وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر *بسكرة*
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس

عنوان المذكرة :

المعاش النفسي لدى الراشد المدمن على الادوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب

دراسة اكلينيكية لثلاث حالات بتطبيق اختبار الروشاخ بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان – بسكرة –

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبة :
*هجيرة مشراوي

إشراف الأستاذ :
*محمد بن خلفة

السنة الجامعية : 2015-2016

فهرس المحتويات

المحتـــــــــوى	الصفحة
ملخص الدراسة	أ – ب
شكر وعرفان	ج
مقدمة	د – هـ
الجـــانـــــب النـــــظـــــــري	
الفصل الاول : مدخل عام الى اشكالية الدراسة من 3 – 7	
1 -اشكالية الدراسة	3 – 4
2 -دوافع اختيار الموضوع	4 – 5
3 -اهمية الدراسة	5
4 -اهداف الدراسة	5
5 -الدراسات المشابهة	5 – 6
6 -التحديد الاجرائي لمصطلحات الدراسة	7
الفصل الثاني : المدخل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة من 9 – 30	
– تمهيد	9
1 -الأدوية النفسية	9-18
2 -1 مفهوم الأدوية النفسية	9
2 -2 أنواع الأدوية النفسية	9-12
2 -3 حركة الدواء داخل الجسم	12- 18
2 -الإدمان	19- 27
2 -1 تعريف الإدمان	19
2 -2 أسباب الإدمان	19-20
2 -3 مراحل الإدمان	20-21
2-4 النظريات المفسرة للادمان	21- 25

2-5 علاج الادمان	27-25
3 المعاش النفسي	29 -28
3 1 تعريف المعاش النفسي	28
3 2 المعاش النفسي المدمن	29 -28
-الخلاصة	30
الجـــانـــــب المـــيدانـــــــــي	
الفصل الثالث : فصل الإجراءات الميدانية من 33- 40	
- تمهيد	33
1 الدراسة الاستطلاعية	33
2 الدراسة الاساسية	39 -33
2 1 منهج الدراسة	33
2 2 حالات الدراسة	34
2 3 ادوات الدراسة	38 - 35
2 4 حدود الدراسة	39 - 38
- الخلاصة	40-39
الفصل الرابع تحليل ومناقشة النتائج من 42 - 80	
1 عرض الحالة الاولى وتحليلها العام	52 -42
2 عرض الحالة الثانية وتحليلها العام	63- 53
3 عرض الحالة الثالثة وتحليلها العام	74 - 64
4 -الاستنتاج العام	76 -75
- الخاتمة	78-77
- مقترحات الدراسة	78
- قائمة المراجع	80 - 79

قائمة الجداول

عنوان الجدول	الصفحة
جدول رقم (1) يمثل حالات الدراسة	34
جدول رقم (2) يمثل بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الأولى	43-44
جدول رقم (3) يمثل المخطط النفسي للحالة الأولى	45-46
جدول رقم (4) يمثل بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الثانية	54-55
جدول رقم (5) يمثل المخطط النفسي للحالة الثانية	56-57
جدول رقم (6) يمثل بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الثالثة	65-66
جدول رقم (7) يمثل المخطط النفسي للحالة الثالثة	67-68

ملخص الدراسة :

مذكرة لنيل شهادة الماستر بعنوان : **المعاش النفسي لدى الراشد المدمن على الادوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب .**

- **وقد هدفت الدراسة الى :**

الكشف عن طبيعة المعاش النفسي للراشد المدمن على الادوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب .

- **المنهج:**

اعتمدت على المنهج الاكلينيكي بتقنية دراسة الحالة .

- **حالات الدراسة :**

تمت الدراسة على 3 حالات ، 3 ذكور تتراوح اعمارهم بين 23 و 39 سنة .

- **ادوات الدراسة :**

استخدمنا اختبار الروشاخ في الدراسة .

- **النتائج:**

دلت نتائج الاختبار بأن حالات الدراسة تتميز بمجموعة من الاضطرابات والسلوكات منها :

الكبت ، الاكتئاب الانفعالي ، سوء التوافق ، القلق ، العدوانية ، ضعف الضبط العقلي ، الكف وممارسة الرقابة على النزوات ، المازوشية الاخلاقية ،الميل للانطواء والاستثارة الداخلية ، الشعور بالنقص .

Conclusion d’étude

Mémoire de fin d’études pour master au titre de :

"Le vécu psychologique chez le majeur toxicomane aux médicaments psychotropes sous réserve de la réhabilitation au cour de la phase de dissiolence."

Et elle a ciblé :

La détection de la nature du vécu psychologique du majeur toxicomane au médicaments psychotropes sous réserve de la réhabilitation au cour de la phase de dissiolence.

La Méthode :

Ce basé sur la méthode clinique avec étude technique de l’état.

Les cas étudiés :

Les études été sur trois cas de trois déférent hommes âgés entre 23 et 39 ans

Outils d'étude :

Nous avons utilisé test de rorschach

Les matières d’étude :

Les résultats d’examen ont indiqué que les cas étudiés ont des troubles et des comportements comme :

Le refoulement-la dépression émotionnelle- l’injustement- l’angoisse- l’agressivité - la faiblesse de l’autorégulation- l’inhibition et le pratique du contrôle sur les caprices- le masochisme moral- la tendance a l’autisme et a l’avis endogène- le sentiment d’infériorité.

شكر وعرفان :

الحمد لله وفقنا في بحثنا هذا والسلام على رسوله الكريم الذي غرس فينا حب العلم

إلى من ساندتني في صلاتها و دعائها إلى من سهرت الليالي تنير دربي

الى من جعلت الجنة تحت قدميها الى **الأم الغالية** حفظها الله ورعاها وأطال في عمرها .

إلى الذي لم يبخل علي بأي شيء إلى من سعى لأجل راحتي و نجاحي

الى **أبي العزيز** حفظه الله ورعاه وأطال في عمره.

وعليا الاعتراف بالفضل والشكر الجزيل الى الأستاذ المشرف " **محمد بن خلفة** " وذلك على حرصه الشديد وما بذله من جهد على اتمام هذا العمل " **فجزاك الله خيرا وأدامك منبعا للعلم** "

إلى الذين ظفرت بهم هدية من الأقدار إخوة فعرفوا معنى الأخوة ، إخوتي الأحباء

الى الاصدقاء الاعزاء

كما يشرفنا ان نتقدم بالشكر الى كل عمال المركز الوسيطي لعلاج الادمان – بسكرة – كما نشكر حالات الدراسة على مساعدتهم لنا

كما اخص بالشكر كل اعضاء لجنة المناقشة

وفي الاخير اشكر كل من ساهم من قريب او من بعيد على اتمام هذا العمل

هجيرة مشراوي

مقدمة:

يعد الإدمان من المشكلات التي تهدد كيان الفرد والمجتمع ، والإدمان هو اضطراب نفسي أو جسدي ينتج عن خلل في مراكز معينة في الدماغ ومن بين أنواعه الاعتماد غير المشروع على الأدوية النفسية رغم عدم حاجة الفرد اليه للعلاج أي يستعملون الأدوية النفسية بطريقة غير مشروعة دون رخصة من الطبيب .

ويكون الإدمان بتعاطي المواد الضارة طبيا واجتماعيا وعضويا كالأدوية والعقاقير النفسية بكميات أو جرعات كبيرة ولفترات طويلة ، تجعل الفرد متعودا عليها وخاضعا لتأثيرها ويصعب أو يستحيل عليه الإقلاع عنها ، وتؤثر هذه المادة سلبا على أجهزة الجسم وبخاصة على الجهاز العصبي والنفسي للفرد فالجسم اعتاد علي هذه المواد ليؤدي وظائفه الفسيولوجية وفي أثناء غياب تلك المادة قد تختل تلك الوظائف وينتج عنها أعراض انسحابيه جسدية وسوء توافق نفسي اجتماعي ومن بين الفئات التي قد تدمن على الأدوية النفسية الراشدين.

وقد يعود ادمان الراشد على الادوية النفسية لأسباب عديدة منها اضطرابات في الشخصية كالعجز الكامن في الشخصية او العجز الجنسي والانحراف ، التي لها دور في ذلك وكذا العوامل النفسية كالإحباط الذي يؤدي بالراشد الى القلق والتوتر مما يؤدي به الى اللجوء الى الادوية النفسية كهروب من الواقع المحبط بالإضافة الى عوامل اخرى كالمشاكل العائلية والاضطرابات العقلية ، وكذا العوامل البيئية التي قد تساعد على إدمان الادوية النفسية ، و من بين هذه الظروف الوضع المادي ، جماعة الرفاق ، وكذلك هناك اسباب وراثية فقد وجدت العديد من الدراسات أن الجينات قد تلعب دوراً في عملية الإدمان وأيضا الشعور بالمتعة نتيجة تناول الادوية النفسية التي تعتبر مواد كيميائية قد ترتبط بمستقبلات الدماغ ، بدلاً من النواقل العصبية ، و بالتالي تؤدي لحدوث خلل بالرسالة العصبية ، مما يولد الشعور بالمتعة و بالتالي الإدمان .

وقد يتميز سلوك الراشد المدمن على الادوية النفسية بالانسحابية وعدم التحدث مع الآخرين و محاولة الانعزال تقلبات المزاج وأيضا يكون هناك اهمال للمظهر العام .

ونظرا لأهمية مشكلة الاستعمال غير المشروع للأدوية النفسية وإدمان الأفراد عليها وتأثير ذلك على سلوكات ونفسية الأفراد وما يترتب عنها من تأثير سلبي على الفرد والمجتمع جاءت دراستنا هذه لتتناول بالدراسة التحليل المعاش النفسي للراشد المدمن على الأدوية النفسية حيث تم التوصل الى النتائج التالية:

أن الراشد المدمن على الأدوية النفسية يتميز بـ:

كبت بعض الدوافع ، ضعف الاستجابة للبيئة ،التفكير العياني ، استخدام ميكانيزم الإنكار ، القلق، العدوانية ، ضعف الضبط العقلي ، درجة عالية من الصراع الخطر ، سوء التوافق ،الكف وممارسة الرقابة علي نزواته ، الميل للانطواء والاستثارة الداخلية ، قلق من العلاقات الاجتماعية ، رفض السلطة الأبوية (الصورة الأبوية) ، الاكتئاب الانفعالي.

وللإمام بهذا الموضوع ارتأينا تقسيم هذه الدراسة الى جانب نظري يضم فصلين **الفصل الاول** هو الإطار العام للإشكالية ، يتضمن اشكالية الدراسة ، دوافع الدراسة ، اهمية وأهداف الدراسة ، الدراسات السابقة والتحديد الاجرائي لمصطلحات الدراسة .

الفصل الثاني بعنوان المدخل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة حيث تناولنا فيه تعريف المعاش النفسي ، مفهوم الادوية النفسية ، انواع الادوية النفسية حركة الدواء داخل الجسم ، اما الجزء الثاني فيتضمن ثانيا الراشد المدمن تعريف الادمان ، اسباب الادمان ، انواع الادمان ، النظريات المفسرة للامان ، الخصائص النفسية للراشد المدمن على الادوية النفسية ، علاج الادمان .

اما **الجانب الميداني يضم الفصل الثالث** ويدور حول الاجراءات الميدانية حيث عرضنا خلاله الدراسة الاستطلاعية ، الدراسات الاساسية ، الحدود الزمانية والمكانية للدراسة والموضوعية ، حالات الدراسة ، منهج الدراسة ، ادوات الدراسة .

وفي الاخير **الفصل الرابع** الذي تضمن عرض الحالات ومناقشة نتائج الدراسة فقد عرضنا فيه حالات الدراسة وتحليلها ، ومقترحات الدراسة .

الجانب النظري

الفصل الأول : مدخل عام لإشكالية الدراسة

1 إشكالية الدراسة

2 دوافع اختيار الموضوع

3 أهمية الدراسة

4 أهداف الدراسة

5 التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة

1 -إشكالية الدراسة:

تعد الصحة النفسية القاعدة والأساس لعافية الفرد والمجتمع فعندما يقف الواحد منا أمام مشكلة بارزة من مشكلات السلوك تخطر ببالنا الصحة النفسية فإذا لاحظنا أن شخصا ما لا يصدر عنه السلوك الملائم في أثناء تعامله مع ما يحيط به من أشخاص والكائنات فإننا نلاحظ أن هذا السلوك غير ملائم يكون غالبا مصدرا لمشكلات أو صعوبات مصدرها البيئة المحيطة به .

وتتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بالتوافق النفسي والشعور بالسعادة مع النفس والآخرين ولديه القدرة على مواجهة مطالب الحياة ، ولكن قد يتعرض الفرد والراشد خاصة إلى أحداث مؤثرة في حياته ، خاصة الأحداث السلبية كفقدان شخص عزيز أو وظيفة أو طلاق فجميع هذه الحوادث قد تأثر بشكل سلبي على حياة الفرد وبالطبع تختلف ردة الفعل تجاه الحوادث الحياتية من شخص لآخر فمنهم من يتحمل ومنهم من يتمتع بحساسية مفرطة وعدم القدرة على تحمل الصعوبات فتتسبب له بضغوط نفسية .

والضغط النفسي هو كل ما يسبب اضطرابا نفسيا أو جسديا في جسدنا وعقلنا وعندما لا يستطيع الفرد مواجهة الضغوطات النفسية ولا يجد الإمكانيات المتوفرة لديه والكافية للتعامل مع الضغط السائد الذي يمثل خطرا على صحته وتوازنه قد يلجا إلى الهروب من الواقع ويكون هروبه باللجوء إلى العقاقير أو الأدوية النفسية والتي هي كل مادة يتناولها الكائن الحي تعطى إما للعلاج أو للتشخيص أو للشفاء أو إزالة أو وقاية من مرض بأي صورة من الصور صلبة أو سائلة أو غازية وبأي طريقة بالفم أو حقن أو الاستنشاق وكيفما كان مصدرها طبيعي أو مصنع ، وتؤدي إلى تغيرات في هذا الكائن سواء كانت تغيرات تركيبية بنائية أو تغيرات وظيفية في جزء معين من الجسم أو في الجسم كله وتشمل هذه التأثيرات التغيرات الجسمية والنفسية والسلوكية .

وبالتالي علينا الحذر من استعمال هذه الأدوية عند عدم الحاجة إليها لان ذلك يتسبب في حدوث الإدمان عليها فالإدمان على الأدوية يهدد المجتمع ويؤدي إلى اضطراب الأمن النفسي للراشد ، حيث عرفت هيئة الصحة العالمية الإدمان سنة 1973 بأنه " حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة ". **(عادل الدمرداش ، 1988 ، ص 19)**

ويطلق على هذه الصفات المعاش النفسي حيث يعد المعاش النفسي من المفاهيم السيكولوجية المهمة التي توضح الحياة النفسية الباطنية للراشد وجملة المشاعر المؤلمة والشعور بالإحباط والنقص نظرا لعجزه على الاتصال والتواصل اللذان يعدان حاجة ضرورية له.

ويعرف **سورو Sureau** المعاش النفسي بأنه " الحياة الداخلية أو الإحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة أو موقف ما وهذا الإحساس يختلف باختلاف المواقف والوضعيات التي يعيشها الفرد في حياته ، هذه الوضعيات سواء كانت دائمة أو مؤقتة ". **(M. Sureau, 1979, p42)**

وبالتالي المعاش النفسي هو عبارة عن حالة نفسية داخلية أو تغيرات نفسية سلبية في حياة الراشد وأنها مجموعة من المشاعر والأحاسيس التي تتحول إلى سلوك في موقف اجتماعي إما يتكيف معه وإما يتعارض معه ، وقد تأخذ التغيرات النفسية السلبية في حياة الراشد المدمن على الأدوية النفسية صورا عدة كالقلق أو السلوك العدواني أو الانسحاب أو الاكتئاب .

ويؤكد **شاين (Chin2002)** في دراسته إلي أن أكثر من نصف مشكلات المدمنين تتعلق بطبيعة شخصياتهم والتي تعاني من زملة من الأعراض متشابكة ومتماسكة ومنها القلق والاكتئاب والعدوانية وانخفاض تقدير الذات والعجز عن التوجيه السوي مع الآخر والعجز عن التواصل وغيرها من الصفات .

وقد أجرى **درو (drew ,1982)** دراسة بهدف فحص العوامل الوجدانية الخاصة بالمدمن فضلا عن تأثيرات العوامل المجتمعية لدى عينة من الشباب الأمريكيين وأسفرت النتائج على أن العوامل المجتمعية ذات تأثير على ظاهرة الإدمان . **(غانم محمد حسن، 2002 ، ص 59)**

ونظرا لأهمية المعاش النفسي لدى الراشد المدمن على الأدوية النفسية وبغية التعرف على هذا المعاش نطرح التساؤل التالي:

ما طبيعة المعاش النفسي لدى الراشد المدمن على الأدوية النفسية الخاضع للتأهيل خلال مرحلة الانسحاب ؟

2 –دوافع اختيار الموضوع:

لم يكن اختيارنا لهذا للموضوع وليد الصدفة بل يرجع إلى الرغبة في:

1 -دراسة الآثار النفسية الناتجة عن تعاطي الأدوية النفسية لدى الراشد .

2 -تسليط الضوء على موضوع إدمان الأدوية النفسية الذي يعد موضوعا حساسا في مجتمعنا الجزائري.

3 -أهمية الدراسة :

1 -تسليط الضوء على مشكلة الاستعمال غير المشروع للأدوية النفسية والإدمان عليها والتي أصبحت تهدد كيان الفرد والمجتمع حيث حدد عدد المدمنين الذين يتلقون العلاج بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان بولاية بسكرة بداية سنة 2016 بـ307 مدمن.

2 -تساعد على بناء برامج إرشادية وعلاجية للتكفل بهذه الفئة.

3 -أهداف الدراسة :

يهدف موضوع دراستنا إلى الكشف عن طبيعة المعاش النفسي للراشد المدمن على الأدوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب.

4 -الدراسات المشابهة:

الدراسات المشابهة الخاصة بالإدمان:

1 -الدراسات العربية:

1-1 دراسة "البنا " 1990 : تحت عنوان " العلاقة بين الإدمان والاغتراب " لدى مجموعة الدراسة (الهيروين / الحشيش / والأقراص المخدرة) .

حيث استخدم الباحث المنهج التجريبي وأسفرت نتائج الدراسة على انه:

- توجد فروق دالة بين مجموعة الدراسة من حيث مظاهر الاغتراب ، وكذا أنواع الاغتراب ، حيث أن الإدمان ما هو إلا نوع من الاغتراب سواء عن الذات أو عن الواقع المحيط .

2-2 دراسة حنورة 1993 :_تمت على عينة من المتعاطين الكويتيين مكونة من 600 متعاطي تم الحصول عليهم من السجن المركزي ومستشفى الطب النفسي ، وتمت مقارنتهم بمجموعة ضابطة من غير المتعاطين الذكور بلغ عددهم 150 شخصا .

وأسفرت على النتائج التالية :

- وجود فروق جوهرية بين أفراد المجموعتين حيث تبين أن متعاطي الكحوليات هم أكثر الفئات ضعفا في الأداء على المقاييس المعرفية والحركية، وأكثر ميلا للاضطراب النفسي.
- في حين أن متعاطي الحشيش أفضل في الصحة النفسية بالمقارنة بمتعاطي الكحوليات.
- كما تبين أن المتعاطين (سواء الكحوليات أو الحشيش) أسوا بشكل جوهري من غير المتعاطين في الوظائف المعرفية والحركية ، فهم أكثر ميلا للإضراب النفسي وأكثر قابلية للإيحاء وأكثر ميلا للانخراط في السلوك الإجرامي .

2 -الدراسات الأجنبية:

2-1 دراسة "تشالمرز"و آخرون Chalmers,et al,1991 " : بعنوان " علاقة الإحساس بالرضا عن الذات وتعاطي المواد المخدرة "

استخدم الباحثون مقياس الإحساس بالرضا والطموح في الحياة مقاييس أخرى لقياس الاندفاعية والاعتمادية والمجاراة والخضوع .

طبقت الدراسة على عينة مكونة من 357 تجريبية في مقابل أخرى ضابطة .

أسفرت على النتائج التالية :

- أن المتعاطين للمواد اقل رضا ولديهم اتجاهات سلبية نحوى ذواتهم وأكثر تعرضا للمشاكل في حياتهم اليومية واقل طموحا وأكثر اندفاعية ومجاراة وخضوعا عن غير المتعاطي . **(غانم محمد حسين، 2002 ص 59)**

تعليق على الدراسات المشابهة:

- استعملت الدراسات المشابهة المنهج التجريبي في حين دراساتنا استخدمت المنهج العيادي .
- تمت الدراسات المشابهة على عينات كبيرة بينما تمت دراستنا على ثلاث حالات .
- هدفت هذه الدراسات إلى التعرف على بعض جوانب المعاش النفسي للمدمن، وهذا ما اتفق مع دراستنا التي هدفت إلى الكشف عن المعاش النفسي للراشد المدمن على الأدوية النفسية.
- وظفت الدراسات المشابهة في تحليل وتفسير النتائج .

5 -التحديد الإجرائي لمصطلحات الدراسة :

5 -1 المعاش النفسي:

هو مجموعة من الحالات النفسية التي تنتاب الراشد المدمن على الأدوية النفسية أثناء فترة التأهيل خلال مرحلة الانسحاب فالمعاش النفسي في هذه الدراسة هي الخصائص النفسية للراشد المدمن على الأدوية النفسية في فترة التأهيل خلال مرحلة الانسحاب والتي يكشف عنها عن طريق اختبار الروشاخ .

5 -2 الراشد المدمن على الأدوية النفسية :

هو كل فرد عمره بين 23 و39 سنة مدمن على الأدوية النفسية ويقوم بتلقي العلاج بالمركز الوسيطي لعلاج الادمان بولاية بسكرة .

الفصل الثاني :المدخل المفاهيمي لمتغيرات الدراسة

- تمهيد.

1 الأدوية النفسية ,

1 1 تعريف الأدوية النفسية.

1 2 أنواع الأدوية النفسية .

1 3 حركة الدواء داخل الجسم.

2 الإدمان.

2 1 تعريف الإدمان .

2 2 أسباب الإدمان.

2 3 أنواع الإدمان.

2 4 النظريات المفسرة للامان .

2 5 علاج الإدمان.

2 6 الخصائص النفسية للراشد المدمن على الأدوية النفسية .

3 المعاش النفسي.

- الخلاصة.

تمهيد:

أن الحياة النفسية الداخلية للفرد عبارة عن مجموعة من المشاعر والأحاسيس التي تنعكس على سلوكه خلال تفاعله مع بيئته إما يتكيف معها وإما يتعارض معها وهو ما يعرف بالمعاش النفسي ويحدث هذا التعارض نتيجة للضغوطات التي يتعرض لها في الحياة اليومية ، وقد يلجا للهروب من هذه الضغوطات إلى تناول الأدوية النفسية التي قد ترتبط ترتبط بمستقبلات الدماغ بدلا من النواقل العصبية وبالتالي تؤدي إلى حدوث خلل بالرسالة العصبية تؤدي إلى الشعور بالمتعة وبالتالي الإدمان عليها .

وسنتعرف في هذا الفصل على الأدوية النفسية وأنواعها وحركتها داخل الجسم بالإضافة إلى الإدمان بأنواعه ومراحله وكذلك خصائص المعاش النفسي للراشد المدمن على الأدوية النفسية.

1 -الأدوية النفسية :

1 -1 مفهوم الأدوية النفسية:

الدواء هو أي مادة تستعمل في تشخيص أو معالجة الأمراض التي تصيب الإنسان أو الحيوان أو التي تفيد في تخفيف وطأتها أو الوقاية منها. (**رياض رمضان العلمي ، 1988، ص 9)**

تعرف (**OMS**) المنظمة العالمية للصحة الدواء على أنه "مادة تستعمل في تغيير أو معالجة الأنظمة الفيزيولوجية الخاصة بالمريض". **(Larousse Medical 2005, p 639)**

أما الأدوية النفسية فتعرف بأنها مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية واضطراب السلوك ، كالفصام والاكتئاب الذهاني والقلق المرضي ..الخ، وتسبب هذه الأدوية الهدوء وعدم الاكتراث وبطء الحركة والتفكير.

1 -2 أنواع الأدوية النفسية :

تنقسم الأدوية النفسية إلى الفئات التالية:

أ -مهدئات عظمى:

تستخدم في علاج الأمراض العقلية كالفصام واضطرابات أخرى وهي لا تسبب الإدمان مثل اللارجاكتيل.

ب –مضادات الاكتئاب:

التي تستعمل لعلاج مرض الاكتئاب وهي لا تسبب الإدمان أيضا مثل التربيتزول والتوفرانيل.

ج –المهدئات الصغرى:

التي تسبب الهدوء وتزيل القلق النفسي والتوتر بدون أن تسبب النعاس في جرعات صغيرة مثل

مركبات **البنزودايازبين Benzodiazepines** كالفاليوم والليبريوم وهي تسبب الإدمان وقد أدرجت من قبل هيئة الصحة العالمية مع الخمر والمنومات في مجموعة واحدة . **(عادل الدمرداش ، 1988 ص85)**

د –المنومات:

وهي أدوية تسبب النعاس والنوم في جرعات بسيطة وقابليتها لإحداث الإدمان عالية وتنقسم هذه الأدوية إلى نوعين:

●**مشتقات حامض الباربيتوريك** :اكتشف الدكتور **باير Bayer** الألماني **الباربيتوريك Barbituric Acide** سنة 1862 وسماه كذلك نسبة إلى القديسة**St. Barbara** باربارا في رواية ونسبه إلى ساقية تعمل في حانة في مدينة ميونيخ اسمها باربارا في رواية أخرى.

واستخدمت الباربيتوات لأول مرة في الطب سنة 1903 بواسطة **فيشر وفون ميرنج**، وتنقسم **الباربيتورات** من حيث مفعولها إلى مركبات مفعولها قصير للغاية مثل **الثيوبنتون** ويستمر مفعولها بين نصف ساعة واحدة .

وتستخدم كلها عن طريق الوريد وتستخدم طبيا في إحداث التخدير العام قبل إجراء العمليات الجراحية.

والنوع الثاني قصير المفعول ويستمر مفعولها بين 2 إلى 6 ساعات مثل: **النمبيوتال Nembutal** ومركبات متوسطة المفعول يستمر تأثيرها بين 6 إلى 8 ساعات مثل **الأميتال Amytal** ومركبات

طويلة المفعول يستمر تأثيرها بين 8 إلى 16 ساعة مثل **اللومينالLuminal** الذي يستخدم في علاج مرض الصرع ، و يؤدي استعمالها المفرط أو المستمر إلى الإدمان .

- **منومات ليست من مشتقات حامض الباربيتوريك** :مثل **الكلورال** و**البارلد هايد** و**الماندراكس** و**الدوريدن** و**الهيمينيفرين** و**الموجادون** وكان المعتقد أنها أقل ضررا من الباربيتورات في البداية ولكن ثبت مؤخرا أنها تؤدي للإدمان وتشبه **الباربيتورات** في تأثيرها.

تهبط المنومات وظائف المخ مثل الخمر فتضعف القدرة على التركيز والانتباه وتنخفض القدرة على قيادة المركبات بكفاءة والمهارات الحركية الأخرى كالسباحة و يشعر المتعاطي بالنشوة في البداية ثم النعاس والنوم ثم الخمول وضعف حدة الإبصار والخطأ في تقدير مدة المؤثرات السمعية واختلال صواب الحكم على الأمور و يتصور المتعاطي أن الزمن يمر بسرعة وتخفف المنومات من حدة إدراك الألم وإن كانت لا تسكن الألم بالمعنى المفهوم بل إن **الباربيتورات** تضعف مفعول مسكنات الألم وهذه حقيقة ينبغي مراعاتها عند علاج مريض يشكو من الألم والأرق معا.

وتهبط المنومات وظائف مراكز التنفس خاصة إن كان الشخص مصابا بأمراض الجهاز التنفسي المزمنة كما أنها تخفض ضغط الدم وكمية الدم التي يضخها القلب وفي الجرعات الكبيرة تهبط عضلة القلب نفسها و يسبب الإسراف في تعاطي المنومات الإمساك ، وإذا استعمل الشخص المنوم يوميا لمدة 90 يوما تظهر عليه علامات التحمل خلال 14 يوما فتنخفض عدد ساعات النوم وتظهر على المتعاطي علامات التسمم الخفيفة ويحتاج لزيادة الجرعة للحصول على نفس المفعول والمسرف في تعاطي المنومات لا يتأثر بجرعات كبيرة من الخمر لحدوث ما يسمى بالتحمل المشترك بين الخمر والمنومات.

والسبب في ظاهرة التحمل أن المنومات تنشط خمائر الكبد فيتم التخلص منها بسرعة ولذلك يحتاج المتعاطي المسرف لجرعات أكبر.

وبعد امتصاص المنومات في الدم تنتقل في كل الجسم ولكنها تتركز بصورة خاصة في المخ.

ويتم تمثيل المنومات أساسا في الكبد ولا تفرز الكليتان إلا كمية قليلة من المنوم بتركيبه الأصلي ويتم تكسير المنومات في الكبد إلى مشتقات بسيطة تفرز في البول وفي البراز. **(عادل الدمرداش ، 1982 ص86 ص – 87)**

1-3 حركة الدواء داخل الجسم:

1 -الامتصاص:

يعتمد امتصاص الدواء من مكان تناوله على عدة عوامل منها ما يتعلق بالدواء ومنها ما يتعلق بالجسم نذكر منها:

أ – طريقة تناول الدواء : حيث تؤثر طريقة تناوله على درجة الامتصاص وطرق تناول الدواء هي :

- عن طريق الفم .
- تحت اللسان.
- المستقيم.
- الحقن .
- الاستنشاق.
- موضعي.

وكل طريقة لها عيوبها ومميزاتها .

ب – صيغة المستحضر الصيدلاني : حيث يوجد الدواء في عدة تراكيب ومستحضرات صيدلانية حيث تؤثر هذه التراكيب على الكمية الممتصة من الدواء فوجود الدواء في مستحضر مائي يسرع امتصاصه أما وجوده في مستحضر زيتي فانه يبطئ من امتصاصه ، ومن ناحية

ت –أخرى فان درجة امتصاص الدواء الموجودة في هيئة صلبة مثل الأقراص تعتمد على سرعة ذوبان القرص في الأمعاء ، وتركيز الدواء يؤثر في امتصاصه حيث التركيزات العالية من الدواء تسمح بامتصاص سريع والعكس مع التركيزات المنخفضة . **(رضا رشدى ،2006 ، ص 16)**

جـ – مساحة الامتصاص: كلما زادت مساحة الامتصاص زادت الكمية الممتصة من الدواء (الأمعاء مساحة واسعة وملتحمة العين مساحة صغيرة للامتصاص).

د – الدورة الدموية: كلما زاد سريان الدم إلى العضو المعني بامتصاص الدواء زادت النسبة الممتصة من الدواء وعكس ذالك صحيح.

2 –توزيع الدواء:

بعد الامتصاص يصل الدواء إلى الدورة الدموية ويتعرض جزء منه إلى الترابط مع بروتين بلازما الدم وخاصة البومين وتعتمد درجة هذا الترابط على نوعية الدواء ، وحدوث الترابط مع بنسبة عالية مع بروتين بلازما الدم مهم جدا من الناحية الإكلينيكية إذ يشكل هذا الترابط نوعا من أنواع التداخل الدوائي.

وعملية الترابط مع بروتين بلازما الدم هي عملية عكسية كما أنها في حالة تعادل دينامي وذلك بالطريقة التالية :

دواء + بروتين البلازما ⟷ (مركب دواء – بروتين) + دواء حر.

والجزء الحر من الدواء من الدواء هو الذي يتعرض إلى التوزيع و التأيض والإفراغ ومن ثم الجزء المترابط مع بلازما الدم يبقى مخزنا يقوم بإفراز الدواء ببطء كلما حدث توزيع أو تأيض أو إفراغ جزء من الدواء الحر .

ويتم توزيع الجزء الحر من الدواء إلى الحيزات التي تحتوي على سوائل الجسم ويعتمد انتقال الدواء عبر حيزات سوائل الجسم على عدة عوامل منها درجة الترابط والفرق في الاس الهيدروجيني ما بين الحيزات المختلفة . وكذلك درجة الذوبان في الدهون . ويعبر عن حركة الدواء ما بين حيزات سوائل الجسم بحجم التوزيع الظاهري فنجد أن الدواء والترابط الشديد مع بروتين البلازما مثل : الـ فينيل بيوتازون (**Phenylbutazone**) أو الدواء ذا الجزء الكبير مثل الـ هيبارين (**Heparin**) لا يستطيعان النفاذ من البلازما إلى الحيزات الأخرى ، ولذلك يكون لهما حجم توزيع ظاهري يساوي حجم البلازما أي 0.5 % لتر/ كيلو غرام من وزن الجسم . **(رضا رشدى ،2006 ، ص 17)**

ومن ناحية أخرى فان الأدوية ذات الذوبان العالي في الدهون مثل الـ فينوباربتون و الايثانول تمر عبر كل الأغشية إلى داخل الخلية ومن هنا يكون لها حجم توزيع ظاهري يساوي حجم سوائل الجسم أي 0.55 لتر / كيلوغرام من وزن الجسم .

وند أن ترابط المركبات ذات الذوبان العالي في الشحوم تقوم بالترابط مع دهون الجسم وعضلاته وهذا ينتج عنه توزيع ظاهري أعلى من حجم سوائل الجسم مثلما يحدث مع المورفين .

ومن ناحية أخرى فان الدواء يمر من البلازما إلى أعضاء الجسم التي تحتوي على تروية دموية جيدة مثل : الدماغ والقلب والكبد والرئتين وبعدها يتم توزيع الدواء إلى أنسجة الجسم الأخرى التي تستقبل تغذية دموية اقل مثل الجلد والأعضاء الداخلية وفي النهاية يصل الدواء إلى دهون الجسم والعضلات المخططة التي تعمل خزانا يتم إفراز الدواء منه ببطء .

2-1 توزيع الدواء للدماغ :

لا يوجد لبطانة الأوعية الدموية الشعرية بالدماغ أي قنوات مملوءة بالماء ولذلك لا يوجد هناك انتشار مائي للأدوية داخل الدماغ ومن ثم فلا تدخل أي مادة موجودة في الدم إلى الدماغ ، هذا التأثير يسمى بالحاجز الدموي الدماغي أي أن عدم وجود قنوات مملوءة بالماء تحول دون دخول المادة إلى الدماغ .

تدخل الأدوية إلى الدماغ بواسطة الانتشار الدهني أي المادة ذات الذوبان العالي في الدهون وغير المتاينة تدخل إلى الدماغ ، وكلما زادت درجة الذوبان في الدهون زادت سرعة دخول المادة إلى الدماغ .

2-2 : توزيع الدواء إلى العظام :

العظام تقوم بتخزين بعض الأدوية والمواد السامة مثل الرصاص وبع المعادن الأخرى وتعمل مخزن يتم منه إفراز المخزون ببطء إلى أعضاء الجسم الأخرى مثل الدماغ ليسبب تلفا بطئا لتلك الأعضاء كما يقوم بتخزين أدوية معينة مثل المضادات الحيوية.

2-3 : توزيع الدواء إلى الجنين :

يجب التنبيه إلى أن الجنين يتعرض إلى جميع الأدوية التي تتناولها الأم ، حيث تنتقل الأدوية إليه عبر المشيمة ويعتمد تركيز الدواء الذي يصل إليه على درجة ذوبانه في الدهون فكلما زادت درجة الذوبان في الدهون كلما زادت كمية الدواء التي تصل إلى الجنين في رحم الأم ، ووصول الدواء إلى الجنين وهو مرحلة الخلق (أي الأشهر الأولى) قد يسبب تشوهات في الخلقة ولهذا فانه من المستحسن الابتعاد عن الأدوية خلال الشهور الأولى من الحمل . **(رضا رشدى ،2006 ، ص 18)**

3 - التأيض (الاستقلاب) :

يعرف التأيض كذلك بالتحول الحيوي وأهمية التأيض تكمن في تحويل الدواء إلى متأيض أكثر تأينا وأكثر ذوبانا في الماء باستطاعة الجسم التخلص منه بيسر وسهولة بوسيلة الإفراغ ، وتتم عملية التأيض بواسطة إنزيمات معينة موجودة أساسا في الكبد كما أنها توجد بقلة في بعض الأعضاء الأخرى مثل الكلى والجهاز الهضمي والرئتين وكذلك البلازما ولكن البد هو المكان الأساسي لتأيض الأدوية .

وتتم عملية التأيض عبر مرحلتين هما :

3-1 تأيض الطور الأول : المهمة الأساسية هي تحويل الدواء إلى مركب ذي مجموعة متفاعلة باستطاعتها الترابط مع جلوكورنيد مثلا (في الطور الثاني للتأيض) وذلك لإنتاج مركب أكثر تأينا ومن ثم أكثر ذوبانا في الماء . هذه العملية ينتج عنها في الغالب فقدان فاعلية أو تأثير الدواء قد يحدث في بعض الاحيان أن يتحول الدواء من مركب غير فعال إلى مركب فعال دوائيا كما يحدث مع الكلورال هيدرات **(Chloral hydrate)** الذي يتحول إلى الترايكلوروايثانول **(Trichloroethanol)** وفي هذه الحالة يسمى المركب بسليفة الدواء ويتم تأيض الطور الأول للأدوية بواسطة الأكسدة أو الاختزال أو الحلمهة حسب التالي :

أ - الأكسدة :

تتم معظم الأكسدة في البلازما الداخلية الكبدية بواسطة إنزيمات تعرف إنزيمات الأجسام الصغائرية بالكبد متنوعة أهمها الإنزيم السيتوكروم ب الذي يوجد كذلك في عدة أشكال كل منها مسئول عن أكسدة مجموعة مختلفة من الأدوية وتشمل الأكسدة مايلي :

1 –نزع مجموعة الكيل من ذرة النيتروجين أو ذرة الأكسجين بالمركب كما يحدث مع مضاد الاكتئاب الديسبيرامين **(Dispramine)** .

2 –الهدرلة وذلك بإضافة مجموعة هيدروكسيل إلى السلسلة الاليفاتية أو الاروماتية للمركب كما يحدث في بأيض الفينوباربتون والفينتون .

3 –نزع مجموعة الأمين من المركب كما يحدث معا الامفيتامين .

ب –الحلمهة :

اتحدث تفاعلات الحلمهة (تحلل بالماء) بواسطة انزيمات معينة في انسجة الجسم وسوائله المختلفة ، وتحدث الحلمهة للمركبات التي تحتوي على رابطة استيرية **(Asterbound)** او رابطة اميدية **(Amidebounde)** وذلك بتكسير المركب الى مكوناته ، مثل حلمهة الاستيل كولين الى استيل وكولين بواسطة انزيم استراز الكولين .

ج– الاختزال :

بعض الادوية يتم تايضها بواسطة الاختزال مثل اختزال الكلورال هيدرات الى تراي كلورواثانول النشط دوائيا وتستخدم تفاعلات الاختزال الاجسام الغائرية بالكبد .

3–2 تأيض الطور الثاني :

تهدف هذه المرحلة الى ربط الدواء مع مجموعة خاصة لجعله اكثر تأينا وذوبانا في الماء ومن ثم التخلص منه في البول ويحدث ترابط متأيض (مستقلب) الدواء مع احد المركبات التالية :

أ – الترابط الجلوكورونيد **(Glucuronide)** : يعد الترابط مع الجلوكورنيد أهم انواع الترابط لمعظم الادوية حيث يحدث ترابط ما بين متأيض الدواء مع جزئ جلوكورونيد في الكبد بواسطة الانزيم ترانسفيراز الجلوكورونيل لينتج عن هذا الترابط مركب ذو ذوبان عال في الماء يتم افرافه في البول .

ب – الترابط مع حامض الاستيك **(Acetic acid)** : بعض المركبات يتم ترابطها مع حامض الاستيك في الكبد بواسطة انزيم ترانسفيراز الاستيل ، فيما يعرف بالاستلة والمثال المشهور لهاذا النوع من الاقتران هو اقتران الايزونيازيد **(Isoniazid)** .

ج– الترابط مع الجليسين **(Glycine)** : يتم ترابط احماض الكربوكسيليك الاروماتية مع الجليسين لينتج عن ذلك مركب اكثر تأينا وذوبانا في الماء .

د– الترابط مع السلفات **(Sulfate)** : تترابط معظم الادوية ذات الطبيعة التيسترويدية مع السلفات. **(رضا رشدى ،2006 ، ص 19)**

3-3 العوامل المؤثرة في عملية التأيض :

- الاختلاف الخلقي او الوراثي .
- التداخل الدوائي : التداخل بين دوائين قد يسبب ابطاء او اسراع عملية التأيض لأي من الدوائين ، هذا التداخل يعرف بالتداخل عند موضع الدواء .
- حالة الكبد :

قد يِثر مرض الكبد في بعض الاحيان على سرعة تأيض الادوية ، تحيث ان معضم الجرعة من هذه الادوية تصل الى الدورة الدموية العمومية ومن ثم الى مكان التاثير جرعة عالية ينتج عنها سمية عالية .

ومن ناحية اخرى فان مرض الكبد قد يؤثر على درجة ترابط الدواء مع بروتين بلازما الدم ، وهذا بدوره يؤثر على التأثير العلاجي المتوقع من الدواء .

- السن :

تؤثر السن مباشرة على عملية التأيض فسرعة التأيض في الاطفال حديثي الولادة تكون بطيئة وذلك لأن الانزيمات المسؤولة عن التأيض لم تجهز بالكامل بعد ولهاذا فاننا نجد دواء مثل الفينوباربيتون له عمر نصفي طويل نسبيا مقارنة بالبالغين ، ومن ناحية اخرى فان نسبة الترابط مع بروتين بلازما الدم

لبعض الادوية تكون منخفضة ولذلك فان حجم التوزيع الظاهري يكون عاليا كما يحدث مع الساليسيلات والامبيسيلين .

كما ان سرعة افراغ الدواء من الجسم وخاصة تلك التي تعتمد في افراغها على الكلى تكون بطيئة بنسبة قد تصل الى 30 % من سرعة الافراغ عند البالغين ولهذا يجب مراجعة جرعة الدواء عند للمواليد حديثي الولادة .

4 – الافراغ :

يتم افراغ الدواء وهو في صورته المتأينة اوالمترابطة أو المترابطة الاكثر ذوبانا في الماء عبر الكلى او في الصفراء او الجلد او اللعاب او حليب الام او البراز او الرئتين وتع الكلى هي العضو الاساسي الذي يتحمل مسؤولية افراغ الادوية . **(رضا رشدى ،2006 ، ص 20)**

2 -الإدمان:

2 -1 تعريف الادمان:

الإدمان لغة:

لفظ مشتق من الفعل أدمن، يدمن ، إدمانا ، يقال أدمن الشيء بمعنى أدامه وواظب عليه .
(بن هادية علي وآخرون، 1995 ، ص 25)

الإدمان اصطلاحا :

عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه "مجموعة من المظاهر النفسية ، والمعرفية ، والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي العقار ، وتتضمن رغبة قوية في الحصول على العقار ، وهنا يواجه الفرد صعوبة في السيطرة على التعاطي ، ويسر على الاستمرار في التعاطي بالرغم من الأذى المتواصل ويعطي الأولوية لتعاطي المخدر أكثر من أي نشاط آخر ، وأكثر من التزاماته الشخصية "وتفضل المنظمة استخدام مصطلح الاعتمادية على العقار المخدر، وهو مصطلح بمعنى الإدمان والتعاطي.

ويعرف أيضا بأنه "التعاطي المتكرر لمادة أو لمواد محدثة، لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي ، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع ، أو لتعديل تعاطيه وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب ، إذا ما انقطع عن التعاطي ، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة استبعاد أي نشاط آخر . **(محمد احمد مشاقبة ،2007، ص 22 – 23)**

من التعاريف السابقة نستنتج أن الإدمان هو : رغبة قوية وملحة تدفع المدمن إلى الحصول على العقار أو المخدر وبأي وسيلة وزيادة جرعته من وقت لآخر ، مع صعوبة أو استحالة الإقلاع عنه سواء للاعتماد النفسي أو لتعود أنسجة الجسم عضويا وعادة ما يعاني المدمن من قوة دافعة قهرية داخلية للتعاطي بسبب ذلك الاعتماد النفسي أو العضوي .

2 -2 أسباب الإدمان:

2 2 1 اضطراب الشخصية: والمقصود بذلك العجز الكامن في الشخصية (الحاجة للشعور بالاطمئنان أو الثقة أو الشجاعة)، وقد يكون العجز الجنسي والانحراف هو دافع الإدمان وبذلك يصبح الإدمان وسيلة دفاعية لعجز الشخصية.

2 2 2 العوامل الاجتماعية : تختلف الشعوب في عاداتها الخاصة بالإدمان ويختلف ذلك من منطقة إلى لأخرى فالإدمان الكحولي يقل في البلاد الإسلامية في حين يكثر في البلدان الاسكندينافية و سويسرا وفرنسا ، كما ينتشر لدى الفئات المهاجرة والفقيرة وعند شيوع البطالة والأزمات الاجتماعية .

2 2 3 العوامل النفسية: من قلق وتوتر يدفع بالشخص إلى الهروب والتخفيف من تأثيرها حيث نجد الإدمان عند الغرباء والوحيدين والمنبوذين والذين فقدوا الأعزاء، أو فشلوا في مشاريع معينة أو صدمات عاطفية.

2 2 4 العوامل المادية والاجتماعية والاقتصادية: كالإفلاس والصفقات التجارية.

2 2 5 المشاكل العائلية والخلافات الزوجية وعدم الاتفاق، والغيرة وافتقاد الحب.

2-2-6 الاضطرابات العقلية : فقد يكون الإدمان سلوك ظاهري وعرضي لمرض عقلي عميق لذلك نجد من المدنين من هو مصاب بالفصام والاكتئاب والبرانويا والهذيانات أو التوهمات .

2 2 7 الدوافع الدينامية في الشخصية : التي تعاني صراعات نفسية وخاصة التي تحمل نزاعات عدوانية ذاتية وتكون السمات الفمية (التثبيت إلى المرحلة الفمية) . فقد اعتبر فرويد والمحللون النفسيون أن الإدمان هو نكوص إلى مرحلة سابقة بسبب التهديد الناتج عن الصراع وما يرافقه من قلق . **(محمد قاسم عبد الله ، 2008، ص 350)**

2-3 مراحل الإدمان:

يمر المدمن، أو من يتعاطى المخدر بصورة دورية، بثلاثة مراحل هي:

2-3-1 مرحلة الاعتياد:

وهي مرحلة يتعود فيها المرء على التعاطي دون أن يعتمد عليه نفسيا أو عضويا وهي مرحلة مبكرة، غير أنها قد تكون قصيرة للغاية أو غير ملحوظة عند تعاطي بعض الأدوية أو المخدرات.

2-3-2 مرحلة التحمل:

وهي مرحلة يضطر خلالها المدمن إلى زيادة الجرعة تدريجيا وتصاعديا حتى يحصل على الآثار نفسها من النشوة وتمثل اعتيادا نفسيا وربما عضويا في آن واحد.

2 3 3 مرحلة الاعتماد الاستبعاد أو التبعية:

وهي مرحلة يمر فيها المدمن إلى سيطرة المخدر ويصبح اعتماده النفسي والعضوي لا إرادي ويرجع العلماء ذلك إلى تبدلات وظيفية ونسيجية بالمخ، أما عندما يبادر المدمن إلى إنقاذ نفسه من الضياع

ويطلب المشورة والعلاج فإنه يصل إلى مرحلة الفطام والتي يتم فيها وقف تناول المخدر بدعم من مختصين في العلاج النفسي الطبي وقد يتم فيها الاستعانة بعقاقير خاصة تمنع أعراض الإقلاع **(Lauri Peter, 1967, P12)**

2 3 النظريات المفسرة للادمان .

1 -النظريات البيولوجية :

ركزت الأبحاث والدراسات المهتمة بوجهة النظر البيولوجية للإدمان على ثلاث نظريات وهي :

- النظرية العصبية البيولوجية .
- النظرية العصبية السلوكية .
- النظرية الجينية .

ترتكز النظرية العصبية البيولوجية على العمليات الأولية ، والدور الذي تلعبه هذه العمليات في استخدام المخدرات ، ويلعب الاستعداد الوراثي دورا كبيرا في هذه النظرية ، أما النظرية العصبية السلوكية فتساهم في تفسير مشكلة المخدرات من خلال الربط بين الاضطرابات السلوكية الرئيسية والنظام العصبي الوظيفي ، ويلعب الاستعداد الوراثي دورا مهما في هذه النظرية، والنظرية الجينية تؤكد على الوراثة وعلى الصفات الوراثية وعلى قابلية الأفراد للوقوع في الإدمان في تفسيرها لتطور اضطرابات الإدمان .

وتظهر الخصائص الوراثية من خلال تاريخ سلوك الإدمان لدى الأفراد من نفس الأسرة ومن خلال الاستعداد الوراثي للأسرة ، وتفسر هذه العوامل الوراثية قابلية الأفراد في الاعتماد على المخدرات ، والأفراد الذين يحملون خصائص وراثية أخرى يظهرون عوامل وراثية وقائية بحيث تجعلهم يبتعدون عن استخدام المخدرات ، والأساليب البيولوجية الفردية تفصل وتحدد الجينات التي ربما تجعل الأفراد قابلين للوقوع في الإدمان ، وهناك احتمالية أن هناك أنزيمات تساعد في الاستعداد للإدمان.

وعلى أي حال فالعوامل الجينية ليست قادرة لوحدها على إيقاع الأفراد في الإدمان ، وهناك عوامل أخرى تشترك معها في الإدمان منها العوامل البيئية وفكرة الأفراد حول المخدرات وتأثيراتها والعائلة وتأثيرات الرفاق والضغوط اليومية والقيم الثقافية ، وتشترك هذه العوامل مع العوامل الوراثية في مشكلة الإدمان .

2 -النظريات النفسية :

لسنين عديدة كان الأخصائيون النفسانيون يعتبرون أن مشكلة الادمان هي أعراض لاضطرابات نفسية ، وليست اضطرابا بحد ذاتها ، أو اضطرابا في شخصياتهم . ولكن في هذه الأيام نجد كل من الجمعية الأمريكية للطب النفسي ، وجمعية علم النفس الأمريكية تؤكدان على أن الادمان اضطراب ، وليس مجرد عرض لاضطراب ،والعديد من نظريات علم النفس أصبحت تتبنى هذه النظرة ، وتطور أساليب ونماذج علاجية وإرشادية لمعالجة هذه المشكلة قائمة على هذه التفسيرات . **(محمد احمد مشاقبة ،2007، ص ص60 – 61)**

2 -1 نظرية السمات:

ترى نظرية السمات بأن هناك سمات شخصية وخصائص معينة تفرض على الأفراد وتحفزهم نحو الإدمان وقد جرت محاولات عديدة من أجل تحديد سمات شخصية المدمن وفقا لأنماط الشخصية وميزاتها، فقد حدد بلين بعضا من سمات الشخصية المدمنة، وتتضمن هذه الميزات : حالة الكآبة المتدنية الدرجة، حب الاختلاط بالآخرين، ومشاعر الوضاعة ، الإحساس بضعف النفس وهوانها ، والفزع والاعتمادية على الغير .

2-2 النظرية السلوكية:

حاولت أن تفسر أسباب لجوء بعض الناس إلى الإدمان على العقار أو الخمور، فيرى بعض المنظرين بأنه انعكاس اشتراطي 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 فالفرضية الأساسية لنظرية التعزيز التعليمية، هي أن العملية التعليمية أي 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 " أن تناول الخمر بصورة مفرطة، إنما يتم من خلال التعزيز الإيجابي الناجم عن المثبط المركزي والعناصر المخدرة للكحول، فالأفراد الذين يكررون استعماله نتيجة لتعرضهم للضغوطات البيئية ، 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 ومتدنية . **(لمياء ياسين الركابي ص ص 92)**

2 2 النظرية السيكودينامية :

تفسر هذه النظرية الإدمان على انه يتطور عندما يتعاطى الافراد الكحول والمخدرات ، لتتولد لديهم مشاعر السعادة ، ومشاعر الهروب من الألم . ويمكن أن يدفع الصراع بين الهو ، والانا الأعلى الفرد للتعاطي في سبيل التخلص من القلق . ومن مطالب الأنا الاهتمام بالذات و حفظها من الأذى . الاضطرابات الذاتية وهدم الذات من خلال الإدمان هي إشارات لإضعاف مطالب الأنا والانا تقوم بتنظيم المشاعر أيضا .

وبناءا على هذه النظرية فإن النقص هي الاهتمام بالذات ، والنقص في تقدير الذات وعدم الإحساس بالسعادة عاجزا معا عن السيطرة على المشاعر ، وتسهم في دفع الأفراد للإدمان ، والمظاهر السيكودينامية الأخرى لاضطرابات الإدمان تتضمن السلوك القهري ، وعدم الاستقلالية الذاتية وهدم الذات وعدم المسؤولية وضعف الإرادة والنكوص والمزاج المتغير، ويوظف الأفراد الميكانيزمات الدفاعية الأخرى مثل التبرير ، والإسقاط لرفض تشخيص اضطراب الإدمان ومقاومة المعالجة . يؤكد المتخصصون أن

الأمراض النفسية تستطيع أن تساعد في تطور الإدمان أو تعرض الأفراد للميل إلى الإدمان ، ومن أساسيات الصحة النفسية أن المتخصصين يعالجون عملاءهم من الاضطرابات المزدوجة . والأمراض النفسية يمكن أن توجد مع أو تتبع الإدمان. **(محمد احمد مشاقبة ،2007، ص ص 62 – 61)**

2 3 نظرية التحليل النفسي:

تقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين ، يتمثل الأساس الأول في صراعات نفسية تعود إلى الحاجة إلى الآمن والحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي، وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات ، فإنه يلجا إلى التعاطي . ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر.

وتفسر النظرية ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة، التي لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، كما تفسرها أيضا باضطراب العلاقات الحبية في مرحلة

الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه ، التي تتضمن ثنائية العاطفة ، أي الحب والكراهية للوالد في الوقت ذاته، هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدر، عندها يصبح المخدر رمزا لموضوع الحب الأصلي الذي كان سابقا يمثل الخطر والحب معا ، وترى هذه النظرية أن المدمن يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن يتعثر فيه، فيجد في المخدر سندا له يساعده في حفظ ذلك التوازن .

ويربط الكثير من مؤيدي نظرية التحليل النفسي حالة الإدمان الكحولي مع التركيز الجنسي الفموي، فالمدمنون يلجئون إلى استخدام العقاقير من أجل تحقيق لهفتهم الفموية وهي بالطبع اللهفة الجنسية والحاجة الماسة للشعور بالأمن ، وتنبثق الكآبات الفموية والإحاطات من الأطر الأسرية البائسة على حد تعبير هؤلاء المنظرين .

3 -نظرية الباب المفتوح :

تفترض نظرية الباب المفتوح بأن استخدام المخدرات بعينها يترك الأبواب منشرعة لاستخدام المخدرات الأكثر عنفا وضررا فقد استنتجت كثير من الدراسات السائدة بخصوص المراهقين ، أن استخدام التبغ ثم

استخدام الكحول سيستمر متقدما لاستخدام المخدرات الأخرى. وهناك نظرية الأشياء المتيسرة الوفرة التي تؤكد بأنه كّلما زاد الإقبال على المواد المخدرة أو سلوكياتها

مثل :لعب القمار أو الجنس أو التسوق المرضي، ازدادت حدة الإدمان ووفرته، وتهتم النظريات الاقتصادية بالتكلفة الاجتماعية للإدمان.

4 -النماذج الشمولية :

وتشمل النموذج البيوسيكوسوسيال(البيولوجي – السيكولوجي الاجتماعي) يستخدم الكثرة من المتخصصين والأطباء هذا النموذج لتفهم واستيعاب أسباب المرض والتعبير عن نشأته ومعالجته والوقاية منه، فينظرون إلى الإدمان بوصفه تركيبة بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية ثقافية تحمل هذا المتغير وتتضمنه ويضم هذا المنظور ويدمج في ثناياه جميع سمات وخصائص النظريات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية الثقافية ، ويتناغم هذا النموذج وينسجم مع النظرة الكلية للمدمن . (**لمياء ياسين الركابي ص ص 92-93)**

2-5 علاج الإدمان:

هناك مراحل مهمة في علاج الإدمان وهذه المراحل هي :

- **المرحلة الأولى:** مرحلة العلاج الدوائي (مرحلة التخلص من السموم)

العلاج الذي يقدم للمدمن في هذه المرحلة هو مساعدة جسمه على القيام بدوره الطبيعي وهو التخلص من السموم و أيضا التخفيف من آلام الانسحاب مع تعويضه عن السوائل المفقودة ثم علاج الأعراض الناتجة والمصاحبة لمرحلة الانسحاب وقد تتداخل هذه المرحلة مع المرحلة التالية لها وهي العلاج النفسي والاجتماعي .

ويستخدم العلاج الدوائي لمعالجة أعراض الانسحاب بالإضافة إلى علاج الاضطرابات النفسية التي قد تصاحب حالة الإدمان مثل : الاضطرابات ثنائية القطب ، وحالات الاكتئاب وحالات الفصام ، وحالات

الهذيان ويستخدم في العلاج الدوائي مادة "**الكلورميتازول Chlormethiazol**" و"**الهمنفرين Heminevrin** "**(محمد احمد مشاقبة ،2007، ص 108)**

- **المرحلة الثانية:** العلاج والتأهيل النفسي

ويتم فيها العلاج النفسي الفردي والعلاج النفسي الجماعي ، ويبدأ العلاج النفسي بالعلاج النفسي الفردي ويهدف إلى مساعدة المريض في تفهم مشكلته ومساعدته على تنمية حلول لمشكلاته العاطفية والنفسية والسلوكية والمعرفية والاجتماعية وكذلك مساعدته على التوافق مع ظروف الحياة وتعديل اتجاهاته وأفكاره وعادة يستخدم العلاج المعرفي والعلاج المعرفي السلوكي ويقوم بهذا النوع من العلاج الأخصائي النفسي .

ويستخدم في هذه المرحلة بالإضافة إلى العلاج الفردي العلاج النفسي الجماعي ويعتمد على فكرة أن العديد من مشكلات الأفراد السلكية والاجتماعية والعقلية تتعلق بالآخرين ، بما في ذلك مشاعر العزلة والنبذ والانطواء ، وعادة يسبق العلاج النفسي الجماعي العلاج النفسي الفردي ، وذلك لمعرفة الفروق الفردية بين الأفراد المدمنين أو المرضى وعرفة مدى تجانس المشكلات التي يعانون منها ومشكلاتهم الخاصة ومدى استعدادهم للمشاركة في العلاج النفسي الجماعي وكذلك الوقوف على اتجاهاتهم المختلفة نحوى العلاج ودافعتيهم وبعض سماتهم الشخصية واضطراباتهم .

- **المرحلة الثالثة:** مرحلة التأهيل والرعاية اللاحقة

وتنقسم هذه المرحلة إلى ثلاثة مراحل أساسية :

أ – مرحلة التأهيل العملي: وتهدف هذه المرحلة إلى استعادة المدمن لقدراته وفاعليته في مجال عمله، وعلاج المشكلات التي تمنع عودته إلى العمل، أما إذا لم يتمكن من هذه العودة فيجب تدريبه وتأهيله لأي عمل آخر متاح حتى يمارس الحياة بشكل طبيعي.

ب –التأهيل الاجتماعي : وتهدف هذه المرحلة إلى إعادة دمج المدمنين في الأسرة والمجتمع ، وذلك علاجا لما أنتجه الإدمان ، حيث يؤدي الإدمان إلى ابتعاد المدمن عن شبكة العلاقات الأسرية والاجتماعية ، ويعتمد العلاج هنا على تحسين العالقة بين الطرفين (المدمن من ناحية والأسرة والمجتمع

من ناحية أخرى وتدريبهما على تقبل وتفهم كل منهما للآخر ومساعدة المدمن عل استرداد ثقة أسرته ومجتمعه فيه وإعطائه فرصة جديدة لإثبات جديته وحرصه على الشفاء والحياة الطبيعية .

جـ- الوقاية من الانتكاسة : الانتكاسة ظاهرة طبيعية يعيشها المدمنون المتعافون من الإدمان وفي المراحل الأولى بعد انتهاء العلاج ، حيث يختبر المدمن شعورا قويا للانتكاسة ، وتشير الدراسات إلى انه من (40- 60%) من الأفراد الذين يتم علاجهم يمرون بمرحلة الانتكاسة خلال السنوات الأولى من العلاج والانتكاسة هنا ليست اختيارية لان المدمن لا يستطيع السيطرة على الظروف الاجتماعية المحيطة به . **(محمد احمد مشاقبة ،2007، ص 110)**

3 -المعاش النفسي:

3-1 تعريف المعاش النفسي :

هو كل ما يحسه الفرد في اعماقه الباطنية وهو الصورة التي يعيشها الفرد مع نفسه مما يترتب عليها احاسيس ومشاعر تنعكس على سلوكه .

كما يعني " الكيفية التي يعيشها الفرد مع ذاته وما يترتب عنا من صعوبات في التكيف ، وجملة المشاعر والأحاسيس المؤلمة ، والشعور بالذنب الذي ينعكس سلبا على شخصية الفرد ، حيث هناك من يتصدى لها ويتغلب عليها وهناك من لا يستطيع تجاوزها " . **(سامية زراري ، 2015، ص 25)**

يعرف **هانال باسيني (Hanal pasini 1996)** المعاش النفسي بأنه " الحياة الداخلية او الاحساس الباطني للفرد المرتبط بتجربة او موقف ما ، وهذا الاحساس يختلف باختلاف المواقف والصعوبات التي يعيشها الفرد في حياته ، سواء كانت دائمة او مؤقتة " **(مزيان محمد ، 2012 ص 25)**

من التعاريف السابقة نستنتج ان المعاش النفسي هو حالة نفسية داخلية وأنها عبارة عن مجموعة من المشاعر والأحاسيس التي تتحول الى سلوك في موقف ما اما يتكيف معه و اما يتعارض معه .

3-2 المعاش النفسي المدمن:

أن المتعاطي للأدوية النفسية بانتظام يتصف بـ:

-بطئ التفكير .
-ضعف التركيز .
-افتقاد القدرة على حسن تقدير الأمور .
-تقلب الانفعالات .
-سرعة الإثارة.
-تدهور الكفاءة الذهنية .
-تدهور المهارات الحركية المتمثلة في بطئ الحركة.
-الترنح.
-ثقل اللسان في الحديث . **(عبد الحميد عبد العظيم رجيعة ،2009 ، ص 20)**

كما يتميز المدمنون عموما بـ:

-الشعور بالإحباط .

-القلق.

-الشعور باليأس .

-الاكتئاب .

-انخفاض تقدير الذات .

-العجز عن التوجه السوي مع الآخر والعجز عن التواصل.

-الشعور بالنقص .

-مشكلات في التوافق النفسي الاجتماعي.

-اتجاهات سلبية نحوى الذات .

-الاندفاعية.

-طموح ضعيف.

-محاولة الانتحار.

-اقل كفاءة في التوافق مع الذات والأسرة .

-خلفية أسرية تتسم بالتناقض والتوحد بالأم ومشاعر متناقضة تجاه الأب .

-عدوان شديد موجه ضد الذات .

في الإدمان المتعدد يضاف إلى الفئات السابقة :

-الافتقار إلى الانتماء .

-عجز واضح عن اتخاذ القرارات .

-تدني تقدير الذات .

-عجز عن التواصل مع الآخر . **(غانم محمد حسن ، 2002 ، ص 59)**

الخلاصة:

بعد عرضنا لعناصر هذا الفصل نستطيع القول أن عدم تكيف الراشد بالبيئة المحيطة قد يسبب لديه ضغوطات تؤثر على معاشه النفسي هذا قد يجعله يلجا إلى التناول الغير المشروع للأدوية النفسية أي بدون وصفة طبية للهروب مما يعانيه فتتسبب له في الشعور بالمتعة ما يؤدي به إلى الإدمان عليها .

الجانب الميداني

الفصل الثالث : فضل الاجراءات الميدانية للدراسة:

- تمهيد.

1 الدراسة الاستطلاعية.

2 الدراسة الأساسية.

2 1 المنهج.

2 2 حالات الدراسة .

2 3 أدوات الدراسة .

2 4 حدود الدراسة .

- الخلاصة

الفصل الثالث : فضل الاجراءات الميدانية للدراسة

- تمهيد.

1 الدراسة الاستطلاعية.

2 الدراسة الأساسية.

2 1 المنهج.

2 2 حالات الدراسة .

2 3 أدوات الدراسة .

2 4 حدود الدراسة .

- الخلاصة .

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية من أهم خطوات البحث العلمي ، وقد طبقت خلال هذه الدراسة ، دراسة استطلاعية تهدف إلى جمع المعلومات حول المجتمع الأصلي حتى يتم اختيار حالات الدراسة ، كما اعتمدنا على الملف الطبي للحالات في جمع البيانات واختبار الروشاخ والمنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة .

1 الدراسة الاستطلاعية:

إن الدراسة الاستطلاعية هي أول خطوة قمنا بها، إذ تعتبر من أهم خطوات البحث العلمي لما لها من أهمية في ضبط متغيرات البحث والتمكن من صياغة الإشكالية ووضع الفرضيات ثم التعرف على الوسائل المنهجية المناسبة بالإضافة إلى محاولة الربط بين كل من الجانب النظري والجانب التطبيقي .

يتم من خلالها ضبط موضوع الدراسة بشكل نهائي انطلاقا البحث عن حالات الدراسة المتمثلة في الراشد المدمن على الأدوية النفسية، ومناسبة الاختبار لها، وقد وقع اختيارنا على المركز الوسيطي لعلاج الإدمان بولاية بسكرة لأنه المركز الوحيد في الولاية لعلاج الإدمان ، وتم على إثرها جمع المعلومات المتعلقة بالدراسة الأساسية ، وهذا من خلالها الاطلاع على الملفات الطبية لحالات الدراسة و اخذ معلومات من الأخصائيين النفسانيين والطبيب المشرف على الحالات حول الأدوية النفسية التي يتعاطونها ما إذا كانت تؤدي إلى الإدمان .

2 الدراسة الأساسية:

2 ـ1 منهج الدراسة :

يعرف المنهج الإكلينيكي على أنه " طريقة تنظر إلى السلوك بمنظور خاص فهي تحاول الكشف بكل موضوعية عن كينونة الفرد والطريقة التي يشعر بها والسلوكات التي يقوم بها في موقف ما وكذلك الكشف عن الصراعات النفسية مع إظهار دوافعها وما يقوم به من السلوكات إزاء هذه الصراعات من أجل التخلص منها". **(Reuchlin Maurice ,1969, p87)**

اعتمدنا في دراستنا على المنهج الإكلينيكي لأنه الأنسب لموضوع دراستنا الذي يتناول الراشد المدمن على الأدوية النفسية أثناء فترة التأهيل خلال مرحلة الانسحاب .

ويقوم على أسلوب دراسة الحالة لأنه الأنسب لهذه الدراسة ويتماشى والأهداف المرجوة من البحث بحيث يوفر لنا الأدوات التي تسمح لنا باستقصاء شخصية الحالات قيد الدراسة، ويعرفه "**شريز ولبندن Shertzer & Linden** " بأنه " تقرير شامل متميز بالتحقيقات التشخيصية والتحليلية المكثفة حول الفرد أو حول أي وحدة اجتماعية ، حيث يركز الانتباه على العوامل المساهمة في تنمية أبعاد معينة في الشخصية أو تطوير مشكلات خاصة بها . (**ماهر محمود عمر ، 2008 ، ص 197**)

2-2 حالات الدراسة :

جدول رقم (1) يمثل حالات الدراسة

الحالة	الجنس	السن	المستوى الدراسي	مدة العلاج	الأدوية المدمن عليها
ع	ذكر	23	1 متوسط	7 اشهر	ريفوتريل Riovotril الديازي Diazepam الكيتيل Keitel.
ن	ذكر	39	3 ثانوي	شهرين	ريفوتريل Riovotril الديازي Diazepam الكيتيل Keitel. ريفوماد Rivomad زاناكس XANAX
س	ذكر	30	4 متوسط	6 أشهر	ريفوتريل Riovotril الباركيديل Parkidyl الكيتيل Keitel

2 3 أدوات الدراسة :

2 3 1 اختبار الروشاخ :

1 -التعريف بالاختبار :

هو اختبار إسقاطي من بقع الحبر اكتشفه هرمان **روشاخ H.Rorschach** عام 1920 والذي يسمح ليس فقط لدراسة الخيال ولكن بإقامة تشخيص النفسي للشخصية عند الطفل ،المراهق والراشد ،تجعل دقة الأداء من الممكن الكشف عن مؤشرات خفية تظهر السيرورات لم تتمكن الملاحظة والمقابلة من إظهارها عند الفرد، سواء تعلق الأمر بسيرورات مرضية في طريق التكوين أو بعناصر تحمل تطورا جيد على مستوى الشخصية، وهذا الاختبار يسمح إذا بتقييم دينامي للموارد الحالية و الخفية للفرد ونقاط ضعفه . **(Chabert Chatherine, 1998, P48)**

2 -مادة الاختبار:

اختبار الروشاخ هو عبارة عن عشرة بقع من الحبر مطبوعة على بطاقات من الورق المقوى من قياس 17 في 24 سم ، بعض هذه البطاقات ملون وبعضها اسود وابيض على النحو التالي :

-البطاقات (**I، IV، V ، VI، VII**): ليست ملونة وهي عبارة عن درجات مختلفة من اللون الأسود والرمادي.

-البطاقات (**II، III**): مطبوعة باللون الأحمر والأسود.

-البطاقات (**VIII، X، IX**): مطبوعة بألوان متعددة.

3 -تطبيق الاختبار:

أ -شروط التطبيق:

تحدد **ن. روش دوترنباغ** شروط تطبيق الروشاخ كما يلي :

-يجب توفير جو هادئ للمفحوص .

-يجب أن يكون الفاحص يقضا.

-الملاحظة وعدم التدخل إلا للضرورة.

-يجب معرفة سبب الفحص .

-في إطار حصيلة الفحص النفسي أو مجموعة من الاختبارات ، لا يجرى الروشاخ بعد اختبار تفهم الموضوع لان التعليمة في هذا الأخير تتعلق بتكوين قصة قد يحتفظ بها الفرد في ذهنه عند تطبيق اختبار الروشاخ . **(R . de Traubenberg .2000.p 15)**

- من المستحسن إقامة علاقة جيدة أو اتصال جيد مع المفحوص وكسب ثقته من خلال مقابلة قصيرة، مع الطفل يمكن استخدام اللعب أو نطلب منه رسم حر، ويجب تجنب الحديث معه عن الاضطراب أو المشاكل التي يعاني منها.

أ -كيفية التطبيق:

يطبق اختبار الروشاخ على الأطفال والمراهقين والراشدين ويتم ذلك خلال مرحلتين أو ثلاث في بعض الأحيان .

- الأولى وهي مرحلة التطبيق وتتمثل في تقديم لوحات الاختبار للمفحوص الواحدة تلوى الأخرى إلى أن تنتهي كل اللوحات ويقوم الفاحص بتدوين كل إجابات المفحوص وملاحظة كل السلوك الصادر عن هذا الأخير مع تسجيل زمن الرجع الخاص بكل لوحة والمدة المستغرقة فيها .
- ثم تأتي بعد ذلك مرحلة التحقيق وهي لا تقل أهمية عن سابقتها حيث يعيد الفاحص فيها تقديم اللوحات الواحدة تلوى الأخرى للمفحوص أو تلك التي يحتاج فيها إلى توضيحات معينة بهدف تحديد العناصر ذات الأهمية في التنقيط وتحليل البروتوكول ، إذ يساعد التحقيق على حصر الدينامية النفسية للشخصية التي دفعت الفرد لإعطاء تلك الاستجابات .
- إما المرحلة الثالثة للتطبيق فهي اختبار الحدود والتي ينتقل إليها الفاحص عندما ينعدم أو ينقص نمط معين من الإجابات في البروتوكول كقلة الإجابات الشائعة أو انعدام التصورات البشرية أو غياب الاستجابات اللونية في اللوحات الثلاثة الأخيرة . **(ع سي موسي ، ر.زقار ، 2002 ، ص 44)**

وفي الأخير ينتقل الفاحص إلى اختبار الاختيارات حيث يطلب من المفحوص أن يريه اللوحتين اللتين تعجبانه أكثر واللوحتين اللتين لا تعجبانه ، كما يطلب منه تبرير اختياره . **(R . de Traubenberg .2000.p 15)**

ب تعليمة الاختبار:

تقدم تعليمة الروشاخ تبعا لكل مرحلة من مراحل التطبيق المذكورة سالفا وهي على اختلاف أنواعها تنبه المفحوص للإدلاء بما يراه في لوحات الاختبار .

وهناك عدة تعليمات نذكر منها تعليمة الباحثة **ك. شابير Katherine Shabbir** التي تقدم كالآتي : " سوف اريك عشرة لوحات ، عليك أن تقول فيما تجعلك فيه ، وما الذي يمكن أن تتخيله انطلاقا من هذه اللوحات . (**ع سي موسي** ، ر.زقار ، **2002** ، **ص 46**)

ت -**التنقيط:**

يعتمد تنقيط برتوكولات على دليل تنقيط اختبار الرورشاخ لبيزمان **Beizmann** (1966) بتحديد موقع الاستجابات ،الاستجابة الشاملة (G)،الاستجابة الجزئية (D) ،الاستجابة الجزئية صغيرة (Dd)،أما الفراغات (DBl)،تليها المحددات الشكلية (F)،اللونية (C)،الحركة (K)،والاستجابة الفاتحة القاتمة (Clob)،بعدها تأتي المحتويات منها :المحتوى البشري (H)،الحيواني (A)،النباتي (Bot)،شطر (Frag)،تجريد (Abst)،الجغرافيا (Geo)،مع وضع الملاحظات من خلال الإجابات المبتذلة والرفض والصدمات .

أ - **التحليل الكمي:**

كل إجابة على لوحات الروشاخ يجب أن تقيم حسب ثلاث معايير تصنيف رئيسية وذلك على أساس الأسئلة التالية :

-ما هو نمط إدراك البقعة ؟ هل أدركت كلها أو جزء منها ؟
-الشكل، لمحدد الذي أثار الإجابة ؟ الشكل، اللون، الحركة ؟
-ما هو محتوى الإجابة ؟ إنساني، حيواني، تشريحي، جغرافي، هل هي إجابة شائعة أم أصلية ؟

يقوم الفاحص في هذه المرحلة بترجمة استجابات المفحوص إلى رموز ووضع ما يقوله هذا الأخير في صورة مختصرة متفق عليها ، ولم تدخل تعديلات كبيرة على الرموز التي وضعها **هارمان روشاخ** ومعظم هذه الرموز تشكل الحرف الأول أو مجموعة من الأحرف الأولى من الكلمة التي تصنف نمط الاستجابة والتي تمثل مكون من مكونات الاختبار .

ب -التحليل الكيفي:

بعد الانتهاء من تقييم الاستجابات يقوم المصحح بجمع عدد من الإجابات المتعلقة بكل معيار ثم تقيد مختلف النسب المئوية وينشأ مجموعة العلاقات مختصرة في صيغة خاصة للمفحوص التي نجد منها نمط الإدراك ،نمط الرجع الداخلي ، النسبة المئوية للإجابات الحيوانية ،كل هذه التقييمات العددية والتي نضاف إليها مجموعة معايير دالة غير رقمية (الصدمة ، الرفض، المثابرة ، الملاحظات الوصفية) تكتب على جدول من خلاله يقوم الفاحص . **(Beizmann Cécile 1996 p74)**

ت -صدق وثبات الاختبار :

إن اختبارات بقع الحبر عامة قد أثبتت نجاحا كأدوات إكلينيكية، وقد أجريت مئات الدراسات على اختبار رورشاخ كل منها تعالج جزءا واحدا من نظرية رورشاخ ، ويبدو من اتجاه النتائج **بنتون 1950 Benton ، وهولتزمان (1954 Holtzman)، وساراسون (1954 sarason)**،أن تفسيرات رورشاخ لها قيمة أكيدة من حيث الصدق تفوق المصادفة ومع ذلك فإنه يجب أن نذكر أن تفسيرات بقع الحبر تعتمد في النهاية على المعرفة التجريبية لدى الممتحن بديناميكية السلوك الإنساني، وعلى النتائج النهائية التي نحصل عليها بالاستنتاج والمماثلة معتمدين في ذلك على خبرة الممتحن وأصالته ، وخصوبة استبصاره ، وحساسية العامة .

أما دراسات الثبات والتأثيرات الناجمة عن إعادة إجراء الاختبار تحت ظروف متباينة تدل على أن الوظائف المتعددة التي طرقها تكنيك رورشاخ ذات عالية من الثبات ، إلا أن بعضها يبدو أكثر ثباتا من البعض الآخر بوجه خاص، فإن أصالة الاستجابة أو شيوعها من أكثر التقديرات ثباتا ولا يمكن مقارنتها مع نتائج أدوات القياس السيكولوجي الأخرى، كما احتمال تأثيرها بالممتحن وتقديراتهم ضئيل . **(حلمي المليجي 2004 ص 128)**

2 4 حدود الدراسة :

2-4-1 الحدود المكانية:

بعدما تمت الموافقة على الدراسة التي جاءت بعنوان " **المعاش النفسي لدى الراشد المدمن على الأدوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب** " بعد تصريح من طرف قسم العلوم الاجتماعية توجهنا إلى المركز الوسيطي لعلاج الإدمان بمدينة بسكرة.

يقع المركز الوسيطي لعلاج الإدمان لولاية بسكرة بحي 7000 مسكن ، تم إنشاء هذا المركز بتاريخ 05 جويلية 2010 .

ينتمي المركز الوسيطي لعلاج الإدمان لولاية بسكرة إلى المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بسكرة ، يهتم بعلاج جميع أنواع الإدمان وهو المركز الوحيد المتخصص في علاج الإدمان على مستوى ولاية بسكرة وما جاورها من الولايات مثل واد سوف ، ورقلة .

2-4-2 الحدود الزمانية :

تمت هذه الدراسة في المدة مابين 02 فيفري 2016 إلى غاية 30 مارس 2016 .

2-4-3 الحدود البشرية:

تم اختيار حالات قصديه تتكون من 03 ذكور تتراوح اعماهم بين 23 و 39 سنة تتميز حالات البحث بمستوى اقتصادي متوسط ومستوى دراسي بين المتوسط والثانوي .

2-4-4 الحدود الموضوعية :

تنتمي دراستنا إلى جوانب عدة من العلوم وهي:

1 - علم النفس العيادي : عرفت الجمعية النفسية الأمريكية سنة 1947 علم النفس العيادي بأنه طريقة لاكتساب المعرفة المنظمة بالشخصية الإنسانية ولإعداد الطرق لاستخدام هذه المعرفة لتحسين الحالة الفعلية للفرد . **(عبد الرحمان محمد العيسوي ، 1992 ، ص 20)**

2 - علم النفس الصحة : هو الدراسة العلمية للصحة النفسية وعملية التوافق النفسي وما يؤدي إليها وما يحققها ، وما يعوقها ، وما يحدث من مشكلات واضطرابات وأمراض نفسية ، ودراسة أسبابها وتشخيصها وعلاجها والوقاية منها . **(حامد عبد السلام زهران ، 2005 ، ص 9)**

3 -علم الأدوية النفسية : هو العلم الذي يعنى بدراسة المستحضرات الكيميائية التي بإمكانها أن تؤثر على حالة الفرد العقلية وسلوكه يتضمن علم الأدوية النفسية خاصة دراسة الأدوية والمخدرات القادرة على التخفيض من حدة الاضطرابات النفسية أو على العكس إحداثها . **(محمد شلبي ، 2004، ص 6)**

الخلاصة:

تم في هذا الفصل تناول الدراسة الأساسية وعرض حالات الدراسة بعد دراسة الملف الطبي لكل حالة كما تم عرض منهج الدراسة وأداة الدراسة المتمثلة في اختبار الروشاخ حيث تسمح هذه الأداة بالتعرف على المعاش النفسي للراشد المدمن على الأدوية النفسية .

الفصل الرابع : تحليل ومناقشة النتائج

1. عرض الحالة الأولى وتحليلها العام .
2. عرض الحالة الثانية وتحليلها العام .
3. عرض الحالة الثالثة وتحليلها العام .
4. الاستنتاج العام.

1 عرض الحالة الأولى وتحليلها العام :

1 1 تقديم الحالة:

الاسم: (ع)

العمر: 23 سنة

الجنس: ذكر

عدد الإخوة : 04

الترتيب بين الإخوة : 02

المستوى الدراسي: أولى متوسط

الحالة الاجتماعية: أعزب

مهنة الأب: موظف

مهنة الأم: ماكثة بالبيت

الحالة الاقتصادية: حسنة

1-2 الظروف المعيشية للحالة :

الحالة ذكر رتبته في الأسرة الثاني، علاقته مع أفراد أسرته حسنة، فعائلته هي التي شجعته للتوجه إلى المركز من اجل العلاج.

بعد الاطلاع على الملف الطبي للحالة ، تبين أن سبب إدمانه على الأدوية النفسية يرجع إلى رغبته في استكشاف هذه المادة ، بدأ في سنة 2004 في تعاطي الكيف المعالج والكحول ، ثم في سنة 2007 بدأ في تناول الأدوية النفسية ، وبدأ العلاج نهاية سنة 2015 .

وقد تعاطى العديد من الأدوية هي:

- ريفوتريل Rivotril والمعروف بالحبة الحمراء .
- الديازي Diazépam .
- الكيتيل Keityl .

3-1 بروتوكول اختبار الروشاخ الحالة الأولى :

جدول رقم (2) يمثل بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الأولى

البطاقة	التحقيق	المكان	المحدد	المحتوى	الشكل
I. 26" ٨ نجمة فيها روس 55"	الكل	ك	ش -	طبيعة	
II. 14" ٨ فراشة جنحين 32"	الكل الجزئين الجانبين	ك ج	ش+ ش +	حي حيج	شا
III. 10" ٨ عنكبوت36"	الكل	ك	ش-	حيو	
IV. 33" ٧٨< > ماعرفتش 01.03					
V. 2" ٨ طير 22"	الكل	ك	ش+	حيو	شا
VI. 2" ٨ قيتار 23"	الكل	ك	ش+	شيء	
VII. 34" ٧بيريك طايح على كتاف 52"	الكل	ك	ش+	شيء	

VIII. 29" ٨٧< > لحية جمجمة	الجزء الرمادي العلوي البرتقالي والوردي المركزي	ج ج	ش− ش−	ب ج تشر	
IX. 50" ٧ وردة اغصان تراب 02:00	الجزء الوردي في الأعلى الجزء الأخضر الجزء البرتقالي	ج ج ج	ش+ ش+ ش+	نبات نبات طبيعة	شا
X. 01:03 ٨٧ طريق برج ايفيل حشيش حجر	الأخضر في الوسط الأخضر على الجانبين الأصفر على الجانبين	ج ج ج	ش+ ش+ ش+−	عمرا نبات طبيعة	

1 1 تحليل بروتوكول الروشاخ للحالة الأولى :

المخطط النفسي للحالة الأولى :

جدول رقم (3) يمثل المخطط النفسي للحالة الأولى

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
ب ج = 01	ش + =09	ك = 06	عدد الاستجابات = 15
حي = 03	ش− = 04	ج = 09	عدد البطاقات المرفوضة = 01
تشر = 01	ح شيء =01	ج % = 60 %	متوسط زمن الاستجابة 54.8 ثا
طبيعة = 03			شا = 03
شيء = 02			شا = 20%
نبات = 03			ش % = 94.4 %
عمران = 01			ش+% = 60 %
			متوسط زمن الرجع للبطاقات السوداء 19.4 ثا
			متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة33.2 ثا
			حي % = 26.66 %
			ب % = 6.6 %
			الاستجابات اللونية = 0%

نسبة الاستجابات على البطاقات الثلاثة الأخيرة = 53.33 %			
الاستجابة على البطاقة X = 20 %			
نسبة الحركات المرتبطة بالإنسان على الحركات حيوان وجماد = 01			
القلق = 13.33 %			
نمط المقاربة ك ج			

الصدمات: III– IV – VI **البطاقات المفضلة:** X – VI

المواظبة: لا يوجد **البطاقات المرفوضة:** IV – III

ل = 1 ش ل + 2 ل ش + 3 /2

ل = 0

ل % = 0%

ح ب = ل = 0

معادلة القلق = ب ج + تش + جنس + دم X عدد الاستجابات / 100

= 01+01 X 100/ 15 = **13.33 %**

13.33 % > 12 % أن هذه النسبة لها دلالة وجود قاعدة قلق عند الحالة .

1 5 تحليل وتفسير النتائج:

1 الانطباع العام:

- قدم الحالة 15 استجابة على بروتوكول الروشاخ وهي انتاجية متوسطة مع وقت قصير للاختبار مقدر بـ 13 د و 42 ثا ، وهذا يدل على رغبة الحالة في التخلص من الوضعية الاسقاطية .
- كما ان الوقت الزمن القصير للاختبار يدل على ان الحالة يتميز بالكف وممارسة الرقابة على نزواته .
- قدم الحالة ثلاثة استجابات شائعة وهي النسبة المتوقع ان يقدمها اي فرد .
- قلة الحركة بكل انواعها في استجابات الحالة ماعدا استجابة حركية واحدة ح ش في البطاقة رقم VII وهذا ما يدل على تجمد النزوات .
- غياب الحركة البشرية في استجابات الحالة مع استجابة جزئية بشرية واحدة يدل على وجود مشكل في التقمص لدى الحالة .
- زمن كمون مناسب للاستجابات الشائعة في البطاقات II، V يدل على دخول الحالة مباشرة في الوضعية الصراعية وعدم القلق منها (10 ثا) .
- زمن كمون غير مناسب للاستجابات الشائعة في البطاقة IX (50 ثا) يدل على قلق لدى الحالة .
- زمن الاستجابة يساوي 54 ثا يدل على ان الحالة يستجيب بطريقة عادية .
- الحالة واجه ثلاث صدمات خلال استجابته للبروتوكول وهي صدمة حركة في البطاقة III صدمة اللون في البطاقة XI – X .

1 -الطاقة الداخلية و الخارجية :

- عدم وجود استجابات حركة انسانية وحيوانية في استجابات الحالة مع ش % مرتفعة (94.4 %) مؤشر على استعمال الحالة لميكانيزم الكبت .
- وجود حركة شيء دون وجود حركة انسانية دليل على التوتر الشديد الذي يعاني منه الحالة ويعيق من استخدام طاقته الداخلية .

2 -الاستجابة الانفعالية للبيئة :

- عدم وجود استجابات لونية مؤشر على ضعف استجابة الحالة للبيئة .
- نسبة الاستجابة للبطاقات الثلاثة الاخيرة تساوي 53.33 % وهي اكبر من 40 % وهذا دليل على خضوع الحالة للمنبهات الخارجية.

- زيادة متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة (33.33 ثا) عن متوسط زمن الرجع للبطاقات غير الملونة (19 ثا) بحوالي 13 ثا مؤشر على معاناة الحالة من الاضطرابات عند مواجهة مثيرات انفعالية حادة .
- ش % = 94.4 % ، و ش + = 60% مؤشر معتدل يدل على عدم قدرة الحالة على الفصل بين الجوانب العقلية والانفعالية اي عدم القدرة على الاستجابة خارج الحدود السطحية للحقيقة .

3 -الميل للاستثارة الداخلية والخارجية:

- عدم وجود حركة انسانية واستجابات لونية يدل على ان الحالة يتمتع باستثارة داخلية ، اي قدرة تخيلية عالية على مستوى الخيال و الاهداف بعيدة المدى .
- حركة شيء واحدة مع غياب حركة الحيوان دليل على الميل إلى الداخل ، وتعرضه لدرجة عالية من الصراع الخطر فهو اقل قدرة على التوافق ، ويخاف من المواضيع المبهمة .

4 -تنظيم الحاجات العاطفية :

عدم وجود استجابات تضليلية دليل على عدم قبول الحالة لحاجات الحب والانتماء والتواصل المشبع.

5 -الاهتمامات العقلية والطموحات:

- قدم الحالة 15 استجابة على بروتوكول الروشاخ وهذا مؤشر على ضعف القدرة الانتاجية للحالة لضعف القدرة نفسها أو لوجود اضطراب انفعالي
- حي % = 26.66 % وهي نسبة مثالية تقع بين 20 % إلى 35 % تدل على اتساع اهتمامات الحالة ، وقدرة عقلية عادية متوسطة .
- مجموع الاستجابات الانسانية والحيوانية يساوي 01 ومجموع الاستجابات الحيوانية الجزئية ، والإنسانية الجزئية تساوي 04 وهذا يدل على ان الحالة لديه ميل للنقد مع درجة من القلق .
- متوسط زمن الاستجابة يساوي 54 ثا مقارنة بالزمن العادي 30 ثا يدل على بطئ الحالة في الاستجابة وانه يعاني من اكتئاب انفعالي .
- الحصول على نسبة ك = 40 % و ش+ % = 60 % مؤشر على الطموح مع عدم توفر القدرة لدى الحالة .

6 -الضبط والتحكم :

- عدم وجود استجابات ل ش مؤشر على ضبط الحالة لدوافعه ونزواته .
- حصل الحالة على نسبة عالية من ش % = 94.9 % مع غياب الحركة البشرية والحيوانية وهذا ما يدل ان الحالة يتميز بالجمود والانكماش وعد التلقائية .
- عدم وجود استجابات ش ل يدل على عدم قدرة الحالة على التعامل الاجتماعي بمرونة، وسوء التوافق وعدم قدرة الحالة على تقديم استجابات اجتماعية مضبوطة مناسبة للمطالب الاجتماعية للمواقف المختلفة.

7 -اسلوب المعالجة :

- بدا الحالة باستجابات ك اجمالية حيث بدأ بمسح عام للموقف ، لينتقل إلى تقديم التفاصيل الجزئية الكبيرة ، نمط المقاربة ك ج .

8 -المستوى العقلي:

- ك = 40 % مع تشكيل متوسط مؤشر على ان الحالة بقدرة عقلية عادية .
- التتابع لاستجابات الحالة مشوش وهو مؤشر على ضعف الضبط العقلي للحالة .

9 -التحليل الكيفي للمحتوى :

- المحتوى الانساني :

ب ج في البطاقة رقم VII يدل على محاولة اظهار الحالة لنضجه والتخفيف من قلقه لرفضه الحاجة إلى حب الوالدين .

- محتويات حيوانية:

عنكبوت في البطاقة III وهو رمز للام الشريرة وهو دليل على التوجه ضد الام ، ما يؤكد هذا ان هذه البطاقة المرفوضة عند الحالة .

- اغصان رمز للحماية والعطاء وهي دليل على الرضوخ لسلطة القانون اي السلطة الوالدلية " مازوشية اخلاقية " .
- تعدد المحتويات حي ، ب ج ، حيج ، تش ، طبيعة ، شيء ، نبات ،عمر ، دليل على محاولة الحالة الاندماج في الواقع .

10 -تحليل التتابع:

-زمن الرجع متذبذب من بطاقة إلى اخرى يدل على ان الحالة يتميز بالقدرة على الانتباه للواقع الخارجي بفعل ما يعانيه من صراعات داخلية .

-ومن رجع كبير في البطاقتين XI (50 ثا) X (63 ثا) اي اكبر من 30 ثا وهذا يدل على بطء الحالة في الاستجابة واكتئاب انفعالي وخاصة ان هاتين البطاقتين متعلقتين بالحاجة إلى الحب والانتماء ، وان نسبة الاستجابة على البطاقة X تساوي 20 % من الاستجابات الكلية وهي من البطاقات المفضلة لدى الحالة (الحالى لديه حاجة للحب والانتماء) .

-البطاقة III صدمة حركة (غياب الحركة البشرية) وهذا دليل على مشكل في التقمص ، وخاصة علاقته مع ابيه .

-البطاقة VI صدمة اللون وهي بطاقة مفضلة لان محتواها شيء (قيتار) وهذا يدل على رغبة الحالة في الموسيقى .

-البطاقة IV صدمة البطاقة الابوية ، وهي بطاقة مرفوضة لدى الحالة حيث عبر بـ " ماعرفتش " حيث استخدم ميكانيزم الانكار للتخفيف من قلقه .

-الحالة يعاني من القلق لحصوله على 13.33 % على معادلة القلق .

1 6 التحليل الاجمالي لبروتوكول الروشاخ للحالة الاولى :

الحالة قدم انتاجية متوسطة في زمن قصير وهذا رغبة منه في التخلص من المادة في اقرب وقت وعدم استثماره لها ، كما ان هذا الزمن القصير يدل على تميز الحالة بالكف وممارسة الرقابة على نزواته وهذا ما ظهر ايضا من خلال غياب الحركة واللون في الاستجابات الشيء الذي يدل على تثبيط وقمع وكبح الحالة لكل نزواته و وجداناته ، وكل ما يبعث إلى حياته الداخلية فهو لا يرغب في ان يخفف من الرقابة والكف للذات يجعلان الانتاجية متوسطة .

كما ان الحالة لديه مشكلة في التقمص والقدرة على تكوين علاقات بشرية لان ب = 0 ، ب ج = 01 اي ب < ب ج .

بدأ الحالة باستجابة كلية للبطاقة الاولى بمحتوى طبيعة حيث بدأ بمسح عام للموقف ، مع محتوى خاطئ (ش-) للقلق من العلاقة مع الفاحص ، ثم استجاب في البطاقة الثانية باستجابة كلية " فراشة " وهي استجابة شائعة مع زمن كمون مناسب مما يدل على دخول الحالة مباشرة في الوضعية الصراعية

وعدم القلق منها وعدم الشعور بالفراغ ، حيث استجاب باستجابة حيوانية وإدراك جيد " فراشة " والتي تدل على عدم الخطورة والجاذبية ، ثم استجاب باستجابة حيوانية جزئية .

في البطاقة III قدم استجابة كلية مع ادراك خاطئ ومحتوى حيواني " عنكبوت " وهذا يدل على عجز مرضي للتطابق مع الكائنات البشرية الاخرى ، اي ان غياب الاستجابة البشرية في هذه الاستجابة يدل على مشكلة في التقمص لدى الحالة ، ثم رفض الحالة البطاقة VI وهي بطاقة صورة الاب حيث عبر بـ "ما نعرفش " وهو دليل على استعماله لميكانيزم الانكار للتخفيف من قلقه ، كما ان رفضه لهذه البطاقة يمثل رفض للصورة الابوية كسلطة وتميزه بالخوف والقلق ، ثم استجاب الحالة في البطاقة VI باستجابة كلية مع ادراك جيد ومحتوى شيء " قيتار " وهي استجابة تدل على اهتمام الحالة بالموسيقى وعلى ميكانيزمات دفاعية ضد حاجات انفعالية وتجمد الصراع .

ثم استجاب للبطاقة V استجابة كلية بمحتوى حيواني " طير " مؤشر على عجز الحالة عن ارتباطه بالواقع ، اما في البطاقة VII فاستجاب باستجابة كلية مع حركة شيء " بيريك طايح على كتاف " وهي حركة ممارسة عليه يدل على القلق الذي يتميز به الحالة واضطراب في العلاقة مع الام في البطاقة VIII استجاب باستجابتين جزئيتين انسانية وتشريحية " لحية ، جمجمة " مع ادراك خاطئ وهذا يدل على بروز النزوات ، اي زعزعة الدفاع ، وظهور القلق والتوتر اتجاه العلاقات الاجتماعية .

في البطاقة IX قدم الحالة استجابات جزئية مع ادراك جيد ومحتوى نبات وطبيعة ، تراب يدل على رغبة الحالة في تهدئة صراعه وقلقه المتعلق بموضوعات الحب الطفلي وخاصة علاقته مع الاب .

في البطاقة X قدم الحالة ثلاث استجابات جزئية مع زمن رجع غير مناسب 01:03 مما يدل على وجود اكتئاب انفعالي وصدمة انفعالية قاصية لدى الحالة ورغبة في التخلص من العلاقة المقامة ، وهذا ما يؤكده من خلال استجابة " برج ايفل " استجابة عمران ، وهي تدل على ميكانيزمات دفاعية ضد حاجات انفعالية وهي عدم قبول الحاجات للحب والانتماء والتواصل المشبع .

الحالة يستخدم ميكانيزم الكبت ، فهو لايتكلم كثيرا وهذا يظهر من خلال عدم تقديمه لاستجابات حركية حيوانية وإنسانية .

كما ان الحالة من النوع الذي يميل للاستثارة الداخلية ، ويظهر ذلك من خلال غياب الاستجابات اللونية والحركية في استجابات الحالة .

كما يتميز الحالة بالضبط الجيد لدوافعه وهذا ما يظهر من خلال غياب استجابات ل ش و النسبة العالية ش % مع غياب الحركة.

الحالة يتميز بقدرة عقلية متوسطة حيث قدم عدد متوسط من الاستجابات على بروتوكول الروشاخ ونسبة ك % = 40% حيث يعاني الحالة من قلق بنسبة 13.33 % واكتئاب انفعالي حيث لاحظنا على الحالة التوتر وتحريك اليدين والرجلين بكثرة وسواد لون الوجه وخاصة عند الاستجابة للبطاقتين X – IX والتي تدل على صعوبة في ادراك الوضعيات القديمة ، ووجود صدمة انفعالية قاسية لدى الحالة وخاصة ان البطاقتين متعلقتين بالحاجة إلى الانتماء والحب والتواصل المشبع .

كما يتميز الحالة بالطموح مع عدم توفر القدرة لديه " حاب يخدم باش ينجح " وهذا ما ظهر في نتائج الاختبار من خلال اجابته بـ ك = 40 % و ش+ % = 60 % .

وجود حركة شيء في البطاقة VII (صورة الام) دليل على التوتر الشديد الذي يعاني منه الحالة ويعيق من استخدام طاقته الداخلية وتعرضه لدرجة عالية من الصراع الخطر فهو اقل قدرة على التوافق ويخاف من المواضيع المبهمة كما يتميز الحالة بضعف الضبط العقلي ولذلك عبر بحركة شيء سلبية " بيريك طايح على كتاف "

البطاقات المفضلة لدى الحالة هي البطاقة X تدل على الرغبة في التخلص من العلاقة المقامة والصراع حيث استعمل الجزئيات للتحفظ في الكلام للتغلب على الشعور بالانفصال ، البطاقة VI البطاقة الجنسية لأنها تعبر عن رغبة في الاهتمام بالموسيقى و ميكانيزمات دفاعية ضد حاجات انفعالية

ورفض البطاقات III "العدوانية " والتي استجاب فيها بـ " عنكبوت " الذي يرمز للام الشريرة ن وهو دليل على توجه ضد الام (عدوانية مكبوتة) ، والبطاقة IV والتي تدل على صورة الاب والذي اجاب عليها بـ "ماعرفتش " حيث استخدم ميكانيزم الانكار للتخفيف من القلق ورفض الصورة الابوية كسلطة .

زمن الرجع متذبذب للبطاقات يؤكد ان الحالة يتميز بالقدرة على الانتباه للواقع الخارجي بفعل ما يعانيه من صراعات داخلية .

2 عرض الحالة الثانية وتحليلها العام :

2-1 تقديم الحالة:

الاسم: ن

السن: 39 سنة

الجنس: ذكر

عدد الاخوة : 8

ترتيبه بين الاخوة : 2

المستوى الدراسي: 3 ثانوي

المهنة: عامل حر

الحالة الاجتماعية: متزوج

مهنة الاب : اعمال حرة

مهنة الام : ماكثة في البيت

الحالة الاقتصادية: سيئة

2-2 الظروف المعيشية للحالة :

الحالة **(ن)** ذكر رتبته الثانية في الاسرة تتميز علاقته بأفراد اسرته بالحسنة .

بعد الاطلاع على الملف الطبي للحالة يعود سبب ادمانه إلى صديق له فالحالة يعمل معه في بيع الملابس منذ سن 17 سنة بعد انقطاعه عن الدراسة منذ سنة 1994 ادمن على الحبوب ، وفي سنة 2013 قام الحالة بمحاولة انتحار من خلال احراق نفسه بالبنزين وهذا بسبب الحالة الاقتصادية السيئة للحالة حيث يعيش في البيوت القصديرية ، حيث انه تسبب هذا الحادث في حروق من الدرجة الاولى وإعاقة حركية على مستوى اصابع اليدين ، بدء الحالة العلاج من الإدمان سنة 2016.

الأدوية المدمن عليها :

- **ريفوتريل Riovotril** والمعروف بالحبة الحمراء .
- **الديازي Diazepam** .
- **الكيتيل Keityl**.
- **ريفوماد Rivomad** .

-زاناكس XANAX

2-3 بروتوكول الروشاخ للحالة الثانية :

جدول رقم (4) يمثل بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الثانية

اللوحة	التحقيق	المكان	المحدد	المحتوى	الشائعة
I. 14" ٨ ٧ صدر بنادم 20"	الكل	ك	ش -	تشر	
II. 30" ٨٧ كلاوي 45"	الاحمر السفلي	ج	ش+	تشر	
III. ٨ ماعرافتش 01:03					
IV. 09" ٨ نصف علوي لجسم انسان 21"	الكل	ك	ش-	ج ب	
V. 28" ٨٧ فراشة ولا وطواط 54"	الكل	ك	ش+	حي	شا
VI. 12" ٨ العمود الفقري 23 "	الكل	ك	ش-	تشر	
VII. 5" ٨ ايدين كتاف 23"	سفلي علوي	ج ج	ش- ش-	ج ب ج ب	شا

VIII. 21"					
٨٧ رقبة	الرمادي العلوي	ج	ش-	تشر	
كلاوي	الاحمر المركزي	ج	ش-	تشر	
رئتين	الاخضر الغامق	ج	ش-	تشر	
احشاء	احمر في الاسفل	ج	ش -	تشر	
الجهاز البولي01:22	البرتقالي	ج	ش -	تشر	
IX. 25"					
٧٨ جسم انسان	البرتقالي	ج	ش-	تشر	شا
كتف	الخط الوسط العمودي	ج	ش -	ج ب	
عمود فقري	الاخضر	ج	ش -	تشر	
رئتين	الاحمر	ج	ش +	تشر	
كلاوي01:32	الاخضر في الوسط	ج	ش +	تشر	شا
X. 02 "					
٨٧ قصبة هوائية	الوردي	ج	ش+	تشر	
وجه	الفراغ الابيض المركزي	ج	ش-	ج ب	
رئتين 02:00	الاصفر على الجانبين	ج	ش-	تشر	

2 1 تحليل بروتوكول الروشاخ للحالة الثانية :

المخطط النفسي للحالة :

جدول رقم (5) يمثل المخطط النفسي للحالة الثانية

المحتويات	المحددات	انماط الادراك	الخلاصة
ج ب = 05	ش + =03	ك = 04	عدد الاستجابات = 20
حي = 01	ش- = 15	ج = 15	عدد البطاقات المرفوضة = 01
تشر = 14	ش +-=02	ف = 01	الوقت الكلي للاختبار 13 د و 34 ثا
		ك % = 20 %	متوسط زمن الاستجابة 41.7 ثا
		ج % = 75 %	شا = 04
			شا %= 20%
			ش % = 95 %
			ش+% = 20 %
			متوسط زمن الرجع للبطاقات السوداء 13.6 ثا
			متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة 38.2 ثا
			حي % = 5 %
			ب % = 25 %
			الاستجابات اللونية=

			%0
			نسبة الاستجابات على البطاقات الثلاثة الاخيرة = % 65
			الاستجابة على البطاقة X = % 15
			القلق = 95 %
			نمط المقاربة ك ف ج

الصدمات : III **البطاقات المفضلة :** VII – IX

المواظبة : كلاوي ، عمود فقري ، رئتين ، كتف **البطاقات المرفوضة :** V – IV

التناظر : لا يوجد

ل = 1 ش ل + 2 ل ش + 3 ل/2 = 0

ل= 0 %

معادلة القلق = ب ج + تشر +جنس + دم x 100/ عدد الاستجابات =

(5+10) x 20/100 = 95 %

95 % > 12 % ان هذه النسبة لها دلالة وجود قاعدة قلق عميق لدى الحالة .

2 2 تحليل وتفسير النتائج:

1 الانطباع العام :

- قدم الحالة 20 استجابة على بروتوكول الروشاخ وهي انتاجية متوسطة مع وقت قصير للاختبار 13 د و34 ثا وهذا يدل على رغبة الحالة في التخلص من الوضعية الإسقاطية .
- الزمن القصير للاختبار يدل ان الحالة يتميز بالكف وممارسة الرقابة على نزواته .
- قدم الحالة اربعة استجابات شائعة وهي نسبة عادية .
- غياب الحركة بكل انواعها وهي نسبة عادية .

- غياب الحركة بكل انواعها هذا يدل على تجمد النزوات لدى الحالة .
- غياب الحركة البشرية لدى الحالة يدل على وجود مشكل في التقمص .
- ومن الكمون مناسب للاستجابات الشائعة في البطاقات V ، VII، IX يدل على دخول الحالة مباشرة في الوضعية الصراعية وعدم القلق منها .
- زمن الاستجابة يساوي 41 ثا يدل على ان الحالة يستجيب بطريقة عادية .
- الحالة واجه صدمة في البطاقة III .
- البطاقات المفضلة بالنسبة للحالة هي IX ، VII .
- البطاقات المرفوضة بالنسبة للحالة هي IV ، V .
- واضب الحالة على الاستجابات التشريحية (كلاوي ، رئتين) واستجابات ج ب (كتف ، يدين).

2 -الطاقة الداخلية والخارجية:

- غياب الحركة الانسانية والحيوانية مع ش+ % = 20% .مؤشر على ضعف الانا .
- ركز الحالة على الاستجابات التشريحية تشر % = 70% دليل على الاهتمامات الخاصة للحالة والمازوشية ، الاهتمام بصورة الجسم .
- عدم وجود حركة حيوانية دليل على كبت الحالة لبعض دوافعه ونزواته .

3 -الاستجابات الانفعالية للبيئة :

- عدم وجود استجابات لونية مؤشر على ضعف استجابة الحالة للبيئة .
- نسبة الاستجابة للبطاقات الثلاثة الاخيرة تساوي 65 % اي اكبر من 40 % وهذا دليل على خضوع الحالة للمنبهات الخارجية .
- متوسط زمن رجع البطاقات الملونة (38.2 ثا) يزيد عن متوسط زمن رجع البطاقات الغير ملونة (13.6 ثا) بـ 14 ثا وهذا يدل على معاناة الحالة من الاضطرابات عند مواجهة مثيرات انفعالية حادة .
- ش ل = 0 يدل على عدم قدرة الحالة على تقديم استجابات مضبوطة مناسبة للمطالب الانفعالية للمواقف المختلفة ، مما يعني عدم تمتعه بقدرة على التعامل الاجتماعي المرن ، وسوء توافقه .

4 -الميل للاستثارة الداخلية والخارجية :

- عدم وجود حركة انسانية واستجابات لونية يدل على ان الحالة يتمتع باستثارة داخلية اي قدرة تخيلية عالية .
- غياب حركة الجماد مؤشر على تعرض الحالة لدرجة عالية من الصراع الخطر اي انه اقل قدرة على التوافق .

5 تنظيم الحاجات العاطفية :

- اهمال الاستجابات التظليلية مؤشر على عدم قبول الحاجة للحب والانتماء والتواصل المشبع .

6 الاهتمامات العقلية والطموح :

- الحالة قدم 20 استجابة على بروتوكول الروشاخ وهي النسبة المتوقعة من الفرد العادي 20-45 استجابة ، وهي انتاجية متوسطة تدل على رغبة الحالة في التخلص من الوضعية الاسقاطية .
- ش- % = 75 % مرتفع وهو مؤشر على قلة الذكاء وقلة الانضباط الانفعالي ، مستوى منخفض من القدرة والفاعلية العقلية مؤشر على ضعف الارتباط ومحاولة توحيد صورة الذات.
- ك % = 20%مع ش- %= 75 % يدل على ان الحالة يتميز بالطموح مع عدم توفر القدرة .
- مجموع الاستجابات الانسانية والحيوانية يساوي 01 ومجموع الاستجابات الحيوانية الجزئية والانسانية الجزئية يساوي 05 ، يعتبر مؤشر على ميل الحالة للدقة والنقد مع درجة من القلق .

7 الضبط والتحكم :

- عدم وجود استجابات ل ش دليل على محاولة الحالة الضبط لدوافعه ونزواته .
- تركيز الحالة على الاستجابات التشريحية تشر= 70% دليل على انغلاق المفحوص ومحاولته لتغطية مشاعره الحقيقية ومؤشر على اهتمامه بجسمه لأنه معاق .
- ش% = 95 % ، ش-% = 75 % مؤشر على ضعف الضبط .

8 اسلوب المعالجة :

بدا الحالة باستجابة كلية حيث بدا بمسح عام للموقف ، لينتقل إلى تقديم التفاصيل الجزئية الكبيرة واستجابة فراغ ، اي نمط المقاربة ك ج ف .

ج% =75 % دليل على الاهتمام بالتفاصيل والتفكير العياني وجود ف دليل على الميل معارضة العالم الخارجي .

9 المستوى العقلي :

- قدم الحالة استجابات من ثلاث محتويات ج ب ، حي ، تشر تدل على قدرة عقلية متوسطة .
- ك % = 20 % مع ش- = 75 % مؤشر على انخفاض القدرة العقلية والشك .
- التتابع مشوش وهو دليل على ضعف الضبط العقلي لدى الحالة .

10 -التحليل الكيفي للمحتوى :

- ركز الحالة على اجزاء محددة من جسم الانسان وهي الصدر واليدين والوجه والأكتاف مما يوضح اهتمامه بصورة جسمه لان هذه الاجزاء هي التي تعرضت لعملية الحرق .
- تركيز الحالة على اعضاء ذات اهمية جنسية " الجهاز البولي" في البطاقة VIII مؤشر لمحاولة اظهاره لنضجه وقد تكون مؤشر مرتبط بالجنس والعلاقات الجنسية.
- التركيز على الاستجابات التشريحية مؤشر لاهتمامه بجسمه والمازوشية .
- العمود الفقري اشارة ضمنية الى السلطة " الانا الاعلى " مازوشية اخلاقية .
- اجزاء الجسم ثم الصورة الكلية للجسم يدل على شعور الحالة بالنقص نتيجة الاعاقة .

11 -تحليل التتابع :

- زمن الرجع متذبذب من بطاقة الى اخرى وهذا يدل على ان الحالة يتميز بالقدرة على الانتباه للواقع الخارجي بفعل ما يعانيه من صراعات داخلية .
- زمن الرجع في البطاقة X يساوي 120 ثا ، وهذا يدل على بطئ الحالة في الاستجابة واكتئاب انفعالي خاصة ان هذه البطاقة متعلقة بالحاجة الى الحب والانتماء والتواصل المشبع .
- البطاقة III صدمة لأنها بطاقة مرفوضة اجاب الحالة بـ ماعرفتش ، حيث استخدم ميكانيزم الانكار للتخفيف من قلقه .
- البطاقات المفضلة لدى الحالة هي VII صورة الام IX الاشكاليات القديمة
- البطاقات المرفوضة هي IVصورة الاب و X وهذا يدل على علاقته السيئة بالأب والحاجة للتواصل والحب .
- الحالة يعاني من قلق قاعدي كبير لحصوله على 95 % على معادلة القلق .

2 3 التحليل الاجمالي لبروتوكول الروشاخ للحالة الثانية :

الحالة قدم انتاجية متوسطة في زمن قصير وهذا رغبة منه في التخلص من المادة في اقرب وقت ممكن وعدم استثماره لها ، كما ان هذا الزمن القصير يدل على تميز الحالة بالكف وممارسة الرقابة على

نزواته وهذا ما ظهر ايضا من خلال غياب الحركة واللون في الاستجابات مما يدل على تثبيط وقمع وكبح الحالة لكل نزواته و وجداناته وكل ما يبعث الى حياته الداخلية ، فهو لا يرغب في ان يخفف من الرقابة والكف للذات يجعلان الانتاجية متوسطة .

كما ان الحالة لديه مشكلة في التقمص والقدرة على تكوين علاقات بشرية وهذا لغياب الحركة البشرية.

بدا الحالة باستجابة كلية للبطاقة الاولى بمحتوى تشريحي وإدراك خاطئ ، حيث بدأ بمسح عام يدل على القلق وتوتر لان البطاقة تتعلق بالصراعات الاساسية في الطفولة وخاصة ان الجزء المعبر عنه " يدل على الجهاز التناسلي للمرأة " .

ثم قدم استجابة كلية للبطاقة الرابعة IV مع ادراك خاطئ ومحتوى بشري جزئي " نصف علوي لجسم انسان " يدل على القلق الطفولي والشعور بالذنب اتجاه الانا الاعلى لدى الحالة " ندم على حرق نفسه " .

استجاب الحالة بالرفض للبطاقة III ماعرفتش حيث استخدم ميكانيزم الانكار للتخفيف من قلقه ، في البطاقة V قدم استجابة كلية بادراك جيد ومحتوى حيواني " فراشة ولا وطواط " دليل على عجز الحالة عن ارتباطه بالواقع .

وفي البطاقة VI استجاب باستجابة كلية وادراك خاطئ ومحتوى تشريحي " عمود فقري " تدل على القلق لدى الحالة والرغبة في الاستناد على ما هو متين ومازوشية اخلاقية .

وفي البطاقة VII استجاب استجابتين جزئيتين بادراك خاطئ ومحتوى بشري جزئي " ايدين ، كتاف " وهو دليل على القرابة المقلقة واضطراب في العلاقات مع الام .

اما في البطاقة VIII استجاب باستجابات جزئية مع ادراك خاطئ ومحتوى تشريحي يدل على التوتر والقلق وانشغالات اتجاه الصحة ، وقلق من العلاقات الاجتماعية " يتشاجر مع الاخرين " " احشاء " نكوص للمرحلة الفمية .

اما في البطاقة IV فقدم استجابات جزئية مع محتويات تشريحية تدل على القلق والتوتر المتعلقة بموضوعات الحب الطفيلي.

اما في البطاقة X فاستجاب بعد زمن رجع مقدر بدقيقتين مما يدل على ان الحالة يتميز بالاكتئاب الانفعالي وقدم استجابات جزئية اثنين منها تشريحية دالة على القلق والتوتر الناتج عن صدمة انفعالية قاسية ناتجة عن محاولة الانتحار وحرق نفسه وإصابته بالإعاقة .

الحالة يتميز بكبت بعض الدوافع وهذا لغياب الحركات الحيوانية في استجاباته على البروتوكول ، كما يتميز بضعف الانا فهو لا يتقبل صورة جسمه بسبب الإعاقة ، ومازال يشرب الكحول لحد الان ، ويظهر ذلك من خلال تركيز الحالة على الاستجابات التشريحية تشر % = 70% والتي تدل على القلق والتوتر والمازوشية وانشغالات اتجاه الصحة لذلك فالحالة اصبح يقوم بسلوك تعويضي لتعويض هذا النقص من خلال اللبس الجيد ، كما ان غياب الحركة الإنسانية الحيوانية مع ش+ % = 20 % مؤشر على ضعف انا الحالة .

كما ان الحالة من النوع الذي يميل الى الاستثارة الداخلية ، ويظهر ذالك من خلال عدم وجود حركات انسانية واستجابات لونية في استجاباته ح ب = ل = 0 ، وهذا ما يدل ان الحالة يتميز بقدرة تخيلية عالية.

كما ان الحالة يتميز بالخضوع للمنبهات الخارجية لكنه يعاني من اضطراب عند مواجهة المثيرات الانفعالية الحادة ، فهو عدواني كثير الشجار ويظهر هذا في الاختبار من خلال انعدام ش ل وارتفاع زمن الرجع للبطاقات الملونة مقارنة بالبطاقات غير ملونة .

الحالة قليل الانضباط الانفعالي ، ومنخفض الذكاء وهذا ما ظهر من خلال ادراكه الخاطئ للوحات ، ش- % = 75 % كما تدل هذه النسبة على مستوى منخفض والفاعلية العقلية ومحاولة توحيد صورة الذات .

كما ان الحالة يتميز بالطموح فهو يريد ان يرجع لعمله السابق تاجر ويغير السكن ، لكن هذا الطموح تعيقه انخفاض فعالية الحالة وهذا ما ظهر من خلال استجابة الحالة بـ ك % = 20 % مع ش-= %75

الحالة يتميز بضعف الضبط لنزواته (يتشاجر ، يشرب الكحول) حيث حصل على ش % = 95 مع ش- % = 75 % .

الحالة بدأ باستجابة كلية ثم استجابات جزئية واستجابة فراغ نمط ك ج ف وهذا يدل على اهتمام الحالة بالتفاصيل والتفكير العياني مع معارضة العالم الخارجي .

كما ركز الحالة على الجهاز البولي في البطاقة VIII كمؤشر لإظهار نضجه ومؤشر مرتبط بالجنس والعلاقات الجنسية .

ركز الحالة على الاستجابات التشريحية تشر % = 75 % لأنه يتميز بالتوتر والقلق حيث حصل على درجة 95 % كما هي مؤشر على قلة الضبط والمازوشية وانشغالات اتجاه الصحة .

العمود الفقري قي البطاقة VI (الجنسية) وهو اشارة ضمنية الى السلطة "الانا الاعلى " ومازوشية اخلاقية .

الحالة يشعر بالنقص اتجاه صورة جسمه لذلك قدم اجزاء جسم في صورة كلية .

كما يتميز الحالة بالقدرة على الانتباه للعالم الخارجي بفعل ما يعانيه من صراعات داخلية كما انه يتميز باكتئاب انفعالي لأنه استجاب للبطاقة X بزمن رجع 120 ثا لعدم تقبله الحاجة الى الحب والانتماء والتواصل المشبع خاصة مع والده ، حيث كان يتجاهل الحديث عنه .

الحالة رفض البطاقة III وأجاب بـ ماعرفتش حيث استعمل ميكانيزم الانكار للتخفيف من قلقه (عدوانية مكبوتة اتجاه الاب) ميول سلبية اتجاه العائلة .

البطاقات المفضلة لدى الحالة هي البطاقات رقم VII صورة الام حيث ادرك الحالة اجزاء انسانية للدلالة على صلابة العلاقة مع الام فهو كثير الحديث عنها وعن علاقته بها .

البطاقة رقم IX للدلالة على التعلق بالأم موضوع الحب الطفيلي والقلق من علاقته مع الاب .

رفض الحالة البطاقات رقم IV (صورة الاب) وعي دلالة على رفض الصورة الابوية كسلطة ، والبطاقة X وهذا يدل على معاناة الحالة من قلق الانفصال والنكوص الى مرحلة عمرية سابقة .

3 عرض الحالة الثالثة وتحليلها العام :

3-1 تقديم الحالة :

الاسم : س

الجنس : ذكر

السن : 30 سنة

عدد الاخوة : 9

ترتيبه بين الاخوة : 8

المستوى الدراسي للحالة : 9 اساسي

الحالة الاجتماعية : اعزب

المهنة : تاجر مجوهرات

مهنة الاب : متقاعد

مهنة الام : ماكثة في البيت

الحالة الاقتصادية: حسنة

3-2 الظروف المعيشية:

الحالة **(س)** ذكر تتميز علاقته بأفراد العائلة بأنها حسنة فهو الابن المدلل في العائلة وبعد الاطلاع على الملف الطبي للحالة تبين ان سبب ادمانه الى الاصدقاء حيث يقيم في حي جميع الاصدقاء يتناولون الكحول والمخدرات وذو سوابق عدلية ، بدأ وسنه 15 سنة بتعاطي الكيف المعالج ثم الأدوية النفسية .

بدء العلاج من الإدمان نهاية سنة 2015 وقد تعاطى العديد من الادوية وهي:

- **ريفوتريل Riovotril** والمعروف بالحبة الحمراء .
- **الباركيديل Parkidyl** .
- **الكيتيل Keityl**.

3-3 بروتوكول الروشاخ للحالة الثالثة :

جدول رقم (6) يمثل بروتوكول اختبار الروشاخ للحالة الثالثة

اللوحة	التحقيق	المكان	المحدد	المحتوى	الشائعة
I. 18" ٨٧> < فراشة قوم فرعون عقرب ماعندهاش ذيل عبد صادم لعندي يديه ورجليه 01:27	الكل الكل الكل	ك ك ك	ش + ش- ح ب	حي حي ب	شا
II. 22" ٨ دم كي شغل زوج قابدين بعضاهم 49"	البقع الحمراء الكل	ج ك	ل ش ح ب	دم ب	
III. 04" ٨ زوج عباد واحد عاطي لواحد بظهرو شادين حاجة يجبدو فيها 51"	الكل الاسود المركزي على الجانبين	ك ج	ح ب ح ب	ب ب	
IV. 21" ٨ وحش قاعد على حاجة رجليه ذيل يديه تنين 01:30	الكل الجزء المركزي السفلي في الوسط الجزء العلوي الكل	ك جج ج ج ك	شفق ش- ش+ ش+ ش+	(ب) (ب) ج (ب) ج (ب) ج حيو	شا

V. 05" ٨ جني طائر على شكل امرأة كان ساكن فيا 01:04"	الكل	ك	ش-	(ب)	
VI. 39" <>٧٨ ماعرفتش 01:00					
VII. 34" ٧٨<> كي شغل حوايج تاع البحر حوت 52"	الكل الكل	ك ك	ش- ش-	طبيعة حيو	
VIII. 19" ٧ زوج صيودة ياكلو في فريسة شجرة 52"	الأحمر على الطرفان الأخضر في الأعلى	ج ج	ش+ ش+	حيو نبات	
IX. 10" ٧٨<> فومبير حاجا متعنكش فيها دم يسيل 01:30"	البرتقالي في الاعلى الاخضر في الوسط الاحمر في الوسط	ج ج ج	ش- ج (ب) ل ش	(ب) (ب) دم	
X. 07" ٧٨<> دودة دودة الارض 01:01	الاخضر في الاعلى البرتقالي في الاسفل	ج ج	ش+ ش+	حيو حيو	

3 3 تحليل بروتوكول الروشاخ للحالة الثالثة :

المخطط النفسي للحالة الثالثة :

***جدول رقم (7) يمثل المخطط النفسي للحالة الثالثة ***

المحتويات	المحددات	أنماط الإدراك	الخلاصة
ب = 04	ش + =08	ك = 10	عدد الاستجابات = 22
(ب) = 04	ش− = 06	ج = 11	عدد البطاقات المرفوضة = 01
ب ج = 03	شفق =01	ح ح = 01	الوقت الكلي للاختبار 13 د و 57 ثا
حي = 01	ل ش = 02	ك % = 45.4 %	متوسط زمن الاستجابة 38 ثا
دم = 02	ح ب = 05	ج % = 50 %	شا = 02
طبيعة = 01			شا %= 9%
نبات = 01			ش % = 45.4 %
			ش+% = 34.3 %
			متوسط زمن الرجع للبطاقات السوداء 22.4 ثا
			متوسط زمن الرجع للبطاقات الملونة 15.4 ثا
			حي % = 31 %
			ب % = 50 %
			الاستجابات اللونية

%23			
نسبة الاستجابات على البطاقات الثلاثة الأخيرة % 31.8 =			
الاستجابة على البطاقة % 09 = X			
نسبة الحركات المرتبطة بالإنسان على الحركات المرتبطة بالحيوان و الجماد 100%			
القلق = 22.7 %			
نمط المقاربة ك ج جج			

الصدمات : VI **البطاقات المفضلة :** III – VII

المواظبة : لا يوجد **البطاقات المرفوضة :** V – IV

التناظر : VII

ل = 1 ش ل + 2 ل ش + 3 ل / 2

ل = 0 + 2 x 2 + 0 = 4

ل = 4

ل % = (4 + 1) x 100 / 22 = 23 %

ح ب = 5 > ل = 4

معادلة القلق = (2+3) x 100 / 22 = 22.7 %

22.7% > 12 % هذه النسبة تدل على وجود قلق لدى الحالة

3-5 تحليل وتفسير النتائج:

1 -الانطباع العام :

- قدم الحالة 22 استجابة على بروتوكول الروشاخ وهي انتاجية متوسطة مع وقت قصير للاختبار 13 د و 57 ثا وهذا يدل على رغبة الحالة في التخلص من الوضعية الاسقاطية .
- الزمن القصير للاختبار يدل على ان الحالة يتميز بالكف وممارسة الرقابة على نزواته .
- قدم الحالة استجابتين شائعتين فقط وهي مؤشر على عجز الحالة عن رؤية العالم الخارجي كما يراه الاخرون .
- استجاب الحالة بخمسة حركات بشرية ح ب % = 23 %وهي مؤشر على قوة فاعلية الانا وتقبل الذات .
- زمن كمون مناسب للاستجابات الشائعة في البطاقة I و IV مما يدل على دخول الحالة مباشرة في الوضعية الصراعية وعدم القلق منها .
- زمن الاستجابة يساوي 38 ثا مما يعني ان المفحوص يستجيب بطريقة عادية .
- الحالة واجه صدمة في البطاقة : VI .
- البطاقات المفضلة لدى الحالة هي : III – VII .
- البطاقات المرفوضة لدى الحالة هي : IV – V .
- تناظر في البطاقة : VII .
- استجابة شفق في البطاقة IV .
- استجابة دم في البطاقة : III – IX.

2 -الطاقة الداخلية والخارجية :

- الحالة استجاب بخمسة حركات بشرية ح ب % = 23 % وهذا مؤشر على قوة فاعلية الانا وتقبل الذات ، وتقبل المفحوص لاندفاعاته وخيالاته ومحافظته على العلاقات .
- عدم وجود حركة حيوانية دليل على كبت الحالة لبعض دوافعه .

3 -الاستجابة الانفعالية للبيئة :

- قدم الحالة استجابتين لونيتين وهذا يدل على ضعف استجابة الحالة للبيئة .
- عدد الاستجابات ل ش تساوي 02 مؤشر على قدرة الحالة على السيطرة على نزواته وانفعالاته واستجابته بشكل متوافق لبيئته الاجتماعية .

- نسبة الاستجابة للبطاقات الثلاثة الاخيرة تساوي 31.8 % اي اكبر من 30 % واقل من 40 % وهي استجابة مثالية .
- ل ش = 2 مؤشر على استجابة غير مضبوطة من الحالة إلا انها مناسبة للمثيرات الاجتماعية التي تدفع بالفرد الى الاندفاعية ، فقد تكون مؤشرا سلبيا على عدم القدرة على الضبط ووجود بعض القلق المرتبط بالعلاقات .

4 -الميل للاستثارة الداخلية والخارجية :

- عدم وجود حركة الجماد دليل على تعرض الحالة لدرجة عالية من الصراع الخطر اي انه اقل قدرة على التوافق .
- ل ش = 2 يدل على عدم قبول الحالة لميله نحوى الخارج .
- عدد الاستجابات الحركية الانسانية ح ب = 05 وعدد الاستجابات اللونية =02 دليل على ميل الفرد للانطواء والاستثارة الداخلية اكثر من الاعتماد على الخارج والاستجابة له سواء للراحة (المشاركة الوجدانية ، للحب) او الاستثارة .

5 -تنظيم الحاجات العاطفية:

- اهمال الاستجابات التظليلية مؤشر على عدم قبول الحاجة للحب والانتماء والتواصل المشبع .

6 -الاهتمامات العقلية والطموح :

- الحالة قدم 22 استجابة على بروتوكول الروشاخ وهي النسبة المتوقعة من الفرد العادي 20-45 استجابة وهي انتاجية متوسطة تدل على رغبة الحالة في التخلص من الوضعية الاسقاطية .
- الاستجابات الكلية للحالة ك = 10 والاستجابات الحركية الانسانية تساوي 05 اي ان 3 ك = 3 ح ب دليل على الطموح العالي الذي يتميز به الحالة .
- حي % = 31% وهي نسبة مثالية لانها تقع بين 20 % 35 % وهذا يدل على اتساع اهتمامات الحالة ، مع ك % = 45 % مع ش % = 36.3 % مؤشر على الطموح مع عدم توفر القدرة على الضبط الذي يتميز به الحالة .

7 -الضبط والتحكم :

- ل ش = 2 دليل على عدم القدرة على الضبط الذي يتميز به الحالة .
- ح ب = 05 مع ش+ % = 45 % دليل على استعمال الحالة لميكانيزم الكبت .

- (ش+ ل ش) % = 72 % ش % = 45.4 % دليل على خضوع الحالة للضبط والكبح .

8 -اسلوب المعالجة :

بدا الحالة باستجابات كلية حيث بدا بمسح عام للموقف لينتقل الى تقديم التفاصيل الجزئية الكبيرة ، ثم التفاصيل الجزئية الصغيرة ، اي ان نمط المقاربة هو ك ج جج .

ح % = 50 % مؤشر على الاهتمام بالتفاصيل ومؤشر على التفكير العياني .

9 -المستوى العقلي :

- حصول الحالة على خمسة استجابات حركية انسانية دليل على تميز القدرة العقلية والسعي لإقامة تقمصات .
- ك = 10 وش+ % = 36.3 % مؤشر على الاعاقة الانفعالية للوظيفة العقلية .
- تتابع مشوش دليل على ضعف الضبط العقلي لدى الحالة .

10 - التحليل الكيفي للمحتوى :

- ركز الحالة في استجاباته الانسانية على اليد لكثرة استعماله لها في مشاجراته .
- في المحتوى الحيواني " صيودة ياكلو في فريسة " كتعبير عن السلوك العدواني في البطاقة VII .
- وحش في البطاقة IV وهذا دليل على عدم قدرة الحالة على التوحد مع الناس الحقيقيين .
- "جن طائر " يعبر عن اشياء سلبية (صورة سلبية للذات) .
- " شجرة " رمز للحماية والعطاء والدليل على الرضوخ لسلطة القانون " مازوشية اخلاقية " البطاقة رقم VIII .
- " الدم " دليل على ردود الافعال القوية التي لا يمكن ضبطها وجرح نرجسي .
- " عقرب " في البطاقة I عدوانية .
- دودة مؤشر على السلبية واعتمادية الحالة في البطاقة V .
- المادة السائلة تذكر تذكر بالمرحلة الجنينية وانعدام الحماية " دم يسيل " في البطاقة IX .

11 -تحليل التتابع :

- زمن رجع متذبذب من بطاقة الى اخرى وهذا يدل على ان الحالة يتميز بالقدرة على الانتباه للواقع الخارجي بفعل ما يعانيه من صراعات داخلية .

- صدمة في البطاقة VI لأنها بطاقة مرفوضة اجاب عليها الحالة بـ ماعرفتش حيث استعمل ميكانيزم الانكار للتخفيف من قلقه .
- استجابة ش فق في البطاقة IV دليل على قلق عميق لدى الحالة الذي تحصل على 22.7 % على معادلة القلق .
- البطاقات المرفوضة من طرف الحالة هي IV وهي بطاقة صورة الاب مما يدل على علاقته السيئة بوالده ، البطاقة V وهي بطاقة الصورة الجسدية .
- البطاقات المفضلة من طرف الحالة هي البطاقة III و البطاقة VII .

3 6 التحليل الاجمالي لبروتوكول الروشاخ للحالة الثانية :

الحالة قدم انتاجية متوسطة في زمن قصير وهذا رغبة منه في التخلص من المادة في اقرب وقت ممكن وعدم استثماره لها كما ان هذه المدة الزمنية القصيرة تدل على تميز الحالة بالكف وممارسة الرقابة على نزواته حيث كان يعبر " تعبت " "ماحملتهاش " .

بدا الحالة باستجابات كلية للبطاقة I ، حيث بدأ بمسح عام للموقف ، وهذا دليل على عدم خوفه من العلاقة مع الفاحص ، حيث قدم استجابة شائعة مع زمن كمون مناسب لهذه البطاقة مما يدل على دخول الحالة مباشرة في الوضعية الصراعية وعدم الخوف منها ، حيث استجاب بـ " فراشة " لعدم خطورتها وجاذبيتها ثم قدم استجابة كلية مع ادراك خاطئ بمحتوى حيواني " عقرب ماعندهاش ذيل " والتي تدل على الخطورة للسعتها دليل على عدوانيته والتقليل من القلق منها بإسقاطها على محتوى حيواني ثم استجاب باستجابة كلية مع حركة بشرية وهي دليل على محاولة النزوات للإفلات من الرقابة .

ثم استجاب للبطاقة II استجابة جزئية مع استجابة لون ل ش احمر "دم" وهو دليل على ان الحالة يقوم بردود افعال قوية لا يستطيع ضبطها ومنها التشاجر مع افراد الامن ناتج عن الجرح النرجسي (الشعور بالنقص) ثم قدم استجابة كلية مع حركة بشرية كمحاولة للإفلات من الرقابة .

استجاب في البطاقة III (بطاقة العدوانية) باستجابة كلية مع حركة بشرية " زوج عباد واحد عاطي لواحد بظهرو " اي كل واحد منهم متجه الى اتجاه وهذا يدل على العدوانية التي يتميز بها الحالة كنبذ او عداء مع عدم تجنيس " عباد" وهي شكل نكوصي لاجتناب مخاوف تتعلق بنزوات عدوانية او جنسية والمخرج الوحيد هو تجميد العلاقة للتخلص من الصراع ثم قدم استجابة جزئية مع حركة بشرية " شادين

حاجة يجبدو فيها " كمحاولة لافلات النزوات فهو يجيب عن القصص العدوانية التي مارسها ويدل على استخدام الحالة لميكانيزم الانشطار (تجزأ الاستجابة لموقفين متناقضين) .

في البطاقة IV (صورة الاب) باستجابة كلية ش فق ، وهي تدل على قلق عميق لدى الحالة لا يستطيع ضبطه واستجابة جد انفعالية وشخص قابل للانهيار كما انه يستسلم لانفعالاته ويبالغ فيها " قولي لطبيب يديرلي دوا تاع القلق " .

ثم قدم مجموعة من الاستجابات الجزئية البشرية مع غياب الاستجابات الحيوانية مما يدل ان الحالة لديه مشاكل على صعيد العلاقات البشرية " يضرب اختو ، يعيط على امو ".

في البطاقة V (صورة الجسم) قدم استجابة كلية مع ادراك خاطئ ومحتوى شبه بشري دليل على حالة مرضية لدى الحالة والعجز عن الارتباط بالواقع ، حيث استجاب " جني طائر " الشيء الذي يؤكد ان الحالة يحمل صورة سلبية عن ذاته .

رفض الحالة الاستجابة للبطاقة VI (الجنسية) باستجابتين كليتين مع إدراك خاطئ ومحتوى طبيعة " حوايج تاع لبحر " وحيواني " حوت " وهذا يدل على تجمد الصراع لدى الحالة في علاقته مع أمه .

استجاب الحالة للبطاقة VIII باستجابتين جزئيتين مع إدراك جيد ومحتوى حيواني ونباتي " زوج صيودة ياكلو في فريسة " وهي تدل على عدوانية لدى الحالة يحاول التعامل معها بطريقة ما ، فقد لجا إلى التناظر كدفاع نرجسي .

"شجرة " تدل على المازوشية الأخلاقية " السلطة الوالدية "

استجاب للبطاقة IX ثلاث استجابات جزئية بمحتوى دم وهذا يدل على الخوف الاجتماعي الذي يعاني منه الحالة فالمادة السائلة تذكر بالمرحلة الجنينية وردود الأفعال القوية التي لا يتحكم فيها .

استجاب الحالة للبطاقة X باستجابتين جزئيتين مع إدراك جيد ومحتوى حيواني "دودة" وهي حيوان سلبي يدل على الاعتمادية والسلبية التي يتميز بها الحالة ، يعتمد على الآخرين ف يكل أعماله

الحالة يتميز بكبت بعض الدوافع وهذا لغياب الحركات الحيوانية في استجابته على البروتوكول ، كما يتميز الحالة بتقبل اندفاعاته وخيالاته وهذا لوجود خمسة حركات بشرية الشيء الذي يؤكد قوة فاعلية الأنا وتقبل الحالة لذاته حيث قدم استجابتين ل ش الشيء الذي يذل على أن الحالة يستجيب للمثيرات

البيئية باستجابات غير مضبوطة ، إلا أنها مناسبة للمثيرات الاجتماعية التي تدفع بالفرد الى الاندفاعية وقلقه المرتبط بالعلاقات .

للحالة ميل للاستثارة الداخلية والانطواء اكثر من الاعتماد على الخارج ، وهذا ما ظهر من خلال ظهور الاستجابات الحركية البشرية ، والاستجابات ل ش التي تدل على عدم قبول الحالة لميوله نحوى الخارج .

الحالة يتميز بالطموح العالي واتساع الاهتمامات فقد حصل على نسبة مثالية حي % و 3 ك = 32 ح ب .

كما ان الحالة يتميز بالقدرة العقلية والسعي لإقامة تقمصات وهذا ماظهر من خلال تقديمه خمسة استجابات حركة انسانية لكن هذه القدرة مثبطة انفعاليا (اعاقة انفعالية) لحصوله على ك = 10 و ش+% = 36.3 % وكذلك التتابع المشوش الذي يدل على ضعف الضبط العقلي .

الحالة يستخدم ميكانيزم الكبت وخاصة للضبط والكبح إلا أن هذا الضبط يزعزع أحيانا وهذا لظهور ل ش .

قدم الحالة استجابات كية وجزئية كبيرة و جزئية صغيرة اي بنمط مقاربة ك جج وهو مؤشر على الاهتمام بالتفاصيل والتفكير العياني .

الحالة يتميز بالقدرة على الانتباه للعالم الخارجي بفعل ما يعانيه من صراعات داخلية حيث كان زمن الرجع لبطاقات الاختبار متذبذب .

الحالة يعاني من القلق حيث حصل على درجة 22.7 %

البطاقات المرفوضة من قبل الحالة هي البطاقة IV وهي بطاقة (صورة الأب) اي رفض الصورة الابوية كسلطة حيث استجاب استجابة ش فق كدليل على قلق عميق لديه .

البطاقة V (صورة الجسد) استجابة شبه بشرية لأنه يحمل صورة سلبية عن ذاته .

البطاقات المفضلة لدى الحالة هي البطاقة III (العدوانية) يتكلم كثيرا عن العدوانية ، البطاقة VII (صورة الام) كرغبة منه في تجميد الصراع .

4 الاستنتاج العام :

بعد تطبيق اختبار الرورشاخ علي الحالات الثلاثة للدراسة تبين أن الحالات تتميز ب:

- كبت بعض الدوافع .
- ضعف الاستجابة للبيئة .
- قدرة إنتاجية متوسطة لوجود اضطراب انفعالي .
- القدرة علي الانتباه للعام الخارجي.
- التفكير العياني.
- استخدام ميكانيزم الإنكار.
- القلق.
- ضعف الضبط العقلي .
- درجة عالية من الصراع الخطر (اقل قدرة علي التوافق).
- سوء التوافق.
- الكف وممارسة الرقابة علي نزواته .
- معاناة الحالة من الاضطراب عند مواجهة مثيرات انفعالية حادة.
- الميل للانطواء والاستثارة الداخلية .
- عدم قبول الحاجة للحب والانتماء والتواصل المشبع .
- مشاكل في التقمص.
- قلق من العلاقات الاجتماعية .
- رفض السلطة الابوية (الصورة الابوية).
- الشعور بالنقص .
- استخدام ميكانيزم التعويض .
- محاولة الاندماج في الواقع .
- الطموح مع عدم توفر القدرة .
- الاكتئاب الانفعالي .

- الرقابة علي النزوات.
- صعوبة في إدراك الوضعيات القديمة .
- العدوانية .
- مازوشية أخلاقية .

وهذا ما يتفق مع دراسة **دروDrew 1982** والتي أثبتت أن العوامل المجتمعية ذات تأثير علي ظاهرة الادمان وأن الشعور باليأس من العوامل الوجدانية على ظاهرة الادمان وأن الشعور باليأس من العوامل الوجدانية الواضحة لدى المدمن فضلا عن الشعور بالإحباط .

واتفقت أيضا مع نتائج دراسة **شير Sheer 1989** والتي أسفرت علي أن الأبناء المتعاطين من المخدرات لديهم شعور بالدونية.

كما اتفقت مع نتائج دراسة **البناء 1990** والتي أثبت أن الادمان ما هو إلا نوع من الاغتراب سواء عن الذات أو عن الواقع المحيط .

واتفقت أيضا مع نتائج دراسة **اوفرهولزر وآخرون Overholser et al 1997** والتي اسفرت على ان الادمان يزيد من مشاعر اليأس والاكتئاب ومحاولة الانتحار. **(غانم محمد حسين، 2002 ص ص 59- 63)**

الخاتمة:

بعد عرضنا لموضوع الدراسة والمتمثل في المعاش النفسي لدى الراشد المدمن على الأدوية النفسية أثناء فترة التأهيل خلال مرحلة الانسحاب والذي كان هدفنا منها هو الكشف عن طبيعة المعاش النفسي للراشد المدمن على الأدوية النفسية الخاضع للتأهيل في مرحلة الانسحاب التي تم تطبيقها على ثلاثة حالات وقد اعتمدنا لمعرفة ذلك على المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة مع الاطلاع على الملف الطبي لكل حالة قصد جمع المعلومات من اجل التقرب والتعرف على الحالات وعلى الأسباب المؤدية لإدمان الأدوية النفسية وقد طبقنا اختبار الروشاخ وقد دلت نتائج الاختبار بأن حالات الدراسة تتميز بـ:

- كبت بعض الدوافع وهذا من خلال غياب الاستجابات الحركية الحيوانية والإنسانية وهذا في الحالة الاولى والثانية .
- درجة عالية من الصراع الخطر (اقل قدرة علي التوافق) وهذا من خلال غياب حركة الشيء.
- ضعف الاستجابة للبيئة .
- التفكير العياني مع معارضة العالم الخارجي.
- الكف وممارسة الرقابة علي نزواتهم وهذا من خلال غياب الحركة واللون والزمن القصير للاختبار.
- استخدام ميكانيزم الإنكار وهذا من خلال رفض بعض البطاقات للتخفيف من حدة القلق.
- قدرة إنتاجية متوسطة لوجود اضطراب انفعالي .
- القلق والتوتر ونلاحظه في ارتفاع درجة القلق في معادل القلق وهذا كذلك مؤشر على قلق والمازوشية .
- رفض السلطة الابوية (الصورة الابوية) وهذا من خلال رفض البطاقة الابوية.
- الاكتئاب الانفعالي وهذا من خلال طول زمن الرجع .
- سوء التوافق.
- الميل للانطواء والاستثارة الداخلية .
- عدم قبول الحاجة للحب والانتماء والتواصل المشبع .

واستنادا الى النتائج المحققة في هذه الدراسة نخلص الى جملة من التوصيات نلخصها فيما يلي :

- معالجة الأسباب التى أدت للإدمان على الادوية النفسية وهى أولى الخطوات التى يمكن أن تستخدمها كسبيل للتخلص من الإدمان.
- مواجهة المشكلة التى أدت إلى الإدمان بطريقة صحيحة لحلها دون الاعتماد على أحد.
- التوعية بخطورة هذه المشكلة من خلال وسائل الإعلام والفضائيات والندوات والبرامج والأفلام بتعاون مع العديد من المنظمات الحكومية والغير حكومية وإعداد حملات تستهدف علاج الادمان من الادوية النفسية كذلك السهر على برامج التوعية و الوقاية في المدارس والتجمعات المحلية والأندية تستهدف صغار السن المقيمين في القرى النائية و المناطق الفقيرة ، الذين يعتبرون أكثر عرضة لخطر الإدمان .

ونقترح الدراسات التالية :

- المعاش النفسي للمراهقين المدمنين على الادوية النفسية .
- المعاش النفسي للأطفال المدمنين على الادوية النفسية .

وتبقى نتائج هذه الدراسة غير قابلة للتعميم وفي حدود حالات الدراسة.

قائمة المراجع :

1 -بن هادية علي وآخرون، **القاموس الجديد للطلاب** ، ط 1،المؤسسة الوطنية للكتب ، الجزائر 1995 .

2 -حامد عبد السلام زهران ، **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، ط 4 ، عالم الكتب للنشر والتوزيع ، القاهرة – مصر ، 2005 .

3 -حلمي المليجي ، **القياس السيكولوجي** ،ط 1، دار النهضة العربية ، بيروت ،لبنان، **2004.**

4 -رضا رشدى ، **المرجع الدوائي في الطب النفسي** ، ط1 ،مكتبة الانجلو المصرية ، مصر ، 2006.

5 -رياض رمضان العلمي ، **الدواء من فجر التاريخ الى اليوم** ، بدون طبعة ، عالم المعرفة ، الكويت ،1988.

6 -**سامية زراري** ، **المعاش النفسي عند المراهق الاصم** ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر ، تخصص علم النفس العيادي ، منشورة ، جامعة محمد خيضر – بسكرة ، **2014/2015**،

7 -عادل الدمرداش ، **الادمان مظاهره وعلاجه**، بدون طبعة ، عالم المعرفة ، الكويت ، 1988 .

8 -عبد الحميد عبد العظيم رجيعة ، **الاثار النفسية لإدمان وتعاطي المخدرات** ، الندوة العلمية المخدرات والأمن الاجتماعي ،كلية التربية بالسويس ، مصر ،**2009** .

9 -عبد الرحمان محمد العيسوي ، ط4 ، **علم النفس الاكلينيكي** ، الدار الجامعية للنشر والتوزيع ، مصر،1992 .

10 -ع سي موسي ، ر.زقار، **الصدمة والحدادعند الطفل والمراهق** ، (نظرة الاختبارات الاسقاطية)،جمعية علم النفس الجزائر العاصمة ، الجزائر ، 2002.

11 – غانم محمد حسن، **دراسة نفسية متعمقة لحالات ادمان متعددة** ، مجلة علم النفس ، المكتبة المصرية للطباعة والنشر ، مصر ، العدد 64 ، 2002 .

12 -لمياء ياسين الركابي ، **اسباب تعاطي المواد المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الاعدادية** ، مجلة العلوم النفسية ، الجامعة المستنصرة كلية التربية قسم العلوم النفسية ، بغداد – العراق ، العدد 16 ، 2011 .

13 ماهر محمود عمر ، **المقابلة في الارشاد والعلاج النفسي** ، بدون طبعة ، دار المعرفة الجامعية سوتير ، الاسكندرية ، مصر ، 2008 .

14 محمد احمد مشاقبة ، **الادمان على المخدرات الارشاد والعلاج النفسي** ، ط4 ، دار الشروق ، عمان الاردن ، 2007 .

15 محمد شلبي ، **مدخل الى علم النفس الصيدلاني** ، بهاء الدين للنشر والتوزيع ، بدون طبعة ، قسنطينة – الجزائر ، 2004.

16 محمد قاسم عبد الله ، **مدخل الى الصحة النفسية** ، ط1، دار الفكر، عمان – الاردن ، 2008.

17 مزيان محمد ، **الحراقة المعلش والتصورات** ، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير ، تخصص ، علم النفس الجماعة والمؤسسات ، جامعة وهران ، الجزائر، 2012 /2011 .

المراجع الاجنبية :

1- Beizmann Cécile :**Livret de cotation des formes dans le rorschach,** édition ,paris ,1966 .

2- Chabert Catherine :**La Psychopathologie à l'épreuve du rorschach**, 2édition , bruxelles ,1998.

3- Lauri Peter,**drogs medical psychologicale and facts england** ; penguil books middelsex , 1967 .

4- **Larousse Medical ,paris , 2005**.

5- M. Sureau,**la maternite: collection a usage international**,paris,7 eme edition , 1979.

6- Rauche . de Traubenberg,**la pratique de rorschach** ,P.U.F , paris,2000.

7- Reuchelin,M, **les méthodes de la psychologie**, ed,P.V.E, Paris, 1969.