



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبي
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1954 قالمة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس



الصّدمة النفسيّة وعلاقتها بسلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهق المتمدرس

مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي

بإشراف:

الدكتور/ بودودة نجم الدين

إعداد:

بن طبولة سامية

رحمانية وسيلة

لجنة المناقشة

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	جامعة الانتماء	الصفة
1	إيغمين نذيرة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	رئيسا
2	بودودة نجم الدين	أستاذ محاضر "أ"	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	مشرفا، مقرا
3	بوهتان عبد القادر	أستاذ محاضر "أ"	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	متحنا

السنة الجامعية 2021 – 2022

شكر وعرفان

تتسابق الكلمات وتتزاحم العبارات لتنظم عقد الشكر الذي لا يستحقه إلا من سعى حقًا، فكان سعيه مشكورًا، فالحمد لك ربّي والشكر على كلّ النعم التي أنعمت بها علينا. الحمد لله كثيرًا.

ولأن من لا يشكر الناس لا يشكر الله، أتقدم بالشكر الجزيل إلى من يقف التّكريم حائراً عاجزاً عن تكريمه، فلو أتينا بالتقدير كلمة ما وفي ببعض قدره، إليك أستاذنا: الدكتور/ نجم الدين بودودة المشرف على عملنا المتواضع، والذي كلّله الله بالهبة والوقار والذي أفاض علينا من بحر علمه وكنوز معرفته وحصيلة أفكاره لينير دربنا، فلا يسعني في هذه اللّفتة المباركة سوى أن أقول بوركتم وبورك مسعاكم وجعل طريق العلم يرجو رضاكم... دمتم دخرًا وحللتم في الأفاق فخرًا.

كما لا يفوتنا أن نتقدّم بجزيل الشكر والعرفان للدكتور عبد الرحمن جودي من كلية الآداب واللغات قسم اللغة العربية الذي قبل دون كلل أو ملل تصحيح عملنا هذا رغم ما لديه من مشاغل.

فأقول لك أستاذي الفاضل سلمت يمينك على ما بذلت...وعلى ما أعطيت من جوهر... وأسأل الله أن يجعلك كالسحاب أينما وقع نفع وحيثما أمطر أزهر... بارك الله عطاءك ورزقك أعلى مراتب جناته ...

كما نتقدم بالشكر إلى لجنة المناقشة الموقرة التي تكبّدت عناء قراءة هذا العمل وتقويمه، وإلى جميع أساتذة قسم علم النفس الذين كنّا نتمنى أن يدرّسونا لما لهم من سمعة طيبة من علم وعطاء، والحمد لله فقد وصلنا إلى ما كنّا نصبو إليه.

فلا توجد في القواميس كلمات تعبّر عمّا في دواخلنا نحوكم جميعاً، ولعلّ دعواتنا لكم تطرق أبواب السماء فتكون أبلغ من حروفنا المتلاشية.

تمنياتنا لكم جميعاً بالتوفيق والسداد

فهرس المحتويات

الصفحة	فهرس المحتويات
	شكروعرفان
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	فهرس الملاحق
	الملخص
أ	- مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول: الإطار التّصوري للدراسة
4	1. الإشكالية
6	2. أهمية الدراسة
6	3. أهداف الدراسة
6	4. دوافع اختيار الموضوع
7	5. المفاهيم الإجرائية
7	6. حدود الدراسة
8	7. الدراسات السابقة
15	8. التعقيب عن الدراسات السابقة
	الفصل الثاني: الصّدمة النفسية
19	- تمهيد
20	1. تعريف الصّدمة
24	2. بعض المصطلحات المتداخلة مع الصّدمة النفسية
26	3. مفهوم الصّدمة في إطار سياقات الجرحية، الرجوعية
27	4. الصّدمة النفسية والرجوعية
28	5. نبذة تاريخية عن تطور مفهوم الصّدمة النفسية
30	6. صيرورة ظهور الإجهاد ما بعد الصّدمي
32	7. تشخيص PTSD حسب DSM
34	8. النظريات المفسّرة للإجهاد ما بعد الصّدمة
36	9. العوامل المساعدة في حدوث الصّدمة
37	10. العوامل المهيئة لحدوث اضطراب ما بعد الصّدمة
37	11. الصّدمة النفسية عند الطّفل والمراهق
40	12. عمل الذاكرة الصّدمية والحداد في المراهقة
42	13. خصوصية المراهق ضحية الصّدمة النفسية

43	14. ميكانيزمات الدفاع للفرد المصدوم
44	15. أنواع الصدمات
48	16. الفرق بين العصاب الصدمي الناجم عن الكوارث غير الطَّبِيعية والطَّبِيعية
48	17. مراحل الصدمة النَّفسية وعمل الحداد النَّفسي
52	18. العلاج
61	- خلاصة
الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات	
64	- تمهيد
65	1. مفهوم تطوّر المخدرات والمصطلحات المرتبطة به
69	2. الفرق بين تعاطي المخدرات والإدمان على المخدرات
70	3. الإدمان على المخدرات بين المرض النَّفسي والجنوح
70	4. لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها
72	5. طرق تعاطي المخدرات
73	6. تصنيف المخدرات
75	7. أنواع تعاطي المخدرات
75	8. استهلاك المخدرات وسط المراهقين
76	9. العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات عند المراهق
81	10. الصدمة النَّفسية في علاقتها بتناول المخدرات
82	11. النظريات المفسِّرة للإدمان على المخدرات
89	12. مراحل الإدمان عند المراهق
91	13. أنواع الإدمان عند المراهق
92	14. مميزات الشَّخصية المدمنة
93	15. الإدمان على المخدرات وأثرها على الحياة الأسرية
94	16. الآثار المترتبة عن الإدمان على المخدرات
99	17. وقاية المراهق من الإدمان على المخدرات
100	18. علاج الإدمان على المخدرات
103	- خلاصة
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية	
107	- تمهيد
108	1. الدِّراسة الاستطلاعية
108	1.1. الأهداف الرَّئيسية للدراسة الاستطلاعية
108	2.1. المشاركون في الدِّراسة الاستطلاعية
110	3.1. أدوات الدِّراسة
111	4.1. إجراءات الدِّراسة

111	5.1. نتائج الدّراسة
112	6.1. التّعليق على نتائج الدّراسة الاستطلاعية
113	2. الدّراسة الأساسيّة
113	1.2. المنهج المستخدم في الدّراسة
116	2.2. المشاركون في الدّراسة
116	3.2. أدوات الدّراسة
119	4.2. إجراءات الدّراسة
120	- خلاصة
	الفصل الخامس: عرض ومناقشة النتائج
123	1. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدّراسة
123	1.1. النتائج الوصفية
128	2.1 عرض النتائج وفق فرضيات الدّراسة
128	3.1. عرض نتائج الفرضية العامّة (نتائج الارتباط)
130	4.1 نتائج الانحدار الخطي
131	5.1 نتائج الفرضيات الجزئية
133	2. مناقشة نتائج الدّراسة
140	- خاتمة
143	- قائمة المراجع
148	- الملاحق

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	أنواع بعض المخدرات وآثارها النفسية والجسمية	97
02	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس والمستوى التعليمي	109
03	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	109
04	يمثل نتائج الدراسة الاستطلاعية بالنسبة للسؤال الأول	111
05	يمثل نتائج الدراسة الاستطلاعية بالنسبة للسؤال الثاني	111
06	يمثل نتائج الدراسة الاستطلاعية بالنسبة للسؤال الثالث	112
07	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن	114
08	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	114
09	توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى التعليمي	115
10	نتائج معامل الارتباط ألفا كرونباخ لمقياس الصدمة النفسية	123
11	نتائج معامل الارتباط ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الاندفاعي	123
12	استجابات أفراد العينة الكلية بالنسبة لمقياس الصدمة حسب البنود	124
13	استجابات أفراد العينة الكلية بالنسبة لمقياس السلوك الاندفاعي حسب البنود	125
14	الإحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) لمحاور مقياس الصدمة النفسية	126
15	الإحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري) لمحاور مقياس السلوك الاندفاعي	127
16	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الصدمة النفسية والسلوك الاندفاعي	129
17	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد الصدمة النفسية وأبعاد السلوك الاندفاعي	129
18	نتائج الانحدار الخطي للمتغير المستقبل الصدمة النفسية وتأثيره على المتغير التابع السلوك الاندفاعي	130
19	نتائج مدى تأثير كل بعد من أبعاد الصدمة النفسية على السلوك الاندفاعي	130
20	نتائج معامل بيرسون بين الصدمة ومتغير الجنس	131
21	نتائج ANOVA بين الصدمة ومتغير السن	131
22	نتائج ANOVA بين الصدمة والمستوى التعليمي	132
23	نتائج ANOVA بين السلوك الاندفاعي تبعاً لمتغير الجنس	132
24	نتائج ANOVA بين السلوك الاندفاعي تبعاً لمتغير السن	132
25	نتائج العلاقة بين السلوك الاندفاعي ومتغير المستوى التعليمي للمراهقين المتدربين	133

الصفحة	عنوان الشكّل	رقم الشكّل
81	العوامل الخمسة الرئيسية	01
102	المراحل المختلفة للعلاج الإدماني	02
109	توزيع أفراد عينة الدّراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي والجنس	03
110	توزيع أفراد عينة الدّراسة الاستطلاعية حسب السن	04
114	توزيع أفراد عينة الدّراسة حسب متغير السن	05
115	توزيع أفراد عينة الدّراسة حسب متغير الجنس	06
116	توزيع أفراد عينة الدّراسة حسب متغير المستوى التعليمي	07
125	توزيع استجابات أفراد العينة بالنسبة لمقياس الصّدمة حسب البنود	08
126	يوضح نتائج استجابات أفراد العينة بالنسبة لمقياس السلوك الاندفاعي	09
127	يوضح الإحصائيات الوصفية لمجاور مقياس الصّدمة النفسية	10
128	يوضح الإحصائيات الوصفية لمجاور مقياس السلوك الاندفاعي	11

فهرس الملاحق:

رقم الملحق	عنوان الملحق
01	مقياس كرب ما بعد الصّدمة لدافيدسون
02	مقياس السلوك الاندفاعي العربي UPPS-P القصير

ملخص:

يعتبر مفهوم الصدمة النفسية من المفاهيم التي لاقت اهتمام الكثير من الباحثين في مجال علم النفس والصحة النفسية، لما لها من آثار وخيمة إذ تمس جميع الفئات العمرية، وبالتحديد فئة المراهقين المتمدرسين الذين يميلون للهروب من الواقع بأي طريقة والتي تجعلهم غير واعيين بما يدور من حولهم وذلك من خلال الإدمان على المخدرات.

نظرا للأهمية الكبيرة في التعرف على آثار الصدمة النفسية عند المراهق وقلة الدراسات العلمية لهذا الموضوع، ارتأينا أن نسلط الضوء على مختلف جوانب الصدمة النفسية وذلك بعنوان: الصدمة النفسية وعلاقتها بسلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهقين المتمدرسين، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة الموجودة بين المتغيرين سواء عند التلميذ أو الطالب على مستوى المراكز التعليمية بولاية قلمة، حيث تم استخدام المنهج الوصفي، معتمدين على استمارة الكترونية كأداة رئيسية في جمع المعلومات والبيانات والمكونة من مقياسين: مقياس لاضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدافيدسون ومقياس السلوك الاندفاعي العربي UPPS-P القصير، وربطها بالمتغيرات الديمغرافية (الجنس، السن، المستوى التعليمي) حيث تم توزيعها على 309 مراهق متمدرس تم اختيارهم بطريقة عرضية (صدفة)، وبعد تجميعها وتبويبها وتحليلها بمختلف الأساليب الإحصائية الملائمة من خلال برنامج SPSS تم التوصل إلى تحقق الفرضية العامة في وجود علاقة بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهق المتمدرس و جميع الفرضيات الأخرى الجزئية، ما عدا الفرضية الجزئية المتعلقة بالسلوك الاندفاعي وعلاقته بالجنس. فقد تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاندفاعي تعزى لمتغير الجنس.

الكلمات المفتاحية: الصدمة النفسية. الإدمان. المراهقة.

Résumé

Le concept de traumatisme psychologique est l'un des concepts qui a retenu l'attention de nombreux chercheurs dans le domaine de la psychologie et de la santé mentale, en raison de ses effets désastreux car il touche toutes les tranches d'âge; en particulier les adolescents scolarisés qui ont tendance à s'enfuir de la réalité avec n'importe quel moyen, ce qui les rend inconscients de ce qui se passe autour d'eux suite à la toxicomanie.

Étant donné la grande importance d'identifier les effets du traumatisme psychologique, en particulier sur les adolescents, et le manque d'études scientifiques à ce sujet, nous avons décidé de faire une recherche sur les différents aspects du traumatisme psychologique dans le titre suivant: Le traumatisme psychologique et sa relation avec la toxicomanie Cette étude visait à connaître la relation entre les traumatismes psychologiques et les comportements de toxicomanie chez les adolescents scolarisés, qu'ils soient élèves ou étudiants, au niveau des centres éducatifs de la wilaya de Guelma. L'approche descriptive a été utilisée, s'appuyant sur un formulaire électronique (google forms) comme outil principal de collecte d'informations et des données. Notre étude est composée de deux échelles: l'échelle de trouble de stress post-traumatique de Davidson et l'échelle de comportement impulsif Arab UPPS-P court. Nous avons tenté de les lier aux variables démographiques (sexe, âge, niveau scolaire), des échelles ont été distribués à 309 adolescents scolarisés, qui ont été sélectionnés (par hasard), après la collecte les données ont été classés et analysés par diverses méthodes statistiques à travers le programme SPSS. La vérification de l'hypothèse générale de l'existence d'une relation entre le traumatisme psychologique et les conduites de toxicomanie chez l'adolescent scolarisé et toutes les autres hypothèses partielles ont été atteinte, toute fois l'hypothèse de comportement impulsif par rapport au sexe n'a pas été validée. Aucune différence statistiquement significative dans le comportement impulsif concernant cette variable n'a été trouvé.

Mots-clés : traumatisme psychique, addiction, adolescence.

Abstract:

The concept of psychological trauma is considered as one of the interesting subjects for researchers in the field of psychology and mental health, due to its pernicious effects that affect people at different ages, especially educated adolescents who tend to escape from reality in any way that makes them out of their minds through drug addiction.

Seeing the great importance of identifying the effects of psychological trauma, especially on adolescents, and the lack of scientific studies on this subject, we decided to shed light on the various aspects of psychological trauma with the title: Psychological Trauma and Its Relationship to Drug Addiction Behaviors Among School-aged Adolescents. This study aimed to know the relationship between them, whether they were middle school, high school, or university students, at the level of educational centers in Guelma, where the descriptive approach was used, relying on an electronic form as the main tool in collecting information and data, consisting of two scales: Davidson's Post Traumatic Stress Disorder Scale and the Impulsive Behavior Arabic short Scale UPPS-P by relating it to demographic variables (gender, age, educational level), which were distributed to 309 educated adolescents who were selected by coincidence, and after they were collected, classified and analyzed by various appropriate statistical methods through SPSS program. The verification of the general hypothesis in the existence of a relationship between psychological trauma and drug addiction behaviors in the schooled adolescent and all other partial hypotheses was reached, except the hypothesis of impulsive behavior and its sex relationship. It was found that there are no statistically significant differences in impulsive behavior due to the gender variable.

Keywords: psychological trauma, addiction, adolescence.

مقدمة

مقدمة

يعد هذا الموضوع من مواضيع البحث والاهتمام في العديد من الفروع العلمية والمجالات البحثية، وإن كان الباحثون فيه يختلفون فيما بينهم في محاولة تفسيره، وذلك باختلاف مجال تخصص كل باحث؛ فالإنسان يمرّ في حياته بمراحل عمرية مختلفة، وكلّ مرحلة لها خصائصها ودورها في تكوين شخصية الفرد ومن بين هذه المراحل، مرحلة المراهقة التي تعتبر مرحلة جدّ حساسة ومهمّة في حياتنا لما لها من أثار في بناء شخصية الفرد، فالمرهق يمرّ في هذه الفترة بتغيرات فيزيولوجية ونفسية قد تكون سببا في حدوث ردود أفعال نفسية وكذا ظهور بعض السلوكيات المنحرفة، كتعاطي المخدرات الذي يعتبره البعض هروبا من الواقع إلى عالم الخيال والمتعة، فهو يعيش صراعا نفسيا بحكم المرحلة التي يمرّ بها والتي قد تجعله يعيش حالات نفسية مضطربة، ويمكن أن يكون تعاطي المخدرات ناتجا عن صدمات نفسية يلجأ إليها المرهق للتقليل والتخفيف من أعراض ما بعد الصدمة النفسية أين يجد الحلّ الأقرب والسّهّل هو تعاطي المخدرات للقضاء على القلق ونوبات الهلع وغيرها من الأعراض الناتجة عن الحدث الصّدمي.

ولمعرفة العلاقة الموجودة بين الصدمة والإدمان على المخدرات لدى المرهق، ولمعالجة هذا الموضوع تمّ تقسيم هذه الدّراسة إلى جانبين: جانب نظري وجانب ميداني، بحيث يحتوي الجانب النظري على فصلين، تمّ التطرق في البداية للإطار التّصوّري للدراسة وتحديد إشكالية البحث وعرض التساؤلات وتحديد الأهمية والأهداف والمفاهيم الإجرائية والدراسات السابقة مع التعقيب عليها.

جاء الفصل الأول بعنوان: الصّدمة النفسية؛ عرضنا في التمهيدي كلّ ما يخصّ الصّدمة النفسية من نشأة وتعريف وأهم المفاهيم الكبرى ذات الصّلة، والنظريات المفسّرة، والأعراض، والعوامل. كما تناولنا أيضا- الصّدمة النفسية عند الطّفّل المرهق، وعامل الذاكرة الصدمية والحداد في المراهقة، وخصوصية المرهق ضحية الصّدمة النفسية، وميكانيزمات الفرد المصدوم، وأنواع الصّدمات، والفرق بين العصاب الصّدمي النّاجم عن الكوارث غير الطبيعية والعصاب الصّدمي النّاجم عن الكوارث الطبيعية، ومراحل الصّدمة النفسية وعمل الحداد النفسي والوقاية والعلاج.

أما الفصل الثاني فجاء بعنوان: الإدمان على المخدرات، وتمّ التطرق إلى العناصر الآتية: التمهيدي، ومفهوم الإدمان والمفاهيم الكبرى ذات الصّلة، والفرق بين التّعاطي والإدمان، وطرق التعاطي، وتصنيف المخدرات، وأنواع تعاطي المخدرات واستهلاكها وسط المرهقين، والصّدمة النفسية في علاقتها بتناول المخدرات، والنظريات المفسّرة، ومراحل الإدمان عند المرهق، والإدمان وأثره على الحياة الأسرية وأخيرا الآثار والوقاية والعلاج.

وللإحاطة بجميع جوانب الموضوع، دعّمنا الجانب التّطوري بدراسة ميدانية طبّقت على 309 مرهقا، حيث شمل الجانب الميداني الإجراءات المنهجية التي اعتمدناها في بحثنا بالإضافة إلى النتائج المتوصّلة إليها ومناقشتها على ضوء فرضيات الدّراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار التّصوّري للتراسة

الفصل الأول: الإطار التّصوّري للدراسة

- 1- الإشكالية
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهمية الدراسة
- 4- أهداف الدراسة
- 5- دوافع اختيار الموضوع
- 6- تحديد المفاهيم الإجرائية المتعلقة بالدراسة
- 7- الدراسات السابقة
- 8- التّعقيب على الدراسات السابقة

1. الإشكالية:

تُعتبر مرحلة المراهقة مرحلة انتقالية في حياة الأفراد لما لها من خصوصية؛ إذ تطرأ عليها مجموعة كبيرة من التغيرات النمائية على كلّ جوانب الشخصية، وهي فترة نموّ مهمّة وجدّ حرجة يمرّ بها كلّ إنسان، وقد أطلق عليها بعض علماء النفس بالأزمة، وغالبا ما تحدّث فيها تغيرات جسمية وانفعالية وفسولوجية وعقلية واجتماعية أيضا.

كما أنّ المراهقة هي المرحلة التي يتمّ فيها البحث عن الهوية الشخصية، وتشكيل منظومة القيم التي ستؤثّر في حياة الفرد لاحقا، والمراهق بحاجة إلى إدراك وقبول أحاسيسه وتعلّم كيفية التّواصل مع نفسه والآخرين بما يمكنه من تحديد احتياجاته وتلبية ومتطلباته وأفكاره ومشاعره ومعتقداته.

فالمراهقة تفرض -إذن- سياق الإدماج لكلّ التعديلات الداخلية والخارجية للبلوغ من خلال استثمار تمثّلات الذات، وفي هذا السّياق يقول بلاتي (2007): "إنّ الطريقة التي يتعامل بها المراهق مع هاته الفترة توضح نوعية الأركان المستدخلة خلال الطفولة، فإذا كانت البيئة النرجسية وتقدير الذات كافيان والعلاقة مع المحيط ثابتة يمكن للمراهق أن يواجه هذه الصراعات. والعكس فقد يتعرّض لمعاشات صدمية تبعية للمحيط، وغياب المعايير التقمصية والإنسانية، ممّا لا يسمح بتوظيف نفسي جيد للتكيف وتجاوز كل هذه الصراعات".

والمراهقة في حدّ ذاتها تُعتبر حدثا صادما كون الصدمة في هذه المرحلة لا تأتي من الخارج وإنما من الداخل، تخصّ صورة الجسم؛ وبالتالي تكون حماية الجهاز النفسي ضعيفة سواء في داخل وخارج البناء النفسي على حد سواء، وهذا الانهيار يفرض بسبب النّمو المفاجئ والقوي في نهاية الطفولة؛ فهذه المرحلة تعبّر عن ضعف وعجز، وأيّ صدمة قد تؤثر فيه وتترك آثارا مدى الحياة، فالصدمة النفسية حسب بارجوري (1982) هي تجربة غياب الإسعافات التي ينبغي مواجهتها من أجل عدم تراكم الإثارات، سواء أكانت من مصدرها الداخلي أم الخارجي حيث لا يمكن التحكم فيها، كما يجب التنويه إلى أهمية ربط هذا المفهوم بالمراهقة، وهي الفترة التي تكون فيها كلّ الاحتمالات واردة بسبب هشاشة الفرد وعدم قدرته على اتخاذ قرارات حاسمة، وكذلك تأثره بمختلف الظروف الصّعبة التي يعاني منها؛ كالصدّات المختلفة التي يتعرّض لها وما لها من أثر بالغ في نفسية المراهق، وخاصة المتمدّرس، وبالتالي يمكن للصدمة النفسية أن تدفع المراهق بأن يسلك بعض السلوكيات، ومنها الإدمان على المخدرات الذي هو ظاهرة تشكّل الشّغل الشّاغل للأفراد والجماعات على حدّ سواء، كما أنّها تشمل أغلب شرائح المجتمع، وتظهر في كلّ أوساطه، كما هو الحال بالنسبة إلى فئة المراهقين في الوسط المدرسي، وقد تناولت بعض الدراسات الأسباب النفسيّة المؤدية إلى ظهور المخدرات في الوسط المدرسي، وخلصت النتائج إلى وجود عدّة أسباب من بينها الحرمان العاطفي الذي يجعل المراهق يفقد ثقته بنفسه وتقديره لذاته ويلجأ إلى سلوكيات تعويضية حتى وإن كانت خاطئة مثل تعاطي المخدرات.

وقد أشارت إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات (فبراير 2008) إلى أكثر من 5000 مدمّن على المخدرات تم تسجيلها ومعالجتها خلال 2007، مقابل 4306 حالة خلال 2006. ويبين هذا الوضع أنّ هناك زيادة واضحة في استهلاك

المخدرات، مما يؤكد أنّ هذه الظاهرة بدأت تستفحل في المجتمع الجزائري. كما أوضحت هذه الإحصائيات أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية تعدّ السبب المباشر لذلك، وقد يشمل التّحقيق الفئات العمرية من 12 إلى 15 إلى 20 سنة.

ولا شك أن مشكلة الإدمان على المخدرات من أعقد المشكلات لما لها من انعكاسات سلبية، ولا تقتصر على المراهقين غير المتدربين، بل مست فئة من التلاميذ، بل وأصبحت المدرسة مكانا خصبا لمروجي المخدرات التي تلعب بعقول التلاميذ، وأمام هذا الوضع يمكن صياغة التساؤلات التالية لهذا البحث وفق ما يلي:

التساؤل الرئيسي:

هل هناك علاقة بين الصّدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات عند المراهق المتمدرس؟

التساؤلات الفرعية:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصّدمة النفسية لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصّدمة النفسية لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصّدمة النفسية لدى المراهقين المتدربين تبعاً للمستوى التعليمي...؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير الجنس؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير السن؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعاً للمستوى التعليمي...؟

2. فرضيات الدّراسة:

الفرضية العامة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصّدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات عند المراهق المتمدرس.

الفرضيات الفرعية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصّدمة النفسية لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصّدمة النفسية لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصّدمة النفسية لدى المراهقين المتدربين تبعاً للمستوى التعليمي..
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير الجنس.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعاً لمتغير السن.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعاً للمستوى التعليمي.

3. أهمية الدراسة:

- ✚ لفت انتباه الجهات المعنية إلى فئة المراهقين المدمنين، والذي يتوجب علينا الاهتمام بهم نظرا لما تشهده هذه المرحلة من أزمات.
- ✚ دراستنا تعتبر إضافة للبحوث العلمية، وأرضية علمية لبداية دراسات جديدة.
- ✚ تستهدف هذه الدراسة فئة حساسة من الواقع، وهي فئة المراهقين.
- ✚ تقدم الدراسة إطارا نظريا حول الصدمة النفسية وعلاقتها بظهور سلوك الإدمان لدى فئة مهمة من المجتمع.
- ✚ مرحلة المراهقة هي مرحلة يشوبها الكثير من الاضطرابات والغموض وعدم وضوح معالم الحياة فيها.
- ✚ التكفل المبكر للملائم والخاص بهذه الفئة.

4. أهداف الدراسة:

إن لكل دراسة أهدافا تنطلق منها وتسعى إلى الوصول إليها وتحقيقها لتكون دراسة ناجحة، وتكمن أهداف دراستنا

في:

- ✚ التعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- ✚ معرفة مدى تأثير الصدمة النفسية على ظهور سلوك الإدمان على المخدرات عند المراهق.
- ✚ معرفة أهم العوامل الأخرى التي لها تأثير على ظهور سلوك الإدمان عند المراهق.
- ✚ توضيح أثر الصدمة النفسية والتي عايشها المراهق وانعكاسها على سلوكياته ونمط حياته فيما بعد، وأثرت على نموه السليم وتوازنه النفسي.

5. دوافع اختيار الموضوع:

- ✚ لم يكن اختيار موضوع هذا البحث محض الصدفة، وإنما كان نتيجة ملاحظتنا الميدانية اليومية لتفشي ظاهرة الإدمان على المخدرات، في أثناء عملنا في الميدان رفقة هذه الفئة (منذ الطفولة إلى غاية المراهقة)، ومحاولة مدّ يدّ العون لهم وإفادتهم ولو بالقليل.
- ✚ كون المراهق له دور كبير في بناء المجتمع، فالدراسة حول هذه الفئة تعتبر جد هامة.
- ✚ قلة الأبحاث والدراسات في هذا المجال.
- ✚ إدراك مدى تأثير الصدمة على هذه الشريحة، وذلك على المدى الطويل وتأثيرها على المستقبل عموما.
- ✚ الانتشار المرعب لهذه الظاهرة خاصة في هذه المرحلة، والأكثر رعبا هو أنها كانت تقتصر على فئة الذكور فقط، لكن حاليا أصبح تفشيها في الوسط الأنثوي يزداد بشكل رهيب.

الانعكاسات الخطيرة لظاهرة الإدمان على المخدرات على المراهق وجميع من حوله، وكذا آثارها السلبية على بناء المجتمع (اجتماعيا، اقتصاديا، دينيا، وحتى سياسيا).

5. المفاهيم الإجرائية:

1.5 الصدمة النفسية:

هي جرح نفسي أو هزة نفسية وهي معايشة الفرد لخبرة الحدث أو مشاهدته أو مواجهته أو سماعه، نتيجة التعرض لحدث أو واقعة مؤلمة سواء نفسياً أو جسدياً كالإختطاف أو الاغتصاب أو حادث مرور أو موت إحدى الأشخاص المقربين أو طلاق أو فشل دراسي، وغيرها من الأمور التي تثير الحزن والألم فتسبب له جرحاً مزمناً وتؤدي لدخوله في حالة غير طبيعية قد تستمر أسابيع وشهوراً. مع حدوث ردة فعل، (الشعور بالخوف الشديد أو الرعب) والشعور بالعجز التام وقلة الحيلة اتجاه الحدث الصدمي.

2.5 الإدمان:

هو الاستعمال المستمر للمخدرات بصفة قهريّة، واستهلاك لبعض المواد في شكلها الطبيعي الخام، أو كيميائية للحصول على الراحة وتناسي الهموم والتخفيف من الآلام، أو للهروب من بعض المشاكل النفسية، أو للتخلص من مخلفات بعض الصدمات مسبباً بذلك تبعية جسدية ونفسية مع صعوبة الإقلاع عن هذه التبعية إلا بإرادة الفرد والعلاج الحازم.

3.5 المخدرات:

تضم كل النباتات الطبيعية والمركبات الكيميائية التي تتميز بخواصها الإدمانية؛ أي لديها القدرة على إحداث الإدمان والتي تسبب لمن يتعاطاها: الهدوء، الاسترخاء، النوم، السعادة، تخفيف الآلام.

4.5 المراهق المتمدرس:

المراهقة هي مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد وهي مرافقة مرحلة البلوغ الجسدي نتيجة التغيرات الهرمونية وتتبعها تغيرات في الأعضاء الجسدية لكلا الجنسين مما يحدث تذبذباً لدى المراهق في التكيف مع الأجزاء البارزة في جسده. أما المراهق المتمدرس: التلميذ في مرحلة التعليم المتوسط والثانوي والجامعي.

6. حدود الدراسة:

لا يتم البحث العلمي إلا من خلال مجال زمني ومكاني، وتحديد تلك المجالات من العناصر المهمة في الدراسات والبحوث العلمية بصفة عامة والنفس الاجتماعية بصفة خاصة، لأن هذه الأخيرة تهتم بدراسة الظاهرة الإنسانية والتي تتميز بتغيرها المستمر عبر الأماكن والأزمنة، مما يؤدي إلى اختلاف نتائج البحوث والدراسات.

وفيما يلي سنحدد كل من المجال المكاني والزمني للدراسة الحالية.

المجال المكاني:

تمّ تمرير الاستبيانات الإلكترونية الخاصة بالدراسة عبر الإنترنت بالنسبة لطلبة جامعة قلمة، أما بالنسبة لتلاميذ المتوسطات والثانويات فقد تعذر علينا تمرير المقياس بالطريقة الإلكترونية، لذا تمّ التنقل إلى المؤسسات التعليمية وتمرير الاستبيانات ورقياً، تسليمها واستعادتها يد بيد.

المجال الزمني:

لقد تم توزيع عناوين المذكرات والأساتذة المؤطرين على طلبة الدفعة في شهر ديسمبر 2021 قبل العطلة الشتوية. مباشرة بعد استلامنا الموضوع، اتصلنا بالأستاذ المشرف الذي نصحنا بالقراءة في الموضوع من أجل الاطلاع عليه وأخذ فكرة عن مختلف الدراسات التي تناولته.

بعدها في فترة العطلة، أجرينا دراسة استطلاعية على عينة من أساتذة التعليم المتوسط والثانوي.

وفي شهر جانفي قمنا بجمع المراجع في الموضوع.

خلال شهري فيفري ومارس حررنا الجانب النظري. موازاة مع إعداد المقياس المعد للدراسة وقد تمّ توزيعه في الفترة نفسها، أي أننا قمنا باستغلال فترة انتظار جمع الاستجابات في إنهاء الجانب النظري من بحثنا.

وخصصنا شهر أفريل في تفرغ النتائج ومناقشتها.

شهر ماي خصصناه لإتمام ما تبقى من المذكرة.


المراجعة النهائية قبل تقديم المذكرة كانت في نهاية شهر ماي وبداية شهر جوان.

7. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة مصدراً خصباً يتمّ على أساسه صياغة الإشكالية واستنباط الفروض لمحاولة التّحقق منها؛ حيث إنها من أهم الركائز العلمية التي يعتمد عليها الباحث بعد تحديد واختيار مشكلات الدّراسة، كما أنها تشكل ثراءً هاماً ومصدراً غنياً لا بد من الاطلاع عليه قبل البدء في الدّراسة.

تعدّ الدراسات السابقة نقطة قوّة في الدّراسة وانطلاقة جديدة لدراسة جديدة، فالباحث يستطيع من خلالها تحديد الأدوات التي يستخدمها في بحثه، وقد تزوّد الباحث بالأفكار والإجراءات والاختبارات التي يمكن أن يستفيد منها، أنه يجب على الباحث تقديم الدراسات السابقة وفق تصنيف مناسب، يتناسب مع نوعيتها وحدائتها ومدى ارتباطها بدراسته، كما يجب أن ينتهي هذا الجزء بخلاصة تتضمن القيمة الإجمالية للدراسات السابقة والإسهام الذي ستقدمه وجوانب تميّزها عن الدراسات الأخرى.

وفي أثناء بحثنا عن الدراسات السابقة التي تناولت متغيرات بحثنا الحالي وجدنا ما يلي:

الدراسات العربية: 

- ورد في كتاب محمد النابلسي (1991) الصدمة النفسية:

معلومات تشير إلى أن العالم الإسلامي الطبيب ابن سينا قام بتجربة عن الصدمة النفسية وعواقب التعرض لها. وتجربة ابن سينا تسمى بتجربة (الذئب والحمل) قام ابن سينا فيها بربط حمل وذئب في غرفة واحدة دون أن يستطيع أحد مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره، ومن ثم موته، وذلك بالرغم من إعطاء الحمل كميات الغذاء التي كان يستهلكها حمل آخر يعيش في ظروف عادية.

- دراسة الباحث عبد الباقي (1992) بعنوان: " اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال والمراهقين المهاجرين بعد حرب الخليج ".

قد أجريت دراسة بهدف التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال والمراهقين العراقيين الأكراد الذين رحلوا إلى الحدود التركية بعد حرب الخليج، وبلغ عدد أفراد العينة (20) طفلاً ومراهقاً تراوحت أعمارهم بين (6-16) عاماً، واستخدم الباحث أسلوب المقابلة مع أفراد العينة بعد شهرين من ترحيلهم، ثم بعد شهرين من تاريخ المقابلة الأولى معهم، حيث كانوا قد أعيدوا إلى العراق.

وأظهرت نتائج هذه الدراسة أن جميع أفراد العينة لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

- دراسة عبد العزيز ثابت (1997) بعنوان: " ردود أفعال ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال في حالة الحرب".

هدفت هذه الدراسة للكشف عن ردة فعل الأطفال الذين تعرضوا لصدمة الحرب طبقت هذه الدراسة على 959 طفلاً. العمر (6-11 عاماً) المنهج المستخدم وصفي واستخدمت اختبار روتر. B2 Scale 1967 وكانت النتائج: تبعا للوالدين :

23.9% غير مرتاحين، غير سعداء.

13% في حالة غضب.

27.5% لديهم اضطرابات في الصحة النفسية.

وأظهرت الدراسة أن الأطفال الأكبر كانوا قد تعرضوا بشكل أكبر للأحداث الصادمة. وأن الأولاد في العينة كان لديهم اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة PTSD أعلى من البنات.

قام برنامج غزة للصحة النفسية (2002) بعمل دراسة بخصوص " الخبرات الصادمة والآثار النفسية الناتجة عن العدوان الإسرائيلي الذي يتعرض له المدنيون الفلسطينيون في منطقتي التفاح في خان يونس وصلاح الدين في رفح".

هدفت هذه الدراسة للكشف عن الخبرات الصادمة والآثار النفسية الناتجة عن العدوان الإسرائيلي وكانت العينة 121 أم يتراوح أعمارها ما بين 21-55 عاماً و121 طفلاً يتراوح أعمارهم ما بين 3-16 عاماً وكانت النتائج تشير إلى أن التعرض للخبرة الصادمة أدى إلى زيادة أعراض ما بعد الصدمة لدى الأطفال، فنسبة 54.6% بشكل شديد 34.5% بشكل متوسط، في حين 9.2% من الأطفال بشكل طفيف، بالإضافة إلى أنه تم اكتشاف 13.3% من الأطفال يعانون من زيادة حادة في المشاكل النفسية والسلوكية مثل اضطرابات النوم/الحركة الزائدة /اضطرابات مشاكل الكلام/قلة التركيز/السلوك العدواني ووجدت الدراسة ارتفاع في نسبة المشاكل النفسية لدى الأمهات وأن 19.7% من الأمهات تعاني من الاكتئاب وأن 16.6% تعاني من القلق وأن 11.8% تعاني من الخوف المرضي وأن 11.2% من الأمهات تعاني من أعراض جسدية نفسية ووجدت الدراسة علاقة قوية للغاية بين الصحة النفسية للأم والصحة النفسية للأبناء وأن الزيادة في مشاكل الأمهات النفسية تشير إلى زيادة في مشاكل الأبناء النفسية.

- دراسة نور الدين خالد وعزيزة أوسعد (2002) دراسة طولية بعنوان: "صدمة الطفولة ومصيرها فيسن

المراهقة"

هدفت الدراسة إلى التعرف على المصير النفسي والدراسي الذي آل إليه أفراد العينة، وعن دور العامل الأسري كعامل تفسيري لهذا المصير، تكونت عينته من 22 طفلاً وطفلة تراوحت أعمارهم بين 20 و21 سنة، حيث كانوا موزعين على الصفين الخامس والسادس ابتدائي من ثلاث مدارس ابتدائية بالعاصمة (ببراق، بن طلحة والحراش)، وقد كانت كل حالة من أفراد تلك العينة شاهداً على حدث صدمي معين مثل: قتل الأم، انفجار، هجمات ليلية... إلخ. كما كانت نتائج ذلك البحث غنية من حيث أنماط الاستجابة الصدمية عند الأطفال في ظل أجواء أسرية مختلفة، حيث أصبح هؤلاء الأطفال مراهقين تمكن الباحثان من الاتصال بستة منهم (ثلاث ذكور وثلاث إناث) من منطقتي (ببراق والحراش)

فقد بينت نتائج الدراسة أين أثرت طبيعة الأم على الأسرة، والتي أثرت بدورها على المصير النفسي والدراسي لأفراد العينة، اختلاف مآل الصدمة النفسية لدى مجموعة أفراد العينة، حيث أثرت فيهم بطرق مختلفة ليضطرب بعضهم ويقاومها البعض الآخر.

- دراسة الباحثة إيمان طه (2004) بعنوان "أثر اضطراب ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية

والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة من المصدومين".

هدفت من خلالها إلى الكشف عن أثر اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة من المصدومين، وتكونت العينة من 80 من بينهم 40 مريضاً يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بمتوسط عمري (26,5) عاماً مثلوا العينة التجريبية و(40) فرداً لا يعانون من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة بمتوسط عمري (31) مثلوا العينة الضابطة، واستخدمت الباحثة بطارية من الاختبارات المعرفية والتفكير التجريدي والذاكرة والتوافق النفسي الاجتماعي، الاختبار التشخيصي لاضطراب ما بعد الصدمة.

وتبين وجود فروق في اتجاه المجموعة الضابطة في التوافق النفسي الاجتماعي. وكذلك وجدت فروق بين مجموعتي مرتفعي الصدمة مقابل منخفضي الصدمة في اتجاه منخفض في الاختبارات ذات الطابع النفسي الاجتماعي المتمثلة في اختبار تجريد المفاهيم الاجتماعية وذاكرة الأحداث الشخصية والتوافق النفسي الاجتماعي.

- دراسة الخوالد الخياط (2011) الأردن، بعنوان: "الأسباب التي تقود إلى تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات من وجهة نظر المتعاطين في المجتمع الأردني".

تهدف الدراسة إلى التعرف على أبرز الأسباب التي تقود إلى تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرات من وجهة نظر المتعاطين في المجتمع الأردني، واشتملت على عينة مكونة من 384 مدمنا على المخدرات من المراجعين للمراكز والمستشفيات التي تقدم العلاج للمدمنين.

توصلت إلى النتائج التالية: أن أهم أسباب تعاطي المخدرات والمواد المخدرة كانت المشكلات الأسرية، والحصول على اللذة والمتعة، والهروب من الأزمة المالية، ومسيرة الرفاق، إضافة إلى نسيان الهموم والمشاكل.

- دراسة قام بها الأستاذ ناصر الدين زبدي من جامعة الجزائر 2 (2011) حول "دراسة تحليلية لعوامل الإدمان في الوسط المدرسي".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العوامل المؤدية إلى انتشار ظاهرة الإدمان في الوسط المدرسي وقد تمّ استخدام المنهج الوصفي، حيث تمّ إجراء هذه الدراسة على عينة من التلاميذ المراهقين من أقسام المرحلة الثانوية، والذين تراوحت أعمارهم بين 16 إلى 20 سنة، إذ بلغ عددهم 100 تلميذ من ثانويتي سعيد تواتي وعقبة بن نافع بباب الواد (الجزائر العاصمة).

وبينت نتائج الدراسة أن البيئة الاجتماعية تلعب دورا مهما في تفشي ظاهرة الإدمان وتعاطي المخدرات، حيث إن الأسرة المنحرفة أو المشكلة والتي تعاني من الانفصال والجهل تساهم بنسبة كبيرة في انحراف أبنائها بسبب اللامبالاة أو الإفراط في التدليل.

- دراسة أومليلي حميد (2011) التي اهتمت أيضا بدراسة أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور إدمان المخدرات عند المراهق الجانح.

هدفت الدراسة إلى التعرف عن العلاقة بين الأحداث الصدمية والإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح، تناولت الدراسة الأسباب النفسية المؤدية إلى ظهور المخدرات في الوسط المدرسي، وذلك من خلال أربع حالات إكلينيكية اعتمدا على أدوات المنهج العيادي، وقد شملت الدراسة المقابلة النصف موجهة، الاختبارات الإسقاطية TAT، ورسم العائلة، وقد توصلت الدراسة إلى أن الأسباب النفسية هي شق أساسي ورئيسي في توجه المراهق المتدمرس إلى المخدرات وذلك من خلال محورين أساسيين هما:

✓ عدم توفر الأمن والاستقرار العائلي الذي يحدد دعامة نفسية أساسية وأهم الحاجات النفسية للنمو السوي للمراهق؛ حيث إن توتر العلاقات الأسرية والخلافات الأسرية تدفع بالمراهق إلى الشارع، وبالتالي إلى تعاطي المخدرات.

✓ الحرمان العاطفي الذي يجعل المراهق يفقد ثقته بنفسه وتقديره لذاته، ويلجأ إلى سلوكيات تعويضية حتى وإن كانت خاطئة، مثل: تعاطي المخدرات.

توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ الحالات الأربعة المدروسة كانت كلّها عرضة لعدة أحداث صدمية أسرية اختلفت في حدّتها وتأثيرها، لكنها دفعت بكلّ حالة وبطريقة مختلفة إلى السلوك الإدماني.

توصل الباحث إلى تحقيق فرضيته والتي تقول إن الأحداث الصدمية الأسرية تؤدي إلى ظهور الإدمان عند المراهق الجانح.

- دراسة ابريغم سامية (2013) جامعة أم البواقي. الجزائر. بعنوان: "الرهاب الاجتماعي وعلاقته بإدمان المخدرات (دراسة مقارنة بين عينة من مدمني المخدرات وغير المدمنين)".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة القائمة بين الرهاب الاجتماعي والإدمان على المخدرات، ومعرفة دلالة الفروق بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي والفروق في درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات نتيجة لاختلاف العمر الزمني، وتكوّنت عينة الدراسة من (206) فرداً، قسمت إلى مجموعتين: مجموعة من مدمني المخدرات تتكون من (62) فرداً تمّ اختيارهم قصدياً من مركز الوسيط لعلاج الإدمان بوخضرة. عنابة، ومجموعة من غير المدمنين تتكوّن من (154) فرداً، تمّ اختيارهم قصدياً من المعهد الوطني المتخصص في تكوين المهني للتسيير - تبسة، ولقد تم تطبيق مقياسي الرهاب الاجتماعي لـ "مجدي الدسوقي" (1994)، ومقياس المخدرات لـ "مصري عبد الحميد حنورة" (1991)، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

✓ توجد علاقة ارتباطية موجبة بين الرهاب الاجتماعي وإدمان المخدرات.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني المخدرات وغير المدمنين في درجة الرهاب الاجتماعي لصالح مدمني المخدرات.

✓ لا تختلف درجة الرهاب الاجتماعي لدى مدمني المخدرات باختلاف العمر.

- دراسة كل من عيسى قبوق وعتيقة سعدي (2015) بجامعة محمد خيضر، بسكرة. الجزائر. بعنوان: "الاغتراب النفسي وتعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الاغتراب النفسي وتعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس تم استخدام المنهج العيادي من خلال دراسة الحالة للمراهق المتمدرس متعاطي المخدرات واستخدمت الباحثة المقابلة العيادية النصف موجهة مع تطبيق مقياس الاغتراب النفسي.

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الاغتراب النفسي له دور في تعاطي المراهق للمخدرات ممثلاً العزلة الاجتماعية ولا معنى والعجز، وكذا ضعف الوازع الديني. بالإضافة إلى المشكلات العلائقية، كتعرضه لصدمة الحرمان الأمومي والتعلق بالأم، وتتماه الأب الذي ينظر إليه كنموذج للتماهي. وكل هذه المشاعر تظهر في نفسية المراهق فيجد نفسه تحت تأثيرات بها عدّة خيارات متنوّعة مثل اختيار الذات، وهذا يؤدي به إلى الانطواء، والأدهى من ذلك إلى تعاطي المخدرات والتدخين، وكذلك سلوك المخاطرة وقلة الضبط الأسري وانخفاض الوازع الديني.

- دراسة لنادية مهري (2017) بعنوان: "الأسباب النفسية المؤدية إلى انتشار ظاهرة المخدرات في الوسط المدرسي".

هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل المؤدية لانتشار ظاهرة المخدرات في الوسط المدرسي فقد تم استعمال المنهج العيادي، وبالتحديد دراسة حالة المقابلة العيادية نصف الموجهة، الاختبار الإسقاطي TAT، ورسم العائلة على عينة مكونة من ثلاث حالات، توصلت نتائج البحث إلى أنّ الأسباب النفسية هي شق أساسي في توجه المراهق إلى الإدمان؛ وذلك من خلال محورين أساسيين هما:

- عدم توفر الأمن والاستقرار العائلي.
- الحرمان العاطفي

بالإضافة إلى دور المدرسة.

- دراسة عبد الناصر تزكرات (2018) "دراسة عيادية لجنوح الأحداث والإدمان على المخدرات" دراسة بمركز إعادة التربية لولاية سطيف.

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن دوافع جنوح الأحداث والإدمان على المخدرات، تم الاعتماد في هذه الدراسة على العينة القصصية والتي شملت حالة واحدة لمراهق بسن 17 سنة من جنس الذكور، يعاني من سلوك الإدمان، متكفل بها بمركز إعادة التربية، والمنهج المستخدم هو المنهج العيادي دراسة الحالة.

توصلت الدراسة إلى أنّ المدمن له ضغوط نفسية تؤثر على حياته النفسية وعلى تقديره لذاته، وهو شخص يعاني من صعوبة في اتخاذ القرار، حيث في غالب الأحيان تخضع تصرفاتهم وسلوكياتهم لأحكام الجماعة حتى يكونوا مقبولين فيها، وهي ضغوط في الحقيقة قد تؤدي إلى طريق الإدمان وتشجع على تعاطي الخمر والمخدرات والانحراف.

- دراسة النابغة فتحي محمد (2018) بعنوان: "الاعتماد على الكحول كأحد أساليب المواجهة لدى مريض يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة".

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أساليب مواجهة اضطرابات ما بعد الصدمة، استخدم المنهج العيادي؛ أي دراسة حالة منظمة لرجل، وقامت على الوصف الكمي والكيفي لحالة واحدة، وقد استخدمت الدراسة المقابلة العيادية والملاحظة بالإضافة إلى بعض المقاييس النفسية التي تمثلت في: مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وفقاً للدليل

التشخيصي الرابع لدافيدسون وتقييم اضطراب أعراض الاضطراب التالي للصدمة وفقا للدليل التشخيصي الخامس ومقياس بيك للاكتئاب، واستخبار التقدير الذاتي (20) الصادر عن منظمة الصحة العالمية، وهو يستخدم لمسح الأعراض النفسية لبعض الاضطرابات النفسية. وقد تمت الدراسة خلال أربع جلسات مقابلة للتقييم النفسي للحالة كفيها وكميا.

وقد أشارت البيانات المستمدة من المقابلة إلى وجود علاقة مضطربة بين اضطراب ضغط ما بعد الصدمة وتعاطي الكحول، حيث العلاقة بين شدة بعض الأعراض، كالأفكار الاقتحامية والاسترجاع من ناحية، وعدل تكرار التعاطي من ناحية أخرى، كما كان لتاريخ الحالة السابق للمريض مع الكحول سبب في اللجوء إليه بعد التعرض لحدث صادم للتخفيف من أعراض الاضطراب، وقد خلصت الدراسة إلى أنه وفقا لما سبق يجب التنبؤ من خلال التاريخ المرضي للحالة بتعاطي الكحول مع وجود تاريخ سابق عند التعرض لحدث صادم.

الدراسات الأجنبية:

- دراسة لباحثين درولي وباشكو سنة (1988) بعنوان: "اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالإدمان على الكحول".

هدفت الدراسة إلى التعرف عن العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والإدمان على الكحول وقد تكونت عينة بحثهم من المحاربين القدامى في الحرب العالمية الثانية والحرب الكورية.

وقد توصلوا إلى أنّ هناك علاقة بين ضغوط معينة كخبرات المعارك وما ينتج عنها من إخفاقات في التوافق كالاضطرابات النفسية، والاعتماد على تعاطي الكحول والمهدئات والمخدرات، وأكدت على وجود علاقة بين تعاطي الكحول والمخدرات وبين الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى هؤلاء المحاربين.

- دراسة لجوردن (1992) Jordan بعنوان: "الصدمة النفسية وأثرها على التوافق الزواجي والمشكلات الأسرية".

هدفت الدراسة إلى الكشف على أثر الصدمة النفسية على التوافق الزواجي والمشكلات والعنف الأسري، وقد أجريت على عينة قوامها (1200) من المحاربين القدامى الذين شاركوا في حرب فيتنام منهم (376) وزوجاتهم. أما الباقون فقد أجريت عليهم الدراسة منفردين، واستهدفت الدراسة تحديد مظاهر اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى هؤلاء وأثرها على التوافق الزواجي والمشكلات الوالدية والعنف وتبين الدراسة أن الذين يعانون من اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة يعكسون مستوى مرتفعاً من حيث المشكلات الزوجية والتوافق الأسري والعلاقة بين الآباء والأمهات، بالإضافة إلى السلوك العنيف داخل الأسرة، ومن المؤكد أن الأطفال في مثل هذه البيئة الأسرية قد تتطور لديهم المشكلات السلوكية سواء بعدم التوافق النفسي أو بفعل التعلم الاجتماعي.

- دراسة أجراها يول وآخرون، (2000) Yule et,al بعنوان: "الأثار النفسية الممتدة للخبرة الكارثية لدى المراهقين الناجين من كارثة جويتير".

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الآثار النفسية الممتدة إلى الخبرة الكارثية لدى المراهقين الناجين من غرق سفينة (جوبيتر) وذلك عن طريق تعرض مجموعة للعلاج من الصدمة ومقارنتها مع مجموعة أخرى لم تعالج، تناولت التطور الذي طرأ على المصابين باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة مع الزمن على المراهقين الناجين من غرق سفينة (جوبيتر)، وتكوّنت العينة من (304) من الناجين من الكارثة؛ منهم (217) كمجموعة تجريبية و(87) كمجموعة ضابطة.

وتبين أن (111) من أفراد المجموعة التجريبية تطورت لديهم أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وشفي ثلث الناجين من الكارثة بعد خضوعهم للعلاج النفسي لمدة عام كامل، بينما ظل ثلث الناجين يعانون من الأعراض لمدة تراوحت بين (5-8) سنوات.

دراسة مختلطة:

- دراسة الباحث ثابت وعابد وفوستانيس، A.Thabet، (A. Abed, Y.& Vostanis, P, (2001)، بعنوان: " تأثير الصدمة النفسية على الصحة النفسية والعقلية للأطفال والأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة".

هدفت الدراسة إلى التعرف على طبيعة الخبرات الصادمة، وما مدى انتشار اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وتكوّنت العينة من (286) طفلاً تراوحت أعمارهم ما بين (9-18) سنة من قطاع غزة (مدينة/مخيم / قرية)، واستخدم مقياس غزة للخبرات الصادمة، ومقياس تأثير الأطفال بالصدمة.

كما تبين أن ثلث الأطفال كان لديهم ردود فعل نفسية شديدة عن الخبرات الصادمة (34,4%)، وكان تأثير الحدث الصادم على الإناث أكثر من الذكور.

8. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراضنا للدراسات السابقة نجد أنها شملت متغيرات الدراسة، واستفدنا منها بعد الاطلاع عليها في تحديد واختيار الأدوات والمقاييس المناسبة لهذا الموضوع، وكذا مناقشة نتائج البحث؛ إذ نجد أنّ دراستنا الحالية قد اتفقت مع هذه الدراسات في بعض الجوانب من ناحية واختلفت عنها في بعض الجوانب الأخرى.

من ناحية الأهداف: كانت الأهداف مشتركة تقريبا، وهي البحث في دراسة العلاقات الارتباطية بين الصدمة النفسية والإدمان على المخدرات ومعرفة مدى تأثير الصدمة على المراهق.

من ناحية المنهج: نجد أن دراستنا اتفقت مع بعض الدراسات في اعتمادها على المنهج الوصفي؛ لأنه يتناسب والظاهرة المدروسة والذي بإمكانه جمع الحقائق والمعلومات والكشف عن العلاقات بين المتغيرات، بينما اختلفت دراسات أخرى في اختيارها للمنهج، وهذا بطبيعة الحال راجع إلى حجم العينة المدروسة، وكذا الهدف المرجو من خلال الدراسة كدراسة عبد الباقي (1992)، ودراسة نور الدين خالد وعزيزة أوسعد (2002)، ودراسة أولميلي حميد (2011)، ودراسة عيسى قبوق وعتيقة سعدي (2015)، ودراسة نادية مهري (2017)، ودراسة عبد الناصر (2018)، ودراسة النابغة فتحي محمد (2018) التي اعتمدت على المنهج العيادي.

في حين نجد أن أدوات جمع المعلومات الخاصة بدراستنا والمتمثلة في مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون ومقياس السلوك الاندفاعي UPPS-P اتفقت مع دراسة النابغة فتحي محمد (2018) في تطبيق مقياس اضطراب ما بعد الصدمة لدافيدسون واختلفت في باقي الدراسات السابقة الأخرى.

أما بخصوص العينة، نجد أن دراستنا اتفقت جزئياً مع الدراسات السابقة في تطبيق الدراسة على الفئة العمرية نفسها ألا وهي فئة المراهقين، لكن دراستنا خصّصت أكثر، وتناولت المراهق المتمدرس كعينة للدراسة للتعمق والبحث عن خصوصية وإشكالية هذه الفئة الحساسة من المجتمع، وكذلك اختلفت في حجم العينة، بالإضافة إلى البيئة التي طبقت عليها الدراسة، وهي البيئة الجزائرية وخاصة ولاية قالمة.

الفصل الثاني

الصّدمة النّفسية

الفصل الثاني: الصدمة النفسية

تمهيد

1. تعريف الصدمة
2. بعض المصطلحات المتداخلة مع الصدمة
3. مفهوم الصدمة في إطار سياقات الجرحية، الرجوعية، عوامل الخطر وعوامل الحماية
4. الصدمة النفسية والرجوعية
5. نبذة تاريخية عن تطور مفهوم الصدمة النفسية
6. صيرورة ظهور الإجهاد ما بعد صدمي
7. تشخيص PTSD حسب DSM
8. النظريات التفسيرية للإجهاد ما بعد صدمي
9. العوامل المساعدة في حدوث الصدمة
10. العوامل المهيئة التي تزيد من احتمال حدوث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة
11. الصدمة النفسية عند الطفل والمراهق
12. عمل الذاكرة الصدمية والحداد في المراهقة
13. خصوصية المراهق ضحية الصدمة النفسية
14. ميكانيزمات الدفاع للفرد المصدوم
15. أنواع الصدمات
16. الفرق بين العصاب الصدمي الناجم عن كوارث غير طبيعية والعصاب الصدمي الناجم عن كوارث طبيعية
17. مراحل الصدمة النفسية وعمل الحداد النفسي
18. العلاج

تمهيد:

نتعرض في حياتنا إلى حوادث عديدة تختلف في نوعيتها وحدثها وزمن حدوثها، كما تختلف الاستجابة لها أو طريقة معاشتها من شخص لآخر، وعادة ما يصاحبها حالة من الذهول والخوف والفرع لروعها فجائيتها. مما يشعر الفرد بالعجز في كيفية التصرف حيالها، وكذا يمكن أن تؤدي إلى انهيار وشعور بعدم القدرة على المقاومة. وفي هذا الفصل سنحاول التعريف بها والوقوف على أهم ما يتعلق بها دون إهمال الإشارة إلى تأثيرها على المراهق الذي هو أساس بحثنا هذا.

1. تعريف الصدمة

1.1. لغة:

تعريف معجم لسان العرب:

جاء في لسان العرب "الصدمة من صدم والصدوم: ضرب الشيء الصلب بشيء مثله وصدمه صدما: ضربة بجسده، وصادمه فتصادمه فتصادما واصطدما وصدمه أمر: أصابهم والصدمة: النزعة.

والصدوم: الدفع ويقال لا أفعل الأمرين صدمة واحدة، أي دفعة واحدة". (ابن منظور، 2011، صفحة 217)

أما المعجم العربي الأساسي (لاروس):

فقد عرف الصدمة: "يصدم، صدما فهو صادم. وصدام الشخص: ضربه ودفعه وهي جمع صدمات وصدام. وصدمه أمر: نزل به فآثر في نفسه "صدمة كارثة" (اللغويين، 1989، صفحة 728)

2.1. اصطلاحا:

حسب معجم مصطلحات التحليل النفسي للباحثين لابلانث وبونتاليس: كلمة Truman صدمة وجمعها Traumata في اللغات الأوربية وتعني باليونانية جرح أو يجرح وهو مصطلح "عام يشير إلى إصابة نتيجة عنف خارجي. الصدمة النفسية هي حدث في حياة الفرد يتم تحديده من خلال شدته، حيث يقف الفرد عاجزا أمامه. في إيجاد الاستجابة الملائمة حياله، وبما يثيره في التنظيم النفسي من اضطراب وأثار دائمة مولدة للمرض (Pontalis, 1998).

وحسب موسوعة علم النفس: كل أذى أو جرح أو رض ذي صفة جسمية أو بنيوية في غالب الأحيان، وذي طابع عقلي ذهني أيضا، يتخذ صيغة الصدمة العاطفية ويؤدي إلى إحداث خلل أو اضطراب مستديم تقريبا في الوظائف العقلية (زروق، 1987، صفحة 152)

وحسب معجم مصطلحات الطب النفسي: تدل الكلمة على معناها المباشر وهو صدمة تسبب جرحا أو إصابة، والمعنى النفسي للصدمة النفسية، ومن أمثلة الحالات النفسية التي تنشأ عن الصدمات بأنواعها مثل الحوادث الفردية والجماعية كالحروب والكوارث. حالة اضطراب الكرب التالي للصدمة (الشربيني، 1989، صفحة 193)

تعريف الصدمة حسب (DSM):

حسب DSM (الجمعية الأمريكية للصحة العقلية) فإن مفهوم الصدمة النفسية تطور من طبعة إلى أخرى، ففي طبعة DSM 03 يقر بأن الصدمة النفسية تظهر في وجود حدث مجهد، إذ ينتج أعراضا بارزة للضيق الشديد عند أغلبية الناس. (APA, 1980)

أما طبعة DSM 03R فتؤكد على أن ظهور الصدمة النفسية يكون نتيجة وجود حدث غير عادي يؤدي إلى ظهور أعراض بارزة للضيق الشديد عند الأغلبية من الناس، هذا الحدث قد يكون تهديد فعلي لحياة الفرد كأحداث العنف، الاعتداءات، الكوارث ... إلخ (APA, 1987)

أما طبعة DSM 04 فتؤكد على ضرورة وجود حدث صدمي من أجل الوصول إلى الصدمة النفسية بحيث يتضمن هذا الحدث شرطين أساسيين:

- يجب أن يكون الشخص قد عاش أو كان شاهداً أو واجه حدثاً أو مجموعة أحداث تكون سبباً في موت أو في جروح خطيرة لبعض الأشخاص أو يكونون مهددين بالموت أو بجروح خطيرة أو يكون كيانه الجسدي أو كيان الآخرين مهدد أثناء وقوع هذه الأحداث.

- رد فعل الأفراد باتجاه هذا الحدث يكون في شكل خوف شديد وإحساس بالعجز والرغبة. (APA, 1994)

أما الإصدار الخامس DSM 5 فقد منح معياراً إضافياً، وهو المناقشات المحيطة بالصدمة المعقدة، والتي تقترح التغيير السلبي في إدراكات الضحايا وعواطفهم (اللوم مثلاً)، فقدان الاهتمام وعدم القدرة على تذكر الجوانب الرئيسية للحدث الصادم، ويتميز كذلك بأعراض تبدد الشخصية (يشعر وكأنه خارج جسمه) أو عدم الإدراك (أي الشعور بأن الأشياء ليست حقيقية، كما هو الحال في المنام). (milo, delphine, & natacha, 2018)

انطلاقاً من هذا المفهوم فإننا نلاحظ أن التصنيف الأمريكي طور مفهوم الصدمة النفسية من طبعة إلى أخرى فمن الحدث الإجهادي بالنسبة لأغلبية الأفراد إلى الحدث غير العادي المنتج لإعراض بارزة للضيق الشديد عند الأغلبية من الناس إلى الحدث الصدمي الذي يعيشه الفرد كضحية أو كشاهد بحيث يواجهه مع الموت.

- تعريف الصدمة حسب فرويد (Freud):

نسمي الصدمة التجربة المعاشة والتي تجعل الفرد في وقت جد قصير يعيش الكثير من المثيرات الدخيلة على حياته النفسية حيث يخفق في التأقلم والتكيف مع هذه الأحداث، مما يؤدي إلى ظهور اضطرابات دائمة في الوظائف الطاقوية، أما قوة الصدمة فإنها تنتج رد فعل آني للمثيرات الفائضة، هذه المثيرات تتجاوز قدرة الخلايا العصبية المسؤولة عن الحماية، فالجهاز العصبي المركزي المغمور بهذا الكم من المثيرات يستجيب بعدة طرق، فإن الحدث لا يكون صدمي إلا إذا لم يكن للشخص الوقت الكاف والضروري من أجل تهيئة أنظمة الدفاع فبالنسبة لفرويد الصدمة في هذه الحالة هي عبارة عن هجوم مفاجئ بحيث يصبح الجهاز النفسي غير قادر على التخلص من الزيادة النزوية، في هذه الحالة يصبح الأنا المتعرض إلى زيادة طاقوية غير قادر على التحكم في هذه الوضعية الطارئة، فالإستراتيجية الدفاعية تصبح غير قادرة على احتواء هذا الكم من المثيرات التي تظهر بشكل مفاجئ وتهدد كيان الأنا؛ أي أن ظهور أعراض الصدمة النفسية يكون ناتجاً عن عدم قدرة الأنا على التصدي إلى الزيادة في كمية المثيرات الخارجية (Freud, 1967)

فالصدمة النفسية هي عبارة عن ظاهرة تتشكل في نفسية فرد ما حينما يتعرض إلى حدث مفاجئ وعنيف يعرف بالحدث الصدمي، هذا الحدث يعاش من طرف الشخص كهجوم على نفسيته مما يفقدها توازنها وقدرتها على الدفاع. الصدمة النفسية بشكل عام تظهر نتيجة حدث مفاجئ وغير عادي يكون ذو صفة هجومية إذ يعتدي أو يهدد كيان الشخص الجسدي والنفسي.

تعريف الصدمة حسب باروا (Barrois):

أما بالنسبة لطبيب الأمراض العقلية والمحلل النفسي باروا الذي يبتعد عن مفهوم فرويد للصدمة القائم على أساس اقتصادي، حيث يرى بأن الصدمة عبارة عن انقطاع للحواس ومواجهة مع الموت والعدم (Néant) بهذا المفهوم فإن باروا يبين بأن الصدمة عبارة عن انقطاع للروابط مع العالم الخارجي مع كيان داخلي مغمور بقلق العدم وتحطم لوحدة الفرد وتوقف للحواس. (Barrois, 1988)

- تعريفها حسب نوبار سيلامي (Silamy Norber):

حدث عنيف من المحتمل أن يؤدي إلى اضطرابات جسدية ونفسية، التعرض إلى صدمة في الرأس أو كارثة مفاجئة (زلازل، حريق... إلخ) وهذه الاضطرابات النفسية قد تستمر إلى حد ما (متلازمة ما بعد الارتجاج). منها التهيج، التعب، الوهن وفقدان الذاكرة، نكوص إلى بعض المراحل العمرية من أجل التقليل من حدة التوتر. ويمكن لميكانيزمات الدفاع اللجوء إلى حيل دفاعية كالإغماء، العمی الكاذب، الصمم الكاذب أو الهستيريا. ومن ثمة محاولة التفريغ عن طريق استخدام التكرار التلقائي على وجه الخصوص. (Sillamy, 1996, p. 266)

الصدمة من وجهة نظر فيرونزي (Ferenczi):

يرى فيرونزي أن الصدمة تتضمن انهيار الشعور بالذات والقدرة على المقاومة والسلوك والتفكير بهدف الدفاع عن النفس أو أن الأعضاء التي تتضمن الحفاظ على الذات تضحل أو تقلل من وظيفتها إلى أقصى حد ممكن.

ففي هذا المعنى إذن تلاشي وفقدان الشكل الأصلي والتقبل السهل، ومن غير مقاومة للشكل الجديد، حيث تبرز الصدمة النفسية دائما من غير تهوى، وتكون مسبقة بالشعور بالثقة بالنفس، فيأتي الحادث الصادم ليزعزع هذه الثقة ويحطمها في الذات وفي المحيط الخارجي، إذا كان الشخص قبل الحادث يعتقد أن ذلك لن يحدث له بل فقط للآخرين. (سعاد، شريف، و صالح، 2019)

قدم فيرونزي مساهمة قيمة في مجال الصدمة النفسية، إذ يعتبر أول من أشار إلى أهمية الصدمة الموضوعية، كمحاولة منه للفت الانتباه نحو الصدمة الخارجية، بغض النظر عن البعد النفسي الداخلي، والصدمة يمكن أن تكون نفسية أو جسدية، وينتج عنها انهيار الشعور بالذات وفقدان الثقة في النفس والمحيط على حد سواء؛ لأن الفرد لم يتوقع أن يحدث له ما حدث، قبل الصدمة، بل يعتقد أن الأمر مرتبط بالآخرين فقط، أما هو ذاته فإنه غير معني بهذا، مما يشير إلى عدم توقع الإنسان للصدمة قبل حدوثها. (زقار و عواطف، 2019)

وحسب المعجم المفصل في علم النفس وعلوم التربية:

هو جرح أو انفعال عنيف، فالصدمة النفسية الدماغية تحدث فقدان الذاكرة بشكل مستديم نسبيا ومتبوع بوهن واختلال في المزاج، هذه الاضطرابات الناجمة عن تزعزع الكتلة العصبية بإمكانها أن تعاود الظهور بعد مدة طويلة من حدوث الصدمة الأصلية. (لورسي و زوقاي، 2018)

- تعريف الصدمة طبيا:

الصدمة طبيا هي كل ما قد يصيب نسيجا أو عضوا أو جزء منه أو الأحشاء أو أحد الأطراف وتكون ناتجة عن مؤثر خارجي، كالكدمات وأحيانا نطلق هذا الاسم على بعض التصرفات العدوانية. في الممارسة تعرف الصدمات بعلامات موضعية وعامة.

الصدمة الموضعية: تكون نتيجة حوادث وهي متفاوتة في الدرجات: رضوض، كسور، جروح، خلع، نزيف داخلي أو خارجي. والضرر الوظيفي يكون بحسب تأثر العضو.

أما الصدمات العامة: هي التي تؤدي إلى رد فعل الجسم كله (Domart & Bouneuf, 1981).

- التعريف السيكاتري لمفهوم الصدمة:

تتناول الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM5) مفهوم الصدمة من خلال ما تسميه باضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) وقد صنف هذا الاضطرابات ضمن اضطراب القلق، ويقتضي تشخيص هذا الاضطراب ما يلي:

- أن يكون الفرد قد شاهد أو واجه حادثا تضمن موتا فعليا أو تهديدا بالموت أو الإصابة الخطيرة أو تهديد السلامة الجسدية للذات أو للآخرين، ويستجيب له الفرد بالخوف الشديد أو العجز أو الهلع، يظهر لدى الفرد متلازمة تكرر كنتيجة لهذا الحدث، من خلال استعادة خبرات الحادث الصادم بشكل دائم من خلال مظاهر مختلفة: ذكريات متعلقة بالحدث الصدمي، أحلام متكررة حول الحدث، التصرف وكأن الحادث سوف يتكرر ومشاعر ضيق عند التعرض لمواضيع ترمز إلى أحد أوجه الحدث الصدمي. (سمير و اسماعيلي، 2017)

يطور الفرد سلوكيات التجنب: أين يظهر لديه تجنب دائم للمثيرات المصاحبة للحدث الصدمي من خلال تجنب الأفكار، الأحاسيس، الأنشطة، الأماكن والأشخاص المرتبطين بالحدث، مع عجز عن تذكر جزء هام من الحدث وأيضا شعور بالغرابة عن الآخرين وعدم القدرة على التفكير في المستقبل.

نلاحظ هنا أن التناولات التي تقدمها الدلائل التشخيصية تغيب عنها النظرة السيكودينامية وتركز بشكل خاص على الأعراض التي تظهر على الفرد. (سمير و اسماعيلي، 2017)

2. بعض المصطلحات المتداخلة مع الصدمة:

1.2. الضغط النفسي:

تعددت التعريفات التي أطلقها العلماء حول الضغط النفسي ولكنها تتمحور حول أبعاد ونماذج محددة، فمنها ما يستند على أن الضغوط النفسية عبارة عن مثير ومنها ما يعتبرها استجابة، ومنها ما يستند إلى التفاعل ما بين المثير والفرد، وهناك علماء ركزوا على نموذجين عند تعريف الضغط النفسي، وهما: النموذج الفسيولوجي والنموذج النفسي.

ويعرفه لازاروس: "بأنه نتيجة لعملية تقييمية يقيم بها الفرد مصادره الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة، أي مدى الملائمة بين متطلبات الفرد الداخلية والبيئة الخارجية"

يعرفه سيللي بأنه: "الاستجابة غير المحددة للجسم تجاه أي وظيفة تتطلب منه ذلك سواء كانت سببا أو نتيجة لظروف مؤلمة أو غير سارة" (الغريز و أحمد، 2009)

2.2. تعريف الإجهاد (Stress):

إنّ الإجهاد هو الاستجابة المباشرة للحدث الصدمي؛ إذ أن كلّ الأشخاص الذين يتعرضون لحدث صدمي يستجيبون باستجابة نفسية مشتركة تتمثل في الإجهاد (Stress)، وهناك نوعان من الإجهاد: التكيفي واللاتكيفي.

ومهما يكن، فإنّه يعرف على أنه: "الاستجابة البيولوجية، الفيزيولوجية والنفسية الطارئة وحالة شحذ دفاعات الفرد في مواجهة خطر أو تهديد معين" (Crocq, 1999)

حينما يتعرض الشخص إلى اعتداء أو يكون شاهدا على حدث عنيف، ومهما كان هذا الاعتداء، سواء أكان بشكل فردي أو جماعي، أو كان كارثة طبيعية أو حادثا مروريا، فإنه يستجيب بشكل آلي ورد فعل لا إرادي لكيانه الجسدي بواسطة الإجهاد. هذا الأخير يظهر عن طريق الاستجابات البيولوجية والنفس فيزيولوجية، فعلى المستوى الفيزيولوجي يضع الشخص في حالة تأهب للدفاع (تحرير مادة الأدرينالين، تسارع دقات القلب، التشنج العضلي... الخ). على المستوى النفسي والسلوكي فإن الإجهاد يرفع مستوى التنبيه والتركيز ويضعف القدرة على تقييم الموقف، وكذلك الزيادة في قوة الذاكرة والتفكير العقلاني ويدفع إلى القيام بالحركة.

إن الإجهاد ضروري ومهم إذ أنه يخلق حالة طوارئ وهو يحضر وينظم السلوكيات التكيفية وذلك من أجل المواجهة بشكل أفضل للحدث الصدمي أو لتهديداته.

لكن الإنسان لم يخلق من أجل أن يعيش حالات استثنائية، فاستجابة الإجهاد تكون مرافقة بأعراض للوظائف اللاإرادية المضايقة (تسارع دقات القلب، الشحوب، التعرق...). إن التعرض إلى وضعية استثنائية مع كل ما تنتجه من صعوبات على المستوى النفسي والفيزيولوجي باهضه الثمن من ناحية الطاقة، فمن جهة فإن هذا الردّ يؤدي دوره ويجنب الشّخص الخطر المحدق به، لكنه يتركه في حالة إعياء ووهن شديدين وهو يستنفد كل احتياطي الطاقة الجسدية، مما

يؤدي إلى ظهور ردود فعل آلية وبدائية ومن ثمة فإنه يظهر الإجهاد غير التكيفي (حالة صعب انهباري، حركة عشوائية، هروب وحالة زعر شديدة وحركات آلية...) (Crocq, 1999)

3.2. الإجهاد ما بعد الصدمي PTSD:

عرفها عبد الخالق (1998): هي استجابة غير سوية لحدث صدمي يعمل عمل المنبه الضاغط ويتسم بأعراض مرضية وتأثيرات سلبية مع الإشارة إلى أنه ليس كل من يتعرض لحدث صدمي يصاب بهذا الاضطراب؛ إذ تتدخل عوامل أقوى تساعد على الإصابة به لدى أفراد في حين يتمكن آخرون من التكيف مع الموقف ومنه النجاة من الإصابة (بن عيشوبة، 2021)

ويتطلب حدوث كرب ما بعد الصدمة حدثا صادما حادا ساحقا عاطفيا، وميزته الأساسية هي التطور من حدث نفسي صادم إلى أعراض تدوم لفترة غير محددة من الزمن حيث يكون هذا الحدث خارجا عن نطاق التجربة الإنسانية المعتادة، وللفضل بين اضطراب كرب ما بعد الصدمة وردود الأفعال البشرية الأخرى، فقد تم تقسيمه إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتطلب تكرار الحدث، إما عن طريق الأفكار أو عبر الكوابيس أو عن طريق (flashback) حيث إنه يعيش الحدث مرة أخرى وخلالها يشعر الشخص بضيق في التنفس، عدم الراحة وإثارة فيزيولوجية قوية.

أما المجموعة الثانية: تجنب المصدوم تذكر الحدث الصادم، إما إراديا أو لا إراديا، أو تجنب الأشخاص والأماكن الذين يذكرونه بالحدث. (Mcdermott, Mcfarland, & al, 2012).

إن اضطراب الإجهاد ما بعد صدمي هو عبارة عن حالة قلق حاد تظهر بعد تجربة صدمية، وهو رد فعل نفسي موالى لوضعية تكون خلالها الوحدة الجسدية أو النفسية للشخص أو لمحيطه مهددة. يترجم رد الفعل المباشر للحدث عن طريق خوف شديد وإحساس بالعجز.

4.2. تعريف الحدث الصدمي:

حسب (DSM 04) فإن الحدث لا يكون صدميا إلا إذا أنتج تهديدا بالموت أو تهديد خطير بكيان الشخص الجسدي والنفسي بحيث يخلق عند هذا الأخير هلع وخوف شديدين وعدم القدرة على مواجهة هذا الحدث. انطلاقا من هذا فإنه يمكن تصنيف هذه الأحداث حسب شدتها وحسب ما تخلقه عند المتلقي أو الضحية. من بين الأحداث التي يمكن أن تكون صدمية يمكن أن نذكر: حوادث العنف والاعتداءات بين الأشخاص: التعذيب الجسدي، الاغتصاب، الحروب، السرقة باستعمال السلاح، حوادث السيارات ومختلف حوادث النقل، الغرق.

الكوارث الطبيعية كالزلازل، الحرائق والفيضانات. الكوارث الصناعية، انفجار المصانع، حوادث العمل، المواد السامة... الخ. (APA, 1994).

- يقول "بروير" إن الحالة التي يحكم عليها على أنها صدمة (كارثة، عنف جسدي، فجيرة... إلخ) لا تسبب بالضرورة صدمة للفرد الذي مر بها، فهي مرتبطة على الفور بالصدمة السابقة، بعناصر القصة الفردية الخاصة بكل فرد، وأن الفرد يتصرف في نفس لحظة الصدمة وليس فيما بعد الصدمة (Lecourt, 2013, 2015، صفحة 132)

5.2. تعريف العصاب الصدمي:

هو نمط من العصاب تظهر فيه الأعراض إثر صدمة انفعالية ترتبط عموماً بوضعية أحس الفرد فيها أن حياته مهددة بالخطر، وهو يتخذ في لحظة الصدمة شكل نوبة قلق عارمة تجر إلى حالات من الهياج والذهول أو الخلط العقلي، ويتيح لنا التطور اللاحق لها والذي يأتي غالباً بعد فترة من السكينة أن نميز إجمالاً ما بين حالتين:

أولاً: تقوم الصدمة بدور العنصر المفجر الذي يكشف عن بنية عصابية سابقة.

ثانياً: تلعب الصدمة هنا دوراً حاسماً في محتوى العرض نفسه وهذا على شكل معاودة الحادث الصدمي وكوابيس تكرارية واضطرابات النوم... الخ والذي يبدو وكأنه محاولة متكررة لاستيعاب الصدمة وتصريفها.

أما باروا فإنه يعرف هذا الاضطراب كالتالي: "إن مصطلح العصاب الصدمي يقصد به منذ القرن 19م مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تظهر بعد مرحلة كمون سواء كانت طويلة أو قصيرة المدة على اثر حدوث صدمة عاطفية شديدة."

1.5.2. الأشخاص الذين قد يصابون بالعصاب الصدمي:

النوع الأول: أن يكون الشخص عادياً ومرتاحاً، وتكون أنظمتها الدفاعية قادرة على مواجهة الكم المتزايد للمثيرات الخارجية.

النوع الثاني: يكون الشخص عادياً لكنه مُجهّد أو مُتعب، وتكون أنظمتها الدفاعية غير قادرة على مواجهة المثيرات الخارجية، فيظهر بذلك العصاب الصدمي.

أما النوع الثالث: فيتمثل في الشخص الذي يكون قد تعرض من قبل إلى عصاب، وتكون كل طاقته موجهة إلى كبت أعراض عصابية، فيظهر عنده بذلك عصاب معقد. (Finichel, 1953)

3. مفهوم الصدمة في إطار سياقات الجروحية، الرجوعية، عوامل الخطر وعوامل الحماية:

تنشأ الاضطرابات المرتبطة بالضغط وبالصدمة بعد التعرض لحادث عنيف، حيث يعتبر هذا الحادث السبب الأساسي والمباشر لنشوء ضغط أو صدمة، ولكن لا يطوّر جميع المتعرضين لحادث إلى اضطرابات ما بعد صدمية، كما أن الاضطرابات التي يطوّرونها لا تحتوي على نفس الأعراض. ولا تكون بنفس الشدة والإزمان، وفي المقابل لا يطوّر بعضهم أي اضطرابات يتجاوزون الخبرة التي عاشوها أثناء تعرضهم للحادث، ويسترجعون توازنهم الذي أحل به الحادث. (شادلي،

(2017/2016)

أما الجروحية فهي تعبر عن تميز الشخص ببنية هشّة مع قدرات ضئيلة على المقاومة وحساسية للمواجهة، إذن يكون الشخص في خطر إذا كان يعيش في محيط ضاغط، ويتحول هذا الضغط إلى اضطراب إذا كان ذلك الشخص هشاً أو جروحياً.

وفي مقابل ذلك تعبر الحماية عن مجموعة من العوامل التي تسمح بهدئة وتعديل إمكانية إصابة الفرد باضطراب إذا ما كان معرضاً للخطر، (أي يعيش في محيط ضاغط)، وتمثل الرجوعية حسب ذلك: السياق الذي يتفاعل فيه الفرد والمحيط وعوامل حماية من أجل تعديل إمكانية إصابته باضطراب إذا ما كان معرضاً للخطر، حيث يؤدي ذلك التفاعل لعدم انفجار اضطراب بالرغم من تعرض الشخص لوضعيات ضاغطة ومهددة، كما يسمح له باسترجاع توازنه والتوافق معها. يعني ذلك أن الشخص قد يتعرض للخطر (أي الحادث) ويكون هشاً. أو جروحياً (Vulnerable) فلا يستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل خطر لتزيد من احتمال إصابته بالاضطراب، وفي مقابل ذلك قد يتعرض شخص للخطر (أو للحادث) ويكون قوياً أو رجوعياً- (Resilient) فيستطيع مواجهته، وتتدخل عوامل حماية لتعدل من إمكانية إصابته بالاضطراب، تحميه وتمكنه من استرجاع توازنه.

في هذا الإطار وخاصة من خلال الدراسات الإبيديميولوجية. نفهم كيفية إصابة الأفراد باضطرابات ضغط وصدمة بعد تعرضهم لحادث وذلك من خلال طرح مجموعة من عوامل الخطر (خصائص الحادث فجائيتها، عنفه، تكراره، حالة الفرد أثناء تعرضه للحادث - التعب والخوف... التاريخ الشخصي التعرض لصدمة سابقة، سوابق إصابة بأمراض... الخ)، وفي مقابل ذلك نطرح مجموعة من عوامل الحماية: كالدعم الاجتماعي مثلاً، بل تطرح البحوث الإبيديميولوجية العديد من العوامل الأخرى والتي لا تعتبر لا عوامل خطر ولا عوامل حماية إلا بعدما تتم دراستها: كالسن، الجنس، المستوى التعليمي والوضع الاقتصادية والاجتماعية: الفقر والغنى، الزواج والعزوبة، الطلاق والتحمل... الخ. (شادلي، 2016/2017)

4. الصدمة النفسية والرجوعية:

من وجهة نظر إكلينيكية إن الحدث أو الوضعيات المرضية تدخل اضطرابات عند الشخص والذي يترجم من خلال خلل في اشتغال الأنا، فالصدمة تفجر صراع في الأنا وقوة الأنا ترتبط بالقدرة الشخصية على وضع دفاعات أمام الكسر الانفعالي. فكل جرح نفسي أو عقلي لا يرتبط بالضرورة بالصدمة. وتكون صدمة عندما تكون الإثارة المفرطة أي تفوق القدرات التصورية وفكرة الجهاز النفسي. فتكون الصدمة أو الرجوعية حسب قدرات أو عدم قدرات الشخص على القيام بترايبات ممثلة تسمح بتجاوز الصراع النفسي، وهذا يشرح أن عامل خارجي معزول ممكن أن يكون صدمي حتى وأنه شديد وعنيف ومجموعة الحوادث الصغيرة من الممكن أن تؤدي إلى نفس النتيجة عندما تفوق الإمكانيات الإصلاحية الدفاعية للشخص. وهذا يقود إلى الصدمة المتراكمة لمختلف العوامل وليس الحدث في ذاته صدمي (أو مجموعة العوامل)، لكن عجز على إدماجه نفسياً، فالإثارة المفرطة غير قابلة للمعالجة من طرف الشخص، إذن ممكن أن يكون إطار مولد للصدمة بفعل تراكم حوادث الحياة السلبية التي تنتهي بإننتاج مستوى من الضغط عالي جداً، فمهما تكن نوعية الاشتغال العقلي للشخص. (وادفل، 2008/2009)

5. نبذة تاريخية عن تطور مفهوم الصدمة النفسية:

تعتبر أعراض الصدمة النفسية اكتشاف حديث النشأة إذ انه لا يتجاوز القرن 20 م فهذه الأعراض تم الاعتراف بها رسميا من طرف الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية سنة 1980, أما المنظمة العالمية للصحة فلم تعترف بها في التصنيف العالمي للأمراض سوى سنة 1992 م. (Brillon, 2004).

على الرغم من أن التاريخ الإنساني عبر العصور كان حافلا بالأحداث المؤلمة والمرعبة التي كانت من شأنها أن تخلق الكثير من هذا النوع من الأعراض فماذا يمكن أن نقول عن محاربي طروادة في دولة الإغريق أو انفجار بركان Le vesure الذي غطى مدينة Pompei بحممه في روما القديمة، وماذا يمكن أن نقول عن الحروب الصليبية في القرون الوسطى وأيضا عن العذاب الذي لاقاه العبيد الأفارقة والمحكوم عليهم بالإعدام أثناء الثورة الفرنسية.

على العموم فإن المآسي التي لاقاها الإنسان عبر العصور كثيرة ومتعددة ولا يمكن حصر قائمة بكل ما حدث وما كان من شأنه أن يخلق هذا النوع من الأعراض، فالحروب والمجاعات والكوارث الطبيعية وأحداث العنف والاعتداءات كانت موجودة عبر كل الحقب التي عاشها الإنسان عبر تاريخه الطويل.

على الرغم من تعدد الأحداث الصدمية والمآسي التي سبقت فإننا لا نملك أي معلومات عن ردود الأفعال الإنسانية العادية والمرضية نتيجة هذه الأحداث سوى في حوالي القرن 19 م ففي سنة 1889 لاحظ Oppenheim أعراض غريبة عند الأشخاص الذين تعرضوا إلى حوادث القطارات وبعد الأول الذي استعمل عبارة "عصاب صدمي" فالأشخاص الذين تعرضوا لهذا النوع من الأحداث كانوا يظهرون عدة أعراض كاضطرابات النوم، وجود كوابيس، حساسية مفرطة، ذكريات مرعبة عن الحدث، وقد كان يعتبر إثباتها أن هذه الأمراض راجعة إلى خلل على مستوى المخ نتيجة الشظايا الحديدية.

فيما بعد فإن أطباء الأمراض العقلية وأصحاب التحليل النفسي (Janet, Charcot, Freud) لاحظوا بعض الأعراض الخطيرة عند النساء اللواتي تعرضن إلى اعتداءات جنسية أو إلى زنى المحارم، في تلك الفترة أطلقوا اسم "الصدمة الهستيرية" على مجموعة هذه الأعراض. (APA, 1980).

فيما اهتم أخصائيو الطب العقلي "بعصاب الحرب" واهتموا كذلك "بصدمة الخنادق" (الحرب العالمية الأولى) وكذلك بالصدمة الخوافية. كل ذلك من أجل إبراز الأعراض التي ظهرت عند جنود ومحاربي الحربين العالمية الأولى والثانية. وقد لوحظ عندهم مجموعة أعراض اضطرابيه كالقوابيس، حالات فزع مبالغ فيها، انفعالية مفرطة، حالات قلق شديدة، تعرقل بشكل كبير إمكانية العودة إلى ساحة المعركة.

في البداية كانوا يظنون أن سبب هذه الأعراض يعود إلى إصابات على مستوى المخ بسبب شظايا القنابل لكن تزايد الجنود الذين يظهرون نفس هذه الأعراض بالرغم من أنهم لم يتعرضوا إلى أية جروح جسدية، جعلهم يتخلون على هذه الفكرة والأكثر مأساوية من كل هذا أن الإدارة العسكرية كانت تعتبرهم كجنود جبناء ومتمردون على النظام مادام أنهم يرفضون العودة إلى ساحة المعركة.

لم يؤخذ هذا النوع من الاضطرابات بشكل جدي إلا خلال وبعد حرب الفيتنام التي خلفت آثار نفسية وخيمة عند الجنود الأمريكيين الذين شاركوا فيها، وقد ظهر نوع من الوعي العلمي بخصوص هذه الأعراض ولم يعد يعتبر أصحاب هذا النوع من الأعراض أمام العدد الهائل منهم بأنهم جبناء أو غير عاديون فقد كان يجب معرفة الحالة المرعبة والصدمات الكبرى التي عاشوها وكذلك الآثار السلبية الوخيمة التي تركتها على حالتهم النفسية. لقد ساهمت احتجاجات المجتمع المدني الأمريكي في ظهور نوع من الوعي، باتجاه واقع الحرب المرير التي عاشها الجنود وما خلفته من آثار سلبية، على مختلف مستويات حياتهم، وقد ظهرت حينها عدة دراسات تحاول معرفة حقيقة الأعراض ما بعد صدمية.

برز في نفس الفترة تقريبا أعراض عند النساء اللواتي تعرضن إلى الاعتداءات الجنسية تشبه إلى حد كبير أعراض قداماء محاربي حرب الفيتنام، بالرغم من الاختلاف الكبير بين نوعية الأحداث الصدمية. هذه الأعراض تتمثل في الخوف، القلق، تجنب الوضعيات المرتبطة بالصدمة، إعادة تذكر تفاصيل الحدث الصدمي. الحركة النسوية ساهمت بدورها بشكل كبير في إبراز العدد الهائل من النساء الأمريكيات اللواتي تعرضن إلى اعتداءات جنسية وما خلفته من آثار نفسية وخيمة عليهن. هذا الوعي الاجتماعي الذي ظهر في الولايات الأمريكية باتجاه ضحايا الأحداث الصدمية ساهم بشكل كبير في تشجيع تمويل الأبحاث الخاصة بالأعراض ما بعد صدمية.

هذا الاهتمام الاجتماعي والتجريبي لمجموع الأعراض ما بعد الصدمية دفع بالمهتمين به (الجمعية الأمريكية للصحة العقلية) إلى الاعتراف بتشخيصه وإدراجه ضمن قائمة الأمراض النفسية في سنة (1980, APA).

تواصلت الأبحاث فيما بعد حول مفهوم الإجهاد ما بعد صدمي وطرق علاجه والوقاية منه، مما أدى بهم إلى تعديل التعريف الخاص به، ففي سنة 1987 ظهر (DSM 03 R) واشترط توفر أربعة أعراض أساسية من أجل تشخيص الإجهاد ما بعد صدمي وهي:

- ✓ أن يعيش الشخص حدثا غير عادي.
- ✓ أن يعيش الشخص تفاصيل الحدث الصدمي على مستوى الأفكار والكوابيس لعدد غير منتهي من المرات.
- ✓ محاولة تجنب العناصر المرتبطة بالحدث الصدمي.
- ✓ إظهار نشاط متزايد للوظائف اللاإرادية.

(DSM04) الذي ظهر سنة 1994 قدّم تعديلين رئيسيين:

- ✓ يعدل العنصر الأول (01) الذي لم يعد الشرط الأساسي أن يعيش الشخص حدثا غير عادي، بل أصبح أن يكون حدثا يهدّد حياته أو كيانه الجسدي وأن يخلق عنده حالة خوف شديدة وإحساس بالعجز والرهبة.

هذا التعديل يأخذ بعين الاعتبار عنصر الشخص المتلقي وطريقة تلقيه للحدث الصدمي.

- ✓ أظهر تشخيصا جديدا وهو حالة الإجهاد الحاد، وهي تتمثل في ردّ الفعل المباشر الذي يظهر عند الشخص المتعرض إلى الحدث الصدمي.

أما الإجهاد ما بعد الصدمي فلا يمكن تشخيصه إلا بعد مرور شهر من ظهور الحدث الصدمي. (APA, 1980)

هذا الاعتراف التصنيفي سمح بتطور الأبحاث حول الإجهاد ما بعد الصدمي، مما ساعد وبشكل كبير في ظهور عدة طرق علاجية طبقت على الأشخاص الذين يعانون من هذا النوع من الاضطراب، وقد كَلَّت في العديد من المرات بالنجاح. (Brillon, 2004).

6. صيرورة ظهور الإجهاد ما بعد الصدمي:

يظهر العصاب الصدمي انطلاقاً من حدث مفاجئ وقوي ويهدد وحدة الشخص الجسدية والنفسية، من بين الحوادث التي من شأنها أن تؤدي إلى ظهور هذا النوع من الاضطراب، يمكن أن نذكر الحوادث بجميع أنواعها: الكوارث الطبيعية، الحروب، الاعتداءات الفردية وأحداث العنف بجميع أنواعها... الخ.

نلاحظ أيضاً أن الصدمة النفسية يمكن أن تحدث في حالة ما إذا حضر الشخص لحدث صدمي حتى وإن كان هذا الحدث لا يشكل خطراً عليه (حادثة سيارة مثلاً). (l'unicef, 2002).

بعد عيش أو حضور حدث صدمي تظهر عند الشخص بعض ردود الأفعال تبدأ من العادية إلى المرضية، هذه الردود تكون حسب حساسية الشخص وكذلك حسب شدة الحدث الصدمي.

في البداية نلاحظ حالة إجهاد عادي وضروري من أجل التكيف مع الحدث الصدمي ثم تظهر حالة من الإجهاد اللاتكيفي عند بعض الأشخاص، لكن لا يجب أن نمزج بين الاستجابة الآتية للحدث مع العصاب الصدمي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد، ما يمكن ملاحظته أثناء وقوع الحدث:

- حالة إجهاد عادي هو عبارة عن رد فعل تكيفي للشخص الذي تعرض إلى الحادث ثم ظهور أعراض حالة الإجهاد ما بعد صدمي، وهي يمكن أن تدوم بضع ساعات أو بضعة أشهر، وقد تمتد مدتها لبضعة سنوات. طبعاً هذه المدة لا يمكن أن تمرّ في صمت فقد تظهر اضطرابات في السلوك أو في النوم والتغذية، انطواء حول الذات، الإحساس بعدم فهم الآخرين.

1.6. ظهور الأعراض:

بعد مرحلة الكمون تظهر الأعراض على إثر حدث مفاجئ يتمثل في صور أو أصوات أو رائحة أو ذكرى لها ارتباط مباشر مع الحدث الصدمي. يمكن أن نميز مجموعتين من الأعراض:

1.1.6. الأعراض الخاصة:

تتمثل هذه الأعراض في تناذر الإعادة المميز للعصاب الصدمي، في صيغته الليلية يظهر في شكل الكوابيس المتكررة التي تؤدي إلى اضطراب النوم (الصراخ، الحركات، النوم المتقطع).

في حالة اليقظة يعيش الشخص الموقف الصدمي مرات متكررة بالكثير أو القليل من الشدة، في بعض المرات تكون ذكرى الحدث عبارة عن أفكار، صور وإدراكات، إلا انه في مرات أخرى تأخذ بعدا أكثر خطورة تتمثل في ظهور هلاوس في شكل (Flash-back).

إن الإعادة الهيارية للحدث يمكن أن تكون حسية إذ يمكن أن نلاحظ تفرغ عاطفي مصحوب بالقلق، الهيجان والصراخ. أما التعرض إلى وضعيات تشبه الحدث الصدمي فتخلق عند الشخص رد فعل عاطفي وفيزيولوجي مبالغ فيه (تسارع دقات القلب، الصعوبة في التنفس...).

رد الفعل الفزعي يعد شكل أساسي لتناذر الإعادة وقد نلاحظ هذا العرض أكثر عند سماع الأصوات أو رنات الهاتف.

من أجل مواجهة هذا النوع من الأعراض يطور الشخص سلوكيات خاصة تتمثل في: (l'unicef, 2002)

- يحاول أن يتجنب الأفكار، الحوارات والمواقف وكل ما من شأنه أن يذكره بالحدث الصدمي.

- يحاول أن يتجنب الأشخاص، الأماكن والنشاطات التي من شأنها أن تحيي ذكرى الحدث.

2.1.6. الأعراض العامة:

هذا النوع من الأعراض لا يخص فقط العصاب الصدمي بل يمكن أن نلاحظه في بعض الاضطرابات الحصرية أو العصبية.

يتعلق الأمر بالأعراض التحويلية (الشلل، العماء)، أو الاضطرابات النفس جسدية مثل الصداع، الإمساك، أوجاع الأطراف... الخ.

- حالة حصرية دائمة وهي تشبه حالة الطوارئ.

- علامات اكتئابيه بارزة كالعباء، الانطواء على الذات، الصعوبة في التركيز، الحساسية المفرطة، وسرعة الغضب.

- يمكن ملاحظة كذلك تحول تدريجي ودائم في الشخصية:

- يفقد العميل القدرة على المبادرة ويصبح مرتبط بمحيطة مع فقدانه لاستقلاليتة، كما يفقد الاهتمامات الأخرى ويتوقع على عالمه الخاص والعائلي.

- يمكن أن يصبح أكثر حذرا، منعزلا، عدوانيا ويشكو من الوضع الذي آل إليه.

2.6. التطور:

يمكن أن نلاحظ ثلاثة أنواع من تطور حالة الإجهاد ما بعد الصدمي:

- النوع الأول يتمثل في الجدول العيادي الثابت وهو الشيء الذي لوحظ عند الأشخاص الذين شاركوا في الحرب العالمية الأولى مثلا حيث عاشوا على وقع الكوابيس وأعراض التجنب إلى آخر أيام حياتهم.
- النوع الثاني يتمثل في التحسن العفوي الذي يكون نادرا بالخصوص إذا كان التناذر قد تموضع منذ عدة أشهر.
- حينما يتموقع تناذر الإعادة لأكثر من ثلاثة أو أربعة أشهر فإن العصاب الصدمي هو الذي يصبح بارزا ويصبح اضطرابا دائما ما لم يؤخذ العميل بالرعاية والعلاج. (l'unicef, 2002)

7. تشخيص PTSD حسب DSM

حسب الجمعية الأمريكية للمرض العقلي فان تشخيص الإجهاد ما بعد الصدمي يتم عن طريق الأعراض التالية:

A / أن يتعرض الشخص إلى حدث صدمي.

A-1 أن يتعرض الشخص أو يكون شاهدا أو يواجه أحد أو عدة أحداث ينتج عنها موت أو جروح خطيرة لبعض الأشخاص أو يكونون عرضة للتهديد بالموت أو بالجروح الخطيرة أو أن يكون الكيان الجسدي للشخص خلال هذه الأحداث أو كيان الآخرين عرضة للتهديد.

A-2 رد فعل الشخص باتجاه الحدث الصدمي يتمثل في الخوف الشديد والإحساس بالرهبة والعجز.

هذا التعريف الجديد للحدث الصدمي يأخذ بعين الاعتبار الحالة النفسية للضحية وطريقة رد فعلها باتجاه الحدث الصدمي. الأحداث الصدمية حسب DSM تتمثل في:

- الاعتداءات الجسدية
- الاغتصاب أو محاولات الاغتصاب
- التعذيب
- المعارك الحربية
- الكوارث الطبيعية
- سوء المعاملة في مرحلة الطفولة (Maltraitance)
- أن يكون الشخص شاهدا على حدث صدمي

B / أن يعيش الشخص الحدث الصدمي بشكل دائم على المستوى الفكري والنفسي

B1 تظهر ذكرى الحدث بشكل قهري وهي تتضمن أفكار وصور وإدراكات فتخلق بذلك إحساس بالضيق الشديد.

B2 تظهر عند الشخص الكوابيس المتكررة للحدث الصدمي إذ يعيشها بألم كبير وتظهر عنده حالة من الضيق الشديد.

- B3- انطباع مفاجئ وكأن الحدث سيظهر من جديد فيعيش الشخص حالة من الترقب والتوقع السلبي.
- B4- يظهر عند الشخص إحساس بالضيق الشديد إذا تعرض إلى مواقف أو أحداث سواء أكانت داخلية أو خارجية تشبه الحدث الصدمي.
- B5- ظهور نشاط ولوجي غير عادي عند الشخص إذا تعرض إلى مواقف تشبه الحدث الصدمي. (APA, 1994)
- C / تجنب المثيرات المشتركة مع الصدمة
- C1- بذل مجهود من اجل تجنب الأفكار والأحاسيس أو الحوادث المشتركة مع الصدمة.
- C2 - بذل مجهود من اجل تجنب الأشخاص الأماكن والنشاطات التي تذكرنا بالحدث الصدمي.
- C3 - عدم القدرة على تذكر إحدى مظاهر الصدمة المهمة
- C4 - الحد أو نقص الاهتمام بالنشاطات المهمة أو قلة المشاركة في هذه النشاطات.
- C5 - الإحساس بالانفصال عن الآخرين والإحساس بالغرابة في وسطهم.
- C6 - نقص الانفعالات.
- D / نشاط زائد في الوظائف اللاإرادية
- D1 - اضطرابات النوم (ظهور الأرق أو النوم المتقطع)
- D2 - الحساسية المفرطة والميل إلى الغضب
- D3 - الصعوبة في التركيز
- D4 - النشاط الحركي الزائد
- D5 - رد فعل فزعي مبالغ فيه
- E / من اجل تشخيص حالة الإجهاد ما بعد الصدمي يجب أن تدوم هذه الأعراض لمدة شهر على الأقل (الأعراض B, C, D).
- F / الإحساس بالضيق الشديد: إن هذا الاضطراب يؤدي إلى ظهور معاناة ذات مدلول من الناحية العيادية أو إلى اختلال في الوظائف والمهام الاجتماعية المهمة في حياة الشخص بشكل عام.
- يمكننا تشخيص ثلاثة مظاهر للإجهاد ما بعد الصدمي:
- الإجهاد الحاد: مدة ظهوره تكون اقل من ثلاثة أشهر

- الإجهاد الدائم: مدة الأعراض تدوم ثلاثة أشهر أو أكثر
- الإجهاد المؤجل: بداية ظهور الأعراض تكون بعد 06 أشهر من وقوع الحدث الصدمي. (APA, 1994)

8. النظريات المفسرة للإجهاد ما بعد صدمي

1.8. نظرية التحليل النفسي

يقترح فرويد نموذج تحليلي ديناميكي للصدمة، إذ تظهر نتيجة المثبرات التي تفوق في قوتها القدرة الطاقوية للفرد الذي يقوم بعدة محاولات فاشلة من أجل استيعابها أو التصدي لها.

في المفهوم الفرويدي كل صدمة تنبع من إشكالية جنسية، ففي دراساته حول الهستيريا فإنه يرى أن سبب الصدمة يعود إلى حدث صدمي طفولي مختلفا بذلك عن معاصريه الذين يرون أن سبب ذلك يعود إلى سبب عضوي أو وراثي. Freud كان يظن أن عصاب الأشخاص البالغين وبالأخص الهستيريين كانوا قد تعرضوا في طفولتهم إلى صدمة جنسية، وعندما يصبحون راشدين وإذا ما حدث وصادفوا حدث مماثل أو يشبه الحدث الطفولي المكبوت الذي عاشوه، فإن هذا الأخير يظهر من جديد بشكل أكثر نشاطا. وهكذا فإن ظهور الصدمة مرتبط بحدثين، الأول يعيشه الشخص أثناء الطفولة واللانضج الجنسي بطريقة سلبية.

هذا الحدث لا يأخذ من معنى سوى بعد ظهور الحدث الثاني الذي يفجر الذكرى الأولى وبالتالي يظهر كم هائل من المثبرات الجنسية تغمر دفاعات الأنا. (Damiani, 1997)

وعرفها في محورها الثاني على أنها: "غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه تراكم الإثارات التي لا تطاق، سواء كانت بمصدر داخلي أو خارجي"، يقول فرويد بهذا الصدد. "أن الصدمة طاقوية واقتصادية بحتة.

في عام 1926م طور فرويد نظرية القلق وأدخل مفهومي القلق الآلي والقلق كإنذار بالخطر، حيث يحاول الأنا تجنب القلق الآلي، والذي يثير الوضعية الصدمية بسبب عجزه عن التحكم في فيض الإثارة من خلال إطلاق قلق الإشارة الذي ينشأ من القلق الآلي، ويعمل كإنذار يهدف لإيقاظ الدفاعات من أجل مواجهة الإثارة الداخلية والخارجية.

في نهاية كتابه (L'homme moise 1939) قال فرويد: "إن التجارب الصدمية الأصلية المكونة لتنظيمه والتوظيف النفسي يمكن أن تؤدي إلى إصابات مبكرة للأنا وأن تخلق جروحا نرجسية". (أومليلي، 2010-2011)

في المقالة التي كتبها فيرونزي قبل وفاته بعنوان: "التباس في التخاطب بين الراشد والطفل" في أثناء تطوير نظرية الإغواء؛ التي تخلى عنها فرويد حيث يقول: "أن الصدمة التي يتلقاها الطفل عن طريق العنف والإغواء الجنسي، ينتج عنها ميكانيزم التقمص بالمعتدي؛ حيث أن التقمص والإدماج هما الميكانيزمان اللذان يحلان محل الموقف الدفاعي، الذي يجب أن يعتمده الطفل في حالة الاعتداء عليه. فالصدمة بالنسبة إليه لا ترتبط فقط بنتائج الهومات الإغرائية والأخصائية

لكن تجد أصلها في المصير الليبيدي المرتبط بالفعل العنيف لإثارة جنسية غير ناضجة والتي تأخذ قيمة اغتصاب النفس ونتيجة لهذا نجد انصعاقا للأنا وتوقفا للنمو. (أومليلي، 2010-2011)

أما بالنسبة لجان لابلانوش (Jean Laplanche)؛ فهو يعتبر تطور نظرية الإغواء يكون حتى قبل الولادة أي بمعنى ما إذا كان المولود مرغوب فيه أو لا. وما ترغب فيه الأسرة من أن يكون جنس المولود، ثم بعد ذلك علاقته بأفراد عائلته، ومدى تقبلهم له. وسوف تتجلى هذه التوقعات في مواقفهم والرسائل غير اللفظية التي يصدرونها، وكذا في اختيارهم لاسم هذا المولود (Lecourt، 2013، 2015،، صفحة 133)

2.8. النظرية السلوكية

في سنة 1924م حدث وأن فاضت كمية كبيرة من المياه على مخبر Pavlov أين كان يجري مجموعة من التجارب السلوكية على الكلاب، ولما كانوا موضوعين في الأقفاس لم يستطيعوا الهرب فاضطروا إلى السباحة داخل القفص من أجل الوصول إلى السقف دون جدوى. بعد هذا الحدث الصدمي لاحظ "بافلوف" مجموعة من السلوكيات المشتركة عند مجموع الكلاب الذين تعرضوا لهذا الحدث وذلك على غرار أي إثارة يمكن أن يتعرضوا إليها ومهما كانت شدتها. كما لاحظ اضطرابات أخرى كالاستجابة للمثيرات الضعيفة أكثر من المثيرات القوية، المنعكسات الإيجابية المكتسبة من قبل تتحول إلى استجابات سلبية والعكس.

بالنسبة لـ "بافلوف" فإن هذه الاضطرابات هي عبارة عن ردود أفعال استعجابية لمثيرات قوية وهي بذلك تخل بنظام المنعكسات الشرطية المكتسبة من قبل وهي تشبه إلى حد بعيد تموقع العصاب الصدمي عند الإنسان، فبعد الحدث الصدمي يختل نظام المنعكسات الشرطية التي اكتسبها الإنسان من قبل وبالتالي تظهر عنده مجموعة أعراض الإجهاد ما بعد الصدمي. (Crocq, 1974)

3.8. النظرية النفسية لبيار جانيه (Pierre Janet)

بالنسبة لبيار جانيه فإن العصاب الصدمي يتميز أساسا بعدم القدرة على الانفصال عن ذكرى الحدث "حينما يريد الإنسان نسيان ذكريات مؤلمة فإنه يحاول الهروب من بعيد لكن الحزن يسافر معه"، وهذه الذكريات لها طابع خاص فهي ما تحت شعورية وليس لها تمثيل ذهني ومعرفي لكنها تتشكّل من أحاسيس. (Crocq, 1985)

يعطي بيار جانيه لهذه الذكريات اسم الأفكار الثابتة، وهي تأخذ مكان ما تحت الشعور مثل الطفيليات وتخلق بذلك صور وأفكار وإعادة إحياء حركات أساسية بدائية وآلية وغير متكيفة، بينما بقية الشعور يواصل عمله بطريقة عادية مبرزا بذلك نشاطات وأفكار وأحاسيس متكيفة.

إن مصطلح الفكرة الثابتة الصدمية مرتبط بانشاط الشعور، وهذا ما يمثل نظرية الهستيريا الصدمية عند

(Crocq, 1985)

4.8. النظرية الظواهرية Phénoménologique

الملاحظ أن كل الأشخاص الذين يظهرون أعراض صدمية يتحدثون عن إحساس فظيع بتغير في شخصياتهم وبأنهم أصبحوا لا يعرفون أنفسهم وقد أصبح لديهم طريقة أخرى للإدراك، للتفكير، للإحساس، أو للقيام بعمل معين.

عند الشخص المصاب بالعصاب الصدمي فإن مرور الوقت المتناغم يتوقف ويظهر انقطاع زمني يتخلله الإحساس بالرهبة والخوف الشديد، ويصبح الحاضر بالنسبة له متجمدا ولا يعكس سوى صورة لامعة للصدمة. أما المستقبل فيصبح بدون معنى أو أي تطلع وهذا ما نلاحظه في الجدول العيادي للشخص المصدوم. أما الماضي فيعيد تشكيله حسبما آلت إليه الأحداث (الصدمية).

وفي منظور علم النفس المرضي، فإنه يجب الاعتراف بقوة الحدث وقدرته على التحطيم على إحداث اضطراب وتغيير، وكذلك الإخلال بالتوازن. ما يجعل من حدث معين بأنه صدمي مقارنة مع الأحداث البسيطة للحياة، هو أن هذا الحدث يرفض أن يسجل في التواصل الأمن للحياة اليومية إنه يخلّ بالنظام الزمني.

في رأي النظرية الظواهرية فإن الصدمة النفسية التي يعيشها الفرد هي عبارة على اضطراب عميق يصيبه في علاقاته مع ذاته ومع الآخرين. وتتأثر شخصيته ويتوقف به الزمن ويحدث عنده خلل على مستوى الأحاسيس، فانطلاقا من الحدث يصبح عبارة عن شخص ثان ولا يشبه الآخرين في شيء. (Crocq, 1974)

9. العوامل المساعدة في حدوث الصدمة:

1.9. العامل التكويني والفيلوجيني:

استنتج فرويد أن ظهور عصاب ما إنما يعزى إلى تداخل عاملين: الأول صدمي والآخر تكويني، فإذا اجتمعا معا، يزعزعان، وإذا ما تعديا شغف الاحتمال للفرد، يوقعانه في العصاب، وبحسب فرويد يمكن للعامل التكويني الذي تدخل نشأته في البيولوجي، وسيطرة القوى الغريزية، أن يقف كجدار لا يمكن اجتيازه، فيجعل التحليل مديدا لا ينتهي. وأدخل فرويد في نظريته عامل والفيلوجيني الذي يحدّد حدود التحليل النفسي، وهدفه لم يكن تعديل نتائج هذا الإرث، بل إقناع المريض بانتمائه، والتعرف على ذاته ضمن هذا الإرث بالذات. وبقول آخر إن التحليل ينتهي نوعا ما إلى تقارب بين الهوام الفردي، حيث تقبع الذات الهوام الأساسي الكامن في سلسلته النسلية (خط نشوء نسله)، إن الجدار البيولوجي الإيحائي ليس في الواقع إلا بنية غريزية النوع.

وهناك من يقول إن الإنسان يتشكل من نقاط تقاطع بين شبكتين الأولى تذهب من الخاص إلى العام، وهذا هو البعد الثقافي، وشبكة أخرى من العام إلى الخاص، وهي تتطابق مع نظام الطبيعة، وتعين للإنسان حدود لا تقتصر كما كان سائدا على الإرث البيولوجي، وإنما تمتد لتشمل بنى اجتماعية وعائلية يجد فيها كل فرد مرتكزاته تبعا لهذين البعدين. فيتخذ حدث ما مكانه ووظيفته: صدمية أو غير صدمية.

واستنادا لفرويد إن حدثا ما لا يكون له أثر على فرد ما إلا إذا وجد عنده إما هواما أو خرافة في المعتقد الاجتماعي، أو العائلي، وإما عاملا تكوينيا في الإرث السلالي. فقد كتب يقول: "عند دراسة ردّات الفعل على صدمات مبكرة، تعجبنا غالبا من الملاحظة أنّها لا تتعلّق حصرا بالأحداث المعاشة، بل تصبح كذلك بشكل يتلاءم بصورة أفضل مع نمط مثالي من حدث نسلي موروث (حب الله، 2006، الصفحات 197-198)

10. العوامل المهيئة التي تزيد من احتمال حدوث اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة:

- المشكلات الأسرية والسلوكية في مرحلة الطفولة.
- جنس الفرد وعمره ومستواه الاقتصادي الاجتماعي.
- وجود خبرات صدمية سابقة.
- شدة الحادث الصادم وعنفه وطول فترة التعرض له.
- انخفاض نسبة الذكاء والمستوى التعليمي.
- نقص المساندة الاجتماعية.
- العوامل الثقافية. (أبو زاهدة و تيسير، 2012)

11. الصدمة النفسية عند الطفل والمراهق:

تبين الملاحظة العيادية بأن الأحداث الصدمية التي تواجه نفس الأفراد تترك استجابات مختلفة لديهم، وهو ما يحيلنا إلى القول بأن هناك تباينا لديهم من حيث قدرة الجهاز النفسي في تصريف تلك الاستنارات، ومن ثم قدرة الفرد على مواجهة تلك الأحداث. وتختلف قدرة الفرد في مقاومة التجارب الصدمية أيضا باختلاف السن الذي تعرض فيه لتلك التجربة، فالصدمة يكون لها صدى أكبر على البناء النفسي وتترك آثارا أخطر إذا حدثت في مرحلة المراهقة، تلك المرحلة الحساسة التي تتسم بنشاط نفسي هام والتي تفرض على الفرد تغيرات على مستوى التوازن بين العالم الداخلي والخارجي وخلالها، يتوجّه الفرد نحو تجاوز التقمصات البدائية للوالدين ونزع الاستثمار واستثمار مواضيع جديدة، فقدرته الفرد في مواجهة الحدث الصدمي مرهون بمستوى نضج الأنا، وبمدى صدى الحدث في التنظيم الهوامي للطفل، إذ كلما كان الطفل صغيرا كان خطر إصابة نموه النرجسي أكبر.

ترى النظرية التحليلية أن للبنية النفسية وقدرات الأنا الدفاعية أهمية كبيرة في الدفاع ضد الصدمات، فرغم أن البنية لا يكتمل نموها إلا في مرحلة الرشد، إلا أنها تأخذ شكلها منذ الدقائق الأولى من الحياة، تتشكل من خلال التقمصات التي تبني مع الزمن، أين يجد المراهق نفسه في حاجة إلى سلطة أبوية ليتمكن من تشكيل تقمصات جيدة تمكنه من اجتياز مرحلة المراهقة بشكل أفضل. (سمير و اسماعيلي، 2017)

يصاب الأطفال والمراهقون بالصدمة النفسية التالية للكرب، كما هو الحال لدى الكبار، إلا أنها تختلف في صورتها وآثارها السلبية وفقا للمرحلة العمرية والنضج النمائي العقلي والاجتماعي ورصد الخبرات السابقة للطفل والمراهق. فالبعض قد يعاني القلق والخوف لفترة قصيرة ما تلبث أن تزول عنهم تلك المخاوف خصوصا حينما تتوفر لهم الرعاية

والحماية والمساندة النفسية من قبل الوالدين. في المقابل قد يعاني آخرون اضطرابات مزمنة كالخوف، الاكتئاب، القلق وتجنب الأنشطة أو الأماكن المذكورة بالكارثة... إلخ (الموايسة، 2013)

إن الأهمية التي يعطيها الطفل لأي حدث، مرتبطة بموقع هذا الحدث في حياته، أكثر من القيمة التي قد تعطيها المعايير الثقافية، الاجتماعية، العلمية أو الدينية الخاصة بمحيطه. لهذا فإن تأثيرها عليه يكون أقل خطورة من الناحية الصحية. في حين أن كثيرا من الأطفال عند مواجهتهم مأساة، يلتزم الصمت لأن في اعتقادهم الراسخ بأنهم مسؤولون ومذنبون فيما حصل، ويمكن أن يكون بعضهم متأثرين بألم الحداد، ويفضلون عدم البكاء أو التعبير عن ألمهم، وحين تحدث الصدمة فإنها تشوش على ترتيب الأشياء عند الطفل وتثير بدورها التساؤلات، الشعور بالذنب والقلق، ثم البحث عن توضيح وتبرير.

ويبدل الطفل طاقة عظمى لفهم ما يحدث له، فيحاول عرض كل ما يتحمله بواسطة صور بعضها خيالية ولذلك يقوم بعمل حقيقي ويحاول ترجمة وإعطاء معنى للحدث الذي يهدد توازنه النفسي والجسدي. وهذا العمل الذي يعالج في عدة مراحل على إيقاع نموه، وهو تطور يندرج في الزمن ويحتوي على عدة مراحل ما بين المحسوس المرتبط بالإصابة الجسدية والعضوية والمعاناة النفسية، وهو يخص كل الأوقات المتتالية للحدث من زمن الأزمة إلى النتائج والآثار الجانبية. هذا التمثيل للحدث هو وضعية صعبة وتخضع ليس فقط للآثار والآلام الجسدية، أيضا لتاريخ الطفل، والنزاعات السابقة للطفولة ونوعية علاقته مع والديه ومكانته في العائلة. (وادفل، 2009/2008) فعندما تحط الصدمة في حياة الطفل تزعزع كل شيء: جسده، قلبه، عقله، عاداته، محيط حياته، ويحاول التأقلم بإدماج هذه الحقيقة في عالمه، فمهما كانت المعلومات التي نقلها له والداه أو المختصون، يترجم الطفل الكلمات والأفعال على ضوء عاطفته محاولا ربط واقع الحدث مع منطق النظرية التي صقلها.

أكدت أعمال غررسكي Gorski (2003) على وجود حالة إجهاد بعد الصدمة عند (6.3%) على مراقبين من عينة (384) مراقب تعرضوا لحدث صدمي في حياتهم، كذلك بالنسبة لوجهة نظر بايلي Bailly (1995) الذي يعتقد أن المراهق يفتقر للمناعة ضد الحوادث الصدمية لأنه يصل إلى سن يضمن له النمو المفهومي والإدراكي لفهم عام.

وفي نفس السياق يشير هامبلي Hamblen (2006) إلى أن خطر تطور إجهاد ما بعد الصدمة عند المراهق مرتفع لأنه يعيش في محيط حيث العنف جزء مدمج في يومياته، كذلك خطر تطور حالة الإجهاد بعد الصدمة عند المراهق غالبا يتحقق حسب درجة تعرضه للحوادث الصدمية وتعقيداته الانفعالية. المدة والشدة وإزمان الحادث الصدمي.

وتعتبر النتائج الصدمية النفسية عند المراهق شبيهة بالراشد مع خصوصية المرحلة من تغيرات بيولوجية نفسية اجتماعية ومعرفية.

فعلى المستوى البيولوجي: (1999) Deykim إن المراهقة تحقق تغيرات بنوية في مستوى المخ وأبسط صدمة قد تقود إلى توقف نمو عصبي أو إلى نكوص إلى مرحلة عصبية بنوية سابقة، هذه النتائج مستوحاة من أعمال أنجزت على مجتمع دراسة ل: 37 مراهق عاشوا زلزلة أرضية، وقد قادت هذه الدراسة إلى أن هؤلاء المراهقين أصبحوا أشخاصا يتميزون

بسرعة إلغاء الكورتيزول Cortisol، وانخفاض هام لأحد المكونات الرئيسية للمادة الرمادية وعلى المستوى النفسي والاجتماعي نجد باحثين أمثال: غورغن (Goguen) 2006 و"هامبلن" تطرقا إلى مصراع الأفعال الملاحظة مثل: الكوابيس، عدم الحساسية الانفعالية، تجنب كل ما يحيى الحادث الصدمي، اكتئاب، سلوك ضد اجتماعي، عزل، شكاوي جسمية، أفكار انتحارية، انخفاض المردود الدراسي مع التغيب، مشاكل النوم واختلاط، غضب مفرط، حذر، خوف مع إحساس بمستقبل مسدود تؤكد من الموت قبل سن الرشد، إتلاف تقدير الذات وصورة الجسم وأحيانا إعادة تعرض بشكل إرادي لوضعية صدمية أخرى مهما كان نوعها. (وادفل، 2009/2008)

عموما، أوجه إحياء الصدمة في المراهقة تصف مستويين للعمل الصدمي: التفكك النزوي الذي يخرب روابط نزوات الحياة/نزوات الموت والعودة الاضطرارية للذاكرة الصدمية التي تلح لإيجاد معنى للمركبات التي أثارها الصدمة في لاشعور الضحية. هذا الأثر البعدي يسمح بتناول طبيعة إشكالية المراهق على ضوء الصراعات الأوديبية و/أو الخبرات البدائية. فالصدمة تحدث تخريبا متواصلا لكل روابط الشخص بدءا بالموضوع الأولي وانتهاء بالصلة بالذات وبالعالم الخارجي.

إن أحد أشكال العمل الصدمي في المراهقة أن يعيق سيرورة الحداد، ويطور أعراض العصاب الصدمي في طبيعته الخاصة بالحروب، والعديد من المصابين بالضغط ما بعد الصدمة يخبرون داخليا معاش التفكك البنيوي للشخصية في شكله البدائي، ويتمثل في الشعور باللاواقعية، بتفكك الصلة بالجسد، بانطباع بفقدان الشخصية أو الشعور بأن ما حدث لم يحصل للشخص عينه، ويحدث هذا التفكك تقسيما بين "الشخصية ظاهرا سوية" تتجنب الذكريات الصدمية بالانفصال، بالتخدير وبالفقدان الجزئي أو الكامل للذاكرة؛ و"الشخصية الانفعالية" المحجوزة ضمن الخبرة الصدمية والانفعالات الأليمة مع العجز عن التحويل الرمزي للمعاناة وتطوير "ذكرى" للصدمة. ويظل المراهق المصدوم تحت ضغط التكرار الصدمي الذي يعيد إليه صور حقيقية وإحساسات عنيفة ولصيقة بالحاضر لا تخضع لأي تحويل، لأن الصدمة لم تجد في اللاشعور تصورات للذات الميتة حتى يتم ربطها، وهي تبقى مجرد إحساس يفرض نفسه على الشخص لحظة الصدمة. هذه الصورة الصدمية تعتبر "جسما غريبا" لا يخضع لمبدأ اللذة ولا يدمج في الروابط النفسية لكنه يظهر في الكوابيس والأحلام وفي شكل هلاوس سمعية أو بصرية، وهي مصدر لتدفق ومن أشكال أثر الصدمة التي تمتد من الطفولة للمراهقة، أنها تقضي على "هوام الأبدية وتخلف أثارها المزمنة على المراهق من خلال إثارة قلق الزوال أو "رعب الموت الوشيك"، مع أنه يعلم بطابعه غير العقلاني، وفقدان وهم الأبدية يرتبط بتنشيط نزوة الموت التي تتجه إلى إرساء "نرجسية الموت (Narcissisme de mort)". والتي تهدف لإلغاء الذات بعد أن تخفق خطوط الدفاع الأخرى عن طريق انسحاب هوائية أوديبية، وراء حالات الاكتئاب الحاد أو الميلانخوليا أو سحب الاستثمارات الموضوعية والنرجسية، ويعد الذهان الصدمي من أشكال إحياء الصدمات البدائية التي تتجاوز ميكانيزم الكبت وقدرات التمثيل الرمزي للشخص. (طوطاوي، 2021)

وتجتمع فيه الأعراض على طراز الذهان دون وجود بنية ذهانية لدى الشخص، وتشمل فقدان الشخصية، انشطار الأنا إثر الحلقات الهذائية-الانتقالية، حالات التباس، معاش "خبل الهجران".

12. عمل الذاكرة الصدمية والحداد في المراهقة:

يقع المراهق الضحية رهينة ذاكرة تعيد الأثر الصدمي الذي يقتضي التحويل النزوي والتدوين الرمزي، هذه الذاكرة مشبعة بالخبرات الماضية اللاشعورية التي تكاثفت حول "الجسم الغريب" في شكل تراكم صدمي، وهي تخترق نسيج الأنا بحثاً عن التفريغ أو الدلالات الرمزية لهذه الصدمات. وعمل الذاكرة الصدمية يتناول تفكك المعلومات دون ترجمتها، لذلك قد تعود على شكل هلاوس أو تظهر في الخطاب على شكل تفاصيل أو "بقايا" مشحونة بانفعالات أليمة. هي إذن ذاكرة بدون وجود الشخص الذي يتذكر، والمراهق الذي تعرض لصدمة العنف أو الحروب أو الأزمات الاجتماعية، لا شك يعيش وضعية نفسية معقدة حيث تتعرض أجزاء الذات للتفكك، فيتألم كل جزء لوحده، مع سيطرة عمل الذاكرة في شكل ومضات مريضة، كوابيس أو هلاوس لخبرة حقيقية متقطعة. ويتملك المراهق الذعر والشعور بالذنب والظلم والإقصاء، والانطباع بالغرابة والخجل اللذان يثيران أيضاً العنف ضد الآخر أو ضد الذات، وبالأخص الانسحاب الاجتماعي، إذن عمل الذاكرة الصدمية تعيد تركيب الحدث المعاش كأنطباعات أولى منفصلة، وتبقى خارج مجال المعنى "كأحداث خام في انتظار احتواء الآخر المؤهل لمتابعة تدوينها. ويستهل الأنا عمل الحداد الصدمي بوجود موضوع خارجي موثوق يساهم في "تأريخ" الصدمة وتحويلها إلى كلمات تروي إجمالاً مكان الشخص ضمن الحادثة. وفي هذا الإطار، تعد العلاجات الجماعية؛ خاصة منها السيكوودراما من أفضل نماذج التعبير الانفعالي بالنسبة للمراهقين المصدومين.

والقيام بالحداد يتطلب القدرة على الانفصال عن موضوع الفقد الذي استدخل في الطفولة، وهو يشكل جزءاً من الذات لدى الشخص، فالتطوير المنظم النفسي للانفصال يتيح للطفل التدرج من التبعية النفسية للموضوع إلى الاستقلالية من التصورات التلاحمية بين الذاتية المبكرة والموضوع الأولي.

إن الاستدخال الجيد لهذا الموضوع هو ما يدعم "أسس نرجسية ثانوية متينة تصمد أمام الانفصال ثم أمام الفقد هذه القدرة على الانفصال هي التي تعد منظماً نفسياً هاماً في عمل الحداد. وقد أوضحت ميلاني أن عمل الحداد يتم في شكل سيرورة تتراوح ما بين الوضعية الفصامية-العظامية والوضعية الهوسية-الاكتئابية. ففي الوضعية الاكتئابية يكتشف الشخص أن الموضوع مستقل عنه. وهو ما يمنحه على أساس تطور دفاعاته الهوسية، فرصة استثمار الذات باعتبارها منفصلة عن الموضوع وآلام الحداد تدل على وجود جزء نرجسي في استثمار الموضوع المفقود. ويقوم عمل الحداد أساساً على إرصان هذه الجوانب النرجسية في ذلك الاستثمار. (طوطاوي، 2021)

أما التثبيت عند الموضوع المفقود كفيل بتطوير حداد باثولوجي ذو صبغة ميلانخولية، حيث يتم تعويض موضوع الفقد بتقمصه ويكشف عن الاستثمار النرجسي له.

ومع كل الآلام النفسية لهذا الحداد، يؤكد فرويد على أن "التقمص الميلانخولي يساهم في ترميم الأنا الذي يختبر فقدان جزء منه ويتعرض لتهديد بالموت الرمزي.

يمثل الحداد الصدمي تضاربا بين الصدمة التي تنشأ لإحلال الفراغ والجذب نحو العدم، والبحث عن الذكريات والرموز لتطوير سرد تاريخي لقصة العلاقة الماضية. من الناحية العيادية، الآثار السلبية للصدمة، تشكل دفاعا لتجنب الاستذكار والتكرار.

والمع التام لإرسان الصدمة يشكل "مدفنا" يحجر على المعاش الصدمي بإحكام إلى موعد لاحق لإعادة تنشيطه من خلال تطوير أعراض ما بعد الصدمة.

وعمل الحداد الصدمي يتخذ شكلا حادا ويعرف بالحداد ما بعد الصدمي المعقد والقريب من زملة الصدمة النفسية، ويعود هذا الحداد لامتداد الإنكار أو الاكتئاب بلا نهاية، والدفاعات النفسية الأساسية التي تعيق عمل الحداد المعقد تواجه كمية هائلة من الانفعالات المؤلمة وتتمثل في الإسقاط والتقمص الإسقاطي، الانشطار، العقلنة والأمثلة التي تولد تقمصات سوداوية خصوصا إن استخدمت بصورة ثابتة، وعجز الأنا عن الإرصان العقلي للشحنات الانفعالية لخبرة الفقد أو عن تعديل بعدها الاقتصادي عن طريق القمع، يضاعف من تعقد عمل الحداد. وأمثلة الموضوع المفقود إن كان يصاحبها الشعور بالذنب، فيقف حائلا دون تطوير مركبات الانفعال-التصورات. في بداية الحداد لا يملك الأنا سوى دفاعات تسمح بتمثيل ثلاث عمليات نفسية: إما إنكار حقيقة الفقد من خلال استعادة علاقة انصهار خيالي مع الموضوع المفقود وتطوير تقمصات باثولوجية تثير غالبا الخطر الميلانخولي أو الانتحاري أو تطوير أي اكتئاب مزمن، ويتم إنكار فقد الموضوع أيضا باستخدام دفاعات هوسيه ذات صبغة ضد-اكتئابيه؛ وأما النفي المباشر للكميات الهائلة للانفعالات المؤلمة يتم من خلال دفاعين أساسيين:

❖ الإسقاط والتقمص الإسقاطي: أو في الأخير يتم الفصل التام للانفعال عن أي إمكانية الإدماج النفسي

ضمن التصورات التي تمثله. والدفاعات النفسية التي تعنى بهذه العملية.

❖ الانشطار ونمطي العزل-العقلنة: إن الحفاظ على هذه التهيئة الدفاعية طويلا يؤكد بصورة هامة استحالة

عمل الإرصان العقلي للحداد ويقود إلى تطوير اللوحة العيادية للحداد المعقد.

أما الحداد غير المنجز أو غياب الحداد، يعتبر أخطر من عمل الحداد المعقد والحداد الباثولوجي. الحداد الذي لم ينجز يمكنه البقاء مجمدا طيلة سنوات، مولدا بذلك اضطرابات نفسية وسوماتية غالبا مزمنة. وهي التي تتطلب تدخل طبي مختص. والعديد من الأزمات المفاجئة (الصرع) أو المزمنة (أزمات القلق) تخفي وراءها قصة متوفى لم يتم حداده بعد سنوات عديدة. وما يحدث في حالة الحداد غير المنجز. (طوطاوي، 2021)

هو أن الموضوع المفقود يستدخل في أعماق الذات إلى جانب كل نزوات استثمار الموضوع في البداية. والنتيجة هي تشكيل "مدفن عند الشخص أو عند أحد من خلفه.

هذا المدفن الذي يحتل مكانة داخل الأنا فيما قبل الشعور، يخضع للانشطار عن بقية الجهاز النفسي. هذا الحداد غير المنجز يخلف شعورا بالألم النفسي أو بعدم الارتياح الدائم وانقباض الحياة النفسية وينتقل غالبا عبر الأجيال اللاحقة. وفي هذا الصدد، تتمثل إحدى مخارج الحداد غير المنجز: إما أن يستمر ويصبح أصل الاضطرابات النفسية

والسوماتية التي تبدي مقاومة للعلاجات الطبية، وإما أن يتم تدوينه بعد التجميد. وينفجر من جديد بعد سنوات لاحقة وبسهولة مذهلة، عندما يكون الحداد مسموعا خاصة من مختص أو محلل. وغالبا إعادة إحياء هذا الحداد يسمح للشخص باستعادة انفتاحه. (طوطاوي، 2021)

13. خصوصية المراهق ضحية الصدمة النفسية:

يصاب المراهقون بالصدمة النفسية التالية للكرب، كما هو الحال لدى الكبار، إلا أنها تختلف في صورتها وآثارها السلبية وفقا للمرحلة العمرية والنضج النمائي للمراهق، فهذا الأخير يكتسب مهارات هائلة في التخيل والتواصل مع الآخرين وكذا إدراك الواقع وفهمه، وبسبب تنامي قدراته العقلية يكون المراهق أكثر وعيا بتفاصيل ومضامين الأحداث الصادمة التي تواجهه، فيستخدم تبعاً لذلك قدراته على التخيل في تفسير ما يحدث بطريقته الخاصة، وقد يعزو لنفسه مسؤولية خارقة إنسانيا كمسبب للحدث المأساوي الذي حل به، ويطور بذلك مشاعر قوية بالذنب. إن الخبرات الصادمة من شأنها أن تحطم أسس النمو السليم وتضعف الحوافز الطبيعية للمراهق، كما تقلل من رغبته للاكتشاف والإبداع وتزيد من توتره العصبي، وتطبع التأثيرات النفسية المتعددة والتي يمكن أن تبقى آثارها مدى الحياة، كما تزيد حدة الصدمة النفسية وآثارها السلبية على المراهق بحسب قربه من موقع حدوث الكارثة، ودرجة فظاعتها كالمشاهد الدموية، وقد أشار (وليه) بأن المراهق إذا مر بأحداث كانت ذات مرة محايدة ونتيجة لارتباطها بمثيرات شرطية ومواقف تتضمن أفكارا مؤلمة ومزعجة، بحيث يلجأ الفرد إلى التعبير عنها باستجابات غير مقبولة في المواقف الحياتية المختلفة. (مزياني، 2019-2020)

كما أن التعرض المتكرر للظروف أو المواقف المأساوية وعلى وجه الخصوص للأطفال والمراهقين تؤدي بهم لمحنة دائمة وخصوصا الخبرات الصادمة التي تكون مصحوبة بانطباعات حسية شديدة تهمز الافتراضات الأساسية التي يحملها المراهق تجاه استقرار حياته. (مزياني، 2019-2020)

ومن أهم أعراض الصدمة النفسية لدى المراهق: تلتصق الخبرات الصدمية بذاكرة المراهق للأبد مما يعرضه لخطر الإصابة بالاكئاب أو القلق الشديد أو اضطراب الضغط ما بعد الصدمة وهذا في غياب سبل المساعدة والتوجيه والعلاج اللازم...

وقد أشار (ياس) وحسب دراسات وبحوث عديدة في مجال الصدمة النفسية بأن نسبة من 20% إلى 40% من المراهقين يظهرون قلقا في الأداء الاجتماعي نتيجة مشاعر عدم الارتياح والخوف والغضب، والتي تؤثر سلبا على حياتهم المستقبلية، وتبدأ هذه المشاعر بالتطور من سن 15 إلى 30 سنة.

أما (فيلبس) فقد أوضح بأن الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية غير المستقرة لها تأثير في حياة المراهق الفكرية وفي أسلوب حياته مما ينتج عنه شخصية غير متزنة ومؤهلة للإصابة بحالات الخوف، القلق، الانطواء والاكئاب. فيما نوه (ماكورد) بخطورة تعرض المراهق للعنف غير المتوقع (الجسدي أو النفسي) وما ينجر عنه من آثار عميقة تنعكس لاحقا في شكل سلوكيات عدوانية حادة... (مزياني، 2019-2020)

أما بالنسبة إلى المراهقين (12-18 سنة)، فيمكن أن تظهر الصدمة النفسية شبيهة بالتي يعاني منها الكبار مثل استرجاع أحداث الكارثة في اليقظة وعبر الأحلام وتخيل وقائعها المؤلمة ومحاولة الهروب والابتعاد عن كل ما يذكر بها، يصاحب ذلك بسرعة الانفعالات النفسية واضطرابات النوم وضعف التركيز، أو الشعور بالاكتئاب والرغبة في الانتحار، كما قد يلجأ بعضهم إلى شرب الكحول أو تعاطي المخدرات. إلا أنهم يتميزون عن الكبار في تعبيرهم عن الصدمة بإدماجها أو بعض وقائعها في حياتهم اليومية، كذلك تتسم سلوكياتهم بالعنف والاندفاعية، وعلى الرغم من أن بعض الأطفال والمراهقين قد يتحسنون مع الوقت وتزول عنهم الصدمة النفسية التالية للكرب، فإن نسبة منهم تستمر معاناتهم إن لم يتلقوا العلاج المناسب، ومن هنا تبرز أهمية التعرف المبكر على المصابين بالصدمة النفسية.

وهذا ما تؤكدته دراسات وأبحاث د. خالد بن عوض بايزيد بأن مظاهر الصدمات التابعة للكرب تختلف بحسب سن المراهق ونضجه العقلي ونموه الاجتماعي ورصيد خبراته السابقة، فنجد أن البعض من هؤلاء المراهقين قد يعاني القلق والخوف لفترة قصيرة ما تلبث أن تزول عنهم تلك المخاوف، خصوصا حينما تتوفر لهم الرعاية والحماية والمعاودة النفسية من قبل المحيط أو الأسرة، وبالمقابل قد يعاني آخرون اضطرابات مزمنة كالخوف، والاكتئاب، والقلق النفسي العام، وقلق الانفصال، ونوبات الهلع، ونوبات العنف والغضب، وتجنب الأنشطة أو الأماكن المذكورة بالكارثة ومحاولات إيذاء النفس أو الآخرين والسلوكيات المتسمة بالمجازفة أو الاندفاعية إضافة إلى المضاعفات الناتجة لما سبق ذكره كالمشكلات الأسرية أو تدهور التحصيل الدراسي إن لم نقل الفشل. وعدم الرغبة في القيام بالأنشطة المعتادة أو ممارسة الهوايات، (الموايسة، 2013)

كما أن طبيعة انفعال المحيط (الأسرة خاصة) بعد الكارثة أو المعنيين برعايته تؤثر إيجابا أو سلبا على قدرة المراهق في التحمل، فكلما كان المحيط داعما ومساندا في التعبير عن مشاعره تجاه الكارثة بموضوعية وواقعية كانت استجابته أكثر إيجابية وإمكانية تخطي الصدمة النفسية أسرع وأقل كلفة.

ومن هنا تبرز أهمية التعرف المبكر على المصابين بالصدمة النفسية أو الذين هم أكثر عرضة للإصابة لتلقي الدعم والعلاج اللازمين. (مزياني، 2019-2020)

14. ميكانيزمات الدفاع للفرد المصدوم:

تستعمل الضحية في الأسابيع التي تلي الصدمة بعض الميكانيزمات للدفاع بطريقة مميزة نذكر بعضها فيما يلي:

1.14. النفي الخيالي La dénégation imaginaire :

تحاول الضحية أن تنقص من الطابع المؤلم للحقيقة وذلك بتخيل الحادث بشكل آخر للتخفيف من شدة الألم.

2.14. كف التفكير التلقائي (L'inhibition de la pensée spontanée) :

أي يحاول تجنب التفكير في الحادث وذلك بكف للمنتوج الفكري.

3.14. التثبيت على الصدمة (La fixation du trauma):

الفرد هنا يروي الحادث بطريقة تكرارية غير مجردة من الانفعال ويتعلق الأمر بجعل الحادث أكثر قبولا عن طريق التكرار أو تحويل وتشويه الحقيقة لا يتم ذكر الأشياء المروعة.

4.14. الانشغال بالمخاوف الهوائية:

تتعلق بمعاودة الحدث مستقبلا، الفرد يتجنب أن يجد نفسه في مخاوفه الحالية وذلك بالتركيز على الأخطار الكامنة في المستقبل. (مزياني، 2019-2020)

إذا كانت هذه الميكانيزمات لها بعض الفعالية لدى الضحية فهي رغم ذلك محدودة جدا، فعندما تتكرر تصبح هي المسيطرة ويمكن اعتبارها أعراض صدمية حقيقية، آثار نفسية للتجاوزات الصدمية.

15. أنواع الصدمات:

. الصدمة نوعان أساسيان، الصدمات الرئيسية وصدمة الحياة.

1.15. الصدمات الرئيسية:

في الخبرات الجلية في حياة أي فرد تصادفه باكرا ويكون لها أثر على نفسيته ولا يمكن أن تستحدثها أي صدمة أخرى وهي أنواع:

- صدمة الميلاد:

تعتبر الولادة أول وضعية خطيرة يعيشها الإنسان والتي تصبح قاعدة لكل قلق فيما بعد، لذا تعتبر صدمة الميلاد صدمة، ولعل أشهر من تحدث عن صدمة الميلاد هو أوتو رانك Otto Rank في كتابه Le traumatisme de la naissance سنة 1923، حيث اعتبر أن الميلاد حدث تهتز له نفس الطفل ويصيبها منه القلق الشديد الذي يكون أصل القلق لاحقا.

واعتبرها النموذج الأولى أو نواة لكل عصاب، فخرج الطفل من جنته الأولى بانتزاعه من الحياة الرحمية لهو النمط الأول لكل قلق وأصل كل عصاب، وأن الصدمة النفسية تنشط مباشرة القلق البدائي وتسبب العصاب الصدمي حيث يعمل خطر الموت الخارجي على إثارة التحقيق العاطفي لذكري الميلاد التي لم تتحقق لحد الآن لا شعوريا. فمن خلال الأحلام المزعجة التي تظهر في العصاب الصدمي يتكرر إنتاج صدمة الميلاد بطريقة نموذجية تحت قناع الحادث الصادم الراهن مع بعض التفاصيل المتعلقة به؛ فعندما نفتقد شخص عزيزا فإن هذا الفراق يعي ذكري الفراق الأساسي مع الأم، فيباشر عمل نفسي يهدف إلى فصل الليبيدو عن هذا الشخص المفقود وهو ما يتوافق مع التكرار النفسي لصدمة الميلاد.

وحسب لابلونش وبونتاليس الرحم هو منبع اللذة والسعادة والميلاد، هو طرد من تلك الحياة الداخلية إلى حياة خارجية تتميز بالقسوة باعتبار الرحم بيئة مثالية للطفل لا يشكل بالنسبة له تهديدا ولا توجد فيه الصراعات ومن ثم يصاب الطفل بالهلع لحظة الميلاد ويبكي بشدة ويضل لديه حنين دائم خلال النمو ليعود للرحم. (وادفل، 2009/2008)

إن صدمة الميلاد ترمز بالمعنى البيولوجي إلى الانفصال عن الأم، وبطريق غير مباشر تعني فقدان الموضوع. وهي تصيب كل فرد بدرجة متفاوتة في الشدة، وإن شدة الاستجابة للقلق التي تنشأ عن ذلك تختلف باختلاف شدة الصدمة. ويتوقف على شدة القلق الأول الذي يعانيه الفرد، ما إذا كان الفرد سيتعلم التغلب على قلقه أو ما إذا كان سيصبح سويا أو عصابيا. وأن الأشخاص الذين يصبحون عصابين هم الأشخاص الذين كانت صدمة الميلاد عندهم شديدة جدا إلى درجة أنهم لم يستطيعوا على الإطلاق إن ينفسوا عنها. (فرويد، 1989، الصفحات 127-128)

وحسب "اوتورانك" هناك علاقة بين صدمة الميلاد وعقدة الخصاء فهذه العقدة تعبر عن القيمة الرمزية للانفصال وأن فقدان يبدأ من الفطام، وتحدث عن صدمة الميلاد باعتبارها أول انفصال ألى وهو الانفصال عن جسد الأم ودوره في قلق الإخصاء، أو الخوف المتكرر من الخصاء. (Lecourt، 2013، 2015، صفحة 132)

صدمة الفطام:

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

كما ترى "ميلاني كلاين" أن الأم هي ميدان زراعة الطفل، فهي تؤمن له التغذية والعلاقة مع العالم الخارجي، وهي في نفس الوقت منبع كل أنواع الهجر، فهي تسهم في صدمة الولادة وصدمة الفطام ومبدأ ميلاني كلاين هو الانشطار بين الهوام والواقع وبين الموضوع الجيد والسيئ والقلق والعدائية. (وادفل، 2009/2008)

صدمة البلوغ:

يعرف "نوربار سيلامي" البلوغ على أنه مجموعة التغيرات النفسية الفيزيولوجية المرتبطة بنضج جنسي ويمثل البلوغ الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، والبلوغ مرحلة محتمة لكل فرد يمر بها خلال نموه ولهذا تعتبر مرحلة البلوغ صدمة وأزمة نفسية وبيولوجية. (Sillamy، 1996، صفحة 211)

ويذهب بعض العلماء إلى القول بأن صدمة البلوغ تضاهي صدمة الميلاد أثرا، فالمعروف أن الطفل في البلوغ يشهد تغيرات في جسمه ويحس بمشاعر لم تكن من قبل، ويقوم بتصرفات يحس إزاءها بأنه مختلف تماما، وهذا الاختلاف يخلق لديه أزمة الهوية، وربما تكون له في هذه المرحلة من نموه استجابات تكون لها تأثيرات مهمة، على حياته النفسية وتظل معه بقية عمره. وفي إطار بحث المراهق عن هويته يصطدم بصراع نفسي تتجابه فيه متطلبات الفرد الداخلية النزوية وماهو كائن في الواقع. (وادفل، 2009/2008)

2.15. صدمات الحياة:

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

صدمة الطفولة:

صدمة الطفولة قد تكون أحداث مؤلمة منفردة من النوع الذي يستغرق حدوثها وقتا قصيرا، كالعلاجات الجراحية التي تجرى للطفل دون إعدادة نفسيا، أو الاعتداءات الجنسية على الطفل أو موت أحد الوالدين أو كليهما فجائيا أو اختفاؤه، وقد تكون أحداث طويلة الأمد استغرقت بعض الوقت كالفصل الوالدين وشذوذ العلاقات الأسرية، ويرى "فرويد" أن كل الأمراض منشؤها صدمات طفلية (وادفل، 2009/2008)، كما تشمل صدمة الطفولة سوء المعاملة جسدية أو نفسية أو جنسية، بالإضافة إلى أحداث أخرى مؤلمة قد تضرر بسلامة الطفل. إن الأطفال يعتمدون على الرعاية الأبوية في مواجهة المخاطر، فبالإضافة إلى جميع الأساليب المعروفة للصدمة، يمكن أن تحدث صدمة خفية إذا الوالد غير متاح لتلبية احتياجات الطفل النفسية والمساعدة في تنظيم عواطفه تجاه التجارب المجهدة. وتشير الأبحاث إلى أن هذه الصدمة الخفية قد تكون لها تأثير كبير على تطور الصدمة. وإن العلاقة السيئة بأحد الوالدين الذي يرفض أو ينكر احتياجات الطفل، تحدث إشكالا في تجارب الطفل العاطفية (خاصة المشاعر السلبية كالخوف والغضب) حيث لا يفهم الطفل أن هذه المشاعر غير مبررة، وبالتالي فإن الصدمة الخفية من المرجح أن تفرز العجز في خطة التنظيم العاطفي، وخاصة في تحديد أسباب عواطف معينة وتطوير إستراتيجيات التأقلم الكافية للتعامل مع الضيق (Comprendre & 2018)

3.15. صدمة ناتجة عن معايشة حدث صدمي:

وهي ناتجة عن أحداث عنيفة طبيعية خارجة عن نطاق الفرد كالفيضانات والزلازل ومختلف الكوارث الطبيعية، كما قد تكون بفعل الإنسان كالحروب وحوادث المرور وغيرها.

4.15. صدمة ناتجة عن سماع خبر مؤلم دون معايشة الحدث:

سماع الفرد بموت أحد المقربين له مما يؤثر على نفسيته بالرغم من عدم حضوره أثناء الوفاة، وعموما كل ما يعيشه الشخص من حادث يتخطى الإطار المألوف لتجربة إنسانية، وإن يكن هذا الحدث مؤملا لدى أي فرد، مثل: التهديد الخطير على الحياة الشخصية أو الجسد أو على الزوجة والأولاد، أو رؤية جريمة قتل أو اعتداء جنسي أو غيرها.

5.15. صدمة المستقبل أو الصدمة الحضارية:

تكون كنتيجة للإفراط في الإثارة كما يقول "توفلر" ويحدث ذلك عندما يضطر الفرد إلى التصرف بشكل يتجاوز مداه التكيفي، ويقصد بمداه التكيفي قدرة الفرد على التكيف أو التأقلم ولا يمكن تحقيق التكيف الناجح إلا عندما يكون مستوى الإثارة معقولا وبدون إفراط في الزيادة أو النقصان.

ولهذا يحذر توفلر من الإفراط في إثارة الاحتياجات الأمر الذي يؤدي إلى انهيار الجسد فالتقليل من الإثارة أساس لتحقيق التنمية السليمة. (وادفل، 2009/2008).

وتوجد أنواع حسب طبيعة الكوارث (الجماعية أو الفردية):

6.15. الأحداث الصدمية الجماعية:

حوادث: الانفجارات، الحرائق، وحوادث العمل.

الاعتداءات: الجسمية في الحروب والتعذيب وغيرها.

7.15. الأحداث الصدمية الفردية:

- الاعتداءات الفردية: اعتداءات، اغتصاب، اعتداء جنسي مع أو بدون تهديد بالموت عنف زوجي، حادث مرور،

سرقة بالتهديد، أخذ الرهائن... إلخ

.الاعتداءات على الأطفال القصر.

.سوء المعاملة للأطفال، للأشخاص العاجزين أو الأفراد المسنين.

الأضرار الجسمية، المنع من الأكل والحرية، وكذلك الشتم والبهدة، الاغتصابات والاعتداءات المهنية.

- حوادث العمل: التنكيل المهني أو الجنسي أو الإذلال (أوميلي، 2010-2011)

8.15. أنواع أخرى للصددمات:

أول تصنيف تم اقتراحه للصدمة التصنيف الذي أقترحه طبيب الأمراض العقلية "ليونور تار" (Léonore Terr)

الذي ميز الأحداث الصدمية حسب معطى مزدوج التكرار (أحادي أو متعدد) وحسب مستوى التوقعات (مفاجئ غير متوقع

أو متوقع). (Romano, 2013)

- الصدمات من النوع 1: وتعني الأحداث الفريدة، المفاجئة غير المنتظرة، والتي تعرف لها بداية واضحة ونهاية محددة، مثل:

الاعتداء، الكارثة، الحادث.

- الصدمات من النوع 2: عندما يكون الحدث متوقعا، مكررا وحاضرا باستمرار أو ينشأ في أي لحظة لمدة طويلة مثل: العنف

السياسي، التعسف الجنسي، أحداث متعلقة بالحرب.

الصددمات من النوع الأول منسجمة مع الصدمة الفرويدية الكلاسيكية، في حين الصدمات من النوع الثاني توجد

عند الأطفال ضحايا سوء المعاملة وكذلك في "متلازمة الناجي".

- الصدمات من النوع 3: اقترحها "سلومون" (solomon) و"هايد" (k.m. heide) لوصف الأحداث المتعددة، العنيفة الحاضرة لمدة طويلة من الزمن، وهي حالة السجناء في الحروب، الاستغلال الجنسي، العنف والتعسف العائلي حيث بقيت الضحايا تواجه عامل القلق والرعب بثبات.

- الصدمات من النوع 4: تجمع الصدمات الآنية ما يفرقها عن الفئات السابقة الذكر هو امتدادها في الحاضر. (Romano, 2013)

16. الفرق بين العصاب الصدمي الناجم عن كوارث غير طبيعية والعصاب الصدمي الناجم عن كوارث طبيعية:

هناك فوارق أساسية تميّز بين ردود الفعل أمام كل من هذين النوعين، وهذا ما أثبتته بعض الدراسات من الكوارث، يمكن حصر هذه الفوارق فيمايلي:

1.16. في حالة الكوارث الطبيعة يغيب المسبب المسؤول مباشرة من الناحية الأخلاقية عن حدوث هذه الكارثة، في حين يمثل هذا المسؤول بالجهة المعادية في حالة الكوارث غضبهم ورغباتهم الانتقامية.

2.16. في حالة الكوارث الطبيعة فإن المنكوبين يعجزون عن تحديد المعتدي، وبالتالي فإن تشهد غياب حالات التوحد بالمعتدي، وهي حالات دينية تتراوح بين التسلية والهديان الديني ومروراً بالتسالي.

3.16. إن الناجين من كارثة طبيعة يعانون ويتأثرون أعمق من الناجين من كارثة اصطناعية؛ أي أن العوارض الطبيعية (العصاب الصدمي) تكون أكثر حدة وأطول أتر.

4.16. بالنسبة للشعور بالذنب لدى الناجين من الكارثة، فإنه يكون أقوى لدى الناجين من الكارثة الطبيعية؛ ذلك أن الأخيرة تحدث عن قوى ماورائية أو عن الطبيعة، وهذه القوى هي التي تنتقي الموتى وتختارهم في جميع الأحوال بحيث ينخفض الألم المعنوي تجاه ضحاياه. (وادفل، 2009/2008).

5.16. المظاهر الهستيرية المباشرة تكون أكثر حدة وعمومية في الكوارث الطبيعية؛ لأن المتعرضين لهذه الكوارث يحسون أنهم غير قادرين على مقاومة عدوان الكارثة، أما بالنسبة للمتعرضين لهذه الكوارث الاصطناعية ينهمكون في مهام من نوع المقاومة والمواجهة. (عون و عمومن)

17. مراحل الصدمة النفسية وعمل الحداد النفسي:

اشتقت الكلمة الفرنسية (Deuil) من الكلمة اللاتينية (Dolère)، وتعني الألم والمعاناة. إنها الحالة النفسية المؤلمة التي يجد الشخص فيها نفسه عندما يفقد شخص عزيز عليه.

يرى "فرويد" أن الحداد هو رد فعل نتيجة فقدان شخص عزيز أو شيء مجرد في محله، كالوطن، أو الحرية، أو موضوع مثالي ما. ويتضمن سحب التوظيف اللبدي من الموضوع المفقود، وذلك في كل الوضعيات التي تم فيها توظيف معتبر مع هذا الأخير. ويتم ذلك من خلال صرف كبير للوقت والطاقة، وفي خضم ذلك يستمر وجود الموضوع المفقود على المستوى النفسي؛ ذلك أن كل الذكريات والطموحات التي كان اللببيدو مرتبطا بها يعاد استثمارها من جديد ثم يتم

الانفصال عنها فيما بعد. هذا العمل النفسي الشاق الذي يباشره الشخص بهدف الانفصال، يجعل الأنا ممتصًا ويعاني من كَفّ كبير، يفقده الاهتمام بالواقع مما يدل على أن الشخص يتفرغ كلياً لحداده. (وادفل، 2009/2008). قارن "فرويد" بين الميلانغوليا والحداد بحكم التقارب الموجود في الجدول العيادي لكلتا الحالتين، وافترض أن الميلانغوليا ما هي إلا حداد انحرف عن مساره الطبيعي، ليتحوّل إلى حداد مرضي، حيث لا تكون النتيجة سحب الليبيدو من الموضوع المفقود ونقله إلى موضوع جديد، إنما تكون النتيجة معاكسة أي أن الليبيدو لا ينقل لموضوع جديد، بل ينسحب إلى داخل الأنا، حيث يقوم هذا الأخير بتقمص الموضوع المفقود فيسقط ظله على الأنا، فيعامل (الأنا) تبعاً لذلك على أنه موضوع كالموضوع المفقود. وبالتالي، فإن فقدان الموضوع يتحول إلى فقدان للأنا، ويتحول الصراع بين الأنا والشخص المفقود إلى صراع بين الأنا الناقد والأنا الذي تغيّر بالتقمص بفضل مكانيزم الانشطار. إنّ ما يلفت الانتباه في نظرية فرويد هذه، هو أن الحداد لا يرتبط فقط بفقدان شخص عزيز، إنما يتعداه إلى فقدان أشياء مادية أو معنوية؛ بمعنى أن فقدان أي موضوع مادي أو معنوي تم التعلق به يقتضي القيام بعمل حداد بهدف الانفصال عنه. (سي موسي و زقار، 2015، الصفحات 61-68)

كما قارنت كلاين بين الحداد المرضي وحالات الهوس الاكتئابي من جهة، والحداد الطبيعي من جهة أخرى، وخلصت إلى أن الفرق الجوهرى يكمن في أن كلتا الحالتين الأوليتين لم يتمكن الطفل فيهما في طفولته الأولى من تأسيس مواضيعه "الطبية" الداخلية، فكلاهما لم يجتازا حقيقة الوضعية الاكتئابية الطفلية، حتى وإن كان دفاع الواحدة يختلف عن الأخرى، أما في حالة الحداد الطبيعي، فإن فقدان موضوع عزيز يعمل على تنشيط الوضعية الاكتئابية المبكرة من جديد، حيث يتم اجتياز هذا الفقدان بطرق مشابهة لتلك التي استعملها الأنا أثناء الطفولة، ويعيد الشخص تأسيس موضوع الحب الذي فقده فعلياً، وفي الوقت نفسه تنصب مواضيع الحب الأولى في ذاته، أي أبويه الطيبان. فلا يصل الفرد إلى التناسق الحقيقي والإحساس بالأمن والتغلب على المعاناة، إلا من خلال تأسيس داخل جسمه مواضيعه الطيبة. وكذا الشخص الذي فقده وبإعادة بناء عالمه الداخلي المدمر والمملوء بالأخطار.

يرى العديد من الباحثين منهم فرويد، وكلاين، وبولي أن عمل الحداد بمعناه عند الراشد ممكن عند الطفل، ويمكن ملاحظته بدءاً من الشهر السادس، ويعتقد آخرون، منهم فيرمان (Furman)، أن عمل الحداد ممكن بدءاً من السنة الثالثة، في حين يرى فريق ثالث منهم نجيرا (Nagera) أن عمل الحداد لا يمكن إلا بعد مرحلة المراهقة.

ورغم هذا التضارب في الآراء فيما يتعلق بالسن التي يمكن أن يتحقق فيها عمل الحداد وطبيعته إلا أن هناك اتفاقاً مبدئياً على وجود عمل حداد لدى الأطفال عند تعرضهم للفقدان.

ويهدف الحداد إلى إعادة التوازن النفسي المضطرب بسبب الفقدان. من خلال مراحل متداخلة فيما بينها، حيث تبدأ المرحلة الموالية قبل الانتهاء التام للمرحلة التي تسبقها. وقد ميز العديد من الباحثين من بينهم هانيس، وبولي عدة مراحل أساسية في عمل الحداد والانفصال التدريجي عن موضوع التعلق العاطفي ندرجها فيما يلي:

1.17. مرحلة الصعق (Sideration) :

تختلف مدتها من شخص لآخر، وغالبا ما تنتهي بالوعي الحتمي والتام بالفقدان، يرى هانيس أن البكاء والنواح على الفقيده يشكل محاولة للنكوص حالا إلى وضعية الرضيع، حيث يعتقد هذا الأخير أنه قادر على إرجاع أمه إليه عندما تبتعد عنه بصيحاته الخائفة، كما يلاحظ إلى جانب البكاء سلوكات أخرى كالهروب نحو الأمام وسرعة الاستثارة.

تبدأ هذه المرحلة بمجرد سماع خبر فقدان شخص عزيز، وهي انطباع يشعر فيه الفرد بحالة من الاضطراب تكون مصحوبة بكف ونكوص. حيث ينصب نظام دفاعي يعمل على كف وظيفي للاستقبال والإرسال، وهو ما قد يشير إلى رفض الواقع، وهي فترة لا بد من تجاوزها حتى يستمر عمل الحداد. فهي حسب بولي، فترة فتور وسكر (stupeur)، يكون فيها الوعي بالفقدان غائبا جزئيا وتدوم من ساعات إلى أسبوعين حيث تتخدر العواطف وتبتلد، ويسود شلل على الصعيد الفكري، فيسيطر الكف على كامل النشاطات المعتادة، أما على المستوى الفيزيولوجي فإن الحواس تضحل، فتصبح لا تؤدي وظيفتها على أكمل وجه، وغالبا ما يشعر الفرد في هذه المرحلة بالدوار، والغثيان وعدم الانتظام في خفقان القلب، مع ارتعاش بسيط للأطراف. وكثيرا ما يستجيب الأفراد في هذه المرحلة باستجابات عفوية وتلقائية، يعكسون من خلالها رفضهم القاطع لما حدث، أو رغبتهم في عدم حدوثه مثل عبارات «لا، هذا غير صحيح» أو «لا أصدق هذا»، «مستحيل غير ممكن». فهي حالة من الرفض التام للواقع يكون فيها الشخص مشلولا ومندهشا، لشدة وطء ما سمعه، كما يواصل البعض عملهم الذي كانوا مهتمين فيه عند سماع الخبر، متظاهرين وكأنهم لا يزالون يجهلون الخبر. (سي موسي و زقار، 2015، الصفحات 61-68)

2.17. مرحلة الانهيار (désorganisation)

تعتبر هذه المرحلة بمثابة انهيار عام للشخصية حيث تتميز بفقدان الأمل في إيجاد الشخص المفقود. إنها مرحلة الانفصال الحقيقية، حيث يفرض الواقع غياب أبدي للفقيده، ولا بصيص أمل في عودته إطلاقا، وبالتالي لا مفر من أن يقبل الحاد تهدم جزء من شخصيته على أمل إعادة بناءها حول موضوع جديد تبرز في هذه الفترة مشاعر الحزن والكآبة وقد ينعزل الفرد عن الآخرين. إنها مرحلة البحث الحثيث عن الموضوع المفقود وتتميز بمحاولة لا شعورية لإيجاده، وخلالها يتصرف الشخص كما لو كان الموضوع المفقود حاضرا، وغالبا ما تستمر هذه المرحلة شهرين متتابعين، فهي مرحلة الحنين والشوق، ولما يتيقن الحاد أن فقدان الشخص المحبوب حقيقة واقعية، وأنه غياب أبدي لا أمل في عودته، يجد نفسه أمام الفراغ والألم النفسي الداخلي؛ حيث يصيب كل شيء بالشؤم والأسى، وتتولد لديه مشاعر إحباط حادة نتيجة فقدان العطف، والحب المتبادل مع الشخص المفقود، وتقود هذه الحالة بدورها إلى مشاعر ذنب حادة ودفينة وثوران عارم ينتاب الحاد من حين لآخر.

لا تبدأ هذه المرحلة إلا بعدما يزول الرفض أو يتلاشى تدريجيا، إذ يهدف في بداية الأمر إلى حماية الشخص من الأثر المشل للخبر المشؤم، المتعلق بفقدان شخص عزيز، ويتضمن جزء هام من هذه الفترة المعاناة النفسية المتعلقة بألم الفراق على الفقيده، خصوصا بعدما كان هذا الأخير يشغل حيزا مهما في حياة الشخص. (سي موسي و زقار، 2015، الصفحات 61-68)

كما تتخلل هذه المرحلة نوبات قوية من الغضب والثوران نتيجة العجز التام عن عدم ملاقاته الفقيده والانضمام إليه. وقد يشعر الحاد بالظلم جراء الفقدان الذي تعرض له، يؤدي البحث عن سبب الفقدان إلى إيجاد مجموعة من الاحتمالات أو الأخطاء التي تقود بدورها إلى إفراز كميات هائلة من مشاعر الذنب، وهو الأمر الذي يزيد عبء المعاناة والألم.

3.17. مرحلة الاكتئاب (dépression):

يعتبر ذرف الدموع في هذه المرحلة مؤشر إيجابي في عمل الحداد، وإن كان الكثير من الناس لا يبكي لأسباب ثقافية، وأحيانا تحت غطاء المرحوم للأسف بالنسبة للرجال، فالدموع هي التي تسمح بتفريغ التوترات، وتتيح الترويح الحقيقي عن النفس عموما، فإن الحداد في هذه المرحلة، يشكل حالة اكتنايبه حقيقية لرد فعل الفقدان، وتمس كامل جوانب الحياة الإنسانية، نوجزها فيما يلي:

تظهر المعاناة على الصعيد، الجسدي لدى بعض الأفراد، من خلال الأرق واضطراب النوم، والأحلام المزعجة، وأحيانا حتى الهلوس البصرية، في حين يميل الآخرون إلى الإفراط في النوم بهدف نسيان ما حدث، كما قد يفقد الحاد شهيته فيصاب بالخلعة (Anorexie) وأحيانا بالشره، إضافة إلى الإنهاك والعزلة. أما على الصعيد الفكري فغالبا ما يسود تباطؤ الأفكار، مع ضعف قدرات الانتباه والتركيز، وتلف في الذاكرة قصيرة المدى، في حين نجد التظاهرات على الصعيد العاطفي تظهر من خلال المزاج المكتئب والسوداوي الذي يطبع الحياة النفسية، إضافة إلى نوبات القلق والعدوانية الموجهة نحو الآخرين، والحساسية المفرطة لكل ما له علاقة بالحاد المأساوي. هذه الأعراض ليست ثابتة عند كل فرد. (سي موسي و زقار، 2015، الصفحات 61-68)

4.17. مرحلة التقبل:

ما تكاد تنهي المرحلة السابقة حتى يدخل الحاد في هذا الطور، إنها آخر فترة يصل إليها في مساره الأليم. طبعا، حتى وإن كانت آخر حقبة فهذا لا يعني الأفراد سيصلون إليها. يدخل الحاد في هذه المرحلة عند إعادة استثمار الواقع، أن كل محاولة التكيف مع الظروف الجديدة. يخرج الحاد رويدا رويدا من حالة الكف التي طالما هيمنت عليه، ويعمل بالتدرج على الزج بنفسه في شبكة العلاقات الاجتماعية من جديد، بعدما كان قد غادرها منذ أمد. ويعمل على تعبئة موارده الداخلية والخارجية من أجل إعادة تنظيم وجوده وتجاوز آلامه.

تتميز هذه المرحلة بنشاط نفسي طاقتي وتخيلي داخلي، حيث ينصب النشاط الطاقتي على تصورات الفقدان والحداد، لكي تنفصل العاطفة عن التعلق المفقود، وتتجه نحو استثمارات أخرى جديدة. في حين يعمل التخيل على إيضاح أوجه متعددة للواقع. تهدف هذه المرحلة أساسا إلى فصل الحاد وتحريره عن الشخص الذي فقده، وهو ما يمكنه من توظيف طاقته من جديد، ويسمح له بعقد روابط اجتماعية، وإنجاز مشاريع جديدة، واضعا في الحسبان إمكانية حدوث صدمات وأزمات أخرى يوحى الوصول إلى هذه المرحلة بأن هوية الحاد قد طرأ عليها تغير، وأنها أخذت شكلا جديدا، بعد إدماج تجربة الفقدان ضمن التاريخ الشخصي للحاد. ويتضمن عمل الحداد في هذه الفترة أساسا، المراجعة العقلية لكل التصرفات والمشاريع والذكريات المشتركة مع الفقيده، ومجاهاتها بحادث الفقدان. ولعل كثرة هذه العمليات العقلية وحدتها،

هو ما يفسر طول مدة عمل الحداد، حيث يتم تفكيك كل الأحداث حتى الصغيرة منها إلى أفكار ومعاناة هدف سحب الفرد إلى تقبل الواقع. لا يتعلق الأمر هنا بمحاولة نسيان ما وقع، وإنما بالعمل على تحويل واقع قد مضى إلى ذكرى مرتبطة بمعنى داخلي يعطيه الشخص لتاريخه. كما يمكن القول إن هذه الفترة تتميز بإرصاد مشاريع جديدة وربط علاقات ترتكز على التغيير الذي طرأ على هوية الفرد جراء عمل الحداد، لأننا لا نخرج من عمل الحداد كما كنا سابقاً، وإنما نخرج مختلفين في النظر إلى أنفسنا، وإلى العالم، كما تتغير في معتقداتنا وعلاقاتنا ومعارفنا.

وعليه فقد ينجح الفرد في تجاوز أزمة الحداد، كما قد يفشل في تجاوزها ويبقى يعيش بالآلم المفقود كأنه حي ولم يموت بعد في قلبه. نضيف أن مسار عمل الحداد لا يمكن التنبؤ به، لأنه مرتبط بعدة عوامل، كطبيعة العلاقة بين الفقيده والحاد، والظروف التي حدث فيها الفقدان، والوضعية الخارجية، وكذا الموارد الداخلية التي يتوفر عليها الحاد. وبالرغم من المراحل التي أتينا إلى ذكرها لحد الآن، والتي يتفق بشأنها العديد من الباحثين، إلا أن كل حداد يأخذ طابعاً خاصاً تبعاً للعوامل المذكورة. فالحداد هو حصيلة الشخصية التي تعرضت للفقدان، والظروف الخارجية التي حدث فيها. (سي موسي و زقار، 2015، الصفحات 61-68)

18. العلاج:

إن الهدف من العلاج هو حماية الشخص المصاب بالعصاب الصدمي من نفسه أولاً والحرص على ألا يصيب الآخرين بالأذى ثانياً. العلاج يساعد المصابين على تشخيص الأسباب الحقيقية لمشكلتهم التي خلقت عندهم الصور الدخيلة والحساسية المفرطة والاستجابات النفس جسدية.

هدف آخر للعلاج النفسي يتمثل في مساعدة الأشخاص على توقع، فهم وتسيير الأحداث التي من شأنها أن تكون سبباً في ظهور الصدمة النفسية. وذلك من أجل التقليل من قدرة هذه الأسباب التدميرية، وبالتالي الانطفاء مع مرور الزمن مساعدة المصابين كذلك على تفهم وتقبل واقع الأحداث المؤلم لحياتهم، وهو أمر ضروري من أجل العلاج. في حالة ما إذا لم يتقبل أحدهم هذا الواقع فإنه يواصل استثمار كمية كبيرة من الطاقة والجهد وذلك من أجل تجنب ما يعتبره مخيف وهجومى. (Barrois, 1988)

هدف علاج المصابين بالصدمة النفسية هو من اجل توفير:

- التعبير الحر، السلس والأمن للعواطف.

- التخفيف من حدة الأعراض ما بعد صدمية الأكثر تشويش على نفسية المصاب.

- تصحيح سوء الفهم والشعور بالذنب

- التخلص من الحدث والابتعاد عنه.

- التخفيف من حدة مخلفات وتأثيرات الحدث.

أما موقف الشخص المعالج لحالات العصاب الصدمي فيجب أن تتوفر فيه الشروط التالية:

- يجب أن يكون لديه رصيد نظري كاف وواضح.
 - يجب أن تكون لديه عدد كاف من التقنيات الصحيحة والفعالة.
 - أن يكون مستعدا لتوفير الجهد والوقت الضروري من أجل العلاج.
 - يجب أن يمتلك القدرة على العمل بجهد على واقع الأشخاص المصدومين.
 - يجب أن يكون مستعدا على استشارة الزملاء الأكثر كفاءة والأخذ بنصيحتهم.
- هناك عدة طرق للعلاج وهي تختلف باختلاف الأحداث الصدمية، وكذلك زمن وقوع الحدث، وكذلك حسب شخصيات الأشخاص المصابين.

1.18. الوقاية:

على غرار كل العلاجات النفسية المعروفة تعتبر الوقاية هي الأفضل على الإطلاق، وإذا وجدت العلاجات النفسية من أجل علاج العصابات والتخفيف من حدة المعاناة المعلنه أي الموجودة من قبل، فبواسطة الوقاية لا يمكننا التصدي للعصاب لثلا يحدث، لكن بفضل عملها يمكننا أن نخفف من حدة الألم النفسي للمرضى، انطلاقا من هذا فإننا يمكن أن نعتبر أن الوقاية هي شكل من أشكال العلاج النفسي. (Barrois, 1988)

من بين الأنواع العديدة للوقاية هناك شكل مستوحى من الطب العقلي العسكري يعتبر أكثر قربا من إشكالية العصاب الصدمي ويتمثل في : Le Briefing

بواسطة هذا الأسلوب من التحضير النفسي فإننا نرى الأشخاص على توقع ما يمكن أن يحدث لهم أثناء المواجهات والمعارك العسكرية. في هذا النوع من التكوين يصبح الجنود باستطاعتهم توقع والتكيف مع الأحداث التي يمكن أن يلاقوها، وبذلك فإن حدة الصدمات التي يمكن أن تقع تكون خفيفة وتزول عنها صفة المفاجئة والشدة.

عند المدنيين لا يمكن أن نجد هذا النوع من التدريب، لكن ما يلاحظ في بعض المدن التي تقوم بإجراء بعض التمرينات على حدوث الكوارث الطبيعية من شأنه أن يكون طريقة وقائية فعالة من أجل التخفيف من حدة الصدمات التي يمكن أن تقع.

هناك طريقة أخرى مستوحاة من التقنيات العسكرية المستعملة في العلاجات النفسية تتمثل في: Le Débriefing فهي تقنية علاجية تقوم أساسا على العلاج الجماعي، والهدف منها هو توفير جوّ من التعبير عن الصدمة والأحاسيس التي عاشها الشخص أثناء ذلك وبذلك تقل حدتها ويزول الشعور بالذنب. بالرغم عمّا يقال عن الوقاية ودورها في التخفيف من حدة وقع الصدمة على الأشخاص الذين يتعرضون إلى الأحداث المؤلمة، فهو لا يمنع من حدوث الصدمة، وبذلك فإنه من الضروري توجيه الضحايا إلى العلاج النفسي.

2.18. التحليل النفسي:

إن التحليل النفسي يتحدث عن أحد أعراض العصاب الصدمي المرتبط بفقدان الموضوع.

ففقدان الآخر باعتباره "موضوع كلي" يخلق عند الشخص المصاب الحداد والشعور بالذنب، أما فقدان الموضوع الجزئي فيؤدي إلى ظهور قلق الإخفاء وعقدة أوديب.

إما الإحساس بفقدان الذات بصفة كلية فهو يتكون من الإحساسين السابقين بالفقدان، وبذلك يظهر خطر الموت، فالشخص لا يمكن أن يتصور فقدان ذاته عن طريق فقدان الآخر وبذلك يظهر التهديد حول الذات، هذا التهديد بفقدان الذات هو الذي يخلق الخوف الصدمي.

في العلاج بواسطة التحليل النفسي فإننا نحاول تصحيح ترميم ما حطمه الحدث الصدمي عند العميل، وهي العملية التي تمكن من إخراج المحتوى العاطفي لإعادة إحياء الحدث بأدق التفاصيل الممكنة. الشيء الأكثر أهمية يتمثل في شدة العواطف المتضمنة في إعادة إحياء الحدث، هي التي تمكن من التنفيس الضروري للشفاء.

إن التحليل النفسي يأخذ بعين الاعتبار العلاقة القائمة بين الحدث الصدمي وبعض الصدمات التي حدثت في فترة الطفولة، والتي من شأنها أن تضخم واقع الحدث الصدمي..(Barrois, 1988)

3.18. العلاج عن طريق التنويم المغناطيسي:

في بعض الحالات تكون إعادة إحياء الحدث الصدمي صعبة جدا مادام أن البنية النفسية للعميل مضطربة. بعض المعالجين النفسانيين يستعملون تقنية التنويم المغناطيسي من أجل إحداث تصريف الانفعال، فبطريقة إريكسون Ericsson يستعمل المعالج لغة رمزية من أجل توجيهه لاشعور الشخص على إعادة إحياء الحدث.

بعض الأعراض كالتجنب وفقدان الذاكرة الجزئي يمكن علاجها بواسطة التنويم المغناطيسي الذي يمكن العميل من تذكر وإعادة إحياء الذكريات المكبوتة، وبالتالي فإنه يتمكن من اكتساب تقنية مراقبة شدة الذكرى الصدمية وحالة الإجهاد التي ترافقها.

4.18. العلاجات السلوكية والمعرفية:

في العلاجات السلوكية نهتم أساسا بالمشكل المباشر الذي يزعج ويربك العميل وما يطمح إليه العميل هو محاولة فهم استجابة العصاب التي تسبب في ظهورها مثير معين (حدث صدمي). حينما يشخص المشكل تبدأ عملية التحليل التي تكون على ثلاثة مستويات: السلوكي، الفكري والعاطفي.

المعالج يقترح على العميل بعض المهمات التدريجية والمنتالية، مثل: المواجهة المتدرجة عن طريق التخيل للحدث الصدمي، ثم يواجهه مع وضعيات حقيقية لها نقاط مشتركة مع الصدمة (قيادة السيارة مثلا للشخص الذي تعرض إلى حدث مماثل). موازاة مع ذلك يطور المعالج طريقة استرخاء مكيفة مع كل عميل.

على طول زمن العلاج ينظم المعالج دورات تقييميه من أجل تقييم مدى التقدم وبالتالي اقتراح تمارين أخرى مكيفة. (Barrois، 1988)

1.4.18. الإغراق والتعرض:

أن يعيش المريض الصدمة من جديد ولكن هذه المرة في مكان آمن (غرفة المعالج) الأمر الذي يساعده على احتمال الضغوط. ويطبق الإغراق عادة عن طريق التخيل (لا تطبق هذه الطريقة على الذين يعانون من أمراض قلبية أولاً يتجاوبون مع هذه الطريقة)، وذلك باتباع الخطوات التالية:

- إعلام المريض بأنه سوف يتعرض لمشاهد مؤلمة تعود به إلى الصدمة السابقة، ولكن ذلك سيكون مفيد له.
- تأمين الظروف الفيزيائية اللازمة (غرفة هادئة وأمنة، جلسة مريحة، جهاز قياس نبضات القلب، واختبار وولبي (sud) لقياس نسبة القلق. (يعقوب، 1999، الصفحات 135-137)
- نطلب من المريض أن يسرد ما حدث له (العودة إلى الصدمة) ومن خلال الأسئلة المطروحة عليه تتضح صورة الصدمة، ويتمكن المريض من تحديد المشاهد المؤلمة ليصل إلى تصنيفها حسب درجة إثارتها للقلق (من القوي إلى الخفيف ومع التقييم 0 إلى 10).
- نبحث مع المريض المشاهد المؤلمة حتى نتفق معه على المشهد الذي يجب أن نبدأ به.
- من 15 إلى 20 دقيقة تكون كافية إجمالاً لاستعادة صورة الصدمة. ولا بد هنا من طرح بعض الأسئلة:

.كيف حدثت الصدمة؟

. ما هي النتائج الفورية للصدمة وكيف كانت ردات الفعل؟ ... إلخ.

- إن ثمان جلسات قد تكون كافية، ولكن على المعالج أن يبحث مع المريض نتائج الجلسات الأولى وأن يطرح عليه بعض الأسئلة (هل تشعر براحة الآن؟ هل تستطيع السيطرة على الوضع؟ هل تتابع نفس المشهد أم أنك تنتقل إلى مشهد آخر؟ ... إلخ.

وحسب فوي (Foy 1992) الإغراق يمر بمرحلتين:

المرحلة الأولى: على المريض أن يسترجع صورة الصدمة عن طريق التخيل.

المرحلة الثانية: على المعالج أن يطرح بعض الأسئلة حتى يتمكن المريض من استرجاع الحدث بشكل كامل وواضح.

وحسب KEANE (1985) هناك 3 مراحل:

.التدريب على الاسترخاء.

.التخيل السار.

.التخيل المؤلم للصدمة.

2.4.18. الاستعادة المعرفية:

يمكن تطبيق الاستعادة المعرفية لمعنى الحدث ضمن شرطين: (FOY, 1992)

- الشرط الأول: يقضي بتصحيح معنى السببية وتوزيع المسؤولية. فالمريض يعتقد بأنه هو المسؤول الوحيد عن كل ما حدث من آلام سواء (أقرباء، أصدقاء). وهنا يجب توزيع المسؤولية على الأشخاص المتسببين بما حدث. ويمكن استخدام طريقة الاستعادة المعرفية جنباً إلى جنب مع الإغراق وبالتحديد بعد انتهاء الجلسة. (يعقوب، 1999، الصفحات 135-137)

- الشرط الثاني: يقضي باستخدام الاستعادة المعرفية في جلسات العلاج الفردي وبشكل مستقل بحيث ينكب المعالج على معالجة الأفكار الخاطئة عند المريض والمتعلقة بنظرته إلى نفسه وإلى العالم والمستقبل.

على المعالج إذن أن يكشف عن الأفكار والمعتقدات الضمنية عند المريض ليسهل فيما بعد استبدالها بأخرى أكثر منطقاً وواقعية. وهنا يقوم المعالج بتشكيل فريق عمل يضم المريض والمعالج معاً، والهدف هو مناقشة الأفكار والفرضيات الخاطئة (الضمنية) ووضعها على المحك من أجل إعادة تشكيلها وصياغتها. ولا بد هنا من استخدام الأسلوب المعرفي لبلوغ هذه الغاية.

3.4.18. تخفيض الحساسية:

هذه الطريقة فعالة لمعالجة القلق الناجم عن أسباب مختلفة، تقضي بتعريض المريض للمنبه المؤلم ولكن بصورة تدريجية وليس دفعة واحدة كما الحال في الإغراق.

يمكن تطبيق هذه الطريقة على الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، ويذكر كايبر Kipper (1979) كيف أنه استعمل هذه الطريقة في معالجة جندي لا يستطيع أن يرى جريحاً ملفوفاً بضمادة. حاول المعالج أن يخفف من حساسية المنبه المؤلم بحيث جاء بضمادات إلى مكتبه وطلب من الجندي أن يضمم جسم المعالج.

وفي المرحلة الثانية طلب منه أن يطبق ذلك على نفسه.

أما في المرحلة الثالثة، فقد طلب إليه أن يذهب إلى المستشفى ويمشي في ممراتها ويشاهد الجرحى محاولاً الاسترخاء.

4.4.18. طريقة التعامل مع الضغوط:

وضع ميشنبوم Meichenbaum (1985) طريقة عملية للتعامل مع الضغوط وترمي هذه الطريقة إلى تعلم وتنمية مهارات التعامل مع الضغوط الاجتهادية والقلق. (STRESS) وتتركز فكرة الباحث على أن الشخص الذي يتدرب على مواجهة الضغوط ذات الدرجة المتوسطة سوف يصبح قادراً أكثر للتعامل مع الضغوط الصعبة، من هنا تبدو أهمية هذه الطريقة في معالجة الضغوط النفسية بما في ذلك اضطراب ما بعد الصدمة والغضب والألم والقلق.

ويحدد ميشانوم ثلاث مراحل للتدريب على التعامل مع القلق والضغوط:

- المرحلة التثقيفية أو التعليمية والتي ترمي إلى تزويد الشخص بالمعلومات الكافية عن مفهوم وطبيعة الضغوط (STRESS).

-المرحلة الثانية تضم تدريب الشخص على استخدام بعض التقنيات المعرفية والسلوكية للسيطرة على الضغوط والتعامل معها مثل: الاسترخاء ولعب الأدوار والكلام الإيجابي والتخيل الإيجابي والتفكير المنطقي...إلخ. (يعقوب، 1999، الصفحات 135-141)

أما المرحلة الثالثة فهي تقضي بتعريض الشخص إلى مجموعة من المواقف الضاغطة (أكان ذلك عن طريق التخيل أو الواقع) لإجراء التدريب اللازم وتطبيق التقنيات والمهارات التي تم تعلمها في المراحل السابقة. يعتقد ميشانوم بأن طريقتيه شبيهة بمبدأ التلقيح والمناعة ضد الأمراض المعدية؛ أي أن تعامل الشخص مع قدر مخفف من الضغوط سوف يحصنه في المستقبل ضد الضغوط الكبرى. (يعقوب، 1999، الصفحات 135-141)

5.18. العلاج الكيميائي:

إنَّ طبَّ الأعصاب يبرز إن هناك بعض مناطق المخ عند الأشخاص الذين تعرضوا إلى صدمات نفسية تكون أقل نشاطاً مما هي عليه عند الأشخاص العاديين، أما بعض المناطق الأخرى فيكون نشاطها زائد عن الحد المعروف.

على العموم، فإننا نلاحظ انخفاض في النشاط المخي وبالخصوص الجانب الذي يقع جهة الجبهة (الجهة من المخ التي تساعدنا على اختيار سلوك معين مع تمكيننا من التقييم العقلي لاختيارات بديلة)، ومما هو معروف طبياً أن الجهة الجبهية للمخ تعمل مثل المكبح الذي يراقب استجاباتنا العاطفية. إن نقصان عمل هذا المكبح يعطي الحرية الكاملة للأحاسيس السلبية بالظهور والتي تكون عموماً ذات نشاط كبير في مرحلة الاكتئاب. من هذا المنطلق فإنه يستحسن إعطاء أدوية ضد اكتنابيه من أجل تعديل وتوازن عمل المخ.

إن الأدوية الضد اكتنابيه تساعد على زيادة الرسائل الكيميائية وبالخصوص مادة Sérotonine التي هي عبارة عن عنصر مهم للجهاز العصبي المركزي وهي تشارك في عدة وظائف نفسية النوم، العدوانية، السلوكيات الغذائية والجنسية وكذلك الاكتئاب. بزيادة نسبة مادة Sérotonine يساهم في زيادة الخلايا العصبية التي أتلفت خلال الصدمات الحادة.

على العموم فإن الأدوية الضد اكتنابيه تظهر فعاليتها خلال الثلاث أو الست أسابيع الأولى من بداية تناولها. لكن فعاليتها السحرية يمكن أن تخفي تأثيرات ثانوية غير مرغوب فيها كالتبعية المطلقة لهذا الدواء، (Barrois، 1988)

كما أظهرت الكثير من الدراسات أن هناك الكثير من الآثار السلبية التي يخلفها هذا النوع من الأدوية على الجانب الفيزيولوجي على المدى المتوسط والبعيد. (Barrois، 1988)

6.18. العلاج الجدلي السلوكي:

يقصد به مجموعة من الأساليب العلاجية المعرفية التي تنطلق من مبادئ النظرية المعرفية في الجدل والتفكير الجدلي لحل المشكلات والقضايا المتناقضة، ومبادئ الفلسفة الجدلية الحديثة ونظريات الترابط والتكامل داخل السياق (الخارجي الاجتماعي والداخلي المعرفي الانفعالي) لحياة المرضى والمنحرفين الذين يعانون من اضطراب الشخصية البينية، واضطرابات تعاطي المخدرات ومختلف أنماط السلوكيات الإدمانية ومشكلات الانتحار وإيذاء الآخرين (المشكلات المهددة لحياتهم وحياة الآخرين والمشكلات المهددة للعلاج النفسي والمعالجين (المخرية للجلسات العلاجية)، بكافة أشكالها والمشكلات المهددة لنوعية الحياة (وهو علاج ثبتت كفاءته وتأثيره، عبر أكثر من ثلاثين دراسة علاجية عشوائية مضبوطة. وتنطبق عليه جميع المحكات العلمية والتطبيقية التي وضعها كل من تشامبلس وهولن لأي برنامج علاجي ناجح. (شيل، 2018)

ويساعد العلاج الجدلي السلوكي في فهم طبيعة خبرات اضطرابات كرب ما بعد الصدمة التي تعرض هؤلاء الأفراد الضحايا من الجنسين لها في بداية حياتهم؛ فعند التعرض لخبرات الصدمة النفسية في مرحلة مبكرة من الحياة، يقوم الفرد ببناء أفكار ومعتقدات لاعقلانية وتقييمات ثابتة وراسخة، وتبينها بحيث يأتمر بأمرها وينفذ كل ما تأمره به من عزلة وتجنب وخوف وتردد وهروب، الأمر الذي يؤثر عليه في مرحلة الرشد مع صعوبة في اتخاذ القرارات والثقة في الحياة بكاملها، والثقة في الآخرين، والعجز عن إدارة المشاعر والانفعالات، وتكوين علاقات اجتماعية، ووجود خبرات غير صادقة لدى الفرد، ومن أمثلة ذلك عندما يرغب الطفل في تناول الطعام، تكون الاستجابة الطبيعية من الأم هي إطعام الطفل، أما في حالة إنكار رغبته الصادقة في تناول الطعام، فإنه يحدث لدى الطفل اضطراب في انفعالاته، وتغيرات فيسيولوجية سلبية، ومن ثم فإن مهارات العلاج الجدلي السلوكي تركز على نمو الوعي بما يحدث داخلك وحولك (مهارات التعقل والتأمل، والتدريب على كيفية تكوين mindfulness and méditation والتعقل التألمي (صداقات جديدة وعلاقات اجتماعية بناءة مع الآخرين، لكي نخرج المصدومين من عزلتهم، وتكون لديهم أدلة واقعية أن الحياة والعالم الاجتماعي الذين يعيشون فيه سياق وعالم آمن لا روع ولا فرع فيه، ولا خوف فيه، بالإضافة إلى تحسين القدرة على إدارة الانفعالات، ومن ثم فلن يحتاج هؤلاء الذين يعانون من اضطرابات كرب ما بعد الصدمة إلى التعامل مع خبرات الطفولة إذا ما تم إتقانهم لتطبيق أساليب العلاج للجدلي السلوكي والعلاج المعرفي السلوكي.

7.18. العلاج بالتقبل والالتزام (Acceptance and Commitment Therapy):

يقصد بالعلاج بالتقبل والالتزام أحد أشكال العلاج النفسي المعرفي المعاصر الذي تم وضعه لينمي مهارات المواجهة المرونة النفسية والتصدي والصمود psychological flexibility بحيث تصبح أسلوب حياة لدى مرضى اضطرابات كرب ما بعد الصدمة (PDST).

يتميز بالانفتاح على الخبرات السيئة والوعي بها والتماسك والترابط الداخلي، كذلك يمكنه بهذا النوع من العلاج أن يرفع معدلات دافعيته وإرادته لقبول كل خبرات الصدمة بكل مظاهرها وأشكال المعاناة منها من دون اللجوء إلى سلوكيات تجنب المواقف والأحداث الصدمية أو الضاغطة. (شيل، 2018)

وعندما يتم قبول المصدوم لجميع المواقف الصدمية بما تنطوي عليه من خبرات مؤلمة ومروعة، يتكوّن لديه نوع جديد من الوعي بالأنماط القيمية من قبيل الصبر والتسامح والغفران والعفو وعدم لوم الذات بحيث يتبناها ويتصرف في حياته وفقا لما تقتضيه هذه القيم، الأمر الذي يمكنه من تعلم مهارات تحمل الكرب النفسي باعتباره جزء من الحياة الطبيعية، وأن كل ما واجهه من خبرات صدمية يعد جزء من الحياة الطبيعية، كما تنمو داخله سمات المواجهة والتصدي والصدوم النفسي والمرونة النفسية وتقبل الواقع المؤلم، وعدم الهروب منه.

ويتضمن العلاج بالقبول والالتزام مبادئ نموذج الصمود ونموذج المرونة النفسية. ويتضمن هذان النموذجان ست عمليات وظيفية، هي: القبول، وتهدئة الحواس والانفعالات، والوعي باللحظة الراهنة أو عيش الحاضر (من دون استدعاء الماضي البعيد المليء بالكوارث والتفكير الكارثي)، والمعالجة الذاتية للواقع المعاش الآن، والحياة التي توجهها وتحكمها القيم الأخلاقية والدينية، والسلوك المنضبط الملتمزم.

ويتسم ميدان تطبيق العلاج بالقبول والالتزام بالحدثة في علاج اضطرابات كرب ما بعد الصدمة، لأنه يركز على قبول الفرد لأفكاره وانفعالاته وواقعه المعاش بدلاً من محاولة تغييره، لأنه يصعب تغييره في الواقع؛ وفي الوقت الذي يقوم فيه العلاج المعرفي السلوكي بتغيير الأفكار السلبية والمعتقدات اللاتوافقية المرتبطة بالأحداث الصدمية، يقوم العلاج بالقبول والالتزام بتعليم ضحايا اضطرابات كرب ما بعد الصدمة أساليب وطرق قبول ما لا يمكن تغييره كجزء من حياتهم الطبيعية التي يعيشونها، مع الالتزام بالعمل الجاد للقيام بالتغيير الإيجابي لما يمكن تغييره وتعليمهم كذلك تحديد القيم الشخصية لكل حالة على حدة. (شيبلا، 2018)

8.18. العلاج بتقنية إزالة التحسس وإعادة البرمجة عن طريق حركة العينين (EMDR)

لقد عانت المعالجة النفسية فرانسيس شايبرو و Francine Shapiro من مرض السرطان، وبينما كانت تسير في إحدى الحدائق في أمريكا في شهر ماي من عام 1987، وتحت وطأة الأفكار السلبية وما يرتبط بها من مشاعر، وجدت أن تحريك عينها بطريقة ما من أقصى اليمين إلى أقصى اليسار له دور فعال في التخفيف من حدة المشاعر السلبية والاضطرابات المصاحبة لها، حيث لاحظت اختفاء بعض الأفكار المزعجة بشكل مفاجئ، وعندما استرجعت هذه الأفكار إلى ساحة الوعي، أصبحت فاقدة لقوتها المقنعة، وكذا للمشاعر المصاحبة لها، دون أي جهد واع، فطبقت نفس الشيء على المرضى الذين كانت تعالجهم، لكنها وجدت أن المرضى لا يستطيعون تحريك أعينهم تلقائياً، لذلك كانت تطلب منهم أن يتبعوا حركة أصبع يدها. وهذا العلاج ليس مقصوداً على حركة العينين، وإنما هذا جزء من العلاج المكون من ثمان مراحل، وفي عام 1988 أسست فرانسيس معهد العلاج ب(إزالة الحساسية وإعادة المعالجة عن طريق حركة العين)، وفي مرحلة شهادة الدكتوراه في علم النفس، قامت ببحث على حوالي 70 حالة من تصميم بروتوكول يمكن استعماله لتخفيف القلق وأسمته بروتوكول إزالة التحسس وإعادة البرمجة بواسطة حركة العينين، وقد أدركت شايبرو بعد تقييم مئات الحالات العيادية أنه "إن طبقت الإجراءات بطريقة صحيحة، ستحدث عملية إزالة التحسس وإعادة بناء معرفي متزامنة للذكريات التي تمت معالجتها، وللدلالات أو المعنى المعطى للتجربة".

وقد تم الاعتراف بها على غرار العلاجات السلوكية المعرفية سنة 2013 من طرف منظمة الصحة العالمية OMS كعلاج نفسي موصى بها في إطار التكفل بآثار الأحداث الصادمة، وامتدت للتكفل بالمخاوف المرضية، اضطراب الهلع، اضطراب القلق المعمم، الانهيار العصبي والإدمان، واضطراب الوسواس القهري، والآلام المزمنة لاسيما الألم العضو الشبح وحالات الصداع وحالات اضطرابات الجنسية، كما استعمل بفعالية لدى الذهانين واضطرابات أخرى. (عبدون، 2021).

خلاصة:

وعلى الرغم من أن بعض المتعرضين للصدمة قد يتحسنون مع الوقت وتزول عنهم الصدمة النفسية التالية للكرب، فإن نسبة منهم تستمر معاناتهم إن لم يتلقوا العلاج المناسب، كما أن ردود الأفعال التي يصدرها أفراد الأسرة والمقربين من الشخص المصدوم بعد الكارثة تؤثر إيجاباً أو سلباً على القدرة على التحمل، فكلما كان المحيط داعماً ومسانداً كانت استجابته أكثر إيجابية وإمكانية تخطي الصدمة النفسية أسرع وأقل كلفة.

ومن هنا تبرز أهمية التعرف المبكر على المصابين بالصدمة النفسية أو الذين هم أكثر عرضة للإصابة لتلقي الدعم والعلاج اللازمين.

الفصل الثالث

الإدمان على المخدرات

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات

تمهيد

1. مفهوم تطور المخدرات والمصطلحات المرتبطة به
2. الفرق بين تعاطي المخدرات والإدمان على المخدرات
3. الإدمان على المخدرات بين المرض النفسي والجنوح
4. لمحة تاريخية عن تعاطي والإدمان على المخدرات
5. طرق تعاطي المخدرات
6. تصنيف المخدرات
7. أنواع تعاطي المخدرات
8. استهلاك المخدرات وسط المراهقين
9. العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات عند المراهق
10. الصدمة النفسية في علاقتها بتناول المخدرات
11. دور اضطراب الصدمات في تشكيل المخدرات
12. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
13. مراحل الإدمان عند المراهق
14. أنواع الإدمان عند المراهق
15. مميزات الشخصية المدمنة
16. الإدمان على المخدرات وأثره على الحياة الأسرية
17. الآثار المترتبة عن الإدمان على المخدرات
18. وقاية وعلاج المراهق من الإدمان على المخدرات

خلاصة

تمهيد

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليهما من أخطر وأهم مشكلات العصر التي تواجه المجتمعات على اختلاف أنواعها، خصوصاً بعد الزيادة الرهيبة في نسبة المدمنين في كل دول العالم.

وفي الآونة الأخيرة لوحظ انتشار هذه الظاهرة في المجتمعات العربية، خاصة بين المراهقين سواء كان المراهق متمدرساً أم لا، أين تحولت ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليهما من مجرد ظاهرة إلى كابوس يهدد استقرار وأمن الأسر والمجتمعات ككل.

1. مفهوم تطور الإدمان وبعض المصطلحات المرتبطة به

1.1 تطور مفهوم الإدمان:

يعود تطور مفهوم الإدمان إلى بداية العشرينات، وقد كان واسع الاستعمال، فاستعمله الأطباء ورجال القانون وعلماء الاجتماع، ولكن كل واحد من هؤلاء حدد هذا المفهوم بطريقته الخاصة انطلاقاً من أيديولوجيته وتقنياته. ففي سنة 1930 كوّنت الأمم المتحدة لجنة من المختصين، وكلفتها بمحاولة إيجاد تعريف أكثر شمولية ودقة وعلمية إلى جانب هذه المهمة، فكانت من أهم المهمات التي أوكلت لهذه اللجنة، وهي محاولة تصنيف المخدرات التي من شأنها أن تؤدي إلى الإدمان، ولم تنته هذه اللجنة من مهمتها إلا في سنة 1957. (قماز، 2009، صفحة 18)

2.1 الإدمان (Addiction):

1.2.1 لغة :

جاء في لسان العرب "أدمن يدمن إدمانا الشيء على شيء أي أدام فعله ولازمه ولم يقلع عنه "أدمن المسكرات" (العرب، صفحة 463).

يقصد بالإدمان: التعوّد وعدم القدرة على الانقطاع، ويقال فلان أدمن على شيء ما؛ أي لا يستطيع الانقطاع عنه بسهولة، أما عن إدمان الفرد للمخدرات أو الكحول فيقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية. (سويف، 1996، صفحة 18) أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن العجز أو رفض للانقطاع. (اسماعيلي، 2017، صفحة 35).

2.2.1 اصطلاحاً:

يعرف الإدمان في السنوات بين 1920 و1944 أين اقترح أكثر من 24 تعريفاً مختلفاً يتعلق بتعبير الإدمان وظل الأمر كذلك إلى غاية 1995 عندما اقترحت المنظمة العالمية للصحة O.M.S أهم الميزات المتعلقة بالإدمان:

- رغبة لا تقاوم للاستهلاك.

- ميل إلى مضاعفة الكميات.

- تبعية نفسانية وجسمانية.

- تأثيرات مضرّة بالفرد والمجتمع. (أمليبي، 2011، صفحة 70)

بعد ذلك في سنة 1996، فرقت منظمة الصحة العالمية بين التبعية (التعاطي المنتظم لمادة تولد رغبة في تكرار السلوك دون الميل لمضاعفة الكمية، والذي يؤدي إلى نوع من التبعية النفسانية ودون تناذر الفطام، إذ يفرض التعود

تأثيرات ضارة عند المستهلك) وما بين التبعية والإدمان للأدوية (وجود تساهل تبعية جسمانية ونفسانية، تناذر الفطام) (أملي، 2011، صفحة 70)

تعرفه هيئة الصحة العالمية (1973): بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، ومن خصائصها استجابات وأنماط السلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (حماد، 2004، صفحة 27)

بال (Pelle 1985) وضح مفهومه في موضوع لاحق خصه للسلوك الإدمانية أين أكد أن سبب الإدمان ليس المادة السامة في حد ذاته ولكن معايشة التجربة التي تتسبب فيها المادة السامة مثل: التخفيف من حدة الصراع مع الواقع. عرف غودمان Goodman (1990) الإدمان على أنه: "عملية يتحقق فيها سلوك من شأنه أن يوفر لذة، والتخفيف من القلق والذي يتميز بإخفاق متكرر في التحكم فيه وباستمراره رغم آثار السلبية".

يقول بارجوري J-Bergeret (1991): الإدمان نعتبره تابعا لنقص عاطفي أين يكون المدمن مجبرا على دفع الثمن بواسطة جسمه وهذا لعدم وفائه بتعهداته وتعاقباته من جهة أخرى.

وقد استعمل بارجوري هذه الكلمة في إطار تحليلي نفسي أين التبعية الجسدية تكون لها قيمة بالنسبة للفرد لمحاولة لاشعورية من أجل تصفية حساب. (أملي، 2011، صفحة 71)

كما يقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية، لدرجة أن المتعاطي أو المدمن يكشف عن انشغاله الشديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو أي رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما نقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة المخدر إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. (سويف، 1996، صفحة 17)

من التعريفات السابقة يظهر لنا أن الإدمان: الاستعمال السيئ لبعض المواد سواء كانت طبيعية أو مصنعة (منها الطبية) بصورة تكرارية ولمدة زمنية طويلة مع زيادة في الجرعات من أجل تحقيق النشوة واللذة التي تحصل عليها المتعاطي من أول استعماله لها مما تدفعه إلى الاعتماد عليها فيزيولوجية ونفسيا وهذا ما يعرف بالإدمان.

3.2.1 المصطلحات المرتبطة بالإدمان :

• المخدرات:

المخدر: هو العقار وهو مادة تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية في جسم الكائن الحي أو في الوظائف التي تؤديها مكوناته.

هي مواد كيميائية التي يؤدي استخدامها إلى تغيير في المزاج أو الإدراك أو الشعور، ويساء استخدامها حتى تلحق الضرر بالفرد الذي يتعاطاها وبالمجتمع الذي يعيش فيه. وقد تكون المخدرات مواد طبيعية أو مواد مصنعة، وهي بالأساس

مجموعة المواد التي تسبب في إحداث حالة بديلة من الوعي، بالإضافة إلى النعاس والنوم، إلا أنها أصبحت تعني المخدرات النباتية كالحشيش ومشتقاته، والأفيون ومشتقاته، وبدائله الصناعية، التي يؤدي استخدامها إلى زيادة في القدرة الاحتمالية، مما يتطلب زيادة في الجرعة باستمرار وصولاً إلى الإدمان. (الأصفر، 2014، الصفحات 17-18)

• الاعتماد العقاقيري (الكيميائي) أو (التبعية): Pharmaco-Dépendance

حسب التصنيف الدليل التشخيصي الرابع لاضطرابات النفسية والعقلية DSM4 :

يعرف بأنه نمط غير تكيفي لاستخدام عقار قد يؤدي إلى اضطراب أو عطب واضح إكلينيكي يظهر مصحوباً بثلاثة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال أي وقت في فترة عام:

أ. التحمل: (Tolerance) ويعرف بأي من الآتي:

- الحاجة إلى الزيادة الملحوظة في كميات المادة أو العقار للوصول إلى السمية أو التأثير المرغوب.

- النقص الملحوظ لتأثير المادة مع استمرار تعاطيها بالكمية ذاتها.

ويقصد بها تعود الجسم على المادة أو العقار المستخدم وتفاعله معه وقلة التأثير ما يدفع المدمن إلى زيادة كمية العقار للحصول على التأثير الجرعة الأولى.

ب. الانسحاب: ويعرف بأي من الآتي:

- متلازمة الانسحاب المميزة للمادة ذاتها.

- الرغبة في تناول المادة أو ما يشبهها لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب.

ج. تؤخذ المادة غالباً بكميات أكبر أو لفترات طول مما كان مقصوداً.

د. وجود رغبة ملحة أو جهد فاشل للتوقف أو لضبط تعاطي المادة.. (أبوزيد، 2016، الصفحات 19-20)

هـ. قضاء أوقات كثيرة في نشاطات تتعلق بالحصول على المادة مثل: الزيارات المتعددة لكثير من الأطباء، أو قيادة السيارة لمسافات طويلة لمقابلة البائع.... الخ.

و. الإقلال أو التخلي عن النشاطات الاجتماعية، والمهنية، والترفيهية المهمة بسبب تعاطي المادة.

ي. يستمر تعاطي المادة رغم إلمام المتعاطي بوجود مشكلات ملحة وراهنة جسمانية أو نفسية ناجمة عن التعاطي. (أبوزيد، 2016، الصفحات 19-20)

• الاعتماد النفسي:

يتعلق بالشعور والأحاسيس ولا علاقة له بالجسد، وهو تعود الشخص على الاستمرار في تعاطي عقار ما (طبيعي أو مصنع)، لما يسببه من الشعور بالارتياح والإشباع، ولتجنب الشعور بالقلق والتوتر. ومن المخدرات التي تسبب اعتمادا نفسيا: التبغ والحشيش والقات والكافيين والكوكايين وهو أشهرها تأثيرا.

• الاعتماد العضوي:

يتعلق الاعتماد الجسدي بانحراف الأعمال الوظيفية الطبيعية لجسم الشخص بسبب استمراره في أخذ عقار مخدر، بحيث أصبح تناول هذا العقار بشكل دائم ضرورة ملحة لاستمرار حياة الشخص وتوازنه بشكل طبيعي، ومن المخدرات التي تسبب اعتمادا عضويا: المنومات والخمور والمورفين والهيروين وهذا أشدها تأثيرا. (أبوالنصرة، 2008، الصفحات 30-31)

• الاعتياد (التعود): Habitude

هو حالة ناتجة عن التعاطي متكرر لمخدر ما وتتميز هذه الحالة بوجود:

- رغبة شديدة لمواصلة تعاطي المخدرات بسبب الإحساس بالراحة التي تولدها المخدرات.

- وجود رغبة أو غيابها في زيادة كمية المخدر.

- غياب تبعية جسدية، وبالتالي عدم وجود تناذر الامتناع.

- آثار مؤذية للشخص فقط.

وجود درجة من الاعتماد النفسي مع عدم وجود اعتماد جسدي أو أعراض الانسحاب أي تقتصر أعراض الاعتياد على الفرد فقط (دهان، 2017، صفحة 19).

• الاستعمال غير الطبي: (إساءة الاستعمال) Abus de substance médicale

يقصد به الاستعمال غير الطبي " الإفراط في استعمال مادة ما بصورة مستمرة أو دورية وإبرادة من المتعاطي، دون الالتزام بالاستعمال الطبي المحدد أو الموصوف بواسطة الطبيب؛ بهدف الشعور بالارتياح أو بما يتوهمه المتعاطي بأنه يشعر بالراحة أو بدافع الفضول أو لاستشارة خبرة معينة. (دهان، 2017، صفحة 21).

• التعاطي:

يقصد بتعاطي المخدرات، استخدام عقاقير المخدرة والتي لا يسمح المجتمع بتعاطيها بقصد الحصول على تأثير جسدي أو نفسي أو عقلي.

فهو عبارة عن تناول المواد المخدرة بشكل تجريبي أو متقطع أو بشكل منتظم. (أبوالنصرة، 2008، صفحة 26).

• المدمن:

إنسان دفعه حظه السيئ إلى تجربتها وعدم ضبط نفسه للامتناع عنها، إما لدواعي عدم القدرة صحيا ونفسيا بنتيجة الألام التي يسببها عدم الامتناع عن تعاطيها أو الحصول على النشوة المطلوبة (حماد، 2004، صفحة 29).

الهدف: بأنها حالة تهدف للحصول على التأثيرات المعتادة، وهي حالة ذاتية تظهر كتغيرات متسقة مع السلوك الظاهري للاعتماد العقائري، أما الهدف ما هي إلا دافع للتعاطي. (أبوزيد، 2016، صفحة 45).

2. الفرق بين تعاطي المخدرات والإدمان والتعود على المخدرات:

المخدرات في مجملها تؤثر على المخ وهذا سر تأثيرها والكثير منها يتسبب في ضمور (موت) بعض خلايا الجزء الأمامي لقشرة الدماغ (Cortex).

فالإدمان أعلى مستوى من تعاطي المواد المخدرة ونميز بين فئات من المتعاطين المتمثلة في:

- التعاطي التجريبي وحب الاستطلاع.
- التعاطي المناسبات مثل: الأعياد وحفلات الزواج.
- التعاطي المنظم، وهذه الفئة تواظب على التعاطي بانتظام بغض النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا. (أبوالنصرة، 2008، صفحة 27)

يوجد هناك مخدرات تسبب اعتمادا نفسيا دون تعود عضوي لأنسجة الجسم أهمها: القنب (الحشيش)، التبغ، القات، وعند توفير الإرادة لدى المتعاطي فإن الإقلاع لا يترك أي أعراض لانقطاع. وبالمقابل هناك مخدرات تسبب اعتمادا نفسيا وعضويا أهمها: الأفيون، المورفين، الهيروين، الكوكايين، الكراك وكذلك الخمر وبعض المنومات والمهدئات والإقلاع عن تعاطي تلك المخدرات يتسبب في أعراض انقطاع قاسية للغاية تدفع المتعاطي للاستمرار بل وزيادة تعاطيه. (الركابي، صفحة 84).

يعد مفهوم تعاطي المخدرات من المفاهيم الأكثر موضوعية كونه لا يقدم أي حكم وليس له دلالة على الإدمان. لدى بعض المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات للتجريب فقط ففي هذه الحالة فإن الشخص يتعاطى المخدرات تحت ضغط الأصدقاء أو للامتنال ويمكن أن يتعاطها مرة واحدة ويتوقف عن تعاطيها فيما بعد وبهذا فإن الشخص لم يتعاطها لأنه يشعر برغبة غير طبيعية من جهة، وتعاطي المخدرات مرة واحدة لا يؤدي إلى إتلاف الجانب الجسدي والعقلي. (قماز، 2009، صفحة 17).

مما سبق يتضح لنا أن الفرق بين الإدمان والتعاطي من خلال توضيح أن الإدمان هو رغبة قهرية ملحة لا تنطفئ ويتضمن اعتمادا نفسيا وجسميا وتناذر الفطام، على عكس التعاطي الذي يكون من فترة إلى فترة دون ترك أثر للاعتماد

على المادة المخدرة التي تولد الرغبة في التكرار السلوك دون الميل لمضاعفة الكمية التعاطي الذي يؤدي إلى التبعية الجسمية دون التبعية النفسانية ودون تناذر الفطام.

3. الإدمان على المخدرات بين المرض والجنوح:

إن الإدمان على المخدرات يعتبر كارثة وجودية والتي تحطم حياة الفرد وحياة محيطه؛ حيث يكون في هذه الحالات انقطاع للوجود، وفي هذا الإطار يمكن الحديث عن مرض تعاطي المخدرات ونقول: إن الإدمان على المخدرات هو مرض من أمراض هذا العصر، وفي نفس الوقت هو الشكل الأكثر كارثية من الأشكال التبعية، وهو النموذج الأمثل الذي من خلاله تكون مفهوم الإدمان.

منذ القدم صعب على المجتمعات كيفية التعامل مع المدمنين على المخدرات. في أيامنا هذه استعمال بعض المواد يكون جنحة خطيرة ويعاقب عليها القانون بالسجن، في نفس الوقت تم قبول أن المدمنين على المخدرات يجب التعامل معهم على أنهم مرضى ولهم الحق ككل المواطنين في العناية بهدف حماية الصحة، إذن وضعية المدمنين على المخدرات متناقضة وغامضة؛ إذا كانوا مرضى فلماذا يتم تهديدهم ومعاقبتهم بالسجن؟ وإذا كانوا جانحين فعلا فلماذا تكون مراكز العلاج والعناية الملازمة الخاصة بهته الفئة؟

هذا الرابط بين التبعية والجنوح بين الخطأ وسيرورة المرض جعل من الإدمان على المخدرات وضعية منفصلة، والتنوع في الآراء، حتى بين مستعملي المخدرات في حد ذاتهم شهدوا على أنه شكل معقد. (أميلي، 2011، صفحة 74)

فبعض الجمعيات (جمعيات المستهلكين) التي كافحت من أجل حرية المستهلكين دافعت على حق العبور إلى شكل من أشكال اللذة، والمدمن يجد نفسه هنا أمام أمر بسيط من أجل خيارات تواجهه بالنسبة للأغلبية.

أما بالنسبة للبعض الآخر (المتعاطين القدامى) يعتبرون الإدمان على المخدرات مرض طويل المدى ويمكن علاجه. (أميلي، 2011، صفحة 74)

4. لمحة تاريخية عن تعاطي المخدرات والإدمان عليها :

لم يكن استعمال المخدر يلقي أي اعتراض رسمي أو شعبي في البلاد بل على العكس من ذلك كان يلقي استحسانا وإقبالا كبيرين، ويؤكد تقرير الكلية الملكية للأطباء النفسانيين في بريطانيا أن جلاد ستون رئيس وزراء بريطانيا كان يضع الأفيون في فنجان القهوة في برلمان بريطانيا دون أي حرج. (اسماعيلي، 2017، صفحة 75).

تعد المخدرات من أقدم العقاقير التي عرفها الإنسان، ومنها نبات الخشخاش (الأفيون) والقنب (الحشيش) والذي استخدم من قبل الأثوريين قبل 4000 سنة قبل الميلاد، والفرس وسكان آسيا للحصول على الانشراح، وأول ذكر للحشيش كان في كتاب ألفه إمبراطور الصين شنج نانج عام 2737 ق.م وذكره الطبيب الصيني هوانو وسام مايو ووصفه ابن البيطار بأنه يسبب التخدير وشن ابن تيمية حملة ضد تعاطيه وعده نجسا في حكم الخمر، وورق الكوكا ومختلف

المشروبات المخمرة والتي ربما تكون أقدم عقار عرفه الإنسان وما زال يستعمله إلى الآن، حيث استعمل خمر العسل 8000 سنة ق.م وذكرت قوانين تنظيم التجارة بالخمور واستعمالها في الشريعة حمورابي وفي الحضارة البابلية عام 1770 ق.م ولقد تنوع استخدام المخدرات كدواء مسكن للألم وفي الطقوس الدينية والأغراض العسكرية (سويف، 1996، صفحة 49). وعرف العرب المنبهات (القهوة) قبل 900 عام، وعرفت أمريكا اللاتينية المهلوسات منذ 3500 ق.م وعرف الهنود القنب قبل 3000 عام، فمنذ 2700 سنة قبل الميلاد كان القنب الهندي معروفا لدى إمبراطور الصين (شنج نانج)، وكان يوصف لعلاج النقرس والإمساك والذهول وقد أطلق الأفيون على لوحة سامرية تعود ل 4000 سنة ق.م ووصف بنبات السعادة، كما استعمله قدماء المصريين كدواء لعلاج الأطفال كثيري البكاء ولقد زين الإغريق إله النوم عندهم (هينوس) بثمار الخشخاش، وكذلك فعل الرومان (سوهوس) ويذكر المؤرخ المقريزي أن الأمير المملوكي (سودون الشبخوني) حرم الحشيش الذي كان منتشرًا بمصر وسوريا فلجأ إلى عقوبة خلع الضرس كل من يتعاطى الحشيش كما تم اكتشاف الكحول وشربه منذ العصر الحجري، وهناك عشرات النباتات والفطريات التي تحتوي على كيميائيات ذات خصائص كثيرة للعقل قد تم تدخينها أو مضغها أو بلعها أو شمها، أما الامفيتامينات والمنومات والمنشطات فقد تم اكتشافها في القرنين الثامن عشر والتاسع عشر حيث صنع أول عقار منشط في ألمانيا عام 1887.

وتعتبر الكحوليات من أقدم المواد المخدرة التي يتعاطاها الإنسان، وكانت الصين أسبق المجتمعات إلى معرفة عمليات التخمير الطبيعية لأنواع مختلفة من الأطعمة، (قندوز، 2016، صفحة 256)

فقد صنع الصينيون الخمور من الأرز والبطاطا والقمح والشعير، وتعاطوا أنواعا من المشروبات كانوا يطلقون عليها " جيو " أي النبيذ، ثم انتقل إليهم نبيذ العنب من العالم الغربي سنة 200 قبل الميلاد تقريبا.

أما الحشيش (القنب) أو الماريجوانا والمعروف أيضا بأسماء أخرى، من أوائل الشعوب التي عرفته واستخدمته الشعب الصيني، فقد عرفه الإمبراطور (شنج نانج) عام 2737 ق.م وأطلق عليها حينها واهب السعادة، أما الهندوس فقد سموه مخفف الأحزان.

أما الأفيون (الخشخاش) فأول من اكتشفه هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد، ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة. وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق.م عن موسم حصاد الأفيون وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان ولكنهم أساؤوا استعماله فأدمنوه وأوصى حكماؤهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس وأبو قراط وأرسطو وفيرجيل.

أما المورفين فهو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني سيرتبرز عام 1806 من فصلها عن الأفيون، وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى الإله مورفيوس إله الأحلام عند الإغريق، وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة الأمريكية (1861)، ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحق في متناول اليد.

والهيريون وهو أيضا أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة، اكتشف عام (1898) وأنتجته شركة باير للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة.

الامفيتامينات تم تحضيرها لأول مرة عام (1887) لكنها لم تستخدم طبيا إلا عام (1930)، وقد سوقت تجاريا تحت اسم البنزورين، وكثير بذلك تصنيع العديد منها مثل الكيك يدرين والمستدرين والريتالين. كان الجنود والطيارون في الحرب العالمية الثانية يستخدمونها ليواصلوا العمل دون شعور بالتعب، لكن استخدامها لم يتوقف بعد انتهاء الحرب، وكانت اليابان من أوائل البلاد التي انتشر تعاطي هذه العقاقير بين شبابها حيث قدر عدد اليابانيين الذين يتعاطونها بمليون ونصف مليون عام (1954)، وقد حشدت الحكومة اليابانية كل إمكانياتها للقضاء على هذه المشكلة ونجحت بالفعل في ذلك إلى حد كبير عام 1960.

أما الكوكايين فقد عرفته أمريكا اللاتينية قبل أكثر من ألفي عام، ومنها انتشر إلى معظم أنحاء العالم ولا تزال هذه القارة أكبر منتج له حتى الآن، وعرف نبات الكوكا الذي يستخرج من الكوكايين في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، حيث عرفته واستعملته هنود الأنكا، وفي عام 1860 تمكن العام ألفرد نيمان من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، (قندوز، 2016، صفحة 256)

وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظرا لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات الترويحية وبخاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام (1903)، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية وكثرت الدعاية التي كانت تؤكد على أن تأثيره لا يزيد على القهوة والشاي، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي أنجلوماريان، واستخدمته تلك الشركات في أكثر من 15 منتجا من منتجاتها. (قندوز، 2016، صفحة 256).

القات اسم شجرة معمرة يتراوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين، تزرع في اليمن والقرن الأفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا، واختلف الباحثون في تحديد أول منطقة ظهرت بها هذه الشجرة، فبينما يرى البعض أن أول ظهور لها كان في تركمنستان وأفغانستان، يرى البعض الآخر أن الموطن الأصلي لها يرجع إلى الحبشة، وقد عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر ميلادي حيث أشار المقرئزي (1364-1442) إلى وجود "شجرة لا تثمر فواكه في أرض الحبشة تسمى بالقات، حيث يقوم السكان بمضغ أوراقها الخضراء الصغيرة التي تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي كما تضعف الشهية والنوم. (سويف، 1996، صفحة 48).

5. طرق تعاطي المخدرات:

يتم تحديد ثلاث طرق لتعاطي المواد المخدرة، وهي كالتالي:

1.5. التعاطي عن طريق الفم: حيث يتم أخذ المادة المخدرة عن طريق الفم سواء بالبلع والشرب والأكل والاستحلاب والاستنشاق عن طريق الفم.

- 2.5. التعاطي عن طريق الأنف: حيث يتم أخذ المادة المخدرة عن طريق الأنف سواء بالاستنشاق بالأنف (البايب).
- 3.5. التعاطي عن طريق الأوردة أو تحت الجلد أو في العضل: ويتم ذلك عن طريق الحقن للمادة كما هي، أو من خلال إذابتها في الماء ثم حقنها في الوريد أو تحت الجلد. (أبوالنصرة، 2008، صفحة 26)، وهو أكثر الطرق تأثيراً وإحداثاً للإدمان.
- 4.5. التعاطي عن طريق التدخين: يستعمل سيجارة أو شيشة وهو أقل الطرق تأثيراً لأنه الجزء الأكبر من الغازات يطرحه الإنسان مع الزفير. (دهان، 2017، صفحة 57).
- 5.5. التعاطي عن طريق المضغ: كالقات والأفيون. (الهورنة، 2018، صفحة 14)

6. تصنيف المخدرات:

نظراً لوجود الكم الهائل من المخدرات، أصبح من الضروري تصنيفها لتسهيل التعامل مع هذه المعطيات ولهذا فقد ظهرت عدة تصنيفات: (شاهين، 2000، الصفحات 20-21).

1.6. من حيث المصدر وتصنيفها:

تنقسم إلى ثلاثة أنواع:

- النوع الأول: مواد مخدرة طبيعية وهي نباتية مثل الحشيش والأفيون والكوكا والقات.
- النوع الثاني: مواد مخدرة تصنيعية وهي التي تستخلص من المواد المخدرة الطبيعية وتجرى عليها عمليات كيميائية لتصبح في صورة أخرى أشد تركيزاً وأثراً مثل المورفين والهيروين والكوكايين وغيرها.
- النوع الثالث: مواد مخدرة تخليقية وهي عقاقير من مواد كيميائية لها نفس تأثير المواد المخدرة الطبيعية والتصنيعية، وتصنع على شكل كبسولات أو حبوب أو أقراص أو حقن أو أشربه أو مساحيق، ومنها ما هو مقو مثل كبسولات السيكنال أو منبه مثل حبوب الكبتاجون والأمفيتامين أو مهدئ مثل الفاليوم ومنها ما هو مهلوس، مثل عقار (أل.إس. دي).

2.6. أما من ناحية اللون: فتتنقسم إلى:

- مخدرات بيضاء: مثل الكوكايين والهيروين.
- مخدرات سوداء: مثل الأفيون والحشيش. (شاهين، 2000، الصفحات 20-21).

إلا أن هذا التقسيم غير دقيق، كون لون المخدرات يتأثر بعدة عوامل كدرجة نقائها، مناطق إنتاجها وطرق حفظها. (دهان، 2017، صفحة 38).

3.6. أما من ناحية خطرها فتتنقسم إلى:

- مخدرات شديدة الخطورة على متعاطيها مثل الأفيون والمورفين والكوكايين والهيروين والماريجوانا.

- مخدرات أقل خطورة من سابقتها وتستخدم كعلاج طبي إلا أن الإدمان عليها يجلب الضرر مثل المنهيات، المسكنات، المنومات، الكوكا.

4.6. أما تصنيفها من ناحية أثارها؛ فتنقسم إلى:

- مواد مهبطة وتشمل:

- الأفيون والمورفين والهيروين. (شاهين، 2000، الصفحات 22 - 23).

- مسكنات مخدرة كالأفيون والمورفين.

- المنومات والمهدئات.

- المذيبيات الطيارة. (شاهين، 2000، الصفحات 22 - 23)

- المنشطات: كالكوكا والكوكايين والإمفيتامينات وغيرها وتعرف أيضا بالمنهيات والمخدرات ومضادات الكآبة وأشيعها استخداما النيكوتين والكافيين.

- المهلوسات: وتشتمل الميسكالين وفطر البيتوب، والقنب الهندي.

- الحشيش: ويعتبر من أهم عقاقير الهلوسة في الاستخدام والإدمان.

- القات.

- التبغ.

5.6. أما تصنيف المواد المخدرة من حيث تأثيرها:

قد قدم العالم ليفين منذ عام 1928 بتصنيف الأدوية التفسية ويمكن اعتباره أساسا للتصنيف الحديثة، وقد

فرق ليفين بين خمس من المجموعات شملت ما يلي:

- مسببات النشوة مهدئات الحياة العاطفية وتضم الأفيون ومشتقاته، المورفين، والهيروين والكوكا والكوكايين.
- المهلوسات وتضم ما يلي: الميسكالين، وفطر البيتول، والقنب الهندي، وفطر الموسكارين، وبعض نباتات الفصيلة الباذنجانية، كالبلادونا واللفاح والبنج.
- المسكرات وتشتمل الكحول، والأثير، والكلوروفوم، البنزين، وأول أكسيد الأزوت.
- المنومات وتضم (الكورال، الباربيتورات، البارالمدهير، السلفونال، بروميد البوتاسيوم.
- المحرضات (المنهيات) وتضم العقاقير التي تحوي الكافيين القهوة، الشاي، الكولا، المتة، الكاكاو، والكافور والقات والتبغ والبتلة. (شاهين، 2000، الصفحات 22 - 23).

7. أنواع تعاطي المخدرات:

1.7. التعاطي الاستكشافي، التجريبي: عملية التعاطي المواد المخدرة في أول عهد المتعاطي بها، وهو في مرحلة استكشافية لأحواله معها، حتى يترتب على ذلك الاستمرارية في تعاطيها أو الانقطاع عن التعاطي. (الدسوقي و ارنست، 2019، صفحة 373)

2.7. التعاطي متقطع، أو بالمناسبة أي الظرفي: عملية التعاطي المواد المخدرة كلما حانت مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك، من هذا القبيل المناسبات الاجتماعية السعيدة كالحفلات والأفراح، وتختلف هذه العملية في ارتفاعها باختلاف البيئات الحضرية العريضة، كما تختلف باختلاف الشريحة الاجتماعية التي ينتمي إليها المتعاطي. ويشير التعاطي المتقطع إلى مرحلة متقدمة (عن ارتباط التعاطي التجريبي) في ارتباط المتعاطي بالتعاطي.

3.7. تعاطي منتظم: عملية التعاطي المتواصل لمادة مخدرة بعينها على فترات منتظمة، يجري توقيتها بحسب إيقاع (سيكوفيزيولوجي) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية). وتعتبر هذه المرحلة مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي بالمناسبة) في تعلق المتعاطي بالتعاطي. (الدسوقي و ارنست، 2019، صفحة 373)

4.7. التعاطي القهري (الكثيف): يتميز عن المتعاطي المنتظم بأن المدمن هنا يتعاطى المخدر بفترات متقاربة جدا ويسيطر المخدر على حياته سيطرة تامة بحيث يصبح الشيء الأهم بالنسبة إليه، فيصرف معظم أو كل وقته وتفكيره وطاقته وإرادته في سبيل الحصول على المخدر، فإن الإدمان يعتبر ظاهرة مرضية بالنسبة للنوعين 3-4 أما النوعان الأول والثاني فهما فئة تخرج عن نطاق الإدمان المرضي. (اسماعلي و بعبيع، 2017، الصفحات 37 - 38)

8. استهلاك المخدرات وسط المراهقين:

تجربة استهلاك المخدرات والكحول نجدها كثيرا في أوساط المراهقين، وأنها تكون واحدة من طقوس الانتقال إلى الفعل في هذه المرحلة على المستوى النفسي، فالمراهقة هي مرحلة انجراحية وهذا ما يؤدي إلى استعمال المخدرات في بداية المراهقة والمتعلقة في الرغبة الاستقلالية، يبحث المراهق محيطه العائلي على قيم أصلية وليس بالضرورة مطابقة مع تلك التي عند الوالدين، فهو لا يبحث عن الرضا الاجتماعي أو أوالدي لكنه يحاول التقمص بمجموعة الأصدقاء الذين يمكنهم أن يمنحوه تجارب جديدة.

الاندفاعية القوية وعدم التقدير الجيد للمخاطر قادرة على تغيير اختياره، وليست مجموعة الأصدقاء هي المسؤولة وحدها عن استعمال المخدرات، فالمراهقون يحتمون أولا لأنهم يتشاركون في ميزات واهتمامات، في وسط مرحلة المراهقة المراهق يبحث عن السرية والحميمية فهو يدخل تجاربه ويبحث عن الدعم من طرف أصدقاء مقربين.

في هذا الإطار، تراكم الضغط أو التجارب الصعبة يمكن أن تثبط قدرات التكيف عند المراهق ما يؤدي به إلى اختيار حلول؛ استعمال المخدرات، الهرب، محاولة الانتحار، والتي تكون طريقة لقطع مجال حياة حكم عليها أنها غير مقبولة.

في نهاية المراهقة يكون المراهق قد كسب استقلاليته وجزءاً من الهوية التي ستسمح له بوضع قيمه الخاصة، وربط علاقات عاطفية دائمة. (أمليبي، 2011، صفحة 74)

إن نوعية تجاربه السابقة وقدرته على مواجهة الإحباط، ودعم محيطه هي عوامل محددة في استمرار أو توقف استهلاك المخدرات في هذه المرحلة.

هذه الانجرافية في مرحلة المراهقة لا يمكن أن تنفصل على تطور سيكو وجداني، المحيط والمشاكل الخاصة بكل واحد، المحيط الأسري الذي يدعم المرونة والتفهم الأساسيين في المراهقة يؤدي إلى تضيق مجالات السلوك وبالعكس، الفقر، الانفجار العائلي بالخصوص الديناميكية العائلية المتوترة هي عوامل مرتبطة باستهلاك المخدرات.

يبدو إدمان المراهق وكأنه الطريق النهائي المشترك الذي يدمج عوامل متعددة نفسية دافعية، اجتماعية وبيولوجية تتدخل في تشكيل خاص في كل حالة. (أمليبي، 2011، الصفحات 75-76)

يشارك في هذه الحتميات تواطؤ الماضي والحاضر وحقائق داخلية وخارجية معينة، إن المآزم النفسانية الداخلية والعقلانية الحالية للمراهق ولوالديه تكمل صراعات الطفولة الأولى، إن صدمات الحاضر تكرر صدمات الماضي. والأحداث الخارجية تؤكد المخاوف الداخلية بالنز والهجس الإغراء أو التدمير في تحالف كارثي بين الهوام والواقع. وهكذا فالحدث السيئ الذي يضرب الوالدين يبدو أنه سيستحضر جبروت الرغبات المعادية للمراهق، بينما طلاق الوالدين أو العنف الجنسي قد يمثلان تحقيقاً للهوامات الأوديبيية.

تنتج العملية الإدمانية عن تنشيط دينامية مرضية معينة مطبوعة بعلاقات سببية دائرية حيث يتفاقم تعاطي المخدرات بنتائج النفسانية والعائلية والاجتماعية لانحباس التدريجي في الإدمان تساهم عوامل نفسية معينة حيث تنتظم النفسانية حول العلاقة الجديدة بالموضوع الكاذب الذي هو المخدر، وعوامل عائلية حيث تصبح التصرفات الإدمانية نقطة تثبيت النزاعات العائلية، وعوامل اجتماعية حيث يلعب منطق القطع والتمهيش. يساهم تفاعل هذه العوامل بضبط التطور وتثبيته تحت تأثير نظام تقوية يزداد صلابة من الصعب تعبئته. (أمليبي، 2011، الصفحات 75-76)

9. العوامل المؤدية إلى الإدمان:

العوامل المسببة للإدمان كثيرة ومتعددة ومتداخلة ومتفاعلة فيما بينها وفيما يأتي تحديد لأهم هذه العوامل:

1.9. العوامل الذاتية للإدمان:

العوامل الذاتية هي مرتبطة بشخصية المدمن، سواء كانت جسمية أم نفسية أم عقلية، وأهم هذه العوامل الذاتية ما يلي: (الهوارنة، 2018، الصفحات 31-33)

- خلل المستقبلات العصبية في خلايا الجسم، ولقد أوضحت الدراسات أن العامل الجيني الخاص بالميل نحو إدمان المخدرات أو الكحول يورث عند الأولاد بنسب معينة وتظهر الكحولية عند هؤلاء الأولاد تحت تأثير التعامل السلبي

غير الناجح من المؤثرات البيئية وقد أثبت العلماء أن هناك قابلية كبيرة لتوريث الاعتماد على الكحول والمخدرات بالإضافة لتوريث تواتر استهلاك الكحول والمخدرات وكميتها المستهلكة، والجينات التي يمكن أن تكون مهمة فيما يتعلق بهذا الترابط هي جينات مسؤولة عن استقلاب المخدر، والمستقبلات الخاصة بالنواقل العصبية، مثل السيروتونين والدوبامين وحمض ألغاما أمينوبوتيريك.

● الإدمان سلوك انتقامي لتحطيم الذات، فالمدمن يدمر جسمه وذاته، وبذلك يجبر الآخرين على رعايته، وهو يخسر بذلك صحته ولكنه يكسب الحنان والرعاية من الآخرين.

● الهروب من الواقع المؤلم، إن أبرز ما في خبرة الإدمان هو ما يسمى التخفيف من الأعراض، إذ يشعر المتعاطون

● قبل التعاطي بالتوتر وعدم الاستقرار والقلق وبعد تعاطي المخدرات يشعرون براحة والاسترخاء كما يتخلصون من المشاعر الخجل والانسحاب وعدم القبول به، فالمخدرات بالنسبة للمدمن متعة قصوى وإن لم تكن من المتع الإيجابية المثمرة فإنها تقلل من اتصاله بالواقع المثير للقلق عنده. فالمتعاطي يعيش في هذه الحالة كما لو كان خارج هذا العالم شاعرا بالرضا والسعادة وإنكار الواقع ميكانيزم دفاعي مهم عند المدمنين أكثرها استخداما كقوة فعالة لتجنب القلق والتوتر والخوف، إذ يتهرب المدمن عن طريق الإنكار مما هو محبط ومؤلم. آلية الإنكار هذه تتم عن طريق التجاهل ورفض الاعتراف بالواقع المحيط بالشخص وداخله المؤلم، كلما استفحل الأمر في استخدام الإنكار بالنسبة للواقع الموضوعي والحاجات الداخلية كان نذيرا باضطراب خطير في الشخصية.

● فقدان الحب والثقة وضعف تواصل المدمن مع الأشخاص الآخرين؛ إذ إن خبرات المتعاطي المتراكمة من الكف والإحباط وعدم الاعتراف تؤدي إلى خلق اتجاهات التشاؤم والاعتراب وعدم الثقة بالسلطة ابتداءً من الوالدين باعتبارهما المصدر الأول للإشباع والحماية ثم انسحاب هذا الاتجاه على السلطة عموما بما تنطوي عليه من نظم وأبنية اجتماعية باعتبارهما أيضا موضوعات إشباع حاجات الشخص للشعور بالحماية والأمن، وحالة عدم الثقة والخوف وفقدان الحب قد تنتهي بالشخص إلى التماس الإشباع عن طريق تعاطي المخدرات أو أشكال أخرى من سلبية وعدم الاكتراث.

● فقدان الشعور بالأمن، وعدم الثقة بالنفس؛ فالمخدرات تقوم بخفض القلق والتوتر الناجم عن مشاعر القصور والكف والإحباط والعودة بالتعاطي إلى حالة من الاتزان السار الذي قد يحميه من التردّي.

● الانحراف في إشباع الدوافع والرغبات التي فشل المدمن في إشباعها بطريقة إيجابية. (الهوارنة، 2018، الصفحات 31-33)

● الأمراض النفسية والعقلية: تشير الدراسات إلى ازدياد في التصاحب بين الاعتماد على المواد المخدرة والأشخاص المصابين بأمراض نفسية وعقلية بالمقارنة مع الأفراد غير المصابين بأي اضطراب نفسي، يعتبر الإدمان في هذه الحالة عرضا من أعراض الحالة المرضية الأصلية يزول بزوالها، وليس حالة مستقلة بذاتها، ومن أكثر الأمراض النفسية والعقلية إحداثا للإدمان، مثل: الفصام، الاكتئاب؛ إن المصابين بأمراض نفسية أو عقلية يلجئون إلى تعاطي المخدرات وذلك من أجل تخفيف من حدة الأعراض، وهي ظاهرة تسمى المعالجة الذاتية.

• **الدافع الجنسي** نتيجة الاعتقاد الخاطئ بفائدة المخدرات في تنشيط القدرة الجنسية، فالمخدرات لا تحسن الأداء الجنسي، بل هي على النقيض تماما تهدد الذكورة نفسها، بل تضعف المتعاطي جنسيا إلى حد يتعذر تداركه مستقبلا، وذلك لخفضها مستوى الهرمونات الذكرية في جسم الإنسان، أماتوهم التحسن في بداية التعاطي فمرجعه إلى اضطراب الوعي، وفقدان الإحساس بالزمن، فيظن أنه أمضى في الممارسة وقتا أطول، وهو أمر يخالف الحقيقة، ولا يعرف التدهور المستمر في قدرته حتى يفيق في النهاية على العجز الكامل. (الهورنة، 2018، الصفحات 31-33).

• **الصددمات النفسية:** يتعرض أطفال الأسر المدمنة، في معظم الأحيان، لبعض الصدمات النفسية الصارخة بشكل أو بآخر. والصدمة النفسية تعرف بأنها عبارة عن تجربة سلبية أو إن شئت فقل صدمة، يكون لها تأثير نفسي عميق ودائم.

وأكثر الصدمات النفسية شيوعا تلك التي تنجم عن العيش في أسرة يكون الأب فيها مدمن. ونسب 56 % من المراهقين الذين يدمنون المخدرات أو المشروبات الكحولية، أبأؤهم يدمنون تعاطي المخدرات مادة واحدة من مواد الإدمان، في أضعف الأحوال. ومن بين الصدمات النفسية الشائعة الأخرى، في مثل هذه الأسر، انتشار الأمراض الخطيرة أو الوفاة، وخاصة إذا لم يكن لدى الطفل مساندة عاطفية ومعلومات كافية عما يدور.

يضاف إلى ذلك، أن العنف البدني - بطبيعة الحال- من الصدمات النفسية الواضحة التي ترتبط بالإدمان في مراحلها الأخيرة. ومن بين 250 أسرة جرت مقابلتها في واحد من مراكز علاج المراهقين المدمنين، تبين أن الغالبية العظمى من تلك الأسر خبرت العنف البدني بشكل أو بآخر. وهذه الصدمات قد تكون واضحة وصارخة، مثلما يحدث عندما يضرب الطفل على مرأى ومسمع من الجميع، أو عندما يضرب في السر، أضف إلى ذلك، أن الطفل - ذكر اكان أم أنثى - يصاب بصدمة نفسية أيضا عندما يشهد العنف البدني يمارس ضد أي فرد من أفراد الأسرة. (باوندي، 1990، الصفحات 154-155)

أخيرا، فإن معدل الإدمان يرتفع بشكل غير عادي، بين الأطفال الذين يساء استعمالهم جنسيا عندما يكبرون ويصبحون راشدين. وعلى سبيل المثال، فإن نصف مدمنات الجنس، أسئ استعمالهن جنسيا عندما كن أطفالا. أضف إلى ذلك أن النساء اللاتي كنا ضحايا للاغتصاب أو غشيان المحارم عندما كن أطفالا الأرجح لهن أن تصبحن مدمنات بشكل أو بآخر، وذلك على العكس من أولئك النساء اللاتي لم يخضعن لتلك الصدمة النفسية بصورة خاصة.

فالأطفال عندما يتعرضون للصددمات النفسية في منازلهم، يغلب عليهم أن يكشفوا أو يستعرضوا " أعراض التوتر ما بعد الصدمة "، التي يعاني منها المحاربون والتي تتمثل في: الاكتئاب، الكوابيس، الخدر العاطفي، الانسحاب السلبي، والعدوانية غير المصحوبة. والطفل إذا ما مر بتجربة الصدمة النفسية في طفولته، يصبح معرضا للإدمان، والسبب في ذلك أن الطفل - ذكرا كان أم أنثى - إذا ما أراد أن يواجه العار والخزي، وقلة الحيلة، والغضب الذي تفرزه الصدمة النفسية، فإنه ينمو لديه ميل طبيعي إلى " تخدير " مشاعره - وهذا هو ما تفعله أدوية الإدمان على أفضل وجه. (باوندي، 1990، الصفحات 154-155)

- ضغوط ما بعد الصدمة: هناك علاقة بين تعاطي المواد التفسية المختلفة واضطراب ما بعد الصدمة تشير إلى أن هناك دافعا قويا لدى مريض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة أن يحاول تجنب هذه الأعراض وهو ما يقوم به وجود مخدر أو مادة كحولية أو من المواد التفسية المختلفة، ويبدو أن دوافع الإدمان والتعاطي إن اختلفت أشكالها وأنواعها، فالأسباب المرضية مشتركة حيث إن الضغط الصدمي يفرز ما يسمى بالمزاج الإيجابي كميزان للفرد – إن عرقلة هذا الميزان يسبب زيادة إنتاج مادة الكولونرجك (Cholinergic) وهي مادة كيميائية زيادتها تسبب اضطرابات سلوكية وإجهاد ما بعد الضغط الصدمي إلى أن تلك الأعراض تتضمن التجنب والانفعال والانقباض والكآبة العاطفية، وهذه التغيرات الكيميائية والفسولوجية والتفسية في الجسم، كالشعور بالأرق أو مشكلات النوم تعد دافعا يجذب الفرد لمحاولة الهروب من تلك التغيرات لتعاطي إحدى المواد التفسية كوسيلة للهروب وضبط الحالة المزاجية في بعض الأحيان وتجنب إعادة الخبرة المزعجة. (جمعة، 2018، صفحة 69)

2.9. العوامل البيئية اجتماعية للإدمان:

- العقاقير وتوفرها في المجتمع: لن يكون هناك إدمان إذا لم تتوفر العقاقير التفسية في المجتمع، ولهذا السبب وجهت الجهود الوقائية على المستوى المحلي والإقليمي والدولي للحد من انتشار هذه العقاقير. فإذا لم تتوفر المخدرات للأفراد في المجتمع ما فإن حتى أولئك الذين لديهم قابلية لإساءة استعمال العقاقير لن تتطور لديهم مشكلة تعاطي المخدرات.
- الأفكار والمعتقدات الخاطئة عن المخدرات: هناك العديد من الأفكار الخاطئة المرتبطة بالتعاطي والإدمان وقد تمثل تلك الأفكار والمعتقدات وسببا للتعاطي والإدمان، ومن أهم تلك الأفكار على سبيل المثال:
 - تنسي وتبعد الإنسان عن الهموم الدنيا.
 - تنقل الإنسان من الشعور بالكآبة إلى السعادة.
 - تنشيط الفرد جنسيا.
 - تجعل الفرد يشعر بنشوة أكثر في المعاشرة الزوجية.
 - تخفف من المتاعب الجسمية.
 - تجعل الفرد يعيش في عالم من الأحلام.
 - تشعر الفرد بالشقوة والشجاعة.
 - تجعل الفرد مرحا.
 - تجعل الفرد القدرة على بذل المجهود دون الشعور بالتعب.
 - تجعل الفرد مبدعا. (جمعة، 2018، صفحة 57)
- الرفاق: تعتبر مجموعة الرفاق من العناصر المهمة في البيئة الفرد خاصة في مرحلة المراهقة، فمواقف هذه المجموعة واتجاهاتها نحو المراهق تترك أثرا بالغا على سلوكه ذلك أنه يحتاج إلى قبول رفاقه له وعدم فوزه به يؤدي إلى الإحباط والحزن والتوتر، وتزود مجموعة الرفاق الفرد بأنماط معينة من الروابط الاجتماعية وجملة من المعايير السلوكية المختلفة والمعلومات التي يحتاج إليها لمقارنة أدائه بأداء الآخرين من حوله. ومن خلال هذا كله قد تدفع مجموعة

الرفاق بالفرد إلى السلوك على نحو لا يرغب فيه شخصياً. فضغوطات الرفاق ترغم الفرد على الامتثال لمعاييرها وهذا الامتثال قد ينجم عنه أنماط سلوكية إيجابية وأنماط سلوكية سلبية. وقد لوحظ أن العديد من المشكلات والاضطرابات (بما فيها مشكلة المخدرات) ترتبط بالانطواء والانفعال الاجتماعي وعدم القدرة على بناء العلاقات الاجتماعية الطبيعية مع الآخرين والحفاظ عليها، ومن جهة أخرى فإن ضغوطات الرفاق من العوامل المهمة التي تكمن وراء مشكلة تعاطي المخدرات لدى الشباب، فإذا كانت المجموعة التي ينتمي لها المراهق تتعاطي المخدرات فهو على الأغلب سيجرب تناول العقاقير ولو بهدف مجارة المجموعة، وأنه لمن الصعوبة على الفرد أن يتعاطي المخدرات دون مجموعة من الرفاق يشعر معها بالاسترخاء والأمن، وإن تأثير الرفاق كان أقوى من تأثير الأسرة فيما يتعلق بتطور هذه المشكلة. فثمة عوامل أخرى غير ضغوطات الرفاق تؤثر على المراهق، ومن هذه العوامل عدم النضج النمائي الذي يعتبر أحد الأسباب الرئيسية التي تقود بالمراهق، إلى الاعتماد الجسدي على العقاقير الخطرة، فمرحلة المراهقة في معظم المجتمعات البشرية إنما هي مرحلة أزمة في الهوية على الفرد فيها أن يتخذ قرارات حاسمة يترتب عليها آثار طويلة المدى على مجرى حياته. ويعتقد البعض أن عملية اتخاذ القرارات المصيرية في هذه المرحلة بالغة الصعوبة، ولعل بعض المراهقين يلجأون إلى العقاقير، وذلك في حالة توفرها كمحاولة لتجنب اتخاذ هذه القرارات.

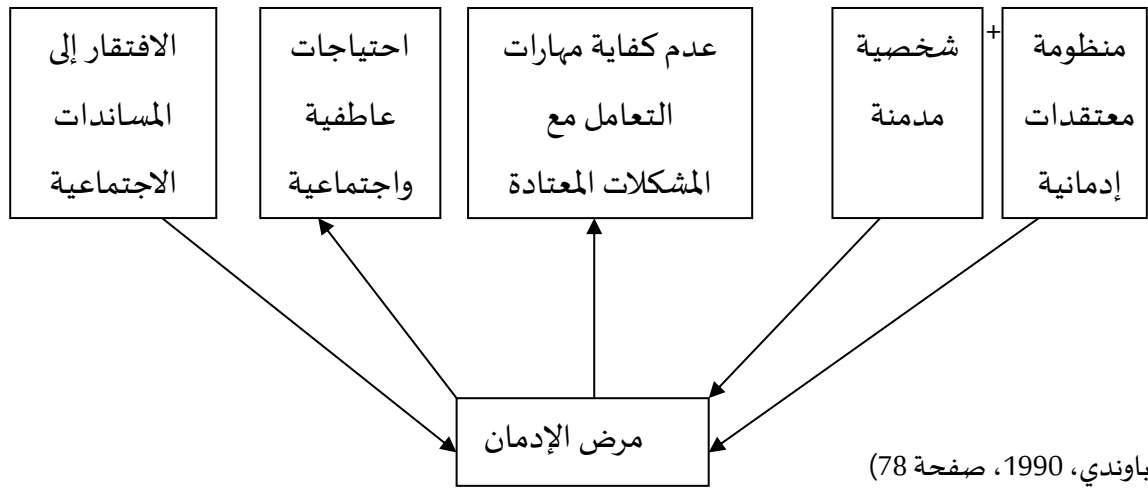
● الأسرة: يدرك العاملون في الأوساط الاجتماعية والنفسية والتربوية الأثر البالغ للأسرة. وبخاصة الوالدين، على تشكيل شخصية الفرد، فأساليب معاملة الآباء والأبناء لها دور حاسم في مفهوم الأبناء لذواتهم وأنماط تكيفهم ومستوى شعورهم بالأمن وقدرتهم على التغلب على مشكلات الحياة اليومية. وقد دفعت هذه الحقيقة بالمختصين في ميدان العلاج الأسري إلى النظر إلى المشكلات التي يعانيها الأفراد على أنها مجرد أعراض لصعوبات على الصعيد الأسرة. فالفرد هو الذي تظهر لديه الأعراض المرضية، ولكن الأسرة هي التي تعاني. وتبين مراجعة الأدبيات المتصلة بالإدمان أن الإفتراض السائد هو أن وجود الشخص المدمن يعني وجود أسرة مضطربة. وقد كتب فوث 1981 يقول أن الاضطرابات النفسية التي تقود الفرد إلى إساءة استعمال العقاقير المخدرة إنما هي نتاج لنوعية البيئة الأسرية وأنماط التنشئة الأسرية وأنه يصعب فهم مشكلة الإدمان دون إدراك المتغيرات الأسرية ذات العلاقة الوظيفية بالصحة النفسية وقوة الشخصية والنضج والقدرة على تحمل المسؤولية. فقد أكد هذا الباحث أن مشكلة الإدمان في الولايات المتحدة الأمريكية أصبحت كارثة وطنية بسبب المشكلات المتصلة بنظام الأسرة وطرائق تربية الأطفال. وتشير الدراسات إلى أن المتغيرات الأسرية التالية ترتبط بتطور مشكلة الإدمان لدى الأبناء:

- عدم تماسك الأسرة.
- اتجاهات الوالدين نحو العقاقير أو إساءة استعمالهما لها.
- غياب التواصل الفاعل بين الآباء والأبناء وعدم تعبير الآباء عن حميمهم للأبناء.
- عدم تمسك الأسرة باصول الدين (ضعف الوازع الديني).
- إعطاء الآباء للأبناء الحرية المطلقة والاستقلالية التامة من جهة أو فرض القيود الشديدة عليهم من جهة أخرى.
- انفصال الآباء عن الأبناء لسبب أو لآخر.
- الخلافات الحادة والمستمرة بين الوالدين.

فكما أن اضطراب السرة قد يؤدي إلى تعاطي الأبناء للمخدرات فإن تعاطي الأبناء للمخدرات سيقود على أسرة مضطربة أيضا؛ بعبارة أخرى أن تعاطي الابن للمخدرات قد يكون سبب اضطراب الأسرة وليس نتيجته. (الخطيب، الصفحات 20-23)

فالمدمن قد يسرق ممتلكات الأسرة ويبيعها ليحصل على المخدرات وهو قد يتسبب في أزمات متلاحقة لأسرته، أو قد يتجنب التفاعل مع أسرته وأصدقائه وأقاربه ليقضي الوقت كله مع المجتمع كمدمن، فقد وجد شين ورفقائه 1964 أن البيئة الأسرية المضطربة تؤدي إلى ذات ضعيفة وهذه الذات تتصف بعدم القدرة على تقويم الواقع أو توجيه الذات، وبعدم تقبل الإحباط وبعدم قبول الذات وبعدم الشعور بالشخصية الذاتية والهوية الذاتية. ومن المتغيرات الرئيسية المتصلة بالذات الضعيفة رفض الأم لابنها أو معاملته بعدوانية وبحمائية زائدة والفروق الاجتماعية والثقافية الكبيرة بين الأم والأب من جهة وبين المجتمع المحلي من جهة أخرى وعدم وجود علاقة مودة واحترام بين الأب والأم، وعدم توافق طموحات الوالدين وتوقعاتهما مع القدرات الحقيقية للابن. (الخطيب، الصفحات 20-23).

العوامل الخمسة الرئيسية:



الشكل رقم (1) العوامل الخمسة الرئيسية

10. الصدمة النفسية في علاقتها بتناول المخدرات:

الأبحاث التي ارتبطت بالعلاقة بين الإدمان وإجهاد ما بعد الصدمة النفسية والتي تمت بالنسبة لقدماء المحاربين وضحايا الاعتداءات الجنسية بينت أن الأفراد الذين يعانون من ضغط ما بعد الصدمة النفسية ومن تناذرت أخرى لها علاقة بحادث صدمي تم التعرض له أثناء الطفولة من شأنهم أن يمثلوا أكثر احتمال إدمان على المواد.

في ميدامو Medamo (2003) ومعاونيه حاولوا التعرف على درجة ونوع سوء المعاملة في الطفولة والإكثار من استهلاك المواد. إن أشكال سوء المعاملة أثناء الطفولة تشترك مباشرة مع الضيق السيكولوجي الذي يمكن أن يفسر

الاستعمال المتكرر للمواد للتقليل من حالة الضيق والشدة، العلاقة الأكثر قوة بين الضغط ما بعد الصدمة واستهلاك المواد تم إبرازه عند النساء.

لكن عندما نهتم بصفة ذاتية بآثار الصدمة: اضطرابات نفس مرضية أخرى مشتركة مع ضغط ما بعد الصدمة ومع استهلاك المواد تظهر ولا يمكن إهمالها، القلق والاكتئاب يمثلان اضطرابات مشتركة ومتكررة، المرضى المكتئبين قد تعرضوا لأكثر الأحداث السلبية واستفادوا من أقل دعم عائلي بالمقارنة مع المرضى المراقبين، مما يفسر قابلية التعرض (انجراحية) أكبر في استهلاك الكحول والمخدرات.

الأفراد الذين يمثلون أعراض مرتبطة بضغط ما بعد الصدمة معرضون لمخاطر استهلاك المخدرات بهدف التخفيف من قلقهم، هذه العلاقة تمت دراستها كذلك بالنسبة لقدماء المحاربين في فيتنام وكذلك حرب الخليج، وكمحاوله لتهديئة القلق المزمن واضطرابات النوم وتحمل الكوابيس التي تتكرر، الأفراد يستهلكون الكحول والمخدرات في إطار مداواة ذاتية تجاه انفعال ناتج عن ضغط ما بعد الصدمة وأحيانا عن إحساس بذنب البقاء على قيد الحياة، هذا الاستهلاك يساعد في الحصول على أحاسيس وعلى نسيان في حين أنه يؤدي إلى إنتاج آثار لا تدوم ولا تقضي على الضغط النفسي لما بعد الصدمة. (أمليبي، 2011، صفحة 79)

11. النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

1.11. من وجهة نظر البيولوجيين:

هناك عوامل بيولوجية متنوعة بإمكانها أن تساهم في قيمة الإدمان:

1.1.11 الوراثة:

أظهرت دراسات التوائم والأولاد بالتبني أن إمكانية الاستعداد الوراثي بشكل عام ضعيفة في الإدمان، والهشاشة البيولوجية التي كشفها الدراسات الوراثة قد تمثل استعدادا غير مباشر لاستعمال الإدمان عند المراهقين. إن خطر المتزايد للاضطرابات المرتبطة باستعمال المخدرات عند الأطفال الاكتئابيين مكن من الإيحاء بوجود هشاشة وراثية مشتركة بين مظاهر نفس مرضية متنوعة تتجلى في اضطرابات معينة مثل الاكتئاب، الإدمان على الكحول والتبعية للمخدرات. (أمليبي، 2011، صفحة 82)

تعاطي المخدرات ممكن أنه يعود إلى أسباب ذات طابع وراثي، وأن نموذج الاستعداد الوراثي يفترض وجود استعداد وراثي داخل الأسرة، فأبناء متعاطي المخدرات ينتشر بينهم التعاطي دون تحديد الميكانيزم المسئول عن التعاطي. (العمرى، 2017، صفحة 377)

2.1.11. الاتجاه العصبي البيولوجي:

المواد المنشطة نفسيا تؤدي إلى أحاسيس وتغيرات في النشاط الذهني والسلوكي للمستهلك لأنها تؤثر في الدماغ. الاختلالات المتكررة المرتبطة بالسلوكيات الإدمانية تمس أساسا نظام التعويض أو ما يسمى بنظام اللذة والألم. منذ سن

مبكرة وحسب تجارب متقدمة، هذا النظام سوف يلعب دور في تسيير الانفعالات والمخدرات تؤثر في هذا النظام وهكذا الاستهلاك المزمع للمخدرات يؤدي إلى تنشيط غير عادي ومتكرر لنظام اللذة والألم.

كل المواد والمخدرات تدعم تحرير الدوبامين في النواة وفي قشرة الدماغ، هناك بعض النظريات البيولوجية والتي تفترض وجود نوعين من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية، (أمليلي، 2011، صفحة 82)

مستقبلات دوراني يؤدي تفاعلها مع العقار الدوائي إلى المفعول الدوائي ومستقبلات ساكنة غير نشطة لا تتفاعل مع العقاقير، يؤدي الاستهلاك العقاقيري المستمر إلى تنشيط المستقبلات الساكنة لتصبح مستقبلات دورانية أيضا. يؤدي تكاثر المستقبلات الدورانية إلى حاجة الشخص إلى جرعات متزايدة من الدواء والإدمان، إن التحمل وعورض الفطام يمثلان قيمة ثانوية تساهم في استمرارية تعاطي المخدرات وفي تفاقم هذا الاستعمال. (أمليلي، 2011، صفحة 82)

2.11. من وجهة نظر التحليل النفسي:

سجموند فرويد:

تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، يتمثل الأساس الأول في الصراعات النفسية تعود إلى: الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الإشباع الجنسي والبرهاني وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات، فإنه يلجأ إلى التعاطي، ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر، وتفسر نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة التي تتجاوز الثلاثة أو الأربع الأولى بشكل عام؛ يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدء التعاطي، فإذا استمرت وزادت فإنها تساعد على الاستمرار، والمبالغة في التعاطي يصبح الفرد فريسة للعقار الذي يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر، حيث لتكوين الشخص دورا مؤثرا في الميل أو الاعتمادية على سلوك معين، فالشخصية قلقة التحمل للضغوط الاجتماعية أو التي لديها نزعة قلق، والشخصية سليمة التأثر أو المنقادة، يمكن أن تتجه للإدمان عند مواجهتها للإدمان لأي مشكلة أو عند تأثرها بالأصدقاء. (قبقوب و سعيدي، 2015، الصفحات 223-224)

وتوضح نظرية التحليل النفسي الإدمان على أنه يتطور عندها يتعاطى الأفراد الكحول والمخدرات لتتولد لديهم مشاعر السعادة، ومشاعر الهروب من الألم، ويمكن أن يدفع الصراع بين ID والأنا Ego، والأنا الأعلى Super-ego الفرد للتعاطي في سبيل التخلص من القلق. ومن مطالب الأنا الاهتمام بالذات وحفظها من الأذى.

كما أن الاضطرابات الذاتية وهدم الذات من خلال الإدمان هي إشارات لإضعاف مطالب الأنا والأنا تقوم بتنظيم المشاعر أيضا.

فالإدمان يمثل أحد أشكال الدفاع ضد التبعية الغيرية والتهديد النرجسي الذي تسببه، فالتبعية فيه تحدد بالتوظيف المضاد لشبه موضوع بديل يأخذ مقامه المخدر. لقد أمكن اعتبار المخدر " كموضوع انتقالي مرضي " لا يخلق

تغيرا دائما للبنية النفسية ويجب البحث عنه باستمرار في العالم الخارجي "كبدل رمزي للألم في مرحلة الطفولة الأولى"، (قبوقب و سعيدي، 2015، الصفحات 223-224)

فيعتقد المراهق أنه يتوصل إلى حالة الاكتفاء الذاتي ولا يعود يتبع رغبة الآخر ولكنه حين يريد التحرر من سلطة الموضوع سوف يقع في عبودية التبعية للمخدرات. (قبوقب و سعيدي، 2015، الصفحات 223-224).

فمنذ أن يركز الفرد حياته حول المخدرات يلحظ تغيرات في المزاج والإدراكات، هذا الأثر المخدرات هو بناء شاشة بين الذات والعالم الداخلي والخارجي.

بالنسبة جويس ماك دوكلاس Joyce Mc Duogal (1978) الإدمان يعود إلى مفهوم العبودية ويكشف عن صراع غير متساوي للفرد مع جزء منه بالذات، والسلوكات الإدمانية تتمتع بوظائف إنها تقاوم الألم النفسي، والصراعات، إنها ليست أعراض بالمفهوم التحليلي النفسي، إنما الحاجة الحاضرة لموضوع الإدمان تلعب دور شاشة حامية شبيهة بالدور تلعبه الأم تجاه رضيعها.

يذكر ديسكومبي J.p. Descomby (2005) فيما يخص الإدمان على الكحول المكانة الخاصة للشخصيات النرجسية التابعة لمحيطها، غير المهيكلة والاكنتابية، تصبح المخدرات وسيلة لإعادة اتفاق كامل بينهم وبين محيطهم، هي وسيلة للعودة إلى التبعية الأولية الحامية من خطر الانفصال.

من الزاوية النرجسية أعمال فيليب جامي Philippe Jeammet (1995) المتخصص في المراهقة ساهمت في تفسير العملية الإدمانية حيث ركز على العلاقة التي أقامها بين الاضطرابات الانفصال والبحث المتناقض عن موضوع خارجي، وبين استحالة العلاقة مع الموضوع اللبيديو ومحاولة التحكم في موضوع خارجي، ولقد تساءل حول العلاقة الأولى المبكرة بين الأم والطفل من أجل دراسة القواعد النرجسية التي لها علاقة مع النرجسية الأولية وتحقيق الشهوة ذاتيا. تجارب الانفصال أثناء الطفولة تكشف عن نوعية مصادره الداخلية ومصادر العلاقات الغيرية الأولى والتي سماها بالقواعد النرجسية. (أمليبي، 2011، الصفحات 81-82)

هذه الأخيرة تعرف بأنها تضمن استمرارية الفرد وديمومة استثماره لنفسه، هذه القواعد ترتقي على دعائم متنوعة لكن لا يمكن أن تتكون إلا انطلاقا من العلاقة مع الموضوع، عجز هذه القواعد النرجسية تستلزم أن استثمار الموضوع واندماجه يمثلان تهديدا للنرجسية. الحل الإدماني يبدو كنوع من الحل الوسط لحل الصراع بين المحور الغيري والمحور النرجسي وبين النزوة والنرجسية.

من منظور التوظيف النفسي وصف جامي التبعية المرضية كاستعمال لأغراض دفاعية، واستثمار لواقع نفسي داخلي عاجز، والسلوك الإدماني كسند خارجي يحتاج إليه الفرد لتوازنه ولا يجده في مصادره الداخلية (أمليبي، 2011، الصفحات 81-82)

3.11. من وجهة نظر السلوكية:

هناك الكثير من الأبحاث الخاصة بالنظرية السلوكية لإدمان المخدرات، ولكن السلوكيين فظلوا مفهوم طبيعى يتمثل في خفض التوتر ينسبون إليه إدمان المخدرات؛ فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخففوا من مشاعر الألم، الغضب، الضيق وخاصة القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر، فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات ومرات متتالية. ونجد أن السلوكيين يحاولون تفسير سلوك الإدمان من خلال نظرية التعلم، ويرون أن إدمان الخمر والعقاقير هو سلوك متعلم، فالشخص الذي يعاني القلق يتعاطى مخدرا، فيشعر بالهدوء والراحة، ويعتبر هذا الإحساس بمثابة التعزيز الإيجابي ليتناول المخدر في مرات لاحقة، وبتكرار التعاطي يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التي تحدث من خلال انقطاعه عن المخدر، ويستمر الإنسان في تعاطيه للمخدر رغم علمه بما له من آثار سلبية، وذلك لأن هذه الآثار السلبية لا تحدث عند تعاطي المخدر، بل تظهر بعد فترات تتراوح في الطول، والمعروف أن في التعلم كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويلا، ضعف تعزيز ذلك السلوك، سواء كان تعزيزا سلبيا أو إيجابيا ويرتبط الشعور السار الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيه للمخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة، وتصبح بمثابة ميزات شرطية تدفع الفرد للتعاطي.

ويتفق ليند سميث 1968 lindh smith في أن الإدمان سلوك مثل أنواع السلوك الأخرى، فهو متعلم من خلال الاشتراط، وهو مشابه بكثير لنفس الطريق الذي يسيل لعاب كلاب بافلوف من صوت الجرس، وقرر هنا أن المثير مرتبط بالانسحاب مثل الناس أو الأماكن خلال خبرات الانسحاب، وقد ميز سميث بين إدمان المخدرات واعتيادها فالإدمان سلوك متعلم أساسا من خلال التعزيز السلبي الناتج من أعراض المنع، وأيضا التعزيز الإيجابي الناتج من الأثر المريح للمخدر الذي يرتبط بإحكام مع الاعتياد على استخدام المخدر، فالسلوك يمكن أن يتعلم من اقتران الاستجابة مع تعزيز موجب (مكافأة)، أو آثار مبغضة (تعزيز سالب)، فإدمان المخدرات مرتبط بخبرات الأفراد عن غياب المخدر والألام المصاحبة، (اسماعلي وبعيبي، 2017، الصفحات 52-56-57).

فلو تحقق المدمن من أن قلقه وضيقة وتوتره ناتج عن غياب المخدر، وأستطاع الحصول على جرعة تجعله يتغلب على هذه المشاعر ازدياد حبا للمخدر، وعاود الإدمان من جديد بعد فترة منع ويحدث الانتكاس.

ويحدث الإدمان وفقا للسلوكيين نتيجة لارتباط تعاطي المخدرات بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه المخدر من آثار سارة، وكذلك نتيجة وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر، وبذلك يكون الإدمان سلوك يتعلمه الإنسان من البيئة المحيطة به، مع أن هذه المجموعة دون غيرها من الأفراد، وما هي الدوافع لتعاطي المخدر، وهل أن مجرد وجود المخدر يكون دافعا أو مثيرا شرطيا للتعاطي والإدمان، أم أن هناك عوامل أخرى موجودة وكامنة في شخصية المدمن وأيضا في بيئته تميزه عن غيره من الأشخاص وتجعله مستعدا للإدمان؟ (اسماعلي وبعيبي، 2017، الصفحات 52-56-57).

نظريات التعلم: حاولت نظريات التعلم أن تفسر أسباب لجوء بعض الناس إلى الإدمان على الخمر، فيرى بعض المنظرين أن تناول الخمر ما هو إلا انعكاس إشراطي لأنواع معينة من المثيرات، أو أسلوب للتقليل من اضطراباتهم وقلقهم ومخاوفهم. ووفقا لمبدأ اللذة تؤمن مثل هذه النظريات بأن الناس يقبلون على المواقف المفرحة واللذيذة، ويتمردون على

الشيء المحزن والمؤلم أو المواقف التي تثير التوتر والضغط، فالفرضي الأساسية لنظرية التعزيز التعليمية، وهي أن العملية التعليمية لأي ارتباط بين مثير واستجابة، إنما تتطلب بالتأكيد وجود نوع من المكافآت. ويقترح "دولارد وميلر Dollard and Miller"، بأن الخمر هو المعزز؛ لأنه يؤدي إلى التقليل من الخوف والصراع والقلق في حين يعتقد "باندورا Bandura" بأن تناول الخمر بصورة مفرطة؛ إنما يتم من خلال التعزيز الإيجابي الناجم عن المثبط المركزي والعناصر المخدرة للكحول، فالأفراد الذين يكررون استعماله نتيجة لتعرضهم لضغوطات بيئية، هم الذين سيكونون أكثر عرضة للإقبال على تناول المخدرات وبشكل أكثر من أولئك الذين يتعرضون لضغوطات أقل والذين تعتبر المخدرات بالنسبة لهم ذات قيمة تعزيزية ضعيفة وامتدنية.

4.11. من وجهة نظر المعرفية:

ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور الاضطراب النفسي للكائن البشري، وهذه النظرية لا تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية. (دهان، 2017، صفحة 91).

فالعنصر المعرفي حسب هذه النظرية يعتبر العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد فعل انفعالي، على هذا فالاضطراب النفسي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن النفس أو عن المحيط الخارجي. ويعتبر الفرد حسب أنصار هذه النظرية عن الاضطراب بعدة طرق، فقد يصاب بالقلق أو بالاكتئاب أو قد يدمن على المخدرات.

امتداداً لهذه الأفكار فإن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على استمراره هي "التحمل المنخفض للإحباط" تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتبقيه، وهي: الانسجام كنموذج للتعامل مع مواقف الصعبة، الانسجام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيراً نموذج الحاجة إلى الإثارة.

ولقد حاول باك Beeck (1993) وآخرون تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان على المخدرات، حيث افترضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهي معتقدات التوقع، معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم ومعتقدات للإباحة. فقد يقبل بعض الأفراد الذين لديهم الاستعداد، استناداً لهذا النموذج على تعاطي المخدرات نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات أطلق عليها مارليت Marlatt و غولدن Gordon (1985) اسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف على أنها "كل وضعية تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الانتكاس". (دهان، 2017، صفحة 91).

5.11. نظرية السمات (Trait Theory):

ترى نظرية السمات بأن هناك سمات شخصية وخصائص معينة تفرض على الأفراد وتحفزهم نحو الإدمان، وقد جرت محاولات عديدة من أجل تحديد المدمن وفقاً لأنماط الشخصية وميزاتها.

فقد حدد بلين بعضاً من سمات الشخصية المدمنة، وتتضمن هذه الميزات: حالة الكآبة المتدنية الدرجة؛ حب الاختلاط بالآخرين؛ ومشاعر الوضاعة (الإحساس بضعة النفس وهوانها) والمختلطة باتجاهات النمو والفرع والاعتمادية على الغير.

6.11. نظرية الباب المفتوح:

تفترض نظرية الباب المفتوح بأن استخدام المخدرات بعينها يترك الأبواب منسجعة لاستخدام المخدرات الأكثر عنفاً وضرراً. فقد استنتجت كثير من الدراسات السائدة بخصوص المراهقين؛ أن استخدام التبغ ثم استخدام الكحول سيستمر متقدماً لاستخدام المخدرات الأخرى. وهناك نظرية الأشياء المتيسرة – الوفرة (Availability Theory) التي تؤكد بأنه كلما زاد الإقبال على المواد المخدرة أو سلوكياتها مثل: لعب القمار أو جنس أو التسوق المرضي ازدادت حدة الإدمان ووفرته، وتهتم النظريات الاقتصادية بالتكلفة الاجتماعية للإدمان. (الركابي، الصفحات 92-93).

7.11. المقاربة النفسية الاجتماعية:

فتفسر الإدمان في ضوء ما يوفره المدمن من متعة وتحسين للتفاعل الاجتماعي، وإشباع لحاجة الشعور بالقوة، والإبطال المؤقت لتأثير الضغوطات وإنساءه للذكريات المؤلمة. (باهمية، 2013، صفحة 16).

1.7.11. مخدرات وثقافة:

هناك روابط وثيقة بين الطقوس، الأساطير والمخدرات، ينظر إلى هذا الأمر بالاتجاه الأنثروبولوجي، عالمياً هناك حضور للمخدرات في الأعماق الثقافية والدينية لتاريخ الإنسان، ويرتبط هذا السياق باعتقادات ورميزات لكل المراحل والأماكن على سبيل المثال استعمال الفطريات المولدة للهلوسة في أمريكا الوسطى وبالخصوص عند الهنود الآسيويين.

إن كل مجتمع بحاجة إلى أساطير مؤسسة ومن التفاهة إنكارها إنكار حاجة الإنسان للغة الرموز، البادئ، الأمل المشترك. (أميلي، 2011، صفحة 84)

2.7.11. المخدرات وتكنولوجيا الذات:

في المجتمعات التقليدية استعمال المخدرات يدرج دائماً في رمزية وطقوسية جد واضحة ودقيقة فكما ذكر كلود ليفي ستراوس Claud Levi Strauss المخدرات انفجارية ومضخمة لمقال كامن والذي تحافظ به كل ثقافة.

المجتمعات المتطورة قامت بإنتاج متطور للعديد من المواد الجديدة إلى درجة عدم تمكن ثقافات هاته المجتمعات من تأطيرها وهذا ما أدى ولو جزئياً إلى تمركزها في هذه الأنظمة الثقافية.

الأحداث المهمة التي يعرفها العصر فيما يخص التنظيم الاجتماعي والتمثيلات الثقافية، اكتشاف الذات والتحطم في الأهواء المتناقضة ترغم كل واحد على الدخول في طرق عميقة داخلية، تدفع الفرد للبحث عن ذاته وعن نفسه وبناء هويته لكن مثل هذا التحكم في الذات يكون ثقيل الوزن خاصة المرتبط بالمسؤوليات الجديدة والتغيرات العامة السريعة

التي تتطلب من الفرد التغلب على الخطر وإلا فإنه سيفقد نفسه وبناء هويته لكن مثل هذا التحكم في الذات يكون ثقيل الوزن خاصة المرتبط بالمسؤوليات الجديدة والتغيرات العامة السريعة التي تتطلب من الفرد التغلب على الخطر وإلا فإنه سيفقد نفسه، وفي ظل هذه الوضعية وللبقاء تظهر العديد من العلاجات التي تقود إلى التحسن كتقنيات الاتصال الجيد (أميلي، 2011، صفحة 84)

وكذلك صور التكنولوجيا السيكوصيدلانية التي تسمح بمكانة أكبر لخدمة البقاء وبهذا أصبحت مصادر دائمة للتصحيح، غير أن الاختلاف بين اللجوء إلى المواد الكيميائية العلاجية المسموحة من طرف الطبيب والمواد الأخرى.

وعلى العموم تصب النظريات الاجتماعية في تفسيرها للإدمان على محددات ترتبط بالدور الاجتماعي والفشل في أداء الأدوار الاجتماعية المنوط بها الفرد، وكذا الخلل الوظيفي للمجتمع الذي يؤدي إلى ظهور مثل هذه الظواهر والصراع مع القيم الاجتماعية.

وتشير دراسات إلى ارتباط الإدمان بالحاجة الاجتماعية للفرد المدمن وكذا الطبقة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

8.11. المقاربة النسقية:

الإدمان على المخدرات في هذا المنظور هو عبارة عن توتر في المحيط والذي سيمس الفرد، هذا الأخير هو في نفس الوقت الحامل للعرض والعرض في حد ذاته.

فهم هذا التوتر يركز على نظرية الاتصال من خلال هذا المنظور استخرجت النسقية الإكلينيكية أنواع مختلفة من العائلات حسب نماذج اتصالها الداخلي: العائلة المتواطنة – لاشعورية، العائلة المصابة بالضلال، غياب الأب / وجود كلي للأم، العائلة ذات الرسائل المتناقضة وكذلك الأساطير والأسرار الأسرية... (أميلي، 2011، الصفحات 85-86)

طرح بيار وسيلفي أنجل Pierre et Sylvie. Angel العديد من الإشكاليات الحاضرة في عائلات المدمنين على المخدرات:

* الانفصالات المستحيلة: عندما الإدمان على المخدرات يصون شرعية الطفل في البيت العائلي لتجنب أن يواجه الوالدين الوحدة (الانعزال) الخاصة بهم في مضمون الحداد.

* سلوكات زنا المحارم والشبيهة بذلك.

* مشاكل المثاقفة: عندما يجب على الشباب الخضوع لنظام ثنائي القيم وفي بعض الأحيان متناقض.

* تجاوز ما عبر الأجيال: تجاوز للقانون من طرف الوالدين، انحراف أو إعجاب بالسلوكيات الانحرافية.

في النسق العائلي مصطلح السببية لا يستجيب للمخطط الكلاسيكي " مثير – استجابة " ولكنه يأخذ بعين الاعتبار البعد الدوراني حيث أن الاستجابة على علامة تصبح بدورها مثير بالنسبة للفرد الذي أنتجها. من المدمن على المخدرات

وعائلته وكذا الدور الذي يلعبه كل واحد من أفرادها في ظهور، تواصل وعلاج سلوكيات الإدمانية التبعية. (أملي، 2011، الصفحات 85-86)

إن الحالات النزاعية العائلية هي ظاهرة يمكن أن تأخذ عدة أشكال 1 او معاني مختلفة. يمكن قبل كل شيء أن يتعلق الأمر بصراع بين الأجيال وبين الأزواج يمكن أن يكون هنالك صراع حول مسائل السلطة والسيطرة وكذلك حول تصورات والقيم.

لما يكون الطفل رهان للصراعات العائلية: هنا يبدو أن الشاب المدمن على المخدرات قد استخدم كرهان في الصراعات العائلية، ومن هذه الكلمة الأخيرة نفهم أن الأمر يتعلق بالصراع بين الوالدين وخاصة صراع السلطة من جهة أخرى يتعلق الأمر بالصراع بين الأجيال: بين الوالدين وآباءهم.

ومن كلمة رهان نفهم بأن الطفل سوف بدقة نقطة التحذير التي سوف تثبت وتتطور حولها الصراعات، أن الطفل سوف يكون ذريعة دائمة لاندلاع الشجارات والشتم بين الوالدين كما قد تكون السبب في إحداث القطيعة.

هنا يتعلق الأمر بالوالدين يعانين من عجز على لعب دورهما كوالدين. المسؤوليات تجاه الطفل لم يتم تحديدها والتعرف عليها والطفل يدرك كمكان بسيط للصفقات مع الأشخاص المعنيين بالصراع. إذن الطفل أصبح وسيلة.

هذه الاختلالات العلانية الخطيرة تعكس عند الأولياء ركود قدرتهما على التهيؤ. كأسباب لهذه الاختلالات يجب الإشارة إلى النقص العاطفي الذي تعرض له الوالدين وبالتالي حاجتهما الكبيرة للحماية العاطفية.

ومهما يكن فإن الاستقلالية الحقيقية للطفل في زمن مراهقته لا يمكن أن تتحقق لأن هذا الأمر أصبح وسيلة ضرورية للوالدين أو لأحدهما لكي يعبر عن موضعه في البنية العائلية ولكي يحتمي في هذا الموضع من المعرضة التي يمكن أن يكون موضوعها.

يتمحور العمل العائلي على محورين: التاريخ العائلي (القوانين، الأساطير، القيم...) والتفاعلات الاتصالية داخل الحلقة العائلية.

يقوم المراهق المدمن على المخدرات بجسمه على أنه مستقبل للمشاكل غير المحلولة للتاريخ العائلي ويقوم من خلال إيذاء ذاته نفسيا وجسديا عبر المادة السامة المؤدية للألام والانحراف الفردي والعلاني المتأتي من الحقل العائلي. إذن الاستجابة الإدمانية تعبر عن انحراف من جهة، لكنها لا يمكن أن تكون إلا عرضا لخلل التنظيم العائلي. (أملي، 2011، صفحة 87)

12. مراحل الإدمان على المخدرات عند المراهق :

يمر الإدمان على المخدرات بخمس مراحل أساسية:

1.12. المرحلة الاستكشافية:

تعد هذه المرحلة مرحلة الاستكشافية للمخدرات أو الخمر وهي بوابة لدخول عالم الإدمان ومن خصائصها الفضول وتعلم الإدمان وكيفية التعاطي، (غزيل، بلا تاريخ، صفحة 109)، وتستخدم المخدرات في هذه المرحلة بكميات بسيطة بداعي الرفاهية أو الضغط من قبل الأصدقاء، خصوصا لدى فئة الشباب اليافعين، أما بالنسبة للأشخاص البالغين فقد يبدأ الشخص باستخدام المخدرات للتخلص من بعض الضغوطات، مثل وفاة أحد المقربين إليه أو خسارته لعمله، ويمكن للشخص في هذه المرحلة التوقف عن استخدام المخدرات من تلقاء نفسه وتجنب الانتقال للمرحلة الأخرى... (ملوحي، 2019، صفحة 112).

2.12. مرحلة التعود:

وتشكل المرحلة الفاصلة ما بين الشخص المتعاطي والمدمن، وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بتعاطي المادة المخدرة بشكل مستمر أين تشكل لديه شخصية المتعاطي وذلك بحدوث تغيرات في مشاعره وتفكيره ويصبح فردا جديدا ومن خصائص هذه المرحلة تطور الإدمانية والزيادة في الطاقة للإدمان. (قطاير، بدون تاريخ، الصفحات 73-108)

3.12. مرحلة الخلخلة:

هي المرحلة التي يصبح فيها المدمن خاضعا للمادة المخدرة والتي تعرضه للاكتئاب والعزلة، ويمكن خصائصها ظهور أعراض الإدمان لدى الشخص كافتعال المشاكل داخل الأسرة وخارجها وظهور المشكلات الصحية كالمريض والتعب.

4.12. مرحلة روبابيكاً:

في هذه المرحلة يستسلم الفرد أمام ضغوط الإدمان ويكون الحصول على المادة المخدرة هدفه الرئيسي، ومن خصائص هذه المرحلة:

- فقدان المبادئ واحترام الذات والتخلي عن الأسرة.

- التنازل عن كل ما هو مهم ذلك في سبيل الإدمان. (قطاير، بدون تاريخ، الصفحات 73-108)

- الاكتئاب والتوتر النفسي الشديد.

- الانتقال لتعاطي المخدرات من نوع آخر.

5.12. مرحلة الزلزال:

تعد هذه المرحلة التي يسيطر فيها الإدمان على إرادة المدمن وعلى حياته بالكامل، وتكون هذه المرحلة مليئة بالاضطرابات الصحية والمشاكل الاجتماعية، أين يشعر المدمن بالعزلة والوحدة وفقدان المتعة رغم تعاطي المادة المخدرة، ومن خصائص هذه المرحلة مشاكل صحية وأمراض نفسية وجسدية، هوس والقلق ومحاولة الانتحار والانهيار الكامل في العلاقات الاجتماعية. (قطاير، بدون تاريخ، الصفحات 73-108)

13. أنواع الإدمان على المخدرات عند المراهق:

هناك عدة أنواع من الإدمان تختلف حسب طبيعة شخصية المدمن وهي:

1.13. الإدمان الصدمي:

ويأتي في أعقاب الصدمة بصورة مفاجئة وحادة، والشخص الذي يدمن بهذه الطريقة عادة ما يفتقر إلى العلاقات الاجتماعية المناسبة مما يؤدي إلى تطور الأزمة التي تسببها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزوع إلى تدمير الذات. (غزيل، بلا تاريخ، الصفحات 109-111)

2.13. الإدمان الفعلي:

يتميز هذا النوع بوجود صراع فعال في البيئة مما يؤدي الشعور بعدم الارتياح والكآبة أو الإقلال من الاهتمامات والأنشطة المعبرة عن العواطف ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدي والتعصب ويوجهه إلى الأشخاص المسؤولين عن وقوعه في هذا الصراع

3.13. الإدمان الانتقالي:

يرجع إلى الاضطرابات النفسية المتنوعة تتلاءم مع بداية إدمان العقار مثل حالات الهوس خاصة لدى مدمني الهيروين وحالات الاكتئاب المتكررة مع الأشكال الطقوسية القهرية. (غزيل، بلا تاريخ، الصفحات 109-111)

4.13. الإدمان المتعلق بالأعلال الاجتماعي:

يقع المدمن في صراع نفسي اجتماعي يعبر عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي، وبحياة عائلية مضطربة كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي.

والقانوني في أثناء فترة المراهقة وعادة ما يوجد في تاريخ هذا المدمن ما يدل على سلوك غير مبالي بالآخرين وغي قادر أيضا على إعطاء الحب أو قبوله أو إنشاء علاقات ذات هدف، يمكن اكتشاف المدمن من خلال ملاحظة سلوكه، حيث أن عملية تعاطي للمخدر تفسد السلوك وتترك آثارا واضحة، على وجه الشخص المدمن، إضافة إلى معاشرته لشلة السوء وإهماله لمظهره ودراسته وعمله وأسرته... الخ، وهروبه من المناسبات الاجتماعية كما تظهر عليه تغيرات على مستوى شخصيته كالانطواء والعزلة عن الآخرين بصورة غير عادية.

- الإهمال وعدم الاهتمام والعناية بمظهره.

- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر.

- شحوب الوجه وعرق ورعشة في الأطراف.

- فقدان الشهية والهزال والإمساك.

- العصبية الهياج لأقل سبب والشجار مع الغير.
- اليقظة أثناء الليل والنوم بالنهار مما يجعل الانتظام في العمل أو المدرسة مستحيلا.
- اللجوء إلى الكذب والخداع للحصول على المال.
- اختفاء أو سرقة بعض الأشياء الثمينة من المنزل.
- الخروج كثيرا من البيت وبوجه عام يلاحظ الآباء تغيرات جذرية على مستوى سلوك الابن المراهق المدمن على المخدرات. (غزيل، بلا تاريخ، الصفحات 109-111)

14. مميزات الشخصية المدمنة:

لعل ما يعانيه الفرد المدمن على المخدرات من الاضطراب الخطير والعميق في الشخصية، وعدم قدرته على التكيف الشخصي والاجتماعي، يجعل شخصيته تتميز ببعض الصفات والخصائص، ويحدد حامد عبد السلام زهران مميزات الشخصية المدمنة كما يلي:

- يكون المدمن سيء التوافق الشخصي والاجتماعي. (سليمان، 2012- 2011، الصفحات 44-45)
- يكون ضعيف ومنحرف جنسيا.
- يكون متقلب انفعاليا.
- يعيش حالة من القلق والاكتئاب.
- شخصية عدوانية نحو ذاتها والآخرين.

يلجأ بعض المدمنين إلى تعاطي المخدرات للتغلب على الضعف الجنسي، إلا أن التعاطي المستمر يسبب العجز والضعف الجنسي، فالحياة الجنسية للمدمن في غاية التعقيد، وسلوك الإدمان هو المسؤول عن المشاكل الانفعالية والسلوكية الصادرة من المدمن، كما أن الشخصية غير الناضجة نفسيا هي التي تلجأ إلى الإدمان.

من خلال الدّراسة التي قام بها شاين Chien و دوزنفيلد Dosenfeld على المخدرات وجدا أن المدمنين هم ممزقين نفسيا إلى أقصى حد، كما أنهم لديهم استعداد الإدمان ويعانون من الضعف والانهيار النفسي، ومن هنا يتضح أن الشخصية المدمنة هي شخصية غير ناضجة نفسيا وهذا النقص في النضج النفسي يجعلها مهياة للوقوع في دائرة الإدمان على المخدرات.

رغم وجود اضطراب كبير في الشخصية المدمنة الذي يترجم في مجموعة من الأعراض والعلامات تجعل المدمن يمتاز بجملته من المميزات على مستوى النفسي والعقلي والانفعالي والاجتماعي والأخلاقي، إلا أن بعض الدراسات تؤكد على أنه لا يوجد أنماط شخصية محددة لها ارتباط بتعاطي العقاقير وإدمانها ن وهذا يشير إلى عدم وجود مميزات محددة وموحدة في الشخصية هي التي تدفع بصاحبها نحو طريق الإدمان. (سليمان، 2012- 2011، الصفحات 44-45)

15. الإدمان على المخدرات وأثرها على الحياة الأسرية:

قد يؤثر إدمان المخدرات من طرف الأبناء على الآباء، فيصبح هؤلاء الآباء يعانون ويعيشون الآلام والمأساة وتعرضون للإصابة بمختلف الاضطرابات والأمراض النفسية كالقلق، الاكتئاب، الإحباط ومشاعر الذنب...

ويعتبر التفاعل والاحتكاك الفرد مع فرد آخر، أو احتكاك الفرد مع مجموعة الأفراد داخل نسق معين (أسرة، مدرسة، مؤسسة...)، ويقوم التفاعل البشري على عنصرين أساسيين هما التأثير في الآخرين والتأثر بهم، أي الأخذ والعطاء عن طريق تبادل المعلومات والآراء، كما أن التفاعل يركز على قيام العلاقات، وإجراء الحوارات وتبادل الآراء وحتى المشاعر من أجل تحقيق أهداف الحياة داخل جماعة ما أو نظام معين.

إن التفاعل بين الأفراد والجماعات سيولد مجموعة من العلاقات بين هؤلاء الأفراد، ومع الوقت تنمو وتتطور العلاقات مع استمرار ودوام التفاعل، (إلا أن هذه العلاقات الناجمة عن التفاعل البشري تكون موجبة وتؤدي إلى تفاعل مقبول، وإما أن تكون علاقات سلبية وتؤدي إلى تفاعل فاشل. (سليمان، 2012-2011، صفحة 82)

ومن هنا يتضح أن التفاعل الاجتماعي هو الذي يؤدي إلى نشوء العلاقات الاجتماعية وإقامة الروابط من جهة، ومن جهة أخرى فإن نوع العلاقات الإيجابية أو السلبية الناجمة عن التفاعل هي التي تحدد فشل هذا التفاعل أو صحته وقبوله، ومن هنا تبرز أهمية عملية التفاعل في حياة الكائن البشري، فهو دوما بحاجة إلى الآخرين. كما تقوم عملية الاتصال على عنصر الحوار (أي الإصغاء والحديث) بهدف توصيل الرسالة لمرجوة من هذه العملية الاتصالية..

فالأُسرة التي أصبح لأحد أبنائها مدمنا على المخدرات، فهي قد تعيش تغيرا في مسار حياتها الطبيعية، ويتمثل هذا التغير في كل ما قد تصبح تعيشه هذه الأسرة من توترات بين أعضائها كاللامبالاة - القطيعة - سوف التفاهم - الشجارات - قلة الحوار - عدم الرغبة في مناقشة الأمور العائلية - التخلي عن المسؤوليات والدوار العائلية... وهذه كلها مظاهر للتفكك تؤثر على الجانب العلائقي للحياة الأسرية.

كما أنه من المعروف عن الخجل أنه يُسبب لدى الفرد الانعزال والانطواء، ذلك لأن الشخص الذي يعاني من الخجل يفضل البقاء وحيدا، ويفضل الصمت، ولا يستطيع الاختلاط بالآخرين، بل يشعر بعدم لارتياح بوجوده مع الغير بوجود فرد مدمن داخل الأسرة سيخلق تواترا داخلها، ويصبح بشكل عبئا ثقيلًا على أفرادها، كما قد يشعر البعض بالخجل من المحيط الخارجي بسبب أن تعاطي المخدرات آفة وسلوك منحرف يرفضه المجتمع، كأن يرفض أحد الآباء الاعتراف بأن ابنه أصبح مدمنا - أو يتجنب الحديث كليا عن ابنه - أو يرفض وجود ابنه داخل الأسرة - أو يرفض الاجتماع به مع الآخرين - أو أنه يرفض مساعدته أو تقديمه للعلاج، وقد يصل بعض الآباء إلى درجة طرد ابنهم المدمن من المنزل أو استعمال لأساليب العنف في معاملته، أو يختلف الأفراد فيما بينهم في كيفية وطريقة تعاملهم مع المشكلات التي تواجههم فقد يلجأ البعض إلى طلب المساعدة من طرف الآخرين والاستعانة بهم في مواجهة مشكلهم، في حين يصعب على البعض الآخر التكيف مع المشكل أو الحدث الطارئ، فيلجأ هؤلاء إلى الوحدة والعزلة، حيث يفضل الشخص المنعزل البقاء وحيدا بعيدا عن

الآخرين ولا يرغب في الاندماج مع الآخرين والمشاركة معهم في أداء الأدوار والمسؤوليات. (سليمان، 2011-2012، صفحة 92)

16. الآثار المترتبة عن الإدمان على المخدرات:

1.16. الآثار الصحية:

يترتب على تعاطي المخدرات العديد من الآثار الصحية منها:

- الجهاز التنفسي: يصاب المتعاطي بالنزلات الشعبوية والرئوية، وكذلك بالدرن الرئوي وانتفاخ الرئة والسرطان الشعبي. (سعدت و فتوح، 2016، صفحة 4)
- الجهاز الدموي: يؤثر تعاطي المخدرات على الجهاز الدوري إذ يترتب عليه أضرار عدة منها:
 - يزيد من سرعة دقات القلب.
 - يتسبب في الإصابة بالأنيميا الحادة وخفض ضغط الدم.
 - تؤثر على كريات الدم البيضاء التي تحمي الجسم من الأمراض.
 - يسبب نقصا في كمية الدم وتكسر كراته الحمراء والبيضاء، كما تسبب فقرا نتيجة لسوء التغذية المترتب على سوء الهضم والامتصاص الذي يسببه الإدمان.
 - تؤثر المخدرات على الشرايين فتفقد مرونتها وتمتد وتغلظ حتى تنسد أحيانا بتكون الجلطات، أو تضيق وتصاب بالتصلب وكلها تؤدي إلى أمراض القلب، والتي تؤدي إلى وفاة فجأة، إلى حدوث جلطات في الأوعية الدموية للمخ، وهذا ينتج عنه شلل ووفاة.
 - يؤدي تعاطي المخدرات عن طريق الحقن من الأمور التي تسمم الدم بدرجة أكبر وبالتالي يزداد العبء لدرجة أن يصبح معها الكبد تالفا ومُتليفا وغير قادر على أداء وظائفه بنجاح.
- الجهاز الهضمي: يعاني متعاطي المخدرات من فقدان الشهية وسوء الهضم، والشعور بالتخمة خاصة إذا كان التعاطي عن طريق الأكل مما ينتج عنه نوبات من الإسهال والإمساك، كما تحدث القرحة المعدية والمعوية، ويصاب الجسم بأنواع من السرطان لتأثيرها على النسيج الليفي لمختلف أجهزة الهضم.
- الجهاز التناسلي: تؤثر المخدرات على الناحية الجنسية، فقد أيدت الدراسات والأبحاث أن متعاطي المخدرات من الرجال تضعف عنده القدرة الجنسية، وتصيب المرأة بالبرود الجنسي، وكما يؤثر على المرأة وجنينها، هناك أدلة قوية على ذلك. فالأمهات اللاتي يتعاطين المخدرات يتسببن في توافر الظروف لإعاقة الجنين بدنيا أو عقليا.
- الجهاز الحركي: تؤدي المخدرات إلى الخمول الحركي لدى متعاطيها، وارتعاشات عضلية في الجسم مع إحساس بالسخونة في الرأس والبرودة في الأطراف. (سعدت و فتوح، 2016، صفحة 4)
- الجهاز البولي: التهاب الحالبين والقصور الكلوي وآلام شديدة مشابهة لنوبات الحصوة.

• الجهاز العصبي: إذ يترتب عليه أضرار عدة منها:

- تختل وظيفة المخ ككل وتختل جميع الأجهزة التي يتحكم فيها المخ مثل: الجهاز الهضمي والتنفسي والعضلي والدورة الدموية...الخ

- يترتب على خلل الجهاز العصبي إصابة المدمن بأضرار جسيمة في قواه العقلية وقدرته الفكرية وطاقاته المدركة، (سعدات و فتوح، 2016، صفحة 5)

حيث يصبح غائب العقل، ومذبذب الوجدان مهتز الشعور، ومضطرب الإدراك معطل التفكير، كما يصاب المتعاطي بتلبد والعزوف عن الواجبات، كما يعوق أيضا التعليم لأنه يضعف الذاكرة والتفكير والفهم، ويؤثر تأثيرا سلبيا على مهارات اللغوية الحاسوبية ويعمل على سرعة نسيان المواد المتعلمة سواء كانت دروسا أو تجاريا. ويتخيل ما ليس بالواقع ويسبح في بحر من الأحلام والأوهام غير واقعية، ولعل هذا من أهم الأسباب التي تجعل متناولها يسعون لتعاطيها.

• أضرار أخرى:

- احمرار في العين مع دوار وطنين في الأذن، وجفاف التهاب الحلق والسعال.

- الإصابة بنوبات صرعية متكررة.

- التعرض لنقص مناعة الجسم المكتسبة "الإيدز".

- تدهور في الصحة العامة وذبول للحوية والنشاط.

2.16. الآثار النفسية:

يترتب تعاطي المخدرات على العديد من الآثار النفسية منها: الإصابة بالأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب النفسي المزمن وفقدان الذاكرة، وقد تصدر من المتعاطي صيحات ضاحكة أو بسمات عريضة، ولكنها في الحقيقة حالة غيبوبة ضبابية، كما يترتب على تعاطي المخدرات أن يتخيل المدمن ما ليس في الواقع من أوهام غير واقعية ويمكن أبرز الآثار النفسية لتعاطي المخدرات في الآتي:

- الشعور بالقلق والاكتئاب.

- الشعور بالتوتر العصبي والنفسي. (سعدات و فتوح، 2016، صفحة 5)

- الهلاوس السمعية والبصرية والحسية كسماع أصوات أو رؤية أشباح لا وجود لها.

- البلادة أو ضعف الإدراك والتركيز، واضطراب الذاكرة وكثرة النسيان، وقد يصاب المدمن في بعض الحالات بفقدان الذاكرة أو الجنون.

- ضعف الاستجابة للمؤثرات الخارجية.

- سوء تقدير الزمان والمكان وتقدير المسافات والسرعة.

- الانطواء والعزلة، والشعور بالإحباط. (سعدات و فتوح، 2016، صفحة 6)

3.16. الآثار الاجتماعية:

تؤدي مشكلة الإدمان المخدرات إلى عزوف المدمن عن الدراسة أو العمل وانحلاله الأخلاقي وفقدته للشعور بالمسؤولية، وتنكره لالتزاماته نحو أسرته، هذا سيؤدي بدوره بشكل أو بآخر إلى ظهور الخلافات السرية وارتفاع (أبوالنصرة، 2008، الصفحات 125-127)

معدلات الهجر والطلاق وفقد الأبناء القدوة السليمة، بل قد يصل الأمر إلى تشرد أو انحراف الأبناء. وهذا ويعاني الشخص المدمن من الشعور بالاغتراب الداخلي (عن نفسه) والخارجي عن (المجتمع) وضعف مشاركته الاجتماعية والسياسية. وقد يؤدي تعاطي المخدرات لدى الشخص الذي لا يجد النقود الكافية لشراء الجرعات، إلى السرقة وغالبا من أقرب الناس إليه، أو إلى ممارسة الدعارة للحصول على المال اللازم لشراء المخدرات.

4.16. الآثار الاقتصادية:

تسبب جرائم المخدرات أضرار اقتصادية على مستوى الفرد والأسرة والمجتمع ككل من هذه الأضرار نذكر:

- انخفاض معدلات الادخار الفردي والأسري.
- ضعف الإنتاجية من حيث الكم والكيف والقدرة على العمل.
- زيادة العجز في ميزان المدفوعات.
- زيادة معدلات التضخم والمديونية الخارجية.

بمعنى أن المدمنين تحولوا بفعل المخدر إلى أشخاص عاجزين عن العمل، مما يعتبر قوة إنتاجية مفقودة، وإذا كانت قلة منهم تعمل فإن إنتاج هؤلاء يكون ضئيلا من حيث الكم وريثا من حيث الكيف، نظرا لقلة حماسهم وضعف صحتهم وتصعد أسرهم، وبالإضافة إلى ذلك، فإن انتشار المخدرات يؤدي إلى إنفاق الدولة كثيرا من المال والجهد، في سبيل ضبط جرائم المخدرات، وملاحقة المتهمين ومحاكمتهم، وتنفيذ العقوبات وعلاجهم وإعادة تأهيلهم، فضلا عن المبالغ الطائلة التي تدفع ثمنًا لهذه السموم، وزيادة جرائم المخدرات تؤدي إلى تخصيص جزء من الموارد المتاحة من أجل الإنفاق الأمني وزيادة عدد رجال الشرطة والقضاء.

كذلك تشتمل المخاطر الاقتصادية لمشكلة المخدرات على الموال التي يتم استغلالها في زراعة المواد المخدرة أو تصنيعها، والاتجار والترويج وتأثير استقطاع هذه الأموال على النشاط الاقتصادي وعدم الالتزام بدفع الضرائب على هذا النشاط غير الشرعي. (أبوالنصرة، 2008، الصفحات 125-127)

5.16. الآثار الأمنية:

مشكلة المخدرات سواء كانت بالزراعة أو التصنيع أو الإعداد أو التصدير أو الاستيراد أو التوزيع أو التعاطي أو توفير أماكن التعاطي تمثل جريمة يعاقب عليها القانون. وزيادة هذه الجرائم يؤدي إلى زيادة الإنفاق الأمني في التحقيق والملاحقة والقمع لأطراف هذه الجرائم.

ولقد أثبتت البحوث العلمية أن الإدمان يؤدي إلى ارتفاع معدلات الجريمة والعنف والشراسة والتزوير، بل وجد في كثير من الجرائم المختلفة مثل السرقة والاختلاس والقتل والجرائم الجنسية، إن الإدمان على المخدرات كان من أهم الأسباب التي دفعت متعاطيها لارتكاب هذه الجرائم (أبوالنصرة، 2008، صفحة 128)

وذلك لأن بعض أنواع المخدرات يبعث في متعاطيها نوعا من الوهم بزيادة في القدرة البدنية والجنسية، ويثير في البعض روح اللامبالاة، فيقدمون على تصرفات فيها خروج عن الدين والتقاليد والقانون. (أبوالنصرة، 2008، صفحة 128)

جدول (1) أنواع بعض المخدرات و آثارها النَّفسية والجسمية:

المخدر	الآثار النَّفسية والجسمية
الكحول	<ul style="list-style-type: none"> - غثيان وتقيء قد يكون دمويًا أحيانًا - يبدأ التسمم الخفيف والمعتدل بالملل والعطش والاكنتاب، أو بحالة من الشدة يشعر فيها الفرد بالانشراح مع خفة وفرط النشاط، ثم يصبح مزاجه متقلبا - التوتر وسهولة الإثارة، نتيجة لنشاط قشرة الدماغ الزائد وقد تحدث نوبات صرع - الهلع واضطرابات التوازن وتلعثم الكلام - أعراض ذهانية مثل: الهلوس والبصرية - اضطراب الذاكرة - ضعف التحكم في التصرفات فيؤدي إلى العدوانية أو سلوكات جنسية شاذة
الحشيش	<ul style="list-style-type: none"> - القلق الزائد، هجمات هلع، تقلبات مزاج بين الهوس والاكنتاب - الشكوك والأفكار الاضطهادية - نقص الدوافع والشعور - الشعور بالمرور الوقت بسرعة، واضطراب الذاكرة قصيرة الأمد - تدهور القدرة على التعلم وتراجع القدرة على القيام بأعمال معقدة وقيادة السيارة - تسارع نبضات القلب - ارتفاع ضغط العين -ازدياد الشهية للطعام وزيادة الوزن -التهاب القصبات الهوائية، أورام الرئة ومرض الانسداد الرئوي المزمن -نقص الخصوبة لدى الذكور -إن استعمال الكحول مع الحشيش يزيد من هذه الآثار السمية

<ul style="list-style-type: none"> - ضعف التركيز والنسيان - ضعف التناسق الحركي مما يؤدي إلى المشية غير المتوازنة والكلام المتقطع والمتدخل. - تقلب المزاج - تدهور الأداء الحركي - تدهور القدرة على التعلم - السلوك غير المنضبط والكراهية والعدوانية - تشوش الوعي - تثبط الجهاز العصبي المركزي 	<p>المسكنات المنومات والمهدئات</p>
<ul style="list-style-type: none"> التسمم الخفيف: - تسرع القلب والخفقان وحركات التنفس -ارتفاع ضغط الدم والحرارة والرعدة -توسيع حدقة العين واشتداد المنعكسات وزيادة التوتر - تغيرات في الشخصية والسلوك: الانفعال، الغضب، كثرة الكلام وانقطاعه وتذبذبه - ظهور المزاج الهوسي والإحساس بالعظمة -سوء التغذية والغثيان والقيء التسمم الشديد: -نوبات اختلاجية صرعية - اضطراب الإدراك: هلاوس - الإنهاك - تسرع القلب وارتفاع ضغط الدم -تغييم الوعي فالغيوبية فالموت 	<p>الكوكايين والمنبهات</p>
<ul style="list-style-type: none"> تغيير أنماط التفكير والإحساس والشكوك - ارتفاع ضغط الدم، وتسرع القلب - الرجفة وزيادة المنعكسات العصبية - الهلاوس السلبية - سرحان التفكير - استرجاع الأحداث الماضية - تقلب المزاج: قلق، اكتئاب، انشراح 	<p>مولدات الهلاوس</p>
<ul style="list-style-type: none"> -تليف الكبد والكلى - تليف الجهاز العصبي والأعصاب المحيطة - فقر الدم - اضطراب نظم القلب الذي قد يؤدي إلى الوفاة المفاجئة 	<p>المذيبات الطيارة</p>

المصدر: (أملي، 2011، الصفحات 92-95)

17. وقاية المراهق من الإدمان على المخدرات:

1.17. مستويات الوقاية:

هناك ثلاث مستويات للوقاية كما ذكرها أرياف و وسترايمير Arif et Westmeyer (2004):

أ. المستوى الأول: خاص بتوعية وتحسيس الشباب بمخاطر المخدرات.

ب. المستوى الثاني: تهدف إلى التدخل العلاجي المبكر.

ج. المستوى الثالث: الخفض من مخاطر الإدمان. (أمليلي، 2011، صفحة 96)

- تنفيذ برامج التوعية لإيضاح كل ما هو ضار بجسم وعقل الإنسان مثل: التدخين والإدمان على المخدرات والمسكرات
- التوسع في نشر مكاتب الاستشارات والتوجيه الأسري، لما لتصعد الأسرة من أثر شيء في انتشار التعاطي والإدمان بين أبنائها.
- تدعيم الجمعيات الأهلية (التطوعية – ذات النفع العام) للقيام بدور إيجابي وفعال للتوعية ضد المخدرات والمسكرات والتدخين.
- ضرورة المؤسسات الدينية بدورها في التصدي لمشكلة الإدمان والتدخين وبيان حرمة، ونشر التوعية الدينية الفعالة في هذا المجال.
- اتخاذ كافة السبل لتبصير المواطنين وخاصة أولياء الأمور بخطر تفشي تعاطي المواد المخدرة والمسكرة والتدخين.
- تشديد العقوبة على كل من له اتصال بالمواد المخدرة والمسكرة سواء كان بالزراعة أم الإنتاج والتصنيع والنقل والتوزيع والتعاطي وتوفير أماكن التعاطي أم أدواته.
- تشديد الرقابة على الموانئ والمطارات والحدود. (أبوالنصرة، 2008، الصفحات 147-148)
- تكثيف جهود وسائل الإعلام للإسهام في حملة القومية لمكافحة هذه الآفة والاستعانة بذوي التخصص والقدرة على الإقناع وكذا الشخصيات العامة ذات التأثير الجماهيري.
- اعتبار التبصير بهذه الآفة من بين أهم البرامج الدراسية لإقناع النشء والشباب بمخاطرها.
- ضرورة إقامة الندوات بالمدارس والجامعات وال النوادي حول التدخين والإدمان وبيان الأضرار الناجمة عن ذلك سواء بالصورة أو الفيلم أو الكلمة وبيان آثار ذلك على أجهزة جسم الإنسان.
- الاهتمام بالنشاط الرياضي والثقافي والفني داخل المدارس والجامعات وذلك لشغل أوقات التلاميذ والطلاب في أعمال قصيرة وناجحة.
- نشر الأندية الرياضية والثقافية والاجتماعية ليشترك بها الشباب، وذلك لشغل أوقات فراغهم بشكل سليم ومناسب وتحت إشراف مهني. (أبوالنصرة، 2008، الصفحات 147-148)

18. علاج الإدمان على المخدرات ومراحله:

تختلف طبيعة المعالجة الطبية النفسانية للإدمان بين الأفراد المتعاطين باختلاف صفاتهم وخصائصهم النفسانية والاجتماعية والثقافية، فمعالجة الأفراد الأقل سناً، والذين لم يمض على تعاطيهم زمن طويل، والأكثر طوعاً للمعالج والطبيب أيسر بكثير من معالجة الأفراد الأكبر منهم سناً، الذين مضت على تعاطيهم فترات زمنية أطول. كما أن معالجة المدمنين على تعاطي نوع معين من المخدرات قد يكون أيسر من معالجة المدمنين على نوع آخر. وهذا يصعب تحديد ملامح واحدة لطرق العلاج وأساليبه ووسائله، (الأصفر، 2014، صفحة 202)

بالإضافة إلى إرادة المدمن على العلاج التي تساهم بشكل كبير في تقبل واستمرارية العلاج نجاحه وذلك على النحو التالي:

1.18. العلاج الجسدي الطبي للأمراض المصاحبة للإدمان:

وذلك بعد طلب الفحوص المعملية المختلفة التي تساعد على تشخيص الحالة الجسمية المصاحبة للإدمان. ومعلوم أن الكثير منهم بدؤوا التعاطي أولاً لعلاج بعض الأعراض المرضية المصاحبة كالدوسنتاريا – الربو – المغص الكلوي – البواسير الدرن الرئوي – درن العظام – الروماتيزم – التهاب العظام، وغير ذلك وكانت تحول هذه الحالات لإجراء الفحوص في المستشفيات العامة القريبة من العيادة أو إذا أراد المدمن إلى المستشفى القريبة من محل سكنه، وتطلب النتائج التي يطلع عليها الطبيب لوضع خطة علاج هذه الأعراض.. (العزائم، 1983، الصفحات 51-52)

2.18. العلاج الجسدي الطبي لأعراض الانسحاب:

يقوم الطبيب بشرح طريقة العلاج حتى يستحوذ على ثقة المدمن بالعلاج ويقوم المدمن بدوره الهام في امتناع بقوة إرادته. ولما إرادته ضحلة وغير مستقرة وكانت العيادة تقبل من يقبل بإرادته تلقائياً في جو مفتوح، فكان على الطبيب أن ينتهز هذه الفرصة المواتية لتقوية الإرادة حتى يجتاز المدمن فترة أعراض المنع المصحوبة بالألام وأعراض جسمية عديمة، ويجتاز هذه الأعراض بأقل متاعب جسمية ونفسية ويتعامل مع الطبيب يومياً ويستمتع الطبيب له ويعينه على اجتياز الأعراض المختلفة واصفاً له الأدوية الملطفة والأدوية ضد الاكتئاب حسب الحالة واستعملت العيادة العلاج بالأنسولين المخفف بالحقن تحت الجلد وكان يزداد يومياً حسب الحالة ونجح هذا العلاج في وقف أعراض الانسحاب واجتياز هذه الفترة دون ألم.

3.18. العلاج النفسي:

وقد تبين لفريق العيادة أن شخصية المدمن تعاني من القلق والاكتئاب والميل إلى العزلة والمخاوف النفسانية المختلفة ولذلك فقد اهتمت العيادة بالعلاج النفسي الفردي والعلاج الجمعي وكان يشرف الطبيب والأخصائيين الاجتماعيين والداعية الديني على جلسات العلاج الجمعي وبدأ أن المترددين كانوا يهتمون بهذا النوع من العلاج ويسهمون في تنشيطه، وأنهم يخبرون زملاءهم بتطور حالتهم، وكانوا بذلك مثلاً طبيياً، دفع خطة العلاج خطوات إلى الأمام وزاد من ثقة المترددين للعلاج. بل كان يتحدث بعض المترددين بين وقت وآخر عم تاريخ حياتهم وسبب إدمانهم وكيف أصبحوا يستشعرون مرضهم

كل ذلك أمام الآخرين مما نشر الوعي الصحي بينهم وزاد من استبصار وتقوية إرادتهم وتهدئة نفوسهم. (العزائم، 1983، الصفحات 51-52)

4.18. العلاج الاجتماعي:

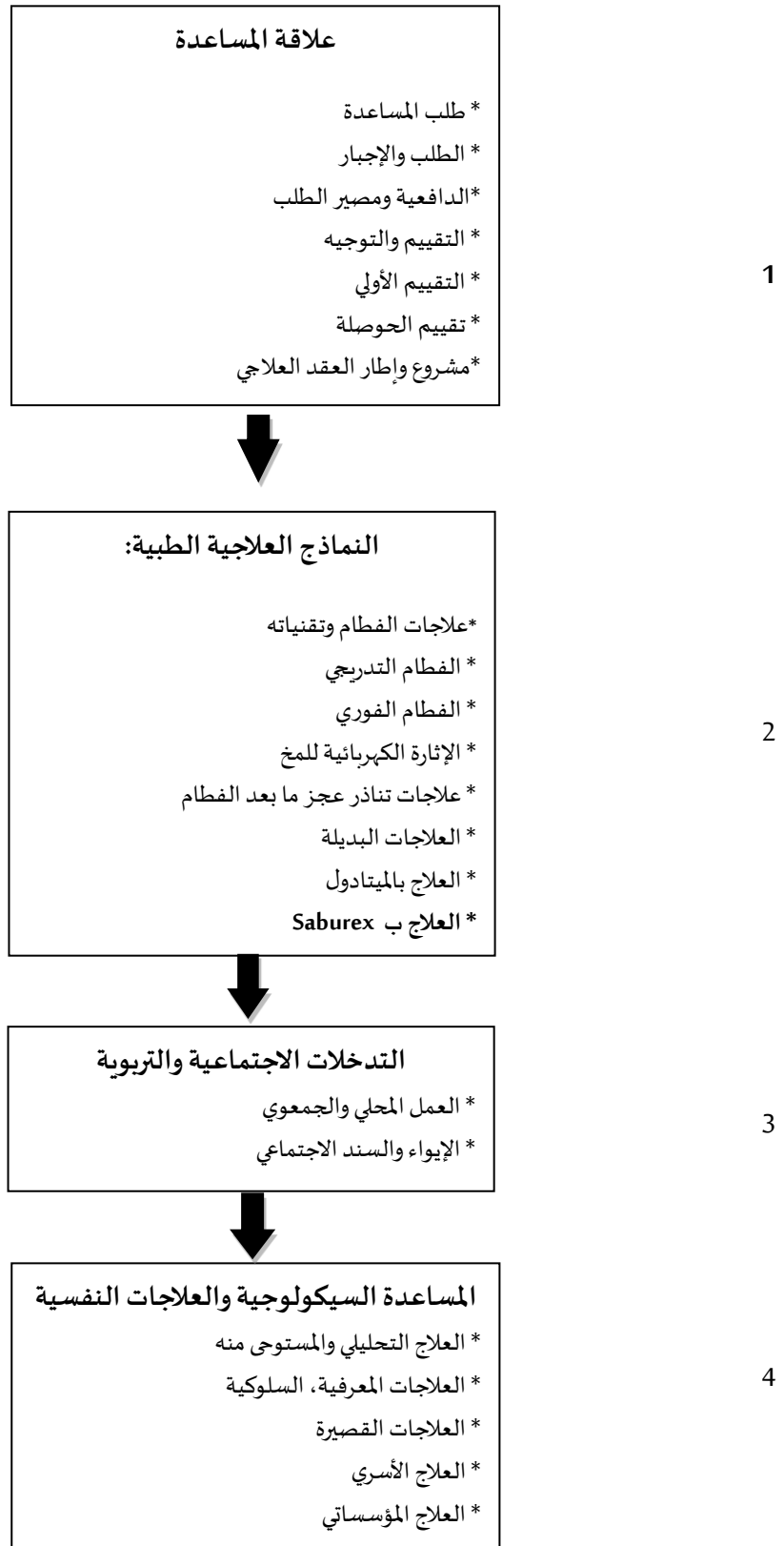
يقوم فريق الأخصائيين الاجتماعيين بمقابلة أهل المدمن وبفحصه اجتماعيا وتحويل الحالات التي تحتاج إلى العون الاجتماعي للجهات المختصة. ويوجه المدمن إلى أحسن الطرق لزيادة إنتاجه وتوافقه مع عمله ورؤسائه وأسرته.

ولما كانت ظاهرة الإدمان تؤدي إلى كثير من المشاكل الاجتماعية الأسرية كالانفصال والطلاق وتشرد الأولاد والالتجاء إلى الجريمة. فكان لعلاج هذه المشاكل أثره في استقرار نفسية المدمن واستفادته من العلاج الجسدي والطبي والنفسي. (العزائم، 1983، صفحة 53)

5.18. العلاج الديني:

إن أهم سمة تميز المدمن هي قابلية للإيحاء فقد كان لهذا النوع من الإيحاء الديني أثره في تقوية الإرادة وتقبل العلاج وحماية من يظهر لديهم الرغبة في الرجوع للمخدر من الانتكاس وقد ظهر أثر هذا النوع من العلاج الديني في الذي قامت به العيادة عم دور المرشد الديني وقد تبين أن 83% من المدمنين يحبذون هذه الجلسات، وتعتبر هذه الطريقة من الأنشطة العلاجية الجماعية في ميدان علاج الإدمان. (العزائم، 1983، صفحة 53)

*مراحل العلاج الإدماني:



الشكل رقم (2) مراحل المختلفة للعلاج الإدماني. (أمليلي، 2011، صفحة 97)

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل، بالدراسة والبحث في مشكلة الإدمان، من مختلف جوانبها، بالتعرف على الإدمان وأنواعه والعوامل المؤدية لظهوره ومراحله، وكذلك وجهات النظر المفسرة للظاهرة الإدمان والسلوك الإدماني أخيراً الوقاية والعلاج من الإدمان، كما يمكن القول بأن الإدمان مشكلة اجتماعية ونفسية في آن واحد، ويمثل الإدمان قمة المأساة الإنسانية، فهو من جهة يعتبر دليلاً على اضطراب العلاقات الاجتماعية والأسرية وبشكل أيضاً مشكلة نفسية لأنه مؤثر على اضطراب الفرد والصحة النفسية. وقد قام المختصون في الطب النفسي والعقلي بمعالجة الإدمان بوصفه عرضاً مرضياً ناجماً عن اضطرابات نفسية أو عقلية لدى الفرد المدمن خاصة الفئة الصغيرة من الشباب (المراهقين)، كما تجدر الإشارة إلى أن الدول المتقدمة تعير اهتماماً بالغاً لمشكلة الإدمان وتعمل على تفاديها أو التخفيف من شدة تواترها، في الوقت الذي نجد فيه الدول العربية لا تعيره إلا بعض الدراسات النادرة والوصفية في أغلب الأحيان كما تجدر الإشارة إلى أن نسبة الإدمان في العالم تزداد كل يوم وذلك بسبب تعقد الحياة واشتداد الصراعات والابتعاد كل البعد عن الجوانب الأخلاقية والدينية هذا ما ساهم في تفاقم الأوضاع المدارس والمتوسطات والثانويات.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1. الأهداف الرئيسية لدراسة الاستطلاعية

2.1. المشاركون في الدراسة

3.1. أدوات الدراسة

4.1. إجراءات الدراسة

5.1. النتائج

6.1. التعليق على نتائج الدراسة الاستطلاعية

2. الدراسة الأساسية

1.2. المنهج المستخدم في الدراسة

2.2. المشاركون في الدراسة

3.2. أدوات الدراسة

4.2. إجراءات الدراسة

خلاصة

تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري تلمها الآن تحديد الإجراءات المنهجية والمتمثلة في المنهج المتبع في هذه الدراسة والمجال الزمني والمكاني، بالإضافة إلى اختيار العينة التي تحقق أهداف الدراسة واستخدام الأدوات المناسبة لقياس الظاهرة، من خلال خطوات متسلسلة ومتراطة وفق إجراءات منهجية، وهذا لأجل اختبار فرضيات هذا البحث والتأكد من تحققها أو عدم تحققها، وبالتالي الإجابة عن تساؤلات البحث وذلك بهدف الوصول إلى نتائج موضوعية.

1.1. الدّراسة الاستطلاعية:

حتى نحقق الهدف من هذه الدّراسة قمنا بدراسة استطلاعية والتي تعتبر من أهم الخطوات التي يعتمد عليها الباحث للتأكد من جدوى الدّراسة والتعرف على الظروف والإمكانيات والمشكلات غير المتوقعة، حيث يكمن الهدف من هذه الدّراسة الاستطلاعية هو التحقق من مدى ملائمة المقاييس النفسية المستخدمة في هذه الدّراسة لمستوى أفراد العينة وفهمهم لفقراتها واكتشاف جوانب النقص في إجراءات التحقق من صحة الفروض وكذلك التعرف على كيفية اختيار العينة تمثل مرحلة جد هامة تسبق الدّراسة الأساسية أو الميدانية للبحث، وهذه الخطوة لا بد من إجرائها، إذ تعتبر بوابة إلى الدّراسة الأساسية ومفتاح نجاح هذه الدّراسة، وتتضمن الدّراسة الاستطلاعية عينة أولية تنتهي إلى نفسا لمجتمع الذي تنتمي إليه العينة الرئيسية، وتعرف الدّراسة الاستطلاعية أو الكشفية على أنها: "دراسات يقوم بها الباحث بهدف التعرف على المشكلة، وهذا النوع من الدارسة يقوم به الباحث عادة عندما يكون ميدان البحث جديدا، لم يسبق أن استكشف طريقه باحثون آخرون أو أن مستوى المعلومات عن البحث قليل". (مناعي، 2020/2019، صفحة 19)

1.1. الأهداف الرئيسية للدّراسة الاستطلاعية:

يهدف إجراء الدّراسة الاستطلاعية قبل الدّراسة الأساسية إلى:

- التعرف على خصائص مجتمع الدّراسة
- تحديد حجم المجتمع وكذا حجم العينة والطريقة المثلى لاختيارها.
- الكشف عن أبعاد أخرى للموضوع لم يتم التطرق إليها نظريا.
- اختيار منهج الدّراسة.
- اختيار الأدوات المناسبة للدّراسة
- التعديل في فرضيات الدّراسة إن استدعى الأمر ذلك، مع الضبط النهائي لها.

2.1. المشاركون في الدّراسة:

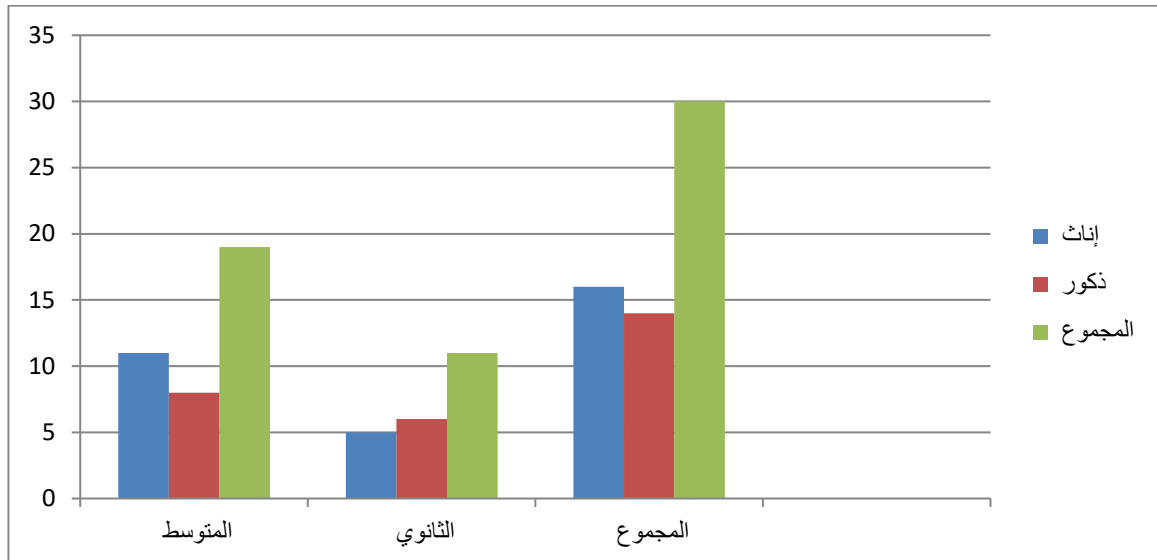
لقد تم إجراء الدّراسة الاستطلاعية على عينة من أساتذة المتوسط أخذنا متوسطة مالك بن أنموذجا، وكذا أساتذة الثانويات وأخذنا ثانويتا شعلال مسعود قالملة وحدادي محمد بهليوبوليس نموذجا. وقد تكونت عينة دراساتنا الاستطلاعية من 30 أستاذا من كلا الجنسين.

جدول (2) يبين توزيع أفراد عينة الدّراسة الاستطلاعية حسب الجنس والمستوى التعليمي:

المستوى	إناث	ذكور	المجموع
المتوسط	11	8	19
الثانوي	5	6	11
المجموع	16	14	30

تكونت عينة دراستنا الاستطلاعية من 30 أستاذًا وقد قدر عدد الأساتذة الذكور: 14 أستاذ في حين كان عدد الأساتذة الإناث: 16 أستاذة. من مستويين تعليميين، حيث بلغ عدد الأساتذة الذين يدرسون في التعليم المتوسط 19 أستاذ من بينهم (11 إناث و8 ذكور).

أما أساتذة التعليم الثانوي فقد بلغ عددهم 11 أستاذ من بينهم (5 أستاذة إناث، و6 أستاذة ذكور).

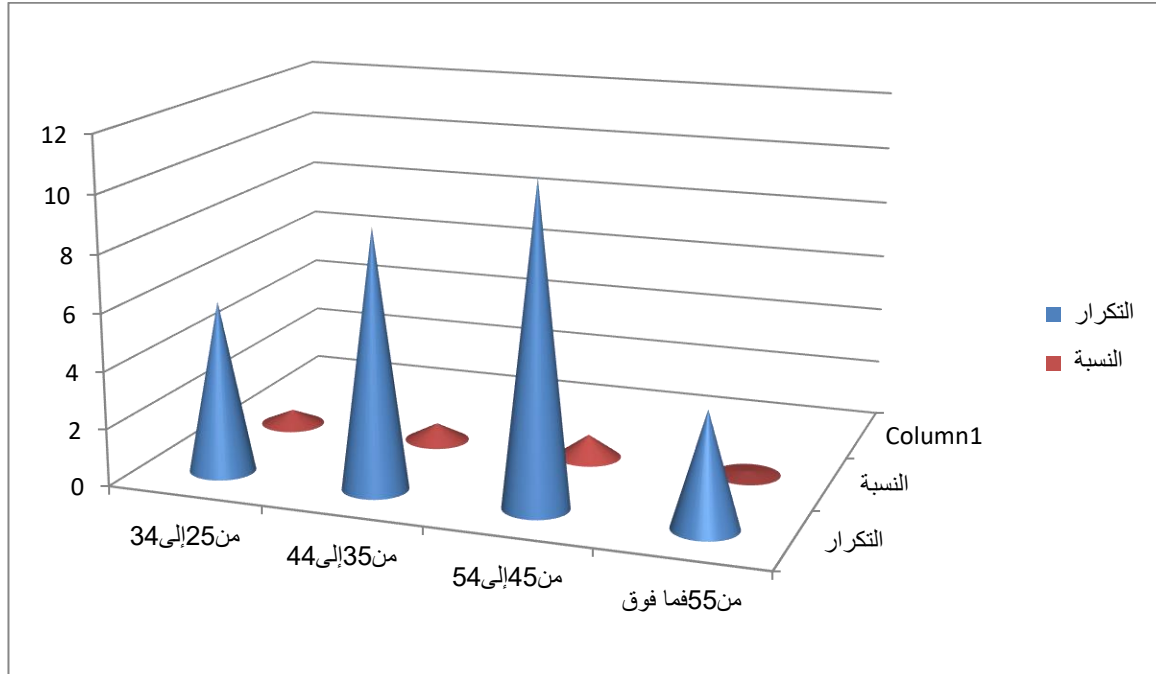


الشكل رقم (3) يمثل توزيع عينة الدّراسة الاستطلاعية حسب المستوى التعليمي والجنس

جدول (3) يبين توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة المئوية	التكرار	السن
20%	6	25 إلى 34
30%	9	35 إلى 44
36,67%	11	45 إلى 54
13,33%	4	55 فما فوق
100%	30	المجموع

في هذا الجدول تم تقسيم أفراد عينة الدّراسة الاستطلاعية إلى فئات حسب سنّ الأساتذة: الفئة الأولى من (25-34 سنة) نسبتها 20%، الفئة الثانية من (35-44 سنة) بنسبة 30%، في حين احتلت الفئة الثالثة والتي هي (45-54 سنة) أكبر نسبة. 36,67% ثم فئة 55 سنة فما فوق التي كانت نسبتها 13,33%.



الشكل رقم (4) يمثل توزيع عينة الدّراسة الاستطلاعية حسب السن

3.1. أدوات الدّراسة:

اعتمدنا في دراستنا هذه على الملاحظة التي فتحت لنا الباب للتساؤل، تعتبر الملاحظة الأساس الأول الذي تبنى عليه باقي الأدوات الأخرى، حيث إنها تعطي فكرة مبدئية حول إمكانية التحقق من صحة الفروض المتعلقة بالظواهر السلوكية الصادرة عن الأفراد، فهي اختبار الأداء السلوكي على المستوى اللفظي وغير اللفظي لفرد ما في موقف معين ومدى علاقته بسلوكياته الأخرى في المواقف المتباينة.

ويعرف "ويك Weick" الملاحظة العلمية بأنها الاختيار والاستثارة والتسجيل وتفسير مجموعة من السلوكيات والأوضاع في ظروفها الطبيعية تفسيراً يتسق مع الأهداف العلمية. (تنيو، 2020) حيث سمحت لنا الملاحظة بالحصول على بعض المعلومات التي لم نكن سنتمكن من الحصول عليها باستخدام أدوات أخرى؛ حيث قمنا بإعداد استمارة تحتوي على ثلاث أسئلة هي كالآتي:

هل ترون أن ظاهرة تعاطي للمخدرات قد استفحلت في الآونة الأخيرة؟

حسب رأيكم من هي الفئة من المجتمع الأكثر عرضة؟

من وجهة نظركم ماهي الأسباب المؤدية إلى انتشارها؟

4.1. إجراءات الدراسة:

بحكم عملنا فلم نواجه أي صعوبات في القيام بالدراسة الاستطلاعية.

ففي الأسبوع الأول من عطلة الشتاء استغلينا فرصة عمل الأساتذة في هذه الفترة وقمنا بإجراء هذه الدراسة في أريحية تامة بعيدا عن ضغوط التدريس لأن الأساتذة كانوا يأتون فقط من أجل صب النقاط أو إن احتاجت لهم الإدارة في شيء ما لذا كان بالنسبة لهم فترة راحة.

5.1. النتائج:

وقد كانت نتائج هذه الدراسة كالتالي:

. بالنسبة للسؤال الأول:

كانت النتائج كالتالي:

الجدول (4) يمثل نتائج السؤال الأول

السؤال	التكرار	النسبة المئوية
هل ترون أن ظاهرة تعاطي للمخدرات قد استفحلت في الآونة الأخيرة؟	30	%100

. أما بالنسبة للسؤال الثاني:

والذي كان حسب رأيكم من هي الفئة من المجتمع الأكثر عرضة؟

الجدول (5) يمثل نتائج السؤال الثاني

الإجابات	التكرار	النسبة المئوية
المراهقين	16	%53,33
المراهقين والشباب	08	%26,66
كل الفئات	06	%20

.وفيما يخص السؤال الثالث والذي كان:

من وجهة نظركم ماهي الأسباب المؤدية إلى انتشارها؟

فقد كانت النتائج كالتالي:

الجدول (6) يمثل نتائج السؤال الثالث

الإجابات	التكرار	النسبة المئوية
رفاق السوء	27	90%
الإهمال العائلي	25	80,33%
التفكك الأسري	24	80%
ضعف الشخصية، المراهقة، لفت الانتباه، الرغبة في إثبات الذات، الهشاشة	14	46,66%
حب الاكتشاف	11	36,66%
أخطاء في التربية (دلال زائد، القسوة)	10	33,33%
وسائل التواصل الاجتماعي	09	30%
الفراغ الروحي، نقص الوازع الديني	09	30%
التسرب المدرسي	08	26,66%
التقليد (وجود أحد أفراد الأسرة متعاطي)	07	23,33%
انعدام الحوار في الأسرة	07	23,33%
المكان الذي يسكن فيه (المحيط)	06	20%
الفراغ وعدم وجود مرافق للترفيه	05	16,66%
الجانب المادي (الغناء الفاحش، الفقر)	04	13,33%
دور المدرسة (غياب دورها)	03	10%
خروج المرأة للعمل	01	3,33%
نقص الوعي	01	3,33%

6.1. التعليق على نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال هذه الدراسة فقد توصلنا إلى أن كل أفراد العينة يتفقون في أن ظاهرة تعاطي المخدرات قد استفحلت في الآونة الأخيرة وأنهم متفقون كذلك على أن الفئة الأكثر تأثراً هي فئة المراهقين لخصوصية هذه المرحلة.

وقد كانت أهم الأسباب المؤدية إلى انتشار هذه الظاهرة حسبهم هي: رفاق السوء ومشاكل عائلية من إهمال وتفكك عائلي، وكذا الأخطاء التربوية من دلال زائد عن حده، دون إهمال خصوصيات المرحلة في حد ذاتها من توتر وعدم الاستقرار ونقص المرونة النفسية. وكذا بعض الأسباب المتعلقة بالمحيط كوسائل التواصل الاجتماعي وما إلى ذلك.

2. الدّراسة الأساسيّة:

1.2. المنهج المستخدم في الدّراسة

إن المنهج هو الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة، غير إن لكل منهج خصائص ووظائف يستفيد منها الباحث، ونظرا لطبيعة الموضوع الذي نحن بصدد دراسته رأينا أنه من الأنسب استخدام المنهج الوصفي. فهو يسمح لنا بدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ووصفها وصفا دقيقا والتعبير عنها كميا وكيفيا من خلال إعطاء وصف رقمي يوضح مقدار الظاهرة وحجمها ودرجة ارتباطها بالظواهر الأخرى.

كما أنه يعطي نظرة شاملة حول العينة وتحديد بدقة المتغيرات المسببة لحدوثها فهو يحقق لنا جمع أكبر قدر من الحقائق والمعلومات بطريقة موضوعية حول متغيرات الدّراسة وذلك من اجل التحقق من صحة الفرضيات.

ويعرف المنهج الوصفي على أنه "طريقة لوصف الموضوع المراد دراسته من خلال منهجيو علمية صحيحة وتصوير النتائج التي يتم التوصل إليها على أشكال رقمية معبرة يمكن تفسيرها وهناك من يعرفه بأنه: محاولة الوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية لعناصر المشكلة أو ظاهرة أو قائمة، للوصول لفهم أفضل وأدق أو وضع السياسات والإجراءات المستقبلية الخاصة بها". (المحمودي، 2019)

2.2. المشاركون في الدّراسة.

1.2.2. عينة الدّراسة:

وتعرف العينة على أنها "مجموعة فرعية من عناصر مجتمع معين" (انجرس، 2006، صفحة 301)

وتعرف كذلك " أنها المجموعة الجزئية التي يقوم الباحث بتطبيق دراسته عليها، حيث تكون ممثلة بخصائص مجتمع الدّراسة الكلي " (رزقي و شيقارة، 2017)

وقد تم اختيار عينة الدّراسة بطريقة الصدفة، حيث تم بالنسبة لطلبة جامعة قالمة وضع الاستمارة في مجموعة خاصة بالطلبة في شبكة التواصل الاجتماعي للإجابة عنها من قبلهم. أما بالنسبة لتلاميذ المتوسّطات والثانويات فقد تم التنقل إليهم وتسليمهم الاستمارات.

وقد تم اختيار عينة بحثنا عن بالطريقة العرضية أي عن طريق الصدفة.

2.2.2. وصف العينة:

عينة بحثنا مكونة من 309مراهق من كلا الجنسين. وهناك 107 استمارة تم توزيعها على تلاميذ الثانويات لم يتم استرجاعها لذا تم التخلي عنها.

1.2.2.2. خصائص العينة

كما سبق وان ذكرنا فأفراد عينة بحثنا هو 309 تلميذ وستناول فيما يلي تقديم تفاصيل عنها أكثر دقة من حيث السن، الجنس والمستوى التعليمي.

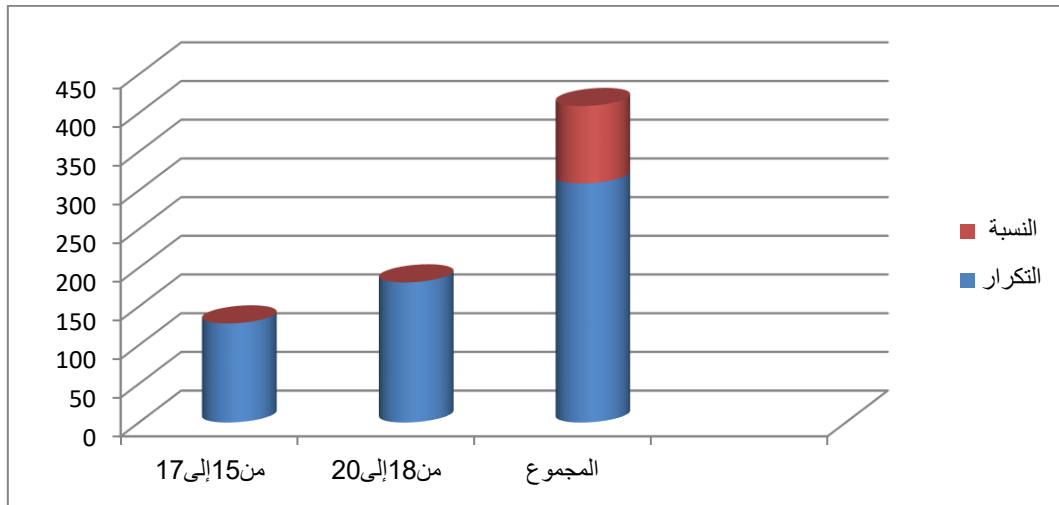
• السن:

الجدول رقم (7): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

السن	التكرار	النسبة المئوية
من 15 إلى 17 سنة	128	%41,42
من 18 إلى 20 سنة	181	%58,58
المجموع	309	%100

توضح معطيات الجدول رقم (01) توزيع أفراد عينة الدراسة تبعاً لمتغير السن ويتبين مما سبق أن 128 من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين (15-17 سنة) بنسبة %41,42 في حين أن 181 فرد من أفراد العينة أعمارهم (من 18-20 سنة) بنسبة %58,58 من المجموع الكلي.

وهذا الرسم البياني يحاول توضيح ذلك.



شكل رقم (5) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

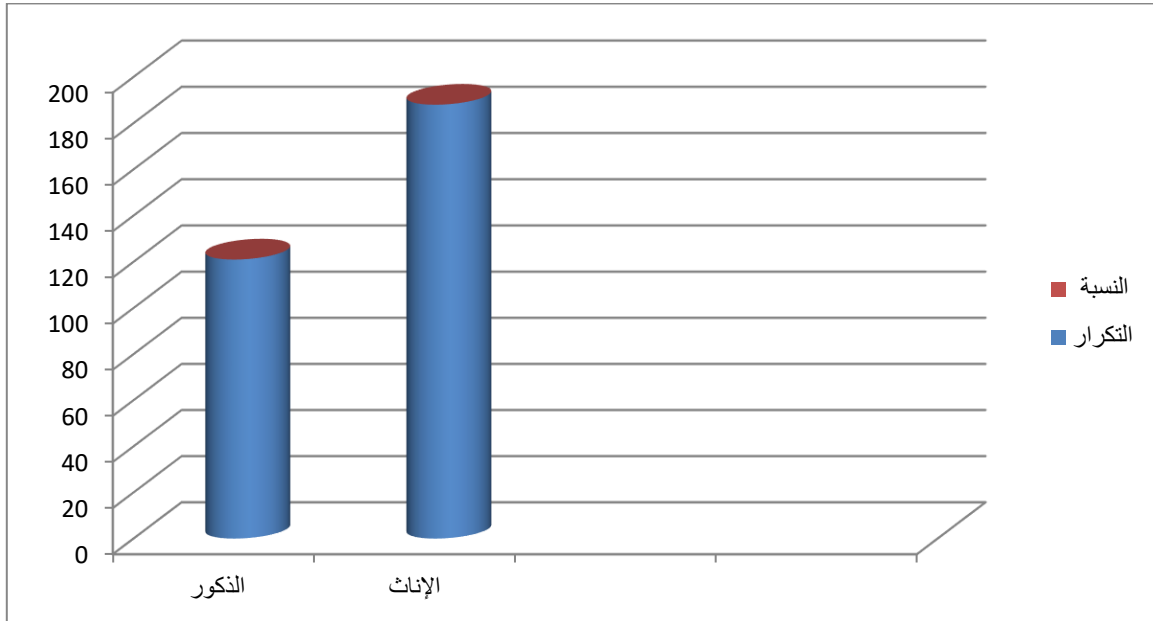
• الجنس:

الجدول رقم (8): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
الذكور	121	% 39,16
الإناث	188	% 60,84

توضح معطيات الجدول رقم (8) توزيع أفراد عينة الدّراسة تبعاً لمتغير الجنس ويتبين من خلاله أن 121 من أفراد العينة كانوا ذكور بنسبة 39,16% في حين أن 188 فرد من أفراد العينة كانوا إناث بنسبة 60,84%.

وهذا الرسم البياني يوضح ذلك.



الشكل رقم (6) يوضح توزيع أفراد عينة الدّراسة حسب متغير الجنس

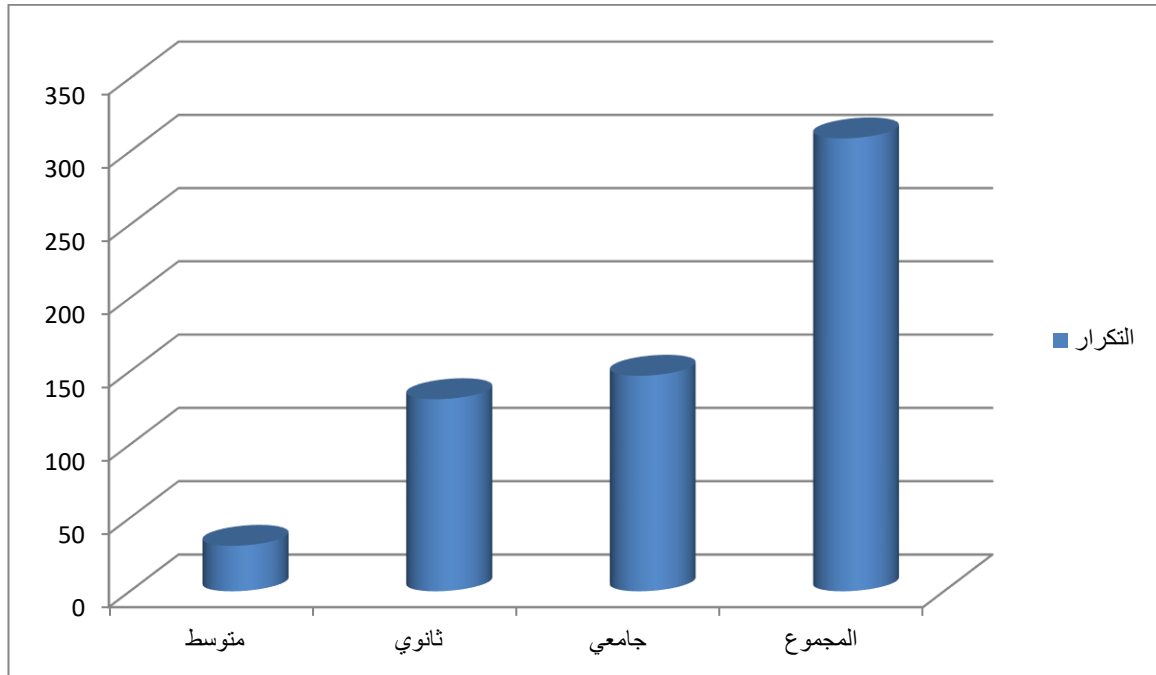
• المستوى التعليمي:

الجدول رقم (9): يوضح توزيع أفراد عينة الدّراسة حسب متغير المستوى التعليمي

النسبة المئوية	التكرار	المستوى التعليمي
10,03 %	31	متوسط
42,39 %	131	ثانوي
47,58 %	147	جامعي
100 %	309	المجموع

معطيات الجدول رقم (9) توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي، ومما سبق نلاحظ أن أفراد العينة الذين مستواهم التعليمي متوسط 31 بنسبة (10,03%)، بينما 131 مستواهم التعليمي ثانوي بنسبة (42,39%)، أما الذين يدرسون في الجامعة فقد بلغ عدد أفراد العينة 147 جامعي بنسبة (47,58%).

والرسم البياني اللاحق يوضح هذا التوزيع:



الشكل رقم (7) يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي

3.2. أدوات الدراسة.

إن الباحث يركز باهتمام على اختيار تقنيات وأدوات جمع البيانات والمعطيات الخاصة بالظاهرة المراد دراستها، واختيار التقنية والأداة يتعلق أساساً بطبيعة موضوع الدراسة، والهدف المراد الوصول إليه. لأجل ذلك فقد تم استخدام استبيان يحتوي على مقياس الصدمة لدافيدسون (ترجمة عبد العزيز ثابت) وكذا مقياس السلوك الاندفاعي العربي UPPS-P القصير.

1.3.2. التعريف بالمقاييس المطبقة في الدراسة:

1.1.3.2. مقياس دافيدسون:

يتكون مقياس دافيدسون لقياس تأثير الخبرات الصادمة من 17 بند تمثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية وقد تم دراسة صدقه وثباته. ويتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية وهي:

- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية: 1، 2، 3، 4، 17،
- تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية: 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11،
- الاستثارة وتشمل البنود التالية: 12، 13، 14، 15، 16،

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من الصفر- 4) ويكون مجموع الدرجات للمقياس 153 نقطة.

حساب درجة كرب ما بعد الصدمة:

يتم تشخيص الحالات التي تعاني من كرب ما بعد الصدمة بحساب ما يلي:

- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.
- ثلاث أعراض من أعراض التجنب.
- عرض من أعراض الاستثارة.

ثبات ومصداقية المقياس دافيدسون:

✓ الثبات

- لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 241 مريض تم أخذهم من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا الإعصار أندرو، وكان معامل ألفا 0,99.
- لقد استخدم معامل ألفا كرونباخ لمعرفة الاتساق الداخلي للمقياس من خلال دراسة تناولت 215 سائق إسعاف مقارنة مع موظفين في غزة وكان معامل ألفا 0,78، التجزئة النصفية بلغت 0,61.

✓ المصدقية:

لقد تم دراسة مصداقية المقياس بمقارنته بمقارنته بمقياس الاضطرابات النفسية الناتجة عن مواقف صادمة للإكلينيكين وذلك بأخذ عينة مكونة من 120 شخص من مجموعة من ضحايا الاغتصاب، ودراسة لضحايا الإعصار أندرو، والمحاربين القدامى وكانت النتيجة بأن 67 من هؤلاء الأشخاص تم تشخيصهم كحالة كرب ما بعد الصدمة. كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة لهؤلاء الأشخاص هو +62 / - 38. بينما كان المتوسط الحسابي لمقياس دافيدسون لكرب ما بعد الصدمة للأشخاص الذين لم تظهر عليهم أعراض كرب ما بعد الصدمة (62 شخص) هو +15,5 - / 13,8 (ت=9,37 دلالة إحصائية 0,0001).

الثبات إعادة تطبيق المقياس Test – retest

- لقد تم تطبيق هذا المقياس على مجموعة من الأشخاص الذين تم فحصهم من خلال مجموعة من الأشخاص دراسة إكلينيكية في عدة مراكز وتم الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0,86 والدلالة الإحصائية 0,001.
- في دراسة أبو ليلة وثابت (2005) تم اختبار المقياس على عينة من سائقي الإسعاف وكانت العينة مكونة من 20 سائق وتم إعادة الاختبار بعد أسبوعين وكان معامل الارتباط 0,86 والدلالة الإحصائية = 0,001.
- أما فيما يخص مفتاح التصحيح للاختبار فقد كان كالآتي:

- أبدا - 0

- نادرا - 1

- أحيانا _ 2

- غالبا _ 3

- دائما _ 4

المقياس الثاني المستخدم في هذه الدراسة هو:

2.1.3.2. مقياس السلوك الاندفاعي العربي UPPS-P القصير:

تمت ترجمة هذا المقياس إلى العربية من قبل غادة بطيش، جمال بربيش وياسر خزعل، ويسلط مقياس UPPS-P الضوء على خمس بنيات اندفاعية تكميلية (أي الإلحاح الإيجابي والإلحاح السلبي ونقص المثابرة وقلة سيق الإصرار والبحث عن الإحساس).

* لإلحاح السلبي (التصرف باندفاع أثناء مواجهة المواقف العاطفية السلبية)، ويشمل البنود: 4،7،12،17.

الإلحاح الإيجابي (التصرف باندفاع أثناء مواجهة المواقف العاطفية الإيجابية الشديدة). ويشمل البنود: 2،10،15،20.
* عدم وجود مع سبق الإصرار (الميل إلى عدم مراعاة نتائج فعل ما قبل الانخراط في ذلك الفعل). ويشمل البنود التالية: 1،6،13،19.

* قلة المثابرة (صعوبة في التركيز على المهام الصعبة أو المملة) ويشمل البنود التالية: 8،5،11،16.

* السعي وراء الإحساس (الميل إلى متابعة الأنشطة المثيرة والانفتاح على المجازفة والأنشطة غير التقليدية ويشمل البنود التالية: 3،9،14،18.

تم تطوير نسخة قصيرة من 20 عنصراً من UPPS-P مؤخراً. وتم التحقق من صحتها بلغات مختلفة (على سبيل المثال، الفرنسية، الإسبانية، الإنجليزية، الإيطالية: أظهرت هذه الدراسات أن الخصائص السيكومترية للنسخة القصيرة من UPPS-P لهيكل عاملي قوي مماثل لتلك الموجودة في المقياس الأصلي، وقد تم تجريبه من طرف الباحثين وتوصلوا إلى أنه مفيد وصحيح لتقييم مكونات الاندفاع في الممارسة السريرية والبحوث. وتم استخدامه كذلك في دراسة الإدمان. وقد تم حساب ثباته وكان من 0,58 إلى 0,81.

فيما يخص مفتاح التصحيح للاختبار فقد كان كالآتي:

- موافق قطعاً _ 4

- موافق _ 3

- غير موافق _ 2

- رافض قطعاً _ 1

وقد احتوى هذا المقياس على بنود عكسية وهي: البند رقم: 11،13،10،11،10،5،6،8،12،18.

4.2. إجراءات الدّراسة.

قمنا بتحويل المقاييس الخاصة بدراستنا إلى استبيانات إلكترونية على شكل google formes وقمنا بتمريره عبر شبكات التواصل الاجتماعي في مجموعات خاصة بطلبة جامعة قالملة. أما بالنسبة لتلاميذ المتوسط والثانوي بدأنا بطريقة الاستبيان الإلكتروني فوجدنا هذه الطريقة صعبة التعامل بها مع التلاميذ وتحتاج إلى وقت طويل لذا تم طبع استبيانات ورقية وقمنا بتمريرها على هذه الفئة. فبرغم من ذلك لم يتم استرجاع عدد لا بأس به من الاستبيانات الورقية التي بلغ عددها 107 استمارة. وقد تموضع تعليمة شرحنا فيها الهدف من الدّراسة وأنها تخص بحثا علميا من أجل التخرج، وأن كل المعطيات المتحصل عليها ستحاط بسرية تامة ولا تستخدم لأغراض شخصية، وأنه لا توجد إجابة خاطئة وأخرى صحيحة، فكل الإجابات مقبولة مع ضرورة الإجابة على كل البنود.

خلاصة

تم التطرق في هذا الفصل إلى أهم الإجراءات المنهجية المتبعة لتحقيق أغراض الدراسة الميدانية، والتي تعد الأهم في الدراسة إذ من خلالها يتمكن الباحث من العبور إلى الجانب الميداني وفق خط سير صحيح، وتختلف تلك الإجراءات باختلاف طبيعة الموضوع والهدف من الدراسة، وبعد عرضها بشكل تسلسلي منظم، سنحاول التطرق لاحقاً لآخر جزء من أجزاء البحث ليكنتم لهذا الأخير، والذي يتمثل في عرض ومناقشة النتائج المتوصل إليها.

الفصل الخامس

عرض النتائج ومناقشتها

الفصل الخامس: عرض النتائج ومناقشتها

1. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

1.1. النتائج الوصفية

2. عرض النتائج وفق فرضيات الدراسة

1.2. عرض نتائج الفرضية العامة (نتائج الارتباط)

2.2. نتائج الانحدار الخطي

2.3. نتائج الفرضيات الجزئية

3. مناقشة نتائج الدراسة

خاتمة

قائمة المراجع

الملاحق

1. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

لنتأكد من صحة الفروض وللحصول على إجابات لتساؤلاتنا اعتمدنا على عدة أساليب إحصائية والتي تتوافق ودراستنا حيث اعتمدنا على:

- البرنامج الإحصائي الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS لتفريغ البيانات.
- حساب معامل ألفا كرونباخ للتأكد من قوة المقاييس وثباتها.
- حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتأكد من تقارب وتجانس القيم.
- حساب معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة.
- حساب معامل الانحدار الخطي وذلك لمعرفة خطية العلاقة بين المتغيرات.

1.1. النتائج الوصفية

1.1.1. ثبات المقاييس (ألفا كرونباخ)

يعتبر معامل ألفا كرونباخ من أساسيات البحث العلمي، حيث تم الاعتماد عليه لمعرفة مدى قوة المقاييس التي اعتمدها في الدراسة، حيث كانت نتائج مقياس الصدمة النفسية حسب البنود كالتالي:

جدول رقم (10): يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس الصدمة النفسية

اسم المقياس	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
الصدمة النفسية	,872	17

- نلاحظ أن ألفا كرونباخ لمقياس الصدمة النفسية ذا مصداقية قوية وذلك للقيمة المتحصل عليها والتي تساوي $(\alpha=0,872)$ وهذا يشجع على استخدامه

أما مقياس السلوك الاندفاعي فكانت نتائجه كالتالي:

جدول رقم (11): يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الاندفاعي.

اسم المقياس	Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
السلوك الاندفاعي	,712	20

- نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الاندفاعي ذا مصداقية متوسطة وذلك للقيمة المتحصل عليها والتي تساوي $(\alpha=0,712)$

نتائج الإحصائيات الوصفية للمقاييس (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري)

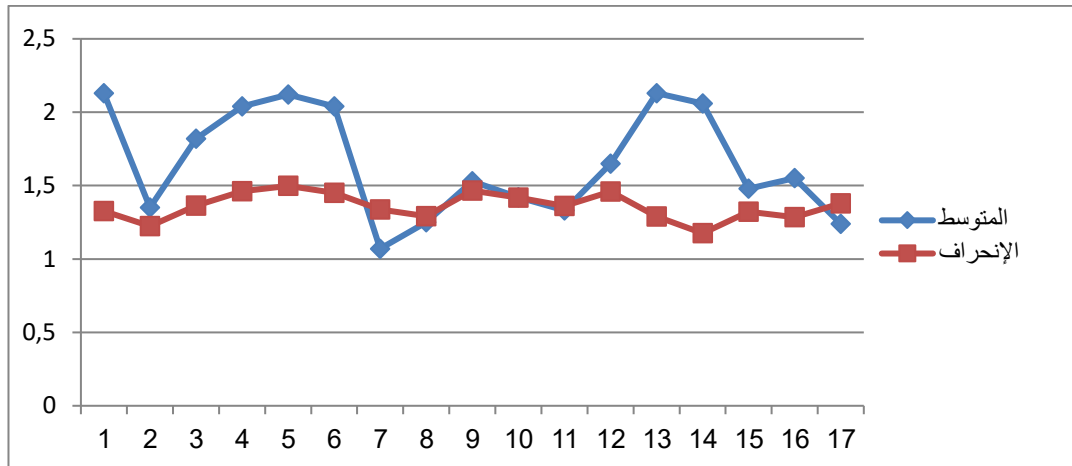
لتحليل محاور مقاييس الصدمة النفسية والسلوك الاندفاعي تم الاعتماد على معيار المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتعرف على القيمة التي تتجمع فيها موافقة المشاركين وكذا معرفة مدى تشتت إجابات أفراد عينة الدراسة عن متوسطاتها الحسابية.

وفيما يلي سيتم عرض الإحصائيات الوصفية الخاصة بالمقياسين.

جدول رقم (12) يوضح استجابات أفراد العينة الكلية بالنسبة لمقياس الصدمة حسب البنود

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	دائما		غالبا		أحيانا		نادرا		أبدا		رقم البند
		%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
1.327	2.13	16,9	52	19,8	61	31,2	96	15,6	48	14,9	46	01
1.224	1.35	6,5	20	9,7	30	29,9	92	19,8	61	34,1	105	02
1.364	1.82	12,7	39	14,3	44	31,8	98	16,2	50	23,1	71	03
1.462	2.04	21,8	67	19,2	59	25	77	9,7	30	24,4	75	04
1.498	2.12	23,7	73	23,4	72	18,2	56	10,7	33	24	74	05
1.450	2.04	20,1	62	22,1	68	23,7	73	9,7	30	24,4	75	06
1.338	1.07	9,1	28	8,1	25	14,3	44	18,2	56	50,3	155	07
1.291	1.25	6,8	21	11,4	35	23,7	73	16,2	50	41,9	129	08
1.467	1.53	14,6	45	13,6	42	18,8	58	15,6	48	37,3	115	09
1.418	1.42	11	34	14,3	44	20,8	64	13,3	41	40,6	125	10
1.361	1.33	10,7	33	9,7	30	21,1	65	19,2	59	39,3	121	11
1.460	1.65	16,2	50	13,3	41	22,4	69	15,3	47	32,8	101	12
1.290	2.13	18,8	58	16,6	51	37,3	115	11,7	36	15,3	47	13
1.175	2.06	14	43	18,5	57	38	117	18,2	56	11,4	35	14
1.322	1.48	9,4	29	14	43	24,7	76	19,5	60	32,5	100	15
1.284	1.55	9,1	28	14,6	45	26,6	82	21,8	67	27,9	86	16
1.379	1.24	8,8	27	13,3	41	13,6	42	19,8	61	44,2	136	17
13.28279	28.2182											المجموع

معطيات الجدول رقم (12) تمثل توزيع استجابات أفراد العينة الكلية بالنسبة لمقياس الصدمة حسب البنود. وقد تم قياس الصدمة النفسية بـ 17 بند، كما هو موضح في هذا الجدول وهذا المقياس كما سبق وأن ذكرنا هو خماسي (أي لديه 5 خيارات أبدا، نادرا، أحيانا، غالبا، دائما) وقد حصلنا من خلاله على متوسط حسابي كلي (13,28279, ET=13, M=28,2128) وقد كانت أكبر متوسط حساب البند الأول (1,327, ET=13, M=2) ليليه البند الثالث عشر بنفس قيمة المتوسط الحسابي وانحراف معياري (1,290, ET=13, M=2) في حين كانت أقل في البند السابع عشر (1,07, ET=13,338, M=1) حين حصل البند الرابع عشر على أقل انحراف معياري (1,175, ET=1, M=2,06).



الشكل رقم (8) يوضح استجابات أفراد العينة لمقياس الصدمة حسب البنود

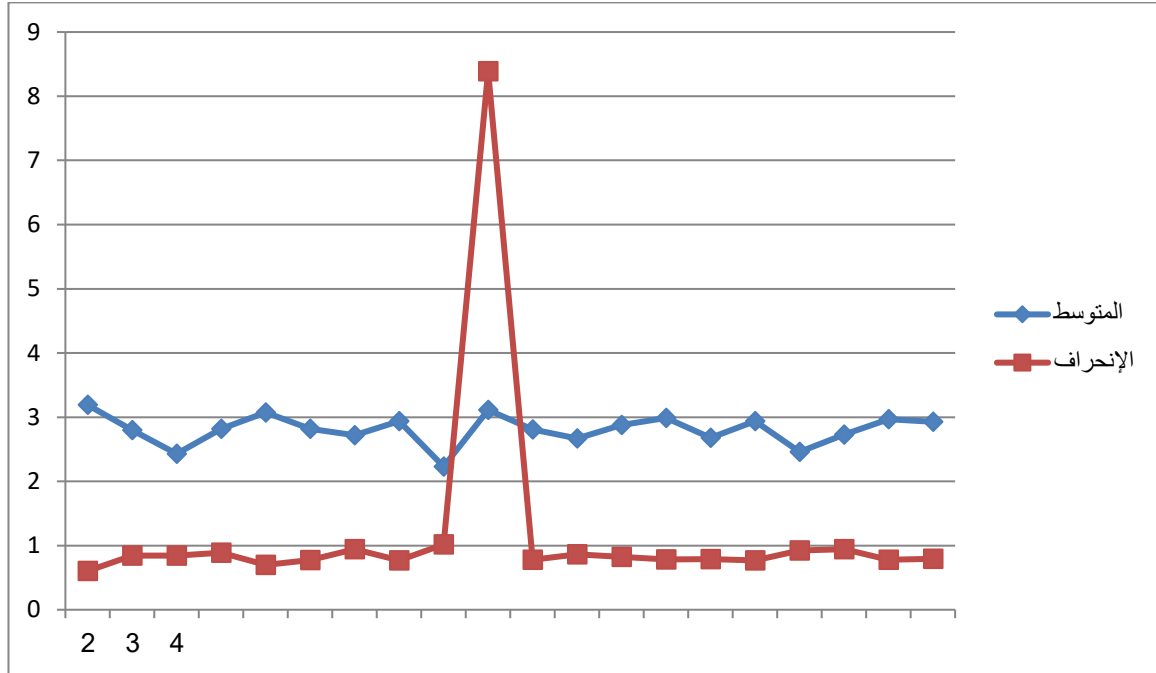
• السلوك الاندفاعي:

الجدول رقم (13): نتائج استجابات أفراد العينة لمقياس السلوك الاندفاعي حسب البنود

رقم البند	موافق قطعاً		موافق		غير موافق		رافض قطعاً		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
01	28.6	88	63	194	7.5	23	1	3	3.19	0.603
02	22.1	68	40.9	126	31.8	98	5.2	16	2.80	0.842
03	11.7	36	34.7	107	38	117	15.6	48	2.43	0.842
04	25	77	39.6	122	28.2	87	7.1	22	2.82	0.889
05	26	80	56.8	175	15.3	47	1.9	6	3.07	0.698
06	18.5	57	49.7	153	27.6	85	4.2	13	2.82	0.775
07	23.1	71	36.7	113	29.2	90	11	34	2.72	0.942
08	23.1	71	51.3	158	22.1	68	3.6	11	2.94	0.770
09	14.3	44	23.1	71	34.4	106	28.2	87	2.23	1.016
10	37	114	41.2	127	17.5	54	4.2	13	3.11	8.39
11	16.2	50	54.2	167	23.4	72	6.2	19	2.81	0.779
12	17.5	54	40.9	126	32.8	101	8.8	27	2.67	0.865
13	22.4	69	49.4	152	22.1	68	6.2	19	2.88	0.824
14	26.6	82	48.7	150	21.4	66	3.2	10	2.99	0.782
15	14.6	45	44.2	136	35.7	110	5.5	17	2.68	0.789
16	23.1	71	51.3	158	22.1	68	3.6	11	2.94	0.770
17	14.6	45	32.1	99	38	117	15.3	47	2.46	0.921
18	23.4	72	37.7	116	27.9	86	11	34	2.73	0.942
19	25.3	78	50.3	155	20.8	64	3.6	11	2.97	0.778
20	23.7	73	50.3	155	21.4	66	4.5	144	2.93	0.794
المجموع									59.1348	6.70458

تم قياس السلوك الاندفاعي ب 20 بند كما موضح في هذا الجدول والذي من خلاله نستطيع أن نقرأ أن أكبر متوسط حسابي كان في البند الأول ($M=3,19.ET=0,603$) في حين كان أقل متوسط حسابي في البند التاسع ($M=2,23.ET=1,016$)

والرسم البياني الموالي يشرح ذلك



الشكل رقم (9) يوضح استجابات أفراد العينة لبنود مقياس السلوك الاندفاعي

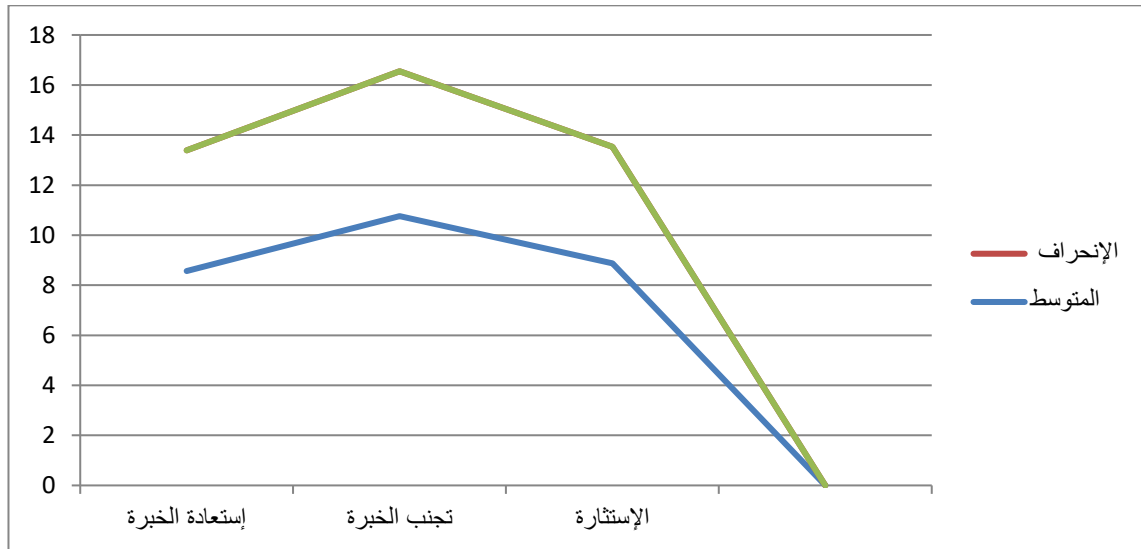
جدول رقم (14) يوضح الإحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) لمحاور مقياس الصدمة

	إحصاء وصفي			
	التكرار	أكبر قيمة	المتوسط	الانحراف المعياري
استعادة الخبرة الصادمة	307	15.00	5.0098	3.51141
تجنب الخبرة الصادمة	308	18.00	5.9578	4.16533
الاستثارة	308	15.00	4.7695	3.68933
المجموع			5.2457	3.78869

المقياس مكون من ثلاث أبعاد: استعادة الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، الاستثارة، وبعد حساب المتوسط الحسابي في عبارات مقياس الصدمة النفسية وجدنا بأن المتوسط العام لإجابات الباحثين هو: $(M=5.2457, ET=3.78869)$

نلاحظ من خلال الإحصائيات المتوفرة لدينا والتي تخص المتوسط الحسابي والانحراف المعياري أن محور تجنب الخبرة الصادمة لديه أكبر قيمة للمتوسط الحسابي $(M=5.9578, ET=4.16533)$ ، تليها استعادة الخبرة الصادمة $(M=5.0098, ET=5.1141)$ ، وفي الأخير تأتي الاستثارة ب: $(M=4.7695, ET=3.68933)$

وللتوضيح أكثر هذا مخطط بياني للنتائج المتحصل عليها.



الشكل رقم (10) يوضح الإحصائيات الوصفية لمحاور مقياس الصدمة

أما بخصوص النتائج الوصفية لمحاور مقياس السلوك الاندفاعي فكانت النتائج كالتالي:

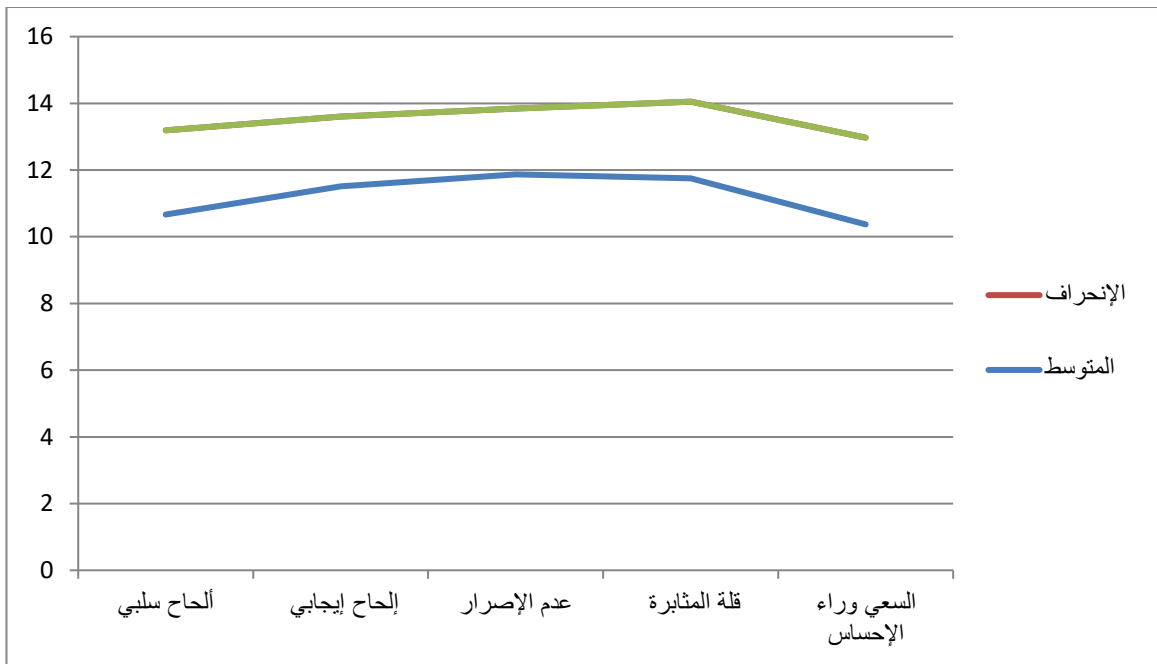
جدول رقم (15) يوضح الإحصائيات الوصفية (المتوسط الحسابي والانحراف المعياري) لمحاور مقياس السلوك الاندفاعي

	إحصاء وصفي				
	Min	N	Max	المتوسط	الانحراف المعياري
الإلحاح السلبي	4.00	308	16.00	9.0519	2.34150
الإلحاح الإيجابي	6.00	308	15.00	10.1461	1.91720
عدم وجود مع سبق الإصرار	6.00	308	15.00	10.9643	1.83932
قلة المثابرة	5.00	308	16.00	11.3506	1.95064
السعي وراء الإحساس	4.00	308	15.00	10.3279	2.09535
المجموع				10.36816	2.028802

لقد تم تقسيم المقياس إلى خمس محاور (أبعاد): الإلحاح السلبي، للإلحاح الإيجابي، عدم وجود مع سبق الإصرار، قلة المثابرة، السعي وراء الإحساسو بعد حساب المتوسط الحسابي في وجدنا بأن المتوسط العام لإجابات المبحوثين هو $(M=10.36816, ET=2.028802)$.

نلاحظ من خلال الإحصائيات المتوفرة لدينا والتي تخص المتوسط الحسابي والانحراف المعياري أن محور قلة المثابرة حصل على أكبر متوسط حسابي $(M=11.3506, ET=1.95064)$ ليأتي بعده محور عدم وجود مع سبق الإصرار ب: $(M=10.9643, ET=1.83932)$ ثم السعي وراء الإحساس ب: $(M=10.3279, ET=2.09535)$ وتأتي بعدها الإلحاح الإيجابي $(M=10.1461, ET=1.91720)$ وفي الأخير الإلحاح السلبي $(M=9.0519, ET=2.34150)$.

وللتوضيح أكثر هذا المخطط البياني يشرح النتائج المتوصل إليها.



الشكل رقم (11) يوضح الإحصائيات الوصفية لمحاور مقياس السلوك الاندفاعي

1. عرض النتائج وفق فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

1.2. عرض نتائج الفرضية العامة:

كان مضمون الفرضية ما يلي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات عند المراهق المتمدرس، ولتحقق من صحة الفرضية تم إيجاد معامل الارتباط بيرسون بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان يوضحها الجدول رقم (16) الآتي:

جدول رقم (16) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الصدمة النفسية والسلوك الاندفاعي.

معامل الارتباط بيرسون		
السلوك الاندفاعي	الصدمة النفسية	
	1	الصدمة النفسية
1	**0,335 -	السلوك الاندفاعي

** عند مستوى الدلالة 0,01

* عند مستوى الدلالة 0,05

نلاحظ من خلال نتائج الجدول أعلاه والمتعلقة بالعلاقة بين الصدمة النفسية والسلوك الاندفاعي وجود علاقة ارتباطية قوية عكسية ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 ($r = -0,335$, $p = 0,000$).

ولشرح ذلك بأكثر دقة وفهم أي الأبعاد أكثر تأثير في السلوك الاندفاعي للمراهق قمنا بمقارنة بين أبعاد الصدمة النفسية وأبعاد السلوك الاندفاعي،

جدول رقم (17) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين أبعاد الصدمة النفسية وأبعاد السلوك الاندفاعي

معامل الارتباط بيرسون						
السعي وراء الإحساس	قلة المثابرة	عدم وجود مع سبق الإصرار	الإلحاح الإيجابي	الإلحاح السلبي	أبعاد السلوك الاندفاعي	
					أبعاد الصدمة	
-0,081	-0,066	-0,091	-.333**	-.201**	Per	استعادة
					Sig	الخبرة
					N	الصادمة
*-0,125	-0,102	-0,103	**-.303	**-.169	Per	تجنب الخبرة
					Sig	الصادمة
					N	
**-.198	**-.186	**-.177	**-.347	**-.263	Per	الاستثارة
					Sig	
					N	

* عند مستوى الدلالة 0,05 ** عند مستوى الدلالة 0,01

يتضح من خلال قراءة الجدول رقم (11) أن قيمة معامل الارتباط بيرسونيين متغير الصدمة النفسية والسلوك الاندفاعي كالآتي:

- بالنسبة للبعد الأول للصدمة والذي هو: استعادة الخبرة الصادمة فقد اتضح أنه له علاقة عكسية قوية عند مستوى الدلالة 0,01 مع البعد الأول والثاني للسلوك الاندفاعي وهما الإلحاح السلبي والإلحاح الإيجابي $r = -0,201$ ($p=0,000$).
(بمعنى أنه كلما كانت استعادة الخبرة الصادمة قوية كلما أثر ذلك على سلوك الفرد تأثيراً سلبياً. $r = -0,333$, $p=0,000$)

- بالنسبة للبعد الثاني للصدمة النفسية والذي هو: تجنب الخبرة الصادمة فقد اتضح أن له علاقة قوية وعكسية مع البعدين الأول والثاني للسلوك الاندفاعي عند مستوى الدلالة 0,01 ($r = -0,169$, $p=0,003$)، و ($r = -0,303$, $p=0,000$) ، وكذا علاقة عكسية أقل قوة من سابقتها بالنسبة للبعد الخامس للسلوك الاندفاعي عند مستوى الدلالة 0,05

($r = -0,125$, $p=0,028$) ولم تكن له علاقة ذات دلالة إحصائية مع البعدين الثالث والرابع.

وأخير البعد الثالث والأخير للصدمة النفسية والمتمثل في: الاستثارة، فقد اتضح أنه له علاقة قوية وعكسية مع جميع أبعاد السلوك الاندفاعي عند مستوى الدلالة 0,01.

2. 2. نتائج الانحدار الخطي (خطية العلاقة بين المتغيرات) (La régression linéaire):

للتعرف أكثر على مدى تأثير المتغيرات فيما بينها والتنبؤ بطبيعة هذا التأثير في المستقبل، تم حساب معامل الانحدار الخطي La régression linéaire وكانت النتائج كالتالي:

جدول رقم (18): يوضح نتائج الانحدار الخطي للمتغير المستقل الصدمة النفسية وتأثيره على المتغير التابع السلوك الاندفاعي:

متغير تابع	متغير مستقل	الانحدار	P
السلوك الاندفاعي	الصدمة النفسية	15,493	0,000

ولشرح النتائج بأكثر تفصيلاً قمنا بحساب مدى تأثير كل بعد من أبعاد الصدمة النفسية التي هي المتغير المستقل على المتغير التابع الذي هو السلوك الاندفاعي.

جدول رقم (19): يوضح مدى تأثير كل بعد من أبعاد الصدمة النفسية التي هي المتغير المستقل على المتغير التابع الذي هو السلوك الاندفاعي.

المتغير التابع	أبعاد المتغير المستقل	B	P
السلوك الاندفاعي	استعادة الخبرة الصادمة	- 0,028	0,698
	تجنب الخبرة الصادمة	- 0,056	0,436
	الاستثارة	-0,313	0,000

من خلال الجدول يتضح بأن بعد الاستثارة هو الذي يشرح السلوك الاندفاعي أكثر من الأبعاد الأخرى للصدمة النفسية وقد كانت نتائجه كالتالي: ($B = -0,313$, $P = 0,000$)

الفرضيات الجزئية:

2.3. عرض نتائج الفرضيات الجزئية:

• عرض نتائج الفرضية الأولى:

كان مضمون الفرضية ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصدمة النفسية لدى المراهق المتمدرس تبعاً لمتغير الجنس، وللتحقق من صحة الفرضية تم حساب الفروق بواسطة ANOVA à 1 Facteur بين الصدمة النفسية و متغير الجنس والنتائج يوضحها الجدول رقم (20) الآتي:

الجدول رقم (20): يمثل نتائج معامل بيرسون بين الصدمة النفسية و متغير الجنس

العينة	درجة المحسوبة	درجة المعنوية	
306	16,268	0,000	الصدمة النفسية

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أن هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير الجنس حيث يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ويتضح ذلك من خلال النتائج التالية: ($F=16,268.P=0;000$)

• عرض نتائج الفرضية الثانية:

وكان مضمون الفرضية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصدمة النفسية لدى المراهق المتمدرس تبعاً لمتغير السن. وللتحقق من صحة الفرضية فقد تم حساب الفروق بواسطة ANOVA à 1 Facteur بين الصدمة النفسية و متغير السن والنتائج يوضحها الجدول رقم (21).

الجدول رقم (21): يمثل نتائج ANOVA بين الصدمة النفسية و متغير السن

العينة	درجة المحسوبة	درجة المعنوية	
306	4,361	0,002	الصدمة النفسية

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أن هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير السن حيث يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ويتضح ذلك من خلال النتائج التالية: ($F=4,361.P=0,002$)

• عرض نتائج الفرضية الثالثة:

كان مضمون الفرضية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الصدمة النفسية لدى المراهق المتمدرس تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. وبغرض التأكد من صحة الفرضية فقد تم حساب الفروق بواسطة ANOVA à 1 Facteur بين المتغيرين والنتائج يوضحها الجدول رقم (22):

الجدول رقم (22): يمثل نتائج ANOVA الصدمة النفسية والمستوى التعليمي

العينة	درجة المحسوبة	درجة المعنوية	
306	7,389	0,001	الصدمة النفسية

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أن هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي حيث يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ويتضح ذلك من خلال النتائج التالية: ($F=7,389, P=0,001$)

● عرض نتائج الفرضية الرابعة:

كان مضمون الفرضية الرابعة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاندفاعي لدى المراهقين المتمدرسين تبعاً لمتغير الجنس. بغرض التأكد من صحة الفرضية فقد تم حساب الفروق بواسطة ANOVA à 1 Facteur بين المتغيرين والنتائج يوضحها الجدول رقم (23)

الجدول رقم (23): يمثل نتائج ANOVA بين السلوك الاندفاعي والجنس

العينة	درجة المحسوبة	درجة المعنوية	
307	0,174	0,677	السلوك الاندفاعي

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أنه لا يوجد هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير الجنس حيث يتبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ويتضح ذلك من خلال النتائج التالية: ($F=0,174, P=0,677$)

● عرض نتائج الفرضية الخامسة:

كان مضمون الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاندفاعي لدى المراهقين المتمدرسين تبعاً لمتغير السن، بغرض التأكد من صحة الفرضية فقد تم حساب الفروق بواسطة ANOVA à 1 Facteur بين متغيرين والنتائج الإحصائية يوضحها الجدول رقم (17).

الجدول رقم (24): يمثل نتائج لمقياس السلوك ANOVA الاندفاعي تبعاً لمتغير السن

العينة	درجة المحسوبة	درجة المعنوية	
307	2,744	0,029	الصدمة النفسية

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أن هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير السن حيث يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ويتضح ذلك من خلال النتائج التالية: ($F=2,744, P=0,029$)

• عرض نتائج الفرضية السادسة:

كان مضمون الفرضية السادسة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الاندفاعي لدى المراهقين المتمدرسين تبعاً لمتغير المستوى التعليمي. ولإثبات ذلك قمنا بحساب الفروق بين المتغيرين بواسطة ANOVA à 1 Facteur والجدول رقم (24) يوضح النتائج المتوصل لها.

الجدول رقم (25): يمثل نتائج العلاقة بين السلوك الاندفاعي و متغير المستوى التعليمي للمراهقين المتمدرسين.

العينة	درجة المحسوبة	درجة المعنوية	الصدمة النفسية
307	8,837	0,000	

من خلال هذه النتائج، نلاحظ أن هناك تباين في اتجاهات أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي حيث يتبين أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية ويتضح ذلك من خلال النتائج التالية: ($F=8,837, P=0,000$)

3. مناقشة نتائج الدراسة:

مناقشة نتائج الدراسة:

تعرف الصدمة النفسية على أنها الآثار التي تنتج عن حدث يكون غالباً مفاجئاً غير متوقع، الأمر الذي يؤدي إلى استثارة انفعالية قد تفقد الجهاز النفسي توازنه. مما يكون سبباً في ظهور بعض الاضطرابات الجسدية والنفسية تؤثر على بنية الشخصية. وقد تطرقنا في هذه الدراسة إلى تأثير هذه الأخيرة على فئة من أهم الفئات في المجتمعات ككل التي هي فئة المراهقين الذين يعتبرون دعامة المجتمع والمعول عليهم، فمراهق اليوم هو رجل الغد ومربي أجيال في المستقبل، لذا وجب الاهتمام به، ومحاولة الوقوف على منغصاته وإعطائه يد العون لمعالجة ما يعانيه من مشاكل للوصول به إلى بر الأمان، لذا حاولنا من خلال هذه الدراسة ربط الصدمة النفسية بأهم ظاهرة تفتشت في المجتمعات كافة ألا وهي الإدمان على المخدرات، وكانت فرضية بحثنا العامة هي: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات عند المراهق وخصصنا من بين المراهقين المراهقين المتمدرسين.

وقد استخدمنا في هذه الدراسة مقياسين، ألا وهما مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون. وحاولنا تفسير سلوكيات الإدمان عن طريق مقياس السلوك الاندفاعي، وذلك لأنه لا يوجد مقياس بخصوص هذا المتغير، وحتى وإن وجد أضن أننا لن نستطيع الوصول من خلاله إلى نتائج واقية وذلك لكون هذا الموضوع حساس ولا يمكن الإفصاح عنه. وهذا ما يؤكد السؤالان الإضافيان إلى المقياسين المستعملين حيث تساءلنا عما إذا كانت هناك مشاكل عائلية عند المفحوصين، فقد كانت النتيجة سلبية (أبداً = 148 بنسبة 47,89%، نادراً = 72 بنسبة 23,30%، أحياناً = 55 بنسبة 17,79%، ثم غالباً = 21 بنسبة 6,79% وأخيراً دائماً = 13 بنسبة 4,20%) وهذا ما لا يستطيع عقل بشري تقبله؛ فلا يخلو منزل من مشاجرات ومشاكل حتى وإن قلت فهي كالمخ في الطعام. أما فيما يخص السؤال الإضافي الثاني الذي قمنا بطرحه وهو هل تناولت مع أحد أصدقائك بعض المواد لئسيان هذه المشاكل؟ وقد قمنا بتحديد هذه المواد (أدوية، كحول، مواد مخدرة، تدخين، كل شيء. لا شيء) فالنتائج كانت (لا = 231 بنسبة 74,75%، أدوية = 29 بنسبة 9,38% ثم التدخين = 31 بنسبة 10,03% ثم

الكحول =7 بنسبة 2,26% لتأتي بعدها المخدرات =6 بنسبة 1,94% وأخيرا كل شيء =5 بنسبة 1,61% وهي لا تعكس ما هو موجود واقعا لذا اخترنا مقياس السلوك الاندفاعي والذي أستخدم في العديد من الأبحاث في هذا المجال (الإدمان).

فالسلوك الاندفاعي يؤدي بصاحبه إلى القيام بتصرفات غير متوقعة وغير مدروسة العواقب. وكذا لأن سلوكات الفرد تكون متأثرة بما يعانیه الفرد من ضغوط ومشاكل يومية. وقد توصلنا في دراستنا إلى أن الصدمة النفسية لها تأثير قوي وسلبي على السلوك الاندفاعي. وهذا ما تؤكده الكثير من الدراسات:

كالتجربة التي قام بها العالم الإسلامي الطبيب ابن سينا عن الصدمة النفسية وعواقبها والتي أوضحت لنا كيف مات الحمل جراء الصدمة النفسية. وهذه التجربة توضح مدى خطورة هذه الأخيرة والتي قد تصل بالفرد إلى الموت.

كذا الدراسة التي قامت بها إيمان طه (2004) بعنوان "أثر اضطراب ما بعد الصدمة على كفاءة بعض الوظائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي لدى عينة من المصدومين". وكذا الدراسة الأجنبية لجوردن (1992): "تحديد مظاهر إضراب ضغوط ما بعد الصدمة وأثرها على التوافق الزواجي والمشكلات الوالدية والعنف داخل الأسرة". وقد أوضحت الدراسات أن تأثير الصدمة النفسية على الوظائف المعرفية والتوافق النفسي الاجتماعي وهذا يتفق مع ما توصلنا إليه في دراساتنا عن مدى تأثير هذه الأخيرة على سلوكيات الأفراد.

دراسة أخرى هي دراسة أومليلي حميد (2011) التي اهتمت أيضا بدراسة "أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح". وكذا دراسة أخرى في الوسط المدرسي لنادية مهري (2017) بعنوان: "الأسباب النفسية المؤدية إلى انتشار ظاهرة المخدرات في الوسط المدرسي". توصلت هتين الدراستين إلى أن الأسباب النفسية الناتجة عن الأحداث الصدمية داخل الأسرة لها دور كبير في دفع المراهق إلى الجنوح وبالتالي الإدمان على المخدرات وهذا يتفق مع ما توصلنا إليه إذ أنه ربما قد يكون السبب وراء تعاطي هؤلاء المراهقين صدمات نفسية ناتجة عن مشاكل عائلية يود هذا المراهق الهروب منها من خلال تناوله لبعض المواد محاولا بذلك نسيان ما يعانیه.

دراسة أجريت كذلك بمركز إعادة التربية قام بها: ط.د / عبد الناصر تزكرات 2018 "دراسة عيادية لجنوح الأحداث والإدمان على المخدرات". نفس الشيء بالنسبة لهذه الدراسة التي خلصت إلى أن المدمن له ضغوطا نفسية تؤثر على حياته النفسية وعلى تقدير لذاته وحيث يصعب عليه اتخاذ قراراته حيث في غالب الأحيان تخضع تصرفاتهم وسلوكياتهم لأحكام الجماعة حتى يكونوا مقبولين فيها، وهي ضغوط في الحقيقة قد تؤدي إلى طريق الإدمان وتشجع على تعاطي الخمر والمخدرات والانحراف. وهذا يؤكد ما توصلنا إليه.

دراسة أجنبية أيضا لباحثين درولي وباشكو سنة (1988) "اضطراب ما بعد الصدمة وعلاقته بالإدمان على الكحول". وقد توصل الباحثان في هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين تعاطي الكحول والمخدرات وبين الإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، وهذا يتفق مع ما توصلنا إليه في دراساتنا فقد يكون هذا ناتج عن شدة الصدمة وعدم تقبل الفرد لها أو عدم استيعابها ومحاولة التعايش معها. وقد يكون ذلك راجع إلى الهشاشة النفسية التي يعاني منها.

بالإضافة إلى ذلك هناك العديد من العلماء الذين تحدثوا على تأثير الاضطرابات النفسية عامة على سلوكيات الأفراد منهم ما جاء به علماء المدرسة السلوكية، فبالنسبة لبافلوف في قوله: "هذه الاضطرابات هي عبارة عن ردود أفعال استعجابية لمثيرات قوية، وهي بذلك تخل بنظام المنعكسات الشرطية المكتسبة من قبل، وهي تشبه إلى حد بعيد تموقع العصاب الصدمي عند الإنسان، فبعد الحدث الصدمي يختل نظام المنعكسات الشرطية التي اكتسبها الإنسان من قبل، وبالتالي تظهر عنده مجموعة أعراض الإجهاد ما بعد الصدمي".

غوغن وهامبل (2006) تطرقا إلى الأفعال الملاحظة الناتجة عن صدمات مثل: الكوابيس، عدم الحساسية الانفعالية، تجنب كل ما يبي الحادث الصدمي، اكتئاب، سلوك ضد اجتماعي، عزل، شكاوى جسمية، أفكار انتحارية، انخفاض المردود الدراسي مع التغيب، مشاكل النوم واختلاط، غضب مفرط، حذر، خوف مع إحساس بمستقبل مسدود تأكد من الموت قبل سن الرشد، إتلاف تقدير الذات وصورة الجسم وأحيانا إعادة تعرض بشكل إرادي لوضعيات صدمية أخرى مهما كان نوعها.

وقد تحدث السلوكيون أيضا على الإدمان على أن الأفراد يتعاطون المخدرات لخفض التوتر ومشاعر الألم والغضب والضيق.

ولتفاصيل أكثر فقد ربطنا في دراستنا هذه علاقة الصدمة النفسية بسلوكيات الإدمان على المخدرات إلى متغير السن والجنس والمستوى التعليمي للفرد. وذلك من خلال طرحنا للفرضيات الجزئية التالية: هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية للصدمة النفسية تبعا إلى (الجنس، السن والمستوى التعليمي). وكذا هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية للسلوك الإدماني تبعا إلى نفس المتغيرات (الجنس، السن والمستوى التعليمي). وكانت النتيجة هي وجود فروق مرتبطة بجميع المتغيرات ما عدا الفرضية الرابعة والتي هي توجد فروق ذات دلالة إحصائية في السلوك الإدماني لدى المراهقين المتدربين تبعا لمتغير الجنس. فهذه الفرضية وجدنا أنها غير محققة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية للسلوك الإدماني للمراهقين المتدربين تبعا لمغير الجنس.

وهذا ربما قد يعود إلى كون الفروق بين الذكور والإناث في وقتنا الحالي لم تعد موجودة، فكل التصرفات التي يقوم بها الذكور أصبحت ممارسة من قبل الإناث، حتى أن الظاهرة التي نحن بصدد دراستها ظاهرة الإدمان على المخدرات لم تعد مقتصرة فقط على الذكور، فقد انتشرت حتى في وسط فئة الإناث بشكل مرعب وربما قد تفوق نسبة الذكور في يوم من الأيام إن لم يتم التصدي لها والوقوف على أسبابها ومعالجتها. وهناك دراسات تطرقت إلى ما توصلنا إليه مثل:

دراسة مختلطة للباحثين ثابت وعابد وفوستانيس، (2001) بعنوان (تأثير الصدمة النفسية على الصحة النفسية والعقلية للأطفال والأمهات الفلسطينيات في قطاع غزة) تبين أن ثلث الأطفال كان لديهم ردود فعل نفسية شديدة عن الخبرات الصادمة (34,4%)، وكان تأثير الحدث الصادم على الإناث أكثر من الذكور.

أما في دراسة عبد العزيز ثابت (1997): "ردودا فعال ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأطفال في حالة الحرب" فقد توصل إلى عكس النتائج المتحصل عليها في الدراسة السابقة إذ توصلوا إلى أن للأولاد في العينة كان لديهم اضطرابات

ضغوط ما بعد الصدمة PTSD أعلى من البنات. وكذا بالنسبة للسن وأظهرت الدراسة أن الأطفال الأكبر كانوا قد تعرضوا بشكل أكبر للأحداث الصادمة.

وما يهمنا نحن أنه توجد فروق سواء أكانت هذه الفروق عند الذكور أكثر أم عند الإناث أكثر فهذا حسبنا قد يعود إلى البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد، فالمجتمعات الغربية تختلف عن المجتمعات العربية وإلى غير ذلك من الاختلافات الأخرى التي قد تؤثر في هذا الاختلاف.

كما قد يعود كذلك سبب وجود فروق تعود إلى متغير السن إلى كون عينة الدراسة من تلاميذ في بداية المراهقة ممن يدرسون في المتوسط وآخرون في نهاية هذه المرحلة من طلبة جامعين، وهذا ممكن يكون راجع إلى أن الصلابة النفسية قد يتحلى بها المراهقون الأكبر سناً، بخلاف الذين هم أصغر سناً وهذا ما دلت عليه الدراسة السابقة الذكر. كذا دراسة قام بها برنامج غزة للصحة النفسية، والتي أكدت على تطور المشاكل النفسية والسلوكية عند من تعرضوا للخبرة الصادمة وأن الأطفال كانوا أكثر تأثراً بذلك. كما تختلف قدرة الفرد في مقاومة التجارب الصدمية أيضاً باختلاف السن الذي تعرض فيه لتلك التجربة، فالصدمة يكون لها صدى أكبر على البناء النفسي وتترك أثراً أخطر إذا حدثت في مرحلة المراهقة. فهناك دراسات أكدت ما توصلنا إليه منها:

.دراسة نور الدين خالد وعزيزة أوسعد (2002) والتي كانت بعنوان "صدمة الطفولة ومصيرها في سن المراهقة". وهي دراسة على عينة من التلاميذ المراهقين في المرحلة الثانوية. كذا الدراسة التي قدمها الباحث عبد الباقي (1992) فقد أجرى دراسة بهدف التعرف على اضطراب ما بعد الصدمة النفسية لدى الأطفال والمراهقين. فكلتا الدراستين أجريت على المراهقين وقد توصل الباحث عبد الباقي إلى أن جميع أفراد عينته كانت لديهم أعراض اضطراب ما بعد الصدمة في حين توصل نور الدين خالد وعزيزة أوسعد إلى أنه هناك فروق في شدة التأثير بالصدمة بين أفراد عينتهم وهذا يتفق إلى حد ما مع دراستنا.

ويقول دايمكن Deykim (1999) " إن المراهقة تحقق تغيرات بنيوية في مستوى المخ وأبسط صدمة قد تقود إلى توقف نمو عصبي أو إلى نكوص إلى مرحلة عصبية بنيوية سابقة". كما قد يعود سبب الفروق الموجودة بالنسبة للمستوى التعليمي إلى النضج الفكري، فكلما كان المستوى التعليمي أكبر كانت النظرة مغايرة وأكثر تطوراً، فيترفع عن أشياء كان يظنها في السابق من أساسيات الحياة وكذا قد يعود ذلك أيضاً لاكتسابه مناعة نفسية من جراء كثرة الصدمات الحياتية. وهذا ما تؤكدته أيضاً دراسات وأبحاث د. خالد بن عوض بايزيد بأن مظاهر الصدمات التابعة للكرب تختلف بحسب سن المراهق ونضجه العقلي ونموه الاجتماعي ورصيد خبراته السابقة.

وترى النظرية التحليلية أن للبنية النفسية وقدرات الأنا الدفاعية أهمية كبيرة في الدفاع ضد الصدمات، فرغم أن البنية لا يكتمل نموها إلا في مرحلة الرشد، إلا أنها تأخذ شكلها منذ الدقائق الأولى من الحياة، تتشكل من خلال التقمصات التي تبني مع الزمن.

يعتقد ميشنبوم بمبدأ التلقيح والمناعة ضد الأمراض المعدية، أي أن تعامل الشخص مع قدر مخفف من الضغوط سوف يحصنه في المستقبل ضد الضغوط الكبرى. في حين يرى العديد من الباحثين منهم فرويد، وكلاين، وبولي أن عمل الحداد بمعناه عند الراشد ممكن عند الطفل، ويمكن ملاحظته بدءاً من الشهر السادس، ويعتقد آخرون، منهم فيرمان، أن عمل الحداد ممكن بدءاً من السنة الثالثة، في حين يرى فريق ثالث منهم نجيراً أن عمل الحداد لا يمكن إلا بعد مرحلة المراهقة. وإن كان هناك اختلاف بينهم إلا أنهم أجمعوا على أنه هناك تأثير سواء في الطفولة أو في المراهقة.

أما بخصوص المتغير الثاني ألا وهو تأثير السلوك الاندفاعي بنفس المتغيرات السابقة (جنس، سن ومستوى تعليمي). فقد توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السلوك الاندفاعي ومتغير السن والمستوى التعليمي. وهذا بطبيعة الحال قد يعود إلى كون الأشخاص الأكبر سناً أكثر تحكماً وسيطرة على تصرفاتهم فسلوك الفرد عادة مرتبط بسنه ومستواه التعليمي. أما بالنسبة للجنس فقد اتضح من خلال هذه الدراسة أنه ليس له أي تأثير على السلوك؛ أي إن الاندفاعية لا تقتصر على جنس دون غيره، وهذا ربما يكون راجع إلى التطور الحضاري الذي نعيشه إذ أصبح لا يوجد فرق بين الذكور والإناث في أغلب الأشياء، بل وأحياناً تفوق تصرفات الإناث تصرفات الذكور، وهذا ما نلاحظه في ثانوياتنا وجامعاتنا من تصرفات صادرة عن هذه الفئة التي كانت تتسم في وقت قريب بصفات وتصرفات تميزها عن الذكور.

والنتائج التي توصلنا إليها مع بقية المتغيرات تؤكدها بعض الدراسات كدراسة النابغة فتحي محمد (2018) والتي تؤيد دراستنا في كون وجود علاقة بين اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة وتعاطي الكحول أين توجد العلاقة حسب النابغة محمد فتحي بين شدة بعض الأعراض وتكرار التعاطي والنظر إلى تاريخ الحالة السابق للمريض.

.وتفسر نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة التي تتجاوز الثلاثة أو الأربع سنوات الأولى بشكل عام.

أعمال فيليب جامي (1995) المتخصص في المراهقة ساهمت في تفسير العملية الإدمانية حيث ركز على العلاقة التي أقامها بين اضطرابات الانفصال والبحث المتناقض عن موضوع خارجي، وبين استحالة العلاقة مع الموضوع الليبيدو ومحاولة التحكم في موضوع خارجي، ولقد تساءل حول العلاقة الأولى المبكرة بين الأم والطفل من أجل دراسة القواعد النرجسية التي لها علاقة مع النرجسية الأولية وتحقيق الشهوة ذاتياً. تجارب الانفصال أثناء الطفولة تكشف عن نوعية مصادره الداخلية ومصادر العلاقات الغيرية الأولى والتي سماها بالقواعد النرجسية.

وقد كتب فوث (1981) يقول أن الاضطرابات النفسية التي تقود الفرد إلى إساءة استعمال العقاقير المخدرة إنما هي نتاج لنوعية البيئة الأسرية وأنماط التنشئة الأسرية، وأنه يصعب فهم مشكلة الإدمان دون إدراك المتغيرات الأسرية ذات العلاقة الوظيفية بالصحة النفسية وقوة الشخصية والنضج والقدرة على تحمل المسؤولية.

وفي الأخير إن النتائج التي توصلنا إليها ربما تكون صحيحة ولكن قد تكون هناك أسباب أخرى لها تأثير بالغ الأهمية في ظهور الإدمان على المخدرات. فكما قال بعض العلماء ومن بينهم: شين ورفقائه في دراسة قاما بها (1964): "أن البيئة الأسرية المضطربة تؤدي إلى ذات ضعيفة وهذه الذات تتصف بعدم القدرة على تقويم الواقع أو توجيه الذات، وبعدم تقبل الإحباط وبعدم قبول الذات وبعدم الشعور بالشخصية الذاتية والهوية الذاتية".

وخلاصة القول ربما تكون حسب رأي فرويد " أن كل الأمراض منشؤها صدمات طفلية".

خاتمة

خاتمة:

تعد اضطرابات الضغوط التالية للصدمة من أهم مواضيع البحث في وقتنا الراهن في علم النفس نظرا للانتشار الواسع لهذه الاضطرابات وتزايد الاهتمام العلمي بها، فالصدمة اخترقت وتخرق بنية الإنسان المادية والنفسية، لتمزقها وتتركها مشوهة تمتد آثارها لسنوات عديدة، وربما طوال العمر ومخلفة ورائها الحزن واليأس والاستسلام والخوف من المجهول والإحساس بعقدة الضحية الفاقدة للثقة بكل ما حوله، تتوقع الخطر في كل لحظة وتشكك بنفسها وبالآخرين، بتوقع حول نفسها، ولتجعل من أفعال مجرد ردود أفعال طائشة تعيد من خلال تجسيد أزماتها وصدوماتها ومخاوفها بل وكوابيسها، ونحن غالبا ما نهتم بالإصابات الجسدية الناجمة عن الأحداث الحياتية الصادمة ونعالجها بسرعة كي تشفى، ونتجاهل في الوقت نفسه الإصابات النفسية الناجمة عن ذلك، يكتبها المعنيون في أغوار لا شعورهم ويهملها المتخصصون.

فعندما يشكو الأشخاص الذين تعرضوا لويلات الحروب والدمار أو لكوارث طبيعية أو لحوادث سير أو لشكل من أشكال التعذيب والضغط والإكراه من أعراض العصبية والحزن والقلق أو الخوف فإن التشخيص غالبا ما يكون متسرا باتجاه القلق أو الاكتئاب، ويتم تجاهل أن هذه الأعراض يمكن أن تشير إلى اضطرابات الضغط الناجمة عن الصدمة.

تعرض الفرد لأحداث خارجية قوية، فجائية ومهددة لحياته يثير سياقات نفسية داخلية تسبب في تحطيم دفاعات الأنا، فينجم عن ذلك صدى نفسي يعجز عن احتمالته، مما يؤدي إلى تغير واضح على التوظيف النفسي، وفي سبيل تجاوز تلك الآثار يعتمد الفرد على مكتسباته النفسية، عندئذ يتوقف مصير شخصيته على مدى مرونة أو هشاشة التقمصات التي بناها والتي تسمح للفرد بالتكيف مع الواقع الداخلي، ثم التفاعل الجيد مع العالم الخارجي الموضوعي، غير أن معاشة تلك الأحداث خلال المراهقة باعتبارها فترة نمو غير مستقرة، يميزها عمل نفسي شاق في سبيل إرصان تغيرات البلوغ والجسد يجعل من أثرها النفسي أكبر. فهي مرحلة من المراحل التي لا بد أن يعيها الأفراد خلال مسار حياتهم، لكن هناك تباين من فرد لآخر في كيفية الاستجابة لها وطريقة تقبلها، فيدخل في مشكلة من المشكلات التي تزامن الصدمة النفسية مع سن المراهقة بتميزها بضعف الإدراك والتمييز واضطراب الهوية الذي يلعب دور مهم في تكوين بنية شخصية المراهق مما تدفعه كل هذه المثبرات إلى الانعزال الاجتماعي.

كل هذا يؤثر على المراهق وخاصة المتمدرس أين يجد نفسه يواجه مجموعة من المشاكل مما يقف الأنا عاجز عن حل كل هذه المشكلات وكيفية التعامل معها فيلجأ إلى أسهل طريق ألا وهي الإدمان على المخدرات لنسيان والهروب من الواقع المعاش، يجد ما يشبع رغباته دون إدراك ما يدور من حوله.

كل هذه الاعتبارات دفعتنا للبحث في موضوع سن المراهقة التي تعتبر جد مهمة كشخصية وكفرد يدرس ليبي غد أفضل وعليه جاءت دراساتنا لتناول هذه الفئة العمرية، فتضمنت العلاقة بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات وكذا التعرف على الفروق في المتغيرات السابقة تبعا للسن والجنس والمستوى التعليمي، وتم التوصل إلى النتائج

مفادها وجود علاقة ارتباطية قوية بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان لدى المراهق المتمدرس، حيث تعتبر الصدمة النفسية وليست بالضرورة العنصر المهم في انتهاج السلوك الاندفاعي للتعاطي والإدمان على المخدرات.

وكذلك توصلنا إلى أن السن والمستوى التعليمي كلما كان أكثر كلما كان الميل للسلوك الاندفاعي للتعاطي أقل والعكس صحيح، وأنّ المستوى التعليمي له دور كبير ومهم في رفع الوعي لدى الأفراد.

التوصيات والاقتراحات:

في ضوء ما توصلت إليه هذه الدراسة حول العلاقة بين الصدمة النفسية وسلوكيات الإدمان على المخدرات لدى المراهق المتمدرس وفي ظل ما يتعرض له من أزمات وصراعات وما يشهده من مشاكل نتيجة التغيرات الهرمونية والضغط التي يعيشها المراهق يوميا وتدني المستوى التعليمي. كل هذا دفع بنا إلى تقديم مجموعة من الاقتراحات والتوصيات تخص هذه الشريحة العمرية:

- ✚ اهتمام الأسرة بالمراهق وتحسيسه بقيمته وذلك لخصوصية هذه المرحلة وأهميتها.
 - ✚ تنظيم برامج الإرشاد والتوجيه للمراهقين بمساعدتهم على تحقيق ذواتهم ورفع الثقة في أنفسهم.
 - ✚ توفير مراكز ترفيهية رياضية، اجتماعية لشغل أوقات فراغ المراهقين وذلك في كل منطقة عمرانية.
 - ✚ تدعيمهم من أجل الانخراط في جمعيات خيرية لتقديم المساعدة وإحساسهم بجعلهم عنصر نافع داخل المجتمع.
 - ✚ التثقيف من حملات التوعية بخطر وأضرار الإدمان على المخدرات بشكل دوري.
 - ✚ الرقابة المكثفة داخل المراكز الدراسية من قبل عمال الطاقم التربوي.
- لإكمال الجهد المبذول في الدراسة الحالية لابد من التطرق إلى جوانب أخرى مهمة من بينها:
- ❖ إجراء دراسات حول الدوافع الحقيقية للإدمان عند هذه الفئة.
 - ❖ دور الدعم الأسري في تحسين التوافق النفسي وتقدير الذات لدى المراهق.
 - ❖ إجراء برامج علاجية والتكفل تهتم بإعادة تأهيل الأسر في كيفية التعامل مع هذه الشريحة.

قائمة المراجع

المراجع العربية:

- ابن منظور. (2011). *لسان العرب*. بيروت، لبنان: دار صادر للطباعة والنشر.
- أبوالنصرة، مدحت محمد. (2008). *مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات (العوامل والاثار والمواجهة)*. الهرم: الدار العالمية للنشر والتوزيع.
- أبوزيد، مدحت عبد الحميد. (2016). *الموسوعة المسلسلة في سيكولوجية الإدمان - بحوث في شخصية الإدمانية - لهفة الإدمان تشخيصها وعلاجها: دراسات تدخلية*. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- أبو عيشة، زاهدة، و تيسير عبد الله. (2012). *اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية. النظريات، الأعراض، العلاج*. عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
- اسماعيلي، يامنة، وبيع، نادية. (2017). *دور الارشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات*. بن عكنون، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- الأصفر، أحمد عبد العزيز. (2014). *أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي*. الأردن: الأكاديميون للنشر والتوزيع.
- الخطيب، جمال محمد سعيد. (1992). *سيكولوجية تعاطي المخدرات*. المجلة العربية للدراسات الأمنية، (7)، 11-56.
- الدسوقي، محمد إبراهيم، و ارنست، خليل سليمان. (2019). *نوعية الحياة وعلاقتها بمدى تعاطي المخدرات*. مجلة الارشاد النفسي (59)، 373.
- الركابي، لمياء ياسين. (بلا تاريخ). *أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى الطلبة المرحلة الاعدادية*. قسم العلوم التربوية والنفسية، بغداد، (19).
- الشربيني، لطفي. (1989). *معجم مصطلحات الطب النفسي*. 2. بيروت: المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- العربي، عبدون. (2021). *المقاربة العلاجية لاضطراب كرب ما بعد الصدمة*. بروتوكول إزالة التحسيس وإعادة المعالجة عن طريق حركة العينين جامعة الجزائر. مجلة الساور للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 6(3)، 97-110.
- العمري، محمد أحمد سحادة. (2017). *أسباب تعاطي المخدرات لدى طلاب الجامعات من وجهة نظر طلبة جامعة الأمير سطاتم بن عبد العزيز*. المجلة العلمية لكلية التربية - جامعة أسيوط، 33(10)، 374-394.
- الغريز، أحمد نايل، و أبو سعد أحمد، عبد اللطيف. (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*. عمان، الأردن: دار الشروق.
- المحمودي، محمد سرحان علي. (2019). *مناهج البحث العلمي (الإصدار 3)*. صنعاء: دار الكتاب الجمهورية اليمنية.

- الموايسة، فاطمة عبد الرحيم. (2013). *الضغوط والأزمات النفسية وأساليب المساندة*. عمان، الأردن: دار المناهج.
- الهورانية، معمر نواف. (2018). *عالم المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج*. دمشق: الهيئة العامة السورية للكتاب.
- انجرس، موريس. (2006). *منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية تدريبات علمية*. (بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، وسعيد سبعون، المترجمون) الجزائر: دار القصبة للنشر.
- أومليلي، حميد. (2011). *أثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الإدمان على المخدرات عند المراهق الجانح* (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي). قسنطينة، جامعة متنوري.
- باهمية، نصيرة. (2013). *إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري المدمن بين المرض والإجرام*. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية - جامعة الوادي (1)، 13-23.
- بدوي، أمينة إبراهيم، وسعدات، محمود فتوح. (2016). *الأثار الصحية والنفسية لتعاطي شباب الجامعة للمواد المخدرة*. فلسطين.
- بن عيشوبة، بلال. (2021). *التفكير الإيجابي وعلاقته بتجاوز اضطراب ما بعد الصدمة لدى المصابات بسرطان الثدي*. مجلة دراسات نفسية وتربوية جامعة البليدة 37(1)، 77-93.
- تنيو، فاطمة الزهراء. (2020). *الملاحظة تقنية كثيرة الورد ونادرة التوظيف*. (جامعة صالح بونيدر. قسنطينة، المحرر) مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13 (01)، 43-63.
- جمعة، آلاء عبد الواحد. (2018). *إدمان المخدرات وعلاقته بضغط ما بعد الصدمة*. المجلة القومية للدراسات التعاطي والإدمان، المجلد 15 (2)، 47-57.
- جماعة من اللغويين العرب. (1989). *لاروس*. 728.
- جماعة من كبار اللغويين العرب. (بلا تاريخ). *المعجم العربي الاساسي " لاروس "*. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم.
- حب الله، عدنان. (2006). *الصدمة النفسية أشكالها العيادية وأبعادها الوجودية*. لبنان: دار الفارابي بيروت.
- حبوش، سعاد، شريقي، هناء، و صالح، سعيدة. (2019). *الصدمة النفسية لدى المرأة ضحية الإرهاب* (تقديم روشاخ حالة نموذجية). مجلة دراسات إنسانية واجتماعية جامعة وهران، 02، 379-397.
- حماد، محمد فتحي. (2004). *الادمان والمخدرات الأسباب_ الأثار_ الوقاية والعلاج*. دار الفجر للنشر والتوزيع.

- خليفة، رزقي، وشيقارة، هجيرة. (2017). منهجية تحديد نوع وحجم العينة في البحوث العلمية. مجلة معارف مجلة علمية محكمة. جامعة البويرة ، 12(23)، 280-294.
- دهان، آمال. (2017). *الإدمان على المخدرات النظرليات والنماذج*. الاردن، عمان : دار أسامة للنشر والتوزيع.
- زقار، رضوان، وزقور، عواطف. (2019). *الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس أبعاد وحدود*. مجلة أفاق علمية، المركز الجامعي لتامنغست(3).
- زورق، اسعد. (1987). *موسوعة علم النفس*. الطبعة 3. المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
- سوييف، مصطفى. (1996). *المخدرات والمجتمع، نظرة تكاملية*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
- سيغموند، فرويد. (1989). *الكف العرض والقلق* (الإصدار 4). (محمد عثمان نجاتي، المترجمون) بيروت: دار الشروق.
- شادلي، عبد الرحيم. (2017). *انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتور الأطراف (أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه تخصص علم النفس العيادي)*. جامعة بسكرة.
- شاهين، أحمد عبد الهادي. (2000). *مشكلة الإدمان والتدخين عند الشباب وكيف عالجه الإسلام ؟*. مصر : بدار الكتب المصرية.
- شيل، راجا. (2018). *دليل علمي تكاملي لعلاج الصدمة النفسية واضطراب كرب ما بعد الصدمة العلاج المعرفي السلوكي والجدلي السلوكي والتقبل والالتزام*. (محمد نجيب أحمد الصبوة، المترجمون) مكتبة الأنجلو المصرية.
- طوطاوي، كريمة. (2021). *أشكال الحداد الصدمي في المراهقة وما بعد المراهقة، حوصلة عيادية من خلال بروتوكولات الروشاخ لضحايا العنف الإرهابي*، (جامعة الجزائر2). مجلة أم البواقي 8 (2) ، 590. 602.
- عون، علي، و عمومن، رمضان. (بلا تاريخ). *عوارض ما بعد الصدمة عند الأولاد وكيفية التعاطي معها* (مداخلة). جامعة عمار تليجي، بولاية الأغواط.
- غابور، ماتي. (2018). *كيف نفهم سلوك الإدمان (عالم فيها المسائل التي تناولها في كتابه: " في عالم الأشباح الجائعة، لقاءات عن قرب مع الإدمان)*. أكاديمية "To how".
- غزبل، فاطيمة. (2020). *الإدمان على المخدرات لدى المراهقين*. مجلة طبنة للدراسات العلمية الأكاديمية. المركز الجامعي بركة. الجزائر، 100-119.
- فطائر، جواد. (بلا تاريخ). *الإدمان: أنواعه، مراحل، علاجه*. بيروت : دار الشروق.

- قباقوب، عيسى، و سعيدي، عتيقة. (2015). الاغتراب النفسي وتعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس. مجلة العلوم الانسانية والتربوية، 216-237.
- قماز، فريدة. (2009). عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات. مذكرة تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع التنمية. قسنطينة، قسم علم النفس.
- قندوز، منير. (2016). ظاهرة الادمان على المخدرات في المجتمع الجزائري واقعها وعواملها. (10). الجزائر، جامعة محمد بوضياف، مسيلة.
- ماضي أبو العزائم، جمال. (1983). الإدمان (اسبابه وأثاره والتخطيط للوقاية والعلاج). طبع المعرفة وكالة فينسيا للإعلان.
- محنند، سمير، واسماعيل، يامنة. (2017). نوعية التقمصات لدى الأشخاص الذين عاشوا صدمة نفسية في مرحلة المراهقة. مجلة العلوم الاجتماعية جامعة مسيلة، (13)، 215-232.
- مزنياني، سعاد. (2020). أثر التكفل النفسي على المراهقين المصدومين نفسيا-دراسة ميدانية بمركز استقبال اليتامى ضحايا الإرهاب. أم البواقي.
- ملوحي، ناصر محي الدين. (2019). الإدمان مخاطره وعلاجه. دار الغسق للنشر.
- مناعي، سناء. (2020). التصورات الإجتماعية للمقاربة باكفاءات لدى الأساتذة الجامعيين (أطروحة الدكتوراه) جامعة قلمة. قلمة، قسم علم النفس، الجزائر.
- وادفل، راضية. (2009). مساهمة في دراسة الرجوعية عند مراهق مصدوم جراء وفاة الأب (مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي). جامعة قسنطينة.
- واشطون، آرنولد و باوندي، دونا. (1990). إرادة الإنسان في علاج الإدمان. هاربر برينال. (صبري محمد حسن، المترجمون) القاهرة.
- يعقوب، غسان. (1999). سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي. اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. بيروت، لبنان: دار الفارابي.

المراجع الأجنبية :

Americaine Psychiatric Association. (1980), Diagnostic and statistical manual of mental disorders (03 édit), D.C :Americaine Psychiatric Association. Washinton.

- Americaine Psychatric Association.(1987). Diagnostic and statisticalmanual of mental disorders Revised, (R3édit), D:Americaine Psychatric Association.Washinton.
- Americaine Psychatric Association. (1994). Diagnostic and statisticalmanual of mental disorders (04 édit),.Washinton.
- Brillon, P. (2004). Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique. Canada: Quebecor.
- Barrois, C . (1988). les névrose traumatique. Paris : Dunod.
- Catherine, Blatier .(2007) . Les troubles du comportement à l'adolescence. presses universitaires de Grenoble.
- Crocq, L. (1974). Stress et névrose traumatique, Psychologie Médicale (éd. 6).
- Crocq, L. (1989). le traumatisme psychologique dans l'œuvre de pierre Janet, Ann. medico-psychologique .(147)9 .983-987
- Crocq, L. (1999). les traumatisme de guerre. édit Cdile Jacob.
- Damiani, C. (1987). Violence publique et crime privés. Bayard.
- Domart, A., &Bouneuf, J. L. (1981). Nouveau laroussemedical.paris.
- Edith Lecourt. (2013 ,2015). « la psychanalyse » une synthèse d'introduction et de référence pour découvrir l'histoire ,les concepts, les figures et les pratiques.. deuxième. paris: Eyrolles.
- Finichel, O. (1953). La théorie psychanalytique des névroses. Paris: P.U.F.
- Françoise, Dolto.(1971)." Psychanalyse et pédiatrie" les grandes notions de la psychanalyse seize observation d'enfants. éditions du seuil .Paris. France .
- l'unicef , C. m. (2002, november) .Pratiques de soins et psychotrauma .manuel pour la prise en charge des enfants traumatisés.Algerie .
- Mcdermott, w. f., McFarland, &inc, c. (2012). understanding combat related post traumatic stress disorder.
- Milo, t., Delphine, c. e.-v., &Natacha, g. (2018). TRAUMA COMPLEXE comprendre ;évaluer et intervenir. l'université du Québec.
- Norbert Sillamy. (1996). Larousse" dictionnaire de la psychologie". France.
- Romano, H. (2013). l'enfant face au traumatisme. paris:dunod
- S, Freud . (1967). Au delà du principe du plaisir. Paris: Payot.

الملاحق

مقياس السلوك الإندفاعي مع سلم التصحيح

الرقم	السؤال	موافق قطعا 1	موافق 2	غير موافق 3	رافض قطعا 4
1	عادة ما أفكر مليا قبل القيام بأي عمل أو نشاط؟	4	3	2	1
2	عندما أكون متحمسا جدا ، لا أفكر بعواقب تصرفاتي؟				
3	عادة ما أميل إلى القيام بأشياء مخيفة قليلا؟				
4	أتصرف دون تفكير عندما يمتلكني الغضب؟				
5	يشكل عام أفضل إنجاز كل عمل أقوم به؟	4	3	2	1
6	عادة ما أتحدى بالترتيب والصفوة في أفكاري؟	4	3	2	1
7	عندما تكون المناقشة حامية أقول أشياء أندم عليها فيما بعد؟				
8	أنهي مابدأت به من عمل؟	4	3	2	1
9	القيام بأعمال خطيرة يشعرني باللذة؟				
10	عندما أكون فرحا لا أتردد في إظهار ذلك؟	4	3	2	1
11	غالبا ماأنهي كل مشروع قائم لدي؟	4	3	2	1
12	أعقد الامور عندما يمتلكني الغضب لانني اتصرف دون تفكير؟				
13	لا اقرر الا بعد تفكير عميق؟	4	3	2	1
14	عادة ما ابحث عن تجارب و احاسيس جديدة و مثيرة؟				
15	عندما اكون متحمسا اتصرف دون تفكير مسبق؟				
16					
17	عندما اشعر بالنبوذ اقوم بتصريحات اندم عليها فيما بعد؟				
18	اتحمس للقيام بتجارب جديدة و غريبة حتى لو كانت مخيفة؟	4	3	2	1
19	قبل اخذ قراري احسب جيدا بين الايجابيات و السلبيات التي قد تنتج عنه؟				
20	عندما اشعر بالحماس الكبير اتصرف تلقائيا وفقا لرغباتي؟	4	3	2	1

مقياس الصدمة النفسية لدافيدسون مع التصحيح

الرقم	السؤال	أبدا 0	نادرا 1	أحيانا 2	غالبا 3	دائما 4
1	هل تتخيل صور ، وذكريات ، وأفكار عن الخبرة الصادمة ؟					
2	هل تحلم أحلام مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة ؟					
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ماحدث لك سيحدث مرة أخرى ؟					
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					
5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم ؟					
6	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم ؟					
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)؟					
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها ؟					
9	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولاتشعر بالحب تجاه الآخرين والإنبساط ؟					
10	هل فقدت الشعور بالحب والحزن (أنك متبلد الإحساس) ؟					
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقيق أهدافك في العمل والزواج وإنجاب الأطفال ؟					
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائم ؟					
13	هل تتناوبك نوبات من التوتر والغضب ؟					
14	هل تعاني من صعوبات في التركيز ؟					
15	هل تشعر بأنك على حافة الإنهيار (واصلة معاك على لآخر)، ومن السهل تشتيت إنتباهك ؟					
16	هل تستنثار لآتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ودائما متوقع الأسوء ؟					
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلك تعاني من نوبة من ضيق التنفس ، والرعدة والعرق الغزير وسرعة في ضربات القلب ؟					
إ ض افي	هل لديك مشاكل عائلية ؟					

إضافي	تناولت مع أصدقائك بعض الأشياء لنسيان ماتعاني منه من مشاكل	أدوية	كحول	موادمخدرة	تدخين	أشياء أخرى

الجنس : ذكر أنثى

المستوى التعليمي : ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

السن (العمر) : 16 17 18 19 20

المراجع :

Ghada bteich, djamal berbiche and Yasser khazzal.(2017).validation of the short Arabic UPPS-P Impulsive Behavior Scale. BMC Psychiatry. DOI 10.1186/s12888-017-1407-y

مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون . PTSD Scale according to DSM-4 .

ترجمة عبد العزيز ثابت.

<https://www.acofps.com/storage/app/uploads/public/MjM/4OS/5wZ/MjM4OS5wZGYhYWVmMDdiMmQ0ODFINmNjYjhjYTg0MTU5MWQyOTI0OTc=.pdf>

Fiabilité

Echelle : ALL VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	307	99,7
	Exclue ^a	1	,3
	Total	308	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,872	17

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,712	20

Table de fréquences

TRAUMA1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	46	14,9	14,9	14,9
	نادرا	48	15,6	15,6	30,5
	احيانا	96	31,2	31,2	61,7
	غالبا	61	19,8	19,8	81,5
	دائما	52	16,9	16,9	98,4
	5	5	1,6	1,6	100,0
Total		308	100,0	100,0	

TRAUMA2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	105	34,1	34,1	34,1
	نادرا	61	19,8	19,8	53,9
	احيانا	92	29,9	29,9	83,8

غالبيا	30	9,7	9,7	93,5
دائما	20	6,5	6,5	100,0
Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	71	23,1	23,1	23,1
	نادرا	50	16,2	16,3	39,4
	احيانا	98	31,8	31,9	71,3
	غالبيا	44	14,3	14,3	85,7
	دائما	39	12,7	12,7	98,4
	5	5	1,6	1,6	100,0
	Total	307	99,7	100,0	
Manquant	Systeme	1	,3		
Total		308	100,0		

TRAUMA4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	75	24,4	24,4	24,4
	نادرا	30	9,7	9,7	34,1
	احيانا	77	25,0	25,0	59,1
	غالبيا	59	19,2	19,2	78,2
	دائما	67	21,8	21,8	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	74	24,0	24,0	24,0
	نادرا	33	10,7	10,7	34,7
	أحيانا	56	18,2	18,2	52,9
	غالبيا	72	23,4	23,4	76,3
	دائما	73	23,7	23,7	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	75	24,4	24,4	24,4
	نادرا	30	9,7	9,7	34,1
	أحيانا	73	23,7	23,7	57,8
	غاليا	68	22,1	22,1	79,9
	دائما	62	20,1	20,1	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	155	50,3	50,3	50,3
	نادرا	56	18,2	18,2	68,5
	أحيانا	44	14,3	14,3	82,8
	غاليا	25	8,1	8,1	90,9
	دائما	28	9,1	9,1	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA8

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	129	41,9	41,9	41,9
	نادرا	50	16,2	16,2	58,1
	أحيانا	73	23,7	23,7	81,8
	غاليا	35	11,4	11,4	93,2
	دائما	21	6,8	6,8	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA9

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	115	37,3	37,3	37,3
	نادرا	48	15,6	15,6	52,9
	أحيانا	58	18,8	18,8	71,8
	غاليا	42	13,6	13,6	85,4
	دائما	45	14,6	14,6	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

Total	308	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

TRAUMA10

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	125	40,6	40,6	40,6
	نادرا	41	13,3	13,3	53,9
	احيانا	64	20,8	20,8	74,7
	غالبيا	44	14,3	14,3	89,0
	دائما	34	11,0	11,0	100,0
Total		308	100,0	100,0	

TRAUMA11

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	121	39,3	39,3	39,3
	نادرا	59	19,2	19,2	58,4
	احيانا	65	21,1	21,1	79,5
	غالبيا	30	9,7	9,7	89,3
	دائما	33	10,7	10,7	100,0
Total		308	100,0	100,0	

TRAUMA12

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	101	32,8	32,8	32,8
	نادرا	47	15,3	15,3	48,1
	احيانا	69	22,4	22,4	70,5
	غالبيا	41	13,3	13,3	83,8
	دائما	50	16,2	16,2	100,0
Total		308	100,0	100,0	

TRAUMA13

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابدا	47	15,3	15,3	15,3
	نادرا	36	11,7	11,7	26,9
	احيانا	115	37,3	37,3	64,3

غالبيا	51	16,6	16,6	80,8
دائما	58	18,8	18,8	99,7
5	1	,3	,3	100,0
Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA14

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ابدأ	35	11,4	11,4	11,4
نادرا	56	18,2	18,2	29,5
أحيانا	117	38,0	38,0	67,5
غالبيا	57	18,5	18,5	86,0
دائما	43	14,0	14,0	100,0
Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA15

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ابدأ	100	32,5	32,5	32,5
نادرا	60	19,5	19,5	51,9
أحيانا	76	24,7	24,7	76,6
غالبيا	43	14,0	14,0	90,6
دائما	29	9,4	9,4	100,0
Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA16

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ابدأ	86	27,9	27,9	27,9
نادرا	67	21,8	21,8	49,7
أحيانا	82	26,6	26,6	76,3
غالبيا	45	14,6	14,6	90,9
دائما	28	9,1	9,1	100,0
Total	308	100,0	100,0	

TRAUMA17

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
--	-----------	-------------	--------------------	--------------------

Valide	ابدا	136	44,2	44,2	44,2
	نادرا	61	19,8	19,8	64,0
	أحيانا	42	13,6	13,6	77,6
	غالبا	41	13,3	13,3	90,9
	دائما	27	8,8	8,8	99,7
	5	1	,3	,3	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP1

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	3	1,0	1,0	1,0
	غير موافق	23	7,5	7,5	8,4
	موافق	194	63,0	63,0	71,4
	موافق قطعا	88	28,6	28,6	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP2

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	16	5,2	5,2	5,2
	غير موافق	98	31,8	31,8	37,0
	موافق	126	40,9	40,9	77,9
	موافق قطعا	68	22,1	22,1	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP3

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	48	15,6	15,6	15,6
	غير موافق	117	38,0	38,0	53,6
	موافق	107	34,7	34,7	88,3
	موافق قطعا	36	11,7	11,7	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP4

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé

Valide	راض قطعا	22	7,1	7,1	7,1
	غير موافق	87	28,2	28,2	35,4
	موافق	122	39,6	39,6	75,0
	موافق قطعا	77	25,0	25,0	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP5

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	6	1,9	1,9	1,9
	غير موافق	47	15,3	15,3	17,2
	موافق	175	56,8	56,8	74,0
	موافق قطعا	80	26,0	26,0	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP6

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	13	4,2	4,2	4,2
	غير موافق	85	27,6	27,6	31,8
	موافق	153	49,7	49,7	81,5
	موافق قطعا	57	18,5	18,5	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP7

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	34	11,0	11,0	11,0
	غير موافق	90	29,2	29,2	40,3
	موافق	113	36,7	36,7	76,9
	موافق قطعا	71	23,1	23,1	100,0
	Total	308	100,0	100,0	

COMP8

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	11	3,6	3,6	3,6
	غير موافق	68	22,1	22,1	25,6

موافق	158	51,3	51,3	76,9
موافق قطعا	71	23,1	23,1	100,0
Total	308	100,0	100,0	

COMP9

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide رافض قطعا	87	28,2	28,2	28,2
غير موافق	106	34,4	34,4	62,7
موافق	71	23,1	23,1	85,7
موافق قطعا	44	14,3	14,3	100,0
Total	308	100,0	100,0	

COMP10

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide رافض قطعا	13	4,2	4,2	4,2
غير موافق	54	17,5	17,5	21,8
موافق	127	41,2	41,2	63,0
موافق قطعا	114	37,0	37,0	100,0
Total	308	100,0	100,0	

COMP11

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide رافض قطعا	19	6,2	6,2	6,2
غير موافق	72	23,4	23,4	29,5
موافق	167	54,2	54,2	83,8
موافق قطعا	50	16,2	16,2	100,0
Total	308	100,0	100,0	

COMP12

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide رافض قطعا	27	8,8	8,8	8,8
غير موافق	101	32,8	32,8	41,6
موافق	126	40,9	40,9	82,5
موافق قطعا	54	17,5	17,5	100,0

Total	308	100,0	100,0
-------	-----	-------	-------

COMP13

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	19	6,2	6,2	6,2
	غير موافق	68	22,1	22,1	28,2
	موافق	152	49,4	49,4	77,6
	موافق قطعا	69	22,4	22,4	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP14

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	10	3,2	3,2	3,2
	غير موافق	66	21,4	21,4	24,7
	موافق	150	48,7	48,7	73,4
	موافق قطعا	82	26,6	26,6	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP15

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	17	5,5	5,5	5,5
	غير موافق	110	35,7	35,7	41,2
	موافق	136	44,2	44,2	85,4
	موافق قطعا	45	14,6	14,6	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP 16

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	11	3,6	3,6	3,6
	غير موافق	68	22,1	22,1	25,6
	موافق	158	51,3	51,3	76,9
	موافق قطعا	71	23,1	23,1	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP17

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	47	15,3	15,3	15,3
	غير موافق	117	38,0	38,0	53,2
	موافق	99	32,1	32,1	85,4
	موافق قطعا	45	14,6	14,6	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP18

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	34	11,0	11,0	11,0
	غير موافق	86	27,9	27,9	39,0
	موافق	116	37,7	37,7	76,6
	موافق قطعا	72	23,4	23,4	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP19

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	11	3,6	3,6	3,6
	غير موافق	64	20,8	20,8	24,4
	موافق	155	50,3	50,3	74,7
	موافق قطعا	78	25,3	25,3	100,0
Total		308	100,0	100,0	

COMP20

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	راض قطعا	14	4,5	4,5	4,5
	غير موافق	66	21,4	21,4	26,0
	موافق	155	50,3	50,3	76,3
	موافق قطعا	73	23,7	23,7	100,0
Total		308	100,0	100,0	

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
TRAUMAT1	307	.00	15.00	5.0098	3.51141
TRAUMAT2	308	.00	18.00	5.9578	4.16533
TRAUMAT3	308	.00	15.00	4.7695	3.68933
N valide (listwise)	307				

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
COMPOR1	308	4.00	16.00	9.0519	2.34150
COMPOR2	308	6.00	15.00	10.1461	1.91720
COMPOR3	308	6.00	15.00	10.9643	1.83932
COMPOR4	308	6.00	16.00	11.3506	1.95064
COMPOR5	308	4.00	15.00	10.3279	2.09535
N valide (listwise)	308				

Corrélations

		COMPOR	TRAUMATO
COMPOR	Corrélation de Pearson	1	-.335**
	Sig. (bilatérale)		.000
	N	308	307
TRAUMATO	Corrélation de Pearson	-.335**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	
	N	307	307

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations				
		TRAUMAT1	TRAUMAT2	TRAUMAT3
TRAUMAT1	Corrélacion de Pearson	1	.622**	.556**
	Sig. (bilatérale)		.000	.000
	N	307	307	307
TRAUMAT2	Corrélacion de Pearson	.622**	1	.549**
	Sig. (bilatérale)	.000		.000
	N	307	308	308
TRAUMAT3	Corrélacion de Pearson	.556**	.549**	1
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	
	N	307	308	308
COMPOR1	Corrélacion de Pearson	-.201**	-.169**	-.263**
	Sig. (bilatérale)	.000	.003	.000
	N	307	308	308
COMPOR2	Corrélacion de Pearson	-.333**	-.303**	-.347**
	Sig. (bilatérale)	.000	.000	.000
	N	307	308	308
COMPOR3	Corrélacion de Pearson	-.091	-.103	-.177**
	Sig. (bilatérale)	.111	.072	.002
	N	307	308	308
COMPOR4	Corrélacion de Pearson	-.066	-.102	-.186**
	Sig. (bilatérale)	.250	.074	.001
	N	307	308	308
COMPOR5	Corrélacion de Pearson	-.081	-.125*	-.198**
	Sig. (bilatérale)	.158	.028	.000
	N	307	308	308

** . La corrélation est significative au

* . La corrélation est significative au

Régression

ANOVA ^a						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	1796.873	3	598.958	15.493	.000 ^b
	Résidu	11714.306	303	38.661		
	Total	13511.179	306			

a. Variable dépendante : COMPOR

b. Valeurs prédites : (constantes), TRAUMAT3, TRAUMAT2, TRAUMAT1

Coefficients ^a					
Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t
		A	Erreur standard	Bêta	
1	(Constante)	55.328	.682		81.139
	TRAUMAT1	-.053	.137	-.028	-.389
	TRAUMAT2	-.089	.115	-.056	-.780
	TRAUMAT3	-.563	.122	-.313	-4.622

a. Variable dépendante : COMPOR

ANOVA à 1 facteur

TRAUMATO

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2713.451	1	2713.451	16.268	.000
Intra-groupes	50873.377	305	166.798		
Total	53586.827	306			

ANOVA à 1 facteur

TRAUMATO

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2926.471	4	731.618	4.361	.002
Intra-groupes	50660.356	302	167.750		
Total	53586.827	306			

ANOVA à 1 facteur

TRAUMATO

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	2484.050	2	1242.025	7.389	.001
Intra-groupes	51102.778	304	168.101		
Total	53586.827	306			

ANOVA à 1 facteur

COMPOR

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	7.678	1	7.678	.174	.677
Intra-groupes	13503.526	306	44.129		
Total	13511.205	307			

ANOVA à 1 facteur

COMPOR

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	472.408	4	118.102	2.744	.029
Intra-groupes	13038.797	303	43.032		
Total	13511.205	307			

ANOVA à 1 facteur

COMPOR

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	740.083	2	370.042	8.837	.000
Intra-groupes	12771.121	305	41.873		
Total	13511.205	307			