرضون أكثر من غيرهم إلى الإدمان على الخمور والمخدرات، وهذا راجع إلى انتقال المورثات إلى

الأبناء فعلى سبيل المثال فان المرأة المدمنة الحامل تنقل سموم المخدرات والكحول إلى جنينها أي كان نوع المخدر .(بهنج،2020،ص28)

عوامل نفسية: تتمثل في:

شخصية المدمن: يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات معينة تعتبر من العوامل المساهمة في إدمان المخدرات، فأسباب الإدمان ولو تنوعت لا تعدو أن تكون ذات دلالة على أن المدمنين يتميزون بخلل واضطراب في الشخصية حيث يرى "رأفت عسكر" أن هناك علاقة وثيقة بين اضطرابات الشخصية وتعاطي الأشخاص للمخدرات ليخففوا من حدة اضطراباتهم أو ربما ليزيدوا من تفاعلهم مع البيئة التي يعيشون فيها كي تساعدهم المخدرات على توافقهم أكثر مع حياتهم. فالشخصية الاكتئابية على سبيل المثال قد يقاومها الإنسان بإحدى المواد المنشطة فيقوده سوء استعمالها إلى التعود عليها وإدمانها، كذلك نجد الشخصية القلقة كمثال آخر يلجا صاحبها إلى استعمال المواد المخدرة التي تجعله هادئا ومسترخيا فيتعود عليها ليدمنها لاحقا.

هناك أيضا ملامح معينة تميز شخصية المدمن: عدم النضوج الانفعالي، ضعف الوازع الديني، حب الإثارة والشعور بالملل والفراغ النفسي، حب التقليد وغيرها. (خلفة وتيتيلة،2021،ص70-72)

العوامل الاجتماعية:تلعب البيئة والمجتمع دورا مهما لدفع الشخص لتناول المخدر والإدمان عليه من أهم هذه العوامل ما يلي: **الأسرة والتربية** فسوء التنشئة الاجتماعية وعدم الرقابة الأسرية، الدلال الزائد وعدم الاهتمام بمشاكلهم وكذا المشاكل الأسرية يدفع البعض إلى اللجوء إلى المخدرات. (بهنج،2020،ص28)

كذلك نجد **تأثير الحي السكني** وكذا **جماعة الرفاق،الفشل الدراسي و وسائل الإعلام** وغيرها من العوامل.

5- المقاربات النظرية المفسرة للإدمان على المخدرات :

- **نظرية التحليل النفسي:** يمكن تلخيص تفسير مدرسة التحليل النفسي للإدمان في النقاط التالية :

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.

- نكوص إلى المرحلة الفمية

- تعويض عن إشباع شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.

- سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية.

- التعاطي للمخدرات مظهرا من مظاهر الاضطراب والسلوك الشاذ .

كما أجمع أنصار هذه النظرية على أن مشكل الإدمان يخص كل البنيات النفسية الذهانية والحدية والعصابية.

وخلاصة القول إن أغلبية أصحاب هذه النظرية يرجعون سلوك تعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى الصراعات النفسية التي تعود أساسا إلى:الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي في المرحلة الفمية، الحاجة إلى الشعور بالأمن والراحة النفسية، الحاجة إلى تقدير الذات.(خلفة وتيتيلة،2021،ص76و75)

-**النظرية السلوكية:** يرون أن السلوك الإدماني عادة مكتسبة ومتعلمة وهناك ثلاث طرق لتعلم السلوك الإدماني حسبهم:

التعلم عن طريق الاشراط الكلاسيكي: وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما :

نموذج استجابة الإشراط التعويضي: وضعه سيجل (1978) Seigle .حيث يرى أن المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدرات تقترن بآثار المخدر في الجسم، لإنتاج استجابة شرطية مناقضة أو مخالفة لتأثير العقار، وهذه الاستجابة التعويضية صممت لخفض

التوازن الحيوي للجسم، حيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الإشراطي مع استمرار تعاطي العقار .

نموذج دافعية الاشتهاء الإشراطي للمخدر: وضعه ستيوارت وآخرون، طبقا لهذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار، أو الأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه التعاطي للخمر أو الحقن بالهيروين، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته، وهذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار واستخدامه.

التعلم عن طريق الاشراط الإجرائي:يهتم بالآثار التي تعقب السلوك، فتعاطي المواد المخدرة مرتبط بالشعور بالنشوة والراحة أما الآثار السلبية فلا تأت إلا بعد فترة طويلة أو بعد الامتناع عن المخدر ما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي.

النمذجة: الإدمان يكون عن طريق الملاحظة لسلوك الآخرين وما يترتب عنه من إثابة أو عقاب لذا فان بداية الإدمان تكون من خلال عملية النمذجة والتقليد.
(صادقي،2014،ص194)

-**النظرية المعرفية:** تؤكد على أن اتجاهات الناس اعتقاداتهم ونواياهم وتوقعاتهم تلعب دورا مهما في هذا التورط مع المخدر، ويؤكد أصحاب هذه النظرية على دور التوقعات الإيجابية من تعاطي المخدر على استمرار التعاطي وزيادة الجرعة منه، أيضا المعتقدات غير الواقعية تلعب دورا كبيرا في حدوث الإدمان، حيث يعتقد البعض أن المخدرات تزيد من القدرة الجنسية، وأنها تجعل الفرد يستطيع التعبير عن مشاعره بصورة أفضل .أيضا إحكام السيطرة على التوتر والحزن والمشاعر المؤلمة التي تعتري الفرد وتوفير مشاعر الراحة...الخ من المعتقدات غير المنطقية التي تعتري ذهن الفرد والتي تؤدي به إلى استخدام المواد المخدرة ومن ثمة الوقوع في الإدمان، وكذلك فالإدمان هو ناتج عن الطريقة التي يفسر بها الفرد المواقف الحياتية التي يمر بها، والأفكار التي تراود الأفراد بشأن هذه المواقف، هذه الأفكار

التي تؤدي بالأفراد إلى الشعور بالألم والكدر والحزن والقلق فتجدهم يلجئون إلى المخدرات كحل للحصول على الراحة والتخلص من كل تلك المشاعر المؤلمة.

وأخيرا يتضح لنا من خلال هذه النظرية أن سلوك التعاطي يتولد من خلال معتقدات وأفكار غير عقلانية للمتعاطي التي كونها ويحملها عن المواد المخدرة، فعلى حسب اعتقاده أن المخدرات هي مواد تشعر الفرد بالراحة وتمكنه من التحرر من جميع مشاكله.(خلفة وتيتيلة،2021،ص77)

-**النظرية الوراثية**: وجود مورثات أو جينات معينة، مسؤولة عن الاستعداد الوراثي للإقبال عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وعادة تهتم بحوث الوراثة بثلاث مجالات:

أولا: مجال البحوث داخل العائلات، كون ظاهرة تعاطي المخدرات يغلب وجودها بشكل لافت داخل العائلات.

ثانيا: مجال بحوث التوائم، وهي أقرى البحوث في إبراز دور العوامل الوراثية في حدوث الأمراض والإدمان عل المخدرات .

ثالثا: مجال بحوث التبني التي تبرز دور العوامل الوراثية، إذا ظهر الإدمان عند أفراد نشئوا في أسر لاتعاني مشاكل الإدمان الموجودة في أسرهم الأصلية.

وتؤدي الوراثة دورها من خلال البيئة والبحث عن كشف التفاعلات بين الوراثة والبيئة في اضطرابات استخدام الكحول والمواد المخدرة. (شيهان،2020،ص81،82)

6-الآثار الناجمة عن إدمان المخدرات :

من أهم الآثار التي تحدث نتيجة إدمان المخدرات ما يلي :

- **الآثار الصحية**:يؤدي إدمان الحشيش إلى الاحتقان المستمر في العيون وتضخمها، واصفرار الجلد وشحوب الوجه وإصابة الأسنان، وكذلك احتمال تزايد

الإصابة بالتهاب الرئة ونزلات البرد، وارتفاع في ضغط الدم وضعف عام للجسم، وكذلك الكوكايين يعتبر من أخطر المخدرات على صحة المدمن، فإذا تم تعاطيه حقنا تحت الجلد يحدث بهذه الطريقة بقعا زرقاء تشبه الكدمات، وقد تتحول بمرور الأيام إلى أورام سرطانية، وأضرار صحية أخرى.(بهنج،2020، ص 29)

- فقد يؤدي الإدمان إلى ضمور قشرة الدماغ التي تتحكم بالتفكير والإدارة ونقص في القدرات العقلية وإلى إصابة خلايا المخيخ بالضمور مما يخل بقدرة الشخص على الوقوف دون ترنح.(الملوحي،2023، ص46)
- **الآثار النفسية:** بحيث أن الآثار النفسية يمكن أن تتمثل في الشعور بالاكتئاب النفسي والقلق وضعف الروح، بحيث تتولد له الرغبة في الموت، كذلك الشعور بالوحدة والانطوائية، التشاؤم، عدم الثقة، عدم القدرة على تكوين شخصية واحدة.
- **الآثار الاجتماعية:**يعد الإدمان على المخدرات إحدى أسباب انهيار المجتمعات بأسرها، بحيث يعد الفرد الركيزة الأساسية التي يبنى عليها المجتمع، واختلال الفرد يعني الإخلال بالنظام الاجتماعي، بحيث أن المجتمع يفقد مجموعة من أبنائه عند الإدمان، بعضهم يتحطم وبعضهم ينهار والبعض الآخر يتم إدانتهم باستهلاك المخدرات، فالمدمن ينحدر أخلاقيا واجتماعيا، وهذا ناتج عن التدهور في القيم، وذلك لعدم القبول الاجتماعي للتعاطي كسلوك غير محترم في الأوساط الاجتماعية.(بهنج،2020، ص29)
- **الآثار الدينية:** إن المخدرات مضيعة للوقت مذهبة للعقل تدخل صاحبها في غيبوبة تمنعه عن أداء صلاته وتحقيق عبادته، كما أن سيطرتها على عقله تجره لارتكاب كل محرم من قتل وسرقة وغيرها.(الملوحي،2023، ص45)

7-علاج الإدمان على المخدرات :

هناك عدة تدخلات علاجية متكاملة يختلفون في الطرق لكنهم يشتركون في الهدف:

العلاج النفسي:وقد حدد خبراء منظمة الصحة العالمية مراحل علاج الإدمان كالآتي:

المرحة الأولى: وتسمى المرحلة المبكرة في العلاج، وهي تتطلب رغبة صادقة من جانب المدمن في العلاج، وبالتالي الدخول في مرحلة كفاح صعب وصراع قاس بين احتياجه الشديد للمخدر من جانب، وعزمه الأكيد على عدم تعاطيه واستعداده التلقائي لقبول مساعدة فريق العلاج من جانب آخر .

المرحلة المتوسطة: إذا نجح العلاج في مرحلته الأولى فإن المدمن يتخلص من التسمم الناتج عن تعاطي المخدرات، ويشعر المدمن أنه في حالة طيبة، وهذه الحالة قد تستمر بضع ساعات أو أيام أو أسابيع، ثم تظهر بعض المشكلات و الأعراض الجسدية، وفي هذه الفترة يجب تشجيع المدمن على عدم العودة للتعاطي، ويكون ذلك بالاستعانة بمجموعة من الأشخاص الذين تم شفائهم نهائيا من الإدمان، على أن يكونوا من نفس فئته العمرية كما يمكن الاستعانة بأقاربه وأصدقائه الحائزين على ثقته، بالإضافة إلى الأطباء الذين يتولون علاج ما يظهر عليه من أعراض جسمية أو نفسية .

المرحلة الثالثة: ويطلق عليها مرحلة الاستقرار حيث يصبح الشخص الذي عولج في غير حاجة إلى خدمات أو مساعدة. وينصح خبراء منظمة الصحة العالمية أن يكون الأشخاص في هذه المرحلة جمعيات لتقديم العون لمدمني المخدرات، وذلك بتشجيعهم على التقدم للعلاج وتذليل ما يعترضهم من صعوبات وعقبات، والوقوف بجوارهم في المرحلة المتوسطة حتى يكتمل الشفاء، بالإضافة إلى أن وجودهم في هذه الجمعيات يشد من أزرهم ويزيد من تصميمهم على عدم العودة إلى أسر الإدمان.(شيهان ،2020، ص 94)

العلاج الطبي: وهي طريقة تهدف إلى تحرير الفرد من الإدمان على المخدر أو العقار، والعلاج الطبي لا يجب أن يكون عاما "نفس العلاج"، بل يجب أن يكون شخصيا، وذلك يرجع لكونالتعاطي أو استهلاك المخدر يختلف من فرد لآخر باختلاف نوع المخدر ودرجة قوته، وباختلاف درجة التعاطي وعدد المرات.(بهنج،2020، ص 78،79)

العلاج الاجتماعي:وهو مجموعة الخدمات المادية والمعنوية التي ينالها العميل عن طريق علاقته بالمؤسسة لتحدث أثرا مرغوبا في موقفه، وتمكنه من استعادة النشاط الاجتماعي المطلوب، أي توصله إلى حالة التكيف الاجتماعي الذي يرضيه ويرضي المجتمع الذي يعيش فيه.(شيهان ،2020، ص 96)

خلاصة:

ومما سبق ذكره يمكننا أن نستنتج أن الإدمان على المخدرات من الاضطرابات السلوكية والظواهر المعقدة في تفسيرها وذلك لتداخل عواملها وأسبابها، انطلاقا من شخصية المتعاطي وعالمه الداخلي وكذا محيطه الخارجي وصولا إلى المواد المتعاطاة وكيفية تعاطيها، وهذا ما يفسر أيضا الفروق الفردية بين المتعاطين سواء في اختيار المادة المخدرة أو في تفسير أعراض الاعتماد النفسي والجسمي وكذا يفسر الفروق الفردية في نوعية علاج هذا الاعتماد سواء الطبي أو النفسي أو غيرها والاستجابة له.

الفصل الرابع : الإجراءات

الميدانية للدراسة

1. منهج الدراسة

2. حدود الدراسة

3. عينة الدراسة

4. الأدوات المستخدمة في الدراسة

1- المنهج المستخدم :

يُعد المنهج، حسب شهراوي وبينوني (2003)، كلمة مشتقة من الأصل اليوناني Méthodus، والذي يعني "السير عبر" أو "المشي من خلال". وهو يُفهم على أنه أسلوب منظم للقول والفعل وفقًا لمبادئ محددة وقواعد مضبوطة، تُسير ضمن نسق مقرر بغرض بلوغ هدف معرفي معين. من هذا المنظور، فالمنهج يُمثل السير العقلي المنظم لذهن الباحث من أجل تحقيق المعرفة واستقصاء الحقيقة حسب القاموس السيكولوجي (جبار،2016، ص 150)

وانسجامًا مع طبيعة موضوع الدراسة، الذي يتطلب التوغل في البُنى النفسية الدقيقة للزوجات المعنيات، تم اعتماد المنهج العيادي باعتباره الأداة الأمثل لفهم المعاش النفسي في عمقه الديناميكي. في هذا السياق، يؤكد بيرون أن "المنهج العيادي هو طريقة تسمح بمعرفة السير النفسي وتهدف إلى تكوين بنية واضحة للحوادث النفسية التي يكون مصدرها الفرد"(بوعلاقة، 2017، ص87) .وهو بذلك لا يقتصر فقط على استقصاء الأعراض، بل يتعداه إلى فهم ديناميا‌تها اللاواعية ضمن سياقاتها الوجودية والاجتماعية.

2- حدود الدراسة :

1.2_ الحدود الزمنية:تم تنفيذ الدراسة خلال الفترة الممتدة من 7-05-2025 إلى 25-05-2025 بمعدل مقابلتين قي الأسبوع، ما أتاح لنا متابعة الحالات بصورة مستمرة ضمن نسق زمني متماسك.

2.2_ الحدود المكانية :نظرًا لطبيعة العينة الحساسة التي شملتها الدراسة لم يكن من الممكن إجراء المقابلات في مركز مختص، إذ أبدت المشاركات رفضًا قاطعًا للانتقال إلى مؤسسة علاجية أو مركز استقبال بحكم السياق الاجتماعي الحساس الذي يحيط بوضعهن، وخشية الوصم أو الكشف عن هويتهن. وعليه،تم اعتماد أماكن بديلة تراعي الخصوصية

والراحة النفسية للحالات، تمثلت في فضاءات محايدة تم الاتفاق عليها مسبقًا، من بينها منزل الباحثة الذي تم تهيئته لاستقبال المشاركات في ظروف ملائمة تحترم مبادئ السرية والاحترام، إضافة إلى أماكن أخرى مثل المكتبات العامة. وقد تم ذلك بما يضمن الالتزام بالمعايير الأخلاقية والخصوصية المطلوبة في الدراسات النفسية العيادية.

3.2_ الحدود الموضوعية :نصبت الدراسة حصرا على استكشاف أبعاد القلق، والاكتئاب، وتقدير الذات، واستراتيجيات المواجهة لدى العينة المختارة، من خلال أدوات نفسية محكمة تتسم بالثبات والصدق.

3- عينة الدراسة :

تكونت العينة البحثية حالتين جُمعت بناءً على اختيار قصدي مدروس، راعت فيه الباحثتان معايير انتقائية دقيقة شملت:

1. ارتباط الزوجة قانونيًا بمدمن مخدرات لمدة لا تقل عن عامين
2. تشخيص مؤكد لحالة الزوج بالإدمان
3. بروز مؤشرات اضطراب نفسي أولي (قلق، اكتئاب، تدنٍ في تقدير الذات) عبر المقابلات التمهيدية
4. استعداد مبدئي لدى الزوجات للانخراط الواعي في إجراءات البحث.

لقد تم انتقاء العينة بطريقة تضمن تحقيق التوازن بين خصوصية الحالات وقابلية التعمق العيادي، مع مراعاة مبادئ الأخلاقيات المهنية في التعامل مع الفئات الهشة نفسيًا.

4- الأدوات المستخدمة :

أولينا اهتمامًا خاصًا لاختيار الأدوات، بما يضمن الإلمام الشامل بالظاهرة المدروسة من مختلف زواياها:

1.4_ المقابلة العيادية نصف الموجهة:

اعتمدنا على مقاربة مرنة تزاوج بين الاستكشاف الحر والتوجيه المنهجي، قصد تفعيل البُنى اللاواعية وإتاحة الفرصة للتعبير الانفعالي العفوي.حيث تم إعداد دليل المقابلة بما يستجيب للأهداف العيادية للدراسة ويغطي محاور القلق، الاكتئاب، تقدير الذات، واستراتيجيات المواجهة.

2.4_ نموذج بيدينيلي Pedinielli:

يُعد نموذج بيدينيلي إطارًا تشخيصيًا ديناميًا متكاملاً، يهدف إلى تحليل الحالة النفسية من منظور شامل يراعي الأبعاد النفسية العميقة والرمزية والعلائقية. طُوّر هذا النموذج في السياق العيادي الفرنسي، ويقوم على سبعة محاور مركزية هي: المقاربة السيمولوجية، الفرضيات التشخيصية، السيرورات النفسية، التشخيص البنائي، الذاتية، الحركة التحويلية، وأخيرًا المقترحات العلاجية و الحوصلة. يتيح هذا النموذج للممارس العيادي فهماً معمّقاً للبنية النفسية للمفحوص، من خلال دمج المعطيات السريرية بالتحليل الدينامي، مما يجعله أداة فعالة في التقييم والتوجيه العلاجي داخل المقابلات النفسية (Pedinielli et al,2020).

3.4_ اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية النسخة الثانية(MMPI-2) :

يعد هذا الاختبار أحد اختبارات الشخصية الأكثر انتشارا واستعمالا، ترجم للعديد من اللغات ويستخدم في مختلف دول العالم وأثبت صدقه وموثوقيته عبر الثقافية، يتكون من (567) عبارة أو بندا يستجيب لها العميل أو المفحوص باختيار إجابة من ثلاث (صح، خطأ، لا أستطيع أن أقرر) والأسئلة تغطي موضوعات مثل الحالة المزاجية والاهتمامات أو الاعتبارات الجسمية والاتجاهات الاجتماعية، والأعراض النفسية، والإحساس بالرفاهية أو الحالة الجيدة (دمدوم، 2023، ص11).

4.4_ مقياس استراتيجيات المواجهة :

صمم من طرف " Lazzarus et Folkman " سنة (1988) و كيف من طرف الباحثة أيت حمودة يهدف إلى الكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط و التوافق، و يهتم بتقييم الأفكار و السلوكات التي يستعملها الأفراد أثناء مواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية و قد استمد من النظرية المعرفية للضغط والمواجهة، و يتكون من 50 عبارة. تتوزع على 8 مقاييس للمواجهة تتمثل فيما يلي: إستراتيجية التصدي ، إستراتيجية مخططات حل المشكل ، إستراتيجية اتخاذ مسافة ، إستراتيجية ضبط الذات ، إستراتيجية البحث عن سند اجتماعي ، إستراتيجية تحمل المسؤولية ، إستراتيجية التهرب التجنب ، إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي (حميدة ،2020،ص 84)

الفصل الخامس : عرض حالات الدراسة

ومناقشة الفرضيات

01. نتائج تكميم المقابلات

02. عرض نتائج الحالة الأولى حسب نموذج بيدينيلي

03. عرض نتائج الحالة الثانية حسب نموذج بيدينيلي

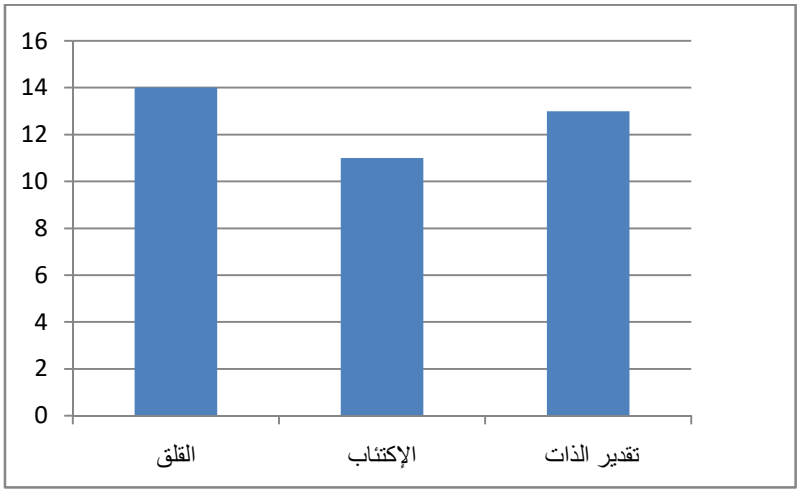
04. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

01. تكميم نتائج المقابلات :

من بين أسئلة المقابلات المتمثلة في خمسة محاور بمجموع 82 سؤالًا، تم انتقاء 54 سؤالًا موزعة على ثلاثة محاور بواقع 18 سؤالًا لكل محور، وهي في حقيقتها مؤشرات على المتغيرات الثلاثة قيد الدراسة: القلق، تقدير الذات، والاكتئاب. وقد تم تكميم هذه الأسئلة بمنح درجة واحدة لكل إجابة تُعبّر عن وجود مؤشر مرتبط بأحد هذه المتغيرات، ثم تم تمثيل النتائج في شكل أعمدة بيانية.

لابد من ذكر أن هذا التكميم لا يُمثل قياسًا كميًا دقيقًا، بل يُعد تمثيلًا عامًّا لمحتوى المقابلة، يهدف إلى تسهيل القراءة النوعية للحالات المدروسة، ضمن منظور تكاملي يجمع بين الكم والنوع.

الشكل(1) :يمثل نتائج تكميم مقابلات الحالة الأولى _براءة_ في أعمدة بيانية



- **التعليق على الشكل(1) :**

تُظهر الأعمدة البيانية تقاربًا نسبيًا بين المتغيرات الثلاثة، إلا أن القلق احتل المرتبة الأولى بدرجة قدرها 14 من أصل 18، مما يُشير إلى حضوره كمكوّن هيكلي في التجربة الذاتية للحالة. ويبدو أن هذا القلق يرتبط بشكل مباشر بخوفها العميق من فقدان الابن، كما اتّضح من خلال الأحلام والكوابيس التي وصفتها أثناء المقابلة، ما يُعبر عن اشتغال خيال سلبي

في ظل إدراك لاشعوري لخطر قائم. كما أن الوضع الاقتصادي الهشّ يُشكّل مصدرًا إضافيًا لهذا القلق، من خلال تعميق شعورها بانعدام الأمان المادي والاجتماعي، وإضعاف قدرتها على التحكم في مآلات الواقع،لكن القلق الطاغي كان قلق الإضطهاد حيث كانت تملك منظومة فكرية متمركزة حول أن غالب المحيط يضمر الأذية لها.

أما تقدير الذات، فقد سجل نسبة مرتفعة نسبيًا (13 من 18)، ما يدلّ على بقاء صورة الذات في مستوى مقبول من التماسك، على الرغم من بعض المعاناة داخل العلاقة الزوجية. لم تُظهر الحالة خلال المقابلة مؤشرات لفظية أو سلوكية صريحة تدل على تدهور الشعور بالقيمة الشخصية أو الشعور بالعجز، ما يُرجّح وجود موارد نفسية داخلية تساعدها على الحفاظ على تمثلات إيجابية نسبيًا عن ذاتها. ويمكن أن تعود هذه الموارد إلى أدوارها الوظيفية داخل الأسرة، وخصوصًا الأمومة، التي تمنحها تموضعًا رمزيًا يُعزز من مشروعيتها الذاتية.

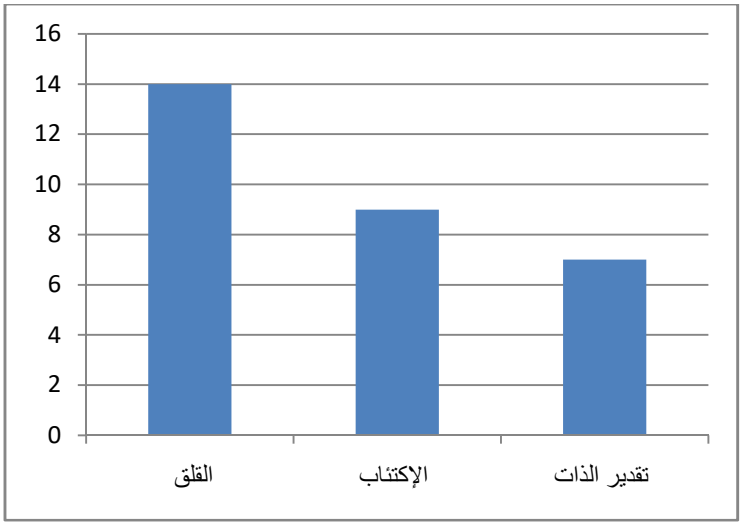
فيما يخص الاكتئاب، فقد جاء في المرتبة الثالثة (11 من 18)، ما يُشير إلى وجود أعراض اكتئابية واضحة لكنها لا ترقى إلى مستوى الاضطراب الحاد. ومن المهم التنويه إلى أن هذه الأعراض، حسب ما أُثير أثناء المقابلة، بدأت قبل بداية الحمل واستمرت خلال أشهره الأخيرة، مما يُضعف فرضية ارتباطها الحصري بالحالة الجسدية. ويمكن القول إن الحمل ساهم في تفجير أو مفاقمة أرضية مزاجية مُضطربة قائمة سلفًا، دون أن يكون العامل الوحيد المفسر لها. هذه الأعراض اتخذت شكل تعب نفسي، خمول وجداني، وتراجع في الحيوية العامة، ما يفرض أخذها بعين الاعتبار ضمن القراءة الدينامية العامة للحالة، لا كمجرد انعكاس مؤقت لظرف جسدي.

من خلال إسقاط نتائج التكميم على ما ورد في الجانب النظري، يُلاحظ أن الحالة "براءة" تُظهر أن القلق يتخذ طابعًا بنيويًا كما ورد في الفصل الثاني، خاصة من حيث الانشغال المستمر والتوقع السلبي (3.1.4/2.1.4). أما الاكتئاب، فيندرج ضمن النمط أحادي

القطب، بسمات وجدانية وخمولية (3.2.4/2.2.4). وتقدير الذات، رغم الضغط العلائقي، حافظ على مستوى مقبول من التماسك، بما يتماشى مع ما طُرح في (5.3.4) حول أثر الأدوار الرمزية كالأمومة. هذه المؤشرات تؤكد ما توصلت إليه دراسة Mancheri وآخرين (2021) بشأن تدهور جودة الحياة النفسية للزوجات تحت وطأة إدمان الشريك، خاصة في أبعاده الوجدانية والعائلية.

في المجمل، يُظهر هذا التكميم الكيفي ملامح عامة متوازنة عن البنية النفسية للحالة، ويُبرز القلق بوصفه المتغير الأكثر رسوخًا، مقابل تمثّل إيجابي نسبي للذات، مع حضور الاكتئاب كعامل ثانوي في ديناميكيتها النفسية.

الشكل (2) :يمثل نتائج تكميم مقابلات الحالة الثانية _فريدة_ في أعمدة بيانية



- **التعليق على الشكل(2):**

احتل القلق المرتبة الأولى بين المتغيرات الثلاثة بدرجة 14 من أصل 18، ما يشير إلى أنه يُعد سمة بارزة في المعاش النفسي للحالة. وتُظهر طبيعة إجاباتها خلال المقابلة وجود مستوى عالٍ من الانشغال، والحساسية المفرطة تجاه محيطها، مع تردد وتوتر في التعامل مع الأحداث اليومية. القلق هنا يتخذ شكلًا وجوديًا وتفاعليًا، حيث يتقاطع مع الشعور بالتهديد في العلاقات، والخوف من فقدان السيطرة أو التعرض

للأذى. ويمكن أن يُعزى جزء من هذا القلق إلى ما تعيشه الحالة من ضغوط متكررة في علاقتها الزوجية، وما تحمله هذه العلاقة من توترات مزمنة وعدم استقرار وجداني.

أما متغير الاكتئاب، فقد سجل (9 من 18)، ما يعكس وجود أعراض اكتئابية معتدلة، لا ترقى إلى حالة مرضية مكتملة، لكنها تعبّر عن نوع من الإعياء النفسي والفتور المزاجي، مع فقدان الاهتمام أو التفاعل الحي مع المحيط. قد يكون مرتبط بإدراك داخلي بالعجز أو الانطفاء، مما يضفي على الحالة طابعًا وجدانيًا منخفضًا

لكن الملاحظة الأهم تتعلق بنتائج تقدير الذات، التي جاءت منخفضة بوضوح (7 من 18)، وهو ما يُشير إلى وجود خلل في الصورة الذاتية، وشعور مستمر بعدم الكفاءة أو بعدم الاستحقاق، كما عكسته إجابات الحالة في عدد من المحاور. تمثّلت هذه المؤشرات في ميول للانزواء، ضعف في التعبير عن الذات، والقبول الصامت بالانتقاص أو التهميش وتقمص دور الضحية، ما يدل على تمثلات سلبية داخلية، ونقص في الحماية النفسية الذاتية. هذا التدني يُعد عامل خطر في دينامية الحالة، ويؤثر مباشرة على قدرتها على المواجهة والاستقرار الانفعالي.

من خلال إسقاط نتائج التكميم على ما ورد في الجانب النظري، يُلاحظ أن الحالة "فريدة" تُظهر نمطًا قلقيًا مستمرًا كما تم توصيفه في الفصل الثاني بوصفه قلقًا وجوديًا وغير موجّه (4.1.4/2.1.4)، يتقاطع مع تدنٍّ ملحوظ في تقدير الذات يتمثل في ضعف الكفاءة وتبني دور الضحية (5.3.4). أما الاكتئاب، فبقي في مستوى خافت غير مرضي، يعكس فتورًا مزاجيًا أكثر منه اضطرابًا. هذه النتائج تتقاطع بوضوح مع ما ورد في دراسة Dawson وآخرين (2007) حول الأثر التراكمي لإدمان الزوج في إحداث خلل في الصورة الذاتية وتفاقم مشاعر القلق لدى الشريكة.

في المجمل، تُظهر نتائج تكميم مقابلة الحالة فريدة بنية نفسية تتمحور حول القلق كمحور أساسي مهيمن، يترافق مع مستوى متوسط من الاكتئاب، وتقدير ذات متدنٍّ يؤكد هشاشة التكوين الداخلي. تعكس هذه الدينامية وجود اضطراب في تمثلات الذات

والعلاقة بالآخر، ما يجعل هذه الحالة في وضع نفسي هشّ يتطلب تدخلاً داعمًا يُعيد التوازن بين التقييم الداخلي للذات والقدرة على التنظيم الانفعالي.

- في ضوء ما سبق، يمكن القول إن الحالتين تتقاطعان في كون القلق يُشكّل المتغيّر الأكثر بروزًا، ما يعكس أثر العلاقة الزوجية المضطربة مع شريك مدمن بوصفها مصدرًا دائمًا للتهديد النفسي. غير أن أهم نقطة اختلاف تكمن في متغيّر تقدير الذات؛ إذ أظهرت الحالة "براءة" تمثلات ذاتية مستقرة نسبيًا بمؤشر مرتفع، مقابل تدنٍّ واضح في حالة "فريدة"، ما يُشير إلى هشاشة تقديرية عميقة. أما متغيّر الاكتئاب، فقد ظهر لدى "براءة" بدرجة متوسطة، بدأت قبل الحمل واستمرت خلاله، مما يدل على أرضية مزاجية غير متزنة. بينما اتخذ لدى "فريدة" طابعًا خافتًا ومزمنًا، أقرب إلى النمط الانهزامي الصامت. من منظور دينامي، تعكس "براءة" بنية نفسية قلقة لكنها نشطة، تحتفظ بحد أدنى من التماسك الذاتي، في حين تُظهر "فريدة" تكوينًا أكثر هشاشة، يتجلى في صورة ذاتية متصدعة وتنظيم انفعالي غير متماسك.

02. عرض الحالة الأولى حسب نموذج بيدينيلي :

أولا : المقاربة السيمولوجية

١. **سبب الفحص:** تم التواصل مع الحالة في إطار دراسة أكاديمية بعنوان "المعاش النفسي لدى زوجات مدمني المخدرات"، حيث تمّ إخبارها بالطابع العام للدراسة دون الإفصاح عن المتغيرات النفسية المستهدفة، تفاديًا لأي تأثير إيحائي على استجاباتها. أبدت استعدادًا وتعاونًا إيجابيًا.

باشرت الباحثة العلاقة البحثية مع السيدة "براءة" (اسم رمزي) عبر ست مقابلات عيادية متتالية، نُظّمت أربعٌ منها وفق دليل المقابلة النصف الموجّهة، مما أتاح للحالة مجالًا واسعًا للتفريغ الانفعالي، والتعبير الحر عن خبراتها النفسية والمعيشية. و مقابلتان ضمنيتان خُصّصتا لتطبيق مقياسي MMPI-2 و استراتيجيات المواجهة ضمن سياق البحث.

العلاقة الإكلينيكية لم تكن بطلب مباشر من الحالة، بل تم اقتراح إدراجها ضمن عينة البحث من طرف الباحثة، وهو ما لقي ترحيبًا مشروطًا من قبلها بضمان السرية التامة، ذلك ما تم احترامه وتأكيده بموافقة صريحة بحضور والدتها، التي شجّعتها على المشاركة.

٢. تقديم مختصر عن المبحوثة:

الاسم الرمزي للمبحوثة: براءة

العمر: 26 سنة

الحالة الاجتماعية: متزوجة، في إجراءات طلاق

عدد الأطفال: طفل يبلغ سنتين ونصف + حامل في شهرها الثامن

المستوى الدراسي: السنة الثانية ثانوي

الوضع المهني: غير عاملة، تستفيد من منحة البطالة

الوضع الاقتصادي: ضعيف

براءة سيدة قصيرة القامة نسبيًا، بجسد متناسق، وبطن بارز بشكل متوافق مع مرحلة الحمل (ثمانية أشهر). ملامحها الطفولية البريئة واضحة، ذات بشرة صافية بيضاء، وصوت منخفض يوحي بالهدوء. حضورها العاطفي حساس، وكانت تبدي استعدادًا للبكاء في عدة مواضع مع مقاومة ظاهرة، براءة هي البنت الوسطى لعائلتها المكونة إجمالا من 5 أفراد (ذكر و انثيين ،أم وأب)

٣. السوابق الشخصية والعائلية:

نشأت براءة في أسرة ميسورة الحال . تصف والدها بأنه حنون، يبكي على ما آلت إليه أوضاعها، بينما تبدو علاقتها بوالدتها قوية، حيث رافقتها الأخيرة إلى إحدى المقابلات وقدّمت دعمًا نفسيًا واضحًا لمشاركتها في البحث. لم تُصرّح الحالة بوجود سوابق مرضية

عضوية أو نفسية،سواء لها أو لأي من أفراد أسرتها. كما لم تُسجّل أي متابعة سابقة لدى طبيب نفسي أو ممارس صحي.

لكن الزوج له سوابق جنائية وتعاطي متنوع للمخدرات + علاقات غير شرعية + سلوك مهدد للحياة (محاولات خطف الطفل، التسلل للمنزل، كسر هاتفها، عزلها عن الناس...).كما أنه يمتلك خلفية عائلية تقريبا بذات الصفات من تجار مخدرات،مثل خاله والعمل في منظومات تعمل على إجهاض الأطفال الغير شرعيين والشعوذة و الدعارة مثل أخته...الخ.

٤. كيف أتت الحالة؟:

لم تلجأ "براءة" إلى المقابلة بمبادرة شخصية، بل تم اقتراح مشاركتها من طرف الباحثة في إطار دراسة أكاديمية، وهو ما وافقت عليه بشرط صريح بضمان السرية، ما يشير إلى وجود تردد مبدئي في الكشف عن معاناتها، يمكن تفسيره كآلية عزل عن المشاعر المؤلمة المرتبطة بوضعها.

حضورها للمقابلة برفقة والدتها يعكس حاجة ضمنية للحماية والاحتواء، ويُفهم كامتداد لنمط الإتكالية الدفاعية، حيث لم تستطع دخول المجال العلاجي دون دعم من موضوع أمومي حامٍ. كما يُلاحظ أن قبولها للدخول في وضعية بحثية مشروطة بتطمينات حول السرية يعكس آلية التحكم كإجراء وقائي تجاه مشاعر الخوف من الانكشاف أو الإذلال، خاصة في ظل تجاربها السابقة مع العنف الزوجي والإهانة.

٥. التاريخ المرضي الشخصي:

لم تُسجَّل لدى السيدة "براءة" سوابق طبية نفسية ، كما لم تخضع سابقًا لأي متابعة علاجية نفسية أو دوائية. غير أن المسار الشخصي الذي وصفته خلال المقابلات يُبرز جملة من المؤشرات الاضطرابية التي تُظهر وجود معاناة نفسية مزمنة، لم يتم التصريح بها سابقًا كمشكل نفسي صريح، بل جرى تعايشها ضمن ما يمكن اعتباره "حالة إنكار"

٦. قصة الاضطرابات

منذ بدايات الحياة الزوجية، بدأت مؤشرات التدهور تظهر تدريجيًا، إذ لاحظت أن زوجها يمرّ بتغيّرات سلوكية شديدة التقلّب، يتنقل فيها بين نوبات الانسحاب التام والعنف اللفظي والجسدي، ليُكتشف لاحقًا أنه يعاني من إدمان مواد مخدرة. وفاة والدة الزوج، التي كانت تمثل عاملاً مهدئًا نسبيًا، أدت إلى تحرّك الانهيار البنيوي، فدخل الزوج في طور من التفكك السلوكي الكامل، مترافقًا مع تهديدات، نوبات غضب، وانسحاب من كافة أشكال المسؤولية.

ضمن هذا السياق، وجدت براءة نفسها محاطة بجملة من المواقف التي فعّلت عندها منظومة الشك، الارتياب، والتوجّس المُفرط، لا سيما مع العنف الممارس ضدها وضد طفلها أحيانا. بدأت تعيش حالة من الترقّب الحاد، تظهر في مراقبة مفرطة لسلوك من حولها، وخوف شبه دائم من التعرّض للقتل، أو فقدان طفلها، أو التهديد بالشارع.

عاشت مع زوجها في وضع متوتر جدًا، مليء بالخيانة، العنف بمختلف أشكاله، والخوف، خصوصًا بعد اكتشاف علاقاته غير الشرعية، سجله الإجرامي، وممارساته الغامضة (الشعوذة). حيث مر على "براءة" حالات من الرعب النفسي المزمن نتيجة علاقة زوجية مسيئة بشدة. بعد أن غادرت بيت الزوج مدة 11 شهرًا إثر شجار عنيف، عادت إليه مُجبرة – حسب قولها – بفعل السحر الذي مارسه زوجها وعائلته. بعد عام ونصف من الرجوع، تفاقمت الاعتداءات الجسدية والنفسية، حيث:

تعرّضت للضرب المبرّح" علجال بليغة ضربني حتى بولت على روحي.."، العزل الاجتماعي حيث يمنعها من التواصل مع الجيران أو أهلها، كما صادر هاتفها لمنعها من التواصل، يقتحم عليها البيت من السطح و يستمتع بإرعابها، يمارس سلوكيات تشير إلى اضطراب في الهوية والسلوك (لباس غريب، قلادة، أوشام في مختلف أماكن جسمه..).تقول " يخنقني وينحلي سلسلتي يلبسها...".

بمجمله تعرضت براءة إلى أشكال مختلفة من العنف ساهمة في تفعيل البنية التوظيفية التي أل وضعها إليها منهم :

- عنف جسدي متكرر
- عنف نفسي وسلوكي (تحكم، تهديد، عزلة اجتماعية)
- عنف رمزي (الإذلال، التهديد بالاختطاف، سلوكيات السيطرة القصوى)
- عنف روحي/ثقافي (ادعاء ممارسة السحر للتأثير عليها وإخضاعها)

ردود الفعل الدفاعية:

الصمت، التبرير (السحر)، الشفقة، التحمل الزائد، الإنكار/الرفض أو النفي.

بعض المحاولات الطفيفة للبوح أو الخروج من الدائرة، لكنها غالبًا ما قُوبلت بالفشل أو التهديد.

حاليًا، تطالب "براءة" بالطلاق رسميًا، وقد خضعت لجلسة بالمحكمة، لكن الزوج يرفض تطليقها. كما تحاول الحفاظ على تماسكها لأجل ابنها وجنينها.

٧.طبيعة الاضطرابات الحالية

تعاني الحالة "براءة" حاليًا من أعراض متعددة ومتداخلة تشمل اضطرابًا في النوم (أرق، كوابيس)، نوبات بكاء متكررة، أفكار سوداوية، وميل نحو التفسيرات الاضطهادية. كما تظهر مؤشرات قلقية وسواسية ذات طابع قهري، مع نوبات شرود ذهني وتشتت إدراكي، يتمثل أحيانا في تبدد الشخصية هذه الأعراض تؤكد استمرار معاناة نفسية حادة تتجاوز حدود رد الفعل الطبيعي نحو اضطراب نفسي متجذر، ما يشي ببنية ذهانية دفاعية متماسكة جزئيًا.

٨.دلالة الآلية الدفاعية

يمكن ملاحظة مجموعة من الآليات الدفاعية المميزة لبراءة، نستدل عليها من المقابلة والاختبار على النحو التالي:

- التكوين العكسي ظهر في بداية المقابلات الأولية حيث شهدت تكرار لاستعمال عبارات لتهدئة الفاحص (براحتك، لي تريحك) رغم التوتر الداخلي، وقد جاء كمحاولة دفاعية لإخفاء القلق عبر سلوك معاكس، دلالة على قلق هجاسي مموه.
- الإنكار رفض الإقرار بخطورة وضعها (صمتها لأزيد من سنتين) ورفض تحميل المسؤولية للزوج والنظر إليه كموضوع شفقة في بادئ الأمر " يتيم ، مذلول،..." يدل على ضعف في إدراك الواقع وغياب التبصر المرضي.
- يفسر ارتفاع الإسقاط والانشطار ،هذا الأخير ظهر في تحليل محتوى الخطاب للمقابلات حيث اتخذت عدة أراء متناقضة لنفس الموقف (Pa = 92 في MMPI-2) كسمات محورية.

وفي مجمله وجود آليات دفاعية بدائية (إسقاط، تقمص إسقاطي، إنكار) يوحي بأن براءة لا تعمل ضمن بنية عصابية كلاسيكية بل ضمن بنية ذهانية خفية، ذات تماسك هش يعتمد على تموضعات دفاعية قد تنهار تحت الضغط،حيث تدل هذه الآليات الدفاعية، من الناحية السيكاترية، على وجود بنية نفسية مهددة بالاختراق الذهاني، تتماشى مع اضطراب زوراني محتمل واضطراب كرب معقّد. أما من الناحية العيادية، فهي تعكس اعتمادًا على دفاعات بدائية تشير إلى هشاشة في التنظيم النفسي، وصعوبة في التمثيل المتمايز للذات والآخر، مع حضور قوي للقلق الهجاسي

9 . التطور

على مستوى التطور الزمني للأعراض، يمكن ملاحظة مسار تدريجي نحو التدهور: من التوتر والقلق المرتبط بالحمل والبيئة العنيفة، إلى أعراض اكتئابية صريحة، ثم اضطرابات شبه ذهانية. لم تُظهر الحالة أي تحسن ملحوظ بعد مغادرتها للعلاقة الزوجية، رغم ابتعادها

الجغرافي عن مصدر الأذى، مما يؤكد رسوخ الاضطراب ويضعف فرضية كونه ناتجًا ظرفيًا فقط.

10 . نتائج الاختبارات

- **نتائج اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 للحالة الأولى :**

تم تطبيق اختبار MMPI-2 خلال المقابلة الثالثة، حيث أظهرت الحالة حرصًا مفرطًا على الدقة، تمثل في طرحها لأسئلة تقنية حول كيفية الإجابة، ورفضها تلوين الخانة المختارة تجنبًا لطمس الإجابة، مفضّلة استخدام علامة (×)كما اختارت استعمال قلم الحبر لضمان الوضوح.هذا السلوك لا يعكس فقط نزعة قهرية نحو المثالية، بل يشير أيضًا إلى حاجة عميقة للاعتراف والفهم، وكأن الحالة تسعى لضمان أن يُقرأ خطابها النفسي بوضوح دون تأويل أو إساءة فهم.

استغرقت ما يقارب ساعتين ونصف في إتمام جميع بنود الاختبار دون إغفال أي منها، مع اندماج واضح في المهمة وغياب شبه تام للتفاعل اللفظي.ورغم هذا التركيز الظاهري، سُجلت نوبات متكررة من الشرود الذهني أثناء مرحلة التصحيح، ما قد يعكس تذبذبًا في التركيز وتفككًا إدراكيًا جزئيًا

Echelle	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Numéro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Note T	43	95	30	66	70	49	59	62	92	64	68	84	57

جدول(1) :يمثل نتائج المقاييس الأساسية لاختبار MMPI-2

أظهرت نتائج مقياس "لا أدري" قيمة صفرية (0)، ما يشير إلى أن المبحوثة كانت قادرة وعازمة على الاستجابة لكل فقرات الاختبار دون تردد أو ارتباك معرفي، وهو السلوك المتوقع من معظم الأفراد ذوي الأداء الطبيعي، مما يعزز من موثوقية البيانات المجموعة.

يمكن إدراج شفرة البروفيل النفسي للحالة(رمز وولش) على النحو التالي :

6*9''2'8175-40 /3 F*L:K

- فيما يخص مقاييس الصدق :

فإن **مقياس الكذب** (L = 43) جاء منخفضًا، مما يدل على أن المفحوصة تتبنى سلوكًا يتسم بالصراحة المفرطة أو بانخفاض الدفاعية النفسية. هذا المؤشر يعكس استعدادًا للاعتراف بالعيوب والقصور دون تجميل أو إنكار، وهو ما يمكن أن يرتبط بضعف في آليات التكيف في مواقف الشدة. تشير الدراسات إلى أن انخفاض هذا المقياس يرتبط أحيانًا بـ ضعف الأداء تحت الضغط وارتفاع مستويات القلق ومحدودية الدفاعات النفسية.

مقياس الندرة أو التكرار غير النمطي (F = 95)، سجّل ارتفاعًا شديدًا يتجاوز الحد السريري، وهو ما يدل على وجود معاناة انفعالية عميقة أو اختلال نفسي ذي طابع سيكوباتولوجي قد يرقى في بعض الحالات إلى مؤشرات ذهانية. هذا المؤشر مدعوم بارتفاع المقاييس الإكلينيكية، ويُعد صادقًا في ظل استقرار بقية مؤشرات الصدق، مما يُبعد فرضية المبالغة أو التلاعب.كما سجل **مقياس Fb**(الجزء الثاني من الاستبيان) درجة 79، وهي مرتفعة لكنها لم تصل إلى درجة تعيق تفسير البروفيل، مما يُعزز فرضية استمرار الاضطراب الانفعالي في النصف الثاني من الاختبار، دون أن يعكس اضطرابًا معرفيًا أو عدم انسجام في نمط الإجابة.

أما **مقياس K** (التصحيح) فقد جاء بدرجة تائية 30، وهي درجة منخفضة تدل على غياب الدفاعية النفسية، والاستعداد للاعتراف بالمشكلات دون إنكار، مما يُشير إلى بروفيل مكشوف من الناحية النفسية، يرتبط غالبًا بضعف التكيف ووجود مؤشرات سيكوباتولوجية.

سجل **مقياس TRIN** درجة تائية = 59 (خام = 8)، وهي درجة ضمن الحدود الطبيعية، مما يدل على عدم وجود نمط استجابة مكرر آلي (نعم دائمًا أو لا دائمًا). وهذا يعني أن المفحوصة أجابت بشكل متزن على أسئلة متعاكسة، ويُعتبر البروتوكول مقبولًا.

بالنسبة **لمقياس VRIN** (الدرجة التائية = 62، الخام = 10)، فقد جاء كذلك ضمن النطاق الطبيعي، مما يؤكد اتساق نمط الاستجابة وعدم وجود تضارب بين إجابات المفحوصة على أسئلة متقاربة من حيث المحتوى.

ومنه وبناءً على ما سبق، فإن بروفيل المفحوصة ينسجم مع النسق الأول من أنساق الصدق في MMPI–2، والذي يتميز بوجود صراحة في عرض الصعوبات الشخصية والانفعالية، مع طلب ضمني للمساعدة وغياب الكفاءة الكافية في مواجهة المشكلات النفسية. كما أن الارتفاع الكبير في مقياس F يُعزز فرضية وجود معاناة سيكوباتولوجية فعلية، وليست ناتجة عن تشويش أو تلاعب. وبناء عليه، يمكن اعتبار هذا البروفيل صالحًا للتفسير الإكلينيكي الكامل من حيث المقاييس الإكلينيكية، الإضافية، ومقاييس المحتوى.

نتائج المقاييس الإكلينيكية :

- **مقياس البارانويا (Pa)** سجّلت الحالة درجة تائية مرتفعة جدًا (T = 92) على مقياس البارانويا، وهو ما يُشير إلى بنية فكرية تتسم بالشك المفرط، الحساسية المفرطة للنقد، والاستعداد المتواصل لتأويل نوايا الآخرين على أنها عدائية أو خبيثة. يظهر في هذا السياق انشغال واضح بالمؤامرة والاضطهاد، وقد تم التصريح بذلك صراحة خلال المقابلة الإكلينيكية، إذ عبرت الحالة عن قناعة راسخة بأن المحيطين بها يضمرون لها الشر، ويستخدمون أساليب إيذاء خفية كالسحر والشعوذة. هذا النمط قد يعكس نزعة نرجسية

دفاعية تتجلى في تمركز مرضي حول الذات، وتفسير الخبرات من منظور ذاتي مُفرط الحساسية.

الجدول (2) :المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البرانويا

المقاييس / الدرجة	أفكار الاضطهاد Pa1	الحساسية Pa2	السذاجة Pa3
الدرجة الخام	13	4	1
الدرجة التائية	109	61	34

من خلال معطيات الجدول أعلاه يتبين أن الارتفاع الحاد في مقياس البارانويا يعود بالأساس إلى المعدل العالي جدًا في البُعد الفرعي Pa1 (أفكار الاضطهاد)، مما يدل على أن الحالة تُسقِط مسؤولية فشلها أو معاناتها على عوامل خارجية، ما يعكس ضعفًا في التبصر وغيابًا للقدرة على تفسير الذات بطريقة نقدية واقعية.

- **مقياس الهوس الخفيف (Ma)**:سجلت الحالة درجة تائية مرتفعة (T = 84) على مقياس الهوس الخفيف،

وهو ما يدل على نمط انفعالي يتسم بفرط النشاط، اندفاعية واضحة، مزاج مرتفع غير مستقر، وميل نحو التنافسية والانبساط . هذا النمط غالبًا ما يترافق مع صعوبة في التنظيم الذاتي للمشاعر والانفعالات، ومشكلات في ضبط السلوك العدواني أو التهيجي(قابلة للاستثارة). كذلك، ظهرت ميول نرجسية مع إشارات إلى شعور مبالغ فيه بالأهمية الذاتية أو العظمة.

الجدول (3) :المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهوس الخفيف

المقاييس / الدرجة	اللاأخلاقية Ma1	الإسراع الحسي الحركيMa2	الهدوء Ma3	تضخم الأنا Ma4

الدرجة الخام	4	8	2	8
الدرجة التائية	66	69	39	82

تُبيّن البيانات في الجدول أعلاه أن الارتفاع في المقياس عامة يعود بشكل أساسي إلى الارتفاع الملحوظ في Ma4 (تضخم الأنا) وMa2 (الإسراع الحسي الحركي)، ما يشير إلى وجود رغبة غير متزنة في إثبات الذات، سعي مفرط نحو السيطرة والتفوق، وسلوكيات تعويضية للهروب من القلق أو المعاناة الداخلية. كما تعكس الدرجة المرتفعة في Ma1 (اللا أخلاقية) بعض الملامح المضادة للمجتمع كالقسوة، الأنانية، وتبلّد الحس الأخلاقي. تُظهر الحالة تباينًا واضحًا بين التصريح العلني بالمواقف وبين التحفظ الانفعالي، وتنكر ضمنيًا مشاعر الذنب أو المسؤولية الشخصية عن الأذى الواقع على الآخرين.

- **مقياس الاكتئاب (D):** بلغت الدرجة التائية على مقياس الاكتئاب T = 70، وهي قيمة مرتفعة سريريًا تُشير إلى وجود مزاج اكتئابي واضح يُهيمن على الحياة الانفعالية والمعرفية للحالة. هذا المستوى يعكس حالة من الانكفاء النفسي، الحزن العام، التشاؤم، وتدني الشعور بالرضا عن الذات والحياة. كما يُفترض وجود درجة من اليأس وفقدان الدافعية تجعل من الصعب على الحالة التفاعل التكيفي مع الضغوط المحيطة بها.
- الجدول (4) :المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الاكتئاب

المقاييس / الدرجة	الاكتئاب الذاتي D1	التخلف النفسحركي D2	اعتلال الوظائف البدنية D3	الغباء/ الانسداد العقلي D4	إطالة التفكير في المتاعب(الاجترار) D5
الدرجة الخام	18	6	8	8	5
الدرجة التائية	70	51	80	71	57

يتضح من خلال الجدول و تحليل البُنى الفرعية أن الارتفاع الكلي لمقياس D يعود أساسًا إلى ارتفاع في D1 والذي يشير إلى فقدان الإحساس بالمتعة، ضعف تقدير الذات، ومشاعر الحزن المستمر. و إرتفاعD3 الذي يُعبر عن شكوى صريحة من الأعراض الجسدية المرتبطة بالحالة النفسية، بما قد يشير إلى تداخل ما بين البعد السيكولوجي والبدني.و D4 ما يدل على تراجع في الكفاءة المعرفية الذاتية، كالشعور بالعجز الذهني، صعوبة في التركيز، وفقدان الحيوية الفكرية... هذا التشكيل التراكمي يُظهر أن الحالة تُعاني من قصور في التكيف النفسي والوظيفي، وتعاني من استنزاف نفسي وانشغال زائد بالوظائف الجسدية والمعرفية. ومن المحتمل أن تكون هذه الأعراض مرتبطة، جزئيًا، بتغيراتها البيولوجية و النفسجسمية الناتجة عن مرحلة الحمل المتأخرة، حيث يتجلى ذلك في التمركز حول الذات والإنهاك الجسدي والوجداني.

- **مقياس الفُصام (Sc):** سجّلت المبحوثة درجة خام بلغت 41، ودرجة تائية بلغت T = 68؛ رغم التفاوت الكبير بين الدرجة الخام والتائية، فإن المعتمد في التفسير العيادي هو الدرجة التائية، حسب التوجيهات المستندة إلى نماذج سريرية (مليكة، 2012). هذه الدرجة تصنف الحالة ضمن النطاق المرتفع سريريًا، وتشير إلى وجود مؤشرات صريحة على اضطراب في البنية النفسية يمس جوانب إدراكية وعاطفية وتكوينية للذات ، إذ تُعبّر هذه الدرجة عن نزعة شبه فصامية، حيث تميل المفحوصة إلى الانسحاب من الواقع نحو عالم الخيال وأحلام اليقظة، غالبًا كآلية للهروب من الضغوط أو الواقع المرفوض، خاصة في ظل التوافق مع ارتفاع مقياس الارتياب (Pa)، ما يوحي بوجود تفكك متقدم في العمليات النفسية العليا.

الجدول (5) :المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الفصام

المقاييس / الدرجة	الاغتراب الاجتماعي Sc1	الاغتراب الانفعالي Sc2	نقص التحكم في الأنا معرفيا Sc3	نقص التحكم في الأنا انفعاليا Sc4	نقص التحكم في الأنا لعدم وجود كبت Sc5	خبرات حسية غريبة Sc6
الدرجة الخام	9	5	5	8	9	8
الدرجة التائية	68	78	71	77	88	71

يتبين من خلال الجدول وجود ارتفاع ملحوظ في جميع المقاييس الفرعية للفصام، وهو ما يُشير إلى أن الحالة تعاني من ضعف في العلاقات الاجتماعية، واضطراب في إدراك الذات وصورة الجسد. كما تعبّر عن شعور بالاغتراب وتبدد الشخصية، وتُقرّ بوجود أفكار غريبة ومضطربة، إلى جانب شعور بالضعف السيكولوجي، وقصور في الكفاءة الذاتية والكلية. كما تعاني من صعوبة في إدارة دفاعاتها النفسية، وتختبر انفعالاتها كما لو كانت غريبة عنها. ويُعزز هذا التأويل غياب آليات الكبت حسب ما يتضح من الارتفاع البارز في المقياس الفرعي Sc5.

- **مقياس توهّم المرض (Hs)**:سجّلت الحالة درجة تائية معتدلة بلغت T = 66 على مقياس توهّم المرض، وهي قيمة تقع ضمن النطاق الذي، بحسب المرجعية الإكلينيكية للدكتورة مليكة سوف، يُعبّر عادة عن شكاوى بدنية حقيقية، بخلاف ما نجده عند الحالات التي تتسم بالتمارض أو المبالغة النفسجسمية. هذا المستوى المتوسط يُفَسّر في ضوء الوضع الصحي الراهن للحالة (الحمل)، ما يعكس انشغالها الواقعي بالجوانب العضوية والمضاعفات الجسدية المرافقة لفترة الحمل. بالتالي، فإن هذه النتيجة لا تُعتبر مرضية في ذاتها، بل تعكس استجابة طبيعية ضمنية للحالة الجسدية الراهنة.
- **مقياس السيكاثينيا (Pt)**:سجلت الحالة على هذا المقياس درجة تائية = 64، وهي تقع ضمن النطاق المتوسط–المرتفع، وتشير إلى وجود سمات قلقية مضمرة وغير مُصرّح بها مباشرة. يتصف هذا النوع من الشخصيات بالانضباط والدقة الشديدة في أداء الواجبات،

ويتحمل مسؤولياته بصرامة، وهو ما يُفسَّر في حالة المفحوصة من خلال التزامها التام ببنود الاختبار (إذ سجلت صفرًا في مقياس "لا أدري").فنجد أن الشخص مثلها قد يقلق اذ عجز عن الالتزام لكن عاده لا يرى نفسه قلق ولا يظهر للآخرين كذلك أيضا.

- **مقياس الذكورة/الأنوثة (Mf):** سجلت الحالة الدرجة التائية = 62، وهي قيمة ملحوظة تُشير إلى أن الحالة تميل إلى الابتعاد عن التوجهات الأنثوية التقليدية، وتُظهر اهتمامات ذات طابع ذكوري نسبي (مثل الميل للحزم أو الميل للعدوانية). هذه الدرجة لا تُشير إلى اضطراب في الهوية الجنسية ولا تدل على توجهات مثلية، لكنها قد تعكس بعض السمات الذهانية الطفيفة إذا أُخذت مع مؤشرات أخرى، مثل ارتفاع مقياسي Sc (الفصام) وPa (البرانويا).كما تسمح هذه الدرجة برفض فرضية المازوشية (التي ترتبط عادة بدرجات منخفضة جدًا على هذا المقياس).
- **مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd):** سجلت الحالة الدرجة التائية = 59، وهي تقع ضمن النطاق العادي، مما يشير إلى أن الحالة تُظهر درجة معتدلة من الشكوى من السلطة، والشعور بالاغتراب، والملل، دون أن تصل إلى مستوى الانحراف السلوكي أو التمرد. هذا يشير إلى وجود نزعة انصياعية إلى الأعراف الاجتماعية وقدرة على تحمل الرتابة، وهو ما يعكس نوعًا من التكيف الانفعالي والامتثال الأخلاقي المقبول في الأطر الاجتماعية التقليدية.
- **مقياس الانطواء الاجتماعي (Si):** بلغت الدرجة التائية 57، وهي درجة متوسطة ذات قيمة عادية، تدل على أن الحالة تحتفظ بتوازن بين الانطواء والانبساط الاجتماعي في اتجاهاتها وسلوكياتها.
- **مقياس الهستيريا (Hy):** بلغت الدرجة التائية 49، وهي درجة منخفضة تقع في المستوى العادي، حيث تتسم الحالة بعدد من الاتجاهات والسلوكيات التي توصف بأنها ذات دفاعات قليلة للوقاية من البيئة الخارجية، مما يجعلها عرضة للبيئة القاسية.

المقاييس الأخرى :

1. المقياس الإضافي القلق (A)= بلغت درجته التائية 74 وهي درجه مرتفعه تدل على أن الحالة تستجيب إلى الانضباط الموقفي أو الانضغاط الشخصي بالقلق كما تعاني من نقص الثقة في قراراتها ومن الكف والضبط الزائد وشعور بعدم الارتياح.

2. مقياس المحتوى انخفاض تقدير الذات (LSE)= بلغت درجته التائية 55 وهي درجه معتدلة غير داله سريريا تشير إلى وجود تقدير ذاتي مقبول نسبيا ما يعكس توازنا عاما في نظره الحالة إلى ذاتها مع احتماليه بسيطة في وجود تذبذب طفيف في بعض السياقات الضاغطة أو العلاقات الشخصية لكن دون أن تبلغ حد الانخفاض المرضي أو التأثير السلبي في الأداء النفسي والاجتماعي (يمكن تبرير ذلك في وضعيه الطلاق التي تعيشها الحالة حيث ساعدت على خفض توترات المرتبطة بالمعاش المدرك)

تحليل الصفحة النفسية للحالة :

يشير متوسط ارتفاع البروفيل الإكلينيكي (M = 68.22) إلى وجود مستوى دال إكلينيكياً من التوتر أو الاضطراب النفسي، بما يتجاوز العتبة المعيارية البالغة 65 نقطة. هذا المتوسط المرتفع يعكس نمطًا نفسيًا مثقلًا بالأعراض ويمنح مصداقية تفسيرية للبروفيل ككل، مما يدعم التوجه نحو وجود بنية سيكوباتولوجية واضحة.حيث تعكس الصفحة النفسية للمبحوثة خصائص نمطية واضحة تُحيل إلى البنية الذهانية، وهو ما تدعمه مجموعة من المؤشرات السيكومترية المستخلصة من اختبار MMPI-2، وتُقارب إلى حد بعيد النموذج المفترض في الأدبيات العيادية المتخصصة؛ فوفقًا لما أورده لويس مليكة (2000، ص 109) في الشكل 3_4، فإن نموذج الصفحة النفسية الذهانية المعروض يتطابق إلى حد كبير مع صفحة المبحوثة، مما يُعزز فرضية انتمائها إلى النمط الذهاني.. ولتأكيد من ذلك نستدل على مجموعة المؤشرات التالية :

-أعد بيترسون 6 علامات مميزة للصفحات الذهانية في اختبار MMPI، حيث يُعد توافر ثلاث علامات أو أكثر دالًا على بنية ذهانية. وقد أظهرت المبحوثة 4 علامات من أصل ستة، وهي كالتالي:

1. الدرجة على المقياس 2 أعلى من الدرجة على المقياسين 1 و3 .

2. الدرجة على المقياس 8 أعلى من الدرجة على المقياس 7 .

3. الدرجات على المقياسين 9 و6 تتجاوز الدرجة التائية 80، وهي دلالة على اضطراب حاد في الإدراك والتفكير.

4. الدرجة على مقياس F تتجاوز القيمة التائية 64، ما يشير إلى وجود أعراض غير اعتيادية قد تدل على تجربة ذهانية.

- كما طور تولبي وسيزون نموذجًا تشخيصيًا يعتمد على 16 علامة تفريقية بين الاضطراب العصابي والذهاني، وحددا أن وجود 6 علامات أو أقل يدل على صفحة ذهانية. وفي حالة المبحوثة، أظهرت الصفحة النفسية بالضبط 6 مؤشرات، مما يعزز التفسير الذهاني.

- وقد أعد مؤشر جولدبرج أحد الأدوات الدقيقة في التمييز بين البنية العصابية والذهانية. يقوم هذا المؤشر على الفارق بين مجموع المقاييس التالية، مع تصحيح الدرجة على أساس مقياس K:

(Pd + Pa + Sc) – Hs = Pt). بحيث إذ ما تجاوز هذا الفارق 45 نقطة، فإن الصفحة تُصنف كاذهانية. وقد تجاوز بالفعل الفارق في صفحة المبحوثة هذه القيمة بـ 106 نقطة، وهو ما يُعد مؤشرًا قاطعًا لوجود بنية ذهانية صريحة. ومنه فإن جميع المؤشرات المذكورة أعلاه تتضافر لتأكيد أن الصفحة النفسية للمبحوثة تتطابق مع الصفحة الذهانية.

- يتوافق بروفيل الحالة مع الرمز 692 ،و استنادًا إلى التصنيف الرمزي للتحليل النفسي للبروفايلات المستخرجة من اختبار MMPI-2 كما ورد في مرجع Dana Castro ضمن كتابها " Pratique de l'examen psychologique à la clinique de l'adulte" تقع الحالة محل الدراسة ضمن الرمز التشخيصي 69، وهو ما يعكس ملامح سريرية واضحة ترتبط بأنماط اضطرابية شديدة. يتميز هذا الرمز بأفراد مضطربين انفعاليًا، مفرطي الحساسية، مريبين، وحيويين مفرطي النشاط، يعانون من صعوبات ملحوظة في تنظيم وتعديل تعبيراتهم العاطفية. هؤلاء الأفراد يعيشون في حالة دائمة من التوجس والقلق، سواء في مواجهة تهديدات واقعية أو خيالية، كما يُظهر نمط تفكيرهم سمات هوسية، تطغى عليها آليات استدلالية متصلبة تشوش الأداء المعرفي وتعمّق الطابع الذهاني للمحتوى الفكري.

يرتبط هذا الرمز تشخيصيًا بشكل وثيق مع **الفصام البارانويدي واضطرابات المزاج ذات الطابع الذهاني**، كما أنه يعكس الاضطرابات النفسية الشائعة لدى المرضى المترددين على المؤسسات الإستشفائية، خاصة أولئك الذين يتمحور تنظيمهم الداخلي حول صراع الاستقلالية مقابل التبعية.

- **نتائج اختبار استراتيجيات المواجهة**

- جدول(6) : يوضح الاستراتيجيات التي تم استخدامها من قبل الحالة الأولى (براءة)

الاستراتيجيات المستخدمة	الدرجة	النسبة المئوية %
التصدي	9	% 9.28
مخططات حل المشكل	14	% 14.43
اتخاذ المسافة	13	% 13.40
ضبط الذات	13	% 13.40
البحث عن سند إجتماعي	10	% 10.31

تحمل المسؤولية	5	% 5.15
التهرب– التجنب	16	% 16.50
إعادة التقييم الايجابي	17	% 17.53
المجموع	97	%100

تشير معطيات الجدول رقم (6) إلى أن الحالة "براءة" تعتمد بدرجة أكبر على إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي بنسبة مئوية بلغت 17.53%، ما يدل على محاولة واعية لإعادة صياغة وتفسير المواقف الضاغطة بشكل إيجابي بما يسمح لها بالتكيف النفسي مع الواقع. وقد ظهر ذلك جليًا من خلال تحليل محتوى المقابلات، حيث عبّرت عن لجوئها المتكرر إلى الله، ومحاولتها إدخال تغييرات جوهرية في شخصيتها وسلوكها بهدف تجاوز الأزمة أو تغيير مجرى الوضع القائم.

تلي هذه الإستراتيجية من حيث التواتر إستراتيجية التجنب أو التهرب بنسبة 16.50%، وهي مؤشر على نمط دفاعي شائع لدى الأفراد الذين يشعرون بالعجز أمام الضغوط. فقد بينت المقابلات أنها كثيرًا ما تلتزم الصمت وتتجنب النقاش مع زوجها، خصوصًا في المواقف التي تشعر فيها بالتهديد أو الانكشاف النفسي. كما يظهر التجنب في قراراتها المتكررة بالابتعاد الجسدي، كطلب الطلاق، أو العودة إلى منزل عائلتها لفترات طويلة (11 شهرًا في المرة الأولى، ثم 6 أشهر في المرة الثانية مع اتخاذ قرار رسمي بالانفصال).

أما إستراتيجية مخططات حل المشكل فظهرت بنسبة 14.40%، ما يدل على وجود بعض المحاولات التنظيمية والتخطيطية في مواجهة المشكلات، لكنها أقل حضورًا مقارنة باستراتيجيات الانفعال والتجنب.

ثم تليها بالتساوي كل من إستراتيجية اتخاذ المسافة النفسية وإستراتيجية الضبط الذاتي بنسبة 13.40%، ما يعكس وجود ميكانيزمات جزئية للفصل العاطفي ومحاولات لضبط الانفعال الداخلي.

في مرتبة أقل، نجد إستراتيجية البحث عن دعم اجتماعي بنسبة 10.31%، وهي نسبة شبه منخفضة بالنظر إلى ظروف الحالة، إذ أنها لم تلجأ إلى طلب المساعدة من محيطها الخارجي إلا بعد مرور وقت طويل، كما ظهر في تدخل والدتها المتأخر في الأزمة الزوجية.

أما إستراتيجية التصدي فقد بلغت نسبة 9.28%، وهي مؤشر على ضعف نسبي في القدرة على المواجهة المباشرة والصريحة للأزمات.

أخيرًا، جاءت إستراتيجية تحمل المسؤولية في المرتبة الأخيرة بنسبة 5.15%، ما يعكس درجة منخفضة من التمركز حول الذات في تفسير المسؤولية.حيث أن الغياب الواضح للنقد الذاتي وتحمل المسؤولية يعكس جانبًا من البناء النفسي المُضطرب وهو ما يتقاطع ذلك مع تشخيص الحالة وفق المعايير السيميو–كلينيكية، إذ يُلاحظ وجود أفكار اضطهادية وتضخم في صورة الذات، تؤدي إلى إسقاط المسؤولية على المحيط وغياب النقد الذاتي، وهو ما يتماشى مع ضعف استخدام هذه الإستراتيجية.

- الجدول (7) : يوضح الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكلة و المركزة حول الانفعال التي تم استخدامها من قبل الحالة الأولى (براءة).

الاستراتيجيات المستخدمة	الدرجة	النسبة المئوية %
الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل	23	% 23.71
الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال	74	% 76.29
المجموع	97	% 100

وفق معطيات الجدول رقم (7)، فقد تبين أن "براءة" تعتمد بشكل كبير على الاستراتيجيات المركزة على الانفعال بنسبة 76.29%، ما يشير إلى نمط دفاعي انفعالي، يُترجم على شكل محاولات لتقليل شدة التوتر الداخلي دون التوجه الفعّال لحل المشكلات، مثل اللجوء إلى الدعاء، البكاء، الصمت، أو الانسحاب العاطفي.

11. الاستنتاج الكلي

"براءة" هي سيدة تعاني من معاناة نفسية مركبة وشديدة تُحيل إلى بروفيل ذهاني دفاعي يتسم بالهشاشة الانفعالية، إسقاط المشاعر، وقلق اضطهادي واضح. البنية الدفاعية مهزوزة، مع هشاشة في تمثلات الذات والآخر، وميل لتفسير الأحداث من منظور سحري–شعوذي.
يظهر من خلال اختبار MMPI–2 انخراط عميق في محتوى ذهاني، يُعزز بدلالات كل من مؤشرات جولدبرغ وبيترسون. التشخيص المبدئي يرجّح وجود اضطراب ذهاني زَوَراني مع مؤشرات وسواسية واكتئابية، وكلها متداخلة ضمن تنظيم نفسي مهدد بالانفصال أو الانهيار.

ثانيا: الفرضيات التشخيصية :

من خلال كتاب علم النفس التحليلي و الإسقاطي للدكتور عبد الرحمان سي موسي ، يُمكن حصر التوظيف النفسي لحالة "براءة" ضمن ذهان العظام، حيث يتجلى الصراع بين الأنا والعالم الخارجي في شكل أفكار اضطهادية تُعبّر عن استبدال داخلي–خارجي دفاعي. ومن منظور تحليلي، قد يُفترض أن هذا البروفيل يمثل وضعيّة دفاعية مؤقتة أمام المعاش الضاغط الذي عايشته الحالة، لكن مرور ما يُقارب ستة أشهر على مغادرتها للبيئة الممرِضة (علاقة الزواج والزوج) دون حدوث تحسن نوعي في تنظيمها النفسي يُرجّح ثباتية هذا التوظيف وليس عَرَضيته.

انطلاقًا من قراءة فرويد في "هذيان الاضطهاد"، يبدو أن "براءة" تعيد إنتاج النموذج العُظامي حيث تُعاد صياغة التوتر الداخلي (الرغبة، الكره،..) في شكل إسقاطات خارجية. فالصيغة اللاواعية: «أنا لا أحبه، بل أكرهه» تتحول بفعل الإسقاط إلى: «هو يكرهني، إذًا هو

يضطهدني». وبالتالي يُبرر الكره الذاتي من خلال مُدرك خارجي. هذا الميكانيزم يُمكّن الأنا من مقاومة التهديدات الداخلية عبر نسبتها للغير، مما يُعزز الإحساس بالاضطهاد المشروع كمبرر للموقف العدائي.

من زاوية أخرى، نجد أن ديناميكية "الغيرة الاسقاطية"، كما صاغها برادو (Prado)، تُغني التحليل، إذ يكشف عبر بنيات الصياغة التالية: «لستُ أنا من يُحب الرجل، بل هي التي تحبه». أو في حالة "براءة": «لستُ أنا التي ترغب في النساء، بل هو من يرغبهن» وهكذا يتخذ العرض شكل إعادة توزيع للرغبات في صورة إدراكات خارجية تحافظ على الأنا من الانهيار أو التهديد. تؤدي هذه الصياغات إلى ديناميكية مكمّلة: «لستُ أنا من يحب الرجل أو المرأة، بل هما يُحبان بعضهما»، «أنا أكرههما» التي تتحول لاحقًا بالإسقاط إلى: «هما يكرهانني ويحتقرانني».

تُظهر براءة كذلك نواة هجاسية وانعكاسات حدّية واضحة تتجلى في: تقلبات مزاجية حادة، انتقال فجائي في العلاقات من التقديس إلى التحقير،اندفاعية وعدوانية مكمونة، قلق مستمر، تفكير زوراني متواصل. كل هذه المؤشرات تُشير إلى تنظيم ذاتي هشّ وإلى صورة ذات مهددة بالتمزق.

أما من زاوية التصنيف الإكلينيكي (DSM-5)، يمكن التفكير في مجموعات تشخيصية مبدئية تشمل:

- اضطراب الشخصية الزورانية بالدرجة الأولى ، مع اضطراب القلق المعمم
- مؤشرات اكتئابية تظهر في تعبيرات عن فقدان المعنى، كره الرجال، كره المدينة، والندم.كوابيس وأرق مزمن
- مؤشرات وسواس قهري تظهر في التنظيم الشديد سواء في المظهر الخارجي أوفي طريقة حمل أوراق الاختبار بطريقة دقيقة...
- أثار لاضطراب كرب ما بعد الصدمة PTSD

مع ذلك، يُطرح قيد مهم في هذه القراءة: الحالة البيولوجية للحمل، والتي قد تُعزى لها بعض الأعراض المزاجية أو السلوكية كجزء من التغيرات الفسيولوجية المصاحبة.ورغم أن الأعراض متواجدة قبل الحمل واستمرت بعده حتى الأشهر الخيرة منه " الحمل". ولكن بما أن العديد من التشخيصات في DSM–5 تتطلب أن "لا تُعزى الأعراض إلى حالة طبية عامة"، يمكن أن يبقى التشخيص النهائي معلقًا حتى بعد مرور مرحلة التعافي ما بعد الولادة .

ثالثا: المقاربات السيرورات النفسية

١. البعد الملموس

تعيش براءة معاناتها النفسية في شكل مباشر وواقعي، حيث يصعب عليها التعبير عن مشاعرها بشكل واضح، لكنها تتداعى في الحديث عن السلوكات. لا تستخدم مفردات وجدانية دقيقة، بل تتحدث عن الخوف، الرعب، التهديد، البكاء، التبول اللا إرادي، والأرق.

أفكارها يغلب عليها الطابع الاضطهادي، حيث تشعر أنها محاطة بخطر دائم من أقرب الناس: الزوج، عائلته كأخته، عمته، وحتى زوجة خالها التي أقرت بأنها تشك في تواصلها مع زوجها، ووصفتها بقولها: "ديما متالبتني في حياتي.. متحبليش الخير أبداً...". تصفهم بأنهم يسحرونها أو يتحكمون بها، وتُرجع عجزها عن الرد أو التعبير في مواقف الظلم إلى تأثيرات السحر كما تتصور

كما يظهر قلقها الملموس في حديثها المتكرر عن سلامة ابنها البكر، وضعها الصحي (الحمل)، وحالتها المعيشية، مما يعكس تمركزًا حادًا في الواقع اليومي، وتعبيرًا عن القلق من خلال معطيات محسوسة ومباشرة، لا عبر التأمل أو التحليل الداخلي.

٢.طبيعة الصراعات

تتمثل طبيعة الصراعات لدى براءة في صراع حاد ومستمر بين "الأنا" والعالم الخارجي، حيث يُدرك الآخر كعنصر مهدّد، متطفل، أو مؤذٍ. لا يظهر الصراع في شكل توتر داخلي بين

رغبات متعارضة (كما في البنيات العصابية)، بل في صورة تعارض بين ذات مهددة ومحاصرة، وواقع خارجي يُعاد تأويله بشكل عدواني.

هذا النوع من الصراع يشير إلى فقدان الحدود النفسية الآمنة بين الذات والآخر، ويُدير الأنا طاقته في محاولات دفاعية (مثل الإسقاط، النفي، التقمص الإسقاطي) تهدف إلى الصمود أمام خطر خارجي يُعاد إنتاجه بشكل متكرر. وبدل أن تدور الصراعات في نطاق داخلي رمزي (هو، أنا، أنا أعلى)، فهي هنا تُسقط على الخارج وتُعاش كما لو أنها واقعية بالكامل.

٣.المحتوى وأشكال القلق الحالية

يتخذ القلق عند براءة أشكالًا متنوعة، منها ما هو إدراكي–ذهني مثل التوجس الدائم، التفكير في التهديد، والشك في نوايا الآخرين، ومنها ما هو سلوكي مثل الانسحاب، الحذر الزائد، والانفعال السريع. أما جسديًا، فلا تُظهر نوبات هلع واضحة، لكن تُشير إلى أرق، اضطراب في النوم، وتعب نفسي دائم. من حيث المحتوى، يتمحور القلق حول سلامة طفلها البكر، مستقبلها بعد الولادة، الخوف من الخيانة أو الأذى من المحيطين بها، والخوف من تكرار العنف. كما يظهر أيضًا قلق مالي واقعي، مرتبط بوضعها الاقتصادي، لكنه لا يُعبر عنه بشكل مباشر دائمًا. يُعاد تنظيم هذا القلق داخل خطابها عبر مشاهد متكررة تتعلق بالسحر، المراقبة، وفقدان السيطرة، مما يمنحه طابعًا ثابتًا، لكنه مهدّد وغير قابل للتهدئة.

٤.استثمار الذات واستثمار الآخر

استثمرت براءة ذاتها كموضوع مهدَّد ومنتهك، تمركزت فيه في موقع الضحية غير القادرة على التحكم أو الفعل.

و استثمرت الآخر ككائن عدائي، متحكِّم أو متآمر، يُمثل تهديدًا دائمًا على سلامتها النفسية والجسدية.

٥. وضعية السرد والخطابية

تتميّز وضعية السرد عند براءة بالتذبذب والانقطاع، حيث لا تُقدّم سردًا زمنيًا منظمًا أو تسلسلًا سرديًا واضحًا، بل تعتمد على التكرار، القفز من فكرة إلى أخرى، وإعادة بعض العبارات بنفس الصيغة، ما يعكس صعوبة في تمثل تجربتها ضمن خطاب واضح ومتماسك. تُستخدم اللغة أكثر كوسيلة للتفريغ لا للفهم، وغالبًا ما تتوقف عند الحدث دون محاولة تفسيره أو تأطيره.

يُلاحظ أيضًا أن خطابها يغلب عليه الطابع الاتهامي أو التحذيري، وتُستخدم فيه صيغ تعميمية: "الناس"، "دارهم"، "هما"، ما يُضعف الطابع الشخصي للخطاب ويعزز الشعور بالملاحقة. أما على المستوى العاطفي، فغالبًا ما تتحدث بنبرة انفعالية، لكنها لا تُظهر تعبيرًا دقيقًا عن المشاعر. خطابها لا يتوجه نحو فاحص في علاقة حوار، بل كأنه يُلقى في فضاء دون انتظار رد، ما يعكس علاقة مضطربة بالآخر، وباللغة كوسيط.

٦.محتوى السيرورات الفكرية

تفكر براءة انطلاقًا من تمثلات ذهنية مشحونة بالخوف والتهديد، حيث يُعاد تفسير الواقع من خلال منظومة ذهنية مغلقة. لا تُظهر رغبة في التحليل أو التأمل، بل تبني قناعات ثابتة حول خطر الآخر ونواياه. أفكارها تدور في محتوى محدد: السحر، الخيانة، فقدان الأمان، والتهديد وتُعيد هذه الأفكار إنتاج نفسها دون تطور أو تفكيك. التفكير عندها لا يخدم التفسير أو البحث عن المعنى، بل يعمل كآلية دفاع لتثبيت رؤية تهديدية للعالم. بمعنى أن براءة تُفكر لتؤكد ما تخافه، لا لتتجاوزه. وهكذا، فإن تفكيرها يُنتج نفس الدائرة: الخوف ⇠ الشك ⇠ التفسير العدواني ⇠ تأكيد الخوف، دون قدرة على كسر هذا النمط.

٧.عناصر الحياة الخيالية

تبدو الحياة الخيالية لدى براءة محدودة ومنغلقة، يغلب عليها الطابع الكابوسي المهدِّد، لا الطابع الرمزي المنتج للمعنى. في بداية المقابلة، أقرت بوجود كوابيس متكررة، لكنها رفضت

التحدث عن محتواها، مكتفية بقولها: "نسيت والله، بصح عايشة في رعب قبل منزيد"، ما يشير إلى صعوبة في استحضار التمثيلات الداخلية أو مواجهة محتواها اللاواعي.

لاحقًا، بعد صمت قصير، صرّحت برؤية متكررة لطفلها وهو يتعرض للأذى أو يُختطف: "بعد مضنيت، تجور نشوف بني كشما يصرالو ولا يتخطف". هذا الحلم يعكس هوامات فقدان وتهديد مباشر موجهة نحو أعز موضوع لديها، ويكشف عن تمثيلات خيالية مشبعة بالقلق...هذا التمركز في صور خيالية سلبية ومحدودة، يشير إلى وظيفة دفاعية بدائية للخيال

٨.وصف واقع العميل

تُعيد براءة تفسير الواقع حسب هوامات التهديد والخطر (السحر، الخيانة، المراقبة...). حيث لا تُظهر استبصارًا فعليًا: فهي لا تقول "أنا أعاني"، بل "الناس يريدون إيذائي" . تسكن عالمًا فيه الآخر دومًا مؤذٍ، وهي دومًا محاصرة. لكنها رغم ذلك لا تُظهر اضطرابًا إدراكيًا حادًا أو تفككًا: فهي تعرف أين هي، مع من تتحدث، وتحافظ على روابط واقعية ظاهرة.

٩. صورة الجسد وصورة الذات

ظهرت براءة طيلة فترة المقابلات بمظهر عام نظيف، أنيق، ومنسق، مما يعكس اهتمامًا بالواجهة الخارجية رغم المعاناة النفسية. جسدها متناسق، وتبدو عليه علامات الحمل المتقدم، لكنها لا تُظهر انزعاجًا ظاهرًا من التغيرات الجسدية. أما في خطابها، فتصف نفسها ضمنيًا كشخص مُتحمل، صامت، "يضحي"، ما يُشير إلى صورة ذات مشبعة بمثالية سلبية. لا تستخدم أوصافًا مباشرة عن شخصيتها أو مظهرها، بل تركز على الأذى الذي تتعرض له، ما يُظهر تماهٍ مع موقع الضعف دون تمثل إيجابي واضح للذات

رابعا: الفرضيات ومناقشة التشخيص البنائي:

١.نوعية القلق والعلاقة بالموضوع

تُظهر براءة بنية قلقية مركبة تتوزع بين مستويات ثلاثة متداخلة: قلق التدمير و الاضطهاد، وتمظهرات خفيفة لقلق التفكك. يظهر قلق التدمير بوضوح في خطابها وسلوكها العلائقي، حيث تسكنها مخاوف لاواعية من الانمحاء أو الفناء الكامل على يد الآخر، خاصة الزوج. هذا القلق، كما وصفه شريبر، ليس فقط ناتجًا عن تهديد خارجي، بل يعكس إحساسًا داخليًا بانهيار الحدود النفسية وافتقار الذات لأي حماية رمزية ضد التعدي. ويُترجم ذلك في معيشها ككائن مُهدد وجوديًا، محاصر داخليًا وخارجيًا، تترقّب الأذى دون قدرة على الدفاع أو الرفض. أما قلق الاضطهاد، فيُعد المستوى الظاهر والأكثر تعبيرًا، ويتجلى في إدراك الآخر كمصدر للعدوان والمراقبة والتسلّط. كل علاقة تُعاش كمسرح للهجوم أو الخيانة أو الاستغلال، وهو ما يتوافق مع الطابع الزوراني للبنية الدفاعية. هذا القلق لا يعبّر فقط عن تجربة معيشة للعنف، بل يُعاد تنظيمه داخل الذهن من خلال هوامات تؤطر الآخر على أنه عدو دائم.ورغم الطابع الحاد لهذا القلق، إلا أن بعض المؤشرات الدقيقة تُظهر تمظهرات لقلق التفكك حسب باغجوري، يتجسد في لحظات من التشتت، الانفصال الانفعالي، وتبدد الشخصية المؤقت. غير أن هذه المؤشرات لا ترتقي إلى درجة الانهيار الفصامي، بل تظل مضبوطة ضمن إطار ذهاني غير مفصوم، أكثر إرصانًا واستقرارًا من البنية الفصامية الصريحة. بعبارة أخرى، لا يُهدد التفكك بنية الذات بشكل مباشر، لكنه حاضر كخلفية لاواعية يتم احتواؤها عبر آليات دفاعية بدائية فعّالة نسبيًا.

حيث تعيش "براءة" علاقة ثلاثية محورية، تربط بين الأم، الأب، والطفل، حيث تستدخل ذاتها كموضوع مضطهد، في وضعية تنتمي للمجال الانشقاقي بسبب غياب الاستقرار في علاقتها مع الآخر الكبير. تمثيل الأب يتم بصورة أمومية ("بابا يبكي عليا بالشهقة")، بينما الأم تُجسد كأم قضيبية ("تعفرت معاه <تقصد الزوج> ماما قدام باب المحكمة حتى فكهم بابا...")، مما يدل على نزاع نفسي بين الحماية والخطر ضمن علاقات التماهي الأولية.

٢.نوعية الآليات الدفاعية المفضلة أو المهيمنة

تعتمد براءة على آليات دفاعية مهيمنة من المستوى البدائي، تتضمن: الإنكار، الانشطار، الإسقاط، والتقمص الإسقاطي، مع حضور للتكوين العكسي والتبرير. انعكس هذا بشكل خاص في أسلوبها الخطابي (مثل "براحتك، لي تريحك...") الذي يُظهر تحكمًا شكليًا في السياق العلاجي كمحاولة لاحتواء الهجاس. نتائج اختبار MMPI-2 تعزز هذه المعطيات، حيث سجلت مستويات مرتفعة في مقياسي البارانويا و الفصام، مما يؤكد الطابع السيكوباثولوجي العميق.

٣.نوعية الاستثمارات المفضلة

- استثمارات وجدانية–انفعالية:

تستثمر براءة معظم طاقتها النفسية في المجال الوجداني غير المتمايز؛ إذ إن الخطاب يغلب عليه الانفعال، التوجس، الشعور بالخيانة، والحزن غير المعالج رمزيًا. تظهر استجاباتها الانفعالية قوية، لكنها تفتقر للبنية التي تسمح بالتحويل إلى فكر أو تمثيل متماسك. هذا يُصنف ضمن الاستثمارات الانفعالية الأولية، حيث تبقى المشاعر في حالتها الخام، دون تأطير.

- استثمارات شبه حركية:

لا تُعبّر براءة عن قلقها أو غضبها بكلمات واضحة أو رموز، بل غالبًا من خلال توتر جسدي، نبرة الصوت، الانسحاب، وتكرار حركات جسدية خفيفة أثناء المقابلة. هذه المؤشرات تدل على أن قسطًا من طاقتها النفسية يُوظف في ضبط السلوك والانفعال جسديًا وليس عبر القنوات الذهنية أو الرمزية، مما يدرجها ضمن استثمارات نفس–حركية دفاعية.

- استثمار جسدي:

يتجلى بشكل خاص في ظهور الهالات السوداء اللحظية حول العينين عند الانفعال والبكاء، واختفائها مباشرة بعد التوقف، ما يُشير إلى وجود استثمار جسدي مكثف للطاقة النفسية. هذه

الاستجابة السريعة تدل على أن القلق والتوتر والضغط النفسي يُحوّل إلى تفاعل جسدي محسوس، بدل أن يُعبَّر عنه على المستوى الرمزي أو الكلامي، ما يعكس نمطًا دفاعيًا بدائيًا في تنظيم الانفعال.

٤ .العلاقة بالأوديب

تُظهر براءة علاقة مضطربة وغير محلولة بالمركب الأوديبي، تتسم بخصائص إنكارية وتشويهية للتموضعات الجنسية والرمزية، ما يعكس رفضًا بنيويًا للدخول في الصراع الأوديبي الكلاسيكي كما وصفه فرويد. يتجلى هذا الرفض من خلال قلب الأدوار الجنسية الأساسية، حيث تُقدّم صورة الأب كمصدر للعاطفة والحماية (أب أمومي)، بينما تُمثَّل الأم كشخصية قضيبية متدخلة وفاعلة (الأم القضيبية)، في انزياح واضح عن التصنيف الرمزي التقليدي للأب بوصفه مانعًا والأم كمصدر للعناية.

يُشير هذا القلب إلى تفادي التثبيت الرمزي للصراع الجنسي النفسي، إذ لا يظهر لدى براءة أي اعتراف بالحب أو التنافس نحو الأب، كما لا تظهر مشاعر غيرة أو استبعاد نحو الأم بشكل مباشر. هذا ما يضعنا أمام صورة لعلاقة بالأوديب لم تُعاش ولم تُحلّ، بل جرى تفكيكها وتشويهها ضمن بنية دفاعية عُظامية تسعى إلى إعادة تنظيم التمايز الجنسي عبر هوامات بديلة، لا سيما في سياق ليبيدو نرجسي مضطرب، حيث لا يتم استدخال المواضيع الجنسية بل تُعاد صياغتها دفاعيًا.

ومن منظور لاكاني، فإن غياب الدخول في الوظيفة الرمزية للأب يؤدي إلى تعطيل في سلسلة الدلالة، ما يجعل العلاقة بالآخر الكبير (الزوج، القانون، الفاحص) غير مستقرة، تُبنى على التهديد أو الاضطهاد، وتُفقد الذات مرجعيتها في التمثيل الرمزي. ذلك من شأنه أن يؤكد أن براءة لا تنتمي إلى بنية عصابية أوديبية، بل أقرب إلى بنية ذهانية غير مفصومة تتجنب الصراع الرمزي عبر إعادة تشكيل الهوية ضمن خيال بديل مهووس بالخطر والنجاة.

5. إرصان الوضعية ما قبل تناسلية

تُشير المعطيات السريرية إلى وجود إرصان واضح في الوضعية ما قبل التناسلية لدى براءة، حيث تُعاش العلاقة الجنسية مع الزوج كفعل قسري، ميكانيكي، خالٍ من التبادل الانفعالي أو الرمزية الجندرية. توصف العلاقة بعبارات تنقل تمثلات جسدية سلبية ومفعمة بالإكراه، تُختزل فيها الذات إلى موضع للاستعمال، لا كطرف فاعل. يتجلى ذلك في قولها: "المهم يشبع من هذي الناحية... مايهموش إذا كنت تعبانة ولا لا"، مما يعكس غياب التمثل التناسلي الناضج للعلاقة الجنسية. هذا التثبيت على البعد الوظيفي–الاستعمالي للجسد يعبّر عن بقاء الذات في مرحلة لم تُدمج فيها الفروق الجنسية أو الجيلية، ما يتماشى مع دينامية ما قبل أوديبية، ويمنع الدخول في علاقة رمزية متمايزة مع الآخر. كما يدل تمسكها بهذه العلاقة رغم إدراكها لانتهاكها، على إعادة تكرار لاواعي لعلاقة أولية غير متمايزة، تثبّت الصراع بدل تجاوزه، وتُكرّس التبعية والانمحاء الذاتي.

مجمل ما سبق يدل على أن براءة تُظهر إرصانًا واضحًا في الوضعية الشرجية–السادية، حيث تُعاش العلاقة الجنسية كفعل تهديدي أو استهلاكي لا كعلاقة تبادلية. هذا الإرصان يمنع تكوّن ذات جنسية–رمزية ناضجة، ويُبقي العلاقة بالآخر في مستوى هوامي بدائي، تُحرّكه مخاوف الاختراق، الإذلال، والتسمم (حسب الطابع العُظامي).

خامسا: الذاتية:

١.خصوصية العلاقة و طبيعة الخطاب

أقامت براءة علاقة يغلب عليها التحفظ المدروس، حيث بدت متعاونة في الظاهر، لكنها كانت تختبر العلاقة تدريجيًا. في بدايات المقابلة، اعتمدت خطابًا مهدئًا للفاحص وراقبته لغويًا، مما يشير إلى وجود حذر أولي ودفاعات مراقِبة. رغم ذلك، تُظهر نتائج المقاييس الموضوعية (MMPI–2) استعدادًا للكشف والانكشاف، ما يُشير إلى مفارقة واضحة: رغبة داخلية في الإفصاح، لكنها مشروطة بإحساس الأمان في العلاقة.

بداية من المقابلة الثالثة، وبعد تطبيق اختبار الـ MMPI-2، بدأت العلاقة تأخذ طابعًا أكثر انفتاحًا وتفاعلية، حيث أصبحت براءة أكثر ارتياحًا في الخطاب، وبدأت تناديني بـ"اختي" أو "خُيتي"، ما يدل على ظهور تموضع عاطفي بسيط يُشير إلى تخفيف في الحذر وبدء تبلور علاقة ذات طابع إنساني غير مهدد. ومع ذلك، لم تصل العلاقة إلى ثقة تامة، وهو ما يُفسَّر بخصوصية بنيتها الدفاعية وقصر الزمن الفحصي.

٢.الطلب الظاهر والطلب الكامن

من خلال المقابلات الأولى، عبّرت السيدة "براءة " عن رغبتها الظاهرة في المساهمة في بحث أكاديمي حول المعاش النفسي لزوجات مدمني المخدرات، مؤكدة على أهمية خصوصيتها ورغبتها في أن تكون "صوتًا غير مباشر" يعكس معاناة كثيرات في وضع مشابه. يتجلّى الطلب الظاهر، إذن، في شكل تعاون بحثي له بعد إنساني وشخصي في آنٍ معًا، دون تقديم مطلب علاجي صريح أو واضح.

لكن من خلال الملاحظة الإكلينيكية والإنصات لمحتوى الخطاب، وثراء التعبير الانفعالي، والانخراط العميق في السرد المعاشي، وكذا نتائج الاختبار MMPI2 (خاصة مقاييس الصدق). يتبيّن أن هناك طلبًا كامنًا أعمق من ذلك: رغبة في أن تُفهَم، وأن تجد فضاءً نفسيًا يَمنحُ لتجربتها المعقّدة اعترافًا ومعنى. هذا الطلب لا يصرَّح به مباشرة، لكنه يتمظهر في الطريقة التي كانت توظّف بها المقابلة كحيّز للتعبير، وفي حاجتها لمن يُصغي دون أحكام، ضمن علاقة تحتوي الألم ولا تُخضِعه للتقويم.

الطلب الكامن يتجاوز هنا إذًا الإطار البحثي، ليُلامس الحاجات النفسية العميقة المرتبطة بإعادة بناء الذات، استيعاب الصدمة، وفكّ رموز المعاش في سياق علاقاتي موسوم بالعنف والانهيار العاطفي. وعليه، فإن العلاقة البحثية، وإن لم تُبنَ على طلب علاجي صريح، تحوّلت تدريجيًا إلى علاقة ذات قيمة علاجية ضمنية.

٣. كيف يعيد العميل حبك القصة

تعيد براءة رواية قصتها النفسية بشكل غير ممسرح، يفتقر إلى البناء الداخلي للحبكة. فهي لا ترتّب الوقائع ضمن تسلسل يوضح تطورًا، بل تنتقل بين مشاهد منفصلة، ذات طابع صدمي، دون مسافة زمنية. خطابها يتوزع بين لقطات مكثفة من الألم، تُروى دون ربط سببي أو شعوري واضح، ما يُشير إلى غياب تنظيم سردي ناضج.فرغم وفرة التفاصيل، تبقى القصة محكومة بمنطق التكرار؛ إذ تهيمن على روايتها حلقات دائرية من التهديد والخذلان، دون أن تُعيد تموقع ذاتها داخل هذه الأحداث كمكوّن فاعل. هذا يعكس عدم قدرة على تحويل التجربة إلى "حكاية ذات"، بل تبقى الذاكرة مشحونة بأحداث لم تُروَ من الداخل، بل تم إسقاطها كما عايشتها حسيًا.فالذات في خطابها لا تتقدم ولا تتراجع، بل تظل مسمّرة داخل لحظات الانتهاك، ما يمنع أي تشكل سردي دينامي. وهكذا، تغيب "البنية الحكائية للذات"، ويظهر بدلًا منها تراكم خطابي ذو وظيفة تفريغية أكثر من كونه تنظيميًا.

٤. الأعراض "كيف تعيشها وتفسرها"

لا تصف براءة أعراضها كحالات داخلية تحتاج للفهم أو المعالجة، بل تعيشها كوقائع مفروضة من الخارج. فهي لا تقول "أشعر بالقلق" بل "هم جعلوني هكذا"، ما يشير إلى نفي التمركز الذاتي للألم النفسي. تعيش الرعب، التوتر، البكاء، الأرق، لا كأعراض، بل كاستجابات "منطقية" ضمن عالم محكوم بالعدوان والاضطهاد. لا يظهر في خطابها وعي بأن هذه الحالات تنتمي لداخلها النفسي، بل تُسقط كليًا على محيط خارجي مؤذٍ أو متآمر.

أما التفسير، فهو يظل خارجيًا بالكامل: تُرجع صمتها عن حقها سابقا للسحر، وتربط الانهيارات العاطفية بسلوك الزوج، والخوف المستمر من فقدان الطفل بتجارب ماضية من التهديد. لا تربط هذه الحالات ببنيتها النفسية أو بصراعاتها الداخلية، بل تراها نتائج حتمية لما "فُعل بها".

5 .الآثار الإيجابية التناقضية

رغم معاناتها الظاهرة، تُحقّق براءة عبر أزمتها بعض المكاسب النفسية غير الواعية، فإن تموضعها الثابت في موقع المظلومة، مكّنها من الحفاظ على صورة "نقية" نرجسيًا، خالية من الذنب، ما خفف الضغط الداخلي المرتبط بالصراعات الذاتية.واتخاذها لقرار الطلاق كخطوة رسمية نحو التحرر يشير إلى بداية تموضع جديد، أكثر فاعلية، وإن لم يكتمل بعد. أما على المستوى الرمزي، فيظهر الأطفال كمصدر قوة داخلية، وسبيل للمقاومة والصمود، ما يُضفي على تجربة الأمومة وظيفة ترميمية تُعطي للذات المهزوزة نقطة ارتكاز واستمرار.

٦. التجربة المعاشة

براءة تعيش تجربتها كـ"كائن محاصر وجوديًا". لا ترى نفسها كمريضة بقدر ما ترى نفسها كضحية لمؤامرة مركّبة (عائلية، روحية، اجتماعية). الإحساس المسيطر هو: الانسحاق، التهديد، فقدان السيطرة، وانعدام الأمان. تعيش التهديد بشكل حسي–جسدي (بكاء، أرق، هالات لحظية، خوف مستمر على الطفل). التجربة لا تمر عبر تمثيل رمزي أو فكري، بل تبقى متجسدة جسديًا وداخليًا، وكأنها محاصرة داخلها. هي لا تشتكي فقط، بل تُعيد تمثيل معاناتها في كل موقف، ما يعكس طابعًا قهريًا–تكراريًا في معايشة الألم.

سادسا: حركات التحويلية

تميّز **التحويل** عند براءة بالتحفظ المراقب في البداية، حيث انسحبت بمجرد الإحساس بمحاولة التعمق، ما يعكس تحويلًا دفاعيًا يحذر من التطفل. لاحقًا، وبعد تصحيح الاختبار وتقديم دعم رمزي كالهدايا و المادة، بدأ يظهر تحول تدريجي نحو تحويل أكثر ودًّا، اتخذ طابعًا شبه أوديبي–أخوي، تمثل في استعمال ألقاب حميمية ("أختي") ومبادرات وجدانية، ما يعكس انتقالها من علاقة حذرة إلى علاقة أكثر احتواءً وثقة.

أما على مستوى **التحويل المضاد**، فقد تمثل بداية في صعوبة إدراج الحالة ضمن إطار الزوجية الواقعي، نظرًا لمظهرها الطفولي المتنافر مع وضعها العائلي. هذا التناقض أثار استجابة وجدانية مُمَيزة تمثلت في إعادة تسمية الحالة بـ"براءة"، ما يشير إلى تحويل مضاد

إيجابي–تعويضي، حيث نشأ شعور داخلي برغبة في الحماية والاعتراف بمظلومية الطفولة المهملة. لم يحمل هذا التحويل المضاد طابعًا إنقاذيًا مفرطًا، بل تشكّل ضمن علاقة فيها بعد وجداني مضبوط وسريّرية واضحة.

سابعا: مناقشة الإمكانيات والمقترحات العلاجية الممكنة

نظرًا للهشاشة البنيوية التي تميز براءة، وطبيعة دفاعاتها المهيمنة (الإنكار، الإسقاط، التقمص الإسقاطي)، لا يُوصى ببدء تدخل نفسي عميق في المدى القريب. البنية لا تسمح حاليًا بتفكيك رمزي مباشر دون تعريض التماسك النفسي للخطر. لذلك، يُقترح توجّه علاجي يرتكز على الاحتواء النفسي والدعم العلاجي المستقر، بهدف تقوية الأنا، وبناء علاقة علاجية آمنة أولًا. يمكن أن يشمل البرنامج العلاجي الأولي:

- جلسات فردية ذات وتيرة منخفضة (مرة كل أسبوعين أو أسبوع).
- خلق علاقة ثابتة وغير مهددة، تُركز على الاستقبال دون تفسيرات.
- دعم تمثيل الذات وتحسين القدرة على التسمية والانفعال والربط بين الأثر والسبب.
- تدخلات تثقيفية–نفسية مرافقة للأمومة (دعم الحمل، الرعاية، الحماية النفسية).

وفي المدى المتوسط، إذا تحسنت القدرة على التنظيم الرمزي واللفظي، يمكن التفكير في توجيه تدريجي نحو علاج نفسي تحليلي، قائم على بناء المعنى تدريجيًا، لا على تفكيك مباشر

ثامنا: حوصلة لكل ما جاء سابقا

براءة، امرأة حامل في نهاية العشرينات، تعيش وضعًا نفسيًا معقدًا يطغى عليه الإحساس بالاضطهاد، الخوف، والانسحاب. دفاعاتها يغلب عليها الطابع البدائي (الإنكار، الإسقاط)، ويتميّز خطابها بالتماسك الظاهري لكنه يفتقر إلى التنظيم الرمزي والتأطير السردي، ما يعكس بنية هشة ذات توازن دفاعي غير ثابت.

استراتيجيات المواجهة التي تعتمدها تنتمي أساسًا إلى النمط الانفعالي، إذ جاءت "إعادة التقييم الإيجابي" و"التجنب" في الصدارة، بينما ظهرت "تحمل المسؤولية" كأضعف آلية مستخدمة، ما يُشير إلى نمط تفادي–انفعالي في التعامل مع الضغط. أما تقدير الذات، فقد عبّرت عنه بوضوح في المقابلة باعتباره "مطموسًا" بعد الزواج مقارنة بشعورها السابق بالقيمة والاحترام، وهو ما ينسجم مع نتيجة متوسطة لمقياس تقدير الذات في MMPI–2 ، ما يدل على اضطراب في صورة الذات بين تضخم نرجسي سابق وتآكل شعوري لاحق.

بناءً على معطيات المقابلات، نتائج الاختبارات، يُقترح تشخيص مبدئي يتمثل في:

تنظيم نفسي من النمط الذهاني بتموضع عُظامي–اضطهادي، مصحوب بقلق تدمير واضطهاد، وسِمات اكتئابية من نوع أحادي القطب وقلقية .

03. عرض الحالة الثانية حسب نموذج بيدينيلي

أولا: المقاربة السيمولوجية:

1–سبب الفحص:تم إجراء ستة مقابلات مع الحالة لإتمام دراسة بحثية تحت عنوان " المعاش النفسي لزوجات مدمني المخدرات" مع إبداء الحالة قبولها للمساعدة في البحث و حاجتها للتفريغ الانفعالي

2 –تقديم مختصر عن الحالة:

فريدة (اسم رمزي) تبلغ من العمر 43سنة ، متزوجة ، مستواها التعليمي المتوسط ،امرأة خمرية البشرة متوسطة القامة ، مكتنزة الجسم ،ذات عيون بنية ، نظيفة المظهر بلباس محتشم ، و وجه بشوش ولدت وترعرعت وتزوجت في نفس المدينة ، مستواها الاقتصادي تحت المتوسط ، كانت تمتهن الخياطة في فترة معينة من حياتها الزوجية ، متزوجة منذ 17سنة ، يبلغ زوجها من العمر 41 سنة حيث يصغرها بسنتين ، زواجهم كان عن حب "حاربنا وسوفرينا باش تزوجنا" ، عدد الأطفال 3 حيث يبلغ الطفل الأكبر لها 16 سنة تليه

فتاة تبلغ من العمر 12سنة وطفل آخر يبلغ من العمر 4 سنوات ونصف ، بالنسبة لترتيبها في العائلة فهي تحتل المرتبة الثالثة من أصل 10إخوة (5أشقاء و أخ متوفى و 5 غير أشقاء من أم أخرى)

3-السوابق الشخصية والعائلية :

-لفريدة تاريخ صدمي تمثلت أحداثه في طلاق عاطفي بين والديها بعد زواجه من امرأة ثانية، وفاة الأخ مقتولا في مكان عمله، إصابة زوجها في مكان عمله إصابة بليغة دائمة التأثير،تليها صدمة دخوله عالم المخدرات بعد سنوات طويلة من الزواج

- بالنسبة لزوجها فقد دخل عالم الإدمان على الحبوب قبيل ولادة ابنهم الأخير بسنة إلى سنتين، قبلها كان يتعاطى الكحول وذلك أيضا قبل سنتين إلى سنتين ونصف، أما في بداية زواجهم فقد كان يتعاطى السجائر والتبغ

- والدها كان مدمن كحول وفي السنوات الأخيرة توقف عن ذلك نهائيا "بعد ما راح للحج تاب على الشراب"، لديها أخ غير شقيق أيضا مدمن مخدرات حتى أن دخوله للسجن متكرر بسبب السرقة والسطو على المنازل كما صرحت

- جانبهم الاقتصادي كان متوسط إلى حد ما، لكن وبعد إصابة زوجها في مكان عمله – بناء – على مستوى الركبة كإصابة دائمة تدهور حالهم وامتهنت الخياطة بعد أن كانت تعتبرها هواية وفقط ليدخل زوجها عالم الإدمان على الحبوب وتتغير حياتهم بشكل جذري

- ابنها وابنتها توقفوا عن الدراسة بسبب مصاريفها وكذا نتائجهم المتدنية وإعادتهم للسنة الدراسية المتكررة

- بالنسبة للانتقالات السكنية، فقد صرحت بأن مراهقتها وشبابها كانتا مليئتين بالتغيرات السكنية وعم الاستقرار حتى بعد زواجها شهدت تغير سكني، فقد كانت تسكن مع زوجها وأولادها في بيت ملك بجانب بيت أهلها، لكنها وبعد علمها بتعاطي زوجها وتفاقم الوضع

صرحت بأنها غيرت المنزل بحجة المشاكل التي كان يثيرها ابنها المراهق كسبب ظاهر على حد قولها وحفاظا عليه من الانحراف فلم يعارضها زوجها وانتقلوا إلى حي بعيد عن الحي السابق محاولة منها لإبعاد زوجها كسبب كامن عن بؤرة التعاطي

– لم نسجل أي أمراض صحية أو اضطرابات نفسية أخرى في العائلة خلال المقابلات

– تقدمت الحالة إلى المقابلات البحثية بعد اقتراح مشاركة من الباحثة ، حيث تم إجراءها في مكتبة عامة ببوسعادة ، كما أنها أظهرت حاجتها إلى المقابلات والتفريغ الانفعالي ، لكن ومع انطلاق المقابلات رسميا أظهرت تردد و مقاومة(خاصة لبنود اختبار mmpi2)للكشف عن معاشها وتساؤلات عديدة حول مفاد ما ستقدمه من معلومات للدراسة و للتخصص و عن عدد الحالات لهذه الدراسة "وحدي ولا كاين وحد خرين تقابليهم" ، شهدنا تأخرا في حضورها للمقابلات فقد احتاجت وقتا طويلا لتدخل فعليا في جو المقابلات و في سرد معاشها

تظهر هنا آلية الإسقاط والسمات الهجاسية بشكل واضح فقد أسقطت عدائيتها المكبوتة وأفكارها الوسواسية الاضطهادية على الباحثة في المقابلات

4– التاريخ المرضي الشخصي:

- أجرت فريدة عملية إزالة للبواسير منذ سنوات ولحد الآن لا زالت تعاني من آلام على مستواهم
- تعاني الحالة من قرحة معدية تلازمها غالب الوقت
- صداع يصيبها بين الفترة والأخرى

5–قصة الاضطرابات :

بدأت معاناة الحالة و أعراضها في الظهور تدريجيا تمثلت في عرضية جسدية مرتبطة بإحساس دائم بالقلق والتوتر وفقدان طعم الاستمتاع بالحياة ،تزامنا مع إصابة زوجها في

مكان عمله و دخوله عالم الإدمان وكذا تدهور جانبهم المادي في أوقات متقاربة، لتتخذ من هواية الخياطة عملا لها كي تكسب منه قوتا لعائلتها ، كما أنها بدأت تلاحظ تغيرات على مستوى تعامل زوجها معها وتشكيكا في حبه لها"جاتو نزوة تاع حب حبني وحبيتو بصح بعدها خلاص" فهي تعتبر زواجها منه انتصارا لحبهما في حرب شنتها مع أهل زوجها "حاربنا وسوفرينا باش تزوجنا" ، خاصة و أنه يصغرها بسنتين، ما جعلها تفقد اهتمامها واستمتاعها بالحياة كفقدانها لموضوع حبها ،اتخذت من تغيير مسكنهم بكراء مسكن بعيد عن بيتهم السابق استراتيجية لإبعاد زوجها وابنها عن بيئة التعاطي وبيئة أهلها التي وحسب وصفها تعتبر بيئة مساعدة على الانحراف حيث أن والدها مدمن كحول سابق"بعد ما راح للحج تاب على الشراب" أيضا لديها أخ غير شقيق مدمن مخدرات ذو سوابق عدلية –سطو على المنازل – ، تغيير المسكن ودخولهم في وضع الإيجار بعد أن كانوا يسكنون بيتا ملك ضاعف ضغوطها النفسية وأعراضها وبرودها اتجاه زوجها الذي استمرت ملاحظتها لتغيره بل أصبحت ترى تغيره نحوها ونحو أبناءها في ازدياد وتفاقم فقد أصبح أكثر عصبية و أقل اهتماما بهم ، كثير البقاء في الخارج ما جعلها تفقد اهتمامها به وبالحياة بصفة عامة وأثر هذا حتى على علاقتهم الجنسية التي وصفتها قائلة"نحسو يجيني قعلى جال ذيك الحاجة وأنا ولات ما عندي صالحة فيه" ، كما لاحظنا صراعها الداخلي في تناقضها تجاه زوجها في عديد المواضيع ، "تحسيه ما يحيرش قاع مش تاع مسؤولية بصح كي يعود عندو ما يبخلنيش"فهي ترى أنه لا مسؤول ودائم الاحتياج لداعم وترى أن إخوتها داعمين لها وحددت دعمهم من جانب مادي ،وكآخر حدث وفي خضم المقابلات، قام أخاها الأوسط بالتكفل بكل التكاليف اللازمة لختان ابنها الأصغر حتى أنها أقامت حفل الختان في منزله حسب ما صرحت به ،أما معنويا لا تفضل الحديث عن معاشها وواقعها الزواجي مع أحد فهي ترجع سببية معاناتها وتدهور حياتهم إلى أسباب ميتافيزيقية (سحر، حسد،عين) وترى بأنه يوجد من يضمر لها الأذى والغيرة فيلجأ لسحرها أو سحر أبناءها بل و حتى زوجها "نحس لازمو طبيب نفسي ولا راقي" وصرحت بخوفها الشديد من ذلك ، أيضا نلمس التناقض في مشاعرها

نحو زوجها في قولها "كون نرجع ما نتزوجش بيه بصح ضرك ما نسمحش فيه" ،وبعد أن كانت تعتبر الخياطة مهنة ومخرجا للضغوط اضطرت لبيع آلة الخياطة بطلب من زوجها لتسديد ثمن كراء المنزل وقد سبق ذلك بيعهم لعديد الأثاث و التجهيزات المنزلية لأسباب اختلفت بين تسديد ثمن الكراء و لحاجة زوجها للمال كي ينفقه على السجائر والمخدرات ،و الآن يعتبر ابنها الأكبر صاحب ال16 سنة المعيل الوحيد للعائلة فهو يعمل في محل تجاري وينظف محلات أخرى عند الحاجة كي يسدد ثمن كراء المنزل ، كما يعطي لأبيه بين الحين و الآخر مبلغا بطلب وإلحاح منه كما صرحت الحالة ، و قد أبدت رؤيتها الإيجابية لابنها وتمسكها به "خليه باش يتعلم المسؤولية من ضرك" ، تضاعفت أعراضها النفسية وشعورها بالضغط والقلق الذي صرحت بأنها تكثف أشغال المنزل كسبيل وحل للابتعاد عن التفكير المفرط القهري الذي يجتاحها دون سابق إنذار والذي أصبح شبه دائم ، تغير أيضا نمط نومها وأكلها وتركيزها و استثمر ذلك جسديا في أعراض تمركزت في حرقة معدية بصفة ملازمة لها ، كما سيطر عليها شعور و فكر اضطهادي "أنا ديما نسمح في حقي"يعكس عدائيتها المكبوتة نحو الآخرين، كما ظهرت عدائيتها المكبوتة في حديثها عن عصبية زوجها وتعنيفه اللفظي الدائم لها بل وحتى الجسدي في بعض الأحيان كما صرحت ، ما يجعلها تكن له عدائية دون المرور للفعل في تلك اللحظات " كي يعود يعيط ولا يضربني نتخيل روحي نضرب فيه بالكفوف" وقد جاءت العبارة مصحوبة بانفعال شديد وتشديد للحروف التي حملتها العبارة مع ضحك وتأكيد عن تكرار هاته الأفكار في كل مرة يظهر فيها زوجها عصبيته تجاهها ، كما أنها صرحت بأنها تفضل الكلام الملغم الغير مباشر كرد عن أي إساءة تقال لها أو نقد سلبي "كي نسمع هدرة ما تعجبنيش ما نقدرش نرد كيفها بصح نشر بالهدرة " ما يعكس عدم تقبلها للنقد بأي شكل كان ، تصف زوجها بالمتسلط خاصة بعد رفضه لبحثها عن عمل خارجا "قتل روحو وقتلي طموحاتي" ،ففريدة نشأت في بيئة عائلية خالية من السلطة الأبوية حيث وصفت والدها بالغير متحكم كما وصفت حياتها قبل

زواجها بالحياة الحرة ما جعلها تدخل في عدم تقبل لسلطة زوجها وتحكمه و رفض لما آل إليه حالهم

6-طبيعة الاضطرابات الحالية:

تشكو الحالة من التفكير المفرط والقلق، شعورها بضغط نفسي مستمر ،شكاوى جسدية تمثلت في القرحة المعدية الملازمة لها وآلام على مستوى البواسير في الآونة الأخيرة،صداع، أرق وتقطع النوم،كوابيس، تجنب الأكل خوفا من آلام المعدة، أفكار اضطهادية بحتة وأخرى وسواسية، تقلبات مزاجية، شعور بالتعب، عدائية مكبوتة تجاه زوجها والآخرين، فقدان الاهتمام والاستمتاع بأي شيء في الحياة، برود تجاه زوجها

7-دلالة الآليات الدفاعية:

-الإسقاط: إسقاط عدائيتها المكبوتة وكرهها على الآخرين فتراهم يضمرون لها الأذى ويتعمدون إيذاءها أي إسقاط صراعها الداخلي نحو العالم الخارجي، كاحتماء من النزوات العدائية الداخلية الغير مقبولة فتضع نفسها موضع الضحية المضطهدة

-الانشطار والتفكك: التناقض الوجداني تجاه زوجها كموضوع، بين الحب والبرود والنظرة الإيجابية والسلبية له، أيضا وصف نفسها بالمنعزلة وفي المقابل وعلى الصعيد الواقعي يظهر انفتاحها في سيرورة حياتها، أيضا تناقضها في الحديث عن أبيها فتارة تصفه بالطيب والأب الجيد وتارة أخرى تتحدث عن غيابه عنهم بعد زواجه،ما يعكس آلية الانشطار والتفكك

-الإنكار: فرغم ابتعاد أبيها وغيابه عنهم بعد إعادة زواجه إلا أنها تنكر غيابه وتصفه بالجيد والطيب، كما أنها تنكر إدمان زوجها كسبب رئيسي في تدهور حالتهم فترجعها إلى أسباب ميتافيزيقية خارجية (سحر وحسد)

8-التطور:

من خلال ما طرح في العناصر السابقة نجد أن أعراض فريدة في ازدياد عددا و حدّة ، فبعد أن كان تأثير ما حدث لها على مستوى فكري تمثل في القلق والتفكير المستمر، ازداد ليشمل أعراضا جسدية تمثلت في الحرقة المعدية الملازمة لها ، تحسنت بعد اتخاذها الخياطة كعمل وترفيه وذلك حبا في الخياطة ، لكن وبعد بيع زوجها لآلة الخياطة فقدت اهتماماتها واستمتاعها بأي شيء كما وشعرت بإحباط زوجها لها ووصفته بقاتل الطموحات لقتله شغفها للخياطة، لم تتوقف الأعراض هنا بل وشملت نومها و وحتى أكلها وتمركز فكرها حول الاضطهاد و وساوس مستمرة تمحورت في محاولة إيذاء الآخرين لها

9-نتائج الاختبارات:

-عرض وتحليل نتائج اختبار MMPI 2:

تم إجراء اختبار MMPI-2 على الحالة فريدة خلال المقابلة الثالثة قرابة الساعة أين تم الإجابة على اغلب العبارات، وما تبقى من العبارات أكملت الإجابة عليهم في المنزل، وتتمثل نتائج مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية لاختبار MMPI-2 فيما يلي:

Echelle	L	F	K	Hs	D	Hy	Pd	Mf	Pa	Pt	Sc	Ma	Si
Numéro				1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Note T	60	73	36	62	62	53	54	80	72	71	73	71	62

الجدول (8) يمثل نتائج المقاييس الأساسية لاختبار MMPI-2

أجابت الحالة فريدة عن كل بنود الاختبار ما عدا 9 بنود (9=؟)، حيث أن أغلب العبارات التي لم تجب عليها يتعلق موضوعها بالخمور والمخدرات والذي قد يدل على رفضها لواقع الإدمان.

رمز وولش:#k- L' F 3 4 -1 2 0 '9 7 6 8 "5

في التحليل الكيفي تم الاعتماد على دليل الاختبار للد.لويس كامل مليكة (2000)و كتاب Dana Castro(2016) حول تطبيق الاختبار النفسي في عيادة الراشد.

1- مقاييس الصدق :

-**مقياس التواتر أو الندرة F:** بلغت درجته التائية(F=73) وهي درجة مرتفعة، والتي تدل على شدة المعاناة ووجود ميول سيكوباتولوجية، ونجد مستوى مرتفع أيضا على **مقياس الخطأ الخاص بالجزء الثاني من الاستبيان** حيث بلغت درجته التائية (Fb=86) مما يدل على وجود اضطرابات نفسية.كما بلغت الدرجة التائية **لمقياس التضارب الكبير للأجوبة** (VRIN=48) ودرجته الخام 6، وهي درجة منخفضة مما دل أيضا على وجود اضطرابات نفسية. وفيما يخص الدرجة التائية لمقياس التضارب الكبير للأجوبة (TRIN=79) وهي درجة تقع فوق المتوسط، وبما أن درجته الخام (TRIN=5) أقل من 13 فإن البروتوكول مقبول.

-**مقياس الكذب L:**بلغت درجته التائية(L=60) وهي درجة معتدلة، تدل على أن الحالة تميل إلى ميكانيزم الإنكار (إنكار الأخطاء الاجتماعية).

-**مقياس التصحيح K:** بلغت درجته التائية (K=36) وهي درجة منخفضة تدل على أن الحالة ليست دفاعية بل تعترف بمصادرها المحدودة في التعامل مع المشكلات التي تعاني منها، وتشير إلى معاناتها من بعض السمات السيكوباتولوجية، كما قد يدل على وجود صعوبات في التأقلم والميل إلى الصعوبات النفسية.

يتميز بروفيل الحالة بنسق FLK ويعتبر من أكثر الأنساق شيوعا في المجموعات الإكلينيكية، وهنا الحالة تعترف بصعوبات شخصية وانفعالية وهي تطلب المساعدة في حل مشكلاتها، كما أنها ليست واثقة من قدرتها على التعامل مع هذه المشكلات.

2-المقاييس الإكلينيكية :

مقياس الفصام Sc: بلغت درجته التائية(Sc=73) وهي درجة دالة عياديا،تدل على الاغتراب الاجتماعي والعلاقات العائلية السيئة وصعوبات في التركيز وتشكك في قيمة الذات وقد أثبت ذلك من خلال المقابلات مع الحالة.

- **المقاييس الفرعية لمقياس الفصام:**

المقياس / الدرجة	الاغتراب الاجتماعي (Sc1)	الاغتراب الانفعالي (Sc2)	نقص التحكم في الأنا معرفيا (Sc3)	نقص التحكم في الأنا عاطفيا (Sc4)	نقص التحكم في الأنا لعدم وجود الكبت (Sc5)	خبرات حسية غريبة (Sc6)
N.B	9	2	7	10	7	8
T	68	54	83	87	77	71

الجدول (9) يمثل المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الفصام

من خلال الجدول، يتبين أن هناك ارتفاع في أغلب المقاييس الفرعية، حيث تظهر الحالة شعورها بنقص العلاقات مع الآخرين (خاصة أهل زوجها) وتدهور في علاقتها مع زوجها، لديها أفكار غريبة ومضطربة، وشعور بالضعف السيكولوجي كما تظهر قصورا ذاتيا وكفا كليا ونكوصا، تشعر الحالة بأنها عاجزة في التحكم في دفعاتها وتخبر انفعالاتها كما لو كانت غريبة ويظهر عليها تفكك في الوجدان. كما أن لديها شعورا بالتغير في الإدراك لذاتها ولصورة الجسم.

مقياس البارانويا Pa:بدرجة تائية قدرت ب (Pa=72) دالة سريريا، وتشير إلى تشكك الحالة في نوايا الآخرين اتجاهها (وهذا كان جليا في كلامها)، عدائية مكبوتة، تنزع إلى لوم الآخرين وتعبر عن عدائيتها بصورة خفية (لفظية غير مباشرة ورغبة شديدة في المرور للفعل

دون فعل ذلك)، وقد يكون ذلك نتيجة تمسكها بالأخلاقيات والتمركز حول الذات وخوفها من عاقبات ما قد يحدث.

المقاييس الفرعية لمقياس البارانويا:

المقياس / الدرجة	أفكار الاضطهاد (Pa1)	الحساسية (Pa2)	السذاجة (Pa3)
N.B	8	5	2
T	83	66	40

الجدول (10) يمثل المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس البارانويا

من خلال الجدول يتبين أن ارتفاع مقياس البارانويا يرجع إلى أفكار الاضطهاد (Pa1) ويفسر ذلك أن لدى الحالة أفكار عن مؤثرات خارجية، وهي تلقي اللوم لمشكلاتها و احباطاتها وفشلها على الخارج (سحر وحسد خاصة) مما يدل على أن لديها أفكار اضطهادية والشعور بمعاملة سيئة وغير عادلة.

مقياس السيكاثينيا Pt:بدرجة تائية مقدرة ب (Pt=71) وهي أيضا درجة دالة عياديا،وتدل على القلق والتوتر وأن الحالة غير حاسمة وعاجزة عن التركيز (وهذا ما لوحظ خلال المقابلات)، كما أنها تظهر أفكارا وسواسية وشكوكا ذاتية تصاحبها مشاعر اكتئابية، ويثبت ارتفاع هذا المقياس من خلال بعض الأفعال القهرية التي تقتحم سلوك الحالة هربا من القلق، لديها شكاوى مرتبطة بالجهاز الهضمي (حرقة معدية...) والتعب و الالم والصداع، مما يعكس مستويات القلق وتأثيره عليها بدنيا.

مقياس الهوس الخفيف Ma:بلغت درجته التائية (Ma=71) وهي تمثل درجة دالة عياديا، وتدل على اندفاعية الحالة وكذا نشاطها الزائد، كثرة الكلام،التنافسية، تظهر العدوان في كلامها كما أنها تثور وتعبر بصورة ظاهرة عن عدم الشعور بالرضا.

- **المقاييس الفرعية لمقياس الهوس الخفيف:**

المقياس / الدرجة	اللاأخلاقية (Ma1)	الإسراع الحسي الحركي (Ma2)	الهدوء (Ma3)	تضخم الأنا (Ma4)
N.B	3	7	1	6
T	60	63	36	76

الجدول (11) يمثل المقاييس الفرعية لهاريس ولنجوس لمقياس الهوس الخفيف

من خلال الجدول يظهر بأن ارتفاع مقياس الهوس الخفيف يرجع إلى تضخم الأنا (Ma4) أي أنها تشعر بأنها مهمة إلى درجة الشعور اللاواقعي بالعظمة. والإسراع الحسي الحركي (Ma2) حيث تعاني الحالة من نشاط زائد هروبا من الحياة الداخلية، وقلق واستجابة ظاهرة لضغوط الفعل، ونلمس هذا في نوبات نشاط زائد تحدثت عنها الحالة تستثمرها في تكثيف أشغال المنزل هروبا من التفكير المفرط والقلق الداخلي.

مقياس الانطواء الاجتماعي (Si): بدرجة تائية مقدرة ب(Si=62) تشير إلى أن الحالة تفضل أن تكون بمفردها أو مع جماعة صغيرة من الأصدقاء، كما أن لديها القدرة على التفاعل مع الآخرين ولكنها لا تفضل ذلك عامة.

مقياس الاكتئاب (D): بدرجة تائية (D=62) وهي درجة متوسطة، مما يشير إلى عدم رضاها بواقعها وواقع زواجها، كما يشير إلى وجود بعض الأعراض البدنية والتي شملت النوم (أرق) وشكاوى على مستوى الجهاز الهضمي ونقص الاهتمام والحالة المزاجية.

مقياس توهم المرض (Hs): بدرجة تائية (Hs=62) تقع في المتوسط، تشير إلى وجود علل بدنية حقيقية، أي أن الحالة تعاني من مشكلات جسدية (حرقة معدية، البواسير، الصداع، بعض الآلام) وهذا الأمر يثير انشغالها.

مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd): درجته التائية (Pd=54) في الحد العادي، تشير إلى أن لدى الحالة شكاوى من السلطة (سلطة الزوج) والاغتراب والملل.

مقياس الهستيريا (Hy):بدرجة تائية تقع في الحد العادي قدرت ب (Hy=53) يعتبر أقل مقياس درجة، يشير إلى العزلة الاجتماعية والمسايرة ونقص الرغبة في المغامرة، كما تنقصها الاهتمامات –وهذا ما وصفت به حالتها الحالية– والشعور بقسوة الحياة، لديها دفاعات قليلة لوقايتها من البيئة الخارجية، وقد صرحت بذلك "تسمح في حقي" لذا فهي معرضة لوطأة البيئة الخارجية القاسية.

مقياس الذكورة والأنوثة (Mf):بلغت درجته التائية (Mf=80) وهي درجة مرتفعة، تدل على أن الحالة تهتم بالسلوك طبقا للدور الذكري التقليدي ويظهر ذلك من خلال تقمصها المسؤولية كتعويض للامسوؤلية زوجها و عدائيتها المكبوتة.

3- المقاييس الإضافية :

مقياس القلق A: بلغت درجته الخام (33) بينما بلغت درجته التائية (ANX=77) وهي درجة مرتفعة بشكل ملحوظ ودال عياديا، وهذا ما يشير إلى وجود أعراض القلق العام لدى الحالة تتمثل في المشاكل الجسدية وصعوبة التركيز، وكذا نقص الثقة في قدراتها والكف والضبط الزائد، كما أنها تستجيب للانضغاط الموقفي والشخصي بالقلق، مما يجعلها تشعر بعدم الارتياح غالبا.

مقياس انخفاض تقدير الذات LSE: فقد بلغت درجته الخام(13) ودرجته التائية بلغت (LSE=66) وهي درجة ملحوظة ودالة عياديا، تشير إلى فقدان الحالة لقيمتها الذاتية وشعورها بالضعف.

4- الرمز النموذجي للبروفيل:

يظهر الرمز النموذجي للحالة من النمط الثلاثي "867"، يصف هذا الرمز الحالة فريدة على أنها خجولة، حذرة، منطوية ومنغلقة اجتماعيا، وغالبا ما تهيمن عليها أفكار و هذاءات. مشاعرها باهتة وشبه منطفئة، تواجه مشكلات في الذاكرة والتركيز، كما أنها غير قادرة على تحمل مسؤوليات الحياة اليومية. يمكن تشخيص الحالة وفقا لهذا النمط باضطراب نفسي خطير من نوع الفصام البارانويدي.

بالنسبة للرمز النموذجي من النمط الثنائي للحالة "86" فإنه يصفها بالشك وانعدام الثقة، تدرك نوايا الآخرين على أنها مشبوهة، تشعر باستمرار بمشاعر الذنب، تترافق بشكل متناوب مع مشاعر الدونية والعظمة. ويفترض في هذا النمط أيضا تشخيص الحالة ضمن فئة الفصام البارانويدي.

يمكن استخدام ارتفاع مقياس التواتر والندرة (F=73) كمؤشر على الشدة النسبية للاضطراب.

من خلال المقاييس الإكلينيكية يظهر أن هناك ارتفاع في أغلب المقاييس الإكلينيكية تقريبا بمتوسط ارتفاع البروفيل يقدر (M=66,4)، حيث تميل صفحتها النفسية نحو مؤشرات البروفيل الذهاني، فحسب بيترسون توجد 6 علامات تشخيصية تميز الصفحة النفسية الذهانية (الفصامية) وهي:

-5 مقاييس فيها الدرجة أكبر من T=70 (5=80/8=73/6=72/7=71/9=71)

-الدرجة على المقياس F أكبر من T=64 (F=73)

-الدرجة على المقاييس 6/ 8 /9 أكبر من الدرجة على المقاييس 1/2/3

-الدرجة على المقياس 2 أكبر من الدرجة على المقياس 1 و3

-الدرجة على المقياس 8 أكبر من الدرجة على المقياس 7

-الدرجة على المقياسين 6 و9 أكبر من T=70

وحسب تولبي وسيسون توجد 16علامة تتضمن مقارنات بين مقياس إكلينيكي وآخر، فإذا وجدت 6 علامات أو أقل فإن ذلك يشير إلى نمط فصامي، وقد وجدنا 3 علامات فقط مما يفترض وجود الفصام.

أما بالنسبة لمؤشر لجولدبرج والذي يعتبر من أدق المؤشرات في تقرير نوع البروفيل، تم حساب مؤشره الذي يساوي 75 مما يشير إلى سيرورات ذهانية تميز بروفيل الحالة، فكلما تجاوزت الدرجة عتبة 45 على مؤشر Pd+Pa+Sc-Hy=Pt يزيد من احتمال تشخيص اضطراب ذهاني، يدعم ذلك نتائج الحالة على المقياس Pt=71ومقياس القلق ANX=77و Pa=72 بمقياسه الفرعي Pa1 الدال على الاضطهادية،و Sc=73 بارتفاع في اغلب مقاييسه الفرعية، ما يشير إلى ميول ذهانية فصامية.

-نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة:

تم تطبيق مقياس استراتيجيات المواجهة مع الحالة فريدة في المقابلة السادسة والأخيرة حيث أبدت الحالة تقبلها وفهمها لبنوده، وقد توصلنا إلى النتائج التالية:

الاستراتيجيات المستخدمة	الدرجة	النسبة المئوية
1-استراتيجية التصدي	9	13.63 %
2-استراتيجية مخططات حل المشكل	8	12.12 %
3-استراتيجية اتخاذ مسافة	8	12.12 %
4-استراتيجية ضبط الذات	10	15.15 %
5-استراتيجية البحث عن سند اجتماعي	7	10.60 %

6-استراتيجية تحمل المسؤولية	4	6.06 %
7-التهرب-التجنب	13	19.69 %
8-إعادة التقييم الإيجابي	7	10.60 %
المجموع	66	100 %

الجدول (12) يمثل نتائج استراتيجيات المواجهة المستخدمة

تحليل نتائج الجدول:

من خلال نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة المرفقة في الجدول أعلاه واستنادا على ما جاءت به المقابلات العيادية مع الحالة فريدة، نلاحظ مرونة الحالة نوعا ما في استخدام عديد استراتيجيات المواجهة للمشكل والضغط النفسي الحاصل معها فنجد أن الاستراتيجية الأكثر استخداما و الأعلى نسبة من بين المقاييس هي استراتيجيه التهرب- التجنب بنسبة 19.69 ، ما ينسجم مع خصائص نواتها النفسية الهجاسية وتوظيفها الذهاني العُظامي، حيث يُلاحظ لجوؤها المستمر إلى الهروب من المواجهة المباشرة مع الواقع المُزعزع سواء عبر الإنكار، أو تأجيل اتخاذ القرارات، أو الانسحاب من النقاشات الزوجية وذلك لتفادي انفجار القلق أو الشعور بالعجز، كما يتجلى هذا التهرب في تعاملها مع معاناتها الزوجية، إذ تستمر في العلاقة رغم إدراكها لضررها، وتؤجل مواجهتها بحجة "الانتظار"، "الأمل في تغيّر الزوج"، أو "الحفاظ على الأسرة"، ما يترجم نمطًا دفاعيًا تجنبيًا يحميها مؤقتًا من الانهيار، لكنه يُبقيها في دائرة التكرار والمعاناة. الاستراتيجية الثانية الأعلى نسبة واستخداما هي استراتيجية ضبط الذات بنسبة 15.15نستدل على ذلك بعدائيتها المكبوتة والتي صرحت بها ، فأثناء مواجهتها على سبيل المثال لصراخ زوجها وتعنيفه اللفظي الدائم والجسدي أحيانا (كما صرحت) ، تتخيل بأنها تضربه أو تصرخ عليه كرد فعل لما يفعله لكنها تتدارك نفسها دون المرور لفعل ذلك ، ومثال أخر في التجمعات العائلية و محاولتها لضبط ذاتها دون الإفصاح عن مشاعرها العدائية تجاه كلامهم السلبي الموجه لها .ثالث استراتيجيه ترتيبا نجد استراتيجية التصدي بنسبة 13.63 يليها استراتيجيتي حل المشكل واتخاذ مسافة بنسبة

مشتركه 12.12 ونلمس ذلك في تصديها لبيئة التعاطي التي كانت تقيم بها واتخاذها لمسافة بابتعادها وأبعاد زوجها وأبنائها عن تلك البيئة كحل للمشكل، بالنسبة لإستراتيجية البحث عن سند اجتماعي والتي قدرت ب10.60 كنسبة متوسطه تنحصر في لجوؤها إلى إخوتها وذلك من جانب مادي فقط "خاوتي داعمين ليا من بكري "وهي تتجنب الحديث عن واقعها الزواجي ومعاشها للآخرين حسب ما صرحت به، خوفا منهم كما أنها تتجنب إبداء الثقة لأي احد فهي ترى أن المجتمع الخارجي يمثل السبب الرئيسي لما يحدث لها ،حيث ترجع إدمان زوجها وكل الأحداث السلبية التي عاشتها إلى أسباب ميتافيزيقية(سحر حسد) من طرف أشخاص تعتقد بأنهم يضمرون لها الأذى .أخر استراتيجيه في الترتيب الاستخدامي وأقلها نسبة هي استراتيجية تحمل المسؤولية بنسبة 6.06 فرغم محاولاتها للتصدي لما تواجهه من ضغوط ومشكلات ومحاولتها لإيجاد الحلول واتخاذ المسافة لبؤرة المخاطر إلى أنها تتجنب تحمل مسؤولية ما يحدث لها ولو بنسبة قليلة ميلا منها لفكرة لعب دور الضحية والآخرون هم السبب ، بتفكير مضطهد مسيطر

الاستراتيجيات المستخدمة	الدرجة	النسبة المئوية
الاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل	17	25.75
الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال	49	74.22
المجموع	66	100 %

الجدول (13) يمثل توزيع استراتيجيات المواجهة المستخدمة

تحليل نتائج الجدول:

من خلال الجدول التالي نلاحظ ارتفاع واضح في نسبة الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال مقارنة بالاستراتيجيات المركزة حول حل المشكل وهذا أن دل فإنما يدل على تركيز الحالة

على المشكل الحاصل وعلى أفكار الاضطهاد ووضع نفسها موضع الضحية بدل إيجاد حلول لتلك الضغوط بشكل غالب.

10-الاستنتاج الكلي:

من خلال كل ما سبق نصل إلى أن الحالة فريدة تعاني من ضغط نفسي وقلق مستمر بأعراض جسدية و أفكار اضطهادية هذا ما لوحظ وتم التوصل أليه من خلال المقابلات أما بالرجوع إلى مقياس MMPI 2توصلنا إلى إن فريدة ذات بنية ذهانية وقد نستدل على ذلك من خلال ميكانيزمات الدفاع لديها والتي تمثلت في الانشطار والتفكك ، الإسقاط وكذا الإنكار .بميول فصامية بارانويدية بعد تحليل نتائج الاختبار، كما ظهر لديها مرونة نوعا ما في استراتيجيات مواجهتها لمشاكلها وللضغوط الحاصلة ولمسنا ذلك في المقابلات أيضا وسردها لردود فعلها على كثير الأحداث والمشكلات فرغم تركيزها على فكر الاضطهاد ووضع الضحية بتجنبها لتحمل مسؤولية ما حدث وما يحدث إلا أنها خاضت محاولات للخروج من الأزمات التي اعترضت طريقها بطرق مختلفة باختلاف نوع المشكلة

ثانيا: الفرضيات التشخيصية:

حسب DSM 5 توصلنا إلى الفرضيات التشخيصية التالية:

-اضطراب القلق المعمم بأعراض تمثلت في: قلق زائد وانشغال يرافقها غالب الوقت منذ فترة تجاوزت 6 أشهر، تواجه صعوبة في السيطرة على هذا الانشغال، سهولة التعب، صعوبة التركيز، توتر عضلي، اضطراب النوم

-واضطراب الشخصية البارانويدية ونستدل على هذا الافتراض من خلال تواجد الأعراض التالية: ارتيابها وشكها في الآخرون في أنهم يلحقون بها الأذى، شكوك وفقدان الثقة وعدم ائتمانها لأي كان، التردد في الوثوق في الآخرين بسبب الخوف من أن معلوماتها ستستخدم ضدها (ترددت للوثوق بي رغم تطميني لها المستمر)، تستنبط من الملاحظات وأي نقد

موجه لها اهانات وتهديدات خفية فلا تتقبل أي نوع نقد كان، عدائية وضغينة مكبوتة تجاه الآخرين، شكوكها حول إخلاص وحب زوجها لها

وبالرجوع إلى التشخيص الدينامي واعتمادا على كتاب الدكتور عبد الرحمان سي موسي ومحمود بن خليفة في علم النفس المرضي التحليلي و الإسقاطي الجزء الأول توصلنا إلى أن الحالة فريدة وكتشخيص افتراضي:ذات توظيف الذهان العظامي بنواة هجاسية وسمات حدية،(هذا التوظيف قد يكون وضعية دفاعية مؤقتة لمعاشها المؤلم)

يظهر الذهان العظامي في شكل هذيان الاضطهاد (كدفاع ضد هوامات الرغبة الجنسية المثلية والفشل في التقمصات الجنسية لذلك يقلب العظامي الأدوار الجنسية –مرأة قضيبية–) و كتعويض للإحساس الداخلي بالكره والعدائية بادراك صادر من الخارج فالكره الداخلي يتحول بفضل الإسقاط (الدفاع المفضل لهذا التوظيف) إلى أن الآخرين من يكرهونها ويضطهدونها كتبرير للكره الذي تحمله وبذلك يبرز الإحساس الداخلي كنتيجة للإدراك الخارجي على شكل لا أحبهم لأنهم يضطهدونني ، ورغم أن الهذيان هنا رفض للواقع كما هو الحال في الفصام إلا أن الهذيان يبقى منظما ومستقرا في مواضيع محددة مثل الاضطهاد ، وهو موظف كدفاع للاحتماء من اضطرابات أكثر خطورة (الفصام) لذا يبقى العظام اقل تدهورا في التفكير بالمقارنة مع الفصام الأكثر تقهقرا في العلاقة مع الواقع والمواضيع ، كما تظهر النواة الهجاسية في الحذر والشك وعدم الثقة فقد استدخلتنا (الباحثة والأداة) كواقع خارجي خطر وبرز ذلك في تحفظاتها الكلامية مقاومة بنود الاختبار وعدم الالتزام بمواعيد المقابلات، و تظهر السمات الحدية في التقلبات المزاجية ، الانتقال في العلاقات من أقصى الكمال إلى أقصى الحد من القدر ، الاندفاعية، القلق المستمر ، العدائية المكبوتة

ثالثا: مقاربة السيرورات النفسية:

1–البعد الملموس:

تصف فريدة أعراضها كالتالي: تفكير مفرط فترهق نفسها بأشغال المنزل كمخرج ومهرب من التفكير، القلق والتوتر المستمرين، فقدان الاهتمام والاستمتاع بما كانت تهتم وتستمتع به سابقا، تقلبات مزاجية، شكاوى جسدية (قرحة معدية، آلام على مستوى البواسير، صداع)، برود تجاه زوجها، أحلام اليقظة وكوابيس، شعور بالاضطهاد، فقدان القدرة على التركيز، اضطراب النوم تمثل في الأرق وتقطع النوم

2-طبيعة الصراعات:

رجوعا إلى فرضية البنية الذهانية ذات التوظيف العظامي والنواة الهجاسية وبالاعتماد على ما توصلنا إليه من ميكانيزمات دفاعية للحالة نجد أن طبيعة الصراع : صراع بين الأنا(محل التوتر والصراع) والعالم الخارجي(الأنا منصاع لهجمات الهو وبالتالي فالصراع هنا بينه وبين الهو ضد الواقع) تمثل في أفكارها الاضطهادية والشك والحذر وعدم الثقة فهي تحاول تعويض الإحساس الداخلي بادراك صادر من الخارج بإسقاط عدائيتها وكرهها على الآخرين فترى بأنهم يضطهدونها ويكنون لها العدائية والكره

3-محتوى وأشكال القلق الحالية:

تشكل قلق الحالة على مستوى علاقاتها في عدة مظاهر طبعية (الحذر،الشك، انعدام الثقة،الإحساس بالاضطهاد والاحتقار وعدم تحمل النقد و الاهانات والرغبة في الانتقام (بكلامها الملغم كما صرحت) لإسقاط الكره والعدوانية، فللتخلص من هذا القلق تلجأ الأنا إلى إسقاط الهجمات الداخلية على موضوع خارجي ليصبح كموضوع مضطهد

كما ظهر في شكل أعراض جسدية: قرحة معدية، صداع، آلام على مستوى البواسير

4-استثمار الذات واستثمار الآخر:

تستدخل الحالة ذاتها كموضوع مضطهد، وترى نفسها فاقدة للشغف، فاشلة كامرأة لكنها ناجحة كأم، متهاونة فلا تدافع عن حقوقها "نسمح في حقي" تكثر من المقارنات بينها وبين

باقي المتزوجات عند سماع نجاحهم أو استقرار علاقتهم بأزواجهم (ضمن عبارات مقياس MMPI 2)، كما أنها تعتقد بأن الآخرين يضطهدونها ويضمرون لها الأذى فهي تعتبرهم السبب في معاشها الحالي السيئ

5-وضعية السرد والخطابية:

خلال المقابلات لاحظنا أن كلام الحالة كثير وسريع خاصة عند حديثها عن نفسها ومعاناتها، مترددة في بعض الأحيان،ومتناقضة أحيانا أخرى، تحفظ التسلسل الزمني وتنتقي ترتيب الأحداث، تتحدث بتداعي منها ففي عبارات مقياس MMPI 2 تتوقف عند عديد العبارات كي تشرح سبب اختيارها للإجابة وتعطي أمثلة من واقعها ومعاشها بتداعي منها دون تدخل الباحثة، تنفعل عند سرد حدث ما يثير حزنها أو ضحكها وتتغير نغمة صوتها بحضور غصة بكاء، لكنها لا تصل حد البكاء

6-محتوى السيرورات الفكرية:

لاحظنا أن الحالة غير مستبصرة بذاتها بشكل كافي، كما أنها تتجنب ربط الحدث بسببه الحقيقي (لا منطقية)، فتميل لربطه بأسباب أخرى بعيدة عن الحدث أو نابعة من شكها وفكرها الاضطهادي

7-عناصر الحياة الخيالية:

أقرت الحالة بوجود أحلام اليقظة بشكل دائم تقريبا ، كما أكدت على وجود كوابيس في حياتها الحلمية ، لكنها لم تنغمس في محتوى أي منهم ، فلم نصر عليها لاطلاعنا على محتواهم

8-وصف واقع العميل:

تمثل واقع فريدة في حالة من القلق الداخلي والتناقض والفكر الاضطهادي ، حيث تستخدم آليات دفاعية مثل الإسقاط والتفكك للهروب من الصراعات الداخلية ، هذا ما يجعلها

متشككة وحذرة في علاقاتها وتعتمد على تكثيف إشغال المنزل كوسيلة للهروب من القلق والتفكير القهري ، كما أنها تستثمر في جسدها بشكل دفاعي لتجنب الألم النفسي وكدليل على هشاشة الكبت

9-صورة الجسد وصورة الذات:

ظاهريا تمتلك فريدة توافقا مع ذاتها انعكس في اهتمامها بمظهرها الخارجي ونظافته ، لكنها تحمل صورة الضحية المضطهدة لذاتها "تسمح في حقي"

رابعا: الفرضيات ومناقشة التشخيص البنائي:

1-نوعية القلق: تعاني فريدة من القلق الاضطهادي يظهر في أفكارها الاضطهادية والشك والحذر في علاقاتها مع الآخرين ، و قلق التخلي من الموضوع الذي يأخذنا إلى تحديد العلاقة مع الموضوع

2- العلاقة مع الموضوع: علاقة ثلاثية (أم ، أب ، طفل)

3-نوعية الآليات الدفاعية المهيمنة: الإسقاط كآلية دفاعية مفضلة في البنية الذهانية بشكلها العظامي فالحالة دائمة الإسقاط لعدائيتها وصراعها الداخلي نحو العالم الخارجي فترى نفسها كضحية مضطهدة

4-نوعية الاستثمارات المفضلة:

الاستثمار الجسدي ، ونلمس هذا في شكاويها المستمرة من أعراض سيكوجسدية تمثلت في القرحة المعدية الملازمة لها وآلام على مستوى البواسير وهذا أن دل فإنما يدل على هشاشة الكبت النفسي لديها ما جعل معاناتها تستثمر في أشكال جسدية ، كما أن عدم استخدامها لجسدها في الإغراء و التمظهر كما هو الحال عند الهستيري يجعلها تستخدمه بشكل تدميري يتمثل في الأمراض الجسدية

5-العلاقة بالأوديب:

التثليث الثنائي الأوديبي -حسب دوني وغرين- كنوع من الاختلاط التقمصي يصبح فيه الوالدان غير متمايزان نسبيا ، فالأب يوشك أن يختلط تارة بالأم المثالية وتارة أخرى بالأم السيئة وفي هذه الحالة يقع نوع من التغيير في التثليث (يصبح الوالدان متقمصان حسب معيار لا يتعلق بهويتهما الجنسية بل بخصالهما الطيبة والشريرة ، وبما أن كل تفرع ثنائي تكون عاقبته أن كل طرف يعود بالضرورة إلى الآخر كضعف مقلوب له -أب/طفل-أم /طفلة- فإن التقسيم الثلاثي شخص -موضوع ، وموضوع طيب وسيء ينتهي في الحقيقة إلى علاقة ثنائية كما هو الحال عند فريدة (طفل-أم) ، وبالنسبة للأب فهي تقع في وضعية تناقض عاطفي تجاه صورته فتارة تصفه بالغائب وتارة أخرى تصفه بالأب الجيد والطيب ، هذا الانشطار ما هو إلا حماية لعاطفة الحب ضد الميول التدميرية التي قد تعصف به

6-إرصان الوضعية ما قبل تناسلية:

لدى الحالة فريدة إرصان في المرحلة الشرجية مع تثبيتات مسبقة في المرحلة الفمية ظهرت أبعاد هذه الأخيرة في استمرارها في الزواج رغم انعدام الاستقرار والتوازن وإدمان زوجها ما يرتبط بتعلقها المتذبذب به وخوفها من الهجر وبحثها عن الإشباع العاطفي بأي ثمن ، فقد عجزت عن بناء استقلال نفسي صحي ، وكل ما ذكر سابقا يعكس حاجتها للاحتواء والحماية ومعاناتها من جوع عاطفي غير مشبع في مراحل مبكرة ، فالانفصال عن زوجها يمثل لها تهديدا لاستقرارها الداخلي ، أما فيما يخص الإرصان في المرحلة الشرجية فقد برز في نواتها الهجاسية ، استدخالها لفكرة المقابلات والمشاركة البحثية بين (أود ذلك) و (لا أثق بك) مما يشير إلى تمزق داخلي بين الحاجة للاتصال والخوف و الحذر من الانكشاف (تذبذب بين الإمساك والإفلات النفسي) كصراع جوهري يميز هذه المرحلة ، نجده أيضا في صراعها مع سلطة الزوج ورغبتها في الاستقلال،وشعورها الدائم بالاستياء من وضعها

خامسا: الذاتية:

1-يحمل **خطاب** فريدة طابعا من السرعة والتكثيف والتردد في بعض الأحيان في سرد معاشها ، يحمل تناقضا أيضا ، وتجنب إرجاع الحدث إلى السبب الحقيقي

2-الطلب الظاهر والكامن :

بالنسبة للطلب الظاهر فقد كان قبولا للمشاركة في دراستنا وحاجة للتفريغ الانفعالي، أما الطلب الكامن فتمثل في طلب لاواعي من أجل الحماية ضد التهديد بالانهيار الداخلي وكأنها تقول احتو هشاشتي دون أن تشعريني بضعفي و دون حكم علي

3-تعيد فريدة حبك قصتها بطريقة تبرز فيها الطابع الاضطهادي ودور الضحية ، دون أن ترجع معاناتها إلى أسبابها الحقيقية فتتجنب تحمل مسؤولية أي شيء يحدث معها

4-تعيش فريدة أعراضها في حالة من القلق والتوتر الدائمين والضغط النفسي

5-تظهر أحد الآثار الإيجابية التناقضية لدى فريدة في : تنظيم فوضى الداخل عبر قصص سردية لها منطق داخلي فرغم أنها تمنعها من رؤية الواقع على حقيقته إلا أنها تجنبها الانهيار الذاتي و التفاقم نحو الفصام خاصة و أننا نتحدث عن بنية ذهانية

سادسا: الحركات التحويلية:

التحويل: أبدت فريدة تحويلا عدائيا حذرا (التحويل المرتاب)، فرغم قبولها المشاركة في المقابلات إلا إنها أسقطت عداءا نحوي كباحثة كما أنها أظهرت حذرا شديدا في الجلسات الأولى خاصة واعتقاد وتشكك في الدراسة وخوفا من استغلالها أو أذيتها

التحويل المضاد:تمثل تحويلي المضاد تجاه فريدة في الشعور بمسؤولية ترك صورة جيدة حول تخصص علم النفس، ودحض شكوكها وأفكارها السلبية المتعلقة بالدراسة والهدف منها، كما أننا استغرقنا فترة زمنية معتبرة لبناء الثقة في لقاءاتنا، ومع استمرار المقابلات تمثل تحويلي في مشاعر تعاطف مع وضعيتها.

سابعا: مناقشة الإمكانيات والمقترحات العلاجية الممكنة:

-علاج تحليلي: لاحتواء قلقها الاضطهادي وتليين دفاعاتها والتخفيف من حدة الأعراض وكذا إيصالها للاستبصار بذاتها بشكل أعمق

-تدريب فريدة على تقنيات الاسترخاء لتقليل القلق والتوتر والضغوط النفسية اليومية

ثامنا: حوصلة:

نصل إلى أن فريدة تعاني من اضطراب القلق المعمم واضطراب الشخصية البارانويدية حسب DSM 5، وكتشخيص دينامي فإن توظيف فريدة يقع في الذهان العظامي بنواة هجاسية وسمات حدية، حيث غلب عليها الفكر الاضطهادي والتناقض الوجداني تجاه زوجها وكذا والدها، لاحظنا تزايد في الأعراض وحدتها حسب ما صرحت به ،كما ظهر من خلال خطابها استبصار جزئي بذاتها ، وبدا عليها خلال المقابلات انعدام تحمل المسؤولية والظهور بمظهر الضحية بشكل دائم ، تلجأ لآلية الإسقاط بشكل متكرر كآلية مهيمنة ، يقترح علاج تحليلي طويل المدى لتخفيف حدة أعراضها واحتواء قلقها الاضطهادي وحمايتها من مآل الانهيار الداخلي والتفكك الكلي

الفصل الخامس : مناقشة نتائج الدراسة

1. الفرضية الأولى"مستوى القلق لدى زوجة مدمن المخدرات مرتفع."

انطلقت الفرضية الأولى من افتراض مفاده أن مستوى القلق لدى زوجة مدمن المخدرات مرتفع.وقد بيّنت نتائج الدراسة أن القلق يُمثل سمة بنيوية بارزة لدى الحالتين معًا، حيث تجلّى من خلال مؤشرات سيكوسوماتية متكررة (أرق، نوبات بكاء، اضطرابات في الأكل،..)، ومحتوى فكري ذو طابع اضطهادي و هجاسي، كما تم توثيقه خلال المقابلات. كما أظهرت نتائج اختبار MMPI–2 درجة تائية مرتفعة على مقياس القلق، بالإضافة إلى ارتفاع واضح في مقياسPtو Pa1

هذه المعطيات تتقاطع مع ما ورد في دراسات عنو عزيزة (2008)، و Dawson et al. 2007)، و(Maghsoudi et al. (2019، والتي تؤكد جميعها أن الزوجة تعيش تحت وطأة تهديد دائم وفقدان للأمان العاطفي.

أما من الناحية النفسية، يُمكن تفسير ذلك من خلال هيمنة آليات دفاعية بدائية، واعتماد نمط تنظيمي دفاعي يشير إلى اضطراب في العلاقة بالموضوع.

وعليه، فإن الفرضية قد تم تأكيدها كليًا، مما يدعو إلى ضرورة التركيز على البعد القلقي في التدخلات العلاجية والدعم النفسي للزوجات في مثل هذه السياقات.

2. الفرضية الثانية"مستوى الاكتئاب لدى زوجة مدمن المخدرات متوسط."

انطلقت الفرضية الثانية من افتراض مفاده أن مستوى الاكتئاب لدى زوجة مدمن المخدرات متوسط.وقد أظهرت النتائج وجود أعراض اكتئابية متفاوتة بين الحالات، تتراوح بين الاكتئاب المتوسط إلى الحاد، حسب درجة الانكشاف العاطفي، والدعم الأسري المتوفر.

هذه المعطيات تتقاطع مع دراسات Mancheri et a (2021) و Maghsoudi et al (2019)، التي أبرزت أن الزوجات يعانين من إنهاك انفعالي يؤدي إلى أعراض مزاجية مزمنة.

أما من الناحية النفسية،يمكن تفسير الاكتئاب هنا باعتباره تعبيرًا عن انحسار الطاقة الحيوية وتوقف رمزي في العلاقة مع الآخر، خاصة حين يكون هذا الآخر مصدر أذى وتناقض عاطفي دائم.

وعليه، فإن الفرضية قد تم تأكيدها جزئيًا، حيث تفاوتت درجات الاكتئاب بين الحالات، لكنها ظلت حاضرة كمكوّن رئيس في البنية النفسية المتأثرة بسياق الإدمان

3. الفرضية الثالثة"مستوى تقدير الذات لدى زوجة مدمن المخدرات منخفض."

انطلقت الفرضية الثالثة من افتراض مفاده أن تقدير الذات لدى زوجة مدمن المخدرات منخفض.غير أن نتائج الدراسة بيّنت وجود تباين واضح بين الحالتين: ففي حين أظهرت إحدى الحالتين (الثانية) تدنيًا صريحًا في تقدير الذات، سواء من خلال محتوى المقابلات الإكلينيكية أو من خلال نتائج اختبار MMPI-2، جاءت مؤشرات الحالة الأولى غير حاسمة تمامًا. فقد عبّرت عن انزعاج واضح من غياب التقدير الخارجي داخل العلاقة الزوجية، إلا أن ذلك لم يترافق مع تآكل داخلي صريح في تمثلات الذات، وهو ما انسجم مع درجة تائية متوسطة على مقياس LSE.تعكس هذه الفروقات الطابع المعقّد لمتغيّر تقدير الذات، والذي لا يمكن حصره من خلال الأبعاد الكمية فقط، بل يتطلب تحليلًا ديناميًا لتفاعل الأنا مع الآخر، ضمن نسق علائقي مضطرب كالزواج من مدمن.

هذه المعطيات تتوافق مع ما أشار إليه كل من Bergeret وRogers، من أن تقدير الذات ليس نتاجًا ظرفيًا فحسب، بل يرتبط بالبنية النفسية الأصلية، وطبيعة علاقة الفرد مع صورته الذاتية الأولى. كما تتقاطع هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة Dawson et al.(2007)، التي أوضحت أن بعض الزوجات يُظهرن استجابات دفاعية محافظة تُبقي تقدير الذات في المستوى المقبول ظاهريًا، رغم هشاشة المحيط النفسي والعاطفي.

وبالتالي يمكن تفسير التباين المسجّل على أنه انعكاس للفروق الفردية في البنية الشخصية، وطبيعة سيرورات التكيف التي يعتمدها كل فرد. فالزوجة التي أظهرت تدنيًا واضحًا في تقدير الذات كانت أكثر انكشافًا انفعاليًا وأقل قدرة على تنظيم دفاعاتها، في حين استندت الأخرى إلى استراتيجيات إنكارية للحفاظ على حد أدنى من الشعور بالقيمة الذاتية.

وعليه، يمكن القول إن الفرضية قد تم تأكيدها جزئيًا، ما يدعو إلى التعامل مع هذا المتغير كمؤشر مرن ومتعدد الأبعاد، يتأثر بمجموعة من المحددات البنيوية والعلائقية.

4. الفرضية الرابعة"تتميز استراتيجيات المواجهة لدى زوجة مدمن المخدرات بالتصلب."

انطلقت الفرضية الرابعة من افتراض مفاده أن استراتيجيات المواجهة لدى زوجة مدمن المخدرات تتسم بالتصلب.وقد أظهرت نتائج اختبار استراتيجيات المواجهة هيمنة واضحة للاستجابات الانفعالية، مع غياب ملحوظ للمرونة أو التفكير الحلولي، ما يدل على تصلب في البنية المواجهاتية.

تتقاطع هذه النتيجة مع دراسة سايل حدة وفاضلي أحمد (2016) ودراسة Maghsoudi et al (2019)، والتي بيّنت أن البيئة العائلية المضطربة تُنتج نمط تفاعل سلبي وانفعالي عند الزوجة.

وبالتالي، يُمكن تفسير ذلك باعتباره انعكاسًا لبنية دفاعية تتهرب من الصراع عبر الانسحاب أو التجنب، بدل المعالجة الرمزية.

وعليه، فإن الفرضية قد تم تأكيدها كليًا، مما يدعو إلى ضرورة التركيز على تطوير استراتيجيات مواجهة نشطة ضمن برامج الدعم النفسي للزوجات.

5. الفرضية الخامسة"تكون الصفحة النفسية لزوجة المدمن حسب اختبار MMPI-2 في نطاق اللاسواء."

انطلقت الفرضية الخامسة من افتراض مفاده أن الصفحة النفسية لزوجة المدمن حسب اختبار MMPI–2 تقع في نطاق اللاسواء.وقد أظهرت نتائج الاختبار، في كلا الحالتين، بروفيلًا نفسيًا يشير إلى بنية ذهانية ذات تموضعات زورانية واضطهادية. تمثلت خصائص هذه الصفحة في ارتفاع مقاييس الاضطهاد، الهوس، القلق، والوسواس، إلى جانب دفاعات بدائية متكررة (الإنكار، الإسقاط، التقمص الإسقاطي). كما تجاوز الفارق بين المقاييس (Pd + Pa + Sc) وHs عتبة الـ45 نقطة، ما يُصنّف الصفحة ضمن الذهانية المؤكدة.

تدعم هذه النتيجة ما ورد في دراسة(2007) .Dawson et al، التي بينت أن العلاقة مع شريك مدمن يمكن أن تُنتج صفحة مرضية مستقلة لدى الزوجة، خاصةً في غياب دعم اجتماعي ووجود عنف منهجي. كما تتقاطع مع الأدبيات التحليلية التي ترى أن العيش في علاقة مزدوجة المعنى (حب–خطر) يُفضي إلى اضطراب في وظيفة الأنا و التمثلات الداخلية للآخر.

وعليه، فإن الفرضية قد تم تأكيدها بشكل قاطع، ما يستوجب التعامل مع الزوجة كموضوع سريري قائم بحد ذاته، لا كمجرد ضحية عرضية لوضع مرضي.

و منه فالفرضية الأساسية " يؤثر إدمان الزوج على المخدرات تأثيرا سلبيا على المعاش النفسي لزوجته"

انطلقت الفرضية الأساسية من افتراض مفاده أن إدمان الزوج على المخدرات يُحدث تأثيرًا سلبيًا مباشرًا ومتعدد الأوجه على المعاش النفسي لزوجته.وقد أظهرت النتائج المستخلصة من المعالجة العيادية والتحليل الكمي والنوعي، أن الزوجات المتعايشات مع أزواج مدمنين يعانين من مستويات متفاوتة من الاضطرابات النفسية، أبرزها القلق، الاكتئاب، تدني تقدير الذات، وتبني استراتيجيات مواجهة متصلبة وغير فعالة. كما كشفت الصفحات النفسية وفق

اختبار MMPI–2 عن بروفيلات مرضية تقع بوضوح ضمن نطاق اللاسواء، ما يعكس اختلالات هيكلية في البنية النفسية.

تتقاطع هذه المعطيات مع ما ورد في جملة من الدراسات السابقة، أبرزها دراسة Dawson et al.(2007) التي أثبتت أن تأثير الإدمان لا يقتصر على المدمن ذاته، بل يمتد ليشمل الشريك بصورة تراكميّة ومركّبة، تُفضي إلى اضطرابات نفسية وجسدية عميقة. كما أظهرت دراسة Mancheri et al(2021) أن جودة الحياة لدى زوجات المدمنين تتدهور بشكل ملحوظ، نتيجة ضغوط اقتصادية–عاطفية طويلة الأمد، مما يؤدي إلى شعور مزمن بانعدام الأمان، فقدان الجدوى، والتفكك الذاتي. هذا ما دعمته أيضًا دراسة عنو عزيزة (2008)، التي ربطت بين الضعف البنيوي في تنظيم الذات عند المدمن، وتأثيراته على المحيط الأسري، لاسيما الزوجة التي تُصبح موضوعًا ثانويًا للاضطراب الأصلي.

وبالتالي، يمكن تفسير التأثير السلبي لإدمان الزوج بكونه عاملاً مزعزعًا للتوازن العاطفي داخل النسق الزوجي، يفرغ العلاقة من بعدها الحامي والداعم، ويدفع الزوجة إلى تبني آليات بقاء نفسية (مثل الإنكار، التجنب، الكبت)، تُعيق الترميم الذاتي، وتُكرّس هشاشة مستدامة في بنيتها الانفعالية والمعرفية. كما أن التكرار المزمن لحلقات العنف، الغموض، والانفصال الوجداني، يترك آثارًا بنيوية تتجاوز مجرد التكيف الظرفي إلى مستوى التنظيم النفسي العام.

وعليه، فإن الفرضية الأساسية قد تم تأكيدها كليًا، حيث أثبتت نتائج الدراسة أن إدمان الزوج على المخدرات يُحدث اضطرابًا شاملاً في معاش زوجته النفسي.

- **الخاتمة :**

ختاما نصل إلى أن هذه الدراسة الموسومة بالمعاش النفسي لزوجات مدمني المخدرات كانت تجربة إنسانية أكثر منها علمية ، جعلتنا نقترب من هذه الفئة التي تعاني في صمت ، معاناتهن مع أزواجهن ومواجهتهن لوصمة المجتمع في آن واحد ، صراعات داخلية وأخرى خارجية ، لقاءنا العيادي المباشر معهن كشف لنا عن هشاشة نفسية واضحة وفي المقابل قوة وقدرة على المواجهة ، تذبذب وجداني وتردد بين لوم الذات ولوم الشريك المدمن وكذا لوم المجتمع، وانطلاقا من هذه التجربة العيادية التي أظهرت نتائجها أن المعاش النفسي لزوجات مدمني المخدرات من منطلق متغيرات الدراسة المعتمدة واستنادا على المقابلات و مقياس MMPI 2 و كذا مقياس استراتيجيات المواجهة يتسم :

- بأن إدمان الزوج على المخدرات يحدث تأثيرا سلبيا مباشرا ومتعدد الأوجه واضطرابا شاملا على المعاش النفسي لزوجته
- مستوى قلق مرتفع لدى زوجات مدمني المخدرات كسمة بنيوية بارزة
- مستوى اكتئاب متفاوت من متوسط إلى حاد لدى زوجات مدمني المخدرات ورغم هذا التفاوت إلا أن الاكتئاب حاضر كمكون رئيس في البنية النفسية لديهن
- وجود تباين واضح على مستوى تقدير الذات لدى زوجات مدمني المخدرات بين

التدني الواضح والمتوسط كانعكاس للفروق الفردية وطبيعة سيرورات التكيف التي تعتمدها كل زوجة وكذا المحددات العلائقية

- تتميز استراتيجيات المواجهة لدى زوجات مدمني المخدرات بالتصلب، وذلك

بهيمنة الاستجابات الانفعالية مع غياب المرونة والتفكير الحلولي

- تقع الصفحة النفسية لزوجات مدمني المخدرات حسب اختبار MMPI 2 في نطاق اللاسواء، بصفحة ذهانية مؤكدة ذات تموضعات زورانية واضطهادية

بناء على هذه المعطيات وجب الاهتمام بهم كفئة قائمة بذاتها، ليست فقط ضمن

العلاج الأسري، بل كأفراد يحتاجون إلى مساحات داعمة لتتاح لهم فرصة إعادة بناء ذواتهم واستعادة الشعور بالأمان.

قائمة المراجع

- **الكتب:**

- بوعلاقة، ف. (2017). الحياة النفسية للفنان التشكيلي الجزائري: نظرة تحليلية للتقمصات في ضوء الاختبارات الإسقاطية. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- الحمادي،أ.(2022). معايير DSM 5-TR
- دمدوم، ر. (2023). دليل استخدام برنامج مصحح .MMPI-2 الجزائر: دار المتنبي.
- سي موسي، ع. بن خليفة، م.(2008). علم النفس المرضي التحليلي والإسقاطي الجزء الأول. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- فرويد، س. (1983). الكف – العرض – القلق (ترجمة مُحَمَّد عثماني نجاتي، الطبعة الرابعة). القاهرة: دار الشروق.
- لويس،ك.م. (2000). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه: دليل الاختبار (الطبعة السادسة). كلية الآداب، جامعة عين الشمس.
- مكينزي، ك. (2013). الاكتئاب (ترجمة زينب منعم). الرياض: المجلة العربية، دار المؤلف للتوزيع.
- يحي فارس، أ. م. ب. (2013). برنامج علاجي لتخفيف اكتئاب ما بعد صدمتي الوفاة والطلاق لدى الأطفال (الطبعة الأولى). الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث .

- **المقالات من المجلات:**

- جابر،م، ع. (2022). التفكك الأسري وعلاقته بإدمان المخدرات دراسة من وجهة نظر الخبراء.مجلة كلية التربية جامعة المنصورة، (120)
- خلفة، س. تيتيلة، س.(2021). ظاهرة الإدمان على المخدرات بين الدوافع والأطر النظرية المفسرة لها. مجلة التميز الفكري للعلوم الاجتماعية والإنسانية، (6)
- ديب، ف. (2014). أهمية تقدير الذات في حياة الفرد. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (15-23)
- سايل، ح.فاضلي،أ. (2016).استراتيجيات التعامل مع الأحداث الضاغطة لدى المدمنين على المخدرات. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (46)
- صادقي، ف. (2014). الآثار النفسية للإدمان على المخدرات. دراسات نفسية وتربوية،(12)
- عنو، ع. (2008).المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات. مجلة العلوم الإنسانية، (29)

- **المذكرات الأكاديمية:**

- بن حرمة، أ. (2011). تقدير الذات لدى التلاميذ المشاركين في النشاط المدرسي في مرحلة التعليم المتوسط بمدينة الأغواط (مذكرة ماجستير). جامعة الجزائر 2.
- بن سكريفة، م. (2008). استراتيجية التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقتها بالذكاء الانفعالي (رسالة ماجستير). جامعة باتنة.
- جبار، ش. (2016). الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري: إسهامات اختبار الرورشاخ وTAT، مقاربة سيكوديناميةية (رسالة دكتوراه ثنائية في علم النفس العيادي وعلم النفس المرضي). جامعة وهران 2 وجامعة باريس–ديكارت.
- جعلاب، خ. سعدي، ف. (2023). صورة الذات والتوافق الاجتماعي لدى حالات من المراهقين في وضعية الإدمان على المخدرات: دراسة لحالات وافدة إلى مركز المساعدة النفسية الجامعي (مذكرة ماستر). جامعة المسيلة .
- حراث، ع. (2020). الصلابة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية (أطروحة دكتوراه). جامعة ورقلة .
- حميدة، ل. (2020). إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون (مذكرة ماستر). جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم.
- خاضر، ص. (2015). الأحكام القيمية وانعكاسها على تقدير الذات عند حكام كرة القدم (أطروحة دكتوراه). جامعة الجزائر 3.
- دعو، س.شنوفي، ن. (2013). الضغط النفسي واستراتيجيات المواجهة لدى أم الطفل التوحدي (مذكرة ماستر). جامعة الجزائر.
- زراري، س. (2015). المعاش النفسي عند المراهق الأصم (مذكرة ماستر).
- زردوم، خ. (2006). المعاش النفسي للحامل عند الأمهات العازبات (مذكرة ماجستير، علم النفس الاجتماعي). جامعة قسنطينة.
- الزنبي، د. ن. ع. (2023). تقدير الذات وعلاقته بالطمأنينة النفسية لدى عينة من طالبات المرحلة المتوسطة بمحافظة حفر الباطن (مذكرة ماجستير). المملكة العربية السعودية .
- سعيدي، أ. بن صابر، ف. ز. (2014). تقدير الذات والتحصيل لدى الأطفال المطلق أولياؤهم (مذكرة ماستر، علم النفس الإرشادي والتوجيهي). جامعة الجزائر.

- سني، أ. (2015). تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسنين (مذكرة ماجستير). جامعة وهران 2 .
- شيهان، ع. (2020). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين: دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لعلاج الاعتماد بولاية الشلف (مذكرة دكتوراه). جامعة وهران 2.
- طبي، س. (2005). أنماط التفكير وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط التالية للصدمة (مذكرة ماجستير). جامعة باتنة.
- طراد، م. سليمي، ر. (2022). اتجاهات المراهقين نحو ظاهرة تعاطي المخدرات في ظل جائحة كورونا: دراسة ميدانية تلاميذ القسم النهائي لثانوية العرفي الوردي بن بوجمعة بئر العاتر (مذكرة ماستر). جامعة تبسة.
- عبابسية، ف. (2019). التظاهرات الاكتئابية لدى المصاب باضطراب شخصية تجنبية (مذكرة ماستر). جامعة مُحَّد خيضر بسكرة.
- العبور، ع. م. ج. (2015). فاعلية استراتيجيات المواجهة في خفض مستوى الاكتئاب لدى المراهقين ذوي صعوبات التعلم (رسالة ماجستير). القاهرة
- عراب، م. (2023). المعاش النفسي لدى الراجل الراشد مبتور الرجل (مذكرة ماستر). جامعة عبد الحميد بن باديس، مستغانم.
- عطا، ع. م. (2014). تقدير الذات وعلاقته بالمستوى الاجتماعي الاقتصادي والتحصيل الدراسي لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدارس محلية جبل الأولياء (رسالة ماجستير). كلية الدراسات العليا، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، الخرطوم.
- عياش، ص. (2021). المعاش النفسي لدى المسنين (مذكرة ماستر). جامعة قالمة.
- غويني، ع. (2016). الاضطرابات النفس عصبية والمعاش النفسي لدى مرضى ضغط الدم المرتفع (مذكرة ماستر). جامعة ورقلة.
- مخوخ، أ .العيادي، ف. (2022). المعاش النفسي للمرأة متكررة الإجهاض.
- المداح، (2021). المعاش النفسي لدى الراشد المصاب بسرطان القولون (مذكرة ماستر). جامعة مستغانم وجامعة مُحَّد خيضر بسكرة.

- مسعدي، ن. (2015). التنمر وعلاقته بكل من الشعور بالوحدة النفسية وتقدير الذات عند تلاميذ مرحلة التعليم المتوسط (مذكرة ماجستير). جامعة الجزائر 2.
- وسام، ل. إ. ب. (2020). الإدمان على المخدرات وسبل علاجه في التشريع الجزائري (مذكرة ماستر). جامعة ورقلة.
- يفصح، ن. (2022). المعاش النفسي وعلاقته بالتوافق الأكاديمي لدى الطلبة ضحايا العنف الجنسي داخل الجامعة (أطروحة دكتوراه، علم النفس المدرسي). جامعة الجزائر 2.

- **المراجع الأجنبية:**

1-Castro, D. (2016). Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte: Approches intégratives (3e éd.). Paris: Dunod.

2-Pedinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2020). L'observation clinique et l'étude de cas (4e éd.). Paris: Armand Colin.

3-Maghsoudi, J., Alavi, M., Sabzi, Z., & Mancheri, H. (2019). Experienced psychosocial problems of women with spouses of substance abusers: A qualitative study. Journal of Education and Health Promotion, 8, 250. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6986502/

4-Mancheri, H., Sabzi, Z., Alavi, M., Vakili, M. A., & Maghsoudi, J. (2021). The quality of life of women with addicted husbands and its related factors in Gorgan, Iran. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 11(3), 1770–1785.

https://www.researchgate.net/publication/368659123_The_Quality_of_Life_of_Women_with_Addicted_Husbands_and_its_Related_Factors_in_Gorgan_Iran

5-Dawson, D. A., Grant, B. F., Chou, S. P., & Stinson, F. S. (2007). The impact of partner alcohol problems on women's physical and mental health. Journal of Studies on Alcohol and Drugs, 68(1), 66–75.

https://colab.ws/articles/10.15288/jsad.2007.68.66

- **المواقع الالكترونية:**

1. الخليفي، أ.(n.d). نظريات القلق. موقع أطفال الخليج لذوي الاحتياجات الخاصة. تم الاسترجاع في 4 فبراير 2025، من:
http://www.gulfkids.com/ar/artical-1372.htm

الملاحق

- الملحق (1) : تصريح شرفي الطالبة "صبرينة"

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الرقم: /2021

Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): صبرينة لعيط

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة ماستر -02-

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 180024029007314000114

الصادرة بتاريخ: 2020-07-15 عن دائرة: ابن رستم

المسجل بكلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي تحت رقم التسجيل: 202035056611

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر' مذكرة ماجستير' اطروحة دكتوراه) .

عنوانها: اضطراب النفسي لدى زوجات مدمني المخدرات
"دراسة حالتين في ضوء نموذج بيناجي بمدينة بوسعادة"

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في:

امضاء المعني (ة): Sabrina

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

- الملحق (2) : تصريح شرفي الطالبة "بشرى"

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة محمد بوضياف بالمسيلة
University Mohamed Boudiaf of M'sila

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
Université Mohamed Boudiaf - M'sila

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
نيابة العمادة للدراسات والمسائل المرتبطة بالطلبة
الرقم: /2025

Faculty of Humanities and Social Sciences
Vice-Deanship of the College for Studies and Student Issues

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث

انا الممضى ادناه :

السيد(ة): بشرى لقصير

الصفة(طالب، استاذ باحث، باحث دائم): طالبة ماستر 2

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 110021002033310000

الصادرة بتاريخ : 2024/07/30 **عن دائرة :** بوسعادة

المسجل بكلية: العلوم الانسانية والاجتماعية **قسم:** علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي **تحت رقم التسجيل:** 202035071101

والمكلف بإنجاز اعمال بحث(مذكرة التخرج، مذكرة ماستر' مذكرة ماجستير' اطروحة دكتوراه) .

عنوانها: المعاش النفسي لزوجات مدمني المخدرات - دراسة ميدانية لحالتين وفق نموذج بيدينلي بمدينة بوسعادة -

اصرح بشرفي بانني التزم بالمعايير العلمية والمنهجية ومعايير الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية المطلوبة في انجاز البحث المذكور اعلاه

المسيلة في: .....

امضاء المعني (ة):

المرجع: القرار الوزاري رقم: 933 المؤرخ في: 28-07-2016 المحدد للقواعد المتعلقة بالوقاية من السرقات العلمية ومكافحتها.

- الملحق (3) : دليل المقابلة النصف موجهة
- **المحور الأول: المعلومات العامة والخلفية الشخصية**

-الاسم، العمر، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، العمل، مدة الزواج، عمر الزوج، عدد الأطفال، الزواج عن حب أم تقليدي، الترتيب في العائلة

-علاقتك بزوجك، بأطفالك، بعائلتك، بأهل الزوج والآخرين

-هل تعانين من أي أمراض عضوية؟

-هل يوجد أي سوابق طبية أو نفسية في العائلة؟

-إدمان الزوج، هل كان قبل زواجكما أم بعده؟

-هل يرتبط إدمان زوجك على المخدرات، إدمان كحول أو علاقات غير شرعية؟

-مهنة الزوج؟

-هل تغيرت علاقتك بزوجك بعد إدمانه؟

-هل سبق وأن زرتي أخصائي نفسي؟ إذا نعم، كيف كانت التجربة؟

-هل يوجد مدمنون آخرون في العائلة؟

- **المحور الثاني: الاكتئاب:**

1-هل تفضلين العزلة أم العلاقات الاجتماعية؟

2-كيف تصفين حالتك المزاجية في أغلب الأيام؟

3-هل توجد أشياء معينة تحبين فعلها وتستمتعين بها؟ وهل لاحظت أي تغيرات على مستوى اهتماماتك؟

4-هل يوجد أي تغيرات على مستوى شهيتك للأكل؟ وهل لاحظت أي تغيرات على وزنك؟

5-كيف هو نمط نومك؟ وهل من السهل إيقاظك؟

6-هل تعانين من صعوبة في الاستيقاظ صباحا؟

7- ماذا عن أحلامك، هل توجد أحلام متكررة أو كوابيس؟

8-هل أصبحت تتعبين عند فعل أمور ما كان من السهل عليك فعلها سابقا دون تعب؟ وهل ذلك يحدث معك باستمرار؟

9-هل يراودك شعور بالتعب بدون سبب ؟

10-ما هو أكثر شيء تفكرين فيه بشكل مستمر أي يشغل تفكيرك ويرهقك؟

11-هل تشعرين بالعجز تجاه حياتك ، وضعك ؟

12-هل تجدين صعوبة في التركيز عند قيامك بأمر معين؟ منذ متى؟

13-هل تجدين أن حياتك الجنسية مرضية؟ وهل توجد أي تغيرات على مستواها؟

14-كيف هي علاقتك بالآخرين وعلاقتهم بك؟

15-من الذي ترين بأنه يفهمك جيدا؟

16-هل تصيبك نوبات بكاء؟

17-هل توجد أمور تشعرك بالسعادة؟ حدثيني عن آخر موقف شعرت فيه بالسعادة؟ متى حدث؟

18-كيف هي نظرتك للحياة وللمستقبل؟

- **المحور الثالث: القلق**

1-هل يوجد في حياتك الزوجية ما يشعرك بالقلق؟ من أي جانب؟

2-هل يوجد في حالتك الصحية ما يثير قلقك؟

3-هل تعانين من أي أعراض جسدية؟ هل هي دائمة أم مؤقتة ومرتبطة بموقف معين؟

4-هل تعرضت لأي نوع من التعنيف من قبل زوجك (لفظي،جسدي)؟ ما هو شعورك وتصرفك؟

5-هل تجدين صعوبة في السيطرة على قلقك وعلى الأفكار المقلقة التي تجتاحك؟

6-عادة ماذا تفعلين كي تتجنبين التفكير في الأمور المقلقة؟ وحتى في المواقف المقلقة؟

7-ماذا عن أحلام اليقظة؟ هل هي دائمة الحدوث معك؟

8-هل يوجد شخص معين تشاركينه أفكارك المقلقة ومواقفك بتفاصيلها؟

9-هل ترين قلقك يؤثر على تعاملك الخارجي مع الآخرين؟ أم أنك تميلين لعدم إظهاره؟

10-هل يراودك شعور التأنيب والنقد الذاتي؟

11-هل تجدين أن الآخرين ينقدونك كثيرا؟ وما هو موقفك حيال ذلك؟

12-هل ترين أن الآخرين من يسببون لك القلق؟ أم أن مسبباته داخلية؟

13-هل ترين بأنك تغضبين بسهولة؟ وكيف تتصرفين عند الغضب؟

14-ما هي أكبر مخاوفك في الحياة؟

15-هل ترين أن هناك أشخاص قد يؤذونك؟ وهل يثير ذلك قلقك؟

16-هل تجدين صعوبة في بدء فعل شيء ما أو الاستمرار في فعله؟

17-هل ندمت على فعل شيء ما من قبل؟

18-عندما تجلسين في تجمع ما، هل تجدين ذهنك شارد في أمر ما بعيدا عما يتحدثون عنه؟

- **المحور الرابع: تقدير الذات**

1-هل تجدين من الصعب عليك إبداء رأيك حيال أمر ما؟

2-هل يتغير رأيك بمجرد رفضه من قبل الآخرين؟

3-كيف تصفين ثقتك بنفسك؟

4-هل تشعرين بفائدة وجودك في حياة من حولك؟

5-هل من السهل عليك التخلي عن فعل شيء ما لخوفك من عدم قدرتك على فعله؟

6-هل سبق وأن انسحبت عن فعل شيء ما تريدينه بسبب رأي الآخرين حوله؟

7-هل ترين نفسك ذات قيمة على الصعيد الزواجي، الأمومي، وحتى العلائقي مع الآخرين؟

8-هل تتخذين قراراتك بشكل مستقل أم أنك عادة ما تلجئين لشخص آخر لاتخاذها؟

9-هل تشعرين بالرضا حول ما فعلته وما تفعلينه؟

10-ما هي الأمور التي ترين أنك مبدعة في فعلها؟

11-هل يوجد وقت تخصصينه لنفسك؟

12-هل عادة ما تدخلين نفسك في مقارنات مع أشخاص آخرين؟ سواء في النجاح، الزواج، تربية الأطفال، أو أي أمر آخر؟

13-هل تسعين لإصلاح أخطاء ترينها في نفسك؟

14-هل يمدحك الآخرين عادة؟

15-ما هو شعورك وموقفك من مدح الآخرين لك؟

16-هل يلجأ الآخرين لك عادة لمساعدتهم في اتخاذ قراراتهم أو لإبداء رأيك؟

17-هل ترين أنك تستحقين حياة أفضل من التي تعيشينها؟

18-هل تجدين صعوبة في قول لا للآخرين عادة؟

المحور الخامس: استراتيجيات المواجهة:

1-عادة عند وقوعك في مشكل ما، بماذا تفكرين أولا؟

2-هل ترين بأنك اعتدت على وضع زوجك؟

3-ما هي الأمور التي جعلتك تعتادين على وضعه؟

4-ما هي الأمور الإيجابية في حياتك؟

5-هل سبق وأن فكرت في طلب مساعدة نفسية أو قانونية؟

6-هل سبق وأن فكرت في الانفصال عن زوجك؟

7-هل حاولت إقناع ومساعدة زوجك للإقلاع عن الإدمان؟

8-في المواقف الضاغطة، هل تميلين للعزلة أم لطلب المساعدة من شخص ما؟

9-عند وقوعك في مشكلة ما، هل تلجئين لإقناع الشخص المسبب بتغيير رأيه أو موقفه كحل للمشكل؟

10-ما هو أكثر شعور يجتاحك في المواقف الضاغطة؟

11-هل تفضلين الابتعاد عن بيئة المشكل أم أنك تفضلين التصدي والمواجهة؟

12-هل تظهرين شعورك بالخوف والقلق للآخرين أم أنك تفضلين إخفاء ذلك والظهور بمظهر قوة؟

13-هل لجئت من قبل لنسيان المشكل ومحاولة تجنب التفكير فيه وفي تفاصيل حدوثه؟

14-هل تلومين نفسك عما يحصل لك من مشكلات أم أنك تلومين أطرافا أخرى؟

15-هل سبق و أن لجئت للتفريغ الانفعالي ببكاء أو حديث مع شخص ما أو أي تفريغ من نوع آخر؟

16-كيف تتصرفين مع زوجك عندما يكون في حالة تعاطي؟

17-هل ترين بأنك تتجاوزين المشكلات كأنها لم تحدث؟

18-هل تعاطف الأشخاص معك في المشكلات يشعرك بالراحة؟

الملحق (4) : مقياس استراتيجيات المواجهة

التعليمة:

إليك في الفقرات التالية عدة طرق لمواجهة المشكل، المطلوب منك هو أن تحدد إلى أي درجة استعملت كل واحدة منها في مواجهة مشكل ما يكون قد تسبب لك في قلق، ضع علامة X في الخانة المناسبة.

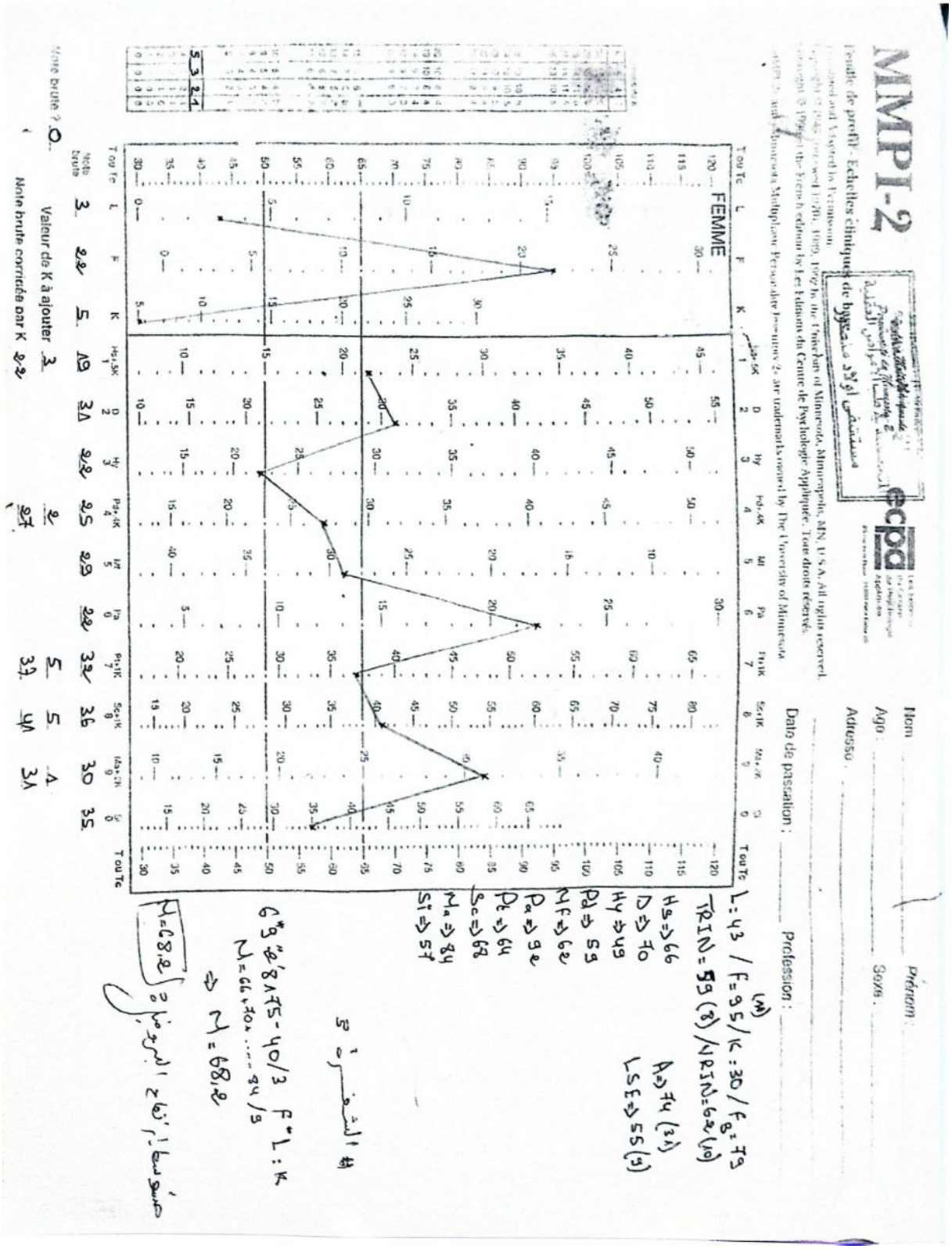
الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1-ركزت فقط فيما سأفعله لاحقا في الخطوة اللاحقة				
2-قمت بشيء لم أفكر أني سأفعله لكن قمت بشيء ما على الأقل				
3-حاولت إقناع الشخص المسؤول تغيير رأيه (ها)				

4-تحدثت لشخص ما لأتعرف أكثر على الوضعية				
5-انتقدت نفسي أو وبختها				
6-محاولة عدم اليأس لكن تركت الأمور نوعا ما موضع بحث				
7-تمنيت أن تحدث معجزة				
8-رضيت بالقدر كان في بعض الأحيان حظي سيئا				
9-تصرفت وكأن شيئا لم يحدث				
10-حاولت أن أحتفظ بمشاعري لنفسي				
11-بحثت عن الجانب الملفت للمشكل ،وحاولت النظر إلى الجانب الإيجابي للأشياء				
12-نمت أكثر من العادة				
13-أظهرت غضبي للشخص (للأشخاص) المتسبب في المشكل				
14-تقبلت عطف وتفهم شخص ما				
15-ألهمت القيام بشيء إبداعي				
16-حاولت نسيان كل شيء				
17-تحصلت على مساعدة مختص				
18-تغيرت أو تطورت بشكل إيجابي				
19-اعتذرت أو قمت بشيء ما لأستدرك نفسي				
20-وضعت مخططا للعمل واتبعته				
21-أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى				
22-أدركت أنني المتسبب في المشكل				
23-خرجت من المشكل بشكل أحسن مما دخلت به فيه				
24-حدثت شخصا ما بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه المشكل				
25-حاولت إشعار نفسي بإحساس جيد وذلك بالأكل				

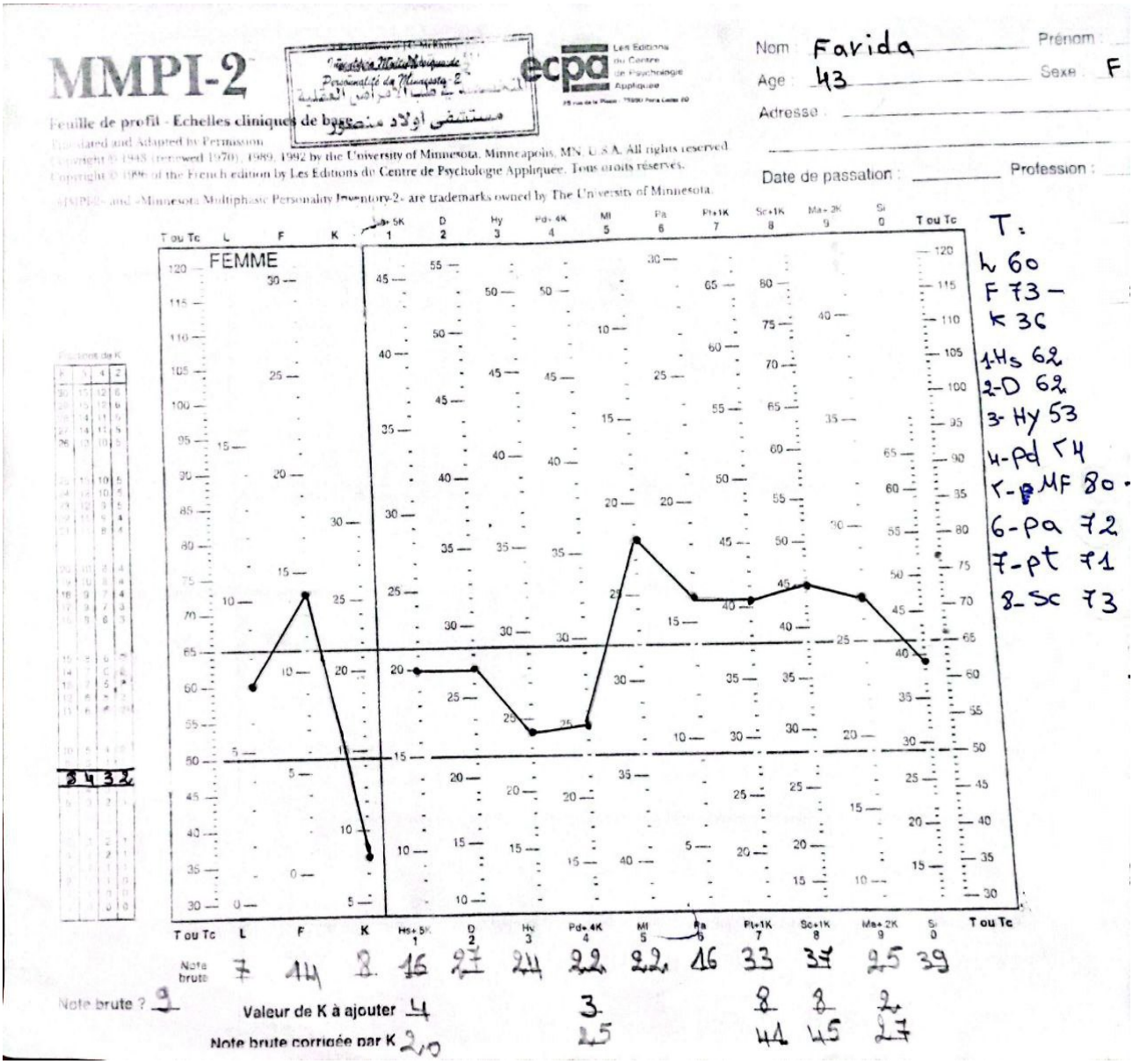
،الشرب، التدخين، أخذ الأدوية				
26-قمت بمجازفة كبيرة أو شيئا خطرا جدا				
27-حاولت أن لا أتصرف بعجلة أو أتبع أفكاري الأولى				
28-حاولت التقرب من الله أكثر				
29-اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة				
30-غيرت الأشياء حتى تنتهي الأمور إلى الأفضل				
31-تجنبت التواجد مع الناس عموما				
32-عدم ترك المشكل يتغلب علي ،ورفض التفكير فيه كثيرا				
33-طلبت النصح من شخص قريب أو صديق أحترمه				
34-لم أترك الآخرون يعرفون كم كانت الأمور سيئة				
35-الاستهانة من الوضعية ورفض أن أكون جديا نحوها				
36-حدثت شخصا ما عن ما شعرت به				
37-الإصرار على موقفي ،وقاومت للوصول إلى ما كنت أريده				
38-لمت غيري من الناس حول المشكلة				
39-استفدت من تجاربي السابقة ، إذ كنت في وضعية مماثلة				
40-عرفت ما يجب فعله ،فضاعفت جهدي لتحقيق الأمور				
41-رفضت الاعتقاد بأن هذا أمر قد حدث				
42-تعهدت لنفسي بأن الأمور ستكون مختلفة مرة أخرى				
43-الوصول إلى مجموعة حلول مختلفة للمشكل				
44-حاولت إبعاد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى				
45-غيرت أشياء في نفسي				
46-تمنيت لو ينتهي المشكل أو أجد حلا بطريقة أوبأخرى				

47-لدي خيال أو تمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور				
48-تضرعت إلى الله				
49-شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقوله أو أقوم به				
50-فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل مع هذه الوضعية ،ثم اتخذت ذلك نموذجا				

الملحق(5) : الصفحة النفسية للحالة الأولى -براءة-



الملحق(6) :الصفحة النفسية للحالة الثانية –فريدة–



MMPI-2

Feuille de profil - Échelles cliniques de base

Nom Farida Prénom

Age 43 Sexe F

Adresse

Date de passation Profession

FEMME

T ou Tc L F K Hs+5K 1 D 2 Hy 3 Pd+4K 4 Mf 5 Pa 6 Pt+1K 7 Sc+1K 8 Ma+2K 9 Si 0 T ou Tc

Note brute 7 14 8 16 27 24 22 22 16 33 34 25 39

Note brute ? 9

Valeur de K à ajouter 4

Note brute corrigée par K 20

3 8 8 2

25 41 45 27

T:

L 60

F 73–

K 36

1-Hs 62

2-D 62

3-Hy 53

4-Pd 74

7-Pt 71

8-Sc 73