



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن أحمد

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا

مذكرة لنيل شهادة الماستر 2 في تخصص علم النفس العيادي

صدمات الطفولة و الإدمان على المخدرات لدى المراهق

دراسة عيادية لحالتين من خلال تطبيق اختبار الروشاخ

تحت إشراف الأستاذة د / :

غزال أمال

من إعداد الطالبتين :

حميدي نور الهدى

غزالي هاجر عائشة

أعضاء لجنة المناقشة:

مشرفا

د. غزال أمال أستاذة محاضرة جامعة وهران 2

مناقشا

د. قادري أستاذة محاضرة جامعة وهران 2

مناقشا

د. خليفي محمد أستاذة محاضرة جامعة وهران 2

السنة الجامعية: 2025_2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



{ قال الله تعالى : " وقل رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي و على والدي و أن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين "

الحمد لله كثيرا الذي لا نحصي الثناء عليه أن وفقنا وأعاننا لإنجاز هذا العمل وهياً لنا الأسباب إليه. و بعد شكر الله وتعالى على توفيقه لنا ، وفي ختام هذا المشوار العلمي الذي دام خمس سنوات، لا يسعنا إلا أن نتوقف لحظة امتنان، نستحضر فيها كل من كان له الأثر الطيب في مسيرتنا، وكل من مدّ لنا يد العون والمساندة حتى أتمنا هذه المذكرة، التي تمثل بالنسبة لنا ثمرة تعب، حلم، وواقع تحقق.

شكراً أستاذة" غزال أمال " ، على ما بذلته من جهد، وعلى توجيهاتك النيرة ومرافقتك الأكاديمية التي كان لها الدور الكبير في إنجاح هذا العمل. لقد كنتِ خير مُشرفة، بحضورك الداعم وحرصك الصادق على جودة هذا البحث. كما نتوجه بجزيل الشكر والعرفان إلى الأخصائية النفسانية "ميمونة" بمركز إعادة التربية، على تعاونها الكريم، وحسن استقبالها، ودعمها المستمر الذي سهّل لنا سبل العمل الميداني، وجعل من التجربة أكثر عمقاً وإنسانية. ولا يفوتنا أن عبّر عن بالغ امتناننا للأخصائية النفسانية بمصلحة الإدمان في مستشفى سيدي الشحمي" أمال " وكل الطاقم الطبي العامل هناك، على تعاونهم الكبير، وتفهمهم لنا خلال مراحل البحث والتطبيق. شكراً لكل من آمن بنا ، وفتح لنا قلبه قبل بابه، وساهم، ولو بكلمة، في إنجاز هذا العمل

إهداء

ما أجمل أن يجود المرء بأعلى ما لديه و الأجل أن يهدي الغالي للأعلى

هي ذي ثمة جهدي أجنيها اليوم هي هدية أهديها إلى

أمي العزيزة أطال الله في عمرها

والدي الغالي حفظه الله

إلى إخوتي و أخواتي

و إلى نفسي التي صبرت ، و آمنت ، و ناضلت ، ولم تستلم أبدا

فلكم مني كل الامتنان وكل القلب

عائشة هاجر



إهداء

كل عمل ينجز ، يحمل في طياته قصصا خفية من التحدي و الصبر ...

فولد هذا العمل شاهدا على درب لم يكن سهلا ، لكنه كان يستحق كل لحظة فيه

أهديه أولا إلى الوالدين العزيزين اللذين أعانوني و شجعوني على الاستمرار في العلم و النجاح و

إتمام الدراسة ... إلى أمي حبيبي من كانت لي حضنا و سكينة ... إلى جدتي الغالية أطل الله

في عمرها التي كان دعائها سر نجاحي و توفيقني ...

و إلى نفسي ، التي آمنت واجتهدت، و تجاوزت الصعاب ثم ابتسمت أهديك هذا العمل كنقطة

ضوء في طريقك الطويل ...

نور الهدى



ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على دور التجارب الصدمية المبكرة في الدفع بالمراهقين نحو تعاطي المخدرات ، و ذلك من خلال دراسة عيادية لحالتين ، اعتمدنا على المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة ، و لجمع البيانات استخدمنا الأدوات التالية : المقابلة العيادية نصف موجهة مع مراهقين مدمنين مع استخدام اختبار فحص الهيئة العقلية و اختبار بقع الحبر " الروشاخ " .

ومن خلال تحليلنا للمعطيات من خلال الأدوات المستعملة لاحظنا أن المراهقين المعنيين مروا خلال مراحل طفولتهم بظروف نفسية قاسية كالعنف و مشاهدته و الإهمال ، و الاضطرابات الأسرية ، الصراعات المتكررة بين الوالدين عمليات جراحية .. ، ما أضعف من آليات التكيف لديهم وولد فراغا داخليا تمت تعبئته لاحقا بالمواد المخدرة .

و بالتالي ، دعمت النتائج صحة الفرضية ، حيث تبين أن التجارب الصادمة في الطفولة ساهمت بشكل واضح في التمهيد لسلوكيات التعاطي و الإدمان على المخدرات ، و منه نستخلص أن فرضيات البحث تحققت و توصلنا إلى:

- لصدمة الطفولة دور في تعاطي المراهق المخدرات و إدمانه عليها .
- لصدمة الطفولة المكبوتة هي التي تؤدي إلى إدمان المراهق على المخدرات .
- الصدمات المعاشة المؤلمة و الدائمة هي تؤدي إلى الإدمان على المخدرات .

الكلمات المفتاحية :

صدمة الطفولة - الإدمان على المخدرات - مرحلة المراهقة - اختبار الروشاخ .

Study Summary:

The study aimed to shed light on the role of early traumatic experiences in pushing adolescents toward drug use .

This was done through a clinical case study of two adolescents, using a case-study-based clinical approach. To collect data, we employed the following tools: a semi-structured clinical interview with adolescent drug users . a mental status examination, and the Rorschach inkblot test.

Through our analysis of the collected data using these tools, we observed that the adolescents involved had experienced harsh psychological conditions during childhood, such as exposure to violence and witnessing it, neglect, family instability, repeated parental conflicts, and surgical procedures .

This weakened their coping mechanisms and created an inner void that was later filled with psychoactive substances.

Accordingly, the results supported the hypothesis, showing that traumatic childhood experiences clearly contributed to the development of drug use and addiction behaviors.

From this, we conclude that the research hypotheses were confirmed, and we arrived at the following:

- Childhood trauma plays a role in adolescents' drug use and addiction.
- Repressed childhood traumas are a core factor leading to adolescent addiction.
- Ongoing and painful traumatic experiences contribute to the development of addiction.

Keywords: Childhood trauma – Drug addiction – Adolescence – Rorschach test.

المحتويات

- شكر وعرفان أ.
- إهداء 1 ب.
- إهداء 2 ج.
- ملخص الدراسة باللغة العربية د.
- ملخص الدراسة باللغة الانجليزية هـ.
- فهرس المحتويات و.
- مقدمة 1.

الجانب النظري:

الفصل الأول : الإطار العام للإشكالية .

- إشكالية..... 7.
- فرضية الدراسة 13.
- أهمية الدراسة 14.
- أهداف الدراسة 14.
- التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة 14.

الفصل الثاني : صدمات الطفولة .

- تمهيد 17
- نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية 18
- تعاريف الصدمة النفسية 21
- أنواع الصدمات النفسية 24
- تعريف صدمات الطفولة 26
- أنواع صدمات الطفولة 27
- النظريات المفسرة للصدمة النفسية 29
- أعراض اضطراب ما بعد الصدمة 36
- تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة 41
- مظاهر الصدمة عند الأطفال و مصيرها 46
- علاج اضطراب ما بعد الصدمة 50
- الخلاصة 54

الفصل الثالث : الإدمان على المخدرات

- تمهيد 56
- تعريف الإدمان على المخدرات و خصائصه 57

- المفاهيم الأساسية في الإدمان على المخدرات.....58
- مراحل الإدمان على المخدرات.....61
- تصنيف الإدمان و المواد المخدرة.....62
- أنماط تعاطي المخدرات.....63
- عوامل الإدمان على المخدرات.....64
- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.....68
- تشخيص الإدمان على المخدرات.....72
- التفسير العلمي للإدمان.....74
- آثار و أضرار تعاطي المخدرات.....74
- علاج الإدمان على المخدرات.....76
- خاتمة79

الفصل الرابع :مرحلة المراهقة .

- تمهيد81
- تعريف المراهقة82
- المراهقة و البلوغ84
- مراحل المراهقة85

86.....	■ سمات مرحلة المراهقة
91.....	■ مشكلات المراهقة
95.....	■ الحلول المقترحة للتعامل مع المراهقين
95.....	■ النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة
96.....	■ دور علم النفس في مساعدة المراهقين
97.....	■ خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس : منهجية البحث أدواته وإجراءاته .

99.....	■ تمهيد
99.....	■ منهج البحث
100.....	■ أدوات البحث
103.....	■ الصعوبات التي واجهناها في الدراسة

الفصل السادس: عرض الحالات العيادية .

105.....	■ التقرير السيكلولوجي للحالة الاولى
105.....	■ تقديم البيانات الأولية عن الحالة الاولى

106.....	اختبار فحص الهيئة العقلية.....
108.....	الجوانب الأساسية في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة الاولى.....
111.....	اختبار الروشاخ
118.....	تحليل و تفسير بروتوكول الروشاخ.....
123.....	ملخص للحالة الاولى
125.....	التقرير السيكلولوجي للحالة الثانية
125.....	تقديم البيانات الأولية عن الحالة الثانية.....
126.....	اختبار فحص الهيئة العقلية.....
130.....	الجوانب الأساسية في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالة الثانية.....
132.....	اختبار الروشاخ
140.....	تحليل و تفسير بروتوكول الروشاخ.....
144.....	ملخص الحالة الثانية
الفصل السابع :	
147.....	تمهيد
147.....	مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
156.....	الخاتمة.....

157.....توصيات و اقتراحات

159.....قائمة المراجع

مقدمة

مقدمة :

" لا شيء يؤثر على مستقبل الإنسان قدر أحداث الطفولة و الخبرات النفسية للأطفال "

د / عادل صادق .

تعد الطفولة المرحلة الحاسمة التي تتشكل فيها ملامح الشخصية و يرسم فيها مصير الإنسان النفسي و الاجتماعي و في هذا السياق تحتل مرحلة الطفولة مكانة هامة في رحلة حياة الإنسان ، و ذلك لأن جذور شخصية الفرد توضع في هذه المرحلة المبكرة من حياته ، و لأن ما يلقاه من خبرات مواتية أو غير مواتية ، تترك بصماتها قوية و راسخة في كل سنين عمره ، سيما و أن الطفل في سنواته المبكرة تكون شخصيته طرية ، لينة ، قابلة للتشكيل و التكوين ، و لأنه قليل الخبرات و يمر بمرحلة التكوين العقلي و الجسمي و النفسي و الاجتماعي و الأخلاقي و الروحي ، و يكون مهيبا للامتصاص والاستدخال و الاستدماج لقيم المجتمع ، و من هنا تترك خبرات الطفولة بصماتها في شخصية الفرد ، إضافة إلى أن حياة الإنسان وحدة واحدة متكاملة متفاعلة يؤثر فيها السابق في اللاحق ، فإذا عاش الطفل طفولة سعيدة متكيفة ، كان الأغلب أن يحيا مراهقة سعيدة و سوية أيضا ، و إن عاش مراهقة سوية ، كان أغلب الاحتمال أن يعيش شبابه سعيدا متكيفا أيضا. فحياة الإنسان ليست مقسمة إلى مراحل تقسيما حاسما قاطعا ، و إنما هناك كثير من التداخل بين كل مرحلة و المراحل السابقة عليها و اللاحقة لها .¹ (معتصم ميموني ، 2005 : 61) .

و يظهر أثر هذه المرحلة الحساسة بوضوح من خلال ما تشير إليه الدراسات النفسية أن : كلما كانت الصدمات المبكرة كانت تلك النتائج أكثر تجذرا و كلما كانت الإساءات من الأقربين كلما تأصلت تلك النتائج في التكوين و كلما ساهمت بشكل أكبر في البناء النفسي لأصحابها ، و يدعم هذا القول بتشبيهه بليغ يوضح أثر التجارب المبكرة على شخصية الطفل ، فكما يقال إن التعليم في الصغر كالنقش على الحجر ، فإن الصدمات و الإساءات في

الصغر أيضا تنحت نقوشها على مادة التكوين اللينة التي لم تحف بعد ، لذا تبقى آثارها . ومن تلك الخصائص "افتقاد الأمان" كنظرة أكثر عمومية للعالم .. بمعنى رؤيته كمكان خطر و موحش ، و اعتقاد متجذر محوري " أن شيئاً ما سيئاً سيحدث " و هو شعور قد لا نجد له سبباً واضحاً ، لأن الصدمة جاءت بلا تفسير كاف ، فبقي الأثر دون فهم أو معالجة ، حيث يضاف إلى تلك الأعراض شعور دائم بأن الدنيا تعاملنا بشكل يفوق قدرتنا على التدارك و المراقبة، ومن زاوية فسيولوجية نستطيع فهم ما يحدث للجسد تحت وطأة تلك الصدمات ، فحين الخطر تستجيب أجسامنا عبر ما يسمى ب "الجهاز العصبي السمباثوي" مفرزة الأدرينالين الذي يمنح الجسد إشارة لطريق من اثنين : إما الهروب أو القتال ، و بناءاً على ذلك فإن تكرار هذه التجارب المؤلمة في الطفولة يدرب الجسم على التأهب المستمر و الشعور بالخطر الدائم ، و بتالي دوام نشاط هذه الاستجابة الانفعالية والفيولوجية .² (رشاد عثمان ، 2020)، و تتضاعف آثار هذه الخبرات الصادمة إذا غابت الرعاية الأسرية و الدعم النفسي المبكر ، لذلك وإذا سلمنا بأن مرحلة الطفولة بهذه الأهمية فلا بد أن نوجه جل الاهتمام لرعاية الطفل و حمايته من الأزمات و التوترات و الصراعات و خبرات الفشل و الإحباط و الألم ، ومن التعرض للقسوة و الحرمان و العنف و النبذ أو الطرد و عد القبول أو الإهمال³ (نفس المرجع الأول 1 ص 69)، و حين لا تلبى هذه الحاجات الأساسية تظهر تلك الآثار بوضوح في مرحلة المراهقة ، إذ تعد المراهقة مرآة الطفولة ، و تعيد إنتاج صراعاتها بصورة أكثر تعقيداً . و يعيش المراهق في ضل هذا الإرث الطفولي سلسلة من الصراعات النفسية ، كالصراع بين الاستقلال عن الأسرة و الاعتماد عليها، و بين مخلفات الطفولة و متطلبات البلوغ و بين رغباته الفطرية و التقاليد ، و بين الموروث الديني و التفكير الحر...

تعرض المراهق إلى سلسلة من الصراعات النفسية و الاجتماعية يقوده نحو التمرد السلبي و رفض الانتماء الأسري و العناد و التكبر و الغرور و حب الظهور و التلفظ بألفاظ نابية ، وهي مؤشرات لسوء التكيف مع الذات و البيئة المحيطة ، و يعزز هذا التمرد غياب التوجيه السليم و الضيق من القيود الاجتماعية⁴ (الميلادي ، 2005 :74)، مما

يفتح له الباب أمامه للهروب نحو بدائل مؤقتة ، و يعد الإدمان على المواد النفسية واحدا من أخطر هذه البدائل ، حيث يلجأ إليه المراهق أحيانا كوسيلة للهروب من واقعه النفسي و الاجتماعي الصعب ، أو نتيجة لفشل المجتمع و الأسرة في احتوائه ، و بتالي فالإدمان على المخدرات لا يختزل في الاعتماد الجسدي فقط بل " هو حالة مرضية من الاعتماد النفسي و الجسدي على عقار من العقاقير نتيجة التعاطي المتكرر له مع رغبة ملحة في الحصول عليه بأية وسيلة، و مع تعمق هذه الحالة يبتعد متعاطي المخدرات عن بيئته الاجتماعية و رفاقه الطبيعيين و يلجأ إلى صداقات رفاق السوء من أمثاله اللذين يتعاطون المواد المخدرة مما يزيد من فرص الانحراف و فقدان الأهلية الاجتماعية ، و من جهة أخرى ، يواجه متعاطي المخدرات نبذ المجتمع و كراهيته و تصبح النظرة إليه كإنسان شاذ و مرتكب لإثم و زور كبيرين و مخالف للقوانين و الأنظمة. 5(هادي المطيري ، 2013 : 85 ، 90)، مما يفاقم أزمته النفسية و يزيد من احتمال غوصه في دوامة الإدمان بدلا من التعافي . و نظرا لأهمية هذا الطرح أصبح من الضروري إلقاء الضوء على فئة المراهقين اللذين سبق و أن عاشوا ظروف قاسية و صدمات في طفولتهم جعلتهم عرضة لاضطرابات سلوكية من بينها الإدمان على المخدرات ، و بناء على ذلك تضمنت هذه الدراسة جانبين : جانب نظري و الآخر تطبيقي :

أولا : الجانب النظري و يحتوي على أربع فصول :

- **الفصل الأول:** و تم فيه التطرق إلى تقديم الدراسة من خلال الإشكالية ، فرضيات الدراسة ، أهمية و أهداف الدراسة ، المفاهيم الإجرائية لمصطلحات الدراسة .
- **الفصل الثاني :** تم التطرق فيه إلى صدمات الطفولة و ضم نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية و تعاريف الصدمة النفسية و أنواعها ، تعريف صدمات الطفولة و أنواعها ، النظريات المفسرة للصدمة النفسية ، إضافة إلى أعراض اضطراب ما بعد الصدمة ، و تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسي الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس و مظاهر الصدمة عند الأطفال و مصيرها و أخيرا علاج اضطراب ما بعد الصدمة .

- **الفصل الثالث :** تناولنا فيه الإدمان على المخدرات تعريفه و خصائصه، والمفاهيم الأساسية في الإدمان

على المخدرات ، مراحل الإدمان على المخدرات . تصنيف الإدمان و المواد المخدرة . أنماط تعاطي المخدرات . مدى حدوث الإدمان و انتشاره . ثم عوامل الإدمان على المخدرات . والنظريات المفسرة للإدمان على المخدرات . و من ثم تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي للأمراض العقلية ، وصولا إلى علاج الإدمان على المخدرات.

- **الفصل الرابع :** تطرقنا فيه إلى مفهوم المراهقة ، مراحل المراهقة ، سمات مرحلة المراهقة و مشكلات

المراهقة إضافة إلى الحلول المقترحة للتعامل مع المراهقين ، وصولا إلى النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة، وأخيرا دور علم النفس في مساعدة المراهقين .

ثانيا : الجانب التطبيقي و يحتوي على ثلاث فصول:

- **الفصل الخامس :** و يضم الجانب الميداني من البحث و يحتوي على منهجية البحث أدواته وإجراءاته و

الصعوبات التي واجهناها في الدراسة .

- **الفصل السادس :** وقمنا فيه بعرض الحالات العيادية و يحتوي على التقرير السيكولوجي ، بيانات أولية

عن الحالات ، اختبار فحص الهيئة العقلية ، الجوانب الأساسية في التاريخ النفسي و الاجتماعي للحالات ، اختبار الروشاخ تحليليه وتفسير نتائجه و أخيرا ملخص عن الحالات .

- **الفصل السابع :** وتم فيه عرض النتائج و مناقشتها على ضوء فرضيات الدراسة ثم الاستنتاج العام .

الخاتمة : وشملت أهم النقاط التي تطرقنا لها في دراستنا .

الفصل الأول

تمهيد:

يعتبر هذا الفصل مدخلا للدراسة، ويعد فصلا تمهيديا لموضوع البحث والذي سوف نتطرق فيه إلى جملة من العناصر أهمها : أسباب و دوافع اختيار موضوع البحث ثم الإشكالية و الفرضيات مع إبراز أهمية دراسته والبحث فيه، ومن ثم أهداف الدراسة و التعاريف الإجرائية لمصطلحات البحث والدراسات السابقة حول الموضوع .

الإشكالية :

تعتبر مرحلة المراهقة مرحلة انتقالية في حياة الأفراد لما لها من خصوصية ، المراهقة ليست تغييرا كليا في حجم الإنسان ووظائفه فحسب بل هي ميلاد لمنظومة جديدة تحمل (إدراكا ... حلما و اتصالات ...، و هي مرحلة تغير كلي و شامل و ليست أزمة نمو ، وهي تخرج المرء من عالم الطفولة و لا تدخله عالم الرشد و النضج فورا بل يبقى في مرحلة انتقالية بينهما خلال فترة المراهقة ، و تشمل تغيرات كبيرة و سريعة في كافة مجالات النمو البدني و الجنسي و العقلي و العاطفي و الاجتماعي ، و بتالي يعبر بعض المراهقين هذه المرحلة بحدوء نوعا ما و يستطيعون التكيف مع التغيرات الداخلية و متطلبات الأسرة و المجتمع ، لكن البعض الآخر يمر بأزمات داخلية و صراعات مع المجتمع و بتالي يوجد مراهقين أسوياء و مراهقين مضطربين و ينحدر هؤلاء المضطربين من بيوت محطمة و غير سعيدة .

(الميلادي ، 2010 ص 3) .

و بتالي فالمراهقة هي الفترة التي تكون فيها كل الاحتمالات واردة بسبب هشاشة الفرد و كذلك تأثره بمختلف الظروف الصعبة التي يعاني أو عانى منها : كالصدمات المختلفة التي تعرض لها و ما لها من أثر بالغ في نفسية المراهق حيث نتحدث عن الصدمة النفسية عند الأطفال كما هو الحال عند البالغين بحيث يجب أن يكونوا قد شهدوا حدثا ينطوي على خطر وفاة أو إصابة خطيرة تهدد السلامة الجسدية للطفل و يتغلب على الطفل الخوف و الرعب و الشعور بالعجز، و خلافا للاعتقادات السابقة فإن الصدمات النفسية لدى الأطفال شائعة و يمكن أن تكون خطيرة و تؤدي إلى آثار لاحقة .

حيث أن مسألة الطفل و تعرضه لحدث صادم ليست جديدة بل هي عالمية ,و مع ذلك بالنظر إلى الواقع يظل من الصعب فهمه بالنسبة للعديد من الأشخاص و ذلك لأنه يظل من الصعب الاعتراف بألم الطفل سواء كان نفسيا أو جسديا خاصة الألم الناجم عن الصدمة ,فمن بين الإشاعات التي نسمعها في غالب الأحيان و بشكل متكرر

بالنسبة للصغار "الأطفال أصغر من أن يفهموا" إنهم أصغر من أن يتذكروا " , "سوف ينسون و ليس لديهم ذاكرة و لا عقل متطور بما يكفي للفهم" و ما إلى ذلك , فكل هذه الإدعاءات تحجب حقيقة عواقب ما بعد الصدمة لدى الأطفال حيث أنه يمكننا القول بأن الطفل هو في مرحلة نمو و أنه لا يمتلك لغة

و لا قدرات معرفية و لا مهارات ذاكرة أو نمط علاقات كشخص بالغ , لكن هذا لا يعني أنه لا يشعر بشيء و لا أنه بلا عقل و لا يحس بالمآسي و الآلام التي يتعرض لها بل على عكس ذلك نحن نعلم الآن كيف أن هذه الأحداث المؤلمة التي يتعرض لها الطفل في مرحلة الطفولة لها تأثير دائم على مستقبل هؤلاء الأطفال لأن لديهم تمثيلاتهم الخاصة لما يختبرونه و نظرياتهم لفهمهم . (Hélène Romano , p 29)

لذا يمكن أن تظهر مظاهر نفسية بعد معاناة الطفولة إلى مرحلة المراهقة و غالبا ما ترتبط باضطرابات نفسية و سلوكية التي يمكن أن تستمر مدى الحياة , وبتالي يمكن للصددمات التي عاشها المراهق في طفولته أن تؤثر عليه لاحقا و أن تدفع به إلى أن يسلك بعض السلوكيات منها الإدمان على المخدرات .

مما لا شك فيه أن الإدمان بصورة عامة يشكل مشكلة كبرى للمدمنين أنفسهم سواء على الصعيد الجسدي أم على الصعيد النفسي ذلك أن الإدمان يؤدي إلى تدهور الصحة الجسدية فيتسبب بتعقيدات كبرى تتناول الجهاز العصبي خاصة و سائر أجهزة الجسم مثل الجهاز الدوري و الجهاز التنفسي و الجهاز الهضمي , أما على الصعيد النفسي فالإدمان هو سبب و نتيجة لمشاكل نفسية معينة تتراوح بين الإجهاد العادي البسيط مروراً بحالات العصاب و التوترات على أنواعها وصولاً إلى حالات ذهانية خطيرة .

هذا على الصعيد العام ، أما بالنسبة إلى المراهقين فإن الإدمان يعتبر من أعقد المشاكل التي يواجهها الفرد في هذه المرحلة من العمر ، و الأخطر في ذلك أن تعاطي المخدرات على أنواعها سواء المشروعة أو غير المشروعة

يؤدي في سن المراهقة إلى التبعية و بتالي إلى زيادة الجرعات إلى حد الإسراف ما يحدث تسمما يوقع في أمراض خطيرة و قد يؤدي إلى الوفاة . (شاهين , ص 05)

و بناء على هذا فالإدمان يعتبر مشكلة نفسية و عملية توافقية غير موفقة لشخصية المضطربة ، و الإدمان آفة اجتماعية و مشكلة قانونية خطيرة ، لها آثار سيئة متعددة على الفرد و الأسرة و المجتمع لأن المدمن قد يلجأ إلى أي وسيلة للحصول على مادة التعاطي من كذب إلى سرقة ... (سرى ، 2003) وقد تناولت بعض الدراسات الأسباب النفسية المؤدية إلى ظهور المخدرات في الوسط المدرسي ، وخلصت النتائج إلى وجود عدة أسباب من بينها الحرمان العاطفي الذي يجعل المراهق يفقد ثقته بنفسه و تقديره لذاته و يلجأ إلى سلوكيات تعويضية حتى و إن كانت خاطئة مثل تعاطي المخدرات أي الفرد إذا نشأ وسط جو سيكولوجي ملائم يجعل نموه النفسي يسير إلى السوء أما إذا نشأ في محيط يشبع فيه الإحباط والحرمان وعدم الشعور بالأمن فذلك يحدث حالة من الاستعداد التكويني و يؤدي إلى القابلية إلى تعاطي المخدرات و من بين أبرز العوامل التي تزيد من خطر الإدمان هو التعرض لصدمات في الطفولة مثل :الإساءة العاطفية والتي تخص سلوكيات مهينة أو مزعجة أو مهددة موجهة إلى طفل من قبل شخص راشد كإهانة و التحقير و التلاعب العاطفي ، والإساءة البدنية و التي هي مجموعة من الاعتداءات الجسدية الموجهة من قبل شخص أكبر سنا تجاه الطفل، ويمكن أن تؤدي هذه الهجمات إلى إصابات على الطفل أو إصابته بجروح مثال: ضرب الطفل بحزام أو عصا أو حبل أو أي جسم صلب آخر والاعتداء الجنسي أو التعرض لأي نوع من التحرش الجنسي مثال: إجبار طفل على القيام بأفعال جنسية أو جعله يرى أمور إباحية إضافة إلى الإهمال العاطفي و البدني كالحرمان من الحب و الرعاية الأساسية مثل: الغداء المأوى و الاهتمام ، مشاهدة العنف بين أفراد الأسرة و العيش في بيئة غير مستقرة كثيرة النزاعات والخسائر المبكرة كفقدان أحد الوالدين خلال الطفولة ،حيث أن كل هذه التجارب المؤلمة التي

يمكن للطفل أن يعيشها خلال مراحل نموه الأولى تؤثر بشكل كبير على حالته النفسية و العاطفية و تنعكس على سلوكياته في المستقبل . (مقاتلي نعيمة , 2018, ص 144)

إضافة إلى ذلك العوامل الوراثية و البيولوجية و العمر فهناك أعمار معينة تكون قابلة أكثر للوقوع في الإدمان ، فمثلا مرحلة الشباب و ما فيها من نزعة المخاطرة و المغامرة ومحاولة إثبات الذات أمام الأقران أو الآخرين ، لذا فإن أعلى نسب تعاطي المخدرات تكون في آخر مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الرشد ، أيضا أثر الرفقة السيئة و الأصحاب و غياب القدوة الحسنة و ضعف الوعي الاجتماعي هذه الأسباب عامة يمكن أن تشكل عوامل خطورة تزيد من احتمال تعاطي المخدرات .

و في هذا الصدد نجد دراسة (خوري و آخرون 2010): بعنوان تعاطي المخدرات و أيضا , صدمة الطفولة , و اضطراب ما بعد الصدمة لدى السكان المهاجرين حيث هدفت الدراسة إلى فحص العلاقة ما بين صدمات الطفولة و تعاطي المواد و اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة PTSD , و ذلك باستخدام المنهج الوصفي و جمع بيانات من مقابلات فحص و مقاييس مختلفة من بينها مقياس MPSS لتقييم أعراض ما بعد الصدمة ومقياس TEI, ETI لتقييم الصدمات و مقياس بيك للإكتئاب و شملت هذه الدراسة 578 مشاركا تم اختيارهم من غرف انتظار العيادات الطبية وقد أظهرت الدراسة معدلات مرتفعة للاعتماد على المواد بين المشاركين حيث بلغت نسبة الكحول 39% و الكوكايين 134% و الماريخوانا 62% و المواد الأفيونية 4,6% و تبين أن صدمات الطفولة بما في ذلك الإساءة الجسدية و الجنسية و العاطفية مرتبطة بشكل كبير بتعاطي المواد خاصة الكوكايين إضافة إلى ارتباطها و بأعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة .

و بالمقابل قام أومليلي حميد (2011) بدراسة أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور إدمان المخدرات عند المراهق الجانح ، هدفت الدراسة إلى التعرف عن العلاقة بين الأحداث الصدمية و الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح ، تناولت الدراسة الأسباب النفسية المؤدية إلى ظهور المخدرات في الوسط المدرسي ، وذلك من خلال أربع حالات إكلينيكية اعتمادا على أدوات المنهج العيادي ، وقد شملت الدراسة المقابلة النصف موجهة ، الاختبارات الإسقاطية TAT ورسم العائلة ، وقد توصلت الدراسة إلى الأسباب النفسية هي شق أساسي و رئيسي في توجه المراهق المتمدرس إلى المخدرات و ذلك من خلال محورين أساسيين و هما :

- عدم توفر الأمن و الاستقرار العائلي الذي يحدد دعامة نفسية أساسية و أهم الحاجات النفسية للنمو السوي للمراهق حيث إن توتر العلاقات الأسرية تدفع بالمراهق إلى الشارع و بالتالي إلى تعاطي المخدرات .
- الحرمان العاطفي الذي يجعل المراهق يفقد ثقته بنفسه وتقديره لذاته ، و يلجأ إلى سلوكيات تعويضية حتى و إن كانت خاطئة ، مثل تعاطي المخدرات .

— توصلت نتائج الدراسة إلى ان الحالات الأربعة المدروسة كانت كلها عرضة لعدة أحداث صدمية أسرية اختلفت في حدتها و تأثيرها ، لكنها دفعت بكل حالة و بطريقة مختلفة إلى السلوك الإدماني ، توصل الباحث إلى فرضيته و التي تقول أن الأحداث الصدمية الأسرية تؤدي إلى ظهور الإدمان عند المراهق الجانح .

و أيضا قامت (زبدي , 2010) دراسة تحليلية لعوامل الإدمان في الوسط المدرسي ، هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل المؤدية إلى انتشار ظاهرة الإدمان في الوسط المدرسي ، و قد تم استخدام المنهج الوصفي ، حيث تم إجراء هذه الدراسة على عينة من التلاميذ المراهقين من أقسام المرحلة الثانوية ، و الذين تراوحت أعمارهم

بين 16 إلى 20 سنة ، إذ بلغ عددهم 100 تلميذ من ثانوية سعيد تواتي و عقبة بن نافع بباب الواد (الجزائر العاصمة) . و بينت نتائج الدراسة أن البيئة الاجتماعية تلعب دورا مهما في في تفشي ظاهرة الإدمان و تعاطي المخدرات ، حيث أن الأسرة المنحرفة أو المشكلة و التي تعاني من الانفصال و الجهل تساهم بنسبة كبيرة في انحراف أبنائها بسبب اللامبالاة أو الإفراط في التدليل .

وأيضا قامت (مقاتلي نعيمة , 2018) بدراسة بعنوان صدمة الطفولة و علاقتها باضطراب الشخصية لدى طلبة الجامعة ، وقد أجريت الدراسة بإتباع المنهج الوصفي الارتباطي على عينة قوامها 30 طالبة تم انتقاؤهم بصورة قصدية من جامعة الجزائر2 تتراوح أعمارهن بين 19-38 سنة، وتم تطبيق استبيان صدمة الطفولة لبرنستينوفينك واستبيان ، de Bernstein et Fink 1998 Childhood trauma questionnaire (CTQ) و إستبيان تشخيص اضطراب الشخصية من تصميم هيلر وزملائه 1988، حيث أكدت النتائج أن صدمات الطفولة ساهمت في تطوير أعراض اضطرابات الشخصية على وجه التحديد، وهناك مجموعة من الطالبات لديهن اعتداء منذ طفولتهن تتمثل في المزيد من أعراض الإضطرابات الشخصية شبه الهذائية، والشخصية النرجسية، والشخصية البينية، والشخصية الوسواسية القهرية، والشخصية التابعة حيث أسفرت النتائج وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين صدمات الطفولة للإساءة العاطفية و الجسدية الإهمال العاطفي و البدني و اضطرابات الشخصية حيث بلغ معامل الإرتباط للإساءة العاطفية و الإساءة الجسدية و الإهمال العاطفي 0, 42، بينما للإهمال البدني 0,27 و كلها عند مستوى دلالة 0, 05 و تؤكد هذه النتائج أن صدمات الطفولة تلعب دورا هاما في ظهور اضطراب الشخصية لدى الأفراد .

بينما دراسة (بن طبولة و رحمانية ، 2021) دراسة بعنوان الصدمة النفسية و علاقتها بسلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهق المتمدرس ، هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة الموجودة بين المتغيرين سواء عند التلميذ

أو الطالب على مستوى المراكز التعليمية بولاية قلمة ، حيث تم استخدام المنهج الوصفي و استمارة الكترونية كأداة رئيسية في جمع المعلومات و البيانات و المكونة من مقياسين ، مقياس لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدافيدسون و مقياس السلوك الاندفاعي العربي UPPS-P القصير . وربطها بالمتغيرات الديمغرافية حيث تم توزيعها على 309 مراهق متمدرس ، و توصلت النتائج إلى وجود علاقة بين الصدمة النفسية و السلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهق المتمدرس .

انطلاقا مما ذكر سابقا حول البحث عن الصدمة الطفولة و الإدمان على المخدرات نطرح التساؤل التالي :

- هل صدمات الطفولة لها دور في إدمان المراهق على المخدرات ؟

ومن هذا السياق تنبثق منه تساؤلات جزئية:

- هل صدمات الطفولة المكبوتة هي التي أدت إلى إدمان المراهق على المخدرات ؟
- هل صدمات الطفولة المعاشة المؤلمة و الدائمة هي التي أدت إلى إدمان المراهق على المخدرات ؟

الفرضيات :

- لصدمات الطفولة دور في تعاطي المراهق المخدرات و الإدمان عليها .

فرضيات جزئية:

- صدمات الطفولة المكبوتة هي التي تؤدي إلى إدمان المراهق على المخدرات .
- صدمات الطفولة المعاشة المؤلمة والدائمة هي التي تؤدي إلى إدمان المراهق على المخدرات.

أهداف الدراسة:

- يكمن هدف الدراسة في الوصول إلى معرفة دور الصدمات الطفولة في ادمان المراهق على المخدرات .
- معرفة هذه الصدمات إذا كانت مكبوتة أو معاشة مؤلمة دائمة و لها تأثير على حياة المراهق المدمن .

أهمية الدراسة :

من الناحية العلمية:

تقدم لدراستنا إطارا نظريا حول موضوع صدمات الطفولة و دورها في تشكيل السلوك الإدماني لدى فئة المراهقين و مقارنة بالدراسات السابقة التي تم ذكرها , تكمن أهمية دراستنا في تسليط الضوء على دور العوامل النفسية اللاوعية التي يكشفها اختبار الروشاخ في تفسير السلوك الإدماني مما يساهم في إثراء الأدبيات العلمية و تعزيز فهم العلاقة بين صدمات الطفولة و الإدمان لدى هذه الفئة العمرية .

من الناحية العيادية:

تكمن أهمية هذه الدراسة في التعامل مع الحالات باستخدام المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة بتطبيق اختبار الروشاخ و هذا من أجل الكشف و الوصول إلى فرضيات البحث .

التعريف الإجرائي لمصطلحات الدراسة :

مرحلة المراهقة : هي مرحلة عمرية انتقالية تمتد من عمر 12 إلى 18 حتى 19 عاما تقريبا ، تتميز بتغيرات بيولوجية (كالبوغ) ، نفسية (كالاستقلالية و تكوين الهوية) ، و اجتماعية (كالانخراط في جماعة الأقران) و تعد فترة حاسمة في تشكيل الشخصية و النضج العاطفي .

المراهق المدمن على المخدرات : هو فرد يتراوح عمره ما بين 12 و 18 سنة ، يظهر استخداما متكررا و قهريا للمخدرات ، مما يؤدي إلى الاعتماد الجسدي و النفسي، و أعراض انسحاب عند التوقف عن التعاطي .

الإدمان على المخدرات : هو حالة مزمنة تتمثل في استخدام قهري و متكرر لمادة مخدرة ، مع فقدان القدرة على التحكم في الكمية المستخدمة ، مع ظهور أعراض إنسحابية عند التوقف و تأثير سلبي على الحياة اليومية مثل العمل و الدراسة و العلاقات .

المخدرات : هي مواد طبيعية أو صناعية تؤثر على الدماغ و الجهاز العصبي ، مما يؤدي إلى تغييرات في الوعي و المزاج و السلوك ، و تنقسم إلى أنواع مخدرات مسكنة و منشطة و مهلوسة ..

صدمة الطفولة:

تشير صدمات الطفولة في هذه الدراسة إلى التجارب النفسية السلبية التي مر بها الطفل إلى غاية سن 18 ، مثل العنف الجسدي أو اللفظي، الإهمال، الإساءة الجنسية، فقدان أحد الوالدين، أو مشاهدة أحداث صادمة. ويتم الكشف عن آثار هذه الصدمات باستخدام اختبار الرورشاخ كأداة إسقاطية تُظهر الانعكاسات النفسية والتشوهات المعرفية والانفعالية الناتجة عن هذه التجارب.

الفصل الثاني

تمهيد .

1. نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية .
 2. تعريف الصدمة النفسية .
 3. أنواع الصدمات النفسية .
 4. تعريف صدمات الطفولة .
 5. أنواع صدمات الطفولة .
 6. النظريات المفسرة للصدمة النفسية .
 7. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة .
 8. تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي
- الخامس .
9. مظاهر الصدمة عند الأطفال و مصيرها .
 10. علاج اضطراب ما بعد الصدمة .

الخلاصة

تمهيد :

تُعدّ مرحلة الطفولة من أهمّ المحطات في حياة الإنسان، إذ تتشكل خلالها الجذور الأساسية لشخصيته، فالتجارب التي يمر بها الطفل في هذه الفترة، سواء كانت إيجابية أم سلبية، تترك أثراً عميقاً ومستمراً يرافقه طوال حياته. ويُعزى ذلك إلى أن شخصية الطفل في سنواته الأولى تكون ما تزال طرية، لينة وقابلة للتشكيل، كما أن خبراته الحياتية تكون محدودة.

خلال الطفولة، يخضع الطفل لعملية نمو وتطور عقلي وجسدي ونفسي واجتماعي وأخلاقي وروحي، مما يجعله أكثر استعداداً لاكتساب قيم مجتمعه ودمجها في ذاته، ومن هنا تتركّ خبرات الطفولة بصماتها في شخصية الفرد حيث أن هذه المرحلة الحساسة قد تتعرض لاضطرابات عميقة و مضرّة بشكل خاص بسبب هشاشة الطفل و عدم نضجه و ذلك نتيجة تجارب صادمة مؤلّة تعرف بصدّات الطفولة فهناك من يتعرضون منذ الصغر لمخاطر و أشكال متعددة كالإهمال و العنف الأسري و الاعتداءات الجنسية أو الجسدية أو فقدان أحد الوالدين سوء المعاملة الحرمان العاطفي

إذ أن حياة الإنسان وحدة متكاملة و مترابطة يتأثر فيها الحاضر بالماضية، فالطفل الذي ينعم بطفولة سعيدة و متوازنة، غالباً ما يعيش مراهقة صحية و سوية، مما ينعكس بدوره على شبابه، فيكون أكثر استقراراً وإشباعاً لاحتياجاته و من المهم أن نعي أن حياة الإنسان لا تسير بمراحل منفصلة كلياً، بل هناك تداخل واضح بين المراحل، فالمرهق يحتفظ ببعض سمات الطفولة إلى جانب اكتسابه لصفات النضج المرتبطة بمرحلة الشباب.

حيث تكمن خطورة هذه الصّدّات في تأثيرها العميق على النمو النفسي و الاجتماعي مما يحدث اضطرابات نفسية عميقة قد تمتد آثارها إلى مراحل لاحقة من الحياة و بهذا الصّدّد سننطرق في هذا الفصل بالتعرف أكثر على صدّات الطفولة من جوانبها المختلفة .

1. نشأة وتطور مفهوم الصدمة النفسية:

1.1. البدايات الأولى:

مرّ مفهوم الصدمة النفسية بمرحلة تاريخية حافلة بالإنجازات الناجحة، حيث وجد في بعض النصوص التي كتبت في مرحلة ما قبل التاريخ، وصف لأعراض مثل التي عرفت فيها بعد بإسم العصاب الصدمي ولعل أقدم قصة حول هذا العصاب هي قصة المحارب اليوناني التي رواها **هيرودوت Herodote** حول معركة ماراثون اليونانية سنة 390 ق.م، والتي عانى محارب يدعى **إبيزولوس Epizolos** طيلة حياته من فقد بصره نتيجة نتيجة حدث صادم تمثل في قتل أحد المحاربين خصمه أمام عينيه ، جعله يحس بأن موته وشيكاً. (محمد احمد النابلسي 1991 ص 15).

الأحلام الصدمية: وقد وصفها **هيبوقراط Hippocrat** سنة 400 ق.م في مؤلفه **Traiter des Songes** حيث وصف ما يعرف اليوم بالكوابيس المتعلقة بإعادة المعيشة، من خلال الحلم، حيث وصف حالة اضطراب لدى بعض المحاربين باستثارة أثناء النوم، وتكرار مشاهد، وحركات جسمية حدثت أثناء المعارك. وفي سنة 1100 م أعترف ملك فرنسا شارل التاسع لطبيبه الخاص بأنه يرى أحلاماً صدمية وأعراضاً جسمية نتيجة عن قلق ورعب . (طاجين سليمة 2020 ص 10.11).

كما أن **فيليب بينال Philippe Pinel** تحدث عن الصدمة النفسية التي تعرض لها الفيلسوف **باسكال Pascal** سنة 1963، حيث كاد أن يقع في نهر لاسان بعربته وبقي لمدة 8 سنوات يعاني من حالة إعادة معيشة الحادث . (ريمّة بلعابد 2016 ص 51).

2.1 مرحلة الملاحظات الطبية:

وبعد ابن سينا أول من درس الصدمة النفسية تبعيتها الجسدية والنفسية في تاريخ الطب بطريقة علمية وتجريبية وقد قام بربط الحمل والذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع الذئب الوصول الى الحمل فكانت النتيجة هذا للحمل وضموّر ثم موته وذلك بالرغم من تقديم له نفس كميات الغذاء التي كان يستهلكها الحمل آخر يعيش في نفسي ظروف طبيعية وبهذه التجربة يكون ابن سينا قد درس الصدمة وتأثيرها الذي يمكن ان يؤدي الى الموت خوفا . (محمد احمد النابلسي 1991 ص 16).

ثم بدأت الملاحظات الأولى للاضطرابات النفسية المرتبطة بالصدّات الناتجة عن الحروب ما بين قرن 17 والقرن 19، هذه القرون كانت مسرحا للعديد من الصراعات المسلحة، والتي وفرت حقلا من الملاحظات الواسعة جدا للمختصين آنذاك إبان فترة الحروب فقد كانوا يسمّون الاضطرابات التي يعاني منها الجنود المتشائمون بموت أصدقائهم بإضطرابات الحنين **Nostalgie** (أحلام زراق 2019 ص 29).

3.1 مرحلة القرن 20:

تميز هذا القرن بالحروب والنزاعات الأكثر دموية، اذ شهد العالم في نصفه الاول حربين عالميتين مدمرتين، وهذا أدّى الى تعميق البحث الإكلينيكي حول العصاب الصدمي في مجال الطب العقلي العسكري فظهرت تسمية عصاب الحرب من طرف هونيقمان **Honigman** سنة 1907 والتي اطلقها على أمراض عصبية كالهستيريا، والوهن العصبي وتوهم المرض، والتي تمّ ملاحظتها على ضباط الروس خلال الحرب اليابانية الروسية. (ريّة بلعابد 2016 ص 52).

يعتبر "أوبنهايم" (**H. Oppenheim**)، المرجع الأساسي في تاريخ "العصابات الصدمية حيث أدخل خلال نهاية القرن 19 مفهوم "الصدمة النفسية" في علم النفس المرضي، فنشر مرجعه حول "névroses"

traumatiques" أي العصابات الصدمية" في 1888، وفي الحقيقة هو مرجع حول نفس الموضوع، كتبه بالتعاون مع زميله Thomsen في 1884. يعرض "أبنايم" في مرجعه (1888) 42 حالة عُصاب ناتجة عن حوادث العمل أو حوادث السكة الحديدية، ومنها أنشأ مفهوم "الصدمة السيكولوجية" (Traumatisme psychologique) .

قام طبيب الأعصاب شاركو وفرويد **Freud et Charcot** بتشخيص اضطرابات ما بعد الصدمة وقدم درس عن الهستيريا، حيث إعتبر أن هذا العصاب الصدمي يتكون من أشكال عيادية هستيرية ونوراستينية، كما استخدم الطبيب النفسي كرابلين **Karaplin** مصطلح عصاب الحرب للإشارة إلى رعب مفاجئ، قلق شديد، وهذه الاعراض يمكن ملاحظتها بعد حوادث مرعبة وخطيرة وفي نهاية سبتمبر 1918، نظم فرويد في بودابست **Budapest** المؤتمر الدولي الخامس للتحليل النفسي وخصّص جزءاً منه لعصاب الحرب وأرجع أصل العصاب الصدمي إلى أصل جنسي يعود إلى مرحلة الطفولة ثم ربطه بعد هذا التحليل بكمية من الطاقة النفسية التي تفجرها الحوادث الخارجية مع كيفية تعامل النفس (احلام زراق 2019 ص 17).

بالنسبة للأطفال والمراهقين، كانت الملاحظات الإكلينيكية التي قامت بها آنا فرويد و دوروثي بورلينغهام خلال الحرب العالمية الثانية، حول الأطفال الذين تعرضوا لقصف لندن (Blitz)، ذات أهمية تأسيسية في وصف صورة سريرية قريبة من العُصاب الصدمي عند الطفل.

كما يمكننا أن نذكر في هذا السياق حادثة حافلة تشوشيل التي وقعت سنة 1976، حيث قام ثلاثة رجال باختطاف حافلة مدرسية في هذه المدينة الواقعة بولاية كاليفورنيا، واحتجزوا 25 طفلاً تتراوح أعمارهم بين أربع سنوات و15 سنة لعدة ساعات بمهدف طلّاب فدية. (Alexis Revet et Autre, 2020, 08)

وقد ترك هذا الحدث أثرًا عميقًا في ميدان دراسات الصدمة النفسية لدى الطفل والمراهق، ليس فقط بسبب صداه الاجتماعي والإعلامي الكبير، بل أيضًا لأن لينور تير (Lenore Terr) تابعت حالة هؤلاء الأطفال لمدة أربع سنوات بعد الحادث، مما سمح بفهم أعمق لآثار الصدمة على المدى الطويل.

وحّد اللفظ الأول في DSMIV الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية حيث صنفته الجمعية الأمريكية للطب العقلي، ليسجل محطة مهمة في تطوير مفهوم الصدمة النفسية وفي 1980، أطلق عليه اضطرابات الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة (PTSD poste traumatique stress disordre) وفي 1992، قامت تصنيف الدولي للاضطرابات العقلية ICD 10 بتأييد مصطلح PTSD وتبنى التشخيصات التالية:

- الاستجابة الحادة لعامل الضغط وهذا في حدود ثلاثة أيام الأولى التي تلت الحادث.
 - حالة ضغط ما بعد الصدمة (إجهاد).
 - التغيرات الدائمة للشخصية بعد معاشيه الكارثة
- ثم وإنشاء جمعية علمية متخصصة منها **Issus** الجمعية الدولية لدراسة إجهاد الناتج من الصدمة سنة 1945 و **Alfest** جمعية اللغة الفرنسية لدراسة الإجهاد والصدّات (Pra-louis crock, p4. 1999)

2. تعاريف الصدمة النفسية :

- لغة: تشتق كلمة صدمة من صدم والصدّم ضرب الشيء الصلب بشيء مثله أي التقاء عنيف بين شيئين
- (فوزية صالح محمد الخليفي 2013 ص7).

وهي كلمة يونانية تروما **truma** وتعني الجرح أو الضرر يلحق بأنسجة، استعمل هذه المصطلح في ميدان الطبي والجراحة، وهي حدث خارجي فجائي يتسم بالحدة، ويفجر الكيان الإنساني ونستعمل عبارة الصدمة النفسية، لوصف وضع يجرب فيه الشخص حدثا صعبا، والأشخاص الذين يتعرضون لأحداث صادمة، كالحوادث السيارات واعتداءات الجنسية، أو أمراض خطيرة لا يصابون جسديا فحسب، بل يلحقهم الاذى النفسي

(فاطمة عبد الرحيم نوايسة 2013 ص 99).

• تعريف قاموس جان لا بلانش وبون تاليس : **la planche et pantalis**

هي حدث في حياة الشخص يتحدد بشدته وبالعجز الذي يجد فيه الشخص نفسه عاجزا عن الاستجابة الملائمة حياله وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطرابات وآثار مولدة للمرض.

• تعريف سيغموند فرويد **Freud** :

تطلق تسمية الصدمة على تجربة معاشة تحمل معنًا للحياة النفسية وخلال وقت قصير نسبياً، زيادة كبيرة جداً في آثاره لدرجة ان تصنيفاتها و إرصادها بالوسائل السوية والمألوفة تنتهي بالفشل مما يجد معه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها، ويصبح فيض الإثارة مفرطاً بالنسبة لطاقة الجهاز النفسي.

(جان لا بلانش وبونتاليس 1997 ص 300).

• تعريف نوربات سيلامي **N. sillammy** :

يعرف الصدمة بأنها حادث عنيف قابل لنشأة اضطرابات جسدية ونفسية المنشأ وتؤثر على بنية الشخصية وان لم تكن الآثار يمكن اعتبارها أزمة عارضة وتكون دائما متبوعة باضطرابات النفس الجسدية التي تكون غالبا مستمرة وتعرف بأعراض ما بعد الصدمة .

• تعريف بيار مارتى **Pierre Marty** :

يرى بان الصدمة النفسية تكمن في الأثر العاطفي على الفرد لوضعية خارجية ممتدة نسبيا لحادث خارجي يمس التنظيم العميق في نقطة تطويرية أثناء مرحلة النمو التنظيم الأكثر تطورا عن لحظة الصدمة .
(حيدر جوهرة 2019 ص 108).

• تعريف دياتكين **diattikine** :

عرف الصدمة النفسية بأنها تأثير الناتج عن الأثرة العنيفة، تظهر في ظروف غير مناسبة، ونفسية الفرد تكون غير قادرة على تفعيل التوتر الناتج، وهي عبارة عن اختلال في توازن الجهاز النفسي الذي يصبح عاجزا عن صد الاثار الناتجة عن هذه الخبرة وإرصانها عقليا.

• تعريف لويس كروك **louis crock** :

عرف الصدمة النفسية لاختراق الجهاز النفسي الذي تم تدمير فعاليته من طرف المثيرات القوية والعنيفة المتعلقة بوقوع حدث عدواني، الذي يهدد الحياة أو السلامة الجسدية أو النفسية للفرد، بحيث يجد الفرد نفسه غير قادر على مواجهة هذا الاعتداء أو السيطرة عليه لأنه لا يتوفر على الطاقة الضرورية لهذه السيطرة او أصبح غير قادر على تنظيم جهاز الدفاع

(Linda deccam 2012 p 05)

تعريف بارجوري **Bergeret** : يعرفها بأنها غياب المساعدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تعوضها تراكم الانفعالات المنعكسة، سواء من مصادر داخلية أو خارجية حتى لا يمكن السيطرة عليها
(ناجية يسمينة 2015 ص16).

- تعريف الجمعية الأمريكية للطب العقلي : الصدمة النفسية سنة 1994 في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DSM 4 هي من اضطرابات القلق حيث وصف الصدمة النفسية بأنها تجربة تحدث للفرد عندما يواجه أو يشهد حدثا يتضمن تهديدا فعليا بالموت أو جروح خطيرة أو تكون مهدده لسلامة الجسدية أو سلامة الآخرين وتكون الاستجابة بالخوف الشديد أو بالشعور بالرعب أو العجز .
(نفس المرجع السابق ص 16)

• تعريف فرونسوا لبيجو François lebigot :

الصدمة النفسية هي تلك المواجهة مع واقع الموت فهي مواجهة العدم الذي يجعل الفرد المصدوم مسؤول على تشكيل صوره الصدمية للحدث ويضيف فرويد **freud** في هذا الإطار " أننا نعلم جميعا بأنه سنموت لكننا لا نصدق ذلك، لا يوجد تمثيل للموت في اللاوعي، وهذا راجع إنكسار الذي أحدثه الحدث الصدمي المفاجئ، فيصبح بهذا المجال، التصورات غير مذهل وغير قادر على تحويل الواقع إلى حقيقة

(François lebigot 2006 p. 7)

3. أنواع الصدمات النفسية :

يمكن تقسيم أنواع الصدمة الى نوعين اساسيين كالتالي :

1. الصدمة الرئيسية: تتمثل في الخبرات المؤلمة في الحياة أي الفرد تصادفه باكرا تكون لها آثار على نفسية الفرد.

1.1 صدمة الميلااد:

أول صدمة تعيشها الشخص في حياته، هي صدمة الميلااد لان تجربة الانفصال عن الأم يؤدي إلى الشعور المولود الجديد بالقلق، وقد يكون هذا القلق هو أصل لكل قلق قد يعيشه لاحقا في حياته، فالطفل يعيش الولادة كصدمة عنيفة، وقد اعتبر أوثرانك **ottoRenk** الصدمة النفسية النموذج الأولى ، أول نواة لكل عصاب، وأنها تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي في خروج الطفل من جنّته الأولى، بانتزاعه من الحياة الرّحية، هو النمط الأول لكل قلق أول أصل لكل عصاب (OttoRenk, 1976 ,P10)

2.1 صدمة الفطام:

يتعاقب الإشباع والإحباط عند الطفل منذ ولادته، وعلاقة الرضيع بالثدي كموضوع جيد، تعقبها علاقة به كموضوع سيء وكرهه أثناء الفطام وهكذا تتراوح مواقف الرضيع من المواضيع، إذ يرسم صورة هوائية، تجعل هذه المواضيع سيئة أو جيدة، وقد لا ترتبط هذه الصورة فعلا بحقيقتها ومن هنا، ينبع القلق أو العصاب.

كما ترى ميلاني كلاين أن الأم هي ميدان زراعة الطفل، فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العلم الخارجي، وهي في نفس الوقت منبع كل أنواع المهجر، فهي تساهم في صدمة الولادة وصدمة الفطام.

3.1 صدمة البلوغ:

تعد هذه المرحلة صدمة، وأزمة نفسية، وبيولوجية، لأن هذه الصدمة تحمل وتعبر عن معنى أزمة الهوية، فالمعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه، وان البلوغ صدمة لان الفرد لم يعد طفلا وليس راشد بعد، ولا يعرف مكانته في المجتمع .

2. صدّات الحياة:

وهي التجارب التي يمر بها الفرد أو الأحداث التي يتعرض لها سواء كانت بسيطة أو عنيفة وان كانت كذلك فهي تسبب له صدمة نفسية وهي أنواع:

1.2 صدّات الطفولة : قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا كالعلاقات العلاجية، التي تجري للطفل من دون إعدادة نفسيًا، أو اعتداءات جنسية على الطفل، أو الموت احد الوالدين أو كليهما فجأة والمعاملة القاسية التي تلقاها الطفل من بيئته ويرى فرويد أن كل الأمراض منشأها صدّات في الطفولة .
(سهام سنوسي 2017 ص 23 24)

2.2 صدمة ناتجة عن معاشة حدث صدمي: وهي نتيجة عن أحداث عنيفة الطبيعية خارجة عن نطاق الفرد كالفيضانات، والزلازل، ومختلف الكوارث الطبيعية كما قد تتكون بفعل الإنسان كمثال: الحروب وحوادث المرور وغيرها.

3.2 صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم: كسماع الشخص فقدان احد المقربين إليه، كموت شخص عزيز، أو سماع إصابة بمرض خطير رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي وعموما كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية .
(سهام السنوسي 2017 ص 25).

4. تعريف صدّات الطفولة :

صدمة الطفولة هي تجربة مرهقة مثل الإساءة الإهمال و العيش في أسر مختلة و التي تحدث قبل سن 18 عاما وتتضمن التجارب المؤلمة عادة يشعر فيها الأطفال بعدم الأمان جسديا وعاطفيا أو كليهما , حيث لا تؤثر التجارب على الجميع أو لا تؤثر بنفس الطريقة و لكن مع ذلك الصدمات التي يتعرض لها الإنسان في مرحلة الطفولة يمكن أن تؤثر على الصحة العقلية والجسدية بمرور الوقت .

و أيضا تعرف على أنّها نتيجة نفسية لما يلي لحدث خارجي واحد غير متوقع سلسلة من الأحداث المرهقة للغاية التي تجعل الطفل يشعر بالعجز و الإحباط , و تترك أثرا عميقا على نفسية الطفل مما يؤدي إلى تعطيل شعوره بالأمن و الثقة في العالم من حوله .

(<https://www.unbravo.com>)

5. أنواع صدّات الطفولة :

تتنوع صدّات الطفولة ما بين الجسدية و النفسية و الجنسية و لكل منها تأثيرات خاصة حسب شدتها و طبيعتها و يمكن تصنيفها كالآتي :

❖ الإهمال :

يحدث الإهمال عندما لا يتم تلبية احتياجات الطفل أو المراهق أو استغلالها أو تجاهلها أو الاستياء منها , حيث أنه في بعض الأحيان قد يتمكنون القائمون على رعاية الطفل من تلبية احتياجاته الأساسية لكنهم يفشلون في تلبية احتياجاتهم النفسية و العاطفية كغياب التفاعل و الحنان و الحرمان العاطفي من الوالدين أو مقدمي الرعاية أو إهمال جسدي كعدم تلبية احتياجاته الأساسية كالغذاء السكن الرعاية الطبية التعليم , النظافة و حمايته من الأذى أو ترك الطفل بمفرده لفترات طويلة فبسبب حرمانهم من فهم مشاعرهم ينشأ هؤلاء الأطفال وهم يتعلمون أنه يجب عليهم الخوف من التعبير ردود أفعالهم الطبيعية و عندما يصبح الطفل بالغاً قد يظهر ذلك في شكل صعوبات نفسية و جسدية مثل :

- ضعف الشعور بالقيمة الذاتية .
- تدني احترام الذات .
- عدم الثقة بالنفس .

- صعوبات مرتبطة بالوحدة .

بالإضافة إلى ذلك قد يتعلم الأطفال سلوكيات الأشخاص الذين يعتنون بهم مثل: الانفصال العاطفي , القلق .

❖ إساءة المعاملة :

هناك أشكال كثيرة من الإساءة إلى الطفل التي تؤذيّه و تسبب له مشاكل نفسية و قد تشمل الإساءة :

- **الإيذاء الجسدي :** و تتمثل في أفعال جسدية تتراوح بين تلك التي لا تترك أثراً جسدياً على الطفل و أفعالاً جسدية التي تسبب إعاقة دائمة أو تشوه , و يمكن أن ينتج الإيذاء الجسدي في التأديب أو العقاب البدني و يشمل أفعال جسدية كالضرب اللكم الركل , الحرق الدفع الرمي أي كل أشكال العنف الجسدي
- **الاعتداء الجنسي :** أي فعل مكتمل أو محاولة غير مكتملة أو اتصال جنسي للمس المتعمد أو استغلال الجنسي أي تفاعل جنسي غير تلامسي للطفل من طرف شخص أكبر منه سناً .

(Leonard J.Paulozzi et autre,2008)

من بعض الأمثلة من الأمثلة على الإساءة الجنسية السرية مداعبة الطفل من قبل أحد الوالدين أو من يربي الطفل، أو ذكر قصص وتجارب جنسية على مسمعه، أو لمس الطفل أو المراهق في أماكن غير مناسبة في جسمهم وأي تصرف مثير جنسياً .. إن هذه الأشكال من الإساءة الجنسية تسبب عادة مشاعر راسخة مزمنة من الإحساس الشديد بالذنب والعار وهي مشاعر تنتقل باللاوعي إلى سن الرشد.

(تشارلز ويتفليد, أمال الأثاث, 2009, ص55)

- **إساءة النفسية :** أقوال يوجهها الوالدان أو أحدهما تشمل الإهمال النفسي و التهديدات و التحقير و الانتقادات المستمرة , الترهيب , الإذلال أمام الآخرين و السخرية الدائمة و تجاهل مشاعر الطفل و الصراخ و الشتم بألفاظ قبيحة تؤذي الطفل .

(سامية شينار, 2023 ص406)

❖ العنف :

يعتبر العنف شكلاً من أشكال الإساءة العاطفية وقد أنشأت وكالة الصحة العامة الكندية (2008) فئة محددة لهذا النوع من الإساءة وعرفت بها بأنها حالة يشهد فيها الطفل أعمال عنف بين الأشخاص الذين يعتنون به. إن البيئة التي تحدث فيها الصراعات العنيفة يمكن أن تؤدي إلى الضيق والغضب لدى الطفل، الذي لا يرى بيئته على أنها متوقعة وآمنة. وتختلف تأثيرات العنف المنزلي بين الأفراد، ولكن تم إثبات وجود روابط واضحة بين هذا النوع من العنف والمشاكل العاطفية والسلوكية عند الأطفال مثل القلق والاكتئاب والعدوان والعصيان ، حيث أن العيش في بيئة غير مستقرة ينتج صدمة نفسية .

(Michèle Sauve,2016,p 03)

❖ الصدمة ناتجة عن فقدان أو انفصال :

لا يتأثر الأطفال بالصدمة التي يتعرضون لها فقط بل يتأثرون بالصدمة التي يتعرض لها الآخرون وهذا هو الحال عندما يموت أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة القريب أو نهاية العلاقة طلاق , أو الابتعاد عن العائلة كالتبني الإيواء و الانفصال المفاجئ عن شخص مرتبط به الطفل عاطفياً .

6. النظريات المفسرة للصدمة النفسية :

1.6 الصدمة عند فرويد :

لقد ساهم التحليل النفسي بشكل كبير في وضع مسألة الصدمة النفسية في صميم المعاناة والاضطراب النفسي، مع أهمية خاصة نسبت لصدّات الطفولة واللاواعية وقد تطورت مفاهيم الصدمة بشكل كبير عبر الزمن، إذ لم تعد محصورة في معناها التقليدي، بل اتسع نطاقها.

شهدت أعمال فرويد تطوراً في النظريات المتعلقة بهذه المسألة المحورية. ففي المرحلة الأولى بين 1895 و1920، ركز فرويد على الصدمات الجنسية الطفولية، وانتقل من تصور يعتمد على وجود اعتداء جنسي حقيقي تعرض له

الفرد في الطفولة (نظرية الإغواء أو "النوروتيك") إلى تصور يقوم على فكرة أن هذه الاعتداءات قد تكون متخيلة وليست واقعية (كما عبّر في رسالته الشهيرة إلى فليس عام 1897) هذا الانتقال من الواقع الخارجي إلى الواقع الداخلي يعدّ تأسيسياً: فالمهم ليس الحدث نفسه، بل ما يخلفه في نفسية الفرد. ومن المفاهيم الأساسية التي طورها فرويد أيضاً: "بعد الحدث après-coup" أي أن الصدمة النفسية تتطور على مرحلتين.

المرحلة الثانية، في كتاب ما بعد مبدأ اللذة (1920)، بدأ فرويد يهتم أكثر بالجانب الاقتصادي للصدمة (أي التدفق الزائد للمثيرات الذي يفوق قدرة الفرد على الاستيعاب والتفسير)، وقدم مفهوم "اقتحام الحاجز الواقعي النفسي" **pare-excitation** أصبحت تكرارات الصدمة تُفهم كمحاولة من الفرد للسيطرة على ما حدث من خلال إعطائه معنى وتفسير نفسي، حيث أعاد فرويد الاهتمام بدور الحدث الخارجي في تشكيل الصدمة النفسية، موضحاً أن هذه الأخيرة تنجم عن قوة إثارة خارقة تفوق قدرة الجهاز النفسي على التحمل والتصريف. وقد ركّز على البعد الاقتصادي للصدمة، حيث تتسبب التجربة الصادمة في فيض من التوترات النفسية يعجز مبدأ اللذة عن تصريفه، ما يؤدي إلى اضطراب داخلي حاد. يرى فرويد أن الجهاز النفسي يعمل كدرع دفاعي واقعي، وإذا ما تلقى حدثاً عنيفاً دون استعداد مسبق، فإن هذا الحاجز يُكسر، ويحدث اختراق لدرع للإثارة لا تتمكن الدفاعات النفسية من التحكم فيه. ومن الوسائل التي قد تلجأ إليها النفس لمحاولة استيعاب الصدمة، تكرار الحدث في الأحلام، كآلية دفاعية تهدف لإعادة معالجته. و بالتالي، فإن الصدمة النفسية ليست مجرد نتيجة للحدث في حد ذاته، بل تتعلق أيضاً بحالة الجهاز النفسي واستعداده الداخلي لمواجهة ذلك الحدث

فإن الجهاز النفسي يدخل في حالة طوارئ للدفاع عن نفسه و بمجرد اختفاء التهديد يبدأ هذا الجهاز في العودة تدريجياً إلى حالته الطبيعية لكن الصورة المؤلمة أو الحدث الصادم يثبت في الجهاز النفسي و يترك أثراً عميقاً في النفس و يمكن أن تتلاشي في غضون أسابيع أو أشهر أو سنوات وتبقى آثارها مدى الحياة مما يمكن أن يؤدي إلى حدوث

اضطرابات جسدية نفسية سلوكية ... فإن الصدمة تترك أثرا داخليا قد يرافق الشخص طوال حياته.

(Alexis Revet et Autre, 2020, p 09)

2.6 الصدمة النفسية حسب فرانزي :

لقد أثارت نظرية فرويد حول الصدمة و أصلها جدالا وصراعا كبيرا آنذاك، ومن بين الذين قدموا الكثير في ميدان الصدمة وساهموا في إثراء البحوث حولها نذكر **Sandor Ferenczi** حيث عرض في 1932 *langue* " Confusion de entre les adultes et l'enfant " حيث أسس نظريته حول الصدمة قال بأنه لا يتكلم الراشد والطفل لغة واحدة؛ يفرض الراشد على الطفل لغة شغف (passion) مصبوغة بالجنسية (sexualite) اللاشعورية التي لا يمكن للطفل إرضائها بسبب رقة لغته وخلوها من الشغف (non passionnelle). فالمنبهات الوالدية تتجاوز قدرات الطفل على الأيض (métabolisme) ويمكن أن تكون صدمة حقيقية تؤدي إلى انشطار الأنا *clivage de moi* والانسحاب النرجسي (retrait narcissique).

وصف فرانزي بالإضافة إلى ذلك، التماهي بالمعتدي أين يكون عند الطفل نقص في النضج النفسي (identification à l'agresseur) الذي يمكنه من تحمل اللغة والسلوكات المشغوفة من طرف الراشد، فيخضع إذن إلى المعتدي، وحينها يستدخل في نفس الوقت الذنب الوالدي اللاشعوري .

و يعتبر استدخال الآلية الدفاعية المفضلة في المرحلة الفمية، فهذه الغواية الأولى من طرف الأم وليست من طرف الأب، يكون لها دور في تكوين الهستريا حسب فرانزي .

إسترجع فرانزي بعد تحلي فرويد عن *neurotica* دور الغواية الراسخة في واقع الصدمة التي ظن فرويد أنها هوائية، فعند فرانزي، الصدمة الأصلية (trauma original) هي من الغواية الوالدية للطفل البريء .

يعود أصل الصدمة إلى الغواية الوالدية للطفل البريء عند طلبه للحنان، فهي فترة مكونة للنفس الإنسانية (la psyche humaine)، ومنها يعتقد فرانزي أن التقنية التحليلية لا تستكشف بكفاية طلب الحنان هذا الذي يأتي به الفرد.

يخلق هذا الخلط في اللغة، وجذور العنف اللاإرادي واللاشعوري من طرف الأم، وكذلك الأم الطفل صدمة مكونة تجعل الطفل في وضعية إرصاد آليات الدفاع خاصة به من أجل المقاومة والخروج بسلام وتوجد هذه الفكرة عند D.W.Winnicott الذي يرى أن في أصل الجهاز النفسي، هناك صدمة أولية، فهذه الصدمة المبكرة هي إذن أصل النفس وكذلك الأمراض النفسية، كما هو الحال بالنسبة لعقدة أوديب التي هي عقدة مركزية بالنسبة لفرويد . ومن جهة أخرى، يُرجع فرانزي من جديد مفهوم الصدمة إلى المشهد الواقعي، فمن خلال دراسات على الحرب وعلى المرضى الذين يعانون العُصاب الصدمي، استنتج أن الهشاشة المكونة للأنا ترجع إلى الطفولة المبكرة وتجعلها قابلة للإستثارة الكبيرة أين تعمل على كسر النظام النفسي الذي ليس بحوزته إلا التجزئة (morcellement) من أجل البقاء على قيد الحياة . فالآثار الذكورية la trace mnésique للحدث المحطم بمعنى ذعر وهلع توجد بصفتها منشطرة على بقية النفسية (psychisme) ، إلا أنها تبقى حية رغم أنها لاشعورية، حينها يجد المريض نفسه يكرر باستمرار أثناء أحلامه الوضعية الصدمية و التذكر (remémoration) الواعي مستحيل ويمنع الإرصاد .

يرى فرانزي أن الميل إلى تكرار الصدمة أكبر أثناء النوم مما هو عليه أثناء اليقظة، فخلال النوم العميق، هناك إمكانية رجوع الانطباعات الحساسة غير المحلّة والتي هي مخفية بعمق وجد عنيفة وملتهبة، فكانت إذن من قبل، مصحوبة بلا وعي عميق وتجدد الإشارة إلى أن لتكرار الكوابيس والأحلام فائدة، لأنه يقود الصدمة النفسية لأن تحلّ نهائياً إن أمكن، فوظيفة الحلم هي تفريجية . (سعدوني غديري 2011 ص 50 52)

3.6 الصدمة النفسية من المنظور السلوكي :

قدمت المدرسة السلوكية العديد من التفسيرات لمختلف المظاهر النفسية مما ساهم في إثراء العلوم النفسية و تطورها بدءاً من نظرية الارتباط الشرطي الكلاسيكي للعالم الروسي (بافلوف) إلى نظريات علماء المدرسة السلوكية الأمريكية وعلى رأسهم (واطسون) باعتمادهم على القياس التجريبي و عدم الاهتمام بما هو تجريدي غير قابل للملاحظة و القياس و لم يكفي السلوكيين بقانون (المثير الاستجابة) وأسس "سكينر" ما يعرف بالارتباط الشرطي الفعال ، بل اعتبروا أن البيئة الخارجية تتحكم في السلوكيات كونها تعد مدخلاً صحيحاً لزيادة احتمال صدور استجابة معينة أو خفض هذا الاحتمال.

إن الاستجابة المباشرة لحدث صدمي من وجهة نظر النزعة القصدية للمدرسة السلوكية هي على شكل حالات توتر الصدمة، حيث تصدر تلقائياً سواء كان الفرد سوياً أو مضطرباً، وقد أوضح كل من تولمان و كانتور " أن السلوك هو نتيجة ترابط بين وظائف الوحدة العضوية، من أجل تلبية الغاية المتمثلة في النتيجة والغرض الذي تهدف إلى تحقيقه بعد النقاط المثير البيئي وتذكر نظرية مور 1960 المكونة من عاملين لهما دور كبير في ظهور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة عند المحاربين، حيث يكون فيها حدث الصدمة بمثابة منبه غير مشروط بظهور القلق والخوف بالاستجابة اللاشرطية أو الطبيعية، يصبح منبه غير طبيعي (خبرة ماء، اقترنت بالحدث الصدمي مثل الأصوات العالية أو سيارات الإطفاء وغيرها من المثيرات) منها مشروطاً وتظهر الاستجابات المشروطة المتمثلة بالخوف والقلق التي يشعر المريض بسببها بعدم الراحة، وتؤدي إلى أن يسلك سلوك التجنب بصورة سلبية .

4.6 الصدمة النفسية من المنظور المعرفي :

لقد ذكرت المقاربة المعرفية ثلاثة إختلالات أساسية في الوظيفة المعرفية، الانحراف المعرفي العجز المعرفي والاعتقادات الخاطئة وظيفياً ، و ميزت بينها من حيث ترجمة المثيرات بالنسبة للانحراف المعرفي فهو يظهر في عدم القدرة على

تحقيق بعض الوظائف المعرفية القاعدية التي يتم معالجتها في الذاكرة أو تنفيذ سلوكيات مثل عدم تذكر السياق الذي سمع فيه خبر ما أو عدم استطاعة كبح المعلومة الغير مفيدة و التي لا صلة لها بالموضوع.

و فيما يخص العجز المعرفي في عملية الانتباه والتذكر وأثناء التأويل، فإنها لا تأخذ الصبغة العامة التي تعطي طابع للمعتقد الأساسي، حيث يعتقد أندرسون " Anderson " أن الفرد يعالج اختياريا بعض أنواع المعلومات على حساب معلومات أخرى مثل المعلومات التي لها طابع سلبي أو تلك التي تثير فكرة خطر ما.

أما الاعتقادات الخاطئة معرفيا والتي تقوم على مجموعة معقدة من الترابطات بين المفاهيم ، تكون هذه الأخيرة مخزنة في الذاكرة الدلالية، تعطي للفرد إدراكا وفهما مختلفا للعالم بتعديل عملياته النفسية المعرفية و العلائقية والوجدانية مثلا، إذا كان الفرد يعتقد بأن الظهور أما الجمهور سيؤدي إلى الحكم عليه سلبا، فإن موقفه من المشاركة في التظاهرات العمومية سيصبح متشنجا.

تتم النظرية المعرفية بمدى تأرجح سلوكيات الفرد في مختلف مراحل أثار الصدمة كيفية دخول الفرد في حالة صدمة نفسية وطريقة مواجهتها، لتتكون تدريجيا كأنماط معرفية على المدى الطويل، لأن التخلص منها و إبعادها من الذاكرة بطيء وصعب ، مما يسمح لها بأن تصبح نمط من الأنماط التي تغيرت بعد الصدمة ويرى رواد هذه النظرية أنه قد تفتتت صلابة النفس وتفقّد مرونتها في كيفية التعامل مع صدمة الموت المفاجئ وإعادة معاشته المتكررة ، إذ يصبح الفرد غير قادر على التحكم في سلوكياته ولا يدري إن كانت موفقة أم لا، ويفقد السيطرة في اتخاذ القرارات والسلوكيات الصائبة والمناسبة للموقف في تلك اللحظات، لكون مجموعة العمليات الذهنية ضمن التغذية الراجعة المعرفية توظف فرضيات معرفية مكتسبة.

(إيمان زناقي و بسمة زغدوني 2019 ص 88 89)

5.6 الصدمة النفسية من المنظور العصبي البيولوجي :

عندما يتعرض الإنسان لتهديد يمس سلامته الجسدية أو النفسية، فإن جهازه العصبي يستجيب فوراً بطريقة تسمى "الكرّ أو الفرّ" (fight or flight)، حيث يتم إفراز مواد كيميائية مثل الكاتيكولامينات (مثل الأدرينالين) لتهيئة الجسم للهروب أو المواجهة .

وإذا استمر التهديد لفترة أطول، يبدأ الجسم في تفعيل نظام هرموني أعمق يُعرف بـ"المحور تحت المهاد - الغدة النخامية - الكظرية"، مما يؤدي إلى إفراز هرمونات مثل: الغلوكوكورتيكويدات (الكورتيزول مثلاً).

لكن التعرض المزمن لمستويات عالية من هذه الهرمونات يمكن أن يؤثر سلباً على الوظائف المعرفية مثل الذاكرة والانتباه، وقد يسبب أضراراً في نمو الدماغ عند الأطفال والمراهقين.

بحيث أن التعرض المتكرر للصدمة في مرحلة الطفولة أو المراهقة يمكن أن يترك آثاراً واضحة على الدماغ، من حيث البنية والوظيفة، مما يساعد في فهم اضطراب ما بعد الصدمة المعقد (TSPTC).

حيث هناك نماذج علمية حديثة تشرح كيف تؤثر الصدمة على الدماغ، مثل فقدان الروابط العصبية بسبب التوتر، وقد ساهمت في تطوير فهم أفضل للاضطراب فالتعرض لصدّات المتكررة في الطفولة والمراهقة وفي هذه الفترات الحرجة من النمو قد يؤدي إلى تغييرات في بنية ووظيفة الدماغ، خاصة في سياق ما يُعرف بـ اضطراب ما بعد الصدمة المركب (TSPTC) ويمكن أن تترك الصدمة النفسية آثاراً بيولوجية في الجسم، والتي قد تؤثر على الشخص المصاب طوال حياته، بل وقد تنتقل هذه الآثار إلى الأجيال القادمة (عبر تغييرات في التعبير الجيني). (Alexis

(Revet et Autre, 2020)

7. أعراض اضطراب ما بعد الصدمة :

إن أعراض ما بعد الصدمة تشبه أعراض التوتر النفسي إلى حد ما. و يمكن أن تحدث هذه الأعراض نتيجة لأحداث مختلفة لكنها في العادة تكون مرتبطة بحدث صادم خارج التجربة العادية إذ أن الباحثين يجدون صعوبة في الربط بين مظاهر الاضطراب النفسي أو السلوكي لدى الفرد واحتمالات تعرضه لحدث صادم معين.

لذا فإن الحدث الصادم يجب تصنيفه وفق مظاهره الخاصة التي تنقسم إلى قسمين:

مظاهر رئيسية أولية وأساسية في اضطراب ما بعد الصدمة, ومظاهر ثانوية أخرى تترافق مع الأولى .

أ- المظاهر الرئيسية:

✓ استعادة الحدث - الصدمة: تتم هذه الاستعادة بصورة تلقائية مع شعور الشخص بالذنب والحزن والعدوانية

وهو يعتقد بأن الحدث قد يتكرر.

✓ الكوابيس وتأتي هذه الكوابيس على أربعة أشكال:

- كوابيس مرتبطة بالحدث - الصدمة.

- كوابيس غير حقيقية ولكنها يمكن أن تحدث.

- كوابيس بعيدة عن الواقع.

- كوابيس بعيدة عن التجربة الصادمة.

و من جهة أخرى وجد بعض الباحثين أن الكوابيس تستمر حتى ساعة اليقظة، الأمر الذي يزيد من ظاهرة التفكك

عند الشخص. وهكذا تبقى الكوابيس تنغص عيش الشخص لسنوات طويلة.

✓ ظاهرة التفكك و التذكر السريع للحدث استعادة الحدث بصورة سريعة و مفاجئة بحيث تجعل الشخص

يعبر بشدة عن انفعالاته مع ظهور حالة من النسيان و الخلط الذهني وتطغى على تفكيره ذكرى الحدث

فالأشخاص الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة بدرجة شديدة أو متوسطة وبسبب هذا التفكك لا يستطيع

المصدوم أن يفصل بين الواقع والخيال، فهو يخلط بين أحلامه وواقعه مع وجود الأرق والإرهاق الذهني والجسدي.

✓ التعرض لأحداث رمزية أو ما شابه: إن أعراض اضطراب ما بعد الصدمة تتفاقم عندما يتعرض المصاب

لأشياء أو وضعيات أو أعمال تذكره بالحدث الصدمة: كالطقس، أو رؤية الدم.... إلخ

✓ التبلد الانفعالي: يعتبر التجنّب والتبلد من الصفات الرئيسية لاضطراب ما الصدمة , فالتبلد الانفعالي أي

الجمود في ردّات الفعل إزاء المنبهات الخارجية، يظهر خلال انخفاض الاهتمام بالأنشطة التي كانت قائمة

في حياة المصدوم. (فهو يميل إلى العزلة الاجتماعية أو الانسحاب الاجتماعي وفقدان الرغبة في المشاركة

الوجدانية، وقد تكون هذه أوسيلة دفاعية يلجأ إليها الشخص لاستعادة السلام الداخلي .

✓ الشعور بالانفصال والنفور: إن شعور المصدوم بالنفور يدفعه إلى اتخاذ ردات فعل عدوانية ضد الآخرين

بحيث ينفعل بشدة ويغضب ويتعارك معهم فالألم النفسي القوي الذي يعاني منه المصدوم يجعله يشعر بأنه

شخص غير مرغوب فيه من قبل الآخرين.

ب المظاهر الثانوية :

إضافة إلى الأعراض المذكورة، تشير جمعية الطب النفسي الأميركية إلى أعراض أخرى ثانوية تترافق مع الأعراض الأولية

, لذا يجدر بنا التذكير بها علها تساعدنا على فهم معاناة الشخص، ومن الأعراض الثانوية نذكر:

✓ الحزن و الاكتئاب .

✓ القلق والتوتر .

✓ الخوف والشعور الدائم بأن حياة الشخص في خطر وأنه لن يعيش طويلاً.

✓ التعب الجسدي.

✓ التعرض لتغيرات سلبية في الأسرة والسلوك والشخصية كالتطرف في المواقف والشعور بالاضطهاد وفقدان

الرجاء بالمستقبل

وهنا لا بد من الإشارة إلى أن اضطراب ما بعد الصدمة يؤدي إلى:

✓ تدني في المستوى المعرفي وضعف الذاكرة والتركيز وعدم القدرة على والمثابرة في العمل.

✓ كما أن الشخص المصاب يصبح أكثر حساسية لأية حركة أو كلمة، وغالباً ما يفسر الأمور بطريقة

ملتوية.

✓ الشعور الدائم بالذنب ولوم النفس لأن الشخص يعتقد أنه لم يفعل شيئاً لإنقاذ من ذويه أو زملائه ويحمل

نفسه مسؤولية ما حدث ويعتقد أنه يستحق العذاب.

– الأعراض عند الأطفال :

وبالرغم من أن المعالم العامة لتأثيرات صدمة على الأطفال تكون متماثلة عند معظمهم، إلا أن ما يبدو من أعراض

ومظاهر لهذا الاضطراب تتباين بينهم وفقاً للبعد النمائي، أي وفقاً لمتغير عمر الطفل والخصائص النمو ومشكلاته.

إن الأطفال في سنوات المدرسة الابتدائية (7 - 12 سنة)، قد يستطيعون الاستفادة مما لديهم من مهارات معرفية

أو انفعالية واجتماعية بحيث يستعملونها في التعامل مع الصدمة.

✓ ففي المجال المعرفي، قد يجدون صعوبات ومشكلات في التركيز بسبب الشرود الذي يظهر عليهم، ولهذا فإن

مستوى الأداء المدرسي لديهم يتعرض للتدهور وهذا قد يعود إلى عدم قدرة الطفل على التركيز بسبب

ذكريات الصدمة وتشبع ذاكرته بمشاهد الصدمية، وفي هذه الحالات يبدي الطفل تشتتاً في عمله المدرسي.

حيث تأخذ اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة عند الأطفال عدة أشكال تشمل :

✓ الاسترجاع البصري للأحداث والمقصود به أن يستعيد الطفل الأحداث التي تعرض لها بشكل صور بصرية يعبر عنها في رسوماته أو ألعابه التي يحددها.

✓ من بين أعراض استرجاع الخبرة الصادمة (Reexperiencing) واضطراب التحكم في الاندفاعات والشكاوى الجسمية والصحية.

✓ نسيان أو خلل في ترتيب الأحداث وهنا يروي لنا الطفل ما حدث معه، ولكن بدون ترتيب دقيق، كما نجده يحذف جزءاً من الأحداث لم يعد يتذكره، وهي محاولة منه (غير واعية) للتخلص من بعض المشاهد أو الأفكار أو الأحداث التي لا يحتملها أو لا يرغب في الاحتفاظ بها.

✓ زيادة الخوف و التوتر وفيه يبدو الطفل وكأنه في حالة توقع الحدوث شيء مكروه، فهو يتوقع دائماً أنه سوف يتعرض لخطر كالذي مر به، فيحدث لديه نوع من الحركات اللاإرادية، كما يخشى النوم بمفرده. وقد يصل الأمر في حالة الخوف الشديد إلى عدم قدرته على دخول الحمام بمفرده أو حتى التحرك لعدة خطوات أمه.

✓ وقد يربط الطفل بين ما حدث معه قبل الأزمة وما يراه الآن، بمعنى أنه كان القصف قد حدث في أثناء تناول الطعام مع الأسرة، ففي كل مرة يبدأ في تناول الطعام، يعتقد أن القصف قد يحدث الآن، أو يعبر عن ذلك بخلل يظهر من خلال ملامح وجهه أو رعشة في يديه أو حتى في مشكلات البلع أو عدم تناول الطعام.

✓ تراجع في السلوك ويشمل الخوف من الظلمة، والالتصاق بالوالدين أو من يمثلهم، فيربط حركته بحركتهم ولا يستطيع نهائياً الانفصال عنهم، ويظهر لديه أيضاً مص الأصابع.

✓ زيادة الغضب والعنف السلوكي و اللفظي : قد تظهر سلوكيات غير مقبولة سواء موجهة للآخرين أو موجهة لنفسه خاصة لدى المراهقين، فنجد الطفل يدخل في ثورات الغضب وقد يتلعثم بالكلام فهو يعصب لأنفه الأسباب أو حتى من دون سبب. أما العنف السلوكي فيظهر من خلال كسر ما يقع تحت يديه من أشياء وهو يضرب أقرانه أو بعض أفراد أسرته، كذلك يظهر العنف اللفظي في صورة سب الأشخاص أو الأشياء، ويظهر العنف أيضاً نحو الذات فيؤذي الطفل نفسه. أما الإحباط فقد يظهر لديه في عدم رغبته في المشاركة أو في غياب الاندماج مع الآخرين.

✓ رفض الحدث وإنكاره : في الواقع تعد هذه الظاهرة من المؤشرات الهامة على مدى الضرر الذي لحق بالطفل، فهو لا يحتمل التصديق بأن الحدث قد تم بالفعل إذ أنه ينكر ذلك تماماً.

إذا كانت هذه هي الأعراض التي تظهر عند الطفل في البداية كاستجابة، فإن هناك العديد من الاضطرابات المرضية التي قد تظهر لديه ربما في وقت متأخر. فقد نجد أن الطفل يدخل مثلاً في حالة من الإكتئاب ، والتي تظهر في الأعراض الآتية :

- عدم القدرة على الإستمتاع بأي شيء.
- توقع حدوث شيء مكروه بصورة دائمة.
- عدم الرغبة في التحدث أو التواجد مع الآخرين، أو في التعبير عما يعاينه .
- عدم الاهتمام بالنظافة الشخصية.
- الشعور بالغربة والانفصال عن الأشخاص.
- هبوط النشاط: إذ نجده حاملاً لا يحرك ساكناً ولا يرغب في أي نشاط .

(جورية طلعت فوزية 2011 ص 33 39)

8 . تشخيص اضطراب الكرب ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس DSM5:

43.10 (Post traumatic Stress Disorder) .

ملاحظة : تطبق المعايير التالية للبالغين والمراهقين، والأطفال الأكبر من ٦ سنوات بالنسبة للأطفال 6 سنوات والأصغر، انظر المعايير أدناه.

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت أو الإصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد أو أكثر من الطرق التالية:

1. التعرض مباشرة للحدث الصادم.
2. المشاهدة الشخصية، للحدث عند حدوثه للآخرين.
3. المعرفة بوقوع الحدث الصادم لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين في حالات الموت الفعلي أو التهديد بالموت لأحد أفراد الأسرة أو أحد الأصدقاء المقربين، فالحدث يجب أن يكون عنيفاً أو عرضياً.
4. التعرض المتكرر أو التعرض الشديد للتفاصيل المكروهة للحدث الصادم (على سبيل المثال أول المستجيبين لجمع البقايا البشرية، ضباط الشرطة الذين يتعرضون بشكل متكرر لتفاصيل الاعتداء على الأطفال).

B. وجود واحد أو أكثر من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة وغير الطوعية، عن الحدث الصادم .
2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و / أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم.
3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال [flashbacks] ومضات الذاكرة) حيث يشعر الفرد أو يتصرف كما لو كان الحدث الصادم يتكرر (قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي بالمحيط).

ملاحظة : في الأطفال، قد يحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه

جانباً من الحدث الصادم.

5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث

الصادم .

C. ثابت للمحفزات المرتبطة بالحدث الصادم، وتبدأ بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من واحد مما

يلي أو كليهما:

1. جهود لتجنب الذكريات المؤلمة و الأفكار، أو المشاعر أو ما يرتبط بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

2. جهود لتجنب عوامل التذكير الخارجية الناس، الأماكن، والأحداث الأنشطة والأشياء، والمواقف والتي

تثير الذكريات المؤلمة، والأفكار، أو المشاعر عن الحدث أو المرتبطة بشكل وثيق مع الحدث الصادم.

D. التعديلات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطين بالحدث الصادم، والتي بدأت أو تفاقم بعد وقوع الحدث

الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1. عدم القدرة على تذكر جانب هام من جوانب الحدث الصادم (عادة بسبب النسوة التفارقية ولا

يعود لعوامل أخرى مثل إصابات الرأس، والكحول، أو المخدرات.

2. المعتقدات سلبية ثابتة ومبالغ بها أو توقعات سلبية ثابتة ومبالغ بها حول الذات، والآخر، أو العالم (على

سبيل المثال، "أنا سيئ"، "لا يمكن الوثوق بأحد"، "العالم خطير بشكل كامل"، "الجهاز العصبي لدي دمر

كله بشكل دائم.

3. المدركات الثابتة والمشوهة عن سبب أو عواقب الحدث الصادم والذي يؤدي بالفرد إلى إلقاء اللوم على نفسه نفسها أو غيرها.

4. الحالة العاطفية السلبية المستمرة (على سبيل المثال: الخوف و الرعب والغضب، والشعور بالذنب، أو العار).

5. تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة.

6. مشاعر النفور والانفصال عن الآخرين.

7. عدم القدرة المستمرة على اختبار المشاعر الإيجابية (على سبيل المثال، عدم القدرة على تجربة السعادة و الرضى أو مشاعر المحبة).

E . تغيرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر) مما يلي:

1. سلوك متوتر ونوبات الغضب دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف والتي عادة ما يُعرب عنها بالاعتداء

اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2. التهور أو سلوك تدميري للذات.

3. مشاكل في التركيز.

4. اضطراب النوم على سبيل المثال، صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر).

مدة الاضطراب (معايير EDC أكثر من شهر واحد) .

G . يسبب الاضطراب إحباطاً سريراً هاماً أو ضعفاً في الأداء في المجالات الاجتماعية والمهنية أو غيرها من مجالات الأداء الهامة الأخرى.

H . لا يعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثل الأدوية، والكحول أو حالة طبية أخرى).

✓ اضطراب الكرب ما بعد الصدمة للأطفال بعمر الست سنوات والأصغر سناً :

A. التعرض لاحتمال الموت الفعلي أو التهديد بالموت إصابة خطيرة، أو العنف الجنسي عبر واحد أو أكثر) من

الطرق التالية:

1 . التعرض مباشرة للحدث الصادم.

2 . المشاهدة الشخصية للحدث عند حدوثه للآخرين و خصوصاً مقدمي الرعاية الأساسيين.

B. وجود واحد أو أكثر من الأعراض المقتحمة التالية المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث الصادم

1. الذكريات المؤلمة المتطفلة المتكررة، وغير الطوعية، عن الحدث الصادم

ملاحظة : الذكريات العفوية والاقتحامية قد لا تبدو مؤلمة وقد يعبر عنها بإعادة التمثيل عند اللعب.

2. أحلام مؤلمة متكررة حيث يرتبط محتوى الحلم و / أو الوجدان في الحلم بالحدث الصادم

3. ردود فعل تفارقية (على سبيل المثال، ومضات الذاكرة حيث يشعر الطفل أو كما لو كان الحدث الصادم

يتكرر. قد تحدث ردود الفعل هذه بشكل متواصل، حيث التعبير الأكثر تطرفاً هو فقدان كامل للوعي

بالمحيط) قد تحدث إعادة تمثيل محدد للصدمة خلال اللعب.

4. الإحباط النفسي الشديد أو لفترات طويلة عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه

جانباً من الحدث الصادم .

5. ردود الفعل الفيزيولوجية عند التعرض لمنبهات داخلية أو خارجية والتي ترمز أو تشبه جانباً من الحدث

الصادم .

C. واحد أو أكثر من الأعراض التالية، والذي يمثل اما تجنباً ثابتاً للمحرضات المرتبطة بالحدث الصادم، أو التغيرات السلبية في المدركات والمزاج المرتبطة بالحدث الصادم، والتي بدأت بعد الحدث، أو ساعات بعده يجب أن تتواجد تجنب ثابت للمحرض .

1. جهود لتجنب الأنشطة والأماكن أو عوامل التذكير الفيزيائية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.
2. تجنب أو جهود لتجنب الناس، والأحاديث، والمواقف الشخصية والتي تثير الذاكرة حول الحدث الصادم.
3. التواتر المتزايد الكبير للحالة العاطفية السلبية (على سبيل المثال، الخوف والرعب والغضب والشعور بالذنب، أو العار، التشوش الذهني).

4. تضائل بشكل ملحوظ للاهتمام أو للمشاركة في الأنشطة الهامة، متضمناً تقييد اللعب.

5. سلوك الانسحاب الاجتماعي.

6. الانخفاض المستمر في التعبير عن المشاعر الإيجابية.

D. تغييرات ملحوظة في الاستثارة ورد الفعل المرتبط بالحدث الصادم، والتي تبدأ أو تتفاقم بعد وقوع الحدث الصادم، كما يتضح من اثنين أو أكثر مما يلي:

1. سلوك متوتر ونوبات الغضب دون ما يستفز أو يستفز بشكل خفيف والتي عادة ما يعرب عنها بالاعتداء اللفظي أو الجسدي تجاه الناس أو الأشياء.

2. التيقظ المبالغ (**Hyper vigilance**) .

3. استجابة مبالغ فيها ومشاكل في التركيز .

4. اضطراب النوم على سبيل المثال: صعوبة في الدخول للنوم أو البقاء نائماً أو النوم المتوتر)

E. مدة الاضطراب أكثر من شهر واحد.

F . يسبب الاضطراب إحباطاً سريراً هاماً أو ضعفاً في العلاقات مع الوالدين، الأشقاء، الأقران أو مقدمي الرعاية الآخرين أو في السلوك المدرسي.

H . لا يُعزى الاضطراب إلى التأثيرات الفيزيولوجية لمادة مثل : الأدوية، والكحول أو حالة طبية أخرى.

9 . مظاهر الصدمة عند الأطفال ومصيرها :

يمر الأطفال بخبرات مؤلمة مختلفة في حياتهم كمشاهدة أعمال العنف والقتل والدم أو التعرض للتعذيب و الاعتداء والانفصال عن الأبوين أو فقدان أحدهما أو كليهما، إضافة إلى التهجير والإعاقة الجسدية والتعرض للتهديد أو الخطف وسوى ذلك من الخبرات المؤلمة.

وهنا نتساءل: هل الصدمة بحد ذاتها هي التي تؤدي إلى ظهور الاضطراب أم أن هناك عوامل تؤثر في ذلك وما هي هذه العوامل ؟

إن اضطراب ما بعد الصدمة قد يستمر عدة أشهر أو سنوات. ويبدو أن هذه المدة تتوقف على عدة عوامل: نفسية وعائلية و اجتماعيةومن هذه العوامل التي تؤدي إلى ظهور ذاك الاضطراب :

- النقص في الدعم الاجتماعي: غياب الأبوين أو انفصال الطفل لسبب ما.
- تدني المستوى الاقتصادي عند الأهل إلى درجة الفقر والعوز.
- الصدمات والأخطار الخارجية الناجمة عن الآخرين كالتهديد والقتل وأعمال العنف و الإعتداء ...
- انفعال الأهل وعدم تمكنهم من التعامل مع الصدمة بشكل واع. ويبدو أن قدرة الطفل على التعامل مع الأحداث تتوقف على النضج الانفعالي عند الأهل وقدرتهم على التكيف مع الظروف الصعبة.

○ فقدان الاتصال والحوار بين الطفل والأهل والتزام موقف الصمت والحذر, لقد تبين أن التحدث عن الصدمة وتعبير الطفل عن مخاوفه ومشاعره يساعدان هذا الأخير على فهم الصدمة والتعامل معها (الاستعادة المعرفية المعنى الصدمة).

○ الوضع النفسي السيئ عند الطفل قبل الحادثة وذلك بسبب ظروفه العائلية والنفسية غير الملائمة كالحرمان والشعور بالنبذ ووجود حالة اكتئابية واستعداد وراثي وغير وراثي .

○ قوة الصدمة وطبيعتها: بمعنى شدة الحدث وطبيعته تحدد كيف سيتأثر الطفل نفسيا و سلوكيا بعد تعرضه للحدث .

○ عمر الطفل وارتباطه بالصدمة : عمر الطفل عند تعرضه للصدمة دورا مهما في تحديد مدى تأثره بها فكلما كان الطفل أكبر سنا كلما زادت قدرته على فهم ما يحدث من حوله وبالتالي يكون أكثر عرضة للتأثر النفسي أما الأطفال الأصغر سنا فقد لا يدركون تماما طبيعة الحدث الصادم مما يجعل تأثيره عليهم أقل حدة

(جورية طلعت فوزية 2011 ص 46 47)

فعند ما نتحدث عن الصدمة لدى الطفل أو المراهق يجب الآخر بعين الاعتبار :

أولا : ، عمر الطفل أ والمراهق وقت مواجهته للحدث وقدرته على تمثّل مفهوم الموت ذلك لان مفهوم الموت يتطور تدريجيا خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة ففي سن الثالثة ينظر إلى الموت على أنه مجرد انفصال لا رجعة فيه وفي سن السابعة يفهم على أنه انفصال لا رجعة فيه ثم يقبل تدريجيا كمصير حتمي للحياة مع بداية مرحلة المراهقة

ثانيا : تتعلق العوامل بردود أفعال الأسرة والأسلوب الذي عبر عنه البالغون المحيطون بالطفل أثناء الحدث

وأخيرا تلعب التجارب الحياتية الخاصة بالطفل والتي تعكس في موارده الداخلية وقدرته على المواجهة الفورية دورا بالغ الأهمية .

حيث تأثيرات الصدمة تثبت المشهد في اللاوعي وتغلّفه، وتؤدي إلى حالة من الذهول أو حتى التكرار، مما يمنع الإطلاق العاطفي والإفراج عن العواطف المكبوتة. تؤدي هذه التأثيرات إلى نوع من الثبات المستمر الذي يُسمى أحياناً بالاستمتاع بمعنى التكرار المفرط: «الشخص الذي يعاني من الصدمة يشعر وكأنه مهجور من قوى القدر، والتي تمثل مجازاً للصور الأبوية. هذه الخسارة المربكة هي التي تثبت الإدراك الصدمي وتؤسس لحالة من اليقظة الدائمة في النفس وكأنه مستعداً دائماً لتهديد جديد .

حيث تُعدّ الذاكرة الصدمية من الآليات المركزية التي تقف خلف معظم الاضطرابات النفسية المرتبطة بالصدمة، خاصة في مرحلة الطفولة. فهي ذاكرة غير واعية، عاطفية وعميقة، تستعيد الحدث الصادم بكامل شحنته الانفعالية، وقد تظهر فجأة من خلال إسترجاعات حادة تُعيد للطفل معاشة الألم كما لو أنه يحدث من جديد ويمكن أن تبقى في حالة كمون لأشهر أو حتى سنوات ثم تعاود الظهور فجأة . وغالباً ما تكون هذه الذاكرة مصحوبة بمشاعر مبهمّة وعاجزة عن التعبير، تتجلى في أقوال مثل: "لا أشعر أنني بخير"، أو "لا أعرف لماذا أشعر بهذا الشكل"، إلى جانب مشاعر الحزني والذنب وتدني احترام الذات. في محاولة لحماية نفسه من إعادة تنشيط هذه الذاكرة، يطور الطفل استراتيجيات دفاعية كاليقظة المفرطة والتجنّب، ما يؤدي إلى ظهور أعراض سلوكية ونفسية معقّدة، مثل القلق، الفوبيا، الوسواس القهري، اضطرابات النوم، الإدمان، ومحاولات الانتحار. ورغم وضوح هذه الأعراض، غالباً ما تُساء قراءتها في سياقات الكبار، فيوصم الطفل بصفات سلبية مثل "غير منضبط" أو "صعب المزاج"، بدلاً من البحث في الأسباب الصدمية الكامنة وراء سلوكه.

(Jean pierre et Autre p 92)

يؤدي عدم الاعتراف باضطرابات ما بعد الصدمة والذاكرة المؤلمة إلى اضطرابات دائمة ومدمرة بشكل خاص لنمو الطفل ومستقبله مع وجود خطر حيوي كبير اضطرابات النمو الحركي النفسي: الاضطرابات المعرفية مع الصعوبات الأكاديمية. واضطرابات التعلم المرتبطة بمشاكل الانتباه والتركيز مشاكل في العلاقات مع العزلة والحنج الشديدي

وضعف احترام الذات): اضطرابات القلق والاكتئاب. اضطرابات الأكل اضطرابات السلوك الجنسي. الاضطرابات النفسية الجسدية (خلل الشكل) : اضطرابات النوم. الاضطرابات السلوكية (العدوانية، العزلة السلوك المخفوف بالمخاطر السلوك المنحرف أو العنيف تجاه الذات أو تجاه الآخرين، خطر التعرض المزيد من العنف).

حيث إعتبر فريزني **Ferecnzi** عام 1932 أن أصل الإدمان يعود إلى صدمة نفسية فمثلا عندما تفشل الوظيفة الأمومية يبحث الشخص المدمن ع هذه الوظيفة في الخارج لتعويض النقص و تقليل الضيق النفسي و هذا بهدف الحماية من القلق .

و أيضا ورمسر **Wurmser** عام 1984 رأى أن أصل الإدمان يعود إلى صدمة خارجية حقيقية حدثت في الطفولة وهذا ما يجعل الطفل يتجه نحو سلوكيات التجنب و العزلة تجاه العالم الداخلي و الخارجي .

وحسب وبنيكوت فغياب الأم الكافية والجيدة و الاحتواء و الحماية النفسية و العاطفية في العلاقة الأولى بين الرضيع و الأم يؤدي التعرض لصدمة مبكرة فإذا حصلت صدمات في هذه المرحلة تظهر النرجسية لدى الطفل وفي هذه الحالة يبحث الشخص لاحقا عن موضوع خارجي مثل المخدرات و الكحول ليعمل كحام نرجسي لتعويض غياب الاحتواء .

و غالبًا ما تظهر آثار الصدمة النفسية في مرحلة المراهقة بشكل واضح، رغم أن جذورها تعود إلى تجارب مؤلمة في الطفولة. ويُعزى ذلك إلى التغيرات البيولوجية والنفسية الحادة التي تميز هذه المرحلة، حيث يبدأ المراهق في بناء هويته الشخصية والاجتماعية، ما قد يعيد تنشيط الذكريات المؤلمة غير المعالجة. كما أن حساسيته المتزايدة تجاه العلاقات الاجتماعية وضغوط المجتمع والمدرسة قد تساهم في تفاقم الأعراض، فتظهر على شكل اضطرابات في المزاج، السلوك، أو الأداء الدراسي. ونظرًا لضعف آليات الدفاع والنضج العاطفي، غالبًا ما يعجز المراهق عن التعبير عن معاناته

بشكل سليم فيلجأ إلى سلوكيات غير تكيفية كالعزلة، العدوانية، و تعاطي المخدرات في محاولة للسيطرة على الألم الداخلي الناتج عن الصدمة. (Alexandre sinnian 2014)

10 . علاج الصدمة إضطراب مابعد الصدمة PTSD :

إن الهدف من علاج PTSD هو مساعدة الفرد المصدوم للانتقال من وضعية سيطرة وملازمة الأحداث الماضية على حياته إلى الوقت الحاضر، أي هنا والآن حتى يتمكن من الاستجابة للمتطلبات الراهنة بكل قدراته الكامنة وبالتالي، توضع الصدمة في منظور واسع في حياة الفرد كحدث تاريخي منعزل نسبيا، أو مجموعة من الأحداث وقعت في زمن خاص وفي مكان خاص والتي يتوقع ألا تحدث من جديد إذا تمكن الفرد المصدوم من التكفل بنفسه وبحياته فالهدف الشامل هو ليس مساعدة المصدومين على حل كل معاناتهم ومشاكلهم، وإنما مساعدتهم على تجنيد وإعادة توجيه مواردهم الشخصية بكفاية للتمكن بعدها من السيطرة التحكم في حياتهم من جديد .

العلاجات المستمدة من التحليل النفسي :

يطرح التحليل النفسي إشكاليتين أساسيتين:

- مشكل الصدمة.
- مشكل تضائل الآليات الدفاعية.

يعتمد التحليل النفسي على العلاقة بين المعالج و "مريضه" في إطار وضعه المعالج، اعتمادا على المفهوم الأساسي وهو اللاشعور الذي أرصنه Freud عدل المعالجون الذين يستعملون تقنية التحليل النفسي في الصدمة النفسية، وأدخلوا وتغييرات على التقنيات التي كانت أصلا تستعمل في معالجة العصابات . و مما ساعد في تطوير العلاجات المستمدة من التحليل النفسي هي مساهمة أعمال S.Ferenczi التي أصبحت مرجعا في العلاجات "العلائقية" أين يجب جلب وكسب ثقة الضحايا، وهي مهمة صعبة، ومحاولة إعادة نرجسية الضحية " ، يسمح التعبير مع

المعالج تضميد وطعم الكلام greffe des paroles في غياب المعنى الذي يُغدي تناذر التكرار عند المصدومين, يسمح لهم التعبير باسترجاع مسار حياتهم دون البقاء ثابتين وساكنين في بعد خيالي، أي ذاتي، كما يسمح لهم بالوصول إلى البعد الرمزي، أي الجماعي

حيث أن الصدمة تؤثر على المخططات (schémas) الدفاعية لأننا حيث تكون للآليات جذور في التاريخ وأحداث الفرد السابقة تحيي الصدمة عرضية .

تتضمن المقاربات التحليلية في معالجة PTSD عدة مسالك :

- تسهيل التعبير عن طريق تقنية التداعي الحر.
- السماح بنقل الأفكار الحالية والمعاش الراهن إلى المشاكل العلائقية والمعاشات خلال الطفولة بالاعتماد على تحليل ظاهرة التحويل.
- العمل بالأحلام، في إطار خطة تحليلية وتنبؤية لتطوير العلاج.

جدير بالذكر أن العلاج التحليلي في الصدمة يجب أن يركز على الصدمة ويتطلب هذا أن يكون الفرد ذكياً ويمتلك قدرة كافية لمواجهة الانفعالات والاستبطان. يبقى اهتمام التحليل هو علاج حالات زنا المحارم الاعتداءات أثناء الطفولة، وسوء المعاملة، واضطرابات والحالات البينية حسب هذه الأخيرة، يعتبر العلاج التحليلي أكثر فعالية عندما يتعلق الأمر بملازمة PTSD ، بصعوبات كبيرة في حياة الفرد أو بمشاكل في التوظيف الشخصي.

العلاج المعرفي السلوكي المتمركز حول الصدمة :

المنهج الذهني السلوكي المتمركز حول الصدمة من أساليب التدخل النفسي المبني على الأدلة والشواهد، والتي أثبتت فعاليتها في علاج آثار الصدمات النفسية عند الأطفال والمراهقين من عمر 4-18 سنة، وآثارها أيضاً على الوالدين أو القائمين على رعايتهم؛ خصوصاً في التعامل مع سلوكيات ومشاعر أطفالهم ، هذا النوع من العلاج يقدم مجموعة

من الأدوات المقننة والتي تساعد على علاج أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وحل المشكلات السلوكية أو الانفعالية الناتجة إما عن صدمة واحدة، أو عدة صدمات، أو صدمات معقدة.

يعتمد النموذج الجوهري للعلاج الذهني السلوكي المتمركز حول الصدمة على حل المشكلات السلوكية والانفعالية، وأي أعراض مصاحبة أخرى مرتبطة باضطراب ما بعد الصدمة، وتعليم واكتساب مهارات تطمس أو تخفف من حدة الأعراض. على سبيل المثال، من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة الاستشارة المفرطة ومن خلال هذا العلاج سيتعلم الفرد مهارات الاسترخاء كبديل للاستشارة عند التعامل مع المحفزات المثيرة للأعراض المرتبطة بالحدث الصادم. ومن النقاط الأساسية التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي المتمركز حول الصدمة

- الخوف المفرط، وسلوكيات التجنب المرتبطة به.
- التشوهات المعرفية واللاآتلافية المرتبطة بالصدمة.
- تثقيف وتعليم بعض المهارات المساندة مقدمي الرعاية والوالدين.

وعلى الرغم من وجود أنواع كثيرة للعلاج النفسي العلاج الذهني السلوكي والعلاج بالتعرض أثبتا فعالتهما أكثر من غيرهما في علاج اضطراب ما بعد الصدمة، حيث يركز العلاج الذهني السلوكي على أفكار المريض ومشاعره وسلوكه وإدراكه حيث يساعد المختص النفسي في تحديد العوامل التي تعزز أنماط التفكير والسلوك السلبية، ويحاول محاولة منهجية أن يثبت خطأها ويعدلها . ومن أمثلة هذا الأسلوب إعطاء المريض واجباً منزلياً بسيطاً ليحرب طرق مختلفة للتفكير والتصرف.

أما في علاج التعرض، فعلى المريض مواجهة الذكريات الصادمة في ظل ظروف مقننة، وبتكرار مواجهة الموقف المخيف إما عن طريق التخيل أو في الواقع يقل القلق والأعراض المرتبطة بالحدث الصادم ويستعيد الشخص سيطرته

على نفسه تدريجياً. وبهذا يبدأ المريض بالنظر للمواقف والأحداث نظرة أكثر واقعية الأمر الذي يحسن ويعدل من ردود أفعاله تجاهها .

وتتضمن هذه المهارات أساليب التعرض والاسترخاء، وتدريبات التنفس، كما ترتبط مع بعضها في شكل متسلسل ؛ لذلك عندما تشعر بسيطرة هذه الانفعالات عليك، فإنه يمكنك ممارسة هذه المهارات التي تساعدك على إعادة التركيز في اللحظة الحالية والشعور بالأمان. (نورة فهد الدوسري و آخرون 2022 ص 74، 75)

العلاج بتقنية إزالة التحسس و إعادة البرمجة عن طريق حركة العينين (EMDR) :

أدخلت هذه التقنية في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف F. Shapiro عام 1985 وتسمى Eye Movement Desensitization and reprocessing وبدأ إستعمالها في فرنسا عام 1995 من طرف F. Bonnel تحت تسمية >> désensibilisation et restructuration par les mouvements oculaires rapides , يُطلب من الفرد تخيل حدث صدمي وعليه أن يركز على الأفكار و الإستجابات الوجدانية, وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس, وفي نهاية كل جزء أو مشهد (sequence), يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الانفعالية.

تتكرر المشاهد (les sequences) حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق ويتمكن من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية.

تشرح **Shapiro** الفرضية العصبية الفيزيولوجية لعملية "هضم" المعلومات الصدمية من طرف النصف الأيمن والنصف الأيسر للدماغ، إلا أن السند النظري لازال غير مؤكد من طرف بحوث علمية . يبقى الهدف من تقنية EMDR هو تفكيك الذكرى عن الانفعال عن طريق حركات العينين بإتباع حركات أصابع المعالج النفساني.

(سعدوني غديري 2011 ص 143)

الخلاصة :

إن الصدمات الطفولة تشكّل عاملاً حاسماً في تطور الاضطرابات النفسية لاحقاً، حيث إن الأفراد الذين تعرضوا لصدّات في مراحل مبكرة من العمر، لاسيّما الطفولة، يكونون غالباً أكثر هشاشة نفسية، ما يجعلهم أكثر عرضة للمعاناة النفسية طويلة الأمد بحيث تؤثر في بنية الشخصية وأساليب التكيف مع الضغوط. ورغم أن هذه الفئة قد تظهر مقاومة أولية للعلاج، إلا أن توفير بيئة علاجية داعمة وشاملة يساهم في تحسين فرص التعافي. من هنا تبرز ضرورة الاهتمام بالتاريخ الصدمي أثناء التشخيص، واعتماد استراتيجيات علاجية مبكرة تراعي خصوصية النمو النفسي، لتفادي تحوّل الأعراض إلى أنماط مزمنة يصعب علاجها لاحقاً.

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات .

تمهيد :

- 1 _ تعريف الإدمان على المخدرات و خصائصه .
- 2 _ المفاهيم الأساسية في الإدمان على المخدرات .
- 3 _ مراحل الإدمان على المخدرات .
- 4 _ تصنيف الإدمان و المواد المخدرة .
- 5 _ أنماط تعاطي المخدرات .
- 6 _ عوامل الإدمان على المخدرات .
- 7 _ النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات .
- 8 _ تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي للأمراض العقلية .
- 9 _ التفسير العلمي للإدمان .
- 10 _ آثار و أضرار تعاطي المخدرات .
- 11 _ علاج الإدمان على المخدرات .

خاتمة

تمهيد :

ما زالت ظاهرة تعاطي المخدرات و المؤثرات العقلية في المجتمع العربي تشكل مصدرا أساسيا من مصادر القلق بالنسبة إلى المعنيين باتخاذ القرار على مستوى الدولة و المجتمع ، برغم أن عمليات مكافحتها و التوسع في استخدام الأدوات و الوسائل الأكثر حداثة للحد من انتشارها ، شهدت تطور ملحوظا أيضا و تخصص لها سنويا نفقات مالية كبيرة ، إلى جانب النمو المتزايد في مشاركة قطاعات اجتماعية عديدة في عمليات التوجيه و التوعية و الإرشاد ، فظاهرة التعاطي مازالت في نمو متزايد يفوق الجهود التي تبذلها المؤسسات الرسمية و الأهلية المعنية بالمكافحة ، مما يثير مجموعة كبيرة من التساؤلات حول العوامل التي تؤدي إلى انتشار الظاهرة بقوة أكبر في المجتمع العربي من جهة و حول الرؤى المتعددة التي تحاول تفسير انتشار الظاهرة في المجتمع من جهة أخرى ، الأمر الذي يستوجب إجراء مراجعة شاملة لما تم إنجازه على المستوى المعرفي في هذا المجال .

(عبد العزيز الأصفر ، 2014 : 3) .

ولهذا سنتطرق في هذا الفصل إلى التعرف على مفهوم الإدمان على المخدرات و خصائصه و من ثم النظريات التي فسرت السلوك الإدماني، و العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات .

1 - تعريف الإدمان على المخدرات و خصائصه :

أ/ الإدمان لغة : المداومة و المواظبة ، يقال أدمن الشراب و غيره ، أدامه و لم يقلع عنه ، أدمن الأمر بمعنى واطب عليه .
(قرقر ، 1999 : 174) .

ب/ الإدمان اصطلاحاً :

يقصد بمصطلح الإدمان تكرار تعاطي المواد المخدرة الطبيعية أو المصنعة أو نفسية (أدوية ذات تأثير نفسي) ، وتعود الشخص عليها لدرجة الاعتماد بمعنى آخر صعوبة الإقلاع عنها مع حاجة الجسم بين فترة و أخرى إلى زيادة الجرعة ، و تصبح حياة المدمن تحت سيطرة هذه المادة ، وفي حالة الإقلاع (الامتناع) تظهر على المدمن أعراض انسحابية مختلفة (عجز في الحركة ، مغص ، عدم القدرة على التركيز ، تشنجات عضلية) .

(إدواولي ، عوماري ، 2021 : 29) .

ج / تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS) : الإدمان بأنه حالة تسمم مزمن ، و كذلك الرغبة في الاستمرار فيها ، و أخذها مهما كانت الأسباب و كذلك العمل على رفع كميات الجرعات و خلق تبعية نفسية وجسدية .
حيث اقترحت هذه المنظمة المميزات أو الخصائص المتعلقة بالإدمان :

- ✓ رغبة لا تقاوم للاستهلاك .
- ✓ ميل إلى مضاعفة الكميات .
- ✓ تبعية نفسانية و جسمية .
- ✓ تأثيرات مضرّة بالفرد و المجتمع .

د/ أما تعريف الإدمان بشكل عام ، بحسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع (DSM- IV - TR .2000 .p50 -) فهو نمط غير قادر على التأقلم ، من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا ، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض التي تحدث في أي وقت في فترة 12 شهر الماضية و المتمثلة في : زيادة كميات المواد التي تحقق التسمم أو التأثير المطلوب بشكل ملحوظ ، و استمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة ووجود رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة ، لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات و أنه في الكثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم ، مع رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات .

و أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (DSM- 5 . 2013) في الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس ، إلى مفهوم الإدمان ت حت مسمى (اضطراب سوء استعمال المواد) و عرفته بأنه مجموعة من الأعراض المعرفية و السلوكية و الفسيولوجية تشير إلى أن الفرد يواصل استخدام المادة على الرغم من المشكلات الخطيرة المرتبط بتعاطي المادة و الحنين أو الاشتياق إليها . (شيهان ، 2019 : 61 ، 62 .)

2 / المفاهيم الأساسية في الإدمان على المخدرات :

✓ المواد النفسية : Psychotropic Substances

هي مواد طبيعية أو مصنعة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ، و تؤثر على النشاط العقلي لدى متعاطيها

✓ المخدرات : Narcotics

هي مواد مواد كيميائية تسبب النعاس أو النوم - غير طبيعي - أو غياب الوعي لتسكين الآلام . لذلك لا تعتبر المنشطات و عقاقير الهلوسة مخدرات ، بينما يعتبر الخمر و الكحول من المخدرات .

✓ العقاقير : Druge

هي المواد التي تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه .

✓ الجرعة : Dose

هي كمية المادة المخدرة التي يتعاطاها المدمن في كل مرة من مرات التعاطي .

✓ الجهاز العصبي المركزي :

هو الجهاز الرئيسي الذي يتحكم في كافة وظائف الجسم الإرادية و غير الإرادية كالنوم واليقظة و الإبصار و الحركة و التفكير و يشتمل الجهاز العصبي المركزي على المخ و المخيخ و النخاع المستطيل و الحبل الشوكي.

✓ الاعتماد على المخدر : Drug Dependence

إساءة استعمال أو استهلاك المواد المخدرة و الاعتماد عليها ، بحيث تؤدي إلى الإدمان أو الاعتياد .

✓ الاعتماد الجسمي : Body Dependence

هي حالة تعني تكيف الجسم و اعتماده على عقار معين ، و يسمى اعتمادا .

✓ الاعتياد على المخدر : Drug Habitattion

الاعتياد أو التعود على المخدر يختلف عن الإدمان ، فالاعتياد حاجة " سيكولوجية " نفسية إلى المخدر تؤدي إلى الاعتماد النفسي ، أو عدم الراحة النفسية في حالة الانقطاع عن تناول المخدر ، أما الإدمان فحاجة فسيولوجية جسمية ، و الاعتياد أو التعود على العقاقير ينتهي إلى الاضطراب النفسي ، دون أن تظهر على المتعاطي أعراض الانسحاب .

✓ الاشتياق :

مصطلح يشير إلى حالة الرغبة إلى التعاطي ، و يأتي الاشتياق في صور مختلفة ، وهي دعوة إلى تعاطي المادة المدمن عليها ، و بنفس المقدار و بنفس الطريقة ، و الاشتياق يظهر حينما يتجاوز المدمن الوقت الذي يتعاطى فيه ، كأن يتعود على تعاطي جرعة الهيروين يوميا فيبقى أكثر من يوم دون تعاطي .

✓ الفطام : Abstentions

هو إيقاف المدمن عن تعاطي المخدر ، و هي عملية إجبارية تتم عادة في مصحات علاج الإدمان ، وفقا لأسلوب علاجي معين يمنع من ظهور الأعراض الانسحاب . (البريثن ، 2014 ، 13)

✓ التحمل : Tolerance

هي مرحلة قلة التجاوب مع مفعول المخدر نتيجة لتناوله بصورة متكررة (تكيف الجسم مع المخدر) ، حيث يضطر خلالها المدمن إلى زيادة الجرعة تدريجيا و تصاعديا حتى يحصل على الآثار نفسها من النشوة ، وتمثل اعتيادا نفسيا و ربما عضويا في آن واحد .

✓ الجرعة الزائدة : Overdose

هي حالة تنجم عن تناول كمية من مواد مخدرة سواء عقاقير مخلوطة أو غيرها من المواد المخدرة التقليدية وفق جرعات مرتفعة نسبيا دوما شعور من المدمن بحجم هذه الكمية و تؤدي إلى الوفاة المفاجئة نظرا للتركيب السمية .

✓ الانسحاب :

هي مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها و في شدتها حسب مدة التعاطي و الجرعة التي تم تعاطيها ، و تحدث للفرد على أثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة أو مخدرة ، أو تخفيف جرعتها ، بشرط

أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً ، أو استمر هذا التكرار لفترات طويلة . (الحميدان ، 2014 : 13 ، 14) .

✓ اللفظة : Croving

رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي ، و للهفة بعض الخصائص الوسواسية ، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن ، و تكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة . (سويف ، 1990 : 13) .

3 / مراحل الإدمان :

يبدأ الإدمان عادة في صورة اعتماد نفسي ، حيث يشترك المتعاطي إلى التخفيف من التوتر و إلى الشعور بالسعادة ، ومع استمرار التعاطي ينشأ الاعتماد الجسمي .

وفيما يلي المراحل المتتالية للإدمان :

- **مرحلة التعاطي التجريبي :** حيث يحاول الفرد أن يجرب إحدى مواد التعاطي و ذلك وفق ما تسمح به عوامل الإتاحة أو التوافر و التعلم الاجتماعي ، و من باب حب الاستطلاع و المجازة ، و التداوي من الآلام الجسمية و الاضطرابات النفسية ، و طلب المتعة و الرغبة في زيادة القدرة الجنسية .
- **مرحلة ما قبل الإدمان :** حيث يكثر الفرد من تعاطي العقار عن الاستعمال العادي ، فينشأ لديه تحمل لتأثير العقار ، فنجدته يتعاطى جرعات متزايدة لكي يحصل على التأثير المطلوب .
- **مرحلة الإنذار بالإدمان :** حيث يتعاطى الفرد العقار منفرداً و دون الصحبة العادية ، وقبل الأحداث و المواعيد الهامة ، و في الصباح لخفض التوتر و حدوث التعاطي رغم المقاومة الشديدة

- **مرحلة الإدمان :** حيث يكون من الصعب التوقف عن التعاطي لمدة أكثر من أربع وعشرين ساعة ، مع عدم قدرة الفرد على التحكم في الكمية التي يتعاطاها .
 - **مرحلة الإدمان المزمن :** حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة أو الرئتين ، و مضاعفات عقلية مثل الهذيان أو النسيان ، و مضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسري و نقص الإنتاج و على الرغم من حدوث هذه المضاعفات لا يستطيع الفرد التوقف عن التعاطي ، و إذا حاول فشل .
- (محمد سرى ، 2003 : 64) .

4 / تصنيف الإدمان و المواد المخدرة :

يمكن تصنيف الإدمان على النحو التالي :

- **إدمان عقار واحد ،** مقابل الإدمان متعدد العقاقير .
 - **إدمان الحديث ،** مقابل الإدمان المزمن .
 - **إدمان الأولي ،** مقابل الإدمان العرضي .
 - **إدمان الفردي ،** مقابل الإدمان الوبائي .
- و يمكن تصنيف المواد التي تحدث الإدمان على أساس تأثيرها على النحو التالي :
- **المخدرات :** الأفيونات و المورفين و الهيروين ، و هي تنوم ، و تخفف الألم .
 - **المسكنات :** مثل الباربيتورات Barbiturates ، و هي تسكن الألم .
 - **المهدئات :** مثل الفاليوم و الليبريوم ، و هي تهدئ و تخفف الألم .

- المنبهات / المنشطات : الأمفيتامينات Amphetamines و الكوكايين و الكافيين و النيكوتين و

القات ، و هي مضادة للتعب و يؤدي تعاطيها إلى زيادة النشاط و الخفة و الحركة

- المهلوسات : مثل عقار الهلوسة (L . S . D) و الميسكالين Mescaline و هي تثير الهلوسة

- الحشيش (القنب) : يزيد الحساسية و الاسترخاء .

- الكحول و الخمور : تسكر .

- مضادات الاكتئاب : وهي عقاقير يساء استخدامها مثل : التتراسيكلات .

- مضادات الذهان : وهي عقاقير يساء استخدامها .

- المذيبات و الغازات الطيارة : مثل البنزين و بخار الغراء .

(نفس المرجع السابق ص 66) .

5 / أنماط التعاطي :

○ تعاطي تجريبي أو استكشافي :

عملية تعاطي المواد النفسية ، في أول عهد التعاطي بها ، و هو بعد في مرحلة تجريبها لاستكشاف أحواله معها ، حتى يرتب على ذلك الاستمرار ف يتعاديها ، أو الانقطاع عن التعاطي .

○ تعاط متقطع : (أو بالمناسبة) :

عملية تعاطي المواد النفسية كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك ، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة ، كالحفلات و الأفراح ، و تختلف هذه العملية في ارتفاعها باختلاف البيئات الحضارية العريضة ، كما

تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التي ينتمي إليها المتعاطي ، و يشير التعاطي المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي التجريبي) . في ارتباط التعاطي بالمتعاطي .

○ التعاطي المنتظم :

عملية التعاطي المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة ، يجري توقيتها بحسب إيقاع داخلي (سيكوفيزيولوجي) ، لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية) ، و تعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي بالمناسبة) في تعلق المتعاطي بالتعاطي .

○ التعاطي المتعدد للمواد النفسية :

يشار بهذا المصطلح إلى تعاطي المتعاطي عددا من المواد النفسية ، بدلا من الاقتصار على مادة واحدة ، و قد يتعاطى هذه المواد المتعددة معا في وقت واحد و قد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة . (سوف ، 1990 : 19 ، 20) .

○ التعاطي القهري :

ويعني تعاطي مخدر تحت قوة قهرية من المخدر ، و التي يكون فيها تفكير المدمن موجه نحو التعاطي دون سواه من الأشياء الأخرى ، و هذا النمط من التعاطي هو أسوأ أنماط التعاطي ، و يعبر عن مرحلة سيئة من الإدمان . (بريثين ، 2014 : 68) .

6 / _ عوامل الإدمان على المخدرات :

من خلال استقراءنا للمداخل النظرية المفسرة لمشكلة تعاطي المخدرات و الإدمان عليها ، نجد أنه من الصعب إرجاع هذه المشكلة لسبب واحد و محدد ، كما لا يوجد لها سبب مباشر ، بل ثمة أسباب عديدة وراثية و نفسية و

اجتماعية و أخرى بيئية و اقتصادية تتداخل بعضها ببعض لتقدم لنا التفسير المناسب للمشكلة و يمكن تقسيمها كالآتي :

✓ العوامل الوراثية :

وثمة بعض الدراسات و النظريات التي ترجع جزءا من دوافع الانحراف و الإجرام إلى هذه العوامل التي تتركز حول نظرية الوراثة و الجينات الوراثية التي يكتسبها الفرد من الأسرة ، و قد أكدت دراسة قام بها العالم (دوجدال) لأسرة أمريكية كان فيها الأب مدمنا على المخدرات أن تاريخ العائلة على مدى عدة أجيال كان غنيا بالانحرافات ما بين الإجرام و الدعارة و الإدمان و التشرد و الأمراض العقلية .

كذلك بينت بعض الإحصائيات أن الإدمان على المخدرات و تعاطي الخمور لهما تأثير بيولوجي على السلوك وهذا التأثير الخطير ينتقل إلى الأبناء.

✓ العوامل النفسية :

و تتمثل فيما يلي :

شخصية المدمن :

يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات معينة تعتبر من العوامل المساهمة في إدمان المخدرات ، فأسباب الإدمان و لو تنوعت لا تعدو أن تكون ذات دلالة على أن المدمنين يتميزون بخلل و اضطراب في الشخصية ، و لقد دلت العديد من الدراسات في هذا المجال على وجود علاقة بين اضطراب الشخصية و إدمان المخدرات و فيما يلي عرض لبعض الشخصيات الإدمانية :

○ الشخصية الاكتئابية :

يمتاز صاحب هذه الشخصية بمزاج هابط معظم ساعات النهار ، و الشعور الدائم بالتعب و فقدان الطاقة و نقص التركيز ، و لديه مشاعر من اليأس و الإحباط الدائم ، و هذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر .

○ الشخصية السيكوباتية :

ما يميز أصحاب هذه الشخصية عدم الإحساس بما هو صواب و ما هو خطأ ، فهم يميلون إلى معيشة اللحظة الراهنة فقط و يرغبون في لذة فورية من الدوافع العابرة دون تأجيل، و يسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته و إرضاء نزواته و على حساب كل القيم الاجتماعية ، فهو يسرق ، يرتشي ، يؤذي ، يدمن يفعل كل شيء ، فهو لا يتعلم من أخطائه ولا يجدي معه العقاب .

○ الشخصية القلقة :

تعاني هذه الشخصية من القلق و التوتر ، و العصبية و الاندفاع و عدم الصبر مما يعرضه للخطأ ، و غالبا ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق و التوتر ليحل محلها الاسترخاء و الطمأنينة .

○ الشخصية المغترية :

يتمثل الاغتراب في شعور الإنسان بانفصاله أو عن الآخرين أو كليهما ، الأمر الذي يؤدي إلى اليأس و القنوط و العجز و فقدان المعنى و عدم الإحساس بالقيمة ، و يعتقد الشخص الذي تنطبق عليه هذه الحالة أن المخدرات يمكن أن تساعد على أن يحقق تقديرا أعلى لذاته ، و تجلب له تقدير الجماعة له على نحو يرضيه . ووجد كذلك أن هناك ملامح معينة تميز شخصية المدمن :

● عدم النضوج الانفعالي :

- الشخصية النرجسية .
- الشخصية المريضة جنسيا .
- ضعف الوازع الديني .
- حب الإثارة .
- الملل .
- الأمراض النفسية و الجسمية .
- حب التقليد .
- ✓ العوامل الاجتماعية :

يقصد بالعوامل الاجتماعية جميع الظروف و المتغيرات التي تحيط بالفرد منذ ولادته و عبر مراحل حياته المختلفة ، و هي متعددة و مختلفة في آن واحد و التي يمكن إدراجها في :

○ الأسرة :

بما أن الأسرة هي الفضاء الأول و الرئيسي الذي يتعلم فيه الفرد السلوك السوي و السلوك المنحرف ، فلقد أولى لها العلماء و الباحثون نصيبا وافرا من البحث و الاهتمام في مجال تأثيرها على اتجاه الأفراد نحو تعاطي المخدرات و الإدمان عليها ، فالخلفية الأسرية التي يهيئها الوالدان لها تأثير بالغ على نمو شخصية الشاب و توازنها . و من بين العوامل التي تؤدي للانحراف

- تفكك الأسرة و انحلال الروابط العائلية في حالات كثيرة مثل وفاة أحد الوالدين أو كليهما ، و غياب الأب عن البيت ، و زواج الأب بأكثر من واحدة مع قسوة زوجة الأب ، و عدم الاستقرار العاطفي ، و

فقدان الاحترام المتبادل بين أفراد الأسرة ، و تدل معظم الدراسات على أن الطلاق من العوامل المسببة للتصدع الأسري و انحراف الأبناء .

- جهل الوالدين بأساليب التربية أو الإهمال و النبذ أو الحماية الزائدة و الاعتماد الدائم على الوالدين .
- المشاكل الأسرية التي تخلق جواً أسرياً مضطرباً و منفراً يدفع إلى التهرب من المنزل .
- العلاقات السيئة بين الوالدين و الأبناء و تأثير الحي السكاني ، و الرفاق ...

✓ العوامل الخاصة بالمادة المتعاطاة :

— توفر المخدر و سهولة الحصول عليه .

— طريقة التعاطي .

— الخواص الكيميائية و البيولوجية للمخدر . (خلفه ، تيتيلة ، 2021 : 70 ، 74) . 77

7 _ النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات :

تعيد التفسيرات تعاطي المخدرات و المؤثرات العقلية إلى ما يتصف به الفرد من صفات أو سمات يتميز بها ، و تؤثر في أنماط سلوكه الاجتماعي ، وفي أشكال علاقاته مع الآخرين ، و يشير الباحثون في علم النفس إلى أهم النظريات العلمية المفسرة في هذا المجال ، و يمكن في هذا السياق التمييز بين عدة اتجاهات أساسية في تفسير السلوك الإنساني عامة و السلوك المنحرف خاصة بما في ذلك الإقبال على تعاطي المخدرات و المؤثرات العقلية ، و تندرج هذه الاتجاهات من النظريات العضوية البيولوجية التي حاولت فهم أنماط السلوك في ضوء خصائص الشخصية العضوية ، و اتجاه المدرسة الوضعية التي حاولت فهم السلوك الإنساني في ضوء تفاعل الشخصية العضوية مع الشروط البيئية المحيطة بها ، و مدارس التفسير النفسي للسلوك و التي تنقسم بدورها إلى مدارس التحليل النفسي ، و المدرسة السلوكية ، أما الاتجاه الرابع و الأخير فهو الذي يجعل من السلوك الاجتماعي نتاجاً لمجموعة من العوامل الاجتماعية .

❖ النظريات العضوية :

يأخذ أصحاب النظريات العضوية بتفسير السلوك المنحرف عامة ، و بين الشباب خاصة من خلال ما يصف الفاعلين من خصائص عضوية تمتد إلى بنيتهم العضوية و تكويناتها ، و تعد نظريات كل من كريتشمر و شيلدون و يونغ من أكثر النظريات شهرة في هذا المجال .

يميز كريتشمر بين أربعة أنماط للشخصية لكل منها خصائصها و أبعادها و أنماط سلوكها الاجتماعي ، و هذه الأنماط هي النمط الهزيل ، و النمط البدين مع قلة العضلات ، و النمط الرياضي ، و النمط المختلط ، و لكل من هذه الأنماط أشكال من السلوك تتوافق معها ، بما في ذلك السلوك المنحرف .

أما وليم شيلدون فيذهب إلى القول بثلاث أنماط جسمية تحدد على الأغلب أنماط الشخصية ، و السلوك ، هي النمط الهضمي ، و يقابله المزاج الحشوي الذي يتميز بالبدانة و السمنة ، و همه إشباع حاجاته الأساسية ، و النمط العضلي الذي يقابله المزاج الجسدي و يتميز بعضلات بارزة و حيوية ، و أخيرا النمط العصبي الذي يقابله المزاج الدماغي الذي يتميز بجسم نحيل ، و غالبا ما يتصف بالجدية و الذكاء و الخوف و القلق و العزلة .

أما يونغ فيميز بين نمطين أساسيين للشخصية ، النمط الانطوائي و النمط الانبساطي ، أما الأول فهو انسحابي و غير اجتماعي ، يميل إلى الانعزال و التفرد، بنما الثاني فهو النمط المنبسط .

و يضاف إلى ذلك نظريات علم وظائف الأعضاء ، التي تربط التوازن في شخصية الإنسان بما يتوفر لديه من تكامل في وظائف الأعضاء و الغدد في بنية الجسم ، إذ يؤدي الخلل في الأداء الوظيفي إلى ضعف التوازن في الشخصية ، مما يساعد في ظهور الخلل على مستوى أنماط السلوك .

❖ المدرسة الوضعية :

تأخذ المدرسة الوضعية بتفسير الجريمة و أنماط الانحراف عامة ، دون أن تختص بتفسير التعاطي بشكل مباشر ، و تعتمد مبدأ التفاعل في العوامل المؤدية إلى الانحراف ، و تقوم على تفسير الانحراف و السلوك الإجرامي من خلال التفاعل بين الخصائص العضوية و العوامل الاجتماعية المحيطة بالفاعلين ، فتبعا لنظرية سيزار لومبروزو ، فإن الإجرام لا يورث في حد ذاته ، إنما يولد لدى الفاعل الاستعداد الكامن الذي يمكن أن تحركه البيئة الفاسدة ، و يشير بعض القائلين بهذا التوجه إلى أن الإجرام العنيف يرجع إلى خلل عضوي في قاعدة المخ التي يتركز عليها الكثير من العمليات النفسية و الحيوية التي تتحكم في إرادة الفاعلين و سلوكهم .

❖ مدارس التفسير النفسي :

■ نظرية التحليل النفسي :

أما أنصار نظرية التحليل النفسي فيميلون إلى تفسير الاعتماد العقائري في ضوء الاضطرابات التي تعرفها الشخصية في مرحلة الطفولة المبكرة ، و هي تشمل عمليات الإشباع العضوية في المرحلة الفمية و عمليات النمو الجنسي من المرحلة الفمية حتى القضيبية ، و تظهر في هذه المرحلة مجموعة من المخاوف مثل الخوف من عدم الإشباع ، و الاستمناء الطفلي ، و ما يصاحب ذلك من مشاعر الإثم ، فضلا عن اضطراب علاقات الحب بين المدمن ووالديه ، و ظهور ثنائية العواطف و تحول موضوع الحب الأصلي إلى موضوع العقار .

و في هذا السياق فإن ضعف إشباع الحاجات النفسية و العضوية بشكل كاف خلال المرحلة الفمية مثلا ، و هي المرحلة التي يعتمد فيها الطفل في تلبية حاجاته على الفم بالدرجة الأولى ، يؤدي إلى دفعه إلى تناول التدخين و الكحول مستقبلا ، ذلك أن الإشباع النفسي للحاجات عن طريق الفم في تلك المرحلة يجعل الطفل مهيا للانتقال

للمرحلة اللاحقة دون مشكلات نفسية ، إلا أن ضعف الإشباع يدفعه للانتقال لمرحلة جديدة دون أن تستوفي المرحلة السابقة شروطها بما فيه الكفاية .

و الأصل في ظاهرة الإدمان بالنسبة إلى أصحاب هذه النظرية هو المتعة و النشوة التي يحققها المتعاطي عن طريق المخدر ، مما يترتب عليه تخفيض كبير في درجات الاكتئاب التي يعيشها المدمن نتيجة احتكاكه المستمر مع بيئته المحيطة ، و بصورة عامة يمكن توصيف عملية الإدمان من وجهة نظر التحليل النفسي بأنه :

- تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة .
- تعويض عن إحباط شديد يشعر به الفاعل نتيجة حرمانه من حاجات أساسية يشعر بها .
- يأتي نتاجا لعملية تنشئة ناقصة و غير مكتملة ، أو مشوهة .
- سلوك شخصي يشكل عسوبا .
- سلوك يعبر عن فقدان المعايير الاجتماعية .

■ النظرية السلوكية :

و إلى جانب مدرسة التحليل النفسي ، يميل أصحاب النظرية السلوكية إلى تفسير الاعتماد العقائري بكونه شكلا من أشكال الإثابة المدعمة المرتبطة باستخدام عقار ما ، و أن هذا التدعيم الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي اشتهاء العقار ، وتصبح هذه العادة نمطا سلوكيا متكررا و يستعصى على التغيير في بعض الأحيان .

ويعد كل من واطسن ، و سكنر من أهم رواد النظرية السلوكية ، التي بنيت على تجارب بافلوف المتعلقة بالاشتراط الكلاسيكي ، فالإنسان يتعلم من خلال ملاحظة ردود فعل الآخرين على سلوكه ، وهو ما يقع نتيجة مثير أو منبه ، أو تغير في البيئة المحيطة به ، فإذا ما جاءت ردود الأفعال إيجابية و تبعث على الراحة و الاطمئنان ، كانت هذه الردود بمثابة معززات للسلوك و داعمة له ، مما يجعل تعلم الفرد لها يسيرا و سريعا ، بينما تؤدي استجابات الآخرين

التي تبعث على القلق و الاضطراب و الخوف إلى جعل السلوك غير مرغوب به ، و تصبح إمكانية تعلمه صعبة ، و قد تصل إلى حد الاستحالة أيضا .

غير أن أصحاب هذه النظرية ، و على أهمية تحليلاتهم و تفسيراتهم للسلوك الإنساني عامة ، و للسلوك المنحرف خاصة ، يَحْتَزِلُون عملية التفاعل الاجتماعي ، و تفاعل الشخصية مع البيئة و المثيرات المحيطة بها إلى عملية فعل و ردة فعل .

❖ نظريات التفسير الاجتماعي للسلوك المنحرف :

تشكل البيئة الاجتماعية التي تحتضن الفرد العامل الأكثر أهمية في إقدامه على السلوك المنحرف و تعاطيه للمخدرات و المؤثرات العقلية ، من وجهة نظر نظريات التفسير الاجتماعي ، إذ يتعلم الفرد منذ نشأته في الوسط الاجتماعي مجموعة كبيرة من الأنماط السلوكية و أشكال التفاعل الاجتماعي التي تجعل منه منحرفا يقدم على ممارسة الجريمة ، أو تجعل منه أكثر انضباطا و تمثالا لقيم المجتمع و مبادئه و أخلاقياته ، و يقدم التراث المعرفي لعلم الاجتماع نظريات اجتماعية عديدة في هذا المجال ، منها نظرية المحاكاة لجبرائيل تارد ، و نظرية التعاضد الاجتماعي لدوركايم ، و نظرية الفعل الاجتماعي و غيرها الكثير .

(الأصفر ، 31 ، 43 ، 2014)

8 / _ تشخيص الإدمان طبقا ل DSM :

لم يصنف إدمان الكحول و المخدرات في الإصدارين الأول و الثاني من الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض النفسية I . II . DSM اللذين صدرا على التوالي في مجموعة مستقلة من الاضطرابات التي تتمتع بظروف تشخيصية محددة ، و لكنها صُنِفَت ضمن اضطرابات الشخصية السوسيوباتية و التي تشمل إلى جانب ذلك السلوك المضاد للمجتمع و الاختلالات الجنسية ، و يرجع تضمين هذه الأبعاد في مجموعة تصنيفية واحدة .

أما الإصدار الثالث للدليل التشخيصي و الإحصائي DSM III ، فقد أعطى الاضطرابات المرتبطة بتعاطي الكحول و المخدرات هويتها المستقلة تحت عنوان اضطرابات استخدام المواد ، وقد استبعد هذا التصنيف الوصمة الأخلاقية التي حملها التصنيفين السابقين حيث ألقى التصنيف الثالث من الدليل الضوء على نتائج دراسات جديدة أوضحت دور العوامل الثقافية / الاجتماعية و الجنسية كأسباب للاضطراب ، و بناء على هذه الدراسات فإن أعراض التحمل و الانسحاب تمثل مفتاح للدور التشخيصي ، كما حدد الإصدار الثالث تشخيصات منفصلة لإساءة استخدام المواد ، و الغرض من هذا التشخيص تحديد الشخص أو الأشخاص الذين يمثل استخدامهم للمواد مشكلة لم تصل بعد إلى حد الاعتماد عليها ، و قد أبقى الإصدار الثالث المعدل DSM III R على نفس الأعراض .

(محمد السيد ، 1999 : 14) .

أما الإصدار الخامس للدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM 5 ، يشمل الفصل الخاص بالاضطرابات المتعلقة بالمادة الإدمانية Substance related and Addictive disorders " على عشر فئات منفصلة من العقاقير و هذه الفئات ليست متميزة بشكل كامل ، تشترك جميع العقاقير التي تؤخذ بشكل زائد في التنشيط المباشر المشترك لنظام المكافأة في الدماغ ، و الذي يشارك في تعزيز السلوكيات و إنتاج الذكريات ، و هي تنتج هذا التنشيط المكثف لنظام المكافأة مما يجعل من الأنشطة العادية مهمة فبدلاً من تفعيل نظام المكافأة من خلال السلوكيات التكيفية ، تقوم المواد التي يساء استعمالها بتفعيل سبل المكافأة مباشرة ، إن الآليات الدوائية التي تجعل من كل فئة من العقاقير تنتج مكافأة مختلفة ، ولكن هذه العقاقير عادة تفعل النظام و تنتج مشاعر الجور ، و غالباً ما يشار إليها على أنها نشوة و علاوة على ذلك ، فالأفراد ذوي المستويات الأدنى من ضبط النفس و التي قد تعكس ضعف الآليات المثبطة قد يكونون ميالين بشكل خاص لتطوير اضطرابات

استعمال المواد ، مما يوحي بأن جذور اضطرابات استعمال المواد لبعض الأشخاص يمكن أن ترى في سلوكياتهم قبل فترة طويلة من البداية الفعلية لاستعمال المواد .
(الحمادي ص 175)

9 / التفسير العلمي للإدمان :

و يكمن أن هناك أنوية خاصة بالإدمان تقوم بإفراز مادة الدوبامين و تؤدي للشعور بالبهجة أو النشوة و يقوم الدماغ بتخزين هذه الذاكرة بحيث تصبح مرغوبة و يسعى لتكرارها و هذا بالتالي يؤدي إلى السلوك الإدماني المعروف ، و قد تم تصوير هذه المواد الكيميائية بوسائل مختلفة يمكنها تصوير بعض أجزاء الدماغ و المواد الكيميائية الموجودة فيه ، بحيث ظهر في هذه الصور وضع المدمن الذي يتعاطى في حالة نشوة و لمن هو في حالة انسحاب أو حالة اشتها .
(المطيري ، 2013 : 89) .

10 / آثار و أضرار تعاطي المخدرات :

هناك العديد من الآثار و الأضرار من جراء تعاطي المخدرات التي تلحق بالفرد و المجتمع و هي على النحو التالي

أولا : أضرار فردية :

- يميل المتعاطي غالبا إلى العزلة و الانطواء و يبقى أسير نفسه .
- يتعد متعاطي المخدرات عن بيئته الاجتماعية السوية و رفاقه الطبيعيين ، و تبقى علاقاته الاجتماعية محصورة بالمتعاطين و المروجين .
- يواجه متعاطي المخدرات نبذ المجتمع و كراهيته و تصبح النظرة إليه كإنسان شاذ خارج عن أعراف المجتمع و تقاليده و مخالف للقوانين .

ثانيا : الآثار الاجتماعية :

يؤدي تعاطي المخدرات و الإدمان عليها إلى أضرار تعود على الفرد نفسه و على المحيطين به من أسرته و أصدقائه و تنعكس على المجتمع من حيث أمنه و استقراره ، و عموما فإن مستويات التأثير الاجتماعي يمكن أن تطل و بدرجات متفاوتة المجالات الآتية :

- الحياة الزوجية : إذ ينتشر الطلاق بين المدمنين بنسب أعلى من انتشاره في عموم المجتمع .
- التفكك الأسري : اضطراب بنية العائلة مع كثرة التعرض للمشكلات المادية و العاطفية و الدراسية و الاجتماعية .
- اضطراب التوازن الاجتماعي : يعتاد بعض المدمنين على تأجيل مواجهة الواقع أو المشاكل المحيطة بهم و ذلك بالهروب منها و بالتالي يتعزز لديهم السلوك الانسحابي .

ثالثا : الأضرار النفسية :

إن أهمية الاضطرابات النفسية المصاحبة لسوء استخدام المواد أمر مثبت علميا بالنسبة للراشدين ، فمن خلال الدراسات الكبيرة عن مشكلات الصحة النفسية لدى الراشدين اتضح أن 37 % . من الراشدين الذين يعانون من اضطراب تعاطي الكحول أو تعاطي أي عقار آخر يعانون أيضا من اضطراب نفسي مصاحب ، و من بين هؤلاء الذين يعانون من الاضطرابات النفسية كان هناك خطر أكبر للإصابة باضطراب الإدمان بمعدل (2.7) مرة مع نسبة انتشار الإدمان طول الحياة لحوالي 29 % ، بالنسبة للراشدين الذين يعانون من اضطراب استخدام الكحول ، فإن الاضطرابات الوجدانية من أبرز الاضطرابات النوعية المصاحبة ، وخاصة اضطرابات ثنائية القطب و اضطراب القلق و اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

(نفس المرجع السابق ص 89 ، 92) .

11 / علاج الإدمان على المخدرات :

قبل دخول المريض لبرامج العلاج لابد من إجراء بعض المهام الرئيسية و تتمثل في :

1 _ التشخيص الدقيق للحالة :

لابد من إجراء تشخيص دقيق لحالة المدمن حيث أنه قد يعاني من نوعين من الاضطراب و هذا ما يطلق عليه مفهوم التشخيص المزدوج ، حيث أنه كثيرا ما يرتبط سوء استخدام العقاقير المخدرة مع الاضطراب المزاجي ، أو السلوك المضاد للمجتمع أو الفصام ، لذلك لابد من تحري الدقة في عملية التشخيص حيث يساعد ذلك على تخطيط برامج العلاج .

2 _ إزالة التسمم :

و في هذه الخطوة يكون المريض تحت إشراف طبي كامل و خاصة إذا كان متعاطيا لمواد مخدرة تؤدي إلى اعتماد نفسي و جسمي و احتمال معا ، حيث أن تعاطي مثل هذه المواد يؤدي إلى أعراض انسحاب شديدة قد تهدد بحياة المريض ، و لذلك فلابد من ادخاله وحدة علاج الإدمان ، و قد تستغرق عملية إزالة أعراض الانسحاب فترة زمنية تتراوح بين أسبوع حتى ثلاث أسابيع .

3 _ التقويم النفسي و السيكاتري و الاجتماعي :

و في هذه الخطوة يتم إجراء الاختبارات النفسية و خاصة اختبارات الشخصية لمعرفة نوع الاضطراب العقلي السائد لدى المريض ، كما يتم تطبيق اختبارات الذكاء لمعرفة مدى تأثر الوظائف العقلية بتعاطي العقاقير المخدرة و تقدير مدى التلف الذي حدث فيها و يقوم بهذا العمل الأخصائي النفسي .

كما يتم إجراء المقابلات التشخيصية بواسطة الطبيب النفسي حتى يمكن الكشف عن الأعراض السيكوباتولوجيا التي يعاني منها المريض ، و مدى مماثلة تلك الأعراض مع نتائج الاختبارات النفسية .

أما بالنسبة للأخصائي الاجتماعي فيقوم بدراسة تاريخ الحالة من حيث مستوى التعليم ، وعلاقته بأسرته ، و مدى التماسك أو التفكك الأسري ، و طبيعة مهنته إذا كان يعمل .

4 _ التأهيل البدني :

يدخل معظم المدمنين إلى مرحلة العلاج و هم في حالة ضعف جسمي ، و يجب أن يهدف التأهيل البدني إلى استعادة المدمنين الصحة البدنية الجيدة ، و يمكن أن يتضمن التأهيل البدني ، إعادة تعليم المدمنين كيف يقضون وقت الفراغ و الاندماج في الهوايات و الحرف و الفنون .

5 _ الجلسات التعليمية :

و الهدف من هذه الجلسات التعليمية هو توعية المريض بالأضرار الشديدة _ سواء نفسية أو جسمية أو اجتماعية _ الناتجة من تعاطي المواد المخدرة ، كما يتم شرح كيفية تفاعل هذه المواد في الجسم ، و كذلك طرح بعض القضايا الاجتماعية و النفسية و الدينية التي تدور حول تعاطي العقاقير المخدرة ، تساعد هذه الجلسات التعليمية في تأهيل المدمنين لدخول البرامج العلاجية .

ويلي تلك الخطوات السابقة الدخول إلى برامج العلاج النفسي سواء الفردي أو الجمعي . وعادة تتمثل أهداف العلاج في :

✓ زيادة الدافع للامتناع عن تعاطي العقاقير المخدرة .

✓ بناء حياة بعيدة عن المواد المؤثرة نفسيا .

- ✓ المساعدة في تحسين نواحي الحياة المختلفة .
 - ✓ المساعدة في علاج الأمراض النفسية و الجسمية .
 - ✓ المساهمة في التأهيل الاجتماعي و المهني و الاقتصادي .
 - ✓ المساعدة في حل المشكلات العائلية و الزوجية .
 - ✓ إعادة المدمن إلى المجتمع بعد خلعه .
- (فايد ، 2006 ص 237) .

و فيما يلي سوف نلقي الضوء على العلاج المعرفي السلوكي :

و من خطوات هذا العلاج ما يلي :

- تأسيس علاقة تعاونية من خلال التحالف العلاجي ، مع تحديد المشاكل الانفعالية و السلوكية و المعرفية التي تدفع إلى طلب المريض المساعدة .
 - إقامة التشخيص حسب DSM 5.
 - دراسة الأهداف و الرغبة في التغيير (المعالج هنا يحدد المشاكل التي أتى من أجلها المريض و يريد تعديلها و يقوم كذلك بتقييم رغبة في التغيير) .
 - التحليل الوظيفي ، فهناك عدة شبكات تسمح بتحليل العلاقات المتبادلة بين السلوك و الانفعال و المعرفة .
 - المقابلة التحفيزية ، و الواجبات المنزلية .
 - استعمال المقاييس " الاختبارات و السلايم .
 - بناء الفرضيات مع المريض ، كيفية تحديد أولويات التدخل و بماذا يجب البدء
 - إقامة سلم للمشاكل مثلاً تحديد مقياس للخوف (من 0 إلى 10) الذي يسمح بترتيب مخاوف المريض التي سوف يتم تعريضه لها .
- (جيلالي ، بن حسين 2022) .

الخلاصة :

ختاما ، تناول هذا الفصل موضوع الإدمان على المخدرات بمختلف جوانبه الأساسية ، بدءا بتعريفه و مراحلہ التدریجية التي تنتقل بالفرد من التعاطي التجريبي إلى الاعتماد الكامل ، مروراً بتصنيف المواد المخدرة و أنماط التعاطي المختلفة التي تظهر تبعا لنوع المادة و ظروف الاستعمال ، كما استعرضنا أهم النظريات النفسية و الاجتماعية المفسرة لظاهرة الإدمان ، مع تحليل معمق للأسباب التي تؤدي إلى الوقوع في برائته ، سواء كانت فردية ، أسرية ، أو اجتماعية ، ولم تغفل الدراسة كذلك الآثار الخطيرة التي يخلفها الإدمان على صحة الفرد النفسية و الجسدية ، و على التماسك الاجتماعي بوجه عام ، و في الأخير سلطنا الضوء على الأساليب العلاجية المعتمدة في التعامل مع حالات الإدمان ، موضحين أهمية التكفل النفسي و الطبي و الاجتماعي المتكامل .

إن الإلمام بجميع هذه الأبعاد يتيح لنا فهما أشمل لظاهرة الإدمان ، و يؤسس لخطوات فعالة نحو الوقاية و العلاج و إعادة إدماج المدمنين في الحياة الاجتماعية بطريقة صحية و سليمة .

الفصل الرابع: المراهقة

تمهيد :

1. تعريف المراهقة
2. المراهقة و البلوغ
3. مراحل المراهقة
4. سمات مرحلة المراهقة
5. مشكلات المراهقة
6. الحلول المقترحة للتعامل مع المراهقين
7. النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة
8. دور علم النفس في مساعدة المراهقين

الخلاصة .

تمهيد :

تُعدّ مرحلة المراهقة (Adolescence) من أهم وأدق المراحل التي يمر بها الإنسان في حياته فهي بمثابة ميلاد جديد، كما أنّها مرحلة انتقالية دقيقة وحساسة، ينتقل فيها الفرد من عالم الطفولة إلى عالم الرشد والنضج و قد اختلف الباحثون في تحديد البداية الدقيقة لهذه المرحلة ونهايتها، ويعود هذا الاختلاف إلى تعدد ثقافات الشعوب، وتنوع طبائعهم، واختلاف الأزمنة، وتباين الخصائص الجغرافية والبيئية.

خلال هذه الفترة يمر المراهق بتغيرات كبيرة تشمل مختلف جوانب نموه الجسدي والعقلي والاجتماعي والانفعالي، مما يجعله يعيش حالة من الارتباك والصراع الداخلي أثناء سعيه لتحديد هويته الذاتية وإثبات ذاته بين المحيطين به، سواء في البيت أو المدرسة. وتُعتبر هذه المرحلة من أصعب فترات العمر، نظرًا لما تفرضه من تحديات وتوترات. وغالبًا ما يخطئ المحيطون بالمراهق، من معلمين وأولياء أمور، في تفسير سلوكياته وخصائص تطوره، مما يدفعهم إلى استخدام أساليب تعامل غير تربوية تعتمد على النقد المستمر، واللوم، والتوبيخ، وأحيانًا العقاب بدلًا من أن يمدوا له يد العون لمساعدته على فهم أخطائه وتطوير سلوكياته بطريقة إيجابية.

ولا يمكن فهم المراهقة فهمًا دقيقًا دون الالتفات إلى التجارب المبكرة التي مر بها الفرد خلال مرحلة الطفولة، خاصة تلك التي تتعلق بالصدمات النفسية ، فقد أظهرت العديد من الدراسات أن الصدمات التي يتعرض لها الطفل، مثل الإهمال، وسوء المعاملة، وفقدان أحد الوالدين، أو التعرض للعنف، تترك آثارًا عميقة تستمر في الظهور خلال مرحلة المراهقة. إذ تؤثر هذه الصدمات على نموه العاطفي والاجتماعي، وتنعكس في شكل اضطرابات في السلوك، أو مشكلات في بناء الهوية، أو صعوبات في التكيف مع التغيرات الطبيعية التي تميز هذه المرحلة الحساسة. وبالتالي فإن فهم الخلفية الطفولة للمراهق يعد أمرًا أساسيًا لتفسير بعض مظاهر القلق أو السلوكيات المضطربة التي قد ترافقه خلال فترة المراهقة.

1. تعاريف المراهقة :

○ المراهقة في اللغة :

قال ابن المنظور في لسان العرب: ترجع كلمة "المراهقة" إلى الفعل العربي "راهق" الذي يعني الاقتراب من الشيء، فراهق الغلام فهو مراهق أي قارب الاحتلام و رهقت الشيء رهقاً، أي: قربت منه والمعنى هنا يشير إلى الاقتراب من النضج والرشد.

(عبد المنعم الميلادي 2015 ص 8)

○ المراهقة في الاصطلاح :

تعتبر المراهقة فترة مرور و عبور وانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد والرجولة. وبالتالي فهي مرحلة الاهتمام بالذات والمرأة والجسد على حد سواء، ومرحلة اكتشاف الذات والغير والعالم. ومن ثم تتخذ المراهقة أبعاداً ثلاثية: بعداً بيولوجياً (البلوغ)، وبعداً اجتماعياً (الشباب)، وبعداً نفسياً (المراهقة). ومن ثم، تبدأ المراهقة " بمظاهر البلوغ، وبداية المراهقة ليست دائماً واضحة، ونهاية المراهقة تأتي مع تمام النضج الاجتماعي دون تحديد ما قد وصل إليه ال فرد من هذا النضج الاجتماعي. "

(جميل حمداوي ص 6)

○ أما المراهقة في علم النفس فتعني:

الإقتراب من النضج الجسدي والعقلي والنفسي والاجتماعي، ولكنه ليس النضج نفسه؛ لأن الفرد في هذه المرحلة يبدأ بالنضج العقلي والجسدي والنفسي والاجتماعي، ولكنه لا يصل إلى اكتمال النضج إلا بعد سنوات عديدة قد تصل إلى 10 سنوات.

وترجع أهمية المراهقة عند علماء النفس إلى أنها مرحلة التغيرات السريعة، التي تخرج الفرد من عالم الطفولة، ولا تدخله عالم الرجولة فوراً بل يبقى في مرحلة انتقالية بينهما خلال فترة المراهقة .

(عبد المنعم الميلادي 2015 ص 08 09)

○ تعريف المراهقة حسب قاموس لاروس (Le Petit Larousse) :

هي تلك الفترة الزمنية الفاصلة بين حياة الطفولة وحياة الرجولة وتتميز بخاصية البلوغ .

○ اشتق مصطلح المراهقة في اللغة الإنجليزية **Adolescence** من فعل **Adolescens** في اللغة اللاتينية

وتعني الاقتراب التدريجي من النضج الجسمي والجنسي والعقلي والانفعالي ولهذا يختلف معنى المراهقة عن

البلوغ **Puberty** الذي يعني نضج الغدد الجنسية التي تمكن الفرد من التكاثر والمحافظة على النوع. أما

هاريمان فيرى البلوغ بأنه مرحلة من مراحل النمو الفسيولوجي - العضوي التي تسبق المراهقة، وتحدد نشأتها،

بحيث يتحول الفرد خلالها من كائن لا جنسي إلى كائن جنسي.

(جميل حمداوي ص 06 07)

○ عرفها **هوروكس (Harrocks)** : بأنها الفترة التي يكسر فيها المراهق شرنقة الطفولة ليخرج إلى العالم

الخارجي، ويبدو في التفاعل معه والاندماج فيه. ولهذا ركز هوروكس في تعريفه على أن المراهق ينتقل من

حياة الطفولة و الإتكالية إلى العالم الخارجي الذي يحدث فيه تفاعل اجتماعي بشتى صوره وأشكاله، ويكون

في ذلك شيء من الاستقلال الذاتي والاعتماد على النفس.

○ كما عرف **أوسبل 1955 (Ausbel)** المراهقة بأنها "الوقت الذي يحدث فيه التحول في الوضع

البيولوجي للفرد"

○ يقول ستانلي Stanley هول معبراً عن المعنى الشائع للمراهقة: "المراهقة فترة عواصف وتوتر وشدة، تكتنفها الأزمات النفسية، وتسودها المعاناة والإحباط والصراع والقلق والمشكلات وصعوبات التوافق. قد ركز على الجانب الانفعالي في حياة المراهق، وما يعتره من توترات وثورات توصف أحياناً بأنها أزمة تحدث في حياة المراهق.

(محمد أحمد الزعبي 2010 ص 18)

○ تعريف المراهقة حسب منظمة الصحة العالمية: **World Health Organization**

تُعرف منظمة الصحة العالمية (WHO) المراهقة بأنها المرحلة العمرية الممتدة من 10 إلى 19 سنة، وتُعد مرحلة انتقالية حاسمة بين الطفولة والرشد، تتميز بمجموعة من التغيرات البيولوجية والنفسية والاجتماعية. وتُشكل هذه المرحلة فترة تطور سريع في النمو الجسدي والنضج الجنسي، إلى جانب بلورة الهوية الفردية والاجتماعية. وتؤكد المنظمة على أهمية هذه المرحلة في تشكيل أنماط السلوك الصحي والنفسي التي قد تؤثر على جودة حياة الفرد في المستقبل.

(<http://www.who.int>)

2. المراهقة والبلوغ (Adolescence and Puberty) :

المراهقة هي مرحلة تبدأ بالبلوغ وتنتهي بدخول الرشد حسب معايير كل مجتمع، ولا تعني النضج الكامل بل الاقتراب التدريجي من النضج الجسمي، العقلي، النفسي والاجتماعي.

أما البلوغ، فهو مرحلة بيولوجية تحدث غالباً في بداية المراهقة، وتتميز بنضج الأعضاء التناسلية وظهور الخصائص الجنسية الثانوية نتيجة إفرازه هرمونات (الأندروجين لدى الذكور، والإستروجين لدى الإناث).

يمر البلوغ بثلاث مراحل:

1. ما قبل البلوغ: بداية ظهور الخصائص الجنسية الثانوية.

2. مرحلة البلوغ: تصبح الأعضاء التناسلية قادرة على الإنجاب.

3. ما بعد البلوغ: تكتمل الخصائص الجنسية و تصبح الأعضاء قادرة على أداء وظائفها.

وباختصار فإن المراهقة تعنى الاقتراب من النضج الجسمي والعقلي والنفسي والاجتماعي، أما البلوغ فيعنى القدرة على التناسل بعد اكتمال وظائف الأعضاء الجنسية وبناء على ذلك فإن البلوغ أحد جوانب المراهقة فقط أما من الناحية الزمنية فإن البلوغ يسبق المراهقة باعتباره أول المؤشرات على دخول الطفل في مرحلة المراهقة

(محمد عماد الدين إسماعيل 2004 ص 408)

3. مراحل المراهقة :

المدة الزمنية التي تسمى المراهقة تختلف من مجتمع إلى آخر ففي بعض المجتمعات تكون قصيرة وفي بعضها الآخر تكون طويلة و لذلك فقد قسمها العلماء إلى ثلاث مراحل و هي مايلي :

أ. مرحلة المراهقة الأولى (11 - 14 عاما) : و تتميز بتغيرات بيولوجية سريعة .

ب . مرحلة المراهقة الوسطى (14 - 18 عاما) : و هي مرحلة اكتمال التغيرات البيولوجية .

ج . مرحلة المراهقة المتأخرة (18 - 21 عاما) : حيث يصبح الشاب أو الفتاة إنسانا راشدا بالمظهر و التصرفات .

و يتضح من هذا التقسيم أن مرحلة المراهقة تمتد لتشمل أكثر من عشرة أعوام من عمر الفرد .

(عيسى بن سليمان الفيافي 2016 ص 10)

4. سمات مرحلة المراهقة :

ومن خصائص هذه المرحلة أن المراهق يمر بتغيرات جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية رهيبة حتى إن علماء النفس يسمون هذه المرحلة بالعاصفة التي يجب الاستعداد لها من القائمين على أمر الأبناء .
ويجب هنا أن نلقي الضوء على هذه التغيرات .

نمو الجسمي والحركي:

تتميز هذه المرحلة بالبطء في النمو الجسماني، ويلاحظ استعادة الفتى والفتاة لتناسق الجسم. كما تظهر الفروق المميزة في تركيب جسم الفتى والفتاة بصورة جلية. ويزداد نمو عضلات الجذع والصدر والرجلين بدرجة أكبر من نمو العظام حتى يستعيد الفرد اتزانه الجسمي، ويصل الفتيان والفتيات إلى نضجهم البدني الكامل تقريباً، وتزداد احتياجات الأفراد إلى الأنشطة لاكتساب اللياقة البدنية والحركية، وكذا بالأنشطة التي تهتم بصحة وسلامة القوام واكتساب المظهر الجيد.

أما بمرحلة النمو الحركي : فيظهر في هذه المرحلة الاتزان التدريجي في نواحي الارتباك والاضطراب الحركي وتأخذ مختلف النواحي النوعية للمهارات الحركية في التحسين والرقى لتصل إلى درجة عالية من الجودة ، كما يلاحظ ارتقاء بمستوى التوافق العضلي العصبي.

وفيها يكتسب الفرد ويتعلم مختلف الحركات وإتقانها وتشبثها إضافة إلى ذلك زيادة قوة العضلات الذي يتميز به الفتى ويساعد الكثير على إمكانية ممارسة أنواع مختلفة من الأنشطة الرياضية التي تحتاج إلى القوة العضلية، كما أن زيادة مرونة عضلات الفتاة تساهم في قدرتها على ممارسة بعض الأنشطة الرياضية كالجمباز والتمرينات الفنية.

(محمد محمود عبد الله 2014 ص 10 11)

النمو الفسيولوجي :

ويقصد به تلك التغيرات التي تحدث في الأجهزة الداخلية للإنسان ، كالتغيرات في إفرازات الغدد الصماء والغدد الجنسية كما تشمل تلك التغيرات النضج الجنسي والبلوغ ، أي وصول الأعضاء التناسلية للنضج الذي يمكن الفرد من أن يصبح قادراً على التناسل .

النمو العقلي :

في هذه المرحلة يصل الذكاء إلى أقصى نموه ، وتشكل القدرات وتظهر الميول والاستعدادات والقدرة على الانتباه والتذكر والتخيل حيث يقوم التذكر عند المراهق على أسس منتظمة بدلاً من التذكر الآلي ، بينما يصبح التخيل مبنياً على الوقائع والصور المجردة، وذلك بخلاف مرحلة الطفولة التي تتسم وتهتم بالصورة الحسية . يصبح المراهق في مرحلة المراهقة خصب الخيال ويني آماله التي لا يستطيع تحقيقها في الواقع عن طريق الأحلام (أحلام اليقظة) ، وفي مرحلة المراهقة تتنوع الميول وقد أشارت بعض الأبحاث إلى أن الميل إلى أعمال التجارة ونشاط الأندية يزداد عند البنين أثناء مرحلة المراهقة وفي حين تقل ميولهم نحو اللعب الميكانيكي والطلاء والرسم .

(عبد الكريم قاسم أبو الخير 2004 ص 149 150)

النمو النفسي :

يمر المراهق بمرحلة مليئة بالتغيرات النفسية والانفعالية المعقدة، بسبب التحولات البيولوجية والاجتماعية والنفسية حيث يعيش صراعات بين رغباته وواقعه، مما يسبب له القلق والحيرة والتوتر.

و من بين مظاهر النمو الانفعالي لدى المراهقين:

■ **حدة الانفعالات:** تظهر انفعالات عنيفة وسريعة، حيث ينتقل من الفرح إلى الحزن بسرعة ولأسباب بسيطة.

■ **التقلب الانفعالي:** يتغير مزاجه بسرعة دون أسباب واضحة، مما يصعب فهم مشاعره أحياناً.

■ **التمرد والعصيان:** يرفض الأوامر والقوانين تعبيراً عن رغبته في الاستقلال.

■ **الحزن والقلق:** يشعر بالحزن والقلق أكثر من مشاعر الفرح.

■ **سوء التكيف الاجتماعي:** قد يتصرف بعدوانية أو انسحاب نتيجة عدم تقبل المجتمع له.

■ **الخجل و الحساسية الزائدة:** يعاني من حساسية مفرطة تجاه النقد أو المواقف الاجتماعية.

■ **الشعور بالذنب:** يلوم نفسه كثيراً ويشعر بالذنب حيال أخطائه.

■ **الانسحاب في الأحلام:** يهرب من الواقع إلى عالم من الخيال والأحلام، والتي قد تكون إيجابية إذا وُجِعت

بشكل صحيح، أو سلبية إذا أصبحت وسيلة للهروب فقط.

ويرجع كثير من الاضطراب في حياة المراهقين تقريباً إلى الآلام الانفعالية النامية فهم يتشبثون بآرائهم لإحساسهم

بنفعهم ويدافعون عن حقوقهم ولكنهم على غير استعداد في كثير من النواحي لتحمل المسؤوليات .

(إيناس خليفة 2005 ص 85 86)

النمو الاجتماعي :

يتأثر النمو الاجتماعي للمراهق بالبيئة الاجتماعية والأسرية التي يعيش فيها كما يوجد في البيئة الاجتماعية من ثقافة

وتقاليد وعادات وعرف واتجاهات وميول يؤثر في المراهق، ويوجه سلوكه، ويجعل عملية تكيفه مع نفسه ومع المحيطين

به عملية سهلة أو صعبة و يمر النمو الاجتماعي للمراهق بعدة مراحل:

■ **مسايرة الجماعة (بداية المراهقة):**

يسعى المراهق لتقليد جماعته والانتماء إليهم، ويظهر ذلك من خلال الإخلاص والصراحة في التصرفات.

■ تأكيد الذات (منتصف المراهقة):

يبدأ المراهق في السعي لإثبات نفسه، فيلفت الأنظار عبر المظهر، اللباس، أو النقاشات، رغم أن ذلك لا يكون عن قناعة حقيقية بل بدافع لفت الانتباه.

■ تحمل المسؤولية (نهاية المراهقة):

يشعر بمسؤولياته تجاه الجماعة ويحاول تقديم خدمات وإصلاحات، ويتطور سلوكه نحو مزيد من النضج الاجتماعي.

■ مقاومة السلطة:

يميل المراهق لمقاومة سلطة الأسرة والمدرسة، ويبحث عن الحرية والاستقلال.

ومن بين أهم الاتجاهات الاجتماعية لدى المراهق:

■ الميل للنقد والإصلاح.

■ الرغبة في مساعدة الآخرين والمشاركة الاجتماعية.

■ اختيار الأصدقاء والميل للزعامة والبطولة.

■ السعي للاستقلال والمساواة مع الكبار.

■ الثقة الزائدة بالنفس.

■ السعي للتقبل الاجتماعي.

■ القدرة على الإبداع والابتكار.

النمو الجنسي:

- ازدياد الاهتمام بالجنس الآخر (الغيرية الجنسية).
- الحديث المتكرر عن الجنس و المدرسة والأصدقاء.
- نمو الميول الجنسية (وقد تظهر ميول مثلية مؤقتة في بعض الحالات).
- الشعور بالحب والانجذاب العاطفي المتعدد.
- الميل للجمال والرغبة في بناء علاقات عاطفية.
- الشعور بالمسؤولية الجنسية وتكوين فلسفة خاصة للحياة.

(أحمد محمد الزعي 2010 ص 16 15)

النمو الوجداني والاقتصادي :

إن المراهق في هذه المرحلة يعمل على تحقيق ذاته حتى يثبت للناس أنه لم يعد الطفل الصغير الذي لا يعبأ به ؛ لذلك قد ينتقد بعض التصرفات المحيطة به ، ويحاول أن يستخدم إمكانياته بصورة أكثر نضجاً ، وعلى مستوى أكثر تعقيداً، ليعطي كما يأخذ ، وليقيم علاقات مع الآخرين، ويثق فيهم، ويتعلم ما ينفعه وما يضره، وإن رفض المراهق التدخل من قبل الأب أو أفراد الأسرة عموماً شيء طبيعي في هذه المرحلة، وكثيراً ما يظهر على المراهق مظاهر عدم الرضا عن الأسلوب الذي تتبعه الأسرة في التوجيه، أو الأمر بعدم مصادقة شخص أو أشخاص معروفين بالسلوك الشاذ ، على الرغم من قناعته بصحة وسلامة رأى الأسرة إلا أنه أن هذا التدخل يضعف شخصيته .

والمراهق في هذه المرحلة ينشد الاستقلال المادي، ويحاول جاهداً أن يستقل معتمداً على نفسه .

إن العامل الاقتصادي له تأثير سلبي على السلوك النفسي والاجتماعي للمراهق خاصة إذا ما غابت التربية الإسلامية الحقة التي تدعو إلى بذر القناعة والرضا في نفوس أفراد المجتمع كي تسير الحياة مسيرتها الطبيعية دونما خلاف أو شقاق، بل مؤاخذة ومصاحبة وصدق ووفاء.

(محمد محمود عبد الله 2014 ص 13 14)

5 . مشكلات المراهقة :

ثمّة مجموعة من المشكلات العامة التي يواجهها المراهق ، و يمكن حصرها في المشاكل الذاتية و المشاكل الموضوعية

(1) المشاكل الذاتية : و تتمثل في :

❖ مشاكل الذات و الجسد :

يهتم المراهق بذاته كثيرا إلى حد النرجسية ، فيراقب مختلف التغيرات العضوية و الفيزيولوجية التي تنتاب جسمه بشكل تدريجي ، كما يشعر بتقلبات جسده عبر المرأة التي تكشف له حقائق شخصيته ، و تتجلى ردود فعل الآخرين تجاه هذا الجسد ، و في هذه المرحلة بالذات ، يدخل المراهق في مرحلة الصراع مع جسده ، إما باستعمال خطاب التعالي ، إذا كان جسده في غاية الوسامة و الأناقة و الجمال ، و إما باستعمال خطاب التصعيد و التبرير و التعويض عن النقص و الدونية ، إذا كان جسده يميل إلى القبح ، و يترتب عن هذا الشعور المزدوج مجموعة من الصفات الإيجابية و السلبية التي يمثّلها المراهق ، حين تواجهه داخل المنزل أو خارجه . كما تتميز هذه الفترة بحاجة المراهق إلى الاستقلالية ، و الثقة في النفس و اكتساب الهوية ن و الاعتماد على الذات ، و من ناحية أخرى تعد هذه الفترة مرحلة الأزمة و التوتر و القلق و الاضطراب و الصراع مع أفراد الأسرة ، و لا سيما الوالدين و إحساسه بعدم الأمان و شكّه في هويته و تمردّه عن القواعد و التقاليد و الأعراف الاجتماعية و القانونية .

❖ المشاكل العاطفية و الجنسية :

يعيش المراهق مشاكل عاطفية ووجدانية و انفعالية ، بسبب ميله إلى الجنس الآخر ، إذ يدخل في علاقات حب رومانسي مع الفتاة التي يحبها ، و غالبا ما يكون هذا الحب الأول مثاليا ، و يمكن أن تحدث هذه العلاقة الأولى صدمات عاطفية و انفعالية بسبب الخلافات و تباين وجهات النظر التي يمكن أن تحدث بين المراهقين ، و أكثر من هذا يشتد الميل الجنسي لدى المراهق تجاه الجنس الآخر بعد تجذر العلاقات العاطفية و الرومانسية ، و توالي اللقاءات المتكررة بين الطرفين ، فتكثر أحلام اليقظة و المنام و الشرود و عدم الانتباه و قد يلتجئ المراهق إلى الاستمناء بسبب حدة الشهوة التي يكنها تجاه الآخر .

❖ مشكلة عدم التوافق النفسي :

يعد عدم التوافق النفسي من أهم المشاكل التي يتخبط فيها المراهق و المراهقة ، و يترتب عن ذلك أحاسيس و مشاعر سلبية مثل : القلق ، و الضيق و الارتباك ، و الحزن ، و البكائية ، و شدة الانفعال ، و عدم الأمان ، و غياب الاستقرار و اضطراب علاقتهما مع الأفراد و كثرة المخاوف الذاتية و الموضوعية و لا شك بأن هذا الاضطراب يولد الانعزال الوجداني و الفقر العاطفي و يقوي الإحساس بفراغ الحياة و فقدان التوازن النفسي ، الذي بدوره يشعر المرء نتيجة لذلك بأنه قلق في سلوكه مهدد في حياته . و يعني هذا أن المراهق يعاني من مشكل عدم التوافق النفسي و الذاتي الذي يؤثر مباشرة على الأنواع الأخرى من التوافق مثل : التوافق الاجتماعي و التوافق العضوي و التربوي ، بينما المطلوب هو تحقيق التوازن الذاتي و النفسي و المجتمعي ، عبر عمليات التطبيع و التكيف و التأقلم و التنشئة الاجتماعية .

(2) المشاكل الموضوعية :

يعاني المراهق من عدة مشاكل موضوعية ، تتعلق بالأسرة و المجتمع و المدرسة ، و أكثر من هذا يمكن الحديث عن أنواع ثلاثة من المراهقة :

- **مراهقة سوية :** عادية و طبيعية بدون مشاكل و لا اضطرابات .
 - **مراهقة انطوائية :** أساسها العزلة و الانكماش و الوحدة و مقاطعة الأسرة و الأصدقاء و الأقران ، و الميل إلى الانطواء على الذات بغية التأمل و التفكير و الاستبطان الذاتي .
 - **مراهقة عدوانية منحرفة و جانحة :** يكون فيها المراهق عدوا لنفسه و لغيره .
- كذلك فإن المراهقة ليست مستقلة بذاتها استقلالاً تاماً ، و إنما هي تتأثر بما مر به الطفل من خبرات في مرحلة سابقة ، و يعني هذا أن المراهقة نتاج المجتمع و البيئة و الثقافة و من هنا تتأثر قيم المراهقة بقيم البيئة التي يعيش فيها .
- (حمداوي ، بدون سنة) .

إضافة إلى هذه المشاكل سنلقي الضوء على تلك المشكلات التي أصبحت تشكل خطراً شديداً على التطور الجسمي للمراهقين ، و بطبيعة الحال فإن تأثير هذه المشكلات لا يقتصر على الناحية الجسمية فقط ، و لكنه يمكن أن يمتد ليشمل مختلف جوانب التطور عند المراهق ، و من هنا تأتي أهمية التطرق إلى ذكر هذه المشكلات . و التي من أهمها في الوقت الراهن تعاطي المخدرات و الكحول و التدخين و الحمل في مرحلة المراهقة و الأمراض المنقولة عن طريق الجنس .

المخدرات : حيث يؤدي الاستمرار في تعاطي العقاقير غير المشروعة إلى الإدمان الذي يجعل الفرد معتمدا على هذه العقاقير سواء عن طريق الاستنشاق أو التدخين .

الكحول : حيث يشعرون أنهم تمنحهم لحظات من المتعة ، بالإضافة إلى العديد من لحظات الحزن و عدم الارتياح ، و يعتبر الكحول في المركز الثالث بين العوامل التي تسبب الموت .

تدخين السجائر : أثبتت التقارير الطبية الواردة عن معظم الدوائر الصحية المتخصصة في العالم وجود علاقة بين التدخين و العديد من الأمراض التي تصيب الإنسان ، كأمراض القلب و سرطان الرئة و الفم و اللثة و غيرها من الأمراض الخطيرة ، و في حقيقة الأمر فإن الأسباب الكامنة وراء تعلق الكثير من الأطفال و المراهقين بهذه الظاهرة ليست واضحة تماما . غير أن هناك تأكيد من الجميع على خطورة هذه الظاهرة ، حيث يبدأ التدخين عادة في سن مبكرة تتراوح بين سن العاشرة و الثانية عشر ، و ما أن يستمر الفرد في التدخين لعدة سنوات حتى يصبح النيكوتين جزءا من تركيب الدم عند المراهق ، الأمر الذي يجعل الإقلاع عن هذه العادة أمرا في غاية الصعوبة .

الحمل في مرحلة المراهقة : في جميع الأحوال فإن المخاطر الصحية الناجمة عن الزواج المبكر و الحمل المبكر ، و الآثار الأخرى التي يمكن أن تترتب على ذلك تستدعي قيام المؤسسات المجتمعية ذات العلاقة بتبني برامج إرشادية تأخذ في الاعتبار تطوير برامج خاصة بالتوعية الجنسية التي تتفق مع القيم الثقافية السائدة في المجتمع ..

الأمراض المنقولة عن طريق الجنس : تعتبر العلاقات الجنسية في مرحلة المراهقة خطيرة لعدة أسباب ، أولها أن المراهقين يمكن أن يمارسوا الجنس بسبب الضغوطات التي يمكن أن يتعرضوا لها من قبل الراشدين فيما يعرف بالإساءة

الجنسية . (أبو الخير ، 2004 : 121 ، 125)

6. حلول المقترحة للتعامل مع المراهقة :

ثمة مجموعة من الحلول و الاقتراحات للتعامل مع المراهق نفسيا و اجتماعيا و تربويا ، يمكن تفصيلها على النحو التالي :

لا يمكن معالجة المراهق نفسيا و ذاتيا إلا بمساعدته على تفهم ذاته و حل مشاكله بنفسه أي لا بد كم مساعدة المراهقين و تشجيعهم حتى يستطيع كل واحد أن يعرف نفسه و يفهم ذاته و يدرس شخصيته و يفهم خبراته و يحدد مشكلاته و حاجاته ، و يعرف الفرص المتاحة ، علاوة على ذلك فلا بد من تكاثف الجهود و تضافرها لمساعدة المراهق على تجاوز مشاكله الذاتية ، بتشجيعه ماديا و معنويا و تحفيزه دعما و تأهيلا و تكويننا و تقديرا ، و دفعه إلى الأمام نحو الإبداع و الابتكار و البحث ، و على الوالدين و المربين و المرشدين النفسيين أن يقدرُوا دورهم الهام في تنمية مفهوم الذات المرن السوي عند المراهقين ، لا يقتصر الأمر على الوالدين فقط ، بل يتعدى ذلك إلى المدرسة و المجتمع على حد سواء.

(حمداوي ، بدون سنة) .

7. النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة :

■ **النظرية النفسية :** حيث بدأت الدراسة النفسية التحليلية على يد سيغموند فرويد (1905) حيث أوضح أن الصراع الأساسي لمرحلة المراهقة هو صراع التوازن بين مطالب الهو و مطالب الأنا الأعلى أو الضمير ، و يصبح قوة داخلية تتحكم و تسيطر على السلوك كما أوضحت أنا فرويد على ما سبق بأنها القدرة على تقويم الذات و هي الفرق بين الطفل و المراهق ، وأوضحت الدراسات النفسية الحديثة للمراهقة أن هذه الأخيرة هي مرحلة مستقلة قائمة بذاتها كما هي مرحلة في نظرهم تتميز بالتوتر و التمرد و القلق و الصراع ، و يتجه علم النفس الحديث إلى اعتبار المراهقة مرحلة غير مستقلة عن المراحل الأخرى للنمو و تتضمن التدرج في النضج البدني و الجنسي و العقلي و الانفعالي و المعرفي .

- **النظرية البيولوجية :** هذه النظرية ترى أن الفرد يتغير فيزيولوجيا وعضويا حيث يتحول من كائن لا جنسي إلى كائن جنسي قادر أن يحافظ على نوعه ، و يستمر في المحافظة على نوعه ، و يستمر في المحافظة على سلالاته كما تعتبر هذه المرحلة " المراهقة " بمرحلة البلوغ الجنسي أو هي المرحلة الثانية في حياة الفرد ، حيث تصل فيها سرعة النمو إلى أقصاها و يؤدي هذا إلى إحداث تغيرات جوهريّة و عضوية و فيزيولوجية و نفسية ، لذا يختل توازن المراهق لاختلال نسبة سرعة النمو و السرعات الجزئية المصاحبة لها ، وهكذا يشعر المراهق بالارتباك و القلق كما يميل سلوكه إلى ما يشبه السلوك الانحرافي . (شامي ، 2017 : 64) .
- **نظرية إيريكسون :** ترى هذه النظرية أن المراهقة هي مرحلة البحث عن الهوية .
- **نظرية التعلم الاجتماعي :** ترى هذه النظرية أن سلوك المراهقين يتعلم من خلال التفاعل مع الآخرين .

8 . دور علم النفس في مساعدة المراهقين

- **فهم التغيرات :** يمكن لعلماء النفس مساعدة المراهقين على فهم التغيرات التي يمرون بها .
 - **التعامل مع التحديات :** يمكن لعلماء النفس مساعدة المراهقين على التعامل مع التحديات التي يواجهونها .
 - **تطوير المهارات :** يمكن لعلماء النفس مساعدة المراهقين على تطوير المهارات الاجتماعية و الثقافية .
- (محمد عقوبي ، 2024) .

الخلاصة

في ختام هذا الفصل المتعلق بمرحلة المراهقة ، يمكن القول أن هذه المرحلة تمثل فترة مفصلية في حياة الفرد ، إذ تشهد تحولات بيولوجية ، نفسية ، و اجتماعية عميقة تشكل الأساس لتكوين الهوية الشخصية ، من خلال تناولنا لتعريف المراهقة و التمييز بينها و بين البلوغ ، مروراً بمراحل النمو المختلفة و الخصائص التي تميز هذه المرحلة ، وصولاً إلى المشكلات الشائعة التي يواجهها المراهقون ، تبين لنا مدى تعقيد هذه الفترة و حساسيتها .

كما أبرزنا إسهامات مختلف النظريات النفسية و البيولوجية و الاجتماعية في تفسير التغيرات التي تطرأ على المراهق ، لاسيما نظرية فرويد و نظرية إيريكسون ، النظرية البيولوجية و نظرية التعلم الاجتماعي .
و في الأخير يتجلى دور علم النفس كضرورة ملحة في فهم و مرافقة المراهقين ، وتقديم الدعم الذي يساعده على النمو المتوازن و تخطي صعوبات هذه المرحلة الحاسمة .

الفصل الخامس: منهجية البحث أدواته وإجراءاته .

تمهيد

1- منهج البحث .

2 _ أدوات البحث .

1.2 دراسة الحالة .

2.2 المقابلة العيادية النصف موجهة .

3.2 الملاحظة .

4.2 اختبار فحص الهيئة العقلية

5.2 اختبار الروشاخ .

3 _ الصعوبات التي واجهناها في الدراسة .

تمهيد :

يعتبر الجانب التطبيقي بمثابة المحور الأساسي لكل بحث علمي وهو من أهم خطوات البحث العلمي و ذلك من خلال ما يتوصل إليه من نتائج موضوعية و دقيقة و من خلال هذا الفصل سوف نسعى إلى توضيح الخطوات التي اتبعناها في دراستنا لموضوعنا الذي يتضمن الجوانب المنهجية الأساسية التي اعتمدنا عليها بداية بالدراسة الاستطلاعية ثم مكان و زمان إجراء الدراسة و المنهج المتبع و الأدوات المستعملة في الدراسة و في الأخير الصعوبات التي واجهناها في الدراسة .

2 _ منهج الدراسة :

إن كل باحث يجب أن يستند إلى المنهج المناسب للدراسة ، و بما أن دراستنا الحالية تهدف إلى الكشف عن دور صدمات الطفولة في تعاطي المراهق المخدرات و الإدمان عليها ، فلقد اعتمدنا على المنهج العيادي (الإكلينيكي) .
المنهج الإكلينيكي :

المنهج الإكلينيكي الذي يعتمد على دراسة الحالات الفردية معتمدا على عدة وسائل وتقنيات ، برز هذا المنهج في بداياته كردة فعل على التجارب المخبرية التي افتتحتها " فيبر و فشنر " وغيرهم ممن يرون أن المنهج العيادي مهم في دراسات كثيرة تحاول أن تعالج وتقي من الاضطرابات من خلال جمع البيانات من وحدات الدراسة ، يعتمد المنهج الإكلينيكي على دراسة الحالات الفردية معتمدا على عدة وسائل و تقنيات ، فعلم النفس الإكلينيكي هو في الأساس تطبيق للطريقة الأكاديمية تشخيصا و تنبؤا وعلاجاً ، أي أن الأخصائي النفسي هو الذي يستخدم الأسس و التكتيكيات مع غيره من الأخصائيين في الفريق الإكلينيكي ، كل في حدود إعداداته و تدريبه و إمكانياته في إطار التفاعل الإيماني بقصد فهم ديناميات شخصية العميل و تشخيص مشكلاته و التنبؤ عن احتمالات تطور حالته و مدى استجابته ، ثم العمل على الوصول بالعميل إلى توافق اجتماعي شخصي .

بصورة عامة فالمنهج العيادي هو دراسة إكلينيكية تستند إلى مقابلات و تستعين بالاختبارات للوصول إلى غايات يحددها هذا المنهج .

يقصد بالعبارة " منهج عيادي " جملة التقنيات المستخدمة في إطار مهنة المختصين العياديين ، و الأسلوب الموجه نحو الفرد في وحدانيته و فرديته ، فالأسلوب العيادي يركز على الملاحظة العيادية لجمع المعلومات التي تسمح للمختص تحديد وفهم وضعية المريض و معاناته ، وأعراضه ، و من ثم اقتراح التشخيص و التقييم و نوع الكفالة العلاجية التي تتوافق مع الحالة .

(لرينونة ، 2015 : 37 ، 38) .

3 _ أدوات الدراسة :

1.3 دراسة الحالة : يعد منهج دراسة الحالة من أهم المناهج المستخدمة في عدة علوم و معارف كعلم الطب و علم النفس و علم الاجتماع و علم الاقتصاد و البيداغوجيا و علم الإدارة ، حيث تعتبر دراسة الحالة كوسيلة تقييمية لمجموع المشاكل التي يواجهها الأفراد عن طريق تحويلها إلى ظواهر رمزية افتراضية أو واقعية . (نفس المرجع) .

2.3 المقابلة العيادية :

اعتمدنا في الدراسة الحالية على المقابلة العيادية و التي تعرف على أنها محادثة جادة بين شخصين : المفحوص و الاختصاصي القائم بالمقابلة ، وهو متخصص مدرب يحاول أن يفهم المفحوص ، و يقدر بعض خصاله ، و يحصل على معلومات معينة عن سلوكه الماضي أو الحاضر أو شخصيته ، و تجرى المقابلة في مواقف مواجهة و تعتمد على التواصل اللفظي .

(عبد الخالق ، 2012 : 93) .

و تتخذ المقابلة أشكالاً كثيرة تبعاً للسياق التي تجرى خلاله ولذلك اعتمدنا في دراستنا على المقابلة العيادية النصف موجهة لأنها تخدم بحثنا المتمثل في معرفة دور صدمات الطفولة في تعاطي المراهق المخدرات و إدمانه عليها . وهذا النوع من المقابلات لا يهدف إلى تشخيص الحالة و علاجها إلا غنها ليست خالية من هدف أو غاية .

3.3 الملاحظة العيادية :

هي عملية مشاهدة أو متابعة للسلوك و لظواهر محددة ، أو أفراد لفترة زمنية محددة ، ضمن ترتيبات بيئية تتضمن الحياد و الموضوعية لما يتم جمعه من معلومات و بيانات ، ويمكن للملاحظة أن تأخذ أشكالاً مختلفة يمكن تصنيفها إلى قسمين هما الملاحظة العامة و الملاحظة العلمية ، أما الملاحظة العيادية أثناء الفحص النفسي للفرد وذلك بملاحظته و هو يستجيب للمقابلة التشخيصية أو عند الاستجابة للروايات النفسية و من ذلك ملاحظة سلوكه فيما يتعلق بالحياة العاطفية و العقلية (لرينونة ، 2015 : 37 ، 38)

4.3 . إختبار فحص الهيئة العقلية :

لقد وضع هذا الاختبار من طرف الدكتور (نصره قويدر 1978) حيث يركز هذا الفحص على ملاحظة الاستجابات السلوكية التلقائية اللفظية منها و الحركية بما في ذلك من معلومات حول محيط الفرد عندما يتعلق الأمر بعرض المفحوص لمشكلته بحيث يعطي شرح لتعاليم بغية ضبط الهيئة العقلية ويحتوي على :

- الاستعداد و السلوك العام .
- النشاط الفكري .
- محتوى التفكير .
- القدرة العقلية .

- الحكم و الاستبصار . (منصوري ، بدون سنة وصفحة) .

5.3 _ اختبار الرورشاخ :

التعريف بالاختبار :

اختبار الرورشاخ و يسمى أيضا اختبار بقع الحبر ، وهو اختبار إسقاطي متعدد الجوانب ، نشره هارمان رورشاخ في عام 1921 . بعد أن استغرق في وضعه و تعديله عشر سنوات ، وهو يتكون من عشر بطاقات ، تحمل كل بطاقة نموذجا من بقعة حبر ، خمسة من هذه النماذج سوداء ، و خمسة ملونة، إن اختبار الرورشاخ أداة مستعملة في القياس و التشخيص النفسي و التي تقوم على الإسقاط ، و قد شرحه مؤلفه في كتابه المعروف " التشخيص النفسي " ، اختبار تشخيصي يقوم على الإدراك " و كان الفرض الأساسي الذي يقوم عليه هذا الاختبار هو أن المدركات التي يدركها الفرد في مثل هذه الأشكال المبهمة الغامضة ، إنما تعكس سمات شخصية الفرد .

و لأن تكنيك الرورشاخ قد صمم أساسا بناء على بيانات إمبيريقية إكلينيكية فقد أثبت الاختبار مصداقية عالية و درجة واضحة من المرونة في التعامل مع التيارات المتجددة وهو ما يفسر ذلك الاهتمام الشديد من جانب مدرسة سيكولوجية الأنا و تطوراتها و نظرية العلاقة بالموضوع .

اقترحت "روشدو تربنبارغ" وصفا للوحات العشر انطلاقا من ثلاث مزايا : أولا الخصائص الإدراكية حيث تتم الملاحظات من الجانب الشكلي . ثانيا الانطباع الانفعالي لتتم الملاحظات المتعلقة بالعاطفة ، و أخيرا المعاني الرمزية التي يمكن أن يتداعى الشخص خلالها .

(بن عبد المؤمن 2019 : 79 ، 81) .

4 _ الصعوبات التي واجهناها في الدراسة :

عرف المسار الميداني لهذه الدراسة العيادية جملة من التحديات الواقعية التي أثرت بدرجات متفاوتة على سير عملية

جمع المعطيات و فهم الحالات بعمق و من بين أبرز الصعوبات التي تم مواجهتها هي :

○ . عدم استقرار الحالات داخل مركز علاج الإدمان، حيث انسحب عدد من المراهقين قبل إتمام فترة

العلاج، مما أثر على استمرارية المتابعة والتحليل.

○ هروب بعض المراهقين من مركز إعادة التربية خلال عطلة نهاية الأسبوع (الخميس، الجمعة، السبت)، ما

أدى إلى صعوبة متابعتهم بانتظام وضياع ملاحظات مهمة.

○ صعوبة التواصل مع بعض الحالات المدمنة بسبب الأعراض الانسحابية مثل العصبية، العدوانية، التوتر أو

عدم التركيز.

○ مقاومة بعض المراهقين للإفصاح عن معاناتهم النفسية أو تفاصيل صدمات الطفولة نتيجة الخجل، الدفاع

النفسي أو فقدان الثقة.

الفصل السادس: تقديم الحالات العيادية

I. دراسة الحالة الأولى " إسحاق "

II. دراسة الحالة الثانية "عبد الصمد "

1. التقرير السيكولوجي للحالة

2. فحص الهيئة العقلية

3. أهم جوانب التاريخ

4. برتكول الروشاخ

5. المخطط النفسي

6. تحليل برتكول الروشاخ

7. ملخص برتكول الروشاخ

8. ملخص حول الحالة

دراسة الحالة الأولى :

التقرير السيكولوجي للحالة إسحاق :

1. البيانات الأولية :

الإسم : إسحاق .

السن : 16 سنة .

مكان الإزدیاد : بشار .

الجنس : ذكر .

الترتيب ضمن الأخوة : الخامس ضمن ست إخوة ذكور .

المستوى التعليمي : رابعة ابتدائي .

مكان التقييم : مركز إعادة التربية حي جمال الدين .

تاريخ التقييم : 10 أفريل 2025 .

تاريخ الحصة الأولى : 10 أفريل 2025 .

تاريخ الحصة الثانية : 13 أفريل 2025 .

تاريخ الحصة الثالثة : 16 أفريل 2025 .

دوافع التقييم : تم التقييم في إطار إنجاز مذكرة ماستر 02 تحت عنوان صدمات الطفولة و الإدمان على المخدرات لدى المراهق تخصص علم النفس العيادي .

الإختبارات المطبقة : طبقنا على الحالة مقابلة نصف الموجهة بالإضافة إلى إختبار الروشاخ و إختبار فحص الهيئة العقلية .

2. فحص الهيئة العقلية للحالة إسحاق :

1.2. الهيئة العامة :

أ. الشكل المورفولوجي : إسحاق فتى يبلغ من العمر 16 سنة, قصير القامة هزيل البدن يتميز ببشرة سمراء و عيناه سودوان و ملامح وجه حزينة توحى بمعاناة نفسية .

ب. الهندام : يرتدي ملابس نظيفة و مرتبة ما يدل على حرصه النسبي على مظهره الخارجي

2.2. الإتصال : كان التواصل مع الحالة سهلا منذ المقابلة الأولى , حيث أبدى إستعداد للإجابة على الأسئلة و مع ذلك عند التطرق إلى أسئلة تمس ماضيه هنا أصبح التواصل صعب نوعا ما لأن الحالة إنهار عاطفيا بدأ بالبكاء و عجز عن التعبير اللفضي .

أ.الإيماءات و الملامح : كانت تغلب على تعابير ملامح الحزن و الإنكسار ونظرتة شاردة يغمرها الأسى, و كأن هناك دمعة متحجرة تلازمه تعبر عن ألم دفين يصعب الإفصاح عنه حيث أن عيناه تفضح حزنا صامتا و بالرغم من ذلك كان يستقبلنا بوجه مبتسم و بشوش .

ب. الجانب الوجداني و العاطفي: يتسم الجانب العاطفي للحالة بالانغلاق النسبي إذ لا يظهر مشاعره بسهولة, لكنه يعبر عن حزنه العميق إتجاه والدته و تبدو عليه مشاعر قلق الحزن و تشوش داخلي إضافة إلى مشاعر غضب مكبوتة و حزن دائم .

3.2. النشاط العقلي :

أ. اللغة والكلام: يستخدم اللغة العامية البسيطة كلامه مفهوم لكنه يجيب على حسب السؤال ونبرة صوته منخفضة .

ب. الفهم و الاستيعاب : من خلال تفاعله مع الأسئلة المطروحة يظهر إسحاق قدرة جيدة على الفهم و الاستيعاب رغم بعض مظاهر التشتت .

ج. التفكير: أفكاره عموما مترابطة و واضحة .

د. التركيز و الانتباه: يظهر تركيزا جيدا أثناء المقابلات بالرغم من لحظات شرود عابرة عند إثارة مواضيع حساسة عاطفيا .

هـ . الذاكرة: يتمتع الحالة بإدراك جيد للمكان والزمان .

و. السلوك : يتسم سلوكه العام بالتوتر و القلق, إذا يميل إلى الجلوس منحنيا و يقوم بحركات نمطية مثل تشبيك اليدين أو هز الأرجل المتكرر خاصة عند الحديث عن مواضيع حساسة حيث لا يظهر سلوكيات عدوانية بل على العكس يميل إلى الهدوء .

4.2 . العلاقات الاجتماعية : يمتلك إسحاق علاقات جيدة داخل مركز إعادة التربية و خارجه و تجمععه علاقة متينة بأخوه الأكبر , و يكن مشاعر محبة و إمتنان لزوجته خاله التي يقيم معها واصفا إياها بالحنونة مما يعكس حاجته للاحتواء و التعويض العاطفي بعد فقد والدته .

5.2 . الحكم و الاستبصار: يبدي إسحاق درجة جزئية من الاستبصار حيث عبر عن مساحته لوالده رغم ملامح الحزن و الألم التي تظهر عليه عند الحديث عنه مما يدل عن صراع داخلي بين الرغبة في التسامح و المشاعر الدفينة من الغضب و الخذلان , هذا التناقض يعكس وعيا غير مكتمل بمشاكلته و يبرز حاجته لمرافقة علاجية تساعد على فهم ذاته و تفكيك مشاعره .

3. الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي و الإجتماعي للحالة :

إسحاق، مراهق يبلغ من العمر 16 سنة، ينحدر من ولاية بشار و مقيم في وهران و هو الخامس بين ستة إخوة ذكور تم إحالته إلى مركز إعادة التربية بحي جمال الدين وذلك على خلفية تورطه في جنحة السرقة و قد صدر في حقه حكم قضائي يقضي بإيداعه المركز لمدة 6 أشهر .

قمنا بإجراء المقابلات مع الحالة في مركز إعادة التربية بحي جمال الدين , الحالة وكان يتجاوب معنا أثناء المقابلة .

نشأ إسحاق عائلة متكونة من 6 إخوة كان أبوه يعمل نجار و أمه مأكثة في البيت وكانوا يقطنون في ولاية بشار بحكم طبيعة عمل والده حيث كبر في بيئة أسرية مضطربة اتسمت بالعنف المنزلي، الإهمال، منذ سنواته الأولى حيث كان أبوه مدمن على الكحول بصفة يومية وذلك حسب قوله "الأب تاعي مكانش قاع يصحى كل يوم سكران " ، حيث كان شاهداً دائماً على اعتداءات والده المتكررة على والدته منذ صغره وذلك حسب قول الحال "ملي كنت صغير نعقل عليهم يدابزوا بزاف و كان توجور يضربها " كان إسحاق يشهد تلك المشاهد المؤلمة في سن

مبكرة و بصفة يومية و التي كان تفوق قدرته النفسية على التحمل وهو في سن صغير فكان يلجأ إلى الشارع هروبا من الضغط النفسي الذي تسببه هذه المواقف و هنا بدوري سألته كيف كانت ردة فعلك عندما تشاهد تلك الصراعات الدائمة في المنزل فقال لي "مكنتش نقدر نشوف في الأب تاعي يضرب الأم تاعي كنت نخرج برا عند الباب و نقعد غي نسمع فيهم ولا نروح نريح مع صحاي " بالإضافة إلى ذلك أن والده كان مهملا بشدة من الناحيتين المادية و المعنوية , حيث كان ينفق كل أمواله على الكحول بدلا من تلبية إحتياجات أسرته و توفير مناخ مستقر لأبناءه مما رسخ لدى إسحاق شعورا بالحرمان الإهمال وذلك حسب قوله " أب تاعي مكانش قاع يحوس عليا ومعلابالمش كي شغل مكانش " .

بلغت معاناة إسحاق ذروتها عندما كان في السنة الرابعة ابتدائي، حيث أقدم والده، تحت تأثير الكحول، على قتل والدته بطعنة سكين في القلب وذلك بسبب أن أمه طلب الطلاق من والدته ودخلت معه في شجار حاد إلى أن قام بقتلها .

إسحاق لم يكن حاضراً أثناء الجريمة حيث كان في يدرس وعندما جاء إلى البيت ووجد الشرطة العلمية وأمه جثة هامدة غارقة في دمائها، بينما كان أخوه الأصغر شاهداً مباشراً على الحادث. هذه الواقعة شكلت صدمة نفسية عنيفة في حياة إسحاق وذلك حسب قوله " أن كنت نقراكي جيت لقيت شرطة تع البصمات و الدم و الأم تاعي مغطيينها بالأبيض و ناس متلايمين تما " وهنا لم يتمكن إسحاق من مواصلة الحديث و إنخرط في نوبة بكاء شديدة إمتدت طول الحصّة دون أن يستطيع التعبير بالكلام و هذا التفاعل العاطفي العنيف يدل على وجود أثر صدمة نفسية عميقة لم يتم تجاوزها و كأن الحديث أعاد إحياء الألم من جديد وقال لي كرهت كما عبر خلال المقابلة عن إشتياقه الشديد لأمه مؤكداً إفتقاده لها وحنينه إلى حضورها .

بعد الجريمة دخل أبوه السجن و تم الحكم عليه بالمؤبد وتم نقله مع أخيه إلى ولاية وهران ليعيش عند عمه ، لكنه لم يتلقَ أي دعم نفسي أو اجتماعي كافٍ يمكن أن يساعده على تجاوز الصدمة. توقف عن الدراسة، وانقطع عن الحياة المدرسية بشكل كامل في سن العشر سنوات أي الرابعة ابتدائي ، ليجد نفسه منجذباً إلى جماعات من الرفاق المنحرفين

الذين سهلوا له الدخول في عالم الإدمان، مستغلين هشاشته النفسية وحاجته للهروب من الألم في غياب الإشراف والرعاية، بدأ تعاطي المخدرات و هو في سن 13 حيث كان يتناول الحشيش و ليريكاً و الإكستازي بالإضافة إلى التدخين .

حيث أفاد إسحاق بأنه بدأ في تعاطي المخدرات بشكل تدريجي، بهدف النسيان، الهروب من الواقع الأليم، وتخفيف مشاعر القلق والحزن العميق. ومع تصاعد حاجته اليومية للمواد المخدرة، أصبح يلجأ إلى السرقة بشكل يومي لتوفير المال اللازم لشرائها. وهنا تحوّل سلوكه من مجرد هروب عاطفي إلى إدمان قهري يغذيه الانفصال عن الذات والواقع وذلك حسب قوله "مور ماجيت هنا حسيت روحي ضعت صاي ومكانش عندي دراهم مين نجيب كنت نخون كلشي وفي كل وقت حتى أنو أحياناً نبات برا باش نخونوا في نص الليل" و على إثر إحدى قضايا السرقة صدر في حقه حكم قضائي بالسجن لمدة ستة أشهر وتم إيداعه بمركز إعادة التربية بحجى جمال الدين

و صرح إسحاق بأنه لا يكره والده، بل كان يزوره في السجن قبل دخوله مركز إعادة التربية. ورغم التصريح الظاهري، بدا من خلال نبرة حديثه وتعبيراته غير اللفظية أنه يحمل داخله مشاعر مختلطة وغير مفهومة تماماً. يظهر أنه يستخدم أسلوب اللوم غير المباشر، وكأنه يحمله مسؤولية ما آلت إليه حياته، دون أن يصرح بذلك علناً زيارته له في السجن لم تكن فقط بدافع الحنين أو الواجب، بل كانت تحمل في طياتها رسالة صامتة: انظر "لما آل إليه وضعي، نحن تفرقنا

بسببك". وربما حتى يعتبره نموذجاً له رغم الأذى الذي سببه له و لعائلته هذا التناقض بين التصريح والمشاعر الدفينة يدل على صراع داخلي بين حاجته للانتماء والحنان الأبوي، وبين غضبه ورفضه لما ارتكبه والده في حق العائلة.

4 . بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الأولى " إسحاق " :

المدة المستغرقة : واحد و عشرون دقيقة وواحد و خمسون ثانية .

مجموع عدد الإستجابات : **R = 16**

اللوحة	الاستجابة	زمن الاستجابة	الإستقصاء	التقدير
I	راني نشوف فراشة وهادو جناح تاعها . $\wedge > <$	49"	جزء العلوي أيمن و أيسر	GF+A Ban DF+Ad
II	بانтли فراشة كيفها . $\vee \wedge > <$	49"	كل البقعة .	GF- A
III	بانلي وجه فم انف تاع بنادم . $\wedge$	1 , 47"	جزء سفلي أسود . جزء الوسط أحمر	D F- Hd D F- Hd D F- Hd

Refus G C Sang / R	كل البقعة	2, 40"	v ^ > < ما بانتلي والو دم مكبد	IV
G F+ A Ban	كل البقعة	18 "	v ^ > < بانتلي فراشة	V
Dbl F-A	جزء الوسط الأبيض	2 ,35"	هادي تاني بانتلي فراشة	VI
Refus D F- Hd	جزء السفلي وسط .	1 ,54"	هادي ما بنتلي والو .. هنا بانولي يدين	VII
DF-A DF-A	جزء وسط أزرق جزء العلوي جزء الوردي أيمن و أيسر	2, 39 "	v ^ > < فراشة هنا بانتلي فراشة	VIII

DF+A Ban	— جزء سفلي وسط		— هنا بانلي كي لحيوان ذيب — خفاش	
DF Clob A	.			
Refus		1 , 36 "	ما بانتلي والو	IX
DF-A	جزء وردي وسط		> <	
D C nC	أيمن أيسر .	1 , 15 "	فراشة . هادو بانولي ألوان .	X

5. السيكوغرام :

R:16 F : 81 A : 10 A % : 62

Refus : 3 F% :82 : Ad : 1 H % : 25

Tps / total :21,51 F+% : 31 Hd: 4 Ban : 3

Tps / réponse : 80,6 F-% :69 Sang :1 A I % : 31

Tps lat . Moyen : 16,6 G :25% C: 2

D : 69 % Clob A: 1

Dbl : 1

TRI : 0 Type introversif

RC % : 37

Eléments quantitatifs :

Inhibition :1

Choix + : V III ; IX ; X

Choix - : IV ; VII

بالنسبة لاختيار اللوحات :

_ الاختيار الايجابي :

اختيار (+) اللوحة الثامنة VIII ، و العاشرة (X) بسبب ظهور ألوان ، و التاسعة IX بسبب ألوان أيضا . (عجبتني بسك فيها ألوان) .

_ الاختيار السلبي :

اختيار (-) اللوحة السابعة VII (تخوف) بسبب اللون الأسود و يراها تخيفه ، و الرابعة IV (بانتلي كي دم) ، .

ميزات بروتوكول الروشاخ للحالة :

العناصر النوعية		وقت كل لوحة	عدد الاستجابات	زمن الكمون	رقم اللوحة
على مستوى السلوك	على مستوى الحديث				
تمعن شد الورقة ووضعها .	صمت تنهد	49	1	22	I
قلب على الورقة كل الجهات تمعن	صمت	49	1	31	II

	تحدث بنبرة صوت منخفضة .				
استغراب تركيز شد الورقة رفع الرأس	صمت حديث ببطئ	1 ,47	1	38	III
شد الورقة برخف تمنع قلب الورقة على كل الجهات	صمت ثم تحدث بنبرة صوت منخفضة .	2, 40	1	50	IV
لم يكن هناك تمنع في اللوحة و لا استعجاب	إجابة سريعة حديث بسرعة	18	1	5	V
قلب الورقة على كل الجهات شدها تمنع و تركيز .	صمت ثم تنهد ثم أجاب	2 ,35	1	1, 02	VI
قلب الورقة و تدويرها و تمنع	صمت نوع من توتر	1 ,54	1		VII

و قلبها عدة مرات				1, 38	
قلب الورقة	صمت توتر انزعاج	2, 39	4	0, 19	VIII
قلب الورقة تمعن و نظر اليها بتركيز و بذل مجهود في تفكير تقريب الورقة أكثر إلى عينيه ثم إبعادها و نظر اليها	تنهد ثم قوله لم يظهر لي شيء	1, 36	0	1, 03	IX
لم يفكر كثيرا إشارة لأماكن الاستجابة .	صمت ثم أجاب	1, 15	2	0, 50	X
		21, 51	16	150	

6 . تحليل بروتوكول الروشاخ للحالة إسحاق :

ما ميز بروتوكول الحالة إسحاق هو التذبذب المعرفي و الإنفعالي حيث بدا ترده منذ البداية في إعطاء إجابات مستقرة وميلاً للمبالغة في التمسك بالشكل مما يعكس ميكانيزم دفاعي قوي يحاول من خلاله السيطرة على القلق و التخفي وراء تفاصيل سطحية ، لكنه لم يمنع تسرب مضامين لاشعورية عدوانية . حيث إتسم تفكيره بالتشتت حيث أن إستجاباته كانت تفتقد للدقة ، مع تكرار بعض الأجوبة و صعوبة في الوصول إلى المعنى ورفض لبعض اللوحات، مما يدل على كف نفسي قوي و التآرجح بين الدفاع و الكبت كما ظهرت مضامين انفعالية حادة تشير إلى وجود صدمة نفسية لم تُحل، مع انقطاع واضح بين عالمه الداخلي والواقع الخارجي، وغياب القدرة على التكيف الوجداني بشكل سليم.

أ . تحليل سيرة التفكير :

التوظيف الفكري للحالة إسحاق تميز بالتشتت و الانقطاع و القلق حيث كانت إجابات الحالة في الغالب قصيرة و سريعة في آن واحد ومصحوبة بكف نفسي رغم أن زمن الكمون كان طويل وهذا التذبذب يعكس صعوبة في تنظيم الأفكار و التحكم في الإنفعالات نتيجة الصراعات الداخلية حيث لجأ إلى ميكانيزمات دفاعية صلبة كالكبت و الإنكار و بين الإنسحاب من بعض اللوحات و الرفض المباشر حيث جعله يعيش غموض و إبهام و عدم القدرة على إعطاء إجابة و إكتفى بقول [ماينتلي والو] وذلك في اللوحة **IV ; VII ; XI** و بين إستجابات مشحونة بمضامين عنيفة مرتبطة بالدم حيث غلب على تفكيره الشكل دون المضمون مع غياب التقمصات الإنسانية ما يعكس هشاشة في الهوية وهذا مايبين أن الفكر عند إسحاق محاط بصراعات داخلية غير معالجة ماتزال تلقي بظلالها على إدراكه و تفكيره

الإنتاجية الكمية كانت غير كافية $R = 16$ وهو مؤشر على ضعف القدرة الإنتاجية حيث كانت منخفضة نسبيا وهذا ما قد يعكس كفا نفسيا حذرا مفرطا و حالة من الإنغلاق الداخلي فهذا ما يمنع من التعبير الداخلي حيث يعكس ضعفا في الخيال و صعوبات في التواصل , فالنسبة المرتفعة للإجابات الجزئية $D = 69\%$ مقارنة ب $G = 25$ وهذا يفسر بأن الحالة ركز أكثر على التفاصيل بدل من رؤية الكل حيث ظهرت الإستجابات الجزئية في كل من اللوحة $I ; III ; VII ; VIII ; X$ والتي تعكس تمركزا حول التفاصيل وانشطارا في الفهم الكلي، الأمر الذي يمكن ربطه بتشتت في السيرورات الفكرية وصعوبة في تنظيم المدركات. كما أن ضعف الاستثمار الكلي قد يدل على فقدان البنية المتناسكة للذات، وعلى عجز في بناء المعنى العام للمثيرات و التكيف مع الواقع حيث أشارت إلى التكيف في اللوحة الثامنة $F + A_{Ban}$ أما الإجابات الأخرى ظهرت متبوعة ب $F -$ وذلك لعدم قدرته على تصور الواقع و مسيرته له

كما سجل بروتوكول الحالة رقابة و طابع دفاعي صلب الذي وُظف منذ البداية، حيث برزت النسبة العالية للمحددات الشكلية $F = 81\%$ ، ما يعكس محاولة واضحة لفرض مراقبة معرفية على الإدراك، قد تكون بمثابة إستراتيجية دفاعية ضد الانفعالات الداخلية والتمثيلات العاطفية المشحونة، لكن هذه المحاولة ساهمت في فشل مسaire للواقع و في المراقبة الجيدة للشكل أين ظهرت في الإطار السيئ مما ظهرت $F + = 32$ و هي منخفضة مقارنة بالنسب العادية و هذا ما يشير إلى وجود تصدع نفسي و هذا ما ينعكس في سوء التكيف مع العالم الخارجي غير أن النسبة المرتفعة لـ $F - = 69$ تؤكد في المقابل أن هذا التوظيف جاء في صور مشوهة، تكشف عن اضطراب في الإدراك، وضعف في التكامل بين الشكل والمحتوى.

أبرزت التمثيلات الشكلية للتصورات خللا بنيويا في تصور الذات تجلى في هشاشة في الهوية و ضعف التماهي مع الآخر و هذا ما أكدته انخفاض الإستجابات الإنسانية بنسبة $H\% = 25\%$ ، خاصة مع تراجع التقمصات

الإنسانية حيث جاءت مصحوبة بأجزاء جسم إنسان **Hd** غير محدد وهذا مظهر في اللوحات التي تشير إلى وجود إنساني اللوحة **III ; VII** حيث إكتفى بذكر أجزاء من جسم إنسان تمثلت في [فم، أنف، تاع بنادم،

يدين] وبقي فقط تلميح للإنسان من خلال الإجابة بنادم والتي كانت غير محددة ، ما يعكس قلقا اجتماعيا أو صراعا في العلاقات مع الآخر ووجود مشاكل في التقمص

أما الإستجابات الحيوانية ظهرت بنسبة المرتفعة $A\% = 62\%$ مقارنة بالإستجابات الإنسانية ، وتدل على وجود نمطية فكرية وجهود ذهني حيث لجأ إلى إجابات مألوفة كآلية دفاعية لاشعورية لكبح السيرورات التصورية و يضعف قدرته على التخيل مما يؤدي إلى التفكير السلبي المحدود و غير مرن

ب . تحليل ديناميكية الصراع الحسي الحركي :

تتجه الديناميكية الصراعية نحو النمط المنكب إلى الداخل وهذا يعني أن الفكر موجه نحو الحياة الداخلية حيث يظهر رجحان النمط الانطوائي الصافي حيث تعكس نتائج البروتوكول نمطاً من التنظيم النفسي يتميز بغياب تام للاستجابات ذات الطابع الحركي (TRI extratensif pur)، ما يدل على تصدعات عميقة في القدرات التصورية، وفراغ في الفضاء النفسي للفرد. يتجلى ذلك خاصة من خلال غياب استجابة (**K**)، التي تُعد مؤشراً هاماً على القدرة على التقمص والتفاعل مع الآخر. هذا الغياب يوحي بصعوبة التmovضع داخل مساحة انتقالية بين الواقع والخيال، وهي المساحة التي تتيح عادةً التبادل والتفاعل النفسي.

في هذا السياق، تظل النزوات مكبوتة ومحاصرة داخل إطار التفكير الصارم، إذ يُلاحظ ارتفاع ملحوظ في الاعتماد على المعالجة الشكلية، دون القدرة على إحداث أي ديناميكية حركية. يبدو أن هذه البنية الدفاعية الصارمة تهدف إلى تفادي بروز النزوات أو مواجهة الرغبات الداخلية، مما يعكس صراعاً داخلياً بين التمثل الحسي والقدرة على التعبير الحركي الرمزي.

من جهة أخرى، تظهر نسبة **RC%** مرتفعة نسبياً (37%)، ما يدل على أن إسحاق يستثمر بقوة في البعد الحسي الإنفعالي في إطاره النفسي وهذا يشير إلى حساسية وجدانية مفرطة حيث ينفعل بسهولة مع المثيرات العاطفية أو الحسية و سيادة الإنفعال على الفكر مما يخلق توتراً بين الرغبة في التعبير و الخوف من الإنهيار أو فقدان السيطرة حيث أن هذا الخلل في القدرة على إدماج المثيرات الحسية بطريقة منسجمة، حيث لم يكن للون دور فعال في تحفيز الحالة أو دفعها نحو إنتاج إجابات عاطفية أو رمزية. هذا الضعف في التفاعل الحسي يتعزز من خلال نسبة **AI%** المرتفعة نسبياً (31%)، والتي توحى بسيطرة نوع من التفكير المتصلب والانكفاء على الذات، مع هيمنة ميكانزمات عقلانية وجامدة تعيق التفاعل الوجداني والانفعالي.

أما ظهور 3 حالات رفض (**Refus**) خاصة في اللوحات **IV و VII و IX**، تشير إلى وجود انسدادات فكرية وانتهابات في بناء المعنى ضعف في التنظيم المعرفي وهذا ما يدل على فشل في احتواء التوتر الداخلي الناتج عن المشهد التصويري، ويمثل آلية انسحابية للهروب من التمثيل الرمزي للإنفعال تظهر لوحة الثالثة رفضاً أو صعوبة في التفاعل، مما يعكس صراعات داخلية مرتبطة بالصدمة النفسية. أما اللوحة الرابعة، التي تمثل صورة الأب، فرفضها يعكس ألماً عميقاً وجرحاً نفسياً ناتجاً عن فقدانه العنيف لأبيه، مع ظهور بقعة دم تدل على العنف والوجع المتعلق بالصراع الأبوي. في اللوحة السابعة، الخاصة بالأُمومة، يبرز غياب الاستجابة كدليل على الانسداد العاطفي أو الشعور بالفراغ العاطفي، ما يشير إلى صعوبة إسحاق في استحضار الحماية والحنان بعد الصدمة. أما في اللوحة التاسعة، فقد تم رفضها أيضاً، مما يدل على استمرار حالة الرفض والانغلاق النفسي تجاه موضوعات الهوية والعلاقات الاجتماعية، ويبرز الحاجة إلى دعم نفسي لمساعدته على مواجهة هذه الحواجز العميقة وتجاوز آثار الصدمة.

صعوبة في التسلسل والاتساق داخل الإجابة الواحدة "ما بانليش والو"، "هادي ما بانليش"، مما يشير إلى تشوش ذهني، وتذبذب في وظيفة الحكم، إلى جانب 3 إجابات ذات طابع (**Ban**)، فيمكن فهمه كدلالة على صراع داخلي بين الرغبة في التنظيم والسيطرة، مقابل انغلاق دفاعي أمام ما يهدد البنية النفسية الداخلية. فهذه المؤشرات

تكشف عن حركية دفاعية تتمثل في رفض الدخول في علاقة مع المادة الإدراكية، خاصة عندما ترتبط بالألوان أو الأشكال التي تثير لدى الحالة شعوراً بالغموض أو التهديد.

تُضاف إلى ذلك مضامين تحمل إشارات جسدية وعدوانية صريحة مثل: "دم مكبد"، "ذيب"، "خفاش"، والتي ظهرت في اللوحة VIII; V ما يدل على وجود صراع داخلي غير مهضوم يرتبط بمحتويات بدائية وعدوانية، ويكشف عن نشاط صراعي حسي-حركي لم تتم معالجته على مستوى رمزي.

7. ملخص بروتوكول الروشاخ :

من خلال تحليل بروتوكول اختبار رورشاخ الخاص بالحالة إسحاق، يتضح أن البناء النفسي العام يتسم ببنية حدودية الطابع، مشحونة بصراعات داخلية غير مُثَلَّة رمزياً، تعكس اضطراباً في التمايز بين الذات والآخر، مع هشاشة في الهوية وصعوبات في التنظيم المعرفي والانفعالي. يظهر ذلك من خلال الكف النفسي الواضح، التفكير كان مشتتاً، مع فقر في التنظيم المعرفي وتكرار للأجوبة، ورفض لبعض اللوحات، ما يدل على توتر داخلي وانهايارات في البناء الرمزي هذا التوظيف النفسي المتمركز حول دفاعات حدودية و إنسحابية، إلى جانب الحساسية الانفعالية المرتفعة مقابل ضعف الاستثمار الرمزي، يدعم تشخيص بنية نفسية حدودية ذات صبغة اكتئابية و انسحابية، مع مؤشرات على إمكانية وجود صدمة نفسية غير معالجة أثرت على تماسك الهوية وغموها السليم وقلق داخلي مرتفع.

تجلّت في تمسك مفرط بالشكل وفي محاولات مراقبة معرفية صارمة، غير أنها لم تمنع تسرب مضامين لاشعورية ذات. كما برزت صعوبة في التقمص وتمثل الآخر، حيث غابت التمثلات الإنسانية وظهرت تمثلات حيوانية مكررة، ما يشير إلى ضعف في الهوية وتمحور حول مضامين بدائية.

حيث اعتمد الحالة في تعامله مع المادة الإدراكية على ميكانيزمات دفاعية صلبة (الكبت، الإنكار، الانسحاب)، ما يدل على صعوبة في مواجهة المثيرات الانفعالية الداخلية. كما أن النزعة الشكلية المفرطة، إلى جانب فقر المحتوى

الرمزي، تشير إلى محاولة مضنية للسيطرة على قلق داخلي مستمر، يعكس صراعاً غير مهضوم بين نزوات لاشعورية مكبوتة ورغبة ضعيفة في التمثل والتفاعل مع الواقع.

8. ملخص حول للحالة إسحاق:

إسحاق مراهق يبلغ من العمر 16 سنة، ينحدر من ولاية بشار ومقيم حالياً في وهران، أودع بمركز إعادة التربية بحي جمال الدين على خلفية تورطه في السرقة. نشأ في بيئة أسرية مضطربة اتسمت بالعنف الأسري، الإهمال، والإدمان، حيث كان والده مدمن كحول يعتدي على والدته باستمرار. تفاقمت صدمته النفسية في سن مبكرة حين قتل والده والدته طعنًا أمام إخوته تحت تأثير الكحول، وهي الحادثة التي شكّلت جرحاً نفسياً عميقاً لم يُعالج، وظل محفوراً في ذاكرته العاطفية.

بعد الجريمة دخل والده السجن و انقطع عن الدراسة في سن العاشرة، وانجذب إلى رفاق منحرفين شكلوا له بديلاً عن العائلة. بدأ تعاطي المخدرات في سن 13 (حشيش، ليريك، إكستازي)، ما أدى إلى تفاقم سلوكياته المنحرفة، والسرقة لتوفير ثمن المواد، ما انتهى به إلى التورط في قضايا إجرامية.

رغم ادعائه عدم كره والده، يظهر إسحاق صراعاً داخلياً بين الحنين والرفض، كما تعكس علاقته بوالده نموذجاً معقداً من التماهي السلبي. يُظهر تفاعله العاطفي أثناء المقابلات أثراً لصدمة نفسية غير معالجة، وحرماناً عاطفياً شديداً، يعزز فرضية هشاشته النفسية وتطوره في سياق اجتماعي وأسري فوضوي، تميز بانعدام الأمان والرعاية.

يتضح من خلال هذا المسار النفسي والاجتماعي أن إسحاق ضحية لبيئة أسرية مضطربة تميزت بالعنف، الإهمال، وفقدان الحماية، ما شكّل أرضية خصبة لتطور اضطرابات سلوكية وانحرافات في مرحلة حرجة من نموه النفسي. الصدمة المبكرة الناتجة عن مقتل والدته، غياب الدعم الأسري والاجتماعي، دفعت به إلى سلوكيات هروبية كالإدمان

والسرقة. وضعه الحالي يعكس نداءً خفياً لطلب المساعدة، مما يستدعي تدخلاً نفسياً علاجياً متكاملًا يراعي تاريخه الصدمي، ويهدف إلى ترميم بناءه النفسي ومساعدته على إعادة الاندماج في المجتمع بصورة صحية.

II. دراسة الحالة الثانية :

التقرير السيكولوجي للحالة : " عبد الصمد "

1. البيانات الأولية :

_ الحالة : عبد الصمد .

_ الجنس : ذكر .

_ السن : 16 .

_ المستوى التعليمي : الثانية متوسط .

_ عدد الإخوة : أربعة إخوة .

_ الترتيب ضمن الإخوة : الأخير .

_ الحالة العائلية : الوالدان متزوجان ، لا توجد انفصالات سابقة أو طلاق .

_ مهنة الأب : بناء .

_ مهنة الأم : مائكة في البيت .

_ مكان السكن الأصلي : تلمسان .

_ وضعية السكن : قصديري .

_ المستوى الاقتصادي للعائلة : متوسط .

__ الحالة الصحية : يعاني المعني من حالة صحية تستدعي المتابعة حيث خضع لعمليتين جراحيتين لمعالجة الفتق ، الأولى في سن السادسة ، و الثانية في سن التاسعة ، بالإضافة إلى عمليتين جراحيتين على مستوى العضو التناسلي .
__ مكان التقييم : المؤسسة الإستشفائية في طب الأمراض العقلية سيدي الشحامي .

« E.H .S . PSYCHATRIE SIDI CHAMI . ORAN »

__ تاريخ التقييم : 4ماي2025.

__ تاريخ الحصة الأولى : 4ماي2025.

__ تاريخ الحصة الثانية : 7ماي2025.

__ تاريخ الحصة الثالثة : 11ماي 2025 .

2. فحص الهيئة العقلية للحالة : (عبد الصمد) .

1. الهيئة العامة :

أ . الشكل المورفولوجي : الحالة (عبد الصمد) من النمط الجسمي النحيف ، ذو عينان بنيتان و شحوب في الوجه ، ملامح وجه متبلدة توحى إلى برودة في المشاعر .

ب.الهندام : يرتدي الحالة لباس نظيف من ماركة (لاكوست) ،

2. الاتصال : كان الاتصال الأولي مع الحالة صعبا ، بسبب ظهور أعراض الانسحاب المرتبطة بتوقف عن تعاطي المخدرات ، ما انعكس على مستوى التركيز و التجاوب ، و مع بداية العلاج الدوائي و تراجع حدة الأعراض ،

أصبح الاتصال أكثر سلاسة ، مما سمح بجمع معطيات أكثر دقة ، تعابير اللفظية تتميز بإيقاع سريع كان يجيب بدقة على جميع الأسئلة الموجهة إليه ، محافظا على تواصل بصري مباشر ، دون مؤشرات على الخجل .

أ. الإيماءات و الملامح :

على مستوى الإيماءات و التعبيرات الوجهية ، لوحظ على الحالة طغيان طابع من البساطة و اللامبالاة في أغلب الأوقات ، مع ظهور ملامح الغضب في بعض اللحظات . كما لم تسجل أي مؤشرات على شعور بالذنب أثناء الحديث عن مواقف أو سلوكيات سابقة ، مما قد يعكس ضعفا في التمثل العاطفي أو التقدير الأخلاقي .

ب. الجانب الوجداني العاطفي :

أظهر الحالة (عبد الصمد) مشاعر متبلدة تجاه بعض الأشخاص بما في ذلك أبناء حيه ، كما تم ملاحظة مشاعر عدوانية و حقد تجاه والده حيث قال " با قالي راني متبري منك " و كي جا عندي يزورني مبعيتهش يدخل عندي " كان المفحوص يظهر مستوى عالي من القلق ، مما يعكس توترا داخليا وحالة من الاستقرار العاطفي الهش ، في المقابل عبر الحالة (عبد الصمد) ، عن مشاعر طيبة ودافئة تجاه والدته حيث قال (ما نحكيلها كلشي و نقلها بص متخبريش ، خفت على ما رجعت للدار ..) ما يدل على وجود ارتباط عاطفي إيجابي معها .

3 . النشاط العقلي :

أ. اللغة و الكلام : كان الحالة (عبد الصمد) يتحدث بلغة مفهومة وواضحة (عامية) خالية من اضطرابات صوتية أو اللجاجة ، كانت عباراته سليمة من حيث البناء ، دون وجود فقر مفرد أو غزارة مفردة في الإنتاج الكلامي ، نبرة صوته كانت ثابتة في الغالب .

ب. **الفهم و الاستيعاب** : أظهر الحالة قدرة جيدة على استيعاب الأسئلة و التعليمات الموجهة إليه ، حيث كان يجيب على الأسئلة وفقا لما يطرح عليه ، ما يدل على سلامة في الفهم العام .

ج. **التفكير** : على مستوى التفكير ، بدا تسلسل الأفكار لدى الحالة منظما في العموم ، إلا أنه أظهر نمطا من التفكير الوسواسي يتمحور حول شخصية والده ، حيث تكررت أفكار سلبية و ثابتة تجاهه ، تراوحت بين الشك و الحذر، يشير ذلك إلى وجود انشغال ذهني مفرط يصعب عليه تجاوزه لقوله " قالي بابا تربيت منك هادي مقديتش ننساها " .

د. **التركيز و الانتباه** : لوحظ أن الحالة قادر على متابعة الحوار و التركيز على الأسئلة المطروحة ، دون تشتت ملحوظ .

هـ. **الذاكرة** : أظهر الحالة قدرة على استرجاع معلومات من ذاكرته البعيدة ، حيث تذكر بدقة واقعة إجرائه لعملية جراحية و هروبه في نفس اليوم . ورغم تعاطيه لمادة الحشيش ، لم تلاحظ اضطرابات واضحة في التذكر أو خلل في التسلسل الزمني للأحداث ، ما يشير إلى سلامة نسبية في وظائف الذاكرة ، خاصة البعيدة منها .

و. **السلوك** : كان يجلس الحالة (عبد الصمد) في وضعية مستقيمة تدل على يقظة و استعداد ، دون علامات خمول أو انحناء ، غير أن مضمون كلامه كان يغلب عليه الطابع العدواني ، حيث عبر بشكل متكرر عن سلوكيات عنيفة مارسها في السابق مثل الضرب ، تكسير ممتلكات ، إيذاء النفس و محاولات الانتحار ، تعكس هذه السلوكيات توترا داخليا واضحا ، مع ميول عدوانية قد تكون موجهة نحو الذات أو الآخر .

4. **العلاقات الاجتماعية** : صرح الحالة بأن لديه صديق واحد كان يحاول نصحه ، إلا أنه فقد ثقته به بعد أن علم بأنه يتحدث عنه في غيابه بطريقة سلبية ، ما جعله يعبر عن شعور بالخذلان و أكد الحالة قائلا : " ما عنديش صحابي في هاد دنيا مكاش صحاب دروك " كما أبدى ميلا واضحا للانعزال ، حيث صرح بأنه يفضل الجلوس

بمفرده ، و سماع الغناء فقط ، ما قد يشير إلى انسحاب اجتماعي ، حيث يشتري المادة المخدرة و يتوجه إلى أماكن مهجورة ليستهلكها بعيدا عن الأنظار لقوله : نشري صواحي و نروح وحد دار خاوية نبغي نقعد وحدي " .

5 . الحكم و الاستبصار : يظهر الحالة درجة من الوعي بعواقب سلوكياته الإدمانية و العدوانية من تعاطي و بيع مخدرات و سرقة و ضرب ... ، حيث صرح بأنه لجأ إلى العلاج في المستشفى لتفادي العقوبات القانونية المحتملة ، و رغم هذا الوعي ، لا يزال الاستبصار جزئيا ، إذ يرتبط أساسا بالخوف من العقاب أكثر من كونه نابعا من رغبة داخلية صادقة في التغيير .

التشخيص الإكلينيكي :

اعتمادا على رأي الطبيب النفسي ، و المقابلات و الملاحظات العيادية ، تبين أن الحالة تظهر ملامح اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع ، حيث يتميز المفحوص بنمط سلوكي عدواني و متكرر في انتهاك القوانين و المعايير الاجتماعية ، من خلال تعاطي و ترويج المخدرات ، ارتكاب السرقة ، و الاعتداء الجسدي وصولا حتى لمحاولة القتل ، كما صرح أنه لا يشعر بالخوف مطلقا ، و لا يبدي أي شعور بالذنب تجاه أفعاله ، ما يعكس درجة عالية من التبلد الوجداني و اللامسؤولية وهي سمات مركزية في هذا النمط من الشخصيات .

ملاحظة :

يشخص هذا الاضطراب عادة بعد سن 18 سنة ، لكن تظهر مؤشرات مبكرة في مرحلة الطفولة أو المراهقة التي تمثلت في الاعتداء على الآخر أو الذات بطريقة جد عنيفة حيث يوجد سهولة في المرور إلى الفعل .

3. أهم جوانب التاريخ النفسي و الاجتماعي :

الحالة (عبد الصمد) ، مراهق يبلغ من العمر 16 سنة ، يقيم في مدينة مغنية بولاية تلمسان ، تم توجيهه من قبل وكيل الجمهورية إلى جناح معالجة الإدمان بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بسيدي الشحامي ، بناء على طلب والدته التي خشيت من تعرضه للسجن بسبب تورطه في قضايا سرقة ، بيع مخدرات و تخريب ممتلكات ، أما عن إدمانه فهو يتعاطى أنواع مختلفة من المخدرات من حشيش و أقراص مهلوسة Pregabalin وحبوب السعادة المعروفة محليا بحلوة (MDMA) ، و الكحول و الكوكايين " عندما تكون متوفرة " ، حيث كانت البداية بالتدخين في سن 10 سنوات حسب ما صرح به ، ثم تعاطى الحشيش في سن 12 سنة ، أما حبوب السعادة في سن 14 سنة و الأقراص المهلوسة في سن 15 سنة ، حسب قوله تعلم شرب الكحول من أخيه لقوله : (وحدثنا كنت مونكا يا دابرت مع بابا ايا عيطلي خويا قالي علالي راك مونك هاك شرب و من تم بديت خطرا على خطرا نشرب) ، أما عن المواد الأخرى فبدأ تعاطيها بدافع التجريب و الاستكشاف مع الأصدقاء فحسب قوله : (كي كنت نريخ مع صحاي نبغي نسيي وباش نبان رجلة قدام صحاي حتى والفت) ، وقد تكون العملية الجراحية في الطفولة عاملا محفزا لبدأ التعاطي ، حيث خضع الحالة (عبد الصمد) إلى عمليتين جراحيتين للفتق في سن السادسة ، بالإضافة إلى عمليتين على مستوى العضو التناسلي ، و أيضا قد تكون الخلفية العائلية المرتبطة بالإدمان عامل خطورة لتعاطيه للمواد النفسية ، حيث صرح أن والدته أخبرته أن والده سبق و أن تعاطى الحشيش لكن توقف قبل ولادته ، بالمقابل فإن أخاه الأكبر كان يتعاطى الكحول أمامه إضافة إلى وجود خال مدمن و مسجون بسبب بيع المخدرات ، ما يعزز محيطا عائليا ذا أثر غير مباشر في بناء تصورات الحالة حول تعاطي المواد المخدرة كأمر عادي أو مألوف ، أما عن طفولته فنشأ الحالة (عبد الصمد) في وسط عائلي لا يمكن اعتباره مضطربا بالمعنى الكامل ، لكنه يتضمن بعض العوامل البيئية ذات الخطورة ، فقد أفاد بأن علاقته بوالديه في الطفولة كانت تتسم بالحب و الاهتمام ، إذ كان يحظى بمكانة مميزة بينهم ، إلا أن الأجواء الأسرية لم تكن خالية

من التوترات ، حيث أشار إلى تعرضه للعنف (الضرب) من طرف أخيه الأكبر خلال سنوات الطفولة ، وهو ما تطور لاحقا ليصبح هو من يمارس العنف تجاه أخيه حسب قوله (كي كنت صغير خويا لكبير كان يضربني ودروك انا لي نضربه) قال هذه العبارة بافتخار ، ما يعكس ديناميكية أسرية تتسم بغياب آليات التواصل السلمي ، شهد المسار التعليمي للحالة (عبد الصمد) اضطرابات مبكرة تعكس صعوبات في التكيف داخل المؤسسة المدرسية ، حيث توقف عن الدراسة في السنة الثانية من التعليم المتوسط ، نتيجة سلوكيات عدوانية متكررة تجاه زملائه ، تطورت لاحقا لتصل إلى الهيئة التربوية ، إذ صرح بمحاولة الاعتداء على أستاذه بواسطة سلاح أبيض خلال فترة تكوينه ، ما أدى إلى توقفه النهائي عن هذا المسار ، هذه السلوكيات تظهر ملامح ضعف في التحكم في الاندفاعات ، و صعوبات في احترام السلطة و الحدود ، قد تكون ناتجة عن نمط تنشئته غير الصارم أو المتذبذب ، إضافة إلى تأثيرات المواد النفسية التي كان يتعاطاها خلال مرحلة مبكرة من المراهقة ، تعد العدوانية من السمات البارزة في سلوك الحالة سواء في تعامله مع الآخرين أو مع ذاته ، فمنذ الطفولة وصف نفسه بأنه كان مشاغبا و يميل إلى ضرب أصدقائه ، وهو سلوك استمر و تفاقم مع الوقت ليشمل أفراد العائلة و حتى أشخاصا خارج الإطار الأسري ، من جهة أخرى تتجلى العدوانية الذاتية في محاولاته المتكررة لإيذاء نفسه حيث أفاد بأنه لجأ إلى ضرب جسده و كويه بالنار و محاولات انتحارية شملت خنق نفسه ، و فقدانه للوعي بعد جرعة زائدة .

4. بروتوكول الروشاخ للحالة : "عبد الصمد"

_ المدة المستغرقة : أربعة عشر دقيقة و أربعة ثواني .

_ مجموع عدد الاستجابات : $R = 22$

اللوحات	الاستجابة	وقت كل لوحة	الموقع	التنقيط
I	$\wedge v \dots 06$ _قرقاعة دجاجة بلا ريش فالعينلها الراس	47 ; 58 ث	- كل البقعة - عند قلب اللوحة كل البقعة	_ G F- PL _ G F- Anat
II	$> < \wedge v \dots 08$ جبل	38 ; 59 ث	- عند قلب اللوحة كل البقعة - // //	_ G F+-Nat _ D F-Objet

_ D F-NAT	- الجزء الأحمر الأعلى يمين يسار		قبة عاصفة ريح	
_ D K H	- جزء الأسود يسار يمين - قلب اللوحة.	51 ;37 ث	..0 ><^V_ زوج بنيادم متكين على شجرة . _ هيكل عظمي	III
_ G F-Anat				
_ G F- A	- كل البقعة .		..0 V ^_ دجاجة	
_ G F- NAT	- عند القلب كل البقعة .	00 ;40 ث	_ هادي شجرة وهادو فروعها	IV
_ G F+ A Ban	- كل البقعة	24 ; 83	^_ 04 ... فراشة	V

		ث		
- GF- Objet	- كل البقعة	39 ; 19 ث	$0 \cdot \cdot ^{\wedge}$ شاقور	VI
- G K H - GF+- Nat	- كل البقعة - عند قلب اللوحة كل البقعة.	42 ; 86 ث	$3 \cdot \cdot < V^{\wedge}$ هادي مرا مع مرا متقابلين راهم متشيخين _ هادي تباللي غيمة .	VII

- G F+ A	- الجزء الأزرق وسط .		V<>06... هادي زرقا راها تباللي فراشة	
- D Kan A Ban Doute	- الجزء الوردي يمين يسار	44 ;00 ث	_هاو حلوف و حلوف طالعين في جبل . لا لا فار و فار طالعين في جبل .	VIII
_DF- Objet _ DF- Objet	- من الجزء الوسط حتى للأسفل - جزء الوسط العلوي	01 ; 37 ; 38 ث	V^11... هادي راهي تباللي ليرة _ هادي طائرة صغيرة هادوك تاع زوج بلايص تاع مريكان .	IX
_ D F- Anat	- الجزء السفلي الرمادي .		10 ...^V _ هاديراها تباللي عمود فقري	X

_ Dd PL	- الجزء		لتحت اضلع	
	الأصفر	01 ; 48 ; 53	_ هادو فروع ليمون	
	- الجزء	ث	_ هادي حوت	
_ Dd F- A	الأخضر			
	غامق أيمن			
	أيسر			
_inhibition			_ هادا حيوان ميكي	
			معرفتش كي سموه	
			نسيته تفرجته كي	
	- الجزء		كنت صغير	
	الأزرق		_ _ هادو جراثيم	
	يمين يسار			
_Dd F- Mic	- الجزء			
	الأخضر			
	يمين		_ هادا خيار	
_ Dd F – PL	يسار.			

5. السيكوغرام :

R= 22 F= 18 K :2 A : 5 A % : 23

Refus : 0 F% :82 KP : 0 Ad :0 H % : 9

Tps / total :14 ,4 F+% : 11 Kan : 1 H : 2 Ban : 2

Tps / réponse : 39 F-% :78 Kob : 0 Hd : 0 IA % : 0

Tps lat . Moyen : 4,8 F+- : 11

G :11 ;50%

D : 7 ; 32 %

TRI : 0 Dd : 4 ; 18% Obj : 4

F.Compl k / E Eléments quantitatifs : Sang : 0

RC % : 50 Choc : 0 Anat : 3

Inhibition : 1 PL : 3

Descriptions : 0 Doute : 1

Choix + : V nat : 4

Choix - : I , II , III ; IV , VI , VII , VIII, IX , X

Microbes : 1

بالنسبة لاختيار اللوحات :

الإختيار الايجابي (+) :

اللوحة الخامسة V " بانتلي فراشة و لا خفاش " و بلخف فهمتها مخدمتش راسي أي لم يشغل ذهنه كثيرا فيها.

الإختيار السلبي (-) :

__ اللوحات التي تبقت كلها لم تعجبه I ; II ; III ; IV ; V ; VI ; VII ; VIII ; IX ; X لأنها شغلت

ذهنه و ظهرت له كأشكال غريبة لقوله " لي بقاو قاع معجونيش بسك خدمت راسي باش عرفتهم و بانولي

أشكال غريبة " مؤكدا على الثالثة III لم تعجبه .

مميزات بروتوكول الروشاح :

العناصر النوعية		وقت كل لوحة	عدد الإجابات	وقت الكمون	رقم اللوحة
على مستوى السلوك	على مستوى الحديث				
قلب اللوحة تركيز	سرعة و بصوت عالي	58 ; 47 ث	2	06ث	I
	صمت		3	08ث	II

تدقيق في اللوحة		59 ; 38 ث			
استغراب قلب اللوحة	تحدث بصوت منخفض	51 ; 37 ث	2	0 ث	III
تعجب	حديث مباشرة	00 ; 40 ث	2	0 ث	VI
توتر قلق	تنهد ثم حديث	24 ; 83 ث	1	04 ث	V
حديث مباشرة	اجابة مباشرة	39 ; 19 ث	2	0 ث	VI
			3	3 ث	VII

اجابة مباشرة	حديث بسرعة	86 ; 42 ث			
صمت قليل ثم الإجابة	صمت ثم اجابة	44 ; 00 ث	2	6 ث	VIII
إشارة للأماكن الاستجابة	صمت	01 ; 37 ; 38 ث	2	11 ث	IX
أعطى عدة إجابات. كف .	/	01 ; 48 ; 53 ث	4	10 ث	X

6. تحليل بروتوكول الروشاخ :

أ / الإنتاجية اللفظية :

تشير القيمة الإجمالية للإنتاجية اللفظية ($R = 22$) إلى إنتاجية منخفضة نسبيا ، و إن كانت لا تزال ضمن الحد الأدنى المقبول للنطاق الطبيعي ، هذه المعطيات تعكس وجود صعوبات في التواصل اللفظي لدى الحالة عبد الصمد ، دون أن تصل إلى مستوى انسداد كامل أو رفض للتفاعل ، إلا أنه قد يشير إلى درجة من التحفظ النفسي أو

التشيط الدفاعي في التعامل مع المادة الاسقاطية. غير أن هذا التشيط لم يكن مرتبطا ببطء أو ثقاقل في التفكير ، بل العكس تميز الإيقاع الخطابي للمفحوص بالسرعة و الاندفاع ، حيث كان يبادر سريعا بالإجابة على معظم اللوحات حتى ملاحظة بعض التمعن البصري و التدقيق الإدراكي ، حيث بدى هذا التدقيق خاصة في اللوحات الأولى و الثانية و الثامنة و التاسعة و العاشرة و التي وصفها بنفسه بأنها " شغلت له باله " لقوله " خدمتلي راسي باش جاوبت " بالمقابل جاءت اللوحة الثالثة كاستثناء ، حيث أجاب عليها بسرعة ودون تفكير عميق قائلا : " هادي عجبتي بسك عرفتها ديراكت مخدمتش راسي ". إن محدودية عدد الاستجابات قد تفسر بالميل الانسحابية ، التوتر الداخلي ، أو حتى ضعف الثقة بالنفس و اللغة ، و بالنظر إلى الخلفية النفسية و الاجتماعية للحالة يمكن القول أن ضعف الإنتاجية يعود إلى انسحاب نفسي ، و افتقار إلى بيئة آمنة تسمح له بالتعبير و الانفتاح ، بالإضافة إلى الفقر في العلاقات الداعمة .

ب / سيرورة التفكير :

يظهر لدى الحالة " عبد الصمد " نمط تفكيري تحكيمي واضح ، تدل عليه النسبة المرتفعة للمحدد الشكلي (F = 82 %) ، و ذلك ما يدل على صرامة جفاف الفكر ، ما يعكس ميلا نحو تنظيم الواقع وفق مقاييس عقلانية و متحكممة ، مع سعي لتثبيت إدراك مستقر و الابتعاد عن التعبير العاطفي ، غير أن النسبة المنخفضة للاستجابات (11) + % F توحى بأن هذا التحكم ليس بالضرورة فعالا ، ما قد يشير إلى وجود تشوش في تطابق التمثلات الإدراكية مع الواقع ، أو ضعف في التفكير المرن .

يدعم هذا الطابع العقلي الجامد أيضا من خلال غياب الاستجابات اللونية النقية ، (C) وهو مؤشر على قصور في الانخراط الوجداني ، حيث يشير هذا الغياب إلى ضعف في القدرة على استقبال الانفعال الخام ، مما يدل على دفاعات نفسية تعمل على تحييد العاطفة و عقلنتها خوفا من الانخيار العاطفي ، إذ يتضح أن التفكير لدى الحالة

منظم ظاهريا ، لكنه هش داخليا ، محكوم برغبة في السيطرة على المشاعر و إبقائها على مسافة آمنة ، هذا النمط المعرفي الانعزالي يتقاطع أيضا مع ارتفاع نسب كل من % G و التي ظهرت في جميع اللوحات باستثناء التاسعة و العاشرة ، حيث يشير تكرار G إلى تموقع إدراكي خارجي و تحليلي ، ما يدل على شكل من الانفصال العاطفي عن العالم و غياب التورط الوجداني في العلاقة مع المحيط ، هذا التموضع قد يكون وظيفة دفاعية ، خصوصا لدى الشخصيات التي تنشأ في أوساط تفتقر للأمان العاطفي ، إلى جانب ذلك النسبة الملحوظة لاستجابات % Dd التي تتمحور على تفاصيل ثانوية و نادرة في البقعة تظهر نمط تفكير مجزأ ، ميل إلى التركيز ، حيث هذا النمط يلاحظ لدى الأشخاص ذوي التوجه الانعزالي أو الحذرين جدا في التفاعل مع العالم الخارجي ، و هي خصائص تظهر بوضوح في التاريخ العيادي للحالة (العزلة ، فقدان الثقة ، سلوكيات عدوانية) ، الإجابات الجزئية D ظهرت بنسبة قليلة 32 % و ذلك في اللوحات الثانية و الثالثة و الثامنة و التاسعة و العاشرة و بأشكال سيئة ، عكست عدم القدرة على إدراك الواقع بطريقة جيدة .

عرف هذا البروتوكول إجابتين تحمل الرمزية الإنسانية مرفقة بحركة (KH) ، و ذلك في اللوحتين الثالثة و السابعة ، ما يعكس قدرة محدودة و لكن حقيقية على التقمص الإنساني و تمثل الآخر ككائن متمايز وحيوي و ليس فقط كشكل ثابت ، فافتزان الصورة البشرية بالحركة يعكس نوعا من الحيوية النفسية و التقمص الإنساني الناجح جزئيا ، غير أن عدد هذه الاستجابات يبقى محدودا ما يشير إلى أن القدرة على التقمص لا تزال هشة أو غير مستقرة ، ففي اللوحة الثالثة أشارت إلى عدم القدرة على إختيار التقمص الجنسي أي لم يخصص الحالة إن كان رجل أو امرأة لقوله " بنيادم " ، و ربما تكون مهددة بآليات دفاعية مثل العزل فعند ربط هذه المعطيات بما ورد في تاريخ الحالة ، نلاحظ أن المفحوص نشأ في بيئة عائلية يغلب عليه طابع العدوانية و الإدمان ، مع تمثيل أبوي غير فعال و غياب مرجع علائقي آمن .

أما الإجابات الحيوانية ظهرت بنسبة منخفضة 23 % و التي ظهرت في اللوحات الرابعة و الخامسة و الثامنة و العاشرة ، و في صورة تشير إلى التكيف من خلال إجابتين شائعتين A Ban في اللوحتين الثامنة و الخامسة .

ج / ديناميكية الصراع :

ظهرت أول إجابة حركية كبرى في اللوحة الثالثة و السابعة و هي إجابة إنسانية ، وذلك ما يشير إلى محاولة للتعبير عن دينامية داخلية ذات طابع علائقي ، أي وجود شكل من أشكال الحياة النفسية النشطة ، و إن كانت محصورة و محدودة التكرار ، حيث هذه الاستجابات توحى بوجود قدرة على التقمص ، أي أن الذات مازالت قادرة - إلى حد ما - على التفاعل الحركي النفسي المعقد كما هو واضح في الفقرة السابقة الذكر ، أما استجابات kan فقد ظهرت مرة واحدة و أشارت إلى التكيف في اللوحة الثامنة .

بالنسبة للمحددات الحسية فكانت منعدمة تماما في هذا البرتوكول ، و هذا ما يدل على عجز الحالة " عبد الصمد " عن التعبير عن عواطفه ، و هو ما يعكس ضعفا واضحا في التفاعل العاطفي المباشر ، يشير هذا الغياب إلى وجود آليات دفاعية من نوع الكبت و العزل ، التي تحمي الذات من التورط الانفعالي .

7. ملخص بروتوكول الروشاخ للحالة عبد الصمد :

من خلال تحليل مجمل العناصر الأساسية لهذا البروتوكول نجد أنه تركز حول توظيف بيبي ، الذي يتميز بعدم الاستقرار على مستوى التمثلات ، و هشاشة التماسك الداخلي يتجلى هذا التوظيف من خلال عدد من المؤشرات و التي تمثلت و بصلابة دفاعية ، فقر عاطفي ، ضعف في التقمص ، مع ميول للسيطرة العقلانية ، انعدام التعبير عن العاطفة التي ظهرت بصورة هشة و ضعيفة ترجم ذلك في غياب الاستجابات الحسية ، وهو ما يدل على كبت شديد للانفعالات و صعوبة في استثمار العاطفة في إدراك الذات أو العالم الخارجي ، كذلك ضعف الاستجابات الإنسانية مؤشر على تراجع القدرة على التقمص و صعوبة في تمثل الآخر ككائن مستقل.

هذا ما يترجم في العلاقات الواقعية عبر سلوكيات استغلالية أو لا مبالية بالحدود الاجتماعية ، من جهة أخرى ارتفاع G و Dd في عدة لوحات يوضح نمطا إدراكيا مراقبا و منفصلا ، يشير إلى ميل للانعزال ما يدعم فرضية استخدام آليات دفاعية من نمط العزل و الإنكار ، هذا التوجه الإدراكي لا يعبر عن ثراء داخلي بل عن محاولة للابتعاد عن التورط الوجداني ، الذي غالبا ما يشكل مصدر تهديد داخلي .

في المجمل ، فإن هذا البروتوكول يعكس بنية نفسية ذات طابع بيني دفاعي ، مشحونة بصراعات داخلية ، و يتقاطع هذا التوظيف مع خصائص اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع .

8. ملخص عن الحالة : " عبد الصمد "

" عبد الصمد " مراهق يبلغ من العمر 16 عاما ، نشأ في وسط عائلي غير متوازن يتسم بضعف التواصل ووجود نماذج سلوكية منحرفة و أجواء تتخللها التوترات و العنف من طرف الأخ الأكبر ، مر خلال طفولته بتجارب صحية مؤلمة و صادمة (عدة عمليات جراحية) ، و بدأ التدخين في سن العاشرة و تطور تعاويه ليشمل تقريبا كل أنواع المؤثرات العقلية ، بدافع الفضول و الانتماء لجماعة الأقران ورغبة في نيل القبول الاجتماعي ، توقف مبكرا عن الدراسة بسبب سلوكيات عدوانية متكررة وصلت حد الاعتداء على الإطار التربوي ، سجلت عليه انحرافات من سرقة و تخريب و مشاجرات و بيع مخدرات ... ، ما دفع والدته إلى تقديم طلب علاجه لتفادي متابعته قضائيا و سجنه ، و هو ما استجابت له العدالة بتحويله إلى مصلحة معالجة الإدمان ، تكشف الحالة عن نمط تطوري فيه تراكم لعوامل الخطورة : بيئة أسرية غير حامية نماذج سلوكية سلبية ، ضعف في الحدود التربوية و تجارب مؤلمة صادمة لم تحتوى عاطفيا ، ما أدى إلى بنية نفسية تتسم بالعدوانية ، التمرد و السعي وراء الإثبات الذاتي بطرق انحرافية ، عبد الصمد لم يتلقى دعما مبكرا يمكنه من تطوير آليات صحية لتنظيم انفعالاته أو بناء هوية متوازنة ، ما جعله

عرضة لاضطراب سلوكي يتجه نحو النمط المضاد للمجتمع ، رغم ذلك فإن استعداده للحديث و الانخراط في العلاج و لو بدافع تفادي العقوبة — قد يشكل نقطة دخول لإعادة بناء بعض الآليات النفسية و الدافعية لديه .

الفصل السابع: تفسير النتائج و مناقشة الفرضيات

1. تمهيد

2. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

تمهيد :

تندرج دراستنا تحت عنوان "صدّات الطفولة و الإدمان على المخدرات لدى المراهق"، حيث تم إجراء هذا البحث على حالتين لمراهقين يبلغان من العمر 16 سنة، يعانيان من سلوك إدماني على مواد مخدرة مختلفة. تم اختيار الحالة الأولى من مؤسسة إعادة التربية حي جمال الدين في حين تم إختيار الحالة الثانية بمستشفى الأمراض العقلية سيدي الشحمي قسم الإدمان بوهرا، وقد تبين من خلال دراسة سيرتهما الذاتية وجود تجارب صادمة مبكرة مشتركة تمثلت في الإهمال، العنف الأسري، وفقدان الأمان العاطفي. مما يدعم فرضية تأثير تلك الصدمات في نشأة السلوك الإدماني، وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي باستخدام المقابلة النصف الموجهة و الملاحظة، إلى جانب تطبيق إختبار الروشاخ وتهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين تجارب الطفولة الصادمة وبنية الإدمان في مرحلة المراهقة.

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات :

من خلال تحليل ودراسة حالي "إسحاق" و"عبد الصمد"، يتضح أن هناك نقاطاً مشتركة مهمة تدعم فرضيتنا الرئيسية المتعلقة بأثر صدمات الطفولة في إدمان المراهق على المخدرات. فكلتا الحالتين عاشتا تجارب صادمة متكررة منذ سن مبكرة، تمثلت في العنف الأسري، فقدان الأمان، الإهمال العاطفي، وفقدان أحد الوالدين أو كليهما، وهو ما شكّل أرضية خصبة لنشوء اضطرابات نفسية لاحقة، مثل القلق، الاكتئاب، السلوك العدواني، والانغلاق على الذات، البيئة العائلية غير الآمنة حيث كلا الحالتين نشأتا في بيئة تتسم بغياب الأمان العاطفي، العنف، أو الإهمال، مع وجود نماذج أسرية متعاطية للمواد (الأب، الإخوة، الخال).

و بداية مبكرة للتعاطي كلاهما دخلا عالم التعاطي في سن مبكرة جداً (10-13 سنة)، أي قبل تشكل النضج النفسي مع ظهور سمات عدوانية واضحة حيث أن العدوان كان موجهاً للذات (تشويه، محاولة انتحار) ولآخر

(العنف، السرقة، الاعتداء) مع صعوبات في التمثيلات العاطفية والتقمص الوجداني في بروتوكولات اختبار رورشاخ، مع نمط إدراكي انعزالي ومراقب وهذا ما ظهر في المقابلات الإكلينيكية وفي نتائج اختبار رورشاخ.

في حالة "إسحاق"، نلاحظ أن المشهد الصادم الأساسي كان مقتل الأم على يد الأب المدمن، وهي صدمة دموية شديدة أثرت في بناء شخصيته ومفاهيمه عن الحماية والثقة مع إهمال وغياب رعاية بعد الحادث.

و سلوك إجرامي وعدواني كرد فعل على الواقع حيث أن اختبار رورشاخ أظهر مؤشرات على اضطراب في تمثيلات الذات والآخر و صعوبات في التقمص الإنساني ، دفاعات بدائية، وتذبذب في التكيف العاطفي، ما يدعم وجود بنية نفسية حدية، مشحونة بانفعالات مكبوتة، واضطراب في الهوية تحكم عقلي هش، محاولات يائسة للتماسك الداخلي مرتبطة بصدمة أولية غير معالجة.، مما أدى إلى إحساس دائم بالرفض وانخفاض تقدير الذات. سلوكه الإدماني جاء كمحاولة لتعويض هذا الخواء الداخلي، وهي آلية دفاعية حيث يلجأ الفرد إلى المخدر لتخفيف ألم نفسي مكبوت.

أما "عبد الصمد" عبد الصمد تعرض للعنف من الأخ الأكبر، وعاش عمليات جراحية مؤلمة في الطفولة و كانت لديه اضطرابات سلوكية ومشاكل مدرسية منذ الطفولة، مما يدل على ضعف التكيف الاجتماعي والمؤسسات بيئة أسرية فيها مدمنون مع غياب المرجعية العاطفية الآمنة، وسلوكيات عدوانية متكررة و ضعف احترام السلطة ومن خلال اختبار الروشاخ ظهر بأن لديه تفكير شكلي متصلب، جفاف عاطفي واضح نمط إدراكي مراقب وانعزالي، ضعف القدرة على استقبال أو التعبير عن العاطف مع هشاشة في التقمص الوجداني مع توظيف بيبي يعكس اضطرابا في الهوية و الإنفعالات ، وميل لآليات دفاعية من نوع العزل والكبت.

- وعليه، فإن فرضيتنا الرئيسية القائلة بأن : "صدّمت الطفولة لها دورًا في إدمان المراهق على للمخدرات "

قد تم تأكيدها من خلال هاتين الحالتين ومن خلال التحليل المقارن يؤكد هذه الفرضية بشكل قوي، إذ أن كلا الحالتين تعرضتا لصدّمت نفسية مبكرة (موت الأم، عنف، إهمال)، وكانت هذه الأحداث محورية في مسارات تطورها نحو الإدمان. يتوافق هذا مع دراسة (Mc Dougall , 2001) الذي يرى بأن الإدمان محاولة طفولية لعلاج الذات و هو حل نفسي جسدي لمعاناة عقلية أي ينظر إلى إدمان كطريقة جسدية لحل معاناة عقلية ووسيلة للهروب من ألم نفسي .

و (Pomier ,2008) الذي يرى أن الإدمان تعبيراً عن سلوكيات بقاء أي وسائل بدائية لمواجهة الضيق النفسي العميق المرتبط بالطفولة ويشير إلى أن هذه السلوكيات تمثل تنظيمًا ذاتيًا بديلاً للجنس أو اللذة يحاول أن يحتوي " الألم " دون أن يعيد تمثيله نفسياً أو يعبر عنه بشكل واع أي كنوع من الدفاعات البدائية ضد هذا الألم العميق وهذا ما يأكده (Pirlot , 2003) بأن مسألة الصدمات النفسية وما قبل النفسية و الصدمات الضخمة المرتبطة بفقدان الدعم المبكر تؤدي إلى عدم القدرة على إحتواء المشاعر التي يشعر بها و يدركها الجسم بطريقة غير متميزة . (Alexandre Sinanian et autre , 2014)

وهذا ما أكده سيغموند فرويد في كتابه " ما وراء مبدأ اللذة " (Beyond the Pleasure Principle) هو أحد أهم أعمال سيغموند فرويد، نُشر لأول مرة عام 1920. في هذا الكتاب يرى فرويد أن الأفراد خاصة من تعرضوا لصدّمت في الطفولة، ، يعيدون بشكل لا شعوري معيشة نفس التجارب المؤلمة مرارًا، وهو ما لا يتفق مع مبدأ اللذة و فسّر هذا بأن هناك دافعًا غير واع يدفع الإنسان لتكرار الألم بهدف السيطرة عليه أو استيعابه لاحقًا.

حيث اعتبر أن الإنسان لا يسعى فقط إلى البقاء والمتعة (إيروس)، بل يوجد فيه أيضًا ميل للتدمير والعودة إلى حالة السكون ما قبل الحياة (ثاناتوس)، ويظهر ذلك في السلوكيات المدمرة أو الإدمانية أو انتحارية أو عدوانية.

فالإدمان يمكن فهمه كسلوك تدميري موجّه نحو الذات، يعكس صراعًا داخليًا غير محلول، وقد يكون تعبيرًا عن هذا الدافع التدميري المتولد عن ألم الطفولة غير المعالج.

و أشار أن بعض المرضى يعيدون تجارب مؤلمة لا شعوريا وهذا ما يسمى بالتكرار القهري و أعطى مثال حول :

- جنود العائدون من الحرب الذين كانوا يعانون من كوابيس متكررة، رغم أنها مؤلمة.

- و الأطفال الذين يكررون لعبة فيها مشهد اختفاء الأم، وكأنهم يحاولون السيطرة على تجربة فقدان.

في حالة الإدمان الناتج عن صدمات الطفولة، يمكننا تفسير السلوك المدمر (تعاطي المخدرات) على أنه تعبير عن التكرار القهري ومحاولة للتعامل مع ألم غير معالج، مدفوع بدافع الموت.

حيث فرويد قال: "ما لا يستطيع المرء التعبير عنه بالكلمات، يعيد تمثيله بالسلوك."

وهذا يفسر كيف أن الإدمان ليس مجرد ضعف إرادة، بل هو نمط دفاعي بدائي أمام ألم نفسي عميق لم تتم معالجته في الطفولة.

يرى فرويد أن الصدمة حين لا تُستوعب، تعود لتفرض نفسها في أشكال مرضية و الإدمان في هذه الحالة ليس سوى محاولة فاشلة "للعلاج الذاتي"، وهو تعبير عن صدمة غير مُوضعة مرتبطة بالآلام جسدية ونفسية في الطفولة.

وعليه، فإننا نستنتج أن الإدمان في مرحلة المراهقة ليس مجرد سلوك منحرف، بل غالبًا ما يكون عرضًا لاضطراب

أعمق جذوره في الطفولة . (إسحاق رمزي , 1994)

كما دعمت النتائج الفرضيات الجزئية، حيث مثّلت الصدمات المكبوتة (مثل الإهمال العاطفي وغياب الحنان) عاملاً خفياً يقود إلى البحث عن بدائل تخديرية، بينما كانت الصدمات المعاشة المؤلمة والمستمرة (مثل العنف الأسري، مشاهدة الجريمة، فقدان الأم) ذات تأثير مباشر وسريع في الدفع نحو الإدمان كآلية هروب من الواقع .

• الفرضية الجزئية 1: "صدّات الطفولة المكبوتة هي التي تؤدي إلى إدمان المراهق على المخدرات "

تدعيم من الحالة عبد الصمد: يظهر الكبت الدفاعي بوضوح في اختبار، من خلال غياب الاستجابات الوجدانية واستخدام آليات عقلنة وعزل. لم يكن يعبر عن الألم أو الصدمات، بل تجلّت في السلوك العدواني والإدمان.

و هذا ما توصلت إليه دراسة (Gebrovitch , 2003) بأن السلوك الإدماني لا يُفهم فقط كسلوك هروبي أو رغبة في اللذة، بل يُنظر إليه هنا كوسيلة لاواعية يعيد بها الفرد "عيش" صدمة أولية لم يتمكن من استيعابها نفسياً أو "استقلابها". أي أنها لم تُضم أو تُدمج داخل البنية النفسية بطريقة صحيحة.

لكن بدل أن تُعاش هذه التجربة في "المسرح النفسي الداخلي" (أي عبر التمثيل النفسي، الأحلام، اللغة، أو الرمزية)، تُعاش على مستوى جسدي مباشر عبر الجسد، الألم، والتكرار القهري. وهنا يصبح السلوك الإدماني نفسه تعبيراً عن الصدمة، لا مجرد نتيجة لها، يصف جيروفيتش هذا السلوك بأنه "تجربة صادمة بحد ذاتها" عنيفة حادة، ولا يمكن للذات أن تدمجها أو تحتويها. وبالتالي، لا تؤدي إلى التفرغ أو التهذؤ النفسية بل تخلق طاقة نفسية "غير مقيّدة"، فوضوية تظهر على شكل اندفاعات جسدية أو نفسية.

يمكننا القول إن الحالة "عبد الصمد" في غياب القدرة على التعبير أو تنظيم المشاعر، يعيد عبر سلوكياته الإدمانية والعدوانية تمثيل الصدمة لكنه لا يعيدها بطريقة رمزية أو تحليلية، بل يعيدها على جسده ونفسيته بشكل فجّ، وهو ما يظهر في سلوكياته الخطيرة، رفضه للسلطة، أو نوبات العنف.

(Alexandre Sinanian et autre , 2014)

و قد نشرت مجلة (Psychiatry and Clinical psychopharmacology)

دراسة سنة 2021 بعنوان " Childhood traumas and substance use in criminal

antisocial personality disorder patients" و أشارت إلى وجود علاقة وثيقة بين صدمات

الطفولة واضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، حيث يعاني المصابون بهذا الاضطراب من سلوكيات عدوانية، تعاطٍ

مبكر ومتعدد للمواد المخدرة، ومحاولات متكررة لإيذاء النفس والانتحار. وقد أظهرت الأبحاث أن أكثر من 80%

من هؤلاء المرضى تعرضوا لصدمات نفسية في الطفولة، ما يعزز فرضية أن الإدمان في مرحلة المراهقة قد يكون نتيجة

لمحاولات لا شعورية لتخفيف الألم النفسي الناتج عن هذه الصدمات. هذا ما تدعمه فرضية "التطبيب الذاتي"، التي

تفسر الإدمان كسلوك تعويضي دفاعي عن معاناة نفسية غير معالجة منذ الطفولة

تدعم هذه الدراسة الفرضية القائلة بأن الصدمات الجسدية والنفسية المبكرة، خاصة إذا لم يُرافقها دعم عاطفي كافٍ،

يمكن أن تؤدي إلى تطور اضطرابات في الشخصية وسلوكيات إدمانية في المراهقة .

● الفرضية الجزئية 2: "صدمات الطفولة المعاشة المؤلمة والدائمة تؤدي إلى إدمان المراهق على المخدرات"

تدعيم من حالة إسحاق: عاش صدمة مروعة ودماغه (مقتل الأم)، تبعثها صدمات إهمال وتمزق أسري. لم تكن

الصدمة مكبوتة بل واعية، ومستمرة في ذهنه. ما قاده إلى الإدمان ليس الإنكار بل الغمر العاطفي واللامعنى.

حيث يرى (Alexandre Sinanian et autre , 2014) عندما يتعرض الطفل لتجارب صادمة في

الطفولة تشكل الذاكرة المؤلمة ما يُعرف مجازًا بـ"الصندوق الأسود"، حيث تُخزن فيها ليس فقط التجارب العاطفية

والجنسية والمعاناة الجسدية، بل أيضًا آثار العنف اللفظي والمعنوي مثل الإهانات والتحقير. تؤثر هذه الذاكرة العميقة

على شعور الفرد بقيمته وكرامته وهويته الجسدية، فتغدو أجسادهم صدىً لصدماتهم وكلماتهم انعكاسًا لآلامهم،

إذ يعيد الفرد إنتاج الصدمة عبر مشاعر وأفكار مشوشة يصعب فصلها عن بعضها. هذه الظاهرة تتجلى بشكل

حاد لدى الأطفال والمراهقين ضحايا الصدمات النفسية، حيث يبيّن "بيير جانيّ" (Pierre Janet) أن التجربة الصدمية حين لا تجد مكاناً لها ضمن سردية الوعي، تُحبس في ما يشبه التجميد النفسي، وتُعيد فرض نفسها عبر تفجّرات وجدانية وسلوكية متكررة. كما أن التراكمات النفسية قد تُفضي إلى رسائل داخلية سلبية تُعيد تفعيل الشعور بالذنب والدونية، من قبيل: "أنت لا قيمة لك، أنت تستحق ذلك"، مما يُعمّق من معاناة الضحية ويُكرّس هشاشة بنيته النفسية .

وتصبح عامل أساسي للسلوك الإدماني الكحول و المخدرات و التبغ الإنتحار و الإكتئاب و السلوك المخوف بالمخاطر و إرتكاب العنف .

يشير بيسيل فان دير كولك في كتابه "جسمك يتذكر كل شيء: الدماغ والعقل والجسم في الشفاء من الصدمة النفسية" إلى أن الصدمة النفسية، خاصة حين تقع في مراحل النمو المبكرة، لا تؤثر فقط على المشاعر والذاكرة، بل تخلخل أيضاً آليات التنظيم الذاتي في الدماغ. يُبيّن الكاتب أن الأفراد الذين عاشوا تجارب صدمية مزمنة غالباً ما يلجؤون إلى وسائل خارجية لمحاولة استعادة الإحساس بالسيطرة أو تخفيف الألم الداخلي، ومن أبرز هذه الوسائل: الإدمان. فالمواد المخدّرة أو السلوكيات الإدمانية تُصبح، لدى المراهق، محاولة بدائية لتهدئة نظام عصبي دائم الاستثارة أو لتخدير مشاعر مؤلمة لا يمكن التعبير عنها بالكلمات. وهذا ما نلاحظه في حالة "إسحاق"، حيث تتجلى العلاقة بين صدمته الأولى (مشاهدة مقتل والدته) ومحاولاته لتعاطي مواد مهدئة أو الهروب في سلوكيات خطيرة. فالصدمة هنا لم تُعالج، بل تحوّلت إلى "ألم صامت" يُدار عبر الإدمان، مما يدعم ما أكدّه فان دير كولك حول أن "الدماغ لا ينسى الصدمة ، والجسد يُعيد تمثيل المعاناة بطرق قد تكون مدمّرة إن لم يُوفّر للفرد مسار للشفاء".

- تشير نتائج التحليل إلى أن كلا نوعي الصدمات (المكبوتة والمباشرة المعاشة و الدائمة) يلعبان دوراً في تطور الإدمان على المخدرات عند المراهقين، عبر آليات مختلفة: الكبت والعزل و الإنكار والإجهاد المستمر من جهة أخرى. فبالتالي و حسب المقابلة العيادية و الملاحظة و إختبار الروشاخ الذي طبقناه على كل من الحالة "إسحاق" و "عبد الصمد" يمكننا القول بأن فرضيات بحثنا التي تقول أن "صددمات الطفولة لها دوراً في إدمان المراهق على للمخدرات " تحققت

الخلاصة

الخاتمة :

حين يُولد الطفل، لا يحمل معه إلا حاجته إلى الحب، والأمان، والاحتواء لكن عندما يُقابل بالعنف، بالإهمال، وبالفقدان، تُغرس في داخله بذور الصدمة، التي لا تموت، بل تنمو في صمت، وتشكل بأوجه مختلفة كلما كبر. والمراهقة، باعتبارها مرحلة البحث عن الهوية، تصبح مسرحًا تظهر فيه تلك الجراح القديمة، في صورة سلوكيات متطرفة، انزلاقات، أو حتى إدمان، وكأن الذات تصرخ أخيرًا بما لم تستطع قوله من قبل.

لقد حاولت هذه الدراسة العيادية الغوص في أعماق مراهق لم يكن سوى مرآة لصدمات الطفولة التي لم يُلتفت إليها في حينها. من خلال المقاربة النفسية والتحليل الرمزي لما هو لا وعي، بدا جليًا أن ما نراه من سلوكيات إدمانية ليس سوى قمة جبل الجليد؛ تحته تختبئ آلام دفينية، واحتياجات لم تُلب، ونداءات استغاثة لم تُسمع.

لا يمكننا أن نفهم المراهق المدمن، أو أن نُعيد تأهيله، ما لم نعد إلى البدايات، إلى الجروح الأولى، إلى تلك اللحظات التي تشكّل فيها شعوره بالذات والعالم. فالصدمة ليست حدثًا فقط، بل هي تجربة تهزّ الكيان، وإذا لم تجد من يحتويها، فإنها تعود، وتفرض نفسها من جديد، بأقنعة مختلفة.

من هنا، لا تكتفي هذه الدراسة بإمالة اللثام عن التداخل بين الصدمة والإدمان، بل تُوجه نداءً إنسانيًا ومهنيًا لكل من يعمل في مجال الصحة النفسية، التربية، والرعاية الاجتماعية: أن نُنصت بعمق، أن نرى ما وراء السلوك، وأن نمنح لأولئك الذين خذلتهم الحياة فرصة جديدة لإعادة بناء ذواتهم.

"الطفل المهمل لا ينسى، بل يختبئ داخل جسد الراشد، باحثًا عن يد تمتد إليه، لا لتؤنّب، بل لتفهمه."

بوريس سيروولنيك (Boris Cyrulnik)

♦ توصيات و إقتراحات :

من قلب هذه الدراسة العيادية، ومن صوت كل مراقق صامت، يحمل بين أضلعه ندوب الطفولة وآثار الخذلان، تتوَلّد هذه التوصيات والاقتراحات، لا من موقع التنظير، بل من معايشة ميدانية لجراح لا تُرى، لكنها تصرخ داخل النفوس.

هي دعوة صادقة إلى المربين، المعالجين، المسؤولين، والباحثين، بأن نبني منظومة ترى الطفل والمراقق ككائن نفسي عاطفي هش، يحتاج إلى من يفهمه قبل أن يُقيّمه، ومن يحتضنه قبل أن يُصلحه.

أولاً: توصيات مهنية ومجتمعية

- ضرورة التكفل النفسي المبكر بالأطفال ضحايا الصدمات، تفادياً لتحول الأعراض إلى اضطرابات في المراقبة.
- اعتماد المقاربة التحليلية-الإسقاطية، مثل اختبار رورشاخ، لفهم الديناميات الداخلية الخفية للمراققين المدمنين.
- تكوين الأخصائيين النفسيين في مجال الصدمة والإدمان، مع التركيز على فهم الخلفيات لا السلوكيات فقط.
- تعزيز التكامل بين الأسرة، المدرسة، ومؤسسات الرعاية، من خلال آليات تنسيق ومتابعة دائمة لحالات الأطفال والمراققين المعرضين للخطر.
- إدماج وحدات للإصغاء النفسي في مراكز إعادة التربية، بإشراف أخصائيين مدربين على مرافقة الخطاب الصدمي.

- تشجيع البحث العلمي الميداني في العلاقة بين صدمات الطفولة والإدمان، مع التركيز على الدراسات الطولية .
- اقتراح برامج علاجية بديلة (العلاج بالفن، السرد، المسرح العلاجي...) تتيح التعبير الرمزي الآمن عن الصدمة.

ثانيًا: وصايا إلى الآباء والأمهات – لنكن الحاضن الأول والأخير

- لأن الصدمة لا تبدأ دائمًا من الخارج، بل أحيانًا من غياب حاضن، أو من كلمة لم تُقل. إليكم هذه التوصيات التي تهدف إلى مساعدة الآباء والأمهات على احتضان أطفالهم نفسيًا، والوقاية من شرخ داخلي قد يمتد إلى سنوات:
- كونوا حاضنًا عاطفيًا قبل أن تكونوا سلطة توجيه: الحب غير المشروط هو الدرع الأول في وجه الصدمات.
 - أنصتوا إلى صمت أطفالكم: فالسلوك أحيانًا يكون صرخة مكتومة، لا مجرد "عناد" أو "تمرد".
 - احترموا مشاعرهم مهما بدت تافهة: لا توجد مشاعر صغيرة، بل هناك قلوب صغيرة لا تجد من يفهمها.
 - ابتعدوا عن كل أشكال العنف: العنف يُربي الخوف لا الاحترام، ويُحزّن في الجسد كأثر لا يُحسى.
 - شاركوهم تفاصيل الحياة اليومية: فالوجود الدافئ لا يحتاج إلى كلمات كثيرة، يكفي أن تكونوا.
 - اعتذروا حين تخطئون: الاعتذار يُعلم الطفل الإنسانية، لا الضعف.
 - راقبوا ما يرونه ويسمعونه: بيئة الطفل النفسية تتشكل من كل ما يعيشه، ولو بدا بسيطًا.
 - عززوا ثقته بنفسه: امدحوا المحاولات لا النتائج فقط، وذكّروه دائمًا أنه كافٍ كما هو.
 - رافقوه في الحزن قبل الفرح: الأمان النفسي يُبنى في اللحظات الصعبة، لا فقط في الاحتفالات.
 - اطلبوا المساعدة دون خجل: الاستشارة النفسية ليست عيبًا، بل مسؤولية ووعي.
- "الطفولة ليست مجرد مرحلة، إنها الجذر الذي يُثمر كل ما سنكون عليه يومًا."

قائمة المصادر و المراجع

أولا : الكتب :

1. أبو الخير، عبد الكريم قاسم. (2004). النمو من الحمل إلى المراهقة. دار وائل للنشر والتوزيع، شارع الجمعية العلمية الملكية، عمان، الأردن.
2. أحمد محمد عبد الخالق 2012 قياس الشخصية جامعة الإسكندرية الويت دار المعرفة الجامعية للنشر و التوزيع
3. الأصغر، أحمد عبد العزيز. (2014). أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي. الطبعة الأولى. دار الحامد للنشر والتوزيع، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
4. برثين، عبد العزيز. (2014). الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات. الطبعة الأولى. أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن، عمان.
5. بيسيل فان دير كولك جسمك يتذكر كل شيء الدماغ و العقل و الجسم في عملية الشفاء من الصدمة ترجمة محمد الدخاخي دار الكرمة للنشر و التوزيع
6. الجندي، محمد توفيق. (1441 هـ). مدمرات العقول (الإدمان على المخدرات). المركز الوطني لتعزيز الصحة النفسية، الرياض.
7. حسين عبد الفتاح 2003 تكنيك الروشاخ منشورات جامعة أم القرى بمكة المكرمة
8. حسين، فايد. (2006). سيكولوجية الإدمان. الطبعة الأولى. مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة.
9. الحمادي، أنور. معايير DSM-5. مترجم إلى العربية، إعداد وتوزيع: أ.
10. حمداوي جميل , المراهقة خصائصها و مشاكلها و حلولها

11. الدوسري، نورة فهد، جميل، أميمة فضل، الناصر، عبد الرزاق مجد، الحدي، نوف. (2022). الدليل المساعد لكيفية التعامل مع الصدمات النفسية واضطراب ما بعد الصدمة. مكتبة فهد الوطنية للنشر والتوزيع.
12. رشاد عثمان، عماد. (2020). أبي الذي أكره. العلوم الاجتماعية والسياسية، الرواق للنشر والتوزيع.
13. الزعبي، محمد أحمد. (2010). سيكولوجية المراهقة: النظريات، جوانب النمو، المشكلات وسبل علاجها. الطبعة الأولى. دار الزهران للنشر والتوزيع، عمان.
14. سري، إجلال محمد. (2003). الأمراض النفسية الاجتماعية. الطبعة الأولى. عالم الكتب، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهر.
15. سعدوني، غديري. (2011). مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف: ماذا بعد التكفل النفسي. عين مليلة: دار الهدى للطباعة والنشر.
16. سويف، مصطفى. (1990). المخدرات والمجتمع. عالم المعرفة، بدون طبعة، سلسلة كتب ثقافية، الكويت.
17. سيغموند فرويد مافوق مبدأ اللذة ترجمة إسحاق رمزي دار المعارف للنشر والتوزيع
18. الشابرول، هنري. الإدمان في سن المراهقة (ترجمة فؤاد شاهين). بدون سنة. عويدات للنشر والطباعة، بيروت - لبنان.
19. شاهين، فؤاد. الإدمان في سن المراهقة (ترجمة عن هنري شابرول). عويدات للنشر والطباعة، بيروت.
20. عايد علي حميدان 2014 أثر الحروب في إنتشار المخدرات الطبعة الأولى دار الحامد للنشر و التوزيع
عمان

21. عبد الرحمن، محمد السيد. (1999). علم الأمراض النفسية والعقلية. بدون طبعة. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
22. عيبر هدي المطيري 2013 الإضطرابات السلوكية و جنوح الأحداث كلية العلوم الإجتماعية دار آمنة للنشر و التوزيع عمان
23. عقوبي، محمد. (2024). المراهقة. aggouni.blogspot.com.
24. عيسى، بن سليمان الفيقي. (2016). مرحلة المراهقة من 12 إلى 21 سنة عند الفتيان.
25. فوزية صالح محمد الخلفي (2014) كيفية مواجهة الصدمات النفسية من خلال تدبر قصة مريم عليها السلام, جامعة الأميرة نورة بنت عبد الرحمن .
26. فوزية، جورية طلعت. (2011). صدمة الحرب: آثارها النفسية والتربوية في الأطفال. الطبعة الأولى. دار النهضة العربية للنشر والتوزيع، بيروت – لبنان.
27. الفيقي، عيسى بن سليمان. (2016). مرحلة المراهقة من 12 إلى 21 سنة عند الفتيان.
28. قرقز، إبراهيم. (1999). أثر الاختلالات العقلية والاضطرابات النفسية في مسائل الأحوال الشخصية. الطبعة الأولى. دار النفائس للنشر والتوزيع، عمان.
29. محمد أحمد النابلسي (1991) دار الصدمات النفسية علم النفس الكوارث و الحروب, النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت.
30. محمد عماد الدين إسماعيل 2004 الطفل من الحمل إلى الرشد الطبعة الأولى دار وائل للنشر و التوزيع
31. محمد يزيد لرينونة 2015 أسس علم النفس الطبعة الأولى جسور للنشر و التوزيع
32. الميلادي، عبد المنعم. (2010). تربية المراهقين ومشكلاتهم. مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية.

33. ميموني، بدرة معتصم. (2005). الاضطرابات النفسية والعقلية عند الطفل والمراهق. الطبعة الثانية. قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران.
34. ويتفليد، تشارلز. (1987). أنقذوا الطفل الذي في داخلكم (ترجمة آمال الأثاث). دار الفراشة للطباعة والنشر والتوزيع، بيروت، لبنان (2009).
- ثانيا : مذكرات و الرسائل الجامعية
35. إداعلي، هاجر، & عوماري، الشريفة. أثر إدمان المخدرات على القدرات المعرفية للمراهق المتمدرس. مذكرة ماستر، جامعة أحمد دراية، أدرار، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والإسلامية.
36. بلعابد، ريمة. (2015-2016). الصدمة النفسية لدى المتعرضين لزنا المحارم. مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي.
37. بن طوبلة، سامية، & رحمانية، وسيلة. (2021). الصدمة النفسية وعلاقتها بسلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهق المتمدرس. مذكرة ماستر، جامعة 8 ماي 1954، قلمة، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.
38. جيلالي، أحمد، & بن حسين، صارة. (2022). أثر العلاج السلوكي المعرفي في الحد من الإدمان على الحشيش عند الشباب. مذكرة ماستر 2، علم النفس العيادي، جامعة وهران، كلية العلوم الاجتماعية.
39. شيهان، عبد المالك. أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهق. أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، تحت إشراف أ.د. مكي محمد، جامعة وهران 2، كلية العلوم الاجتماعية.
40. السنوسي، سهام. (2016-2017). المحتوى الصدمي لدى أمهات مصابات بسرطان: دراسة عيادية مقارنة في ضوء متغير التحمل. مذكرة ماستر، جامعة محمد بوضياف، المسيلة.

41. شامي، رباب. (2017). التفكك الأسري وعلاقته بإدمان المخدرات لدى المراهق. مذكرة ماستر، جامعة الشهيد حمة لخضر، الوادي، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية.
42. عبد المؤمن، الهواري، بن. (2019). صورة الجسد في التوظيف النفسي للاختبارات الإسقاطية. أطروحة دكتوراه، جامعة وهران 2، كلية العلوم الاجتماعية.
43. رزاق، أحلام. (2018-2019). الصدمة النفسية عند نساء مبتورات الثدي. مذكرة ماستر في علم النفس العيادي، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
44. زناتي، إيمان، & زغدوني، بسمة. (2019). الطلاق والصدمة النفسية عند الأطفال. مذكرة ماستر، جامعة 8 ماي 1945، قالمة.
45. منصوري، ليلي. نمط التعامل الوالدي لدى الفتاة الجانحة المراهقة: دراسة ميدانية لحالتين بمركز إعادة التربية والتأهيل بوهران. مذكرة ماستر، جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.
46. ناجي، يسمينة. (2014-2015). مساهمة تقنية EMDR في التخفيف من حدة الصدمات النفسية. مذكرة ماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

ثالثا :المعجم :

- 47 جان لابلاش و بونتاليس (1997) معجم التحليل النفسي للمصطلحات,ترجمة الدكتور مصطفى حجازي ,الطبعة الثالثة ,المؤسسات الجامعية للدراسات للنشر و التوزيع بيروت .

● ثالثا : المحاضرات

- 48 طاجين سليمة,محاضرات في علم النفس الصدمة (2019 –2020), جامعة الجزائر 2

• رابعا : المقالات/المجلات:

49 خلفه، سارة، & تيتيلة، سارة. (2021). ظاهرة الإدمان على المخدرات بين الدوافع والأطر النظرية المفسرة لها. مجلة التميز الفكري للعلوم الاجتماعية والإنسانية، العدد السادس، جويلية.

50 سامية، شينار. (2023). خبرات إساءة المعاملة الأسرية في الطفولة: دراسة ميدانية بمركز رعاية الأحداث للجناحين بالجزائر. مجلة جامعة باتنة 1، العدد 1، يناير 2023.

51 مقاتلي نعيمة 2018 صدمة الطفولة و علاقتها بإضطرابات الشخصية لدى الطالبة الجامعية جامعة الجزائر 2 مجلة الحكمة للدراسات التربوية و النفسية المجلد 6 العدد 14

• خامسا :مواقع الإلكترونية:

52. (<https://www.unbravo.com>)

• سادسا :مراجع الأجنبية

53.oTTo rank la traumatisme de la naissance, s.jankélivtch postface claud girard, 1928 édition payot pour l édition en langue français.

54 François lebigot (2005), traiter les traumatisme physique ,préface de liliane dound paris.

55 Homewood Santé. (2023, mai). Faire face aux traumatismes de l'enfance qui résultent de violence et de négligence vécues dans le passé. Lignes de vie (No. 05

56 Leeb, R. T., Paulozzi, L. J., Melansan, C., Simon, T. R., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements (Version 1.0). Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control.

57 Linde decam la névrose tramatique à l'état de stress post tramatique étude de population de consultants aux urgence psychaitrique(2012) université josph fourier ,faculté de médecine de Grenoble.

58 Petit-Capiomont, G., & Benoit, J.-P.. L'adolescent traumatisé, la quête de l'élaboration. Dans Prise en charge du traumatisme chez l'enfant et l'adolescent : La psychothérapie d'Anna en post-traumatique.

59 Romano, H.). Blessures d'enfance et mémoire traumatique. Les Cahiers Dynamiques, (66.(

60 Salmona, M.. Les traumatismes des enfants victimes de violences : un problème de santé publique majeur. Dans Soigner le traumatisme ?. Bourg-la-Reine : Mémoire Traumatique et Victimologie.

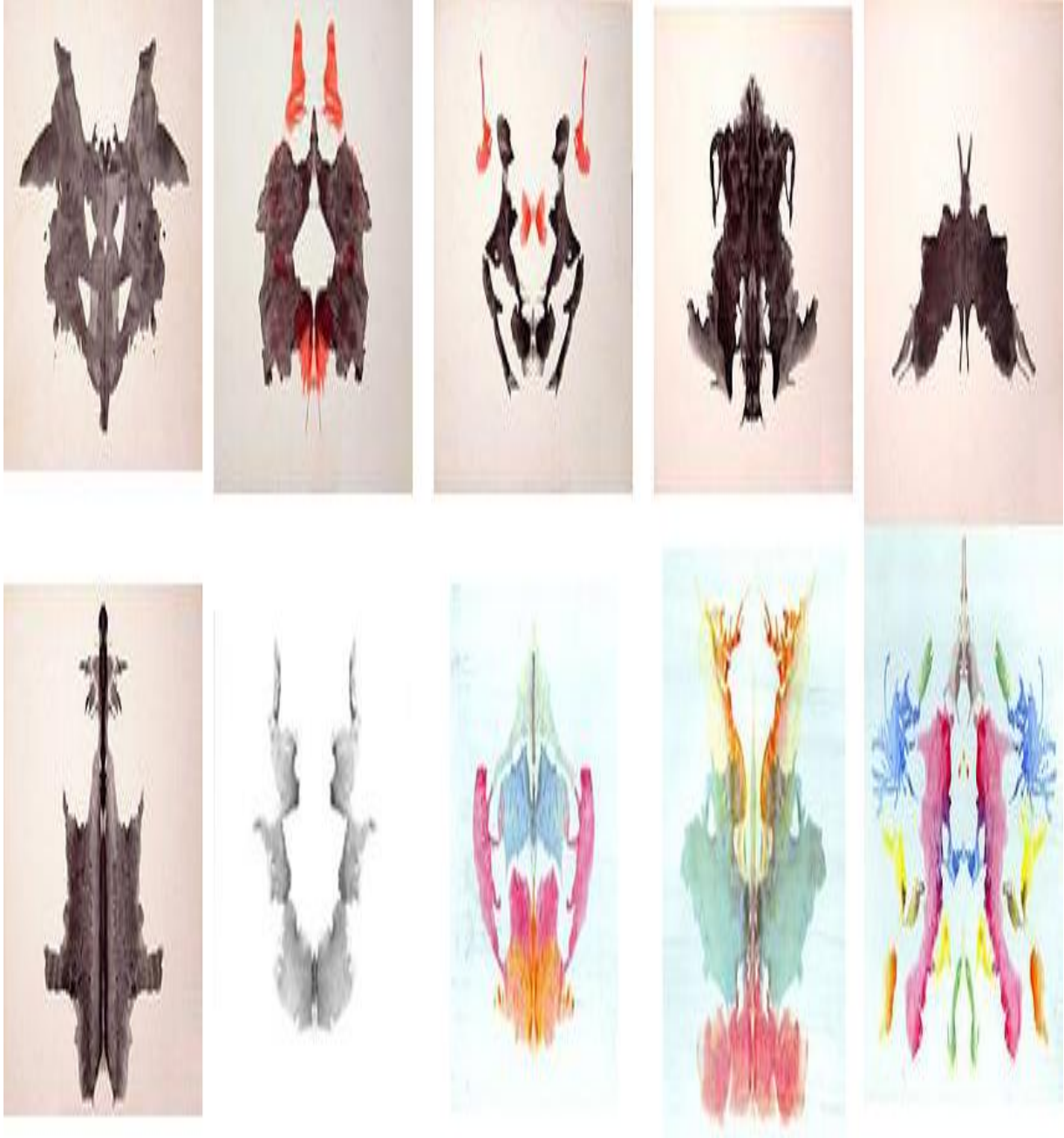
61 Sauvé, M. (2016). Traumatismes dans l'enfance et état d'esprit hostile/impuissant chez les parents d'enfants maltraités présentant des problèmes de comportement à l'âge préscolaire (Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.)

62 Sinanian, A., Pommier, F., Pirlot, G., & Roques, M. (2014). Addictions, évitement et répétition du traumatisme. Psychothérapies, 34(3), 173–184.

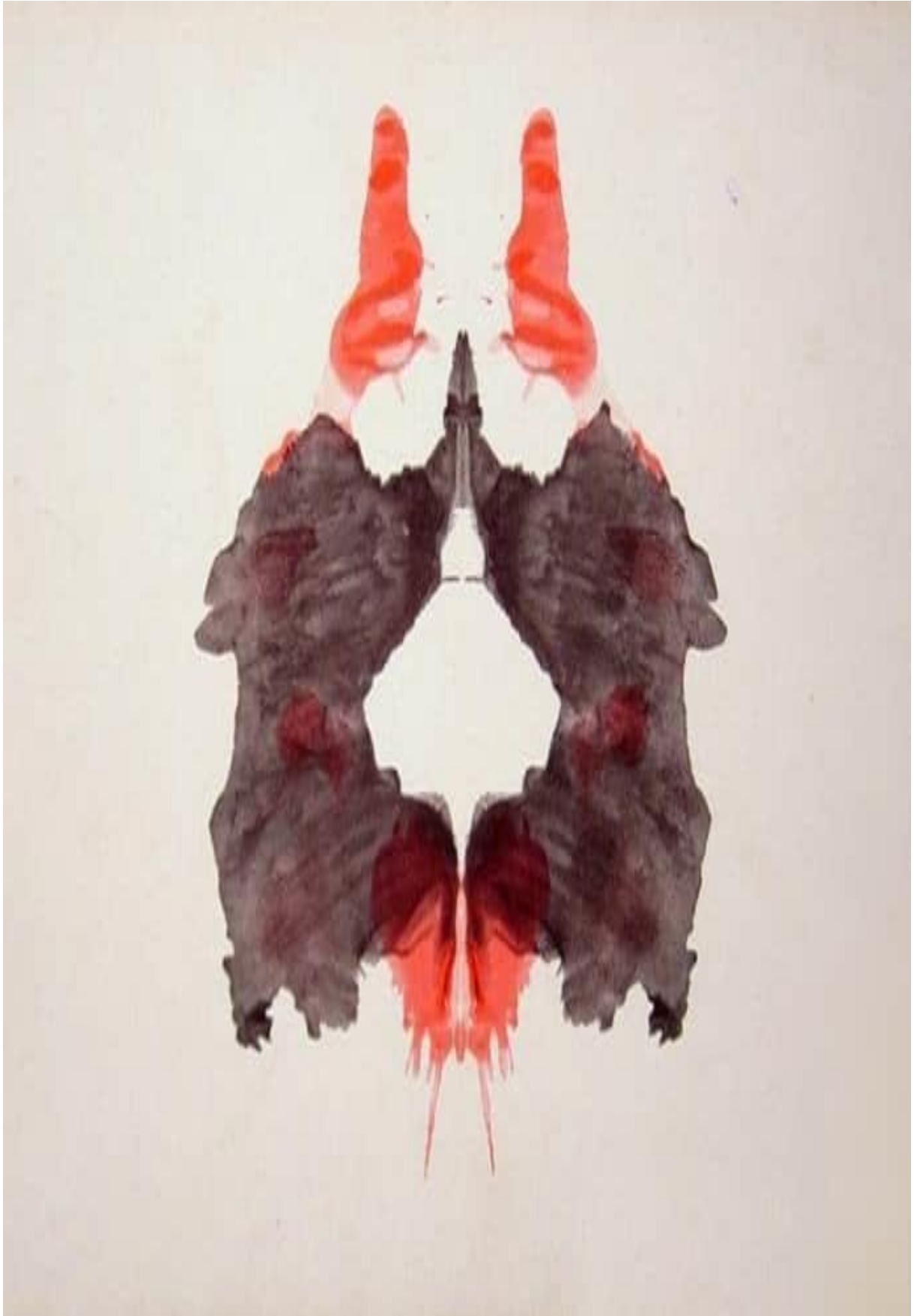
63 Yildirim, B. (2014). Childhood traumas and substance use in criminal antisocial personality disorder patients. Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, 24(Suppl. 1), S335–S335.

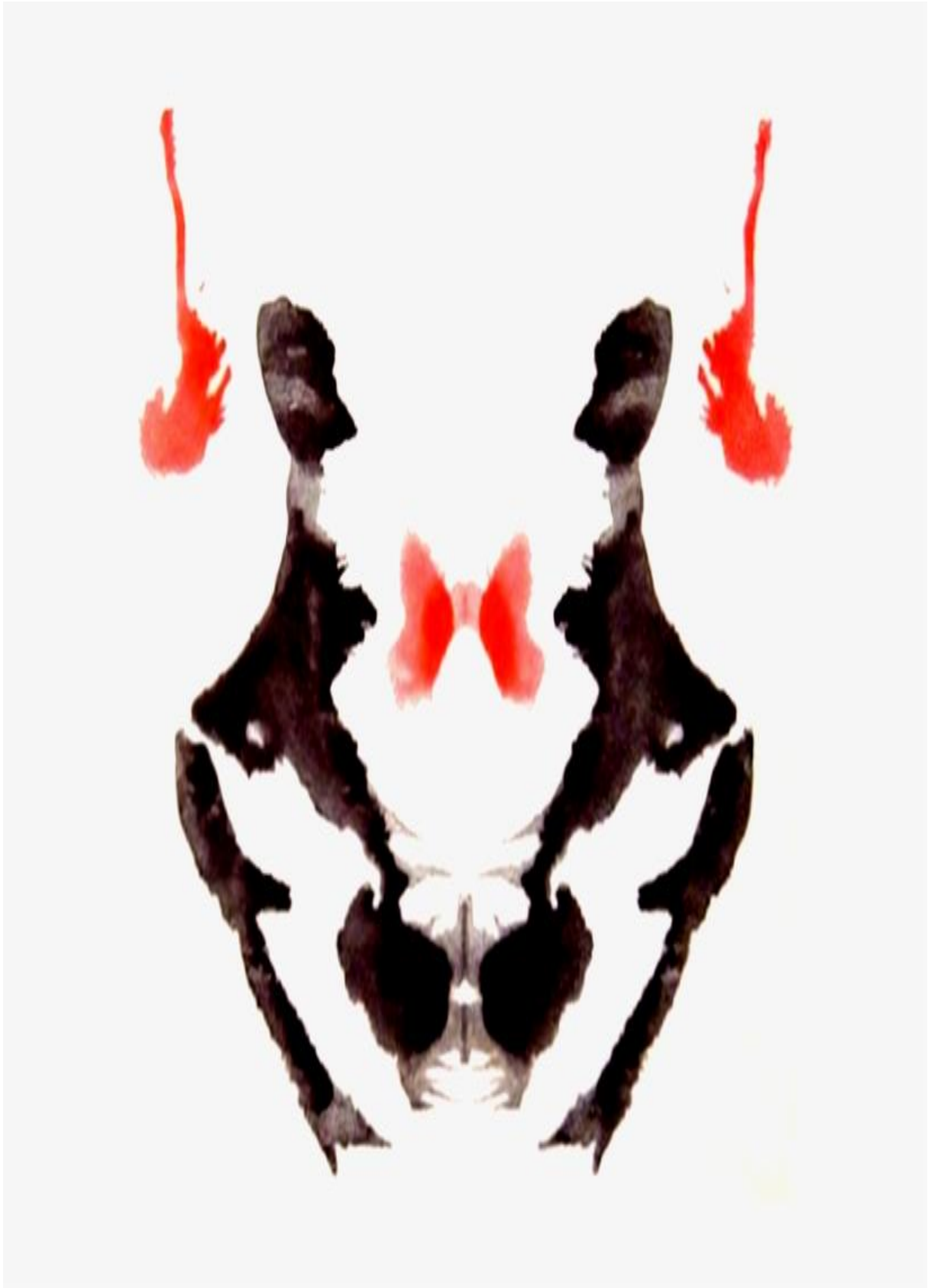
التعليمة :

سوف أريك عشر لوحات ، عليك أن تقول لي ماذا ترى، فيما تجعلك تفكر فيه ، و مالذي يمكن أن تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات .



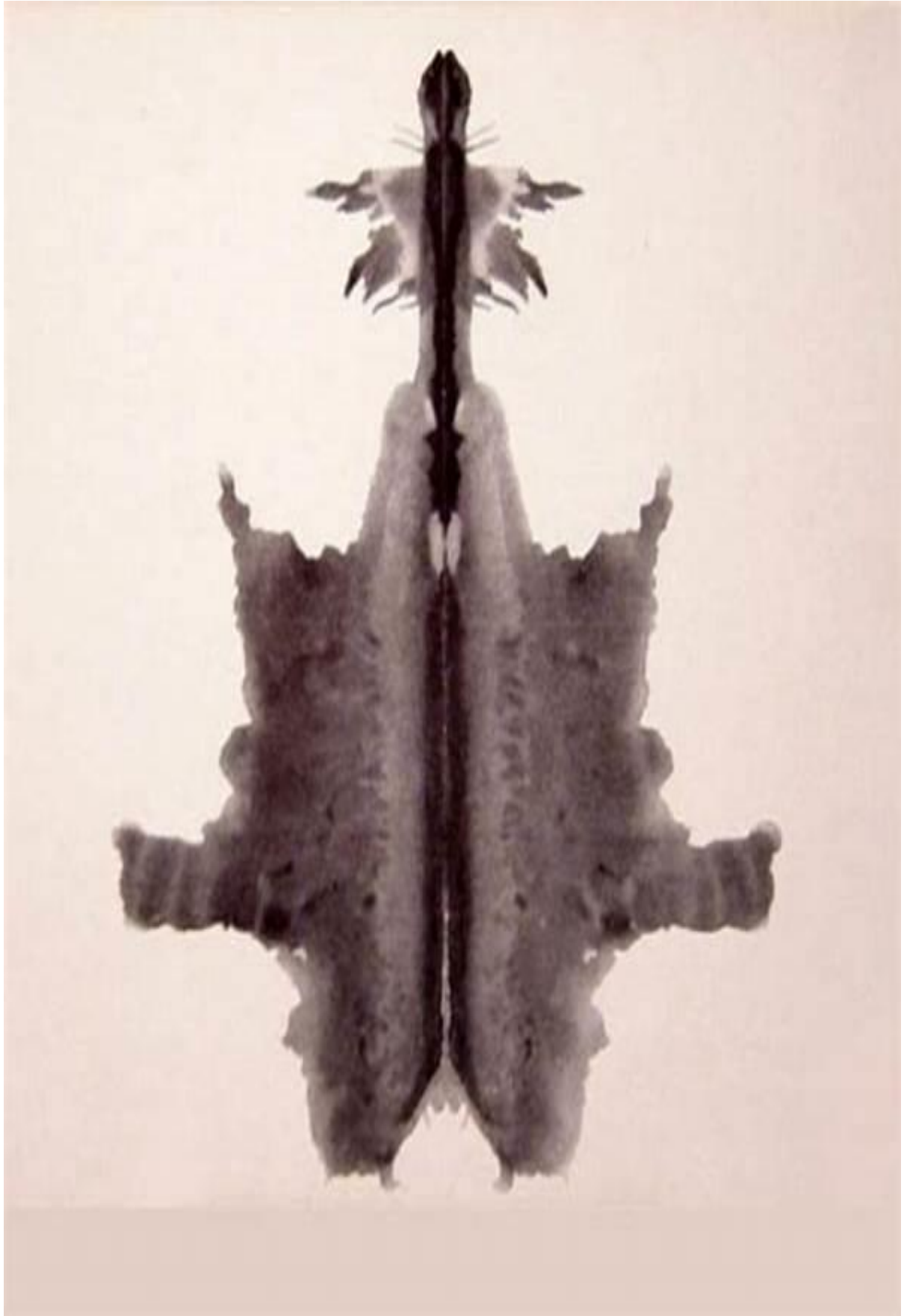


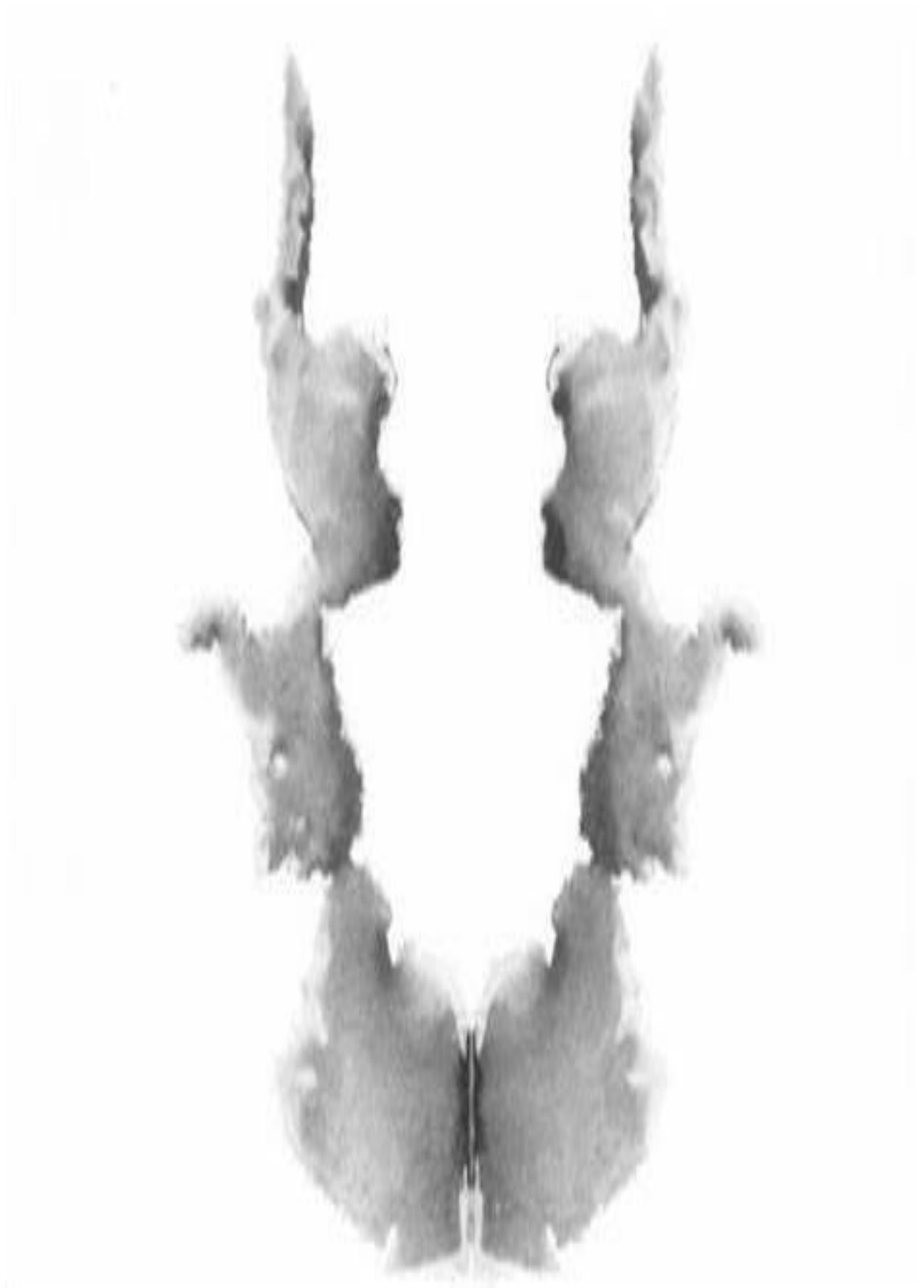


















الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وهران في: 10 MARS 2025

ولاية وهران
مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن
مصلحة الإدارة العامة و الوسائل
مكتب المستخدمين و التكوين
الرقم: 322/م.ن.ا.ت.م.ا.ع/2025

السيد مدير النشاط الاجتماعي و التضامن
إلى
السيد مدير المركز المتخصص في إعادة التربية - ذكور -
- وهران -

جدول إرسال

الملاحظة	العدد	الوثائق المرفقة
بالموافقة وفق التنظيم المعمول به	01	تجدون طي هذا الإرسال ما يلي: * الموافقة على طلب إجراء تربص ميداني : للسيدة حميدي نور الهدى حسب المرفقات .
	01	المجموع

مدير النشاط الاجتماعي و التضامن



من:
مدير النشاط الاجتماعي و التضامن
نكويضاء مكي

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وهران في: 17 D. MAKS 2025

ولاية وهران
مديرية النشاط الاجتماعي و التضامن
مصلحة الإدارة العامة و الوسائل
مكتب المستخدمين و التكوين
الرقم: 1322/م.ن.ا.ت.م.ا.ع. 2025

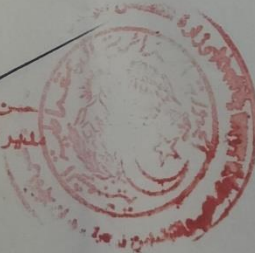
السيد مدير النشاط الاجتماعي و التضامن
إلى
السيد مدير المركز المتخصص في إعادة التربية - ذكور -
- وهران -

جدول إرسال

الملاحظة	العدد	الوثائق المرفقة
بالموافقة وفق التنظيم المعمول به	01	تجدون طي هذا الإرسال ما يلي: * الموافقة على طلب إجراء تربص ميداني : للسيدة غزالي عائشة هاجر حسب المرفقات .
	01	المجموع

مدير النشاط الاجتماعي و التضامن

محسن السويحري وبتصديق
مدير النشاط الاجتماعي و التضامن
زكرياء بليوز



-Couverture sociale du stagiaire

-La couverture de la sécurité sociale est assurée par l'*Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales*.

-Conditions d'absences du stagiaire

La gestion des absences est à la charge de l'encadreur enseignant-chercheur en charge de l'*Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales*.

-Article N° :07 Entrée en Vigueur : aucune des parties ne devra être considérée comme ayant failli à ses obligations contractuelles, dans la mesure ou l'exécution de celle-ci aurait été retardée, gênée ou empêchée par un cas de force majeure. Sera considéré cas de force majeure, toutes situation échappant complètement au contrôle des parties et qu'elles n'auraient pu raisonnablement ni prévenir,

Article N°0 8 : Aucune des parties ne devra être considérée comme ayant failli à ses obligations prévoir.

Article N°0 9 : Toute divergence relative à l'interprétation de la présente convention sera réglée à l'amiable .

La présente convention entre en vigueur à partir de la date de sa signature par les deux parties.

- عزاءها جبر عاتية

l'établissement d'accueil

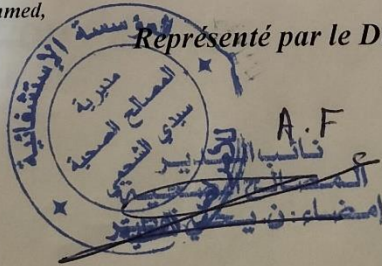
Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed,
Faculté des Sciences Sociales

Le chef de department

Représenté par le Directeur

المندوب العام
نيسر شمس
كلية النفس و الارطولوجيا
كلية العلوم الاجتماعية

ORAN le : 2025



-Couverture sociale du stagiaire

-La couverture de la sécurité sociale est assurée par l'Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales.

-Conditions d'absences du stagiaire

La gestion des absences est à la charge de l'encadreur enseignant-chercheur en charge de l'Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales.

-Article N° :07 Entrée en Vigueur : aucune des parties ne devra être considérée comme ayant failli à ses obligations contractuelles, dans la mesure où l'exécution de celle-ci aurait été retardée, gênée ou empêchée par un cas de force majeure. Sera considéré cas de force majeure, toutes situations échappant complètement au contrôle des parties et qu'elles n'auraient pu raisonnablement ni prévenir,

Article N°08 : Aucune des parties ne devra être considérée comme ayant failli à ses obligations prévoir.

Article N°09 : Toute divergence relative à l'interprétation de la présente convention sera réglée à l'amiable .

La présente convention entre en vigueur à partir de la date de sa signature par les deux parties.

- حميد نور العدي

l'établissement d'accueil

Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed,
Faculté des Sciences Sociales
Le chef de département

قسم علم النفس
والأرواحيات
والعلوم الاجتماعية
رئيس قسم
د. عبد القادر
المرابط
ORAN le : 2025 03

Représenté par le Directeur

المصالح الصحية
سيدتي النحوي
A.F
إمضاء: ن. يحي زويج

Conformément au décret exécutif n°13-306 du 24 chaoual 1434 correspondant au 31 aout 2013 portant organisation de stage pratique et en milieu professionnel à l'intention des étudiants

CONVENTION DE STAGE

ENTRE :

l'**Université d'Oran 2 – Mohamed ben Ahmed, Faculté des Sciences Sociales** ayant son siège a Es SENEA , campus TALEB AHMED MOURAD .

représenté par le chef de département de psychologie et orthophonie ...BELABED Abdelkader

D'une part

Et :

L'établissement ou l'administration d'accueil :

EHS en Psychiatrie - Sidi Chaoui -

Représenté par **Le directeur : M**

D'autre part

Il a été convenu et arrêté ce qui suit :

- Article N°01 : Dispositions générales :

La présente convention est régie par les dispositions de l'article 6 du décret exécutif n°13-306 du Chaoual 1434 correspondant au 31 aout 2013 portant organisation de stages pratiques et en milieu professionnel à l'intention des étudiants de psychologie et orthophonie.

-Article N°02 : Objet de la convention

Ban = Nombre de Banalités dans le protocole

$$\text{Temps de latence moyen} = \frac{\text{Somme des temps de latence}}{\text{Nombre de planches interprétées}}$$

$$\text{Temps par réponse} = \frac{\text{Temps total}}{\text{Nombre de réponses}}$$

قائمة النسب العادية للراشد

	G% = 20 – 23%	F% = 50 – 70 %	A% = 45 %
R = 20 – 30	D% = 60 – 68 %	F+ % = 70 – 80 %	H% = 12 – 18 %
	Dd% = 6 – 10 %		AI% = 12 %
	Dbl% = 3 %		
			Ban = 5 - 7
	RC% = 30 – 35 %		

$$\mathbf{Dd \%} = \frac{\text{Nombre total des Dd}}{\mathbf{R}} \times 100$$

$$\mathbf{Dbl \%} = \frac{\text{Nombre total des Dbl}}{\mathbf{R}} \times 100$$

$$\mathbf{AI \%} = \frac{\text{Sang + Sex + Anat + Hd}}{\mathbf{R}} \times 100$$

FC et FC` = 0,5 point

$$\mathbf{TRI} = \mathbf{XK / Y \sum C} \quad \mathbf{CF \text{ et } C^{\prime} F} = 1 \text{ point} \quad (\mathbf{C} = \sum \mathbf{FC} \times 0.5 + \sum \mathbf{CF} \times 1 + \sum \mathbf{C^{\prime}} \times 1.5)$$

C et C` = 1,5 point

FE = 0,5 point

$$\mathbf{FC} = \mathbf{X (kan = kob = kp) / Y \sum E} \quad \mathbf{EF} = 1 \text{ point} \quad (\mathbf{E} = \sum \mathbf{FE} \times 0.5 + \sum \mathbf{EF} \times 1 + \sum \mathbf{E} \times 1.5)$$

E= 1,5 poin

$$\mathbf{RC \%} = \frac{\text{Nombre de réponses a VIII, IX, X}}{\mathbf{R}} \times 100$$

الملاحق

د. غزال أمال

الاختبارات والمقاييس النفسية

السيكوغرام

R :	F= (F+ ; F-; F±)	K	A	A %
Refus :	F%	KP	Ad	H %
Tps total :	F+ %	Kan	H	Ban
Tps /réponse :	G	kob	Hd	IA %
Tps lat. Moyen :	D			
	Dbl			
	DO	FC		
		CF	Elem	
TRI : K/C		C	Frgt	
F.Compl k /E	Eléments quantitatifs :		Obj	
RC %	Choc	FE	Sang	
	Eq . Choc	EF	Anat	
	Rem .Sym	E	Géo	
	Rem .C		Pl	
	Crit .Subj		Sc	
	Crit .Obj	F clob	Abstr	
Choix+	Descriptions	Clob F	Autres	
Choix -	Retournements	Clob		

مميزات بروتوكول الروشاخ

العناصر النوعية		الزمن في اللوحة	عدد الإجابات	زمن الكمون	رقم اللوحة
على مستوى السلوك	على مستوى الحديث				
					I
					II
					III
					IV
					V
					VI
					VII
					VIII
					IX
					X

كيفية حساب النسب المعتمدة في اختبار الورشاخ

$$F \% = \frac{\text{Nombre total des F}}{R} \times 100$$

$$F \% \text{ élargi} = \frac{\text{Nombre total de F+ K+ kan+ FC+ FE+ Fclob}}{R} \times 100$$

$$F+ \% = \frac{\text{Nombre de (F+) + nombre de (F+/- : 2)}}{\text{Nombre total de F}} \times 100$$

$$F+ \text{ élargi} = \frac{(F+) + (F+/- :2) + (K+) + (kan+) + (FC+) + (FE+) + (FClob+)}{\text{Nombre de réponses a dominante formelle}} \times 100$$

$$H \% = \frac{H + Hd}{R} \times 100$$

$$A \% = \frac{A + Ad}{R} \times 100$$

$$G \% = \frac{\text{Nombre total des G}}{R} \times 100$$

$$D \% = \frac{\text{Nombre total des D}}{R} \times 100$$