

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique

Université Akli Mohand Oulhadj - Bouira -

Tasdawit Akli Muḥend Ulḥağ - Tubirett -

Faculté des Sciences Sociales et Humaines



جامعة البويرة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة أكلي محمد أولحاج

- البويرة -

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية

تخصص: علم النفس العيادي

عنوان المذكرة

واقع التكفل النفسي بمدمني المخدرات
والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي
- دراسة ميدانية بمركز الوسيط لعلاج الادمان بولاية البويرة -

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة:

- سيدر كميلة

من إعداد الطالب:

- مناصري حسين

السنة الجامعية

2025/2024

رأي هيئة مراقبة السرقة العلمية:

النسبة: 25,3 %

شكر وتقدير

أتقدم بأسمى عبارات الشكر والتقدير للأستاذة سيدر كميلة

على قبولها الإشراف على هذه المذكرة،

وعلى النصائح والتوجيهات القيمة التي كانت تسديها لنا.

وأشكر أعضاء لجنة المناقشة على مساهمتهم في إثراء الموضوع بملاحظاتهم القيمة،

وجميع الأساتذة الذي رافقونا خلال مشوارنا الدراسي.

كما أشكر مدير المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بالبويرة،

وكذا مسؤول مركز الوسيط لعلاج الإدمان لولاية البويرة،

وجميع الأخصائيين النفسيين العاملين به على مرافقتهم لنا خلال فترة التربص الميداني،

مع مساعدتهم لنا في إنجاز هذه الدراسة.

إهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى والدي أطال الله في عمرهما.

إلى زوجتي الكريمة التي صبرت علي طوال مشواري الدراسي.

وإلى جميع إخوتي وأخواتي.

إلى ولدي عبد العليم وعبد البصير حفظهما الله.

إلى أبناء إخوتي معتصم بالله، سدين، فاطمة الزهراء، مصعب، عبد المؤمن

وولاء.

وإلى كل زملاء دراستي.

لكم مني جميعا خالص تحياتي.

حسين.

الفهرس

العنوان	الصفحة
شكر	
اهداء	
الفهرس	
قائمة الجداول	
قائمة الملاحق	
مقدمة	أ-ب

الفصل التمهيدي : الإطار العام للدراسة

- 1- اشكالية الدراسة.....06
- 2- فرضيات الدراسة.....08
- 3- أهمية الدراسة.....08
- 4- أهداف الدراسة.....09
- 5- تحديد المفاهيم.....09

الجانب النظري

الفصل الأول : التكفل النفسي

- تمهيد.....12
- أولاً: التكفل النفسي.....13
- 1- تعريف التكفل النفسي.....13

14.....	2- مراحل التكفل النفسي.....
14.....	1-2 التشخيص.....
14.....	2-2 العلاج.....
15.....	3- وسائل التكفل النفسي.....
15.....	1-3 المقابلة العيادية.....
16.....	2-3 الملاحظة.....
16.....	3-3 دراسة الحالة.....
17.....	4-3 الاختبارات والمقاييس.....
17.....	4- خطوات التكفل النفسي.....
17.....	1-4 العقد العلاجي.....
18.....	2-4 جمع المعلومات والتشخيص.....
18.....	3-4 شرح المشاكل وتحديد الأهداف.....
18.....	4-4 التحليل الوظيفي.....
19.....	5-4 تحديد الاستراتيجية العلاجية (الخطة العلاجية).....
19.....	6-4 نهاية العلاج وتجنب الانتكاسة.....
19.....	5- تقنيات التكفل النفسي.....
19.....	6- أهداف التكفل النفسي.....
21.....	ثانيا: الأخصائي النفسي.....
21.....	1- التعريف بالأخصائي النفسي.....
21.....	2- السمات الشخصية للأخصائي النفسي.....
23.....	3- دور الأخصائي النفسي بصفة عامة.....
24.....	4- الخلفية النظرية للأخصائي النفسي.....
24.....	1-4 تناول التحليلي.....
25.....	2-4 تناول السلوكي المعرفي.....
26.....	3-4 المدرسة الإنسانية.....
27.....	4-4 تناول النسقي.....

ثالثا : دور الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.....28

خلاصة الفصل.....31

الفصل الثاني : الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

تمهيد.....34

أولا : الإدمان.....35

1- تعريف الإدمان.....35

2- الفرق بين الإدمان والتبعية.....35

3- خصائص الإدمان.....35

4- أنواع الإدمان.....35

ثانيا : المخدرات.....35

1- تعريف المخدرات.....35

2- أنواع المخدرات.....35

ثالثا : المؤثرات العقلية.....36

1- تعريف المؤثرات العقلية.....36

2-أنواع المؤثرات العقلية.....36

1-2 حسب طبيعة المخدر.....36

2-2 حسب اللون.....36

3-2 حسب تأثير المادة المخدرة.....36

4-2 حسب الحجم.....36

رابعا : أسباب الإدمان.....38

38.....	1- الأسباب النفسية.....
38.....	2- الأسباب الاجتماعية.....
40.....	3- الأسباب الاقتصادية.....
40.....	4- الأسباب الوراثية.....
41.....	5- وسائل التواصل الاجتماعي.....
41.....	خامسا : آثار الإدمان.....
41.....	1- الآثار النفسية
42.....	2- الآثار الصحية.....
42.....	3- الآثار الاقتصادية.....
43.....	سادسا : النظريات المفسرة للإدمان.....
43.....	1- النظرية السلوكية
43.....	1-1 عن طريق الإشراف الكلاسيكي.....
44.....	2-1 التعلم عن طريق الإشراف الإجرائي.....
44.....	3-1 النمذجة.....
45.....	2- النظرية المعرفية.....
45.....	3- النظرية التفاعلية.....
45.....	4- نظرية التحليل النفسي.....
46.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث : السلوك الإجرامي

49.....	تمهيد.....
50.....	أولا: تعريف السلوك الإجرامي.....
50.....	ثانيا: خصائص السلوك الإجرامي.....
51.....	ثالثا: مراحل تنفيذ السلوك الإجرامي.....
51.....	رابعا: النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي.....
51.....	1- النظرية البيولوجية.....

1-1	نظرية التكوين الحبلي.....	52
2-1	المنظور العضوي للنظرية البيولوجية.....	52
2-2	المقاربة النفسية لتفسير السلوك الإجرامي.....	54
1-2	التناول التحليلي الدينامي لتفسير السلوك الإجرامي.....	54
2-2	التناول السلوكي المعرفي لتفسير السلوك الإجرامي.....	55
3-2	التناول النسقي لتفسير السلوك الإجرامي.....	57
58	خلاصة الفصل	

الفصل الرابع : منهجية الدراسة

تمهيد.....	61
1- التذكير بفرضيات الدراسة.....	64
2- الدراسة الإستطلاعية.....	64
3- الدراسة الأساسية.....	64
1-3 منهج الدراسة.....	64
2-3 مجموعة الدراسة.....	65
3-3 أدوات الدراسة.....	66
4-3 حدود الدراسة.....	67
69	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أولاً: عرض وتحليل النتائج.....	72
1-1 تقديم الحالة الأولى.....	72
2-1 عرض وتحليل نتائج المقابلة للحالة الأولى.....	72

2	عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.....	81
1-2	تقديم الحالة الثانية.....	82
2-2	عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية.....	82
3	عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.....	97
1-3	تقديم الحالة الثالثة.....	97
2-3	عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة.....	97
	ثانيا : مناقشة النتائج.....	112
	خاتمة.....	125
	قائمة المراجع.....	129

قائمة الجداول

الرقم	العنوان
01	خصائص مجموعة الدراسة

قائمة الملاحق

الرقم	العنوان
01	جداول خاصة بأنواع المخدرات والمؤثرات العقلية.
02	القرار رقم 98 المؤرخ في 17/مارس/2014 المتعلق بإنشاء و تحديد صلاحيات مركز الوسيط لعلاج الإدمان
03	دليل المقابلة

مقدمة

مقدمة:

يُعد إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية من أبرز المشكلات النفسية والاجتماعية والصحية التي باتت تُهدّد مختلف فئات المجتمع، نظرًا لما ينجم عنه من آثار وخيمة تطال الفرد والمجتمع على حدّ سواء، إذ يؤدي هذا النوع من الإدمان في كثير من الأحيان إلى اضطرابات نفسية وجسدية ناتجة عن تأثيره المباشر على الجهاز العصبي المركزي، مما قد يُسبب هذات، هلاوس، أعراض انسحاب حادة، وقد ينتهي أحيانًا إلى الوفاة، كما يرتبط الإدمان المتقدم في العديد من الحالات بظهور سلوكيات إجرامية، تتمثل في أفعال موجهة ضد الذات أو الغير، كنتيجة لتدهور القدرة على التحكم والانضباط النفسي والاجتماعي.

فالمدمن غالبًا ما يعاني من مشاعر الإحباط والقلق والاكتئاب، ويظهر عجزًا عن مواجهة المشكلات اليومية، وافتقارًا للحزم والقدرة على تأجيل الإشباع، ما يجعله يلجأ إلى سلوكيات دفاعية وهروبية، ويتسم في كثير من الحالات بسمات نرجسية واضطراب في العلاقات الاجتماعية، إذ يميل إلى استخدام الآخر كوسيلة لتحقيق رغباته، دون اعتبار لإنسانيته، مما يدفعه أحيانًا نحو ارتكاب أفعال عدوانية أو تدميرية، في حق نفسه أو الغير، خاصة في ظل ضعف الأنا والشعور بالعجز والانفصال عن الواقع.

أمام هذه الوضعية المعقدة، يُصبح التكفل النفسي ضرورة ملحة، نظرًا لما يُمكن أن يُساهم به من إعادة تأهيل المدمنين، والتخفيف من معاناتهم النفسية، ومساعدتهم على استعادة توازنهم، بهدف دمجهم من جديد في الحياة الاجتماعية والإنتاجية.

ويكتسي التكفل النفسي أهمية بالغة، خصوصًا حين يتعلق الأمر بمدمنين ذوي سلوك إجرامي، إذ يتطلب الأمر تدخلًا نفسيًا متخصصًا ومتكاملًا يأخذ بعين الاعتبار خصوصية الحالة وتعقيداتها.

وتتعدد الأساليب والطرائق العلاجية التي يعتمد عليها الأخصائي النفسي في هذا السياق، والتي تهدف مجتمعة إلى تزويد المدمنين بمهارات نفسية واجتماعية تساعد على التكيف، وتعزيز مفهوم الذات، وتقوية القدرة على ضبط النفس، والحد من السلوكيات الإجرامية المرتبطة بالإدمان، بالإضافة إلى تنمية قدراتهم في مواجهة الضغوط، خاصة تلك الناجمة عن محيط الرفاق أو السياق الاجتماعي الذي يشجع على العودة إلى التعاطي.

انطلاقاً من ذلك، جاءت هذه الدراسة تحت عنوان: "التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي من وجهة نظر الأخصائي النفسي - دراسة ميدانية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة"، في محاولة لفهم واقع التكفل النفسي بهذه الفئة، من خلال استعراض تصورات الأخصائيين النفسيين العاملين بالميدان، وتبسيط الضوء على آليات وأساليب التدخل، والصعوبات التي تعترض مسار العلاج.

وقد تم تنظيم هذه الدراسة كما يلي:

-الفصل التمهيدي: تناول الإطار العام للدراسة، حيث عرضنا فيه الإشكالية، والفرضيات، وأهداف الدراسة، وأهميتها، إضافة إلى الحدود المكانية والزمانية، وكذا تحديد المفاهيم الأساسية.

-الفصل الأول (نظري): بعنوان التكفل النفسي، تناولنا فيه مفهوم التكفل النفسي والأخصائي النفسي، ودوره في مركز الوسيط لعلاج الإدمان.

-الفصل الثاني (نظري): بعنوان الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، استعرضنا فيه الإدمان، المخدرات، المؤثرات العقلية، أسباب الإدمان عليها، والآثار المترتبة عنها، مع عرض لأهم النظريات المفسرة له.

-الفصل الثالث (نظري): بعنوان السلوك الإجرامي، تطرقنا فيه إلى تعريف السلوك الإجرامي، خصائصه، مراحله، بالإضافة إلى عرض أهم النظريات المفسرة له.

-الفصل الرابع (تطبيقي): خُصص للإطار المنهجي للدراسة، وتضمن منهج البحث، أدوات جمع البيانات، الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية.

-الفصل الخامس (تحليلي): خُصص لعرض، تحليل، ومناقشة نتائج المقابلات التي تم إجراؤها مع ثلاث (03) أخصائيين نفسانيين بمركز الوسيط لعلاج الإدمان، وتحليلها في ضوء الفرضيات المطروحة.

وتُختتم هذه الدراسة بخاتمة تتضمن أهم النتائج المتوصل إليها، متبوعة بجملة من الاقتراحات، قائمة المراجع والملاحق.

الفصل التمهيدي : الإطار العام للدراسة

1- اشكالية الدراسة.

2- فرضية الدراسة.

3- أهمية الدراسة.

4- أهداف الدراسة.

5- تحديد المفاهيم.

1- إشكالية الدراسة:

يُعد تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية من أبرز الإشكالات التي تواجه المجتمعات الحديثة، وذلك بسبب اتساع رقعة انتشارها خلال السنوات الأخيرة، وما يرافقها من تداعيات سلبية تطل مختلف أبعاد الحياة النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والصحية للفرد والأسرة والمجتمع ككل. وقد أظهرت الإحصائيات والدراسات أن هذه الظاهرة تترافق في كثير من الأحيان مع سلوكيات إجرامية، يرتكبها المدمنون نتيجة الاضطرابات النفسية الناتجة عن الاعتماد المرضي على المواد المخدرة.

إن المدمن الذي يعيش حالة من القلق، التوتر، والإحباط، غالبًا ما يعاني من ضعف القدرة على التكيف، فيلجأ إلى سلوكيات منحرفة تعويضية، منها الإجرامية، تتعارض مع القيم والمعايير الاجتماعية. وقد بينت دراسة رقية عزاق (2015) أن المدمن قد يرتكب أفعالاً إجرامية كوسيلة للحصول على المادة المخدرة، بدءًا من السرقة وصولاً إلى القتل. وبهذا يصبح السلوك الإجرامي الناتج عن الإدمان سلوكًا معاديًا للمجتمع ومهددًا لاستقراره.

ونظرًا لتنامي هذه الظاهرة، بادرت مختلف الدول إلى اتخاذ إجراءات وقائية وعلاجية، من بينها إنشاء مراكز علاج الإدمان، وتُعنى هذه المراكز بالتكفل الطبي والنفسي بالمدمنين، من خلال فرق متعددة التخصصات، تضم أطباء وأخصائيين نفسيين واجتماعيين. ومن بين هذه المراكز، يبرز مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، الذي يُعنى على وجه الخصوص بالتكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، خاصة أولئك الذين يُظهرون سلوكًا إجراميًا مواز لحالة الإدمان.

ويُعد التكفل النفسي أحد أهم محاور التدخل في علاج هذه الفئة، إذ يضطلع الأخصائي النفسي بدور محوري يتمثل في تشخيص الحالة، وتحديد الأبعاد النفسية والاجتماعية للإدمان، وبناء خطة علاجية فردية باستخدام أدوات وتقنيات مهنية كالمقابلات العيادية، المقاييس النفسية، ودراسة التاريخ المرضي، وقد أكدت دراسة عكور فاطمة (2021) على أهمية التكفل النفسي في التقليل من العدوانية والقلق لدى المراهقين المدمنين، مما يبرز أهمية بناء علاقة علاجية قائمة على الثقة، والإعتماد على استراتيجيات فعّالة تستهدف تغيير الأفكار المشوّهة وتنمية مهارات التكيف.

وقد أظهرت دراسة فتيل وزملائه (2016) أن دور الأخصائي النفسي والكفالة النفسية مهم جدا لتحقيق الصحة النفسية، من خلال التركيز على الصحة النفسية التدخلات العلاجية الفردية، كما نجد دراسات أخرى ركزت على دور الكفالة النفسية بالنسبة للمدمنين المكتئبين، ومن هنا تظهر قيمة الدراسة الحالية التي جاءت لتوضيح واقع التكفل النفسي بالمدمن ذو السلوك الإجرامي، كما تظهر أهميتها من خلال إختيارها للأخصائيين النفسيين الممارسين كأفراد لعينة الدراسة.

وتهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على أساليب التكفل النفسي المتبعة مع هذه الفئة، وتحديد الصعوبات الميدانية التي يواجهها الأخصائي النفسي، وذلك انطلاقاً من الممارسة العيادية الواقعية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالبويرة.

وعليه، تتمثل إشكالية الدراسة في:

ما هي أساليب وإجراءات التكفل النفسي المعتمدة للتعامل مع مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة؟

2- فرضية الدراسة:

يعتمد الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة على إجراءات تكفل نفسي منتظمة تشمل مقابلات دورية وخطط علاجية فردية موجهة.

3- أهمية الدراسة:

-تتبع أهمية الدراسة من معالجتها لموضوع يعكس تداخلاً معقدًا بين الإدمان والسلوك الإجرامي، والذي بات يشكل تحديًا كبيرًا للسلطات الصحية والاجتماعية.

-تسلط الضوء على التكفل النفسي من زاوية تطبيقية وميدانية من خلال الإجراءات العملية التي ينفذها الأخصائي النفسي بمراكز العلاج.

-توفر قراءة تحليلية من داخل المؤسسة العلاجية (مركز الوسيط لعلاج الإدمان)، ما يمنحها بعدًا واقعيًا يمكن الاستفادة منه عمليًا.

-تمكّن نتائج الدراسة من اقتراح آليات تحسين وتطوير ممارسات التكفل النفسي انطلاقًا من رؤية الأخصائيين النفسيين الممارسين في الميدان.

-تُثري الحقل المعرفي والنفسي بنتائج قد تفيد الباحثين وصناع القرار في مجال الوقاية وإعادة الإدماج الاجتماعي للمدمنين.

4- أهداف الدراسة:

1. التعرف على كيفية إعداد الخطة العلاجية.

2. تحديد آليات التقييم النفسي المستخدم (أولي ومستمر) ودورها في توجيه التكفل.

3. اقتراح آليات دعم نفسي فعالة يمكنها تقليل فرص الانتكاسة ورفع جاهزية التكيف الاجتماعي.

4. الكشف عن الصعوبات الميدانية التي يواجهها الأخصائي النفسي واقتراح حلول مهنية واقعية لتجاوزها.

5-تحديد المفاهيم:

5-1-التكفل النفسي : هو مجموع الإجراءات والتدخلات العلاجية التي يُطبقها الأخصائي النفسي بشكل منظم وفعال في مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.

5-2 مدمنو المخدرات والمؤثرات العقلية ذوو السلوك الإجرامي : هم الأفراد الذين تم استقبالهم بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، ممن لديهم:

- تاريخ تعاطٍ منتظم أو إدمان على مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية وفق تشخيص طبي ونفسي.

- سلوكيات مخالفة للقانون سواء كانت مسجلة في ملفات قضائية أو ملحوظة من خلال إفادات الحالات أو تقارير الأخصائيين.

- مظاهر عدوانية أو انحرافية تجاه الذات أو الآخر ظهرت أثناء أو نتيجة الإدمان (كالسرقة، الاعتداء، العنف، الهروب... إلخ).

5-3 الأخصائي النفسي العامل بمركز الوسيط لعلاج الإدمان : هو أخصائي في علم النفس

العيادي، يشتغل ميدانياً بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.

الفصل الأول: التكفل النفسي

تمهيد

أولاً: التكفل النفسي.

- 1- تعريف التكفل النفسي
- 2- مراحل التكفل النفسي.
- 3- وسائل التكفل النفسي.
- 4- خطوات التكفل النفسي.
- 5- تقنيات التكفل النفسي.
- 6- أهداف التكفل النفسي.

ثانياً: الأخصائي النفسي.

- 1- تعريف الأخصائي النفسي.
- 2- السمات الشخصية للأخصائي النفسي.
- 3- دور الأخصائي النفسي بصفة عامة.
- 4- الخلفية النظرية للأخصائي النفسي.

ثالثاً : دور الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعاني بعض الأفراد في المجتمع بالعديد من المشاكل النفسية والإجتماعية والصحية جراء عدم تقديرهم للذات الناجم عن الإحباط إضافة إلى السلوكات الإجرامية الممارسة ضد الذات وضد الغير وممتلكاتهم، بسبب الانقطاع وعدم التكيف الذي تشهده العلاقات التي تربطهم بأنفسهم وأسرهم ومحيطهم الإجتماعي، مما يدفعهم إلى التمرد والانحراف وبالتالي الجنوح، الأمر الذي يتطلب الإعتناء بهم من طرف أشخاص مؤهلين لذلك، ولهذا خصصت لهم مراكز خاصة من شأنها السهر على رعايتهم والتكفل بهم طبيا ونفسيا واجتماعيا لعلاجهم ومساعدتهم في حل مشاكلهم لأنهم بحاجة الى التأهيل أكثر من غيرهم لتطوير وتنمية قدراتهم بالشكل الذي يجعلهم متكيفين مع من حولهم في البيئة التي يعيشون فيها، وإنطلاقا من هذا يبدأ دور المختص النفسي بالتدخل في إطار ما يعرف بالتكفل النفسي لإزالة الأعراض المرضية والإضطرابات السلوكية التي يعاني منها الفرد، وهو ما سنتناوله فيما يلي بدء بالتكفل النفسي ثم الأخصائي النفسي.

أولا : التكفل النفسي

قد يتعرض الفرد أثناء حياته للعديد من المشاكل والإضطرابات النفسية التي تؤثر على جودة حياته النفسية جراء صعوبة تكيفه مع ذاته ومع غيره في البيئة التي يعيش فيها، الأمر الذي يتطلب ضرورة التكفل به نفسيا من طرف شخص مؤهل لذلك وفق مراحل وخطوات علمية مدروسة مسبقا وباستعمال وسائل مخصصة لذلك، وهو ما سنتطرق له بدء من تعريف التكفل النفسي، مراحل، وسائله، خطواته، فتنياته وأهدافه.

1- تعريف التكفل النفسي: يعتبر التكفل النفسي وظيفة ذات طابع تعديلي يسعى الأخصائي النفسي من خلاله إلى تعديل سلوك الفرد، فهو مجموعة الخدمات النفسية التي تقدم للفرد ليتمكن من التخطيط لمستقبل حياته وفقا لإمكانياته وقدراته الجسمية وميوله بأسلوب يشبع حاجاته ويحقق تصوره لذاته ويتضمن ميادين متعددة أسرية، شخصية ومهنية، فهو عادة يهدف الى الحاضر والمستقبل مستفيدا من الماضي وخبراته (المعيري، 2001 ، ص15)

ويعرف أيضا أنه مجموعة من التقنيات العلاجية التي يستعملها الفاحص من أجل علاج أي إضطراب نفسي أو التخفيف منه، وذلك بالاعتماد على الإختبارات النفسية ودراسة تاريخ الحالة المرضية، وقد يحمل التكفل النفسي معنى الاهتمام والمساعدة اتجاه شخص عاجز عن القيام بأموره (عباس، 2001، ص191)

وعليه فإن التكفل النفسي هو مجموعة من التقنيات العلاجية التي يستعملها الفاحص من أجل علاج الإضطراب النفسي الذي يعاني منه المفحوص إنطلاقا من الخلفيات النظرية والخبرة المهنية المكتسبة خلال مساره الوظيفي.

2- مراحل التكفل النفسي: يمر التكفل النفسي بمرحلتين أساسيتين هما التشخيص والعلاج كما

سنبينه فيما يلي:

1-2 التشخيص : يقصد بالتشخيص مجموعة الخطوات التي يمكن بموجبها للأخصائي

النفساني التعرف على اضطرابات الشخصية وتحديدتها وتصنيفها ضمن جدول الدلالات المرضية

لفهم أبعاد الشخصية ومدى نضجها، ومن خلال هذه المتغيرات يكون هناك تشخيص موضوعي

لإضطرابات الشخصية التي تؤثر في الصحة النفسية للمفحوص وجودة حياته وتوافقه النفسي

والاجتماعي (فهيم، 2001، ص39).

ويجب أن يراعى في التشخيص مجموعة من الشروط منها الدقة والموضوعية، وذلك بإعادة

بعض الإختبارات لملاحظة مدى التغير الذي طرأ على حالة المفحوص وبذل أقصى جهد

للحصول على المعلومات والبيانات بكافة الطرق مع حث المفحوص على التعاون والاهتمام

بعملية التشخيص حتى يستطيع الفاحص جمع المعلومات الكافية عن حالته، ومن ثم تنظيمها

وتفسيرها بغرض الحصول على صورة كاملة للشخصية (فهيم، 2001، ص39).

وهناك العديد من الوسائل التي يعتمد عليها الإخصائي النفساني للحصول على معلومات من

المفحوص لا سيما منها المقابلة العيادية، الملاحظة، دراسة الحالة والمقاييس والإختبارات.

2-2 العلاج : إن الهدف من التكفل النفسي هو مساعدة الفرد على التخلص من إضطرابات

الشخصية التي يعاني منها، لذا لابد على الأخصائي النفساني اتباع التقنيات والإستراتيجيات

الفعالة التي من شأنها تغيير الأفكار الخاطئة التي تسيطر على المفحوص بأفكار أخرى صحيحة

وعقلانية على النحو الذي يمكنه من التكيف مع ذاته ومع غيره لتحقيق صحته النفسية على ان

يتبع في ذلك خطة علاجية محكمة مبنية على الثقة مع إشراك المفحوص في ذلك لإعطاء دفعة

جديدة لعملية العلاج ككل.

وعليه فإن نجاح العلاج النفسي يتوقف على عوامل عديدة أهمها طريقة العلاج، شخصية المعالج، أسلوبه وكذا طبيعة العلاقة القائمة بين المعالج والمفحوص.

3- أدوات التكفل النفسي : هناك العديد من الأدوات التي يستخدمها الأخصائي النفسي في التكفل النفسي، منها المقابلة العيادية، الملاحظة، دراسة الحالة، الإختبارات والمقاييس، وهو ما سنبينه فيما يلي :

3-1 المقابلة العيادية : تعتبر المقابلة الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص، وهي علاقة مهنية وجها لوجه بين الأخصائي النفسي والمفحوص في جو تسوده الثقة المتبادلة، بالإضافة الى حسن الإصغاء بهدف جمع المعلومات اللازمة والتعرف على خبرات ومشاعر واتجاهات المفحوص، مع الإشارة ان نتائج المقابلة مرهون بالإعداد الجيد لها، اذ يجب أن يكون المريض أثناءها مسترخيا واثقا في المعالج، تسود بينهما علاقة ثقة مرنة خالية من الشك والخوف والتهديد وتتسم بالتعاطف والفهم والقبول، ويجب أن يتيح المعالج الفرصة الكاملة للمفحوص للتعبير لكسب ثقته، مع ضرورة التحكم في الإنفعالات من جانب الفاحص لأن الخطأ فيها قد يوقعه في مأزق التشخيص المتسرع الذي لا يعكس الصورة الحقيقية للحالة (بطرس، 2002، ص77).

مع الإشارة أنه في معظم الفحوصات والدراسات والبحوث تستعمل أنواع مختلفة من المقابلات لا سيما منها المقابلات المفتوحة (الحرّة)، المقابلة نصف الموجهة والمقابلات غير الموجهة (المغلقة)، ومهما يكن نوع المقابلة فإن الفاحص يقوم بإجرائها عبر مراحل للوصول الى النتائج المتوخاة منها، بدء بالإعداد لها من خلال تحديد الزمن الكافي والمكان المناسب لإجرائها في جو يسوده الثقة والتقبل وحسن الإصغاء وملاحظة سلوك المفحوص وتوجيه الأسئلة بالصيغة المناسبة وإنهائها أيضا بصفة متدرجا عند تحقيق هدفها، إذ أن المواجهة بين الفاحص والمفحوص تفرض على الأول الاعتماد على دراسة المظهر الخارجي للثاني من خلال التركيز

على شكل الوجه، إيماءاته وتعابيره التي يمكن أن تعكس انفعالاته، وأيضا محتوى أفكاره للوصول الى عملية التشخيص، كما تعتمد المقابلة على مزاج المفحوص الذي يظهر من خلال مظهره وتصرفاته، اضافة الى مراقبة نشاطه العام من حيث الجماد والذهول والإرتجاف والإضطراب من عدمه، وهو ما يندرج كله في دراسة محتوى أفكار المفحوص، ذلك أن إكتشافها يسمح للمختص بالتوجيه الجيد في تشخيصه وفي استخلاصه للنتائج (بطرس، 2002، ص79).

2-3 الملاحظة : ويقصد بها الملاحظة العلمية المنظمة للوضع الحالي للمفحوص في مجال محدود من مجالات سلوكه أثناء مواقف الحياة اليومية الطبيعية ومواقف التفاعل الاجتماعية، بالإضافة الى مواقف الإحباط وغيرها من السلوكات الخاصة بالمفحوص، ولنجاح الملاحظة يتطلب من المفحوص السرية المهنية، الموضوعية، الدقة، الخبرة، والشمول لعينات متنوعة من السلوكات ونقاط القوة والضعف منها وانتقاء السلوك المتكرر الثابت نسبيا، كما أن الملاحظة تتطلب مجموعة من الخطوات أهمها:

-الإعداد والتخطيط المحكم.

-تحديد الزمان والمكان والأجهزة اللازمة لعملية الملاحظة.

-إجراء عملية الملاحظة مع التركيز على السلوك المتكرر والاهتمام بتسجيل السلوك الملاحظ وتفسيره (فهيم، 2001، ص79).

3-3 دراسة الحالة : تعتبر دراسة الحالة وسيلة لجمع المعلومات من جانب الفاحص اتجاه المفحوص، فهي تحليل دقيق وبحث شامل لأهم خبراته، ووسيلة لتقديم صورة شاملة للشخصية ككل بهدف جمع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتفسيرها والتنبؤ بها مستقبلا.

ويعتبر تاريخ الحالة جزء من دراسة حياة المفحوص من حيث ماضيه الطفولي وتتبع مسار حياته، ومن عوامل نجاحها التنظيم والدقة في تحري المعلومات والاعتدال بين التفصيل الممل والاختصار المخل والاهتمام بالتسجيل (عيسوي، 2007، ص69).

3-4 الإختبارات والمقاييس : تعتبر الإختبارات والمقاييس من أهم وسائل جمع المعلومات كونها تقوم على الصدق والثبات، التقنين والموضوعية، سهولة الاستخدام والاعتدال في استخدامها. ويتطلب إجراءها مراعاة قدر من الرصيد النظري من جانب الأخصائي النفسي حتى يتمكن من تطبيقها بطريقة صحيحة لتفسير النتائج المتوصل إليها تفسيراً صحيحاً (عيسوي، 2007، ص74).

وفي الأخير يمكن القول أن التكفل النفسي يفرض على الأخصائي النفسي الإلمام بجميع الأدوات النظرية التي تمكنه من جمع المعلومات حول المفحوص من أجل تشخيص إضطرابه وتقديم العلاج المناسب له، وفي سبيل ذلك يلجأ إلى المقابلات العيادية، الملاحظات، دراسة الحالة، المقاييس والإختبارات بحسب الحالة.

4- خطوات التكفل النفسي: يجب على الأخصائي النفسي أن يتبع في علاج مفحوصيه على بعض الخطوات لضمان السيورة العلاجية لا سيما منها إبرام العقد العلاجي، جمع المعلومات عن الحالة من أجل تشخيصها مع شرح المشاكل وتحديد الأهداف لتأتي بعدها مرحلة التحليل الوظيفي للمشكل النفسي ثم تحديد الاستراتيجية العلاجية وصولاً في الأخير إلى نهاية العلاج وتجنب الانتكاسة، وهو ما سنتطرق له فيما يلي :

4-1 العقد العلاجي: مهما كانت سيورة التكفل النفسي فإنه بدون تحالف علاجي قائم على الثقة بين الفاحص والمفحوص سيفقد فعاليته، فالتحالف العلاجي يجب أن يرافق سير التكفل النفسي من البداية حتى النهاية، ويتم إنشاءه منذ اللحظات الأولى، ويبقى الفاحص محافظاً عليه

لغاية نهاية العلاج، إذ بموجبه يمكن التنبؤ بفعالية التكفل النفسي، كما يقوم التحالف العلاجي على البعد العاطفي لهذه العلاقة، وذلك من خلال التقدير والاحترام المتبادل بين الطرفين، بحيث يكون المفحوص متقبلاً ومتحمساً أثناء العلاج ويحس أنه يتلقى المساعدة والدعم، ومن ناحية الفاحص يجب أن يتحلى ببعض الصفات المهنية لا سيما منها التقبل، المصادقية، الحماس، المشاركة الوجدانية، الحيوية، الإبداع، التشاور...، وعليه إذا حاد التحالف العلاجي عن الهدف المرجو منه على نحو يحول دون استمرار السيرورة العلاجية فلا من قطع العلاقة العلاجية وتوجيه المفحوص إلى أخصائي نفسي آخر (سيريل بوفيه، ترجمة بوزيان فرحات، 2019، ص97)

4-2 جمع المعلومات والتشخيص، يكون بتشكيل فكرة عامة حول وضعية المفحوص (الأسرة، العمل، الحياة العاطفية، العلاقات الاجتماعية...) إضافة الى محيط المفحوص والتشخيص الجيد لتحديد المشاكل محل المعالجة. (Thorn, B, 2004, P51)

4-3 شرح المشاكل وتحديد الأهداف، يكون بشرح الفاحص للمفحوص كل ما فهمه عن المشاكل التي يعاني منها، مع تبليغه بالتشخيص المتوصل إليه، وتحديد المشاكل التي لها أولوية في العلاج. (Thorn, B, 2004, P52)

4-4 التحليل الوظيفي، أي التفسير الوظيفي من جانب الفاحص لكل مشكل على حدى من حيث (التاريخ، المدة، التكرار الشدة، النتائج) مع تحديد الوضعيات والإنفعالات والسلوكات والأفكار الخاطئة. (Thorn, B, 2004, P52)

4-5 تحديد الاستراتيجية العلاجية، يكون من خلال استخدام التقنيات العلاجية المناسبة بحسب المشكل المعالج للوصول في الأخير إلى تعديل الأفكار الآلية الخاطئة بأفكار صحيحة (علي، 2016، ص83)

4-6 نهاية العلاج وتجنب الانتكاسة، نهاية العلاج يكون باستحضار ما تم القيام به وتوضيح تطور حالة المفحوص لتمكينه من التحكم في اضطرابه بنفسه مع إتخاذ الإجراءات اللازمة لتجنب الإنتكاسة (علي، 2016، ص83)

5- تقنيات التكفل النفسي : هناك العديد من التقنيات المستعملة في التكفل النفسي، وتعتمد في مجملها على الحالة النفسية للفرد كونها تهدف إلى مساعدته على الصراعات التي تواجهه وصولاً الى الشعور بالأمن النفسي والصحة النفسية وجودة الحياة لمواجهة البيئة الخارجية المحيطة به، والتي تتبع من جانب المفحوص من الخلفية النظرية له التي تجد مصدرها في النظريات المختلفة لعلم النفس كالنظرية التحليلية، العلاج السلوكي المعرفي، العلاج الناجم عن النظرية الإنسانية والعلاج النسقي (الأسري) والعلاج الجماعي، ومن بين هذه التقنيات نجد الإسترخاء والعلاج الإستنادي، مجموعات الحوار، العلاج الأسري، العلاج باللعب والإرشاد الوالدي والدعم الإجتماعي والتي تهدف في مجملها الى تعليم الفرد مهارات جديدة لمواجهة المشكلات النفسية وإستعادة الوظائف النفسية والإجتماعية بما يتماشى وتحسين نوعية الحياة وتعزيز الصحة النفسية وتمكين الفرد من تطوير قدراته الشخصية وتعزيز الثقة بالنفس وتمكينه من تحقيق أهدافه وطموحاته. (فهيم، 2003، ص109).

6- أهداف التكفل النفسي : باعتبار أن التكفل النفسي يتضمن تشخيص وعلاج الإضطرابات التي يعاني منها الفرد على النحو الذي يساهم في نمو الشخصية وسيرها نحو تحقيق التكيف مع الذات والغير فإنه يهدف في الأخير الى:

- مساعدة الفرد على حل المشكل الراهن والتخلص من كل الصراعات التي تواجهه.
- زيادة تقبل الفرد لذاته على أساس معرفة واضحة بقدراته وحدودها وهذا يكون على مستوى معرفي انفعالي.

- زيادة شعور الفرد بالأمن النفسي والصحة النفسية.

- زيادة قدرة الفرد على حل أنواع الصراع النفسي الداخلي الذي يتعرض لها ومواجهة دوافعه، ونزعاته والتوفيق بينها.

- إكساب الفرد أساليب أكثر فاعلية لمواجهة البيئة ومشاكلها.

فالتكفل النفسي اذن يهدف الى مساعدة الأشخاص بصفة عامة لا سيما منهم فئة المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية على تجاوز الأحداث المؤلمة، والتقليل من حدة القلق والخوف الذي يعانون منه، وكذا مساعدتهم للوصول الى درجة من الشعور بالأمن النفسي وتقبل ذواتهم لمواصلة مشوار حياتهم عن طريق التغلب على العوائق التي تواجه مواقف الحياة الصعبة بكفاءة(فهيمى، 2003، ص113).

وفي الأخير يمكن القول ان التكفل النفسي يشمل مجموعة التقنيات التي يستعملها الفاحص من أجل تشخيص مختلف الإضطرابات التي يعاني منها المفحوص وإيجاد علاجاً لها بإستعمال الأدوات الإكلينيكية المتاحة لا سيما منها المقابلات العيادية والملاحظة ودراسة الحالة والمقاييس والإختبارات النفسية للوصول في الأخير لتحقيق الصحة النفسية وجودة الحياة للمفحوص على النحو الذي يؤدي به تحقيق ذاته، غير ان ذلك لا يمكن الوصول إليه إلا بوجود أخصائي نفسي في العيادات والمؤسسات المتخصصة ذو خبرة مهنية وتكوين أكاديمي مفعم بخلفية نظرية تمكنه من ذلك.

ثانيا : الأخصائي النفسي : إذا كان التكفل النفسي هو تلك التقنيات التي يتم بموجبها تشخيص وعلاج الإضطرابات النفسية التي يعاني منها المفحوص بإستخدام الأدوات الإكلينيكية اللازمة للوصول به إلى فهم الإضطراب وتفسيره والتنبؤ بمستقبله على النحو الذي يمكنه من التكيف مع ذاته ومع غيره وصولاً إلى متطلبات الصحة النفسية، فإن تحقيق ذلك لا يمكن أن يكون إلا

بوجود شخص مؤهل أكاديميا ومهنيا، ويتعلق الأمر بالأخصائي النفسي، وهو ما سنعالجه من خلال تعريفه، سماته الشخصية، والخلفية النظرية له.

1- التعريف بالأخصائي النفسي : الأخصائي النفسي هو حلقة الوصل بين المفحوص والتشخيص الدقيق، فيجب أن يتحلى ببعض الصفات الايجابية حتى يكون عنصرا ناجحا في التعامل مع الأسوياء وغير الأسوياء (فتيحة، 2013، ص39).

وبالتالي فإن الأخصائي النفسي هو ذلك الشخص الحاصل على درجة جامعية في علم النفس العيادي اتي تمكنه من الممارسة العيادية بإستخدام تقنيات العلاج النفسي ونظرياته بالإضافة إلى خبرته المهنية في مجال تشخيص الأمراض والاضطرابات النفسية وعلاجها.

2- السمات الشخصية للأخصائي النفسي : يتميز الأخصائي النفسي بمجموعة من السمات الشخصية الخاصة باعتباره يعمل يوميا مع عدد من الأشخاص الذين يعانون بدرجات مختلفة من مشكلات وصعوبات نفسية.

وقد أوردت اللجنة الخاصة بالتدريب لعلم النفس الإكلينيكي في جمعية علم النفس الأمريكية المميزات التي ينبغي أن تتوفر لدى الأخصائي النفسي التي تنبع من اخلاقيات مهنته التي نذكر البعض منها فيما يلي:

- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي على قدر من الاهتمام بالآخرين والرغبة في مساعدتهم دون أن تكون لديه الرغبة في السيطرة عليهم وتوجيههم وجهات معينة يرى أنها في غير مصلحتهم.

- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي على قدر عال من الاستبصار بدوافعه ومشاعره وحاجاته ورغباته، إذ شعوره ببناحي النقص بمخاوفه وفهمه لها يمكنه من السيطرة عليها، وبالتالي من تقادي أثرها على عمله.

- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي على قدر كاف من التسامح فيما يتعلق بقيم الأفراد واتجاهاتهم وأنماط سلوكهم وأساليب تفكيرهم، فلا يشعر بالعداوة نحو الجماعات الدينية أو الاجتماعية الأخرى.

- ينبغي أن يكون الأخصائي النفسي على قدر من تكامل الشخصية والسيطرة على ذاته ، ذلك أن عمله مع من يتعاملون معه يتطلب أن يكون على قدر كاف من التكامل الذي يوحى بالثقة.

- كما أنه لكي يصل الأخصائي النفسي إلى المستوى الذي يتطلبه تدريبه وتخصصه، ينبغي أن يكون على قدر عال من القدرة على التحصيل الأكاديمي والذكاء والميل الحقيقي إلى ما يقوم به من عمل، وكذلك أن يتّصف بصفات المرونة والقيادة والانطلاق والإبداع (بن صنها، 2011، ص69)

وحيث أن واجبات الأخصائي النفسي تتضمن بحث مشكلات التوافق والقدرة على تقييمها موضوعيا، فقد اعتبرت شخصية الأخصائي النفسي وتوافقه من العوامل الهامة لنجاحه في مهمته.

3- دور الأخصائي النفسي بصفة عامة: يقوم الأخصائي النفسي في العيادات وفي المراكز والمؤسسات الإستشفائية بأدوار فنية لا غنى عنها، ولا يستطيع أحد القيام بها غيره ، ويحتاجها المضطربين نفسيا جميعاً ابتداء من القلق البسيط إلى الاضطرابات التي تؤثر على سلوك.

ومن أدوار الأخصائي النفسي الإكلينيكي تشخيص الإضطرابات النفسية وعلاجها من خلال تقييم القدرات العقلية والسمات الشخصية لهم التي تستوجب التدخل النفسي المباشر (بن صنها، 2011، ص75).

وكذلك من أدوار الأخصائي النفسي تطبيق وتفسير الاختبارات النفسية وذلك بدراسة الحالات الفردية ، إجراء المقابلات الإكلينيكية، والعمل مع الفريق الطبي أحيانا في وضع الخطة العلاجية وتقديم الاستشارات النفسية (العتيبي، 2011، ص81).

وبالرغم من أهمية دور الأخصائي النفسي إلا أنه لا زال هناك بعض الغموض من جانب الفريق الطبي الذي يعمل معه، وبطبيعة الحال فإن إحساسه بذلك قد يولد لديه بعض الإحباطات والضغط النفسية التي قد تعيقه عن أداء دوره كما ينبغي، وهذا ما توصلت إليه دراسة كركوش (2014) التي اعتبرت أن الأخصائي النفسي الجزائري في المؤسسات الاستشفائية والتربوية يعيش غموضا في أدواره وذلك بسبب عدم فعالية التكوين الجامعي الذي تلقاه وهذا ما دفع بهم إلى تكوينات خارجية وخاصة لتحسين مستواهم، كما توصلت دراسة الأسود وجعفرور (2011) إلى أن الأخصائي النفسي في بعض المؤسسات الاستشفائية بمدينة ورقلة يعيش بعض المشكلات تتمثل في عدم الاعتراف بالمهنة، عدم تعاون زملاء العمل (عمال الصحة، إداريين...) مما يسبب لهم الإحباط في بيئة العمل، كما أن بعض الأخصائيين النفسيين يعانون من عدم توفر وسائل العمل بشكل ضمن السير الحسن للممارسة النفسية (الأسود وجعفرور، 2011، ص12).

وفي المقابل نشير أنه بصفة عامة لا يوجد إهتمام بدور الأخصائي النفسي في المجتمع، إذ لا يطالب الأفراد بالفحص النفسي بسبب جهلهم بوجود أو بدور الأخصائي النفسي في العيادات

الخاصة أو في المراكز والمؤسسات الاستشفائية أو عدم وعيه بوجود معاناة سيكولوجية إلى جانب معاناته العضوية (بن صنها، 2011، ص101)

4- التناولات النظرية للتكفل النفسي : تختلف أساليب التكفل النفسي من جانب الأخصائي النفسي باختلاف التناولات النظرية في علم النفس، حيث هناك من يعتمد على التناول التحليلي، وهناك من يعتمد على التناول السلوكي المعرفي فيما يستند البعض الآخر على التناول الإنساني المتمركز حول الذات، وقد يتم الإعتماد على التناول النسقي إذا كان مرد الإضطراب إلى الأسرة، وهو ما سنتناوله فيما يلي.

4-1 التناول التحليلي: التكفل النفسي من حيث التناول التحليلي هو العلاقة العلاجية بين الفاحص والمفحوص التي تهدف إلى احداث تغيير في الحياة النفسية الداخلية للمفحوص أو في علاقته بالمحيط، وذلك من خلال البحث في الماضي الطفولي له انطلاقا من فرضية مفادها أن السياقات النفسية اللاشعورية وبعض التصورات العقلية لا يمكن ان يعبر عنها في حالة الشعور، وبالتالي فإن دور العلاج النفسي هنا هو الوصول الى السياقات والتصورات العقلية الأخيرة للمفحوص. (عبد الله ، 2008، ص89)

ومن بين المناهج التقنية المستعملة فيه نجد الإيحاء والتتويم المغناطيسي ثم التداعي الحر وربط الأفكار للوصول الى اللاشعور بواسطة التحويل، الذي يعبر عنه بالعملية التي تتجسد بواسطتها الرغبات اللاشعورية وتكرار النماذج الطفولية الى الحاضر عن طريق الإستحضار كونها تكون مكبوتة في اللاشعور، والتي يكون الهدف الأساسي منها إحداث تغيير في البنية النفسية وتكثيف قدرات الأنا في احداث التوازن ومواجهة الأنا الأعلى وهو (العتيبي، 2011، ص91).

وأن الوصول إلى ذلك يشترط فيه أن يكون المعالج قادر على المساعدة المقدمة، الإصغاء، الاهتمام والانتباه والتعاطف الوجداني، غير أنه بالنظر لطول مدة العلاج أتجه البعض الى نوع آخر من التناولات التحليلية وهو ما يعرف بالعلاجات المستوحاة من التحليل النفسي، التي يقصد بها الطرق العلاجية الممارسة من طرف المعالجين ذوي تكوين في التحليل النفسي في اطار تقني مختلف ودواعي استعمال مرنة وأقل صرامة، والتي تهدف إلى تمكين المفحوص من التعرف على الصراعات الكامنة وراء الأعراض إلا أنها على عكس التحليل النفسي كونها تهدف الى تهيئة الأنا لا تغيير البنية. (عبد الله ، 2008، ص95)

4-2 التناول السلوكي المعرفي: تعتبر العلاجات السلوكية المعرفية واحدة من أهم العلاجات النفسية التي أثبتت مكانتها في ميدان التكفل النفسي، كونها مختصرة وأقل تكلفة وأسرع مقارنة مع المقاربة التحليلية في علاج الإضطرابات النفسية، لذا يقبل المرضى بشكل متزايد على هذه العلاجات التي تم تعميمها في المستشفيات العمومية وفي القطاع الخاص على حد سواء، وتقوم هذه المقاربة أساسا على تصحيح الأفكار الآلية الخاطئة للمفحوص بأفكار أخرى صحيحة من خلال العديد من التقنيات العلاجية لا سيما منها التقنيات السلوكية المتمثلة في تقنيات التعريض والتعويد والتقنيات المبنية على تعلم سلوكات جديدة، وأيضا التقنيات المعرفية التي تشمل إعادة البناء المعرفي للأفكار الخاطئة، الحوار السقراطي، طريقة بيك من خلال ملأ المعالج للمفحوص جدولاً يتضمن الأفكار الآلية المختلة والأفكار البديلة الواقعية، وأيضا تقنية تقسيم المسؤوليات التي تهدف إلى تحديد مختلف العوامل التي يمكن أن تقسم فيها المسؤوليات بين المفحوص والغير دون تحملها لوحده، اضافة الى تقنية الأدلة (مع أو ضد) التي تبدأ بإبراز المعتقدات الخاطئة، ثم وضع قائمة للأدلة التي تدعم هذا الاعتقاد ثم مناقشتها بطريقة سقراطية وتقنية السهم

النازل أو ما يعرف بالسيناريو الكارثي من خلال التعمق في الفكرة الخاطئة لغاية الوصول إلى أسوأ نتائجها، ضف لذلك التقنيات الانفعالية التي تركز على الانفعالات المرعبة للتقليل منها ومن بينها الإسترخاء، التعرض للإنفعالات وتأمّل الوعي الكامل، والتي يتبع بشأنها العديد من المراحل لضمان نجاحها بدء بالتعارف بين الفاحص والمفحوص وبناء علاقة ثقة بينهما في إطار علاقة علاجية منظمة من أجل جمع المعلومات حول الحالة لتشخيصها، ثم التحليل الوظيفي لها ومن ثم تحديد الاستراتيجية العلاجية، وصولاً في الأخير إلى نهاية العلاج وتجنب الانتكاسة، مع الإشارة أن نجاحها من عدمه يرجع إلى التكوين الأكاديمي والخبرة المهنية للفاحص (الأسود وجعفر، 2011، ص 82).

3-4 المدرسة الإنسانية : على ضوء الانتقادات الموجهة للنظريات السابقة ظهرت المدرسة الإنسانية على يد رائدها "كارل روجرز" التي أنطلق فيها من حقيقة مفادها أن الإنسان يدرك في أعماقه كل ما هو خير له، وما على المفحوص سوى إدراك هذه الحقيقة، وتكون الصورة المثلى في ذلك عندما يجلس مع شخص يستمع إليه بأذان صاغية ويظهر له تقديراً خاصاً، من خلال إيجاز ما يقوله له وتفسيره له دون أن يُعرب عن رأي أو إساءة نصيحة، فعلم النفس الإنساني يتناول الإنسان ككيان متفرد تمكن فيه إمكانات الخير والسوية والإبداع، وعلى الفاحص استثمار هذه الطاقات الكامنة في واقع حياتي أكثر إنسانية، لهذا ينطوي المنحى الإنساني على رؤية متفائلة بمستقبل أفضل للإنسان في سعيه وفي توكيد لإمكاناته وتفجير قدراته الخلاقة ونزوعه الفطري نحو الكلية والكمال في الحياة. (عبد الله ، 2008، ص 80)

ويقوم العلاج الإنساني على المشاركة الوجدانية والصدق من جانب الفاحص لمساعدة المفحوص على تحويل ما لديه من إمكانات وطاقات إلى الواقع، وهو ما يطلق عليه مصطلح تحقيق الذات،

كما يرتبط بالتوافق مع احتياجات المفحوص وآرائه، (مجاهد، 2007، ص106)، ولنجاح العلاقة العلاجية بين الفاحص والمفحوص لا بد ان يسودها جو من التعاطف والتقبل مع رفع معنويات المفحوص بشكل متواصل على أنه قادر على حل مشكلته بنفسه دون أن يعطيه حلول جاهزة، ذلك أن هذه النظرية تنتظر إلى الإنسان بأنه عقلاني واجتماعي قادر على تقرير مصيره بنفسه (مجاهد، 2007، ص106).

وعليه فالتكفل النفسي وفق النظرية الإنسانية يعتبر تحريرا لطاقة وإمكانيات موجودة فعلا لدى الفرد عن طريق خلق الظروف المناسبة التي تمكنه من المشاركة في كشف نفسه والتحرر والانفتاح لعالمه في إطار علاقة تتسم بالإحترام والتفهم والتقبل للمفحوص.

4-4 التناول النسقي : من وجهة نظر المقاربة النسقية تعتبر الأسرة عبارة عن نسق مفتوح

تحكمه قوانين منظمة وموجه نحو بلوغ هدف معين متمثل في معالجة المعلومة داخل النسق الأسري في محاولة مستمرة للبقاء على التوازن أمام التغييرات والضغوط الداخلية والخارجية، وينظر المعالجون النسقيون إلى أن المشكلات التي تدفع إلى طلب العلاج النفسي هي أساسا نتائج لصعوبات الحياة اليومية، والتي تتضمن غالبا بعض التغييرات الحياتية التي لم يحسن التصرف فيها، بإعتبار أن الأسرة تتعرض لتحولات تحدث في الفترات الحرجة، أو فترات الانتقال خلال دورة مراحل حياة الأسرة، والتي يمكن أن تسبب للأسرة مشكلات إن لم تحسن مواجهتها، الأمر الذي يتطلب تغيير أنماط السلوك غير المرغوبة حتى تقطع دائرة التغذية المرتدة السلبية، وفي العلاج النسقي يعتبر المصاب على أنه حامل لعرض الجماعة، فهو بذلك يؤدي الى اختلال النسق، وعليه يعمل المعالج الأسري مثل المعالج الفردي على أساس أن لكل عرض مرضي

وظيفة، ويكون للإضطراب أو العجز فيها وظيفة تكيفية، وحدوث التغير يمكن أن يدخل الأسرة

في موقف جديد سيترتب على فقدان العرض (بن صنها، 2011، ص111)

وبخصوص الخطوات العلاجية في العلاج النفسي فتكون الحصة جماعية بحضور جميع أعضاء

الأسرة الذين يعيشون تحت سقف واحد في الحصص العلاجية، أين يتم خلالها تحديد المشكلة

بعبارات بسيطة ودقيقة والتعرف على الحلول التي تمت تجربتها سابقا وتحديد التغير المرغوب،

ومن أبرز تقنيات العلاج النفسي الأسري نجد تقنية إعادة التسمية، التكاليفات المنزلية، استخدام

التعليمات المناقضة، تقنية الخريطة الأسرية في العلاج البنيوي (العتيبي، 2011، ص100).

ويمكن حصر تطبيقات العلاج الأسري على العموم في أسر المفحوصين المدمنين على

المخدرات أو على الكحول بإعتبار أن حالة الإدمان بحسب هذه المدرسة يكون ناجما عن سوء

التكيف داخل النسق، الأمر الذي يتطلب التكفل به.

وفي الأخير يمكن القول أن جميع التناولات النظرية النفسية تتكفل بالعلاجات النفسية

للإضطرابات الخاصة بالمفحوصين كل من حيث خلفيته النظرية غير أنه يبقى الدور المهم

للأخصائي النفسي من حيث التكوين النظري والخبرة المهنية في التقنيات المستعملة بغرض

الوصول الى تحقيق الصحة النفسية للمفحوص.

ثالثا : دور الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة: من بين التطورات

المهمة في خدمات الرعاية التي تقدمها المؤسسات الإستشفائية زيادة مساهمة المختصين

النفسانيين في رعاية المرضى والتكفل بهم، وقد لوحظ في الجزائر مؤخرا ارتفاع عدد المختصين

النفسانيين الذين يعملون في مختلف المصالح الاستشفائية، كما اتسعت الأدوار التي يقومون بها

من خلال مساهمتهم في تشخيص الإضطرابات بإستخدام اختبارات الشخصية والقدرة العقلية

والعصبية وبتقدير المستوى الوظيفي العام للمفحوصين وما لديهم من جوانب قوة وضعف يمكن أن تساعد في تشكيل الأساس للتدخل العلاجي (فتيحة، 2013، ص56).

وإضافة الى المؤسسات الإستشفائية، فقد تم إنشاء مراكز تسمى مراكز الوسيط لعلاج الإدمان على مستوى كل ولاية ويرمز لها باختصار بأحرف CISA (ملحق رقم 01) التي أسندت لها مهام إستقبال وتقديم الرعاية الصحية النفسية والدعم للأشخاص الذين يعانون من إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية أو أي إدمان سلوكي آخر، وإجراء المقابلات العيادية معهم ومع عائلاتهم وتطوير المشاريع العلاجية من خلال المتابعة والتكفل النفسي الفردي والجماعي والتشخيص والعلاج والمرافقة والتوعية حول مخاطر المخدرات وتأثير السلوك الإدماني، ويتم إستقبال الأشخاص المدمنين بمركز الوسيط بناء على إرادتهم الحرة أو بناء على تسخيرات من السلطات الأمنية والقضائية، ويعمل الأخصائي النفسي في هذه المراكز رفقة فريق طبي مشكل من أطباء في الأمراض العقلية، أطباء عامون، ممرضون وأخصائيون إجتماعيون، ويكمن الهدف الأساسي من التكفل النفسي بفئة المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالبويرة في تحسين نوعية الحياة والسلوكات المناسبة بالإعتماد على إرادة المفحوص وكذا خبرته مع الإدمان أو الإضطراب، ويحتاج التكفل النفسي لهذه الفئة إلى التركيز على المفحوص من حيث مشاكله، اهتماماته، أهدافه واستراتيجيات مواجهته للإدمان، لذلك يستوجب على الأخصائي النفسي أن يتكيف مع مختلف مراحل التغيير التي يمر بها المفحوص واحترام وجهة نظره والتعامل مع المقاومة والأعراض الإنسحابية التي يبديها، وذلك بالعمل مع تناقضاته والرفع من إحساسه حتى يصل إلى استقلاليته الذاتية.

وفي هذا الصدد يشارك الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالبويرة بشكل كبير في مرحلتي التشخيص وعلاج المفحوص على التكيف مع الواقع وتدريبه على التحكم في الألم وزيادة

الالتزام بالعلاج، كما يقوم بتشخيص المشاكل والإضطرابات النفسية ومشاكل سوء التكيف التي تؤدي إلى تعقيد العناية بالمفحوص وعلاجها، وبحسب القرار المنشأ لمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالبويرة لا يتوقف دور الأخصائي النفسي عند هذا الحد فقط بل يتعداه إلى التدخل العائلي من خلال توفير المساندة الاجتماعية المناسبة للمفحوص من أفراد العائلة، وإشراكهم في التكفل النفسي الفعال خاصة بالنسبة لأفراد العائلة الذين يقع عليهم الضغط وقد يصابون بحالة من الاكتئاب.

كما يتدخل الأخصائي النفسي على مستوى المركز الأخير كذلك لمساعدة الفريق الطبي المعالج من أجل فهم أكثر للمفحوص الذي قد يكون يحمل أفكار خاطئة حول الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، كما من المهم جدا ان يبصر الأخصائي النفسي الفريق الطبي بأهمية عدم اعتبار المفحوص فردا مصابا يحتاج إلى مساعدة بل التعامل معه بإنسانية حتى يصل به إلى تكيف أفضل مع الإدمان، وعموما يعمل الأخصائي النفسي على تحسين إجراءات التدخل التي تعزز قدرة المفحوص على التحكم التي يمكن أن يكون لها أثر مميز في اكسابه القدرة على التكيف، (العتيبي، 2011، ص97).

خلاصة الفصل :

التكفل النفسي هو مجموعة من التقنيات العلاجية التي يستعملها الأخصائي النفسي من أجل تشخيص الإضطراب النفسي الذي يعاني منه المفحوص وعلاجه إنطلاقاً من الخلفيات النظرية والخبرة المهنية المكتسبة خلال مساره الوظيفي، وذلك بإستخدام وسائل معينة كالمقابلة العيادية، الملاحظة، دراسة الحالة، الإختبارات والمقاييس النفسية عبر خطوات مهمة تبدأ بإبرام العقد العلاجي، جمع المعلومات عن الحالة من أجل تشخيصها ثم مرحلة التحليل الوظيفي للمشكل النفسي وتحديد الاستراتيجية العلاجية وصولاً إلى العلاج وتجنب الانتكاسة، من أجل تحقيق الصحة النفسية وجودة حياة المفحوص.

الفصل الثاني : الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

أولاً : تعريف الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

ثانياً : خصائص الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

ثالثاً : مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية.

1- مفهوم المخدرات

1-1 تعريف المخدرات

2-1 أنواع المخدرات

2- مفهوم المؤثرات العقلية.

2-1 تعريف المؤثرات العقلية.

2-2 أنواع المؤثرات العقلية

رابعاً: أسباب الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

خامساً : آثار الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

سادساً : النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

تمهيد:

لقد أصبح الإنسان يعيش في عالم متسارع يسعى إلى تحقيق المتعة مهما كان مصدرها أو انعكاساتها على حياته الشخصية، مما أدى إلى ظهور الآفات الاجتماعية التي باتت تهدد أمنه وسلامته النفسية والاجتماعية والصحية، ومن بينها ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية التي انتشرت بشكل لافت للإنتباه لدى مختلف الفئات العمرية في المجتمع وحتى التلاميذ في المدارس في مختلف الأطوار التعليمية، على نحو أدى إلى إهدار الصحة العمومية وتدمير الأفراد والأسر والمجتمعات، والتي نجم عنها ظهور العديد من الانحرافات الأخرى كالإنتحار والسرقات، إضافة إلى بعض الأمراض النفسية والجسمية التي تتطلب التكفل النفسي بها للحصول على الصحة النفسية، وفيما يلي سنتطرق الى مفهوم كل من الإدمان، المخدرات والمؤثرات العقلية، أسباب الإدمان عليها، الآثار المترتبة عنها والنظريات المفسرة لها.

أولا : تعريف الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية :

هو الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما، بحيث يشعر المدمن برغبة قهرية للعقار، كما انه يضطر إلى أن يزيد الجرعة كي يؤدي العقار التأثير المرغوب، كما أنه بدون العقار يعاني المدمن من ألام فسيولوجية تسمى بأعراض الانسحاب، وعادة يضر نفسه والمجتمع في حالة استمراره لتعاطي المخدرات والإدمان هو التعاطي المتكرر للمخدر، بحيث يصبح دم الفرد متعطشا إلى هذا المخدر بأي ثمن وفي أي وقت(رضا قجة، 2008، ص23).

ثانيا- خصائص الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية : تكمن هذه الخصائص فيما يلي :

- عدم القدرة على مقاومة الدافع للقيام به وزيادة الشعور بالتوتر الذي يسبقه.
- الشعور بالراحة أو المتعة خلال فترة القيام به وفقدان السيطرة على تجنبه.
- ووفقا لـ (DSM-IV1994) فإنه لا بد من وجود ثلاثة على الأقل من المعايير التالية التي تحدد حالة الإدمان وهي :
- محاولات متكررة للحد من السلوك أو السيطرة عليه أو التخلي عنه دون تحقق النتيجة.
- قضاء وقت أقل مع الآخرين.
- استمرار السلوك على الرغم من وجود مشاكل نفسية أو صحية.
- التسامح الملحوظ، أي الحاجة إلى زيادة الشدة أو التكرار للحصول على التأثير المطلوب، أو تقليل التأثير الذي تم الحصول عليه عن طريق سلوك من نفس الشدة.

ثالثا : مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية : نتطرق فيما يلي الى مفهوم المخدرات والمؤثرات العقلية على حدى .

1- مفهوم المخدرات : نتناول في هذا الخصوص تعريف المخدرات وأنواعها .

1-1 تعريف المخدرات: المخدرات هي مواد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط وتسبب بمقتضاها الإدمان والتعود، وتضر بالإنسان صحيا وإجتماعيا (عطيات، 2014، ص160).

وفي تعريف آخر للمخدرات هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي، ويحظر تداولها وزراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا لمن يرخص له بذلك (الأصفر، 2004، ص99).

1-2 أنواع المخدرات : تتنوع المخدرات بحسب الملحق رقم 02 الى المواد التالية :

- القنب (Cannabis)، وتضم عائلته رؤوس القنب المجففة المزهرة أو المثمرة وكذا صمغ القنب ومشتقاته القنب كالكيف والحشيش والمريونة.
- الكوكا (cocain)، وهي نوع من الشجيرات من جنس الإريثروكسيلم (erythroxylin) ويدخل ضمن هذه المجموعة أوراق الكوكا ومشتقاتها كالكوكايين بكل أصنافها ومسمياتها.
- خشخاش العفيون ومشتقاته، هو نبات من فصيلة الخشخاش المنوم بابافيرسومينيفروم (sominiferum papaver)، بالإضافة إلى كافة مستحضراته كالمورفين (morphine) وكافة أملاحه ومشتقاته كالهروين (heroin) والكوديثيلين (codethyline) والفلكودين (pholcodine) وكذا الكودين (codeine) ولودانم (loudanum).

وتتضمن المخدرات أيضا مادة البليتيدين (plethidine)، المورفين (morphine)، المسكاليين (Mescaline)، البسيلوسيبين (psilocybine)، الليزيرجيد (LSD)، الكوديين (codeine)، والدكستروبوكسيفين (dcextropoxyphene)، الأمفيتامين (amphetamine)، فينميترازين (phenmetrazine) والفينيسيكليدين (phencyclidine).

2- مفهوم المؤثرات العقلية : نتناول في هذا الخصوص تعريفها وتصنيفها.

2-1 تعريف المؤثرات العقلية : هي عبارة عن عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي

بالتنشيط أو التثبيط مسببة الهلوسة والتخيلات لتؤدي بمقتضاها إلى التعود والإدمان وعرفتھا المنظمة العالمية للصحة على أنها "كل مادة طبيعة أو مصنعة تحتوي على مواد منبهة أو منشطة أو مهلوسة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي مما يؤدي إلى تغيير في وظائف الجسم ككل بحيث تتفاوت هذه المواد من حيث قدرتها على إحداث التبعية ولكنها تحدث تعودا يضر بالفرد جسميا ونفسيا واجتماعيا (Bech Richard, 2002, P128).

2-2 تصنيف المؤثرات العقلية : تصنف المؤثرات العقلية بحسب الباحثين كما يلي:

2-2-1 حسب طبيعة المؤثر العقلي: وتنقسم الى مؤثرات عقلية مصنعة وكيميائية، فالأولى هي

المستخلصة من النباتات الطبيعية وتم علاجها كيميائيا وأهمها:

- المورفين الذي يستخرج من الأفيون.

- الهيروين والذي يستخرج من المورفين الذي هو من مشتقات الأفيون.

أما الثانية ، فهي الناتجة عن تفاعلات كيميائية عبر مراحل صنعها ولا يدخل فيها أي نوع من

أنواع المخدرات الطبيعية، وتكون على شكل كبسولات ومساحيق وحقن كالمخدرات، المهدئات،

المهلوسات والأمفيتامينات والباربيتورات (الأصفر، 2004، ص90).

2-2-2 حسب تأثيرها ، وتنقسم الى المنبثطات، المنشطات والمهلوسات، فبالنسبة للمنبثطات تشمل الهيروين والهيدرومورفين اللذان يشتركان من المورفين والأترופן الذي يشتق من الشياطين، وبديلات المورفين كالميثادون، النالوكسون، الديميرول، والمنومات كالبيكونال، البتوتال والأميتال، والمهدئات مثل الفاليوم، التيفان والرومينول، أما المنشطات يعنى بها المنشطات المصنعة ممثلة في الأمفيتامينات، والمهلوسات، فتشمل المهلوسات نصف مصنعة ومنها نجد الأسيد والمهلوسات المصنعة كالأمفيتامينات.

ولإطلاع أكثر على كل أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية أنظر الملحق رقم (01).

رابعاً: أسباب الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية: هناك العديد من الأسباب النفسية، الإجتماعية، الإقتصادية، الوراثية، ووسائل التواصل الإجتماعي، والتي نوجزها فيما يلي :

1- الأسباب النفسية: إن الإنسان بطبيعته يسعى إلى التخلص من ألم الحياة نحو اللذة والراحة والسعادة بغض النظر عن مصدرها، وهو ما يعد سبباً نفسياً للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، إضافة الى عنصر الإغتراب والضغط النفسية التي يكون المدمن يعاني منها (عبد المنعم، 2008، ص150).

فبالنسبة للشعور باللذة يعتبر دافعاً هاماً في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، حيث يقترح الباحثون الذين يفسرون نظرية اللذة أن العقار يجب أن يحدث لذة شديدة ليكون ذو قوة إدمانية كبيرة، وتؤكد نظرية أنه إذا ما تناول الفرد المخدرات للتغلب على الملل فإن المخدرات قد تؤدي إلى تلك الغاية، و لكن بعد تحقيق قيمة اللذة فإن الفرد يعود مرة أخرى إلى نفس الخط القاعدي الأساسي الذي تصاعد منه، بمعنى أن المخدرات والمؤثرات العقلية هي وسيلة لتحقيق اللذة (فايد، 2011، ص96)، أما عنصر الإغتراب يعد بدوره من أهم العوامل التي تدفع للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية كما أشار إلى ذلك تقرير هيئة الأمم المتحدة سنة 2011 الذي ورد

فيه أن رغبة الإنسان في البحث عن الانتماء من الدوافع الإنسانية الاجتماعية، فإذا فشل الفرد في ذلك فهو عادة ما يشعر بالرغبة والوحدة ويحاول البحث عن جماعة ينتمي إليها، وفي هذه الظروف من المحتمل أن ينجذب إلى تيار جماعة الرفاق التي قد تكون متورطة بدرجة كبيرة في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية (عبد المنعم، 2008، ص152).

أما بالنسبة للضغوط النفسية فإنها تلعب دورا كبيرا في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، فالشخص الذي مر بعدد كبير من العوامل الخارجية والضغوطات يحدث له ضغط نفسي ناجم عن القلق وسرعة الاستثارة، الأرق، قلة التركيز، اضطرابات النوم والشهية، وبالتالي يجد ملجأ لها في الإدمان (الدامرداش، 2005، ص123).

2- الأسباب الاجتماعية: هناك العديد من الأسباب الاجتماعية التي تؤدي الى الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، لا سيما منها الوسط الأسري وذلك في حالة غياب الرقابة والإشراف الوالدي، مما يؤدي الى وجود الحرمان العاطفي، كما أن المشاكل العائلية تؤدي بالفرد الى البحث عن ملجأ آخر الذي قد يجده في الأدوية النفسية والعقاقير، ويعتبر الإدمان هنا وسيلة للهروب من الصراعات التي لا يستطيع الفرد تحملها ولا حل مشكلاته، كما أن مجموعة الرفاق تعتبر عنصر إجتماعي آخر مسبب لحالة الإدمان سواء على مستوى المدرسة أو مؤسسات التنشئة الاجتماعية الأخرى أو في المجتمع بصفة عامة، إذ مخالطة المراهقين لأشخاص آخرين من مدمني المخدرات أو المؤثرات العقلية يعد عاملا مساعدا على نقل حالة الإدمان بصفة تدريجية إليهم (صادقي، 2014، ص161)، ويضاف لذلك سبب آخر ممثلا في توفر المخدرات والمؤثرات العقلية، بحيث ان سهولة الحصول عليها يعتبر بمثابة عامل هام في انتشارها خاصة في حال إدمان الوالدين عليها، و قد بينت نتائج دراسة(جرور، 2011) وجود علاقة قوية بين استعمال المراهقين للمخدرات وإدمان أحد الوالدين عليها، وهو ما توصل إليه (كاندل، 2007)

في دراسته بما مفاده أن استعمال الأصدقاء للمخدرات يلعب دورا هاما في توفيرها للمراهقين واستهلاكها للمرة الأولى.

3- الأسباب الاقتصادية: تلعب الأسباب الاقتصادية دورا أساسيا في انتشار المخدرات على نطاق واسع حيث تقوم عدة دول بزراعة ونتاج شتى أنواع المواد المخدرة للحصول على أرباح مادية، حيث تصدر إلى دول أخرى للاستفادة منها في أغراض طبية، كما أنها تهرب وتباع في الأسواق السوداء بأثمان باهضة (أبو النصر، 2016، ص59)، كما يرجع تعاطي المخدرات إلى مشاكل أخرى كالقفر والبطالة في المجتمع خصوصا بين الشباب والمراهقين، إضافة إلى غلاء الأسعار وإنخفاض الأجور وعدم توفر فرص العمل بسبب الاعتماد على التكنولوجيا وكذا الضعف المالي والتقني للحكومات، إذ يؤدي ذلك إلى عدم قدرتها على محاربة العصابات ومروجي المخدرات مما يسبب تغلغلها في المجتمع (المراشدة، 2012، ص 11)

4- الأسباب الوراثية: تشير الدراسة البريطانية التي نشر ملخص لها في المجلة الطبية البريطانية لسنة 2007 إلى أنه قد يكون للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية للآباء دور هام في حدوث الإدمان عند الأولاد، وقد توصل العلماء في كلية الطب بجامعة واشنطن خلال سنة 2009 أن الأطفال المتبنين الذين كان آباؤهم الحقيقيون من مدمني الخمر كانوا أكثر إقبالا وترحيبا بالإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والكحول عكس أقرانهم الذين لا ينتمون لآباء مدمنين على الكحوليات، و قد أشارت الباحثة منى محمد صالح في دراستها الإكلينيكية عام 2011 أن الإبن قد يرث من الأب أو الأم صفات وراثية تؤدي إلى الإدمان (قاسم أبو الخير، 2013، ص 20)

5- وسائل التواصل الاجتماعي: إن إتساع دائرة الاتصالات عبر وسائل التواصل الاجتماعي الحديثة زادت من حدة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، حيث أظهرت العديد من

الدراسات أن نسبة 13% من مرتادي الإنترنت من فئة الشباب أغلبهم تقل أعمارهم عن 31 سنة، حيث يتجه معظمهم إلى مواقع التعرف على المخدرات والمؤثرات العقلية، وقد جاء في دراسة ميدانية سنة 2016 أن مروجي المواد الأخيرة قاموا باستخدام شبكة التواصل الاجتماعي في الترويج لأعمالهم (قاسم أبو الخير، 2013، ص 32)

وفي الأخير يمكن القول أن هناك العديد من الأسباب النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، الوراثية وتوفر وسائل التواصل الاجتماعي التي من شأنها تؤدي الى حالة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والتي لا محال تؤدي إلى آثار وخيمة عليهم وعلى المجتمع ككل.

خامسا : آثار الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية: مما لا شك فيه أن الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية تلحق آثار وخيمة على الفرد والمجتمع، وهو ما سنتطرق له فيما يلي.

1- الآثار النفسية : المعلوم أن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية يؤدي إلى انخفاض مفهوم الذات وعدم الثقة بالنفس لا سيما في ما يتعلق بالقدرة العقلية والجسدية والجنسية، الأمر الذي يفسر عجز المتعاطي عن عدم إمكانية اتخاذ القرارات، ويعاني كذلك من اضطرابات في الشخصية وعدم القدرة على تكوين هوية واضحة المعالم والشعور بالدونية، كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى نقص القدرة على اكتساب المعرفة وتدهور النشاطات العقلية المرتبطة بالذاكرة والإستيعاب، فضلا عن الشعور بالصعوبة في البدء في أي عمل يوكل له (عطيات، 2014، ص134).

2- الآثار الصحية: يؤدي الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية إلى ضمور قشرة الدماغ، حيث تؤكد الدراسات الطبية أن تعاطيها ولو بدون إدمان ينجم عنه نقص في القدرات العقلية وإلى إصابة خلايا المخيخ بالضمور مما يخل بقدرة الشخص على الوقوف، أما انحلال نخاع القنطرة

الوسطى عند المدمنين فيؤدي إلى شلل النصف السفلي من الجسم، كما قد يصاب المدمن بنوبات من الهذيان والإرتعاش وفقدان الوعي وتلف الكبد وتضخم الطحال ويصاب بالتهاب الأعصاب المتعدد، منها العصب البصري والتهاب مزمن في البلعوم والمرئ، ويصحب ذلك فقدان للشهية الذي يعرضه بدوره إلى الهزل الشديد (صادقي، 2014، ص72).

كما أن للمخدرات والمؤثرات العقلية أضرار بليغة على الجهاز العصبي لكونه المستهدف الأول من عملية الإدمان برمتها، إذ عند أخذ المدمن للمواد المخدرة يحدث اضطراب شديد في عمل الجهاز العصبي المركزي و تباطؤ في أداء المخ، حيث تسبب خلل في المادة الكيميائية المسؤولة عن التوصيل العصبي وتسبب بطئ في الوظائف المختلفة للدماغ، كما يحدث تآكل للملايين من الخلايا العصبية المكونة للمخ، مما يؤدي للشعور بالهلوسة الفكرية والسمعية والبصرية وضعف أو فقدان للذاكرة (بطرس، 2002، ص51).

3- الآثار الاقتصادية: ينعكس تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية سلباً على إقتصاد الأسرة والمجتمع من عدة نواحي نذكر منها:

- ارتفاع تكاليف شراء المواد المخدرة والمؤثرة عقلياً، وهو الأمر الذي يشكل عبئاً على إقتصاد الدولة.

- شلل في القدرة العقلية والجسمية للمتعاطي، وهو ما ينجم عنه عدم القدرة على العطاء، والتغيب عن العمل وعدم الاستقرار فيه وتعريض المؤسسات التي يعملون فيها إلى خسائر مادية.

- ارتفاع تكاليف مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية من خلال تخصيص لها ميزانية وتنفقات مالية معتبرة من طرف الدولة لملاحقة الفاعلين في قضايا التهريب والترويج وتكاليف المؤسسات الإصلاحية والعلاجية، وهو ما يضر بإقتصاد الدولة الذي يؤثر لا محال على الدخل الفردي للمواطنين (بطرس، 2002، ص54).

وفي الأخير يمكن القول أنه مهما تعدد الأسباب المؤدية للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية فإن الآثار المترتبة عنها تكون أخطر كونها تمس الصحة النفسية للفرد بصفة عامة، وهو ما دفع بالباحثين إلى التعمق أكثر في الموضوع من خلال البحث عن مختلف النظريات المفسرة لذلك، وهو ما سنتطرق له فيما يلي.

سادسا : النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، هناك العديد من النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية لا سيما منها النظرية السلوكية، النظرية المعرفية، النظرية التفاعلية ونظرية التحليل النفسي، وهو ما سنتناوله فيما يلي:

1- النظرية السلوكية : ترى النظرية السلوكية أن الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية هو فعل مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الفرد، ويتم ذلك بثلاثة طرق :

1-1 عن طريق الإشراف الكلاسيكي : بحيث تنطبق ميكانيزمات الإشراف الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان كحالة اشتهاؤ المخدر، وقد تم تفسير هذه العملية في نموذجين:

1-1-1 نموذج استجابة الإشراف التعويضي : من خلال هذا النموذج فإن المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية تقترن بآثار المخدر في الجسم لإنتاج استجابة شرطية مخالفة لتأثير العقار، وهذه الاستجابة صممت لخفض التوازن الحيوي، حيث تزداد استجابة التوازن الحيوي للإشراف مع استمرار تعاطي العقار (عطيات، 2014، ص61).

1-1-2 نموذج دافعية الاشتهاؤ الإشرافي للمخدر : هذا النموذج وضعه العالم ستيوارت، وبالعودة إليه فإن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحته أو المكان الذي يتم فيه تعاطي المخدر، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار نفسه، وهذه الحالة تدفع به للبحث عن العقار وتعاطيه.

1-2 التعلم عن طريق الإشراف الإجرائي : يهتم الإشراف الإجرائي بالآثار التي تعقب السلوك، والفواصل الزمنية بين السلوك وآثاره، فمن المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة التي يحس بها بعد فترة من التعاطي، ولا تأتي النتائج السلبية للإدمان إلا بعد مدة طويلة منه أو بعد الانقطاع عن العقار فجأة، الأمر الذي يدفع بالمدمن إلى الاستمرار في أخذ العقار أو العودة إليه بعد الانقطاع (صادقي، 2014، ص221).

1-3 النمذجة : حسب نظرية التعلم الاجتماعي فإن كل صور استخدام المواد تحكمه القواعد الإجرائية بما في ذلك العوامل المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم اتجاهات إيجابية نحو سوء استخدام العقاقير، وللنمذجة أربع وظائف أساسية ممثلة في تعلم سلوك جديد، تحرير وتسهيل السلوكيات ثم كفها وقمعها، ولذلك يرى باندورا أن السلوك ليس دائماً بحاجة لتعزيز ولا يلزم حتى ممارسته لكي يكتسب، وأن أغلب ما يتعلمه الإنسان يتم عن طريق الملاحظة المستمرة لسلوكيات الآخرين (عطيات، 2014، ص62).

2- النظرية المعرفية: يركز الاتجاه المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك، حيث تحدد الإستجابات الإنفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما وذلك حسب طريقة إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث معين، فهذه النظرية تعطي أهمية كبيرة للدور الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور الإضطراب النفسي للكائن البشري، بحيث أنها لم تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة في السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية (الحجار، 1998، ص66).

3- النظرية التفاعلية: تفترض هذه النظرية أن السلوك بما فيه سلوك سوء استخدام العقاقير ما هو إلا نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الفرد وبيئته ومخزون سلوكه الفردي، حيث أنه من شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة بين الفرد ومحيطه أن يؤثر على سلوكه، حيث يرى

أصحاب نظرية السلوك أن مشكلة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هي واحدة من بين العديد من المشاكل التي تعتبر نتيجة للتفاعل بين ثلاث أنظمة داخل الفرد ممثلة في الفرد والسلوك والبيئة المدركة (الحجار، 1998، ص66).

4- نظرية التحليل النفسي : يفسر رائد النظرية التحليلية "سيغموند فرويد" ظاهرة الإدمان على المخدرات في ضوء الاضطرابات التي يعيشها المدمن في طفولته المبكرة (فرويد، 1998، ص274)، و التي يرجعها في الأساس إلى اضطراب العلاقة مع الموضوع الأول الذي يمثل الأم، وهذه العلاقة يسقطها على المخدر فيصبح العقار هو الموضوع الأصلي للحب (عبد المنعم، 2008، ص23)، فالفرد يتعاطى المخدرات والمؤثرات العقلية لأنه يجد فيها سندا وعونا يساعده على الحفاظ على التوازن بينه وبين واقعه والبقاء على حد أدنى من الإستقرار، وهو كذلك وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليه المدمن لإشباع حاجات طفولية لا شعورية، و ذلك نظرا لاضطراب نموه النفسي والجنسي وتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم (عباس، 1994، ص124).

خلاصة الفصل :

في الأخير يمكن القول أن الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية يعبر بصفة عامة عن شخصية غير سوية، فهي تعكس صراعات داخلية توقع صاحبها تحت السيطرة وتجعل منه شخصا يعاني من التبعية النفسية أو الجسمية أو كلاهما معا، وهي تحدث نتيجة أمراض نفسية وجسدية مع تفاعل عوامل شخصية داخلية وعوامل بيئية اجتماعية، وتسبب أمراض نفسية وجسدية، ومشاكل اجتماعية واقتصادية على صاحبها والمحيطين به قد تؤدي به في الأخير الى إرتكاب أفعال وسلوكات إجرامية ومخالفة للقوانين، مما يستلزم التكفل النفسي الصحي والإجتماعي من طرف الأخصائيين النفسانيين والأطباء والخبراء بالتعاون مع المدمن وأسرته من أجل نجاح العملية العلاجية.

الفصل الثالث : السلوك الإجرامي

تمهيد

أولاً- تعريف السلوك الإجرامي.

ثانياً- خصائص السلوك الإجرامي.

ثالثاً- مراحل تنفيذ السلوك الإجرامي.

رابعاً- النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي.

خلاصة الفصل.

تمهيد :

في غالب الأحيان يكون الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية نتيجة حتمية للسلوك الإجرامي، وذلك من خلال الأفعال المجرمة المرتكبة من طرف المدمنين إضراراً بسلامتهم الجسدية أو بالغير وممتلكاتهم، خاصة في حالة الجرعات الزائدة التي تفقده المدمن السيطرة على مشاعره، ولقد حاولت الكثير من النظريات تفسير السلوك الإجرامي للمدمن كل من حيث الزاوية التي تهتم بها، وللإحاطة بموضوع السلوك الإجرامي يتعين التطرق إلى تعريفه، خصائصه وميزاته، مراحل تنفيذه والنظريات المفسرة له.

1- تعريف السلوك الإجرامي: بالرغم من تعدد التعاريف الفقهية للسلوك الإجرامي غير أنها تصب في معنى واحد مفاده أنه كل سلوك مضاد ومعادي للمجتمع وموجه ضد المصلحة العامة، أو هو شكل من أشكال مخالفة المعايير الأخلاقية التي تحكم مجتمع معين ويعاقب عليها القانون بالنظر للأضرار الناجمة عنها للفرد والمجتمع (شحاتة وآخرون، 2004 ، ص41)

2- خصائص السلوك الإجرامي : للسلوك الإجرامي خصائص معينة يمكن تلخيصها فيما يلي:

- الضرر، وهو المظهر الخارجي للسلوك الإجرامي اللاحق بالمصالح الفردية أو الاجتماعية أو بهما معا.

- يجب أن يكون هذا السلوك الضار ممنوعا قانونا بنصوص في قانون العقوبات أو القوانين الخاصة.

- العلاقة السببية بين الفعل والضرر.

- توفر القصد الجنائي، أي اتجاه إرادة الجاني إلى ارتكاب الفعل المجرم قانونا مع علمه بذلك، وقد يكون القصد الجنائي عام أو خاص بحسب نوع الجريمة المرتكبة.

- يجب أن يكون هناك توافق بين التصرف والقصد الجنائي.

- توافر مبدأ الشرعية، وهذا وفقا لمبدأ " لا جريمة ولا عقوبة إلا بنص." (بوسقيعة، 2012، ص77).

- خرق النظام العام، فالسلوك الإجرامي فيه تعدي على النظام العام الذي يحكم المجتمع بجميع مقوماته الأخلاقية، الدينية، السياسية، الاجتماعية، الإقتصادية، البيئية والثقافية والتي تهدد السكينة والهدوء والصحة العامة والتي يتطلب تدخل الدولة للمحافظة عليها ومعاقبة المجرمين في حالة التعدي عليها.

3- مراحل تنفيذ السلوك الإجرامي، يمر السلوك الإجرامي بأربع مراحل، وهي:

- مرحلة الموافقة المخففة ، إذ تولد الفكرة الإجرامية وتنمو فتكون أحيانا غامضة وأحيانا أخرى واضحة.

- مرحلة الموافقة المبيتة والموضحة، بحيث أن الفرد يتأرجح بين رغبة الفعل وبين الخوف منه.

- مرحلة الأزيمة، وذلك من خلال الموافقة المبدئية على التنفيذ.

- مرحلة التنفيذ، بموجبها يقدم الجاني على فعلته من خلال ارتكاب الأفعال المادية للجريمة على النحو الذي يتطلبه القانون، أي تحقيق الركن المادي للجريمة (أبو الخير، 2013، ص90).

4- النظريات المفسرة للسلوك الإجرامي : يختلف تفسير السلوك الإجرامي بحسب الخلفيات النظرية للعلماء التي تم تقسيمها إلى فئتين أساسيتين هما النظرية البيولوجية والنظرية النفسية وكل منها تضمنت العديد من النظريات، والتي سنتناولها فيما يلي:

4-1 النظرية البيولوجية: يرى أصحاب هذا الاتجاه أن هناك علاقة وثيقة بين التركيب البيولوجي والانحراف من خلال الجينات والتراكيب الكيماوية والفيزيولوجية المتعلقة بالمدخ والأعصاب، إضافة الى ملامح البنية الجسمية، كوزن الجسم، طول القامة، حجم الجمجمة ونسبة الذكاء (ذيابة ومن معها، 2016، ص342).

ويعتبر العالم الإيطالي " Lambroso " مؤسس النظرية البيولوجية التي اهتمت بدراسة وتحليل المظاهر البيولوجية لجسم الإنسان، وعلاقتها بسلوك الإنسان، ولقد تمخض عنها عدة نظريات نذكر منها ما يلي:

4-1-1 نظرية التكوين الحلي: تفسر هذه النظرية السلوك الإجرامي من خلال التكوين البيولوجي الموروث الذي يطلق عليه المجرم بالميلاد، إذ ينطلق "لمبروزو" من الحتمية البيولوجية للعدوان، فالمجرم الحقيقي هو مجرم بالفطرة ، أي ذلك الإنسان الذي يولد مجرم بطبيعته بناء

على ما ورثه عن سلفه الأول من خصائص وعلامات بيولوجية معينة هي التي تدفعه عن طريق التفاعل مع شخصيته إلى ارتكاب السلوك الإجرامي، فقد عزا "المبروزو" الجريمة إلى اختلالات عصبية ودماغية تسبب عدم انتظام وظائف الإرادة والقيم الخلقية أو الغرائز العدوانية، وهذا ما يؤدي إلى الجنوح أو الجريمة (بنهام، 2007، ص133).

غير أن هذه النظرية لقيت العديد من الانتقادات لا سيما منها عدم تقديم تفسير الصلة بين الخصائص الجسدية والميل الإجرامي، وعدم الإعتماد على العوامل النفسية والاجتماعية في تفسير الميل إلى الانحراف.

5-1-2 المنظور العضوي للنظرية البيولوجية: بحيث يفسر السلوك الإجرامي بموجبها بحسب

التركيب العضوي لجسم الإنسان، والذي نوجزه بإختصار فيما يلي :

- دراسات حول النقص العصبي، إذ على إثر التخطيط المخي (E.E.G) لدى عينة من الجانحين تبين وجود موجات طويلة تتمركز أحيانا في الفص الصدغي، ويميل بواسطتها الطفل الى بعض الحركات الزائدة ويميل أكثرهم إلى الجنوح في فترة المراهقة، وبذلك اعتبرت الشخصية المضادة للمجتمع نتاج اضطراب زيادة الحركة في الطفولة بسبب نقص في النضج العصبي. (Guyton, 1996, P69)

- دراسات ذات طابع تشريحي للمخ، مفادها وجود علاقة بين ثلاث مناطق في المخ تؤثر في الانفعالات والسلوك الإجرامي وهي الفص الجبهي، الجهاز الجوفي واللوزة، وتم التوصل أن الجزء المسبب للسلوك الإجرامي هي اللوزة التي تستجيب بسرعة للخوف والانفعالات السلبية الأخرى. (Guyton, 1996, P69)

- دراسات ذات الإرسال العصبي، مفادها أن الاستعداد الجيني يؤثر في تحديد الأنسجة التي تكون أكثر عرضة للخلل والإصابة بالمرض، وعليه فإن إساءة معاملة الأطفال تؤدي إلى ارتباك

في التفاعلات خاصة ما تعلق منها بالتعبير عن الغضب، مما يولد سلسلة من المشاعر المكبوتة، وعند استمرارها تقلص النبضات مما يؤدي إلى حرمان الأعصاب من الإشارات العصبية وبالتالي ضمورها، وكنتيجة لهذا التراكم يوجه الشخص غضبه الى سلوك إجرامي (Guyton ,1996,P.70)

- دراسات ذات طابع جيني، ومفادها أن السلوك الإجرامي عند الإنسان يتحدد بالتأثيرات الجينية والبيئية التي تتحكم في وظائف المخ. (Andreurs, 1995, P90)

- فكرة الكروموزوم الإضافي، ومفادها أن ذوي السلوك الإجرامي يحملون كروموزوم ذ زائد يعرف بكروموزوم (XYY) وهو المسؤول وراثيا عن حدوث الجريمة بحيث يكون فيه زيادة مفرطة في ذكورة الشخص مما يفقده القدرة على ضبط النفس التي تنتهي بسلوك إجرامي (Andreurs, 1995, P90)

- دراسات ذات طابع غدي، ويتعلق الأمر بعلاقة إفرازات الغدد بالجريمة، إذ توصلت بعض الدراسات أن ثلث المجرمين بوجه عام يعانون من اضطراب في إفراز غدهم الصماء، كما ان اضطراب الغدة النخامية يؤدي إلى العناد والميل إلة الانحراف، وأن اختلال وظيفة الغدة الدرقية يتسبب في إصابة الشخص بالأمراض العقلية وتجعل منه مجرما عنيفا، أما اختلال الغدد الجنسية تؤدي إلى الشعور بالعجز أو النقص الجنسي، ومن ثم الإتجاه نحو السلوك الجنسي المجرم قانونا لتغطيته وإثبات رجولته. (Andreurs, 1995, P92)

غير ان هذه النظرية بدورها تعرضت لبعض الانتقادات على أساس أن بعض الجناة لا يعانون من خلل في إفرازات الغدد غير أنهم يرتكبون أفعال مجرمة، والعكس صحيح.

5-2 المقاربة النفسية لتفسير السلوك الإجرامي: هناك عدة نظريات اهتمت بتفسير السلوك

الإجرامي، منها نظرية التحليل النفسي، والنظريات المعرفية السلوكية والنظرية النسقية، وهو ما

سنتناوله فيما يلي:

5-2-1 التناول التحليلي الدينامي لتفسير السلوك الإجرامي: تفسر نظرية التحليل النفسي

السلوك الإجرامي من وجهات نظر العدوانية، الغريزة، النزوات وغياب الأنا الأعلى، وهو ما

سننظر له فيما يلي:

- العدوانية، لقد أعطى التحليل النفسي للعدوانية أهمية معتبرة في تفسير السلوك الإجرامي من

خلال إظهار فعلها المبكر جدا في النمو، بحيث يصل هذا التطور في الأفكار نزوته في محاولة

البحث عن أرضية نزوية وحيدة وأساسية للعدوانية من خلال فكرة نزوة الموت، ويُعرف فرويد

العدوانية على أنها العنف الموجه نحو الآخر، وبظهور نزوة الحياة ونزوة الموت ترتبط العدوانية

بهذه الأخيرة كنزوة مدمرة وتعمل على الانفصال، وبهذا المنطق تعتبر العدوانية كقوة اختلال

التنظيم والتشتت، ويفسر فرويد العدوانية على أن قسم من نزوات الموت يوضع مباشرة في خدمة

نزوة الجنس فيحدث العدوان (فرويد، 1998، ص194)،

- الغريزة، يؤكد "فرويد" على وجود غريزتين أساسيتين توجهان الفرد وتمدانه بالطاقة وهما غريزة

الحياة وغريزة الموت بحيث أن هذه الأخيرة تأخذ طابع مشاعر الإثم وإدانة الذات والقسوة عليها

والتشدد معها، وإذا توجهت إلى الخارج فإنها تأخذ كل أشكال العدوانية، وبذلك اعتبر "فرويد"

العدوان من خلال غريزة الموت متأصلا في الطبيعة البشرية ومستقلا عن غريزة الحياة (الحجار،

2008، ص188)، ويفسر ذلك من خلال مكونات الهو الغريزية التي تعتمد على مبدأ اللذة،

والأنا الأعلى الذي يعمل حسب مبدأ الواقع، وفي حالة السلوك الإجرامي يكون الأنا الأعلى

يتميز بالعنف على شكل الأب العنيف المنتقم الذي يعاقب الطفل على نواياه العدوانية (عطيات، 2014، 303).

- غياب الأنا الأعلى لدى المجرم: يذهب " Reich " إلى أن الجانحين لا يكون لديهم أنا أعلى، وإذا وجد يكون في صورة مهلهلة، ويعزل بعيدا وبصورة مؤقتة حتى يتم السلوك الإجرامي ، وهذا ما يميز الجانحين غالبا بالاستجابة لسطوة النزاعات الغريزية، وقد يكون سوء تكون الأنا الأعلى بسبب تعطيل تطور الطاقة الليبيدية سواء في الموضوع أو مناطق الإشباع، بينما يرى " Eckhorn أن ذوي السلوك الإجرامي يعانون تأخرا في نمو الأنا الأعلى الأمر الذي لا يشعرهم

بالذنب عند ارتكاب بالأفعال المجرمة (Richard, 2002, P111)

- النزوات كمفسر لنفسية المجرم: يرى " فرويد " أن النزوة العدوانية تتمثل في نزوة الموت الموجهة نحو الخارج، ويتمثل هدفها في تحطيم الموضوع كمظهر للسلوك الإجرامي، وبالعكس من ذلك فإنه عندما تتوجه للداخل فهي تقود الفرد نحو السكون (عبد المنعم، 2008، ص212). وبالرغم من التفسيرات التي تناولتها النظرية التحليلية للسلوك الإجرامي غير أنها لم تسلم من النقد، وعلى إثرها ظهرت نظريات أخرى التي سنتناولها فيما يلي:

5-2-2 التناول السلوكي المعرفي لتفسير السلوك الإجرامي: نعرض في هذا الخصوص الى وجهة نظر "إريكسون"، ثم نظرية التعلم الاجتماعي ل "باندورا" ثم تأثير النماذج السيئة المتعلمة على سلوك الطفل.

- وجهة نظر أريكسون Ericsson وأزمة هوية الأنا: يرى أريكسون " Ericsson " أن العمل الأساسي للرضيع هو تطوير الإحساس بالثقة بالذات وبالمحيطين به، ومتى وفر له المحيطون به فإنه يطور شعورا بالثقة والعكس صحيح، وبحسب "أريكسون" إن مواجهة الأزمات المختلفة التي تعترض الطفل مستقبلا في حياته مبنية على علاقات الرعاية الأساسية القائمة على الثقة

في حنان أبويه اللذين يستجيبان لحاجاته، واللذين يوفران له خبرات ملائمة مثل الهدوء، الغذاء والدفع وكل العناصر الأخرى التي تعطي لنظام الأنا استقرار ينعكس أساساً على سلوكيات الطفل مستقبلاً في مرحلة المراهقة (مرحلة تشكل وحل هوية الأنا) ، فالمجرم وفق هذا التحليل الأركسوني هو الفرد الذي فقد في طفولته الأولى الحنان والحب والرعاية مما جعله يفقد ثقته في أنه أو هويته وفي الآخرين فيسقط فيما يسميه "بأزمة هوية الأنا" ، فبموجبها يحس المراهق بإحساس مهلهل للذات وعدم القدرة على تحديد معنى لوجوده ويصل به ذلك إلى لعب أدوار سلبية في حياته منها اللجوء إلى السلوك الإجرامي. (فرج، 2009، ص392)

- **نظرية التعلم الاجتماعي من وجهة نظر "باندورا" Bandura** ، تركز هذه النظرية على الاهتمام أكثر بالمتغيرات الاجتماعية كوحدة محددة لسلوك الفرد لا سيما منها ما تعلق بالتفاعل بين الأفراد ومدى تأثرها بالتعلم، وعليه فإن السلوك الإجرامي يكون ظاهرة مكتسبة ومتعلمة من المحيط الذي يتواجد فيه الطفل، (أبو شعيرة، 2009، ص188)، كما اهتم "باندورا" أيضاً بالتعلم بالملاحظة أو التقليد أو النمذجة كمفسر لكيفية تعلم الطفل للسلوكيات التي قد تؤدي به إلى الدخول في الجنوح (Richard, 2002, P149)

تأثير النماذج السيئة المتعلمة على سلوكيات الطفل، يتعلم الطفل من البيئة نماذج سلوكيات مختلفة قد تكون جيدة يدعو إليها المجتمع ويعززها، وقد تكون سيئة، وما دام الجنوح اضطراب سلوكي فإنه يظهر على شكل سلوكيات عدوانية اتجاه الممتلكات واتجاه الذات أحياناً، وفي هذا الخصوص يفسر السلوك الإجرامي إنطلاقاً من الفرضية الثنائية القائمة على الإحباط والعدوان التي ترى أن الإحباط يوجه الطاقة المتوفرة لتوظيفها في سلوك عنيف، وعليه فإنه حينما يستثار الطفل بشكل مؤلم عن طريق الإساءة أو الاعتداء البدني أو التهديدات أو الاستهزاء أو الإهانة

يؤدي إلى تنامي السلوك الإجرامي بواسطة العمليات المعرفية التي يتعلمها لتبقى في الذاكرة وتستعمل في حل مشكلات الأرصدة المعرفية المتعلمة (فرج، 2009، ص281).

غير أن هذه النظرية بدورها لم تسلم من النقد كونها أعزت السلوك الإجرامي إلى مصادر بيولوجية أصلية واضعة البيئة كإطار ثانوي غير أن العوامل الأخرى بدورها لا يمكن الإستغناء عنها في تفسيره.

5-2-3 التناول النسقي لتفسير السلوك الإجرامي: لقد اهتم التناول النسقي في ميدان علم النفس المرضي من خلال نظره إلى الأسرة على أنها مجموعة من العلاقات التي تتم عن طريق التواصل وفقا للنظرية العامة للأنساق التي مفادها أن إضطراب الفرد في النسق يرجع إلى إختلال توازن النسق الأسري الذي يعيش في خطر التغيير الذي يؤدي فيما بعد إلى المرور إلى السلوك الإجرامي، وهكذا أعطى هذا التناول اهتماما بالغاً لفهم السلوك الإجرامي داخل النسق الأسري (فطائر، 2001، ص67).

ويتخلل هذا المنظور النسقي عدة نظريات حاولت كل منها تفسير السلوك الإجرامي ضمن النسق الأسري من خلال التركيز على التفاعلات التي تتم بين أفراد الأسرة ضمن خلفيتين، أحدهما تنطلق من أن الإجرام هو انحراف عن القواعد الاجتماعية جراء تخلي الأسرة عن دورها نتيجة لظروف اقتصادية، اجتماعية وعاطفية، والثانية تنطلق من أن السلوك الإجرامي اضطراب يمس سلوك الجانح، وهو بالتالي انعكاس للإضطرابات التي تتواجد في الأسرة نفسها الناجمة عن عدم الاهتمام الوالدي والصراع الأسري (غانم، 2009، ص101).

وبالرغم من الحلول النسقية المفسرة للسلوك الإجرامي غير أنه بدورها تلقت العديد من الإنتقادات كونها جعلت كل أفراد الأسرة المكونين للنسق وما يدور بينهم من علاقات وتحالفات تحدد القواعد الداخلية إلي تحكم الأسرة، وليس احتياجات الأفراد أو دوافعهم أو سمات.

خلاصة الفصل :

وفي الأخير يمكن القول أن السلوك الإجرامي هو سلوك مناف للأخلاق والقيم والنظم والقوانين التي تحكم المجتمع والنظام العام، إذ بموجبه يتم الإعتداء على السلامة الجسدية والنفسية للغير وممتلكاتهم على النحو الذي يشكل تصرفات منبوذة في المجتمع، والسلوك الإجرامي عادة يكون مرفوقا بالقصد الجنائي من خلال إتجاه إرادة الفاعل إلى إرتكابه مع علمه بذلك، وبالرغم من أنه أحيانا يكون ناجم عن حالة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية بسبب تناول جرعات زائدة غير أنه يبقى مقصودا ويعبر عن الإرادة الحرة للشخص كون إرادته هي من إتجهت إلى تعاطي المواد الأخيرة، وبالتالي إلحاق الضرر بالغير وأحيانا حتى بالذات، وفي هذا الصدد قدمت العديد من التناولات النظرية الحلول التفسيرية للسلوك الإجرامي كإضطراب نفسي والذي أخذ به جميع الأخصائيين النفسيين في تطبيقه على الحالات المعروضة عليهم، لتبقى نجاعته مرهونة بالخلفية النظرية والخبرة المهنية لكل أخصائي نفسي، ويعتبر مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة واحد من بين المؤسسات الفاعلة في هذا المجال من خلال التكفل النفسي بالمدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية من ذوي السلوك الإجرامي من طرف أخصائيين نفسيين عاملين هناك من خلال إستعمال تقنيات علاجية قادرة على الإقلاع عن حالة الإدمان، وبالتالي السلوك الإجرامي بالإشتراك مع المدمن.

الجانف الميواني للاراسة
الفصل الرابع : منهجية الدراسة

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية.

2- حدود الدراسة.

3- الدراسة الأساسية.

3-1 منهج الدراسة.

3-2 مجموعة الدراسة.

3-3 أدوات الدراسة.

خلاصة الفصل.

تمهيد:

إن هذا الجزء من الدراسة هو عرض مختلف الخطوات المنهجية التي إعتدنا عليها لتحقيق الأهداف المذكورة سابقا، فبعد الإلمام بالجانب النظري الذي تناولنا فيه تحديد الإشكالية، الفرضيات، الأهداف والأهمية، بالإضافة إلى الفصول التي عالجنا فيها التكفل النفسي، الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والسلوك الإجرامي سنتطرق في هذا الفصل إلى الجانب التطبيقي الذي يعتبر جانبا هاما في أي بحث علمي، والذي سنتناول فيه التذكير بفرضيات الدراسة، الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية من حيث منهج ومجموعة الدراسة وأدواتها.

1- الدراسة الإستطلاعية :

تعتبر الدراسة الإستطلاعية الخطوة الأولى للباحث الذي يتوجب عليه القيام بها كونها تتيح له تحديد اشكاليته وتحديد مجموعة الدراسة التي ستقوم عليها دراسته، وهي علاوة على ذلك تتيح له جمع المعلومات المتعلقة بالدراسة والحالات الذين يشكلونها، ذلك ان الدراسة الإستطلاعية تعتبر دراسة مسحية إستكشافية، إذ هي مرحلة هامة في البحث العلمي نظرا لإرتباطها المباشر بالجانب التطبيقي، مما يضيفي صفة الموضوعية على الدراسة، ضف لذلك ان لها أهمية كبيرة في مساعدة الباحث على صياغة دليل المقابلة، وجعله يتأكد من سلامة مستوى الأسئلة وصياغتها.

حيث بدأت الدراسة الإستطلاعية بتاريخ تاريخ 2025/02/15 بعد التوجه إلى مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة حيث أبدى مسؤوله الموافقة على القيام بهذا التطبيق الميداني، ليتم بعدها استقبالنا من طرف هذا الأخير الذي أبدى ترحابا على إجراء مثل هذا النوع من الدراسات التي تساهم بحسبه في تفتح الجامعة على العالم الخارجي لا سيما الميداني منه، اضافة الى مساهمة مثل هذه البحوث في إعادة الإدماج الإجتماعي للمدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية خاصة منهم ذوي السلوك الإجرامي، وبعد ذلك رافقني الى مكاتب الأخصائيين النفسانيين الذين أبدوا بدورهم ترحابا بنا وبمثل هذه الدراسات الميدانية التي تعد بحسبهم مكمله للجانب النظري للدراسة في مجال علم النفس العيادي مع موافقتهم على القيام بهذه الدراسة ومدهم لنا يد المساعدة في كل ما له علاقة بالتخصص الأخير وبمجال الدراسة وبكل الإمكانيات المتوفرة بالمركز، وعند الزيارة الميدانية بالمركز رفقة الأخصائيين النفسانيين تم الوقوف على مجموعة العناصر والإمكانيات التي تسمح لنا بالتعمق في الدراسة لا سيما منها ما يلي:

- التأكد من أن الظروف المحيطة بالمركز تسمح بتطبيق المقابلات البحثية المستخدمة في

الدراسة.

- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات لبناء دليل المقابلة.
- التأكد من ان الدراسة الإستطلاعية تساعد في الكشف عن التغيرات التي يمكن أن تكون لها علاقة بأحد متغيرات الدراسة المتمثلة في التكفل النفسي، الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والسلوك الإجرامي.
- بحيث ان كل العناصر المذكورة اعلاه تؤكد انها متوافقة مع خصوصيات الدراسة، وهو ما تتطلبه الدراسة الإستطلاعية باعتبارها خطوة هامة وأساسية في أي دراسة، إذ من خلالها تم ضبط الموضوع بكل جوانبه.
- وبعد توضيح هذه الأهداف للأخصائيين النفسيين تم وضع خطة منظمة للعمل حتى نستفيد من هذه الدراسة، مع تسهيلهم لنا كل الإمكانيات من اجل تحقيقها لا سيما منها المقابلات التي أجريناها معهم مع ضمان من جهتنا توفير السرية اللازمة لذلك، وهو الأمر الذي لمسناه من خلال المقابلات التي أجريناها مع كل أخصائي نفسي بالمركز حسب ما سنوضحه لاحقا، ضف لذلك فإن تعاون الأخصائيين النفسيين معنا سمح لنا بالتعرف على مختلف التقنيات المستخدمة من طرفهم في التكفل بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي سواء الذين يحضرون أمامهم بمحض إرادتهم أو مرفوقين بأوليائهم او أولئك الذين يحضرون بناء على تسخيرة من طرف الجهات المنية والقضائية، كما عاينا عن قرب ان المركز يوفر تكفلا طبيا ونفسيا للفئة محل الدراسة، بحيث يمر المدمن بالمركز عبر مرحلتين أساسيتين هما التكفل الطبي من طرف أطباء مختصين في الأمراض العقلية والتكفل النفسي من طرف أخصائيين نفسيين، كما تعرفنا عن قرب عن مختلف الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالبويرة وتأثيرها على التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي.

وعليه فإن الدراسة الإستطلاعية ساعدتنا على صياغة دليل مقابلة يضم كل المعلومات حول واقع التكفل النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة لمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي من وجهة نظر الأخصائي النفسي.

2- حدود الدراسة: تشمل الحدود الزمانية والحدود المكانية حسب ما سنوضحه فيما يلي.

- **الحدود الزمانية :** أجريت الدراسة ابتداء من تاريخ 2025/02/15 لغاية تاريخ 2025/06/02.

- **الحدود المكانية:** تمت الدراسة بمركز الوسيط لعلاج بولاية البويرة هو أحد المؤسسات المتخصصة المتواجدة على مستوى الولاية ،حيث يهتم بفئة الأشخاص المدمنين سواء كانوا قصر او بالغين والذين يحضروا الى المركز سواء بإرادتهم الحرة او بواسطة أوليائهم أو بناء على تسخيرة من الجهات الأمنية والقضائية المختصة، بحيث يتم التكفل هناك بهم طبيا، نفسيا وإجتماعيا وذلك بهدف علاج حالة الإدمان التي يكونون عليها وتحقيق الاندماج النفسي والاجتماعي لهم، وللمزيد من معلومات حول مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة (أنظر الملحق رقم 02).

3- الدراسة الأساسية: تناولنا فيها الدراسة الأساسية من حيث منهج، مجموعة أدوات الدراسة وحدودها.

3-1 منهج الدراسة: بإعتبار أن الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على واقع التكفل النفسي لمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة ، فقد اعتمدنا على المنهج العيادي، كونه المنهج الملائم لطبيعة فرضيات وموضوع الدراسة من جهة، ولفردانية الحالات المدروسة من جهة أخرى.

2-3 مجموعة الدراسة : طبقت الدراسة على ثلاثة (03) أخصائيين نفسانيين عياديين عاملين بمركز الوسيط لعلاج بولاية البويرة الذين تم إختيارهم بطريقة قصدية، وذلك بحسب ما توفر في المركز من أخصائيين نفسيين، بإعتبار أن المركز الأخير به خمسة (05) أخصائيين نفسيين عاملين، ثلاثة (03) منهم متواجدين في وضعية خدمة والإثنين (02) الآخرين متواجدين في وضعية خارج الخدمة، وأن الأخصائيين الثلاثة (03) سبق لهم وأن عالجوا بالمركز العديد من الحالات المتعلقة بمواضيع خاصة بالتكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، مع الأخذ بعين الإعتبار الخبرة المهنية والتكوين الأكاديمي المتقارب للأخصائيين الثلاثة.

- خصائص مجموعة الدراسة : تتمثل خصائص مجموعة الدراسة حسب الجدول أدناه، مع الإشارة أنه تم إستعمال أسماء مستعارة للحفاظ على خصوصية وسرية المبحوثين.

جدول متعلق بخصائص عينة الدراسة :

الإسم المستعار	الجنس	العمر	المؤهلات العلمية	الخبرة المهنية	التدريبات والتكوينات المهنية
الحالة الأولى	نادية	أنثى	34 سنة	ماستر علم النفس العيادي	12 سنة لا شيء
الحالة الثانية	سميرة	أنثى	37 سنة	ماستر علم النفس المرضي	10 سنوات لا شيء
الحالة الثالثة	يسمينه	أنثى	38 سنة	ليسانس علم النفس العيادي	10 سنوات لا شيء

3-3 أدوات الدراسة : تعتبر أدوات الدراسة ذات أهمية كبيرة في أي بحث علمي، فهي بمثابة مفاتيح يلجأ إليها الباحث لجمع المعلومات، وقد إختارنا في دراستنا المقابلات العيادية النصف موجهة فقط لجمع المعلومات المتعلقة بالدراسة، كونها احد الأدوات التي تخدم الموضوع، بالنظر لتركها هامشا من الحرية والتعبير للمبحوث من دون أن يجعلنا نبتعد عن أغراض الدراسة.

المقابلة العيادية نصف الموجهة : هي أسلوب بحث يستخدم في العلوم الإجتماعية، ومن خلالها يقوم الباحث بإعداد مجموعة من الأسئلة الرئيسية، ولكنه يترك مساحة للمناورة وطرح أسئلة إضافية بناء على إستجابات المبحوث، بحيث يقدم الباحث على مقابلة المبحوث وفي ذهنه مجموعة من المحاور بدل الأسئلة التي نجدها في المقابلات الموجهة، كما أن هذا النوع من المقابلات يتيح للباحث استكشاف مواضيع معينة بعمق. (صباح، 2012، ص78).

وعليه فالمقابلة نصف الموجهة يقوم من خلالها الباحث بتحديد مجموعة من الأسئلة بغرض طرحها على المبحوث على أن تكون تغطي متغيرات الدراسة دون خروجه عن الموضوع.

وفي سبيل ذلك فإنه قبل القيام بإجراء المقابلات غير الموجهة يتطلب من الباحث القيام بدراسة إستطلاعية ليحدد من خلالها الأسئلة التي يمكنه طرحها ليحدد إنطلاقا منها المحاور الكبرى لمقابلاته، وهو ما يعرف "بدليل المقابلة"، الذي اشتمل في الدراسة الحالية على البيانات الشخصية والمهنية للأخصائي النفسي، وذلك بهدف معرفة المؤهلات العلمية والخبرة المهنية والتكوينات والدورات التدريبية المستمرة للأخصائي النفسي لا سيما منها في مجال التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي التي تمكنه من تحقيق الفعالية مع الفئة الأخيرة.

إضافة إلى المحاور التالية :

المحور الأول: عدد وتواتر المقابلات العلاجية، وذلك بهدف معرفة متوسط عدد الجلسات العلاجية التي يُجريها الأخصائي النفسي مع المفحوصين المدمنين، والمعايير المحددة لذلك.

المحور الثاني: نوعية المقاربات النفسية المعتمدة، وذلك بغرض معرفة مختلف النظريات النفسية (المعرفية-السلوكية، التحليلية، الإنسانية...) التي يعتمد عليها الأخصائي النفسي عادة في التكفل النفسي بالمفحوصين ومعايير إختيارها ومدى نجاعتها بحسب تجربته.

المحور الثالث: الخطة العلاجية الفردية، وذلك بهدف كيفية إعداد الخطة العلاجية مع المفحوصين، وما إن كانت واحدة بالنسبة لجميع المفحوصين أو تختلف من حالة لأخرى، وما إن كان المفحوص يشارك في إعداد أهدافها من عدمه وعن كيفية مراجعتها.

المحور الرابع: احترام الإطار العلاجي، والهدف من ذلك هو متى يتم تحديد الإطار العلاجي (مدة الحصة، التوقيت، عدد الجلسات) ومدى إلتزام المفحوصين به، وكيفية التعامل معهم في حالة خرقه.

المحور الخامس: التقييم النفسي الأولي والمتواصل، والهدف منه معرفة ما إن كان يتم استعمال أدوات التقييم النفسي (اختبارات، مقاييس) عند بداية التكفل النفسي أو اثناء السيرورة العلاجية، وهل يتم إعادة التقييم خلال مراحل العلاج والمؤثرات المعتمدة للحكم على تقدم التكفل النفسي من عدمه.

المحور السادس: العمل ضمن الفريق العلاجي، والهدف منه معرفة ما إن كان الأخصائي النفسي يعمل بمفرده أو في إطار فريق متعدد التخصصات (طبيب نفسي، أخصائي

اجتماعي...)، وفي الحالة الثانية التأكد من شكل هذا التنسيق ما إن كان يتم في اجتماعات دورية أو بواسطة تقارير مشتركة أو غيرها، ومدى تأثير هذا التعاون في فعالية التكفل النفسي.

المحور السابع: استجابة المفحوص للعلاج، وذلك بهدف تقييم استجابة المفحوص للعلاج النفسي إنطلاقاً من المؤشرات المعتمدة، وأيضاً من أجل معرفة مختلف المقاومات التي أبداه المفحوصين وطريقة تعامله معها والوقوف على حالات ظهور الانتكاسة بالرغم من التكفل النفسي بالحالة والأسباب المحتملة لذلك.

المحور الثامن: الدعم النفسي لمنع الانتكاسة، بغرض معرفة نوع الدعم النفسي الذي يُقدم للمفحوصين بعد انتهاء العلاج أو في مراحله المتقدمة، وما إن كان يتم توجيههم إلى مجموعات دعم أخرى أو متابعة خارجية من عدمه، وأيضاً بهدف الوقوف على مدى فعالية هذه الاستراتيجيات في الوقاية من الانتكاسة.

المحور التاسع : الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي أثناء التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالمركز، بهدف معرفة مدى تأثير هذه الصعوبات على السيورة العلاجية، مع إقتراح في الأخير بعض المقترحات من أجل نجاح التكفل النفسي بالفشة الأخيرة.

أما بنود دليل المقابلة مرفقة في الملحق رقم (01).

خلاصة الفصل:

خلال هذا الفصل تم عرض مختلف الخطوات المنهجية التي إعتدنا عليها لتحقيق أهداف هذه الدراسة، وذلك من خلال التذكير بفرضيات الدراسة وإبراز الدراسة الإستطلاعية والدراسة الأساسية من خلال تحديد المنهج المستخدم على مجموعة الدراسة وإستخدام المقابلة العيادية بشأنها كأداة تتناسب مع الدراسة الحالية، اضافة الى تحديد حدود الدراسة الزمانية والمكانية والبشرية، مع إختيار مجموعة الدراسة بصفة قصدية كون الدراسة تتعلق بالتكفل النفسي بمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بحسب وجهة نظر الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، ذلك أن الدراسة موجهة الى الأخصائيين النفسانيين العاملين فعليا بالمركز الأخير دون المتواجدين في وضعية خارج الخدمة.

الفصل الخامس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

أولاً: عرض وتحليل النتائج.

1 عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.

1-1 تقديم الحالة الأولى.

1-2 عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى.

2 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.

1-2 تقديم الحالة الثانية.

2-2 عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية.

3 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.

1-3 تقديم الحالة الثالثة.

2-3 عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة.

ثانياً: مناقشة النتائج.

أولاً: عرض وتحليل النتائج:

1 عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1-1 تقديم الحالة الأولى:

الأخصائية النفسانية (نادية) تعمل بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة منذ حوالي (12) سنة، متحصلة على شهادة ماستر في علم النفس العيادي، لم تستفيد من أي تكوين مستمر في مجال تخصصها، ولها خبرة مهنية في مركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة في مجال علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية لا سيما منهم ذوي السلوك الإجرامي.

2-1 عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الأولى:

المحور الأول: وصف إجراءات التكفل النفسي الميداني المعتمدة من طرف الأخصائي النفسي من خلال المقابلة التي أجريت مع الأخصائية النفسية بمركز "الوسيط لعلاج الإدمان" بولاية البويرة، تبين أن التكفل النفسي بمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي يبدأ عادة بعد حضورهم إلى المركز إما بشكل إرادي، أو عن طريق مرافقيهم من أفراد الأسرة أو الأصدقاء، أو بموجب تسخيرة صادرة عن الجهات الأمنية أو القضائية.

يتم في البداية استقبال المعنيين من طرف مسؤول المركز، ثم توجيههم إلى الطبيب المختص في الأمراض العقلية (Psychiatre) من أجل إجراء الفحص الطبي وفتح ملف علاجي لهم، ليباشروا العلاج الطبي، وفي الوقت نفسه يتم إحالتهم إلى الأخصائي النفسي للشروع في التكفل النفسي، أين يتم فتح ملف نفسي يتضمن معلومات شاملة حول الهوية، التاريخ العلاجي والقضائي، ثم تُحدد خطة علاجية فردية، كما يتم تحديد حصص علاجية ثابتة زمنًا وعددًا، ضمن ما يُعرف بالعقد العلاجي، حيث صرحت الأخصائية النفسية أنه في الجلسة الأولى مع المفحوص تُجمع جميع المعلومات الشخصية والتاريخ العلاجي للمفحوص، ويتم تحديد عدد

الحصص أسبوعياً بمعدل حصتين في كل أسبوع لمدة محددة ب (45) دقيقة لكل حصة، مع تنبيه المفحوص بالتقيد بالتوقيت المخصص له، مصرحة أن سبب ذلك يرجع إلى العدد الكبير من المفحوصين الذين يطلبون المساعدة من المركز، وأنه في حالة تخلف أحدهم عن الوقت المخصص له لا سيتبدل بمفحوص آخر.

وقد أوضحت الأخصائية أن دور المركز يركز على معالجة حالات الإدمان للمدمنين الذين يطلبون المساعدة طوعاً أو بطلب من الجهات القضائية أو الأمنية بعد أن يتم ضبطهم متلبسين بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، حيث يُخَيَّرُون بين متابعة العلاج النفسي أو الاستمرار في المتابعة القضائية، وفي حالة الحضور الإلزامي، فإن عدم التزام المفحوص بالجلسات يؤدي إلى تحرير تقرير يُوجه إلى جهة الإحالة التي تتخذ الإجراء المناسب بحقه.

كما أكدت المبحوثة أن الحضور الإرادي من قبل المدمنين يساهم بشكل أفضل في فاعلية العلاج النفسي مقارنة بالحضور القسري، مشيرةً إلى أن التكفل النفسي يتطلب من الأخصائي صفات مهنية ضرورية مثل:

- القبول للامشروط للمفحوصين، رغم طبيعة سلوكهم الإجرامي.
- التحلي بالصبر، والسرية المهنية، والتفاعل الوجداني معهم.
- الانخراط في علاقة علاجية قائمة على الإصغاء والتقدير، لتسهيل بناء الثقة وتحقيق الأهداف العلاجية .

وترى الأخصائية أن هذه الفئة تشكل خطراً على أنفسهم وعلى المحيطين بهم، بما فيهم المعالج النفسي، مما يستلزم تكويناً أكاديمياً عميقاً، وضبطاً للذات المهنية، وحياداً في التفاعل مع المفحوصين دون إسقاطات أو انزلاقات أيديولوجية، وهو ما يعكس التكفل النفسي الفعلي على مستوى الممارسة العيادية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان.

المحور الثاني : نوعية المقاربات النفسية المعتمدة

صرّحت الأخصائية النفسية أنها تعتمد بالمركز على المقاربة السلوكية المعرفية في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالنظر لما توفره من فعالية، كونه هذا النموذج يهدف إلى إعادة بناء الأفكار المشوهة لدى المدمن واستبدالها بأفكار عقلانية، لفعاليتها مع هذه الفئة، خاصة أنها مقارنة قصيرة المدى وتتيح مشاركة المفحوص في العلاج، مما يعزز التفاعل والتقدير الذاتي.

وأشارت الأخصائية النفسية أن الخطة العلاجية المعتمدة من طرفها تقوم على عدة تقنيات منها:

- التحفيز النفسي الذاتي للمفحوص.
 - البحث في أسباب الإدمان عبر التنقيف الذاتي.
 - التفريغ الانفعالي للتعبير عن الضغوط والمشكلات النفسية.
 - تعلم مهارات جديدة كالثقة بالنفس، والتواصل، وإدارة الضغوط.
 - العمل على منع الانتكاسة عبر تجنب المثيرات والأشخاص أو الأماكن المرتبطة بالإدمان.
- وبحسب تصريحات الأخصائية النفسية فإن المقاربة النفسية المعتمدة من طرفها أبانت على فعالية كبيرة بالنظر لعلاج حالات الإدمان في أقصر الآجال خاصة مع المفحوصين حديثي الإدمان.

المحور الثالث : الخطة العلاجية الفردية (تقييم مدى التزام المفحوصين بالإطار العلاجي)

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائية النفسية أبرزت أنه بعد أخذها للمعلومات الشخصية للمدمن تقوم بالإشتراك معه بالحصول منه على معلومات حول حالة الإدمان، أسبابها، مدتها، الأشخاص، الأماكن والمواقف التي تزيد من تعاطيه للمخدرات والمؤثرات العقلية ونوع السلوكات الإجرامية التي يرتكبها عادة، وعلى إثرها يتم تحديد الخطة العلاجية من حيث

هدف العلاج، الآثار الجانبية المحتملة دون تحديد معه فترة العلاج حتى ولو أصر المفحوص على ذلك خاصة بالنسبة للمدمنين الذين يحضرون للمركز بطلب من الجهات الأمنية أو القضائية، ذلك أنه بحسب تصريحاتها فإن هؤلاء الآخرين يحضرون بصفة قسرية لتفادي معاقبتهم وبالتالي يحاولون فقط الحصول على وثيقة تفيد تماثلهم للعلاج، بخلاف الذين يحضرون إراديا الذين يظهر فاعلية العلاج معهم.

وأشارت الأخصائية النفسية أن الخطة العلاجية المعتمدة من طرفها تكون بالإشتراك مع المدمن وتقوم على عدة أجزاء منها:

- تقييم حالة الإدمان وسبب حدوثها.
 - تحديد الأهداف العلاجية المراد تحقيقها.
 - كيفية متابعة العلاج وتقييم مدى نجاحه.
 - تعديل الخطة العلاجية بحسب الحاجة.
 - توضيح الآثار الجانبية المحتملة للعلاج وكيفية التعامل معها.
 - تحديد مدة العلاج المتوقعة، وذلك بالنسبة لطالبي العلاج الذين يطلبونه إراديا فقط.
- وأكدت المبحوثة أن إشراك المدمن في الخطة العلاجية لها أهمية في تعزيز الثقة في الأخصائي النفسي ويساهم في فاعلية التكفل النفسي.

وفي الأخير صرحت المبحوثة أن هناك مراجعة دورية للخطة العلاجية بحسب تقدم العلاج من عدمه وبحسب حالة المدمن، مع تأكيدها أن متابعة وتقييم المدمن أمامها أظهر وجود تفاوت في التزام المدمنين بالحصص العلاجية حسب جهة الإحالة، حيث أن حالات الإحالة القضائية أو الأمنية تكون غالبًا أقل التزامًا من الحالات الإرادية، ما يؤثر على نجاعة العلاج، وقد ذكرت أن

هذا الالتزام يُراقب بدقة ويتم الإبلاغ عن المخالفين إلى الجهات المختصة، مما يُدخل عاملاً قانونياً ضمن الإطار العلاجي.

المحور الرابع : إحترام الإطار العلاجي

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائية النفسية صرحت أنه في الجلسة الأولى مع المفحوص تُجمع جميع المعلومات الشخصية والتاريخ العلاجي للمفحوص، ويتم تحديد عدد الحصص أسبوعياً بمعدل حصتين في كل أسبوع لمدة محددة ب (45) دقيقة لكل حصة، مع تنبيه المفحوص بالنقيد بالتوقيت المخصص له، مؤكدة انه حتى هي لا بد لها من إحترام الإطار العلاجي الذي تم الإتفاق عليه في البداية مع المفحوص لضمان نجاح التكفل وسلامته، وأضافت أنه في الإطار العلاجي لا بد من الإحترام المتبادل بينها وبين المفحوص مع المحافظة على سرية المعلومات التي يصرح له بها هذا الأخير وإحترام المفحوص لتوقيت العلاج ويتبع التعليمات التي تم إبلاغه بها، وصرحت أيضاً أنه يجب على المفحوص أن يحافظ على خصوصيتها التي قد يطلع عليها أثناء الحصص العلاجية.

وأوردت المبحوثة بعض الأمثلة عن إنتهاكات الإطار العلاجي من جانب الفاحص نذكر منها :

- تجاوز الحدود المهنية، كتكلم المعالج مع المفحوص عن حياته الشخصية او يطلب منه مشاركته في أنشطة شخصية.

- تأخير الجلسات أو عدم الإلتزام بالمدة الزمنية المحددة.

- عدم إحترام خصوصية المفحوص.

وأشارت الأخصائية النفسية أن إحترام الإطار العلاجي يساعد على تحقيق أهداف العلاج ونجاحه، وأنه في حالة خرقه لا بد من توقيف العلاج وإحالة المدمن على أخصائي نفسي آخر.

المحور الخامس : آليات التقييم النفسي المعتمدة

ذكرت الأخصائية أنه في تعاملها مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تعتمد في المركز على التقييم النفسي الأولي في البداية لتحديد سبب إدمان المفحوص، وأنه يتم منذ الجلسة الأولى عبر جمع البيانات السريرية والتاريخ العلاجي والقضائي لتشخيص الحالة وصياغة خطة علاجية أولية، مع تصريحها أن التقييم الأولي يتضمن المقابلات السريرية ليتحدث فيها المدمن معها حول تاريخ الإدمان وأعراضه وسلوكياته، ويتضمن أيضا الاختبارات النفسية لتقييم القدرات المعرفية والشخصية والأداء العاطفي، دون إشارتها إلى استخدام اختبارات نفسية معيارية.

وأشارت أن التقييم المتواصل في تكفلها النفسي بالمدمنين بالمركز يعد عملية مستمرة لرصد التقدم في العلاج وقياس فعاليته، ومتابعة تطور الحالة من جلسة لأخرى، وتعديل الخطة العلاجية حسب استجابة المفحوص، مؤكدة أنها في تكفلها النفسي مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تجري مقابلات دورية لمناقشة تقدم العلاج، وتحديد أي تحديات جديدة، وتعديل الخطة العلاجية مع المفحوص بناء على نتائج التقييمات المتواصلة.

المحور السادس : دور التنسيق العلاجي متعدد التخصصات

أكدت المبحوثة أنها تعمل بمركز الوسيط لعلاج الإدمان ضمن فريق متعدد التخصصات يشمل طبيب مختص في الأمراض العقلية، طبيب عام، أخصائي نفسي، أخصائي إجتماعي وممرضين، وأنه بمجرد حضور المدمن الى المركز يتم توجيهه إلى الطبيب المختص في الأمراض العقلية Psychiatre من أجل فحصه طبيا وفتح له ملف طبي ومزاولة العلاج الطبي على مستواه لا سيما منها تزويده بالأدوية والإنقاص التدريجي للجرعات لإزالة التعلق بالعقار، وفي نفس الوقت يتم توجيهه إلى الأخصائي النفسي من أجل التكفل النفسي به، مؤكدة على

وجود تنسيق بين الفريق العلاجي على مستوى المركز، خاصة في المراحل الأولى ، أين يتم الجمع بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي، مما يعكس فعالية المقاربة المتعددة التخصصات في التكفل بالحالات المركبة التي تجمع الإدمان والسلوك الإجرامي.

وبحسب الأخصائية النفسية المبحوثة فإن مراحل التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تبدأ بإزالة التعلق كون هؤلاء الأخيرين لهم تعلق بالمخدر أو المؤثر العقلي الذي يتعاطونه، وأنه فور توقفهم عنه تحدث لهم أعراض انسحابية جسدية ممثلة في الحمى، التعرق، الإرهاق وعدم النوم...وأعراض انسحابية نفسية كالإكتئاب والقلق وسهولة الإستثارة، وبالتالي يبدأ بالعلاج الدوائي لإزالة التعلق وبالتبعية الإنقاص التدريجي للجرعات ثم يليه التكفل النفسي.

أوضحت المبحوثة أن التنسيق الدوري بين الفريق العلاجي في المركز يكون على شكل اجتماعات وتبادل تقارير لتقييم التقدم العلاجي وتحديد الإجراءات التالية، وأكدت أن هذا التعاون يعزز فعالية التكفل ويضمن استمرارية الرعاية.

وفي الأخير صرحت أن العمل ضمن فريق علاجي متكامل بالمركز أبان على تقديم مساعدة متكاملة للمدمنين من خلال توفير مجموعة متنوعة من الخدمات والعلاج للتعامل مع المشاكل الطبية والنفسية للإدمان.

المحور السابع : استجابات المدمنين للعلاج وإمكانية الانتكاسة

أوضحت المبحوثة أن إستجابة المدمنين للعلاج بالمركز تتنوع وتختلف من شخص لآخر، وأن نجاح العلاج مرتبط بعوامل متعددة، أهمها وجود الإرادة الداخلية القوية لدى المفحوص، والرغبة الحقيقية في التعافي، واعتماد المدمن على الأخصائي لبناء ثقة متبادلة وإختيار العلاج المناسب، إضافة الى دعم الأسرة والأصدقاء، والإبتعاد عن الأماكن، المواقف والأشخاص الذين يكونون

سببا في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والذين بدورهم يؤدون إلى السلوك الإجرامي، مع تأكيدها أنها سجلت بالمركز حالات شفاء بعد التزام طويل، لكنها نبهت إلى ضرورة المتابعة المستمرة للمدمن لضمان إستمراره في مسيرة التعافي وتقليل خطر الإنتكاسة، من خلال تسجيلها لحالات إنتكاسة لدى بعض المدمنين المعالجين بالمركز بسبب تعرضهم للمحفزات التي تؤدي لذلك، مثل الأماكن التي كان يتعاطى فيها المخدرات والمؤثرات العقلية، والأشخاص الذين كانوا يتعاطون معا، وتسجيلها أيضا وجود خطر الإنتكاسة خاصة لدى من لا يملكون بدائل سلوكية إيجابية بعد الخروج من المركز.

المحور الثامن: آليات الدعم النفسي لمنع الانتكاسة

منع الإنتكاسة بعد خروج المدمن من المركز يتضمن آليات للدعم النفسي، وهو ما أشارت إليه الأخصائية النفسية بقولها أن منع الإنتكاسة يتضمن تحديد مع المدمن العوامل التي قد تؤدي الى الإنتكاسة مثل تحديد الأشخاص أو الأماكن أو المواقف التي قد تثير الرغبة في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية ثم تجنبها أو التعامل معها بشكل فعال، اضافة الى تحديد نوع المخدر أو المؤثر العقلي او حجم الجرعة الذي يدفع به الى ممارسة السلوك العدواني ثم العمل برفقته على تجنبها من خلال تطوير مهارات التأقلم مع الضغوط النفسية والعاطفية دون اللجوء إليه، ومن أمثلتها بناء شبكة دعم قوية من خلال دعم المفحوص على الإنضمام إلى مجموعات دعم أو بناء علاقات صحية مع العائلة والأصدقاء، مع الإستمرار في العلاج النفسي والحصول على إستشارات من أخصائيين في مجال الإدمان، وطلب المساعدة فورا في حالة الشعور بأي رغبة في العودة إلى الإدمان، وأشارت الأخصائية النفسية أن تقنيات تقادي الإنتكاسة تختلف من مدمن لآخر بحسب درجة ومدة إدمانه وتبعا لنوعية السلوكات الإجرامية التي يرتكبها، ومن تقنياتها تدريب المفحوص على استبدال العادات السلبية بأخرى إيجابية، تجنب المحفزات

(الأماكن، الأشخاص، المواقف)، وتقديم الدعم المعنوي خلال الجلسات، ممارسة تقنيات الإسترخاء مثل التأمل أو تمارين التنفس العميق، ممارسة الهوايات المفضلة أو الانخراط في أنشطة جديدة لملء الفراغ والإبتعاد عن أفكار الإدمان، ممارسة نشاطات رياضية بانتظام لتحسين المزاج والتقليل من التوتر، مما يساعد على تعزيز التكيف الاجتماعي تدريجيًا بعد الخروج من المركز.

المحور التاسع: الصعوبات الميدانية التي تواجه الأخصائي النفسي بالمركز

أوضحت الأخصائية النفسية وجود جملة من التحديات التي تواجه التكفل النفسي الفعال بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالمركز، منها:

- قلة الأخصائيين مقابل ارتفاع عدد الحالات، مما يضعف جودة التكفل.
- نقص التكوين المستمر في مجال علاج الإدمان .
- غياب الدافع الداخلي لدى بعض المفحوصين خصوصًا ممن أُحيلوا على المركز من طرف الجهات الأمنية أو القضائية.
- صعوبة بناء علاقة علاجية فعالة في غياب رغبة حقيقية من المدمن.

ومع ذلك أشارت الأخصائية إلى أن اعتماد العلاج السلوكي المعرفي يُساهم في التغلب نسبيًا على بعض هذه العراقيل، نظرًا لمرونتها، وفعاليتها، وسهولة تطبيقها من قبل مختص متمكن أكاديميًا وعمليًا.

2 عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية

2-1 تقديم الحالة الثانية:

الأخصائية النفسانية (سميرة) تعمل بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة منذ حوالي عشر (10) سنوات، متحصلة على شهادة ماستر في علم النفس العيادي، لم تستقد من أي تكوين مستمر في مجال تخصصها، ولها خبرة مهنية في المركز في مجال علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية لا سيما منهم ذوي السلوك الإجرامي.

2-2 عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثانية :

المحور الأول : وصف إجراءات التكفل النفسى الميدانى المعتمدة من طرف الأخصائية النفسية

المقابلة التي أُجريت مع الأخصائية النفسية بمركز " الوسيط لعلاج الإدمان " بولاية البويرة، تبين من خلالها أن المدمنين ذوي السلوك الإجرامي يحضرون إلى المركز بمحض إرادتهم، أو عن طريق مرافقيهم من أفراد الأسرة أو الأصدقاء، أو بموجب طلب صادر عن جهات الإحالة ممثلة في الشرطة أو العدالة، بعد أن يتم ضبطهم متلبسين بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية. وأشارت أيضا أنه بعد إستقبال المعنيين من طرف مسؤول المركز وتسجيلهم في سجل مخصص لذلك، يتم إحالتهم على الطبيب المختص في الأمراض العقلية لمباشرة الفحص والعلاج الطبي خاصة المدمنين الذين يكونون في حالة إدمان جد متقدمة، أين تظهر عليهم أعراض انسحابية جسدية مثل الحمى، التعرق، الإرهاق، وفي الوقت نفسه يتم توجيههم أمامها أو أمام أي أخصائية نفسية أخرى بالمركز للشروع في التكفل النفسي، أين يتم فتح ملف نفسي يتضمن معلومات شاملة حول الهوية، التاريخ الإدماني والعلاجي، ثم تُحدد خطة علاجية فردية، كما يتم تحديد حصص علاجية ثابتة من حيث العدد والزمن، ضمن ما يُعرف بالعقد العلاجي، حيث صرحت

الأخصائية النفسية أنه في الجلسة الأولى مع المفحوص تُجمع جميع المعلومات الشخصية عن الحالة، ويتم تحديد عدد الحصص أسبوعياً بمعدل حصتين في كل أسبوع لمدة محددة ب (45) دقيقة لكل حصة، مع تنبيه المفحوص بالتقيد بالتوقيت المخصص له، وأنه في حالة تخلف أحدهم عن الوقت المخصص له لا سيتبدل بمفحوص آخر ويتم إكمال الوقت المتبقي معه في حالة حضوره متأخراً.

وبخصوص التقيد بالعلاج أكدت المبحوثة أن الحضور الإرادي من قبل المدمنين يساهم بشكل أفضل في فاعلية العلاج النفسي مقارنة بالحضور القسري.

وباعتبار أن التكفل العلاجي بفئة المدمنين ذوي السلوك الإجرامي خاصة يتطلب ضرورة التقيد بالضوابط المهنية أشارت المبحوثة أنه حتى يقوم الأخصائي النفسي بدور فعال في التكفل بالمدمنين وتقديم برنامجه العلاجي الشامل بمختلف تقنياته العلاجية ضمن فريق العمل العلاجي، يشترط إضافة إلى تكوينه الأكاديمي والتطبيقي العيادي، أن يتميز ببعض الخصائص الشخصية التي تزيد من فعالية تدخله العلاجي لا سيما منها:

- الاهتمام الجاد والحيوي في مساعدة المدمن.
- القبول للامشروط للمدمن كفرد مريض يعاني يحتاج إلى تفهم ومساعدة.
- الوثوق من قدرته العلاجية وتقنيات التدخل والتكفل بالمدمنين.
- الفعالية في الإتصال والتعليم مع المدمنين لخلق طرق جديدة من التفكير عندهم.
- القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته ومغافى من القلق والاكتئاب.
- الصبر، المثابرة، الصدق ولديه تقمص وجداني.
- يتمتع بالصفات الأخلاقية المهنية وبروح المسؤولية.

- مشجع ومحفز وعنده حضور Disponible، وينقل هذه الصفات للمرضى المدمنين ويقدر التغيير عندهم مهما كان صعبا ومطولا.

- أن يتعلم التعرف على أفكاره الخاطئة والعمل على مناهضتها وتغييرها.

- أن يبتعد عن المعتقدات الخاطئة تجاه ذاته واتجاه المدمنين لتجنب أعراض الإحباط والإضطراب التي تعيق دوره الفعال والتي تنعكس سلبًا على المدمنين الذين يصابون بالإحباط الذي يكون أحد عوامل الانتكاس.

وبخصوص تواتر المقابلات العلاجية بالمركز يجب أن تكون منتظمة، بحيث صرحت المبحوثة أن عملية تكفلها النفسي بالمركز لفئة المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تبدأ بعقد علاجي يحدد فيه عدد الحصص الأسبوعية بمعدل حصة في كل أسبوع، لمدة (45) دقيقة، وفقا لمعيار أساسي متمثل في العدد الكبير للمدمنين على المركز في مقابل قلة عدد الأخصائيين، مع تأكيدها على الإتفاق مع المدمنين على إحترام الوقت المحدد للحصة كعامل حاسم في التكفل النفسي.

المحور الثاني : نوعية المقاربات النفسية المعتمدة

صرحت الأخصائية النفسية أنها تعتمد بالمركز على المقاربة التحليلية والمقاربة السلوكية المعرفية في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بحسب الحالة، وأشارت ان الفحص العيادي للمدمن تتأكد بموجبه من وجود إضطرابات في شخصيته من عدمه، وذلك بعد التعرف على بنيته الشخصية ما إن كانت ذهانية أو عصابية أو تدخل ضمن الحالات

الحدية لتحديد نقاط القوة والضعف فيها، على أساس أنه في الحالات الحدية يكون لديهم الدافعية للإجرام.

وبخصوص المقاربة النفسية المعتمدة أكدت المبحوثة أنها تختارها بحسب نوع الإدمان وحسب الحالة السلوكية والنفسية للمدمن بالنظر لما توفره من فعالية، وأنه بخصوص المقاربة التحليلية صرحت أنها لا تعتمد على التحليل النفسي الكلاسيكي بالنظر لطول مدته ولا يلقى قبولا من طرف المدمنين خاصة ذوي السلوك الإجرامي، وإنما تعتمد على العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي كونها أقصر مدة وأكثر تركيزا على المشكلات الحالية بدلا من استكشاف الماضي الطفولي بالتفصيل، وترتكز على جوانب محددة، وتستخدم تقنيات أخرى لتعزيز العملية العلاجية مثل تحليل التحويلات وتفسيرها لتغيير السلوكات السلبية للمدمن وتحسين نوعية حياته.

وإضافة الى العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي أظهرت المبحوثة أنها تعتمد في حالات أخرى على نموذج المقاربة السلوكية المعرفية من أجل إعادة بناء الأفكار المشوهة لدى المدمن واستبدالها بأفكار عقلانية، لفعاليتها مع بعض المدمنين خاصة منهم ذوي السلوكات الإجرامية البسيطة مثل سرقة مبالغ مالية بسيطة من أجل شراء المخدرات أو المؤثرات العقلية، خاصة أنها مقارنة قصيرة المدى وتتيح مشاركة المفحوص في العلاج، مما يعزز التفاعل والتقدير الذاتي.

المحور الثالث : الخطة العلاجية الفردية (تقييم مدى التزام المفحوصين بالإطار العلاجي)

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائية النفسية أبرزت أنها تتحصل على المعلومات الشخصية للمدمن باستعمال مقاربة التحليل النفسي للتعرف على نوعية بنيته ومن ثم شخصيته ونوع الإضطراب الذي يعاني منه، الذي قد يكون هو السبب الحقيقي وراء إدمانه على المخدرات والمؤثرات العقلية، إضافة إلى إمكانية معرفة سبب سلوكه الإجرامي ما إن كان يرجع إلى حالة الإدمان أم لأسباب أخرى، وعلى إثرها يتم تحديد الخطة العلاجية، التي تبدأ بإجراء

مقابلات مفتوحة أو نصف موجهة بحسب حالة المدمن، للحصول على معلومات حول حالة الإدمان، أسبابها، مدتها، الأشخاص، الأماكن والمواقف التي تزيد من تعاطيه للمخدرات والمؤثرات العقلية ونوع السلوكيات الإجرامية التي يرتكبها عادة.

وباعتبار أنه مهما كانت المقاربة النفسية المعتمدة فإنها تحتاج إلى بناء علاقة ثقة بين الفاحص والمفحوص، أشارت المبحوثة أن علاقة الثقة التي تبينها مع المدمنين تظهر من خلالها لهم الإستماع والنشط والتعاطف في فهم المشاعر والأحاسيس، من خلال عوامل تعزيزها، وذلك بالوضوح في تحديد بنود العقد العلاجي، والإستمرار في العلاج بانتظام، مع إستعراض التقدم المحرز بإستمرار بواسطة التواصل الفعال والتعاون في تحقيق الأهداف العلاجية.

وبخصوص إشراك المدمن في الخطة العلاجية أكدت المبحوثة أن له أهمية كبيرة في تعزيز الثقة في الأخصائي النفسي ويساهم في فاعلية التكفل النفسي.

وباعتبار أن المركز يستقبل المدمنين لتلقي العلاج بصفة إرادية أو قسرية في حالات أخرى، أشارت المبحوثة أن التقيد بالخطة العلاجية يكون إيجابيا بمحض إرادتهم، مما يظهر فاعلية العلاج معهم، بخلاف للمدمنين الذين يحضرون للمركز بطلب من الجهات الأمنية أو القضائية، فإنه عادة ما يتم خرقهم للخطة العلاجية، يحاولون فقط الحصول على وثيقة تفيد تماثلهم للعلاج لتفادي معاقبتهم.

وأشارت الأخصائية النفسية أن الخطة العلاجية المعتمدة من طرفها بالإشتراك مع المدمن تقوم على عدة أجزاء منها:

- تقييم حالة الإدمان وسبب حدوثها.

- تحديد الأهداف العلاجية المراد تحقيقها.

- كيفية متابعة العلاج وتقييم مدى نجاحه.

- تعديل الخطة العلاجية بحسب الحاجة.
- توضيح الآثار الجانبية المحتملة للعلاج وكيفية التعامل معها.
- تحديد مدة العلاج المتوقعة، وذلك بالنسبة لطالبي العلاج الذين يطلبونه إراديا فقط.
- وباعتبار أن الخطة العلاجية يتم الإعتماد فيها على عدة تقنيات، أشارت الأخصائية النفسية أنها تعتمد على بعض التقنيات منها:
- الإسترخاء.
- تمارين التنفس في امامها بالمركز، وتعليمها للمدمن القيام بها في المنزل، وذلك من خلال عمليات ضبط التنفس خلال خمس ثواني لمدة أقصاها ثلاث دقائق، بمعدل ثلاث مرات في اليوم.
- التخيل والتأمل في الأماكن التي يشعر فيها المدمن بالراحة، مثل الغابة، البحر، وذلك بحسب افكار المفحوص بعد التحدث معه لمعرفة نقاط ضعفه وقوته.
- التفريغ الانفعالي للتعبير عن الضغوط والمشكلات النفسية.
- العمل على منع الانتكاسة عبر تجنب المثيرات والأشخاص أو الأماكن المرتبطة بالإدمان.
- مرجعة أسباب ذلك أن المدمن ذو شخصية ملققة، وأن الطاقة الزائدة لا بد له من بتفريغها، كما أن لديه ربط بين الإدمان ومشاعر الفرح أو الحزن، وبالتالي لا بد من كسر الإستثمار الأول وإستبداله بإستثمار آخر مثل الرياضة، العمل، الدراسة...
- وبحسب تصريحات الأخصائية النفسية فإن المقاربة النفسية المعتمدة من طرفها أبانت على فعالية كبيرة بالنظر لعلاج حالات الإدمان في أقصر الآجال خاصة مع المفحوصين حديثي الإدمان.

وبخصوص المراجعة الدورية للخطة العلاجية، صرحت المبحوثة أنها تكون محل مراجعة بحسب تقدم العلاج من عدمه، وبحسب حالة المدمن، مع تأكيدها أن متابعة وتقييم المدمن أمامها أظهر وجود تفاوت في التزام المدمنين بالحصص العلاجية حسب جهة الإحالة، حيث أن حالات الإحالة القضائية أو الأمنية تكون غالباً أقل التزاماً من الحالات الإرادية، ما يؤثر على نجاعة العلاج، وقد ذكرت أن هذا الالتزام يُراقب بدقة ويتم الإبلاغ عن المخالفين إلى الجهات المختصة، مما يُدخل عاملاً قانونياً ضمن الإطار العلاجي.

المحور الرابع : إحترام الإطار العلاجي

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائية النفسية صرحت أنه في الجلسة الأولى مع المفحوص تُجمع جميع المعلومات الشخصية والتاريخ العلاجي له، والتعرف على بنيته، وبالنتيجة شخصيته ونوع الإضطراب الذي يعاني منه، الذي قد يكون هو السبب الحقيقي وراء إدمانه على المخدرات والمؤثرات العقلية، اضافة إلى إمكانيتها معرفة سبب سلوكه الإجرامي ما إن كان يرجع إلى حالة الإدمان أم لأسباب أخرى، ويتم تحديد الإطار العلاجي بحسبها في الجلسة الأولى أيضاً، من حيث عدد الحصص بمعدل حصة في كل أسبوع لمدة محددة ب (45) دقيقة، مع تحديد تاريخها وساعة بدايتها بالضبط، مع تنبيه المفحوص بالتوقيت المخصص له، ويتبع التعليمات التي تم إبلاغه بها، ودون تعويضه بحصة أخرى في حالة عدم حضوره في الحصة المحددة له، بإعتبار أن ذلك يؤثر على الإطار العلاجي.

وأضافت المبحوثة أنه بدورها هي لا بد لها من إحترام الإطار العلاجي الذي تم الإتفاق عليه في البداية مع المفحوص لضمان نجاح التكفل وسلامته، لا سيما منه الإحترام المتبادل بينها وبين المفحوص، مع المحافظة على سرية المعلومات التي يصرح لها بها، وصرحت أيضاً أنه يجب على المفحوص أن يحافظ على خصوصيتها التي قد يطلع عليها أثناء الحصص العلاجية.

- وأوردت المبحوثة بعض الأمثلة عن إنتهاكات الإطار العلاجي من جانب الفاحص نذكر منها :
- تجاوز الحدود المهنية، كتكلم المعالج مع المفحوص عن حياته الشخصية أو يطلب منه مشاركته في أنشطة شخصية.
 - تأخير الجلسات أو عدم الإلتزام بالمدة الزمنية المحددة.
 - عدم إحترام خصوصية المفحوص.

وأشارت الأخصائية النفسية أن إحترام الإطار العلاجي يساعد على تحقيق أهداف العلاج ونجاحه، وأنه في حالة خرقه لا بد من توقيف العلاج وإحالة المدمن على أخصائي نفسي آخر، مع تأكيدها أنه غالبا ما يتم خرق الإطار العلاجي من طرف المدمنين الذين يكونون محل طلب إحالة من الجهات الأمنية أو القضائية دون المدمنين الذين يطلبون العلاج بالمركز بمحض إرادتهم، وأنه في هذه الحالة يتم إبلاغهم بذلك مع توقيف العلاج مع المدمن، مما يُدخل عاملاً قانونياً ضمن الإطار العلاجي.

المحور الخامس: آليات التقييم النفسي المعتمدة

ذكرت الأخصائية أن تعاملها مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي في المركز تعتمد فيه منذ الجلسة الأولى على التقييم النفسي الأولي لتحديد سبب الإدمان من خلال جمع البيانات السريرية والتاريخ العلاجي والقضائي لتشخيص الحالة وصياغة خطة علاجية أولية، مع الوقوف على الدافعية للتغيير من جانب المفحوص، والتحليل الوظيفي للسلوكات والإنفعالات التي يبدئها، بإعتبار أن أفكار وعواطف المدمن تعطي سلوكات معينة قد تكون إجرامية ولا عقلانية، التي يستوجب تعديلها وبناءها حتى تعطي أفكار عقلانية، بإعتبار أن الفكرة الخاطئة ينجم عنها سلوك خاطئ وإعادة تصحيحها ينجم عنها سلوك عقلائي، مع

تصريحها أن التقييم الأولي يتضمن المقابلات السريرية والإختبارات النفسية لتقييم القدرات المعرفية والشخصية والأداء العاطفي للمدمن، دون إشارتها إلى استخدام اختبارات نفسية معيارية. وبخصوص السلوك الإجرامي للمفحوص الناجم عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية أظهرت المبحوثة أن السلوك الإجرامي هنا يعتبر موضوع ألم، وبالتالي لا بد لها من ربط الإدمان بموضوع الألم، مثلاً قد يكون موضوع الألم هو السلوك الذي أدى به إلى خلاف مع الغير الناجم عن تأنيب الضمير، أين ترجع معه في هذه الحالة الى سبب القيام بهذا السلوك ومحاولة ربطها بالإدمان، على أن يكون تقييم هذا السلوك في جميع مراحل التكفل النفسي، سواء في بدايته أو أثناء السيرورة العلاجية، وأنه بحسب الحالات التي تكفلت بها نفسياً فإن غالباً ما يتحول الإدمان السلوكي إلى إدمان مادي، مثلاً الإدمان على العادة السرية يتحول إلى إدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

وللوقوف على تقدم السيرورة العلاجية من عدمها يتطلب إعادة التقييم النفسي خلال مراحل العلاج، وهو ما أشارت إليه المبحوثة من خلال بعض التقنيات المعتمدة من طرفها، لا سيما منها تقنية سلم الضغوطات والمشاكل، وذلك:

- بتحديد مختلف المشاكل اليومية للمدمن سواء في العائلة، العمل أو في العلاقات الشخصية.
- تحديد النسبة المئوية للمشاكل والضغوطات التي تؤدي إلى الإدمان.
- تحديد النسبة المئوية للسلوكات الإجرامية الناجمة عن حالة الإدمان.
- الوصول الى نسبة تقدير الذات لدى المفحوص.

كما صرحت أنه في إطار التقييم النفسي المتواصل تعتمد على مقارنة التحليل النفسي من خلال العلاقة الوالدية مع الطفل (حب/كره)، أين توصلت أن التنشيطات بالنسبة للمدمن تكون في المرحلة الفمية ثم تحصل بعدها تنشيطات أخرى التي تظهر كلها في مرحلة المراهقة على مستوى

الفم، وهو ما يعرف بالإدمان المادي، لذا يتعين تصريف الطاقة بواسطة الرياضة أو جماعة الرفاق...، وإذا لم يتم علاجها يظهر الإضطراب المصاحب للسلوك الإجرامي من خلال السرقات والإعتداءات.

وأشارت المبحوثة أن التقييم المتواصل في تكفلها النفسي بالمدمنين بالمركز يعد عملية مستمرة لرصد التقدم في العلاج وقياس فعاليته، ومتابعة تطور الحالة من جلسة لأخرى، وتعديل الخطة العلاجية حسب استجابة المفحوص، مؤكدة أنها في تكفلها النفسي مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تجري مقابلات دورية لمناقشة تقدم العلاج، وتحديد أي تحديات جديدة، وتعديل الخطة العلاجية مع المفحوص بناء على نتائج التقييمات المتواصلة.

المحور السادس : دور التنسيق العلاجي متعدد التخصصات

أكدت المبحوثة أنها تعمل بمركز الوسيط لعلاج الإدمان ضمن فريق علاجي يضم طبيب مختص في الأمراض العقلية، طبيب عام، أخصائي نفسي، أخصائي إجتماعي وممرضين، وأنه بعد حضور المدمن الى المركز يتم التكفل به طبيا من طرف طبيب مختص في الأمراض العقلية، الذي يعمل على إزالة التعلق له على المخدرات أو المؤثرات العقلية التي تسبب له الإدمان وذلك بتزويده بالأدوية للإنقاص التدريجي للجرعات التي إعتادها، خاصة بالنسبة للمدمنين ذوي السلوك الإجرامي، وبعدها يتم توجيهه إلى الأخصائي النفسي من أجل التكفل النفسي به، مؤكدة أن الأخصائي النفسي لا يمكنه أن يعمل بمفرده في المركز خاصة بالنسبة لفئة المدمنين منذ وقت طويل، كونهم يبدون تصرفات عدوانية ضد ذواتهم وضد الغير أيضا، مما يتطلب تزويدهم ببعض الأدوية المهدئة مثل الفاليوم من طرف طبيب مختص، تبدأ بإزالة التعلق، كون هؤلاء الأخيرين لهم تعلق بالمخدر أو المؤثر العقلي الذي يتعاطونه، وأنه فور توقفهم عنه تحدث لهم أعراض انسحابية جسدية ممثلة في الحمى، التعرق، الإرهاق وعدم النوم...وأعراض

إنسحابية نفسية كالإكتئاب والقلق وسهولة الإشتارة، وهو ما يفيد بوجود تنسيق بين الفريق العلاجي على مستوى المركز، خاصة في المراحل الأولى ، أين يتم الجمع بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي، ولا يمكن لأي عنصر ضمن الفريق العلاجي أن يعمل بمفرده دون الإستعانة بباقي الفاعلين، مما يعكس فعالية المقاربة المتعددة التخصصات في التكفل بالحالات المركبة التي تجمع الإدمان والسلوك الإجرامي، التي تبدأ بالعلاج الدوائي لإزالة التبعية للعقار ثم يليه التكفل النفسي.

أوضحت المبحوثة أن التنسيق الدوري بين الفريق العلاجي في المركز يكون على شكل اجتماعات وتبادل تقارير لتقييم التقدم العلاجي وتحديد الإجراءات التالية له، وأكدت أن هذا التعاون يعزز فعالية التكفل ويضمن استمرارية الرعاية.

وفي الأخير صرحت أن العمل ضمن فريق علاجي متكامل بالمركز أبان على تقديم مساعدة متكاملة للمدمنين من خلال توفير مجموعة متنوعة من الخدمات والعلاج للتعامل مع المشاكل الطبية والنفسية للإدمان.

المحور السابع : استجابات المدمنين للعلاج وإمكانية الانتكاسة

أوضحت المبحوثة أن إستجابات المدمنين للعلاج بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة تختلف تبعا لإختلاف الحالات الفردية، إذ أن بعض المدمنين يظهرون إستجابات إيجابية للعلاج، حيث يمتلكون الإرادة والدافعية للتغيير للخروج من حالة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية المرتبط بالسلوك الإجرامي، مما يزيد من فرص تعافهم، فيما يواجه البعض صعوبة في التعافي، خاصة إذا كانوا مجبرين على العلاج وليسوا راغبين فيه، مثل الحالات التي يتم إستقبالهم بعد توجيههم إلى المركز بصفة قسرية من طرف الجهات الأمنية والقضائية، مما يزيد في صعوبة إستجاباتهم للعلاج ويزيد من احتمالية عودتهم للإدمان.

وبخصوص الإستجابات الإيجابية للعلاج بالمركز، أوضحت الأخصائية النفسية أن المدمنين يحتاجون إلى فترة طويلة للعلاج قد تصل الى ستة أشهر أو حتى سنة، لكي يتمكنوا من التخلص عن الإدمان وتغيير نمط حياتهم، على أن يتابعوا العلاج ضمن الفريق العلاجي الطبي والنفسي بشكل دوري بحسب الخطة العلاجية والإطار العلاجي المحددين عند بداية التكفل، لتفادي الانتكاسة.

وباعتبار أن هناك العديد من العوامل تؤثر في إستجابة المدمنين للعلاج، ذكرت الأخصائية النفسية أنه من بين العوامل الأخيرة، نوع المخدر أو المؤثر العقلي الذي يتعاطاه المدمن، مدى استهلاكه له، وطبيعة المشاكل والضغوطات التي أدت به إلى الإدمان، والتي يتعين أخذها بعين الاعتبار في العلاج، من خلال تعليم المفحوص طرق صحية للتعامل من الضغوط النفسية وعلاج الإضطرابات النفسية.

وفي مقابل العوامل التي تؤثر في إستجابة المدمنين للعلاج صرحت الأخصائية النفسية أن نجاح العلاج مرتبط أيضا بعدة عوامل ، أهمها وجود الإرادة الداخلية القوية لدى المفحوص، والرغبة الحقيقية في التعافي، واعتماد المدمن على الأخصائي لبناء ثقة متبادلة واختيار العلاج المناسب، إضافة الى دعم الأسرة والأصدقاء، والإبتعاد عن الأماكن، المواقف والأشخاص الذين يكونون سببا في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والذين بدورهم يؤديون إلى السلوك الإجرامي، مع تأكيدها أنها سجلت بالمركز حالات شفاء بعد التزام طويل، لكنها نبهت إلى ضرورة المتابعة المستمرة للمدمن لضمان إستمراره في مسيرة التعافي وتقليل خطر الانتكاسة، من خلال تسجيلها لحالات إنتكاسة لدى بعض المدمنين المعالجين بالمركز بسبب تعرضهم للمحفزات التي تؤدي لذلك، مثل الأماكن التي كان يتعاطى فيها المخدرات والمؤثرات العقلية، والأشخاص الذين كانوا

يتعاطون معا، وتسجيلها أيضا وجود خطر الانتكاسة، خاصة لدى من لا يملكون بدائل سلوكية

إيجابية بعد الخروج من المركز، مرجعة ذلك إلى مجموعة من الأسباب، نذكر منها:

- الضغط العصبي والمشاكل الأسرية التي يتعرض لها المدمن بعد فترة التعافي.
- قلة ثقة المدمن في نفسه وفي قدراته على الابتعاد عن المخدرات ومواجهة الإغراءات.
- الأسباب الاجتماعية التي تسيطر على المدمن وتدفعه للعودة إلى الإدمان، مثل حالة عدم تقبله من طرف أفراد الأسرة أو العمل.
- جماعة الرفاق من المدمنين غير المتعافين الذين يمارسوا كافة أنواع الضغط والتأثير لإفشال تعافي من نجحوا في التخلص من الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، الذي يعتبر أقوى أسباب الانتكاسة.

وتوصلت الأخصائية النفسية بالمركز أن علامات الانتكاسة لدى بعض المدمنين المعالجين يمكن ملاحظتها من خلال:

- ظهور القلق والتوتر لديهم.
- إختلاف وزن المريض سواء بالزيادة أو النقصان.
- عدم الرغبة في ممارسة أي نوع من الرياضة.
- عدم الرغبة في الجلوس مع الأهل أو الآخرين أو التحدث معهم.
- تفضيل العزلة الاجتماعية.
- زيادة أنواع السلوك الإجرامي العنيف.
- إختلال أوقات النوم.
- عدم الانتظام في تناول الأدوية المزيلة للتعلق بالعقار أو الإنقاص التدريجي للجرعات.
- التوقف عن حضور جلسات العلاج النفسي.

المحور الثامن: آليات الدعم النفسي لمنع الانتكاسة

الدعم النفسي المقدم للمفحوصين بعد إنتهاء العلاج بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة يهدف إلى تعزيز صحتهم النفسية والوقاية من الإنتكاسة، ويشمل مجموعة من الأنشطة التي تسهم في تحقيق ذلك وتمنع الإنتكاسة، وهو ما أشارت إليه الأخصائية النفسية بتركيزها على أهمية الدعم النفسي بعد العلاج بقولها، أنه قد يواجه المفحوصون مشاعر متضاربة بعد إنتهاء العلاج، مثل القلق، الإكتئاب والشعور بالخوف من العودة إلى الحياة الطبيعية، مما يتطلب الدعم النفسي لهم لمساعدتهم على التعامل مع هذه المشاعر بشكل صحي، إضافة إلى الدعم النفسي للتكيف مع التغيرات في نمط حياة المفحوص وتعزيز الرفاهية النفسية من خلال توفير بيئة آمنة ومحفزة له على التعافي والعلاج.

وفي هذا الخصوص أشارت أيضا أن هناك العديد من أنواع الدعم النفسي المقدم للمفحوصين بعد إنتهاء العلاج للوقاية من الإنتكاسة، أهمها :

- الدعم العاطفي، الذي يشمل تشجيع المفحوصين والتعبير عن مشاعرهم.
 - الدعم الإجتماعي، من خلال تعزيز الروابط الإجتماعية بين المفحوصين وعائلاتهم وأصدقائهم.
 - الدعم المهني، بالعودة الى مكان العمل أو الدراسة أو الحصول على تدريب مهني.
 - الدعم الطبي، الذي يشمل المتابعة الطبية والنفسية الدورية.
- كما أنه لمنع الإنتكاسة لابد من توفير بيئة آمنة للمدمن بعد نهاية العلاج التي تساعد على تبادل الخبرات وبناء شبكة دعم قوية، وفي هذا الخصوص صرحت الأخصائية النفسية أنه عادة ما تقوم بتحديد المحفزات لدى المدمنين المعالجين بالمركز التي قد تؤدي إلى الإنتكاس وتعليمهم إستراتيجيات للتعامل معها، من خلال تشجيعهم على المشاركة في مجموعات الدعم المختلفة،

مثل الأسرة، جماعة الرفاق، الأقارب، والقيام بأنشطة رياضية وترفيهية، والإبتعاد قدر المستطاع عن الأشخاص، المواقف والأماكن التي يستعيد من خلالها الرغبة على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، والانخراط في نوادي وجمعيات رياضية خارجية، خاصة منها التي تمارس أنشطة رياضية تعتمد على القوة البدنية، مثل رياضة الكاراتي دو، الجيدو، الملاكمة... خاصة المدمنين ذوي السلوك الإجرامي من أجل تصريف الطاقة الزائدة، مع تأكيد المبحوثة على دعم المفحوص على الإستمرار في العلاج النفسي والحصول على إستشارات من أخصائيين في مجال الإدمان، وطلب المساعدة فوراً في حالة الشعور بأي رغبة في العودة إلى الإدمان، وأشارت الأخصائية النفسية أن تقنيات تقادي الإنتكاسة تختلف من مدمن لآخر بحسب درجة ومدة إدمانه وتبعاً لنوعية السلوكات الإجرامية التي يرتكبها، ومن تقنياتها تدريب المفحوص على استبدال العادات السلبية بأخرى إيجابية، تجنب المحفزات (الأماكن، الأشخاص، المواقف)، وتقديم الدعم المعنوي خلال الجلسات، ممارسة تقنيات الإسترخاء مثل التأمل أو تمارين التنفس العميق، ممارسة الهوايات المفضلة أو الانخراط في أنشطة جديدة لملء الفراغ والإبتعاد عن أفكار الإدمان، مما يساعد على تعزيز التكيف الاجتماعي تدريجياً وتجنب الإنتكاسة بعد الخروج من المركز.

المحور التاسع : الصعوبات الميدانية التي تواجه الأخصائي النفسي بالمركز

يواجه الأخصائيين النفسيين الذين يتكفلون بعلاج مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي العديد من الصعوبات بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، وقد أشارت الأخصائية النفسية إلى البعض منها نذكرها فيما يلي :

- صعوبة إكتشاف الأسباب الكامنة وراء الإدمان، التي قد تكون وراثية، نفسية، إجتماعية أو بيئية.

- صعوبة بعض المدمنين في التعبير عن مشاعرهم وأفكارهم، مما يزيد في صعوبة فهم دوافع إدمانهم.
- قلة الأخصائيين مقابل ارتفاع عدد الحالات، مما يضعف جودة التكفل.
- صعوبة تغيير السلوكات المدمرة.
- صعوبة المحافظة على الدافعية في العلاج.
- قيود متعلقة بالموارد المادية أو البشرية المتاحة.
- تحديات في التعامل مع المواقف الصعبة التي يواجهها المدمنون، مثل: المواقف الاجتماعية والنفسية والإقتصادية.
- استجابات غير متوقعة من قبل المدمنين، مثل: الإنتكاس، وبالتالي الحاجة إلى مساعدة خارجية لمساعدتهم على فهم العلاج والإستجابة له بشكل أفضل.
- ومع ذلك أشارت الأخصائية إلى أن التكفل النفسي الجاد يُساهم في التغلب نسبياً على بعض هذه العراقيل.

3 عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة:

3-1 تقديم الحالة الثالثة:

الأخصائية النفسانية (يسمينة) تعمل بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة منذ حوالي عشر (10) سنوات، متحصلة على شهادة ليسانس في علم النفس العيادي، لم تستفيد من أي تكوين مستمر في مجال تخصصها، ولها خبرة مهنية في المركز في مجال علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية لا سيما منهم ذوي السلوك الإجرامي.

3-2 عرض وتحليل نتائج المقابلة مع الحالة الثالثة :

المحور الأول: وصف إجراءات التكفل النفسى الميدانى المعتمدة من طرف الأخصائية النفسية

من خلال المقابلة التي أُجريت مع الأخصائية النفسية بمركز " الوسيط لعلاج الإدمان " بولاية البويرة، تبين أن المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية لا سيما منهم ذوي السلوك الإجرامي يحضرون إلى المركز إما إراديا، أو إجباريا من طرف الشرطة أو العدالة بعد أن يتم ضبطهم متلبسين بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية دون ترويجها أو المتاجرة فيها، أو ممارستهم لأي سلوك إجرامي بسبب حالة الإدمان.

وأشارت أيضا أنه بعد إستقبال المعنيين من طرف مسؤول المركز وتسجيلهم في سجل مخصص لذلك، يتم إحالتهم على الطبيب المختص في الأمراض العقلية لمباشرة الفحص والعلاج الطبي، وفي الوقت نفسه يتم توجيههم أمام الأخصائية النفسية، أين يتم فتح ملف نفسي يتضمن معلومات شاملة حول الهوية، تاريخ بداية إستهلاك المخدرات أوالمؤثرات العقلية، السوابق العلاجية، ثم تُحدد خطة علاجية فردية، وإطار علاجي بالإشتراك مع المفحوص من حيث عدد

الحصص الأسبوعية المحددة بحصتين، مدة الحصة محددة بـ (45) دقيقة، مع ضبط توقيت بداية الحصة، ضمن ما يُعرف بالعقد العلاجي.

وباعتبار أن التقيد بالإطار العلاجي هو أحد العناصر المساهمة في فعالية التكفل، أكدت المبحوثة أنه في حالة عدم الإلتزام به والتغيب عن الحصص العلاجية بدون مبرر جدي، خاصة بالنسبة للمدمنين الذين يحضرون إلى المركز بصفة إجبارية فإنه يتم توقيف العلاقة العلاجية وتحرير تقرير مفصل عن ذلك، يرسل الى جهة الإحالة لإتخاذ الإجراءات المناسبة.

وبخصوص التقيد بالعلاج أكدت المبحوثة أنه من خلال عملها بالمركز تبين أن الدافعية للعلاج تكون من المدمنين الذين يحضرون إراديا، بخلاف الذين يحضرون من طرف جهة الإحالة. وباعتبار أن التكفل العلاجي بفئة المدمنين ذوي السلوك الإجرامي خاصة يتطلب ضرورة التقيد بالضوابط المهنية، أشارت المبحوثة أنه حتى يقوم الأخصائي النفسي بدور فعال في التكفل بالمدمنين وتقديم برنامج العلاج الشامل بمختلف تقنياته العلاجية ضمن فريق العمل العلاجي، يشترط اضافة الى تكوينه الأكاديمي والتطبيقي العيادي، أن يتميز ببعض الخصائص الشخصية التي تزيد من فعالية تدخله العلاجي لا سيما منها:

- الاهتمام والمشاركة الوجدانية مع المدمن.
- القبول اللامشروط للمدمن بغض النظر عن جنسه، إنتماءاته وإيديولوجيته.
- القدرة على فهم مشاعر المدمن والتعامل معه بحساسية وإيجابية.
- مهارة الدقة في الملاحظة لسلوكاته وتفسيرها بدقة.
- إتقان مهارات التكفل النفسي الناجمة عن تكوينه الأكاديمي وخبرته المهنية.
- الفعالية في الإتصال والتعليم مع المدمنين لخلق طرق جديدة من التفكير عندهم.

- القدرة والقابلية في تعامله مع اضطراباته ومغافى من القلق والاكتئاب.
 - الصبر، المثابرة، الصدق ولديه تقمص وجداني.
 - أن يبتعد عن المعتقدات الخاطئة تجاه ذاته واتجاه المدمنين لتجنب أعراض الإحباط والاضطراب التي تعيق دوره الفعال والتي قد تكون سببا في الإنكاسة.
- وبخصوص تواتر المقابلات العلاجية بالمركز يجب أن تكون منتظمة، بحيث صرحت المبحوثة أن عملية تكفلها النفسي بالمركز لفئة المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تبدأ بعقد علاجي يحدد فيه عدد الحصص الأسبوعية بمعدل حصتين في كل أسبوع، لمدة (45) دقيقة، وفقا لمعيار أساسي متمثل في العدد الكبير للمدمنين على المركز في مقابل قلة عدد الأخصائيين، مع تأكيدها على الإتفاق مع المدمنين على إحترام الوقت المحدد للحصة كعامل حاسم في التكفل النفسي.

المحور الثاني: نوعية المقاربات النفسية المعتمدة

صرّحت الأخصائية النفسية أنها تعتمد بالمركز على المقاربة السلوكية المعرفية في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالنظر لما توفره من فعالية في التدخل على مستوى الأفكار، السلوكات والإنفعالات السلبية للمدمن، ثم الإنتقال إلى المعتقدات الوسيطة، فالمعتقدات الأساسية، وأن كل هذه الأفكار الخاطئة تحتاج الى الكشف عنها وفحصها وتعديلها، والعلاج السلوكي المعرفي أثبت فاعليته من هذه الناحية، من أجل تغيير تلك الأفكار باستخدام إجراءات من نظريات التعلم المبنية على التعلم بالملاحظة والعمليات المعرفية، مع الأخذ بعين الإعتبار الجانب الوجداني للمدمن، والسياق الإجتماعي الذي يعيش فيه، وذلك

باستخدام استراتيجيات تكاملية يدمج فيها الجانب المعرفي، السلوكي، الإنفعالي والإجتماعي للمدمن، لإحداث التغيير وإكسابه مهارات جديدة بهدف تغيير الأفكار المشوهة لدى المدمن بأفكار عقلانية، لفعاليتها كونها مقارنة قصيرة المدى وتتيح مشاركة المفحوص في العلاج، مما يعزز التفاعل والتقدير الذاتي.

وأشارت الأخصائية النفسية أن الخطة العلاجية المعتمدة من طرفها تقوم على عدة تقنيات منها:

- التقنية المبنية على تعلم سلوكيات جديدة.

- إعادة البناء المعرفي، بتمكين المدمن من تحديد أفكاره الآلية الخاطئة ثم استبدالها بأفكار أخرى صحيحة وتكيفية.

- الحوار مع المدمن والتشكيك في أفكاره الخاطئة بناء على استنتاجه لها، ومن ثم استبدالها بأفكار جديدة، أو ما يعرف بالحوار السقراطي.

- ملأ المدمن مع الفاحص جدولاً يتضمن الأفكار الآلية المختلة والأفكار البديلة الواقعية، أو ما يعرف بطريقة "بيك".

- التعمق في الفكرة الخاطئة لغاية الوصول إلى أسوأ نتائجها، أو ما يعرف بتقنية السهم النازل.
- _ الإسترخاء.

- _ التعرض للإنفعالات.

وبحسب تصريحات الأخصائية النفسية فإن التقنيات السالفة الذكر المعتمدة من طرفها أبانت على فعالية كبيرة بالنظر لعلاج حالات الإدمان في أقصر الآجال خاصة مع المفحوصين حديثي الإدمان، وأنه يتم إختيارها من طرفها بحسب الخصائص السلوكية والنفسية للمدمن، والتي تختلف من مدمن لآخر، وفي سبيل ذلك أوردت أحد الأمثلة التي يعتاد المدمنين على سردها لها (أحتاج إلى المادة المخدرة لكي أسترخي، أو الوقت الوحيد الذي أشعر فيه بالراحة عندما أكون منتشياً،

قد يكون قاسياً أن أتعلم الإرتياح إجتماعياً دون تعاطي المخدر)، فهذه معتقدات خاطئة، والفكرة الصحيحة التي ينبغي الوصول إليها هي (هناك وسائل أفضل وأكثر صحة للحصول على الإسترخاء، وأن معظم الناس يكونون مرتاحين بدون تعاطي المخدر).

المحور الثالث : الخطة العلاجية الفردية (تقييم مدى التزام المفحوصين بالإطار العلاجي)

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائية النفسية أبرزت أن سيرورة العلاج عندها تبدأ بالتعارف مع المدمن عند أول مقابلة، ويتفقان على تكوين التحالف العلاجي، من حيث سير الجلسات، مدتها، ومحتواها وطريقة العلاج، بحيث تحرص على أن يكون المفحوص طرفاً فاعلاً في الجلسة، ثم تتحصل منه على كل المعلومات الشخصية حول حالة الإدمان، أسبابها، مدتها، الأشخاص، الأماكن والمواقف التي تزيد من تعاطيه للمخدرات والمؤثرات العقلية ونوع السلوكات الإجرامية التي يرتكبها عادة، تاريخه الشخصي، والمهني والمرضي، لوضع تشخيص مناسب لحالة إدمانه، ومن ثم التحليل الوظيفي للمشكل الذي يعاني منه، وتحديد الوضعيات، الإنفعالات، الأفكار والسلوكات الخاطئة المرتبطة بحالة الإدمان، لتمكين المدمن من الإستبصار بمشكلته وفهمها، لتقوم بعدها بالإشتراك معه على إعداد خطة علاجية بإستخدام إحدى التقنيات السالفة الذكر، مع تنبيه المفحوص على إحترام التقييم المنتظم لتقدم سير العلاج للمدمن.

وبخصوص تحديد الخطة العلاجية صرحت الأخصائية النفسية أنه منذ البداية تتفق مع المدمن حول هدف العلاج، الآثار الجانبية المحتملة، دون تحديد معه فترة العلاج حتى ولو أصر على ذلك خاصة بالنسبة للمدمنين الذين يحضرون للمركز بطلب من الجهات الأمنية أو القضائية، كونهم يريدون الحصول على وثيقة من المركز تفيد بتمثالهم للعلاج من أجل تقديمها أمام جهة الإحالة لتقاضي تسليط العقوبات الردعية عليهم.

وأشارت الأخصائية النفسية أن الإستراتيجية العلاجية المعتمدة من طرفها تكون بالإشتراك مع المدمن، للمساهمة في فاعلية التكفل النفسي، وذلك عبر المراحل التالية:

- مرحلة ما قبل التفكير، يكون فيها المدمن لا يمتلك دافعية للتغيير، خاصة أولئك الذين يحضرون بناء على طلب إحالة من الجهات الأمنية أو القضائية، وهنا تقوم بتقديم أفكار للمدمن حول مخاطر الإدمان، وحول إستعدادها لمساعدته.

- مرحلة التفكير، أي إدراك المدمن لمخاطر الإدمان، ومن ثم التفكير في التغيير والعلاج.
- مرحلة القرار، من خلالها تتجه إرادة المدمن على التغيير والعلاج، ويبدأ في التشاور معها لإختيار الإستراتيجية التي تمكنه من العلاج، وبدورها هي تبدي ترحابا لذلك من أجل تحفيزه أكثر.

- مرحلة التعزيز، أي ينفذ المدمن خلالها جميع توجيهاتها، أو ما يعرف بالتعزيز الإيجابي.
- مرحلة الإستمرار، خلالها تواصل المبحوثة مع المدمن العلاج مع وقايتها لتجنب الإنتكاسة.
وفي الأخير صرحت المبحوثة أن المراجعة الدورية للخطة العلاجية هي عملية مستمرة بهدف ضمان فعالية العلاج، وتحقيق أفضل النتائج للمدمن، وتكون بحسب تقدم العلاج وحالة المدمن، وأنه بالإعتماد على نتائج المراجعة الدورية يمكن تعديل الخطة العلاجية، أو تغييرها بالكامل إذا لم تكن فعالة في تحقيق النتائج المرجوة.

المحور الرابع : إحترام الإطار العلاجي

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائية النفسية صرحت أن الإطار العلاجي في مجال التكفل النفسي بمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي هو عملية متعددة الأبعاد، تعتمد فيها على نوع الإدمان، شدته، حالة المدمن الصحية والنفسية، التاريخ الشخصي للإدمان والبيئة الإجتماعية، نوع وسبب السلوكات الإجرامية المرتكبة، وأنه إنطلاقا من

هذه الإعتبارات التي تتأكد منها مع المفحوص في الجلسة الأولى يتم تحديد عدد الحصص الأسبوعية، بمعدل حصتين في كل أسبوع لمدة محددة ب (45) دقيقة لكل حصة، مع تنبيه المفحوص بالتوقيت المخصص له، مؤكدة انه حتى هي لا بد لها من إحترام الإطار العلاجي الذي تم الإتفاق عليه في البداية مع المفحوص لضمان نجاح التكفل وسلامته.

وأوردت المبحوثة بعض العوامل الميدانية التي أثرت في خرق الإطار العلاجي بالمركز من جانب المفحوص نذكر منها :

- عدم تقدير الذات.
 - عدم الثقة في المعالج.
 - تأخير الجلسات أو عدم الإلتزام بالمدة الزمنية المحددة.
 - تعقيد الإطار العلاجي.
 - عدم وجود الدعم الخارجي (العائلي، المهني، الإجتماعي).
- وأنها بالرغم من ذلك تحاول مع المفحوص دائما تعزيز الإلتزام بالإطار العلاجي، من خلال توعيته بأهمية وفوائد الإلتزام به، وأيضا تبسيط الإطار العلاجي لجعله أكثر مرونة وسهولة في التنفيذ، ومحاولة تفعيل العلاقة العلاجية وبناء علاقة ثقة مع المفحوص.
- وأشارت الأخصائية النفسية أنه عادة ما يلتزم المفحوصين بالإطار العلاجي خاصة بالنسبة لطالبي العلاج الإرادي، بخلاف المدمنين الذين يحضرون للمركز بطلب من الجهات الأمنية أو القضائية، فإنه في كثير من الأحيان يخرقون الإطار العلاجي لغياب الدافعية عندهم، كونهم يحضروا إلى المركز بصفة قسرية من طرف الجهة طالبة الإحالة، وأنه بدورهم يرغبون في الحصول على وثيقة من المركز تفيد بتمثلهم للعلاج من أجل تقديمها لتقاضي تسليط العقوبات الردية عليهم، وأضافت أنه في الحالة الأخيرة فإنها تقوم بتبليغ مسؤول المركز، الذي بدوره يبلغ

جهة الإحالة مع توقيفها الفوري للعلاج النفسي للمدمن، أما في حالة عدم قدرة المفحوص على إحترام الإطار العلاجي لسبب جدي مثلاً: لبعد المسافة بين ولاية إقامته والمركز، فإنها تعدل معه الإطار العلاجي أو تحيله بناء على رغبته إلى أخصائي نفسي آخر بالمركز، على أنه في جميع الأحوال في حالة خرقه فلا بد لها من توقيف العلاقة العلاجية مع المدمن.

المحور الخامس: آليات التقييم النفسي المعتمدة

يعتبر التقييم النفسي الأولي عملية تستخدم لتحديد طبيعة المساعدة التي يحتاج إليها المفحوص، وقد ذكرت الأخصائية أنها تعتمد عليه في تعاملها مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي منذ الجلسة الأولى، تتضمن جمع معلومات حول المفحوص، بما فيها تحديد سبب الإدمان، نوع المخدر أو المؤثر العقلي الذي يتعاطاه، شدته، عدد المرات يومياً، المواقف، الأشخاص والأماكن التي يتعاطى فيها، السلوكات الإجرامية المرتكبة من طرفه، مع تحديد سببها وعلاقتها بحالة الإدمان، السوابق العلاجية، وذلك بغرض تشخيص الحالة وصياغة خطة علاجية أولية، مع تصريحها أن تعتمد في التقييم الأولي على المقابلات العيادية مع المدمن، إضافة إلى بعض الإختبارات النفسية لتقييم القدرات المعرفية والشخصية والأداء العاطفي للمدمن، دون إشارتها إلى استخدام اختبارات نفسية معيارية.

وأشارت أن التقييم المتواصل في تكفلها النفسي بالمدمنين بالمركز يعد عملية مستمرة لرصد التقدم في العلاج وقياس فعاليته، ومتابعة تطور الحالة من جلسة لأخرى، وتعديل الخطة العلاجية حسب استجابة المفحوص، مؤكدة أنها في تكفلها النفسي مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي تجري مقابلات دورية لمناقشة تقدم العلاج، وتحديد أي تحديات جديدة، وتعديل الخطة العلاجية مع المفحوص بناء على نتائج التقييمات المتواصلة.

وكون ان تقدم العلاج النفسي تحكمه بعض الضوابط والمؤشرات على حالة المفحوص، صرحت المبحوثة أنه أثناء تكفلها النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالمركز تعتمد على الحالة النفسية للمدمن للحكم على تقدم التكفل النفسي من عدمه، وأنه من بين أكثر المؤشرات شيوعاً بالنسبة لها :

- تحسن الأعراض النفسية للمفحوص، مثل: تخفيف أعراض الإكتئاب والقلق، عدم وجود اضطرابات النوم، انخفاض التوتر.
- القدرة على التواصل مع أفراد العائلة والأصدقاء وتقليل الخلافات والسلوكيات العدوانية.
- القدرة على التعبير عن المشاعر والأفكار.
- القدرة على التكيف مع الواقع الصعبة بعيداً عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.
- تغيير طريقة التفكير، بتحويل الأفكار السلبية إلى أفكار إيجابية.
- الإهتمام بالنشاطات التي تحقق الشعور بالراحة النفسية.

المحور السادس : دور التنسيق العلاجي متعدد التخصصات

بخصوص مستوى التنسيق القائم بين الأخصائي النفسي وباقي أعضاء فريق العلاج بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، صرحت المبحوثة أنها تعمل ضمن فريق متعدد التخصصات، يشمل طبيب مختص في الأمراض العقلية، طبيب عام، أخصائي إجتماعي وممرضين، وأنه بمجرد حضور المدمن الى المركز يتلقى الفحص والعلاج الطبي من طرف طبيب مختص في الأمراض العقلية، لإزالة حالة التسمم والإنقاص التدريجي للجرعات والتعلق بالمخدر أو المؤثر العقلي بإستعمال الأدوية، مؤكدة أنه فور توقف المدمنين أو إنقاصهم للجرعات تحدث لهم أعراض انسحابية جسدية ممثلة في الحمى، التعرق، الإرهاق وعدم النوم...، وأعراض انسحابية نفسية كالإكتئاب والقلق وسهولة الإستثارة، وبالتالي يبدأ بالعلاج الدوائي لإزالة

التعلق والتبعية للمخدر أو المؤثر العقلي، وبعدها مباشرة يتم توجيهه إلى الأخصائي النفسي من أجل التكفل النفسي به.

مع تأكيدها بوجود تنسيق بين الفريق العلاجي على مستوى المركز، خاصة في المراحل الأولى، أين يتم الجمع بين العلاج الدوائي والعلاج النفسي، مما يعكس فعالية المقاربة المتعددة التخصصات في التكفل بالحالات المركبة، التي تجمع بين الإدمان والسلوك الإجرامي، بهدف التنسيق في تبادل المعلومات، وتحديد الأهداف العلاجية المشتركة، ووضع خطط علاجية متكاملة.

وأضافت المبحوثة أن التنسيق بين الفريق العلاجي وفر ميدانيا رؤية شاملة لحالة المفحوصين، وساعد في تحديد المقاربات والتقنيات الأكثر ملائمة، وساهم في الدعم النفسي والاجتماعي للمفحوص، من خلال تعزيز ثقته في الفريق العلاجي، ويضمن لكل عضو دور واضح ومحدد، مما يقلل من احتمالية تضارب الأدوار بينهم.

وعن كيفية التنسيق بين الفريق العلاجي بالمركز صرحت الأخصائية النفسية أنها تتم على الشكل التالي :

- المناقشات المنتظمة، لمناقشة حالة المفحوص، وتحديد الأهداف والخطط العلاجية.
- تبادل المعلومات المتعلقة بالتقدم في العلاج أو العوامل التي تؤثر فيه، ومنه تعديل الخطة العلاجية أو تغييرها.
- التواصل والتقييم المستمر.

وأوضحت المبحوثة أن التنسيق الدوري بين الفريق العلاجي في المركز يكون على شكل اجتماعات وتبادل تقارير لتقييم التقدم العلاجي وتحديد الإجراءات التالية له، وأكدت أن هذا التعاون يعزز فعالية التكفل ويضمن استمرارية الرعاية.

وفي الأخير صرحت أن العمل ضمن فريق علاجي متكامل بالمركز أبان عن فعالية في التكفل النفسي بالمدمنين، من خلال توفير خدمات طبية ونفسية متكاملة في علاج الإدمان وتجنب الانتكاسة.

المحور السابع : استجابات المدمنين للعلاج وإمكانية الانتكاسة

إنطلاقاً من المؤشرات السالفة الذكر المعتمدة للحكم على فعالية التكفل النفسي بـمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالمركز، المتمثلة أساساً في تحسن الأعراض النفسية للمفحوص، القدرة على التكيف، والتواصل مع الآخرين، والتعبير عن المشاعر والأفكار بطريقة صحيحة، أوضحت المبحوثة أن إستجابة المدمنين للعلاج بالمركز تختلف وتتنوع من شخص لآخر، وبحسب حالة الإدمان وشدها ومدتها، وأنه بحسب تقييمها لها أبانت عن نجاح التكفل النفسي الذي يرجع في الأساس الى عدة عوامل، أهمها :

- وجود الإرادة الداخلية القوية لدى المفحوص.
- الرغبة الحقيقية في العلاج والتعافي.
- دعم الأسرة والأصدقاء للمدمن.
- التقيد بتعليمات الأخصائي النفسي، بالإبتعاد عن الأماكن، المواقف والأشخاص الذين يكونون سبباً في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية.
- وباعتبار أن العلاج النفسي قد يصاحبه بعض المقاومات من جانب المفحوص، التي تظهر في شكل سلوكيات وأفكار غير واعية تمنعه من التغيير ومواجهة الصعوبات، صرحت المبحوثة أنه هناك حالات على مستوى المركز أظهروا مقاومات نفسية خلال حصص العلاج النفسي من خلال:

- عدم تعاون المفحوص معها، وإبقائه على السلوكات السابقة.

- إظهار عدم الرغبة في العلاج والتغيير، أو التشكيك في فعالية العلاج.
- إظهار سلوكيات غير واعية تعكس الخوف والقلق من التغيير، مثل : تغيير المواضيع أو طلب تأخير العلاج.

وأنها في سبيل ذلك تحاول دائما إزالة هذه المقاومات التي تحول دون السيرورة العلاجية، من خلال إعادة بناء علاقة ثقة مع المفحوصين، وإقناعهم بأسباب هذه المقاومات، وتقليل من الإحباط الذي يشعرون به أثناء العلاج، وتساعدهم على تجاوزها.

مع تأكدها أنها سجلت بالمركز حالات شفاء عديدة بعد التزام طويل بالعلاج، وأصرت أنها تتبهم المفحوصين عادة على ضرورة المتابعة المستمرة لضمان الإستمرار في التعافي وتقليل خطر الإنتكاسة، مع تسجيلها لحالات إنتكاسة لدى بعض المدمنين المعالجين بالمركز بسبب تعرضهم للمحفزات التي تؤدي لذلك، مثل المواقف والأماكن التي كان يتعاطى فيها المخدرات والمؤثرات العقلية، والأشخاص الذين كانوا يتعاطون معا.

المحور الثامن: آليات الدعم النفسي لمنع الانتكاسة

أشارت المبحوثة أنها تركز في نهاية التكفل النفسي بالمدمنين في المركز على الوقاية من الإنتكاسة، مؤكدة أنها هذه الأخيرة لا تحصل دفعة واحدة، وإنما عبر ثلاث مراحل، وهي:

- مرحلة الإنتكاس العاطفي، يصبح المفحوص لديه رغبة وإستعداد للعودة إلى الإدمان، وتظهر عليه حينها بعض أعراض اضطرابات النوم والأكل.

- مرحلة الإنتكاس النفسي، تزداد خلالها وتيرة الصراع لدى المدمن بين الإستمرار في التعافي أو العودة إلى الإدمان، مع تفكيره في المواقف، الأشخاص والأماكن التي تستعيد له ذكريات النشوة، مع توقفه عن مواصلة العلاج.

- مرحلة الإنتكاس الفعلي، خلالها لا تكون له الرغبة في الحصول على أي مساعدة للعلاج، مع تعاطيه من جديد للمخدر أو المؤثر العقلي.
- وأنها قبل نهاية العلاج تنبه المدمن لها وبالأثار الجانبية المحتملة قبل وقوعها، من خلال إدراكه لها على أساس أنها أمور طبيعية، ويجب التعامل معها بقدر كبير من الثقة لحين اجتيازها، مع مساعدة المدمنين لتفادي الوقوع فيها من خلال :
- مساعدة المفحوص وتشجيعه على المتابعة حتى بعد نهاية العلاج بالمركز.
- تشجيعه على الانضمام الى مجموعات الدعم.
- تنبيه المفحوص على الابتعاد عن أي مكان أو أي شخص أو أي موقف كان له علاقة بفترة إدمانه السابقة.
- ممارسة أنشطة رياضية مختلفة، لا سيما منها الرياضات العضلية، مثل: الملاكمة، الكاراتي دو... لتصرف الطاقة العدوانية.
- تطوير مهارات التأقلم مع الضغوط النفسية والعاطفية.
- وفي إطار الدعم النفسي لتفادي الإنتكاسة بعد علاج الإدمان، صرحت الأخصائية النفسية أنه عادة ما تقدمه للمفحوصين عندما يكون العلاج على وشك الإنتهاء، والذي يتمثل في :
- الدعم العاطفي، من خلال إظهار المساعدة له في تحقيق الذات، وتقليل الشعور بالعزلة.
- الدعم الأسري والمجتمعي.
- الانضمام إلى مجموعات الدعم الذاتي، والمشاركة مع أشخاص يمرون بتجارب مماثلة، مما يعزز الشعور بالتغلب على التحديات.
- المشاركة في النشاطات الرياضية، الإبداعية والإجتماعية لتعزيز الصحة النفسية.

مع تأكيدها أن إستراتيجيات الدعم النفسي التي سبق وأن قدمتها بالمركز أبان على فعالية كبيرة في التكفل النفسي بدممني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، من خلال تعزيز الصحة النفسية وجودة الحياة، وتقادي الإنتكاسة.

المحور التاسع: الصعوبات الميدانية التي تواجه الأخصائي النفسي بالمركز

كشفت الأخصائية النفسية عن مواجهتها جملة من الصعوبات في مجال التكفل النفسي بدممني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، منها:

- صعوبة في تقييم وتشخيص حالات الإدمان المختلفة، وإعداد خطط علاجية لكل حالة على حدى.
- صعوبة التعامل مع المقاومة التي يبديها المفحوص، أو رفضه العلاج، مما يتطلب مهارات عالية في الدعم والتحفيز.
- قلة الأخصائيين النفسيين بالمركز، في مقابل وجود عدد كبير من المدمنين طالبي العلاج، مما يؤثر على جودة العلاج.
- صعوبة التعامل مع الإضطرابات الأخرى المصاحبة للإدمان، مثل : القلق والإكتئاب.
- صعوبة في التعامل مع الأسر التي لا تكون على دراية كافية بأسباب الإدمان، او كيفية التعامل مع المدمن.
- التحديات المهنية الناجمة عن عدم تلقي الأخصائي بالمركز أي تكوينات أو تدريبات ميدانية لعلاج الإدمان.

ومع ذلك أشارت الأخصائية إلى أن اعتماد المقاربة السلوكية المعرفي يُساهم في التغلب نسبيًا على بعض هذه العراقيل، نظرًا لمرونتها، وفعاليتها، وسهولة تطبيقها من قبل مختص متمكن أكاديميًا وعمليًا.

ثانياً: مناقشة النتائج

التذكير بفرضية الدراسة:

يعتمد الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة على إجراءات تكفل نفسي منتظمة تشمل مقابلات دورية وخطط علاجية فردية موجهة.

إن الهدف من هذه الدراسة هو التعرف تطرقنا على التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة من وجهة نظر الأخصائي النفسي، بإستخدام المنهج العيادي الذي إعتدنا فيه على المقابلة العيادية نصف موجهة على ثلاث حالات من الأخصائيين النفسيين العاملين بالمركز، وبعد عرض وتحليل نتائج الحالات توصلنا إلى تحليلنا للحالات توصلنا من خلال نتائج المقابلات أنه:

المحور الأول، بخصوص أساليب وإجراءات التكفل النفسي الميداني بالمدمنين المعتمدة من طرف الأخصائي النفسي، تبدأ عادة بعد حضور المدمن إلى المركز إما بشكل إرادي، أو عن طريق مرافقيهم من أفراد الأسرة أو الأصدقاء، أو بموجب تسخيرة صادرة عن الجهات الأمنية أو القضائية، لينتقلوا العلاج الطبي لإزالة التعلق التدريجي بالعقار بإستعمال الأدوية، وفي الوقت نفسه يتم توجيهه إلى الأخصائية النفسية للشروع في التكفل النفسي، التي تقوم في الجلسة الأولى بجمع المعلومات الشخصية عنه، والتاريخ العلاجي والسوابق الإجرامية له، ثم تحديد الإطار العلاجي ضمن حصص علاجية ثابتة زمنًا وعددًا، ضمن ما يعرف بالعقد العلاجي، بإتفاق بين الأخصائية النفسية والمفحوص، وذلك بمعدل حصتين في الأسبوع بحسب حالتي الأخصائيتين النفسيتين (نادية) و(يسمينة)، وبمعدل حصة واحدة أسبوعياً بحسب حالة الأخصائية النفسية (سميرة) لمدة محددة ب (45) دقيقة لكل حصة لجميع الحالات، مع بنائهن علاقات ثقة مع

المدمنين من أجل التكفل النفسي الفعال، وهو ما توصلت إليه دراسة (بوفيه، 2019) على أساس أن التكفل النفسي يمر بعدة خطوات، تبدأ بوضع خطوات التحالف العلاجي بين المدمن والمعالج، وتحديد طبيعة المشكلة، وأهداف العلاج، ثم تطبيق المقاربة النفسية الملائمة، ثم رصد تقدم العلاج وإعادة تقييم الأهداف، ثم التدبر العلاجي، وأخيرا توقف العلاج، ضف لذلك فإن التحالف العلاجي يقتضي من الأخصائي النفسي التحلي بجمله من الصفات المهنية، منها الالتزام بأخلاقيات الممارسة العيادية، احترام خصوصية العلاقة العلاجية، التكوين الأكاديمي المتين، وضبط الذات المهنية، إضافة إلى بعض الإلتزامات الأخلاقية تجاه المفحوص، من خلال دعمه وتحفيزه وبناء معه علاقة ثقة قائمة على القبول اللامشروط، مع الحفاظ على السرية التامة والصبر على السلوكيات الصادرة عنه، بما يعزز من فعالية التكفل العلاجي، وهو ما أكدته منظمة الصحة العالمية في منشورها لسنة 2007 أن مهام الأخصائي النفسي العيادي داخل مؤسسات الصحة النفسية تتطلب منه القيام بمهام التشخيص والتكفل العلاجي، خاصة في حالات الإدمان على المخدرات، حيث يُنظر إلى المدمن باعتباره ضحية لاضطرابات متعددة الأبعاد (نفسية، اجتماعية، عضوية وعقلية)، وبالتالي، فإن دور الأخصائي النفسي يتمثل في الاستماع إليه وتقديم الدعم العلاجي المتكامل في إطار جلسات منتظمة عددا وزمنا، دون إصدار أحكام أو رفض تكفل بسبب السلوك العدواني الذي قد يظهر في بعض الأحيان، وعليه فإن الفرضية محل الدراسة تكون قد تحققت.

المحور الثاني، بالنسبة للمقاربات النفسية المعتمدة،

فإنه مهما تعددت المقاربات النفسية المعتمدة، فإن فعالية التكفل النفسي تعتمد على التكوين النظري والخبرة المهنية للأخصائي النفسي في تطبيقها ميدانيا على المفحوصين المدمنين، وبحسب المقابلات التي أجريناها مع جميع الأخصائيين النفسيين بالمركز فإنهم يعتمدون على

المقاربة السلوكية المعرفية في علاج المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، بالنظر لما توفره من فعالية في التدخل على مستوى الأفكار، السلوكات والإنفعالات السلبية للمدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، كونها تهدف إلى إعادة بناء الأفكار المشوهة لدى المدمن واستبدالها بأفكار عقلانية، خاصة وأنها مقارنة قصيرة المدى وتتيح مشاركة المفحوص في العلاج، مما يعزز التفاعل والتقدير الذاتي باستخدام استراتيجيات تكاملية يدمج فيها الجانب المعرفي، السلوكي، الإنفعالي والإجتماعي للمدمن، لإحداث التغيير وإكسابه مهارات جديدة بهدف تغيير الأفكار المشوهة لدى المدمن بأفكار عقلانية، مع اعتماد الحالة الثانية (سميرة) إضافة لذلك على العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي كونها أقصر مدة وأكثر تركيزاً على المشكلات الحالية بدلا من إستكشاف الماضي الطفولي بالتفصيل، مع تأكيدها أنه بالنسبة للمدمن ذو السلوك الإجرامي يتطلب الأمر التعرف على بنيته الشخصية ما إن كانت ذهانية أو عصابية أو تدخل ضمن الحالات الحدية لتحديد نقاط القوة والضعف فيها، على أساس أنه في الحالات الحدية يكون لديهم الدافعية للإجرام، كما أن عملية التحويل بموجبها عزز العلاقة العلاجية، وترتكز على جوانب محددة من شخصية المدمن، ويمكن بموجبها علاج المصدر المؤدي إلى إيمان المفحوص وإرتكابه للسلوك الإجرامي، مما يحسن نوعية حياته.

غير أنه مهما تعددت المقاربات النفسية للتكفل بمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، يبقى التكوين الأكاديمي والخبرة المهنية للأخصائي النفسي هي المعيار المعتمد لفاعلية النتائج المتوصل إليها، وهو ما ذهبت إليه دراسة (Sheril et al, 2016) بعد المقارنة بين دراسة عشوائية للأفراد من ذوي اضطراب إستهلاك المارخوانا (مؤثر عقلي) بين العلاج المعرفي السلوكي والعلاجات المستوحاة من التحليل النفسي والإثنان معا، وجد أنهم تلقوا علاجا فعالا في أقصر مدة، وإستمرروا في الإقلاع عنها لفترات ومنية أطول بعد إنتهاء العلاج.

كما أظهرت دراسة آل خليفة (2007) أن بعض الأخصائيين النفسيين يسعون إلى تجسيد هذا الدور من خلال تطبيق العلاج المعرفي السلوكي، نظرًا لطبيعته القصيرة الأمد وسهولة تطبيقه، وفعاليتها المثبتة تجريبيًا في علاج حالات الإدمان المرتبطة بسلوك إجرامي، وتقوم هذه المقاربة على تعديل الأفكار والمعتقدات الخاطئة، واستبدالها بأخرى عقلانية ومرتكزة.

من بين أهم التقنيات المستخدمة في هذا النوع من العلاج نذكر:

- إعادة البناء المعرفي، بتمكين المدمن من تحديد أفكاره الآلية الخاطئة ثم استبدالها بأفكار أخرى صحيحة وتكيفية.
- الحوار مع المدمن والتشكيك في أفكاره الخاطئة بناء على استنتاجه لها، ومن ثم استبدالها بأفكار جديدة، أو ما يعرف "بالحوار السقراطي".
- ملأ المدمن مع الفاحص جدولًا يتضمن الأفكار الآلية المختلفة والأفكار البديلة الواقعية، أو ما يعرف بطريقة "بيك".
- التعمق في الفكرة الخاطئة لغاية الوصول إلى أسوأ نتائجها، أو ما يعرف بتقنية "السهم النازل".
- التدريب على المهارات الاجتماعية ، مثل : المحاكاة، لعب الدور.
- العلاج بالعمل وتنمية المهارات المهنية لتقليل فرص العودة للإدمان.
- تعزيز التقدير الذاتي والثقة بالنفس لدى المفحوص، ومساعدته في التعامل مع الضغوط.
- البحث في أسباب الإدمان عبر التنقيف الذاتي.(بوفيه، 2019، ص113)، وعليه فإن الفرضية محل الدراسة تكون قد تحققت.

المحور الثالث، بخصوص الخطة العلاجية الفردية المعتمدة،

تشير نتائج الدراسة أن الإدمان عادةً ما يمر بمراحل متسلسلة تبدأ بالتجربة، ثم الاستعمال غير المنتظم المرتبط بأشخاص، أو مواقف، أو أماكن معينة، ثم الاستعمال اليومي، وصولاً إلى

الجرعات الزائدة، والتي تقود في كثير من الحالات إلى ارتكاب سلوكيات إجرامية، وبناءً على ذلك، يجب أن يتم التكفل النفسي بالمدمن في المركز على خطة علاجية مشتركة بين الفاحص والمفحوص تمر بمراحل متدرجة، كما جاء في دراسة إبراهيم نافع (2003) ، بدءاً من استعادة الفرد لفاعليته الحياتية، ثم علاج المشكلات النفسية والاجتماعية التي تعيق ذلك، وصولاً إلى تحقيق الشفاء التام.

وهو ما توصلنا إليه في دراستنا مع الأخصائيين النفسيين بالمركز من خلال إعدادهم لخطة علاجية مشتركة مع المدمنين تقوم على تقييم حالة الإدمان وسبب حدوثه، تحديد الأهداف العلاجية المراد تحقيقها، كيفية متابعة العلاج وتقييم مدى نجاحه، تعديل الخطة العلاجية بحسب الحاجة، توضيح الآثار الجانبية المحتملة للعلاج وكيفية التعامل معها وتحديد مدة العلاج المتوقعة، خاصة بالنسبة للمدمنين الذين يطلبونه إرادياً، الأمر الذي يزيد من تعزيز الثقة في الأخصائي النفسي ويساهم في فاعلية التكفل النفسي، وبحسب ما توصلت إليه دراسة (دليلة، 2012) فإنه يُنتظر من الأخصائي النفسي أن يُساعد المدمن على تحديد مشكلاته وصياغتها بوضوح، وتدريبه على اقتراح حلول بديلة، وتشجيعه على اتخاذ القرارات المناسبة، ومساعدته في تقييم مدى فاعلية تلك الحلول ضمن خطة علاجية يتم الاتفاق عليها بشكل مشترك بين الطرفين، وعليه فإن الفرضية محل الدراسة قد تحققت.

المحور الرابع، إحترام المفحوص للإطار العلاجي،

من خلال المقابلة العيادية التي أجريناها مع الأخصائيين النفسيين تبين أنه بعد تحديد الإطار العلاجي بالمركز مع المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي يتم تنبيههم بالتقيد بمختلف التعليمات لا سيما منها سرية المعلومات، الإحترام المتبادل، والتوقيت المخصص لكل منهم، والآثار المترتبة عن تأخير الجلسات أو عدم الإلتزام بالمدة الزمنية

المحددة، كون ذلك يؤثر على الإطار العلاجي، غير أنه عادة ما يتم خرقه من طرف المدمنين الذين يكونون محل طلب إحالة من الجهات الأمنية أو القضائية دون المدمنين الذين يطلبون العلاج بالمركز بمحض إرادتهم، الأمر الذي يضطرهم لإبلاغ جهة الإحالة وتوقيف العلاقة العلاجية لغياب الدافعية، وهو ما جاء متوافقاً مع دراسة (Sheril et al, 2016) التي ورد فيها أن تحديد الإطار العلاجي يجب أن يتم تحديده في الجلسة الأولى من طرف الفاحص بالإشتراك مع المدمن، من حيث عدد الجلسات الأسبوعية، توقيتها ومدتها، مع ضرورة الإلتزام بها من الطرفين معاً، وأنه في حالة الإخلال بها من طرف المدمن لأسباب جدية يمكن تعديلها بينهما مرة أخرى، وفي الحالة العكسية لا بد من توقيف العلاقة العلاجية، وإحالة المدمن على أخصائي نفسي آخر دون المساس بمعنوياته، التي قد تكون سبباً في عدم الإقلاع عن العقار، وعليه فإن الفرضية قد تحققت.

المحور الخامس، آليات التقييم النفسي المعتمدة،

فإن تعامل الأخصائيات النفسية بالمركز مع المدمن على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، تعتمد فيه منذ الجلسة الأولى على التقييم النفسي الأولي لتحديد نوع المخدر أو المؤثر العقلي الذي يتعاطاه، شدته، المواقف، الأشخاص والأماكن التي يتعاطى فيها، السلوكات الإجرامية المرتكبة من طرفه، مع تحديد سببها وعلاقتها بحالة الإدمان، وذلك بغرض تشخيص الحالة وصياغة خطة علاجية أولية، والتي يستوجب تعديلها أو إلغائها بالإشتراك مع المفحوص في جميع مراحل التكفل النفسي بناء على نتائج التقييمات المتواصلة، بإستعمال تقنيات تختلف من حالة لأخرى لرصد التقدم في العلاج وقياس فعاليته، ومتابعة تطور الحالة من جلسة لأخرى، وهو ما توصلت إليه دراسة (بيترسون، سيمجمان، 2004) التي جاء فيها أن التقييم النفسي الأولي والمتواصل لمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية يبدأ أولاً، بجمع معلومات

حول المفحوص، وحالة الإدمان التي يكون عليها بكل تفاصيلها، ثم مقارنتها بالسلوكيات الإجرامية الناجمة عنها، ومن ثم صياغة خطة علاجية أولية بالإشتراك بينهما، من خلال الجلسات المتواترة، بناء على الضوابط والمؤشرات المتوافرة عن حالة المفحوص، مع استخدام الاختبارات النفسية لتقييم القدرات المعرفية والشخصية والأداء العاطفي، مثل: القدرة على التعبير عن المشاعر والأفكار، تغيير طريقة التفكير...، وإجراء مقابلات دورية لمناقشة تقدم العلاج، وتحديد أي تحديات تواجهه، وتعديل الخطة العلاجية مع المفحوص بناء على نتائج التقييمات المتواصلة على النحو الذي يحقق الشعور بالراحة النفسية بعيدا عن حالة الإدمان والسلوكيات الانحرافية.

المحور السادس، دور التنسيق العلاجي متعدد التخصصات

كما أنه لتحقيق فعالية التكفل النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان يتم العمل ضمن فريق علاجي يضم طبيب مختص في الأمراض العقلية، تتحدد مهامه في إزالة التعلق المدمن بالعقار وتخفيض سلوكه الإجرامي، من خلال تزويده بالأدوية للإنقاص التدريجي للجرعات التي يعتادها، لئتم توجيهه بعدها إلى الأخصائي النفسي من أجل التكفل النفسي به، ذلك أنه فور توقف المدمن عن المخدرات والمؤثرات العقلية تحدث له أعراض انسحابية جسدية، مثل الحمى، التعرق، الإرهاق وعدم النوم... وأخرى إنسحابية نفسية، كالإكتئاب، القلق والعذوانية، مما يتطلب التدخل الطبي في المراحل الأولى، ثم العلاج النفسي في المرحلة الثانية، دون إمكانية أن يعمل أحدهم بمفرده دون الاستعانة بباقي الفريق العلاجي، وإنما في شكل اجتماعات يتم خلالها تبادل تقارير تقييم التقدم العلاجي وتحديد الإجراءات التالية له، والمقاربات والتقنيات النفسية الأكثر ملائمة، مما يعزز فعالية التكفل النفسي ويضمن استمرارية الرعاية. (بن صنها، 2011، ص147)، وعليه فإن الفرضية قد تحققت.

المحور السابع، مدى استجابة المفحوص للعلاج :

من خلال المقابلات التي أجريناها من المبحوثات بمركز الوسيط لعلاج الإدمان تبين أن إستجابات المدمنين تختلف بحسب الحالات الفردية، إذ يظهر البعض إستجابات إيجابية للعلاج، كونهم يمتلكون الإرادة والدافعية للتغيير للخروج من حالة الإدمان، مما يؤدي إلى تعافهم وتقادي الإنكاسة، فيما يواجه البعض صعوبة في التعافي، خاصة إذا كانوا مجبرين على العلاج وليسوا راغبين فيه، مما يزيد في صعوبة إستجاباتهم للعلاج ويزيد من احتمالية عودتهم للإدمان، وفي هذا الخصوص أظهرت دراسة (قطاير، 2001) أن إستجابة المدمنين للعلاج مرتبط بعدة عوامل، أهمها وجود الإرادة والرغبة الداخلية القوية، والإرادة الحقيقية للتعافي، وإعتماد المدمن بالإشتراك مع الأخصائي النفسي لبناء ثقة متبادلة وإختيار العلاج المناسب، إضافة الى دعم الأسرة والأصدقاء، والإبتعاد عن المحفزات (الأماكن، المواقف والأشخاص) التي تكون سببا في الإنكاسة، وعليه فإن الفرضية قد تحققت.

المحور الثامن، آليات الدعم النفسي لتفادي الإنكاسة :

من خلال المقابلات التي أجريناها مع المبحوثات تبين أنه تم وجود خطر الإنكاسة لدى بعض المدمنين، خاصة لدى من لا يملكون بدائل سلوكية إيجابية بعد الخروج من المركز، بسبب المشاكل الأسرية التي يتعرض لها المدمن بعد فترة التعافي، قلة ثقته بنفسه، إضافة إلى بعض الأسباب الإجتماعية، منها : عدم تقبله من طرف أفراد الأسرة أو العمل، وجماعة الرفاق من المدمنين غير المتعافين الذين يمارسوا كافة أنواع الضغط والتأثير لإفشال تعافي من نجح في التخلص من الإدمان، والذي يعتبر أقوى أسباب الإنكاسة، وفي هذا الخصوص يتطلب الأمر تقديم المزيد من الدعم العاطفي، الإجتماعي، الطبي والمهني بعد إنتهاء العلاج لتعزيز الصحة النفسية والوقاية من الإنكاسة، للتكيف مع التغيرات في نمط حياة المفحوص وتعزيز الرفاهية

النفسية من خلال تشجيعهم على المشاركة في مجموعات الدعم المختلفة، مثل الأسرة، جماعة الرفاق، الأقارب، والقيام بأنشطة رياضية وترفيهية، والإبتعاد قدر المستطاع عن المحفزات التي يستعيد من خلالها الرغبة على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، والإنخراط في نوادي وجمعيات رياضية خارجية، لتصرف الطاقة الزائدة المسببة للسلوك الإجرامي.(الغريب، 2006، ص111)، وعليه فإن الفرضية قد تحققت.

المحور التاسع، الصعوبات التي تعترض التكفل النفسي

بالرغم من الدور المحوري الذي يضطلع به الأخصائي النفسي في التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، توصلت دراسة (ركوش، 2014) إلى أن هناك العديد من التحديات التي تواجهه الممارسة العيادية، من أبرزها:

- عدم وضوح دور الأخصائي النفسي داخل بعض الفرق العلاجية، أو عدم اقتناع بعض الزملاء بأهميته، مما يولد لديه مشاعر الإحباط والضغط.
- ضعف التكوين المهني المستمر، ما يدفع الكثير من الأخصائيين إلى السعي للتكوين الذاتي على نفقتهم الخاصة.
- نقص الموارد والوسائل المهنية داخل المراكز، الأمر الذي يؤثر سلبيًا على جودة التكفل النفسي.
- ضعف الاعتراف الاجتماعي والمهني بمهنة الأخصائي النفسي من طرف المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية، وعدم التعاون من قبل باقي أعضاء الفريق العلاجي.
- صعوبة في تقييم وتشخيص حالات الإدمان المختلفة، وإعداد خطط علاجية لكل حالة على حدى.

- صعوبة التعامل مع المقاومة التي يبديها المفحوص، أو رفضه العلاج، مما يتطلب مهارات عالية في الدعم والتحفيز.
- قلة الأخصائيين النفسيين بالمركز، في مقابل وجود عدد كبير من المدمنين طالبي العلاج، مما يؤثر على جودة العلاج.
- صعوبة التعامل مع الإضطرابات الأخرى المصاحبة للإدمان، مثل : القلق والإكتئاب.
- التحديات المهنية الناجمة عن عدم تلقي الأخصائي بالمركز أي تكوينات أو تدريبات ميدانية لعلاج الإدمان، وعليه فإن الفرضية قد تحققت.
- وفي الأخير يمكن القول أنه من خلال المقابلات التي أجريناها مع المبحوثات، فإن أساليب وإجراءات التكفل النفسي بمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بمركز الوسيط للعلاج الإدمان بالبويرة تتفق في مجملها لدى جميع الحالات، من خلال إعتمادهن على المقاربة السلوكية المعرفية، بالنظر لما توفره من فعالية في التدخل على مستوى الأفكار، السلوكات والإنفعالات السلبية للمدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي، كونها تهدف إلى إعادة بناء الأفكار المشوهة لدى المدمن واستبدالها بأفكار عقلانية، خاصة وأنها مقارنة قصيرة المدى وتتيح مشاركة المفحوص في العلاج، مما يعزز التفاعل والتقدير الذاتي بإستخدام تقنيات مختلفة حسب الحالة، بهدف تغيير الأفكار المشوهة لدى المدمن بأفكار عقلانية تكيفية، مع إعتماده الحالة الثانية إضافة لذلك مقارنة العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي في تشخيص حالة الإدمان لدى المفحوصين، كونها بحسبها أكثر تركيزا على المشكلات الحالية بدلا من إستكشاف الماضي الطفولي بالتفصيل، وأنه بالنسبة للمدمن ذو السلوك الإجرامي يتطلب الأمر معرفة بنيته ما إن كانت ذهانية، أو عصابية أو تدخل ضمن الحالات الحدية لتحديد نقاط القوة والضعف فيها، على أساس أنه في الحالات الحدية يكون لديهم الدافعية للإجرام

أكثر، وترتكز على جوانب محددة من شخصية المدمن، ويمكن بموجبها علاج المصدر المؤدي إلى الإدمان وإرتكاب السلوك الإجرامي، مما يحسن نوعية حياته.

ومنه فإن فرضيات الدراسة التي تنص، أنه يعتمد الأخصائي النفسي بالمركز على إجراءات تكفل نفسي منتظمة تشمل مقابلات دورية وخطط علاجية فردية موجهة، وأن فعالية التكفل النفسي تختلف باختلاف نوعية المقاربة العلاجية المُتبعة ومدى احترام المفحوص للإطار العلاجي، وأن التنسيق بين الأخصائي النفسي وبقية أعضاء الفريق العلاجي تلعب دوراً محورياً في نجاح التكفل وأن الصعوبات المهنية والميدانية تؤدي إلى التأثير سلباً على نجاعة التكفل النفسي ورفع احتمالات الانتكاسة، كلها قد تحققت في هذه الدراسة، ذلك أن:

فاعلية التكفل النفسي تتحقق من حيث المقاربة العلاجية والخلفية النظرية والخبرة المهنية للأخصائي النفسي، وأن المقاربة المعتمدة من طرف جميع المبحوثات تتعلق بالمقاربة السلوكية المعرفية، إضافة الى تطبيق الحالة الثانية أحيانا لمقاربة العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي، وذلك راجع الى تكوينها الأكاديمي في مجال علم النفس المرضي، على أن نجاح المقاربة النفسية المعتمدة بتقنياتها المختلفة ترجع أيضا الى مدى نجاعة الخطة العلاجية الأولية والدورية التي يضعها الفاحص بالإشتراك مع المفحوص، إضافة إلى احترام هذا الأخير للإطار العلاجي من عدمه، وأيضاً ضرورة التقييم النفسي الأولي والمتوصل خلال مراحل العلاج، مع الإعتماد في كل ذلك على التنسيق بين الأخصائي النفسي وباقي أعضاء فريق العلاج، ورصد خلالها كل إستجابات المفحوص والمقاومات التي يبديها، والتعامل معها بمهنية، لتفادي ظهور الإنكاسة، وتوفير كل آليات الدعم النفسي لتفاديها من بداية العلاج حتى نهايته، لا سيما منها توجيه المدمن إلى مجموعات دعم أو متابعة خارجية لتفادي الإنكاسة، وضمان التكفل النفسي

الفعال، مع الإشارة أنه بالرغم من ذلك فإن الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان
تعرضه العديد من الصعوبات المهنية، لا سيما منها إنعدام التكوينات والتدريبات المستمرة، التي
تحول دون تحقيق الفاعلية في علاج المدمنين على المخدرات والكؤثرات العقلية ذوي السلوك
الإجرامي.

غير أن نتائج فرضياتنا نسبية وليست مطلقة تخص حدود هذه الدراسة فقط.

خاتمة

خاتمة

يُعد إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية من أبرز الإشكالات التي تواجه المجتمعات الحديثة، بسبب التداعيات السلبية الناجمة عنها، التي تمس مختلف أبعاد الحياة النفسية، الاجتماعية، والصحية للفرد والأسرة والمجتمع ككل، بالنظر للسلوكات الإجرامية التعويضية التي يرتكبها المدمن نتيجة الإضطرابات النفسية الناتجة عن التعلق المرضي بالمواد المخدرة، جراء حالة القلق، التوتر، والإحباط، وضعف القدرة على التكيف التي يعاني منها.

ويُعتبر التكفل النفسي أحد أهم محاور التدخل في علاج هذه الفئة، إذ يضطلع الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بدور محوري، يتمثل في إعتداد مقاربات نفسية تتضمن أساليب وتقنيات قادرة على تشخيص الحالة، وتحديد الأبعاد النفسية والاجتماعية للإدمان، بناء على خطة علاجية فردية بالإشتراك مع المفحوص، بالإعتماد على استراتيجيات فعّالة تستهدف تغيير الأفكار المشوهة وتنمية مهارات التكيف، ضمن فرق متعددة التخصصات، تضم أطباء وأخصائيين نفسانيين واجتماعيين، للتكفل النفسي الفعال بهذه الفئة.

ومن هذا المنطلق، جاءت دراستنا لتسليط الضوء على التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي من وجهة نظر الأخصائي النفسي بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة، من خلال منهج دراسة حالة، بتطبيق المقابلة نصف الموجهة، وبعد تحليل ومناقشة نتائج الدراسة، تبين أن هناك أساليب وإجراءات تكفل معتمدة من طرف الأخصائي النفسي في التعامل مع الفئة الأخيرة بالمركز، التي تستند أصلا إلى المقاربة السلوكية المعرفية، وإستثناء الى مقارنة العلاجات المستوحاة من التحليل النفسي بالنسبة للحالة الثانية، لتغيير الأفكار الخاطئة للمدمن بأفكار أخرى عقلانية تكيفية، وذلك من خلال وضع خطة علاجية منذ

البداية بالإشتراك مع المدمن، قابلة للتعديل أو الإلغاء كلما تطلب الأمر ذلك، بحسب التقييم النفسي الأولي والمتواصل للحالات داخل المركز، وبالتنسيق القائم بين الأخصائي النفسي وباقي أعضاء الفريق العلاجي، من خلال تقييم إستجابة المفحوص للعلاج النفسي، والإعتماد على مجموعة من آليات الدعم النفسي المعتمدة لتفادي الانتكاسة بعد الخروج من المركز، بتوجيهه إلى مجموعات الدعم والمتابعة الخارجية.

وفي النهاية نسجل بعض الإقتراحات لتطوير دور الأخصائي النفسي بالمركز على النحو الذي يمكنه من التكفل النفسي الفعال بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي من خلال البحث مستقبلا في المواضيع التالية :

- دور الأخصائي النفسي في خفض الإكتئاب لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.

- دور الأخصائي النفسي في رفع تقدير الذات لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.

- دور الأخصائي النفسي في تحقيق جودة الحياة لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية بمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية البويرة.

كما يسرنا أن نقدم بعض التوصيات للجهات المعنية :

- زيادة عدد الأخصائيين النفسيين بالمركز في مقابل ارتفاع عدد الحالات الإدمان المتكفل بها.

- الإهتمام بالتكوين المستمر في مجال علاج الإدمان.

- الإهتمام المهني بالأخصائي النفسي بالمركز من حيث التكوينات و التدريبات الميدانية لعلاج الإدمان.

- أن يكون التدريب متوازنا وكافيا لمواجهة الحاجة إلى التكفل النفسي بالإدمان.

- تحسين الوضع الراهن لأسلوب علاج الإدمان، بفتح مراكز أخرى خاصة لعلاج الإدمان دون الإكتفاء بمركز واحد في كل ولاية.

وفي الأخير يمكن القول أننا وصلنا إلى تحقيق الأهداف المتوخاة من الدراسة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

المراجع العربية

1. أبو النصر مدحت، محمد.(2016). تجارب أجنبية وعربية ناجحة في مكافحة مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات. ط1. المكتبة العصرية للنشر والتوزيع. المنصورة.
2. أبو النصر، مدحت محمد. (2007). مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات - العوامل والآثار المواجهة - بدون طبعة. الدار العالمية للنشر. مصر.
3. أبو شعيرة، خالد محمد وثامر، أحمد.(2009). سيكولوجيا النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة. ط1. مكتبة المجتمع العربي. بيروت.
4. أحمد عبد العزيز، الأصفر.(2004)، عوامل إنتشار ظاهرة المخدرات في المجتمع العربي. ط1. مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية. الرياض.
5. أحمد، مختار.(2008). المعجم العربي الأساسي. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. القاهرة.
6. إسحاق إبراهيم، منصور. (2006). الموجز في علم الإجرام وعلم العقاب. ط3. ديوان المطبوعات الجامعية الساحة المركزية. بن عكنون، الجزائر.
7. الأسود، الزهرة. جعفر، ربيعة. (2011). "معوقات الممارسة النفسية لدى الأخصائي النفسي دراسة استكشافية من وجهة نظر عينة من الأخصائيين النفسيين بولايتي ورقلة وغرداية"، الملتقى الوطني الأول على الممارسة العيادية للأخصائي النفسي. مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 3(1): 23-34.

8. بطرس حافظ، بطرس.(2002). التكيف والصحة النفسية للطفل. ط1. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
9. بوسقيعة، أحسن.(2016). القانون الجزائي العام. ط5. دار هومة للنشر. الجزائر.
10. جواد، فطائر. (2001). الإدمان. أنواعه. مراحل. علاجه. بدون طبعة. دار الشروق القاهرة.
11. الحجار، محمد مهدي، (1998). مدخل الى علم النفس المعرفي. ط1. دار النهضة العربية. بيروت.
12. حسن مصطفى، عبد المعطى. (2002). الأسرة ومواجهة الإدمان. ط1. دار قباء للطباعة. الأردن.
13. حسين، علي وخليفة، الغول. (2011). الإدمان - الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن. دار الفكر العربي. مصر.
14. حسين، فايد. (2011). سيكولوجية الإدمان. ط1. المكتب العلمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع لبنان.
15. ذيابة، البداينة. وخولة، حسن.(2016)، مقدمة في علم النفس الجنائي. ط1. درا الفكر ناشرون وموزعون. الأردن.
16. رضا، قجة. وعبد الناصر، عزوز. (2008). "النظريات والنماذج المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات - العوامل السيكولوجية والبيولوجية والاجتماعية المؤدية إلى الإدمان". رسالة ماجستير غير منشورة قسم علم النفس، جامعة محمد بوضياف. المسيلة.

17. رقية، عزاقي. (2013). مقاربات في العلاج النفسي. ط1. دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة.
18. زناد، دليلة. (2013). علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة. العجز الكلوي المزمن وعلاج الهيموداياليز نموذجاً. دار الخلدونية للنشر والتوزيع. ط1. الجزائر.
19. سيريل، بوفيه. ترجمة بوزيان، فرحات. (2019). مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية. دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع. ط3. سطيف. الجزائر.
20. صالح حسين، الداصري. (2008). سيكولوجية الإبداع والشخصية. ط1. دار الصفاء للنشر والتوزيع. عمان. الأردن.
21. طلعت، همام. (1989). سين وجيم في علم النفس التطوري. ط3. دار عمار للطباعة. عمان. الأردن.
22. عادل، الدامرداش. (2005). الإدمان مظاهره وعلاجه. ط2. عالم المعرفة للنشر والتوزيع. مصر.
23. عايد عواد، الوريكات. (2014). علم النفس الجنائي. ط1. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان.
24. عباس محمود، عوض. (1999)، مدخل إلى علم النفس النمو. الطفولة المراهقة. الشيخوخة. بدون طبعة. دار المعرفة الجامعية. مصر.
25. عبد الرحمان شعبان، عطيات. (2014). المخدرات والعقاقير الخطرة ومسؤولية المكافحة. ط1. الأكاديميون للنشر. عمان.
26. عبد الرحمان، العيسوي. (2007). سيكولوجية الجنوح. بدون طبعة. دار النهضة العربية للطباعة. بيروت.

27. عبد الرحيم، شادلي. (2017). "انعكاسات الصدمة النفسية على التوظيف النفسي لدى مبتوري الأطراف" رسالة دكتوراه. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
28. عبد العزيز بن علي، الغريب. (2006). "ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي". ط1. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية. السعودية.
29. عبد الغني، تبايبي. (2016). "مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات". رسالة دكتوراه. كلية علوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة سطيف.
30. عبد القادر، المعيري. (2001). "القاموس الجديد". بدون طبعة. الشركة التونسية للتوزيع. تونس.
31. عبد الله محمد، محمد. (2008). "المدرسة الإنسانية أسس وتطبيقات". ط1. دار الرشد. القاهرة.
32. العتيبي فالح، بن صنهات. (2011). "دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي من وجهة نظر العاملين في المستشفيات الحكومية في مدينة الرياض". ط1. دار وائل للنشر والتوزيع. عمان.
33. عفاف محمد، عبد المنعم. (2008). "الإدمان دراسة نفسية". ط1. دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.
34. عفاف محمد، عبد المنعم. (2009). "الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه". ط2. دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر. الإسكندرية.
35. عوض محمد علي، (2016)، "العلاجات السلوكية المعرفية، الصحة النفسية"، دار هيام للنشر والتوزيع، ط1، مصر، القاهرة.

36. غربي، صباح.(2012). "المقابلة كأداة من أدوات جمع البيانات". مجلة علوم الإنسان والمجتمع، 3(1): 9-19.
37. فاطمة، صادقي.(2014). "الآثار النفسية للإدمان على المخدرات". مجلة الدراسات النفسية والتربوية. العدد 05. المركز الجامعي تمنراست. 3(1): 18-30.
38. فرج، عبد القادر طه. (1989). معجم علم النفس والتحليل النفسي. ط1. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. مصر.
39. فرويد، سيغموند.(1998). الموجز في التحليل النفسي. ترجمة سامي محمود. علي. ط2. دار النهضة العربية للطباعة والنشر. لبنان.
40. فهمي، نصيف.(2001). ندوة علمية حول دور البحث العلمي في تقليص الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات. أكاديمية نايف للعلوم الأمنية. الرياض.
41. فيصل، عباس.(2001). أضواء على المعالجة النفسية. ط1. دار الفك. لبنان.
42. قاسم أبو الخير، عبد الكريم.(2013). معركة الإدمان. التشخيص وخطوات العلاج. ط1. دار وائل للنشر والتوزيع. مصر.
43. اللصاصة محمد، حرب.(2011). المنحى الإستراتيجي الشامل لعلم النفس التربوي بين النظرية والتطبيق. ط1. دار البركة. القاهرة.
44. محمد أحمد، مشاقبة.(2007). الإدمان على المخدرات. ط1. مكتبة الدار العربية. القاهرة.
45. محمد حسن، غانم.(2009). الشباب المعاصر وأزماته. ط1. مكتبة الدار العربية للكتاب. القاهرة.

46. محمد سالمه، غبارى. (2007). الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي. ط1. دار الوفاء
لدنيا الطباعة والنشر. الإسكندرية.
47. محمد شحاته، ربيع. وجمعة سيد، يوسف. ومعتز، سيد عبد. (2004) ، علم النفس
الجنائي. بدون طبعة. دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع. القاهرة.
48. محمد كمال، زين الدين. (2001). المخدرات بين الوهم والحقيقة. ط2. مكتبة القرين
للطباعة والنشر. القاهرة.
49. محمود ابراهيم، مجاهد (2007). مقاربات في نظرية العلاج المعرفي السلوكي والنظرية
الإنسانية. ط1. دار قباء للنشر والتوزيع. القاهرة.
50. محمود، الذوايدي. (2013). قراءات في رفوف مكتبة العلوم الاجتماعية حول السلوكيات
الانحرافية والإجرامية. ط1. مجلد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع. بيروت.
51. مصطفى حجازي. (1997). الأحداث الجانحون. ط2. دار الطليعة. بيروت.
52. ناصر، ميزاب. (2005). مدخل الى سيكولوجية الجنوح. ط1. عالم الكتب للنشر
والتوزيع. القاهرة. مصر.
53. نصر الدين، مروك. (2004). جرائم المخدرات في ضوء القوانين والاتفاقيات الدولية.
ط1. دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع؟ الجزائر.
54. يوسف عبد الحميد، المرشدة. (2012). جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي.
ط1. دار الحامد للنشر والتوزيع. عمان.

المراجع الأجنبية

- Andreurs, D. A. & Hoge, R.D(1995). La psychologie du comportement criminel et les principes efficaces de prévention et de réadaptation .Perspectives. 2eme édition. Paris. P.U.F. _
- Balier C. (1999) « Psychanalyse des comportements sexuels violents : une pathologie de l'inachèvement ». Paris. P. U. F.
- Balier C. (2003). « Psychanalyse des comportements violents » 6eme édition. Paris. P.U.F.
- Balier ,C. (2005). « La violence en abyme : essai de psychocriminologie ». Paris. P.U.F.
- Brain, Barber. (2002). L'adolescence une étape Capitale Division de la Communication UNICEF .NEW YORK.
- Massoubre .C (2009). Violences Psychopatiques . SaintE'tienne.fr.Puf.
- paris
- Richard, K. James, Bural, E. Gilliland (2005).Crisis intervention strategies. Thomson. U.S.A.
- Bech, Richard. psychopathologie de l'adulte. Paris. Larousse. 2002.

- American Psychiatric Association (trad. Marc-Antoine Crocq et Julien, Daniel Guelfi). Mini DSM-5. critères diagnostiques. Elsevier Masson. 2016 (ISBN 978-2- 294-73963-7)
- Thorn, B. (2004). CONGNITIVE THERAPY OF CHRONIC PAIN: A STEP BY STEP.NEW YORK. GUILFORD.

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق

قائمة الملاحق :

الملحق رقم (01) : قائمة المخدرات والمؤثرات العقلية.

1- المخدرات المؤثرات العقلية الواردة في الجدول الأول:

Dénominations communes internationales	Nom communs التسمية المتعارف عليها	التسمية الدولية
BROLAMFETAMINE	DOB	برولمفيتامين
CATHINONE	DET	كاتينون
ETICYCLIDINE	PCE	إتيسيكليدين
ETRYPTAMINE		يتريبتامين
+ -LYSERGIDE	LAD, LSD-25	ليسارجيد
PSILOCYBINE		بسيلوسيبين
ROLICYCLIDINE	PHP, PCOY	روليسيكليدين
TENAMFETAMINE	MDA	تينامفيتامين
TENOCYCLIDINE	TCA	تينوسيكليدين

2- المخدرات والمؤثرات العقلية الواردة في الجدول الثاني:

AMFETAMINE		أمفيتامين
AMINEPTINE		أمينيبتين
DEXAMFETAMINE	Dexamphétamine	ديكسامفيتامين
LEVAMFETAMINE	Lévamphétamine	ليفامفيتامين

قائمة الملاحق

MECLOQUALONE		ميكلوكالون
METAMFETAMINE	Lévamphétamine	ميتمافيتامين
METHAQUALONE		ميثاكالون
METHYLPHNIDATE		ميثيلفينيدات
PHENCYCLIDINE	PCP	فينسيكليدين
PHENMETRAZINE		فينميترازين
RACEMATE DE METHAMPHETAMINE	Racémate de méthamphétamine	راسيمات دو ميتمافيتامين
SECOBARBITAL	Acide barbiturique	سيكوباربیتال
ZIPEPROL		زيبيبرول

3- المخدرات والمؤثرات العقلية الواردة في الجدول الثالث:

AMOBARBITAL		أموباربیتال
BUPRENORPHINE		بوبرينورفين
BUTALBITAL		بوتالبيتال
CYCLOBARBITAL		سيكلوباربیتال
FLUNITRAZEPAM		فلونيترازيبام
GLUTETHIMIDE		غلوتيتيميد
PENTAZOCINE		بينتازوسين
PENTOBARBITAL		بينتوباربیتال

قائمة الملاحق

4- المخدرات والمؤثرات العقلية الواردة في الجدول الرابع:

ALLOBARBITAL		ألوبيريتال
ALPRAZOLAM		ألبرازولام
AMFEPRAMONE		أمفيبرامون
AMINOREX		أمينوريكس
BARBITAL		بربيتال
BENZFETAMINE	Benzphétamine	بنزيفيتامين
BROTIZOLAM		بروتيزولام
CAMAZEPAM		كامازيبام
CHILORDIAZEPOXIDE		كيلورديازيبوكسيد
CLOBAZAM		كلوبازام
CLONAZEPAM		كلونازيبام
CLORAZEPATE		كلورازيبات
CLOXAZOLAM		كلوكسازولام
DELORAZEPAM		كلورازيبام
DIAZEPAM		ديازيبام
ESTAZOLAM		إستازولام
ETHCHLORVYNOL		إتشلورفينول
ETHINAMATE		إيتينامات

قائمة الملاحق

ETHYLLOFLAZEPATE		إيتيلوفلازيبات
ETILAMFETAMINE	N-éthylamphétamine	إيتيلامفيتامين
PHENOBARBITAL		فينوباربيتال

الملحق رقم (02) : القرار رقم 98 المؤرخ في 17/مارس/2014 المتعلق بإنشاء و تحديد

صلاحيات مركز الوسيط لعلاج الإدمان

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات
Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

ARRETE N° 98 DU 17 MARS 2014
PORTANT CREATION ET MISSIONS
DES CENTRES INTERMEDIAIRES DE SOINS EN ADDICTOLOGIE (CISA)

Le secrétaire général,

- Vu le décret présidentiel n° 13-312 du 5 Dhou El Ka,da 1434 correspondant au 11 septembre 2013 portant nomination des membres du Gouvernement,
- Vu le décret exécutif n°11-379 du 25 dhou elhidja 1432 correspondant au 21 novembre 2011 fixant les attributions du Ministre de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière,
- Vu le décret exécutif n° 07-140 du 02 Joumada El Oula correspondant au 19 mai 2007, portant création, organisation et fonctionnement des EPH et des EPSP
- Vu le décret exécutif n° 97-465 du 02 Chaabane 1418 correspondant au 02 décembre 1997 portant création, organisation et fonctionnement des EHS
- Vu le décret exécutif n°93-153 du 08 Moharam 1414 correspondant au 28 juin 1993 portant création du Bulletin Officiel du Ministère de la Santé et de la Population,

ARRETE

Article 1^{er}: Il est créé, au niveau de chaque wilaya, un centre intermédiaire de soins en addictologie dénommé ci après par abréviation « CISA ». Il peut être créé, après accord des services compétents de l'Administration Centrale, d'autres CISA dans la même wilaya.

Article 2: Les missions du CISA sont : l'accueil, la prise en charge médico-psychologique et l'accompagnement des personnes souffrant d'une addiction aux substances ou d'une addiction comportementale.

Article 3: Le CISA est rattaché à l'Etablissement de Santé de Proximité dont il relève territorialement ; le cas échéant et sous réserve de l'accord des services compétents de l'Administration Centrale, il peut être rattaché à un Etablissement Hospitalier Spécialisé de Psychiatrie.

Article 4: La dotation en moyens humains et en matériels est dévolue à l'établissement dont relève le CISA.

Article 5 : Le CISA est sous la responsabilité d'un médecin spécialiste en psychiatrie ou à défaut, sous la responsabilité d'un médecin généraliste préalablement formé à la réalisation des missions du CISA.

Article 6 : Le médecin responsable du CISA est assisté par un ou plusieurs: médecins généralistes, psychologues, assistants sociales, ergothérapeutes et infirmiers diplômés d'état.

Article 7 : L'activité du CISA comprend :

- l'accueil des personnes présentant une addiction,
- l'entretien avec leur famille,
- l'élaboration d'un projet thérapeutique (suivi psychologique individuel ou en groupe, prescription médicamenteuse, orientation pour une hospitalisation, etc.),
- l'accompagnement,
- l'information et la sensibilisation sur les dangers des drogues et sur le retentissement des conduites addictives.

Article 8 : Les activités du CISA concernent des patients demandeurs de soins de façon libre et volontaire. Elles peuvent se faire sous forme d'accueil à temps partiel durant la journée.

Article 9 : Une collaboration étroite est instituée entre le CISA et l'Etablissement Public de Santé susceptible d'assurer la prise en charge hospitalière des patients.

Article 10 : Le médecin responsable d'un CISA adresse un rapport d'activité confidentiel trimestriel au Directeur chargé de la Santé et de la Population de la Wilaya.

Article 11 : Le présent arrêté sera publié dans le Bulletin Officiel du Ministère de la Santé, de la Population et de la réforme hospitalière.



قائمة الملاحق

الملحق رقم (03) : دليل المقابلة

البيانات الشخصية والمهنية للأخصائي النفسي

الاسم:

العمر:

الجنس:

الحالة الاجتماعية:

عدد الأبناء (ذكور/إناث):

المؤهلات العلمية المتحصل عليها:

الخبرة المهنية (عدد السنوات ومجال العمل):

التكوينات أو الدورات التدريبية المستمرة:

هل سبق لك الاستفادة من دورات تكوينية في مجال التكفل النفسي بدمني المخدرات والمؤثرات العقلية؟ اذكرها.

المحور الأول: عدد وتواتر المقابلات العلاجية

1. كم عدد الجلسات العلاجية التي يُجريها الأخصائي مع المفحوصين المدمنين في المتوسط؟

2. هل يتم تحديد عدد الجلسات مسبقاً أم يتغير حسب الحالة؟

3. ما المعايير التي تحدد تواتر الجلسات (مرة أسبوعياً، أكثر/أقل)؟

المحور الثاني: نوعية المقاربات النفسية المعتمدة

4. ما هي المناهج أو المدارس النفسية التي تعتمد عليها عادة في التكفل (المعرفية-السلوكية، التحليلية، الإنسانية...)?

قائمة الملاحق

5. هل تختار المقاربة حسب نوع الإدمان أم حسب خصائص الحالة النفسية والسلوكية؟
6. ما مدى نجاعة هذه المقاربات حسب تجربتك؟

المحور الثالث: الخطة العلاجية الفردية

7. كيف يتم إعداد الخطة العلاجية للمفحوصين؟ وهل تختلف من حالة لأخرى؟
8. هل تشارك الحالة (المريض) في إعداد أهداف الخطة العلاجية؟
9. هل هناك مراجعة دورية للخطة؟ من يشارك فيها؟

المحور الرابع: احترام الإطار العلاجي

10. هل يتم تحديد الإطار العلاجي (مدة الحصة، التوقيت، عدد الجلسات) في البداية؟
11. ما مدى التزام المفحوصين بهذا الإطار؟
12. ما هي أسباب خرق الإطار العلاجي إن حدث؟ وكيف تتعامل معها؟

المحور الخامس: التقييم النفسي الأولي والمتواصل

13. هل تستعمل أدوات تقييم نفسي (اختبارات، مقاييس) عند بداية التكفل؟ أيها؟
14. هل يتم إعادة التقييم خلال مراحل العلاج؟ متى ولماذا؟
15. ما هي أهم المؤشرات التي تعتمد عليها للحكم على تقدم الحالة؟

المحور السادس: العمل ضمن الفريق العلاجي

16. هل تعمل في إطار فريق متعدد التخصصات (طبيب نفسي، أخصائي اجتماعي...)?
17. ما شكل هذا التنسيق؟ وهل هناك اجتماعات دورية أو تقارير مشتركة؟
18. هل يؤثر هذا التعاون على فعالية التكفل النفسي؟ كيف؟

المحور السابع: استجابة المفحوص للعلاج

19. كيف تقيّم استجابة المفحوص للعلاج النفسي؟ ما المؤشرات التي تعتمد عليها؟
20. هل واجهت حالات مقاومة للعلاج؟ كيف تعاملت معها؟
21. هل هناك حالات أظهرت انتكاسة رغم التكفل؟ ما الأسباب المحتملة؟

المحور الثامن: الدعم النفسي لمنع الانتكاسة

22. ما نوع الدعم النفسي الذي يُقدم للمفحوصين بعد انتهاء العلاج أو في مراحله المتقدمة؟

23. هل يتم توجيه الحالة إلى مجموعات دعم أو متابعة خارجية؟

24. ما مدى فعالية هذه الاستراتيجيات في الوقاية من الانتكاسة؟

المحور التاسع : الصعوبات الميدانية للأخصائي النفسي بالمركز

25. ماهي مختلف الصعوبات التي يواجهها الأخصائي النفسي أثناء التكفل النفسي بمدمني

المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي؟

26. وما مدى تأثيرها على السيرورة العلاجية لمدمني المخدرات والمؤثرات العقلية ذوي السلوك

الإجرامي بالمركز؟

27. ما هي الإقتراحات المستقبلية التي ترونها المناسبة لنجاح التكفل النفسي بمدمني المخدرات

والمؤثرات العقلية ذوي السلوك الإجرامي بالمركز؟

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Abli Mohamed Oulhadj - Bouira -
Tasaddout Abli Mohamed Oulhadj - Tabirett -
Faculté des Sciences Sociales et Humaines



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أم كلي محمد أولحاج
- البويرة -
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

قسم علم النفس وعلوم التربية
مصلحة البحث العلمي للقسم

السنة الجامعية: 2025/2024

إذن بإيداع مذكرة التخرج بعد التصحيح

نحن الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة عن المذكرة :

الأستاذ المشرف (ة):
الأستاذ المناقش (ة) :
الأستاذ الرئيس (ة) :

نأذن بإيداع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر بعد تصحيحها

بعنوان:
.....

والتي أعدها الطالب (ة):
.....
.....

المسجل بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية ميدان : علم النفس وعلوم التربية

تخصص : علم النفس العملي

الموسم الجامعي: 2025 / 2024

إمضاء المشرف

إمضاء المناقش

إمضاء رئيس اللجنة