

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة المسيلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم : علم النفس



العنوان :

أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى
طالبات جامعيات مقيمات مدمنات على المخدرات

مذكرة مكملة لنيل شهادة ليسانس نظام L M D في علم النفس

تخصص: عيادي

إشراف الاستاذة :

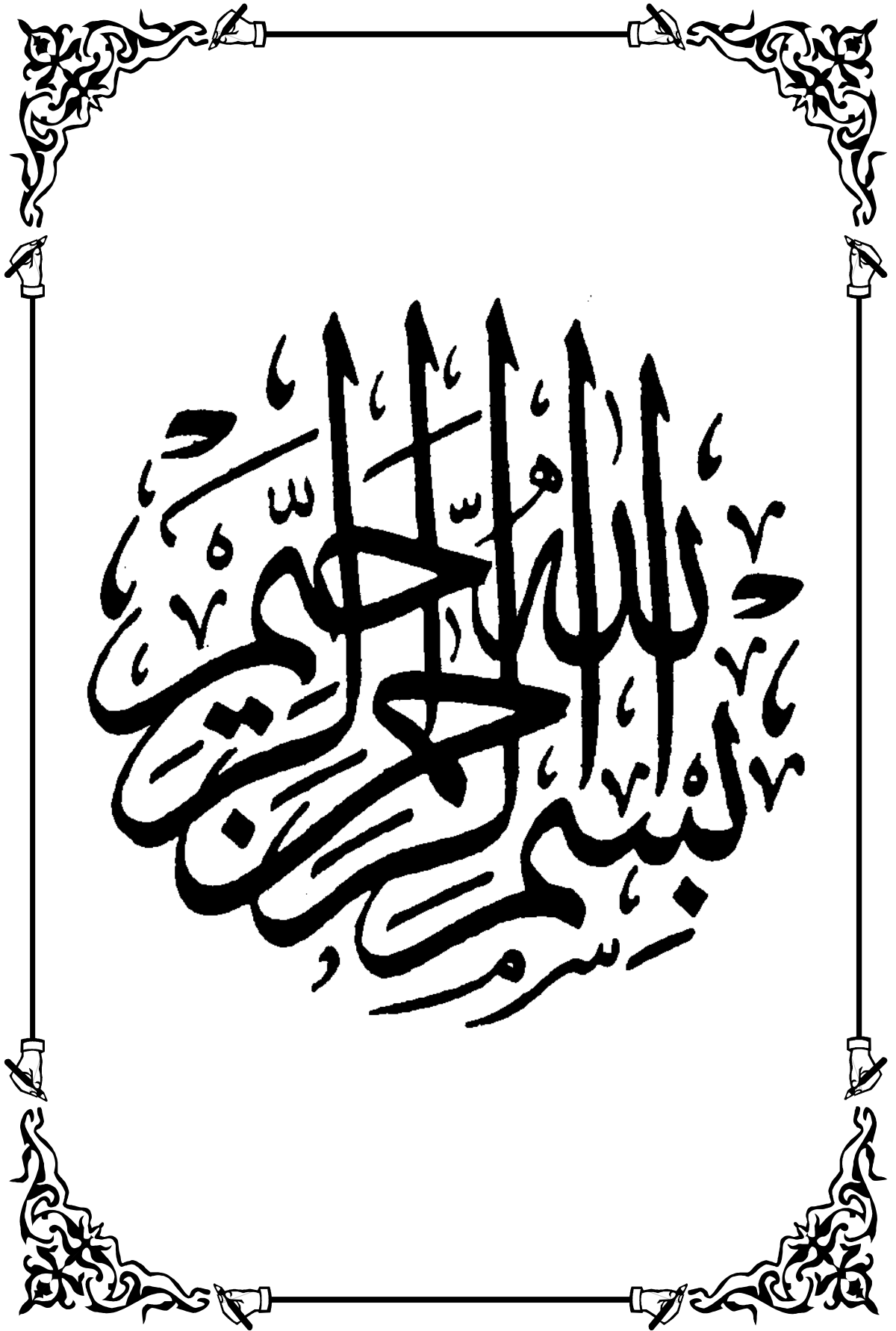
إعداد الطالبات :

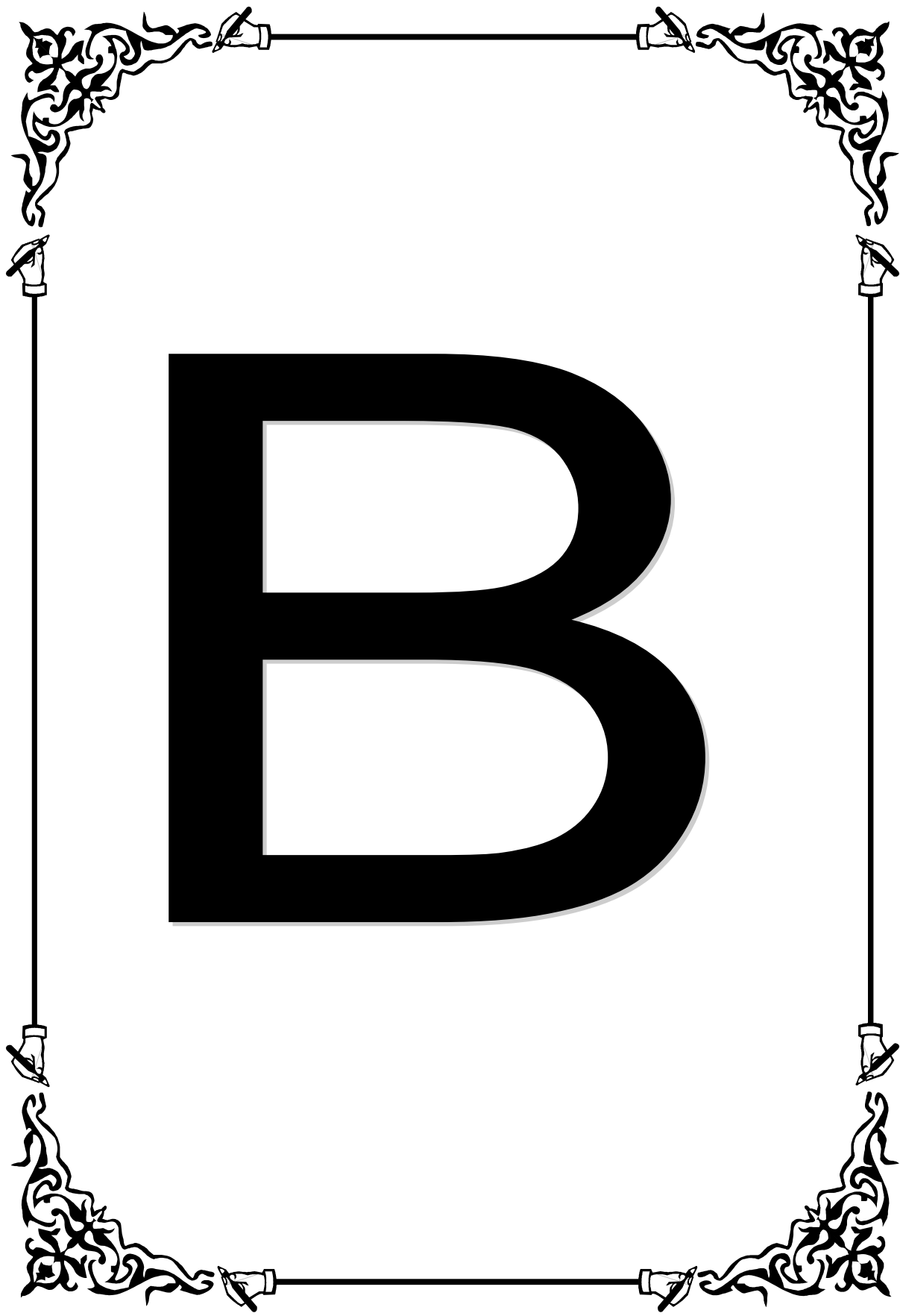
سفاري لبنى

• بوشارب فايزة

• بن السليخ هجيرة

السنة الجامعية : 2012 / 2013






شكر وعرفان

قال تعالى: [رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ]
سورة النمل الآية {19}.

و قال **ع**: [من لم يشكر الناس لم يشكر الله]
بعد حمدا لله وشكره الذي وهبنا القوة والإرادة والصبر لإنجاز هذا العمل المتواضع ، لا نملك إلا أن نتوجه بخالص شكرنا وتقديرنا لكل يد أسهمت في انجازه ، ولكل صاحب فكر أو رأي فتح أمامنا آفاق أرحب ومجالات أوسع للمعرفة .

ويسعدنا كثيرا أن نتقدم بأسمى معاني الشكر والتقدير والاحترام لأستاذتنا الفاضلة **"سفاري لبنى"** لتفضل سيادتها بالإشراف على هذا البحث ولما قدمت سيادتها من توجيهات ونصائح وإرشادات منهجية وما غمرتنا به من سعة قلب ورحابة صدر ندعو الله أن يمتعها بالصحة والهناء لما قدمته وتقدمه لغيرنا من نصائح وتوجيهات .
كما نتقدم بموفور الشكر والعرفان لكل من أساتذة
وطلبة قسم علم النفس والأرطوفونيا .



فهرس الموضوعات

فهرس الموضوعات

الرقم	محتوى الموضوعات	الصفحة
	شكر و عرفان	
01	مقدمة	
الجانب النظري		
الفصل التمهيدي: الإطار العام للدراسة		
03	الإشكالية	-1
05	فرضيات الدراسة	-2
05	أهمية الدراسة	-3
05	أهداف الدراسة	-4
06	أسباب اختيار الموضوع	-5
06	تحديد المفاهيم إجرائيا	-6
07	الدراسات السابقة	-7
09	قائمة المصادر والمراجع	
الفصل الثاني: الصدمة النفسية		
11	تطور مفهوم الصدمة النفسية	-1
11	مفاهيم حول الصدمة النفسية	-2
13	تعريف الصدمة النفسية	-1-2
14	الحدث الصدمي	-2-2
14	الصدمة	-3-2
14	الضغط	-4-2
14	العصاب الصدمي	-5-2
15	حالة الضغط ما بعد الصدمة	-6-2
15	حطة الضغط الحاد	-7-2
15	التأذر الصدمي	-8-2
16	التأذر النفسو-صدمي المزمن	-9-2
16	أنواع الحدث الصدمي	-3
16	الأحداث الصدمية الفردية والجماعية	-1-3
17	الأحداث الصدمية الراجعة للطبيعة أو الإنسان	-2-3

17	أنواع الصدمة النفسية	-4
18	التصنيف الأول	-1-4
18	التصنيف الثاني	-2-4
18	التصنيف الثالث	-3-4
19	عيادة الصدمة النفسية	-5
19	آلية حدوث الصدمة على مستوى الأنا	-1-5
20	الصدمة النفسية و الآليات الدفاعية	-2-5
21	عيادة العصاب الصدمي	-6
21	أسباب العصاب الصدمي	-1-6
22	فترة الكمون	-2-6
22	الأعراض	-3-6
23	تطور العصاب الصدمي	-4-6
23	عيادة حالة الضغط ما بعد الصدمة	-7
24	معالم تصنيف اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة حسب DSM-TR	-1-7
26	العوامل المهيئة لتطور حالة الضغط ما بعد الصدمة	-2-7
27	عيادة التناذر الصدمي	8
27	استجابات آنية	1-8
27	استجابات لاحقة	2-8
27	التناذر النفسو-صدمي المزمن	-3-8
27	النماذج المفسرة للصدمة النفسية	-9
28	النماذج التحليلية	-1-9
30	النموذج المعرفي	-2-9
32	أمثلة عن الأحداث المولدة للصدمة النفسية	-10
32	الفقدان والحداد	-1-10
34	الاستغلال الجنسي و زنا المحارم	-2-10
35	علاقة للصدمة النفسية بالإدمان	-11
35	الألم والحداد	-1-11
36	تجربة الألم والمعاناة النفسية	-2-11
37	للصدمة النفسية والمعاناة النفسية و استعمال المخدر	-3-11
38	قائمة المصادر والمراجع	

الفصل الثالث: الاكتئاب		
40	تمهيد	
41	لمحة تاريخية عن الاكتئاب	-1
42	تعريف الاكتئاب	-2
44	أسباب الاكتئاب	-3
44	أسباب وراثية وفيزيولوجية	-1-3
44	أسباب كيميائية حيوية	-2-3
44	أسباب نفسية	-3-3
45	أسباب جسمية	-4-3
45	أسباب اجتماعية	-5-3
46	أسباب دينية	-6-3
46	أعراض الاكتئاب	-4
46	تصنيف بيك Bick	-1-4
47	تصنيف الدليل الإحصائي والتشخيصي الأساسي الثالث DSM III	-2-4
47	التصنيف الشائع	-3-4
48	أنواع الاكتئاب	-5
48	الاكتئاب الذهاني	-1-5
48	الاكتئاب العصابي	-2-5
49	الاكتئاب المقنع	-3-5
49	الاكتئاب الخفيف	-4-5
49	الاكتئاب البسيط	-5-5
49	الاكتئاب الحاد	-6-5
49	اكتئاب سن اليأس	-7-5
49	الاكتئاب الموقفي	-8-5
49	الاكتئاب الهائج	-9-5
50	خلاصة	
51	قائمة المصادر و المراجع	
الفصل الرابع : الإدمان		
54	تمهيد	
55	حجم الظاهرة في الجزائر	-1

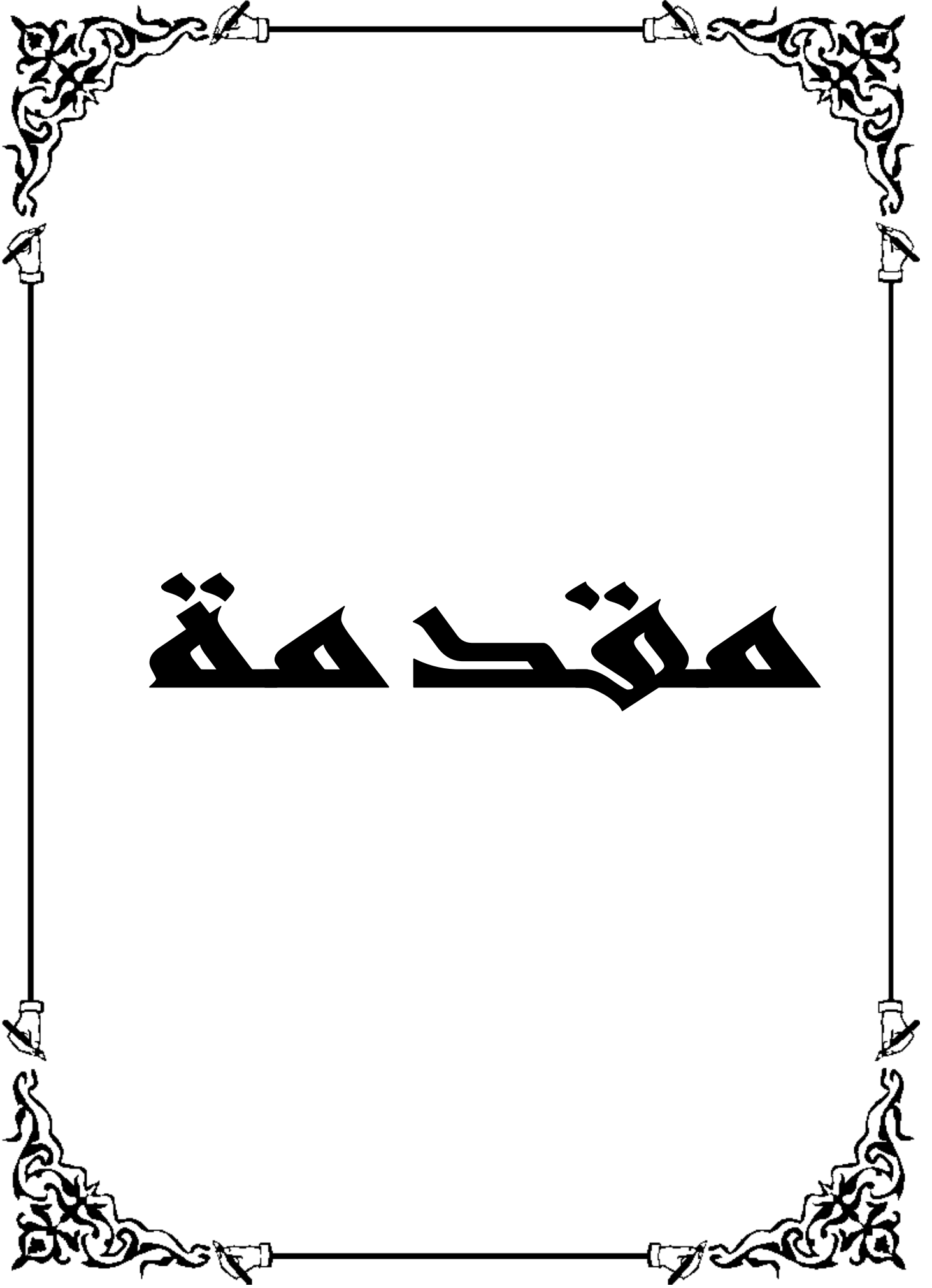
55	تعريف	-2
55	المخدر	-1-2
55	الإدمان	-2-2
59	أسباب الإدمان	-3
59	العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل	-1-3
61	العوامل المتعلقة بالفرد المدمن نفسه (عوامل ذاتية)	-2-3
61	العوامل البيئية	-3-3
62	أنواع المخدرات	-4
62	تصنيف المخدرات	-1-4
62	بعض أنواع المخدرات و آثارها	-2-4
64	النظريات المفسرة للإدمان	-5
64	النظرية السلوكية	-1-5
65	نظرية التحليل النفسي	-2-5
69	قائمة المصادر و المراجع	
الجانب التطبيقي		
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية		
71	تمهيد	
72	المنهج المتبع	-1
73	الدراسة الميدانية	-2
73	الدراسة الاستطلاعية	-1-2
73	الدراسة الأساسية	-2-2
74	حدود الدراسة	-3-2
75	مجموعة البحث	-3
76	وسائل البحث	-4
76	المقابلة البحثية نصف مواجهة	-1-4
78	اختبار الرورشاخ	-2-4
80	اختبار بيك للاكتئاب	-3-4
82	مكان و مدة إجراء المقابلات	-5
83	قائمة المصادر و المراجع	
الفصل السادس : عرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة		

85	دراسة حالة سامية "س"	-1
85	المقابلة	-1-1
87	الوروشاخ	-2-1
92	مقياس بيك للاكتئاب	-3-1
92	ملخص الحالة "س"	-4-1
92	دراسة حالة جميلة "ج"	-2
92	المقابلة	-1-2
94	الوروشاخ	-2-2
97	مقياس بيك للاكتئاب	-3-2
98	ملخص الحالة "ج"	-4-2
98	دراسة حالة أحلام "أ"	-3
98	المقابلة	-1-3
100	الوروشاخ	-2-3
104	مقياس بيك للاكتئاب	-3-3
104	ملخص الحالة "أ"	-4-3
105	النتائج العامة	-4
105	تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	-5
105	تفسير و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الاولى	-1-5
105	تفسير و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية	-2-5
106	تفسير و مناقشة الفرضية العامة	-3-5
	الملاحق	
	ملخص الدراسة بالعربية	
	ملخص الدراسة بالفرنسية	

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
75	خصائص مجموعة البحث	01
82	مستويات الاككتاب لمقياس بيك	02
89-88-87	رورشاخ سامية	03
90	Psychogramme سامية	04
95-94	رورشاخ جميلة	05
96	Psychogramme جميلة	06
102-101-100	رورشاخ أحلام	07
103	Psychogramme أحلام	08

مفردات



إنّ البيئة التي نعيش فيها وما تحتويه من كثرة هموم ومشاكل وتنافس، تؤدي إلى زيادة وجود ضغوطات نفسية بين الناس تعمل على عدم الشعور بالأمن والطمأنينة و الاستقرار التي تجعل الفرد يصارع في ميادين عديدة كالدراسة و العمل و المشاكل العائلية وغيرها.

يعاني الإنسان المعاصر في كافة المجتمعات من مشكلات نفسية و اجتماعية و اقتصادية ومهنية عدّة نتيجة للتطور التكنولوجي الهائل والسريع الذي يعجز الفرد عن ملاحقته فضلا على التغيرات التي لحقت بالقيم الإنسانية، و هذا ما نتج عنه تفاقم الأخطار التي تهدد الإنسان (حروب، إرهاب، فيضانات،...)، و هذه الأخطار تعتبر سبب في تعرض الفرد للصددمات النفسية، و هناك أيضا صدمات أخرى نتيجة للإندمام بإنسان عزيز في وضع غير لائق بمكانته و انكسار البرواز الجميل كالإندمام بأحد الوالدين و الذين هم القدوة في الحياة بوضع غير لائق أو بوفاته مثلا، والصدمة النفسية هي كما يراها "مايكنبوم" أنّها تشير إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية و مؤذية و مهددة للحياة بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها و التغلب عليها. (Meichenbaum,1994,p32) .

و التي تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الوجدانية كالاكتئاب، و الذي هو حالة من الحزن الشديد و المستمر بحيث يبدو الشخص و كأنّه في حداد دائم والكآبة واضحة على قسماات وجهه، و هو حالة انفعالية تكون فيها الفاعلية النفسية والجسدية منخفضة وغير سارة، و قد تكون سوية أو مرضية، و الاكتئاب هو اضطراب العصر الحديث شائع الحدوث يتبدى بالكآبة و الشعور بالإثم و ينتهي بالعجز و الميل إلى الانتحار،و في هذه الحالة يجد الفرد نفسه يشعر بالضعف اتجاه هذه الأزمات وغير قادر على تخطّيها، والحل الوحيد الذي يرى أنّه يمكن أن يساعده أو يخفف عنه هو اللجوء إلى تعاطي المخدرات و الإدمان عليها فيما بعد و الذي يؤدي بدوره إلى التبعية النفسية والجسدية للمخدر.

حيث احتوى بحثنا هذا على جانبين، الجانب النظري والذي يتكون من أربع فصول هي: الفصل التمهيدي، فصل الصدمة النفسية، فصل الاكتئاب، و فصل الإدمان بهذا الترتيب، أما الجانب التطبيقي فلقد احتوى على فصلين هما على التوالي: فصل الإجراءات المنهجية ثم آخر فصل وهو عرض وتحليل ومناقشة النتائج للحالات المدروسة، حيث أتت الفصول مرتبة من الفصل الأول إلى الفصل السادس.

الفصل التمهيدي :

الإطار العام للدراسة

- 1- الاشغالية
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- اهمية الدراسة
- 4- اهداف الدراسة
- 5- اسباب اختيار الموضوع
- 6- تحديد مفاهيم الدراسة اجرائيا
- 7- الدراسات السابقة

1-الإشكالية:

لعل ما يتميز به عصرنا الحالي هو كثرة الظواهر النفسية وما لها من ارتباطات بالتغيرات الطارئة على النواحي الإقتصادية و الإجتماعية و السياسية و أيضا الظواهر الطبيعية.

فما تعرض له العالم من حروب و أزمات من جميع النواحي السياسية والاقتصادية و الاجتماعية و كوارث طبيعية، و ما نتج عنها من واقع مروع و صادم منح الصدمة النفسية أهمية كبيرة جعل العياديين يتوجهون نحو دراستها دراسة عيادية، ولم يقتصر هذا الإهتمام على بلد معين فقط، ففي فرنسا توالى الكوارث الإقتصادية و انتشار النظام الطبقي بعد الحرب العالمية الثانية، لتظهر العمليات الإرهابية حيث انصب العياديون الفرنسيون على دراسة الصدمة النفسية في سياق نظرية التحليل النفسي.

أما في أمريكا، فحرب الفيتنام خلفت العديد من الجنود المثقلين بالأعراض الصدمية، مما أدى إلى الإهتمام المتزايد من طرف السيكاتريين الأمريكيين من اجل وضع نوزوغرافيا للصدمة النفسية، بالإضافة إلى الهجمات الإرهابية و أشهرها أحداث 11 سبتمبر 2001، و انهيار السوق المالية، و التي على إثرها ظهرت الأزمة المالية، كلها شكلت صدمة حقيقية للشعب الأمريكي.

أما في الوطن العربي فلقد ظهر الإهتمام بالصدمة النفسية خاصة في لبنان نتيجة الحروب الأهلية، فاهتم كل من "النابلسي و عدنان حب الله" بواقع الصدمة النفسية في الوسط اللبناني، أما مصر رغم معاناتها إلا أنّ الإهتمام بالصدمة كان مؤخرا بعد حادثة العبارة التي على إثرها تمّ استدعاء السيكرتاري الفرنسي "لويس كروك"، فاهتم الباحثين المعاصرين في موضوع الصدمة من أجل تكفل أفضل بالضحايا.

أما بلدنا الجزائر فقد شهدت الكثير من أزمات الإرهاب -العشرية السوداء- و التي خلّفت للجزائر على إثر الحوادث الإرهابية ثقل نفسي كبير مخلفه عدد هائل من الضحايا خاصة بفنتي الأطفال و النساء، فلقد أنتجت هذه الأعمال الإرهابية حوالي 7000 طفل يتيم كان آباؤهم إرهابيين، و أكثر من 40000 طفل ضحايا إرهاب و 3000 امرأة ضحية اغتصاب.

إنّ هذه الأحداث الصادمة باختلاف أنواعها لها ردود أفعال ناجمة عنها، سواء كانت استجابات أولية قريبة أو بعيدة الأمد، قد يستجيب لها الفرد بعدة مظاهر أما التخدير الحسي و عدم الاستيعاب أو المظاهر الهستيرية و حالات القلق و الفوبيا، اضطرابات النوم ، الاكتئاب، ظهور الكوابيس، الاضطرابات النفسو-جسمية وكذلك

اللجوء إلى تعاطي المخدرات، قد تتلاشى هذه الاستجابات الحادة مع استيعاب الشخص للحادث الصدمي، كما قد تستمر لتصبح مزمنة.

أوضحت دراسة (سائل، 2002، ص 16) وهي دراسة جزائرية أنّ متعاطي المخدرات يلجؤون إلى المخدر نتيجة لفقر الإستراتيجيات الفعالة للتعامل مع الأحداث الضاغطة و الصادمة، أما بعض العلماء الآخرون فلقد بينوا أن لجوء المتعرضين للصدمة النفسية إلى المخدر هو دافع من أجل تحقيق التوتر الناجم عنها.

لقد بينت هذه الدراسة اقتران ظاهرتي الإدمان و الصدمة النفسية اللتان لهما نفس الأهمية من حيث خطورة تأثيراتها التي تحقق بالصحة النفسية و العقلية و الجسمية للفرد، و هناك العديد من الدراسات الأخرى التي تطرقت إلى دور الصدمة النفسية في لجوء الشخص للإدمان منها دراسة بستاني(1993) و حاشات(1996)، و توماس(1997).

إن تميز عيادية الصدمة و عيادية الإدمان من تعقيد و تشابك في الأعراض يجعلهما ميدانيين مشجعين و مثيرين للانتباه.

كما أثبتت الدراسات العديدة أن التوتر الدائم يعمل على تغذية المشاعر السلبية و يقلل من مقاومة الفرد الاكتئاب، كما أنّ شعوره بقلّة الحيلة أمام القضاء و القدر و الخوف من المستقبل بالإضافة إلى التغيرات المفاجئة في حياته عناصر تسهم في إصابته بالاكتئاب، بحيث تؤكد إحدى الدراسات حسب الدكتور ياسر متولي أن معدل انتشار الاكتئاب بين الطلاب وصل الى (36-71) % ذكور و 37.5 % منهم إناث، كما تؤكد الدراسة أن هذه النتائج متفقة من الدراسات المحلية و العالمية المنشورة، و أوضحت الدراسة أن نسبة 47% من الطلاب لديهم حالات اكتئابية شديدة ، كما تُرجع الدراسات الأسباب إلى الضغوط الزائدة و القلق و الاحتياجات و المسؤوليات المتزايدة التي تواجهها تلك الفئة. (ياسر متولي، 2009، ص 5) .

إنّ ما نحاول التعرف عليه في هذا الموضوع و أثار اهتمامنا في هذا المجال هو سبب لجوء المتعرضين للصدمة النفسية إلى تعاطي المخدرات بالتحديد، بينما لا يلجأ البعض الآخر إليها، فهل يرجع هذا إلى نوع الحادث الصدمي أم إلى زمن الصدمة، هذا ما سنحاول توضيحه في بحثنا بالإجابة على التساؤل الرئيسي التالي:

- هل للصدمة النفسية أثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعات مدمنات على المخدرات؟

2- فرضيات الدراسة :

- الفرضية العامة :

و من أجل دراسة هذه الإشكالية، اقترحنا فرضية عامة كانت صياغتها كالتالي:
- للصدمة النفسية أثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات.

- الفرضيات الجزئية :

1- زمن الصدمة يؤثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات.

2- نوع الصدمة يؤثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات.

3- أهمية الدراسة :

تتوقف أهمية هذا الموضوع على قيمته العلمية ، وما يمكن أن يحققه من نتائج يمكن أن تستفيد منها مجموعة البحث وقراءه ، إضافة لما يحققه من فائدة للمجتمع من الناحيتين العلمية والعملية ، بالإضافة إلى :

- التعرف على الفئة التي يتناولها البحث وهي جامعيات مقيمات مدمنات على المخدرات وما يترتب عنها من مشكلات نفسية .
- الكشف عن أسباب مشكلة الإدمان خاصة العوامل النفسية والاجتماعية .
- معرفة تفاوت درجات الاكتئاب باستخدام الأسلوب العلمي من استجابات مجموعة البحث على مقياس بيك .

الاستدلال على وجود الصدمة النفسية من خلال مؤشرات التي تظهر عند تطبيق الاختبار الاسقاطي الرورشاخ على مجموعة البحث .

4- أهداف الدراسة :

تتمثل أهداف هذه الدراسة في :

- التعرف على ما إذا كان للصدمة النفسية أثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مقيمات مدمنات على المخدرات .
- معرفة ما إذا كان لزمن الصدمة علاقة بظهور الاكتئاب لديهن .
- معرفة ما إذا كان لنوع الصدمة علاقة أيضا بظهور الاكتئاب عند الحالات المدروسة .

- المساهمة في إثراء البحوث و الدراسات العلمية خاصة التي تصب في نفس الموضوع .

5- أسباب اختيار الموضوع :

يتمثل السبب الرئيسي في اختيارنا لهذا الموضوع هو محاولة معرفة وجود من عدمه لأثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعات مقيمات مدمنات على المخدرات.

أما الأسباب الثانوية فتتمثل في :

- معرفة مدى تأثير الصدمة النفسية على الحالة الصحية والنفسية للمدمن .
- قلة البحوث والدراسات التي تناولت موضوع البحث في المجتمع الجزائري.
- قلة المصادر والمراجع المتعلقة بهذا الموضوع .
- انتشار ظاهرة الاكتئاب بصورة واضحة لدى المدمنات .
- التعريف بمشكلة المخدرات وأسبابها وخطورتها وأنواعها وذلك من جانب علم النفس .

6-تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا:

الصدمة النفسية : نقصد بها في هذه الدراسة التعرض لحادث مادي أو معنوي بشكل مفاجئ و قوي نشأ عنه فقدان شخص عزيز و تطلبت القيام بعمل نفسي من الحداد لتقبل الفقدان.

الاكتئاب : و نقصد به هنا الدرجة التي تحصل عليها الفرد بعد إجابته على فقرات مقياس بيك للاكتئاب

و التي تتراوح بين 10 درجات إلى أكثر من 30 درجة.بحيث حالة الاكتئاب الخفيف تكون محصورة بين(10-18) درجة، و حالة الاكتئاب المعتدل تكون محصورة بين (19-29) درجة، و اكتئاب حاد (أكثر من 30)

الطالبة الجامعية المقيمة : و هي الفتاة التي تحصلت على شهادة البكالوريا و مسجلة بالجامعة و تدرس حاليا و مقيمة في الحي الجامعي

الإدمان: و نقصد به في دراستنا تناول المتكرر لمادة مخدرة مثل : الكيف ، الكحول . و المتميز بالتبعية و عدم القدرة على الاستغناء عنها بحيث في حالة التوقف المفاجئ عن تناولها تحدث آثار سلبية جسدية و نفسية.

7- الدراسات السابقة:

من خلال محاولتنا لحصر الدراسات التي تناولت الصدمة و علاقتها بالاكتئاب لدى المدمنين على المخدرات وجدنا عدّة دراسات عربية و أجنبية، اخترنا منها ما قد يناسب بحثنا هذا وفقا لحدود البحث وهذا في إطار سيكودينامي، ونذكر منها :

دراسة "سعد المغربي"(1960)، حيث كان موضوع الدراسة تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية، أين وجد أنّ الأصل في إدمان المخدرات عامة يرجع إلى التركيب النفسي المرضي الذي يحدث حالة من الاستعداد على الإدمان، كما أنّ الحياة و النظام الجنسي عند المدمنين على درجة كبيرة من الاضطراب وخاصة فيما يتعلّق بالجنسية الطفلية و عقدة أوديب وصراعات الاستمنا و تنتهي هذه الحالة المضطربة عند المدمنين بتكوين ليبيدو في شكل طاقة توترية شبكية لا شكل لها أي بدون سمات ثابتة أو أشكال معينة، كما وجد الحالة للإشباع هي الأساس الأول في اضطرابهم، فهي ترجع إلى الإشباع الفمي أو الجلدي و هي مناطق إشباع جنسية كامنة في المرحلة الفمية، وكذلك الحاجة إلى الشعور بالأمن و اعتبار الذات فإنّهما يرجعان أيضا إلى اضطراب النمو في المرحلة الفمية. فالمخدر هو البديل عن الإشباع الفمي المضطرب في الطفولة الأولى المبكرة لأنّه يعطي الشعور باللذّة والمرح، أين يكون النكوص شديد في المرحلة الفمية.

أما "لاسكوتر"(1964) وجد أنّ المدمن عادة ما تكون إتصالاته الاجتماعية مقصورة على المدمنين أمثاله، كما أنّ اتصالاته الجنسية مضطربة و هو بليد في عمله ولديه عدم القدرة على تأجيل الإشباع الفوري، كما لديه رغبة في الحماية و التدليل.

أما "هيكمان وجرشون" (1965) فلقد وجد أنّ مدمني المخدرات ما يكونون ذوي شخصية سيكوباتية كما أنّهم مضطربون إنفعاليا، كما يعانون من اكتئاب كامن.

أما "برنارد" (1967) فلقد وجد أنّ المدمن له خلق اعتمادي طفلي أساسا، و أنّ صراعاته في المرحلة المبكرة من حياته و التي دائما ما تكون هذه الصراعات عند مرحلة ما قبل اللغة. (عبد المنعم، 2003، ص154-155).

"ميلر أوسولد" (1973) في "مميزات شخصية الشاب المدمن" وجد أنّهم يتميزون بالانبساطية وغياب الإتران الإنفعالي.

أما "فاسياني و روفيرا" (1973) في دراستهم تحت عنوان "بنية شخصية التابعين فارماكولوجيا" وجد أنّ هؤلاء لديهم شخصية جامدة ويستخدمون ميكانيزمات دفاعية نكوصية، وهذا يعزز ما وجده "بيتال و ستيفان" (1973)، في

دراسة حول "إتيولوجيا الإدمان عند الشباب" أين وجد أنّ المخدر هو تعويض لميكانيزمات أكثر تطور للأنا، أين يكون هناك تبدد في وظائف الأنا مع الشعور بالعزلة وانطباع حول العيش في غموض.

أما "رشاد كفاي" (1973) في دراسة "سيكولوجيا اشتهاؤ المخدر لدى متعاطي الحشيش" وجد أنّ حالة الخرم الناتجة عن التعاطي سببها التوتر الناجم عن الإحباط الفمي بالإضافة إلى افتقاد الإحساس بالأمن، و هذا راجع إلى افتقاد ما يؤمّن الموضوع الطيب (الثدي) ، فالتعاطي هو إنكار للمخاوف و قلق الخفاء، كما وجد الشعور بالحاجة إلى الإشباع السريع ، فالمتعاطي يشعر بالرغبة لإرضاء أناه الأعلى الذي يحجز رغبات الهو، فالأنا في حالة الخرم يتعاطف مع الهوام و يتقمص المتعاطي المحبوب، كما أنّ الإفتقار إلى وجود الأم و الرغبة في التواجد معها وتحققها هواميا وهلوسيا، فضرورة الإشباع الفمي من قبل الأم يدفعه إلى أن يتحول اتجاه الأب، فيقف موقف أوديبى سلبي ففي حالة التعاطي تتواجد الأم كموضوع طيب و مثالي، يقوم بإشباع رغباته الفمية، كما أنّ التعاطي والإرتداد إلى الوضع الفصمي البارانوي وما يتسم به من حصر وصراعات ذات طبيعة اضطهادية و اللجوء إلى ميكانيزمات بدائية.

أما "ميجيا برونليو" (1974) في " الخصائص العامة للتبعية الفارماكولوجية في كولومبيا" ذكر سلسلة من المميزات التي تميز شخصية المدمنين وهي (التبعية ، التجاذب الوجداني، عدم تقبل الإحباطات ...).

أما "عفاف محمد عبد المنعم" (2003) فلقد وجدت في دراستها تحت عنوان " الإدمان دراسة نفسية لأسبابه و نتائجه" أنّ شخصية المدمن تتميز بالإنقياد لأوامر الجماعة السلبية في التعامل مع الواقع والإتكالية، عدم القدرة على تحمل الآلام و المتاعب و الظروف الضاغطة، الإضطراب الجنسي، الشعور بالعجز و النقص و الدونية، واستخدام الحيل الدفاعية لمدارات ما يقوم به من سلوك شاذ، عدم القدرة على اقامة علاقة اجتماعية سليمة.

لقد اقتصرت الدراسات التي تناولت الإدمان و علاقته بالصدمة النفسية كدراسة "بستاني" (1993) و "حاشات" (1996) و "توماس" (1997) و برينال (1997)، أين تطرق هؤلاء إلى دور الصدمات النفسية في لجوء الشخص للإدمان. (Herve.F,1998,p2) .

قائمة المصادر والمراجع :

المراجع العربية :

1. سايل(2002)، (2008)، الإدمان على المخدرات ظاهرة متعددة الأبعاد: تكوين حول الإدمان على المخدرات، الجزائر.

2. عفاف محمد عبد المنعم،(2003)، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

المراجع الأجنبية :

3. Herve.F , (1998),souffrance psychique et toxicomanie revue toxibase n4 , lyon.

الفصل الثاني :

الصدمة النفسية

- 1- تطور مفهوم الصدمة النفسية
- 2- مفاهيم حول الصدمة النفسية
- 3- أنواع الحدث الصدمي
- 4- أنواع الصدمة النفسية
- 5- عيادة الصدمة
- 6- عيادة الصدمة النفسية
- 7- عيادة حالة الضغط ما بعد الصدمة
- 8- عيادة التناذر الصدمي
- 9- النماذج المفسرة للصدمة النفسية
- 10- أمثلة عن الأحداث المولدة للصدمة النفسية
- 11- علاقة الصدمة النفسية بالإدمان

1- تطور مفهوم الصدمة النفسية :

إنّ تطور مفهوم الصدمة النفسية له جذوره العميقة منذ العصور الأولى، و لعل ما يدل على هذا الكلام ما نجده في القصص الأسطورية القديمة و ما توضحه الأسطورة الأفلاطونية التي تحدثت عن الجندي ER، و الذي كاد أن يموت في أحد المعارك فقد بقي في ساحة المعركة و هو قريب من الموت و بعد أيام استيقظ ليحكي أن موته كان بسبب اصطفائه من طرف الآلهة ليعود للحياة من أجل أن يكون شاهدا على العالم الآخر، هذه التجربة الصدمية تسببت له في ظهور الهذيان .

قصة أخرى ذكرها " هيرودوت " (Herodote) والتي تروي أنّ جندي اسمه ابيلولوس (Epizelos)، والذي أصبح أعمى خلال المعركة الكبرى للماراتون، و هذا بعد أن رأى خيال رجال أحد الأعداء المسلحين و الذي مر بقربه ليتجه نحو صديقه والذي نبهه وكاستجابة لهذا المشهد الصدمي أصبح ابيلولوس أعمى طوال حياته، هذا التحويل الهستيرى الناتج عن انفعال شديد، فالعضو المصاب هنا هو العينين و فقدان البصر يدل على أن هذا الجندي رفض أن يرى الموت أمامه .

أما " أبو قراط " (Hippocrate) فقد تكلم عن أحلامه التي يرى فيها أشخاص مسلحين يحاربون، و يرى نفسه يحارب كذلك، ليستيقظ و هو في حالة ذعر، نرى هنا أحلام ذات دلالة صدمية .

أما في العصور الوسطى فقد تواصل ذكر الصدمات النفسية في القصص و القصائد و الأغاني، كما نجدها في أغاني Rolend، أما في القرن الرابع عشر و الذي تميز بالحروب الدينية، نذكر حالة الملك شارلز بعد مذبحة سانت برتلاين، الذي أصبح يُظهر أعراض صدمية كالهلاوس و الكوابيس المتكررة من إعادة المشاهد .

أما في القرن 18 فقد ظهرت أعراض ما يسمى بالحنين (La Nostalgie) عند الجنود الأوروبيين و الذين يجبرون على هجر أسرهم من أجل الذهاب إلى القتال، و لكن في ذلك الوقت كانوا يُمنعون من التكلم عن مرضهم، بحيث خلال هذا القرن أصبح لمفهوم الصدمة أهمية علمية، وهذا ما نراه عند Pinel بينال سنة 1809 و الذي قام بوضع وصف عيادي للعديد من الحالات التي تعاني نفسيا بعد تعرضها لصدمة انفعالية مرتبطة بأحداث الحروب ، أين عرض 04 فئات إكلينيكية و هي كالتالي :

- العصاب التنفسي La névrose respiratoire.
- العصاب الدوري Lanévrose de la circulation.
- الهوس و السوداوية Manie et Mélancolie .
- البلادة L'i diosme idiotie .

أما جراحو الجيش النابليوني فقد أطلقوا ما يسمى (vent du boule) (الريح على الكرة) على حالات الذهول التي يظهرها المحاربون، و في أواسط القرن 19 و التي عرفت حروب دامية كمعركة سوفيرينو والتي وصف "هنري دينوت" (D.Henry) جراحها جنودهم على أنّ وجوههم كانت شاحبة وتظهر عليهم حالة من الذهول و الارتعاش، ليتوالى بعد ذلك الاهتمام أكثر بأعراض ما بعد الصدمة فلقد وجد كل من (Mandez Daeosta) و (SilasWier Miche) أنّ الشخص يُظهر تناذر هستيري ما بعد انفعالي و الذي يرافقه فيما بعد اضطراب عصبي إعاشي للضغط الناتج عن الحرب، و بدوره قام "ميشال" (Michelle) في سنة 1942 بفتح مستشفى يضم 400 سرير من اجل التكفل بالمضطربين نفسيا أين كان معظمهم يعاني من تناذر ما بعد الصدمة مع ازيمات ذات طابع هستيري.

(Chorf.M&Mezhoud.N ,2006 ,P22).

أما في منتصف القرن 19 فقد عرف مفهوم الصدمة اهتمام أكبر، فتسمية العصاب الصدمي ترجع إلى الطبيب العقلي الألماني "هارمان أبنهايم" (HermaneOppenheim)(1884)، و هذا نتيجة لدراسة 42 حالة تعاني من عصاب نتيجة لحوادث العمل خاصة حوادث السكك الحديدية، في هذه الفترة تكلم ابنهايم على هذه باسم "Sidérodromophobie" ليمتد هذا التيار إلى كل أوروبا و أمريكا، لنجد في فرنسا "ديشاسن" "Duchesne"، و في بريطانيا " إريكسون " "Erichse" و في أمريكا "بنتام و والتون " " Pultnam et Waltan"، وفي سنة 1889 "بيارجاني" كان أول من عرّف الصدمة النفسية على أنّها "مثيرات مرتبطة بحدث عنيف، و الذي يضرب النفسية و يخرقها و يبقى فيها كجسم غريب، هذا الأخير الذي يسبب فيها بعض الإختلالات في الوعي، إنّ الحدوث المفاجئ لهذا الحدث الذي سمّاه جاني ب: **الفكرة الثابتة** يبقى في ما قبل الشعور و يتجاهل الشعور و ينتج نفسية و نفسوحركية آلية و غير آلية و غير مكيفة كالهلاوس و الكوابيس، الفزع، بينما يستمر ما بقي من الشعور في إرصان أفكار وأفعال مكيفة". (Crocq.L,2007,P7).

أما "كلاين كرابلين" (Kraeplin) (1890) وصف عصاب الذعر الذي يشبه كثيرا العصاب الصدمي غير أنّه ليس من الضروري أن يكون المصاب بهذا المرض هو من تعرض للحدث، و لكن يمكن أن يكون من شاهد الحادث، أما "شاركو" (Charcot)(1889) فقد أكد أنّ الهستيريا الذكورية أصلها يرجع إلى مصدر صدمي. (Chorf.M et Mzhoud.N, 2006,p22).

و في النصف الأوّل من القرن 20، كان المحللون النفسيون هم الذين تقدموا في هذه الأعمال حول الصدمة النفسية و مفهوم العصاب الصدمي، أمثال "أبراهام" (Abraham) و "فرنزي" (Ferenezi) خلال الحرب العالمية الأولى ، و "فرويد" (Freud) بين الحربيين، فأبراهام و فرنزي هما أول من تحدثا عن الجرح النرجسي

الذي تُسببه الصدمة، أما فرويد فقد أعطى نظرة اقتصادية من أجل تشبيهه ما سمّاه بـ: "الاختراق الصدمي" "Effraction traumatique".

أما بعد حرب الفيتنام بعشر سنوات، أطلق الأطباء الأمريكيون تسمية جديدة و هي الضغط ما بعد الصدمة traumatic-stress-desorder post ليأخذ مفهوم الضغط مكان العُصاب.

بعد هذه الجولة و التي حاولنا فيها إبراز أهم المنعطفات التي مرّ بها مفهوم الصدمة ،يبدو لنا أنّ تطور هذا المفهوم بدأ لصيقا بالحروب التي تزامنت مع تطور الإنسان و رغبتة في التوسع الجغرافي و الهيمنة تحت شعار "البقاء للأقوى"، و مع سعي الإنسان للتقدم في جميع المجالات و ما كُبح عنها نتيجة صراعات سياسية و اجتماعية و علمية و التي أدّت إلى تنوع و تواتر الأحداث الصادمة، و هذا ما فسّر الاهتمام الكبير بمجال الصدمة الذي يمكن اعتباره مجال خصب للبحث العلمي (Chorfi.M e Mezhoud.N,2006,p2).

2- مفاهيم حول الصدمة النفسية:

2-1- تعريف الصدمة النفسية:

هو مصطلح مشتق من الكلمة اليونانية "trauma" و التي تعني الجرح فهو مرضي pathologie.

و يعرفه فرويد (S.Freud) في كتابه "ما وراء اللذة " "Au dela du plaisir" على أنّه:

(toutes excitations externes assez fortes pour faire effraction dans la vie psychique du sujet...)

(كل إستثارات خارجية قوية كفاية لإحداث كسر في الحياة النفسية للفرد...)

بحيث يحتل مفهوم الصدمة النفسية مكانة جوهرية في نظرية التحليل النفسي ،حيث ظهر هذا المصطلح منذ البداية في أعمال فرويد في كتاب "دراسات حول الهستيريا حيث ميّز بين الصدمة (trauma) التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عن الشخص بسبب حادث ما، و بين الصدمة النفسية (traumatisme) و التي تشير إلى الحادث الخارجي الذي يصيب الشخص.(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، 2002، ص62).

أما لويس كروك "Louis Crocq" فيعرفها على أنّها "ظاهرة اختراق للنفسية أو الكلية النفسية و فيض الدفاعات عن طريق مثيرات عنيفة تابعة لحدث عدواني أو مهدد للحياة أو الكلية النفسية و الجسدية للفرد و الذي يتعرض لهذا الحدث بصفة ضحية، مُشاهد أو فاعل. (Crocq.L,2007,p7).

2-2- Evènement traumatique: الحدث الصدمي

هو ظاهرة خارجة عن العادة غير متوقعة أو هي موعد غير محقق مع الموت. نلاحظ هنا أنّ الحدث الصدمي يتميز بالفجائية و التهديد بالموت .

2-3- Trauma: الصدمة

هي السيرورة التي تحدث داخل الجهاز النفسي وليس الحدث الذي يؤدي إلى الصدمة، هذه السيرورة يُشبهها فرويد بكيفية تعرض صاد -الإثارة لإثارات خارجية، حيث صاد-الإثارة لا يسمح إلا بمرور إثارات ذات كمية مناسبة، فإذا ما تلقى صاد-الإثارة إثارة قوية و طويلة فتحدث الصدمة و هنا تكون مهمة الجهاز النفسي هي تحريك كل القوى المتوفرة من أجل تأسيس استثمارات مضادة تسمح بالثبوت الفوري للكميات المتدفقة و كذلك السماح بإعادة تأسيس الظروف التي تسمح بتوظيف مبدأ اللذة.(S.Freud,1920,p45).

2-4- stress: الضغط

هي كلمة إنجليزية تعني سلوك مُعدّن تحت الخضوع إلى قوة ضغط، تبنّى سيلبي(Selye) هذا المصطلح سنة(1950) للدلالة على ما يسمى ب: " التناذر العام للتكيف" أو الاستجابات الفيزيولوجية للعضوية أمام اعتداء مهما كانت طبيعة هذا الاعتداء ، فالضغط عند سيلبي " هو استجابة لإثارة فيزيولوجية و نشاط هرموني" .(Swendsen.J,Graziani.P,2005,p23).

أما "كروك" فيعرفه على أنّه "استجابة انعكاسية عصبو-بيولوجية ، فيزيولوجية و نفسية لإنذار تجنيد ودفاع الفرد في مواجهة اعتداء، تهديد أو وضعية طارئة "

إذاً حسب ما تقدم يمكن أن نعرّف الضغط على أنّه استجابة تسمح بالتحكم في الانفعالات عن طريق إنذار الشخص و منحه فرصة المواجهة ضد حالة التهديد والخطر .

2-5- Névrose traumatique: العصاب الصدمي

هذا المصطلح أُستخدم لأول مرة من طرف المدرسة الفرنسية من أجل تمييز الآثار الباقية بعد التعرض للصدمة النفسية ، و خاصة حوادث العمل و لكن سرعان ما استبدل هذا المصطلح من طرف الأطباء النفسيين الأمريكيين بمصطلح حالة "الضغط ما بعد الصدمة، غير أنّ الكثير من العياديين الفرنسيين لا يزالون يفضلون استخدام مصطلح "العصاب الصدمي" لأنهم يعتبرون أنّ مصطلح حالة "الضغط ما بعد الصدمة" لا يعكس ميزة الإزمان و الإستمرار، غير أنّ مصطلح "العصاب الصدمي" للدلالة على مجموعة الأعراض الناتجة عن

التعرض للصدمة يبقى مبهماً و غير كافٍ لأنه قد وُجدت حالات كثيرة لوجود الذهان الصدمي بعد التعرض للصدمة .

2-6- حالة الضغط ما بعد الصدمة: Etat de stress post traumatique

أُستخدم مفهوم الضغط ما بعد الصدمة من طرف الأطباء النفسيين الأمريكيين، ظهر سنة (1980) في DSM-3، هذه الوحدة العيادية جاءت لتأخذ مكان "العصاب الصدمي"، أين تظهر مقارنة بيو- فيزيولوجية عوضاً عن مقارنة نفسو- مرضية، فسيلبي (Selye) سنة 1950 تبنى مصطلح الضغط للدلالة على الاستجابة غير المحدودة و التي يعطيها الجسم لكل طلب يقوم بتحقيقه. (Swendsen.J,Graziani.P,2005,p4).

إذا حسب هذا التعريف التناذر العام للتكيف يضع العضوية في حالة دفاع فإذا حصل تجاوز في هذه الاستجابة يحصل هناك كدر أين تصبح الاستجابة نفسها ضارة، فإذا لم تستطع هذه الاستجابة المكيفة للمثير الخارجي امتصاص الصدمة آلياً يحدث فشل و هنا يتجاوز الضغط الذي يثير حالة من الضرر و التي تتطور إلى حالة مرضية مع جدول عيادي خاص يسمى بحالة الضغط ما بعد الصدمة.

2-7- حالة الضغط الحاد: Etat de stress aigu

تنتج هذه الحالة بعد تعرض الشخص إلى حادث مهدد بالموت أو الرعب أو عندما يكون الشخص شاهد على هذه الحوادث.

إنّ استجابات الضغط الحاد تتضمن أعراض تميز الحالة الفصامية "حالة ذاتية للذعر، غياب التنشيط الانفعالي، اختزال الوعي بالمحيط، انطباع هذيان، انطباع انفصام الشخصية، فقدان الذاكرة القصمي، مع مدة أقصاها شهر" هذه الأعراض تظهر مباشرة بعد التعرض للحادث، إنّ حالة الضغط الحاد تعتبر مؤشر لتطور لحالة الضغط ما بعد الصدمة. (Rosemarie.B, 2008,p37).

إنّ تداخل أعراض الضغط الحاد مع أعراض الضغط ما بعد الصدمة قد يطرح شك هنا في اعتباره مؤشر لتطور الضغط ما بعد الصدمة، لذلك يبقى هذا المفهوم على حدائته يطرح العديد من التساؤلات و الأبحاث العلمية .

2-8- التناذر الصدمي : Syndrome traumatique

هو ما يعرف بالعصاب الصدمي و حالة الضغط ما بعد الصدمة، هو مجموعة من العلامات التي تُجمع لتحديد طبيعة المرض.

2-9- التناذر النفسو-صدمي المزمن: Syndrome psycho-traumatique chronique:

هو تطور للاستجابات المرضية بحيث تصبح مزمنة. يفضل العياديون استخدام هذا المصطلح عوض ضغط ما بعد الصدمة ، و العصاب الصدمي ، و هذا لأنّ الضغط لا يدل على الإزمان ، كما أنّ العديد من الحالات العيادية لا ترجع إلى عصاب صدمي و حتى لا يقع خلط بين الصدمة النفسية والضغط. (Chorfi.M et Mezhoud.N,2006,p41)

و لعل هذا يرجع إلى حالات الذهان التي سُجلت في العيادات بعد التعرض للصدمة النفسية و خاصة في الحروب، إنّ ظهور الذهان الصدمي طرح إشكالية في تبني التسميات و دفع العديد من العياديين إلى التخلي عن تسمية العصاب الصدمي و تفضيل تسمية التناذر النفسو- صدمي المزمن .

إنّ ما يمكن استنتاجه من خلال عرض المفاهيم السابقة أنّ ارتباطها بعلم الصدمة النفسية لا يزال غير مضبوط، حيث يوجد هناك خلط في استخدام المصطلحات كما هو الحال بالنسبة لمصطلحي الصدمة والصدمة النفسية، و استخدام العديد من التسميات للدلالة على الأعراض الناتجة عن الصدمة النفسية "العصاب الصدمي، حالة الضغط ما بعد الصدمة ،التناذر النفسو- صدمي المزمن "، و لعل هذا يرجع إلى التوجه العلمي و النظري، فدو الاتجاه التحليلي يفضلون استخدام تسمية "العصاب الصدمي"، أما ذوو الاتجاه السيكاتري (الطب العقلي) النوزوغرافي(علم النفس) فهم يفضلون تسمية "حالة الضغط ما بعد الصدمة"، أما الحياديون فيفضلون تسمية " التناذر النفسو- صدمي المزمن".

3-أنواع الحدث الصدمي :

3-1- الأحداث الصدمية الفردية والجماعية:

3-1-1 الأحداث الصدمية الفردية : ونذكر منها :

- الحوادث: كحوادث السير أو الحريق.
- الاعتداءات الجسدية : السرقة ، الاختطاف ، الاغتصاب ، العنف الأسري ، التعذيب ، الاستغلال الجنسي .
- الاعتداءات الأخلاقية : التهديدات المتعلقة بالشخص أو بأقاربه ، الإصابات الجسدية أو النفسية التي تهدد الأقارب.

إن هذه الصدمات الفردية قد تنتج ضمن وضعيات لصدّات جماعية كالعرض للاعتداء الجنسي في حالة الحرب .

2-1-3 الأحداث الصدمية الجماعية :

- الحوادث : كالانفجار ، الحرائق ، حوادث العمل .
- الاعتداءات الجسدية : الحروب والاستيلاء على الأملاك .
- الاعتداءات الجسدية الأخلاقية : التعذيب الجماعي والمحرقات .

2-3-2 الأحداث الصدمية الراجعة للطبيعة أو الإنسان :

3-2-1- الأحداث الصدمية الراجعة للطبيعة : وهي عديدة نذكر منها :

الكوارث الطبيعية كالفيضانات و الزلازل ، وحرائق الغابات ، العواصف ، المجاعة ...

3-2-2- الأحداث الصدمية الراجعة للإنسان :

- * قد تكون مقصودة كالعرض لسوء المعاملة ، أو الاعتداءات والحروب أو قد تكون عارضة .
- * وقد يكون الشخص الذي يقوم بالاعتداء احد أعضاء العائلة في حالات سوء المعاملة ، زنا المحارم،والعنف الأسري أو قد يكون معروف لدى الضحية أو غريب عنها .

4- أنواع الصدمة النفسية :

أظهرت الأبحاث الحديثة أن الحدث الصدمي لا يلحق الضرر بالشخص الذي تعرض له بطريقة مباشرة فقط، بل يتجاوز ذلك إلى سلسلة من الأشخاص الذين تربطهم به علاقة قرابة أو صداقة ، و كذلك الأشخاص الذين قاموا بعملية التدخل من اجل تقديم المساعدة ، في سنوات الثمانينات ظهر في أوروبا الشمالية اهتمام جديد بالخطر النفسي الجزئي الناتج عن ح ع 2، وهذا الوضع أدى إلى ظهور العديد من الدراسات و وضع العديد من النظريات و الخطط العلاجية للضحايا و أقاربهم حيث وجد أنهم في حالة الضغط من بعد الصدمة رغم أنهم لم يتعرضوا لحادث صدمي لكنهم يعانون بطريقة غير مباشرة بسبب الجو العائلي وبسبب معاشتهم لمعاناة الضحية . (crocq .M et Lebigot .F, 2001 , page 88)

وقد أشار " Serniclaes " سنة 2000 بأنّ نوع الصدمة النفسية يقاس بدرجة التعرض للحدث الصدمي

فإما أن تكون مباشرة و إما غير مباشرة :

تشمل الصدمة المباشرة الأشخاص الذين تعرضوا للحدث الصدمي وجها لوجه ، وهم الضحايا من الدرجة الأولى ، أما الصدمة غير المباشرة وتعرف أيضا بالصدمة الثانوية فتخص الأشخاص الذين تربطهم علاقة قرابة أو صداقة بالشخص المتعرض للحدث مباشرة وهم ضحايا من الدرجة الثانية . هناك العديد من التصنيفات التي حاول العلماء وضعها من اجل تحديد نوع الصدمة على حسب مدة وشدة الحدث الصدمي أو على حسب موقع المصدوم نذكر من بينها مايلي :

4-1-1- التصنيف الأول : قام به " سنورتار " صنف الصدمة إلى :

4-1-1- النوع الأول : التعرض لحدث صدمي منفرد له نهاية واضحة أين يكون العامل المولد للتوتر حاد وغير فاحش ، و هذا ما ينطبق على الكوارث الطبيعية أو حالات الاعتداء أو الحرائق .

4-1-2 النوع الثاني : يتكرر التعرض للحدث الصدمي ويكون احتمال التعرض له خلال فترة طويلة من الزمن أين يكون هناك العامل المولد لتوتر مزمن وفاحش ، وهذا ما يكون في حالات العنف الأسري،الاستغلال الجنسي، أحداث الحرب.

4-1-3 النوع الثالث : لقد أضاف كل من " Heid et Solomon " نوع ثالث للنوعين الأولين، ويتمثل في التعرض لأحداث صدمية متعددة وليس لحدث واحد فقط وهذا خلال فترة زمنية طويلة أين يكون العامل المولد لتوتر مزمن وفاحش ، وهذا في حالات التعذيب والاستغلال الجنسيإلخ .

4-2-1- التصنيف الثاني : قام به "جوديت هارمن" " Judith Hermann " حيث قسم الصدمة إلى :

4-2-1- الصدمة البسيطة : وهي تشبه الصدمة من النوع الأول الذي اقترحه تار.

4-2-2- الصدمة المعقدة : وهي الصدمة الناتجة عن التعرض لحدث صدمي خلال فترة زمنية طويلة تكون فيها الضحية غير قادرة على الفرار أو تجنب الأفعال الصادمة كما في حالات التعذيب والاستغلال الجنسي .

4-3- التصنيف الثالث :

يقسم هذا التصنيف لصدمة مباشرة وغير مباشرة حسب موقع الشخص المصدوم من الحدث الصدمي:

4-3-1-الصدمة النفسية المباشرة : أن يكون المصدوم تعرض شخصيا للحدث الصدمي أو كان شاهدا عليه.

4-3-2-الصدمة النفسية غير المباشرة : أن تكون الصدمة ناتجة عن التعرض للأشخاص المصدومين كحالات التدخل وتقديم المساعدات والعلاج للأشخاص المصدومين، مهما اختلفت أنواع الصدمة فهي جميعها تشترك في وجود عاملين وهما الحدث الصدمي بخصائصه والضحية. (Chorfi. M et Tezhoud . N,2006, p3)

5- عيادية الصدمة النفسية :

5-1- آلية حدوث الصدمة على مستوى الأنا :

يعرف الأنا على انه ركن يؤمن العلاقة مع العالم الخارجي والأجزاء الأسطورية للنفس، هذه العلاقة تهدف للبحث عن التوازن بين الضغط الداخلي والضغط الخارجي و بالتالي هو ركن من الدفاع و الإشباع. للدفاع لأنه في الحقيقة جزء من الـ (le ça) حيث يمكنه من إشباع رغباته تحت أنماط مباشرة وغير مباشرة، وبالتالي يحقق مبدأ اللذة ، مع مراعاة مبدأ الواقع .

هذا الوصف يعكس حقيقة النفس كنظام في الحالة العادية لكن عندما يتعلق الأمر بحدث غير عادي عنيف وغير متوقع أو بقوة تتجاوز بكثير قدرات المقاومة للفرد، فان نتائجها و تأثيراتها على البنية النفسية تختلف .

تحدث الصدمة نتيجة للقاء غير متوقع بين حادث عنيف وبين الأنا في لحظة ضعف فتسبب أضرار معتبرة على الجانب الاقتصادي والطاقوي له، وهذا ما يتسبب في افتقار مصدره للطاقة لان الصدمة كجسم خارجي يمتص كل الطاقة النفسية.

هذه العملية تنتج توقف كل الاستثمارات الليبيدية للانا على مختلف المواضيع التي وجد فيها توافق مع الأركان الأخرى خاصة مع الـ هو ، وبالمقابل فان الصدمة النفسية تعرض حقيقة نفسية جديدة وقانونا يتصف بالاستعجال والتميز ، وهذا يتطلب كمية كبيرة من الطاقة لتسييره .

وفي هذه الوضعية لا يملك الأنا أي إستراتيجية دفاعية للمواجهة كما اعتاد عمل ذلك في الحداد،القلق،الإحباط والفقدان اين يصل إلى إيجاد إستراتيجية فعالة بأقل تكلفة ممكنة بعد تأمين استمرار الحياة النفسية بصفة جزئية وحياة الفرد بصفة عامة . (Chorfi ,2006 ,page 38) .

5-2- الصدمة النفسية والآليات الدفاعية :

إن الحياة النفسية مبنية على التضاد القائم بين الاتجاه نحو تفريغ الطاقة النزوية والقوى التي تمنع ذلك، هذه الديناميكية يترأسها الأنا من أجل تسيير هذه الشحنات الطاقوية مستخدماً في ذلك ميكانيزمات دفاعية تعمل على تجنب الألم والقلق وتحقيق الإشباع المباشر وغير المباشر ، وإلغاء كل توتر وأخذ بعين الاعتبار الواقع ، ولكن الأنا قد يجد نفسه في وضعيات يعجز فيها عن تسيير هذه الدفاعات والوصول بها إلى هذه المكاسب ، وهنا يتعلق الأمر بتعرض الجهاز النفسي إلى حدث صدمي مفاجئ وعنيف يجد الأنا نفسه في حالة تأهب من أجل إعادة التوازن النفسي ، ولكن يعجز عن تحويل الطاقة الهائلة الناتجة عن الحدث الصدمي إلى محتويات نفسية مستثمرة ، وهذا ما يجعل الأنا يلجأ إلى الميكانيزمات الدفاعية الأولية وهي : النكوص *Régression* ، الانشطار *le clivage* ، والإنكار *le déni* .

5-2-1- النكوص *Régression* :

وهو نتيجة لفشل كل محاولات إدماج العالم الخارجي ، أين يأخذ المصدوم موقف سلبي وفي هذا السياق يقول " Otto Fenichel " تتبنى الأعصاب الصدمية أحيانا موقف يتميز بالمتعية والكدر السلبي *Détresse passive* وتظهر بعض الخصائص المتعلقة بالمرحلة الفمية ، يتعلق الأمر بنكوص نحو الأشكال البدائية السلبية المتبقية " . (Chorfi. M et Tezhoud. N , 2006 , p37).

إن توظيف هذه الآلية يمكن من التخلص من حالة الاستثارة الناتجة عن الحدث الصدمي ويكون هذا مرفوقاً بمعاناة مؤلمة من قلق عميق مشابه بقلق الموت الحقيقي مع الإحساس بالتجزئة .

تدفع الصدمة الأنا للبحث عن انطلاق جديد لإيجاد التوازن المفقود وهذا ما يجعل النكوص كلي نحو مراحل بعيدة جداً ، أثناء هذه العملية يمكن أن يحدث التقاء مع مراحل حدث فيها الكبت ويمكن أن تنشط من جديد ، هذا التداخل يعطي نموذج توظيف مستعد للدخول في الخدمة حيث أن تشغيل هذه الآلية يفتح الباب أمام الآليات الأخرى. (المرجع السابق ، ص 40) .

5-2-2- الانشطار *Le Clivage* : وهو ميكانيزم دفاعي أولي يميز بصفة أساسية التنظيمات الذهانية حيث يقسم الأنا إلى جزأين وكل جزء يكمل الآخر ، وأثناء الصدمة جزء من الأنا يبقى في اتصال مع الواقع مع معاناة شديدة ، والجزء الآخر يعاني دون أن يعلم لأنه تحت تأثير نزوات منفصلة متأثرة بالحدث الذي خرب التنظيم الأساسية وغير العلاقة مع الواقع ، وهذا يعني عيادياً أن الجزء الواعي الذي يعاني هو مصدر الشعور بالذنب وعدم تقدير الذات والجزء الثاني اللاواعي هو مصدر إنتاج حالات ذهانية مصحوبة بهذيانات وهلوسات أين يكون محتوى هذه الهذيانات والهلوسات الموضوع الصدمي ، وهذا يظهر في إعادة معايشة الحدث الصدمي

كأنه حدث في الوقت الحالي ، فالانشطار يقوم بتعديل الواقع الزمني والمكاني محدثا توقف الوقت عند حدوث الحدث الصدمي . (Santé plus : 1998 N :63, p24).

5-2-3- الإنكار Le Déni : ويتعلق الأمر بإنكار الحدث الصدمي وإنكار كل ماله معنى وقيمة ، وهذا ما يعتبره كروك من أن الصدمة ليست فقط اختراق وغزو وانحلال الوعي ولكن هي أيضا إنكار لكل قيمة وخاصة هي إدراك للعدم .

إن هذه الميكانيزمات البدائية وفي أولها النكوص إلى المراحل الأولى ، وهي مراحل اللاتمايز أين يكون الإرصان النفسي في بدايته ، تظهر دلالاته عند المصدوم في فقدانه للغة والكلام عند تعرضه للحدث الصدمي وكذلك ما يصحبه من بكاء وبعض التوترات الحركية التي يقوم بها الرضيع أين يكون الأنا لم يتميز بعد مع الهو ولم يفرق بين ما هو خارجي وما هو داخلي ، إن هذه السيرورات الأولية التي يصنف من خلالها الأنا تتحول إلى أعراض مرضية تؤدي إلى اضطراب وخلل (حب الله ، 2006 ، 179) .

6- عيادة العصاب الصدمي :

كما رأينا فالعصاب الصدمي هو تسمية يطلقها ذوو التوجه التحليلي على مجموعة الاعراض التي تظهر كنتيجة للتعرض للحدث الصدمي ، فهو حسب "كروك" عبارة عن حالات عصبية منظمة ومستمرة تتسبب بها صدمة نفسية ، هذه العصابات تتميز بتناذر واسم لمرض ما .(حب الله ، 2006 ، ص 179) .

نتطرق الآن إلى هذه الأعراض ولكن بعد التعرف على أسبابه :

6-1- أسباب العصاب الصدمي :

يعود السبب الرئيسي لظهور العصاب الصدمي إلى :

6-1-1- الظهور المفاجئ للصدمة : إن ظهور العصاب الصدمي يكون نتيجة للتعرض لحدث قوي وغير متوقع يعرض الشخص في كليته الجسدية والنفسية للخطر كما قد يظهر عند الأشخاص الذين شاهدوا هذا الحدث الصدمي الذي قد يكون كما قلنا سابقا عبارة عن زلزال أو حوادث المرور... الخ .

6-1-2- التكوين النفسي وقوة الحدث الصدمي : بعد التعرض للحدث الصدمي تظهر بعض الأعراض التي قد تتطور من استجابات عادية لوقف أو حدث صادم إلى أعراض مرضية ، وهذا حسب التكوين النفسي للشخص وقوة الحدث الصدمي فيظهر هنا الحصر الذي ينقسم إلى :

- الضغط العادي Stress Normal : وهو عبارة عن استجابة ترافقية في اتجاه وضعية خطيرة .
- الضغط المتجاوز Stress Dépassé : ويكون مصاحب بحركات غير منظمة وغير إرادية .
- الضغط المرضي Stress Pathologique : ويكون مصاحب بعدوانية ، هذياناات وتحويلات جسدية .

6-2- فترة الكمون :

وهي الفترة التي تتبع الصدمة النفسية عادة تحدد الفترة بعد أيام ، كما قد تطول وتمتد إلى أشهر أو قد تكون بضعة ساعات ، يكون الشخص عادي ولكن تظهر عليه بعض الأعراض ، كالانطواء على الذات إحساس بأنه غير مفهوم .

6-3- الأعراض :

بعد فترة الكمون تظهر بعض الأعراض والتي يمكن أن نقسمها إلى أعراض محددة وغير محددة Non Spécifiques et Spécifiques .

6-3-1- الأعراض المحددة Symptômes Spécifiques :

تظم أهم عرضين يرجع إليهما تشخيص العصاب الصدمي .

- تناذر التكرار : عبارة عن ذكريات متكررة خاصة بالحدث الصدمي ، أحلام ، كوابيس متكررة ، وازمات انفعالية ، الحاجة الى التحدث عن الصدمة وخاصة الكوابيس المتعلقة بها يعايش هذا التكرار مع قلق حاد مصاحب بشحوب الوجه ، عرق ، خفقان القلب إلخ .

وفي بعض الأحيان تأخذ إعادة معايشة الصدمة طابع الهلوس تحت شكل تغذية رجعية ، كما يظهر دائما مصاحب لمتلازمة أو تناذر التكرار ويظهر الفزع هذا بعد الاستيقاظ من الكابوس .

- تناذر التجنب : تظهر على المصدوم عدة سلوكيات تجنبية كمحاولة تجنب كل ما له علاقة أو ما يمكن ان يذكره بالصدمة كالأفكار ، المحادثات ، الأفلام وتجنب الأشخاص والأماكن التي يمكن أن تحيي ذكريات الصدمة النفسية .

6-3-2- الأعراض غير المحددة Les Symptômes Non Spécifiques :

هذه الأعراض ليست خاصة بالعصاب الصدمي فقط بل يمكن أن نجدها في جداول إكلينيكية لاضطرابات أخرى نذكر منها :

- الاضطرابات النفسو-جسدية : كالأم الرأس و الإمساك ، كما يمكن ان يظهر توهم المرض ، الربو ، السكر
- القلق : يبدو هنا القلق مقارب للجدول الاكلينيكي للقلق العام .
- العلامات الاكتئابية : العياء ، الانطواء على الذات ، صعوبة في التركيز ، قلق ، غضب .
- اضطرابات في الطبع : بكاء شديد ، هيجان حركي ، أزمات عدوانية ، غضب شديد سلوكيات انتحارية ، شره مرضي ، تشرد ، انحرافات سلوكية ، تؤدي هذه الاضطرابات في الطبع إلى اضطرابات سلوكية .
- الاضطرابات السلوكية : تظهر خاصة في الإدمان على الكحول والمخدرات وما قد ينتج عنه من انعزال عن المجتمع ومحاولات الانتحار وفي بعض الأحيان قد يؤدي إلى الموت كما تظهر اضطرابات في سلوك التغذية والسلوك الجنسي (lebigot. F, 2006, P29)

4-6 - تطور العصاب الصدمي :

يمكن أن يظهر تحسن تلقائي ولكن حدوثه نادر اذا طالت مدة بقاء تناذر التكرار لتصل بين 3 إلى 4 أشهر هنا يصبح العصاب الصدمي مزمن ، وعادة ما يخف ظهور بعض الأعراض منها الكوابيس وإعادة معايشة الحدث الصدمي في النهار ولكن هناك تطور في الأعراض غير المحددة وقد يصاحب هذا التطور في العصاب الصدمي الإدمان على الكحول والمخدرات والأدوية .

7- عيادة حالة الضغط ما بعد الصدمة Etat de Stress poste traumatique :

إن بتجاوز الاستجابة يتجاوز الضغط الذي يثير حالة من الضرر التي تتطور إلى حالة مرضية حادة مع جدول اكلينيكي خاص تحت تسمية الضغط ما بعد الصدمة والتي يصنفها الكتيب التشخيصي للاضطرابات العقلية حسب المعالم التالية :

7-1- معالم تصنيف اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة حسب DSM – TR

يصنف هذا اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة حسب 4 معالم هي A و B و C و D تتميز هذه المعالم بالإعراض التالية :

(A)- تعرض الشخص لحادث صدمي أين يتوفر العنصرين التاليين :

1- أن يكون الشخص الذي عاش الحدث الصدمي شاهد أو واجه حدث أو مجموعة أحداث مات خلالها أشخاص ، اصبوا بجروح خطيرة أو كانوا مهددين بالموت أو بإصابة خطيرة أو كان هو أو غيره في حالة تهديد .

2- ردة فعل الشخص اتجاه الحادث تتميز بالخوف الشديد ، شعور بالعجز أو الرعب .

(B). إعادة معايشة الحدث الصدمي عن طريق إحدى الطرق التالية :

1. ذكريات متكررة تجلب الشعور بالكدر ومرتبطة بصور أفكار أو إدراكات حول الحدث الصدمي .

2. أحلام متكررة متعلقة بالحدث الصدمي والتي تجلب إحساس بالكدر .

3. انطباع مفاجئ بعودة حدوث الحدث الصدمي (الشعور بإعادة معايشة الحدث ، أو هام ، هلاوس ، تغذية رجعية للحدث).

4. شعور شديد بالكدر عند التعرض لمؤشرات داخلية أو خارجية تستدعي أو تتشابه مع خصائص الحدث الصدمي .

5. معاودة مظاهر الاضطراب الفيزيولوجي عند التعرض لإحداث ترمز للكارثة أو تذكر بها .

(C). التأكيد على تجنب مثيرات مرتبطة بالحدث الصدمي يحدد وجود هذا العرض توفر ثلاثة مظاهر على الأقل من المظاهر التالية :

1. بذل جهد من اجل تجنب الأفكار والمشاعر المتعلقة بالحدث الصدمي .

2. عدم القدرة على تذكر مظهر هام للصدمة .

3. انخفاض الاهتمام أو المشاركة في نشاطات مهمة بالنسبة للشخص .

4. الشعور بالانفصام أو الشعور بالغرابة أمام الآخرين .

5. ضيق الأفق العاطفي وعدم القدرة على امتلاك مشاعر الحب .

6. الإحساس والاعتقاد بعدم القدرة على تحقيق المستقبل أو الزواج أو إنجاب الأطفال .

(D). ظهور اضطرابات عصبو اعاشية ، ويحدد هذا وجود ثلاثة مظاهر من المظاهر التالية :

1. صعوبات في النوم أو المحافظة على استمرارية النوم .
2. سرعة الاستثارة والغضب .
3. صعوبات في التركيز .
4. استجابة اليقظة المبالغ فيها .
5. الحذر والفرع المبالغ فيه .

(E). يختص هذا المعلم بتشخيص حالة الضغط ما بعد الصدمة فيكون هناك اضطراب إذا توفر كل من المعالم B,C,D بعد أكثر من شهر من مرور الحدث الصدمي .

(F). اضطراب مع معاناة أو تدهور في الوظائف الاجتماعية والمهنية أو في ميادين أخرى مهمة .

يكون تحديد نوع حالة الضغط ما بعد الصدمة هنا تابعا لمدة استمرارية الأعراض كما يلي :

حاد : إذا كانت مدة استمرارية الأعراض 3 أشهر .

مزمن : إذا كانت مدة استمرارية الأعراض أكثر من 3 أشهر .

مؤجل : إذا كانت المدة بين ظهور الأعراض ومرحلة الكمون أكثر من 6 أشهر .

يخضع هذا التصنيف إلى اشتراط توفر بعض الأعراض السابقة ، وهذا من اجل وضع التشخيص الفارقي لتشابه بعض الأعراض السابقة الذكر مع جداول إكلينيكية أخرى .

7-2- العوامل المهيئة لتطور حالة الضغط ما بعد الصدمة :

لقد وجد العديد من العياديين خلال ممارساتهم أن بعض العوامل التي تظهر عند الحالات والتي تعتبر

كعوامل مهيأة لتطور حالات الضغط ما بعد الصدمة وهي :

7-2-1- العوامل البيولوجية والجينية :

عامل الجنس : لقدت أكدت بعض الدراسات أن نسبة خطورة الإصابة بحالة الضغط ما بعد الصدمة عند النساء أكثر من عند الرجال ، فاحتمال تطور هذه الحالة يكون الضعف بالمقارنة بالرجال .

سوابق الاضطرابات السيكاثرية : إن اضطرابات الشخصية أو اضطرابات السلوك تحدث الضعف عند الشخص أين تكون مقاومته للتوتر الزائد ضعيفة ، فالشخص الذي لديه عدم استقرار انفعالي وميل قوي للانطواء يكون أكثر عرضة لتطور حالة الضغط ما بعد الصدمة لديه .

7-2-2 - السوابق السيكاثرية للاضطرابات العقلية :

إن إصابة احد الوالدين أو كلاهما باضطرابات عقلية تزيد من خطورة إصابة الطفل بحالة الحصر ما بعد الصدمة ، وهذا من الناحية البيولوجية ، وكذلك تؤثر في نموه بصفة عامة وهذه نتيجة بخصوصية الجو الوجداني والعلائقي الناتج عن هذه الاضطرابات والذي ينمو فيه الطفل .

7-2-3 - طبيعة الحدث الصدمي :

إن طبيعة الحدث الصدمي قد تكون عامل هام في تحديد إمكانية تطور حالة الضغط ما بعد الصدمة فلقد أكدت عدة بحوث أن 50% فقط من ضحايا الاغتصاب الجنسي يطورون حالة الضغط ما بعد الصدمة بينما يحدث هذا التطور عند 5% فقط ممن يتعرضون إلى حوادث طبيعية. (Kedia. M, 2008 , P48).

7-2-4 - عوامل أخرى :

يمكن أن ندرج تحت هذه العوامل كل من العامل الشخصي والاجتماعي والعائلي فعدم الاستقرار العائلي ووجودهم ونمط الحياة الضاغطة ، الإدمان على المخدرات والكحول والتعرض لأحداث صادمة في الطفولة .

أن هذه العوامل البيولوجية والسيكاثرية والاجتماعية والنفسية قد تكون منفردة أو قد تتجمع بعض العوامل أو كلها والتي تختلف في حدتها وبناءا على هذه المتغيرات في الحدة وتوافر العوامل تحدد حدة تطور حالة الضغط ما بعد الصدمة .

8 - عيادة التناذر الصدمي :

كما قلنا سابقا أن التناذر الصدمي هو مجموعة علامات تحدد طبيعة المرض ، وتقسم هذه العلامات حسب ظهورها عبر فترات تتميز كل فترة بميزات خاصة .

8-1- استجابات أنية: ترتبط هذه الاستجابات الآنية ب الضغط ، هنا ضغط متكيف أو ضغط متجاوز أين تكون مدة هذا الضغط قصيرة تتراوح بين دقائق إلى بضع ساعات ، ويكون مصاحبا ببعض المتغيرات كالرعب، الانهيار النرجسي ، الإحساس بعدم الأمن ، شحوب ، عرق، جفاف الحلق، تشنجات، ارتفاع معدل ضربات القلب، إحساس بالعجز، غياب الثقة في النفس، بطء الحركة، ارتعاش، صعوبة التحكم في حركات الجسد .

إن هذه الاستجابات متكيفة، أما المتجاوزة فهي تتميز بعدم الفاعلية وانخفاض في الطاقة الحية، وجود ذهول، هيجان غير متكيف ، الذعر وإمكانية الانتحار .

8-2- استجابات لاحقة : يمكن تمييزها عن التناذر النفسو صدمي المزمّن بمدة استمرارية هذه الاستجابات والتي تتراوح بين عدة أيام وبضع أسابيع .

8-3- التناذر النفسو صدمي المزمّن :

هو كما قلنا تطور للاستجابات السابقة أين تصبح مرضية مزمّنة.

لقد رأينا من خلال الاطلاع حول عيادة الصدمة النفسية ، التنوع الكبير للأعراض والاستجابات الناتجة عن الصدمة. رغم اختلاف تسمية مجموع هذه الأعراض من تيار إلى آخر ، فمن الضروري على الباحثين محاولة ضبط وتوحيد المفاهيم المتعلقة بهذا العلم القديم الجديد علم نفس الصدمة .

9- النماذج المفسرة للصدمة النفسية :

نتعرف الآن على أهم النماذج المفسرة للصدمة النفسية مركزين في ذلك على النماذج التحليلية .

9-1- النماذج التحليلية :

نعرض هنا بعض النماذج التحليلية التي حولت تفسيرها الصدمة :

9-1-1- النموذج الفرويدي (1892 - 1920):

لقد أسس "فرويد" نظرية حول الإغواء انطلاقا من دراساته حول الهستيريا ابن ارجع سبب الصدمة إلى تعرض الطفل إلى إغواء جنسي من طرف الراشد أين يكون الطفل غير ناضج سلبي وغير مهياً للمشهد الجنسي

، إن هذا المشهد الجنسي لا يأخذ معناه الجنسي إلا بعد التعرض عند البلوغ إلى حدث ثاني *Après Coups* يؤدي إلى إعادة إحياء الآثار الذكراوية لهذا المشهد الجنسي .

ولكن "فرويد" سرعان ما تخلى عن فكرة التعرض الحقيقي لمشهد الإغواء ففي أحد رسائله كتب فرويد " Je ne crois plus à ma neurotica " فلقد وجد أن بعض مشاهد الإغواء التي يذكرها المرضى ما هي إلا نتاج لتخيلاتهم . وما هي إلا هوامات لاشعورية ولديها نفس النتائج التي يعطيها الواقع النفسي (Pameccio, M, 2002, P157).

إن مفهوم الصدمة عند فرويد لم يتبلور فعلا إلا من خلال دراسته لعصاب الحرب أين أسس المفهوم الاقتصادي للصدمة ، ففي كتابه "ما وراء اللذة" قارب فرويد الجدول الإكلينيكي للعصاب الصدمي بالجدول الإكلينيكي للهستيريا ، وعرف الصدمة على أنها اختراق مثيرات خارجية لصد إثارة وعدم مقدرة الجهاز النفسي على تفريغ الطاقة النزوية الزائدة ، أين يبعد مبدأ اللذة عن طريق عنف وفجائية الحدث الصدمي الخارجي والذي ينتج الهلع وحينها تكون الميكانيزمات العصابية غير قادرة على احتواء الإثارات المهددة لكلية الأنا ، فتفرغ هذه الإثارة بصورة تكرارية وهذا ما ينتج السلوكات الهستيرية وتوهم المرض .

"فرويد" اعتبر تناذر التكرار ما هو إلا عامل مستقل يدل على الصراع بين مبدأ اللذة ومبدأ الواقع ، فورا المعاناة يبحث عن اللذة .

فلقد اعتبر "فرويد" قهرية التكرار كاتجاه نحو توقيف كل الاستثمارات وتعارض لوظيفة الأنا أي محاولة هيمنة نزوات الموت .

9-1-2- نموذج فينيشل (Fenichel) (1945) :

لقد أعطى "فينيشل" تصورا للصدمة مشابهة لذلك الذي طرحه "فرويد" فهو يميز ثلاث احتمالات لحدوث العصاب الصدمي :

- أن يكون الشخص لديه صاد إثارة قادر على مواجهة الإثارة الزائدة التي ينتجها الحدث الصدمي
- أن يكون الشخص سوي. ولكن يوجد في حالة عياء فلا يستطيع مواجهة الحدث الصدمي وتميرير الطاقة عن طريق جهاز التصفية " Filtrage "
- الحالة الثالثة ، أين يكون الشخص عصابي فيؤدي تعرضه للحدث الصدمي إلى ظهور العصاب الصدمي مرتبط بالعصاب الداخلي الموجود مسبقا ، كما ان "فينيشل" يرى أن الحدث الصدمي يؤثر

على الوظيفة التمايزية للانا والتي تحتوي على التصفية ، الحضور والعلاقة الموضوعية مع الآخرين

- كما يرجع "فينيشل" الازمات الانفعالية المصاحبة لتناذر التكرار إلى تفريغ القلق الظاهر في وقت حدوث الصدمة والذي لم يتحرر بطريقة كافية (Jolly. A, 2002, P102)

9-1-3- نموذج لakan : Lacan

يعتبر "لاكان" الصدمة على انها ثقب في الدال هذا المفهوم يتبناه كل من "Briole" (1988-1994) و "Lebigot" (1997) فحسب هؤلاء الصدمة النفسية هي لقاء مع واقع محظ في غياب الهوامات المحمية وهذا ما يجعل استحالة تمثيل الدال "Signifiant" (Chorfi. M et Mezhoud. N,2006,p43).

9-1-4- نموذج فرنزي : Ferenczy (1934-1924)

أولى "فرنزي" أهمية كبيرة للدور المبكر للموضوع وتأثيره على التنظيم النفسي فعلى خلاف "فرويد" فهو يعتبر أن الذكرى المرضية ليست مرتبطة بحدث واقعي وليست مفتعلة من قبل الهوام ، وإنما ترتبط بفعل ملغي من قبل الآخر بسبب الخجل ، كما أن مصدرها يوجد في نمط مصير ليبيدوي متعلق بإثارة جنسية عنيفة مبكرة ، والتي تأخذ قيمة اغتصاب نفسي يخنق الأنا فيما بعد ، فالصدمة ترجع إلى غموض في اللغة،فالطفل يطلب الحنان ، هذا الطلب يرد عليه الراشد بفعل جنسي (Jolly. A, 2002, p105).

ويرى كذلك انه لا يمكن الحديث عن أحداث صدمية دون البحث عن قابلية للتأثير.

9-1-5- نموذج توبي ناتون Tobie Nathon (1994) :

يرى "توبي ناتون" أن مفهوم الصدمة يحتوي على انفعالين هما الرعب مقترن بمفهوم المفاجأة ، هذا الرعب الذي يكون في نفس اللحظة مصحوبا بأعراض فيزيولوجية ، أما خوف الموت فهو نمط من الأنماط الثقافية المكتسبة لدى الفرد هذان الانفعالان يجعلان الشخص يشعر أن نفسه أو روحه تؤخذ منه عن طريق اجتياح وحدة غريبة مفاجئة واختراقها للنظام النفسي والجسدي بإسقاطها في سياقه الثقافي .

وبهذا نجد أنفسنا أمام تحد كبير وهو تحديد مفهوم الحدث الصادم بدقة وهذا ما يساعد في وضع معالجة الحدث بنفسه ، ولكن هذا المفهوم للصدمة لا نستطيع تعميمه لأنه خاص بكل شخص في ذاته وفي نظريته وإعطائه السياق الثقافي الخاص بالشخص نفسه ، ومن هنا نستخلص القانون العام الثقافي الذي في سياقه تفسر الصدمة والقانون الخاص بالشخص الذي تعرض للحدث الصدمي ، وبهذا تفسر اختلاف الاستجابات ، فالحدث

الصدمة يدفع بالشخص المعرض له بالاتصال بعالم آخر غير ظاهر ، وهو العالم الثقافي المتاح للشخص ، والذي لفت انتباهه في حياته اليومية .

9-2- النموذج المعرفي :

حسب النظرية المعرفية فان كل شخص لديه مفاهيم ومعارف حول الخطر هذه المعارف والمفاهيم يستند إليها الشخص للتعرف على الوضعيات الخطيرة ، ومن ثم تحديد السلوك لمواجهتها ، كالدفاع أو الهرب ولكن في حالة الصدمة باعتبارها حدث غير معاش من قبل ، وغير منظر ، أي أن الشخص لا يمتلك مفاهيم و معارف قبلية تمكنه من التعرف على هذه الوضعية الخطيرة فلا يستطيع بذلك إعطاء دلالات حول هذه الوضعية فيضطرب بذلك البناء المعرفي للشخص وتظهر نتيجة لذلك الأعراض المرتبطة بالجهاز العصبي الإعاشي مع استجابات التجنب غير المبرر واستجابات إعادة المعيشة عن طريق النشاط الزائد في مجال المعالجة المعلوماتية لدلالات الخطر .

9-2-1- نموذج بيار جاني P- Janet (1889) :

إن ما يميز العصاب الصدمي حسب جاني هو استحالة فصل الذكريات الناتجة عن الحدث الصدمي عن الصدمة ، لان هذه الذكريات موجودة في ما قبل الشعور فهي ليست ممثلة عقليا ، ولكن يبقى حضورها صامت ومتطلب، هذا الحضور يوظف كمتطفل يستدعي صور وأفكار وإعادة معيشة بدائية آلية وغير مكيفة، بينما يبقى جزء من الوعي موظف بطريقة عادية. (Crocq. L, 2007, p7) .

9-2-2- نموذج هورويتز Horowitz (1987) :

هي عبارة عن مزيج من المفاهيم التحليلية لعناصر تسير الضغط للازاروس ومفهوم بياجي لمعالجة المعلومات ، هذا النموذج يعتبر اضطراب ما بعد الصدمة كاستجابة لمجموعة متتالية من المعلومات التي تكون الحدث الصدمي بالنسبة لعلاقته مع قدرة الضحية على الإدماج المناسب للمعلومات الجديدة في الاسكيمات المعرفية ، أن إدماج الخبرة الصدمية يسمح بحل الأعراض ، هذا الإدماج يعرف سيرورة الحداد أين يحقق عن طريق تعديل متتالي في معنى المعلومات الجديدة و الاسكيمات التفسيرية المتواجدة من قبل لدى الشخص .

إن الاستجابات للحدث الصدمي تنقسم إلى مرحلتين أين تقسم الاستجابات إلى استجابات سوية أو استجابات مرضية وهذا حسب درجة شدة التظاهرات بما هو سوي ومرضي .

- في المرحلة الأولى : تكون الاستجابات السوية متمثلة في الخوف، الفزع، الغموض في العلاقة مع المحيط أما الاستجابة المرضية فتظهر في هجمات الفزع ، و ذهانات استجابية ، وأعراض الانحلال والتي تعود إلى معالجة الجهاز النفسي للطاقة الزائدة الناتجة عن الحدث الصدمي ، وهذا هو مفهوم الحصر عند "سيلي" .

- أما في المرحلة الثانية : وهي مرحلة التجنب فترجع عن طريق الإنكار والانقسام تستخدم كميكانيزمات دفاعية من أجل كبت ذكريات الحدث الصدمي في اللاشعور من أجل حماية الكلية النفسية للفرد .

إن الاستجابات السوية للإنكار والانقسام تتمثل في السلبية الوجدانية والسلوكية واضطرابات الذاكرة ، أما الاستجابات المرضية لهذه المرحلة تظهر في الإحساس بعدم الواقعية .

9-2-3- نموذج روك J Roques (2004-2007) :

اهتم هذا النموذج بتفسير الاضطرابات الناتجة عن زيادة نشاط الجهاز العصبي الإغاشي وتطور وبقاء الأعراض المفاجئة ، فالمصدوم يكون في مواجهة ذو طبيعة عصبية ميكانيكية ، أين يكون الدماغ مبرمج لمعالجة معلومات لا يمكن هنا إنهاء مهمته لان هذه المعالجة تضع الدماغ في حالة ارتخاء ما يضعه في حالة خطر وتنشيط لهذه الحالة ، يعتمد هذا التفسير على العلاقة بين الجهازين الجوفي limbique واللحائي Cortex وعملهما في معالجة المعلومات في الذاكرة طويلة الأمد التي تصبح مستحيلة عندما تكون المعلومة مهددة للكلية الجسدية والنفسية للإنسان فيخضع في هذه الحالة الدماغ إلى مبدأ إنقاذ الحياة وتستثار مراكز الخوف وتنقطع المعالجة الآنية للمعلومات .

إن ما يمكن استخلاصه هنا هو أن النماذج التحليلية وان اختلفت في بعض التفاصيل إلا أنها تدور جميعها حول تصور واحد للصدمة ، وهو اختراق المثيرات الزائدة للجهاز النفسي متبنين بذلك النظرة الاقتصادية للصدمة عند فرويد .

إما النماذج الأخرى فهي تركز في معظمها على دور فجائية الحدث الصدمي ، هذه الميزة هي التي تفسر الاستجابات التي يبديها الشخص المصدوم .

10- أمثلة عن الأحداث المولدة للصدمة النفسية :

10-1- الفقدان والحداد : إن فقدان شخص مقرب يعتبر حادث مولد للتوتر يمكن أن يتيح الحصر ما بعد الصدمة أو تناذر اكتئابي حاد مع أعراض هذيانية .

إن التواجد في وضعية جديدة ضاغطة يولد ضغط حاد يحدد أزمات هذا الضغط مدى قابلية الشخص للإصابة بالاضطرابات وكذلك قدرته على مواجهة هذه الصدمة

10-1-1-1 - تعريف الحداد : إن الحداد عمل نفسي ضروري من أجل القدرة على مفارقة الشخص المفقود، إنّه سيرورة لإعادة تنظيم تأتي مع الوقت، إذا فهو استجابة حزن تتبع خبرة موت احد المقربين فهو يرتبط دائما بالمعاناة فالحداد يسمح للفرد بإعادة ترتيب حياته دون الشخص المفقود.

10-1-2 - الحداد السوي والحداد المرضي : كما رأينا فالحداد هو حالة حزن لفقدان احد المقربين و المحبين أن هذه الحالة تميز ما يسمى عمل الحداد ، يمر الحداد السوي في فترة معينة يتم فيها استيعاب الفقدان وإعادة بناء حياة جديدة بدون وجود المفقود ، أما في حالة الحداد المرضي يظهر تجاذب وجداني للشخص فهو يشعر أنه المذنب و أن له علاقة في فقدان المحبوب أو الموضوع المفقود ، وهذا ما يجعل فترة الحداد تكون أطول إن مشاعر الذنب هذه يعبر عنها الشخص الراشد بخيبة الأمل و الأسف ، لأنّ عدم تحرير الطاقة النفسية أثناء عمل الحداد قد يؤدي إلى تحريرها عبر ثلاث طرق وهي الاكتئاب المزمن، أو عبر القيام بسلوكيات خطيرة أو تدهور صحة الشخص .

هذه الأشكال الثلاثة يمكن أن تتواجد في آن واحد على الصعيد النفسي و مرضي فإن هذه التعقيدات مرتبطة بالحاجة إلى تقمص المفقود ومحاولة الحفاظ عليه عن طريق المعاناة وصعوبة تقبل موته.

10-1-3 - الحداد المرضي : le deuil pathologique

إن الحداد المرضي يظهر ضغط ما بعد الصدمة فهو استجابة ممتدة لوضعية الفقدان وقد تكون هناك عوامل للاستعداد بالإصابة بالحداد المرضي منها اضطراب في الشخصية ، العزل الاجتماعي، سن متقدم، أن يكون الفقدان نتيجة لحادث مأساوية كحادث عنيف ، عدم إظهار مشاعر الألم أثناء الحادث ، أو تطور الجدول الإكلينيكي للأعراض المذكورة سابقا، إنّ هذا التطور الذي يزيد عن 15 يوم قد يؤدي إلى الحداد المرضي و الذي من أعراضه :

إعادة معايشة الحدث الصدمي عن طريق ذكريات " تغذية رجعية flash-back وهذا ما قد يمنع القيام بالأعمال اليومية ،كوابيس ،تخدير حسي،الإحساس بالابتعاد عن الآخرين و الواقع ، المبالغة في الفزع أعراض اكتئابية تستمر إلى بعد شهرين من الوفاة مصاحبة بتدهور في أوضاع الشخص، إهمال العمل، أفكار انتحارية، الانشغالات المرضية، أعراض ذهانية وبطئ نفسو-حركي بالإضافة إلى ضغط شديد يقارب الجدول الإكلينيكي للضغط العام أو ظهور الفوبيا ، فوبيا الموت ، الخوف من المكان الذي مات فيه المفقود و أو ظهور طقوس الغسل ، التدقيق ، فرط الجهاز العصبي الإعاشي كما هو الحال في الضغط ما بعد الصدمة فرط اليقظة ،

اضطرابات هضمية ، تشنجات حركية و جفاف الفم ، كما قد تظهر أعراض هذيانية إحساس بالذنب شعور الشخص بأنه مريض ، توهم المرض ، وجود هلاوس ، رؤية الميت أو استماع صوته، إمكانية استعمال الكحوليات والمخدرات ، اضطرابات الشخصية ، ولقد وضع " bourgeois " سنة 2004 جدول إكلينيكي للحداد المرضي يتميز بـ:

كدر الفراغ ، انشغالات حينية متعلقة بالميت ، كدر صدمي بحالة صدمة وإحساس بالفراغ مع معاناة شديدة .
(Crocq.L,2007,p82)

10-1-4- حداد ما بعد الصدمة : إن مفهوم الحداد ما بعد الصدمة لا زال يعاني من بعض الالتباس هذا المفهوم الذي طور من "مولي بيرجرسون " وفريقه hollyprigerson (1997) يعبر عن الحزن الصدمي ، أي المعاناة النفسية الناتجة عن فقدان ، إن هذا الفقدان قد لا يكون ناتج فقط عن موت مفاجئ ، وعجز الشخص في مواجهة هذا الشخص هذه الوضعية و لكن قد تظهر عند أشخاص يُظهرون ضعف و عدم قدرة على معايشة الفراق ويطلق على هذا الحداد ، الحداد المولد للصدمة deuil traumatogène كما أن التمييز بين الحداد الصدمي و الحداد المرضي لازال غامض و "ستروب" stoebe يُرجع إمكانية التمييز بينهما إلى نوع الحدث والأعراض المرتبطة بهما و ويتعدى الغموض إلى التفريق كذلك بين الحداد الصدمي والضغط ما بعد الصدمة ، باعتبار أنّ الفقدان يكون كاستجابة لهما. (Serzibera,Y,2005,p,81 82).

10-1-5- خصوصية الحداد عند المراهق : إن تصور الموت يشغل وضعية خاصة في ديناميكية المراهقة، هذه الديناميكية التي تضع المراهق في عدة وضعيات صعبة كضرورة التكيف مع التغيرات الجسدية والوجدانية والنفسية وتسيير الجنسية الراشدية والهوية الجنسية وكذلك النزوات و الانفعالات والأحاسيس، وكذلك القلق الناتج عن حداده وفراقه لمرحلة الطفولة بمرحلة البلوغ والرشد وانطلاقا من هذه الصعوبات استثمارين لتصورات الموت:

* الموت يمثل مفر نهائي لأحاسيس غير مطابقة والإحساس بالعجز والفشل والتبعية واحتقار و الموت فميلاني كلاين (1934) تعتبر انه عن طريق الانتحار لأنه يبحث عن قتل المواضيع السيئة وإنقاذ مواضيع الحب الجيدة التي تستقطب عن طريق تقمصها و إمكانية كسر العلاقة مع العالم الخارجي.

* الموت يبقى تهديد يجب الابتعاد عنه فبناء على معتقدات الطفولة بان الموت ليس طبيعي ولكن نتيجة لسبب، هذا بالإضافة إلى تنامي الأحاسيس بالذنب عندما يكبر ، فكلما كبر المراهق كلما كبر المقربين إليه ومن ثمة احتمال موتهم كما أن استمرار الحياة يرتبط بموت الأشخاص وازدياد أشخاص آخرين ، هذه المراهقة التي

تزداد تأثراً نتيجة لسلوك الأداء فهنري شابرول (1984) يرى أن الآباء لا يتجاوزون بصورة صحيحة مراقبتهم وهذا ما يجعلهم يبحثون عن تقمص أطفالهم .

10-2- الاستغلال الجنسي وزنا المحارم:

تقشت مؤخراً ظاهرة الاستغلال الجنسي وزنا المحارم في بلادنا كما هو الحال بالنسبة لدول العالم بأسره وفي ما يلي إطلالة علي هذا الموضوع :

10-2-1- تعريف الاستغلال الجنسي : يعرف "جرار لوباز" (1997) GERARED LOPAEZ الاستغلال

الجنسي للمراهق علي أنه كل مشاركة للطفل أو المراهق في عملية جنسية أين يكون غير قادر علي فهمها وغير مناسبة لسنه ونموه النفسو جنسي هذه مشاركة قد تكون كاستجابة للعنف أو الإغواء .
(Cloarec. Ch,2000,p10)

إن هذا التعريف يظهر لنا الاستغلال الجنسي للطفل علي أنه اعتداء علي حق الطفل في نمو سوي من الناحية النفسية و الجنسية والأخلاقية

10-2-2- مظاهر الاستغلال الجنسي:

يمكن أن نجد 3 مظاهر للاستغلال الجنسي وهي كالتالي:

- الاستغلال الجنسي بدون اتصال جسدي : ويمثل الاستعراضية إظهار لا الصور الإباحية للطفل وتكلم عن مواضيع شيقة حول الجنس
- الاستغلال الجنسي عن طريق اتصال جسدي: احتضان ، قبل شبقية، طلب استمناء ملامسة الأعضاء التناسلية
- الاستغلال الجنسي مع دخول "pénétration" : محاولة اغتصاب ، اغتصاب

10-2-3- البيدوفيليا وزنا المحارم : سنحاول توضيح مفهوم كل من البيدوفيليا وزنا المحارم .

10-2-3-1- البيدوفيليا: هي كلمة يونانية تعني حب جنسي مثلي لطفل من طرف رجل ناضج يعرفها

هاملون (1999) كما يلي : البيدوفيليا ترجع إلي سلوك عدواني أو انجذاب شبقي اتجاه الأطفال في تسجل دائماً علي صورة علاقة نفوذ أو إنكار أنها اختراق الجنسية الراشدية لعالم الطفولة مع سيطرة وإغواء أين يكون التبادل المزيف و الخداع الذاتي هما منضمان للسلوك .(المرجع السابق ،ص 15).

إذا فالبيدوفيليا هي اعتداء جنسي على طفل من طرف الراشد هذا المصطلح يتعدى إلى مصطلح آخر وهو زنا المحارم "inceste" مشتقة من الكلمة اليونانية inceste والتي تعني غير العفيف و الفاحش أما في القاموس الكبير لعلم النفس (لاروس) فان كلمة inceste معرفة على أنها علاقات جنسية بين الأولياء والأحفاد أين يكون الزواج ممنوع قانونيا مثلا (أب،بنت) (أم، طفل) (أخ، أخت) (عم،ابنة أخ) (خاله، ابن أخ) نلاحظ هنا أن مفهوم البيدوفيليا يحتوي في طياته تعريف الزنا المحارم غير أن ما يفصله عنه هو موضعه في إطار الزواج الممنوع قانونيا و أخلاقيا

11- علاقة الصدمة النفسية بالإدمان :

يمكن أن تظهر العلاقة بين الصدمة النفسية والإدمان من خلال تطرقنا لمواضيع التالية :

11-1- الألم و الحداد :douleur et deuil

إن الحزن أو الحداد هو استجابة لفقدان الموضوع والذي يعتبر عند فرويد نموذج للألم النفسي،الحزن هو نتيجة الفقدان ، الفراق ،اختفاء أو غياب معاش ، كفقدان الشخص المحبوب و الذي لم يعد مستثمر، فيمتد إلى التمثيلات الأخرى ، التي تكون عالم الشخص فتصبح غير مستثمرة ، ما ينتج نزيف نفسي داخل الشخص وهذا ما يظهر في التثبيطات الملاحظة عند الشخص متزامنة مع الألم .

إن عمل الحداد يكون معه ببطء في إعادة توزيع الطاقة النفسية على تمثيلات أخرى غير التمثيلات المتعلقة بالمحبوب المفقود ، ولكن إذا حصل تقمص الشخص للموضوع المفقود فهنا يفشل عمل الحداد ويظهر الألم الأخلاقي الخاص بالسوداوية وتدفق مستمر ونزيف للطاقة النفسية .

11-2- تجربة الألم و المعاناة النفسية :

إن التعرض للصدمة النفسية ينتج عنه ألم نفسي و الذي يعتبر كاستجابة للألم من أجل إعادة بناء كليته إنَّ هذا الألم يمكن أن يتطور ليصبح مستمر ويصبح بذلك معاناة نفسية تولد قلق واحتمال للخسارة و التي تصبح أساس محورين أساسيين هما :

- **التغير في العلاقة مع الغير** : إن المعاناة تؤدي إلى خبرة غير معوضة أين تكون المعاناة فريدة من نوعها ولا يمكن مقاسمتها هذا ما يجعل الفرد ينطوي على ذاته ، وهذا ما يجعل المدمن يعتقد أن لا أحد يفهمه غير مدمن آخر ، إن عدم ترجمة المعاناة إلى كلام يؤدي إلى اللجوء إلى الوحدة والصمت وهذا لان الشخص يعتقد أن كل الكلام لا يستطيع أن يعبر عن معاناته ، إنَّ المعاناة قد تؤدي إلى خلق مشاعر الحقد فالآخر لا يستطيع فهمي فقط بل هو عدوي لأنه هو من جعلني أعاني كما يظهر إحساس بأنَّ القدر اختارني من أجل أن أعاني .

إن هذه الاضطرابات المتعلقة بالآخر نجدها دائما عند المدمنين على المخدرات .

- **نقص القدرة على التفاعل** : ويكمن ملاحظته في المظاهر التالية :

*العجز عن التحدث عن الصدمة : أين لا يجد الشخص الكلمات للتعبير عن المعاناة وهذا ما وجده العديد من الباحثين عند المدمنين alexithymie عدم القدرة على التعبير عن المشاعر في الحالات الانفعالية.

*العجز عن العمل : إن المعاناة قد تتبع من الإحساس بان الشخص ضحية وليس له إرادة وهذا ما يجعل المدمنين يلجؤون إلى المخدر من اجل فقدان السيطرة والإحساس بالعجز وعدم الإرادة

*العجز عن التحدث : وهو العجز عن ربط الشخص لقصته مع قصص أخرى وهذا ملاحظه العديد من الممارسين في شخصية المدمن

*العجز عن تقدير الذات : المعاناة تؤدي إلى مشاعر الدنو .(Herve.F,1998,p4).

11-3- الصدمة النفسية والمعاناة النفسية واستعمال المخدر :

يري فرويد أن المعانات النفسية يمكن أن تكون نتيجة ثلاثة أسباب:

« la souffrance nous menace de trois cotes donc notre propre coups même se passé qui destiné à la déchéance et la dissolution, ... l'angoisse, douleur ces signaux d'alarme que constituent la une coté du monde externes, lequel dispose de force invincibles et inexorable pour s'acharner contre nous et nous anéantir la troisième la souffrance insne de cette source nous est plus dur peut être que tout autre » ; « Freud, 1929, p17 »

إن المصدر الثاني للمعاناة والذي يتكلم عنه فرويد و المتمثل في تهديد العالم الخارجي قد تتدرج فيه الصدمات النفسية ذات الأصل الطبيعي كالزلازل البراكين أما المصدر الثالث يتمثل في المعاناة التي يكون مصدرها تهديد من طرف إنسان يكمن أن ندرج الصدمات النفسية الراجعة لإنسان أن يكون الإنسان هو السبب فيها كحالات اغتصاب وسوء المعاملة ومن اجل الدفاع ضد هذه المعاناة يلجا الشخص المصدوم إلى المخدر وكمزيل للألم و الذي يمنع تأثيره النفسي الكيميائي بخلق عالم اصطناعي يتلاءم مع تطلعاته علم لا يتقاسمه مع الغير أين يكون الشخص معزول عن الآخر الذي يسبب له المعاناة هذا العالم الذي يتحرر فيه الشخص من جسده ويعبر عن وجود الشخص الذي من خلاله يتفاعل مع العالم الحقيقي المؤلم ، هذا الجسد الذي يكون مجروحا ويعاني من غياب المخدر .

قائمة المصادر والمراجع :

المراجع العربية :

4. عدنان حب الله (2008) ، الصدمة النفسية أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية ، ترجمة علي محمود مقلد ، الفرابي ، ط 1 ، بيروت ، .

المراجع الأجنبية :

5. Chabral. H , (1984), les comportements suicidaires de l'adolescent , pdf paris .

6 . Clorek . ch , (2000) , du père incestueux à l'hebephile : cinq études de cas sous l'argle de la victimologie clinique , mémoire de maitrise en psychologie clinique et psychopathologie , université de bretagne occidentale.

7.Croq .l,(2007) , traumatisme psychique : prise en charge psychologique des victimes , masson , paris.

8.Freud .s,(2004), malaise dans la civilisations , 1929 , traduit par odier . J& ch , université du québec , hicotimi , version numérique.

9. Herve . f, (1998) , souffrance psychique et toxicomanie , revue , toxibase n°4, lyon.

10.Jolly . A,(2002) stress et traumatisme , approche psychologique de l'expérience d'enseignants victimes de violence , thèse de doctorat université de reims.

11. Kedia.M, (2001) , psycho traumatologie , dunod , paris.

12. Lebigot.F, (2006) ,le traumatisme psychique , temps d'arrêt , bruxelles .

الفصل الثالث :

الاعتناء

- 1- لمحة تاريخية
 - 2- تعريف الاعتناء
 - 3- أسباب الاعتناء
 - 4- أعراض الاعتناء
 - 5- أنواع الاعتناء
- خلاصة

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الاضطرابات المزاجية والانفعالية التي تصيب الفرد، فانتشاره يتزايد بكثرة نتيجة لأسباب وعوامل عديدة ومختلفة، فيظهر في شكل أعراض متنوعة تتدرج في النواحي النفسية والجسمية كالشعور بالحزن والأسى، لكنه يزول بزوال الأسباب ويعود الفرد إلى حالته الطبيعية، كما يمكن أن يتخذ شكلا مرضيا في صورة مرض نفسي معقد قد يؤدي بصاحبه إلى الانتحار.

وعليه في هذا الفصل سنتطرق إلى تحديد مفهوم الاكتئاب وأنواعه والأسباب المؤدية إلى ظهوره و أعراضه.

1- لمحة تاريخية عن الاكتئاب:

يعد الاكتئاب أقدم الأمراض النفسية وقد ورد وصف لأوضاع تشابه ما نشخصه اكتئاباً في عدد من النصوص القديمة الدينية والديوية .

وصف أبو قراط (أبو الطب) 377-460 ق م المانخوليا (Melancholia) كأول وأهم الأمراض العقلية وأوسعها انتشاراً، وعزا ذلك إلى اضطراب في التوازن بين سوائل الجسم وقد قال إن السوائل الجسمية هي مجموع خليط أربعة سوائل: السوداء والصفراء والحمراء والنخامية، وتغلب السوداء على الآخرين في حالة المانخوليا ، بينما أضاف "جالن" (Galen) بعد ذلك أن اختلاط السوداء بالصفراء و تزايد الاثنين يؤدي إلى حالة اضطراب المزاج.

وقد وصف ابن سينا العديد من حالات المانخوليا أو مرض العشق وكيفية علاجها، وفي عام (1621) نشر الطبيب الانجليزي "روبرت بيرتون" (Robert berton) في كتابه (The Atonomy of Melancholia) الذي عدّ فيه هذا المرض مرضاً عالمياً.

في القرن التاسع عشر أصبح "الاكتئاب" يحتل موقعا مركزيا في أعمال (kraeplen) كبار الأطباء النفسانيين أمثال "كاريلين"

و"يسيرز" (yaspers) و"فرويد" (freud) و"شنايدر" (schneider) ، حيث ساهمت كتاباتهم والتي امتد بعضها إلى أواسط القرن العشرين في وضع البذور الجنينية لفهم ظاهرة الاكتئاب .

في النصف الثاني من القرن العشرين ازداد الاهتمام بدراسة هذا المرض للدرجة التي جعلت كاتبا مثل "كليرمان" (Klerman) (1979) يقول أنّ هذه الفترة يمكن أن تسمى عصر المانخوليا Age of melancholia

واليوم يعتبر الاكتئاب من المشاكل الصحية الرئيسية، وتخصص الدول والشركات والمؤسسات الأكاديمية جزءا مهما من برامجها لمواجهة، حيث تقدر منظمة الصحة العالمية على أنه في العام (2020) سيكون الاكتئاب ثاني أكبر مسبب للإعاقة في العالم بعد أمراض القلب .

(وليد سرحان وآخرون، 2008، ص12-13).

وعليه يعتبر الكثير أنّ الاكتئاب هو مرض العصر، وكارثة القرن العشرين لأنه يصيب جميع الأجناس ومن مختلف الأعمار والفئات الاجتماعية فحوالي 3% من الناس يصابون بالاكتئاب، ومن بينهم المتقنين أيضا فلقد صرح خبراء المنظمة العالمية للصحة أنّ الاكتئاب منتشر بنسبة 3% إلى 5% من السكان فمن ثم ليس هناك جنس أو شعب في مأمن من هذا الداء، وهو يمس النساء والرجال من مختلف الأعمار، أي أنّ الاكتئاب كمرض هو شكل مجسم للشخص العادي الذي تصيبه نكبة طارئة بحيث يظهر في شكل رد فعل من النفس إزاء حالة شدة أو حرمان ناجم عن حادث مفاجئ. (يعقوب سعيد حافظ، 1984، ص5).

2- تعريف الاكتئاب :

- **التعريف اللغوي:** تعني الكآبة في اللغة سوء الحال والانكسار والحزن وتغيير النفس من شدة الهم. (ابن منظور، ب ت، ص194).
- **التعريف الاصطلاحي:** عرف "زهران" الاكتئاب: "بأنه سوء توافق، يكون شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت و لا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه إلى الخارج فيتجه إلى الذات حتى قد تظهر في شكل محاولة انتحار و يكون الاكتئاب هنا بمثابة كفارة. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص516).

ويعرّف أيضا بأنه حالة انفعالية يعاني فيها الفرد الشعور بالذنب إلى درجة لا يذكر فيها أخطائه وذنوبه وسمي قديما سوء الطبع لأسود، يتصل بمجموعة ظواهر نفسية كالقلق والحزن والمعاناة والأرق وقلة النوم والشعور بالرعب والرغبة في الموت. (أنس شكشك، 2008، ص202).

وعرفه كامبل (Campell) بأنه زملة إكلينيكية تشمل انخفاض في الإيقاع المزاجي ومشاعر الامتعاض المؤلم وصعوبة التفكير مع وجود تأخر حركي نفسي وربما يختفي التأخر الحركي النفسي للفرد، ويكون شعور بالإثم مصحوبا بنقص ملحوظ في الإحساس بالقيمة الذاتية وفي النشاط النفسي والحركي والنشاط العضوي من غير أن توجد مشكلات عضوية حقيقية وراء هذا النقص .

(الشناوي محمد محروس وآخرون، 1991، ص22).

وعرّفه ليشربيرج (Licherberg) بأنه "مظهر للشعور بالعجز حيال تحقيق الأهداف عندما تكون تبعية اليأس منسوبة إلى علل شخصية و في هذا السياق فإن الأمل يكون مفهوم كوظيفة لإدراك مدى احتمال حدوث النجاح في صلته بتحقيق الهدف. (عبد الله عسكر، 2001، ص209) .

وعرفه "جرجس" بأنه الانقباض في المزاج واجترار الأفكار السوداء والهبوط في الوظائف الفسيولوجية قد يصاحبه بعض الإرجاع العقلي المرضي، وقد يكون طوري "ذهان الهوس والاكتئاب" وقد نتيجة التعرض لمشقة من قبل الاستجابة المرضية لها. (رشاد علي عبد العزيز موسى، 1993، ص433).

وعرفته منظمة الصحة العالمية في تصنيفها الدولي OMC-10، بأنه: "انحطاط في المريض وفقد اهتماماته وعدم تمتعه بما يبهج الآخرين وتفاوت كل واحدة من تلك الأعراض في نوبة بين البسيط والمتوسط والشديد، لذلك تتفاوت درجة الأعراض من وقت لآخر في الشخص الواحد أثناء نوبة الاكتئاب وتتخلص هذه الأعراض في هبوط القدرة على التركيز وانحطاط تقدير المريض لذاته وثقته بنفسه معاناته من الإحساس بالذنب وعدم أهمية التشاؤم، و سرعة الإنهاك أو انعدام القدرة، والتفكير في إيذاء نفسه بما فيه إقدامه على الانتحار، الأرق الشديد والنوم المتقطع وثم انعدام الشهية." (حقي ألفت، 1999، ص82).

وعرفه الحفني (1992) أنه استجابة الاكتئاب العصابي (Neuratic depression reaction) بأنه يعني "رد الفعل الذي يأتي نتيجة مواقف شديدة الوطأة مثل فقد عزيز، أو نزول كارثة مالية، أو الفشل في التجارة أو الزواج، ومن شأنها أن يصاب الشخص بالاكتئاب."

ويعرفه "مجدي أحمد محمد عبد الله" بأنه: "حالة من الحزن العميق يحس فيها المريض بعدم الرضا وعدم القدرة على الإتيان بنشاطه السابق، ويأسه في مواجهة المستقبل وفقدان القدرة على النشاط وصعوبة في التركيز، والشعور بالذهان التام مع اضطراب في النوم والشهية للطعام وأحلام مزعجة، وتحدث استجابة الاكتئاب في المواقف العصبية الشديدة في الشخصية المتكاملة السوية." (مجدي أحمد عبدالله، 1996، ص185)

كما يعرفه "فرج طه وآخرون" (1993) على أنه: "حالة من الاضطراب النفسي تبدوا أكثر وضوحا في الجانب الانفعالي لشخصية المريض حيث يتميز بالحزن الشديد واليأس من الحياة و خز من الضمير و تكبيته القاسي على شرور لم ترتكبها الشخصية في الغالب بل متوهمة إلى حد بعيد.

(حسين فايد، 2004، ص60-61) .

كما يعرفه أيضا "مصطفى زيور" بأنه: "حالة من الألم النفسي يصل في المانخوليا إلى ضرب من جحيم العذاب مصحوبا بإحساس بالذنب شعورا وانخفاضا ملحوظا في تقدير النفس لذاتها، ونقصان في النشاط العقلي والحركي الحشوي". (رشاد علي عبد العزيز موسى، 1993، ص151) .

3- أسباب الاكتئاب:

الاكتئاب شأنه شأن باقي الأمراض النفسية والعضوية في أن له جذورًا وعوامل أدت إلى حدوثه سواء كانت هذه العوامل في الفرد ذاته نفسية وبيولوجية أو عوامل البيئة المحيطة به والمؤثر النفسي عليه سواء أسرية أو اقتصادية وغيرها من الأسباب التي ستذكر فيما يلي:

3-1- أسباب وراثية و فيزيولوجية: تشير الكثير من الدراسات إلى أهمية الوراثة في إحداث الاكتئاب، كما يشير البعض إلى ارتباط الاكتئاب بالاضطراب البيوكيميائي للدماغ والذي يرتبط بدوره بالعوامل الوراثية الجينية (Galdstein 1998)، ولدعم هذه الأفكار قام البعض بدراسة الفروق في درجة انتشار الاكتئاب بين الأقارب والمجتمع بصفة عامة، وقد تبين أن الارتباط بين درجة التعرض للاكتئاب بين الأقارب يمكن أن يصل عشرة أضعاف مقارنة بالمجتمع عامة، بمعنى أن الاكتئاب عندما يظهر في فرد فإن احتمالات وجوده في العائلة أكبر مما يعني احتمال وجود ارتباط بين الاكتئاب والعوامل الوراثية (Costin-Draguns 1989) كما نهج آخرون نهجا آخر وذلك من خلال المقارنة بين التوائم المتطابقة والمتأخية، وقد وجد أن احتمالات ترابط درجة الاكتئاب بين التوائم المتطابقة أعلى منه بين التوائم المتأخية مما يعني أيضا دعم فكرة مساهمة العوامل البيولوجية في إحداث الاكتئاب. (عديلة حسن طاهر تونسي، 2002، ص533).

3-2- أسباب كيميائية حيوية: يرى بعض العلماء أن هناك علاقة بين الاكتئاب وبين انخفاض مستوى معين من الأحماض الأمينية مثل الكاتيكول أمين (catecholamin)، وانخفاض مادة النورادرينالين في مناطق الاستقبال في المخ وهي مادة تختص بسلوك عاطفي وجداني، إضافة إلى نقص في معدلات بعض المواد الكيميائية في السيروتونين، مما يؤثر على المزاج والتحكم في التصرفات. (عبد الحميد محمد الشاذلي، 1998، ص135).

3-3- أسباب نفسية: ترجع نظرية التحليل النفسي للاكتئاب إلى نكوص في مرحلة مبكرة من طفولة الفرد وهي مرحلة المهد التي يعتمد فيها كليا على غيره، ويعمل المريض على توجيه غضبه إلى الداخل بدلا من التعبير عنه بشكل علني، مما يؤدي إلى كراهية النفس التي نلاحظها لدى المريض بالاكتئاب. (رمضان محمد القذافي، 1998، ص168).

ويمكن أن نوجز الأسباب النفسية بصفة عامة فيما يلي:

- الحرمان العاطفي وفقد الحب والمساندة العاطفية.

- الصراعات اللاشعورية.

- الإحباط والفشل والكبت والقلق وخيبة الأمل.

- الخبرات الصادمة والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات.

- سوء التوافق، ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص515).

3-4- أسباب جسمية: هناك بعض العوامل الجسمية التي تقلل من قدرة بعض الناس على التكيف فينهارون، وتجعلهم يشعرون بحالة من الضعف والقلق والحزن والكآبة مثل الإصابة بالتسمم أو في حالات ما بعد الولادة (أحمد عكاشة، 1998، ص515) وبعض الأمراض المعدية كالانفلونزا، وفقدان المناعة المكتسبة (الإيدز). (مصطفى غالب، 1980، ص141).

أو الإصابة بمرض خطير يؤدي إلى القنوط وتوقع الموت كاضطراب القلب أو السرطان أو التدرن الرئوي والتعرض لإعاقة عضوية نتيجة حادث ما سواء أكان حادث مرور أو حادث طبيعي.

(ياسين عطوف محمود، 1988، ص243)

3-5- أسباب اجتماعية: يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته والآخرين من حوله ومع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم بقدر احتياجه لهم فيؤثر فيهم ويؤثرون فيه، وترجع معظم الاضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد والمجتمع، وبين الفرد والآخرين. (عفيفي عبد الحكيم، 1989، ص32).

ومن أهم الأسباب الاجتماعية الضاغطة التي قد تتسبب في إصابة الإنسان بالاكتئاب:

- الحرمان وفقدان الحب والمساندة العاطفية كفقد حبيب أو مفارقتة أو فقد وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية أو فقد الكرامة والشرف. (حامد عبد السلام زهران، 1978، ص43).

- علاقة الطفل بأمه فإذا كانت الانطباعات التي كونه عن هذه العلاقة حسنة فإن الحياة مبهجة، وإذا لم تكن كذلك فإن الحياة قاسية ومملوءة بالألم.

- التربية الخاطئة كالنفرة في المعاملة والتسلط والإهمال.

- امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطيء في مواجهة المشاكل.

- موت الأحبة والتوتر في الحياة.

- أسلوب التنشئة في المدرسة.

- أثر الرفاق على الطفل.

- الهجرة من الوطن. (عفيفي عبد الحكيم ، 1989 ، ص66-68).

3-6- أسباب دينية: ينصرف القرآن الكريم في آياته إلى توضيح المواقف التي يندرج عنها الاضطراب النفسي ويوردها في انشغال الأفراد بجمع المال والانشغال بالأبناء حيث قال عز وجل <<إنما أموالكم وأولادكم فتنة>>. (سورة التغابن، الآية 15) .

<<ومن أعرض عن ذكرى فإن له معيشة ضنكا >>. (سورة طه، الآية 124).

وكذلك الوسوس التي تتسلل إلى نفسه يستخدمها الشيطان كسلاح مستعين في أحيان كثيرة بالنفس الأمارة بالسوء للسيطرة عليه بسبب جزعه وضعف إيمانه إذ يقول الله تعالى في سورة البقرة <<الشيطان يعدكم الفقر ويأمركم بالفحشاء والله يعدكم مغفرة منه وفضلا والله واسع عليم>> ومن الأسباب الدينية أيضا القنوط من رحمة الله ، وعدم الرغبة في الحياة بسبب الظروف الاجتماعية و الاقتصادية، وأيضا البعد عن العقيدة والإيمان الصادق. (سعد رياض، 2002، ص85).

4- أعراض الاكتئاب:

إن الاكتئاب مرض نفسي يصيب الفرد، يصاحبه جملة من الأعراض تختلف من حيث الشدة والنوع من فرد لآخر، وفق أهم التصنيفات العملية التالية:

4-1- تصنيف "بيك BICK": صنف بيك أعراض الاكتئاب في المظاهر التالية:

*المظاهر الانفعالية:مثل فقدان الفرد القدرة على الاستمتاع والمرح، الضحك والتقليل من قيمة الذات.

*المظاهر المعرفية: وتتمثل في تضخيم المشكلات، عدم القدرة على الحسم، تكوين صورة سلبية عن الذات.

*المظاهر المتعلقة بالدوافع: تتمثل في شلل يصيب الإرادة، الرغبة في الهروب والموت، وتزايد الرغبات الإتكالية.

*المظاهر الجسمية: تتمثل في التعب بسرعة وبسهولة، فقدان الليبدو والشعور بالأرق.

(رشاد علي عبد العزيز موسى، 1993، ص150).

4-2- تصنيف الدليل الإحصائي والتشخيصي الأساسي الثالث (3-DSM) :

هذا التصنيف أعدته رابطة الأطباء النفسانيين بالولايات المتحدة الأمريكية حيث جعلت الاكتئاب مصنفًا إلى ثمانية أعراض كما يلي:

- ضعف الشهية وتناقص الوزن، أو فتح الشهية وزيادة الوزن.
 - الأرق أو النوم المفرط.
 - التأخر الحركي النفسي للمشاعر الذاتية: من الضجر والملل والتبؤء.
 - فقدان الاهتمام أو السرور في الأنشطة المعتادة.
 - تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد.
 - الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.
 - الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة على التفكير مثل التبؤء الفكري والتردد.
 - تكرار التفكير في الموت بصفة دورية، والأفكار الانتحارية، والتمني أن لو كان ميتًا مع محاولات الانتحار.
- ويتحدد تشخيص الإصابة بالاكتئاب، إذا كان لدى الفرد أربعة أعراض على الأقل من هذه الأعراض الثمانية.
- (عبد الله عسكر، 2001، ص30)

4-3- التصنيف الشائع: وهناك من العلماء من يصنفها إلى نوعين من الأعراض:

4-3-1- الأعراض الجسمية: ويمكن أن نوجز أهمها فيما يلي:

- انقباض الصدر والشعور بالضيق .
- توهم المرض، والانشغال على الصحة الجسمية.
- ضعف النشاط العام، والتأخر النفسي الحركي، تأخر زمن الرجوع.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي واضطراب العادة الشهرية.
- فقدان الشهية والإمساك ونقص الوزن.

- الصدام والتعب والآلام خاصة آلام الظهر. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص516)

4-3-2- الأعراض النفسية: ومن هذه الأعراض النفسية التي اتفق حولها الكثير من العلماء نجد:

- البؤس واليأس والأسى وهبوط المعنوية، والحزن الشديد وتقلب المزاج.

(عبد الرحمان الوافي، 1999، ص57-58).

- ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم القيمة.

- الشرود حتى الذهول.

- التشاؤم المفرط فيه وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة، وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها.

- اللامبالاة بالبيئة ونقص الميول والدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي الخارجي.

- الشعور بالذنب واتهام الذات وتصييد أخطائها. (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص516-517).

5- أنواع الاكتئاب:

يرى اوبرليدر (Oberleder) من الولايات المتحدة الأمريكية أن أنواع الاكتئاب كثيرة، بحيث أنها تماثل عدد البشر وتشترك جميعها في أنها تجعل الشخص بعيدا عن العالم، ويعتقد "لويس" (Lewis) أن الاكتئاب مرض واحد يزخر بأعراض مختلفة تتباين كما وليس كيفاء، ولا يوجد ما يسمى بالاكتئاب النفسي العصابي الخارجي مستقلا عن الاكتئاب العقلي الذهاني الداخلي، والفارق الوحيد بينها هو تعقيد وشدة الأعراض الإكلينيكية. (رشاد علي عبد العزيز موسى، 1993، ص436)

من أهم أنواع الاكتئاب نجد:

5-1- الاكتئاب الذهاني: هو أكثر الأنواع خطورة حيث يشعر المريض باليأس التام والبؤس والعجز وعدم الأهمية، كما تراوده فكرة الانتحار بين الحين والآخر وغالبا ما تزداد الحالة سوءا عندما يشعر بعجم القدرة على التحمل المسؤولية نحو الآخرين.

5-2- الاكتئاب العصابي: وهو أقل حدة وخطورة فتصاحب المريض أحاسيس ومشاعر بعدم الأهمية وينتابه الحزن واليأس وفقد شهيته للطعام.

3-5- **الاكتئاب المقنع:** وهو حالة من حالات الاضطرابات الوجدانية والعاطفية تأخذ مظهر الاضطرابات الجسدية مثل الإصابة بالأرق أو الإمساك أو فقدان الشهية أو الصداع.

(بوجين ليفيت-برنارد لوبين، 1985، ص197-198) .

4-5- **الاكتئاب الخفيف:** هو أخف صور الاكتئاب ، ويحدث هذا النوع في حالة وجود اضطرابات سابقة و حدوثه يكون نتيجة أحد العوامل البيئية أو الأسرية أو عوامل أخرى مهياة عضوية كانت أو غير عضوية. (رمضان محمد القذافي، 1998، ص166).

5-5- **الاكتئاب البسيط:** وهو أبسط أنواع الاكتئاب، حيث يتشابه هذا النوع مع النوع السابق خاصة من حيث الأسباب المؤدية لحدوثه (حامد عبد السلام زهران، 1997، ص514) .

ويكون المريض في حالة ذهول، يشعر بالذنب والتفاهة، غير أنه لا يعاني من اختلال في الوظائف العقلية.

6-5- **الاكتئاب الحاد:** تتكثف فيه أعراض الاكتئاب البسيط ، يشعر المريض بموجة من الحزن والانقباض والرغبة في البكاء، تبدو عليه البلادة التي لا وجود لها، إضافة إلى كراهية الذات مع المعاناة من بعض الهلوس.

7-5- **اكتئاب سن اليأس:** إنَّ هذا المرض الذي يحدث في سن اليأس أو الانتكاس في المرأة بعد انقطاع الدورة الشهرية في حوالي الخامسة والأربعين وفي الرجل مع بدء حدوث الضعف الجنسي وضعف الجسم أو بعد التقاعد إذ يكون الشخص عادة ذا بنية نفسية مؤهلة لهذه الإصابة.

صاحبها شخص حساس دقيق قليل الأصدقاء ، نشيط في عمله يشعر بالواجب والمسؤولية، شديد الكبت مع بعض النقص في النشاط الجنسي. (سعيد حافظ يعقوب، 1984، ص48).

8-5- **الاكتئاب الموقفي:** إنَّ الاغتمام الموقفي أو الاغتمام الإنسحابي كما يسمى أحيانا هو عبارة عن استجابة عصبية اغتامية يرد فيها الإنسان على ملمة أو كارثة أو حادثة ألمت به اقتصادية أو اجتماعية أو شخصية على أن هذه الملمة أو الكارثة ليست هي في الحقيقة سوى عامل معجل في ظهور هذا العصاب. (عبد الفتاح محمد بويردار، 1994، ص411).

9-5- **الاكتئاب الهائج:** وفيه تسود مشاعر الحزن المستمر والمتصل والمَلْح ، ولا يوجد تدهور أو تخلف جسمي نفسي بل على العكس يظل المريض نشيطا عديم الراحة وزائد الحركة. (محمد

سليم خميس، 2004، ص45)

خلاصة:

لقد تطرقنا إلى متغير الاكتئاب الذي يعد من الأمراض النفسية الأكثر انتشارا أو حالة مرضية تتميز بمظاهر مختلفة انفعالية ونفسية ومعرفية خطيرة، التي تؤثر على ذات الفرد وعلى سلوكه وشخصيته .

فقد تمّ تقديم مفهوم الاكتئاب وأنواعه والأسباب المؤدية إليه و الأعراض المبيّنة له حسب تصنيفات

العلماء.

قائمة المصادر والمراجع :

المراجع العربية :

14. القرآن الكريم.
15. ابن منظور، (ب س)، لسان العرب، بيروت، دار لسان العرب.
16. أحمد عكاشة(1998)، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الانجلو مصرية، طبعة مزيدة، القاهرة.
17. الحفني عبد المنعم(1992)، موسوعة الطب النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة.
18. الشناوي محمد محروس وآخرون (1993)، مقياس بيك ، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة
19. أنس شكشك،(2008)، علم النفس العام، دار المنهج للدراسات والنشر والتوزيع، ط1، حلب.
20. حامد عبد السلام زهران،(1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، عالم الكتب، القاهرة.
21. حسين فايد،(2004)، كيف تتغلب على القلق، ط1، مؤسسة طيبة، مصر .
22. حقي ألفت،(1995)، الاضطراب النفسي، مركز الإسكندرية للتدريب، الإسكندرية.
23. رمضان محمد القذافي،(1998)، الصحة النفسية والتوافق، ط3، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية- مصر .
24. سعد رياض،(2002)، الاضطرابات النفسية للأطفال والمراهقين، ط1، دار الكلمة، المنصورة.
25. سعيد حافظ يعقوب،(1984)، الاكتئاب، دراسة في الانقباض النفسي، ط1، دار الحداثة.
26. سعيد عبد العظيم الطويل، الرقية النافعة للأمراض الشائعة، دار الأمام، الإسكندرية-مصر .
27. عبد الحميد محمد الشاذلي،(1998)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتب العلمي للنشر والتوزيع، أسوان-مصر .
28. عبد الرحمان الوافي، (1974)، الوجيز في الأمراض العقلية التصنيفات والأعراض، ط1، مصر .

29. عبد الفتاح محمد بويردار، في الطب النفسي وعلم النفس المرضي، دار النهضة العربية، بيروت - لبنان 1994.

30. عديلة حسن طاهر تونسي، (2002)، القلق والاكتئاب لدى عينة من المطلقات وغير المطلقات، شهادة ماجستير غير منشورة، جامعة السعودية.

31. عفيفي عبد الحكيم، (1989)، الاكتئاب والانتحار، الدار المصرية، القاهرة.

32. عبد الله عسكر، (2001)، الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة - مصر.

33. لطفي الشرييني، (2001)، الاكتئاب المرض والعلاج، دار النهضة، بيروت - لبنان.

34. مجدي أحمد عبد الله، (1996)، علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب، دار المعرفة الجامعية و الازراطية.

35. محمد سليم خميس، (2004)، علاقة نمط التفكير بالاكتئاب لدى المراهقين المتدربين، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.

36. وليد سرحان وآخرون، (2008)، الاكتئاب، ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان - الأردن.

37. يوجين ليفيت - برنارد لوين، (1985)، سيكولوجية الاكتئاب: تعريب ونقد وتعليق عزت عبد العظيم الطويل، دار المريخ، الرياض - المملكة العربية السعودية.

الفصل الرابع :

الإحسان على المخدرات

- 1- حجم الظاهرة في الجزائر
- 2- تعاريف
- 3- أسباب الإحسان
- 4- أنواع المخدرات
- 5- النظريات المفسرة للإحسان

تمهيد:

في هذا الفصل نتطرق إلى موضوع الإدمان على المخدرات، مع توضيح معنى المخدر والإدمان، ثم ذكر أسباب الإدمان وبعض أنواع المخدرات بالإضافة إلى عرض النظريات المفسرة له.

1- حجم الظاهرة في الجزائر:

نرى أنه قبل التطرق إلى موضوع الإدمان على المخدرات من جوانبه المختلفة انه لا بد من التطرق:

أولا إلى حجم هذه الظاهرة في الجزائر، فالمخدرات أصبحت هاجس تعاني منه جميع دول العالم، فحسب أرقام منظمة الصحة العالمية فإنه من 3 إلى 5% من سكان العالم يستهلكون المخدرات، كما أن تجارة المخدرات تأتي في المرتبة الثانية بقيمة 500 مليار دولار على المستوى الاقتصادي، إن ازدهار هذه التجارة وتبعياتها انعكس على الجزائر وهذا لعدة أسباب يرجع بعضها إلى الموقع الجغرافي وإلى الأوضاع السياسية والاقتصادية التي عرفت الجزائر وبخصوص العشرية السوداء، ولعل خطورة هذه الظاهرة في بلادنا نترجمها إحصائيات وزارة العدل أين تم معالجة 12996 قضية مخدرات سنة 2004 بمقابل 3448 سنة 1994، أما الجمارك فلقد مرحت بوجود 26000 مدمن مخدرات في الجزائر سنة 2008 وهذا خلال اليوم التحسيس حول خطورة الإدمان في مدينة عنابة المنعقد يوم 3 افريل 2008 كما أن الجزائر أصبحت بلد منتج للمخدرات فلقد تم اكتشاف:

100000 نبتة أفيون في أدرار سنة 2007 أما سنة 2009 فلقد عرفت منرج خطير 77612 نبتة أفيون و 10957 غ. من الهروين و 38 طن من القنب. (Khiami.M, 2009, p 21).

2- تعاريف:

إن مفهوم الإدمان على المخدرات يرتبط بتعريفات ومصطلحات كثيرة أحاول توضيحها فيما يلي:

1-2- المخدر: "هو كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية، أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد جسديا أو نفسيا " وكذا المجتمع. (محمد سلامة غباري، 1991، ص 9).

ويعرف أيضا: بأنها كل المواد والعقاقير التي تضر العقل والجسم، وتسبب الأذى لمتعاطيها والمجتمع ككل وهي كافة المواد التي حرمتها كل الشرائع والأديان، والشخص السوي ينجدها، والعقل السليم يرفضها. (فتححي دردار، 2005، ص 37)

2-2- الإدمان: لقد استعمل مفهوم الإدمان التعود من قبل منظمة الصحة العالمية (OMS) في بداية الأم، وميّزت بينهما مفهوم التعود يتصل بالحاجة النفسية لا الجسدية لاستعمال المادة، التي تتمثل في كسب مشاعر الراحة والرضا، كما أنّ أعراض الانسحاب لا تظهر عند المتعاطي في حالة التوقف المفاجئ كما لا

يوجد هناك ميل إلى زيادة الجرعات كما أنّ آثار التعاطي تنحصر في المتعاطي نفسه ولا تمتد إلى التأثير على المجتمع.

أما مفهوم الإدمان فهو يشير للتبعية النفسية والجسدية للمخدر، مع وجود رغبة ملحة على الاستمرار في التعاطي والحصول عليه بأيّة وسيلة، مع زيادة الجرعات وتظهر أعراض الانسحاب النفسية والجسدية، ويصبح البحث عن المخدر وسيلة لتفادي الألم، وفي هذه الحالة تمتد آثار التعاطي من المتعاطي نفسه إلى المجتمع ولكن ابتداء من 1964 أوصت منظمة الصحة العالمية بالتخلي عن استعمال مفهوم الإدمان، والتمييز بين التعود والإدمان وتعويض عبارة "إدمان" بالتبعية. (ساييل، 2008، ص5).

ففي تقرير منظمة الصحة العالمية (1969) ذكر التعريف التالي:

"إنّ التعلق (التبعية) بالمخدر هو حالة نفسية، وفي بعض الأحيان جسدية تنتج عن التفاعل بين كائن حي ما وبين مخدر ما وتقسم هذه الحالة باستجابات سلوكية أو استجابات أخرى تتضمن دائماً إجبار المرء على أن يتناول المخدر بصفة مستمرة أو على فترات بقصد المرور في خبرة إثارة نفسية، وفي بعض الأحيان بقصد تجنب الشعور بعدم الارتياح بسبب عدم تناوله، ولقد يكون احتمال تأثير المخدر على المتعاطي كبيراً، كما قد يكون غير متوافر لديه ولقد يتعلق الشخص الواحد بأكثر من مخدر". (محمد سلامة غباري، 1991، ص9).

وهنا يتضح لنا عبارة التبعية بدلا من الإدمان. وفي الوقت الحالي، نجد تحت تسمية الإدمان "مختلف سلوكيات التبعية، فنجد الإدمان على مواد مسموحة و غير مسموحة".

2-2-1- التعاريف النفسية للإدمان: هناك عدة تعاريف سيكولوجية، تطرقت لمفهوم الإدمان وسوف نعرض هنا بعض التعاريف النفسية.

- تعريف هنري (Henrie Ey) : عرف الإدمان على أنه " حالة شاذة تتمثل في النكوص إلى الشكل البدائي بحثاً عن اللذة كما هي في صورتها الأولية عند الرضيع، بعد الحصول على هذه اللذة من جديد" (Henrey.GY,1978,p 194)

- تعريف سلامي نور بار (Sillamy.N) : عرف سلامي الإدمان على أنه "اشتهاء أو رغبة قوية في تناول المواد المخدرة، والتي ينتج عنها حالة التبعية، إذ أن المدمن تسيطر عليه الرغبة الملحة والقهرية في استعمال المواد المخدرة الطبيعية منها والمصنعة من أجل الحصول على إحساسات ممتعة، كالغبطة والأمن، وكذلك من أجل تعويض نقص معين في تنظيم شخصيته، وإيجاد حل وهمي لمشاكله النفسية".

نلاحظ أن هذان التعريفان اقتصري على الناحية النفسية للإدمان.

- **تعريف بيل (Peele1984):** يرى بيل أن الإدمان يشير إلى تعلق الفرد بإحساس بشيء أو فرد آخر بحيث ينخفض لديه التحكم والقدرة على اعتبار العناصر الأخرى واعتباره المصدر الوحيد للتعزيزات. وفي هذا التعريف نلاحظ أن Peele لم يحصر الإدمان على المخدر بل تعداه إلى الأفراد والأشياء. (سايل، 2008، ص 5).

2-2-2- مفهوم الإدمان حسب DSM-IV.TR :

يعتبر DSM من أشهر وأكثر التصنيفات المستخدمة من طرف الأطباء النفسانيين والأخصائيين النفسانيين، ولقد تضمن الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية (DSM-IV.TR) عدة مفاهيم مرتبطة بالتبعية نذكر منها مايلي:

2-2-2-1- التبعية للمادة: هو نمط استعمال غير متكيف لمادة يؤدي إلى اضطراب وظيفي أو ألم بارز إكلينيكي، يتميز بوجود ثلاثة أو أكثر من المظاهر التالية في أي وقت، خلال فترة 12 شهرا:

1- التحمل : ويحدده الأعراض التالية:

- أ- الحاجة إلى كميات أكبر من المادة للحصول على تسمم أو تأثير مرغوب فيه.
- ب- تأثير منخفض في حالة استعمال مستمر لنفس الكمية من المادة .

2- الانسحاب : يتميز بأحد المظاهر التالية:

- أ- نستعمل نفس المادة أو مادة أخرى أقرب لها للتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب.
- ب- تناذر الانسحاب المتميز من المادة.

3- تناول المادة بكميات كبيرة غالبا ما تكون لفترة أطول مما يقصده الفرد.

4- وجود رغبة ملحة، ووجود محاولات فاشلة بغرض تخفيض أو التحكم في استخدام المادة.

5- قضاء وقت طويل في أنشطة ضرورية للحصول على المادة أو تناولها أو التخلص من أثارها.

6- التوقف عن الأنشطة الاجتماعية والمهنية أو الإبداعية الهامة، أو نقصها نتيجة لاستخدام المادة.

7- الاستمرار في استخدام المادة على الرغم من معرفة الأضرار الاجتماعية النفسية والجسمية التي تنشأ أو تزيد باستخدام المادة.

إذا توفر البند "1" والبند "2" توجد هناك تبعية جسمية، ويتم تصنيف التبعية من حيث الشدة إلى خمس مستويات:

أ- التبعية الخفيفة: وتكون فيها الأعراض قليلة ولا تؤدي إلا إلى اضطراب طفيف في الوظيفة المهنية أو في الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو في العلاقات مع الآخرين.

ب- التبعية المتوسطة: هي حالة وسط بين التبعية الخفيفة والتبعية الشديدة.

ت- التبعية الشديدة: وفيها توجد مجموعة من الأعراض تزيد عن تلك المطلوبة للتشخيص، وتؤثر هذه الأعراض بشكل واضح على الأداء المهني أو على الأنشطة الاجتماعية أو على العلاقات بالآخرين.
ث- التوقف الجزئي: يكون فيه بعض الاستخدام للمادة خلال الستة أشهر الماضية مع بعض أعراض التبعية.

وقد تكون التبعية للمواد تبعية نفسية أو جسدية أو معا.

ج- تبعية نفسية: تعني الشعور بالارتياح واللذة نتيجة تناول المادة مع الرغبة الملحة سواء بشكل متصل أو متقطع في تناول المادة للحصول على هذه المشاعر.

ح- تبعية جسدية: تعني تعود وظائف الجسم على كميات معينة من المادة أو عند التقليل من كميتها أو التوقف عنها، تظهر بعض الأعراض الجسمية بشكل مزعج وهي الأعراض التي تسمى بأعراض الانسحاب، والتي سرعان ما تختفي بمجرد تناول الفرد للمادة التي اعتاد عليها، وهناك بعض المواد تسبب التبعية النفسية فقط كالحشيش، الكوكايين، المنشطات، بعضها يسبب التبعية النفسية والجسمية معا مثل الأفيون والمهدئات و المنويات .

2-2-2-2-2-2 سوء الاستعمال المادة : هو الإفراط في الاستعمال بصورة متصلة أو دورية بمحض اختيار المتعاطي، دون ارتباط بالاستعمال الطبي المطلوب والموصوف بواسطة الطبيب بهدف الشعور بالراحة أو بما يُخيل للمتعاطي بأنه شعور بالراحة أو استئثار خبرة معينة .

وسوء الاستعمال لا يصل إلى درجة الإدمان، وإن كان التفريق بينهما أحيانا صعبا وذلك لأن سوء الاستعمال يتخذ طابعا من اثنين:

أ- الاستعمال المتواصل الذي يقارب الإدمان مثل سوء استعمال الأفيون أو الخمر أو المنومات .

ب- سوء الاستعمال العرضي أو غير المتصل لاستئثار خبرة معينة مثل تعاطي حامض الليسيريك أو الحشيش أو المستنشقات. ويعتبر استعمال المسكنات والأدوية الأخرى دون وصفة طبية وبصورة متصلة أو عرضية نوعا من أنواع سوء الاستعمال. (عادل الدمرداش، 1990، ص 8)

2-2-2-3- التسمم بالمادة :يتميز ب:

- أ- تطور تناذر انعكاسي ،خاص بمادة ما ،راجع لتناول حديث للمادة .
- ب-تغيرات سلوكية أو نفسية غير متكيفة راجعة إلى تأثيرات المادة على الجهاز العصبي المركزي (العُدوانية تقلب المزاج، اضطرابات معرفية، واضطرابات الحكم، واضطرابات الأداء المهني أو الاجتماعي)، والتي تتطور أثناء أو بعد استعمال المادة لفترة قصيرة .
- ت- لا تتطابق هذه الأعراض مع مرض عضوي ولا مع اضطراب عقلي .

2-2-2-4- الانسحاب :

- أ- ظهور مجموعة من الأعراض عند التوقف عن تعاطي المادة أو تخفيض الكمية المعتادة منها، لدى فرد اعتاد استخدام المادة بشكل مستمر ومكثف .
- ب- يسبب التناذر الخاص بالمادة ألم أو اضطراب الوظيفة الاجتماعية ،المهنية أو في مجالات أخرى غاية في الأهمية .

ت- لا ترجع هذه الأعراض إلى مرض عضوي ولا اضطراب عقلي. (سايل،2008، ص10).

3-أسباب الإدمان :

هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى الإدمان، هذه العوامل تتداخل مع بعضها، فقد يكون توافر مجموعة من العوامل مع بعضها سببا في إدمان الفرد، ويمكن لنا تصنيف هذه العوامل إلى عوامل ذاتية وأخرى بيئية وأخرى تتعلق بالعقار المستعمل .

3-1- العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل :

3-1-1- تركيب العقار وخواصه الكيميائية :كل مادة توجد في الطبيعة لها تركيب خاص بها، كما أن بعض المواد تشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها، وعند تناول أي عقار تطرأ عليه تغييرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى مستقبل العقار (Recepteur de drogue)

فإن لم تتطابق جزيئات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية، يكون العقار غير فعال أما إذا تطابقت فيكون العقار فعالا، وبالتالي فإن أحد العوامل الرئيسية المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية، لذا نجد ،أنتفاعل الجسم مع أي عقار تم

الإدمان عليه يختلف من عقار إلى آخر فالمنومات والمهدئات يدمن عليها الإنسان بعد استعمالها اليومي لمدة شهر تقريبا.

بينما يدمن على الهيروين بعد ثلاثة أيام متتالية، أما الإدمان على الخمر فلا يتم إلا بعد تناوله بشكل مستمر لمدة تقدر بحوالي عشرة 10 سنوات .

3-1-2- كيفية استعمال العقار : يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يتم بها

التعاطي ،فالمواد المدمنة تستعمل بعد طرق ورتبت حسب خطورتها كآتي :

*التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر الطرق تأثيرا وإحداثا للإدمان .

*التعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم)

*التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق)

*التعاطي عن طريق التدخين، وهو أقل الطرق تأثيرا وإحداثا للإدمان لأن الجزء الأكبر من الغازات يطرحه الإنسان مع الزفير .

وفي الحالات المذكورة يرتبط الإدمان بالكمية المتعاطاة ومدى تكرار الاستعمال وانتظامه أو تباعده .

3-1-3- سهولة الحصول على العقار: من البديهي أنه لا يمكن تعاطي أي مادة دون الحصول عليها، كما أن

تكرار الاستعمال يتعلق أساسا بسهولة الحصول على العقار فمثلا "إذا كان الوالدان مدمنان على الخمر ويجلبانه إلى البيت، فإن أبناء هذه الأسرة معرضون أكثر من غيرهم للإدمان على الخمر. في حالة تكرار شربة خاصة إذا كانت الأم تعمل فيصبح الأبناء دون رقيب أو مسائلة"، وما ينطبق على الخمر في المثال المذكور ينطبق على أية مادة مدمنة أخرى.

3-1-4- نظرة المجتمع للعقار :إن توفر العقار واستعماله وتأثيره ومن ثم الإدمان عليه يختلف بين مجتمع

وآخر لأن النظرة إليه تختلف، فمثلا المجتمع الأوروبي والغربي عامة لا يرى لوما أو حرجا في الاتجار بالخمور وشربها يصبح احتمال الإدمان كبيرا في حين مجتمعنا الإسلامي ينبذ تجار الخمر ويحتقر شاربها لأن القرآن الكريم حرمها وبالتالي فإن الإدمان على الخمر قليلة بالمقارنة مع الغرب ويمكن أن تتعدم لو تم العمل بكتاب الله العزيز في كافة المجالات.

وما ينطبق على الخمر ينطبق على التبغ ومختلف أنواع المخدرات. (فتحي دردار ،2005، ص14).

3-2- العوامل المتعلقة بالفرد المدمن نفسه (عوامل ذاتية):

ويمكن أن ترجع إلى :

3-2-1- الأمراض العقلية : قد تكون الأمراض العقلية سببا في الإدمان في حالة إصابة الشخص بمرض عقلي يدفعه إلى اللجوء إلى المخدرات كأدوية لعلاج مرضه .

3-2-2- اضطراب الحب وعدم إشباع الرغبات : يرجع بعض الباحثين لجوء الشخص للإدمان كنتيجة للهروب من الألم الناتج عن احباطات متعلقة بالحرمان من الحب وعدم إشباع الرغبات .

3-2-3- فقدان الشعور بالثقة : يؤدي فقدان الثقة بالنفس إلى اللجوء إلى المخدر من أجل تغطية هذا الشعور واكتسابه هوامي.

3-2-4- الإصابة بالاضطرابات النفسية : فقد يصاحب الإدمان على المخدر اضطرابات نفسية عديدة من أهمها:الاكتئاب حيث يلجأ المكتئب إلى الإدمان للتخفيف من الأعراض الاكتئابية ،فلقد أظهرت عدة مؤشرات وجود اضطرابات نفسية لدى المدمنين قبل إدمانهم وأن الإدمان ما هو إلا نتيجة لها.

-التعرض للصدمات النفسية : لقد أرجع العديد من الكتاب والباحثين أصل الإدمان على المخدرات إلى تعرض المدمنين لصدمات نفسية فلقد وجد(boustany 1993) الاستهلاك الزائد للأدوية النفسية خلال حرب لبنان أما (Thomas 1997) فوجد أصل الصدمة الجنسية للمدمنات. (Herve.F,1998, p2)

3-3- العوامل البيئية: نذكر منها ما يلي:

- إدمان الوالدين :إن إدمان أحد الوالدين أو كلاهما قد يؤدي بالأبناء إلى تقليد أوليائهم .
- التفكك الأسري:قد يؤدي إلى الإدمان نتيجة لهروب الأبناء من المشاكل التي يعجزون عن مواجهتها.
- إهمال الأبناء:إهمال الأبناء نتيجة لظروف العمل أو سفر الآباء للخارج بحثا عن العمل .

4-أنواع المخدرات :

4-1-تصنيف المخدرات: يمكن أن نصنف المخدرات حسب تأثيرها إلى 3 فئات:

4-1-1-1-1 المنبهات : والتي تعمل على إثارة الجهاز العصبي، نجد ضمن هذه الفئة كل من: الشاي، التبغ، الكوكايين الكراك و الأمفيتامينات ، تعمل هذه المواد على خلق حالات من الإثارة واليقظة، وتتبع بحالة من التعب والاكنتاب.

4-1-2-1-4 المسكنات: تعمل على تثبيط عمل الجهاز العصبي وتعمل كمزيلات للألم ويندرج ضمنها الكحول، المورفين والهروين، هذه المواد تعتبر كمثبطات تعطي الإحساس بالحلم والاسترخاء.

4-1-3-1-4 المهلوسات: وهي التي تؤدي إلى تغيير في عمل الجهاز العصبي نجد هنا القنب والمواد الطيارة، هذه المواد تعمل على تشويش الإدراك والواقع.

4-2- بعض أنواع المخدرات وآثارها:

4-1-2-4-1 الأفيون: يستخرج الأفيون الخام من ثمرة نبات الخشخاش (Papaver somniferum) الذي ينمو في جنوب شرق آسيا وإيران وتركيا وبعض بلدان الشرق الأوسط.

وثمرة الخشخاش بيضاوية الشكل، ينساب عند شقها سائل حليبي اللون يتجمد عند تعرضه للهواء، ويتحول إلى مادة صلبة رمادية اللون أو أسود، ويباع الأفيون الخام على شكل اسطوانات ويقوم المتعاطي بتدخينه في أرجيلة أو شربه في القهوة أو بلعه أو استحلابه تحت اللسان. (عادل الدمرداش، 1990، ص11).

والأفيون له آثار عديدة كالخمول وتسكين القلق، وندرة في الإثارات وعدم زيادة في الرغبات الجنسية انخفاض درجة حرارة الجسم، إمساك حاد، وقد حدد brecher الآثار الدائمة للإدمان على شخصية المدمن كالآتي:

* التوتر الشديد، العصابية، الحساسية الزائدة لأي مؤثر مهما كان صغيرا.

* عدم القدرة على التكيف مع متطلبات الحياة، وعدم التوافق مع أفراد المجتمع.

* عدم الاكتراث بمشاعر الآخرين والانحلال الخلقي.

* ضعف الإنتاج وعدم القدرة على العمل.

* يصبح المدمن غير عابئ بما يدور حوله من أمور وتسيطر عليه اللامبالاة.

(عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص55).

4-2-2- الحشيش: يستخرج الحشيش المستعمل للإدمان من نبات القنب الذي يعرف بأسماء عديدة، وينمو هذا النبات بشكل طبيعي كما يمكن زراعته، ومتوسط ارتفاعه بين 0.6 و 4.60، ينمو بكثرة في المناطق المعتدلة والحارة. (فتحي دردار، 2005، ص43).

يؤدي الحشيش إلى اختلال الأحجام والأشكال والمرئيات والمسافات ويمر الزمن ببطء شديد بالنسبة للمدمن، ثم يشعر أن الزمن قد توقف وتختل الذاكرة بالنسبة للأحداث القريبة، وكذلك الانتباه والتركيز، وتتأثر المدمن هلوسات بصرية وسمعية، كما يؤدي إلى احمرار العين، فقدرة على التوازن الحركي، انخفاض ضغط الدم، سرعة ضربات القلب التي قد تؤدي إلى هبوط في القلب عند المصابين بأمراض القلب.

4-2-3- عقار LSD : يستخرج من فطر الارجوت Ergot، وقد اكتشفه الكيميائي هو فمان وهو مركب نصف صناعي يجري تحضيره من حامض الليسيرجيك.

يسبب تعاطي هذه المادة تبديلاً في المزاج، وخلل في الإحساس بالزمن وإدراكه واضطراب الإدراك البصري والسمعي، الشعور بالفرع والخوف، مشاعر الاضطهاد، هلاوس، ارتفاع ضغط الدم، سرعة النبض، الغثيان القيء.

وقد يؤدي إلى الإصابة بالفصام بين ذوي الاستعداد للإصابة بهذا المرض.

4-2-4- الامفيتامينات: تكون عادة على شكل حبوب أو مسحوق، إن الإدمان على الامفيتامين له خطورة كبيرة فهي تعمل على:

فبما أنها مثيرة جسدية ونفسية فهي تعمل على إزالة الإحساس بالتعب والشعور بالثقة في النفس، يمكن أن ينتج عن استهلاكها أزمان من القلق وحالات اكتئابية، فقدان النوم هذيان، الشعور بالشك والخوف، عدوان، تبعية جسدية، ارتفاع معدل التنفس، زيادة ضربات القلب.

4-2-5- الأدوية النفس-وجدانية : تقوم بالعمل على إزالة المعاناة النفسية، الضغط، الاكتئاب والاضطرابات الهذيانية، عادة ما يتحصل عليها المدمن من عند الطبيب شاكياً حالة من التوتر والضغط النفسي واضطرابات النوم.

يكون تأثيرها حسب الفئات التي تنتمي إليها:

* مهدئات، منومات، مضادات الذهان، مضادات اكتئاب، وهي تعمل على خفض القلق، واضطرابات النوم، هذا إذا كانت تنتمي إلى فئة المهدئات والمنومات.

* الإحساس بالتعب وفقدان الطاقة، فقدان اليقظة والإشارة في حالة مضادات الاكتئاب.

. (Jayle.D –lamoureux.PH,2006,P120.121) .

5- النظريات المفسرة للإدمان:

لقد اهتم كل من التيار السلوكي والتحليلي بمحاولة تفسير لجوء الفرد إلى تعاطي المخدر ومن ثم الإدمان عليه وفي ما يلي بعض هذه التفسيرات:

5-1- النظرية السلوكية : يرتبط السلوكيون الإدمان على المخدرات بمفهوم خفض التوتر فالأفراد يتعاطون المخدرات من أجل خفض التوتر والغضب والقلق وتقادي لمشاعر الألم ،فعندما يجد الفرد المتعاطي للمخدر أن هذا التعاطي يخفض من هذه الانفعالات والمشاعر فيميلوا إلى التعاطي تكرارا ومرارا ويحصل بذلك جانب كبير من التعزيز الإيجابي.

ولقد أجريت عدة دراسات تدور حول هذه الفكرة ،منها دراسة جرا لسون وبالوي والتي أجريت على المتطوعين .ولقد وجدوا أن حدوث الألم يحول الأفراد وجعلهم يشعرون بالقلق والتوتر ،فقد طبقت التجربة عن طريق تعريض المفحوصين لصددمات كهربائية مؤلمة قبل تعاطي المخدرات أو بعد الصدمة يتعاطى المفحوصون المخدر، وتم مقارنة هؤلاء بمجموعة ضابطة تعاطوا المخدر دون إعلامهم لأنهم سيتلقون صدمة كهربائية ،وقد وجد الباحثون أن مستوي القلق كان مرتفعا أثناء شرب الخمر، فلقد كان المخدر هو منبع التوتر في حد ذاته لمعظم الأفراد ولقد أرجع هؤلاء الباحثين وآخرون مثل بلوم وريتشارد إلى ما يلي :

- **طبيعة المخدرات:** لكل مادة كيميائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور في الجسم ويتغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات، ويحدث التأثير على الجسم والمخ، ويرتبط المدمن بالعقار نظرا لما يحدثه له من آثار مفرحة وخفض للقلق والتوتر أي نتيجة للتعزيز الإيجابي الذي يجعله يعيد استخدام المخدر في حدوث الإدمان يليه التعاطي عن طريق الفم كما يساعد سهولة الحصول على المخدر وتوافره في حدوث الإدمان.
- **العوامل الوراثية:** لقد بين ولكر WALKER (1980) من خلال تجربته على الفئران أن الفئران الذين تعلم أبائهم إدمان المخدرات كانت تدمن هي أيضا على المخدر بدون تدريبها على ذلك. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص79)
- **شخصية المدمن:** في دراسة لشخصية المدمن وجد وينيك Winik (1974) أن المدمن هو الشخص:

- غير ناضج : عاجز عن القيام بعلاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال على أبيه.

- المتفاني في ذاته : لا يستطيع تأجيل إشباع رغباته ويريد إشباعها فوراً.

- الضعيف جنسياً: وهو الذي يعاني شذوذاً أو ضعف جنسي وبخاصة الجنسية المثلية.

- المضطهد لذاته: يعاني عند التعبير عن غضبه ولهذا يلجأ إلى الخمر أو المخدر لتخفيف القلق والقدرة على التعبير عن غضبه.

- ذو شخصية اكتئابية : قلقة ومتوترة. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص80) .

يرى هناك أن السلوكيون يرجعون الإدمان على المخدر إلى التعلم بالإشراف والتعزيز الإيجابي نتيجة شعور الفرد بالهدوء بعد تناول المخدر، فتعاطي المخدر هنا يكون نتيجة التعزيزات ايجابية، فإنهاء المخدر لحالات القلق والضيق، يكون هذا بمثابة مكافئة، فوجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر، تثير في المتعاطي الرغبة في المخدر، هذه المثيرات قد تكون بيئة المدمن أو الآلام الناتجة عن الانقطاع عن المخدر والتي تزول بتعاطي المخدر.

إذا فالسلوكيون يعتبرون الإدمان على المخدر سلوك متعلم ولكنهم لم يوضحوا لماذا يلجأ البعض للمخدر كمخض للتوتر، ولا يلجأ البعض رغم إمكانية تشابه البيئة والظروف والمشاكل المولدة للتوتر.

5-2- نظرية التحليل النفسي: أعراض فيما يلي بعض التفسيرات التحليلية للإدمان على المخدر بدءاً بفرويد ثم إتباعه الجدد.

5-2-1- مفهوم التسمم عند فرويد (Freud): لم يلي فرويد أهمية كبيرة لتفسيره للإدمان وهذا ما يلاحظ من عدم تخصيصه لجزء من أعماله لوضع تفسير واضح وتصنيف للإدمان ولكنه تطرق إليه من حيث دراسته لأصل التبعية الإنسانية والتي تظهر عند المولود الجديد.

فرويد يعتقد أنه مع ظهور الاستمناة تسجل في النفسية أول سلوك تعاطي

le "J'en suis venu à croire que la masturbation était la seule grande habitude
besoin primitif et que les autres appétits tels que les besoins d'alcool de

morphine de tabac n'en sont que les substituts les produits de remplacement".
(Berthier, 1993, p1).

هنا يظهر البعد الشبقي التعويضي في التعاطي، فقد قارب فرويد الإدمان بالعصاب باعتبار أن أصل هذا الأخير يعود إلى الجنس، إذا المخدر يشغل وظيفة اقتصادية فهو أحد الوظائف التي يلجأ إليها الشخص من أجل تجنب الألم، فالمتعة الفورية التي ينتجها المخدر ودرجة الاستقلال عن العالم الخارجي تجعله بمثابة عامل كاسر للهم يمنح الشخص القدرة على نزع العبء الذي وضعه الواقع ويلجأ إلى عالم خاص به مليء بالمتعة.

لقد أشار فرويد إلى عدة مفاهيم متعلقة بسلوك الإدمان كالتفريغ النزوي والبحث المازوشي للمتعة، واعتبر الكثير من المحللين النفسانيين من أجل فهم لا شعور المدمن.

5-2-2- مفهوم فرنزيري (Ferenczi): لقد أول فرنزي أهمية كبيرة في أعماله من أجل دراسة مسألة اللجوء إلى المسممات وخاصة الكحول والذي اعتبره كتسمم للرقابة الفكرية والأخلاقية، فقد درس فرنزي (1911) الإدمان على الكحول كعرض عصابي وأن اللجوء إلى الكحول ليس مسبب، ولكن نتيجة الشفاء الذاتي (Autoguérison) فتعاطي الكحول باعتباره حدث نفسي لا شعوري، ما هو إلا عبارة عن تظاهرات نزوية للأعراض.

5-2-3- مفهوم رادو (Rado): طرح رادو (1926) مفهوم النشوة الدوائية للمنشأ Orgasme pharmacologique وهذا في حال تعاطي المورفين، وربطها بالنشوة الناتجة عن التغذية التي يتلقاها الرضيع عند رضعه للثدي، إذن فاللجوء إلى المادة السامة يمثل لذة شبكية ذاتية أين تلعب المرحلة الفمية دور رئيسي ففي سنة (1933) صنف رادو المدمنين تحت مفهوم pharmrcothymies فلمواجهة الاكتئاب الأولي Dépression initiale يلعب المخدر دفاعي ضد المعاناة ويمنح للشخص كل قوته النرجسية أين يشعر الشخص بالخلود وعدم قابلية الجرح. (Largacha.SV,2007 p44).

5-2-4- مفهوم سيمال (Simmel): يعتبر سيمال (1930) الإدمان على المخدرات كعصاب نرجسي أين يأخذ الجسد مكان الجهاز النفسي والذي يصبح غير مستعمل من طرف المدمن أين تكون شدة الاستجابات الجسدية عند الفطام واستعمال المخدر كدفاع ضد السوداوية وهذا باختلاف هوس صناعي، من خلال هذا النكوص النرجسي المميت، ينتج عدم مزج للنزوات النامية (Désintrinsication pulsionnelle croissante) أين يجد المدمن نفسه في المرحلة ما قبل الولادة (Prénatal) كاستعداد للموت.

إنّ التحقيق الهوامي للذة الالتحام مع الأم يتعارض مع الحماية الذاتية. (Berthier,1993,P3)

5-2-5 - مفهوم جلوفر (Glover): أما جلوفر (1939) فلقد أرجع الإدمان في حالة الاكتئاب كبديل للانتحار كمحاولة للشفاء الذاتي ومواجهة الاكتئاب، نلاحظ هنا التقارب بين الفكرة وفكرة فرنزي باعتبار الكحول للشفاء الذاتي من العصاب. كما اعتبر جلوفر السلوك الإدماني كمحاولة للحماية من تهديد التجزئة الذهانية، والإدمان كحالة حدية للمدمن في حالة انتقالية، فهو يقع على الجانب العصابي من أجل الحفاظ على علاقة مناسبة مع الواقع رغم أهمية العلاقة التي يعطيها الإدمان والتي تخفي الاتجاه البارانوايدي (Paranoide) . (Berthier, 1993, P3).

5-2-6 - مفهوم كل من جاميل وروزنفلد (Rosenfeld et Gemmil) : انطلاقاً من المنظور الكلايني اعتبر (Rosenfele 1960) أنه هناك علاقة جدّ متقاربة بين الإدمان ومرض الهوس الاكتئابي فلقد ربط الهوس بالقوة المطلقة المدمرة (Omnipotence destructrice)، والإدمان والاكتئاب عن طريق تقمص موضوع مريض أو ميت، فالمخدر يرمز إلى موضوع مضطهد يمكن أن يتجسد بشكل محسوس، هذا ما يرمز إلى تقمص لمواضع سيئة ومضطهدة، فاستعمال المخدر يرى كأنه تعزيز للدفاعات ضدّ القلق الاضطهادي والنزوات السادية، ليس فقط أن الهوس الناتج عن التسمم الفارمالوجي لا يستطيع المساعدة لإيجاد شكل العلاقة بالموضوع لأن المخدر يأخذ مكان كل الموضوعات.

إنّ مفهوم علاقة السادية بالإدمان تطرق كذلك إليه جاميل حيث يرى أنّ السادية المرتبطة بالمراحل المبكرة للنمو الليبيدي الذي يمكن أن يفسر الإدمان، فالمدمنون يستخدمون ميكانيزمات شبه فصامية أن السادية، أين يأخذ الشيء مكان الموضوع الإنساني، فالمخدر يظهر كموضوع جزئي مرضي، يعطي للشخص إحساس خيالي بالقوة العظيمة وانطلاقاً من ذلك يمكن أن نعرف الإدمان على أنه النكوص إلى مراحل أولية أين التظاهرات الانتقالية ليست موضحة بعد، وهذا ما يؤكد وينكوت (winnicot 1951)، حيث يرى أنّ الشخص المدمن ينكص إلى المراحل الأولى من النمو التي يكون فيها الإشباع عن طريق الهلوس (Rallucinate satisfaction) أين يستثمر الغياب كموضوع للرغبة إذا فيصبح من الممكن إنكار الموضوع الإنساني والقيام باقتصاد الطاقة المتعلقة بالتجاذب الوجداني باتجاه الموضوع المحبوب، إنّ هذه الدفعات النرجسية المرضية تنتج فشل أساسي في الأنا المثالي وتقدير الذات والإحساس بالهوية الشخصي. (Berthier, 1993, P3).

5-2-7 - مفهوم ليتل (Littele) : لقد استخلصت ليتل (1981) نموذج لتفسير السلوكات الإدمانية انطلاقاً من دراستها الإكلينيكية للإدمان على الكحول، بالنسبة لليتل تعتبر المادة السامة كحماية نفسية ضدّ صراعات

نفسية، فمتعاطي الكحول هو الذي يعيش حياته مع جسد راشد ولكنه لا زال يعيش في المراحل الأولى لطفولته، فالشخص يعيش في مراحل اللاتمايز الكلي بين مواضيع العالم وعلاقتها بأناه.

إنّ الإدمان هو محاولة للبحث عن إعادة تأسيس وحدة قاعدية بين المدمن والأم إذا هي أصل التعاطي الذي يعتبر كوظيفة حماية يستخدمها المتعاطي كاستجابة لهذه التجزئة أو الانكسار الأصلي.
(Largacha.SV,2007,p48).

قائمة المصادر والمراجع :

المراجع العربية :

37- سايل (2002)، (2008) الإدمان على المخدرات ظاهرة متعددة الأبعاد: تكوين حول الإدمان على المخدرات، الجزائر

38. عادل الدمرداش، (1990)، الإدمان مظاهره وعلاجه، دار المعرفة، الكويت.

39. عفاف محمد عبد المنعم، (2003)، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.

40. فتحي دردار، (2005)، الإدمان على المخدرات الخمر التدخين، ط5.

41. محمد سلامة غباري، (1991)، الإدمان أسبابه ونتائجه وعلاجه، دراسة ميدانية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.

المراجع الأجنبية :

42. Bergerte . J ,(1993),psychologie pathogique , massion, paris, .

43. Freud .S ,(2004) , Malsaise dans la civilisation , 1929 ,tradiut par odier .J CH universitédu québec , chicoutimi version numerique.

44. Jayle.D, (2006), lamoureux, drogure, dependance, inps, paris.

45. Herve.F, (1998), souffrqns psychipue et toxicomanie , revue toxibase n4, lyon.

46. Henriey. EY, (1978), manuel de la psychiatrie de l enfant masson, paris.

47. Khat . M ,(2009), ouellstrategie opposer a l extension de la consommation de la drogue en algerie ?conference debat au forum d enlmoudjahid alger.

48. Largacha. SV , les consommation de drogue la jouissance et la lien social, these de doctorat universite catholique de louvain.

الفصل الخامس :

الإجراءات المنهجية

- 1- منهجية البحث
- 2- الدراسة الميدانية
- 3- مجموعة البحث
- 4- وسائل البحث

تمهيد:

نستنتج أنه ومن خلال ما سبق والمتعلق بما ورد في الجانب النظري الذي يتضمن إمكانية وجود علاقة بين المتغيرات الثلاثة وللتأكيد من مدى صحتها لابد من البحث عن الرابط الملموس لهذه العلاقة على أرض الميدان وهذا ما سنتطرق إليه في الجانب التطبيقي ضمن إطار الإشكالية التالية:

-هل للصدمة النفسية أثر في ظهور الاكتئاب لدى الراشدين المدمنين على المخدرات؟

1- المنهج المتبع:

إنّ المنهج البحثي المتبنى في بحثنا هذا هو المنهج العيادي والمسمى أيضا بدراسة حالة والتي يعبر عنها "لويس كامل" في مقدمته لكتاب دراسة حالة في علم النفس المرضي بقوله: "دراسة حالة تمثل المنحى الإيديولوجي الذي يتميز بتناوله الشامل والمتكامل للتاريخ الارتقائي للفرد، وهي الطريقة التقليدية في معظم بحوث علم النفس الإكلينيكي، وتركز على الفرد، وتهدف إلى التوصل إلى فروض" أما "جوليان روتير" فيؤكد بقوله: "أنّ دراسة الحالة هي المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكبر وأدق قدر من المعلومات ما يأتي من مناقشة مباشرة مع المريض (العميل) وتتضمن طبيعة المشكلات وظروفها ومشاعر صاحبها واتجاهاته ورغباته وإحباطاته، وقد تأتي المعلومات من الوالدين والأسرة أو رفاق العمل أو أساتذة المدرسة".

وتعتبر دراسة حالة أداة إكلينيكية وصورة بحثية تمد الأخصائي الإكلينيكي بمعلومات وفيرة ومنظمة عن المريض، هي تتميز بالبساطة والسهولة وغازرة المعلومات العيادية .

إنّ اختيارنا لهذا المنهج جاء مبررا منهجيا بالرجوع لطبيعة الإشكالية المطروحة ومتغيراتها لأنّ تصور الصدمة يختلف من فرد لآخر، حتى وإن تلقينا نفس الحدث الصدمي استجابتها تختلف .

تساعدنا المقابلة في تقفي آثار الصدمة النفسية في داخل نفس الفرد يتم عن طريق المقابلة العيادية والتي يعرفها "ماكوبي ماكوبي" على أنّها "تفاعل لفظي بين فردين في موقف مواجهة يحاول أحدهما استثارة بعض المعلومات والتعبيرات لدى الآخر".

في بحثنا هذا نستخدم المقابلة نصف موجهة والتي يعتمد عليها معظم العياديين للتعرف على مختلف المظاهر النفسية، وهذا لكي تكون أدوات البحث ضمن الإطار التحليلي الدينامي العيادي، والذي يسمح بمعالجة فرضيات البحث.

تتطلب دراسة الصدمة النفسية استخدام الاختبارات الإسقاطية في حالة متغيرات كمية وكيفية، بحيث تتميز بالطابع الغامض الذي يسمح للمفحوص بالتعبير عن اللاشعور، وإظهار المكبوت والصراعات النفسية، وهذا عن طريق أشكال غير محددة وغير واضحة، وغامضة ومن بينها: اختبار TAT (اختبار تفهم الموضوع) واختبار الرورشاخ، ونحن اخترنا هذا الأخير لأنّه يكشف عن مراحل نكوصية بعيدة أعمق من TAT لأنّ اختبار TAT هو اختبار تصويري .

أما دراسة الاكتئاب والتعرف عليه يكون عن طريق تطبيق اختبار بيك BICK للاكتئاب .

2- الدراسة الميدانية:

2-1- الدراسة الاستطلاعية: أجرينا الدراسة الاستطلاعية في الإقامة الجامعية وهي وسط غني بالتفاعلات بين المقيمت من مناطق مختلفة، وبما أنّ موضوع بحثنا يتعلق بالإدمان والاكنتاب لجأنا إلى التقرب من بعض الطالبات الجامعيات، ويعود سبب اختيارنا لطالبات مدمنات مقيمات داخل الحي الجامعي إلى أنّ الإقامة الجامعية توفر لنا إطار آمن ومنظم، وكذلك لكوننا من نفس الجنس (إناث) ما سهل علينا الاتصال، ما كان أيضا من شأنه أن يسهل علينا عملية الملاحظة لمدى معاناتهنّ .

ونظرا لحساسية الموضوع الذي تطرقنا إليه موضوع طابو (thém tabou)، كان من الصعب علينا في بادئ الأمر الإفصاح عن هويتنا إلا أنّ تكرار لقاءاتنا معهنّ سهل بعض الشيء سير البحث، حيث تمّ توضيح مع طلب المساعدة المتبادل دون أي خفقات ولا أي أهداف مرسومة.

2-2- الدراسة الأساسية: تمت هذه الدراسة من خلال برمجة حصص "مقابلات" مع حالات بشكل متفق عليه مبدئيا مع كل تحفظ وسرية، وقد كان من الصعب على المدمنات الاعتراف بإدمانهنّ حفاظا على سمعتهنّ، وخوفا من التورط مع الشرطة.

وأیضا خلال بحثنا هذا واجهتنا صعوبات من نوع آخر تتجلى في المكان الذي سنجري فيه المقابلات، بالإضافة إلى عدم وجود حالات تخضع للمتابعة النفسية، وعدم توفر أخصائي نفسي مسؤول داخل الحي الجامعي، بالإضافة إلى أنّ هذه الحالات تعاني من قفزات في المزاج Des saut l humeur، مما تطلب منا تخصيص وقت طويل لإجراء المقابلات .

كل هذه الصعوبات التي اعترضتنا عند بحثنا عن المدمنات اضطررتنا إلى اختيار حالات قصدية، فالحالة الأولى تعرفنا عليها عن طريق احتكاكنا بها في الحي الجامعي، فاغلب المعلومات المتعلقة بها تحصلنّ عليها عن طريق إحدى المقيمات معها في الجناح، أما الحالة الثانية فلحسن الحظ كان التعرف بها عن طريق الحالة الأولى وذلك عندما عرضنا عليها فكرة قبول المشاركة في البحث وبعد التقبل لهذه الفكرة دللتنا بدورها على صديقة لها تعاني من نفس المشكل "الإدمان".

أما الحالة الثالثة فتمّ التعرف عليها عن طريق معاناة صديقاتها في الغرفة فهي تدعوهنّ للإدمان.

2-3- حدود الدراسة:

• **المكانية:**

- 1 - الإقامة الجامعية حسوني رمضان "2" الحالة الأولى و الحالة الثانية .
 - 2- الإقامة الجامعية 1000 سرير بالقطب الجامعي الحالة الثالثة .
- **الزمانية:** من 15-11-2012 إلى غاية 25-04-2013.

- فترة الدراسة الاستطلاعية: 15-11-2012 إلى 22-01-2013
- فترة الدراسة الأساسية: 22-01-2013 إلى 10-05-2013

• **البشرية:**

1- إقامة حسوني رمضان "2"

العدد الكلي للطالبات: 2622 طالبة

عدد طلبة السنة الأولى: 710 طالبة

باقي السنوات: 1912 طالبة

عدد العمال الكلي: 145 عامل

الإداريين: 50 عامل

المستخدمين: 95 عامل

2- إقامة 1000 سرير بالقطب الجامعي:

العدد الكلي للطالبات: 1200 طالبة

عدد العمال الكلي: 120 عامل

الإداريين: 45 عامل

المستخدمين: 75 عامل

3- مجموعة البحث:

تتكوّن مجموعة بحثنا من ثلاثة أفراد من الجنس أنثى تتراوح أعمارهم بين 24-32 سنة وهذا لأنّ بناء الشخصية قد استقر، واكتمل في مرحلة الرشد .

حالتين من إقامة حسوني رمضان "2" وحالة واحدة من إقامة 1000 سرير بالقطب الجامعي بالمسيلة، وقد كانت هناك شروط الإدراج لكي ينتمي فرد إلى مجموعة بحثنا يجب أن تتوفر الشروط التالية:

- أن تكون طالبة.

- أن تكون راشدة.

- أن تكون مقيمة.

كان اختيارنا للعدد القليل للحالات راجع لحساسية الموضوع المتناول "الإدمان"، وقد كان بوجدنا الحصول على عدد أكبر.

خصائص مجموعة البحث:

الجدول رقم (01) :

مجموعة البحث	السن	إعادة السنة
سامية	30	02
جميلة	24	01
أحلام	27	00

التعليق على الجدول: من خلال معطيات الجدول نلاحظ بأنّ أفراد مجموعة بحثنا يتجاوزن سن 24 و هو ما يشير إلى كون الظاهرة الإدمانية قد أخذت مكانة مهمّة في سيرهن النفسي ، كما أن اغلبهن قد أعدن السنة و ربما يشير هذا إلى التأثير المعيق للإدمان و الذي يمنعهن من التركيز في الدراسة.

4- وسائل البحث:

4-1- المقابلة البحثية نصف موجهة: وهي عبارة عن مجموعة من الأسئلة المتمركزة حول الموضوع مع إعطاء الحرية للفرد العميل بالتكلم، مع استعدادنا لطرح أسئلة إضافية تتناسب مع المواضيع التي يتناولها الفرد أثناء الحوار.

تعريف المقابلة نصف موجهة: تعتبر من أكثر التقنيات استعمالاً، فهي ليست بالمقابلة العيادية الحرة ولا بالمقيدة، بل تقع بين الاثنين حيث ما يكون فيها الفاحص قليل التدخل ويكمن دوره في الاستماع إلى المفحوص، وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل ارتياح وطلاقة ويشجعه على الكلام.

(C.chiland,1983,p119)

بحيث تتعلق الأسئلة بالمفاهيم الأساسية المذكورة في الجانب النظري (الصدمة النفسية، الاكتئاب، الإدمان) ، و قد اخترنا أسئلة المقابلة باللغة العربية الدارجة لإشعار المفحوصات بأريحية أكبر و لعدم إعطاء الطابع أستاذ- طالب الذي تساعد على إظهاره اللغة العربية الفصحى.

التعليمية للمقابلة : " أنا طالبة في علم النفس مقيمة معاك في نفس الحي، و راني شايفة و عايشة في معاناة الإقامة، أنا جيتك اليوم باش نهدر معاك إذا حبيتي وإذا تقدرني، في موضوع يخصك ويهمني في نفس الوقت في مجالي الدراسي، و الهدرة اللي بيناتنا تبقى سر ما بينا و ما عندي منها حتى مصلحة غير باش تعاوني في الدراسة. بحيث راني رايحة نطرح عليك أسئلة محددة و نأمل أنك تجاوبيني عليها بصراحة، و حبيت نتفاهم أنا وياك على بلاصة تساعدنا في نقاشنا هذا إنشاء الله تساعدني و نساعدك".

وتحتوي على ثلاث محاور تتكون من عدة أسئلة:

أ/المحور الأول و هو محور الصدمة النفسية:

*تكميلي على والديك؟

*كشما كاين حوايج يقلقوك؟

*احكيلي على حياتك est ce que صراتك حاجة تشوكي ؟

*كي صراتك الحادث وبن كنت ومع من وواش حسيتي؟

* est-ce que كاين حوايج كي تشوفيهم ولا تسمعيهم تحسي بلي رايح يصرالك نفس الحادث لي فات؟

* est-ce que تحسي بلي راه هذا الحادث دايمًا في راسك ودايمًا تخمي فيه؟

* كي تصراللك حاجة مفاجئة واش تحسي؟

* واش هما الآثار إلي خلاهملك الحادث الصدمي؟

ب/ المحور الثاني وهو محور الاكتئاب:

* كيفاه راه مورالك في أغلب الأيام؟

* كشما كاين حوايج تلومي نفسك عليهم؟

* كيفاه راه نومك وشهيتك قبل وبعد الحادث؟

* واش من وقت ولا بلاصه تفكرك بالحادث لي صار؟

* كيفاه راها قرابتك كشما عندك نشاطات تمارسيها في أوقات الفراغ؟

* كيفاه كانت نفسيتك قبل الحادث؟

* كيفاش راكي تشوفي روحك في الحاضر والمستقبل؟

ت/المحور الثالث و هو محور الإدمان:

* كي تكوني مقلقة Démoralisé وماكيش مليحة واش الحوايج إلي أديريهم ويريحوك؟

* est ce que كاين حوايج تكليهم ويريحوك؟

* احكلي على أول خطوة (تكيفتي، سكرتي.....)

* وقتاه تحسي روحك بلي في حاجة (الكيف أو.....)

* في رأيك كاين حاجة بوساتك باش (تتكيفي أو.....)

* كشما كاين حوايج ليريحوك غير (الكيف.....)

* واش يعني استقرارك علي هذا الكيف بالذات؟

* est ce que راكي تخمي ولا خممتي نهار تحبسي (الكيف.....)

الخصائص السيكومترية لأداة القياس (المقابلة) :

من أجل التأكد من صدق و ثبات المقابلة البحثية النصف -موجهة قمنا بعرضها على مجموعة من الاساتذة في قسم علم النفس ذوي الخبرة و الذين بعد الاطلاع عليها ، و بعد اجراء مجموعة من التعديلات على بعض بنود محاورها وافقوا على ملائمتها لقياس متغيرات البحث.

4-2-اختبار الرورشاخ: هو اختبار إسقاطي وضعه هيرمان رورشاخ (Herman rorschach)، حيث وضع بقع الحبر بعد تجارب استغرقت 10 أعوام وهي دراسة بدأها عام 1911 في محاولة لاستخدام منبهات غير محددة المعنى، تسمح بانطلاق مكونات اللاشعور والتعبير عنها، وانتهى إلى استخدام بقع الحبر، ولم يكن "رورشاخ" أول من استخدم بقع الحبر كمادة اختبار نفسي، حيث استخدمت منذ القرن 18 في دراسة الخيال والذكاء، ولكن نشاطه في هذا المجال هو الأبرز مما جعل الفضل يُنسب إليه في استخدام بقع الحبر في تشخيص وتقديم الشخصية. (فرج صفوت، 2007، 27) .

وصف الاختبار: يتكوّن اختبار الرورشاخ من عشر بطاقات، مطبوع على كل بطاقة بقعة حبر متماثلة الجانبين، تعرض أشكالاً مختلفة من بقع الحبر، خمس من هذه البطاقات باللونين الأبيض والأسود (مع ضلالة رمادية)، والخمسة الأخرى ملونة.

أ- التطبيق: تختلف أساليب تطبيق الرورشاخ عند الأخصائيين الإكلينكيين، وبشكل عام تسير العملية كما يلي:

أولاً يقول له تعليمة التمير العفوي للاختبار وهي: (نعتك عشر تصاور وأنت تقولي لي في واش خلاوك تفكري، ولا واش خلاوك تتفكري في هذو تصاور، لواش يقدروا يشبهوا؟)

• يُعطي الفاحص (الأخصائي) البطاقة الأولى للمفحوص ويقول له أخبرنا بما تراه في هذه البطاقة" ماذا يمكن أن يكون معناها بالنسبة لك ليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة، فقط أخبرني بما يبدو لك ويتم إعطاء المفحوص جميع البطاقات اللاحقة بالترتيب

- يلاحظ الفاحص وضعية البطاقة عند كل استجابة على (معتدلة /مقلوبة/جانبية) ثمّ توضع بشكل مقلوب في الجانب الآخر من الجانب الأيسر إلى الأيمن للفاحص علماً أنّ الفاحص والمفحوص في وضعية جلوس وجها لوجه.

- إضافة إلى ذلك يقوم الفاحص بتسجيل أي تعليقات عفوية، أو علامات استغراب.

ب- **التحقيق** : بعد إنهاء "مرحلة التمرير العفوي" ينتقل الفاحص إلى "مرحلة التحقيق الاستفسار والاستقصاء" يتم في هذه المرحلة تذكير بجميع استجاباته السابقة واحدة تلو الأخرى، ويسأل عما أثارته اللوحة في ذهنه من ادراكاته، وهذه فرصة يمكن للمفحوص أن يثري استجاباته أو يوضحها فيها.

تعليمية التحقيق: " نعادوا نشوفوا التصاور اللي شفناهم أنا و أنت مع بعض وحاول انتقولي وين شفت لحوايج لي قلتهملي من قبل، وعلى واش ركزت في إجاباتك، و إذا عندك أفكار أخرى تقدر اتضيفهم".

- يطلب من المفحوص تحديد المكان الذي تغطيه استجاباته المختلفة على كل بطاقة.

ت- **التنقيط**: تدور طريقة تصحيح اختبار الرورشاخ حول 04 محددات أساسية :

- المكان أو الموضع (La localisation): ويشير إلى المكان الذي استجاب فيه المفحوص في البطاقة، بقعة كاملة، جزء كبير، جزء صغير...إلخ.

- المحتوى والمضمون (Le contenu): يشير إلى طبيعة الموضوعات أو الأشياء التي يراها المفحوص في البطاقة (حيوان، إنسان، ضباب، ...)

- المحددات (Les determinants): تعكس النواحي التي أثار استجابة المفحوص على البطاقة (شكل البقعة، لونها، بنيتها، الحركة الظاهرة التضليل...)

- الشيع والأصالة (Popularité originalité): تشير إلى تصنيف الاستجابات على أساس مدى شيوعها وتكرار ظهورها، أو مدى أصالتها وندرة ظهورها، المرتبطة بموضوع معين.

(ترول تيموثي ج وحنان زين الدين، 66، 2007).

وهناك عدة مؤشرات للصدمة في الرورشاخ نذكر منها:

- انخفاض الإنتاجية أو المردودية على المستوى الكمي(عدد الاستجابات)

- عدم وجود الاستجابة الشائعة.

- ارتفاع زمن الرجوع .

- كثرة تدوير البطاقة.

- تردد، إنكار، حيرة، رفض اللوحة.

- استجابات غريبة، إجابات شاذة، عجيبة لا نجد لها في بروتوكولات الأفراد العاديين.

- استجابات تعبر رمزيا عن مشاكل خاصة بالمفحوصين .(شليبي.م و ديفارج .ب،1999، ص19).

الأفراد الذين يعانون من عصاب صدمي غالبا ما يعوضون أجزاء الجسم بأجزاء تشريحية مثل: هيكل عظمي للوجه، جهاز التناسلي للمرأة... ، و أحيانا يكرر المفحوصون نفس الإجابات على البروتوكول كما أنّ وجود الإجابات الفاتحة القاتمة "فق" "Clob" يشير إلى وجود صعوبات تكيفية حقيقية ذات أصل مرضي، وإلى أنّ الشخص غير قادر على تعبئة قدراته الدفاعية فيترك العنان لقلقه للبروز بصورة طاغية.

(عبد الرحمان سي موسي و رضوان زقار، مارس2002، ص42).

وخلصت هذه الدراسة إلى أنّ بروتوكولات المصدومين لها طابع خاص، إذ تميزت بسيطرة الاستجابات اللونية مثل: "هذا دم"، غابة خضراء، وبمحتويات ذات عدوانية بدائية غزيرة مثل: "زوج رجال يذبجوا في واحد، ويقطعوا في جثة"، وأيضا الإنتاج الإسقاطي للراشادات المصدومات كان غنيا بإجابات مثل: "وحش" كما أنّهم يجدون صعوبة بالغة في إعطاء الإجابات.

4-3- اختبار بيك للاكتئاب:

تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب الذي يعرف باختصار (B,D,I) للكلمات (Beck. Dépression. inventory) وقد اعد هذا المقياس في الأصل الطبيب النفسي الأمريكي "أروربيك" (A.beck) عام 1961 وآخرون ويتكون في الأصل من 21 مجموعة من الأعراض تتكون كل مجموعة من أربع عبارات تصنف الأعراض بطريقة متدرجة من أقلها شدة إلى أعلاها، وهذه الأعراض هي:

- الحزن	- الإحساس بالفشل	- الشعور بالذنب
- التشاؤم	- عدم الرضا	- توقع العقاب
- مقت الذات	- اتهام الذات	- الأفكار الإنتحارية
- البكاء	- حدة الطبع	- الانسحاب الاجتماعي
- التردد	- تغيير في صورة الذات	- صعوبة العمل
- الأرق	- سرعة التعب	- فقدان الشهية

- فقدان الوزن - الانشغال بصحة البرد - فقدان الشهوة الحسية

وقد عرفت هذه القائمة نجاحا واسعا على المستوي العالمي في تقدير حالة الاكتئاب لدى الأشخاص الذين تم تشخيصهم كمكتئبين، وكذلك في الكشف عنه لدى الأشخاص في المجتمع العادي.

(Beck et al,1998,p01-02).

4-3-1- طريقة تطبيق المقياس: يطبق إما بطريق فردية أو جماعية، فإذا ما طبق فرديا يكفي أن نطلب من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في الأسئلة ثم البدء بالإجابة، وذلك بعد التأكد من فهم المفحوص لها، أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص، و يطلب منه كتابة اسمه و عمره و مستواه التعليمي و تاريخ الإجابة، كما يطلب منه قراءة التعليمات بنفسه (قراءة صامتة) في الوقت الذي يتولى الفاحص قراءتها بصوت مرتفع حتى يزول كل غموض والتباس، و تكون تعليمة المقياس كما يلي:

التعليمة: في هذه القائمة مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدا ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (0 أو 1 أو 2 أو 3) التي تصف حالتك خلال الأسبوع، و تأكد من قراءة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و أنك أجبت على كل مجموعة .

أما فيما يخص هذه الدراسة فتمّ تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بطريقة فردية، وفق التعليمات الموجودة فيه .

4-3-2- طريقة تصحيح المقياس: كل بند يحتوي على أربع عبارات تمثل أربع درجات من شدّته المتصاعدة على سلم من (0 إلى 3)، ويؤخذ بعين الاعتبار في عملية تفريغ البيانات وتنقيط القائمة الدرجة الأعلى المختارة في البند الواحد، أما الدرجة الكلية للقائمة فيتحصل عليها بجمع 21 بندا أو فئة.

(غريب عبد الفتّاح غريب،1985،ص6-7).

4-3-3-3- معايير تقدير الاكتئاب: أما معايير تقدير القائمة فقد وضعها كل من "بيك و ستير" (Beck et al, 1998) و قد حدد علامة 9 كحد أدنى للدلالة على وجود حالة اكتئابية، و الجدول الآتي يوضح ذلك: (Bouvard et cottaux,2002,p183).

الجدول رقم (2): يوضح مستويات الاكتئاب باستخدام مقياس بيك:

مدى درجة الاكتئاب	مدلول الدرجات
أقل من 10	حالة عادية
من 10 إلى 18	اكتئاب خفيف
من 19 إلى 29	اكتئاب معتدل
أكثر من 30	اكتئاب حاد

5- مكان و مدة إجراء المقابلات:

* عند برمجتنا للمقابلات و التي هي في المجموع 4 مقابلات ، و نعزو كثرة المقابلات التي برمجتنا إليها خصوصية الموضوع الذي يزيد من مقاومة الحالات و عدم الافصاح .لكل حالة كانت آخر مقابلتين هما المقابلة الخاصة بتطبيق "الرورشاخ" و اختبار "بيك" .

*تراوحت مدة كل المقابلة بالنسبة لكل الحالات بين (30-45 دقيقة).

*كان مكان إجراء المقابلات هو قاعة المطالعة المتواجد بمركز النشاطات الثقافية والرياضية و الوقاية الصحية بالإقامة (الحي الجامعي) و يتميز بالهدوء اذ اخترنا الاوقات التي تتعدم فيها زيارة الطالبات .

قائمة المصادر والمراجع :

المراجع العربية :

49. إبراهيم عبد الستار، (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليبه علاجه، عالم المعرفة، الكويت.
50. ترول تيموري ج، (2007)، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة فوزي داوود وحنان زين الدين، دار الشروق، عمان.
51. شلبي. م و ب. ديفارج، (1999)، اختبار رورشاخ، مطبوعات جامعة منتوري، قسنطينة،
52. عبد الرحمان سي موسي ورضوان زقار، (2002)، الصدمة والحداد عند الطفل والمراهق، ط1، الجزائر.
53. غريب عبد الفتاح غريب، (1985)، تعليمات مقياس بيك للاكتئاب، مطبعة النهضة العربية المصرية، القاهرة.
54. فرج صفوت، (2007)، القياس النفسي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط7.
55. لازاروس. د، (1981) الشخصية، ترجمة سيد محمد غنيم، دار الشروق، بيروت.

المراجع الأجنبية :

56. Beck A. et al, inventaire de d épréssion de beck, 2ed, manuel, paris, les edition centre de psychologie appliqué.
57. Bouvard et cottraux, en psychiatrie et en psychologie, paris, massion 3ed.
58. Chiland coleette ,(1993), l entretien clinique , quadrigé/ PUF.

الفصل السادس :

معرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة

- 1- دراسة حالة سامية
- 2- دراسة حالة جميلة
- 3- دراسة حالة أحلام
- 4- النتائج العامة
- 5- تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

1- دراسة حالة سامية "س":

1-1-1- المقابلة:

نتطرق فيما يلي إلى عرض محتوى المقابلة عن طريق تقسيم هذا المحتوى إلى المحاور المهمة في حياة الحالة، و التي تتصل بالبحث مع تحليل المقابلة:

1-1-1- عرض المقابلة:

"س" تبلغ من العمر 30 سنة، تعرفت عنها من طرف أحد صديقاتها، لديها 4 إخوة (2 ذكور و 2 إناث) و هي تحتل الترتيب الأول، أما بالنسبة للمستوى الدراسي فهي متحصلة على شهادة الليسانس في التسيير و الاقتصاد لسنة 2006، حيث عانت "س" من بطالة دامت سنتين مما اضطرها لإعادة بكالوريا ثانية و فيها حضيت بالنجاح سنة 2008، و هي حاليا تدرس به في كلية تسيير التقنيات الحضارية سنة ثالثة و ذلك نظرا لرسوبها للسنتين الأخيرتين، المستوى المعيشي كان جيد قبل زواج الأب من الزوجة الجديدة التي لها ماضي مشين (تمارس البغاء) و لكن بعد هذا الزواج أصبح الوالد غائب بشكل شبه دائم منذ سنتين و نصف، و هذا ما اضطر الوالدة للعمل في بيتها (خياطة). كما أنّ نقطة صبر الأم على هذا الوضع أثار الشفقة والغضب في نفس الحالة "س"، لم يكن لسامية الكثير من الأصدقاء، و كانت البداية لها مع الكحول منذ سنة و نصف الذي تتحصل عليه بطرق عدّة، و حسب قوله بأنها أحسن وسيلة لتتقم من والدها بإتباعها لطريق زوجته الجديدة التي فضلها على الوالدة بعد عشرة عمر.

في البداية أظهرت الحالة "س" نوعا من الارتباك، و تميزت بتغيير في المزاج في المقابلة الأولى، و لكن سرعان ما أظهرت تحسن ملحوظ في التعاون معنا ، و قد تميزت بالهدوء في المقابلات التالية.

كان عدد المقابلات مع الحالة "س" 4 مقابلات تراوحت مدّتها بين (30-45) دقيقة، حيث تمّ تطبيق اختبار "الرورشاخ" في الحصة الثالثة و اختبار "بيك" في الحصة الرابعة والأخيرة.

1-1-2- ملخص المقابلة:

يتركز ملخص المقابلات عن طريق تقسيمها إلى المحاور الهامة في حياة الحالة التي ظهرت خلال المقابلات و هي كالتالي :

*استهلاك الكحول: كاستجابة أو على إثر زواج الأب الذي كان يعني لها المثل الأعلى، حيث كان أول تناول لها بغرض نسيان حالتها الأسرية الراهنة آن ذاك عن طريق إحدى صديقات السوء، وايضا الخروج من حالة الحزن

والاكتئاب و عدم التحمل "تسكر باش ما نخمش"، بالإضافة إلى التذمر من تقبل الوالدة للوضع الجديد من الغياب و الحضور المتقطعين المزري والمهين، فحسب وجهة نظرها أنّ من الضروري على أمها الانفصال على والدها بشكل رسمي وقانوني ونهائي بعد تخليه على مسؤولياته اتجاههم.

***دور الكحول في حياة الحالة "س"** : أصبح الكحول يمثل المخرج والمهرب أو المنفذ من حالة الضغط و الحزن الناشئان عن تدهور وضعيتها الأسرية.

***العلاقات العاطفية و الجنسية** : بالنسبة للعلاقات العاطفية فلم تكن لسامية أي علاقات عاطفية مشبوهة قبل حادث زواج الأب، أما بعد هذا الحدث الأخير أصبحت لسامية علاقات عاطفية و جنسية كان سببها الحاجة الماسة للمال بغرض الحصول على الكحول للهروب من حالة الحزن. كما التمسنا وجود الإحساس بالندم بشكل كبير لدى الحالة على الوضع الحالي لها، مع محاولة إيجاد الحلول البعيدة والمستحيلة حسب قولها.

1-1-3- تحليل المقابلة :

كان تحليل المقابلة أيضا مرتكز على النقاط الهامة التي جاءت في حديث الحالة وكان التحليل كالآتي:

***الصدمة النفسية عند "س"**: إن زواج الأب شكل صدمة لها بحيث كان يمثل لها السند و القوة و المثل العليا و الاستقرار، والمرح "كان عندي بابا، وكان لاباس عليه مع يما، بصح نهار اللي راح مع هاذيك العقرب ما ولاش بابا" و لكن بعد هذا الحدث الصدمي إنقلبت الحالة المزاجية الخاصة بها، مع اضطراب نومها إضافة إلى القلق الدائم...حيث امتدت هذه الأعراض الصدمية معها على طول مدة 6 أشهر الأولى التي تلت الحدث، و على إثر هذه المعاناة النفسية لجأت إلى الكحول كمنوم و منه تم إدمانه.

* استبدال الموضوع المفقود و استثمار الكحول كموضوع حب جديد:

فقدان الوالد أدى بسامية إلى تقمص أفعاله و واجباته اتجاه الأسرة بتبني وظيفته السابقة التي كان يؤديها في الأسرة عبر توفير الدخل المادي عن طريق بيع جسدها " أنا وحدة من الناس ضرك ما نسحقوا، وما نسحق دراهموا، و ما نديهمش"

*التبعية بين الأم والأب:

إنّ الحالة "س" بحكم التدليل الزائد الذي حظيت به سابقا من طرف الوالد قبل زواجه مرة ثانية ثم غياب الأب و نقص رعايته و اهتمامه أدى إلى إحداث خلل في التركيبة النفسية للحالة نجم عنه عدم القدرة على تحمل الوضع الجديد.

1-2-1- عرض نتائج الورشاخ: الجدول رقم (03)

التنقيط	التحقيق	النص العفوي (الاجابة)	ز.ك	بطاقة
G AD F+	(Toute la planche)	1.وجه خفاش ، حيوان شرير ليس له جسم و له ضحكة شريرة . '1"58	38"	.I
صدمة Dsex Fc+	ما عجنيش فيها الاحمر في الاسفل يشبه للجهاز التناسلي للمرأة D3 sans Dd28	ما فهمتهاش و ما عجنيتيش.2.	"40	.II
DbI obj Fc-	اللون الأبيض اللي في الوسط يشبه للصاروخ DbI5			
D(H)d Fc-	الأحمر اللي في الأعلى يشبه لقرون شيطان D2	'1"40		
DHF + Ban GHd Fc- clob	D1 عينيه هما اللي بالأحمر (الأعلى)	1. 3.شخصين بيناتهم حب هما رجل و امرأة 4.وجه انسان كبير شرير عينيه يخوفوا '1"41	"45	.III
G(H)F+clob Ban G Ad F-	(Toute la planche) (Toute la planche)	5.غول رجليه كبار مظلم يعيف و يخوف	"10	.IV

الفصل السادس — عرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة

		6. رأس بقرة أنثى عندها وذنين "40		
GAF+ Ban GAF+	(Toute la planche)	v^ 7. خفاش 8. فراشة "58	"22	.V
D sex F+ Ddbl sexF-	D3 Ddbl 30 ديما النساء في الحظيظ و الرجال هما في الأعلى في الرسم	9. عضو جنسي ذكري 10. عضو جنسي أنثوي ' 1	"25	.VI
GHF+	(Toute la planche)	11. زوج عباد مسطالين في قعدة بيناتهم علاقة مزوجين ولا يحبو بعظاهم "5'1	"25	.VII
DAkan+ Ban D Geo Fc- D frag F+	راني نستغرب في الرسام D1+D4 D5 D2	12. حرباء أو أسود رايعين ياكلو حاجة ولا يقتلوهما بصح ماهمش قادرين مشدودين في الأسفل 13. غابة خضراء 14. صخور '1	"20	.VIII
D anat F- D Geo F- D élém F+ kob G Hd F-	D6 D11 D3 (Toute la planche)	15. لحم عباد 16. غابة مليحة 17. نار شاعلة في الغابة 18. وجه إنسان شرير عينيه كبار "40'1	"20	.IX

الفصل السادس — عرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة

			تقرز [^]	"04	.X
D A F+	زوج عقارب	D1	19.حشرات حاتسهم يتمشأوا عليا)		
D A F-	و D6		ياما تخيتي)		
D A F-		هاذي عقرب			
D Ad kan-		D4x2			
		حيات			
		خنافس			
		D10+D7+D2+D12+D13+D1		"24	
		5			

اختبار الاختيارات :

الاختيار الموجب : *البطاقة VI: فيها قوّة مرّات لازم تكون كايّنة عند الواحد

*البطاقة VII : واضحة.

الاختيار السالب : *البطاقة IV : وحش ، زغوغ يخوّف ،لونو مظلم.

*البطاقة X : حشرات تعيف وتقرز .

الجدول رقم (04) Psychogramme:

Synthese	M.apprehension	Déterminants	Contenu
R :18	G :08	F+ : 09	A :06
Refus :01	D :14	F- : 08	H :03
T.total: 12'06"	Dbl :01	Ban :04	Hd :03
Tps/R :40"	Ddbl:01	Kob :01	Anat :01
RC% :22,22%		Fc :04	Geo :02
Ban :04		F+clob :01	Sex :03
Ban% :22,22%		F-clob :01	Frag :01
F-% :43,75%			Elém :01
F+% :56,25%			Obj :01
A% :56,25%			
H% :33,33%			
Choix+ :VI-VII			
Choix- :IV-X			

1-2-2- تحليل بروتوكول سامية :

* الوقت والإنتاجية: أعطت المفحوصة إنتاجية منخفضة قليلا عن المعايير التي تقع بين (20-35) إجابة إذ لم تقدم إلا (18) إجابة في مدة زمنية قدرها 12 د و 06 ثا، أي بمتوسط 40 ثا للإجابة مما يدل على تضايقها من الوضعية الإسقاطية، و كان زمن الرجوع متفاوت من لوحة إلى أخرى، أين كان قصيرا جدا في البطاقات (IV و X) وكان طويلا نوعا ما في البطاقة (III) إذ استغرقت 45 ثا أعطت فيها استجابتين مختلفتين مما يشير إلى الصعوبة التي وجدتتها أمام بطاقة التقمص، و التي توضح صدمة لهذه البطاقة تشير إلى تثبيت أو كف خاص بالمرأة، إنَّ الشخصان اللذان شاهدتهما في اللوحة تدرکہما لا شعوريا كزوج الأبوين و هنا تعبر المفحوصة عن استجاباتها في علاقاتها الأوديبية مع والديها حيث كانت متأثرة نوعا ما باللون(صدمة اللون)، ويتجلى الكف في البطاقة(II) "بطاقة العدوانية".

شهدنا تنوعا في الإجابات حيث قدرت نسبة الإجابات الكلية (G) 44,44% ي و هذه النسبة تفوق إطار المعايير التي تتراوح بين(20-30%) و قدرت نسبة الإجابات الجزئية (D) ب77,77% حيث فاقت إطار المعايير(60-70%)، و قدرت نسبة الإجابات الجزئية في الفراغ الأبيض (Dbl) ب 5,5%، ونسبة الإجابات الجزئية الصغيرة في الفراغ الأبيض (Ddbl) ب 5,5%.

أيضا جاءت نسبة الإجابات الشكلية الإيجابية (F+) مقدرة بـ 56,25% و يدل هذا على انخراط جيد في الواقع *ancrage dans la réalité*، و قدرت نسبة الإجابات الشكلية السلبية بـ 43,75 % التي توافق السيرورات الأولية، كما أنه لم يتم تسجيل إجابات حركية إنسانية، وقد سجلنا إجابة حركية للأشياء (kob) في اللوحة (9).

بالإضافة إلى الإجابة المرتبطة بمحدد خوافي متمثل في إجابات فاتحة قاتمة (clob) في البطاقة (VI) (البطاقة الأبوية) حيث قالت: "غول رجليه كبار مظلم يعيّف ويخوّف"، وكانت نسبة الإجابات اللونية (Rc) بـ 22,22 % (4 إجابات) في لوحات العدوانية (II) و التقمص (III)، و قدرت الإجابات الحيوانية (A) بـ 56,25%، و نسبة الإجابات الإنسانية بـ 33,33 % .

* **السياقات المعرفية** : غلب على السياقات المعرفية الإجابات الجزئية (D) بنسبة 77,77% حيث فاقت إطار المعايير (60-70%) في اغلب اللوحات المفتوحة .

* **الدينامية الصراعية** : يوحي الرجوع إلى المحددات الشكلية إلى مدى استناد المفحوصة على الواقع الملموس، و في نفس الوقت بقوة الرقابة المفروضة على النزوات العدوانية والجنسية.

لاحظنا وجود الحركات الإنسانية على طول البروتوكول و هو ما يشير إلى أنّ هناك استجابة في الصورة الإنسانية و في التقمصات النرجسية و الجنسية حيث تمكنت المفحوصة من إعطاء محتوى بشري .

الحركات الحيوانية ظهرت في اللوحة الأخيرة عند ذكرها لاجابة " حشرات حاستهم يتمشاوا عليا"

و حركة الأشياء في اللوحة رقم (X) "النار شاعلة في الغابة" .

وجود صدمات و رفض البطاقة رقم (II) "ما فهمتهاش و ما عجبنتيش" .

- نميز حالة من الحداد المرضي و المتمثل في حداد على النظام الأبوي و التفكك الأسري (الطلاق)، حيث لم تتمكن المفحوصة من تقبل الوضع الأسري الجديد، لأن هذا الأخير حصل بشكل مفاجئ و مس استقرارها وتوازنها النفسي و من ثم لجأت سامية إلى المخدرات كموضوع استثمار بديل عن الموضوع الغائب، فالكيف حسب المفحوصة يلعب دور دفاعي ضد المعاناة و الإحساس بالاكنتاب و محاولتها الدفاع ضد القلق الناتج عن الموضوع المفقود.

1-2-2- ملخص بروتوكول الرورشاخ: : يبدو إنتاج سامية مقبولا من ناحية الكم (R:18)، لكن نوعية اجاباتها أخذت طابع العدوانية الطاغية في أغلب إجاباتها مع سيطرة الاستجابات الرمزية التي تعبر عن مشاكل الحالة، و الاستجابات اللونية التي تبين الصدمة، كما أنّ إجاباتها تميزت بالمشاركة البالغة لتصورات ذات طابع خوافي .

1-3- مقياس بيك للاكتئاب: تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب للحالة "س" في الحصة الرابعة و الأخيرة من المقابلات المبرمجة.

ملخص مقياس بيك: كانت نتيجة الإختبار هي: 38 درجة، وحسب معايير تقدير الاكتئاب فإنّه يوجد لديها اكتئاب حاد (أكثر من 30 درجة).

1-4- ملخص الحالة "س": انطلقا من معطيات المقابلة العيادية و بروتوكول الرورشاخ ، و مقياس بيك نستنتج أنّ سامية تعاني من صدمة نفسية من مؤشرات سيطرة الاستجابات اللونية، و وجود الإجابات الفاتحة القاتمة (فق) يشير إلى أنّه هناك صعوبات تكيفية، و استجابات ذات طابع خوافي، و وجود استجابات تعبر رمزيا عن مشاكل الحالة هذا ما اندرج عنه دخول سامية في حالة اكتئاب شديد أدى إلى إدمانها على المخدر.

2-دراسة حالة جميلة "ج":

2-1- المقابلة :

نتطرق في ما يلي إلى عرض محتوى المقابلة عن طريق تقسيم هذا المحتوى إلى المحاور المهمة في حياة الحالة "ج" و التي تتصل بالبحث، ثمّ تحليل المقابلة.

2-1-1- عرض المقابلة :

"ج" طالبة جامعية مقيمة في القطب الجامعي (1000سريير) تعرفنا على هذه الحالة من خلال شكوى زميلاتها في الغرفة فهي كانت تدعوهم في مشاركتها في الإدمان، "ج" تبلغ من العمر 24 سنة تحتل الترتيب الأول بين إختها 2 بنات و ذكر، أمها توفيت منذ 8 سنوات تقريبا على اثر حادث قتل مروع من طرف جماعة مسلحة في المنطقة النائية التي كانت تقطن بها و بدون أي سبب، جميلة طالبة تدرس في السنة الثانية SM (علوم المادة)، بدأت في استهلاك المخدر في عمر 21 سنة، وهي مدمنة على مادة الكيف و الكحول لمدة 3 سنوات و بمتوسط استهلاك 3 مرّت يوميا.

كان عدد المقابلات التي أجريناها مع الحالة "ج" 4 مقابلات، دامت بين (30-45 دقيقة) حيث تم تطبيق الإختبار الإسقاطي "الرورشاخ" في الحصة الثالثة، واختبار "بيك" للاكتئاب في آخر حصة، حيث كانت هذه المقابلة مدتها أطول من باقي المقابلات. بدت جميلة في المقابلة الأولى عنيفة لفظيا و لكن مع التقدم في المقابلات الأخرى بدت أكثر انسجام و هدوء نوعا ما.

2-1-2- ملخص المقابلة: هنا نعرض الملخص عن طريق التطرق للمحاور التالية:

***استهلاك المخدر:** كاستجابة لوفاة الوالدة و وفاة الأخت في نفس الليلة : عند سؤالي للحالة "ج" عن سبب تعاطيها للمخدر أجابت "حاجة تنسيني في الموت نتاع يما، كرهت كنت نحس الضيق في قلبي"، أما عن حالتها و إحساسها بعد الوفاة فتقول "أنها أصبحت تكره البيت لأنه يذكرها بأمها وأختها وكل الذكريات الجميلة التي ذهبت معهم".

***علاقتها بأمها :** حيث كانت الحالة "ج" متعلقة جدا بأمها لدرجة أنها قالت "حتى أنني بعد الوفاة بقيت أنتظر اليوم الذي ستأتي في أمي، وكأنها في مكان ما و ستعود للمنزل" و هو ما يدل على عدم قدرتها على تصديق فقدانها للام.

***دور الكيف في حياة جميلة :** أما عن ما يمثله الكيف لها فهي تقول "أنا ما نقدرش نستغنى عليه خطرانش من الصعب الابتعاد عليه لأنه هو لي نحسوا يعطيني الشجاعة و يحقق لي الراحة".

2-1-3- **تحليل المقابلة :** كان تحليل المقابلة هو كذلك عن طريق محاور تبيّن النقاط الهامة التي جاءت في المقابلة، و كان التحليل كما يلي :

***الصدمة النفسية للحالة "ج" :** إنّ وفاة الوالدة و الأخت ، شكلت صدمة عند الحالة ، و هو ما يمكن لمسه عبر اضطرابات النوم التي لم تكن موجودة من قبل و القلق و تجنب المنزل محل وفاة الأم و الأخت ، و إيمانها على المخدرات و الكحول في بعض الأحيان ، و قد امتدت هذه الأعراض بعد الصدمة لعدة أشهر. و حتى لسنوات حيث لا تزال تحاول تصريف الآثار الصدمية.

و ما نتج عنه من معاناة نفسية شديدة ، أدت إلى إحساسها في الأشهر الأولى التي تلت الحادث بأنها ستجن و تصاب بمرض عقلي خطير ، و في بحثها عن حل للخروج من هذه الدوامة النفسية جربت تعاطي المخدرات و الذي وجدت فيه مخرجا و العلاج الذاتي لمعاناتها و أحزانها. فالمتعة الفورية التي ينتجها المخدر و درجة الانفصال عن العالم الحقيقي و تكوين عالم خيالي خاص بها، تجعلها بمثابة عامل يقلل من التوتر و القلق و المعاناة ، حيث منحها المخدر القدرة على التخلص من العبء الذي أثقل كاهلها عبر الهروب إلى عالمها الخاص المليء بالمتعة .

*استبدال الموضوع المفقود و استثمار المخدر كموضوع حب جديد:

- نميز حالة من الحداد المرضي غير المكتمل حيث لم تتمكن المفحوصة من تقبل فقدان الوالدة و الأخت لان هذا الأخير حصل بشكل مفاجئ و مس شخصين أساسيين في توازنها النفسي و من ثم لجأت إلى المخدرات كموضوع استثمار بديل عن الموضوع الغائب. فالكيف حسب المفحوصة يلعب دور دفاعي ضد المعاناة و الإحساس بالاكتئاب و محاولتها الدفاع ضد القلق الناتج عن فقدان.

2-2-الورشاخ:

2-2-1- عرض نتائج الورشاخ: الجدول رقم (05)

التقريب	التحقيق	الإجابة (النص العفوي)	زك	بطاقة
D H K+	هذا راجل(ج.م.علوي) D4	1. شغل راجل رافع يديه "45	"10	.I
G C F-	(toute la planche)	2. هذا دم دم (خلاص) "20'1	"15	.II
D Hd F- D H K+ Ban	D7 D1 الجتة في الوسط زوج رجال على الجانبين	3. هاندو زوج رجال راهم شغل يذبوا في واحد، و يقطعوا فيه "13'2	"25	.III
صدمة	ما علاباليش (رفض)	ما تشبه لوالو (خلاص) "40	"18	.IV

الفصل السادس — عرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة

D Geo F+	D10+D11	ج.طرفي	4.شغل جبل إيه جبل "33	^	"12	.V
صدمة		رفض	ما علاباليش "32	^	"30	.VI
D A F+	D9-D4	أرانب على الجانبين	5.شغل أرانب ، زوج أرانب "35	^	"17	.VII
D A kan D bl H K-	D1 Dbl	كلاب الراجل	6.شغل كلاب تاكل في راجل، و هو يصرخ(حركات - إماءات) '1	^	"30	.VIII
صدمة		ما شفت فيها حتى حاجة (رفض)	هاذي مش باينة مليح "20'1	^	"17	.IX
D H K+	D9X2 + D6		7. زوج رجال يضربوا في رسانهم على بعض و راهم شادين في يدين بعضاهم "55'1	^	"22	.X

اختبار الاختيارات:

الاختيار الموجب: *البطاقة V: الجبل العالي

* البطاقة VII : فيها أرناب

الاختيار السالب: * البطاقة IV : مجبلة

* البطاقة VIII : فيها كلاب

الجدول رقم (06) Psychogramme

Synthese	M.apprehension	Déterminants	Contenu
R :07	G :01	F+ :02	A :02
Refus :03	D :08	F- :02	H:04
T.total : 10'53"	Dbl :01	Ban :01	Hd :01
Tps/R : 93"		K:04	Geo :02
RC% :14,28%		Kan:01	
Ban :01		F c :01	
Ban% :14,28%			
F-% : 28,57%			
F+% : 28,57%			
A% :28,57%			
H%:71,42%			
Choix+ :V-VII			
Choix- :IV-X			

2-2-2- تحليل بروتوكول الرورشاخ لجميلة:

* الوقت و الإنتاجية : أعطت المفحوصة إنتاجية منخفضة جدا عن معايير الإنتاجية (20-35) إجابة إذ لم تقدم سوى (7) إجابات و(3) لوحات مرفوضة في مدة زمنية قدرها 10د و55 ثا أي بمعدل 93 ثا للإجابة مما يجعلها تتميز بالكف و الرقابة الشديدين حيث كانت متقلصة كميًا، وقد كانت محصورة من الناحية النوعية، وتميزت أغلب إجاباتها

بالتردد وكانت مختصرة ويصاحبها على الأكثر إشارة إلى الشيء المدرك (هذا جبل، هذا راجل،...) مما يبين الجهد الكبير المبذول من طرف المفحوصة بغلق حدود التفكير و الحفاظ على غشاء الساحة النفسية و كأنّ أي تحديد للتصوّر و الفكر ينجر عنه خطر شديد، وقد شهدنا تنوعا في الإجابات حيث قدرت نسبة الإجابات الكلية (G) بـ 14,28%، و هذه النسبة ضئيلة مقارنة بالمعايير التي تتراوح بين (20 و 35%)، و قدرت نسبة الإجابات الجزئية (D) بـ 114, 28% حيث فاقت إطار المعايير (60 و 70%).

و قدرت نسبة الإجابات الجزئية في الفراغ الأبيض (DbI) 14, 28%، وأيضا جاءت نسبة الإجابات الشكلية الإيجابية (F+) بـ 28, 57%، وقد قدرت نسبة الإجابات الشكلية السلبية (F-) بـ 28, 57%، كما أنه تمّ تسجيل إجابات حركية إنسانية (K) بـ 4 إجابات "شغل راجل رافع يديه، زوج رجال يذبحوا في واحد"، و أيضا جاءت نسبة الإجابات اللونية مقدرة بـ 14, 28% في اللوحة (او III).

* **السياقات المعرفية** : غلب على السياقات المعرفية الإجابات الجزئية (D) بنسبة 114, 28% حيث فاقت بكثير إطار المعايير (60 و 70%) في أغلب اللوحات.

* **الدينامية الصراعية** : يبيّن عدد الصدمات المسجلة (3)، الصمت المتكرر قبل و أثناء الإجابة، و السلوكات الحركية على الصعوبات البالغة للتعامل مع هذه المنبهات التي أثارت ذكريات دموية مؤلمة.

حيث تميزت بوجود استجابات حركية إنسانية في اللوحات (I / III / VIII / X)، و أيضا استجابات حركية حيوانية في اللوحة (VIII).

كما أنّ هذه اللوحات والنفور منها في اختبار الاختيارات يظهر عدم قدرتها على تصوّرها خارج إدراكات دموية مقلقة.

2-2-3- ملخص بروتوكول رورشاخ جميلة: جاء بروتوكول جميلة مصبوغا بالدم، ويتميز إنتاجها بالكف و الرقابة الشديدين، وهذا يظهر من خلال الانخفاض المحسوس في عدد الإجابات (7)، مع سيطرة الاستجابات الشاذة و الغريبة و الرمزية التي تعبر عن مشاكل الحالة، و بمحتويات ذات عدوانية بدائية "زوج يذبحوا في واحد..."، و أيضا كانت منحصرة في مهاجمات للصورة الإنسانية المهددة باستمرار المستدل عليها بالعبارات (قتل، ذبح،...).

2-3- مقياس بيك: تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب للحالة "ج" في الحصة الرابعة و الأخيرة من المقابلات المبرمجة.

ملخص مقياس بيك: كانت نتيجة الإختبار هي : 32 درجة، وحسب معايير تقدير الإكتئاب فإنّه يوجد لديها اكتئاب حاد (أكثر من 30 درجة).

2-4- ملخص الحالة : انطلاقا من معطيات المقابلة العيادية و بروتوكول الرورشاخ ، و مقياس بيك نستنتج أنّ جميلة تعاني من صدمة نفسية شديدة بالرغم من قدم الحدث الصدمي، تظهر مؤشراتها من خلال الصعوبة والتردد في إعطاء الإجابات التي كانت بدورها ذات طابع عدواني، مع ارتفاع زمن الرجوع هذا ما اندرج عنه دخول جميلة في حالة اكتئاب شديد أدى بدوره إلي إدمانها على المخدر نتيجة لعدم قدرتها على تحمل الوضع.

3- دراسة حالة أحلام "أ":

3-1- المقابلة:

نتطرق فيما يلي إلى عرض محتوى المقابلة عن طريق تقسيم هذا المحتوى إلى المحاور المهمة في حياة الحالة، و التي تتصل بالبحث مع تحليل المقابلة:

3-1-1- عرض المقابلة:

أحلام تبلغ من العمر 27 سنة، تمّ التعرف عليها عن طريق الحالة (س) و التي كانت تعيش معها في نفس الغرفة، بغرض مساعدتها، فبفضلها تمّ الاتصال بالحالة (أ)، أحلام طالبة بالسنة الثالثة تخصص أدب عربي نظام المدى القصير. أما بالنسبة لوضعها الأسري فالأب و الأم مطلقان منذ أن كان عمرها 3 أشهر، و بعد انفصالهما ارتبط كل منهما بشريك آخر، إن أحلام هي الفتاة الكبرى و البنت الوحيدة لامها و أبيها ، حيث بعدة إعادة الزواج أنجب كل منهما أطفالا آخرين ، تربطهم بأحلام علاقة جد جيدة ، أما عن الحالة (أ) فلقد عاشت عند جدتها من الأم التي كانت تقطن عند ابنها أي خال أحلام، طوال هذه الفترة كان لأحلام حياة هادئة بالرغم من بعد والديها عنها خاصة الأم حسب قولها "زعمة الأم"، لكن بعد وفاة الجدّة التي كانت ترعاها و تدلّها لأبعد الحدود، و منذ سنتين عاشت الحالة (أ) عدم الاستقرار بعد طردها من طرف زوجة الخال، بعدها ذهبت للعيش مع والدها الذي لم تتفق مع زوجته، و بعد 5 أشهر من هذا الوضع اضطرت للعيش مع الوالدة التي كانت تتاديهما بالاسم حسب قولها "بعد جدّة ما عندي لمن نقول "ماما". لم يكن لسامية أصدقاء عدا القليل، فكانت أول تجربة لها مع "الكيف" مباشرة بعد شهرين من وفاة الجدّة عن طريق إحدى المقيّمات بالحي والتي عرضت عليها تجربته للخروج من حالة الحزن والضيق و البكاء الدائم، و من هنا بدأت مشوارها مع الإدمان. لم تكن أحلام تعاني من مشاكل مادية فلقد كانت تقول بأنّ أمها تزودها بالنقود بشكل مسرف كطريقة للتكفير و الإحساس بالذنب لانفصالها عنها. كان عدد المقابلات مع الحالة "س" 4 حصص تراوحت

مدتها بين (30-40) دقيقة، حيث تم تطبيق اختبار "الرورشاخ" في الحصة الثالثة و اختبار "بيك" في الحصة الرابعة والأخيرة.

3-1-2- ملخص المقابلة:

يتركز ملخص المقابلات عن طريق تقسيمها إلى المحاور الهامة في حياة الحالة التي ظهرت خلال المقابلات و هي كالتالي :

***استهلاك الكيف:** كاستجابة لوفاة الجدة الموضوع المثالي التي كانت تعني لها الحياة السعيدة والمستقرة، فكان استهلاكها لهذه المادة للخروج من الحالة الاكتئابية، و حالة الحزن الدائم ، إضافة إلى شعورها بالهجر الأولي من الأم التي لم تكمل إرضاعها حيث فطمها في عمر السنة لتتزوج مرة أخرى.

***دور الكيف في حياة الحالة "أ"** : تعتبر أحلام هذه المادة المخدرة وسيلة مزيلة لحالة القلق والحزن دون فقدان الوعي تماما ، كما تؤكد على رغبتها في البقاء وحدها .

***علاقتها بجدهتها** : كانت أحلام متعلقة جدا بجدهتها فهي تعتبرها أهم شخص في حياتها " كانت عندي حياة مع جدة وضرك راحت" فهي ترى فيها الشخص الوحيد الذي احتضنها و عطف عليها في الوقت الذي نبذها والداها.

3-1-3- تحليل المقابلة :

كان تحليل المقابلة أيضا مرتكز على النقاط الهامة التي جاءت في حديث الحالة وكان التحليل كالتالي:

***الصدمة النفسية عند "أ"** : إن وفاة الجدة منذ عامين قد شكّل صدمة لها و هذا ما يمكن لمسه من خلال اضطراب النوم، القلق، الحزن، إيمانها على المخدر، و قد امتدت هذه الأعراض بعد الصدمة لعدة أشهر. و حتى لسنوات حيث لا تزال تحاول تصريف الآثار الصدمية. فالمتعة الفورية التي ينتجها المخدر و درجة الانفصال عن العالم الحقيقي و تكوين عالم خيالي خاص بها، تجعلها بمثابة عامل يقلل من التوتر و القلق و المعاناة ، حيث منحها المخدر القدرة على التخلص من العبء الذي أثقل كاهلها عبر الهروب إلى عالمها الخاص المليء بالمتعة ، إضافة إلى الصدمة الأولية المتمثلة في تخلي الأم عنها و هو ما تم إعادة إحيائه في فقدان الثاني للجدة .

***استبدال الموضوع المفقود و استثمار المخدر كموضوع حب جديد:**

- نميز حالة من الحداد المرضي غير المكتمل حيث لم تتمكن المفحوصة من تقبل فقدان الأم أولاً ثم الجدة لان هذا الأخير حصل بشكل مفاجئ بسبب ارتفاع ضغطها الدموي و مس شخصين أساسيين في توازنها النفسي و من ثم لجأت

الفصل السادس — عرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة

إلى المخدرات كموضوع استثمار بديل عن الموضوع الغائب. فالكيف حسب المفحوصة يلعب دور دفاعي ضد المعاناة و الإحساس بالاكنتاب و محاولتها الدفاع ضد الفلق الناتج عن فقدان.

3-2-2- الرورشاخ:

3-2-1- عرض نتائج الرورشاخ: الجدول رقم (07)

بطاقة	زك	الإجابة	التحقيق	التفقيط
I.	"20"	^ 1. رحم المرأة 2. فراشة "32'1"	(toute la planche)	G anat F- G Ad F+ Ban
II.	"34"	C 3. حوتة 4. فراشة "34'1"	(toute la planche) D3-Dd28 الأحمر في الأسفل	GAF- Dd AF+c
III.	"20"	^ 5. هيكل عظمي لوجه يخلع نتاع إنسان "20'1"	D1	D anat F- clob
IV.	"10"	^ 6. ظلمة ما عندهاش معنى "57"	رفض G تشبه لضفدعة راقدة على بطنها	صدمة GAF-

الفصل السادس — عرض و تحليل و مناقشة النتائج للحالات المدروسة

GAF+ Ban	(toute la planche)	7.خفاش ^ '1	"20	.V
GAF+ Ban	(toute la planche)	8. رأس سبع(في الأعلى) ,وزربية معزة ولا نتاع اسبع "50 ^ v ^	"20	.VI
DAF+ GHF-	D2 (toute la planche)	9. زوج كلاب انتاع صيادة 10. عبد يدعي في ربي "57 v ^	"30	.VII
D geo F-c D geo F- D pays F-	D5 D2 D4+D1	11. جزيرة خضراء وحدها في بحر 12. غابة (في الأسفل) 13. جبال دايرة بالجزيرة "5'1 ^	"25	.VIII
إجابة غير قابلة للتفيط	(toute la planche)	14. ما عجبتنيش خاصة النقاط البيضاء "7'1 C	'1	.IX

			^	"20	.X
D A F+ Ban		D1	15. عقارب		
D A F-		D2+D13+D15	16. حشرات		
D anat F-		D10	17. رحم المرأة (في الأسفل)		
D H F+		D9	18. زوج عباد (علي الجانبين)		
				"20'1	

اختبار الاختيارات:

الاختيار الموجب: * البطاقة II : متحوفة.

* البطاقة V : واضحة.

الاختيار السالب: * البطاقة IV : الظلمة .

* البطاقة X : مش مفهومة

الجدول رقم (08) Psychogramme

Synthese	M.apprehension	Déterminants	Contenu
R :18	G :07	F+ :06	A :07
R.comp : 01	D :09	F- :08	Ad :01
Refus :01	Dd :01	Ban :04	H:02
T.total : 12' 21"		Fc :02	Anat:03
Tps/R :42"		F-clob :01	Pays:01
RC : 11,11%			Geo :02
Ban : 04			
Ban% :22,22%			
F-% :42,85%			
F+% :57,14%			
A% :44,44%			
H% :11,11%			
Choix+ :II-V			
Choix- :IV-X			

3-2-2-تحليل بروتوكول الورشاش لأحلام:

* الوقت و الإنتاجية : أعطت المفحوصة إنتاجية منخفضة عن معايير الإنتاجية (20-35) إجابة إذ لم تقدم سوى (18) إجابات و لوحة واحدة مرفوضة في مدة زمنية قدرها 12د و 21ثا أي بمعدل 42 ثا للإجابة مما يجعلها تتميز بالكف و الرقابة الشديدين حيث كان منقلصة كليا وقد كانت محصورة من الناحية النوعية، وتميزت أغلب إجاباتها بالتردد وكانت مختصرة نوعا ما ويصاحبها على الأكثر إشارة إلى الشيء المدرك (غابة في الأسفل، رأس سبع في الأعلى...) مما يبين الجهد الكبير المبذول من طرف المفحوصة بغلق حدود التفكير و الحفاظ على غشاء الساحة النفسية و كأنّ أي تحديد للتصور و الفكر ينجر عنه خطر شديد، وقد شهدنا تنوعا في الإجابات حيث قدرت نسبة الإجابات الكلية (G) ب88, 38% ، و هذه النسبة تفوق إطار المعايير التي تتراوح بين (20 و 35%)، و قدرت نسبة الإجابات الجزئية (D) ب 50% و هي أقل من المعايير (60 و 70%).

و قدرت نسبة الإجابات الجزئية الصغيرة (Dd) بـ 5,55%، وأيضاً جاءت نسبة الإجابات الشكلية الإيجابية (F+) بـ 57,14%، وقد قدرت نسبة الإجابات الشكلية السلبية (F-) بـ 42,85%، كما أنه لم يتم تسجيل أي إجابات حركية، و أيضاً جاءت نسبة الإجابات اللونية مقدره بـ 11,11% في اللوحة (VIII).

* **السياقات المعرفية** : غلب على السياقات المعرفية الإجابات الجزئية (D) بنسبة 50% حيث كانت ضئيلة مقارنة بالمعايير (60 و 70%) في أغلب اللوحات.

* **الدينامية الصراعية** : يوحي الرجوع إلى المحددات الشكلية إلى مدى استناد المفحوصة على الواقع الملموس، و في نفس الوقت بقوة الرقابة المفروضة على النزوات العدوانية والجنسية.

لم نلاحظ وجود أي استجابات حركية على طول البروتوكول و هو ما يشير إلى أنه لم يكن هناك استجابات في أي صور و هذا ما يعني أنه لم يكن هناك وجود للنقائص النرجسية و الجنسية حيث لم تتمكن المفحوصة من إعطاء محتوى بشري أو حيواني أو أي محتوى آخر.

3-2-3- ملخص بروتوكول الرورشاخ: يبدو إنتاج أحلام مقبولا من ناحية الكم (R:18)، لكن نوعية إجاباتها تتميز بسيطرة الاستجابات الرمزية التي تعبر عن مشاكل الحالة، و الاستجابات اللونية التي تبين الصدمة، كما أنّ إجاباتها تميزت بالاحتفاظ بالموضوع السيئ وتماسكه.

3-3- مقياس بيك لأحلام : تم تطبيق اختبار بيك للاكتئاب للحالة "أ" في الحصة الرابعة و الأخيرة من المقابلات المبرمجة.

ملخص مقياس بيك: كانت نتيجة الاختبار هي : 35 درجة، وحسب معايير تقدير الاكتئاب فإنه يوجد لديها اكتئاب حاد (أكثر من 30 درجة).

3-4- ملخص الحالة : انطلاقاً من معطيات المقابلة العيادية و بروتوكول الرورشاخ ، و مقياس بيك نستنتج أنّ أحلام تعاني من صدمة نفسية من مؤشرات سيطرة الاستجابات اللونية، و وجود الإجابات الفاتحة القائمة (فق) يشير إلى أنه هناك صعوبات تكيفية، انخفاض الإنتاجية، وجود استجابات تعبر رمزياً عن مشاكل الحالة. هذا ما اندرج عنه دخول أحلام في حالة اكتئاب شديد أدى إلي إيمانها على المخدر.

4-النتائج العامة : لاحظنا بان جميع أفراد مجموعة البحث كانت بدايتها مع الإدمان جميعا بعد فترات متفاوتة من وقوع الحدث الصدمي، حيث كانت بداية سامية منذ عام ونصف علما أنّ الحدث الصدمي قد مرّ عنه سنتين ونصف، في حين أنّ بداية جميلة مع الإدمان منذ 3 سنوات علما أنّ الحدث الصدمي قد مرّ عنه 8 سنوات، بينما كانت بداية أحلام منذ عام وعشرة أشهر علما أنّ الحدث الصدمي مرّ عنه سنتين.

نستنتج من خلال ما سبق أنّ للحالات الثلاثة مميزات مشتركة تتمثل فيمايلي:

- خوف من فقدان الموضوع.
- عدم النضج الوجداني.
- تجاذب وجداني بين الموضوع السيئ و الجيد.
- الحاجة إلى السند.
- صعوبة بناء علاقات مع الأشخاص.
- اكتئاب.
- النكوص إلى مرحلة اللاتمايز كدفاع ضدّ قلق فقدان.
- تقمص الموضوع المفقود.

5- تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال ما تناولناه في دراستنا الميدانية توصلنا إلى عدة نتائج و التي في ضوئها يمكننا:

5-1- تفسير و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الأولى:

من خلال النتائج المتوصل إليها يمكن أن نقول بان الفرضية الجزئية الأولى القائلة " بان- زمن الصدمة يؤثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات" غير محققة و دليل ذلك الاختلاف الموجود في زمن الصدمة ذاتي لكل حالة، حيث لمسنا هذا التباين من خلال إجراء المقابلات مع الحالات الثلاث، إذ أجمعت مجموعة البحث باستنتاج هو أنّ الفرضية الجزئية الأولى غير محققة.

5-2- تفسير و مناقشة النتائج الخاصة بالفرضية الجزئية الثانية:

من خلال النتائج المتوصل إليها يمكن أن نقول بأنّ الفرضية الثانية القائلة " بأنّ نوع الصدمة يؤثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات" غير محققة، و دليل ذلك هو وجود العديد من الحالات التي مرّت بأحداث صدمية عنيفة و مشابهة لحالات الدراسة الخاصة بموضوعنا غير أنّهن لا تعانين من صدمات نفسية في حين أنّه توجد حالات مرّت بأحداث صدمية بسيطة خلّفت صدمات نفسية، إذ أجمعت مجموعة البحث باستنتاج هو أنّ الفرضية الجزئية الثانية أيضا غير محققة .

من خلال النتائج السابقة ، نلاحظ بان نص فرضيتنا العامة: " للصدمة النفسية أثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات" محقق بالرغم من عدم تحقق الفرضيات الجزئية، فمن خلال نتائج المقابلات ونتائج اختباري الرورشاخ و بيك كان هناك وجود للصدمة النفسية و الاكتئاب لدى الحالات الثلاث و اللاتي تدمن، فوجود الصدمة النفسية ليس له علاقة بالزمن و لا بنوع الصدمة و هذا يؤكد على خصوصية المعاش النفسي لكل فرد بالرغم من أنّ الحالات الثلاثة تشترك في نوع الحداد سواء كان حداد على إثر وفاة كما هو في حالة أحلام و جميلة، أو حداد على النظام الأبوي و التفكك الأسري (الطلاق) كما هو في حالة سامية، حيث كانت هذه الأخيرة أكثرهنّ تعلقاً بموضوع المخدر، وعليه فالفرضية العامة محققة.

الملاحق

نص المقابلات و استجابات الحالات :

الحالة الأولى "س": تمّ استقبال سامية في المكان المتفق عليه مبدئياً (قاعة المطالعة بمصلحة النشاطات) بمكان إقامتها في أوقات من (13 -14) سا و هو الوقت الأكثر هدوءاً، و بعد التعريف بأنفسنا و مدى حاجتنا لمساعدتها في المجال الدراسي، تمّت الموافقة و جرت المقابلة كالاتي :

الحصّة الأولى

(الباحثة يرمز لها بالرمز "ب")

ب: تكلمي علي والديك؟

س: كان كاين عندي بابا عليه و كان لاباس مع يما، بصح نهار اللي راح مع هاذيك العقرب ما ولاش بابا. و يما راها ساكتة على هاذ حالة الذل نهار يجي وشهر ولا شهرين غايب، لاهية تخيط للنّاس باش تصرف على خاوتي(2 ذكور و2إناث) .

ب: بباك راه يصرف عليكم ؟

س: أنا وحدة من النّاس ضرك ما نسحقوا، وما نسحق دراهموا، و ما نديهمش، و ما نخليش يما تسحقوا.

ب: كشما كاين حوايج يقلقوك ؟

س: كل شي .

ب: احكيلي على حياتك est ce que صرانتك حاجة تشوكي ؟

س: كنت عايشة La belle vie قبل عامين ونص حتى النهار المنحوس اللي أزوج فيه بابا اللي كان راجل بهادي الرخيصة نتاع (الكباري) و تقلبت حياتي.

ب: كي صرالك الحادث و بين كنت و مع من وواش حسيتي؟

س: كنت وحدي في الشميرة في الإقامة، و نهارها بنت خالتي عيطتلي في téléphone و خبرتني بعرس بابا مع مرتوا الجديدة، و نهارها حسيت الدنيا ظلمة.

ب: est-ce que كاين حوايج كي تشوفيهم و لا تسمعيهم تحسي بلي رايح يصرالك نفس الحادث لي فات؟

س: كي نسمع التيليفون يصوني طول نتفكر هذاك النهار.

ب: est-ce que تحسي بلي راه هذا الحادث دايمًا في راسك و دايمًا تخمي فيه؟

س: ما راح من راسي ما يروح.

ب: كي تصراللك حاجة مفاجئة واش تحسي؟

س: نكره المفاجآت.

ب: واش هما الآثار إلي خلاهملك الحادث الصدمي؟

س: وليت تنترفي وساعات حتي نكسر الحوايج اللي قدامي، و ما عنديشش الثقة في حتى واحد

و خاصة الرجال.

ب: كيفاه راه مورالك في أغلب الأيام؟

س: dégotage

ب: كاشما كاين حوايج تلومي نفسك عليهم؟

س: ساعات نحس بالقذارة على حوايج بزاف عدت ندير فيهم على جال ماما اللي تستاهل غير الخير. بصح

مرات نقول هكذا خير يخي هاذي الطريق اللي عجبت بابا طريق نتاع مرتوا الجديدة.

ب: كيفاه راه نومك و شهيتك قبل و بعد الحادث؟

س: نرقد روجي بالسيف.

ب: واش من وقت و لا بلاصه تفكرك بالحادث لي صار؟

س: ما نحبش الليل puisque نبات نخمم، و عدت ما نحبش نروح للدار.

الحصة الثانية:

ب: كيفاه راها قرابتك كاشما عندك نشاطات تمارسيها في أوقات الفراغ؟

س: عندي لا ليسانس تسيير و اقتصاد في 2006 ومالقيتش الخدمة و عاودت جيت Bac في 2008 ودرت

GTU (تسيير التقنيات الحضرية)، و راني في السنة الثالثة برك لخاطر عاودت عامين لخرين.

ب: كيفاه كانت نفسيتك قبل الحادث؟

س: كنت صح عايشة السعادة اللي هذا وين حسيت بقيمتها.

ب: كيفاش راكي تشوفي روحك في الحاضر والمستقبل؟

س: بكري كنت نشوف في روحي مرا ونص و ضرك ماني شايفة لروحي حتى مستقبل.

ب: كي تكوني مقلقة Démoralisé و ماكيش مليحة واش الحوايج إلي أديريهم و يريحوك؟

س: نحب نرقد وعليها نسكر باش ما نخممش.

ب: est ce que كايين حوايج تاكليهم و يريحوك ؟

س: قتلك كي نسكر .

ب: احكي لي على أول مرّة سكرتي ؟

س: بعد عام من وأنا على حالة الحزن كنت نروح للنادي لعشية ونقعد وحدي حتى نجاتني طالبة حالها كي حالي و عرضت عليا فكرة شرب الكحول باش ننسى. و منها عدت ما نستغناش عليه puisque خفف عليا.

ب: وقتاه تحسي روحك بلي في حاجة للكحول ؟

س: كي نفكر في حال دارنا بين بكري وضرك.

ب: في رأيك كايين حاجة بوساتك باش تشربي الكحول ؟

س: ما عندي حتى سبة غير بابا ، و ما نسمحلوش .

ب: كشما كايين حوايج ليريحوك غير الكحول؟

س: ماجربتشن .

ب: واش يعني استقرارك علي الكحول بالذات؟

س: ما لقيتشن حتى حل في هاذ الدنيا ينسيني

ب: est ce que راكي تخمي و لا خممتي نهار تحبسي الكحول (الشراب) ؟

س: حاولت بزاف و ما قدرتش .

الحالة الثانية "ج": تمّ استقبال جميلة في المكان المتفق عليه مبدئياً (قاعة المطالعة بمصلحة النشاطات)
بمكان إقامتها في أوقات من (13- 14) سا و هو الوقت الأكثر هدوء، بعد التعريف بأنفسنا و مدى حاجتنا
لمساعدتها في المجال الدراسي، تمّت الموافقة و جرت المقابلة كالاتي :

الحصة الأولى: تمّ استقبال جميلة في المكان المتفق عليه مبدئياً (قاعة المطالعة بمصلحة النشاطات) بعد
التعريف بأنفسنا و مدى حاجتنا لمساعدتها في المجال الدراسي، و بعد الموافقة جرت المقابلة كالاتي:

(الباحثة يرمز لها بالرمز "ب")

ب: تكلميلي على والدك؟

ج: أمي متوفية ربي يرحمها و بابا مازال عايش.

ب: كشما كاين حوايج يقلقوك؟

ج: أنا الحاجة اللي في بالي و ماضنيتش بللي نقدر ننساها طول عمري هي الليلة اللي ماتت فيها أمي و أختي.

ب: احكي لي على حياتك est ce que صرالك حاجة تشوكي ؟

ج: نهار اللي تذبحت أمي و أختي بلا سبة .

ب: كي صرالك الحادث و بين كنت و مع من وواش حسيتي؟

ج: واحد الليلة رحنت نזור في بيت عمي اللي يسكن مسامينا زمان وقت صلاة العشاء و خلّيت بابا و خويا راحو
للصلاة، بعد ساعة رجعت للدار نجري كي سمعت لعياط في دارنا، دخلت و شفت ذاك المشهد. (البكاء الشديد
لجميلة اضطرنا لتوقيف الحصة لمدة 20 دقيقة).

ب: est-ce que كاين حوايج كي تشوفهم ولا تسمعيهم تحسي بلي رايج يصرالك نفس الحادث لي فات؟

ج: كي نسمع لعياط و لبكى، و لا نشوف الدم.

ب: est-ce que تحسي بلي راه هذا الحادث دايمًا في راسك و ديما تخمي فيه؟

ج: دائماً نخم فيه. راني حابة ننسا و انحيه من بالي لاخاطر تعبني.

ب: كي تصرالك حاجة مفاجئة واش تحسي؟

ج: نتقلق و نخاف، و نحس روعي ما نقدرش نتحرك و لا نهدر.

ب: واش هما الآثار إلي خلاهملك الحادث الصدمي؟

ج: خلاني نكره الظلم و الناس اللي تظلم لدرجة ما تتخيليهاش.

الحصة الثانية:

ب: كيفاه راه مورالك في أغلب الأيام؟

ج: كل مرّة كيفاه، مرّة هابط و مرّة عادي و راها ماشية.

ب: كشما كاين حوايج تلومي نفسك عليهم؟

ج: وعلاه نخلي في ماما لو كان قعدت معاها ولا متت معاها.

ب: كيفاه راه نومك وشهيتك قبل و بعد الحادث؟

ج: منين نرقد نشوف وش صرى في هذاك النهار.

ب: واش من وقت ولا بلاصه تفكرك بالحادث لي صار؟

ج: في أغلب الأحيان الليل و لعشية. ما نحبش خلاص نرقد puisque نخاف من الكوابيس.

ب: كيفاه راها قرابتك كشما عندك نشاطات تمارسيها في أوقات الفراغ؟

ج: دايرة علوم المادة (SM) السنة الأولى بصح مراطية عام. و ماني ندير في حتى نشاط.

ب: كيفاه كانت نفسيتك قبل الحادث؟

ج: كنت عايشة كيف كل الناس لمهنيين.

ب: كيفاش راكي تشوفي روحك في الحاضر و المستقبل؟

ج: ما عندي حتى بلاصة في هاذ الدنيا.

ب: كي تكوني مقلقة Démoralisé و ماكيش مليحة واش الحوايج إلي أديريهم و يريحوك؟

ج : الحوايج اللي يريحوها مكانش غير اللي تزيد عليك.

ب: est ce que كاين حوايج تكليهم و يريحوك ؟

ج: الكيف، كي نشربوا نحس بواحد الراحة والمتعة.

ب: احكي لي على أول تجربة ليك مع الكيف ؟

ج: كنت منين ذاك نخرج la cour و نقعد نبكي و في واحد النهار جاتني وحدة و عطائلي جريتوا و من نهارها والفتو .

ب: وقتاه تحسي روحك بلي في حاجة للكيف ؟

ج: في الوقت الأول كي نكون مقلقة بصح ضرك ما نصبرش عليه خلاص .

ب: في رأيك كاين حاجة بوساتك باش تشربي الكيف ؟

ج: التخمام تعبني و مرضني .

ب: كشما كاين حوايج ليرحوك غير الكيف؟

ج: كي نتقلق بزاف بزاف نشرب الكحول .

ب: واش يعني استقرارك علي الكحول حاليا؟

ج: ما لقبيتش حتى حل فعال ينسيني غيره.

ب: est ce que راكي تخمي ولا خممتي نهار تحبسي الكحول (الشراب) ؟

ج: نقولوا انشاء الله مع أني ما نظش.

الحالة الثالثة "أ": تمّ استقبال أحلام في المكان المتفق عليه مبدئياً (قاعة المطالعة بمصلحة النشاطات)
بمكان إقامتها في أوقات من (13 -14) سا و هو الوقت الأكثر هدوء، بعد التعريف بأنفسنا و مدى حاجتنا
لمساعدتها في المجال الدراسي، تمّت الموافقة و جرت المقابلة كالاتي :

الحصة الأولى: تمّ استقبال أحلام في المكان المتفق عليه مبدئياً (قاعة المطالعة بمصلحة النشاطات) بعد
التعريف بأنفسنا و مدى حاجتنا لمساعدتها في المجال الدراسي، و بعد الموافقة جرت المقابلة كالاتي:

(الباحثة يرمز لها بالرمز "ب")

ب: تكلميلي على والديك؟

أ: بعد ما زدت بثلاث أشهر اطلقوا، وبعد عام من عمري ازوجت الزهرة " زعمة الأم" و طيشتني.

ب: وعلاش ما تقوليلهاش "ماما" ؟

أ:بعد جدّة ما عندي لمن نقول "ماما"

ب: كشما كاين حوايج يقلقوك؟

أ: مكانش حاجة مقلقتني قد موت جدّة .

ب: احكيلي على حياتك est ce que صرارك حاجة تشوكي ؟

أ: موت جدّة.

ب: كي صرالك الحادث وين كنت و مع من وواش حسيتي؟

أ: واحد النهار و انا جاية نقرا ناضت جدّة بكري صلاة الفجر و نوضتني فطرنا كيف كيف وخليتها لاباس عليها
و مع لعشيا عيطولي و قالولي بللي جدّة طلعتها la tensio و ماتت. و راحت عليا لحنينة و خلالتني وحدي في
هاذ الدنيا .

ب: est-ce que كاين حوايج كي تشوفيهم ولا تسمعيهم تحسي بلي رايح يصرالك نفس الحادث لي فات؟

أ: كي نسمع خبر أي موت نحس بللي هذا وين ماتت جدّة .

ب: est-ce que تحسي بلي راه هذا الحادث دايمًا في راسك و ديما تخمي فيه؟

أ: كيفاش ما نخمش فالعبد الوحيد اللي حبني ورباني ، ودليني.

ب: كي تصراللك حاجة مفاجئة واش تحسي؟

أ: ما كان حتى تفاجئني غير جدّة وراها راحت.

ب: واش هما الآثار إلي خلاهملك الحادث الصدمي؟

أ: خلاني عشت التشرد، يخى كي غابت جدّة زعكتني مرت خالي اللي كنا عايشين عندوا، رحت لبابا وبعد 5 أشهر ما تفاهمتش مع مرتوا اللي كان عندوا منها 4 اخوة و أختان اللي نحبهم ويحبوني، منها اضطريت للعيش مع الزهرة اللي رايحة تغريني بالدرهم اللي تحسبهم يجوا في بلاس الحنان ونسات بللي حتى حقي البسيط في الرضاعة ما عطانوليش، وظرك راني عايشة معاها برك على جال خاوتي (3 بنات و أخ واحد) .

الحصة الثانية:

ب: كيفاه راه مورالك في أغلب الأيام؟

أ: ضايق خاطري ديما .

ب: كشما كاين حوايج تلومي نفسك عليهم؟

أ: ما عندي علاه نلوم روحي أنا ما ضرريت حتى واحد يخى أنا المضرورة برك.

ب: كيفاه راه نومك وشهيتك قبل و بعد الحادث؟

أ: ما يجينيش النوم غير بالسيف، و الماكلة ثاني غير بالتحتام.

ب: واش من وقت ولا بلاصه تفكرك بالحادث لي صار؟

أ: في كل وقت.

ب: كيفاه راها قرابتك كشما عندك نشاطات تمارسيها في أوقات الفراغ؟

أ: أدب عربي سنة ثلاثة. و ماني ندير في حتى نشاط.

ب: كيفاه كانت نفسيتك قبل الحادث؟

أ: جدّة عطاتي حنان ما نقدرش نوصولكم.

ب: كيفاش راكي تشوفي روحك في الحاضر و المستقبل؟

أ: التايه اللي ما لفاش وش يحوس.

ب: كي تكوني مقلقة Démoralisé و ماكيش مليحة واش الحوايج إلي أديريهم و يريحوك؟

أ : نرقد باه منفكر في حتى حاجة.

ب: est ce que كاين حوايج تكليهم و يريحوك ؟

أ: الكيف نحسوا يريحني شويا.

ب: احكي لي على أول تجربة ليك مع الكيف ؟

أ: كانت تجبولي صاحبتني نتاع الشميرة سامية.

ب: وقتاه تحسي روحك بلي في حاجة للكيف ؟

أ:الصباح ولعشية خلاص.

ب: في رأيك كاين حاجة بوساتك باش تشربي الكيف ؟

أ: ظروف كي ظروفني تخرج بنادم من عقولنا بالسيف .

ب: كاشما كاين حوايج لي يريحوك غير الكيف؟

أ: جرّيت الكحول مرّة وحدة بصح ما عجبنيش الحال لا خاطر ما نحبش نكون غايبة على الوعي .

ب: واش يعني استقرارك علي الكيف حاليا؟

أ: حاجة تنسي وخلاص.

ب: est ce que راكي تخمي ولا خممتي نهار تحبسي الكحول (الشراب) ؟

أ: نحاول . لازم ندير حل لروحي عل جال المرحومة كانت ما توصيني على حتى حاجة غير العلم و الثقافة.

مقياس بيك للاكتئاب

إليك العبارات الآتية ، اجب على إحدى العبارات التي تناسب حالتك بوضع دائرة حول رقم العبارة :

الحزن:

- لا أشعر بالحزن
1- أشعر بالحزن والكآبة.
2- الحزن والانقباض يسيطران علي طوال الوقت ، وأعجز عن الفكك منهما.
3- أشعر بالحزن أو التعاسة لدرجة مؤلمة.
4- أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة لا تحتمل.

التشاؤم من المستقبل:

- لا أشعر بالقلق أو التشاؤم من المستقبل .
1- أشعر بالتشاؤم من المستقبل.
2- لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل.
3- لا أستطيع أبداً أن أتخلص من متاعبي.
4- أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن.

الإحساس بالفشل :

- لا أشعر بأنني فاشل.
1- أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين.
2- أشعر أنني لم أحقق شيئاً له معنى أو أهمية.
3- عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجد أنها مليئة بالفشل.
4- أشعر أنني شخص فاشل تماماً .

السخط و عدم الرضا:

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

الإحساس بالندم أو الذنب

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

توقع العقاب:

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

كراهية النفس.

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

إدانة الذات:

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

وجود أفكار انتحارية:

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

البكاء:

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

الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي:

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

الانسحاب الاجتماعي:

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

التردد وعدم الحسم:

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

تغير صورة الجسم والشكل:

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

هبوط مستوى الكفاءة والعمل:

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

اضطرابات النوم:

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

التعب والقابلية للإرهاق:

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

فقدان الشهية:

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

تناقص الوزن:

- وزني تقريباً ثابت.
- 1- فقدت أكثر من 3 كغ من وزني.
- 2- فقدت أكثر من 6 كغ من وزني.
- 3- فقدت أكثر من 10 كغ من وزني.

تأثر الطاقة الجنسية:

- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية.
- 1- أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من قبل.
- 2- قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ.
- 3- فقدت تماماً رغبتني الجنسية.

الانشغال على الصحة:

- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.
- 1- أصبحت مشغولاً على صحتي بسبب الأوجاع والأمراض ، أو اضطرابات المعدة والإمساك.
- 2- أنشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.
- 3- أصبحت مشغولاً تماماً بأموري الصحية.

ملخص الدراسة:

إن أهمية دراسة موضوع الصدمة النفسية لا يكمن كما رأينا في دراستنا من خلال ماهيتها و أسبابها، بل يتعدى و بأهمية أكبر لتلك الظواهر الناتجة عنها و الاضطرابات المرضية التي تصبح فيما بعد وحدة إكلينيكية خاصة تطرح تساؤلات بحثية عديدة، ولعلّ هذا ما حاولنا تبينه في هذا البحث من خلال إظهار أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب و علاقتها بالإدمان على المخدرات من حيث اعتبارها في لجوء المصدوم و المكتئب إلى المخدرات و التي تتحوّل هذه الاستجابة البعد صدمية إلى اضطراب في السلوك فيصبح في حدّ ذاته معاناة أخرى يجب التكفل بها، هذه العلاقة تطرّقنا إليها من جانب دراسة الصدمة النفسية وهذا عن طريق التساؤل عن أثر الصدمة النفسية في ظهور الاكتئاب لدى طالبات مدمنات على المخدرات.

أما الإدمان والتي تظهر أهميته في ما عرضناه حول حجم الظاهرة في الجزائر واعتباره خطر حقيقي يهدد الصحة العقلية و الاجتماعية للشباب وهذا يعكسه ما تطرّقنا إليه من إظهار علاقة الإدمان بالاضطرابات النفسية وما يصاحبها من حالات اكتئابية، كما أنّ سبب لجوء المدمن إلى تعاطي المخدر فسره العديد من العلماء، ولعلّى ذوو التوجه التحليلي ربطوا التعاطي بالعلاقة مع الموضوع أين يأخذ قيمة الموضوع، كما ذكرنا طرق قياسها والتي تعتبر الاختبارات الإسقاطية من أشهرها ولقد استخدمنا أحدها وهو اختبار الروشاخ بالإضافة إلى المقابلة العيادية نصف موجهة و اختبا بيك للاكتئاب، والتي ساعدت في مجملها على اكتشاف الصدمة عند الحالات الثلاثة المدروسة، أين ظهرت صدمة متمثلة في حداد على النظام الأبوي والتفكك الأسري عند الحالة الأولى، أما الحالة الثانية والثالثة فقد كانتا تعانين من صدمة الفقدان، كما ساعدت كذلك على إظهار الإدمان عند الحالات الثلاثة كنتيجة للصددمات المتعرض إليها، و يجدر بنا هنا الإشارة إلى الصعوبات التي وجدناها خلال البحث عن الحالات نظرا لخصوصية الفئة المدروسة .

إنّ النتائج المتوصل إليها من خلال هذا البحث فنّدت الفرضيات الجزئية المطروحة والتي تقترض أنّ لزمّن ونوع الصدمة أثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات، وهذا ما لمسناه في الحالات الثلاث ، وتحقق الفرضية العامة القائلة بأنّ للصدمة النفسية أثر في ظهور الاكتئاب لدى طالبات جامعيات مدمنات على المخدرات . وهذه النتائج توصلنا إليها عن طريق دراسة الحالات والتي جاءت نتائجها مشتركة مع نتائج الدراسات السابقة التي ذكرناها سابقا.

إنّ خصوصية هذه الفئة التي تقدّم الطالبة الجامعية المدمنة، يجب التكفل بها وعلاجها كطالبة و مصدومة في نفس الوقت، ، يضع العيادي في تحدّي كبير، فالإدمان كمرض نفسو جسدي اجتماعي يحوي أبعادا متشابكة تتطلّب إمكانيات وتخصصات مختلفة.

Résumé de l'étude:

L'importance de l'étude du traumatisme psychologique ne réside pas, comme nous l'avons vu dans notre étude de l'essence et les causes, plutôt que et une plus grande importance à ces phénomènes résultant des troubles pathologiques unités cliniques soulèvent des questions privées deviennent ensuite de nombreuses recherches, et c'est peut-être ce que nous avons essayé dans cette recherche en montrant l'impact du traumatisme dans l'émergence de la dépression et de sa relation avec la dépendance aux drogues en termes de l'esprit dans un asile choqué et déprimé à la drogue, ce qui fait de ce choc dimension de réponse au trouble de comportement devient lui-même la souffrance de l'autre doit se porter garant pour eux, cette relation est traitée pour elle par l' l'étude des traumatismes psychologiques et ce en s'interrogeant sur l'incidence des traumatismes dans l'émergence de la dépression chez les femmes toxicomanes.

La dépendance qui montrent son importance dans notre offre sur l'ampleur du phénomène en Algérie et considéré comme un réel danger menace la santé mentale et le développement social des jeunes et cela reflète ce que nous lui avons infligées à montrer une relation toxicomanie troubles mentaux et les cas associés dépressif, et la raison de l'asile est accro à l'utilisation du médicament a été interprété par beaucoup scientifiques, mais les personnes ayant une orientation analytique liés relation traiter le sujet où prend la valeur de l'objet, comme nous l'avons mentionné méthodes de mesure, qui sont des tests projectifs des plus connus et nous avons utilisé l'un d'eux un test de Rorschach en plus de la moitié clinique correspondant dirigé et caché Beck-dépresseurs, qui ont aidé dans son intégralité sur la découverte choc lorsque trois cas étudiés, où a émergé choc représenté en deuil pour le système patriarcal et de la désintégration de la famille, lorsque le premier cas, le second et le troisième était qu'ils étaient sous le choc de la perte, et a également aidé à montrer dépendance lorsque trois cas à la suite de chocs résulte d'une exposition à lui, et il vaut la peine Ici, la référence aux difficultés que nous avons trouvé par la recherche de cas dus à la catégorie de confidentialité étudié.

Les résultats obtenus grâce à cette recherche réfuté hypothèses participation partielle et qui suppose que l'heure et le type d'impact traumatique sur l'émergence de la dépression chez les étudiants accros à la drogue, et c'est ce que nous avons vu dans les trois cas, et vérifiez le public hypothèse que l'impact psychologique traumatisant sur l'émergence de la dépression chez les étudiants universitaires toxicomanes. Ces résultats que nous avons obtenus à travers des études de cas et dont les résultats ont été partagés avec les résultats d'études antérieures que nous avons mentionné plus tôt.

La spécificité de cette catégorie qui offre étudiant accro, doit se porter garant pour eux et traité comme un étudiant de première année et choqué en même temps, clinique mis dans un défi important, la toxicomanie comme une maladie psycho-somatique-social contient des fonctionnalités de dimensions interdépendantes et nécessiter différentes disciplines.