وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر بسكرة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

عنــوان المذكــرة:

الأفكار الانتحارية لدى مدمن المخدرات

دراسة عيادية ل4 حالات من خلال سلم بيك الثاني للاكتئاب –المركز الوسيط لمعالجة الادمان بسكرة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر أكاديمي تخصص علم النفس العيادي

من اعـــداد:

- فدياس روميساء

اشــراف الأستــاذة :

د. غسيري يمينة

السنة الجامعية 2023/2022

شكر وعرفان

بسم الله نبدأ الكلام .... الذي بفضله وصلنا لهذا المقام والحمد والشكر لله فالق الانوار وجاعل الليل سكنا والشمس والقمر حسبانا ،ثم الصلاة والسلام على الحبيب المصطفى عليه افضل الصلاة والسلام وعلى اله وصحبه الطيبين الطاهرين

الحمد لله الذي وفقنا ولم نكن لنصل اليه لولا فضل الله علينا

أتقدم بجزيل الشكر والتقدير الى الوالدة الكريمة "" رجيمي فاطمة ""أطال الله في عمرها

ايضا واجب الاعتراف بفضل الاستاذة الفاضلة "غسيري يمينة" على دعمها وتوجيهاتها لإكمال هذا العمل

ملخص الدراسة :

دراسة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي بعنوان :

الافكار الانتحارية لدى مدمن المخدرات

هدفت هذه الدراسة للكشف عن مستوى الافكار الانتحارية لدى المدمن على المخدرات والتعرف على العوامل المؤدية بالمدمن الى التفكير في الانتحار ، بطرح التساؤل التالي :

هل يعاني مدمن المخدرات من الافكار الانتحارية ؟

لدينا فرضية واحدة انطلاقا من التساؤل الوحيد ألا وهي : يعاني مدمن المخدرات من مشكلة الأفكار الانتحارية

وللإجابة على تساؤل الدراسة اعتمدنا على المنهج العيادي وتمثلت مفردات البحث في 4 حالات ، تم انتقاءها بتوجيه من مركز الوسيط للإدمان بسكرة , بداية تعاطي الحالات الأربع كانت في سن المراهقة ا

أصغرهم 14 سنة و أكبرهم 21 سنة ، صنفت الحالات الاربع على انها اكتئاب حاد ذات درجات مرتفعة وأفكار لاعقلانية كالأفكار الانتحارية حسب تصحيح المقياس سلم بيك الثاني للاكتئاب ، إشتركت الحالات الثلاث في المشاكل الاسرية والانفصال والإهمال خاصة الحالة " **و**" اكثرهم حده بين الحالات

أما بالنسبة لأدوات الدراسة اعتمدنا على **ال DSM5** في الكشف عن اعراض ادمان المخدرات لدى الحالات المعنية من طرف اخصائيين نفسانيين في المركز الوسيط للإدمان ، ومقياس بيك السلم الثاني للاكتئاب وهو يقيس نسبة الافكار الانتحارية لديهم ، اضافة الى المقابلة العيادية النصف الموجهة والملاحظة .

خلصت هذه الدراسة الى :

وجود درجة عالية من الاكتئاب ودرجات عالية على البنود الخاصة بالأفكار الانتحارية

نخلص في الاخير الى وضع جملة من المقترحات لتطوير افاق البحث والتطبيق في هذا المجال

تحسنت اوضاع الحالات الاربع النفسية والجسدية وحتى الاجتماعية بعد انضمامهم الى مركز الادمان وبداية تلقي العلاج

Summary of the study:

Complementary study to obtain a master's degree in clinical psychology entitled: Suicidal thoughts in drug addicts.

This study aimes to reveal the level of suicidal thoughts among drug addicts and to identify the factors leading the addict to suicidal thoughts, by asking the following question:

Do drug addicts suffer from suicidal thoughts?

The researcher has one hypothesis based on the only question: the drug addict suffers from the problem of suicidal thoughts

In order to answer the question of the study, The researcher relied on the clinical approach

The research vocabulary consisted of 4 cases, which were selected under the guidance of the Waseet Center for Addiction in Biskra. The beginning of the abuse of the four cases was in adolescence.

The youngest is 14 years old while the oldest is 21 years. The four cases were classified as severe depression with high degrees and irrational thoughts such as suicidal thoughts, according to the correction of the scale, the second Beck scale for depression.

As for the tools of the study, we relied on the DSM5 to detect symptoms of drug addiction in the concerned cases by psychologists in the intermediate center of addiction, and the Beck second scale for depression, which measures the percentage of suicidal thoughts, in addition to the semi-guided and observational clinical interview.

This study concluded:

Having a high score for depression and high scores on items for suicidal ideation

In the end, The researcher concluds to put a number of proposals to develop prospects for research and application in this field.

The psychological, physical and even social conditions of the four cases improved after they joined the addiction center and started receiving treatment.

فهرس البحث	الصفحة
مقدمة	
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية البحث	
1. إشكالية البحث	04
2. منهج البحث	07
3. أهمية البحث	08
4. أهداف البحث	08
5. المفاهيم الاجرائية	09
6. الدراسات السابقة	09
7. الفرضية	16
الجانب النظري **الفصل الثاني: الأفكار الإنتحارية**	
تمهيد	17
1. تعريف الانتحار	18
2. أنواع الانتحار	19
3. وظائف الانتحار	20
4. السلوكات الانتحارية	21
5. مقاربات نظرية حول الأفكار الانتحارية	23
6. السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية	27

7. كيفية التخلص من الأفكار الانتحارية	28
خلاصة الفصل	30
الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات	
تمهيد	31
1. تعريف الإدمان على المخدرات	32
2. مراحل الإدمان على المخدرات	33
3. الأسباب والدوافع للإدمان على المخدرات	33
4. شخصية المدمن وآثار الإدمان على المخدرات	35
5. علاج إدمان المخدرات	37
6. الأفكار الانتحارية عند المدمنين على المخدرات	39
خلاصة الفصل	41
الجانب التطبيقي **الفصل الرابع: الدراسة الميدانية**	
تمهيد	43
1. الدراسة الإستطلاعية	44
2. الدراسة الأساسية	45
3. حالات الدراسة ومواصفاتها	45
4. أدوات الدراسة الأساسية	47
خلاصة الفصل	51
الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج البحث	
تمهيد	53

1. عرض ومناقشة نتائج الحالة الأولى	54
2. عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية	57
3. عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة	60
4. عرض ومناقشة نتائج الحالة الرابعة	63
5. مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات	66
خلاصة الفصل	66
مقترحات البحث	68
قائمة المراجع	71
الملاحق	

المقدمة

مقدمة :

تعد ظاهرة تعاطي المخدرات من اهم الموضوعات الحديثة التي شغلت العلماء في مختلف المجالات

لاسيما ونحن في بلد عربي مسلم محافظ لقوله تعالى : "ياايها الذين ءامنوا انما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون"

(سورة المائدة، الآية 92)

بما اننا مسلمين فرأي الدين الاسلامي واضح نصه وصريح بتحريم ذلك ،اما باقي التخصصات والعلماء فقد كانت دراسات شتى حتى من دراسات اجنبية وضحت وأكدت واجتمعت على خطورته وحذرت من التعاطي لما فيه من اضرار جمة تعود على الصحة النفسية والجسدية وحتى الاجتماعية بالعكس.

كما تمت ملاحظة اسباب التعاطي لدى جميع المستخدمين ,المشاكل وخاصة المشاكل الاسرية والاكتئاب فيدفع بالفرد المتعاطي للهروب من كل هذا بالتعاطي ثم ينتقل الى مرحلة لا تجدي معه نفعا هاته الجرعة ،فيطلب جسمه المزيد حتى يحصل على نفس التأثير السابق ،وهنا يدخل في مرحلة اخطر وهي الادمان على المخدرات التي قد يستحيل الخروج منها في بعض الاحيان

اكدت دراسات حول ظاهرة الادمان على المخدرات ان الامر يزداد سوءا بعد الادمان اكثر من قبل فمن بين الاضرار النفسية المؤكد عليها في جل الدراسات النفسية تقريبا هي الاكتئاب ،فبعد الادمان على المخدرات يصبح الشخص اكثر انسحابا واكتئابا فيبعد كل البعد عن حياته الطبيعية ونتيجة لذلك يحاول ايجاد حل اما بالعلاج او الانتحار ،ويذهب للاختيار الثاني نظرا لسهولته او عندما لا يجد آذان صاغية في محاولاته للعلاج ،فيجد انهاء حياته حد لكل المشاكل التي هرب منها في بداية الامر بالتعاطي

انطلاقا من هذا جاءت هذه الدراسة التي تهدف الى معرفة ما اذا كان المدمن يعاني من افكار انتحارية حقا ام لا ،حيث اعتمد على اربع فصول بالترتيب كالتالي :

الفصل الاول: بعنوان الاطار العام لإشكالية البحث وتم التطرق فيه الى اشكالية البحث وتساؤلها ،منهج البحث ،اهمية البحث ،اهدافه ،المفاهيم الاجرائية والدراسات السابقة وأخيرا فرضية البحث

الفصل الثاني : بعنوان الافكار الانتحارية احتوى على تعريف التفكير الانتحاري انواعه ،وظائفه ،السلوكات الانتحارية ،المقاربات النظرية المفسرة له ،السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية وأخيرا استراتيجية التكفل

اما فيما يخص الفصل الثالث المتعلق بالإدمان على المخدرات شمل : تعريف الادمان ،مراحل الادمان اسباب الادمان ،المقاربات النظرية المفسرة له ،شخصية المدمن ،علاج الادمان ،واساليب الوقاية منه

اما الجانب التطبيقي فقد اشتمل على :

الفصل الرابع الخاص بالدراسات الميدانية وتم التطرق فيه الى الدراسة الاستطلاعية الدراسة الاساسية حالات الدراسة ومواصفاتها ،وأدوات الدراسة الاساسية

والفصل الخامس تم عرض ومناقشة وتحليل نتائج الحالات في ظل الفرضية لنختم الفصل بمقترحات تطبيقية ونظرية لتطوير وإثراء البحث

الفصل الأول :الإطار العام لإشكالية البحث

الفصل الاول :الاطار العام لاشكالية البحث

1. اشكالية البحث
2. منهج البحث
3. اهمية البحث
4. اهداف البحث
5. المفاهيم الاجرائية
6. الدراسات السابقة
7. الفرضية

1-الإشكالية:

يعتبر موضوع الانحراف والجنوح من مواضيع البحث والاهتمام في العديد من الفروع العلمية والمجالات البحثية ، وان كان الباحثون والدارسون له يختلفون فيما بينهم في محاولة تفسيره ، وذلك باختلاف مجال التخصص لكل باحث ، ومن المجالات البحثية التي تناولت موضوع الانحراف بالدرس نذكر علم النفس ، علم الاجتماع ، الطب النفسي ، القانون .....الخ ، ومن جهة نظر نفسية يعتبر موضوع الانحراف بمختلف أشكاله ومظاهره تعبيرا عن ضعف الشخصية وعدم نضجها على شكل أعراض اللاسواء وعلامات الشذوذ ، ففي هذه الدراسة وقع الاختيار على أحد مظاهر الانحراف وأكثرها انتشارا وخطورة وهي ظاهرة الادمان او تعاطي المخدرات ، وهي الآفة التي نالت اهتمام الباحثين والدارسين في مجالات عديدة في محاولة منهم لإبراز اسبابها وتحديد الطرق والأساليب الناجحة للوقاية منها

(فتيحة ، 2012،ص02)

فقد اصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات في الآونة الاخيرة خطرا يهدد كيان المجتمعات على اختلافها المتقدمة منها والمتخلفة وتنذر بانهيارها ، فتحول الامر الى ظاهرة اجتماعية لابد من ادراك حجمها الخطير بالأرقام و الإحصائيات التي تصلنا يوميا ، اضافة الى ان هذه المشكلة ذات ابعاد متعددة ليست اجتماعية فقط بل هي مشكلة اقتصادية وصحية ودينية و أمنية .

والجدير بالذكر ان يتم التطرق الى بعض تأثيرات تعاطي المخدرات على مختلف جوانب حياة المتعاطي ،

فمن الناحية النفسية للتعاطي سبب في ظهور أمراض نفسية مزمنة كالسلوك العدواني، وصعوبة التوقف والشعور الدائم بالقلق والخوف من عدم وجود مزيد من الجرعات، كذلك حدوث تغيير في تركيبة المخ وظهور اضطرابات عقلية نتيجة لذلك، أيدت دراسة **قديح 2009** ، بعنوان الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات في مركز الاصلاح والتأهيل في غزة ، هدفت الى دراسة هاته الخصائص ومقارنتها بخصائص أشقائهم على عينتين بلغت كل واحدة منهما (74) من المتعاطين وغير المتعاطين، وقد توصلت الدراسة الى وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في بعض المقاييس الفرعية لاختبار الشخصية متعددة الاوجه وهي: (توهم المرض، الاكتئاب ، الهستيريا ، الانحراف السيكوباتي ، البارانويا ، الفصام) لصالح المتعاطين، كما يختلف المتعاطون عن غير المتعاطين في العدوان والعداوة ، وتقدير الذات السلبي ، وعدم الثبات الانفعالي والنظرة السلبية للحياة لصالح المتعاطين.

ودراسة **عفاف عبد المنعم(1998)** التي هدفت الى الوقوف على مشكلة التعاطي من النواحي النفسية والاجتماعية والعوامل المؤدية الى انتشار الادمان او التعاطي على مجموعتين من مدمنين وغير المدمنين ، توصلت الى انخفاض بعض القدرات العقلية لدى المتعاطين ، تمثلت في ضعف الذكاء ، انخفاض القدرة على التفكير الابتكاري والمرونة التلقائية والطلاقة الفكرية ، كما تبين ان هناك علاقة طرديه بين انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي وتعاطي المخدرات ، وأوضحت أيضا وجود اضطرابات في التفكير وضعف في الذاكرة لدى المدمنين، وحدوث تدهور في الاداء العام نتيجة الكسل والإهمال الى ان يفقد المتعاطي عمله.

اذا للتعاطي اضرار نفسية تتمثل في ضعف الذاكرة واضطراب في التفكير واضطراب في الشخصية وانخفاض في معدلات الذكاء وتغير ملحوظ في نمط شخصية المتعاطي (تعب ، انهيار نفسي ، قلق ، اكتئاب....الخ) و اضرار صحية كضعف البصر وفقدان الرؤية تماما ، التهاب المعدة ، ارتفاع ضغط الدم ، اضافة الى اضرار مادية فلا يهتم المتعاطي سوى بتوفير الجرعة التالية واللجوء الى الاستدانة او السرقة وارتكاب الجرائم ما يؤثر ذلك عليه حتى من الناحية الاجتماعية بعد فشل علاقاته بسبب هذه التصرفات.

كما تصل خطورة التعاطي في انسياق المتعاطي الى مرحلة اخطر تكمن في الإدمان فيؤثر عليه نفسيا وعصبيا ، وجاء ذلك في تعريف هيئة الصحة العالمية سنة (1973) : ان الادمان حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة او دورية للشعور بآثاره النفسية او لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره ، وقد يدمن المتعاطي على اكثر من مادة واحدة.

(سارة ،2019،ص07)

وفي منتصف الثمانينات ظهرت صورة معبرة عن التعاطي مع الانسان وهو يتعاطى المخدرات على شكل مقلاة بيض ويوجد داخلها مخ المدمن المتعاطي وقد لاقت هذه الصورة رواجا كبيرا في المجتمع. لكن حقيقة الامر هذه صورة لا تعبر بالشكل الدقيق عن عملية الادمان لأن الادمان وتأثيره على المخ والمراكز العصبية أكثر تعقيدا من هذا بكثير .

وبما أن الادمان هو امتداد للتعاطي ولكن بصفة دائمة وأخطر فيعرفها معجم علم النفس على انها:" عادة لا يمكن ضبطها ولها صفة قسرية"

(فتيحة ،2012،ص30)

وهو أيضا أكثر حده مما تم ذكره سابقا لذلك يجب أن نعرج عن بعض أضراره ، فهو يسبب التهاب المخ وتحطيم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكونت مما يؤدي الى فقدان الذاكرة ، وهلاوس سمعية وبصرية وشمية وذوقية، ومن اشد أضراره خطورة السرطان والايدز بسبب الأدوات المستخدمة في الحق بالتعاطي ، هذا من الناحية الجسمية اما من الناحية النفسية فيصاب المدمن بالاكتئاب السوداوي والإصابة بمرض الفصام على المدى البعيد، واضطرابات ذهانية كما ذكر سابقا نتيجة حدوث خلل في كيمياء المخ العصبية، كذلك نوبات الهلع والهياج والعنف أكدت ذلك دراسة **تغليت صلاح الدين (2008)** وهدفت الدراسة الى التعرف على أهم الضغوط النفسية عند الشخص المدمن الذي حاول الانتحار وفهم استراتيجيات المواجهة لديه، شملت عينة الدراسة 150 فردا من المدمنين على المخدرات الذين حاولوا الانتحار، وتراوحت أعمارهم بين 18_35 سنة بين الجنسين ، وخلصت نتائج البحث الى ان المدمن المحاول الانتحار في البيئة الجزائرية يتعرض لمجموعة من الضغوط النفسية والأسرية والمهنية والمدرسية ، كما انه يلجأ الى استعمال أساليب مواجهة فاشلة في مواجهة الضغوط .

من جوانب خطورة الادمان على المخدرات سواء في حالة الاستمرارية عليه أو أثناء محاولات الاقلاع عنه سينتاب المدمن حالات من الشدة النفسية التي يشعر فيها المدمن بأنه لا قيمة له من دونها الى درجة أنه قد تسرب الى ذهنه أفكار خطيرة قد يقدم بسببها الى إنهاء حياته وهذا ما يصطلح عليه بسيكولوجيا الافكار الانتحارية فتعرف هذه الاخيرة على أنها:" تلك الافكار التي تظهر على بعض الحالات في مرحلة من مراحل حياتهم بدون تجسيد على امر الواقع مجرد افكار بدون سيرورات سلوكية تسمح بالمرور للفعل الانتحاري الذي قد يؤدي الى المحاولة او الانتحار"

(زهرة وليلى ،2020،ص 52)

من بين الدراسات التي تناولت ظاهرة الانتحار دراسة **المعهد الوطني للصحة العمومية (1919)** في إطار البرنامج المسطر "الشباب والصحة" قامت مجموعة متعددة الاختصاصات تابعة للمعهد الوطني للصحة العمومية على دراسة ظاهرة الانتحار والمحاولات الانتحارية وقد كانت هذه الدراسة تهدف الى إبراز مشكل الانتحار والمحاولة الانتحارية ومحاولة وضع بروفيل ايدميولوجي للانتحار في الجزائر واختيار الطرق الممكنة للكفالة النفسية لمحاولي الانتحار، عن طريق بناء استبيان يحتوي على أسئلة للحالات والظروف التي حدثت فيها المحاولة الانتحارية وكذا الطرق المستعملة، خلصت النتائج الى ان 89% من الأفراد محاولي الانتحار سنهم أقل من 30 سنة، وأغلب المحاولين من فئة العزاب.

ودراسة **محفوظ وآخرون (2005)** تقول في انتشار التفكير بالانتحار بين المراهقين اللبنانيين ان هذه الدراسة كشفت عن انتشار الافكار الانتحارية وعوامل الخطر بين المراهقين عددهم 5038 ، وتم الاستعانة بشبكة البيانات عن الطلبة من خلال المدارس وأظهرت النتائج ان 16% من أفراد العينة فكروا بالانتحار ، كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين التفكير بالانتحار وعوامل الخطر التي تتضمن الشعور بالوحدة ، القلق ، اليأس ، تعاطي المخدرات ، التحرش الجنسي ، المعاملة الوالدية .

اذا كانت هذه بعض الدراسات التي قد سلطت الضوء على الانتحار في بعده الوبائي الانتشاري ، يحاول البحث الحالي دراسة حالات لأفراد مدمنين عانوا من أفكار انتحارية دراسة تفصيلية معمقة بغية محاولة معرفة تفاصيل حياتهم النفسية وتطورها و دينامية تفاعلهم مع فكرة التعاطي في ضوء الظروف الاجتماعية والمعيشية المحيطة بالحالة الى حد الوصول الى التفكير في الانتحار انطلاقا من هذا يمكن طرح التساؤل التالي:

_ هل يعاني مدمن المخدرات من الأفكار الانتحارية ؟

2-منهج البحث :

تقتضي طبيعة الدراسة تحديد منهج يتلائم معها ويخدمها في تحليل نتائجها وفي هذه الدراسة قمنا باختيار المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة باعتباره ملائما لطبيعة الموضوع لأننا نسعى الى الكشف عن مستوى الافكار الانتحارية لدى المدمن على المخدرات والعوامل المؤدية بالمدمن الى التفكير بالانتحار ، من خلال المقابلة والملاحظة

وتعرف دراسة الحالة بأنها:" مجموعة من الوسائل الهامة التي يمكن من خلالها جمع بيانات متعددة وشاملة عن الفرد مما يتيح فهم سلوكه او المشكلة التي يعاني منها ومن خلالها يتم جمع بيانات كثيرة تتعلق بالحالة من حيث تاريخها وأعراضها وفيها يتم الاتصال المباشر بين الأفراد للحصول على بعض المعلومات كما يتم اللجوء الى السجلات والوثائق الطبية والأكاديمية"

(نور الهدى ،2019،ص 56)

3-أهمية البحث:

يستمد هذا البحث أهميته من طبيعة الموضوع في حد ذاته ألا وهو ظاهرة الادمان وتعاطي المخدرات وخطورته التي تصل بالفرد المدمن الى تشكل أفكار انتحارية لديه ، حيث أثار هذا الموضوع اهتمام الباحثين في علم النفس وعلم الاجتماع ، أي ان هذا البحث يقدم بعض المعلومات القيمة للمختصين النفسانيين والمجتمع للتعرف على هاته الفئة وتقديم المساعدة لهم ومعرفة سيكولوجية المدمنين خاصة لمن لهم علاقة بالمراكز ودور معالجة هذه الفئة لمحاولة وضع برامج علاجية للمدمنين وبرامج إرشادية نفسية وقائية لغير المدمنين ، كما تحيط علما للقراء لمعرفة سيكولوجية المدمنين ووعي المجتمع بصفة عامة والمتعاطين نفسهم بصفة خاصة ، ومعرفة ما سيؤول إليه حالهم في حالة الاستمرار في التعاطي والدخول في دوامة الادمان .

4-أهداف الدراسة :

يرمي هذا البحث الى تحقيق الأهداف التالية :

_ الكشف عن مستوى الأفكار الانتحارية لدى المدمن على المخدرات .

5-المفاهيم الإجرائية:

الافكار الانتحارية:

الافكار والتصورات المرتبطة بعملية الانتحار والإقدام عليها وكيفية التخطيط والتنفيذ وتخيلات الاحداث قبل وأثناء وبعد تنفيذ محاولة الانتحار ،فالفكر الانتحاري هو مرحلة مبكرة من مراحل عملية الانتحار التي تنتهي بالفعل الانتحاري الكامل

(Rudd ,2009)

6- الدراسات السابقة:

6_ 1_ دراسات متعلقة بالإدمان على المخدرات :

- ✓ **دراسة فريدة طايبي ورشيد المسيلي 1998** بعنوان "المميزات النفسية لمتعاطي المخدرات" ، هدفت هذه الدراسة التعرف على المميزات النفسية لدى متعاطي المخدرات ، ومقارنتها مع غير المتعاطين بعينة تحتوي على 200 شاب موزعين على مجموعتين من متعاطين وغير المتعاطين ، أعمارهم بين 17_ 32 ينتمون الى وسط اقتصادي متوسط وأغلبيتهم عزاب ، تم الاعتماد على استبيان الغرض منه الكشف عن المميزات الديموغرافية وعلى الاختبارات النفسية التالية :
اختبار تصنيف الافراط في تعاطي المخدرات ، مقياس بيك للاكتئاب ، مقياس اليأس ، قائمة استراتيجيات المقاومة و أهم النتائج:

_الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب الغير متعاطي للمخدرات .

_ وجود ثلاث استراتيجيات فقط من نمط الاستراتيجيات المركزة الانفعال تميز بين المتعاطين وغير المتعاطين .

✓ **دراسة ثابت وناصر1984 :** موضوعها" المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات" وهي دراسة استطلاعية أجريت في الإمارات العربية المتحدة على عينة بلغت 425 مختارة من عدة إمارات ، هدفت الدراسة الى تحديد المواد المستعملة في الاستنشاق والتعرف على السمات العامة للمتعاطين والعوامل التي تصاحب التعاطي والآثار المختلفة المترتبة عنه .

استخدم الباحث إستبانة تضم 53 سؤال حول مختلف جوانب الموضوع أهم نتائج الدراسة :

_ غالبية المتعاطين صغار وبلغ متوسط أعمارهم 16 سنة .

_ أسباب استنشاق الغازات الفراغ ، المشكلات الأسرية ، الملل ، وتتم ممارسة الإدمان بعيدا عن أعين الناس ثم في المنزل والأماكن العامة والمدرسة .

_ ينتمي المتعاطين لأسر متدنية اقتصاديا ، تعليميا ، وظيفيا ، ويقطنون في أحياء شعبية .

✓ **دراسة سوادي 1996 swadi :** تحت عنوان " الأعراض النفسية لدى المراهقين الذين يستخدمون المواد الطيارة " والتي قام بإجرائها على عينة من المراهقين المحولين الى عيادة الصحة العقلية للأطفال والمراهقين بانجلترا ، تكونت من 685 فردا وكان دخولهم بناءا على طلب الوالدين أو المدرسة .

أظهرت نتائج الدراسة أن :

_ ان معظم المراهقين لا يعيشون مع آبائهم الأصليين .

_ وجود علاقة بين أحداث الحياة التي تطرأ على الأسرة والإدمان وخصوصا الانفصال الأسري ، الحرمان ، والمشاكل الزوجية .

(محمد ,2015 ,ص 09)

✓ **دراسة هيربرت وكارلس 1999** : هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العوامل الشخصية الهامة والمصاحبة ، والتي يمكن ان تزيد من مستوى استخدام المخدرات لدى المراهقين ، تكونت العينة من 567 مراهقا ، 288 ذكور و 279 إناث ، و 372 من البيض والباقي من الأمريكان الأفارقة والعوامل التي بحثت في هذه الدراسة هي المهارات الاجتماعية ، والمعتقدات الشخصية ، والانجاز المدرسي ، والعلاقات الأسرية ، وتم طرح سؤالين على أفراد العينة وهما : إذا تعاطيت الكحول والمخدرات دون موافقة والديك هل تعاقب ؟ اذا دخنت الماريجوانا هل تعاقب ؟ واستخدم مربع كاي لمقارنة الاختلافات و الفروقات بين المجموعات ، واستخدم مقياس سلوك تعاطي المخدرات لقياس مستوى استخدام المخدرات عند العينة ، أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد العينة البيض حصلوا على درجات أعلى على مقياس سلوك الإدمان ، ووجد أن هناك ضعفا في المهارات الاجتماعية والمهارات المدرسية وضعف في شبكة التواصل مع الآخرين .

✓ **دراسة كاكالامونس 2002** : هدفت الدراسة الى تقييم فعالية البرامج العلاجية المقدمة للمدمنين ، قارنت بين مجموعتين : مجموعة تتلقى علاج منتظم ، والأخرى علاج غير منتظم ، وتضمن التقييم وصف فعالية العلاج وتحديدها ورضا الأفراد وأسرهم عن نتائج العلاج وقد تكونت عينة الدراسة من 120 مشارك صنفوا الى مجموعتين : واحدة تشمل الأفراد الذين يخضعون الى برنامج يومي مع أسرهم ، والأخرى الذين لا يتلقون معالجة ، وأظهرت النتائج أن الأفراد في المجموعة الأولى اظهروا رضا عن برامج العلاج المقدمة أكثر من المجموعة الثانية ، وان البرامج العلاجية كانت فعالة في علاج سلوك الإدمان .

(عبد الهادي ,2019 ،ص 220)

✓ **دراسة بيرزين وروز وانجلش 1983** : لاحظ الباحثون في هذه الدراسة ان حوالي 60% من عينة بحثهم من المدمنين يعانون من مزيج من المشكلات الانفعالية .

وقد تمكن الباحثون في هذه الدراسة من التمييز بين نمطين أساسيين ، في أن الإدمان في 40% من العينة المتبقية ، مجموعة من المدمنين ظهرت تعاني من اكتئاب واضح ، فقد كانوا مكتئبين ، يعانون من عدم الاستقرار ، بينما المجموعة الثانية كانت مختلفة فكانت أكثر تكيفا ، من أي اضطراب انفعالي .

(محمد ,2015, ص 09)

✓ **دراسة تغليت صلاح الدين 2008 :** هدفت هذه الدراسة الى التعرف على أهم الضغوط النفسية عند الشخص المدمن الذي حاول الانتحار وفهم استراتيجيات المواجهة المعتمدة لديه ، شملت العينة على 150 فردا من المدمنين على المخدرات الذين حاولوا الانتحار ، وتراوحت أعمارهم بين 18_35 سنة من الجنسين .

اعتمد في هذه الدراسة على المنهج الإحصائي الوصفي ، من خلال استعمال استمارة بحث تضمنت أهم الضغوط النفسية التي تتعرض لها عينة البحث ، وأهم أساليب المواجهة المستخدمة لديها ، وخلصت نتائج البحث إلى أن المدمن المحاول الانتحار في البيئة الجزائرية يتعرض لمجموعة من الضغوط النفسية والأسرية والمهنية والمدرسية ، كما أنه يلجأ إلى استعمال أساليب مواجهة فاشلة في مواجهة هذه الضغوط .

(ريمة ,2012 ,ص 11)

6_ 2 _دراسات سابقة متعلقة بالتفكير الانتحاري :

✓ **دراسة كاشا فريد 1971 :** بعنوان " الانتحار في الوسط الحضري الجزائري " احتوت الدراسة على 503 شخص قاموا بالمحاولة الانتحارية بالتسمم الارادي ودخلوا مستشفى القطار ، قام الباحث بجمع معلوماته الميدانية باستعمال استمارة بحث ، وخلصت نتائج الدراسة الى أن :

_ثلاثة ارباع من مجموع العينة من النساء و اكثرهم المراهقات وكان سبب محاولتهن الانتحار راجع الى وضعيتهن الاجتماعية الغامضة .

_ تقريبا 40 من العينة آباؤهم مطلقون أو متوفون ما يعني ان الحالة الاسرية غير مستقرة .

_ ظهرت حالات الانتحار بنسبة كبيرة في شهري ماي وجوان بسبب نهاية السنة الدراسية وماتحمله من نتائج سلبية ، وفترة أعراس بما فيها الزواج المفروض على بعض الشباب .

وأن الوسائل المستعملة في المحاولة الانتحارية أدوية طبية في المرحلة الاولى ، تليها مواد التنظيف المنزلية وأخيرا ادوية الحشرات .

اذا أكد الباحث في الختام ان ظاهرة الانتحار تتزايد بشكل كبير ملحوظ في المجتمع الجزائري وخاصة أوساط الشباب والنساء أكثر عرضة لها .

✓ **دراسة آرف وآخرون 2014** : بعنوان" عوامل الخطر وعلاقتها بالأفكار الانتحارية المحتملة في مرحلة المراهقة عند طلبة تروندلاج النرويجية" ، هدفت الدراسة الى الكشف عن وجود علاقة ترابطية بين عوامل الخطر القلق والاكتئاب وتطور الافكار الانتحارية ، طبقت الدراسة على عينة عددها 2399 طالبا من طلاب المرحلة الثانوية العليا ضمن الفئة العمرية 16_19 سنة ، تم استخدام مقياس الافكار الانتحارية وأشارت نتائج الدراسة الى ان 17% لديهم أفكار انتحارية و 14% ذكور و 19% اناث ، وأظهرت النتائج ان اعراض الاكتئاب والقلق تتراوح نسبتها مابين "21%_23%" عند الاناث وهي أعلى من الذكور .

✓ **دراسة ماير وزملاؤه 2001** : أجريت الدراسة بهدف فحص العلاقة بين المواجهة والضغوط من جهة وبين المواجهة والتفكير الانتحاري من جهة اخرى لدى أفراد الشرطة ، كانت العينة تتكون من 307 من أفراد الشرطة الذين يرتدون الزي الرسمي في محافظة كيب الشرقية في جنوب افريقيا وطبق الباحثون استبيان المواجهة وقائمة الضغوط الحياتية التي يتعرض لها أفراد الشرطة واستبيان التفكير الانتحاري لدى الراشدين ، وأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب دال إحصائيا بين أساليب المواجهة السلسة والتفكير الانتحاري وأظهر تحليل التمايز أن محاولات الانتحار واستراتيجيات المواجهة السلبية ، والحالة الصحية ، وتناول الكحوليات ، واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة ، ومتطلبات العمل وضغوطه لدى أفراد الشرطة ، من العوامل التي تؤدي الى زيادة في معدلات التفكير الانتحاري لدى أفراد العينة .

✓ **دراسة حسينة يحياوي 1996** : بعنوان " المحاولة الانتحارية دراسة نفسية " بالمستشفى الجامعي لباب الواد ومستشفى دريد حسين للطب العقلي بالجزائر العاصمة ، تم استخدام مقياس بيك للاكتئاب و بيك للتشاؤم واليأس ، سلم الضغط النفسي الاجتماعي للراشدين ، شملت العينة على 10 حالات محاولة للانتحار و 10 حالات مصابة بالاكتئاب ، أسفرت نتائج الدراسة أن :

_ اليأس والاكتئاب عوامل ذات تأثير فعال في تفجير السلوك الانتحاري .

_ الافراد الذين حاولوا الانتحار يعانون من يأس شديد مقارنة بالأفراد المصابين بالاكتئاب .

✓ **دراسة شابرول وكاثر 2005 :** سعت هذه الدراسة الى بحث العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والشعور بالاكتئاب والأفكار الانتحارية عند المراهقين ، في ولاية تولوز الفرنسية أجريت على عينة من تلاميذ الثانوية ضمت حوالي 382 تلميذا موزعة على 14 قسم 1870 ذكور بمعدل عمر 17 سنة ، و 1950 إناث بنفس معدل العمر ، واعتمدت هذه الدراسة على استبيان ذاتي لتقييم الاعراض الاكتئابية و الافكار الانتحارية واستراتيجيات المواجهة ، وخلصت نتائج البحث الى وجود علاقة بين استراتيجيات المواجهة والشعور بالاكتئاب وبالتحديد غياب استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ينبأ بالشعور بالاكتئاب ويدفع الى التفكير بالانتحار عند الإناث والذكور .

(عبد الحفيظ ,2008 ,ص 36)

✓ **دراسة دارياك 2010 :** هدفت هذه الدراسة الى التعرف على الفروقات بين الذكور و الاناث في اتجاههم بالتفكير نحو الانتحار و التخطيط والمحاولات الانتحارية من خلال مرحلة المراهقة طبقت هذه الدراسة في الريف الامريكي على المراهقين والمراهقات الذين تتراوح اعمارهم بين 11 _22 سنة وعددهم 1248 ، توصلت الدراسة الى التشابه بين الذكور و الاناث في نوع الادارة المستخدمة في عملية الانتحار ، وأوضحت نتائج الدراسة ان الاناث يفكرون في الانتحار منتصف المراهقة ويعني ان العمر يكون أقل من عشرين عاما أما الذكور يفكرون في ذلك بعد سن العشرين ، وأن عدد محاولات الانتحار المتكررة بين البنات أكثر من الذكور .

(زهرة وليلى ,2020,ص15)

✓ **دراسة صغير في قسنطينة 1975 :** في رسالة دكتوراه في الطب ، قام الباحث بتوزيع استمارة بحث على عينة فيها 421 حالة محاولة انتحار في المستشفى الجامعي بقسنطينة بين سنتي 1972 _1974 وخلصت نتائج الدراسة الى :

_ أكد في دراسته ان الاناث يشكلن تقريبا ضعف عدد الرجال من مجموع العينة .

_ ان 72 % من الاشخاص المحاولي الانتحار تتراوح اعمارهم بين 15 _25 سنة .

_ ارتفاع نسبة الانتحار شهري ماي وجوان مقارنة بباقي الاشهر .

_ استعمال الادوية الصيدلانية ثم تليها مواد التنظيف وأخيرا طرق اخرى متنوعة كقطع الشرايين و سموم الفئران والشنق ...إلخ .

(عبد الحفيظ ,2008 ,ص 36)

التعليق على الدراسات السابقة:

مما سبق من خلال الدراسات السابقة الذكر وضحوا وأكدوا مدى خطورة الادمان وتبعات هذا الفعل من عواقب أخطر تصل حتى المحاولات الانتحارية ، كما تطرقت بعض الدراسات الى اسباب التعاطي و الادمان التي كانت أغلبها تصب في المشكلات الاسرية ، كالطلاق والحرمان ووفاة أحد الوالدين كدراسة **ثابت وناصر 1984** ودراسة **سوداي 1996.**

كذلك اشتركت الدراسات في نتائج البحث ، ان الاكتئاب قد يكون سبب في التعاطي للتخلص من المشكلات والضغوط او الملل والفراغ أيضا ، للإدمان أضرار جسيمة تعود بالمدمن الى نقطة الانطلاق من الصفر او تحته وهذا ما أكدته دراسة **طايبي ورشيد المسيلي 1998** ، التي جزمت ان الشباب المتعاطي أكثر اكتئابا من الشباب الغير المتعاطي للمخدرات ، ودراسة **بيرزين وروز وإنجلش 1983** التي توصلت في النهاية الى ان المدمنين يعانون من مزيج من المشكلات الانفعالية .

كما ان المدمن الذي يتهرب من المشكلات بالتعاطي ، فإنه بالتعاطي يفتعل المشاكل بسبب مزاجيته المتقلبة او عدم توفر الجرعة الموالية او فقره او وضعه الحالي (الشعور بالذنب) لان دراسة **ثابت وناصر 1984** التي قالت بأن المتعاطين يحاولون التخلص من الادمان لكن ينتمون الى أسر متدنية اقتصاديا ، وتعليميا ، ووظيفيا ويقطنون في أحياء شعبية ، ودراسة **تغليت صلاح الدين 2008** أشارت الى ان المدمن يتعرض لمجموعة من الضغوط ، ويلجأ في ذلك الى استعمال أساليب مواجهة فاشلة كالتعاطي ، يمكن حوصلة ذلك في ان الشخص

العادي الذي له مشاكل وضغوطات (اكتئاب , ملل ، فقر ، تفكك أسري...) يحاول تجاوز ذلك بالتعاطي والإدمان ، فيرجع بذلك الى نفس المشكل بأضرار مضاعفة ولم تحل المشكلة الاولى بالأساس .

ثم الى اسباب الافكار والمحاولات الانتحارية حسب ما سلف ذكره ، أنها أيضا نتيجة للظروف المعيشية (فقر ، حرمان ، مشاكل أسرية ، اكتئاب) هذا ما أكدت عليه جل الدراسات تقريبا ، فدراسة **شابرول وكاثر 2005** وضحت ان غياب استراتيجيات المواجهة المركزة على مشكل ينبأ بالشعور بالاكتئاب ويدفع الى التفكير بالانتحار ، ودراسة **صغير 1975** وفي بحث **كاشا فريد 1971** ، توصلتا هاتين الدراستين أن نسبة الانتحار ترتفع شهري ماي وجوان ، نتيجة الضغوط الاسرية على نتائج السنة الدراسية بالنسبة للتلاميذ المراهقين ، وأنها فترة زواج بالنسبة للشباب ، كذلك فيما يخص الجنس فكانت المرأة أكثر عرضة لهاته الافكار والمحاولات الانتحارية سواء كانت مراهقة (بسبب الدراسة) او كانت كبيرة(بسبب ضغوطات الحياة) اللواتي يعانين من يأس واكتئاب شديدين كما قال **حسينة يحياوي 1996** .

مما يجدر ذكره أيضا الوسائل المستعملة في المحاولات الانتحارية اتفقت حول ذلك 3 دراسات وهي دراسة **ماير وزملاؤه 2001** ودراسة **كاشا فريد 1971** ودراسة **صغير 1975** ، ان الطريقة الاكثر انتشارا في المحاولات الانتحارية هي : تناول الادوية الطبية والكحوليات بجرعات متزايدة تليها مواد التنظيف ثم سم الفئران والشنق وغيرها من الطرق الاخرى بأقل النسب .

7- الفرضية:

لدينا فرضية واحدة انطلاقا من التساؤل الوحيد ألا وهي:

_ يعاني المدمن من مشكلة الأفكار الانتحارية.

الفصل الثاني : الافكار الانتحارية

الفصل الثاني : الافكار الانتحارية

تمهيد :

1-تعريف الانتحار

2-أنواع الانتحار

3-وظائف الانتحار

4-السلوكات الانتحارية

5-مقاربات نظرية حول الأفكار الانتحارية

6-السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية

7-كيفية التخلص من الأفكار الانتحارية

خلاصة الفصل

تمهيد :

تختلف الأفكار الانتحارية عن التفكير المباشر في الانتحار ،فالتفكير المباشر في الانتحار يركز على التنفيذ اي قتل النفس ،حيث تتسرب الافكار الانتحارية الى العقل بهدوء وتكون أقل حده ،تتمحور حول التفكير في الموت بشكل عام بكثرة ،والاعتقاد بأنه من الافضل لو تنتهي الحياة ببساطة مما يؤدي الى الانتحار الفعلي المفاجئ

ففي هذا الفصل سوف نتكلم عن هاته الافكار و السلوكات المرتبطة بهذا الفعل ،كذلك يتم التعرف على السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية ونختمها بطرق التخلص منها .

1- تعريف الأفكار الانتحارية :

1/1 تعريف التفكير الانتحاري :

عرفه رود انه : "الافكار والتصورات المرتبطة بعملية الانتحار والإقدام عليها وكيفية التخطيط والتنفيذ وتخيلات الاحداث قبل وأثناء وبعد تنفيذ محاولة الانتحار ،والتفكير الانتحاري هو مرحلة مبكرة من مراحل عملية الانتحار التي تنتهي بالفعل الانتحاري الكامل .

(Redd ,2009,p17)

وقال عنه بونر و ريتش : "انه عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن ،وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط ،ثم التخطيط للانتحار النشط ،وفي النهاية تتراكم محاولات الانتحار نشطة لدى الفرد ،وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

(Bonner et rich ,1987,p50)

1/ 2 تعريف الانتحار :

- من المنظور الاجتماعي : عرفه ايمي دوركايم بأنه "كل حالات التي تنتج بصورة مباشرة او غير مباشرة من فعل ايجابي او سلبي يقوم به الضحية ذاته وهو يدرك نتيجة هذا الفعل"

(Durkheim,1897,p55)

- من المنظور المعرفي : فسره العالم باشلار بأنه " اي سلوك يبحث ويسعى لحل مشكلة موجودة بالفعل بالاعتداء على حياة الفرد"

(Marlene,2002,p09)

- من المنظور الفلسفي : نجد بيار جاني يعرف الانتحار "انه موت يحدث لضرورة اخلاقية فالمنتحر هو شخص يبحث عن الهروب من الحياة البسيطة لان هذه هي الحياة"

(Loick et all ,1999,p308)

2- أنواع الانتحار :

2/ 1 الانتحار الهوسي :

يعزى هذا الانتحار اما الى المهلوسات ،او الى تصورات هذيانية ،فالمريض ينتحر تخلصا من خطر ،او فضيحة متخيلة ،او استجابة لنداء خفي تلقاه من اعلى .

دوافع هذا الانتحار الهوسي تظهر وتختفي ،او تتحول بصورة مذهلة ،وفجأة تظهر الهلوسة او الهذيان اللذان يدفعان الشخص المهلوس الى تدمير نفسه ،وينجم عن ذلك محاولة الانتحار .

2/ 2 الانتحار المنخولي (الاكتئابي) :

يرتبط هذا الانتحار بحالة شاملة من الكرب العميق الذي يؤدي بالمريض الى فقدان التقدير الصحيح للعلاقات التي تربطه بالناس و الاشياء من حوله ،فهو يرى الدنيا سوادا حالكا .

2/ 3 الانتحار الوسواسي :

لا يحدث الانتحار في هذه الحالة نتيجة لأي دافع حقيقيا كان او متخيلا ،بل بسبب فكرة ثابتة عن الموت تستحوذ على ذهن المريض دون اي سبب يمكن تشخيصه ،فالمريض مسكون بالرغبة في الانتحار مع انه متأكد تماما من عدم وجود اي سبب معقول لفعل ذلك .

2 /4 الانتحار الاندفاع او الاوتوماتيكي :

ليس هذا الانتحار معللا وليس له ادنى سبب لا في واقع المريض او في مخيلته .

وهو ينتج عن نزوة مفاجئة تستثير الفعل او على الاقل بدء التنفيذ .

(علياء كمال وآخرون ،2016،ص 452)

3- وظائف الانتحار:

ان المرور الى الفعل الانتحاري يكون وراءه غرض او وظيفة ما ،وهذا ما أشار اليه "شنيدمان" حيث يرى ان الاشخاص المنتحرون لهم غرض تواصلي بالموت ، فهو عبارة عن رسالة لفظية (نفسية او سلوكية) .

ويمكن ان نشير في ما يلي الى بعض هذه الوظائف :

3 1/ وظيفة النداء : يهدف الفرد من خلالها الى طلب تدخل الاخر،انه نداء مساعدة ونداء استغاثة، رسالة مليئة باليأس موجهة لمحيط عدواني وغير مبالي،فهي نداء للآخر من اجل التدخل ولتغير البيئة الاجتماعية .

3/ 2 وظيفة الهروب : يهدف الفرد من ورائها لتجنب وضعية غير مقبولة او مؤلمة جدا فالمنتحر يحاول الهروب من وضعية صعبة تكون بدون حل او مخرج وهي اما تكون آلام مزمنة حادة (مرض السرطان) او فقدان شخص ما او مواجهة مشكلة في الحياة تكون صعبة .

3/ 3 وظيفة الانتحار لفعل كارثي : تظهر محاولة الانتحار هنا بشجاعة غير سخيفة تخرج عن نطاق الارادات وتعبر عن اضطرابات الفرد لوجود ذعر مفاجئ عنيف امام وضعية اجتماعية او انفعالية لا تحتمل ،هذه الوضعية تشكل حل لمشكل صعب ،يظهر محاولة الانتحار صعوبة في تذكر حالته اثناء الفعل ويؤكد انه لم يعلم لماذا قام بالمحاولة الانتحارية .

3/ 4 وظيفة المساومة : غالبا ما تظهر في المحاولات الانتحارية وتحتوي على البحث الشعوري او الغير شعوري عن قواعد ثانوية بالتهديد بالانتحار اذا لم تلبى هذه الطلبات ،وترجع المسؤولية الى موضوع هذه المطالب .

3 /5 وظيفة اللعب : يلعب هنا محاولة الانتحار بالموت مع نفسه ومع الاخرين بتحدي الحياة وتحدي الموت ويقول مارلو (لا توجد دافعية للانتحار لكن هناك العديد من المتغيرات تدخل في اللعب ،متغيرات صعبة الظهور في مثل هذه الوظيفة) .

ومثال ذلك لعبة جديدة ظهرت في اوساط الشباب وتتمثل في الخنق حتى الاغماء تسمى "باللعبة الاختناق" وهي مسؤولة على الاقل عن وفاة عشرات المراهقين ،هي ليست محاولة انتحار تسعى للموت كهدف وإنما تبحث عن فقدان الوعي وخلق حالة ذهنية جديدة ،تتكرر هذه اللعبة عدة مرات في اليوم في البيت والمدرسة وتؤدي الى وفاة العديد من المراهقين .

3 /6 وظيفة العدوانية الموجهة نحو الذات : يمثل الانتحار هنا سلوك عدواني حقيقي موجه نحو الذات ،وذلك من خلال انقلاب لعدوانية شديدة اتجاه الذات مثل حالات الاكتئاب السوداوي و الفصام .

3 /7 وظيفة العدوانية: يكون الفعل الانتحاري هنا سلوك عدواني حقيقي موجه نحو الاخرين وذلك لجعلهم يتألمون عن طريق إلحاق العار بهم او تهديدهم ،وهو موجود بشكل كبير لدى المراهقين رسالته "لي الموت ولك الندامة "انه وسيلة للاعتداء على الاخر.

(ريمة ،2012،ص113)

4- السلوكات الانتحارية :

4/ 1 السلوكات المرتبطة بالسيكوباتولوجيا :

4 /1 /1 الفصام :

يكون الانتحار الفصامي ظرفي او حدثي ،ويحدث في اي سن ضمن جميع الظروف ،مهما كان العلاج المتبع ،وفي اي مرحلة من المرض حتى بعد سنوات عدة من الاستشفاء ،وفي دراسة ل بريفي و أشراشان ،تم مقارنة عشرين فصامي منتحر مع مجموعات ضابطة ،لوحظ بأن أغلبهم في سن الشباب لم يتجاوزوا الثلاثين وأنهم غير متزوجين وكان انتحارهم غير متوقع .

من الناحية الاحصائية توضح دراسة ريتش وجماعته ان الانتحار لا يخص إلا جماعة قليلة من الفصاميين ،اذا وجد ضمن 383 منتحر من المجتمع العام ،9 فصاميين منتحرين .

دراسات اخرى بينت ان هناك نسبة معتبرة من الفصاميين المنتحرين ضمن المرضى السيكياتريين خصوصا بعد مرور فترة استشفائهم ،نذكر دراسة روي التي وجدت 30 % من نسبة الانتحارات ،ودراسة بوكرني وجدت 28 % ودراسة بلاك تحصلت على نسبة تقدر ب 20 % بصفة عامة ،وحسب دراسة مالس يقدر عدد الفصاميين الذين يقومون بعملية الانتحار بحوالي 20% .

4 /1 /2 الاكتئاب :

يمثل الاكتئاب السبب الاكثر تواتر للانتحار ،دراسة تتبعية مطولة سمحت بتقدير يتمثل في 15% من الذين ينتحرون مكتئبين .

كلاسيكيا تبقى خطورة الانتحار شديدة عند المصابين بالميلانخوليا وخلافا للمصابين بالاكتئاب الارتكاسي ،لكن اكدت دراسات حديثة عدم ارتباط خطر الانتحار بالتصنيف والتشخيص فالخطورة مماثلة بالنسبة للمكتئبين أحادي القطب ثنائي القطب ،داخلي او ذهاني او غير ذهاني .

وقد استطاعت دراسة ل فاوسيت وجماعته عام 1987 تتبع لمدة اربع سنوات 929 مكتئب حاد ،اما دراسة بيلاك وجماعته من نفس السنة تمكنت من تتبع 1594 مكتئب حاد لمدة 14 سنة ،ضمن الجداول العيادية غالبا ما يكون الانتحار معبر عنه مسبقا ،الخطورة الانتحارية عند هؤلاء تظهر بفقدان تام للرغبة والاهتمام ،بغياب الاستجابة للأحداث المفرحة وشدة فقدان الامل ،يسمح تقدير فقدان الامل والتشاؤم اثر الدخول الى المستشفى ،التنبؤ بخطر الانتحار عند المرضى ذوي الافكار الانتحارية .

4 /1 /3 الكحولية و الادمان :

يكثر الانتحار عند المدمنين والكحوليين خصوصا ضمن فئة الشباب المنتحر ،وجدت دراسة ل هـ.شابرول عام 1990 ،نسبة تقدر ب 77% من المدمنين على الخمر والمخدرات معا، ضمن 133 شاب منتحر لا يتجاوز سنهم الثلاثين .

لحد الآن لم تستطع الدراسات تقدير نسبة الانتحار عند المدمنين فقط ،لحدوث احيانا زيادة في الجرعة بصفة غير مقصودة .

اما عند المدمنين على الخمر تم تقدير منتحر من عشرة ،دراسة اخرى ل برقلند 1984 وجدت 16% من المدمنين المنتحرين ضمن 1312 مدمن على الخمر تم تتبعهم من سن العاشرة الى الثلاثين سنة .

تتعرض هذه الحالات الى الانتحار في حالة وجود اضطرابات للمزاج ، مع تدخل عامل الادمان على المخدرات فنسبة الانتحار عند هذه الفئة قدت ب 7,4% خلال تتبعهم من اربع الى سبع سنوات و 9,5% في دراسة قامت بتتبعهم من 15 الى 20 سنة .

4/ 2 السلوكات الانتحارية الاخرى :

تتوقف على دراسة مظاهر الانتحار التي تحمل معايير اهمها :

4 /2/ 1 الرغبة في الموت عن طريق الانتحار : معيار يصعب تحديده بالرغم من انه يشكل خطورة كبيرة لأجل هذا وضع سلم لتقدير خطر الانتحار من قبل بعض المؤلفين الانجليز مستعمل في العيادات الإستعجالية .

4/ 2/ 2 الطريقة : اكثر الطرق المعتادة عليها هي التسمم عن طريق الادوية ،التسمم عن طريق غاز الكربون ،التسمم عن طريق بعض المواد الصناعية والكيميائية ،القذف من النافذة ،الشنق وخنق الذات ،الغرق استخدام السلاح الناري ،قطع احد الاعضاء ،ايقاف علاج يستوجب اخذه على مدى الحياة عند بعض مرضى السكري او المصابين بالصرع .

(عبد الحفيظ ،2008،ص 48)

5- المقاربات النظرية حول الافكار الانتحارية :

5/ 1 المقاربة البيولوجية العقلية :

ان التفسير البيولوجي ينظر الى الانتحار على انه صورة من صور العنف والعدوان مصدره الجينات التي يرثها الانسان ،او خلل في خلايا الجهاز العصبي ،او خلل في الغدد .

وتركزت الابحاث الحديثة على دراسة التحولات داخل نقاط التشابك العصبية في الدماغ والتي تلعب دورا محفزا في ازدياد عدد المتقبلات المختصة بالسيروتين ،وبينت بعض الدراسات ان انخفاض مستوى البروتين يرافقه ازدياد في محاولات الانتحار وكذلك العنف ،اظهرت الدراسات التي اجريت على التوائم و الولايات المتحدة الامريكية ان التوجيه الانتحاري كان مرتفع عند التوائم المتماثلة بالعوامل الوراثية اكثر منه عند التوائم غير المتماثلة بالعوامل الوراثية لذلك يعتقد بعض العلماء بوجود سبب وراثي وراء ظاهرة الانتحار و الافكار الانتحارية .

اما الدراسات الكلاسيكية مبنية على متابعة مختلف الاشكال الحادة منها اضطراب المزاج ،الادمان على الكحول الاكتئاب .

ان البحوث التي تعتمد على الفحص النفسي والعقلي الدقيق ،تقر بوجود اضطراب عقلي لدى 90 من المنتحرين ،والتشخيص الغالب في معظم الاحيان يكون على الشكل التالي :

- الاكتئاب لدى 50% من الحالات .
- تعاطي الكحول لدى 15% من الحالات.
- الخصام لدى اكثر من 0.05% .
- الصرع 17%.

لقد اكد المشتغلون بالطب العقلي انه يوجد ارتباط وثيق بين الصحة العقلية والسلوك الانتحاري حيث تبين لهم ارتفاع نسبة الانتحار لدى نزل مصحات الامراض العقلية بوجه عام .

5/ 2 المقاربة النفسية التحليلية :

اقدم المشتغلون بالتحليل النفسي على تفسير السلوك الانتحاري خلال خبراتهم العيادية ،ونتيجة لعلاجهم حالات فردية ،أبدت رغبة في الموت او هددت بالانتحار او حاولت تنفيذه او نفذته فعلا فيما بعد ،و كان تفسيرهم دائما يدور في الاطار النظري الذي خطه فرويد للبناء النفسي للإنسان .

ان تفسير هذا يعتمد على افتراض فرويد الذي أقر ان التكوين النفسي يتضمن غريزتين متصارعتين هما غريزة الموت مدار كل فعل تدميري عدواني وغريزة الحياة مدار كل فعل خلاف والسلوك البناء ،مع التسليم بغلبة غريزة الموت في نهاية الفصل بفضل الميول السادية المازوشية ،يحدث ذلك على اثر اعادة الكراهية والعدوان والتدمير الى الانا .

فيرجع فرويد هذه الظاهرة الى مقابلة الليبيدو و نزوة الموت داخل العضوية ويقول "ان الليبيد وتقابل نزوة الموت او التهديم ،هذه النزوة تعمل على تحطيم الكائن الحيوي الى اجزاء وتدفع كل بنية اصلية فردية الى حالة الثبات غير العضوي " .

فجماعة التحليل النفسي واجهوا مشكلة الانتحار من خلال تفسيرهم للنزعات السادية في الشخصية السوداوية كذلك الصراع بين غريزتي الحياة والموت حيث قال فرويد يمكن لنزوة الموت الموجهة نحو الخارج ان تندمج وتتوجه نحو الداخل .

ويوضح فرويد ان المنتحر يقع ضحية لدوافع عدائية نابعة منه إلا انها اخفقت في التعبير عن نفسها فانعكست الى الداخل في اتجاه الذات لتدميرها ،فالمؤسس لهذه الدوافع العدائية هو الاكتئاب .

كما اسهم الدكتور كارل منينجر مساهمة فعالة في تفسير ظاهرة الانتحار وتقدم بالتفسير الفرويدي خطوة هامة .

ويتلخص تفسير منينجر للانتحار بأنه نوع خاص من الموت يتضمن عناصر ثلاثة تشتق وجودها وديناميكيتها من الافتراض الثلاثي لجهاز الشخصية عند فرويد ويصف منينجر لكل من عناصر الفعل الانتحاري الثلاثة مضمون خاصا من الرغبات والنزعات و الوجدانيات التي تميزه عن مضمون العنصر الاخر ،فالفعل الانتحاري اذا فعل مركب قوامه بعض من الرغبات الثلاثة وهي :

- رغبة في تصدر عن الانا لأنها احدى جوانب نشاط و مضمون هذه الرغبة نزعة عدوانية ووجدان مشحون بالكراهية ورغبات في اتهام الاخر وتوبيخه وعزله و التخلص منه وإبادته والانتقام منه
- رغبة في ان اقتل وهي رغبة تشتق وجودها في طبيعة تكوين الانا الى الانا الاعلى فان شدة وجدان الاثم وما يتبعه في توبيخ واتهام الذات يكشفان عن حاجة ملحة الى العقاب وذلك فيها تتضمن النزعات المازوشية من استيماع بخضوع و الانحزام و تلذذ بمعاناة الالم .
- رغبة في ان اموت و ترحيب بالموت وهي تتولد في الهو بوجه عام غريزة الموت والتدمير بوجه خاص ومضمون هذه الغربة الشعور اساسي باليأس والضياع يسانده وجدان الخوف والخيبة و احساس عام بالتعب .

ويشير وولف 1957 في مقال نشره بألمانيا الى انتحار شخصية السوداوية بوصفة استشهاد نرجسيا نتيجة خيبة شديدة نشأت عن فقدان محبوب توحد به الانا ،فتنبثق في الذات رغبة في قتله ،ترتدي الى الانا بتأثير عملية الابدال المقترنة باحتقار الذات و كراهيته.

5 /3 المقاربة الاجتماعية :

يعتبر الانتحار قلب الفكر الاجتماعي لأنه يتعلق بالروابط الاجتماعية والعلاقة الموجودة بين الفرد والجماعة ،قد اصدر العالم دوركايم مؤسس علم الاجتماع كتابه الشهير الانتحار سنة 1897 والذي حلل فيه هذه الظاهرة من الزاوية الاجتماعية وانتهى الى تصنيف الانتحار الحتمي و الاثري و الايثاري ،الانتحار الفوضوي .

يتعلق الانتحار الحتمي بالمواضيع المستقبلية والجد حساسة مثل انتحار ازواج شباب روميو و جولييت او انتحار الزوجة التي لم تنجب الاولاد .

يرجع الانتحار الاثري الى اسباب فردية وشخصية ،ويكون تحت تأثير عوامل اسرية كتفككها ،حيث يقول دوركايم يمكن اعطاء اسم اثري لنمط الانتحار الذي ينتج عن حالة فردية لم تجد حدودها .

اما الانتحار الايثاري او الغيري فأساسه انه مفروض من طرف تضامن الجماعة ،ذلك خلافا للانتحار الاثري أين لا يحس الفرد انه مرتبط بالمجتمع ،ففي الانتحار الايثاري يستسلم الفرد للمتطلبات التقليدية والطقوس والواجبات الاجتماعية التي يمكن ان تطلب منه في ظروف معينة ان يسلم في حياته ويضحي بنفسه من اجلها على اساس انه واجب ،وتظهر ضرورية ،فالموت مفروض من طرف المجتمع على اساس انه واجب ،وتظهر امثلة هذا الشكل في الفداء والتضحية وموت جندي في معركة .

رابعهم الانتحار الفوضوي الذي يرجع سببه الى نقص المعايير الاجتماعية او التأثير عليها ،او فوضى جماعية في مجتمع ما ،فالفوضى في مجتمعاتنا الحديثة هي عامل ثابت وخاص بالانتحار ،وبالتالي تعد احد المصادر التي تتغذى عليها الثابت السنوي للانتحار حسب دوركايم .

ثم تابعه هليفكس 1930 بنفس الشمول ،ثم الاجتماعيون المحدثون بدراسة جوانب جزئية معينة ،وكان هدف بعض هذه المحاولات زيادة جلاء المفاهيم التي اصطنعها دوركايم و تحديدها بصورة تسمع باختيارها أحصائيا .

(سناء ،2015، ص65)

6- السمات السيكولوجية للنزوعات الانتحارية :

حدد الدكتور محمد الحجار في كتابه " الطب السلوكي العاصر" عشر سمات سيكولوجية للميول الانتحارية انطلاقا من دراسات أدوين شنايدمن الباحث في ميدان الانتحار ،قال عنها هذا الاخير انها تشكل اللوحة السيكولوجية لأرضية الانتحار.

ويمكن ايجاز هذه السمات في النقاط الآتية :

- الالم النفسي الذي لا يطاق ،اذ لا يقدم اي فرد الانتحار وهو سعيد ،والمنتحر يسعى للهروب من الالم .
- الحاجات السيكولوجية المحبطة غير المشبعة ،فإشباع هذه الحاجات غالبا ما يجنب حدوث الانتحار.
- التفتيش عن الحل ،اذ ان الانتحار لا يحدث عشوائيا بل في الاغلب جواب على الحيرة القاتلة اي " كيف اخرج من هذا الموقف" .
- القيام بمحاولة إطفاء الوعي ،اذ يمكن القول ان الانتحار هو هروب من الجلاد (الوعي) .
- اليأس وفقدان العون ،اذ ان الخجل ،والشعور بالذنب والاحباط ،والارتباط بالغير من اجل العون ، امور تعتبر من اسباب الانتحار.
- تضييق الخيارات ،اذ عوضا من ينظر الافراد الى الحلول المتنوعة الخاصة بمشاكلهم يفكرون فقط في خيارين لا ثالث لهما ،إما الوصول الكامل غير المنقوص او إيقاف كل شيء .
- التناقض الوجداني ،فالشخصية ذات الميول الانتحارية يكون عندها التناقض الوجداني مسألة حياة او موت.
- الكشف عن الرغبة في الانتحار ،اذ ان 80% من الاشخاص الذين يعزمون على الانتحار يفضون بنيتهم الى المقربين منهم .
- الرحيل ،اي الهروب من المنزل او ترك العمل والانتحار هو ذروة الرحيل .
- أنماط الصراع المستمر طوال الحياة ،اذ يجب معاينة عوارض الاضطرابات السابقة.

(عبد الحفيظ، مرجع سابق، ص76)

7- استراتيجيات التكفل :

7 /1 التكفل الطبي :

ينجر عن محاولة الانتحار استشفاء استعجالي ،بسبب الاصابة الجسدية (تسمم) ،هذا الاستشفاء يكون في العدة قصير المدى ،ويجب اعتباره كفترة جيدة لتقييم وضعية محاولة الانتحار وعلاقاته بالعائلة والمحيط على العموم ،كما يمكن عند بعض الحالات ،الانتقال من استشفاء استعجالي الى استشفاء في اقسام الطب العقلي ،خاصة عندما يظهر محاولة الانتحار جدول مرضي (اكتئاب ،هذيانية ،فصام...)

او اذا كان يعيش صراعات هامة مع الخارج ،هذا الاخير يكون غير منظم ومنشأ للمرض .

واللجوء الى العلاج الدوائي مشجع في حالة اضطرابات عقلية (اكتئاب...) ويجب دائما الاحتراس من ان الدواء قد يستعمل كوسيلة جديدة لمحاولة الانتحار،لهذا فالجرعات المقدمة يجب ان تعطى بحذر شديد

7 /2 التكفل النفسي :

ان فترة الاستشفاء الاستعجالي يجب ات تلخص بتقييم عيادي مفصل لظروف محاولة الانتحار ، العلاقات بالمحيط ،اهمية الافكار الانتحارية وأخطار الانتكاس بالمقابل فالمقابلة يكون هدفها ربط او وضع الاسس لبناء علاقة علاجية دقيقة

حيث يكون متاحا لمحاول الانتحار امكانية الثقة بالمعالج كما ان اقتراح علاج نفسي يكون خاضع لبعض المتغيرات ،فعادة التدخل العلاجي على المدى القصير يكون ضروريا لأنه يسمع بعمل نوع من تشكيل الافكار حول فعل الانتحار ،ويضيف العياديون الى ان الازمة الانتحارية (مدخلين الرغبة في الموت او قتل النفس) يمكن ان تدوم من 6 الى 8 اسابيع

كما ان العلاج النفسي على المدى الطويل ذو ايحاء سيكوديناميي يوصف اذا ارتبطت محاولة الانتحار بصراعات عميقة او مرض عقلي معين .

7/ 3 التكفل العائلي:

ان الاتصال بالوالدين يكون دائما ضروريا ولا يكون إلا في حالة الاستعجال ،لان الوالدين يمكن لهما ان يخففا من شدة الازمة الانتحارية او مبالغة الوضع بإنساب الحالة الى اضطراب عقلي خطير ،كما يجب ان يصبح الوالدين مساعدين في العلاج لأنهما سيكونان مدعمين للفرد محاول الانتحار .

ولا يجب ان ينطوي العلاج الاسري تحت سياق ان محاول الانتحار قام بفعل خطير ورط فيه الوالدين ،ولكن الامر يتعلق قبل كل شيء بالتخفيف من الجو الدرامي اثناء الاستشفاء الاستعجالي .

ان العلاج النفسي الاسري يكون في حالة تفسير محاولة الانتحار بوجود صراع في الوسط العائلي او ان هذا الاخير منشأ للاضطراب ،ومن الممكن اقتراح شكل معين كعقد علاجي على المدى القصير والذي يمكن ان يجدد اذا اقتضت الضرورة ذلك.

(نور الهدى ،2019،ص51)

خلاصة الفصل :

ختاما يمكن القول بأن الافراد الذين تراودهم الافكار الانتحارية غالبا ما تكون من الفراغ والاكتئاب الذي ينتج عنه ملل من الحياة و ايجاد اكثر من طريقة للتخلص من النفس ،فهاته الافكار قد يكون مصدرها الادمان على المخدرات ،وقد تتحول من مجرد افكار الى القيام بالفعل الانتحاري اذا لم يتم التدخل الفوري حاضرا ،حتى نتمكن من التكفل النفسي والجسدي للشخص .

الفصل الثالث :الادمان على المخدرات

الفصل الثالث :الادمان على المخدرات

تمهيد :

1- **تعريف الادمان على المخدرات**
2- **مراحل الادمان على المخدرات**
3- **الاسباب والدوافع للإدمان على المخدرات**
4- **المقاربة النظرية للإدمان على المخدرات**
5- **شخصية المدمن وآثار الادمان على المخدرات**
6- **علاج ادمان المخدرات**
7- **الافكار الانتحارية عند المدمنين على المخدرات**

خلاصة الفصل

تمهيد :

ان مشكلة المخدرات تمثل ازمة خطيرة على المستوى الصحي ،الاقتصادي ،الاجتماعي ،النفسي و الاسري للكثير ممن يسقطون في دوامة الادمان ،الذي يحول ضحاياه الى اناس غير قادرين على التوافق السليم مع مجريات الحياة اليومية ،وقد تصل بهم الى تحول افكارهم وانسياقها نحو الافكار الانتحارية ،مما يجعلهم عالة على اسرهم ومجتمعهم الذي في امس الحاجة اليهم للإسهام والمشاركة في بناءه وتقدمه

وفي هذا الفصل سنسلط الضوء على ظاهرة الادمان و اسبابه وحتى علاجه.

1.تعريف الادمان على المخدرات :

1/1 تعريف الادمان على المخدرات :

يعرف الادمان على انه "حالة تسمم دورية او مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع ،وتنتج عن تعاطي عقار طبيعي او مصنوع "

(عيد ،1999،ص 126)

ويعرف انه "اضطراب سلوكي يؤثر على الصحة الجسدية والصحة العقلية والانفعالية للفرد بشكل خاص ،يتميز بالرغبة الملحة في الحصول على مادة سامة وعلى تأثيراتها لضرورة التخلص من تأثيرات الانسحاب ،ويتميز بالتبعية والتحمل ،وهو يخل بتوازن الحياة العائلية والاجتماعية .

(وحيدة ،2008 ،ص 11)

ويعرف كذلك انه "استخدام اضطراري وسيطرة نفسية وعضوية للمخدرات ،تؤدي الى حالة الخدر وغياب العقل وفقدان السيطرة

(Fridman et all,1996,p8)

1 / 2 تعريف مدمن المخدرات :

يعرف بأنه "الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول او المخدرات ،وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها

(حجار ،1992 ،ص 26)

ويعرف كذلك انه "كل فرد يتعاطى مادة مخدرة ايا كانت فيتحول تعاطيه الى تبعية نفسية او جسدية او الاثنين معا ،كما ينتج عن ذلك تصرفات وسلوكيات لا اجتماعية ولا اخلاقية من جانب المدمن"

(الغريب ،2006،ص 46)

2.مراحل الادمان على المخدرات :

يتم تعاطي المخدرات و الادمان عليها :

- **المرحلة الاولى** : يتم في هذه الفترة تناول المادة المخدرة دون ان تتولد لدى الفرد اي رغبة قهرية في التعاطي مرة اخرى ،وفي هذه المرحلة عادة مايكون التعاطي من باب التجريب .
- **المرحلة الثانية** : يكون المتعاطي قد تعود على تناول المادة المخدرة حيث يحدث في هذه المرحلة ويميل لتكرار عملية التعاطي لهذه المادة وذلك بهدف الحصول على نفس الاثر الذي حث له في المرات السابقة .
- **المرحلة الثالثة** : مرحلة الادمان او الاعتماد وهي التي يعرفها العلماء بأنها حالة تسمم دموي مزمن ضار بالمتعاطي ،وتحدث نتيجة الاستعمال المتكرر لأحد المخدرات الطبيعية او المصنعة ،وفي هذه المرحلة مرحلة الادمان فان المتعاطي يشعر حاجته الى المخدر مهما كان الثمن لأنه يكون قد فقد كل السيطرة على ارادته تجاه هذه المادة ،وإذا توقف استعمال المخدر او منع من تناوله فانه سوف يقاسي من آلام جسمانية وعقلية مؤلمة ،وإذا حصل ذلك فإن هذا العقار المخدر يعتبر من العقاقير التي تسبب الاعتماد الجسماني عليه .

(عوفي ،2001 ،ص 127)

3.أسباب الإدمان على المخدرات :

وتنقسم الى ثلاثة اقسام وهي :

3/ 1 الاسباب الحضارية المرتبطة بالبيئة الاجتماعية :

- غياب القيم الاخلاقية الاسلامية الرادعة .
- وجود الفراغ الروحي (الغفلة عن الصلة بالله) في المجتمع بصفة عامة .
- عدم توفر الوعي الوعي الاجتماعي الكامل بالأضرار الناتجة عن تعاطي المخدرات .

- عدم استخدام وسائل الاعلام لدرجة كافية في مكافحة المخدرات .
- انتشار المخدرات في المجتمع المحيط بالشباب .
- غياب جماعة الرفاق الصالحين .
- عدم تطهير البيئة الاجتماعية من عوامل الانحراف وتعاطي المخدرات .
- غياب وسائل الترويح المناسبة والهادفة في البيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد .
- وجود الاغراءات من مروجي المخدرات بوضع مسميات جذابة لها .
- تقصير بعض المسؤولين من المؤسسات الاجتماعية مثل : المدرسة والجامعة وغير ذلك في دورهم تجاه التحذير من تعاطي المخدرات والكشف عن اضرارها .
- تقصير بعض أئمة المساجد ورجال الدين نحو التوعية بأضرار المخدرات في البيئة الاجتماعية .
- الحملة الشرسة التي يواجهها اعداء الاسلام ضده وضد ابنائه مع قلة جهود التصدي لها
- ظهور فئة من المواطنين تبغي الثراء السريع عن طريق تجارة المخدرات .
- التقليد الاعمى للغرب .

3 /2 الاسباب الاسرية :

- عدم وعي الاسرة بخطورة تعاطي المخدرات وتقصير الاسرة في التحذير منها .
- وجود الخلافات العائلية والتفكك الاسري .
- انشغال الاب لأعمال كثير خارج المنزل ولفترات طويلة .
- ارتباط الام بالعمل خارج المنزل لفترات طويلة .
- تعاطي الابوين او احدهما للمخدرات او المواد المهدئة .
- قصور التربية الاسرية والدور التربوي الذي ينبغي تأديته في المنزل .
- عدم قيام الاسرة بدور الرقيب المباشر على الابن وترك الحرية له كما يشاء والخروج من المنزل في اي وقت والعودة في اي وقت .
- استقدام الخدم في البيوت من غير الملتزمين بقواعد الاسلام فهما وسلوكا .
- تكاسل الاسرة في تأدية دورها نحو امر الابن بالمواظبة على الصلاة في جماعة المسجد .
- استقدام افلام الفيديو التي تدعو لقيم خبيثة وعرضها باستمرار داخل المنزل .

3/ 3 اسباب متعلقة بالمدمن نفسه :

- الرغبة لدى المتعاطي في اقتحام سور الممنوع .

- عدم الاستغلال الامثل لوقت الفراغ في ما يفيد الفرد ومجتمعه .
- التخلف الدراسي وكثرة الرسوب عند الفرد .
- وجود الاضطرابات النفسية ومسببات القلق النفسي .
- اطلاع الشخص على المجلات التي تدعو الى الانحراف والقيم الهابطة .
- مصاحبة رفاق السوء في كثير من الاماكن العامة والخاصة .

(أبو علي ،2003 ،ص 63)

4. المقاربة النظرية حول الادمان على المخدرات :

4 /1 المقاربة البيولوجية :

نظرية ستانلي هول حيث ظهرت اول نظرية خاصة بالمراهق على يد ستانلي هول النفساني الامريكي وسميت النظرية البيولوجية ويقصد بها مخطط مراحل البشر عبر العصور مسجلة في البيئة الجينية لكل فرد منذ الولادة الى سن الرشد ،تتناسب مع مراحل التطور البشري بأكمله ،وحسب ستانلي المراهقة تمتد من 12 الى 24 سنة ،كما انها تتناسب مع فترة ما قبل الحضارة حيث كان يعيش الانسان ضمن مجتمعات قبائلية و عشائرية في جو الاضطراب وعدم الاستقرار ،ومن ثم فالمراهق بالنسبة اليه هو فرد يميل الى الانعزال والى التقرب احيانا خلال هذه المرحلة يدرك الفرد مفهوم القيم وذلك حسب امكانيته العقلية والفكرية كما انها مرحلة مهمة ذات اثر على الحياة المستقبلية تحدد فيها له الادوار الاجتماعية .

كما ان ستانلي يعطي اهمية لأثر المحيط في نظرة كل الافراد يمرون بنفس المراحل مهما كان المحيط الاجتماعي والثقافي الذي ينمو فيه الفرد بالإضافة الى انه يؤكد ان السلوكيات الغير مرغوب فيها اجتماعيا ماهي إلا انعكاس لمرحلة من التطور البشري عبر التاريخ ،ومن ثم فلا شك انها انعكاس ستختفي وذلك تبعا لمخطط التطور الجيني ودون تدخل من طرف المحيط .

(سعيد ،2012 ،ص 8)

4 /2 المقاربة السلوكية :

يعتمد التفسير السلوكي لظاهرة الادمان على نظريتي التعلم وخفض التوتر ،فحسب هذا التفسير فان سلوك الادمان او التعاطي هو سلوك متعلم ومكتسب ،عن طريق الاستمرار والمداومة على اخذ الجرعات والكميات من المادة المخدرة ،ومن ثم فان المداومة على فعل أي شيء يؤدي الى تعلم هذا الفعل .

يرى اصحاب نظرية التعلم ان المدمن يلجأ الى الشراب او التعاطي للشعور بالسكينة والهدوء ،مما يدفعه الى التكرار في ذلك في مرات مقبلة ليحصل على نفس الشعور ،فحسب نظرية التعلم فان سلوك التعاطي يكون عن طريق التكرار ،فتلك الرغبة القاهرة في الحصول على المخدر لتخفيف الآثار المزعجة تجعل المدمن يكرر تناول المادة التي اعتاد عليها ،وبالتالي يصبح هذا السلوك معتاد ومألوف اي متعلم .

أما نظرية خفض التوتر فتجعل كل السلوكات والافعال التي نقوم بها تهدف الى تحقيق هدف واحد ومحدد هو خفض التوتر الذي نشعر به ،حيث تعتبر كل السلوكات جهدا يهدف الى خفض التوتر ،ومثال عن ذلك المدمن الذي يسعى وراء الحصول على المخدر ،فسلوكه هذا يهدف الى الحصول على المتعة والانشراح وتجنب القلق والتوتر الناجمين عن انسحاب المخدر .

(فتيحة ،2012 ،ص 41)

4/ 3 المقاربة النفسية :

بشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية ان القلق والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدء التعاطي ،فإذا استمرت وزادت فإنها تساعد على الاستمرار بل والمبالغة في التعاطي ،ويصبح الفرد فريسة للعقار الذي يظن انه المخلص الوحيد من الآلام النفسية او وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر.

وتساهم الحياة الذي يعيشها الفرد بقدر كبير في ظهور حالات الإحباط ،القلق وغيرها ،فكثرة الصراعات والخلافات داخل الاسرة او استخدام احد الوالدين للقسوة المفرطة او الاهمال او الظروف الاقتصادية السيئة كالبطالة او عدم انتظام الدخل الذي يقابله متطلبات كثيرة كلها تساهم في ظهور حالات نفسية سلبية ، والتي قد تؤدي بالفرد الى البحث عن متنفس او نسيان ماهو عليه فيلجأ الى التعاطي ،وحدة هذه الظروف او استمرارها دونما اي تحسن عليها تجعل الفرد يستمر في التعاطي حتى يتحول الى مدمن .

وترجع مدرسة التحليل النفسي ان الاصل في ظاهرة الادمان هو تحقيق النشوة والسرور عن طريق المخدر او بعبارة اخرى التخفيض من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن ،وليس ازالة التوترات الفسيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر،فالاتجاهات الشخصية لتعاطي المخدر مشحونة بشحنات انفعالية شديدة .

(الغريب ، مرجع سابق،ص 51)

4/ 5 المقاربة الاجتماعية :

تتمثل النظرية الاجتماعية في وجهة نظر علماء الاجتماع ،وكيفية تفسيرهم لظاهرة تعاطي المخدرات ،حيث اتفق اغلب علماء الاجتماع على ان الادمان جريمة وانحراف اجتماعي ،فالإدمان على المخدرات سلوك انحرافي وآفة خطيرة تضر المدمن و اسرته ومجتمعه .

ويقول بعض الدارسين ان رغبة الانسان في التفوق على الاخرين و السيطرة عليهم تدفعه الى تحقيق هذه الرغبة بكل الطرق ،وحسب هؤلاء الدارسين فإن المدمنين يلجؤون الى تعاطي المخدرات لتحقيق رغباتهم ،وعليه فإن تعاطي بعض المخدرات من الطرق والأساليب المحققة للإشباع ومعوضة للحرمان والنقص .

ويحدد رجال علماء الاجتماع العوامل الاساسية المؤدية الى الادمان في النقاط الآتية :

- التدريب الاجتماعي الخاطئ او الناقص وضعف الرقابة .
- وجود بعض الجماعات التي تزين الانحراف وتجعله قانونيا في المجتمع .
- خبرات الفرد الضعيفة بالنسبة للامتثال والانحراف

(فتيحة، مرجع سابق، ص 43)

5.شخصية المدمن وأثر الادمان على الفرد :

5 /1 شخصية المدمن :

هناك مجموعة من الصفات الشخصية التي يتميز بها المدمن على المخدرات نذكر اهمها :

- الانطوائية والانعزال على الاخرين .
- الاهمال وعدم الاهتمام او العناية بالمظهر .
- الكسل الدائم والتثاؤب المستمر .
- شحوب الوجه وعرق ورعشة في الاطراف .
- فقدان الشهية والهزال والامساك .
- الاهمال الواضح في الامور الذاتية وعدم الانتظام في الدراسة او العمل .
- اهمال الهوايات المختلفة .

- اللجوء الى الكذب والحيل الخادعة للحصول على المزيد من المال .
- اللجوء الى السرقة للحصول على المال لشراء المادة التي يدمنها .
- نظرته العدائية للمجتمع وتمرده على قيمه و معاييره و اعرافه و قوانينه من خلال القيام بسلوكات لا اخلاقية يرفضها المجتمع ويعاقب عليها القانون .
- تدني مستوى تقديره لذاته ولقدراته .
- العصبية والانفعال لأتفه الامور .

(قمر وآخرون ،2008 ،ص 73)

5/ 2 أثر الادمان على الفرد :

- **التأثير على الصحة :**

يؤثر تعاطي و ادمان المخدرات عليها على المدمن ويفقد شهيته ،ويؤدي الى صعوبة في التنفس ،و اصابته بالعديد من الامراض مثل امراض الكبد ،و امراض الجهاز الدوري ،و امراض القلب والشرايين وغيرها ،مما يساهم في تحطيم جسم هذا المدمن .

- **تحطم الشخصية و الارادة النفسية :**

تؤثر المخدرات و الادمان عليها على شخصية متعاطيها فتكسبه بعض السلوكيات الخاطئة والمنحرفة مثل :السرقة والكذب ،فيصبح انسانا بلا ارادة تحركه المخدرات في كل الاتجاهات .

- **التجرد من الاخلاق والقيم :**

يفقد المتعاطي كثيرا من القيم الاجتماعية و الاخلاقية عندما يكون تحت تأثير المخدر ،فلا يعطي للقيم والمثل الدينية و الاخلاقية والاجتماعية اهمية ولا قيمة .

- **انتشار الامراض الجنسية :**

يعتبر المدمن انسان غير سوي ،لديه بعض الاضطرابات السلوكية ،فنجده دائما يبتعد عن طريق الصواب ،وفي اغلب الاحيان تكون تصرفاته غير مألوفة وتتصف بالشذوذ ،وكثيرا ما يتحول الى فرد شاذ جنسيا ،يمارس كل انواع الشذوذ الجنسي مما يؤدي الى اصابته ببعض الامراض الجنسية .

(المنيع والقرني ،2019 ،ص 238)

6. علاج الادمان على المخدرات:

6/ 1 أساليب وقائية :

تتطلب الوقاية من تعاطي المخدرات نشر التوعية عن طريق تعزيز دور الاعلام في التوعية من مخاطر المخدرات و اساليب ترويجها وسبل معالجتها و انواعها على كافة المستويات عبر البرامج الثقافية والندوات والبرامج الاذاعية و التلفزيونية ،بأسلوب سهل و مبسط ،وتوفير فرص عمل للشباب ووسائل الترفيه أنشطة للقضاء على اوقات الفراغ و التفكير التي تتسبب في الغواء و الفراغ الوجودي ،كذلك عدم نشر فيديوهات عن المخدرات وطريقة المتاجرة بها لتجنب تعليم خاصة القصر .

6/ 2 اساليب ارشادية :

- العمل على اكتشاف المدمنين خاصة المتمدرسين منهم .
- حثهم على ممارسة الانشطة الرياضية واستغلال اوقات الفراغ في الهوايات المفيدة .
- استخدام اساليب الارشاد الفردي من خلال المقابلة ودراسة حالة.
- الاستفادة من التطبيقات العلمية لبعض النظريات و الاساليب النفسية و الارشادية .

6 /3 اساليب علاجية :

هناك ثلاثة مراحل حددتها منظمة الصحة العالمية وهي :

- **المرحلة الاولى (المبكرة)** : وفيها يتطلب من جانب المدمن الرغبة الصادقة وذلك لدخوله في مراحل كفاح صعبة وشديدة وقاسية وأليمة بين احتياجاته الشديدة للمخدر وبين عزمه الاكيد على عدم التعاطي والاستعداد لقبول المساعدة من الاخصائي النفسي (تستمر هذه المرحلة ايام و اسابيع)
- **المرحلة الثانية (المتوسطة)** : بعد توقف المتعاطي وتخلصه من التسمم الناجم عنه تظهر مشكلات المرحلة المتوسطة من النوم العميق لفترات طويلة وفقدان الوزن وارتفاع في ضغط الدم وزيادة في دقات القلب (تستمر هذه المرحلة من ستة اشهر الى سنة حتى تعود اجهزة الجسم الى مستواها العادي) .

- **المرحلة الثالثة (الاستقرار)** : وفيها لا يحتاج الشخص المعالج الى المساعدة وتكون المساعدة في تأهيل نفسه وتذليل ما يعترضه من صعوبات وعقبات ويتطلب الوقوف الى جانبه ،ويشمل التأهيل نفسيا (من خلال تثبيت ثقته بنفسه وفحص قدراته وتوظيف مهاراته النفسية ورفع مستواها وتأهيله لاستخدامها في العمل الذي يتناسب معها وتأهيله اجتماعيا) من خلال تشجيع القيم والاتجاهات والتفاعل مع الاخرين واستغلال وقت الفراغ بما يعود عليه بالنفع .
- **المرحلة الرابعة (مرحلة المتابعة)** : يكون عن طريق برنامج ممنهج بأهداف محددة لكي يستمر في عملية التعافي و الامتناع ،ويكون فرد منتج وناجح في المجتمع ويمارس حياته بشكل طبيعي ويندمج داخل الحياة من جديد ،وهذا ما يسمى بالمرافقة .

(بيه ،2020،ص 31)

7.الافكار الانتحارية عند المدمنين على المخدرات :

- توجد علاقة وثيقة بين الادمان و الانتحار ،فلا يستطيع احد ان ينكر ان ادمان المخدرات طريق مؤدي الى الاصابة بأمراض جسدية ونفسية مستعصية تهدد حياة المدمن مباشرة إذا لم يتم تدارك الموقف في الوقت المناسب بالطرق المتخصصة الاكثر فعالية وأمان لعلاج الإدمان .

حيث ان الادمان مرض عضال ترجع خطورته من الجانب النفسي الى تأثيره على المخ بنية و وظيفة ،مما يؤدي الى خلل جسيم في وظيفة الجهاز العصبي ،ذلك الوضع يتحول بعد فترة وجيزة الى افكار وميول قاتلة يضل صداها يتردد داخل عقل مدمن المخدرات حتى تستحوذ وتسيطر عليه تماما ،دافعة إياه الى محاولة الانتحار ،وأحيانا كثيرة تنجح تلك المحاولة .

- مابين الادمان والانتحار مرض نفسي : مريض الاكتئاب يعتمد على تناول الادوية المضادة للمرض كنوع من انواع المعالجة الذاتية مما يؤدي الى الوقوع في ادمانها بعد فترة وجيزة .

من جهة الاخرى إدمان المخدرات يسبب خللا فادحا في النواقل العصبية وكيمياء المخ المسؤولة عن مانشعر به من عواطف ،ومع التعاطي المستمر يصاب المدمن بأمراض نفسية متفاوتة الشدة كالوسواس القهري ،القلق المرضي ،الهلاوس ،لكن اكثر شيوعا خطورة الاكتئاب والاكتئاب الحاد .

حسب الاحصائيات والدراسات المتخصصة يعد الاكتئاب الحاد مرضا قاتلا لأنه يعمل على تغذية الافكار والميول الانتحارية ،مما يزيد سيطرتها على عقل المدمن مسببة مزيد من الاضطراب و الألم له لكل من يحيط به .

ولا شك ان حياة اهل المدمن و اصدقائه عرضه هي الاخرى للاضطراب وعموم الفوضى ،فالجميع يصاب بالتعاسة فالإدمان يفسد طريقة المدمن ،لنجدة ابعد ما يكون عن العقل و المنطق ،رؤيته مخالفة للواقع ونظرته للأمور غارقة في السوداوية ،ليقع في حزن ويأس دائمين ولأن ادمان المخدرات وتعاطيها لم يعد يمنحه النشوة المطلوبة مثلما كان يفعل سابقا ،تتجسد أمامه فكرة الانتحار للتخلص من تلك الحالة المأساوية ،قد يقاومها بعض الوقت ولكنها ستستمر في التضخم لتسيطر عليه تماما ،ويكون استسلامه لها وشيكا في اي لحظة.

(هبة و احمد ،2022 ،ص 12)

خلاصة الفصل :

خلاصة القول هنا ان الرابط بين الادمان والانتحار هو المرض النفسي وخاصة الاكتئاب ،وكلما أسرعنا في اخضاع المدمن للعلاج المتخصص ارتفعت نسبة نجاح علاج الادمان والاضطراب النفسي في آن واحد ،بشرط أن يتم مد الفريق المعالج بكافة المعلومات التي تخص المدمن لتسهيل عملية التشخيص ووضع خطة العلاج المناسبة

تلك التي تلبي احتياجاته الجسدية والنفسية حينها فقط يمكن التغلب على الميول الانتحارية ،وتقويم فكر المدمن وتأهيله سلوكيا ليكون جاهزا للاندماج و الانخراط في المجتمع بشكل طبيعي .

الفصل الرابع : الدراسة الميدانية

الفصل الرابع : الدراسة الميدانية

تمهيد

1. **الدراسة الاستطلاعية**
2. **الدراسة الاساسية**
3. **حالات الدراسة ومواصفاتها**
4. **ادوات الدراسة الاساسية**

خلاصة الفصل

تمهيد:

تماشيا مع التطور العلمي والتكنولوجي اصبحت الدراسات النفسية لا تقتصر على الابحاث وحسب ,بل ترتكز اكثر على الابحاث الميدانية التي تهدف الى تحقيق الموضوعية لإيجاد حل للإشكال الذي طرحه في دراسته

ليتم التأكد من صحة الفرضية التي اعتمد عليها في البحث ،وذلك من خلال اتباعه لمجموعة من الخطوات المنهجية لتحقيق هذه الدراسة.

1. الدراسة الاستطلاعية :

1/1 أهداف الدراسة الاستطلاعية :

تعتبر الدراسة الاستطلاعية ذو اهمية في البحث العلمي لأنه من خلاله يتم تهيئة الظروف المناسبة وتسهيل اجراءات الدراسة الاساسية ،فباختصار اهدافها تتمثل فيما يلي :

- ✓ الدخول الى المؤسسة المعنية باجراء البحث ومعاينة الاطار المكاني والزماني لها
- ✓ معاينة مجتمع البحث وانتقاء العينة التي تخدم الموضوع
- ✓ التعرف على الصعوبات ومحاولة ايجاد خطة لتفاديها وللسير الحسن لاجراء البحث
- ✓ اختيار الادوات المناسبة لاجراء البحث

2/2 نتائج الدراسة الاستطلاعية :

تم انتقاء مفردات البحث المناسبة لطبيعة الموضوع الادمان على المخدرات ،انتقاء حالات البحث من مركز الوسيط لمعالجة الادمان بالمؤسسة الجوارية للصحة العمومية بسكرة بمساعدة من الاخصائي النفساني والفريق الطبي النفسي السيكاتري الموجود في مركز الادمان
الحالة الاولى (ب) والثانية (س) والثالثة (ي) والرابعة (و)

تمت مواجهة بعض الصعوبات ،كرفض بعض مفردات العينة التكلم معنا بسهولة او تحفظ البعض الاخر عن قول التفاصيل ،وجود حالة كتومة

تم انتقائنا عن طريق تشخيص الفريق الطبي على مجموعة من الاعتبارات تتمثل في عدم وجود اداة دقيقة لقياس الادمان على المخدرات لاختلاف انواعها وشدة تاثير المادة حسب اعراض الشخص انطلاقا من DSM5

فيما يخص ادوات البحث تم تشخيص الحالات عن طريق الفريق الطبي النفسي السيكاتري المتواجد في المركز اعتمادا على DSM5 و دراسة الافكار الانتحارية لديهم بأداتين :محور الافكار الانتحارية سلم بيك الثاني للاكتئاب

الذي احتوى على 21 بند (طريقة تنقيطه من 0 الى 3 حسب العبارات المختارة من طرف كل حالة) والمقابلة العيادية النصف موجهة التي تمثلت في محورين ،محور البيانات العامة والشخصية ومحور الاسئلة المغلقة والمفتوحة حتى يتسنى للمبحوث التعبير بكل اريحية ،اضافة الى الملاحظة التي لا يمكن للبحث الاستغناء عنها في جمع معلوماته عن المبحوث

2. الدراسة الاساسية :

- **الحدود الزمانية** : تم اجراء الدراسة من 15الى غاية 31 ماي 2023
  وتم توزيع المقياس على حالات البحث موزعة على الفترات الصباحية
- **الحدود المكانية** : تم انتقاء الحالات من مركز الوسيط لمعالجة الادمان بالمؤسسة الجوارية للصحة العمومية بسكرة
  الحالة "ب " و "س " في مكتب الاخصائية النفسانية خلاصي سمية
  والحالة "و " و "ي " في مكتب الاخصائية النفسانية نابت مباركة
- **الحدود البشرية** : تتضمن عينة الدراسة أربع حالات 2 ذكور و 2 اناث من مدمني المخدرات ذو افكار انتحارية الراغبين في العلاج بالمركز الوسيط لمعالجة الادمان بسكرة

3. حالات الدراسة ومواصفاتها :

للقيام بهذه الدراسة و الاجابة عن تساؤلاتها تم انتقاء اربع حالات للمدمنين استعانة بمركز علاج الادمان ،وقد تم انتقائهم عن طريق المساعدة من الفريق المعالج الذي استخدم في عملية التشخيص الدليل التشخيصي الخامس الDSM5 وفق مجموعة الاعراض انطلاقا من هذا نستخلص الاعراض من طرف المختصة وهي :

بما ان اعراض المخدر تختلف من مادة الى اخرى وحسب شدتها ومدتها ،فالحالات المنتقاة تم تعاطيها من مدة 6 اشهر الى 7 سنوات ،وتم استعمال في هاته الفترة المهلوسات بالتحديد ليريكا مع تجربة مادة الحشيش الكيف (لبعض الحالات) واجتمعت الاعراض في هاته الحالات ،بما ان المادة المهلوسة واحدة (ليريكا) وطريقة استخدامها ايضا واحدة فكانت الاعراض كالتالي :

- ✓ التعاطي الخطير والجرعات كانت بكميات هائلة
- ✓ المشاكل الاجتماعية و الشخصية المتعلقة بتعاطي المخدرات
- ✓ الاهمال والاستخفاف بأدوارهم الرئيسية الناتج عن التعاطي
- ✓ تعاني الحالات من اعراض الانسحاب في محاولاتهم للحد من التعاطي
- ✓ شملت لديهم استخدام اكبر للجرعات ومدة اطول التي لوحظ في الحالة وصلت حتى سبع سنوات
- ✓ المحاولات المتكررة للتحكم في الاقلاع لكن دون جدوى
- ✓ المشاكل النفسية الاكتئاب والانتحار والقلق اما المشكلات الجسدية تلف الكبد وسرطان الرئة وغيرها
- ✓ التخلي عن كل الانشطة بسبب الادمان ماعدا النشاط الذي يؤمن مادة المخدر
- ✓ الرغبة الشديدة في تناول المخدر

جدول رقم (01) : يوضح حالات البحث ومواصفاتها.

حالات البحث	الجنس	السن	المستوى التعليمي	ترتيبه بين الاخوة	حالات الوالدين	المهنة	المنطقة	المواد المتعاطاة	مدة التعاطي	مدة العلاج
ب	ذكر	21	أولى متوسط	3	متزوجين	ماصوا	حي شعبي ببسكرة	ليريكا الكيف	عام ونصف	21يوم
س	أنثى	29	أولى جامعي	4	منفصلين	حفافة	قرية مجاورة ببسكرة	ليريكا	سبع سنوات ونصف	عام

ي	أنثى	19	أولى جامعي	1	متزوجين	طالبة	بسكرة	ليريكا	6 أشهر	15 يوم
و	ذكر	28	أولى ثانوي	2	منفصلين	فلاح	أولاد جلال	ليريكا	11سنة	6 ايام

لقد تم انتقاءنا لحالات البحث استعانة بأخصائيين نفسانيين ,والجدول يوضح حالات البحث ومواصفاتها :

التعليق على الجدول رقم (01):

تمثلت حالات البحث في التنويع بين الذكور و الاناث حيث كانت 2 من الذكور و 2 من الاناث يتراوح سنهم مابين 21 الى 29 سنة ,المستوى التعليمي للإناث جيد وللذكور متوسط ,وفيما يخص ترتيب الحالات بين اخوتهم والمهنة والمنطقة كذلك كانت مختلفة حسب كل حالة وبالنسبة لحالات الوالدين نرى انفصال الوالدين للحالة الثانية والرابعة ,نلاحظ نوع واحد للمادة المخدرة كل حالة تختلف في مدة تعاطيها وتتراوح مدة العلاج لديهم من عام الى 6 ايام كحد اقصى

4. أدوات الدراسة الأساسية :

2/4 مقياس بيك السلم الثاني للاكتئاب :

- **تعريف المقياس :**

هو عبارة عن استبيان للتقييم الذاتي موجه لقياس مدى شدة الاكتئاب عند الأفراد انطلاقا من سن 16سنة ،ولقد تم وضعه من طرف بيك (Beck) وآخرون سنة 1994

يتكون مقياس بيك (II-BDI) من 21 بندا ،ولقد تم وضعه من أجل تقييم الأعراض الموافقة لمعايير تشخيص الاضطرابات الاكتئابية حسب كتيب التشخيص الرابع(1994) (R-IV-DSM) والتفسير الفرنسي (1996) ويتكون كل بند من أربعة (04) عبارات تندرج لتعكس مدى شدة

الأعراض الاكتئابية وكل بند منقط من "0 "إلى "3 "ماعدا البند السادس عشر (16) المتعلق بـ "تعديلات في عادات النمو " وكذلك البند الثامن عشر (18)المتعلق بـ "تعديلات في الشهية " اللذان يحتويان على سبعة (07) احتمالات للإجابة (3) 3b,3a,2b,2a,1b,1a,0
وهذا لهدف تقييم الارتفاع أو الانخفاض في هذه السلوكات .

- **الإستعمال العيادي لمقياس بيك للاكتئاب: (II-BDI)**

إن مقياس بيك للاكتئاب (II-BDI) يمكننا من تقييم شدة الاكتئاب لدى المرضى الراشدين والمراهقين انطلاقا من 16 سنة ،الذين تحصلوا على تشخيص سيكاتري ،ولقد تم وضع مقياس بيك للاكتئاب كدليل لوجود ،وشدة الأعراض الاكتئابية الموافقة لمعايير كتيب التشخيص الرابع (IV-DSM) وليس كمقياس خاص بالتشخيص الإكلينيكي .

رغم أن مقياس بيك للاكتئاب سهل التطبيق والتنقيط إلا أن المحترفين الذين يملكون خبرة إكلينيكية هم فقط يمكنهم تفسيره
إن الاكتئاب يمكن أن يكون مصحوبا باحتمالات انتحارية عند المرضى السيكاتريين لذلك يجب على المختص الإكلينيكي أن يكون منتبها ويقضا لنتائج المقياس من أجل اقتراح تدخلات علاجية مناسبة إذا تطلب الأمر ذلك. فالبنود : اثنان (02) (التشاؤم) ،وتسعة (09) (أفكار أو رغبات في الانتحار) يجب الانتباه إليها واتخاذها كمؤشرات لاحتمال الانتحار.

- **تطبيق و تنقيط المقياس:**

✓ **التطبيق :**

إن مقياس بيك (Beck) للاكتئاب(II-BDI) هو اختبار سهل التطبيق و الإجراء ،يجب أن يكون في مكان جيد الإضاءة و هادئ ،لكي يكون الفرد في حالة تركيز.

من الأفضل التأكد قبل إجراء الاختبار ،إذا كان المفحوص في حالة هذيان ،وأنه قد فهم البنود كلها. و يمكن لبنود الاختبار أن تقرأ بصوت مرتفع من طرف المختص الإكلينيكي ،إذا كان الفرد يعاني من صعوبات في القراءة أو صعوبات في التركيز.

أما وقت الإجراء أو التطبيق فيمكن أن يتراوح من 5 إلى 10 دقائق ،ونجد أن الأفراد الذين يعانون من اكتئاب شديد أو اضطرابات وسواسية يمكن لهم أن يستغرقوا وقتا أطول.

✓ **التنقيط:**

النقطة النهائية لمقياس (II–BDI) يتم الحصول عليها بجمع أرقام البنود الواحد والعشرون (21) ،كل بند منقط من (0 إلى 3) نقاط ،وإذا قدم فرد عدة إجابات لبند واحد ،يجب اختيار الرقم الأعلى ،والنقطة المعيارية العالية تتمثل في (63).

➢ **تفسير العلامات :**

يتم تفسير العلامات المتحصل عليها كما يلي:

جدول رقم (02) يوضح تفسير العلامات

العلامة الكلية	المستوى
من 0 الى 11	اكتئاب ادنى
من 12 الى 19	اكتئاب خفيف
من 20 الى 27	اكتئاب متوسط
من 28 الى 63	اكتئاب شديد

(وردة ،2014 ،ص 51)

➢ المقابلة العيادية النصف موجهة:

تعتبر المقابلة من الادوات الاساسية لجمع المعلومات لدراسة الفرد ,كما انها من اكثر الوسائل فعالية وشيوعا في الحصول على البيانات اللازمة والضرورية لأي بحث ,بمعنى آخر وسيلة من وسائل جمع المعلومات المتعلقة بالبحث ,وقد عرفها انجلش انها محادثة موجهة يقوم بها فرد مع آخر ,او مع افراد بهدف الحصول على المعلومات لاستخدامها في البحث العلمي ,او الاستعانة بها في عمليات التوجيه والتشخيص والعلاج

(بوحوش,1999,ص 75, 76)

والمقابلة العيادية النصف موجهة هي التي تكون الاسئلة فيها مزيجا من الاسئلة المغلقة و الاخرى مفتوحة ,وفيها تعطى الحرية للمقابل بطرح السؤال بصيغة اخرى والطلب من المستجيب المزيد من التوضيح (ملحم ,2000 , ص 249)

وقد تم استخدامها في هذا البحث اعتمادا على دليل المقابلة المكون من محورين:
تمثل المحور الاول في البيانات العامة والشخصية للحالة والمحور الثاني تمثل في اسئلة المقابلة النصف موجهة ,وقد تم استخدام هذه المقابلة لأنها تحتوي على اسئلة مغلقة و اخرى مفتوحة تتيح للمبحوث الحرية في التعبير عن افكاره

- **الملاحظة:**

تعتمد الملاحظة في الاساس على حواس البحث وقدرته الفائقة على فهم وترجمة ما يلاحظه من المواقف و سلوكات المدمن

وفي هذا البحث اعتمد على الملاحظة المنظمة لأنها مشاهدة علمية تجري في ظروف اعد لها وهذا النوع من الملاحظات تستخدم في البحوث المتعلقة بالحالات الفردية ،ويعرفها ديركاتلي انها عملية المشاهدة والانتباه الذهني الارادي والموجه نحو جمع المعلومات المتعلقة بموضوع محدد ومضبوط الابعاد و الاهداف

خلاصة الفصل :

من خلال الفصل تم عرض الاجراءات المنهجية للباحث التي تسهل له عملية جمع البيانات بطريقة علمية يمكن الاعتماد على نتائجها

وانطلاقا منه يمكن عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة للفصل الخامس و الاخير

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج البحث

الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج البحث

تمهيد

1. **عرض ومناقشة نتائج الحالة الاولى**
2. **عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية**
3. **عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة**
4. **عرض ومناقشة نتائج الحالة الرابعة**
5. **مناقشة النتائج في ضوء الفرضية**

خلاصة الفصل

تمهيد:

بغرض التأكد من الاهداف التي قامت عليها الدراسة وبعد ان تعرضنا الى الاجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق ،يتناول هذا الفصل الاخير عرض ومناقشة نتائج البحث المتوصل إليها من خلال الادوات المستخدمة في البحث والفرضية المطروحة فهذه غاية كل بحث علمي.

1. عرض ومناقشة نتائج الحالة الاولى (ب) :

1/1 تقديم الحالة الاولى (ب) وظروف معيشتها :

الحالة (ب) ذكر يبلغ من العمر 21 سنة ،أعزب وصل في دراسته الى السنة الاولى متوسط ،عدد الاخوة اربعة 2 ذكور و 2 اناث ,ترتيبه الاسري الثالث ،يسكن في احدى الاحياء الشعبية بولاية بسكرة في أسرة ممتدة ووالدين غير منفصلين ،مهنة الاب نجار ،تستعين الاسرة بدخل متوسط وتعمل الحالة في مجال البناء ,توجه الى عالم الادمان في سن ال 20 ،مدة التعاطي عام ونص ,المادة المتعاطاة ليريكا والكيف ,معدل التعاطي يوميا

2/1 ملخص المقابلة مع الحالة الاولى (ب) :

من خلال اجراء المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة (ب) ،تبين لنا ان الحالة تعاني من اكتئاب حاد على حد قوله : "..... بديت التعاطي ,مكانش عندي فضول انا مريت باكتآب حاد لقيت التعاطي هو الحل..."

وراوده إحساس المتعة والسعادة في كل مرة يتعاطى لقوله: "... حسيت حياتي تبدلت وعجبتني روحي.." وأنه اختار مادة واحدة " ليريكا " بعد ان جرب "الكيف" ولم يوالمه ،وسبب اختياره لها قوله : " ... هذاك وش لقيت متوفر كون لقيت اكثر راني درت..." يسعى جاهدا ليعمل اي عمل حتى يوفر هذه المادة ،فقد كان جاره الذي يعمل حلاق هو من يتكفل بتأمين هذه المادة له و يقول : " ...أرواح أشري قبل لا تفض..." أما فيما يخص العائلة و الاصدقاء وردود افعالهم قال : " ... تشوكاو فيا، تصدموا..." وانه في محاولاته (مرتين) للتخلص من الادمان لم يستطع لقوله : "..... حاولت مرتين ,كانت صعيبة عليا كنت نبات نبكي ومش حاسين بيا..."

فكان يعود إليه حتى ينسى همه ،لقوله : "..... منديرش المشاكل خاطيني انا مشاكلي نفسية عندي ضغوط وحاكمني وسواس قهري..."

كانت تراوده افكار غريبة قبل الادمان الشيء الذي دفعه للتعاطي ,حيث يقول : "... قبل الادمان كنت حنهبل وخممت نقتل روحي رحت تعاطيت باه ننسى ونرتاح.." وان الافكار الانتحارية كانت تراوده نتيجة لمشاكله و همه, لقوله : "... نكون قاعد نتخيل روحي نضت وشنقت روحي .."

هذه الحالة يظهر انه كتوم صرح بوجود مشاكل لديه في قوله : "... كنت حنهبل ونقتل روحي رحت تعاطيت باه ننسى همي فاتت مدة عدت نخمم ننتحر و ندير حد لحياتي.." , إلا انه لم يصرح بتفاصيل تلك المشاكل ،على الارجح انه يعاني من فراغ ,لان الاكتئاب الذي صرح عنه بأنه يعاني من اكتئاب بعد انقطاعه عن الدراسة وعدم انخراطه في عمل دائم يملأ عنه ذلك الفراغ , فمهنة الماصوا حسب قوله : "... نخدم ماصوا الخدمة قليلة مرة في الشهر بش نشري الحب مكنتش خدام يومي.."

وهذا احتمال كبير لإصابته بالاكتئاب الناتج عن عامل الفراغ مع وجود اشخاص من نفس البيئة يدعموه للحصول على هذه المواد

لكن بعد طلبه المساعدة من والده الذي شجعه على التقرب من المركز الوسيط لمعالجة الادمان لقوله :".. كي عرفت روحي منقدرش نحبس رحت لبابا طلبت المساعدة وهوا اللي جابني.."

أكد أنه في تحسن مستمر بعد وصفة الطبيب ولعب الرياضة.

"... الحمد لله الطبيب عطاني دوا للاكتئاب وندير في السبور راني حاس روحي في تحسن.."

3/1 تحليل محتوى المقابلة مع الحالة الاولى (ب) :

مما سبق من خلال ملخص المقابلة تبين لنا ان الحالة (ب) تعاني من الأفكار الغريبة واللاعقلانية كالأفكار الانتحارية بسبب الاكتئاب ،يظهر انه شخصية كتومة صرح بوجود مشكلات اسرية إلا انه لم يصرح بتلك التفاصيل لقوله : "... عندي مشاكل نفسية ضغط ووسواس برك اكبر مشكلة صراتلي في الدار ضربت اختي بكف هذا واش درت برك يهابوني في الدار..." ,وللهروب من ذلك حاول التخلص من هذا عن طريق استعمال المهلوسات "ليريكا"

هذا ما أشارت إليه دراسة **ثابت وناصر 1984** تحت عنوان "المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات" التي كانت من أهم نتائجها ان اسباب استنشاق الغازات الفراغ ،المشكلات الاسرية ،الملل و الاكتئاب.

(محمد، 2015،ص 9)

ودراسة **تغليت صلاح الدين 2008** التي توصلت الى ان المدمن المحاول الانتحار في البيئة الجزائرية بسبب الضغوط الاسرية والمهنية والمدرسية وأنه يلجأ بذلك الى استعمال أساليب مواجهة فاشلة في مواجهة هذه الضغوط كالإدمان وزيادة الجرعات للنسيان.

(ريمة ،2012 ،ص 11)

وهذا ما حدث مع الحالة (ب) حيث انه حاول التخلص من مشاكله ونسيانها باستعمال اسلوب فاشل يزيد الطين بلة وهو استعمال المخدرات و الادمان عليها ما نلاحظ تورطه أكثر وهذا ما سيتم توضيحه فيما يلي.

4/1 نتائج مقياس سلم بيك الثاني للاكتئاب مع الحالة الاولى (ب):

جدول رقم (03) يوضح نتائج الاختبار على الحالة الاولى (ب):

رقم الحالة (ب)	درجة الاكتئاب	المستوى
1	34	اكتئاب حاد

التعليق على الجدول رقم (03) :

واضح من خلال الجدول رقم (03) ان الحالة الاولى (ب) تحصلت على درجة 34 على اختبار بيك السلم الثاني للاكتئاب ما يعني ان الحالة تعاني من اكتئاب حاد.

وبالرجوع الى البنود ذات العلاقة بالأفكار الانتحارية ,يجدر الاشارة الى ان الثلاث عبارات المتمثلة في "الشعور السلبي اتجاه الذات وموقف نقد اتجاه الذات وأفكار او الرغبة في الانتحار" ,قد حصل فيها المبحوث على الدرجة صفر واثنان وواحد بالترتيب مما يدل بالفعل على وجود تفكير سلبي تجاه الذات وصولا الى حد التطرف والتفكير في الانتحار او التخلص من الذات

5/1 مناقشة نتائج الحالة الاولى (ب) :

انطلاقا من الفرضية القائلة ان "المدمن يعاني من أفكار انتحارية "يمكن القول انها تحققت وذلك نظرا الى كل من تحليل المقابلة ومقياس بيك السلم الثاني للاكتئاب

تبين ان الحالة تعاني من اكتئاب في قولها اثناء المقابلة:" .... في اول تجربة لي في التعاطي مريت باكتئاب حاد لقيت التعاطي هو الحل..." وبعد اجابته على الاضرار النفسية والجسدية التي شعر بها بعد التعاطي قال : "... الجسدية كان جسمي يطلب ياسر اما النفسية كنت نهرب منها كل ما نحس بالاكتئاب نزيد حبة..."

كما جاء في تعريف **غباري 2007** ان الادمان :" هو التعاطي المتكرر للمخدر ،بحيث يصبح دم الفرد متعطشا الى هذا المخدر بأي ثمن وفي أي وقت ،وأكد ان المتعاطي يعاني من رغبة ملحة وقوة جبرية لتعاطي العقار والاتجاه المستمر لزيادة الجرعة

(غباري ، 2007،ص 145)

اما عن نتائج الحالة في سلم بيك فقد تحصلت على درجة 34 ما يعني انها تعاني من اكتئاب حاد ما أكدته الحالة في المقابلة بعد ان قالت : ".... بديت التعاطي بعد ما مريت باكتئاب حاد لقيت التعاطي هو الحل..... " ،وبعد الادمان ازدادت تفاقم المشكلة باكتئاب اكثر حده ،اضافة الى امراض نفسية اخرى كالوسواس القهري و افكار وتخيلات لمحاولة وتجريب الانتحار ،ففي دراسة **شارف سارة** بالضبط في عنصر تصنيف الاكتئاب ذكرت : " ان الاكتئاب الذهاني من اهم اعراضه الاوهام والتخيلات وتزداد فيه حالات الانتحار وأسبابه داخلية غير واضحة "

(سارة،2021 ،ص 15)

نقطة الاختلاف هنا هي ان الاسباب واضحة عند الحالة (ب) والسبب هو الادمان على المهلوسات " ليريكا".

2. عرض ومناقشة نتائج الحالة الثانية (س) :

1/2 تقديم الحالة الثانية (س) وظروف معيشتها:

الحالة (س) انثى تبلغ من العمر 29 سنة ,عزباء وصلت في دراستها للسنة اولى جامعي عدد الاخوة سبعة ,بنت و 6 ذكور ,ترتيبها الاسري رقم 4 ,الساكنة في احدى القرى في ولاية بسكرة
في اسرة مستقلة مع والدين منفصلين ,تحت كفالة الام ,مهنة الام عاملة نظافة , الحالة الاقتصادية دخل متوسط ,تعمل الحالة في مجال الحلاقة ,توجهت الى عالم الادمان في سن ال 22 سنة ،مدة التعاطي سبع سنوات ونصف ،المادة المهلوسة ليريكا

2/2 ملخص المقابلة مع الحالة الثانية (س) :

من خلال اجراء المقابلة النصف موجهة مع الحالة (س) تبين ان الفتاة كانت تتعاطى بسبب المشاكل العائلية وانفصال الوالدين ،وأن أخوها هو من كان يروج لهذا النوع من المهلوسات " ليريكا" حيث قالت:" ..خويا كان يبيع ونهار جاو فتشولنا الدار جاني وقالي عاونيني عاونتو خبيتلو وكانت مشاكل عائلية بديت نهز ونتعاطى.." و أضافت : "... عندي سبع سنين ونص بالضبط و انا نتعاطى.. " بعد ان كان الاخ سببا في ذلك حتى انه بعدما علم بالأمر ضربها وأصبح يعطيها المادة مقابل الذهب الذي أخذه كله ،كما انها اشارت على انها مهمشة وحكموا عليها اخوتها و أمها بالانقطاع عن الدراسة ،يئست واستسلمت للتعاطي ،وبعد سؤالنا عن المواد التي استعملتها اكدت اكتفاءها ب " ليريكا" رغم توفر عدة انواع عند اخيها المروج ،وظنت انها عندما تكتفي بمادة واحدة انها تستطيع التخلص منها بسهولة فبعد محاولاتها للتخلص ازداد الامر سوءا و اصبحت تعاني من نوبات هيجان و بكاء و صراخ و كانت العائلة في هذه الاثناء تضربها حتى يغمى عليها ،بعد ان هاجر اخوها " حرق" وتركها تعاني لوحدها قالت : ".. حسيتهم ظلموني وخفت يقتلوني.." طلبت المساعدة من والدتها و اخوتها و أبيها رفضوا فكانت مصدر عار بالنسبة لهم كما قالت ،و اتصلت بزوجة ابيها وطلبت اقناع والدها بعد ان شاهدت الحالة حصة ارشادية توعوية فيها مختصين أشادوا بأهمية مراكز الادمان ،وبعد 7 اشهر من العلاج قالت : ".. حسيت بتحسن ورجعت حييت مع روحي وعدت نصلي ونقرى قرآن الحمد لله " بعد ان كانت سبب المشاكل في المنزل والشارع ،وخرجت مرة ضربت اطفال الجيران بعد ان سمعت أوليائهم يتحدثون عنها بالسوء ،كما انها حاولت جرهم للتعاطي(الانتقام) حتى يحس اوليائهم بحالها كما اعتقدت لكنها تراجعت .

3/2 تحليل محتوى المقابلة للحالة الثانية (س) :

انطلاقا من محتوى مقابلة الحالة الثانية (س) يظهر انها تعاني من الاكتئاب قبل ان تبدأ بالعلاج ،بالرغم من أنها 7 سنوات وهي تتعاطى وان التعاطي كان بسبب المشاكل الأسرية ،كما ان سبب تشجيعها للإدمان توفر المادة دائما أخوها مروج للمهلوسات باتفاقه معها هي تخبأ له وهو يؤمن لها " ليريكا" مقابل أخذ ذهبها كله ،الى ضعف شخصيتها و تهميشها من طرف العائلة قبل التعاطي فقدت الدراسة وشغفها بطموحها عانت من اليأس واستسلمت للتعاطي والإدمان

ما يجدر الاشارة اليه ايضا موقف العائلة بعدما عرفت بموضوع ادمانها وقابلت ذلك بالنكران وعدم التقبل وتم تعنيفها وحبسها لعدة ايام ،ناهيك عن الجيران فقد كانت على لسان الكل بالسوء حتى افتعلت المشاكل وكادت ان تنتقم منهم بجر أطفالهم للإدمان لكنها تراجعت ،في ذلك قالت دراسة **تغليت صلاح الدين 2008** ان المدمن المحاول الانتحار في البيئة الجزائرية يتعرض لمجموعة من الضغوط النفسية و الاسرية والمهنية والمدرسية كما أنه يلجأ الى استعمال أساليب مواجهة فاشلة في مواجهة هاته الضغوط

(سارة، 2019،ص 11)

بالضبط مثلما حدث مع الحالة (س) في المجتمع الجزائري المحافظ ،حيث ان الادمان مرفوض اجتماعيا ودينيا وخاصة انها فتاة فلم يتقبل احد الامر حيث قال : "... انا مصدر عار بالنسبة ليهم..." كما انها التجأت الى اساليب مواجهة فاشلة وهي ان تفتعل المشاكل في شارعهم حتى استلزم الامر استدعاء الشرطة بسببها.

4/2 نتائج مقياس سلم بيك الثاني مع الحالة الاولى (ب) :

جدول رقم (04) يوضح نتائج الحالة الثانية (س) على سلم بيك الثاني للاكتئاب:

رقم الحالة (س)	درجة الاكتئاب	المستوى
2	40	اكتئاب حاد

التعليق على الجدول رقم (04) :

نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) ان الحالة (س) تحصلت على درجة 40 على سلم بيك الثاني للاكتئاب ما يعني انها تعاني من اكتئاب حاد.

وبالرجوع الى البنود ذات العلاقة بالأفكار الانتحارية ,يجدر الاشارة الى ان الثلاث عبارات المتمثلة في "الشعور السلبي اتجاه الذات وموقف نقد اتجاه الذات و افكار او الرغبة في الانتحار" ,قد حصل فيها المبحوث على الدرجة ثلاثة واحد و واحد على الترتيب مما يدل بالفعل على وجود تفكير سلبي تجاه الذات وصولا الى حد التطرف والتفكير في الانتحار او التخلص من الذات

5/2 مناقشة نتائج الحالة الثانية (س):

بالعودة الى الفرضية التي قالت " يعاني المدمن من أفكار انتحارية " ومن خلال اجراء المقابلة العيادية النصف موجهة وتطبيق اختبار بيك للاكتئاب واضح ان الحالة تعاني من افكار انتحارية قبل الادمان من خلال قولها : "... كنت طول نخمم نقتل روحي و منقدرش.." وبعد ان أدمنت أحست بالذنب فقالت : "... فكرت ننتحر وكنت كل مرة نتخيل في طريقة باه ننهي حياتي..." لكن بعد تدخل الاب بواسطة اقناع زوجته (زوجة أبيها) بدأت العلاج بعد 7 سنوات متواصلة من الادمان ،لاحظت التحسن بعد 7 اشهر من تقربها للمركز ووصفة الطبيب

ففي دراسة **كاكلامونس 2002** التي هدفت الى تقييم فعالية البرامج العلاجية المقدمة للمدمنين على مجموعتين واحدة تتلقى علاجا منتظما والأخرى غير منتظم ،فكانت النتيجة ان أفراد المجموعة المنتظمة في العلاج أظهروا رضا على البرامج العلاجية المقدمة أكثر من المجموعة الغير منتظمة ،كذلك أظهرت النتائج ان البرامج العلاجية كانت فعالة في علاج سلوك الادمان

(عبد الهادي ،2019،ص 220)

وهذا ما أكدته تجربة الحالة (س) بعد صبر وانتظام دام 7 اشهر ظهرت نتيجة وفعالية البرامج العلاجية.

3. عرض ومناقشة نتائج الحالة الثالثة (ي) :

1/3 تقديم الحالة الثالثة (ي) وظروف معيشتها:

الحالة (ي) انثى تبلغ من العمر 19 سنة ،عزباء تدرس اولى جامعي عدد الاخوة 5 ,4 ذكور و بنت ترتيبها الاسري البنت الكبرى تعيش في ولاية بسكرة في اسرة مستقلة مع حالة الوالدين العادية (متزوجين) ،تعيش تحت كفالة ومسؤولية الاب ،مهنة الاب معلم , الحالة الاقتصادية دخل متوسط ,توجهت الى عالم الادمان قبل 6 اشهر ،المادة المتعاطاة "ليريك"ا

2/3 ملخص اجراء المقابلة مع الحالة الثالثة (ي) :

من خلال المقابلة تم التعرف على سبب التعاطي والإدمان والذي كان بدافع الفضول والصحبة السيئة حيث قالت :" ... صاحبت بنات يدروقيو حكمني فضول جربت وجريت بنت عمي معايا ولات تدروقي..." من بين الاضرار النفسية والجسدية التي تعرضت لها الحالة أنها أصبحت قلقة أكثر وتصاب بالتعب وضيق النفس فقد كانت تستعمل " ليريكا" وبما انها البنت الكبرى فكان تأمين المادة سهل والديها هما من يعطينها حق ذلك ،إضافة الى أنها حصلت عليها مجانا أول فترة من طرف صديقات السوء حتى أدمنت ،ثم أصبحت تهتم بدروس المروجين وواجباتهم وبحوثهم هي وابنة عمها مقابل هذه المادة ،تم تعنيفها من طرف والدها بعدما علم ذلك من عمها وعانت من اكتئاب حاد حتى قالت :" ... جربت نحبس و مقدرتش ،خممت ندير حد يا نموت يا نهرب..." ،فكانت فكرة الانتحار تراودها كثيرا بعد حبسها في البيت واستبعاد الحل الثاني (الهروب) ،فكان جل تفكيرها في طريقة ومكان الانتحار وكيفية تأمين المخدر " ليريكا" كحل مؤقت حتى تنفذ خطتها ،ضربت استاذة في الجامعة بعد مشادة كلامية ،أما فيما يخص طرح فكرة دخولهم للعلاج في المركز كانت فكرة أمها ،فقبلت البنتان واستحسنا ذلك هروبا من الضرب والحبس ،ووضحت ان العلاج أجدى نفعا معهما وحسن من معاملة والديهم.

3/3 تحليل محتوى المقابلة للحالة الثالثة (ي) :

تعتبر الحالة الثالثة (ي) تعاني من مستوى عال من الاكتئاب حسب المقابلة وأقوالها ،حيث أكدت ذلك في معنى قولها ان جل تفكيرها بعد الادمان (تأنيب الضمير) وبعد ان علم والديها بالأمر (الضرب والحبس في البيت) ان جل تفكيرها كان في ايجاد مكان وطريقة للانتحار وتأمين المادة بدرجة أقل ،نلاحظ ان السبب وراء هذه المشاكل و الادمان هو رفقة السوء التي كانت تؤمن وتوفر مادة "ليريكا" بدون مقابل حتى يتم الادمان عليها

وتأكيد ذلك بقول رفيقاتهن لهن بأن كل البنات تتعاطى هذه المادة وأنه سهل التخلي عنها ،فأوقعتهن في الادمان وحول هذا دلت دراسة **الزغبي 2008** التي أجراها على سجون مدينة الرياض ،ان رفقة السوء كانت العامل الاول في ترتيب العوامل التي دفعت الى الوقوع في تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة و الشباب ،ودراسة **الرويلي 2011** التي جاءت بعنوان " إدمان المخدرات وتعاطيها في المجتمع السعودي ،عواملها وآثارها وأساليب مواجهتها " ان مشكلة إدمان المواد المخدرة تعود الى العديد من العوامل التي من أهمها رفقاء السوء. (سند ،2022 ، ص 53)

4/3 نتائج مقياس سلم بيك الثاني مع الحالة الاولى (ب) :

جدول رقم (05) يوضح نتائج الحالة الثالثة (ي) على سلم بيك الثاني للاكتئاب:

رقم الحالة (ي)	درجة الاكتئاب	المستوى
3	37	اكتئاب حاد

التعليق على الجدول رقم (05) :

تحصلت الحالة الثالثة (ي) على درجة 37 على اختبار سلم بيك الثاني للاكتئاب ،واضح انها تعاني من اكتئاب حاد.

وبالرجوع الى البنود ذات العلاقة بالأفكار الانتحارية ,يجدر الاشارة الى ان الثلاث عبارات المتمثلة في "الشعور السلبي اتجاه الذات وموقف نقد اتجاه الذات وأفكار او الرغبة في الانتحار" ,قد حصل فيها المبحوث على الدرجة صفر ،اثنين ،واحد على الترتيب

مما يدل بالفعل على وجود تفكير سلبي تجاه الذات وصولا الى حد التطرف والتفكير في الانتحار او التخلص من الذات

5/3 مناقشة نتائج الحالة الثالثة (ي) :

بالاعتماد على الفرضية القائلة " ان المدمن يعاني من أفكار انتحارية " وبعد اجراء المقابلة العيادية النصف موجهة التي أكدت فيها الحالة في اكتئاب شديد وتفكيرها بمكان الانتحار وطريقة الانتحار بعد إدمانها ،تأكد ذلك من خلال تطبيق اختبار سلم بيك الثاني للاكتئاب وحصولها على درجة 37 ،ما يعني صحة ما تقوله وما تعانيه الحالة بعدما ندمت وحاولت التخلص من الادمان ولم تستطع ،كما جاء في تعريف **سليماني** : " ان الادمان حالة من التسمم المزمن ذات الآثار الضارة والمدمرة لحياة الفرد و المجتمع ،وهي عادة لا يمكن ضبطها ولها صفة قسرية "

(فتيحة ،مرجع سابق،ص 30)

هذا تفسير الحالة (ي) بعد ندمها ومحاولة الاقلاع مرتين وأخفقت ،اما فيما يخص سبب التعاطي فكان بدافع الفضول كما ذكرنا سابقا والصحبة السيئة التي كانت توفر المادة بالمجان في الفترة الاولى ومحاولة الايقاع بالضحيتين الحالة (ي) وابنة عمها والله اعلم كم من حالة اخرى تم استدراجها في الجامعة من طرف المروجات و ما يؤيد هذا دراسة **الرويلي 2011** كما أسلفنا الذكر ان من اهم العوامل المؤدية للإدمان رفقاء السوء.

4. عرض ومناقشة نتائج الحالة الرابعة (و) :

1/4 تقديم الحالة الرابعة (و) وظروف معيشتها :

الحالة (و) ذكر يبلغ من العمر 28 سنة أعزب ,أوقف تعليمه في السنة الاولى ثانوي عدد الاخوة 8 ,3 ذكور و 5 اناث ترتيبه الاسري الثاني يقطن بمدينة أولاد جلال ،تعيش الاسرة مستقلة في كفالة الاب . مع والدين منفصلين (يعيش مع والده وزوجته و اخوته من الاب) ،مهنة الاب عامل يومي الحالة الاقتصادية متدهورة تعمل الحالة في مجال الفلاحة توجه الى عالم الادمان في سن 17 سنة ،مدة التعاطي 11 سنة المادة المتعاطاة ليريكا ،معدل التعاطي يوميا .

2/4 ملخص المقابلة مع الحالة الرابعة (و) :

من خلال اجراء المقابلة النصف موجهة مع الحالة (و) توضح لنا ان الحالة تعاني مشاكل جمة اهمها انفصال الوالدين ،تزوجت الام في عنابة وبقي هو مع والده وزوجة أبيه وإخوته من الاب وعانى من القسوة من زوجة أبيه والإهمال من والديه وقع اختياره على مادة " ليريكا" حيث قال :" ..هذاك وش لقيت متوفر وسومتو رخيسة...." وحرص على قول انه لم يجد الدعم ولا المراقبة فبدأ بالإدمان صغير جدا في سن أصحابه يدرسون السنة الرابعة متوسط ،كانت زوجة أبيه تفتعل المشاكل وبسبب ذلك أصبح يقضي جل يومه خارجا ويأتي متأخرا ليلا تبدأ مشاكله مع زوجة أبيه فلا حسيب ولا رقيب لا عليه ولا على تصرفات زوجة والده ،فقد الثقة بنفسه تماما قبل وبعد الادمان وقال : "... مكانوش باغييني طول معاهم وأما سمحت فيا..." ،حاول التوقف لمدة 6 أشهر وذهب لأبيه وإخوته بعد اشتياقه لهم كما ذكر قابله والده بالصد بقوله :" .. ماهوش ولدي مانعرفوش..." رجعت بعد هذه الحادثة اتعاطى أكثر من الأول ،كما حاول قتل زوجة أبيه أو قتل نفسه بسبب كثرة المشاكل لكن كان في كل مرة يتراجع وحاول التقرب من إمام مسجدهم جمع له رجال وذهبوا لإقناع والده بعد ان اعتذر له عن المشاكل التي سببها لزوجته وأولاده فقبله بشرط ان لا يسكن معه ،حاول احتواءه إمام المسجد وفرح بتقرب والده منه والمجيء معه للمركز بعد ان وعده بإكمال العلاج وتحسين علاقاته وتصرفاته مع الجميع.

3/4 تحليل محتوى المقابلة للحالة الرابعة (و) :

انطلاقا من المقابلة مع الحالة الرابعة (و) تبين ان الحالة عانت من اهمال أسري وتعنيف قبل الدخول في دوامة الادمان بعد انفصال والديه وغياب الرقابة ،فبعد زواج أمه وغيابها عنه وعيشه مع زوجة أبيه التي لا تصبر عن المشاكل لجأ الى الشارع وجد السند في أصدقاءه الذين يستهلكون ويرجوا لهذه السموم ،فكان نادرا ما يعود الى البيت وإذا عاد تقوم قيامته بسبب استفزاز زوجة أبيه التي ضربها مرة هي وابنها وهرب الى جدته بعد ذلك ،وتقدم والده بشكوى عليه ضده ،حاول التوقف لكنه أخفق بعد أن أنكر والده وأكد أنه ليس ابنه فعاد بقوة الى الادمان بضعف استسلام ويقين انه شخص غير مرغوب فيه كليا ،فنتائج دراسة **سعيد زيوش** بعنوان" تأثير المخدرات على العلاقات الاجتماعية عند المراهق في دراسته الميدانية بمركز علاج المدمنين بولاية البويرة أكد أن:

- ✓ ان الآثار التي تخلفها الاسرة على المتعاطي من عدم اهتمام ورعاية ورقابة يؤدي بالمتعاطي الى افتعال المشاكل.

- ✓ ان المتعاطي بحاجة الى المخدر مايدفعه لارتكاب الجرائم والمشاكل كالسرقة كما فعلت الحالة (و) فكان يسرق لوالده حتى يحصل على المادة.
- ✓ للأصدقاء دور كبير في التأثير على بعضهم البعض فالحالة (و) وأكدت ذلك بقول : "...انا تبعتهم كانوا هوما عايلتي ماخلاونيش وحدي..."

(سعيد ،2012 ،ص 19)

لكن تحسن حاله بعد ان تقبله والده وأشرف على علاجه ودخوله للمركز وعاد الى حياته السابقة تقريبا.

4/4 نتائج مقياس الحالة الرابعة (و) على سلم بيك الثاني للاكتئاب :

جدول رقم (06) يوضح نتائج الحالة الرابعة (و) على سلم بيك الثاني للاكتئاب:

رقم الحالة (و)	درجة الاكتئاب	المستوى
4	35	اكتئاب حاد

التعليق على الجدول رقم (06) :

نلاحظ ان نتيجة الحالة (و) 35 على سلم بيك الثاني للاكتئاب وهذا ما يؤكد أنها تعاني من اكتئاب حاد.

وبالرجوع الى البنود ذات العلاقة بالأفكار الانتحارية ,يجدر الاشارة الى ان الثلاث عبارات المتمثلة في "الشعور السلبي اتجاه الذات وموقف نقد اتجاه الذات وأفكار او الرغبة في الانتحار" ,قد حصل فيها المبحوث على الدرجة : صفر ،واحد ،واحد على الترتيب ،مما يدل بالفعل على وجود تفكير سلبي تجاه الذات وصولا الى حد التطرف والتفكير في الانتحار او التخلص من الذات

5/4 مناقشة نتائج الحالة الرابعة (و):

بالعودة الى الفرضية " المدمن يعاني من أفكار انتحارية" ،ومن خلال اجراء المقابلة العيادية النصف موجهة تبين ان الحالة (و) تتعاطى المخدرات ومدمنة عليها بسبب ضعف الرقابة الوالدية وانفصال الوالدين واهتمام كل واحد منهما بحاله وزواجه وحياته وترك الحالة للشارع ،حيث قال : "... ملقيتش شكون ينصحني ولا يعسني لقيت روحي وحدي..." و أضاف :"... مكانوش باغييني طول وأما سمحت فيا..." وضحت دراسة **ديشون وآخرون 1991** بعنوان " الاسرة والمدرسة وسلوكيات المراهق السابقة على انضمامه الى جماعات الرفاق المضادة للمجتمع غير السوية " في نتائجها ان السلوكات الغير سوية للطفل المراهق من سرقة وتعاطي من تقصير تأديب الوالدين و ضعف المتابعة الوالدية

(حمد ومحمد ، مرجع سابق،ص 9)

هذا من ناحية المقابلة العيادية ،أما من ناحية درجة مقياس بيك فقد تحصل على 35 ما يؤكد معاناة الحالة من اكتئاب حاد والذي وضحه من خلال المقابلة ،حيث انه عانى من أفكار لاعقلانية كرغبته في قتل زوجة أبيه وأولادها أو قتل نفسه ،فكانت تراوده هذه الافكار قبل الادمان وزادت وأصبحت أكثر حده بعد الادمان والتعاطي. تم حل هذا المشكل بعد تحسن علاقته بوالده بعد تدخل أطراف أخرى لتهدئة الوضع ،ما جعل الحالة (و) أكثر هدوءا وتراجعا عن المشاكل وقطع وعود على نفسه وعلى والده بالإقلاع عن التعاطي ،حيث أصبح والده حريصا عليه اكثر من قبل بل ومرافقته حتى مركز العلاج وتقربه من إمام المسجد .

5. مناقشة النتائج في ضوء الفرضية :

تنص فرضية البحث على ان :" المدن يعاني من افكار انتحارية " من خلال عرض ومناقشة نتائج الحالات الاربع و حصولهم على (34 حتى 40) درجة على سلم بيك الثاني للاكتئاب ما يلاحظ أنها درجات مرتفعة وتصنف على انها اكتئاب حاد حسب تصحيح المقياس، ومن خلال تحليل المقابلات العيادية للحالات تبين ان:

الثلاث حالات : الحالة الاولى (ب) والثانية (س) والرابعة الاخيرة (و) كان سبب الادمان فيها المشاكل العائلية (اهمال ،وانفصال الوالدين) إلا الحالة الاولى (ب) الذي كان الادمان بسبب الاكتئاب الحاد.

فاشتركت الحالات الثلاث في المشاكل الاسرية والانفصال والإهمال كما قلنا و خاصة الحالة الرابعة (و) التي كانت أكثرهم حده بين الحالات ،فانفصال والديه وتزوج كل واحد منهما وتركه في سن المراهقة أحوج ما يكون الطفل لوالديه تم رميه للشارع من بيت والده و أنكره ،في هذا تدعمنا بعدة دراسات منها دراسة **سوداي 1996** التي أكدت في نتائجها عن وجود علاقة بين أحداث الحياة (حرمان ،مشاكل زوجية ،انفصال...) والإدمان ،وأن معظم المراهقين المتعاطين لا يعيشون مع آبائهم الأصليين .

أما عن الحالة الثالثة (ي) فكانت مختلفة نوعا ما لأنها هي من اختارت هذا الطريق وجربت التعاطي بدافع الفضول وصحبة السوء كما أننا لا ننسى دور الاسرة والرقابة الوالدية التي غابت في هذه الحالة.

اتفقت الحالات الاربع في ان التعاطي كان بسبب الاهمال وضعف التواصل بين أفراد الاسرة كما انهم اشتركوا أيضا في ردود أفعال الوالدين بعد علمهم بتعاطي أولادهم فكلهم تعرضوا للعنف والحبس قبل تقربهم من المركز.

أيضا لوحظ أن بداية التعاطي لكل الحالات كانت في سن المراهقة أصغرهم بدأ وعمره 14 سنة وأكبرهم 21 سنة ،فهاته المرحلة تعتبر مرحلة مراهقة وتشديد الرقابة الوالدية ومصاحبة الأولياء أولادهم ،في هذا تم التطرق الى دراسة **ثابت وناصر 1984** التي أكدت في هاته الدراسة أن غالبية المتعاطين مراهقين متوسط أعمارهم 16 سنة ،أي هاته الفئة هي الاكثر تعرضا للإدمان ،وأن أسباب التعاطي الفراغ ،الملل والمشكلات الاسرية .

كما اجتمعت الحالات الاربعة على انهم عانوا من اكتئاب حاد وأفكار لاعقلانية كالأفكار الانتحارية باختلاف كل حالة منها ،كانت هاته الافكار تراوده بسبب شعوره بالذنب ،لأنها دخلت هذا المجال واستعسر عليه الخروج منه ،ومنها من تفاقم عليه الامر وأصبح يعاني أكثر مما سبق (قبل الادمان) ،لكن اتفق الجميع على أن معاناتهم ازدادت بعد الادمان وأظهرت هاته الفترة أمراض نفسية وجسدية أخرى ،تم الاستشهاد في هاته النقطة بنتيجة دراسة **فريدة طايبي ورشيد المسيلي 1998** التي جزمت أن الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب الغير متعاطي.

ما تأكدنا منه أيضا أن الحالات الاربع تحسنت أحوالهم نفسيا وجسديا وحتى اجتماعيا بعد انضمامهم الى مركز الادمان وبداية تلقي العلاج فيه ،ما يؤكد دراسة **كاكالامونس 2002** كما أسلفنا الذكر عنها أنها قيمت فعالية البرامج العلاجية المقدمة للمدمنين وكانت النتيجة إيجابية لصالح المراكز والبرامج المقدمة فيها.

مع ضرورة لفت الانتباه الى ان النتائج المتوصل اليها تبقى قيد حالات الدراسة ولا يمكن تعميمها

خلاصة الفصل :

مما سبق التطرق إليه من عرض وتحليل للنتائج و مناقشتها في ظل منهج الدراسة العيادي ،أنه تأكد لدينا أن المدمن يعاني من أفكار انتحارية وتحقق فرضية الدراسة ،حدث الاختلاف في سبب الافكار الانتحارية في حالتين كانت بسبب شعورهما بالذنب حاولوا التفكير في وضع حد لحياتهم بعد أن حاولوا التوقف عن الادمان والعودة الى حياتهم الطبيعية ولم يستطيعوا فخرجت أمورهم عن السيطرة ،وحالتين عانتا من أفكار لاعقلانية من بينها الوسواس القهري والأفكار الانتحارية وعدة أمراض نفسية وجسدية أخرى

ما جعلهم يفكرون أن لا وجود لحل فوق حل المخدرات التي تم تعاطيها أصلا من أجل هذا المشكل بالتحديد (الاكتئاب ،والملل ،والمشاكل النفسية كالأفكار الانتحارية والقلق الحاد) فتفاقم الامر وازدادت الحالات سوءا وتدهورا قبل ارتيادهم الى المركز وتحسن حالتهم ،فالنتائج المتوصل اليها تبقى قيد حالات الدراسة ولا يمكن تعميمها

كما أكد الجميع نجاعة وفاعلية البرامج العلاجية المقدمة من طرف المركز وجميعهم في تحسن مستمر سواء من الناحية النفسية أو الجسدية أو حتى الاجتماعية .

مقترحات البحث:

يمكننا وضع جملة من المقترحات النظرية والتطبيقية أنطلاقا من النتائج المتوصل إليها من خلال هذا البحث لإثراءه وتطويره والاستفادة منه:

أ – المقترحات النظرية:

- ✓ تقديم دراسات وبحوث أخرى لتعميم النتائج وجعلها أكثر دقة ولمحاولة توضيح مخاطر الادمان على المخدرات.
- ✓ تعديل برامج المختصين النفسانيين في المؤسسات التربوية والمراكز والاهتمام أكثر بالمراهقين ومشاكلهم

ب – المقترحات التطبيقية:

- ✓ خروج المختصين والعاملين في هذا المجال للأماكن العامة وللبرامج التلفزيونية وتقديم دروس توعوية ارشادية لتوضيح خطورة التعاطي للعامة(أولياء ،مراهقين ،مدمنين...) والتأكيد على نجاح البرامج العلاجية في التخلص من الادمان.
- ✓ إنشاء أكثر من مركز داخل الولاية الواحدة حتى يتسنى للمدمنين العلاج والتقرب إليه دون عناء إقامة الاعذار والحجج.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

1. المنيع حمد بن محمد و القرني محمد بن عبد المعين(2019) ،للمشكلات الأسرية وظاهرة إدمان المخدرات ,كلية الآداب والعلوم الانسانية ,مجلة البحث العلمي في التربية ,جامعة الملك عبد العزيز العدد 20
2. المهندي خالد محمد (2013) ،المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج ,مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات ,الدوحة قطر
3. العثيدي هاجد بن عبد الله (2019) ،جامعة الملك سعود في مواجهة الآثار الصحية والنفسية للإدمان لدى طلابها ،مجلة البحث العلمي في التربية العدد 20 ،الجزء 10
4. الغريب عبد العزيز بن علي(2006) ،ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي ,جامعة نايف للعلوم الأمنية ,الرياض
5. أمجاد سند (2022) ،الدمام www.alyaum-com.cdn.ampproject.org
6. برناوي بيه (2020), المخدرات تعريفها أنواعها آثارها طرق علاجها ,أعمال الملتقى الوطني حول المخدرات والمجتمع ,تشخيص الظاهرة وسبل الوقاية والعلاج جامعة محمد خيضر ،بسكرة
7. توفيق عصام عمر وآخرون (2008) ،المشكلات الاجتماعية المعاصرة ,دار الفكر ناشرون وموزعون ,الأردن
8. حمادي محمد (2015) ،المؤشرات السيكوباتية لدى المراهق مدمن المخدرات من خلال تطبيق الروشاخ مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر ،في علم النفس العيادي ،جامعة محمد خيضر بسكرة
9. حجار محمد حمدي(1991) ،برنامج إرشادي علاجي للمراهقين و الاحداث ضد تعاطي المخدرات والمسكرات في الاصلاحات ومراكز إعادة تأهيل ,المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب والرياض
10. خلفة سارة (2019) ،مخاطر تعاطي المخدرات .مطبوعة الدعم البيداغوجي موجهة لطلبة السنة الثالثة علم النفس تنظيم وعمل ,كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ,جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2
11. زيوش سعيد (2012) ،تاثير المخدرات على العلاقات الاجتماعية عند المراهق دراسة ميدانية بمركز علاج المدمنين ولاية البويرة ,جامعة حسيبة بن بوعلي ,الشلف
12. زرواتي رشيد (2007) ،مناهج و ادوات البحث العلمي في العلوم الاجتماعية ،دار الهدى للطباعة والنشر الجزائر

13. سايل حده وحيدة (2008) ،بحث فعالية التدريب على حل المشكلة وعلى الاسترخاء في علاج المدمنين على المخدرات برنامج زوريلا نموذجا ,أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ،جامعة الجزائر

14. سليماني فتيحة (2012) ،الادمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري ,مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس ,جامعة وهران

15. سعدي سلمى نور الهدى(2019) ،الصدمات العاطفية في مرحلة المراهقة وعلاقتها بمحاولة الانتحار ,مذكرة لنيل شهادة الليسانس في علم النفس العيادي ,جامعة محمد بوضياف المسيلة

16. سليمان هبة مختار(2022) ،الادمان والانتحار كيف يغذي الادمان الميول الانتحارية مراجعته طبيا من أحمد مصطفى ,مستشفى دار الهضبة للطب النفسي وعلاج الادمان ,مصر

17. شرف سارة (2021) ،الاكتئاب لدى المراهقات المسعفات ،مذكرة لنيل شهادة الماستر كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ،جامعة العربي بن مهيدي ام البواقي

18. صندلي ريمة (2012) ،الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار ,مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي تخصص علم النفس الضغط ,كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ,جامعة فرحات عباس ,سطيف

19. عيد محمد فتحي(1999) ،جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن ,ج1 دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب ,الرياض

20. عوفي عدنان حسين(2001) ،سلبيات المخدرات ورقة عمل مقدمة لأعمال الندوة العلمية حول البحث العلمي في الوقاية من المخدرات ,أكاديمية نايف العربية للعلوم الامنية ,الرياض

21. غسيل سناء (2015) ،تقدير الذات وعلاقته بمحاولة الانتحار لدى المراهق,مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي ,جامعة أكلي عند أولحاج ,البويرة

22. غباري محمد سلامة (2007) ،الادمان خطر يهدد الخطر الاجتماعي ،دار الوفاء لدينا ،الطباعة والنشر ،الاسكندرية مصر

23. كمال الرضا علياء وآخرون(2016) ،الذكاء الوجداني كمتغير معدل للعلاقة بين الاكتئاب والسلوك الانتحاري لدى عينة من الاحداث الجانحين ,جامعة كفر الشيخ,مصر

24. كحواش زهرة بايع راسو ليلى (2020) ،إستراتيجيات مواجهة الضغوط وعلاقتها بالتفكير الانتحاري لدى المراهقين المتمدرسين في المرحلة النهائية من التعليم الثانوي ,مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي ,كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ,جامعة 8 ماي 1945 قالمة

25. معوشة عبد الحفيظ (2008) ،الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشاب ,دراسة مكملة لنيل شهادة الماجستير ,علم النفس المرضي الاجتماعي ,جامعة محمد خيضر بسكرة

26. وفقي حامد أبو علي(2003) ،ظاهرة تعاطي المخدرات الاسباب الآثار العلاج ,منتدى إقرأ الثقافي قطاع الشؤون الثقافية ادارة الثقافة الاسلامية , الكويت

27. يحياوي وردة (2014) ،اختبار فعالية برنامج علاجي انتقائي متعدد الابعاد لعلاج الاكتئاب لدى المراهقة المتمدرسة (نموذج ارنولد لازاروس) ،مذكرة مكملة لنيل شهادة الدكتوراه ،في علم النفس العيادي ،جامعة محمد خيضر بسكرة

المراجع باللغة الاجنبية:

28. Bonner et rich ,1987 touars a predictive model of suicidal ideation and B chavior :sone peliminary data in college students, suicidal andlife-threatening behavior

29. Redd , M,D1989 ,the Prevalence of suicidal I deaction among Collage students Suicide and life ,threateing Behavior

30. Durkheim Emile ,1897 lesuicide etude de sociologie ,édition Presse universitaire de France

31. Marlene falarbeau ,2002Huit eles pour la prevention du suicide chez les junzs edition presses de l universite du quebec ,Canada

32. Friedman ,et all (1996) Source Book of substance Abese and addiction U,S,A williams ,williams

الملاحق

الملحق رقم :(01)

البيانات العامة والشخصية:

المحور الاول:

البيانات الاولية :

الاسم:.....

السن:.....

الجنس : ذكر ( ) انثى ( )

حالات الوالدين: (متزوجين) (منفصلين) (موتى)

عدد افراد الاسرة :..... عدد الاخوة : ذكور ( ) اناث ( )

ترتيبك بين اخوتك :.....

المستوى التعليمي:.....

المهنة:.....

مكان السكن:.....

اسرة مستقلة ام ممتدة:.....

من المسؤول عن كفالة الاسرة:.....

مهنة الاب:.....

مهنة الأم :.....

دخل الاسرة الاقتصادي :.....

المحور الثاني:

أسئلة المقابلة نصف الموجهة

1) متى اول مرة تجرب التعاطي ؟كيف كانت الظروف آنذاك هل بدافع الفضول ام غير ذلك؟

.....

2) منذ متى و انت تتعاطى ؟كم سنة ام كم شهر؟

.....

3) كيف كان احساسك في التعاطي اول مرة وبعد التكرار ؟كيف تطور معك الامر؟

.....

4) ما الافكار التي راودتك بعد التعاطي اول مرة (قلق .ندم.الشعور بالذنب) ام لا ؟

.....

5) ماهي الاضرار النفسية والجسدية التي شعرت بها بعد التعاطي ؟

.....

.....

6) هل استعملت عدة مواد ام اكتفيت بمادة واحدة ؟

.....

7) كيف تم اختيارك للمادة التي تتعاطاها حاليا ؟

.....

8) من اين تحصل على مبلغ تامين المادة التي تتعاطاها ؟

.....

9) ما عوامل التحفيز والتشجيع في استمرارك على التعاطي ؟

.....

10) ماهي المشكلات النفسية التي شكلت ازمة بحياتك ؟

هل كانت لديك ثقة للخروج من هذه الازمة ام اصبت باليأس واستصعب عليك الامر ؟

.....

11) كيف كانت ردة فعل العائلة عندما اكتشفت الامر ؟ و ماهي ردة فعلك اتجاههم ؟

.....

.....

12) ما كان رأي اصدقائك ؟ قاموا بتشجيعك على الاستمرار في التعاطي ام نصحوك بالتوقف ؟

.....

13) كيف كانت نصائحهم هل اثرت فيك ؟ فما ردة فعلك تجاهها ؟

.....

14) هل حاولت التخلص من الادمان ؟ وما نتائج هذه المحاولات ؟

.....

15) هل كانت تراودك افكار غريبة اثناء او قبل او بعد الادمان ؟ ما هي هاته الافكار ؟

.....

16) عندما حاولت التوقف عن الادمان ماذا تفعل حين يحين وقت الجرعة ؟

.....

17) هل راودتك افكار غريبة ولاعقلانية في هذا الوقت بالذات ؟

.....

18) عندما اصبت باليأس وقلت انك لن تستطيع التوقف عن التعاطي ما هي ردة فعلك ؟
هل طلبت المساعدة ؟ ام حاولت ايجاد حل خارجي (المختصين او مراكز الادمان) ؟

.....

19) هل اجدى العلاج نفعا معك ؟

.....

20) كيف كانت فكرة المجيء الى المركز ؟ اروي لنا كيف ؟

.....

21) ما هي اكبر مشكلة حصلت لك لما ادمنت بسبب التعاطي ؟

.....

22) ما هي الافكار التي واجهتك تجاه هذه المشكلة ؟

كيف تعاملت مع هذه المشكلة ؟

.....

الملحق رقم (02) :

الإسم :

المستوى الدراسي :

السن :

التخصص :

القسم :

التعليمة : تحتوي هذه الاستمارة على 21 مجموعة في كل واحدة منها عدد من العبارات أقرئي بتمعن كل مجموعة ثم اختاري العبارة التي تصف أكثر إحساسك وحالتك خلال الأسبوعين الأخيرين بما فيها هذا اليوم . عيني الرقم الذي يناسب العبارة المختارة . إذا وجدت عدة عبارات في نفس المجموعة تناسب إحساسك وحالتك ، عليك باختيار العبارة ذات الرقم الأكثر ثم عينيه بإشارة . تأكدي من أنك لم تختار إلا عبارة واحدة فقط في كل مجموعة ،بما في ذلك المجموعة رقم 16 والمجموعة رقم 18

سلم بيك الثاني للإكتئاب

1. الحزن

0 لا أشعر بالحزن
1 أشعر غالبا بالحزن
2 أنا حزين دوما
3 أنا حزين أو تعيس إلى درجة غير محتملة

2. التشاؤم

0 لست متشائم على مستقبلي
1 أشعر أنني أكثر تشاؤما على مستقبلي
2 لا أنتظر ان تتحسن الأشياء من أجلي

3 أشعر ان مستقبلي دون أمل وسوف يتأزم

3. الإخفاقات في الماضي

0 ليس لدي الإحساس بالفشل في حياتي ، أو أن أكون فاشلا

1 كنت أفشل غالبا

2 عندما أفكر في الماضي أجد عدد كبير من الإخفاقات

3 لدي إحساس أنني فشلت كلية في حياتي

4. فقدان اللذة .

0 أشعر بلذة أكبر من السابق بخصوص الأشياء

1 لا أشعر بلذة اتجاه الأشياء كما من قبل

2 اشعر بلذة قليلة اتجاه الأشياء التي كنت اشتهيها

3 لا أشعر بأي لذة اتجاه الأشياء التي عادة ما أتلذذ بها

5. الإحساس بالذنب

0 لا أحس نفسي مذنبا

1 أحس بالذنب لأشياء فعلتها او كنت سأفعلها

2 أحس بالذنب في غالب الأحيان

3 أحس بالذنب دائما

6. توقع العقاب

0 ليس لدي إحساس بالعقاب

1 اشعر أنه يمكن أن أعاقب

2 إنني أنتظر العقاب

3 لدي إحساس أنني سأعاقب

7. الشعور السلبي إتجاه الذات

0 أحاسيسي اتجاه ذاتي لم تتغير

1 فقدت الثقة بنفسي

2 إنني مستاءة من نفسي

3 لا أحب نفسي إطلاق

8. موقف نقذ اتجاه الذات

0 لا أوبخ نفسي ولا أنتقدها كما في العادة

1 أصبحت انتقد نفسي أكثر مما سبق

2 أنا السبب في كل سلبياتي

3 أنا السبب في كل ما يحدث لي من تعاسة

9. أفكار أو رغبة في الإنتحار

0 لا أفكر في الانتحار إطلاقا

1 أفكر أحيانا في أن أنتحر ولكن لا أفعل

2 أحب أن أنتحر

3 سوف انتحر إذا أتيحت لي الفرصة

10. البكاء

0لا أبكي كما كنت من قبل

1أصبحت أبكي أكثر مما سبق

2إنني أبكي لأبسط شيء

3أريد أن أبكي ولكن لا أستطيع

11. الإستثارة

0 لست ثائرا كما كنت عادة .

1 أحس نفسي ثائر ا خلافا للعادة

2 إنني ثائر لدرجة لا أستطيع أن أهدأ

3 إنني ثائر إلى درجة أنه لا بد علي أن أتحرك أو أفعل أي شيء

12. فقدان الإهتمام

0 لم أفقد الإهتمام بالأشخاص أو بالنشاطات

1 لا أهتم بالأشخاص أو النشاطات إلا قليلا

2 لا أهتم بالأشخاص ولا بالنشاطات إطلاقا

3 أجد صعوبة في الاهتمام بأي شيء

13. صعوبة اتخاذ القرارت

0 اتخذ القرارات كما كنت أفعل من قبل

1 أصبح من الصعب علي اتخاذ القرارات

2 أجد صعوبات أكثر مما سبق في اتخاذ القرارات

3 أجد صعوبات في اتخاذ أي قرار

14. إنحطاط القيمة

0 أشعر أنني شخص ذو قيمة

1 لا أظن أنه لدي قيمة أو أهمية كما كنت من قبل

2 اشعر انني اقل قيمة من الاخرين

3 أشعر أنه ليست لي قيمة

15. فقدان الطاقة

0 لدي دوما طاقة كبيرة كما كنت من قبل

1 لدي طاقة قليلة مقارنة بالسابق

2 ليست لدي طاقة كافية لعمل شيء كبير

3 لدي طاقة قليلة لعمل أي شيء

16. تغيرات في عادات النوم

0 عاداتي في النوم لم تتغير

1 .أ أنام أكثر بقليل من العادة

1 .ب أنام أقل بقليل من العادة

2 .أ أنام أكثر بكثير من العادة

2 .ب أنام أقل بكثير من العادة

3 .أ أنام طوال اليوم تقريبا

3 .ب أستيقظ ساعة أو ساعتين مبكرا ولا أستطيع النوم ثانية

17. سرعة الإنفعال والإثارة
0 لست سريع الإنفعال كالعادة
1 إنني سريع الانفعال على العادة
2 غنني كثير الانفعال على العادة
3 إنني منفعل دوما

18. تغيرات الشهية
0 . شهيتي لم تتغير
1 . شهيتي أقل من العادة
1 . أ شهيتي لم تتغير
1 . ب شهيتي أكثر من العادة
2 . أ شهيتي أقل بكثير من العادة
2 . ب شهيتي أكثر بكثير من العادة
3 . أ ليست لدي شهية إطلاقا
3 . ب لدي الرغبة في الأكل دائما

19. صعوبات في التركيز و الإنتباه
0 أصل إلى انتباه والتركيز دائما كما من قبل
1 لا أصل إلى الانتباه والتركيز كما كنت عادة
2 أجد صعوبات في التركيز طويلا على أي شيء
3 أجد نفسي لا أستطيع التركيز على أي شيء

20. التعب
0 لست متعبا أكثر من العادة
1 اتعب بسهولة خلافا للعادة
2 إنني في غاية التعب لأجل فعل عدد كبير من الأشياء أفعلها سابقا
3 إنني في غاية التعب لأجل فعل أغلبية الأشياء التي كنت أفعلها سابقا

21. فقدان الإهتمام الجنسي

0 لم أسجل تغييرا جديدا يخص اهتمامي بالجنس

1 يهمني الجنس أقل مما سبق

2 يهمني الجنس أقل بكثير مما سبق

3 فقدت كل أهمية للجنس

تفسير العلامات :

العلامة الكلية	المستوى
من 0 الى 11	اكتئاب ادنى
من 12 الى 19	اكتئاب خفيف
من 20 الى 27	اكتئاب متوسط
من 28 الى 63	اكتئاب شديد