

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la
Recherche Scientifique

Université
Colonel Akli Mohand Oulhadj
-Bouira-

Faculté des Sciences Economiques,
Commerciales et des Sciences de Gestion



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محمد أولحاج

- البويرة -

كلية العلوم: الاجتماعية و الانسانية

شعبة: علم النفس

قسم: علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

عنوان المذكرة

الإكتئاب لدى المراهق المدمن على تعاطي المخدرات (دراسة عيادية لخمس حالات)

مذكرة مكملّة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة:

أ / ولد محمد لامية

إعداد الطالبة:

• كتاف يسرى

السنة الجامعية: 2025/2024

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



نموذج التصريح الشرفي الخاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لإنجاز بحث.

انا الممضي أسفله، السيد(ة) كشاف يسرياً الصفة: طالب، استاذ، باحث طالب

الحامل(ة) لبطاقة التعريف الوطنية: 408539.188 والصادرة بتاريخ 24/02/17

المسجل(ة) بكلية / معهد العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علوم النفس العيادية

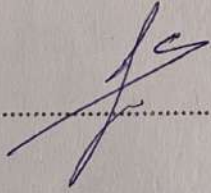
والمكلف(ة) بإنجاز اعمال بحث (مذكرة، التخرج، مذكرة ماستر، مذكرة ماجستير، اطروحة دكتوراه).

عنوانها: الإكتئاب لدى المراهقة الممنوعة على تعاطي المخدرات

تحت إشراف الأستاذ(ة): ولد محمد لاسية

أصرح بشرفي أنني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية الاخلاقيات المهنية والنزاهة الاكاديمية

المطلوبة في انجاز البحث المذكور أعلاه.

التاريخ: 04 جوان 2025 توقيع المعني(ة) 

رأي هيئة مراقبة السرقة العلمية:



النسبة: % 617

شكرو عرفان

قوله تعالى: ﴿وَشْكُرُوا لِلَّهِ إِن كُنتُمْ إِيَّاهُ تَعْبُدُونَ﴾ [البقرة: 172]

قال صلى الله عليه وسلم: "لا يشكر الله من لا يشكر الناس" رواه أبو داود، وهو حديث حسن.

وانطلاقاً من هذا المبدأ النبيل، نتقدم بخالص الشكر والتقدير لكل من أسهم في دعمنا ومساندتنا، وبالأخص الطاقم الإداري وقسم علم النفس على تعاونهم وحرصهم

أسمى عبارات الامتنان نخص بها أستاذتنا المشرفة الدكتورة ولد محند لامية، التي لم تدخر جهداً في توجيهنا ومساعدتنا، فكانت أخلاقها العالية ونصائحها السديدة بمثابة النور الذي أضاء لنا الطريق، وكانت بحق جسر عبورنا نحو برّ الأمان. نسأل الله أن يجزيها عنا كل خير.

ولا يفوتنا أن نتوجه بالشكر والعرفان لكل من مدّ لنا يد العون وكان له دور في تحقيق هذا الإنجاز، فله منا أصدق الدعوات وخالص الامتنان.

الإهداء

...إلى نفسي

...إليك أيتها التي صبرتِ حين ضاق الطريق، ومضيتِ رغم التعب والخذلان
إليك يا من قاومتِ اليأس، وجمعتِ شتاتكِ في صمت، وواصلتِ المسير حين كان التراجع
...أسهل
أهديكِ هذا العمل ثمرة تعبكِ وسهركِ وإصراركِ، عربون امتنان لكل لحظة لم تستسلمي
فيها.

تستحقين الفخر، وتستحقين أن تنظري لما أنجزتِ وتبتسمي، لأنكِ كنتِ وما زلتِ، قوية بما
يكفي لتصلي.
إلى أُمي الحبيبة،

لكِ وحدكِ، أهدي ثمرة هذا العمل، يا من كنتِ الدعاء المستجاب، والنبض الثابت في قلبي،
يا من علّمتني أن الحب قوة، وأن في الصبر نصرًا

إلى مشرفتي الفاضلة الدكتورة ولد محند لامية، كل عبارات الشكر تقف عاجزة أمام
عطائك، وتفانيك في الإشراف والتوجيه، كنتِ السند العلمي والنفسي، ومصدرًا للثقة والنور
في طريق المعرفة.

إلى كل من آمن بي ولو بكلمة، إلى من منحني من وقته، دعمه، واهتمامه، إلى
صديقاتي، زميلاتي، وكل من رافقني في هذه الرحلة الطويلة، أهديكم هذا الإنجاز
المتواضع، الذي يحمل بين سطوره كل لحظة تعب، وكل قطرة أمل.

ملخص الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى مساهمة تعاطي المخدرات في ظهور الاكتئاب لدى المراهقين، وذلك من خلال دراسة ميدانية أجريت في عيادة طبية متخصصة في الأمراض النفسية والعقلية بولاية البويرة، تتكفل بعلاج الاضطرابات الذهانية والعُصابية، الإدمان، وطب الأطفال والمراهقين، كما تتمتع بخبرة معتمدة لدى المحكمة وتتعامل مع المصحات العقلية.

تكوّنت عينة الدراسة من خمس (05) حالات لمراهقين مدمنين على تعاطي المخدرات ويعانون من الاكتئاب، تم اختيارهم بطريقة قصدية لتوفر شرط الدراسة فيهم. ونظرًا لطبيعة الموضوع، تم اعتماد المنهج الإكلينيكي (العيادي)، كما تم استخدام مجموعة من الأدوات لجمع المعطيات الميدانية، تمثلت في دراسة الحالة، المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة، ومقياس بيك للاكتئاب.

وقد أفضت نتائج الدراسة إلى أن تعاطي المخدرات يُساهم بشكل كبير في ظهور الاكتئاب لدى المراهق المدمن.

الكلمات المفتاحية: الاكتئاب - المراهقة - الإدمان على المخدرات

Résumé :

La présente étude vise à identifier dans quelle mesure la consommation de drogues contribue à l'apparition de la dépression chez les adolescents. Elle a été menée dans une clinique spécialisée dans les troubles mentaux et psychiques située à la wilaya de Bouira. Cette structure prend en charge les troubles psychotiques, névrotiques, les addictions ainsi que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avec une expertise reconnue par les tribunaux et en collaboration avec des établissements psychiatriques.

L'échantillon de l'étude se compose de cinq (05) cas d'adolescents souffrant de dépression et présentant une addiction aux drogues. Ils ont été sélectionnés de manière intentionnelle en raison de la pertinence de leurs profils avec les critères de recherche. Compte tenu de la nature du sujet, la méthode clinique a été adoptée. Les outils utilisés pour la collecte des données sont l'étude de cas, l'entretien clinique semi-directif et l'échelle de Beck pour la dépression.

Les résultats obtenus montrent que la consommation de drogues contribue de manière significative à l'apparition de la dépression chez l'adolescent dépendant.

Mots – clés : dépression – adolescence – dépendance aux drogues

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
	شكر وتقدير
	إهداء
	ملخص
	فهرس المحتويات
أ - ب	مقدمة
الفصل التمهيدي	
الإطار العام لإشكالية الدراسة	
04	إشكالية الدراسة
05	فرضية الدراسة
05	هدف الدراسة
06	أهمية الدراسة
06	أسباب اختيار الموضوع
07	التعريف الاجرائي لمفاهيم الدراسة
08	دراسات سابقة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الاكتئاب	
16	تمهيد
17	مفهوم الاكتئاب
20	تصنيف الاكتئاب
28	النظريات المفسرة للاكتئاب
35	أسباب الاكتئاب
39	أعراض الاكتئاب
46	خلاصة الفصل

الفصل الثاني: المراهقة	
49	تمهيد
50	مفهوم المراهقة.
53	مراحل المراهقة
58	مظاهر النمو في مرحلة المراهقة
68	النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة
80	المتطلبات الأساسية لمرحلة المراهقة
85	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات	
88	تمهيد
89	مفهوم الإدمان على المخدرات
93	معايير تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات
100	النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
111	أسباب الإدمان على المخدرات
120	آثار الإدمان على المخدرات
126	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الاجراءات المنهجية للجانب التطبيقي	
130	تمهيد
131	الدراسة الاستطلاعية
134	منهج الدراسة
135	مجموعة الدراسة
136	مجالات الدراسة
137	أدوات جمع البيانات

144	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
147	الحالة الأولى
153	الحالة الثانية
158	الحالة الثالثة
164	الحالة الرابعة
170	الحالة الخامسة
182	مناقشة النتائج على ضوء الفرضية
186	الاستنتاج العام
188	خاتمة
190	قائمة المراجع
196	قائمة الملاحق

مقدمة

مقدمة

تُعد مرحلة المراهقة من أهم المراحل العمرية التي يمر بها الإنسان، حيث تتميز بحساسية بالغة وتعقيد نفسي واجتماعي كبير، مما يجعلها فترة حرجة تتطلب المتابعة والرعاية الدقيقة. فهي المرحلة التي تتشكل فيها الملامح الأساسية لشخصية الفرد، وتنمو فيها قدراته العقلية والانفعالية والاجتماعية. ونظرًا لطبيعة هذه المرحلة الانتقالية، يكون المراهق أكثر عرضة للانحرافات السلوكية والضغط النفسية، ولعلّ من أخطر هذه الانحرافات انتشار تعاطي المخدرات.

لقد أصبح تعاطي المخدرات بين فئة المراهقين ظاهرة مقلقة تهدد كيان المجتمع، وتؤثر بشكل مباشر على صحة أبنائه وسلامة تفكيرهم واتزانهم النفسي، وتؤدي إلى تدهور العلاقات الأسرية والاجتماعية. فالإدمان يمثل حالة من التسمم المزمن ذات آثار سلبية متعددة، وهو ناتج عن الاستعمال المتكرر لعقار معين، سواء أكان ذا أصل طبيعي أو صناعي، ويُرافقه عادةً اعتماد نفسي وجسدي، إلى جانب رغبة قهرية في الاستمرار في التعاطي.

تُعد هذه الظاهرة من أبرز التحديات التي تواجه المجتمعات الحديثة، لما لها من انعكاسات خطيرة على الصحة النفسية، أبرزها ظهور اضطرابات نفسية شديدة كالقلق والاكتئاب. وانطلاقًا من أهمية هذا الموضوع وخطورته، جاء اختيارنا لتناوله بالدراسة والبحث، وذلك من خلال تقسيم المذكرة إلى ثلاثة أقسام رئيسية:

القسم الأول: الجانب التمهيدي، ويتناول الإطار العام للدراسة، حيث نعرض فيه الإشكالية التي يقوم عليها البحث، ثم نوضح فرضياته، وأهدافه، ودوافع اختياره، بالإضافة إلى تحديد المفاهيم الأساسية للمتغيرات التي سيتم تناولها.

القسم الثاني: الجانب النظري، ويتضمن ثلاث فصول محورية:

الفصل الأول: الاكتئاب، ونبأول فله مفهوم الاكتئاب وتصنيفه والنظريات المفسرة له مع أسباب

الاكتئاب وأعراضه.

الفصل الثاني: مرحلة المراهقة، ونستعرض فيه مفهومها، مراحلها، مظاهر النمو في مرحلة المراهقة،

النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة، مع المتطلبات الأساسية لمرحلة المراهقة

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات، ونقدم من خلاله مفهوم الإدمان على المخدرات، معايير

تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات، النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات، أسباب الإدمان على

المخدرات، وآثار الإدمان على المخدرات

القسم الثالث: الجانب التطبيقي، ويتضمن الدراسة الميدانية، والتي تنقسم إلى دراسة استطلاعية وأخرى أساسية.

يشمل هذا القسم المنهج المعتمد، خصائص العينة المدروسة، الأدوات المستخدمة في جمع المعطيات (مثل

المقابلة والمقاييس النفسية)، إلى جانب عرض النتائج وتحليلها ومناقشتها في ضوء الإطار النظري.

ويختتم هذا العمل بخاتمة تتضمن أهم النتائج التي تم التوصل إليها، بالإضافة إلى قائمة المراجع

والملاحق التي اعتمدنا عليها في إنجاز هذا البحث.

الفصل التمهيدي

الإطار العام

لإشكالية الدراسة

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضية الدراسة
3. هدف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أسباب اختيار الموضوع
6. التعريف الاجرائي لمفاهيم الدراسة

1. إشكالية الدراسة

تُعد مرحلة المراهقة من أهم المراحل النمائية وأكثرها حساسية، حيث أنها من أهم مراحل النمو في حياة الفرد، حيث تشكل فترة انتقالية حاسمة بين الطفولة والبلوغ. وتتميز هذه المرحلة بالعديد من التغيرات الجسدية والنفسية والعقلية والاجتماعية التي تؤثر على جميع جوانب حياة المراهق. (عقوني،

2024، ص02)

التي تُعيد تشكيل هويته وتوجهاته وانفعالاته. وفي ظل غياب التوازن والدعم النفسي والاجتماعي، قد يواجه المراهق صعوبات في التكيف مع متطلبات هذه المرحلة، مما يجعله عرضة لمجموعة من الاضطرابات النفسية، يأتي في مقدمتها الاكتئاب، الذي بات يُشكل ظاهرة متنامية ومقلقة في الأوساط التربوية والصحية على حد سواء.

من جهة أخرى، يُعد تعاطي المخدرات من أكثر السلوكيات الانحرافية التي يلجأ إليها المراهق كوسيلة للهروب من الواقع، أو تعبيراً عن أزمة هوية، أو نتيجة لضغوط اجتماعية وأسرية، وقد يتحول هذا التعاطي إلى إدمان، له تداعيات خطيرة على الصحة النفسية والبدنية، من أبرزها تدهور الحالة النفسية ودخول الفرد في حالات اكتئاب عميقة.

ويعتبر الإدمان حالة تعلق أو اعتماد شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما بغرض إحداث تغيرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي ولبعض هذه المواد خاصية التدخل في كيميائية الجسم حيث يعتادها الجسم ولا يعود قادراً على الاستغناء عنها. ونجد أن حدوث (شيهان، 2020، ص61).

وقد أظهرت العديد من الدراسات النفسية وجود علاقة مركبة ومتداخلة بين تعاطي المخدرات والاكتئاب لدى المراهقين، غير أن هذه العلاقة ما تزال محل نقاش علمي، سواء من حيث الاتجاه السببي ويعتبر الاكتئاب من أكثر الظواهر النفسية انتشاراً، ونستطيع القول ان أي واحد منا قد يملكه في وقت من الاوقات شعور بالحزن أو الضيق (الشربيني، 2010، ص15).

حيث يحدث الاكتئاب لدى الشخص مع تدني مستوى التنمية وتحقيق الذات، حيث يعتبر بسهولة عاجزا وغير قادر على تجاوز أي صعوبة مقارنة مع الشخص الطموح، الحيوي والديناميكي، فنجدته يتميز بمواقف وسلوك الانسحاب الاستسلام والتنازل، فالخوف من الشعور بالذنب يعتبر سبب كاف ومهم له في انخفاض مستويات الإنجاز والنجاح. (جبار، 2016، ص39).

وبناءً على ما سبق، فإن الإشكالية الجوهرية التي تسعى هذه الدراسة إلى معالجتها تتمثل في فهم طبيعة العلاقة بين الإدمان على المخدرات وظهور أعراض الاكتئاب لدى المراهقين، وذلك من خلال دراسة ميدانية لعينة من المراهقين المدمنين، ومحاولة تفسير النتائج في ضوء المعطيات النفسية والعيادية،
نطرح السؤال التالي: هل المراهق المدمن على تعاطي المخدرات يعاني من مستوى اكتئاب مرتفع؟

2. فرضية الدراسة

يعاني المراهق المدمن على تعاطي المخدرات من مستوى اكتئاب شديد.

3. هدف الدراسة

معرفة اذا ما كان المراهق المدمن على تعاطي المخدرات يعاني من مستوى اكتئاب مرتفع.

4. أهمية الدراسة

4-1- أهمية نظرية:

- يساهم البحث في إثراء المعرفة العلمية حول العلاقة بين الإدمان والاكتئاب لدى المراهقين.
- يساعد في توضيح دور العوامل النفسية والاجتماعية في هذه العلاقة، مما قد يفيد الدراسات المستقبلية.

4-2- أهمية تطبيقية:

- تقديم بيانات مفيدة للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين حول تأثير المخدرات على الصحة النفسية للمراهقين.
- مساعدة مراكز العلاج والتأهيل في تطوير برامج تدخل فعالة لمعالجة الاكتئاب لدى المدمنين الشباب.
- زيادة الوعي لدى الأسر والمجتمع حول مخاطر الإدمان وآثاره النفسية السلبية، مما يساعد في الوقاية منه.

5. أسباب اختيار الموضوع:

- حساسية المرحلة العمرية المدروسة :

المراقبة تُعد من أكثر المراحل العمرية عرضة للتقلبات النفسية والسلوكية، ما يجعلها فترة حرجية يمكن أن تؤسس لاضطرابات نفسية دائمة في حال غياب التدخل المناسب، ومنها الإدمان والاكتئاب.

- ترابط الظاهرتين في الواقع الميداني:

من خلال الملاحظة الأولية والتجارب الميدانية، يتبين أن عددًا من المراهقين المدمنين يعانون من أعراض اكتئابية بدرجات متفاوتة، مما يثير تساؤلات علمية حول العلاقة بين التعاطي والاكتئاب.

- ضعف التشخيص النفسي المصاحب للإدمان:

في كثير من الأحيان، يُركز على علاج الإدمان كظاهرة منفصلة دون الانتباه إلى الأبعاد النفسية المصاحبة له، خصوصًا الاكتئاب، ما يؤثر سلبًا على فعالية العلاج واستمراريته.

- رغبة الباحثة في الإسهام العلمي والتطبيقي:

ينبع اختيار الموضوع من اهتمام الباحثة بفهم الجوانب النفسية العميقة المرتبطة بالإدمان، وتقديم دراسة ميدانية قد تفيد المختصين في تطوير استراتيجيات تدخل قائمة على التشخيص الدقيق للحالة النفسية للمراهق المدمن.

- الحاجة إلى توجيه جهود الوقاية والتدخل المبكر:

من خلال التعمق في العلاقة بين الاكتئاب والإدمان، يمكن تعزيز جهود الوقاية المبكرة، خاصة في الوسط المدرسي والأسري، مما يساهم في تقليل عدد الحالات وتحسين جودة حياة المراهقين.

6. التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

6-1- الاكتئاب:

يُعرّف الاكتئاب إجرائيًا في هذه الدراسة على أنه اضطراب نفسي يتم قياسه من خلال مجموعة من الأعراض السريرية، مثل انخفاض المزاج، فقدان المتعة أو الاهتمام بالأنشطة اليومية، اضطرابات النوم والشهية، انخفاض مستوى الطاقة، وصعوبة التركيز. يتم تقييم شدته باستخدام أدوات تشخيصية معتمدة،

مثل مقياس بيك للاكتئاب، أو وفقًا لمعايير التشخيص المعتمدة في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية DSM، و في دراستنا هي الدرجة المتحصل عليها على مقياس بيك للاكتئاب.

6-2- المراهقة:

تُعرف المراهقة إجرائيًا بأنها المرحلة العمرية التي تمتد بين الطفولة والرشد، وتتحدد وفقًا لمعايير النمو الجسدي، النفسي، والاجتماعي. يتم قياسها استنادًا إلى معايير مثل ظهور علامات البلوغ، تغيرات الهوية الذاتية، والتكيف الاجتماعي مع المحيط. تمتد المراهقة تقريبًا من عمر 12 إلى 20 عامًا، مع الإشارة إلى أن نهايتها قد تختلف بناءً على النضج النفسي والاجتماعي للفرد.

6-3- الإدمان على المخدرات:

يُعرف الإدمان إجرائيًا في هذه الدراسة بأنه اضطراب نفسي وسلوكي يتم تحديده وفقًا لمعايير DSM-5، حيث يظهر لدى الفرد نمط قهري لتعاطي المواد المخدرة، مصحوبًا بعدم القدرة على التوقف رغم العواقب السلبية، مع أعراض انسحابية عند التوقف عن التعاطي. يتم قياسه باستخدام مقاييس تقييم الاعتماد على المواد المخدرة، مثل مقياس الإدمان السريري (CAGE) أو مقابلات تشخيصية متخصصة.

7- دراسات سابقة

- النسق الأسري المدرك واستراتيجيات المواجهة لدى المراهقين مدمني المخدرات خالص شامة (2022)، جامعة مولود معمري - تيزي وزو هدفت هذه الدراسة إلى فهم كيفية إدراك المراهق المدمن لطبيعة التفاعل داخل أسرته، واستراتيجيات المواجهة التي يستخدمها. أظهرت النتائج أن

أغلب الحالات المدروسة تدرك نسق أسرها على أنه مضطرب، وتعتمد على استراتيجيات مواجهة مركزة على التسلية للهروب من الضغوط النفسية.

التعليق:

تسلط هذه الدراسة الضوء على العلاقة بين البيئة الأسرية المضطربة واستخدام استراتيجيات مواجهة غير فعالة، مما يساهم في تفاقم مشاعر الاكتئاب لدى المراهقين المدمنين.

- التنظيم العقلي لدى المراهقين المدمنين على المخدرات خميس محمد سليم وقيس أميرة (2024)، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة استهدفت هذه الدراسة معرفة نوعية التنظيم العقلي لدى المراهقين المدمنين، باستخدام اختبار تفهم الموضوع (TAT) أظهرت النتائج أن التنظيم العقلي لدى هذه الفئة هش، مع فقر في التصورات وفقدان الأمل وانعزال عن المجتمع.

التعليق:

توضح هذه الدراسة كيف يؤثر الإدمان على التنظيم العقلي للمراهقين، مما يؤدي إلى ضعف في التكيف النفسي وزيادة في الأعراض الاكتئابية.

- المعاش النفسي للمراهقين المدمنين على المخدرات بليردوح كوكب الزمان والطلافة فؤاد (2022)، مجلة العلوم الإنسانية - جامعة أم البواقي تناولت هذه الدراسة المعاش النفسي للمراهق المدمن، باستخدام مقاييس القلق، الاكتئاب، وتقدير الذات. أظهرت النتائج ارتفاعاً في مستويات القلق والاكتئاب، مع انخفاض في تقدير الذات.

التعليق:

تؤكد هذه الدراسة الترابط بين الإدمان وظهور أعراض نفسية سلبية مثل الاكتئاب والقلق، مما يعزز أهمية التدخل النفسي المبكر.

- فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتخفيف الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين حدان إبتسام وبلحسيني وردة (2024)، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية هدفت الدراسة إلى تقييم فعالية برنامج معرفي سلوكي في خفض الأعراض الاكتئابية لدى المراهقين. أظهرت النتائج تحسناً ملحوظاً بعد تطبيق البرنامج.

التعليق:

تبرز هذه الدراسة أهمية استخدام البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في علاج الاكتئاب لدى المراهقين، خاصة المدمنين.

- استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين المدمنين على المخدرات شنوف شريفة ودومي اسمهان (2022)، مجلة هيروودوت للعلوم الإنسانية والاجتماعية هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن استراتيجيات المواجهة النفسية لدى المراهقين المدمنين. أظهرت النتائج أن أغلبهم يستخدم استراتيجيات تجنبية وغير فعالة.

التعليق:

تشير هذه الدراسة إلى أن اعتماد المراهق المدمن على استراتيجيات مواجهة غير بناءة يزيد من حدة الاكتئاب لديه.

- سمات الشخصية لدى المدمن الشاب على الأدوية ذات التأثير المخدر بن سعاد نسيم وبوحلة فوزية (2022)، جامعة عين تموشنت هدفت إلى التعرف على السمات الشخصية لدى المدمنين الشباب. أظهرت النتائج سمات مثل القلق، الاندفاعية، الاتكالية، وانخفاض تقدير الذات.

التعليق:

تبرز الدراسة العلاقة بين سمات الشخصية والإدمان، مما يعزز فرضية تأثير هذه السمات في نشأة الاكتئاب لدى المراهق المدمن.

- مشكلات الأسرة ودورها في إدمان المراهقات على المخدرات خذايرية ياسين وحفصي سعاد (2018)، جامعة قالمة أظهرت نتائج الدراسة أن الاضطرابات الأسرية والصراعات العائلية كانت من أبرز العوامل التي ساهمت في دخول المراهقات عالم الإدمان.

التعليق:

تدعم هذه الدراسة الدور المركزي للأسرة في حماية أو تعريض المراهقين للإدمان، والذي بدوره قد يؤدي إلى اضطرابات مزاجية مثل الاكتئاب.

- الإدمان على الإنترنت وعلاقته بالاكْتئاب لدى المراهقين شرط مروة وعبد اللهوم آمنة (2022)،
جامعة محمد بوضياف - المسيلة هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الإدمان على الإنترنت
والاكْتئاب لدى المراهقين، وخلصت إلى وجود علاقة طردية بينهما.

التعليق:

على الرغم من اختلاف نوع الإدمان، فإن هذه الدراسة تؤكد أن الإدمان بشكل عام - سواء كان على المواد
أو السلوكيات - يرتبط بارتفاع مستويات الاكْتئاب لدى المراهقين.

الاستنتاج العام:

تُظهر الدراسات السابقة أن هناك علاقة وثيقة بين الإدمان والاكْتئاب لدى المراهقين، حيث تسهم
العوامل الأسرية، سمات الشخصية، واستراتيجيات المواجهة غير الفعالة في تفاقم هذه الظاهرة. كما تؤكد
أهمية التدخل العلاجي المبكر، خاصة باستخدام المقاربات المعرفية السلوكية.

الجانب النظري

الفصل الأول

الفصل الأول: الاكتئاب

تمهيد

- 1 - مفهوم الاكتئاب.
- 2 - تصنيف الاكتئاب
- 3 - النظريات المفسرة للاكتئاب.
- 4 - أسباب الاكتئاب
- 5 - أعراض الاكتئاب.

خلاصة الفصل

تمهيد

يُعدّ الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارًا وتعقيدًا، حيث يؤثر على حياة الأفراد في مختلف الجوانب العاطفية، المعرفية، والجسدية. يتميز هذا الاضطراب بمشاعر الحزن العميق، فقدان الاهتمام، اضطرابات النوم والشهية، وانخفاض مستوى الطاقة، مما ينعكس سلبيًا على جودة الحياة. وعلى الرغم من أن الاكتئاب يُعرف بكونه اضطرابًا نفسيًا، إلا أن أسبابه متعددة، حيث تتداخل فيه العوامل البيولوجية، الوراثية، النفسية، والاجتماعية، مما يجعله محور اهتمام واسع في مجال الصحة النفسية. تهدف هذه الدراسة إلى تقديم تحليل شامل للاكتئاب من حيث التعريف، التصنيفات، الأسباب، النظريات المفسرة، والأعراض، مع استعراض أبرز الأساليب التشخيصية والعلاجية المتبعة. كما سيتم التطرق إلى بعض العوامل التي قد تساهم في تفاقم هذه الحالة، مثل الإدمان على المخدرات، باعتبارها ظاهرة قد تتداخل مع الاكتئاب، سواء كسبب أو كنتيجة. ومن خلال هذا البحث، نسعى إلى تسليط الضوء على مختلف أبعاد هذا الاضطراب، بهدف تعزيز الوعي حوله وتوفير فهم أعمق للسبل الممكنة للتعامل معه.

1. مفهوم الاكتئاب Depression:

اللغة:

يقول ابن منظور (كأب): الكآبة: سوء الحال، والانكسار من الحزن.

كتب: يكأب كأباً وكآبة وكابة، كئشاً ونشاشة، ورآفة، ورأفة، واكتأب اكتئاباً: حزن واغتم وانكسر، فهو كئيب وكئتب، وفي الحديث: "أعوذ بك من كآبة المنقلب".

الكآبة: تغير النفس بالانكسار، من شدة الهم والحزن، وهو كئيب ومكئتب، المعنى أنه يرجع من سفره بأمر يحزنه، أما أصابه من سفره، وأما قدم عليه مثل أن يعود غير مقضي الحاجة، أو أصابت ماله آفة، أو يقدم على أهله فيجدهم مرضى. وبعضهم امرأة كئيبة وكآبة الكآبة: الحزن الشديد على فلان، واكتأب: دخل في الكآبة، واكتأب: وقع في هلكة.

الكآبة: الحزن لأن الخلف محزون، ورماد مكتتب اللون: إذا ضرب إلى السواد كما يكون وجه الكئيب.

(قري، 2009، ص130)

اصطلاحاً:

الاكتئاب اصطلاحاً يُشير إلى اضطراب نفسي يتميز بمشاعر الحزن العميق، فقدان الاهتمام أو المتعة، واضطرابات في التفكير والسلوك، مما يؤثر على الحياة اليومية للفرد. كما يُستخدم المصطلح في مجالات أخرى، مثل الاقتصاد للدلالة على فترات الكساد والانكماش، وفي الأرصاد الجوية لوصف المنخفضات الجوية، وفي علم وظائف الأعضاء للإشارة إلى انخفاض نشاط بعض الأجهزة الحيوية.

- حسب منظمة الصحة العالمية، يُعرّف الاكتئاب على أنه اضطراب نفسي يتجلى في مجموعة من الأعراض، أبرزها اضطراب المزاج، فقدان الاهتمام، ضعف التركيز والذاكرة، وانخفاض الدافع. كما يصاحبه الشعور المستمر بالتعب، اضطرابات النوم مثل الأرق، إضافةً إلى فقدان الشهية والتوجه نحو الأفكار والمواقف السلبية. وغالبًا ما تشكل هذه الأعراض عائقًا كبيرًا يؤثر على جودة حياة المصابين به. (جبار، 2016)
- عرّفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA, 2000) الاكتئاب على أنه أحد أكثر الاضطرابات العقلية شيوعًا، حيث يتمثل في حالة وجدانية سلبية تتفاوت بين مشاعر الحزن العميق والتشاؤم إلى الإحساس بفقدان الأمل. ويؤثر هذا الاضطراب على حياة الفرد اليومية من خلال إحداث تغييرات جسدية، معرفية، واجتماعية، كما أنه يؤدي إلى انخفاض مستوى الطاقة، وتراجع الدافعية، وصعوبة التركيز أو اتخاذ القرارات. (ابراهيم، 2022)
- يعرف بيك، 1979، (Beck) الاكتئاب بأنه اضطراب في التفكير أكثر من كونه اضطرابًا في الوجدان، حيث يرجع الاكتئاب إلى التشويه المعرفي الذي يؤدي إلى تكون اتجاه سلبي نحو الذات والعالم والمستقبل، وينتج عن ذلك التشويه ظهور مجموعة من الأعراض الاكتئابية السلوكية، وهي ليست أعراض وجدانية فقط وإنما معرفية، ودافعية، وفيزيولوجية. (قري، 2009، ص133)
- بيك وآخرون (Beck et al., 1979) عرفوا الاكتئاب على أنه: "افتقاد لتعزيز إيجابي، حيث يرى أن السبب في الاكتئاب لا يعود إلى المعارف السلبية فقط، بل إلى الاضطراب المعرفي، إضافة إلى وجود عطب بيولوجي مع التاريخ الشخصي للفرد". (ابراهيم، 2022، ص15)
- أما لاهاي (1998)، فقد اقتبس عن بيك ما مفاده أن العلامات والأعراض الأساسية التي نستخدمها اليوم في تشخيص الاكتئاب نجدها موجودة في وصف القدماء لهذا المرض، مثل: اضطراب المزاج، الحزن، الخوف، التشاؤم، السوداوية، تأنيب الضمير، وكذلك مريض المنخوليا

يلبس ملابس رثة ويعاني من أعراض جسمية مثل فقدان الشهية والشغف نحو الحياة. (إبراهيم،

2022، ص14)

- ستات Statt أن الاكتئاب هو "أحد المظاهر العامة للاضطراب الانفعالي الذي يتدرج في الشدة من مجرد أزمات هموم الحياة اليومية إلى حالة عقلية تتسم باليأس التام".
- ويعرف كولز Coles 1982 الاكتئاب بأنه "خبرة وجدانية ذاتية أعراضها الحزن والتشاؤم وفقدان الاهتمام واللامبالاة، والشعور بالفشل وعدم الرضا والرغبة في إيذاء الذات والتردد وعدم البت في الأمور، والإرهاق، وفقدان الشهية، ومشاعر الذنب، واحتقار الذات، وبطء الاستجابة، وعدم القدرة على بذل أي جهد".
- ويرى عكاشة أن الاكتئاب يبدأ بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إن لم تعالج، ويشكو المريض أولاً من فقدان القدرة على التمتع بالحياة مع انكسار النفس وهبوط الروح المعنوية، ثم يشعر بتغير لون الحياة ويبدأ في التساؤل عن أهميتها، ويعيش في سحب من اليأس والجزع والانقباض، ويحس بفقدان الأمل.
- ويرى جابر عبد الحميد جابر، وعلاء الدين كفاقي، 1990م أن الاكتئاب هو: "حالات انفعالية من الحزن المستمر تتراوح بين حالات الحزن المعتدل نسبياً والوجوم إلى أقصى مشاعر اليأس والقنوط، غالباً ما تكون هذه المشاعر مصحوبة بفقدان المبادأة وفتور الهمة، والأرق، وفقدان الشهية، وصعوبة في التركيز واتخاذ القرارات، وللاكتئاب أنماط مختلفة ودرجات متباينة".
- ويرى غريب عبد الفتاح أن الاكتئاب هو "حالة تتضمن تغيراً محدداً في المزاج والشعور بالوحدة واللامبالاة، بالإضافة إلى مفهوم سالب عن الذات مصحوب بتوبيخ الذات واحتقارها ولومها، ورغبة في عقاب الذات بالإضافة إلى الرغبة في الهروب والاختفاء والموت". (قري، 2009، ص

(133 132 131)

من خلال التعريفات السابقة، يتضح أن الاكتئاب اضطراب نفسي معقد يتجاوز كونه مجرد حالة مزاجية عابرة، فهو يؤثر بشكل عميق على الجوانب العاطفية، المعرفية، والجسدية للفرد، مما ينعكس سلباً على حياته اليومية. ورغم اختلاف النظريات المفسرة له، إلا أن هناك اتفاقاً على أنه ينتج عن تفاعل عوامل بيولوجية، معرفية، وبيئية متعددة، مما يجعله حالة تتطلب فهماً شاملاً وعلاجاً متكاملًا.

كما أن بعض الظروف الحياتية، مثل الإدمان، قد تزيد من حدة الاكتئاب، حيث يؤدي تعاطي المواد المخدرة إلى اضطرابات كيميائية في الدماغ تُقاوم المشاعر السلبية، وتسهم في العزلة الاجتماعية والتدهور النفسي، مما يعزز حلقة مفرغة بين الاكتئاب والإدمان.

2. تصنيف الاكتئاب:

يُعدّ الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً، وقد تنوعت تصنيفاته تبعاً لاختلاف أسبابه، شدته، وأعراضه السريرية. وقد اعتمدت الهيئات الصحية العالمية، مثل منظمة الصحة العالمية (WHO) والجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA)، أنظمة تصنيفية مثل التصنيف الدولي للأمراض (ICD) والدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM)، بهدف توفير معايير دقيقة للتشخيص والعلاج. كما تم تصنيفه وفقاً لطبيعته إلى اكتئاب داخلي المنشأ وتفاعلي، أو اكتئاب عصابي وذهاني، فضلاً عن تصنيفه حسب الشدة والمدة. يساعد هذا التصنيف في فهم طبيعة الاضطراب وتوجيه التدخلات العلاجية المناسبة لكل حالة.

2-1- التصنيف الدولي العاشر (ICD-10):

يُعدّ التصنيف الدولي العاشر للأمراض (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية من الأنظمة المعتمدة في تصنيف الاضطرابات النفسية، بما في ذلك الاكتئاب، وقد تم تقسيمه إلى عدة أنواع:

- انتكاسة الاكتئاب (شديدة أو بسيطة):

يُعد هذا النوع من أكثر حالات الاكتئاب شيوعاً، حيث تتفاوت شدته بين البسيطة، التي لا تؤثر بشكل واضح على أداء المهام اليومية، والشديدة، التي قد تعيق الفرد عن العمل أو الدراسة أو القيام بوظائفه الطبيعية.

- اضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة الاكتئاب):

يظهر الاكتئاب هنا كجزء من اضطراب ثنائي القطب، حيث تتناوب فترات الاكتئاب مع فترات الهوس، وقد تحدث هذه الدورات بشكل دوري على مدار أشهر أو سنوات.

- الاكتئاب المتكرر (بسيط، متوسط الشدة، شديد):

قد يتكرر الاكتئاب لدى بعض الأشخاص بفترات متباعدة أو متقاربة، وقد يكون بسيطاً أو شديداً، ويرتبط أحياناً بأحداث حياتية مثل الفشل الدراسي أو التغيرات الكبيرة في نمط الحياة.

- الاضطرابات المزاجية طويلة الأمد (اضطراب المزاج الدوري، تكدر المزاج):

- اضطراب المزاج الدوري: يتأرجح الشخص بين فترات من الاكتئاب الخفيف والمزاج المرتفع دون الوصول إلى الهوس.

- تكدر المزاج (عسر المزاج): اكتئاب خفيف لكنه مزمن، قد يؤثر على جودة حياة الفرد دون أن يعيقه تماماً.

- الأشكال الأخرى للاكتئاب:

- الاكتئاب غير النموذجي: يتميز بزيادة النوم، الشهية، والوزن، وغالباً ما يُلاحظ لدى النساء.

- الاكتئاب المصاحب للفصام: قد يظهر قبل أو أثناء أو بعد نوبات الفصام، ويتطلب علاجًا دقيقًا يجمع بين العلاج النفسي والدوائي.

يتيح هذا التصنيف فهمًا دقيقًا لأنواع الاكتئاب المختلفة، مما يساعد في تقديم العلاج المناسب لكل حالة.

2-2- التصنيف الأمريكي الرابع (DSM-4) للاضطرابات الاكتئابية:

صدر التصنيف الرابع عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي، حيث قسّم الاكتئاب إلى عدة أنواع رئيسية، منها:

- انتكاسة اكتئاب كبرى: تتمثل في نوبات اكتئابية حادة تشمل مشاعر الحزن العميق، فقدان الاهتمام، اضطرابات النوم والشهية، والتعب الشديد.
- اضطراب مزاجي مزدوج القطب (مرحلة اكتئاب): يحدث ضمن اضطراب ثنائي القطب، حيث يمر المريض بنوبات اكتئاب تتخللها فترات من الهوس أو الهوس الخفيف، مما يؤدي إلى تقلبات مزاجية حادة.
- اضطرابات اكتئابية أخرى: تشمل عدة أنواع مثل: الاكتئاب المتكرر: حيث يعاني المريض من نوبات اكتئابية متكررة دون هوس.

تكرر المزاج: وهو اكتئاب مزمن خفيف لكنه طويل الأمد، قد يستمر لسنوات ويؤثر على جودة الحياة.

يُعدّ هذا التصنيف أداة مهمة لفهم الاكتئاب وتشخيصه بدقة، مما يساعد في وضع استراتيجيات علاجية مناسبة لكل حالة.

2-3- التصنيف حسب السبب:

يُعد تصنيف الاكتئاب وفقًا لأسبابه أحد الأساليب المعتمدة في دراسة الاضطرابات المزاجية، حيث يساعد في فهم العوامل المؤدية إلى حدوثه. ومن بين التصنيفات المستخدمة:

أ) الاكتئاب الداخلي والتفاعلي (Depression Reactive and Endogenous):

يحدث الاكتئاب التفاعلي نتيجة عوامل خارجية مثل فقدان شخص عزيز أو التعرض لخسائر مادية، مما يجعله يُعرف بـ الاكتئاب خارجي المنشأ (Exogenous Depression)، كونه استجابة طبيعية للظروف البيئية المحيطة. وقد أُطلق عليه أيضًا مصطلح الاكتئاب نفسي المنشأ (Psychogenic Depression) نظرًا لكونه رد فعل عاطفي للأحداث الضاغطة.

غير أن هذا التصنيف التقليدي لم يعد دقيقًا وفقًا للأبحاث الحديثة، إذ تبين أن هناك اختلافًا فرديًا في القابلية للإصابة بالاكتئاب، وأن العوامل الخارجية تؤثر بشكل متفاوت في ظهوره. بناءً على ذلك، لم يعد الاكتئاب يُنظر إليه كحالة محددة داخليًا أو خارجيًا، بل يُوضع على نطاق يتراوح بين الاكتئاب الداخلي والتفاعلي، حيث يقع معظم المرضى في موضع وسط بين هذين الطرفين.

أما الاكتئاب الداخلي (Endogenous Depression)، فهو اضطراب لا يمكن ربطه بسبب واضح أو مؤثر خارجي محدد، بل يُعزى إلى اضطرابات في الجهاز العصبي المركزي، مما يجعله يُعرف بـ الاكتئاب داخلي المنشأ. ويُصنف هذا النوع ضمن الاضطرابات المزاجية الشديدة، ويُشار إليه أحيانًا بالاكتئاب الذهاني. كما قد تتداخل العوامل الخارجية مع هذا النوع من الاكتئاب، حيث يمكن أن يبدأ الشخص بنوبة اكتئابية نتيجة حدث خارجي، لكنها تتفاقم لتصبح أكثر عمقًا بسبب العوامل البيولوجية الكامنة، خاصة إذا كان الحدث يستثير مشاعر مكبوتة من الماضي.

ب) الاكتئاب الأولي والثانوي (Primary and Secondary Depression):

يركز هذا التصنيف على التمييز بين نوعين من الاكتئاب بناءً على ما إذا كان المرض هو الاضطراب الأساسي أم أنه ناتج عن حالة مرضية أخرى.

الاكتئاب الأولي: يُعد اضطرابًا مستقلًا لا ينتج عن مرض نفسي أو عضوي آخر.

غالبًا ما يكون هو المشكلة الرئيسية التي يعاني منها المريض، ويتطلب تشخيصًا وعلاجًا خاصًا.

الاكتئاب الثانوي: يظهر كمسألة ثانوية نتيجة اضطراب نفسي آخر مثل الفصام أو اضطرابات الإدمان.

قد يكون أيضًا ناتجًا عن أمراض عضوية مثل اضطرابات الغدة الدرقية، السكري، أمراض القلب، أو تأثيرات بعض العقاقير الطبية والمخدرات.

ج) الاكتئاب العضوي وغير العضوي (Organic & Non-Organic Depression):

رغم أن جميع أنواع الاكتئاب ترتبط باضطرابات في كيمياء الدماغ، إلا أن هذا التصنيف يُركز على السبب المباشر للحالة.

الاكتئاب العضوي: ينتج عن أسباب بيولوجية واضحة مثل إصابات الدماغ، الأورام، الجلطات الدماغية، اضطرابات الغدد الصماء (مثل قصور الغدة الدرقية)، أو أمراض جسدية مثل السرطان. كما قد يكون ناتجًا عن تأثير بعض الأدوية مثل أدوية ضغط الدم، الكورتيزون، مضادات الصرع، أو المواد المخدرة كالكحول والكوكايين.

الاكتئاب غير العضوي: لا يرتبط بسبب عضوي مباشر، بل يكون نتيجة لعوامل نفسية، اجتماعية، وبيئية تؤثر على الحالة المزاجية للفرد.

2-4- التصنيف حسب الأعراض:

تُستخدم الأعراض السريرية لتصنيف الاكتئاب إلى أنواع مختلفة، مما يساعد في تحديد شدة الاضطراب وتأثيره على الوظائف الإدراكية والنفسية للمريض. ومن بين هذه التصنيفات:

أ) الاكتئاب الذهاني والعصابي (Neurotic and Psychotic « epression):

يُقسم الاكتئاب، وفقاً لهذا التصنيف، إلى نوعين رئيسيين:

- الاكتئاب العصابي (Neurotic Depression):

يتميز بشدة أعراضه العاطفية والنفسية، حيث يشعر المريض بالحزن العميق والأسى دون وجود سبب واضح.

يرتبط عادةً بعوامل نفسية داخلية، وقد يعاني المريض من قلق مستمر أو شعور بالدونية.

يُعد من أشكال الاكتئاب غير الذهانية، لكنه قد يصل في شدته إلى مستوى الاكتئاب الذهاني في بعض الحالات.

في بعض الدراسات القديمة، تم ربطه بتكدر المزاج، إلا أن هذا التشبيه ليس دقيقاً تماماً، حيث يمكن أن يكون أكثر حدة وتأثيراً على جودة حياة المريض.

- الاكتئاب الذهاني (Psychotic Depression):

يُعد من الأشكال الأكثر خطورة، حيث يصاحبه اضطرابات إدراكية مثل الهلوس والأوهام.

تشمل الأوهام الشائعة في هذا النوع من الاكتئاب:

أوهام جنون الارتياب (Paranoid Delusions): يشعر المريض بالخوف والشك تجاه نوايا الآخرين.

الأوهام المالية (Financial Delusions): يعتقد المريض أنه يعاني من فقر مدقع، حتى لو لم يكن هناك دليل على ذلك.

الأوهام الطبية (Somatic Delusions): يعتقد المصاب أنه يعاني من مرض خطير، رغم عدم وجود إثبات طبي يؤكد ذلك.

بسبب هذه الأعراض الذهانية، يحتاج المرضى عادةً إلى تدخل علاجي مكثف، بما في ذلك العلاج الدوائي والنفسي.

ملاحظات حول التصنيف:

كان يُنظر إلى الاكتئاب العصبي قديمًا على أنه مكافئ للاكتئاب التفاعلي، بينما اعتُبر الاكتئاب الذهاني مرادفًا للاكتئاب الداخلي، لكن هذه التقسيمات لم تعد تتماشى مع الأبحاث الحديثة، حيث أظهرت الدراسات أن الاكتئاب يمكن أن يتراوح بين درجات مختلفة من الشدة، دون أن يكون محصورًا بشكل صارم في أحد النوعين.

الاكتئاب الذهاني أقل شيوعًا من الاكتئاب العصبي، لكنه أكثر خطورة من حيث تأثيره على الإدراك والسلوك، مما يستدعي تدخلًا علاجيًا متخصصًا. (قري، 2009)

2-5- التصنيف حسب شدة الأعراض:

يختلف الاكتئاب في شدته من حالة خفيفة إلى حالات أكثر تعقيدًا تؤثر بشكل عميق على حياة الفرد، ويمكن تصنيفه إلى:

- الاكتئاب الخفيف: يعدّ من أبسط أشكال الاكتئاب، حيث يشعر الفرد بالإجهاد، التعب، ضعف الحافز، وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة. ومع ذلك، فإنه لا يعيق أداء المهام اليومية بشكل كبير.
- الاكتئاب البسيط: يتميز بشعور المريض بعدم القدرة على تحمل المسؤوليات، إضافة إلى مشاعر متكررة بالذنب وانخفاض تقدير الذات، لكنه لا يؤثر على الوظائف العقلية بشكل جوهري.
- الاكتئاب الحاد أو الشديد: يُعدّ من أكثر الأنواع حدة، حيث يعاني المريض من موجات شديدة من الحزن والانقباض، والرغبة المستمرة في البكاء، بالإضافة إلى اضطرابات النوم، فقدان الشهية، والبلادة الذهنية. كما قد تظهر عليه أعراض جسدية لا تستند إلى سبب طبي واضح.

2-6- التصنيف حسب المدة:

- يعتمد هذا التصنيف على استمرارية الأعراض ومدى تأثيرها على حياة الفرد، ويشمل:
- الاكتئاب المزمن: وهو اكتئاب طويل الأمد يستمر لفترات ممتدة، وقد يكون غير مرتبط بموقف محدد، مما يجعله أكثر تأثيرًا على الأداء الوظيفي والاجتماعي للمريض.
 - الاكتئاب التفاعلي (الموقفي): يحدث كرد فعل للأحداث الصادمة أو الكوارث، وعادة ما يكون قصير المدى، حيث يخف مع مرور الوقت أو بتدخل علاجي مناسب.
 - الاكتئاب الشرطي: ينشأ نتيجة تجربة مؤلمة سابقة، حيث تعود مشاعر الاكتئاب للظهور عندما يمر الفرد بموقف مشابه للموقف الأصلي الذي تسبب في الاضطراب.

2-7- التصنيف حسب المنشأ:

- يتم تصنيف الاكتئاب أيضًا بناءً على مصدره الأساسي، سواء كان ناتجًا عن عوامل داخلية (وراثية أو بيولوجية) أو عوامل خارجية (اجتماعية أو نفسية)، ويشمل:

- الاكتئاب الذهاني (العقلي): يتميز بكونه داخلي المنشأ، وغالبًا ما يكون له عوامل وراثية. من أبرز أعراضه الجمود الانفعالي، البطء الحركي، والشعور المستمر بالكآبة العميقة.
 - الاكتئاب الانفعالي (النفسي): يُعدّ من أكثر الأنواع انتشارًا، ويكون ناتجًا عن عوامل بيئية، مثل الضغوط الاجتماعية أو الأزمات النفسية، بالإضافة إلى تأثره بالحالة الانفعالية للفرد.
- (ابراهيم، 2022)

3. النظريات المفسرة للاكتئاب:

نظرًا لتعقيد ظاهرة الاكتئاب وتعدد أبعاده النفسية والاجتماعية والبيولوجية، سعت العديد من الاتجاهات النفسية إلى دراسته وتفسير أسبابه وآليات تطوره. وقد أسهم هذا التنوع في الطرح في تقديم نظريات مختلفة، حاولت كل منها تسليط الضوء على الجوانب التي تراها الأكثر تأثيرًا في نشأة الاكتئاب واستمراره. ومن خلال استعراض هذه النظريات، يمكن فهم الطرق المتباينة التي يتم بها تفسير هذا الاضطراب، مما يساعد في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر شمولًا وفعالية.

3-1- النظرية التحليلية:

يرى أنصار المدرسة التحليلية، التي أسسها سيغموند فرويد، أن الاكتئاب ينشأ نتيجة صراع داخلي بين الدوافع والرغبات من جهة، والعوامل الوجدانية من جهة أخرى، مما يؤدي إلى شعور قوي بالذنب. ويفسر فرويد الاكتئاب بأنه يرتبط بفقد غير واعٍ، على عكس الحزن العادي الذي يكون رد فعل طبيعيًا تجاه فقدان محسوس على المستوى الواعي.

كما يشير أصحاب هذه النظرية إلى أن الاكتئاب يمثل نوعًا من النكوص إلى مراحل النمو الأولى، خاصة المرحلة الفمية والسادية، حيث يرتبط بعدم الإشباع العاطفي في الطفولة، خصوصًا في العلاقة مع الأم. وعند مواجهة الإحباط في وقت لاحق، قد يعاني الفرد من مشاعر متناقضة تجمع بين الغضب، والإحساس بالذنب، والحرمان، والعدوانية، مما ينعكس على تكوينه النفسي وتوجهاته الذاتية. (ابراهيم، 2022)

يرى ليبيرنج، وهو أحد المحللين النفسيين، أن الاكتئاب يتميز بعدم القدرة على تحقيق الأهداف أو تلبية الحاجات الأساسية للفرد. ويعتبر أن الحاجة إلى الحب والتقدير ليست إلا واحدة من ثلاث احتياجات رئيسية، حيث تشمل الاحتياجات الأخرى الشعور بالأمان والحصول على القوة، بالإضافة إلى الحاجة إلى منح الحب للآخرين. كما يشير إلى أن الفشل في إشباع أي من هذه الاحتياجات أو مواجهة صراعات داخلية مرتبطة بها قد يسهم في ظهور الاكتئاب. (قري، 2009)

يُعدّ الاكتئاب مفهومًا إشكاليًا في الطب النفسي والتحليل النفسي، حيث يُستخدم لوصف حالات نفسية متعددة. من منظور التحليل النفسي العيادي، لا يُنظر إليه كاضطراب مستقل، بل كاستجابة معقدة للضغوط، وآلية تكيفية لمواجهة الصراعات الداخلية، مثل الدفاع ضد مشاعر الفقدان أو الإحباط. وهو بذلك يتجاوز التصورات التقليدية، ليصبح جزءًا من الاستجابة العاطفية والمعنوية للضغوط الحياتية.

يعتبر الأنا جزءًا محوريًا في التوازن النفسي، حيث يؤدي دورًا تنظيميًا بين الدوافع الداخلية ومتطلبات الواقع. وفقًا لفرويد، فإن الأنا الأعلى يعمل كآلية نفسية تضطلع بمهمة الرقابة والتوجيه، مما يسهم في ضبط السلوك وإدارة المشاعر المرتبطة بالاكتئاب والفقدان العاطفي. هذه الحالة تنتج عن صراع داخلي معقد، حيث تتصارع نزعات الحياة مع نزعات الموت، مما يؤدي إلى تأثيرات نفسية مختلفة. في هذا السياق، يظهر مفهوم الحداد المرضي الذي يمكن أن يعمّق المشاعر السلبية إذا لم يتم التعامل معه

بشكل صحي. كما أن تفاعل الفرد مع هذه العوامل يعتمد على مدى استقراره النفسي وقدرته على التكيف مع الأزمات والتغيرات الحياتية. (جبار، 2016)

3-2- النظرية السلوكية:

ترى النظرية السلوكية أن الاكتئاب ينتج عن غياب أو انخفاض مستوى التعزيز الإيجابي للسلوك، مما يؤدي إلى تراجع النشاط والتفاعل الاجتماعي للفرد. وفقاً لهذه النظرية، فإن الشخص المكتئب يمر بتجارب حياتية تقلل من فرص حصوله على تعزيزات إيجابية، مما يجعله أقل ميلاً للانخراط في الأنشطة التي كانت تمنحه الشعور بالرضا. ويفسر فيرستر (Ferster) الاكتئاب على أنه نتيجة مباشرة لفقدان الدعم السلوكي، حيث يؤدي غياب التعزيز إلى نمط من العجز والسلبية، مما يعزز بدوره مشاعر الحزن واليأس.

كما يشير لازاروس (Lazarus) إلى أن الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب غالباً ما يواجهون صعوبة في التكيف مع الضغوط النفسية، لأنهم يفتقرون إلى استراتيجيات فعالة لإدارة التوتر. من هذا المنطلق، يفترض أن المكتئبين أكثر عرضة للاستجابة للتأثيرات الخارجية دون القدرة على التحكم في سلوكياتهم أو تعديلها وفقاً للمتغيرات البيئية.

أما لوينسون وروزنباوم (Lewinsohn & Rosnbaum)، فيؤكدان أن انخفاض مستوى التعزيز الإيجابي يؤدي إلى انخفاض التفاعل الاجتماعي، مما يزيد من حدة الاكتئاب ويؤدي إلى حلقة مفرغة من العزلة والانسحاب. وبالتالي، فإن التدخلات العلاجية المستندة إلى هذه النظرية تهدف إلى زيادة معدل الأنشطة الإيجابية للفرد وتعزيز التفاعلات الاجتماعية بهدف تحسين حالته المزاجية وتقليل أعراض الاكتئاب. (قري، 2009)

ويشير سكينر (Skinner)، أن الاكتئاب هو انطفاء ناتج عن حرمان كبير من التعزيزات الإيجابية مما يؤدي إلى نقص المعلومات عن السلوكيات الإيجابية، مما يزيد في العزلة وبذلك تكون المظاهر الاكتئابية هي المسيطرة.

ويرجع بافلوف (Pavlov)، وهو أحد منظري الاتجاه السلوكي، أن سبب الاكتئاب هو الارتباط الشديد بين الصدمات التي يتعرض لها الإنسان في طفولته، والآثار الناجمة عن تكرار التجارب المؤلمة كالفشل والحرمان، والتهديد والرفض، حيث يؤدي ذلك إلى انطباع المزاج النفسي في مسارات وهذه المسارات لا بد أن تؤدي في النهاية إلى الإصابة بالاكتئاب. وعندما يصبح الفرد عرضة إلى استعادة في مراحل النضج والبلوغ لهذه المواقف والتجارب المؤلمة خاصة عندما تكون التجارب الجديدة متشابهة مع التجارب السابقة، فإن الآلام النفسية تكون على السطح على هيئة الاكتئاب. (ابراهيم، 2022، ص16 و17)

3-3- النظرية المعرفية:

تُعد المدرسة المعرفية من أبرز الاتجاهات التي تناولت تفسير الاكتئاب، حيث تفترض أن التفكير السلبي يلعب دورًا أساسيًا في نشأة واستمرار هذا الاضطراب.

النظريات المعرفية قد دفعت بفروض عديدة تعزو الاكتئاب الى أسباب معرفية ويختلف أصحاب هذه النظرية في النظر الى طبيعة هذه العوامل المعرفية التي تؤدي الى الاكتئاب. (عسكر، 2001، ص45.46)

ومن بين النماذج الأكثر تأثيرًا في هذا السياق:

- نموذج بيك (Beck) للأفكار السلبية

يُركز نموذج بيك على دور الأفكار السلبية المشوهة في تطور الاكتئاب. يرى بيك وزملاؤه أن الأفراد المكتئبين يعانون من نمط تفكير يتميز بالتشاؤم المفرط، حيث يقيمون ذاتهم والمواقف التي يمرون بها بطريقة سلبية وغير منطقية. غالبًا ما تكون هذه الأفكار مشوهة وتبتعد عن الواقع، مما يؤدي إلى تعزيز المشاعر السلبية وزيادة حدة الاكتئاب. واستنادًا إلى هذا النموذج، تم تطوير العلاج المعرفي الذي يسعى إلى تصحيح هذه التشوهات الفكرية واستبدالها بأفكار أكثر واقعية وإيجابية.

- نموذج العجز المتعلم لسليجمان (Seligman)

يُفسر هذا النموذج الاكتئاب كنتيجة لتعرض الفرد لمواقف متكررة لا يستطيع التحكم فيها، مما يولد لديه إحساسًا بالعجز. وفقًا لسليجمان، عندما يجد الشخص نفسه عاجزًا عن تغيير أو التأثير في الأحداث التي يواجهها، فإنه يطور اعتقادًا بعدم قدرته على التحكم في المستقبل أيضًا. يؤدي هذا الشعور إلى ضعف الحافز، الإحساس بقلة الحيلة، وتوقع الفشل في المستقبل، مما يعزز حالة الاكتئاب.

- نموذج إبراهيمسون وسيجرين (Abramson & Segrin) وتوقعات اليأس

يركز هذا النموذج على العلاقة بين الاكتئاب والتوقعات السلبية تجاه المستقبل. حيث يرى إبراهيمسون وسيجرين أن بعض الأفراد يفسرون الأحداث السلبية على أنها خارجة عن نطاق سيطرتهم، مما يؤدي إلى تنمية مشاعر اليأس. كما يربط هذا النموذج بين الإدراك السلبي للأحداث وبين تطور الأعراض الاكتئابية، حيث إن استمرار هذه التوقعات يؤدي بالفرد إلى الشعور بالقصور والعجز، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالاكتئاب.

تشير النماذج السابقة إلى أن التشوهات الفكرية تلعب دورًا محوريًا في تكوين الاضطرابات الاكتئابية، حيث يرى بيك أن هذه التشوهات تتمثل في تفسيرات غير دقيقة للأحداث والمواقف. كما أن

هذه الأخطاء المعرفية قد تتخذ شكل تعميمات مفرطة، واستنتاجات خاطئة، مما يؤدي إلى تعزيز النظرة السلبية للذات والعالم. وكنتيجة لذلك، تصبح المعرفة لدى الفرد المكتئب مشحونة بالأفكار المتطرفة والسلبية، مما يسهم في استمرار وتفاقم حالته النفسية. (ابراهيم، 2022)

يختلف بيك عن النظريات التي ترى الاكتئاب مجرد اضطراب عاطفي، حيث يؤكد على الدور الأساسي للجوانب المعرفية في نشأة الاضطراب وتطوره. فهو يرى أن الاكتئاب لا ينشأ فقط نتيجة للمشاعر السلبية، بل بسبب طريقة تفكير الأفراد وتفسيراتهم للمواقف التي يمرون بها. فالأفراد المكتئبون يميلون إلى تبني تصورات معرفية مشوشة وغير دقيقة، مما يؤدي إلى سوء فهمهم للواقع، وتضخيمهم للأخطاء والتحديات التي تواجههم.

وقد أثبتت الأبحاث أن العمليات المعرفية تلعب دورًا محوريًا في ظهور الاكتئاب الإكلينيكي وعلاجه. ويحدد بيك ثلاثة أنماط معرفية رئيسية لدى الأفراد المكتئبين:

- الخلل في التفكير والتنظيم المعرفي: حيث يعاني المكتئبون من صعوبة في معالجة المعلومات وتنظيم أفكارهم، مما يجعلهم عرضة لتفسيرات خاطئة للأحداث من حولهم.
- الاستجابة السلبية المبنية على التفسيرات الخاطئة: إذ تؤدي الأفكار غير المنطقية إلى سلوكيات غير تكيفية، تعزز الشعور بالإحباط واليأس.
- المثلث المعرفي السلبي (Negative Cognitive Triad): حيث يطور المكتئبون تصورات سلبية عن أنفسهم، وعن العالم من حولهم، وعن المستقبل، مما يؤدي إلى نظرة تشاؤمية مستمرة تجعلهم يشعرون بعدم القيمة، وأن العالم غير عادل، وأن المستقبل يخلو من أي أمل. (قري،

(2009)

يركز النهج المعرفي في تفسير الاكتئاب على كيفية تفاعل العوامل النفسية والإدراكية في تشكيل استجابات الأفراد، مؤكداً أن تعديل أنماط التفكير السلبية يمكن أن يكون مفتاحاً رئيسياً في العلاج النماذج المعرفية المفسرة للاكتئاب.

3-4- النظريات الوجودية - الإنسانية :

ترى النظريات الوجودية-الإنسانية أن الاكتئاب ليس مجرد اضطراب نفسي، بل هو حالة وجودية متجذرة في طبيعة الإنسان. فمن منظور هذه المدرسة، يرتبط وجود الإنسان بعلاقته المستمرة مع الآخر، والتي قد تتجسد في مختلف مجالات الحياة مثل الحب والعمل. إلا أن هذه العلاقة قد تواجه عراقيل بدرجات متفاوتة، مما يؤدي إلى اضطراب في التفاعل بين الذات والواقع الخارجي، وهو ما يمكن أن يُترجم إلى شعور بالاكتئاب.

غير أن أنصار هذه المدرسة لم يتمكنوا من وضع إطار دقيق يحدد ملامح الشخصية الاكتئابية بشكل قاطع. ويرى أصحاب الاتجاه الإنساني أن البحث في الأسباب الحقيقية وراء الاكتئاب ضروري لفهم الدوافع العميقة لهذا الاضطراب. فهم يعتبرون أن إظهار الكآبة أحياناً يكون وسيلة غير مباشرة لإيصال إحساس الفرد بعدم الرضا أو السعادة إلى الآخرين. كما يُنظر إلى الاكتئاب، وفقاً لبعض علماء النفس الإنسانيين، على أنه آلية يستخدمها البعض لاكتساب التعاطف والاهتمام، أو حتى كوسيلة للانتقام غير الواعي ممن تسببوا في معاناتهم في الماضي. (ابراهيم، 2022)

تتعدد النظريات المفسرة للاكتئاب وفقاً للمدرسة الفكرية التي تنتمي إليها، حيث ترى النظرية التحليلية أنه ناتج عن صراعات داخلية مرتبطة بالفقدان والحرمان العاطفي، بينما تفسره النظرية السلوكية كنتيجة لانخفاض التعزيز الإيجابي. في المقابل، تركز النظرية المعرفية على دور الأفكار السلبية المشوهة في نشأته، في حين تعتبره النظريات الوجودية-الإنسانية تجربة وجودية تعكس معاناة الفرد في

علاقته مع ذاته ومع الآخرين. تعكس هذه التفسيرات المتنوعة مدى تعقيد الاكتئاب كظاهرة نفسية متعددة الأبعاد، ما يؤكد الحاجة إلى نهج تكاملي في فهمه وعلاجه.

4. أسباب الاكتئاب:

يُعدّ الاكتئاب اضطرابًا نفسيًا متعدد العوامل، حيث تتداخل في نشأته أسباب وراثية، بيوكيميائية، فيزيولوجية، نفسية، وتكوينية. فقد تساهم العوامل الجينية في زيادة الاستعداد للإصابة به، بينما تؤثر التغيرات في الناقل العصبية على التوازن المزاجي. كما يمكن أن تسهم بعض الأمراض الجسدية في ظهوره، إلى جانب الضغوط النفسية والصراعات الداخلية. وفهم هذه العوامل المختلفة يُساعد في تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج.

نذكر الأسباب كالآتي:

4-1- الأسباب الوراثية:

تشير الدراسات إلى أن للعوامل الوراثية دورًا مهمًا في زيادة قابلية الأفراد للإصابة بالاكتئاب، حيث يرتفع احتمال تعرض الشخص للاكتئاب إذا كان أحد والديه أو كلاهما قد عانى من اضطرابات اكتئابية. كما تتضاعف هذه القابلية في ظل وجود ظروف بيئية ضاغطة تُسهم في تحفيز الاستجابات الاكتئابية. وفي هذا السياق، توضح منظمة الصحة العالمية أن نسبة انتشار الاكتئاب بين الأقارب تصل إلى 11%، بينما ترتفع إلى 23% بين الأشقاء، وتبلغ 17% بين غير الأشقاء، مما يعزز الفرضية القائلة بأن العوامل الوراثية قد تلعب دورًا في انتقال الاضطراب عبر الأجيال.

4-2- الأسباب البيوكيميائية:

تلعب العوامل البيوكيميائية دورًا هامًا في تنظيم المزاج، حيث تعتمد الوظائف النفسية والسلوكية للفرد على توازن مجموعة من النواقل العصبية. ويُعتقد أن أي خلل في هذه النواقل قد يسهم في ظهور الاضطرابات المزاجية، بما في ذلك الاكتئاب. على سبيل المثال، يرتبط انخفاض مستوى السيروتونين بزيادة احتمالية الإصابة بالاكتئاب، كما أن نقص الدوبامين قد يكون عاملاً إضافياً في تفاقم الأعراض الاكتئابية. بالإضافة إلى ذلك، قد يؤدي نقص بعض الفيتامينات، مثل فيتامين (ب)، إلى ظهور أعراض الاكتئاب، وقد يكون الاكتئاب مصحوباً باضطرابات نفسية أخرى مثل الفصام واضطرابات القلق والوسواس القهري. (ابراهيم، 2022)

فترتبط بعض أعراض الاكتئاب بانخفاض مستويات مواد كيميائية محددة في الدماغ تُعرف بالناقلات العصبية، وهي المسؤولة عن نقل الإشارات بين الخلايا العصبية. يعمل الدماغ من خلال شبكة معقدة من الخلايا العصبية التي تتواصل فيما بينها عبر التشابكات العصبية، حيث يتم إفراز هذه المواد لنقل الرسائل العصبية. أي خلل في هذا النظام قد يؤثر على التوازن الكيميائي في الدماغ، مما يساهم في ظهور أعراض الاكتئاب. (مكنزي 2013)

4-3- الأسباب الفيزيولوجية:

يمكن أن تسهم العوامل الفيزيولوجية في تطور الاكتئاب، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر، حيث تؤثر بعض الأمراض الجسدية على التوازن الكيميائي والوظائف العصبية، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالاكتئاب. في بعض الحالات، يكون الارتباط واضحاً ومباشراً، بينما قد يكون غير مباشر في حالات أخرى. ومن بين الأمراض المرتبطة بزيادة خطر الإصابة بالاكتئاب: أمراض الكلى، التهاب

المفاصل الرثياني، الأمراض الرئوية المزمنة، داء السكري، التصلب المتعدد، الصرع، إصابات الدماغ والحبل الشوكي، بالإضافة إلى نقص بعض الفيتامينات. كما يمكن أن يؤدي الألم المزمن والتغيرات في نمط الحياة الناتجة عن هذه الأمراض إلى تدهور الحالة النفسية للمريض، مما يزيد من احتمالية ظهور الأعراض الاكتئابية. (قري، 2009)

4-4- نقص في الفيتامينات:

يُعتبر نقص بعض الفيتامينات، مثل فيتامين (ب)، أحد العوامل التي قد تؤثر على الوظائف العصبية والدماغية، مما يزيد من احتمالية ظهور أعراض الاكتئاب. كما يمكن أن يكون الاكتئاب مرتبطاً باضطرابات نفسية أخرى، حيث قد يعاني بعض الأفراد من مشكلات نفسية متزامنة، مثل الفصام واضطرابات القلق والوسواس القهري، مما يؤدي إلى تفاقم الحالة النفسية وصعوبة التكيف مع الحياة اليومية. (ابراهيم، 2022)

4-5- أسباب تكوينية:

تشير بعض الدراسات إلى أن بعض الأفراد قد يكون لديهم استعداد تكويني للإصابة بالاكتئاب، حتى في غياب عوامل بيئية أو نفسية واضحة. كما يُعتقد أن هناك علاقة محتملة بين التكوين الجسدي والاضطرابات النفسية، حيث يُلاحظ أن بعض الأنماط الجسمية، مثل البنية البدنية أو ما يُعرف بالنمط "الاندورفي"، قد تكون أكثر عرضة للاضطرابات العاطفية. يتميز هذا النمط عادة بزيادة الوزن، قصر الرقبة، امتلاء الوجه، وكبر حجم البطن مقارنة بالأطراف التي تبدو أنحف نسبياً. ومع ذلك، فإن وجهة النظر التكوينية هذه ما زالت محل نقاش علمي، حيث تواجه عدة تحديات تستدعي المزيد من البحث للتأكد من مدى دقتها وموثوقيتها.

4-6- الأسباب النفسية:

يُشير المحللون النفسيون إلى أن عدم إشباع الحاجات النرجسية للفرد، خاصة إذا كان لديه استعداد للإصابة بالاكتئاب، قد يؤدي إلى انخفاض تقديره لذاته، مما يجعله عرضة للبحث عن طرق مختلفة لجذب انتباه الآخرين. في بعض الحالات، قد يلجأ الشخص إلى إظهار مشاعر الضعف والانكسار كوسيلة للضغط على البيئة المحيطة به لتلبية احتياجاته العاطفية. ومن خلال هذه المحاولات، يسعى الفرد إلى فرض سيطرته على الآخرين واستمالتهم.

تتعدد العوامل النفسية المساهمة في الإصابة بالاكتئاب، ومنها: التوتر الانفعالي، الإحباط، الفشل، خيبة الأمل، الكبت، القلق، ضعف الأنا الأعلى، الصراعات اللاشعورية، الشعور بالذنب، والرغبة في معاقبة الذات. كما أن تفسير الفرد غير الواقعي للخبرات الصادمة، بالإضافة إلى عدم التطابق بين مفهوم الذات المثالية والواقع، قد يسهم في زيادة حدة الاكتئاب.

غالبًا ما يظهر الاكتئاب في شكل انسحاب اجتماعي، أو مشاعر كراهية وعدوان مكبوت، قد يتجه نحو الذات، مما قد يؤدي إلى سلوكيات مؤذية مثل التفكير في إيذاء النفس أو الانتحار. من منظور التحليل النفسي، يُنظر إلى هذه السلوكيات على أنها محاولة للحفاظ على تماسك الأنا وتقليل مشاعر الذنب، حيث يسعى الفرد إلى معاقبة نفسه من خلال الألم، أو الانسحاب كوسيلة لتفريغ العدوان الداخلي، أو تحريك الآخرين لمحاولة السيطرة عليهم. (قري، 2009)

إضافة إلى ذلك، قد تكون هناك صراعات نفسية متعلقة بإشباع الدوافع العاطفية والجنسية، وهو ما أشار إليه فرويد في نظرياته حول الاكتئاب. فقد رأى أن مشاعر الحزن العميق التي تنشأ عن فقدان

شخص عزيز يمكن أن تنتج عن تحول الطاقة العاطفية إلى طاقة عدوانية موجهة نحو الذات، مما يؤدي إلى مشاعر اليأس والتحطم الداخلي.

وبشكل عام، فإن الاكتئاب النفسي ينشأ عندما يفقد الإنسان قدرته على التكيف مع متغيرات الحياة وتحدياتها المختلفة، سواء كانت أحداثاً إيجابية تجلب الفرح أو أخرى سلبية تسبب الحزن والإحباط، مثل الخسارة، الفراق، الفشل، أو الضغوط المتزايدة للحياة اليومية. وعندما لا يتمكن الفرد من التعامل مع هذه المواقف بشكل مؤقت والعودة إلى التوازن النفسي، قد يتطور الأمر إلى حالة اكتئاب تؤثر سلباً على حياته وسلوكه. (الشربيني، 2010)

5. أعراض الاكتئاب:

يظهر الاكتئاب من خلال مجموعة من الأعراض التي تشكل ما يُعرف بـ "المتلازمة الاكتئابية" (Syndrome). تشمل هذه المتلازمة مجموعة من التغيرات التي تطرأ على السلوك، والتفكير، والمشاعر، حيث تكون هذه التغيرات مترابطة وتساعد في وصف السلوك الاكتئابي وتشخيصه بشكل دقيق.

تتفاوت أعراض الاكتئاب بشكل واضح بين الأفراد، إذ قد تتسلل هذه الأعراض تدريجياً إلى حياة الشخص دون أن يلاحظ، أو قد تظهر فجأة نتيجة عوامل محفزة مثل فقدان شخص عزيز، التعرض لضغوط نفسية شديدة، أو حتى بعد عمليات جراحية. وفي بعض الحالات، يمكن ملاحظة تغيرات في الشخصية والسلوك قبل أن تتجلى الأعراض الإكلينيكية الواضحة.

من بين الأعراض الأولية التي قد تسبق ظهور الاكتئاب الإكلينيكي، نجد صعوبة التركيز، التردد، فقدان القدرة على اتخاذ قرارات فعالة، إضافةً إلى الشعور المستمر بالإرهاق والتعب، والانشغال المفرط بالعلل البدنية الوهمية، وأحياناً قد تصل الحالة إلى التفكير في الانتحار أو اللجوء إلى الإدمان. وتشمل الأعراض الأخرى الحزن المستمر، البكاء المتكرر، تغير الشهية وعادات الأكل، وكذلك ظهور الهلوس والأفكار الخرافية في الحالات الشديدة.

ويمكن تصنيف الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب ضمن الفئات التالية:

- أعراض اكتئابية وجدانية.
- أعراض نفسية أو سيكولوجية.
- أعراض جسمية أو فسيولوجية.
- أعراض سلوكية.

5-1- أعراض اكتئابية وجدانية:

تتميز هذه الأعراض بنمط معين يُعرف بـ "التغير النهاري"، حيث تكون شدة الاكتئاب في أقصاها خلال ساعات الصباح، ثم تتراجع تدريجياً مع تقدم ساعات النهار، ليصبح الشخص في حالة أفضل في المساء. يستيقظ المريض وهو يشعر بحالة من الانقباض والحزن الشديد، كما لو أن الحياة أصبحت بلا معنى، وقد يجد صعوبة في الاستمتاع بالأمور التي كانت تثير سعادته سابقاً.

في المراحل الأولى، قد يصف الشخص إحساسه بفقدان المشاعر الإيجابية أو "تخدر العواطف"، ويشعر بأن كل شيء من حوله فقد بريقه. يتصاعد هذا الإحساس تدريجياً ليصل إلى الشعور بفقدان

الأمل، والعيش وسط دوامة من اليأس والقلق والانقباض، مما يؤدي إلى نوبات متكررة من البكاء أو حالة من الصراع الداخلي العميق.

تزداد شدة هذه الأعراض مع الوقت، فيبدأ الشخص في التساؤل عن جدوى الحياة، وقد تغمره أفكار سوداوية مثل: "لماذا لا أستطيع الاستمتاع بالحياة مثل الآخرين؟"، "لماذا تبدو الحياة سوداء؟"، "لماذا لا يأتي الموت؟". هذه الأفكار تعكس النظرة القاتمة للحياة التي يعيشها الشخص المكتئب، حيث يرى العالم وكأنه مظلم .

5-2- أعراض نفسية أو سيكولوجية:

- تأثر الوظائف العقلية:

يؤثر الاكتئاب على القدرات العقلية، حيث يصبح التفكير أبطأ، ويجد الشخص صعوبة في الانتباه والتركيز، كما تقل سرعة البديهة والاستجابة العاطفية. في بعض الحالات، قد تتأثر الذاكرة أيضًا نتيجة لصعوبة التركيز، مما يؤدي إلى نسيان الأمور بسهولة. يعاني الشخص من تردد واضح في اتخاذ القرارات، ويشعر بارتباك مستمر في سلوكه، مما يفقده العفوية في التصرفات اليومية.

- اضطرابات التفكير:

يواجه الشخص المصاب بالاكتئاب صعوبة كبيرة في التفكير حتى في أبسط الأمور، حيث يشعر وكأن التفكير بحد ذاته مجهود شاق. كما يميل إلى تضخيم الأمور البسيطة، والانشغال المفرط بالمخاوف والاحتمالات السلبية. فعلى سبيل المثال، قد يتخوف من الذهاب إلى العمل خشية ارتكاب خطأ بسيط، أو قد يشعر بالقلق المفرط على أحد أفراد أسرته بمجرد خروجه من المنزل.

السمات المميزة لاضطرابات التفكير في الاكتئاب:

- الشعور بالذنب وتأنيب الضمير: يلوم الشخص نفسه على أفعال قديمة، حتى لو كانت غير ذات أهمية، ويشعر بأنه شخص سيئ ولا يستحق الحياة.
- توهم العلل البدنية: قد يشعر المريض بأعراض جسدية غير مبررة طبيًا، مثل الصداع المزمن، الدوار، ضيق التنفس، واضطرابات الجهاز الهضمي، ويعتقد أن الأطباء غير قادرين على تشخيص مرضه.
- الشعور بالدونية واحتقار الذات: يشعر الشخص بأنه عديم القيمة، مما قد يدفعه إلى التفكير في الانتحار باعتباره وسيلة للهروب من الحياة التي يراها بلا معنى.
- الضلالات: في بعض الحالات، يقتنع الشخص بأفكار خاطئة مثل الاعتقاد بأنه مفلس تمامًا رغم عدم صحة ذلك، أو أن جسده قد توقف عن العمل.

- اختلال الإحساس بالذات والعالم الخارجي:

يشعر الشخص المصاب بالاكتئاب وكأنه فقد الاتصال بذاته، فلا يشعر بالسعادة أو الألم كما كان في السابق. قد يشعر أيضًا أن العالم من حوله قد تغير، ولم يعد يمنحه الاستجابة نفسها التي كان يتوقعها.

- الهلوس والخداعات:

في بعض الحالات الشديدة، قد يعاني المريض من هلوس سمعية أو بصرية تتوافق مع أفكاره السوداوية، كأن يسمع أصواتًا تخبره بأنه عديم القيمة، أو يرى مشاهد مخيفة مثل جثث أو مشاهد انتحار.

5-3- أعراض جسدية أو فسيولوجية:

يعتقد بعض الباحثين أن الاكتئاب ناتج عن اضطرابات في الناقلات العصبية داخل الدماغ، مما يؤدي إلى ظهور عدة أعراض جسدية، منها:

- اضطراب النوم:

يعاني الشخص المكتئب من الأرق الشديد، حيث يجد صعوبة في النوم أو يستيقظ مبكرًا جدًا دون القدرة على العودة إلى النوم.

- فقدان الشهية:

يشعر المريض بنقص حاد في الشهية، مما يؤدي إلى فقدان الوزن بشكل ملحوظ. في بعض الحالات، قد يكون فقدان الشهية تعبيرًا عن رغبة غير واعية في الانتحار.

- الإمساك:

يُعد الإمساك المزمن أحد الأعراض الشائعة لدى مرضى الاكتئاب، حيث يتأثر الجهاز الهضمي نتيجة التغيرات الفسيولوجية المرتبطة بالحالة النفسية.

- الشعور بالتعب الشديد:

يشعر الشخص المصاب بالاكتئاب بالإرهاق المستمر، حتى دون بذل أي مجهود يُذكر، ويعاني من ضعف في النشاط الحركي.

- فقدان الرغبة الجنسية:

تتراجع الرغبة الجنسية لدى المرضى المكتئبين بشكل كبير، وقد تعاني النساء من اضطرابات في الدورة الشهرية، بينما يعاني الرجال من ضعف في الأداء الجنسي.

5-4- أعراض سلوكية:

يؤثر الاكتئاب بشكل كبير على سلوكيات الشخص، مما يؤدي إلى تغييرات واضحة في حياته اليومية.

- المظهر الخارجي:

يبدو المريض شاحب الوجه، متعباً، ولا يهتم بمظهره الشخصي.

- السلوك الاجتماعي:

يميل الشخص المكتئب إلى العزلة، ويتجنب التعامل مع الآخرين، ويشعر بعدم وجود معنى للحياة.

- انخفاض النشاط الحركي:

يعاني المريض من الكسل والخمول الشديد، وقد يصل إلى درجة الشلل التام في بعض الحالات.

- التفكير في الانتحار:

يُعد الانتحار أحد أخطر أعراض الاكتئاب، خاصةً عندما يشعر الشخص بفقدان الأمل واليأس التام. في بعض الحالات، قد يحاول الشخص إنهاء حياته بطرق حاسمة مثل الشنق أو القفز من أماكن مرتفعة.

إذا لم يُشخص الاكتئاب في مراحله المبكرة، فقد يتطور إلى حالة شديدة تؤدي إلى عواقب وخيمة. لذا، فإن التدخل المبكر والعلاج النفسي ضروريان لمنع تفاقم الأعراض وتحسين جودة الحياة. (قري، 2009)

وبحسب الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس للاضطرابات النفسية DSM-5 فإن الاكتئاب

النفسي يتم تشخيصه في حالة توفر جزء من هذه الأعراض التالية:

- الحزن العميق والبكاء، يصاحبه التشاؤم والنظرة السوداوية للحياة.
- ضعف الشهية وتناقص الوزن، أو فرط الشهية وزيادة الوزن.
- الأرق (Insomnia)، أو النوم المفرط (Hypersomnia).
- التأخر الحركي النفسي كمشاعر ذاتية من الضجر أو التبلد.
- تناقص الطاقة مع الشعور بانعدام القيمة (Worthlessness)، ولوم الذات والإحساس بالذنب.
- الصعوبة في التفكير، والتركيز، واتخاذ القرارات.
- التفكير بالموت والإقدام على الانتحار (APA2020). (ابراهيم، 2022، ص19)

يؤثر الاكتئاب بشكل عميق على طريقة تفكير الفرد وحالته المزاجية ومشاعره، كما يُضعف من طاقته وقدرته على أداء المهام اليومية بصورة طبيعية، بالإضافة إلى انعكاساته السلبية على الصحة الجسدية. ولا يمكن اختزال الاكتئاب العيادي في كونه مجرد حالة حزن عابرة، بل يتسم بحدة أكبر وتعقيد أشمل. (هيندرز، 2008)

خلاصة الفصل:

من خلال هذا البحث، تبين أن الاكتئاب ليس مجرد اضطراب نفسي عابر، بل هو حالة معقدة تتداخل فيها العوامل البيولوجية، النفسية، والاجتماعية، مما يجعله من أكثر الاضطرابات انتشارًا وتأثيرًا على جودة حياة الأفراد. لقد تناولنا في دراستنا مختلف الجوانب المتعلقة بالاكتئاب، من تعريفه وتصنيفاته إلى أسبابه وأعراضه، إضافة إلى النظريات المفسرة له وأساليب التشخيص والعلاج. وقد أظهرت الدراسات أن الاكتئاب لا يرتبط فقط بحالة نفسية داخلية، بل يمكن أن يكون نتيجة لظروف حياتية ضاغطة، مما يؤكد أهمية التدخل المبكر والأساليب العلاجية الملائمة. فالفهم العميق لهذا الاضطراب يساهم في تحسين جودة حياة المصابين به ويعزز من فاعلية التدخلات العلاجية.

وتُعدّ فترة المراهقة من أكثر المراحل حساسية في هذا السياق، حيث تتسم بتغيرات كبيرة قد تجعل الفرد أكثر عرضة للاضطرابات النفسية، خاصة في ظل الضغوط الأسرية والاجتماعية. وفي بعض الحالات، قد يجد المراهق نفسه يلجأ إلى سلوكيات خطيرة، مثل تعاطي المخدرات، كوسيلة للهروب من مشاعره السلبية أو محاولةً منه للتكيف مع أزماته النفسية. غير أن الإدمان لا يزيد الأمر إلا تعقيدًا، إذ يدخل الفرد في دائرة مفرغة من الاعتماد النفسي والجسدي على المادة المخدرة، مما يفاقم حالته النفسية ويزيد من حدة الاكتئاب الذي يحاول الفرار منه. لذا، فإن التصدي لهذه الظاهرة يتطلب تكثيف الجهود التوعوية والعلاجية لضمان بيئة داعمة تعزز من قدرة المراهقين على تجاوز هذه التحديات بطرق أكثر إيجابية واستدامة.

الفصل الثاني

الفصل الثاني: المراهقة

تمهيد

- 1 - مفهوم المراهقة.
- 2 - مراحل المراهقة.
- 3 - مظاهر النمو في مرحلة المراهقة.
- 4 - النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة
- 5 - المتطلبات الأساسية لمرحلة المراهقة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تُعتبر مرحلة المراهقة من أكثر الفترات حساسية في حياة الإنسان، حيث يمر الفرد خلالها بتغيرات كبيرة على المستويات الجسدية، النفسية، والاجتماعية. في هذه المرحلة، يسعى المراهق إلى بناء هويته المستقلة، مما يجعله عرضة للعديد من التحديات التي قد تؤثر على تكيفه النفسي وسلوكياته. وتلعب العوامل الأسرية، البيئية، والمجتمعية دورًا هامًا في تشكيل شخصية المراهق وتوجيهه نحو خيارات صحية أو سلوكيات قد تكون محفوفة بالمخاطر. لذا، يهدف هذا البحث إلى دراسة هذه المرحلة من جوانبها المختلفة، وتحليل التأثيرات التي قد تنعكس على سلوكيات المراهقين وطريقة تفاعلهم مع محيطهم.

1. مفهوم المراهقة:

لغة:

ترجع لفظة المراهقة إلى الفعل العربي راهق الذي يعني الاقتراب من كذا، والمعنى يشير إلى الاقتراب من النضج والرشد، والأصل في كلمة مشتق من المصطلح اللاتيني adolescence الذي يعني " " لا يزال ينمو".

وكلمة مراهقة " Adolescence" مشتقة من الفعل اللاتيني " Adolescence" وتعني الاقتراب من النضج وعن الفترة التي تقع ما بين نهاية مرحلة الطفولة المتأخرة وبداية مرحلة الرشد. والمراهقة تبدأ بالبلوغ والإدراك وتنتهي بكمال النضج والرشد، فهو مراهق، وهي مراهقة وهم مراهقون وهن مراهقات.

المراهقة مصطلح في اللغة العربية مصدر لفعل "راق" و راق الغلام فهو مراهق أي قارب الاحتلام.

ويقال أيضا راهق الغلام الحلم أي قارب الحلم. (أمانة، 2016، ص101)

المراهقة لغة ترجع إلى الفعل (راهق) الذي يعني الاقتراب من الشيء. (جاموس، 2009)

اصطلاحا:

المراهقة هي المرحلة التي يقترب فيها الفرد من النضج الجسدي، العقلي، النفسي، والاجتماعي، دون أن يبلغه بالكامل. خلال هذه الفترة، يمر المراهق بتغيرات جوهرية تجعله في حالة انتقالية بين

الطفولة والرشد، مما يؤدي إلى شعور بالغربة وعدم الاستقرار. وينتج عن ذلك صراعات نفسية بسبب النمو الجسدي السريع الذي لا يرافقه بالضرورة نضج نفسي واجتماعي متوازن.

يرتبط مصطلح "المراهقة" بالإرهاق والضغط الناتجين عن التغيرات المفاجئة التي يواجهها الفرد، حيث يجد نفسه أمام متطلبات جديدة قد يصعب عليه استيعابها. تبدأ هذه المرحلة عادةً مع البلوغ، أما نهايتها فتختلف تبعاً للعوامل النفسية والاجتماعية، وقد تمتد حتى بداية العشرينيات.

وتعد المراهقة مرحلة حاسمة في بناء شخصية الفرد، حيث يكتسب خلالها مهارات الاستقلالية واتخاذ القرار، مما يؤهله تدريجياً للانتقال إلى مرحلة الرشد والاستقرار النفسي والاجتماعي. (أمينة، 2016)

- فيعرفها أنجلش بأنها فترة أو مرحلة من مراحل نمو الكائن البشري من بداية البلوغ الجنسي أي نضوج الاعضاء التناسلية لدى الذكر والأنثى وقدرتها على أداء وظائفها، إلى الوصول إلى اكتساب النضج، وهي بذلك مرحلة انتقالية خلالها يصبح المراهق رجلاً راشداً أو امرأة راشدة.
- ما فورد وبيج فيحددان مرحلة المراهقة على الصورة التالية المراهقة هي تلك الفترة التي تمتد ما بين البلوغ والوصول إلى النضوج المؤدي إلى الإخصاب الجنسي، حيث تصل الأقسام المختلفة للجهاز الجنسي إلى أقصاها في الكفاءة وفي المراحل المختلفة لدورة الحياة، وفي الحقيقة سوف لا تكتمل مرحلة المراهقة إلا عندما تصبح جميع العمليات الضرورية للإخصاب والحمل والإفراز ناجحة. (قدوسي، 2021، ص122)

- ويعرفها كذلك (ستالي هول) stanly hall 1956 بأنها "الفترة من العمر التي تتميز فيها التصرفات السلوكية للفرد بالعواطف والانفعالات الحادة والتوترات العنيفة وهذا ما عبر عنه بكلمتين " stress-stor".

- تعريف قاش يعتبر أن المراهقة و البلوغ شيئان متميزان و يقول " تبتدى المراهقة من البلوغ لكن لا يمكن خلطهما معا ، إن المراهقة ظاهرة نفسية اجتماعية أما البلوغ فهو ظاهرة بيولوجية نفسية ، المراهقة ظاهرة خاصة بالإنسان أما البلوغ هو مشترك بين الإنسان و الحيوان".(أمينة،

(2016،ص103)

• التعريف الاقتصادي للمراهقة:

يُعرّف المراهق من الناحية الاقتصادية على أنه الفرد الذي يمر بمرحلة انتقالية بين سن البلوغ والقدرة على تحقيق الاستقلال المالي. وفقاً لهذا التصور، ترتبط نهاية المراهقة لدى الذكور ببلوغهم مرحلة الاعتماد الذاتي اقتصادياً، بينما بالنسبة للإناث، تُعتبر هذه المرحلة ممتدة بين سن البلوغ وسن الزواج.

• التعريف الاجتماعي للمراهقة:

من منظور علماء الاجتماع، تُعد المراهقة فترة انتقالية في حياة الفرد، حيث يتوقف المجتمع عن معاملته كطفل، لكنه في الوقت ذاته لا يمنحه المكانة الكاملة التي يتمتع بها البالغون من حيث الأدوار والمسؤوليات الاجتماعية. (قدوسي، 2021)

• التعريف الذي اتفق عليه العلماء :

المراهقة هي مرحلة من مراحل النمو تقع بين الطفولة وسن البلوغ، وتتميز بتغيرات جسدية ونفسية متسارعة. لا يمكن تحديد بدايتها ونهايتها بدقة، لأنها تختلف من فرد لآخر تبعاً لسرعة النمو الجسدي والتغيرات الهرمونية. كما أن التطور النفسي خلال هذه المرحلة يظل معقداً ويصعب تحديده بزمن محدد، إذ يستمر النمو الهرموني والنفسي حتى أوائل العشرينيات من العمر. وبشكل عام، تشمل هذه الفترة الأفراد الذين يتراوح عمرهم في العقد الثاني من الحياة. (أمينة، 2016)

من خلال استعراض التعريفات المختلفة للمراهقة من المنظور اللغوي، الاصطلاحي، الاجتماعي، والاقتصادي، يتضح أن المراهقة مرحلة انتقالية أساسية في حياة الإنسان، تتميز بتغيرات جسدية، نفسية، واجتماعية عميقة. ورغم تنوع وجهات النظر حول هذه المرحلة، إلا أن هناك إجماعاً على أنها ليست مجرد تغير بيولوجي، بل تمتد لتشمل تطورات نفسية وانفعالية وسلوكية تؤثر في بناء شخصية الفرد.

كما أن المراهقة لا تمتلك حدوداً زمنية دقيقة، إذ يختلف توقيت بدايتها ونهايتها باختلاف الأفراد والبيئات الاجتماعية والثقافية التي ينتمون إليها. فبينما تعد بداية المراهقة مرتبطة بالبلوغ البيولوجي، فإن اكتمالها يتحدد بمدى تحقيق النضج النفسي والاجتماعي، مما يجعلها مرحلة ذات أبعاد متعددة تتطلب فهماً شاملاً واستراتيجيات متكاملة للتعامل مع تحدياتها.

وبالتالي، فإن إدراك المراهقة كظاهرة نفسية واجتماعية، وليس فقط كعملية بيولوجية، يساهم في تطوير مناهج علمية وتربوية تهدف إلى مساعدة المراهق على تجاوز صعوبات هذه المرحلة بطريقة متوازنة، بما يضمن له انتقالاً ناجحاً إلى مرحلة الرشد والاستقلالية.

2. مراحل المراهقة:

تُعدّ المراهقة مرحلة حاسمة في حياة الإنسان، حيث تشهد تغيرات جسدية، نفسية، واجتماعية تُشكّل هويته المستقبلية. تنقسم هذه المرحلة إلى ثلاث فترات رئيسية، لكل منها خصائصها وتحدياتها، مما يجعل فهمها ضرورياً لتوفير بيئة داعمة تساعد المراهقين على التكيف السليم مع متطلبات النمو.

وهذه المراحل كالات:

2-1 - المراهقة المبكرة:

تُعدّ المراهقة المبكرة، التي تمتد بين 12 و14 سنة، مرحلة انتقالية هامة تتراجع فيها السلوكيات الطفولية تدريجياً، ويبدأ الفرد في اكتساب صفات جديدة تعكس التغيرات الفيزيولوجية، والعقلية، والعضلية، والانفعالية، والاجتماعية. يتميز النمو الانفعالي خلال هذه المرحلة بتعدد مظاهره، حيث تظهر الفروق بين الأفراد تبعاً لاختلاف الجنس والعوامل البيئية والاجتماعية. كما يمرّ المراهق بحالة من عدم الاستقرار العاطفي، حيث تتسم حالته المزاجية بالتذبذب والتقلبات الحادة، ما قد يؤدي إلى ظهور تناقضات في سلوكياته واتجاهاته. وقد يميل في بعض الأحيان إلى العزلة والخجل، بينما يقضي أوقاتاً أخرى في أحلام اليقظة، التي تعكس تطلعاته ورغباته المستقبلية.

من الناحية الاجتماعية، يبدأ المراهق في إيلاء اهتمام متزايد بمظهره الخارجي، ويسعى إلى توسيع شبكة علاقاته الاجتماعية، مدفوعاً برغبته في تحقيق الاستقلال الاجتماعي. وخلال هذه المرحلة، تستمر عملية التنشئة الاجتماعية، حيث يتم ترسيخ القيم والمعايير السلوكية من خلال تفاعل المراهق مع الأفراد المهمين في حياته، مثل الوالدين، والمربين، والرفاق، والثقافة العامة التي ينتمي إليها. كما يُسهم ذلك في تعزيز ثقته بنفسه، وتنمية شعوره بالأهمية، وتوسيع آفاقه الفكرية والاجتماعية. ويُلاحظ خلال هذه المرحلة ميله إلى التآلف مع جماعات الرفاق والخضوع لتأثيرها، بالإضافة إلى انجذابه للجنس الآخر، رغم ما قد يصاحب ذلك من تناقضات عاطفية، مثل النفور، والتمرد، والسخرية، وعدم القدرة على فهم وجهات نظر الكبار أو تقبل نصائحهم. وقد يلجأ بعض المراهقين إلى استخدام مصطلحات ولغة خاصة داخل مجموعاتهم، مما يمنحهم شعوراً بالانتماء والتميز.

كما تُعدّ المنافسة من الخصائص البارزة لهذه المرحلة، حيث يقوم المراهق بمقارنة نفسه بأقرانه، سواء في المجال الدراسي، أو في الأنشطة الرياضية، أو غيرها من المجالات. وقد تكون هذه المنافسة إيجابية عندما تدفعه إلى التطور وتحقيق النجاح، لكنها قد تصبح غير صحية إذا ارتكزت على الأنانية أو كانت مدفوعة بضغوط اجتماعي مفرط، مما يؤدي إلى مشاعر التوتر والضياع. ويؤدي كلّ من الأسرة، والمدرسة، والمجتمع دورًا في تشكيل هذا النمط التنافسي لدى المراهق، حيث يتأثر بأسلوب المقارنة المستمر الذي يُفرض عليه من قبل محيطه.

إضافةً إلى ذلك، تتسم هذه المرحلة بالمسايرة الاجتماعية والامتثال للمعايير السائدة، حيث يسعى المراهق إلى التكيف مع بيئته الاجتماعية، سواء من خلال تقليد سلوكيات الوالدين والمعلمين، أو التأثر برفاقه، الذين قد يكون لهم تأثير كبير على توجّهاته وخياراته. وبمرور الوقت، يبدأ في تشكيل هويته الاجتماعية وفقًا لما يفرضه المجتمع والثقافة العامة. لهذا السبب، تُعتبر هذه الفترة مرحلة حساسة تتطلب توجيهًا مناسبًا من قبل الأسرة والمؤسسات التربوية، لضمان تكوين شخصية متوازنة وقادرة على التفاعل الإيجابي مع محيطها.

2-2- المراهقة الوسطى:

تُعدّ مرحلة المراهقة الوسطى فترة انتقالية مهمة، حيث يزداد شعور المراهق بالنضج والاستقلالية، ويتطور وعيه بذاته ومكانته في المجتمع. يبدأ في التعامل مع مشاعره بهدوء أكبر، مع تبني مواقف فلسفية مثل "عش ودع غيرك يعيش"، كما يصبح أكثر قدرة على التكيف مع بيئته. في هذه المرحلة، تتطور مشاعر الحب، إذ يبدأ المراهق في الاهتمام بالجنس الآخر والتركيز على عدد محدود من الأفراد.

تتميز هذه الفترة بحساسية انفعالية زائدة، نتيجة للصراعات مع الأسرة والمجتمع، حيث يرى أن تدخل الآخرين في شؤونه محاولة للسيطرة عليه. يعاني أحياناً من مشاعر متناقضة مثل الإعجاب والكراهية، وقد يمر بحالات من الحزن أو الانطواء بسبب الإحباطات التي يواجهها. كما تظهر لديه نزعة للتمرد ضد السلطة عندما يشعر بأنها تحدّ من حريته.

على المستوى الاجتماعي، يسعى المراهق إلى تأكيد ذاته والانتماء إلى الجماعة، مع تنامي إحساسه بالمسؤولية الاجتماعية واحترامه لآراء الآخرين. كما يميل إلى مساعدة الآخرين وتعزيز قيم الإيثار والتضحية. في بحثه عن الهوية، يحاول اختيار نماذج قدوة وتبني قيم خاصة به، ويولي اهتماماً كبيراً باختيار أصدقائه الذين يشاركونه اهتماماته.

تلعب الأسرة دوراً أساسياً في تشكيل شخصية المراهق، حيث تؤثر بيئته الأسرية والاجتماعية في سلوكه واتجاهاته. كما يؤثر المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة في مدى استقراره النفسي. تشكل هذه المرحلة نقطة تحول مهمة نحو النضج، حيث يكتسب المراهق خبرات تساعد على التعامل مع مسؤوليات الحياة المستقبلية.

2-3- المراهقة المتأخرة:

تمثل الفترة العمرية بين 18 و20 سنة مرحلة انتقالية نحو النضج، حيث يبدأ الشاب في اتخاذ قرارات مصيرية تؤثر على مستقبله. يسعى خلال هذه المرحلة إلى تنظيم أفكاره وترتيب أولوياته، مما يساعده في بناء هوية واضحة واتخاذ خيارات مستقرة تتماشى مع تطلعاته. كما أنه يكون قد أنهى تعليمه الثانوي لينتقل إلى الجامعة أو الحياة المهنية، مما يعزز لديه الشعور بالاستقلالية والمسؤولية.

تشهد هذه المرحلة نضجاً ملحوظاً في الجانب الانفعالي، حيث يصبح الفرد أكثر قدرة على التعبير عن مشاعره بطريقة متزنة والتفاعل مع الآخرين في بيئة يسودها التفاهم والأخذ والعطاء. كما تتراجع الصراعات الداخلية التي ميزت المراحل السابقة من المراهقة، ويزداد الشعور بالاستقرار العاطفي والواقعية في التعامل مع المواقف الحياتية. إلى جانب ذلك، يبدأ الشاب في مراجعة سلوكياته وتحديد أولوياته وفقاً لرؤية أكثر وضوحاً.

تلعب جماعة الرفاق دوراً محورياً في حياة الفرد خلال هذه المرحلة، حيث يتأثر بسلوكياتهم واهتماماتهم في مختلف الجوانب، مثل أسلوب الحديث، طريقة اللباس، والخيارات الحياتية. وقد يمتد هذا التأثير ليشمل القرارات الأكاديمية أو المهنية. وعلى الرغم من أن الرفاق قد يشكلون عنصر دعم إيجابي، فإنهم قد يكونون أيضاً مصدرًا لسلوكيات غير صحية، مثل تعاطي المخدرات، حيث يلجأ بعض الشباب إليها للهروب من مشاعر القلق والتوتر أو لتحقيق القبول الاجتماعي داخل مجموعتهم. تسهم سهولة الحصول على هذه المواد وضغط الأقران في زيادة احتمالية التعاطي، مما يستدعي تعزيز التوعية والرقابة الأسرية والاجتماعية لحماية الشباب من هذه المخاطر. (أمينة، 2016)

تمثل المراهقة مرحلة انتقالية هامة في النمو النفسي والاجتماعي، وتنقسم إلى ثلاث مراحل رئيسية: المراهقة المبكرة، حيث يواجه المراهق تقلبات مزاجية ورغبة في الاستقلال؛ المراهقة الوسطى، التي تتميز بتزايد الصراعات مع الأسرة والمجتمع وبحثه عن الهوية؛ والمراهقة المتأخرة، حيث يبدأ في اتخاذ قرارات مصيرية تعكس نضجه العاطفي والاجتماعي. خلال هذه الفترات، تؤثر البيئة الأسرية والمجتمعية بشكل مباشر على سلوكياته وتوجهاته، كما تلعب جماعة الرفاق دوراً كبيراً، قد يكون إيجابياً أو سلبياً، مما يستدعي توجيهاً مناسباً ل حمايته من الانحرافات مثل تعاطي المخدرات. لذا، فإن فهم خصائص كل مرحلة

يساعد في وضع استراتيجيات فعالة لدعم المراهقين في بناء شخصية متوازنة، وتعزيز صحتهم النفسية والاجتماعية، وإعدادهم لمواجهة تحديات الحياة المستقبلية بثقة ومسؤولية.

3. مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

تُعد مرحلة المراهقة من أهم مراحل النمو، حيث يمر الفرد بتغيرات سريعة تؤثر على مختلف جوانب حياته. وتشمل هذه التغيرات عدة مظاهر أساسية، وهي كالآتي: النمو الجسدي، الفسيولوجي، الجنسي، العقلي، النفسي والاجتماعي، وكل منها يلعب دورًا مهمًا في تكوين شخصية المراهق وتكيفه مع محيطه.

3-1- النمو الجسدي في مرحلة المراهقة (من 12 إلى 21 سنة)

يُعدّ الجسم من العناصر الأساسية التي تساهم في تكوين شخصية الإنسان، لذا فإن التغيرات الجسدية التي تطرأ خلال مرحلة المراهقة لا تقتصر أهميتها على الجانب الفيزيولوجي فقط، بل تمتد إلى تأثيرها على شخصية المراهق وسلوكه وعواطفه. إن دراسة هذه التغيرات بمعزل عن العوامل النفسية والاجتماعية قد يؤدي إلى فهم غير مكتمل لمرحلة المراهقة.

يتأثر النمو الجسدي للمراهق بعاملين أساسيين: **العامل الوراثي** الذي يحدد الصفات الجسمية الأساسية، و**العامل البيئي** الذي يشمل التغذية، الصحة العامة، والعوامل الاجتماعية. ويشمل النمو الجسماني تغيرات في الطول، الوزن، العرض، وبنية العضلات والعظام.

تعتبر المراهقة فترة نمو متسارع، حيث تُعد ثاني أسرع مرحلة نمو بعد فترة ما قبل الميلاد. يبدأ هذا النمو عند الفتيات في سن 10-14 عامًا، وعند الذكور بين 12-15 عامًا، ويستمر حتى سن 18

عامًا لدى الإناث، وحوالي 20 عامًا عند الذكور. يتميز هذا النمو بعدم الانتظام، حيث تزداد بعض الأعضاء بسرعة أكبر من غيرها، فنجد أن الأطراف تنمو بوتيرة مختلفة، كما يزداد طول الجذع والكتفين بشكل ملحوظ. يؤدي هذا النمو إلى تغيرات في ملامح الوجه، مثل زيادة حجم الأنف والفم، مما قد يسبب إحساسًا بعدم التناسق في المظهر، إلا أن هذا التفاوت يتلاشى تدريجيًا مع اكتمال النضج الجسدي.

أمام هذه التغيرات السريعة، يجد المراهق نفسه في تحدٍ للتكيف مع جسمه الجديد، وقد يواجه صعوبة في تقبل التغيرات المفاجئة في الطول أو الصوت أو شكل الجسم. ويؤثر هذا التغير أيضًا على علاقته بالآخرين، حيث يسعى إلى التوافق مع نظريته الذاتية الجديدة ومع توقعات المجتمع وأقرانه. وقد يتعرض بعض المراهقين للسخرية بسبب بعض الاختلافات الجسمية، مما قد يزيد من شعورهم بالقلق والتوتر.

على مستوى الفروق بين الجنسين، يُلاحظ أن الذكور يتميزون بنمو عضلي أكبر واتساع في الأكتاف، في حين يظهر لدى الإناث تراكم للدهون في مناطق محددة من الجسم، بالإضافة إلى نمو واضح في عظام الحوض استعدادًا لوظائف الإنجاب مستقبلاً. كما تهتم الفتيات أكثر بمظهرهن، مثل تناسق الجسم ونقاء البشرة، بينما يركز الذكور على القوة العضلية والمظهر الرياضي.

وفي ظل هذه التغيرات، من الضروري أن يتلقى المراهقون التوجيه والدعم اللازمين من الأسرة والمربين لمساعدتهم على التكيف مع مراحل نموهم، وذلك من خلال:

- توعيتهم بالتغيرات الجسدية الطبيعية التي يمرون بها وتقديم الإرشادات المناسبة لتقبلها.
- عدم المقارنة بين الأفراد، إذ تختلف معدلات النمو من شخص لآخر.
- مراعاة الفروق بين الجنسين عند التعامل مع النمو الجسدي.

- تعزيز الوعي الصحي والتغذية السليمة والعناية بالنوم والراحة لمواكبة متطلبات النمو السريع.

يُعد الاهتمام بالصحة الجسدية والنفسية للمراهقين عاملاً أساسياً في مساعدتهم على تجاوز هذه المرحلة بسلاسة، مما يُسهم في بناء شخصيات متوازنة قادرة على التكيف مع التحولات المختلفة في حياتهم.

3-2- النمو الفسيولوجي (من 12 إلى 21 سنة):

يتمثل النمو الفسيولوجي في :

- نمو المعدة : يتسع حجمها وتزداد قدرتها على الهضم .
- نمو القلب : يتسع حجمه وتنمو الشرايين الدموية وتزداد قدرته على مد خاليا الجسم بما يلزمها من الطاقة ويرتفع ضغط الدم.
- الغدد الجنسية: تنمو الغدد الجنسية ذات التأثير الجنسي وتحدث أثرها على الجسم تمهيداً للدور الجنسي لدى الذكور والإناث.
- الغدد النخامية: التي تؤثر على باقي الغدد فهي التي تنظم النمو وإدرار اللبن وتنظيم شحنة الجنس وتعطي صفات الجنس ذكراً أو أنثى، وتحدد كميات إفراز باقي الغدد من الهرمونات حسب الحاجة.
- الغدد الصماء: يتطور نموها وإفرازاتها وتؤدي إلى ضمور بعض الغدد التي انتهى دورها أو قلة الحاجة لها كالغدد الصنوبرية.
- الغدة الدرقية: تزداد إفرازاتها في بدء المراهقة ألن النضج الجنسي يقلل من شدة إفرازاتها ويعود بها إلى حالتها السوية.
- النمو العضوي: وهو ذلك النمو الذي يحدث في أجزاء الجسم الخارجية مثل اليدين والرجلين والرأس..

الخ وهذه المرحلة تشهد اضطراباً كبيراً (ابوزيد، 2023، ص113)

تتميز مرحلة المراهقة بعدد من التغيرات الفسيولوجية التي تؤثر بشكل مباشر على الجسم والمزاج. من أبرز هذه التغيرات انخفاض عدد ساعات النوم مقارنة بالفترات السابقة، حيث يستقر النوم ليصل إلى حوالي 8 ساعات ليلاً. كما تزداد الشهية بشكل ملحوظ ويصبح الإقبال على الطعام أكثر من المعتاد. في هذه الفترة، يبدأ ضغط الدم في الارتفاع تدريجياً بينما ينخفض معدل نبض القلب قليلاً، وتقل نسبة استهلاك الجسم للأوكسجين. مع نهاية هذه المرحلة، يحدث توازن غدهي، ويكتمل نضوج الخصائص الجنسية الثانوية عند المراهقين بشكل عام. كذلك، يتم التكامل بين الوظائف الفسيولوجية والنفسية لتكوين شخصية متوازنة. ومن المهم توجيه المراهقين إلى ضرورة تجنب العادات غير الصحية مثل الإفراط في السهر والتدخين واللعو، حيث يمكن أن تؤثر هذه العادات سلباً على طاقاتهم وحيويتهم. كما يجب الاهتمام بالتغذية السليمة لتعزيز صحتهم العامة.

3-3- النمو الجنسي (من 12 إلى 21 سنة):

يُعد النمو الجنسي من أبرز سمات مرحلة المراهقة، حيث يمثل علامة فارقة بين الطفولة والمراهقة. يُعتبر هذا النمو نتيجة طبيعية للتغيرات البيوكيميائية التي تحدث في هذه الفترة، حيث تساهم التغيرات البيولوجية والكيميائية في حدوث التغيرات الجنسية. كما بين "فتشاد وريان" في كتابهما "بيولوجية المراهقة"، فإن هذه التغيرات البيولوجية تؤدي إلى زيادة مستويات الهرمونات الجنسية وخلايا الدم الحمراء في الذكور والإناث على حد سواء، مما يساعد في مواجهة الجهد العقلي والنفسي الذي يرافق مرحلة المراهقة.

مع بداية البلوغ، تتغير الأعضاء الجنسية في الحجم والشكل، وتبدأ الغدد الجنسية في النمو لتصبح قادرة على إنتاج الخلايا الجنسية، مثل الحيوانات المنوية عند الذكور والبويضات الناضجة عند الإناث، مما يتيح للجهاز التناسلي أداء وظيفته في التكاثر. وفي هذا السياق، ذكر "كونجر" في دراسته

للسلوك والاتجاهات الجنسية لدى المراهقين أن الفتيات في مرحلة المراهقة يظهرن سلوكًا جنسيًا أكثر تحفظًا مقارنة بالذكور، وهو ما يعكس اختلافات في القيم والسلوكيات الجنسية.

من جانب آخر، قد تظهر بعض الانحرافات الجنسية في هذه المرحلة، وهي سلوكيات جنسية لا تتفق مع الأعراف الاجتماعية والمجتمعية، مثل الميل الجنسي إلى نفس الجنس (المثلية) أو التوجه الجنسي نحو الأطفال، وهي سلوكيات لا تعترف بها الأديان أو الثقافات. كما قد يشهد بعض المراهقين نشاطًا جنسيًا مفرطًا أو محصورًا في الذات.

لضمان النضج الجنسي السليم بعيدًا عن الانحرافات، يجب على الآباء والمربين اتباع بعض الإرشادات التي تساهم في توجيه المراهقين بشكل صحيح. من هذه الإرشادات:

- تقديم التربية الجنسية القائمة على أسس علمية لمساعدة المراهقين على التكيف مع التغيرات الجنسية.
- توعية المراهقين بالمعلومات الأساسية حول الوراثة والأمراض التناسلية.
- تشجيع الاختلاط الاجتماعي بين الجنسين تحت إشراف مناسب.
- تعزيز قدرة المراهقين على ضبط النفس والتمسك بالقيم الدينية والأخلاقية.
- توجيه المراهقين إلى استغلال وقت الفراغ في الأنشطة البناءة التي تحرف اهتمامهم عن الأمور الجنسية.
- تنمية الاهتمامات الأدبية والعلمية والرياضية والفنية.
- تقديم المعلومات اللازمة عن الحياة العائلية وتشجيعهم على الاقتراب من مرحلة الرشد.

3-4- النمو العقلي المعرفي (من 12 إلى 21 سنة):

مرحلة المراهقة هي ذروة النمو العقلي المعرفي، حيث يشهد المراهق تطوراً كبيراً في قدراته العقلية والذهنية. في هذه الفترة، يبدأ المراهق في تنمية قدراته الخاصة، مثل الموهبة الرياضية والقدرة اللغوية، ويزداد تطور الذكاء حتى يبلغ ذروته بين سن 18 و20 عاماً. تتجلى مهارات المراهق في مجالات مثل القراءة والرياضيات، ويصبح تعلمه أكثر تنظيماً ومنطقياً، بعيداً عن أسلوب المحاولة والخطأ.

تزداد قدرته على الاستيعاب وحل المشكلات، ويتطور التذكر بناءً على الفهم والترابط بين المعلومات. كما يظهر التفكير المجرد، مما يساعده على الانتقال من المواقف المحسوسة إلى الأفكار المجردة. ويميل المراهق في هذه المرحلة إلى التفكير النقدي والاستقلالية في اتخاذ القرارات.

يظهر الابتكار والإبداع بشكل كبير، خاصة لدى المراهقين المبدعين الذين يمتلكون ذكاءً وطموحاً عالٍ، حيث يسعون للوصول إلى حلول غير تقليدية. يتسم هؤلاء المراهقون بالفضول وحب الاستكشاف، ويعبرون عن أفكارهم ومشاعرهم بحرية من خلال الكتابة والفن، مما يعكس تطورهم العقلي والانفعالي. (عويضة، 1996)

تُلاحظ زيادة ملحوظة في وتيرة التحصيل الدراسي وإمكاناته خلال هذه المرحلة، ويظهر ذلك بوضوح من خلال ميل الشباب إلى قراءة وتحصيل المعارف في مجالات معقدة كالهندسة والفيزياء. وتشير الدراسات إلى أن اهتمامات المراهقين في هذه الفترة تتجه غالباً نحو مواضيع ترفيهية، مثل القصص والنكات والمجالات الطريفة، خاصةً تلك التي تتماشى مع ميولهم الخاصة. كما ينجذبون إلى الكتب التي تتناول قضايا الشباب ومشكلاتهم، بما في ذلك الموضوعات ذات الطابع الجنسي. (زهران، 1996)

في نهاية هذه المرحلة، يصبح المراهق أكثر وعيًا بذاته وقدرته على اتخاذ قراراته بشكل مستقل، وتصبح ميوله وطموحاته أكثر واقعية. تلعب البيئة مثل التعليم ووسائل الإعلام دورًا كبيرًا في توجيه نموه العقلي. كما تظهر الفروق الفردية بين المراهقين، حيث تتفوق الفتيات في القدرات اللغوية بينما يتفوق الأولاد في القدرات العددية.

من الضروري أن يولي الآباء والمربون اهتمامًا بالفروق الفردية ويقوموا بتوجيه المراهقين وفقًا لقدراتهم الخاصة. يجب توفير بيئة تعليمية تشجع على التفكير النقدي والابتكار، مع مراعاة تنمية الجوانب الجسدية والانفعالية للمراهقين، وتحفيزهم لاستكشاف مجالات الدراسة والمهن المستقبلية التي تتناسب مع ميولهم وقدراتهم. (عويضة، 1996)

3-5- النمو النفسي (من 12 إلى 21 سنة):

في مرحلة المراهقة، يبدأ المراهق في الاهتمام بمظهره الجسدي بشكل كبير، حيث يمر بفترة من الدهشة والاستغراب عند ملاحظة التغيرات الجسدية في جسمه. ومع مرور الوقت، يبدأ في التكيف مع هذه التغيرات بشرط أن يكون هناك تناسق بين الطول والوزن، حيث يسعى لأن يكون جسمه خاليًا من العيوب والقصور. يُشكل المراهق صورة عن جسده بناءً على معايير ثقافية للمظهر الجسدي، والتي تتأثر بمعايير الجسم المثالي في ثقافته. الدراسات تشير إلى أن صورة الجسم تؤثر بشكل بالغ على تفاعل الفرد مع الآخرين، وبالتالي تساهم في تطور نمو شخصيته.

عندما تتطابق الصورة التي يراها الفرد لجسده مع المثال الثقافي المثالي، يشعر بالرضا تجاه مظهره الجسدي. هذا الرضا يعتبر من العوامل الإيجابية التي تدعم توافقه النفسي والاجتماعي. أما إذا كانت الصورة تختلف بشكل كبير عن المثال الثقافي، فإن ذلك قد يسبب شعورًا بالاستياء ويؤثر سلبيًا على

توازنه النفسي والاجتماعي. في هذه المرحلة، يصبح المراهق أكثر اهتمامًا بجاذبيته الجسدية، خاصة عندما يتعلق الأمر بالتفاعل مع أفراد الجنس الآخر. ولهذا السبب، يكون المراهق دائمًا في حالة مقارنة بين جسده وأجسام الآخرين.

الاهتمام بصورة الجسم يتفاوت بين الذكور والإناث، حيث تركز الفتيات بشكل أكبر على الوزن، الرشاقة، وتناسق الجسم، بالإضافة إلى التفاصيل مثل الملابس والمكملات التي تعزز من أنوثتها. أما بالنسبة لتقدير الذات، فإنه يشير إلى مدى قدرة المراهق على تقدير نفسه بشكل إيجابي، حيث يبدأ معظم المراهقين في هذه المرحلة في إعادة تقييم أنفسهم، مقارنة بأقرانهم أو الأشخاص الذين يعجبون بهم. بعض المراهقين قد يعانون من تقدير منخفض للذات، مما يجعلهم أكثر عرضة للنقد والرفض من الآخرين، خاصة إذا كانت لديهم آراء سلبية تجاه أنفسهم.

الدراسات توضح أن المراهقين الذين يعانون من تقدير منخفض لذاتهم، يتأثرون بسهولة بآراء الآخرين ويسعون لإرضائهم. كما أن تقدير الذات يؤثر بشكل كبير على التحصيل الأكاديمي، حيث أن المراهقين الذين يقدرون أنفسهم بشكل إيجابي يحققون نتائج أفضل في دراستهم مقارنة بمن لديهم تقدير ذات منخفض. هذا التقدير للذات يتطور أيضًا من خلال العلاقات الاجتماعية مع الأصدقاء، وخاصة أولئك الذين من نفس الجنس، حيث يُظهر تقدير الذات لدى الذكور ارتباطًا أكبر بالمنافسة والإنجازات الفردية، بينما يُظهر لدى الإناث ارتباطًا بالعلاقات الاجتماعية.

تعتبر القدرة على ضبط الذات أيضًا مؤشرًا مهمًا على تقدير الذات، فالمراهق الذي يستطيع توجيه سلوكه وانفعالاته بشكل أفضل يشعر بكفاءة أكبر في نفسه. تشير بعض الدراسات إلى أن المراهقين الذين يتمتعون بتقدير مرتفع لذاتهم يتمتعون أيضًا بقدرة أكبر على ضبط أنفسهم، مما يعزز من صحتهم النفسية والاجتماعية. (امينة، 2016)

3-6- النمو الانفعالي والاجتماعي (من 12 إلى 21 سنة):

يتأثر النمو الاجتماعي لدى المراهقين بدرجة كبيرة بالبيئة الاجتماعية والأسرية المحيطة بهم. فالثقافة السائدة، بما تتضمنه من تقاليد وعادات وأعراف واتجاهات، تلعب دورًا حاسمًا في تشكيل سلوك المراهق وتوجيهه، مما يؤثر على مدى قدرته على التكيف النفسي والاجتماعي سواء مع ذاته أو مع من حوله. وبالتالي، فإن هذه البيئة قد تيسر عليه عملية التكيف أو تجعلها أكثر تعقيدًا.

ومن أبرز التغيرات النفسية التي تميز مرحلة المراهقة، تنامي الرغبة في الاستقلال عن الأسرة، والسعي نحو الاعتماد على الذات. كما يظهر لدى المراهق ميل متزايد للانتماء إلى مجموعة من الأقران أو الرفاق الذين يشاركونه نفس الاهتمامات والتجارب، حيث يجد بينهم مساحة للتعبير عن مشاعره وتطلعاته وهمومه. (ال عبد الله، 2018)

حيث يمر المراهق بتقلبات انفعالية قوية، خاصة في بداية هذه المرحلة التي تتزامن مع التغيرات الجسدية السريعة. وفي هذه الفترة، يواجه المراهق مشاعر مكتومة، مثل الاكتئاب والخجل والارتباك، مما يجعله يبدو متذبذبًا في حالاته النفسية. يمكن أن تكون هذه التقلبات ناتجة عن التغيرات الهرمونية في الجسم، مثل زيادة إفراز الأدرينالين أثناء الغضب أو الخوف. كما أن تغيرات الغدد الأخرى، مثل الغدة التناسلية، تسهم أيضًا في تعزيز هذه التوترات.

التغيرات الجسدية التي يمر بها المراهق، مثل نمو جسمه وزيادة النشاط الجنسي، تسبب له قلقًا شديدًا. هذا القلق قد يكون ناتجًا عن عدم فهمه لهذه التغيرات أو التحديات التي يواجهها في التعامل مع رغباته الجنسية. وفي بعض الأحيان، يواجه المراهق صراعًا نفسيًا بسبب تناقض بين رغبته في فهم هذه القضايا الجنسية وبين القيود الاجتماعية والمجتمعية التي تحيط به.

كما يتسم المراهقون بزيادة اعتدادهم بأنفسهم، خاصة في محاولة التحرر من قيود الطفولة واتباع أوامر الآباء. لذا، فإن مطالب الوالدين التي تتناقض مع رغبات الأبناء قد تؤدي إلى غضب وصراع عائلي، وهو ما يساهم في تعزيز الانفعالات المكبوتة لدى المراهقين. قد يتفاقم هذا الصراع عندما يواجه المراهق ضغوطاً اجتماعية تعكس الأعراف والتقاليد السائدة في المجتمع، مما يؤدي إلى إصرارهم على إظهار استقلاليتهم، وهو ما يعزز من انفصالهم عن الأسرة.

كما أن المراهقين قد يواجهون صعوبة في فهم مشاعرهم أو التمييز بين شدة هذه المشاعر، مما يدفعهم إلى إخفاء أو كتمان مشاعرهم الحقيقية. في بعض الأحيان، قد يظهر المراهق مشاعر غاضبة أو مكتومة بدلاً من التعبير عن الخوف أو الحزن. بالإضافة إلى ذلك، يمكن أن تكون هذه الانفعالات سطحية، بينما تتطوي على مشاعر أعمق يمكن أن تكون مدفوعة بصراعات نفسية غير مرئية. من جهة أخرى، يحتاج المراهق إلى الحب والحنان في هذه المرحلة لتكوين شخصية سليمة، وقد يظهر ذلك في حاجته إلى رعاية الوالدين والاهتمام العاطفي منهم. هذا الحب والحنان أساسيان في مرحلة المراهقة لضمان التطور النفسي والعاطفي للمراهق.

على الصعيد الاجتماعي، يبدأ المراهق في تكوين صداقات جديدة وابتعد عن دائرة العلاقات الأسرية الضيقة. يكون لديه رغبة قوية في الانتماء إلى جماعات الأصدقاء، مما يساعده في تخفيف القلق والاضطراب الداخلي. هذه الجماعات تمنحه شعوراً بالانتماء والتضامن في مواجهة الأزمات النفسية التي يمر بها. ومع ذلك، قد يؤدي تدخل الآباء في اختيار أصدقاء المراهق إلى زيادة التوتر والضغط عليه، مما يجعله يميل إلى الانسحاق وراء تلك الجماعات بشكل أكبر.

في النهاية، تزداد مرحلة المراهقة في تعقيداتها الانفعالية والاجتماعية، حيث يتعرض المراهق لضغوطات متعددة على الأصعدة الشخصية والعائلية والاجتماعية. وبينما يبدأ في تكوين هويته واستقلاله، تظل احتياجاته العاطفية والاجتماعية موجهة نحو البحث عن الحب والقبول من قبل الآخرين. (قدوسي، 2021)

نستنتج مما سبق أن مرحلة المراهقة تتميز بتغيرات سريعة تشمل النمو الجسدي، الفسيولوجي، الجنسي، العقلي، والنفسي، مما يؤثر على سلوك المراهق وتفاعلاته الاجتماعية. هذه التغيرات قد تسبب له بعض الاضطرابات أو الصعوبات في التكيف مع ذاته ومحيطه. لذا، فإن توفير بيئة داعمة، وتعزيز الوعي الصحي والنفسي، والتوجيه السليم من الأسرة والمجتمع، يساعد المراهق على تجاوز هذه المرحلة بسلاسة وبناء شخصية متوازنة ومستقلة.

4. النظريات المفسرة لمرحلة المراهقة:

تُعدّ مرحلة المراهقة من أهم المراحل في حياة الإنسان، حيث تتميز بتغيرات نفسية، اجتماعية، وجسدية تؤثر على تكوين الهوية الشخصية للفرد. ونظراً لتعقيد هذه المرحلة، تعددت النظريات التي حاولت تفسيرها من زوايا مختلفة، حيث تناولها علماء النفس من منظور التحليل النفسي، السلوكي، المعرفي، والبيئي الاجتماعي، مما ساهم في تقديم فهم شامل للعوامل المؤثرة في نمو المراهقين وتطورهم. والآن، سنستعرض أبرز النظريات التي فسرت مرحلة المراهقة

4-1- النظريات النفسية والنفسية الاجتماعية

• نظرية سيغموند فرويد (1856-1939) :

يُعد سيغموند فرويد من بين أوائل العلماء الذين اهتموا بتحليل مرحلة المراهقة من منظور التحليل النفسي. ورغم أنه لم يكن أول من تناول هذه المرحلة، إلا أنه قدم إسهامات بارزة ساهمت في بلورة فهم أعمق للتغيرات النفسية التي يمر بها الأفراد في هذه الفترة. نشر فرويد عام 1905 مجموعة من المقالات حول نظريته الجنسية، والتي أصبحت مرجعاً أساسياً لفهم تطور الشخصية عند الإنسان. وفي عام 1909، تلقى دعوة من ستانلي هول، رئيس جامعة كلارك في ماساتشوستس، لإلقاء محاضرات، مما ساعد في انتشار أفكاره بشكل أوسع خلال العقد الأول من القرن العشرين.

على عكس ما ذهب إليه هول، الذي رأى أن المراهقة تمثل "ولادة جديدة"، اعتبر فرويد أن هذه المرحلة ليست إلا إعادة تنشيط لعمليات نفسية حدثت خلال الطفولة، خاصة خلال المرحلة الأوديبية. كما رفض الفكرة القائلة بأن الغرائز الجنسية لا تظهر إلا عند البلوغ، مؤكداً أن النشاط الجنسي يبدأ منذ الطفولة ويتطور تدريجياً. فبالنسبة له، القول بأن الطفل يخلو من أي دوافع جنسية حتى مرحلة البلوغ هو تصور غير دقيق بيولوجياً.

تتمحور نظرية فرويد حول مفهوم الغريزة، حيث يرى أن السلوك الإنساني تحركه دوافع بيولوجية غريزية. وقد طور تصوراً ثلاثي الأبعاد للنفس البشرية، يتكون من:

- "الهو (Id)" : وهو المستودع الأساسي للرغبات والدوافع الغريزية.
- "الأنا (Ego)" : يمثل الجانب الواقعي المتحكم في السلوك، والذي يسعى للتوفيق بين مطالب الهو ومتطلبات البيئة.

• "الأنا الأعلى (Super Ego) : يمثل القيم والمعايير الأخلاقية التي يكتسبها الفرد من المجتمع.

وفقاً لفرويد، يمر الطفل بمراحل تطور نفسي-جنسي محددة خلال السنوات الأولى من حياته، تشمل:

- المرحلة الفموية
- المرحلة الشرجية
- المرحلة القضيبية
- مرحلة الكمون

تتميز مرحلة الكمون (6-11 سنة) بالهدوء النسبي على المستوى الجنسي، حيث يبدأ الطفل في

تطوير روابط اجتماعية أقوى مع والديه والمجتمع. ومع بداية المراهقة، يواجه الفرد دافعاً بيولوجياً قوياً بسبب التغيرات النمائية، مما يفرض عليه تحديات تتعلق بالتكيف النفسي والاجتماعي. في هذه المرحلة، يلعب الأنا الأعلى دوراً مهماً في ضبط الغرائز، مما قد يؤدي إلى صراعات داخلية بين متطلبات الهو والمبادئ الأخلاقية التي يفرضها الأنا الأعلى.

عندما يجد المراهق نفسه بين رغباته الغريزية من جهة، والقيود الأخلاقية والمجتمعية من جهة أخرى، قد يلجأ الأنا إلى استخدام آليات دفاعية مثل الكبت والإنكار والتبرير للتكيف مع هذه الصراعات. وإذا لم يتمكن الأنا من تحقيق التوازن، فقد يؤدي ذلك إلى اضطرابات نفسية تتراوح بين القلق والاكتئاب، أو حتى إلى سلوكيات عدوانية وانحرافات مختلفة.

كما أشارت أنا فرويد، ابنة سيغموند فرويد، إلى أن الأنا في مرحلة المراهقة يستخدم مختلف الآليات الدفاعية لاستعادة التوازن، نظراً للضغط النفسي الناجم عن التغيرات التي تحدث في هذه الفترة. وفي كتابها "الأنا والآليات الدفاعية" (1936)، سلطت الضوء على الطرق التي يعتمد بها الفرد لحماية نفسه

من التوترات الناجمة عن صراعات الهو والأنا الأعلى، مؤكدة أن هذه الآليات تلعب دوراً محورياً في تشكيل شخصية الراشد لاحقاً.

بناءً على ما سبق، يمكن القول إن نظرية فرويد تقدم تفسيراً عميقاً لكيفية تطور الهوية النفسية خلال المراهقة، من خلال الصراعات الداخلية التي يمر بها الفرد، والتي تسهم في تكوين شخصيته المستقبلية وفقاً لمدى قدرته على تحقيق التوازن بين رغباته الفطرية ومتطلبات المجتمع.

• نظرية إريكسون:

إريك إريكسون هو أحد أبرز الباحثين في مجال علم النفس التنموي، حيث قدّم إسهامات مهمة، خاصة فيما يتعلق بفترة المراهقة. ورغم أنه استند إلى الإطار الفرويدي في دراساته، إلا أنه تخلى عن التركيز البيولوجي البحت الذي ميّز نظرية فرويد، واعتمد بدلاً من ذلك على نهج يُعرف بالتخلق المتعاقب. وقد ساهم إريكسون في دراسة النمو من خلال ثلاث طرق رئيسية، وهي: الملاحظة المباشرة، مقارنة الثقافات، ومنهج الإحياء النفسي. ومن خلال أبحاثه، بيّن كيف أن الحلول المرتبطة بمراحل النمو تختلف بين الثقافات، ما يعكس تأثير العوامل الاجتماعية في تطور الشخصية.

عمل إريكسون على تعديل نظرية النمو النفسي الجنسي التي طرحها فرويد، حيث استند في ذلك إلى نتائج الأبحاث النفسية الاجتماعية والأنثروبولوجية. وقد أدرك، من خلال دراسته لمجتمعات مختلفة، ضرورة إضافة بُعد نفسي اجتماعي إلى نظرية فرويد. وعلى الرغم من أنه احتفظ بالعديد من مفاهيم فرويد، مثل مكونات الشخصية الثلاثة: "الهو"، "الأنا"، و"الأنا الأعلى"، إلا أنه منح "الأنا" دوراً أكثر أهمية مقارنة بالهو، حيث اعتبره القوة المحركة للسلوك الإنساني.

يرى إريكسون أن النمو النفسي الاجتماعي يتبع مبدأً جينياً، بحيث ينمو الفرد وفق تسلسل محدد، حيث تتطور الأجزاء المختلفة في توقيتاتها الخاصة إلى أن تكتمل الصورة العامة للشخصية. ومع ميلاد الطفل، ينتقل من نظام التبادل الكيميائي داخل الرحم إلى نظام التفاعل الاجتماعي مع محيطه، مما يتيح له فرص التكيف مع بيئته وتطوير ثقافته تدريجياً. ويشير إريكسون إلى أن عملية النمو تمر بسلسلة من التحديات أو الأزمات، يبلغ عددها ثمانية، حيث تكون كل أزمة مرتبطة بمرحلة معينة من العمر، لكنها تمتد عبر مختلف مراحل النمو، مما يجعل كل مرحلة تؤثر في المراحل السابقة واللاحقة.

المفهوم الأساسي في نظرية إريكسون هو "هوية الأنا"، حيث يرى أن تحقيق هذه الهوية يعدّ جوهرياً في مرحلة المراهقة، إذ يسعى المراهق إلى تأكيد استقلاله داخل المجتمع، كما تؤثر صورة الذات الجسدية في كيفية إدراك الفرد لنفسه. فكلما ازداد شعور المراهق بالثقة في هويته، زاد سعيه لتحقيق ذاته من خلال العلاقات الاجتماعية، سواء في الصداقة، الحب، الإبداع، أو القيادة. وبالتالي، فإن المراهقة، وفق رؤية إريكسون، ليست مجرد مرحلة انتقالية، وإنما فترة حاسمة لتشكيل الهوية الشخصية وتعزيز الإحساس بالذات في المجتمع. (قدوسي، 2021)

4-2- النظريات السلوكية المعرفية:

• نظرية التعلم الاجتماعي:

تهتم نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي بتأثير البيئة المحيطة في تشكيل توجهات الأفراد وسلوكياتهم، حيث تلعب النماذج الاجتماعية دوراً أساسياً في اكتساب الأفراد لأنماط سلوكية معينة. وقد برز هذا التوجه بوضوح في أعمال باندورا ووالترز، اللذين اعتمدا النظرية في دراسة السلوك العدواني لدى المراهقين. وتُصنّف هذه النظرية مرحلة المراهقة كمرحلة نمو متميزة بخصائصها الخاصة، لكنها في الوقت

ذاته لا تفصل بين مبادئ التعلم التي تفسر تطور الطفل وتلك التي تفسر تطور المراهق أو الراشد، نظرًا لعدم وجود فروقات جوهرية بينهم، إلا من حيث السياقات الاجتماعية والثقافية التي يتعرض لها الأفراد في كل مرحلة.

وفقًا لهذه النظرية، فإن المراهقين، مثلهم مثل الأطفال، يتعلمون من خلال الملاحظة والتقليد، وهي العملية التي يُطلق عليها النمذجة. في هذا السياق، يلعب الوالدان دورًا مركزيًا في حياة المراهقين، حيث يميل هؤلاء إلى تقليد سلوكيات والديهم واعتمادها كمرجع لهم. وقد أظهرت دراسات باندورا أن الأطفال الذين ينشؤون في بيئات أسرية عدوانية غالبًا ما يكونون أكثر عرضة لتبني السلوك العدواني، مما يعكس تأثير النماذج السلوكية المحيطة بهم. بالإضافة إلى ذلك، فإن نماذج الأدوار التي يمثلها الأفراد الراشدون تعدُّ عنصرًا أساسيًا في التأثير على سلوك المراهقين وتوجيههم.

في عام 1980، أضاف باندورا البعد المعرفي إلى نظريته، حيث أشار إلى أن الأفراد لا يكونون مجرد متلقين سلبيين للتأثيرات البيئية، بل يساهمون بشكل فعال في تشكيل مسار حياتهم من خلال اختياراتهم للبيئة التي ينتمون إليها، والأهداف التي يسعون إلى تحقيقها. فالأفراد يعبرون عن أفكارهم، مشاعرهم، وسلوكياتهم بطريقة منظمة تهدف إلى تحقيق أهدافهم، كما أن تفسيرهم للمنبهات البيئية يؤثر بشكل مباشر في استجاباتهم.

كما تؤكد هذه النظرية على أن الأفراد لا يخضعون فقط للظروف المحيطة بهم، بل يتحكمون جزئيًا في تشكيل بيئاتهم من خلال الطريقة التي يتفاعلون بها معها. على سبيل المثال، المراهق الهادئ والمتفائل يمكن أن يؤثر بشكل إيجابي على والديه، مما يدفعهم إلى التعامل معه بأسلوب أكثر ودية وحنانًا، بينما المراهق المزاجي ومفرط النشاط قد يستثير ردود فعل عدوانية أو رفضًا من قبل والديه.

وبالتالي، فإن العلاقة بين المراهق وبيئته هي علاقة تفاعلية، حيث يكون التأثير متبادلاً بين الفرد والمحيط الاجتماعي الذي ينتمي إليه.

• النظرية المعرفية:

يُعدّ العالم السويسري جان بياجيه (1896-1980) من أبرز رواد الاتجاه المعرفي، حيث قدم نظرية هامة في النمو المعرفي، قسم فيها هذه العملية إلى أربع مراحل رئيسية:

- المرحلة الحسية - الحركية: تمتد من الولادة حتى سن الثانية، حيث يعتمد الطفل في تعلمه على الحواس والحركة.

- مرحلة ما قبل العمليات: تمتد من سن الثانية حتى السابعة، وفيها يبدأ الطفل في تطوير الرموز اللغوية والتخيلية دون القدرة على التفكير المنطقي.

- مرحلة العمليات المادية: تبدأ من سن السابعة حتى الحادية عشرة، حيث يصبح الطفل قادراً على التفكير المنطقي حول الأشياء الملموسة، لكنه لا يزال يواجه صعوبة في التفكير المجرد.

- مرحلة العمليات الشكلية: تبدأ من سن الحادية عشرة فما فوق، وهي المرحلة التي تميز المراهق بقدرته على التفكير المجرد والاستدلالي. (امينة، 2016)

يرى جان بياجيه أن "التطور" يمثل جوهر أعماله الفكرية، حيث اعتبر أن الكائنات الحية تمر بمراحل متتالية من النمو، تبدأ من أشكال بسيطة للحياة ثم تتطور تدريجياً إلى بنى أكثر تعقيداً وقدرة على

التكيف مع بيئاتها. وقد انعكست هذه الرؤية في تصوره الفلسفي والعلمي للطبيعة بوصفها عملية ديناميكية مستمرة التغير. استند بياجيه في بناء نظريته إلى ملاحظات دقيقة أجراها على سلوك الأفراد عبر مراحل

نموهم المختلفة. (رفاعي ، 2010)

خلال مرحلة العمليات الشكلية، ينتقل المراهق إلى مستوى أعلى من التفكير، حيث لا يقتصر على التجارب الحسية فقط، بل يصبح قادرًا على التفكير المنطقي والمجرد، مما يمكنه من التعامل مع الأفكار الافتراضية والنظرية. وفي هذه المرحلة، يبدأ المراهق في التأمل الذهني والتفكير في الأفكار بحد ذاتها، إضافة إلى استخدام المنطق الاستقرائي والاستدلالي في تحليل المشكلات والتوصل إلى استنتاجات منطقية.

يتمثل أحد الجوانب المهمة في هذه المرحلة في قدرة المراهق على التفكير في المستقبل والتخطيط له، إلى جانب استخدامه للرموز الجبرية واللغة المجازية لفهم المفاهيم المعقدة. وقد أشار بياجيه إلى هذا النوع من التفكير بمصطلح "التفكير من الدرجة الثانية"، والذي يتضمن التفكير في العمليات الذهنية نفسها، أي التفكير حول التفكير.

كما تساهم هذه المرحلة في تغيير طريقة التفكير، حيث ينتقل المراهق من التركيز على الواقع المحسوس إلى استكشاف الاحتمالات المختلفة بطريقة منظمة. ففي حين أن الطفل في مرحلة العمليات المادية يرى الواقع على أنه الأساس والاحتمالات مجرد خيارات جانبية، فإن المراهق الذي بلغ مرحلة العمليات الشكلية يبدأ بالنظر إلى الاحتمالات كعنصر أساسي، بينما يصبح الواقع مجرد تطبيق لإحدى هذه الاحتمالات الممكنة.

وبهذا، يصبح المراهق قادرًا على تحليل القضايا من زوايا متعددة، والتفكير بطريقة نقدية، مما يمكنه من التعامل مع المفاهيم المجردة والمعقدة بشكل أكثر كفاءة. (امينة، 2016)

4-3- النظريات البيئية الاجتماعية:

• نظرية المجال:

يدرس كورت لوين (Levin K.) . المراهقة في ضوء منظور نسقي كلي على غرار النظرية الجشططية على أساس وجود مجموعة من العوامل القريبة والبعيدة التي تتفاعل كليا بشكل نسقي، فتؤثر في حياة المراهق سلبا أو إيجابا، بمراعاة العوامل النفسية والعضوية والذهنية والاجتماعية والفيسيولوجية.... وأكثر من هذا يرى ليفين بأن السلوك العضوي نتاج لتفاعل دينامي بين الشخص ووسطه. ومن ثم، فالمراهق جهاز نفسي موحد وكلي، تتحكم فيه عوامل داخلية وعوامل خارجية، في إطار ثنائية التأثير والتأثر. (حمداوي، بدون تاريخ ، ص32)

تعتمد نظرية المجال التي قدمها كورت ليفين (1951) على تفسير السلوك الإنساني من خلال البيئة النفسية للفرد أثناء اتخاذ القرارات. وعند تطبيق هذه النظرية على المراهقة، نجد أنها تساعد في فهم تأثير العوامل البيئية والاجتماعية على تصورات وسلوكيات المراهق. فالمراهقة مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد، تتسم بتغيرات نفسية وجسدية واجتماعية، مما يجعلها فترة من التوتر وعدم الاستقرار.

يرى ليفين أن المراهق ينتقل من عالم الطفولة إلى عالم الراشدين، لكنه يواجه حالة من الغموض حول ما هو متوقع منه وما هو مسموح له به، مما يؤدي إلى شعوره بعدم الاتزان. ففي هذه المرحلة، تصبح بعض الأنشطة الجديدة مثل قيادة السيارة أو الدخول في علاقات اجتماعية أكثر تعقيداً بسبب القيود الأسرية أو القوانين أو المبادئ الأخلاقية التي قد تشكل عقبة أمام تحقيق رغباته. وهنا، تظهر أهمية دور الوالدين والمجتمع في توجيهه، حيث يتدخلون لتقديم الدعم والإرشاد لضمان اتخاذ قرارات سليمة.

يعتبر ليفين أن المراهق يعيش في "حيز حركة حر" محدود، أي أن قدرته على التصرف بحرية تعتمد على إمكانياته الشخصية والقيم الثقافية التي نشأ عليها. كما أن انتقاله إلى مرحلة الرشد يشبه الدخول إلى منطقة غير معروفة، حيث لا يكون لديه تصور واضح حول كيفية التصرف أو اتخاذ القرارات، مما يؤدي إلى حالة من التردد وعدم الثبات في سلوكه.

بالإضافة إلى ذلك، تلعب التغيرات الجسدية دورًا في زيادة التوتر والقلق لدى المراهق، حيث تؤثر على ثقته بنفسه وتجعله أكثر عرضة للشكوك والتقلبات العاطفية. فقد يشعر بعدم الراحة أو الإحراج أمام الآخرين، مما يؤدي إلى صراعات مع الأسرة إذا لم يتم تفهم حالته بشكل جيد. ويؤكد ليفين أن هذه المرحلة تتسم بتقلبات في السلوك، حيث قد يكون المراهق في بعض الأحيان جريئًا وصاخبًا، وفي أحيان أخرى خجولًا وحساسًا، أو حتى عدوانيًا وغير متسامح.

من جانب آخر، يتغير منظور المراهق للزمن خلال هذه المرحلة، حيث يبدأ في التفكير في المستقبل بطريقة مختلفة، منتقلًا من التخطيط قصير المدى إلى التفكير بعيد المدى في الأهداف والطموحات. وهذا التحول قد يزيد من قلقه، خاصة إذا لم يكن لديه تصور واضح عن مساره المستقبلي.

تؤكد نظرية ليفين على أهمية الثقافة في تحديد تجربة المراهقة، حيث تحدد مدى الفجوة بين الطفولة والرشد، وطول مدة هذه المرحلة. كما توضح أن التوتر الذي يعيشه المراهق ناتج عن كونه يعيش في وضع غير مستقر، أشبه بشخص ينتمي إلى أقلية لا يعرف موقعه داخل المجتمع. ولذلك، فإن تقديم الدعم النفسي والاجتماعي له أمر ضروري لمساعدته على تجاوز هذه المرحلة الصعبة والتكيف مع متطلبات الحياة الجديدة. (قدوسي، 2021)

• النظرية الأنثروبولوجية :

يُعد الاتجاه الأنثروبولوجي من المناهج الأساسية في دراسة تطور المراهقة، حيث يؤكد على الدور الحاسم للبيئة الاجتماعية والثقافية في تشكيل شخصية الأفراد. وقد تبني العديد من الأنثروبولوجيين، مثل مارغريت ميد (Margaret Mead, 1901-1978) وروث بنديكت (Ruth Benedict, 1887-1948)، مفاهيم الحتمية الثقافية والنسبية الثقافية، التي تفترض أن العادات والتقاليد والمؤسسات الاجتماعية تلعب دورًا جوهريًا في توجيه مسار نمو الطفل والمراهق.

- تأثير البيئة الثقافية على المراهقة

يرى علماء الأنثروبولوجيا أن تجربة المراهقة ليست ظاهرة بيولوجية بحتة، بل تتأثر بشكل عميق بالسياق الثقافي والاجتماعي الذي ينشأ فيه الفرد. فالأنظمة الاقتصادية، والقيم الدينية، والعادات المجتمعية تختلف من ثقافة إلى أخرى، مما يؤدي إلى تباين كبير في كيفية إدراك المراهق لذاته ومدى تقبله من قبل المجتمع. في المجتمعات الحديثة، تمتد فترة المراهقة لفترة أطول، كما أن انتقال الأفراد من الطفولة إلى سن الرشد أصبح أكثر تعقيدًا وغير واضح المعالم.

- نقد النظريات التقليدية للمراهقة

تحدّث مارغريت ميد وأقرانها من الأنثروبولوجيين العديد من الافتراضات الأساسية التي قدمتها النظريات التقليدية حول تطور المراهقين، مثل تلك التي طرحها فرويد وإريكسون. فمثلاً، أظهرت ميد في دراستها لأطفال جزيرة ساموا أن النمو في تلك الثقافة يتسم بالاستمرارية دون حدوث تغيرات مفاجئة أو اضطرابات كبيرة بين مرحلة الطفولة والمراهقة. على عكس المجتمعات الغربية، لا يمر مراهقو ساموا بتحوّلات حادة في التفكير أو السلوك، ما يجعل مرحلة المراهقة لديهم أكثر هدوءًا وأقل توترًا.

- تأثير الثقافة على الأدوار الجنسية:

تناولت ميد أيضًا مسألة الأدوار الجنسية، مشيرةً إلى أن المجتمعات التقليدية غير التكنولوجية تتميز بتشابه كبير بين أدوار الذكور والإناث، في حين أن الثقافات الغربية تفرض تمايزًا حادًا بينهما. ففي ساموا، لا تواجه الفتيات اضطرابات كبيرة عند انتقالهن من الطفولة إلى الرشد، حيث يُسمح لهن بالتعرف على مواضيع الجنس بشكل تدريجي ومنفتح، باستثناء المحظورات الأخلاقية المتعلقة بالمحارم. على النقيض من ذلك، تعيش المجتمعات الغربية حالة من الكبت الجنسي، إذ يُنظر إلى التعبير الجنسي لدى الأطفال والمراهقين على أنه أمر غير مقبول، مما يجعل الانتقال إلى مرحلة البلوغ أكثر صعوبة وتعقيدًا، حيث يُطلب من الأفراد فجأة التكيف مع أدوار جديدة دون إعداد كافٍ. (امينة، 2016)

وفي السياق نفسه، يرى دولارد ودافيس (Dollard & Davis) أن الاضطرابات الانفعالية التي قد تظهر عند المراهقين لا تعود بالضرورة إلى التغيرات البيولوجية والجسمية المرافقة للبلوغ، بل إلى طبيعة البيئة الأسرية التي يعيشون فيها. فمرحلة المراهقة لا تُعد بالضرورة مرحلة أزمات أو اضطرابات لدى الجميع، وإنما تصبح كذلك عندما يجد المراهق نفسه محاطًا بقيود وضغوط تتجاوز قدرته على التكيف والتعامل معها، مما يجعله عرضة للقلق والانفعالات السلبية. (السبتي، 2004)

تكشف النظريات المختلفة أن المراهقة ليست مجرد تغيرات بيولوجية، بل هي مرحلة ديناميكية تتأثر بالتفاعلات النفسية والاجتماعية والثقافية. فبينما ركز فرويد على الصراعات الداخلية والغرائز، أضاف إريكسون بعدًا اجتماعيًا للنمو، وسلط باندورا الضوء على دور التعلم الاجتماعي، بينما شدد بياجيه على التطور المعرفي. أما ليفين وميد، فقد أبرزتا تأثير البيئة والثقافة في تشكيل شخصية المراهق. بناءً على ذلك، يتضح أن فهم المراهقة يتطلب مقارنة شاملة تأخذ في الاعتبار العوامل النفسية، الاجتماعية، والبيولوجية لضمان توجيه المراهقين بشكل إيجابي نحو مرحلة الرشد.

5. المتطلبات الأساسية لمرحلة المراهقة

يُعدّ المراهق في هذه المرحلة الحساسة من حياته بحاجة إلى العديد من المتطلبات النفسية والاجتماعية التي تساهم في تحقيق توازنه النفسي وتطوره السليم. ومن بين أهم هذه الحاجات ما يلي:

5-1- الحاجة إلى الاهتمام ودعم الوالدين

رغم ميل المراهق إلى الاستقلالية ورغبته في الحفاظ على خصوصيته، إلا أنه يظل في حاجة دائمة إلى رعاية والديه واهتمامهما به. إذ تساهم هذه الرعاية في بناء علاقات أسرية متينة وتعزيز ثقته بنفسه، مما ينعكس إيجابياً على تقديره لذاته ونجاحه الأكاديمي ونموه الأخلاقي.

5-2- الحاجة إلى التفهم والانتباه العاطفي

يحتاج المراهق إلى أن يكون والديه أكثر حساسية لمشاعره وأفكاره، خاصة في الأوقات التي يشعر فيها بالقلق أو الضيق. فالتجاهل العاطفي من قبل الوالدين قد يؤدي إلى صعوبة لدى المراهق في التعرف على مشاعر الآخرين والتفاعل معهم بشكل مناسب.

5-3- الحاجة إلى الحب والدعم العاطفي

يعتبر الشعور بالحب والتقدير أحد الاحتياجات الأساسية للمراهق، حيث يؤثر بشكل مباشر على حالته النفسية وسلوكه. فالتعبير عن المشاعر الإيجابية وتعزيز الروابط العاطفية يساعد المراهق على الشعور بالأمان والدعم، مما يجعله أكثر استقراراً وتكيفاً مع محيطه.

5-4- الحاجة إلى القبول والتقدير

يسعى المراهق إلى أن يكون مقبولاً ومحبوّباً من قبل أسرته ومحيطه الاجتماعي، بغض النظر عن اختلافاته الشخصية. فبيئة يسودها النقد المستمر والرفض قد تؤدي إلى مشاعر الإحباط وانخفاض تقدير الذات.

5-5- الحاجة إلى الثقة والاستقلالية

من الضروري أن يشعر المراهق بأنه محل ثقة من قبل والديه، حيث يسهم ذلك في تعزيز شعوره بالمسؤولية والقدرة على اتخاذ القرارات. ولكن هذه الثقة يجب أن تُبنى على الحوار والتواصل، وليس على المراقبة المفرطة التي قد تؤدي إلى فقدان الثقة بين الطرفين.

5-6- الحاجة إلى التوجيه والإرشاد

يحتاج المراهق إلى إشراف وتوجيه من قبل والديه لمساعدته في تنظيم سلوكياته واتخاذ قراراته بشكل أكثر نضجاً. فوجود رقابة إيجابية تساعد في تجنب السلوكيات الخطرة، مثل الانحراف أو الإدمان، وتعزز من قدرته على تحمل المسؤولية.

5-7- الحاجة إلى الانتماء لجماعة الرفاق

تشكل الصداقة وجماعة الرفاق أحد أهم العوامل المؤثرة في حياة المراهق، حيث تمنحه الشعور بالأمان والانتماء. وغالباً ما ينجذب المراهق إلى أصدقاء يشاركونه نفس الخلفية الاجتماعية والتعليمية، ما يجعله أكثر ارتياحاً في التعبير عن نفسه والتكيف مع تحديات المرحلة.

إضافة إلى هذه الحاجات الأساسية، هناك متطلبات أخرى تسهم في تعزيز التوازن النفسي والاجتماعي للمراهق، ومنها:

- الحاجة إلى التفاعل الاجتماعي وبناء علاقات إيجابية مع الآخرين.
- الحاجة إلى تحمل المسؤولية وأداء الواجبات تجاه الأسرة والمجتمع.
- الحاجة إلى الالتزام بالقيم الأخلاقية والعادات الاجتماعية السائدة.
- الحاجة إلى الحفاظ على الممارسات الدينية والتقاليد المتوارثة.

يُظهر المراهق في هذه المرحلة رغبة قوية في تحقيق ذاته وبناء هويته الشخصية، لذلك فإن توفير بيئة داعمة تُلبّي حاجاته الأساسية يسهم في تكوين شخصية مستقرة ومتوازنة. (امينة، 2016)

- ويقول "هافرست (Havighurst)" أن أبرز المطالب التي يسعر لتحقيقها المراهق هي كالتالي:

- المطالب النفسية

تتجلى في تقبل الذات، خصوصاً فيما يتعلق بالتغيرات الجسدية التي تطرأ خلال هذه المرحلة، إلى جانب تحقيق الاستقلال العاطفي وتعزيز مشاعر الثقة بالنفس. كما تشمل تنمية اتجاهات إيجابية نحو الآخرين، سواء كانوا من الأقران أو أفراد الأسرة، إضافة إلى تعزيز الشعور بالأمان النفسي والالتزام بالقيم الاجتماعية والأخلاقية والدينية التي تسود في المجتمع.

- المطالب الثقافية والمدنية

تتعلق بضرورة إدراك المراهق لأدواره المستقبلية وتحمل المسؤوليات التي ستُلقى على عاتقه، مع اكتساب المهارات الضرورية التي تمكّنه من أداء هذه الأدوار بفاعلية. ويساعد هذا الجانب على توجيه المراهق نحو تحقيق أهدافه المهنية والتعليمية.

- المطالب الاجتماعية

تبرز الحاجة إلى تكوين علاقات إيجابية مع الآخرين، سواء داخل الأسرة أو في المجتمع المدرسي والاجتماعي بشكل عام. كما تشمل هذه المطالب التخطيط للمستقبل، سواء على المستوى التعليمي أو المهني، بما يضمن تحقيق تكيف اجتماعي ناجح ومستقر.

- ويُشير "هافرست" إلى أن تحقيق هذه المطالب يرتبط بمستوى نضج المراهق الجسدي والنفسي، كما أنه يُعدّ عاملاً أساسياً في مدى قدرته على التكيف مع المجتمع والنجاح في حياته المستقبلية.

من أجل دعم المراهقين خلال هذه المرحلة الانتقالية، يوصي بعض الباحثين بعدة استراتيجيات تساعد في التعامل معهم بطريقة إيجابية وفعالة، ومن أهمها:

- فهم تأثير الانفعالات المخفية

كثيراً ما تتأثر تصرفات المراهق بحالة انفعالية غير معلنة، مما قد ينعكس على سلوكه بطريقة غير مباشرة. لذا، من الضروري أن يكون هناك وعي بهذه العوامل أثناء التعامل معه.

- الاستجابة الهادئة والتوجيه الإيجابي

يتطلب التعامل مع المراهقين تفهم مشاعرهم وعدم الردّ على تصرفاتهم السلبية بالغضب أو التوبيخ الحاد، بل يجب أن يكون الرد قائماً على الهدوء والتوجيه السليم، مما يساعد في بناء علاقة قائمة على الثقة والتفاهم.

- التفاعل الإيجابي والبناء

ينبغي النظر إلى سلوكيات المراهق بطريقة إيجابية تساعد على تعزيز ثقته بنفسه، فالتفاعل البناء يجعله أكثر انفتاحاً في التعبير عن مشاعره وأفكاره، مما يساهم في تكوين شخصية متزنة وقادرة على مواجهة التحديات.

إنّ الاستجابة الواعية لاحتياجات المراهق ومساعدته في تحقيق مطالبه الأساسية، سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو الثقافي، تسهم بشكل كبير في دعمه خلال هذه المرحلة، وتساعد على التطور بطريقة صحية وسليمة. (جاموس، 2009)

خلاصة الفصل:

تمثل مرحلة المراهقة منعطفًا حاسمًا في حياة الفرد، حيث تؤثر التغيرات النفسية والاجتماعية بشكل مباشر على تكوين شخصيته وتحديد مساره المستقبلي. وقد أظهر البحث أن البيئة المحيطة، سواء كانت أسرية أو اجتماعية، تلعب دورًا كبيرًا في دعم المراهق أو دفعه إلى اتخاذ قرارات قد تؤثر على صحته ومستقبله. ومن هنا، تأتي أهمية التوجيه السليم، وتعزيز الوعي لدى المراهقين، لمساعدتهم على تجاوز هذه المرحلة بسلام، وتجنب الانخراط في سلوكيات سلبية قد تؤثر على حياتهم، مثل تعاطي المخدرات، الذي قد يكون نتيجةً للضغوط النفسية والاجتماعية إذا لم يتم التعامل معها بالشكل الصحيح.

الفصل الثالث

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات

تمهيد

- 1- مفهوم الإدمان على المخدرات
- 2- معايير تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات
- 3- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
- 4- أسباب الإدمان على المخدرات
- 5- آثار الإدمان على المخدرات

خلاصة الفصل

تمهيد:

يُعدُّ الإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر التي تهدد استقرار المجتمعات، لما له من آثار مدمرة على الصحة الجسدية والنفسية للفرد، وانعكاسات خطيرة على العلاقات الاجتماعية والأداء الوظيفي. فتعاطي المخدرات لم يعد مجرد سلوك فردي، بل أصبح مشكلة عالمية تتطلب دراسة معمقة لفهم العوامل التي تؤدي إلى الوقوع في الإدمان، سواء كانت نفسية، اجتماعية، أو بيولوجية.

ونظرًا لخطورة هذه الظاهرة، تزداد الحاجة إلى البحث في أسبابها، آثارها، وسبل مكافحتها، من خلال تسليط الضوء على العوامل التي تجعل الأفراد عرضة للإدمان، وتحليل النظريات المفسرة له، إلى جانب استعراض الاستراتيجيات العلاجية والوقائية التي يمكن أن تحد من انتشاره وتساعد الأفراد على التخلص منه واستعادة حياتهم الطبيعية.

1. مفهوم الإدمان على المخدرات:

لغة :

هذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الانجليزية "abuse" . ومع ذلك فاللغة العربية تغنيها عن ذلك. فقد ورد في " لسان العرب لابن منظور ما نصه: "والتعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله" وبناء على ذلك نقول تناول فلان الدواء، ولكنه تعاطى المخدر. (قدور، 2006، ص62)

اصطلاحاً:

يُقصد بإدمان المخدرات أو الكحوليات الاستخدام المتكرر والمفرط لمادة أو أكثر من المواد ذات التأثير النفسي، بحيث يصبح الفرد منشغلاً بشكل مفرط بالتعاطي، ويُظهر صعوبة ملحوظة أو عدم قدرة على التوقف أو تقليل الكمية المستهلكة، رغم إدراكه للعواقب السلبية. وغالباً ما يصاحب هذا السلوك ظهور أعراض انسحابية عند محاولة التوقف. (سويف، 1996)

وهو عبارة عن مظاهر نفسية وعضوية التي تلي استخدام مادة، أو عقار ما، بشكل متكرر مع رغبة جامدة في استعماله رغم مضاره، بحيث تتحكم المادة في الشخص، بحيث تتزايد الجرعة في المرات اللاحقة، حتى يصل الفرد إلى درجة يتعرض فيها لأعراض انسحابية، خطيرة جداً في حال توقف، أو امتنع عنها وقتياً أو دائماً. (مخامرة، 2018، ص15).

وهو عبارة عن اضطراب سلوكي يُظهر تكرار لفعل من قبل الفرد لكي ينتهك نشاط معين بغض النظر عن العواقب الضارة بصحة الفرد العقلية أو حياته الاجتماعية. (رشيد، 2021، ص107)

- تعريف راسموسن (Rasmussen, 2002) : أنه حالة من التسمم الدوري أو المرض المزمن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاضطرابات المتكررة للعقار الطبي أو الإنشائي (المضغ)، رغبة أو حالة لا يمكن قهرها أو مقاومتها، والتعلق النفسي أو العضوي بعقار معين حيث لا يتمكن المتعاطي من التخلي عنه فإذا تخطى عنه ظهرت لديه مضاعفات تسمى أعراض الاضطرابات. (مخامرة، 2018، ص15).
 - تعريف هنري آي (Henri) : الإدمان حالة شاذة في النكوص إلى شكل بدائي للبحث عن اللذة المطلقة، كما هي في صورتها الأولية عند الرضيع وبعد حصول المدمن على هذه اللذة ثم انقضاء مدتها تعقبها مباشرة حالة من المعاناة الشديدة والتعب، الأمر الذي يدفع هذا الأخير إلى البحث من جديد عن الإشباع مرة أخرى".
 - تعريف فرنسيس كرتات (Curtet) : إن المادة المخدرة الشرعية أو الغير الشرعية لا تخلق الإدمان، فهو خليط ما بين رغبة الهروب والإفراط ويقدم تفصيلاً لتعريفه من خلال الخصائص التي تجعل الشخص مدمناً منها :
 - الحافز: يخلق الإدمان بمعنى أنه يدفع بنا لأخذ المخدر.
 - رغبة الهروب: هذا ناتج عن المشاكل اليومية والمشاكل الاجتماعية وعلائقية الأصل.
 - الإفراط (Demesure) في استعمال المخدر بحيث أنه عند أخذ الجرعة تعطي إحساس بالراحة وبهذا تكرر في أسرع وقت وجرعات أكبر وبدون حدود
- ويعتبر الإدمان حالة تعلق أو اعتماد شديد من جانب الشخص على تناول مادة ما بغرض إحداث تغيرات نفسية من خلال تأثير هذه المادة على الجهاز العصبي ولبعض هذه المواد خاصية التدخل في

كيميائية الجسم حيث يعتادها الجسم ولا يعود قادراً على الاستغناء عنها. ونجد أن حدوث الإدمان يحتاج إلى توفر عوامل ثلاثة:

- توفر المادة المدمنة ويختلف حال الفرد ومظاهر الإدمان باختلاف المادة المستخدمة.
- الشخص المدمن : شخصية قابلة للاعتمادية أو لظروف خارجية خاصة يخضع لها.
- الظروف البيئية والاجتماعية والثقافية. (عبد المالك، 2020، ص61 62)
- ويعرف راسموسن (Rasmussen, 2002) الإدمان بأنه : النتيجة الحتمية والنهائية للتعاطي المستمر للمخدرات وينشأ سبب تعاطي المتكرر والمستمر للمخدر الطبيعي والصناعي.(مخامرة، 2018، ص15)

• وتعرف أيضاً لجنة المخدرات بالأمم المتحدة المخدر: بأنها كل مادة أو مستحضر تحتوي على عناصر منومة أو مسكنة من شأنها عند استعمالها في غير الأغراض الطبية أو الصناعية أن تؤدي الحالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر الفرد والمجتمع جسمانياً واجتماعياً ونفسياً.

(رشيد، 2021، ص107)

• وأما التعريف القانوني فهو: تشتمل مواد منبه أشد التنبيه مثل (الامفيتامينات والكوكايين والفنتيلين) كما يشمل على مواد مهلوسة، مثل فطر البايوت وفطر أمانيتا مسكاريا والحشيش وال سي دي والمخدرات الفعلية مثل الأفيون والهيروين والمورفين

• أما في علم صناعة الأدوية للمخدرات التعريف العلمي : هو العلم الذي يبحث في تأثير العقاقير على الإنسان وعلى الكائنات الحية. ويعرف هذا العلم العقار على أنه المستخلص من النباتات، أو الحيوانات، أو مشتق منها ، أو مركب من المواد الكيميائية، والذي يؤثر على الإنسان، أو الحيوان

سلباً أو إيجاباً، وفي التعريف العلمي للمخدرات: أنّ المواد المخدرة عبارة عن مواد كيميائية تسبب النوم وغياب الوعي بتسكين الألم. (مخامرة، 2018، ص15).

- أما تعريف الإدمان بشكل عام، بحسب الرابطة الأمريكية للطب النفسي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-IV- TR, 2000, p 50) فهو نمط غير قادر على التأقلم، من استخدام المواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا، كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض التي تحدث في أي وقت في فترة 12 شهرا الماضية والمتمثلة في: زيادة كميات المواد التي تحقق التسمم أو التأثير المطلوب بشكل ملحوظ، واستمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة، ووجود رغبة مستمرة، أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات، وأنه في كثير من الأحيان أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم مع رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو يتم السيطرة على تعاطي المخدرات".

- وأشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي DSM 2013 في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس DSM 5 إلى مفهوم الإدمان تحت مسمى (اضطراب سوء استعمال المواد) وعرفته بأنه "مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية والفسولوجية تشير إلى أن الفرد يواصل استخدام المادة على الرغم من المشكلات الخطيرة المرتبطة بتعاطي المادة والحنين أو الاشتياق إليها". (عبد المالك، 2020، ص61 62)

من خلال استعراض مختلف التعريفات اللغوية والاصطلاحية للإدمان على المخدرات، يمكن استخلاص أن الإدمان ظاهرة معقدة تتداخل فيها عوامل نفسية، فسيولوجية، واجتماعية وهو اضطراب مزمن يتسم بالاعتماد القهري على مادة معينة، مما يؤدي إلى تغييرات نفسية وجسدية خطيرة. يتجاوز الإدمان التأثير الفسيولوجي ليشمل دوافع نفسية وسلوكية، مثل الهروب من الواقع وزيادة الجرعات لتحقيق

التأثير نفسه. كما تؤكد التعريفات القانونية والطبية على خطورته الفردية والاجتماعية، مما يستدعي تدخلات وقائية وعلاجية فعالة للحد من آثاره السلبية.

2. معايير تشخيص وتصنيف الإدمان على المخدرات:

1-2- معايير التشخيص:

إن الحاجة إلى وجود معايير تشخيصية موحدة للإدمان تتبع من متطلبات البحث الوبائي والعيادي والعلاجي، مما يساهم في تسهيل مقارنة الدراسات المتعلقة بالاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد المخدرة. وتعد المعايير الدولية أداة أساسية لتشخيص الإدمان بدقة.

معايير المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية والسلوكية وفق منظمة الصحة العالمية (CIM-10) :

يتم تحديد تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة بناءً على مجموعة من الأعراض التي تصف السلوك الإدماني. ولا يُعتمد التشخيص المؤكد إلا في حال ظهور ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية خلال السنة الماضية:

- الرغبة الملحة أو الشعور بالحاجة القهرية لتعاطي المادة المخدرة، حيث يعاني الشخص من دافع داخلي قوي يدفعه لاستهلاكها.
- فقدان القدرة على التحكم في سلوك التعاطي، سواء من حيث بدء الاستهلاك، إيقافه، أو التحكم في الكمية المستخدمة.

- ظهور أعراض الامتناع الفيزيولوجي عند التوقف عن التعاطي أو تقليل الجرعة، ويتجلى ذلك في أعراض انسحابية جسدية ونفسية تدفع الشخص إلى تعاطي المادة مجددًا لتخفيف هذه الأعراض.
 - تطور درجة التحمل للمادة المخدرة، مما يستدعي استهلاك كميات أكبر للحصول على التأثير نفسه الذي كانت تحققه جرعات أقل في السابق.
 - تناقص الاهتمام بالأنشطة الأخرى وزيادة الوقت المستغرق في البحث عن المادة وتعاطيها والتعافي من آثارها، مما يؤدي إلى عزلة اجتماعية وتدهور في الأداء اليومي.
 - الاستمرار في التعاطي رغم العواقب السلبية الواضحة، سواء كانت هذه العواقب صحية، مثل تضرر الكبد بسبب تعاطي الكحول، أو نفسية، مثل الاكتئاب الناتج عن التعاطي المفرط، أو معرفية، كضعف التركيز والذاكرة.
- من خلال هذه المعايير، يمكن للأخصائيين تقييم حالة الشخص المصاب بالإدمان بدقة، مما يساعد في توجيهه إلى العلاج المناسب وتقليل تأثير الإدمان على حياته الصحية والاجتماعية.
- **معايير تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (DSM-IV-TR) عن رابطة الطب النفسي الأمريكية**
- يُعتمد في تشخيص اضطرابات استخدام المواد المخدرة على معايير محددة وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية في نسخته الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR). وتنقسم هذه المعايير إلى فئتين رئيسيتين: الاعتماد على مادة وسوء استخدام المادة.

أولاً: الاعتماد على مادة (Substance Dependence)

يُعرف الاعتماد على مادة بأنه نمط من استخدام غير متكيف لمادة معينة، يؤدي إلى ظهور مشكلات وظيفية أو ضائقة نفسية واضحة. يتم تشخيص الاعتماد عندما يظهر لدى الشخص ثلاثة أو أكثر من المعايير التالية خلال فترة لا تقل عن 12 شهرًا:

- التحمل (Tolerance)، ويُحدد من خلال أحد المؤشرين التاليين:
الحاجة إلى زيادة كمية المادة بشكل واضح لتحقيق التأثير المرغوب.
انخفاض التأثير الناتج عن استخدام نفس الكمية من المادة بمرور الوقت.
- الامتناع (Withdrawal)، ويُلاحظ من خلال أحد المؤشرين التاليين:
 - ظهور أعراض انسحابية مميزة عند التوقف عن تعاطي المادة (وفقًا للمعايير الخاصة بكل مادة).
 - اللجوء إلى تعاطي نفس المادة أو مادة مشابهة لتخفيف أعراض الامتناع أو تجنبها.
- تعاطي المادة بكميات أكبر أو لفترات أطول من المخطط لها.
- وجود رغبة دائمة أو محاولات غير ناجحة لتقليل أو التحكم في استخدام المادة.
- قضاء وقت طويل في أنشطة متعلقة بالحصول على المادة أو تعاطيها أو التعافي من آثارها، مثل البحث عن مصادرها أو السفر لمسافات بعيدة لشرائها.
- التخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية بسبب استخدام المادة.

- الاستمرار في التعاطي رغم إدراك الأضرار الجسدية أو النفسية الناتجة عنه، مثل الاستمرار في تعاطي الكحول رغم تأثيره السلبي على قرحة المعدة، أو تعاطي الكوكايين مع إدراك تأثيره السلبي على الحالة المزاجية.
- تصنيفات الاعتماد:
 - الاعتماد الفيزيولوجي: يتضح من خلال وجود التحمل أو الامتناع (أي تحقق أحد البندين 1 أو 2).
 - الاعتماد النفسي: يُشخص عندما لا يكون هناك دليل على التحمل أو الامتناع (عدم تحقق البندين 1 و 2).
- مراحل سير الاضطراب:
 - هدأة تامة باكرة.
 - هدأة تامة مستقرة.
 - هدأة جزئية باكرة.
 - هدأة جزئية مستقرة.

ثانيًا: سوء استخدام المادة (Substance Abuse)

يُعرف سوء استخدام المادة بأنه نمط من التعاطي غير المتكيف، يؤدي إلى مشكلات نفسية واجتماعية واضحة. ويتم التشخيص في حال تحقق واحد أو أكثر من المعايير التالية خلال فترة 12 شهرًا:

- الاستخدام المتكرر للمادة مما يؤدي إلى الإخفاق في الوفاء بالمسؤوليات الأساسية، سواء في العمل أو الدراسة أو المنزل، مثل الغياب المتكرر أو الأداء المتدنّي بسبب التعاطي.

- الاستخدام المتكرر للمادة في ظروف تعرض الشخص أو الآخرين للخطر الجسدي، مثل القيادة تحت تأثير المخدر أو تشغيل آلات خطيرة في حالة ضعف الإدراك بسبب التعاطي.
- التورط في مشكلات قانونية متكررة نتيجة لاستخدام المادة، مثل التعرض للتوقيف بسبب سلوكيات غير منضبطة ناتجة عن التعاطي.
- الاستمرار في تعاطي المادة رغم المشكلات الاجتماعية أو الشخصية الناتجة عنها، مثل النزاعات المتكررة مع الشريك أو العائلة بسبب التعاطي.

تساعد هذه المعايير في تقييم وتشخيص حالات الإدمان بشكل دقيق، مما يسهل وضع استراتيجيات علاجية مناسبة لكل حالة وفقاً لمدى تأثير الإدمان على حياة الشخص ووظائفه اليومية.

• **معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5) لاضطراب استخدام المادة:**

يتسم اضطراب استخدام المادة بنمط من المشكلات التي تؤدي إلى خلل وظيفي واضح، حيث يجب أن تتوفر على الأقل علامتان أو أكثر خلال مدة سنة واحدة، وتشمل هذه العلامات ما يلي:

- عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات المطلوبة بسبب الاستخدام المستمر للمادة.
- تكرار استخدام المادة في مواقف تعرض الشخص لمخاطر جسدية.
- استمرار المشكلات في العلاقات الاجتماعية نتيجة الاستخدام المتكرر.
- الاستمرار في تعاطي المادة رغم معرفة الأضرار الناتجة عنها.
- الحاجة إلى جرعات متزايدة للحصول على التأثير نفسه (التحمل).
- ظهور أعراض انسحابية عند تقليل الجرعة أو التوقف عن الاستخدام.
- استخدام المادة لفترة أطول أو بكميات أكبر من المخطط لها.

- محاولات غير ناجحة للحد من الاستخدام أو التحكم فيه.
 - قضاء وقت طويل في البحث عن المادة أو تعاطيها أو التعافي من آثارها.
 - تقليل أو التوقف عن ممارسة الأنشطة الاجتماعية والمهنية والترفيهية بسبب الاستخدام.
 - الشعور برغبة شديدة أو ملحة (craving) لاستخدام المادة.
- استنادًا إلى الدراسات التي تم تحليلها أثناء تطوير الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس، وُجدت بعض الإشكالات المرتبطة بتصنيف اضطرابات استخدام المواد. من بين هذه الإشكالات، لوحظ أن هناك انخفاضًا في مستوى ثبات فئة "سوء استخدام المواد". كما أظهرت التحليلات أن التصنيفات السابقة كانت تفصل بين "سوء الاستخدام" و"الاعتماد"، غير أن المراجعات الحديثة أكدت ضرورة دمجها في فئة واحدة.

بناءً على ذلك، تم توحيد التصنيف في DSM-5 تحت مسمى "اضطراب استخدام المواد" (Substance Use Disorder)، وهو ما يمثل الفرق الأساسي بين الإصدار الخامس من الدليل والإصدار الرابع المعدل.

يحتوي كل من الإصدار الرابع المعدل والخامس على فئات تشخيصية فرعية تشمل أنواعًا مختلفة من المواد، مثل:

- الكحول (Alcohol)
- الأمفيتامينات (Amphetamines)
- القنب (Cannabis)
- الكوكايين (Cocaine)

- المهلوسات (Hallucinogens)

هذا التعديل في التصنيف يعكس تطور الفهم العلمي لاضطرابات استخدام المواد، بهدف تحقيق دقة أكبر في التشخيص والعلاج.

2-2- معايير التصنيف:

• أهم تصنيفات المخدرات:

تشير الإحصائيات المسجلة سنة 1987 إلى أن عدد المواد المخدرة يتجاوز 500 مركب، وتتشارك جميعها في التأثير على الفرد المتعاطي والمدمن، مما يؤدي إلى مشكلات صحية خطيرة.

تصنيف المخدرات حسب طريقة الإنتاج:

- المخدرات الطبيعية (Drogues Naturelles): يتم استخراجها مباشرة من النباتات دون أي تعديل كيميائي، وتشمل الحشيش، القات، الأفيون، والقنب.

- المخدرات المصنعة (Drogues Synthétisées): يتم استخلاصها من المخدرات الطبيعية بعد إخضاعها لعمليات كيميائية لتحويلها إلى أشكال جديدة ذات تأثير أقوى، مثل المورفين، الهيروين، والكوكايين.

- المخدرات المركبة: تتكون من عناصر كيميائية ومركبات صناعية، ولها تأثير مشابه لبقية المواد [المخدرة، وتشمل المواد المسكنة، المنومة، والمهلوسة.

تصنيف المخدرات حسب اللون:

- المخدرات البيضاء: تشمل مواد مثل المورفين، الهيروين، والكوكايين.

- المخدرات السوداء: تضم الحشيش، الأفيون، ومشتقاته.

ومع ذلك، فإن هذا التصنيف قد لا يكون دقيقاً تماماً، حيث إن لون المخدرات يتأثر بعدة عوامل،

مثل درجة نقائها، مناطق إنتاجها، وطرق حفظها. (عبد المالك، 2020)

3. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

يُعتبر الإدمان على المخدرات من أخطر المشكلات التي تواجه المجتمعات المعاصرة، نظراً لتأثيراته

السلبية على الصحة النفسية والجسدية، إضافة إلى انعكاساته الاجتماعية والاقتصادية. وقد سعى

الباحثون في مجالات علم النفس، البيولوجيا، والاجتماع إلى تفسير هذه الظاهرة من خلال مجموعة من

النظريات التي توضح العوامل المؤدية إلى الإدمان، سواء كانت وراثية، عصبية، نفسية، سلوكية أو

اجتماعية. نستعرض الآن أبرز هذه النظريات، لفهم العوامل المساهمة في تكوين السلوك الإدماني، مما

يساعد في وضع استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج.

3-1- النظرية البيولوجية:

تعتبر العوامل البيولوجية من بين العناصر التي تساهم في تشكيل قابلية الأفراد للإدمان، حيث تشمل

العوامل الوراثية والعصبية التي تؤثر على السلوك الإدماني.

• الوراثة ودورها في الإدمان

يُعتقد أن الاستعداد الوراثي قد يلعب دورًا في زيادة احتمال تعاطي المخدرات والإدمان عليها. وقد ركزت الدراسات الوراثية على عدة مجالات لفهم هذا التأثير، منها:

الدراسات العائلية التي تشير إلى تكرار ظاهرة تعاطي المخدرات داخل العائلات، مما يعزز الفرضية القائلة بوجود مكون وراثي مشترك بين الأفراد.

دراسات التوائم التي تُعد من الأدوات الفعالة في تحديد مدى تأثير العوامل الوراثية في الإدمان، حيث تُظهر هذه الأبحاث أن التوائم المتطابقة (الذين يتشاركون الجينات نفسها) يكون لديهم معدلات إدمان متشابهة أكثر من التوائم غير المتطابقة.

دراسات التبني التي تحاول الفصل بين تأثير العوامل البيئية والوراثية، إذ أظهرت بعض الأبحاث أن الأفراد الذين نشأوا في أسر بعيدة عن بيئتهم الأصلية قد يظلون عرضة للإدمان إذا كان لديهم استعداد وراثي لذلك.

ورغم أن بعض الدراسات تشير إلى أن التأثير الوراثي في الإدمان قد يكون محدودًا، إلا أن قابلية الفرد للإدمان لا تعتمد على العوامل الوراثية وحدها، بل تتداخل مع البيئة المحيطة، مثل تأثير الأقران والسلوكيات الاجتماعية السائدة. على سبيل المثال، وجدت بعض الأبحاث أن تأثير الجينات على تعاطي الكحول يزداد عندما يكون لدى المراهقين أصدقاء يشربون الكحول أو يدخنون، مما يدل على أهمية العوامل البيئية في تشكيل هذا السلوك.

• التأثيرات العصبية وآلية الإدمان

تلعب العوامل العصبية دورًا أساسيًا في تطوير الإدمان، حيث تؤثر المواد المخدرة على وظائف الدماغ، مما يؤدي إلى تغييرات في النشاط الذهني والسلوك. ويُعد نظام المكافأة العصبي أو ما يُعرف بـ

"نظام اللذة والألم" من بين أكثر المناطق تأثرًا بتعاطي المخدرات، إذ يتعرض هذا النظام لتنشيط غير عادي ومستمر عند تعاطي المواد المسببة للإدمان، مما يؤدي إلى تطور الاعتماد عليها بمرور الوقت. ويُفسّر هذا التأثير العصبي من خلال طبيعة المستقبلات الموجودة في خلايا الدماغ، حيث توجد مستقبلات نشطة تتفاعل مع المواد المخدرة وأخرى خاملة لا تتفاعل معها في البداية. إلا أن التعاطي المتكرر يؤدي إلى تنشيط هذه المستقبلات الخاملة، مما يجعل الدماغ بحاجة إلى جرعات أكبر للحصول على التأثير نفسه. وعند التوقف عن التعاطي، تحدث استجابة مفرطة لهذه المستقبلات، مما يؤدي إلى ظهور أعراض انسحابية مثل الأرق والهلوسة.

من ناحية أخرى، أشارت بعض الدراسات إلى أن مناطق الدماغ المسؤولة عن اتخاذ القرار والتحكم في الدوافع، مثل القشرة الجبهية، لا تكون مكتملة النمو خلال فترة المراهقة، مما يزيد من احتمالية اندفاع المراهقين نحو تجربة المواد المخدرة دون وعي كامل بالعواقب. كما تلعب أنظمة النواقل العصبية، مثل الدوبامين، السيروتونين، والجلوتامات، دورًا رئيسيًا في تنظيم الحوافز والمكافآت، مما يجعلها ذات أهمية في تفسير الإدمان.

إحدى النظريات الحديثة التي تفسر هذه الظاهرة هي "نظرية الدافع - زيادة الحساسية"، والتي تفترض أن نظام الدوبامين المسؤول عن المكافأة يصبح حساسًا للغاية، ليس فقط للمواد المخدرة نفسها، ولكن أيضًا للمثيرات المرتبطة بها، مثل الأدوات المستخدمة في التعاطي. ومع مرور الوقت، قد تتراجع المتعة المرتبطة بتعاطي المادة، لكن يبقى الدافع القوي للبحث عنها، مما يعزز استمرار الإدمان حتى مع تراجع الشعور باللذة.

تبرز المقاربة البيولوجية أن الإدمان ليس مجرد سلوك مكتسب، بل هو نتيجة لتفاعل معقد بين العوامل الوراثية والعصبية والبيئية. وبينما قد يكون لبعض الأفراد استعداد بيولوجي للإدمان، فإن البيئة تلعب دورًا كبيرًا في تفعيل هذا الاستعداد. كما أن التأثيرات العصبية التي تحدث في الدماغ نتيجة تعاطي المخدرات تعزز الحاجة المستمرة للمواد المخدرة، مما يجعل الإدمان حالة يصعب التخلص منها دون تدخل علاجي مناسب. (عبد المالك، 2020)

3-2- النظرية النفسية

تعتبر مشكلات تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات اضطرابات نفسية معقدة تتجاوز كونها مجرد أعراض سطحية، مما دفع العديد من نظريات علم النفس إلى تبني هذا المنظور والعمل على تطوير أساليب علاجية وإرشادية مناسبة.

في النظرية السيكوناميكية فسرت ظاهرة الإدمان ركزت على السلوك النكوسي، الناتج عن صراعات لاشعورية، حيث يرى فرويد أن الأفراد المدمنين يعودون إلى أنماط سلوكية قديمة كانت تمنحهم شعورًا بالراحة في مراحل سابقة من حياتهم، لكنها تصبح لاحقًا مصدرًا للمعاناة، مما يؤدي إلى الدخول في دائرة مفرغة من الإدمان.

وقد أشار بعض الباحثين بريهام و خانتزين إلى أن اللذة المصاحبة للإدمان غالبًا ما تكون مترافقة مع مشاعر الذنب وانخفاض تقدير الذات، مما يولد قلقًا مستمرًا يدفع الفرد إلى تكرار السلوك بحثًا عن التخفيف المؤقت لهذا القلق، فيجد نفسه في حلقة يصعب كسرها. كما أن الأفراد الذين يعانون من الإدمان غالبًا ما يواجهون صعوبات في التعامل مع أنفسهم بطريقة متوازنة، مما يجعلهم أكثر عرضة للاضطرابات النفسية مثل الهوس والاكتئاب.

من جهة أخرى، في نظرية الضغط يرى بعض الباحثين أن الدافع وراء التعاطي مرتبط بمحاولات الأفراد للتعامل مع التوتر والضغوط النفسية الناتجة عن صعوبات العمل، والصراعات الأسرية، والمشكلات الزوجية. فالأشخاص الذين يعانون من ضعف في مهارات التكيف قد يجدون في تعاطي المخدرات وسيلة للهروب المؤقت من مشكلاتهم، إلا أن الاستمرار في هذا السلوك قد يؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسدي، مما يعزز خطر الإدمان. وفي هذا السياق، يمكن أن تساهم تقنيات الاسترخاء والتأمل في تخفيف التوتر وإدارة الضغوط النفسية، شريطة ممارستها بانتظام للوصول إلى نتائج فعالة. (مخامرة، 2018).

3-3- النظرية السلوكية:

حظيت النظرية السلوكية باهتمام كبير في دراسة أسباب تعاطي المخدرات، حيث سعت إلى تطوير تقنيات علاجية تعتمد على مبادئ التعلم. تنطلق هذه النظرية من فرضية أساسية مفادها أن جميع السلوكيات، سواء كانت سوية أو غير سوية، هي نتاج عملية التعلم. وفيما يتعلق بسلوك تعاطي المخدرات، تؤكد النظرية أن الأفراد يميلون إلى تكرار الأفعال التي تتم مكافأتهم عليها، بينما يمتنعون عن تلك التي تؤدي إلى العقاب أو لا تحقق لهم تعزيزًا إيجابيًا.

• تطبيقات النظرية السلوكية على تعاطي المخدرات

يُعد "وكلر" (Wikler) من أوائل الباحثين الذين طبقوا مبادئ الارتباط الكلاسيكي، كما طرحها بافلوف، لفهم كيفية اكتساب واستمرار أو انطفاء سلوك تعاطي المخدرات. فقد أشار إلى أن العوامل المرتبطة بالإشراف تلعب دورًا محوريًا في إدمان العقاقير، حيث أظهرت التجارب على الحيوانات أن

معدل الاستجابات المشروطة يزداد عند اقترانها بتناول المواد المخدرة مثل مشتقات الأفيون، المنبهات العصبية كالأمفيتامينات والكوكايين، أو المسكنات مثل الباربيتورات.

ووفقًا لـ "وكلر"، فإن الأشياء والسلوكيات المرتبطة بتعاطي المخدرات تتحول إلى "معززات ثانوية" بسبب ارتباطها المتكرر بالمتعزز الأولي الذي يوفره العقار نفسه. كما أن المنبهات البيئية المقترنة بأعراض الانسحاب تكتسب خصائص شرطية مؤلمة، مما يعزز من السلوك الإدماني. من جهته، يشير "ستولرمان" (Stolerman) إلى أن العقاقير ذات التأثير الإدماني يمكن أن تصبح مصادر لتعزيزات إيجابية في سياقات شرطية، مما يسهم في استمرار التعاطي.

• طرق تعلم السلوك الإدماني وفق المدرسة السلوكية

يرى أنصار المدرسة السلوكية أن هناك ثلاث طرق رئيسية لاكتساب السلوك الإدماني، وهي:

- التعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي

يفسر الإشراف الكلاسيكي العديد من الظواهر المرتبطة بالإدمان، مثل الرغبة الشديدة في المخدر والتسامح مع تأثيره، وذلك من خلال نموذجين رئيسيين:

نموذج الاستجابة التعويضية المشروطة: اقترحه "سيجل" (Siegel, 1978)، ويؤكد أن المثيرات البيئية المصاحبة لتعاطي المخدرات تصبح مرتبطة بتأثير العقار داخل الجسم، مما يؤدي إلى استجابة شرطية معاكسة لهذا التأثير. وتساعد هذه الاستجابة التعويضية في الحفاظ على التوازن الحيوي للجسم، لكنها قد تسهم أيضًا في زيادة الجرعات مع مرور الوقت.

نموذج دافعية الاشتهااء الشرطي للمخدر: قدمه "ستيوارت" وآخرون (Stewart et al., 1984)، ويشير إلى أن المنبهات المرتبطة بتأثير العقار التعزيزي، مثل رائحته أو البيئة التي يتم فيها التعاطي، يمكن أن تصبح محفزات قوية تدفع الفرد للبحث عن العقار واستخدامه، حتى في غيابه الفعلي.

- التعلم عن طريق الإشراف الإجرائي

يركز هذا النوع من التعلم على العلاقة بين السلوك ونتائجه، حيث يلعب التوقيت دورًا مهمًا في تعزيز أو كبح السلوك. فمثلاً، يشعر متعاطو المخدرات بالنشوة والراحة بعد فترة قصيرة من التعاطي، بينما تتأخر العواقب السلبية لفترة أطول، أو تظهر فقط عند الامتناع عن المخدر، مما يجعل المدمن أكثر عرضة للاستمرار في التعاطي أو العودة إليه بعد الإقلاع.

- النمذجة (التعلم بالملاحظة)

وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي، يتأثر الأفراد بالسلوكيات التي يلاحظونها لدى الآخرين، حيث يتعلمون من خلال مراقبة النماذج الاجتماعية وما يترتب على سلوكها من مكافآت أو عقوبات. يرى "باندورا" (Bandura) أن الإنسان لا يحتاج دائماً إلى تعزيز مباشر لاكتساب سلوك معين، بل يمكنه تعلمه عن طريق ملاحظة الآخرين وتقليدهم. وتُظهر الأبحاث أن الشباب الذين يتعرضون لنماذج تشجع على تعاطي المخدرات يطورون اتجاهات إيجابية نحو هذه السلوكيات، خاصة إذا كانت تلك النماذج تحظى بمكافآت اجتماعية أو نفسية نتيجة تعاطيها.

على الرغم من أن النظرية السلوكية قدمت إسهامات مهمة في تفسير سلوك الإدمان، إلا أنها تعرضت لبعض الانتقادات. فمثلاً، لم تفسر هذه النظرية بشكل كافٍ الدوافع التي تجعل بعض الأفراد يُقبلون على التعاطي بينما يحجم آخرون عنه، حتى في البيئات التي يتوفر فيها المخدر. وهذا يشير إلى

وجود عوامل دافعية وتوقعات نفسية تلعب دورًا أساسيًا في اتخاذ قرار التعاطي، وهي عوامل قد لا ترتبط بالضرورة بالمكافأة الفورية التي يوفرها العقار.

3-4- النظرية المعرفية :

يرى بيك أن الإدمان على المخدرات يرتبط بشكل أساسي بالمعتقدات التي يحملها الفرد حول المخدرات، حيث إن الأشخاص الذين يتبنون أفكارًا إيجابية عن تعاطيها غالبًا ما يمتلكون معتقدات خاصة تنتشط عند التعرض لظروف معينة يصفها بيك بـ"الظروف ذات الخطر المرتفع". هذه الظروف قد تكون خارجية، مثل تأثير الأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات، الاتصال بمروجيها، أو العيش في بيئات تنتشر فيها هذه الظاهرة. كما قد تكون داخلية، مثل المرور بحالات توتر نفسي حاد، كالاكتئاب، القلق، والتشاؤم. وفقًا لبيك، فإن هذه العوامل تساهم في تحفيز المعتقدات الإيجابية عن المخدرات أو إثارة الرغبة الملحة في التعاطي، حتى لدى من لم يسبق لهم التعاطي.

توضح النظرية أن سلوك الاعتماد على المخدرات يتطور وفقًا لآلية معرفية تبدأ بعوامل تحفيزية، تشمل التاريخ الأسري المرضي والخبرات المبكرة، مما يؤدي إلى تشكيل أنماط تفكير تلقائية تعزز من قيمة المخدرات في ذهن الفرد. لاحقًا، يقوم الشخص بمقارنة المنافع المتوقعة بالمخاطر المحتملة، مما يدفعه في النهاية إلى اتخاذ قرار بشأن التعاطي، خاصةً إذا كان لديه تاريخ عائلي مع الإدمان أو خبرات سابقة داعمة لهذا السلوك. مع تكرار التعاطي، تحدث تغييرات في الحالة الفيزيولوجية للفرد، ما يدفعه للبحث عن استراتيجيات للتكيف مع الرغبة الملحة في التعاطي. لكن في حال فشل هذه الاستراتيجيات، تعود المعتقدات المرتبطة بالإدمان لتصبح أكثر هيمنة، مما يعزز الدافع للاستمرار في التعاطي.

عندما يقترن التعاطي بعوامل خارجية مشجعة، حتى وإن كانت عرضية، يتشكل ارتباط شرطي بين المخدرات والاستجابة الإيجابية المتوقعة. وفقاً لنموذج مارلات (Marlatt)، فإن هذا الارتباط يحدث نتيجة عاملين أساسيين: أولاً، توافق التوقعات الإيجابية مع التأثير الفعلي للمادة المخدرة، وثانياً، تقليل الشعور بالضغط النفسي، مثل القلق أو الاكتئاب، عند التعاطي. ومع مرور الوقت، يصبح التعاطي وسيلة رئيسية للتعامل مع الضغوط النفسية، مما يزيد من احتمالية حدوث الانتكاسة.

ورغم الإسهام الكبير للنظرية المعرفية في فهم الإدمان وتقديم استراتيجيات لعلاج، إلا أن بعض الباحثين يشيرون إلى محدوديتها، حيث إنها لا تركز بشكل كافٍ على دور العوامل العاطفية في تكوين المعتقدات المرتبطة بالإدمان. فبينما يرى بعض المعرفيين أن الأفكار تسبق المشاعر، هناك من يشير إلى أن المشاعر السلبية أو الإيجابية يمكنها أيضاً أن تؤثر في تشكيل وتنشيط الأفكار والمعتقدات. كما أن النظرية لا تعطي أهمية كافية للعوامل البيئية والاجتماعية التي تلعب دوراً أساسياً في بناء منظومة المعتقدات لدى الفرد، خاصة خلال مراحل النمو المبكرة. (عبد المالك، 2020)

3-5- النظرية النفسية الاجتماعية :

تُعنى النظرية النفسية الاجتماعية بتفسير السلوك الإنساني من خلال العلاقة بين الفرد والبيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث ترى أن سلوك تعاطي المخدرات لا ينشأ بشكل مستقل، بل هو نتاج التفاعل بين شخصية الفرد وعوامل البيئة الاجتماعية، مثل الأسرة والأصدقاء والمجتمع. ويُعد مفهوم الذات والدور الاجتماعي من المبادئ الأساسية لهذه النظرية، حيث تؤثر نظرة الفرد لنفسه وطريقة تفاعله مع الآخرين في تشكيل سلوكه، بما في ذلك تعاطي المخدرات.

- نظرية التعلم الاجتماعي لرونالد أكرز

تُعتبر نظرية التعلم الاجتماعي من أبرز النظريات المندرجة ضمن التفسير النفسي الاجتماعي لتعاطي المخدرات، حيث طوّرها رونالد أكرز لتوضيح كيف يُكتسب السلوك المنحرف من خلال التفاعل الاجتماعي. وتعتمد هذه النظرية على مبدئين رئيسيين:

- السلوك المنحرف هو سلوك متعلم وليس موروثاً، حيث يكتسبه الأفراد عبر التفاعل اللفظي وغير اللفظي مع الآخرين.

- التفاعل مع الجماعات المرجعية يساهم في استمرار هذا السلوك أو تعديله، إذ يؤثر المحيط الاجتماعي في توجهات الفرد نحو التعاطي أو الامتناع عنه.

يرى أكرز أن الجماعات التي ينتمي إليها الفرد تُشكّل بيئة مشجعة أو رادعة للسلوك الإدماني. فإذا كانت المجموعة المرجعية تميل إلى تعاطي المخدرات، فمن المرجح أن يكتسب الفرد هذا السلوك ويتبناه. وعلى العكس، إذا كان المحيط الاجتماعي يرفض التعاطي، فمن المرجح أن يتراجع الفرد عنه.

- دور التعزيز في السلوك الإدماني

وفقاً لنظرية التعلم الاجتماعي، فإن استمرار تعاطي المخدرات يعتمد على مفهوم التعزيز، والذي ينقسم إلى نوعين:

- التعزيز الإيجابي (Positive Reinforcement): حيث يشعر المتعاطي بلذة مؤقتة أو راحة

نفسية بعد استهلاك المخدر، مما يدفعه إلى تكرار السلوك. كما قد يتعلم التعاطي من خلال

النمذجة المعرفية (Cognitive Modeling)، أي تقليد الآخرين الذين يمارسون السلوك نفسه.

- التعزيز السلبي (Negative Reinforcement): يتمثل في استخدام المخدرات كوسيلة للهروب

من المشاعر السلبية أو الضغوط النفسية، أو لتجنب أعراض الانسحاب المؤلمة، مما يجعل

المتعاطي يستمر في استهلاكها للحفاظ على مستوى معين من المخدر في الدم.

- الأبعاد العلاجية للنظرية

لا تقتصر نظرية التعلم الاجتماعي على تفسير أسباب التعاطي، بل تمتد إلى تقديم حلول علاجية

تعتمد على إعادة التعلم (Relearning) وتعديل السلوك. فمن خلال استراتيجيات مثل الإطفاء، والتعزيز

البديل، والنمذجة الإيجابية، والعقاب السلوكي، يمكن تقليل السلوك الإدماني واستبداله بأنماط أكثر

إيجابية. وهذا ما يجعل هذه النظرية ذات أهمية في مجالات العلاج السلوكي والإرشاد النفسي لمتعاطي

المخدرات.

تعكس النظرية النفسية الاجتماعية مدى تأثير السلوك الإدماني بالعوامل البيئية والاجتماعية، وتؤكد

أن تعاطي المخدرات ليس مجرد قرار فردي، بل هو سلوك مكتسب من خلال التفاعل مع الآخرين. ومن

هنا، فإن فهم آليات التعلم الاجتماعي يساعد في تطوير استراتيجيات فعالة للوقاية والعلاج، من خلال

التأثير على البيئة المحيطة بالفرد وتعزيز السلوكيات البديلة الإيجابية. (مخامرة، 2018).

تُظهر النظريات المفسرة للإدمان أن هذه الظاهرة لا يمكن اختزالها في سبب واحد، بل هي نتاج

تفاعل معقد بين العوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية. فبينما تبرز العوامل الوراثية والتغيرات العصبية

دور الدماغ في تعزيز الاعتماد على المخدرات، تسلط النظريات النفسية الضوء على الصراعات الداخلية

والتكيف مع الضغوط، فيما تؤكد النظريات السلوكية والاجتماعية أهمية البيئة والتفاعل مع الآخرين في

تشكل هذا السلوك. ويُعد هذا الفهم الشامل للإدمان أساساً لتطوير استراتيجيات علاجية فعالة، تجمع بين التدخلات البيولوجية والنفسية والاجتماعية لمساعدة الأفراد على التعافي وتحقيق حياة أكثر استقراراً.

4. أسباب الإدمان على المخدرات:

تتعدد الأسباب التي تدفع الأفراد إلى تعاطي المخدرات، حيث يرى بعض الباحثين أن العوامل الشخصية، والاستعداد النفسي للمتعاظم، تلعب دوراً أساسياً في احتمال وقوعه في الإدمان. بينما يربط آخرون هذه الظاهرة بالظروف الاجتماعية غير المستقرة، وضعف الضبط الأسري، والتحديات الحياتية الصعبة. كما يعتبر البعض أن طبيعة المادة المخدرة نفسها والعوامل المرتبطة بها تؤثر أيضاً في انتشار التعاطي.

وعلى الرغم من أن هذه العوامل لا تعمل بشكل منفصل، بل تتداخل وتتفاعل فيما بينها، فإنه سيتم عرضها بشكل منفصل لتوضيح تأثير كل منها.

4-1- الأسباب المتعلقة بالمتعاطي نفسه:

يؤكد علم النفس على وجود فروق فردية بين الأشخاص، حتى لو بدت بعض التشابهات بينهم، مما يجعل الإدمان مرتبطاً بسمات شخصية معينة. وفيما يلي بعض العوامل التي قد تسهم في ميل الشخص نحو التعاطي:

- العوامل الوراثية:

تشير بعض الدراسات إلى احتمال وجود علاقة بين تعاطي المخدرات لدى الوالدين وإدمان الأبناء، إلا أن هذه الفرضية لم تثبت بشكل قاطع حتى الآن.

- شخصية المدمن:

يرى العديد من الباحثين أن تعاطي المخدرات قد يكون وسيلة للتعامل مع مشاعر الحرمان والإحباط، وهو ما يدفع بعض الأفراد إلى استخدام المخدرات كآلية تعويضية لتحقيق التوازن النفسي.

وقد صنفت بعض الدراسات الشخصيات الأكثر عرضة للتعاطي إلى الفئات التالية:

الشخصية غير الناضجة: تعاني هذه الشخصية من صعوبة في بناء علاقات اجتماعية ناجحة، كما تقتصر إلى الاستقلالية وتعتمد بشكل مفرط على الآخرين.

الشخصية المتفانية في ذاتها: تتسم بعدم القدرة على تأجيل إشباع الرغبات، حيث يسعى صاحبها إلى تحقيق رغباته فوراً دون تفكير في العواقب.

الشخصية المضطهدة لذاتها: تعاني من صعوبة في التعبير عن الغضب، مما يدفعها إلى اللجوء إلى المخدرات كوسيلة للهروب من المشاعر السلبية أو التعبير عن الغضب بشكل غير مباشر.

الشخصية الاكتئابية: تتسم بمشاعر القلق والتوتر المستمر، ما يجعل المخدرات وسيلة للهروب من المشكلات النفسية.

الشخصية ذات الاضطرابات الجنسية: قد يكون الضعف الجنسي أو الميول غير المتوافقة مع المعايير المجتمعية دافعاً لبعض الأفراد للجوء إلى المخدرات.

وبشكل عام، فإن الاستعداد النفسي والتجارب الشخصية للأفراد قد تسهم في ميلهم إلى تعاطي المخدرات، حيث يعترف العديد من المدمنين بأنهم لجأوا إلى المخدرات بحثاً عن المتعة أو للهروب من الألم النفسي والجسدي. (حجار، 1992)

يلجأ بعض المراهقين المصابين بالاكتئاب إلى تعاطي الحشيش كوسيلة للهروب من معاناتهم النفسية، إذ لا يشعرون بالارتياح والسكينة إلا تحت تأثيره. وقد صرح العديد منهم بسهولة التعلق بهذه المادة باعتبارها وسيلة للاسترخاء، مقابل صعوبة كبيرة في الإقلاع عنها لاحقاً، ما يعكس خطر تحولها إلى عادة يصعب السيطرة عليها. (فيتز باتريك وشاري، 2007)

عوامل أخرى متعلقة بشخصية المدمن

- أشار بعض الباحثين إلى وجود أسباب إضافية قد تدفع الأفراد نحو تعاطي المخدرات، ومن بينها:
- حب الاستطلاع: يدفع الفضول العديد من الشباب إلى تجربة المخدرات، خاصة عند التعرض لمؤثرات إعلامية أو مجتمعية تروج لها.
- البحث عن الإثارة: تنتشر بين بعض الأوساط أفكار خاطئة حول قدرة المخدرات على زيادة المتعة والإحساس بالنشوة، ما يجعلها عامل جذب قوياً لبعض الشباب.
- الشعور بالملل: يؤدي الفراغ والرتابة في الحياة اليومية إلى البحث عن وسائل للهروب، وقد تكون المخدرات أحد الخيارات المطروحة أمام الشباب الذين يعانون من غياب الطموح أو غياب المشاريع المستقبلية.

- الجهل بمخاطر المخدرات: يجهل بعض الأفراد العواقب الخطيرة لتعاطي المخدرات، ويعتقدون أن بإمكانهم تجربتها ثم الإقلاع عنها بسهولة، مما يؤدي إلى الوقوع في الإدمان دون إدراك مسبق.
- ضعف الوازع الديني: يسهم الابتعاد عن القيم الدينية وفقدان التوازن الروحي في جعل الفرد أكثر عرضة للوقوع في سلوكيات غير صحية، من بينها تعاطي المخدرات.
- الفشل الدراسي: يُعتبر الفشل في الدراسة أحد العوامل التي قد تدفع بعض المراهقين والشباب إلى الإدمان، حيث يؤدي الشعور بالإحباط وانخفاض تقدير الذات إلى البحث عن بدائل تمنحهم إحساسًا مؤقتًا بالراحة، خاصة في ظل الضغوط العائلية والانتقادات المتكررة من المحيطين بهم.
- وبذلك، فإن العوامل النفسية والاجتماعية والشخصية تلعب دورًا مركزيًا في توجيه الأفراد نحو التعاطي، مما يجعل من الضروري تبني استراتيجيات وقائية تستهدف مختلف هذه الجوانب.

4-2- الأسباب المتعلقة بالبيئة والمجتمع:

تلعب العوامل البيئية والاجتماعية دورًا رئيسيًا في تشكيل شخصية الأفراد وتوجيه سلوكياتهم، بما في ذلك الميل إلى تعاطي المخدرات. فالفرد يتفاعل مع محيطه ويتأثر بالقيم والعادات السائدة، كما أن البيئة تفرض عليه متطلبات وضوابط قد تؤثر على توافقه النفسي والاجتماعي. وعندما يعاني الفرد من بيئة غير مستقرة أو ضاغطة، قد يلجأ إلى سلوكيات غير صحية، من بينها تعاطي المخدرات.

• العوامل الثقافية والتنميط الحضاري:

تمثل الثقافة السائدة في المجتمع عاملاً مهماً في تشكيل مواقف الأفراد تجاه المخدرات. فبعض المجتمعات قد تروج لمعتقدات إيجابية حول بعض أنواع المخدرات، مثل الاعتقاد بأن الحشيش يعزز الإبداع والذكاء في بعض الدول، بينما تنظر مجتمعات أخرى إلى المخدرات باعتبارها سلوكًا منحرفًا لا

يقبل عليه سوى الفئات المهمشة. تؤثر هذه القيم والتصورات الجماعية على قرارات الأفراد بشأن التعاطي أو الامتناع عنه.

• تأثير الأسرة في تعاطي المخدرات:

يعاني بعض الأفراد من مشاكل متعلقة بالكحول تعود إلى استخدامهم له كوسيلة للهروب من التوتر النفسي، إلى جانب الإفراط المزمن في الشرب رغم أضراره الصحية. كما ترتبط هذه السلوكيات بمعتقدات خاطئة حول الكحول، مما يعزز الاعتماد عليه. وفي النهاية، تنشأ عن الإدمان مشكلات نفسية واجتماعية وصحية، تكون نتيجة له وليست سبباً في حدوثه. (حجار، 1992)

تشير الدراسات إلى أن أغلب المتعاطين ينتمون إلى أسر تعاني من المشكلات التالية:

- استخدام العقاب الجسدي المفرط أو المعاملة القاسية.
- وجود عدد كبير من أفراد الأسرة، مما يؤدي إلى ضعف المتابعة الأسرية.
- الطلاق أو الانفصال بين الوالدين.
- الانحلال الأخلاقي وضعف القيم الدينية داخل الأسرة.
- توتر العلاقات بين أفراد الأسرة وغياب الدعم العاطفي.
- تأثير القيم الاجتماعية والدينية

يرى بعض الباحثين أن الاغتراب عن القيم والتقاليد الاجتماعية والدينية قد يزيد من احتمال تعرض

الشباب لتعاطي المخدرات. فالأفراد الذين يعانون من ضعف الروابط الأسرية، أو الذين يشعرون بعدم

الانتماء إلى مجتمعهم، يكونون أكثر عرضة للانجذاب إلى مجموعات قد تشجعهم على التعاطي، خاصة

إذا كانوا يعانون من ضغوط نفسية أو انخفاض تقدير الذات.

• دور وسائل الإعلام في نشر ثقافة المخدرات:

تؤدي وسائل الإعلام دورًا مزدوجًا في التأثير على ظاهرة تعاطي المخدرات، فقد تساهم في التوعية بمخاطرها، لكنها قد تلعب أيضًا دورًا في الترويج لها، سواء بشكل مباشر أو غير مباشر.

تشير بعض الدراسات إلى أن وسائل الإعلام، مثل التلفزيون والراديو والصحف، تعتبر من المصادر الأساسية التي يحصل الشباب من خلالها على معلومات حول المخدرات. كما أوضحت بعض الأبحاث وجود علاقة بين مدى تعرض الأفراد لمشاهد تعاطي المخدرات في وسائل الإعلام وزيادة احتمال تجربتهم لها.

ومن بين التأثيرات السلبية التي قد تمارسها وسائل الإعلام:

- تقديم المخدرات على أنها وسيلة للهروب من المشاكل وتحقيق السعادة.
- إضفاء طابع الإثارة على تعاطي المخدرات، مما قد يجذب الشباب إليها.
- تعزيز فكرة أن المخدرات تمنح القوة أو تساعد على مواجهة الضغوط النفسية.

• تأثير الأصدقاء والأقران:

يعتبر ضغط الأقران أحد العوامل الأكثر شيوعًا التي تدفع الشباب إلى تجربة المخدرات. فالفرد قد يلجأ إلى تكوين علاقات خارج نطاق الأسرة لتعويض غياب الدعم العاطفي، وفي حال كانت هذه العلاقات مع رفاق يتعاطون المخدرات، فإن ذلك يزيد من احتمال وقوعه في الإدمان. فقد يشعر المراهق أو الشاب بالحاجة إلى الانتماء، مما يجعله يتبنى سلوكيات المجموعة حتى لو كانت ضارة. (قدور،

2006)

يتضح مما سبق أن العوامل البيئية والاجتماعية تلعب دوراً جوهرياً في تشكيل سلوكيات الأفراد، ويمكن أن تساهم بشكل مباشر أو غير مباشر في زيادة احتمالات تعاطي المخدرات. ولذلك، فإن الوقاية تتطلب جهوداً متكاملة تشمل تعزيز الروابط الأسرية، وتطوير الوعي المجتمعي، وتقنين تأثير وسائل الإعلام، بالإضافة إلى توعية الشباب بمخاطر ضغط الأقران.

4-3- العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل:

• تركيب العقار وخواصه الكيميائية:

لكل مادة طبيعية تركيب كيميائي مميز، مع إمكانية وجود تشابه جزئي بين بعضها. عند تناول العقار، تطرأ عليه تغييرات خلال عملية الامتصاص ووصوله إلى الجهاز العصبي، حيث تُستقبل جزيئاته بواسطة مستقبلات متخصصة على الخلايا العصبية. إذا لم يتطابق تركيب جزيئات العقار مع مستقبلاته الخلوية، فإن تأثيره يكون ضئيلاً أو معدوماً؛ أما في حالة التطابق، فيظهر تأثير العقار بشكل فعال. يعد التركيب الكيميائي وتوافقه مع المستقبلات من العوامل الحاسمة في تحديد فاعلية العقار .

• طريقة استعمال العقار:

يختلف تأثير العقار على الإنسان بحسب طريقة التعاطي المستخدمة، وتتربط طرق الاستعمال

بحسب درجة خطورتها على النحو التالي:

- التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهي الوسيلة التي تُحدث التأثير الأكبر وتزيد من احتمالية الإدمان.
- التعاطي عن طريق الفم (عبر الجهاز الهضمي).

- التعاطي عن طريق الأنف (من خلال الاستنشاق).

- التعاطي عن طريق التدخين، والتي تُعتبر الأقل خطورة في تحفيز الإدمان.

وتجدر الإشارة إلى أن تأثير العقار يتأثر أيضًا بكمية الاستعمال وتكراره وانتظامه أو الفترات الزمنية الفاصلة بين الجرعات. (عبد المالك، 2020)

• سوء الاستعمال والإسراف في استخدام المواد

يشير سوء الاستعمال إلى الاستخدام المفرط أو غير المنتظم لمادة ما، بدافع شخصي ودون إشراف طبي، غالبًا بهدف تحقيق شعور مؤقت بالراحة أو بدافع الفضول والتجربة. لا يصل سوء الاستعمال دائمًا إلى درجة الإدمان، إلا أن التمييز بينهما قد يكون صعبًا في بعض الحالات. ويتخذ هذا السلوك شكلين أساسيين:

- الاستخدام المتكرر الذي يقترب من الإدمان، كما في حالات تعاطي الأفيون، الكحول، أو المهدئات.

- الاستخدام العرضي بهدف التجربة، مثل تعاطي الحشيش، LSD، أو المواد المستنشقة.

كما يُعد تناول المسكنات والأدوية دون وصفة طبية، سواء بانتظام أو بشكل متقطع، شكلاً من أشكال سوء الاستعمال. (الدمرداش، 1982)

• سهولة الحصول على العقار:

تُعد سهولة الوصول إلى العقار من المتغيرات الأساسية التي تؤثر في إمكانية تعاطيه. فلا يمكن تعاطي مادة دون توفرها بسهولة، حيث إن صعوبة الحصول على مادة معينة، مثل الخمر في بعض

الأحيان، تقلل من فرص التعاطي وتحد من احتمال الإدمان. وعلى النقيض، فإن توافر المادة في البيئة المنزلية دون رقابة يتيح لأفراد الأسرة إمكانية الاستهلاك المتكرر، مما يزيد من فرص الوقوع في الإدمان. وينطبق هذا المبدأ على جميع أنواع المخدرات بغض النظر عن نوعها.

• نظرة المجتمع للعقار

يلعب الموقف الاجتماعي تجاه العقار دوراً حاسماً في مدى توفره وانتشاره، وبالتالي في احتمالية الإدمان عليه. فمثلاً، في بعض المجتمعات الغربية، يُعد استهلاك الكحول أمراً شائعاً ومقبولاً اجتماعياً، حيث لا توجد قيود صارمة على بيعه أو شربه، مما يزيد من احتمالات تعاطيه والإدمان عليه في المقابل، تفرض المجتمعات التي تحرم هذه المواد، سواء لأسباب دينية أو قانونية، قيوداً صارمة تحد من انتشارها، مما يقلل من فرص التعاطي والإدمان عليها. (عبد المالك، 2020)

يعود هذا التفاوت أساساً إلى ثلاثة عوامل: أولها، الجذور الثقافية للمادة، فكلما كان استخدامها متأصلاً ازداد تقبل المجتمع لها؛ ثانياً، تأخر ظهور الأضرار الصحية، كما هو الحال مع الكحول والتدخين، حيث لا تظهر آثارهما إلا بعد سنوات، وغالباً لدى نسبة محدودة من المستهلكين؛ وثالثاً، توفر المادة وسعرها المنخفض، مما يسهل تداولها ولا يتعارض مع القيم المجتمعية، كما نلاحظ مع التبغ والقهوة. ومع ذلك، لا يمكن وضع جميع هذه المواد في نفس الخانة من حيث خطورتها أو آثارها الصحية. (الدمرداش، 1982)

تعاطي المخدرات ظاهرة معقدة تتأثر بعدة عوامل، منها البيئة الاجتماعية، والثقافة، ووسائل الإعلام، وطبيعة العقار نفسه. تلعب الأسرة والمجتمع دوراً مهماً في تشكيل سلوك الأفراد، حيث تزيد البيئة غير المستقرة وضعف الروابط الأسرية من احتمالية الإدمان. كما أن سهولة الحصول على العقار،

وطريقة تعاطيه، وتركيبه الكيميائي تؤثر على سرعة الإدمان. للحد من هذه الظاهرة، يجب تعزيز التوعية المجتمعية، وتقوية الروابط الأسرية، والحد من تأثير الإعلام السلبي، مع فرض رقابة صارمة على توفر المخدرات.

5. آثار الإدمان على المخدرات:

يرجع البعض لفكرة أن تعاطي المخدرات يمنح الفرد شعورًا بالسعادة والراحة، إلا أن هذه الفكرة ليست سوى وهم وتزييف للواقع. ففي المراحل الأولى من الإدمان، قد يشعر الشخص بحالة من النشوة المؤقتة وزيادة الثقة بالنفس، وهو ما يُعرف بـ "شهر العسل" عند المدمنين، وفقًا لما يذكره الباحثون. غير أن هذه الحالة لا تدوم طويلًا، إذ سرعان ما يدخل المدمن في دوامة من المشكلات النفسية والجسدية والاجتماعية التي تؤثر على حياته بشكل كبير.

ولكي تكتمل دراستنا حول هذه الظاهرة، لا بد من إلقاء الضوء على الوجه الآخر لتعاطي

المخدرات، حيث يمكن تصنيف آثاره إلى فئتين رئيسيتين:

5-1 - الأضرار الجسدية والنفسية:

يؤثر تعاطي المخدرات على مختلف أجهزة الجسم، كما ينعكس سلبيًا على الصحة النفسية والعقلية للفرد، مما يؤثر على توافقه مع المجتمع وإنتاجيته سواء في العمل أو الدراسة. ويصبح المدمن معتمدًا كليًا على المادة المخدرة، ما يجعله فاقدًا للإرادة وغير قادر على التحكم في تصرفاته.

• الأضرار الجسدية:

يؤدي إلى تدهور واضح في صحة الإنسان الجسدية، حيث يرتبط بظهور عدة اضطرابات عضوية مثل ارتفاع ضغط الدم، واضطراب نبضات القلب، بالإضافة إلى شعور عام بالضعف والوهن. كما يسرّع هذا التعاطي من مظاهر الشيخوخة المبكرة. ولا يقتصر الأمر على الجانب الجسدي فحسب، بل تظهر أعراض نفسية حادة كالغضب والانفعال المفرط ونوبات الهلع، مما قد يدفع المتعاطي إلى سلوكيات خطيرة كالعنف، والسرقة، والقتل، والانتحار. وتشير الدراسات الطبية إلى أن متوسط عمر مدمني المخدرات، خاصة الهيروين، يكون أقصر بكثير مقارنة بغيرهم، إذ نادرًا ما يتجاوزون العقد الرابع من حياتهم. (الحساني، 2023)

- اضطرابات في الجهاز العصبي، بما يشمل تلف الدماغ والمخيخ والحبل الشوكي والأعصاب.
- مشاكل في الحواس والإدراك، مما يعيق قدرة المدمن على التفاعل مع بيئته.
- أمراض الجهاز الهضمي، مثل قرحة المعدة وتليف الكبد.
- أمراض الجهاز الدوري، بما في ذلك اضطرابات ضغط الدم وأمراض القلب.
- تأثيرات على الجهاز التناسلي، تصل إلى العجز الجنسي في بعض الحالات.
- في بعض الحالات الحادة، قد يتسبب التعاطي في الشلل أو الوفاة، خاصة عند تعاطي جرعات زائدة.

اثر المخدرات عن الدماغ

أظهرت الأبحاث الحديثة في علم الأعصاب والتصوير الدماغى أن المؤثرات العقلية تؤثر على الدماغ من خلال آليات عصبية متشابهة، بغض النظر عن كونها مواد مشروعة أو محظورة. إذ تتدخل

هذه المواد في نظام الاتصال بين العصبونات، الذي يعتمد على نقل الإشارات بواسطة نواقل عصبية مثل الدوبامين، السيروتونين، والأسيتيل كولين. وتعمل بعض المخدرات على زيادة تركيز هذه النواقل من خلال منع إعادة امتصاصها (كما في حالة الكوكايين)، أو تثبيط عملها الطبيعي (كما تفعل الكحول)، أو تقليدها والارتباط بمستقبلاتها (كما يفعل النيكوتين أو المورفين). ويؤدي هذا الخلل إلى تنشيط ما يُعرف بـ"دائرة الإثابة" في الدماغ، وهي المسؤولة عن الشعور باللذة، مما يعزز السلوك الإدماني ويدفع إلى التكرار القهري للتعاطي. (مايسترشي، 2014)

• الأضرار النفسية:

تزودنا الدراسات التجريبية المنشورة بكمٍ كبير من المعطيات الدقيقة حول التأثيرات السلوكية لتعاطي ، حيث تسلط الضوء على مجموعة من الاضطرابات النفسية التي قد تصيب المتعاطين. ومع ذلك، فإن غالبية هذه البيانات تتركز على التأثيرات الآنية للتعاطي، أي تلك التغيرات السلوكية التي تظهر خلال الساعات الأولى من استهلاك المادة، وتحديداً في حدود ثلاث إلى أربع ساعات بعد التعاطي. ويكاد يتفق الباحثون المتخصصون على وجود هذه الآثار القصيرة المدى. (المهندي، 2013)

اما عامة فإن تأثير التعاطي نفسيا يؤدي إلى:

- ضعف الوظائف العقلية، مثل الخمول، فقدان الذاكرة، واضطراب التفكير .
- مشاعر القلق والخوف والانطواء، وصولاً إلى الاكتئاب الحاد.
- تراجع الدوافع والطموحات، ما يجعل المدمن فاقداً للرغبة في تحقيق أهداف مستقبلية.
- الميل إلى التفكير الخرافي والهروب من الواقع.

وقد أكدت الدراسات أن انتشار الأمراض النفسية أعلى بين متعاطي الأدوية المهدئة مقارنةً بمتناولي المخدرات الطبيعية، كما أظهرت الأبحاث أن هناك علاقة قوية بين اضطرابات الشخصية والإدمان، حيث يعاني المدمنون من أنماط سلوكية مضطربة تجعلهم أكثر عرضة للانعزال أو ارتكاب سلوكيات غير متزنة.

5-2 - سوء التوافق الاجتماعي والسلوك الإجرامي:

لا تقتصر آثار تعاطي المخدرات على الفرد فقط، بل تمتد إلى الأسرة والمجتمع، حيث تعد المخدرات عاملاً رئيسياً في تفكك الأسر وانهيار القيم داخلها.

• ومن بين التأثيرات الاجتماعية للإدمان:

يُعد تعاطي المخدرات من أخطر الظواهر الاجتماعية التي تؤثر بشكل سلبي على أمن واستقرار المجتمع، حيث تتعدى تأثيراته الفرد لتتطال الأسرة والمجتمع بأكمله. فالإدمان يؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على تحمل مسؤولياته ويضعف من إنتاجيته ودوره الاجتماعي. كما أن التكاليف المالية المرتبطة بالتعاطي تضع عبئاً اقتصادياً على الأسرة، مما قد يؤدي إلى تدهور أوضاعها المعيشية ودفع بعض أفرادها إلى ممارسات غير قانونية كالنسول أو السرقة أو الدعارة، وهو ما يعمق من المشكلات الاجتماعية والاقتصادية داخل المجتمع (ابوعلوي، 2016).

- تأثيره على الأجنة: عند إدمان أحد الوالدين، وخاصة الأم، تزداد احتمالات تعرض الجنين

لمخاطر عديدة، مثل التشوهات الخلقية، أو الوفاة قبل أو بعد الولادة.

- خلق بيئة أسرية غير مستقرة: يؤدي وجود مدمن في الأسرة إلى خلق جو من التوتر

والصراعات، مما يجعل الأبناء عرضة للانحراف أو تكرار تجربة الإدمان.

- تفكك الأسرة: تشير الدراسات إلى أن نسبة كبيرة من الأحداث الجانحين ينحدرون من أسر يوجد فيها مدمنون، ما يعزز احتمالية انخراطهم في سلوكيات منحرفة.
- ضعف المسؤولية الاجتماعية: يصبح المدمن شخصاً غير ملتزم بالقيم الأخلاقية، مما يؤدي إلى عزله اجتماعياً.
- ارتكاب الجرائم: تحت تأثير الإدمان، يلجأ البعض إلى السرقة أو الاحتيال من أجل الحصول على المال لشراء المخدرات، كما قد ينخرط المدمن في سلوكيات عنيفة بسبب فقدانه السيطرة على أفعاله.

وقد أظهرت دراسات ميدانية أن نسبة كبيرة من المدمنين المتورطين في الجرائم يفعلون ذلك بدافع الحاجة إلى المخدر، وليس بسبب كونهم مجرمين محترفين. وعلى الرغم من ذلك، فإن استمرار الإدمان يدفعهم إلى ارتكاب المزيد من المخالفات القانونية، مما يهدد استقرارهم ومستقبلهم. (قدور، 2006)

5-3- التأثيرات الاقتصادية:

تُعد الأضرار الاقتصادية للمخدرات من أبرز التحديات التي تواجه الفرد والمجتمع على حد سواء. فالأنشطة المرتبطة بالاتجار غير المشروع بالمخدرات تُسبب خسائر مالية جسيمة، حيث تُهدر موارد مالية كان من الممكن توجيهها نحو مشاريع تنموية تدعم الاقتصاد الوطني، إلى جانب تأثيرها السلبي على احتياطي العملات الصعبة نتيجة التحويلات غير القانونية إلى خارج البلاد.

أما على مستوى الأفراد، فإن تعاطي المخدرات يتسبب في استنزاف جزء كبير من دخل المتعاطي لتأمين الجرعات، مما ينعكس سلباً على مستواه المعيشي وأوضاع أسرته الاقتصادية والاجتماعية، ويؤدي

إلى تراجع القدرة على تأمين الاحتياجات الأساسية. كما أن هذا السلوك غالبًا ما يؤدي إلى تدني أداء المتعاطي في العمل أو حتى تركه نهائيًا، نتيجة الضعف الجسدي والإهمال الذي تفرضه حالة الإدمان. في بعض الحالات المتقدمة، قد يلجأ المدمن إلى بيع ممتلكاته لتأمين تكلفة المخدرات، التي تختلف قيمتها تبعًا لنوع المادة وسعر السوق ومرحلة الإدمان وعدد الجرعات اليومية. فعلى سبيل المثال، تُعد تكلفة الهيروين أعلى بكثير من الحشيش. وسيتم في الجدول التالي عرض تقديرات مالية تبين متوسط الإنفاق على المواد المخدرة من قبل المتعاطين، وفقًا للمعطيات المتاحة.

يتحول المدمن من شخص متزن نفسيًا واجتماعيًا إلى فرد مستعبد لرغباته، فاقد للسيطرة على حياته، ما يجعله عرضة للانحيار الصحي والاجتماعي. كما أن تأثير المخدرات لا يقتصر عليه فحسب، بل يمتد إلى أسرته ومحيطه، مسببًا تفككًا أسريًا وارتفاعًا في معدلات الجريمة والبطالة. ولذا، فإن محاربة هذه الظاهرة تتطلب تكاتف الجهود بين الأفراد والمجتمع لوضع حلول جذرية للحد من انتشارها. (السعد،

(1990)

خلاصة الفصل:

يتضح من خلال البحث في الإدمان على المخدرات أنه ليس مجرد سلوك خاطئ أو عادة سيئة، بل هو اضطراب معقد تتداخل فيه العوامل النفسية والاجتماعية والجسدية، مما يجعل مكافحته تحديًا يتطلب تضافر الجهود على مختلف المستويات. فبالإضافة إلى التأثير السلبي على صحة الأفراد، يمتد الإدمان ليؤثر على المجتمع ككل، مما يستدعي اتخاذ تدابير وقائية وعلاجية فعالة.

ولذلك، فإن مواجهة هذه الظاهرة تحتاج إلى وعي جماعي بأخطارها، وتعزيز برامج التوعية والعلاج والدعم النفسي والاجتماعي للمدمنين، إلى جانب تشديد الرقابة على مصادر المخدرات وتوفير بدائل صحية تساعد الأفراد على تجاوز هذه الأزمة. فقط من خلال هذه الجهود المشتركة يمكن الحد من انتشار الإدمان على المخدرات وتحقيق مجتمع أكثر صحة واستقرارًا.

الجانِب التّطبيقي

الفصل الرابع

الفصل الرابع :

الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية.

2. منهج الدراسة.

3. مجموعة الدراسة.

4. مجالات الدراسة

5. أدوات جمع البيانات

الخلاصة الفصل

تمهيد

يهدف الجانب التطبيقي من الدراسة إلى التحقق من مدى ارتباط المعطيات الميدانية بالإطار النظري وتكاملهما معاً. ويُعد هذا الجانب ركيزة أساسية في أي بحث علمي، إذ يعتمد على تطبيق تقنيات وأدوات منهجية كالمقابلات، والاختبارات، والمقاييس النفسية، إضافة إلى التحليل الإحصائي، وذلك بهدف التأكد من صحة الفرضيات المطروحة. كما يسهم هذا الجزء في معالجة إشكالية البحث من خلال تحليل المعطيات المجمعة، بالاستعانة بأدوات وأساليب تحليلية متنوعة للوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية.

1. الدراسة الاستطلاعية

1-1- مفهوم الدراسة الاستطلاعية:

تُعد الدراسة الاستطلاعية عنصراً أساسياً في بناء البحث العلمي، وإهمال التطرق إليها يُفقد البحث أحد مكوناته المهمة، ويُهدر مجهوداً كبيراً تم بذله في المرحلة التمهيدية للبحث، خاصة لما تحققه هذه الدراسة من تأكيد على صلاحية أدوات البحث وتعميق الفهم للموضوع المدروس وفروضه وغير ذلك. وانطلاقاً من هذه الأهمية، وقبل البدء في خطوات الدراسة الأساسية، قمنا بمحاولة إجراء دراسة استطلاعية، وهي تهدف في أي بحث إلى تحديد مجتمع الدراسة وعينته، واختبار أدوات البحث من حيث الصدق والثبات، ومدى صلاحيتها في أداء مهمتها في الظروف التي سيتم فيها تطبيق البحث. كما تساعد هذه المرحلة على التأكد من شمولية البنود وقدرتها على تغطية أهداف الدراسة وموضوعها، إلى جانب إتاحة الفرصة لتعديل بعض البنود وإعادة صياغتها.

وتُساهم أيضاً في جمع المعطيات الضرورية للدراسة، كما تمنح نتائجها الأولية مؤشرات حول مدى صلاحية الفروض، وما إذا كانت تحتاج إلى تعديل قبل تطبيقها على العينة الأساسية. (قدوري، 2017)

تمت الدراسة في عياده طبيه مختصه في الامراض النفسية والعقليه تتكفل الامراض الذهانية والامراض والعصاب والادمان وطب الاطفال والمراهقين مع خبره معتمده عند المحكمة تتعامل مع المصحات العقلية لديها طابق واحد يتكون من مكتب للطبيب النفساني والارطفوني مع مكتب للطبيب العقلي.

1-2- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية في هذا البحث إلى ما يلي:

- التعرف على واقع الإدمان لدى المراهقين داخل المؤسسات المختصة، والاطلاع الميداني على طبيعة الحالات المتوفرة ومدى انتشارها.
- اختبار أدوات البحث (وخاصة مقياس بيك للاكتئاب) من حيث الصدق والثبات ومدى ملاءمتها للفئة المستهدفة وظروف التطبيق.
- تحليل مدى شمولية أدوات القياس في تغطية أبعاد الظاهرة المدروسة، أي مدى قدرتها على قياس الاكتئاب لدى فئة المراهقين المدمنين بشكل دقيق.
- رصد الصعوبات الميدانية المحتملة التي قد تواجه الباحثة أثناء تطبيق أدوات الدراسة الأساسية، سواء ما تعلق منها بالتواصل مع العينة أو بجمع المعطيات.
- جمع بيانات أولية نوعية وكمية تساعد في إثراء الإطار النظري للبحث وتوجيه الفرضيات بشكل أدق.
- تحديد عينة الدراسة الأساسية بشكل أولي من خلال فهم خصائص المجتمع الإحصائي ودرجة تنوع حالاته.
- تقييم أولي لصلاحية الفرضيات المطروحة في البحث، انطلاقاً من المؤشرات المبدئية التي قد تظهر من خلال النتائج الاستطلاعية.

1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

أسفرت الدراسة الاستطلاعية التي تم إجراؤها على عينة محدودة من المراهقين المدمنين على المخدرات عن مجموعة من النتائج الأولية المهمة، والتي ساعدت في توجيه مسار البحث الأساسي، ويمكن تلخيصها فيما يلي:

- صلاحية مقياس بيك للاكتئاب: أظهرت النتائج الأولية أن المقياس قابل للتطبيق على الفئة المستهدفة، حيث تم فهم بنوده بشكل عام من طرف المراهقين، رغم الحاجة إلى تبسيط بعض العبارات بما يتلاءم مع المستوى العمري والتعليمي للعينة.
- تباين درجات الاكتئاب: لوحظ وجود تفاوت واضح في درجات الاكتئاب بين المبحوثين، حيث سجل بعضهم درجات مرتفعة تشير إلى اكتئاب شديد، في حين كانت درجات البعض الآخر معتدلة أو خفيفة، مما يعكس تنوعاً في الأثر النفسي للإدمان.
- تجاوب العينة مع أدوات البحث: أبدت العينة تجاوباً جيداً مع تطبيق أدوات القياس، خاصة عند توفير جو من الثقة والاحترام داخل المؤسسة، مما شجعهم على التفاعل بصدق مع الأسئلة المطروحة.
- صعوبات ميدانية: هناك بعض العراقيل الميدانية، تمثلت أساساً في القيود الإدارية داخل العيادة، وصعوبة الحصول على الموافقة الفورية لبعض الحالات، إضافة إلى وجود تحفظ من طرف بعض المراهقين في الحديث عن تجربتهم مع الإدمان.

2. منهج الدراسة:

يُعد اختيار المنهج العلمي خطوة أساسية في أي دراسة بحثية، إذ يوجه الباحث نحو الأساليب والإجراءات التي تساعد على تحقيق أهداف بحثه والوصول إلى نتائج دقيقة وموضوعية. ونظرًا لطبيعة موضوع دراستنا، الذي يركز على فهم أعمق للحالة النفسية للمراهق المدمن على المخدرات، فقد ارتأينا أن المنهج الأنسب هو المنهج العيادي.

المنهج العيادي يُستخدم غالبًا في الدراسات التي تتناول تحليل الشخصية بشكل معمق، حيث يهدف إلى تشخيص وفهم الاضطرابات النفسية والسلوكية لدى الأفراد. ويعتمد هذا المنهج على جمع معلومات دقيقة وشاملة حول الفرد، وتحليلها بهدف الوصول إلى فهم ديناميكي لتركيبته الشخصية ومشكلاته النفسية.

ويُعرف هذا المنهج، بأنه يهدف إلى فهم البنية النفسية للفرد من خلال تركيب الأحداث الداخلية التي يعيشها، مع اعتبار الفرد المصدر الرئيسي لتلك الأحداث (perron R, 1979).

كما أنه منهج يقوم على دراسة حالات متعددة بشكل فردي ومتسلسل، لاستخلاص مبادئ عامة ناتجة عن ملاحظة أنماط الكفاءة والقصور لديهم.

يعتمد على دراسة متعمقة لحالة واحدة أحيانًا، يمكن أن تستمر لفترة طويلة، يتم خلالها جمع معطيات دقيقة عن مختلف أبعاد حياة الشخص، وربطها بسيرته النفسية، بهدف فهم سلوكه ضمن سياقه المعيشي العام (حسن عبد المعطي، 2003).

3. مجموعة الدراسة:

3-1- مفهوم مجموعة الدراسة:

تُعد مجموعة الدراسة جزءاً من مجتمع البحث الكلي، يتم اختيارها لدراسة الظاهرة محل الاهتمام، ويمثل حجم المجموعة عدد الأفراد أو الحالات المكونة لها. كما يمكن تعريفها بأنها مجموعة من المشاهدات أو البيانات التي يتم استخراجها من مجتمع معين، ويُفترض أن تكون هذه المشاهدات ممثلة بشكل كافٍ لخصائص المجتمع الأصلي. وتُعتبر طريقة اختيار مجموعة الدراسة من الخطوات الأساسية في المنهجية العلمية، إذ تساهم في ضمان صدق النتائج وقابليتها للتعميم.

ويجب أن يتم اختيار مجموعة البحث بناءً على معايير دقيقة تتوافق مع أهداف البحث، وطبيعة المجتمع المدروس، وكذلك نوع المنهج المعتمد. وقد تختلف طريقة اختيارها من بحث إلى آخر، فقد تكون عشوائية، طبقية، قصدية أو غيرها، وفقاً لما يتطلبه التصميم المنهجي للدراسة.

3-2- كيفية اختيار مجموعة الدراسة:

تم اختيار مجموعة الدراسة بطريقة قصدية نظراً لطبيعة الموضوع قيد الدراسة، حيث تم التركيز على حالات مراهقين يعانون من الإدمان على تعاطي المخدرات ويظهرون أعراضاً دالة على اضطرابات نفسية، خصوصاً الاكتئاب. وقد تمت عملية اختيار الحالات في إطار عمل ميداني داخل عيادة طبية مختصة في علاج الأمراض النفسية والعقلية، مما وفّر بيئة مناسبة لرصد وتحليل الأعراض النفسية المرتبطة بالإدمان.

شملت خمس حالات من المراهقين تتراوح أعمارهم بين (17-20)، تم اختيارهم بناءً على معايير محددة تتماشى مع أهداف البحث، من بينها تشخيصهم السابق بالإدمان، ترددهم على العيادة لتلقي المتابعة النفسية، واستعدادهم للمشاركة الطوعية في الدراسة. (قدوري، 2017)

4. مجالات الدراسة:

4-1-المجال المكاني:

تم إنجاز الدراسة داخل عيادة متخصصة في الطب النفسي والأمراض العقلية بولاية البويرة، وهي مؤسسة صحية عمومية تُعنى بالتكفل النفسي والعلاجي بالفئات التي تعاني من اضطرابات عقلية ونفسية، بما في ذلك المراهقين المدمنين على تعاطي المواد المخدرة.

تميزت هذه المؤسسة بتوفير بيئة مهنية متكاملة تسمح بإجراء دراسة عيادية معمّقة، من خلال إمكانية الاطلاع على الملفات الطبية، إجراء المقابلات النفسية في ظروف مناسبة، وتطبيق الأدوات النفسية ضمن إطار من الخصوصية والسرية. كما ساعد انفتاح الفريق العلاجي وتعاونهم في تسهيل الوصول إلى المفحوصين وتوثيق البيانات العيادية ذات الصلة بموضوع الاكتئاب لدى المراهق المدمن.

4-2-المجال الزمني:

امتدت الدراسة خلال فترة التبرص الميداني، وذلك من مارس إلى ماي 2025، وهي فترة كافية لجمع المعطيات اللازمة حول الظاهرة المدروسة. خلال هذه المرحلة، تم اختيار مجموعة الدراسة قصدية من المراهقين المدمنين الخاضعين للعلاج أو المتابعة النفسية، ثم إجراء المقابلات النفسية النصف موجهة معهم، بالإضافة إلى تطبيق مقياس بيك للاكتئاب وتحليل نتائجه وفق المنهج العيادي.

وقد سمحت هذه المدة الزمنية بملاحظة تطور الحالة النفسية للمفحوصين عن قرب، وفهم الروابط النفسية والبيئية التي تربط بين تجربة الإدمان وظهور الأعراض الاكتئابية، مما ساعد على إثراء التحليل النفسي للحالات محل الدراسة.

5. أدوات جمع البيانات:

للتأكد من صحة ومصداقية المعلومات في أي دراسة علمية، من الضروري اعتماد طرق منهجية وتقنيات قياس موضوعية. وبناءً على طبيعة بحثنا وفرضياته، اخترنا مجموعة من الأدوات المتناسبة مع أهدافنا، وهي: المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس بيك للاكتئاب، ومقياس سبيلبرجر للقلق. وتفصيلها كما يلي:

5-1- المقابلة العيادية:

تُعد المقابلة العيادية من أكثر أدوات المنهج العيادي استخدامًا بكونها أداة مهمة، حيث إنها أداة لا يمكن الاستغناء عنها في البحوث العيادية، لأنها تمكن الباحث من الاقتراب من الحالة المدروسة، وجمع بيانات دقيقة، مما يساعد في بناء الفرضيات وإجراء دراسة شاملة من خلال محادثة هادفة وفهم معمق لمعاناة "المريض"

كما تعرف أنها علاقة ثنائية بين الفاحص والمفحوص، تدخل في إطار علاقة مساعدة نظراً

لتركيزها على الفرد في وحدته وخصوصيته (Coletté-Chiland, 1983)

وقد تم الاعتماد في دراستنا على المقابلة النصف موجهة، والتي تهدف إلى توجيه حديث العميل بما يخدم أهداف البحث، مع الحفاظ على قدر من الحرية في طرح الأسئلة. ويُراعى في هذا النوع من المقابلات

السير في اتجاه واضح دون فرض توجيه صارم، مما يسمح بجمع معلومات تخدم الموضوع المطروح.

(ملحم، 2007، ص 247)

تُعدّ المقابلة النصف موجهة أسلوباً يقوم على بناء علاقة تفاعلية بين الفاحص والمفحوص،

وتُستخدم فيها مجموعة من الأسئلة المحددة والمنظمة التي تُطرح وفق ترتيب معين وفي توقيت مناسب.

يتمتع المفحوص بحرية نسبية في الإجابة، لكن ضمن إطار السؤال المطروح.

لقد تم اختيار هذا النوع من المقابلات في بحثنا نظراً لطبيعة الموضوع التي تستدعي استخدامه

من جهة، ومن جهة أخرى لأنه يمنح المفحوص قدراً من الحرية في التعبير عن نفسه، مع تمكين الباحث

من توجيه المقابلة والتحكم في مجرياتها، ما يساعد على تفادي الابتعاد عن الموضوع الأساسي.

وتُعرّف المقابلة النصف موجهة بأنها "مبنية بطريقة دقيقة، وتُعد من أدوات البحث العلمي، وتُعرف أيضاً

بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة، حيث يمتلك الباحث شبكة من الأسئلة التي يتوقع الحصول على

إجابات عنها (Coletté -chiland, 1993).

و لقد اعتمدنا على ثلاث محاور و هم :

المحور الأول

الحالة المرضية: كيف أحسست عندما عرفت بمرضك؟

الهدف: فهم الأثر النفسي الأولي لتلقي خبر الإدمان أو المرض، وكيفية تفاعل المراهق معه داخلياً.

المحور الثاني

الجانب العلائقي

العلاقة الأسرية : كيف هي علاقتك بأسرتك ؟

الهدف: استكشاف طبيعة العلاقة بين المراهق وأسرتة، ومدى تأثيرها في حالته النفسية وسلوكه الإدماني.

العلاقة الاجتماعية

كيف هي علاقتك بالآخرين ؟

الهدف: التعرف على جودة علاقاته الاجتماعية خارج الأسرة، ومدى شعوره بالاندماج أو العزلة.

المحور الثالث

نظرة المريض لذاته

كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

الهدف: تحليل التغيرات في إدراك المراهق لذاته قبل الإدمان وبعده، وفهم أثر الإدمان على هويته الشخصية وتقديره لذاته.

5-2- المقياس (بيك "BECK" للاكتئاب)

تقديم المقياس:

نشر أول مرة من طرف الإكلينيكي "ارو نبيك" سنة 1961 وكان بصورته الأصلية التي تتكون من 21 مجموعة من الأعراض حيث تتكون كل مجموعة من سلسلة متدرجة من أربعة عبارات تعكس مدى شدة الاضطرابات و لقد استخدمت أرقام التدرج من 10 إلى 3 و تم اختيارها بعد ملاحظات عيادية منظمة مكثفة للمظاهر الواضحة للاكتئاب.

مكوناته :

حاليا يتكون من 13 مجموعة من العبارات ويعد الصورة المختصر للمقياس الأصلي ولقد أعدت الصورة الجديدة من طرف "بيك" نفسه تتمثل العبارات مدرجة في المقياس في صورته الخالية فيما يلي:

(1- الحزن) (2- التشاؤم) (3- الشعور بالملل) (4- عدم الرضا) (5- الشعور بالذنب)

(6- عدم حب الذات) (7- إرضاء الذات) (8- الانسحاب الاجتماعي) (9- التردد)

(10- تغيير صورة الذات) (11- صعوبة العمل) (12- التعب) (13- فقدان الشهية)

مميزاته :

يتميز عن غيره من الاختبارات الأخرى بما يلي:

- هو مقياس اعد خصيصا لقياس الاكتئاب وليس لقياس اضطراب آخر
- لا يتطلب مهارة كبيرة من الفاحص ويعتبر المقياس الأكثر اتصالا بالتعرف الإكلينيكي للاكتئاب ويرتبط بالنظرية العلمية وهي النظرية المعرفية العلمية.
- يسهل الاستجابة بالنسبة للمفحوصين.
- يوفر درجات رقمية في قياس الاكتئاب.
- يتوفر على ثبات وصدق كبيرتين.

طريقة تطبيقية:

تتم إما بالطريقة الفردية أو الجماعية وتحتوي كراسة الأسئلة على تعليمات تفصيلية توضح طريقة

الإجابة، وتسجل الإجابات على كراسة الأسئلة ذاتها، فإذا طبق فردي يكفي على المفحوص قراءة

التعليمات الواردة في الكراسة ثم البدء في الإجابة وذلك بعد التأكد من فهمه أما إذا طبق جماعيا فيمكن أن توزع كراسة الأسئلة على كل مفحوص ويطلب منه كتابة اسمه، سنة مستواه التعليمي وتاريخ الإجابة ويطلب منه قراءة التعليمات بصوت مرتفع حيث يزيل كل غموض والتباس.

وقت المقياس حاليا هو من 5 إلى 7 دقائق، وعموما لا يتم تحديد الوقت بالنسبة للمفحوصين لان زمن تطبيق هذا المقياس غير محدد بصفة نهائية شريطة ألا يطول كثيرا.

أما فيما يخص دراستنا، فقد اعتمدنا على الطريقة الفردية في تطبيق الاختبار، و قد تمثلت التعليمية فيما يلي : في هذه الكراسة مجموعة من العبارات ، الرجاء أن تقرأ على حدا كل مجموعة ، ثم بوضع دائرة حول رقم العبارة (3 ، 2 ، 1 ، 0) و التي تصف حالتك خلال الأسبوع الحالي بما في ذلك اليوم ، تأكد من قراءة العبارة قبل أن تختار واحدة منها و تأكد من انك أجبت على كل المعلومات

طريقة التصحيح:

فيما يخص طريقة التنقيط فهي تتم بجمع الدرجات التي تتراوح بين الصفر كحد ادني وتسعة وثلاثون كحد أقصى، ثم توضع هذه المجاميع ضمن درجات فاصلة قصد التعرف على درجة الاكتئاب ولا تحول الدرجات إلى درجات معيارية فالأسلوب المتبع هو تقدير وجود أو عدم وجود الاكتئاب (أسلوب الدرجات الفاصلة)

جدول يوضح درجات الاكتئاب

مدلول الدرجة	درجة الاكتئاب
لا يوجد اكتئاب	4-0
معتدل	7-5
متوسط	15-8
اكتئاب شديد	أكثر من 16

ثبات وصدق المقاييس :

أوضحت دراسات عديدة ثبات و صدق المقياس و يتم ذلك بطريقتين :

الطريقة الأولى: تمت بتحليل 200 حالة، بمقارنة درجات كل فئة من الفئات الواحدة والعشرين 21 بالدرجة الكلية للمقياس كل مريض وقد اتضح أن كل فئة من الإحدى والعشرين 21 قد أظهرت علاقة موجبة دالة إحصائيا مع الدرجة الكلية للمقياس، وفي تحليل ثاني للفئات باستخدام بيانات 606 حالة، ظهر أن كل الفئة الإحدى والعشرين ترتبط ارتباطا موجبا دال إحصائيا مع الدرجة الكلية للمقياس.

الطريقة الثانية: استخدمت فيها التجزئة، التصفية باستخدام بيانات سبعة و تسعون 97 حالة ثم إيجاد معامل ارتباط قدره 0.86 بين الفئات الزوجية و الثبات للمقياس استخدام معامل سبيرمان ليعوض المقياس، ارتفع معامل الثبات إلى 390.

الصدق التلازمي:

استعمل هذا النوع من الصدق لقياس مدى ارتباط الدرجات المتحصل عليها في مقياس بيك سنة 1961، إن المقياس يرتبط وتقديرات الأطباء النفسانيين بمعامل ارتباط قدره 0.65 قد تحصل الباحثون على نفس هذا الارتباط في دراسة أقيمت ببريطانيا ، فلندا سويسرا، تشيكوسلوفاكيا ومصر ، و قد وجد هذه الدراسة معامل ارتباط بين هذا المقياس و مقياس مينومد قدره 0.75 و يتوفر المقياس على صدق عال، و على ثبات كبير و ذلك بإجماع الدراسات المختلفة التي أقيمت حوله و لقد استعملنا مقياس بيك بصورته المترجمة إلى اللغة العربية التي أعدها الدكتور غريب عبد الفتاح سنة 1985 و الذي اثبت صدقه و ثباته في البيئة المصرية.

خلاصة الفصل:

تمثل الدراسة الاستطلاعية التي أُجريت في هذا البحث خطوة حاسمة نحو تحقيق الأهداف الرئيسية للبحث، حيث قدمت بيانات مبدئية مهمة ساعدت في تحديد العينة المناسبة وتقييم صلاحية الأدوات المستخدمة. من خلال هذه الدراسة، تم التأكد من فعالية مقياس بيك للاكتئاب في قياس مستوى الاكتئاب لدى المراهقين المدمنين، مما يساهم في توفير أداة موثوقة لتقييم هذه الفئة في السياقات العلاجية.

كما أن النتائج الأولية أظهرت تفاوتاً في درجات الاكتئاب بين الحالات المدروسة، مما يعكس تنوع الأثر النفسي للإدمان على هذه الفئة. وبالرغم من بعض الصعوبات الميدانية، مثل القيود الإدارية والتحفظات من بعض المراهقين، فإن الدراسة الاستطلاعية قد أعدت الأساس السليم للمراحل التالية من الدراسة، ويمكن للمراحل المقبلة من الدراسة أن تقدم رؤى أعمق حول العلاقة بين الإدمان والاكتئاب لدى المراهقين، وتساعد في تحسين استراتيجيات التدخل والعلاج لهذه الفئة.

الفصل الخامس

الفصل الخامس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1. الحالة الأولى
2. الحالة الثانية
3. الحالة الثالثة
4. الحالة الرابعة
5. الحالة الخامسة
6. مناقشة النتائج على ضوء الفرضية

الاستنتاج العام

1. الحالة الأولى

1-1- تقديم الحالة الأولى :

ف. يبلغ من العمر 17 سنة، يدرس في السنة الثانية من المرحلة الثانوية. حالته الاجتماعية أعزب، ولا توجد لديه سوابق مرضية سواء جسدية أو نفسية. كانت حياته قبل ظهور المشاكل عادية وروتينية، يذهب إلى المدرسة ويعود إلى المنزل، ويعيش يومه بشكل طبيعي مثل أي شاب في مثل عمره

1-2- عرض محتوى المقابلة

المحور الأول:

الحالة المرضية: كيف أحسست عندما عرفت بمرضك؟

مع الوقت، بدأت نحس بتغيرات في داخلي ما كنتش نفهمها. كانت حاجة غريبة، شعور موش طبيعي، نعيشو بدون سبب واضح، وكنت نخم كثير. حسيت روعي ما وليتش كما كنت، وكان عندي إحساس غريب بالاختلاف، لكن كنت مخبي هذا الشيء على العائلة وحتى على صاحبي. كي قالولي عندي مشكل نفسي، ما تفاجأتش بزاف، بالعكس حسيت كأنو حاجة كنت نستناها، حاجة تشرجلي واش صاري لي. قلت في نفسي: "أخيرًا، نعرف السبب".

المحور الثاني:

الجانب العلائقي: العلاقات الأسرية : كيف هي علاقتك بأسرتك ؟

علاقتي مع العائلة كانت ولا تزال جيدة. ما عنديش مشاكل مع والديّ، والأجواء في الدار مستقرة نسبياً. دائماً نلقى راحتنا في البيت، خصوصاً كي نكون في غرفتي نسمع الموسيقى أو نكتب أفكارنا.

العلاقة الاجتماعية: كيف هي علاقتك بالآخرين؟

أما مع الناس خارج البيت، أنا أحب الناس ونعاملهم بطريقة محترمة، لكن الحقيقة نميل إلى العزلة. مرات كي نكون مع صاحبي أو مع ناس، نحس روجي نتمثل، كأني ما نكونش على طبيعتي. نفضل نبقى وحدي، لأنه في العزلة نلقى راحتنا وأماننا، وما نضطرش نكون في دور أو أحط قناع.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته : كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

قبل ما تبدل حالي، كنت نشوف روجي شخص طبيعي، عفوي وبسيط، نعيش حياتي بلا تعقيدات. لكن اليوم، كل ما نفيق في الصباح، نحس أنني لازم نلبس قناع ونمثل قدام الناس، ما نقدرش نكون على طبيعتي الحقيقية. نحس أنني مش أنا، كأني شخص متصنع أو غير حقيقي. هذا الفرق الكبير بين ف. القديم و ف. الحالي خلاني نحس بغربة داخلية كبيرة، وما نعرفش كيفاش نرجع كي كنت.

1-3- تحليل محتوى المقابلة:

المحور الأول:

الحالة المرضية:

يُظهر المريض وعيًا تدريجيًا بحالته النفسية من خلال وصفه لتغيرات داخلية غامضة شعر بها قبل التشخيص، حيث عبّر عن شعور غير طبيعي وقلق داخلي دون سبب واضح، مصحوب بتفكير مفرط وصعوبة في الفهم الذاتي. هذا النوع من الحديث يشير إلى بداية اضطراب وجداني داخلي لم يكن قادرًا على تسميته أو تحديده بدقة في بدايته. استخدامه لعبارات مثل "ما كنتش نفهمها" و"شعور موش طبيعي" يعكس حالة من القلق الوجودي أو الاغتراب النفسي، وهي حالة يشعر فيها الفرد بانفصال عن ذاته دون

أن يكون لذلك سبب ملموس. لافت أيضًا أن المريض لم يُظهر ردة فعل دفاعية تجاه التشخيص، بل تقبله بطريقة شبه إيجابية، بل واعتبره نوعًا من التفسير المريح، وهو ما يدل على غياب آليات الدفاع الشائعة في هذه الحالات مثل الإنكار أو التبرير، ويشير في المقابل إلى نوع من النضج النفسي الجزئي واستعداد داخلي لتقبل المعاناة والبحث عن معناها. هذه الاستجابة تفتح المجال لإمكانية التفاعل الإيجابي مع العلاج النفسي لاحقًا، لأن الفرد يمتلك قدرًا من البصيرة introspection وقدرة على الاعتراف بوجود معاناة نفسية تستحق الفهم.

المحور الثاني:

الجانب العلائقي

يتضح من كلام المريض أن العلاقة الأسرية تمثل بالنسبة له نقطة استقرار نسبي، إذ وصف علاقته مع والديه بأنها "جيدة" وذكر أن البيت يوفر له الشعور بالراحة، خاصة في اللحظات التي يقضيها بمفرده وهو يستمتع للموسيقى أو يكتب، وهي ممارسات قد تكون وسائط للتفريغ النفسي والتعامل مع التوتر الداخلي. غياب التوتر أو الصراع العلني مع الأسرة يشير إلى وجود بيئة غير صدامية، قد لا تكون مثالية، لكنها لا تشكل مصدرًا إضافيًا للضغط. في المقابل، تظهر علاقاته الاجتماعية كجانب أكثر تعقيدًا، حيث عبّر عن ميل للعزلة رغم احترامه للآخرين، وأوضح أنه يشعر بكونه "يمثل" أو "يلبس قناعًا" في وجود الآخرين، ما يشير إلى صراع داخلي بين الحاجة للاندماج الاجتماعي والشعور بعدم الأصالة أو عدم القبول. هذه الظاهرة تُعرف في علم النفس بـ"الزيف الذاتي" أو false self، حيث يشعر الفرد أنه لا يستطيع التعبير عن ذاته الحقيقية خوفًا من الرفض أو عدم الفهم. هذا الميل إلى الانسحاب الاجتماعي والانكفاء على الذات يمكن أن يُفهم كآلية دفاعية لمواجهة القلق الاجتماعي أو الخوف من التقييم، وغالبًا ما نجده عند الأشخاص الذين يعانون من اضطرابات القلق أو الاكتئاب المقنّع.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته

تُبرز إجابة المريض في هذا المحور حالة حادة من الاغتراب الذاتي، حيث يعبر بوضوح عن فقدانه لهويته السابقة وشعوره بأن شخصيته الحقيقية قد طُمست أو تغيرت بشكل جوهري. فهو يصف نفسه في الماضي كشخص طبيعي وعفوي، بينما يرى نفسه اليوم مجبراً على "تمثيل دور" و"لبس قناع" أمام الآخرين، مما يدل على انفصال حاد بين "الذات الحقيقية" و"الذات المعروضة". هذه الثنائية تعكس ما يسميه البعض في التحليل النفسي بتفكك الهوية أو "انقسام الذات"، وهو من الأعراض النفسية الشائعة في حالات الاكتئاب العميق أو الاضطرابات الانفصالية، أين يشعر الفرد بأنه فقد جوهره الداخلي ولم يعد يعرف "من يكون". استخدامه لعبارات مثل "ما نقدرش نكون على طبيعتي الحقيقية" و"كأنني شخص متصنع أو غير حقيقي" يُشير إلى شعور مستمر باللاواقعية أو التحوّل الداخلي المؤلم، ويعكس في العمق صراعاً وجودياً حاداً حول الهوية والمعنى. هذا التوتر الداخلي من شأنه أن ينعكس سلباً على علاقته بنفسه أولاً، ثم بالآخرين ثانياً، وهو ما يستدعي تدخلاً نفسياً متخصصاً يهدف إلى إعادة بناء صورة الذات وتعزيز الاتصال بالهوية الحقيقية للفرد بطريقة آمنة ومتكاملة.

1-4- عرض نتائج مقياس بيك Beck للاكتئاب عند الحالة (01)

بعد حساب حالة الاكتئاب لديه بواسطة مقياس " بيك " Beck للاكتئاب الذي كان مجموع درجاته يقدر ب 30 درجة ، و هذا يعني وجود اكتئاب شديد .

و لقد تبين من خلال الإجابات التي أعطتها لنا المفحوصة في البنود التي اختارها، الدرجة (1) تكررت ،مرتين حيث أنه يشعر بالملل في اغلب الأوقات، كما انه يشعر بالتعب بسهولة أكثر من قبل.

كما اختار العبارات ذات الدرجة (2) و التي تكررت 4 مرات، معبر أنه يشعر أنه من الأفضل أن يموت و لديه صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات، و بالنسبة للدرجة (3) تكررت 6 مرات هذا للدلالة على أنه حزين وغير سعيد لدرجة أنه لا يستطيع تحمل ذلك، و شعوره بأنه شخص فاشل، تماما ، كما أنه يشعر كذلك أنه عديم القيمة، و أنه فقد كل اهتمامه بالناس و أصبح لا يبالي بهم على الإطلاق.

أما بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (0) ، فلقد تكررت مرة واحدة ، فهو لا يشعر بخيبة أمل في نفسه.

و هذا ما أكدته المقابلة العيادية النصف موجه حينما قال لنا معبرة عن اكتئابها:

ملي مرضت وأنا اخم في نفسي "، و قولها أيضا. "

1-5- ملخص الحالة الأولى :

ف. شاب يبلغ من العمر 17 سنة، يقطن في ولاية البويرة، يدرس في السنة الثانية من المرحلة الثانوية. يعيش في وسط عائلي مستقر من الناحية الظاهرية، حيث صرح بأن علاقته بعائلته "جيدة" وأنهم يهتمون به، لكنه يُخفي عنهم حالته النفسية ومعاناته الداخلية، خوفاً من إثارة القلق والانزعاج لديهم. ينتمي إلى وسط اقتصادي مقبول، وليس لديه سوابق مرضية جسدية أو نفسية قبل بداية التعاطي.

بدأ ف. تعاطي المخدرات في السنة الماضية، حيث كانت البداية بدافع الفضول والتجريب مع الأصدقاء، إلى أن أصبح مدمناً على دواء "اليرিকা" Lyrica - ، الذي كان يتناوله بمعدل يتراوح بين حبتين إلى أربع حبات يومياً. يبرر استعماله لهذا العقار بأنه يساعده على تقليل القلق، اتخاذ القرارات، والتواصل بطلاقة مع الآخرين، وهي مؤشرات تدل على معاناة سابقة من القلق الاجتماعي والانطواء، حتى قبل مرحلة الإدمان.

مع مرور الوقت، بدأت تظهر عليه أعراض انسحابية حادة عند محاولة التوقف عن التعاطي، أبرزها: الخمول، اضطراب النوم، الانعزال، فقدان الطاقة، وتجنب الدراسة والتواصل الاجتماعي. كما عبّر عن شعوره "بالتعب والأرق في نفس الوقت"، ما يشير إلى اضطراب في التوازن العصبي والذهني، وانخفاض في الدافعية النفسية والمعرفية.

من الناحية النفسية، يُظهر ف. وعيًا نسبيًا بحالته المرضية، حيث تقبل تشخيص "الاضطراب النفسي" دون إنكار أو صدمة، بل اعتبره تفسيرًا لحالته غير المفهومة، وهو ما يُعبّر عن درجة من البصيرة. introspection. كما عبّر عن صراع داخلي بين رغبته في الإقلاع عن التعاطي والراحة المؤقتة التي يمنحها له، وهو ما يعكس حلقة الإدمان النفسية وصعوبة التحرر منها دون دعم متخصص. ويبدو أيضًا أنه يعاني من اغتراب ذاتي، حيث يشعر بانفصال عن ذاته الحقيقية، وكأنه يعيش وراء "قناع"، ما يضاعف من معاناته ويؤثر على نظريته لذاته والآخرين.

ورغم ذلك، فإن قدومه طوعًا لطلب المساعدة يُعد مؤشرًا إيجابيًا يدل على رغبته الحقيقية في العلاج، مما يجعله مرشحًا للاستفادة من تدخلات نفسية وسلوكية داعمة، قد تساعد على استعادة توازنه النفسي والانفصال عن دائرة الإدمان.

أظهر مقياس بيك للاكتئاب عند الحالة درجة 30، مما يدل على اكتئاب شديد. المفحوص عبّر عن الحزن الشديد، الإحساس بالفشل، انعدام القيمة، وفقدان الاهتمام بالآخرين. كما أشار إلى أفكار سوداوية وصعوبة في اتخاذ القرار، مع شعور دائم بالتعب والملل. المقابلة العيادية دعمت هذه النتائج من خلال قوله: "ملي مرضت وأنا اخم في نفسي".

2. الحالة الثانية

2-1- تقديم الحالة الثانية:

ر. مراهق يبلغ من العمر 17 سنة، توقف عن الدراسة في السنة الرابعة من التعليم المتوسط، وهو

أعزب ويعيش مع أسرته. لا يعاني من سوابق مرضية نفسية مسجلة، غير أنه يشكو من القولون العصبي، وهي حالة عضوية ذات طابع وظيفي غالبًا ما ترتبط بالتوتر والقلق، مما قد يشير إلى وجود استعداد نفسي لتجسيد الضغوط بطريقة جسدية. توقفه المبكر عن الدراسة قد يكون انعكاسًا لصعوبات نفسية، معرفية أو اجتماعية لم يتم التعامل معها في حينها، ما يجعل من الضروري النظر في العوامل المحيطة التي ساهمت في تعثر مساره الدراسي وتطور حالته النفسية.

2-2- عرض محتوى المقابلة

المحور الأول :

الحالة المرضية: كيف أحسست عندما عرفت بمرضك؟

عند سؤاله عن شعوره عندما علم بمرضه، أجاب المفحوص بنبرة يغلب عليها التوتر والقلق قائلاً: "أصبحت قلق... وأخاف الموت". لم يُطَل في الحديث، لكنه بدا متأثرًا، وكان يكرر كلمة "الموت" أكثر من مرة، ما يعكس أن هذا الجانب يشغل حيزًا كبيرًا من تفكيره في الوقت الحالي. ظل صامتًا لفترة بعد إجابته، مما دل على انشغال داخلي واضح.

المحور الثاني :

الجانب العلائقي:

العلاقة الأسرية: كيف هي علاقتك بأسرتك؟

في حديثه عن علاقته بأسرته، صرح المفحوص قائلاً: "أمي متوفية، وأبي متعصب جداً". لم يُبدِ مشاعر كثيرة وهو يتحدث عن والده، لكنه بدا حزيناً عند ذكر والدته. أضاف بعدها: "أختي الصغيرة... نحبها"، وكان ذلك بنبرة أكثر دفئاً، ما يوحي بعلاقة عاطفية مميزة تجاهها.

العلاقة الاجتماعية: كيف هي علاقتك بالآخرين ؟

أما عن علاقته بالآخرين خارج نطاق العائلة، فقد قال: "علاقتي بالناس جيدة، ما نحش المشاكل"، وكان يبدو هادئاً وهو يتحدث، دون أن يذكر مواقف محددة، بل اكتفى بالتأكيد على أنه يتجنب الخلافات.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته: كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

عند سؤاله كيف يرى نفسه قبل وبعد ما يمر به، قال المفحوص: "قبل... كانت أمي هنا، وكنت نحس بالأمان... أما الآن، أنا في الضياع". قال هذه العبارة بنبرة حزينة وصوت منخفض، وظل صامتاً بعدها لبرهة. كانت نبرة حديثه تدل على افتقاد كبير للأم وربط مباشر بين وجودها وشعوره بالاستقرار، مقابل الإحساس الحالي بالتية وعدم التوازن.

3-2- تحليل محتوى المقابلة:

المحور الأول:

الحالة المرضية:

عندما عبّر المفحوص عن شعوره بعد معرفته بمرضه، كان التركيز واضحًا على حالة القلق والخوف من الموت، وهو مؤشر قوي على القلق الوجودي الذي غالبًا يصاحب الاكتئاب. هذا الخوف المتكرر من الموت لا يقتصر على القلق العابر بل يعكس حالة من التوتر النفسي المزمن المرتبط بالتفكير في المعاناة وفقدان السيطرة. التوتر الذي بدا عليه المفحوص واحتجازه للصمت بعد الإجابة يدل على حمل نفسي ثقيل وصراع داخلي عميق، حيث يواجه صعوبة في التعبير عن مشاعره وربما يعيش حالة من الحزن المكبوت. هذه الحالة النفسية تتماشى مع أعراض الاكتئاب التي تتميز بفقدان الأمل والشعور بعدم الأمان تجاه المستقبل، إضافة إلى تكرار الأفكار السلبية التي تتعلق بالموت والنهاية.

المحور الثاني:

الجانب العلائقي:

العلاقات الأسرية التي وصفها المفحوص تعكس بيئة غير مستقرة عاطفيًا، فقدان الأم يمثل صدمة عميقة ومحورًا رئيسيًا في معاناته النفسية، حيث كانت تمثل مصدر الأمان والدعم العاطفي. غيابها ترك فراغًا نفسيًا كبيرًا بدا جليًا في وصفه لشعوره الحالي بالضيق. أما العلاقة مع الأب المتعصب فتوحي بتوتر دائم وصراع قد يفاقم من مشاعر القلق والعزلة. بالمقابل، العلاقة الدافئة مع الأخت الصغيرة تمثل نقطة ضوء صغيرة في عالمه، لكنها لا تعوض بشكل كامل الشعور بالوحدة والانفصال عن الدعم العائلي الكامل. من الناحية الاجتماعية، ميله لتجنب المشاكل وحرصه على علاقات "جيدة" دون تعقيد يعكس رغبة في

الابتعاد عن التوترات الاجتماعية، وهو سلوك شائع في الاكتئاب حيث يلجأ الفرد إلى الانسحاب الاجتماعي لتقليل مصادر الضغط النفسي.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته

النظرة التي أبدها المفحوص تجاه نفسه قبل وبعد فقدان والدته توضح بشكل جلي التأثير العميق للاكتئاب على صورته الذاتية. كان وجود الأم بالنسبة له رمزاً للأمان والاستقرار النفسي، وعندما فقدتها شعر بأنه في حالة من "الضياع"، تعبير عن فقدان الهوية والشعور بالفراغ الداخلي. هذه الحالة تعكس أحد أهم أعراض الاكتئاب، وهو فقدان الإحساس بالقيمة الذاتية والاستقرار العاطفي، حيث ينتقل الفرد من حالة من التوازن النفسي إلى حالة من الانكسار والاضطراب الداخلي. الصوت المنخفض والحزن المصاحب لكلامه يدل على إحساس بالغرابة عن الذات والحياة، مما يفاقم شعور العجز واليأس المرتبط بالاكتئاب.

2-4- تحليل نتائج مقياس بيك Beck للاكتئاب عند الحالة (02)

بعد حساب مجموع نقاط مقياس "بيك" للاكتئاب الذي كان مجموع درجاته يقدر بـ 19 درجة، هذا يعني وجود اكتئاب شديد.

لقد تبين من خلال الإجابات التي أعطاها لنا المفحوص في البنود التي اختارها، أن درجة (1) تكررت 4 مرات، حيث عبر من خلالها المفحوص أنه يشعر بان المستقبل غير مشجع كما يشعر بالملل في أغلب الوقت، كما أنه يشعر بأنه خائف ألا يستطيع أن يتحمل مسؤولية اخته وهو فاقد الأمل في نفسه.

كما اختار العبارات ذات الدرجة (2) و التي تكررت 3 مرات، معبرا انه مكتئب أو حزين طوال الوقت و لا يستطيع الخروج من هذه الحالة، كما انه لديه صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات، و هو يجب عليه أن يدفع بنفسه بقوة ليقوم بأي شيء و بالنسبة للدرجة (03) فقد تكررت 3 مرات و هذا للدلالة على انه لا يستطيع أن يقول على نفسه بأنه غير مسؤول.

2-5- ملخص الحالة الثانية :

المريض شاب يبلغ من العمر 17 سنة، يعاني من تداعيات صدمة فقدان الأم التي شكلت نقطة تحول جوهريّة في حياته النفسية والسلوكية. فقدان الأم أدخله في حالة نفسية حرجية، حيث برزت مشاعر القلق والخوف المتكرر من الموت، ما يشير إلى حالة توتر نفسي عميقة قد تترافق مع اضطرابات مزاجية واكتئابيه. هذا الحدث الأليم أدى إلى توقفه المبكر عن الدراسة وتحول اهتمامه إلى العمل وتحمل مسؤولية نفسه وأخته، مما يعكس محاولة تعويض فراغ الدعم العاطفي والاقتصادي في الأسرة.

التوتر النفسي المرتبط بمرض القولون العصبي يندرج في إطار التجسيد الجسدي للضغوط النفسية، وهو شائع في حالات القلق والاكتئاب. كما أن تعاويه للمخدرات كان وسيلة فرار من الألم النفسي والصدمات، حيث بدأ بالتعاطي في سن مبكرة بعد وفاة والدته، كان يتعاطى الحشيش و الكيتيل مستهدفاً التخفيف من التوتر والذكريات المؤلمة.

على المستوى العلائقي، يبرز شعور بالمسؤولية تجاه أخته الصغيرة، وهو الدافع الأساسي وراء رغبته في العلاج والتغيير، بينما علاقته مع والده تتسم بالبرود وعدم التواصل، مما يفاقم شعوره بالوحدة ويزيد من حمل المسؤولية عليه.

من الناحية النفسية، يعاني المريض من أعراض واضحة للاضطراب الاكتئابي، بما في ذلك فقدان الدافعية، الانسحاب الاجتماعي، الشعور بالضياع، واضطرابات في الشهية والنوم. الحاجة الماسة للدعم النفسي والاجتماعي واضحة، مع ضرورة تدخل علاجي متعدد الأبعاد يشمل معالجة الصدمة، دعم الاستقرار النفسي، والتعامل مع إدمان المخدرات.

أظهر مقياس بيك للاكتئاب عند الحالة مجموع 19 درجة، ما يشير إلى اكتئاب شديد. عبّر المفحوص عن فقدان الأمل، التشاؤم، الشعور بالملل، وصعوبة تحمّل المسؤولية. كما أظهر صعوبة في اتخاذ القرارات والحاجة لبذل جهد كبير للقيام بأي نشاط.

3. الحالة الثالثة

3-1- تقديم الحالة الثالثة:

الحالة (د) شابة تبلغ من العمر 19 سنة، تدرس في السنة الأولى ليسانس، وتعيش مرحلة انتقالية حساسة بين المراهقة والرشد. حالتها الاجتماعية عزباء، ولا تسجّل سوابق مرضية نفسية، لكنها تعاني من الأكزيما، وهي حالة جلدية قد تكون لها دلالة نفسية خاصة عند ارتباطها بالضغط والقلق. وجودها في الجامعة يضعها أمام تحديات التكيف مع بيئة جديدة وبناء الهوية والاستقلالية، ما يتطلب تقدير مدى توازنها النفسي، واستجابتها للضغوط، خاصة إذا كانت تعاني من مشكلات جسدية وظيفية ذات منشأ نفسي.

3-2- عرض محتوى المقابلة:

المحور الأول

الحالة المرضية : كيف أحسست عندما عرفت بمرضك؟

عندما طُرح على المفحوصة سؤال حول شعورها بعد معرفتها بأنها تعاني من الاكتئاب، أجابت بهدوء وبدون تردد: " ما حسيت بحتى حاجة... كي قالولي اكتئاب ما درتش حتى ردة فعل، حسيت الأمر عادي، ولا حاجة تبدلت فيا، يمكن لأني ديجا كنت نحس روحي بلا طاقة، فماعدش شعور معين، لا خوف لا حزن... غير فراغ".

وبعد لحظة صمت، أضافت: "ما نحيش نهدر بزاف على هاد الشئ، كيما قلتلك... ما حسيت بوالو".

المحور الثاني

الجانب العلائقي

العلاقة الأسرية: كيف هي علاقتك بأسرتك؟

عند سؤالها عن علاقتها بأسرتها، أجابت بصوت منخفض ولكن بكلمات واضحة:

"ما نحبهمش... ما نحسش بالأمان معاهم، دايرين كيما إذا ما كانوش معنيين بيا... نعيش معاهم بصح ما نحيش نبقى في الدار. كي نكمل قرايتي نحب نخرج ونبعد، نعيش وحدي... العائلة تاعنا ما فيهاش حب، غير نقد وتسلط".

العلاقة الاجتماعية كيف هي علاقتك بالآخرين؟

وعن علاقاتها الاجتماعية، قالت المفحوصة بثقة أكثر:

"أنا عندي صحاباتي، نحبهم بزاف، ونتقاهم معاهم، نضحك معاهم ونحكي كلش، نحسهم يفهموني، نخاف عليهم ويخافو عليّا. نلقى راحتني معاهم كي نخرج، نحس روجي طبيعية، كيما أي وحدة في عمري. صح عندي اكتئاب بصح كي نكون معاهم نحس روجي نرجع نعيش شوية".

المحور الثالث

نظرة المريض لذاته كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

في سؤال عن كيف ترى نفسها قبل وبعد ما تمرّ به، أجابت بصوت أكثر هدوءًا من ذي قبل:

"كنت نحب عايلتي، كنت قريبة منهم، ما كنتش نشوف العيوب... كنت نحسهم حياتي، بصح مع الوقت، ومع لي صرا، وليت نفطن بلي كل واحد فيهم يفكر غير في روجو... ما يحسوش بيا، ما يسمعوش، ما يفكروش واش نحتاج. حسيت بالخذلان، كي تبدلت نظرتي، وليت نحس روجي نعيش معاهم بالغصب، ماشي اختيار. بصراحة، ما وليتش نعرف روجي، نحس روجي ماشي أنا كيما قبل".

3-3- تحليل محتوى المقابلة

المحور الأول:

الحالة المرضية:

تُظهر إجابة المفحوصة نمطًا واضحًا من أعراض البلادة الوجدانية (emotional blunting) والفراغ الداخلي، وهي أعراض شائعة في حالات الاكتئاب المتوسطة إلى الشديدة. تصريحها "ما حسيت بوالو" بعد سماعها تشخيص الاكتئاب، يعكس تبدلًا عاطفيًا وانعدام التفاعل مع الذات والواقع، وهو ما يشير إلى فقدان الاستجابة الانفعالية، أحد الأعراض المحورية في الاكتئاب. إضافة إلى ذلك، يُفهم من قولها "ما نحس نهدر على هاد الشي" وجود تجنّب نفسي لمواجهة معاناتها، وهو ما يزيد من خطر تطور الاكتئاب

إلى حالة مزمنة. الصمت والتردد في الحديث قد يعكسان نقص الحافز النفسي والانفعالي، أحد الأعراض الجوهرية للاكتئاب أيضًا.

المحور الثاني:

الجانب العلائقي

تُظهر المفحوصة علاقة مضطربة مع أسرتها تتسم بمشاعر الرفض والعدائية، مما يُعد عاملاً مساهماً في نشوء الاكتئاب أو تفاقمه. غياب الدعم العاطفي والاحتواء داخل الأسرة يجعلها في بيئة نفسية غير آمنة، وهو ما يُفسّر ضمن نموذج الاكتئاب المرتكز على التفاعل الاجتماعي السلبي (Interpersonal Model of Depression) انعدام الأمان العاطفي، كما وصفته، يغذي مشاعر العجز واليأس، وهي من سمات الاكتئاب الأساسية.

رغم وجود علاقات اجتماعية إيجابية، فإن تعلق المفحوصة الشديد بأصدقائها كملاد نفسي يدل على سعيها للتوازن العاطفي وتعويض الخسارات النفسية في بيئتها الأسرية. إحساسها بـ"الراحة" معهم قد يكون مؤقتاً، لكنه يعبر عن استخدام الدعم الاجتماعي كآلية دفاعية ضد أعراض الاكتئاب. غير أن التحسن المزاجي المؤقت عند التواجد مع الأصدقاء يبرز نمطاً من الاكتئاب التفاعلي، الذي يتأثر بالبيئة الاجتماعية بشكل مباشر.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته

تشير إجابة المفحوصة إلى تدهور واضح في صورتها الذاتية وتقديرها لنفسها، وهو من المؤشرات الجوهرية في تشخيص الاكتئاب. الانتقال من صورة ذاتية متماسكة ("كنت نحب عايلتي... نحسهم

حياتي") إلى صورة مليئة بالخذلان والاعترا ب ("ما وليتش نعرف روعي") يكشف عن تشوّه في الإدراك الذاتي، وشعور بالفراغ وعدم الانتماء. هذه النظرة السلبية للذات والعالم تُعد جزءًا من ثالث بيك الاكتئابي (Beck's Cognitive Triad): نظرة سلبية للذات، والآخرين، والمستقبل. شعورها بأنها "تعيش بالغصب" يعكس فقدان الإرادة والرغبة في الحياة، وهو مؤشر خطر يجب أخذه بجدية.

3-4- تحليل نتائج مقياس بيك « Beck للاكتئاب عند الحالة (03)

بعد حساب مجموع نقاط القلق عند المفحوصة (03) وجدناها تقدر ب 17 درجة، هذا يعني وجود اكتئاب شديد. و لقد تبين من خلال الإجابات المعطاة من طرف المفحوصة في البنود المختارة، أن الدرجة (1) تكررت 3 مرات حيث عبر من خلالها المفحوصة فاقدة للأمل في نفسها و تحاول تجنب اتخاذ القرارات كما تشعر بالتعب بسهولة أكثر منا تعودت من قبل، كما اختارت العبارات (2) و التي تكررت 4 مرات. أنها لم تعد تجد في أنشطتها اليومية أي نوع من الإشباع أو الرضا، وقد فقدت الاهتمام بمعظم الأشخاص المحيطين بها، بل وتراجعت مشاعرها تجاههم إلى حد كبير. بالإضافة إلى ذلك، تصف وجود تغيرات مستمرة في مظهرها الخارجي، تُشعرها بأنها أقل جاذبية مما كانت عليه في السابق وبالنسبة للعبارات ذات الدرجة (0) تكررت 4 مرات هي تشعر بالحزن، ليست متشائمة على وجه الخصوص، وليست محبطة الهمة فيما يخص المستقبل، كما أنها ليست لديها أفكار لإضرار بنفسها. وهذا ما أكدته المقابلة العيادية النصف موجهة، حينما قالت لنا معبرة على اكتئابها: كنت نشيطة و احب الحيات و الآن العكس.

نستخلص من كل النتائج السابقة، أننا أمام حالة تعاني من اكتئاب شديد سببه الحالة المرضية.

3-5- ملخص الحالة الثالثة :

المفحوصة (د) شابة تبلغ من العمر 19 سنة، طالبة جامعية تدرس في السنة الأولى ليسانس، وتقيم بولاية بومرداس، بينما تتابع دراستها بجامعة البويرة. تتميز بوضع اقتصادي جيد وتعمل في مجال الخياطة. تعاني من الأكزيما منذ الطفولة، وهي حالة جلدية تتفاقم بشكل ملحوظ في فترات التوتر، خاصة عند احتدام العلاقات مع عائلتها.

من خلال المقابلة، صرحت المفحوصة أنها كانت في السابق مرتبطة بعائلتها، خصوصًا بوالدتها، لكنها لاحقًا بدأت تدرك، على حد تعبيرها، أن أفراد الأسرة أنانيون، يطمعون في مالها ولا يتواصلون معها إلا لغرض معين. عبرت بوضوح عن قطيعة وجدانية معهم قائلة: "ما يحبونيش... غير كي يحتاجو حاجة."

بخصوص تعاطيها للمخدرات، أفادت أن السبب الرئيسي كان التأثر بصديقة مقربة لها، تكبرها سنًا، مطلقة وأم لطفلة، تتعاطى المخدرات بشكل منتظم، الأمر الذي جعلها تنخرط في ذلك تدريجيًا إلى أن أدمنت على الحشيش، وتصل الكمية اليومية التي تتعاطاها إلى حوالي 10 سجائر. عبرت عن فقدان السيطرة على الأمر، حيث قالت: "مع الوقت وليت نبحت على الحشيش كي المجنونة، نخاف كي يجي وقت وما نلقاهش."

وعن سبب لجوئها للعلاج، أوضحت المفحوصة أنها لم تبادر بذلك من تلقاء نفسها، بل كانت صديقتها هي من دفعها لاتخاذ الخطوة، بعد أن لاحظت تغيرات واضحة في سلوكها، وقالت: "صاحبتي لاحظت بلي تبدلت بزاف، وليت نهلوس، نخاف، وكرهت كلشي... بصراحة ما حبيتش نداوي، هي اللي جرتني."

من حيث المظهر العام والسلوك أثناء المقابلة، لوحظ أن المفحوصة ذات بنية بدنية متوسطة إلى بدنية، هندامها نظيف ومرتب. ظهرت عليها علامات القلق، تتحدث بسرعة، وتُبدِي انزعاجًا واضحًا من مكان المقابلة، وكانت تُعرب مرارًا عن رغبتها في إنهاؤها بسرعة والعودة إلى المنزل. استجاباتها كانت مباشرة، مشحونة أحيانًا، ومتردة أحيانًا أخرى، لكنها عمومًا بدت صادقة ومنفتحة على البوح، خاصة فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي والإدماني.

سجلت المفحوصة 17 نقطة في مقياس بيك، مما يدل على اكتئاب شديد. أظهرت فقدان الأمل، تجنب اتخاذ القرارات، فقدان الاهتمام بالأنشطة والأشخاص، وتراجع تقديرها لذاتها. ورغم ذلك، لم تعبر عن ميلول إيذاء النفس أو تشاؤم مفرط. أكدت المقابلة العيادية معاناتها من تغيرات سلبية ناتجة عن حالتها المرضية.

4. الحالة الرابعة

4-1- تقديم الحالة الرابعة:

(و) شاب في العشرين من عمره، حاصل على شهادة البكالوريا، وعازب. يعاني من مرض السكري كحالة صحية مزمنة يتابعها بشكل منتظم. لا توجد له سوابق مرضية نفسية معروفة، ويعيش مرحلة انتقالية بين الدراسة والحياة الاجتماعية التي يواجهها بشيء من التحدي.

4-2- عرض محتوى المقابلة:

المحور الأول

الحالة المرضية : كيف أحسست عندما عرفت بمرضك ؟

عندما سألته عن شعوره لحظة معرفته بأنه يعاني من المرض، أجاب بثقة وعزم: "لم أعد أريد أن أبقى على هذا الحال، أشعر أن الوضع الذي أنا فيه الآن لا يمكن الاستمرار فيه، وأدركت أنني بحاجة ماسة إلى العلاج. لم يعد لدي صبر أو رغبة في الاستسلام، بل أريد أن أتحسن وأعود لحياتي الطبيعية التي كنت أتمناها. العلاج هو الخطوة الأساسية التي يمكن أن تخرجني من هذا الوضع الصعب، وأتمنى أن أجد الدعم الكافي لكي أتمكن من المضي قدماً".

المحور الثاني

الجانب العلائقي

العلاقة الأسرية: كيف هي علاقتك بأسرتك ؟

فيما يتعلق بعلاقته مع أسرته، عبر عن مشاعر محبة وارتياح: "أنا أحب عائلتي كثيرًا، وأشعر أن العلاقة بيننا جيدة ومستقرة. لدينا تواصل مفتوح، وأشعر أنهم داعمون لي في معظم الأوقات، وهذا الشيء يعطيني شعور بالأمان والطمأنينة، خصوصًا في هذه الظروف التي أمر بها".

العلاقة الاجتماعية: كيف هي علاقتك بالآخرين؟

أما عن علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، قال: "أنا أحاول أن أكون على تواصل جيد مع الناس من حولي، وأجد أن علاقتي مع الجميع طيبة وإيجابية. أحب التفاعل مع الناس، وأشعر بالراحة عندما أكون بين أصدقائي أو في محيط اجتماعي. وجودهم يساعدني على تجاوز الصعوبات التي أواجهها، وأجد في صحبتهم ملجأ مؤقتًا عن أعباء الحياة".

المحور الثالث

نظرة المريض لذاته : كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

حينما سُئل كيف يرى نفسه قبل وبعد ما حدث له، قال بتأثر واضح: "قبل كل شيء، كنت إنساناً نشيطاً ومليئاً بالطاقة، كنت أحب الحياة وأشعر بالحماس تجاه المستقبل. كنت أشارك في العديد من الأنشطة، وأشعر بأنني قادر على تحقيق أهدافي وأحلامي".

" لكن بعد وفاة صديقي نتيجة جرعة زائدة من المخدرات، تغير كل شيء في داخلي. صدمتني وفقدت الكثير من الأمل، وصرت أشعر بأن لا شيء يستحق الاهتمام أو الجهد. لم تعد لدي الرغبة في أي شيء، وبدأت أشعر بالفراغ العميق داخلي، وكأن جزءاً مني اختفى مع رحيله. أصبحت حياتي مظلمة أكثر مما كانت عليه، وأجد نفسي أعيش في حالة من الحزن المستمر والانعزال النفسي".

4-3- تحليل محتوى المقابلة

المحور الأول:

الحالة المرضية

عبر المفحوص عن وعي واضح بحالة مرضه النفسية، حيث أبدى رغبة صريحة في التغيير والعلاج. هذا يشير إلى وجود دافع ذاتي قوي نحو التعافي، وهو مؤشر إيجابي في مسار العلاج النفسي. الشعور بعدم الرغبة في الاستمرار بالوضع الحالي يعكس مدى تأثير الاكتئاب عليه، لكن في الوقت نفسه، يؤكد استعداداه لمواجهة المرض والمضي نحو التحسن. هذا التوجه يعكس مرحلة من مراحل الإدراك الواقعي التي تسهل التزامه بالعلاج، وقد تكون نقطة انطلاق فعالة في التدخلات العلاجية.

المحور الثاني:

الجانب العلائقي

تدل العلاقة الأسرية الجيدة والتواصل المفتوح بين المفحوص وأسرته على وجود دعم اجتماعي قوي، وهو عامل حماية نفسي مهم في مواجهة الاكتئاب. الدعم الأسري يوفر بيئة مستقرة يشعر فيها الفرد بالأمان، مما يخفف من تأثير العوامل النفسية السلبية. أما علاقاته الاجتماعية الإيجابية فهي تعزز من شعوره بالانتماء وتوفر له متنفساً عاطفياً هاماً، إذ أن التواصل الاجتماعي الإيجابي يساهم في تقليل الشعور بالوحدة والانعزال، وهو أمر ضروري لتحسين المزاج والاكتئاب. هذا الدعم الاجتماعي يمكن أن يلعب دوراً مركزياً في تعزيز دافعية المريض للعلاج وتحسين جودة حياته.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته

التغير الحاد في نظرة المفحوص لذاته قبل وبعد وفاة صديقه يعكس تأثير الصدمة النفسية على صحته النفسية. فقدان شخص مقرب بسبب جرعة زائدة من المخدرات تسبب في إحساسه بفقدان الأمل وانخفاض شديد في الحافز والطاقة، وهو أمر شائع في حالات الاكتئاب المرتبطة بالصددمات أو الخسائر. الشعور بالفراغ والحزن المستمر والانعزال النفسي يعكس حالة من اضطراب المزاج الحاد التي تؤثر على قدرة المفحوص على الانخراط في الحياة الاجتماعية والنشاطات اليومية. هذا التغير يشير إلى حاجة ملحة للتدخل العلاجي الذي يركز على التعامل مع الصدمة النفسية وتخفيف أعراض الاكتئاب، إضافة إلى دعم بناء هوية ذاتية إيجابية تساعده على استعادة حيويته.

4-4- تحليل نتائج مقياس بيك Beck للاكتئاب عند الحالة: (04)

بواسطة مقياس بيك " للاكتئاب" الذي كان مجموع درجاته يقدر ب 23 درجة، و هذا يعني وجود اكتئاب شديد.

و قد تبين من خلال الإجابات التي أعطاها لنا المفحوص بأنه يشعر بالخوف، كما انه فاقد الأمل في نفسه، و كذلك لديه أفكار سلبية.

كما اختار العبارات ذات الدرجة (2) التي تكررت مرة واحدة، معبرا انه مكتئب أو حزين طوال الوقت و لا يستطيع الخروج من هذه الحالة.

و بالنسبة للدرجة (3) تكررت 6 مرات و هذا يدل أن المستقبل لا أمل فيه، و أن الأشياء التي يمكن أن تتحسن و يشعر انه شخص فاشل تماما و انه فقد كل اهتماماته بالناس و أصبح لا يبالي بهم على الإطلاق، كما انه لا يستطيع القيام بأي عمل على الإطلاق منذ موت صديقه ، و انه في منتهى الإجهاد و التعب، و ليست لديه شهية للأكل نهائيا.

أما بالنسبة للعبارات ذات الدرجة (0) تكررت 3 مرات، حيث أنه غير راض و لا يتخذ القرارات.

و هذا ما أكدته المقابلة العيادية، حينما قال لنا معبرا عن اكتئابه "احس ان حياتي بدون معنى".

4-5- ملخص الحالة الرابعة :

الحالة (و) هو شاب يبلغ من العمر 20 سنة، مقيم في منطقة البويرة، حاصل على شهادة البكالوريا، ويعمل في مجال القصابية. يعاني من مرض السكري الوراثي، وهو يراقب حالته الصحية بانتظام، لكنه لا يركز بشكل كبير على مرضه العضوي مقارنة بالأزمة النفسية التي يمر بها.

في المقابلة، عبر (و) عن وعيه الكبير بوضعه النفسي الحالي، وأكد أنه لم يعد يرغب في الاستمرار بالحالة التي هو عليها، معبراً عن رغبة ملحة في الحصول على العلاج والدعم اللازمين للخروج من هذا الوضع الصعب. هذه الرغبة تتبع من حادثة وفاة صديقه نتيجة جرعة زائدة من المخدرات، وهي حادثة شكلت صدمة قوية له وأثرت على نظرتة للحياة ولصحته النفسية، حيث بدأ يشعر بالخوف من الموت وقلق مستمر بشأن مستقبله، خصوصاً في ظل معاناته من مرض السكري.

اعترف (و) بتعاطيه نوعين من المخدرات: حيث يستخدم "ليريكاً" خلال النهار لأنه يشعر بأنه يمنحه النشاط والطاقة اللازمة لمواصلة عمله في القصابة دون تعب، بينما يتعاطى الحشيش في المساء كوسيلة للاسترخاء وتهذئة نفسه من ضغوط الحياة والتوتر النفسي. رغم ذلك، أكد أنه يعاني من صعوبة السيطرة على هذه العادات، مما دفعه لطلب المساعدة والعلاج.

أما على الصعيد العائلي، فأوضح أن علاقته مع أسرته جيدة ومستقرة، ويشعر بالدعم والراحة النفسية في تواصله معهم، مما يشكل له عامل حماية نفسي مهم. وعلى المستوى الاجتماعي، ذكر أنه يحافظ على علاقات إيجابية مع أصدقائه وزملائه، ويجد في هذه العلاقات متنفساً يساعده على التخفيف من الضغوط النفسية والانعزال الذي يعاني منه.

إلا أن (و) يعاني من حالة اكتئاب واضحة، تتمثل في فقدان الرغبة في كثير من النشاطات اليومية، والشعور بالفراغ والحزن العميق، إضافة إلى أفكار متكررة عن الموت والخوف من فقدان السيطرة، وهذه الحالة النفسية المتدهورة تعكس التأثير القوي لفقدانه لصديقه وتعاطيه المستمر للمخدرات.

بناءً على ما سبق، يتضح أن الحالة تحتاج إلى تدخل علاجي نفسي متكامل يركز على معالجة الإدمان، دعم الحالة النفسية وتوفير الدعم الأسري والاجتماعي اللازم لتعزيز دافعيته للتعافي وتحسين جودة حياته.

اما عن نتائج مقياس بيك للاكتئاب للحالة (04) أظهرت اكتئاباً شديداً بدرجة 23. المفحوص يعاني من خوف مستمر، فقدان أمل، أفكار سلبية، حزن دائم، شعور بالفشل، انعدام الرغبة في النشاط أو الأكل، وصعوبة في اتخاذ القرارات. تعبيره عن حياته "بدون معنى" يؤكد شدة الاكتئاب وضرورة التدخل العلاجي العاجل.

5. الحالة الخامسة

5-1- تقديم الحالة الخامسة :

الفتاة (س) تبلغ من العمر عشرين عاماً، وهي تتابع دراستها الجامعية في السنة الأولى من ليسانس. حالتها الاجتماعية عزباء، ولم تسجل لديها أية سوابق مرضية معروفة. تعيش في مرحلة عمرية تتميز بالانتقال من مرحلة المراهقة إلى مرحلة الشباب، حيث تواجه تحديات الدراسة وبناء شخصية مستقلة، دون وجود أية مشاكل صحية سابقة تؤثر على وضعها الصحي الحالي.

5-2- عرض محتوى المقابلة:

المحور الأول

الحالة المرضية : كيف أحسست عندما عرفت بمرضك؟

عندما سألتها عن شعورها لحظة معرفتها بمرضها، أجابت بصوت متعب وهادئ: "أنا فعلاً مرهقة جداً من كل اللي صار، وما عنديش القدرة باش نهدر على هاد الشي. الموضوع ثقيل عليا بزاف، نحس براسي محبوسة وسط عتمة كبيرة، وما عنديش الطاقة أو الرغبة باش نعبر على اللي نعيشه في داخلي. حتى كي يسألوني عن شعوري، ما نعرفش واش نجاب، كيما لو قلبي محطوط على صدري ومش قادر

يتحرك. بصراحة، حابة نتفادى الكلام على المرض، لأنه يعاود يذكرني بالألم والتعب اللي عايشينه يومياً".

المحور الثاني

الجانب العلائقي

العلاقة الأسرية: كيف هي علاقتك بأسرتك ؟

فيما يتعلق بعلاقتها مع أسرتها، قالت بصوت منخفض لكنه واضح، وكأنها تحاول أن تعبر عن مشاعر متداخلة: "العلاقة مع عائلتي ماشي مليحة، نحس دائماً أنهم يراقبونني في كل حاجة، ما يخلونيش نعيش حياتي بحرية ولا نتصرف كما نحب. كأنهم عيونهم عليا دائماً، وكل حركة نعملها تكون تحت المراقبة والانتقاد. هذا الشيء يخليني نحس بالضغط والاختناق، وأحياناً نحس بالاحتجاز وكأنهم مش يسمحولي نكون نفسي. علاقتنا مملوءة بالمراقبة والتدخل، ما فيش مساحة خاصة نقدر أعيش فيها كيف ما نحب".

العلاقة الاجتماعية

كيف هي علاقتك بالآخرين؟

وعندما تحدثت عن علاقتها بالآخرين خارج العائلة، قالت بثبات: "أنا ما نحبش الاختلاط مع الناس، ما يعجبنيش نحتك بيهم أو نكون وسط تجمعات. دائماً نحب نبقى بعيد، ونحس براحي أكثر كي نكون وحدي. الناس ما تهمنيش بزاف، وما عنديش رغبة نكون اجتماعية ولا نشارك في أي حاجة تخصصهم. الجلوس مع نفسي هو اللي يعطيني راحة ونفس الوقت يبعد عني كل التوتر والضغط اللي نعيشه".

المحور الثالث

نظرة المريض لذاته كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

حين سألتها كيف ترى نفسها قبل وبعد المرحلة الحالية، بدأت تتكلم بصوت أكثر هدوءً وحسرة عميقة: "قبل ما تولي عائلتي تراقبني وتتحكم في حياتي، كنت نحس روجي بخير وعندي حياة طبيعية. كنت نشعر بالقوة والثقة في نفسي، وكنت قادرة نعيش حياتي على طريقي، نتخذ قراراتي وحدي ونحس بالاستقلال. كنت نشوف المستقبل بعيون مليانة أمل وطموح".

" لكن مع الوقت، ومع الرقابة المستمرة والتدخل في كل صغيرة وكبيرة في حياتي، تغير كل شيء. صرت نحس بالضغط والاختناق، روجي تعبت وصرت ما نعرفش كيفاش نتصرف ولا نعيش حياتي بحرية. حسيت روجي ما بقيتش أنا، وكأنهم سرقوا مني حقي في الحياة والاستقلالية. أصبحت حياتي مليانة توتر وقلق، ونظرتي لنفسية تغيرت وصرت نشوفها ضعيفة ومحكومة".

5-3- تحليل محتوى المقابلة

المحور الأول:

الحالة المرضية

من خلال ردود المفحوصة، يظهر بوضوح أنها تعاني من حالة إنهاك نفسي شديد، يتجلى في رفضها الحديث عن حالتها المرضية، وهو ما يشير إلى وجود حالة من الإنكار أو التجنب، وهي آلية دفاعية شائعة لدى الأفراد الذين يواجهون صدمات أو حقائق يصعب التكيف معها. المفحوصة عبّرت عن تعب عميق بطريقة وجدانية كثيفة، استخدمت فيها تعبيرات مجازية مثل "محبوسة وسط عتمة كبيرة" و"قلبي محطوط على صدري"، وهي مؤشرات رمزية تعبّر عن حالة اختناق نفسي وشعور بالعجز. كذلك،

بدا على حديثها طابع الاكتئاب، حيث خلت إجابتها من أي أمل أو طاقة، وظهر الميل إلى الانسحاب الداخلي وفقدان الدافعية. هذه المظاهر قد تشير إلى اضطراب اكتئابي أو إلى اضطراب في التكيف يتطلب تدخلاً علاجياً عاجلاً لتخفيف الشعور بالضغط النفسي والتعب الوجودي.

المحور الثاني:

الجانب العلائقي

فيما يخص علاقتها بعائلتها، فقد أفادت المفحوصة بأن العلاقة تتسم بالتوتر والمراقبة الدائمة، مما يعكس وجود علاقة سلطوية تفنقر إلى التفاهم والدعم العاطفي. المفحوصة عبّرت عن شعور دائم بالمراقبة والتقييد، وهو ما يولد لديها شعوراً بالضغط والاحتجاز، وكأنها لا تملك حريتها أو استقلاليتها. من الناحية النفسية، هذا النوع من العلاقات قد يُنتج صراعات داخلية ويؤدي إلى اضطراب في الهوية، كما يُغذي مشاعر الغضب المكبوت، التمرد، أو حتى الانسحاب التام من العلاقة. كذلك، قد تكون هذه المراقبة دافعاً مباشراً لسلوكيات الانعزال أو العدوانية أو الانغماس في آليات دفاعية مثل الإنكار والانغلاق.

أما من حيث علاقاتها الاجتماعية، فقد صرّحت المفحوصة برفض واضح للاختلاط، معبرة عن ارتياحها بالوحدة وعدم اهتمامها بالناس. هذا الموقف يعكس ميولاً انعزالية وانسحاباً اجتماعياً قد يكون ناتجاً عن انعدام الثقة بالآخرين أو عن تراكمات تجارب سلبية سابقة. كما قد يكون أيضاً مؤشراً على وجود أعراض اكتئابية أو قلق اجتماعي، خصوصاً عندما يصبح الانعزال ملاذاً نفسياً للابتعاد عن الألم أو التوتر. انعدام الرغبة في التفاعل الاجتماعي قد يؤدي بدوره إلى تفاقم الشعور بالوحدة ويزيد من حدة الأعراض النفسية، مما يستدعي دراسة أعمق لتحديد ما إذا كان هذا الانسحاب عرضاً مؤقتاً أم سلوكاً مرضياً مترسّخاً.

المحور الثالث:

نظرة المريض لذاته

عند سؤال المفحوصة عن نظرتها لذاتها قبل وبعد التغيرات التي طرأت على حياتها، بدا واضحاً أن هناك تحولاً كبيراً في صورتها الذاتية. فقد وصفت نفسها سابقاً بأنها كانت قوية، واثقة، ومستقلة، ما يشير إلى وجود هوية إيجابية كانت قائمة قبل التدخلات العائلية المكثفة. إلا أن تلك الهوية تعرضت للتشويش والتفكك نتيجة لما وصفته بـ"التحكم والرقابة" من طرف عائلتها، مما ولد لديها شعوراً متزايداً بالعجز وفقدان السيطرة على حياتها. المفحوصة تحدثت عن الإحساس بأنها لم تعد هي نفسها، وكأن شخصيتها سُلبت منها، ما يشير إلى وجود معاناة من أزمة هوية وانخفاض في تقدير الذات. هذا التحول في النظرة إلى الذات قد يترافق مع مشاعر الذنب، الحزن، وانعدام القيمة، وهي مكونات مركزية في الاكتئاب، مما يفرض أهمية التدخل العلاجي العميق لإعادة بناء الثقة الذاتية وتحرير المفحوصة من القيود النفسية والاجتماعية التي تعيق نموها.

5-4- تحليل نتائج مقياس « Beck » للاكتئاب عند الحالة: (05)

و بعد حساب نقاط الاكتئاب لدى المفحوصة "مقياس Beck للاكتئاب وجدنا مجموع درجاته تقدر ب : 22 درجة ، و هذا يدل على وجود اكتئاب شديد. و لقد تبين من خلال الإجابات التي أعطتها لنا المفحوصة في البنود المختارة أن الدرجة (1) تكررت 3 مرات حيث عبرت المفحوصة على أنها تشعر بالحزن و الاكتئاب.

أما بالنسبة للدرجة (2) تكررت (6) ستة مرات حيث عبرت المفحوصة عن تشاؤمها و عدم رضاها و ترددها في اتخاذ قراراتها و عدم الراحة لكون أمها تراقبها أما (3) و (4) فقد كان تكرارها قليل و هذا بالنسبة للدرجة.(0)

وهذا ما أكدته كذلك نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة حينما عبرت لنا المفحوصة عن حزنها و اكتئابها وقد تبين ذلك بكل وضوح في شكلها الخارجي و إيماءات وجهها الحزينة.

5-5- ملخص الحالة الخامسة :

المریضة (س) فتاة في العشرين من عمرها، طالبة في السنة الأولى من ليسانس، تعيش مرحلة انتقالية حساسة بين المراهقة والشباب، وتواجه ضغوطاً نفسية واجتماعية متعددة. بدأت تعاطي عقار الليريكا في سن 18 بدافع تجريبي للهروب من واقعها وضغوط الحياة، غير أنها تطورت إلى إدمان يومي أدى إلى تغييرات واضحة في سلوكها وحالتها النفسية.

عند تقييمها نفسياً، تظهر عليها مظاهر اكتئابية حادة تشمل الانسحاب الاجتماعي، ضعف الدافعية، التعب النفسي، وحالة من الإنكار تجاه مرضها وتعاطيها. تعبر المريضة عن شعور داخلي بالعجز والاختناق النفسي، مجازاً باستخدام تعبيرات مثل “محبوسة وسط عتمة كبيرة” و”قلبي محطوط على صدري”، ما يشير إلى معاناة نفسية عميقة وعدم قدرة على التعبير عن مشاعرها أو طلب الدعم. العلاقة مع أسرتها متوترة للغاية، حيث تفرض عليها رقابة صارمة وتدخلًا مستمرًا في حياتها، مما أدى إلى تفاقم شعورها بالضغط والاختناق وفقدان الاستقلالية. هذه العلاقة السلطوية أدت إلى ظهور صراعات داخلية وشعور متزايد بالاحتجاز، بالإضافة إلى شعور بالتمرد والانسحاب الاجتماعي. هذه البيئة الأسرية غير الداعمة تزيد من تعميق مشاعر العجز والاحباط لديها.

المريضة تميل إلى العزلة الاجتماعية، حيث تفضل البقاء وحيدة بعيداً عن تجمعات الناس، معتقدة أن ذلك يخفف من توترها ويمنحها بعض الراحة. هذا الانسحاب الاجتماعي، مع ضعف شبكة الدعم، يرفع من خطر تفاقم الأعراض النفسية ويؤثر سلباً على قدرتها على التعافي.

من الناحية الذاتية، تشير المريضة إلى تحول جذري في نظرتها إلى نفسها، حيث كانت في السابق تشعر بالثقة والقوة والاستقلالية، لكن بعد تدخل الرقابة الأسرية وظهور الإدمان، ادمنت على ليريكما، تغيرت صورتها الذاتية لتصبح مرتبطة بالشعور بالضعف والعجز وفقدان السيطرة على حياتها. هذا التحول يعكس أزمة هوية واضحة ويؤكد وجود حالة نفسية تحتاج إلى دعم علاجي مكثف.

المريضة لا تبدي رغبة حقيقية في العلاج، وقد جاءت إلى المركز بناءً على إصرار والدتها، مما يعكس وجود مقاومة أولية للعلاج وخوف من مواجهة الواقع. هذا يتطلب نهجاً علاجياً متكاملًا يجمع بين الدعم النفسي الفردي، العلاج الأسري لتخفيف التوترات وتحسين التواصل، وبرامج إعادة التأهيل النفسي والسلوكي للحد من الإدمان وتعزيز التعافي.

في المجمل، الحالة تحتاج إلى تدخل عاجل وشامل يركز على معالجة الجانب النفسي، دعم الهوية الذاتية، تحسين بيئة الدعم الأسري والاجتماعي، والعمل على تعزيز الدافعية للعلاج لتحقيق تحسن حقيقي ومستدام في حياة المريضة.

كما أظهرت نتائج مقياس بيك للاكتئاب لدى الحالة (05) أنها تعاني من اكتئاب شديد، حيث بلغ مجموع درجاتها 22. تكررت الدرجة (2) في أغلب البنود، ما يدل على تشاؤم، عدم رضا، وتوتر بسبب رقابة الأم، بينما تكررت الدرجة (1) ثلاث مرات معبرة عن الحزن. وأكدت المقابلة العيادية هذه الحالة من خلال مظهر المفحوصة وتعابير وجهها الحزينة.

جدول الحالات :

نتائج المقياس	ملخص المقابلة	تقديم الحالات
<p>الدرجة 30 (اكتئاب شديد). تظهر النتائج: ملل متكرر، تعب سهل، أفكار الموت، صعوبة اتخاذ القرارات، حزن شديد، شعور بالفشل، انعدام القيمة، فقدان الاهتمام بالآخرين، وأفكار سوداوية. تم دعم هذه النتائج في المقابلة العيادية حيث قال: "ملي مرضت وأنا اخم في نفسي".</p>	<p>شاب من ولاية البويرة يعيش في وسط عائلي مستقر ظاهريًا، علاقته جيدة مع العائلة لكنه يخفي معاناته النفسية. بدأ تعاطي "اليريك" بدافع الفضول مع الأصدقاء قبل عام وأصبح مدمنًا، يعاني أعراض انسحابية مثل الخمول واضطراب النوم والانعزال، ويشعر بالتعب والأرق معًا. لديه وعي بحالته ويعاني اغتراب ذاتي وشعور بالانفصال عن ذاته. رغم ذلك، جاء طلبًا للمساعدة طوعيًا، مما يشير لرغبة حقيقية في العلاج.</p>	<p>الحالة الأولى: ف، 17 سنة، طالب في السنة الثانية ثانوي</p>
<p>مقياس بيك للاكتئاب: مجموع 19 نقطة، مما يشير لاكتئاب شديد. المفحوص عبر عن فقدان الأمل، التشاؤم، الملل، صعوبة</p>	<p>ر. يعاني تداعيات فقدان أمه، وهي نقطة تحوّل كبيرة في حياته النفسية والسلوكية. ظهرت عليه مشاعر قلق وخوف متكرر من الموت، وأدى</p>	<p>الحالة الثانية: ر. مراهق عمره 17 سنة،</p>

<p>تحمل المسؤولية، وصعوبة اتخاذ القرارات، ويحتاج لبذل جهد كبير للقيام بأي نشاط.</p>	<p>الحدث إلى توقفه عن الدراسة وتحمله مسؤولية نفسه وأخته. القولون العصبي لديه يندرج ضمن تجسيد الضغط النفسي، وتعاطيه المخدرات بدأ كفرار من الألم النفسي (حشيش وكيثيل). يشعر بمسؤولية كبيرة تجاه أخته، بينما علاقته مع والده باردة ومتوترة، ما يزيد شعوره بالوحدة. يعاني أعراض اكتئابية واضحة كفقدان الدافعية، الانسحاب الاجتماعي، اضطرابات شهية ونوم، ويحتاج لتدخل علاجي متعدد الأبعاد.</p>	<p>توقف عن الدراسة في السنة الرابعة متوسط، أعزب يعيش مع أسرته. لا يعاني من أمراض نفسية مسجلة، لكنه يشكو من القولون العصبي المرتبط بالتوتر والقلق، مما يعكس استعداد نفسي لتجسيد الضغوط جسدياً. توقفه المبكر عن الدراسة قد يعكس صعوبات نفسية واجتماعية لم تُعالج.</p>
<p>مقياس بيك Beck: حصلت على 17 نقطة، مما يدل على اكتئاب شديد. عبرت عن فقدان الأمل، تجنب اتخاذ القرارات، فقدان الاهتمام بالأنشطة والأشخاص، تراجع تقدير الذات،</p>	<p>المفحوصة (د) من ولاية بومرداس وتدرس بجامعة البويرة، تعمل بالخياطة. تعاني الأكزيما منذ الطفولة وتتفاقم مع التوتر، خصوصاً في علاقاتها الأسرية التي أصبحت متوترة وقطيعة وجدانية مع أفراد</p>	<p>الحالة الثالثة : د. شابة تبلغ من العمر 19 سنة، تدرس في السنة الأولى ليسانس عزباء.</p>

<p>مع عدم وجود ميول إيذاء النفس أو تشاؤم مفرط. أكدت المقابلة معاناتها من تغيرات سلبية مرتبطة بحالتها المرضية.</p>	<p>الأسرة بسبب شعورها باستغلالهم لها. بدأت تعاطي المخدرات بتأثير صديقتها المقربة، المدمنة على الحشيش، وأصبحت مدمنة على الحشيش تصل لـ 10 سجائر يوميًا، وتعاني فقدان السيطرة والخوف من انقطاع الدواء. طلبها للعلاج جاء بمساعدة صديقتها التي لاحظت تغيرات سلوكية خطيرة، من هلوسة وخوف وكره لكل شيء. في المقابلة، بدت القلق واضحًا عليها، مترددة لكنها صادقة ومنفتحة، وتعبّر عن رغبة قوية في إنهاء المقابلة بسرعة.</p>	<p>لا تسجل سوابق نفسية لكنها تعاني من الأكزيما التي تتفاقم بفعل التوتر والقلق. تعيش مرحلة انتقالية بين المراهقة والرشد، تواجه تحديات التكيف مع بيئة الجامعة واستقلاليتها.</p>
<p>نتائج مقياس بيك للاكتئاب مجموع الدرجات: 23 (اكتئاب شديد). تعبيرات عن خوف مستمر، فقدان أمل، أفكار سلبية، حزن دائم، شعور</p>	<p>يعبر عن وعي كبير بوضعه النفسي، يشعر بالخوف من الموت، فقدان الأمل، والإجهاد الشديد. يتعاطى "ليريكاً" نهارًا و"الحشيش" مساءً. علاقته بأسرته جيدة وتوفر له</p>	<p>الحالة الرابعة : و، شاب عمره 20 سنة، حاصل على شهادة البكالوريا، يعمل في مجال القصابة،</p>

<p>بالفشل، عدم اهتمام بالنشاطات أو الأكل، صعوبة في اتخاذ القرارات. أكد في المقابلة: "أحس أن حياتي بدون معنى".</p>	<p>دعمًا نفسيًا مهمًا، لكن معاناته من الاكتئاب واضحة وتأثير وفاة صديقه كبير على حالته النفسية.</p>	<p>يعاني من مرض السكري الوراثي، يعيش في البويرة. لا توجد له سوابق نفسية، لكنه يعاني من اكتئاب حاد مرتبط بوفاة صديقه بسبب جرعة زائدة من المخدرات.</p>
<p>نتائج مقياس بيك للاكتئاب مجموع الدرجات: 22 (اكتئاب شديد). تكررت الدرجة (2) 6 مرات، مما يعكس تشاؤم، عدم رضا، تردد في اتخاذ القرار، توتر بسبب رقابة الأم. تكررت الدرجة (1) 3 مرات معبرة عن حزن واضح.</p>	<p>بدأت تعاطي ليрика في سن 18 بدافع التجربة والهرب من الواقع، وتطور إلى إدمان يومي أثر على سلوكها وحالتها النفسية.</p>	<p>الحالة الخامسة : س، 20 سنة، طالبة في السنة الأولى ليسانس، عزباء، لا توجد سوابق مرضية نفسية معروفة. تعيش مرحلة انتقالية بين المراهقة والشباب، تواجه ضغوط الدراسة وبناء شخصية مستقلة.</p>

التعليق على الجدول:

يُظهر الجدول السابق عرضًا تكامليًا لخمس حالات مرافقين ومرافقات يعانون من الإدمان، مع استعراض لنتائج المقابلات العيادية ومقياس بيك للاكتئاب، حيث تميزت جميع الحالات بوجود أعراض اكتئابية تتراوح شدتها بين الشديدة والحادة، مما يعكس العلاقة الوثيقة بين الإدمان والاكتئاب في المرحلة المرافقية.

من خلال تحليل المعطيات العيادية، نلاحظ أن أغلب الحالات تنحدر من بيئات أسرية تبدو مستقرة ظاهريًا، غير أن الفحص العيادي كشف عن مشكلات بنيوية أو وجدانية ضمن هذه العلاقات (كما في حالة "ف" و"س"). كذلك، لعبت الصدمات النفسية (مثل فقدان الأم أو الصديق) دورًا محوريًا في تطور الاضطرابات النفسية كما في حالتي "ر" و"و"، حيث شكّلت هذه الأحداث محفزات لتطور حالة اكتئابية وانسحابية مرفقة بسلوكيات إدمانية كآلية دفاعية للهروب من الألم النفسي.

تتشترك معظم الحالات في معايير إكلينيكية متكررة وفق مقياس بيك، مثل:

- فقدان الدافعية
- التشاؤم
- صعوبة اتخاذ القرار
- الحزن المستمر
- الانسحاب الاجتماعي

وهي مؤشرات ذات دلالة على اضطراب اكتئابي كبير، خاصة مع تسجيل درجات تتجاوز العتبة

السريية (17 فما فوق) في جميع الحالات.

كما يُلاحظ وجود أعراض جسدية نفسية المنشأ في بعض الحالات (كالقولون العصبي عند "ر" والأكزيما عند "د")، وهو ما يُظهر البعد السيكوسوماتي الذي قد يترافق مع المعاناة النفسية عند فئة المراهقين، خاصة عندما تغيب مهارات التعبير اللفظي أو التكيف الناضج مع الضغوط.

من الناحية السلوكية، فقد بدأ التعاطي في معظم الحالات بدافع الفضول أو التأثر بالأقران، مما يشير إلى هشاشة في آليات الدفاع النفسي وضعف في الوعي بمخاطر السلوكيات الإدمانية. ورغم هذا، فإن وجود طلب للعلاج بشكل طوعي في بعض الحالات (مثل "ف" و"د") يعكس درجة من الوعي الذاتي، ويعد مؤشرًا إيجابيًا لإمكانية التدخل العلاجي وإعادة التأهيل النفسي والاجتماعي.

تعكس الحالات المدروسة صورة مركبة لاضطرابات نفسية تداخل فيها الاكتئاب مع الإدمان في سياق نفسي واجتماعي هش، ما يستدعي مقاربة علاجية متعددة الأبعاد، تتضمن الدعم النفسي، المتابعة الطبية، التدخل الأسري، والتأطير السلوكي والمعرفي، خاصة في ظل ما أظهره الفحص العيادي من معاناة حقيقية ورغبة متفاوتة في التعافي.

6. مناقشة النتائج على ضوء الفرضية:

أظهرت الدراسة الميدانية التي أُجريت على عيّنة من المراهقين المدمنين على تعاطي المخدرات أن هناك ترابطًا وثيقًا بين الإدمان والاضطرابات النفسية، وعلى رأسها الاكتئاب، الذي يُعدّ من أكثر الأعراض شيوعًا في هذه الفئة. وقد تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب كأداة قياس نفسية معتمدة لتحديد درجة الاكتئاب لدى المفحوصين، حيث كشفت النتائج أن نسبة كبيرة منهم يعانون من مستويات عالية إلى

متوسطة من الاكتئاب، بينما أظهر البعض أعراضًا حادة ومقلقة، مثل انعدام القيمة، الحزن المستمر، اضطرابات النوم، وتفكك القدرة على التركيز.

وقد بينت المقابلات النفسية الفردية والملاحظة الإكلينيكية أن غالبية هؤلاء المراهقين يعيشون في بيئات أسرية يسودها التفكك، وغياب التواصل العاطفي، مما جعلهم عرضة للفراغ الوجداني. كما أن الضغوط الاجتماعية، كالفشل الدراسي، البطالة، أو التعرض للعنف الجسدي واللفظي، ساهمت بشكل كبير في تعزيز سلوكيات الهروب من الواقع، وفي مقدمتها تعاطي المخدرات كوسيلة للتخفيف المؤقت من المعاناة النفسية. الإدمان، بدوره، ساهم في تفاقم المشكلات النفسية، فدخل المراهقون في حلقة مفرغة من الاعتماد النفسي والجسدي على المادة المخدرة، والشعور المتزايد بالاكتئاب، وفقدان الأمل، بل وظهرت لدى بعضهم ميولات انتحارية.

من جهة أخرى، ساهم مقياس بيك في توفير بيانات كمية دقيقة حول درجة معاناة المفحوصين، مما مكّن من تصنيف الحالات حسب شدة الاكتئاب، وبالتالي توجيه التدخلات النفسية بشكل أكثر فعالية. كما سمحت هذه الأداة بتحديد الفروق بين الأفراد من حيث مدى تأثرهم بالإدمان نفسيًا، مما يؤكد الحاجة إلى مقاربات علاجية متعددة الأبعاد تشمل العلاج النفسي الفردي، الجماعي، الأسري، إلى جانب الدعم الاجتماعي والتربوي.

بناءً على فرضية يعاني المراهق المدمن على تعاطي المخدرات من مستوى اكتئاب شديد، يمكن تحليل جميع الحالات الميدانية التي تم ذكرها على النحو التالي:

تعاطي المخدرات يمكن أن يكون سببًا رئيسيًا في تطور الاكتئاب لدى المراهقين، كما يظهر في الحالات المختلفة. في كل حالة من الحالات التي تم دراستها، يظهر تأثير المخدرات على الدماغ والمزاج، مما يعزز الفرضية القائلة بأن تعاطي المخدرات يساهم في حدوث الاكتئاب.

- التأثير الكيميائي للمخدرات : تعاطي المخدرات يؤدي إلى تغيرات في كيمياء الدماغ، حيث يؤثر المخدر على النواقل العصبية مثل الدوبامين والسيروتونين، المسؤولين عن تنظيم المزاج. هذه التغيرات تؤدي إلى انخفاض الشعور بالرفاهية والمزاج السليم، مما يساهم في ظهور أعراض الاكتئاب.
- التأثير النفسي للإدمان : المراهقون الذين يتعاطون المخدرات غالبًا ما يعتمدون عليها كوسيلة للهروب من مشاعر القلق أو الحزن. لكن مع مرور الوقت، تتحول هذه الآلية إلى حلقة مفرغة، حيث يتفاقم الاكتئاب بسبب التأثيرات السلبية المستمرة للمخدرات على الدماغ والقدرة على التعامل مع المشاعر.
- أعراض الانسحاب وتأثيرات المخدرات طويلة الأمد: في الحالات التي يتم فيها التوقف عن تعاطي المخدرات، يعاني المراهقون من أعراض انسحابية تشابه مع أعراض الاكتئاب، مثل القلق الشديد، التعب المزمن، والشعور بالعجز. هذه الأعراض تؤكد العلاقة السببية بين تعاطي المخدرات وتطور الاكتئاب.
- الانعزال الاجتماعي والصعوبات الأكاديمية: من خلال تعاطي المخدرات، يزداد المراهقون عزلة اجتماعية، حيث يصعب عليهم التفاعل مع أقرانهم أو عائلاتهم بشكل صحي. هذا يؤدي إلى زيادة الشعور بالوحدة والعجز، مما يعزز الاكتئاب. كما أن تدهور الأداء الأكاديمي الناتج عن تأثير المخدرات على التركيز والذاكرة يزيد من مشاعر الفشل واليأس.
- التأثيرات الاجتماعية والعائلية: في بعض الحالات، يكون تعاطي المخدرات نتيجة مباشرة للضغوط الاجتماعية أو العائلية، مثل النزاعات الأسرية أو مشاكل المدرسة. استخدام المخدرات كآلية للهروب من هذه الضغوط يؤدي إلى تفاقم الاكتئاب لدى المراهقين.

باختصار، توضح الحالات أن تعاطي المخدرات له تأثيرات نفسية وبيولوجية عميقة على المراهقين، مما يؤدي إلى ظهور أو تفاقم الاكتئاب.

في ضوء هذه النتائج، تبرز أهمية الوقاية المبكرة من خلال حملات التوعية بمخاطر المخدرات، وتعزيز الصحة النفسية داخل الوسط المدرسي والأسري، مع ضرورة توفير فضاءات استماع ومرافقة نفسية للمراهقين المعرضين للخطر. كما توصي الدراسة بدمج التقييمات النفسية الدورية ضمن برامج إعادة التأهيل، لضمان المتابعة النفسية وتقييم فعالية العلاج. إن فهم العلاقة بين الإدمان والاكتئاب لا يقتصر فقط على التشخيص، بل يُعد مدخلاً أساسياً لتصميم استراتيجيات تدخل شاملة ومستدامة.

الاستنتاج العام:

بناءً على الموضوع الذي تناقشه هذه الدراسة، والذي يسلط الضوء على الاكتئاب لدى المراهقين المدمنين على تعاطي المخدرات، تم استخدام المنهج العيادي في جمع البيانات، مع الاستعانة بعدد من الأدوات البحثية مثل المقابلة النصف الموجهة ومقياس بيك للاكتئاب. كان الهدف الرئيس من هذه الدراسة هو استكشاف العلاقة بين تعاطي المخدرات والاكتئاب لدى المراهقين، وفحص مدى تأثير تعاطي المخدرات على ظهور الأعراض الاكتئابية.

بعد تحليل المقابلات والبيانات المستخلصة من مقياس بيك، ومناقشة النتائج التي تم التوصل إليها، يمكن القول بأن تعاطي المخدرات يعد عاملاً مهماً ومؤثراً في حدوث الاكتئاب لدى المراهقين. حيث أظهرت النتائج أن هناك ارتباطاً وثيقاً بين تعاطي المخدرات وتفاقم الأعراض الاكتئابية، وهو ما يوضح أن المواد المخدرة قد تساهم بشكل مباشر في ظهور الاضطرابات النفسية والتدهور العاطفي لدى الفئة المستهدفة. بالتالي، تُعد هذه الدراسة بمثابة دعوة لمزيد من البحث والتفكير في سبل الوقاية والعلاج، بهدف التقليل من الآثار السلبية للمخدرات على الصحة النفسية للمراهقين.

خاتمة

خاتمة

في ختام هذه الدراسة، تناولنا موضوعًا بالغ الأهمية والحساسية يتمثل في الاكتئاب لدى المراهقين المدمنين على تعاطي المخدرات، وهو من المواضيع التي تستدعي الكثير من الاهتمام والبحث نظرًا لخطورة الظاهرة وتداعياتها المتعددة الأبعاد. لقد جاء اختيار هذا الموضوع استجابة لواقع اجتماعي ونفسي مقلق، حيث أصبحت ظاهرة الإدمان على المخدرات من بين أكبر التحديات التي تواجه المجتمعات الحديثة، وتمس بشكل خاص فئة المراهقين، التي تعد الفئة الأكثر هشاشة واستعدادًا للوقوع في براثن السلوكيات الخطرة، وفي مقدمتها تعاطي المخدرات.

وتبرز خطورة هذه الظاهرة في كونها لا تقتصر على نوع معين من المخدرات أو على شريحة اجتماعية دون غيرها، بل تشمل مختلف الطبقات الاجتماعية وتمتد لتطال الذكور والإناث على حد سواء. كما أن تطور الصناعات الكيميائية أدى إلى ظهور أنواع جديدة من المؤثرات العقلية ذات تأثير بالغ على الجهاز العصبي والوظائف الدماغية، مما يجعل منها خطرًا متزايدًا يهدد التوازن النفسي والعقلي للفرد، خاصة لدى المراهق الذي يعيش مرحلة حرجية من النمو النفسي والجسدي والاجتماعي.

وقد هدفت دراستنا هذه إلى الكشف عن مدى وجود علاقة بين الإدمان على المخدرات والاكتئاب لدى المراهقين، من خلال طرح الفرضية التالية: يساهم الإدمان على المخدرات في زيادة مستويات الاكتئاب لدى المراهقين.

وللتحقق من هذه الفرضية، اعتمدنا المنهج العيادي كإطار منهجي يسمح بالتعمق في دراسة الحالات محل الاهتمام، حيث خططنا لتطبيق الدراسة على خمس حالات من المراهقين المدمنين، باستخدام أدوات نوعية متمثلة في المقابلة العيادية النصف موجهة ومقياس بيك للاكتئاب.

قائمة المصادر والمراجع

قائمة المراجع

- الشربيني، لطفي. (2010). الاكتئاب: المرض والعلاج. منشأة المعارف-03-977 ISBN . 0886-2.
- عويسة، كامل محمد محمد. (1996). علم النفس الفوقي (الطبعة الأولى). (مراجعة: محمد عبد البديع). دار الكتب العلمية.
- زهران، عبد الرحمن. (1996). علم نفس النمو: الطفولة والمراهقة. القاهرة: دار المعارف.
- مايستراشي، نيكول. (2014). المخدرات. ترجمة: زينا مغربل. مراجعة: د. حامد إسماعيل العاني، أبو بكر سعد الله. الرياض: مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية (KACST) ، بالتعاون مع منشورات كتاب العربي، سلسلة "ماذا أعرف؟. (Que sais-je ?) "
- الدمرداش، عادل. (1982). الإدمان: مظاهره وعلاجه (سلسلة عالم المعرفة، العدد 56). المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- العنوان: الاكتئاب المؤلف: د. كوام ماكنزي (D. Kwam McKenzie) المترجمة: زينب منعم الناشر: المجلة العربية - الرياض، السعودية سنة النشر: 2013م
- د حمداوي، جميل (بدون تاريخ). المراهقة: خصائصها ومشاكلها وحلولها. شبكة الألوكة. تم الاسترجاع من <https://www.alukah.net>
- د. عبد الله عسكر عنوان الكتاب: الاكتئاب النفسي بين النظرية والتشخيص دار النشر: مكتبة الأنجلو المصرية مكان النشر: القاهرة سنة النشر: 2001 رقم الإيداع: 2001/9120 ، رقم الكتاب الدولي 1-1844-05-977 (ISBN)
- رفاعي، ناريمان محمد. (2010). *علم نفس النمو*. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.

- سويف، مصطفى. (1996). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية (العدد 205). الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- الدكتور محمد حمدي حجار، (1992) العنوان: العلاج النفسي الحديث الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.
- الدكتور سليم الحساني (2023) العنوان: المخدرات والمؤثرة العقلية وتأثيرها على الفرد والمجتمع، دار النشر دار قرطيس للطباعة والنشر والتوزيع، الطبعة الأولى.
- الدكتور شيماء عبد العزيز أبو زيد (2023) أستاذ مساعد بقسم رياض الأطفال، العنوان: النمو growth psychological النفسي في ضوء إستراتيجية تكميم الإنساني، كلية الدراسات الإنسانية، جامعة الأزهار.
- الدكتور خالد حمد المهدي 2013 العنوان: المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس تعاون لدول الخليج العربي، وحدة الدراسات والبحوث، مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس تعاون لدول الخليج العربي، الدوحة، قطر.
- وفق حامد أبو علي، (2016) العنوان: ظاهرة تعاطي المخدرات الأسباب، الآثار، العلاج، وزارة الأوقاف والشؤون الإسلامية، قطاع الشؤون الثقافية منتدى الثقافي.
- محمد بن محمود آل عبد الله، 2018، العنوان: المراهق والعناية بالمراهقين، مدرسة علوم القرآن بالأزهار الشريف.
- كارول فيتز باتريك وجون شاري، نقلته إلى العربية: سهى نزيه كركي، 2007، التغلب على اكتئاب المراهقين، دليل للأبوين، شركة العبيكان للنشر.
- ديفيد هيندز، 2008، العنوان: اقهر الاكتئاب، اعادة طبع الطبعة الثانية، حقوق الترجمة العربية والنشر والتوزيع محفوظة في مكتبة جرير

- سامي محمد ملحم، (2007) مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط، الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة
- حسن عبد المعطي (2003). الاضطرابات النفسجسمية: التشخيص - الأسباب - العلاج. القاهرة: دار الزهراء الشرق.
- Perron, R. (1976). Les signifiants de la différence des sexes dans les dessins d'enfants. Bulletin de psychologie, 29(322), 643-654.
- Chiland, C. (1993). Changer de sexe : Illusion et réalité. Paris : Odile Jacob.
- قدوسي، سعيدة. (2021). مرحلة المراهقة: نظرياتها وخصائصها. مجلة التمكين الاجتماعي، 3(4)، 120-121. استرجع من <https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/644>
- رشيد، سعاد حميد. (2021). الإدمان على المخدرات، الأسباب والعلاج (دراسة ميدانية في مدينة بغداد). المجلة الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 22(يوليو)، 105. <https://doi.org/10.33193/IJoHSS.22.2021.255>
- قري، مياء بث كمل بن محمد. (1430/2009هـ). إساءة المعاملة البدنية والإهمال الوالدي والطمأنينة النفسية والاكتئاب لدى عينة من تلميذات المرحلة الابتدائية بمدينة مكة المكرمة. [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أم القرى.
- إبراهيم، علاء عبد الحكيم محمد. (2022). فاعلية برنامج إرشادي عقلاني - انفعالي في خفض أعراض الاكتئاب لدى الأفراد المتقاعدين في محافظة سلفيت [رسالة ماجستير، جامعة القدس المفتوحة].

- أبو جاموس، أسامة عبد المعطي محمد. (2009). الاضطرابات الانفعالية ومهارات حل المشكلات لدى المراهقين (رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، كلية التربية، قسم علم النفس).
- مخامرة، زهيرة محمود يوسف. (2018). فاعلية برنامج إرشادي جماعي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدارس البلدة القديمة في مدينة الخليل. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الخليل، فلسطين.
- قدور، نوبيلات. (2006). اتجاهات الشباب العاطل نحو تعاطي المخدرات: دراسة استكشافية على عينة من شباب مدينة ورقلة. مذكرة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، الجزائر.
- خولة بنت عبد الله السبتى العبد الكريم، 2004، مشكلات المراقبة الاجتماعية والنفسية والدراسية، دراسة وصفية على عينة من الطالبات السعوديات في المرحلة المتوسطة في المدارس الحكومية في مدينة الرياض، ضمن المتطلبات الحصول على درجة الماجستير في الخدمة الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود.
- جبار، شهيدة (2016). الزمن الذاتي لدى المكتئب الحصري: إسهامات اختبار الرورشاخ والـ TAT مقارنة سيكوديناميكية [أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة وهران 2.
- أمينة، صافة. (2016). آثار استعمال التكنولوجيات الحديثة على أفراد الأسرة الجزائرية: دراسة للتأثيرات النفسية والاجتماعية والأخلاقية والصحية لاستعمال الإنترنت على أبناء الأسرة الجزائرية (أطروحة دكتوراه في علم النفس الأسري). جامعة وهران 2، الجزائر.
- شيهان، عبد المالك. (2020). أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي جماعي في تنمية الدافعية للامتناع عن المخدرات لدى المراهقين: دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف [أطروحة دكتوراه، جامعة وهران 2].

- صالح محمود السعد (1990) تعاطي المخدرات والمؤثرة والاتجار الغير المشروع بها في الأردن، دراسة مقارنة بين الأردنيين _ والعمالة الوافدة، أطروحة دكتورة، دولة الجامعة التونسية كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم الاجتماع
- قدوري، خليفة. (2017). قلق الامتحان وعلاقته بفاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة ثانوي لولاية الوادي: دراسة ميدانية ببعض ثانويات ولاية الوادي [أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة قاصدي مرباح ورقلة]. مستودع جامعة ورقلة.

<https://dspace.univ-ouargla.dz>

الملاحق

الملحق رقم (01) : دليل المقابلة العيادية النصف موجهة:

المحور الأول:

الحالة المرضية

- كيف أحسست عندما عرفت بمرضك ؟

المحور الثاني :

الجانب العلائقي

العلاقة الأسرية:

- كيف هي علاقتك بأسرتك ؟

العلاقة الاجتماعية:

- كيف هي علاقتك بالآخرين ؟

المحور الثالث:

نظرة المريض إلى ذاته

- كيف ترى نفسك قبل و بعد ؟

الملحق رقم: 02 مقياس بيك للاكتئاب (1996):

التعليمات:

في هذا المقياس مجموعة من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدا، ثم تضع دائرة حول العبارة (0) أو 1 أو 2 أو 3 التي تصف حالتك خلال الأسبوع الثاني مما في اليوم.

تأكد من قراءة كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها وتأكد من أنك قد أجبت على كل

المجموعات:

أولاً:

- 0- أنا أشعر بالحزن
- 1- أنا أشعر بالحزن والكآبة
- 2- أنا مكتئب طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحال
- 3- أنا حزين وغير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

ثانياً:

- 0- أنا لست متشائماً على وجه الخصوص ولست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.
- 1- أنا أشعر بأن مستقبلي غير مشجع
- 2- أنا أشعر بأنه ليس لدي شيء أتطلع له في المستقبل
- 3- أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

ثالثاً:

- 0- أنا لا أشعر بأنني شخص فاشل

- 1- أنا أشعر بأنني فشلت أكثر من الشخص المتوسط
- 2- كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء كلما أستطيع أن أرى في حياتي الكثير من الفشل
- 3- أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما

رابعاً:

- 0- أنا غير راض
- 1- أنا أشعر بالملل أغلب الوقت
- 2- أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضي من أي شيء بعد الآن
- 3- أنا غير راض على كل شيء

خامساً:

- 0- أنا لا أشعر بأني آثم ومذنب
- 1- أنا أشعر بأني رديء لا قيمة لي أغلب الوقت
- 2- أنا أشعر بالذنب أو الإثم تماما
- 3- أنا أشعر كما لو أنني رديء جدا أو عديم القيمة

سادساً:

- 0- أنا لأشعر بخيبة الأمل في نفسي
- 1- أنا فاقد الأمل في نفسي
- 2- أنا مشمئز من نفسي
- 3- أنا أكره نفسي

سابعاً:

- 0- أنا لم أفقد اهتمامي بالناس
- 1- أنا أقل اهتماماً بالناس مما تعودت أن أكون من قبل
- 2- أنا فقدت أغلب اهتمامي بالناس ولدي مشاعر قليلة اتجاههم
- 3- أنا فقدت كل اهتمامي بالناس لا أهتم بهم على الإطلاق

ثامناً:

- 0- أنا أتخذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل
- 1- أنا أحاول تأجيل القرارات
- 2- أنا لذي صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات
- 3- أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن

تاسعاً:

- 0- أنا أشعر بأنني أزهق أسوأ مما اعتدت أنا أظهر عليه من قبل
- 1- أنا مشغول بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري تجعلني أظهر بطريقة غير جذابة
- 2- أنا مشغول بأن هناك تغيرات ثابتة في المظهر تجعلني أظهر بطريقة جذابة
- 3- أنا أشعر بأنني قبيح أو كريه المظهر

عاشراً:

- 0- أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل
- 1- أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء
- 2- يجب أن أدفع نفسي بقوة كي أقوم بعمل ما

3- أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق

العادي عشر:

- 0- أنا لا أجهد أكثر مما تعودت من قبل
- 1- أنا لا أشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل
- 2- أنا أشعر بالإجهاد من أداء أي شيء
- 3- أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء

الثاني عشر:

- 0- شهيتي في الأكل ليست أسوء من المعتاد
- 1- شهيتي للأكل جيدة كما كانت
- 2- شهيتي أصبحت أسوء الآن
- 3- أنا لست لي شهية للأكل نهائياً

الثالث عشر:

- 0- أنا ليست لدي أفكار للإضرار بنفسني
- 1- أنا لدي أفكار للأضرار بنفسني ولكن لا أنفذها
- 2- أنا أشعر بأنه من الأفضل أن أموت
- 3- لو استطعت لقتلت نفسي



قسم علم النفس وعلوم التربية
مصلحة البحث العلمي للقسم

السنة الجامعية: 2025/2024

إذن بإيداع مذكرة التخرج بعد التصحيح

نحن الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة عن المذكرة والمذكورة في
الأستاذ المشرف (ة):
الأستاذ المناقش (ة):
الأستاذ الرئيس (ة):

نأذن بإيداع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر بعد تصحيحها

بعنوان:
.....

والتي أعدها الطالب (ة):
والطالب (ة):
والطالب (ة):

المسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ميدان:
.....

تخصص:
الموسم الجامعي: 2025/2024

إمضاء المشرف

إمضاء المناقش

إمضاء رئيس اللجنة