

جامعة عمار ثليجي الأغواط
كلية العلوم الاجتماعية
الميدان: العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية الأرففونيا



الاستجابة الاكثابفة لءى مءمى المءءرات

ءراسة مفاءفة فف مراء الوسىط لءاء المءمىن - لولافة الأغواط-

مءرة مءمة لنفل شهاءة ماسراء أكاءمى فف علم النفس

اءصص: علم النفس العفاءف

إشراف الأساءة

ء. شلاوشف أم النون

من إءاء الطالبفن:

- ءفموء عفسف

- قرفاء ءفصة

الموسم الجامعى: 2025/2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

«قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ

أُولُو الْأَلْبَابِ»

"الزِّمْر: 9"

شكر و عرفان

في مثل هذه اللحظات يتوقف اليراع ليفكر قبل أن يخط الحروف
ليجمعها في كلمات....

تتبعثر الأحرف ونحن أن يحاول تجميعها في سطور

سطورا كثيرة تمر في الخيال ولا يبقى لنا في نهاية المطاف إلا قليلا من
الذكريات وصور تجمعها برفاق كانوا إلى جانبنا....

فواجب علينا شكرهم ووداعهم ونحن نخطوا خطوتنا الأولى في غمار الحياة
ونخص بالجزيل الشكر والعرفان إلى كل من أشعل شمعة في دروب
عملنا وإلى من وقف على المنابر وأعطى من حصيلة فكره لينير دربنا
إلى الأستاذة الكرام في قسم النفس العيادي بجامعة جامعة عمارة
ثليجي بالأغواط

وأخص بالذكر الأستاذة المشرفة " شلاوشي أم النون "

الذي تفضلت بالإشراف على هذا البحث فجزاها الله عنا كل خير ولها
منا كل الإحترام والتقدير

وإلى كل من تقدم لنا ولو بالدعاء لإتمام هذا العمل ولكم منا كل الحب

والاحترام

إهداء

الحمد لله الذي يسر لنا هذا وأخرجنا من الظلمات إلى
النور وفتح لنا أبواب الخير وبعث في قلوبنا التفاؤل
والأمل والطمأنينة

إلى منبع الحب والحنان وسر وجودي في الحياة.....

إلى من علمني وأوطئني إلى هذا المكان وفتح لي
أبواب الحب والاحترام إلى قدوتي في الحياة

"والديا الكريمين"

إلى إخوتي منبع سعادتي وسندي في الحياة

إلى كل الأصدقاء والزلاء في الدراسة والعمل

إلى كل من أحمل لهم ذرة حب واحترام في قلبي

لكم مني كل هذا العمل المتواضع بذرة نجاحي

عيسى



الإهداء

الحمد لله حبا وشكرا وامتنان على البدء والختام ﴿ وأخر دعوانهم أن الحمد لله ربّي

العالمين ﴾

له تكن الرحلة قصيرة ولا الطريق محفوظا بالتسميلات لحنني فعلتها، فالحمد لله الذي يسر
البدايات وبلغنا النهايات بفضلته وكرمه

أهدي هذا النجاح لنفسى الطموحة أولا ابتداء بطموح وانتمت بنجاح ثم إلى كل من سعى
معى لإتمام مسيرتي الجامعية من مرحلة البكالوريوس دمت لي سندا لا عمرا له
بكل حبة أهدي ثمرة نجاحي وتخرجي إلى النور الذي أثار دربي والسراج الذي ينطفيء
نوره والذي بذل جهد السنين من أجل أن أحتلي سلاله النجاح

إلى من أحمل اسمه بكل فخر وإلى من حصد الأشواق عن دربي ليهد لي طريق العلم
لطالما عاهدته بهذا النجاح ها أنا أتممت وعدي وأهديته إليك " والدي العزيز
إلى من علمتني الأطلاق قبل الحروف إلى الجسر الصاعد بي إلى الجنة إلى اليد الخفية
التي أزالته عن طريقتي الأشواق، ومن تحملت كل لحظة ألم مررت بها وساندتني عند
ضعفي وهزلي " والدي العزيزة "

أهدي تخرجي إلى ملهمي نجاحي من ساندني بكل حبة عند ضعفي وأزاح عن طريقتي
المتاعب ممهدا لي طريق زارما الثقة والإصرار بداخلي، سندي والكتف الذي استند
عليه دائما لطالما كانوا الظل لهذا النجاح " اخوتي "

وأحب أن اختتم الإهداء إلى أصحاب الفضل العظيم صديقات الرحلة والنجاح إلى من وقتوا
بجانبي كلما أوشكت أن أتعثر " صديقاتي "

وأخيرا من قال أنا لها " نالها " وأنا لها وإن أبى ونما عنها أتيت بها، ما كنت لأفعل لولا
توفيق من الله ها هو اليوم العظيم هذا اليوم الذي أجريت سنوات الدراسة الشاقة حاملة
فيها حتى توالى بمنة وكرمه الفرح والتمام،

الحمد لله به خيرا وأملا وانخرقتنا سرورا وفرحا ينسيني مشقتي

حفصة



ملخص الدراسة

جاءت هذه الدراسة الموسومة بعنوان " الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات " دراسة ميدانية في مركز الوسيط لعلاج المدمنين بالأغواط، حيث هدفت هذه الدراسة للكشف عن الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات والخاضعين لعملية العلاج في مركز الوسيط لعلاج الإدمان بالأغواط.

واعتمد الباحثين في دراستهم على منهج العيادي ومنهج دراسة حالة على عينة تقدر ب(12) حالة كعدد إجمالي وتم اختيار 03 حالات عشوائيا لتطبيق اختبار بيك للاكتئاب ومعرفة مستوى الاستجابة الاكتئابية لديهم، حيث تم تطبيق المقابلة نصف الموجهة وكذا اختبار بيك للاكتئاب واستخدام التحلي الكمي والكيفي في الدراسة، توصلت نتائج الدراسة إلى أن مدمني المخدرات يستجيبون للاكتئاب، كما أنه توجد اختلاف في درجة الاستجابة الاكتئابية بين المدمنين تعزى إلى المتغيرات التالية(الجنس، الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي) ومن بين نتائج المقابلات مع الحالات تبين أن الحالات تعاني من بعض الاضطرابات الاكتئاب والمتمثلة في التوتر، القلق، شحوب الوجه، الندم واللوم، وأيضا يتضح ذلك في اضطرابات العادات الغذائية (فقدان الشهية، انقاص في الوزن، إهمام الصحة الجسدية)، سوء تقدير الذات، لوم النفس وتانيبها بالإضافة الى اعراض انفعالية (حزن، بكاء، غضب، عزلة، عدم الثقة في الآخرين، الاضطرابات الجنسية....) وهذا ما نلمسه من خلال اختبار بيك والتي أظهرت نتاجه أن الحالات لديهم استجابة اكتئابية تمثلت في سوء تقدير الذات عند الحالات رافقه الشعور بالذنب و اللوم، الكره للآخرين و عدم القدرة على اقامة صداقات بعد الآن وكذا عدم القدرة على الوثوق حتى في اقرب الناس.

الكلمات المفتاحية:

الاستجابة الاكتئابية، المدمنين على المخدرات.

This study, titled "Depressive Response in Drug Addicts," was a field study conducted at the Al-Wasit Center for Addiction Treatment in Laghouat. The study aimed to explore the depressive response among drug addicts undergoing treatment at the Al-Wasit Center for Addiction Treatment in Laghouat.

The researchers relied in their study on the clinical approach and the case study approach on a sample estimated at (12) cases as a total number. 3 cases were randomly selected to apply the Beck Depression Test and know the level of depressive response among them, where the semi-directed interview was applied as well as the Beck Depression Test and the use of quantitative and qualitative analysis in the study.

The results of the study showed that drug addicts respond to depression, and that there is a difference in the degree of depressive response among addicts attributed to the following variables (gender, social status, educational level). Among the results of the interviews with the cases, it was found that the cases suffer from some depressive disorders represented by tension, anxiety, paleness of the face, regret and blame, This is also evident in eating disorders (loss of appetite, weight loss, neglect of physical health), poor self-esteem, self-blame and self-recrimination, in addition to emotional symptoms (sadness, crying, anger, isolation, lack of trust in others, sexual disorders...). This is what we notice through the Beck test, the results of which showed that the cases have a depressive response represented by poor self-esteem in the cases accompanied by feelings of guilt and blame, hatred of others and the inability to establish friendships anymore, as well as the inability to trust even the closest people.

Keywords: Depressive response, drug addicts

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	الموضوعات
	الإهداء
	كلمة شكر وعرفان
أ	ملخص الدراسة
ب	فهرس المحتويات
ج	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
1	مقدمة
الفصل التمهيدي: مشكلة الدراسة واعتباراتها	
4	1. الإشكالية الدراسة
6	2. الفرضية
6	3. أهمية الدراسة
6	4. أهداف الدراسة
7	5. المفاهيم الإجرائية
7	6. الدراسات السابقة
10	7. التعقيب على الدراسات السابقة
الفصل الأول: الاستجابة الإكتئابية	
13	تمهيد
13	1. لمحة تاريخية حول الاكتئاب
14	2. تعريف الإكتئاب
14	3. أسباب الإكتئاب
18	4. أعراض الاكتئاب
19	5. أنواع الاكتئاب
20	6. النظريات المفسرة للاكتئاب

فهرس المحتويات

21	7. تشخيص الإكتئاب
22	8. علاج الإكتئاب
23	9. الوقاية من الاكتئاب
24	10. تعريف الاستجابة الاكتئابية
24	11. أعراضها
25	12. خصائصها
26	خلاصة الفصل
الفصل الثاني: الإدمان	
28	تمهيد
29	1. الإدمان والتعاطي
33	2. مراحل الإدمان
34	3. أعراض الإدمان
35	4. أسباب الإدمان
36	5. العوامل المؤدية للإدمان
45	6. النظريات المفسرة للإدمان
48	7. علاج الإدمان
53	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	
55	تمهيد
56	1. المنهج
56	2. حدود الدراسة
57	3. مجتمع الدراسة وعينته
58	4. أدوات الدراسة
62	خلاصة الفصل

فهرس المحتويات

الفصل الرابع: عرض ومناقشة وتحليل الحالات	
64	تمهيد
65	1. عرض ومناقشة وتفسير الحالات
65	2. عرض ومناقشة وتفسير الحالات الثلاث
66	1.2 الحالة الأولى
69	2.2 الحالة الثانية
72	3.2 الحالة الثالثة
75	3. مقارنة نتائج المقابلة مع نتائج اختبار بيك
77	الخاتمة
79	قائمة المراجع
84	قائمة الملاحق

فهرس الجداول		
رقم الصفحة	عنوانه	رقم الجدول
56	يوضح الخصائص الشخصية لعينة الإجمالية لدراسة	01
57	يوضح الخصائص الشخصية لعينة المختارة للدراسة	02
61	يوضح درجات الإكتئاب	03
64	يوضح نتائج اختبار بيك على 12 حالة	04

فهرس ملاحق	
عنوان الملحق	الرقم
أسئلة المقابلة	01
اختبار بيك للاكتتاب	02

مقدمة

فالإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر الاجتماعية التي تفتك بالفرد، وتختلف الأسباب المؤدية للإدمان باختلاف وتنوع وجهات نظر العلماء والباحثين الذين خاضوا هذا المجال، وقد يؤدي بالمدمنين على المخدرات إلى إرتفاع الأمراض العقلية لديهم، وانتشار العديد من السلوكيات كالانتحار والعنف، والجنوح... الخ، مما تترتب عليهم آثار نفسية واجتماعية والصحية والسلوكية ومشكلات الاكتئاب انسحبت على كلا من الفرد والمجتمع، الأمر الذي جعل الدول تلجأ إلى إصدار قوانين صارمة مستندة في ذلك إلى الاتفاقيات الدولية بشأن السيطرة على الظاهرة ومكافحة تداول وتناول المخدرات.

وبما أن الإدمان يعد ضربا من الانحراف الاجتماعي بدأت المخاوف تتزايد على هذا الجيل والوقاية من مخاطره وآثاره، لذلك تم انشاء مراكز متخصصة لعلاج المدمنين على المخدرات، حيث تقوم هذه المراكز بالتكفل الصحي للمدمنين على المخدرات تحت إشراف فريق من المختصين يتكون من أطباء ونفسانيين، وكذا مختصين في مجال علم النفس العيادي، وأخصائيين في علم الاجتماع، وقامت الجزائر كغيرها من دول العالم بإنشاء هذه المراكز في كل ولاية تقريبا لمحاربة تفشي هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري.

ويتميز مدمني المخدرات بسلوكيات غير متكيفة كالقلق، العدوانية، نقص تقدير الذات، الإحباط، اليأس، الشعور بالذنب، الاتكالية والتبعية، والاكتئاب الذي يعرف بيك (Beck,1979) الاكتئاب بأنه: "اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراب في الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل وينتج من جراء ذلك التشويه، ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية السالبة وهي ليست أعراض وجدانية فقط، وإنما أيضا معرفية ودافعية وفيزيائية.

وتهدف دراستنا أساسا إلى معرفة درجة الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات، والمتردددين على مركز الوسيط لعلاج المدمنين من أجل المتابعة الطبية والنفسية.

وأثناء انجازنا للدراسة واجهتنا بعض الصعوبات كأي دراسة أخرى، ومن بين هذه الصعوبات هي الحالة المزاجية للحالة أثناء الدراسة خاصة أنه كان في حالة سكر لا يمكن التواصل معه.

وللوصول إلى هدف الدراسة تم تقسيم دراستنا إلى خمسة فصول، حيث تم التطرف في الفصل التمهيدي إلى مشكلة الدراسة واعتباراتها، بينما تناولنا في الفصل الأول الاستجابة الاكتئابية من مفهوم الاكتئاب والاستجابة الاكتئابية وكذا أسباب وأعراض الاكتئاب، بالإضافة إلى النظريات المفسره له وكذا تشخيص وعلاج الاكتئاب، في حين كان الفصل الثاني حول الإدمان على المخدرات وتطرقنا فيه إلى تعريف الإدمان ومراحله وكذا أسباب واعراضه والتطرق لأهم النظريات التي تناولت موضوع الادمان وطرق علاجه، وشمل كل من الفصل الثالث والرابع الجانب الميداني، حيث تطرقنا في الفصل الثالث إلى منهجية الدراسة من منهج ومجتمع الدراسة وعينته وكذا أدوات الدراسة، أما الفصل الرابع فكان حول عرض ومناقشة وتفسير الحالات، وفي الاخير تم ختام دراستنا بنتائج الدراسة والتحقق من الفرضيات.

الفصل التمهيدي : مشكلة الدراسة وإعتبارها

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

1. مشكلة الدراسة:

تعد ظاهرة الإدمان على المخدرات من أكثر الانحرافات التي تواجهها المجتمعات في الوقت الحاضر، نظرا لما تخلفه من آثار سلبية على صحة الأفراد جسدية كانت أو نفسية (بن عمور، بوجلال، 2021، ص 23)، ويمتاز المدمنون بسلوكيات غير متكيفة كالاكتئاب، القلق، العدوانية، نقص تقدير الذات، الإحباط، اليأس، الشعور بالذنب، الاتكالية والتبعية.

(شناوي، ملال، 2022، ص 667)

وقد أخذ انتشار المخدرات في الجزائر منحى خطير، حيث صرح الديوان الوطني لمكافحة المخدرات إيمانها عن وجود 22444 حالة انتداب علاج إدمان عام 2017، منها 630 حالة أقل من 15 سنة (2.81%)، 8054 حالة إدمان يتراوح سنها من 16 إلى 25 سنة (35.51%)، وسجل ارتفاع هذه النسب خال السداسي الأول من سنة 2008، وحسب الاحصائيات التي أعدها البروفيسور خياطي رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي فإن 27% من طلبة الثانويات يتعاطون المخدرات وترتفع السنة إلى 31% في أوساط الجامعيين و 15% بين تلاميذ المتوسطات وذلك أمام غياب قانون واضح يجرم المتاجرة بتلك السموم، وفيما سيتحول المراهقون بعد فترة إلى أرقام إضافية في معادلة الجريمة المنظمة. (شناوي، ملال، 2022، ص 666)

ولقد ساهمت دراسات علمية في دراسة ظاهرة الإدمان، والهدف المشترك بين هذه الدراسات عموما هي محاولة فهم الظاهرة فهما عميقا والإحاطة بأسبابها وعوامل حدوثها، من أجل التنبؤ بها وبالتالي التحكم فيها بأفضل صورة ممكنة، منها دراسة السعد (1999) التي بينت ان الشباب هم محط الاصابة بأفة المخدرات، ومركز اهتمام تجار المخدرات، بينما اكدت دراسة عبد المعطي (2006) ان نسبة مدمني المخدرات في العالم اكثر من 200 مليون شخص و هذه النسبة في ازدياد فئة المراهقين الشباب على العموم، في حين بينت دراسة (محمد سلامة غباري)، والتي تهدف إلى الكشف عن أسباب الإدمان وآثاره وعلاجها، من وجهة نظر المدمنين فقد بينت أن أغلبية المدمنون أرجع سبب إدمانهم إلى المشكلات التي تضغط عليهم، تأثير الأصدقاء، إطالة العملية الجنسية، تورط الآخرين لهم، بينما

توصلت دراسة زيدان (1990) إلى أن مدمني الحشيش يعانون من الهوس، الاكتئاب بدرجة كبيرة مقارنة بالعاديين، في توصلت دراسة أوفر هولزر وآخرون (1997) إلى أن الإدمان يزيد من مشاعر اليأس الاكتئاب ومحاولة الانتحار (شناوي، ملال، 2022، ص667)، بينما قام عسكر (1988) بدراسته حول تعاطي الحبوب المخدرة لدى الشباب المتعلم ثم كانت دراسته عن سوء استعمال المواد المخدرة المحتوية على مادة الكودايين ومعظم الدراسات تناولت الهيروين والأفيون والحشيش والمنشطات وحبوب الهلوسة، التي اندفع إليها الشباب بشكل هستيري للانغماس في عملية الإدمان بكافة أشكاله كنوع من التقليد أو التأكيد المرضى للذات أو التعبير عن رفض الواقع الاجتماعي وضغوطه أو هروبا من همومه ومشاكله (كريمة المهدي، 2015، ص05)، بينما يؤكد المشابقة (2007) على أن الإدمان من المشكلات التي تهدد كيان الفرد ومجتمعه، وهي ظاهرة مرضية كفيفة بأن تقوض أركان مجتمع بأسره إذا ما انتشرت فيها لأنها أسرع انتشارا بين الشباب، وتسبب لهم العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية والسلوكية ومشكلات الاكتئاب

(نايف الدوسري، 2022، ص 314)

ومن هذا المطلق كانت اشكالية دراستنا حول :

- هل يستجيب مدمني المخدرات بالاكتئاب؟

ومنه جاءت التساؤلات الفرعية:

- هل توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث الجنس الذكور والإناث؟

- هل توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث السن؟

- هل توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث الحالة الاجتماعية؟

- هل توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث مستوى الدراسي؟

2. الفرضيات:

للإجابة على تساؤل الدراسة تم اقتراح الفرضية التالية:

- يستجيب الأشخاص المدمنين على المخدرات للاكتئاب.

وجاءت الفرضيات الفرعية كما يلي:

- توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث الجنس.
- توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث السن.
- توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث الحالة الاجتماعية.
- توجد فروق في الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات من حيث مستوى الدراسي.

3. اهمية الدراسة:

تتبع اهمية الدراسة في تناولها لموضوع الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات، حيث يعتبر مشكل اجتماعي لا يستهان به، والتي تعمل المجتمعات والعالم على وجود حلول للحد من هذه الظاهرة وانتشارها.

4. اهداف الدراسة:

تهدف دراستنا الحالية إلى:

- معرفة درجة الاستجابة الاكتئابية بين أفراد العينة.
- معرفة العلاقة بين الإدمان والإكتئاب لدى مدمني المخدرات.
- معرفة اذا كانت تظهر استجابات اكتئابيه لدى المدمنين (حزن، محاولة انتحار، يأس، احباط...الخ.
- التعرف على نوع الاستجابات التي تظهر عند المدمنين.

5. المفاهيم الإجرائية:

1.5 الاكتئاب: هو اضطراب نفسي يصيب الفرد إثر ضغوطات متراكمة، ويظهر ذلك من خلال مجموعة من الأعراض الاكتئابية السالبة والمتمثلة في الجزن، التردد، الملل، الانتحار، واعراض فيزيولوجية، وغيرها

2.5 الاستجابة الاكتئابية: هي عبارة عن الدرجة المتحصل عليها الفرد على مقياس بيك للاكتئاب بصورته النهائية.

3.5 الإدمان: هو حالة تكيف الفرد مع عقار سيء استخدامه، أو مادة مضرّة جسدياً أو نفسياً، تلحق بالأذى لمتعاطيها، مما يؤدي إلى عدم القدرة على التوقف عن تعاطيها، وتظهر عليه أعراض سلوكية عند عدم تعاطيها.

4.5 المخدرات: هي كل مادة أو دواء سام يدخل للجسم ويسبب له فقدان الوعي وعدم السيطرة أو التحكم في السلوكيات وتؤدي به إلى الإدمان عليها وعدم الاستغناء عنها.

6. الدراسات السابقة:

أولاً/ الدراسات المحلية:

1- الدراسة الأولى: دراسة أم النون شلاوشي (2018) بعنوان " ظاهرة التعاطي والإدمان على المخدرات في ولاية الأغواط، دراسة في الأسباب النفسية والاجتماعية" تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل النفسية والاجتماعية المؤدية إلى تعاطي المخدرات وإدمانها في ولاية الأغواط، وتكونت العينة من 150 فرد، تم تطبيق استبيان مكون من خمسة محاور واختياري الـ TAT والرورشاخ ومقابلة، وتوصلت الدراسة إلى وجود جملة من العوامل النفسية والاجتماعية لتعاطي المخدرات مع وجود فروق في هذه العوامل تعزي إلى السن والمستوى

التعليمي والحالة الاجتماعية للمتعاظمي، والمستوى التعليمي لآباء المتعاظمين والحالة الاجتماعية للأولياء مع عدم وجود فروق تعود إلى الوضعية المهنية للمتعاظمي والمستوى التعليمي، للأمهات، ولا يوجد اختلاف في دينامية الشخصية بين المدمنين وغير المدمنين كما ترسمها استجاباتهم على الاختبارين الإسقاطيين كما يوجد جملة من العوامل الوقائية ضد تعاطي المخدرات.

2- الدراسة الثانية: دراسة جميلة بن عمور وسهيلة بوجلال (2021) بعنوان "القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية" هدفت هذه الدراسة للتعرف على مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء متغيري نوع المخدر ومدة العلاج، تم إجراء دراسة عيادية على 06 مراهقين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان على المخدرات بولاية الشلف، اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي باستخدام المقابلة الموجهة، والمقابلة نصف الموجهة والملاحظة، واختبار تايلور للقلق الصريح، وظهرت النتائج أم مستوى القلق يتأثر بنوع المخدر المستخدم ومدة العلاج.

3- الدراسة الثالثة: دراسة شنواي رزيقة وملال خديجة (2022) بعنوان " المعاناة النفسية لدى مدمن على المخدرات" تهدف هذه الدراسة إلى معرفة المعاناة النفسية لدى مدمن المخدرات، حيث تم إجراء دراسة عيادية لثلاث حالات بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، ومن خلال تطبيق اختبار الرورشاخ تم التوصل إلى أن المدمنين يعانون من مظاهر المعاناة النفسية المتمثلة في اللكسنيما، القلق، الاكتئاب، الإحباط، اليأس، والشعور بالذنب.

ثانيا/ الدراسات العربية

1- الدراسة الأولى: دراسة المشعان (1998) بعنوان "عوامل تعاطي المخدرات وكيفية معالجتها من وجهة نظر الطالب الجامعي بدولة الكويت"، اعتمدت الدراسة على عينة تكونت من (303) طالب وطالبة من خلال توجيه سؤالين فقط هما: ما هي أسباب تعاطي المخدرات؟ وما هي كيفية الوقاية منها؟ وقد اسفرت الدراسة على النتائج التالية:

أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر الذكور احتل أصدقاء السوء المرتبة الأولى حيث بلغت (57%) أما التفكك الأسري بنسبة (27.7%) أما من وجهة نظر الإناث فقد كانت أسباب متشابهة مع الذكور.

2- الدراسة الثانية: دراسة عبد العزيز الخزاعة (2003) بعنوان "الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن"، دراسة ميدانية هدفت الدراسة إلى الوقوف على الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات، وعلى واقع حجم المشكلة في الأردن، ومدى معرفة الشباب بالمخدرات والخصائص الاجتماعية للمدمنين وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المشكلة في تصاعد مستمر، خاصة بين الشباب، والسبب المباشر الذي يدفع بهم إلى التعاطي لأول مرة هو مجاورة الأصدقاء السيئين.

3- الدراسة الثالثة: دراسة نايف بن عبد العزيز هداي الدوسري (2022) بعنوان "اضطراب الإكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدمنين بمجمع إرادة والصحة النفسية في مدينة الدمام" هدفت هذه الدراسة للتعرف على علاقة اضطراب الإكتئاب بالإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدمنين بمجمع إرادة والصحة النفسية في مدينة الدمام، ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي باستخدام أسلوب الدراسة الارتباطية المقارنة، على عينة قدرها (120) مدمن على المخدرات، و(100) من غير المدمنين على المخدرات، وذلك بتطبيق مقياس بيك للإكتئاب، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين الإكتئاب والإدمان على المخدرات حيث جاءت قيمة الارتباط مرتفعة (0.66) وبدلالة احصائية (0.011) وهذا يشير إلى أن هناك علاقة طردية بين الإكتئاب وبين الإدمان

7. التعقيب على الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة نلاحظ أن هناك الدراسات تناولت موضوع الإدمان عن المخدرات عند الشباب ومعالجتها من كل الجوانب ودراستين ناولنا موضوع الاستجابة الاكتئابية، حيث تهدف هذه الدراسات إلى معرفة أسباب تعاطي الشباب للمخدرات وطرق مكافحتها ومعالجتها وكذا معرفة مستوى الاستجابة الاكتئابية عند فئات المجتمع.

كما تنوعت الدراسات التي تم عرضها من حيث تناولها لموضوع "الإدمان على المخدرات"، فوجد دراسة المشعان والتي تكشف عن عوامل تعاطي المخدرات وكيفية معالجتها وذلك من وجهة نظر الطالب الجامعي بدولة الكويت، بينما تطرقت دراسة العزيز الخزاعة إلى الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن، في حين نجد دراسة أم نون شلاوشي والتي كانت تعالج ظاهرة التعاطي والإدمان على المخدرات في ولاية الأغواط.

في حين نجد كل من دراسة جميلة بن عمور وسهيلة بوجلال ودراسة شنواي رزيقة وملال خديجة ودراسة نايف بن عبد العزيز هذال الدوسري فقد ركزوا على الجانب النفسي للمدمنين على المخدرات ومعرفة أثر المخدرات على كل من المعاناة النفسية والقلق وكذا الاكتئاب لدى هذه الفئة.

تعاطيهم أما من حيث العينة فنجد أن كل دراسة ركزت على فئة معينة من المدمنين للأخذ بآرائهم حول أسباب ودوافع إدمانهم على المخدرات، فمثلا دراسة مشعان ركزت حول فئة طلاب الجامعة، بينما نجد كل من دراسة عبد العزيز الخزاعة ودراسة شلاوشي أم النون فتناولوا عينة من فئة المجتمع، وهذا ما ذهبت إليه الدراسة الحالية حيث تناولت فئة المدمنين الذين يتابعون العلاج بمركز الوسيط لعلاج المدمنين.

ومن حيث جنس العينة فكل الدراسات ركزت على الفئتين معا ذكورا وإناثا. وفيما يخص أدوات الدراسة، فإذا قلنا أن جميع الدراسات اتجهت إلى تحقيق أهدافها إلى تطبيق أداة الإستبيان، إلا دراسة شلاوشي أم النون والتي استخدمت اختبار الرورشاخ و TAT تحقيق هدف دراستها، وكل هذه الدراسات لم تطابق دراستنا الحالية والتي استخدمنا فيها أداة المقابلة ومقياس بيك للإكتئاب.

وبالنسبة للمنهج المعتمد في الدراسات التي تم عرضها نلاحظ بان الدراسات اعتمدت المنهج الوصفي التحليلي وهذا لملاءمته لطبيعة الدراسة، بينما نجد دراسة شلاوشي والتي اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي والمنهج العيادي، بينما دراستنا الحالية فاعتمدت على المنهج العيادي ومنهج دراسة حالة والتي رأت الباحثة أنهما الأنسب لهذه الدراسة. أما عن الأساليب الاحصائية فتقريبا كل الدراسات اعتمدت على حساب التكرارات والنسب المئوية و T الفروق ما عدا دراسة شلاوشي والتي اعتمدت على هذه الأساليب بالاضافة إلى الأساليب العيادية في تحليل الأدوات العيادية، وهذا ما اعتمدت عليه دراستنا في تحليل المقابلة النصف موجهة ومقياس بيك.

الفصل الأول: الاكتئاب

- تمهيد

1. لمحة تاريخية حول الاكتئاب

2. تعريف الاكتئاب

3. أسباب الاكتئاب

4. أعراض الاكتئاب

5. أنواع الاكتئاب

6. النظريات المفسرة للاكتئاب

7. تشخيص الاكتئاب

8. علاج الاكتئاب

9. الوقاية من الاكتئاب

10. تعريف الاستجابة الاكتئابية

11. أعراضها

12. خصائص الاستجابة الاكتئابية

- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب مرض العصر الحالي وهو أهم وأخطر المشكلات والظواهر التي يعاني منها الانسان في كل مجتمعات العالم وهو من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً، لما يسببه من مشقة وحزن، ولارتباطه بمحاولات الانتحار عند بعض الأفراد.

1. لمحة تاريخية حول الإكتئاب:

ظل الإكتئاب موجوداً بصفة دائمة وبالفعل يمكن العثور على أوصاف الأمراض الإكتئاب في نصوص العديد من الحضارات القديمة ففي العهد القديم ورد في كتب قصة شاول الذي أصابته الأرواح الشريرة بحالة إكتئاب عقلي دفعة إلى أن يطلب من خادمه أن يقتله وعندما رفض الخادم الانصياع لأمره أقدم هو على الانتحار.

وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الإكتئاب النفسي بمفهومه الحالي فقد ورد في جمهورية افلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم والعناية بهم وقد كان "أبقراط" الذي اطلق عليه أبو الطب من أوائل الذين وصفوا حالة الإكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفا لا يختلف عن الوصف الحالي وقد ربط ابقراط بين "الجسد والروح" أول بين "الجسم والعقل" وأكد وجود تأثير متبادل بينهما كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب وقام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينهما الإكتئاب وتم تصنيفه الى نوع خارجي ونوع داخلي مثل بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي.

وتحتوي الكتابات القديمة على وصف لوسائل العلاج المتبعة في ذلك الوقت ومنها ضرب المرضى او منع الطعام عنهم حتى يتم حفز الذاكرة وإعادة الشهية للمريض واستخدام وسائل التسلية والترفيه مثل الرياضة والموسيقى وقراءة بعض النصوص للمريض بصوت عالي (لطي الشربيني، 2001، ص 23)

2. تعريف الاكتئاب:

أ- لغة: يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي كَاب ويشير هذا الفعل أيضا الى اسم كآبة وهي تعني سوء الحالة والانكسار من الحزن .

وفي اللغة الإنجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح De'pression وهو يتكون من ثلاث مقاطع (de - presh - isn) اما الفعل يكتب Depress فقد اشتق من Depressus الذي اشتق من Deprimere

ب- اصطلاحا: يعرف الاكتئاب بأنه حالة انفعالية حادة خاصة بالنشاط النفسي الفزيائي المنخفض وغير سار وانخفاض المزاج في الحالة السرية يسمى كآبة، أما الحالة المرضية فيشير الى الشعور باليأس، وانخفاض قيمة تقدير الذات (أبود زيد، دت، ص 22)

ويمكننا تعريف الاكتئاب على أنه "اضطراب انفعالي يتمثل في الشعور بالحزن الشديد واليأس المستمر، يكون مرتبط بفقْدان شخص عزيز أو قريب و تظهر على الأفراد حالة من العجز و الشعور بالنقص وانخفاض تقدير الذات".

وجاء في القاموس الكبير لعلم النفس حول تعريف الاكتئاب بأنه "هو تناذر يطغى عليه المزاج الاغتنامي (الاكتئابي) الذي يتجسد في التعبير اللفظي والانفعالات الحزينة أو الحصرية، كما يحتوي على العديد من الاضطرابات التي تؤثر على الكثير من الوظائف الإدارية، أو اضطرابات الوظائف المعرفية والسلوكية، هذا بالإضافة إلى درجة معينة من الحصر النفسي أو البدني (Coltrux,1990 ,p2)

بينما عرفت جمعية الطب النفسي الأمريكية الاكتئاب بأنه : "مجموعة من الانحرافات لا تنجم عن علة عضوية أو تلف في المخ بل هي اضطرابات وظيفية ومزاجية في الشخصية، ترجع إلى الخبرات المؤلمة أو الصدمات الانفعالية، أو إلى اضطراب علاقات الفرد مع المحيط الاجتماعي الذي يعيش فيه ويتفاعل معه وترتبط بحياة الفرد وخاصة طفولته، وهو محاولة شاذة للتخلص من صراعات واضطرابات تستهدف حلا لأزمة نفسية

ومحاولة لتجنب القلق، قد تفلح في هدفها بقدر قليل أو كبير أو تكون محاولة خائبة لا تجدي في خفض القلق (نايف الدوسري، 2022، ص 313)

تعريف Beck للاكتئاب: يعرف بيك (Beck,1979) الاكتئاب بأنه: "اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطراب في الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكوين اتجاه سالب نحو الذات والعالم والمستقبل وينتج من جراء ذلك التشويه، ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية السالبة وهي ليست أعراض وجدانية فقط، وإنما أيضا معرفية ودافعية وفيزيائية (نايف الدوسري، 2022، ص 315)

بينما يعرفه **أحمد عكاشة** بأنه مرض يتضمن الأفكار السوداوية والتردد الشديد وفقدان الشهية والشعور بالإثم والتقليل من قيمة الذات وعدم القدرة على اتخاذ القرار والمبالغة في الأمور التافهة والأرق الشديد والشعور بالأوهام المرضية والمعاناة من بعض الأفكار السوداوية الانتحارية (أديب محمود خالدي، 2005، ص 79)

3. أسباب الاكتئاب:

لا يوجد سبب وحيد يسبب الاكتئاب، إذ لا بد من توفر مجموعة كبيرة من العوامل التي تسبب ظهور الاكتئاب، ومن بينها نجد:

أ- **الأسباب الوراثية:** يرى بعض الأطباء أن معظم الأسباب المؤدية للاكتئاب ترجع إلى تأثير العوامل الاجتماعية والنفسية أكثر من الوراثية، حيث تعمل بعض مراحل العمر كعامل مسبب للمرض، ففي حالة الشيخوخة يحدث الاكتئاب بسبب الضعف والعزلة وكثرة الأمراض والخوف من الموت، وهذا في مرحلة منتصف العمر بسبب شعور الإنسان أن ما تبقى من عمره أقل ممن ذهب وانه لم يحقق آماله ويمر بأزمة مفاهيم الوجدانية، لا سيما عندما يغادر الأولاد البيت بسبب الزواج أو العمل، ويحدث المراهقة بسبب الصرعات والتناقضات وتضاعف الضغوط المختلفة على المراهق ويكون المرض في هذه الحالة شديد وتكرر الحالات الانتحارية، والنوع الأكثر إصابة بالاكتئاب هو النساء وخاصة النوع المكتنز بسبب التغير الهرموني (عزة حسين، 1986، ص 13)

كما تؤكد الدراسات أن عدد من الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب في أسرة المريض يزداد بمقدار 3 أضعاف عن الأسرة العادية، وهذا ما يؤكد العامل الوراثي في مرض الاكتئاب ويلاحظ إرتباط الاكتئاب وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى مثل الشخصية الإكتئابية التي لديها استعداد وراثي للإصابة بالإكتئاب، وفي دراسات أجريت على التوائم تبين أن الاستعداد الوراثي للاكتئاب يوجد لدى التوائم بغض النظر عن الظروف المحيطة بهم مما يؤكد وجود عامل وراثي قوي يؤدي إلى انتقال الاكتئاب بالوراثة.

(لظفي الشربيني، 2004، ص 55)

ب- الأسباب النفسية:

عادة ما يكون الاكتئاب استجابة للعديد من الصعوبات التي تواجه الفرد في حياته اليومية، فيكون الخلاص منها أو تجاوزها أو بعد القدرة والفضل في تحقيق ذلك، وهذا ما قد يولد لدى الفرد العديد من المشاكل النفسية التي من شأنها أن تكون سببا في الإكتئاب ومن بينها ما يلي:

- التوتر الانفعالي والظروف المحزنة وكذا الخبرات المؤلمة، الكوارث القاسية والانهازم أمام الشدائد وخاصة الحرمان.
- فقدان الحب والمساندة العاطفية أو فقدان الحبيب ومرارة الحزن الشديد وفقدان وظيفة مهنية أو فقدان الثروة أو مكانة اجتماعية، فقدان الكرامة والشرف أو الصحة أو الفقر الشديد.
- الخبرات الصدمية والتفسير الخاطيء غير الواقعي للخبرات.
- الوحدة والعنوسة وسن القعود (سن اليأس) وتدهور الكفاية الجنسية والشيخوخة التقاعد.
- فقدان تقديرات الذات ونقص الضغط والتحكم أي الشعور بعدم القيمة والافتقار إلى الاحترام هذا يؤثر على دوافع وسلوكيات الفرد فهو ينظر إلى الشيء بمنظار تشاؤمي.
- انفصال الطفل عن الأم خاصة في سن مبكرة سواء بوفاتها أو طلاقها له تأثير كبير في نموه الانفعالي والعاطفي.

- المفهوم السالب للذات والكفاءة الذاتية وعدم الثقة بالنفس ومدى استطاعة الفرد لمواجهة الحياة ومشاكلها (زواوي سليمان، 2012، ص ص 38-39)

ج- الأسباب الذاتية الشخصية:

أجرى الباحثون دراسات عديدة لتحديد الأسباب النفسية و الشخصية الذاتية للإكتئاب والتي تجعل بعض الناس أكثر عرضة للإصابة به من غيرهم وأشارت النتائج الى أن هناك صفات مشتركة بين المصابين أكثرهم مصابون بالإكتئاب العصبي وهي:

- قلة احترامهم للذات.
- أنهم يميلون نحو الحد الأدنى عند تقديرهم لذواتهم.
- لأنه يشعرون بقلة الكفاءة أو عدمها.
- كما أظهرت نتائج الدراسات أن بعض السمات الشخصية مثل: النظرة السلبية للحياة والذات والتقييم السلبي للقدرات والاعتمادية والشعور بعدم الكفاية تعتبر عوامل مساعدة للإصابة بالإكتئاب.

د- الأسباب الاجتماعية:

ومن بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة ك:

- إهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم.
- الخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما.
- التفكك الأسري والانفصال المبكر للوالدين عنهما.
- الخلافات الوالدية الشديدة أو اضطراب المناخ الأسري (بن بوزيد، 2018، ص 22)

4. أعراض الإكتئاب:

تتنوع أعراض الاكتئاب النفسية والجسدية المحتملة في الواقع، ما يعاني منه البعض من أعراض الاكتئاب يمكن أن يختلف اختلافا كبيرا لدى آخرين:

أ- أعراض نفسية:

- تعكر المزاج.
- فقدان الاهتمام بأمور تعودت أن تستمتع بها.
- القلق.
- فقدان القدرة على الإحساس.
- تفكير كثيب.
- مشكلات في التركيز والذاكرة.
- التوهم.
- الهلوسة.
- أفكار انتحارية (زينب منعم، 2013، ص6)

ب- أعراض الجسدية:

مثل:

- انقباض في الصدر والشعور بالضيق.
- فقدان الشهية.
- رفض الطعام لشعور المريض بعد استحقاقه لها.
- الرغبة في الموت.
- نقص الوزن والإمساك والتعب.
- توهم المرض والانشغال بالصحة.
- اضطراب النوم.
- اضطراب الدورة الشهرية عند النساء.
- كآبة المظهر الخارجي (محمد عبد الهادي جبوري، 2010، ص18)

ج- الأعراض المعرفية: مثل:

- عدم ترابط الأفكار.
- نقل للفهم وعدم وضوح الذاكرة وكل مجهود لتركيز الفكري يكون صعب.
- حيث تسود للإنسان المصاب بالإكتئاب أفكار شاردة من بينهما أفكار انتحارية، وصعوبة اتخاذ القرارات والتردد (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص132)

5. أنواع الاكتئاب:

يمكن تصنيف أنواع الاكتئاب من حيث شدة أو درجته إلى ثلاثة أنواع:

أ- **الاكتئاب الخفيف:** عند الإصابة بالاكتئاب الخفيف، يعاني المرء من تعكر المزاج من وقت إلى آخر، وعادة ما يبدأ المرض بعد حدث مرهق فيسيطر القلق على المريض ويصبح محبطاً، وغالبا ما تكون تغيرات أسلوب الحياة كافية للإصابة بهذا النوع من الاكتئاب.

ب- **الإكتئاب المتوسط:** عندما يصاب المرء بالاكتئاب المتوسط، يتعكر مزاجه في شكل دائم، وتظهر عليه بعض أعراض المرض الجسدي، علما أن هذه الأعراض تختلف من شخص إلى آخر، ولا تسبب التغيرات التي تطرأ على أسلوب الحياة وحدها هذا النوع من الاكتئاب، وغالبا ما يحتاج المرء عند اصابته بالاكتئاب المتوسط إلى مساعدة طبية.

ج- **الاكتئاب الشديد:** يعتبر الاكتئاب الشديد مرضا يهدد حياة الانسان ويترك على الجسم أعراضا شديدة، لذلك يشعر المكتئب اكتئابا شديدا بأعراض جسدية وتراوده التوهيمات والهوسات، ولا بد أن يراجع المكتئب اكتئابا شديدا الطبيب بأسرع وقت ممكن تقاديا لخطر الإقدام على الانتحار (زينب منعم، 2013، ص36)

6. النظريات المفسرة للإكتئاب:

أ- النظرية البيولوجية:

تركز النظرية البيولوجية على أن الخبرات الإنفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ وبالتالي فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعا للتغيرات الكيميائية للدماغ ، إن الخلايا العصبية ترسل الرسائل الكهربائية عن طريق الموصيلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية، وعليه فالخلل في الخلايا العصبية أو نقص مقدار المنقول من المادة الكيميائية أو أي خلل وظيفي في عمل خلايا الإستقبال كلها عوامل تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالإكتئاب.

ب- النظرية التحليلية:

يعد فرويد هو مؤسس هذه النظرية فقد وصف الإكتئاب في مقالته " الحداد والملانغوليا " حيث يرى أن التناقض العاطفي هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الإكتئاب ويحدث الإكتئاب إثر فقدان موضوع الحب سواء بالموت أو بالعجز إذ تنتاب الفرد نوبات من الإكتئاب جراء الشعور بالذنب الذي يصيبه ويرى ابرهام وهو من رواد هذه النظرية أن الإصابة بالإكتئاب تتعلق بموضوع الحب فالفرد الذي لا يتمكن من إشباع رغباته الجنسية وحاجاته الى الحب تنتابه مشاعر الغرامية.

الغضب اتجاه موضوع الحب ويرى أن المريض الإكتئاب متناقض العاطفة إزاء نفسه

بقدر ما هو متناقض إزاء الموضوعات (حمدي الأعظمي، 2013، ص 48)

ج- النظرية السلوكية:

ركزت النظريات على عمليات أكثر تعقيدا كمفردات للإكتئاب هذه العمليات تضمنت التركيز على أحداث الحياة الصادمة كمؤثر في حدوث الإكتئاب فالأحداث الصادمة قد تستتير عددا من ردود الفعل الإنفعالي في حياة الناس والخيرات الصادمة يمكن أن تستتير إضطراب وتوترا ناعدا الصدمة بينما الأحداث التي تتضمن فقدان مثل: الترمل قد تستتير نوبات إكتئابية أساسية وأعواما من الضيق النفسي كما وجدت بحوث عديدة.

وعموما ينظر الى الاكتئاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنيمات المختلفة (السيد إبراهيم، 2006، ص ص 68-69)

د- النظرية المعرفية :

يفترض المنحنى المعرفي أن تغيرا خطيرا في الحالة الانفعالية قد تنتج عن أحداث وقعت لنا في حياتنا أو عن إدراكنا لهذه الأحداث فالأفراد وفقا لهذا المنحنى يصابون بالإكتئاب اذ تعلموا في الخبرات المبكرة من حياتهم أن يستجيبوا بطريقة معينة لبعض الاشكال الفقدان والاحداث الضاغطة والافراد المكتئبون كما يرى "بيك" يستجيبون للخبرات الضاغطة عن طريق تنشيط مجموعة من الأفكار تدعى بالتالون المعرفي وهو النظرة السلبية حيال الذات والعالم والمستقبل إضافة الى هذا هناك تأثير يأتي التشويهات المعرفية وهي الأخطاء التي يرتكبها الافراد المكتئبون في طريقهم في تفسير الاحداث ورسم النتائج لخبراتهم وهذه الأخطاء ناتجة عن تطبيق قواعد منطقية على خبرات الحياة والاحداث ويعمل على زيادة الشعور بالإكتئاب وعدم السعادة للأفراد المكتئبين (السيد إبراهيم، 2006، ص 70)

7. تشخيص الإكتئاب:

يتم تشخيص الإكتئاب طبقا لدليل التشخيص لأخصائي إذا توفرت (05) أعراض أو أكثر من الأعراض التالية:

- مزاج إكتئابي كل يوم.
- انخفاض كبير في اهتمامات أو عدم الاحساس بالمتعة في ممارسة الأنشطة الاجتماعية.
- انخفاض واضح في الوزن أو زيادة في الوزن في بعض الحالات.
- أرق في النوم أو زيادة في النوم.
- التعب وفقدان الطاقة.
- هياج حركي مع الإحساس بعدم خمول حركي مع الإحساس ببطئ الإيقاع.
- الإحساس بعدم القيمة ، ونوم النفس والإحساس بالذنب.

- ضعف القدرة على التقدير وضعف التركيز والتردد في اتخاذ القرارات.
 - التفكير في الموت إما يتمنى الموت أو التفكير في الانتحار أو التخطيط له أو محاولة الانتحار (مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2001، ص 147)
8. علاج الاكتئاب:

إن علاج حالات الاكتئاب تتم عن طريق عدة وسائل يمكن استخدام بعضها معا أو اختيار الوسيلة المناسبة منها لكل حالة من الحالات وهذه الوسائل هي:

أ- العلاج النفسي:

ويتضمن جلسات علاجية فردية أو جماعية ، ويضم عدة أساليب منها :

- العلاج بلايحاء .
- العلاج التحليلي النفسي .
- العلاج السلوكي .

ولكل هذه الأساليب فنيات دقيقة يقوم بها المعالجون النفسيون .

ب- العلاج البيئي:

ونعني به إيجاد بيئة ملائمة يتعامل معها المريض بعيدا عن الضغوط و المواقف التي تسببت له في المرض، ويتم ذلك بإنتقال المريض إلى وسط علاجي أو في مكان للإستشفاء،

ومن وسائل هذا العلاج :

- الترويح عن المريض .
- شغل فراغه بالعمل .
- تأهيله حتى يندمج في بعض العلاقات التي تمهد إلى عودته للحياة مرة أخرى .

ج- العلاج بأدوية النفسية:

ويتضمن استخدام العقاقير المضادة للاكتئاب تحت إشراف الأطباء النفسانيين ويقوم الطبيب باختبار الدواء المناسب و متابعة المريض لفترة كافية حتى تتحسن حالته.

د- العلاج الكهربائي:

يعمل العلاج الكهربائي على إعادة تنظيم إيقاع الجهاز العصبي.

(لطفى الشربيني، 2001 ، ص 238)

9. الوقاية من الإكتئاب:

وتقصد بها الجانب الوقائي لعدم استفعال الظاهرة الإكتئابية عند معظم الأفراد وتعني القدرة على الكشف عن حالة الاكتئاب في وقت مبكر والبدء في معالجتها قبل استفعالها ووصولها إلى درجة من التفاقم، وهذا الكشف المبكر للاكتئاب يتطلب تظاهر وتعاون من عدة جهات وللبدء من العمل على:

- زيادة الوعي بالتوعية الإعلامية المختلفة لهذا النوع من الاضطرابات وأثاره السلبية على الفرد و المجتمع.
- رفع قدرة المختصين و الأطباء في الكشف المبكر عن الإضطراب بجميع الوسائل والإمكانيات سواء في الرعاية الصحية الأولية أو في المستشفيات العامة.
- تعزيز دور الطبيب النفسي في المستشفيات العامة.
- المتابعة الوقائية للحالات التي استفادت من العلاج الدوائي أو النفسي حتى لا تحدث الانتكاسة(وليد سرحان، 2001، ص ص 121 - 122)

10. تعريف الاستجابة الاكتئابية:

الاستجابة الاكتئابية هي استجابة الشخصية المريضة لوضعية، أو لمحيط غير ملائم أو لصدمة نفسية مؤلمة، كما نعني بمفهوم الاستجابة الاكتئابية كل العلامات ذات المظهر الاكتئابي الناجمة من حدث خارجي مؤلم، أو وضعية حيوية شاقة، العامل المفجر للاستجابة الاكتئابية هو عامل خارجي المنشأ، كما أن هذه الحالة الاكتئابية ذات علاقة مباشرة مع الحادث الخارجي، مع الوضعية المصدمة، مثل حالات الحداد، مشاكل زوجية اجتماعية، مهنية، عدم الطمأنينة، الأمراض الخطيرة والمزمنة فالاستجابة الاكتئابية تظهر عند وجود ضغط كبير، مهما كان مصدر هذا الضغط، حداد، أمراض خطيرة، الذي يعيش من طرف الفرد (محروق الرأس، جرفاف، 2022، ص17)

يعرف (عبد الستار إبراهيم) الاستجابة الاكتئابية على أنها: "نوع من الإكتئاب يكون ظهورها مرتبط ببعض الأحداث المأساوية كالكوارث أو موت الأعداء أو الانفصال أو الكوارث المادية" (عبد الستار إبراهيم، 1998، ص 18)

بينما يعرفها (حافظ يعقوب) في كتابه الإكتئاب في الانقباض النفسي بأنها: "عبارة عن رد فعل من النفس إزاء صدمة أو حرمان ناجمين عن حادث مفاجئ، كخسارة، صدمة، أو خيبة أي أنها عبارة عن شكل مجسم لما يحدث للشخص العاديين تصيبه نكبة طارئة.

(حافظ يعقوب، ب س، ص 17)

11. أعراضها:

- 1- الحزن: ويظهر نتيجة اليأس، التشاؤم، فقدان الأمل.
- 2- الانهالك: حيث يبدأ هذا الأخير من الاحساس البسيط بالتعب بسهولة أكثر من العادة، وهذا المرض يعاني منه أكثر من 80% من المصابين.
- 3- الكبح النفسي: وهو ناتج عن التعب ويتمثل في عدم القدرة على التفكير بصورة واضحة.
- 4- الحصر النفسي: الشعور بالضيق، الشكاوي من الآلام جسدية، كالصداع، الخوف من الموت والعزلة والمستقبل.

5- المحاولات الانتحارية: وهي تحمل عدة معاني وأهداف مثل جلب الإهتمام وعطف الآخرين أو تكون عبارة عن نداء للمساعدة.

6- اضطرابات جسمية: اضطراب النوم، يمس أكثر من 60% من المصابين، وتكون إما على شكل فقدان النوم أو صعوبة النوم مع الاستيقاظ المؤلم.

- فقدان الشهية.

- اضطرابات جنسية.

7- اضطرابات علائقية: تتمثل في فقدان الإهتمام بالآخرين نتيجة العزلة والانطواء على الذات (زاوي سليمان، 2012، ص51)

12. خصائص الاستجابة الإكتئابية:

- غير ذهائية أي لا تكون هناك هذيانات وهلوسة مع وجود اضطرابات الذاكرة أو أعراض تخص فقدان العلاقة مع الواقع.

- لا نجد أعراض داخلية المنشأة كاليقظة في الصباح ونقص في الوزن درجة كبيرة من الشعور بالذنب وإتمام الذات.

- تأتي العادة بعد الحدث الصادم.

- تظهر عند الأشخاص الذين لهم اضطرابات نفسية مرضية.

- حسب التحاليل النفسية تعود صراعات لا شعورية.

(محروق الراس، جرفاف، 2022، ص 17)

خلاصة الفصل:

وفي الأخير يمكننا القول بأن الاكتئاب هو مرض شائع في العالم، وهو أحد الاضطرابات النفسية الخطيرة التي تصيب الشخص من كل الفئات والأعمار، وهو المرض الذي يصيب الذهن والجسد معاً، لذلك تظهر أعراض نفسية وجسدية على الشخص المكتئب، إلا أن طبيعتها تختلف من شخص لآخر، وتتنوع أعراضه وكذا أسباب ظهوره وطرق علاجه.

وقد تطرقنا في هذا الفصل إلى لمحة تاريخية عن الاكتئاب وتعريفه، أسبابه، النظريات المفسرة والوقاية والعلاج، كما تطرقنا إلى الاستجابة الاكتئابية أعراضها وخصائصها.

الفصل الثاني: الإدمان

- تمهيد

1. الإدمان والتعاطي

2. مراحل الإدمان

3. أعراض الإدمان

4. أسباب الإدمان

5. العوامل المؤدية للإدمان

6. النظريات المفسرة للإدمان

7. علاج الإدمان

- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعد كل من التعاطي والإدمان من الظواهر الخطيرة المرتبطة باستخدام المواد المخدرة، والتي تؤثر سلباً على صحة الأفراد وسلامة المجتمعات، ويكمن الفرق بين التعاطي والإدمان في درجة التعلق والسيطرة؛ فالتعاطي هو استخدام المخدر أو المادة المنبهة بشكل غير منتظم أو خارج النطاق المسموح به، وغالباً ما يكون في بداياته دون أن يصل إلى حالة فقدان السيطرة. أما الإدمان، فهو المرحلة المتقدمة التي يتحول فيها الاستخدام إلى حاجة قهرية، نفسية وجسدية، تجعل الفرد غير قادر على التوقف رغم الأضرار الجسيمة التي يتعرض لها. وتُعتبر المخدرات من أخطر المواد التي تقود إلى هذا المسار، حيث يبدأ الأمر بتجربة عابرة أو فضول مؤقت، ثم يتحول تدريجياً إلى اعتماد مدمر. وكما قال الكاتب الأمريكي وليام بوروز: "الإدمان هو الطريقة الوحيدة التي يعرف بها الإنسان كيف يقتل الألم في داخله، حتى لو كلفه ذلك حياته"، فإن هذه الكلمات تختصر عمق الألم الذي يدفع البعض نحو المخدرات، وتؤكد على ضرورة المواجهة والوعي المجتمعي.

1. الإدمان والتعاطي:

1.1 تعريف الإدمان:

أ- التعريف الادمان لغة:

أشتق مصطلح الإدمان من الفعل أدمن من الجذر دمن، حيث:

- **دمن:** تشير(دمنة الدار الى اثارها) والدمنة تعني آثار الناس وما تركوه مثل آثار البعير وغيره.

- **أدمن:** يعني المداومة على الشيء والاعتیاد عليه دون انقطاع.

(ابن المنظور، ب س، ص 158)

ب- التعريف الاصطلاحي للإدمان:

يعرف الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM5) مصطلح الإدمان بأنه مصطلح اضطراب استخدام المواد (Substance Use Disorder) ويصنفه كاضطراب نفسي يتميز بنمط اشكالي من استخدام مادة معينة يؤدي الى ضيق او خلل وظيفي كبير. (الجمعية الامريكية للطب النفسي، 2013، ص 483)

هو حالة من التسمم الدوري او المزمّن ضار بالفرد والمجتمع وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الانشائي ويتصف الإدمان بقدرته على احداث رغبة أو حاجة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد في الحصول عليه بأية وسيلة ممكنة ويتصف بالميل نحو مضاعفة كمية الجرعة ويسبب حالة من الاعتماد النفسي والعضوي ويلاحظ من الإدمان ثلاث ظواهر فدية تتداخل مع بعضها البعض وهي التحمل والاعتماد النفسي والاعتماد العضوي البدني(أحمد حسن ، جلال علي ، 2011، ص 15)

ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية، أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (ويقال للمدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر..

(مصطفى سوييف، 1996، ص، 13)

2.1 تعريف المخدر:

أ- التعريف المخدر لغة:

جاء في قواميس اللغة المختلفة شرح كلمة **خدر** الذي يعني كل ما يؤدي الى الفتور والكسل والاسترخاء والضعف والنعاس والنقل في الأعضاء وقد يمنع الألم قليلا او كثيرا.

ب- تعريف القانوني للمخدر:

لا يوجد تعريف قانوني واضح للمخدر بل يعتبر القانون أن المخدرات مواد ومركبات، تسبب الإدمان وتضر بالإنسان، صنفها واضعو القانون في جداول خاصة حسب قوائم بلادهم، أي أن هناك جداول خاصة بكل دولة تحدد المواد المخدرة الممنوعة أو المسموحة وهذا يعني أنه ما يمكن أن يكون مخدرا في بلد ما قد لا يكون كذلك في بلد آخر وعلى العموم فالتعريف القانوني يهدف إلى منع كل المواد والمركبات التي تسبب الإدمان وتضر بصحة الانسان.

ج- التعريف العلمي للمخدر:

هي كل العقاقير المستخلصة من النباتات أو الحيوانات أو مشتقاتها، أو مركب من المركبات الكيميائية أو المشروبات الكحولية التي تؤثر سلبا أو إيجابا على الكائن الحي، بالإضافة إلى الأدوية الممنوعة وأدوية العلاج المسموحة، وهذه العقاقير تغير حالة الانسان المزاجية، ويعتمد عليها الانسان في حياته بسبب خاصيتها المخدرة، وليس بسبب ضرورة علاج المرضى الذي يستوجب تكرار استعمال دواء محدد كمرضى السكري، وأدوية خفض الضغط الدموي، وهذه المواد قد تكون مهلوسة أو منبهة للأعصاب مثل الكوكايين، أو مثبطة لها مثل الباربيورات (المنومات) والأفيون ومشتقاته، وهي مسكنة للألم أو تلغيه نهائيا وتسبب النعاس أو النوم أو غياب الوعي والنشاط. (ببيع يامنة، 2011، ص34)

3.1 تعريف التعاطي:

أ-التعريف التعاطي لغة:

إذا حاولنا من جانب أن نشير إلى بعض المصطلحات المرتبطة بالمخدرات نجد انفسنا مجبرون على الإشارة إلى كلا من مفهوم تعاطي المخدرات ومفهوم تعاطي إدمان المخدرات، وفيما يتعلق بمفهوم تعاطي المخدرات نحد أنه: "يشيع بين الكثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير (سوء الاستخدام)، وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الانجليزية (abuse) ومع ذلك فاللغة العربية تغنيا عن ذلك، فقد ورد في (لسان العرب) لإبن منظور ما نصه: "والتعاطي تناول ما لا يجوز تناوله". وبناءا على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعكر المخدر، ويشار بالمصطلح إلى التناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الاضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الإجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي. ويستتبع التعاطي بالضرورة نشوء الإعتماد أو التحمل.

(مصطفى سويف، 1996، ص،19)

ب- التعريف الاصطلاحي للتعاطي:

تعرف (عفاف عبد المنعم) تعاطي المواد النفسية بالتناول المتكرر لمادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى الإضرار بمتعاطيها، أو يجزّ الضرر إلى النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة على التعاطي، ولا يستطيع المتعاطي بالضرورة نشوء الاعتماد أو التحمل ..

(عفاف عبد المنعم، 2008، ص40)

ويعطي (حسين فايد) تعريفاً أكثر شمولية للتعاطي وهو: "تناول أي مادة من المواد المؤثرة نفسياً، والتي تؤدي إلى الاعتماد أو الإدمان، وذلك التعاطي إما أن يكون بشكل دائم أو متقطع" (حسين فايد، 2005، ص 51)

4.1 الفرق بين التعاطي والإدمان:

فرّقت منظمة الصحة العالمية بين التعاطي والإدمان، فعرفت التعاطي بأنه "الاعتماد أو العادة"، وهي حالة تنشأ من تكرار تعاطي عقار معين، ومميزاته هي:

أ- رغبة، ولكنها ليست قهرية في الاستمرار في تعاطي العقار من أجل الشعور بالانتعاش الذي يبعثه.

ب- ميل قليل، بل قد لا يوجد ميل قط لزيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.

ج- اعتماد نفسي إلى حد ما على مفعول العقار، ولكن لا وجود للاعتماد الجسمي، وعلى ذلك لا وجود لأعراض الامتناع عن تعاطيه.

د- تأثير - إذا وجد - ضررّ بالفراد أولاً وقبل كل شيء.

وبذلك يكون الإدمان اعتماداً كلياً على المخدرات، أو بعبارة نفسية "اعتماداً عليه من حيث ما يؤدي إليه نفسياً"، بينما التعاطي اعتماد عارض أو حاجة عارضة إلى ما يؤدي إليه المخدر نفسه (عفاف عبد المنعم، 2008، ص 188)

5.1 الفرق بين المتعاطي والمدمن:

ولا بأس أن نشير أيضاً إلى الفرق بين المتعاطي والمدمن:

- المتعاطي هو الفرد الذي يتناول المخدر أو العقار دون أن يكون لديه تبعية.
- أما المدمن فهو الذي يتناول المخدر أو العقار، ويصبح لديه تبعية بحيث لا يستطيع التخلي عن المخدر، بالإضافة إلى الرغبة بزيادة الجرعات.

(سونيا برميلي، 2009، ص. 76)

وحسب منظمة الصحة العالمية فالمدمن هو "كل ضحية لعقار ما أو لتبعية نفسية (أو للتشكيلين معاً)" ويكون واضحاً على الفرد (Jean Bergert, 1994, p. 5)

2. مراحل الإدمان:

يمكن تحديد أربع مراحل للإدمان هي:

1- المرحلة الأولى: حب الاستطلاع والمغامرة والتجريب مع الأقران.

2- المرحلة الثانية: مرحلة التعود حيث يتعاطى الشخص المادة المخدرة بشكل يومي أو بصورة مستمرة ويصل إلى مرحلة لا يمكنه معها الاستغناء عنها، بل إن الشخص المدمن غالباً ما يبالغ في زيادة الكميات في كل جرعة تدريجياً، بفعل تأقلم جسمه مع مفعول المخدر، وزيادة ما يحتاجه الجسم من كميات، أي أن انقطاع فوري عن المخدر يولد لديه عوارض مؤلمة وخطيرة.

3- المرحلة الثالثة: مرحلة الإدمان التي تحدث نتيجة لتكرار تعاطي أحد المخدرات حتى يصبح الشخص أسيراً للمادة المخدرة.

4- المرحلة الرابعة: مرحلة ظهور الآثار السلبية (سواء كانت جسدية أو نفسية أو عقلية أو اجتماعية أو اقتصادية أو أمنية) لمشكلة الإدمان. (مدحت أبو النصر، 2008، ص31)

ويمكن أن نضيف بأن المدمن يمر بثلاث مراحل هي:

أ- مرحلة ما قبل الإدمان: وتوصف هذه المرحلة بتعاطي المخدر في المناسبات.

ب- مرحلة الإنذار بالإدمان: ويبدأ فيها المدمن بالإسراف في تعاطي المخدر، والشعور بالذنب أحياناً والنسيان أحياناً أخرى، والقلق والتوتر في حالة نقص المادة المخدرة.

ج- مرحلة الإدمان: ويفقد فيها المدمن السيطرة على نفسه، وتظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية، وتبدأ علاقاته بالتدهور مع أسرته وأصدقائه ومجمعه، بالإضافة إلى الأضرار النفسية والصحية والعقلية (رشاد عبد اللطيف، 1999، ص38)

وقد أعطى جواد فاطري في كتابه "الإدمان" حول مراحل الإدمان صورة المرحلة الأولى في العملية الإدمانية بمرحلة "شهر العسل" حيث تكون الخبرة الإدمانية مبهرة ويبدو كل

شيء على ما يرام. ويستخدم المؤلف مصطلح "مرحلة الزلزال" ليصور المرحلة الثانية من العملية الإدمانية التي تهز أركان الحياة بسبب الإدمان، ثم يقدم نموذجاً لتوضيح تأثير الإدمان على حياة المدمن (جواد فاطري، 2001، ص ص 273-274)

3. أعراض الإدمان:

تختلف أعراض الإدمان قليلاً أو كثيراً بين عقار وآخر، فأعراض إدمان الكوكايين مثلاً تختلف عن أعراض إدمان الحشيش، ولهذا السبب سأكتفي بذكر الأعراض العامة وبشكل عام عام لكل المدمنين على حد سواء، وهي كالتالي :

- اضطراب في مستوى المزاج يتراوح بين القلق والعصبية بعد فترة قصيرة من زوال العقار أو المادة المخدرة.
- انبساط شديد إلى درجة تخيل أشياء لا تتحقق حتى على مستوى الأحلام أثناء نشاط المادة المخدرة في الجسم مما يؤدي إلى نتائج ضارة بالنفس والمجتمع.
- الإحساس بالتعب وعدم القدرة على بذل أي جهد جسدي أو عقلي.
- الحرص على كيان العلاقات الجديدة مع أصدقاء جدد.
- تفضيل البقاء خارج البيت لفترة طويلة وذلك للتمتع أكثر بجلسات الأُنس مع مجموعة المدمنين.
- عدم القدرة على التركيز ولذلك لأنه يبقى شاردًا ولا يستطيع الإصغاء.
- أما من الناحية النفسية فإن المدمن يكون أكثر حساسية لكل ما يتعرض له زيادة إلى إحساسه بأنه مكسور الوجدان ومهموم.

ومن الملاحظ أن الفرد المدمن الذي يبدأ طريقه بتعاطي المخدرات يبقى دائماً بحاجة إلى المال، وهو لا يستطيع أن يوفر أبداً، بل نجده دائماً بحاجة مستمرة إلى المزيد من المال، والشكل أنه لا يكتفي بأي كسب مادي يحصل عليه، وهذا ما يؤدي في غالب الحالات إلى الانحرافات والأعمال الإجرامية كالسرقة والعدوان والشذوذ الجنسي إلى غيرها من الانحرافات الأخرى. (ببيع يامنة، 2011، ص ص 87- 88)

4. أسباب الإدمان:

إن الإدمان كما اتضح علمياً ظاهرة معقدة متعددة الأسباب، ولذلك يشبه الإدمان بمرض معدي كمرض السل، فمرض السل يعتمد على ثلاثة عوامل تتفاعل مع بعضها البعض تؤدي في النهاية إلى أعراض جسدية تصيب الرئتين أساساً ثم أعضاء أخرى، فالإدمان كذلك يعتمد على ثلاث عوامل أساسية وهي شخصية المدمن، نوع العقار، وكذلك طريقة استعمال هذا العقار.

ويقول بعض الباحثين إن كيان الإنسان النفسي الخاص يلعب دوراً رئيسياً في احتمال أن يكون الشخص مدمناً أم لا، ويعتبر آخر، إن المدمن هو إنسان لديه استعداد نفسي لكي يكون مدمناً، ومعظم الذين يقعون في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى الأفراد الذين لم يتمكنوا من التوافق مع حالتهم، والذين يخفون اضطرابات نفسية عميقة. قد تعود إلى طفولتهم الأولى وأساليب التربية المعتمدة في مرحلة الطفولة، إضافة إلى الاضطرابات العائلية بين الزوجين وتأثيرها على النحو النفسي والانفعالي سواء في مرحلة الطفولة أو في مرحلة المراهقة أو مرحلة الرشد فيما بعد.

ويمكن أن أوضح أهمية العلاقات القائمة بين الطفل وأمه في طفولته الأولى، إذ أن الأم تعتبر مصدر الحماية بالنسبة للطفل، وهي التي تؤمن له الحاجات البيولوجية والنفسية وبالتالي تؤمن له الاستقرار النفسي والنمو المتكامل، وفي غياب هذه العلاقة الإيجابية توجد علاقة من نوع عكاسي، وهي التي تكون مسؤولة بدرجة أو بأخرى عن كل إحساس بالدونية والنقص وعدم الثقة، وتكون السبب في الكثير من الانحرافات السلوكية والأمراض النفسية والعقل.

يقول ب. برنار (Paul Bernard): "إن الأم هي أول موضوع يميزه الطفل عن ذاته، ولذلك تكون أول علاقة للطفل مع الآخرين هي علاقته بأمه. ويمكن هذه العلاقة أن تحدد موقفاً أساسياً وغير واعي يتحكم في كل العلاقات المستقبلية".

في حين يرى باحثون آخرون أن الإدمان يعود إلى أسباب ومواقف اجتماعية وحياتية بحتة، ولكن السؤال المطروح لماذا يستمر البعض في تعاطي المخدرات؟ في حين يتوقف البعض الآخر عن الاستمرار في ذلك.

يقول الخبراء في جوابهم على السؤال: إن الأمر الطبيعي هو استمرار الإنسان في تعاطي المخدر، بالإضافة إلى توفر العوامل المساعدة التي تساعد على الاستمرار، أما التوقف فهم يرجعونه إلى شخصية المتعاطي وثقافته وخلقيته الاجتماعية، وخاصة إلى الضبط الاجتماعي القوي الذي يكون له دور فعال عند بدء تعاطي المخدر، وقبل استحكام العادة وانقلابها إلى إدمان. (ببيع يامنة، 2011، ص 62).

5. العوامل المؤدية للإدمان:

وعلى العموم، فإن العوامل المساعدة على حدوث الإدمان عديدة جداً، يمكن أن نقسمها إلى ثلاث مجموعات رئيسية وذلك لتبسيط دراستها وهي:

1- العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل:

أ- تركيب العقار وخصائصه الكيميائية: لكل مادة من المواد الموجودة في الطبيعة تركيبها الخاص، وإن كانت بعض المواد تتشابه كثيراً أو جزئياً في تركيبها.

ولدي تناول أي عقار بطريقه معينة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي، نجد أن لكل عقار تفاعله الخاص وتأثيره على خلايا الجهاز العصبي، فإن لم يُطابق تركيب العقار تركيب المستقبلات في الخلية العصبية، فإن تأثيره يكون غير فعال، أما إذا تطابقت بنية العقار مع مكونات الخلية العصبية، يكون العقار فعالاً، وعليه فإن أحد العوامل العامة المساعدة هو: تفاعل العقار مع الخلية العصبية من حيث التركيب الكيميائي ودرجة تأثيره، واستجابتها في تلك الحالة (ببيع يامنة، 2011، ص ص 64-66)

ب- **طريقة استعمال العقار:** تختلف تأثيرات نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يُستعمل بها. فكما هو معلوم تُستعمل المخدرات بعدة طرق تُرتبها كلياً حسب نسبة خطورتها:

- التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أخطر وسائل الاستعمال تأثيراً وإحداثاً للإدمان.
- التعاطي عن طريق الفم (الجهاز الهضمي)
- التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق).
- التعاطي عن طريق التدخين، وهو الأقل خطورة في أحداث الإدمان.

ولا يُخفى أن كل طريقة من هذه الطرق تساهم أيضاً بالكمية التي يستعملها الإنسان، وبمقدار تكرار الاستعمال وانتظامه أو بفترات متباعدة.

ج- **سهولة الحصول على العقار:** من الأمور البديهية أنه لا يمكن استعمال أي شيء دون الحصول عليه. كذلك فإن تكرار الاستعمال يتعين بدرجة كبيرة بسهولة الحصول عليه، فصعوبة الحصول على المخدر أو استحالاته قد تجعل تعاطيه صعباً أو مستحيلاً، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه قليلاً جداً أو معدوماً.

أما إذا توفر المخدر في المنزل، وبين أيدي أفراد الأسرة جميعاً، بحيث يستطيعون استهلاكه بالكمية التي يرغبونها دون رقيب أو مساءلة، فإن تعاطي هذا المخدر وتكرار ذلك يكون ميسوراً وسهلاً، وبالتالي يكون احتمال الإدمان عليه كبيراً، وهذا ما ينطبق على المخدر في مثاله ينطبق على أي مخدر ومهما كان نوعه. (ببيع يامنة، 2011، ص 64- 66)

د- **نظرة المجتمع للعقار:** يؤثر مقدار توفر العقار واستعماله، وبالتالي الإدمان عليه لدرجة كبيرة بنظرة المجتمع لذلك العقار.

ففي الغرب مثلاً لا يوجد أي حرج أو مانع من الاتجار بالخمير أو شربه من قبل أي فرد من أفراد الشعب، لذلك يكون احتمال الإدمان عليه أكبر بكثير منه في بلد مسلم مثلاً لأن الشريعة الإسلامية حرمت بيعه.

2- العوامل المساعدة التي تتعلق بالفرد المدمن نفسه:

إن كل فرد له شخصية خاصة وتركيبية نفسية خاصة، وهو يختلف في مجموعة من الصفات في شخصيته النفسية وتركيبته النفسية، تختلف اختلافا نوعيا، كما هو الحال في الأفراد، وهذا ما يفسر إدمان المخدرات عند بعض الأشخاص وعدم تعاطيها عند البعض الآخر.

إن العلاقة العاطفية التي تكون من خلال إقامة علاقات بين الفرد ومنذ طفولته إلى الأم أو الأب يسهم بدرجة كبيرة في حدوث تكيف نفسي وانسجام مع الواقع العام، إن الباحثة سوزان إيزاكس Susan Isacs، تعتقد أنه إذا كان مكان الزوجة نحو الأب يتحدد في عنصره الأساسي من الطفولة، فإنه من النادر أن تنشأ العواطف الأولى عند الأطفال نحو النساء، مثلما يجذب نحو الآخرين الذين يحبونهم، والذين يشعرون بالحب والأمن.

وإذا فالعاطفة والحب والحنان التي يصدرها الطفل انطلاقا من سنوات عمره الأولى ستدخل في حياته العاطفية، وتشكل قواما أساسيا لقوى الارتكاز التي تسهم في بنية النفسية وبالتالي في شخصيته، وتؤثر سلوكه بعد ذلك نحو السواء أو الانحراف، وقد يتأثر الفرد بمجموعة من العوامل أهمها:

أ- **العوامل الوراثية:** يظن بعض الباحثين بأن أولاد المدمنين مؤهلين أكثر من غيرهم للوقوع في براثن الإدمان، وأن إدمان كلا الوالدين يؤدي إلى احتمال عد أكبر من الأولاد بالمقارنة بإدمان أحدهما، ويرجع ذلك إلى أسباب وراثية، وهم يرجعون رأيهم إلى دراسات أجروها على الحيوانات في المخبر، وإلى دراسات ميدانية أجريت على أسر المدمنين، حيث تبين لهم أن أولاد المدمنين أكثر استعدادا للإدمان من غيرهم، في الأمر الذي يرجعونه إلى الأسباب الوراثية.

فبعضهم يعتقد بأن القابليات الذاتية أو الوراثية لا يرجعونها إلى البيئة التي ينشأ فيها الابن، ولكن يردون هذه القابلية إلى الوراثة البيولوجية.

(ببيع يامنة، 2011، ص ص 64 - 66)

هذه الدراسات الميدانية التجريبية التي تربط الإدمان بالتعامل الوراثي إلا أنه لا يوجد دليل واحد قاطع يثبت جدية هذه العلاقة.

ب- شخصية المدمن: يرجع الكثير من الباحثين أسباب الإدمان إلى سمات تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها، فالإنسان يحتاج إلى التكيف الاجتماعي، والداخلي الأخلاقي، والعقائد الدينية، وكذلك يحتاج إلى حاجاته إلى الطعام والشراب والهواء، ومنهج على أن يشعر بوجوده ككائن وقيمه في المجتمع، بما يناسب ذات الفرد، وإلى من يسبب إليها، لأن الإنسان بحاجة إلى الانتماء إلى فئة، فهو إذا لم ينتم إلى فئة فإنه كما يحتاج إلى الانتماء بحاجة إلى الامتياز على من عداه، وفي هذا يتجلى في كونه في قمة، كما يحتاج إلى وجود سلطة تضبط تصرفاته وتوجهه إلى أهداف غير مدمرة ومدمرة ومستقر

(نفس المرجع، ص ص 67-72)

ويرجع العلماء فشل الإنسان وفشل المجتمع كله إلى وجود خلل واضطراب في بنية المجتمع الاقتصادية، والسياسية والاجتماعية، والتعليمية، وهذا الفشل وخاصة عند الشباب بسبب شعور بالعجز والتوتر والقلق، والألم والانتقاض من قيمة وقدر الانسان، مما يدفع المرء الى السخط على مجتمعه، والتمرد عليه وعلى مبادئه ، وهكذا يلجأ الفرد أو المجموعة إلى الاساليب الت تخفف عنهم شعورهم بالاضطهاد والدونية، وقد قام بعض العلماء بمراقبة ودراسة نماذج مختلفة من البشر من سن الطفولة ولمدة سنوات تالية، وأجروا تحاليل نفسية ودراسات مسفيضة لكل تلك الحالات، وخرجوا منها بعدة آراء معقدة ،وصنفوا شخصية المدمن بعدة تصنيفات ، نذكر منها كمثال تصنيف كيسيل ووالتون (Kessel and Walton) الذي قسم شخصية المدمن إلى عدة أصناف هي:

- **مدمن أناني:** وهو الشخص الذي يصر على إشباع كل رغباته دون تأخير، وهذا يلجأ إلى المخدرات للتهرب عن اصطدام أنانيته بواقع الحياة.
- **مدمن ناقص النضج:** وهو شخص اتكالي يعتمد على الآخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه، ويعجز عن تحمل أعباء الحياة، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بالمرارة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.

- مدمن غير ناضج جنسياً: كالشخص المصاب بضعف القدرة الجنسية، أو كحالة الخجل الشديد من ممارسة الجنس، أو وجود ميول للشذوذ الجنسي، أو لأسباب جنسية أخرى أكثر تعقيداً.
- مدمن دائم التوتر والقلق: وهذا الصنف يلجأ إلى المخدرات لتجاوز حالة القلق والتوتر التي يعاني منها.

ويمكن القول انطلاقاً عما سبق ذكره، إن العامل النفسي يلعب دوراً كبيراً في الإقبال على تعاطي المخدرات، خاصة منها تلك الأمراض النفسية المصاحبة، الذي يقع على رأسها القلق، والصراع النفسي، والإحباط، وكذلك حالات الإحباط العصبي، فالإحباطات المتكررة (frustrations)، وذلك نتيجة إلى التقدم الحضاري مع نقص في الإمكانيات الذاتية للفرد، مما يزيد من حالة الاكتئاب واليأس والتفوق.

إضافة إلى ما سبق ذكره، قد يتشكل الصراع النفسي أيضاً وسيلة للهروب إلى المخدرات، وذلك للهروب من أي شكل من أشكال الصراع سواء داخل الأسرة أو خارجها.

إن القلق أو التوتر العصبي الذي يحدث إثر العمليات التفاعلية بين الإحباط والصراع النفسي قد يبدأ من خلال الصراع القائم بين الدوافع والرغبات مع الواقع، فمعاناة الفرد تتعكس في طلب الراحة، والتخلص من التوتر ما يجعله يلجأ إلى المخدرات. وهذا ما أشارت إليه بعض البحوث التي أجريت على الطلبة الثانويين حيث وجد أن (5/1) منهم يتعاطون المخدرات للتغلب على فشلهم وزيادة الثقة بأنفسهم.

ومن حيث النتيجة يمكننا القول أنه لا توجد شخصية معينة موهبة للوقوع في الإدمان، ولكن بشكل عام يمثل التوتر القلبي، والقلق، والملل، والاكتئاب، والإنكفائية، وضعف الشخصية، والاعتلال الناحية الجنسية، وأصدقاء السوء، وتفكك في المجتمع الأخلاقية والدينية، والفراغ النفسي والجهل وحب الاستطلاع، والرغبة في الإثارة أسباباً هامة تساعد على تعاطي المخدرات والوقوع في الإدمان (نفس المرجع، ص ص 67-72).

- ومن المفيد أن نورد هنا ما أكتته نشرة المخدرات التابعة لهيئة الأمم المتحدة الصادرة عام 1982 أن أهم الأسباب التي تؤدي إلى إدمان الشباب مايلي:
- تأثر الرفاق الآخرين وضغط رفاق السوء باتجاه تعاطي المخدرات.
 - تأثر الشباب بفكرة أن المخدرات تزيد من السرور والإنشراح والمتعة الجنسية.
 - وجود مشاكل اجتماعية كالبطالة، وتفكك الأسرة، والفقر، وعدم ممارسة الأب لصلاحياته، والإحباط والتوتر والقلق.
 - شعور الفرد بأنه منبوذ وغير محبوب من طرف الآخرين.

- زيادة إلى ذلك يمكن ذكر أثر العامل الديني، فمن المسلم به أنه من الصعب على الإنسان المؤمن أن يتعاطى المخدرات أو أن يخالف أمر الله بشكل مطلق، وكلما كان إيمان الفرد بالله قوياً، وكان إيمانه بوجود حلول لمشاكله قوياً، وكان احتمال الإنزلاق والوقوع في عالم المخدرات ضعيفاً والعكس صحيح. سيأتي ذكر عنصر خاص بالمخدرات والشريعة الإسلامية لاحقاً. (نفس المرجع، ص ص 67-72)

3- العوامل التي تتعلق ببيئة ومجتمع المدمن:

تلعب البيئة التي يتعلم فيها الإنسان منذ ولادته حتى نضوجه دوراً في جميع نواحي الحياة، ويبدأ تأثير البيئة على الإنسان في ما هو معلوم في الأسرة، ومنذ الطفولة الأولى، فذلك المنزل المكوّن من الأب والأم والإخوة هو المدرسة الأولى التي يتعلم فيها المرء أمور الحياة، يتبع ذلك عادات وتقاليد الأسرة التي تتبع بشكل عام من المجتمع الذي يعيشون فيه، والدين الذي يعتنقونه وغير ذلك من العوامل التي سنحاول أن نذكرها، كأهم العوامل التي تتعلق بالبيئة التي يعيش فيها المدمن كالتالي:

أ- العوامل الاجتماعية: ويمكن حصرها في العوامل التي تحيط بالفرد وتدفعه إلى تعاطي المخدرات، وهي كثيرة ومتنوعة منها:

- المحيط الأسري: حظيت الأسرة بقدر كبير من اهتمام الباحثين فيها يتعلق بإسهامها في إقبال الشباب على تعاطي المخدرات بجملة من العوامل الأسرية منها علاقة الآباء بالأبناء، حيث أشارت دراسة (D.G.Hunt) إلى أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء يسودها التفكك فإن احتمال تعاطي الأبناء للمخدرات يزداد، وإذا كانت يغلب عليها روح التسلط كان الإقبال على التعاطي متوسطاً، أما إذا كانت العلاقة ديموقراطية فإن الإقبال يكون ضئيلاً.

ومن العوامل الأسرية أيضاً التفكك الأسري حيث أشار كل من البيرت وشلدون (Elenor et Shelden) أن متعاطي المخدرات من الأحداث المنحرفين غالباً ما يكونون من أسر لا يتوفر فيها وجود الأبوين وسوءها فالتفكك العائلي بسبب الطلاق أو الهجر، وتميز سلطة الأم بضعفها نتيجة غياب عنصر احترام السلطة والالتزام بالقيم الأسرية. بالإضافة إلى التفكك فإن انشغال الوالدين بالكسب المادي أو تحقيق النجاح الشخصي يؤدي إلى حرمان الأطفال من التوجيه والرعاية، ويؤدي إلى ضعف الوازع الديني والأخلاقي للوالدين، حيث يتعين تكوين الذات الأخلاقية لدى الطفل أو المراهق. إلى جانب كثرة المشاكل العائلية كعامل له أثره في الاضطراب، وغير ملائم للنمو العقلي السليم (نفس المرجع، ص ص 67-72)

وتوصلت بعض الدراسات إلى الإشارة بوجود جملة من المؤشرات تعتبر كعوامل تؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات بخصوص الأسرة وهي كما يلي:

أ/ انخفاض الدخل الأسري وسوء الأحوال السكنية.

ب/ وجود حالات من الانفصام الدائم والحاد بين الوالدين.

ج/ وجود حالات من الانفصال كالطلاق والهجر.

د/ وجود حالات وفاة أحد الوالدين أو كلا الوالدين.

هـ/ وجود حالات الانحراف وتعاطي المخدرات في أسر متعاطي المخدرات.

- **المدرسة ورفاق السوء:** إن المدرسة هي المؤسسة التي تعمل على الحفاظ على التركيبة الاجتماعية لأي مجتمع بل وتساعد على استمرار هذه التركيبة وتطويرها، وهي التي تكون الأرضية الخصبة لعمليتي التعلّم والتعليم في جانبها الإيجابي، أما إذا اقتصرنا على الجانب التعليمي دون الجانب التربوي فإنها تكون بمثابة المحرك نحو أعمال التخريب والتجريم والانحراف، ففي ظل انعدام الرقابة الخارجة من طرف الأولياء أو من طرف الإدارة، يكفي وجود متعاطي واحد للمخدرات لنشر هذه الظاهرة المرضية لباقي زملائه في الشخصية، كما أن رفاق السوء وسلوكهم أحد المتغيرات المرتبطة بظاهرة انتشار المخدرات.

- أجريت في هذا المجال أن دور رفاق السوء كان كبيراً ومؤثراً في دفع بعضهم الأفراد لتعاطي المخدرات، و أن أهم سلوكيات التربية الأولى ويسبب ترقعاً في السلوك السليم حول أثر التغير الاجتماعي على تعاطي المخدرات، وقد اتّضح من نتائجها: أن من أهم الأسباب التي دعت أفراد عينة الدراسة إلى تعاطي المخدرات رفاق السوء بالمرتبة الأولى، وبنسبة (30.5%) كما أثبتت دراسة أخرى أن نسبة (88.5%) من المتعاطين قد حصلوا على المخدر لتجربته لأول مرة من أحد الأصدقاء، كما ذكرت الدراسة أن نسبة (96%) من أفراد المجموعة التجريبية لعينة الدراسة تعرضوا لضغط وإغراء من أصدقائهم وزملائهم من المتعاطين.

- **التغير الاجتماعي:** يرجع البعض انتشار المخدرات وغيرها من السلوكيات الانحرافية إلى التغير الاجتماعي، المفاجئ الذي حدث في البلدان المصنعة وعلى الأخص في البلدان المتطورة، إذ قد يؤدي التغير المفاجئ في القيم إلى إقدام الأفراد نحو ممارسة بعض ألوان السلوك المنحرف، ويحدث ذلك في البلدان النامية حيث الشعوب بوجود فرق كبير بين المجتمع المصنع والمجتمع النامي، وقد يتغير المجتمع ويتأخذ شكلاً جديداً يؤثر ذلك على تماسك الأسرة وعلى أفرادها نتيجة الصراع بين أسلوب الحياة الجديد والأسلوب القديم، فيكون هذا سبباً للتعاطي والإدمان، كما أن احتكاك الشباب بوسائل الإعلام الغربية أكسبه نظرة أخرى للحياة.

إضافة إلى العوامل السابقة هناك عوامل أخرى تؤدي بدورها إلى الانحراف وتعاطي المخدرات منها عامل التحضر، فقد توصلت الدراسات التي عالجت هذا العامل إلى وجود علاقة بينه وبين تعاطي المخدرات ومن بين هذه الدراسات دراسة جيروس باتريك (Giros Patrick) سنة 1978 والتي نشرت في كتاب تحت عنوان "في الشارع مع الشباب" حيث توصلت هذه الدراسة إلى أن عامل التحضر يؤدي إلى ظهور التشرد والتمرد والخروج عن قوانين المجتمع وقيمه.

وقد يرتبط تعاطي المخدرات أيضا بالظروف الاجتماعية السيئة مثل الحرمان، الفقر، البطالة، انخفاض المستوى التعليمي، قلة الخدمات الاجتماعية، سوء المسكن مما يؤدي إلى التوتر والقلق، ويجد بذلك المدمن المخدرات الوسيلة الوحيدة للتخفيف من حدة قلقه وتوتره.

ج- العوامل الاقتصادية: تلعب العوامل الاقتصادية دوراً إيجابياً وفعالاً في إدمان المخدرات، فعلى سبيل المثال نجد أن العمال الأقل ثقافة في بريطانيا والذين يملكون فائضا من المال، يدمنون على الهيروين بشكل عام، أما الزوج في الولايات المتحدة الأمريكية وسبب وفهمهم الاقتصادي السيء يدمنون على المخدرات بكل أشكالها للهروب من واقعهم المر وفقرهم الشديد، وفي فرنسا أيضا نلاحظ أن الدور القوي لشركات إنتاج المخدر وما تقوم به من دعاية واسعة لاستهلاكها تستهدف بوجه خاص الناس وتدفعهم بشكل غير مباشر إلى إدمان المخدرات. وفي مجتمعنا العربي نجد أن الشباب المهمشين والفقراء الذين لا يحصلون على ما يكفيهم من المال (ولا يحصلون على موضعهم في الدراسة أو في العمل) يلجؤون إلى المخدرات ليهربوا من مرارة العيش والقهر.

ورغم أن معظم الدراسات العالمية والبحوث أشارت إلى أن تعاطي المخدرات يكون أكثر انتشار بين الطبقات الفقيرة عنه بين الطبقات الغنية، ومن بين هذه الدراسات دراسة سعد المغربي ودراسة المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر، إلا أن دراسة محمد شفيق أثبتت عكس ذلك، حيث توصل إلى أن نسبة كبيرة من أفراد العينة كان لديهم قرارات هداية عالية وتقدر هذه النسبة بـ (47.7%) وبالتالي لا يمكن اعتبار الحالة الاقتصادية دليلا ثابتا ومؤشرا قاطعا على دخول الأفراد في دوائر الإدمان بقدر ما تؤثر الحالة على نوع المواد المخدرة التي يتعاطونها.

د- عوامل أخرى متفرقة: إضافة إلى العوامل السابقة هناك مجموعة متفرقة من الأسباب الأخرى التي تساعد على الإدمان يمكن أن نوضحها كالآتي:

- العامل السياسي: يلعب العامل السياسي دورا فعالا في انتشار المخدرات بين أفراد الشعب، وقد كان ذلك واضحا في دور بريطانيا وفرنسا لعيننا في نشر المخدرات في الصين مثلا، كما لعبت الدولتان نفس الدور في نشر المخدرات في مصر والمغرب العربي كافة وذلك ليساعدها ذلك على سلب الشعوب لإرادتها، والهيمنة عليها فكريا واقتصاديا وسياسيا.

- العامل الاقتصادي: حيث أن الربح الفاحش لتجارة المخدرات دفع كثيرا من أثرياء العالم والنافذين به ، وزعماء المنظمات، وأعوان السلطة إلى الإتجار لتحقيق المزيد من الأرباح(نفس المرجع، ص ص73-78)

6. النظريات المفسرة للإدمان:

ومن أبرز النظريات التي تفسر الإدمان تمثلت في :

أ- النظرية التحليلية:

ترى هذه النظرية أن السبب في الإقبال على المخدرات من قبل أشخاص محددين، راجع إلى الاستعداد الشخصي لديهم، حيث يكون الدافع هو نزعات نفسية مكبوتة، وقد تكون حاجات جنسية كدافع أولي، أو لتقدير الذات إشباعاً لغريزة الحياة، أو لتعذيب الذات إشباعاً لغريزة الموت، ولذلك فإن كل طفل قد يكون مدمناً ما لم يتعلم كيف يتحكم ويسيطر على دوافعه ونزاعه الغريزية.

ولو حاولنا تطبيق الفرضيات العلمية التي تقوم عليها مدرسة التحليل النفسي في مجال الإدمان، فإن الفرضيات العلمية ستكون على النحو التالي:

- إن الإدمان تعبير وظيفي ذات عليا ناقصة.

- إن الإدمان هو تعويض عن إحباط شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.
- إن الإدمان ناشئ عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاطئة.
- إن الإدمان سلوك شخصي يشكّل عصباً.
- إن الإدمان سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية (البريشن، 2002، ص 115)

ب- النظرية السلوكية:

- نظرية فرض خفض التوتر: ترى أصحاب هذه النظرية أن الأفراد المتوترين والقلقين يشعرون بنوع من الهدوء والاطمئنان والسكينة ويتنوع من الاسترخاء والتخدير عندما يتناولون عقاراً مخدراً أو مشروباً روحياً، مما يدفعهم إلى تكرار التعاطي للحصول على نفس شعور الاسترخاء والتخدير، الأمر الذي يولد مع الزمن تكرار عملية التعاطي وتناول المزيد من العقاقير بسبب حاجة الجسم لذلك، فيدركون بذلك ضرورة استمرار تعاطيهم لهذه المواد، وفجأة ودون سابق إنذار يصبحون من عداد المدمنين، ويدعم أصحاب هذه النظرية رأيهم بأن التعاطي لا يشعر بباديء الأمر بأعراض أو أضرار العقار واستعماله إلا بعد فترة من تناوله لهذا العقار ويعود السبب في ذلك أن أضرار العقار لا تظهر إلا بعد فترة من الاستمرار في التعاطي.
- (مجد المشاقبة، 2012، ص 44)

ج- النظرية الاجتماعية:

- يرى أصحاب ورواد هذه النظرية أن رغبة المرء الكامنة في التفوق على الغير والسيطرة عليهم تدفعه إلى استخدام أي شيء لتحقيق ذلك، وهذا يكون واضحاً بأقوال وأعمال الإنسان منذ نعومة أظافره وحتى بلوغه الشيخوخة، ويتم تصنيف المدمن وفق هذه النظرية إلى نوعين:

- **المدمن المتحدي:** وهذا يشعر بأن الآخرين يلومونه على تصرفاته ويقفون موقفاً معادياً منه، ويعتبرونه دون سلم الوضع الاجتماعي، ذلك إذا عمل أي شيء

يتحداهم فيه، فيفضل أن يتعاطى على تناول العقاقير أو شرب الخمر عما يتحدث فيه الناس، وأنهم لا يملكون أي سلطة عليه.

- **المدمن الذي يستجدي العطف:** وفي هذه المرحلة يشعر الفرد مهملًا من قبل الآخرين وأنه لا يحصل على العطف والحب والرعاية الكافية، وأنه منبوذ من قبل الآخرين، لذلك يلجأ إلى تدمير صحته وكيانه بالمخدرات لكي يستجدي عطف الآخرين عليه واهتمامهم (الحراشنة، الجزازي، 2012، ص ص 46-47)

د- النظرية المعرفية:

لقد اقترح بييك (Beeck) عام 1993، نموذج الإدمان المقترح حول فكرة تواجد أفراد لهم قابلية لاستعمال المخدرات والعوامل هي:

- حساسية مفرطة لعدم اللذة.
- الاندفاعية.
- البحث عن الشعور باللذة، وعدم تحمل الألم.
- تحمل ضعيف للإحباطات وفي معظم الحالات اختبارات اجتماعية غير كافية للحصول عليها، مداواة ذاتية للاكتئاب والحصر النفسي، وبالتالي ضرورة اللجوء إلى المادة.

فحسب بييك، فهذه أفكار خاطئة وسبيلة التوظيف التي تغذي الحاجة إلى استعمال المخدرات، ويوجد مجموعة من الأفكار التي تتدرج من فكرة أساسية وهي الاحتقار الذاتي.

كأني ضعيف غير قادر أنا لست محبوب. هذه الأفكار تتمازج مع إجهاد الحياة اليومية لإنتاج القلق النفسي والاكتئاب والعزلة. هذه الضغوطات تنشط الأفكار ذات العلاقة مع الإحساس بالحاجة إلى تعاطي المخدرات (Morel. A et all, 2003, p170)

7. علاج الإدمان:

... "لا يوجد حالياً أي علاج بالنسبة للأغلبية الساحقة من المدمنين..." تعود هذه الجملة إلى عام 1920 (مارك ميلان، نيويورك). ويمكن أن تبدو آنية لكون علاج المدمنين عملية طويلة أحياناً وصعبة، لكن الإمكانيات العلاجية قد تطورت بشكل كبير منذ ذلك الوقت مع الأخذ في الاعتبار ضرورة وضع مشروع علاجي مكيف للمعالج كل مدمن

(رمزي حداد، 2008، ص 40)

وبالنسبة لستيفنوت فريود (S, Freud) لم تكن طريقة التحليل النفسي مجدبة، لأي صعوبة أو مشكلة كانت تدفع المدمن للجوء إلى المخدرات من جديد.

(صونيا بريولي، 2009 ص 85)

تم استحداث نموذج (مينيسوتا) Minnesota model وهو النموذج الذي يدرك مظاهر الإدمان ويتعامل مع الفرد ومع البيئة المحيطة أثناء العلاج. ثم ظهر النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي يبحث في جوانب ثلاثة:

- ❖ ما تأثير المخدرات على الجسم؟
- ❖ ما تأثير المخدرات على العقل؟
- ❖ ما تأثير المخدرات على النواحي العقلية؟

جاء النموذج البيولوجي ليجيب على التساؤلات السابقة، فلكي تتم المعالجة الفعالة يجب التركيز على النواحي الثلاثة. حيث أن النموذج بأن الإدمان مشكلة معقدة، وعلاجها يتطلب تضافر مجموعة من الجهود ومعالجة النواحي الثلاث معاً. وهذا هو النموذج المستخدم في أكثر مصحات العالم. (عبد العزيز البرين، 2002، ص ص 43 - 42)

أ- العلاج الطبي:

- علاج إبطلال التسمم: أهم هذه العلاجات هي ما تسمى بإبطلال التسمم (Désintoxication) مجموعة الطرق المستخدمة لتجنب النتائج المرضية للاستهلاك

المعتاد أو إثر حادث لمادة سامة معينة". في العلاج لإبطال التسمم، يتعلق الأمر باقتراح وسائل طبية ونفس-علاجية لتخليص المتسمم من تبعية الجسدية والنفسية. (رولان دورون وفرانسواز بارو، 2012 ص 325)

هناك بعض الإجراءات الطبية الإسعافية، وذلك في مواجهة الحالات التي قد تتعرض لما يسمى بالمتلازمة المرضية الحادة كتشابك الذبذبات من العنف أو عند الأعراض في تناول الجرعة، نتيجة عهد المتعاطي بالتعاطي للمادة. وفي هذه الحالة يتناول بالرعاية طاقم طبي مدرب.

وبعد ذلك هناك فئة أخرى من الإجراءات الطبية هي فئة تطهير الجسم أو ما يسمى بسحب المخدر، أو مرحلة التخلص من السموم، وأيضاً التخفيف من آلام الانسحاب وتعويضه عن السوائل المفقودة، ثم علاج الأعراض الناتجة لمرحلة الانسحاب (وفيق صفوت، 2001، ص ص 210 - 211)

إن التوقف عن أخذ المادة المخدرة لا يوقف المعاناة؛ ومنه ضرورة المرافقة بعد توقيف المادة السامة. ينبغي أن تتم هذه المرافقة في وسط مؤسساتي، ومن هنا تبدو أهمية الإقامة في المستشفى، وذلك من أجل مساعدة المرضى الذين يواجهون صعوبات على تجاوز مرحلة الحرمان أو التوقف.

- علاج استبدال المواد الأفيونية (Traitement de Substitution aux Opiacés) (TSO):
إن علاج استبدال المواد الأفيونات عبارة عن مادة "بُوبرونورفين" أو "ميثادون"، وهو بديل يحمي من استعمال المخدر عن طريق الحقن، ومن الجرعات الزائدة ويساهم في إدماج المتعاطي الذي يخضع لهذا العلاج في المجتمع عبر نشاطه اليومي، وهو يتطلب توعية في الخدمات العلاجية والتأهيلية المقدمة للمدمنين باعتباره برنامج علاجي بديل عن العلاج التقليدي وله نتائج إيجابية في مجال الحد من المخاطر المرتبطة بتعاطي المخدرات حسب الخبراء (غزالة خبير، 2016، ص 4)

ب- العلاج النفسي:

توجد أساليب متعددة للعلاج النفسي لحالات الإدمان على اختلاف أنواعها، ولما كان من المسلمات في هذا المجال أن العلاج الذي يناسب مريض قد لا يناسب مريضاً آخر، فإن ذلك أدى إلى أن أمام المعالج النفسي الآن مجالاً للاختيار بين عدة بدائل مما يناسب الحالة التي يعالجها وهذا ما يزيد من فرص شفاء المتعاطي.

ومن بين العلاجات النفسية التي يمكن على المعالج النفسي اعتمادها طرق العلاج السلوكي المشهورة، في هذا الصدد طريقة بودن H.M. Boudin ، وهي تعتمد على ثلاث مقومات أساسية:

- تدريب المدمن على ملاحظة الذات، ورصد ما يصدر عنها.
- التدريب على تقييم الذات، بناء على ما يصدر عنها.
- ثم ترجمة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي نصل إليها من المدمنين السابقين (وفيق صفوت، 2001، ص 216)

وترى مدرسة التحليل النفسي أن المدمن مصاب بالانرجسية، فذاته تعتمد على نفسها في الحصول على اللذة، بدلاً من اعتمادها على الآخرين، وتزوده المخدرات بالنشوة التي يبحث عنها؛ فالانرجسية تقوده إلى الإدمان الدائم الذي ينغلق فيه على ذاته في الدائرة الشعورية التي تتعرض لها الذات. لذلك، فإن تعالج المدمن في جلسات بالتحليل النفسي، أو التحليل النفسي المعدل أو بواسطة العلاج النفسي الجماعي، حيث يساعده هذا العلاج على إدراك صورته على حقيقتها والتغلب على ازدرائه لنفسه وتحقيق السعادة بالتقاطع مع الآخرين ومع الواقع بدلاً من الهروب منه بالعقائير.

ج- العلاج الديني:

لا بأس أن نشير ولو بالشيء المبسط إلى العلاج الديني في علاج الأمراض النفسية من قلق واكتئاب وخوف وما إلى ذلك من اضطرابات نفسية، فقد ورد في القرآن الكريم (ألا

بذكر الله تطمئن القلوب)، فذكر الله والتقرب إليه كافٍ لإزالة القلق والهم والحزن من نفس بني آدم.

أما فيما يخص علاج الإدمان، فقد تأكد أن الأساليب الدينية النابعة من تعاليم الإسلام تقضي على الإدمان وتشفي المدمنين، فالأطباء الذين اطلعوا على الشريعة الإسلامية من المسلمين وغير المسلمين، أكدوا أن الإسلام وحده من بين سائر الرسالات، يتوفر على الإيمان قضاءً مبرماً، ويعالج أسباب معالجة ناجحة تجعل من المدمن إنساناً سوياً، ينصرف تلقائياً عن الخبائث بالسمو الروحي والنفسي ويقلع عنها طواعية ليتجه اتجاهاً جديداً إلى ما يشغله عن الإدمان (محمود خطاب، ب، ت، ص 43)

وخلاصة القول أن الدين هو العلاج النفسي الأكيد والفعال والناجع للإدمان وللإدمان عن أم الخبائث أي كل المسكرات، وبه يخلوا المجتمع من الإدمان والمدمنين.

د- العلاج السلوكي:

من الطرق التي يتخذها العلاج السلوكي في علاج الإدمان هو تحديد المواقف والأشياء التي تخلق الرغبة في المدمن ثم تدريبه على الاسترخاء العضلي العام وتخيل هذه المواقف في تخيل مواقف مؤلمة أو عصبية حتى تنفر المدمن من هذه الأشياء.

(عادل الدمرداش، 1982، ص 113)

هـ- العلاج الاجتماعي:

إن الاسم العام الذي يطلق على العلاج الاجتماعي في خطة العلاج المتكامل للمدمنين هو الرعاية اللاحقة وتنقسم الرعاية إلى قسمين هما: إعادة التأهيل، إعادة الاستيعاب الاجتماعي. وما أن الاعتماد يعتبر إفصاحاً قراراً اجتماعياً يخفي وراءه اضطراباً في نمط تكيف الشخصية مع ظروف حياتها الاجتماعية، فلا يمكن لأي علاج أريده له النجاح إذا تجاهل الأساس العريض (الاجتماعي - النفسي)، ومن هنا صار ضرورياً خلق مناخ اجتماعي صحي محيط بالمعتمد في فترة التنقيف لتصحيح أنماط التوافق الخاطئة، وعلى ذلك تتحدد أهداف العمل كالتالي:

- التخلص المعتمد من سلوكياته الاعتمادية.
- إعادة التأهيل الشخصي تأهيلاً عاماً باكتسابه مجموعة من العادات والمهارات التوافقية.
- مساعدة الفرد على العودة إلى الحياة الاجتماعية المريضة والتوافق مع مقتضياتها باعتبارها شخصية مستقلة فاعلة (مصطفى سويف، 1996، ص 202)

ما عن إجراءات العمل على مستوى التنفيذي فيكون على النحو التالي:

- 1- في المراحل المبكرة من التحاق المدمن بالمجتمع العلاجي بعد تخلص جسده من السموم تساعد جميع القوى العاملة في المؤسسة على الاستقرار في نمط الحياة الجديدة دون مادة نفسية مخدرة. ومن أهم العناصر الفاعلة في هذا الصدد خبرات الناقين الذين سبقو إلى الإلتحاق بالمؤسسة.
- 2- تلقى من حين لآخر تدريبات قد تعيد تنشيط اللمهة من لليه إلى الماده النفسية المعتمد عليه
- 3- تنمية المهارات اللازمة من خلال دفعه إلى المشاركة الفعالة في إدارة شؤون الحياة اليومية داخل المؤسسة ومحاسبته على أخطائه. (وفيق صفوف، 2001، ص 221)

رغم النظر عن طرق العلاج فإن تعاون المدمن مع من يقومون بعلاجه من أجل الشفاء من إدمانه يلعب دوراً كبيراً في حدوث ذلك. لكن كثيراً ما يحدث أن من يتعاطون المخدرات يقاومون القيام بالعلاج، و أنهم لأسباب غير مفهومة لا يرغبون في الإقلاع عن الإدمان أو تلقي المساعدة، وكثيراً ما قيل أنه لا يوجد شيء، يمكن لأي شخص أن يعمله إذا لم يرد المؤمن أن يساعد نفسه.

خلاصة الفصل:

استناداً إلى ما تم عرضه في هذا الفصل، يتبين أن مشكلة الإدمان على المخدرات لا تُعد تهديداً على مستوى الفرد فحسب، بل تمتد تداعياتها لتشمل الأسرة والمجتمع بأسره. وتُبرز هذه الحقيقة الحاجة الماسّة إلى دراسة هذه الظاهرة من مختلف الجوانب، وتوفير الوسائل العلاجية والوقائية المناسبة لمواجهتها. ويُعد النهج العلاجي المتكامل من أكثر الأساليب فاعلية في الحد من هذه الظاهرة، لما يتضمنه من مكونات أساسية تشمل الأبعاد النفسية والطبية والاجتماعية، مما يعزز فرص التعافي ويحد من معدلات الانتكاس.

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد

1. منهج الدراسة

2. مجتمع الدراسة وعينته

3. أدوات الدراسة

- خلاصة الفصل

تمهيد:

يعتبر الجانب النظري الأرضية التي ينطلق منها الباحث في دراسته، إلا أن هذا الجانب لا يكفي لوحده، إذا لم يدعمه الجانب الميداني الذي يعتبر هو الآخر القاعدة الأساسية لأي بحث علمي، نسعى من خلاله إلى معرفة الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالأغواط.

وللوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية في أي دراسة لا يمكن أن يتم ذلك إلا بإتباع خطوات عملية ممنهجة، وفي هذه الدراسة حرصت الباحثة على إتباع هذه الخطوات منطلقاً من المناهج المعتمدة في إنجازها، والتفصيل في الحدود الزمانية والمكانية، كما تصف مجتمع الدراسة وعينته وطريقة اختيارها مع وصف لخصائص هذه العينة، كما نتطرقنا إلى أدوات الدراسة المتبعة والمتمثلة في المقابلة النصف الموجهة ومقياس بيك للإكتئاب لمعرفة درجة الاكتئاب لدى مدمني المخدرات والذين يخضعون للعلاج بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالأغواط.

1. منهج الدراسة:

إن طبيعة أي دراسة هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج معين دون غيره تبعاً لأهدافه التي يسعى إلى تحقيقها من خلاله، وبما أن دراستنا الحالية تهدف إلى معرفة الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات اعتمدنا على المنهج العيادي ومنهج دراسة حالة فهذا يستلزم استقصاء المعلومات وجمعها وتبويبها في شكل كمي وكيفي، ورأينا أنه الأنسب لهذه الدراسة.

واعتمادنا المنهج العيادي الذي يستخدم في الدراسات النفسية للتشخيص والعلاج ويدرس المريض كحالة ووحدة كلية، ويعرف المنهج العيادي أنه الوسيلة الأنسب والمستعمل في الدراسات المسعفة والمركزة حول دراسة الشخصية ويهدف إلى علاج وتشخيص من يعانون من مشكلات سلوكية واضطرابات نفسية.

في حين اعتمدنا على منهج دراسة حالة كونه يدرس حالة الفرد دراسة دقيقة عن طريق الملاحظة، المقابلة، السيرة الشخصية، الاختبارات السيكولوجية والفحوص الطبية... إلخ.

2. حدود دراسة:

تتمثل حدود الدراسة في كل من الحدود المكانية والحدود الزمانية والحدود البشرية:

أ- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين (CIST) الواقع بحي الوئام بولاية الأغواط.

ب- **الحدود الزمانية:** اجريت هذه الدراسة خلال السنة الجامعية: 2024_ 2025 في الفترة الممتدة من شهر فيفري الى غاية شهر ماي 2025 .

ج- **الحدود البشرية:** تم إجراء دراستنا الحالية على مجموعة من الأشخاص المدمنين أو يتعاطون المخدرات بكل أنواعها ويترددون على مركز الوسيط للعلاج، بغرض المتابعة الطبية والنفسية.

3. مجتمع الدراسة وعينته:

أ- مجتمع الدراسة:

ويتمثل المجتمع الأصلي في دراستنا الحالية كل الحالات الخاضعة للعلاج بمركز الوسيط لعلاج المدمنين، والمتمثل عددهم في (350) حالة مدمنة.

ب- عينة الدراسة:

وقد تم اختيار عينة مكونة (12) حالة يخضعون للعلاج بمركز الوسيط وهي موزعة في الجدول التالي:

الجدول رقم (01):

يوضح الخصائص الشخصية لعينة الدراسة

الحالة	الجنس	السن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	المهنة
1	أنثى	39	3 ثانوي	مطلقة	ماكثة في البيت
2	ذكر	30	أولى متوسط	اعزب	جزار بشركة سونطراك
3	ذكر	45	جامعي	متزوج	استاذ ابتدائي
4	أنثى	23	2 متوسط	عزباء	ماكثة بالبيت
5	ذكر	25	جامعي	متزوج	عامل بالبناء
6	ذكر	36	3 ثانوي	مطلق	عامل في مخبزة
7	ذكر	23	جامعي	أعزب	بدون عمل
8	ذكر	22	3 ثانوي	أعزب	بدون عمل
9	ذكر	40	خامسة ابتدائي	مطلق	بدون عمل
10	ذكر	26	4 متوسط	متزوج	عامل في سونغاز
11	ذكر	29	جامعي	أعزب	عامل يومي
12	ذكر	19	4 ابتدائي	أعزب	بدون عمل

من خلال النتائج الموضحة في الجدول أعلاه نلاحظ بأن هناك مجموعة من الأفراد مدمني المخدرات الذين يخضعون للعلاج بمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية الأغواط، وهي فئات متنوعة من ذكور وإناث، تتراوح أعمارهم ما بين (19- 45) سنة، في حين نجد مستواه التعليمي مختلف فمنهم من جامعيين ومنهم من لديه مستوى الإبتدائي، أما الحالة الاجتماعية فتختلف من فرد لآخر منهم العزاب وهناك المتزوجون والمطلقون، في حين نجد

أن أغلبية الحالات لا يزاولون العمل الدائم ومنهم من هم بدون عمل، ما عدا حالة واحدة أستاذ ابتدائي.

وتم اختيار (03) حالات مدمنين يتابعون العلاج بالمركز الوسيط بالأغواط ، وتم اختيارهم بطريقة عشوائية.

الجدول رقم (02)

يوضح الخصائص الشخصية لعينة المختارة للدراسة

المستوى التعليمي	المهنة	الحالة الاجتماعية	السن	الجنس	الحالة
03 ثانوي	ماكثة بالبيت	مطلقة	35	أنثى	زينب
03 ثانوي	بدون عمل	اعزب	18	ذكر	أمجد
04 متوسط	حلاق	متزوج	29	ذكر	يحي

نلاحظ من الجدول رقم (02) أن جميع الحالات تختلف أعمارهم حيث تتراوح ما بين (18 و35 سنة) أي أنهم جميعهم في مرحلة الشباب، أما من ناحية مستواهم الدراسي فكلا الحالات أوقفوا دراستهم بالطور الثاني والثالث من التعليم، بينما نجد هناك اختلاف في الحالة الاجتماعية فهناك الأعزب والمتزوج والمطلق، أما عن عملهم فنجد كل من زينب وأمجد عاطلون عن العمل بينما يحي يمارس مهنة الحلاقة.

4. أدوات الدراسة:

لقد تم اختيار مجموعة من الأدوات أو التقنيات التي تتماشى مع متطلبات دراستنا الحالية وما تسفر عليه من نتائج والمتمثلة في كل من:

- أ- الملاحظة: الملاحظة الضمنية يرصد سلوكيات الأفراد أثناء المقابلة وتطبيق الإختبار.
- بينما الملاحظة العيادية، حيث تشمل الملاحظة العيادية على العناصر التالية:
- الاتصال: وذلك حسب العلاقة بين الفاحص والمفحوص.

- الملامح: وتتمثل في النظرات وإيماءات الوجه.
- الهيئة: وتكون عن طريق اللباس والنظافة.
- اللغة: حسب طريقة الكلام، نبرات الصوت، نوع الجمل المستعملة.
- الذاكرة: وتكون حسب قدرة التذكر، سهولة أو صعوبة في الاستيعاب، النسيان"

ب- **المقابلة العيادية** هي إحدى تقنيات المنهج العيادي الشائعة الاستعمال والتي تعتبر من التقنيات التي لا يمكن الاستغناء عنها عند القيام ببحث علمي في مجال العيادي لأنها تسمح بالتقرب أكثر من المريض وجمع المعلومات والبيانات وتهيئة الفرضية أمام الأخصائي العيادي للقيام بدراسة شاملة للحالات المطروحة وذلك عن طريق المحادثة الهادفة والفهم الشامل لما يعينه المريض"

وقد تم اختيار المقابلة نصف موجهة لغرض البحث، حيث يتم طرح أسئلة من قبل طالب الباحث على المفحوص والتحدث دون الخروج عن الموضوع أو الهدف من المقابلة، ويتم بذلك جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات والتعبير عنها بكل حرية.

وهي تشمل مجموعة من الأسئلة موزعة في محاور التالية:

- **المحور الأول: البيانات الأولية للمريض** وتشمل كل (الاسم، السن، الجنس، المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي، الحالة الاجتماعية، عدد الأولاد، المهنة، وضعية الابوين، والسوابق المرضية العائلية....)
- **المحور الثاني: التاريخ المرض** ويشمل كل تاريخ الحالة من بداية التعاطي، أعراض الادمان والاضطرابات المصاحبة له.
- **المحور الثالث: النوعية العلائقية** وتشمل كل أنواع العلاقات بين المدمن والمجتمع.
- **المحور الرابع: المعاش النفسي للمريض** وتشمل كل من الحالة النفسية للمدمن وما يصاحبها من اضطرابات نفسية.
- **المحور الخامس: المرحلة الاستشفائية للمريض** وتشمل الحالة النفسية للمريض داخل المركز.

ج- مقياس بيك للإكتئاب:

أ- تعريف المقياس: نشر أول مرة من طرف الأمريكي "أرون بيك 1961" (aron beck) وكان بصورته الأصلية التي تتكون من (21) مجموعة من الأعراض، حيث تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربعة عبارات تعكس مدى شدة الاضطرابات ولقد استخدمت أرقام التدرج من (10) إلى (03) وتم اختيارها بعد ملاحظات عيادية منظمة ومكثفة للمظاهر الواضحة للإكتئاب (بدر محمد الأنصاري، 2002، ص177)

ب- مميزات مقياس بيك: يتميز مقياس بيك للإكتئاب بعدة مميزات أهمها:

- أعد خصيصا لقياس الاكتئاب وليس لقياس أي اضطراب آخر
- يتطلب مهارات كبيرة من الفاحصين.
- يوفر درجات عديدة في قياس الاكتئاب أي يوفر تقديرا كميًا يدعم التقدير الكلينيكي
- يتوفر على صدق عال وثبات كبير وذلك بإجماعه الدراسات المختلفة
- يعد أحسن المقاييس الخاصة بهذا الإضطراب

(عبد الفتاح غريب، 1985، ص ص 12- 17)

ج- وصف المقياس: ظهرت الصيغة المختصرة لقائمة بيك للإكتئاب في 1971 وهي (13) بند، وقد استخرجت هذه الصيغة معظم الإكلينيكيون والباحثون غير واعين نسبيا بأن هناك صيغتين، حتى قارن "بينشر" بين الخصائص القياسية لقائمة بيك للإكتئاب الأصلية والمعدلة ووصفها بأن تقابلان المقابلة لدى المرضى في مجال الطب النفسي، وفي عام 1993 ظهرت الصيغة المعدلة والتي تحتوي على 21 بنداً، وكل مجموعة من (04) عبارات تقدر من (01 إلى 03) ويتراوح زمن تطبيق من (05-10 دقائق) تقريبا، وتقيس الصيغة الأصلية حالة الإكتئاب، وتتمثل محاور العبارات المدرجة في المقياس فيما يلي:

- الخزن - التشاؤم - الاخفاقات في الماضي - عدم الرضا - الاحساس بالذنب والندم - توقع العقاب - الشعور السلبي اتجاه الذات - أفكار أو رغبة في الانتحار - البكاء - الضيق - فقدان الاهتمام - صعوبة اتخاذ القرارات - الشكل والصورة - فقدان الطاقة - تغيرات في عادات النوم - الاجهاد - شهية الطعام - الوزن - الصحة - فقدان الاهتمام الجنسي.

د- طريقة تناول المقياس: يتم بواسطة الشخص القائم بالمقابلة وعادة ما يكون أخصائياً نفسياً إكلينيكياً ويتلخص دوره في قراءة كل عبارة من عبارات كل فئة من ذات القائمة بصوت واضح ، وأن يطلب من كل مريض أن يختار العبارة التي تصف حالته في الوقت الراهن (بدر الانصاري، 2002، ص177)

عند الانتهاء من الإجابة عن كل الفئات ، يتم جمع الدرجات والأرقام التي تحصل عليها من كل المجموعات لنحصل في الأخير الى الدرجة الكلية للمقياس ثم توضح هذه المجاميع في درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الإكتئاب (شديد، متوسط، غير مكتئب)

جدول رقم (03)

يوضح درجات الاكتئاب

مدى الدرجة	مدلول الدرجة
أقل من 10 درجات	غير مكتئب
من 10 _ 30 درجة	إكتئاب متوسط
من 30 درجة وأكثر	إكتئاب شديد

(مقدم عبد الحفيظ ، 2003 ، ص 142)

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم جانب في الدراسة وهو الجانب المنهجي والذي ارتكزت عليه الدراسة ميدانياً، حيث تناولنا المناهج المستخدمة والمتمثلة في المنهج العيادي ومنهج دراسة الحالة، وكذا تطرقنا إلى مجتمع البحث وعينته، بالإضافة إلى أدوات جمع البيانات كالملاحظة العيادية والمقابلة النصف الموجهة وكذا مقياس بيك للإكتئاب.

الفصل الرابع: عرض ومناقشة الحالات

تمهيد

1. عرض ومناقشة وتفسير الحالات

2. عرض ومناقشة وتفسير الحالات الثلاث

1.2 الحالة الأولى

2.2 الحالة الثانية

3.2 الحالة الثالثة

3. مقارنة نتائج المقابلة مع نتائج اختبار بيك

تمهيد:

في هذا الفصل سيتم عرض وتحليل وتفسير نتائج الدراسة ومناقشتها، حيث يتم عرض وتحليل 12 حالة تم تطبيق اختبار بيك و3 حالات طبق عليهم مقابلة عيادية نصف موجهة واختبار بيك.

1. عرض ومناقشة وتفسير الحالات:

الجدول رقم (04)

يوضح نتائج اختبار بيك على 12 حالة

الحالة	الجنس	السن	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية	المهنة	درجة مقياس بيك	نتائج اختبار بيك
1	أنثى	39	3 ثانوي	مطلقة	ماكثة في البيت	30	شديدة
2	ذكر	30	أولى متوسط	اعزب	جزار بشركة سونطراك	23	متوسط
3	ذكر	45	جامعي	متزوج	استاذ ابتدائي	32	شديد
4	أنثى	23	2 متوسط	عزباء	ماكثة بالبيت	36	شديد
5	ذكر	25	جامعي	متزوج	عامل بالبناء	24	متوسط
6	ذكر	36	3 ثانوي	مطلق	عامل في مخبزة	35	شديد
7	ذكر	23	جامعي	أعزب	بدون عمل	20	متوسط
8	ذكر	22	3 ثانوي	أعزب	بدون عمل	29	شديد
9	ذكر	40	خامسة ابتدائي	مطلق	بدون عمل	38	شديد جدا
10	ذكر	26	4 متوسط	متزوج	عامل في سونلغاز	34	شديد
11	ذكر	29	جامعي	أعزب	عامل يومي	30	شديد
12	ذكر	19	4 ابتدائي	أعزب	بدون عمل	36	شديد

من خلال نتائج الجدول 4 والذي يمثل درجة الاستجابة الاكتئابية من خلال مقياس بيك فتختلف من متوسط إلى شديد وظهر لنا ذلك من خلال ظهور افكار انتحارية، ملامح وجه حزينة تدل على اليأس التشاؤم وفقدان الأمل في الحياة، اضطرابات جسمية تتجسد في

كل من فقدان الشهية، اضطرابات النوم أو صعوبة في الاستيقاظ، وكذا تظهر لديهم من خلال اضطرابات جنسية، واضطرابات علائقية أدت بهم إلى العزلة والإنطواء وعدم الثقة في الآخرين مما جعلهم غير قادرين على الإهتمام بالأفراد المحيطين بهم.

2. عرض ومناقشة وتفسير الحالات الثلاث:

1.2 الحالة الأولى:

أ- عرض الحالة:

الحالة زينب تبلغ من العمر 35 سنة امرأة مطلقة، عاطلة عن العمل، ذات المستوى التعليمي الثالثة ثانوي، ومتحصلة على شهادة في التكوين لمدة سنتين.

تتابع الحالة زينب في مركز الوسيط لعلاج المدمنين بتوجيه من طبيب عام، حيث تعاني الحالة من مشاكل صحية دائمة ونفسية تتمثل في الصداع، الأرق، قلة النوم، تشوش في الأفكار، وعدم الرغبة في الحياة. تشعر الحالة بخيبة أمل ولا تثق في الآخرين، بسبب طلاقها وتعنيف الزوج لها، هذا ما دعاها لتعاطي حبوب ليريكا (02 حبة في اليوم) وفي بعض الأحيان أكثر.

عند الزواج كانت العلاقة بين الزوجين ليست جيدة (كان يضربني ياسر، وأمو ثاني تسبني)

الحالة مع الزوج: صرحت أنها تزوجت زواج تقليدي وتعيش في منزل العائلة مع الزوج، كانت العلاقة مع الزوج مضطربة (كان راجلي يعنفني) وكي كنت بالحمل قاتلي أم زوجي (طيحيه)، من كثر المشاكل والتعنيف تم الطلاق وأنا بالحمل (بنتي كانت تعتني بها أمي امبعد أخذها بيها).

ب- تحليل المقابلة:

من خلال المقابلة مع زينب اتضح لنا أن سبب قدومها لمركز معالجة الادمان على المخدرات بتوجيه من طبيب عام بعد أن لاحظ بعض المشاكل الصحية والنفسية التي تواجهها زينب ويقولها " أعاني مشاكل صحية دائمة ونفسية تتمثل في الصداع، الأرق، قلة النوم، تشوش في الأفكار، وعدم الرغبة في الحياة، تشعر الحالة بخيبة وعدم الثقة في الآخرين" ويعود السبب

وصول زينب إلى هذه الحالة بعد فشل زواجها وطلاقها من زوجها "بسبب طلاقها من الزوج وتعنيفه لها".

سلوك المقابلة:

دخلت الحالة إلى المكتب بتناقب وتكاسل تبدو غير مهتمة بهندامها، مظهرها غير منظم، كانت كثيرة الحركة أثناء المقابلة وكثيرة الكلام وتنتقل من فكرة إلى أخرى، وتجيب على الأسئلة بكل ثقة وتتعلم في الإجابة.

لم تكن تعاني زينب قبل زواجها من أية مشكل صحية او نفسية، ولكن بعد زواجها تعرضت للعديد من الضغوطات النفسية من قبل الزوج وعائلته "كان يضربني ياسر، وأمو ثاني تسبني" والتي أدت بها إلى تعاطي الحبوب المخدرة " نتعاطى حبوب ليريكا (02 حبة في اليوم) وفي بعض الأحيان أكثر"، لم تعش زينب فترة زواجها ككل بنت بسعادة بل تعرضت إلى الإهانات والقسوة من قبل الزوج وأمه "كان راجلي بعنفني" وبالرغم من أنها كانت حامل بطفله إلا أن سلوكيات الزوج لم تتغير واستمر بممارسة العنف عليها وطلبوا منها اسقاط الجنين والتخلص منه "طحيه".

حصلت زينب على الطلاق وفك الرابطة الزوجية إلا أن زوجها أخذ منها ابنتها مما تسبب لها ببعض الاضطرابات النفسية ولم تقبل الانفصال عن ابنتها " بنتي كانت تعني بها أمي امبعد أخذها بيها".

أثر هذا الوضع كثيرا على نفسيته مما جعلها تلجأ إلى أسلوب الهرب من مواجهة المشاكل إلى النسيان وذلك بتعاطيها للحبوب المخدرة وسلوك الطريق الغير سوي بقولها "بديت تعاطي المخدرات بسبب الحالة لي كنت فيها المشاكل الي كنت عايشة فيها، وبديت الخرجات في الليل، حملت بطفل بعلاقة غير شرعية "هو يعيش معايا لضرك، نخرج ونسهر باش ننسى مشاكل".

نستنتج من خلال تحليل المقابلة مع زينب أنها تعاني من أعراض اكتئابية تتمثل في الأرق، الحزن، الهروب من الواقع، عدم الثقة في الآخرين....الخ.

ج- عرض وتحليل نتائج المقياس:

طبقا لمقياس بيك على الحالة زينب كانت النتائج كالاتي:

الدرجة	الإجابة	مضمون البند	الرقم
3-0	2	الحزن	01
3-0	0	التشاؤم من المستقبل	02
3-0	0	الإحساس بالفشل	03
3-0	2	عدم الرضا	04
3-0	0	الإحساس بالندم	05
3-0	1	توقع العقاب	06
3-0	1	كراهية النفس	07
3-0	0	ادانة الذات	08
3-0	0	وجود أفكار انتحارية	09
3-0	2	البكاء	10
3-0	2	عدم الاستقرار	11
3-0	0	الانسحاب الاجتماعي	12
3-0	1	التردد	13
3-0	1	تغيير صورة الجسم	14
3-0	1	هبوط مستوى الكفاءة	15
3-0	1	اضطرابات النوم	16
3-0	0	التعب والإرهاق	17
3-0	0	فقدان الشهية	18
3-0	1	تناقص الوزن	19
3-0	1	تأثر الطاقة الجنسية	20
3-0	1	الانشغال على الصحة	21
3-0	17		المجموع

بناء على النتائج المتحصل عليها من اختبار بيك ، نجد أن الحالة تعاني من اكتئاب متوسط (17 درجة) وتتجلى مظاهره في بعض الاستجابات الاكتئابية والتي تمثلت مشاعر الاحباط والحزن، عدم الرضا، البكاء، عدم الاستقرار، إلى جانب بعض اضطرابات العادات الغذائية كنقص في الوزن واضطرابات أخرى كالتردد وعدم الثقة في النفس وأيضا اضطرابات في النوم وتأثير الطاقة الجنسية، بالإضافة عدم تقبل الذات والذي تمثلت في كل من كراهية النفس والنظرة السلبية لصورة الجسم والانشغال عن الصحة وفي هذا السياق يؤكد Beck أن نظام تفكير المكتئب يميزه حكم تفكير سلبي حول ذاته حيث يحكم المكتئب على نفسه باللوم والذنب وتقليل من قيمة الجسم، وهذا ما ظهر في النتائج من خلال الملاحظة الحالة لسلوكاتها الخارجية حول عدم الاهتمام بالهندام والامبالاة بالجسم والشكل وعدم الاهتمام بنظرة الآخرين لها.

2.2 الحالة الثانية:

أ- عرض الحالة:

أمجد الجنس ذكر يبلغ من العمر 18 سنة، وهو البكر في أسرته، مستواه الدراسي الثالثة ثانوي، مستواه الاقتصادي متوسط، تعمل الأم أستاذة للغة الإنجليزية في المدرسة الابتدائية والأب سائق بين الولايات، يعاني الأب من اضطراب الهوس الاكتئابي على حد قول الحالة.

تقديم الحالة: حضرت الحالة مع الأم وكانت المقابلة الأولى مع الأم، حيث تقول الأم: "اليوم جبت ابني بانس تخرجه من هذه الحالة لراه فيها، لأنو إبني صار يعايرني ويضربني، ويشرب الدخان، ويتعاطى المخدرات، نعطوه دراهم جاحة ما هي خصاتو، فقت لابني بعد ما هبط في معدل وبدأ يسرق صوالح من دار".

وصرحت الحالة أن الأب مدمن "والأب انتاعو ثاني يعنفني ويتعاطى الكيف ويشرب دواء كيتيل". صرحت الحالة بأنه بدأ بتعاطي المخدرات وهو بسن 12 سنة رفقة أصحابه " بديت نتعاطى في المتوسط الدخان والكيف والحب مع صحابي ناكل قيمة 50 ألف في نهار وليريك زوج حبات"، واستمرت الحالة على هذا الوضع إلى أن زادت حالة ادمانه على هذه الحبوب ولم يستطع الاستغناء أو التوقف عليها "وأدمنت عليها لأنوا الحبة لولا تعطيك نشوة ما تعاودش تجيك كون تقعد حياتك كاملة تتعاطى"، مما أدت به إلى الأرق وقلة النوم "نسهو ياسر للصباح، وكوي نرقد مانوضش،

مرات نرقد حتى للمغرب ونخرج بلا ما نتعشى"، كما أكدت الحالة بأن هناك سوابق عالية للتعاطي وهو والوالد "يتعاطى المخدرات"، أدى إدمان المخدرات بالحالة إلى الابتعاد عن العلاقات الاجتماعية والأسرية "كي ندخل للدار نحب نقعد وحدي، ونحب نرقد، وملي بديت نتعاطى، وقبل التعاطي كانت حياتي عادية"، لم تستطع الحالة التوقف عن الإدمان إلا أنه يفكر كيف يحصل على المخدرات ويتناولنا للتخفيف من أعراض النفسية والفيزيولوجية لديه "كي بديت نتعاطى مع صحابي وليت نخم كفاش نجيب المخدرات لأنوا كي تنقصني نتقلق ويوجعني راسي، الإدمان مش مليح دالي وقتي وصحتي وتعبت الوالدة، وداني للمركز نتعالج وبديت نتحسن، وانشاء الله نريح".

ب- تحليل المقابلة:

قمنا بإجراء المقابلة العيادية مع الحالة أمجد واتضح لنا أنه مدمن مخدرات وهو يدرس بالمتوسط، وقد اكتشفت الأم إدمان ابنها من خلال انخفاض معدله الدراسي وسرقه لأغراض المنزل، كما أن الأب أيضا متعاطي للكيف وحبوب اكتيل.

سلوك الحالة:

تم استقبال الحالة داخل غرفة الأخصائي النفساني وهو بمظهر خارجي مرتب، هندام نظيف، كما أنه كان هادي للفترة الأولى من المقابلة، وبعد التعرف عليه بدأ بكثرة الإلتفاق واللعب بأصابع اليدين والإجابة على الأسئلة بكل ثقة.

في بداية الأمر تكلمت الحالة على سبب الذي أدعى بها لتعاطي المخدرات وعلى حد قوله " بديت نتعاطى في المتوسط الدخان والكيف والحب مع صحابي ناكل قيمة 50 ألف في نهار وليريكا زوج حبات" أنه لم يكن يدر خطر تعاطي المخدرات فقد بدأ بالتعاطي تدريجيا من المخدر الأقل خطورة إلى أن بلغ معه الإدمان عليا، فقد بدأ بالتدخين أولا مع أصحابه ثم تطورت معه إلى تعاطي الكيف وليريكا حبتين في اليوم، إلى أن زاد عليه الحال وأصبح مدمن مخدرات، وكان تعاطيه للحبوب المخدرة يزداد يوميا لحصوله على النشوة التي حصلت معه لأول مرة لتعاطيه إلا أن هذه النشوة لن يشعر بها مجدد وهذا في قوله " وأدمنت عليها لأنوا الحبة لولا تعطيك نشوة ما تعاودش تجيك كون تقعد حياتك كاملة تتعاطى"، أثر الإدمان على الحالة النفسية والاجتماعية والتي ظهرت عنه في الأرق والهروب من الواقع بقوله " كنت نسهر حتى لصباح، ومكي نرقد منوضت حتى للعشا" وكذلك ظهرت لديه حب الغزلة وعدم الثقة فب الآخرين بقوله "كي ندخل للدار نحب نقعد وحدي"، كما نجد أن الحالة من جراء الإدمان يعاني من اضطرابات

نفسية وفيزيولوجية تتمثل في القلق وآلام في الرأس لعدم القدرة على الابتعاد أو الاستغناء عن المخدر "كي بديت نتعاطى مع صحابي وليت نخم كفاش نجيب المخدرات لأنوا كي تنقضي ننتلق ويوجعني راسي"، تشعر الحالة بنوع من الندم واللوم على ممارستها للإدمان بالمخدرات " الإدمان مش مليح دالي وقتي وصحتي وتعبت الوالدة".

ج- تحليل مقياس بيك للاكتئاب:

الرقم	مضمون البند	الإجابة	الدرجة
01	الحزن	3	3-0
02	التشاؤم من المستقبل	3	3-0
03	الإحساس بالفشل	2	3-0
04	عدم الرضا	2	3-0
05	الإحساس بالندم	3	3-0
06	توقع العقاب	1	3-0
07	كراهية النفس	1	3-0
08	ادانة الذات	3	3-0
09	وجود أفكار انتحارية	3	3-0
10	البكاء	3	3-0
11	عدم الاستقرار	2	3-0
12	الانسحاب الاجتماعي	2	3-0
13	التردد	2	3-0
14	تغيير صورة الجسم	0	3-0
15	هبوط مستوى الكفاءة	3	3-0
16	اضطرابات النوم	2	3-0
17	التعب والإرهاق	3	3-0
18	فقدان الشهية	3	3-0
19	تناقص الوزن	1	3-0
20	تأثر الطاقة الجنسية	3	3-0
21	الانشغال على الصحة	3	3-0
المجموع		38	3-0

بناء على النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس بيك للاكتئاب، نجد أن الحالة أمجد يعاني من نسبة مرتفعة من الاكتئاب (48 درجة)، وقد تبينت في الاستجابات الأكثر ظهورا الاستجابات المتعلقة بعدم الرضا عن النفس وتقبل الذات وهذا نجده في كل من اضطراب الحزن، والبكاء، وجود أفكار انتحارية، وكذا إدانة الذات، إلا أننا نجد نوع من تأنيب الضمير والمتمثل في اضطراب الندم. وتتجلى أيضا مظاهر الاكتئاب عند أمجد في سوء تقدير الذات والذي ظهر لنا من خلال الشعور بالذنب والابتعاد عن الآخرين وعدم الاستقرار.

والى جانب اضطرابات العادات الغذائية فقد صاحبها اضطرابات اخرى تمثلت في اضطرابات النوم ما بين نوم متقطع و ارق، و بين ميل و افراط فيه لفترات مصحوبة بالإرهاق و التعب و الام جسدية، و حسب ابراهيم سالم الصيخان (2010) انه غالبا ما يعاني الكثير من المصابين بالاكتئاب من صعوبة النوم، فعندما ينامون قد يكون نومًا متقطعًا و يستيقظون مبكرا قبل ميعاد نومهم المعتاد او يعانون من كثرة النوم و الاحساس بالتعب و الارهاق مع العصبية و عدم القدرة على التفكير(مدحت ابو زيد، 2001، ص 86).

3.2 الحالة الثالثة:

أ- عرض الحالة:

يحي ذكر يبلغ من العمر 29 سنة مستواه الدراسي الرابعة متوسط، متزوج في أكتوبر 2024، بدون أطفال، يمارس مهنة الحلاقة، بدأ بتعاطي المخدرات وهو بسن 12 سنة، وضعية الأبوين متزوجين ومستواه الاقتصادي ضعيف.

تقديم الحالة: حضرت الحالة إلى مركز علاج المدمنين رفقة زوجته بعد أن اكتشفت بأنه يتعاطى المخدرات، عرضت عليه الزوجة بأن يتوجه للمركز للعلاج حسب قولها "كي اكتشفت بلي راه يتعاطى اقترحت عليه أنو يتعالج"، يعاني يحي من ضعف جنسي حاد.

سلوكه أثناء المقابلة: دخلت الحالة إلى المكتب وهو بوجه شحوب، وهندام قديم، مع وطأة الرأس، وأثناء اجراء محاور المقابلة بدأت الحالة تجيب على الأسئلة بكل ثقة مع اللعب باليدين من فترة إلى أخرى وتشابك الأسابيع والضغط عليها.

ب- تحليل المقابلة:

بدأت الحالة بتعاطي المخدرات وهي بسن المراهقة المبكرة 12 سنة "بدت نتكيف وندروقي وأنا عمري 12 عام"، إلا أنه حاول الابتعاد عن الإدمان والتخلص من هذا السم القاتل بقوله " وأطول مدة حبست فيها الكيف 5 أيام كلشي بديتو في 2011 شراب وفي 2015"، وحسب قول يحي بأنه من أسباب التي دعتة إلى تعاطي المخدرات حالة أسترته وأصحابه بقوله "اسبابي لحالة تاعي دارنا بابا قليل وماما مرضت جاها كونسير دمرت ودخلت لهذه الحالة وزادوا لأصحاب"، وكان له ابن عم يشتري له الحبوب المخدرة بقوله "ابن عمي نتعاطى معاه ويشريلي مرات" وعند قدومه للمركز كان في حالة سكر "وماجيتش حتان كليت حبة لبريكا".

نستنتج من خلال المقابلة أن سبب تعاطي يحي للمخدرات هم جماعة رفاق كما جاءت في قوله "بقوله" اسبابي لحالة تاعي دارنا بابا قليل وماما مرضت جاها كونسير دمرت ودخلت لهذه الحالة وزادوا لأصحاب"، وهو يعاني من أعراض استثنائية متمثلة في قلقه على أمه، الندم واللوم لتناول هذه الحبوب السامة، الضعف الجنسي.

ج- عرض وتحليل نتائج مقياس "بيك للإكتئاب":

الرقم	مضمون البند	الإجابة	الدرجة
01	الحزن	2	3-0
02	التشاؤم من المستقبل	2	3-0
03	الإحساس بالفشل	1	3-0
04	عدم الرضا	3	3-0
05	الإحساس بالندم	2	3-0
06	توقع العقاب	2	3-0
07	كراهية النفس	2	3-0
08	ادانة الذات	2	3-0
09	وجود أفكار انتحارية	0	3-0
10	البكاء	2	3-0
11	عدم الاستقرار	3	3-0
12	الانسحاب الاجتماعي	3	3-0

3-0	2	التردد	13
3-0	2	تغيير صورة الجسم	14
3-0	1	هبوط مستوى الكفاءة	15
3-0	3	اضطرابات النوم	16
3-0	3	التعب والإرهاق	17
3-0	2	فقدان الشهية	18
3-0	1	تناقص الوزن	19
3-0	0	تأثر الطاقة الجنسية	20
3-0	0	الانشغال على الصحة	21
3-0	38		المجموع

بناءً على النتائج المتحصل عليها من خلال مقياس بيك للاكتئاب، نجد أن الحالة التي يعاني من نسبة مرتفعة من الاكتئاب (38 درجة)، وقد تبينت في الاستجابات الأكثر ظهوراً الاستجابات المتعلقة بعدم الرضا عن النفس وتقبل الذات وهذا نجده في كل من اضطراب الحزن، ، التشاؤم وكذا إدانة الذات، إلا أننا نجد نوع من اضطراب عدم الرضا عن النفس. بالإضافة إلى اضطرابات غذائية كفقدان الشهية، تناقص الوزن، اضطراب النوم، وكذا الانشغال واهتمام الصحة، التعب والإرهاق. وتتجلى أيضاً مظاهر الاكتئاب عند يحي في سوء تقدير الذات والذي ظهر لنا من خلال الشعور بالذنب والابتعاد عن الآخرين وعدم الاستقرار وتغيير صورة الجسم.

3. مقارنة نتائج المقابلة مع نتائج اختبار بيك:

وتتمثل اهم النتائج المتوصل اليها في: أن الادمان المخدرات أدى الى ظهور استجابات اكتئابية لدى الحالات الثلاثة. و قد تبين ذلك من خلال مجموعة الاعراض التي ظهرت لديهم من خلال سلوك الحالة والمتمثل وهذا ما ظهر في النتائج من خلال عدم الاهتمام بالهدام و اللامبالاة بالجسم وبالشكل وعدم الاهتمام بنظرة الآخرين وهي من بين السمات التي تحدث عنها Strongman في وصفه للجدول الاكلينيكي للمكتئب

(عبد الستار ابراهيم، 1999، ص 129)

ومن بين نتائج المقالات مع الحالات تبين أن الحالات تعاني من بعض الاضطرابات الاكتئاب والمتمثلة في التوتر، القلق، شحوب الوجه، الندم واللوم، وأيضا يتضح ذلك في اضطرابات العادات الغذائية (فقدان الشهية، انقاص في الوزن، إهمام الصحة الجسدية)، سوء تقدير الذات، لوم النفس و تانيبها بالإضافة الى اعراض انفعالية (حزن، بكاء، غضب، عزلة، عدم الثقة في الآخرين، الاضطرابات الجنسية....) وهذا ما نلمسه من خلال اختبار بيك والتي أظهرت نتاجه أن الحالات لديهم استجابة اكتئابية تمثلت في سوء تقدير الذات عند الحالات رافقه الشعور بالذنب و اللوم، الكره للآخرين و عدم القدرة على اقامة صداقات بعد الآن وكذا عدم القدرة على الوثوق حتى في اقرب الناس وفي هذا السياق يؤكد Beck ان نظام تفكير المكتئب يميزه حكم تفكير سلبي حول ذاته حيث يحكم المكتئب على نفسه باللوم و الذنب بو التقليل من قيمة الذات (Beck,1967,p 98)

الخاتمة

وفي الاخير يمكننا القول بأن ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر المشكلات الاجتماعية التي تهدد المجتمعات الإنسانية، وأكثرها تعطيلاً للقوى البشرية الشبابية نظرتا لانتشارها الواسع بينهم مما أدى إلى انتشار الإنتحار والعنف، كما ترتب عليها آثار نفسية واجتماعية واقتصادية انسحبت على كلا من الفرد والجمع، الأمر الذي جعل ن الدومل تلجأ إلى اصدار قوانين صارمة مستندة في ذلك إلى الاتفاقيات الدولية بشأن السيطرة على الظاهرة ومكافحة تداول وتناول المخدرات.

ومن خلال دراستنا تطرقنا لتحليل 12 حالة وتحليلها كيميا وكما وتطرقنا كذلك في بحثنا هذا إلى الاستجابة الاكتئابية لدى مدمني المخدرات بمركز الوسيط لعلاج الإدمان على عينة عددها (03) حالات وذلك بتطبيق كل من المقابلة النصف الموجهة واختبار مقياس بيك.

ومن خلال هذه التقنيات توصلنا إلى تحقق الفرضية والتي مفادها يستجيب مدمني المخدرات للإكتئاب والتي ظهرت من خلال الأعراض، الحزن، القلق، البكاء، التردد، اللوم، فقدان الشهية، اضطرابات النوم، عدم الثقة في الآخرين، والضعف الجنسي... الخ

قائمة المصادر والمرجع

• الكتب بالعربية:

1. ابن المنظور لسان العرب، دار الصادر، بيروت، المجلد 14.
2. أبو زيد مدحت عبد الحميد(د، س)، الإكتئاب دراسة السيكوباتومتري، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطية.
3. أحمد حسن الحراشة، جلال علي الجزائري(2012)، ادمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، الطبعة الأولى، دار ومكتبة حامد للنشر والتوزيع، عمان.
4. أحمد حسن الحراشة، جلال علي الجزائري (2011)، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان -الأردن.
5. أديب محمود خالدي (2005) ، مرجع في علم النفس الاكلينيكي، دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، مصر.
6. بدر محمد الأنصاري (2002)، المرجع في مقاييس الشخصية، تقنين على المجتمع الكويتي، ط1، دار الكتاب الحديث، الكويت.
7. ببيع محمد نادية، يامنة عبد القادر اسماعيلي (2011)، الارشاد النفسي ودوره في علاج المدمنين على المخدرات، الطبعة العربية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، الأردن.
8. الجمعية الامريكية للطب النفسي (2013)، الدليل الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية، ترجمة أمينة السماك وآخرون،(د.ط) مكتبة منار الاسلامية، الكويت.
9. جواد فطاير(2001)، الإدمان: أنواع، مراحل، علاجه، دار الشروق، القاهرة.
10. جودت عزة عطوي (2000)، أساليب البحث العلمي ومفاهيمه(أدوات- طرق قياسه)، ط4، دار الثقافة للنشر والتوزيع، الأردن.
11. حسين علي فايد (2005)، سيكولوجية الإدمان، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع، ط1، القاهرة.
12. حمدي الأعظمي غسان بشير(2013)، الكأبة بين كبار السن من العراقيين وداخل الوطن والمهجر، دراسة مقارنة، ط1، دجلة-عمان.
13. رشاد أحمد عبد اللطيف (1999)، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات: تقدير المشكلة وسبل العلاج والوقاية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية-مصر.

14. رولان دورون وفرانسواز بارو (2012)، تر: فؤاد شاهين، موسوعة علم النفس، عويدات للنشر والطباعة، المجلد الأول، A.E بيروت- لبنان.
15. سونيا إلياس برميلي (2009)، نظريات في جنوح الأحداث (إدمان، كحول، بغاء)، المؤسسة الحديثة للكتاب، طرابلس-لبنان.
16. السيد إبراهيم ايززي (2006)، العلاج المعرفي للاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العلمية وأساليب المساعدة لذاتي، دار غريب، القاهرة.
17. عبد الستار ابراهيم (1999)، علم النفس الاكلينيكي، ط1، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
18. عبد الستار إبراهيم (1998)، الاكتئاب- اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، عالم المعرفة، ب ط، الكويت.
19. عبد العزيز بن عبد الله البريشن (2002)، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية (مركز الدراسات والبحوث)، ط1، الرياض-المملكة العربية السعودية.
20. عزة حسين (1986)، الطب النفسي، دار القلم، ط3، الكويت.
21. عفاف محمد عبد المنعم (2008)، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، مصر.
22. كوام مكنزي (2013)، الاكتئاب، تر: زينب منعم، ط1، دار الثقافة العلمية للجميع، الرياض.
23. لطفي الشربيني (2001)، الاكتئاب (الأسباب-المرض- العلاج)، ط1، دار النهضة العربية، بيروت- لبنان.
24. مدحت عبد الحميد أبو زيد (2001)، الاكتئاب (دراسة سيكوباتية)، دار المعرفة الجامعية، ب ط، الإسكندرية- مصر.
25. محمد أحمد المشاقبة (2012)، الشباب والمخدرات -الإرشاد والعلاج النفسي، ط1، دار الشروق، عمان-الأردن.
26. محمد عبد الهادي جبوري(2010)، الأمراض النفسية، ط2، دار القباء للنشر والتوزيع، لبنان.

27. مدحت محمد أبو النصر (2008)، مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات -العوامل والآثار والمواجهة، دار العالمية للنشر والتوزيع، ط1، الجيزة -مصر.
28. مصطفى سويف (1999)، المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية، عالم المعرفة، الكويت.
29. مقدم عبد الحفيظ (2003)، الإحصاء والقياس النفسي التربوي، ديوان المطبوعات الجامعية، ط3، بن عكنون- الجزائر.
30. وفيق صفوت المختار (2001)، مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة، دار العلم والثقافة، ط1، القاهرة- مصر.
31. وليد سرحان (2001)، الاكتئاب، ط1، مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان.
32. يعقوب سعيد حافظ (2007)، الاكتئاب دراسة في الانقباض النفسي، دار الحداثة للطباعة والنشر، عمان.
33. نور الهدى محمد الجاموس (2004)، الاضطرابات النفسية الجسمية السيكوباتية، دار اليازوني للنشر والتوزيع، ب ط، عمان-الأردن.
- مذكرات ورسائل تخرج:
34. خيرة عوج الرقبة (2011) المعاناة النفسية واضطراب المزاج لدى المدمنين على المخدرات، مذكرة تخرج لنيل شهادة ما بعد التدرج علم النفس المرضي، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم النفس، جامعة وهران.
35. شلاوشي أم النون (2018)، ظاهرة تعاطي الإدمان على المخدرات في ولاية الأغواط - دراسة في الأسباب النفسية والاجتماعية- أطروحة مقدمة لنيل شهادة درجة دكتوراه في علوم التربية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عمار ثليجي الأغواط.
- مجلات علمية:
36. بن عمور جميلة، بوجلال سهيلة (2021)، القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية، مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، المجلد1، العدد2.

37. حمدي أحمد(2022)، تعاطي وإدمان المخدرات وتأثيرهما على تحقيق أهداف وبرامج التنمية المستدامة: دراسة ميدانية على عينة من شباب محافظة سوهاج، مجلة كلية الآداب بقنا، العدد55، جامعة سوهاج.
38. شناوي رزيقة، ملال خديجة(2202) ، المعاناة النفسية لدى المدمن على المخدرات، مجلة دراسات إنسانية واجتماعية، المجلد 11، العدد3، جامعة وهران02.
39. عبد العزيز الخزاعة الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن.
40. غزالة خاير (2016)، الإدمان على المخدرات...والتكفل الصحي، مجلة الوقاية والمكافحة، العدد الثالث، مجلة الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، الجزائر
41. كريمة عبد المنعم المهدي (2015)، بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي (دراسة مقارنة)، مجلة كلية الدراسات الإنسانية، العدد 05.
42. نايف بن عبد العزيز هداي الدوسري (2022)، اضطراب الإكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدمنين بمجمع إرادة والصحة النفسية في مدينة الدمام، المجلة العربية للنشر العلمي، العدد 45.
43. نور الدين مزهود (2013)، المراهق المدمن على المخدرات والأسرة (مقاربة نسقية)، مجلة العلوم الانسانية، العدد40، جامعة قسنطينة 2، 2013.
- ملتقيات علمية:
44. رمزي حداد (2008)، مفاهيم للإدمان وتعريفه، التكفل بالمدمنين، ملتقيات تكوين الأطباء في إطار مشروع Med NET، الجزائر السداسي الأول .
- مراجع أجنبية:

45. Cottraux (1990),Thérapie cognitive et la dépression, 2éme ed, Paris.

46. Beck, A(1967) : Cognitive thérapies, essential papers psychoanalysis, New-York :U.S.A University press

ملاحق الدراسة

الملحق رقم 01

1. استمارة المقابلة:

المحور الاول : البيانات الاولية للمريض :

- الاسم :
- السن :
- الجنس:
- المستوى الدراسي :
- المستوى الاقتصادي :
- الحالة الاجتماعية :
- عدد الاولاد:
- المهنة :
- وضعية الابوين :
- تاريخ ظهور الادمان :
- عمره اثناء بدء التعاطي:
- السوابق المرضية العائلية :
- عدد مرات التعاطي :

المحور الثاني : التاريخ المرضي :

- متى ظهرت أعراض الادمان لديك ؟
- هل أصبحت تشكو من اضطرابات في النوم ؟
- هل لديك اضطرابات في الشهية والاكل ؟
- متى بدأت في عملية التعاطي ؟
- كيف كانت استجابتك بعد أول جرعة لك ؟

المحور الثالث : النوعية العلائقية :

- كيف تصف علاقتك مع : أبويك ، إخوتك ، زوجتك.....
- هل حدثت تغيرات على مستوى علاقتك مع الشريك بعد المرض ؟

• هل لديك علاقات اجتماعية خارج الاسرة ؟ وكيف تصفها ؟

محور الرابع : المعاش النفسي للمريض :

• كيف كانت حياتك قبل الاصابة بالادمان ؟

• ماهي التغيرات التي احدثها الادمان في حياتك ؟

• هل تقبلت فكرة انت مدمن ؟

• عندما تصادفك مشكلة ما ،هل تتفعل بسرعة ؟

• هل مرت عليك فترات تشعر فيها بالملل والكآبة ؟

• كيف هي نظرتك للمستقبل ؟ وهل لديك أمل في الشفاء ؟

المحور الخامس : المرحلة الاستشفائية للمريض :

• صف لنا حياتك داخل مصلحة المركز لعلاج المدمنين ؟

• هل أنت مرتاح من أداء الطاقم المختص ؟

• هل تشعر بالقلق والضجر أثناء مزاولتك للعلاج

الملحق رقم 02

مقياس بيك للإكتئاب

- الاسم: تاريخ الميلاد والسن:
- المستوى التعليمي: تاريخ اليوم:
- بيانات أخرى:

تعليمات:

- يوجد مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدا ثم بوضع دائرة (و التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي، و بما (3 او 2 أو 1 او 0) حول رقم العبارة في ذلك اليوم
- تأكد من قراءة عبارة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، وتأكد من انك قد أجبت على كل المجموعات.
- 0- أنا اشعر بالحزن
- 1- أنا اشعر بالحزن و الكآبة
- 2- أنا مكتئب أو حزين طوال الوقت و لا أستطيع أن اترع نفسي من هذه الحالة
- 3 - أنا حزين أو غير سعيد لدرجة إنني لا أستطيع تحمل ذلك
- 0- أنا لست متشائما على وجه الخصوص، أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.
- 1- أنا اشعر بان المستقبل غير مشجع
- 2-أنا اشعر بان ليس لدى شيء أتطلع إليه في المستقبل
- 3- أنا اشعر بان المستقبل لا أمل فيه و أن الأشياء لا يمكن أن تتحسن
- 0- أنا اشعر بأنني شخص فاشل
- 1- أنا اشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط
- 2- كما أعود بذاكرتي إلى الوراء كما أستطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل.
- 3- أنا اشعر بأنني شخص فاشل تماما
- 0- أنا لست غير راضي
- 1- أنا اشعر بالملل اغلب الوقت

- 2- أنا لا احصل على الأشياء أو الرضا من أي شيء بعد الآن
- 3- أنا غير راض عن كل شيء
- 0- أنا لا اشعر بأنني أثم أو مذنب
- 1- أنا اشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي اغلب الوقت
- 2- أنا اشعر بالذنب أو الأثم تماما
- 3- أنا اشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة
- 0- أنا اشعر بخيبة الأمل في نفسي
- 1- أنا فاقد الأمل في نفسي
- 2- أنا مشمئز من نفسي
- 3- أنا اكره نفسي
- 0- أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسي
- 1- أنا لدى أفكار للإضرار بنفسي و لكن لا أنفذها
- 2- أنا اشعر بأنه من الأفضل أن أموت
- 3- لو استطعت لقتلت نفسي
- 0- أنا لم افقد اهتمامي بالناس
- 1- أنا اقل اهتماما بالناس مما تعودت أن أكون من قبل
- 2- أنا فقدت اغلب اهتمامي بالناس ، ولدي مشاعر قليلة اتجاههم
- 3- أنا فقدت اغلب اهتمامي بالناس ، ولا اهتم بهم على الإطلاق
- 0- أنا اتخذ القرارات بنفس الجودة ، كما تعودت أن اتخذها من قبل
- 1- أنا أحاول تأجيل القرارات
- 2- أنا لدي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات
- 3- أنا لا استطيع اتخاذ أي قرارات بعد الآن
- 0- أنا لا اشعر بانني اظهر أسوأ مما اعتدت أن اظهر به من قبل
- 1- أنا مشغول وقلق على أنني اظهر كبير السن أو غير جذاب
- 2- أنا اشعر بان هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني اظهر بطريقة غير جذابة

- 3- أنا اشعر أنني قبيد أو كره المنظر
- 0- أنا لا استطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل
- 1- ابذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء
- 2- يجب أن ادفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء
- 3- أنا لا استطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق
- 0- أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل
- 1- أنا اشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل
- 2- أنا اشعر بالإجهاد من أداء أي شيء
- 3- أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا استطيع عمل شيء
- 0- شهيتي للأكل ليست أسوء من المعتاد
- 1- شهيتي للأكل جيدة كما كانت
- 2- شهيتي أصبحت أسوء الآن
- 3- أنا ليست لي شهية للأكل نهائياً