الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس، وعلوم التربية والأرطفونيا

الأزمات الأسرية والصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات

دراسة ميدانية بمقر جمعية مرافقة الشباب بالقرارة –غرداية–

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

نجمة بن لفقي

تحت إشراف:

– أ.د/ مراد يعقوب

لجنة المناقشة

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
يوسف قدوري	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	رئيســـــــا
مراد يعقوب	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	مشرفـــا ومقررا
حنان بلعباس	أستاذة التعليم العالي	جامعة غرداية	مناقشـــــة

2025/2024

الجمهوريـــــة الجزائريـــــة الديمقراطيـــــة الشعبيـــة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة غرداية

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس، وعلوم التربية والأرطفونيا

الأزمات الأسرية والصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات

دراسة ميدانية بمقر جمعية مرافقة الشباب بالقرارة –غرداية–

مذكرة مقدمة لاستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

إعداد الطالبة:

نجمة بن لفقي

تحت إشراف:

– أ.د/ مراد يعقوب

لجنة المناقشة

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	الجامعة الأصلية	الصفة
يوسف قدوري	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	رئيســـــــا
مراد يعقوب	أستاذ التعليم العالي	جامعة غرداية	مشرفـــا ومقررا
حنان بلعباس	أستاذة التعليم العالي	جامعة غرداية	مناقشـــــة

2025/2024

بِسْمِ ٱللَّهِ ٱلرَّحْمَٰنِ ٱلرَّحِيمِ
يَٰٓأَيُّهَا ٱلَّذِينَ ءَامَنُواْ
قُوٓاْ أَنفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ
نَارًا وَقُودُهَا ٱلنَّاسُ وَٱلْحِجَارَةُ
عَلَيْهَا مَلَٰٓئِكَةٌ غِلَاظٌ شِدَادٌ لَّا يَعْصُونَ ٱللَّهَ مَآ أَمَرَهُمْ
وَيَفْعَلُونَ مَا يُؤْمَرُونَ
إسماعيل الكبيسي
(سورة التحريم:٦)

شكـــر وعـــــرفـــــان

إني أشكر الله وافر الشكر على توفيقه لي وإعانتي على إتمام رسالتي العلمية.

كما انني أقدم أسمى آيات الشكر والعرفان بالجميل للأستاذ الدكتور مراد يعقوب الذي تفضّل بقبول الإشراف على رسالة الماستر، والذي منحني من وقته الثمين ومن بحر معلوماته وخبراته الواسعة ما شكّل إضافة كبيرة للعمل البحثي، حيث كانت توجيهاته ونصائحه المنارة التي استعنت فيها في كامل عملي البحثي، فأسأل الله العزيز أن يجازيه خير الجزاء.

كما أتوجه بالشكر الجزيل على قبول مناقشة رسالة الماستر لكل أعضاء اللجنة الكريمة المتمثلة في: الأستاذ الدكتور: يوسف قدوري والأستاذة الدكتورة: بلعباس حنان.

وفي نهاية مقالنا حول كلمة شكر في مناقشة رسالة الماستر، والشكر الخاص لجمعية مرافقة شباب القرارة كل باسمه وكريم مقامه، خاصة الأخصائي النفساني: "الشيخ دحمان"، والمرافق للشباب الأخ "الصديق".

نجمة

ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن الأزمات الأسرية والصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات من 12 إلى 21 سنة بوجهة نظر(عيادية نسقية)، والتي تتمحور في دراسة أنماط التفاعلات بهذه العائلات والكشف عن سوء أداء وظائفها والأزمات الحادة التي يمر بها النسق، والكشف عن الإضطرابات النفسية الأكثر شيوعا المصاحبة للإدمان. ومن أجل تحقيق هدف الدراسة، قمنا باختيار المنهج الذي يناسب دراستنا والذي هو المنهج العيادي (دراسة حالة)، حيث طبقنا المقابلة النسقية واعتمدنا كذلك على المخطط الجيلي والخصائص البنائية للعائلة وطبقنا اختبار الإدراك الأسري FAT، وكذلك طبقنا إختبار مينيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2، وبعد تحليل النتائج المحصّل عليها توصلنا إلى أن السلوك الذي يُظهره المراهق (العرض) يلعب دورًا نسقيًا أساسياً، يتمثل في التعبير عن الاختلالات التي يعاني منها النسق العائلي على مستوى البنية، والكشف عن الأزمات الحادة التي يمر بها النسق والمرتبطة أساسا بالظروف العائلية الصعبة لكل العائلة والمتسببة في معاناة أفرادها والسياق الصعب لأزمة المراهقة بسبب سوء تكيف الأسرة معها، وتحديد نوع الإضطرابات النفسية الشائعة المصاحبة للعرض (الإدمان).

الكلمات المفتاحية: الأزمات الأسرية – الصحة النفسية – المراهق المدمن – المخدرات

Abstract :

This study aimed to explore the family crises and the mental health of adolescents addicted to drugs, aged between 12 and 21 years, from a clinical systemic perspective. The focus was on examining patterns of interaction within these families, identifying dysfunctions in their roles, the acute crises experienced by the system, and uncovering the most common psychological disorders associated with addiction. To achieve the study's objectives, we adopted a methodology suitable for this type of research: the clinical case study approach. We conducted systemic interviews and utilised tools such as the genogram, family structural characteristics, the Family Assessment Test (FAT), and the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Following the analysis of the collected data, we found that the behaviour exhibited by the adolescent (the symptom) plays a fundamental systemic role. It serves as an expression of the structural dysfunctions within the family system and reveals the acute crises affecting the system. These crise

s are primarily linked to the family's difficult circumstances, which cause suffering among its members, as well as the challenging context of adolescence, exacerbated by the family's poor adaptation to it. Furthermore, the study helped identify the types of psychological disorders commonly associated with the symptom (addiction).

Keywords: Family crises – Mental health – Addicted adolescent – Drugs

فهرس المحتويات

إهداء.....	أ
شكر وعرفان.....	ب
ملخص الدراسة باللغة العربية.....	ج
ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....	د
فهرس الجداول.....	ح
فهرس الأشكال.....	ط
فهرس الملاحق.....	ي
مقدمة.....	1
القسم الأول: الإطار النظري للدراسة.....	4
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.....	5
1. الإشكالية.....	6
2. الفرضيات.....	9
3. أهداف الدراسة.....	09
4. أهمية الدراسة.....	10
5. دوافع اختيار الموضوع.....	10
6. الدراسات السابقة.....	11
1.6. الدراسات العربية.....	11
2.6. الدراسات السابقة باللغة الإنجليزية.....	15

7. تحديد المفاهيم الإجرائية.....	17
الفصل الثاني: الأزمات حسب التناول النسقي.....	18
تمهيد.....	19
1. تعريف الأسرة.....	19
2. مفهوم عام للأزمة.....	20
3. دورة حياة الأسرة.....	21
4. الخصائص البنائية للعائلة حسب سلفادور مينوشين.....	24
5. العائلة الوظيفية وغير الوظيفية.....	27
6. معايير اختلال التوظيف الأسري	29
7. التناقل المتعدد الأجيال حسب موري بووان Murray Bowen.....	30
خلاصة الفصل.....	30
الفصل الثالث: الصحة النفسية والمراهق المدمن.....	31
تمهيد.....	32
1. ماهية الصحة النفسية.....	32
2. نسبية الصحة النفسية.....	33
3. مفهوم المراهقة.....	34
4. أزمة المراهقة.....	35
5. الدراسة النسقية للعرض (دور العرض).....	37
6. المراهقة وبعض خصائصها السيكوباتولوجية.....	38
7. تعريف الإدمان على المخدرات.....	39
8. الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان على المخدرات.....	40
خلاصة الفصل.....	41
القسم الثاني: الإطار الميداني للدراسة.....	42
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.....	43

تمهيد.....	44
1.الدراسة الاستطلاعية.....	44
1.1. تعريفها.....	44
2.1. هدفها.....	44
3.1. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية.....	44
4.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية.....	45
2.المنهج المتبع في الدراسة.....	45
3.الدراسة الأساسية.....	46
1.3.مجموعة الدراسة.....	46
2.3.المجال الزماني والمكاني لإجراء الدراسة الأساسية.....	47
4.تقنيات جمع المعطيات.....	47
1.4. المقابلة النسقية العائلية.....	48
2.4. المخطط الجيلي Génogramme.....	50
3.4. البطاقة العائلية Carte familiale.....	51
4.4. اختبار الادراك الأسري Family Apperception Test (FAT)...	53
5.4. تعريف اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2).....	56
خلاصة الفصل.....	59
الفصل الخامس: عرض الحالات وتقييمها	60
1. تحليل الحالات وتقييمها.....	61
الحالة الأولى (عائلة المراهق عبد الرحمن):.....	61
الحالة الثانية (عائلة المراهق أسامة).....	81
2. الاستنتاج العام.....	99
المراجع.....	104
الملاحـق.....	109

فهرس الجداول

الجدول رقم (01): يمثل مراحل دورة حياة الأسرة	22
الجدول رقم (02): يوضح مجموعة الدراسة	47
الجدول رقم (03): يمثل معامل الارتباط معامل الارتباط كابا (K) لـ Cohen حسب المجموعة وحسب الأصناق (Gingrich 1987)	55
الجدول رقم (04): توزيع النقاط حسب ورقة تنقيط اختبار الادراك الأسري FAT "عبد الرحمن"	71
الجدول رقم (05): جدول متوسطات درجات سلالم الصدق "عبد الرحمن"	78
الجدول رقم (06): جدول متوسطات درجات السلالم الإكلينيكية "عبد الرحمن "	78
الجدول رقم (07): توزيع النقاط حسب ورقة تنقيط اختبار الادراك الأسري FAT " أسامة"	91
الجدول رقم (08): جدول متوسطات درجات سلالم الصدق "أسامة"	96
الجدول رقم (09): جدول متوسطات درجات السلالم الإكلينيكية "أسامة "	97
الجدول رقم (10) يوضح نسبة المؤشر العام لسوء الأداء بالنسبة لكلتا العائلتين	101

فهرس الأشكال

الشكل رقم (01): يوضع رموز المخطط الجيلي للعائلة.....	51
الشكل رقم (02): يوضع رموز البطاقة العائلية.....	52
الشكل رقم (03): يمثل نموذج مثالي للبطاقة العائلية.....	53
الشكل رقم: (04) يمثل المخطط الجيلي لعائلة عبد الرحمن.....	63
الشكل رقم: (05) يمثل المخطط الجيلي لعائلة أسامة.....	83

الملاحق

الرقم	العنوان	الصفحة
1	ملحق يمثل ورقة التنقيط لاختبار الإدراك الأسري (FAT)	110
2	ملحق يمثل ورقة تنقيط "عبد الرحمن"	111
3	ملحق يمثل ورقة تنقيط "أسامة"	112
4	ملحق يمثل منحنى البروفيل النفسي مع ارتفاع درجات السلالم الاكلينيكية القاعدية للحالة الأولى	113
5	ملحق يمثل منحنى البروفيل النفسي مع ارتفاع درجات السلالم الاكلينيكية القاعدية للحالة الثانية	114
6	ملحق يمثل لوحات اختبار الإدراك الأسري (FAT)	115

مقدمـــــــــة

مقدمة

تعد الأسرة الوحدة الاجتماعية الاولى التي تهدف إلى المحافظة على النوع الانساني، و تقوم على المقتضيات التي يرتضيها العقل الجماعي والقواعد التي تقررها المجتمعات المختلفة، و يعتبر نظام الاسرة هو نواة المجتمع، في حين يرى رشوان أن الأسرة هي معيشة رجل و امرأة أو اكثر على اساس العلاقات الجنسية التي يقرها المجتمع، وما يترتب على ذلك من واجبات كرعاية الاطفال المنجبين و تربيتهم ثم امتيازات كل من الزوجين إزاء الاخر و إزاء اقاربهم و ازاء المجتمع.

والأسرة هي أحد النظم الاجتماعية الأساسية وأقدمُها ، وهي موجودة في كل المجتمعات الإنسانية في العالم وعبر التاريخ، فلا يخلو منها أي مجتمع، فهي نواته التي تعكس تصرفاته.
(رشوان حسين عبد الحميد،2004، ص89)

وتعد المراهقة من أهم المراحل العمرية وهي مرحلة انتقالية ما بين الطفولة و الرشد و تتميز بتغيرات تشمل مختلف مظاهر النمو: الجسمية، النفسية والاجتماعية، والمراهقة تختلف من فرد إلى اخر و من بيئة جغرافية إلى اخرى كذلك تختلف باختلاف الانماط الحضارية التي يتربى فيها المراهق، ويعد فيها محورا هاما في البناء الاجتماعي والنفسي لأي مجتمع، إذ أن مرحلة المراهقة تمثل فترة إنتقالية دقيقة ما بين الطفولة والنضج، تتميز باضطرابات نفسية، معرفية، وإجتماعية معقدة، حيث يبحث المراهق فيها عن ذاته وهويته المستقلة، ويواجه صراعات داخلية ناتجة عن التوتر بين حاجته إلى الإستقلال وتعلقه بالأمان العائلي، وفي ظل هذه التحولات، تلعب الأسرة دورا مركزيا في دعم المراهق، وتهيئة بيئة آمنة تساعده على اجتياز هذه المرحلة الحرجة بنجاح. (موسى،2018 ، ص 18)

غير أن الواقع الأسري في العديد من المجتمعات بات يشهد تحولات بنيوية عميقة، نتيجة لتغير القيم والعلاقات داخل النسق العائلي، مما جعل العديد من الأسر تواجه أزمات مزمنة أو مفاجئة، مثل التفكك، الطلاق، العنف، التسلط الأبوي، الإهمال، غياب التواصل أو أحد الوالدين، كل هذه العوامل تُضعف التماسك الأسري، وتنعكس سلبا على التوازن النفسي للأبناء، وخاصة المراهقين الذين يكونون في مرحلة هشة نفسيا واجتماعيا، وتُعد الأزمات الأسرية من بين أكثر العوامل تأثيرا في الصحة النفسية للمراهق، حيث تُظهر الأبحاث أن المراهق الذي يعيش في بيئة أسرية مضطربة يكون

أكثر عرضة للقلق، الإكتئاب، ضعف تقدير الذات، الإندفاعية، والميل إلى الإنحراف أو السلوك الإدماني.

(بوزيان، 2020، ص37)

وكثيرا ما نجد أن مشكلات الأبناء ما هي إلا عينة من مشكلات الأسرة ونتائج اضطراب أسري شامل، وقد تتشابك هذه المشكلات لدرجة يصعب حلها فرديا فتستلزم العمل الجماعي، مع الأسرة كوحدة. (العزة سعيد حسين،2000، ص 64)

وبصفة خاصة فإن عامل الانسجام في الأسرة والتماسك، ونوعية الوالدية لها تأثير دامغ على مدى عريض ومتنوع من أساليب السلوك التكيفيّة، كما أن العلاقات التي هي غير صراعية والتي تكون مدعمة ، تكون كاتمة لأنفاس المراهق هي أفعال المؤثرات في، تحقيق التوافق الايجابي في المراهقة.

(كفافي علاء الدين،2006، ص 204)

وبما أن فترة المراهقة غامضة بالنسبة للمراهق حيث تغمره الحيرة ويسيطر عليه الارتباك بسبب عدم تحديد الأدوار التي يجب عليه القيام بها أو وضوحها بالنسبة له مما يؤدي إلى، حدوث مشاكل متعدّدة تؤدي إلى الانحراف منها الإدمان.(خير الزراد فيصل،1997، ص 106)

ولا توجد دراسة واحدة سواء أوروبية أو عربية إلاّ وأثبتت وجود علاقة قوية جدا بين التعاطي والإدمان وبين ما يحدث في الأسرة، فالأسرة المفككة والصراعات بين الأم والأب وغيرها من المشاكل يؤدي بالأبناء إلى الإدمان على الخمر والمخدرات.(مشابقة أحمد محمد،2007، ص 72)

فقد توصلت دراسة راثود (1970) إلى أن الوسط الذي أتى منه المدمن يبين أنه ذو وضع أسري خاص: كأن يكون الإبن الوحيد في العائلة أو أن الأب غائب أو غير متوافق كأن يكون سكير أو مريض عقليا. كما توصلت الباحثة لوريس (1977) أن المراهقون المدمنون والمتعاطون لديهم مشكلات نمائية في مجالات الضبط الأسري والإحساس بالإنفصال وأن الوالدين قد مارسا أدوارا سلبية في سبيل مواجهة أزمات النمو المرتبطة بالمرحلة العمرية لأبنائهم.

(عبد المعطي مصطفى،2001، ص 22)

ومن هذا المنطلق وأمام انتشار ظاهرة اضطراب السير بالمراهقة وقلة الدراسات النسقية العائلية بهذا الميدان، قمنا من خلال بحثنا هذا بمحاولة لتقديم شبكة نسقية لتوظيف العائلة الجزائرية المتضمنة لمراهقين يظهرون إضطرابات المرور إلى الفعل وهو الإدمان على المخدرات، ولقد قسمت الدراسة الحالية إلى جزئين: نظري و تطبيقي.

وقد تناولت في هذه الدراسة مايلي: الإطار العام للإشكالية: يضم الإشكالية، الفرضيات، الدوافع، أهمية وأهداف الدراسة، التعريفات الإجرائية لمصطلحات الدراسة. القسم الأول: الإطار النظري للدراسة ويحتوي على فصلين: الفصل الأول: تطرقت إلى التناول النسقي للأزمات الأسرية وتطرقت فيه إلى المفهوم العام للأزمة وذلك بالإشارة إلى أهم العناصر البنائية للعائلة والعائلة الوظيفية والغير وظيفية، أما الفصل الثاني فقد تطرقت فيه إلى الصحة النفسية لدى المراهق المدمن . في حين القسم الثاني: المنهجية، ويحتوي على كل ما يتعلق بالمنهجية المتبعة في هذه الدراسة: الفصل الرابع منهجية الدراسة ويتضمن نقطتين، المنهج المستعمل في البحث، الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية وأدوات البحث. الفصل الخامس: الذي اختتم بتحليل مناقشة النتائج، الاستنتاج العام وتقديم مقترحات.

القسم الأول:

الإطار النظري للدراسة

الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. أهمية البحث
4. أهداف البحث
5. دوافع اختيار الموضوع
6. الدراسات السابقة والتعقيب عليها
7. تحديد المفاهيم الإجرائية

1. الإشكالية:

يُعتبر المراهق المدمن على المخدرات نموذجًا مركزيًا لاضطراب في التكيف النفسي والاجتماعي خلال مرحلة المراهقة، حيث لا يُعد الإدمان مجرد سلوك منحرف أو تجربة عابرة، بل هو انعكاس لصراع داخلي ناتج عن تفاعل سلبي مع محيطه الأسري والاجتماعي. فهذه المرحلة العمرية الحرجة تتسم بالحساسية الشديدة تجاه الظروف المحيطة، ما يجعل المراهق أكثر عرضة لتبني سلوكيات هروبية وغير صحية حين تغيب بيئة أسرية مستقرة وداعمة. (الزراد، 1997، ص 106)

لا شك أن المراهقين هم نواة المجتمع البشري، ومرحلة المراهقة يتوقف عليها إلى حد بعيد بناء شخصياتهم وتحديد سلوكهم في المستقبل وأي جهد يوجه لرعايتهم وحمايتهم هو في نفس الوقت تأمين لمستقبل الأمة وتدعيم لسلامتها، لذلك تعتبر رعاية الأسرة والطفولة العملية البناءة الأساسية في أي مجتمع يسعى إلى تحقيق التطور المتوازن البعيد عن الانحرافات والعلل الاجتماعية والقادر على الابتكار والتجديد والتمسك بالقيم والأخلاق الفاضلة. (البقلي، 2006، ص 03)

وتعدّ الأزمة ظاهرة إنسانية ملازمة للوجود البشري منذ القدم، تنشأ فجأة نتيجة عوامل داخلية أو خارجية، محدثة تهديداً مباشراً للفرد أو المجتمع، مما يستوجب مواجهتها بحزم للحد من آثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية. وقد أصبحت الأزمات سمة من سمات الحياة المعاصرة ومصدراً دائمًا للقلق، نظراً لما تحدثه من تحوّلات مفاجئة في السلوك المعتاد بسبب تفاعلات معقدة تُفضي إلى مواقف ضاغطة تتطلب قرارات سريعة رغم ضيق الوقت ونقص المعلومات. ولذلك، فإن إدارة الأزمات تستلزم امتلاك مهارات مثل الشجاعة، والاتزان، والتفكير الإبداعي، والقدرة على الاتصال والحوار. وتشير بعض الدراسات إلى أن تجاهل الأزمات يؤدي إلى تفاقمها، بينما أفضل استجابة تكمن في خوض غمارها وتحويلها إلى فرصة للنمو والانفتاح على المستقبل في ضوء الإمكانات المتاحة. (عزة رفلة، د-ت، ص 01)

فالصحة النفسية للمراهق مرتبطة بطبيعة علاقته داخل الأسرة التي كانت ولا تزال تلعب دورا هاما في حياته، فمن خلال العلاقة الأولية مع أفراد الأسرة ينمي المراهق خبراته عن الحب و العاطفة والحماية والإستقرار النفسي، فهو يحتاج إلى إشباع حاجاته الأساسية التي تضمن له التوافق النفسي والصحة النفسية .(بلان،2011، ص 179)

هذا التفاعل داخل الأسرة أو ما يعرف بالجو الأسري مسؤول عن تكيف الفرد أو انحرافه، وأي خلل في هذا النظام الأسري يؤدي إلى اضطراب في النسق ككل. فمن هنا، لا يمكن اعتبار الأسرة ضحية للفرد المضطرب، بل الفرد هو ضحية الأسرة المضطربة، وعادة ما يكون هذا الفرد أضعف حلقات الأسرة وبالتالي هو العضو الذي تعبر الأسرة من خلاله عن اضطرابها.

(الكفافي، 1999، ص 5-6)

أغلب الدراسات التي تناولت مشكلة التعاطي والإدمان ربطت حدوثه بما يحدث داخل الأسرة. فالأسرة المفككة والصراعات بين الأم والأب وغيرها من المشاكل يؤدي بالأبناء إلى الإدمان على الخمر والمخدرات. (مشابقة، 2007، ص 72)

من بين الدراسات ما توصل له جوريش Jouriche وآخرون (1985)، حيث أكدوا أن هناك متغيرات بيئية تجعل الأطفال والمراهقين أكثر عرضة للإدمان على الكحول، منها نقص العلاقات الحميمية بين أفراد الأسرة والحب والثقة المتبادلين، ورفض الوالدين للطفل وتفشي الصراع والعدوانية وغياب الانضباط، وشيوع نماذج الأدوار غير المناسبة، وعدم إتاحة الفرصة للأبناء لتعلم مهارات التوافق والتكيف مع الوالدين. (أبو جادو، 2007، ص 105)

وبالاعتماد على المنظور النسقي، تُفسّر الاضطرابات النفسية كنتيجة لتفاعلات مرضية داخل أسر تعاني الهشاشة وتقيّد استقلالية الأفراد. هذه الديناميات لا تقتصر على فترة المراهقة بل تمتد طوال مراحل النمو. تلتقي هذه الرؤية مع نظريات أخرى مثل التحليل النفسي والمعرفية، التي تؤكد أهمية المحيط الأسري في تشكيل الشخصية. تعتبر الأسرة نسقاً يحكمه توازن دقيق بين الأفراد والأجيال، واختلاله يؤدي إلى اضطرابات في الأدوار والوظائف. في مثل هذه السياقات، يعيش المراهق صراعاً بين حاجته للانفصال وبين مقاومة الأسرة لأي تهديد لقيمها ونظمها.

(Salem, 2005, p 90)

وحسب Bernard Martinez، فإن المراهق أمام هذه الصعوبات والمشاكل التي يواجهها يكون بين خيارين إما أن يمر إلى الفعل الذي يعتبر من السلوكات الصاخبة والتعبيرية والتي نادرا ما يمر بها دون أن تلاحظ، وإما أن يعرف انسحابا اكتئابيا، فيمر في صمت دون أن يلاحظ.

(Martinez, T1, 2008, P 10)

وحسب (Marcelli وBeaconnier) ،فإن المرور إلى الفعل(passage à l'acte) يتسم في غالب الأحيان بالعنف والعدوانية وبالطابع الاندفاعي والإجرامي بكثرة، يتعلق الأمر بمجموع السير السلوكية ذات طابع عدواني موجهة نحو الذات أو نحو الآخرين مثل (الغضب، السرقة، الاعتداءات، انتحار، التشويه الذاتي، السير الجنسية، سير الإدمان،...) ومثل هذه السير الخطيرة تسجل إما في إطار الشخصيات الضد اجتماعية أو التنظيم الحدي للشخص.

وفي هذا السياق، تبرز أهمية النظر إلى الإدمان لا كمشكلة فردية فقط، بل كعرض نسقي داخل الأسرة، إذ يرى Minuchin، أن توزيع الأدوار وحدود التفاعل بين أفراد العائلة هو ما يحدد تماسكها أو تفككها، وأن اضطراب هذه الحدود يسهم في إنتاج أعراض سيكوباتولوجية، منها السلوك الإدماني عند أحد الأفراد، خصوصًا في فترات الانتقال الأسري.(Salem, 2005, P 75)

إن مثل هذه الملاحظات تقودنا للتفكير أن المراهقين "هم ضحايا أبرياء لآباء الممرضين (pathogènes) فهم ينتمون إلى نسق مختل الوظيفة، ومختل أفراد العائلة يستخدمون عرضا أو مرضا كميكانزم معدل ". (Angel, S et Angel,2003, p 97)

تُظهر المقاربة النسقية أن "المفحوص المعين (Patient désigné) "غالباً ما يكون المؤشر الفردي لاضطرابات علائقية داخل النسق العائلي. وفقاً لـ Kaufmann وFivas،(1980) فإن الأعراض المفاجئة والحادة تُعد تعبيراً عن أزمة نسقية تحدث غالباً أثناء مراحل الانتقال في دورة حياة الأسرة. هذه الفترات الانتقالية تجعل العائلات أكثر عرضة لإنتاج أعراض، خاصةً تحت ضغط مفاجئ. ويُفهم السلوك العرضي في مستويين: كترجمة للأزمة من جهة، وكآلية لإعادة التوازن الداخلي من جهة أخرى. بهذا، يصبح العرض النفسي وسيلة لتعديل توازن النسق الأسري.

(Salem, 2005, P 82-83)

كما يظهر العرض عند المراهق" كمحاولة للاستقلالية وكتسوية التي تحافظ على الروابط في حالتها المعقدة، فالإدمان على المخدرات مثلا هو عرض يمكن وضعة في سجل محاولة المراهق للحصول على مراقبة عليه وعلى الآخر، وللهروب من التبعية للوالدين.

وعليه فمجمل الدراسات تؤكد أن الجو الأسري المضطرب والعلاقات السائدة فيه والتفاعل بين أفراده خاصة العلاقة بين الوالدين والأبناء من شأنها أن تؤدي إلى اضطرابات سلوكية خطيرة ومنها الإدمان على المخدرات.

ومن هذا المنطلق، نطرح التساؤلات التالية:

- كيف يتصف الأداء الوظيفي لعائلات المراهقين المدمنين على المخدرات؟
- وما هو الدور المؤدي من قبل المفحوص المعين عند الإدمان على المخدرات داخل سياقه العائلي؟
- وما نوع الاضطرابات النفسية الشائعة المصاحبة لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء الأزمات الأسرية؟

2. الفرضيات:

- تسمح لنا دراسة أنماط التفاعلات بهذه العائلات الكشف عن سوء أداء وظائفها "غموض الأدوار وعدم وضوح الحدود والسلطة ونشوء أنساق فرعية مرضية ".
- يبدو أن الإدمان على المخدرات لدى المراهق له دور في التعبير عن الأزمة التي يمر بها النسق وكذلك يعتبر كمحاولة لمساعدتها على استرجاع توازنها المفقود.
- اختلال البنية الأسرية يترافق مع ظهور أعراض نفسية شائعة مصاحبة للإدمان كما يظهره اختبار مينيسوتا2- MMPI.

3. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- إشباع فضولي علمي في فهم مدى تأثير وتأثر أفراد الأسرة فيما بينهم، ومدى تأثير هذه العلاقة على المراهق لتؤدي به إلى الإدمان على المخدرات، وهذا يندرج ضمن متغير يتلخص في شكل النسق الأسري.

- الكشف على نوعية النسق الأسري للمراهق المدمن على المخدرات وكذا مميزات هذا النسق.
- تحليل تمثلات المراهق للعلاقات الأسرية باستخدام اختبار الإدراك الأسري.
- تشخيص الاضطرابات النفسية الشائعة الناجمة لدى المراهق المدمن من خلال اختبار مينيسوتا

4. أهمية الدراسة:

تتحدد أهمية دراستنا هذه في:

- تسليط الضوء على ظاهرة الإدمان على المخدرات خاصة عند المراهقين التي عرفت ولا زالت تعرف تفشي واسع في أرجاء العالم والاهتمام بهذه الشريحة العمرية.
- الكشف على أهمية الأسرة كعامل أولي ومهم في المساهمة سواء في العملية العلاجية أو التحسيسية ومراقبة الأبناء.
- يستمد البحث أهمية من خلال ارتباطه بالأسرة والنسق الأسري وذلك بتسليط الضوء على نوع العلاقات السائدة فيها من زاوية الصحة النفسية للمراهق بعد مروره للإدمان على المخدرات.
- تقدم أدوات تقييم عيادية دقيقة (FAT) (MMPI-2)، ما يسمح بفهم أعمق للحالة النفسية والسياق الأسري للمراهق.

5. دوافع اختيار الموضوع:

- موضوع جديد لم يتطرق إليه أحد من قبل وبالتالي يحتاج إلى دراسة وتحليل علمي عميق من المنظور النسقي.
- اكتساب مهارة جديدة جراء القيام بهذه الدراسة.
- تطوير واتساع في موضوعي لمذكرة الليسانس "العنف الزوجي ضد المرأة وأثره في ظهور الإدمان عند المراهق" (2006-2007).
- ظاهرة تعاطي المخدرات تفشت بكثرة لم تبق محصورة في الشوارع وعند الأميين فحسب، بل تسللت إلى الفئة المثقفة لتغزو بذلك المدارس، المعاهد والجامعات.

6. الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة أحد أهم مصادر المعرفة التي يعتمد عليها الباحث بهدف الاستفادة منها في تحديد المنهجية العلمية والأدوات المناسبة، واكتشاف ما توصلت إليه من نتائج قد تفيد في تأصيل رسالته وتأكيد على أهمية موضوعها ووفقا للمعايير المنهجية المتعارف عليها.

1.6. الدراسات العربية:

- دراسة د.سليماني مليكة (2023) علاقة المناخ الأسري بالصحة النفسية لدى المراهقين دراسة ميدانية في ولاية تيزي وزو :

حاولت دراسة هذا الموضوع أي المناخ الأسري وعلاقته بالصحة النفسية لدى المراهق وبالتالي الهدف من الدراسة الحالية هو الكشف عن العلاقة بين المناخ الأسري والصحة النفسية لدى المراهقين وقد تم الاعتماد على عينة بحث تشمل على 150 مراهق ومراهقة واستخدام كل من مقياس المناخ الأسري لـ (خليل 2000) ومقياس الصحة النفسية لـ (موسى والدوسقي 2011)، وقد أسفرت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين كل من المناخ الأسري للمراهق وصحته النفسية لتفسر النتائج فيما توصلت إليه الدراسات النظرية والدراسات السابقة.

- دراسة جميلة بن عمور وسهيلة بوجلال (2021) الموسومة بعنوان القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض متغيري نوع المخدر ومدة العلاج، والتي نشرت بتاريخ :2021/04/15

والتي هدفت إلى التعرف على مستوى القلق لدى المدمن المراهق والتي تم إجراؤها على ستة مراهقين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان على المخدرات بولاية الشلف، واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي باستخدام الملاحظة والمقابلة الموجهة والمقابلة النصف موجهة. واختبار تايلور الصريح، وأظهرت النتائج أن مستوى القلق لدى المراهق يتراوح بين متوسط ومرتفع، كما أنه يتأثر بنوع المخدر المستخدم ومدة العلاج.

- دراسة خاص شامة وميزاب ناصر سنة (2020) بعنوان إدراك النسق الأسري لدى المراهق المدمن على المخدرات:

والتي هدفت إلى الكشف على نوعية النسق الأسري الذي ينتمي إليه المراهق المدمن، التعرف على كيفية إدراك المدمن نسق اسرته وكذلك التعرف على طبيعة وديناميةالنظام الأسري، وكذلك محاولة الوصول إلى حلول تساعد على محاربة تفشي هذه الظاهرة، ظاهرة الإدمان واستخدمت أداة اختبار الإدراك الأسري FAT لجمع البيانات وفق المنهج العيادي وكان أبرز نتائجها التوصل إلى نتيجة مفادها أن المراهق المدمن يدرك أن النسق الأسري متصارع.

- دراسة جغلاب محمد الصالح سنة (2018) بعنوان النسق الأسري لدى المدمن على المخدرات دراسة حالة في ضوء المقابلة العيادية واختبار FAT:

والتي تهدف إلى تسليط الضوء على طبيعة النسق الأسري لدى الشاب المدمن على المخدرات (القنب الهندي) من خلال نوعية التوظيف الأسري لدى المدمنين باستعمال المقابلة العيادية واختبار الإدراك الأسري FAT وفق المنهج العيادي بأسلوب دراسة الحالة، حيث أسفرت النتائج بأن المدمن على المخدرات يندرج ضمن نسق أسري مختل وغير وظيفي يتميز بديناميةصراعية مع غياب حلول لها نتيجة لوجود جو أسري أكثر انفعالا واختلالا في النسق، وبروز سياقات بسوء المعاملة النفسية والجسمية.

- دراسة محمد أحمد محمد الدش (2020) إدارة الأزمات الأسرية في ضوء الإسلام

يهدف البحث إلى الإبانة عن الأسباب الداخلية والخارجية الأزمات الأسرية، وتوضيح أبرز خصائص وسمات مدير الأزمة الأسرية، وبيان الأسلوب العلمي في إدارتها، ثم الإسهام في تعزيز الوعي الأسري لدى الزوج والزوجة، وكذا إمداد المعنيين بالإرشاد والتثقيف الأسري بتوصيات تسهم في التبصير بمنهج الإسلام في إدارة الأزمات الأسرية. استخدم الباحث في ذلك المنهجين الاستقرائي، والاستنباطي. وكان من نتائج البحث احتواء الإسلام على منهج متكامل في إدارة ما يعرض للأسرة من أزمات مختلفة. ومن التوصيات تأهيل كوادر من المصلحين، وتثقيفهم بالمنهج الإسلامي في معالجة المشكلات، وإدارة الأزمات الأسرية عن طريق الدورات التدريبية، والندوات العلمية.

- دراسة أحمد بن عبد الله بن عثمان العمودي (2023) بعنوان "المشكلات الأسرية المتكررة وكيفية الحد منها": استهدفت هذه الدراسة التعرف على أبرز المشكلات الأسرية من واقع ممارسة الإرشاد الأسري بمركز الاستشارات الأسرية بجمعية المودة بجدة. اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي ودراسة الحالة، وشملت مقابلات مع 10 من ممارسي الإرشاد. توصلت النتائج إلى أن

المشكلات الزوجية تتكرر عند حديثي الزواج والمستقرين، بينما تتكرر الاضطرابات النفسية في مرحلتي الزواج المبكر والنضج، وتظهر المشكلات الاقتصادية بشكل أكبر في مرحلة الاستقرار، فيما تتساوى المشكلات الاجتماعية في مرحلتي الاستقرار والشيخوخة. وبيّنت الدراسة أن من أبرز مسببات المشكلات الأسرية: التشوهات المعرفية، الانفصال العاطفي، ضعف الحدود الأسرية، التقصير في الأدوار، والانحرافات العامة. وأوصت بتطوير برامج تأهيل المقبلين على الزواج، وتعزيز التثقيف الأسري في المناهج الدراسية والإعلام، ودعم دور مراكز الإرشاد الأسري في حل المشكلات الزوجية.

- دراسة مراد يعقوب (2017/2016) في أطروحته لنيل شهادة الدكتوراه، الموسومة بـ "أثر النسق الأسري في ظهور سلوك الاعتداء لدى المراهق"، حيث هدفت الدراسة إلى تحديد الأثر الوظيفي للأسرة في بروز السلوك الاعتدائي لدى عينة من المراهقين. وقد توصّل الباحث إلى وجود أثر دال إحصائيًا للوظيفة الأسرية، سواء من حيث الدرجة الكلية أو الفرعية، في ظهور هذا السلوك لدى مراهقي ثانويات مدينة تقرت.

اعتمدت الدراسة على عينة قوامها 303 تلميذًا متمدرسين بثانويات تقرت الحضرية، واستُخدم المنهج الوصفي بهدف تحليل أنماط التفاعل داخل النسق الأسري، وتوضيح الكيفية التي تسهم بها وظيفة الأسرة في تشكّل السلوك الاعتدائي لدى المراهقين.

- دراسة يوسف قدوري (2014) حول دور البيئة الأسرية في ظهور الأعراض السيكوباتولوجية لدى المراهق، حيث قدّم من خلالها تحليلًا لأسرة مولّدة للفصام كنموذج. وتوصّل إلى أن العوامل البيئية الأسرية تُعدّ الأكثر إسهامًا في بروز هذه الأعراض، خاصة في ما يتعلق بالتماسك المعرفي، السلطة، والاهتمام بين الأجيال .كما بيّنت الدراسة وجود فروق في مستوى الصحة النفسية تُعزى إلى طبيعة البيئة الأسرية، لاسيما داخل الأسر المولّدة للفصام، والتي تتسم بسوء أداء وظائفها، كما يظهر في أنماط التفاعل الأسري المضطرب (كاختراق الحدود بين الأجيال، غياب احترامها، غموض الأدوار، وضعف التواصل والتكيف). وقد أظهر التحليل أن هذه الأسرة اتخذت من ابنها الفصامي كبش فداء، ما يعكس كونها أسرة تؤدي وظائفها بشكل مختل.

- دراسة آيت مولود ياسمينة (2013). النسق الاسري المدرك لدى المراهق المدمن على الكحول:

حيث هدفت الدراسة إلى معرفة طبيعة النسق الأسري الذي يدركه المراهق المدمن على الكحول، إذ شملت الدراسة خمس حالات تتراوح أعمارهم بين (17-21) سنة، وتم اتباه المنهج

العيادي باستخدام كل من المقابلة العيادية نصف موجهة واختبار الإدراك الأسري FAT. وقد توصلت الدراسة إلى: وجود صراعات أسرية وأخرى زوجية، وقد كانت الأسرية منها أكثر من الزوجية ويظهر الصراع الأسري خاصة بين الأب والابن، إذ يشكل الوالد عامل ضاغط في كل مرة، هذا ما يولد الصراع وعدم التفاهم أحيانا غياب الاتصال بين الطرفين، مما يؤثر سلبا على سلوكياتهم وهذا يتوافق مع دراسة الباحث موسن وآخرون (1959) التي بينت أن علاقة الوالدين بالأبناء لها أهمية في حياتهم وتشمل جميع نواحيها بما فيها الجانب الدراسي والتربوي والعاطفة المعطاة من طرف الوالدين، إذ تعتبر عاملا مهما وفي نمو الأطفال والمراهقين خاصة، فالاهتمام والعطف الوالدي ضروريين في ترسيخ الثقة واكتساب روح المبادرة، في حين أن العلاقة الوالدية السلبية ووجود الصراعات يؤثر على سلوكيات المراهقين.

- دراسة بن غانم خيرة (2014) التفكك الأسري (الطلاق) وتأثيره النفسي على المراهق

هدفت الدراسة إلى الوصول لحقائق ومعلومات عدة بلورت نظرتنا التي كانت مبهمة نوعا ما لأثر الطالق على المراهق بما أنهٌ يظهر في المجتمع بأسره، خاصة وأنه ينتقل من الطفولة التي تتميز بالهدوء والاستقرار إلى البلوغ ألتي تكون تغيرات جسمية، عقلية، نفسية وهذا ما يؤثر على تكثيفه النفسي والاجتماعي ولا يتقبل فكرة الطلاق حيث تفرض المراهقة عليه تغيرات جديدة بصراعات واحتياجات المراهق للأمن النفسي الذي يساعده في إدراك ذاته وفهم المحيط، ما ينجر عن التفكك الأسري بالطلاق أو غيرها من الحالات يضطر المراهق إلى البحث عن آليات دفاعية لتحقيق نوع من التوافق النفسي كالهروب، السرقة ... الخ.

تم استخدام دراسة الحالة الحالات الثلاثة تتراوح أعمارهم ما بين 17 و21 سنة استخدام الأدوات التالية: المقابلة العيادية، الملاحظة والاختبار العائلي كانت النتائج التالية:

- ✓ التفكك الأسري يؤثر نفسيا على المراهق
- ✓ التفكك الأسري يؤدي إلى انطواء المراهق
- ✓ التفكك الأسري يؤدي إلى الهروب من المنزل
- ✓ التفكك الأسري يؤدي إلى السرقة.

2.6. الدراسات السابقة باللغة الإنجليزية:

- دراسة إيركوسوماواتي، يونيك، جويا، ريحانة سنة (2021) بعنوان مرونة الأسرة في رعاية الإدمان على المخدرات

والتي هدفت إلى استكشاف تجربة المرونة الأسرية بناء على منظور باريمز عندما يكون أطفالهم مدمنين على المخدرات بالاعتماد على المنهج العيادي باتباع الأدوات التالية المقابلات العميقة والملاحظات الميدانية وكان من أبرز نتائجها تحديد خمسة محاور يمكن تصنيفها إلى موضوع داعم واحد وأربعة مواضيع مثبطة، الموضوع الداعم هو قبول قدر الله، في حين تم تصنيف موضوعات الظروف المالية المحدودة، وضيق الوقت معا وحيوية الأسرة الهشة والحسد القاسي على أنها مواضيع مثبطة، كما أن للأمهات دور في تعزيز قدرة الأسرة على الصمود أثناء رعاية وتحسين نوعية حياة أطفالهم الذين عانو من إدمان المخدرات.

- دراسة فايسنا هيموفيتش ووليام سنة (2009) بعنوان هيكل الأسرة واستخدام المراهقين:

استكشاف الأسرة ذات العائل الوحيد التي تهدف إلى اكتشاف أن الشباب الأكبر سنا والشباب الذين يعيشون مع -في أسر الأب فقط أو الأم فقط- سيبلغون عن مستويات أعلى من تعاطي المخدرات مدى الحياة مقارنة بالأقران الذين يعيشون في اسر مزدوجة الوالدين في جميع انحاء العالم، باستخدام نماذج إحصائية قوية للتحقيق من اختلافات استخدام الادوية الأكثر شيوعا بين المراهقين وفق المنهج المقارن، ومن ابرز نتائجها ان تعاطي المخدرات بين اللاتي يعيش مع أب واحد يتجاوز بشكل كبير البنات اللائي يعشن مع أمهات عازبات، في حين أن جنس الوالد غير مرتبط باستخدام الأبناء، هذا التمييز في استخدام المراهقين للمخدرات بين آلام وأخرى يتم تجاهل الأسر المعيشية الاب فقط حد كبير في الدراسات المعاصرة للعوامل المسؤولة عن الاختلافات في استخدام الأبناء والبنات في الاسر الوحيدة الوالد لها اثار مهمة على جهود الوقاية من المخدرات في المستقبل.

- دراسة ميما تافا وريبيرتو باكيو سنة (2009) بعنوان سلوك الإدمان وعمل الأسرة خلال فترة المراهقة:

هدفت الدراسة إلى كيفية التنبؤ بتصورات المراهقين والأبوين بخصائص نظام الأسرة بأنماط سلوك الإدمان لدى المراهقين واستخدمت أداة FACECLL والسلوك الإدماني باستخدام استبيان البروم الأقصر (SPQ) للتنبؤ بالسلوك الإدماني، وتحليلات الانحدار التدريجي (طريقة إلى الأمام) مع

الأبعاد الأربعة (SPQS) كمتغيرات تابعة ومتغيرات فردية (العمر – الجنس) ومتغيرات أداة الأسرة كمتنبئات لجمع البيانات بتوظيف المنهج الوصفي، وكان من أبرز نتائجها بأن خصائص نظام الأسرة يمكن أن تتنبأ بالسلوك الإدماني للمراهقين، كما أن عدد إدمان المراهقين يزداد في العائلات تتميز بضعف الروابط العاطفية (انخفاض التماسك) وعدم القدرة على تغيير هيكل قوتهم وعلاقات الأدوار قواعد العلاقات في الاستجابات للإجهاد الظرفية والتنموية (القدرة على التكيف الكبيرة).

❖ **التعقيب على الدراسات السابقة:**

بالاعتماد على الدراسات السابقة، يتّضح تنوّعها من حيث الموضوع والمنهج والعينة والأدوات، غير أنها تتّفق في التأكيد على التأثير العميق للأزمات والاختلالات الأسرية على الصحة النفسية للمراهق، خاصة لدى المدمنين على المخدرات، حيث ركّز بعضها على العلاقة بين المناخ أو النسق الأسري والصحة النفسية للمراهقين (كما في دراسة سليماني مليكة، 2023)، وأخرى على تأثير التفكك الأسري أو نوع النسق في تشكل سلوك الإدمان (كأعمال جغلاب 2018، وخاص وميزاب 2020). كما اهتمت بعض الدراسات بتشخيص القلق أو المشكلات النفسية عند المراهق المدمن (دراسة جميلة بن عمور، 2021)، أو بكيفية إدراك المراهقين للنسق الأسري باستخدام اختبار FAT (دراسات آيت مولود، وخاص وميزاب). أما الدراسات الأجنبية فركزت على عوامل مرونة الأسرة، وبنية العائلة (أحادية أو ثنائية) وعلاقتها بسلوك الإدمان (مثل دراسة هيموفيتش وويليام، 2009). من ناحية الخلفية النظرية، تميل معظم الدراسات إلى التبني الانتقائي لمقاربات سيكولوجية (التحليل النفسي، السلوكي، أو التربوي)، بينما أظهرت قلة منها فقط، مثل *جغلاب وآيت مولود*، توظيفًا واضحًا للمنظور البنائي–النسقي (مينوشين)، رغم كونه الإطار الأكثر ملاءمة لفهم ديناميات الأسرة المضطربة في سياق الإدمان، رغم أهمية هذه الدراسات في إلقاء الضوء على عوامل الإدمان وعلاقته بالبنية الأسرية، فإنّ ما يميز دراستي هو مقاربتها النسقية العلاجية من خلال الجمع بين تحليل حالتين واقعيتين لمراهقين مدمنين ضمن عائلتين مختلفتين، وتوظيف أدوات إسقاطية اختبار(FAT) إلى جانب اختبار موضوعي عيادي(MMPI-2) ، مما يسمح بفهم معمّق ومتعدد الأبعاد للتأثير المتبادل بين النسق الأسري والاضطرابات النفسية لدى المراهق المدمن، في سياق واقعي تطبيقي يمكّن من الوصول إلى استنتاجات علاجية نسقية أكثر دقة وشمولاً.

7. تحديد المفاهيم الإجرائية:

- **الأزمات الأسرية**

تلك الاضطرابات البنيوية التي تمس النسق العائلي، وتنعكس في غموض الأدوار، وانعدام الحدود، واضطراب السلطة بين أفراد الأسرة، كما تتجلى في مظاهر ملموسة مثل الصراعات المتكررة، العنف، الطلاق، أو غياب أحد الوالدين. وقد تم قياس هذا المتغير إجرائيًا من خلال المقابلة النسقية العائلية، وبطاقة الخصائص البنائية، واختبار الإدراك الأسري (Fat) .

- **الصحة النفسية**

فتم تحديدها إجرائيًا على أنها قدرة المراهق على التكيف النفسي والانفعالي والاجتماعي، ومدى توازنه في مواجهة الضغوط، وتم قياسها من خلال اختبار MMPI-2 الذي يسمح بالكشف عن أبرز الاضطرابات النفسية المرتبطة بالإدمان في سياق الأزمات الأسرية.

الفصل الثاني: الأزمات الأسرية حسب التناول النسقي

تمهيد

1. تعريف الأسرة
2. مفهوم عام للازمة
3. دورة حياة الأسرة
4. الخصائص البنائية للعائلة حسب سلفادور مينوشين
5. العائلة الوظيفية وغير الوظيفية
6. معايير اختلال التوظيف الأسري
7. التناقل المتعدد الأجيال حسب موري بووان: **Murray Bowen**

خلاصة الفصل

تمهيد:

يركز التناول النسقي على فهم الفرد داخل شبكة علاقاته الأسرية، حيث تعتبر الأسرة نظاما ديناميا مترابطا، تؤثر أزماته على جميع أعضائه. فالأزمات الأسرية –سواء كانت صراعات زوجية، تفكك أو فقدان أحد الأعضاء– تخل بتوازن هذا النظام، ما ينعكس بشكل مباشر على الصحة النفسية للفرد خاصة في المراحل الحساسة مثل المراهقة.

من هذا المنظور، لا تدرس الاضطرابات النفسية بمعزل عن السياق الأسري، بل تفهم كتعبير عن خلل نسقي داخلي، إذ يتفاعل المراهق مع البيئة الأسرية المتوترة بطريقة قد تظهر على شكل أعراض نفسية أو سلوكية كالاكتئاب أو الإدمان. لذلك فإن التدخل النسقي يهدف إلى إعادة التوازن للعلاقات داخل الأسرة بدلا من التركيز فقط على الفرد، مما يعزز التعافي النفسي ويقلل من تفاقم الأعراض.

1. تعريف الأسرة:

يعرف بوجاردوس (Bogardus) الأسرة بأنها جماعة صغيرة تتكون عادة من الأب والأم وواحد أو أكثر من الأطفال، يتبادلون الحب ويتقاسمون المسؤولية، وتقوم بتربية الأطفال حتى تمكنهم من القيام بتوجيههم، وضبطهم ليصبحوا أشخاص يتصرفون بطريقة اجتماعية.

نلاحظ من خلال هذا التعاريف انه تم التركيز على أن الأسرة كجماعة صغيرة لها مسؤوليات.وتعد الأسرة نظام اجتماعي وهي من أهم الجماعات التي يتكون منها المجتمع خاصة، وقد أجمعت تجارب العلماء على أهمية الأسرة في رسم شخصية الطفل.

ومن وجهة نظر نسقية الأسرة نسق مكون من تفاعلات مع محيطها الحي والإنساني، تميزها أنها

بنية ذات تنظيم ذاتي(Auto-Organisation)، وهرمية مرتبة مشكلة بنية ثلاثية الأبعاد (البعد البيولوجي، البعد الاجتماعي، والبعد اللغوي).

ومنه فهي نسق معقد، منظم ذاتيا بحيث يؤثر ويتأثر مع سلوك كل فرد بالأخر، وهذا النظام

المعقد يظهر ما يسمى "الخاصية البارزة" " emergente Qualité" لطابع وسلوك كل فرد فيها، كما أن هذا النظام له حدود بحيث يراقب المعلومات التي تمر من خلالها، فهي منظمة هرميا كأجزاء الأنساق الجد واسعة من جهة، وكذلك للأنساق التي تكونها الأنساق الفرعية (الإخوة، الأجيال، الأزواج)، ومن ميزة هذه الأنساق أنها قادرة عل التعديل الذاتي، زيادة على ذلك فهي تبحث على أن تحافظ على توازنها في قالب مقبول ومعروف، وذلك من خلال دور كل واحد فيها، بحيث أن هذا الدور محدد مسبقا.

والعرض (المرض) يتجلى بانحراف الأفراد على الدور المحدد مما يسبب في استجابة لدى الأفراد الآخرين، وبهذا الشكل تظهر لنا الأسرة كجسد واحد كل فرد فيها له دوره.

وعندما نتكلم عن الأسرة يتجلى لنا وجود معيارين ثابتين وهذا على مستوى كل الخطوط، يتعلق الأمر بنوعين من العلاقات الأساسية المتمثلة في الاتحاد "alliance" أي نمط الألفة والوفاق الزواجي وبالنسب السلالة نمط أي "affiliations". (يعقوب، 2016، ص 23-24)

ومن خلال التعاريف السابقة نجد أن الأسرة هي : جهاز أو نظام اجتماعي طبيعي، تنظمه مجموعة علاقات (salem,2005, P 13).

2. مفهوم عام للأزمة:

الأزمة الأسرية هي المواقف التي تحدث بين أحد العناصر المكونة للأسرة وطرف أو أطراف أخرى لنفس الأسرة ينتج عن ذلك حدوث مواقف سلبية بين الطرفين ويصاحبها قرارات نفسية متضادة، كما يمكن أن تعرفها بأنها: "المواقف السلبية التي تنشأ بين أفراد الأسرة ويودي تفاقمها إلى نتائج وآثار وسلوكيات مؤثرة على ترابط النسيج الأسري".

تشير سناء الخولي (1983) إلى أن من النادر أن تكون حياة الأسرة والزواج كاملة طوال دورة حياتها، لأن كثيرا من الأحداث التي تتعرض لها الأسرة تؤدي إلى حدوث أزمات، حيث الأسرة التي تقابلها المشكلات هي غالبا تلك التي ليس لها الإمكانات الملائمة بمواجهة الأحداث.

ويقسم الدكتور محمد الجوهري (1979) الأزمات الأسرية إلى:

✓ الأسرة التي تشكل ما يطلق عليه "البناء الفارغ"، وهنا نجد الزوجين يعيشان معا، ولكنهما لا يتواصلان إلا في أضيق الحدود.

✓ الأزمات الأسرية التي ينتج عنها الانفصال الإرادي لأحد الزوجين وقد يتخذ ذلك شكل الانفصال أو الطلاق أو الهجر.

✓ الأزمة الأسرية الناتجة عن أحداث خارجية كما هي الحال في حالات التغيب الدائم غير الإرادي لأحد الزوجين، بسبب الترمل أو السجن أو الكوارث الطبيعية كالفيضانات أو الحروب.

✓ الكوارث الداخلية التي تؤدي إلى إخفاق غير متعمد في أداء الأدوار كما هو الحال بالنسبة للأمراض العقلية، والفسيولوجية، ويدخل في ذلك التخلف العقلي لأحد الأطفال أو الأمراض المستعصية التي قد تصيب أحد الزوجين.

وصنف هيل Hill أزمات الأسرة إلى ثلاث فئات هي:

- التمزق أو فقدان أحد أعضاء الأسرة Dimembrement ويعني هيل هنا بالتمزق فقد أحد أعضاء الأسرة نتيجة دخول أحد الزوجين المستشفى أو موت أحدهما.
- التكاثر أو الإضافة Accession: المقصود بالتكاثر ضم عضو جديد للأسرة دون استعداد مسبق مثل تبني طفل أو حضور أحد الأجداد للإقامة مع الأسرة.
- الانهيار الخلقي Démoralisation: أما الانهيار المتلقي فيشير إلى فقدان الوحدة الأسرية والأخلاقية، ويقصد بها هيل فقدان العائل، أو الخيانة الزوجية، إدمان الخمور والمخدرات، ويمكن أن تؤدي إلى نتائج عديدة من التفكك الأسري مثل: الطلاق، الانتحار، الهجر.

(أحمد مبارك، 1996، ص 103)

3. دورة حياة الأسرة:

يشير هذا المصطلح إلى تتابع الأحداث التي تمر بأسرة معينة منذ قيام الزواج حتى وفاة الزوجين، وما يحدث خلال هذه الفترة –طالت أم قصرت– ميلاد طفل جديد أو زواج الأبناء وكذلك العمليات والمناسبات المختلفة التي تواجهها، وتربية الأطفال وتنشئتهم، هذا إلى جانب الظروف العديدة التي تصاحب سن الشيخوخة. (مؤمن، 2004، ص 08)

وهذا ما يمكن توضيحه في الجدول التالي:

الجدول رقم (01): يمثل مراحل دورة حياة الأسرة

مراحل دورة حياة الأسرة	العملية الانتقالية في التحول: مبادئ مفتاحية	تغيرات من الدرجة الثانية في مركز الأسرة متطلبة للتقدم النمائي
1– بين الأسرة (الأصلية) الشاب غير المتزوج	– تقبل انفصال الأبناء عن الآباء	**أ.** تمايز الذاتفي علاقتها مع الأسرة الأصلية **ب.** نمو العلاقات الحميمية مع الآخرين **ت.** تعزيز مركز الذات في العمل
2– ارتباط الأسر من خلال الزواج: الأسرة الجديدة المكونة من الزوجين	– الالتزام بالنسق الجديد (الأسرة التي تكونت)	**أ.** تكوين النسق الزواجي **ب.**إعادة ترتيب العلاقات مع الأسرة الممتدة والأصدقاء لتضم الزوجين معا
3– الأسرة مع الأبناء الصغار	– تقبل الأعضاء الجدد في النسق	**أ.** تعديل النسق الزواجي ليفسح مكانا فيه للأطفال **ب.**القيام بالدور الوالدي **ت.**إعادة ترتيب العلاقات مع الأسرة الممتدة للتضمن الأدوار الوليدية وأدوار الأجداد
4– الأسرة مع الأبناء المراهقين	– زيادة المرونة في حدود النسق الأسري لتسمح باستقلالية الأبناء المراهقين	**أ.** تعديل علاقات الوالد–الطفل لتسمح للمراهقين أن يتحركوا بحرية في النسق الأسري وخارجه

		ب.إعادة التركيز على قضايا وسط الحياة الزوجية والقضايا المهنية. **ت**.بداية التحول نحو اهتمامات الجيل الأكبر.
5– انطلاق الأبناء وبداية تركهم للمنزل	– تقبل الخروج والدخول المتعدد من وإلى النسق الأسري	**أ**. إعادة التفاوض في النسق الزوجي كزوجين **ب**.ارتقاء العلاقات لمستوى "راشد لراشد" بين الأبناء الآخذين في النمو وآبائهم. **ت**.إعادة ترتيب العلاقات لتتضمن الأصهار والأجداد. **ث**.التعامل مع أنواع العجز والوفيات في الآباء (الأجداد)
6– العش الفارغ والاستعداد للموت	– تقبل التحول للقيام بأدوار الأجداد	**أ**. الحفاظ على الاهتمامات ومحاولة أداء الوظائف الزوجية في مواجهة تراجع فيزيولوجي، واكتشاف أدوار أسرية واجتماعية اختيارية جديدة **ب**.دعم الدور الأكثر مركزية للجيل الأوسط. **ت**.افساح مجال لتبني دور الحكمة والخبرة المرتبط بكبار السن في الأسرة ودعم الجيل الأكبر دون إرهاقهم بأداء

		وظائف جديدة **ث**.التعامل مع فقد الشريك أو أي من الأشقاء أو الأصدقاء، استعراض الحياة وتأملها في تكامل التهيؤ والاستعداد لانتهاء الحياة.

(يعقوب، 2016، ص 81-82)

4. الخصائص البنائية للعائلة حسب سلفادور مينوشين:

طوّر Minuchin وزملاؤه خلال ملاحظاتهم لعدة أسر، عدة مصطلحات تصف أنماط الصلات التي تحدث باستمرار في الأسرة، مثل هذه المصطلحات الحدود، الأنساق الفرعية والهرمية، وينظر المدخل الأسري إلى مشكلات الفرد كنتيجة لسوء الأداء الوظيفي للبناء الأسري في واحد من هذه الميادين. (كفافي، 2006، ص 248)

ونشير في هذا الصدد إلى المصطلحات الأربعة الأساسية التي تشكل قاعدة التوجه البنائي والمتمثلة في البنية، القواعد، الأنساق الفرعية والحدود.

1.4. بنية العائلة :

هي الشبكة الغير مرئية للمتطلبات الوظيفية التي تنظم الطريقة التي يتفاعل بها أفراد العائلة، هي عبارة عن نسق يسير وفق أنماط التفاعلات، التي يحدث تكرارها تثبت أنماط سلوكية متى ومع من نقيم علاقة، وهذه الأنماط هي من تدعم النسق. كما أن استمرار بقاء العائلة كنسق هو مرتبط بتعدد الأنماط وبمرونة تنفيذها حينما تقتضي الضرورة.

(Minuchin, 1988, P 170)

2.4. القواعد Les Règles:

تسلك كل أسرة وتتصرف حسب هذه القواعد والأحكام والتقاليد التحتية، فهذه الأحكام والتقاليد تكونت بطريقة لا شعورية، وعادة ما يكون لهذه القواعد أهداف من شأنها التسهيل والتمهيد لعملية التفاعل بين أفراد الأسرة، وعلى ذلك فإنها تشكل نوعا من الاتفاق والتراضي بين ما توصل إليه أعضاء الأسرة لا شعوريا من أحكام وخصوصا الوالدين، وفي الحقيقة أن المشكلة التي تؤدي بالأسرة إلى طلب المساعدة والعلاج غالبا ما تكون موقفا أدى إلى خروج الأسرة عن أحد هذه الأحكام والتقاليد التحتية فيها مما يحدث خللا في التوازن داخل الأسرة.

(مؤمن، 2004، ص 16)

3.4. الأنساق الفرعية:

مما لا شك فيه أن الأنساق الفرعية الأسرية هي اللبنات الأساسية في بناء النسق الأسري الأكبر، والأسرة النووية التقليدية تتكون من أربعة أنساق فرعية وهي كالآتي:

✓ **النسق الفرعي الزوجي** : يشكل عندما يتحد راشدين من جنس مختلف بهدف إنشاء أسرة، وله وظائف وأدوار خاصة ومهمة لسير العائلة، التي يشترط لتحقيقها التكامل والتكيف المتبادل.

النسق الفرعي الزوجي يمكن أن يصبح ملجأ ضد الضغوطات الخارجية، ورغم العلاقات مع الأنسقة الاجتماعية الأخرى، فالزوج يمكنه أن يساعد على تطوير وحماية الآخر أو أنه يعمل على إقصاءه.

كما يجب أن تكون لهذا النسق الفرعي حدود تحميه من تدخلات ومتطلبات وحاجات الأنساق الأخرى. (Minuchin,1988 , p 74-75)

النسق الفرعي الوالدي: مع ولادة الطفل الأول، النسق الفرعي الزوجي بعائلة سليمة، عليه أن يتميز لأداء مهامه المتعلقة باجتماعية طفلهم دون فقدان الدعم المتبادل الذي ينبغي أن يختص به النسق الفرعي الزوجي، فيجب توفر الحدود التي تسمح للطفل بالاقتراب من والديه وبإبعاده عن

المهام الأبوية. كما عليه أن يتعدل للاستجابة لمتطلبات الطفل الذي يكبر (استقلالية ومتابعة)، حيث تصبح السلطة مرنة وعلائقية، فالأبوة تستدعي إمكانية التربية، التوجيه والمراقبة، ونسبة كل عنصر هي مرتبطة بمتطلبات النمو للطفل وكذا بمعاملات الآباء. ويقتضي السير الفعال للآباء والأبناء تقبل فكرة الاستخدام المختلف للسلطة الذي هو من بين المحتويات الأساسية للنسق الفرعي الوالدي. وإن سياق الأبوة يتنوع حسب عمر الأبناء، فهذا السياق يصبح أكثر صعوبة للتكيف المتبادل مع نضح الطفل خصوصا في مرحلة المراهقة. (Minuchin,1988, p 75-76)

✓ **النسق الفرعي الأخوي:** يعد هذا النسق المخبر الأول للحياة الاجتماعية الذي من خلاله يتمكن الأطفال من إقامة تجارب العلاقات مع أقرانهم، ففي هذا السياق الأطفال يتساندون، ينعزلون أو يعلم أحدهم الآخر. وفي عالم الأخوة، يتعلم الأطفال كيف يتفاوضون، يتساندون ويتنافسون...إلخ، وعندما يدخل الأطفال في علاقة مع عالم الأقران خارج العائلة، فهم يحاولون أن يسيروا بنفس طريقة عالم الأخوة حدود النسق الفرعي الأخرى عليها أن تحمي الأطفال من تدخل الكبار حتى يتسنى لهم أداء حقوقهم الخاصة، حيث يكون لهم ميادين خاصة لاهتماماتهم ويتمتعون بحرية أن يكونوا غير منتظمين خلال محاولاتهم. (Minuchin, 1988 , p 77-78)

✓ **النسق الفرعي الخارجي للأسرة:** بالإضافة إلى الأنساق الفرعية التي سبقت الإشارة إليها فإن للأسرة أنساق فرعية خارجها وتمثل التفاعلات الخارجية للأسرة الجزء من النسق الأسري الذي يواجه العالم الخارجي.

وتوفر الاتصالات بين الأسرة والأسر حسب Kotch و Gobel (1981) عونا ومساعدة وتبادلا في المصادر حيث تعتبر هذه الاتصالات مصدرا للأنشطة الاجتماعية والترويجية والدعم الانفعالي.

والنسق الفرعي الخارجي للأسرة يمدها بالدعم والقيم الثقافية، وهناك قضايا ووظائف معينة داخل كل نسق فرعي ترتبط بتفاعلات النسق الفرعي الخارجي للأسرة.

فعلى سبيل المثال يكون من المهام المنوطة بالنسق الفرعي الزوجي مهمته اتخاذ القرارات الخاصة بالتفاعلات مع الأسرة الممتدة، وإذا ما استمر أحد الزوجين مندمجا (مرتبطا بشكل اندماجي) مع أسرته الأصلية مع استبعاد الشريك فإن المشكلات في النسق الفرعي الزوجي تظهر، وكذلك إذا ما

اندمج أحد الزوجين مع أصدقائه على حساب علاقته بالزوج الآخر فإن مستوى الألفة (والحميمة) في النسق الفرعي الزوجي سوف يتأثر. (كفافي، 2006 ، ص 268)

4.4. الحدود: « Les frontières »

يرى Minuchin أنه من خلال ملاحظة بناء الأسرة يظهر أن هناك أحد الجوانب له أهمية كبيرة وهو نمط الاقتراب والابتعاد بين أفراد الأسرة، وفي عبارات أخرى ما مدى ارتباط أفراد الأسرة انفعاليا؟ وكيف يتصل كل منهم اتصالا منفتحا مع الآخرين؟ إلى أي مدى تتحمل الفردية داخل الأسرة؟ وهذا المتغير الخاص بالاقتراب والابتعاد قد عرف من زاوية الحدود أو القواعد التي من شأنها أن تحدد من الذي يشارك في النسق؟ وكيف يشارك؟. (كفافي،2006 ، ص 248)

فعلى سبيل المثال حدود نسق فرعي أبوي هي محددة عندما تقول أم لابنها الأكبر "أنت لست بأب أخيك، إذا لعب بالدراجة في الطريق، أخبرني وأنا من يوقفه".

أم نسق فرعي تنفيذي

.....

طفل نسق فرعي أخوي (Minuchin, 1988 , p 71)

وإن وضوح الحدود يعتبر معيارا مهما لتقييم التوظيف العائلي وهي أساسية لدعم وحفظ التمايزية. وكل عائلة يمكنها أن تتموضع في محور يربط ما بين قطب تكون الحدود فيها ما بين الأفراد مشوشة أو متشابكة(Enchevêtrée) أو بين القطب المعاكس، تتسم الحدود فيها بالجمود المبالغ فيه لتأخذ شكل التباعد(Désengagement) . (Elkaim, 1995 , p 224)

5. العائلة الوظيفية وغير الوظيفية:

يستخدم مصطلح وظيفة للإشارة إلى ما يقوم به بناء معين، فإن تمكن البناء والنتائج المترتبة عليه من أن يتوافق ويتكيف مع النسق ويؤدي إلى نتائج مرغوبة، فإن مثل هذا الموقف يوصف بأنه

"وظيفي" أمّا إذا ظهر أقل تكيفا وتوافقا مع النسق العائلي فإن الوضع الناتج يوصف بأنه "خلل وظيفي".

(خرشي، 2009، ص 66)

• **العائلة الوظيفية:** تكون العائلة وظيفية عندما تكون قادرة على التغير وإعادة التشكل خلقا لحالات جديدة متوالية بينما تحافظ في نفس الوقت عن الحدود التي تجعل منه نسقا متميزا ومن حيث أنه قادر على القيام بكلا النوعين من التغير، تغير من الدرجة الأولى الذي يرتبط بتغير المكونات الداخلية المنفصلة عن أية تأثيرات خارجية وتغير من الدرجة الثانية التي تتم نتيجة ورود معلومات وبيانات جديدة من الخارج.

إن الذي يحافظ على حالة الانفتاح في النسق هي القواعد المرنة التي تسمح للنسق أن يستفيد من المدخلات البيئية الجديدة لكي ينظم نفسه ويتكيف للضغوط التي يتعرض لها وعادة ما يطلق عليها "بالأنساق المنفتحة" فهي تسعى إلى الحفاظ على نفسها من خلال عملية مستمرة من المدخلات والمخرجات أي أنه في حالة تبادل دائم للمعلومات والطاقة مع البيئة الخارجية، كما أنه يتميز بالمرونة التي تتمثل في سهولة الاتصال بالخارج والتفاعل معه لوضوح الحدود ما بين الأفراد، ذلك بأنه مسموح لكل فرد من العائلة بقدر أكبر من تعدد الأدوار واختلاف جوانبها، فإنه يكون لدى العائلة عدد أكبر من بدائل المسالك والقنوات وأساليب السلوك لكي تحل محل تلك التي تفقد قيمتها أو يتجاوزها تيار الزمن. (كفافي، 1999، ص 118)

• **العائلة غير الوظيفية (مختلة الوظيفة):** فهي تسعى إلى الحفاظ على توازنها دون تغيير، ففي التفاعل مع العائلة ذات الحدود المتشابكة تكون القاعدة هي التغير الذي يهدف إلى التخفيف من وطأة التأثير بدلا من إثارة ردة الفعل ذلك لأن الحدود المتشابكة هي نتيجة لقوى نسقية في حالة عمل وتفاعل وأن الحاجة إلى الالتصاق الشديد والولاء للعائلة غالبا ما يكون استجابة متوازية صدرت لتجنب المستويات العالية من القلق، أي أن العائلات تصبح متشابكة استجابة منها للضغوط المزمنة التي تتعرض لها العائلة أو للحاجات الانفعالية غير المشبعة وغير المحلولة عندها.

وعليه فالعائلة من هذا النوع تتميز بـ:

❖ **التبادلية الكاذبة:** فهي نوعية من العلاقات تخلق حالة من الألفة تتسع على حسابالنمو الشخصي للأعضاء وعلى حساب هويتهم المستقلة فهي عادة تميز الأنساق معتمدة في ذلك على قاعدة أسطورة العائلة.

❖ **التعميمية:** التعميمية ميكانزيم تلجأ إليه الأنساق المنغلقة لتؤدي دورها في الحفاظ على الأدوار الجامدة بالعائلة وتجبر كل عضو أن يعيق في حدود الدور المحدد له.

أمّا بالنسبة للهرمية فقد تصبح كعقبة في طريق الأداء الوظيفي في حال الأنساق المتشابكة أو المنغلقة فكما يرى "منيوشين" اضطراب الهرمية قد ينتج عند اندماج الطفل المضطرب الذي يكون ككبش فداء في الصراعات الزوجية أو الوالدية مما يتسبب في خلق أنساق فرعية مرضية قد تأخذ الأشكال التالية:

❖ **المثلثات:** فكل والد يحاول بكل الوسائل جعل ابنه حليفه ضد الزوج الآخر.

❖ **الالتواء:** الوالدان يتجنبان تناول صراعاتهم الزوجية إمّا بالتهيج ضد الطفل "كبش الفداء" وإمّا بالاهتمام بصحته.

❖ **التحالفات المستقرة:** أحد الوالدين يرتبط بالطفل في تحالف جيلي صلب ومغلق ضد الأب الآخر.(خرشي،2009، ص 17)

6. معايير اختلال التوظيف الأسري :

يشير كل من Gammer وCabie إلى اختلالات تتعلق بالجوانب العامة وهي :

✓ **اضطراب بهرمية السلطة perturbation dans la hiérarchie du pouvoir:** إنقلابات في الهرمية تضم تحالفات ما بين الأجيال، كما نجد عدة تحالفات خفية.

✓ **الصلابة la rigidité:** الأنساق المتسلطة لا تمنح مجالا للتفاوض، مما يحرض على التمرد والعصيان بالاعتداء، أو الانسحاب، أو تطوير أعراض سيكوسوماتية كفقدان الشهية العقلي. (كفافي، 2006، ص 274)

✓ **الانشطار بين الإخوة Clivage au sein de la fratrie:** ويكون ذلك جراء تصنيف الابناء الى جيدين وسيئين، في مثل هذه الأسر هناك صعوبة في إقامة روابط متينة بين أفراده.

✓ **الطابع العاطفي للأسرة le style affectif de la famille:** إذا هيمن الانتقاد على الجو العاطفي للأسرة فإن المراهق تقل ثقته بنفسه وتزيد تبعيته لغيره، ويريد أن يكون متقبلا في جماعة الأقران وهنا خطر الانقياد بسهولة بتقبل سلوكياتهم المضطربة.

(Gammer et Cabie, 1998, P 98)

7. التناقل المتعدد الأجيال حسب موري بووان: Murray Bowen

"قدم هذا المفهوم من قبل بووان ليوضح كيف يمكن لتكرار سيرورة الاسقاط العائلي عبر الأجيال أن يؤدي بمختلف فروع العائلة الواحدة على المدى الطويل الى اظهار عدة مستويات مختلفة من التمايز الذاتي، والتي ستؤثر نوعا ما على هشاشة الاختلالات التوظيفية، وهكذا، فالأفراد الأشد تمايزا سينقلون مستوى من التمايز أكثر شدة لبعض افراد الجيل القادم، في حين أن الأفراد الأقل تمايزا سيكون لهم أحفاد أسوء حال منهم، وهكذا، عبر عدة أجيال، يزداد أو ينخفض مستوى التمايز في فروع نفس العائلة"، حيث يؤكد بووان (1984) أنه إذا انتقلنا من جيل إلى آخر اعتمادا على الطفل الذي لديه أكبر درجة من الإعاقة، يمكننا متابعة الخط التنازلي للأفراد ذوي المستوى الأدنى. وهذا السياق يمكن أن يبقى مستقرا لجيل واحد ثم يستأنف اجتيازه لأجيال أخرى. كما يعتقد بووان أن الأمر يستغرق ثلاثة أجيال لإنتاج طفل معاق أو انجابه أو إغراقه في الفصام. مع العلم أن سياق التناقل يمكن أن يظل ثابتا على مدى جيل واحد أو اكثر، كما يجب أن يعبر ثمانية إلى عشرة أجيال قبل أن ينتج مستوى معين من الإعاقة أو الفصام. إذا، يمكن القول أن سياق التناقل عبر الأجيال يعني أن الأنماط العائلية تتكرر من جيل إلى جيل. (موهاب، 2024، ص 94-95)

خلاصة الفصل:

يعتبر التناول النسقي أن الأزمات الأسرية تؤثر بشكل كبير على توازن النظام الأسري ككل، مما ينعكس سلباً على الصحة النفسية لأفراده. ففي هذا السياق، لا يُفهم المراهق كحالة فردية معزولة، بل كعنصر أساسي ضمن المنظومة الأسرية، حيث تظهر الأزمات من خلال الاضطرابات النفسية أو السلوكية التي يعاني منها. ولذلك، يركز التدخل النسقي على معالجة العلاقات داخل الأسرة ككل من أجل استعادة التوازن النفسي، بدلاً من الاقتصار على علاج الفرد فقط.

الفصل الثالث:الصحة النفسية والمراهق المدمن

تمهيد

1.ماهية الصحة النفسية

2.نسبية الصحة النفسية

3.مفهوم المراهقة

4.أزمة المراهقة

5.الدراسة النسقية للعرض (دور العرض)

6. المراهقة وبعض خصائصها السيكوباتولوجية

7.تعريف الإدمان على المخدرات

8. – الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان على المخدرات:

خلاصة الفصل

تمهيد:

تُعد الصحة النفسية عنصرًا محوريًا في مرحلة المراهقة، لما تعرفه هذه الفترة من تحولات بيولوجية ونفسية حادة تؤثر بشكل مباشر في تشكّل شخصية الفرد ونموه الاجتماعي والانفعالي. ويكتسي هذا الموضوع أهمية خاصة في ظل تزايد السلوكيات الإدمانية لدى فئة المراهقين، والتي غالبًا ما ترتبط باضطرابات نفسية غير مشخصة أو مهملة.

ينطلق هذا الفصل من تأطير مفهومي للصحة النفسية وبيان طبيعتها النسبية، ثم يتناول مرحلة المراهقة باعتبارها فترة انتقالية معرّضة للأزمات النفسية والتذبذبات السلوكية. كما يتم اعتماد المقاربة النسقية في تحليل الأعراض النفسية لدى المراهق، مع التوقف عند أبرز الخصائص السيكوباتولوجية التي تميّز هذه المرحلة. ويُخصّص الجزء الأخير لتعريف الإدمان على المخدرات، وتسليط الضوء على أهم الاضطرابات النفسية المصاحبة له، في أفق فهم أعمق للعلاقة المعقدة بين الصحة النفسية والإدمان في مرحلة المراهقة.

1. ماهية الصحة النفسية

تباينت تعريفات الصحة النفسية وتنوعت بحسب توجهات العلماء، غير أن غالبية هذه التعريفات تتشارك في تأكيدها على شروط محددة ينبغي توفرها لضمان تكيف الفرد مع ذاته ومع من حوله. ومن بين هذه التعريفات ما يلي:

يُعرّفها عبد العزيز القوصي (1975) بأنها: "التوافق التام أو الكامل بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات النفسية العادية التي تطرأ عادة على الإنسان، ومع الإحساس الإيجابي بالسعادة الكافية." (حدار عبد العزيز، 1995، ص 12)

ويُشير "شوبين "SHOBIN إلى أن الصحة النفسية تتمثل في التكيف المتكامل، والذي يتضمن القدرة على ضبط النفس، والشعور بالمسؤولية الشخصية والاجتماعية، والاهتمام بالقيم المختلفة. ويرى أن الفرد السليم نفسيًا هو ذاك الذي تعلم إشباع حاجاته في المواقف التي تتطلب ذلك، مفضلًا النتائج بعيدة المدى على الإشباع الفوري، وهو ما يتطلب درجة مناسبة من ضبط النفس، وفهمًا

جيدًا لدوافع سلوكه، إضافة إلى اختيار السلوك المنسجم مع قيمه الشخصية والمعايير الاجتماعية، وتحمل مسؤولية أفعاله دون الالتجاء إلى الحيل الدفاعية.(الخالدي، 2009، ص 31)

أما منظمة الصحة العالمية WHO (1964) فقد قدّمت تعريفًا دقيقًا، حيث اعتبرت أن الصحة النفسية هي "حالة عقلية انفعالية مركبة دائمة نسبيًا من الشعور بأن كل شيء على ما يُرام، والشعور بالسعادة مع الذات ومع الآخرين، والشعور بالرضا والطمأنينة والأمن وسلامة العقل والإقبال على الحياة مع الشعور بالنشاط والقوة والعاطفة. في هذه الحالة تكون هناك درجة مرتفعة نسبيًا من التوافق النفسي والاجتماعي مع علاقات اجتماعية طيبة".

وتضيف المنظمة أن الشخص الذي يتمتع بدرجة عالية من الصحة النفسية ينبغي أن يتسم بـ: "الخلق القويم، والكفاءة، والاتزان الانفعالي، والسلوك السوي، وتكامل الشخصية، والقدرة على مواجهة مطالب الحياة وضغوطها، والتغلب على أزماتها."(نفس المرجع، ص 32)

وعليه، يمكن استنتاج أن الصحة النفسية تقوم على ثلاث ركائز أساسية: التوافق النفسي والاجتماعي، وفاعلية الذات وقدرتها على المواجهة والتكيف مع متطلبات الحياة، وأخيرًا الشعور بالسعادة. هذا العنصر الأخير يعتبره بعض العلماء المسلمين ثمرةً للأمن، والطمأنينة، والكفاءة، والجدارة، والرضا عن النفس.

2. نسبية الصحة النفسية:

الأمر في الصحة النفسية واختلالها هو نسبي كما هو في الشذوذ، فكما أنه لا يوجد حد فاصل بين الشاذ والعادي، ولا يوجد فاصل بين الصحة النفسية والمرض النفسي، والصحة النفسية شبيهة في ذلك بالصحة الجسمية، فالتوافق التام بين الوظائف الجسمية المختلفة لا يكاد يكون له وجود، لكن درجة اختلال هذا التوافق هي التي تبرز حالة المرض عن حالة الصحة، كذلك التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة عند فرد ما أمر يكاد لا وجود له، ودرجة اختلال التوافق أيضا هي التي تميز حالة الصحة عن غيرها. ومن أركان الصحة النفسية إلى جانب انعدام النزاع الداخلي: نجاح التكيف مع البيئة الذي يعتبر هو أيضا أمر نسبي، فليس هناك حد فاصل يفرق بين حالتي تحقق التكيف مع البيئة أو انعدام تحققه. (القوصي، 1975، ص 10)

وبالتالي فإن نمو الفرد يتوقف على تكيفه مع بيئته، فمثلا: الأنانية في السنوات الخمس الأولى تعتبر حالة صحية عادية، أما إذا استمرت إلى مرحلة المراهقة فهنا لا تعتبر حالة صحية عادية، وكذلك الميولات والرغبات الجنسية أثناء مرحلة الطفولة تعبر عن حالة صحية غير عادية، أما بعد البلوغ أوفي فترة المراهقة ظهور الميولات والنضج الجنسي يعتبر أمر عادي.

3.مفهوم المراهقة:

في اللغة، يوضح ابن منظور (1997) أن المراهقة تشير إلى مرحلة الاقتراب من سن البلوغ، حيث "راهق الشيء" يعني مقاربة سن البلوغ، و"راهق الغلام" أي اقترب من مرحلة الاحتلام.

من جهة أخرى، يشير الزعبلاوي (1989) إلى أن المراهقة مستمدة من جذور لاتينية، حيث يذكر الدكتور مصطفى فهمي: "إن كلمة المراهقة مشتقة من الفعل اللاتيني Adolicere الذي يعنى التدرج نحو النضج البدني، الجنسي، العقلي والانفعالي، وهذا يبرز الفرق بين المراهقة ومرحلة البلوغ Puberté التي تقتصر على جانب واحد من جوانب النمو وهو الجانب الجنسي".

(حمادي، 2015، ص 13).

أما حامد عبد السلام زهران (2000) فيعرف المراهقة بأنها مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد والنضج، وهي فترة الاستعداد والتأهب لمرحلة الرشد، التي تمتد عادة في العقد الثاني من حياة الفرد، بدءًا من الثالثة عشر وحتى التاسعة عشر سنة تقريبًا، وقد تختلف هذه الفترة بزيادة أو نقصان سنة أو سنتين. (بن يحي، ص 263)

فيما يراه فرج (2009)، "المراهقة هي مرحلة نمائية انتقالية تقع بين عالم الطفولة وعالم الكبر، تبدأ من البلوغ، وفي بدايتها يحدث توازن جسمي ونفسي مصحوب باختلال نسبي، مع تغيرات عضوية جذرية تمنح الجسم بنية جديدة، قوة متزايدة، وأشكالًا أكثر وضوحًا" (الكبيسي، 2018، ص43).

أما فاروق السيد حسين (1999) فيوضح أن المراهقة هي التدرج نحو النضج الجنسي والعقلي والاجتماعي والسلوكي. ويعبر كل من سعيد ةوزظة تنطوي على العواطف والانفعالات والتوترات العنيفة، وهي مرحلة مليئة بالمشاكل والأزمات. (بن يحي، ص 263)

وفي تعريف اللزام (1997) عن "هافيلد" (1962)، تعتبر المراهقة مرحلة نضج حيث يترك الطفل مرحلة عمرية تحتاج إلى حماية الآخرين، وينتقل إلى مرحلة يستطيع فيها حماية نفسه".

(بنت عبد الله السبتي، ص 25)

أما الحافظ (1990) فيشير إلى أن المراهقة هي "حالة نمو تقع بين الطفولة والرجولة والأنوثة، وهي فترة غير محددة بدقة لأن تحديدها يعتمد على السرعة الضرورية للنمو الجسمي، والتي تختلف من فرد لآخر. بينما يظل النمو السيكولوجي غامضًا وغير قابل للتحديد بسهولة، مما يجعل من الصعب فصل هذه المرحلة بدقة من حياة الإنسان حتى يتحقق نموه الكامل". (الكبيسي، 2018، ص 44)

ومن أبرز مظاهر الحياة النفسية والاجتماعية في هذه الفترة، يواجه المراهق حالة من الحداد على مرحلة الطفولة، إذ يترك عالم الطفولة بكل امتيازاته ليبدأ رحلة الانتقال إلى عالم الرشد. ورغم سعيه نحو الاستقلالية، إلا أنه لا يزال في حاجة إلى الدعم المادي والرعاية والحماية. يتجه تدريجيًا نحو الاعتماد على نفسه، ليبدأ في بناء شعوره بالذات وإثباتها. (مقدم، 2012، ص 12)

الدراسات أثبتت أن المراهقة هي مرحلة نمو طبيعية، وهي فترة البحث عن الذات وتحقيقها، مرحلة الحب، نمو وصقل الشخصية، واكتشاف القيم والمبادئ. وبالتالي، هي مرحلة من النمو بيد أنها مليئة بالتذبذب والاضطراب، والتجارب المختلفة التي قد تشمل محاولات وصراعات متعددة.

(عبد السلام زهران، 1986، ص 292)

باختصار، تُعتبر المراهقة مرحلة انتقالية تربط بين الطفولة والرشد، حيث يتطور فيها الفرد تدريجيًا نحو النضج الجنسي والاجتماعي والسلوكي. وتتميز هذه المرحلة بسلوكيات مليئة بالعواطف والانفعالات الشديدة، نتيجة للصراعات النفسية والتغيرات العضوية التي تشكل الجسم بشكل مختلف. وتدفع هذه التغيرات الفرد للبحث عن هويته وذاته من خلال اكتشاف القيم الاجتماعية والمثل العليا التي تسهم في تشكيل شخصيته، مما يساعده على الانتقال من الاعتمادية إلى الاستقلالية ومن الانغلاق على الذات إلى الانفتاح على المحيط الاجتماعي.

4. أزمة المراهقة:

تعد المراهقة مرحلة محورية في حياة الفرد، إذ تشكل فترة البحث المستمر عن الذات والشعور بالذاتية. تُظهر شخصية المراهق أحيانًا رؤية رومنطيقية أو حالمة للحياة، وهو ما وصفه "يونج " (Jung)بـ "عملية الميلاد النفسي"، أي مرحلة نمو وتطور داخلي. وللمراهقة العديد من السمات التي يمكن تلخيصها في بعض النقاط الرئيسية:

✓التغيرات النفسية والبيولوجية التي تؤدي إلى تحول في علاقة المراهق بجسمه.

✓العلاقة مع الأم، التي تساهم في ظهور البعد العلائقي كعنصر تكويني أساسي للشخص.

✓ نضج الأعضاء الجنسية الذي يُسهم في تطوير العلاقة مع الآخر، مما يحقق الشعور بالأمان والتوافق الداخلي. تشير هذه التغيرات التنظيمية إلى ما يعرف بـ "أزمة المراهقة" (بهتان و جبالي، 2015، ص 149)

من أبرز السمات التي تميز مرحلة المراهقة هي التغيرات الجسدية والفيزيولوجية المفاجئة التي يصاحبها تغيرات نفسية واجتماعية، حيث يبدأ الطفل الذي لم يتجاوز الثانية عشرة من عمره في ملاحظة تمدد جسمه بشكل ملحوظ وتغير نبرة صوته. كما تتحول الطفلة إلى شابة مكتملة الأنوثة، مما يجعلها محط أنظار من حولها. (عبد الستار، 2002، ص 288)

هذه التغيرات الجسدية قد تؤدي إلى أزمة نفسية تتجلى في فقدان جذري للعلاقات العاطفية، مع اضطرابات نرجسية قد تؤثر على تقدير الذات. وقد يظهر صراع داخلي يتصل بالعلاقات البدائية، ويمكن حل هذا الصراع من خلال إيجاد علاقة ليبيدية غير جنسية مع الأم، إلا أن التعامل مع هذا السلوك الانتقالي قد يكون صعبًا. كما يعبر "جوتون" عن هذه الأزمة بقوله إنها مرحلة "تجعل المراهق يواجه تحولات جسمية نتيجة للنضج". (بهتان و جبالي، 2015، ص 149)

أما بيار مال (1984) فيرى أن أزمة المراهقة تتميز بالعصيان والمعارضة تجاه الأسرة، ويُميز نوعين من الأزمات:

أزمة البلوغ التي تنشأ من اكتشاف الجسد الجنسي، وتتميز بالشك حول الهوية الذاتية والجسد.

أزمة المراهقة البسيطة التي تتسم بقبول تدريجي لصورة الذات، في حين أن أزمة المراهقة الحادة تميزها صعوبة كبيرة في قبول صورة الذات.

هذا النوع من النضج النفسي يتعرض لضغط الواقع البيولوجي للنضج، ما يعيد إحياء الصراع الأوديبي، وقد لا يكون من السهل تجاوزه. وهو ما يؤدي إلى زيادة نشاط الأنا الأعلى بحثًا عن اعتمادات جديدة، ما يجعل المراهق يجد نفسه في صراع بين جسده وهويته الشخصية في فترة قصيرة، مما يعكر صورة الذات.

من جهته، أشار كل من سالتنسبرجر وآخرون (2012) إلى أن الباحثين حددوا الصعوبات التي يواجهها المراهقون، واتفقت آراءهم على إمكانية التغلب عليها بالاعتماد على عدة عوامل، أهمها ما يشير إليه "إركسون" حول الدور الأساسي الذي تلعبه مرحلة الطفولة والثقافة في حياة الفرد، لأنهما يساعدان في حل المشكلات في بيئة داعمة. كما يصف "جامي (Jeammet) "أزمة المراهقة

بأنها عملية نمو هادئة في بيئة داعمة، وفي غياب هذه البيئة الداعمة، تتشكل مراهقة مليئة بالمخاطر. أما "أوفر" فيعود الأزمة إلى التجربة السلبية في الحياة، مما يشكل تهديدًا للهوية.

(بهتان وجبالي، 2015، ص 150)

من ناحية أخرى، يرفض ميشال فايز (2003) فكرة أزمة المراهقة، ويقترح أن ما يمكن الحديث عنه ليس أزمة، بل تمردًا ضد بعض المواقف الوالدية، وعدم قبول المراهق لاستقلاله عن الأعراف الاجتماعية. ويرى أنه يجب تبسيط تفسير سلوكيات هذه المرحلة إلى أوصاف بسيطة، وقد تزول هذه التغيرات بانتهاء المراهقة. (عبد الستار، 2002، ص 112)

5. الدراسة النسقية للعرض (دور العرض):

يُشتق مصطلح "العرض" من المعجم الطبي، حيث يظهر بوضوح في كتابات الأطباء النفسيين الذين ابتكروا العلاج العائلي. تُعد الأعراض تعبيرات مرئية تُستخدم لتشخيص حالة فرد تتعلق بشيء غير مرئي. فالاضطرابات التي يُلاحظها الأطباء العقليون تدفعهم إلى الاعتقاد بأن السلوكيات التي تُعتبر اختلالات توظيفية هي في الحقيقة مؤشرات لشيء غير مرئي. هذا التوجه يتطلب توسيع نطاق الملاحظة ليشمل العلاقة بين الفرد وسياقه.(Amiguet et Jutier, 1998, p 239)

السؤال المطروح في هذا السياق هو: إذا كان العرض يؤدي دورًا ما، فهل هو مفيد؟ بمعنى آخر، هل يفيد العرض في شيء؟(McCulloch, 1997, p 40-41)

من جهة أخرى، لا يُعتبر العرض مجرد وحدة ملاحظة واحدة تتكرر في نفس السياق التفاعلي، بل هو نمط من التفاعلات التي تتسم بالتلاعب، وقد أثبتت هذه التفاعلات نجاحها، مما يجعلها تصبح عادة تُسمع في عدة مجالات. وفي حالات عديدة، عند حدوث الأزمة، فإن الأنساق الإنسانية تحتوي على موارد هامة تساهم في إيجاد توازن جديد دون الحاجة إلى ظهور الأعراض. وفي بعض الأحيان، قد تشكل التغيرات الناتجة عن الأزمة خطرًا على النسق، فيصبح ظهور العرض أو الاحتفاظ به هو الحل الذي يسمح باستمرار التوازن المرضي وتجنب التنظيمات المخيفة.

(Lebigot et al., 2001, p 269)

في العائلات التي تتمتع بصلابة عالية، يظهر الخوف من اختراق أحد أفرادها لقواعد العائلة، مما يهدد النمط المعتاد للتفاعلات. هذا يؤدي إلى زيادة التوتر الفعّال، ويجبر الأفراد على مراقبة بعضهم البعض بشكل صارم. في هذه الحالات، لا يعني بدء العلاج أن هذه العائلات مستعدة لإعادة النظر

في العلاقات القائمة بين أفرادها، بل يشير إلى أن الضغط قد بلغ درجة لا يمكن احتواؤها من خلال الدور الذي يلعبه الشخص المعين في العائلة. في هذه الحالة، إذا لم يكن الدور الذي يؤديه "كبش الفداء" كافيًا للحفاظ على قواعد التوظيف، فيجب تحريك قوى أخرى لطلب المساعدة.
(Andolfi et al., 1985, p 42)

أما "هالي (Heley) "، فيعتبر "الأعراض كحل علائقي"، أي تحول في النظر إلى الأنماط العائلية بدلاً من التركيز على الفرد فقط. من جهته، يرى "كايل (Caillé) "أن العرض بشكل عام يُظهر حالة الأزمة، ومع تحليل أعمق، يمكن أن يُعتبر بمثابة محاولة لمعالجة الأزمة أو تقليل حدتها.

وفقًا لأوسلوس (Ausloos) ، يُعتبر الشخص المعين الذي يتعرض لتقبل دور عرضي بمثابة موازن للنسق، وهو من يساهم في الحفاظ على توازن النسق العام. ولذلك، يُعتبر هذا الشخص الأكثر كفاءة في القيام بدوره لضمان استمرار التوظيف المرضي للنسق. بالإضافة إلى ذلك، يُلاحظ أن العرض نفسه لا يُعد اختلالًا أو اضطرابًا، بل هو رسالة معينة أو وسيلة اتصال أساسية ضمن النسق. ويُلاحظ أن السلوك المضطرب وفقًا لـ "أندولفي (Andolfi) "يدل على أن رغبات الاستقلالية والتمييز قد تم التضحية بها للحفاظ على العلاقات العائلية التي تؤدي وظائف متعددة. في هذا السياق، يصبح النسق العائلي غير فعال عندما يفشل في التكيف مع التغيرات، ويُعتبر العرض مؤشرًا على صلابة العلاقات العائلية التي تُحافظ على توازن مشكل صراعي.

أما "نيوبرجر (Neuburger) "فيُثير الانتباه إلى عنصر لم يتم تطويره بعد، وهو أن العرض لا يؤدي دورًا في اقتصاد النسق فحسب، بل له أيضًا تأثير على الاقتصاد الشخصي للفرد، وهو ما يرتبط بالهوية والانتماء.(Amiguet et Jutier, 1998, p 240-248)

6. المراهقة وبعض خصائصها السيكوباتولوجية:

تُعد المراهقة فترة حرجة في حياة الفرد، وقد بدأت الصعوبات المرتبطة بها تظهر بشكل ملحوظ باعتبارها مشكلة صحية عامة. وتشمل هذه الصعوبات اضطرابات السلوك مثل العدوانية الموجهة نحو الذات أو الآخرين، الانتحار، الإدمان على المخدرات والكحول، السلوكيات ضد المجتمع والعنف، بالإضافة إلى اضطرابات السير الذاتية مثل فقدان الشهية العصبي والبدانة.(Corcos, 2001, p 03)

تُعد هذه الأنماط من السلوكيات والأعراض من أبرز الحالات التي تهيمن على العيادات الخاصة بالمراهقين، وهي تُصنف ضمن ما يُعرف بشذوذ الفعل l'agir de أو المرور إلى الفعل l'acte a، حيث يتم التعبير عن هذه السلوكيات من خلال الأفعال المضطربة التي تظهر في حالات الأزمة.

7.تعريف الإدمان على المخدرات:

يُعرّف الإدمان على المخدرات بأنه استخدام قهري وخاضع للسيطرة النفسية والجسدية لمواد مخدرة تُحدث حالة من التخدير، غياب العقل، وفقدان السيطرة على الذات.

(Friedman, 1996, p 8)

ويذهب قاسم المجالي إلى أن الإدمان على المخدرات هو استخدام إلزامي لمادة كيميائية تُسبب الضرر للفرد والمجتمع، وتُؤثر على الجهاز العصبي بما يُحدث شعورًا باللذة والسعادة، غير أن الاستمرار في هذا الاستخدام يجعل من الصعب، إن لم يكن مستحيلاً، الإقلاع عنها. (المجالي، 1993، ص 116)

وقد اعتمدت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) مصطلح "الاعتماد على المخدرات" بدلًا من "الإدمان"، وعرّفته بأنه حالة نفسية وأحيانًا جسدية، تنشأ نتيجة تفاعل الكائن الحي مع المادة المخدرة، وتتمثل في استجابات سلوكية وفيزيولوجية تدفع الفرد إلى التعاطي المستمر أو المتقطع للمادة، سعيًا لتأثيراتها النفسية.(عبد الحميد، 1993، ص17)

ويمر الإدمان بعدة مراحل قبل أن يتحول إلى حالة مرضية مزمنة، وهي:

- المرحلة الأولى (الاعتياد) :يبدأ الفرد بتكرار تعاطي المخدر نتيجة الحاجة النفسية والانفعالية، وتصبح المادة جزءًا من نمط حياته.
- المرحلة الثانية (التحمُّل) :تقل فاعلية الجرعة المعتادة، مما يدفع الفرد إلى زيادة الكمية للحصول على التأثير نفسه.

المرحلة الثالثة (الاستبعاد الجسدي أو التواكل) :يصبح الفرد غير قادر على الاستغناء عن المادة المخدرة، ويُعاني من أعراض انسحابية شديدة في حال الإنقطاع. (صبري، 1998، ص 12)

8.الاضطرابات النفسية المصاحبة للإدمان على المخدرات:

تشير الأدبيات النفسية إلى أن الإدمان على المخدرات لا يُعد مجرد سلوك قهري متعلق بالمادة، بل يرتبط بجملة من الاضطرابات النفسية المصاحبة، التي قد تسبق التعاطي أو تكون ناتجة عنه أو تتداخل معه بصورة معقدة .(Faïd, 1992, 1994) نعرض فيما يلي أبرز الاضطرابات النفسية الشائعة المرتبطة بسوء استخدام العقاقير النفسية:

- **الاضطرابات الاكتئابية:** يُعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات شيوعًا بين المدمنين، ويُفسَّر أحيانًا كأرضية نفسية سابقة تدفع الفرد نحو التعاطي كآلية دفاعية. يشير سيمل (Simmel) إلى أن "المرح الظاهري للمدمن هو في حقيقته هوس خفيف (hypomania) يخفي اكتئابًا داخليًا". وقد أكدت الدراسات التجريبية هذه العلاقة، حيث توصل فايد (1992، 1994) إلى وجود ارتباط قوي بين الاكتئاب وتعاطي الهيروين، الحشيش، الكحول، الباربيتيورات والأمفيتامين.

- **اضطرابات القلق:** تُعد اضطرابات القلق من المظاهر السريرية الشائعة لدى متعاطي المخدرات، وقد تنشأ خلال فترات التسمم أو الانسحاب. يلاحظ بولو (Bolo, 1991) شيوع نوبات الهلع والخوف من الأماكن المفتوحة لدى مدمني الكحول، ما يدفعهم إلى استخدامه كنوع من "العلاج الذاتي". كما أشار ميلر (Miller, 1991) إلى أن انسحاب الكحول يصاحبه أعراض قلق، اكتئاب، أرق وتهيج. كذلك، يؤدي التسمم بالكوكايين، الأمفيتامين والماريجوانا إلى مظاهر فسيولوجية حادة للقلق (خفقان، توتر، تعرق، توسع حدقة). وأثبت فايد (1994) وجود أعراض قلق بارزة لدى متعاطي الكحول، الباربيتيورات والأمفيتامين.

- **اضطراب الوسواس القهري(OCD)** : أفادت الدراسات بأن متعاطي المواد المثبطة كالباربيتيورات قد تظهر لديهم أعراض وسواسية واضحة، خاصة في حالات التسمم، مثل ضعف التفكير والانتباه، وتدهور الذاكرة والحكم على الأمور (Grinspoon et Bakalar, 1988) ؛ حمادة، 1990 .(كما ترتبط أعراض الوسواس القهري بالإفراط في تعاطي الأمفيتامين، حيث يظهر لدى البعض سلوك قهري متكرر بلا معنى، إضافة إلى نمط ذهاني غير منظم. وتشير البيانات إلى أن متعاطي الكحول، الباربيتيورات والأمفيتامين يُظهرون أعراض وسواسية بشكل ملحوظ.

- **الاضطرابات الذهانية:** تتعدد الأعراض الذهانية المصاحبة للتعاطي، وتشمل الهلوسات، الضلالات، الذهان البارانويدي، الهذيان، العدوانية، واضطراب التفكير. يؤدي ذلك إما للتسمم أو لمرحلة الانسحاب، حيث أن الأمفيتامين، الكحول، والمهلوسات من أكثر المواد المسببة لذلك. كما يؤدي التسمم المزمن حسب (Kety et Mathyss, 1998) إلى الذهان البارانويدي، الهذيان والهياج، تشوش الوعي والضلالات الإضطهادية، ويضاف إلى ذلك أن تعاطي عقاقير مثل LSD قد يسبب أعراضًا هوسية، اكتئابية أو فصامية، خاصة لدى الأفراد ذوي الاستعداد الوراثي للفصام. وتشير نتائج فايد (1992، 1994) إلى وجود أعراض ذهانية لدى متعاطي الهيروين، الحشيش، الكحوليات، الباربيتيورات، والأمفيتامين. كما أورد(DSM-IV 1994)تعاطي المهلوسات يؤدي إلى بعض الأعراض الذهانية البارانوية والإنسحاب، أن الذهان الناتج عن المادة يتميز بهلوسات وهذاءات بارزة.

وتُظهر الدراسات أن مدمني الكحول والمخدرات أكثر عرضة للإصابة بأوهام مرضية على غرار البارانويا، الغيرة المرضية، الأوهام الجنسية والعظمة. (عطية، 2003، ص 57)

خلاصة الفصل:

تُعد مرحلة المراهقة فترة محورية في بناء الشخصية وتشكيل الهوية، إذ تشهد المراهقة تفاعلاً معقدًا بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية، مما يجعلها عرضة للاضطرابات النفسية والانزلاقات السلوكية، وعلى رأسها الإدمان. وقد بيّنت المعطيات النظرية والنسقية في هذا الفصل أن الصحة النفسية خلال هذه المرحلة ليست معطى ثابتًا، بل هي مفهوم نسبي يتأثر بالسياق الأسري والاجتماعي والدينامية العلائقية المحيطة بالمراهق، وغياب التوازن النفسي وضعف الدعم العائلي، قد يدفع بالمراهق إلى تبني سلوكيات هروبية كالإدمان، خاصة في ظل غموض الهوية والصراعات الداخلية المرتبطة بأزمة المراهقة. لذلك، يفرض التعامل مع المراهق المدمن فهماً عميقًا لخصوصيات هذه المرحلة من منظور سيكولوجي ونسقي متكامل، يراعي التفاعلات النفسية والعاطفية داخل محيطه العلائقي، قصد توفير مرافقة صحية تضمن له التوازن وتحدّ من تفاقم الأعراض المرضية.

القسم الثاني:

الإطار الميداني للدراسة

الفصل الرابع: منهجية الدراسة

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
   1.1. تعريفها
   2.1. هدفها
   3.1. مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية
   4.1. نتائج الدراسة الاستطلاعية
2. المنهج المتبع في الدراسة
3. الدراسة الأساسية
   1.3. مجموعة الدراسة
   2.3. المجال الزماني والمكاني لإجراء الدراسة الأساسية
4. تقنيات جمع المعطيات
   1.4. المقابلة النسقية
   2.4. المخطط الجيلي Génogramme
   3.4. البطاقة العائلية carte familiale
   4.4. اختبار الادراك الأسري FAT
   5.4. اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI-2)

تمهيد:

بعد أن تطرقت فيما سبق إلى الجانب النظري للدراسة، سوف يتم الآن الانتقال الى القسم الثاني منها ألا وهو الجانب التطبيقي والذين يختبر الفروض التي صيغت في بداية الدراسة والتأكد من مدى صحتها أو رفضها من خلال تحليل النتائج المتوصل إليها. وسوف نتناول في هذا الفصل منهج الدراسة ومجموعة الدراسة والمكان وتقنيات جمع المعطيات المتمثلة في المقابلة النسقية العائلية والملاحظة والخريطة الاسرية وأخيرا طريقة تحليل المعطيات والبطاقة العائلية واختبار الادراك الاسريFAT واختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية(MMPI-2) .

1. الدراسة الإستطلاعية:

1.1. تعريفها: تعد خطوة مهمة قبل الشروع في أي بحث علمي، وهو الاحتكاك بالميدان للتأكد من توفر إمكانية الحصول على العينة الخاصة بالظاهرة المدروسة، والتعرف على المنهج الملائم إضافة إلى تطبيق أدوات البحث. (ابراهيم، 2000، ص 39)

2.1. هدفها:

- من أجل تجريب وتدريب على أدوات بحثنا التي سوف أستعملها في الدراسة.
- التعرف على الظاهرة المراد دراستها وجمع المعلومات والبيانات عنها.
- استطلاع على العقبات التي سوف تقف في طريق إجراءنا للدراسة.
- صياغة مشكلة الدراسة صياغة دقيقة وعميقة.

3.1. مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية:

قمت بالدراسة الإستطلاعية في بداية شهر فيفري 2025، فتوجهت إلى الأماكن التي يمكن أن أجد فيها حالات الإدمان وهي مركز إعادة التربية ودار الشباب بولاية غرداية وكذلك وحدة الأمراض العقلية نومرات غرداية، ثم اتجهت إلى عيادة خاصة أين وجدت عينات الدراسة وباشرت في الدراسة لكن في بداية شهر مارس أغلقت العيادة لظروف خاصة، وفي الأخير اتجهت إلى بلدية القرارة ولاية غرداية وهذه الدراسة سمحت لنا بحصر مجال الاستطلاع.

في أواخر شهر مارس 2025، تم اختيار الإطار المكاني لدراستي على مستوى مقر جمعية مرافقة الشباب ببلدية القرارة ولاية غرداية،و قمت بزيارة مقر الجمعية مرافقة الشباب المتواجد في بلدية القرارة ولاية غرداية ومنه أخذت عينة الدراسة وهذا حسب موضوع دراستي، حيث يوجد فيه المقر عينات من المراهقين المدمنين كان اختياري له بالذات باعتباره يقدم خدمات كثيرة للمراهقين المنحرفين من أجل التكفل بهم من الناحية العلاجية الطبية والنفسية، وإعادة إدماجهم مع المجتمع، جنس ذكور والتي تتراوح أعمارهم ما بين (21.12) سنة.

4.1. نتائج الدراسة الإستطلاعية:

لقد قمت بتقديم نفسي لمقر الجمعية مرافقة الشباب بلدية القرارة، على أني مختصة في ميدان علم النفس الإكلينيكي وأنا بصدد إجراء الدراسة عن مشكلة تأثير الأزمات الأسرية على الصحة النفسية للمراهق المدمن على المخدرات، وبعد تحدثت مع مرافق الشباب والأخصائي النفسي عن طبيعة الموضوع المراد بحثه استقبلوني بكل اهتمام وأجريت التربص لمدة شهر ونصف.

.وفي المقابلة الثانية قابلت الحالتين وقمت بتقديم نفسي وعن سبب تواجدي في مقر الجمعية مرافقة الشباب.

. ثم بعدها مباشرة وبعد موافقة الحالتين قمت بعدة جلسات ، وخلالها قمت بالمقابلة النسقية ورسم الخريطة الأسرية وتحديد البطاقة البنائية للعائلة. وتطبيق اختبار الإدراك الأسري" Fat" وإختبار مينيسوتا متعدد الأوجه"MMPI-2"

2.المنهج المتبع في الدراسة:

بما أن موضوع الدراسة يصب اهتمامه لمعرفة التوظيف العام والمنظم للأسرة أكثر من اهتمامه بالتوظيف الخاص بالفرد، فقد استندنا على المنهج العيادي الذي يحدده دانيال لاقاش "Laksh Daniel"في دراسة الإنسان في وسطه الطبيعي، أي الاجتماعي وليس في المخبر أي ان المنهج العيادي النسقي هو قبل كل شيء بين شخصي يركز اهتمامه على الشخص او مجموعة من الأشخاص أثناء تحركاتهم وتبادلاتهم. (خرشي،2009،ص 24)

يتضح مما سبق أن المنهج العيادي القائم على دراسة الحالة وهو الاكثر ملائمة وتوافقا مع ما نود دراسته، لكونه يقوم على أساس دراسة الفرد أو مجموعة من الأفراد في وضعية محددة أو في حالة تفاعل، والغرض الأساسي من ذلك هو الوقوف على دينامية أو توظيف الشخص، يعمل الباحث الاكلينيكي إذن داخل العلاقة وعلى العلاقة مع موضوع بحثه بالمحافظة على مسافة معينة تتيح الحصول على ذلك الهدف وطبعا بالاستناد إلى ادوات بحثية خاصة.

وبغرض تحقيق أهداف الدراسة القائم بصفة عامة حول " دراسة العرض داخل السياق العائلي" لقد قمت باختيار مجموعة من الأدوات الملائمة التي يستخدمها المختص النسقي .

3.الدراسة الأساسية:

1.3. مجموعة الدراسة:

تتكون مجموعة الدراسة من عائلتين قمت باختيارها وفقا للمعايير التالية:

- أن تتضمن هذه العائلتين المراهق المدمن المعين بالشخص المريض حسب التعبير النسقي، والذي يعتبر النافذة لاقتحام نسقه العائلي.
- أن يتراوح سن المراهق ما بين 12 و21 سنة، حيث عرف "محمود عبد الرحمان" المراهقة على أنها مرحلة إنتقالية بين الطفولة والرشد والتي تشمل الفترة الزمنية ما بين الثاني عشر والحادي والعشرون من العمر، وهي الفترة التي تبدأ بالبلوغ في الجانب الجسدي نتيجة التغيرات الهرمونية والتي تتبعها تغيرات سريعة في الأعضاء الجسدية لكل من الذكور والإناث مما يحدث ارباكا للمراهق في التكيف مع الأجزاء البارزة في جسده.(بن صالح، 2015، ص 12)
- أن تتمثل العرضية المصاحبة له في اضطراب المرور إلى الفعل والمتمثل في الإدمان على المخدرات، ويتم تشخيص الحالتين من طرف الطبيب النفسي.
- إمكانية الالتقاء بأفراد العائلة ولو بحضور أحدهم حتى أتمكن من إجراء مقابلة البحث النسقي.
- ضمن بحثي مجموعة من المراهقين المدمنين (من جنس الذكور) وهي موضحة في الجدول كالتالي:

الجدول رقم (02): يوضح مجموعة الدراسة

العائلات	المفحوص المعين	السن	مستواه الدراسي	نوع المخدر	عدد أفراد العائلة	الأفراد الحاضرون خلال المقابلة النسقية
العائلة الأولى	عبد الرحمن	20 سنة	الثاني متوسط	الحشيش، لريكا	6 أفراد	حضور كل العائلة ما عدا الأخ داود
العائلة الثانية	أسامة	16	الرابعة متوسط	الحشيش، الهروين	05 أفراد	حضور الأب + أسامة

2.3.المجال الزماني والمكاني لاجراء الدراسة الأساسية:

قمتُ بمعاينة هذه العائلتين بمنزل العائلة ومقر الجمعية "مرافقة الشباب القرارة"، بمكتب الأخصائي النفسي الذي كان يشرف على المتابعة النفسية للحالتين، اللذان يعانيان من الإدمان على المخدرات من أنواع مختلفة: الحشيش ولريكا والهيروبين. وقد أشرف على علاجهما منذ أواخر مارس، ومدتها تقريبا شهر ونصف.

وقد تمثلت خطة عمل الدراسة الأساسية بلقائي أولاً بالمراهق، الذي أجريت معه مقابلة فردية في مقر الجمعية، حاولت من خلالها كسب ثقته وجمع بعض المعطيات الشخصية المتعلقة به، وأيضاً لأجل تطبيق اختبارFAT .

أما الحصة الموالية، وقد خُصصت بهدف إجراء المقابلة النسقية التي كانت بحضور كل العائلة أو البعض منها.

أما الحصة الثالثة، فقد خُصصت لأجل تطبيق اختبار "مينيسوتا متعدد الأوجه"MMPI.

4.تقنيات جمع المعطيات:

لإنجاز العمل التطبيقي وجمع المعطيات الخاصة بالنموذج النسقي استعملت تقنيات والمتمثلة في:

1.4. المقابلة النسقية:

ففي هذه الأداة ركزت أساسا على المقابلة التي حاولت إعطاءها طابع نسقي خصوصا بعد استخدامي للتساؤلات الدائرية "Questionnements circulaires" التي ترتكز على سبيل المثال على استجواب أحد أفراد العائلة حول طريقة الاتصال لدى فرد آخر، ما يسمح برؤية استجابات الآخري3ن، ودفع جميع أفراد العائلة للتعبير عن المشكل. وهي مقابلة تتميز فيها عن المقابلة الفردية من حيث أنها التقاء يتم من خلاله دراسة مباشرة للاتصال لدى فرد مع أفراد محيطه، إذ يمكن أن نصل إلى تعيين أنماط اتصالات لها قيمة تشخيصية، وهذا النوع من التدخل هو بحث في الحاضر أكثر منه البحث عن معنى رمزي أو عن الدوافع أو عن أسباب مأخوذة من الماضي.

(Watzlawick, 1972, p 41)

وإن المقابلة المستخدمة من قبل المعالج المتربص هي مقابلة عيادية تشبه خطة عمل محددة من قبل الباحث: فالمقابلة تهدف إلى الإجابة على فرضيات البحث المحددة، وبهذا المعنى خطاب الفرد هو محدد نسبيا حول موضوع مسطر من قبل البحث. (Benony et Chahraoui,1999, p 65)

المقابلة النسقية هي التي تمنح الباحث معرفة أعضاء النسق عن كثب وملاحظة التواصل اللفظي وغير اللفظي عن طريق التواصل معهم وتوجيه الأسئلة لهم، فهي أكثر أداة ملائمة وفاعلية للكشف عن التوظيف العائلي في مثل هذه الدراسات.

تسمح المقابلة النسقية من ملاحظة التفاعلات العائلية ورسم المخطط الجيلي للعائلة وكذا البطاقة العائلية.

- **دليل المقابلة:**

تضمنت مقابلة بحثي أهم المحاور وهي:

- المحور الأول: التعرف على المفحوص المعين وجمع بعض المعلومات الشخصية المتعلقة به: (الاسم، السن، المستوى الدراسي، نوع العرضية المصاحبة له وبداية ظهورها).
- المحور الثاني: التعرف على أفراد العائلة وجمع بعض المعلومات الشخصية المتعلقة بهم:

أسماؤهم، أعمارهم، مستواهم الدراسي أو المهني، ظروفهم الصحية أو النفسية، حالتهم المدنية (المتزوجين، المطلقون، لديهم أبناء أم لا...، الأشخاص المتوفون، الأفراد القاطنين تحت سقف واحد...إلخ)، حيث يساعدنا هذا المحور على:

- ✓ رسم تخطيطي الجيلي للعائلة " Génogramme".

✓ إعطاؤنا نظرة شاملة لطريقة تشكل هذا النسق العائلي، وكذلك خصائصه المهمة المتعلقة (أي روابط بين أفراد) ، وكذا طبيعة العلاقات وغيرها التي تسهل لنا التعرف على أفراد العائلة عن قرب.

✓ معرفة المكانة التي يحتلها المراهق بين إخوته (الأكبر، الأصغر، الفروق الزمنية بين الولادات...).

– المحور الثالث: التعرف على السياق العائلي ومختلف أشكال التفاعلات القائمة بين أفرادها بالكشف عن:

✓ سياق أو تاريخ تطور العرضية وأهم الظروف والأحداث العائلية.

✓ مختلف أنماط العلاقات ما بين الأفراد كالعلاقة ما بين الزوجين، العلاقة ما بين الإخوة، علاقة الوالدين بالأبناء علاقة العائلة بالمحيط الخارجي...الخ .

يسمح لنا هذا المحور بـ:

- التعرف على أهم خصائص العائلة (السلطة، الأدوار، العلاقات، الحدود...).
- الكشف عن نمط توظيف العائلة.
- الكشف عن الدور الذي يؤديه العرض داخل سياقه العائلي.

➢ وتعتبر الملاحظة من بين التقنيات لجمع المعطيات تهدف إلى إبراز الاتصالات غير اللفظية(communication analogique) التي تظهر لدى الأفراد أثناء المقابلة النسقية،كما تسمح أيضا بالحصول على نظرة شاملة حول النماذج والأنماط العلائقية والاتصالية بداخل العائلة، وساعدتني في دراستي على:

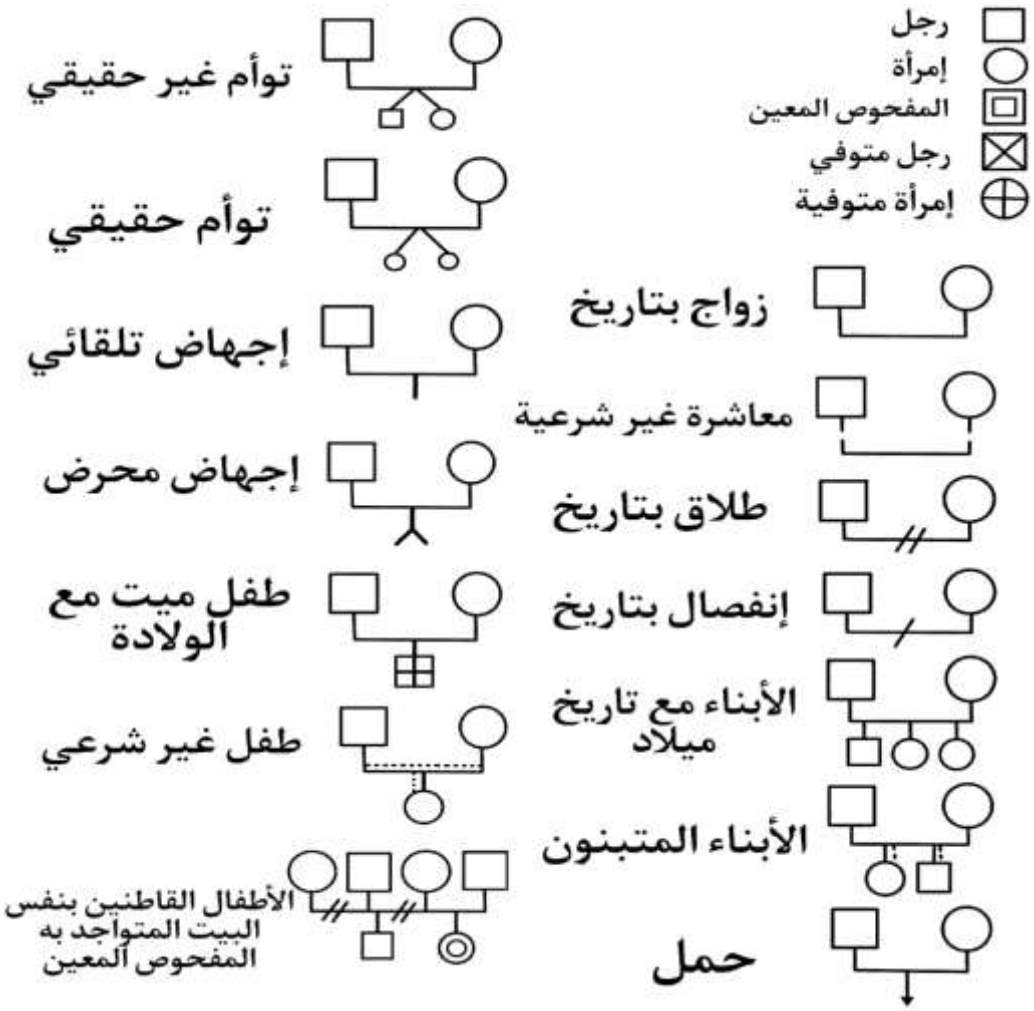
- ملاحظة الاتصالات غير اللفظية (التحركات، الإيماءات، نبرات الصوت، النظرات...)
- نوع أو طبيعة أسلوب الكلام المتخذ خلال المقابلة (أسلوب عتابي أو تاديبي أو استفزازي...)
- ملاحظة أيضا وضعيات الأشخاص أثناء المقابلة (من الذي يتكلم الأول أو من الذي يصمت...)

2.4.المخطط الجيلي: Génogramme

وكما يعرف أيضا المخطط الجيلي للعائلة "Le Génogramme" الذي يمنح إمكانية جمع في شكل بياني عناصر لشجرة النسب للعائلة (تاريخ الميلاد والوفاة)، أسماء وألقاب العائلة، الإجهاضات...) ويمكن إضافة بعدها سلسلة من المعلومات مثل الأمراض الجسدية أو الاضطرابات النفسية التي يعاني منها عدة أفراد، ظروف الوفاة، نوع العلاقات التي تجمعهم...إلخ. وهكذا يسمح هذا المخطط بالحصول على "صورة للعائلة" التي يمكن التعرف عليها من النظرة الأولى.

وهو حسب Benoit (1988) أداة عمل مهمة يمكنه أن يعطي لنا نظرة عامة لعائلة لعدة أجيال وكذلك ملاحظة تكرار بعض الظواهر مع مرور الزمن وفيما يلي مجموعة من الرموز المتعلقة بالمخطط الجيلي للعائلة:

الشكل رقم (01): يوضع رموز المخطط الجيلي للعائلة:



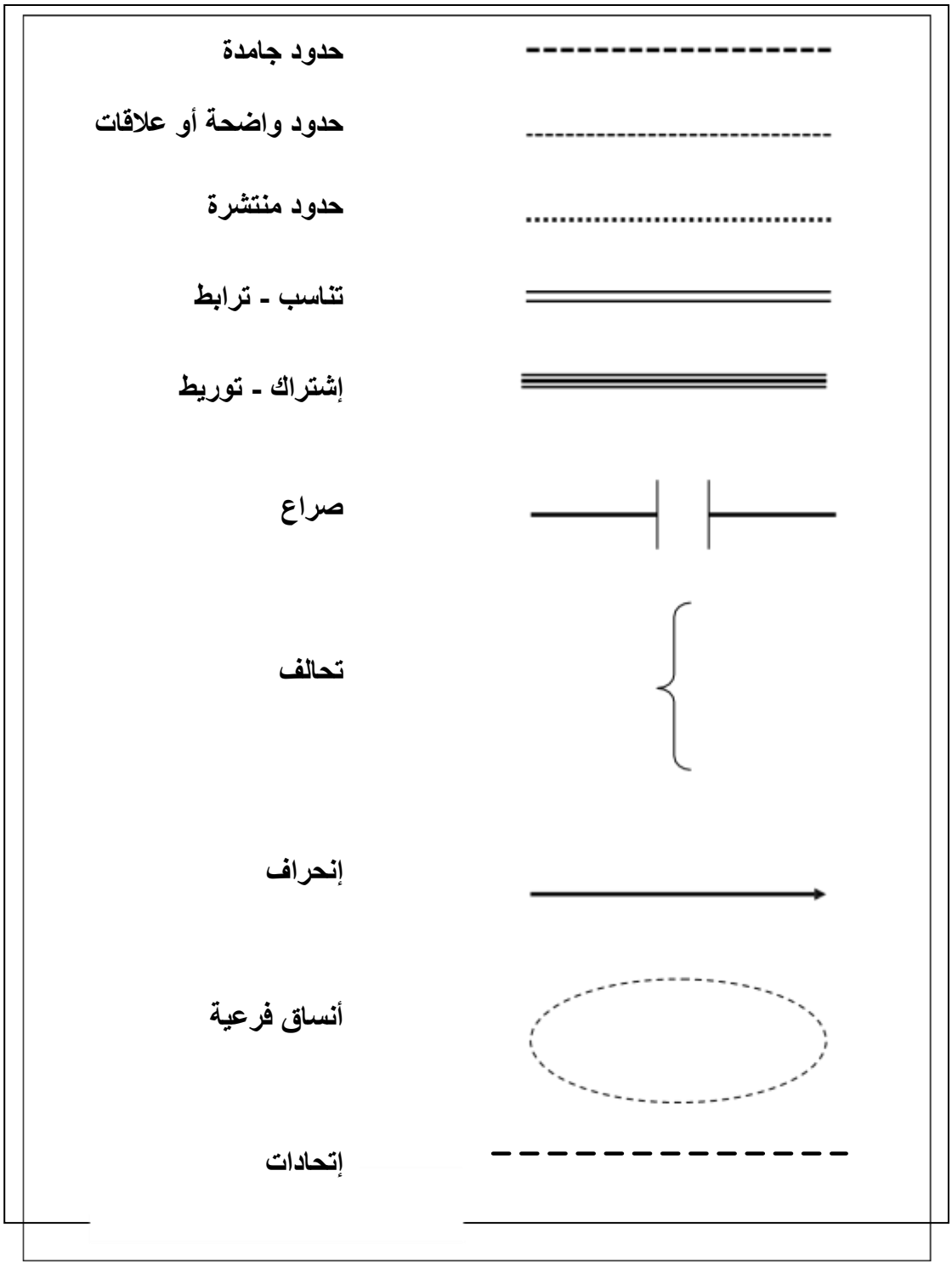
3.4. البطاقة العائلية Carte Familiale:

هي عبارة عن مخطط نظامي: هي متوازنة في حين العائلة في حركة مستمرة، لكنها تمنح دلالات فعالة يستند عليها المعالج لتنظيم مختلف العناصر التي يستنبطها، كذلك لتحديد أهدافه العلاجية.

ويعتبر مينوشين هو من اخترع رمزا مبسطا، يسمح لتمثيل بياني لأنواع الحدود داخل النسق، كما يمكنها أن توضح التباعدات العاطفية التي تظهر من خلال المعاملات المتماثلة والمتكررة.
(El kaim, 1995,p 226)

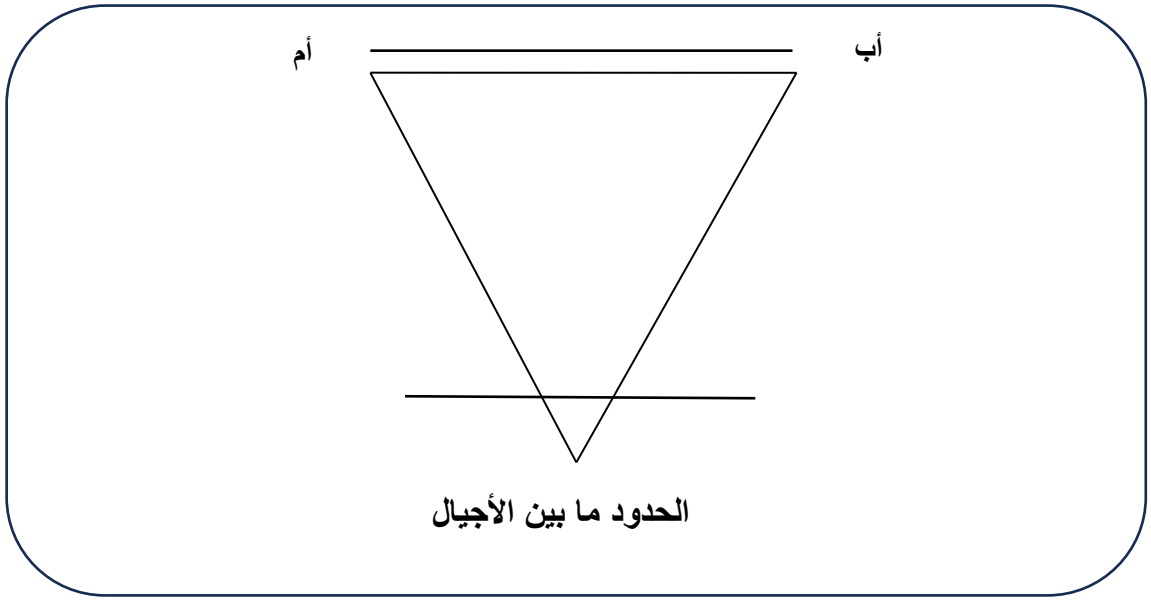
ومن بين هذه الرموز:

الشكل رقم (02): يوضع رموز البطاقة العائلية:



ولقد اقترح مينوشين نموذج للبطاقة العائلية المثالية، تحتوي على مسافات وحدود، كما هو موضع على النحو الآتي:

الشكل رقم (03): يمثل نموذج مثالي للبطاقة العائلية:



4.4. اختبار الادراك الأسري: Family Apperception Test (FAT)

- **تعريف بالاختبار وبناؤه:**

صمم إختبار تفهم العائلةTest FamilyApperceptiom ، كإختبار اسقاطي على يد كل من سوتيلSotile، وألكسندرAlexander، وهنريHenry ، سوتيلSotile، وكاسترو Cestro (1999)، موهو يعتمد على مبدأ التعبير اللفظي للإدراكات الشكلية داخل الأسرة، وذلك باستخدام عدد من البطاقات الملونة بالأبيض والأسود، والتي تحتوي على مواضيع مختلفة تدور أحداثها بواسطة شخصيات تمثل أفراد ينتمون إلى عائلة، ويتكون الاختبار من (21) بطاقة ملونة بالأسود والأبيض ودليل ورقة الترميز (بروتوكولات)، حيث يوجد في كل بطاقة رسوما تصورية تظهر وضعيات وعلاقات ونشاطات أسرية (مثل: العشاء، سوء السلوك والعقاب، وشراء الملابس، وقاعة مشاهدة التلفاز، وتنظيم الغرفة)، وكذلك ردود الفعل الانفعالية في التفاعلات الاسرية الخاصة، حيث تعمل هذه البطاقات كمثير وعريضة لتجميع الاسقاط على الاحداث والبنيات العائلية ،وكذلك الردود العاطفية في خضم التفاعلات العائلية النوعية الخاصة وحتى العامة منها.

- **كيفية تطبيقه:** نمرر كل البطاقات على المفحوص وتدوم مدة إجراءه 40-30 دقيقة والأجوبة يجب أن تدون كلمة بكلمة على الورقة.

➢ **التعليمة:** إن تعليمة اختبار الإدراك الاسري تختلف باختلاف سن المفحوص، وبذلك جاءت التعليمة الأنسب عند تطبيق الاختبار على أشخاص هم أقل من 18 سنة مايلي :

لدي مجموعة من الصور التي تظهر مجموعة أطفال مع عائلاتهم سوف أقوم بعرضها عليك واحد تلوى الأخرى، وعليك أن تخبرني – من فضلك – ما الذي يجري في الصورة، وما الذي أدى إلى ذلك، وفيما يفكر ويحس هؤلاء الأشخاص في الصورة، وكيف تنتهي القصة ...استخدم خيالك وخصوصا تذكر أنه لا يوجد جواب صحيح وآخر خاطئ فيما ستقوله، سأقوم بكتابة الاجابات حتى لا أنساه، أما بالنسبة للراشدين، نحتفظ بنفس التعليمة، مع تغيير فقط الجملة الأولى، التي تصبح "لدي مجموعة من الصور تشير إلى عائلات".(خرشي، 2009، ص 94)

➢ **كيفية تنقيط البروتوكول وتحليله:**

عند نهاية تمرير الصور، يصبح البروتوكول قابل للتحليل من وجهة نظر عيادية، حيث يتم جمع الإجابات الفردية على ورقة التنقيط وفق نظام التنقيط المفصل في دليل الاختبار وتدور أصناف نظام التنقيط FAT حول جوانب مختلفة لأربع متغيرات نسقية هي:

1. الصراع الظاهر.
2. حل الصراع.
3. تعريف الحدود.
4. أنماط العلاقات.

وفيما يخص التحليل الكيفي فيتم بالإجابة على مجموعة من الأسئلة، حددت بثمانية في كراسة التصحيح، تتناول في مجملها توظيف النسق العائلي، والتي تتجسد فيما يلي:

1. هل محتوى بروتوكول " المفحوص" كاف لوضع فرضيات صادقة؟
2. هل تظهر الصراعات في بروتوكول المفحوص؟
3. في أي مجال يظهر الصراع في بروتوكول المفحوص؟
4. ما هو النمط الوظيفي الذي تتميز بها أسرة المفحوص؟
5. ما هي الفرضيات التي يمكن أن تكون مرتبطة بالنوعية العلائقية الظاهرة على مستوى الأسرة؟
6. ما هي الفرضيات التي يمكن صياغتها عن المظهر النسقي العلائقي لهذه الأسرة؟
7. هل هناك مؤشرات تدل على عدم التكيف؟

8. هل توجد في البروتوكول مواضيع تسمح بتكوين فرضيات عيادية مفيدة؟

➢ **صدق وثبات الاختبار:**

يسهِّل نظام التنقيط لاختبار FAT إعداد فرضيات لها علاقة بالنسق العائلي للفرد.

✓ **ثبات الاختبار:**

تم إجراء ثبات اختبار FAT في مجتمعات غربية، حيث تم بناء هذا الاختبار الإسقاطي من خلال بحثين مستقلين لكل من Gingrich (1987) و(1988) Dechatelet.

ونكتفي في هذا الصدد ببحثGingrich ، الذي قام بمقارنة التحليلات المنجزة من قبل منقّطَين لـ 44 بروتوكول باستخدام النسخة الأولية لاختبار FAT المتضمنة لـ 11 أصناف للتنقيط. تم تطبيق هذه النسخة على 22 فردًا من المجموعة العيادية (07 ذكور 15 إناث، تتراوح أعمارهم بين 8 و 14 سنة) 22 فردًا من المجموعة الضابطة (16 ذكور و06 إناث). وقد استُخدم معامل الارتباط كابا (K) لـ Cohen لتحديد نسبة التوافق بين المنقّطين. ويشير المعامل إذا كان أقل من 0 إلى عدم التوافق، أما إذا كان يتراوح ما بين 0,001 -1,000 فإنه يشير إلى توافق ما بين المنقطين وقد كانت نتائج هذه الدراسة كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (03): يمثل معامل الارتباط معامل الارتباط كابا (K) لـCohen حسب المجموعة وحسب الأصناق (Gingrich 1987)

الأصناف	المجموعة الكلية	المجموعة الضابطة	المجموعة العيادية
-الصراع الظاهر	0.766	0.778	0.753
-حل الصراع	0.660	0.681	0.637
-تعريف القواعد	0.582	0.661	0.513
-نوعية العلاقات	0.509	0.517	0.498
انصهار/عدم مبالاة	0.247	0.367	0.181
-علاقة ثلاثية	0.284	0.000	0.498
-نسق مفتوح/مغلق	0.532	0.536	0.527
-سير مختل الوظيفة	0.516	0.856	0.366

-سوء معاملة	0.324	0.195	0.340
استجابات غير اعتيادية/رفض	0.566	1.000	0.554

سمحت هذه الدراسة برفع الغموض عن نظام التنقيط الأولي، مما أدى إلى إجراء عدة تعديلات لإعداد النظام الحالي المكوّن من 09 أصناف سهلة الاستخدام.

✓ **صدق الاختبار:**

قارن Lundquist (1987) بين الإجابات المترددة التي تشير إلى الصراع انطلاقًا من بروتوكولات 22 فردًا من المجموعة العيادية 22 فردًا من المجموعة الضابطة، وُزِّعوا حسب الجنس، السن والمستوى الدراسي، وتكوّنت المجموعة التجريبية من أطفال لديهم صعوبات متنوعة. أثبتت الدراسة أن اختبار FAT يسمح بالتمييز بين أفراد المجموعتين استنادًا إلى تردد ظهور الصراع في القصص، حيث قدّم أفراد العينة التجريبية إجابات توحي بالصراع مع تردد مرتفع وذي دلالة إحصائية.

كما تبين أن اللوحات 5، 7، 10، 12 تسمح بشكل فردي بالتمييز بين المجموعتين استنادًا إلى تكرار مواضيع الصراع.(المرجع نفسه، ص 98)

5.4. تعريف اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه: (MMPI-2)

يعد اختبار MMPI-2 من أدوات التقييم الإكلينيكي الأكثر استخدامًا، أعدّه كل من Hathaway، الأخصائي النفسي، وMckinley، الطبيب العصبي النفسي، بهدف قياس أبعاد متعددة من الشخصية تشمل الجوانب الصحية، الأخلاقية، الدينية، الجنسية، الأسرية وغيرها، مما يساعد في تشخيص الاضطرابات النفسية والعقلية.

تأتي الصيغة الأصلية للاختبار في ثلاث صور :بطاقات، وكتيب، وشريط مسموع، حيث تُطبّق الصورتان الأولى والثالثة بشكل فردي، بينما تُستخدم الصورة الثانية فردياً وجماعياً .

أما النسخة المعدّلة من الاختبار والمعروفة بـ MMPI-2، فتتضمن أيضاً 567 عبارة مرتبة بطريقة تمكّن المفحوص من الإجابة على أول 370 عبارة، والتي يُمكن على أساسها تصحيح كل مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية. وتُشكّل هذه الفقرات الصورة المختصرة من اختبار مينيسوتا للشخصية المتعددة الأوجه.

✓ **أغراض استخدام اختبار MMPI-2** : يستخدم هذا الاختبار لثلاثة أهداف نفسية رئيسية:

- التشخيص الإكلينيكي لاضطرابات الشخصية.
- الاستخدام السيكوتقني، إذ يُطبّق في المؤسسات الأمنية لاختيار الأنسب للعمل في قطاعات مثل الأمن والجمارك.
- البحوث الإكلينيكية، سواء تلك التي تهدف إلى الكشف والتشخيص أو المتعلقة بالدراسات السيكومترية. (مشراوي، 2022، ص 109)

✓ **تعليمة الاختبار**: يتضمن هذا الاختبار عدداً كبيراً من العبارات. اقرأ كل عبارة بعناية، سواء كنت ترى أنها تنطبق عليك أم لا، ثم أجب بـ"نعم" أو "لا."

- تذكّر أن المطلوب هو التعبير عن فكرتك الخاصة.
- لا تترك أي سؤال دون إجابة إن استطعت.
- عند إجابتك، تأكّد من أن رقم العبارة يتطابق مع الرقم الموجود في ورقة الإجابة.
- استخدم قلم رصاص، واجعل العلامة ثقيلة وواضحة.
- إذا رغبت في تغيير إجابتك، امحُ العلامة جيداً.
- لا تضع أي علامة على هذا الكتيّب.

✓ **الفئة العمرية المستهدفة** :من 16 سنة فما فوق، بمستوى تعليمي متوسط، ويستغرق التطبيق من ساعة إلى ساعتين حسب مستوى الذكاء.

1.5.4. مقاييس الاختبار:

➢ **.مقاييس الصدق:**

✓ **درجة لا أستطيع أن أقرر(؟) Cannot say score** : وهي عدد البنود غير المجاب عنها أو أُجيبت مرتين. إغفال أكثر من 30 بندًا يؤدي إلى إلغاء الورقة.

✓ **مقياس الكذب Lie (L) scale** : يكشف عن محاولات تقديم صورة مثالية، ويتألف هذا المقياس من (15 بندًا).

- ✓ **مقياس الندرة أو التكرار Infrequency (F) scale:** يكشف عن إجابات غير مألوفة أو متطرفة، سواء في التمثيل السلبي أو الإيجابي (60 بندًا).
- ✓ **مقياس التصحيح Correction (K) scale:** يقيس درجة الدفاع أو الإقرار بالعيوب، ويتألف هذا المقياس من (30 بندًا) .(عبد الرؤوف والمصري، 2017، ص 100)

➢ **المقاييس الإكلينيكية:** يحتوي اختبار (MMPI-2) على عشرة مقاييس عيادية، سنوردها فيما يلي دون التطرق للمقاييس الفرعية الملحقة بها:

1. توهم المرض Hypochondria (Hs) : انشغال مبالغ بالصحة الجسدية، غالبًا دون أساس عضوي.
2. الاكتئاب Depression (D): يقيس عمق الأعراض الاكتئابية مثل انخفاض المعنويات وفقدان الأمل.
3. الهستيريا Hysteria (Hy) : رصد الأعراض التحولية مثل الشلل أو التقلصات العضلية.
4. الانحراف السيكوباتي Psychopathy Deviate (Pd): نقص في الانفعالات العميقة وتجاهل المعايير الاجتماعية.
5. الذكورة–الأنوثة Masculinity – Feminity (Mf) : ميول الجنس الآخر في الاهتمامات، تُستخدم في التوجيه المهني.
6. البارانويا Paranoia (Pa) : مشاعر الشك والحساسية الزائدة وميول اضطهادية.
7. الوهن النفسي/السيكاثينيا Psychathenia (Pt) : مخاوف، وسواس، وسلوك قهري كغسل اليدين المفرط.
8. الفصام Schizophrenia (Sc) : تفكير وسلوك غريب، انفصال عن الواقع، وأعراض شبيهة بالفصام.
9. الهوس الخفيف Hypomania (Ma):فرط في النشاط والتفكير، قابلية للوقوع في المشكلات.
10. الانطواء الاجتماعيSocial inrovertion (Si) : انسحاب من التفاعلات الاجتماعية دون دلالة مرضية. (فرج، 2007، ص 723–725)

2.5.4. الخصائص السيكومترية:

أجرت سمية تودرت دراسة على عينة جزائرية (184 راشدًا) وأخرى (44 راشدًا) للتحقق من الثبات، باستخدام الترجمة العربية لعبد الله محمود سليمان المعتمدة من جامعة مينيسوتا. أظهرت النتائج صدقًا وثباتًا جيدين، مع وجود أربعة عوامل في المقاييس الإكلينيكية (الاضطراب، الانطواء، التحكم، الذكورة—الأنوثة)، واثنين في مقاييس المحتوى. كما كشفت عن تشابهات واختلافات بين الجنسين والثقافات الجزائرية والأمريكية، مما يدعم تكافؤ النسخة العربية مع الأصلية.

- **تطبيق الاختبار:**

اعتمدت الطالبة النسخة المختصرة من MMPI-2 بـ(14) مقياسًا: 10 إكلينيكية و4 للصدق، حسب ترجمة سليمان والمكيفة على البيئة الجزائرية من طرف تودرت، التي قدمت دورة تكوينية عبر برنامج "زوم" بتنظيم مخبر المساعدة النفسية – جامعة المسيلة.

يُجيب المبحوث عن العبارات بتحديد مدى انطباقها عليه بصواب أو خطأ، بوضع دائرة على ورقة الإجابة.

خلاصة الفصل:

لقد تمّ في هذا الفصل عرض المنهج المتبع في الدراسة ومجموعة البحث والمكان الذي أجري فيه البحث والتقنيات المستخدمة لجمع المعطيات، هذا وسوف يتم في الفصل اللاحق عرض أهم النتائج المتوصل إليها في الدراسة.

الفصل الخامس: عرض الحالات وتقييمها

1- تحليل الحالات وتقييمها

الحالة الأولى (عائلة المراهق عبد الرحمن)

الحالة الثانية (عائلة المراهق أسامة)

2- الاستنتاج العام

1. تحليل الحالات وتقييمها

- **الحالة الأولى (عائلة المراهق عبد الرحمن):**

I. ملخص محاور المقابلة النسقية:

- **المحور الأول "التعريف بالمفحوص المعَيَّن":**

يتعلق الأمر بالمراهق "عبد الرحمن"، المعيَّن من قبل عائلته بالشخص المريض، البالغ من العمر 20 سنة، ينتمي إلى أسرة تتكون من سبعة أفراد، ويحتل المرتبة الثانية بين إخوته، ذو مستوى الثانية متوسط، فقد والده سنة 2023، ويعيش حاليا مع والدته وإخوته في ظل ظروف أسرية تتسم بالصراعات المتكررة والإهمال العاطفي والتربوي، عرف تعثرا دراسيا منذ بداية فترة المراهقة، مما أدى إلى انقطاعه عن الدراسة قبل إتمام الطور المتوسط، بدأ تعاطي المخدرات سنة 2017، حيث تطورت حالته تدريجيا إلى مرحلة الإدمان مدته تقريبا سبع سنوات، يخضع حاليا للعلاج الطبي والنفسي منذ شهرين ضمن برنامج إعادة التأهيل النفسي والسلوكي. وتمثلت العرضية المصاحبة له في إدمانه على المخدرات، بكل أنواعه (الحشيش، و لريكا).

- **المحور الثاني :"التعريف بأفراد العائلة":**

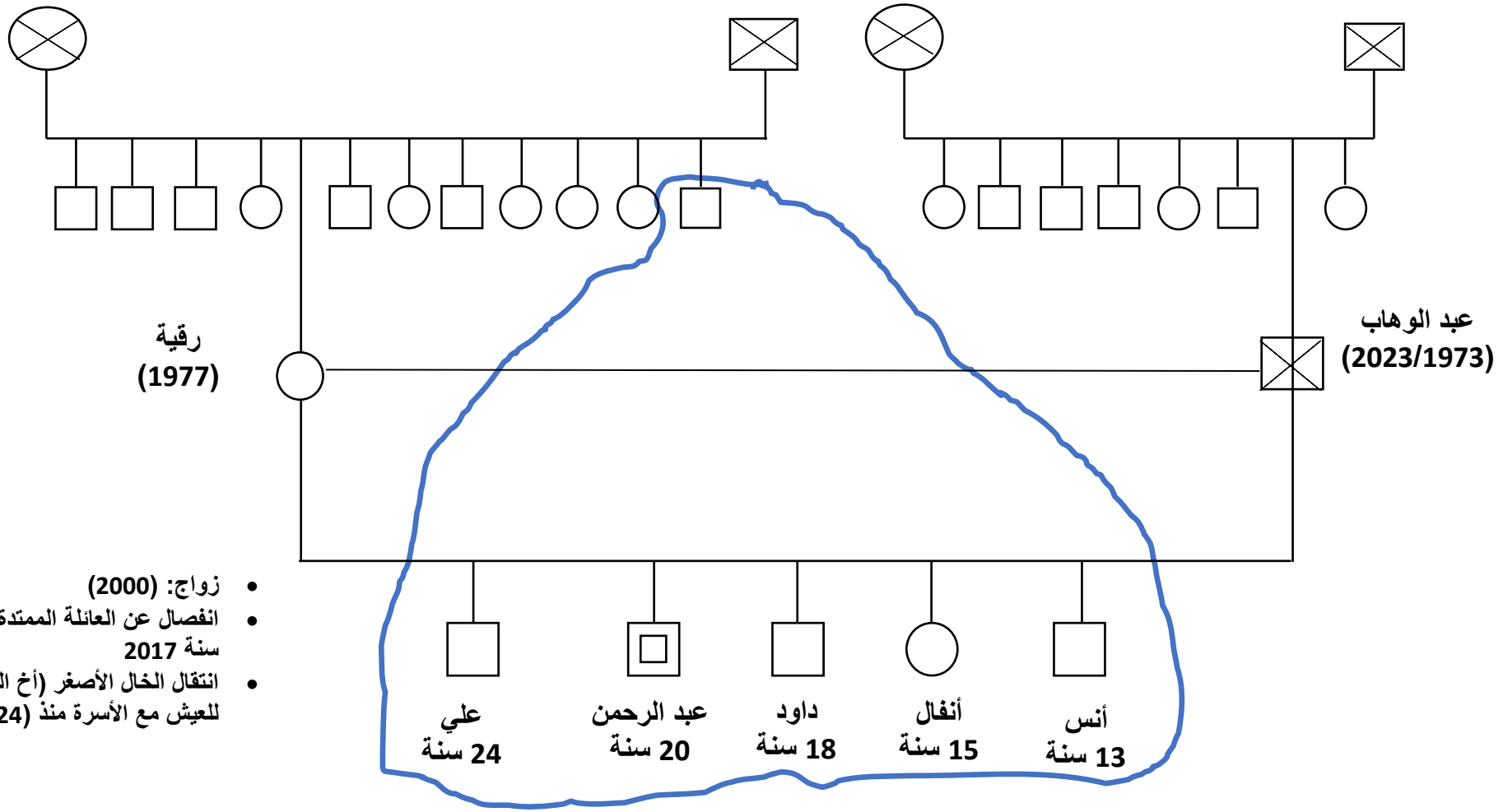
هي عائلة ثنائية الوالدين وتوفي الوالد "عبد الوهاب" سنة 2023 عن عمر يناهز 50 سنة، إثر إصابته بمرض سرطان الرئة بسبب دخوله عالم المخدرات وإدمانه على الحشيش،كان يحتل المرتبة السابعة بين إخوته من أصل 8:(5 ذكور و3 إناث)، كانت مهنته لحام، وتتكون الأسرة من:

- الأم "رقية"، تبلغ من العمر 46 سنة، تعاني من مشاكل صحية تشمل ارتفاع ضغط الدم والسكري، وهي الخامسة بين إخوتها من أصل 12: (6 ذكور و6 إناث). بعد وفاة والديها قبل عام، انتقل أصغر إخوتها للعيش معها، ويبلغ من العمر 23 سنة، ويعاني من مشكلة إدمان المخدرات.

- الابن الأكبر "علي"، يبلغ من العمر 24 سنة، مستواه الدراسي السنة الرابعة متوسط، أعزب، يعمل كعامل يومي، ويعاني من نفس عرضية الإدمان على المخدرات.
- الابن "عبد الرحمن"، الشخص المعين (personne indntifie) بهذه الأسرة، البالغ من العمر 20 سنة، يحتل المرتبة الثانية في البيت، لديه مستوى السنة الثانية متوسط، المهنة لحام (نجارة معدنية)، ويعاني نفس العرضية الإدمان على المخدرات.
- الابن "داود"، يبلغ من العمر 18 سنة، مستواه السنة الرابعة متوسط، يعمل كعامل يومي ويعاني كذلك تعاطيه وإدمانه على المخدرات.
- الابنة "أنفال"، تبلغ من العمر 15 سنة، تدرس في مدرسة خاصة للبنات، في السنة الرابعة من التعليم المتوسط.
- الابن الأصغر "أنس"، يبلغ من العمر 13 سنة، يدرس في السنة الثانية متوسط، وقد شهد مؤخرًا تراجعًا في نتائجه الدراسية وتدهورًا في سلوكه.

تسكن هذه الأسرة النووية في منزلها الحالي منذ ثلاث سنوات، بعد أن كانت سابقًا تقطن في بيوت للإيجار، وقبل ذلك كانت تقيم مع العائلة الممتدة لوالد الأب حتى سنة 2017، وكل هذا يظهر من خلال المخطط الجيلي للعائلة ما يلي:

الشكل رقم: (04) يمثل المخطط الجيلي لعائلة عبد الرحمن



- زواج: (2000)
- انفصال عن العائلة الممتدة للأب سنة 2017
- انتقال الخال الأصغر (أخ الزوجة) للعيش مع الأسرة منذ (2024)

- **المحور الثالث: "السياق العائلي ومختلف أشكال التفاعلات":**

من خلال المقابلة، تبين أن العلاقة بين "عبد الرحمن" وإخوته من جهة، وأمه من جهة أخرى، كانت مليئة بالصراعات وسوء التفاهم المتبادل. عبّر الطرفان عن ذلك بشكل مباشر، سواء من خلال معاتبة الأم لأبنائها وانتقادها لتصرفاتهم وسلوكياتهم السيئة، أو من خلال استياء الأبناء من أقوال الأم التي توحي بالذنب.

وبالتمعن في أهم الأحداث العائلية والعلاقات بين الأفراد، يتضح أن بداية تدهور سلوك "عبد الرحمن" تعود إلى فترة الدراسة إذ كان كثير المشاكل، حيث في تلك الفترة تعرضت الأسرة لعدة أحداث مؤلمة سببت معاناة كبيرة لأفرادها، في ذلك الحين تسكن مع العائلة الممتدة ومن أبرز هذه الأحداث:

- كان الأب وإخوته (أعمام الطفل عبد الرحمن) أشخاص يعانون من مشكل الإدمان على المخدرات، كما صرحت الأم:كان الزوج مدمن على الحشيش وهو السبب في الموت تاعوا، وكان ديما مقلق، يتنرفا بزاف،كان يعنف في الولاد يضربهم بزاف،كان متسلط علينا بزاف...، وقالت خاوتوا ثاني نفس المشكل يعانيو منوا (نفس العرضية).
- بعد وفاة والد الأب، دخل الأب وإخوته في صراعات حول مشكلة الإرث، وخصوصا بعد رفضهم شراءه منزل أبيه، لأن الأب لم يكن لديه منزلا يأويه ما عدا هذا المنزل الذي يحوي العائلة الكبيرة، عكس إخوته الذين يملكون بيوتا خاصة بهم.
- في تلك الفترة، قرر الأب الانفصال عن عائلته سنة 2017 بعد وفاة والديه اللذان كانا يمثلان له دعمًا عاطفيًا، بخلاف علاقته الفاترة بإخوته، وتحدثت الأم عن شخصية والد الزوج، الذي كان المتحكم في الأسرة وله سلطة مطلقة، حيث قالت:"شيخي هو اللي كان يتحكم في الدار، كان بزاف واعر، وعجوزتي كانت عاقلة بزاف، ما تدخلش قاع روحها"، وقد عبّر عبد الرحمن ووالدته عن موقف سلبي تجاه عائلة الوالد بسبب بعدهم وعدم دعمهم، عبد الرحمن قال: "ما لقينا حتى واحد، واحد ما حوس علينا... صبت البرّاني خير".

- في ظل هذه الظروف، أوكل الوالد إلى ابنه "علي" و"عبد الرحمن" مهمة جمع المال مباشرة بعد ترك الدراسة، وهو ما أثّر على "عبد الرحمن" نفسيًا، إذ عبّر عن ذلك بقوله:"ما كنتش حاب نخدم، كنت حاب نكمل قرايتي، مي الله غالب الظروف تاعنا كانت صعيبة بزاف".
- وقد تبين أن والد عبد الرحمن كان يشبه والده من حيث الأسلوب المتسلط مع أبنائه، وكان ذو طابع حاد وقاس وذا هيبة وسيطرة حيث وصفه عبد الرحمن بأنه:"بابا ربي يرحمو كان ديما مقلق معانا، وكان متسلط علينا بزاف، يحب رايو هو اللي يمشي، بصح ساعات يكون حنين معانا"، أما الأم فكانت تتسم بالحزم والصرامة، وتحمّلت مسؤولية البيت بالكامل بعد وفاة الزوج.
- تأزمت أوضاع الأسرة أكثر بعد تدهور الحالة الصحية للوالد سنة 2022، إثر إصابته بسرطان الرئة، مما زاد من شعوره بالضعف والعجز عن رعاية أسرته. هذا انعكس سلبًا على "عبد الرحمن"، الذي أصبح لا يمتثل لأوامر والديه، ويسيء معاملتهما. حسب قول الأم:"ماكاش قاع يسمع لباباه، يخرج في الليل، وما يدخلش بكري، الخمر، الشيشة... كان داير رايو".وأضافت":واش نزقي عليهم ولادي كامل بصح ما يسمعونيش ،كل واحد داير رايو "،كما لوحظ وجود شجارات بين الأشقاء، خاصة بين "أنفال" و"عبد الرحمن"، بسبب شعوره بأن والدته تفضّلها عليه، حسب أقوال الأم(كان عبد الرحمن ديما يقولي تفضلي أنفال علينا، الحاجة لتطلبها تنفذيها، كان يغير منها بزاف لأنوا كانت ديما واقفة معايا).
- عبد الرحمن انزلق للإدمان، نتيجة تفاعل مركب بين التفكك العائلي، القهر العاطفي، وغياب المرافقة النفسية، ثم وجد نفسه مندمجًا في وسط "أصدقاء" وفروا له شعورًا بديلاً بالانتماء، ولو زائفًا، ما جعله يدخل دوامة الإدمان،حسب أقوال عبد الرحمن(كنت منحبش ندخل للدار نحب نريح برا مع صحابي وبديت معاهم في الدخان، أمبعد شوية وليت للخمر والزطلة، أمبعد وليت نستعمل لريكا، والمهم شوية شوية وليت نخلط بيناتهم...).

II. الدراسة البنائية لعائلة "عبد الرحمن":

أهم العناصر الأساسية التي يمكن استخلاصها من المقابلة النسقية وكذا من البطاقة العائلية الموضحة على النحو الاتي:

1- السلطة:

تبيّن من خلال المعاينة أن السلطة في النسق العائلي انتقلت تدريجياً من الأب إلى الأم بعد وفاته سنة 2023. الأب الراحل كان يمارس سلطة أبوية تقليدية صارمة ومتحكمة، تتميّز بالأسلوب السلطوي والتحكم المطلق في القرارات، متأثرًا بنموذج والده الذي كان بدوره صارمًا ومهيمنًا. هذا النمط السلطوي ترك أثرًا نفسيًا عميقًا لدى الأبناء، خصوصًا عبد الرحمان الذي صرّح بعدم الشعور بالحرية أو الفهم داخل الأسرة.

بعد وفاة الأب، انتقلت السلطة إلى الأم "رقية"، التي تتسم بأسلوب حازم، لكنه غير فعال تمامًا في ضبط السلوك، النتيجة كانت فراغا سلطويا انعكس مباشرة على سلوكيات الأبناء الذين أصبحوا يتصرفون وفق رغباتهم دون مراعاة لسلطة داخلية توجههم أو خارجية تضبطهم، خصوصًا في ظل افتقادها للدعم من الأبناء وتحدياتها الصحية والاجتماعية، حيث صرّحت الأم أنها لا تجد امتثالًا من الأبناء لتوجيهاتها، مما يعكس فراغًا سلطويًا أو اضطرابًا في بنية السلطة داخل الأسرة .

ظهور سلوكات عرضية بين الأشقاء والمتمثلة فيما يلي:

علي	←	**مدمن على المخدرات**
عبد الرحمن	←	**نفس العرضية**
داود	←	**نفس العرضية**
أنفال	←	**لا شيء**
أنس	←	**تراجع في التحصيل الدراسي وبداية تدهور السلوك**

2- الأدوار:

اختلال الأدوار يُعد من أبرز سمات هذه العائلة. فالأبناء، وخاصة عبد الرحمن وأخوه الأكبر، فُرض عليهم أن يؤدوا أدوار الراشدين من خلال الخروج المبكر إلى سوق العمل وتحمّل المسؤوليات قبل أوانها، ما شكّل ضغطًا نفسيًا عميقًا لديهم. في المقابل، الأم وجدت نفسها تؤدي دور الأب والأم

معًا، دون توازن حقيقي أو دعم يُمكّنها من القيام بذلك بفعالية، لكنها تشكو من عدم الإمتثال، مما يشير إلى فشل الدور الأبوي البديل، أما الأبناء الأصغر سنًا، فقد أصبحوا عُرضة للتهميش أو التأثر بما يحدث دون وجود من يوجههم.

والأدوار بين الإخوة أيضًا غير متمايزة؛ فالأخ الأكبر "علي" لا يلعب دور الأخ النموذجي أو الحامي، بل يعاني هو الآخر من الإدمان. أما الابنة "أنفال"، فتُنظر إليها على أنها الابنة المفضلة من طرف الأم، مما يزيد من حدة الصراعات داخل النسق.

3- الأنساق الفرعية داخل الأسرة:

تتكون العائلة من عدة أنساق فرعية غير متوازنة:

- نسق الأم والأبناء :يتسم بالصراع والتوتر المتبادل، إذ يُظهر الأبناء تمردًا على السلطة الأمومية.
- نسق الإخوة الذكور (علي، عبد الرحمان، داود): تحكمه علاقات مبنية على التواطؤ في السلوكيات الانحرافية (تعاطي المخدرات)، ولكنه لا يتسم بالدعم الإيجابي أو التكافل.
- نسق "عبد الرحمان – أنفال :"يتميز بالصراع والغيرة، إذ يشعر عبد الرحمان بعدم المساواة في المعاملة من طرف الأم ،وهذا ما شكل تحالف مابين الأجيال:

أم – أنفال {ضد عبد الرحمن}

وقد تبين لنا من خلال هذا التحالف كان في وقت اشتدت فيه المشاكل بسبب سلوكات عبد الرحمن المتمردة والسيئة اتجاه والدته ،"بعد وفاة الأب" فنجد أن الأم بعد فقدانها اتحاد مع أبنائها الذكور أصبحت تبحث عن مساندة أخرى في وسط أبنائها وهو ما وجدته في ابنتها أنفال التي كانت تدافع عنها ضد تصرفات إخوتها.

لكل فرد في هذه العائلة قصة ألم متشابكة. عبد الرحمن، المعين كمريض، إخوة عبد الرحمن يعانون من نفس العرضية، وهو ما يؤكد وجود حلقة مرضية جماعية داخل النسق. الأم نفسها منهكة بدنيًا ونفسيًا، وتتحمل أكثر من طاقتها. أما أنفال وأنس، فهما في بداية طريق التدهور السلوكي والدراسي، إن لم يتم التدخل سريعًا.

4- القواعد :

تسود داخل هذه العائلة قواعد غير واضحة وغير مستقرة .في الماضي، كانت القواعد القديمة قاسية ومبنية على السلطة الأبوية القهرية، لكن مع غيابه، أصبحت الأم غير قادرة على فرض نظام

أو ضبط سلوك الأبناء. يبدو أن القاعدة السائدة حاليًا هي" :كل فرد يتصرف وفق هواه"، ما أدى إلى تفكك نسقي وتراجع في الضبط الذاتي، وما يزيد من حدة الفوضى والضياع.

5– الحدود :

تبين من خلال البطاقة العائلية أن الحدود ما بين الأجيال غير محترمة ،مخترقة ومنتشرة.

الوالدين

.....

الأبناء

العائلة تعاني من حدود ضبابية ومفتوحة أكثر من اللازم بين أفرادها، خصوصًا في نسق الأم والأبناء، حيث لا توجد حدود واضحة تفصل بين الأدوار أو المشاعر. كما أن دخول خالهم المدمن إلى المنزل مثّل اختراقًا إضافيًا للحدود الأسرية، مما زاد من تعقيد النسق، وتشير كل هذه المعطيات إلى غياب التحديد الجيد بين الأدوار والمجالات الخاصة داخل النسق الأسري.

6– العلاقات:

تتسم العلاقات في هذه الأسرة بقدر كبير من العدائية، الغضب، وسوء التفاهم .العلاقة بين عبد الرحمان ووالدته يشوبها الإحساس بالذنب واللوم المتبادل، والعلاقة بين الإخوة يغلب عليها الصراع والتنافس بدل التضامن. تظهر علامات نقص التواصل الفعال وغياب الأمان العاطفي داخل النسق، وهي عوامل ساهمت في دفع أفراد العائلة، خاصة الذكور، نحو تعاطي المخدرات.

إن أهم العلاقات التي يمكن استنباطها من البطاقة العائلية ما يلي:

الأم **عبد الرحمن (علاقة انصهارية، صراعية)**

الأم **الإخوة الذكور (علاقة انصهارية)**

الأم **أنفال (علاقة متقاربة)**

عبد الرحمن **أنفال (علاقة انصهارية، صراعية)**

الإخوة **الإخوة (علاقة انصهارية، صراعية)**

الأسرة النووية **الأسرة الممتدة للاب (علاقة صراعية، ومتباعدة)**

ومن هنا نلاحظ أن البنية العائلية تُظهر نسقًا يعاني من تفكك سلطوي، غموض في الأدوار، علاقات مختلة، وحدود منتهكة .وقد ساهمت التغيرات الحياتية (أزمة السكن، التاريخ العائلي للإدمان، مرض الأب ووفاته) في تعزيز هذا الاختلال، ما جعل "عبد الرحمن" يُظهر أعراضًا سلوكية (الإدمان) تعكس اضطراب النسق ككل، وليس مجرد خلل فردي.

III. نتائج اختبار – FAT لحالة: عبد الرحمن:

– بروتوكول FAT:

مدة الاختبار 35 :دقيقة

سلوك الحالة أثناء تطبيق الاختبار: هادئ وتجاوب مع الاختبار

اللوحة:01

أسرة مفبركة، الأب والأم لاهيين مع بعض والأولاد وحدهم، الأولاد يخممو، الأخت ماهيش جايبة فيهم كامل تخمم خاصتها حاجة.

اللوحة:02

مراهق ماهوش راغب في القراية هاز سيدي CD موسيقى أو فيديو، الأم عطاتلوا كتاب باش يقرا ماهوش راغب يقرا.

اللوحة:03

أنا مافهمتش هذا أب ولا أم، طفل كسر الفاز والوالد بغا يضربو، راني نشوف فيها الحزن والعنف.

اللوحة:04

الأم توري قندورة للبنت في حانوت، جابلي ربي البنت تشوف فيها برك.

اللوحة :05

الأب والأم لاهيين والطفلة لاهية مع التلفزيون والإبن الصغير راه يتفرج في لونتوراج l'entourage البيئة الأسرية، والابن الكبير كاره من الروتين .

اللوحة:06

الأم وابنها في الغرفة تاع الابن مهمش صوالحو كلش مخرب، والأم تاعبة تشوف في المظهر راهي تاعبة بزاف.

اللوحة:07

نشوف في غرفة الابن في غرفة تاع الوالدين مافهمتش راه يشعل في الضو وينظر في الحيط والساعة 11:30 تاع الليل.

اللوحة:08

الام والطفل كانو يشرو، الطفل مدلل والعباد الاخرين يتمسخرو بيهم.

اللوحة:09

الام توجد في الطعام والأب قاعد في طاولة ويشوف في دفتر والابن يتفرج فيهم

اللوحة:10

زوج لاعبين كرة المضرب تخاصمو حابين يتشاجرو، ماهومش متفاهمين

اللوحة 11:

حساب ما فهمت الجدة والأم والأب قاعدين يقصرو في الليل الساعة التسعة تاع الليل والابن راه يشير إلى الساعة مافهمتش على وقت العشا ولا وقت الرقاد يزقي عليهم.

اللوحة 12 :

البنت رآها تكتب في الدروس والأب يشوف في الكتاب موش جايبين فيهم قاع والأم تشوف في واش راهي تكتب البنت.

اللوحة 13:

البنت والأم في فراش البن، والأب راه يهدر مع البنت، على حساب ماني فاهم الأب راه يلوم فيها (البنت) على جال الرقاد، البنت تخمم مابغاتش ترقد.

اللوحة 14:

حساب مافهمت راهم يلعبو، طفل صغير ولاخر الأب ولا راجل كبير، الطفلة دارت سلوك ماشي مليح والطفل راه يخمم.

اللوحة رقم 15:

صالون فيها طفل يراجع الدروس وفيه كنابي وخاوتو لوخرين راهم يلعبوا، والأخت راهي تتفرج فيهم، وفيها شجرة قدامها سيارة كادو، مافهمتش عيد ميلاد ولا...

اللوحة رقم 16

الابن مع الأب، على حساب ماني فاهم يقولو عطيلي مفتاح السيارة، الأب راه شارد الذهن، واقيلا مابغاش يمدلو المفتاح.

اللوحة رقم 17:

مافهمتش هاذو خواتات ولا أم ولا بنت؟ أنا فهمت الأم تغسل في أسنانها والأخت تستنى تدخل للدوش.

اللوحة رقم 18:

العائلة خرجت في نزهة والبنت وخوها تشاجرو، الأب راه لاتي يسوق والأم شارد بالها، والأخ يتفرج، على حساب مانشوف أسرة ماهيش متفاهمة وراهي مفككة.

اللوحة 19:

البنت تحاور في بوها والأب راه شاغل مع احتياجاتو (كتيبتو)، البنت تسحق الأب يعاونها والأب موش حاط معاها وما عطالهاش الوقت ليها.

اللوحة 20

الولد راه يشوف روحو في المراية راه يحاور شخصيتو في المراية، راه يستوعب روحو في المراية.

اللوحة 21:

مافهمتش أستاذ هذا ولا راجل، استغفر الله الأب والأم يتخاصمان ويتشاجران والأولاد يتفرجو فيهم.

- **أولًا: العرض الكمي للمعطيات**

جدول رقم (04) :توزيع النقاط حسب ورقة تنقيط اختبار الإدراك الأسري(FAT)

"عبد الرحمن"

الأصناف	الأصناف المنقطة	عدد النقاط
الصراع الظاهر	صراع عائلي	08
	صراع زوجي	04
	نوع آخر من الصراع	05
	غياب الصراع	04
حل الصراع	الحل الإيجابي	03
	الحل السلبي / غياب الحل	05
تعريف القواعد	ملائمة / موافقة	01
	ملائمة / غير موافقة	02
	غير ملائمة / موافقة	02
	غير ملائمة / غير موافقة	01
نوعية العلاقات	أم: مولدة للضغط	06
	أب: مولد للضغط	05
	إخوة: مولدون للضغط	04
	آخرون: مولدون للضغط	05
تعريف الحدود	الانصهار	08
	عدم الالتزام	08
	تحالف أم / طفل	01
	تحالف أب / طفل	01
	تحالف راشدين آخرين / طفل	01
	نسق مفتوح	01
	نسق مغلق	05
سير مختل التوظيف		10

سوء المعالجة	سوء المعاملة	08
	اعتداء جنسي	01
	إهمال	10
	إسراف في تعاطي المواد	06
إجابات غير اعتيادية		01
رفض		00
حرارة المشاعر	حزن / اكتئاب	11
	غضب	06
	قلق / خوف	12
	رضا / سعادة	01
	مشاعر أخرى	04
مجموع اختلال التوظيف		97

- **ثانيا: التحليل الكيفي لبروتوكول اختبار – FAT "عبد الرحمن "**

1- هل البروتوكول طويل بما فيه الكفاية حتى يسمح بإعداد فرضيات عمل فعالة؟

البروتوكول طويل وكافٍ يسمح ببناء فرضيات عيادية واضحة، حيث لم تظهر مؤشرات رفض أو إجابات غير اعتيادية، مما يوفّر قاعدة صلبة ومتماسكة تسمح بالتحليل العيادي المعمق.

2- هل يوجد الصراع؟

يتضح من خلال ورقة التنقيط أن مؤشر العام لاختلال التوظيف بهذا البروتوكول هي مرتفعة قدرت بـ (97 درجة)، والصراع العائلي هي نسبة مرتفعة (08 نقاط) والصراع الزوجي(04 نقاط) ونوع آخر من الصراع (05 نقاط) كلها صراعات متعددة ومتداخلة على مستويات مختلفة داخل العائلة، ورغم وجود بعض غياب الصراع (04 نقاط)، إلا أن الأغلب هو تصعيد للصراعات وعدم

معالجتها، تعكس اختلالات واضحة في التواصل والتنظيم العائلي، مع غياب فعالية في إدارة هذه الصراعات.

3- في أي مجال يظهر الصراع؟

من خلال سياق القصص المقترحة من قبل "عبد الرحمن" يبدو أن الصراع يتمركز داخل النسق العائلي، ويتضح ذلك من أن نسبة الصراع الزوجي (04 نقاط) أعلى من المتوقع في عائلة بدون أب، ما يُظهر صدى متبقٍ للسلطة الأبوية السابقة أو تأثيرها العاطفي المتبقي في الذاكرة العائلية، ونسبة مستوى الصراع العائلي (08 نقاط)، مقابل نسبة منخفضة للصراع الخارجي.

هذه الملاحظات توحي بوجود صراع عائلي غير معالج، وكذا بالصعوبة لدى هذه العائلة للسير بطريقة فعالة مع العالم الخارجي، وعند هذا المستوى من التحليل فإنه يمكن تفسير ارتفاع نسبة الصراع الزوجي على النحو الآتي:

3-1- أن العلاقة بين الزوجين تظهر وكأنها غير طبيعية وغير سليمة وأنها لم تحقق اتزانا نسبيا.

3-2- تظهر علاقة عدم التوافق الزوجي المتعلق باختلاف أنماط المعاملة الوالدية في تربية أبنائها، وقد تبين من خلال المقابلة العائلية أن السلطة الوالدية كانت جهة الأب بأسلوب سلطوي في التحكم المطلق للقرارات داخل الأسرة.

4- ما هو نمط التوظيف الخاص بهذه العائلة؟

إن تحليل مؤشرات التوظيف العائلي توضح بصورة أكثر أنماط العلاقات بهذا النسق العائلي.

4-1- تبين أن العائلة تميل إلى الحل السلبي أو غياب الحل (05 نقاط)، مقابل (03 نقاط) للحل الإيجابي ما يشير إلى ضعف في آليات التكيف والمرونة داخل الأسرة وصعوبة إدارة النزاعات.

4-2- كما يظهر البروتوكول أن القواعد الملائمة من قبل الآباء في التعريف بالقواعد عند حل الصراع، الأبناء غالبًا يرفضون القواعد، سواء كانت ملائمة (02 نقاط لغير الموافقة) أو غير ملائمة

(01 نقطة)، هذه البيانات تشير إلى فقدان السلطة الفعالة، والى وجود نمط تسييري سلطوي سابق تلاه نمط فوضوي لاحق بعد وفاة الأب.

4-3- كما سجلنا من خلال البروتوكول (10) نقاط للسير المختل الوظيفة (circularité dysfonctionnelle) دليل على أن العائلة مثبطة في أنماط ديناميكية مختلة التوظيف.

5- ماهي الفرضيات الممكنة المرتبطة بطبيعة العلاقات البارزة في هذه العائلة؟

يسود المشهد العاطفي مشاعر سلبية مكثفة توحي المؤشرات إلى هيمنة حزن/اكتئاب بنسبة (11) والغضب (06) ومشاعر الخوف والقلق (12) بهذا النسق العائلي، وقد تم إدراك الوالدين على أنهما مولدان للضغط وذلك بنسبة الأم (06 نقطة) والأب (05 نقطة)، ثم الإخوة (04 نقطة) يُنظر إليهم كمصادر ضغط لا دعم.

فالعلاقات إذن تبدو مضطربة كون أنه تم إدراك العائلة على أنها مصدر للضغط أكثر من كونها مصدرا للتفهم والنصح والحماية والدعم داخل النسق العائلي، وهذه العلاقات تُظهر تراكمات غضب، وخيبات متكررة، وتدهور في الثقة المتبادلة.

6- ما هي الفرضيات الممكنة متعلقة بالجوانب العلائقية النسقية داخل العائلة؟

من خلال تحليل البروتوكول يوحى بأن هذه العائلة تسير بطريقة اندماجية (Fusionnelle) تجلت من خلال ارتفاع نسبة إجابات الانصهار (08) وعدم الإلتزام بالحدود (08) تعكس فقدان الحدود بين الأدوار، وغياب التمايز بين الأجيال، والأفراد.

وارتفاع سوء المعالجة بسوء المعالجة الجسدية (08 نقاط)، الإهمال (10 نقاط)، الإدمان (06 نقاط) هي مؤشرات لبيئة نفسية خطرة ومعطوبة نسقيا.

وانطلاقا من هذه الفرضية فإن هذه البيانات تشير إلى نسق علائقي هش، تسوده علاقات عنيفة أو مهملة، مع تآكل في الأدوار والرعاية الوالدية، خصوصا بعد انتقال السلطة إلى الأم وفق نمط أمومي غير فعال بعد وفاة الأب مع اختلال في توزيع الأدوار والسلطة، والرفض المتكرر من الأبناء للقواعد العائلية يعكس فوضى في التسيير وانهيار في الشرعية التربوية.

7- هل هناك مؤشرات تدل على عدم التكيف؟

يحتوي بروتوكول"عبد الرحمن" على ثمانية اجابات توحي بسوء المعاملة الجسدية(08) الذي تشير إلى حالة عدم التكيف بهذه العائلة .

8- هل يوجد بالبرتوكول قصص تدفع بوضع فرضيات عيادية مهمة؟

إن تحليل النقاط المحصل عليها من خلال اختبار FAT توحي وبقوة إلى هيمنة الحزن ومشاعر السخط والتذمر وغضب مكبوت نتيجة فقدان الرعاية والدعم لدى "عبد الرحمن " في معظم لوحات الاختبار والذي يعود أساسا إلى إدراك الوالدين على أنهما مصدر معاناة العائلة بسبب سوء معاملتهما وتخليهما عن مهامهما وأدوارهما الأبوية، وقد اعتبر عبد الرحمن ذلك مبررا لتصرفاته وسلوكياته المتمردة، ويحتمل أن يكون "مروره إلى الفعل" شكلا من التعبير عن الغضب المكبوت، الإحباط، والمطالبة بالإهتمام داخل عائلة تسير نحو التفكك.

على العموم، هذه التفسيرات تترك المجال لفكرة أن صعوبات التكيف لدى عبد الرحمن هي مرتبطة أساسا بسياق استقلاليته جد مبكرة وقسرية نتيجة تفكك العائلة، ما ولد سياقا غير ملائم للنمو النفسي والإجتماعي داخل نسق عائلي مضطرب.

IV. التقييم العام (خلاصة الحالة الأولى):

أظهرت نتائج المقابلة النسقية والبطاقة العائلية وكذا نتائج اختبار الإدراك الأسري FAT مايلي:

- أن هذه الأسرة ثنائية الأبوين وبعد وفاة الأب أدى إلى هيكلة السلطة داخل النسق العائلي.
- التسلط والقهر وانعدام المسؤولية من قبل الأب المدمن على المخدرات، وتسبب سلوك الأب في احداث اختلال التوازن لهذه العائلة.
- غموض الحدود ما بين الأجيال مما جعلها غير محترمة، مخترقة، ومنتشرة.
- تظهر القواعد العائلية من خلال احتفاظ المرأة بالسلطة حيث أن النسق العائلي يسير وفق النمط الأمومي.
- تتميز العلاقات على الأغلب بعلاقة انصهارية صراعية.
- تعاني العائلة من بنية نسقية مختلّة تتميز بضعف السلطة، وانهيار القواعد، وتشوش في الأدوار، وتداخل في الحدود، وانقسامات داخل الأنساق الفرعية .هذه العوامل البنيوية أسهمت بشكل واضح

في بروز العرضية الإدمانية المتكررة بين الأبناء، ضمن حلقة تكرارية/عبر-جيلية (transgénérationnelle) بدأت مع الأب المدمن، واستمرت مع الذكور الثلاثة. يظهر أن العائلة في أمسّ الحاجة إلى تدخل علاجي عائلي يرتكز على إعادة بناء النسق.

ولقد تم التأكد من وجود هذا الاختلال من خلال نتائج اختبار FAT، إذ قدر معدل الاختلال الوظيفي بنسبة 97 درجة ما يدل على خلل وظيفي عميق في الديناميكيات العائلية، الذي تمركز بالجوانب التالية:

- ارتفاع نسبة الصراع العائلي والصراع الزوجي الذي يوحي بوجود صراعات غير معالجة في علاقة عدم التوافق الزوجي المتعلق باختلاف أنماط المعاملة الوالدية في تربية أبنائها.
- انهيار نسق القواعد وتمرد الأبناء أو عدم موافقتهم لنظام القواعد العائلية المفروضة من قبل الوالدين سواء كانت ملائمة أو غير ملائمة، ما يعكس تمردا وغيابا للشرعية التربوية.
- غموض الحدود وانتشارها مع ارتفاع نسبة إجابات الانصهار وعدم الإلتزام بالحدود مما يدل على غياب التمايز الوظيفي بين الأجيال والأفراد، ويظهر تداخلا مرضيا.
- هيمنة مشاعر الحزن/ الاكتئاب والغضب والقلق/ الخوف مقابل انعدام مشاعر الرضا والسعادة تقريبا على الجو العاطفي للعائلة نتيجة كثرة المشاكل والصراعات.
- مؤشرات سوء المعاملة مرتفعة، ما يعكس بيئة نفسية مهملة ومؤذية.

إن كل هذه المعطيات توحي بسوء التوظيف العائلي لهذه الأسرة التي تسير وفق نمط متداخل أو متشابك Enchevetrement وهو ما يؤكد صحة الفرضية الأولى.

كما تبين لنا من خلال هذه الدراسة أن مرور "عبد الرحمن" إلى الفعل الإدمان على المخدرات، كان له دور داخل سياقه العائلي والمتمثل في:

-يستخدم الإدمان كآلية دفاعية للتعبير عن ألمه وصراعاته الداخلية وكشكل من "المرور إلى الفعل" كرد على الوضع الأسري المعطوب.

-تعبيره عن الأزمة التي تمر بها أسرته والمتعلقة باضطراب بنيتها واختلال وظائفها أي أن النسق لا يسير بطريقة سليمة لافتقاده للمعايير الصحية.

V. نتائج اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه: MMPI-2 "عبد الرحمن"

1-تحليل سلالم الصدق:

الجدول رقم (05): جدول متوسطات درجات سلالم الصدق "عبد الرحمن"

مقياس عدم الإستجابة(؟)	مقيا س الكذب (L)	مقياس التوتر (F)	مقياس تصحيح (K)
00	49	106	31

✓**الدلالات الإكلينيكية لسلالم الصدق:**

من خلال تحليل سلالم الصدق لحالة عبد الرحمن ألاحظ أن درجة التائية على مقياس عدم الإستجابة (؟) (00) يدل على أن الإستبيان أنجز بالكامل وبدون تكرار مايعزز مصداقية النتائج. وأما عن مقياس الكذب (L) (49) تعتبر درجة معتدلة تشير إلى توازن نسبي في إستجابات الحالة فهو لا يبالغ في تقديم صورة مثالية عن ذاته. كما لا يعترف بشكل مفرط بالأعراض. هذا ما يعكس نمطا دفاعيا معتدلا. وأما عن مقياس التوتر (F) (106) نلاحظ بأن الدرجة التائية مرتفعة جدا ويشير إلى وجود اضطرابات شديدة في التفكير والإنفعال. ما قد يعكس حالة ذهانية أو شعورا بالضغط النفسي الشديد. وأما عن مقياس تصحيح (K) (31) نلاحظ بأن الدرجة منخفضة جدا و يدل على انعدام آليات الدفاع أو ضعفها، مما يعكس استعدادا للإعتراف بالمشكلات النفسية و عدم القدرة على ضبط الإنفعالات أو التكيف مع المواقف الضاغطة.

2- تحليل السلالم الإكلينيكية القاعدية:

المقاييس الإكلينيكية	الفصام	السيكاثينيا	مقياس	مقياس توهم المرض	الهوس المخفف	البارانويا	الإكتئاب مقياس	الإجتماعي الإنطواء	السيكوباثي الإنحراف	مقياس أنوثة و

درجة التائية	101	96	90	87	87	82	72	70	61	55

الجدول رقم (06): جدول متوسطات درجات السلام الاكلينيكية "عبد الرحمن"

✓ **الدلالات الاكلينيكية لسلالم القاعدية:**

●**الفصام** (Sc) (**8**) **الدرجة التائية** (**101**) : ألاحظ ارتفاع كبير جدا في الدرجة التائية وهذا يشير إلى اضطراب فكري شديد، عزلة اجتماعية، اغتراب، تشوش هوية واحتمالية الذهان.

●**السيكاثينيا** (**Pt**) (**7**) **درجته التائية** (**96**): نلاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويدل على القلق المزمن والتوتر الداخلي، أفكار وسواسية وصعوبة في التكيف العاطفي.

●**مقياس هستيريا** (**Hy**) (**3**) **درجته التائية** (**90**) : ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويدل على دفاعات جسدية ضد الصراع النفسي وإنكار للمشاكل وسعي للحصول على الاهتمام.

●**مقياس توهم المرض** (**Hs**) **درجته التائية** (**87**) : ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية وهذا يدل على الانشغال بالصحة، وهناك أعراض جسدية مفرطة وهذا يشير إلى اضطراب جسدي الشكل.

●**مقياس البارانويا** (**Pa**) (**6**) **درجته تائية** (**87**): ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويدل على شكوك واضطهاد، حساسية زائدة للنقد، أفكار ارتيابية وعدائية.

●**مقياس الهوس الخفيف** (**Ma**) (**9**) **درجته التائية** (**82**) : ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويشير إلى اندفاع، فرط نشاط، مزاج غير مستقر وقابلية للسلوك غير منضبط.

●**مقياس الإكتئاب** (**D**) (**2**) **درجته التائية** (**72**): ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويدل على مزاج منخفض، فقدان الاهتمام، شعور بالعجز أو الذنب، وتشير إلى علامات اكتئاب متوسطة.

●**الإنطواء الإجتماعي** (**Si**) (**10**) **درجته التائية**(**70**): ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية مما يدل على الانسحاب الاجتماعي، صعوبة في إقامة علاقات، عزلة وفقر في التفاعل الاجتماعي.

●**الإنحراف السيكوباثي (Pd) (4) درجته التائية (61)**: ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية وهذا يشير إلى ميل للمشاكسة، ضعف الضبط السلوكي، تمرد على الفواعد ومشاكل مع السلطة.

●**مقياس الذكورة و الأنوثة (Mf) (5) درجة تائية(55)**: ألاحظ درجات تائية ضمن المتوسط لا يشير إلى اضطراب في الهوية أو في الأدوار الجنسية.

3- البروفيل المدبب:

السيكاثينيا (Pt) (7)	الفصام (Sc) (8)
96	101

يُظهر البروفيل المدبب (8-7) (Pt) (Sc) لحالة عبد الرحمن ارتفاعًا في مقياس الفصام (101) أعلى من السيكاثينيا (96)، مما يدل على وجود أعراض سيكوباتولوجية خطرة. الفرد يعاني من قلق وتوتر مزمنين، وصعوبة في بناء علاقات اجتماعية، مع ميل للانطواء والعزلة التي تزيد من وساوسه. هناك ضرورة لدراسة اضطراب فكري محتمل، وتشخيص الفصام شائع، ما قد يتطلب علاجًا دوائيًا للسيطرة على القلق. التدخل النفسي معقد بسبب طبيعة الصراع النفسي المزمنة وصعوبة تكوين علاقات شخصية.

4- الصفحة النفسية :

يعكس البروفيل المدبب (8-7) حالة نفسية ذهانية، تدل على وجود اضطرابات نفسية عميقة تتميز بانفصال عن الواقع، واضطراب في التفكير، والانفعالات، والسلوك. وبالتالي، فإن الحالة تتطلب رعاية نفسية متخصصة وعلاجًا مكثفًا لمواجهة الأعراض الذهانية وضبطها.

❖ **تحليل و تفسير النتائج :**

تشير نتائج اختبار مينيسوتا لحالة عبد الرحمن إلى بروفيل نفسي غير متوازن يتسم بارتفاع شديد في مقاييس الفصام، السيكاثينيا، الهستيريا، توهم المرض، البرانويا، والهوس الخفيف، ما يعكس وجود اضطرابات فكرية، قلق مزمن، توتر، وانفعالات غير مستقرة. في المقابل، يُلاحظ ارتفاع طفيف في مقياسي الاكتئاب والانطواء الاجتماعي، وهو ما يتسق مع وجود الحالة في المرحلة الثانية من التعافي

من الإدمان، المعروفة بمرحلة "شهر العسل" وفقًا لبرنامج ماتريكس. في هذه المرحلة، يشعر المتعافي بنوع من التحسن الزائف رغم استمرار الاضطراب الداخلي، ويظهر ذلك في ضعف التركيز، العصبية، القلق، والنوم المضطرب. تعكس هذه النتائج أن عبد الرحمن ما زال في حاجة إلى دعم نفسي مستمر وتدخل علاجي متخصص لضبط الأعراض الذهانية وتأمين الاستقرار النفسي والتدريجي نحو التعافي الفعلي. (حاتم، د ت، ص 13)

- **الحالة الثانية (عائلة المراهق أسامة):**

I. ملخص محاور المقابلة النسقية:

- **المحور الأول "التعريف بالمفحوص المعَيَّن":**

يتعلق الأمر بالمراهق "أسامة"، المعيَّن من قبل عائلته بالشخص المريض، البالغ من العمر 16 سنة، ينتمي إلى أسرة تتكون من خمسة أفراد، ويحتل المرتبة الأولى بين إخوته (إخوته من الأب)، ذو مستوى الرابعة متوسط، منقطع عن الدراسة منذ عام تقريبا، يعيش مع أبيه وزوجة أبيه وبعيدا عن أمه البيولوجية بعد حدوث الطلاق، في ظروف أسرية تتسم بصراعات متكررة داخل البيت، توتر في العلاقة مع زوجة الأب، عرف تعثرا دراسيا منذ بداية الطور المتوسط، مما أدى إلى انقطاعه عن الدراسة، بدأ تعاطي المخدرات تقريبا في سن 14 سنة، حيث تطورت حالته تدريجيا إلى مرحلة الإدمان مدته تقريبا سنتين ، يخضع حاليا للعلاج الطبي والنفسي معا منذ شهر ونصف ضمن برنامج إعادة التأهيل النفسي والسلوكي، وتمثلت العرضية المصاحبة له في إدمانه على المخدرات، بكل أنواعه (الحشيش، الهيروبين).

- **المحور الثاني :"التعريف بأفراد العائلة":**

هي عائلة تتكون من خمسة أفراد تتسم ببنية عائلية غير مستقرة بعد حدوث الطلاق، وكان أسامة عمره لم يتجاوز10 سنوات ، وأمه البيولوجية تقيم الآن في ولاية أخرى بعد الطلاق المسماة "باية" تبلغ من العمر43 سنة، تحتل المرتبة الثالثة بين إخوتها من أصل 6: (3 ذكور و 3 إناث)، ماكثة في البيت، وتتكون الأسرة المركبة من:

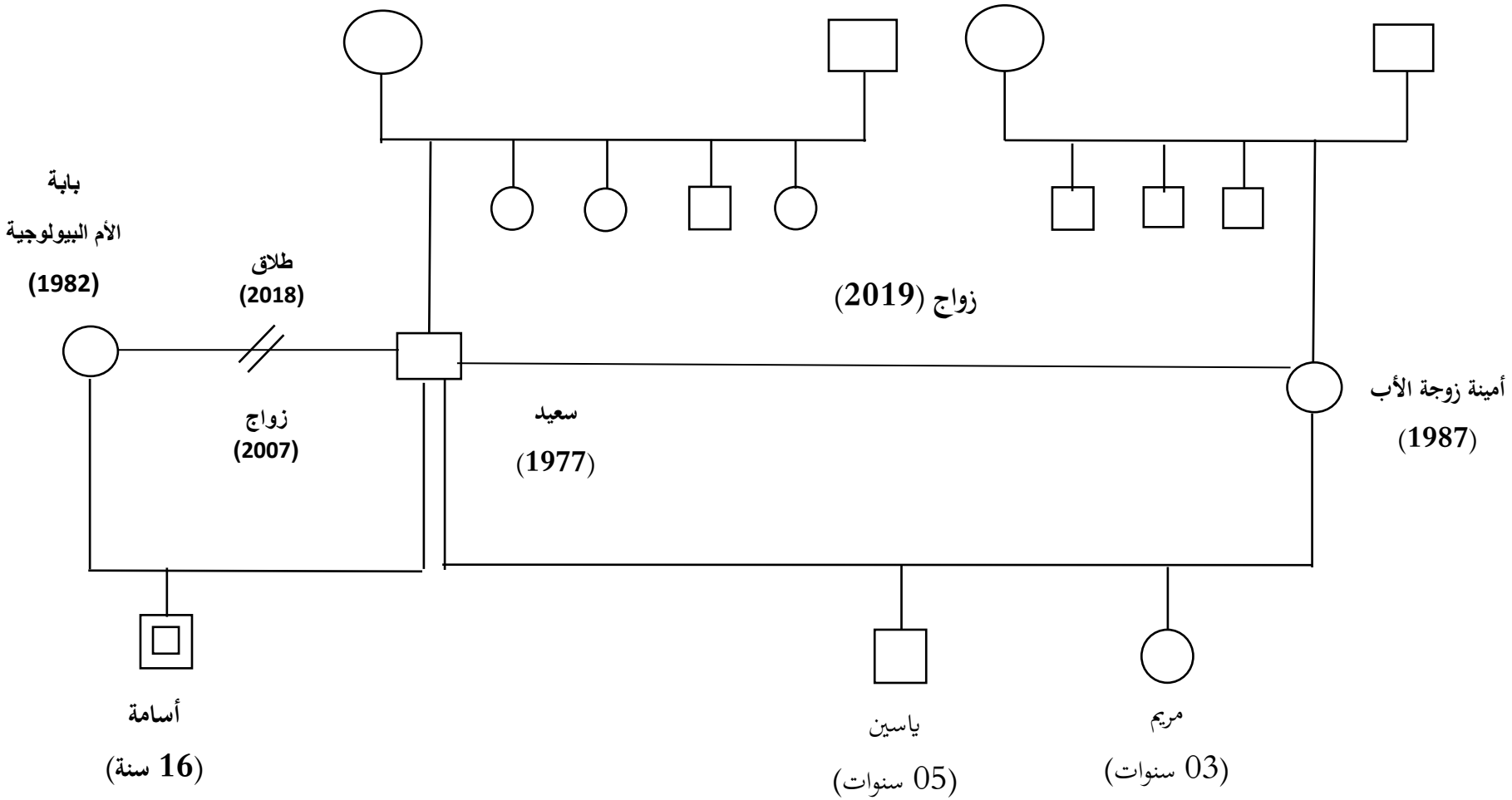
الأب "سعيد"، يبلغ من العمر 48 سنة، مستواه الدراسي الأولى متوسط، يعمل كعامل يومي،

يحتل المرتبة الأولى بين إخوته من أصل 5: (2 ذكور و3 اناث).

- زوجة الأب "أمينة"، تبلغ من العمر 38 سنة، تحتل المرتبة الأخيرة بين اخوتها من أصل 4: (3 ذكور و1إناث)، ماكثة في البيت.
- الابن "أسامة "، الشخص المعين (personne indntifie) بهذه الأسرة، البالغ من العمر 16 سنة، يحتل المرتبة الأولى في البيت، لديه مستوى الرابعة متوسط، منقطع عن الدراسة، يعيش مع والده وزوجة أبيه وعلاقته مع أمه البيولوجية ضعيفة ويعاني من السلوك العرضي لإدمانه على المخدرات.
- الابن "ياسين"، الأخ الشقيق من الأب، يبلغ من العمر 10 سنوات، مستواه الدراسي الخامسة ابتدائي.
- الابنة "مريم"، الأخت الشقيقة من الأب، تبلغ من العمر 7 سنوات، تدرس في السنة الثانية إبتدائي.

وكل هذا يظهر من خلال المخطط الجيلي للعائلة ما يلي:

الشكل رقم: (05) يمثل المخطط الجيلي لعائلة أسامة



- **حدوث طلاق بين الأب وزوجته باية (الأم البيولوجية) سنة2018**

- **المحور الثالث: "السياق العائلي ومختلف أشكال التفاعلات"**

إن أول ما لاحظناه خلال المقابلة هو موقف الوالد السلبي نحو إبنه وبُعدُه العاطفي عنه الذي تجلى من خلال تعابير وجهه وطريقة كلامه باتخاذه لأسلوب الغضب كوسيلة للتواصل معنا ولقد كان الوالد يبرر سبب تواجده بإلقائه اللوم على ابنه الذي جلب له العار بعد دخوله عالم المخدرات وصحبته لأصدقاء السوء.

ومع تعمقنا في جوانب المقابلة تبين أن السياق العائلي الذي تطور فيه السلوك العرضي لهذا الفتى زامن مع حدوث الطلاق بين الوالدين عندما كان "أسامة" في سن لم يتجاوز 10 سنوات، دون تقديم تفسير كاف له، ما خلف لديه صدمة مبكرة وشعور بالهجر ومصاحبة بمشاعر الحزن والإحباط والإحساس بالوحدة بسبب الصراعات الوالدية المتكررة وبتغلغلها داخل الأسرة.

ولمحاولتنا الكشف عن طابع العلاقات ما بين الأفراد اكتشفنا أن النسق الفرعي الزوجي وكذا الوالدي يعاني من خلافات وصراعات حادة، التي تفاقمت خلال 10سنوات الأولى بعد الزواج بالأم البيولوجية "باية" وهي الفترة التي تعرض فيها الزوج إلى مشاكل بالعمل وتدهور ظروفه المادية أثّر ذلك على النسق الأسري إذ تفاقمت الخلافات بينهما، كما تبين أن الزوجين منفصلين عن الفراش منذ حوالي05 سنوات بعد الزواج، هذه الوضعية الصراعية والشجارات المتكررة بين الوالدين تسببت في إحداث معاناة هامة في نفسية الإبن وهو ما أخبرني به الأب حينما قام بتهديدها بالطلاق أمام إبنه، أصيب " أسامة" بنوبة إغماء نتيجة الخوف والذعر.

إضافة إلى إهمال الأب لمسؤولياته إتجاه أسرته وإمتناعه للإنفاق عليهم ومن أقوال أسامة (بابا هذاك الوقت راني شافي كنت صغير شوية، دايما يديرلنا المشاكل، ومايبغيش يصرف علينا)، كما يضيف (بابا هذاك الوقت ديما يدابز مع يما ومايهدرش قاع معاها وتخاف منو لا يضربها ولا خاطر ديما يحقرني ويحقرها).

عقب الطلاق تم تحويل الحضانة إلى الأب، بينما تزوجت الأم البيولوجية وانتقلت للعيش في ولاية أخرى، ما تسبب في انقطاع شبه كلي للعلاقة الوالدية-الأمومية، وحسب أقوال أسامة (يما كانت حنينة بزاف معايا، ملي تزوجت نقاطعت عني ونساتني، تعيطلي غير في المناسبات).

وقد أصبحت علاقة الأب مع أسامة يغلب عليها التوتر والانفعالات السلبية، إذ يتبع الأب نمطا سلطويا في التربية، يعتمد على العقاب واللوم دون احتواء عاطفي، وحسب قول أسامة (بابا كان ديما يبطني –يضربني– كان جامي يريح معايا يهدر ولا يسقسيني والحاجة لي نديرها يعاكسني فيها مليحة ولا شينة). ومن هنا، الأب ينظر إلى أسامة باعتباره "مصدر فشل ومشاكل"، ما عزز الشعور بالرفض والاقصاء لدى المراهق.

وبعد زواج أبيه، علاقته مع زوجة أبيه يشوبها العداء الخفي والمواجهة غير المباشرة، إذ يرى أسامة أن زوجة الأب تعامله بتمييز سلبي مقارنة بأبنائها. وحسب أقوال أسامة (كنت منتعاملش معاها بزاف، وكانت غير يدخل بابا للدار تبدا تعمرلو في راسو، راني حاس حابة طيشني من الدار باه تتهنى مني)، سكت شوية وقال(أما علاقتي مع خاوتي من بابا منتعاملش معاهم خلاص)، وهي علاقة سطحية يغيب عنها التفاعل العاطفي ويظهر أسامة اللامبالاة أو فتورا تجاههم، ربما بسبب شعوره بأنهم "أبناء العائلة الجديدة التي ينتمي إليها".

ودخل أسامة عالم المخدرات نتيجة سياق عائلي مضطرب تميز بالتفكك والصراعات المزمنة بين الوالدين، حيث شهد في طفولته طلاقًا غير مفسَّر وصدمة انفعالية مبكرة، تلتها قطيعة شبه تامة مع أمه بعد زواجها، وغياب تام للدعم العاطفي من الأب الذي اتسم أسلوبه بالسلطوية والعنف والإهمال. هذا الحرمان الانفعالي والإقصاء داخل أسرته، إضافة إلى شعوره بعدم الانتماء في محيطه الجديد مع زوجة الأب وإخوته غير الأشقاء، جعله يعيش حالة من الوحدة والرفض، فوجد في رفقة الأقران المنحرفين ملاذًا وهميًا عوّض به حاجاته النفسية غير المشبعة، ما مهّد لانخراطه في تعاطي المخدرات،حسب "أقوال أسامة"(نتعاطى المخدرات كنت في عمري 14 سنة، الحاجة الأولى بديتها بالزطلة أمبعد مع الوقت وليت للهيروبين،كنت كل مرة وين نجيب الدراهم ساعات نسرق لبابا، ساعات نبيع الدخان مع صحابي).

II. الدراسة البيانية لعائلة "أسامة":

1.السلطة :

إن السلطة بهذه العائلة سلطة أبوية_ أحادية _قمعية ، متمركزة بيد الأب الذي يمارسها بأسلوب سلطوي، عقابي، يفتقر إلى المرونة والاحتواء. يتّسم حضوره التربوي بالعنف الجسدي

واللفظي، ويستند إلى التحكم الصارم، مما يخلق مناخًا من الخوف والرفض، مع تدخل غير مباشر من زوجة الأب التي تمارس سلطة خفية وغير رسمية، من خلال تأثيرها على الأب ضد أسامة، مما يجعلها طرفًا فاعلًا في الصراعات داخل النسق، رغم غيابها الرسمي عن التسيير التربوي.

فلقد اتضح جليا أن الفتى عاش عدة أحداث مؤلمة من بينها:

-معايشته للخلافات والصراعات القائمة بين الأب وأمه البيولوجية والتي انتهت بالطلاق.

-اجتيازه لأزمة المراهقة المصاحبة بمشاعر الحزن والإحباط والإحساس بالوحدة.

-غياب الأم البيولوجية عن النسق الفعلي، لكنها حاضرة نفسيا ووجدانيا في ذهن الفتى.

وفي ظل تلك الظروف لم يجد "أسامة" وسيلة للتعبير عن هذا الإختلال إلا بمروره إلى الفعل بالإدمان على المخدرات.

وأصبح الفتى بلا سلطة، يتلقى الأوامر إستشارة أو إشراك في شؤون الأسرة، يعيش في موقع "مراقب/محكوم عليه" داخل نسق سلطوي مغلق.

2.الأدوار:

لقد عرفت الأدوار بهذه العائلة إضطرابا وغموضا بسبب الخلل الكبير في توزيع الأدوار، الأب لا يؤدي دوره كراعٍ وداعم، بل كمصدر للعقاب والرفض ومنفذ لأوامر زوجته سلطوي وقاس، وزوجة الأب (الأم البديلة) "مديرة خفية" للعائلة مسيطرة على الأبناء، وأسامة رغم كونه الابن الأكبر، لا يُمنح أي دور فاعل، بل يُسقَط عليه دور "الإبن الضحية" و"كبش الفداء" للمشاكل ويُحمَّل مسؤولية الفوضى الأسرية والتفكك الأسري وإسقاطه الأدوار السلبية عليه وغياب التمكين والدعم، مما يعمّق من فقدان المعنى والدافعية لديه، والإخوة الصغار يلعبون دور الأبناء المحميين في تحالف ضمني مع والدتهم(زوجة الأب) محل الرعاية والإهتمام.

3.الأنساق الفرعية داخل الأسرة:

تتكون العائلة من عدة أنساق فرعية غي متوازنة:

- **النسق الزوجي (الأب–زوجته)** :متماسك ظاهريًا، قائم على تحالف ضد الابن، مما يجعله نسقًا قويًا ومغلقًا أمام تدخلات أسامة.
- **النسق الوالدي (الأب–أسامة)** :مختل ومتصدع، يغلب عليه القمع والنبذ.
- **النسق الأخوي (أسامة–إخوته)** :سطحية عاطفية وتباعد وجداني، يفتقر إلى الدعم والتضامن.

• **النسق الأمومي (أسامة–أمه)** :منقطع، مناسباتي، لا يلعب أي دور تربوي أو عاطفي فعّال.

لاحظنا أيضا تشكل تحالفات مرضية مابين الأجيال: الأب–الأم البديلة (زوجة الأب) ضد أسامة

وقد تبين لنا من خلال هذا التحالف القوي قائم على التوافق في النظرة تجاه أسامة، وكان في وقت اشتدت فيه المشاكل بسبب سلوكات أسامة المتمردة والسيئة.

جميع الأنساق تعاني من الخلل، غياب التفاعل الصحي، ضعف الأنساق الحامية، وهيمنة النسق الزوجي ضد باقي الأنساق.

4.القواعد :

تسود داخل العائلة القواعد التي تنظم الحياة اليومية تُفرض من طرف الأب بطريقة فوقية دون تشاور، وتُطبق بعقوبات جسدية ونفسية. لا وجود لقواعد مرنة تسمح بالتفاوض أو التعبير عن المشاعر، القواعد المتبعة تُكرّس الإقصاء والتمييز، خاصة في تعامل زوجة الأب مع أسامة مقارنة بأطفالها، كل هذه القواعد سلطوية غير متفاوض عليها، تتسم بالجمود، وتؤدي إلى شعور الرفض والاختناق النفسي داخل النسق.

5.الحدود :

تبين من خلال البطاقة العائلية أن الحدود مابين الأجيال غير محترمة ومخترقة

الأب – زوجة الأب

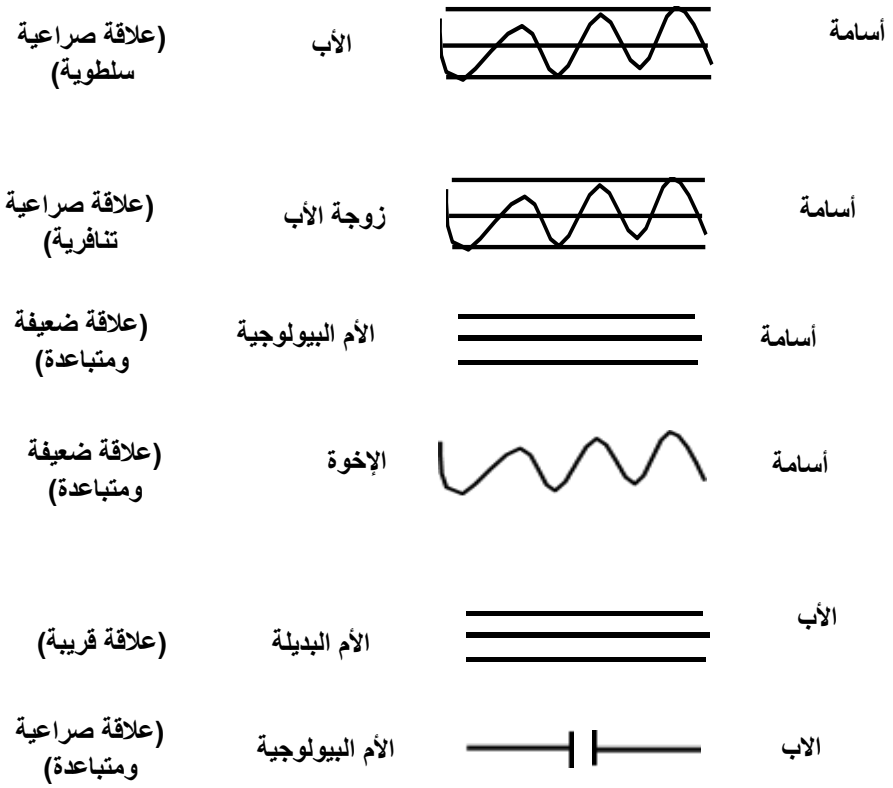
.....

الأبناء

الحدود في هذه العائلة غير متوازنة، فهي حدود متأرجحة بين الصلابة والإنفجار بين الأب وابنه مع غياب (الدعم – الحوار – عنف – انقطاع وجداني)، ومتراخية بين الأب وزوجته (تدخل الزوجة في قرارات الأبوة دون حدود)، وحدود متوترة–متسلطة–عاطفيا مغلقة بين أسامة وزوجة الأب، أما الحدود بين أسامة وإخوته غير واضحة أيضًا ويغيب فيها التفاعل العاطفي والتضامن تفتقر للدفء واللعب والتفاعل، ما يعكس حدودًا متهاوية داخل النسق الأخوي، وتشير كل هذه المعطيات إلى أن اختلال في التوازن بين الحدود المتصلبة (العزل العاطفي)، والحدود المتراخية (الاختراق بين الأنساق)، ما يعمّق الانقسام داخل الأسرة.

6. العلاقات:

العلاقات بين أفراد الأسرة يسودها التوتر، القطيعة، والبرود العاطفي. العلاقة بين الأب وابنه تقوم على العنف، اللوم، وانعدام الحوار، علاقة أسامة بزوجة أبيه يغلب عليها العداء الخفي والنبذ، في حين يغيب التفاعل الحقيقي مع الإخوة الأشقاء من الأب، مما يزيد من عزلته النفسية. أما العلاقة بالأم البيولوجية، فهي شبه منقطعة ومناسباتية، ما يعمّق الشعور بالهجر والفراغ العاطفي. تظهر العلاقات بين أفراد هذا النسق على النحو الآتي:



وتتسم عائلة أسامة ببنية مفككة، سلطة قمعية، أدوار مشوشة، قواعد جامدة، حدود مختلة، وعلاقات تتسم بالقطيعة والتوتر. غياب الأم البيولوجية وتدخل زوجة الأب أسهما في تعزيز الشعور بالهجر والعزلة لدى أسامة، بينما تعمقت أزمته النفسية نتيجة غياب الحماية والتواصل داخل الأنساق الفرعية. هذا الاضطراب البنيوي يمثل بيئة خصبة لتطور السلوك الإدماني كآلية دفاعية وهروبية عند المراهق.

III. نتائج اختبار FAT لحالة "أسامة"

❖ **بروتوكول: FAT**

مدة الاختبار .40 دقيقة

سلوك الحالة أثناء تطبيق الاختبار: هادئ نوعا ما وتجاوب مع الاختبار

اللوحة رقم 01: راني نشوف الأب يوجه الكلام للأم، يشير بيدو، والطفل شاد وذنو، والطفلة حابسة ماتكلش والطفل على اليمين يأكل بحزن ومديقوتي.

اللوحة رقم 02: الطفل مطابز ورافد سيدي ويماه تشير عليه بالورق ولا كراس راهي تعطيلو فالأوامر باه يسقم الشامبرا تاعو، وتبان الأم مشنفة.

اللوحة رقم 03: الطفل كسر فاز والورد مطايش في الأرض والما سايح في الأرض، وراني نشوف الأب خبا حاجة في يدو واقيلا ورقة مرولية، والطفل يبان يبكي والأب يخزر فيه.

اللوحة رقم 04: الأم والبنت في حانوت القش تاع اللبسة، البنت تخزر في الروبة والأم توريلها، البنت تبان ماعجبتهاش الروبة.

اللوحة رقم 05: الطفلة تشعل في التلفزيون والطفل حذا ماماه والأب يهدر معاهم، والولد الآخر هذا وين جا ويغلق في الباب.

اللوحة رقم 06: الأم واقفة في الشامبرا تاع الطفل والقش مطايش فوق السرير نتاعو، تبان الغرفة نتاعو مخروبة ومخلطة، والأم مقلقة على حالة الشمبرا.

اللوحة رقم 07: الطفل يشوف قدام الباب للفوق، وخايف من جهة الدروج، يبان راه في الليل وماجاهش النعاس.

اللوحة رقم08: الطفل راه يمشي مع يماه في السوق وطفل وطفلة وراهم يضحكو عليه ويستهزاو بيهم.

اللوحة رقم 09: الاب يهدر مع يماه في الكوزينة، والأب راه رافد كاريي وقدامو قرعة فوق

الطابلة ماعلابالیش واش فیها، والطفل واقف قدام الباب ویسمع واش راهم یهدرو بیناتهم.

اللوحة رقم 10: راني نشوف ثلاث أطفال یلعبو الریاضة لابسین کاصکیطات، وزوج راهم یهدرو بیناتهم ممکن کاش یر بیناتهم.

اللوحة رقم 11: راهم قاعدین في الصالون، الأم رافدة کتاب تقرا والجدة قاعدة تشوف وتسمع، والطفل یشیر بیدو ... ماعلابالیش الطفل والا الاب.

اللوحة رقم 12: الأب والأم واقفین على بنتهم یشوفو واش راهي دیر، وهي راهي تراجع دروسها، شادة خدها وتخمم.

اللوحة رقم13: الطفلة والأم مکسلة في السریر کارهة مدیقوتیة، والأب یواسبها ویهدر معاها.

اللوحة رقم 14: الأب یلعب مع ولیدو في الحدیقة بالبلوطة، والطفل والطفلة قاعدین یتفرجو فیهم.

اللوحة رقم 15: الأولاد قاع مجمعین في الصالون، ثلاث ولاد یلعبو لعبة واقیلا داما، واحدة من البنات واقفة تتفرج فیهم، والطفلة واحدة أخرى مکسلة فالفوتاي وتقرا في کتاب.

اللوحة رقم 16: هنا الطفل واقف قدام بویو حذا الکروسة ویحلل فیه باش یمدلو مفاتح الکروسة ممکن باغي یخرج مع صحابو والأب ماحبش یمدلو.

اللوحة رقم 17: زوج بنات في الدوش، واحدة فیهم دیر فالماکیاج تستیکي في روحها والآخرى تخزر فیها نظرة استهزاء.

اللوحة رقم 18: العایلة قاع راکبین في کروسة، الأب یسوق والأم قایسة، زوج أولاد یلعبو والآخر قاعد یتفرج في خاوتو وهما یلعبو داخل الکروسة.

اللوحة رقم 19: الطفلة حدا الأب یسقسي فیها واش راکي دایرة الیوم، احکیلي واش درتي الیوم کامل.

اللوحة رقم 20: الطفل قاعد یشوف روحو في المرایا یخمم.

اللوحة رقم 21: راجل مع امراة، شادين بعضاهم والآخرين غير يشوفو فيهم، والراجل هذاك كرطابلو على الأرض شغل رايح للخدمة ولا مسافر ، تبان هي راهي تقولو ماتروحش.

- **أولا: العرض الكمي للمعطيات:**

جدول رقم (07) يوضح النقاط المسجلة بورقة التنقيط "أسامة".

الأصناف	الأصناف المنقطة	عدد النقاط
الصراع الظاهر	صراع عائلي	08
	صراع زوجي	03
	نوع آخر من الصراع	02
	غياب الصراع	05
حل الصراع	الحل الإيجابي	01
	الحل السلبي أو غياب الحل	08
تعريف القواعد	ملائمة / موافقة	08
	ملائمة / غير موافقة	05
	غير ملائمة / موافقة	03
	غير ملائمة / غير موافقة	06
نوعية العلاقات	أم : مولدة للضغط	06
	أب : مولد للضغط	07
	إخوة : مولدون للضغط	04
	آخرون مولدون للضغط	03
تعريف الحدود	الانصهار	05
	عدم الإلتزام	06
	تحالف أم / طفل	04
	تحالف أب / طفل	05
	تحالف راشدين آخرين / طفل	01
	نسق مفتوح	05

	نسق مغلق	07
سير مختل التوظيف		10
سوء المعاجلة	سوء المعاملة	08
	إعتداء جنسي	01
	إهمال / ترك	07
	إسراف في تناول المواد	06
إجابات غير اعتيادية		04
رفض		01
حرارة المشاعر	الحزن / الاكتئاب	07
	غضب / الاستياء	08
	الخوف / القلق	07
	السعادة / الرضا	02
مجموع اختلال التوظيف		114

- **ثانيا: التحليل الكيفي لبروتوكول اختبار FAT "أسامة" :**

تظهر ورقة التنقيط المنجزة ، النقاط المحصل عليها من طرف " أسامة " لكل اصناف التنقيط، وانطلاقا من توجيهات التحليل المقدمة في هذا المنوال ، فإنه يتم اقتراح التحليل التالي:

1. هل كان البروتوكول طويل بما فيه الكفاية حتى يسمح باعداد فرضيات عمل فعالة ؟

نعم إن بروتوكول " أسامة " كان كافيا وغنيا، يتضمن تنوعا في الإجابات، بما في ذلك إجابات رفض (01) واجابات غير اعتيادية (04)، مما يتيح تحليلا نوعيا معمقا.

2. هل يجود الصراع ؟

يظهر أن المؤشر العام لاختلال التوظيف مرتفعا جدا بنسبة تقدر بـ (114)، وغياب الصراع هي قليلة جدا بنسبة (05)، ما يوحي بوجود صراع مهم داخل العائلة غير معالج (non résolu).

3. في أي مجال يظهر الصراع ؟

يوحي بروتوكول " أسامة " بهيمنة الصراع العائلي بدرجة مرتفعة تقدر بـ (08)، وبنسبة قليلة فيما يخص الصراع الزوجي التي تقدر بـ (03) وقليلة جدا فيما يخص الصراع خارج العائلة (02)، توحي مثل هذه الملاحظات الى وجود صراع عائلي غير معالج، مع صعوبة العائلة للسير بطريقة فعالة

مع خارج العائلة، ومثل هذه المعطيات تشير إلى بيئة منزلية متوترة، يغلب عليها الإنغلاق والمواجهة دون حلول بناءة.

4. ما هو نمط التوظيف الخاص بهذه العائلة ؟

ان تحليل مؤشرات التوظيف العائلي تصف بعمق انماط التفاعلات داخل هذه العائلة، وهنا نشير الى الارتفاع الكبير لنسبة الحل السلبي الذي قدر ب .(08)، والغياب التام للحل الإيجابي (01)، ما يعكس عجز النسق العائلي عن التعامل الناضج مع الأزمات الداخلية.

كذلك نسجل فيما يخص تعريف القواعد، عدم تقبل الأبناء ورفضهم للقواعد الملائمة المفروضة من قبل الوالدين، (ملائمة – عدم موافقة =05) و(عدم ملائمة – عدم موافقة =06)

وإن قراءة البرتوكول توحي الى ديناميكية عائلية تدفع الى إستياء وتمرد أسامة على الوالدين، والمتجهة بالخصوص نحو الأب، دلالة عن عدم نضج النسق الفرعي الوالدي لها (توظيف أبوي غير ناضج) ، مثل هذه الفرضية هي المدعمة بوجود مستوى مرتفع لاجابات الانصهار بـ (05)

كما يظهر ان عائلة مثبطة (bloqué) في أنماط ديناميكية مختلة التوظيف، حيث نسجل نسبة (10) اجابات بالنسبة للسير المختل الوظيفية .

5. ماهي الفرضيات الممكنة المرتبطة بطبيعة العلاقات البارزة في هذه العائلة؟

إن مؤشرات لطبيعة العلاقات العائلية توحي بهيمنة الغضب والاستياء بهذا النسق بنسبة (08) وبمشاعر الحزن والاكتئاب بنسبة (07) والخوف والقلق بنسبة (07)، وقد ارتبطت هذه المشاعر بإدراك الأب على أنه المولد للقلق بنسبة (07)، وبدرجة اقل نوعا ما للأم (06) ما يؤكد الفرضية السابقة من عدم فعالية النسق الفرعي للأب، يعكس مناخا خانقا، والأب يظهر كعنصر انصهاري ضاغط والأم البديلة كذلك، مما يدعم فرضية الإضطراب في النسق الوالدي.

6. ماهي الفرضيات الممكنة المتعلقة بالجوانب العلائقية النسقية داخل العائلية؟

تحليل البرتوكول يوحي بأن النسق يظهر بنية منغلقة (07 مغلق مقابل 05 مفتوح) هذه تسير بطريقة انصهارية، مما يعكس غياب الحدود النسقية الواضحة، تحالفات الأجيال خصوصا الأم البديلة، تشير بخلل في توزيع السلطة، مما يولد صراعات هوية واستقلالية لدى أسامة.

7. هل هناك مؤشرات مهمة لعدم التكيف ؟

يحتوي البروتوكول على اجابات لسوء المعالجة،(08) اجابات بالنسبة لسوء المعاملة الجسدية و(07)إجابات بالنسبة للإهمال و(06) إجابات بالنسبة لإسراف في المواد و(01) إجابات بالنسبة لإعتداء الجنسي كلها مؤشرات قوية على عدم التكيف، ومؤشر سوء التوظيف العام المرتفع

(114) يدعم وجود اضطراب شديد في النسق العائلي.

8. هل يوجد بالبروتوكول قصص تدفع بوضع فرضيات عيادية مهم ؟

تحليل النقاط المحصل عليها في البروتوكول توحي أن الاستجابات الانفعالية للأب، تنظم الديناميكية العائلية، وهو ما استوجب تقييما عميقا خلال مقابلة البحث، فلقد تم إدراكها على أنها مصدر للقلق و الضغط بسبب استجاباتها الجد متداخلة و المندمجة التي دفعت بأسامة إلى تمرد والطغيان ضد القواعد الوالدية المفروضة وبوقوعه بصراع الأجيال وعلى العموم فإن مثل هذه التفسيرات تدفع الى فكرة ان صعوبات التكيف لـ" أسامة "هي مرتبطة بسياق تفردية صعب داخل نسق عائلي انصهاري، فرغبة " أسامة " في الاستقلالية و التحرر من قيود والده الذي عبر بقوة من خلال المقابلات عن قلقه ورفضه لمتطلبات إبنه هذا يمكن اعتباراه كعناصر مخلة بتوازن العائلة.

IV. التقييم العام (خلاصة الحالة الثانية):

إن التحليل البنائي لمختلف انماط التفاعلات المتواجدة بهذا النسق العائلي سمحت لنا من التعرف عن:

خصائص التوظيف العائلي لهذه الاسرة، الذي تبين أنه يسير وفق النمط المتشابك الذي يميز العائلات مختلة التوظيف. وأهم ما يميز هذه الاسرة مايلي:

- هي اسرة مركبة (recomposé) جراء فقدان الأم، هذه الوضعية كان لها أثر سلبي على الابن أسامة بسبب وجود الأم البديلة للتعويضات العاطفية والسيكولوجية الناجمة عن غياب الأم.
- سوء التنظيم الهرمي للسلطة العائلية فهي سلطة أبوية_ أحادية _قمعية ، متمركزة بيد الأب الذي يمارسها بأسلوب سلطوي عقابي، مع تدخل غير مباشر من زوجة الأب التي تمارس سلطة خفية وغير رسمية.
- غموض الأدوار وإضطرابها، نظرا للخلل الكبير في توزيع الأدوار، الأب لا يؤدي دوره كراعٍ وداعم، بل كمصدر للعقاب والرفض ومنفذ لأوامر زوجته سلطوي وقاس، وزوجة الأب (الأم البديلة) "مديرة خفية" للعائلة مسيطرة على الأبناء.
- تشوش الحدود وانتشارها، خصوصا أمام موقف الأم البديلة الانصهاري وسوء تكيفها لمحاولات الاستقلالية والتمايزية لدى إبن الزوج.
- اضطراب العلاقات والتفاعلات بهذا النسق العائلي، التي نجم عنها معاناة هامة لدى أفراده، ترجمت من خلال تطور عدة أعراض مرضية، فهي متعلقة فقط بالمفحوص المعين، ويُسقَط عليه دور "الإبن الضحية" و"كبش الفداء" للمشاكل ويُحمَّل مسؤولية التفكك الأسري وإسقاطه

الأدوار السلبية عليه.

إن هذه المعطيات توحي باختلال وظائف البنية العائلية، التي تم التأكد من صحتها من خلال نتائج اختبار FAT، إذ قدر المؤشر العام لسوء التوظيف بنسبة جد مرتفعة قدرت بـ (114) بتمركزه في الجوانب التالية:

-هيمنة الصراع العائلي الذي يوحي بوجود صراعات هامة داخل العائلة غير معالجة.

-لجوء العائلة لحل صراعاتها بطريقة سلبية، دليل عن عدم قدرتها لمواجهة صراعاتها.

-غياب التعريف بالقواعد الذي يعكس اضطراب التنظيم الهرمي للسلطة العائلية.

-ضطراب العلاقات وإدراك الوالدين على أنهما مصدرا للضغط وبدرجة أكبر الأب، هذا ما يوحي بعدم نضج التوظيف الوالدي "للأب" وعدم فعاليته.

-ارتفاع نسبة الإجابات الإنصهارية التي توحي بغموض الحدود وانتشارها.

-إجابات توحي بتثبط العائلة في سير مختل الوظيفة، دلالة عن وجود صلابة (rigidité) بهذا النسق أمام التغيرات الممكنة (عدم مرونته) .

-ارتفاع نسبة إجابات سوء المعالجة المحرضة لإضطرابات السلوك.

كما سمحت لنا هذه الدراسة من الكشف عن دور العرض المطور من قبل المفحوص المعين داخل سياقه العائلي الذي يبدو أن له علاقة بـ:

– معايشته للخلافات والصراعات القائمة بين الأب وأمه البيولوجية والتي انتهت بالطلاق، وغيابها عن النسق الفعلي، لكنها حاضرة نفسيا ووجدانيا في ذهن الفتى.

– اجتياز الاسرة لدورة حياتية (cycle de vie) مهمة وصعبة جدا والمتعلقة أساسا بمرحلة انتقال أسامة الى المراهقة التي تثير إشكاليات معقدة تخل بتوازن الأسرة المتعلقة بالميول للاستقلالية والتمايزية المتعارضة تماما مع نمط توظيف العائلة المتميز بالتشابك والاندماج المبالغ فيه، الذي يظهر ذلك من خلال إجتياح الأم البديلة الإنصهاري لحياة إبن الزوج كعنصر ضاغط ، تحاول السيطرة عليه عاطفيا بشكل مبالغ فيه —اضطراب الحدود–لذلك لاحظنا سوء تكيف الأسرة مع هذه المرحلة العمرية، وهو ما انعكس سلبا على تكيف أسامة، الذي عبر عليه من خلال مروره الى الفعل.

– يعمل العرض ايضا كميكانيزم اتزاني من خلال حفاظه على التوازن المرضي للأسرة الذي يظهر من خلال تقبل "أسامة" دور كبش الفداء، وأن يكون محل أنظار الجميع قابلا للوم والإنتقاد، وهو بذلك يؤدي خدمة تفريغ توترات الأب وزوجته.

– من خلال دفع أبيه لطلب المساعدة النفسية والتعبير عن معاناته وصراعاته الحقيقية، التي

تعتبر كمحاولة أيضا لمساعدته على الاستقلالية والتمايزية (différenciation) عن نسقه الأسري الجديد.

– يعاني من أزمة تمايز داخل نسق إنصهاري مريض، ويحاول إثبات ذاته عبر السلوك الاندفاعي والعدواني.

–وأصبح الفتى بلا سلطة، يتلقى الأوامر إستشارة أو إشراك في شؤون الأسرة، يعيش في موقع "مراقب/محكوم عليه" داخل نسق سلطوي مغلق.

V. نتائج اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه MMPI-2 لحالة "أسامة"

1– تحليل سلالم الصدق:

الجدول رقم (08) يمثل متوسطات درجات سلالم الصدق "أسامة"

مقياس عدم الإستجابة (؟)	مقيا س الكذب (L)	مقياس التوتر (F)	مقياس تصحيح (K)
00	49	106	31

- **الدلالات الاكلينيكية لسلالم الصدق:**

من خلال تحليل سلالم الصدق لحالة أسامة ألاحظ أن درجة التائية (00) على مقياس عدم الإستجابة (؟) يدل على أن الإستبيان أنجز بالكامل وبدون تكرار، مايعزز مصداقية النتائج. وأما عن مقياس الكذب(L) ألاحظ بأن الدرجة التائية (49) تعتبر درجة معتدلة ويشير إلى توازن في تقديم الذات ولا يبالغ في تجميل صورته ولا يعترف بشكل مفرط بالأعراض أو الأخطاء، ما يعكس نمطا دفاعيا معتدلا. وأما عن مقياس التوتر (F) نلاحظ بأن الدرجة التائية (106) مرتفعة جدا ويدل على وجود اضطراب نفسي شديد أو أعراض ذهانية حادة. قد تكون هذه الدرجة علامة على اختلالات في التفكير والإنفعال، أو مزيج من القلق الحاد والإرتباك، والأفكار الغريبة. وأما عن مقياس تصحيح (K) نلاحظ بأن الدرجة التائية (31) منخفضة جدا ويدل على غياب الدفاعات النفسية الفعالة. وصعوبة التكيف واعتراف الحالة بضعفه ومصادره المحدودة للتعامل مع الأزمات أو الضغوط النفسية.

2- تحليل السلالم الاكلينيكية القاعدية:

المقاييس الإكلينيكية	الفصام	البارانويا	المرض	مقياس الإكتئاب	السيكثينيا	مقياس هستيريا	ر	الإنحراف السيكوباثي	لإنطواء الاجتماعي	مقياس أنوثة وذكورة
درجة التائية	**133**	**107**	**92**	**90**	**90**	**82**	**82**	**82**	**77**	**40**

الجدول رقم (09): جدول متوسطات درجات السلالم الإكلينيكية "أسامة "

✓ الدلالات الاكلينيكية لتحليل السلالم القاعدية:

●**الفصام (س ك) (8) درجة التائية (133)**: ألاحظ إرتفاع كبير في الدرجة التائية. وهذا ما يدل على تفكك نفسي شديد، اضطرابات في التفكير، إغتراب اجتماعي حاد، إرتباك إدراكي وأزمة هوية عميقة. وقد يشير إلى إحتمال وجود حالة ذهانية أو شبه ذهانية.

- **مقياس البارانويا (Ba) (06) درجة التائية(107)**: ألاحظ ارتفاع كبير جدا في الدرجة التائية. وهذا مايدل على أفكار إضطهادية،شكوك، حساسية مفرطة، إحساس بالتهديد من الآخرين. وقد تشير إلى إضطراب بارانويدي مضاف للذهان.
- **مقياس توهم المرض (Hs) (01) درجته التائية (92)** : ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويعكس إنشغالا كبيرا بالصحة الجسدية، توترا، أعراض جسدية مبالغا فيها نتيجة القلق النفسي.
- **مقياس الإكتئاب (D) (2) درجة التائية (90)**: ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية ويدل على وجود مزاج مكتئب، شعور بالذنب، إنعدام الأمل.تثبيط نفسي عام.
- **السيكاثينيا (Bt) (7) درجته التائية (90)** : ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية وهذا يشير إلى القلق الوسواسي، التوتر الداخلي، اجترار فكري واضطرابات في التحكم بالاندفاعات.
- **مقياس هستيريا (Hy) (3) درجته التائية (82)** : ألاحظ ارتفاع في الدؤجة التائية وهذا يشير إلى ميكانزمات دفاعية قمعية وإنكار للمشاكل النفسية عبر قنوات جسدية.
- **مقياس الهوس الخفيف (Ma) (4) درجته التائية (82)** : ألاحظ ارتفاع في

الدرجة التائية والذي يدل على الاندفاعية، النشلط الزائد، الانفعالات غير مستقرة واحتمالية السلوك العدواني أو غير المنضبط.

- **الإنحراف السيكوباثي (Bd) (9) درجته التائية (82)** : ألاحظ الدرجة التائية مرتفعة وهذا شير إلى ميول يلوكية منحرفة، ضعف في الضبط الاجتماعي، تمرد على السلطة وعلاقات مختلة مع الآخرين.
- **الإنطواء الإجتماعي (Si) (10) درجته تائية(77)**: ألاحظ ارتفاع في الدرجة التائية وهذا يدل على انسحاب اجتماعي، عزلة، صعوبة في تكوين علاقات حقيقية وتبلد عاطفي.
- **مقياس الذكورة و الأنوثة (M F) (5) درجة تائية(40)** : ألاحظ انخفاض في الدرجة التائية، لا يحمل دلالة مرضية مباشرة، لكن قد يشير إلى أدوار جنسية تقليدية أو غير مرنة.

3- البروفيل المدبب:

برانويا(6) (Pa)	الفصام (8) (Sc)
107	133

البروفيل المدبب (Pa) (107) و(Sc) (133): يشير البروفيل المدبب (8–6) لحالة أسامة إلى وجود اضطراب فكري بملامح بارانوية (فصام بارانويدي)، يتميز بهواجس، عزلة، وشكوى من القلق والاكتئاب. يظهر الفرد سلوكاً غير متوقع وغير ملائم اجتماعياً مع ميل للاجتراز الفكري والانشغال بقضايا مجردة أو دينية، ما يعكس توافقاً نفسياً لا سويًا حادًا ومزمناً حتى وإن لم يكن ذهانياً فعلياً.

4- الصحة النفسية :

يعكس البروفيل المدبب (8–6) حالة نفسية ذهانية بسمات فصامية بارانوية واضحة، تدل على اضطراب عميق في التفكير والانفعال، مع عزلة وانسحاب اجتماعي. يشير ذلك إلى ضعف في التكيف النفسي والاجتماعي، ووجود معاناة داخلية مزمنة، ما يجعل الصحة النفسية للحالة مختلة بدرجة حادة وتتطلب تدخلاً علاجياً متخصصاً.

❖ **تحليل و تفسير النتائج :**

تشير نتائج اختبار مينيسوتا لحالة أسامة إلى وجود اضطراب نفسي حاد، يتمثل في ارتفاعات كبيرة في مقاييس الفصام (133)، البارانويا (107)، السيكاثينيا، الهستيريا، توهم المرض، والهوس الخفيف، مما يعكس نمطًا ذهانيًا مع أعراض تفكير مضطرب، شكوك، قلق مزمن، واضطرابات جسدية نفسية المنشأ. ويُلاحظ أيضًا ارتفاع طفيف في مقياسي الاكتئاب والانطواء الاجتماعي، مما يدل على صعوبات عاطفية واجتماعية متزامنة، قد تعود إلى المرحلة الثانية من التعافي من الإدمان، حيث يشعر المتعافي مؤقتًا بالتحسن "شهر العسل" لكنه ما زال يعاني من اضطرابات فكرية وسلوكية. البروفيل المدبب (8–6) يعزز وجود ملامح فصام بارانوي حاد، ويعكس اختلالاً في الصحة النفسية يستدعي متابعة علاجية دقيقة ومتعددة الأبعاد. (حاتم، د ت، ص 13)

2. الاستنتاج العام:

في ضوء نتائج هذه الدراسة، التي تناولت موضوع مدى تأثير الأزمات الأسرية على الصحة النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات، يتبيّن أن العوامل العائلية تُعدّ مكونًا جوهريًا في فهم الديناميات النفسية والعلائقية التي تؤطر هذا السلوك وتغذّيه، وصُممت الدراسة الحالية من أجل إعطاء معنى جديد للعرض، فالأول، المتعلق بالمنظور النسقي، من أجل الكشف عن خصوصية التوظيف العائلي لأسرة المبحوث. والثاني، المتعلق بالمنظور النفسي العيادي من أجل الكشف على الاضطرابات النفسية الشائعة المصاحبة للإدمان على المخدرات، وقد إعتمدنا من أجل الإجابة عن تساؤلات الدراسة على أدوات وتقنيات متخصصة المتعلقة بالنموذج النسقي العائلي المتمثلة أساسا في المقابلة ذات الطابع النسقي ، المخطط الجيلي للعائلة ،والبطاقة العائلية، بالإضافة إلى الإختبار الإسقاطي الإدراك الأسري الذي طبقناه على المفحوص المعين بهدف تدعيم نتائج المقابلة حول تطبيق التوظيف العائلي للأسر. والإختبار الموضوعي العيادي مينيسوتا، بهدف تحليل السلالم الإكلينيكية العيادية وتحديد البروفيل النفسي المدبب للصحة النفسية كما إعتمدنا لتحليل المعطيات المحصل عليها على طريقة تحليل المحتوى باستنادنا أساسا على طريقة تحليل البنائي لـ Minuchin، فيما يتعلق بالعنصر الأول "السلطة العائلية" تبين أن كلتا الأسرتين المفحوصتين تعاني اضطرابا هاما بتنظيمها الهرمي والذي يرجع أساسا إلى سوء توزيع القوة (السلطة) داخل نسقها الأسري. علما أن النسق الأسري

الذي يؤدي وظائفه على نحو كفء، حسب ما يظهره (كفافي، 2006)، يكون فيه للآباء والأبناء مستويات مختلفة من السلطة مقبولة ومحترم من قبل الجميع. إلى أنه ما لحظنا بالنسبة للعائلتين هو عدم احترامها التام لهذا التوزيع وتفكك في هرمية السلطة داخل العائلة، وفيما يتعلق بالعنصر الثاني "الوظائف والأدوار" لقد أخذت شكل أدوار إذ كانت متبني بصورة جامدة " Regide"، ومتكررة، معدم تكييفها لمختلف الوظائف أو مختلف دورات الحياة، تميزت أيضا بالغموض كونها صعبة التعرف عليها أي خفية (caché) أو منكرة (Denié) وغير محترمة من قبل أفرادها. والذي يعتبر مؤشرا لاختلال وظيفي علائقي هام بوسط النسق الأسري، وفيما يخص العنصر الثالث "الأنساق الفرعية" فقد لاحظنا أنه بسبب اضطراب الوظائف والهرمية العائلية، نجم عن ذلك حدوث شقاقات وتصدعات داخل الأسرة، التي أفقدت الأنساق الفرعية تمايزها وخصوصيتها سواء تعلق الأمر بالنسق الفرعي الوالدي أو بالنسق الفرعي للأبناء،أما فيما يخص العنصر الرابع والأخير "الحدود" فقد تميزت بالنسبة لكلتا الحالتين بالغموض والانتشار« Diffuse » الحدود الفردية مشوشة « Brouilles »، وتمايز الأفراد منتشر، وعدم احترام الروابط الجيلية أو البينجيلية غير محترمة ومخترقة، ووجود تدخلات ما بين الأفراد على كل المستويات.العلاقات الانصهارية –التلاحمية– مابين الأفراد، ونقص الخصوصية ما بين الأفراد.

كل العناصر المذكورة آنفا تميز الأسر المتشابكة « Enchevêtrée »، المنغلقة حول نفسها. فنجد مشكل حقيقي للاستقلالية والتمايز لدى مختلف الأجيال، فقد اتضح بالنسبة لكلا الأسرتين أنها كانت تجد صعوبة للتكيف مع الأزمات وبالخصوص الأزمة التي يمر بها إبنهم المتعلقة بالمراهقة والمتضمنة لمتطلبات ورغبات متعارضة تماما مع نمط توظيفها الخاص والمتعلق بالرغبة الاستقلالية وإثبات الذات والتمايز، ومن بين الدلائل الواضحة على هذا التشابك هو سلوك المراهقين المضطرب، الذي يعبر عن استجابتهم للبيئة المحدودة، ولقد دعمت هذه الاستنتاجات بنتائج اختبار الإدراك الأسري FAT، الذي تمثلت نتائجه كما يلي:

جدول رقم (10) يوضح نسبة المؤشر العام لسوء الأداء بالنسبة لكلتا العائلتين:

الحالات	المفحوص المعين	نسبة المؤشر العام لسوء الأداء
الحالة الأولى	عبد الرحمن	97
الحالة الثانية	أسامة	114

من خلال تطبيقنا للاختبار وتحليل نتائجه، توصلت إلى أن العائلتين تحصلت على نسب مرتفعة، توحي بوجود اختلال بالتوظيف العام لهذه الأسر، والتي كانت جد مرتفعة بالنسبة لحالة أسامة. الأمر الذي يعكس درجة الاضطراب العام ببنيته العائلية، وكانت النتائج توحي بضعف النسق الفرعي الوالدي وعدم فعاليته نظرا لغياب القواعد أو تثبيتها بصورة غير ملائمة « innapropriée »، التي لاقت رفضا كبيرا وعدم قبول من قبل الأبناء بالنسبة لكلتا الحالتين وهو ما يفسر سلوكهما المتهيج « implusis »، وكما تم إدراك الوالدين بالنسبة لكلتا الحالتين على أنهما مصدر للضغط وعدم الأمان، ولاحظت أيضا ارتفاع نسبة الإجابات الانصهارية التي توحي بتشابك العلاقات.

وأما بالنسبة لنتائج اختبار مينيسوتا MMPI-2 تشير إلى أن البروفيل النفسي للصحة النفسية للحالة الأولى يظهر البروفيل المدبب (8-7) عند Pt=96 / Sc=101 حالة نفسية ذهانية، تدل على وجود اضطرابات نفسية عميقة تتميز بانفصال عن الواقع، واضطراب في التفكير، والانفعالات، والسلوك، والبروفيل النفسي للصحة النفسية للحالة الثانية يظهر البروفيل المدبب (8-6) عند (**Pa**) (**107**) و(**Sc**) (**133**): يشير البروفيل المدبب (8-6) لحالة أسامة إلى وجود اضطراب فكري بملامح بارانوية (فصام بارانويدي)، يتميز بهواجس، عزلة، وشكوى من القلق والاكتئاب. يظهر الحالة نفسية ذهانية بسمات فصامية بارانوية واضحة، تدل على اضطراب عميق في التفكير والانفعال، مع عزلة وانسحاب اجتماعي. يشير ذلك إلى ضعف في التكيف النفسي والاجتماعي، ووجود معاناة داخلية مزمنة.

وعليه فقد تحقق إثر هذه الدراسة البنائية لنمط توظيف هذه الأسر، أن العرض المطوّر من قبل المفحوص المعيّن له دور كبير في السياق العائلي والمتمثل في التعبير عن الخلل الذي يعانيه النسق العائلي في أحد الجوانب البنائية المذكورة سابقًا، والكشف عن الأزمات الأسرية الهامة التي يمر بها والمرتبطة أساسًا بالظروف العائلية الصعبة لكل عائلة والمتسببة في معاناة أفرادها، والسياق الصعب

لأزمة المراهقة بسبب سوء تكيّف الأسرة معها، وكما كشفت النتائج أن المراهق لا يظهر فقط كـ"ضحية" لهذه الاضطرابات، بل يلعب وظيفة نسقية ضمنية، تتمثل في امتصاص التوترات العائلية عبر سلوك الإدمان، الذي يتحول إلى آلية تنظيمية تساهم – وإن بشكل مرضي – في إعادة نوع من التوازن الظاهري داخل النسق. ويتجلى ذلك من خلال دور "الابن المريض"، الذي يسمح للعائلة بتوجيه انتباهها إلى عنصر محدد، وتفريغ الصراعات عليه، بل وقد يفتح المجال أحيانًا أمام طلب المساعدة النفسية وكسر الجمود البنيوي، وأما على مستوى الصحة النفسية، فقد أظهر المراهقون المدمنون مستويات مرتفعة من الاضطرابات النفسية، مما يؤكد أن البيئة الأسرية المضطربة لا تسهم فقط في بروز الإدمان، بل في تعميق المعاناة النفسية وتعقيد الصورة الإكلينيكية للمراهق.

بناءً عليه، تخلص الدراسة إلى أن الأزمات الأسرية تمثل متغيرًا حاسمًا في تشكّل وتطور ظاهرة الإدمان لدى المراهقين، سواء من خلال دورها في إحداث اختلالات وظيفية ونفسية، أو من خلال تعزيز ديناميات مرضية تسهم في تحويل المراهق إلى حامل لأعراض النسق. وهو ما يفرض تبني مقاربة علاجية متعددة المستويات، تدمج بين التدخل الفردي والنفسي من جهة، والتكفل النسقي والعائلي من جهة أخرى، بهدف إعادة بناء التوازن الداخلي للفرد والأسرة معًا

المقترحات:

في الأخير نشير إلى أهم الاقتراحات التي خلصت عليها الدراسة المتمثلة في :

1. تعزيز البحث في الحقل الأسري العيادي، وفتح المجال أمام الباحثين في العلوم النفسية والاجتماعية لتوسيع الدراسة حول الاضطرابات العائلية.

2. دعم الدراسات المعتمدة على النموذج النسقي والتفكير العلاجي العائلي لما له من فاعلية في تشخيص وفهم الديناميات العلائقية المؤثرة في سلوك الفرد.

3. تنظيم لقاءات ومؤتمرات علمية وطنية ودولية للوقوف على أحدث الاستراتيجيات الوقائية والعلاجية الموجهة لفئة الشباب.

4. تفعيل دور الجمعيات التربوية والنفسية في توعية الوالدين حول أساليب التربية السليمة وتعزيز ثقافة الصحة النفسية داخل الأسرة.

5. إنشاء فضاءات مجانية آمنة للشباب (مثل مراكز الرياضة والثقافة) تسهم في تعزيز الإحساس بالانتماء وتقلّل من مخاطر الانحراف والإدمان.

المراجـــــــــــــع

أولًا: المراجع العربية

- **الكتب:**

1.القرآن الكريم. الآية: 6. سورة التحريم. المصحف الشريف برواية حفص عن عاصم.

2.إبراهيم، عبد الستار وآخرون. (2002) . العلاج السلوكي للطفل والمراهق (ط2). دار العلوم للطباعة والنشر.الرياض. السعودية.

3.أبو جادو، صالح محمد علي. (2007) . سيكولوجية التنشئة الاجتماعية (ط2). دار الميسرة للنشر والتوزيع والطباعة. عمان.

4.أحمد، مبارك. (1996). علم النفس الأسري. مكتبة الفلاح. الطبعة الأولى.

5.البقلي، هيثم. (2006) انحراف الطفل والمراهق: الأسباب. الوقاية والعلاج بين الشريعة والإسلام القاهرة: نهضة مصر.

6.الخالدي، أديب محمد. (2009). الصحة النفسية. نظرية جديدة. ط1. عمان. دار وائل للنشر. الأردن.

7.العزة سعيد، حسيني. (2000). الإرشاد الأسري: نظرياته وأساليبه العلاجية. عمان. مكتبة دار الثقافة.

8.القوصي، عبد العزيز.(1975) . أسس الصحة النفسية (ط7). القاهرة: دار النهضة العربية. القاهرة.

9.الكبيسي، إيمان. (2018) .المراهق بين القلق والفن. ط1. دار أمجد للنشر والتوزيع. عمان.

10. الكفافي، علاء الدين. (1999). الإرشاد والعلاج النفسي (المنظور النسقي الاتصالي). دار الفكر العربي للطبع والنشر. القاهرة. مصر.

11. الكفافي، علاء الدين .(2006) .الإرشاد الأسري .دار المعرفة الجامعية.

12. بلان، كمال يوسف. (2011). الاضطرابات السلوكية والوجدانية لدى الأطفال المقيمين في دور الأيتام. مجلد 27. كلية التربية. جامعة دمشق.

13. حاتم عبد الرحمن. (د.ت) . برنامج الماتريكس لعلاج الإدمان. الدليل العلاجي للمتعافي.

14. خير الزراد، محمد فيصل. (1997). مشكلات المراهقة والشباب. ط1. دار النفائس. عمان.

15. رشوان، حسين عبد الحميد. (2004) . الأسرة والحياة الاجتماعي. الإسكندرية، مؤسسة شباب الجامعة.

16. زهران، حامد عبد السلام،(1986). علم نفس النمو. القاهرة. دار المعارف.

17. شاكر، عبد الحميد. (1993). مخدرات وآثارها السيئة من الناحية العلمية.الرياض. مكتب التربية العربي لدول الخليج.

18. عبد الرؤوف، طارق، والمصري، إيهاب عيسى. (2017) . المقاييس. الاختبارات: التصميم-الإعداد-التنظيم. المجموعة العربية.

19. عز الدين، جميل عطية. (2003) .الأوهام المرضية والضلالات في الأمراض النفسية. ط1. عالم الكتب.

20. فرج، صفوت. (2007) . القياس النفسي. ط6. القاهرة. مكتبة أنجلو المصرية.

21. عبد المعطي، حسن مصطفى. (2001). الأسرة ومواجهة الإدمان. د ط. دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.

22. علي هلهول، الرويلي.(2011). إدارة الأزمات (تعريفها، أبعادها، أسبابها). جامعة نايف الريبية للعلوم الأمنية.الرياض. السعودية.

23. ماهر، إسماعيل صبري. (1998) .إدمان المخدرات. حوار في الأسرة. الرياض. العربي لدول الحليج.

24. مؤمن، داليا .(2004) .الأسرة والعلاج الأسرة. دار السحاب للنشر والتوزيع والطباعة، القاهرة.

25. مروان عبد الحميد، إبراهيم. (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. ط1. مؤسسة الوراق: عمان.

26. مشابقة، أحمد محمد .(2007) .الإدمان على المخدرات.العلاج والإرشاد النفسي، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.

- **الرسائل والأطروحات:**

1.بن يحي، صبرين .(2014) . *المراهقة والمخدرات: دراسة ميدانية.على عينة من المراهقين.* مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر 2.

2.حدار ، عبد العزيز. (1995). *الصحة النفسية من منظور إسلامي، دراسة وصفية تحليلية.* رسالة ماجستير، جامعة الجزائر.

3.حمادي، محمد الشريف. (2015) .*المؤشرات السيكوباتية لدى المراهق مدمن المخدرات، دراسة إكلينيكية لثلاث حالات.* رسالة ماستر، جامعة محمد خيضر، بسكرة.

4.خرشي، آسيا. (2009) . *التناول النسقي للمرور إلى الفعل.* رسالة ماجستير، جامعة أبو القاسم سعد الله، جامعة الجزائر2.

5.عفاف، عزت رفلة. (د ت). إدارة الأزمات الأسرية وعلاقتها بالثقة بالنفس لدى الأبناء بمحافظة الفيوم. قسم الاقتصاد المنزلي، كلية التربية النوعية، جامعة الفيوم.

6.مراد، يعقوب. (2017/2016). *أثر النسق الأسري في ظهور سلوك الاعتداء لدى المراهق، دراسة ميدانية على عينة من المراهقين المتمدرسين بمدينة تقرت.* أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس العيادي، جامعة أبو القاسم سعد الله، الجزائر.

7.مشراوي، رانيا .(2022/2023) .*البروفيل النفسي بين الميل السوي والمرضي لطالب علم النفس العيادي.* مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماستر علم النفس العيادي، جامعة بسكرة.

8.مقدّم، خديجة. (2012) . *مشروع الحياة عند المراهقين الجانحين، دراسة بمركزي إعادة التربية بنين وبنات.* رسالة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، جامعة السانية وهران.

9.موهاب، زينة. (2023/2024) . *التناول النسقي لسياقات تناول الصدمة عبر الأجيال.* أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة أبو القاسم سعد الله الجزائر 2.

- **المجلات:**

1.بهتان، عبد القادر. وجبالي، الدين. (2015) . تجليات اضطرابات المراهقة، *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، 02 ديسمبر 2015، الجزائر.

2.بوزيان، أسامة. (2020) . العلاقة بين التفكك الأسري وسلوكيات الإدمان عند المراهقين .*مجلة علم النفس العيادي*، العدد 15.

3.قاسم، المجالي. (1993) . المخدرات آفة خطيرة تهدد الفرد والمجتمع. *مجلة رايا، مؤتة*، المجلد الثاني، العدد الأول، أفريل.

4.موسى، سميرة. (2018) . الصحة النفسية في مرحلة المراهقة، *مجلة علوم التربية والنفس*، العدد 27.

5.بن صالح، هداية. (2015). الضغط النفسي وتأثيره على التوافق المدرسي لدى المراهق المتمدرس. دراسة ميدانية في المدرسة الثانوية. جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، *مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، جامعة الشهيد – الوادي، العدد11– الجزائر.

ثانيًا: المراجع الأجنبية

6. Amiguet., Julier, C., (1998), L'intervention systémique dans le travail social, repères épistémologique, éthique et méthodogique, Genève, IES et EESP.

7. Andolfi, M.,Angelo,C .,Menght,P .,Nicolo ,A.M.,(1985),La forteresse famiille,Paris ,Dunod.

8. Angel, s., Angel, P .,(2002) ,Les toxicomanes et leurs famille, Armand colin.

9. Benony, H., Chhraoui, (1999), L'entretien clinique, Paris, Dunod.

10. El Kaim, M., (1995), Panorama des thérapies familiales, Paris, Du Seuil.

11. Friedman -l -et -al - 1996- p.8 - source book of substance Abuse and addiction - U.S.A - Williams and wilkins.

12. Gammer, C., Cabié, M .C(1998), l'adolescence, crise familiale, érés.

13. Jeammet, P., Corcos, M., (2001), Evolution des problématiques à l'adolescence, L'émergence de la dépendance et ses aménagements, doin.

14. Lebigot, M. F., (2001), Les traumatismes psychiques, Paris, Masson.

15. Martinez, B, (2008), Thérapie familiale et dépression de l'adolescent, Revue « Lien-Psy », thérapie familiale 10 ans après, Tome2, p : 10-11, Ed SEPU.

16. McCuloch, C, P, (1997), Psychologues et enseignants, regardsystémiques sur les difficultés scolaires, Préface de Guy Ausloos, De Boeck.

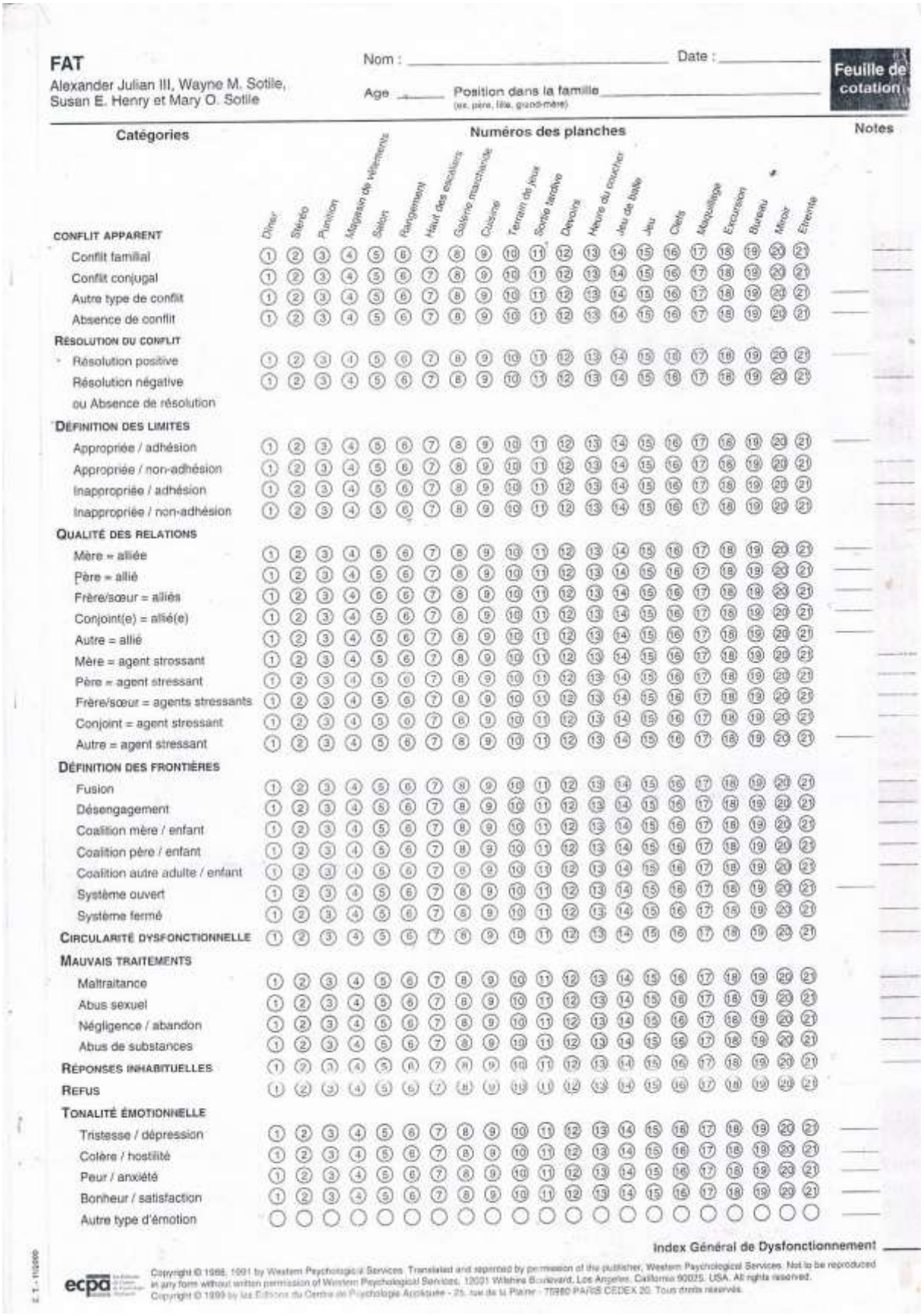
17. Minuchin, S, (1988), Famille en thérapie, Ramonville, érés.

18. Salem,G.,(2005),L'approche thérapeutique de la famille,4éme Ed, paris, Masson.

19. Watzlawick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D., (1972), Une logique de la communication, Paris, du Seuil.

الملاحـــــــق

الملحق رقم 01: يمثل ورقة التنقيط لاختبار الإدراك الأسري (FAT)



FAT

Alexander Julian III, Wayne M. Sotile, Susan E. Henry et Mary O. Sotile

Nom : _____ Date : _____

Age _____ Position dans la famille _____ (ex. père, fille, grand-mère)

Feuille de cotation

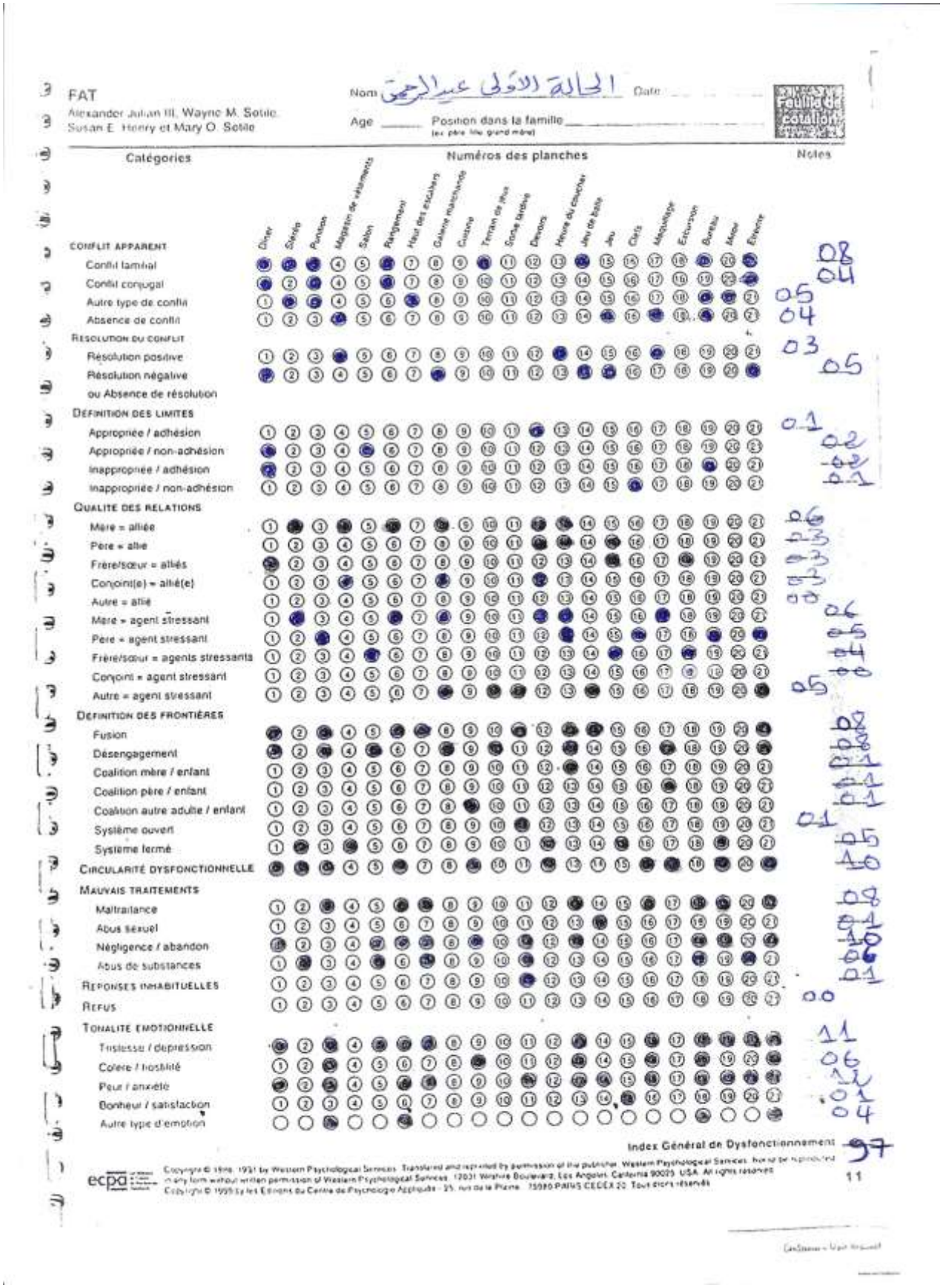
Catégories	Dîner	Stéréo	Punition	Magasin de vêtements	Salon	Rangement	Haut des escaliers	Galerie marchande	Cuisine	Terrain de jeux	Sortie tardive	Devoirs	Heure du coucher	Jeu de balle	Jeu	Clefs	Maquillage	Excursion	Bureau	Miroir	Etreinte	Notes
CONFLIT APPARENT																						
Conflit familial	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conflit conjugal	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre type de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Absence de conflit	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
RÉSOLUTION DU CONFLIT																						
Résolution positive	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Résolution négative ou Absence de résolution	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
DÉFINITION DES LIMITES																						
Appropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Appropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Inappropriée / adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Inappropriée / non-adhésion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
QUALITÉ DES RELATIONS																						
Mère = alliée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Père = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Frère/sœur = alliés	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conjoint(e) = allié(e)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre = allié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Mère = agent strossant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Père = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Frère/sœur = agents stressants	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Conjoint = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre = agent stressant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
DÉFINITION DES FRONTIÈRES																						
Fusion	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Désengagement	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition mère / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition père / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Coalition autre adulte / enfant	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Système ouvert	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Système fermé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
CIRCULARITÉ DYSFONCTIONNELLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
MAUVAIS TRAITEMENTS																						
Maltraitance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Abus sexuel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Négligence / abandon	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Abus de substances	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
RÉPONSES INHABITUELLES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
REFUS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
TONALITÉ ÉMOTIONNELLE																						
Tristesse / dépression	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Colère / hostilité	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Peur / anxiété	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Bonheur / satisfaction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
Autre type d'émotion	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

Index Général de Dysfonctionnement _____

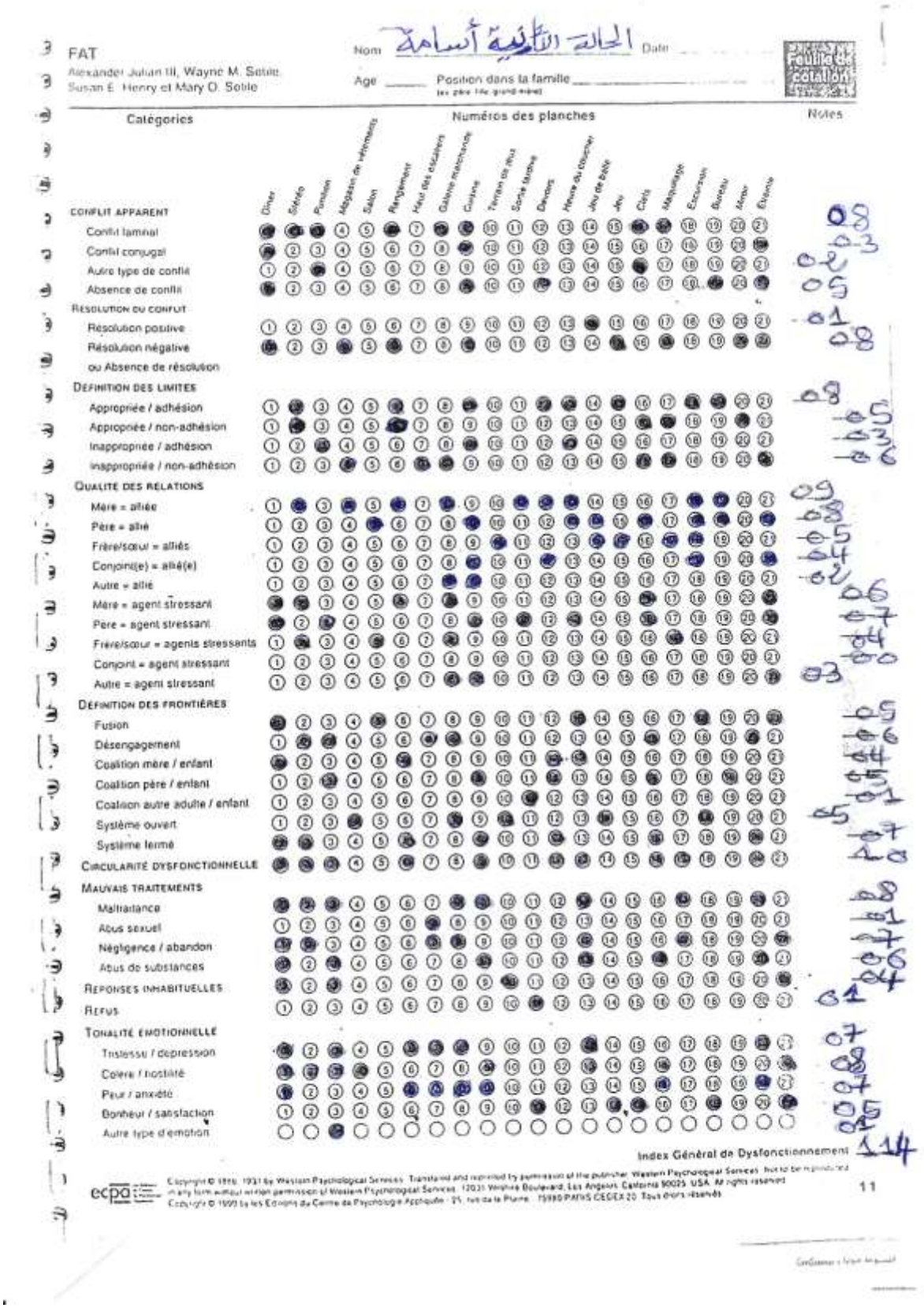
ecpa

Copyright © 1998, 1991 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by permission of the publisher, Western Psychological Services. Not to be reproduced in any form without written permission of Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, USA. All rights reserved.
Copyright © 1999 by les Editions du Centre de Psychologie Appliquée - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

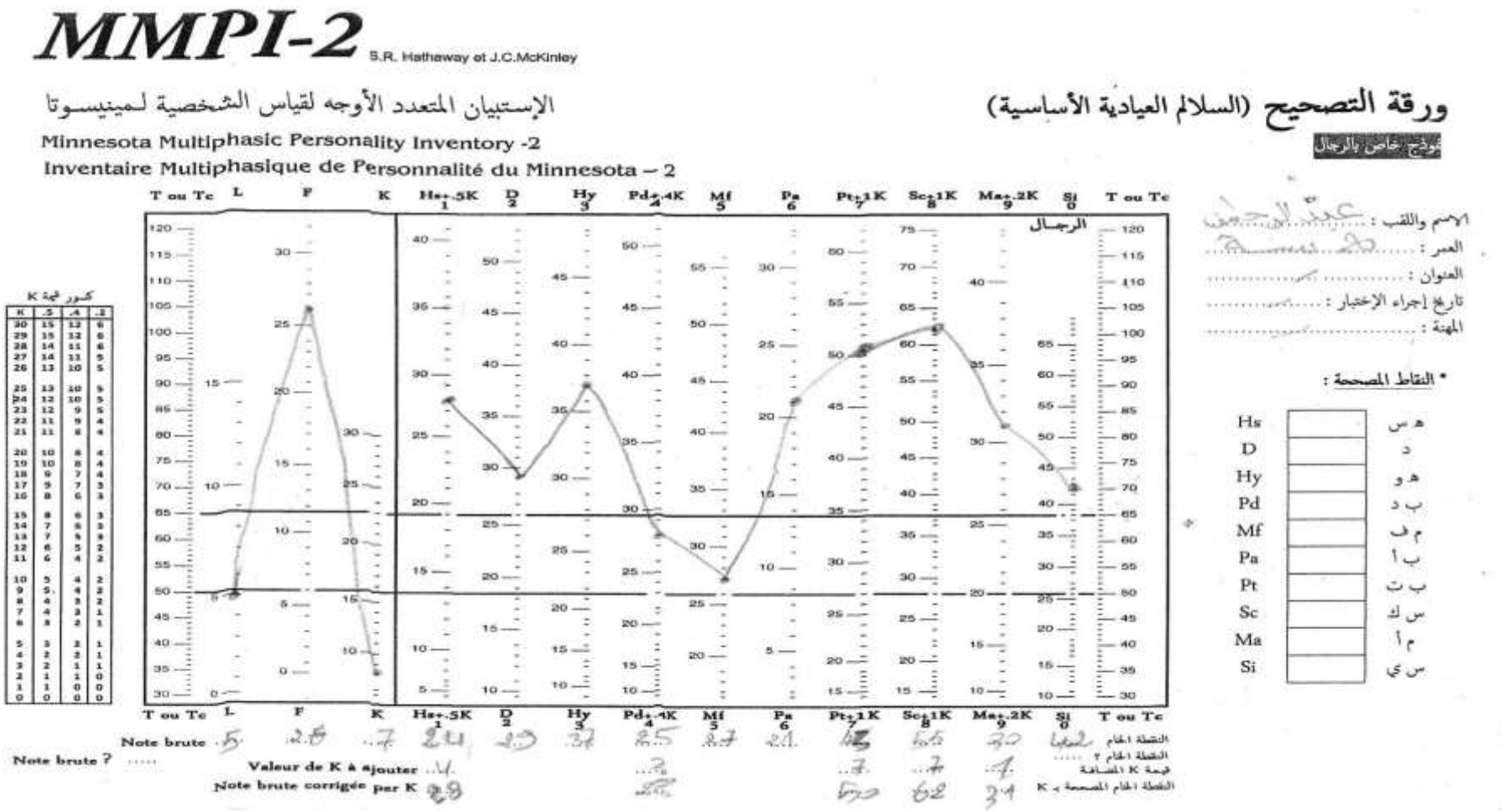
الملحق رقم 02: يمثل ورقة تنقيط "عبد الرحمن"



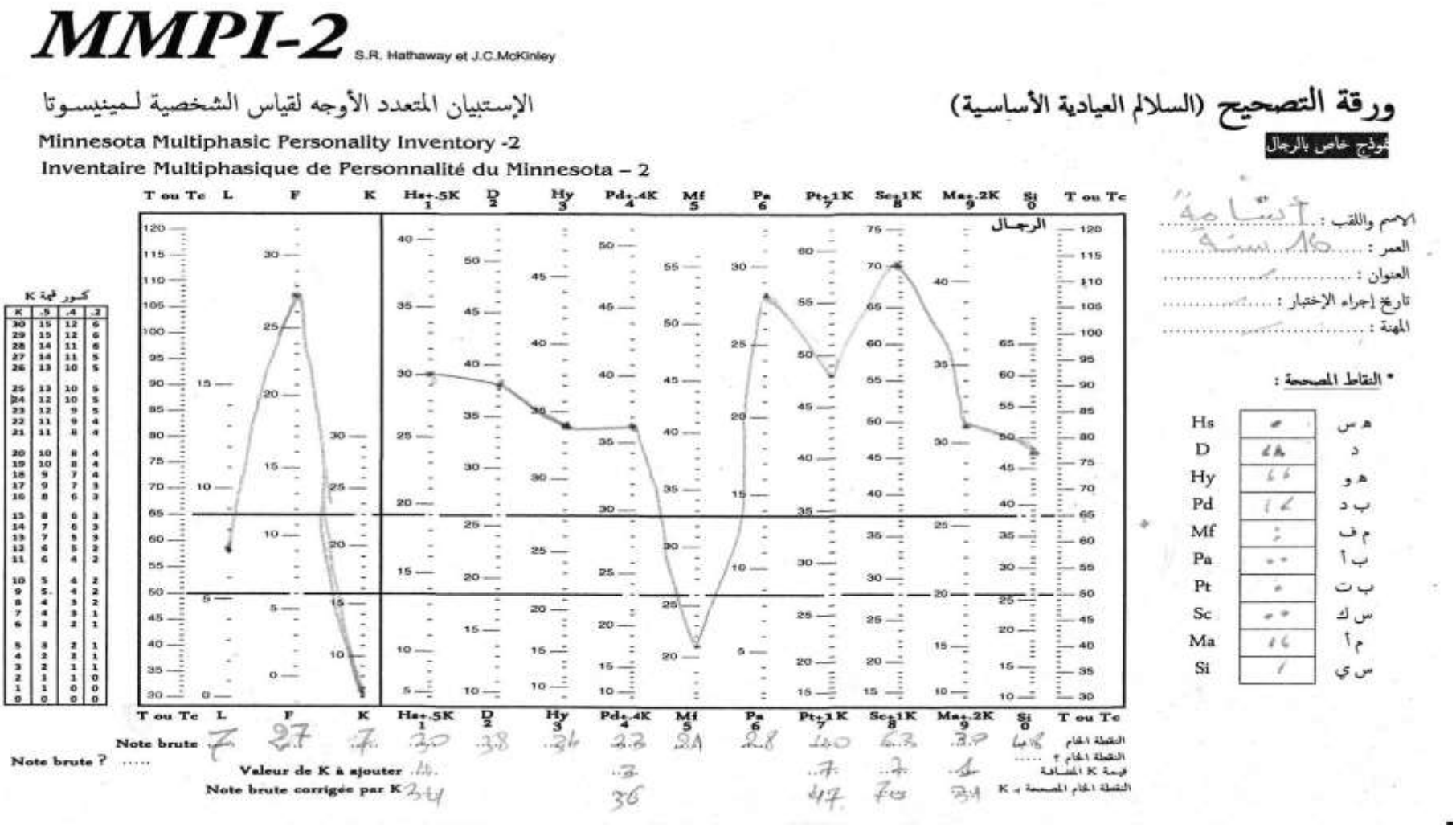
الملحق رقم 03: يمثل ورقة تنقيط "أسامة"



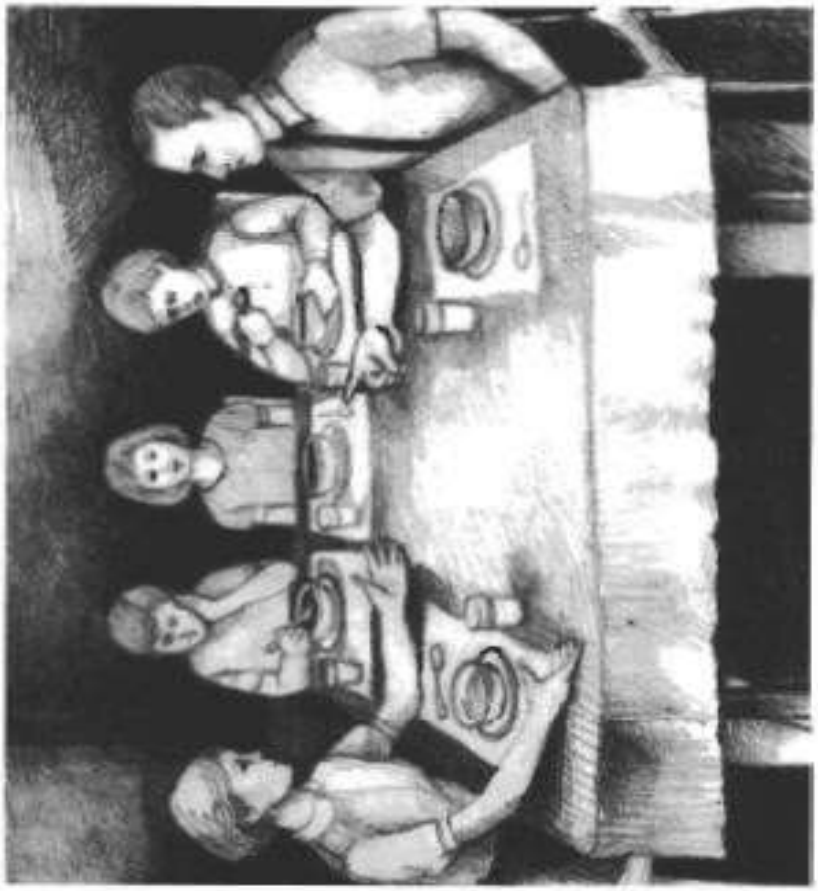
الملحق رقم 04: يمثل منحنى البروفيل النفسي مع ارتفاع درجات السلالم الاكلينيكية القاعدية للحالة الأولى

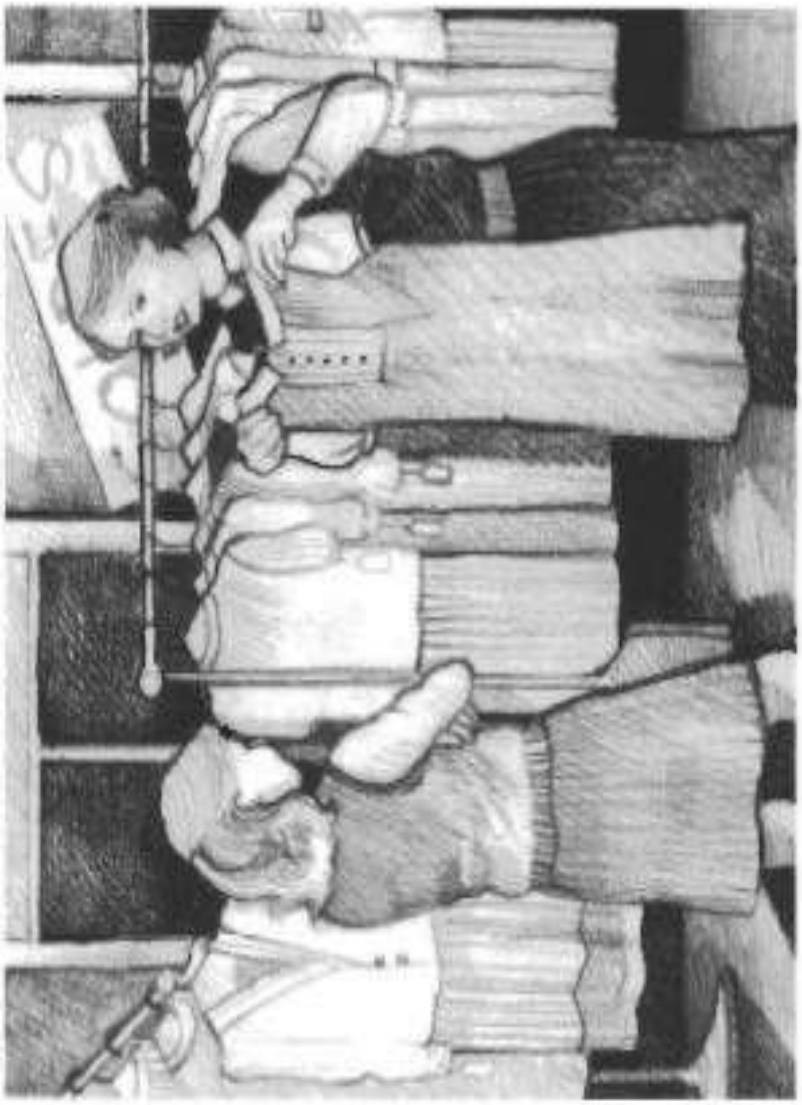


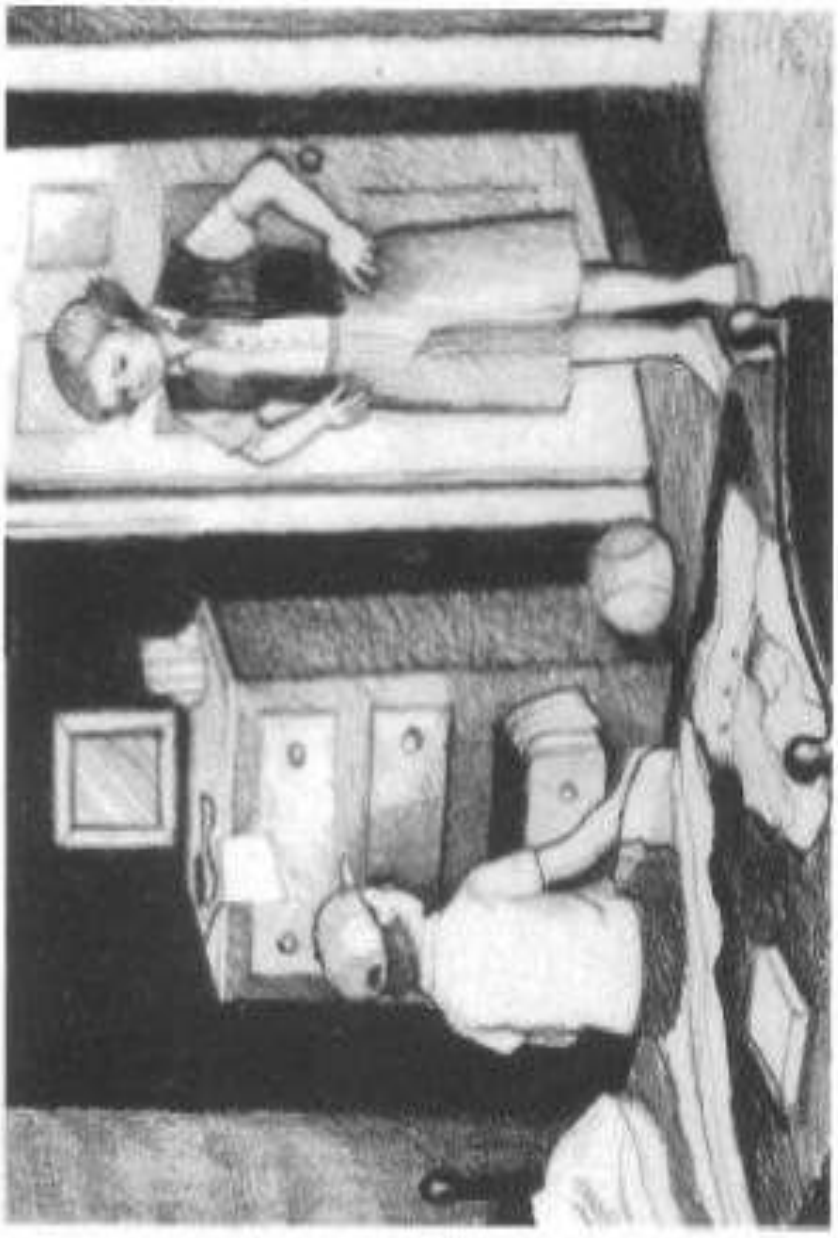
الملحق رقم 05: يمثل منحنى البروفيل النفسي مع ارتفاع درجات السلالم الاكلينيكية القاعدية للحالة الثانية



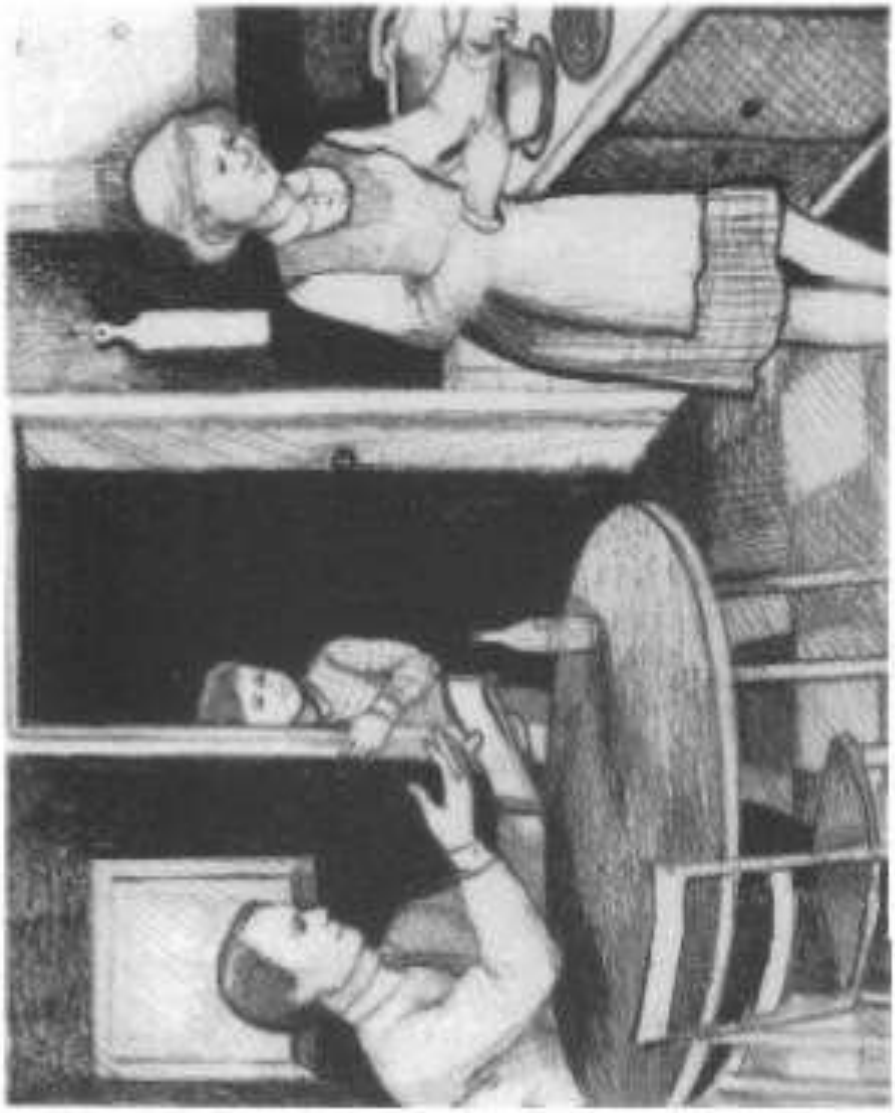
الملحق 06: يمثل لوحات اختبار الإدراك الأسري (FAT)

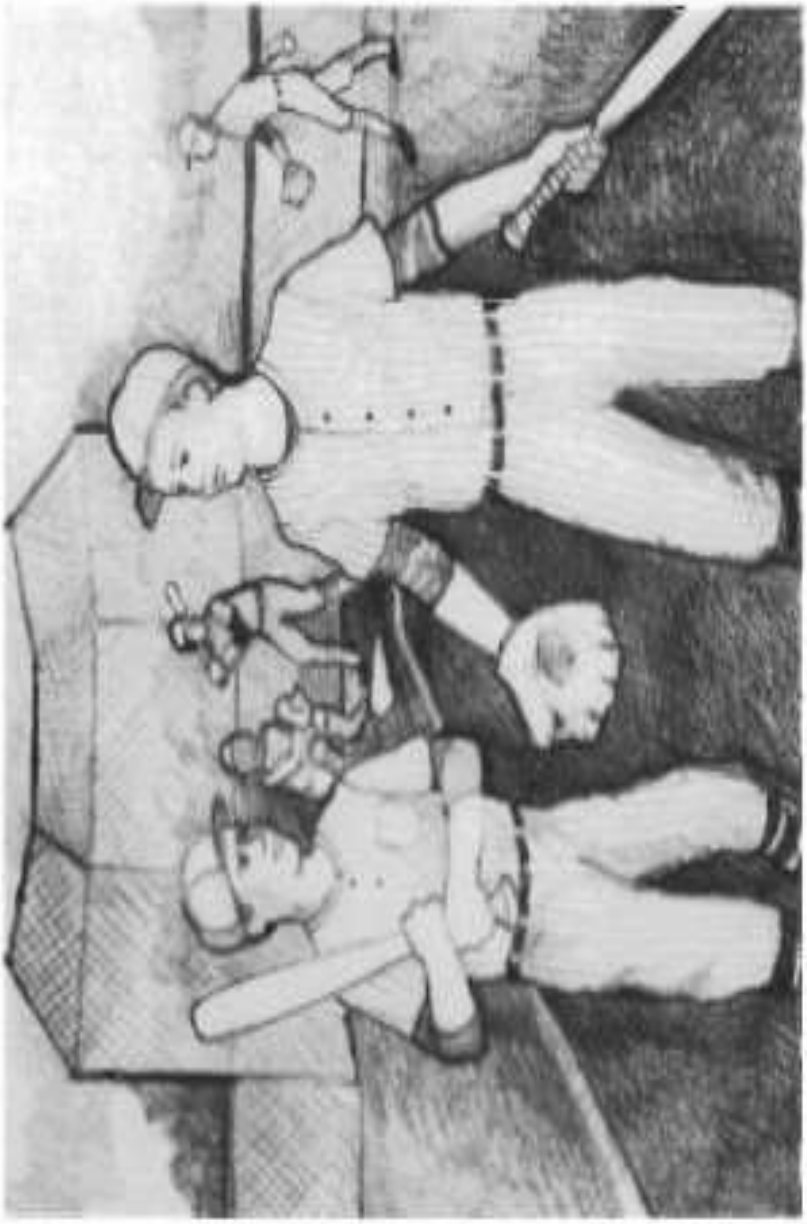


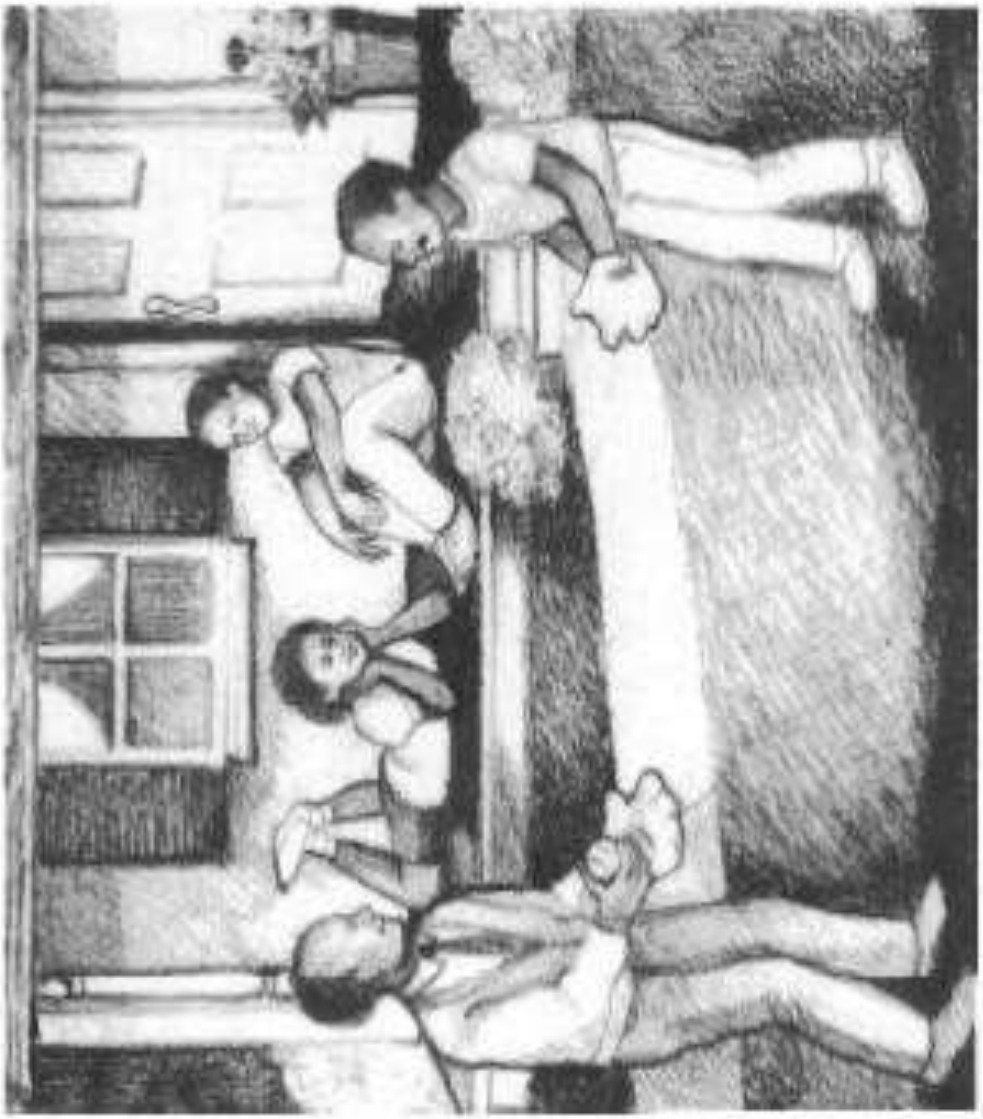




SOLDE







15