وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عين تموشنت بلحاج بوشعيب
كلية الآداب واللغات والعلوم الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

أَثر الادمان على المخدرات في ظهور اضطرابات نفسية وعقلية لدى الشباب المدمن

دراسة عيادية لحالتين بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بعين تموشنت

من إعداد وتقديم الطالبين:

- بن مشتى هشام
- شنافة عبد اللطيف

تحت إشراف الأستاذ:

أ. زاوي أمال

تاريخ المناقشة: 2025/06/23

تمت المناقشة علنا أمام اللجنة المكونة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
بن عيسى رحال نوال	أستاذ محاضر – ب –	رئيسا
زاوي أمال	أستاذ محاضر – أ –	مشرفا ومقررا
سعادي زينب	أستاذ محاضر – ب–	مناقشا

السنة الجامعية 2024-2025

الشكر و التقدير

الحمد لله الذي بنعمه تتم الصالحات والشكر لله سبحانه عز وجل الذي حبب لنا طلب العلم, و منحنا الصحة و الصبر و يسير لنا السبيل لانجاز هذا العمل ,

نخص بالشكر الاستاذة الدكتورة الفاضلة زاوي قهواجي أمال الأستاذة المشرفة على هذا العمل وجزاها الله عنا خير الجزاء –

والشكر موصول للاساتذة الفضلاء أعضاء اللجنة المناقشة كما نتقدم بالشكر الجزيل للسيد بوعزة عبيد عبد العزيز والاساتذة كرفاح حنان وبلقاضي مروة و زروال نصيرة وكل من قدم لنا يد عون من قريب أو بعيد

نسأل الله أن يجعل اعمالكم خالصة لوجهه الكريم

ويمنّ عليكم بالتوفيق والبركة.

إهداء

بسم الله

الذي لا اله بحق الا هو و الصلاة و السلام على محمد ابن عبد الله

نهدي ثمرة جهدنا الى من قاسمونا العمل ولو بالدعاء بالتوفيق الى ابائنا و امهاتنا ومن لهم الفضل علينا

والى كل من علمنا حرفا نسأل الله ان نصون له عهدا

وإلى الصديق والاخ بن يوب قويدر و اشرف و صهيب

و الى جميع من شاركنا مقاعد الدراسة

زملاء دفعة علم النفس العيادي 2024-2025

الحمد والشكر لله الواحد القهار حق حمده، والصلاة والسلام على سيدنا و حبيبنا محمد صلى الله عليه و سلم، و على اله و صحبه ومن ولاه أدى الأمانة و علم الأمة ومن اقتفى أثره الى يوم الذين، من قيم و أخلاق أهدي ثمرة هذا الجهد المتواضع إلى أغلى ما أملك أمي الغالية و أبي العزيز تاج رأسي، حفضهما الله و أرضاهما عني، جزاء ما قدما لي من حب و دعاء و عدم المتواصل، و إلى سندي أختي الغالية على روحي سمية أستاذة اللغة الفرنسية لتعليم المتوسط، و أطلب من الله عز و جل أن تكون حياتها مليئة بالسعادة و الهناء، وكما أهذي هذا النجاح إلى روحي جدي العزيز و الغالي الذي أضاء طريقي بحكمته و ثباته و شموخه، جعل الله قبره روضة من رياض الجنة.

و أتقدم بإهدائي أيضا إلى عائلتي الكبيرة بن مشتى كبيرهم و صغيرهم، و إلى أرواح أعمامي عبد القادر، بشير، محمد، مامة جعل الله قبرهم روضة من رياض الجنة، و إلي عماتي أطال الله في عمرهم و إلى أولادهم جميعا.

إلى عائلتي شايب الذراع كبيرهم و صغيرهم خاصة أخوالي الأعزاء على قلبي محي الذين، عبد الرحمان و زوجته، و إلي خالتي و أولادهم أجمعين، و إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد ولو بالدعاء جزاهم الله خيرا.

أخص بالذكر صديقي الموقر السيد بوغزة عبيد عبد العزيز مدير المركز التكفل بأطفال التوحد عين تموشنت، و إلى طاقمه تحث إشراف أستاذة كرفاح حنان، بلقاضي مروى، تحية طيبة لهم و التقدير و العرفان بمجهذاتهم تجاهنا.

كما أتقدم بالشكر و العرفان النابع من قلبي تجاه أساتذتنا الموقرين الذين كانو سندا لي طوال مشواري الدراسي و بطيبتهم و تفاني في أداء مهامهم النبيلة و أخص بالذكر كل من أ.د سني أحمد، أ.د كروم موفق، أ.د بن عيسى عبد الحاكم، أ.د بوعريشة الحاج، أ.د رمضان، أ.د زاوي قهواجي أمال، أ.د بن عيسى رحال نوال، وألي زملائي و زميلاتي قسم ماستر علم النفس العيادي دفعة 2025 ... وشكرا جزيلا

" بن مشتى هشام"".

قائمة المحتويات

قائمة المحتويات

العنوان	الصفحة
الاهداء	أ
الشكر و العرفان	ب
قائمة المحتويات	ث
قائمة الجداول و الإشكال	د
ملخص الدراسة	ذ
مقدمة	01
الفصل الأول :مدخل الدراسة	
الإشكالية	04
فرضيات الدراسة	05
أهمية الدراسة	05
أهداف الدراسة	05
أسباب اختيار موضوع الدراسة	06
التعاريف الإجرائية	06
الدراسات السابقة	06
التعقيب عن الدراسات السابقة	07
الفصل الثاني : الادمان	
تمهيد	
مفهوم الادمان	10
تعريف المخدرات	10
انواع المخدرات	11
اعراض مدمني المخدرات	14

قائمة المحتويات

اسباب تعاطي المخدرات	15
مفهوم الادمان على المخدرات	15
مراحل الادمان على المخدرات	15
اعراض الادمان على المخدرات	16
المقاربة النظرية المفسرة لإدمان على المخدرات	17
علاج الادمان	18
الفصل الثالث : الاضطرابات النفسية	
تمهيد	22
مفهوم الاضطرابات النفسية	22
تاريخ نشاة الاضطرابات النفسية	22
النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية	27
تصنيفات الاضطرابات النفسية	36
الاضطرابات العصابية	37
اضطراب الهلع	39
اضطراب الاكتئاب	40
الرهاب (فوبيا)	41
الاضطرابات الذهانية	42
تشخيص اضطرابات الطفل والمراهق	44
العلاج	44
بعض المسلمات في العلاج المعرفي	49
الجانب التطبيقي **الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية**	
• تمهيد	54

قائمة المحتويات

الدراسة الاستطلاعية	54
الدراسة الأساسية	57
تقديم الحالات ومناقشة النتائج	
1-عرض حالات الدراسة	60
2-مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات	76
• خاتمة	81
• توصيات واقتراحات	83
• قائمة المصادر والمراجع	85
• الملاحق	87

قائمة الجداول والأشكال

قائمة الجداول والأشكال

- **قائمة الجداول:**

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	**يبين اعراض اضطراب القلق**	39
02	**يبين أعراض اضطراب الاكتئاب**	41

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
01	**يبين الثلاثي المعرفي**	33
02	**يبين هرم الحاجات لإبراهام ما سلو**	34

ملخص الدراسة

- **ملخص الدراسة:**

هذا البحث في مادى تأثير الادمان على المخدرات في ظهور الاضطرابات العصابية و الذهانية لدى الشاب المدمن، وأثر مدة الإدمان، نوع المخدر والعوامل النفسية والاجتماعية عليها، كما سعت الدراسة للكشف عن أثر الإدمان على المخدرات في ظهور الاضطرابات مصاحبة لدى الشباب المدمن. لتحقيق هذه الأهداف قمنا باختيار حالتين (02) سنة21 و30 سنة من جنس ذكر من مركز الوسيط لعلاج المدمنين بعين تموشنت معتمدين على المنهج العيادي وأسلوب دراسة الحالة حيث قمنا بتطبيق اختبار تفهم الموضوع (TAT).

وقد أظهرت النتائج إلى أن الادمان على المخدرات يساهم في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لدى الشباب المدمن، كما تؤثر مدة الادمان في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لديه، كما يؤثر نوع المخدرة في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لديه، وتوصلنا إلى أن الادمان على المخدرات يساهم في ظهور اضطرابات مصاحبة لدى الشباب المدمن، إضطراب الهلع، الفوبيا، السوداوية، إضطراب النوم، الهجمة الهذيانة الحادة، إضطرابات حدية، البرانويا، الفصام.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، المخدرات، اضطرابات عصبية وعقلية.

Résumé :

La toxicomanie ET son impact sur le développement de troubles psychologiques ou mentaux chez les jeunes toxicomanes.

Étude Clinique de deux cas au Centre Al-Wasit
Pour la prise en charge des patients toxicomanes à Aïn Témouchent.

Cette étude visait à explorer l'impact de la toxicomanie sur l'apparition de troubles névrotiques ou psychotiques chez les jeunes toxicomanes, ainsi que l'impact de la durée de la dépendance, du type de drogue et des facteurs psychologiques et sociaux. Elle visait également à explorer l'impact de la toxicomanie sur l'apparition de troubles comorbides chez les jeunes toxicomanes. Pour atteindre ces objectifs, nous avons sélectionné un groupe de recherche composé de deux (02) sujets masculins, âgés de 21 et 30 ans, du Centre Al-Wasit de traitement des addictions d'Ain Temouchent. Nous avons utilisé l'approche clinique ET la méthode des études de cas, et appliqué le Test d'Aperception Thématique (TAT).

Les résultats ont montré que la toxicomanie contribue à l'apparition de troubles névrotiques ou psychotiques chez les jeunes toxicomanes. La durée de la dépendance influence également l'apparition de troubles névrotiques ou psychotiques, tout comme le type de drogue. Nous avons conclu que la toxicomanie contribue à l'apparition de troubles comorbides chez les jeunes toxicomanes.

Mots-clés : troubles psychotiques, troubles névrotiques, addiction, drogues.

Abstract:

Drug addiction and its impact on the development of psychological or mental disorders in young drug addicts.

Clinical study of two cases at the Al-Waist Center for the treatment of drug addicts in Aim Temouchent.

This study aimed to explore the impact of drug addiction on the development of neurotic or psychotic disorders in young drug addicts, as well as the impact of the duration of addiction, the type of drug, and psychological and social factors. It also aimed to explore the impact of drug addiction on the development of comorbid disorders in young drug addicts. To achieve these objectives, we selected a research group consisting of two (02) male subjects, aged 21 and 30, from the Al-Waist Addiction Treatment Center in Aim Temouchent. We used a clinical approach and case study method, and applied the Thematic Apperception Test (TAT).

The results showed that drug addiction contributes to the development of neurotic or psychotic disorders in young drug users. The duration of addiction also influences the development of neurotic or psychotic disorders, as does the type of drug. We concluded that drug addiction contributes to the development of comorbid disorders in young drug users.

Keywords: psychotic disorders, neurotic disorders, addiction, drugs.

مقدمة

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية من أهم وأخطر مشكلات العصر التي وجه يواجهها المجتمع باختلاف أنواعها وذلك بعد الزيادة الملحوظة في نسب المدمنين في كافة دول العالم ولم تعد تقتصر على فئة معينة أو محددة فقد تفشت في وسط الدعامة الأساسية للمجتمع ألا وهي الشباب ولا نستثني منهم طبق الفقير والغني على حد سواء وتختلف الأسباب للإدمان باختلاف وتنوع وجهات نظر العلماء والباحثين الذين خاضوا في هذا المجال والتي تأرجحت تفسيراتهم بينما خلفه الفرد من أحداث مؤلمة في طفولته, وحساسية مرحلة المراهقة بما تحمله من هشاشة وضعف، صراعات، ومشكلات وكذا البيئة التي نشأ فيها والتي تتسع لتشمل الأسرة والمدرسة والمجتمع فكل واحدة منها قد يكون لها الحظ في تواجد هاته الظاهرة، وهذا الخطر يؤثر على الفرد ويفقده القدرة على الإدراك والتمييز، وذلك ما يؤكده عبد الرحمن العيسوي من أن الإدمان "إذا استبد بالشخص ينال من عزيمته ويثبط إرادته ويقضي على قدراته واستعداداته ومواهبه فيحيله إلى الحطام ويضاعف من ضميره الحي ويهدم جهازه العصبي فإذا امتنع عن المخدر عجز عن القيام بنشاطاتها عادية". ويضعف لديه المقاومة ويسلبه إدارة الذات وإنما تمتد آثاره إلى صحته النفسية وأي خلل على مستواها ينجم عنه اضطرابات ومشاكل نفسية وعقلية ما يؤثر عليه معرفيا وسلوكيا وقد يتعدى ذلك ليصل إلى أمراض بيولوجية في الدماغ وجسم الشاب المدمن. وإيمانا منا على الدور الذي يلعبه الإدمان على المخدرات في المساهمة في ظهور اضطرابات عصبية أو ذهنية عزمنا على تقديم هذا البحث للكشف عن الآثار السلبية للإدمان على المخدرات على الصحة النفسية ومن أجل الإلمام بجميع جوانب البحث قسم إلى جانبين الجانب النظري والجانب التطبيقي حيث تناول الجانب النظري ثلاثة فصول مقسمة على النحو التالي:

الفصل الأول: وقد تضمن إشكالية الدراسة، فرضية الدراسة، أهداف الدراسة، أهمية الدراسة، تعرف الإجرائية لمتغيرات الدراسة، دوافع اختيار الموضوع، الدراسات السابقة، التعقيب على الدراسات

الفصل الثاني: فقد تناول موضوع الإدمان على المخدرات والتي تندرج تحته العناصر التالية:

تعرف الإدمان والمخدرات وبعض التعاريف المتداخلة، أنواع المخدرات، أسباب تعاطي المخدرات، مراحل الإدمان على المخدرات، أعراض الإدمان على المخدرات، المقاربات النظرية المفسرة لإدمان المخدرات، علاج الإدمان.

أما الفصل الثالث: موضوع الاضطرابات النفسية وكانت عناصره كالتالي:

مفهوم الاضطرابات النفسية، تاريخ الإضرابات النفسية، نظريات المفسرة للاضطرابات النفسية، تصنيف الاضطرابات النفسية، مفهوم الاضطرابات العصبية، أسباب الاضطرابات العصابية، أنواع الاضطرابات العصابية: اضطراب القلق، اضطراب الهلع، اضطراب الاكتئاب، اضطراب الرهاب، مفهوم الاضطرابات

الذهانية, أسبابها ,أنواعها : اضطراب الفصام, اضطراب البارا نويا, اضطراب الهجمة الهذيانية الحادة ,تشخيص اضطرابات الطفل والمراهق ,علاج الاضطرابات النفسية.

بينما الجانب التطبيقي قسم إلى فصلين

الفصل الرابع: اشتمل على منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، الحدود الزمنية والمكانية، عينة الدراسة، وأدوات الدراسة.

الفصل الخامس: فقد تناول هذا الفصل تحليل النتائج ومناقشتها ثم خاتمة البحث، اقتراحات والتوصيات، قائمة المصادر والمراجع.

–

الفصل الاول : ممدخل الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهمية الدراسة
4. أهداف الدراسة
5. تحديد المفاهيم الإجرائية
6. الدراسات السابقة
7. التعقيب على الدراسات السابقة

1-الإشكالية:

في كثير من الأحيان تواجه المجتمعات مشاكل وعقبات تشوش وتعيق السيرورة الفرد نحو السواء بحيث تجره الآفات الاجتماعية لتنحرف به عن قيمه الاجتماعية ومبادئه ويكون هذا الانحراف مقصود به عديد الفئات العمرية التي تقع ضحية هذه المشكلات والتي من بينها مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها حيث أصبحت شائعة ومتفشية داخل مجتمعات كثيرة وتمس استقرارها.

فالإدمان على المخدرات والمواد ذات التأثير النفسي ظاهرة تومئ على احتمالية ظهور مشاكل نفسية ناجمة عنها. ومع كثرة استهلاك هذه المواد يقع الإنسان في فخ الإدمان مما ينجر عنه سلوكيات عدوانية واضطرابات نفسية فقد بينت دراسة " كيلنسي" و" إينال"(2009) إلى التحقق من الأعراض النفسية للمراهقين المدمنين على المخدرات وغير المدمنين حيث وجدت أن الإدمان على المخدرات لدى المراهقين يرتبط بالكثير من الأعراض والمشكلات النفسية.

لقد أصبح للإدمان علاقة ذات تأثير وتأثر مع الاضطرابات النفسية فهو الرغبة القهرية للاستمرار في تعاطي المادة المخدرة والحصول عليها بأي ثمن مع الميل لزيادة في الجرعة فيتولد لدى الشخص عدم التوافق مع ذاته وتخلق له صراعات داخلية فتظهر عليه اضطرابات نفسية وجسدية والتي تؤثر على مزاجه وتفكيره وسلوكه نتيجة شعوره بالعجز والضيق. كما يرى صادق (2003) الاضطراب النفسي بأنه اختلال في التوازن النفسي لدى الفرد ويظهر في صورة معاناة داخلية وسلوك غير سوي يؤدي إلى صعوبات في التكيف مع المجتمع ومع الذات.

في حين عرف عبد الستار إبراهيم الاضطراب النفسي على أنه خلل وظيفي في العمليات العقلية والانفعالية يتجلى في أعراض نفسية وسلوكية تؤثر سلبا على حياة الفرد اليومية

والاضطراب النفسي هو خلل في التوافق النفسي يجعل الفرد يعاني من صراع داخلي أو عجز في التكيف مع الواقع ويؤثر على إدراكه وسلوكه وانفعالاته، حيث توصلت دراسة عبد المنعم (1998) إلى أن الوقوف على مشكلة التعاطي من النواحي النفسية والاجتماعية والعوامل المؤدية إلى انتشار الإدمان أو التعاطي قد أدت إلى انخفاض القدرة على التفكير الابتكاري والمرونة التلقائية والطلاقة الفكرية، كما أوضحت أيضا وجود اضطرابات في التفكير وضعف الذاكرة لدى المدمنين وتدهور في الأداء العام نتيجة الكسل.

وفي دراسة لبخيت (1987) عن الدلالات الاكلينيكية لاستجابات مدمن مخدرات على اختبار تفهم ال موضوعT.A.T أوضحت النتائج سيادة الميول الكتائبية والوساوس والقهر وسيطرة الدافع النفسي والإحساس بالنبذ وتقييد الحرية من قبل البيئة مع ظهور حاجة واضحة إلى العطف من الآخرين، وهذا ما يبين اثر العلاقة بين ادمان المخدرات والاضطرابات المزاجية النفسية مما يعود بالسلب على صحة الفرد النفسية والعقلية. كما قد يمس الادمان على المواد المخدرة بشخصية الإنسان ويكون كعامل مؤثر عليها

فقد بين أبو شهبة (1990) في دراسة له للكشف عن ديناميات شخصية المدمن على الهيروبين والتي أجريت على 10 حالات من المدمنين و10 حالات غير مدمنين باستخدام اختبار تفهم الذات T.A.T كشفت عن عدم توافق شخصية مدمن الهيروبين نفسيا واجتماعيا مما يشير الى عدم تمتعه بالصحة النفسية. كما اضاف واكد على هذا عوض (2013) في دراسة له هدفت لمعرفة الديناميات الشخصية لحالة فتاة تتعاطى مادة "الترامادول" حيث استخدم اختبار تفهم الموضوع T.A.T وأظهرت النتائج أن السبب في ادمان الترامادول هي أسباب تمثلت في فقدان الشعور بالأمان والافتقار للشعور بالاحتواء، اضافة الى أسباب عائلية واجتماعية وثقافية ونفسية ودينية، وتبين ان الحالة تعاني من بارا نويا وفصام والشعور بالقلق والتوتر النفسي والاحباط وتوهم المرض والاكتئاب.

وعلى هذا وما تم ملاحظته من تفشي ظاهرة الإدمان على المخدرات ذات التأثير النفسي خاصة في الوسط الجزائري وما ينجم عنها فقد أظهرت إحصائيات (UNODC)في 2017 أن نسبة المدمنين على المخدرات في الجزائر قدر ب 2%من اجمالي عدد السكان. ومنه نطرح الأشكال الاتي:

1-1- الإشكالية:

- هل يساهم الادمان على المخدرات في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لدى الشباب المدمن؟

- **التساؤل لفرعي:**

1. هل تؤثر مدة الادمان في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لدى الشباب المدمن؟
2. هل يؤثر نوع المادة المخدرة في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لدى الشباب المدمن؟
3. ماهي العوامل النفسية والاجتماعية والعاطفية التي تسهم في ظهور اضطرابات عصابية وذهانية لدى الشباب المدمن.
4. هل يساهم الادمان على المخدرات في ظهور اضطرابات مصاحبة لدى الشباب المدمن؟

2-فرضيات الدراسة:

2-1- الفرضيات الرئيسية:

- يساهم الادمان على المخدرات في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية

2-2- الفرضيات الفرعية:

1. تؤثر مدة الادمان في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لدى الشباب المدمن
2. يؤثر نوع المادة المخدرة في ظهور اضطرابات عصابية و ذهانية لدى الشباب المدمن

3. يساهم الادمان على المخدرات في ظهور اضطرابات مصاحبة لدى الشباب المدمن

3-أهمية الدراسة:

- سد الفجوة البحثية: بحيث ساهم البحث في توضيح العلاقة العيادية بين الإدمان على المخدرات والاضطرابات النفسية مما يساعد على فهم الأبعاد النفسية للإدمان.
- تحليل نفسي معمق: يتيح للمنهج العيادي فهما دقيقا للآليات النفسية التي تجعل الأفراد المدمنين أكثر عرضة للاضطرابات النفسية.

– إثراء المجال العيادي: يضيف البحث معرفة متخصصة حول تأثير المخدرات على البنية النفسية للأفراد مما يساعد الأخصائيين النفسانيين.

4-أهداف الدراسة:

- البحث في تأثير الإدمان على المخدرات في ظهور اضطرابات عصابية وذهانية لدى الشباب المدمن
- البحث في تأثير مدة الادمان في ظهور اضطرابات عصابية وذهانية لدى الشباب المدمن
- البحث في تأثير نوع المادة المخدرة في ظهور اضطرابات عصابية وذهانية لدى الشباب المدمن
- البحث في وجود عوامل نفسية واجتماعية وعاطفية تسهم في ظهور اضطرابات عصابية وذهانية لدى الشباب المدمن.
- **5التعاريف الاصطلاحية:**

- الأدمان: يعرف الإدمان في الطب على أنه الميل الشديد إلى الكحول أو مخدر، ونشوء عادة استعماله بصورة ملحة واعتباره شيئا لا يستغنى عنه بحيث يتطلب من الفرد المدمن تعاطي مقادير متزايدة منه، وذلك للحصول على التأثير المطلوب. (الزراد،2009، ص16)
- الإضطرابات النفسية: يعرف الدليل التشخيصي والإحصاء الخامس بانها مجموعة اعراض مرضية تعبر عن خلل كبير يصيب الفرد على مستوى الإدراك أو التوازن العاطفي أو السلوك والتي تعكس اختلال السيرورات النفسية الكامنة وراء أدائه النفسي.
- الإضطراب العقلي: يعرفه DSM5 بأنه متلازمة تتميز باضطراب سريري كبير في إداك الفرد أو تنظيم عواطفه أو سلوكه، مما يعكس خلا في السلوك.
-

5-التعريفات الإجرائية:

- **الادمان على المخدرات:** حالة مرضية مزمنة، تتسم بفقدان السيطرة على تعاطي المخدرات.

-**الاضطرابات العصابية:** مجموعة من الحالات النفسية التي تتميز بالقلق، والخوف، والتوتر، والتقلبات المزاجية لا يفقد الشخص المصاب بالعصاب صلته بالواقع

- **الاضطرابات الذهانية:** مجموعة من الحالات العقلية التي تتميز بفقدان الاتصال بالواقع، وتظهر على شكل هلاوس وأوهام

- **المخدرات:** هي كل المواد والعقاقير التي تضر العقل والجسم وتسبب الأذى لمتعاطيها والمجتمع ككل وهي كافة المواد التي حرمتها كل الشرائع والأديان.

6-الدراسات السابقة:

- **دراسة عبد المعطي (2003)** التي تحمل عنوان سيكولوجية تعاطي المخدرات وتم استخدام المنهج دراسة الحالة وتبين فيها: هشاشة على مستوى الهوية، التي ترجع الى اضطراب علاقة المتعاطي بموضوع الحب الأول. وتحطم صورة الوالدين لديه وصعوبة اقامة علاقة ايجابية مع الغير. بالإضافة الى التثبيت الاوديبي والميول النرجسية وسيادة الصراع بين حب الذات وتدميرها.
- **دراسة الخوالدة. والخياط ع.(2011)** عن التعرف على أبرز الأسباب التي تقود إلى تعاطي العقاقير المخدرة من وجهة نظر المتعاطين في المجتمع الاردني، شملت الدراسة 384 مدمنا على المخدرات، أثبتت الدراسة ان أسباب الادمان قد ترجع الى المشكلات الاسرية، الرغبة في الوصول للذة والمتعة ونسيان الهموم والمشاكل، الهروب من الازمة المالية، مسايرة الرفاق، إضافة الى تواجد بعض الاعراض النفسية.
- **دراسة " عوض" (2013)** تحت عنوان التعرف على سيكولوجية تعاطي وادمان المخدرات "الترامادول" لدى الفتاة الجامعية–جامعة القدس– وقد استهدفت الدراسة عينة فتاة جامعة القدس حيث استخدم الباحث منهج دراسة الحالة بالإضافة الى المقابلة العيادية واختبار تفهم الموضوع T.A.T وهدفت الدراسة الى معرفة ديناميات الشخصية لدى الفتاة التي تتعاطى "الترامادول" وتوصلت النتائج السبب الرئيسي في الادمان هي أسباب شخصية : فقدان الشعور بالأمان, الافتقار الى الشعور بالحب, اضافة الى الاسباب عائلية واجتماعية وثقافية ودينية ونفسية, الحالة تعاني من برانويا , فصام, والشعور بالقلق والتوتر النفسي والاحباط وتوم المرض والاكتئاب.
- **دراسة بن عمور و بوجلال(2021)** الموسومة بعنوان القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض متغيري نوع المخدر ومدة العلاج والتي هدفت الى التعرف على مستوى القلق لدى المدمن المراهق والتي تم اجرائها عل 06 مراهقين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيط لعلاج الادمان على المخدرات بولاية شلف واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي باستخدام الملاحظة العيادية والمقابلة

الموجهة والنصف موجهة واختبار تايلور الصريح, وأظهرت النتائج أن مستوى القلق لدى المراهق المدمن يتراوح بين المتوسط ومرتفع, كما أنه يتأثر بنوع المخدر المستخدم ومدة العلاج.

- **دراسة بوزيدي (2022)** تحت عنوان صورة الذات لدى المراهقة المدمنة على المخدرات دراسة عيادية لحالتين، هدفت هذه الدراسة الى استكشاف كيفية تأثير الإدمان على المخدرات على صورة الذات لدى المراهقين. من خلال دراسة حالتين. ولقد تم استخدام المنهج العيادي لجمع البيانات وتحليلها وتم استخدام مقياس تفهم الموضوع T.AT.
- **دراسة عوماري وعلى (2022)** الموسومة ب أثر ادمان المخدرات على القدرات المعرفية للمراهق المتمدرس وهدفت الدراسة الى معرفة مدى تأثير ادمان المخدرات على القدرات المعرفية ومحاولة ايجاد علاج لهذه الظاهرة. وقد تم استخدام المنهج العيادي والمقابلة العيادية لعينة متكونة من حالتين.

2/ الدراسات الأجنبية:

- **دراسة "مالون"(MALONE 2013)** حيث قدرت العينة ب 4757 من المراهقين في الولايات المتحدة الامريكية والتي هدفت الى البحث عن أعراض الاكتئاب بين المراهقين وتعاطي المخدرات، وقد تم استخدام المنهج العيادي في هذه الدراسة، وقد أظهرت النتائج على أن ه توجد علاقة ايجابية بين أعراض الاكتئاب بين وسط المراهقين المدمنين على المخدرات.
- **دراسة "اوكورو"(2018)** وشهدت عينة 50 مراهق في الولايات المتحدة الامريكية وتكونت أعمارهم ما بين 15/12 سنة وهدفت الدراسة الى تحديد وجود ة طبيعة العلاقة بين تعاطي الماريجوانا والكحول والصحة العقلية، وتم استخدام المنهج الكمي والتي تم تحليل البيانات من المسح الوطني حول تعاطي المخدرات والصحة ستة 2015/2014 وأظهرت النتائج الى أن المراهقين الذين استخدموا الماريجوانا والكحول كانوا أكثر عرضة لوجود مستويات منخفضة من الصحة العقلية.

6-1-التعقيب على الدراسات السابقة:

- **التعقيب على الدراسات السابقة:**

بعد القيام بعرض مختصر لأهم الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع بحثنا، توصلنا إلى ما يلي:

- **من حيث الموضوع:**

تنوعت الدراسات السابقة في المتغيرات التي تناولتها، فبعضها ركز على الجوانب النفسية المرتبطة بتعاطي المخدرات مثل دراسة عبد المعطي (2003) التي سلطت الضوء على هشاشة الهوية وتفكك صورة الوالدين، ودراسة عون عوض (2013) التي تناولت الديناميات النفسية والشخصية لدى الفتاة المدمنة، وهي دراسات تتقاطع مع موضوعنا في ربط الإدمان بالاضطرابات النفسية. كما نجد دراسات مثل بن عمور وبوجلال (2021)، وبوزيدي (2022)، ركزت بشكل خاص على القلق وصورة الذات عند

المراهق المدمن، مما ينسجم مع الإطار العام لدراستنا الحالية. في المقابل، هناك دراسات ركزت على الأسباب أو العوامل الاجتماعية للإدمان أكثر من نتائجه النفسية مثل دراسة الخوالدة والخياط (2011)، ما يجعلها لا تتوافق تمامًا مع دراستنا من حيث المتغيرات.

- **من حيث الأهداف:**

هدفت معظم الدراسات إلى الكشف عن الأسباب النفسية والاجتماعية التي تؤدي إلى الإدمان، أو التعرف على الانعكاسات النفسية لتعاطي المخدرات. دراسة عبد المعطي (2003) ودراسة عوض (2013)، على سبيل المثال، سعتا إلى فهم البنية النفسية للمدمن. بينما دراسة الخوالدة والخياط (2011) ركزت على تحديد الأسباب الخارجية المؤدية للإدمان. أما الدراسة الحالية فتهدف إلى استكشاف الأثر النفسي للإدمان باستخدام أدوات إسقاطية، وهو ما يمنحها طابعًا نوعيًا خاصًا.

- **من حيث المنهج:**

اعتمدت معظم الدراسات على المنهج العيادي خصوصًا تلك التي سعت إلى فهم الأبعاد النفسية الداخلية للمدمنين، مثل دراسات عبد المعطي (2003)، بوزيدي (2022)، عوماري وعلى (2022)، وبن عمور وبوجلال (2021)، مما يتفق مع المنهج المستخدم في دراستنا. في حين اعتمدت دراسات أخرى، خاصة الأجنبية مثل أوكورو (2018) على المنهج الكمي والتحليل الإحصائي الواسع، وهو ما يختلف عن المنهج العيادي الذي نتبعه.

- **من حيث حجم العينة:**

تفاوت حجم العينة في الدراسات السابقة بشكل كبير، حيث استخدمت بعض الدراسات عينات كبيرة كما في دراسة مالون (2013) التي شملت 4757 مراهقًا، ودراسة الخوالدة والخياط (2011) بـ 384 مدمنًا، مما يمنحها بعدًا كميًا عامًا بينما اعتمدت بعض الدراسات عينات صغيرة جدًا، كما هو الحال في دراسة بن عمور وبوجلال (2021) ودراسة بوزيدي (2022)، والتي تضمنت فقط حالتين إلى ست حالات، وهذا يتقاطع مع دراستنا التي اعتمدت على حالتين فقط، وهو أمر مبرر في البحوث العيادية التي تسعى إلى تحليل نوعي عميق.

ومن الجدير بالذكر أن الدراسة الحالية تنفرد عن الدراسات السابقة العربية والأجنبية، باستخدام مقياس TAT بشكل إسقاطي عيادي مع المقابلة والملاحظة الإكلينيكية في دراسة معمقة لحالتين، الأمر الذي يبرز أهمية إجراء هذه الدراسة، حيث من المتوقع أن تسهم نتائجها في تعميق الفهم للديناميات النفسية العميقة وراء الإدمان، وربطها بالاضطرابات النفسية المصاحبة، مما يفتح المجال أمام تدخلات علاجية موجهة مبنية على تشخيص إسقاطي.

الفصل الثاني: الادمان

1. مفهوم الادمان
2. علاج الادمان
3. انواع المخدرات
4. اعراض مدمني المخدرات
5. اسباب تعاطي المخدرات
6. مفهوم الادمان على المخدرات
7. مراحل الادمان على المخدرات
8. اعراض الادمان على المخدرات
9. المقاربة النظرية المفسرة لإدمان على المخدرات
10. تعريف المخدرات

1. مفهوم الادمان:

يعرف الإدمان على أنه عدم قدرة الإنسان على الاستغناء عن شيء ما بصرف النظر عن هذا الشيء طالما استوفى هذا الشيء بغية شروط الإدمان من الحاجة إلى المزيد من هذا الشيء بشكل مستمر حتى يشبع حاجياته **(الغريب2006 , 29)**

- **لغويا:**

المخدر بضم الميم وفتح الخاء وتشديد الدال المكسورة من الخدر مشتقة من خدر والخدر الستر ونقول جارية مخدرة إذا لزمت الخدر أي تسترق فلم يراها أحد خدرت المتقاعد إذ قعد طويلا حتى خدرت رجلا وخدرت عظام أي فترات. **(الزمخشري،218,1985)**

.وتعني مادة تستخدم في أغراض طبية بمفردها أو drogue وفي اللغة الفرنسية توجد كلمة بخلطها وهي تعمل على تغيير حالة أو وظيفة الخلايا أو الأعضاء أو كل الكائن "عقار " يحدث النوم أو التبلد في الأحاسيس وفي حالات استخدام الحي، أما فتعني narcotique كلمة جرعات كبيرة تحدث التبلد الكامل وهي تقابل كلمة مخدر في اللغة العربية.

- **اصطلاحا :**

وعرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه من التخدير الوقتي أو المزمن تضر الفرد و المجتمع يحدثها الاستهلاك المتكرر للعقار أو المخدر الطبيعي أو المركب صناعيا .وتتسم بالرغبة الغالبة أو الحاجة القهري إلى الاستمرار في تعاطي المخدر والحصول عليه بأية وسيلة والميل إلى زيادة الجرعة والاعتماد نفسيا و أحيانا بدنيا على آثار العقار أو المخدر و عرفته هيئة الصحة العالمية انه الإدمان أو الاعتماد بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار ومن نتائجها ظهور الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية المرغوبة **(العيسوي، 112,1998)**

وللإدمان خصائص عّدة من بينها – :الرغبة الملحة في الاستمرار على التعاطي والحصول عليه بأي وسيلة وزيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على العقار والاعتماد الجسمي و النفسي على تأثير المخدر، بحيث يعتمد جسم الإنسان في أداء وظائفه الفسيولوجية على المادة أو المواد المخدرة ولا يستطيع الإنسان الذي وصل إلى هذه الدرجة من الاعتماد الإقلاع عن تعاطي المخدر الذي اعتاد على تناوله باختياره لأن ذلك الانقطاع ستصيبه بآلام جسمية ونفسية شديدة يصعب تحملها الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية والعضوية المرغوبة.

2.تعريف المخدرات:

1– تعريف المخدرات من الناحية اللغوية: المخدر في اللغة اسم فاعل مشتق من الفعل خدر، ويدور لفظ الخدر حول معاني الضعف والكسل والفتور أي أن الخدر هوما يستثير الجهاز العصبي عن فعله و نشاطه المعتاد. **(عليوي2016، 23,)**

2–تعريف المخدرات اصطلاحا :هي المادة التي يؤدي تعاطيها إلى حالة تخدير كلي أو جزئي مع فقدان الوعي أو دونه وتعطي هذه المادة شعورا كاذبا بالنشوة والسعادة مع الهروب من عالم الواقع إلى عالم الخيال.**(وفقي، 21,2003)**

أي أنها هي كل مادة تؤثر على العقل فتخرجه عن طبيعته المميزة المدركة الحاكمة العاقلة، ويترتب الاستمرار في تعاطيها الإدمان فيصبح أسيرا لها إن العقاقير أو المواد المخدرة التي يتعاطاها الشخص وبصورة منتظمة تؤدي إلى كثير من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية ولها تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبي المركزي. **(عليوي,2016،22)**

3–تعريف المخدرات من الناحية العلمية الطبية:

يعرف المخدر على أنه أي مادة كيميائية تعمل عند تناولها وبكميات قليلة على أحداث تغيرات من بينها:

- التأثير على حالة الفيزيولوجية للفرد.
- التأثير على الأحاسيس الواردة للمخ.
- التأثير على مستوى الإدراك و القدرة على تحليل المثيرات الواردة أو تغيرها.
- تغير حالة الشخص المزاجية) **قدور، 50,2006)**

4–التعريف القانوني للمخدرات: فالمخدرات تعرف على أنها مجموعة من المواد المسببة للإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو حتى صنعها إلاالأغراض يحددها القانون و لا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك، حيث توجد نصوص للعقاب و التجارة وترويج المخدرات كالعقاب بالسجن أو الغرامات المالية. **(الدمرداش، 1966 , 11)**

2. أنواع المخدرات:

إن المواد التي تخدر الجسم وتفقد العقل وعيه وتشتت وانتباهه وأدركه إنما هي وليست كلها من نوع واحد ومتعددة ويمكننا تقسمها إلى مخدرات طبيعية ومخدرات مصطنعة

المخدرات الطبيعية: إن هذه من بين المواد التي تسبب الهلوسة وتستخرج هذه السموم من نبات القنب الهندي الذي يستخدم في بادئ الأمر للانتفاع بأليافه في عمل الحبال ونسج الأقمشة، كما استعمل أحيانا كدواء مسكن، حيث يحتوي هذا النبات على أكثر 611 مادة كيميائية، عند تعاطي هذه المواد تجري

المادة الفعالة في الدم فتصل إلى الدماغ بسرعة، و يحدث تغيرات في الجهاز العصبي المركزي و القلب، زيادة ضغط الدم كما تتسع الأوعية الدموية في عينين مما يؤدي إلى واحمرارها جفاف في الفم الشعور بالغثيان والدوخة وزيادة شهية الأكل وإذا ازدادت خاصة المواد الحلوة وأيضا يؤدي إلى تغيرات نفسية كاضطرابات في المزاج، الشعور بالنشوة، الكمية قد يؤدي الأمر إلى الهلوسة، الفصام فقدان الذاكرة، عجز في التفكير، وقد تصاب الأعضاء الدموية والجهاز اللمفاوي والأعضاء التناسلية بأضرار بالغة.

(الحاج علي،1969, 61)

ونذكر أنواعها:

أ-**الألفيون :يستخرج** الأفيون الخام من ثمرة نبات الخشخاش(somniformPaparer) و هو يحتوي على العديد من المركبات الكيميائية التي تستخدم معظمها في الطب لمختلف الأغراض من معالجة الآلام والتهدئة تسكين السعال ومن أضرار الأفيون يعمل على تنبيه وقتي للمخ ويعقها الخمول والنوم العميق، ومن أضرار الأفيون الوقوع في الإدمان والتوقف المفاجئ له يحدث آثار شديدة مثل اتساع حدقة العين والعطس والرشح والتهيج والارتجاف والتشنجات والقيء الشديد الإسهال. **(وفقي،2116 , 26)**

ومن مشتقات الأفيون :

- **المورفين (Morphine): يستعمل** كمسكن للآلام و له تأثير على الجهاز العصبي المركزي و يضيق بؤبؤ العين، ويهدئ جهاز التنفس إن استعماله المتكرر يؤدي إلى الإدمان و يؤدي ذلك إلى أضرار كنقص فالتغذية التدهور الصحي كما يؤدي إلى مرض الإيدز نتيجة استعمال الإبر غير المعمقة(**الحاج علي، 1969 , 62)**

- **الهيروين (Heroine)** :هو أحد مشتقات المورفين وهو مسحوق أبيض اللون يذوب بصعوبة في الماء و بسهولة في الكحول، و قد يصبح الإنسان مدمنا للهيروين بسهولة، وتعاطي الهيروين مباشرة في الدم يزيد من تأثيره و يشعر بالنشوة و الشعور بالهدوء و تباطؤ عملية التنفس وضعف الدافع الجنسي. **(المهندي، 2116 , 69)**

فإن الإدمان على الهيروين يؤدي إلى ضمور في المخ، وتضرر الخلايا ما يؤدي إلى الاضطرابات العضلية الحادة وتشنجات تؤدي إلى الوفاة.) الحاج علي، 1969: 62- (الكوديين):Codeine (وهو مخدر مشتق من المورفين يعمل على إثارة الجهاز العصبي المركزي، ويستخدم أيضا في تسكين السعال وتقلص الأمعاء فإن الإدمان على تعاطيه يؤدي إلى اضطرابات المزاج، الإمساك، الاضطرابات التنفسية اضطرابات الهضم **(الدمرداش، 1966 , 11)**

- **الكوكايين (:Cocaine)** يستخرج من أوراق نبات الكوكا الذي ينمو في أمريكا الجنوبية، يقوم الهنود الحمر بمضغ أوراق الكوكا لإزالة الشعور بالتعب والجوع **فقد** يمنح لمتعاطيه الشعور بالنشاط و الخفة والطاقة و التغيير و الثقة و الحساسية الزائدة ويتم تعاطيه عن طريق الشم أو التدخين أو عن طريق

الحقن مع خلطه مع بعض المواد المخدرة، والإدمان عليه يؤدي إلى تدهور الجهاز العصبي و يؤدي إلى الاكتئاب الهلوسة اضطراب البرانويا. **(البدانية،2111, 30)**

- **القات(Catha)**: تحتوي على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول، ومن الآثار التي تنجم عن تعاطي القات أنه عند البداية يشعر المتعاطي بالنشوة وضعف التركيز الذاكرة وكذلك اختلال لإدراك والشعور بالكسل والخمول وفقدان الشهية، والتعاطي الطويل يؤدي إلى سوء الهضم وتلف الكبد وضعف القدرة الجنسية. **(وفقي 2116 , 26)**

2- المخدرات المصنعة كيميائيا: وهي عبارة عن عقاقير تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلقة ليس لها أصل نباتي و لها نفس تأثير المواد المخدرة الطبيعية، وهي تصنع على شكل حبوب أو أقراص أو كبسولات أو حقن أو مساحيق. **(المشافبة، 2010، 60)**

وتنقسم إلى عدة أقسام :

أ-المنومات(Hypnotique): وهي مجموعة من المواد الكيميائية مصنعة، تسبب الهدوء والسكينة أو النعاس. **(الدمراش 1969, 67)**

ومن أشهرها الباربيتورات التي تستخدم في غرض التخدير العام وعالج صداع الرأس الصرع والأرق، ويوجد هناك منومات أخرى لها نفس المفعول مثال: الماندراكس، الديفونال، الكلورال، فقد توجد على شكل أقراص أو سائل أو حقن. **(الدمراش 1969, 67)**

ب-المهدئات (Tranquilliser): وهي مجموعة من العقاقير بغرض علاج القلق و التوتر منها اللبرويوم، القاليوموالأتيفانالروهينول، ويكمن تأثيرها في أن تجعل الفرد هادئا و تخفف من الآلام و يبقى الفرد غير مبال بالمشاكل التي يتعرض لها وغير واعي لما يحدث له.(**وفقي، 2116 : 62)**

ج-المنبهات ال منشطات(Stimulant): إن هذه المواد المنشطة تؤدي إلى زيادة وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما ينتج عنه سرعة أو زيادة في بعض وظائف الجسم الأخرى **(البريثن، 2112 , 17)**

د-الأمفيتامينات(Amphétamine):فهي تعتبر من أهم العقاقير وذلك لقدرتها على مقاومة النعاس والإنهاك وتستعمل لتقليل الشهية بغرض إنقاص الوزن، لها أضرار صحية قد تسبب حالات من الجنون والفصام.

ومن تأثيرها أيضا: الشعور باليقظة وتزيد النشاط الذهني والبدني وزوال الشعور بالتعب أو إجهاد، القلق والتوتر ورعشة اليدين، سرعة النبض وتقلص الاوعية الدموية وارتفاع ضغط الدم، ضعف الشهية، عدم القدرة على النوم عند الانقطاع على تناولها.) **(الهوارنة،2116 , 29)**

هـ- LAD Lysergique acid diethylamide : هو مادة كيميائية في طبيعتها أما من حيث مفعولها فهي تعد من أخطر المواد المهلوسة وذلك نظرا للآثار التي تتركها على متعاطيها وتأخذ عدة

أشكال : أقراص، كبسولات، حقن ومن التغيرات الفيزيولوجية التي تحدثها ارتفاع درجة الحرارة الجسم، اتساع بؤبؤ العين، تزايد ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، التعرق ، كما يسبب أيضا هذا المخدر إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم، الشعور بالغثيان التقيؤ الصداع، الارتجاف وأيضا تغيرات نفسية، اضطراب في العقل و التفكير والشعور بالتوتر.(**الحاج علي,1969,66)**

و-**PCP Phencychidine**: هو عبارة عن مسحوق بيض بلوري قابل للذوبان في الماء أو الكحول، وهو كغيره من المواد المضرة التي لها آثار سلبية تترتب في: القلق، الانفعال، التوتر، الاكتئاب، الدوار، اختلال التوازن، الهلوسة، الغثيان انخفاض معدل ضربات القلب. **(عجبلات، 2116 ,71)**

ز-**Sédative hypnotique**: وهي المواد التي تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر بشكل كبير على المخ و الكبد و الرئتين والقلب وأطراف الجسم، وتستعمل عن طريق استنشاقها و توجد في الصمغ أو الغراء و مذيبات الطلاء و أشهر مفرداتها :التولوين (Toluene) التاريكلوروايثيلين(Trycholoroethylene) **(سويف، 1991 , 11)**

ح-**المهلوسات Hallucinogènes :يستخدم** مصطلح المهلوسات للإشارة إلى مجموعة من المواد التي تثير عند تناولها بعض المهلوسات دو ن أن يصاحبها الهذيان، وهي عبارة عن تنبيهات حسية دون وجود منبه محسوس ملائم كالهلاوس البصرية الهلاوس السمعية، الهلاوس الشمية واللمسية. **(سويف، 1991, 69)**

3. أعراض مدمني المخدرات:

وتشمل أعراض إدمان المخدرات وسلوكياته فيما يلي:

- الشعور بضرورة تعاطي المخدر بشكل منتظم وقد تكون ذلك على أساس يومي أو حتى عدة مرات في اليوم الواحد.
- الحاجة الملحة إلى المخدر بحيث تحجب التفكير في الأفكار الأخرى .
- الحاجة إلى تعاطي مزيد من المخدر للحصول على التأثير نفسه مع مرور الوقت .
- تعاطي بكميات أكبر من المخدر خلال فترة زمنية أطول من المخطط لها.
- الحرص على الاحتفاظ بكمية إضافية من المخدر
- إنفاق النقود على المخدرات حتى في ظل عدم استطاعة تحمل هذه النفقات.
- عدم الوفاء بالالتزامات ومسؤوليات العمل أو تقليل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو الترفيهية بسبب تعاطي المخدرات
- الاستمرار في تعاطي المخدر، برغم معرفة المدمن بالمشاكل التي تسببها في حياته أو الأضرار الجسدية أو النفسية التي تصيبه
- القيام بأشياء لا يفعلها الشخص في الأحوال الطبيعية، مثل السرقة، ليحصل على المخدرات

– القيادة أو القيام بأنشطة خطرة أخرى في أثناء الوقوع تحت تأثير المخدرات.
– قضاء وقت طوال في الحصول على المخدر أو تعاطيها أو التعافي من آثاره
–الفشل في محاولات الإقلاع عن تعاطي المخدر

4. أسباب تعاطي المخدرات:

من العوامل والأسباب التي تترك الفرد يلجئ لتعاطي المخدرات :
– الظروف الاجتماعية والأسرية غير المناسبة كوجود خلافات بين الوالدين والتفكك الأسري.
–إهمال الوالدين و انشغالهم وعدم القيام بدور واجبهم اتجاه أولاده ومراقباتهم وترك الحرية لهم في كل شيء .
– تعاطي أحد الوالدين للمخدرات .
– الهروب من بعض ضغوط الحياة واللجوء للمخدرات بغرض نسيان هذه الهموم والمشاكل .
– مجالسة ومصاحبة رفقاء السوء وعامل الفضول وإلحاح الأصدقاء على التقليد والتجريب للحصول على اللذة وتلك النشوة والسرور. **(وفقي، 2116 , 11)**
–التعامل السيئ من جانب بعض وسائل العالم وعدم توفر الوعي الاجتماعي بالأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات.

5. مفهوم الإدمان على المخدرات:

هو الاستعمال أو الاستهلاك المتكرر للعقاقير والمواد المخدرة الذي يؤدي استعمالها للاعتداء الجسدي، حيث يتعود الجسم على هذه المواد في أداء وظائفه بصورة مريحة وفي حالة توقف الشخص عن تعاطي تلك المادة يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي. **(البريثن، 2112 , 11)**
كما يعتبر الإدمان أيضا على أنه حالة تعلق أو الاعتماد الشديد من جانب الشخص على تناول مادة ما بغرض أحداث تغيرات نفسية من خلال تأثير هذه المواد على الجهاز العصبي، ولبعض هذه المواد خاصية التدخل في كيميائية الجسم، حيث يعتادها الجسم وال يعود قادر على الاستغناء عنها. **(الغريب، 2111, 61)**
وتعرف منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة من التخدير المؤقتة أو المزمنة التي تنشأ من تكرار تعاطي مادة مخدرة طبيعية أو كيميائية. **(وفقي، 2116, 67)**

6. مراحل الإدمان على المخدرات:

من المتعارف علبه أن حالة الإدمان لا تقع من مجرد تعاطي المخدر للمرة الأولي بل لابد لها أن تمر على عدة مراحل ابتداء من التعود أو الاعتماد النفسي مرورا إلى فترة الاشتياق للتعاطي كذلك مرحلة

النشوة المحققة والشعور بالراحة وبذلك يؤدي كل هذا إلى نشوء بما يعرف بالاعتماد الجسمي الذي يعتبر أشد صور الإدمان وأكثرها مقاومة العلاج هذا من جهة ومن جهة أخرى يعد أقربها أيضا للانتكاسة في حالات التوقف (العودة للإدمان). ومن هذه المراحل:

1-مرحلة الاستكشاف Experimental :

تعد هذه المرحلة بمثابة البوابة لدخول بعالم الإدمان، وهي عبارة عن فضول الفرد لتجريب ذلك المخدر، فيقوم المدمن بتعاطي المخدر. **(فطاير، 2116 ,26)**

2-مرحلة الاعتياد Habituation:

وهي مرحلة المتعاطي على المادة المخدرة بشكل يومي ومستمر حتى يصل إلى مرحلة عدم الاستغناء عنها وأي انقطاع مفاجئ تحصل مضاعفات نفسية إلا أنها ليست خطيرة، ويعتبر الاعتياد على المادة المخدرة التأثير الرئيسي في المراحل المبكرة للإدمان. **(المهندي، 2016، 66)**

3 – مرحلة التحمل :Tolérance في هذه المرحلة يعتاد الجسم على الآثار السيئة للمادة أو العقار، مما يؤدي ذلك إلى زيادة المقدار المستعمل ليحصل به على الدرجة نفسها من النشوة واللذة، يشعر الفرد في هذه المرحلة بالغثيان والصداع والقلق، وتبدأ المشاكل في الظهور ويزداد إحساسه بالذنب. **(الهوارة، 2116 , 16)**

4-مرحلة الإدمان Dépendance :

وهي مرحلة التي يكون الشخص فيها أمس الحاجة للمخدر مهما كان الثمن، ويكون ذلك مصاحبا لفقدان السيطرة، حيث ال يستطيع الحد من القيام بوظائفه الطبيعية لوال وجود المخدر .وفي هذه المرحلة يجد المتعاطي نفسه أسير ومقيد من طرف المادة المخدرة، وهذا ناتج لتكرار المستمر دون انقطاع لهذه المادة. **(البريثن، 2112 , 02)**

7. أعراض الإدمان على المخدرات:

تشمل أعراض إدمان المخدرات فيما يلي:

- النظرات الزائغة، والعيون الناعسة والدامعة .
- التمركز والانطواء نحو الذات والانشغال بالذات والمادة المخدرة العقار.
- شذوذ الأفكار وتبلد المشاعر ونقص الشعور بالمسؤولية .
- السلوك المضاد نحو ذاته .
- السلوك المضاد نحو المجتمع مثل السرقة، الاحتيال، التسول، الكذب.
- النسيان الدائم للأشياء .
- السلوك القهري والرغبة الملحة للحصول على العقار بأي وسيلة .
- الاعتماد النفسي و الإدمان على العقار والاعتماد الجسدي .

-الإصابة بالاضطرابات الجلدية والإصابة بمرض الإيدز (في حالة استخدام الحقن)

- قصور الاتزان الحركي والجسدي.

-ضعف القدرة الجنسية وبعض الاضطرابات الجنسية .

اضطرابات النوم .

-اضطرابات الإدراك. **(الهوارنة، 2116 , 16)**

وهناك أيضا أعراض المنع، حيث هي عبارة عن مجموعة من الاستجابات الجسمية والنفسية الناجمة عن امتناع أو انقطاع الفرد عن تعاطي المادة المخدرة مما يخلق ذلك عدة أعراض انسحابيه وهي :

- زيادة في ضربات القلب .
- الرعشة في العضلات .
- الشعور بالغثيان و التقيؤ .
- الإسهال والتعرق الشديد .
- قلة في النوم .
- رشح في الأنف وفقدان الشهية .
- عدم التركيز. **(البريثن، 2112 , 07)**

8. المقاربات النظرية المفسرة لإدمان المخدرات:

1-المقاربة المعرفية:

ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور الاضطراب النفسي للكائن البشري، وهذه النظرية لا تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئة أو كيميائية **(حمدي الحجار،1992 ص 49.)**

إن الديناميكية (Ellis) امتداد إلى هذه الأفكار يشير إلى المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على استمراره. تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني و تبقى الانسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الانسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيرا نموذج الحاجة إلى بالإثارة لا يمكن نفي دور تعديل المزاج كما أنه وحسب "ليز "سلوك تعاطي المخدرات أو الإدمان فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج فهم يرون أن بعض المخدرات تخفت الضجر، وأخرى تساعد على الاسترخاء وأخرى تمنح الطاقة وأخرى تساعد على الاسترخاء وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان ولقد حاول بيك (Beck) على المخدرات، حيث افترضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهي معتقدات التوقع، معتقدات متعلقة بالتوجيهات خفيف من التوتر والألم ومعتقدات للإباحة، فقد يقبل بعض الأفراد الذين

لديهم الاستعداد، إسنادا لهذا النموذج على تعاطي المخدرات نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات.

2 –المقاربة السلوكية:

هناك عوامل متعددة وفقا للنظرية السلوكية خارجية وداخلية تدفع الفرد للإقبال على تعاطي المخدرات منها: الأماكن التي تثير رغبة الشرب، المناسبات التي تلعب دور عوامل إشراطية، الظروف العائلية والمهنية المرتبطة بالتعاطي، العوامل الانفعالية كالقلق والضغط والعوامل المعرفية كانخفاض تقدير الذات. فكلها مميزات قد تدفع الفرد لتعاطي المخدرات بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر. وقد وضح أصحاب هذا الاتجاه مبدأ السلوك الإدماني وفقا لما يلي :إن التدعيم الإيجابي قادر على أن يخلق عادة قوية هي عادة اشتهاء أي عقار لكننا نجد بالنسبة للمهدئات مع ذلك عاملا قويا آخر هو الخوف الفعلي من الامتناع عدة مرات. **(كاشدان،1984، ص 82)**

3 –المقاربة التحليلية:

اهتم التحليل النفسي بمشكلات الإدمان منذ البدايات الأولى، حيث اعتبر فرويد في بداية أعماله أن الاستمناء أول وأضخم عادة يمكن إدمانها ،واسماها الإدمان الأولي،ويرى أن الادمانات الأخرى مثل إدمان المورفين... أجمع أنصار نظرية التحليل النفسي على عدم وجود شخصية إدمانية موحدة، حيث يرى أن مشكل الإدمان يخص كل البنيات النفسية الذهانية و العصابية(Bergeret) بارجوري والحالات الحدية ولذا تفسر ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعتري المدمن في طفولته الأولى، ومن هنا فإن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى اضطراب العلاقة الحبية بين المدمن ووالديه بحيث يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب اضطراب العلاقات الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت هذه العلاقة المزدوجة تنقل للمخدر الذي يصبح رمزا لموضوع الحب الأصلي. علاوة على ذلك فإن المدمن يقبل على المخدر بحثا عن التوازن بين هو وبين واقعه، فالعقار هنا هو وسيلة علاج ذاتي يلجئ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لا شعورية، فنمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في الفم، وعندما يكبر تظهر على شخصته صفات الثبت منها: السلبية والاتكالية، عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي يلجأ للمخدر بسبب مواجهة الصراعات التي تعبر عن الشعور بفقدان الموضوع، فالتنظيم العقلي للمدمن يشير إلى نرجيسته الهشة الى والتقدير المنخفض **(الديدي،2001، ص71)**

فنجد بارجور يشير إلى أن معظم المدمنون ينتمون إلى شخصية ذات طبيعة اكتئابية كما ان الالتقاء بالمادة السامة مهما كان نوعها لا يعني الاستمرار في تعاطيها والتمسك بها إلا إذا توفرت شروط تتمثل في عوامل خطر من بينها العنف أو العدوانية الطبيعية البدائية ، فالمتعاطي حين يستعمل المخدر في تجاربه الأولى فإنه لايبحث عن تحقيق رغبة في استعماله، انما و التجربة الأولى هذه تثيرها الحاجة

الملحة للتعبير عن العدوانية أو العنف ِ اتجاه المحيط، و إرضاء نزوة العنف هذه تجعل الفرد يحقق نجاح نرجسي تعذر عليه تحقيقه من قبل، وتصبح هذه التجربة مبرمجة في خيال.**(صادقي،2014 ، ص 1996)**
وتنظر مدرسة التحليل النفسي للإدمان على انه عرض أكثر من كونه سببا، لمشكلات سلوكية أو انفعاليها فبعض التفسيرات ترجعه إلى التثبيت الفموي، مع ضعف الأنا الأعلى مما يسمح لاندفاعات الهو التي تنطلق بدون رادع أو لوم.

9. علاج الإدمان:

تعتبر مشكلة الإدمان حالة قابلة للعلاج مهما كان نوع الإدمان، حيث تتوفّر العديد من الوسائل والطرق للحصول على المساعدة، ولعل من أبسطها طلب المشورة الطبية من الطبيب العام ، ولكن تجدر الإشارة إلى أ ن علاج حالات الإدمان قد تستغرق وقتا طويلا وقد يكون معقدا بعض الشيء ويعود السبب في ذلك إلى أن الإدمان هو حالة مزمنة ترتبط مع مجموعة متفاوتة من التأثيرات النفسية والجسدية ،كما يعد علاج الإدمان أمرا شخصيا وخاصة للغاية بمساعدة أفراد العائلة والمجتمع المحطين بالفرد المدمن ، وفي الواقع تختلف أساليب العلاج وطرق التعامل مع الحالة باختلاف المواد والسلوكيات مستخدمة بناءا على احتجاجات الفرد التي يدمن عليها ومنها اختيار العلاج المناسب والأفضل للمادة التي يُدمن عليها الفرد، ومستوى الرعاية الذي يحتاجه ومتطلبات الصحة العقلية الشخصية.وفيما يأتي أهم الخيارات العلاجية المتوفرة لعلاج الإدمان:

ازالة السموم Detoxification :تستخدم عملية إزالة أو إخراج السموم في حالات الإدمان الشديد، وتهدف إلى التخفيف من الأعراض الانسحاب التي يُعاني منها الفرد خلال فترة خروج الكحول أو المخدرات من جسمه، وتتم ذلك عن طريق تقديم الطبيب الرعاية اللازمة وإعطاء الأدوية والعلاجات الطبية التي تقلل من حدة الأعراض الانسحاب.

الأدوية العلاجية: قد يصف الطبيب الأدوية العلاجية التي تُقلل من رغبة الفرد الشديدة للحصول على المادة، أو الأدوية التي تُقللمن الأعراض الانسحابية المستمرة، أو الأدوية العلاجية للحالات الاضطراب النفسي التي يُعانيمنها الفرد أيضا، مثل: اضطراب ثنائي القطب، والاكتئاب .

إعادة التأهيل(Rehabilitation) :تهتم خدمات إعادة التأهيل بمساعدة الفرد على التعامل مع الإدمان على المدى الطويل وعيش الحياةبطريقةصحيّة أكثر، وذلك من خلال توفير الطبيب مجموعة من الخدمات التأهيليّة، منها؛ المشورة المنظمة، والتعليم، والدعم، والتشجيع، وتقديمها للفرد خلال مواعيد الزيارات وجلسات العلاج المحّددة للمرضى الخارجيين، أو تقديمها للمرضى الداخليين أو من يعيش في منشآت خاّ صة لإعادة التأهيل .

لعب الادوار: يختار كل منهم دورا يعيشه ويلعبون بعضهم امام بعض وهذه الاداة تدعم القدرة على لعب الادوار الاجتماعية المختلفة في الحياة كالأب والابن والصديق او المعالج او الزوجة ويأخذ الوضع شكل خشبة مسرح فيها من الجد والهزل ما يكفي لإعادة روح التواصل والمرح والتعبير **(جواد. ب ت، ص214)**

مجموعات الدعم (group Support) :تساعد مجموعات الدعم :العديد من الأفراد المدمنين على التعامل بشكل صحيح مع مشكلة الإدمان حيث توفّر هذه المجموعات الفرص لمشاركة التجارب والخبرات التي مر بها الفرد، بالإضافة إلى الحصول على التشجيع المستم ر لمقاومة الإدمان ومن أبرز الامثلة على هذه المجموعات منظمة (Al Anon) التي تقّدم الدعم لأسرة وأصدقاء الأفراد الذين يعانون من الإدمان والتعاطي.

وهناك أنواع أخرى من العلاج :قد يُوصي الطبيب باستخدام أنواع مختلفة من العلاج مثل؛ العلاج السلوكي المعرفي ((therapybehavioral Cognitive أو العلاج بالارتجا ع البيولوجي(therapy Biofeedback)أو العلاج النفسي بالكلام(therapyTalk) وقد تساهم هذه العلاجات في تبني الأفراد المدمنين لوجهات نظر جديدة وتغيير سلوكهم .يختار كل منهم دورا يعيشه ويلعبون بعضهم أمام بعض وهذه الأداة تدعم القدرة على لعب الأدوار الاجتماعية المختلفة في الحياة كالأب والابن والصديق أو المعالج او الزوجة، ويأخذ الوضع شكل خشبة مسرح فيها من الجد والهزل ما يكفي لإعادة روح التواصل والمرح والتعبير .

الفصل الثالث: الاضطرابات النفسية

1. تعريف الاضطرابات النفسية
2. تاريخ نشأة الاضطرابات النفسية
3. النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية
4. تصنيف الاضطرابات النفسية
5. الاضطرابات العصابية

5-1-الأسباب

5-2-الأنواع

5-2-1-القلق

- أعراضه

5-2-2-اضطراب الهلع

- أعراضه

5-2-3-اضطراب الاكتئاب

- أعراضه

5-2-4-الرهاب

- أعراضه

6. الاضطرابات الذهانية

6-1-الاسباب

6-2-الانواع

6-2-1-اضطراب الفصام

- أعراضه

6-2-2-البرانويا

- أعراضه

6-2-3-الهجمة الهذيانية الحادة

7. أساسيات في تشخيص اضطرابات الطفل والمراهق
8. العلاج

- **تمهيد:**

مما لا شك فيه أن الأمراض النفسية والعقلية كثيرة الانتشار بين الناس وفي مختلف المجتمعات سواء كانت متحضرة أو نامية أو متخلفة وليست هذه الأمراض مقصورة فقط كما يظن البعض على حالة الجنون أو أو تخيل بل إنها تشمل أيضا كثيرا من أنواع الاضطرابات والانحرافات والشذوذ ومن مظاهر الاضطرابات النفسية الشائعة الشعور بالنقص واتهام الذات الوساوس والمخاوف المرضية الرهاب التي تستولي على الإنسان وتوجهه وجهات معينة بل إن كثيرا من حالات الانحرافات السلوكية والإدمان على المخدرات ترجع إلى الإضرابات النفسية كما أن هناك كثيرا من الاضطرابات الفيزيولوجية والحركية هي أعراض للاضطرابات النفسية .

1. مفهوم الاضطرابات النفسية:

- **في التصنيف العالمي العاشر للاضطرابات العقلية والسلوكية(CIM10)** يشير مصطلح الاضطراب: الى وجود مجموعة من الأعراض و السلوكيات التي تكون محددة عياديا, و يشمل في معظم الحالات على مشاعر الضيق و اضطراب في الوظائف الشخصية.

- يعرف **الدليل تشخيصي الإحصائي الخامس(DSM5)** بأنه مجموعة أعراض مرضية تعبر عن خلل كبير يصيب الفرد على مستوى الإدراك أو التوازن العاطفي أو السلوك والتي تعكس اختلالا في سير الولايات النفسية أو البيولوجية أو النمائية الكامنة وراء أدائه النفسي.

- ويتفق معظم علماء النفس الحديث على أن الاضطرابات النفسية تشير إلى حالات سوء التوافق مع النفس أو مع الجسد أو مع البيئة طبيعية كانت أم اجتماعية ويعبر عنها بدرجة عالية من القلق والتوتر والإحساس باليأس والتعاسة والقهر وغالبا ما تمس البعد الانفعالي للشخصية ويظل معها الفرد المضطرب بالحياة الواقعية قادرا على استبصار حالتي حالته المضطربة **(أسماء بوعود 2014 ص 30 -31)**

2. تاريخ نشأة الاضطرابات النفسية:

إن تاريخ الأمراض النفسية والعقلية يوضح لنا التطور والتقدم الذي لاحق هذا الفرع من الطب في الآونة الأخيرة، فبعد أن كانت الأمراض النفسية والعقلية شرا مستطيرا، وسيطرة من أرواح خبيثة، وعمل من أعمال الشيطان وكأنها من صنع قوى خارقة أوجدتها، فكأنها حدثت نتيجة لسخط الآلهة، أو إذا تم الشفاء منها وزالت، فإنما يكون البرء منها نتيجة لرضا تلك الآلهة.

وبعد أن كان المرضى يحرقون أحياء في الشوارع، نظرا لتلوثهم بهذه الأرواح الشريرة، فكان ينظر إليهم أحيانا أنهم أناس مغضوب عليهم من الآلهة، ولهذا فكثيرا ما كانوا يقتلون، تخلصا منهم ومن الشياطين التي تلبيستهم،

أو كان ينظر إليهم بوصفهم أناسا منبوذين، أما المحظوظين منهم ممن كانوا يكابدون حالات الجنون أخف وطأة، فكانوا يحاطون بالرعاية ومن مظاهر تلك الرعاية أنهم كانت تخلع عليهم الألبسة المزركشة، وتزين هاماتهم بأكاليل الغار.

- **ابو قراط:**

بعد كل ذلك تطور هذا الفرع من الطب تدريجيا، في القرن الخامس قبل الميلاد عندما جاء **أبو قراط** وقال:" ليكن معلوما أن المخ يحتوي مناطق محددة هي مواطن اللذة والانشراح والمرح والميل إلى اللهو من جهة، ومن جهة أخرى فإنه يحتوي في تلافيفه على ما هناك من حزن وأسى وامتعاض، وأنه بسبب ما يتعرض له الدماغ أحيانا من أعطاب، يقع بعض الناس فرائس في شراك الجنون، والهذيان، وما يتعرض له الإنسان من مؤثرات ومخاوف تؤرقه ليل نهار، ومصدر كل ذلك ما يصيب الدماغ من خلل.

ومن ملاحظات أبو قراط قوله مثلا، أن أي عطب أو خلل يحصل بسبب صدمة معينة في أحد نصفي الدماغ، يؤدي بدوره إلى حدوث تشنجات في الجانب الأخر من الجسم.

وقسم أبو قراط أنماط الجسم إلى أربعة هي:

- النمط الدموي
- النمط البلغمي.
- النمط الصفراوي.
- النمط السوداوي.

وأضاف أبو **قراط** أن خصائص هذه الأمزجة ترتبط ارتباطا وثيقا بكل من البيئة الطبيعية-أي المناخ الجغرافي- وبتأثير العوامل الاجتماعية.

و قام **أبو قراط** بمحاولات حثيثة في معالجة الأمراض العقلية، فلعلاج حالات الإدمان على الكحول مثلا، أوصى باستخدام أسلوب العلاج بالتنفير، أي إحداث حالة من التقزز عند المريض ليبتعد عن الكحول و ينفر منها، و ذلك عن طريق فصده و إسالة دمه و هو في حالة سكره، ليرى دمه يسيل فيرتبط في ذهنه منظر دمه بما يتعاطاه من شراب مسكر أو بإعطاء المدمن جرعات من مادة مقززة و بذلك يكره المادة التي أدمنها، و كان يقترح علاجا لبعض المرضى عقليا و نفسيا بأن يغيروا أماكنهم، فتغيير المكان، كما اقترح من شأنه أن يغير من الذكريات المؤلمة فينسى المريض ألامه و همومه.**(أنور حمودة البنا، 2006، ص1-2)**.

- **القرون الوسطى:**

في القرون الوسطى كان مفهوم المرض العقلي ومفهوم الجنون غير محددين، كان المصابون مواضع للخوف والمهزلة، مواضع للعقاب الجسدي، غياب علوم الإنسان، غياب التمييز بين العادي وغير العادي دفع بالمجتمعات الأوروبية في القرون الوسطى إلى عزل هؤلاء المنحرفين وإلى طردهم من المجتمع بنقلهم في مواكب متجولة وعزلهم بالجزر البعيدة.

في القرن 16 ظهر لأول مرة التفكير النقدي لمفهوم الجنون:

1-يصبح الجنون شكلا نسبيا للعقل ويدخل الجنون والعقل في علاقة انعكاس مستمر، بكل جنون عقل يحكمه ويحاكمه، وبكل عقل جنون يجد فيه هزلية وسخرية، نجد إذن تداخل وتكامل بين الجنون والعقل تحت تأثير هذه الأفكار على المجتمع، ابتعد الجنون عن الوحشية والعدوانية، خرج من الظلام وثبت وجوده بالنسبة للعقل.

2-أصبح الجنون شكلا من أشكال العقل قوة من قواه السرية، ظاهرة من ظواهره، وانتشرت هذه التحاليل حتى **ق 18**. التعرف على الجنون أدى إلى الدخول في مرحلة أخرى، وهي مرحلة السر والكتمان.

مرحلة الحبس: أماكن تسمى مستشفيات، لكن ليس لها دور علاجي وضع في هذه الأماكن مع المتسولين واستغلوا في ورشات العمل الجماعي لتطوير الاقتصاد الوطني، لأن في هذا القرن كانت تقريبا كل الأوساط الأوروبية تعيش أزمة اقتصادية عويصة.

يميز المجنون على الأصناف الأخرى بعدم قدرته على العمل وإتباع إيقاع الحياة الجماعية، دور أخر برز للمؤسسات شبه استشفائية هو دور أخلاقي، المؤسسة تعاقب وتؤذي كل شخص منحرف عن القانون وللمدير السلطة الكاملة للتسيير والعقاب، وعلى المريض تسديد ديونه للأخلاق العمومي لتعرضه للضرب والجلد.

يوجد ارتباط قوي وتداخل كامل بين العلاج والأخلاق وبين الطب، هذيان المريض كلامه الغامض يعاقب بالضرب والربط في عمود التشهير"pilori» يعاقب أيضا بحرق شفتيه وكويهما بالنار، قطع اللسان وأخيرا الحرق الكامل بالحطبbucher " بنفس العقاب ونفس الطريقة يستعمل فيما يخص المحاولات الانتحارية الفاشلة، ويعاقب بالإعدام الذي وضع وحاول قتلها لا يتجنب الموت العنيف الذي أراده لنفسه.

- **القرون الحديثة:**

ق19: ألغي الإعدام واستبدل بطرق أخرى للعقاب الجسدي (مثلا يوضع في خزانة ويبقى إلا رأسه بارزا، قطع وريد دموي للتخفيف من الضغط، استحمام بارد لتطهيره من الأرواح الشريرة....)

الاعتراف بكلية المجنون لم يكن اكتشافا أوروبيا بل بتأثير من الشرق ومن الفكر العربي المسلم أين تأسست في بغداد والقاهرة ما بين **ق7 وق12** مستشفيات ترتكز على علاجات نفسية (العلاج بالموسيقى، المسرح، الرواية،) ويسير هذه النشاطات أطباء مختصون.

- هذه التأثيرات أدت إلى ظهور اتجاهين فيما يخص تأسيس مفهوم الجنون:

– نظرية قانونية للجنون ذات أشكال وحدود معرفة من طرف الطب (الحجز لقمع المريض). ينظر إلى المصاب الشخص له حقوق ويعفيه من مسؤولية جنونه.

– يولد لدى المصاب الشعور بالذنب ويعاقبه به، بدء بتأسيس العلم والتصنيف الطبي للأمراض العقلية وبعض البنيات للأمراض النفسية.

- **التحليل النفسي:**

الاهتمام بدور اللاشعور في الاضطرابات النفسية والأمراض العقلية ظهر في القرن 19 عند بعض العيادين وأبرزهم:

Jean M.Charcot : و هو طبيب أعصاب و أخصائي في أمراض الجهاز العصبي(1825–1893) اهتم بعدد معين من الأمراض و صنفهم كأمراض عصبية و هستيرية اكتشف حالات نوبة هستيرية خاصة سماها الهيستريا الكبرى، اكتشف أيضا حالات شلل هستيري، و حالات تخدير، فقد حاسة اللمس، حالات تشنج عضلية، حالات ارتجاف لا إرادي لكل أعضاء الجسم (les cas chorées) حالات بكم، تأتأة، شهيق حالات فقدان القدرة على الوقوف بطريقة معتدلة و المشي مع تنسيق الحركات. أدخل شاركوه **(Charcot)** في تصنيف الهيستريا أمراض فقدان الشهية العقلية، الاضطرابات العصبية للمعدة والتبول المستمر) polyurie (الفرد لا يتحكم في تبوله اليومي)

أظهر **Charcot** أهمية العوامل النفسية في الأمراض العقلية ونفس الأمراض المزمنة بفضل التنويم المغناطيسي، استطاع Charcotعلاج الشلل الهيستري (شلل وظيفي) واكتشاف دور النزوات الجنسية وظهور الأعراض الهستيرية. بالرغم من كل هذه الايجابيات أخطأ **Charcot** في اكتشاف السبب الأصلي للهستيريا وادعى إنها ناتجة عن ضعف عضوي في الجهاز العصبي (سابقا كانوا يعتقدون سبب الهيستريا اضطرابات في الرحم) وادعى أيضا أن التنويم المغناطيسي لا ينجح إلا في الحالات الهستيرية بسبب ضعف الجهاز العصبي.

–**Bernheim et Liebault** ا اثبتا أن التنويم المغناطيسي ينجح مع المرضى الغير هستيريين.

–تكلم **Pierre Janet** عن وجود أفعال نفسية لاشعورية، واكتشف أنه أثناء التنويم يتذكر المصاب أحداث الصدمة الأولية التي تسببت في ظهور أعراضه، بعد ذكر هذه الأحداث تزول الأعراض.

-اكتشف**Breur** نفس الأسباب وقام بينهما صراع عنيف ومنافسة أولية الاكتشاف. ولم يستطيع كليهما تفسير لماذا تزول الأعراض. وبقيا يظنان أن سبب الاضطرابات العصبية هو سبب عضوي تعمم من بعد الاهتمام بعلم النفس وانتشر إلى كل الأطباء خاصة أطباء العقل البريطانيين، الألمان والأمريكيين، كما توضح أيضا دور الظواهر الحسية للأمراض النفسية والعقلية. وتكلم **Moblis** عكس "**شاركوه**" "**برويز** " عن الأصل النفسي للأمراض الهستيرية.

كل هذه النتائج ل**لقرن 19** ساعدت فرويد في تعميق وتأسيس نظريته. نجح منذ البداية في تأسيس شرعية التحليل النفسي كطريقة علاجية، كما نجح في شرح السلوك الإنساني لعبارات نفسية. أظهر أول عملية عامة للشخصية عن طريق الملاحظة، أعطى أيضا طابعا علميا لعلم النفس، وساعد على إبعاده عن الفلسفة. درس فرويد مشاكل الشخصية بطريقة علمية.

فرويد Freud:

تنقسم مساهماته إلى أربعة مراحل:

1-ا اكتشافاته فيما يخص التشريح للجهاز العصبي.

2-**بحوثه** في ميدان التنويم المغناطيسي والهستيريا.

3-ا اثبت وجود ظواهر لاشعورية، وأسس طريقة التحليل النفسي العلاجي.

4-**نشر** بحوثا منهجية في ميدان الشخصية وبنية المجتمع.

اكتشف أن تأثير التنويم المغناطيسي محدود رغم فائدته وأن أعراض أخرى تخلق مكان الأعراض التي عولجت، أما الشخصية الشعورية فهي تقاوم المواضيع المكبوتة المزعجة، إرجاع المكبوت هو هدف كل علاج نفسي.

إرجاع المكبوت عن طريق التنويم لن يؤدي إلى الشفاء الكامل بل إلى تخفيف مستقر للضغط المتراكم.

استعمل **فرويد** طريقة أخرى وهي اللجوء إلى الإيحاء في حالة وعي وبهذا وصل إلى اكتشاف طريقة تداعي الأفكار، من خلالها يطلب من العميل التخلي عن المقاومة الشعورية للأفكار والتكلم عن كل ما يخطر في باله.

عندما يتخلى العميل عن مراقبة ظواهره العقلية تتكون روابط تلقائية للمواضيع المكبوتة، التداعي الحر للفكر يكشف وجود صراع بين اتجاهين مختلفين.

- وظيفة الأول هي التعبير عن الشعور والأحاسيس.

- وظيفة الثاني هي كبته.

اكتشف **فرويد** بأن استعمال تداعي الأفكار لمدة مطولة يسمح باسترجاع أحداث مهمة في حياة العميل نسيت لكن تأثيرها بقي كبير. فالتفريغ الانفعالي الذي يظهر في تداعي الأفكار يشبه التفريغ الذي يظهر أثناء التنويم بطريقة أسهل وأخف في حالة وعي، في هذه الحالة يستطيع "**أنا**" العميل تجاوز الانفعالات.

-**في عام 1938**، أدخل الطبيب الإيطالي **أوجو** سيرتي العلاج بالصدمات الكهربائي، لعلاج مرضى الاكتئاب الحاد، أما النقطة الفارقة في تاريخ العلاج النفسي الدوائي، فكانت اكتشاف مركب يسمى "**كلوربرومازين**" عام 1951، والذي بدأ استخدامه بوصفه مخدرا، ثم جرب لعلاج حالات الهياج العصبي.

ونتيجة لذلك، حدثت تغيرات درامية في مسار العلاج النفسي، فسمح العلاج الدوائي للمرضى بمغادرة ملاجئ العلاج، والعودة إلى عائلاتهم، واشتقت مركبات أخرى من الكلوربرومازين، وقدم كأول مضاد للاكتئاب.

أدى وجود الأشعة المقطعية على المخ عام 1970، إلى تطور معلوماتنا عن المخ بصورة هائلة عما قبل، ثم ساعد الرنين المغناطيسي الذي استخدم في توضيح التغيرات الباثولوجية في الأنسجة الحية، في تشخيص بعض الأمراض النفسية.

- **المعرفي**
- **السلوكي:**

"**أرو ن بيك**" أستاذ الطب النفسي في جامعة بنسلفانيا، ابتكر طريقة مختلفة للعلاج، وهي ما يعرف بالعلاج السلوكي المعرفي، الذي يساعد المريض في معرفة طريقة تفكيره وانفعالاته. وشهد عام **1987** تطورا كبيرا في مسار مضادات الاكتئاب، فكان مولد "البروزاك" والذي تميز بأنه أكثر أمانا وفعالية من مضادات الاكتئاب القديمة، وخلال بضع سنوات أنتجت مضادات اكتئاب أخرى، وظهرت كفاءتها على أعراض مثل نوبات الهلع، الوسواس القهري، ومتلازمة كرب ما بعد الصدمة.

- **مستقبل الطب النفسي:**

التقدم الكبير الذي أحرزه طب الأعصاب، وعلم الأدوية النفسية العصبية، والتصوير العصبي، والاختبارات الجينية، ساهم في فهم تركيب المخ وتغيراته، وأصبح لدينا القدرة على معرفة كيف يعمل المخ، وكيف تعمل أجزاء معينة منه بشكل خاص، ومعرفة طرق تحليل صور المخ، وتطوير قدرة الأطباء على "قراءة المخ"، وتغير خريطته بسبب المرض النفسي.

لكن على الجانب الأخر النقص الشديد في عدد الأطباء النفسيين في البلاد الفقيرة ومتوسطة الدخل، وهجرة الأطباء من البلاد الفقيرة يعد سببا رئيسيا في عدم تلقي المرضى للعلاج والرعاية النفسية، إذ إن مستقبل الطب

النفسي وتطوره يقتضي توزيعا عادلا للأطباء النفسيين بحسب الكثافة السكانية، كالوضع في المملكة المتحدة التي تمتلك أحد أفضل أنظمة العلاج النفسي، ويوجد بها ما يقترب من 5 ألاف طبيب نفسي، لتغطية كثافة سكانية تبلغ 60 مليون نسمة.

- **الإسهامات النفسية التاريخية لعلماء العرب والمسلمين في مجال الاضطرابات النفسية:**

كان العلماء العرب والمسلمين متقدمين بأفكارهم على من سبقوهم، فبعض المعارف النفسية المتعلقة بالعلاج النفسي في التراث الإسلامي نجدها بكتب الطب للعديد من علماء النفس المسلمين مثل (القانون في الطب) و (الشفاء) لابن سينا، وكتاب (الكافي في الطب وكتاب (مصالح الأبدان والأنفس) للبلخي، بالإضافة إلى كتب مهمة مثل كتاب (كنوز العلم الطبي) لثابت بن قرة وكتاب (المالكي) لعلي بن عباس المجوسي، وكتاب (تحفة المودود بإحكام المولود) لابن الجوزية ...

وتضمنت هذه الكتب بعض من المعارف النفسية السابقة للعصر الذهبي للحضارة العربية الإسلامية، ولم يكتفي العلماء العرب المسلمين بالنقل بل قاموا بنقد المعارف وتطويرها وأبدعوا علوما جديدة تصوروا فيها ما لم يتصوره غيرهم. كما نظروا للأمراض النفسية والعقلية بصورة شمولية مهتمين بتشخيصها وتصنيفها ومعرفة أسبابها وأعراضها وعلاجها.

ومما يحسب في رصيد التراث العلاجي الإسلامي تدوين الحالات المرضية كأول محاولة في التاريخ إحصاءا وتقديرا، ويعكس ذلك التجربة العلمية الحية في الممارسة التشخيصية والعلاجية.

ووضحت عمليات التسجيل، المفاهيم المستخدمة في التعامل مع المرضى، مثل الملاحظات السريرية ودراسة الحالة ودراسة العلاقة بين الجسد والنفس، واستخدام مصطلح التدبير وهو (العلاج)، ومصطلحات العلاجات بالعقاقير كالمفرحات والعلاج النفسي والإرشاد النفسي، أو حتى ما يطلق عليه العلاج المعرفي، وكانت أول المصحات النفسية في تاريخ البشرية هي البيمارستانات العربية.

كما قدم علماء التراث العربي الإسلامي مساهمة كبيرة في ملامح علم النفس الطفل وعلم النفس النمو، ويتضح من المؤلفات العلمية المتخصصة عن الطفولة التي قدمت التعريفات والتفسيرات والمعالجات للقضايا المطروحة، وتعتبر مساهمة بن الجزار وبن البلدي من أكمل وأنضج المساهمات البحثية ولقد أرست كتابات علماء المسلمين والعرب قواعد علم النفس النمو، كما ساهم العلماء العرب بتحديد الاضطرابات النفسية الخاصة بالأطفال ومعرفة أسبابها وكيفية علاجها، كما اهتموا بموضوع الصحة النفسية للطفل.

وقد كان **الرازي** يعد من أبرز المؤلفين في طب الأطفال، ومنها كتاب **(رسالة في أمراض الأطفال والعناية بهم)**. إن ملامح علم النفس الطفل وعلم النفس النمو ظهرت في التراث العربي الإسلامي في **القرن 9 و 10م** أي بفارق 10 قرون من ظهور علم النفس الحديث.

كما كان للعلماء العرب والمسلمين مساهمات جليلة في الرياضيات، ويعد ابن **الهيثم** هو أول من استخدم الرياضيات في علم النفس لدراسة الزيغ البصري، أو أغلاط البصر في مجال سيكو فيزياء الأبصار.

كما يعد **ابن الهيثم** القاعدة الأساسية لأول تأسيس لعلم النفس التجريبي، ولعلم النفس المرتبط بالفيزياء وعلم الأبصار، والسيكو فيزياء في تاريخ علم النفس كافة.

كما أن العرب هم أول من أدخل تصنيف الأمراض النفسية على يد الطبيب نجيب أبو حميد، الذي قسم هذه الأمراض إلى عشر مجموعات وشملت حوالي ثلاثين مرض، ويعتبر هذا التصنيف أول تصنيف فعلي للأمراض احتوى على وصف دقيق للمرض وعلاجه. ويثير الوصف الوارد في هذا الكتاب الدهشة لدقته وإلمامه بكثير من التفاصيل التي تعتبر الآن حديثة. **(أسماء بوعود، 2014، ص-ص.6-7)**

3. النظريات المفسرة للاضطرابات النفسية:

أولا – النظرية الوراثية:

سمحت الأعمال الجنية الكلاسيكية بالتأكيد على تدخل العوامل الوراثية كمسببات للكثير من الاضطرابات العقلية، خاصة في الاضطرابات الفصامية واضطرابات ثنائية القطب والإدمان الكحولي والخلفة العقلية.

في مقابل سمح التطور الحاصل في الأبحاث الجنية الجزئية بالتأكيد على وجود مسجلات جنية التي تسمح بحصر العوامل الجنية المفترضة خلال الوصل الجيني، ويتمثل هدف التحليلات الخاصة بالوصل الجيني في تحديد ما إذا كانت مجموعة من الأنماط الظاهرة مثلا (الفصام أو نموذج الشخصية المرضية) بإمكانها نقل – سواء بطريقة مستقلة أو بطريقة غير مستقلة – سجلا جنيا خاصا بعائلات مصابة.

بالرغم من تعدد الأبحاث في هذا المجال، ظلت المعطيات الخاصة بالاضطرابات النفسية والأمراض العقلية غير مؤكدة، فالمبادئ الجنية (التكرار الجيني ونسبة تكرار الأفراد الحاملين للجينات المعبرة عن النمط الظاهري للاضطراب) لم يتم تحديدها لحد الآن، مما استدعى الاستعانة بطرق أخرى كالطريقة الشفعية للأشقاء والطرق الترابطية والاختبار الافتراضي للجينات المرشحة، مثل الجينات المرمزة الخاصة بالمستقبلات وبالتركيبات الأيضية للموصلات العصبية.

وبالرغم من تطور الأبحاث الجنية وبالرغم من دقة معايير التشخيص يظل تحديد النمط الظاهري غير واضح في الطب النفسي، حيث لم يتمكن أي مسجل جيني لحد الآن من تحديد مؤكد لأي أحد منه **(زروالي،2016، ص 15-16)**

ثانيا – النظرية البيولوجية:

تعتمد النظرية البيولوجية في تفسير حدوث الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية وفقا لأكثر من منظور بناءاً على العديد من الدراسات التي تنصب اهتماماتها على الجوانب البيولوجية (أي الخاصة بالجسم ومكوناته الداخلية).

ويرى أصحاب هذه النظرية أن الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية هي نتاج ومحصلة الخلل في وظائف أعضاء جسم الإنسان، الأمر الذي ينتج عنه اضطراب في السلوك لديه قد يكون نتاجاً لنقص أو زيادة في إفرازات الغدد الصماء أو غيرها من الغدد الأخرى في جسم الإنسان فالحركة الزائدة قد تكون نتاج زيادة مادة (الثيروكسين) في الدم على سبيل المثال لا الحصر.

وهذا الاتجاه والمرتبط بعلم البيولوجيا التي يرى بأن للوراثة دور واضح في ظهور الاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية ، حيث يرى بأن المورثات تلعب دوراً في وجود هذه الأخيرة ، كما أن لعمليات النمو و الأيض (التمثيل الغذائي) دوراً في ذلك، وكذلك الحساسية للأدوية ونضج الأجهزة وسير عملية نمو الفرد وسلامة الحيوانات المنوية والبويضة ومشاكل الرحم وتعرض الأم الحامل للأمراض كالحصبة الألمانية أو مرض الزهري، وعدم وجود بيئة رحمية مناسبة لديها، وتعرضها لمرضى السكري، ومشاكل الحمل وما قبله وما بعده، والتسمم الولادي، ونقص الأوكسجين أثناء الولادة وتناولها للمواد السامة كالرصاص والولادة العسيرة ،وتعرضها لأشعة (X)، وعدم مراجعتها للطبيب والقيام بالفحوص اللازمة للاطمئنان على سلامة المولود، كلها أسباب قد تكون مسؤولة بمستويات عن وجود إعاقات لدى هذا المولود وتعرضه للاضطرابات النفسية، والعقلية، والانحرافات السلوكية (العزة،2002،ص44).

رابعا – النظرية التحليلية:

- **فرويد:**

تشكل نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية السيكو دينامية كما طوره " فرويد Freud " في أوائل القرن العشرين في فهم الاضطراب السلوكي، فقد أكد " فرويد Freud" على أن الاضطرابات السلوكية تنتج من القوى النفسية الداخلية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى)، فهذه القوى تتفاعل في تنفيذ الأنشطة العقلية الشعورية واللاشعورية فالصراعات يجب أن يتم حلها بطريقة ناجحة في نطاق الوعي حتى لا تؤدي إلى اضطرابات السلوك، كما يجب أن يوفق الأنا بين نزعات الهو وضوابط الأنا الأعلى ومتطلبات الواقع الخارجي أما إذا لم تحل الصراعات

بطريقة ناجحة أو إذا لم تستطع الأنا التوفيق بين نزاعات الهو وضوابط الأنا الأعلى والواقع الخارجي فكل هذا سوف يؤدي إلى اضطرابات السلوك. (**Bootzin& .Joon, 1996,P.55**)

وقد اقترح " **فرويد Freud** " عام (1905) أن عمليات تطور الشخصية تتم خلال سلسلة من مراحل النمو النفسي الجنسي، وأن التثبيت والنكوص إلى أحد المراحل يؤدي إلى الاضطراب السلوكي فعل سبيل المثال لا الحصر اضطرابات الشخصية مثلا ترجع إلى المراحل النفسية الجنسية المبكرة من النمو، فقد افترض" **فرويد Freud** " أن التدريب على أعمال النظافة يمكن أن يؤدي إلى تثبيت على المرحلة الشرجية، وإذا ما أصبح الشخص مثبتاً على هذه المرحلة، فإنه سوف يكون مقاوماً لتحقيق النمو الناضج للشخصية

- وقد أكد " **فرويد Freud** " على تنشئة الفرد تنشئة سوية خلال الخمس السنوات الأولى لأن لها دوراً، فالصدمات النفسية التي يتعرض لها تجعله في حالة تثبيت بحيث لا يستطيع الفرد اجتياز مرحلة إلى المرحلة التي تليها الأمر الذي يظهر على شكل نكوص أو تراجع سلوكي يكون مسؤولاً عن وجود الاضطرابات السلوكية فيما بعد، كذلك " فرويد Freud " على صدمة الميلاد التي يعتبرها مصدر للقلق الذي يؤدي إلى الاضطرابات السلوكية على أساس أن الفرد قد فقد الأمن والطمأنينة عندما خرج من بطن أمه.
- **بيرن BERNE:**

أما عالم النفس التحليلي التفاعلي "بيرن Berne " يرى بان السلوك المضطرب ناتج عن طرق تنشئة الفرد الخاطئة المتمثلة في الممنوعات والحرمان العاطفي، وعدم تعامل الأفراد بالانا الراشدة وتعاملهم بالانا الطفلية،

- **كارين هورني horney:** في حين تعتبر " هورني Horney " أن الثقافة لها دور في ظهور الاضطراب السلوكي.
- **أما "سوليفان Solivan"** فقد اعتبر أن سبب الاضطراب السلوكي ناتج عن نقص في قدرة الفرد على إنشاء علاقات وتفاعلات ناجحة مع الآخرين (العزة،2002، ص45)
- **كارل يونغ:** مفهوم القلق عند يونغ.

يعتقد يونغ أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تقرر عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجمعي، فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي لازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، وذلك لأن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة، وظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي بعد تهديدا لوجوده ، وتؤدي بالتالي إلى استثارة مشاعر القلق والخوف من نفسه، وإذا كان الأمر كذلك، فكيف تعزو الفرد هذه القوى من اللاشعور الجمعي ؟ والإجابة على ذلك أن شعور الفرد في موقف مهدد لكيانه قد يجعله ينسى كل خبراته الحضارية وحصيلته الثقافية، ويرتد إلى بعض التصرفات

اللامعقولة، فالإنسان في حياته العادية المنظمة – مثلا– لا يشعر بتأثير الأشباح، ولكنه لا مر بجوار القبور في الليل فاله تنتابه مشاعر الخوف والقلق لأنه حدث نوع من الغزو من محتويات اللاشعور الجمعي.

- **الفرد ادلر:**

بعد معيار **ادلر** للصحة العقلية شبيه بمعيار فرويد فيما عدا ان أدلر يضيف كل الصفات الهامة في الاهتمام الاجتماعي، والشخص حسن التوافق (الشخص المتوافق جيدا) يحقق تعهداته للأجيال الحاضرة والمستقبلية وذلك بالمواجهة الناجحة للتحديات الثلاث في الحياة :العمل والحب والزواج والأسرة والعلاقات الشخصية الداخلية وعلى اية حال فالكمال تام يكون من الصعب تحقيقه, وحتى الناس الأسوياء في علاقاتهم لديهم القليل من صفات الشخصية الأنانية وغير المرغوب فيها لذلك فان **أدلر** ينفق مع كل من "يونغ" و "فرويد" في أن المرض النفسي يمثل اختلاف في الدرجة أكثر من كونه اختلاف في النوع

"الاسوية النفسية" والعقد والأخطاء التي توجد في المرضى النفسيين لا تختلف بصورة جوهرية في تركيبها عن النشطة الأفراد العاديين، نفس العناصر ونفس المقدمات، ونفس الحركات تكون في الاعتبار والاختلاف الوحيد يتمثل في أن المريض الذهاني يظهر المزي من الأعراض التي تمثل الأدلة والبراهين ومن السهل التعرف عليها ولذلك يمكن أن تتعلم من الحالات الشاذة.

أن الجزء الكبير من الاختلاف بين نظرية أدار والتحليل النفسي وعلم النفس التحليلي تتضح في محاولة وصفه الاسباب السلوك الشاذ **فرويد ويونغ** ينسبون المرض النفسي إلى الصراع بين مكونات الشخصية ولكن ادلر " نظرا لأنه يركز على وحدة الشخصية فانه يستبعد هذا الاحتمال، ولا يستطيع أدلر" أن يتقبل فكرة فرويد عن التثبيت المرضي والنكوص بحيث أنه يتفق ويونغ من أن كل سلوك مصمم أولا لخدمة بعض الأهداف المستقبلية" فالعصاب هو عمل خلاق وليس عودة إلى صور طفلية. أو الخصائص الإسلاف، وبدلا من ذلك فسر **أدلر** الأمراض النفسية على انها نتيجة لسوء الإرشاد في اسلوب الحياة حيث يشبه الفرد المريض بالرجل الذي يحاول أن يلبس المريض طقمه من نهاية ذيله فهذه ليست خطيئة ولكنها فقط طريقة خاطئة.
(نديرة,30,2021–38)

خامسا – النظرية السلوكية:

تعتبر النظرية السلوكية أن السلوك الإنساني فطري منعكس، أي أنه عبارة عن فعل أو ما يطلق عليه (مثير استجابة)، وفسرت سلوك الإنسان على أنه فطري منعكس، فقد ربطت بين المنبه والاستجابة بصورة آلية محضة دون النظر إلى طبيعة المنبه ودون اعتبار لشعور الفرد وحالته النفسية رغم أن المنبه الواحد قد يثير استجابات مختلفة في أشخاص مختلفين أو في الفرد نفسه من حين لآخر (ملحم،2001، ص.44).

وتؤكد النظرية السلوكية على أن كلا من أنماط السلوك السوية والشاذة يتم اكتسابها من خلال التعلم، وأن السلوك يتحدد بواسطة البيئة التي يعيش فيها الشخص ويكتسب منها سمات سلوكية معينة، وعلى سبيل المثال نجد أن هناك عواملاً تحدد ما إذا كان الشخص سوف يصبح مجرماً أو رجل دين، وهذه العوامل هي خبرات التعلم التي يكتسبها الفرد من البيئة، والسلوك المضطرب يظهر من عمليتي تعلم أساسيتين هما: الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي.

والجدير بالذكر هنا أن النظرية السلوكية تركز في تفسيرها للسلوك المضطرب على الكيفية التي تم بها تعلم هذا السلوك المضطرب، ولا تركز على السبب (فايد،2004، ص ص.43-44).

- وعلى كل تفسر النظرية السلوكية الاضطرابات السلوكية وفق ما يلي:

- **1 –** الاضطراب السلوكي هو نتيجة تعلم سلبي ولهذا لا يجب اعتباره مرضاً.
- **2 –** التركيز على خبرات الفرد وتاريخه.
- **3 –** أصحاب النظرية السلوكية، عند التعامل مع الاضطراب السلوكي لا يعطون حكماً على الأشخاص وإنما يوصون بالعلاج فقط.
- **4** – يفترض أصحاب هذه النظرية أن الاضطراب السلوكي تسببه عوامل بيئية، ونتيجة لهذا فإن الشخص المضطرب سلوكيا ليس مسؤولا عن هذا الاضطراب **(الريماوي وآخرون،2004، ص.45)**.

سادسا – النظرية المعرفية:

يفترض أنصار النظرية المعرفية أن الاضطراب السلوكي يرجع إلى الطريقة التي يدرك بها الفرد الحدث وتفسيره من خلال خبراته وأفكاره، فالاضطراب السلوكي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير التكيفية، وإذا كان السلوكيون يعتقدون أن السلوك المضطرب يتم تعلمه عن طريق الاشراط والتدعيم فإن أنصار النظرية المعرفية يرون أن السلوك المضطرب يمكن أن يتم اكتسابه من خلال الملاحظة والتقليد، فقد أوضح "**بأندورا Bandoura** " أهمية العوامل المعرفية (أفكار الناس ومعتقداتهم) في تنظيم السلوك العدواني، فقد يميل بعض الأشخاص القائمين بالعدوان إلى تبرير استخدامهم للعدوان كأن يقول أن الضحية ظالمة أساسا أو أنها هي التي دفعت بي لارتكاب السلوك العدواني (لوم الضحية) (عبد القوي،1995،ص.54)

كما ركز أنصار النظرية المعرفية على المتغير الدخيل أو الوسيط بين المثير والاستجابة ألا وهو التفكير، فالأطفال الذين قاموا بتقليد النماذج الوالدية ربما فكروا قبل القيام بالسلوك العدواني قائلين (أنه إذا كان شخص كبير (القدوة) يستطيع ضرب الدمية، فنحن نستطيع أيضا ضربها).

- **بيك BEK:**

وفيما يتعلق بنشأة واستمرار الاضطرابات السلوكية، فيعتبر نموذج" بيك Bek " عام (1967) أكثر النماذج المعرفية أصالة وتأثيراً، حيث تمثل الصيغة المعرفية حجر الزاوية في نظرية " بيك Bek " وجميع الأفراد لديهم صيغ معرفية تساعدهم في استبعاد معلومات معينة غير متعلقة ببيئاتهم والاحتفاظ بمعلومات ايجابية، أما الأفراد المضطربون سلوكيا فلديهم صيغ معرفية سلبية، تتصف بما يلي:

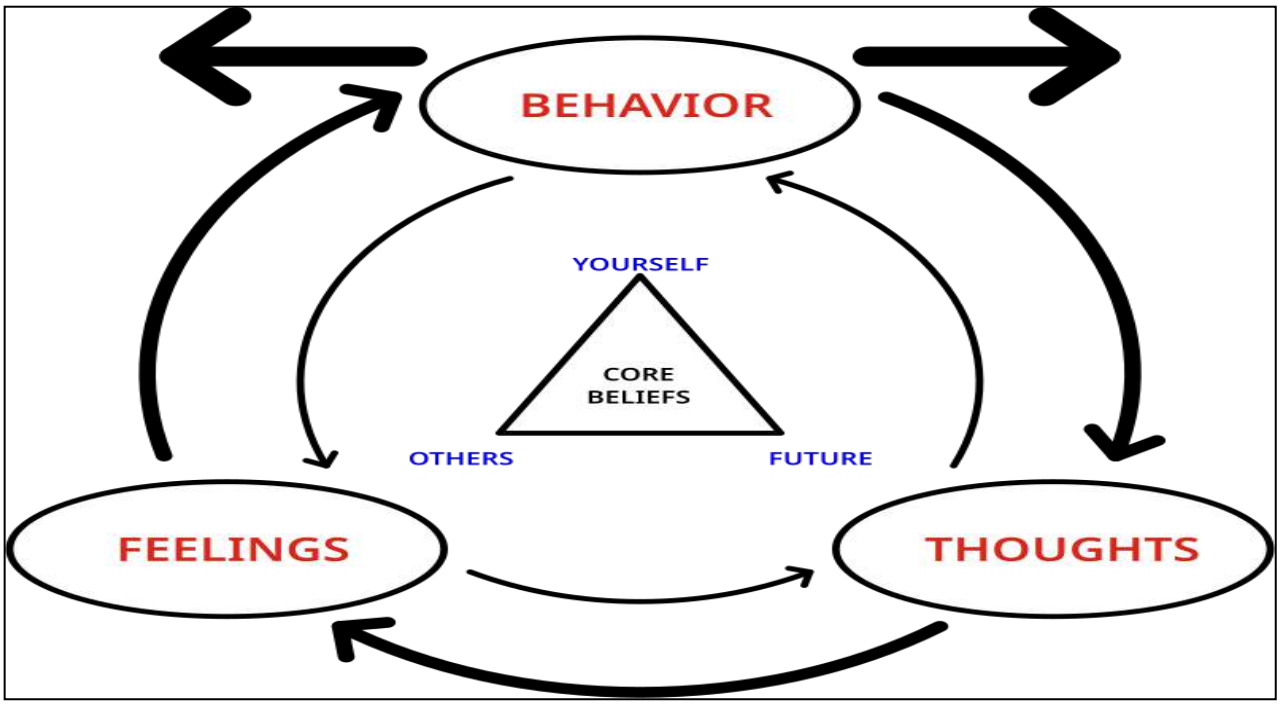
- 1 – استدلال تعسفي أو خاطئ أي أن الفرد يصل إلى استنتاج معين دون وجود دليل كاف.
- 2 – تجريد انتقائي يتم الوصول منه إلى استنتاج من خلال عنصر واحد من العناصر الكثيرة الممكنة.
- 3 – لمبالغة في التعميم.
- 4 – التضخيم والتقليل اللذان يتضمنان أخطاء في الحكم على الأداء.
- 5–لوم الذات (فايد،2004، ص ص.46–47).

- **أليس ELLIS:**

تعد نظرية " أليس Ellis " " من الإسهامات القيمة ذات التوجه المعرفي والتي اهتمت بنشأة وأسباب الاضطرابات السلوكية، حيث تتلخص وجهة نظره في النقاط التالية:

- يرى أن هناك تشابكا بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر.
- إن أي إنسان لديه مجموعة من الأفكار العقلانية والأفكار غير العقلانية والسلوك العقلاني يؤدي إلى الصحة والسعادة (عكس السلوك اللاعقلاني).
- إن التفكير اللاعقلاني هو نمط متحيز في التفكير ذو طبيعة ذاتية وغير منطقية
- ينشأ التفكير غير العقلاني نتيجة للعديد من أساليب التعلم في الصغر.
- إن استمرار حالة الاضطراب السلوكي نتيجة لحديث الذات، ومن خلال إدراكات الفرد للظروف والأحداث التي تحيط به والاتجاهات نحوها.
- إن أي فرد لديه مجموعة من الأفكار غير العقلانية تم تحديدها في مجموعة من الأفكار وهذه الأفكار هي المسئولة عن الاضطراب السلوكي، وتتلخص هذه الأفكار غير العقلانية في الأفكار الآتية:
- **الفكرة الأولى:** من الضروري أن يكون الشخص محبوبا أو مرضياً عنه من قبل كل المحيطين به بلا استثناء.

- **الفكرة الثانية:** أن يكون الفرد على درجة عالية من الكفاءة والمنافسة والانجاز حتى يمكن اعتباره شخصاً ذا أهمية.
- **الفكرة الثالثة:** بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والحقارة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه إليهم اللوم والعقاب.
- **الفكرة الرابعة:** أنه لمن المؤسف أن تسير الأمور على غير ما يريد الإنسان.
- **الفكرة الخامسة:** أن التعاسة تنتج عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد التحكم فيها.
- **الفكرة السادسة:** أن الأشياء الخطيرة والمخيفة تعتبر رسميا سببا للانشغال البالغ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها حتى لا تداهمه على حين غرة.
- **الفكرة السابعة:** إنه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسئوليات الشخصية على أن نوجهها.
- **الفكرة الثامنة:** ينبغي على الفرد أن يكون مستنداً على آخرين، وأن يكون هناك شخص أقوى منه يستند إليه.
- **الفكرة التاسعة:** أن الخبرات والأحداث المتصلة بالماضي هي المحددات الأساسية للسلوك في الوقت الحاضر، وأن تأثير الماضي لا يمكن استبعاده.
- **الفكرة العاشرة:** ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من مشكلات واضطرابات وأحداث غير سارة.
- **الفكرة الحادية عشر:** هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكيلا تصبح النتائج مؤلمة **(فايد،2005، ص. 174-176)**.



شكل 01 يبين الثلاثي المعرفي

سابعا – النظرية النسقية:

تستمد هذه النظرية جذورها من أبحاث الأنجلو سكسونية، وهي تقترح لتفسير الأعراض النفسية والعقلية ضمن تفاعلات الفرد مع محيطه الاجتماعي وعلاقاته مع الآخرين، وبالخصوص علاقاته وتفاعله مع المحيط العائلي، وتتمثل الأعمال الأكثر جلبا للاهتمام في التحليل النسقي للفصام.

وبالنسبة لهذه النظرية يعتبر المريض ضحية لنظام عائلي مرضي حيث يتمثل العامل المفتاحي لتطور أي اضطراب عقلي في نموذج التواصل والتفاعل المتواجد داخل الخلية التي يترعرع فيها المريض وينمو، خاصة فيما يتعلق بمفهوم الرابطة المزدوجة فالفصامي يكون قد انصاع خلال حياته لنموذج من التواصل المفارق يتميز بوجود رسالة يبعث بها شخص في وضعية مهيمنة (الأم مثلا) ، تتضمن وجوب استجابتين متناقضتين، فإذا كانت هاته الرسالة تتضمن أمرا يجب تنفيذه يتوجب على الفرد أن لا ينصاع له لكي يطيع أمره مثلا في حالة إذا قيل له كن تلقائيا، حيث تضع مثل هاته الأوامر المفارقة الفرد في مأزق حقيقي يدفع ثمنه النفسي غالبا إذا ما حاول تجاوزه وعليه وحسب هاته المقاربة تعتبر اضطرابات التواصل من أهم العوامل المسببة لحدوث الفصام (زروالي،2016،ص20).

ثامنا – النظرية الإنسانية:

تشكل النظرية الإنسانية القوة الثالثة في علم النفس المعاصر بعد التحليل النفسي والسلوكية وهو يضم مجموعة اتجاهات صاغها علماء ذوي خلفيات متباينة ورؤى مشتركة، والحقيقة أن ذلك الاتجاه قد بدا بجهد طائفة من المعالجين النفسيين الذين يعرفون في الوقت الحالي باسم طائفة علماء النفس الإنساني عندما اخذوا يعيدون تفسير نظريات العلاج النفسي بالتأكيد على قدرة الإنسان على توجيه نفسه ذاتيا من خلال قدرته على التعلم الذاتي وتوظيفه لقدراته وإمكانياته من أبرز روادها:

- **كارل روجرز:1902-1987** عالم نفس أمريكي، تلقى تعليمه في جامعة وسيكنسن وكلية المعلمين بجامعة كولومبيا، حيث انصب اهتمامه على علم النفس الإكلينيكي. منح درجة الماجستير بجامعة كولومبيا 1928 والدكتوراه سنة 1931. وكان أول تعيين له بوظيفة هامة في مركز توجيه روتشستر Rochester Guidance center بنيويورك حيث طور مادة كتابه عن "العلاج الإكلينيكي للطفل المشكل (1939). وفي سنة 1940 انتقل إلى جامعة أوهايو حيث كتب كتابه البالغ التأثير عن "الإرشاد والعلاج النفسي الذي نشر سنة 1942. وبعد ثلاث سنوات قبل روجرز تعيينه في جامعة شيكاغو: حيث أصبح مديراً لمركز الإرشاد. وفى سنة 1946 انتخب مديراً لرابطة علماء النفس الأمريكيين. ونشر روجرز أعمالاً من بينها أيضا: العلاج المتمركز حول العميل: ممارسته الجارية ومضمونه ونظريته (1951) وعدداً من المقالات التطبيقية في المجلات العلمية.

- **أبراهام ماسلو 1916-1972** عالم نفس أمريكي له سمعة كبيرة في محال علم النفس الإنساني، اهتم في دراساته بالأفراد الذين يعملون في مجالات حياتيه مختلفة ويعانون من مشكلات نتيجة لهذا العمل. كما حرص في دراسات أخرى على دراسة الشخصيات المشهورة والمبدعة، وذلك لمعرفة الكيفية التي يحققون بها الإنجازات في مجالات أعمالهم. ومن خلال جملة الدراسات التي أجراها توصل إلى أن الذي يتحكم أو الذي يلعب الدور الأساسي هو السعي لتحقيق الذات، إذ يرى ما صلو أن الشخص الذي يحقق ذاته هو الشخص الذي لديه دافع للإبداع واستخدام جميع إمكانياته في عمله أو مهنته أو وظيفته، ويتفق بذالك مع كارل روجرز، الذي يرى أن الإنسان لديه دافع فطري لتحقيق ذاته، وان الفشل أو الاحباطات التي تعترض طريق تحقيق ذاته هو الذي يؤدي إلى ظهور الأعراض أو المشكلات المرضية لديه، كما لديه نظرية هرم ماصلو لحاجيات الإنسان المشهورة.

- **مبادئ نظريات الذات:**

تتلخص الأسس التي تعتمد عليها نظرية الإنسانية فيما يلي:

1 – الكائن العضوي Organisation وهو الفرد بكليته.

2 – المجال الظاهري Phénoménal وهو مجموع الخبرة.

3 – الذات وهي الجزء المتمايز من المجال الظاهري وتتكون من نمط الادراكات والقيم الشعورية بالنسبة ل (أنا) وضمير (المتكلم). وقد أبرز روجرز طبيعة هذه المفهومات وعلاقاتها المتداخلة، سلسلة من تسع عشر قضية، وسوف نقدم هذه القضايا والتي قدمها روجرز في كتابه (العلاج المتمركز حول العميل) (1951)

4-من أهم أسس نظرية الذات أن العميل يجب أن يكون المحور الذي تتمركز حوله عملية التوجيه أو العلاج إذ أن هذه النظريات تقوم على الإيمان بان العميل لديه عناصر القوة والقدرة على تقرير مصيره بنفسه وعليه إن يتحمل المسئولية التامة للقيام بذلك. والإطار المرجعي الداخلي للعميل هو الحقيقة الموضوعية التي يجب إن يتوصل إليها المعالج وذلك بمحاولة دخول عالم العميل الخاص فإذا تم هذا تمكن المعالج من إدراك وجدانيات العميل وانفعالاته وساعده على التوصل إلى البصيرة.

5 – يجب على المعالج إن يضفي على فترة المقابلة جوا من السماحة والتقبل مما يساعد على التخفيف من خطر التهديد الذي يهدد ذات العميل وهذا يصوره يساعد العميل على إن يتقبل نواحي في ذاته لم يكن ليتقبلها من قبل ويساعده ذلك أيضا على التعبير عن وجدانيات كان يعجز عن التعبير عنها ويمهد تتقبله لنفسه لتقبله للآخرين.

6 – ان أهم عنصر في العلاقة العلاجية هو الجانب الانفعالي فالتشخيص والمعلومات وتاريخ حياة الفرد ليس لها أهمية الجو الذي يصبغه المعالج على العلاقة بينه وبين العميل والذي يقوم على الإخلاص والدقة والتقبل والفهم.

7–لتأكيد تن الفرد الإنساني ليس حيوانا وانه ليس مجرد آلة إنما هو كيان كلي موحد قوي ايجابية وإبداعية وطموحات في تحقيق الذات والوجود الشخصي والإنساني.

8–الاهتمام بدراسة الإنسان وفهمه على أساس انه كيان متكامل بدلا من تقسيمه إلى فئات أو تجزئته إلى وحدات نوعية تضاف إلى بعضها البعض.

9 – التأكيد على قيمة الإنسان وكرامته والعمل على تنمية قواه وامكاناته الايجابية يستوي في ذلك الفرد العادي وغير العادي.

10 –الاهتمام بالخبرات الشعورية كما يعيشها الفرد ويعانيها والمعنى الذي تتخذه هذه الخبرات بالنسبة له والتأكيد على ادراكاته لنفسه ولخبراته الشخصية وللآخرين وللمجال المحيط به كأساس لتفسير سلوكه وفهم شخصيته. يعد مفهوم الذات مفهوما محورا في معظم هذه النظريات كما يعد تحقيق الذات وتأكيدها الدافع الرئيسي الذي يسعى الإنسان لإشباعه وهو يفوت الدوافع الفيزيولوجية.

- **مسلمات النظرية:**

تتضمن نظرية الذات أربعة مكونات تتلخص فيما يلي:

1. الخبـرة: يمر الإنسان في حياته بسلسلة متواصلة من الخبرات، هي كل ما يؤثر في سلوكه من محيطه او من داخله وهذه الخبرات بعضها ينسجم مع مفهوم الذات عند الفرد ويؤدي إلى تحقيق السرور والتوافق النفسي لديه وبعضها غير سار لأنها لا تنسجم مع مفهوم الفرد لنفسه (مفهوم الذات) ولا مع القيم الاجتماعية

وبالتالي تؤدي إلى عدم الرضا وعدم التوافق.

2. الفرد: يرى روجرز إن لدى كل فرد دافعا قويا لتحقيق ذاته، وهو في تعامله مع المحيط والواقع الذي يعيش فيه يسعى لتحقيق ذاته بكسب حب الآخرين واحترامهم وتقديرهم وقبولهم له. وخصوصا الجماعة المرجعية أو الأشخاص المهمين في حياته من أبوين ومعلمين ومسئولين

3. السلوك: السلوك هو ما يقوم به الفرد من نشاط عقلي أو جسمي أو هما معا من اجل إشباع حاجاته كما يدركها في الواقع. ومعظم السلوك يتفق مع مفهوم الذات والمعايير الاجتماعية وهذا يؤدي إلى التوافق النفسي

عند الفرد، أما إذا تعارض سلوك الفرد مع فهمه لذاته ومع معايير مجتمعه فانه لن يرضى عن السلوك ويلجا إلى إنكار ويشعر بعدم الراحة والسعادة وسوء التوافق.

وأفضل طريقة لفهم سلوك الفرد حسب روجرز هي الحصول على المعلومات من التقارير الذاتية التي يكتبها الفرد عن وجهة نظره هو ومن خلال خبراته وبعد فهم سلوك الفرد يمكن تعديل الخاطئ منه من خلال تغيير مفهوم الفرد عن ذاته.

4. المجال الظاهرياتي: وهو المدركات الشعورية للفرد في بيئته وهو عالم الخبرة المتغير باستمرار ويتعامل الفرد مع المجال الظاهري كما يدركه هو، سواء كان إدراكه صحيحا أو خاطئا، والمجال الظاهري يرتبط بالجانب الشعوري من الذات وهو يختلف عن المجال غير الظاهري الذي يرتبط باللاشعور والذي لا تعطيه نظريات الذات أهمية في تفسير سلوك الفرد.

4. تصنيف الاضطرابات النفسية:

1 اضطرابات النمو العصبية

2 طيف الفصام والاضطرابات الذهنية الأخرى

3 ثنائي القطب والاضطرابات ذات الصلة

4 الاضطراب الاكتئاب

5 اضطرابات القلق

6 الوسواس القهري والاضطرابات ذات الصلة

7 الاضطرابات المتعلقة بالصدمة والإجهاد

8 الاضطرابات التفارقية

9 العرض الجسدي والاضطرابات ذات الصلة

10 الاضطرابات التغذية والأكل

11 اضطرابات الإفراغ

12 اضطرابات النوم واليقظة

13 اختلالات الوظيفة الجنسية

14 الانزعاج من الجندار

15 اضطرابات تشوش والتحكم بالاندفاع والمسلك

16 اضطرابات المنطقة بمادة ولإدمانيه

17 اضطرابات العصبية المعرفية

18 اضطرابات الشخصية

19 اضطرابات للولع الجنسي

20 اضطرابات عقلية أخرى

21 اضطرابات الحركة المحدثة بالأدوية والتأثيرات الجانبية الأخرى للأدوية

22 حالات أخرى قد تكون محور الاهتمام السرير (DSM5 ,15-21).

5. الاضطرابات العصابية:

العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهان وهو حالة مرضية تجعل حياة الشخص العادي أقل سعادة ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان

أعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب آخر أي أنه يمثل المظهر الخارجي للصراع والتوتر النفسي والخلل الجزئي في الشخصية

والعصاب ليس له علاقة بالأعصاب وهو لا يتضمن أي نوع من الاضطراب التشريحي أو الفيزيولوجي في الجهاز العصبي وكل ما في الأمر اضطراب وظيفي دينامي انفعالي نفسي المنشأ يظهر في الأعراض العصابية وهناك فرق بين العصاب والمرض العصبي حيث المرض العصبي اضطراب جسمي ينشأ عن تلف عضوية ويصيب الجهاز العصبي مثل الشلل النصفي والصرع ومن ثم يفضل استخدام مصطلح العصاب النفسي (زهران,2005، ص480)

- **اسبابها:**

الأسباب الوراثية نادرة والعوامل العصبية والسمية ليس لها دور واضح وأهم ما في العصاب أن كل أنماطه نفسية المنشأ تلعب البيئة دورا هاما.

وعلى العموم فمن **أهم أسباب العصاب** مشكلات الحياة منذ الطفولة وعبر المراهقة وأثناء الرشد وحتى الشيخوخة وخاصة المشكلات والصدمات التي تعمقت جذورها منذ الطفولة المبكرة بسبب اضطراب العلاقات بين

الوالدين والطفل والحرمان والخوف والعدوان وعدم حل هذه المشكلات وطبيعي أن الحل العصابي لهذه المشكلات حل خاطئ وأسلوب توافقي فاشل.

كذلك يلعب الصراع بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة والإحباط والكبت والتوتر الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة دورا هاما في إحداث العصابة تؤدي البيئة المنزلية العصابية والعدوى النفسية إلى العصاب كذلك فإن الحساسية الزائدة يجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب.

وقد أدلى علماء **مدرسة التحليل النفسي** بالكثير من المعلومات الأساسية حول أسباب العصاب **سيغموند فرويد** إن العصاب يرجع إلى عوامل بيولوجية وإن القلق هو لب العصاب ومحوره وإن عقدة أوديب نواته ومنشؤه ولا عصاب بدون استعداد عصابي طفلي ويقول **كارل يونغ** إن العصاب هو محاولة غير ناضجة للتوافق مع الواقع وإن الذكريات المكبوتة في اللاشعور لها دور هام في تكوين العصاب ويقول **ألفرد أدلر** إن نشأة العصاب أساسها خطأ الفرد في إدراك وتفسير بيئته واتخاذ أسلوب حياة يصعب عن طريقه تعويض الشعور بالنقص ولا يحقق هدف الحياة وركز على أهمية البحث في خبرات الطفولة وخاصة الاضطرابات الأسرية وحددت **كارين هورني** ثلاثة اتجاهات عصبية أولها التحرك نحو الناس وثانيها التحرك ضد الناس وثالثها التحرك بعيدا عن الناس وتقول **هورني** إن القلق هو أساس العصاب وإن العصابي شخص جامد غير مرن في سلوكه عبد لاتجاهه العصابي يعكس قلقه على العالم الخارجي وإن العملية العصابية عملية عكسية تتجه ضد النمو الطبيعي للشخص تمزق الشخص العصابي من جراء الصراع الداخلي الدائم ويقول **أتو رانك** إن الشخصية العصابية شخصية وقفت في نموها عند دور الشخص العصابي الذي يعيش في حرب مع نفسه ومع المجتمع ويقول **إيريك فروم** إن العصاب هو أحد مظاهر الفشل الأخلاقي ويلفت النظر إلى أثر المشكلات الإنسان الحديث مثل قوته وسيطرته على المادة مع شعوره بالفخر في حياته الفردية والاجتماعية وأكد **هاري ستاك سوليفان** أن القلق هو أساس العصاب

أما أصحاب **المدرسة السلوكية** فيرون إلى العصاب على أنه شكل من أشكال السلوك تعلمه الفرد بطريقة تعلم الشرطي بتكرار وتعزيز خبرات معينة خلال حياته وينظرون إلى أعراض العصاب على أنها المرض نفسه ويربط **كارل روجرز** بين العصاب وبين مفهوم الذات فيقول إنه في العصاب يشبع الفرد حاجة لا شعورية بوسائل سلوكية تتفق مع مفهوم الذات ومن ثم تقبل على مستوى الشعور ويأتي العصاب أيضا نتيجة عدم تطابق السلوك مع الذات أو نتيجة عدم قبول الذات للرغبات ومن ثم تعد لها عصابيا أو حيث يقل اعتبار الذات حتى يتطابق مع السلوك **(ن م,482)**

- **أنواعها:**
- **اضطراب القلق:**

هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث ويصاحبها غامض وأعراض نفسية جسمية ويكون المريض وكأن لسان حاله يقول شاعر بمصيبة قادمة

ورغم أن القلق غالبا ما يكون عرضا لبعض الاضطرابات النفسية إلا أن حالة القلق قد تغلب فتصبح هي نفسها اضطرابا نفسيا أساسيا وهذا هو ما يعرف باسم عصاب القلق أو القلق العصابي أو رد فعل القلق وهو أبشع حالات العصاب.

يصنف القلق إلى:

– **القلق الموضوعي العادي:** حيث يكون مصدره خارجيا وموجودا فعلا ويطلق عليه أحيانا اسم القلق الواقعي أو القلق الصحيح أو القلق السوي ويحدث هذا في مواقف توقع أو الخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان أو بالصحة أو الإقدام على الزواج أو انتظار نبأ هام أو الانشغال من القديم إلى الجديد ومن العلوم المعلوم إلى المجهول أو من المألوف إلى الغريب أو الانتقال إلى بيئة جديدة أو وجود خطر قومي أو عالمي أو من حدوث تغيرات اقتصادية أو اجتماعية.

- **حالة القلق أو القلق العصابي:** وهو داخلي المصدر وأسبابه لاشعورية مكبوتة غير معروفة ولا مبرر له ولا يتفق مع الظروف الداعية إليه ويعوق التوافق والإنتاج والتقدم والسلوك العادي
- **القلق العام** الذي لا يرتبط بأي موضوع محدد بل نجد القلق غامضا وعاما وعالما
- **القلق الثانوي** وهو القلق كعرض من أعراض الاضطرابات النفسية الأخرى حيث يعتبر القلق أعراضا مشتركا في جميع أمراض نفسية تقريبا. **(ن م,484-485)**

أعراض اضطراب القلق:

جدول رقم 01 يمثل اعراض اضطراب القلق

الأعراض النفسية	الاعراض الفيزيولوجية
• الشعور بالخوف من شيء غامض. • الشعور بالضغط والعجز والعزلة. • صعوبة في التركيز والانتباه. واضطراب في أحكام الفرد، انعدام الراحة النفسية والحساسية المفرطة وسرعة الاستثارة. • لرغبة في الهروب من مواجهة المواقف. • الهياج والشك والتشاؤم.	• زيادة في افراز الادرينالين في الجسم. • زيادة في افراز الغدة الدرقية. • نقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة. • توتر العضلات والنشاط الحركي الزائد. • اللازمات العصبية والحركية مثل مص الاصابع وقضم الاظافر. • الصداع المستمر وتصبب العرق. • شحوب الوجه وسرعة النبض. • ارتفاع ضغط الدم.

	• اضطراب التنفس. • عسر الهضم او فقدان او زيادة الشهية. • اضطراب النوم والارق.

المصدر: الشناوي، م.(2010).الاضطرابات النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص و العلاج. القاهرة: دار الفكر

6. اضطراب الهلع:

يتبدى اضطراب الهلع في صورة مخاوف شديدة تصل إلى درجة الرعب الذعر تظهر بشكل مفاجئ ل تؤججها أعراض فيزيولوجية متسارعة، تغذيها إحساسات مفزعة بفقد السيطرة أو الخوف من الموت ثم تتبدد وتنتهي في غضون عدة دقائق تاركة وراءها خوفا وقلقا متزايدا من إمكانية تكرار هذه الحالة بأعراضها المفاجئة وهي الحالة التي ينجم عنها انسحاب تجنب المواقف أو الأماكن التي يعتقد المريض أنها تبعث على ظهور هذه الأعراض مما يؤدي به إلى حالة عجز واضح في الأداء الوظيفي الاجتماعي المهني.

لقد عرف **عبد المنعم الميلادي** اضطراب الهلع بأنه نوبات متكررة من القلق الحاد والشديد يشعر فيها الإنسان أنه على شفا الموت أو يكاد أن يفقد عقله ويصاب بالجنون وأنه قد يفقد السيطرة على نفسه تستمر هذه النوبة أقل من ساعة وتكون غير متوقعة فهي تحدث فجأة ثم تبدأ في التحسن تدريجيا وتختفي وقد يصاب بها الشخص عدة مرات كل أسبوع دون أن يكون لها سبب عضوي **(الميلادي.2004.105)**

أما **مارتن أنتوني وراندي ماك كاب (2008)** فقد عرف اضطراب الهلع بأنه حالة قلق يتعرض خلالها الأفراد إلى نوبات الذعر على حين غرة من دون أي حافز أو سبب جلي وفي بعض الحالات تكون النوبات متقطعة نسبيا ربما مرة كل بضعة أشهر **(انتوني,2008,ص)**

- **أعراضه:**

- زيادة في ضربات القلب.
- تعرق أو زيادة في افراز العرق.
- ارتعاد أو ارتعاش.
- احساس بضيق في التنفس أو انقطاعه.

- الشعور بالصدمة.
- ألم في الصدر أو عدم الراحة.
- قيء أو ألام في البطن.
- الشعور بالدوار وعدم الثبات وخفة الرأس أو الاغماء.
- عدم الواقعية أو الانفصال عن الواقع.
- الخوف من فقدان التحكم في النفس مما يؤدي الى امكانية الاصابة بالجنون.
- الخوف من الموت.
- الاحساس بالخدر أو الوخز في أماكن متعددة من الجسم.
- الاحساس بالقشعريرة. **(بلحسيني، 2015،ص29)**

7. اضطراب الاكتئاب:

- الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة وتعبر عن شيء مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه.
- **تصنيف الاكتئاب**

يصنف الاكتئاب إلى ما يلي

- **الاكتئاب الخفيف:** وهو أخف صور الاكتئاب
- **الاكتئاب البسيط:** ما هو أبسط صور الاكتئاب
- **الاكتئاب الحاد (السواد):** وهو أشد صور الاكتئاب
- **الاكتئاب المزمن:** وهو دائم وليس في مناسبة فقط
- **الاكتئاب التفاعلي أو الموقفي:** وهو رد فعل لحلول الكوارث وهو قصير المدى
- **الاكتئاب الشرطي:** وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود إلى ظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة
- **اكتئاب سن القعود:** ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهدى وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما صاحبته ميول انتحارية ويسمى أحيانا سوداء من القعود
- **الفرق الاكتئاب العصابي الذهاني**

الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني فرق في الدراجة وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيانات الخطيئة. **(زهران,2005، ص515)**

- **اعراض اضطراب الاكتئاب:**

جدول رقم 02 يمثل أعراض اضطراب الاكتئاب

الاعراض النفسية	الاعراض الجسمية
• الكأبة والحزن وعدم القيام بأفعال سارة • فقدام العلاقات الاجتماعية وفقدان الضحك • عدم الاهتمام بالمظهر والاناقة • الياس وهبوط الروح المعنوية • ضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقض • القلق والتوتر والارق. • فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة • البكاء • قلة الكلام وانخفاض الصوت وللوم الذات • الافكار الانتحارية • ضعف التركيز والانتباه وعدم تخزين المعلومات • سرعة النسيان	• انقباض الصدر والاحساس بالضيق. • فقدان الشهية ورفض الطعام. • نقص الوزن. • الامساك. • الصداع واوجاع الراس. • التعب عند بذل اقل هد مع الام الظهر. • الرتابة الحركية والازمات الحركية. • ضعف النشاط العام وتأخر رد الفعل. • توهم المرض. والانشغال والصحة.

المصدر: الشناوي، م.(2010).الاضطرابات النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص و العلاج. القاهرة: دار الفكر

8. الرهاب (الفوبيا):

الرهاب هو الخوف مرضي دائم من وضع او موضوع (شخص أو شيء أو موقف أو فعل أو مكان) ,غير مخيف بطبيعته , و لا يستند الى أساس واقعي , و لا يمكن ضبطه أو التخلص منه أو السيطرة عليه, و يعرف المريض بأنه غير منطقي و رغم هذا فأن هذا الخوف يتملكه و يحكم سلوكه و يصاحبه القلق و السلوك القهري.

- **اعراضه:**

- القلق والتوتر

- ضعف الثقة بالنفس، والشعور بالنقص، وعدم الشعور بالأمن، والتردد واضاعة الوقت بعمل ألف حساب لكل امر، والجبن، وتوقع الشر، وشدة الحرص، والانسحاب، والانفراد والهروب، أو التهاون والاستهتار، والاندفاع، وسوء السلوك.
- الاجهاد، والصداع، والاغماء، وخفقان القلب. وتصبب العرق، والتقيؤ، والام الظهر، والارتجاف، واضطراب الكلام، والبول أحيانا.
- السلوك التعويضي مثل: النقد والسخرية، والتهكم، وتصنع الوقار والجرأة والشجاعة.
- الافكار الوسواسية، والسلوك القهري.
- الامتناع عن بعض مظاهر السلوك العادي، ويصبح الخوف المرضي عائقا معجزا (مثل الامتناع عن الاكل في المطاعم أو الامتناع عن التنزه أو الرياضة أو حتى مغادرة المنزل أو عبور الطريق). **(زهران,2005,ص504-506)**

9. الاضطرابات الذهانية:

الدهان هو اضطراب عقلي خطير وخلل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة جنون من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه. ويشاهد في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية والتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك يصنف الدهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين

- **الذهان العضوي** أي الذي يرجع المرض فيه إلى أسباب عم العضوية ويرتبط بتلف في الجهاز العصبي ووظائفه مثل ذوبان الشيخوخة والذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام أو عن التراب التغذية أو الأيض أو عن التراب الدورة الدموية، إلخ.
- **الذهان الوظيفي** أي نفسي المنشأ وهو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي وأهم الأشكال الإكلينيكي يريدها الوظيفي هي الفصام هل هو داء البارانويا والهوس وذهان الهوس والاكتئاب **(ن م، ص 527)**

- **اسبابها :**

- فيما يلي أهم أسباب الذهان:
- الاستعداد الوراثي المهيأ إذا توفرت العوامل البيئية المسببة للذهان.
- العوامل العصبية والسمية والأمراض مثل التهاب المخ وجروح المخ وأورام المخ والجهاز العصبي المركزي والزهري والتسمم وأمراض الأوعية الدموية والدماغ كالنزيف وتصلب الشرايين
- سارعت النفسية والإحباطات والتوترات النفسية الشديدة وانهيار وسائل الدفاع النفسي أمام هذه الصراعات والإحباطات والتوترات

- المشكلات الانفعالية في الطفولة والصدمات النفسية المبكرة
- الاضطرابات الاجتماعية وانعدام الأمن وأساليب التنشئة الخاطئة في الأسرة مثل الرفض والتسلط والحماية الزائدة.... إلخ (ن م, ص 529)

- **انواعها:**

اضطراب الفصام:

الفصام مرض ذهاني يؤدي إلى نقص انتظام الشخصية وإلى تدهورها التدريجي ومن خصائصه الانفصام عن العالم الواقعي الخارجي وانفصام الوصلات النفسية العادية في السلوك والمريض يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع وكأنه في حلم مستمر والمعنى العرفي للمصطلح الإنجليزي هو انفصام العقل

ويعرف الفصام أحيانا باسم **انفصام الشخصية** أي تشتت وتنافر مكوناتها وأجزائها فقد يصبح التفكير والانفعال في كل واحد انفصام يعني أيضا **تفكك الذات** ويختلف الفصام أو انفصام الشخصية عن ازدواج الشخصية الذي يعتبر أحد أشكال التفكك. وكان الانفصام فيما مضى يعرف باسم **الخبل المبكر** أو الخبل الشباب أو جنون المراهقة. **(ن م، ص533)**

- **أعراض اضطراب الفصام:**

- اضطرابات الفكر واللغة
- الأوهام
- فقر المحتوى
- لغة جديدة
- اضطرابات الادراك
- انهيار لانتباه الانتقائي
- الهلاس
- اضطرابات المزاج والوجدان
- اضطرابات السلوك الحركي
- الانسحاب الاجتماعي

(قاسم,2014، ص230-242)

- **اضطراب البرانويا:**

البارانويا او الهذاء حالة مرضية ذهنية تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت أي الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة أو الاضطهاد مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم وجود هلوسات في حالة الهداء النقي أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبيا وعلى اتصال لا بأس به

بالواقع ولا يرافقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحى به الأوهام و الهذيانات ويعرف الهذاء أحيانا باسم رد فعل الهذاء paraoid Reaction وأطلق عليه البعض اسم جنون العظمة أو جنون الاضطهاد

تصنيف الهذيانات :

الهذاء النقي هل هذاء الحقيقي: Pure or true paranoia حيث تسود أوهام العظمة أو أوهام الاضطهاداً والهذاء الجنسي أو هدى المشاكسة أو هداء الغير

حالة الهداء :وأهم أعراضها الأوهام العابرة غير الدائمة وغير المنتظمة تماما ولكنها غريبة مع مع بعض الاضطرابات في الفكر وتعتبر حالة الهداء حالة بين الهدى النقي وبين الفصام الهدى الفصام الفدائي

الهذاء المقول الهذاء الثنائي: Folie a Deux حيث تقل الأوهام الهذيانية من مريض إلى شخص قريب أو متعلق به مثل الوالد والولد أو الزوج والزوجة أو الأخ والأخت وهي حالة تقمص وينتقل عادة من شخص من الشخص المسيطر إلى الشخص الأقل سيطرة والقابل للإيحاء ويكون الشخصان غالباسيئ التوافق زوي محيط بقي متماثل ويواجه يواجهان نفس الظروف النفسية. (ن م,543)

- **اعراض اضطراب البرانويا :**

- الشكوك، من غير أدلة كافية، بأن الأخرين يستغلونه أو يخدعونه.
- انشغال في ارتيابات غير مبررة بخصوص ولاء أو وفاء أو نزاهة أ ثقة الأصدقاء، أو من له علاقة بهم.
- يكره الثقة بالأخرين، بسبب خوف غير مبرر، مفاده أم المعلومات سوف تستخدم ضده.
- يقرأ المعاني الخفية للحط من القدر أ التهديد، ويحولها على اشارات معينة أ أحداث
- يحمل ظغينة ضد من يجاهله او يوجه اليه اهانة. ولليست لديه القدرة على التسامح
- يدرك الهجوم الموجه نحو شخصة أو سمعته، و الذي لا يبدو ظاهرا للاخرين, و يرد عليه بغضب أو بهجوم مضاد سريع.
- استفهامات لا مبرر لها، بخصوص الاخلاص (الزوج أ الزوجة) أو الطرف الأخر في علاقة حب أو جنس. **(قاسم.2015، ص282)**

- **اضطراب الهجمة الهذيانية الحادة:**

تتصف الهجمة الهذيانية الحادة بنوبات هذيانية مفاجئة ومؤقتة، متعددة الأشكال عموما في موضوعاتها. تطرح هذه الحالات الحادة بصورة خاصة مشكلة خطر تطورها الى الفصام.

تظهر عند الشباب البالغين (المراهقين) الذين يتصفون بشخصيات هشة حيث يلاحظ منها انفجار مفاجئاهذيان خاص متعدد الأليات، يعيشه الشخص باستمرار مع تبدلات في المزاج، واضطرابات مختلفة على مستوى الوعي.

- **أعراض اضطراب الهجمة الذيانية الحادة:**

- افكار هذيانية هلوسية متعددة في طبيعتها وشدتها.
- خطاب غير منتظم.
- سلوك غير منتظم Catatonique
- عودة سريعة لأداء الطبيعي السابق (أقل من 3 أشهر) (ن م، ص15)

10. تشخيص اضطرابات الطفل والمراهق:

ان شخصية الطفل والمراهق في طور التكون. لذا فان عملية التقيم وتسمية الاعراض لتحديد الاضطراب تتطلب التعاون الاسري ومراعاة المعطيات الاتية:

- خصوصية المرحلة طفولة,المراهقة:حيث الطفل في مرحلة نمو,و لديه ايقاع خاص به. امكانيات خاصة يحاول بها تحقق التكيفية مع المحيط.
- عوامل: السن، المحيط العائلي، تاريخ وقصة الطفل، الفروق الفردية.
- مراجعة: شدة الاعراض، الاستمرارية في الزمن، عدم تكيف الطفل، قدراته التحملية، تقدم ام نكوص (رجوع الى مرحلة سابقة).
- عدم الاهتمام فقط العرض الخارجي، وحتى غياب الاعراض عند الطفل' طفل مساير ' لا يعني انه لا توجد اشكالات عميقة، ومطالب كامنة قد تبرز على مستوى المراهقة، والرشد فجاة.
- الطفل والمراهق يتموضعان تحت سلطة، ومسؤولية الاولياء، لذا فان من يطلب الفحص هو فرد راشد من المحيط: اسرة، مدرسة.
- يمكن ان يكون الطفل عوضا لاضطراب الوالدين، ويكشف هدا من خلال المقابلات معها.
- يعتمد في التشخيص على المعايير التصنيفية، الدليل الاحصائي والتشخيصي العالمي (CIM10،DSM5)
- نعطي أهمية بالغة للتصنيفات النظرية:' العودة الى البيئة'
- فهم العمل النفسي للطفل، و للمراهق (كيف يوظف الياته، المكونات الأساسية لنظام الشخصية...) **(بلدية,2022,ص09)**

11. العلاج:

- **العلاج بالتحليلي النفسي:**

أما في العلاج فيعتمد المحلل النفسي على تحليل النقلة وضد النقلة. كما يعتمد على التداعي الحر والتفسير للأحلام ولما يقوله المريض اعتمادا على الجانب النظري.

- **التداعي الحر:**

هو التعبير عن محتويات الشعور دون أي رقابة كأداة لمعرفة العمليات اللاشعورية. يقول فرويد: " إن أنفسهم بدلا من تكرار أفكار المحلل النفسي؛ فهم أهمية التداعي الحر هي أن المرضى يتحدثون من تلقاء يستعملون أفكارهم الخاصة بدلا من تكرار اقتراحات الآخرين فقط

- **تفسير الأحلام:**

الميكانزمات المتواجدة في الاحلام هي كالاتي:

- **الكبت:** فمصدر الاحلام هو اللاشعور والاحلام بمثابة عودة المكبوت على شكل رموز.

والمضمون الظاهر غالبا ما يكون مشوها تحت تأثير الرقابة باستعمال الميكانزمات التالية: التكثيف –الإبدال – التحريف –النقل –الاستعاضة عن الشيء بجزئه أو بكنايته.

- **النقلة:**

هي آلية دفاعية وعملية نفسية تكون نتيجة لميكانيزم أساسي ألا وهو الإسقاط. فحسب فرويد هو نتاج الرغبة غير مقبولة أثناء مراحل الطفولة الأولى وتكون تجاه أحد الأشخاص المقربين جدا من المريض أم أو أب أو شخص اخر قريب ثم ينتقل هذا الشعور إلى المعالج.

وحسب يونغ هي آلية تكون في مختلف الوضعيات العلائقية إلا أنها تأخذ معنى عاطفي عندما يتعلق الأمر بالعلاقة معالج / مريض.

والنقلة تكون في كل مراحل المسيرة العلاجية وسواء كانت ايجابية أو سلبية فهي مهمة. وأيضا قد يكون نوع من أنواع **المقاومة** لدى المريض فبدل أن يحاول مواجهة الذكريات الطفولية المحبطة يقوم بإعادة معايشتها مرة أخرى مع المعالج فتكون بالتالي استجابة عاطفية أكثر منها إعادة تكوين علائقي إذا، يجب على المعالج أن يميز بين أنواع النقلة إيجابية وهنا يكون ينقل مشاعر الحب والاعجاب وحتى الاغراء. ونوع ثاني سلبي وهنا يكون في شكل مشاعر الكره والمقت والاحباط للمعالج دائما.

- **النقلة المضادة:**

هي عملية تمكن المعالج من وضع إطار علائقي يلعب دور هام في باقي المسيرة العلاجية.

خصائص العلاج بالتحليل النفسي:

- تطبيقه علاجياً مع المرضى الذين يتحملون المدة الطويلة للتحليل النفسي.

- مدة العلاج تتجاوز السنة وعدد الجلسات 2-جلسات أسبوعيا
- يستخدم سرير العلاج.
- أهداف العلاج تؤكد إعادة بناء الشخصية.
- العلاج يؤكد الأداء الوظيفي الحالي إلى جانب إعادة بناء الشخصية.
- أسلوب العلاج يؤكد حياد المحلل.
- المحلل يكون أكثر نشاطاً وتوجيها.
- أسلوب العلاج يؤكد على فنيات التداعي الحر والتحليل وتفسير الأحلام، وتحليل النقلة: النقلة المضادة، وتحليل المقاومة. **(فريدة,2021, 07)**

- **الطرق العلاجية التي استخدمها ادلر في نظرية:**

لقد استخدم ادلر عدداً من الأساليب العلاجية في مطلعة الحالات التي تعامل معها، ومن الأساليب التي ركزت عليها نظريته

- استراتيجية العلاقة بين العميل والمصالح عقد عين من أسلوب المعالمة التي تتبعها الله أنه رفض بالكرسي الملاحي، وكذلك أعلى الثر وكنك اختر الدار

فكرة التنويم المغناطيسي، حيث حيث أن ادار استبدل السرير الحرية الكاملة للعميل في عملية الجلوس، أو الوقوف والتحول في غرفة العلاج، التنويم المغناطيسي هو محاولة استخدامها أو أسلوب تم استخدامه مع العمين على يعلي الجميل من أي من السؤوليات الشخصية والالتجاء الذاتي، وقد العقد النار أن مسؤولية المعالج في جعل الحياة أوضح للعميل.

وقد ركز الدار على أن المعالج عليه التقيد بثلاثة أهداف أثناء عملية العلاج وهي بأن يرى المعالج من خلال وجهة نظر عميله

- أن يفهم المعالج لماذا هو يسلك كما يملك العميل
- أن يصل المعالج على ورشات العميل بناء على ما يرى من العميل

اسلوب المقارنة:

وهذا من أجل الوصول إلى حلوة الحياة من قبل العميل بعد أن يؤكد بنفسه بله لا يوجد لديه نفس فمن هذا الأسلوب يستطيع المعالج وضع بعده في مكان العمل ويسأل ما هي الأهداف التي من المكان البحث عنها بواسطة استخدام نفس طريقة الشخص، وقد أشاد انار بأن هناك أهدافا متعددة تساعد العميل، والمعالج من خلال اللقاء الأول يستطيع أن يتوقع اسلوب حياة المريض، ومن مظاهر اسلوب المقارنة أيضا ما يخص في

العلاقات الاجتماعية للعميل لي واشتعال من ا من خلال نشاطاته اليومية والدينية، والوقت الذي يكرسه في العلاقات الاجتماعية

- اكتشاف نمط الحياة عند العميل: إن الهدف من عملية العلاج عند أدلريتمثل من في كيفية الوصول بالعميل بالوعي بنمط حياته، وذلك بعد بعد أن يفهم المعالج اسلوب حياة الفرد، وهنا يكمن دور المعالج عملية تهذيب واعادة تربية العميل في الاتجاه التي يمثل الأنماط والأهداف الأكثر دقة وصحة. وقد اشار ادلر بأنه يمكن اكتشاف نمط الحياة عند العميل بعدة طرق منها الأحلام وترتيب الميلاد والخبرات السابقة.
- تحليل الحلم: لقد المستخدم ادلر اسلوب تحليل الحلم في عملية العلاج حيث فسر الاحلام بأنها طريقة واسلوب لتحقيق غايات في نفس العميل، فسواء أكان الشخص يقظا أو دائما فلا بد وأن يحدد سلوك العميل في الحالتين، فيقول ادلر أن الأحلام ليست إلا تكرارا انفعاليا للخطط والاتجاهات التي يريد أن يكون عليها سلوكه في حالة اليقظة.
- **ملاحظة**

كما يرى فرويد أن الثانية من الأحلام هو عملية الشباع رغبات الفرد المكبوتة، لكن ادلر يرى وأن هذا

القول لا يكفي لتفسير المسألة. لأن الناس يعلمون وقليل منهم من يتذكر علمه في حالة يقظته، فأين الاشباع؟ وما جدوى الاشباع في حياة الحلم.

الجوانب الاساسية التي ركز عليها ادلر في خطوات العلاج:

- عدم الاهتمام بالغرائز أو الجنس بل التركيز على ديناميات الأسرة ومركز العميل بين
- اخوته وأبويه.
- مساعدة العميل على التخلص من عقدة النقص، وذلك من خلال اثارة ميكانيزمات التحدي لدى العميل.
- مساعدة ودفع العميل الذي يشعر بالحرمان للقيام بمحاولات التعويض كرد فعل لاستعادة ذاته.
- العمل على مساعدة العميل في تصحيح أسلوب ونمط الحياة الخاطئ والخبرات المبكرة بتأكيد ما لدى العميل من المكانيات وقدرات واعادة الثقة إلى العميل، والشجاعة والعطاء. الاجتماعي هما ثمار التفكير المنطقي والعقلاني.

ملاحظة

إذا كان العميل طفلاً فإن ادلر يلجا إلى علاج الأبوين والمدربين والمربين والاجتماع بهم قبل أن يعالج الطفل.
(ن م , 8-13)

- **كارل يونغ:**

العلاج النفسي التحليلي حسب يونج:

1. الماندالا، وهي صورة تجريدية تعني " الدائرة " باللغة السنسكريتية. وكان يونج يعتقد أنه عندما يرسم المريض ماندالا أو يلونها، فإن رغباته في العقل الباطن يتم التعبير عنها في أنماط هذه الماندالا، ورموزها، وأشكالها.

وقد وجد يونج أثناء ممارسته العلاج النفسي أن الماندالا ذات أثر سحري، حيث تحول الارتباك بداخل النفس إلى نظام، وكثيرا ما تؤثر على الشخص بصور لا تظهر إلا فيما بعد. ويعود نجاح الماندالا في العلاج النفسي إلى أنها تتيح للعقل الباطن أن يتحرر، وأن يظهر كل ما كيته الإنسان بداخله والرموز مثل شكل البيضة، وزهرة اللوتس، والنجم أو الشمس، والحية، والقلاع، والمدن، والعيون. إلخ ليس لها سبب واضح في الأساطير، ومع ذلك فإنها تعكس أو توضح العمليات التي تحدث في الأعماق وعلى بعد بعيد من التفكير الواعي للفرد. وعندما يستطيع الشخص أن يفسر هذه الصور تفسيرا ذا معنى، فإن هذا يكون بداية عملية الشفاء –كما لاحظ يونج، وهذا التفسير خطوة في طريق عملية التفرد.

2 –تفسير الأحلام:

طريقة العلاج عند يونج تستند على تحليل الأحلام حتى يصل الى وعي المريض. كان يونغ يؤمن أن الأحلام لا تكشف عن الحقائق النفسية فقط، بل وقد تقدم أحياناً نبوءات صادقة، إن الأحلام عند يونغ تسهم في صنع العالم الخارجي فيما تستشف المستقبل البعيد وتسوق الإنسان سوقاً نحو تحقيقها.

3 وطريقته تختلف على طريقة فرويد، اذ أن المحلل يتصرف على قدم المساواة مع المريض ظاهريا ويتخلى على السيطرة لصالح الوعي الذي يحكم ويقود الحوار بين المحلل والمريض. وحسب يونج التحليل النفسي لا يتجه نحو الجنسية النفسية وانما يعمل على تحديد المشاكل وتطور الشخصية وتدعيم إمكانية وقدرة الفرد على التطور في المستقبل.

يمكن أن يمتد العلاج إلى 6 أسابيع بمعدل جلستين في الأسبوع. **(ن م , 15–16)**

العلاج الانساني:

تؤكد العلاج الانساني على تجارب وخبرات الإنسان والمشكلات التي تواجهه في حياته اليومية. وقد ظهرت كردة فعل على هيمنة وسيطرة نظرية التحليل النفسي والنظرية السلوكية منذ بدايات القرن الماضي على نظريات الشخصية، إذ ترتكز نظرية التحليل النفسي على الجانب اللاشعوري من حياة الإنسان في الإرشاد والعلاج النفسي، بما يحويه من خبرات مؤلمة أو سارة وعقد تكونت خلال مراحل الحياة السابقة له، وتعد المنطلق

الأساس في العلاج، بينما أكدت النظرية السلوكية على المثيرات والاستجابات لها وما يرافق ذلك من عمليات تعلم غير صحيحة تؤدي إلى ظهور مظاهر سلوكية غير مرغوبة تحتاج إلى معالجة شعورية من اجل تعديل السلوك وإبداله بسلوكيات مرغوبة. فاختلفت النظرية الإنسانية عن نظرية التحليل النفسي في أساس هو أن الإنسان خير بطبعه، بينما اختلفت عن النظرية السلوكية في أساس أن السلوك الإنساني واع وعقلي وليس سلوكا آليا، فكانت النظرية الإنسانية وفقا لذلك فكرا ونهجا جديدا يختلف في أسسه الفلسفية عن فكري النظريتين العتيدتين.

1 –المبادئ الأساسية للعلاج الإنساني:

وضع كارل روجرز المبادئ التوجيهية التي ينبغي على اختصاصي علم النفس اتباعها خلال الجلسة العلاجية مع المسترشد، وتكمن هذه المبادئ في التحلي بالاحترام الإيجابي غير المشروط والمشاركة الوجدانية والصدق وكان روجرز يسعى بشكل أساسي إلى تطبيق هذه القواعد المساعدة العميل على تحويل ما لديه من إمكانات وطاقات إلى واقع، وهو ما يطلق عليه مصطلح تحقيق الذات ولكن وفقا لروجرز لا يتم تحقيق الذات إلا بعد الوفاء بالحاجة إلى الاحترام الإيجابي واحترام النفس الإيجابي واكتساب مفهوم الذات. لذا فإن إجادة التقمص كأحد الإرشادات الأساسية في العلاج يساعد العميل على التحرك نحو تحقيق الذات، ويساعد استخدام المشاركة الوجدانية في العلاج المتمركز حول العميل على فهم المسترشد والمشكلات التي يعاني منها بشكل أفضل. كما يرتبط بالمواجدة السليمة لأن روجرز لم يكن يقصد مجرد إشعار المسترشد بأنه محل العطف بل يجب على اختصاصي علم النفس أن يتوافق مع احتياجات المسترشد وأرائه، والتحقيق ذلك، يجب أن يكون الاختصاصي النفسي فارنا دقيقا للأشخاص.

فالمبادئ الأساسية التي يقوم عليها العلاج المتمركز حول العميل تتبع من اتجاه نفسي الاحترام الفرد وطاقته وحقه في التوجيه الذاتي الشؤونه واحترامه لقيمته وأهميته كانسان لديه ميل لتحقيق ذاته وتوافقه.

2 – **توظيف النظرية الإنسانية في العملية الإرشادية** يتخذ مسارها الخطوات الآتية:

- العلاقة الإرشادية بين المرشد والمسترشد يسودها جو التعاطف والتقبل للمسترشد كما هو.

2–يحاول المرشد أن يعطي التوضيحات والتفسيرات ويجيب على أسئلة المسترشد المباشرة إثناء سير العملية الإرشادية بصورة هادئة ومناسبة، مع تعزيز المسترشد ورفع معنوياته بشكل متواصل على أنه قادر على حل مشكلته. لكن بشرط ألا يعطيه حلول جاهزة بل يترك أمر الوصول إلى حل المشكلة للمسترشد نفسه بحل مشكلته بنفسه بعد الوصول إلى مرحلة الاستبصار بأسبابها)

3- بعد مرور عدة جلسات إرشادية، يحاول المرشد أن يعطي تأويلات المشاعر المسترشد المتدفقة لاسيما المشاعر الهائمة أو المكبوتة على الرغم من أن المسترشد يحاول أن يخفي بعض هذه المشاعر، لكن على المرشد أن لا يهتم بذلك تاركا المجال لزيادة الثقة والاطمئنان بالعلاقة الإرشادية والمرشد إن تمكن المسترشد من البوح والكشف عن أسرار أو خفايا أدق عن أسباب المشكلة، وهو كثيرا ما بحث بعد مرور عدة جلسات إرشادية والتزام المرشد بمتطلبات العملية الإرشادية وشعور المسترشد أن الهدف العام للعملية الإرشادية هو الحل الجدي لمشكلته.

4-لابد في نهاية الجلسات الإرشادية مهما كان عددها من إجراء تقويم شامل لسير العملية الإرشادية ويقوم بها المرشد نفسه أو بينه وبين المسترشد مباشرة لرؤية مدى التطور أو التغيير الحاصل على مفهوم الذات لدى المسترشد. **(سيدر، ب ت, 9-12)**

العلاج المعرفي:

يقرر باترسون (1990م) أن العلاج المعرفي يشمل كل الأساليب التي يمكن أن تخفف الحزن والألم النفسي، عن طريق تصحيح التصورات الخاطئة، والإرشادات الذاتية.

هو علاج نفسي بحيث يتعاون المتعالج والمعالج على استعمال منهجية تجريبية من اجل تحديد مشكل محدد، وهو علاج يركز على 03 مبدا قاعدية

- **المبدأ الأول:** العلاج المعرفي يتمثل في أن الأفكار تؤثر في الانفعالات وسلوكيات.
- **المبدأ الثاني:** يتمثل ان التشوه المعرفي يستطيع ان يولد انفعالات وسلوكيات مرضية، ويسعى المعالج الى تعديل هذا النشاط المعرفي المضطرب ويتلقى في المقابل تعديل علاجي للانفعالات والسلوكيات.
- **المبدأ الثالث:** المتعالج طرفا أساسيا في تحليل المشكلات والبحث عن حلول لها. وهذه الطريقة تمر ب 03 مراحل:
- تحديد الأفكار الخاطئة.
- توضيح سبب ظهور هذه الأفكار.
- توضيح الطريقة الأقل سلبية والأكثر فعالية من طرف المعالج والمتعالج.

12. **بعض المسلمات في العلاج المعرفي:**

- المصادر الأساسية للأداء أو التكيف النفسي هي الأبنية المعرفية التي تقوم بتشكيل المعاني والتي تسمى المخطوطات المعرفية Schema ويقصد بالمعنى تفسير الشخص لسياق معين، وعلاقة هذا السياق بالذات

- مهمة عملية إعطاء المعاني هذه (على المستوى التلقائي أو المقصود) هي محاولة التحكم في المنظومات النفسية المتنوعة(على سبيل المثال، السلوك الانفعال الانتباه والتذكر)، وهكذا فإن المعنى ينشط الاستراتيجيات الخاصة بالتكيف.
- هناك تأثير متبادل بين المنظومات المعرفية والمنظومات الأخرى
- ترتبط كل فئة من هذه المعاني بأنماط محددة من الانفعالات والانتباه والتذكر والسلوك، وتسمى هذه العمليات بخصوصية المحتوى المعرفي.
- –ومع أن المعاني من صنع الشخص، وليست بالضرورة أشياء موجودة من قبل في الواقع فإنها تكون صائبة أو خاطئة من حيث علاقتها بسياق أو هدف معين. وعندما يحدث التشويه المعرفي أو التحيز تكون المعاني غير فعالة أو غير تكيفيه، ويشتمل التشويه المعرفي على أخطاء في المحتوى المعرفي (المعنى)، أو في المعالجة المعرفية (تفسير المعاني)، أو في الاثنين معا.
- لدى الناس استعداد لتكوين أخطاء معرفية محددة (التشويه الاستعرافي)، وتسمى هذه الاستعدادات لهذه الأخطاء بالهشاشة المعرفية
- تنشأ الاضطرابات النفسية من تكوين معاني غير متكيفة حول الذات، والسياق البيئي (الخبرة) والمستقبل (الأهداف) والتي تسمى مجتمعة بالثالوث المعرفي. ولكل أعراض إكلينيكية معاني غير متكيفة مميزة وترتبط بعناصر الثالوث المعرفي، ففي الاكتئاب تفسر كل العناصر الثلاثة تفسيرا سلبيا. أما في القلق فينظر إلى النفس كذات عاجزة، ويمثل الموقف مصدر خطورة للفرد، ويبدو المستقبل غامضا أو مشكوكا فيه. وفي الغضب والبارانويا، يعتقد الفرد أن الآخرين يعاملونه معاملة سيئة أو ينوون إيذائه، وينظر إلى العالم كمكان يخلو من العدل ويتعارض مع مصلحته. **(يحياوي,2020, 19)**

- **العلاج السلوكي:**

تذهب كثير من المراجع ان أول من استعمل مصطلح العلاج السلوكي هو العالم "لازروس" سنة 1958 متأثرا بالعالم "ولب"، غير أن تاريخ العلاج السلوكي قديم بقدم المحاولات التي قامت من اجل ضبط السلوك على أساس وسلية الثواب والعقاب"، وحتى ما قم به "هيبوقراط" كمحاولة لعلاج الفوبيا من خلال تقنية التعريض.

- **تعريف العلاج السلوكي:**

يتضمن تعديل السلوك وتغيير السلوك المرضي كما تبدو الأعراض السلوكية للمرض النفسي ويعتبر العلاج السلوكي تطبيقا علميا لقوانين ومبادئ التعلم في مجال العلاج النفسي.

– العلاقة العلاجية حسب العلاج السلوكي:

علاقة مهنية بين المعالج والمتعالج، مبنية على التفهم والثقة، وتظهر بالأخص اثناء استعمال المقابلات السلوكية، قياس السلوك ... الخ.

- **المقابلة وأهدافها:**

-تفهم المشكلة التي يعاني منها المفحوص

- التعرف على تاريخ الحالة من مختلف جوانبها
- معرفة أنماط التواصل الأسري التي قد تؤثر في السلوك المستهدف
- حصر القدرات والإمكانية الأسرية بغرض توظيفها في العلاج.

- **قوائم تعديل السلوك:**

هي مجموعة من الأسئلة تهديف الى تقيم سلوك المتعالج بشكل علم ومنها:

- قائمة تعديل السلوك المشكل
- مقياس بتسبرج" للتكيف السلوكي
- قائمة " ولكر " لتحديد السلوك المشكل ... الخ.
- **قياس السلوك**
- **تكرار السلوك:** عدد مرات حدوث السلوك في فترة زمنية محددة.
- **معدل السلوك:** عدد مرات حدوثه في دقيقة.
- **نسبة السلوك:** حاصل تقيم عدد مرات السلوك على العدد الكلي.
- **الملاحظة المباشرة:** من الضروري على المعالج ملاحظة السلوكيات وقياسها اثناء حدوثها.

(ن م,16-17)

الفصل الرابع : الاجراءات المنهجية

- تمهيد

1. منهج الدراسة
2. حدود الدراسة
3. ادوات الدراسة
4. عينة الدراسة

I. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الدراسة الاستطلاعية البناء الأولى لشروع في الدراسة الأساسية التطبيقية الفعلية ، و اول خطوة من خطوات العمل الميداني التي نتأكذ خلالها من توفر إمكانية الحصول على الحالات التي لها صلة بالموضوع المراد دراسته ، والالمام بتفاصيله، و البحث و التقصي و التعمق في جوانبه و لذالك قمنا بزيارة المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية عين تموشنت، و ثم توجيهنا على الأمانة حيث استقبلنا رئيس المصلحة ووجهنا بدوره الى الاخصائيين النفسانيين حيث بدورهم عرفونا على المكان و تم شرح عملية التكفل النفسي بالمدمنين بمختلف أعمارهم و الجنس مع التوضيحات الدراسة التي نحن بصدد القيام بها ، و مع بعض المساعدة ثم اقتراح تلاث حالات ووقع الاختيار على حالتين اتنين للدراسة رأينا أنهما مناسبتان لما نريد دراسته من موضوع.

2-أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- التعرف الى مذا كانت الفرصية المطروحة صحيحة، ومذا صحتها.

- الاحتكاك أو التقرب من الحالات لاختيار المجموعة البحثية مم يتيح الاختيار الحسن للحالات.

-الوقوف على الصعوبات والعوائق التي يمكن أن تواجهنا عند إجراء الدراسة الميدانية تحضيرا للدراسة الأساسية.

- التأكد من حسن اختيارنا لأدوات الدراسة.

- التقرب و الاحتكاك مع الحالات الوقوف على الصعوبات و العوائق، و السلبيات و الإيجابيات التي يقابلها الباحث اثناء إجراء المقابلات و أثناء إجراء الإختبارات مستقبلا و عمل على وضع الخطة المناسبة للمقابلات ، و قد شملت تطبيق إختبار تفهم الموضوع TAT.

- **الحدود المكانية والزمانية للدراسة الاستطلاعية:**

- **الحدود المكانية:** أجريت هذه الدراسة على بعض الحالات في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية عين تموشنت الذين يتهافتون على المركز سواء عن طريق التوجيه من وحدات المتابعة الصحية الأخرى أو المقبلين بمحض إرادتهم حيث ثم هذه الدراسة في المكتب المخصص للمتابعة النفسية.

جرت الدراسة في الفترة الممتدة من فيفري إلى غاية أفريل 2025.

- **أدوات الدراسة الإستطلاعية:**

لإجراء البحث في هذه الدراسة استعملت الأدوات التالية:

-الملاحظة العيادية.

- المقابلة العيادية بكل أنواعها.

- إختبار تفهم الموضوع TAT.

الدراسة الأساسية:

1. منهج الدراسة:

المنهج هو الطريق المؤدي للكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد التي تيحث في سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل الى نتائج معينة كما ان المنهج هو التنظيم الصحيح لسلسلة الافكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حيث نكون بها جاهلين أو من أجل البرهنة عليها للآخرين حيث نكون بها عارفين **(عمار بخوش ،1999، ص103)**

فالمنهج سبيل الباحث لأجل الوصول الى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة على الاسئلة ويتم ذلك باتباع خطوات تؤدي الى الحقيقة التي تريد الوصول اليها .

وبما ان لكل منهج خصائص ومميزات تم اعتمادنا في دراستنا عل المنهج العيادي لما له من مميزات تخدم موضوع الدراسة. ومنه المنهج العيادي يهتم بمشكلة التوافق بهدف مساعدة الفرد ليعيش سعيدا وخاليا من الاضطرابات والصراعات النفسية، كما يهتم بدراسة اضطرابات السلوك وعلاجها وكذا يهتم بالحالات الشعورية وفهمها ودراستها دراسة معمقة **(الكيسي،1999، ص43-42)**

ويعتمد هذا المنهج على إستخدام مجموعة من التقنيات منها: دراسة الحالة وهي دراسة تتناول جميع الجوانب المتعلقة بشيء أاو موقف واحد. يعتبر الفرد او المجتمع او الجماعة كوحدة للدراسة ويقوم منهج دراسة الحالة على التعمق في دراسة المعلومات بمرحلة معينة من تاريخ الفرد او دراسة جميع المراحل التي مر بها **(أمين ساعافي،1991 ص81)**.

وعليه المنهج العيادي يعتمد على مجموعة من الأدوات لقياس الظواهر النفسية في ايطار التشخيص بحيث يساعدنا في تحديد الظواهر ووضع خطط للتكفل بالحالات وتختلف هذه الأدوات المساعدة في التشخيص من ملاحظة عيادية ومقابلة العيادية وإختبارات نفسية موضوعية واسقاطية.

1 المقابلة:

- **المقابلة العيادية:**

يعرف "بنجهام" Bingham 1960 المقابلة العيادية على أنها المحادثة الحادة الموجهة بهدف محدد، أي أنها محادثة موجهة بين الباحث او لشخص بهدف الوصول إلى الحقيقة أو موقف معين، يسعى إليه الباحث للتعرف عليه من أجل تحقيق أهداف الدراسة التي يقوم بها **(عليان، 2006 ، ص 106)**
تعتبر المقابلة العيادية الوسيلة الأكثر استعمالا من طرف الأخصائي العيادي بهدف التشخيص والعلاج أي أنها حوار بين الباحث والمبحوث في مكان متفق عليه مسبقا، يقوم الباحث من خلاله بتوجيه أسئلة محددة أو غير محددة حول محاور البحث حيث أنها أنسب تقنيات البحث لجمع المعلومات التي تمكن من الإجابة عن أسئلة البحث وفرضياته **(عيشور،2016 ، ص 285)**

ويعرف عبد السلام زهران المقابلة هي علاقة اجتماعية مهنية دينامية وجها لوجه بين النفساني والحالة في جوّ آمن تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين بهدف جمع المعلومات من أجل حل المشكلة، ويتم خلالها التساؤل عن كل شيء يخص ويتعلق بالفاحص **(زهران، 1982، ص. 6)**

- **المقابلة نصف موجهة:**

تعرف على أنها تلك التي تعتمد على دليل المقابلة اولتي ترسم خطتها المسبقة، فهي عبارة عن أسئلة مفتوحة تاركا للمفحوص الوقت الكافي لسرد أفكاره، مما يسمح للفاحص أن يرى كيف يتم التدخل بين مجال المفحوص أي بين العقل والعاطفة والإجابة عن الأسئلة المطروحة له **(دويدار ،1999، ص 105)**

- **المقابلة الموجهة:**

تتمثل في الاستبيانات أو الاستثمارات التي تتضمن مجموعة من الأسئلة المكتوبة يقدمها المفحوص ليجيب عليها.

2 الملاحظة:

- **الملاحظة العيادية:** هي أداة من أدوات البحث العلمي تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن أسئلة البحث واختبار فروضه فهي تعني الانتباه المقصود والموجه نحو سلوك فردي أو جماعي معين بقصد متابعة ورصد تغيراته مكن الباحث من وصف السلوك وتحليله وتقويمه (**محمد عبيدات واخرون ، 1999، ص73**). وتعرف الملاحظة كذلك على إنها إحدى التقنيات المنهجية في جمع البيانات وتستخدم في البحوث الميدانية، وهي من أكثر التقنيات صعوبة لأنها تعتمد على مهارة الباحث وقدرته على تحليل السلوك الملاحظ.
- **الملاحظة العلمية:** وهي ملاحظة موجهة يهدف منها متابعة أحداث معينة أو التركيز على أبعاد محددة دون غيرها.
- **الملاحظة المقننة:** وهي ملاحظة لا تسير بالصدفة وإنما يتبع الملاحظ فيها اجراءات معينة.
- **الملاحظة الهادفة:** وهي ملاحظة تسجل فيها المعلومات بطريقة منظمة.

3 الاختبارات والمقاييس النفسية:

هي الوسيلة التي تكشف عن النقاط الخفية يعني انها لا تظهر من خلال المعايير كما تحدد البنية التي ينتمي لها المفحوص ويتم استعمالها بعد اجراء الملاحظة العيادية والمقابلة العيادية (**محمد عبيدات واخرون، 199، ص 73،**)

- **تعريف اختبار تفهم الموضوع:**

هو اختبار اسقاطي نفسي يستخدم لتحليل شخصية الفرد من خلال القصص التي يؤلفها عند رؤية صور غامضة. يطلب من الشخص ان ينظر الى الصورة ثم يروي قصة عنها. مما يساعد الاخصائي في فهم مشاعره ودوافعه وصراعاته الداخلية.

- **وصف المقياس:**

يرمز الاختبار باللغة الانجليزية بالحروف الثلاثة TATوهو من ضع هنري موراي1943 Murray بالاتفاق مع عدد من زملائه من جامعة هارفرد . يتكون 31 بطاقة صور للاشخاص في مواقف اجتماعية مختلفة. تعرض على الشخص الواحدة تلو الاخرى و يطلب منه ان يحكي قصة في كل صورة **(ابراهيم.2008.ص192)**

لكن المختصون اختاروا 18 لوحة من اللوحات الاصلية (31) و بمعدل 14 لوحة لكل صنف عوض 20 تمرر المفحوص في حصة واحدة **(حمزاوي. 2017. ص183)** .

بصيغة سوف اعرض عليك صورا كل واحدة على حدة , و عليك ان تصنع منها قصة , ما الذي قاد الى هذه الصورةالتي ترى , صف ماذا يحدث الان في هذه الصورة, بماذا يشعر ابطال القصة, و في ما يفكرون , و ما هي اللنتيجةاة التتمة لهذه القصة , عبر عن افكارك بالكلام كلما تبادرت الى ذهنك فكرة, **(العيساوي. ب ت,ص186)**.

- **الهدف من المقياس:**

هو احد الاختبارات النفسية الاسقاطية, و بشير الاسقاط الى احد الاساليب الدفاعية المعروفة التي اكتشفها مؤسس مدرسة التحليل النفسي سيغموند فرويد ,ومن مميزات الاختبارات النفسية هي انها لا تحاول قياس الشخصية استنادا لاسئلة مباشرة, بل تعرض على الشخص مثيرات غامضة غير واضحة المعالم , و يطلب منه ان يصف ما يرى او يحكي قصة....الخ ,و المتوقع ان الشخص سوف يسقط مشاعره و اهتماماته اللاشعورية و ميولاتها لشخصة **(ابراهيم,2008,ص192)**.

- **طريقة إجراء الإختبار :**

يعتمد تمرير الاختبار على عدة مراحل تقنية و هي :

الزمن: يجب الاهتمام بالزمن خلال التمرير، و هذا بأخذ زمن الكمون، و هو الزمن الذي يمر لحظة تقديم اللوحة إلى اللحظة التي يبدأ فيها المفحوص إلى نهاية حديثه عنها.

إن الاهتمام بالزمن له دلالة محدودة متعلقة بقوة الابتكار أو العكس، و هذا بحدوث تثبيط، و لها علاقة أيضا بمحتوى اللوحات، و ما تثيره في نفس المفحوص.

تدوين و أخذ المعلومات: من الضروري الكتابة بطريقة حرفية و أمينة لكل ما يقوله المفحوص مع احترام كل خصائصه، إن استعمال جهاز التسجيل يبقى يمثل اشكالا و هذا لأننا سنعمل على إدخال متغير آخر في الوضعية ما سيؤدي إلى تأثير سلبي أو إيجابي.

تدخلات المختص أثناء التمرير: تعتبر تدخلات المختص النفسي جد قليلة أثناء التمرير إذ يتدخل عند الضرورة و هذا لكون وضعية TAT وضعية عيادية قبل كل شيء دون العمل على إيحاء شيء ما للمفحوص و لكن بهدف استمرار عمل التداعيات لدى الشخص. **(سالمي، 2009، ص 95)**

على المختص أن يأخذ بعين الاعتبار مكانة تدخلاته و تأثيراتها على إنتاج المفحوص، تجدر الإشارة لكون تدخلات المختص تكون عند الحاجة فقط، عكس ما كانت عليه حسب طريقة "Murray" إذ كانت التدخلات مسموح بها لإثراء القصة.

- **خطوات تحليل اختبار تفهم الموضوع:**

- قراءة أولية شاملة للموضوع.
- تنقيط البروتوكول حسب شبكة التحليل لشنتوب.

- تحليل البروتوكول ببطاقة من خلال:

-استخراج الأساليب الدفاعية.

- استخراج إشكالية كل لوحة.

- تحليل البروتوكول في شكله العام.

و يتم التحليل الكمي للبروتوكول بعد التنقيط من خلال حساب النسب المئوية لطرق تناول السياقات الدفاعية في شبكة الفرز:

نقوم هنا بجمع السياقات الدفاعية لكل من بروتوكول الحالتين و نقلها في شبكة الفرز مع حساب مجموعة كل نوع من السياقات الدفاعية ثم حساب النسب المئوية و بالتالي نتحصل على:

- نسبة أساليب الصلابة(A)
- نسبة أساليب المرونة.(B)
- نسبة أساليب اللاصراعية.(C)
- نسبة أساليب السياقات الأولية (E).

III. الدراسة الأساسية:

2. منهج الدراسة :

المنهج هو الطريق المؤدي للكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة مجموعة من القواعد التي تيحث في سير العقل وتحديد عملياته حتى يصل الى نتائج معينة كما ان المنهج هو التنظيم الصحيح لسلسلة الافكار العديدة إما من أجل الكشف عن الحقيقة حيث نكون بها جاهلين أو من أجل البرهنة عليها للآخرين حيث نكون بها عارفين **(عمار بخوش ،1999،ص103)**

فالمنهج سبيل الباحث لأجل الوصول الى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة على الاسئلة ويتم ذلك باتباع خطوات تؤدي الى الحقيقة التي تريد الوصول اليها .

وبما ان لكل منهج خصائص ومميزات تم اعتمادنا في دراستنا عل المنهج العيادي لما له من مميزات تخدم موضوع الدراسة. ومنه المنهج العيادي يهتم بمشكلة التوافق بهدف مساعدة الفرد ليعيش سعيدا وخاليا من الاضطرابات والصراعات النفسية، كما يهتم بدراسة اضطرابات السلوك وعلاجها وكذا يهتم بالحالات الشعورية وفهمها ودراستها دراسة معمقة **(الكيسي،1999، ص43-42)**

ويعتمد هذا المنهج على إستخدام مجموعة من التقنيات منها : دراسة الحالة وهي دراسة تتناول جميع الجوانب المتعلقة بشيء أاو موقف واحد .يعتبر الفرد او المجتمع او الجماعة كوحدة للدراسة ويقوم منهج

دراسة الحالة على التعمق في دراسة المعلومات بمرحلة معينة من تاريخ الفرد او دراسة جميع المراحل التي مر بها **(أمين ساعافي،1991 ص81)** .

وعليه المنهج العيادي يعتمد على مجموعة من الأدوات لقياس الظواهر النفسية في ايطار التشخيص بحيث يساعدنا في تحديد الظواهر و وضع خطط للتكفل بالحالات و تختلف هذه الأدوات المساعدة في التشخيص من ملاحظة عيادية و مقابلة العيادية و إختبارات نفسية موضوعية و اسقاطية .

- **دراسة الحالة:** هي من أهم الوسائل التي يمكن من خلالها جمع بيانات متعددة وشاملة حول الفرد، مما يتيح فهم سلوكه أو المشكلة التي يعانى منها عن طريق جمع معلومات تتعلق بالحالة من حيث تاريخها وأعراضها ومظاهرها وظروف حدوثها وما يترتب عيلها من أثار ونتائج دراسة الحالة يقوم بها المختص النفسي لجمع البيانات والمعلومات الخاصة بالحالة وذلك عن طريق الملاحظة، المقابلة، الاستمارة، الاختبارات النفسية ..... وهذا للفهم المعمق للحالة ووضع التشخيصى المناسب وإتباع خطة علاجية تتماشى مع متطلبات الحالة.
- **عينة الدراسة الاساسية :**

تكونت عينة الدراسة من حالتين (02) تم اختيارهما بطريقة قصدية بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بعين تموشنت و اعتمد الطالبين في انتقاء الحالات على :

- ان تكون الحالة شاب من جنس ذكر
- أن يتراوح عمره 20 سنة فما فوق
- أن يكون مدمنا للمخدرات

الجدول رقم 03: خصائص العينة الأساسية

الرقم	الاسم	الجنس	السن	المستوى التعليمي	مدة الادمان	سن بداية الادمان
1	م. ر	ذكر	30	02 ابتدائي	11 سنة	14 سنة
2	ع. ي	ذكر	21	03 ثانوي	سنة واحدة	20 سنة

- **الحدود المكانية والزمانية للدراسة الأساسية:**
- **الحدود المكانية:** المركز الوسيط لعلاج المدمنين عين تموشنت مكتب الاخصائي النفساني
- **الحدود الزمانية:** تمت الدراسة في المدة الزمنية الممتدة ما بين شهر مارس2025 وشهر أفريل 2025.

أدوات الدراسة الأساسية:

اعتمدنا في هذه الدراسة على مجموعة من الأدوات هي:

- **المقابلة العيادية** : حيث قمنا بإعداد مجموعة من الأسئلة تم تبويبها في محاور والتي شكّلت في مجملها دليلا لنا في مقابلاتنا مع الحالات محل الدراسة.

- **دليل المقابلة:**

سارت المقابلات العيادية وفق أربع حصص مع كلتى الحالتين ، تراوحت مدتها ما بين 45 إلى ساعة من الزمن، وتم تقديم المقابلات العيادية إلى محاور الاتية:

- **المحور الأول:** شمل التعرف على الحالة ، شرح و توضيح أهداف الدراسة، طمأنة الحالة بسرية التامة للمقابلات و مبادئ الأمانة العلمية و العلاجية ، احترام مواعيد المقابلات ، الانضباط... ودللك في إطار المقابلة التمهيدية.
- **المحور الثاني:** تطرقنا فيه إلى معرفة التاريخ النفسي و الأسري ،معرفة أسباب و دوافع التعاطي و صولا إلى الإدمان لدى الحالة
- **المحور التالت:** تسليط الضوء على الجانب الطبي(الأمراض العضوية ،المزمنة، العلاقة بين الصحة الجسدية و النفسية)، التاريخ الاجتماعي و العلاقات بين الأصدقاء، الجيران ، الزملاء و الخبرات السلبية (التنمر، عزلة ،عنف...).
- **المحور الرابع:** شمل الفحص الإسقاطي من خلال اختبار تفهم الموضوع ، بهدف التعرف على التوظيف النفسي و التأكيد على المعطيات التي تم التوصل إليها.

- **الملاحظة العيادية:**هي أداة من أدوات البحث العلمي تجمع بواسطتها المعلومات التي تمكننا من فهم الأعراض وجمعها قصد استخدامها في التشخيص.
- **الاختبارات والمقاييس النفسية:** استخدمنا في هده الدراسة اختبار تفهم الموضوع وهو احد الاختبارات النفسية الاسقاطية, و بشير الاسقاط الى احد الاساليب الدفاعية المعروفة التي اكتشفها مؤسس مدرسة التحليل النفسي سيغموند فرويد ,ومن مميزات الاختبارات النفسية هي انها لا تحاول قياس الشخصية استنادا لاسئلة مباشرة, بل تعرض على الشخص مثيرات غامضة غير واضحة المعالم , و يطلب منه ان يصف ما يرى او يحكي قصة....الخ ,و المتوقع ان الشخص سوف يسقط مشاعره و اهتماماته اللاشعورية و ميولاتها لشخصة **(ابراهيم,2008,ص192)**.

تعريف اختبار تفهم الموضوع :

يرمز الاختبار باللغة الانجليزية بالحروف الثلاثة TAT وهو من ضع هنري موراي Murray 1943 بالاتفاق مع عدد من زملائه من جامعة هارفرد . يتكون 31 بطاقة صور للاشخاص في مواقف اجتماعية

مختلفة. تعرض على الشخص الواحدة تلو الاخرى و يطلب منه ان يحكي قصة في كل صورة

هذه الصورةالتي ترى , صف ماذا يحدث الان في هذه الصورة, بماذا يشعر ابطال القصة, و في ما يفكرون , و ما هي اللنتيجةاة التتمة لهذه القصة , عبر عن افكارك بالكلام كلما تبادرت الى ذهنك فكرة, **(العيساوي. ب ت,ص186)**

الفصل الخامس: تقديم الحالات ومناقشة النتائج

1. عرض حالات الدراسة
2. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

- خاتمة
- توصيات واقتراحات
- المراجع
- الملاحق

1-عرض وتحليل:

- **الحالة الأولى:**

1-تقديم الحالة الأولى:

الاسم: م

السن: 21 سنة

الجنس: ذكر

عدد الإخوة: إثنان، بنت وولد

الترتيب بين الإخوة: الأول

المستوى الدراسي: الثالثة ثانوي

المستوى الاقتصادي: جيد نوعا ما

الحالة الصحية: جيدة، لا يعاني من أمراض أو شكاوى جسدية قبل وأثناء إجراء المقابلة

الحالة المدنية: أعزب

السكن: بلدية حمام بوحجر

مدة الإدمان: سنة واحدة فقط وبدون توقف

- **فحص الحالة العقلية:**

- **المظهر والسلوك العام:**

- نظيف وأنيق
- ملابس متناسقة
- بنية الجسم نشط

- **النشاط النفسي الحركي:**

- حركات تلقائية
- الكلام مع الحركة اليدين
- تواصل بصري جيد

- **كلام المريض:**

- سريع
- كثير الكلام
- حجم نبرات الصوت مرتفع
- نطق واضح

- **المزاج:**
- قلق
- **وجدان التعبيرات التي تظهر على المريض:**
- تقلب ومتغير الحالة المزاجية
- معبر عن الحالة المزاجية، متأثر
- الأفكار مترابطة ومنصبة في نفس السياق وجلد الذات
- جري الأفكار سريع
- أفكار واقعية
- **الإدراك والوعي:**
- منتظم
- **الوعي بالزمان والمكان:**
- متصل بالواقع
- **الانتباه والتركيز:**
- تشتت غير سليم ومضطرب
- **الذاكرة:**
- جيدة
- **الاستبصار:**
- مستبصر

تاريخ المرضي:

- مدة الحمل 09 أشهر
- مراحل النمو كانت عادية لم يلاحظ أي تأخر مند صرخة الولادة، مر على مراحل الحبو، المشي، النطق كل ذلك كان يصب في مراحل النو العادي.
- لم يصب بأي حمى خطيرة وأدخل المشفى بسببها.
- أكتسب اللغة في سن سنتين وستة أشهر.
- دخل المدرسة في السن 5 سنوات.
- معاملته مع الأقران و الاحتكاك كان عادي .
- نتائج مراحل الدراسة بأطوارها التلات كانت جيدة
- التاريخ الأسري خالي من أي اضطرابات عقلية

2-الحالة الاجتماعية:

أ.م، فتى أعزب ، دو قامة متوسطة ، بنية منفولوجية جيدة ، أسمر البشرة ، يعيش مع أسرته النووية والد و والدة و إخوته الاثنان ، مهدي مظهره أنيق و نظيف الثياب ، كتير الكلام ، كتير الأصدقاء و محب للسهر معهم ، حيت لمس بأن أفراد الأسرة لا يستطيعون فهمه و فرض أسلوب الرقابة المفرط تجاهه حسب أقوال الحالة ، مما اضطر إلي البحت عن البديل و هم الأصدقاء وصب كل الاهتمامات اتجاههم ، الحالة الاقتصادية مريحة الأب يعمل ، الأم خرجة تقاعد من مؤسسة اقتصادية ،الأم كثيرة الكلام ، القلق واضح و الانفعال متبوع بالبكاء و الحصرة و الخوف ، مهدي تواصله مصحوب بشحنات من الانفعال مع الأم ، تواصله الاجتماعي مع الأب متوسط ، و ضعيف مع الإخوة ، البيت مريح مع توفر كل حاجيات و أسلوب الراحة فيه ، إلا أنه يميل إلى تقضية معض الوقت خارجا ، بدأ الجو الأسري يزداد توترا عما سبق لما اكتشفت والدته بالصدفة ، بأنه يتعاطى المخدرات و تضحت فرضية الخوف التي كانت تنتابها جراء التصرفات الغير مفهومة الصادرة من الحالة "م"، قوة الصراع ازدادت مع المخاوف ، مهدي اعترف للوالدة بتعاطيه للمخدرات و بأنه مستعد للعلاج السبب الدي دفعه للتقرب من المركز الوسيط لعلاج المدمنين بعين تموشنت ،الحالة في المجمل تتعاطي من 2 إلى 3 كبسولات من نوع بري قابلين 300 غ يوميا لمدة سنة دون انقطاع مع سجائر الحشيش ما بين سيجارة واحة و سيجارتين ، مهدي مدخن أيضا لسيجارة العادية 20 سيجارة يوميا .

3-تحليل المقابلات العيادية للحالة الأولى:

أبدى مهدي استعدادا و اهتماما جيدا بالمقابلات العيادية في ظروف هادئة ، تميزت بالتبادل و التعاون الإيجابي ، تميز خطابه بطلاقة ووضوح مع ارتفاع نسبيا في صوته في جميع المقابلات ، الملفت للانتباه كانت إجاباته و حواره يتسم بالذكاء و الأقناع مطلقا العنان للهومات الانا و إظهار جانب الميل إلى السيطرة و فرض الذات ، كتير الكلام في إطار جلب الانتباه و للحضور ، كلام متناسق زمنيا و منطقي يتسم بالواقعية المطلقة في إطار سياقات العقلنة ، غريزة الحياة طاغية حاب ندير مشاريع و ننجح في حياتي ، كتير الحركة متناسقة مع كترة كلامه ، إماءات الوجه كثيرة مفسرتا لربطها بالصراعات النفسية ، ضعف استثمار التبادلات العلائقية الداخلية بسبب العلاقة مع الأب مع سوء استثمار المساحة المشتركة بينهما بصفة مستقرة و مكتملة بقوله انا و الأب قاع منتفاموش في كلشي و كل واحد يبغي يفرض رايه...إنتها قول المفحوص ، صراع السيطرة التلميذ و المعلم مع الام، سياقات الرقابة كانت واضحة في طيات كلامه،" **سوالي: أحكيلى شوية على طفولتك**" عشت طفولتي كيما الناس و الميل إلى التجنب و كبت المشاعر لاكن تعابير الوجه كانت عكس دلك موحيتا غلى صراعات نفسية .مشاعر سلبة مصحوبتا

بالندم" **سؤال الخط هو بداية لإنطلاقة جديدة في الحياة ماهو الشيء لي راه يزعجك إلي يومنا هذا** " انا كنت نقرى غاية الخلطة ضيعتنى تانى ، الخوف من الموت و تسارع ضربات القلب مع ضيق في التنفس ، الحالة تعرضة لعدة مرات لهدا الاضطراب مع شحوب الوجه ، مزال الحالة م يتعاطى المخدرات لأنها تنسيه هدا الاضطراب حسب أقواله **سوال " علاش راك تطعاطى**" راني نتعاطى باه من موت.

حسب التصنيف الخامس لهدا الاضطراب مع الأعراض التي سبق دكرها حسب أقوال المفحوص فإن الحالة م يعاني من اضطراب الهلع. خفقان القلب، ضيق في التنفس، تعرق وبرودة في الجسم.

4-نتائج تطبيق اختبار تفهم الموضوع للحالة الأولى:

لا بأس أن نشير إلى أنه اختبار إسقاطي من وضع هنري موراي 1943، مكون من 30 لوحة، اختيرت منهم 13 لوحة لصنف الرجال يطبق في حصة واحدة، يطلب من المفحوص أن يحكي قصة عن اللوحة، وتصحح استنادا لشبكة الفرز لشنتوب عرض إجابات الحالة الأولى على بروتوكول اختبار تفهم الموضوع:

- **اللوحة : 1**

الاستجابة : "طفل يقرى ممكن يخمم، ممكن كاره (طاولة، كتاب)"

ديناميكية السياقات:

بعد الدخول مباشرة في التعبير عن محتوى اللوحة (B2 .1) يبدأ المفحوص التعبير بالتركيز على الرؤية الحسية الادراكية (CF1) وبعد ذلك بالتركيز على الفعل اليومي للطفل (CF3) ليتفتح على صراع داخلي (A2 .17) في ظل تذبذب حول تفسير المنبه (A2.6) بين صراع داخلي وعن ضفته قوية فجة، ثم يلجأ بعد ذلك إلى تبرير بالجزئيات الظاهرية (A2.2) وفي مثل هذه الظروف ينهي المفحوص القصة بالاختصار (CP2).

الإشكالية اللوحة : يدل عدم استمراره له في هذه اللوحة على التملك الشديد للموضوع وللتعلق المرضي به والاحتفاظ بها بعيدا عن الصراع أولى محاولة منه لاخفاء عدم قدرته على التحمل للوضعية الاكتئابية لا فقدان الموضوع " الاشكالية تتمثل في العلاقة مع موضوع الأب"

- **اللوحة : 2**

الاستجابة : "زوج بنات ،رجل وحصان في مزرعة واحدة رافدة كتاب والزاوجة تخمم"

ديناميكية السياقات :

نسجل في هذه اللوحة الدخول المباشر والتعبير عن اللوحة (B2.3) مع عزل الأشخاص (A2.15) الاشارة إلى الصراع الداخلي للبنت (A2.17)

الإشكالية اللوحة : مع الاعتراف بوظائف الأشخاص عن طريق لمعاينة الحسية الا أن حيادية كل فرد في اللوحة على التعبير، كأن كل واحد فيهم يعيش في عالمه الخاص، ويتمثل هدا العزل في الرفض التام بفعل التابلوهاتالذي يخفي هوامات، و تكشف هذه الاستجابة عن الرغبة في المعرفة عن القلق والتيهان و المتمثل في الصراع الداخلي أو مشاعر كامنة تجاه للسلطة أو الحرية.

اللوحة 3 :

الاستجابة : "بنت تعبانة ممكن تبكي .....ممكن نائمة". (زمن الكمون 6 ثواني).

ديناميكية السياقات :

نسجل أيضا في هذه اللوحة كذلك دخول مباشر في التعبير عن القصة دون وجود زمن كمون أولي (B2.1) كما يقوم على تشديد الفعل اليومي (CF3) بحيث يصرح عن عواطف قوية ومبالغة عن طريق تعبير لفظي (B2.4) مع الانغماس والتذبذب بين تفسيرات مختلفة بين الفعل وردة الفعل السلبية (A2.6)

الإشكالية اللوحة :

تتمثل الإشكالية الباطنية لهده اللوحة من خلال عدم تمييز الموضوع من حيت شكله ووظيفته إلى درجة ذوبانه فيه على شكل تقميص إسقاطي مع ألم و انكسار و عجز داخلي ربما اكتئابي و شعور بالإرهاق و الهروب من الواقع مما قد يشير الى النزعة لاشعورية نحو

تتمثل الاشكالية للباطنية لهذه اللوحة من خلال عدم تمييز الموضوع من حيث شكله ووظيفته إلى درجة ذوبانه فيه على شكل تقمص اسقاطي مع ألم وانكسار وعجز داخلي ربما اكتئابي وشعور بالإرهاق والهروب من الواقع مع قد يشير إلى النزعة لا شعورية نحو الاستسلام أو الجمود عند مواجهة الألم كذلك مثقلة وتعبيرات عن صراعات داخلية مقنعة. هي لوحة تندرج

ضمن ما تعرف باللوحات الحركية لذكور وفق شبكة شانتوب تكشف عن ديناميات الأنا كمظهر لحالة من التراجع الدفاعي للآنا وكمؤشر على وجود معاناة داخلية في الميل إلى الانسحاب والاكتفاء بدلا من المواجهة للتفريغ العاطفي،هدا التفاعل كشف البنية النفسية لمقاومة الألم بصمت ولتحمل مع وجود أو حدوث طاقة نفسية وتلح بإمكانية الانهيار.

- **اللوحة الرابعة : 4**

الاستجابة : "رجل مع مرته مراهش دايها فيها، ميبغيهاش وهي متعلقة به، بلاك مركز في حاجة وخدوخرا أهم من مرته".

ديناميكيات السياقات :

ككل اللوحات السابقة للدخول مباشرة تفسير تقوم للحالة بعدم التعريف بالأشخاص(B2.1)-(CP3) الذي يؤول إلى السياق التجنبي للعلاقة بين الاشخاص (CM.1) (B2. 3) ، الانغماس التام في التعبير

عن العواطف القوية والمبالغة فيها (B2 .4) مع تفسيرات واضحة في عدم قدرته على توضيح دوافع للصراعات مع تفسيرات مبنية للمجهول (CP4)

الاشكالية :

تندرج ضمن المشهد الخارجي وفقا لشبكة شانتوب ، يظهر بشكل جلي تتمثل العلاقة يجمعها أو يطبعها للصراع والنفور، حيث صرح مفحوص بقوله "مراهش دايها فيها، ميبغيهاش وهي متعلقة بيه " حيث يبدو الرجل في موقف منسحب أو الرافض يتمن تتمثلالمرأة كشخص متشبث، ربما بدافع الخوف أو الهجر للبحث عن موضوع الاحتفاظ به و الذوبان فيه على نمط اتحادي.

- **اللوحة الخامسة : 5**

<u>الاستجابة</u> : "....ممكن أم تطل في الشومبرة، ممكن على الابن أو البنت وتحوس تعرف واش كاين في الغرفة" (زمن الكمون 5 تواني).

<u>ديناميكيات السياقات</u> :

بعد زمن كمون أولى قصير (CP1) يباشر التعبير عن نفس المنوال بالوصف الظاهري للوحة (CF1) مع تذبذب في تفسير المنبه (A 2.6)ثم تأكيد على وظيفة الأم المراقبة الابن والبنت كإشارة للسلطة أو الحاجة إليها (CM1) مع الميل إلى التقصير (CP2).

<u>الاشكالية</u> : بلغت درجة التمسك الشديد بالواقع الحسي لحد تجسيد أي نشاط نزوي متعلق بالموضوع الأمومي، و ذلك بغرض رقابة قوية ، ونفوذ شديد على العواطف، يبدو أن هناك نزع تام للاستثمار الليبيدي، إما خوفا من تسلط الموضوع إلى حد عدم الافلات تراقب في المدخل ،أما صورة الأم تبدو هنا غير مندمجة في التفاعل ما قد يرمز إلى الحاجة اللاشعورية إلى نظرتها لوجودها الرمزي ولتثبت الذات من خلالها (شبكة شانتوب) تعكس هذه اللوحة اشكالية تموضع أمام صورة الأم.

- **اللوحة : 6BM**

<u>الاستجابة</u> : " أم زعفانة على ولدها بلاك راه دايرلها حاجة مشي شابة مهم كاينة حاجة"

<u>ديناميكيات السياقات</u> :

يباشر في نفس المنوال بالنسبة للوحات السابقة بدخوله مباشرة في التعبير عن محتوى اللوحة (B2 .1) ثم تبرز عاطفة قوية(B2.4) كما جرت لعادات عدم التعريف بالأشخاص في القصة(CP3)، وبعد دخول في الاجترار " دايرلها حاجة كاينة حاجة"(A2.8) في اطار الابتذال (CP4).

الاشكالية :

حسب شبكة شنتوب فإن اللوحة تتير الصراعات الأوديبية حيت تتير تقارب أم–ابن في جو من الانزعاج الذي يمكن أن يتير إشكاليات متعلقة بالتصورات الأوديبية أو أكتر بدائية ، حيت عبر ذلك في قوله (أم زعفانة من ولدها) مشيرا إلي الصراعات الداخلية تجاه الأم.

- **اللوحة :7BM**

الاستجابة : " أب مع ولده راهم يتشاورو على حاجة مشروع أو شيء ما، أب راه في حالة حيرة و الابن مركز مع الأب".

ديناميكيات السياقات :

دخول مباشرة في التعبير عن اللوحة (B2.1) تليه اقامة علاقة بين الشخصيات في اللوحة (الأب مع ابنه)

وذلك من خلال تأويل لصراع إلى مستوى عقلاني " (الية العقل)"(A2.13 , CP3), تشديد على الفعل اليومي (CF3), كما أدرج نوع من تدبدب بين التفسيرات مختلفة (المنبه) (A2.6), يليها الميل الى الابتدال (CP4).

الإشكالية: تتمثل هذه اللوحة حسب شبكة "شيبنوب" بتقريب جنسي مثلي حيث حول الصراع نحو مستوى عقلاني، لم يستطيع المفحوص الاعتراف بوجود تقريب جنسي مثلي لذلك في ظل تذبذب في تفسير المنبهات كمحاولة الفرض الرقابة على الصراعات الداخلية التي أيقضتها هذه اللوحة.

- **اللوحة: 8BM**

الاستجابة: "واحد ممكن راه ينوم في كوابيس"

ديناميكيات السياقات:

لتعبير مباشرة عن محتوى اللوحة(B2.1)تطرق إلى جزء صغير من اللوحة (A2.16) مع عدم التعرف بالأشخاص في سياقاته(CP3), و كما قام بادراك وتفسير أجزاء غريبة مع الإخضاع عن مدركات خاطئة (E4/E2) وأكمل القصة بالميل للعام للتقصير (CP2) .

الإشكالية: تبقي عملية العدوانية ضعيفة ومكبوتة، والانغماس العميق في الصراعات الداخلية وظهورها على شكل كوابيس الدي يثقل النفسية وطفوها في اللاشعور (للكبت والقمع أثناء الإدراك).

- **اللوحة: 10**

الاستجابة: "أب مع مرته باينين يحبو بعضاهم، راه جابدها ليه ومراهش محسسها بلي راها وحدها وتبان يحبو بعضهم البعض"

ديناميكيات السياقات:

بعد الدخول مباشرة في التعبير عن القصة كما هو معتاد (B2.1) يشدد على العلاقة بين الاشخاص في محتوى اللوحة او القصة (B2.3) مع استثمار فائق لوظيفة الاستناد على موضوع القصة (CM1) مع الميل والتنفيس الى التكرار (A2.8).

الاشكالية:

الاشكالية الاصلية للوحة وفق لشبكة شنتوب هي التعبير الليبيدي في ايطار العلاقات الزوجية ، حيث أن المفحوص لم يجد صعوبة في ادماج الرغبة العاطفة الجنسية في علاقة ثنائية ناضجة مع الجنس الاخر موضحا ذلك في مظنومنها الظاهري والباطني.

- **اللوحة :11**

الاستجابة " ... ضحك معنديش فكرة .... جسر؟ هادا ما عرفت و ما فهمت والو". (وقت الكمون الأول 5 ثواني، زمن الكمون التاني 9 ثواني).

ديناميكيات السياقات:

بعد الزمن كمون طويل (CP1) استثارة حركية مع إيماءات وتعابير حركية (CC1) ثم عاد دخل في وقت كمون قصير (CP1) ادراك جزء صغير من القصة مع الميل الى التقصير (CP2– A2.16)

الاشكالية:

مضمون اللوحة متمثل في مرحلة ما قبل التناسلية والرموز القضيبية حيث تظهر استجابة المفحوص عن طريق الضحك والبهجة مع حيران وغموض المشهد في توتر لا شعوري اتجاه عناصر غامضة أو مخيفة، أما الجسر فيرمز إلى عنصر ثابت وصلب ويحمل الكثير من التحليلات الرمزية ذات دلالة القضيبية.

- **اللوحة: 13MF**

الاستجابة: " واحد راجل مع مرته كانو راقدين هو باين عيان ولا مقلق ممكن راه رايح للخدمة وهي راها راقدة"

ديناميكيات السياق:

كما جرت العادة الدخول مباشرة للتعبير (B2.1) عدم التعريف بالأشخاص (CP3) كما يشدد على الحياة اليومية العملية للحالي والملموس(CF2) والتشديد على الفعل اليومي(CF3) ، التعبير اللفظي عن العواطف والمشاعر (B2.4) و التطرق الى التشديد على العلاقة بين الاشخاص (B2.3)

الاشكالية:

حسب شبكت شنتوب ، فإن هذه اللوحة ترتبط بإشكالية التعبير عن الجنسية لدى العلاقات الزوجية حيت يظهر المشهد البدائي وهو التمثيل ألا شعوري للطفل حول العلاقة الجنسية بين الوالدين ورائها العنف و العدوانية ،(رجل ممكن عيان أو قلق) مفسرا وضع اليد على الوجه بالعب أو القلق ، ما يمكن تأويله على أنه تحويل للتمثل الجنسي إلى الشعور بالتعب النفسي و القلق من هذا الموضوع وما يترتب عنه من

محتوى مكبوت أو غير ممتل بدقة حول الفعل الجنسي أو العلاقة الجسدية ، تعكس هذه الاستجابة صراعا دفاعيا واضح في المحتوى الباطني للمشهد الذي يحتوى على عناصر عدوانية و جنسية مكتفة.

- **اللوحة: 19**

الاستجابة: "مافهت والو بلاك رسم لوحة نتاع ديفنسي أو بيكاسو، رسمه وصاي"

ديناميكيات السياقات:

بدأ كلامه ب "ما فهمت والو" بمعنى نقد الذات (CM9) بدى متذبذب في تفسيراته (A2.6) مع ابتعاد زماني (A2.4) والميل الى التقصير (CP2)

الاشكالية:

يتضح من خلال السرد غياب تام للشخصيات أو للحدث مع التمحور الانتباه على الشكل فقط، والجانب الجمالي والفني للوحةمما يعكي آلية دفاعية واضحة تتمثل في النكوص الى تمثيل الفني كوسيلة لحجب اللاشعور المكتف للوحة حسب شبكة شانتوب ودليل التنقيط ,فان هده اللوحة تستهدف ايقاظ الهوامات القبل تناسلية أي تلك التي تظهر المرتبطة بمراحل ما قبل ظهور التمايز الجنسي الواضح fantasmes pérgénitane ضمنا الى رمزية الأم أو العلاقة الأولية بالأم التي يمكن أن تكون أما مصدرا للأمان أو التهديد حسب تركيبة البنية النفسية للمفحوص.

- **اللوحة: 16**

الاستجابة: " انسان كان يقرا غاية كان مليح مع الوالدين.... من بعد دخل في دوامة ولا يدير صوالح مشي ملاح ولا يبنبغي صحابه ولي يدير ديكور وحاب يخرج من الظلمة الى النور" (وقت الكمون 7 ثواني)

ديناميكيات السياقات:

الدخول مباشر في التفسير على ما يجول في خاطره من صراعات (B2.1) انتقاد للذات والموضوعية التي ظهر فيها (CC3) مع وقت كمون طويل (CP1) العودة الى التمسك بالمحتوى الظاهري (CF1) مع التشديد على الصراعات النفسية الداخلية (A2.17) تعبير على العواطف والتطورات قوية مرتبطة بأهمية اشكالية الخوف، الموت(E9).

الاشكالية:

تتمثل اشكالية هده اللوحة كيف يبني الفرد مواضيعه الداخلية و العلاقة الموجودة بين المواضيع حيت أن محتواها يدور حول الحسرة على الماضي و الرغبة في تفسير مع رغبة جلية وواضحة في التغيير نحو الأفضل

- **ملخص السياقات:**

سياقاتA	سياقات B	سياقاتC	سياقاتE

	CP1=04 CP2=04 CP3=04 CP4=04 CP=16		A2.2= 01 A2.3= 00 A2.4=01 A2.5 = 00 A2.6=06 A2.13=01 A2.8=01 A2.15=01 A2.16 = 00 A2.17 = 04 A2.18- A2.13 = 01 A = 15
E2=01 E4=01 E9=02 E2- = 04	CN9=01 CM=01	B2.1=09 B2.3=03 B2.4=03 B=15	
	CM1=04 CM=04		
	CC1 = 01 CC3 = 01 CC = 02		
	CF1 = 03 CF2 = 01 CF3 = 04 CF = 08		

5-تحليل السياق العام:

نستطيع أن نجد في برتوكول بهذا النوع من الكف والتقصير سياقات كثيرة من سجل الرهابي(16- CP) وهي التي طغت على القصة بنسبة متفاوتة نوعا ما، فجعلت منها مجرد نصوص قصيرة تشكلها جمل بسيطة غير موسعة في وصف المشاهد والاحداث بسرد مواقف وهيأت سطحية ظاهرية، هذا النوع من النصوص المقيدة تلازمه سياقات الرقابة (A2-15) للمساهمة في حصر وتقييد النصوص وخاصة في التحكم وكبت الصراعات، وادراجها في السجل الهاجسي المتصلب لتظهر في نفس مستوى والتجانس سياقات المرونة (B2- 15) تتدخل سياقات الكف الأخرى(CF-8, CM-04,CC-02, CN -1) بكمية متوسطة لتعزيز الحيل التجنبية للصراع، كل تلك السياقات المتنوعة ضيقت نسبيا على بروز للسياقات الأولية (E- 04).

- **سياقات تجنب أو كف الصراعات:**

1-1- سياقات الرهابية (CP=16) حيث نسجل في السجل الرهابي حضورا للتوقفات الكلامية CP1(=04) التي تعمل عل تضييق مجال الهوامات و ابقائها في حلقة يسودها الصمت الذي يمثل اخفاء العالم الداخلي والاحتفاظ بكسر داخلي، كما يتدخل كل من التقصير والاختصار والابتدال وعدم

التعرف على الاشخاص(CP2= 04 , CP3 = 04. 04 . CP4 =) موظفا إياه في خدمة الأنا من أجل كبح الثروات وابعادها على مستوى الشعور.

تنتشر هذه السياقات خاصة تلك التي تضع للصراع الثوري في المواجهة مثال (13MF. 8MB.4.2) حيث نلمس الرغبة في بناء القصة، لكن طابع الخوف من تحرير – تعيق ذلك، مما يشهد على درجة قلق الإخصاء ونقل الممنوع.

- **سياقات الرقابة:(A2 =15)**

هي متمثلة في بعض الأنواع مع هيمنة بعضها الأخر وتقارب في بعض الأحيان مع الأخرى، نجد في واجهتها تلك التي تشهد على إمكانيات تركيز على التذبذب بين التفسيرات المختلفة (A2.6 –06) والتركيز على الصراع النفسي والتنكر الداخلي(A2.17 –04) لكن تلك السياقات غير فعالة في ايجاد مخرج لذلك الصراع(A2.13=01)

بطبيعة الحال يوجه الصراع إلى سياقات من نمط هجاسي كالاجترار (8. A2 –02) وللعزل (15. A2 –01) والابتعاد المكاني والزماني(A2.4 –01) وهي كلها تهدف إلى عزل العواطف عن التصور وكبتها.

تبني السياقات الاخرى (2. A 2 –01) مجرد احتماء بالواقع الخارجي المتمثل بالجزئيات لتعزيز الدفاعات الهجاسية في عزل وإبعاد العواطف.

وتجمع أغلب تلك السياقات في اللوحات التالية (7BM. 8BM 19.10) من أجل ترسيخ الرقابة الهجاسية الصلبة للتحكم في الصراعات التيتتضمن صعوبة تسيير للتورات العدوانية والعاطفية، من خلال التناقض الوجداني تجاه صورة الابوية نظرا لعدم التحرر من موضوع قديم.

- **سياقات العراء:**

تظهر للكفاءة بناء على صراع علائقي من خلال هذه السياقات (B2–15) هدا الارتفاع النسبي، مما يشير على وجود دفاعات هوسية مثل النشاط الزائد، الانكار أو كمحاولة الهروب من معاناة نفسية أو الحلول السريعة والسطحية.

لتفادي الألم (1. B2 –09) وتعبيرات قوية مع استثمار العلاقات بشكل ضعيف (3. B2 –01)

- **السياقات العملية:**

(CF –08)ان حضور هذه السياقات المتعلقة لوصف الواقع الخارجي(CF1 –3) والحياة اليومية(–1 CF2) ولتشديد على الفعل CF3(– 04) تساهم نسبيا في تغييب و مسح العالم الخارجي عن طريق التمسك بالمحتوى الظاهري للصورة، وهي متواجدة في اللوحات التي يصعب فيها المفحوص مواجهة الصراع والتوغل فيه خشية بروز التصورات المتعلقة سواء بالمشهد البدائي وقرب المحارم)5.6BM .13MF.19(

أو بالمنافسة والعدوانية تجاه الموضوع(2. BM 7) كذلك تستخدم تلك السياقات أحيانا لأغراض استنادية على الموضوع لتغطية مواقف الفقدان(1. 5 . 6BM)

- **السياقات النرجسية:**

(CN –01) تظهر بشكل ناذر وتعمل كطرق تجنبية وانسحابية من الصراع العلائقي اكثر من كونها تهدف الى الاستثمار الذات كما تظهر(CN9 01) وقد تتضمن أحيانا طلب الاستناد (CN1) على موضوع اللوحة 5)(من أجل تجاوز العجز عن الاكتفاء الذاتي والانفصال في شكل سلوكي واضح –02(CC)على النحو التالي(CC1–01) (CC1–03)

السياقات الأولية وفشل الفكر:

(E=04) رغم تعدد هدا النوع من السياقات الشبكة إلا أن أغلبيتها غير موظفة بكثرة من قبل المفحوص، يبرز منها البعض على النحو التالي:

التعبير عن العواطف أو تصورات القوية (E9=02) بالإضافة إلى بعض السياقات التي نقل المتوسط متل: إدراك جزيئات نادرة و غريبة (E2=01) أو إدراكات مشوهة (E4=01) .

- **لإشكالية العامة للحالة:**

تكشف استجابات المفحوص على بطاقات اختبار TAT عن بنية نفسية يغلب عليها طابع القلق العلائقي العميق، والتذبذب في التموضع تجاه المواضيع الأولية (الأب، الأم)، مع هيمنة واضحة لديناميات الرقابة والكف، وشيوع ميكانيزمات دفاعية تهدف إلى تجنّب المواجهة مع الصراعات الداخلية.

المفحوص يُظهر عجزًا عن التمثيل الوجداني الكامل لعلاقاته الأساسية، حيث نلاحظ:

- كبتًا للمحتوى الليبيدي والعدواني (لوحة 4، 6، 8)، وتحويله إلى صيغ غامضة، سطحية أو متحيّدة انفعاليًا.
- صعوبة في التمايز بين الذات والموضوع، مع ميول واضحة نحو التماثل الدفاعي أو الإسقاط.
- الإنكار والتبسيط كآليات دفاع رئيسية لحماية الذات من التهديد الداخلي الناتج عن الاقتراب من صور الأبوين أو العلاقة الزوجية.
- العلاقة بالأم تطغى عليها السلبية أو التوتر المقنع (لوحة 5، BM6، 19)، حيث تُصوّر الأم كشخص مراقِب، صارم، أو مصدر قلق بدلًا من الحماية.
- العلاقة بالأب مشوشة أو مختزلة (لوحة 1، BM7، 10)، مع فقدان للوظيفة الرمزية للأب كمرجعية.

- كما تعكس البنية السردية ضعفًا في الاستثمار النفسي للشخصيات، واقتصارًا على وصف آلي – تجريدي – أو تعميمي للقصص، مما يُشير إلى طغيان الدفاعات التجنبية (CP1، CP2، CP4)، ومحدودية في التمثيل الرمزي للصراع.

من خلال تفكيك السياقات، يتضح أن البنية النفسية للمفحوص لا تميل إلى الانهيار الفصامي، لكنها تُظهر مؤشرات واضحة على بنية حدّية (structure borderline)، تتميز بـ:

- تقلب وجداني؛
- هشاشة في تنظيم الأنا؛
- ميل إلى التعلق المضطرب والتمثلات المشوشة للأنا والآخر؛
- دفاعات من النطاق النرجسي الأولي، مثل الانشطار، الإسقاط، التقمص، والتماثل.

- **خلاصة :**

يظهر من خلال استجابات المفحوص تذبذب واضح في تمثلات الذات والآخر، مع صعوبة في الاستثمار العاطفي للعلاقات الأولية، وطغيان لآليات دفاعية من نوع الإنكار، الإسقاط، والتحييد. البنية النفسية العامة توحي بوجود صراعات أوديبية غير محلولة، وتمثلات أمومية مثقلة بالتوتر، مع تنظيم حدّي للأنا يطغى عليه الكبت والتجنب، مما يعكس بنية نفسية غير متماسكة انفعاليًا، قريبة من الطيف الحدّي (borderline).

- **طبيعة التوظيف النفسي للمفحوص :**

تُظهر استجابات الحالة لاختبار TAT توظيفًا نفسيًا يتسم بقدر من الهشاشة على مستوى التنظيم الداخلي، مع تفعيل واضح لدفاعات تنتمي إلى المستوى الأولي، هدفها حماية الأنا من التهديد الناتج عن تمثلات داخلية غير مُمَثّلة بشكل متماسك.
يُلاحظ حضور مكثف للسياقات الرقابية (CP) والدينامية العملية(CF) ، ما يعكس ميلًا لتقييد الشحنة الانفعالية داخل إطار من التنظيم السطحي – العقلاني، دون معالجة حقيقية للصراع. الدفاعات المُستخدمة تنتمي إلى الطيف التالي:

- الإنكار والتحييد (Déni – Neutralisation) في مواجهة المشاهد المشحونة ليبيديًا أو عدوانيًا (لوحة 4، 6، 13)

- التبسيط أو التجريد الدفاعي في المواضع التي يُفترض فيها تمثيل وجداني دقيق (لوحات العلاقة بالأم والأب)
- الإسقاط والتماثل مع الموضوع كوسيلتين لاستيعاب الصراع عبر الآخر دون التورط فيه.
- التماثل مع المعتدي (Identification à l'agresseur) واضح في اللوحات التي تظهر فيها المرأة في موقع سلطة صارمة (لوحة 5)
- الوظيفة الرمزية للأب تظهر غائبة أو منقوصة، بينما العلاقة مع الأم تميل إلى الصورة التقريبية المتذبذبة، حيث تتقاطع فيها مشاعر الحضور/الغموض، الحماية/الرقابة، ما يشير إلى تجربة علائقية أولية مضطربة أو غير منظمة وجدانيًا.
- الأنا يحاول تنظيم التوتر عبر اللجوء إلى سرد سطحي، مختزل، أو آلي، مع ضعف واضح في الاستثمار الوجداني للشخصيات أو الحبكة، ما يُبرز توظيفًا دفاعيًا عاليًا يهدف إلى الحد من التسرب العاطفي والانهيار.

- **الخلاصة:**

تتسم طبيعة التوظيف النفسي للحالة بتفعيل دفاعات من النطاق الأولي (إنكار، تبسيط، إسقاط)، تقترن بمحاولة عقلنة شكلية للمحتوى الانفعالي، دون تمثل رمزي ناضج له. التنظيم الداخلي للأنا يبدو هشًا، يعتمد على كبح التوتر من خلال التحويل الوظيفي للعلاقات والتماثل مع الموضوع، مما يعكس بنية نفسية قريبة من الطيف الحدّي، ذات استقرار هش، وتنظيم دفاعي غير متماسك في مواجهة الصراعات العلائقية والوجدانية.

2-الحالة الثانية:

1- تقديم الحالة:

الإسم: ر

السن: 30 سنة

الجنس: ذكر

عدد الإخوة: واحد

الترتيب: الثاني

المستوى الدراسي: السنة الثانية ابتدائي

الحالة الصحية: ضعف النظر للأشياء البعيدة، يعاني من اضطرابات نفسية وعقلية

الحالة المدنية: أعزب

السكن: عين تموشنت

مدة الإدمان: 10 سنوات

نوع الأدوية:

Olanzapine 10 mg ,paroxétine 20 mg ,respirox 4 mg , quétiapine 200mg

- **فحص الهيئة العقلية :**

- **المظهر والسلوك العام:**
- نظيف وأنيق
- ملابس غير مناسبة
- بنية الجسم خامل
- **النشاط النفسي الحركي:**
- حركات تلقائية
- تكرار حركات ألية نمطية
- تواصل بصري متوسط
- **كلام المريض:**
- سريع
- كم قليل
- حجم نبرات الصوت مرتفع
- نطق واضح
- **المزاج:**
- قلق
- مكتئب
- متقلب
- **وجدان التعبيرات التي تظهر على المريض:**
- تقلب ومتغير الحالة المزاجية
- مسطح غير معبر، أو متبلد
- الأفكار خارج عن الموضوع، فقدان الترابط، متحفظ، حشو أو إسهاب في الكلام
- جري الأفكار سريع
- مضمون الأفكار هداءات توهمات
- أفكار غريبة

- **الإدراك والوعي:**
- مضطرب
- أوهام أو خداع
- **الوعي بالزمان والمكان:**
- مضطرب
- **الانتباه والتركيز:**
- تشتت غير سليم ومضطرب
- **الذاكرة:**
- مشوشة
- **الاستبصار:**
- غير مستبصر

تاريخ المرضي:

- مدة الحمل 09 أشهر
- مراحل النمو كانت عادية لم يلاحظ أي تأخر
- لم يصب بأي حمى خطيرة وأدخل المشفى بسببها.
- دخل المدرسة في السن 6 سنوات.
- معاملته مع الأقران والاحتكاك بهم فيها خجل.
- التحصيل الدراسي كان ضعيف
- التاريخ الأسري من الإضطرابات العقلية خالي حسب أقوال المقربين
- حب تربية الكلاب و الحمام و الصيد

- **الحالة الاجتماعية:** مطلق الوالدين

الحالة ر يبلغ من العمر 30 سنة ، يقطن ببلدية عين تموشنت ، انقطع عن الدراسة السنة الثانية ابتدائي، طويل القامة ، بنية الجسدية ضعيفة ،ملابس رياضية عادية ، ملامح جامدة ، علامات على الحاجب الأيسر..حلاقة..خواتم و سلاسل في الرقبة ،أبيض البشرة ، ندبات سكين في الوجه ، وشم في المعصم الأيسر و الدراعين و في الساقين أيضا ، يعيش في بيت جدته مع الأم و الأخ الأكبر ، الأبوين مطلقين مند كان في عمره 07 سنوات ، شديد الحساسية ، منعزل و قليل الكلام احيانا ، متطلب للمال بكثرة، الحالة تعاج عند طبيب المختص في الأمراض النفسية و العقلية بانتظام المدة 05 سنوات إلى يومنا هدا لدى مركز الوسيط لعلاج المدمنين .

2- ملخص المقابلات:

الحالة كانت مصحوبة مع الجدة وأحد الأقارب، المواعيد كانت محترمة زمنيا، جرت المقابلات عموما في جو من الهدوء مع مقاومة في فترات من المقابلة مع هيجان وقلق غير طبيعي مع انفعال وضحك بدون سبب مبرر هده التصرفات بأنه لم ينم جيدا، أجوبة قصيرة وسريعة مع خلط في الكلام وسرد قصص غير واقعية، ليس عدواني، مع كمون في بعض الفترات والشرود الدهني وضحك.

3- تحليل محتوى المقابلات:

من خلال الملاحظة العيادية المقابلات التي اجريت اتضح ان الحالة عاش طفولة صعبة بسبب انفصال الأبوين في سن السادسة، الولد عايش في الخارج الوطن، الأم تعمل في المؤسسة تربوية طباخة في أحد تعابيرها صرحة... ولادي كبرو بلا منعبا ...هدا دليل علي أنها كانت تقضي معظم وقتها بعيدة عن المنزل. كما أنها تعاني أيضا من ظروف الحياة القاصية و ضغوطات نفسية في العمل ، مع إجرائها لعملية قلب المفتوح ، الولادة كانت طبيعية للمفحوص تسعة أشهر ، كل مراحل الطفولة كانت متاليه الرضاعة سنتين ، المشي و الكلام في إطاره الطبيعي لا يوجد تأخر ، دخوله المدرسي كان في سن السادسة ، انقطع عن الدراسة في السنة الثانية ، ممكن يرج سبب دلك للبنية النفسية الهشة للمفحوص الدي تأثر بانفصال الوالدين ، كتير المشاكل خارج المنزل ، ظهور بعض ملامح بنية سيكوباتية تربية الكلاب و صيد الحمام و تربيته ، النوم خارج البيت بين السيارات في المراب ، بداية الفعلية للإدمان من دون انقطاع في سن 14 سنة سجائر حبوب المهلوسة و الحشيش ، ندوب كثيرة و عميقة علي الجسم في إطار التنفيس الانفعالي النفسي. حالة حدية.

4- نتائج تطبيق اختبار تفهم الموضوع للحالة الثانية:

- **اللوحة :1**

- **الاستجابة:** ولد معاه مشينة و يخمم شعره قهوي و كحل
- **ديناميات السياقات:** غياب التعريف بالأشخاص و عدم اقامة علاقة بينهم (CP3) يليه تشديد على الصراع النفسي الداخلي(A2.17) و يليه الميل الى تبرير التفسير بتلك الأجزاء (A22) و انتقاله إلى سرد أجزاء نرجسية، مثلنة ذاتية (CN10) في اطار مبتذل(CP4) و ميل الى التقصير (CP2) .
- **الاشكالية:** وجود صعوبة في الاعتراف بالأشخاص مع ابقاء شخص الطفل في وضعية سكون وحصره في إطار ضيق من الصراعات (يخمم) في وضعية طفلية يومية. مع ظهور الجانب النرجسي في مرحلة تملك الموضوع والتعلق به من أجل السيطرة عليه بعيدا عن استعماله الأهداف وظيفية صراعية.

- **اللوحة رقم: 02**

- **الاستجابات:** امرأة في الحقل ونساء واقفين. عندها كتاب.
- **ديناميكية السياقات:** كما جرت العادة عدم التعريف بالأشخاص (CP3) وعدم التمييزه للجنسين بدل من أن يصرح بأنه رجل قال بأنه امرأة(B2.11) يليه تبرير التفسير بتلك الأجزاء(A2.2) . والميل الى التقصير من أجل إنهاء الموضوع (CP2)
- **الاشكالية:** هناك صعوبة في الاعتراف بالأشخاص مع إبقائهم في وضعية ساكنة ومعزولة لرفض أي صراع، ويدل التغاضي عن المرأة المتكئة على الشجرة.

- **اللوحة الثالث: "3BM"**

- **الاستجابات:** ما نقدرش نفهمهالك (CP5)
- **ديناميكيات السياقات:** الميل الى الرفض(CP5)
- **الاشكالية:** هي لوحة تندرج ضمن ما تعرف باللوحات الحركية للذكور وفق شبكة شينتوبتستمر عادة للكشف عن ديناميات الانا وموقع الذات في مواجهة الأم أو التهديد ويظهر من خلال عدم الاستجابة للحالة من الانهاك النفسي والتعب الوجداني والمثقل عاطفيا وذهنيا يصل حد العجز عن تحمل الأعباء، استحضاره للعبارات.

- **اللوحة رقم: "4"**

- **الاستجابات:** مرأة و رجل ، منيش عارف شاراهم يديرو(يحك في جسده مع تنفس عميق و فرقعة في الأصابع) استجابة حركية.
- **ديناميكيات السياقات:** كما جرت العادة عدم التعريف بالاشخاص (CF3) , عزل الأشخاص مرأة رجل (A2.15) مستحضرا مشاعر نقد الذات (CN9) و الافصاح عنها و ظهورها على شكل استثارة حركية و تنفسية (فرقعة الاصابع, التنفس بعمق). (CC1)
- **الاشكالية:** يدل الافصاح تواجد المرأة مع الرجل بصفة تثير اساسا الصراع داخل المفحوص بقطبيه الليبيدي والعدواني. وما المقصود بعبارة:" منيش عارف شاراهم يديرو" هي كلمة بدائية للبحث عن التمسك الشديد بالموضوع الاحتفاظ به في منطقة الاشعور.

- **اللوحة رقم: "5"**

- **الاستجابات:** امرأة ترقب على بوقال، بوقال فوق طابلة.
- **ديناميكيات السياقات:** دخول مباشر في التعبير () يتبعه التمسك بالمحتوى الظاهري للوحة () ليجتر بعدها كلمة بوقال (A28) يليها تبرير بالجزئيات(A2.2)

- **الاشكاليات:** كان تعبيره وتمسكه بالمحتوى الظاهري مرسخا ومركزا أيضا على موضوع الرقابة والتأكد من ان كل شيء يسير بشكل جيد، يبدو ان هناك نزع تام للاستثمار الليبيدي اما خوفا من تسلط الموضوع الى حد عدم الافلات.

- **اللوحة رقم: "BM6"**

- الاستجابة: راجل و امرأة قاعدين
- ديناميكيات السياقات:

دخول مباشر في التعبير(B21) حيث يتجه الى عزل الأشخاص (a2.15) ينتقل بعد ذلك الى التشديد على الحياة اليومية العلمية(cf2) الميل الى التقصير(cp2)

- **الاشكالية:**

افتقار المفحوص الى القدرة على تنشيط التقارب التروي، الا على شكل علامة. شيئية خالية من اي معنى عاطفي ، او أنه تجنب شديد لعلاقة التروية مع الموضوع الأوديبي؟

- **اللوحة رقم: "BM7"**

- **الاستجابة:** امرأة وامرأة، رجل كبير ورجل صغير، واحد شعره بني واحد شعره كحل لابسين بالطو لزوج.
- **ديناميكيات السياقات:**

دخول مباشر في تفسير اللوحة(B21). يتجهمرة اخرى الى عزل الأشخاص (A2,15). يقوم بالتشديد على الخصائص الحسية(CN5), تبرير التفسير بالأجزاء من القصة(A2.2).

- **الاشكالية:**

تثير التقارب أو الاشارة الى رجل كبير، رجل صغير "أب، ابن" يفتح باب للصراع الوجداني يمكن أن يصبغ بالحنان أو التعارض.

<u>اللوحة رقم:</u> "BM8"

- **الاستجابة:** أطباء يحلو بنادم, عملية جراحية, حله من صدره.
- **ديناميكيات السياقات:**

تمسك بالمحتوى الظاهري(CF1).مدركات خاطئة()ادراك مواضيع مفككة و اشخاص مرضى(E6).

- **الاشكالية:**

تعبر اللوحة عبر شبكة شينتوب في محتواها الظاهري للعملية حيث نصبت تفسير حلول التمسك بالمحتوى الظاهري، مطلقا الهوامات والصراعات النفسية متمثلا في النزوة العدوانية

- م ب: عدوانية ضد الاب (دراما الاخصاء/تدمير).

- **اللوحة رقم: "10"**

- الاستجابة: مراة واقفين
- ديناميكيات السياقات:

التمسك بالمحتوى الظاهري أيضا في هذه اللوحة (CF1), بعدا يدرك اجزاء نادرة من القصة(E2) يليها الميل الى التقصير (CP2)

- **الاشكالية:**

التعبير حسب شبكة شينتوب .... م ظ زوجان يتعنقان م ب تعبير لليبيدي على مستوى الزوجان.
عدم التقارب الجسدي للزوج في علاقته .... في عدم الافصاح عن الهوامات المكبوتة تحت أسلوب الرقابة و قمع الطاقة الليبيدو, او لتجنب و تغطية هوامات قرب المحارم, ام انحصر التفسير في صورته الطفولية البائية.

اللوحة رقم: "11"

- **الاستجابة:** منقدرش كيفاه نفهمهالك " قلب اللوحة في كل الاتجاهات"
- **ديناميكيات السياقات:**

الدخول مباشرة في التعبير (B12) يليها نقد الذات(CN9)استثارة حركية "قلب اللوحة" (CC1). ثم قام برفض اللوحة(CP5)

- **الاشكالية:**

تحمل في طياتها خطر التصدع النرجسي، حيث توجد استجابة الى الكثير من الالامو الصراعات الداخلية، ام هي مجرد استجابة للهروب عن المكبوتات الادراكية المشوهة، مما أثار نوعا من حالة قلق زائد مع الافصاح بانه تعب من مواصلة الاختبار"صاي عييت باغي نشور " مم أثار زوبعة من المشاعر القوية والانفعالات.

اللوحة رقم:"BF13"

- **الاستجابة:** ..... زوج نساء وزوج رجال وحدة راقدة ووحدة واقفة. زمن الكمون 6 ثواني
- **ديناميكيات السياق:** دخول في وقت كمون اولي طويل (CP1) كما تطرق الى التشديد على الفعل (CF3) عزل الاشخاص (A2.15). تمسك بالمحتوى الظاهري للوحة(CF1).

- **الاشكالية:**

معرفة وخلط هيأت الجسم وعدم التمييز بينها نظرا لكونه مقرا خفيا للخطر التروي الذي يولد للتفكك، ونلاحظ بأن هناك تقمص اسقاطي لهذا الجسم أو استحضار أحداث من الذاكرة "حدث ما "

اللوحة رقم: 19

- **الاستجابة:** ملغاة (Cp5)
- **ديناميكيات السياقات** : رفض اللوحة (CP5)
- **الاشكالية:**

رفض التعبير عن محتوى اللوحة يدل على عدم القدرة على تفسير الهوامات قبل التناسلية، مما يعكس قلق مبدئي مرتبط بتمثلات لا واعية غير متموضعة و غير موظفة لديه, خاصية بالعلاقة مع موضوع.... الكلي والغامض، مما يدل على الضعف في التمايز النفسي....

اللوحة رقم: 16

- **الاستجابة:** رفض اللوحة (CP5)
- **الاشكالية:**

رفض اللوحة يدل على هشاشة في البنى التمثيلية الذاتية، وصعوبة في الولوج الى العالم الداخلي الحر وعجز في تنظيم صور نفسية ذاتية وغياب دعم خارجي ما يكشف فراغات تمثيليا. واضطراب في القدرة على التمثيل.

5. ملخص السياقات:

السياقات A	السياقاتB	السياقاتC	السياقاتE
A2.2: 04	B2.1: 05	CP2: 03	E2: 01
A2.15: 04	B2 ,11 :01	CP3: 03	E4: 01
A2.17: 01		CP5: 04	E6: 01
	B2: 06		
A2: 09		Cp: 10	E: 03
		CN5: 01	
		CN9: 02	
		CN10: 01	
		CN: 04	
		CC1: 01	
		CC: 01	
		CF1: 03	
		CF2: 01	
		CF3: 01	
		CF: 04	

تحليل السياقات العامة:

- من خلال تطبيق اختبار T.A.T والكف الشديد الذي طغى على السياقات. كان من المنتظر أن تطفو للسياقات المندرجة. في إطار الرهابي (CP-10) الى جانب سياقات ذات توجه الصلب في إطار عصاب الهاجسي (A-09) تتدخل في السياقات العملية(CF-04) لتساهم في تقوية الكف وتجنب الصراع وترجمة الواقع اليومي لأغراض استنكادية. أكثر، لتليها بعد ذلك السياقات الأولية(E-03) التي شوهت التعبير...من الارتقاء لبلورة الصراع على مستوى التصورات والعواطف.

- 1) السياقات الرهابية: (CP-10): كان الميل في الاستجابات للرفض بدجة كبيرة (CP5-04) وعدم التعرف بالأشخاص (CP3-03) والتقصير (CP2-02) وكلها تهدف الى قطع التصورات وارتباطها ومنع أي جهد فكري يمكن من بلورة الصراع. كما يساهم عدم التعريف بالأشخاص في تدعيم الأسلوب التجنبي للصراع.

- سياقات الرقابة: (A2-09) لم تمثل هذه السياقات الا تبرير التفسير بتلك الأجزاء (A2.2-04) أو عزل الأشخاص والعناصر (A2.1504:) التي تذهب في أغلبها محاولة ابراز الصراع اتجاه الصور الوالدية ولكن بصورة غير بارزة بشدة، أما سياق (A2.17) الذي يفيد التفتح على الصراع الداخلي فقد استعمل مرة واحدة وذلك في اللوحة(01) وكان يفيد محاولة.... الصراع في مستوى داخلي فكري
وعموما فان هذه السياقات حتى ولو استعملت بطريقة .... فإنها تشهد على حضور الصراع ولو بحد أدنى.

الإشكالية العامة:

تشير تمثلات الحالة في اختبار TAT إلى صراع داخلي حاد بين الرغبة في التماسك النفسي والانجراف نحو التفكك والانسحاب من الواقع. من خلال السرد التخيلي للوحات، يظهر اضطراب واضح في تمثل الذات والآخر، مصحوب بإحساس دائم بالعجز، الحزن، وفقدان المعنى. تتكرر مشاهد الانفصال، الموت الرمزي، الانهيار الداخلي، وتدهور العلاقات الأولية، مما يعكس آثارًا عميقة للإدمان على الحياة النفسية.

الحالة تستدعي في معظم اللوحات شخصيات باهتة، منسحبة، هشة، تعاني من غياب التواصل العاطفي وانعدام الأفق. كما أن هناك توظيفًا دفاعيًا مكثفًا يتمثل في الانسحاب، التبرير، الإسقاط، والانعكاس، مع محاولات غير ناجحة لتجاوز الشعور بالذنب أو الخروج من حالة العجز. في المقابل، تظهر خيالات تعويضية ترتبط بموت رمزي أو ولادة جديدة، لكنها غالبًا ما تكون مقموعة أو مهددة بالفشل.

طبيعة التوظيف النفسي لدى الحالة:

تشير المعطيات المستخلصة من تحليل استجابات الحالة في اختبار TAT، معطوفة على الملاحظات السريرية المستقاة من المقابلة العيادية، إلى أن التوظيف النفسي يندرج ضمن الطيف الذهاني أو ما قبل الذهاني. فقد اتّضح وجود علامات هذائية في خطاب المفحوص، تمثلت في انفصال واضح عن الواقع، وبناء معانٍ ذات طابع شخصي مفرط وغير قابل للتشارك، بالإضافة إلى مواقف توهمية وتفكك في البنية الفكرية.

كما يُلاحظ فقر شديد في الإنتاج الإسقاطي، وهو مؤشر يعكس صعوبة الحالة في الدخول في علاقة رمزية مع المادة الاختبارية. فبدلاً من توليد سرديات غنية أو إسقاطات دينامية، بدت استجابات المفحوص سريعة، سطحية، وغير متماسكة أو فقيرة المعنى، ما يعكس اضطرابًا في قدرته على استعمال الوسائط

التمثيلية بما يكفي لإنتاج محتوى نفسي رمزي. هذا الفقر في الإنتاج، المرتبط بجمود نفسي وتقلص في الحياة التخييلية، يُعد من المؤشرات الدالة على صعوبات في التكامل النفسي.

من جهة أخرى، سجلت المقابلة العيادية مؤشرات دالة على تداعٍ في الواقع النفسي، وميل لتفكك الأنا، مع استخدام دفاعات بدائية جدًا مثل الإنكار الكامل، الانسحاب من الواقع، والتوحد مع التهديد أو الكيان المتخيل، مما يبعدنا عن البنى العصابية أو الحدية ويقربنا من الطيف الذهاني.

الخلاصة:

يمكن القول إن التوظيف النفسي لدى هذه الحالة يتسم بطابع ذهاني (psychotique)، يتمظهر من خلال اضطراب شديد في التمثلات، هشاشة في بنية الأنا، تراجع في القدرات الإسقاطية، واعتماد على آليات دفاعية لا واقعية ومفككة، مما يُبرز حالة من الانسحاب النفسي والتشوش العلائقي العميق.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

مناقشة النتائج على ضوء الفرضية العامة:

والتي كان نصها: يساهم الإدمان على المخدرات في ظهور الاضطرابات النفسية والعصابية و الذهانية.

حيث اتفقت مع دراسة "عون عوض" (2013) والتي هدفت لمعرفة ديناميات الشخصية لدى الفتاة التي تتعاطى المخدرات وكانت النتيجة أن الحالة تعاني من فصام وبارا نويا وشعور بالقلق والتوتر النفسي والإحباط وتوهم المرض والاكتئاب. وهو دراسة عبد المعطي (2003) والتي هدفت للتعرف على سيكولوجية تعاطي المخدرات وقد تبين في النتائج عن وجود هشاشة على مستوى الهوية التي ترجع إلى اضطراب علاقة المتعاطي بموضوع الحب الأول وتحطم وصورت الوالدين لديه وصعوبة إقامة علاقة إيجابية مع الغير بالإضافة إلى التثبيت الأوديبي والميولات النرجسية وسيادة الصراع بين حب الذات وتدميرها. حيث اتضح من خلال عرض النتائج المتوصل إليها سابقا من مضمون تحليل المقابلات مع الحالتين "رضا" و"مهدي" وإجراء اختبار تفهم الموضوع TAT أن الإدمان على المخدرات يساهم في ظهور الاضطرابات العصابية والذهانية وتختلف في شدتها وطبيعتها.

بالنسبة لحالة مهدي أظهرت النتائج مؤشرات لاضطراب في تنظيم النفسي يقع ضمن "الطيف الحدي" مع استخدام واضح للدفاعات البدائية (الميكانيزمات الدفاعية) مثل الإسقاط والإنكار إضافة إلى عقلنة وسطحية المحتوى الانفعالي، حيث تفسر نظرية تحليلية هذا على أنه محاولة بدائية لتفريغ التوتر والقلق النابع عن صراعات النفسية غير محلولة للأنا وأضافت النظرية المعرفية السلوكية بأن هذا يظهر جليا على شكل أسلوب دفاعي فيه إنكار وتشويه للواقع وهذا ما يمكن فهمه على إنه ناتج عن معتقدات جوهرية مشوهة وهو تكيف تجنبي مع القلق بحيث تم تعزيزه باستخدام المخدرات كوسيلة للهروب من المواقف السلبية. بينما تظهر المخدرات كعامل بيولوجي لبداية تأثير هذه المواد على الفص الجبهي للدماغ والدوائر المسؤولة عن الكبح الانفعالي بالإضافة إلى تأثيرها على نظام عمل الدوبامين ما يرتبط بظهور أعراض قلقية وهذا ما يفسر إصابة الحالة رضا باضطراب الهلع.

اما وفي نتائج "رضا" أظهرت هشاشة في البنية النفسية واضطرابا في التمثلات وانسحابا نفسيا ما يشير إلى اضطراب ذهاني متقدم وهذه الخصائص الذهنية تشير إلى تراجع الآن وفقدان السيطرة على التمثلات الواقعية مما يتماشى مع مفهوم "ميلاني كلاين وسيغمون فرويد" الذي يرى أن الذهان نتيجة لانهيار دفاعات وتفكك الآنا ما يسرع في فقدان الصلة والرابط مع الواقع نتيجة لانهيار الدفاعات المتقدمة وعودة الدفاعات البدائية مثل الإنكار الإسقاطي ، وتوضح النظرية المعرفية السلوكية بأن النتائج تظهر تدهورا في العمليات العقلية والانتباه وتشوهات إدراكية مما يفسر الهذيانات وضعف التفسير الواقعي

للمواقف، ما يدعم وجهة النظر البيولوجية أن المادة المخدرة تحدث تغيرات في تنظيم الناقلات العصبية الدوبامين والسيروتونين مما يفسر ظهور اضطرابات ذهنية كحالة رضا الذي يعاني من اضطراب الفصام.

1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الأولى:

والتي كان نصها كتالي: تؤثر مدة الإدمان في ظهور اضطرابات عصابية او ذهانية لدى الشباب المدمن؟

لقد تحققت الفرضية الفرعية الأولى التي مفادها أن مدة الادمان تؤثر في ظهور اضطرابات عصابية أو ذهانية لدى الشباب المدمن. وقد اتفقت مع دراسة جميلة بن عمور وسهيل بوجلال (2021) والتي هدفت للتعرف على مستوى القلق لدى المدمن المراهق واظهرت النتائج ان مستوى القلق لدى المراهق المدمن يتراوح بين المتوسط والمرتفع كما أنه يتأثر بنوع المخدر مدة العلاج.

ترى المدرسة الفكرية المعاصرة الإدمان على انه مسألة فسيولوجية جسدية وأنه مرض كبقية الأمراض وترى أيضا بان الادمان مشكلة نفسية أو مرض نفسي ما يسببه من تفاعلات كيميائية التي تحدث في الجسم و الدماغ عند استهلاك المخدرات بحيث يرتبط (THC و الجلو تامات) , و التفاعلات الكيميائية ترتبط بمستقبلات CB1 الموجودة في الدماغ و CB2 الموجودة في الجسم ،ويثبط الناقل العصبي GABA مما يؤدي ألي زيادة الدوبامين يعطي احساس بالنشوة و تغيرات في الذاكرة و المزاج و هو تأثير قصير المدى ويكون بعد التعاطي و يظهر في شكل الشعور بالنشوة و الاسترخاء ، و يظهر تشوهات في إدراك الزمن و المسافات مع ضعف في التركيز وذاكرة قصيرة المدى ، نوبات قلق أو ذهان مؤقت خاصة بجرعات عالية و هذا يكون في اطار مدة التعاطي و قد يكون هذا التعاطي ظرفي مرحلة النشوة أو مرحلة التجربة، تأثير طويل المدى هو الدخول مرحلة الإدمان (وقت طويل) و هو المرحلة الأخيرة مما يسبب ظهور أعراض عصابية أو ذهانية و المنطوية تحت حالات الانسحاب تحت المسمى بالاعتماد النفسي و الجسدي للمخدر لدى بعض المستخدمين ، وهي أحد مراحل الإدمان أيضا و المعروف ب (مرحلة الاعتماد) .

الادمان ينتج عنه تدهور في القدرة على التركيز و التذكر ، بطئ أو خلل في تطور الدماغ يأثر علي نمو الدماغي (عند المراهق) ، زيادة خطر الاكتئاب ، القلق ، الهلع ، الأفعال القهرية ، الفصام وعلى سياق هذه التوضيحات فكلتا حالتين تزيد مدة إدمان من سنة و أكتر و اللذان مرا على كل مراحل الإدمان من مرحلة التجربة جراء أقران السوء و الضغوطات النفسية و الظروف الاجتماعية خاصة الحالة الثانية ، مرحلة التعاطي المنظم مما أعطى شعور النشوة و الراحة النفسية من ازالة القلق و الاسترخاء الشعور بالسعادة و التوازن النفسي ، مرحلة التحمل و زيادة الجرعات للبحث عن النشوة ، مما نتج عن ذللك

التبعية النفسية و الجسدية جراء الانسحاب. اضطرابات النوم ، قلق شديد و هلع ، اضطرابات في الذاكرة ، اكتئاب و أفكار سوداوية .

تأثير طويل المدى في التعاطي يؤدي إلى تلف دائم في السيالة العصبية و الإفرازات المرتبطة بالدوبامين و السير وتونين خاصة في القشرة الجبيهة و الفص صدغي للدماغ و هذا ما توضحه النظرية البيولوجية ففي حالة مهدي لايزال التأثير في مراحله الأولى مما يظهر جليا في الاضطرابات العصابية فقط (مدة الإدمان سنة) أما الحالة "ر" فسمات الذهان تتطابق مع التغيرات الدماغية بفرط تحفيز التفاعلات الكيميائية المجودة في المخ و الدوبامين . و تظهر مقارنة الحالتين بوضوح علاقة طردية في مدة الإدمان بالنسبة لمهدي تمثلت في سنة واحدة علي عكس رضا الذي تمثلت في عشر سنوات ، فمهدي مازال ضمن الطيف الحدي و مزال يحتفظ ببعض القدرات العقلية و القدرة عل التمثيل و العقلنة و الانفعال و المشاركة الوجدانية و إن كانت مشوهة في إطار المقابلة العيادية و اختبار تفهم الموضوع ، فالإدمان في سنواته الأولى يتسبب في إطلاق محتوى لا واعي يتجلى في نوبات الهلع و القلق دون اختراق تام للبنية الواقعية و ذلك نظرا لمدة الإدمان غير طويلة ، لعب الانسحاب دورا هام مما ينجر عنه ظهور اضطرابات عصابية مصاحبة مما يدفع حالة للعودة للتعاطي في إطار التبعية النفسية و الجسدية من أجل السيطرة على هذه الأعراض ، "مهدي" في هذا الإطار يتعاطى من أجل التخلص من أعراض الهلع و فوبيا الموت (أنا أتعاطى من أجل تخلص من الخوف و فكرة أنني سأموت) مما قد يطيل مدى الإدمان و صولا إلى ظهور اضطرابات جسمانية لولا تدخل العلاجي المناسب ، على العكس " الحالة "ر" الذي يظهر انهيار في البنية النفسية مع سمات ذهانية واضحة كالتشوش في التمثلات وضعف العلاقات الاجتماعية و الانسحاب الحاد و قد أشارت النظرية التحليلية إلى أن التعرض الطويل للمواد المخدرة يعيد تنشيط الصدمات اللاواعية(الفراغ العاطفي ، الشعور بالنقص...) ويؤدي الى تلاشي الأنا وتفككه مما يفضي إلى الانفصال عن الواقع وبروز ميكنزمات دفاعية صلبة.

ومن جهتها اشارت النظرية المعرفية السلوكية الى ان الاستخدام الطويل للمخدرات ينتج عنه تعلم استجابات غير مكيفة المتمثل في تجنب الألم النفسي والمعاناة أو اسكات المشاعر مع الوقت ما يدفع تدريجيا نحو عزلة معرفية وفقدان المعاني الواقعية ويظهر ذلك في حالة "رضا".

2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الثانية:

والتي كان نصها: يؤثر نوع المادة المحذرة في ظهور اضطرابات عصابية أو ذهانية لدى الشاب المدمن

كما تحققت الفرضية الثانية التي مفادها أن نوع المخدر يؤثر في ظهور اضطرابات عصابية أو ذهانية لدى الشاب المدمن . و قد اتفقت مع دراسة جميلة بن عمور و سهيلة بوجلال (2021) و التي هدفت للتعرف مستوى القلق لدى المدمن المراهق و اظهرت النتائج ان مستوى القلق لدى المراهق يتراوح بين

المتوسط و المرتفع كما أنه يتأثر بنوع المخدر ومدة العلاج ،فمن خلال المقابلات تبين أن الحالة مهديمدمن القنب الهندي (الحشيش) و البريغابالين ، و الحالة رضا كان مدمن للحشيش و الاقراص المهلوسة (benzodiazepine) ،

للادمان تأثيرات البيولوجة و النفسية و سلوكية بطريقة معقدة ،يتداخل فيه النوع الكيميائي للمادة مع البنية النفسية للفرد.

إدمان القنب الهندي cannabis له اعتماد نفسي ذوتأثير عصبي مما يقوم برفع مؤقت للدوبامين ما ينتج عنه اضطراب في المزاج و من أبرز اضطرابات النفسية الناتج عن هذا المخدر، الهلع، القلق ، الوساوس ، و يعد محفز شائع للذهان عند المراهقين و الشباب البالغين،

إدمان البريغابلين له اعتماد نفسي و جسدي ذو تأثير عصبي ، يعمل علي تثبيط قنوات الكالسيوم و التأثير على GABA ، عند إساءة استعمال تنتج عنه نتائج عكسية مع ظهور اضطرابات نفسية ، نوبات هلع جراء الانسحاب ، القلق ، خمول ، اكتئاب .

إدمان البانزوديازيبنات له اعتماد نفسي و جسدي شديد، يعمل علي تحفيز مباشر لمستقبلات GABA و تثبيط نشاط الدماغ ، مما يفاقم ظهور الاضطرابات العصابية عند الاستعمال طويل المدى (المزمن) علي شكل قلق ارتدادي ، ذهان انسحابي ، تبلد عاطفي .

القنب الهندي أو الحشيش المسؤول علي رفع المؤقت للدوبامين الذي يحتوي علىTCHو تتراهيدروكنابينول و بريغابلين يثبط قنوات الكالسيوم و ثاتيره علي GABA لإفراز الغلو تامات و النورأدرينالين مما يتسبب في ظهور اضطراب الهلع تم تشيخصه في المقابلة العيادية كعرض اولي للحالة "مهدي" مستندا علي معايير التشخيص DSM5 اعراض الحالة تمثلت في تسارع خفقان القلب ،تعرق شديد ، الخوف من الموت ، الارتجاف أو الرعشة ، الشعور بالإختناق، معززا ذلك أيضا بقول الحالة " اتناول المخدرات من أجل عدم الموت" ، حيت تجلت في أعراض الانسحاب أيضا يستخدم للهروب من القلق ، و الصراعات الداخلية ،لكن قد يزيده عند التوقف .

الحالة "م" يظهر عليه القلق حيث نلمس الرغبة في بناء القصة ،لكن طالع الخوف من تحرير الهوامات تعيق ذلك مما يشهد درجة قلق الإحصاء و ثقل الموضوع ، كما نسجل فرط في المراقبة الذات و الميل إلى الانسحاب و التردد ، حيث سجل في التذبذب بين تفسيرات مختلفة وهي غير فعالة في ايجاد مخرج لذلك الصراع ، الابتعاد المكاني و الزماني يهدف إلي عزل العواطف عن التصور و كبتها، كما تتضمن صعوبة تسيير التروات العدوانية و العاطفية من خلال التناقض الوجداني تجاه الصورة الأبوية نظرا لعدم التحرير من الموضوع القديم ، مهدي وظف هذه المخدرات كألية دفاعية ضد القلق داخلي مكبوت كحل مؤقت ، مما تسبب في ظهور أعراض عصابية كاستجابة علي شكل اضطراب الهلع نتيجة صعوبة التكيف ، لما لها من تأثير مهدئ و مسبب للانفصال الانفعالي عن الواقع ما يؤدي إلى

اضطرابات في التنظيم العاطفي لا تصل غالبا إلى الذهان في المراحل الأولى كما في حالة "مهدي" و تختلف الديناميكية اللاوعية المرتبطة بنوع المخدر (القنب الهندي) لذلك تجد دفاعات بدائية لكن من دون انفصال كامل و يعزز ميول الانسحاب الانفعالي وله تأثير متوسط على الجهاز العصبي و يسبب اضطرابات المزاج (عصابية) أكثر من الذهانية .

أما بالنسبة لبانزوديازبين فهي ذات تأثير قوي و الحشيش معا يحدثان خلل الدوبامين مع ضعف الفص الجبهي وهذا التغير يؤدي الى حالة من التفكك في تمثيلات الذات بظهور هلاوس و هذيانات و تفكك التفكير المنطقي اللاعقلاني و الانخراط في سلوكيات غير واقعية و تدهور في التحكم الادراكي و تفكك الأنا و الانفصال تام عن الواقع حيت توضح الدراسات العصبية التعاطي المزمن لهذه المواد المخدرة يغير النشاط الفص الجبهي و الفص الصدغي للدماغ المسؤول عن التفكير المنطقي و تمييز الواقع كما في حالة "رضا".

3-مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الفرعية الثالثة:

والتي كان نصها: يساهم الإدمان على المخدرات في ظهور اضطرابات مصاحبة لدى الشباب المدمن.

كما تحققت الفرضية الفرعية الثالثة التي مفادها يساهم الإدمان على المخدرات في ظهور اضطرابات مصاحبة لدى الشباب المدمن ن واتفقت مع دراسة "مالون"(2013) و التي هدفت الى البحث عن اعراض الاكتئاب بين المراهقين متعاطي المخدرات وقد كشفت النتائج على انه توجد علاقة ايجابية لاعراض الاكتئاب بين وسط المراهقين المدمنين على المخدرات ، ودراسة "أوكورو"(2018) التي هدفت الى تحديد العلاقة بين تعاطي الماريحوانا و الكحول و الصحة النفسية وأظهرت النتائج ان المراهقين الذين استخدمو الماريخوانا و الكحول كانوا أكتر عرضة لوجود مستويات منخفضة من الصحة العقلية ،. يظهر مهدي هشاشة واضحة في التنظيم النفسي للآنا مع صعوبات في التمثلات بين الذات والآخر وميل إلى الآليات الدفاعية كالإنكار ,الإسقاط وهذا نوع من الهشاشة يوحي باضطراب حدي إضافة إلى ظهور توتر في العلاقة الأمومية والعلاقات الأولية غالبا ما يرتبط باضطراب التعلق وصراعات علائقية يظهر في الشكل القلق ونكوص و تشوه التمثلات ما يفسر تزامن الهلع مع خصائص بنية حدية, بحيث تفسر هذه الدفاعات البدائية إلى اضطراب في معالجة التوتر العاطفي وهو عنصر جوهري في اضطراب الشخصية الحدية وتهيمن مشاعر الخوف من الفقد والقلق من التقييم والرقابة الداخلية الصارمة على المشهد النفسي العام، ومن منظور **بيولوجي**عندما يتكرر تعاطي المخدرات ، يعاد تشكل نظام المكافئة في الدماغ محدثا تحمل (tolerance) بسبب زيادة جرعات اضافية بالنسبة الى "مهدي" للحصول على نفس التأثير السابق جراء انخفاض النشوة والراحة النفسية التي لم تعد ترضي الحالة في اطار السلوك القهري لا يخضع للضبط العقلي مسفرا عن انخفاض وظائف القشرة الجبهية في سياق ضعف في التنظيم السلوك الذاتي و

الانضباط و التركي ما يخلق حالة من عدم الاستقرار العاطفي العصبي ويزيد من خطر احتمالية الإصابة بالاضطرابات المزاجية القلقية ، رهابات.

بالنسبة لحالة : "ر" يلاحظ ضعف في الإنتاج الإسقاطي حيث أن الحالة "ر" غير قادر على خلق سردية مترابطة أو إسقاطات رمزية ما يشير إلى قصور شديد في قدرة التفكير والتمثيل إضافة إلى استجابات السردية المليئة بشخصيات باهتة, منسحبة ,فاقدة للهوية الانفعالية (تركيز على المحتوى الظاهري) ما يشير إلى الفراغ والانسحاب و يفسر بوجود اكتئاب عميق مصاحب أو ما يعرف **بالذهان الاكتئابي**، (Psychose à tonalite dépressive) ، التعاطي المزمن أدى إلى تاكل فيه بنية نظام المكافئة و إفراط في تثبيط الإشارات العصبية، حيث (BNZ) تقوم بتخفيض النشاط العصبي علي العموم ، ما يساهم في ظهور اضطراب الادراك و الانفصال عن الواقع .

حيث تعمل المخدرات كوسيلة إيجابية أو سلبية للهروب من الألم في المقابل تحقيق النشوة ما يرسخ سلوك التعاطي وصولا للإدمان، كما ان الإدمان يمكن أن يكون تعبيرا رمزيا عن صراعات داخلية دفينة مثل حالة " ر" الذي يظهر فيها التعاطي كبديل أو متنفسا عن فقدان موضوع الحب و الاستقرار في مرحلة الطفولة .

خاتمة

قمنا بتوجيه اهتمامهما لهذا الموضوع لنلتمس تأثير الادمان على المخدرات في ظهور اضطرابات عصابية أو ذهانية و نستخلص من عرضنا الذي التزمنا فيه بالضوابط المنهجية للبحث العلمي , من خلال طرح الاشكالية, و تحديد اسئلة الدراسة و فروضها, و تعرضنا في الجانب النظري لخمسة فصول , و تمكنا من استخدام المنهج العيادي و دراسة الحالة من خلال المقابلات , و تحليل الانتاج الاسقاطي للحالتين على اختبار تفهم الموضوع(TAT)ومناقشة النتائج.

و قد انطلقا في الفرضيات من خلال اختبار الذي عبر بكل وضوح و صدق عن ما يعانيه الشاب المدمن على المخدرات , مما يبين اهمية التقنية الإسقاطية في الكشف عن الحياة الداخلية للفرد, و ما يعانيه من خلال الطريقة التي ينظم بها الأنا اجابته في وضعية صراعية كما تقول فيكاش نتوب, و ذلك في اختبار TAT و الذي كشف عند تطبيقه على الحالتين عن الصراع الذي تعيشه الحالتين و من خلال تغلب سياقات الكف و الرقابة فتعبر بذلك عن القلق الذي يعانيه الشاب المدمن, كذلك في توظيف الاستثمار العلائقي الذي يشمل العدوانية, و يعكس الشعور بالنقص, و التفكك الذي أثر على الادراكات و ظهر من خلال العجز عن أدراك اشكالية بعض اللوحات. و جاءت نتائج الاختبار و المقابلات العيادية لتؤكد الفرضيات الثلاث اللاتي انطلق منها الباحثان و التي تعمل على تحقيق الفرضية الرئيسية و التي نصها مساهمة الادمان على المخدرات في ظهور الاضطرابات النفسية لدى الشاب المدمن.

نفهم من خلال النتائج المتوصل اليها و بسبب غياب الظروف السليمة للتنشئة التى كانت بين التدليل و القسوة و المعاملة السلبية للوالدين و انعدام محاولة فهمه و التضييق عليه ,الامر الذي يحمله الى الركون لرفقاء السوء فضلا عن العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و النفسية فكل ذلك كفيل بانتاجفرد مضطرب سلوكيا و مدمن للمخدرات .مع تأثير الرغبات و الاندفاعات الغريزية التي يحملها "الهو" و هشاشة "الانا" ما يرجح طغيان "الهو".

توصيات واقتراحات

توصيات و اقتراحات:

- نحفيز المدمن ليشرع في العلاج لإزالة التسمم الناتج عن تناول المخدرات وتشجيعه على بذا الجهد لمواصلة العلاج.
- يجب التنسيق المستمر بين المؤسسات العلاجية و الأسرة و هذا تحاشيا لوقوع الافراد غير المدمنين في هذه الأفة, أما بالنسبة للذين وقعوا ضحية الادمان فان هذا التنسيق بين هاتين المؤسستين سوف يسهل من عملية تعافي المدمن بسرعة.
- تحسين الاولياء علاقتم بأولادهم و خلق جو أسري متوازن يؤثر في نمو شخصيتهم.
- اجراء دورات تثقيفية نفسية تكشف عن الاثار السلبية للادمان على المخدرات في ظهور الاضطرابات النفسية
- عمل مقارنة بين الجنسين ذكر وأنثى في مدى ثاتير الإدمان في ظهور الإضطرابات النفسية
- الثكتيف من الحملات التحسيسية ميدانيا سواء علي مستوي المؤسسات التعليمية ، مؤسسات إعادة التأهيل، ساحات العمومية، التنسيق مع المجتمع المدني و مختلف الهيئات ذات ثأثير.
-

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

- أبو علي, وفقي حامد(2003).*ظاهرة تعاطي المخدرات*. ادارة الثقافة العربية.
- أبو عود, أسماء(2014).*الاضطرابات النفسية بين السيكولوجية الحديثة و المنظور الاسلامي*. مؤسسة العلوم النفسية.
- أنطوني, مارتن, و راندي ماك كاب(2008).*حلول بسيطة لعلاج حالات الذعر*(ميراي مكاري, مترجم).دار الكتاب العربي .
- اغمين, نديرة (2021). محاضرات في الاطر النظرية المفسرة لاضطرابات النفسية. جامعة قالمة – متوفر على الرابط https://dspace.univ-guelma.dz/jspui/handle/123456789/11437
- البنا, أنور حمودة(2006).*الامراض النفسية و العقلية*. دار الفكر ط1
- الدمراش, عادل(1982).الادمان مظاهره و علاجه. عالم المعرفة.
- الموارنة, معمر(2018).عالم المخدرات و الجريمة بين الوقاية و العلاج. دار الثقافة
- السويف, مصطفى(1996).*المخدرات و المجتمع*–نظرة تكاملية؟ علم المعرفة
- الشناوي، م.(2010).الاضطرابات النفسية والعقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص و العلاج. القاهرة: دار الفكر
- المهندي, خالد حمد(2013).المخدرات و أثارها النفسية و الاجتماعية والاقتصادية – مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات. الدوحة قطر
- العزة, سعيد حسني(2002). *التربية الخاصة للاطفال ذوي الاضطرابات السلوكية*.الدارالعلمية الدولية للنشر و التوزيع.
- الريماوي, محمد, واخرون(2004).*علم النفس العام*.دار المسيرة للنشر و التوزيع.
- الميلادي, عبد المنعم(2004).*الامراض و الاضطرابات النفسية*. مؤسسة شباب الجامعة الاسكندرية.
- العيسوي, عبد الرحمن محمد(2005).*المخدرات و أخطارها* . دار الفكر الجامعي.
- بلحسيني رشيد, وردة(2014).*اضطراب الهلع و ثورة العلاج المعرفي السلوكي*. دار الشروق للنشر والتوزيع.

- بن عيسى, فريدة(2021).محاضرات في *العلاجات ذات المنحى التحليلي*. جامعة ام البواقي
- بن علي غريب, عبد العزيز (2006).*ظاهرة الادمان على المخدرات في المجتمع العربي*.
- زهران, حامد عبد السلام(2005). *الصحة النفسية و العلاج النفسي*. عالم الكتب للنشر و التوزيع.
- زروالي, لطيفة(2016).*علم النفس المرضي للراشد*. دار الأديب.
- عليوي, معاذ(2016).*الاثار الاجتماعية والاقتصادية لتعاطي المخدرات*.
- عجيلان, عبد الباقي(2018).*محاضرات في مقياس مخاطر المخدرات*. جامعة سطيف
- عبد القوي, سامي (1995).*علم النفس الفيزيولوجي(ط2)*.مكتبة النهضة المصرية.
- فطاير, جواد (2001).*الادمان و أنواعه و مراحل علاجه*. عالم المعرفة.
- فايد, حسين (2005).*العلاج النفسي أصوله تطبيقاته أخلاقياته*.مؤسسة طبية للنشر و التوزيع.
- ملحم, سامي (2001).*سيكولوجية التعلم و التعليم*. دار المسيرة للنشر و الطباعة.

- **المراجع الأجنبية:**

- Richard R. Bootzin ; Joan .Ross Acocella. (1996),Abnormal psychology, Current perspectives, (6nd ed), Fifth Ed, New York

الملاحق

الملحق رقم 01:

دليل المقابلة

سارت المقابلات العيادية وفق أربع حصص مع كلتى الحالتين ، تراوحت مدتها ما بين 45 إلى ساعة من الزمن، وتم تقديم المقابلات العيادية إلى محاور الاتية:

المحور الأول:

شمل التعرف على الحالة ، شرح و توضيح أهداف الدراسة،طمأنة الحالة بسرية التامة للمقابلات و مبادئ الأمانة العلمية و العلاجية ، احترام مواعيد المقابلات ، الانضباط... ودللك في إطار المقابلة التمهيدية.

المحور الثاني:

تطرقنا فيه إلى معرفة التاريخ النفسي و الأسري ،معرفة أسباب و دوافع التعاطي و صولا إلى الإدمان لدى الحالة

المحور التالت:

تسليط الضوء على الجانب الطبي(الأمراض العضوية ،المزمنة، العلاقة بين الصحة الجسدية و النفسية)، التاريخ الاجتماعي و العلاقات بين الأصدقاء، الجيران ، الزملاء و الخبرات السلبية (التنمر،عزلة،عنف...).

المحور الرابع:

شمل الفحص الإسقاطي من خلال اختبار تفهم الموضوع ، بهدف التعرف على التوظيف النفسي و التأكيد على المعطيات التي تم التوصل إليها.