جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس

المذكرة مصححة

تخصص: عيادي

أ. عبوين

خصائص البروفيل النفسي (الاكتئاب وتقدير الذات) للراشد المدمن

دراسة عيادية لثلاثة حالات بمركز الوسيطي لعلاج الإدمان

بولاية مستغانم

مقدمة من طرف الطالبة: بن قاصدعلي كوثر

امام لجنة المناقشة

اللقب و الاسم	الرتبة	الصفة
بوزيدي هدى	أستاذة محاضرة (أ)	رئيسا
عبوين سمية	أستاذة محاضرة (أ)	مشرفا ومقررا
زريوح آسيا	أستاذة محاضرة	مناقشا

السنة الجامعية 2023-2024

جامعة عبد الحميد بن باديس –مستغانم –

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: عيادي

خصائص البروفيل النفسي (الاكتئاب وتقدير الذات) للراشد المدمن

دراسة عيادية لثلاثة حالات بمركز الوسيطي لعلاج الإدمان بولاية مستغانم

مقدمة من طرف

الطالبة: بن قاصدعلي كوثر

امام لجنة المناقشة

اللقب و الاسم	الرتبة	الصفة
بوزيدي هدى	أستاذة محاضرة (أ)	رئيسا
عبوين سمية	أستاذة محاضرة (أ)	مشرفا ومقررا
زريوح آسيا	أستاذة محاضرة	مناقشا

السنة الجامعية 2023-2024

إهـداء

أهدي ثمرة جهدي ونجاحي إلى الينبوع الذي لا يمل من العطاء الى من سعى وشقى لأنعم بالراحة والهناء وأفنى عمره لكي أصل لهذا المستوى

"سلطان قلبي ابي العزيز رعاه الله"

أهدي هذا النجاح الى من حاكت سعادتي بخيوط منسوجة من قلبها الى من أنار الطريق بحبها و بدعائها وايمانها بي

"سلطانة قلبي أمي العزيزة رعاها الله"

إلى جميلتي وأختي

"ملك"

إلى من علموني حروفا من ذهب إلى من صاغوا لي من علمهم حروفا ومن فكرهم منارة تنير لنا مسيره العلم أساتذة الكرام

كما لا يفوتني أن أخص إهدائي بالذكر إلى كل الأشخاص الذين أحمل لهم المحبة والتقدير

الشكر

بسم الله الرحمان الرحيم

والصلاة والسلام على أشرف الأنبياء المرسلين

أما بعد: قال الله تعالى في كتابه العزيز: ﴿وَإِذْ تَأَذَّنَ رَبُّكُمْ لَئِن شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ وَلَئِن كَفَرْتُمْ إِنَّ عَذَابِي لَشَدِيدٌ ٧ ﴾"إبراهيم، الآية 07"

قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "مَنْ لَمْ يَشكُر القَلِيل لَمْ يَشْكُر الكَثِير ومَنْ لَم يَشكُر النَّاس لَم يَشكُر الله والتَحدُثُ بِنعمَةِ الله شُكر وتَركُهُ كُفرٌ والجَمَاعةُ رَحمَةٌ والفُرقَةُ عَذاب"

بداية نشكر الله عزوجل ونحمده على النعمة التي منها علينا بأن وفقنا إلى إنجاز هذا العمل المتواضع، ونتقدم بجزيل الشكر إلى الأستاذة المشرفة "عبوين سمية" على كل التوجيهات والمساعدات التي أفادتنا بها طيلة هذا العمل

كما أتوجه بالشكر الخاص للجنة المناقشة الأستاذة "بوزيدي هدى" والأستاذة "زريوح آسيا"

وشكرا للأخصائي النفساني "قوادري زكرياء" كل الشكر والتقدير له على مساعدته طيلة فترة تربصي

كما يسعني أن أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لكل من ساهم من قريب أو بعيد في انجاز هذا البحث

ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية الى التعرف على البروفيل النفسي للراشد للمدمن و حددناه في الاكتئاب وتقدير الذات، أجريت الدراسة على ثلاثة حالات من مدمنين المخدرات ، تراوحت أعمارهم بين 24 – 32 سنة متواجدين بالمركز الوسيطي لعلاج المدمنين بمستغانم .و لبلوغ ذلك اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة، واستخدمت المقابلة العيادية نصف الموجهة و مقياس كوبر سميت لتقدير الذات و مقياس بيك للاكتئاب، ومنه ثم التوصل الى النتائج التالية : ان بروفيل النفسي للراشد للمدمن يتميز بالاكتئاب مرتفع و تقدير الذات منخفض.

الكلمات المفتاحية : البروفيل النفسي ، الاكتئاب ، تقدير الذات ، ادمان المخدرات ، الراشد.

Study summary:

The current study aims to identify the psychological profile of an adult addict. The researcher identified depression and self-esteem as key factors. The study was conducted on three cases of drug addicts aged between 24 to 32 years old, who were receiving treatment at the Intermediate Center for the Treatment of Addicts in Mostaganem. To achieve this goal, the study utilized a clinical approach employing the case study technique. The researcher conducted semi-guided clinical interviews, administred the Cooper-Smit self-esteem among the participants.

Keywords: psychological profile, depression, self-esteem, addiction, drugs, adult.

فهرس المحتويات

إهداء .....أ

الشكر ..... ب

ملخص الدراسة: .....ج

قائمة الجداول:.....ح

قائمة الأشكال:.....ط

المقدمة: 2

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

تمهيد:.....6

أولا: إشكالية الدراسة 6

ثانيا: فرضيات الدراسة 9

ثالثا: أهداف الدراسة 9

رابعا: أهمية الدراسة.....9

خامسا: أسباب اختيار الموضوع 10

سادسا: التعاريف الإجرائية..... 10

خلاصة: 11

الفصل الثاني: بروفيل النفسي

تمهيد:..... 13

أولا. مفهوم بروفيل النفسي:..... 13

ثانيا. أهمية البروفيل النفسي:..... 14

ثالثا. البروفيل النفسي للمدمن:..... 14

فهرس المحتويات

رابعا. خصائص بروفيل النفسي:..... 15
خامسا. تقدير الذات:..... 15
1.مفهوم تقدير الذات:..... 15
2.العوامل المؤثرة في تقدير الذات: 17
3.نظريات تقدير الذات:..... 19
4.مستويات تقدير الذات:..... 21
ثانيا: الاكتئاب 22
1.مفهوم الاكتئاب:..... 22
2.النظريات المفسرة للاكتئاب:..... 23
3.أسباب الاكتئاب: 26
4.أعراض الاكتئاب: 27
5.علاج الاكتئاب:..... 28
6.بروفيل الشخصية الاكتئابية: 29
خلاصة: 29

الفصل الثالث: المدمن الراشد

تمهيد:..... 31
أولا: المخدرات 31
1.مفهوم المخدرات:..... 31
2.أنواع المخدرات:..... 32
3.مفهوم إدمان المخدرات..... 35
4.أسباب الإدمان: 37

فهرس المحتويات

5.المعايير التشخيص الإدمان على المخدرات: 38
6.مراحل الإدمان 39
7.أثار و مضاعفات الإدمان على المخدرات: 40
8.علاج إدمان المخدرات..... 41
ثانيا: مرحلة الرشد 42
1.مفهوم مرحلة الرشد: 42
2.خصائص مرحلة الرشد: 43
3.المراحل العمرية للراشدين: 43
4.مكونات مرحلة الرشد: 44
5.معايير تحديد مرحلة الرشد: 45
6.متطلبات الارتقاء في مرحلة الرشد:..... 46
خلاصة: 48

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد:..... 50
أولا: الدراسة الاستطلاعية 50
1.الدراسة الاستطلاعية والهدف منها:..... 50
2.الحدود المكانية للدراسة الاستطلاعية: 51
3.الحدود الزمانية للدراسة الاستطلاعية: 51
4.الحدود البشرية للدراسة الاستطلاعية:..... 51
5.الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية:..... 53
ثانيا: الدراسة الأساسية 53

فهرس المحتويات

1.المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية:..... 53
2.الأدوات المستخدمة في الدراسة:..... 54
3.الحدود المكانية للبحث الأساسي:..... 55
4.الحدود الزمانية للدراسة الأساسية: 56
5.الحدود البشرية للدراسة الأساسية: 56
6.مقياس الدراسة: 57
خلاصة : 62

الفصل الخامس: عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد:..... 64
1.عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى 64
2.عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:..... 74
3.عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة: 82
خلاصة : 90

الفصل السادس: تفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات

تمهيد:..... 92
أولا: تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات الجزئية..... 92
ثانيا: تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرئيسية..... 98
خلاصة : 100
الاستنتاج العام:.....102
توصيات واقتراحات 102

قائمة الجداول:

جدول رقم 1: يوضح أنواع المخدراتو تأثيرها 35

جدول رقم 2: يبين الحدود البشرية للدراسة الاستطلاعية..... 52

جدول رقم 3: يوضح توزيع الأفراد العينة للدراسة الأساسية 57

جدول رقم 4: يوضح سير المقابلات مع الحالة الأولى..... 65

جدول رقم 5: يوضح نتائج تقطيع نص المقابلة الخاص بالحالة الأولى 69

جدول رقم 6: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات للحالة "ج" 71

جدول رقم 7: يوضح نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة "ج"..... 72

جدول رقم 8: يمثل سير المقابلات مع الحالة الثانية 75

جدول رقم 9: يوضح نتائج تقطيع نص المقابلة الخاص بالحالة الثانية..... 79

جدول رقم 10: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات لدى الحالة "م" 80

جدول رقم 11: يوضح نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الحالة "م" 81

جدول رقم 12: يمثل سير المقابلات مع الحالة الثالثة..... 84

جدول رقم 13: يوضح نتائج تقطيع نص المقابلة الخاص بالحالة الثالثة 87

جدول رقم 14: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات لدى الحالة "ي" 88

جدول رقم 15: يوضح نتائج مقياس بيك للاكتئاب على الحالة "ي"..... 89

جدول رقم 16: يوضح نتائج محور مقياس الاكتئاب لدى الحالات الثلاثة..... 92

جدول رقم 17: نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الحالات الثلاثة..... 93

جدول رقم 18: يوضح نتائج محور مقياس تقدير الذات لدى الحالات الثلاثة..... 96

جدول رقم 19: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات لدى الحالات الثلاثة..... 96

جدول رقم 20: يبين نتائج تقطيع المقابلات من خلال المتغيرات 98

جدول رقم 21: يبين نتائج المقياس من خلال المتغيرات 98

قائمة الأشكال:

الشكل رقم 1: يوضح هرم الحاجات لماسلو.....17

الشكل رقم 2: يوضح نموذج النمو المعرفي : نقلا عن ليبس (1994)(liess).....25

قائمة الملاحق:

1. تقطيع مقابلات الحالة الأولى
2. تقطيع مقابلات الحالة الثانية
3. تقطيع مقابلات الحالة الثالثة

المقدمة

المقدمة

المقدمة:

أصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات مشكلة عالمية بالغة الخطورة وذات تهديد حقيقي للمجتمعات التي ابتليت بها، وذلك لتأثيرها الكبير على بنية المجتمعات الإنسانية و الاجتماعية و الاقتصادية، مما يؤدي الى هدم صحة الفرد وذهاب عقله وفقدان وعيه ووظيفته و انحطاط كرامته و تفكك اسرته.

بحيث يعد الإدمان على المخدرات اضطراب في استخدام المواد، ومرض يؤثر على الجانب السلوكي و العصبي للفرد مما يؤدي الى العجز في التحكم في استخدام العقار او الدواء ،حيث مع مرور الوقت، يبدأ الفرد بزيادة الجرعات اكبر لتصل إلى النشوة، او تغيير من عقار لأخر على أمل ان النوع الجديد سيعطى الشعور بالسعادة و النشوة التي فقدها في علاقته مع المخدر الأول، مما يجعل العالم يصبح مهددا لخطورة الوضع، وبالتالي يؤدي الإدمان الى ضعف إنتاجية الفرد الجسدية والإبداعية والنفسية، مما يترتب عليه عدم القدرة في اشباع حاجاته الأساسية(عميرة،2021،ص.02).

و كما معلوم ان المخدرات ما انفكت ان تطال جميع الشرائح المجتمعية دون استثناء أو تميز بين المراهقين و الراشدين، فمرحلة الرشد مرحلة انتقال من الطفولة الى المراهقة ثم الرشد، وفي هذه الفترة يبدأ الرشد في تعلم أنماط سلوكية جديدة و لعب أدوار.

فحسب تصريحات رئيس المصلحة بالمركز الوسيطي لعلاج المدمنين بولاية مستغانم ان عدد المقبلين على العلاج في تزايد مستمر خصوصا في الآونة الأخيرة ففي سنة 2019 كان العدد الإجمالي للمتعاطين للمخدرات 268 وفي عام 2020 كان عدد الإجمالي للمتعاطين المخدرات 180، وفي عام 2021 كان عدد المتعاطين بالمركز 269 حالات جديدة، أما في سنة 2022 كان عدد المتعاطين بالمركز 445 حالة من بينهم 99 إناث و 346 ذكور تتراوح أعمارهم بين 18-35 سنة بنسبة 245حالة فأكثرهم يتعاطون الكيف 94حالة والادوية النفسية 116حالة.

مما يستدعي الاهتمام بظاهرة الإدمان و تسليط الضوء على السمات النفسية للراشد المهيأ للدخول للإدمان و الانتكاسة حيث يعتبر البروفيل النفسي للمدمن صفحة نفسية تضم معلومات سيكولوجية

عن الحالة المدروسة أو المراد متابعتها من طرف الاخصائي فهو لمحة عن حياة الفرد فقد حددت خصائص الدراسة الحالية في الاكتئاب و تقدير الذات.

كما يعتبر تقدير الذات أهمية قصوى في حياة الفرد مما يحثه على إعطاء صورة حقيقية لها ،فالفرد في حاجة ماسة الى تقدير ذاته لأنه من خلال ذلك يستطيع ان يبرز شخصيته او يبينها و يفرضها في المجتمع و بدون ذلك يصبح شخصا فاشلا ضعيف الشخصية ولا قيمة له في المجتمع.
اما بالنسبة للاكتئاب فيتميز هذا الاضطراب بمجموعة من الاعراض التي تميزه عن باقي الامراض النفسية وقد يشترك في بعض السمات معها، وتنقسم الاعراض الى اعراض جسمية تتمثل في الإرهاق و التعب، انخفاض النشاط الحركي، و اضطرابات هضمية.

اهتمت الدراسة الحالية بتسليط الضوء على البروفيل النفسي للمدمن الراشد اعتدت الدراسة العيادية تكونت من ستة فصول قسمت على الجانب النظري و الجانب التطبيقي كما يلي:

الجانب النظري فيحتوي على ثلاثة فصول:

الفصل الأول: تناولنا فيه مدخل الى الدراسة من إشكالية ومن ثم صياغة الفرضيات و أسباب اختيار الموضوع و اهداف الدراسة و أهمية الدراسة و أخيرا تحديد المفاهيم الإجرائية.

الفصل الثاني: تطرقنا الى دراسة المتغير الأول الذي يتضمن: البروفيل النفسي تعريفه، و أهميته وخصائصه التي تتفرع منها تقدير الذات و الاكتئاب،فأعطينا مفهوم خاص بتقدير الذات إضافة الى العوامل المؤثرة وصولا الى النظريات و مستويات تقدير الذات، اما بخصوص الاكتئاب فأعطينانبذة عن مفهومه، و نظريات المفسرة له، أسباب و اعراض الاكتئاب ،بروفيل الشخصية الاكتئابية.

الفصل الثالث: فقد خصص وجمع بين المدمن الراشد بدء بتعريف الإدمان على المخدرات، وأنواعه.

اما فيما يخص الجانب التطبيقي فيشتمل على ثلاثة فصول:

الفصل الرابع : تناولنا كل ما يتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية تشمل في : الدراسة الاستطلاعية و الأساسية من حيث الأهداف وحدود المكانية و الزمانية و حدود البشرية إضافة الى المنهج و الأدوات المستخدمة

الفصل الخامس: يضم عرض نتائج من خلال عرض الحالات العيادية الثلاثة و تحليلها.

الفصل السادس: تناولنا الى تفسير و مناقشة في ضوء فروضها ،مناقشة النتائج المتوصل اليها، استنتاج عام،و في الأخير التوصيات و الاقتراحات، قائمة المصادر و المراجع التي اعتمدنا عليها في بحثنا و أخيرا عرضنا الملاحق التي استخدمناها المتمثلة في المقاييس النفسية والجداول الخاصة بتقطيع المقابلات.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

تمهيد

أولا: إشكالية الدراسة

ثانيا: فرضيات الدراسة

ثالثا: أهداف الدراسة

رابعا: أهمية الدراسة

خامسا: أسباب اختيار الموضوع

سادسا: التعاريف الإجرائية

خلاصة

تمهيد:

الإدمان على المخدرات هو تعود و استمرار الفرد على تعاطي المخدرات بصورة يومية مما يؤدي إلى الإدمان عليها، فيعتبر البروفيل النفسي للمدمن هو تحليل الصفحة النفسية له و لهذا تطرقنا إلى دراسة البروفيل النفسي للمدمن بحيث سنعرض خلال هذا الفصل كل ما يخص الموضوع من إشكالية و أهداف و أهمية للموضوع مع التعريف بالمفاهيم الخاصة.

أولا: إشكالية الدراسة

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر التي لها عواقبالنفسية والاجتماعية الخطيرة، فهي تؤثر على المجتمع بصفة عامة والفرد بصفة خاصة وتكمن خطورتها في كونها تنتشر بقدر كبير لدى فئة الشباب، الذي يمثل قوة المجتمع فهي تمس جوانب عديدة للإنسان حيث تتسبب في تعقيدات صحية وثقافية ونفسية عديدة.

و قد أشار الغباري إلى أن المخدرات تعد من المشكلات الاجرامية، و السلوكات المنحرفة التي تواجه عصرنا الحاضر و خاصة المجتمعات الثقافية المتقدمة منها، و أن هناك زيادة كبيرة في عدد حالات السلوك المنحرف بأنواعه المختلفة التي تواجه الصغار والكبار(غباري، 2007).

فالراشد حين يتعاطى المادة المخدرة يسعى للحصول على النشوة و الشعور بالسعادة وتخفيف من المعاناة النفسية الناتجة عن الاعراض الجسدية و لكن الاستهلاك المفرط وسوء استعمال العقاقير ومختلف المخدرات بأنواعها يؤدي الى مرحلة الإدمان و يتسبب في تدمير حياته الشخصية والعائلية و الاجتماعية

فحسب تصريحات رئيس المصلحة بالمركز الوسيطي لعلاج المدمنين في ولاية مستغانم فان عدد المدمنين الذين التحقوا بالمركز 363 حالة جديدة من بينهم 73 انات و 195 ذكور و اغلبيتهم المدمنين راشدون من سن 18-35 تراوح اعدادهم 171 حالة فمعظم الحالات يتعاطون الكيف 84حالة و الادوية النفسية 96حالة.

تعتبر هذه السلوكيات والسمات التي تظهر على الشخص بروفيله النفسي حيث يعرفه طاهري بأنه: مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية الفرد معين وتميز سلوكياته حيث يختلف هذا الأخير من فرد لآخر(سالم، 2015، ص. 21).

وبالتالي فالبروفيل النفسي هو مجموعة الخصائص النفسية وبعض السمات الشخصية التي تميزالراشد المدمن، من بينها كل هذه السمات ركزت الدراسة حالية على تقدير الذات والاكتئاب.

وقد أكد شاين (2002) في دراسته إلى أن أكثر من نصف مشكلات المدمنين تتعلق بطبيعتهم وشخصياتهم، و التي تعاني من زملة من الاعراض المتشابكة و المتماسكة و المتماثلة،ومنها القلق والاكتئاب و العدوانية و انخفاض تقدير الذات و العجز عن التوجيه السوي مع الآخر و العجز عن التواصل و غيرها من الصفات(غانم، 2003، ص. 59).

فيعتبر تقدير الذات من أهم الركائز في شخصيته الفرد، فهو يشغل حيزا هاما في نظريات الشخصية، كما يعتبر عاملا من العوامل التي تؤثر في السلوك، فتقدير الذات يتطور من خلال مجموعة من الخبرات و المواقف التي يمر بها الفرد أثناء تكيفه مع بيئته و محيطه، فمنهم الذين يتسمون بالسلوك المقبول لديهم تقدير الذات إيجابي بينما الذين يتسم سلوكهم بالسلبية لديهم مفهوم ذات سلبي(قحطان، 2004، ص. 87).

فتقدير الذات هو لبنة أساسية يحب ان يقوم عليها البناء النفسي لشخصية المدمن خصوصا، إذا علمنا أن إحدى مهمات النمائية الأساسية هو سعيه الدائم لإيجاد نفسه وتقديرها وتحقيقها.

حيث وجد أبو شنب (2009) في دراسته بعنوان: "الأفكار اللاعقلانية ومفهوم الذات وعلاقتها بالاتجاه نحو تناول العقاقير لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة".

دراسة عبد الله بن مرزوق العتيبي (1989):بحيث هدفت الدراسة إلى تحديد الاختلافات في مفهوم الذات ومشاعر و مواقف المراهقين نحو والديهم ونوع العلاقة مع الاب و الأم و الجو العاطفي في المنزل و الفرق بين الاسر المدمن في المعاملة الوالدية.

كما جاء في دراسة عيد و المشعان(2003) و التي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين تقدير الذات و القلق و الاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد في دولة الكويت أن هناك فروقا دالة إحصائيا بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات حيث اظهر المتعاطون انخفاضا واضحا في تقدير الذات(رتاب، 2018، ص. 03).

أما بالنسبة لاضطراب الاكتئاب فهو اعتلال خطير يعاني الشخص فيه لفترات طويلة من الحزن و المشاعر السلبية أو الأسى أو خيبة الأمل و الوحدة التي يمر بها الفرد أحيانا ويؤثر بطريقة سلبية على التفكير و التصرف(بن ظاهر، 2020، ص. 353).

فالاكتئاب هو استجابة تثيرها خبرة مؤلمة كفقدان شيء مهم كوفاة إنسان عزيز أو فقدان العمل وهذا النوع من الاكتئاب يكون مرتبطا بالموقف الذي أثاره.

حيث وجد "ميلر""شيلز" "كوكز" في دراستهم (1980):حول الاكتئاب عند المنحرفين، حيث وجد الباحثون أن 60 % من عينة البحث يستعملون المخدرات لاسيما ماريخوانا و الكحول للتخفيف من مشاعر الاكتئاب(طالبي، 1998، ص. 61).

دراسة مسيلي وطايبي (2001): بعنوان الخصائص النفسية لمتعاطي المخدرات، حيث وجدوا الباحثين إلى أن متعاطين المخدرات يتميزون باكتئاب عال و يأس مرتفع كما يبدون ميلا جزئيا لاستعمال استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال في مواجهة المواقف الضاغطة (عوادي، 2021، ص. 12).

وهذا ما يدعوا الى ضرورة دراسة البروفيل النفسي للمدمن و الذي ثم تحديده في الدراسة الحالية في: تقدير الذات و الاكتئاب، حيث حددت الإشكالية في:

لذلك نسعى للإجابة على الإشكالية التالية:

1. ما هي خصائص البروفيل النفسي للراشد المدمن على المخدرات؟

وتندرج من الإشكالية التساؤلات التالية:

1. ما مستوى الاكتئاب عند الراشد المدمن على المخدرات؟
2. ما مستوى تقدير الذات عند الراشد المدمن على المخدرات؟

ثانيا: فرضيات الدراسة

من خلال الأسئلة المنبثقة من سؤال الإشكالية التي ثم طرحها يمكننا الإجابة و الافتراض ما يلي:

- للراشد المدمن على المخدرات بروفيل نفسي مضطرب
- مستوى الاكتئاب مرتفع عند الراشد المدمن على المخدرات
- مستوى تقدير الذات منخفض عند الراشد المدمن على المخدرات

ثالثا: أهداف الدراسة

تتجلى أهداف دراستنا الحالية في توضيح نقطتين التاليتين

- التعرف على البروفيل النفسي للمدمن على المخدرات
- تقييم مستوى تقدير الذات عند الراشد المدمن
- تقييم مستوى الاكتئاب عند المدمن على المخدرات.

رابعا: أهمية الدراسة

- تسليط الضوء على مشكلة الإدمان على للمخدرات وسوء الاستخدام لها والتي أصبحت تهدد صحة الفرد وكيان المجتمع.
- المساعدة على بناء برامج ارشادية وعلاجية تهتم بهذه الفئة من المدمنين.
- كثرة المتعاطين للمخدرات خاصة في المجتمع الجزائري.

خامسا: أسباب اختيار الموضوع

تنقسم الى أسباب شخصية وأخرى موضوعية:

1. الأسباب الشخصية

- الرغبة الذاتية في معرفة البروفيل النفسي للمدمنين على المخدرات.
- الرغبة في فهم الإدمان والتعرف على سمات المدمن.

2. الأسباب الموضوعية

- أهمية الموضوع و ضرورة البحث فيه بسبب انتشاره السريع والواسع.
- فهم العوامل الداخلية عند الراشد التي تهياه للإدمان.
- فهم الظروف المحيطة للمدمن التي أدت به لتعاطي المخدرات.

سادسا: التعاريف الإجرائية

- **البروفيل النفسي:** هو مجموعة السمات و الميول النفسية و ما يقف خلفها من بناء نفسي ويتميز بعدة خصائص من بينها تقدير الذات و الاكتئاب.

- **الراشد المدمن:** هو الشخص الراشد الذي يستهلك مادة مخدرة بشكل قهري وفي ظروف خطيرة ولا يستطيع التوقف عن ذلك المخدر بحيث يفقد سيطرته على نفسه بسبب الإدمان على مادة ليريكا فتكون المدة العمرية للراشد المدمن من 24-35 سنة.

- **تقدير الذات:** هي نظرة الفرد وإدراكه لذاته ولعناصره المختلفة التي يكونها عن نفسه من خلال تفاعله مع الاخرين ويعرف بانها الدرجة التي تحصل عليها الحالات في مقياس كوبر سميث.

- **الاكتئاب:** هو أحد اضطرابات المزاج وهو الشعور بالحزن الشديد وفقدان الأمل، ومن أجل قياسه استعملنا مقياس بيك للاكتئاب.

خلاصة:

لقد عرضنا في هذا الفصل مدخل الى الدراسة الحالية من إشكالية و فرضيات و أهداف إضافة إلى الأهمية و المفاهيم الإجرائية الخاصة بالدراسة منتقلين إلى الفصل الموالي الذي يحتوي أهم المعلومات الخاصة بالبروفيل النفسي.

الفصل الثاني

بروفيل النفسي

تمهيد:

أولا. خصائص البروفيل النفسي

ثانيا. بروفيل النفسي للمدمن

ثالثا. أهمية البروفيل النفسي

رابعا. مفهوم بروفيل النفسي

خامسا: تقدير الذات

1.مفهوم تقدير الذات

2.العوامل المؤثرة في تقدير الذات

3. نظريات تقدير الذات

4.مستويات تقدير الذات

سادسا: الاكتئاب

1.مفهوم الاكتئاب

2.النظريات المفسرة للاكتئاب

3.أسباب الاكتئاب

4.أعراض الاكتئاب

5.علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

البروفيل النفسي هو عبارة عن لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد او الحالة المدروسة تشتمل على مجموعة خصائص للتي تميز شخصيته و سلوكياته فقد حددناه في متغيران الاكتئاب و تقدير الذات.

أولا. مفهوم بروفيل النفسي:

يرجع استخدام مصطلح البروفيل النفسي لأول مرة الى روزليمو Rossolimo (1911) في اختبارات الذكاء ثم تطرق له كل من "مللي ووكسلر" meili. wechksler في وصف نواحي الانفعالية والميول والاهتمامات. وتطلق عدة تسميات على البروفيل النفسي كالتخطيط النفسي، الصفحة النفسية والانفعالية، الملمح النفسي، المبيان ..... وغيره. والتي تندرج كلها ضمن منحى واحد و هو مجموع الخصائص و السمات المميزة لشخصية الفرد(بوفج، 2017، ص.111).

جاء لفظ بروفيل prophil بعدة معاني:

- فهو يعني مظهر جانبي أو رسم جانبي لشخص.
- كما يعني مجموعة من السمات المميزة للشخص التي لها صلة بتأهيلهلتأدية وظيفة ما.
- أو رسم صورة عامة لوضعية نمو أو تطور.

أما البروفيل النفسي profil psychologique فهو يعني:بيان مقدار نتائج الاختبارات المتعمقة ونجاحها في قياس نفس الموضوع(حمودة وآخرون، 2020، ص. 158).

يعرفه طاهري(2015) بأنه: مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية فرد معين و تميز سلوكاته، حيث يختلف هذا الأخير من فرد لأخر(شاهر و زعيتر، 2015، ص. 06).

وتعرفه ياسمينة(2013) بأنه: صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة أوالمراد متابعتها من طرف الاخصائي و فيه معلومات عن اهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص والاضطرابات التي تعاني منها، و باختصار هي لمحة سيكولوجية.

كما يشير دسوقي(1998): في تعريفه للبروفيل النفسي على أنه يطلق على الخبر الوصفي كتقرير سردي مع احتمالية مصاحبة التقرير لرسم بياني، أي فن كتابة تاريخ الحياة،أو وصف طباع و فن

الوصف الأدبي لخصائص أحد الأفراد حقيقة أو تخيلا اعتمادا على مقولات ونظريات التحليل النفسي.

ويعرفه يديربأنه رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختبار وفي أكثر من سمة أو استعداد نفسي وعقلي، حتى نعلم في أيها مرتفع و أيها متوسط و في أيها يكون دون المتوسط.

ويعرف البروفيل النفسي بشكل عام بانه مجموعة السمات الشخصية و الاجتماعية والسلوكية، وما يقف خلفها من بناء نفسي وديناميات التفاعل الداخلية.

جاء في معجم مصطلحات علم النفس vocabulaire de la psychologieأن البروفيل هو نمط تمثيلي لمجموعة النتائج المتحصل عليها عبر الدراسات و المقاييس الموضوعية، أنها مجموعة القيم المعروضة عموديا، المتحدة مع السمة المستمرة و التي ترسم صورة مقارنة للبروفيل (مرحباوي، 2022، ص. 24).

ثانيا. أهمية البروفيل النفسي:

تكمن أهمية البروفيل النفسي في الدراسة الاكلينيكية من حيث التعامل مع الفرد ككل لا يتجزأ وفق ما يظهر للمعالج من معلومات شاملة عبر وسائل القياس المعتمدة و النظر إلى اضطرابه بشكل دينامي تتفاعل فيه عدة قوى و مؤثرات حالية و سابقة و يظهر فيها بصورة جلية لحاجات الفرد وصراعاته وما يصبو لتحقيقه، و الاحباطات التي يعانيها و إلى أي مدى ينغمس في استخدام الحيل الدفاعية وأيها أبرز لديه و ما الذي يعيق تطوره.

ثالثا. البروفيل النفسي للمدمن:

لقد توصل "وينك"Winck من خلال دراساته على المدمنين وجود بعض السمات المميزة لهذه الفئة.

- غير الناضج: وهو العاجز عن إقامة علاقات هادفة مع الأشخاص الآخرين ولا يمكنه الاعتماد على نفسه
- الضعيف جنسيا: هو الذي يعاني شذوذا أو ضعفا جنسيا خاصة المثلية الجنسية.

- الشخصية الاكتئابية: وهي شخصية قلقة ومتوترة تدفع بصاحبها إلى التعاطي لتسكين القلق ومن ثم يتكرر لديه التعاطي ليصبح إدمانا(عفاف، 2008، ص. 80).
- ازدياد درجات القلق.
- نقص تقدير الذات.
- وجود فروق بين درجتي الذكاء اللفظي و العلمي مما يؤدي بدخول المريض المدمن في فئة الأداء لدى الفصاميين.
- خلفية أسرية تتسم بانحرافات جنسية وعج بالتناقض و التوحد بالأم ومشاعر متناقضة اتجاه الأب، الإحباط وترك الأمور تسير مصادفة مع الإحساس بعدم الانتماء.
- العوز لمخدر معين أو حتى أشخاص يتواجد معهم ويكونوا نماذج طيبة.
- عجز عن اتخاد القرار.
- البحث خلف سراب وهذا سر تنقله من مخدر إلى آخر دون أن يستقر.
- عدوان شديد.

رابعا. خصائص بروفيل النفسي:

يوجد العديد من خصائص البروفيل النفسي حددنا في الدراسة الحالية:

خامسا. تقدير الذات:

1. مفهوم تقدير الذات:

لغة: يعرفه المثقن (2004) لغة من قدر بمعنى اعتبر، ثمن، أعطى القيمة.

اصطلاحا: تعددت تعاريف تقدير الذات من جانب الباحثين والدارسين في مجال علم النفس على النحو التالي:

يعتبر "ويليام جيمس" william james (1890) أول من تحدث عن مفهوم تقدير الذات وقد عرفه بأنه: التعارض القائم بين الذات الحقيقية المدركة والذات المثالية: "حيث إذا كانت الفجوة بين قدراتنا وواقعنا

ضيقة، فإننا نرضى على أنفسنا، وقد قدم "جيمس" معادلته الشهيرة لتقدير الذات وهي: تقدي الذات = النجاحات/التخيلات(باتلر و باودون، 2012، ص. 192).

كما ذكر "روبرت رياسونر" Robert W .Reasonerأنه في عام (1992) اجتمعت أكثر من عشرين جهة حكومية في الولايات المتحدة الأمريكية مختصة في مفهوم الذات و تقديرها و طرق تنميتها.

انتهت مجموعتها بتقديم تعريف لتقدير الذات هو: "شعور الفرد بالقدرة على التعامل مع تحديات الحياة و الشعور بأنه يستحق السعادة ، وأن هذا الفرد ينمو و يتطور من خلال عملية عقلية تتمثل في تقييمه لنفسه من خلال عملية وجدانية و يتم ذلك في الجوانب التالية:

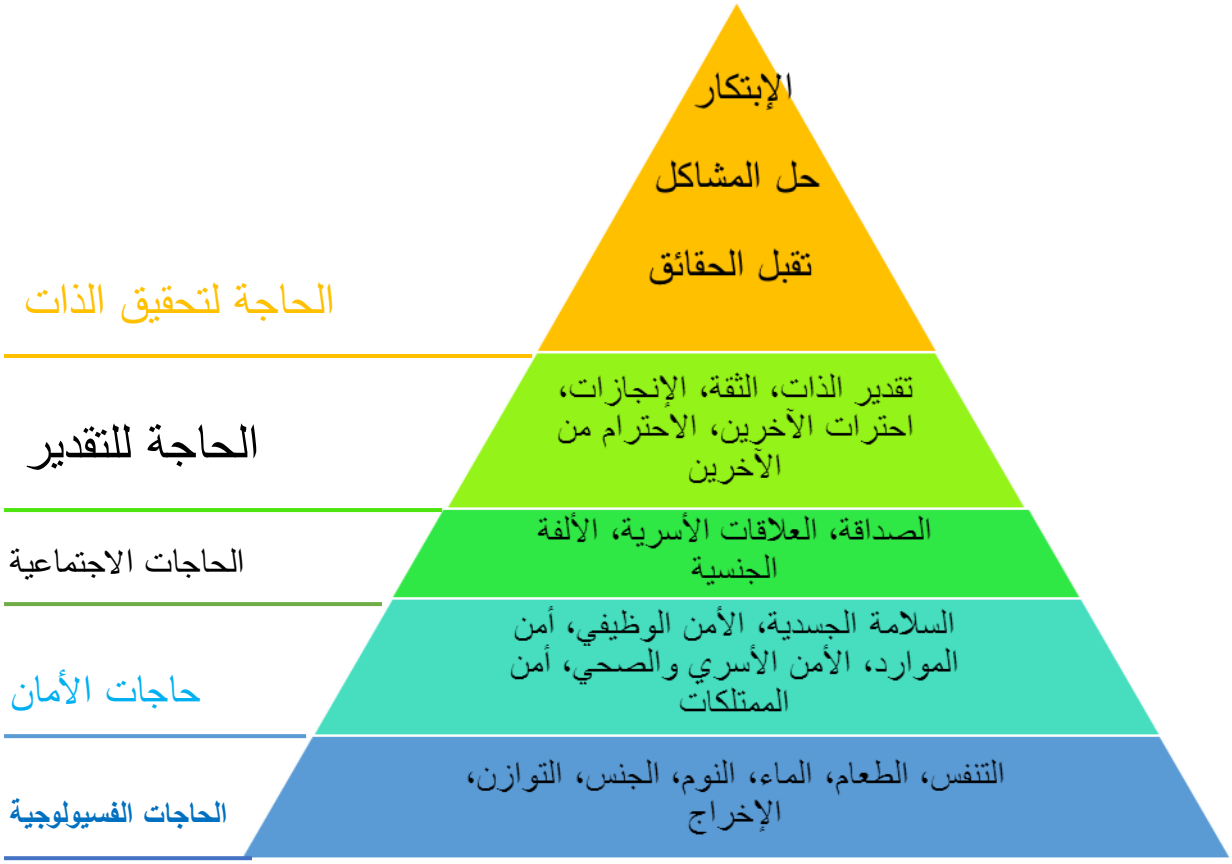
- قدرات الفرد الموروثة مثل الذكاء.
- الفضائل الأخلاقية المتعلمة.
- الإنجازات أو النجاحات في الحياة مثل (المهارات، الممتلكات، الإنجازات الجيدة).
- شعور الفرد بالمحبة و التقبل، و شعور الفرد بأهمية ذاته و شعوره بانه جدير الاحترام من قبل من يتفاعلون و يتعاملون معه، و شعوره بانه يسيطر على حياته بمختلف مجرياتها(حمزاوي، 2017، ص.90).

يعرفه "رزونبرغ" Rosenberg (1965) بأنه: "تقويم يعبر عن الاحترام الذي يكنه الفرد لذاته والذي يحافظ عليه بشكل معتاد لأنه يعبر عن اتجاه مقبول أو غير مقبول نحو الذات".

يعرفه "كوبر سميت"Cooper Smith(1967) بأنه: "الاستحقاق الذي يعبر عنه الفرد من خلال الاتجاهات التي يتمسك بها نحو ذات، و يعتقد بصحتها و بالتالي يحافظ عليها.

يعرفه "زيلر"Ziller(1967) بأنه: تقييم ينشأ و يتطور من خلال الإطار الاجتماعي للفرد.

الشكل رقم 1: يوضح هرم الحاجات لماسلو



الشكل يوضح هرم ماسلو للحاجات الأساسية لتحقيق الذات (الحاجات الفيسيولوجية، حاجات الأمان، الحاجات، الاجتماعية، الحاجات للتقدير، الحاجة لتقدير الذات)

2. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

إن من أهم العوامل التي تدخل في تكوين تقدير الذات نذكر ما يلي:

1.2: صورة الجسد:

إن فكرة الفرد عن نفسه تتكون بصورته عن جسده، حتى يعطي تقويما خاصا لجسمه، وتشكل صورته عن جسده جزءا هاما من مفهومه عن ذاته، فالطفل الذي يرى صفاته الجسدية لا تتماشى مع معايير مجتمعه، غالبا ما يكون لديه مفهوم ذات سلبي و العكس صحيح.

2.2: مستوى الطموح:

إن فكرة الفرد عن نفسه تؤثر في مستوى طموحه، حيث يتأثر طموح الفرد بتقديره لذاته، ولكن قد يضع الافراد أهدافا أعلى من قدراتهم، وهنا يحدث التعارض بين أهدافهم وانجازاتهم، وفي حالة فشلهم تضعف ثقتهم بأنفسهم، ويؤدي ذلك الى تقدير منخفض للذات، وتوصل في هذا الصدد "بكر"(1979) إلى أن الافراد الذين يتمتعون بمفهوم تقدير الذات العالي، كانوا أكثر توافقا في عملهم وأعلى دافعية في الإنجاز، وأفضل في مستوى الطموح(قدي، 2016، ص. 38).

3.2: المحيط الأسري:

تلعب الأسرة دورا مهما في تنمية تقدير الذات لدى أطفالها، فالأطفال الذين ينتمون إلى أسر تشجعهم و تحفزهم على القيام بمختلف المهام، نجد تقديرهم لذاتهم يكون مرتفعا عكس الأسر التي لا تهتم بأطفالها، فنجد تقديرهم لذاتهم منخفض، و قد أظهرت دراسة "سورتزبرج"Swartzberg (1982)، أن الأطفال الذين يعيشون في أسر غير سعيدة، و التي فيها الوالدين منفصلين عن بعضهما يمتلكون تقديرات للذات أقل من الأطفال الذين يعيشون مع والدين سعداء(قدي، 2016، ص. 39).

4.2: المحيط المدرسي:

تلعب المدرسة دورا كبيرا في تقدير التلميذ لذاته، حيث يشير "جيرسيلد"Jersild (1952) إلى أن المدرسة تحتل المرتبة الثانية بعد البيت بالنسبة للعديد من التلاميذ في تأثيرها على تكوين تصور التلميذ عن نفسه، وتكوين اتجاهات نحو قبول ذاته أو رفضها، ورأى "توماس"Thomas(1972) أن نمط المدرسة و النظام المدرسي، والعلاقة بين المعلم و التلميذ عوامل تؤثر كلها في تقدير التلميذ لذاته.

5.2: متغير الجنس:

بينت مجموعة من الدراسات ان هناك فروقات فردية بين الجنسيين في تقدير الذات من بينها: دراسة "بلوك وروبينز" blok § robins(1993)، حيث قامت بدراسة طولية امتدت من المراهقة المبكرة الى المراهقة المتأخرة على عينة مكونة من 91 تلميذا من بينهم 44 ذكرا و 47 أنثى، واسفرت النتائج عن

وجود فروق دالة احصائيا في تقدير الذات بين الجنسيين و لصالح الذكور، و ان تقدير الذات لدى الإناث يتناقص عبر الوقت، فحين ان تقدير الذات للذكور يرتفع بمرور الوقت(قدي، 2016، ص. 42).

و بالتالي فان هناك فروقات فردية بين الجنسين في تقدير الذات.

6.2: القبول الاجتماعي و المهارات الاجتماعية:

إن قبول الذات و القبول الاجتماعي يتأثران ببعضهما فالفرد الواثق من أنه يلقى قبولا اجتماعيا يظهر لك في سلوكه، و تلقى مشاركته الاجتماعية قبولا، كما يلاحظ لديه مهارات اجتماعية تمكنه من التعامل مع الاخرين، أما ذوي تقدير الذات المنخفض فان مشاركته الاجتماعية أقل ثباتا، و هو أقل قبولا لدى الآخرين(قدي، 2016، ص. 43).

7.2: خبرات النجاح والفشل:

يعتبر النجاح وتوقع النجاح عاملان أساسيان في التقدير الإيجابي للذات، وبالتالي يسلك التلميذ طرقا تؤدي للمزيد من النجاح، اما الفشل فيؤدي الى الإحباط والذي يقود أحيانا الى التكيف السلبي ولا سيما في حالة كون الدافع المحيط لدى التلميذ هاما وقويا، والتلاميذ الذين يكون تحصيلهم الدراسي متدنيا يشعرون بالنقص، وتكون لديهم اتجاهات سلبية نحو الذات.

3. نظريات تقدير الذات:

1.3: نظرية "روزنبرغ" Rosenberg:

تعتبر هذه النظرية من أوائل النظريات التي وضعت أساسا لتفسير وتوضيح تقدير الذات، حيث ظهرت النظرية من خلال دراسته للفرد و ارتقاء سلوك تقييمه لذاته، في ضوء العوامل المختلفة التي تشمل المستوى الاقتصادي و الاجتماعي والديانة وظروف التنشئة التربوية ووضع "روزنبرغ" للذات 3 تصنيفات هي:

- **الذات الحالية أو الموجودة:** وهي كما يرى الفرد ذاته وينفعل بها.
- **الذات المرغوبة:** وهي الذات التي يجب ان يكون عليها الفرد.

- **الذات المقدمة:** وهي صور الذات التي يحاول الفرد أن يوضحها أو يعرفها الاخرين ويسلط "روزنبرغ" الضوء على العوامل الاجتماعية فلا احد يستطيع ان يضع تقديرا لذاته والإحساس بقيمتها إلا من خلال الآخرين، ويعد "روزنبرغ"تقديرا لذاته اتجاه الفرد نحو نفسه لأنها تمثل موضوعا يتعامل معها، ويكون نحوها اتجاها، و هذا الاتجاه نحو الذات يختلف من الناحية الكمية عن اتجاهاته نحو الموضوعات الأخرى(حمزاوي، 2017، ص. 95-96).

2.3: نظرية "كوبر سميت" Cooper Smith:

ورد عن "علاء الدين الكفافي"(1989) أن"كوبر سميت" بنظريته أعطى الأولوية مهتما بدراسة تقدير الذات لدي الأطفال ما قبل المدرسة الثانوية، و اعتبر ان تقدير الذات متعدد الجوانب، ويشمل عملية تقيم الذات وردود الأفعال و الاستجابات ويقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته لقسمين، الأول تعبير ذاتي وهو ادراك الفرد لذاته وصفه لها، و الثاني تعبير سلوكي وهو يشير إلى الأنماط السلوكية التي يتميز بها الفرد، و التي تكون محل الملاحظة من طرف الاخرين ويميز "كوبر سميت" بين نوعين من تقدير الذات و هما:

- **تقدير الذات الحقيقي:** يمتاز به الافراد الذين يتمتعون بتقدير إيجابي للذات ويشعرون أنهم ذو قيمة.
- **تقدير الذات الدفاعي:** يتواجد عند الافراد الذين يشعرون بتقدير المنخفض للذات، أي الأشخاص الذين يشعرون أنهم بدون قيمة ولا يستطيعون الإقرار والاعتراف بمثل هذا الشعور والتعامل على أساسه مع أنفسهم و مع الاخرين وحتى تكون الظاهرة الاجتماعية ذات علاقة بعملية تقييم الذات، افترض رائد أو صاحب هذه النظرية أربع مجموعات من المتغيرات تعمل المحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات، و القيم،الطموحات،الدفاعات. ويواصل في حالة عدم قدرتنا على تحديد أنماط مميزة بين أصحاب الدرجات المنخفضة في تقدير الذات عند الأطفال، باللجوء الى حالات الرعاية الوالدية المرتبطة بنمو المستويات الأعلى من تقدير الذات، وعلى سبيل الذكر:
  - تقبل الأطفال من جانب الآباء.
  - تدعيم سلوك الأطفال الإيجابي من جانب الآباء.

- احترام مبادرات الأطفال وحريتهم في التعبير من جانب الآباء(قنيش، 2018، ص. 116).

3.3: نظرية "زيلر" Ziller:

وقد نالت أعمال "زيلر" شهرة أقل من سابقيتها وحظيت بدرجة أقل من الانتشار، وهي في نفس الوقت أكثر تحديدا وأشد خصوصية. يرى "زيلر" أن تقدير الذات ما هو إلا البناء الاجتماعي للذات، وينظر الى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية، ويؤكد أن تقييم الذات لا يحدث في معظم الحالات، إلا أن الإطار المرجعي الاجتماعي، و يصف "زيلر" تقدير الذات بانه تقدير يقوم به الفرد لذاته، ويلعب دور المتغير الوسيط، أو انه يشغل المنطقة المتوسطة بين الذات والعالم الواقعي. فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية، فان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية التغيرات التي استخدمت في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك.

وتقدير الذات يربط بين تكامل الشخصية و قدرة الفرد على الاستجابة لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى، لذلك افترض ان الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل، تحظى بدرجة عالية من الكفاءة في الوسط الاجتماعي الذي توجد فيه(سعيد، 2018، ص. 117).

4. مستويات تقدير الذات:

إن اشباع الفرد لحاجته يؤدي إلى الإحساس بالكفاءة و الثقة بالنفس، في حين يكون عدم اشباعها يرمي الى مشاعر النقص و الضعف. وكذلك يمكن القول عموما ان تقدير الذات مستويين هما:

1.4: تقدير الذات منخفض:

يشكل تقدير الذات منخفض إعاقة حقيقية لصاحبه، إذ يركز أصحاب هذا المستوى على عيوبهم ونقائصهم، اذ يعتبرون أنفسهم غير هامين و غير قادرين على فعل الأشياء التي يودون فعلها كما يفعل الاخرون و هم أكثر ميلا للتأثر بضغوط الجماعة والانصات لآرائها وكما يضعون لأنفسهم توقعات ادنى من الواقع(القسوس، 1985، ص. 15).

ويتميز هذا الشعور بالخجل، القلق الزائد، الخضوع السلبي للسلطة، الشعور بالحزن، وعدم الارتياح في المناسبات الاجتماعية، إضافة لعدم القدرة على مواجهة الظروف الاجتماعية اليومية(رشتي، 1993، ص. 374).

2.4: تقدير الذات المرتفع:

لقد أظهرت الدراسات التي أجريت في مجال تقدير الذات مرتفع أن الأشخاص ذوي تقدير المرتفع يؤكدون دائما على قدراتهم وجوانب قوتهم وخصائصهم الطيبة.

كما يتميزون أفراد هذا الصنف باحترام أنفسهم والشعور بالكفاءة و الانتماء، والاعتزاز والثقة في ردود افعالهم و استنتاجهم، كما يتبعون احكامهم حتى وإن اختلفت مع آراء الآخرين، و إذ يتسمون بالتحدي و الشجاعة في التعبير عن أفكارهم ويكونون علاقات الصداقة مع الآخرين و يتحدثون أكثر مما ينصتون(الحميدي، 1994، ص. 32).

ثانيا: الاكتئاب

1. مفهوم الاكتئاب:

لغة: تعني الكأبة في اللغة سوء الحال والانكسار والحزن وتغير النفس من شدة الهم.

جاءت كلمة "الاكتئاب" من الكلمة اللاتينية "Depressio" والتي يقصد بها الغرق، يشعر الفرد باضطراب مزاجي يكون مختلف عن الحالة المزاجية الاعتيادية المنخفضة خلال حياته اليومية،تؤدي الى متلازمة سريرية مع ظهور علامات وأعراض مرتبطة تختلف بشكل واضح عن الحالة المزاجية الطبيعية، فهو يعد حالة انفعالية قد تكون مؤقتة أودائمة يشعر الفرد فيها بالحزن والضيق، وترافقها أعراض معينة مرتبطة بالجوانب المزاجية والمعرفية والسلوكية والجسمية(نايف، 2022، ص. 321).

و يؤكد "ديفليس"Deflippisعلى أنه اضطراب الاكتئاب من الاضطرابات التي تؤثر بصورة كبيرة على عقل وجسم الانسان في ذات الوقت، فهو يؤثر على أفكاره و تصرفاته وسلوكياته، ويظهر لديه اضطرابات نفسية و جسدية و انفعالية، فالإنسان المصاب باكتئاب لا يستطيع أداء مهامه الاعتيادية

على نحو السليم، ويتولد لديه مشاعر سلبية كفقدان الإحساس بقيمة الحياة وتغلب عليه مشاعر الحزن الشديد(نايف، 2022، ص. 321).

يعرف "انجرا"Ingramالاكتئاب بأنه: اضطراب مزاجي أو وجداني، و يتسم ذلك الاضطراب، بانحرافات التقلبات المزاجية الأخرى (ابراهيم، 2023، ص. 60).

يعرف "بيك"Beck 1979 للاكتئاب بأنه: "اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراب في الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب الى التشويه المعرفي الذي يؤدي الى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل و ينتج من جراء ذلك التشويه، ظهور مجموعة من الاعراض الاكتئابية السالبة وهي ليست اعراض وجدانية فقط، و إنما أيضا معرفية ودافعية و فيزيائية"(نايف، 2022، ص. 321).

حسب المنظمة العالمية للصحة 2019: الاكتئاب مرض يميزه الشعور الدائم بالحزن وفقدان الاهتمام في الأنشطة التي يتمتع فيها الشخص عادة وهو يقترن بالعجز في أداء الأنشطة اليومية لمدة أسبوعين على الأقل، بالإضافة الى ذلك يبدي المصابون بالاكتئاب العديد من الاعراض التالية في العادة: فقدان الطاقة، تغير الشهية، النوم لفترات أطول وأقصر، القلق، انخفاض معدل التركيز، التردد، الشعور بعدم احترام الذات أو بالذنب أوباليأس و التفكير في إيذاء النفس أوالانتحار(عبوين، 2021، ص. 157).

حسب الدليل التشخيصي الخامس: تقسم الاضطرابات الاكتئابية إلى: اضطراب المزاج المتقلب المشوش للاضطراب الاكتئابي الحاد، الاضطراب الاكتئابي المستمر، اضطراب سوء المزاج ما قبل الطمث، الاضطراب الاكتئابي المحدث بمادة اضطراب اكتئابي بسبب حالة طبية أخرى، اضطراب اكتئابي غير محدد آخر(عبوين، 2021، ص. 157).

2. النظريات المفسرة للاكتئاب:

1.2: الاتجاه التحليلي:

تعتبر هذه النظرية من النظريات الأولى التي اهتمت بتفسير الاكتئاب والتعرف على أسبابه، وترى أن الخبرات لضاغطة و الصدمية التي يمر بها الفرد في سنوات عمره الأولى كفقدان أحد الوالدين

أوالانفصال عن احدهما تجعل الطفل عرضة للإصابة بالاكتئاب، ومن ثم اذا ما تعرض الفرد لضغوط مشابهة لتلك التي تعرض لها في طفولته تظهر عليه اعراض الاكتئاب، كما ترى النظرية أن التناقض العاطفي هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الاكتئاب، فكمية الحب والكراهية اللذان يتعايشان معا تكونان أقرب الى التكافؤ، فمرضى الاكتئاب عاجزون عن الحب لانهم يكرهون كل ما أحبوا، ويرون أن المرحلة الفمية نقطة التثبيت المفضلة لدى مرضى الاكتئاب.

2.2: الاتجاه السلوكي:

ينظر للاكتئاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب من البيئة، بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنبهات المختلفة، فالتفسير قائم أساسا على ضوء التعميم المفرط للقاعدة السلوكية "منبه واستجابة"، فالفرد المكتئب يبالغ في الاستجابة مثال على ذلك أن المكتئب يفقد الاهتمام بمدى واسع من الأنشطة، ويفقد الشهية ويقل اهتمامه بالجنس، وينخفض تقديره لذاته ردا على منبه معين كفقدان وظيفة مثلا.

وحديثا ركزت النظريات السلوكية على عمليات أكثر تعقيدا كمفسرات الاكتئاب، هذه العمليات تضمنت التركيز على احداث الحياة الضاغطة كمؤثر في ظهور الاكتئاب.

3.2: الاتجاه المعرفي:

فالاتجاه المعرفي يؤكد:

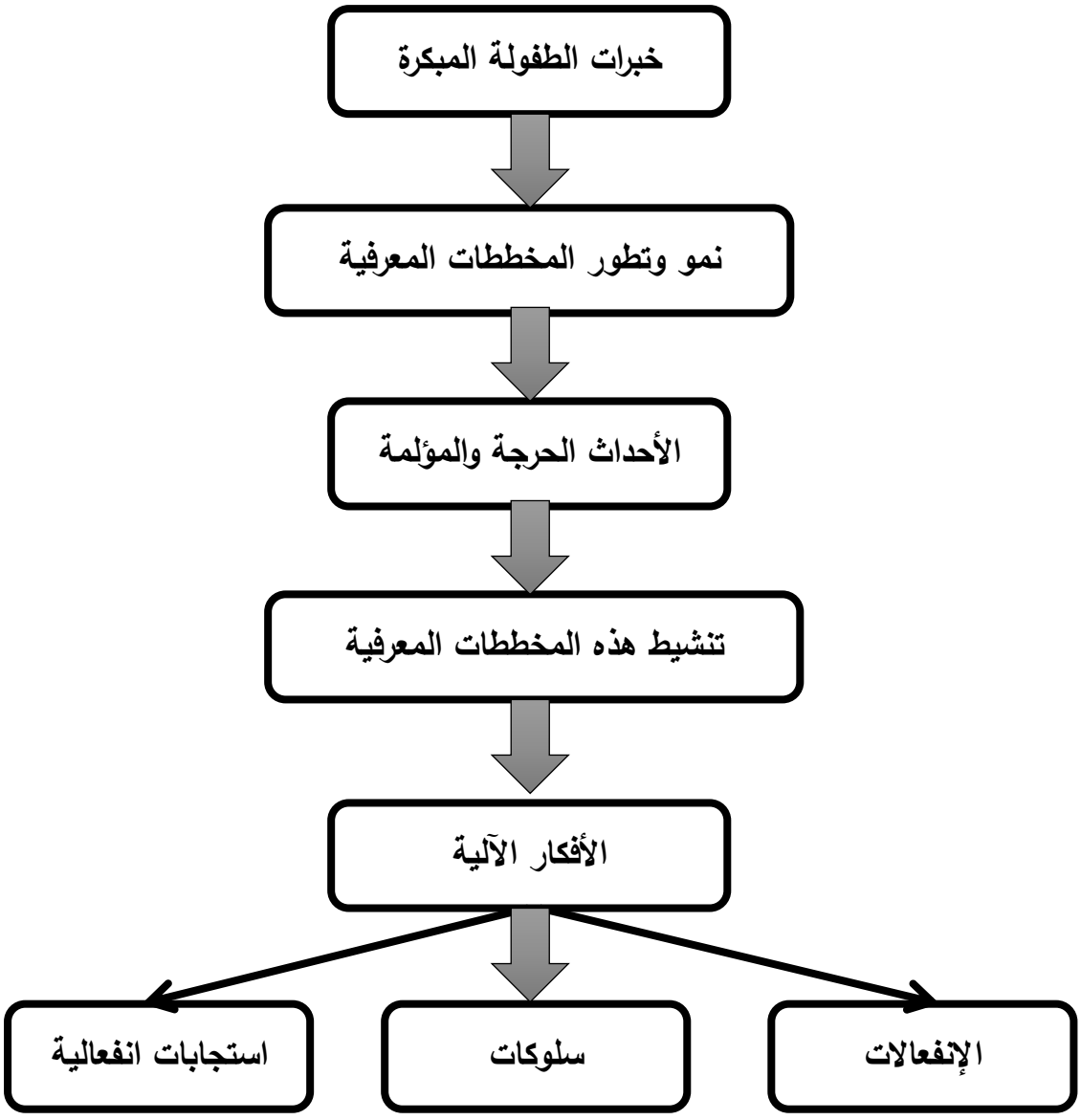
أ. على الصياغات المعرفية وأثرها على السلوك الضمني مثل الاتجاهات، والعبارات الذاتية والصور والذكريات والمعتقدات.

ب. هو ان التيارات المعرفية في تفسيرها للظاهرة الاكتئابية تعتبر المعارف اللاتكيفية واللاعقلانية والتشوهات المعرفية على أنها هي السبب في الاضطراب.

فيرى بيك أن الأفراد المكتئبون لهم نظرة سلبية تشاؤمية حيال ذواتهم و العالم المحيط بهم وكذا المستقبل و سماه بالثالوث المعرفي السلبي للاكتئاب وهذا بفضل المخطط المعرفي للاكتئاب الخاص بهم الذي يجعل الفرد يبدا الدوران في دائرة التفكير الإكتئابي.

حيث أشار "البرت اليس"A.ellis(1969) صاحب نظرية (ABC) أو العلاج العقلاني الانفعالي الى ما سماه بالأفكار اللاعقلانية وكذا الحديث الذاتي في تفاقم الحالة المرضية.

الشكل رقم 2: يوضح نموذج النمو المعرفي : نقلا عن لييس (1994)(liess)



نموذج النمو المعرفي: نقلا عن لييس (Liess) (1994)

من خلال نموذج النمو المعرفي رقم 01نلاحظ أن النمو يمر على عدة أنماط أساسية التي تساعد في تطور مبكر للفرد.

4.2: الاتجاه البيولوجي:

ترى هذه النظرية ان أساس نشوء مرض الاكتئاب يأتي نتيجة إصابة أو اضطراب في الوظائف الفيسيولوجية و الكيميائية للدماغ، فقد ينتج عن خلل في العناصر الكيميائية في المخ وخاصة توزيع العناصر الامينية و الأمينات ببساطة هي عبارة عن عناصر كيميائية يتكاتف وجودها في الجهاز العصبي الطرفي الذي يتبث علماء وظائف الأعضاء انه المسؤول عن تنظيم الانفعالات ووظيفة الأمينيات هي اقرب الى وظيفة ساعي البريد أي انها عبارة عن موصلات عصبية وظيفتها توصيل الرسائل القادمة و العائدة من الاعصاب المختلفة، وتشمل أنواعا منها: الدوبامين، السيروتين، النوبيفيرين، وليتكولامين وتنتمي هذه الناقلات العصبية الى مجموعة الامينات الأحادية فاذ قلت تظهر الحالات المزاجية الاكتئابية و يمكن اذا ما زاد نشاطها تظهر حالات الهوس والمرح(بودحوش، 2016، ص. 77).

و يذكر "تيس"Tess مجموعة من الأدلة غير المباشرة على دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب وهي:

- وجود مجموعة من الاعراض والتي توجب الاضطراب في العمليات الحيوية (اضطرابات النوم، ونقص الشهية، المزاج)
- أدلة على وجود عوامل وراثية.
- استجابة جسمية للأدوية العلاجية خاصة عند الأفراد الذين يعانون من الاضطرابات الحيوية.

2. أسباب الاكتئاب:

توجد العديد من أسباب الاكتئاب نذكر من بينها:

- الضغوط النفسية و الاجتماعية و المادية خصوصا الكبيرة و المستمرة او المفاجئة.
- الحرمان في الصغر من العاطفة الابوية و حنانهما، ووجود خلافات و خصومات بين الوالدين.
- الامراض البدنية المزمنة وما يصاحبها من إعاقة و الام وكذا الامراض الخطيرة كالسرطان.
- بعض الأدوية و العلاجات مثل: بعض ادوية الضغط و بعض ادوية الروماتيزم.
- استخدام المخدرات و المسكرات و المنشطات.

- وجود عوامل وراثية تجعل الشخص عرضة للاكتئاب متى ما توافرت الأسباب الخارجية لذلك من أزمات و ضغوط نفسية و اجتماعية.
- نقص في بعض الهرمونات مثل: هرمون الثايروكين الذي تفرزه الغدة الدرقية.

3. أعراض الاكتئاب:

يشتمل الاكتئاب على جملة من الاعراض نصنفها فيما يلي:

1.3: الاعراض النفسية والانفعالية:

تتمثل في: الحزن والبكاء، انخفاض الطاقة، نوبات البكاء غير متحكم فيها، الشعور بالذنب الخجل وخيبة الأمل، القلق وضعف الثقة، اليأس، التعب و الانهاك، الفتور و اللامبالاة(بلحسيني والإمام، 2019، ص. 150).

2.3: الاعراض الفيسيولوجية:

تتواجد الاعراض التالية بصورة متكررة في الافراد المكتئبين كالانقباض في الصدر والشعور بالضيق، وفقدان الشهية، ورفض الطعام لشعور المريض بعدم استحقاقه له لرغبته في الموت، نقصان الوزن و الإمساك، الصداع و التعب لأقل مجهود، الألم في الجسم خاصة في الظهر، ضعف النشاط العام، التأخر النفسي الحركي، والبطء والرتابة الحركية(بلحسيني و الإمام، 2019، ص. 150).

3.3: الأعراض المعرفية:

تتمثل في التشرد، و التفكير المطلق، نقد الذات و الصعوبة في التركيز و التذكر، تشتت الانتباه وفقدان الاستبصار، وجود أفكار انتحارية(بلحسيني و الإمام، 2019، ص. 150).

4.3: الأعراض السلوكية:

أهمها:

- تجنب الناس وعدم الاكتراث بهم، عدم الخروج من المنزل.
- اهمال الاعمال المنزلية و عدم القيام بالأنشطة اليومية المعتادة.

- الصراخ لأتفه الأسباب، الخلافات الكثيرة.
- فقدان القدرة على التحكم في النفس.

ونشير ان اعراض الاكتئاب الاكلينيكية تتصف بظاهرة مهمة في التغيير النهاري، وذلك أن شدة الاعراض تزيد في الصباح وتتحسن تدريجيا اثناء اليوم حتى تقل حدتها مساء فيصحو المريض وهو في حالة شديدة من الانقباض و الضيق و الاكتئاب ويبدأ في التحسن النوعي في وسط النهار ثم تقل المعاناة النفسية بعد ذلك تدريجيا(بلحسيني و الإمام، 2019، ص. 150).

4. علاج الاكتئاب:

1.4: العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية، ويضم عدة أساليب منها استخدام الإيحاء، والمساندة، والتدعيم، أسلوب التحليل النفسي، والعلاج السلوكي، ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون(الشربيني، 2007، ص. 238).

2.4: العلاج البيئي:

ونعني إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط والمواقف التي تسببت له في المرض و يتم ذلك بانتقال المريض الى وسط علاجي أوفي مكان للاستشفاء ومن وسائل هذا العلاج الترويج عن المريض و شغل فراغه في العمل وتأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد الى عودته للحياة مرة أخرى.

3.4: العلاج بالأدوية النفسية:

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت أشراف الأطباء النفسيين، يقوم الطبيب باختيار الدواء المناسب ومتابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته وسيتم عرض الأدوية المستخدمة لعلاج الاكتئاب في موضع لاحق بشيء من التفصيل(الشربيني، 2007، ص. 239).

4.4: أساليب علاجية أخرى:

استخدام العلاج الكهربائي الذي يعمل على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي أو استخدام بعض الوسائل مثل التنويم المغناطيسي والوخز بالإبر، واستخدام الدواء الخادع الذي يحقق نتائج في بعض الحالات(الشربيني، 2007، ص. 239).

ولقد ظل البحث عن وسائل ناجحة لعلاج الاكتئاب تشغل بال المرضى و الأطباء والانسان بصفة عامة على مدى العصور زمنية طويلة ولقد تم استخدام وسائل كثيرة منها الطب الشعبي، والأعشاب، و التعاويذ، و الكي، وطرق أخرى للتعامل مع السحر والأرواح الشريرة التي كان يعتقد عامة الناس انها السبب في الامراض و الاضطرابات النفسية التي تصيب الانسان(الشربيني، 2007، ص. 239).

5. بروفيل الشخصية الاكتئابية:

تتسم هذه الشخصية المضطربة بالحساسية الزائدة و السلبية ،وكذا الاعتمادية، وغالبا ما تكون الشخصية المنطوية المتسمة بالخجل والانسحابية و التردد والحذر والمحافظة والشعور بالنقص والكفاية و التوتر الانفعالي، ولديه قدر كبير من الكراهية المكبوتة، ونرجسية شديدة جدا ويتميزون بتقييم زائد للمسؤولية(بودحوش، 2016، ص. 71).

خلاصة:

وكخلاصة لفصلنا يمكننا القول بأن البروفيل النفسي و الذي حددناه في تقدير الذات و الاكتئاب الذي يشمل مجموعة من الأعراض التي تميزه عن باقي الأمراض النفسية وتنقسم الأعراض إلى أعراض جسمية تتمثل في الإرهاق و التعب، انخفاض النشاط الحركي، و اضطرابات هضمية بحيث تم التطرق في هذا الفصل إلى المفاهيم الخاصة بمتغيرات الدراسة، النظريات، العوامل والمعايير المفسرة لخصائص البروفيل النفسي.

الفصل الثالث

المدمن الراشد

تمهيد

أولا: المخدرات

1.مفهوم المخدرات

2.أنواع المخدرات

3.مفهوم الإدمان على المخدرات

4.أسباب الإدمان

5.معايير التشخيص الإدمان على المخدرات

6.مراحل الإدمان

7.آثار ومضاعفات الإدمان على المخدرات

8.علاج الإدمان على المخدرات

خلاصة

ثانيا: مرحلة الرشد

1.مفهوم مرحلة الرشد

2.خصائص مرحلة الرشد

3.المراحل العمرية للراشدين

4.مكونات مرحلة الرشد

5.معايير تحديد مرحلة الرشد

6.متطلبات الارتقاء في مرحلة الرشد

تمهيد:

يحظى الإدمان بأولوية تفوق أهمية باقي مظاهر السلوك اللازمة للحياة، فالمدمن يعطي الأهمية للحصول على المخدر بقدر يفوق أولوية حصوله على أي شيء آخر مهما كان ضروريا، فمصطلح الإدمان يطلق على حالات التبعية النفسية و الفيزيولوجية لمادة الإدمان،أما مرحلة الرشد فتعتبر المرحلة التي تبدأ بعد فترة المراهقة وتمتد حتى مرحلة الشيخوخة خلال هذه المرحلة يمر الأفراد بتغيرات نفسية، اجتماعية وجسدية تساهم في تشكيل هويتهم وشخصيتهم،وهذا ما سنتطرق إليه في هذا الفصل لدراسة كلا المتغيرين.

أولا: المخدرات

1. مفهوم المخدرات:

لغة: من اللفظ "خد" ومصدره التخدير ويعني "ستر" بحيث يقال تخدر الرجل أو المرأة أي استتر أواستثرت، وكلمة مخدرات اسم جمع مفرده "مخدر"، وتدور مادة "خدر" في اللغة العربية حول معاني الضعف و الكسل و الفتور(مصطفى، 2002، ص. 12).

فجاء في قاموس المنجد بأنه: "جاء من لفظ خدر أو أخدر، و أخدر العضو أي جعله خدرا والخادر هو الفاتر أو الكسلان"(رجب و محمد، 2004، ص. 38).

اصطلاحا:المخدرات في الاصطلاح هي كل مادة تصيب الإنسان والحيوان بفقدان الوعي وقد تحدث غيبوبة ووفاة، أو كلما ينهك الجسم والعقل ويؤثر فيهما.

علميا: هي مواد طبيعية ذات أصل نباتي، حيواني، أو معدني، أو مركبات كيماوية أو مصنعة قادرة إحداث تغيير في نشاط العقل وتعديل في سلوك الإنسان الذي يتعاطاها وتحدث لديه تبعية للمادة(وناس، 2007، ص. 146).

وبالتالي المخدرات هي كل مادة طبيعية أو مركبة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤثر على سلوك البنية الجسمية والعقلية للإنسان.

تعريف منظمة الصحة العالمية: ترى منظمة الصحة العالمية استعمال مصطلح الأدوية النفسية psychotropesبديلا عن مصطلح المخدرات و تعرفها كما يلي: "كل مادة بإمكانها إحداث تغيير في الوعي أو في السلوك لدى مستعملها "كما انها تعني كل مادة عند متعاطيها فإنها تخل بالسيرورات الذهنية كالوظائف المعرفية و بالعاطفة(عوادي، 2021، ص. 41).

تعريف لاروس الصغير في علم النفس: "هي مادة مخدرة ذات تأثير نفسي سيء بصفة عامة على الصحة، و من شأنها أن تسبب الإدمان خارج الاستعمال الطبي".

فيعرفه "نوربير سلامي"sillamy.n: "المخدر هو كل مادة طبيعية أو مصنعة قادرة على تغيير سلوك الكائن الحي الذي يستهلكه و يخلف تبعيه"(بوسكين، 2017، ص. 22).

2. أنواع المخدرات:

1.2: الحشيش (القنب):

أكثر المخدرات شيوعا واستعمالا، و اسمه العلمي Cannabis Sativa، يحوي مادة راتنجية تتواجد اعلى ازهار له عدة أسماء (الحشيش الكيف، الزطلة، الشيرة ....) كما تظهر الأعراض النفسية العصبية بعد 15- 20 دقيقة من الاستهلاك وتتمثل في نشوة خفيفة مع شعور بالبهجة والارتياح كما يثير الضحك والنعاس مع إضعاف الذاكرة العاملة و الانتباه . كما يمكن أن يؤدي حسب الجرعة ودرجة التحمل الى تدهور القدرات النفسية الحركي(عوادي، 2021، ص. 42).

2.2: الأفيون:

يستخرج كسائل ابيض من التمار غير الناضجة لنبات الخشخاش المنوم وقد استعمل منذ القدم لخواصه المنومة، المهدئة و المسكنة للآلام الحادة، تتمثل المشتقات الطبيعية للأفيون والكوديين أما المشتقات نصف التركيبية فتتمثل في الهيروبين، كوديتلين وفولكودين، وأخيرا المشتقات التركيبية فهي فانتالين(عوادي، 2021، ص. 42).

3.2: المورفين:

هو أحد مشتقات الافيون و المادة الفعالة فيه فيستخدم المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد، ويكثر استخدامه عن طريق الشم و يتم التعود عليه بعد أسبوع، فإدمانه أمر يتم بسرعة. ويوجد المورفين على شكل أملاح سلفات المورفين و تكون على شكل مسحوق ابيض بلوري(رتاب، 2018، ص. 58).

4.2: الهيروين:

من أخطر المخدرات المشتقة من المورفين ، حيث تفوق فعاليته بست مرات مفعول المورفين ويعد من اقوى المسكنات على الاطلاق وهو يحدث ادمانا سريعا ولقد استعمل طبيا فقط من اجل علاج مدمني المورفين و أيضا في حالات السرطان المتأخر لتسكين الالام الحادة نظرا لانتقاله السريع عبر الدم الى المخ(بوسكين، 2017، ص. 43).

5.2: الكوكايين:

يتم استخراج مادة الكوكايين من أوراق نبات الكوكا و يستخدم كمخدر للتخدير الموضعي، ويتجلى اثره المنشط في حالة الإدمان في حالة تهيج شديدة، و طلاقة اللسان و قلة الشعور بالتعب، اتساع حدقة العين، شحوب الوجه، سرعة ضربات القلب.

6.2: الكحوليات:

تعد الكحوليات من اقدم المواد المخدرة التي تعاطاها الانسان و تعرف على انه عقار كيميائي ناتج في الأصل عن عمليات تخمير أنواع مختلفة من الطعام، عرف منذ القدم خاصة في الصين، ينتمي الى فئة المهبطات و المنومات(رتاب، 2018، ص. 60).

7.2: القات:

هو عبارة عن نبات اخضر تمضغ أوراقه وتخزن في فم المدمن ساعات طويلة، يتم خلالها امتصاص عصاراتها، و تتخلل هذه العملية بين الحين و الاخر شرب الماء أو تدخين السجائر، يحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم.

8.2: الأمفيتامينات:

هي مثيرات نفسية قوية تذهب الجوع و النعاس وتبقي على اليقظة والانتباه لفترة طويلة، فتأثيرها يقترب كثيرا من تأثير الكوكايين، وتكون عادة على شكل مسحوق أوأقراص أوكبسولات، يتم تعاطيها عن طريق الفم أو الحقن في الوريد، يتمثل مفعولها في احداث طلاقة لفظية عالية ومتسارعة، عدم الاستقرار نفسي حركي، تعرق و حكة، صداع و دوار، تسارع النبض و ارتفاع ضغط الدم.

9.2: المذيبات الطيارةinhalant:

يعتبر استنشاق المواد الطيارة أحد جوانب مشكلة تعاطي المواد النفسية والاعتماد عليها، وتشترك المواد المصنعة تحت هذه الفئة في سرعة تحولها الي ابخرة متطايرة وفي كونها تحدث درجة التسمم عند استنشاقها، يدخل من أنواعها مزيل الطلاء الاظافر والبنزين والصموغ الصناعية بأنواعها ووقود الولاعات وغيرها.

ومن أهم مضاعفات أنها تسبب الدوار و يضعف جهاز المناعة، وكذلك انتشار الأمراض الجنسية وضعف القدرة على الممارسة، بالإضافة إلى فقدان الوعي و الاضطرابات نفسية و جسدية(وسام وابراهيم ، 2020، ص. 18).

جدول رقم 1: يوضح أنواع المخدرات و تأثيرها

نوع المخدر Type of Substance	امثلة Example	التأثيرEffect
المهبطات Depressants	الكحول، الباريتيوارت، المسكنات،المنومات	الخمول، الشعور بالسعادة والارسترخاء
الافيونات Opiates	مورفين ، ميثادون	تسكين الألم، الشعور بالسعادة والسرور و البهجة والانتعاش والاستقلالية
المنشطات Stimulants	كوكايين، امفيتامينات	تخفف الشعور بالجوع والاجهاد،الابتهاج و الانتعاش
المهلوسات Hallucinogenics	الداي اثيل حمض اللسيرجيل، مسكالين،بيوت	تشويه في الادراك الحسي، عدم الاهتمام بالاخرين
الحشيش Cannabis	الماريجوانا، القنب الهندي	الشعور بالاسترخاء، هلوسات
النيكوتين Nicotine	توباكو	مسكن، منبه
المواد الطيارة Inhalant Volatile	غراء، الاصباغ السائلة المرققة للدهان، ورنيش	خمول، استرخاء، اضطرابات في الادراك الحسي.

يبين لنا الجدول رقم (01) بعض الأمثلة المتعلقة بالمخدر و ماذا تأثيرها على الفرد كما هو موضح في الجدول

3. مفهوم إدمان المخدرات

لغة:

في القاموس المحيط يعرف: أدمن الشيء أو أدامه أصلا لمادة (دمن)،وهي تعطي معنى المداومة، وهو المرض الذي يصيب النخل والشجر والإنسان، ومن معانيه ذه المادة تسوية الأرض وجعلها سطر

واحد ليس فيه حفر، وكل هذا يعطي أن مادة (دمن) ومناصه تعني المداومة(علي خليفة، 2011، ص. 70).

اصطلاحا:

هو اضطراب دماغي مزمن ومتكرر يتميز بأبحاث المخدرات القهرية واستخدامها .على الرغم من معرفة عواقبه الضارة المساعدة لإنجاز أعمال الحياة الأساسية أويتطلب مراقبة منتظمة يعرف "سولمان"Soulmen الإدمان بأنه الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما، بحيث يشعر المدمن برغبة قهرية للعقار، كما أنه يضطر إلى أن يزيد الجرعة كي يؤدي العقار التأثير المرغوب، كما أنه بدون العقار يعاني المدمن من آلام فسيولوجية تسمى بأعراض الانسحاب، وعادة يضر نفسه والمجتمع في حالة استمراره لتعاطي المخدرات والإدمان هو التعاطي المتكرر للمخدر، بحيث يصبح دم الفرد متعطشا إلى هذا المخدر بأي ثمن وفي أي وقت(غباري، 2007، ص. 12).

كما يقال أن الإدمان هو "حالة الشخص الذي يحتاج، على الرغم من الرعاية التي من المحتمل أن يحصل عليها، إلى الدخول في حالة من النشوة واستبعاد الحزن والاكتئاب(محمد أبو النصر، 2007، ص. 27).

يعرف "ديفيد سميث" David smith الإدمان على أنه: "الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أوالدواء، مع الفقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته، والتحكم في رغباته، والاستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية، والخطورة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة التي يدمنها(مصباح، 2004، ص. 33).

وبالتالي إدمان المخدرات يعرف على أنه الحاجة الماسة والتعطش إلى تناول المخدرات بشكل مستمر دون انقطاع.

هو حالة تسمم مزمن ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر أو أي مادة أخرى، ومن بين خصائص الإدمان ما يلي :

- تشوق وحاجة مكرهة لتعاطي المخدرات محاولة الحصول عليه باي وسيلة.
- نزعة لزيادة الكمية.

- تأثيرات مؤدية للفرد والمجتمع.
- خضوع وتبعية جسدية ونفسية لمفعول المخدر (تيايبية، 2019، ص. 14).

4. أسباب الإدمان:

من بين الأسباب التي تؤدي إلى إدمان المخدرات نصنفها فيما يلي(دريدي و القول، 2020، ص. 411-413):

1.4: أسباب متعلقة بالمتعاطي نفسه:

بناءا على شخصية المتعاطي، يرى علماء النفس أن تعاطي المخدرات قد يكون بديلا لتفادي الحرمان والإحباط، وأنه نشاط تعويض لإعادة التوازن بين القصور والعجز من جهة والعمل والإنجاز من جهة أخرى.

2.4: أسباب حضارية:

- غياب القيم الأخلاقية الإسلامية.
- وجود فراغ روحي، ولغفلة عن الصلة بالله في المجتمع بصفة عامة.
- عدم توفر الوعي الاجتماعي الكامل بالأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات.
- انتشار المخدرات في المجتمع المحيط بالشباب.
- رفاق السوء هو باب آخر للإدماء والولوج في عالم المخدرات البغيض.

3.4: أسباب أسرية:

- عدم وعي الأسرة بخطورة تعاطي المخدرات.
- وجود خلافات عائلية والتفكك الأسري.
- انشغال الأب بأعمال كثيرة خرج المنزل ولفترات طويلة.
- قصور التربية الأسرية والدور التربوي الذي ينبغي تأديته.
- إلى جانب الأسباب المتعلقة بوسائل الإعلام التي تساهم في عرض صور مضللة للحقائق والمعلومات المتعلقة بتعاطي بالمخدرات(شيهان، 2020، ص. 68).

5. المعايير التشخيص الإدمان على المخدرات:

1.5: معايير المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية و السلوكية وفق منظمة الصحة العالمية CIM/10:

- رغبة قوية أو شعور قوي بالاضطرار الى تعاطي المادة نفسانية التأثير.
- صعوبة في التحكم في سلوك تعاطي المادة نفسانية التأثير، سواء من حيث الشروع فيه أوالانصراف عنه أو مستويات التعاطي .
- حدوث حالة الامتناع الفيزيولوجية عند وقف استعمال المادة النفسانية التأثير أو انقاض كميتها، كما يتضح في متلازمة الامتناع عن تعاطي المادة نفسانية التأثير او تعاطي نفس المادة بغرض تخفيف أو تجنب أعراض الامتناع.
- دليل بلوغ المتعاطي درجة التحمل، كما تستعمل جرعات كبيرة من المادة النفسانية التأثير لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداثها جرعات اقل قبل ذلك
- الإصرار على تعاطي المادة نفسانية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة. كالأضرار بالكبد بسبب الافراط في الشرب، أو كحالات المزاج الاكتئابي التي تحدث بعد فترات من الافراط في مواد نفسانية التأثير.

2.5: معايير الدليل التشخيصي و الاحصائي الخامس DSM_5 للإدمان على المخدرات :

- الفشل في الوفاء بالالتزامات
- تكرار الاستخدام في مواقف تتسم بالخطورة الجسمية
- تكرار مشكلات العلاقات
- الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التي يسببها الاستخدام
- التحمل
- الانسحاب
- تناول المادة لمدة أطول او بكمية اكبر كالمعتاد
- عدم فعالية محاولات التقليل او التحكم في الاستخدام(شيهان، 2020، ص. 69).
- اهدار الكثير من الوقت في محاولة الحصول على المادة.

- اللهفة او الرغبة القوية في استخدام المواد.

6. مراحل الإدمان

المرحلة الأولى:

حب الاستطلاع و المغامرة و التجريب مع الاقران أي هي المرة الأولى أو الرغبة في التجربة ولعلها اهم المراحل، وتكون في البداية مجرد حب الاستطلاع أو تقليد.

المرحلة الثانية:

مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الاستغناء عنها، بل الشخص المدمن غالبا ما يبالغ في زيادة كميات في كل جرعة تدريجيا بفعل تكيف جسمه مع مفعول المخدر وزيادة ما يسمى باحتماله لدرجة أن أي انقطاع فوري عن المخدر يولد لديه عوارض مؤلمة وخطيرة.

المرحلة الثالثة:

مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي احد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيرا للمادة المخدرة وهي مرحلة الطريق إلى الضياع، فالتعاطي يصبح جزءا أساسيا في حياته وأي محاولة لإبعاده عن العقار تواجه مقاومة، إذ يستمر في الحصول على العقار وتعاطيه.

المرحلة الرابعة:

مرحلة ظهور الآثار السلبية (سواء كانت جسمية أو نفسية أو عقلية أواجتماعية أواقتصادية أوأمنية) لمشكلة الإدمان اذن في هذه المرحلة يستمر المدمن في التعاطي رغم الأضرار الناجمة عن ذلك ورغم تهديده بالسجن أو الفصل في الوظيفة مثلا.

كما يمكن كذلك تحديد مراحل الإدمان بثلاث مراحل وهي:

أولا : التحملTolérance :

هو حاجة المدمن لزيادة كمية العقار يوم بعد يوم لكي يصل الى التأثيرات المنشودة ذاتها، وعملية الحصول على العقار بأي طريقة يعني السلوك الذي يستبيح كل شيء للوصول الى العقار فمن الكذب الى الغش و التزوير و الخداع وقد ينتهي للجريمة من اجل الحصول على المادة المخدرة.

ثانيا : الاعتماد النفسي Dépendance psychique:

يعني ذلك وجود رغبة قوية في تكرار الجرعة بل وزيادتها بانتظام، فالتوقف المفاجئ عن المواد المسببة للاعتماد النفسي تسبب في الغالب قلقا وتوترا وعدم القدرة على التركيز، وشيئا من الكآبة والضيق، وقد تصل الى الارق ، ومن بين المواد المسببة للاعتماد النفسي هي الكافيين و الكوكايين.

ثالثا: الاعتماد الجسدي Dépendance physiologique:

يعتبر اشد خطورة من الاعتماد النفسي، اذ ان التوقف المفاجئ عن تعاطي العقار المسبب للاعتماد، يؤدي الى ظهور علامات سحب العقار الخطيرة، و التي قد تؤدي الى الوفاة، وهو شديد من الهيروين،حيث بعد توقف المدمن عن تعاطي المخدر لساعات تظهر عليه أعراض الانسحاب.

7. أثار و مضاعفات الإدمان على المخدرات:

- المشاكل الصحية: يؤدي إدمان المخدرات إلى حدوث مشاكل صحية وبدنية وعقلية ويعتمد ذلك على نوع المخدرات المستخدمة.
- فقدان الوعي و الغيبوبة و الموت المفاجئ وخاصة عند اخد جرعات عالية أو إذا تم الجمع بين أنواع المخدرات او الكحول.
- الإصابة بالأمراض المعدية مثل الايدز سواء من خلال العلاقات الجنسية المحرمة أو عن طريق مشاركة الابر
- التعرض لحوادث السير في حالة السكر
- الانتحار
- المشاكل الأسرية و الخلافات الزوجية بسبب التغيرات السلوكية التي تطرأعلى مدمن المخدرات.
- مسائل قانونية حيث ان ادمان المخدرات يؤدي الى السرقة وقيادة السيارة تحت تأثير المخدرات أوغيرها.
- مشاكل مالية : ادمان المخدرات يؤدي الى انفاق المال بلا حساب وذلك لشرائها فيضع المدمن تحت وطأة الدين و تقوده الى سلوكيات غير قانونية وغير أخلاقية(إبراهيم محمد و آخرون، 2022).

8. علاج إدمان المخدرات

إن العلاج في مجال الإدمان يحتمل تدخل جميع الإجراءات الطبي و النفسي والاجتماعي التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة، بالتالي فهناك طرق لمعالجة هذه الآفة نذكرها في كما يلي:

1.8: العلاج الدوائي:

هو علاج طبي و العلاج بالأدوية يساعد جسد المدمن على القيام بدوره الطبيعي والتخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة و تختلف الأدوية التي تستخدم باختلاف نوع المخدر المستخدم.

فالعلاج الطبي يعتمد أساسا في تعامله مع المدمنين على العقاقير الطبية، بالدرجة الأولى.

ومن أهداف العلاج الطبي:

1- التهدئة العامة للمريض.

2- القضاء على الامراض التي أصابته نتيجة الإدمان.

3- الوقاية أو المعالجة المسبقة للأمراض المحتمل أن يتعرض لها المريض.

4- التقليل بدرجة تنازلية من اعتماد جسم الانسان على المخدر.

5- تقويم الجسم، وتنمية المناعة الطبيعية من الأمراض.

2.8: العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي أحد الأساليب التي تتعامل بكفاءة جزئية مع المدمنين وفيما يلي خطة هذا العلاج لمدمني المخدرات:

- تغيير الميول الكامنة قدر المستطاع لاستعمال العقاقير المخدرة(المعطي، 2002، ص. 262).

3.8: العلاج الاجتماعي:

وهو مجموعة الخدمات المادية و المعنوية التي ينالها العميل عن طريق علاقته بالمؤسسة لتحدث اثرا مرغوبا في موقفه، وتمكنه من استعادة النشاط الاجتماعي المطلوب، أي توصله الى حالة التكيف الاجتماعي الذي يرضيه و يرضي المجتمع الذي يعيش فيه(شيهان، 2020، ص. 96).

4.8: العلاج الأسري:

يهدف العلاج الأسري لحالات تعاطي المخدرات أو الإدمان عليها إلى تدريب الأسرة على وسائل الاتصال الصحيحة و السليمة مع الابن المدمن و إدراك الدوافع التي أدت إلى حالة الإدمان، و إعداد الأسرة لكي تستقبل المدمن بعد شفائه طبيا منعا لانتكاسه إلى جانب علاج المناخ الأسري الذي جاء به المدمن، بالإضافة إلى علاج شبكة العلاقات الاجتماعية بين المتعاطي و باقي أفراد الأسرة(المعطي، 2002، ص. 89).

5.8: العلاج النفسي الإدماني:

إن مشكلة الإدمان عميقة الجذور بعيدة الغور، ولا يكفي فيها بيان اضرار المخدرات ومساوئها، وان مدمن المخدرات يعلم في الغالب هذه الاضرار ورغم هذا يقدم عليها.

هو أن يشعر المدمن انه يشارك في وضع العلاج المناسب له وانه جزء أساسي من العلاج ككل، أي انه طرف أساسي في العملية العلاجية، يشارك في وضع العلاج و الخطة العلاجية بصورة إرادية، وأن العلاج يتم برغبته هو وليس مفروضا عليه، واذا لم يشعر المدمن بانه طرف في العلاج فانه لن يستقبله، و بذلك يكون الاحتمال الكبير هو الفشل (شيهان، 2020، ص. 96).

ثانيا: مرحلة الرشد

1. مفهوم مرحلة الرشد:

إن مرحلة الرشد هي مرحلة القوة و الشدة، و يكون فيها الفرد مؤهلا للإنتاج، و تحمل المسؤولية،فهي تمثل مرحلة جديدة في حياة الفرد، حيث الانتقال من الطفولة و التبعية الى الاستقلالية وتحمل المسؤولية. تبدأ هذه المرحلة مع بداية العقد الثالث من العمر الانسان (أي بعد سن الحادية والعشرون) و تنتهي مع نهاية الستينات. وهي تعد أطول مراحل النمو الإنساني، مع أنها تختلف باختلاف المجتمعات و الثقافات، كما تتسم بالتعقد و التغيير، ولها خصائصها المتميزة في جميع جوانب النمو المختلفة(بشرى أيوب، 2018، ص. 79).

يعرفها "أبو الخير" (2001): هي مرحلة النضج و اكتمال الشخصية وفيما يتم استكمال التعلم هو اكتمال النمو النهائي للفرد من جميع الجوانب (الفيزيولوجية ، العقلية ، النفسية ....الخ)بحيث يمتلك صفات القوة و الصلابة.

ومن خلال ما سبق يمكن تعريف مرحلة الرشد بانها احدى مراحل المهمة في حياة الفرد وهي الفترة الأطول في حياته وتمتد من 21 سنة حتى نهاية العمر كما أنها تعتبر فترة سن البداهة حيث تتميز بخصائص كثيرة و متعددة.

2. خصائص مرحلة الرشد:

- اكتساب الشعور بالإنتاج و الاثمار وتجنب الشعور بالركود، تحقيق الرعاية، (التفاعل الاجتماعي مع الأسرة و رفاق العمل).

- يبدأ الرشد في هذه المرحلة في خبرة الإنتاج و الابداع في القرارات و المشاعر نحو الوالدية والابتكار أساس مرحلة الرشد الأوسط، وعند هذه النقطة، يهتم الفرد بالأجيال القادمة و يتجه اهتمامه إلى رعاية و إرشاد الجيل الثاني والعمل والإنتاج والابتكار مما يؤدي إلى الشعور بالإنتاج.

أما الشخص الذي يعمل ذلك أي الذي لا يرعى ولا يرشد الأجيال القادمة ولا يسهم في الإنتاج، يصبح راكدا جديا مهتما بذاته فقط(عدمان، 2020).

3. المراحل العمرية للراشدين:

تنقسم المرحلة العمرية في مرحلة الرشد الى مرحلتين:

- **المرحلة الأولى:** تمثل مرحلة الرشد المبكر: وهي تمتد من سن الحادية والعشرون حتى قبيل الأربعين من العمر.

- **المرحلة الثانية:** تمثل مرحلة الرشد المتوسط: وهي مرحلة تمتد من سن الأربعين الى الستين من العمر، ويمكن تميز هاتين المرحلتين من خلال:

أ. **الفروق البيولوجية:** وهي تشمل الفروق الجنسية و الشخصية التي أكد عليها التحليل النفسي أهميتها في تكوين الانسان الراشد.

ب. **الفروق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية:** وهنا يهتم علم الاجتماع بدراسة الاختلافات وخصوصا عند الراشد السوي، اذ انه في بعض الأحيان قد يؤدي التأثير الاجتماعي الى العصاب أو الذهان مما لا يمح بتكوين شخصية سوية متكيفة مع المجتمع.

4. مكونات مرحلة الرشد:

تتكون شخصية الراشد من مجموعة المكونات وتكون متفاعلة، و التي يسود بينها نمط من التوازن و تتمثل هذه المكونات من:

1- **المكون البيولوجي:** وهو يعد عنصر الأول و الأساسي في بناء وتكامل الشخصية الإنسانية ويولد الانسان مزودا بهذا العنصر، الذي يتضمن بعدا مهما يتمثل في الحاجات الأساسية (الأولية) التي تتطلب اشباعا.

2- **المكون الاجتماعي:** وهو العنصر الثاني من مكونات الشخصية و يضم البيئة الاجتماعية التي تحيط بالفرد ،و التي تقدم لها اشباعا لحاجاته الأساسية، و يتم غرس هذا العنصر من التنشئة الاجتماعية التي يتم إنجازها بوسائل مختلفة و عديدة: كالأسرة، المدرسة .... وعادة ما يضم خبرات التي يكونها الفرد نتيجة لتعاملهم مع العالم الخارجي.

3- **المكون النفسي:** هو العنصر الثالث و يضم الخبرات التي يكونها الفرد نتيجة العالم الخارجي الى جانب اتجاهها حول هذا العالم، و تتكون أيضا هذه الاتجاهات نتيجة خبرات و تواصلها مع العالم الخارجي.

4- **المكون الثقافي:** هو المكون الرابع من الشخصية الشابة، و يتم استيعاب هذا البعد في بناء الشخصية الشابة من خلال مؤسسات التنشئة الاجتماعية، اذ يلعب هذا البعد دوره في ضبط سلوك الفرد في السياق الاجتماعي.

واذا كانت هذه العناصر الأربعة هي التي تكون بناء الشخصية، فان طبيعة التفاعل بينهما وحجم المشاركة التي يؤديها كل عنصر بالعناصر الأخرى، هو الذي يحدد طبيعة الشخصية الناتجة(بشرى أيوب، 2018، ص. 83).

5. معايير تحديد مرحلة الرشد:

لقد أشار علماء النفس الى وجود مؤشرات و معايير رئيسية يمكن من خلالها الاستدلال على نمو الشخصية الفرد و بلوغه مرحلة الرشد، و بالتالي الحكم على أنه أصبح راشدا، و لعل أهم هذه المعايير:

1.5: المعيار الجنسي:

يشيع في الثقافات التقليدية و البدائية لدى عدد من الشعوب المتحضرة حتى وقتنا الحاضر يتعين الرشد بحدود بيولوجية، فيبدأ بالبلوغ الجنسي، و ينتهي بتوقف هذا النشاط، و المحك الجنسي شرط ضروري، إلا أن البلوغ الجنسي لا يؤدي حتما الى الرشد، و الرشد قد يصاحب البلوغ الجنسي، و قد يأتي بعده، إلا أنه بالطبع لا يسبقه.

و قد كان الرشد يتطابق مع البلوغ الجنسي في الثقافات البدائية، كما يتطابق في بعض الثقافات البسيطة الحديثة أو الثقافات البدوية إلا أنه مع تقدم المدنية تطلب الامر تأجيل العمر المعترف به للرشد بعد سبع أو ثماني سنوات من طور البلوغ الجنسي.

2.5: معيار العمر:

تتفق معظم الثقافات على ان الانسان يصل الى سن الرشد عند بلوغه سن الحادية و العشرين وهو العمر الذي يحدد قانونيا بانه اذا بلغه الفرد ، يكون قد استقل بتصرفاته و تحمل مسؤولية قراراته.

3.5: المعيار الاجتماعي:

و يقصد به الفرد قادر على شغل مكانته في المجتمع و القيام بمسؤولياته فيه و بالتالي يشير هذا المحك الى طبيعة المكانة الاجتماعية للفرد و طبيعة الأدوار الاجتماعية التي يؤديها في محيطه الاجتماعي، و تتميز هذه المرحلة بالديناميكية و يعود ذلك لسببين الأول: و يرجع الى ان مرحلة الرشد هي الفترة الواقعة بين مرحلتي "الاعداد" و القيام بدور فعال في بناء المجتمع اما السبب الثاني:

فيعود لدينامية هذه المرحلة التي ترجع الى طبيعة التكوين البيولوجي و الفيسيولوجي و الوضع الاجتماعي للفرد.

4.5: المعيار النفسي:

إن المحك الاجتماعية للراشد الذي أشرنا إليه، في الفقرة السابقة هو محك موضوعي، الا ان هناك محكا نفسيا يعتمد على الخبرات الذاتية للفرد يضاف اليه و يجعله جزءا من البيئة الاساسية لشخصية الفرد، و يشير علماء النفس المعاصرون الى بضعة دلالات توجه هذا المؤشر النفسي تشمل ما يلي:

- **العمر المدرك:** و يقصد به العمر الذي يشعر فيه الفرد بأنه أصبح راشدا، و إدراك الفرد لذاته يعكس كثيرا من الجوانب المختلفة كالنضج، و الدور الاجتماعي، و التوافق النفسي الاجتماعي .....وغيرها و لعل ذلك يفسر لماذا يتصرف بعض الشباب و كأنهم راشدين، وهم لا يزالون ربما في طور الطفولة، بينما نجد اخرين في منتصف العشرينات من العمر و أواخرها، ومع ذلك يعانون من صراع بين حاجاتهم و رغباتهم التي تبدو طفولية، و بين شخصية الراشد التي يصبون إليها.
- **الاستقلالية** : تعد الاستقلالية المؤشر النفسي الرئيس لمرحلة الرشد ، إذ يشعر الفرد أنه مسؤول عن نفسه، ويتخذ قراراته دون الحاجة المستمرة الى دعم الاخرين وخصوصا ممن هم اكبر سنا ويتجه نحو استقلال الرشد الى تلك القرارات تافهة و عديمة المعنى ام مهمة وذات قيمة، وكذلك عدم الرغبة في ان يتدخل الاخرون في هذه الشؤون، والقدرة على تحمل المسؤوليات و العواقب المترتب عليها وهذا المؤشر هو جزء من شخصية الراشد إذ يبين إن كان اتكاليا أو مستقلا.
- **الرغبة المستمرة في التعلم:** من المؤشرات النفسية المهمة لمرحلة الرشد، الرغبة المستمرة في التعلم و خصوصا التعلم الذاتي Self éducationالذي يتفق في جوهره مع محك استقلال الرشد.

6. متطلبات الارتقاء في مرحلة الرشد:

من المؤكد أن أزمات مرحلة الرشد و التي تمثل الجوانب السلبية بها في القلق والاكتئاب والإحساس بعدم السعادة يمكن أن تتضاءل إلى حد كبير اذا ما قبل الأشخاص بالأمرالواقع وهو انهم يتقدمون في السن، إن الكثير لا يقبلون بالأمر الواقع، وخصوصا هؤلاء الذين كانوا يتمتعون بالجاذبية والشهرة و

الثروة من خلال نشاطاتهم الرياضية وصغر سنهم وما تتركه هذه السن من جاذبية حيال الاخرين ومثل هؤلاء الأشخاص قد يصعب عليهم في واقع الامر مواجهة أزمات النمو التي تفرضها هذه المرحلة مالم يستطيعوا تغيير نشاطاتهم و أفكارهم عن أنفسهم، و البحث عن مصادر أخرى للمتعة.

وقد استطاع "توما يان" يحدد أربعة واجبات رئيسية في هذه السن كي يصبح بالإمكان تجاوز ازماته:

- تحقيق نجاح مهني أو عمل ليس من اجل الثروة فقط بل من أجل تحقيق الذات و الاحترام الشخصي
- **نجاح الحياة الزوجية:** في هذه المرحلة يصل عدد المتزوجين إلى 90% ومن المؤكد أن الحصول القرين المناسب و العلاقات الزوجية الصحيحة و الأطفال من العوامل التي تترك إحساسا بالنجاح و الرضا في المرحلة.
- **التوافق مع الواقع:** ان التوقعات الحالمة السابقة تتحول إلى توافق مع الوقائع الصارمة ومن مطالب النمو في مرحلة منصف العمر التوفق بين الأفكار والمثالية والأهداف المرسومة وبين الواقع باحتمالاته المحدودة والمحكومة بمبادئ ليس باستطاعتنا دائما تغييرها.
- **التغلب على رتابة الحياة و الخوف من التغيير:** وقد يتم بنجاح إذا تمكن الشخص من العثور على مصادر جديدة تسمح له بالتغيير و الحرية دون أن نهدد إحساسه بالأمن الاقتصادي أوالنفسي.

ومن مطالب الحياة السوية في هذه المرحلة نذكر:

- تقبل التغيرات الجسمية التي تحدث في هذه المرحلة و التوافق معها.
- توسيع الخبرات العقلية المعرفية بأكبر قدر المستطاع.
- تربية الأطفال و المراهقين و القيام بعملية التنشئة و التطبيع الاجتماعي لهم.
- التطبيع و الاندماج الاجتماعي.
- ممارسة المهنة وتحقيق التوافق المهني.
- إيجاد وتكوين روابط اجتماعية تتفق مع الحياة الجديدة.
- تكوين وتنمية الهوايات المناسبة لهذه المرحلة.

- تحقيق التوازن الانفعالي.
- تكوين مستوى اجتماعي واقتصادي مناسب و مستقر.
- تحمل مسؤوليات الحياة و الأسرة.

خلاصة:

يتبين من خلال ما سبق أن الإدمان ومرحلة الرشد ظاهرتين متعددتين الأبعاد و الأسباب تستحق الدراسة والاهتمام، وأن فهمها و معرفة أسبابها لا ينفصل عن فهم النمو النفسي للمدمن.

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد

أولا: الدراسة الاستطلاعية

1.الدراسة الاستطلاعية والهدف منها

2.الحدود المكانية للدراسة الاستطلاعية

3. الحدود الزمانية للدراسة الاستطلاعية

4. الحدود البشرية للدراسة الاستطلاعية

5. الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية

ثانيا: الدراسة الأساسية

1.المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية

2.الأدوات المستخدمة في الدراسة الأساسية

3.الحدود المكانية للدراسة الأساسية

4. الحدود الزمانية للدراسة الأساسية

5.الحدود البشرية للدراسة الأساسية

خلاصة

تمهيد:

بعدما تطرقنا للإطار النظري المتضمن ثلاثة فصول المتمثل الخاصة بالإطار المفاهيمي والمعارف النظرية المتعلقة بمجال موضوعنا، ففي هذا فصل سوف نتطرق إلى إبراز الإجراءات المنهجية التي اعتمدنا عليها من أجل الإلمام بالدراسة، وذلك باستخدام المنهج العيادي بالإضافة إلى أدوات المستخدمة، وكذا تحديد المجال المكاني والزماني للدراسة.

أولا: الدراسة الاستطلاعية

1. الدراسة الاستطلاعية والهدف منها:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية جوهر أي بحث علمي أكاديمي، فهي تعد من بين أبرز الخطوات التي يقوم بها الباحث أثناء دراسته لموضوعه، فهي تمكنه من جمع معلومات ومعارف أولية تخدم دراسته، وتحدد له الطرق العلمية التي بواسطتها تتم دراسة الموضوع بشكل سليم يؤدي إلى نتائج صادقة وحقيقية.

فهي بذلك تهدف إلى التعرف على الظروف التي ستقوم عليها الدراسة، وتكشف الصعوبات التي قد يمكن للباحث مواجهتها خلال دراسته، كما تهدف دراستنا للموضوع إلى تحقيق ما يلي:

- تحديد حالة الدراسة المناسبة من خلال توجهنا للمركز الوسيطي لعلاج أمراض الإدمان بولاية مستغانم.
- إجراء المقابلة مناسبة مع الحالات مناسبة لدراستنا.
- التعرف على الصعوبات التي يمكن ان نتعرض لها في ميدان الدراسة و التغلب عليها و إيجاد الحلول.
- تجسيد المعارف النظرية في الميدان وتطبيق الأدوات المناسبة للدراسة.
- توفير المعلومات حول الحالات لتسهيل الدخول الى الدراسة الأساسية.

فاستكمالا لتحقيق أهداف الدراسة تمت موافقة مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية لولاية مستغانم على تطبيق دراسة الموضوع بمقابلات مع حالات تساعدنا في الدراسة، باعتبار المركز الوسيطي لعلاج أمراض الإدمان توجد به مصلحة خاصة بالأخصائي النفساني.

2. الحدود المكانية للدراسة الاستطلاعية:

قمنا بإجراء الدراسة بمركز الوسيطي لعلاج المدمنين المتواجد بحي 220 مسكن تيجديت مستغانم من اجل دراسة الميدانية لأنه يضم حالات تعالج من الإدمان بإرادتها وهذا المركز التابع للمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ويدعم موضوع الدراسة والمتمثل في المدمنين على الأدوية النفسية.

3. الحدود الزمانية للدراسة الاستطلاعية:

وقد استغرقت مدة دراسة حوالي فدمت من 15 جانفي 2024 إلى 25 فيفري 2024، حيث تمت في هذه المدة قيام بدراسة ميدانية تطبيقية من خلال المقابلات العيادية مع الحالات، وبدأ توقيت التربص من ال 09:00 الى 12:00 يوم الاثنين و الثلاثاء و من 13:30 إلى 15:00 يوم الأربعاء .

4. الحدود البشرية للدراسة الاستطلاعية:

لقد أجرينا البحث الاستطلاعي خلال 10 حصص مع 10 حالات و تمت المقابلات مع الحالات مع الاخصائي النفساني اثناء حصة الفحص.

حيث يوضح الجدول الآتي الحدود البشرية:

جدول رقم 2: يبين الحدود البشرية للدراسة الاستطلاعية

الحالة	السن	الجنس	المادة المستهلكة	الكمية	مدة الاستهلاك
ج	23	ذكر	الحشيش ليريكا	500 دج 2حبات	9 سنوات
م	21	ذكر	كيتين كحول	3 أقراص	3 سنوات
ن	28	ذكر	كحول ليريكا	قارورتين 3 أقراص	5 سنوات
م	23	أنثى	ليريكا	4 أقراص	سنة
ك	41	ذكر	كوكايين الحشيش	مرة 500 دج	20 سنة 15 سنة
ز	20	ذكر	ترامادول	قرص	4 سنوات
س	29	ذكر	ترامادول الحشيش الكحول	قرصين 3 سجائر 4 قارورات	8 سنوات 10 سنوات 11 سنوات
ق	28	ذكر	اليريكا كيتيل اكتساسي	5 أقراص 3 أقراص	7سنوات 5سنوات 8سنوات
ع	29	ذكر	ليريكا الكيف	2 أقراص 500 دج	7 سنوات 3 سنوات
ل	24	ذكر	كيتيل ليريكا	2 أقراص 2 أقراص	3 سنوات 4 سنوات

يمثل هذا الجدول رقم (2) الحدود البشرية الدراسة الاستطلاعية و يتضح من خلاله اختلاف نوع الحالات من حيث الجنس و السن و التصنيف و مدة الاستهلاك، وثم إجراء 10 مقابلات مع 10 حالات مع الأخصائي النفساني.

5. الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية:

المقابلة العيادية: هي لقاء بين شخصين في وضعية تواصل وهما المختص العيادي مع العميل أوالزبون تتأسس في اطار خاص جدا هذا النمط من التواصل يدخل في علاقة مع نظرية معينة، بمعنى ان المقابلة العيادية تتموضع في اطار نظري معين كالتحليل النفسي أو التيار الإنساني (بوزيدي ، 2020).

وفي قاموس le petit robert يشير مصطلح المقابلة الى فعل تبادل الكلام مع شخص أو عدة أشخاص.

تكون المقابلة متبادلة من المختص إلى العميل ومن العميل إلى المختص في نفس الوقت.

الملاحظة العيادية: هي توجيه الحواس و الانتباه الى موضوع معين بهدف جمع المعلومات والبيانات الخاصة بالموضوع مع إعطائها تفسيرات علمية.

ثانيا: الدراسة الأساسية

بعد إجراء الدراسة الاستطلاعية والتأكد من صدق وثبات الأدوات الدراسة ثم إجراء الدراسة الأساسية.

1. المنهج المستخدم في الدراسة الأساسية:

من حيث المسلك المعتمد هو المنهج العيادي الذي يتماشى مع دراستنا لهذا الموضوع حيث وجب علينا التقرب من الحالة ومخالطتها ومجالستها وكذا ملاحظتها عن قرب واستجوابها عن طريق المقابلات.

فباعتبار المنهج العلمي أسلوب للتفكير والعمل يعتمده الباحث لتنظيم أفكاره وتحليلها وعرضها وصولا إلى نتائج وحقائق معقولة حول موضوع الدراسة اقتضيت منا استخدام المنهج العيادي كأفضل منهج يمدنا بحقائق ونتائج مهمة، حيث عرف على أنه: "دراسة إكلينيكية تساعد العديد من الأفراد في التخلص من مشاكلهم وضغوطهم النفسية التي تواجهها، حيث أصبح الأخصائي النفساني خلال الجلسات يقوم بدراسة حالة الفرو والتعرف على تاريخه وكيفية التخلص من مشاكله، إذ فإن المنهج العيادي هو الدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية (عادية أو مرضية)، يستهدف فهم الحالة لعالمان

بيشو وديلاي (J Delay&P Pichot 1996) فيؤكدان أن المنهج الإكلينيكي ينعدم من كل القوانين كما في اختبا رات الذكاء، يسمح بإعطاء علامات خاصة تتطلب بدورها وضع فرضيات تستلزم التحقيق، حيث غالبا ما يعد هذا المنهج الطريقة الوحيدة في الدراسة الفردية ويعتمد في بناء تشخيصه على قواعد ناتجة عن ملاحظات الفاحص نفسه أو ملاحظات فاحصين آخرين توصلوا إلى نفس النتائج.

بما أن دراستنا هي عبارة عن دراسة عيادية حول موضوع بروفيل النفسي للمدمن فقد استخدمنا المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة من أجل إجراء هذه الدراسة.

2. الأدوات المستخدمة في الدراسة:

1.2: تقنية دراسة حالة:

تعتبر أدوات الرئيسية التي تعين الأخصائي النفسي على التشخيص وفهم حاله الفرد والمقصود بها جميع المعلومات المنفصلة والشاملة التي تجمع عن الفرد والمراد دراسته في الحاضر والماضي وتعد دراسة الحالة التاريخ الشامل للحياة الفرد المعني بدراسة وتاريخ الحالة ما هي إلا جزء من الدراسة الحال، ,ويهدف إلى جمع المعلومات المفصلة تم تحليل نتائجها.

2.2: المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية من أكثر أدوات البحث استعمالا من اجل جمع البيانات حول الحالة التي نرغب بدراستها.

بحيث يعرفها "انروس" على أنها: "علاقة دينامية بين الطرفين أو أكثر، بحيث يكون احدهما أخصائي نفسي والطرف الآخر هو المفحوص طلبا للمساعدة الفنية المتميزة بالأمانة من جانب الأخصائي النفساني للمفحوصين في إطار علاقة الإنسانية الناجحة بينهم.

تصنف مقابلة البحث العيادية الى أنواع وفق درجة الحرية الممنوحة للمفحوص إلى:

1) مقابلة عيادية غير موجهة أي غير مقيدة يكون فيها المفحوص الحرية الكافية للتعبير حسب التداعي الحر لأفكاره، دون ان يتدخل الباحث ليقاطع المبحوث أو يوجه حديثه.

2) مقابلة عيادية موجهة يطرح فيها الباحث عددا من الأسئلة المحددة لا ينبغي للمفحوص الخروج عنها لأنها شكلها محضر مسبقا من طرف الباحث وفق فرضياته(عوادي، 2021، ص. 97).

3) مقابلة عيادية نصف موجهة وهي وتعرف بصفة عامة بأنها "محادثة موجهة يقوم بها فرد مع اخر او مع مجموعة من الافراد بهدف الحصول على اكبر قدر ممكن من المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي".

و لإجراء هذه المقابلة قمنا بصياغة مجموعة من الأسئلة وضعناها في صورة دليل المقابلة تناولنا فيها عدة جوانب، الحالة الاجتماعية والصحية وعلاقات المدمن ببيئته الأسرية والاجتماعية وظروف ادمانه وشعوره اتجاه مشكلته ومحاولاته للتخلص منها.

حيث اعتمدنا في دراستنا على المقابلة الموجهة والنصف الموجهة لأنها تسمح لنا بجمع اكبر قدر ممكن من المعلومات والبيانات عن الحالات وعليها كان الهدف منها:

إتاحة فرصة للمدمنين على الأدوية النفسية للتحدث بكل راحة تامة عن مشاكله وضغوطاته وصراعاته النفسية محاورة المبحوث بطريقه كلامية من أجل اقتناء المعلومات.

3.2: الملاحظة العيادية:

هي الخطوة الأولى في البحث العلمي وهي من أهم الخطوات في هذا البحث وذلك لأنها توصل الباحث إلى الحقائق وتمكنه من صياغة فرضياته ونظرياته عندما يقوم الباحث بجمع البيانات لأغراض بحث العلمي ما فإنه قد يحتاج لمشاهدة الظواهر بنفسه أو قد يستخدم المشاهدات الآخرين للظاهرة أو الظواهر ومن أنواعها: الملاحظة بالمشاركة، الملاحظة بدون مشاركة.

يتم تجميع الكثير من البيانات و السلوكات عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوك المفحوص لإتاحة فرصة ملاحظة مختلف سلوكيات المشاركين وردود افعاله اثناء المقابلة الاكلينيكية أو اثناء تطبيق المقاييس الدراسة و اثناء تطبيق البرنامج العلاجي. و قد اقتصرت هذه الدراسة على الملاحظات ذات الدلالة الاكلينيكية التي قد تسهم في عملية الكشف والتشخيص و العلاج.

3. الحدود المكانية للبحث الأساسي:

قمنا بإجراء الدراسة بمركز الوسيطي لعلاج المدمنين المتواجد بحي 220 مسكن تيجديت مستغانم من اجل دراسة الميدانية لأنه يضم حالات تعالج من الإدمان بإرادتها وهذا المركز التابع للمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ويدعم موضوع الدراسة والمتمثل في المدمنين على الأدوية النفسية فالمركز يتكفل بمتابعة حالته عن طريق:

- التوجه الى مكتب الاستقبال
- الطبيب المتكفل
- الطبيب الامراض العقلية
- الاخصائي النفساني

4. الحدود الزمانية للدراسة الأساسية:

وقد استغرقت مدة دراسة حوالي فدمت من 26 فيفري 2024 إلى 09 ماي 2024، حيث تمت في هذه المدة قيام بدراسة ميدانية تطبيقية من خلال المقابلات العيادية مع الحالات، وبدأ توقيت التربص من الـ 09:00 الى 12:00 يوم الاثنين و الثلاثاء و من 13:30 الى 15:00 يوم الأربعاء، وقد تم تقييم الوقت وفق المجال الزمني المتاح حسب المركز.

5. الحدود البشرية للدراسة الأساسية:

قمنا بإجراء البحث الأساسي على 3 حالات تكونت من اثنان ذكور و انثى مدمنين على المخدرات، و ثم انتقائهم من بين الحالات التي تخضع للعلاج بالمركز الوسيطي لعلاج المدمنين،فاختيار العينة كان قصديا، تتراوح أعمارهم من 24-32 سنة.

جدول رقم 3: يوضح توزيع الأفراد العينة للدراسة الأساسية

الحالة	السن	الجنس	المادة المستهلكة	الكمية	مدة الاستهلاك
الحالة ج	30	ذكر	ليريكا الحشيش الكحول	4اقراص يوميا 500 دج	9 سنوات
الحالة م	32	ذكر	ليريكا الحشيش	04 أقراص 500 دج	8 سنوات
الحالة ي	24	انثى	ليريكا	2 أقراص	6 سنوات

الجدول رقم (3) يمثلالحدود البشرية للدراسة الأساسية و يتضح من خلاله اختلاف نوع الحالات من حيث السن و التصنيف و مدة الاستهلاك

6. مقياس الدراسة:

1.6: مقياس بيك للاكتئاب:

بما أننا بصدد دراسة مستوى الاكتئاب عند المدمن على المخدرات، وبغرض اختبار فرضيات الدراسة الحالية وكذلك قياس متغيراتها قمنا باستخدام مقياس بيك للاكتئاب، ويعتبر هذا الأخير نقطة الانطلاق في البحث.

ثم ترجم هذا المقياس الى العربية الدكتور عبد الستار إبراهيم ، ويزود هذا المقياس المعالج بتقدير صادق وسريع لمستوى الاكتئاب، يتكون هذا المقياس من (21) سؤال، لكل سؤال سلسلة متدرجة من أربع بدائل مرتبة حسب شدتها، و التي تمثل اعراضا للاكتئاب، و تستخدم الأرقام من (3-0) لتوضيح مدى شدة الأعراض.

أ. تقديم السلم :

- الاسم
- الجنس
- المستوى

- السن
- الوضعية العائلية
- المهنة

ب. **التعليمة:** في هذه القائمة مجموعة من العبارات ، الرجاء ان تقرأ كل مجموعة على حدا ثم قم بوضع دائرة حول رقم العبارة (0 أو1 او 2 او 3) التي تصف حالتك خلال الأسبوع ، و تأكد من قراءة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و انك اجبت على كل مجموعة(غريب، 1985، ص. 6-7).

ج. **طريقة التطبيق و التصحيح:**

- يطبق المقياس على الأشخاص البالغين 15 سنة فأكثر.
- يختار المفحوص أحد البدائل الأنسب لوضعه الحالي، بوضع دائرة حوله.
- درجة كل سؤال هي رقم العبارة التي اختارها المفحوص فمثلا، اذا اختار المفحوص البديل رقم 03 فإن درجته لهذا السؤال 3 وهكذا.

تجمع الدرجات الكلية و تصنف وفقا لـ:

- من 0 إلى 9: لا يوجد اكتئاب
- من 10 إلى 15: اكتئاب بسيط
- من 15 إلى 23: اكتئاب متوسط
- من 24 إلى 36:اكتئاب شديد
- من 37 فما فوق: اكتئاب شديد جدا

د. **هدف المقياس:**يهدف الى التعرف على الأعراض الاكتئابية و خاصة الاكتئاب الشديد و تحديد درة هذه الأعراض.

هـ. **الخصائص السيكوميترية لمقياس بيك:**

- **الثبات** : قام الباحث بشير معمارية 1998 بحساب ثبات على عينة متكونة من 63 طالب وطالبة 28 من الذكور و 35 من الاناث من السنوات الأربعة بمعهدي العلوم الاجتماعية و الآداب واللغة العربية في جامعة باتنة بفاصل زمني بين التطبيقين يتراوح بين 18 يوما و 27 يوما فوصل

معامل الارتباط بين التطبيق بطريقة بيرسون من الدرجات الخام الى 0.832 عند مستوى الدلالة 01.0(براهيمي و بوسكرة، 2022، ص. 61).

- **الصدق:** قام الباحث بحساب معامل الصدق بطريقتين الأولى عن طريق صدق التلازمي فحسب المعامل بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين مقياس بيك للاكتئاب و مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب لزونج وهو تعريب و اعداد رشاد عبد العزيز موسى 1988 على عينة متكونة من 43 طالب من معهدي العلوم الاجتماعية و الاقتصادية في جامعة باتنة ، فوصل معامل الارتباط بين المقاييس الى 0.825 ، وهو دال عند مستوى الدلالة 0.01 و الثانية عن طريق الاتساق الداخلي وهو احدى طرق حساب صدق التكوين ، حيث ثم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للمقياس على عينة متكونة من 82 طالب وطالبة 34 ذكور 48 انات من معاهد العلوم الاجتماعية و الري و الاقتصاد و اللغات و العلوم الدقيقة، حيث كانت درجات تتراوح بين 0.60، 0.44 لدى الذكور حول الإجابات على عبارات المقياس (13 بند) عند مستوى الدلالة 0.01 اما نتائج الاناث على عبارات المقياس تراوحت بين (0.48/ 0.65).

ومن خلال معاملات الثبات و الصدق التي ثم استخراجها لهذا المقياس كلها مرتفعة و دالة إحصائية هذا ما يجعل المقياس صالحا لتطبيقه في دراسات على الاكتئاب(بشير، 1998، ص. 149-153).

2.6: مقياس كوبر سميت لتقدير الذات:

أ. **تعريف بالمقياس:**صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي "كوبر سميت" cooper smith سنة (1967)، حيث تستمد فقرات الاختبار جدورها من اختبار "روجرز و دايموند"، كما نجد نسخة مبسطة ومصغرة لاختبار "كوبر سميت" و تتكون من 25 فقرة مختارة من 50 فقرة الاصلية، وأجريت دراسة سنة (1977)، واكدت الخصائص السيكوميترية لهذا الاختبار المبسط. (فراحي، 2011)

تم بناء اختبار تقدير الذات لكي يقيس الاتجاهات التقييمية لدى الفرد اتجاه نفسه في الميدان الاجتماعي، الأسري، الشخصي و المدرسي أو المهني.

ب. كيفية تطبيق الاختبار:يمكن تطبيق المقياس فرديا أو جماعيا، و نادرا ما يزيد وقت التطبيق عن عشر دقائق في أي صورة من صور المقياس ويجب على الفاحص أن يتحاش استخدام حكمة تقدير الذات أو مفهوم الذات عندما يطبق المقياس على المفحوصين وفي العنوان أيضا متى استجابات التحيز

ج. الهدف من المقياس:

هو معرفة مستوى المفحوص و قياس نسبة تقدير الذات.

د. طريقة التصحيح:

العبارات السالبة تحمل الأرقام التالية: 2، 3، 6، 7، 10، 11، 12، 13،15،16، 17، 18، 21، 22، 23، 24، 25.

العبارات الموجبة تحمل الأرقام التالية: 1، 4، 5،8،14، 19،20.

إذا كانت الإجابة (لا تنطبق) على العبارات السالبة نمنحه درجة واحدة، اما اذا كانت الإجابة (تنطبق) نمنحه 0.

إذا كانت الإجابة على العبارات الموجبة (تنطبق) نمنحه درجة واحدة، إذا كانت إجابته (لاتنطبق) نمنحه 0.

يمكننا الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة و ضرب التقدير الكلي للدرجات الخام في العدد 4.

هـ. تصنيفات المقياس :

- من 20-40 درجة منخفضة.
- من 40-60 درجة متوسطة.

- من 60-80 درجة مرتفعة.

و. الخصائص السيكوميترية لمقياس تقدير الذات على عينة جزائرية:

بعد إجراء التطبيق وتصحيح إجابات المفحوصين على قائمة تقدير الذات لكوبر سميث، والاستبيانات المطبقة معها، اسفرت هذه العملية على النتائج التالية:

- **الصدق:** يتميز المقياس بمستوى عالي من الصدق حيث استخدم الباحث عدة طرق لحساب الصدق هي:

أ) **الصدق التمييزي:** الذي أكدت نتائجه أنه دال إحصائي عند مستوى دلالة 0.01 بالنسبة للذكور والإناث.(حمزاوي، 2017، ص. 174)

ب) **الصدق الاتفاقي:** اعتمد الباحث على قائمة (غريب عبد الفتاح 1995) و قائمة فعالية الذات وقائمة تكساس لتقدير الذات و أسفرت النتائج عن وجود معاملات ارتباط بين المقاييس الثلاثة موضحة بالترتيب كالتالي: 0.24- 0.29-0.75 دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01و0.05.

ج) **الصدق التعارضي:** استخدم الباحث لحساب الصدق التعارضي استبيان (احمد محمد عبد الخالق 2000) و قائمة الياس ل "بيك" (بدر محمد الانصاري 2001) و اسفرت النتائج عن وجود معاملات صدق مرتفعة 0.43، 0،54 عند مستوى دالة إحصائيا 0،01

- **الثبات:** قام الباحث بحساب الثبات بطرقتين :

أ) **طريقة إعادة تطبيق الاختبار:** أسفرت النتائج عن معامل ثبات يساوي 0،70عند مستوى دلالة 0.01

ب) **معامل الفا:** اسفرت النتائج عن معامل ثبات يساوي 0،82

يتبين من معاملات الصدق و الثبات ان قائمة "كوبر سميت" لتقدير الذات مقننة من طرف الباحث تتميز بشروط سيكوميتيرية مرتفعة على عينات البيئة الجزائرية. مما يجعلها صالحة للاستعمال بكل اطمئنان في دراستنا الحالية.

خلاصة :

نستخلص من هذا الفصل عرضا للإجراءات الميدانية للدراسة هو ان هذا الفصل المنهجي يعتبر العمود الفقري الذي تقوم عليه الدراسة او البحث ككل، فمن خلاله تمكنا من الإحاطة الشاملة بمختلف جوانب الموضوع وذلك بعد اجراء مقابلات مع الحالات ساعين لتحقيق اهداف الدراسة.

الفصل الخامس

عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

1.عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

2.عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

3.عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة

خلاصة

تمهيد:

فإن دراستنا لموضوع البروفيل النفسي للمدمن ومن اجل دراسة هذا الموضوع دراسة عيادية قمنا بدراسة ثلاثة حالات من مدمنين على المخدرات.

1. عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى

1.1: البيانات الأولية:

الاسم : ج

السن: 30

الوضعية الاجتماعية: متزوج

الجنس: ذكر

المستوى الاقتصادي: ضعيف

المستوى الدراسي: ثانوي

المهنة: بحري

عدد الاخوة:3

الترتيب بين الاخوة:1

مكان الإقامة: مستغانم

السوابق العائلية: لا يوجد

السوابق الشخصية: القرحة المعدية

نوع المادة المتعاطاة: الحشيش، ليريكا، الكحول

سيمولوجية الحالة:

الحالة (ج) ذكر يبلغ من العمر 30 سنة متوسط القامة، عينان بنيتان، شاحب الوجه، ملابسه: نظيفة، ملامح الوجه: حزينة. لغة: مفهومة و أفكاره منظمة و متسلسلة، التركيز: ضعيف، النوم: يعاني من الأرق.

2.1: سير المقابلات مع الحالة الأولى:

جدول رقم 4: يوضح سير المقابلات مع الحالة الأولى

المحور	عدد المقابلات	الهدف من المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة الزمنية
التعرف على الحالة	المقابلة 01	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية	2024/02/26	35د
تاريخ الحالة	المقابلة 02	معرفة التاريخ الشخصي والمرضي للحالة وعلاقته مع أسرته	2024/03/4	40د
الاكتئاب	المقابلة 03	تشخيص و تقييم الاكتئاب عن طريق مقياس بيك للاكتئاب	2024/03/11	35د
تقدير الذات	المقابلة 04	تقييم تقدير الذات عند الحالة عن طريق تطبيق مقياس كوبر سميت	2024/03/18	35د

يمثل هذا الجدول رقم (4) سير حصص المقابلات للحالة (ج) حيث تم اجراء أربعة مقابلات معها وكانت المحاور كالتالي: (التعرف على الحالة، تاريخ الحالة، محور الاكتئاب، تقدير الذات).

3.1: ملخص المقابلات مع الحالة:

المحور الأول: التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية

ملخص المقابلة الأولى: أجريت يوم: 2024/02/26 مدتها 35د

كان الهدف منها جمع البيانات الأولية للحالة

الحالة ج ذكر البالغ من العمر 30 سنة من ولاية مستغانم ،لديه 03 اخوة وهو الأكبر ، مستواه الاقتصادي ضعيف، متزوج و اب لبنتين، يعيش مع اسرته المتكونة من زوجة و بنتيه يعاني الحالة من القرحة المعدية حيث صرح لنا أنه يعاني منها بسب تناوله حبوب ليريكا.

ذاكرته ضعيفة، لغته مفهومة و أفكاره متسلسلة و منطقية، يعاني الحالة من صعوبة اضطرابات النوم و بالضبط من الأرق.

كما لا يوجد سوابق للإدمان في العائلة، الحالة يرد مشكلة الإدمان على المخدرات إلى المشاكل المختلفة العائلية و المهنية التي يعاني منها في حياته.

الحالة لم يتجاوب معي كثيرا في المقابلة الأولى لأنه كانتتبدو عليه أعراض التوتر ظاهرة عليه وعدم الارتياح بالإضافة الى نوع من الارتباك من خلال تحريك قدميه و يديه بكثرة.

اذن بعد جمعنا للبيانات حول الحالة قمنا بإعطائه موعد للمقابلة المقبلة.

المحور الثاني: معرفة التاريخ الشخصي والمرضي للحالة وعلاقته مع أسرته

ملخص المقابلة الثانية: أجريت بتاريخ:2024/03/4 مدتها 40د

هدفت إلى معرفة التاريخ الشخصي و المرضي للحالة وعلاقته مع أسرته

فالحالة "ج" عاش طفولة غير مستقرة بسبب الاب الذي لا يعمل و ما ترتب على بطالة الأب من مشاكل بين الوالدين كالشجار و النقاشات الحادة فقرر قطع الدراسة ليتكفل بتوفير قوت اسرته من

خلال تصريحه أنه: "**أوقفت الدراسة لأن عائلتي لم تجد ما تأكله**" فعمل في الصيد البحري و نظرا لمشقة المهنة و التقائه برفقاء السوء في العمل فبدأ بتعاطي منذ ان كان في عمره 19 سنة فبدأ بالحشيش و التبغ ثم ليريكا و عند حديثنا معه كان الحالة مصر على ان الصحبة السيئة و مخالطة رفقاء السوء المدمنين هي التي أودت به إلى عالم الادمان.

أما عن علاقة الحالة بوالديه فيذكر ان الأب كان شديد القسوة معه لم يكن قريب منه و لم يكم هناك تواصل جيد معه، أما الأم فكانت شديدة الانتقاد لسلوكياته و تتهمه دائما أنه لا يفيد في شيء، سألنا الحالة عما ان كان الأبوين يقولون له عبارات التثمين و التقدير فضحك و قال أنه لا يذكر ذلك أبدا.

الحالة تزوج في عمر 25 سنة ظنا منه ان زواجه كان سينقد أوضاع التي عاشها بقوله: "**أنه كان يظن أن الزواج سيساعده في بناء حياة هادئة و مستقرة**"، لكنه عاش فترة زواجه مليئة بالمشاكل الاسرية و الاضطراب في العلاقة بينهم فالحالة لم يستطع التعايش مع عائلته بسبب عدم التوافق بين عائلته و زوجته مما جعله دائما يفكر فالانفصال عنها بقوله أنه: "**كان عنيف مع زوجته و يضربها و هي لم تستطع التحمل و كان يفكران في الطلاق**".

الحالة عاش حياة مليئة بالمشاكل و الاضطرابات العلائقية داخل الأسرة وهذا ما دفعه للبقاء في دائرة الإدمان.

المحور الثالث: تشخيص و تقييم الاكتئاب عن طريق مقياس بيك للاكتئاب

ملخص المقابلة الثالثة: أجريت بتاريخ:2024/03/11 مدتها 35د

هدفت إلى الكشف عن الاكتئاب و تقييمه لدى الحالة ج عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب.

الحالة يظهر عليه مشاعر الإحباط و اليأس و انخفاض واضح في المزاج وعدم الشعور بمعنى الحياة، طلبنا من الحالة أن يفسر لنا قوله عدم الشعور بمعني الحيات فأجاب أنه ليس لديه رغبة أو شغف للقيام بأس شيء، فهمنا من هذا أنه فقدان اللذة و الرغبة في مزاولة نشاطات الحياة، الحالة صرح أنه قد حدث و أن راودته أفكار وضع حد لحياته نتيجة المشاكل و الصراعات في علاقاته

الاسرية و المهنية لقوله أنه يحس نفسه وحيدا و لا أحد يفهم معاناته و هذه الحياة تعيسة ولا تستحق عيشها، يذكر الحالة ان لديه اضطراب في النوم و خاصة الأرق و شعوره المتكرر بالتعب نتيجة العمل الشاق، و لكن فهمنا أنه لاضطراباته النفسية من ضغط و اكتئاب علاقة الثقل النفسي الحركي لديه.

الحالة يخضع الآن لعلاج الطبي فكان يتناول أدوية مضادة للاكتئاب مثلdepretine 20mg حبة في الصباح وTranxene mg 10 حبتين في الليل فيذكر الحالة أنه يشعر بتحسن بسيط بفضل هذا الدواء خاصة من جهة النوم.

بعدها قمنا بتقديم مقياس بيك للاكتئاب للحالة و شرحنا له التعليمات و طلبنا منه الإجابة على الأسئلة و كان متعاون.

المحور الرابع: تقييم تقدير الذات عند الحالة عن طريق تطبيق مقياس كوبر سميت

ملخص المقابلة الرابعة: أجريت بتاريخ 2024/03/18 مدتها 35د

هدفت إلى تقييم تقدير الذات عند الحالة عن طريق تطبيق مقياس كوبر سميت

الحالة يخضع حاليا للعلاج الطبي في مركز علاج الادمان و هو الان في مرحلة تصفية السموم حيث قام بالتوقف كليا عن شرب الكحول و يقوم حاليا بإنقاص جرعات المخدرات بسبب الكميات الكبيرة التي كان يتعاطاها إضافة الى الأنواع المختلفة منها.

الحالة يعاني من مستوى مزاج منخفض و لوم الذات ويرد ذلك إلى مجموعة من الأسباب هي فشله في بناء حياة مستقرة و سقوطه في فخ الادمان و فشله في محاولات التوقف عن التعاطي و قول أنه يقارن نفسه دائما مع الآخرين و يجد أنهم أحسن منه من جانب الحالة الاجتماعية و الاقتصادية فيقوده هذا إلى احتقار ذاته و صرح أيضا أن هذا الاحساس بالدونية و الألم يحاول دائما التخفيف منه و الهروب من هذه المشاعر السلبية بتناول المخدرات.

الحالة عاش فترة من الصراعات حادة مع نفسه رغما عن ذلك كان يحاول تغيير حياته للأحسن لك الادمان منعه من ذلك، حيث يشعر الحالة بالعجز بسبب عدم قدرته على التوقف إضافة إلى الشعور بالندم لأنه أصبح يتعاطى المخدرات، فالحالة مدرك ما وصل إليه.

جدول رقم 5: يوضح نتائج تقطيع نص المقابلة الخاص بالحالة الأولى

المحاور	العبارات السالبة	العبارات الموجبة	مستوى كل محور
الاكتئاب	1-2-3-4-5-6-7-8-10-11-12-13-16-19-20-21-22-23-28-30	/	مستوى مرتفع جدا
تقدير الذات	29-31-32-36-37-38-39-66	33-34-35	مستوى منخفض
مشاكل أسرية	9-25-26-43-59-60	40	مستوى مرتفع
مشاكل في التكيف	14-15-17-18-27	42	مستوى مرتفع
الإدمان	44-45-46-47-48-49-51-54-56-58	50-53-57	مستوى مرتفع
التعافي من الإدمان	/	61-65	مستوى مرتفع

يمثل الجدول (5) عرض نتائج تقطيع المقابلات الخاصة بالحالة الأولى حيث تبين أن لديه مستويات مرتفعة في كل المحاور ومرتفعة جدا في محور الاكتئاب، أما محور تقدير الذات منخفض.

4.1: تحليل المقابلات الحالة الأولى:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة (ج)وجدنا أنه يعاني من انخفاض كبير في المزاج ولوم الذات فقدان الرغبة في النشاطات و الأرق و الثقل النفسي الحركي و الأفكار الانتحارية و هذا يشير إلى وجود اكتئاب مرتفع و هذا ما وضحه جدول تقطيع نص المقابلات الذي وجدنا فيه مستوى الاكتئاب مرتفع جدا وذلك بسبب الظروف المزرية التي عاشها و التي أجبرته على ترك الدراسة والانتقال الى عالم الشغل و الضغوط المهنية التي واجهها و هو في سن صغيرة ليبدأ مرحلة التعاطي فكان للصحبة للسيئة السبب المباشر لدخوله الى دائرة الإدمان من خلال تصريحه: "**مخالطة أصدقاء السوء هي التي جعلتني أتناول المخدرات**".

ومن ناحية تقدير الذات فكان مستواه منخفض عند الحالة فهو يشعر بضعف الثقة في النفس حيث قال خلال تصريحه: "**أحس الناس أحسن مني**" وشعوره السلبي اتجاه ذاته من خلال تصريحه: "**قبل أن أبدأ أي شيء أحكم على نفسي بالفشل**". كما أنه لديه حساسية من نظرة الناس إليه وانتقادهم الدائم لكل أعماله لقوله: " **أصحابي و عائلتي و حتى الناس الذين لا أعرفهم دائما ما ينتقدون ما أقوم به.**" كما أن للحالة شعور عميق بالندم على حالته نتيجة ادمانه على المخدرات والتي راها كوسيلة للهروب و النسيان ما يعيشه من ظروف مزرية و اضطراب علائقي مع الأبوي وزوجته.

أما من ناحية مشاكل اسرية كان مستواه مرتفع وذلك يوضح البيئة الاسرية السلبية التي نشأ فيها المتمثلة في المشاكل بين الأبوين و طريقة تعاملهما و هو الآن قد قطع الاتصال مع افراد عائلته من خلال تصريحه: "**أنا الآن لا أتكلم مع عائلتي قعت الاتصال بهم**"، الحالة بسبب الوضعية المزرية التي يعيشها و المتمثلة في الإضرابات النفسية التي يعاني منها و مشكل الإدمان على المخدرات أثر بالسلب على علاقته مع زوجته فلم يستمكن من انشاء رابطة زوجية سليمة إذ قال لنا: "**كثرت المشاكل بيني و بين زوجتي و أصبحت اغضب بسرعة ثم اضربها**".

أما من ناحية الإدمان عن المخدرات كان مستواه مرتفع فهو الآن مدمن على الكحول و الحشيش و الأدوية ذات التأثير النفسي خاصة حبوب ليريكا، فهو يستعملها كوسيلة للهرب من حالة الضغط

والحزن الناشئان عن تدهور وضعيته النفسية حيث قال في تصريحه:" **اتناول المخدرات لكي انسى**".

الحالة حاليا قرر الإقلاع عن تعاطي المخدرات التي ذكرناها سابقا و ظهرت عليه مجموعة من الاعراض المتمثلة في القلق الزائد و الشعور بالحاجة الماسة الى المخدرات، العصبية والعدوانية، التعرق، زيادة خفقان القلب إضرابات النوم أرق و نوم متقطع وكل هذه الاعراض تندرج ضمن أعراض الانسحاب و قد أثرت عليه من خلال تصريحه: "**لا استطيع النوم و اريد البقاء وحيدا أعراض الانسحاب هلكتني**".

و قد توجه إلى المركز الوسيط لعلاج أمراض الادمان لبا للمساعدة و العلاج و هو الان في مرحلة العلاج الطبي للمخدرات حيث يقوم بالامتناع التدريجيي عن استهلاك المواد المخدرة و كان مستوى الامتناع عنده مرتفع و يعتبر جانب إيجابي من خلال تصريحه: "**سوف أصبر و اتشجع لتجاوز مراحل العلاج**".

فالحالة أظهر أن لديه رغبة في العلاج حيث أدرك المشكلة التي وصل إليها ويريد الخروج منها.

5.1: نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات :

جدول رقم 6: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات للحالة "ج"

النتيجة	المستوى
36	تقدير ذات منخفض

يتضح من خلال الجدول رقم (6) ان الحالة تحصل على درجة 36 وعليه فان الحالة لديه مستوى تقدير الذات منخفض .

6.1: نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

جدول رقم 7: يوضح نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة "ج"

النتيجة	المستوى
30	اكتئاب شديد

يتضح من خلال الجدول رقم (7) أن الحالة تحصل على درجة 30 وعليه فان الحالة لديه مستوى الاكتئاب شديد، فكان مرتفع في بنود: الحزن، التشاؤم، الشعور بالذنب، التعب، التوتر، فقدان الاهتمام بالنشاطات المعتادة شديدين أما بقية فكانت مستوياته متوسطة.

7.1: تحليل العام للحالة الأولى :

من خلال المقابلة و الملاحظة ومن خلال تطبيق مقاييس كوبر سميت لتقدير الذات و بيك للاكتئاب، جاءت النتائج التي تحصلنا عليها بنسب متماثلة بالمقارنة بين نتائج المتحصل عليها في المقابلات و النتيجة التي تحصل عليها في المقاييس فيما يخص اضطراب الاكتئاب تحصل على 30 درجة و كانت مرتفعة جدا ما يعني أن الحالة يعاني من اكتئاب شديد تجلى في مجموعة من الأعراض كالانخفاض في المزاج حيث قال لنا الحالة: "**كرهت الدنيا**"، "**لا أشعر أني بحالة نفسية جيدة**"، لديه أيضا انعدام الرغبة في ممارسة النشطات اليومية المتعود عليها قالها لنا: "**لا أحس برغبة في فعل أي شيء**"، الثقل النفسي الحركي، الأرق و جودة نوم سيئة الذي تعتبر أعراض مشتركة بين الاكتئاب النفسي و أعراض الانسحاب حيت تجل في قوله: "**أنا لا أنام كليا تقريبا** ، "**أرى الكثير من الكوابيس**"، انخفاض في الطاقة و لوم الذات حيث قال: "**أنا أتجمل جزء كبير من مسؤولية ما أنا فيه**"، الأفكار الانتحارية إذ قال لنا: "**أريد أن أضح حدا لحياتي و أستريح**".

كما كان مستوى تقدير ذات منخفض حيث تحصل في مقياس كوبر سميت لتقدير الذات على درجة 36 و هذا ما أكدته المقابلات التي أجريناها معه فهو لديه شعور عميق بالدونية و كثير المقارنة بين نفسه و الأخرين حيث قال لنا: "**أحس نفسي أقل قيمة من باقي الناس**"، "**أشعر أن الأخرين هم أفضل مني**"، و لديه معتقد راسخ بانعدام الكفاءة و قالها "**قبل أن أبدأ أي نشا أحكم عليه بالفشل**"، و

ما لاحظناه أيضا هو الحساسية الزائدة من نظرة الناس إليه فهو يعتقد أنهم يحرونه و لا يثمنون ما يقوم به.

نظرا للاضطرابات النفسية الذي يعاني منه الحالة و الذي جاءت به نتائج دراستنا كان لابد من البحث عن أسباب ذلك و لقد وجدنا أن الحالة نشأ في بيئة سلبية تمثلت في المشاكل الأسرية ابرزها العصبية و العنف بين الأب و الأم و بين الوالدين و الحالة، حيث أن الحالة تعرض للعنف الجسدي واللفظي من طرف الأب في مرحلة الطفولة و المراهقة و كانت الأم شديدة الانتقاد له تركز على سلبياته فقط مع غياب شبه تام للتثمين و تعزيز السلوكيات الحسنة و هذه الرسائل السلبية كونت معتقدات الدونية و احتقار الذات ادت فيما بعد الى انخفاض في تقدير الذات وتكوين شخصية لا تحسن التعامل مع المواقف الحياتية و اليومية. و هذا ما تؤكده الحالة حيث أنه بعد الانقاع عن الدراسة و الذهاب إلى عالم الشغل عمل صياد و بحكم طبيعة المهنة الشاقة و المليئة بالضغوطات توجه الى الإدمان و ذلك لتسيير ضغوط العمل المذكورة حيث قال: "**عانيت كثيرا من العمل في الصيد البحري و بسببه أصبحت أتعاطى المخدرات**" و هروبا من المشاعر السلبية المؤلمة من خلال قوله: "**كنت اتناول المخدرات لكي انسي آلامي**" و مر بجميع مراحل الإدمان، المرحلة الأولى كانت جيدة بالنسبة له بحكم أن المخدرات تعطيه سعادة وهمية مؤقتة لكن مع مرور الوقت و وقوعه في فخ التبعية اصبح الحالة مرتبط بالمواد المخدرة ارتباطا جسديا و نفسيا.

حيث ان مدرسة التحليل النفسي فسرت الإدمان بارتباطه بالاضطرابات التي حدثت مع المدمن في مراحل الطفولة الأولى (المرحلة الفمية) أن أساس الإدمان هو اضطراب علاقات الحب و الكراهية للولد في نفس الوقت و هذا ما تجسد عند الحالة الأولى بحيث كانت طفولته مليئة بالصراعات حيث ان الاب كان شديد القسوة له و الأم كانت شديدة الانتقاد لسلوكياته كما ترى هذه النظرية ان المدمن يستهلك المخدر بحثا عن التوازن بينه و بين واقعه و يحاول من خلاله اشباع حاجات طفلية لا شعورية(عبوين).

الحالة الأن تقدم إلى المركز الوسيط لعلاج أمراض الإدمان ليطلب المساعدة على الإقلاع والتعافي لديه رغبة و دافعية قوية للتغيير وهذا كان واضحا ف مستوى الامتناع في المقابلات اذ قال لنا في: "**أريد أن أتوقف عن تناول هذه السموم**"، "**أريد أن أبدأ حياة جديدة**".

2. عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية:

1.2: البيانات الأولية:

الاسم: م

السن: 32

الوضعية الاجتماعية: أعزب

الجنس: ذكر

المستوى الاقتصادي: متوسط

المستوى الدراسي: جامعي

المهنة: لا يعمل

عدد الإخوة: 4

الترتيب بين الإخوة: 1

مكان الإقامة: مستغانم

السوابق العائلية: الأخ مدمن

السوابق الشخصية: عملية على مستوى الصدر

نوع المادة المتعاطاة: الحشيش، ليريكا، الكحول

سيمولوجية الحالة:

الحالة (م) ذكر يبلغ من العمر 32 سنة طويل القامة، أسمر البشرة، عينان بنيتان، شاحب الوجه، ملابسه: نظيفة، ملامح الوجه: حزينة. لغة: غنية و منطقية، التركيز: ضعيف، النوم: يعاني من الأرق.

2.2: سير المقابلات مع الحالة الثانية:

جدول رقم 8: يمثل سير المقابلات مع الحالة الثانية

المحور	عدد المقابلات	الهدف من المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة الزمنية
التعرف على الحالة	المقابلة 01	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية	2024/03/05	40د
تاريخ الحالة	المقابلة 02	معرفة التاريخ الشخصي و المرضي للحالة وعلاقته مع أسرته	2024/03/12	40د
الاكتئاب	المقابلة 03	الكشف و قياس الاكتئاب عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب	2024/03/19	35د
تقدير الذات	المقابلة 04	تقيم تقدير الذات لدى الحالة مع تطبيق مقياس كوبر سميت	2024/03/28	35د

يمثل هذا الجدول رقم (8) سير حصص المقابلات للحالة (م) حيث تم إجراء أربعة مقابلات معها وكانت المحاور كالتالي: (التعرف على الحالة، تاريخ الحالة، محور الاكتئاب، تقدير الذات).

3.2: ملخص المقابلات مع الحالة الثانية:

المحور الأول: التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية

ملخص المقابلة الأولى: أجريت يوم 2024/03/05 دامت 40 دقيقة

هدفت هذه المقابلة الى التعرف على الحالة و جمع البيانات الأولية.

تقدم الحالة الى المركز الوسيط لعلاج امراض الإدمان بمستغانم بمفرده، كانت المقابلة الأولى في ظروف جيدة و مريحة في مكتب الاخصائي النفساني العيادي الخاص بالمركز ، أجريت في جو ملائم و هادف اردنا فيها كسب ثقة المفحوص كما انه ابدي كل أنواع التعاون بمجرد ما طرحنا عليه فكرة ان حالته ستساعدنا في دراستنا ، كان محور هذه المقابلة الإلمام بكل جوانب الحالة و بياناته الشخصية.

فالحالة "م"ذكر يبلغ من العمر 32 سنة من مستغانم لديه 3 اخوة مستواه الاقتصادي متوسط، أعزب يعيش مع أبيه و إخوته، ذاكرته ضعيفة انتباهه متوسط لغته غنية و مفهومة و أفكاره منظمة ومنطقية و متسلسلة نشاطه الحركي متوسط، خلال المقابلة اتضح أن أبوه و أخوه مدمنين على المخدرات ، الحالة يتعاطى حبوب ليريكا بمدار 2 الى 4 أقراص يوميا و 500دج الحشيش فالحالة متوقف عن العمل منذ 5 اشهر و يرد ذلك الى مشكل التعاطي الذي بسببه لم يعد قادر على تأدية مهامه.

المحور الثاني: معرفة التاريخ الشخصي و المرضي للحالة وعلاقته مع أسرته

ملخص المقابلة الثانية: أجريت يوم 2024/03/12 دامت 40 دقيقة

هدفت الى معرفة التاريخ الشخصي و العائلي للحالة وعلاقته مع اسرته

الحالة منذ طفولته عاش فاقدا للاستقرار الاسري بسبب طلاق الوالدين و هو في سن 10 سنوات فألام تخلت عن مسؤوليتها بتربية أولادها وتزوجت من رجل اخر و بقي هو و أخوته الاثنين مع ابيه الذي لم يولهم اي حب أو اهتمام فالأب كان يقدم الرعاية دون التربية فدوره كان توفير الماديات لا غير من خلال تصريحه: "**أبي لا يبدي أي اهتمام بنا همه هو توفير الاكل لا غير فكان منعدم الحنان.**"

أما علاقته مع إخوته فكان يقدم الحب و الحنان و الرعاية خلال قوله : "**إخوتي أحبهم و أحاول أن أعوضهم عن حنان الوالدين**".

سألنا الحالة إن كان يزور أمه فأجاب أنه كان يراها نادرا فلم تكن الأم تتصل بهم أو تسأل عن حالهم و كان يشعر أنها لا تريد.

الحالة يعاني من اضطرابات سلوكية مثل السرقة حيث قال لنا "**كنت اسرق**". والإدمان من خلال تصريحه: "**ثم التدخين 8 سجائر في اليوم إضافة الى الحشيش 500دج ثم تناول أقراص ليريكا من 2 الى 4 حبات في اليوم**" و العنف و سرعة الاستثارة فهو كثير المشاكل و سبق له و ان دخل السجن بسبب عراك مع أحد الأشخاص، كما قال لنا أنه يحس بشعور بالوحدة و يعتقد ان الناس تنفر منه و لا تحبه، وهو حاقدا على حياته فانعكس ذلك على سلوكه فاصبح منحرفا حسب قوله.

الحالة يشعر بالندم و الحزن و اليأس نتيجة لتعاطيه للمخدرات وعدم السيطرة على نفسه فهو في تزايد مستمر للحاجة الى التعاطي.

المحور الثالث: الكشف و قياس الاكتئاب عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب

ملخص المقابلة الثالثة: أجريت يوم 2024/03/19 دامت 35 دقيقة

هدفت الى الكشف عن اضطراب الاكتئاب وتقييمه لدى الحالة "ج" و تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بحيث كان متجاوب مع الأسئلة سألناه أول شيء عن مزاجه فقال أنه منخفض معظم الأوقات إلا بعد تناول المخدرات يحس بسعادة للحظات ثم يعود كما كان و هذا بسبب تأثير المخدرات على دماغ المدمن حيث يصبح مفعول المادة قصير المدة و يشعر بعدها بانخفاض سريع في المزاج من خلال تصريحه: "**عندما اشعر بنقص تأثير المخدر اكتئب و اصبح لا استطيع حتى الكلام و اصبح سريع الغضب**" فهو يشعر بالكأبة و الحزن و التشاؤم من خلال تصريحه: "**مورالي دايمن طايح**" و يحس أيضا بفقدان الشغف و الامل و لا يشعر باللذة ولا برغبة في القيام بأي شيء فهو يشعر بتعب ولا يقوى على الخروج من المنزل من خلال تصريحه :" **لا استطيع الخروج من المنزل سئمت من جميعالناس** " فالحالة لديه الميل الى العزلة وعدم الاختلاط بالأخرين و شعوره بالضيق و الاختناق وسط الجماعة كما اشتكى الحالة من مشاكل في النوم حيث قال: "**أحيانا لا انام لمدة يومين وهذا يؤثر على نفسيتي و مزاجي و عندما انام أرى كوابيس و أحلام مختلطة**"

من الأعراض الذي صرح بها لنا الحالة هو فقدان الشهية فهو تقريبا لا يشعر بالجوع و يعاني من فقدان الوزن سألناه هل هذا وزنه الطبيعي أم أنه يفقد الوزن فقال أنه يفقد الوزن منذ أشهر بسبب حالته النفسية السيئة.

الحالة كان تحت العلاج الطبي فكان يتناول أدوية مضادة للاكتئاب مثل Laroxyl 25 mgحبتين في الليل فيذكر الحالة خلال تصريحه: "**دواء الطبيب فادني خلاني نرقد**".

بعدها مباشرة قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة بعد ان شرحنا له التعليمات.

المحور الرابع: تقيم تقدير الذات لدى الحالة مع تطبيق مقياس كوبر سميت

ملخص المقابلة الرابعة: أجريت يوم 2024/03/28 دامت 35دقيقة

هدفت الى تقييم مستوى تقدير الذات لدى الحالة "ج" عن طريق تطبيق مقياس كوبر سميت حيث أن الحالة من خلال هذه المقابلة وجدنا أنه يشعر بعدم رضا عميق عن نفسه و يضع لنفسه صورة سيئة جدا و صرح لنا أنه يتجنب الحديث مع الناس لأنه يشعر بالنقص و انعدام القيمة لحياته حيث صرح: "**أريد البقاء لوحدي و أحيانا أنسى الناس و لا أريد التفكير فيهم**"

حيث يشعر الحالة بالسوء بسبب السلوكيات الاحترافية التي يعاني منها و بالعجز بسبب عدم قدرته على التخلص من إدمانه وشعوره بالندم لأنه أصبح يتعاطى المخدرات، فالحالة مدرك ما وصل اليه من خلال تصريحه: "**أعرف ان هذا مضر ولكن لا استطيع التوقف حاولت ولكن دون جدوى**"

جدول رقم 9: يوضح نتائج تقطيع نص المقابلة الخاص بالحالة الثانية

المحاور	العبارات السالبة	العبارات الموجبة	مستوى كل محور
الاكتئاب	-11-10-4-3-2-1 -26-18-17-16-12 45-35-32-31-30	/	مستوى مرتفع
تقدير الذات	-29-27-25-24-23 44-34	41-14	مستوى منخفض
مشاكل اسرية	6-5	9-8-7	مستوى مرتفع
مشاكل في التكيف	40-39-37-36	/	مستوى متوسط
الإدمان	-28-22-21-20-19 47-46	/	مستوى مرتفع
التعافي من الإدمان	/	-43-42-38-15-13 50-49-48	مستوى مرتفع

يمثل الجدول (9) عرض نتائج تقطيع المقابلات الخاصة بالحالة الثانية حيث تبين أن لديه مستويات مرتفعة في محاور (الاكتئاب، مشاكل أسرية، الإدمان والتعافي من الإدمان)، مستوى متوسط في محور مشاكل في التكيف ومستوى منخفض في محور تقدير الذات.

4.2: تحليل مقاطع المقابلات:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة (م) اتضح لنا أنه بدا الإدمان على المخدرات في سن 16 سنة و هو يتعاطى الى الآن دون انقطاع، الحالة يعاني من تبعية جسدية و نفسية للمخدرات و من أعراض انسحاب قوية حسب ما ذكر لنا و هذا كان جليا في مستوى الادمان في المقابلات.

الحالة عاش طفولة صعبا جدا فهو قد نشأ في أسرة مفككة حيث أن الوالدين مطلقان و الأم كانت بعيدة عن الحالة مما جعله يعيش حرمان عاطفي خاصة من جانب الام المتخلية عنه أما الأب فكان لا يؤدي دوره رغم حضوره في البيت الا انه لم يساهم في تربية الأبناء وتقديم الدعم العاطفي والروحي، ونقل القيم والتوجيه لهم و قد لاحظنا هذا في مستوى المشاكل الأسرية في المقابلات التي أجريناها مع الحالة و التي كان مستواها متوسط.

و قد كان من نتائج هده التنشئة ظهور إضطرابات سلوكية مثل السرقة الكذب و التوجه لتعاطي المخدرات و مشاكل في التكيف عند الحال أيضا و قد وجدنا مستواها متوسط.

في محور الاكتئاب كان المستوى مرتفع جدا فالحالة يعاني من أعراض انخفاض كبير في المزاج بمجرد زوال مفعول المادة المخدرة وهو ما يدل على أن الحالة يعاني من أعراض انسحاب جسدية قوية، كما وجدنا التشاؤم الزائد و النظرة السوداوية للأشياء و فقدان الشغف و المتعة في المهام كأعراض يعاني منها الحالة، و العزلة حيث قال لنا "**لا اريد ان افعل أي شيء في حياتي سوى البقاء في المنزل**". و الشعور بالوهن و التعب و قلة النشاط و هذا ما يسمى بالثقل النفسي الحركي وهو من أعراض الاكتئاب الشائعة و الحالة يعاني من اضطراب في النوم كالآرق و الكوابيس مثلا خاصة و انه كان يمر بمرحلة التوقف عن التعاطي التي تظهر فيها اعراض الانسحاب جسدية قوية

و هذه الأعراض هي أعراض تشير لوجود اضراب الاكتئاب النفسي عند الحالة.

أما بالنسبة لتقدير الذات فكان مستواه منخفض أيضا حيث تجلى لنا الصورة السيئة التي يكونها عن نفسه و عدم الرضا عنها.

5.2: نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات:

جدول رقم 10: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات لدى الحالة "م"

النتيجة	المستوى
28	تقدير ذات منخفض

يتضح من خلال الجدول رقم(10) أن الحالة تحصل على درجة 28 وعليه فان الحالة لديه مستوى تقدير الذات منخفض.

6.2: نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

جدول رقم 11: يوضح نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الحالة "م"

النتيجة	المستوى
24	اكتئاب شديد

يتضح من خلال الجدول رقم (11) أن الحالة تحصل على درجة 24 فهو يعاني من اكتئاب شديد.

7.2: تحليل العام للحالة الثانية:

من خلال نتائج المقابلة و الملاحظة و من خلال نتائج مقياس بيك للاكتئاب و مقياس كوبر سميت لتقدير الذات.

استنتجنا من خلال دراستنا للحالة أنه يعاني من مستوى تقدير الذات منخفض حيث تحصل في مقياس كوبر سميت لتقدير الذات على الدرجة 28 وهذا ما أكدته المقابلات، فالحالة يعاني من احتقار الذات و استصغارها و ضعف في الثقة بالنفس.

و مما جاءت به نتائج دراستنا أيضا هو إضرابات الاكتئاب و الذي كان مستواه مرتفع جدا حيث تحصلت الحالة في مقياس بيك للاكتئاب على الدرجة 24 و التي تظهر عن طريق في مجموعة من الأعراض كانخفاض المزاج، فقدان المتعة في المهام، الثقل النفسي الحركي اضطرابات النوم متمثلة في الأرق، فقدان الشهية و خسارة الوزن و الأفكار التشاؤمية و لوم الذات، يمكن اعتبار مجموعة من هذه الأعراض مثل اضطرابات النوم و سرعة انخفاض المزاج و التعب من الأعراض الانسحاب بما أن الحالة مدمن مخدرات.

الحالة توجه إلى تعاطي المخدرات لمواجهة الإحباط الذي لم يستطع مواجهته بحل واقعي مناسب حسب نظرية التحليل النفسي، حيث يرى فرويد أن تعاطي المخدرات راجع بالأساس الى صراعات

نفسية تعود إلى: الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذّات والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي. فحين يفشل الفرد في حل تلك الصراعات، يلجأ الى التعاطي بصفة متكررة، ويتجلى الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر.

و بالنسبة للمشاكل الاسرية فكان مستواها متوسط فالحالة نشأ في أسرة مفككة الأم مطلقة وتعيش مع زوجها قال لنا: "**أمي طلبت الطلاق من أبي ثم ذهبت و نستنا**"، وبالتالي الحالة عانى في طفولته من الحرمان العاطفي في السنوات المبكرة من عمره و هذا ما حطم أسس النمو السليم عنده، نظرا لغياب الأم الكفيلة به، الشيء الذي ترك آثاره السلبية على طول مراحل حياته، علاقة الطفل بأمه في هذه الفترة لها الدور الأساسي في تشكيل شخصيته من خلال التفاعل القائم معها وإشباع حاجاته من عاطفة وامنالانفصال عنها و هو في سن صغيرة انعكس سلبيا على صحته ما جعله يكتسب شخصية مضطربة وغير سوية فالحالة صرح لنا: "**لم أشبع أميكانت لا تسأل عنا وعندما اذهب إليها تلب مني عدم البقاء طويلا**"، كما أن الأب الذي عاش معه بعد الطلاق لم يؤدي دوره الفعّال والإيجابي في تعزيز اندماجه في المجتمعوتنمية المهارات وتشجيع الاستقلالية حيث قال لنا: "**ابي لا يبدي أي اهتمام بنا همه هو توفير الاكل لا غير فكان منعدم الحنان**"وتجلى هذا في مجموعة من الاضرابات السلوكية التي ظهرت عند الحالة مثل السرقة و الكذب و السلوكيات العدوانية و الاستعداد الشخصي للإدمان و مشاكل في التكيف و بناء علاقات اجتماعية فقال لنا الحالة: "**أحس أن الناس ينفرون مني و من طباعي، أنا قليل الأصدقاء**".

3. عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

1.3: البيانات الأولية:

الاسم: ي

السن: 24

الوضعية الاجتماعية : عزباء

الجنس: انثى

المستوى الاقتصادي: ضعيف

المستوى الدراسي: ثانوي

المهنة : لا تعمل

عدد الإخوة: 1

الترتيب بين الإخوة: 1

مكان الإقامة: مستغانم

السوابق العائلية: لا يوجد

السوابق الشخصية: مشكل على مستوى الكلى

نوع المادة المتعاطاة: ليريكا

سيمولوجية الحالة :

الحالة (ي) أنثى تبلغ من العمر 24 سنة، قصيرة القامة، بيضاء البشرة، عيناها بنيتان، شاحبة الوجه، ملابسها: نظيفة، ملامح الوجه: حزينة. لغتها: مفهومة و افكارها: منطقية وواضحة، التركيز: ضعيف، النوم: تعاني من الارق و الكوابيس.

2.3: سير المقابلات مع الحالة الثالثة:

جدول رقم 12: يمثل سير المقابلات مع الحالة الثالثة

المحور	عدد المقابلات	الهدف من المقابلة	تاريخ المقابلة	المدة الزمنية
التعرف على الحالة	المقابلة 01	التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية	2024/04/02	35د
تاريخ الحالة	المقابلة 02	معرفة التاريخ الشخصي والمرضي للحالة وعلاقته مع أسرته	2024/04/17	40د
الاكتئاب	المقابلة 03	الكشف و قياس الاكتئاب عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب	2024/04/24	35د
تقدير الذات	المقابلة 04	تقيم تقدير الذات لدى الحالة مع تطبيق مقياس كوبر سميت	2024/05/08	40د

يمثل هذا الجدول رقم (12) سير حصص المقابلات للحالة (ي) حيث ثم اجراء أربعة مقابلات معها وكانت المحاور كالتالي: (التعرف على الحالة، تاريخ الحالة، محور الاكتئاب، تقدير الذات).

3.3: ملخص المقابلات مع الحالة الثالثة:

المحور الأول: التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية

ملخص المقابلة الأولى :أجريت يوم 2024/04/02 دامت 35دقيقة

كان الهدف منها التعرف على الحالة وجمع البيانات الأولية

الحالة (ي)أنثى تبلغ من العمر 24 سنة من ولاية مستغانم، ليست لديها إخوة، مستوى الاقتصادي ضعيف، عزباء تعيش مع جدتها بعد ترك أمها لها.

ذاكرتها ضعيفة، لغتها مفهومة و افكارها منطقية و منظمة، تعاني الحالة من مشكل على مستوى الكلى و صعوبة في النوم.

كما لا يوجد سوابق للإدمان في العائلة، فالحالة ترد مشكلة الإدمان على المخدرات إلى المشاكل العائلية المختلفة التي تعاني منها في حياتها فهي تتعاطى مادة ليريكا 2 حبات في اليوم.

المحور الثاني: معرفة التاريخ الشخصي و المرضي للحالة وعلاقته مع أسرته

ملخص المقابلة الثانية: أجريت يوم 2024/02/17 دامت 40 دقيقة

هدفت الى معرفة التاريخ الشخصي و العائلي للحالة وعلاقتها مع أسرتها.

الحالة عاشت حياة من الحرمان العاطفي منذ السنوات الأولى من طفولتها وذلك بسبب الوضع الأسري الغير المستقر و المليء بالمشاكل و الصراعات كونها طفلة غير شرعية ولا تعرف أباها ونظرا لسوء معاملة أمها لها و اهمالها قامت بإعطائها الى جدتها لتتكفل بتربيتها وتعويضها عن حنان والديها.

فالحياة التي مرت بها جعلتها تعيش حالة من الحزن و الانطواء داخل المنزل و خارجه من خلال تصريحها: "**لا استطيع الخروج من المنزل لأنني خائفة من نظرة و كلام المجتمع الموجهة لي.**" فبسبب المعاناة و اللامبالاة و التي أدت بها الى كبث مشاعرها و التي اتخذت من المخدرات الملجأ الوحيد للهروب من واقعها المعاش فبدأت بالتدخين منذ ان كان في عمرها 15 سنة إضافة الى تناولها 02حبات من أقراص ليريكا.

فالحالة تشعر بالحزن و اليأس نتيجة الوضعية المزرية التي وصلت إليها.

المحور الثالث: الكشف و قياس الاكتئاب عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب

ملخص المقابلة الثالثة: أجريت يوم 2024/02/24 دامت 35دقيقة

هدفت الى الكشف عن الاكتئاب لدى الحالة "ي" عن طريق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب.

فالحالة أظهرت عليها بعض من اعراضه كانخفاض في المزاج و الشعور بالتعب و الإحساس الزائد بالخمول فالحالة تشعر بمجموعة من الاضطرابات الهضمية وذلك عن طريق تغيرات في الوزن والشهية وصعوبة التركيز و اتخاد القرارات و الاعياء النفسي إضافة الى خفقان القلب و البكاء من خلال تصريحها: "**عندما أتذكر ما جرى في حياتي نقعد نبكي**" وذلك نتيجة لتعاطيها للأدوية النفسية و التي تمثل في حبوب ليريكا و هذه الأعراض ماتخلفه ليريكا.

بحيث استعملنا مع الحالة أسلوب الاقناع لتغير أفكارها التخيلية و أبعادها عن مادة السموم.

بعدها مباشرة قمنا بتطبيق مقياس بيك للاكتئاب على الحالة بعد أن شرحنا لها التعليمات.

المحور الرابع: تقيم تقدير الذات لدى الحالة مع تطبيق مقياس كوبر سميت

ملخص المقابلة الرابعة: أجريت يوم 2024/05/08 دامت 40 دقيقة

هدفت الى تقييم نسبة تقدير الذات لدى الحالة " ي" عن طريق تطبيق مقياس كوبر سميث.

فالحالة غير راضية عن ذاتها و لديها نظرة دونية وذلك لارتباطها بالوضعية الراهنة و أيضا لديها نظرة تشاؤمية، وعدم تقبلها جعلها تفقد الإحساس بكفاءتها و جداراتها حتى النظر لنفسها و مواجهتها من خلال تصريحها: "**لست راضية عن نفسي**" فالحالة تشعر بفقدان الرغبة في التعرف عن ذاتها والذي يؤدي الى فقدان الشعور و الإحساس بوجدانها. فالحالة لديها شعور بالتقدير السلبي من الاخرين و الذي يحبط الذات ويفقدها هويتها، فعند سؤالنا اذا كانت تربطها اية علاقة مع الاخرين صرحت لنا بانها: "**ليست لدي أصدقاء لأنني لا اريد ان ابني أية علاقة مع الاخرين لانهم دائما يشعرونني بالنقص و نظرتهم اليا بالشفقة**".

بعدها مباشرة قمنا بتطبيق مقياس كوبر سميت على الحالة بعد أن شرحنا لها التعليمات.

جدول رقم 13: يوضح نتائج تقطيع نص المقابلة الخاص بالحالة الثالثة

المحاور	العبارات السالبة	العبارات الموجبة	مستوى كل محور
الاكتئاب	4- -5- 12- 14- 19- -23- -24- -39- -30 31- -34- -36- -37- 38-	/	مرتفع جدا
تقدير الذات	6- 28- 52- 32- - 33-	/	منخفض
المشاكل الأسرية	2- 8 - 10- 13-	9- 11 -	مرتفع
مشاكل في التكيف	3- 7- 16- 17- 21- -22- -35- -51-	/	مرتفع
الإدمان	20- 25- 26- 41- 27- 40- 42- 48- - 49	/	مرتفع
الامتناع	/	43- 45- 46- 47 - 44- 53	مرتفع

يمثل الجدول (13) عرض نتائج تقطيع المقابلات الخاصة بالحالة الثالثة حيث تبين أن لديه مستويات مرتفعة في كل المحاور ومرتفع جدا في الاكتئاب، أما محور تقدير الذات منخفض.

4.3: ملخص المقابلات:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة (ي) لاحظنا ان الحالة لديها نظرة تشاؤمية حول ما حصل لها و ترجع ذلك الى فقدانها اللذة و الشعور بالفرح و السعادة نتيجة لتعاطيها المخدرات.

أما بالنسبة للاكتئاب فكان مستواها مرتفع و يظهر ذلك من خلال أعراض تمثلت في انخفاض في المزاج و عدم الشعور بالراحة إضافة إلى الإحساس بالتعب و الاجهاد و الالم الراس و التعرق الزائد هذه الاعراض هي خليط من أعراض الانسحاب التي تظهر على المدمن بعد التوقف المباشر

عن التعاطي و أعراض اضطراب الاكتئاب، وخاصة ان الحالة كانت لديها بعض هذه الاعراض قبل الدخول في الإدمان نتيجة لمعرفتها بانها ابنة غير شرعية مثل اضطرابات في النوم وحب العزلة وعدم الشعور باللذة اللازمة في النشاطات التي تتوافق مع سنها.

أما بالنسبة لتقدير الذات فكان مستواها مرتفع فالحالة غير راضية عن حالتها و تشعر بالضيق والقلق من وضعيتها التي تجد من الصعب تغيرها فالحالة شخص انطوائي و تحب العزلة و الابتعاد عن الاخرين بسبب انهم أيضا لا يحبون ان يكونوا معها و ينظرون اليها نظرة سلبية، فالحالة تشعر بانها ليست جديرة لا بالحب ولا بالاهتمام من خلال تصريحها: "**أشعر ان الناس تحتقرني و هذا الشعور يقتلني في كل مرة اخرج فيها من المنزل**".

الحالة لجأت الى الإدمان كحل لعدم الراحة النفسية التي كانت تعيشها و أصبحت تعيش نوع من الهدوء و المتعة بسبب مفعول المهدئ المخدرات، ولكنها اكتشفت هذا بعد الوقوع في فخ الإدمان وحاولت الإقلاع عن التعاطي ولكنها انصدمت بمجموعة من اعراض الانسحاب و التي بسببها لجأت الى المركز من خلال تصريحها: "**لم استطع التحمل فأعراض الانسحاب هلكتني**".

اما بالنسبة للتعافي من الإدمان فكان مستواها مرتفع و يعتبر جانب إيجابي من خلال تصريحها: "**انشاء الله، ستكون لدي الرغبة و الصبر لتلقي مراحل العلاج**".

فالحالة أظهرت ان لديها رغبة في العلاج حيث ادركت لمشكلة التي وصلت اليها وتريد الخروج منها.

مشاكل اسرية فكان مستواه مرتفع بحيث الحالة مرت بظروف عائلية صعبة حيث لم يتوفر لها الجو العائلي المناسب الذي يسمح لها بنمو نفسي سليم وتكوين شخصية سوية . فالحالة لديها مشاكل في التكيف ولم تستطع التأقلم فكان مستواها مرتفع.

5.3: نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات:

جدول رقم 14: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات لدى الحالة "ي"

النتيجة	المستوى
24	تقدير الذات منخفض

يتضح من خلال الجدول رقم (14) أن الحالة تحصل على درجة 24 وعليه فان الحالة لديه مستوى تقدير الذات منخفض.

6.3: نتائج مقياس بيك للاكتئاب:

جدول رقم 15: يوضح نتائج مقياس بيك للاكتئاب على الحالة "ي"

النتيجة	المستوى
28	اكتئاب شديد

يتضح من خلال الجدول رقم(15) أن الحالة تحصل على درجة 28 مما يتضح انه يعاني من اكتئاب شديد.

7.3: تحليل العام للحالة الثالثة:

من خلال المقابلة و الملاحظة و من خلال تطبيق مقياس كوبر سميت لتقدير الذات و مقياس بيك للاكتئاب يتضح ان الحالة تعاني من وضعية اكتئابية شديدة و التي كانت ظاهرة اثناء سيرورة المقابلات ونتائج المقياس بحيث تحصلت الحالة على الدرجة 28 وذلك من خلال التعابير المرافقة لها كالبكاء والحزن و الكأبة وربطها بتصور موضوع الفقدان والذي حسب الحالة وهو عدم وجود والديها جنبها و عدم معرفة اباها فهذا الموضوع خلفا لها جرحا نرجسيا و كما سعت الى ارصان هذه الإشكالية و إيجاد مخرج لها على مستوى الواقع النفسي ،فالحالة اتصفت بالسلوك الانطوائي الحاد نتيجة الإهمال الاسري و الجو العائلي المضطرب ،كل ذلك يجعلها تنطوي على نفسها و تدفعها الى طريق الإدمان على المخدرات لتسكين معاناتها و المها النفسي و التخفيف من التوتر و القلق الشديد هروبا لنسيان و البحث عن الذات.

أما بالنسبة لنتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات تحصلت الحالة على الدرجة 24 وبالتالي فهي تعاني من مستوى تقدير الذات منخفض من خلال تصريحها : **اشعر بانني ليست مني فائدة كل الناس تركتني لوحدي حتى والديا** ".

فالحالة غير راضية عن نفسها و عن صورتها الجسمية فهي تشعر بالندم و التأثر على حالتها نتيجة لإدمانها على المخدرات.بحيث ان هناك عدة عوامل تمس بتقدير المدمن لذاته فالإحباطات والصراعات المتكررة و كذلك خيبات الامل التي واجهتها الحالة تكون دافع أساسي لإسقاطها على وضعيات مرضية.

فالحالة تشعر بالانهيار النفسي و طبيعة هذا الانهيار تدل على هشاشة الشخصية التي هي منبع ظهور سلوكات تمس بعمق تقدير الذات و ضعف القدرة على الفعل وضعف على حب الذات من تأنيب الضمير الى الشعور بالخجل و الاضطهاد.

خلاصة :

لقد ثم عرض الحالات الثلاثة للدراسة من خلال هذا الفصل مع إعطاء تلخيص للمقابلات وتحليل النتائج المقياس الخاص بالاكتئاب و تقدير الذات الخاصة بكل حالة وتحليل العام لحالات المدروسة تبين من خلال ذلك انه يوجد اتفاق في بعض النقاط واختلاف في نقاط أخرى،وهذا تمهيدا لدخول للفصل السادس المتمثل في مناقشة نتائج الفرضيات.

الفصل السادس

تفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الفرضيات

تمهيد

أولا : تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضيات الفرعية :

1. **تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى .**
2. **تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية .**

ثانيا : تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرئيسية .

خلاصة .

تمهيد:

بعد عرض نتائج دراسة الحالات الثلاثة و تحليلها سوف نتطرق خلال هذا الفصل الى مناقشة وتفسير النتائج على ضوء فرضيات الدراسة الجزئية ثم مناقشة الفرضية الرئيسية.

أولا: تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات الجزئية

1. تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الأولى:

نص الفرضية الأولى " **مستوى الاكتئاب مرتفع عند الراشد المدمن على المخدرات**".

للتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام المنهج العيادي و دراسة الحالة لثلاثة حالات و بعد تطبيق مقياس بيك للاكتئاب بهدف الكشف اذا كان يعاني الراشد المدمن على المخدرات من مستوى اكتئاب مرتفع، حيث توصلت من خلال تطبيق وسائل لجمع المعلومات المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية إلى النتائج التالية:

جدول رقم 16: يوضح نتائج محور مقياس الاكتئاب لدى الحالات الثلاثة

الحالات	مستوى المتحصل عليه
الحالة الأولى	مرتفع جدا
الحالة الثانية	مرتفع جدا
الحالة الثالثة	مرتفع

يمثل الجدول رقم (16) نتائج تقطيع المقابلات الخاصة بمحور الاكتئاب للحالات الثلاثة حيث كانت نتائجه مرتفع في كل الحالات.

جدول رقم 17: نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الحالات الثلاثة

الحالة	نتائج المقياس	التصنيف
الحالة الأولى	30	شديد
الحالة الثانية	24	شديد
الحالة الثالثة	28	شديد

يمثل الجدول رقم (17)نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الحالات الثلاثة

يتضح من خلال النتائج لكل من تقطيع المقابلات و تطبيق مقياس بيك للاكتئاب ان الحالة الأولى لديه مستوى الاكتئاب مرتفع جدا و يتضح ذلك من خلال شعوره بالإحباط و اليأس و الحزن نتيجة الألم و الوحدة و شعوره بالذنب بسبب المشاكل و الصراعات في علاقاته الاجتماعية و الاسرية والمهنية من خلال تصريحه: "**عانيت في حياتي كثيرا ولم اجد حل لوضعيتي**" ولقوله :"**سئمت من الدنيا و مشاكلها اثروا عليا كثيرا و هذا الذي دفعني الى دخولي عالم الإدمان**" وشعوره بانعدام رغبته في الحياة و افتقاده للحب ما دفعه للتفكير بمحاولاته للانتحار من خلال تصريحه: "**اريد الانتحار و التخلص من حياتي**".

أن نظرية المعرفية قد فسرت الاكتئاب فربطته بالضغوطات النفسية التي تؤدي بالفرد المكتئب لحالة من التشويش الذهني، إضافة الى اعتبارها ان المشاعر السلبية التي تولدت لدى المكتئب تكون نتيجة للتوجيهات غير السوية، و الأفكار الآلية السلبية و المحدودية في اللجوء للمنطق في تفسير المواقف و الاحداث من حوله.

و تضيف صادقي بان النظرية المعرفية فسرت ادمان الفرد على المخدرات بإرجاع ذلك الى ما يعانيه الفرد من ضغوط نفسية سببت له القلق أو الاكتئاب، حيث يرى بيك ان ادمان الفرد على المخدرات يعود الى ما يحمله من معتقدات و توقعات ترتبط بالتوجيه حول التخفيف من التوتر و الألم ومن حالة الحزن و الإحباط الشديد الذي يرافقه(صادقي، 2014، ص. 195).

كما تشير نظرية التحليل النفسي الى ان المكتئب يلجأ للمخدرات ظنا منه أن الصفات الاكتئابية والانطوائية تتحول الى شيء مختلف حيث يشعر المكتئب بالانبساط و الفرح ، وهذا قد ينقل الشخص الى الإدمان نتيجة لمعاناته من اضطراب نفسي معين(الدوسري، 2022، ص. 326).

أما بالنسبة للحالة الثانية قد بينت النتائج تقطيع المقابلات ان مستوى الاكتئاب مرتفع جدا من خلال العلامات التي كانت تظهر له خلال المقابلات كما انه يعاني من انخفاض في المزاج و فقدان اللذة في كل النشاطات من خلال تصريحه: "**لا اريد ان افعل أي شيء في حياتي سوى البقاء في المنزل** "كما أنه يميل للعزلة و البقاء في البيت و شعور بالوهن و التعب و قلة النشاط و هذا ما يسمى بالثقل النفسي الحركي وهو من اعراض الاكتئاب الشائعة فالحالة يعاني من اضطراب في النوم كالآرق والكوابيس مثلا خاصة و انه كان يمر بمرحلة التوقف عن التعاطي التي تظهر فيها اعراض الانسحاب جسدية قوية.

فنتيجة الصراع المعاش بسبب ترك الوالدة له و الاب الذي لا يتحمل المسؤولية يوفر الماديات فقط ما شكل عائق وعجز في نمو شخصية الحالة خاصة وانه كان يمر بمرحلة حساسة فالحالة منعوه من حرية المبادرة و اثبات الذات مما جعله ينظر الى نفسه نظرة نقص و استصغار ودخوله من سن التنفيس و التفريغ الى الحرمان . فعدم الاستقرار في جو الاسرة و انعدام الوفاق بين الوالدين و تأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات مع انعدام التوجيه الأسري، و المفاهيم خاطئة التي تنشأ في هذا النوع من التنشئة الأسرية.

إن فشل في الاندماج و تكوين الموضوع الداخلي باستطاعته ان يصبح الية دفاعية بسلوك ايمائي و بهذا تستطيع السيطرة على الصراعات و التخفيف من المعاناة و الألم النفسي و المحافظة على التوازن النفسي، ويستجيب للأحاسيس غير المرغوب فيها خصوصا في مواجهة بروز الأعراض الانهيارية و تغطية كل ما يسبب القلق و الم الشعور بالذات وهذا الميل الانهياري جعل المأوى الى الإدمان بكل سهولة، تغلب على الحالة طابع المزاج الاكتئابي نتيجة تعاطي المخدرات للهروب من الصراع النفسي.

أما بالنسبة للحالة الثالثة قد بينت النتائج تقطيع المقابلات ان مستوى الاكتئاب مرتفع و يتضح ذلك من خلال العلامات التي ظهرت عليها اثناء المقابلات فالحالة تشعر باضطرابات سلوكية فالحالة لديها انخفاض و تغيرات في المزاج نتيجة الاجهاد النفسي حيث شخصت الحالة من قبل ان لديها اكتئاب و هذا بعد معرفة انها ابنة غير شرعية بحيث ازدادت شدة الاعراض مع ظهور اضطراب السلوك الادماني للمخدرات و التبعية النفسية لحبوب ليريكا.

وهذا ما أكده "ديفيد شيهان" (1988) التي توصلت ان نوع المادة المتعاطاة عند الشخص المدمن تختلف باختلاف حالته النفسية كالقلق و الاكتئاب و الضغط النفسي و هذا قد يرجع الى الاثار الفيزيولوجية التي تنجم عن تعاطي هذه المواد مما ينعكس سلبا على الجانب النفسي للمدمن بحيث ان عدم توفر المخدرات يزيد من حدة و توتره و انفعاله(بشارف، 2022، ص. 72).

فالاكتئاب يعتبر سمة مميزة لمدمني المخدرات، و قد يكون هذا الاكتئاب ملازما للفرد قبل تعرضه لخبرة الإدمان، كما يكون ناتجا عن الاستمرار في ادمان المخدرات، حيث تنتاب المدمن نوبات من اليأس و القلق مع وجود عجز في مواجهة المواقف، وهذا ما أكدته دراسات سعد المغربي، فاروق عبد السلام ، رشاد كفافي، ودراسات كل من "فوجل" vogelو "ماري نيسواندر" marynyswande) و" ديهل "dihell بحيث وصفوا شخصية مدمن المخدرات بالانهباطية و الاكتئاب وضعف الإرادة (صادقي، 2014).

كما أن الدراسة محمد و اخرون و التي كانت بعنوان: "تقييم القلق و الاكتئاب بين مرضى اضطراب تعاطي المخدرات". بحيث توصلت النتائج إلى أن اضطرابات تعاطي المخدرات ترتبط بمستويات عالية من القلق و الاكتئاب، حيث تبين ان هناك ارتباط واضح بين وجود القلق و الاكتئاب من ناحية تعاطي المخدرات. وهذا ما يتوافق مع دراستنا الحالية(الدوسري، 2022، ص. 316).

وبالتالي فان الفرضية القائلة: "مستوى الاكتئاب مرتفع عند الراشد المدمن على المخدرات " قد تحققت كلياعند الحالات الثلاث.

2. تفسير ومناقشة النتائج على ضوء الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أن "**مستوى تقدير الذات منخفض عند الراشدالمدمن على المخدرات**"

للتحقق من صحة الفرضية قمنا باستخدام دراسة الحالة لثلاث حالات و المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية، إضافة الى تطبيق مقياس كوبر سميت لتقدير الذات حيث كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 18: يوضح نتائج محور مقياس تقدير الذات لدى الحالات الثلاثة

الحالات	مستوى تقدير الذات
الحالة الأولى	منخفض
الحالة الثانية	منخفض
الحالة الثالثة	منخفض

يمثل الجدول رقم (18) نتائج تقطيع المقابلات من خلال متغير تقدير الذات حيث كانت نتائجه منخفض في كل الحالات الثلاثة

جدول رقم 19: يوضح نتائج مقياس كوبر سميت لتقدير الذات لدى الحالات الثلاثة

الحالات	نتائج المقياس	التصنيف
الحالة الأولى	36	منخفض
الحالة الثانية	28	منخفض
الحالة الثالثة	24	منخفض

يتضح من خلال جدول رقم (19) نتائج مقياس كوبر سميت لدى الحالات الثلاثة فالتقدير الذات منخفض في كل الحالات .

يتضح من خلال النتائج لكل من تقطيع المقابلات و تطبيق مقياس كوبر سميت لتقدير الذات أن الحالة الأولى لديه مستوى تقدير الذات منخفض و ذلك بسبب شعوره بضعف الثقة في النفس وشعوره السلبي اتجاه ذاته كما أنه لديه حساسية من نظرة الناس إليه وانتقادهم الدائم لكل أعماله لقوله: "**كل أصدقائي ينتقدونني و انا اشعر بالإحباط من هذا الشيء**" كما أن للحالة لديه شعور عميق بالندم

على حالته نتيجة ادمانه على المخدرات و التي راها كوسيلة للهروب و النسيان ما يعيشه من ظروف مزرية و اضطراب علائقي مع الأبوي و زوجته.

كما أن العوامل الاسرية و البيولوجية و الاجتماعية تكون سببا في ظهور تقدير الذات المتدني وهذا ما نجده في دراسة " راتي" 1992 حيث توصلت الى وجود نقطة مشتركة بين الشباب المتعاطين للمخدرات تتمثل في وجود نماذج اتصال و نقد دائم و تأنيب مستمر وعدم توافق توقعات الأباء خاصة بمستقبل أبنائهم و قدراتهم الذهنية وهذا سبب انخفاض تقدير الذات لدى الأبناء . وهذا ما تجسد عند الحالة الأولى.

أما بالنسبة للحالة الثانية قد بينت النتائج تقطيع المقابلات ان لديه مستوى تقدير الذات منخفض فهو يشعر بعدم رضا عميق عن نفسه و يصنع لنفسه صورة سيئة جدا و يتجنب الحديث مع الناس لأنه يشعر بالنقص و انعدام القيمة لحياته .

لقد اعتبر " كوبر سميت" cooper smith في نظريته لتفسير تقدير الذات أن تقدير الذات ظاهرة اكثر تعقيدا لانها تتضمن كلا من تقييم الذات ورد الفعل او الاستجابات الدفاعية، فتقدير الذات عند سميت هو الحكم الذي يصدره الفرد عن نفسه متضمنا الاتجاهات التي يرى انها تصفه على نحو دقيق، و يقسم تعبير الفرد عن تقديره لذاته الى قسمين التعبير الذاتي و التعبير السلوكي

ومن بين التعابير السلوكية هي الإدمان على المخدرات و السرقة و هذا ما تجسد عند الحالة الثانية و ذلك باعتبار تقدير ذاته منخفض

أما بالنسبة للحالة الثالثة قد بينت النتائج تقطيع المقابلات ان لديها مستوى تقدير الذات منخفض فهي لديها نظرة دونية وذلك لارتباطها بالوضعية الراهنة و أيضا لديها نظرة تشاؤمية ، وعدم تقبلها جعلها تفقد الإحساس بكفاءتها و جداراتها حتى النظر لنفسها و مواجهتها فالحالة تشعر بفقدان الرغبة في التعرف عن ذاتها و الذي يؤدي الى فقدان الشعور و الإحساس بوجدانها. فالحالة لديها شعور بالتقدير السلبي من الاخرين و الذي يحبط الذات ويفقدها هويتها.

كما اتفقت هذه النتائج مع ما توصلت اليه دراسة سلامة (2016)حول "مفهوم الذات و علاقته بالاكتئاب لدى متعاطين الترامادول بقطاع غزة"، فأسفرت النتائج التي توصلت اليها الى ان متعاطي المخدرات لديهم تقدير ذات منخفض و هذا ما يتوافق مع نتائج دراستنا الحالية.

وبالتالي فان الفرضية القائلة: "مستوى تقدير الذات منخفض عند الراشد المدمن على المخدرات "قد تحققت بشكل كلي عند الحالات الثلاثة.

ثانيا: تفسير و مناقشة النتائج على ضوء الفرضية الرئيسية

تنص الفرضية على " **للراشد المدمن على المخدرات بروفيل نفسي مضطرب** " للتحقق من صحة الفرضية قمنا بدراسة ثلاثة حالات بتقنية دراسة الحالة عن طريق المقابلة العيادية و الملاحظة العيادية و كذا تطبيق مقياس بيك للاكتئاب و مقياس كوبر سميت لتقدير الذات حيث كانت النتائج كالتالي:

جدول رقم 20: يبين نتائج تقطيع المقابلات من خلال المتغيرات

المتغيرات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة
الاكتئاب	مرتفعة	مرتفعة	مرتفعة
تقدير الذات	منخفضة	منخفضة	منخفضة

يمثل الجدول رقم (20) نتائج تقطيع المقابلات من خلال المتغيرات (الاكتئاب و تقدير الذات).

جدول رقم 21: يبين نتائج المقياس من خلال المتغيرات

المتغيرات	الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة
الاكتئاب	30	24	28
تقدير الذات	36	28	24

يمثل الجدول رقم (21) نتائج مقياس من خلال المتغيرات (الاكتئاب و تقدير الذات)

وبعد عرض وتحليل محتوى كل المقابلات نصف الموجهة و مقياس بيك للاكتئاب و مقياس كوير سميت لتقدير الذات على عينة البحث المتكونة من ثلاث.

تبين من خلال النتائج الخاصة بمحور تقدير الذات لدى كل الحالات منخفض.

و فيما يخص بعد الاكتئاب فالحالات الثلاثة لديهم مستوى مرتفع.

بناءا على تحليل وتفسير نتائج المقابلات مع الحالة الأولى و بالرجوع إلى مقياس بيك للاكتئاب ومقياس كوبر سميث لتقدير الذات اتضح أن لديهتقدير الذات منخفض، و يظهر ذلك من خلال المشاعر السلبية الموجهة نحو الذات كالشعور بالكراهية نحو الذات، و الشعور بالنقص وعدم الرضا عن النفس وتدني اعتبار الذات و عدم احترامها وعدم الثقة بالنفس و الشعور بالدونية واضطراب في المزاج.

وفيما يخص الحالة الثانية وجدنا نتائج تقطيع المقابلات ونتائج مقياس بيك للاكتئاب و نتائج مقياس كوبر سميت ان الحالة لديه ضعف الثقة بالنفس و احتقار الذات إضافة الى انخفاض في المزاج والأفكار التشاؤمية

أما بالنسبة للحالة الثالثة من خلال نتائج تقطيع المقابلات و نتائج مقياس بيك للاكتئاب ومقياس كوبر سميت لتقدير الذات ان الحالة غير راضية عن حالتها النفسية و عن صورتها الجسمية وتجاربها الشخصية فهي تشعر بالندم و التأثر نتيجة ادمانها على المخدرات.

إن مشكلة التعاطي لدى الحالات الثلاثة الذي قمنا بدراستها كان ساهم في بروز أو زيادة شدة اضطراب الاكتئاب و نقص تقدير الذات و تبين ذلك من خلال تعابيرهم اللغوية و الحركية و الجسمية و سلوكاتهم المختلفة و الحالة النفسية التي كانوا يعيشونها من الناحية العلائقية.

وهذا العجز و الضعف هو منبع و اصل الاضطرابات في التقمصات المبكرة في البروز و تكوين الهوية الشخصية لذا نستطيع القول ان الميول الإنهيارية التكوينية في البنية النفسية تؤدي الى الإدمان، الحرمان العاطفي و النقص في تقدير الذات، ضعف في التركيبة النرجسية تدفع الحالة الى البحث في المخدرات عن الوسيلة الاصطناعية و السريعة لتثبيت الأنا.

إن النتائج المتوصل إليها خلال الدراسة الحالية تتفق مع دراسة عزيزة عنوة (2008)التي تؤكد أن ما يميز سمات الشخصية المدمن هو ما يعانيه من قلق نفسي كبير، ومن اكتئاب بعد تورطه الجسمي في الإدمان على المخدرات، وكذا التشاؤم و الانعزال عن الوسط الاجتماعي و العائلي، وعلى اثر الاضطرابات الجنسية أيضا، وهذا ما يتفق مع نتائج دراستنا حيث قدر درجة الاكتئاب بـ (30،24،28)عند الحالات الثلاثة و ظهور مشاكل جنسية عند الحالة الأولى.

دراسة مرحباوي سارة (2020) تؤكد نتائجها على أن محتوى التصورات السلبي، و إن النواة المركزية تعبر عن الشعور بالذنب، و أن سبب الإدمان يتمثل في نقصان الاهتمام، من قبل الأولياء، و رفاق السوء، و المشاكل الأسرية و هذا يوافق مع نتائج بحثنا حيث قدر الإحساس بالندم و الشعور بالذنب.

و في الاخير نستطيع القول: أن الفرضيات الفرعية ثم التحقق من صدقها، ومن ثمة التأكد من صحة الفرضية العامة التي تنص: على ان البروفيل النفسي للمدمن يتسم بالاكتئاب مرتفع و تقدير الذات منخفض و عليه فان الفرضية الرئيسية تحققت.

خلاصة :

من خلال ما ثم شرحه و مناقشته و تفسيره خلال هذا الفصل تبين أن كل من الفرضيات الجزئية والرئيسية تحققوا بنسبة كلية وعليه فان البروفيل النفسي للمدمن يتميز بـ: تقدير ذات منخفض، اكتئاب مرتفع.

استنتاج عام

استنتاج عام

الاستنتاج العام:

بعد عرضنا لموضوع الدراسة والمتمثل في البروفيل النفسي للراشد المدمن والذي كان الهدف منه الكشف عن خصائص البروفيل النفسي وقد حددناه في تقدير الذات والاكتئاب الخاص بفئة الراشدين المدمنين بحيث يعتبر الإدمان على المخدرات اضطراب سلوكي يؤثر على الصحة الجسدية والعقلية والانفعالية للفرد بشكل خاص.

يمكن القول إن البروفيل النفسي للمدمن يُظهر تعقيدات متعددة تشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والبيولوجية. يعاني المدمنون غالبًا من انخفاض كبير في تقدير الذات، مما يعزز الدوافع السلبية ويؤدي إلى الشعور بالعجز وفقدان السيطرة على الحياة. هذا الانخفاض في تقدير الذات يمكن أن يكون نتيجة لتجارب سلبية سابقة، انتقادات ذاتية متكررة، وفشل في تحقيق الأهداف.

بالإضافة إلى ذلك، يعاني المدمنون من معدلات عالية من الاكتئاب. يُعزى ذلك إلى التغييرات الكيميائية في الدماغ التي تحدث نتيجة لتعاطي المخدرات، فضلاً عن الضغوط الاجتماعية والشخصية. هذه التغييرات تجعل من الصعب على المدمنين تجربة المشاعر الإيجابية أو العثور على المتعة في الأنشطة التي كانت ممتعة سابقًا.

توصيات واقتراحات

- ضرورة توعية المجتمع لخطورة الإدمان على المخدرات.
- التوسع في خدمات العلاج الجماعي في مراكز الإدمان بتخصيص وتقنين أسلوب موحد مبني علميا بشكل مسبق.
- مواصلة القيام بدراسات والأبحاث العلمية المماثلة لهذا الموضوع.
- تصميم برامج علاجية للتخفيف من الاكتئاب لدى المدمنين.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

قحطان، أحمد الظاهر. (2004). *مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق* (ط1). الأردن. دار وائل للنشر والتوزيع.

عوادي، أحمد. (2021). *الإشكالية النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات*. الجزائر. جامعة الجزائر 2 – أبو القاسم سعد الله.

الغول حسين، علي خليفة. (2011). *الإدمان–الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن–*. دار الفكر العربي.

وسام، الليثي، ابراهيم، بهنج. (2020). *الإدمان على المخدرات و سبل علاجه في التشريع الجزائري*. مذكرة *ماستر الحقوق*، ورقلة. جامعة قاصدي مرباح.

نوري، الود، بوفج، وسام. (2017). البروفيل النفسي للمراهق مجهول النسب ويتيم الأبوين ما بين الهجران والحرمان. *مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 10*(03).

وناس، أمزيان. (2007). استراتيجية علاج النفسي للإدمان على المخدرات عن تصحيح التفكير والتعديل السلوك. الجزائر، جامعة الإخوة منتوري.

عميرة، تركية، قرينة، نورجيهان. (2021). *التوظيف النفسي لدى الفرد المدمن على المخدرات*. قالمة: جامعة 8 ماي 1945.

باتلر، توم، باودون. (2012). *أهم 50 كتابا في علم النفس* (ط 1). السعودية: مكتبة جرير.

جيهان رشتي. (1993). *الأسس العلمية لنظريات الإعلام* (ط 1). القاهرة: دار النهضة العربية.

عبد المعطي، حسن مصطفى. (2002). *الأسرة ومواجهة الإدمان*. قباء للطباعة.

براهيمي، خديجة، بوسكرة، مريم. (2022). *الاكتئاب لدى المراهق المدمن على المخدرات*. بويرة. جامعة أكلي محند أولحاج.

كامل محمد، محمد عويضة. (بلا تاريخ). *علم نفس النمو*. بيروت، لبنان. دار الكتب العلمية.

الشربيني، لطفي. (2007). *الاكتئاب المرض و العلاج*. الاسكندرية. منشأة المعارف.

زعيتر، سالم. (2015). *البروفايل النفسي لذوب اضطراب التحويل "دراسة اكلينيكية"*. غزة.: الجامعة الإسلامية.

حمزاوي، زهية. (2017). *صورة الجسد وعلاقتها بتقدير الذات عند المراهق (دراسة ميدانية لتلاميذ الثانوية بولاية مستغانم)*. وهران. جامعة وهران 2 – كلية العلوم الاجتماعية.

كمال، زيدي مصطفى. (بلا تاريخ). *مفاهيم ومصطلحات الخاصة بالمخدرات*. جامعة الجزائر.

رجب، زين العابدين ، علي، محمد. (2004). *خدمة اجتماعية ومخدرات ثلاثية المواجهة* (ط 1). القاهرة. مكتبة النهضة العربية.

مرحباوي، سارة. (2022). بروفيل شخصية المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي. *مجلة الإبراهيمي للآداب والعلوم الإنسانية، 03*(01).

عدمان، سامية. (2020). *دروس الحصص التطبيقية للسنة الثانية لوحدة " علم النفس النمو"*. الجزائر: جامعة الجزائر –2– أبو القاسم سعد الله.

سعيد الحمداني، إبراهيم محمد، و آخرون. (2022). الإشكالية بعد التعافي من إدمان المخدرات (الأسباب، الأبعاد، الوقاية). *المجلة الدولية لنشر البحوث والدراسات، 03*(37).

قنيش، سعيد. (2018). *التفاعل اللفظي وعلاقته بتقدير الذات و التحصيل الدراسي من وجهة نظر التلاميذ*. وهران. جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.

بوسكين، سليمة. (2017). *إشكالية الشخصية المدمنة على المخدرات والحاجة إلى الموضوع الإستنادي الخارجي*. الجزائر. جامعة الجزائر 2 – أبو القاسم الله.

حمودة، سليمة، أونيسي، جمال، وزاي، طاوس. (2020). البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيسبوك نموذجا) من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعددة اللأوجه (MMP12). *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*.

عبوين، سمية. (بلا تاريخ). محاضرات.

عبوين، سمية. (2021). الاكتئاب في مجال علم الأورام النفسي. *الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية، 13*(01).

قدي، سومية. (2016). *تقدير الذات وعلاقته بصعوبات تعلم القراءة*. وهران. جامعة وهران 2 – كلية العلوم الاجتماعية.

شريبه، بشرى أيوب. (2018). *علم النفس – الرشد والشيخوخة –*. منشورات جامعة تشرين كلية التربية.

جبريل، عبد الخالق. (بلا تاريخ). تقدير الذات وتكيف مدرسي لدى طلبة الذكور. الأردن.

عبد الغاني تيايبية. (2019-01-31). الإدمان على المخدرات: دراسة نفسية في ضوء متغير لهفة الإدمان. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية*.

غريب، عبد الفتاح. (1985). *تعليمات مقياس بيك للاكتئاب*. القاهرة. مطبعة النهظة العربية المصرية.

شيهان، عبد المالك. (2020). *أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين*. وهران. جامعة وهران 2 محمد بن أحمد.

مصباح، عبد الهادي. (2004). *الإدمان* (ط 1). القاهرة. دار مصرية لبنانية.

دريدي، فاطمة، القول، ابراهيم بيض. (2020). المخدرات وإدمان في الوسط المدرسي. (جامعة زيان عاشور، المحرر) *مجلة مفاهيم للدراسات الفلسفية والانسانية المعمقة*(8).

صادقي، فاطمة. (جوان، 2014). الآثار النفسية للإدمان على المخدرات. *مجلة دراسات نفسية وتربوية*(12).

طالبي، فريدة. (1998). *المميزات النفسية للشباب المتعاطي للمخدرات*. الجزائر: جامعة الجزائر.

قائمة المصادر والمراجع

فراحي، فيصل. (2011). *تقدير الذات وعلاقته بمشروع التكوين لدى طلبة التكوين المهني*. جامعة وهران.

غانم، محمد حسن. (2003). دراسة نفسية متعمقة لحالة إدمان متعمدة . *مجلة علم النفس*.

غباري، محمد سلامة. (2007). *الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي* (ط 1). الاسكندرية. دار الوفاء الطباعة والنشر.

الحميدي، محمد ضيدان. (1994). *تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بالرياض*. الرياض. قسم العلوم الاجتماعية.

عفاف، محمد عبد المنعم. (2008). *الادمان دراسة نفسية لاسبابه ونتائجه*. الاسكندرية، مصر:. دار المعرفة الجامعية.

محمد أبو النصر، مدحت. (2007). *مشكلة التعاطي وإدمان المخدرات*. مصر. الدار العالمية للنشر.

بشارف، مريم. (2022). *البيئة الأسرية لدى المدمن على المخدرات*. مستغانم. جامعة عبد الحميد بن باديس.

بشير، معمرية. (1998). *مدى انتشار الاكتئاب النفسي بين طلاب الجامعة من الجنسين*.

شاهر، مهنا، زعيتر، سالم. (2015). *البروفايل النفسي لذوي اضطراب التحويل "دراسة اكلينيكية"*. غزة. الجامعة الإسلامية.

نايف، عبد العزيز، الدوسري، هذال. (2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدمنين بمجمع إرادة والصحة النفسية في مدينة الدمام. *المجلة العلمية العربية*(45).

بودحوش، نصر الدين. (2016). *أثر برنامج علاجي للتخفيف من حدة الأعراض الإكتئابية لدى المصابين بالعقم*. وهران. جامعة وهران 2.

قائمة المصادر والمراجع

بن ظاهر، نور اليقين. (2020). *تقدير الذات وعلاقته بمستوى الاكتئاب لدى التلاميذ المعيدين للسنة الثالثة ثانوي*. برج بوعريريج. جامعة محمد البشير الابراهيمي.

بوزيدي، هدى. (2020). *محاضرات "الفحص العيادي"*. مستغانم. جامعة عبد الحميد ابن باديس.

القسوس، هند. (1985). *العلاقة بين تقدير الذات ومدركات النجاح والفشل*. جامعة الأردن. قسم علم النفس وعلوم التربية.

بلحسيني، وردة، الإمام، سعيدة. (06, 2019). تشخيص الاكتئاب (كيف نفهمه من منظور DSM–V). *مجلة آفاق للبحوث والدراسات السداسية* (04).

رتاب، وسيلة. (2018). *فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات*. سطيف. جامعة الدكتور محمد بمين دباغين سطيف –2–.

الملاحق

الملاحق

1. تقطيع مقابلات الحالة الأولى

1- كرهت قاع الدنيا	37- قبل ما نبدأ أي حاجة نقول انا فاشل
2- مارانيش مليح	38- كنت نكره روحي
3- راهي تضياق عليا الدنيا	39- ماكنتش ماتقبل نفسي
4- أفكار سلبية راهي مسيطرة عليا	40- انا بنتي نبغيها
5- حياتي دمرت	41- نغير كي نشوف صحابي عايشين خير مني
6- ضيعت مستقبلي بيدي	42- ازمة وتمر
7- كرهت الناس	43- كونسوماسيو اثرثلي على علاقتي مع زوجتي
8- كون نصيب قاع مانخرجش مالدار	44- مين نتنارفا ونكون مكوسومي مانكونش نورمال
9- قطعت الاتصال مع دارنا	45- ليريكا اثرتلي على خدمتي
10- مارانيش قاع ناكل	46- ليريكا اثرث فيا بزاف
11- رقاد وحرم عليا	47- حكمتني المعدة مين بديت نكوسومي ليريكا
12-راني مضرار بزاف	48- راني حاس روحي عيان من كوسوماسيو
13-سوفريت وانا صغير	49- راسي راه يضرني بزاف
14-ضغوط راهي في حياتي بزاف	50- سهرات و صحاب هوما لي وصلوني
15-الدنيا راهي قاسية عليا	51- تالمو سوفريت فالبحر وليت نضرب ليريكا
16-نبغي نقعد وحدي	52- راني في طرق عوجة
17-الدنيا بلعت بيبانها	53- الإدمان ماشي سهل
18- وخلاتني نتخبط	54- عذبني
19-مارانيش غاية	55- ميزيرية هي لي وصلتني ندروقي
20-حطموني نفسيا	56- حكمتني مين بديت نكوسومي ليريكا
21-راني نخمم بزاف	57- راني خايف من اعراض الانسحاب
22-باغي نموت	58- نكوسومي ونشرب باه ننسا
23-و نتهنا	59- حسيت كي نتزوج نتهنا
24-وليت مقلق	60- ضربت زوجتي
25-دارنا معمرة بالمشاكل	
26-مزال في راسي بزاف مشاكل	
27-ظلمتني الدنيا بزاف	
28-ماعنديش حل لوضعيتي	
29-ماعنديش قيمة	
30-راني حاسة روحي كيوالو	
31-حاسة نفسي ناقصة	
32-علاه انا ماشي كي الناس	
33- الحمد الله	
34- وليت نخمم في روحي بيان	
35- رانا راضيين بقضاء الله	
36- نحس الناس احسن مني	

	61- دواء الطبيب فادني 62- و نقصلي من ستراس لي كان فيا 63- غادي نحبس لاكوسوماسيو 64- ندير ماندير يشوفوني غير انسان عيان 65- غادي نحبس من لاكوسوماسيو 66- ندير ما ندير يشوفوني غير انسان عيان

2. تقطيع مقابلات الحالة الثانية

1- مارانيش مرتاح في حياتي	30- راني متشاؤم
2- حياتي ضمرت بسبابهم	31 – أفكار انتحارية راهي تراودني بزاف
3- راني في تعاسة	32- مارانيش ناكل
4- عشت في كأبة	33- شهيتي انقطعت
5- كرهت والديا	34- راني ناقص بزاف
6- بسبتهم روحت لطريق لعوجة	35- مانبغيش نهدر مع الناس
7- تحملت مسؤولية خاوتي	36- ناس راهم منافقين
8- خاوتي هوما سندي في الدنيا	37- يضحكو في وجهك و في ضهرك يغدروك
9- كون غير ضربني و ماخلانيش نروح لهاديك الطريق	38- علمتني الدنيا بزاف صوالح
10- ضغط كبير راه فيا	39- مارانيش متاقلم مع الناس puisque ماطقش نغيرهم
11- Défois ننسا قاع الناس	40- ماكانش لي يفهمني
12- ماندير همش قاع في راسي	41- راني باغي نتغير
13- راني بعيد على ربي بزاف	42- نبني حياتي من جديد
14- انشاء الله نريح	43- lontorageالي راني فيه ماشي مليح
15- هادي باينة دعوة شر ديتها	44- نصيب صعوبات باش ندي قرارات في حياتي
16- مانبغيش الليل puisque نبات نخمم	45- خطرات نحس روحي قنبلة على وشك الانفجار
17- مارانيش نرقد خطرات حتى 3ولا 4 تاع صباح	46- ماطقش نحبسها
18- ليكوشمار راهم يجوني بزاف	47- والفتها بزاف
19- تكوسومي ليريكا	48- بغيت نحبس لاكوسوماسيو
20- مين نكوسومي ننسا مشاكل تاعي	49- حبيت نتلقى العلاج
21- نزطل	50- راني باغي نتخلص من الإدمان و المشاكل تاوعه
22- نشرب غير فالمناسبات و الاعراس	
23- انا فاشل	
24- شعور الذنب مسيطر عليا	
25- مارانيش راضي عن نفسي	
26- خطرات نبكي بلا سبة	
27- الناس ماتهتمش بيا	
28- مين صاييبني نكوسومي ناس تبعد عليا راني حاس روحي والو	

3. تقطيع مقابلات الحالة الثالثة:

1- ماعنديش زهر	32- نحس الناس راهم محتقريني
2- حتى والديا و سمحموا فيا	33- راني حاسة بالفشل و الصداع الشديد
3- كي نتفكر الباصي نزيد ننضر	34- نقصت بزاف مالتخمام على حياتي لي ضاعت
4- راني مضرارة مالداخل	35- شكون لي يقبل بيا مين يعرفوا ماعنديش والديا
5- راني هشة حاجة خفيفة تقيسني	36- هادي الدنيا حقرتني بزاف
6- نحس كل الناس راهم محتقريني	37- راني باغية نهرب
7- انا مريضة بالكلى	38- تدمرت
8- ماعنديش والديا	39- ونعيش حياتي مالجديد
9- راني باغية نشوف بابا	40- مشاكل هوما لي وصلوني للادمان
10- ماما ماتبغينيش	41- مين نتنارفا ليريكا هي لي تكالميني و تخليني مليحة
11- عشت عند جداتي هي لي رباتني	42- ادوية هلكتني بزاف
12- نضريت بزاف	43- انشاء الله نريح
13- كنت صغيرة و محتاجة حنانة والديا	44- الحمد الله على كلشي
14- نغبنت فالدنيا قبل الاخرة	45- هادا ابتلاء من عند الله
15- نخاف من نظرة المجتمع	46- راني بعيد على ربي بزاف
16- صحاباتي عايروني	47- باغي نتوب
17- قالولي انت بنت حرام	48-مين عرفت الحقيقة بديت ندروقي باش ننسا
18- انا انسانة حنينة و قلبي بيض	49- لقيت المخدرات كحل باه نهرب مالدنيا لي راني عايشتها
19- وليت نتقلق على والو	50-
20- ديما نقول نحبس ونصيب روحي دوبليت فالكونسوماسيو	51- طاقتي استنزفت
21- قلبي يضرني كي يهدرو على والدين	52-ندير ما ندير نحس روحي ناقص
22- نغير كي نشوف واحد مهتمين بيه والديه	
23- مانبغيش واحد يزعق عليا	
24- مانبغيش الناس	
25- هادا الطريق ماخرجتنيش	
26- راني حابة نبدل الجرة	
27- ويما نكوسومي نريح	
28- نحس روحي ماراني نافعة حتى واحد	
29- نبغي نقعد وحدي	
30- ديما نتفكر شاصرا فيا نقعد نبكي خطرات نبكي بلا سبة	

مقياس كوبر سميث لتقدير الذات

فيمايلي مجموعة من العبارات حول نفسك ضع علامة(×) داخل المربع المناسب الذي يبين مدى موافقتك على العبارات التي تصفك كما ترى نفسك، أجب عن كل عبارة بصدق وليس هناك إجابة صحيحة أو خاطئة.

العبارات تنطبق لاتنطبق

العبارة	تنطبق	لاتنطبق
لا تضايقني الأشياء عادة		
أجد من الصعب علي أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		
أود لو أستطيع أن أغير أشياء في نفسي		
لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي		
يسعد الآخرون بوجودهم معي		
أتضايق بسرعة في المنزل		
أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة		
أنا محبوب بين الأشخاص من نفس سني		
تراعي عائلتي مشاعري عادة		
استسلم بسهولة		
تتوقع عائلتي من الكثير		
من الصعب جدا أن أضل كما أنا		
تختلط الأشياء كلها في حياتي		
يتبع الناس أفكاري عادة		
لا أقدر نفسي حق قدرها		
أود كثيرا لو أترك المنزل		
أشعر بالضيق من عملي غالبا		
مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
إذا كان لدي شيء أريد أن أقوله فإنني أقوله عادة		
تفهمني عائلتي		
معظم الناس محبوبون أكثر مني		
أشعر عادة كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الأشياء		
لا ألقى التشجيع عادة فيما أقوم به من الأعمال		
أرغب كثيرا أن أكون شخصا أخر		
لا يمكن للآخرين الاعتماد عليا		

مقياس (B.D.I)

الاسم: ..... تاريخ الميلاد: يوم / شهر / سنة

المستوى التعليمي:..... تاريخ اليوم:.....

الحالة الاجتماعية: متزوج أعزب مطلق

المهنة:..... مستشفى/عيادة:.....

الدرجة:.....

التصنيف:.....

تعليمـــــــــات

في هذه الكراسة إحدى وعشرون مجموعة من العبارات، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حده، وستجد أن كل أربع منها تتناول موضوعا معينا أختر عبارة واحدة ترى أنها تصف حالتك ومشاعرك خلال هذا الأسبوع، ثم ضع دائرة حول رقم العبارة التي تختارها (٠ أو ١ أو ٢ أو ٣).

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قراءة جيدة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد إنك أجبت على كل مجموعة.

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم

أولاً/

٠- لا أشعر بالحزن.

١- أشعر بالحزن.

٢- أشعر بالحزن طوال الوقت، ولا أستطيع أن أتخلص منه.

٣- أنني حزين بدرجة لا أستطيع تحملها.

ثانياً/

٠- لست متشائماً بالنسبة للمستقبل.

١- أشعر بتشاؤم بالنسبة للمستقبل.

٢- أشعر بأنه ليس هناك شيء يشدني للمستقبل.

٣- أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأمور لن تتحسن.

ثالثاً/

٠- لا أشعر بأني فاشل.

١- أشعر أنني فشلت أكثر من المعتاد.

٢- عندما انظر إلى ما مضى من سنوات عمري فأنا لا أرى سوى الفشل الذريع.

٣- أشعر بأنني شخص فاشل تماماً.

رابعاً/

٠- استمتع بدرجة كافية بجوانب الحياة كما اعتدت من قبل.

١- لا استمتع بجوانب الحياة على النحو الذي تعودت عليه.

٢- لم أعد احصل على استمتاع حقيقي في أي شيء في الحياة.

٣- لا استمتع إطلاقاً بأي شيء في الحياة.

خامساً/

٠- لا أشعر بالذنب.

١- أشعر بأني قد أكون مذنباً.

٢- أشعر بشعور عميق بالذنب في أغلب الأوقات.

٣- أشعر بالذنب بصفة عامة.

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم

سادساً/

٠- لا أشعر بأني أتلقى عقاباً.

١- أشعر بأني قد أتعرض للعقاب.

٢- أتوقع أن أعاقب.

٣- أشعر بأني أتلقى عقاباً.

سابعاً/

٠- لا أشعر بعدم الرضا عن نفسي.

١- أنا غير راضٍ عن نفسي.

٢- أنا ممتعض من نفسي.

٣- أكره نفسي.

ثامناً/

٠- لا أشعر بأني أسوأ من الآخرين.

١- أنقد نفسي بسبب ضعفي وأخطائي.

٢- ألوم نفسي معظم الوقت على أخطائي.

٣- ألوم نفسي على كل شيء سيء يحدث.

تاسعاً/

٠- أشعر بضيق من الحياة.

١- ليس لي رغبة في الحياة.

٢- أصبحت أكره الحياة

٣- أتمنى الموت إذا وجدت فرصة لذلك.

عاشراً/

٠- لا أبكي أكثر من المعتاد.

١- أبكي الآن أكثر من ذي قبل.

٢- أبكي طوال الوقت.

٣- لقد كنت قادراً على البكاء فيما مضى ولكنني الآن لا أستطيع البكاء حتى لو كانت لي رغبة في ذلك.

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم

الحادي عشر/

٠- لست متوتراً أكثر من ذي قبل.

١- أتضايق أو أتوتر بسرعة أكثر من ذي قبل.

٢- أشعر بالتوتر كل الوقت.

٣- لا أتوتر أبداً من الأشياء التي كانت توترني فيما مضى.

الثاني عشر/

٠- لم أفقد الاهتمام بالناس الآخرين.

١- إني أقل اهتماماً بالآخرين مما اعتدت أن أكون.

٢- لقد فقدت معظم اهتمامي بالناس الآخرين.

٣- لقد فقدت كل اهتمامي بالناس الآخرين.

الثالث عشر/

٠- اتخذ قرارات على نفس المستوى الذي اعتدت عليه.

١- لقد توقفت عن اتخاذ القرارات بصورة أكبر مما مضى.

٢- أجد صعوبة أكبر في اتخاذ القرارات عما كنت أقوم به.

٣- لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات على الإطلاق.

الرابع عشر/

٠- لا أشعر أني أبدو في حالة أسوأ عما اعتدت أن أكون.

١- يقلقني أن أبدو أكبر سناً واقل حيوية.

٢- أشعر بأن هناك تغيرات مستديمة في مظهري تجعلني أبدو أقل حيوية.

٣- أعتقد أني أبدو قبيحاً.

الخامس عشر/

٠- أستطيع أن أقوم بعملي كما تعودت.

١- أحتاج لجهد كبير لكي أبدأ في عمل شيء ما.

٢- إن علي أن اضغط على نفسي بشدة لعمل أي شيء.

٣- لا أستطيع أن أقوم بعمل أي شيء على الإطلاق.

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم

السادس عشر/

٠- أستطيع أن أنام كالمعتاد.

١- لا أنام كالمعتاد.

٢- استيقظ قبل موعدي بساعة أو ساعتين وأجد صعوبة في النوم مرة أخرى.

٣- استيقظ قبل بضعة ساعات من موعدي المعتاد ولا أستطيع العودة للنوم مرة أخرى.

السابع عشر/

٠- لا أشعر بتعب أكثر من المعتاد.

١- أتعب بسرعة عن المعتاد.

٢- أتعب من القيام بأي جهد في عمل أي شيء.

٣- إني أتعب لدرجة أنني لا أستطيع أن أقوم بأي عمل.

الثامن عشر/

٠- إن شهيتي للطعام ليست أقل من المعتاد.

١- إن شهيتي للطعام ليست جيدة كالمعتاد.

٢- إن شهيتي للطعام أسوأ كثيراً الآن.

٣- ليس لدي شهية على الإطلاق في الوقت الحاضر.

التاسع عشر/

٠- لم ينقص وزني في الآونة الأخيرة.

١- فقدت أكثر من كيلو جرامات من وزني.

٢- فقدت أربعة كيلو جرامات من وزني.

٣- فقدت ستة كيلو جرامات من وزني.

العشرون/

٠- لست مشغولاً على صحتي أكثر من السابق.

١- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية مثل الأوجاع واضطرابات المعدة والإمساك.

٢- أني مشغول جداً ببعض المشكلات اليومية ومن الصعب أن أفكر في أي شيء آخر.

٣- أني مشغول جداً ببعض المشكلات البدنية لدرجة أني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر.

الواحد والعشرون/

٠- لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في اهتمامي الجنسية.

١- أنني أقل اهتماماً بالجنس عن المعتاد.

٢- لقد قل الآن اهتمامي بالجنس كثيراً.

٣- لقد فقدت اهتمامي بالجنس تماماً.

أ.ماجدة الشهري – أ.نوف الشريم