



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي.
جامعة العقيد أكلي محند أولحاج البويرة.
معهد العلوم الإنسانية و الاجتماعية.



قسم العلوم الاجتماعية.
فرع علم النفس
تخصص علم النفس العيادي.

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي.

القلق عند المدمنين في غياب المخدر
دراسة عيادية لخمس حالات في مؤسسة لإعادة التربية و التأهيل.

* إشراف الأستاذة:
* أشروف كبير سليمة.

* إعداد الطالبة:
* نميش نورة.

السنة الجامعية: 2012/2011.

شكر و تقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

و الصلاة و السلام على أشرف المرسلين.

أتقدم بجزيل الشكر و خالص العرفان و أصدق معاني الإمتنان إلى الأستاذة "أشروف كبير سليمة، التي أشرفت على بحثنا هذا و لم تبخل علينا بتوجيهاتنا و نصائحها.

كما أتقدم أيضا بجزيل الشكر و العرفان إلى الذي لأعتبره أستاذاي فقط بل الأخ الأكبر بالإضافة للأستاذ، أستاذاي في الثانوي السيد "حنفر" الذي مد لي يد العون في وقت الحاجة.

كما اشكر كل أفراد العينة التي لم تبخلني بما إستطاعت تقديمه، و الشكر الجزيل لكل عمال المؤسسة التي تمت فيها الدراسة و على رأسهم السيد المدير.

كما لا يفوتنا أن نتقدم ببالغ الشكر و الإمتنان

إلى كل من مد لنا يد العون من قريب كان أو من بعيد.

إلى كل من ابستم في وجهنا سائلا عن مصير هذا البحث.

نورة

الاهداء

بسم الله الرحمن الرحيم
" قل اعملوا فسيرى الله اعمالكم ورسوله و المؤمنين "
إلى من بلغ الرسالة و أدى الأمانة... و نصح الأمة... إلى نبي الرحمة و نور العالمين سيدنا
محمد عليه الصلاة و السلام .
إلى من كلفه الله بالهبة و الوقار... إلى من علمني العطاء بدون انتظار... إلى من أحمل اسمه
بافتخار... أرجو من الله أن يمد في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها بعد طول انتظار و
ستبقى كلماتك نجوما أهتدي بها اليوم و في الغد و إلى الأبد...
والذي العزيز .
إلى ملاكي في الحياة... إلى معنى الحب و إلى معنى الحنان و التفاني... إلى بسمه الحياة و
ستر الوجود .
إلى من كان دعاؤها سر نجاحي و حنانها بلسم جراحي إلى أغلى الحبايب أمي الحبيبة .
إلى الذي لطالما كان لي سندا في أوقات الحاجة إلى الذي لطالما اقتخرت بأخوته، أخي الكبير
كمال .
إلى أختي فظة و إلى أخي سعيد و بلال، إلى كل أعمامي و عماتي .
إلى روح أجدادي و جداتي .
إلى كل زملائي و زميلاتي في الدفعة و أذكر بالخصوص زينب، كريمة، كاسيا، ميمي .
إلى قسم علم النفس من أساتذة و إداريين .
إلى كل زملائي و زميلاتي في العمل: ريمة، سعاد، فاتح، سمير، نريمان، حميد، فضيلة،
نور الدين، حنان، زينب، كريم، فظيلة، سلمى و إلى عمي ناصر، وإلى الغاليتين أسيا
وفيروز .
إلى كل هؤلاء أهدي عملي هذا المتواضع .

نورة

الفهرس:

الموضوع	الصفحة
الإهداء.	
كلمة شكر.	
الفهرس.....	أ.....
قائمة الجداول.....	د.....
قائمة الأشكال.....	د.....
مقدمة.....	و.....
الجانب النظري.	
الفصل الأول: الإطار العام للإشكالية.	
1: الإشكالية.....	9.....
2: الفرضية.....	12.....
3: أسباب اختيار الموضوع.....	13.....
4: أهمية الدراسة.....	13.....
5: أهداف الدراسة.....	14.....
6: تحديد المفاهيم.....	14.....
الجانب النظري:	
الفصل الثاني: القلق.	
تمهيد.....	18.....
1: تعريف القلق.....	19.....
2: أعراض القلق.....	21.....
3: أنواع القلق.....	23.....
4: القلق كحالة و القلق كسمة.....	27.....
5: أسباب القلق.....	29.....
6: النظريات المفسرة للقلق.....	32.....
7: علاج القلق.....	36.....
8: القلق من منظور الإدمان.....	38.....
*تصنيف القلق من منظور الإدمان.....	38.....
1-8: القلق الخاص بمرحلة التعاطي.....	38.....
2-8: القلق الخاص بمرحلة التوقف عن التعاطي.....	39.....
3-8: القلق أثناء و بعد العلاج.....	39.....

40.....	8-4: قلق ما قبل العلاج.....
41.....	خلاصة.....
الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات.	
43.....	تمهيد.....
44.....	1: لمحة تاريخية عن تطور المخدرات.....
46.....	2: تعاطي المخدرات.....
47.....	3: الإدمان على المخدرات.....
48.....	4: الفرق بين التعاطي والإدمان.....
50.....	5: تصنيف المخدرات.....
57.....	6: النظريات المفسرة للإدمان.....
60.....	7: أسباب الإدمان.....
64.....	8: الآثار النفسية و الاجتماعية و الاقتصادية للتعاطي.....
65.....	9: الوقاية و العلاج من الإدمان.....
67.....	خلاصة.....
الفصل الرابع: واقع مؤسسات إعادة التربية و التأهيل في الجزائر.	
69.....	تمهيد.....
70.....	1: مفهوم المؤسسات العقابية.....
70.....	2: تطور المؤسسات العقابية.....
72.....	3: أنواع المؤسسات العقابية.....
74.....	4: إصلاح نظام السجون في الجزائر.....
75.....	5: نظام المؤسسات العقابية في الجزائر.....
77.....	6: أساليب التكفل بالنزلاء و تأهيلهم في المؤسسات العقابية في الجزائر.....
78.....	7: التكفل النفسي و الاجتماعي بالنزلاء.....
82.....	خلاصة.....
الجانب التطبيقي.	
الفصل الخامس: منهجية البحث.	
85.....	تمهيد.....
86.....	1: منهج الدراسة.....
88.....	2: كيفية اختيار مجموعة البحث.....
90.....	3: وصف مكان إجراء الدراسة.....
91.....	4: أدوات الدراسة.....
94.....	5: كيفية إجراء الدراسة.....
95.....	6: كيفية تحليل البيانات.....
96.....	خلاصة.....

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الحالات.

98.....	تمهيد
99.....	1: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الحالة الأولى
111.....	2: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الحالة الثانية
125.....	3: عرض وتحليل ومناقشة نتائج مقابلات الحالة الثالثة
139.....	4: عرض وتحليل ومناقشة نتائج مقابلات الحالة الرابعة
152.....	5: عرض وتحليل ومناقشة نتائج مقابلات الحالة الخامسة
164.....	6- مناقشة عامة للحالات
167.....	7-استنتاج عام
170.....	خاتمة
172.....	صعوبات البحث
174.....	توصيات واقتراحات
177.....	المراجع
185.....	الملاحق

فهرس الجداول:

الصفحة	العنوان	الرقم
97	يوضح خصائص مجموعة البحث	01
115	نتائج مقياس هاملتون للحالة الأولى	02
129	نتائج مقياس هاملتون للحالة الثانية	03
143	نتائج مقياس هاملتون للحالة الثالثة	04
158	نتائج مقياس هاملتون للحالة الرابعة	05
172	نتائج مقياس هاملتون للحالة الخامسة	06
181	يوضح درجات مقياس هاملتون لكل حالة	07

فهرس الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
116	مخطط بياني يوضح نتائج مقياس هاملتون للحالة الأولى	01
130	مخطط بياني يوضح نتائج مقياس هاملتون للحالة الثانية	02
144	مخطط بياني يوضح نتائج مقياس هاملتون للحالة الثالثة	03
159	مخطط بياني يوضح نتائج مقياس هاملتون للحالة الرابعة	04
173	مخطط بياني يوضح نتائج مقياس هاملتون للحالة الخامسة	05

مقدمة:

يعتبر الإدمان على المخدرات ظاهرة عالمية متعددة الأبعاد هي نتيجة لعوامل متعددة، وسببا لجملة من أضرار صحية، اجتماعية، اقتصادية وثقافية. والجزائر كباقي دول العالم لم تسلم من شرك الوقوع فيه، ما جعل بداية الاهتمام بدراسته مع مطلع التسعينات، وحتى قبل هذا حين تم إنشاء اللجان الوطنية لمكافحة المخدرات في سنة 1971 ثم سنة 1992 اهتمت بانتشار الظاهرة في الجزائر، ولكنها فشلت في وضع سياسة وقائية ناجعة لمكافحة المخدرات بسبب إمكانياتها المحدودة.

وللإجابة على هذا المطلب تم إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان سنة 2002، و الذي اعتبر انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات في تزايد مستمر، كما أشار إلى تسجيل الجزائر لأول إنذار منذ سنة 1975 حين تم حجز 3 أطنان من الحشيش وتوقيف 2500 شخص، ومنذ ذلك التاريخ والجزائر تشهد تطورا ثابتا نسبيا من سنة لأخرى حيث تم حجز 07 أطنان من عصارة الحشيش سنة 1992، إلى جانب كميات من الكوكايين والهيروين وكميات معتبرة من الأدوية النفسية، و ستمر ارتفاع الكميات المحجوزة ليلبلغ 6.322 طن من عصارة الحشيش سنة 2000.

ويمس الإدمان حسب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان فئات المراهقين والشباب بالدرجة الأولى مما ينعكس سلبا على صحتهم الجسدية والعقلية وعلى توازنهم النفسي وحياتهم العائلية والاجتماعية.

ولهذا يتطلب الأمر وضع برامج وقائية خاصة وعلاجية متنوعة من مجالات مختلفة طبيا، نفسيا، وحتى إجتماعيا لمساعدة هؤلاء الشباب على استرجاع توازنهم وإعادة دمجهم إجتماعيا.

وإذا اتجهنا إلى المميزات النفسية للمدمنين، نجد أدبيات غنية بالمعلومات، تخص جوانب متعددة، لذلك سوف نتناول جانب من هذه الجوانب في دراسة القلق عند المدمنين في المؤسسات العقابية في ظل غياب المخدر وانقسمت هذه الدراسة إلى ثلاث جوانب هي:

الفصل التمهيدي: يتمثل في تحديد الإطار العام للدراسة، متضمنا إشكالية الدراسة، الفروض، تحديد المفاهيم، أسباب اختيار الموضوع، أهداف الدراسة والأهمية منها.

الجانب النظري: تضمن ثلاثة فصول:

الفصل الثاني: نعرض فيه متغير القلق بتعاريفه المختلفة، أعراضه، أنواعه، أسبابه، النظريات المفسرة له و طرق علاجه الممكنة، القلق من منظور الإدمان ثم خلاصة للفصل.

الفصل الثالث: كان لعرض متغير المخدرات تناولنا فيه: تعاريف مختلفة للمخدرات، تعريف الإدمان، ثم حاولنا في نفس الفصل التعرف على الفرق الموجود بين الإدمان والتعاطي، النظريات المفسرة للإدمان، أسباب الإدمان ثم تعرضنا للجوانب النفسية، الاجتماعية والاقتصادية للتعاطي لنختم الفصل بخلاصة.

الفصل الرابع: خصصناه لواقع المؤسسات العقابية في الجزائر تناولنا فيه: تعريف المؤسسات العقابية، تطورها، أنواعها، إصلاحات هذه المؤسسات في الجزائر، أنظمة سير هذه المؤسسات، أساليب التكفل بالنزلاء، ثم خلاصة للفصل.

الفصل التطبيقي تبلور في عرض دراستنا من الناحية التطبيقية تجلى في فصلين، الفصل الخامس: نلخصه في النقاط تالية الذكر: نوع المنهج المستخدم، أدوات البحث، كيفية جمع البيانات، كيفية تحليل البيانات، كيفية اختيار مجموعة البحث، وصف مكان الدراسة ثم خلاصة للفصل.

الفصل السادس: تناولنا فيه عرض وتحليل نتائج مقابلات كل حالة على حدة بما فيها مناقشة نتائج المقياس تحليلها ، تحليل عام للحالات الخمس المدروسة ثم استنتاج للفصل التطبيقي، حوصلة عامة لكل ما تم تناوله في البحث بإطاره النظري والتطبيقي، من ثم صعوبات البحث، لنختمه ببعض الاقتراحات والتوصيات.

الفصل التمهيدي:

الإطار العام للإشكالية.

الإشكالية:

تعتبر مشكلة المخدرات من أهم المشكلات المعاصرة التي تعاني منها المجتمعات على اختلاف مستوياتها المتقدمة والمتخلفة، فقد أشارت منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من **180** مليون شخص تقريبا يستهلكون المخدرات في العالم، أما في الجزائر فإحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات تشير إلى أن أكثر من **600** ألف من الشباب الجزائري من المدمنين، وفي نفس السياق يؤكد الديوان الوطني للوقاية ومكافحة المخدرات أن تأثير الإدمان على المخدرات واستعمالها غير المشروع دق ناقوس الخطر، إذ تبين الإحصائيات القضائية للجزائر أن عامل المحجوزات يرتفع من سنة إلى أخرى بحيث **26.16 %** موجهة للاستهلاك المحلي.(www.confeies.org).

كما أكد الدكتور "مصطفى درقيني" (طبيب الأمراض العقلية بمركز علاج و مكافحة الإدمان-البلدية-) أن اغلب المدمنين بدءوا الإدمان في سن مبكرة جدا معظمهم في بداية المراهقة.

هذا ما يجعلها مشكلة مستعصية تستدعي عملا منظما على الصعيد العالمي تشارك فيه المجتمعات الإنسانية على اختلاف ألوانها واتجاهاتها لما تسببه هذه المشكلة من أضرار على الفرد المدمن والمجتمع الإنساني بأكمله، أما على وجه الخصوص فعلماء النفس برزت حتمية تدخلهم من خلال إسهاماتهم بدراسات سابقة نذكر منها الدراسة التي قام بها كل من **Chokey** (شوكي) وليدو (**Ledo**)، ديفيسون (**Divisson**) 1986 الذين حددوا مجموعة عوامل خطر بمجرد توفرها يمكن التنبؤ باستعمال لاحق للمخدرات. (عفاف محمد عبد المنعم، (1998)، ص155).

وقد ارتبطت هذه المشكلة بالعديد من العوامل النفسية والاجتماعية على حد سواء حيث يلاحظ من خلال العديد من الدراسات على أن الإدمان ما هو إلا نتيجة لضغوط وأسباب متعددة كالظروف المعيشية السيئة والمادية والاجتماعية فقد توصل "هندن" إلى أن عوامل الفقر وجنس المتعاطي والعنصرية هي من العوامل التي تؤدي إلى الإدمان فهو يرى أن الإدمان ما هو إلا عملية تكيفية مع الواقع الاجتماعي والاقتصادي(عفاف محمد عبد المنعم (2003-ص175).

كما أكد "محمد الجوهري وآخرون" **1995**، من خلال الدراسات الإحصائية التي قاموا بها أين سئلوا المتعاطين عن أهم أسباب تعاطيهم للمخدرات لأول مرة فأجاب **31.03 %** منهم أن ذلك يرجع إلى صحبة ومخالطة السوء وأشار **9.08 %** إلى رغبتهم في التخفيف من حدة القلق والشعور بالإحباط (محمد الجوهري(1995)، ص199- 198).

ولا تقتصر المخدرات على هذه العوامل فقط بل تتعداها إلى عوامل نفسية حيث توصل الباحثون إلى أن الأمراض النفسية كالاكتئاب والقلق واليأس...يؤدي إلى الإدمان على المخدرات (محمد رفعت (1986)، ص220).

هذا ما عززته دراسات "ميلر" "وشيلز" "وكوكس" عام 1980 حول الاكتئاب عند المنحرفين، حيث وجد الباحثون أن 60.07% من عينة البحث يستعملون المخدرات لا سيما الماريخانا والكحول للتخفيف من مشاعر الاكتئاب (طايبي فريده (1998)، ص 61).

ويشير الدكتور "محمد مشابقة" أن المتعاطي توجد لديه رغبة في تكرار الجرعة وزيادتها بانتظام ونتيجة هذا التعود يصبح المخدر جزء مهم من حياة المدمن بالتالي فغيابه يجعله يعيش حالة من عدم الراحة النفسية، وتظهر لديه مجموعة من الأعراض المرضية، ونتيجة عدم احتمال له هذه الحالة قد يلجأ المدمن لكل الوسائل التي توصله إلى الحصول على المادة المخدرة، فتؤدي به هذه الرغبة إلى أفعال غير مشروعة كالسرقة وحتى العدوان على الغير من أجل الحصول على المال، نظرا لتكاليف المواد المخدرة، وأحيانا أخرى يقع المدمن في عمليات المتاجرة بالأجساد وهذا لتلبية الرغبة في المخدر، فقد أوضحت الدراسات وجود علاقة بين الإدمان على المخدرات والميل للجريمة أي أن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى ارتكاب الجرائم، هذا ما تبنته الدراسة التي قام بها "كيرل" أين أوضح أن التخدير له آثار فعالة في الاتجاهات العدوانية وعلاقته بجرائم العنف، وقد أوضح **copéra et copéra** في دراستهما حول تعاطي الحشيش أن هذا الأخير تستعمله الطبقات الفقيرة والتي ينتمي إليها أغلب المجرمين. (عفاف محمد عبد المنعم (2009)، ص 359).

وتوصل "مشابقة" 2007، في دراسة قام بها على المدمنين أن الإدمان يسبب تدهور وظائف الجسم الحيوية والوظائف العقلية لدى المدمن وهذا ينعكس على قدرة المدمن الإنتاجية وكفاءته إلى أن يصل إلى عدم القدرة المطلقة على العمل ويصبح عاطلا وفي فترة تعطله عن العمل تضطر بعضهم الظروف للاتصال بالمجرمين وتجار المخدرات، وهذا يقوده إلى أعمال إجرامية أخرى، وفي ظل هذه الحالة من اللاوعي يجد المدمن نفسه وراء القضبان داخل مؤسسة عقابية عن فعل ينفي علاقته في حدوثه، وهنا يشعر المدمن المسجون كونه مظلوما غير مذنب إذ يقيم سلوكه تقيما مغايرا وفق نظريته الشخصية للحقوق والواجبات، فيعيش مرحلة تعتبر كوضعية ضاغطة كونها تجعله يعيش في بيئة جديدة مغلقة يصعب فيها تحقيق رغبته في المخدر لتأتي بعدها مرحلة عدم تواجد المخدر في مقابل تواجد الرغبة له، هذه الحالة تدفعه إلى بعض السلوكيات الانحرافية التي تكون موجهة نحو الآخرين لسبب ما، كالرغبة في السيطرة على الغير أو الانحرافات الجنسية رغبة منه لتخفيف حدة الضغط الناتج عن غياب المخدر وفي حالات أخرى نجد عدوان السجين المدمن موجهة نحو ذاته كمحاولة الإضراب عن الطعام أو إحداث إصابات بجسده أو التفكير في الانتحار التي تعود إلى الإحساس باليأس أو للشعور بالغرابة.

وفي هذا الصدد قامت الباحثة "سايل" **Sail** بدراسة حول استراتيجيات التعامل عند المساجين المتعاطين للمخدرات، حيث أن الأفراد حين يتعاطون المواد السامة كاستراتيجية تعامل، يصبح لديهم كف في تعلم أو ممارسة السلوكات الأكثر تكيفية، وتلك المتعلقة باختيارات المقاومة، وخاصة مهارات حل المشكلة، وحين تستعمل المقاومة، كتوبيخ الذات،

الانسحاب، التفكير المرغوب فيه والانغلاق حول الذات، يرتفع احتمال زيادة تعاطي الكحول والتعقيدات الاجتماعية.

والكثير من الشباب يلجؤون إلى استعمال المخدرات حين يجدون صعوبات في التكيف مع تجارب الحياة اليومية، وهم غير قادرين على التحكم في انفعالاتهم السلبية، أو على تطوير صور ايجابية نحو ذاتهم.

ووفق هذه الدراسة يبدو أن تعاطي المخدرات، إستراتيجية غير فعالة لمواجهة الضغوطات يلجأ إليها الفرد للهروب من المواقف الضاغطة، وتجنب الضيق الناجم عنها. ولقد هدفت الدراسة السابقة الذكر، إلى الكشف عن استراتيجيات المقاومة أو التعامل Coping، المرتبطة بسلوك تعاطي المخدرات، وتحديد أهم الإستراتيجيات التي يتبناها متعاطي المخدرات، كما هدفت إلى معرفة ما إذا كان هناك فرق بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات من نزلاء المؤسسات العقابية في استعمال استراتيجيات التعامل لمواجهة ضغوطات مختلفة، حيث توصلت الدراسة السابقة الذكر إلى تحديد نمط المقاومة لدى مجموعة متعاطي المخدرات وتبين أنه أمام الضغوطات الحياتية، يلجأ هؤلاء الأفراد، إلى استعمال استراتيجيات المقاومة المركزة حول الانفعال و بشكل خاص إستراتيجية الهروب-التجنب، وأخذ المسافة، رغم أن لديهم روح المواجهة، إلا أنهم يفتقرون لإستراتيجية التخطيط لحل المشكل.

وكثيرا ما ترافق الرغبة غير المشبوعة نوبات قلق تعيق النزيل المدمن على التكيف، فنزيل المؤسسات العقابية(مؤسسات إعادة التربية و التأهيل) عادة تسيطر عليه أفكار ومشاعر سلبية من أنه شخص مرفوض ومغضوب عليه ، وبسبب ذلك يقع فريسة للقلق والتوتر والإحساس بالخوف والاعتراب(جلال الدين عبد الخالق،السيد رمضان(2001)، ص 201-202).

وفي ظل غياب الإشباع المعهود للمدمن نزيل مؤسسات إعادة التربية والتأهيل نتساءل ونبحث من خلال دراستنا هذه عن مدى ارتفاع درجات القلق لديه على اعتبار أنه في وضعية رغبة غير مشبعة و بالتالي جاء تسؤل دراستنا كالتالي:
يعاني النزيل المدمن من قلق: هل هو مرتفع أم منخفض في ظل غياب المخدر في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل؟

الفرضية:

- يعاني النزيل المدمن من ارتفاع درجة القلق في ظل غياب المخدر في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل؟

2: أسباب اختيار الموضوع:

لعل الدافع الذي جعلنا نختار مثل هذه المواضيع الحساسة والتي سبق لها وأن سطرت من قبلنا تحت عنوان " القلق عند المدمنين نزلاء المؤسسات العقابية في ظل غياب المخدر " هو خصوصية كل طرف من أطراف هذه المعادلة، خصوصية الإدمان، خصوصية النزول، وخصوصية المؤسسة العقابية. خصوصية المدمن نزول مثل تلك المؤسسات.

فنسب المقبلين بشراهة على الإدمان توبيء بالخطر وتستدعي ضرورة التدخل الآني، لرفع المعاناة عنهم ، تلك المعاناة التي لم تخرج خارج أسوار المؤسسات العقابية عند النزول المدمن والتي لا يلمسها سواهم كمدمنين أو من سمحت لهم الفرصة بالاحتكاك بهم تحت غطاء الوظيفة وهو ما لاحظناه بأمر أعيننا يوميا كوننا قريبين جدا منهم بحكم عملنا، فمعاناة المدمنين تتضاعف أكثر في مثل تلك المؤسسات فنجدهم دائمي الشكوى للحصول على ما كانوا يتعاطونه أو بدائل عنها، وباعتبار أن الأخصائي النفسي أكثر من يشاطرهم تلك المعاناة أردنا أن نجسدها في نوع من الدراسة تهتم بموضوع المخدر داخل مؤسسات إعادة التربية والتأهيل والذي يعتبر العامل الأكثر في عدم تكيف النزول المدمن في مثل هذه الأماكن.

3: أهمية البحث:

*يعد هذا البحث ذو فائدة لكل من يتعامل مع هذه الفئة من مختصين في الميدان وغيرهم.

*نأمل أن يجلب انتباه المسؤولين والاختصاصيين على مستوى المؤسسة التي تم فيها البحث، وذلك للتفكير في إيجاد طرق جديدة للتعامل مع مثل هذه الشريحة الخاصة وذلك من حيث مراعاة خصوصيتها كمدمن وكنزول مؤسسة عقابية.

*يعتبر هذا البحث إضافة جديدة للدراسات التي تمت حول الإدمان وكذا نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل.

*لفت انتباه القائمين على هذه الفئة ومعاناتها النفسية وذلك لغرض توفير تكفل طبي ونفسي مستمر وناجع، وذلك بهدف مساعدتها على التكيف داخل المؤسسة في ظل غياب المخدر.

*تبيان أهمية المتابعة النفسية لهذه الفئة، وذلك للتخفيف من حدة تأثير الأعراض التي تظهر عليهم في فترة الانسحاب ومحاولة تكيفهم مع الوضع الجديد.

*كما تظهر أيضا أهمية هذا البحث في الالتفات لهذه الفئة وفتح مجال للتعبير عن معاناتهم كنوع من التفريغ الانفعالي والمساندة، وهذا ما يعود عليهم إيجابا كنوع من الاهتمام بهم، (المساهمة في خفض حدة الضغط لديهم في ظل غياب المخدر).

4: أهداف البحث:

الهدف الرئيسي من هذه الدراسة هو إبراز ما إذا كان النزلاء المدمنين يعانون من قلق مرتفع في ظل غياب المخدر، وتواجههم في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل.

أما الأهداف الثانوية من وراء هذا البحث :

*محاولة منا تسليط الضوء على مثل هذه المواضيع والتي تعتبر إلى حد كبير بعيدة كل البعد عن متناول أي باحث بحكم القوانين الضابطة والتي لا تترك المجال لدخول ومعرفة خبايا المؤسسات العقابية.

*النزير المدمن في غياب المخدر يعرف عدة اضطرابات منها : الفوبيا، الحساسية الذاتية، الاكتئاب،.....القلق وما بحثنا هذا إلا محاولة منا لمعرفة الاضطرابات السائدة أو السيدة أو بعبارة أخرى معرفة الاضطرابات التي تتملك بدرجة كبيرة النزير المدمن في ظل غياب المخدر.

5: تحديد المفاهيم:

1-القلق:L'angoisse psychologique:

يعرف وفق هذا البحث بالدرجة التي يتحصل عليها العميل وفق مقياس "هاملتون للقلق". ويمكن أن يكون القلق مرتفع أو منخفض وهذا مقارنة بالدرجة التي يتحصل عليها.

2-النزير:Le prisonnier:

يقصد بهذه الكلمة وفق قانون تنظيم السجون، كل شخص تم إيداعه بمؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، تنفيذاً لأمر أو حكم أو قرار قضائي وذلك لمخالفة ضد الحق العام أو الخاص، أو أخل بالأنظمة والقوانين المتبعة والمتعارف عليها وأودعوا هذه المؤسسات لفترات مختلفة. نقصد بالنزير المدمن في هذا البحث أنه الشخص الذي أودع مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، بناء على حكم صدر بحقه، كما أن له سوابق إدمان على مادة أو أكثر من المواد المخدرة وتم التعود عليها، وهو في حالة غياب المخدر مع وجود الرغبة له في فترة إجراء البحث.

3-لإدمان:L'addiction:

هو التعود النفسي والجسدي على عقار معين بحيث يؤدي سحبه بالتوقف المفاجئ عن تعاطيه إلى أضرار نفسية وجسمانية خطيرة.

5: الانسحاب:(l'abstinence) :

هو الانتهاء المفاجئ أو الإلغاء العنيف لعقار معين ينتج عنه توتر نفسي وتغيرات فيزيولوجية، تظهر بعض إشاراته، كالتعرق، سيلان الدموع، الغثيان والقيء، التيبس، الهزال.

الجانب النظري

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

- تعريف القلق.
- أعراض القلق.
- أنواع القلق.
- القلق كسمة و القلق كحالة.
- أسباب القلق.
- النظريات المفسرة للقلق.
- علاج القلق.
- القلق من منظور الإدمان.
- خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعرف العصر الذي نحن فيه بأنه عصر القلق وإن كانت العصور السابقة عرفت هذا النوع من الاضطرابات النفسية، لكن ليس بالدرجة التي يشهدها هذا القرن مما دفع بمعظم العلماء والباحثين إلى إطلاق قدراتهم الفكرية والعلمية والكتابية، في محاولة منهم إعطاء مفهوم حقيقي لهذا الموضوع، الذي يعد مشكلة من المشكلات النظرية في علم النفس إذ تباينت وجهات النظر فيه تباينا واسعا.

وسنتناول في هذا الفصل بعض تعاريف القلق، أعراضه، أنواعه، أسبابه والنظريات المفسرة له، لنختم فصلنا هذا بالطرق الممكنة لعلاج.

1-تعريف القلق:

1-1: التعريف اللغوي:

قلق الشيء أي حركه، أقلق، إقلاقاً، أي الهم وغيره وعدم الاستقرار، بات قلقاً أي بات مضطرب البال، القلق هو اضطراب وانزعاج (مجاني الطلاب، (1996)، ص80).

1-2: التعريف الاصطلاحي:

لقد تعددت واختلفت تعاريف القلق بتعدد وتباين التوجهات النظرية للباحثين والعلماء، فقد كان موضوع القلق محل اهتمامهم ودراساتهم، لأجل ذلك كانت مختلف التعاريف التي قدموها متباينة فيما بينها، وفي مايلي أهم هذه التعاريف:

• **تعريف المعجم السيكولوجي:** يعرفه هذا الأخير على أنه حالة انفعالية ثابتة تتشكل لدى الفرد نتيجة عدم قدرته على التكيف و الاستقرار مع توقف الخطر، إما يكون خارجياً أو يكون ذاتياً (Sillamy, 1991).

• تعريف "حامد زهران":

يعرف "حامد زهران" **Hamed zahran** القلق على أنه حالة توتر شامل ومستمر، نتيجة توقع تهديد خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها خوف غامض وأعراض نفسية وجسمية كما انه شعور متعلق بانتظار خطر آت من موضوع غير محدد. (طه عبد العظيم حسين، (2007)، ص15).

حسب التعاريف السابقة الذكر يتبين أن القلق يتمثل في حالة سيكولوجية داخلية تنشأ نتيجة عدم القدرة على التوفيق بين مختلف أجزاء الجهاز النفسي وهو ما يجعلها تظهر على شكل أعراض جسمية، نفسية وسلوكية معينة.

ويعرفه **سيغموند فرويد "Freud"** بأنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ويسبب له الكثير من الكدر و الضيق و الألم" وهو عبارة عن "رد فعل لخطر فقدان الموضوع". (سيغموند فرويد، تر: نجاتي، (1985)، ص13).

• تعريف "جمال زكي": **Djamel Zaki**

يرى بأن القلق في معناه العلمي يدل على إحدى الحالات الانفعالية التي تصاحب الخوف من المستقبل أو تؤدي على الضيق وعدم الرضا، الذي يعيق التفكير الصحيح والعمليات العقلية الأخرى. (جمال زكي، (1977)، ص14)

• تعريف "هليجرد": **Hildjerd**

يرى "هليجرد" **Hildjerd** أن القلق يشير إلى حالة من توقع الشر أو الخطر والاهتمام الزائد وعدم الراحة أو عدم الاستقرار أو عدم سهولة الحياة الداخلية للفرد. (أبو فرحة خليل، (2007) ص 102).

• تعريف "براون": **Brawn**

يرى أن القلق هو مفهوم يتضمن جانبين هما الظروف البيئية التي يتواجد فيها الفرد والتي تشكل تفاعلاتها وعناصرها مصدر الضيق والتوتر للفرد وردود الفعل النفسية بما تحمله من مشاعر الحزن الموجود داخل نفسية الأفراد. (الصيرفي محمد، (2008)، ص 168).

يرى كوترو "cottraux (2001) : أن القلق يظهر عند الأفراد وعند مواجهة عوائق تحد من تحقيق أهدافهم و حاجاتهم في الحياة.(couttraux.J,(2001).

• تعريف "دولار وميلر": Dollar et miller:

يعرف " روبرت و ولكر" Robert et Welker ، القلق بأنه استجابة أو رد فعل داخلي دون جود سبب خارجي مهدد بحيث تؤدي هذه الاستجابة إلى إثارة الأفراد داخليا، وقد يرتبط القلق بموضوع أو موقف خارجي غير خطير بحيث يسلك الفرد وكأنه خائف لسبب غير واضح أو معروف. (جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي، (2008)، ص36).

1-3: تعريف إجرائي:

مما سبق ذكره يمكن القول أن القلق حالة من الشعور بعدم الارتياح والاضطراب والهم المتعلق بحوادث المستقبل، والذي يتضمن شعورا بالضيق وانشغال الفكر وترقب الشر وعدم الارتياح حيال مشكلة متوقعة أو محتملة الوقوع.

2- أعراض القلق:

للقلق أعراض ومظاهر متنوعة ومتعددة تشمل كل فئات المجتمع سواء من حيث الجنس أو السن وبطبيعة الحال من يعاني القرن وهذه الأعراض يمكن إيجازها في مايلي:

1-2: الأعراض الجسمية:

يؤدي شعور الفرد بالقلق إلى الإحساس الشديد بالخوف مجهول المصدر، وتوقع الأذى والمصائب، وإلى عدم القدرة على التركيز والانتباه والإحساس الدائم بتوقع الهزيمة والعجز والاكنتاب إلى جانب الشك والتردد، وعدم الطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة أي موقف من مواقف الحياة والخوف من الأمراض كالقلب والسرطان والزهري أو الخوف من الموت، ويفقد المريض السيطرة على أعصابه بسهولة لأتفه الأسباب، والحساسية لأي ضوضاء لأن هذه الأعراض تؤدي إلى عدم توافقه الاجتماعي والأسري فهو مصدر النزاعات العائلية، وقد تحطم حياة الفرد فيؤدي إلى تدهور قدرة الفرد على الانجاز والعمل.(صبري محمد، (2004).

وكذلك شعور الفرد بانفعال وتوتر انفعالي يضغط عليه من الداخل كالحزن والفرح والغضب والخوف ويظهر على الفرد بشكل مبالغ فيه، ولكن الفرد لا يستطيع التخلص منه ويتمنى أن يجد طريقة للنفاز من هذا الشعور.(السامراني نبيهة صالح، (2007)، ص50).

2-2: الأعراض الفيزيولوجية:

إن الأعراض الجسمية أكثر أعراض القلق شيوعا، حيث إن جميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة وتتغذى بالجهاز العصبي، فنجد أن هناك أعراض يستطيع الفرد أن يشعر بها كبرودة الأطراف وتصبب العرق احتمال اضطرابات معدية، جفاف الحلق، ضيق التنفس، وأخري لا يشعر بها الفرد كنشاط الجهاز العصبي اللاإرادي السمبثاوي و الباراسمبثاوي ومن ثم تزيد نسبة الأدرينالين والنور أدرينالين في الدم، من بينه الجهاز السمبثاوي فيرتفع ضغط الدم وتزيد ضربات القلب وحظ العينين ويتحرك السكر في الكبد وتزيد نسبته في الدم، أما ظهور نشاط الجهاز السمبثاوي فأهمها كثرة التبول والإسهال وتوقف الشعور

وزيادة الحركات المعوية أما "الهيبتوتالاموس"، هو مركز التعبير عن الانفعالات وهو على اتصال مباشر بقشرة المخ، بحيث توجد دائرة بين القشرة وبين الهيبتوتالاموس والمخ، ومن خلال سيالات عصبية والهرمونات العصبية المسؤولة عن هرمونات السيروتين والنورأدرينالين والدوبامين وتزيد نسبتها في هذه المراكز. (عطوف محمد ياسين، (1981)، ص218).

2-3: الأعراض الإكلينيكية:

يظهر على المصاب بالقلق عادة التوتر العنيف، كثرة الحركة، وسرعة التنفس، الكلام السريع غير المرتبط، نوبات من الصراخ والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدقة العينين، شحوب الجلد، الارتجاف الشديد للأطراف، الإغماء، والعرق البارد الغزير، والأعراض الإكلينيكية نجدها في عدة أجزاء هي:

2-3-1: في الجهاز القلبي:

يشعر الإنسان بآلام في الناحية اليسرى من الصدر وفرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض وارتفاع ضغط الدم.

2-3-2: في الجهاز الهضمي:

صعوبة في البلع وسوء الهضم، وأحيانا الغثيان والقيء والإسهال وفقدان الشهية وجفاف الحلق.

2-3-3: في الجهاز التنفسي:

اضطرابات في التنفس وعسره، نوبات في التهدد والشعور بضيق في الصدر، وعدم القدرة على استنشاق الهواء.

2-3-4: في الجهاز العصبي:

شعور بالصداع والعصبية المفرطة والارتجاف الأرق وعدم القدرة وعدم القدرة على النوم.

2-3-5: في الجهاز العضلي:

آلام على مستوى الساقين والذراعين وإحساس بالثقل والتعب وضعف عام ونقص الطاقة الحيوية.

2-3-6: في الجهاز البولي التناسلي:

أعراض تتمثل في كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة، كذلك فقد القدرة الجنسية عند الرجال وتسبب له آلام شديدة، وكذلك بالنسبة للمرأة فيشكل لها برود جنسي، بل أحيانا يتسبب في اضطراب الطمث. (مفتي ابراهيم، بون سنة، ص 103-104).

3- أنواع القلق:

حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي تتمثل اضطرابات القلق في تصنيف DSM4 عام 1994م، في:

3-1: اضطرابات الهلع:

يشكل الهلع حالة من الخوف المرعب، وتتسم نوبته عند حدوثها بالخوف الشديد المفاجئ والترقب والرعب مع الشعور بالهلاك المحتوم، و يصاحبها عدد من الأعراض التي تصل إلى ذروتها في الحدة خلال عشرة دقائق من بداية ظهور أول عرض. وقد تستمر الأعراض من بضعة دقائق إلى ساعات طويلة، وهذه الطبيعة المفاجئة للهلع هي ما تميزه كاضطراب عن باقي اضطرابات القلق الأخرى.

من الأعراض الفيزيولوجية: الخفقان، الدوران، الغثيان، انخفاض معدل التنفس. أما أعراضها المعرفية: التجريد من الواقعية، الخوف من الجنون والموت، إضافة إلى أعراض سلوكية تعبيرية تتضمن في الغالب الحاجة الملحة إلى الفرار أو الهروب من الموقف الراهن.

كما أن نوبة الهلع غالبا ما تصاحب ببعض الاضطرابات ومشاعر العجز كالقلق، اليأس، القلق العام والمخاوف النوعية والخوف الاجتماعي والوسواس والاكتئاب، وكذا توهم المرض والآلام الجسمية. (عادل عبد الله، (2000)، ص87).

حسب تصنيف (Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)DSM4 ، فإن نوعية الهلع لا تعد اضطرابا مستقلا، وتتسم تلك النوبة بحدوث الخوف الشديد والتوتر والانزعاج في فترة تتوفر خلالها على الأقل 04 أعراض من بين 13 عرضا لتتطور فجأة وتصل إلى ذروتها خلال 10 دقائق من بداية ظهور أول عرض. أما اضطراب الهلع غير المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة فهو يتسم ب:

- تكرار حدوث نوبات الهلع غير المتوقعة.
- انشغال الفرد بإحدى النوبات لمدة شهر على الأقل كحد أدنى وبواحد على الأقل ممايلي:

- الانشغال الدائم بحدوث نوبات أخرى.

- الخوف من النتائج التي تترتب على حدوث النوبة كفقدان السيطرة على الذات أو حدوث نوبة قلبية، أو الإصابة بالجنون وتغيير واضح ودال في السلوك يرتبط بتلك النوبات وأن هذه الأخيرة لا تعود إلى أي آثار فيزيولوجية للمواد التي يتعاطاها الفرد، ولا ترجع إلى حالة طبية عامة كالإفراط في إفراز الغدة الدرقية أو إلى اضطراب عقلي.(نفس المرجع السابق، (2000)، ص 198).

3-2: اضطراب القلق العام:

هو قلق غير محدد الموضوع وهو شعور غامض غير سار، تصاحبه بعض الأعراض الجسمية والنفسية دون أن ترتبط بشكل خاص أو محدد بأي حدث أو ظرف كما قد تظهر دون تجديد المثير بدرجة كافية، أو قد يحدث المثير بدرجة كافية أو قد تحدث الاستجابة لأي مثير منخفض، ويتخلل القلق الجوانب المختلفة لحياة الفرد ويوزع الشعور به على الوقت، وبذلك فهو قلق شامل، وقد يكون هذا القلق حادا أو مزمنا وقد يرتبط في حالة الأزمات بحضور من أعضاء الجس ويسمى باسمه في هذه الحالة.

ويرى "أحمد عكاشة" Ahmed Akacha (1992)، أنه إذا استمر الصراع لفترة طويلة وأصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق إلى أحد هذه المظاهر الثلاث: المخاوف أو عصاب الأعضاء أو قلق الهستيريا ويحدد DSM4 اضطرابات القلق العام بأنه قلق مفرط أو توقع وترقب يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن 6 أشهر وذلك في عدد من الأحداث والأنشطة كالعامل أو الأداء المدرسي ويصعب على الفرد أن يسيطر على قلقه وانشغاله الذي يرتبط بثلاثة أعراض على الأقل من بين 6 أعراض هي:

- الشعور بالاستياء والملل أو شعور الفرد بأنه محبوس أو مقيد.
- سرعة الشعور بالتعب.
- الهيجان المفرط.
- التوتر العضلي.
- صعوبة التركيز أو الوصول إلى اليقظة المستهدفة.

● صعوبات النوم كأن يجد الفرد صعوبة في الاستغراق في النوم أو البقاء نائماً أو حدوث النوم غير المشبع. (84): (Ladouceur, R, et al, (1999).

3-3: اضطراب الرهاب (الخوف المرضي):

الرهاب هو الفوبيا أو الخوف المرضي الذي يدرك المريض خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير معقولة أو مع ذلك يضل خوفه من تلك الأشياء التي لا تخيف في العادة ويكون خوف المريض عاما غير محدد، كما يكون الخوف من موضوع أو وضع معين يكون غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي أو منطقي. (Servant, D , parquet, P.H, (1995). (p26).

ويرى أحمد عكاشة (1992)، أن استجابة الخوف المرضي (الرهاب) هي حيلة دفاعية لا شعورية يحاول المريض أثناءها عزل القلق الناشئ عن فكرة أو موضوع في موقف معين في حياته اليومية، وتحويه إلى فكرة أو موضوع أو موقف رمزي ليس له علاقة مباشرة بالسبب الأصلي، وقد يكون هذا الخوف من الأماكن الواسعة أو من شيء أو من موقف محدد أو من حيوان ما، كما قد يكون خوفا من الأماكن الواسعة أو ن شيء، ويختلف هذا الخوف عن القلق العام في أنه هنا يكون شديدا ومتمركزا حول موضوع معين يدركه المريض، وتسمى المخاوف باسم ما ترتبط به، فيقال فوبيا الحيوانات، الظلام... إلخ. (عادل عبد الله، (2000) (ص202).

كما نجد حسب تصنيف DSM 4: ثلاثة أنواع من استجابات الخوف المرضي هي:

3-3-1: الخوف من الأماكن الواسعة: Agoraphobie.

وتتضمن المخاوف المرتبطة بفوبيا الأماكن الواسعة مجموعة من الواقف التي تتضمن وجود الفرد في أي وسط وحيدا بعيدا عن منزله، أو وسط حشد من الناس في نفق السفر في أي وسيلة المواصلات العامة كالسيارة، القطار، لحافلة، ولا يتعلق الخوف بواحدة فقط، وإلا أصبح ذلك من المخاوف النوعية، كما لا يرتبط التجنب هذا بمواقف اجتماعية معينة، وإلا أصبح ذلك ضربا من الخوف الاجتماعي.

يتسم الخوف من الأماكن الواسعة بالقلق من جانب الفرد حول وجوده في أماكن أو موافق يصعب الهروب منها، أو قد لا يتاح تقديم المساعدة له فيها وذلك لحدوث نوبة هلع غير متوقعة أو حدوث أعراض شبيهة بأعراض الهلع.

3-3-2: المخاوف الاجتماعية: La phobie sociale.

ويتسم بالخوف من واحد أو أكثر من المواقف الاجتماعية حينما يتواجد الفرد وسط الغرباء، أو عندما يكون وضع اهتمام من الآخرين، ويؤدي التعرض لمثل هذه المواقف أو ذاك يأخذ شكل نوبة الهلع، ويدرك الفرد تماما أن مخاوفه مبالغ فيها وغير معقولة، ولكنه مع ذلك يخاف المواقف الاجتماعية ويتجنبها مما يؤثر سلبا على أدائه.

ولا يجب أن يرجع هذا الموقف إلى إي مرض عقلي أو نوبة هلع مصحوبة أو غير مصحوبة بفوبيا الأماكن الواسعة أو قلق الانفصال، أو اضطراب صورة الجسم كما يجب أن لا يرجع إلى اضطراب الشخصية شبه فصامية.

3-3-3: المخاوف النوعية المحددة: Les phobies spécifiques.

وهي تتسم بكم مفرط ن الخوف غير الواقعي الذي يثيره وجود أو توقع وجود شيء أو موقف معين كالطيران، الارتفاعات، الحيوانات...الخ، ويؤدي التعرض المثير المسبب للخوف استجابة قلق مباشرة، قد تأخذ نوبة هلع ترتبط بذلك الموقف، وقد يحدث ذلك بالنسبة للأطفال على هيئة صراخ، نوبات غضب، التجمد أو التثبيت بالآخرين.

والشخص الراشد يدرك أن هذا الخوف مبالغ فيه وغير معقول، ومع ذلك لا بد له من أن يتجنب الموقف وإلا حدثت استجابة قلق شديدة تؤثر سلبا على أدائه، هذه المخاوف لا ترجع إلى مرض عقلي، الوسواس القهري، عصاب ما بعد الصدمة، قلق الانفصال، الخوف الاجتماعي، اضطراب الهلع المصحوب بفوبيا الأماكن الواسعة، ويبدأ هذا النوع من المخاوف في مرحلة الطفولة. (نفس المرجع السابق، (2000) ص 223-224).

4: القلق كحالة والقلق كسمة:

إضافة إلى الأنواع السابقة الذكر للقلق نجد "سبيلبرجر" (Spielberg, C, 1984) وهو يميز بين نوعين من القلق هما: القلق حالة والقلق سمة، فالأولى تتمثل في حالة انفعالية مؤقتة تختلف في شدتها، فهي تمثل الظاهر الحاضرة خلال الحوادث، أي مؤشرات الحالة التي يتسم بها الفرد داخليا. والقلق سمة يعتبر سمة في الشخصية.

(Elligaes ,M ,Neuss,(1999) :p 133).

بالنسبة لحالة القلق فهي تتغير تبعا لتغير مواقف التهديد والخطر فترتفع عندما يشعر الفرد بالتهديد و تنخفض عندما لا يكون الموقف مهددا بخطر وتزداد حالة القلق لدى الأفراد ذوي سمة القلق المرتفع في المواقف التي يدركون فيها تهديد تقدير الذات أكثر منها في المواقف التي يدركون فيه التهديد بالأذى الجسمي، كما تتصف حالة القلق بارتباطها بموقف معين بسببها وترتبط بمشاعر من الهم، التوتر، تنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتكون هذه الحياة مدركة شعوريا.

ويمكن لحالات القلق أن تثار بطرق متنوعة، فيمكنها أن تثار من المواضيع أو من خلال الأشخاص أو من خلال تركيبات بيئته بالإضافة إلى الإحساسات الجسدية السلبية والتصورات المهددة تثير كذلك مشاعر القلق. (رضوان سامر جميل، (2007)، ص269).

أما سمة القلق حسب أحمد عبد الخالق (1992)، فإن مفهوم سمة القلق تشير إلى فروق ثابتة في الاستهداف للقلق بوصفه سمة في الشخصية، ولا تظهر سمة القلق مباشرة في السلوك، وإن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الأفراد عبر الزمن وشدة الحالة. (فايد حسين، (2004)، ص129).

القلق كسمة من سمات الشخصية (كمتغيرة)، فهي تبدو على أنها تحتوي دافعا أو استعدادا سلوكيا مكتسبا، يجعل الفرد يملك استعدادا لأن يعيش عددا كبيرا من الظروف غير الخطيرة موضوعيا على أنها مهددة، وأن يستجيب لهذه الظروف بحالات من القلق تكون شدته غير متناسبة مع حجم الخطر الموضوعي... والأفراد الذين يمتلكون درجة مرتفعة من سمة القلق يميلون لإدراك مواضيع أو أشخاص أو مواقف على أنها مهددة، وتكون الاستجابة طبعا لهذا التهديد بحالة من القلق. (رضوان سامر جميل، (2007)، ص269).

ويرى "أيزنك" Eysenck (1992)، أن سمة القلق تمثل أيضا عامل استهداف لاضطرابات القلق، وكذا فإنها ليست وراثية بالضرورة، ويمكن لأن تشكل عامل خطر لاضطرابات جسدية على سبيل المثال: أمراض الأوعية الدموية، الربو، الأرق، الشقيقة... الخ. (Graziani, R(2005)).

وعلى ضوء نظرية القلق (الحالة، السمة) فإن الشعور بالقلق في مواقف الإحباط والصراع مسألة نسبية تختلف من شخص لآخر بحسب الاستعداد للقلق عند كل منهما فالشخص صاحب الاستعداد العالي للقلق (سمة القلق) يظهر عنده القلق والتوتر في مواقف الإحباط والصراع أكثر من الشخص صاحب الاستعداد المنخفض للقلق، لأن الأول يدرك العجز والفشل بسرعة، ولا يثق في قدراته وإمكانياته بتوقع الشر ويحط من قدر نفسه ويتوجس من المستقبل، وينمو لديه الاستعداد للقلق من التفاعل بين المعطيات الوراثية وأساليب التنشئة الخاطئة. (نفس المرجع السابق، ص 20).

5- أسباب القلق:

اختلفت نظريات علم النفس في تحديد الأسباب المؤدية للقلق، ذلك لأن كل نظرية قامت بدراسة القلق بطريقة ووجه مختلف عن الآخر ويمكن اختصار أسباب القلق فيما يلي:

1-5: العوامل الوراثية:

تشير نتائج الفحوصات الأولية، ونتائج الدراسات التي قام بها المختصون بوجود أساس جيني لاضطراب القلق وذلك بنسبة 15% -75% من الأقارب من الدرجة الأولى لمرض القلق يصابون به وبالمقارنة فإن معدل الإصابة بين التوائم المتماثلة هو 80% -90% ومن 10 إلى 15% بين غير المتماثلة وذلك نتيجة تشابه الجهاز العصبي اللاإرادي واستجابته للمنبهات الداخلية والخارجية، وقد وجد كل من "سيلتر" Silter et Silider

و"سيليدر" (1962-1969)، أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 15 % و أن حوالي 65 % يعانون من بعض سمات للقلق. (محمد الأديب الخالدي، (2006)، ص199).

2-5: العوامل النفسية:

إن الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه بسبب القلق إضافة إلى الضعف النفسي العام والتوتر الشديد، الشعور بالعجز، الخوف من العقاب وتوقعه، زيادة إلى عوامل متعلقة بالحياة العامة كالمشاكل المالية والمهنية والعائلية فهي من المسؤوليات التي تفوق تحمل الفرد أو من زوال المعيشات التي تعود عليها كما أن الأمراض العضوية الحادة أو المزمنة تمهد الاستجابة للقلق الذي يوجه الفرد لطبيعة الضغوطات الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة والصراع بين الدوافع والاتجاهات والإحباط والفشل اقتصاديا وروحيا. (الدباغ فخري، (1983)، ص39).

3-5: العوامل الفيزيولوجية:

تنشأ أعراض القلق من زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي بنوعيه السمبثاوي والباراسمبثاوي وخاصة السمبثاوي المتمركز بالدماغ بالهيبتوتالاموس فهو يشرف على سير عمل كل الآليات الانفعالية، إذ أن مواجهة الحالات الضاغطة تعمل على تنشيط مفرط للجهاز السمبثاوي بعجز الباراسمبثاوي، فيفرز هذا وسيط كيميائي يسمى الأدرينالين وفي حالة إجهاد الجهاز السمبثاوي بعجز الباراسمبثاوي على إرجاع الوظيفة إلى حالتها الطبيعية فيحدث على شكل أعراض نفسية أو صحية، ومن علامات الجهاز السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم وتزيد نسبة السكر في الدم مع شحوب في الجلد، أما ظواهر نشاط الجهاز الباراسمبثاوي، كثرة التبول والإسهال. (محمد الأديب خالدي، (2006)، ص200).

ويذهب "سوليفان" Solivan إلى القول أن الأبوين نقلت إلى أبنائهم مشاعر القلق، فالأم المتوترة سرعان ما تدرك أن صغيرها يبدي إمارات القلق، فالرضيع يتناغم انفعاليا مع أمه، وبالمثل فإن الأطفال الذين ينشؤون في بيئة تشعرهم بالحرمان والإحباط وعدم الأمن سيكونون أكثر استعدادا من غيرهم لإظهار استجابة للقلق، (صبري محمد علي، (2004)، ص227).

4-5: مواقف الحياة الضاغطة:

إن تعدد الأعباء والمشكلات التي يتعين على الفرد في هذا العصر مواجهتها وتعدد الجهات التي عليه أن يتعامل معها والقوانين التي من المفروض أن يخضع لها، في العمل والشارع والحياة، كما أن هناك الكثير من الممنوعات التي يتعين الابتعاد عنها لأن كل من يقترب منها ستعرض للعقاب وفي الحياة الحديثة بما فيها من أعباء ومسؤوليات تحتاج من المرء قدرة و طاقة للتكيف معها، وضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي قد يقع عليه العبء لوحده، أو جماعة تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثل: الكوارث الطبيعية والحروب بما يترتب عنها من مآسي كثيرة والأزمات الاقتصادية وكلها تمثل مجموعة الهموم التي يتعرض لها الإنسان في أماكن متعددة من العالم تسبب له القلق. (لطفى عبد العزيز الشربيني، دون سنة، ص51).

وقد حدد كل من "ارنست" و "جيرام" Erneste et jirame، خمسة مصادر للقلق وهي:

● **الأذى أو الضرر الاجتماعي:** فالعديد من الناس الذين يحترفون الرياضيات الصعبة، كسباقات السيارات، وتسلق الجبال، يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تنذر بالأذى والإيلام الجسدي كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الأمراض أو القتل في الحروب.

● **الرخص أو النبذ:** فالخوف من رفض الآخر لنا ومن أنه لن يبادلنا مشاعر المودة والحب تجعلنا غير مطمئنين أو مشتركين في مواقف اجتماعية.

● **عدم الثقة:** حيث نقص الثقة أو فقدانها يعد مصدرا للقلق لا سيما إذ كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع أن يفعله.

● **التنافر المعرفي:** يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات والأفكار والمعلومات كل منها مع الآخر أو اتساقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق.

● **الإحباط والصراع:** فالتوتر والقلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء إرضائنا لرغباتنا ودوافعنا وطموحاتنا أم في المواقف الراحية.

6- النظريات المفسرة للقلق:

أعطى كل عالم من علماء النفس الأولوية لبعض الأسباب التي تؤدي للقلق، وأعطوا اتجاهات مختلفة ولكل اتجاه وجهة نظر مبرر، ومن بين هذه النظريات:

1-6: النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه بأن الفرد المصاب بالقلق كاضطراب تسيطر عليه تصورات ذهنية مفادها أن هناك حادثة خطيرة ستقع، حيث تؤدي هذه التصورات إلى اضطراب التفكير ويصبح في موقف ينذر بالخطر، فيعمل الدماغ باهتياج شديد في مواجهة التهديد وفي الفترات الحادة من القلق تؤدي إشارة تنبه للخطر، كما أن خبرة القلق تكون مصحوبة في الغالب بتشويش ذهني، أي عدم القدرة على القدرة على التفكير بشكل مباشر، لأن الفكر يكون منشغلا بالحالة الداخلية التي تتعلق بحالته الجسمية و الخطر الذي يهدد حياته.

ولقد بينت دراسة "بيك" «Beck» (1970)، «Reid louse» في إطار العلاج المعرفي عند التصغير والتضخيم لوضعية معينة وهي أخطاء يرجعها "بيك" إلى عدم الفرد على رؤية الصائبة للمعلومات وتلاحظ عند الراشد، أما عند الطفل فلا نجد هذه التشوهات بصورة كافية لأنه بصدد بناء معرفة، وهذا ما يطرحه شكل الارتباط بين التعلم والتطور.

أما "باندورا" «Bandoura»، فقد أوضح العلاقة بين حالات القلق وعملية التعلم غير متكيفة بحيث درس معتقدات الأفراد لقدراتهم الذاتية والتعامل مع المواقف النوعية، وهذا ما اسماه بالفاعلية الذاتية، وهذه المعتقدات تؤثر على ردود أفعاله إزاء الشدائد والسلوك الذي يتبع ذلك. (Kacha, (1996), p 93).

6-2: النظرية السلوكية:

أما المدرسة السلوكية فإنها تنظر إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الايجابي والتدعيم السلبي، بحيث يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. (صبره محمد علي، (2004)، ص 94).

يعتبر "ازينك" **Izenk**، أن استجابة القلق هي نتيجة أحداث صادقة أو سلسلة، من الصعوبات المتتالية تشمل على رد فعل عصبي لا إرادي، ويؤكد "ولب" **Wolp** إن سلوك العصابي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم وأن القلق هو نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم ومن ثم يمكن حفظه عن طريق التشريط المضاد، فحين تظهر المثيرات الشرطية التي ترتبط بالقلق المضاد للاستجابة فإن حدوث الاستجابة الطبيعية يؤدي إلى كف القلق بالتدرج لدرجة أن المثيرات التي كانت تحدث القلق ينتهي مفعولها وتحل محلها الاستجابة الطبيعية مقترنة بكف للقلق.

وبذلك صاغ "ولب" **Wolp**، مبدأه العام وهو ما يعرف بالكف النقيض أو المتبادل والذي يعتمد في جوهره على فكرة مؤداها أننا إذا استطعنا أن نحدث استجابة مضادة للقلق في حضور المثيرات الباعثة على اللقلق فإن الاستجابة المضادة تعمل على انطفاء القلق ومنعه من الظهور. (طه عبد العظيم حسن، (2007)، ص 35).

6-3 نظرية التحليل النفسي:

يفسر "فرويد" **Freud**، القلق بأنه نتيجة التغير الذي يطرأ على الهياج الناجم عن الاندفاعات الجنسية عندما لا يوجد مخرج طبيعي لها، وربط "فرويد" اللقلق بمرحلة الطفولة كما أن القلق هو نتيجة لكبت انطلاق صراع قائم بين "الهو" و "الآنا" وبذلك قلب "فرويد" الفكرة القائلة بأن القلق مصدر للكبت وليس نتيجة له. (الداهري صالح حسن، (2005)، ص 330).

وحسب "فرويد" **Freud**، فالقلق علاقة وثيقة بالحرمان الجنسي، حيث يلاحظ أن مرضاه الذين يشكون من القلق يشكون أيضا ن الحرمان الجنسي، أو من وجود عوائق تمنع من تفريغ الطاقة الجنسية وإشباع الرغبة الجنسية ويتساءل "فرويد" **Freud** لماذا يظهر القلق في جميع هذه الحالات التي يعاق فيها الإشباع الجنسي، وهو يجيب بأنه حينما تمنع الرغبة الجنسية من اتخاذ طريقها الطبيعي إلى التفريغ والإشباع فإن الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي وهي "الليبيدو" **Libido** تتحول إلى القلق ولاحظ "فرويد"، كذلك ظهور الأمراض الهستيرية وأن المرضى المصابين لا يستطيعون إظهار حقيقة الأشياء التي يخافونها وهم غالبا ما يحاولون تفسير خوفهم بإرجاعه إلى بعض المخاوف المرضية مثل الخوف، من الجنون أو من الموت، لكن إذ حللنا هذه الأعراض التي يظهر فيها القلق يتبين لنا أن هناك عملية عقلية طبيعية، هي في الأغلب جنسية قد منعت من الظهور في الشعور، أي أن الحالة الوجدانية التي كانت مصاحبة لهذه العملية العقلية قد تحولت إلى قلق، فالقلق إذ

عملية متداولة تستبدل بجميع الحالات الوجدانية، أو يمكن أن تستبدل بها حينما يتعرض مضمونها العقلي للكبت. (محمد عثمان نجاتي، (1962)، ص141).

4-6: النظرية البيولوجية:

يفترض أصحاب هذا الاتجاه أن هناك اضطرابا بيولوجيا أو كيمائيا بسبب المرض وقد أجريت دراسات إحصائية لمعرفة مدى انتشار الاضطراب بين أقارب المصابين من الناس، وجد احتمال الإصابة عند لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى، وأشارت دراسات التوائم إلى أن هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كان توأمين متماثلين أو متطابقين، مما لو كان توأمين غير متطابقين، ويمكن أن يؤدي هذا الضعف الوراثي إلى نشأة ألوان الشذوذ الكيمائي الحيوي، وبالتالي ظهور الأعراض الجسمية التي يشعر بها المرضى. (القمش مصطفى نوري، (2007)، ص 266).

5-6: النظرية الوجودية:

إن هذه المدرسة تؤكد على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية، ولذا تركز دراستها على الموضوعات التي ترتبط بهذه الخصوصية، مثل الإرادة والحرية والمسؤولية والقيم والابتكار، ويرى أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق وجوده وذاته كإنسان وكائن متميز عن الكائنات الأخرى وكفرد يختلف عن بقية الأفراد.

وعلى ذلك فإن عوامل القلق ومثيراته لدى هذه المدرسة ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس التحليل النفسي والسلوكية التي تعزو أسباب القلق إلى الماضي: ومن أهم العوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده و إذ لم يهتد الإنسان إلى هذا المغزى فإنه سيكون فريسة للقلق (صبري محمد علي، (2004)، ص 95-96).

إن أنصار التيار الإنساني " كارل روجرز" Carl Rogers صاحب نظرية الإرشاد الممرکز حول الشخص يرى أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الاتساق و التناقض بين مفهوم الذات لديه كلما أدى ذلك به إلى التوافق النفسي في حين أن عدم الاتساق بين مفهوم الذات والخبرات التي يواجهها الفرد والتي لا تتسق مع مفهومه عن ذاته يدركها الفرد على أنها تمثل تهديد له ومن ثم يعمل على تحفيزها أو تجاهلها ويشعر عندئذ بالقلق والتوتر. (طه عبد العظيم حسين، (2007)، ص35-36).

ولقد لاقى مفهوم القلق اهتماما واسعا في تفسيره وهذا ما يدل على تعدد النظرية المفسرة له و اختلافها و إعطاء كل نظرية رأيها الخاص في تفسير القلق وهذا حسب اتجاهها و تكوينها و إعطاء المبررات التي يراها الأنسب والدفاع عن رأيها، فالنظرية المعرفية أرجعت القلق إلى عدم القدرة على توظيف القدرات العقلية بشكل أفضل ومباشر مع الخطر الذي يهدد حياته، أما النظرية السلوكية والتي فسرت في ضوء الاشارات الكلاسيكي أن القلق هو سلوك مكتسب من البيئة التي يعيش فيها الفرد، في حين ذهبت النظرية التحليلية عكس ما ذهبت إليه النظريتين السابقتين و التي أرجعته إلى عدم تحقق الدوافع والرغبات الجنسية، والنظرية

البيولوجية أرجعته إلى خلل كيميائي بسبب المرض، أما النظرية الوجودية أكدت على خصوصية الإنسان بين الكائنات الحية وأن يحقق وجوده وذاته كإنسان.

7: علاج القلق: يتنوع العلاج على الجوانب التالية والتي قد تكون القواعد الأساسية في

أكثر من العلاجات وهي كالتالي:

7-1: العلاج السلوكي المعرفي:

ينطلق العلاج السلوكي المعرفي من مسلمة أن القلق يحدث نتيجة منعكس شرطي خاطئ لخبرة حدثت في الماضي وهنا العلاج يهدف إلى إزالة أعراض القلق عن طريق فك الاشرط ثم إعادة الاشرط بشكله الصحيح. (دوفي توفيق، (2011)، ص 65).

ومن طرق العلاج السلوكي نجد:

• **أسلوب تقليل الحساسية الزائدة:** وهو باختصار وضع المريض في حالة من الاسترخاء العضلي في واجهة تدريجية في مستوى الخيل، مع مثيرات تزداد تدريجيا في مقدار قدرتها على استمرار استجابة القلق عند المريض ويتضمن أسلوب الحساسية التدريجي الخطوات التالية:

❖ التدريب على الاسترخاء.

❖ وضع هرم للقلق.

❖ تعريض المريض تدريجيا للموقف المثير للقلق على مستوى القلق.

• **أسلوب النمذجة: (التقليد):** يستخدم المعالج أسلوب التقليد حيث يجعله يلاحظ الأشخاص الآخرين الذين يتعاملون بشجاعة ونجاحه مع المثيرات الأكثر تهديدا للمريض، ويتضمن أسلوب النمذجة عنصرين مهمين:

❖ أن يزود المريض بمعلومات .

❖ يثبت أن مواجهة المريض للمثيرات التي تخيفه ذات نتائج إيجابية.

• **العلاج بالإضافة أو الإغراق:** وهو عبارة عن مواجهة حية من المرض وهو مقيد من طرف المعالج، بحيث لا يتعرض لأذى حقيقي ويرغم المعالج على مواجهة المواقف المسببة للقلق بشكل مباشر وحرمان من فرص تجنبها. (دوفي توفيق، (2011))

7-2: العلاج المعرفي:

يقوم العلاج المعرفي على مناقشة الأفكار الغير منطقية لدى المريض وتنفيذ و إحلال الأفكار المنطقية مكانها، من خلال فنيات إعادة بناء التنظيم المعرفي و تدريب الذات. فهذا العلاج يستهدف تغيير المعتقدات الموجودة لدى الفرد والتي تسبب مشاعر القلق و استبدالها بأخرى عقلانية أكثر واقعية بدرجة أعلى عبر تعديل الحديث الذاتي، فبدلان (أنا توتر) يتم تعليمه أن يقول مثلا (أنا بخير أشعر بالراحة). (العناني حنان، (2005)).

7-3: علاج التحليل النفسي:

يرى "فرويد" Freud بأن للقلق أهمية كبيرة في فهم الأمراض المرضية النفسية، حيث يقول بأنه عملية متداولة تبدل بها كل الحالات الانفعالية التي خضعت للكبت ويهدف العلاج الفرويدي إلى إخراج اللاشعور المكبوت إلى حيز الشعور لكي يعيد الفرد و يتعامل معه

و لجأ " فرويد " **Freud** إلى طريقة التداعي الحر بغية إعادة الذكريات المؤدية إلى ساحة الشعور وبالتالي الوصول للشفاء، بحيث يهدف العلاج بالتحليل النفسي إلى تقوية "أنا" المريض باعتبار الجزء المسيطر على رغبات "الهو" والمنسق بينهما وبين ضوابط "الأنا الأعلى" (صبره محمد علي، (2000)، ص105).

4-7: العلاج البيئي الاجتماعي:

يعتمد على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المريض وذلك بإبعاده عن الصراع النفسي وعن المؤثرات المسببة للانفعال، مثل تغيير نوع العمل أو تعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض وإرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطهم السلوكية بما يساعد المريض على الشفاء (محمد الزراد فيصل، (1984)، ص88).

5-7: العلاج الكيميائي:

يعتمد بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة، ففي حالات القلق الشديد نحتاج إلى إسعاف سريع أي لتهدئة المريض وإراحته قبل التفكير في العلاج النفسي لأن هناك خطر الانتحار أي سهولة المرور إلى الفعل، أما في حالات الرعب والانهيار والإعياء والإغماء نستعمل طريقة النوم الدائم وذلك بتزويد المريض بكميات من الدواء والمنومات والمهدئات، بحيث ينام 20 ساعة في كل 24 ساعة فيكون خلالها قد تمتع باسترخاء عقلي وجسمي، أما حالات القلق الحاد و المتوسط يمكن إعطائها حقن مثل: الفاليوم أو البيريوم أما حالات القلق المزمن والمتكرر، فتعطى نفس المواد السابقة الذكر مع إضافة بعض العقاقير الضد الاكتئابية. (الدباغ فخري، (1983)، ص 105).

8: القلق من منظور الإدمان:

***تصنيف القلق منظور الإدمان:**

هذا النوع من القلق نجده عند الأفراد قبل أن يدخلوا مرحلة التعاطي (أيا كان استكشافي، تجريبي، مؤقت)، ويظهر هذا النوع من القلق بصورة كامنة غير محددة و غير واضح المعالم أي أعراضه ليست واضحة مستترة و لكنها موجودة، و يمكن أن تظل الأعراض كامنة لفترة طويلة إذ لم يواجه الفرد ضغوطا و قد تدفع هذه الأعراض الكامنة الفرد إلى حالة تجربة العقاقير المبدلة للمزاج و المريحة للقلق، و قد تدفعه دفعا مباشرة و قد لا تدفعه على الإطلاق إلا في حالة الأزمات الشديدة.

1-8: القلق الخاص بمرحلة التعاطي:

نلاحظ هذا النوع أنه ينقسم إلى قلق أساسي، قلق ثانوي، ناتج عن التعاطي، قلق ناتج عن الأعراض الانسحابية، قلق تراكمي.

***قلق أساسي:** مجموع خصائص القلق الموجودة أساسا في الشخصية قبل بدء التعاطي.

***قلق ثانوي:** مجموع الخصائص التي ظهرت أو استحدثت في الشخصية بعد التعاطي و هو قلق تابع للتعاطي، مرهون بمدى تأثير العقار و يمكن القول القلق السوي أو المرضي.

***قلق ناتج عن الأعراض الانسحابية:** هو نتيجة الأعراض الانسحابية بغض النظر عن سبب الأعراض الانسحابية و نوعها و السؤال المطروح هل هي أعراض ناتجة عن توقف مؤقت اختياري أو توقف مؤقت إجباري لعدم توفر العقار أو لأي ظرف آخر ففي كل الأحوال فلا مفر من القلق.

***قلق تراكمي:** نتيجة تراكم خبرات القلق المختلفة والمتعددة المصادر من جراء التعاطي ومن التعرض للضغوط والأزمات.

8-2: القلق الخاص بمرحلة التوقف عن التعاطي:

وهنا القلق يعد مظهر من المظاهر الإكلينيكية للامتناع والتوقف عن التعاطي والسبب في ذلك هو الخبرة السابقة في التعاطي المرتبطة بالقلق، و ترك العقار في حد ذاته نوعا من القلق فضلا عن أنه يمكن أن يكون المدمن المتوقف يعاني أساسا أحد اضطرابات القلق أيا كان سببها و يتناول دواء لذلك.

و ما يلاحظ على الأشخاص المتوقفين عن التعاطي كثرة تناول المنبهات و خاصة الكافيين و Caféine و هذا بدوره يزيد من حدة القلق و عدم الشعور بالراحة و لاستئثاره بدون داع و الأرق...الخ. و نحن في بحثنا هذا نركز أكثر على هذا النوع من القلق.

8-3: القلق أثناء و بعد العلاج:

ويقصد بها الفترات التي تتعلق بالتوقف عن العقار و بداية العلاج و إزالة التسممات، وكذا الفطام التدريجي، و لقد أثبتت الدراسات أن الفترة (من التوقف و حتى الشهر تقريبا) بعد العلاج تكون فترة حرجة، تعترئها بعض الانفعالات النفسية التي نجد من أبرزها القلق، و هي فترة ذات خطورة للانتكاس. (مدحت عبد الحميد أبو زيد، ط (1998)، ص113).

و لاحظ على الشخص أي المدمن الخاضع للاستشفاء بالإضافة إلى الانفعالات النفسية السابقة الذكر إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك و ليس فشل في تغيير السلوك. و منه فالقلق الذي نجده عندهم هو قلق تتحكم فيه عدة أسباب و ظروف خاصة بالمرحلة نذكر منها: ظروف الاستشفاء-بداية إزالة السمية-و كذا الفطام التدريجي.

8-4: قلق ما بعد العلاج:

يعتبر هذا النوع من القلق، قلق نوعيا بحيث يمكن أن يكون بسيطا أو حادا و هو ليس مؤقتا بل متأرجحا و قد يكون مزمنا و رهينا بالشفاء التام و هو يعبر عن التوتر الناتج عن الصراع بين التوقف عن العقار مع استمرارية الحاجة إليه مع خشية العودة إليه في ظروف المثيرات و المواقف و مما لا شك فيه أن قلق هذه المرحلة يمكنه أن يهدد الإقلاع أو الامتناع عن العقاقير و يسبب الانتكاس فعلا خاصة إن كانت أعراض القلق شديدة... ويفضل في هذه الحالة وصف مضادات القلق أو حتى الاكتئاب مع مهدئات صغرى للسيطرة على الحالة وضبط أعراضها ومن بين أعراض الانتكاس الأكثر ظهورا والتي تختلف عن أعراض القلق العام، الشعور بالتوتر، الانزعاج، الاستئثار، الضيق، الاستقرار، عدم الشعور بالراحة والتركيز، قلة النشاط والانجاز، انشغال الفكر، الأرق، النرفزة، العصبية، السرحان، الغضب، تشتت الانتباه انخفاض شهية الطعام، وزيادة ضربات القلب...الخ.

خلاصة الفصل:

لقد بينت التعاريف السابقة لمصطلح القلق، مدى تعرض الفرد لهذا الاضطراب في حياته اليومية، لذا فقد استقطب اهتمام الكثير من علماء النفس خاصة الاكاديميين منهم وذلك لما يسببه من خطر على حياة الإنسان كفرد في حياته العلائقية، المهنية، الاجتماعية... الخ، لذا فقد تم التعرض في هذا الفصل لأهم تعاريف القلق، كما تم التطرق إلى أسبابه وأعراضه، وأهم النظريات المفسرة له وعلاجه، ولمعرفة درجته عند المدمن نزول مؤسسات إعادة التربية والتأهيل في غياب المخدر سوف يتم التعرض لهذا الأخير في الفصل الموالي.

الفصل الثالث:

الإدمان على المخدرات.

- لمحة تاريخية.
- تعاطي المخدرات:
- الإدمان.
- الفرق بين التعاطي و الإدمان.
- تصنيف المخدرات.
- النظريات المفسرة للإدمان:
- التفسيرات السلوكية.
- أسباب الإدمان.
- الآثار النفسية الاجتماعية و الاقتصادية للتعاطي.
- خلاصة.

تمهيد:

يعتبر تعاطي المخدرات واستعمالها في غير الأغراض التي ترخص لها من أهم وأعقد المشاكل الاجتماعية والإنسانية لما لهذه المشكلة من انعكاسات سلبية على حياة الفرد والمجتمع.

هذه المشكلة تعتبر موضوع الماضي والحاضر والمستقبل، فالماضي بعيد يصل إلى أقدم الحضارات الإنسانية فالإنسان في تعامله مع ظروف الحياة وبحثه عن اللذة والسكينة وفي مكافحته للألم تعامل مع عدد من النباتات منها من هو شاف للأعراض ومنها ما هو سام قاتل.

أما الحاضر فهو الواقع الذي نعيشه من حيث شمولها للعالم بأسره ولمختلف طبقات المجتمع وفئاته، والمستقبل يمثل المجهول لأن أبعاد هذه الظاهرة متجددة في ظل استفحال هذه الظاهرة. وفي هذا الصدد سنتطرق إلى التعريف بالمخدرات وأنواعها والفرق بين التعاطي والإدمان، ثم حصر بعض الأسباب التي تقف وراء الإدمان، أسبابه وأثاره وطرق علاجه.

1- لمحة تاريخية عن تطور المخدرات:

بدأ تطور التاريخ المكتوب للمخدرات وتعاطيها منذ أربعة آلاف سنة قبل الميلاد فقد عرفت البشرية و استخدمت المواد المخدرة لعلاج بعض الأمراض حيث كان السومريون يسمون "الأفيون" نبات الفرح (fraser1972)، كما وصفوا بالتفاصيل كيفية حصاده، وكذلك استخدم الأفيون عند قدماء المصريين واليونانيين في البرديات (1500 قبل الميلاد)، إشارة إلى استخدامه في العلاج لكي يمنع الصراخ الزائد للأطفال، وقد جاء ذكره في "الأوديسا" التي كتبها "هوميروس" قبل الميلاد بألفي سنة، ويقال أن الإمبراطور الروماني "ماركوس" و"أورليوس" كان مدمنا على للأفيون وقد كان "جالوس" (scott1969)، الطبيب اليوناني الشهير يعتقد أن الأفيون هو الشفاء لكل الأمراض وساعد على ذلك انتشاره في اليونان في تلك الحقبة، كذلك فإن إله النوم اليوناني "هيبنوس" وإله الروماني (somnus)، كان دائما يحملان سلة.

كما دلت الآثار الفرعونية على استخدام عصارة الحشيش في نظافة العيون المريضة، كما استخدمت في علاج الأوجاع من طرف اليونان والرومان حسب ما كشفت عنه المخطوطات القديمة لهم، كما كانوا بها ثمار الخشخاش (فاروق عبد السلام، بدون سنة، ص33)، يستنشقون دخان المخدر عند القيام ببعض الشعائر الدينية وكذا في الهند استخدم الهندوس والحشيش لأغراض دينية وعرفت النباتات المخدر (محمد زهري حسن، 1993، ص08).

وفي أمريكا الجنوبية ظهر نبات الكوكا (coca)، حيث كان حكرا على النبلاء ورجال الدين، ونظرا لما لوحظ عنه من تأثير منشط فقط كان الجنود يستعملونه عند خروجهم للحرب. (أحمد حمدي ومحمود حجاز 1994، ص16).

وفي منتصف القرن 16 بدأ الإكلينيكيون الأوروبيون في استخدام الأفيون بنفس الصورة المستخدمة طيبا الآن، وقد قام "باراسيلص" بتحضير "اللودانوم" وهو ناتج من تقطير الأفيون ويستخدم حتى الآن (فاروق سيد عبد السلام، بدون سنة، ص34، 33). وفي القرن 17 عرفت أمريكا عن طريق المهاجرين إليها من فرنسا، وإنجلترا زراعة القنب الهندي لاستخدام الألياف لصناعة الملابس (محمد زهري حسن (1993)، ص08). أما في القرن 18 عرف الهيروين *héroïne* كدواء مأمون من الناحية الطبية وانتشر استخدامه بشكل أدى إلى ظهور حالات مبكرة من الإدمان عليه، وفي القرن 19 أي في سنة 1803 عزل الصيدلي الألماني "شيرتتر" "chirtuner" قلوي أفيوني أسماه المورفين نسبة إلى "مورفينوس" إله الأحلام عند اليونانيين، كذلك اكتشفت "روبيكويه" قلوي أفيوني آخر سنة 1932 وهو الكودين.

وفي منتصف هذا القرن كان استخدام المورفين والكوديين علاجا قد حل محل الأفيون الخام وقد عجل اختراع الإبرة الوريدية بسوء استخدام المورفين في الولايات المتحدة الأمريكية لاستخدامه الواسع ولمدة طويلة لعلاج الجرحى من جنود الحرب الأهلية حيث كان المبدأ الطبي الشائع هو منع الألم أولا كما ساهمت بذلك أيضا الحرب البروسية النمساوية والحرب البروسية الفرنسية.

وقد ظل الأفيون مباحا حتى سنة 1914 حيث صدر قانون "هاريسون" للمخدرات (فاروق عبد السلام، بدون سنة، ص34). وفي نهاية القرن أصبحت المواد المخدرة منتشرة في بعض الأوساط ففي أوروبا نجدها متناولة من قبل الفنانين، الأطباء، الصيادلة، المرضى، والبغايا، فالشاعر الإنجليزي "صامويل كولريج" كان مدمنا للأفيون

وقد كتب قصيدته الشهير «koblai khan»، حينما كان تحت تأثير العقار، ولكن مع مطلع القرن 20 ظهر استعمال غير المشروع للمخدرات، كذلك استخدام الأفيون كان موجود على جانبي الأطلنطي، فالسيدات يستخدمه لعلاج مشكلات الحيض وعلاج الإسهال وقد ذكر "سيدني كوهين" Cohen 1969 أنه مع مطلع القرن 20 كان 1 من كل 400 مواطن أمريكي يستخدم الأفيون (فاروق عبد السلام، بدون سنة، ص35).
كما أن الإحصائيات تشير إلى أن 1/4 من سكان العالم من مدمني المخدرات (أحمد محمدي ومحمد حجاز (1994)، ص17).

2: تعاطي المخدرات:

1-2: التعرف اللغوي:

لقد أشار "مصطفى سويف" Sewif Mustapha (1996)، إلى أنه يشيع بين الكتاب العرب استخدام " سوء استعمال المخدرات" وهي ترجمة حرفية للكلمة الانجليزية، كما ورد في لسان العرب لابن منصور ما نصه: " التعاطي تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله " وبناء على هذا القول (تناول فلان الدواء ولكنه تعاطى المخدر). (مصطفى سويف، (1996)، ص15).

كلمة المخدرات مشتق أصلا من فعل خدر الذي يعني كل ما يؤدي على النفور والكسل والاسترخاء والضعف والنعاس والثقل في الأعضاء وقد يتبع بالألم كثيرا أو قليلا.

2-2: التعريف القانوني للمخدرات:

هي كل المواد والمركبات التي تسبب الإدمان وتضر الإنسان وتختلف قائمة هذه المواد بين دولة وأخرى، لهذا لا يوجد تعريف دولي موحد لتعريف المخدرات.

3-2: التعريف الاصطلاحي للمخدرات:

هي كل العقاقير المستخلصة من النباتات أو مشتقاتها أو المركبات الكيميائية أو المشروبات التي تؤثر سلبا أو ايجابيا على الكائن الحي بالإضافة إلى الأدوية الممنوعة وأدوية العلاج المسموحة وهذه العقاقير تغير حالة الإنسان المزاجية، ويعتمد عليها الإنسان في حياته بسبب خاصيتها المخدرة و ليس بسبب ضرورة علاج المرض الذي يستوجب تكرار استعمال دواء محدد كمرض السكري، فأدوية خفض الضغط الدموي وهذه المواد قد تكون مهلوسة أو منبهة للأعصاب مثل: الكوكايين أو مثبطة لها مثل الباربيورات (المنومات)، والأفيون ومشتقاته وهي تسكن الألم أو تلغيه نهائيا وتسبب النعاس أو النوم أو غياب الوعي الكامل.

4-2: التعريف الإجرائي:

هي كل المواد والعقاقير التي تضر العقل والجسم وتسبب الأذى لمتعاطيها والمجتمع ككل وهي كافة المواد التي حرمتها كل الشرائع والأديان، والشخص السوي ينبذها و العقل السليم يرفضها.

5-2: تعاطي المخدرات حسب دليل التشخيص وإحصاء الاضطرابات العقلية DSM4:

هو نمط الاستعمال الغير الملائم لمادة نفسية تؤدي إلى إتلاف وظائف الجسم وتولد اضطرابات إكلينيكية واضحة تتميز بوجود المظاهر التالية:

- استعمال متكرر للمادة النفسية تؤدي إلى عدم القدرة على القيام بالالتزامات والأشغال الكبرى سواء كان ذلك في العمل، المدرسة أو في البيت مثل: الغياب المتكرر أو المؤقت عن العمل أو المدرسة إهمال رعاية الأطفال أو الوظائف المنزلية الهامة.
- استعمال متكرر لمادة نفسية من طرف المتعاطي وهو في وضعية خطرة مثل قيادة السيارة أو استعمال آلة ما، أو في حالة تحت تأثير المخدر.
- مشاكل متكررة مع القانون مرتبطة باستعمال المادة النفسية.
- مشاكل متكررة مع الأفراد المحيطين به وفي علاقاته الاجتماعية وهذا مرتبط باستعمال المادة المخدرة. (J.D Guelfi, P.Boyer.et al,(1996),p215).

3: الإدمان على المخدرات:

3-1: الإدمان لغة: الإدمان مصدر الفعل أدمن والمقصود اعتاد وتعود الإنسان على شيء معين بغض النظر على نفع أو ضرر هذا الشيء وقد يكون الإدمان ضار للفرد وهو ما يسمى بالإدمان السلبي كالاكتئاب على شرب الخمر والمخدرات والعقاقير المخدرة ولذا يجب علاج هذا النوع وتوعية المدمن بالخطر الذي يهدده.

3-2: مفهوم مصطلح الإدمان: يقصد بمصطلح الإدمان تكرار تعاطي المواد المخدرة والطبيعية (أصلها نباتي) أو المصنعة (مواد نباتية تم تصنيعها) أو نفسية (أدوية ذات تأثير نفسي)، وتعود الشخص عليها لدرجة الاعتماد بمعنى آخر صعوبة الإقلاع عنها مع حاجة الجسم بين فترة وأخرى إلى زيادة الجرعة فتصبح حياة المدمن تحت سيطرة هذه المادة وفي حالة الإقلاع (الامتناع) تظهر على المدمن أعراض انسحاب مختلفة (عجز في الحركة، مغص، عدم القدرة على التركيز، تشنجات عضلية...).

3-3: المفهوم الإجرائي: هو حالة من التسمم المزمن يضر الفرد والمجتمع، تنتج عن تكرار تعاطي عقار محدد قد يكون ذو أصل نباتي (طبيعي مثل الأفيون أو الكوكايين أو صناعي يتم استنشاقها أو شربها أو حقنها مثل المورفين).

3-4: تعريف منظمة الصحة العالمية: أنه حالة مؤقتة أو مزمنة من السكر الضار بالفرد أو المجتمع وتترتب على التعاطي المتكرر لعقار طبيعي أو مركب وتتضمن الخصائص التالية:

- الرغبة العالية أو الحاجة القهرية إلى الاستمرار في تعاطي عقار معين.
- الحصول عليه بأي وسيلة و ميل لزيادة الجرعة المتعاطاة.
- الاعتماد النفسي العضوي للعقار. (عفاف محمد عبد المنعم، (1998)، ص43).

4: الفرق بين تعاطي المخدرات و الإدمان على المخدرات:

لكي نفرق بين هذين المفهومين لا بد من التطرق أولاً إلى مفهوم التعاطي، فالتعاطي هو تناول أي من المواد المؤثرة نفسياً وذلك بشكل دائم أو متقطع ويتم تعاطي المخدرات على مراحل:

4-1: التعاطي التجريبي: هو تعاطي المواد النفسية في أول تجربة يخوضها المتعاطي وفي هذه المرحلة يجربها ليكتشف أحوالها حتى يتسنى له إدراك إمكانية الاستمرار في تعاطيها أو الانقطاع عنها.

4-2: التعاطي بالمناسبات للمخدرات: ونقصد به تعاطي المواد النفسية في مناسبات اجتماعية تدعوا إلى ذلك مثل المناسبات السعيدة كالأفراح والحفلات وتختلف هذه العملية في مميزاتها حسب الجماعة ومكانتها الاجتماعية التي ينتمي إليها المتعاطي، ويتقدم عن مرحلة التعاطي التجريبي.

3-4: التعاطي المنتظم: هو تعاطي متواصل لمادة نفسية على فترات منتظمة ويتكرر حسب الحالة النفسية الفيزيولوجية للمتعاطي، و تعتبر هذه المرحلة أكثر تقدما من مرحلة التعاطي بالمناسبات.

4-4: التعاطي المتعدد للمخدرات: هو تعاطي عددا من المواد النفسية بدلا من تعاطي مادة واحدة و قد يلجأ المتعاطي إلى تعاطي المواد المتعددة معا، إما ليزيد مفعول مادة تعود عليها ولم يعد مفعولها قويا كالسابق أو لعدم توفرها بدافع التجريب، و تحت تأثير الأقران لتخفيف تأثير مادة بتناول مادة ذات تأثير مضاد. (سائل، (2001)، ص14-15).

أما الإدمان يعرف أنه حالة تسمم دورية، أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع وتنتج من تكرار تعاطي عقار طبيعي أو مصنع. (محمد سلامة غباري، (2007)، ص15).
إلا أن مصطلح الإدمان أوصت منظمة الصحة العالمية سنة 1964 بالتخلي عنه بتغييره وتعويضه بمصطلح التبعية والتي تكون على نوعين:

- **التبعية النفسية:** هو موقف يوجد فيه الشعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب.

- **التبعية العضوية:** هي حالة تكيف عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة وفي حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة نتيجة تناول الشخص الكائن عقارا مضادا، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملا قويا في دعم الاعتماد النفسي والاستقرار في تعاطي لمادة نفسية أو في الانتكاس في تعاطيها بعد محاولات الانسحاب.

تعريف التبعية حسب دليل التصنيف التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية:

إنه نمط غير تكيفي لاستخدام عقار يؤدي إلى اضطراب أو عطب واضح إكلينيكي يظهر مصحوبا بثلاث أو أكثر من الأعراض التالية خلال أي وقت في مدة سنة.

***التحمل:** ويعرف كما يلي:

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

- النقص الملحوظ لتأثير المادة مع استمرار تعاطيها بالكمية ذاتها.

***الانسحاب: Sevrage**

هو مجموعة من الأعراض التي تختلف في شدتها تحدث للفرد على إثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة أو تخفيف من كمية الجرعة.

هذه الأعراض المرتبطة بأخذ هذه المادة النفسية تولد اضطرابات إكلينيكية واضحة أو إتلاف الوظائف المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية، المهنية أو في المجالات الأخرى الهامة.

- تؤخذ الجرعة غالبا بكميات أكبر أو لفترات أطول مما كان مقصودا.

- وجود رغبة ملحة للتوقف أو بضبط تعاطي المادة.

- قضاء أوقات كثيرة في نشاطات تتعلق بالحصول على المادة كزيارة الكثير من

الأطباء.

- الإقلاع أو التخلي عن النشاطات الاجتماعية، المهنية بسبب تعاطي المادة.

يستمر تعاطي المادة رغم معرفة المتعاطي بوجود مشكلات ملحة و عياء جسمي ونفسي

ناجم عن التعاطي.

***التسمم: Intoxication**

يعني ظهور سلوك غير توافقي أو ظهور بعض الأعراض التي ترجع إلى التناول الحديث لمادة ما.

- ظهور سلوك غير توافقي بالمعنى الإكلينيكي مرتبط بآثار المادة المخدرة وهذا على مستوى الجملة العصبية المركزية مثل: العدوانية، اضطرابات مزاجية ومعرفية مع اضطراب إصدار الأحكام واضطراب الوظائف الاجتماعية، هذه الأعراض تظهر خلال أو بعد أخذ المادة النفسية. (J.D GUELF, P, BOYER, ET AL,(1996),P231).

بالرغم من عدم ارتباط هذه الأعراض باضطرابات صحية ولا اضطراب عقلي أو بالرغم من اختلافها من حيث الخصائص إلا أنهما متداخلان بحيث لا يوجد إدمان دون تعاطي.

5: تصنيف المخدرات:

***تقسيمها:** تتعدد المعايير المتخذة أساس تصنيف المواد المخدرة وسوف نقوم بالتصنيف تبعاً لمصدرها أو لأصل المادة التي حضرت منها وتنقسم طبقاً لهذا المعيار إلى - مخدرات طبيعية، مخدرات صناعية ومخدرات تخليقية.

1-5: المخدرات الطبيعية: هي مجموعة من النباتات الموجودة بالطبيعة والتي تحتوي أوراقها أو ثمارها أو مستخلصاتها على عناصر مخدرة فعالة، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتماداً وإدماناً نفسياً أو عضوياً أو كلاهما وأهمها:

1-1-5: القنب الهندي، القنب الهندي، الماريخونا:

القنب الهندي نبات عشبي ينمو فطرياً أو تتم زراعته يسميه الأمريكيون (الماريهوانا ومعناها السجن أو العبودية، ويعرف العرب باسم الحشيش، وأوراقه مسننة وعدد فصوصها فردي وهو نبات منه نبتة مؤنثة وأخرى ذكورية، إن التعاطي عن طريق التدخين (الاستنشاق)، سواء من خلال السجائر مخلوطاً بالتبغ أو التمباك وهو أسلوب خطر للغاية حيث يصل الدخان إلى الرئتين مباشرة ومنها إلى الدم ثم المخ والجهاز العصبي ليبدأ تأثيره خلال دقائق ويمتد لحوالي 3-4 ساعات.

***آثار و مخاطر تعاطي الحشيش:**

- ضعف الشخصية، الاكتئاب، الانطواء، اضطراب النوم، خداع الحواس، الهلوسة، ضعف الذاكرة و اضطراب التفكير، وتناسق الأفكار، وتضخم الشعور بالذات.
- الضعف الجنسي و ظهور أعراض أنوثة نتيجة انخفاض معدل هرمون الذكورة.
- ضعف القدرة على الإنجاب لانخفاض عدد الحيوانات المنوية بنسبة تزيد عن 60 %.

2-1-5: الأفيون، الخشخاش: (Opium)

الأفيون هو العصارة اللزجة المستخرجة من ثمار الخشخاش بعد تشريط جذرانها الخضراء قبل نضجها، وهذا العصير الأبيض يجفف ليصبح مادة كريهة الرائحة شديدة المرارة، تحتوي على ما يزيد عن 25 مادة مختلفة أهمها المورفين، الكوديين.
بيد أن المورفين هو العامل الأساسي في الإدمان والذي ترجع إليه تأثيرات الأفيون المختلفة إن تأثير الأفيون يكون عاماً على الجسم ويؤثر على بصورة أساسية على المخ والجهاز العصبي والعضلات وتظهر الأعراض على متعاطيه، خلال فترة وجيزة لا تزيد عن نصف ساعة من تعاطيه.

-أثار و مخاطر تعاطي الأفيون:

*الإحساس باللامسؤولية والتضحية بكل نفيس مقابل الحصول على الجرعة في موعدها مما يدفع بالمدمن إلى الجريمة أو التنازل عن المبادئ والأخلاقيات، والتردد في اتخاذ القرار.

GATT:3-1-5 القات:

يتم تعاطي القات بمضغ الأوراق مضغاً بطيئاً ثم تخزين هذه الكتلة الممضوغة بالشدق مدة طويلة مع استحلابها من وقت لآخر ويعتمد المتعاطي إلى شرب كميات من المياه الثلجة مرارا وبعد فترة يلفظ المتعاطي كتلة الأوراق ويعاود مضغ أوراق جديدة، التعاطي أو التخزين يتم في جلسات أو مجالس بطقوس غريبة حيث يتلاصق المتعاطون في أماكن مغلقة بحثاً عن الدفء نظراً لأن التعاطي يسبب إحساساً بالبرودة أثناء التعاطي، يمنح القات شعوراً بالسعادة والراحة والتحلل من المسؤولية وإحساساً زائفاً بالقدرة والرضا، غير أن الإدمان على تعاطي القات يسبب اعتماداً نفسياً.

- أثار ومخاطر تعاطي القات:GATT

ضعف في حركة المعدة، سوء الهضم، الهزال، شلل الأمعاء، تليف الكبد والخمول أيضاً فإن المدمنين يعانون من اضطرابات في الجهاز العصبي وهم بصورة عامة كسالى ويعانون من تدني مستوى إنتاجيتهم وقدراتهم على العمل.

2-5: المخدرات المصنعة: هي مجموعة من المواد المستخلصة أو الممزوجة أو المضافة أو المحضرة من نباتات موجودة في الطبيعة تحتوي على عناصر مخدرة فعالة (مخدرات طبيعية)، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتماداً و إدماناً نفسياً أو عضوياً أو كلاهما ومن أهمها:

1-2-5: المورفين: تتم صناعة المورفين عن طريق تحليل مادة الأفيون الخام كيميائياً وباستخدام التسخين لإنتاج مسحوق أبيض عديم الرائحة، مر المذاق يمكن تسويقه صلباً أو مذاباً في سوائل خاصة، كما يمكن إنتاجه في صورة أقراص.

- أثار ومخاطر تعاطي المورفين:

- للمورفين أثار منبهة على مدمنيه، تتميز بالغثيان، القيء، تقلص العضلات، الهياج العصبي الشديد، الأرق والتوتر والضعف الجنسي.

Héroïne:2-2-5 الهيروين:

هو أحد أخطر مشتقات المورفين وأكثر العقاقير المسببة للإدمان شراسة و تأثير على الجسم، يتم تحضيره صناعياً من المورفين بعمليات كيميائية، وفعاليته تتراوح ما بين أربعة إلى عشرة أضعاف تأثيرات المورفين، وهو عبارة عن مسحوق أبيض عديم الرائحة، ناعم الملمس، مر المذاق، قابل للذوبان بالماء وجاءت تسميته من كلمة HEROISCH الألمانية ومعناها الدواء القوي التأثير.

- أثار ومخاطر تعاطي الهيروين:Héroïne

- خلل في أنشطة المخ والإدراك الحسي، تدمير خلايا الكبد وإتلافه.
- الشعور بالنقص والاكتئاب الذي قد يدفع المدمن إلى الانتحار.
- الولادة المبكرة للحوامل المدمنات وإصابة 90% من أطفالهن بضعف المناعة ونقص النمو تصل نسبة الوفاة بينهم إلى 30-70% تقريباً.

5-2-3: الكودايين CODAINE:

يمثل الكوديين حوالي 2% من مكونات الأفيون ولقد تم تصنيعه واستخراجه من المورفين لاستخدامه كمسكن للألم وكانت البداية في عام 1822م، وتم تطويره ليستخدم كمهبط للسعال (الكحة) نظرا لتأثيره على بعض مراكز المخ، غير أن ذلك قد ساهم في انتشار إدمانه نظرا لتوفره في عديد من أدوية السعال ومضادات الإسهال خاصة إنه كان غير مقيد ضمن عقاقير لوائح المخدرات وكان المدمنون يسعون إلى تأثيره المسبب للاسترخاء والهدوء، والذي سرعان ما يتحول مع إدمانه إلى الشعور بالهياج العصبي والرغبة المستمرة في زيادة الجرعة.

5-2-4: السيدول:

هو مزيج من المورفين ومكونات أخرى أهمها السكوبولامين والبارتين وقد تم تصنيعه كعقار ضد الآلام وقبل العمليات الجراحية وسرعان ما استخدمه المدمنون بطرق الحقن ومع استمرارية تناوله يترك إدمانا وتبعية نفسية وجسدية لدى المدمن وقد سارعت عديد من دول العالم من بينها الكويت إلى تقنين وتنظيم صرف وتناول هذا العقار.

5-2-5: الكوكايين: COCAINE: في عام 1860 نجح نيما (Niemann) في

استخراج مادة فعالة من أوراق الكوكا وخلال أقل من 10 سنوات أصبحت تستخدم كمخدر موضعي ممتاز، إضافة إلى استعمالها الطبية أخرى و لم يلبث الكوكايين أن أصبح من احد المخدرات المنتشرة بين طبقات المجتمع الراقية خاصة وأن " سيجموند فرويد" العالم النفسي قد كتب عن تناوله، وما زال الكوكايين حتى الآن أحد أكثر المخدرات انتشارا في الأمريكيتين.

- أثار تعاطي الكوكايين COCAINE:

- يؤدي إلى زيادة في نشاط المخ، عدم الرغبة في النوم، عدم الشعور بالتعب.
- فقدان الإحساس بالأطراف، الهلوسة، السلوك العدواني والإجرامي.
- تدهور حاد بالتوازن النفسي والقدرة على العمل.
- الإصابة بأرق مزمن ونوع من الجنون يصعب علاجه.
- الضعف الجنسي.

5-2-7: الكراك: في عام 1983 نجح تجار المخدرات في كاليفورنيا في ابتكار الكراك

وهو مركب مستخرج كيميائيا من الكوكايين، والكراك مادة بالغة الخطورة، مخدر قوي المفعول وقاتل سريع تظهر آثاره خلال 10 ثوان فقط من تعاطيه ليمنح المتعاطي شعورا بالنشوة واللذة وسرعان ما يزول ليصاب المدمن بحالة الاكتئاب الشديد.

5-3: المخدرات التخليقية: هي مجموعة من المواد الاصطناعية سواء من العقاقير

أو غيرها مصنعة من مواد أولية طبيعية أو غير موجودة في الطبيعة، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتمادا وإدمانا نفسي أو عضوي أو كلاهما وأهمها:

5-3-1: عقاقير الهلوسة: يجد مروجو المخدرات ضالتهم في هذا العقار وبدأ تصنيعه

في أمريكا، فرنسا، والمكسيك، ليشهد موجة رهيبية من إدمان المراهقين رافقتها ظواهر غريبة من الجرائم و حالات الانتحار ومعدلات عالية لمراهقين يلقون بأنفسهم من المباني الشاهقة إضافة إلى مواليد مصابين بنشوهات خلقية و تنبه العالم إلى أن السبب يعود أساسا إلى إدمان هذا العقار.

يقوم مروجو المخدرات بتصنيع هذا العقار في صورة سائل ويتم تعاطيه بتناول نقطة واحدة بالفم سواء مخلوطا بالسكر أو الشراب وسرعان ما طوره البعض ليستخدم عن طريق الحقن بالوريد، وتتراوح الجرعة الواحدة من عقار (إل . إس . دي) تترك المتعاطي في حالة الهلوسة لمدة تتراوح بين 184 ساعة.

المهلوسات أو عقاقير الهلوسة تم تعريفها علميا في مؤتمر الطب النفسي المنعقد بواشنطن 1966 على أنها (مركبات تؤدي إلى اضطراب النشاط العقلي، واسترخاء عام وتشوش في تقدير الأمور كما أنها مولدة للأوهام والقلق وانفصام الشخصية). لم يتوقف الأمر على إنتاج عقار (إل إس دي)، بل صنعت المختبرات الطبية مركبات أخرى تزيد خطورة عنه منها عقار (المسكاليين Mescaline) وعقار آخر أكثر خطورة منه (S.T.P) اختصارا لكلمات ثلاثة هي (الصفاء والهدوء والسلام)، والذي وجد طريقه إلى مدمني المخدرات.

وفي عام 1968 عرفت شوارع فرانسيكو عقارا آخر خرج من الاستخدام الطبي ليلتفاه مروجي وتجار المخدرات وهو (حبة السلام).

- آثار تعاطي عقاقير الهلوسة:

- اضطراب الإدراك الحسي والشعور بالفزع الاكتئاب والرغبة في الانتحار.

- ولادة أطفال مشوهين وزيادة معدل الإصابة بسرطان الدم.

5-3-2: العقاقير المنشطة، المنبهات:

هي مواد ترفع من القدرة الجسمانية والذهنية لمن يتعاطاها بوصفات طبية، ولم يلبث العالم أن أدرك بأن هذه المركبات الطبية تحول متعاطيها إلى حالة إدمان مؤسفة وأن لها أخطارا صحية جسمية، تتوافر الأمفيتامينات على شكل أقراص مختلفة التركيز يتم تعاطيها عن طريق البلع أو بإذابتها في الماء والعصائر.

تعاطي المنشطات يؤدي إلى مجموعة من الأعراض المباشرة المؤقتة أهمها الشعور باليقظة والانتعاش وزوال الإرهاق إضافة إلى شعور بالثقة والقوة الذهنية ويصاحب ذلك فقدان للشهية وبطء في نبضات القلب بينما يرتفع ضغط الدم. غير أن الإدمان عادة ما يتسبب في أعراض خطيرة أهمها التغيرات النفسية التي تحول المدمن إلى إنسان شكوك، يعيش حالة من التوتر والقلق والعصبية مع تشوش ذهني كبير.

5-3-3: المنومات: المنومات هي مجموعة من العقاقير التي تسبب النوم و النعاس في

جرعتها البسيطة غير أن الأبحاث الطبية أثبتت خطورتها البالغة في إحداث الإدمان لدى متعاطيها، وهناك مجموعة واسعة من تلك العقاقير أهمها مجموعة الباربيتورات و التي يبلغ عدد مركباتها ما يزيد عن 2500 مركب منها حوالي 50 مركبا يستخدم طبييا، تضم تلك العقاقير أيضا مركبات أخرى مثل الماندركس، البروميدات، الكلورال هيدرات، البارالدهيد و غيرها والتي تتوافر في أشكال دوائية عديدة منها الأقراص، الشراب، و الحقن.

تستخدم المنومات طبييا في علاج الأرق، الصداع الشديد، القرحة المعدية، عسر قبل الطمث قبل وبعد العمليات الجراحية، بعض حالات التشنجات والصرع وتستخدم أيضا ضمن أساليب التحقيق الجنائي بواسطة السلطات الأمنية.

إن معظم تلك المركبات تؤثر مباشرة على قشرة المخ (Cortex) ورصد العلماء مجموعة من المضاعفات التي تصيب المدمنين أهمها اختلال القوى العقلية، الاكتئاب، فقدان الاتزان، التلعثم في الكلام إضافة إلى شحوب وبطء الحركة، لاحظ العلماء أيضا ارتفاع معدلات الانتحار بين هؤلاء المدمنين، كما أن زيادة الجرعة تؤدي مرارا إلى الغيبوبة

والوفاة، إن الإقلاع عن تعاطي هذه المركبات يؤدي إلى أعراض أكثر قسوة من الهيروين، وتبدأ هذه الأعراض عادة خلال 24 ساعة بعد التوقف عن تعاطي العقار وتشمل نوبات من الهذيان، الضعف العام، نوبات من التشنج و الصرع، عدم القدرة على الحركة باتزان و تشير الإحصائيات الطبية إلى أن هذه الأعراض تسبب الوفاة في 7% من الحالات.

4-3-5: العقاقير المهدئة: المهدئات هي مجموعة مختلفة من العقاقير لها تركيب كيميائي متباين، غير أنها تشترك في مفعولها في تخفيف أو إزالة الاستثارات الانفعالية، ولقد رصد الأطباء العديد من المضاعفات لدى مدمني هذه المركبات أهمها وهن العضلات، الدوار، هبوط الضغط الشرياني، الاضطرابات النفسية والعقلية، كما أن بعض هؤلاء المدمنين يصابون بحالات من الهياج العصبي، أما زيادة الجرعة فقد تؤدي إلى الغيبوبة والوفاة في بعض الحالات.

5-3-5: المذيبات الطيارة و الأصماغ:

تعتبر هذه المجموعة من لأخطر أنواع الإدمان نظرا لتوفر هذه المركبات وتنوعها، حيث أنها تمثل مواد أولية ضرورية تدخل ضمن الاستخدام العادي للمجتمع ومن الصعب تقييد استخدامها، كما أن أسعارها رخيصة نسبيا وفي متناول الجميع. وقد وجد فيها الأحداث وسيلة للحصول على لحظات من النشوة والاسترخاء والهلوسة البصرية، ضمن تلك المركبات البنزين.

ولقد رصد العلماء العديد من مضاعفات الإدمان على تعاطي تلك المواد أهمها الوفاة الفجائية نتيجة توقف القلب أو التنفس، أما على المدى الطويل فإن هذه المواد تترك أثرا ساما على خلايا المخ، الكبد، الرئتين، ونخاع العظام، ممل يصيب المتعاطي بتلف المخ بتلف الكبد، الالتهابات المزمنة للرئتين، فقر الدم الشديد إضافة إلى السلوك العدواني والإجرامي للمدمن. (علي عبد الله حمادة ، (2007)، ص4-5-6-7-8).

6- النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

نجد في مجال تعاطي المخدرات، تناولات نظرية متنوعة وكل نظرية تقترح افتراضات حول العلاقة النسبية تبين المتغيرات والتي تؤدي إلى التعاطي ومن أهم هذه النظريات نجد:

1-6: نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسين :

-الصراعات النفسية: وترجع إلى :

- الحاجة للإشباع النفسي النرجسي الذي يرجع أساسا إلى اضطراب علاقات الحب و الإشباع العضوي.

- الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدا.

وتكرار التعاطي يعني الفشل في الحب في جل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجة.

- الآثار الكيميائية للمخدرات:

هو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم، و بذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجعان إلى التركيب النفسي للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد، ومن ثم يأتي الدور الذي يلعبه آثار المخدر الكيميائي وخواصه(محمد عثمان نجاتي، (1986)، ص 57).

لذلك فالمادة المخدرة هي وسيلة علاجية ذاتية يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفولية لا شعورية، فيثبت طاقاته الغريزية داخل منطقة الفم لعدم نضجه الجنسي، فالمادة المخدرة بالنسبة عليه تسكن المشاعر الجنسية التي يعانيتها.

كذلك كل أنواع تعاطي المخدرات الضارة والغير الضارة منها عبارة عن اندفاعات مرضية وباعثها تلك الحاجة التي يشعر بها الإنسان للحصول على الإشباع.

2-6: النظرية السلوكية:

1-2-6: نظرية خفض التوتر:

بمعنى أن الأفراد يتعاطون المخدرات ليخفصوا من مشاعر الغضب والضييق وخاصة القلق فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه الأنواع من المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الايجابي وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية. (عفاف محمد عبد المنعم، (1998)، ص60).

2-2-6: نظرية التعلم:

المبدأ المؤكد في هذه النظرية هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كفئوا عليها، وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكفئوا عليها. فتعاطي المخدرات وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد يشعر بالقلق والتوتر، فتعاطي المخدرات يشعر بالهدوء والسكينة ويعتبر إحساسه هذا دافعا لتناوله لهذه المادة للمرات التالية مع استمرار الإدمان يتعلم الشخص تناول المادة لتحقيق آثار الانسحاب المزعجة (حسين فايد، بدون سنة، ص18).

3-6: النظرية السلوكية المعرفية:

يعتبر أنصار هذه النظرية إلى القهر باعتباره مبنيا على التوقعات والتهم، وهم يوافقون على فكرة إمكانية الفرد المتعاطي التحكم بالعقار ومقاطعة تناوله، كما يؤكد أنصار هذه النظرية أن الإدمان على المخدرات يتحدد جزئيا على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثير العقار وردود أفعال الجماعة والأفراد نحو هذه المواد المستهلكة. (نفس المرجع، ص174).

تقترض النظرية السلوكية أن حالة تعاطي المخدرات، ما هي إلا سلوك يتعلمه الإنسان.

4-6: النظرية الاجتماعية ليونغ YOUNG :

يرجع انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات في كل المجتمعات إلى التغيير في تركيب الأسرة ووظيفتها وإلى ضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة التي تجعل الإنسان عموما والمراهق خصوصا يشعر بعدم الأطمئنان والثقة بالمجتمع الذي ينتمي إليه، تمرد عليه بتكوين جماعات فرعية خاصة به، من سماتها تعاطي المخدرات وهذا يشعره أنه فرد له قيمته الاجتماعية لكن تحركاته في حقيقة الأمر ما هي إلا سلوكات انحرافية خطيرة.

هذا ما ذهبت إليه جل نظريات علم الاجتماع في تفسير هذه الظاهرة، إذ أن الإدمان حسب اعتقادها ما هو إلا سلوك منحرف الرشد كتعبير منه عن رفضه مسابقة المعايير والقيم السائدة في المجتمع، وبهذا يمكن القول إن هذه الظاهرة ما هي إلا سلوكات سلبية ناتجة من الشعور القوي بالتباعد والعزلة ليس من المجتمع فقط وإنما من كل ثقافة فرعية أخرى وحتى من أهداف الفرد الذاتية، وهذا ما وصفه العالم الروسي "يونغ" YONUG إن ظاهرة الإدمان على المخدرات هي حالة تسمى بالانوميا ONOMIE، وهي ناتجة من التناقض الموجود بين تطلعات الناس، وتوفر الوسائل التي تمكنهم من الوصول إلى هذه التوقعات والرغبات (BERGERET, J, (1996), P3).

6-5: نظرية علم النفس الاجتماعي:

لم تولي دراسات علم النفس الاجتماعي اهتماما بالدرجة الأولى لظاهرة إدمان المخدرات بالذات، وإنما صبت اهتماماتها على الفرد و سلوكياته المرتبطة بهذه العقاقير. إن الفرد المدمن على المخدرات عنده عدة ارتباطات: الأول متعلق بالعلم الاجتماعي والثقافي والثاني متعلق بالمادة المخدرة(نفس المرجع).

فمن هذين الارتباطين نتيجة التناول الاجتماعي و النفسي منهجية دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات، فالارتباط الخاص بالعالم العلائقي والثقافي، يرجعه علم النفس الاجتماعي إلى ضعف القيم الاجتماعية السائدة، وإلى ظهور اتجاهات جديدة تهتم بالجوانب المادية فقط وهذه العوامل جعلت الفرد يشعر بالغرابة وعدم الاطمئنان، وتولد عنده الشعور بالقلق والعوانية فادى إلى الجنوح والخروج عن تقاليد مجتمعه وبيئته وتكوين جماعات فرعية خاصة به من سماتها تعاطي المخدرات

(ROUX,(1982),P,37).

6-6: النظرية العضوية:

6-6-1: التفسير الفسيولوجي:

يفسر هذا الاتجاه على أساس وجود نوعان من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية، مستقبلات دوائية تؤدي تفاعلها مع العقار إلى مفعول الدوائي ومستقبلات ساكنة وغير نشطة لا تتفاعل مع العقار ويؤدي تناول العقار بصفة مستمرة إلى تنشيط هذه الأخيرة(مستقبلات الساكنة) وتتحول إلى مستقبلات دوائية مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى جرعات متزايدة من العقار كي يتسبب نفس المفعول للعقار وهذا ما يعرف بالاحتمال و عند الإقلاع المفاجئ عن تعاطي العقار تنشط المستقبلات الزائدة إلى ظواهر غير طبيعية مثل الأرق و الهلوسة(حسين فايد، بدون سنة، ص165).

تفترض نظرية الفائض العقاري وجود ممرين يؤثر بواسطتها العقار على المخ، ممر أولي الذي يشبه العقار في الحالات العادية، وممر ثانوي أيضا فتزداد كميات العقار التي يحتاجها كما أن الإقلاع المفاجئ يؤدي إلى تنشيط مكثف في المخ، ممرين بدل من ممر واحد فتنشأ أمراض الانسحاب بمعنى الآثار يسببه الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة أو تخفيف كمية الجرعة، والتي تولد اضطرابات إكلينيكية واضحة وإتلاف الوظائف المتعلقة بالعلاقات الاجتماعية أو المرضية أو مجالات أخرى هامة.

6-6-2: التفسير الفسيولوجي:

ترى هذه النظرية إن الأفراد لديهم استعداد وراثي بيولوجي على المسكر، المواد المبدلة للتفكير والميل إليها و الرغبة فيها.

إن سلوك الإدمان ينتقل من المدمن إلى أبنائه كما ينقل إليهم بعض الطباع و أثبتت الدراسات أن من مضاعفات إدمان المرأة على الهيروين هي: ولادة مدمنين أيضا بسبب وصول المادة إلى دمائهم عن طريق الحبل السري، و قد تم ولادة طفل أصيب بنوبة سحب العقار بعد ولادته بوقت قصير ولم يهدأ حتى أعطيت له كمية من الأفيون(نفس المرجع،ص61).

و لكن النظريات تجمع على أن المدمن يقبل على المخدر لتحقيق التوازن بينه وبين واقعه و يجد في المخدر سنا في الحفاظ على هذا التوازن، وهو سند يمنح المدمن القدرة والقوة على مواجهة واقعه وذلك لما يحدث فيه من تغيرات في نشاط وظائفه النفسية وعملياته العقلية التي تنعكس في إدراكه للعالم وانفعاله له واستجاباته له، فالمدمن يحاول

دائماً تغيير نفسه بدل من تغيير واقعه وهذا الذي يحدث له المخدر ينتج له إعادة بناء عالمه وهي إعادة وهمية تمكنه من التكيف مع واقعه.

7: أسباب الإدمان:

اعتماداً على الدراسات السابقة يرى الباحثين أن كيان الإنسان النفسي الخاص به يلعب دوراً هاماً في احتمال أن يكون مدمناً أو لا، وإن الذين يقعون في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى أفراداً يعانون من اضطرابات نفسية عميقة، أضف إلى ذلك التنشئة الاجتماعية السيئة فيلجئون إلى تعاطي المخدرات لتخفيف من حالتهم تلك وبذلك فإن تعاطي المخدرات مرتبط بمجموعة من العوامل النفسية، الاجتماعية والاقتصادية.

1-7: العوامل النفسية:

هناك مجموعة عوامل نفسية تمارس تأثيراً كبيراً على الشخص فيضطر معظم من يتعرض لها إلى الاستسلام، فتكون نتيجة ذلك ممارسة الهروب من الواقع فيقع فريسة لتعاطي المخدرات أو الخمر أو كليهما، ومن العوامل:

- الضغوط النفسية الكبيرة نتيجة للإحباط في عمل أو مسعى معين أو تلبية حاجة معينة.
- الشعور بمركب النقص نتيجة عاهة معينة أو عوق أو عدم مجازاة الآخرين في سلوكهم.

- مستويات معينة طبقية أو ثقافية أو غيرها.

- الشعور بالفشل وعدم القدرة والكفاءة.

- رغبة شخصية في التجريب أو حب الاستطلاع والمجازفة، أو توهم بأن التعاطي يدل على الاستقلالية وقوة الشخصية.

- عدم الرضا الحياتي بصورة عامة.

- الاغتراب واللامعيارية أو بصورة عامة التقاطع مع قيم المجتمع السائدة، لعدم مسابقتها للتطور الحياتي أو ما قد يراه هو (الشخص المتعاطي) كذلك. (مدحت أبو زيد، 2001، ص50).

2-7: العوامل الاجتماعية:

تؤثر أنماط الحياة والعوامل والقيم الاجتماعية والارتباط الدقيق بالدين فعلاً في احتمالات إدمان المخدرات والخمر.

وهناك جملة من عوامل اجتماعية لا يمكن لأي باحث أن يجهلها أو يتجاهلها وهي:

1-2-7: دور رفقاء السوء:

حيث أظهرت الكثير من الدراسات التي اهتمت بموضوع تعاطي المخدرات، أن أهم الأسباب المؤدية إلى ذلك هي تأثير رفقاء السوء سواء في الترغيب أو الحث أو التوريط أو التقليد أو تيسير فرص لذلك.

2-2-7: التفكك الأسري:

ونعني به النزاعات والصراعات التي تنشب داخل الأسرة أو أجواء التوتر والاختلافات الدائمة بين أطراف الأسرة وخاصة الوالد والوالدة والتي تلقي بظلالها سلباً على الأبناء الذين يفتقدون في مثل هذه الظروف للاهتمام والحنان والعطف الأسري و بالتالي يبحثون عن ما يعتقدون أنه ملجأ لحل المشاكل.

3-2-7: التنشئة الاجتماعية والأسرية الفاسدة:

حيث لا يمارس الأب أو الأم أو كلاهما دوره في تنشئة وتربية وتوجيه الأبناء التوجيه الصحيح. وحيث تكون هناك تفرقة ما بين الأبناء في المعاملة. مثلاً تفضيل الولد على البنت أو الكبير على الصغير أو عكس ذلك.

أو مساعدتهم و مكاشفتهم فيما يمس أمورهم الشخصية و البيئية. وتجاهل نجاحاتهم وما يهمهم أحياناً، أو استخدام القسوة في المعاملة، أو أن يكون العكس حيث يتم تدليل

أو إهمال الأبناء بصورة تامة وعدم مساعدتهم في معظم أمورهم أو قد يكون أحد الأبوين أو كلاهما منحرفا فينعكس على الأبناء. (نفس المرجع، ص51).

4-2-7: المحاكاة: و هي تقليد شخص معين من قبل الشخص المنحرف الأمر الذي أوصله لهذه الحالة، حيث يكون غياب التوجيه وغياب القدرة الحسنة وتأثير النموذج السيئ من خلال تهيئة الفرص لطرح نموذجه أمر يقود إلى انحراف من هذا النوع.

5-2-7: تأثير الحي السكني: حيث دلت دراسات كثيرة على أن طبيعة المنطقة السكنية لها تأثير كبير إذا ما كانت المنطقة موبوءة، ويكثر هذا في المناطق الريفية أو المعزولة نتيجة لما تعانيه من مشاكل صحية، نفسية، واجتماعية وأزمات اقتصادية.

6-2-7: تأثير وسائل الإعلام: حيث لها دور كبير في انتشار المخدرات بسبب ما يعرض من نماذج سيئة من أفلام أو برامج يغيب فيها الوعي و الصورة الصحيحة التي يجب أن تظهر بها هذه البرامج.

7-2-7: الجو المهني: وفيه هذا تأثير أيضا في تهيئة فرص الانحراف أو تجنبه، فمثلا صعوبات العمل وأعباءه وسلبياته قد تدفع الشخص إلى تعاطي المخدرات أو توفر النموذج السيئ في العمل قد يرجع ذلك إلى :

- سوء استغلال وقت الفراغ هو عامل مهم في البحث عن فرص لشغله وتكون النتيجة إلى حد كبير هي فرصا من نماذجها تعاطي المخدرات.

- الجهل عامة وضعف التوعية بخطر المخدرات وما ينجم عنها وهو أيضا سبب يجب ذكره و اللوم هنا يقع على عاتق الجهات المسؤولة سواء كانت حكومية أو صحية أو إعلامية أو أسرية أو مدرسية أو منظمات أهلية ونقابية ومنظمات المجتمع المدني(مدحت أبو زيد، (2001)، ص52).

3-7: العوامل الاقتصادية:

- ارتفاع تكاليف مستوى المعيشة، مما يلقي أعباء كثيرة على كاهل الفرد، تجعله عاجزا تجاهها، مما يدفعه إلى التعاطي محاولة منه الهروب من واقعه.

- البطالة، وذلك نتيجة لما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة، وتوفر وقت الفراغ لديهم.

- ازدياد متطلبات الحياة بصورة عامة، حيث لم يعد هناك ما يسمى بالحاجات الكمالية كما كانت بل أصبحت ضرورية، يأتي ذلك مقارنة بعدم ارتفاع دخل الأفراد بصورة متوازنة مع التحول في هذه الحاجات أي مع ارتفاع الأسعار.

- النزعة الاستهلاكية التي بدأت تسود العالم الغربي، فهل نقلت لنا تأثيراتها، أم هذه النزعة متأصلة فينا نتيجة لبعض قيمنا وعاداتنا وتقاليدينا التي تلقي بأعبائها على الأفراد ويقف عاجزا أمامها فيتحول إلى الفعل الانحرافي.

- تأثير وسائل الإعلام وذلك لما تطرحه من إعلانات و دعايات تجعل اللعاب يسيل لها بالنسبة للكثيرين وخاصة ضعاف النفوس الذين لا يقدرון قابليتهم وحدود إمكانياتهم المادية والاجتماعية فيقعون تحت تأثيرها. (نفس المرجع، ص53).

- تجدر الإشارة إلى أنه اختلفت التصنيفات المقدمة للمواد النفسية المحدثة للتبعية فهي تجمع في أن تأثير المخدرات تتغير حسب طبيعتها والرجعة ودرجة التبعية وظروف تناولها(المكان وحالة وعي الفرد، وحضور أشخاص آخرين وتناولها مع الكحول أنواع أخرى من المخدرات...) وطرق التناول(الأكل، الشرب، والتدخين والحقن والاستنشاق...).

وقد تكون تأثيراتها قصيرة المدى أو طويلة المدى وبهذا فهيكلمها تؤدي إلى التدهور الصحي للفرد سواء النفسي، الجسمي والعقلي وكذا تدهور العلاقات الاجتماعية سواء مع الأسرة أو المحيط.

8: الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات:

إن انتشار تعاطي المخدرات يؤدي إلى تدمير الفرد من الناحية الصحية، النفسية والعقلية كذا الاجتماعية وهذه الآثار تتمثل في:

1-8: الآثار النفسية:

- اختلال وظائف التفكير والتذكر والإدراك، حيث يختل إدراك المدمن.
- انخفاض درجة التحكم، وارتفاع درجة الاستجابة.
- ازدياد درجتي التردد والتسرع.
- ازدياد قابلية الفرد للاندفاع في شعور الفرح.
- انخفاض قابلية الشعور بالحزن.

2-8: الآثار الاجتماعية:

- فقدان الصفات الاجتماعية، حيث يصبح المدمن شخصا غير سوي مع المجتمع.
- فقدان القدرة على تحمل المسؤولية.
- ضعف القدرة على التحكم في مختلف المواقف، مما يعني أنه أصبح خطرا على المجتمع بحكم موقعه كالسائق مثلا.
- المتعاطي يصبح نموذجا سيئا من قبل أسرته.
- أن ممارسات المتعاطي داخل أسرته تتسم بالعدوانية في كثير من الأحيان، مما ينعكس سلبا داخل الأسرة.
- كما أن سلوك المتعاطي يتسم باللامبالاة وعدم المسؤولية، حيث يتخلى عن مسؤولياته داخل أسرته ومجتمعه.
- انخفاض القدرة الإنتاجية للشخص نفسه وبالتالي ينعكس ذلك على أسرته وعلى المجتمع بأكمله. PDF (www.confeies.org).

3-8: الآثار الصحية:

وقد يؤدي تعاطي المخدرات إلى إصابة الإنسان بأضرار صحية عديدة قد تؤدي بحياته ومن هذه الأضرار:

*أضرار على الجهاز الهضمي:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى حدوث التهاب مزمن للغشاء المخاطي المبطن للفم والبلعوم، وإضعاف حاسة التذوق، والتهاب الحلق والإحساس بالغثيان والميل للقيء، فقدان الشهية للطعام واضطرابات في إفرازات العصارات المعدية، حدوث التقرحات في الغشاء المخاطي وبعض أنواع سرطان المعدة، وإنهاك الخلايا الكبدية وإصابتها بقصور وظيفي ينتج عنه اضطرابات في الهضم، اختناقات، تشوهات وتلفيات كبدية.

*أضرار تصيب الجهاز التنفسي:

حيث يؤدي إلى تخريب عضوي في المخ والتهاب الأعصاب (أحمد محمد الزغبى، (2001)، ص179).

*أضرار جسمية:

إن تعاطي المخدرات يؤدي إلى ضعف الإحساس بشكل عام و الشعور بالألم بسبب الالتهابات العصبية و حدوث اضطرابات حركية قد تؤدي إلى الشلل.

*أضرار تصيب الجهاز الدوري:

تؤدي إلى الإصابة باضطرابات في ضربات القلب و ضغط الدم.

*الأضرار النفسية:

وهي الشعور باليأس و القنوط دون سبب مبرر و الشعور بالقلق العام و عدم الاستقرار و الخوف و تخيل رؤية أشباح قد تؤدي بالمدمن إلى الانتحار.

*الإصابة بالإيدز:

لقد دلت الإحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إذ حوالي 70% من مرضى الإيدز من الشواذ جنسياً و أن حوالي 20% منهم من متعاطي المخدرات بالحقن الوريدي فمدمنو المخدرات يعدي كل واحد منهم الأخر بالتشارك في نفس الحقنة و قد أصبح مدمنو المخدرات بالحقن الوريدي في الوقت الحاضر مهديين بالموت مرتين إما عن طريق الجرعة الزائدة أو عن طريق الإصابة بمرض الإيدز كما انه معرض لخطر الإصابة بعدوى أخرى مهلكة. (نفس المرجع، ص180).

9: الوقاية و العلاج من الإدمان على المخدرات:

9-1: طرق الوقاية:

*وقاية اجتماعية:

اعتماد الأفراد على تنشئة اجتماعية صحيحة و متوازنة، تعتمد الليونة و الحزم تجاه الأبناء و متابعتهم في البيت و المدرسة و الشارع.

*وقاية صحية:

تقوم على بث الوعي العلمي من خلال تقوية الإعلام الصحي عن طريق القنوات الإعلامية كافة و مواقع الأنترنت المتخصصة، و النشرات و الملصقات التي تحذر من خطر المخدرات، و تقوية المؤتمرات العلمية التي تناقش موضوع المخدرات و خطرها.

*وقاية قانونية:

وذلك من خلال تشديد العقوبة على المتاجرين، المتعاطين و المشترين.

*وقاية حضارية- ثقافية:

وذلك بتنمية الحس الحضاري و فتح آفاق النجاح، و إيجاد بدائل مفيدة و شغل أوقات الفراغ بالنشاطات العلمية و الثقافية و الرياضية. (صندوق مكافحة و علاج الإدمان و التعاطي، 1999)، ص31).

9-2: سبل العلاج من الإدمان على المخدرات:

من المهم أن نشير إلى أنه لا يوجد علاج متخصص للمدمن ولكن هناك وسائل من شأنها المساعدة في ذلك و من أهم هذه الأساليب نجد:

*العلاج الطبي:

- تحرير الفرد جسدياً من الاعتماد على العقار (الاعتماد الكيميائي) وذلك حسب درجة الإدمان، عدد المرات و الكمية المستعملة.

- التهدئة العامة للمدمن و القضاء على الأمراض التي أصابت المدمن نتيجة الإدمان.

- الوقاية المسبقة من الأمراض المحتمل أن يتعرض لها المدمن و التقليل من الاعتماد الجسمي للمخدرات حتى بالوصول إلى التطهير التام للجسم من المخدر. (أحمد محمد الزغبى، 2001)، ص181).

*العلاج النفسي:

- إعادة الثقة للمدمن وإعادة الاعتماد على نفسه وإقناعه بذلك.
- أن يشعر المدمن بأنه في العلاج النفسي يشارك في علاج نفسه.
- أن يكون العلاج برغبته وليس مفروضا عليه وأن يشعر بأنه طرف في العلاج.
- مساعدته على تغيير السلوك ومحاولة دفعه لتغيير نظرتة للمجتمع والمحيط.
- مساعدته على استعادة إرادته المسلوبة من طرف المخدرات وجعله يقرر مصيره بنفسه.

خلاصة:

في هذا الفصل تم تناول مختلف تعاريف المخدرات والتطرق لأنواعها من حيث تأثيرها على الفرد سواء من الناحية الجسمية أو النفسية وبعدها يتم إظهار مختلف المراحل التي يمر بها متعاطيها حتى يصير مدمنا حقيقيا، الإدمان من وجهة نظر النظريات النفسية والأساسية والتحليلية فالسلوكية والمعرفية أسباب الإدمان وأخيرا تحديد أسس الوقاية من هذا السلوك.

الفصل الرابع: واقع مؤسسات إعادة التربية و التأهيل بالجزائر.

تمهيد:

- مفهوم المؤسسات العقابية.
- تطور المؤسسات العقابية.
- أنواع المؤسسات العقابية.
- المؤسسات العقابية في الجزائر.
- أساليب التكفل بالسجناء و تأهيلهم في المؤسسات العقابية.
- التكفل النفسي و الاجتماعي بالسجناء.

خلاصة.

تمهيد:

لقد تطورت السجون والأنظمة العقابية عبر الزمن متأثرة بعدة عوامل خاصة منها الاتجاهات الفكرية التي ظهرت مع نهاية القرن 18 وبداية القرن 19 حيث كانت تنادي إلى معاملة السجين معاملة إنسانية، فتغيرت وظيفة السجين من مكان للإيلام وإلحاق الأذى به إلى وسيلة لإصلاحه وتأهيله والاهتمام به.

لذلك تسعى إدارات المؤسسات إلى إعداد برامج متنوعة تتوافق واحتياجات النزلاء، وتتماشى مع التكنولوجيات الحديثة وتهدف إلى عدم عودة النزيل للإجرام مرة أخرى وتكوين إنسان صالح. لذلك تطرقنا في هذا الفصل إلى محاور عدة: المؤسسات العقابية وأنظمتها، تناولنا فيه مناهج التكفل وإصلاح المحبوسين، المؤسسة العقابية وتطوراتها في الجزائر وفي الأخير تناولنا الرعاية اللاحقة وأهدافها.

1: مفهوم المؤسسات العقابية.

نقصد بالمؤسسات العقابية تلك الأماكن الخاصة والمعدة من طرف الدولة لتنفيذ العقوبات السالبة للحرية على المحكوم عليهم بها. ويتوقف قدر المساس بالحرية على نوع المؤسسة العقابية التي ينفذ بها الجزاء الجنائي وعلى هذا الأساس تتدرج تلك المؤسسات بين مغلقة تماما والمفتوحة كلياً مروراً بالشبه مفتوحة. وهي ذات غرضين بارزين هما سلب الحرية العقاب، وذلك للردع والإيلاء لتفادي الظاهرة والمشكلة الإجرامية، وحماية المجتمع منها إضافة إلى السعي إلى تأهيل وإدماج المساجين بعد الإفراج عنهم ليكونوا أفراد صالحين في المجتمع لاحقاً. (إسحاق إبراهيم منصور، دط، د سنة، ص117-118).

2: تطور المؤسسات العقابية :

ارتبط تطور السجون بتطور أغراض العقوبة على مر العصور التاريخية المتعاقبة كإجراء رادع للدفاع عنه ضد الأفعال التي تهدد أمنه وكيانه واستقراره. لقد عرفت السجون منذ القدم فقد وجدت في ظل القانون الروماني، سجون مهمتها مقصورة على إيواء المتهمين الذين تجري محاكمتهم، ولم تعتبر مكاناً لتنفيذ عقوبة مانعة للحرية، حيث كان يودع فيها أيضاً أشخاص يراهم الحاكم خطراً مهدداً لسلطته، وفي العصور الوسطى لم تتطور السجون وإنما كانت عبارة عن منشآت وحصون مهجورة فلم تكن لها أغراض هادفة للعقوبة، وإنما كانت السجون موطناً للعذاب، فقد كانت الأبنية مظلمة وغير صحية والمساجين يعيشون جماعة يختلط فيها النساء والرجال مما جعلها موطناً للفساد والأعمال اللاأخلاقية، وهذا لكونها مستقلة عن الدولة وبالتالي عدم وجود مسير لها. وكان لرجال الدين المسيحيين فضل كبير في الرفع من الوحدة التي كانت تتردى فيه، فقد دفعتهم مبادئ المسيحية التي تقوم على التسامح والرحمة والدعوة إلى التخفيف من قسوة الحياة في السجون، فضلاً عن أن الكنيسة قد اهتمت بالسجون التابعة لها، وذلك بالعناية بالمساجين وتعليمهم وتوجيههم والنصح والإرشاد الديني لهم. ووضعت لوائح تنظم السجون و تحدد ما للمساجين من حقوق وما عليهم من واجبات، وبما أنه كان للكنيسة نفوذ سياسي كبير فقد حذت التشريعات المختلفة حذوها وعينت بوضوح لوائح تنظيمية لسجونها ونذكر منها دار الإصلاح الذي نشأ في "بريد ويل" "انجلترا" عام 1552.

وكان من أثر انتشار الدعوات الفكرية التي ظهرت في القرن الثامن عشر (18) إلى احترام حقوق الإنسان وحماية الحريات الفردية، فعني علماء العقاب بتحديد أهداف العقوبة وخاصة التفكير بالجاني والاهتمام به بهدف عدم العودة للإجرام وبالتالي فكرة الإصلاح الفعلية للسجون التي كانت بدايتها بظهور حركة "الكويكرز" عام 1662 حيث بدأت بتعليم الصغار والفصل بين الرجال والنساء وبين المجرمين الخطرين والمجرمين الأقل خطورة، التعامل مع كل واحد بما يتناسب مع نوعية الجريمة المرتكبة. (نظير فرج مينا، ط2، (1993)، ص184-185)، مع ظهور الثورة الصناعية ازدادت الحاجة إلى اليد العاملة فكان السجن

موردا خصب لها وهذا قصد التأهيل وذلك بغرض العمل وبالتالي أضيف العمل كوسيلة من وسائل التأهيل والتهديب إضافة إلى ما يبق للكنيسة إقراره.

وفي ضوء هذه الأفكار اتجهت الدراسات الحديثة إلى إعداد السجون حتى تستطيع القيام بتحقيق غرض العقوبة، و نشأت سجون عدة تسعى لتحقيق المبادئ العقابية الجديدة مختلفة في الأنظمة المتبعة و من أهمها: نظام "أوبرن 1823" أساسه العزلة ليلا و فرض الصمت المطلق في كل الأوقات، والعمل الجماعي نهارا مع السماح لأسر المساجين برؤيتهم أثناء العمل لكن دون رؤية المساجين لهم ولكن سرعان ما فشل نظرا لمساوئه حيث كان هدفه تحقيق الربح وليس الإصلاح.

وظهر في "ايرلندا" النظام التدريجي الذي يسعى لتجنب مساوئ الأنظمة حيث يمر المحكوم عليه بعدة مراحل تتدرج فيها هذه العقوبة حتى تصل للإفراج الشرطي عنه إن ثبت استقامته وحسن سلوكه.

وتميز القرن العشرين بتطبيق أساليب المعاملة العقابية التي تهدف إلى تحقيق أغراض العقوبة والإصلاح ومن هذه الأساليب نظام تصنيف المحكوم عليهم ومعاملة كل طائفة بالأسلوب الذي يتناسب معها، وأنشأت السجون الخاصة التي تخص فئة معينة من المجرمين الذين تتشابه دوافعهم الإجرامية، ومن أهم هذه السجون إصلاحات الأحداث التي أنشأت تجنباً للآثار الخطيرة التي تترتب على مخالطتهم للمجرمين البالغين (إسحاق إبراهيم منصور، مرجع سابق الذكر، ص166).

3: أنواع المؤسسات العقابية:

تعني الدول المختلفة بإنشاء أنواع متعددة من المؤسسات العقابية بالنظر إلى تعدد طوائف المجرمين، وهو ما يتطلب إيداع كل طائفة في النوع الذي يناسبها من هذه المؤسسات وتعدد وتختلف أنواعها فبعضها للرجال والآخر للسيدات أو الأحداث، كما أن بعضها يسلب حرية النزلاء سلبا تاما وبعضها يمنحهم أنواعا مختلفة من الحريات، وسنتطرق إلى أهم هذه الأنواع (المغلقة وشبه المفتوحة، والمفتوحة).

1-3: المؤسسات المغلقة:

تقوم المؤسسات المغلقة على أساس أن المجرم شخص يمثل خطورة على المجتمع لذلك يجب عزله تماما عنه والحيلولة بينه وبين الوصول إليه من انتهاء العقوبة ولذلك يراعى في مباني المؤسسات المغلقة أن تكون خارج المدن، وأن تحاط بأسوار عالية يتعذر على المسجون اجتيازها وتفرض من حولها الحراسة المشددة، وتوقع العقوبة على من حاول الهرب وتكون معاملة النزلاء فيها قاسية وحرمتهم فيها مسلوبة تماما ونظامها صارما للعائدين إليه.

وقد كانت هذه المؤسسات هي النموذج الذي اتخذته السجون في صورتها الأولى حينما كان المحكوم عليهم يودعون في الحصون والقلاع كما أن هذا النوع من السجون يستخدم لإيواء المجرمين الخطيرين لإشعارهم بألم العقوبة لكفالة ردهم وتقويم ما اعوج من سلوكهم، وما يعاب على هذا النوع من المؤسسات كثيرة التكاليف نظرا لضرورة بناء الأسوار العالية

ووضع القضبان الحديدية عالية النواذ وتعيين عدد كبير من الحراس المسلحين لحراسته (جلال الدين عبد الخالق، (2000)، دط، ص227).

3-2: المؤسسات شبه المفتوحة:

تتوفر فيها بعض مظاهر السجن إلا أنها غير منفصلة عن العالم الخارجي ويودع فيها المحكوم عليهم ممن تستدعي حالتهم معاملة خاصة، أو ممن ثبت تحسن سلوكهم في المؤسسات المغلقة والمفتوحة والحراسة فيها متوسطة وأقل، وتكون معاملة النزلاء فيها أفضل بعض الشيء من البيئة المغلقة ويطبق فيها النظام التدريجي، وهذا النوع يكفل الردع يحكم النظام المتبع الذي يبعث المحكوم عليه الثقة بالنفس ويبعث فيه روح التجاوب مع برنامج الإصلاح والتأهيل والتهديب إلى حد كبير، ويطبق النظام التدريجي غالباً داخل هذا النوع من المؤسسات فيودع المحكوم عليه أول مرة في درجة تشتد فيه الحراسة نسبياً ثم ينتقل إذا أثبت حسن سلوكه وينتقل في المرحلة الأخيرة قبل انتهاء مدة العقوبة إلى المؤسسات المفتوحة حيث يتم تأهيله فيها وغالباً ما تنشئ المؤسسات المفتوحة في المناطق الزراعية والصناعية حيث يعمل كثير من النزلاء في الورش الملحقة بها وتدريبهم على انساب الأعمال التي تنفق مع ميولهم والتي يريدون مزاولتها عندما تنتهي مدة حكمهم.

3-3: المؤسسات المفتوحة:

يعتبر أحدث أنواع المؤسسات العقابية ويقوم على فكرة استبعاد المظاهر والأساليب المادية في المعاملات العقابية بوجه عام، واستبدالها بالمظاهر والأساليب المعنوية. ولكنها تأخذ شكل مستعمرة صناعية أو زراعية يقوم النزلاء فيها بالعمل التأهيلي المعد لهم وتتمثل هذه الأساليب المعنوية في إقامة علاقة بينهم وبين إدارة المؤسسة العقابية على أسس الثقة فيهم، مما يشعرهم بالمسؤولية فيحول دون إقلاهم بهذه الثقة وعلى أساس إقناعهم بجدوى سلب الحرية باعتباره وسيلة لإصلاحهم.

وقد اختلفت الآراء في تحديد الضابط الذي يمكن الاعتماد عليه في إيداع المحكوم عليه في المؤسسة العقابية المفتوحة فذهب رأي إلى تطبيق معيار زمني فينتقل إليه المحكوم عليه قبل انتهاء مدة عقوبته بفترة كافية من المؤسسات حيث أمضى بها أغلب مدة العقوبة إلى المؤسسة المفتوحة ليقضي في ظل نظامها باقي مدته وهي بمثابة تدريب على مواجهة الحرية والمجتمع، وذهب رأي آخر إلى الأخذ بمعيار مادي قوامه المدة المحكوم بها، فإذا كانت هذه المدة طويلة يودع المحكوم عليه في المؤسسة المغلقة، وإذا كانت المدة قصيرة يودع في المؤسسة المفتوحة ويؤخذ على هذا الرأي أنه يقوم على مجرد اقتراض حيث يعتبر قرينه على عدم الثقة.

فذهب الرأي الآخر إلى معيار شخصي قوامه الدراسة والملاحظة لشخصية المحكوم عليه، فإذا تبين من ذلك جدارته بالثقة التي توضع فيه كان ذلك واعياً إلى إحقاقه بالمؤسسة العقابية المفتوحة أياً كانت مدة العقوبة. (جلال الدين، السيد رمضان، الرجوع السابق، ص228-229).

4- المؤسسات العقابية في الجزائر:

- إصلاحات نظام السجون في الجزائر:

تعتبر الجزائر كغيرها من الدول التي نصت تشريعات خاصة بالسجناء والمحبوسين وفق ما تمليه قواعد وأسس معاملة السجناء التي تقرها الأمم المتحدة في القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء حيث صدر الأمر في 02/72 المؤرخ في فيفري 1972 متضمنا قانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين الذي كان الهدف الأول له تربية المحبوسين أخلاقيا وذهنيا ومحاولة تكيفهم اجتماعيا مستهدف بذلك حماية المجتمع، ثم جاء القانون الجديد 2005 كبديل لقانون 1972 متضمنا قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين قانون 04-05 المؤرخ في 06 فيفري 2005 الموافق لـ 27 ذي الحجة 1425 وكان يهدف كما نصت مادته الأولى.

يهدف هذا القانون إلى تكريس مبادئ و قواعد لإرساء سياسة عقابية قائمة على فكرة الدفاع الاجتماعي التي تجعل تطبيق العقوبة وسيلة لحماية المجتمع بواسطة التربية وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين، كما يهدف أيضا إلى تحسين ظروف المحبوسين احترام حقوقهم وإعادة تربيتهم وتأهيلهم بغية الإدماج في المجتمع كأفراد سويين، إضافة إلى عصرنة المحبوسين والنظام العقابي وفق المتطلبات العامة والتكنولوجيات الحديثة، لذلك طرأت عدت تطورات حيث بدأت باتجاه الانفتاح على العالم الخارجي من خلال فتح المجال أمام المجتمع المدني وجمعيات حقوق الإنسان والمنظمات الحكومية والغير حكومية، حتى الجزائر وقعت الميثاق العربي لحقوق الإنسان الذي أقرته الجامعة العربية مضيئة إليه عددا من التعليمات، وتعمل على معاملة السجين معاملة إنسانية.

كما يظهر لنا أيضا هذا التطور من خلال كون قطاع السجون والسجناء من بين أولويات اللجنة الوطنية لإصلاح العدالة المشكلة في أكتوبر 1999 و كان ذلك من البدايات الأولى لإصلاح المنظومة العقابية في الفترة الأخيرة، وتعد فترة 1999-2004 فترة تحول بالنسبة للعدالة في الجزائر عامة وإصلاح المنظومة العقابية خاصة، فقد سعت وزارة العدل إلى إعداد قانون في تنظيم السجون وفق ما تقتضيه المعاهدات الدولية كقواعد الحد الأدنى لمعاملة المحبوسين الصادر عن الجامعة العربية، هذا القانون تضمن أيضا مقتضيات جديدة تمكن المحبوسين من الاستفادة من قانون تطبيق العقوبات البديلة للسجن المتمثلة في:

-نظام الحرية النصفية.

-نظام الورشات الخارجية.

-نظام البيئة المفتوحة.

وفي هذا الإطار إدراج رؤية عصرية لمسألة التعامل مع المساجين وإعادة إدماجهم في المجتمع وبالتالي كانت الأحكام الجديدة تراعي حقوق الإنسان التي يكفلها القانون الدولي.(مصطفى مشرك، ص58-69).

5: نظام المؤسسات العقابية في الجزائر:

1-5: النظام التدريجي: لقد أخذ المشرع الجزائري بأحدث النظم العقابية وهو النظام التدريجي وهذا ما نص عليه قانون 2/27 في كل من المواد 144/27/26/23 قانون تنظيم السجون وإعادة التربية إضافة إلى القانون الجديد 2005 الذي أخذ بهذه المواد تقسم مدة العقوبة المحكوم بها مراحل مختلفة ينتقل خلالها السجين من مرحلة إلى أخرى حيث أن طول العقوبة وطبيعة شخصيته ومقدار خطورته الإجرامية، تمكنه من أن يقضي أولها في المؤسسة العقابية ذات البيئة المغلقة ثم يستفيد من الأنظمة الأخرى كنظام الورشات الخارجية، نظام الحرية النصفية، نظام البيئة المفتوحة، نظام الإفراج المشروط.

2-5: نظام المؤسسات المغلقة: جاءت المادة 32 من قانون تنظيم السجون وإعادة تربية المساجين التي تنص على تطبيق نظام الحبس الجماعي في مؤسسات الرقابة وإعادة التربية، فهو نظام يطبق في مؤسسات الاحتياط وإعادة التربية نظرا لكون معظم المؤسسات العقابية السائدة في الجزائر عبارة عن مؤسسات لإعادة التربية مما يجعل هذا النظام السائد على حساب الأنظمة الأخرى ومرجع ذلك كما يقول " عبد الحفيظ طاشورا " **Tachour** "إلى النسبة العالية للعقوبات القصيرة المدى التي تصدر عن المحاكم الجزائرية سنويا و مثل هذا النوع من العقوبات لا يمكن معه تسطير علاج عقابي يتماشى والمفهوم المتعارف عليه لهذه العملية".

3-5: نظام الورش الخارجية: لقد أخذت السياسة العقابية في الجزائر بنظام الورش الخارجية وذلك حسب ما تضمنته المادة (147 من قانون السجون) حيث تؤكد على العمل بهذا النظام من خلال تحديد أماكن وشكل تطبيقه والتي تنص على ما يلي (يتضمن نظام الورش الخارجية استخدام المحكوم عليهم على شكل جماعة أو فرق مبدئي تحت مراقبة إدارة السجون خارج المؤسسة للأشغال ذات الصالح العام التي تنجز لحساب الإدارات والجماعات العمومية والمقاولات العامة والقطاع المسيرة ذاتيا باستثناء القطاع الخاص). ومنه يمكن أن نستنتج أن السجين يمكنه الاستفادة من هذا النظام وفق لشروط معينة وهو يتميز بخاصيتين:

1- تحديد الحقوق والواجبات المتعلقة بالسجن وفقا لما نص عليه القانون فأما الحقوق فتتمثل في:

- استفادة من عمل ضمن هذا النظام مما يسمح له بكسب الأموال التي يوجهها في تلبية حاجاته أو حاجات أسرته.

- وأما الواجب فتتمثل في الشروط الواجب توفره عليها والالتزامات الواجب تطبيقها. (عبد الحفيظ طاشور، د.ط، د.سنة، ص115)

2- طريقة تطبيق هذا النظام و التي تقصد بها الإجراءات والشروط الواجب توفرها.

4-5: الحرية النصفية: يعتبر نظام الحرية النصفية مرحلة أخرى من النظام التدريجي اعتمده السياسة العقابية الجزائرية وذلك تماشيا مع الأفكار الحديثة لسياسة الدفاع الإقناعي ويمثل هذا النظام في نقل السجين بصفة فردية بخلاف نظام الورش الخارجية مرتديا ملبسه

العادية وبدون مراقبة مستمرة إلى إحدى ورشات العمل أو التكوين المهني أو مواصلة التكوين التعليمي وهي مرحلة تتوسط عقوبة سلب الحرية والحرية الكاملة نسبيا ولذلك يذهب الكثيرون إلى القول عنه لأنه آخر مراحل النظام التدريجي كما يمكنه أن يسبق نظام الإفراج المشروط وعلى هذا الأساس جاءت المواد 144-145 من قانون تنظيم السجون وإعادة التربية تؤكد على أن تبقى المؤسسة العقابية في الجزائر تابعة لهذا النظام.

5-5: نظام البيئة المفتوحة: حيث أن في هذا النظام يسمح للسجين بالحرية النصفية وكذلك الدخول والخروج بما يسمح به القانون الداخلي للمؤسسة حيث تكون المراقبة على السجين مخصصة للتشغيل والإيواء بعين المكان وعلى كل واحد احترام القواعد العامة والخاصة التي يعرفونها مسبقا والصادرة عن وزير العدل و قاضي تطبيق الأحكام الجزائية ويستهدف هذا النظام المبتدئين والذين قضوا ثلاث أرباع مدة عقوبتهم و لكنه غير منتشر في الجزائر مجالات تطبيقية محدودة وشروط يقول " عبد الحفيظ طاشور" Tachour توجد بعض المؤسسات المفتوحة من ناحية أم البواقي، عنابة، جيجل، وغيرها موزعة بوسط البلاد وغربها وهي أساسا ذات طابع فلاحي.

5-6: نظام الإفراج المشروط: نص المشرع الجزائري على الأخذ بعين بنظام الإفراج الشروط على المساجين في ظل شروط معينة انطلاقا من فكرة أنه إمكانية يمكن تجسيدها في الواقع فقد تضمنه المادة 179-194 شروط و طريقة بشرط أن تتوفر فيه حسن السيرة والسلوك للسجين وتنفذ جزء من العقوبة لا تقل عن ثلاثة أشهر.(المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة التربية والإدماج، ط01، ص65، 76).

6 : أساليب التكفل بالسجناء وتأهيلهم في المؤسسات العقابية الجزائرية

من أجل دعم نشاط مؤسسات إعادة التربية وضعت إدارة السجون تنافيا لما ينص عليه القانون 06 فيفري 2005 برنامج يعمل على إصلاح المؤسسات العقابية وتأهيل وإعادة إدماج المحبوسين اجتماعيا وفي هذا الصدد وضعت الوسائل الضرورية لضمان إعادة الإدماج تحت تصرف المساجين، لذلك تم برمجة دروس لمحو الأمية لدى المساجين الأميين، إضافة إلى برامج تحسين المستوى بتقديم دروس تعليمية تتوافق والبرنامج الدراسية في المؤسسات التعليمية الرسمية، وتشجيع الدراسة في جامعة التكوين المتواصل وفتح ورشات التكوين المهني، كما أن هناك سلسلة من البرامج الموجهة لتأمين فضاءات فكرية وثقافية ورياضية وترفيهية للمساجين وقد تمثلت إجراءات الخطة لتأمين تأهيل فعلي للمساجين وإعادة إدماجهم في المجتمع كأفراد أسوياء نجد الإجراءات التالية:

المحور الأول: يتمثل في:

- اتخاذ تدابير وإجراءات تحفيزية وتشجيعية للمساجين وهذا فيما يخص القراءة والمشاركة في الامتحانات ومتابعة دورات التكوين المهني.
- تجهيز المؤسسات بالورشات إضافة إلى التكوين المهني.
- الرفع المستمر للعمل للموظفين المختصين في التعليم والتكوين والتربية البدنية والمتخصصين النفسانيين إلى غاية حاجات المؤسسة.
- دعم مكاتب المؤسسة وتشجيع القراءة بين أوساط المساجين.

- تجهيز المؤسسات بالوسائل السمعية البصرية للاستعمالات الثقافية وحتى التعليمية.
- إحداث 12 مؤسسة للبيئة المفتوحة خلال الفترة الممتدة من 2004-2009.
- إحداث ورشات خارجية لاستصلاح الأراضي الفلاحية مع البحث عن الاستفادة من الامتيازات التي تمنحها الدولة في تملك الأراضي واستثمارها.
- إحداث مصالح خارجية تابعة لإدارة السجون تتولى متابعة المفرج عنهم والموضوعين في أنظمة الحرية النصفية والإفراج المشروط.
المحور الخارجي: ويتمثل في تجنيد كافة القطاعات ذات العلاقة بعملية الإدماج ومحاربة الجريمة للمساهمة في تقليص حالات العود بتنشيط علاقات التعاون مع القطاعات العمومية المعنية بالتعليم والتكوين المهني والرياضة والصحة والشؤون الدينية والخدمات الاجتماعية والتضامن الوطني.

7: التكفل النفسي و الاجتماعي بالنزلاء:

إن الخدمة الاجتماعية من بين الركائز في مجال التكفل الاجتماعي بالنزلاء فكان للأخصائي الاجتماعي دور كبير وبالغ الأهمية بداية من استمالة المحكوم عليه، والبحث في حياته وأثناء الجلسات التي تتم بين الفينة والأخرى ومتابعته خلال تواجده بالمؤسسة إلى غاية الإفراج عنه وهذا ما أقرته المادة 90 من قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي 2005 " تحدث في كل مؤسسة عقابية مصلحة متخصصة مهمتها ضمان المساعدة الاجتماعية للمحبوسين والمساهمة في تهيئة وتيسير إعادة إدماجهم اجتماعيا".

1-7: وضع الاحتباس:

يعتبر الأمر 02/72 المؤرخ في 1972 أو القانون الجديد رقم 04-05 الصادر في 2005 على أن النظام العام للاحتباس مقسم إلى قسمين النظام الجماعي كي يحتك السجين مع باقي الأفراد داخل المؤسسة العقابية وهذا تقاديا للعزلة وأضرارها التي تؤدي إلى انعزاله عن الحياة الاجتماعية وقد نصت عليه المادة 45 من قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين 2005 "يطبق نظام الاحتباس الجماعي في المؤسسات العقابية وهو نظام يعيش فيه المحبوسين جماعيا".

كما نصت أيضا المادة 45 على وجود النظام الانفرادي والذي يطبق على فئات قليلة كالمحكوم عليهم بالإعدام مع مراعاة أحكام المادة 155 من هذا القانون، المحكوم عليهم بالسجن المؤبد، المحبوسين الخطرين، المريض، المس... الخ.

2-7: الزيارات والمحادثات:

من الإجراءات التي يسمح بها المشرع الجزائري وهذا للسماح له بتوطيد علاقاته مع محيطه الاجتماعي وكذا الأسري وقد أقر القانون بأنه "يسمح للمحبوسين المحادثة مع زائريه دون فاصل وفقا للنظام الداخلي للمؤسسة العقابية، وذلك من أجل توطيد أواصر العلاقات العائلية للمحبوسين من جهة إعادة إدماجهم اجتماعيا وتربويا من جهة ثانية" المادة 69 قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين 2005 كما يسمح القانون بإجراء اتصالات خارجية بما تتوفر عليه المؤسسة العقابية كالرسائل أو المكالمات الهاتفية، هذا ما يقرر

لدى السجين الشعور بالانتماء ويحفزه إلى الرجوع لأهله ومجتمعه كفرد سليم مما يقلل من ظاهرة العود".

3-7: التكفل النفسي: وهو الحاجة إلى وجود متخصصين نفسيين باعتبار أن للأفعال الإجرامية والسلوكيات المنحرفة بعض العوامل والمحركات النفسية مثلما هو مثبت في الدراسات الحديثة من هنا ألزم المشرع الجزائري ضرورة تواجد مختصين نفسانيين إذ جاء في المادة 91 من نفس القانون "يكلف المختصون في علم النفس والمربون العاملون في المؤسسة العقابية بالتعرف على شخصية المحبوس ورفع مستوى تكوينهم العام، ومساعدته على حل مشاكله الشخصية والعائلية وتنظيم أنشطته الثقافية والتربوية والرياضية" وهذا ما يبرز بوضوح ضرورة التكفل النفسي بالمحبوسين وذلك لاحتياج المساجين للتكفل به منذ دخوله للسجن بسبب حالته الناجمة عن تقييد حريته أو ما يصطلح عليه في علم العقاب بحالة "ذهان الوسط العقابي" التي ينتاب المسجون فيها اضطراب في الشخصية وعادة ما يكون مصحوبا بانفعالات وخوف من المجهول وأرق وهوس واضطرابات عقلية وقلق واكتئاب وانعزال عن الآخرين ما يؤدي إلى الإحباط وهنا يظهر لنا جليا أهمية التكفل.

4-7: التكفل الصحي: من بين الاحتياجات الأساسية التي يحتاج إليها السجين أثناء تواجده بالمؤسسة العقابية الاهتمام بالجانب الصحي وهو حق يكفله له قانون السجون عندما أكد على "حق الرعاية الصحية لجميع فئات المحبوسين" يستفيد المحبوس من الخدمات الطبية في مصلحة المؤسسة العقابية وعند الضرورة في أي مؤسسة استثنائية أخرى "المادة 57 من القانون نفسه".

فبمجرد دخول المحكوم عليه المؤسسة يخضع لجملة من الفحوصات ثم المطالبة بالفحوصات و الكشافات متى أراد المحبوس وذلك بتقديم طلب وهذا كلما كان المحبوس بحاجة إلى ذلك، كما أنه توجد متابعة دورية للحالة الصحية لهم وتلقائية وبشكل مستمر وهذا تفاديا للأمراض المتنقلة والمعدية، كما أن الوحدات الصحية تكون مجهزة بإطارات طبية وشبه طبية مع تجهيزات ومعدات وتوفير الأدوية الضرورية إضافة إلى معالجة في حالة المرض سواء دخل المصلحة أو أحد المؤسسات الإستشفائية الأخرى.

5-7: التعليم: تعتبر الأمية من أهم العوامل الدافعة إلى الإجرام وهذا لأنها تشكل أغلبية المساجين، لذلك أولى المشرع الجزائري عناية بالغة للتعليم ومحو الأمية في الوسط العقابي وعقدت عدت اتفاقيات مع الهيئات المعنية في الدول لتنظيم دورات التعليم والتكوين في المؤسسات العقابية.

وقد نصت المواد من 106-110 من القانون الداخلي للمؤسسات العقابية على تنظيم التعليم حيث تنص على تنظيم دروس التعليم العام في جميع المؤسسات وتعطي الأولوية للأصغر سنا وتختتم السنة الدراسية بامتحانات الالتحاق بمستوى أعلى ويمكن للمساجين متابعة الدروس بالمركز وتتكفل المؤسسة بدفع المصاريف وتوفير الوسائل البيداغوجية للمسجونين المتمدرسين، كما يمكن للذين حصلوا على شهادة البكالوريا داخل المؤسسات العقابية

مواصلة التكوين العالي بالجامعة ويجب أن لا يظهر الشهادات التي يحصل عليها المحبوسين ما يشير إلى أنهم تحصلوا عليها داخل المؤسسات العقابية.

أهمية التعليم: للتعليم أثر كبير في التفتح المعنوي والاندماج لذلك حرص المشرع الجزائري على التعليم، بوضع قوانين تساهم في تفعيل دوره المتمثل في:

- محاولة محو عامل من عوامل الإجرام ألا وهو الجهل و الأمية.
- الرفع من المستوى الذهني الاجتماعي للمحكوم عليه فيباعد بينه وبين السلوك الإجرامي.
- التعليم يجعل الفرد حريص على حل مشاكله بالطرق القانونية دون الرجوع إلى العنف.

• إتاحة فرص عمل ما كان ليحصل عليها من قبل.

وسائل التعليم: تعددت وسائل التعليم داخل المؤسسات العقابية وهذا بغية تحقيق عدة أهداف:

- إلقاء الدروس والمحاضرات.
 - توزيع الصحف والمجلات على المحكوم عليه.
 - إنشاء مكتبة داخل المؤسسة العقابية.
- ولتعزيز المسار التعليمي والسياسة التعليمية داخل المؤسسات العقابية قامت وزارة العدل بتوقيع اتفاقيات مع المنظمات التالية:

- الديوان الوطني للتكوين و التعليم عن بعد.
- الديوان الوطني لمحو الأمية.
- جامعة التكوين المتواصل.
- جمعية الكشافة الإسلامية.
- جمعية اقرأ.(المديرية العامة لإدارة السجون و إعادة الإدماج، المرجع السابق، ص122).

ونظرا للجهود المبذولة في التعليم داخل هذه المؤسسة العقابية بدأت تلوج بثمارها و الجدول التالي يبين نسبة النجاح في شهادة البكالوريا و التعليم المتوسط بالجزائر و تطورها.

الخلاصة

لقد أثبتت العديد من الدراسات على أهمية ودور المؤسسات العقابية في إصلاح وتأهيل النزير ولذلك تحاول هذه المؤسسات تطوير أنظمتها وإصلاح هيكلها بما يتماشى ومتطلبات العصر والتكنولوجيات المتطورة وتقديم برامج تأهيلية وتعليمية وتمهينية، قصد تهيئته للإدماج بعد الإفراج عنه اجتماعيا ومهنيا ومن هنا ظهرت ضرورة وجود مؤسسات تهتم بحل مشكلات السجين بعد الإفراج عنه فكان هذا دور مؤسسات الرعاية اللاحقة التي تعتبر كعملية تكميلية لما كان في المؤسسة العقابية والاهتمام بالمفرج عنه ومحاولة إدماجه اجتماعيا ومنهيا وبالتالي الحد من تكرار الجريمة وانتشارها والوقاية منها أيضا ولذلك يتعين على الحكومات والأجهزة الأمنية المساهمة في تحسين وتقديم الرعاية للمفرج عنه والاهتمام بهذه المؤسسات قصد إعادة إدماج المفرج عنه في المجتمع.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: منهجية البحث.

-منهج البحث.

- كيفية اختيار مجموعة البحث.

-وصف مكان إجراء الدراسة.

- أدوات البحث.

-كيفية إجراء الدراسة.

-كيفية تحليل البيانات.

تمهيد:

قمنا في الجانب النظري بالتطرق إلى العناصر المشكلة لموضوع بحثنا وذلك بطرح عام للإشكالية بحثنا وكذا وضع الفرضية القائلة بأن " هناك ارتفاع للقلق عند النزلاء المدمنين في غياب المخدر".

والقيام بالإلمام النظري بكل مفاهيم الدراسة، من قلق، إدمان ثم إعطاء مفاهيم ودراسات ولكل من القلق والإدمان وحتى المؤسسات الإصلاحية، كذلك تناولنا الموضوع من جانب الأسباب المؤدية للإدمان وللإجابة على إشكالية وفرضية الدراسة لا بد من مجموعة من الأداء والتقنيات نوظفها في الجانب التطبيقي.

فكل باحث مهما كان بحثه، مجاله وهدفه، فإنه ملزم بإتباع منهج معين ينظم معطياته، وموارده و أدواته العلمية، فالمنهج الذي يجب استخدامه في علم من العلوم يرتبط في الدرجة الأولى بتحديد موضوع هذا العلم أو ذلك، فالموضوع والمنهج مرتبطان ببعضهما ارتباطا قويا، يصعب معه تصور واحد دون الآخر ابتداء من تبنيه واعتماده على توجه نظري معين. (سلاطنية، (2007)، ص31).

فمثلا اعتمادنا على النظرية المعرفية السلوكية لبناء الجانب النظري وكذلك تفسير وتحليل النتائج، وتعرف النظرية بأنها محاولة لإضفاء معنى على الحقيقة عن طريق عبارات منظمة عن الكيفية التي ترتبط بها الحقائق المتباعدة والسمات المميزة للنظرية النموذج، هي أنها تستطيع تفسير حقائق سابقة والتنبؤ بأخرى جديدة وأن تكون شاملة وقابلة للاختبار، تطويرها، تكون بتكوين أسئلة للبحث وتطوير الفروض.

إذنا لاختبار فرضيتنا علينا القيام بدراسة تطبيقية للحصول على إجابة لتساؤلنا الذي بنيناه على مجموعة من الدراسات والنظريات ذات العلاقة بموضوع الدراسة، هذه الإجابة لن تكون إلا إذ انتهجنا طريقة معينة تدعو إلى التماس مجموعة من الأدوات والتقنيات والكيفيات المعروفة في مجال علم النفس.

1: منهج البحث:

إن من أصعب الظواهر التي يمكن للفرد أن يدرسها تلك المتعلقة بالظواهر الاجتماعية الإنسانية، كونها تتصف بالتغير والحركية و النسبية، لهذا تعدد وتتنوع مناهج البحث فيها بتنوع مواضيع الدراسة، وبطبيعة الحال تختلف هذه المناهج عن تلك المطبقة في مجال العلوم الطبيعية رغم أن "توماس هوبز" **Thomas hobs** قدم وجهة نظر ترى إمكانية دراسة الإنسان بمناهج العلوم الطبيعية فقال "إنه إذا كان **جاليلو Gallilou** أثبت أن علة أي شيء هي مجرد تغير في المادة نتيجة الحركة، فإنه يمكن تفسير إحساسات الإنسان بأنها تغير في الحركة وحتى تفكير الشخص أي العقل سلسلة من الحركات في كائن عضوي.(أحمد عطية، (2003)، ص63).

إن تناولنا لهذه الدراسة بطرح إشكاليتنا وتساؤلنا يؤدي بنا إلى إتباع المنهج العيادي الذي يساعدنا بتقنياته ووسائله على الإجابة على فرضية بحثنا ولقد كان اختيار هذا المنهج ضرورة علمية نظرا لطبيعة الموضوع ومجاله ولأن المنهج العيادي يهتم بالتناول الكيفي ضمن تميز الفرد في توظيفه النفسي الثابت عبر الزمان والمكان.

هذا التميز يكون من خلال موقع و خصائص الفرد مقارنة بالأشخاص الآخرين و هذا ما أشار إليه "روجي بيرون **R.perron** في مفهوم الشخص كحالة متميزة تشكل موضوع علم النفس هذه العبارة "علم النفس العيادي"، استخدمت لأول مرة عام 1896 من طرف الباحث "ويتمر **Witmer**".

بحيث يرى أنه انطلاقا من الفحوص الفردية يمكن الوصول إلى بعض التعميمات التي تأخذ شكل التصنيفات للاضطرابات العقلية.

ومن جانبه "بيرون **R.perron** " يرى أن الشخص بشخصيته لا يمثل فقط حالة مستقلة عن الحالات الأخرى، بل تجب مراعاة درجة تشابه الخصائص لديه واندراجها ضمن سجل عيادي مشترك مع مجموعة من الأشخاص، هذا السجل يضم وضع تبادل وظيفي غير قابل للتعميم، أي يستخرج ما يسمى بطرق التوظيف أي طرق التنظيم التزامني والتتابعي للعمليات النفسية.(سي موسي، ع.بن خليفة ، (2008)، ص145).

وفي هذا الإطار يعرف "بيرون **Perron**" المنهج العيادي، على أنه " منهج لمعرفة التوظيف النفسي للفرد وبالتالي يهدف إلى بناء بنية واضحة في الحوادث النفسية التي تصدر عن الفرد."

ونلاحظ أن الحوادث النفسية الصادرة عن الفرد لا يمكن حصرها في المخبر إذ أخذنا بعين الاعتبار التغيرات الطارئة عبر الزمان والمكان، هذا ما يقودنا إلى رأي "لاقاش **Lagache**" إثر محاضراته بعنوان علم النفس العيادي و المنهج العيادي يتمثل في دراسة الإنسان في وسطه الطبيعي وليس في المخبر، وقام بتعريف المنهج العيادي، موضوعه، أهدافه ووسائله العيادية، ومازالت هذه المحاضرة لحد الآن تعتبر المرجعية النظرية للمنهج العيادي.

وإذا انتبهنا أكثر للتغيرات عبر الزمان(مراحل النمو) وعبر المكان(المحيط و الأدوار الاجتماعية)، فإننا نجد أن هذا المنهج يتعدى حدود الدراسة للفرد لوحده، وعن "مكيري كريم (2007)، أنه علينا العودة دائما إلى قول "لاقاش Lagache" بأن المنهج العيادي يختص بدراسة الإنسان في وسطه الطبيعي، وهذا المنهج هو قبل كل شيء بين شخصي، أي أنه يركز اهتمامه على الشخص أثناء تحركاته، وتبادلاته وتفاعلاته وهدفه يرمي إلى فهم الدينامكية والتوظيف النفسي، الوضعيات...

وكان تعريف "لاقاش Lagache" للمنهج العيادي بأنه تناول السيرة في منظورها الخاص وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولة بذلك إعطاء معنى للتعرف على بنيتها، وتكوينها كما تكشف عن الصراعات التي تحركها محاولات الفرد لها.(M.Renchelin ,1992),p36).

وهذا المنهج هو الملائم لإشكالية وموضوع دراستنا كوننا نهتم بتناول وظيفة نفسية لشخص معين، لكن ليس باعتباره شخص منعزل عن الجماعة لكن دراسته في واقع دينامي مشترك مع مجموعة من الأشخاص.

كما أنه يهتم بتناول السيرة في منظورها الخاص وكذا التعرف على مواقف وتصرفات الفرد في وضعيات معينة، وهنا ما نسعى لمعرفة من خلال بحثنا هذا أي كيف يستجيب النزيل المدمن على المخدرات اتجاه غيابها في ظل تواجده في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل. كما أننا استعملنا طريقة دراسة الحالة، لأنها تمثل المجال الذي يسمح لنا بجمع أكبر وأدق قدر من المعلومات حول الحالة، التاريخ الفردي والوضعيات...وتعرف دراسة الحالة بأنها الوسيلة المعتمدة لجمع البيانات المتعلقة بأي وحدة، وهي الوعاء الذي يظم ويقيم فيه علم النفس كل البيانات المختلفة التي يحصل عليها عن الفرد، الجماعة، الأسرة، وهو يستعمل الملاحظة، المقابلة، التاريخ الاجتماعي والاختبارات النفسية.

(بوحوش،(2007)،ص130).

وهنا نعود إلى "بيرون Perron" ومفهوم الشخص كحالة متميزة، وفي دراستنا يظهر تميز الحالة في اختلاف بدايتها في التعاطي وطبيعة استجاباتها اتجاه غيابها. كان اهتمامنا أيضا بهذا المنهج ذو المفحوص الواحد بهدف التعمق أكثر في تاريخ كل حالة على حدا من أجل الإلمام الشامل بكل جوانبها من حيث بداية تعاطيها ومعاشها في ظل غياب المخدر وفي استجاباتها في ظل تواجدها في مؤسسة لإعادة لتربية والتأهيل.

2: كيفية اختيار مجموعة البحث:

نظرا لكوننا نعمل في المؤسسة التي تم فيها إجراء البحث، فقد قمنا بإجراء دراسة استطلاعية للتعرف عن قرب على نزلاء هذه المؤسسة وطبيعة الحياة التي يعيشونها في ظلها، ولما كان موضوع دراستنا يتعلق بالنزلاء المدمنين في ظل غياب المخدر، فكان اهتمامنا أكثر بهذه الفئة، ولجمع أكبر قدر من المعلومات قمنا بدراسة الملفات النفسية والطبية المتوفرة على مستوى المؤسسة، وكذا إجراء مقابلات مع العينة المختارة.

وبما أن الدراسة تبحث عن مدى ارتفاع القلق لدى نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل في حالة غياب المخدر فقد قمنا باختيار مجموعة البحث التي تتوفر فيها الشروط الأساسية التالية:

* أن يكون أفراد مجموعة البحث من المدمنين على نوع أو أكثر من أنواع المخدر.
* الصحة الجسدية (لأنه من الشروط التي ركزنا عليها أن يكون تعاطي الأدوية ليس بغرض العلاج).

* أن يكون في حالة غياب المخدر وتواجد الرغبة له.

* أن يكون الأفراد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل.

* أن تكون مازالت أمامهم مدة حكم طويلة لأن لعامل مدة الحكم دور كبير في إصرار النزير على تعاطي المخدرات ليتمكن من قضاء مدة الحكم غائبا عن الوعي كنوع من الهروب من واقع أنه مسلوب الحرية.

ومن خصائص مجموعة البحث نجد:

* **الجنس:** كل عناصرها ذكور وذلك لعدم توفر نزيلات بالمؤسسة التي قمنا فيها بإجراء البحث الميداني.

* **المستوى التعليمي:** المستوى التعليمي للمجموعة محدود محصور بين الخامسة ابتدائي و السابعة أساسي.

* **بداية التعاطي:** أولى خبرات التعاطي بدأت في سن مبكرة جدا.

* **الوضعية العائلية:** كل أفراد العينة عزاب.

* **السن:** ما بين عشرين و ثلاثين سنة.

وعليه فمجموعة بحثنا تتكون من 05 أفراد تمت معها مجموعة من المقابلات مستنديين في ذلك على دليل تم ضبطه مسبقا يلي ذلك تطبيق مقياس هاملتون للقلق.

أما عن مكان إجراء المقابلات فكانت تجرى على مستوى عيادة المؤسسة في أوقات نحددها حسب فترات حركة النزلاء بما يتماشى والقوانين الداخلية لمؤسسات إعادة التربية والتأهيل.

ومن بين 08 حالات تم تسجيل انسحاب ثلاثة من أفراد المجموعة وذلك لاشتراطهم المساعدة في الحصول على المخدر (الدواء ذو الانتحاء النفسي) عن طريق وساطة من قبلنا مع طبيب الأمراض العقلية أو مع الطبيب العام.

والجدول رقم (01): يوضح خصائص مجموعة البحث:

الحالات	السن	المستوى التعليمي	الحالة المدنية	السوابق القضائية	المستوى المعيشي	نوع التعاطي
ح1:سفيان	23	6 ابتدائي	أعزب	انتكاسي	ضعيف	متعدد
ح2:رضوان	28	7 أساسي	أعزب	ابتدائي	جيد	نوع واحد
ح3:ياسين	28	7 أساسي	أعزب	انتكاسي	جيد	متعدد
ح4:الطيب	27	5 ابتدائي	أعزب	انتكاسي	ضعيف	متعدد
ح5:عمار	25	5 ابتدائي	أعزب	انتكاسي	جيد	متعدد

من خلال الجدول نستطيع القول بأن هناك نوع من التشابه تقريبا في كل خصائص العينة ليس بدرجة كلية إلا أن هناك نقاط لا بأس بها من التشابه خاصة من حيث طبيعة التعاطي حيث نجد كل الحالات ما عدا واحدة طبيعة التعاطي لديها متعدد، إضافة إلى أنهم ذوي سوابق قضائية متعددة على جرائم كلها كانت تحت تأثير المخدرات، هذا إضافة إلى المستوى الدراسي المنخفض والذي كان له تأثير أثناء قيامنا بالمقابلات خاصة في أثناء تطبيق المقياس.

3: وصف مكان إجراء البحث:

تمت هذا البحث في أحد مؤسسات إعادة التربية والتأهيل بالجزائر، حيث أنه لخصوصية مثل هذه المؤسسات سوف لن نذكر اسم المؤسسة التي تمت فيها الدراسة وهذا كشرط أساسي في قبول إجراء البحث فيها، وقد تزامن تواجدنا في تلك المؤسسة مع وظيفتنا المتمثلة في أخصائي نفسي، لهذا ارتأينا استقبال هذه الحالات على مستوى مكتب المتابعة النفسية الموجود على مستوى العيادة لضمان السير الحسن للمقابلات بتوفير شروط ملائمة للمكان وللزمان، مما سمح لنا بتوفير ظرف زمني ومكاني لمقابلة البحث العيادية نصف الموجهة ومقياس هاملتون.

تتربع هذه المؤسسة على حوالي 24 هكتار، وتتكون من:

-الإدارة العامة للمؤسسة نجد فيها: مكتب المدير، أمانة المؤسسة، الإدارة العامة، المقتصد، مكتب اختصاصي الإعلام الآلي.

-مكتب الضبط القضائي.

-مكتب الضبط المحاسبي.

***الاحتباس:** والذي يتمثل في المكان الذي يتواجد فيه النزلاء وكل الأجهزة التي تكون على اتصال مباشر بالنزلاء وفيه نجد:

-**عيادة المؤسسة:** التي تضم 3 مكاتب للطب العام، مكتبين لجراحة الأسنان، و4 مكاتب للأخصائيين النفسيين (على مستوى هذه المكاتب كانت تجرى المقابلات الخاصة بالبحث مع النزلاء)، قاعة للإنعاش، مخبر التحاليل، صيدلية، قاعة للإسعافات الأولية، وفيها يعمل 7 اختصاصيين في علم النفس العيادي، بالإضافة إلى 4 اختصاصيين في الطب العام و4 في جراحة الأسنان، يسهرون على تقديم الرعاية الصحية والنفسية للنزلاء على مدار كل أيام الأسبوع حتى أيام العطل الأسبوعية، أي تواجد الأطباء والأخصائيين النفسيين على مستوى العيادة ضروري كل يوم.

-**إدارة الاحتباس:**

أجنحة تواجد النزلاء مقسمون حسب نظام درجة الخطورة إلى:

*4 أجنحة في القسم العادي.

*4 أجنحة في قسم متوسط الخطورة.

* جناح عالي الخطورة.

*جناح الأحداث.

*جناح مخصص للنساء: لكن هذا الجناح لم يبدأ العمل فيه بعد.

*جناح الخدمات: يتواجد فيه النزلاء المكلفين بالخدمات المختلفة على مستوى المؤسسة.

*جناح يضم النزلاء الذين لم يتبقى من مدة حكمهم أكثر من شهر وضعوا في جناح مخصص لهم وذلك بهدف العمل على تحضيرهم نفسياً قبل خروجهم من المؤسسة يقوم بهذه المهمة أخصائي نفسي من خلال القيام بحصص العلاج الجماعي يقوم بها (أخصائي ذو خبرة من بين الفريق العامل بالمؤسسة).

*مكتبة: تضم مجموعة من الكتب موزعة على: كتب لرفع المستوى، كتب ثقافية، تاريخية، كتب دينية... الخ

*قاعات الدراسة يتم فيها تلقي الدروس، لكل المستويات الدراسية، وكذلك تجرى فيها امتحانات إثبات المستوى.

*قاعة مخصصة للمهن الحرفية.

*قاعة مجهزة بكل الوسائل التي تسمح للنزلاء ممارسة الرياضة خاصة للنزلاء المرضى اللذين يحتاجون لإعادة التأهيل بالإضافة للمدمنين اللذين قرروا التخلي عن التعاطي وبدء العلاج وهذا كنوع من التنفيس أو التفريغ الانفعالي وتخفيف الضغط عليهم.

*12 ملعب لممارسة الرياضات الجماعية، موزعة على حسب الأجنحة الموجودة على مستوى المؤسسة.

4: أدوات البحث:

4-1: المقابلة العيادية:

تعتبر المقابلة العيادية تقنية أساسية من تقنيات جمع البيانات في البحوث الإكلينيكية، فهي تزود الباحث بفهم شامل للمشكلة التي يتصدى لدراستها، حيث أنها تتيح الفرصة للتعبير عن الآراء والأفكار والاتجاهات.

وتعرف المقابلة العيادية بأنها نوع من المحادثة تتم بين المفحوص والأخصائي النفسي العيادي في موقف مواجهة حسب خطة معينة، بهدف الحصول على معلومات عن سلوك المفحوص والعمل على حل المشكلات التي يواجهها والإسهام في تحقيق توافقه الشخصي.

وبناء على ذلك تصاغ الأسئلة التي تهدف للحصول على المعلومات حول تاريخ الحالة وخصائص شخصية المفحوص وطبيعة المشكلة المطروحة. (فيصل عباس، دسنة، ص78).

وقد تم اعتمادنا في هذا البحث على المقابلة نصف الموجهة، لأنها تهدف إلى توجيه حديث المفحوص نحو أهداف البحث، والسير في اتجاه واضح وأقل توجيه، ضبط الأسئلة مع المحافظة على حرية التعبير للمفحوص والبحث عن المعلومات التي تخدم الموضوع.

4-2: المقابلة العيادية نصف الموجهة:

يعرف "محمد خليفة بركات" Mohamed Khelifa Barakat " المقابلة نصف الموجهة على أنها: " تلك التي تعتمد دليل المقابلة والتي ترسم خطتها مسبقاً بشيء من التفصيل ووضع تعليمات محددة، يتبعها جميع من يقوم بالمقابلة، وفيها تحدد الأسئلة، صيغتها،

ترتيبها، توجيهها، وطريقة إلقاءها، بحيث يكون في ذلك بعض المرونة بعيدا عن أي تكليف." (بركات، (1984)، ص126).

كما تعرف "شيلند" **Chiland**، "المقابلة نصف الموجهة على أنها ليست بمقابلة حرة ولا مقيدة بل تقع بين الاثنين، حيث يكون فيها دور الفاحص هو الإصغاء والاستماع للمفحوص، والتدخل فقط لغرض توجيهه فيما يخدم المقابلة، وهذا النوع من المقابلة يسمح للمفحوص بالتعبير بكل حرية وارتياح وطلاقة والجرأة على الكلام".

(Chiland.(1983)/p119)

والهدف من اختيارنا المقابلة نصف الموجهة هو جمع أكبر قدر من المعلومات حول عنيات بحثنا المتمثلة في معرفة حالة النزيل المدمن في غياب المخدر فيما يخص استجابات القلق.

والهدف من هذه المقابلة نصف الموجهة هو مساعدتنا على كسب ثقة أفراد المجموعة وجمع أكبر قدر من المعلومات حول تاريخهم الإدماني واستجاباتهم في غياب المخدر.

مع العلم أن المقابلة نصف الموجهة كانت تسير وفق دليل يحوي مجموعة من المحاور تكون في مجملها خمسة وهي:

***محور تاريخ الحالة:** كان الهدف منه هو جمع المعلومات والبيانات الشخصية عن الحالة وتاريخها خاصة من حيث الإدمان.

***محور المعاش النفسي:** يهدف لمعرفة المعاش النفسي والاجتماعي للحالة داخل أسوار مؤسسة إعادة التربية والتأهيل خاصة في ظل غياب المخدر.

***محور أثر غياب المخدر:** الهدف منه هو معرفة الآثار التي خلفها غياب المخدر فجأة في ظل تواجد الرغبة له في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل.

***محور النظرة للذات:** حاولنا من خلال هذا المحور التعرف على نظرة الحالة لذاتها في ظل تواجدها في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل وفي وضعية مدمن.

***محور النظرة المستقبلية:** الهدف من هذا المحور كان التعرف على نظرة الحالة لمستقبلها كمدمن وكنزيل مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل

4-3: وصف مقياس هاملتون:

مقياس هاملتون لقياس درجة القلق عبارة عن أسئلة تكون في مجملها 90 سؤال موزعة على 09 محاور :

*محور الاهتمام بالجسد ويحتوي على 12 سؤالا(2، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52).

*محور الاستحواذ القهري يحتوي على 10 أسئلة: (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90).

*محور الحساسية الذاتية ويحتوي على 09 أسئلة: (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39، 40، 41، 42، 43، 44، 45، 46، 47، 48، 49، 50، 51، 52، 53، 54، 55، 56، 57، 58، 59، 60، 61، 62، 63، 64، 65، 66، 67، 68، 69، 70، 71، 72، 73، 74، 75، 76، 77، 78، 79، 80، 81، 82، 83، 84، 85، 86، 87، 88، 89، 90).

*محور الاكتئاب ويحتوي على 13 سؤالاً: (05، 14، 20، 22، 26، 29، 30، 31، 32، 54، 71، 79، 15).

*محور القلق ويحتوي على 10 أسئلة: (02، 17، 23، 33، 39، 57، 72، 78، 80، 86).

*محور العدوانية ويحتوي على 06 أسئلة: (11، 24، 23، 67، 74، 81).

*محور قلق الفوبيا ويحتوي على 07 أسئلة: (13، 25، 47، 70، 75، 42، 50).

*محور الأفكار الذهانية ويحتوي على 06 أسئلة: (08، 18، 43، 68، 76، 83).

*محور العلامات الذهانية ويحتوي على 10 أسئلة: (07، 16، 35، 62، 77، 84، 85، 87، 88، 89).

وضعه **موكس هاملتون Mox hamilton** سنة 1959 لقياس القلق لدى الأفراد بمختلف درجاته وتظاهراته .

أما فيما يخص إجابة المفحوصين فهناك خمسة احتمالات للإجابة على كل سؤال وكل إجابة تنقط من 0 إلى 04 كمايلي:

- ❖ ليس على الإطلاق.....علامتها (0).
- ❖ نوعاً ما.....علامتها (01).
- ❖ متوسط.....علامتها (02).
- ❖ كثيراً نوعاً ما.....علامتها (03).
- ❖ بكثرة.....علامتها (04).

وبعد تطبيق الاختبار نقوم بحساب المعدلات لكل محور ثم تظهر النتائج التي تسمح لنا بوضع مخطط لذلك المفحوص نستطيع من خلاله معرفة معدل كل محور، وبهذا فإن كل سلم سوف يسمح لنا باكتشاف مدى خصائصه وجوانب من شخصية المريض وانفعاله وردود أفعاله، حيث أنه إن كان أكثر من 2.5 فهنا القلق مرتفع وأقل من 2.5 منخفض. وبالنسبة لتعليمة الاختبار هي سؤال واحد إلى أي مدى يضايقك مايلي؟ ثم يأتي 90 سؤالاً المقدر في السلم.

5: كيفية إجراء الدراسة:

قمنا بجمع البيانات من خلال إجابات المفحوصين عن أسئلة المقابلات الثلاثة الأولى أما المقابلة الرابعة فخصصناها لتطبيق مقياس هاملتون على المفحوصين كل واحد على حدا مع شرح كيفية الإجابة، ولقد فضلنا أننا نكون نحن من يسجل البيانات والمعلومات على ورقة الإجابة وذلك:

- لتفادي عدم فهم الأسئلة و طريقة الإجابة (يوجد من بين أفراد العينة من له مستوى تعليمي محدود).

- وكذا تفاديا للملل الذي ينجر عن ذلك.

- تبادل إلى ذهننا أنه من الأفضل تواجدنا معهم لأن بعضهم كان يطلب شرحاً وافياً عن كل نقطة من نقاط المقياس.

6:كيفية تحليل البيانات:

بعد إجراء المقابلات بهدف جمع المعلومات مباشرة عقب المقابلات الأولية (هذه الأخيرة بهدف التعريف بغرض البحث وأخذ الموافقة الشخصية من طرف كل حالة، وهذا بعد تعريفنا المبسط لموضوع البحث والهدف منه مع ضمان سرية وخصوصية المعلومات الشخصية الأخرى، بالإضافة إلى تقديم شرح عن كيفية العمل، والهدف منه هو خلق جو من الثقة.)، مع مجموعة البحث وجمع المعلومات اللازمة والوافية كمرحلة أولى قمنا كمرحلة ثانية بتسجيل نتائج أسئلة المحاور التسعة لمقياس هاملتون وحساب المعدلات لكل محور ليتسنى لنا فيما بعد وضع مخطط يمكننا من معرفة خصائص وجوانب من شخصية كل فرد من مجموعة البحث وكمرحلة أخيرة جرت فيها مقارنة مدى تناسب النتائج المتحصل عليها من خلال تطبيق المقياس مع ما تم التوصل إليه من معلومات تم جمعها من خلال المقابلات وذلك لاستخدامها في تحليل الحالة ثم التحليل العام للحالات ومقارنة النتائج بالفرضية التي انطلقنا منها.

خلاصة:

هذا هو الطريق الذي انتهجته خلال توجهنا إلى الجانب التطبيقي، هذا الطريق منظم له هدف وموضوع، بحيث عرفناه بالمنهج العيادي الذي استخدمناه في موضوع الدراسة، موضوع القلق والإدمان لدى نزلاء المؤسسات الإصلاحية، وهدف هذه الدراسة هو الإجابة على فرضية البحث، بحيث جعلنا موقف البحث في الإجابة أن نستخدم وسائل وتقنيات شائعة في علم النفس العيادي، كالمقابلة العيادية ومقياس هاملتون على مجموعة بحث متكونة من 5 حالات التي بيننا خصائصها وطريقة اختيارها وكيفية تطبيق هذه التقنيات عليها في مكان إجراء البحث الذي وصفناه.

إذن كانت هذه المجموعة من الإجراءات لا بد منها للتوصل إلى بحث أصيل يمتلك طريقة ومنهجية سليمة تفيد ويستفيد منها كل من الباحث وقارئ البحث، وهذا هو مسار الدراسات، لا تعرف نهاية في مسارها ولا تسلك طريقا واحدا فكل باحث يختار منها ما يختلف عن الآخر وهذا حسب توجه النظري وطبيعة الدراسة.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج.

تمهيد:

1: عرض و تحليل و مناقشة الحالات.

- عرض و تحليل و مناقشة الحالة الأولى.

- عرض و تحليل و مناقشة الحالة الثانية.

- عرض و تحليل و مناقشة الحالة الثالثة.

- عرض و تحليل و مناقشة الحالة الرابعة.

- عرض و تحليل و مناقشة الحالة الخامسة.

2: مناقشة الحالات الخامسة.

3: استنتاج عام و مناقشة النتائج.

تمهيد:

بعد توضيح طريقة وسيرورة هذه الدراسة من خلال تبيان منهجية البحث و وسائله، نصل في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتحصل عليها من خلال كل من المقابلة العيادية و مقياس هاملتون على أفراد مجموعة البحث المتكونة من خمس حالات، حيث نسعى من وراء هذا الإجراء إلى العمل على جمع المعلومات و عرضها و تحليلها و كذا مناقشتها للوصول إلى الهدف المتمثل بالدرجة الأولى في الإجابة على فرضية البحث.

1: الحالة الأولى: "سفيان".

*تقديم الحالة:

يبلغ "سفيان" 23 سنة، أكبر عنصر في عائلة تتكون من الأب والأم و 04 إخوة، مستوى دراسي 6 ابتدائي، أين توقف عن الدراسة وعلى حد قوله أن الظروف الاقتصادية لم تسمح له بالمواصلة.

*عرض و تحليل نتائج المقابلات:

بعد خروجه من المدرسة اشتغل كعمال لكي يساهم في مصاريف الأسرة، دخول "سفيان" في ميدان العمل في سن مبكرة مكنه من ملاقاته أنواع عدة من الناس فكان حظه أن يعاشر أصدقاء السوء فبدأت قصته مع الإدمان في سن 18، وكان ذلك حبا في التجربة والفضول الذي يقف وراء معرفة الآثار التي سوف يحدثها هذا التعاطي. ليس ل "سفيان" أية سوابق مرضية لا بالنسبة له ولا بالنسبة للأسرة، رغم ذلك فالأدوية التي كان قد بدأ بها التعاطي هي من أصعب المواد التي تحدث تعود جسيمي ونفسي كبير.

"سفيان" من النوع الذي ينوع في إدمانه فكان يتعاطى كل ما يجده متوفرا أمامه، أي أنه مدمن متعدد، فهو مدمن على المواد ذات صنف مضادات الاكتئاب، وبما أن وضع الأسرة متوسط لا يمكن أن توفر له الموارد المالية التي يحتاجها للحصول على المخدر فإنه كثيرا ما يلجأ للسرقة للحصول عليه.

لا يعتبر "سفيان" من النوع الذي اعتاد رعاية الأهل وتوفير كل ما يريده، فهو شخص اعتاد الحصول على حاجاته بنفسه فدخله عالم الشغل في سن مبكرة لدليل على ذلك، هذه الحالة جعلته يسعى لتجربة كل شيء في الحياة مهما كانت درجة الخطورة في ذلك وهذا ربما ما جعله يقع في أيدي الأمن و يحول بعدها لمؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، وفي مثل هذه الأماكن تبدأ معاناة هؤلاء المدمنين.

لم يتعاط "سفيان" المخدر منذ وصوله للمؤسسة التي أجري فيها البحث، أي منذ أكثر من 10 أيام تقريبا، هذا جعله يعيش حالة من الفلق والتوتر وظهرت عليه بعض الأعراض التي زادت من إصراره للحصول على المخدر للتخلص من الأعراض التي تدخل ضمن علامات الانسحاب.

أول ما يمكن قوله عن "سفيان" في المقابلة الأولى أنه على الرغم من أنه أبدى قبولا ليكون ضمن مجموعة البحث و رغم الهدوء الذي بدا عليه إلا أنه كان متوترا جدا وكان يجيب على حد السؤال فقط فهو لم يتجاوز بعد ضغط الدخول لمؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، وغياب المخدر في أصعب مرحلة من حياة نزيل مثل هذه المؤسسات خاصة المدمنين منهم.

إن نظرة "سفيان" للمخدر هي نظرة ايجابية فهو يعتقد أنه هو كل شيء في حياته على الأقل في فترة تواجده في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، فهو يعتبره أنه الوسيلة التي تساعده على تناسي المشاكل والتخفيف من الضغط في وضعية بحد ذاتها مصدرا للضغط، إذ نجده يقول: "...أنا والفت هذا الدواء ما نقدرش ننساه، وهو يريحني، **surtout** كي دخلت للحبس ما نقدرش نقعد هكذا راني نسوفري... هذا راه حاجة مهمة عندي...".

يعاني "سفيان" من صعوبة تكوين صداقات خاصة في مؤسسة إعاد التربية و التأهيل، فهو لا يملك أي أصدقاء لا مدمنين ولا غيرهم، فهو يفضل البقاء وحده على أن يبقى مع الناس، لأنه في فترة غياب المخدر لا يملك السيطرة على انفعالاته، و بالتالي هذا يشكل عائق

في تفاعله مع من معه في المؤسسة التي يتواجد فيها حيث يقول: "...كي يكون الدواء نهدر ونقصر مع الناس même si يزعفوني نقدر نتقبل هاذ الشيء بالصح كي ما يكونش الدواء نحس روعي ماشي مليح ما نقدر نهدر و لا نضحك...". فالحياة التي يعيشها "سفيان" في وجود المخدر على حسب تعبيره أنها أكثر راحة، فالمخدر له أثر مهدئ عليه يساعده على التفاعل أكثر و يكون اجتماعي، لكن غيابه يجعله متوترا غير مرتاح وينسحب ويبحث دائما عن العزلة.

"سفيان" كثيرا ما نجده يتحسس من طريقة تعامل من معه في المؤسسة حتى تعامل العاملين بها، و يعتبرها على أنها غير منطقية، فبالإضافة إلى انه نزيل فهو مدمن لذلك فهو يتضايق من سماع أي أصوات خاصة وأنه كلما تحدث معه أحد فسر كلامه بطريقة سلبية، ما يجعل التعامل معه صعب، إضافة إلى أن "سفيان" يعاني من عاهة على مستوى العينين هذا يجعله يحس بأنه مختلف عن غيره بالتالي هذا يجعله ينسحب وينعزل و يفضل البقاء وحده على أن يكون محل استهزاء ويتجلى هذا أكثر في قوله: "...أنا منحسش روعي إنسان في الحبس هذا و زيد راني مدروقي أي واحد ما يقدرش يقيم واحد كيما أنا، دي فوا نشوف لمحابيس يخزروا ليا نقول راهوم يهدروا عليا surtout كي نشوفهم يضحكو، هاذ الشيء يخليني نقعد وحدي خير لي..."

الملاحظ على "سفيان" أثناء المقابلات أنه كثيرا ما يتحدث بطريقة فيها نوع من الخوف، فإجاباته تكون على قدر السؤال فقط دون أن يتواصل كثيرا معنا، فهو يجيب و يلتزم الصمت مدة طويلة، و هو لا يستطيع النظر إلى وجوه محدثيه، وإنه في فترة صمته كان يلعب بأيديه، ويشرد حتى نعيد طرح السؤال من جديد، فمقابلتنا مع الحالة كانت قليلة التفاعل اللفظي وهو ما صعب علينا الحصول على معلومات تفيدنا عن وضعه في غياب المخدر وكذا تاريخه الأسري و الإدماني.

"سفيان" من النوع الخجول هذا وزاد من حالته تلك العاهة التي يعاني منها، هذا جعله يفقد الثقة في الغير خاصة و أنه تعلق كثيرا بالمخدر، هذا لا اعتقاده أنه ينسه ضغط المؤسسة ومشاكلها بالتالي فهو يستغني عن أية صدقات والتي لم يتعود أصلا على تكوينها في ظل وجود المخدر، هذه الحالة ضاعفت أكثر معاناته ووحدته في ظل غياب المخدر فيقول: "...أنا ما عنديش صحاب لا برى و لا في الحبس، في الحبس صعيب باش تفرض روحك، أنا ما عنديش ثقة فيهم، علابالي بلي ما يحبونيش سورتو مع أنا عندي عيني معوجة، كل ما يخزروا عندي نقول راهوم يهدروا عليا...".

التواجد في مؤسسة لإعادة التربية التأهيل تسيرها قوانين ثابتة تطبق على الجميع تشكل وضعية جد ضاغطة بالنسبة ل "سفيان" فهي تفقد الإنسان كرامته خاصة وأن النزول ابتدائي و لم يتعود بعد على نمط العيش داخل مثل هذه المؤسسات، و الملاحظ على الحالة أيضا أنه من النوع الذي يكره الأماكن المغلقة، حيث أنه أدخل من قبل لأحد المصالح في الجزائر المتخصصة في علاج الإدمان، لكنه لم يقاوم لأكثر من أسبوع ليغادرها ويعود إلى نفس النمط الإدماني الذي كان يعيش فيه، و هذا يتجلى أيضا في قوله: "...الحبس عندي مشكل كبير و راني شاك بلي قادر نتعايش معاه بلا مشاكل، هنا تحس الدنيا ظلامت في وجهك و غير الدواء ألي قدر يخليك تنسى..."

يعيش "سفيان" حالة متوترة جدا وهو على درجة كبيرة من الحساسية اتجاه الغير فهو يفضل البقاء وحده لتفادي المشاكل التي يعترف أنه السبب فيها فغياب المخدر جعله يفقد السند الوحيد الذي يساعده على تناسي مشاكله، على اعتبار أن لا أصدقاء يشاطرهم مشاكله، فكان

يتعاط المخدر لتناسي أنه في مؤسسة مغلقة و للبحث عن الراحة و النشوة التي يجلبها العقار الذي يتعاطاه، فيقول: "...وليت نتقلق بزاف، وما نقدرش نسوبورتي حتى هدره و نميل ديما نقعد وحدي surtout هذا الحبس، كان أوموا كي نشرب الدواء ننسى كل شيء... ذورك تجمعوا قع الحبس-الضغط و الدواء تاغي مكاش..."

الحالة من النوع الذي يلجأ للهروب اتجاه المشاكل فكثيرا ما ينعزل و لا يريد التحدث مع أحد و لا يحاول إيجاد حلول للمشاكل التي كان يقع فيها، كما أن "سفيان" لا صداقات له داخل المؤسسة التي يتواجد فيها، كما أنه لا يثق كثيرا في الأشخاص المحيطين به في تلك المؤسسة، لذلك نجده ينسحب ليبقى لوحده وهذا ما يعقد أكثر المشكلة أمام الرغبة في المخدر فغياب الصديق الذي يلجأ إليه ويشاطره في مشاكله خاصة و أنه جديد في المؤسسة الإصلاحية ولم يتعود بعد على الحياة في الأوساط المغلقة التي يحكمها نظام معين، هذا يضاعف الضغط أكثر عليه، بالتالي يزيد توتره وقلقه ويزيد من رغبته للحصول على المخدر باعتبار أنه الوحيد الذي يستطيع أن ينسيه مشاكله و ضغط المؤسسة، فيقول: "...أنا مانيش موالف نكون مع الناس بزاف، هاذ الشيء يقلقني، ما عنديش كونفيونس، خاصة هذا الحبس، أنا مانيش طالب حاجة كبيرة حاب حاجة نخليني نرتاح في هاذ لبلاصة إلي تغم الواحد..."

غياب المخدر عند "سفيان" جعله يعيش حالة من الوسواس المتكررة خاصة في الأوقات التي اعتاد أن يتناول فيها الدواء، فالمواد التي كان يستعملها والتي كانت تفقده الصلة مع الواقع وتجعله يعيش حالة غير واقعية و غير منطقية، فشوكة ووساوسه اتجاه غيره جعلت الكل يبتعد عنه ويعزل ولا أحد يتعامل معه، هذا من جهة و من جهة أخرى فكثرة أوقات الفراغ لدى "سفيان" في المؤسسة جعلته لا يفكر سوى في الطريقة التي يصل بها للحصول على المخدر، فهو يتحجج بكل الوسائل لإقناع المسؤولين في تلك المؤسسة بأنه بحاجة للدواء و أنه لا يستطيع الاستغناء عنه فيقول: "...ديما تجيني حوايج هكذا تدور في راسي، خاصة في الوقت ألي كنت موالف نشرب فيه الدواء و كي يجوني نتقلق ونحب نكسر و نضرب، اومبعد نقول نقعد وحدي خير مادام ما كان حتى واحد يفهمني..."

يعاني "سفيان" من قلة الراحة في المؤسسة التي يتواجد فيها في ظل غياب المخدر وهذه الحالة انعكست على كل جوانب حياته، فالحالة تعاني من اضطرابات النوم، إلى جانب فقدان الشهية، انخفاض في الوزن، ونوبات الغثيان خاصة في الأيام الأولى من توقفه عن المخدر، إضافة إلى التعرق الشديد والارتعاش التي ظهر عليه و الضعف العام فهو لا يقوى على أداء أي نشاط و هو دائم الخمول، ويفضل البقاء لوحده بعيدا عن الآخرين، هذه العزلة التي وضعها "سفيان" لنفسه صعبت و عقدت أكثر من إمكانية التكيف مع الوضع الذي الجديد الذي يعيشه في ظل التواجد في مؤسسة إصلاحية مع غياب المخدر: "...راني نسوفري حياتي اتقلبت قع، ما نعرف نرقد و لا ناكل، حاس روحي مفايلي بزاف، نحس بالسخانة طلعت لي، و يديا يعرقو، ما نقدرش نثبت في بلاصتي، مقلق، متوتر، مانيش عارف كيفاش راح نكمل 6 أشهر ألي بقاو بهاذ الحالة..."

يؤكد "سفيان" أن غياب المخدر في مؤسسة إعادة التربية و التأهيل التي يتواجد فيها هو سبب عدم راحته النفسية و كذا عيائه الجسدي فما الأعراض التي ظهرت عليه في غياب المخدر لدليل على حد تعبيره على أهمية الدواء الذي كان يتعاطاه لتخفيف من تلك الحالة وهذه الحالة تزيد من إصراره و رغبته في الحصول على المخدر، فنجده يقول: "...كي كنت

نشرب الدواء كنت مليح كنت نرقد، ناكل حياتي هادية نوعا ما **au moins** ما نحسش
بالمشاكل كي تكون، وذورك راني مريض تاع الصبح..."

رغم هذا كله نجد "سفيان" يعترف بأن سلوكاته وحياته كلها تغيرت مع وجود المخدر
في حياته، فأصبح غير واقعي في تصرفاته، منسحبا أكثر من المجتمع بعيدا كل البعد عما
تعيشه أسرته، فلا يهتمه شيء عدا المخدر وهذا أثر على كل حياته.

إن نظرة "سفيان" لنفسه في ظل حياته داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل وكذا
نظرته المستقبلية سلبية جدا فهو يرى أن لا مستقبل له عدا حياته كمدمن، فدخوله المؤسسة
جعل همه الوحيد هو الحصول على المخدر لقضاء مدة حكمه بأقل خسائر، إذ نجده
يقول: "...في راك واش من مستقبل عندي مدمن **en plus** خريج حباس، نظرة الناس ليا
سلبية وصعب باش نلقى خدمة مليحة وأنا مازلني على هاذ الحالة..."

يعتقد "سفيان" أنه لو لم يكن مدمنا لكانت حياته أحسن مما هي عليه الآن ولأستطاع أن
ينجح في حياته، رغم كل ذلك نجده متفائل بأنه سوف يتجاوز هذه المرحلة من الإدمان، وهو
عازم على بدأ العلاج فور خروجه من المؤسسة مباشرة ليعيد بناء حياته من جديد مادام أنه
لم يبقى له القليل ليغادر المؤسسة وأن أسرته سوف تسانده وتقف معه ليتخلص من هذه الأفة.

فالتواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل إضافة إلى كون الشخص مدمن رغم أنهما
ينقصان من قيمة الفرد في مجتمعه إلا أن "سفيان" لم يؤثر عليه هذا بدرجة كبيرة من حيث
نظرته لذاته مادام أنه يريد تجاوز هذه المرحلة رغم صعوبتها إلا أنها ليست بالمستحيلة هذا
ما اتضح من كلامه أثناء المقابلة: "...صح صعب الواحد باش تكون هدرتو مسموعة وهو
إنسان مدروقي و تاع حباس بالصح باش تبدل هاذ الشيء ماهوش مستحيل بالإرادة وكي
نخرج من الحبس إن شاء الله قادر نتعالج و نرجع كيما كنت..."

*** عرض و تحليل و مناقشة نتائج مقياس هاملتون:**

- عرض النتائج:

*** المحور الأول: الإهتمام بالجسد 12 سؤال.**

(4-53)،(4-4)،(3-48)،(3-27)،(4-49)،(2-56)،(3-58)،(3-42)
(0-52)،(2-40)،(4-1)

$$3.08=12/37=(0+2+4+4+4+3+3+4+2+3+3)$$

*** المحور الثاني: الاستحواذ القهري 10 أسئلة.**

(2-28)،(2-10)،(2-55)،(2-46)،(4-9)،(1-51)،(1-38)،(0-45)
(3-3)،(4-65)

$$2.2=10/22=(3+4+2+2+2+2+4+1+1+0)$$

*** المحور الثالث: الحساسية الذاتية 9 أسئلة.**

(4-73)،(4-69)،(4-61)،(4-41)،(2-37)،(4-36)،(4-34)،(2-21)،(2-6)
3.33=9/30=(4+4+4+4+2+4+4+2+2)

*** المحور الرابع: الاكتئاب 13 سؤال.**

(2-31)،(4-30)،(3-29)،(4-26)،(3-22)،(1-20)،(3-14)،(4-5)
(2-15)،(2-79)،(2-71)،(0-52)،(1-32)

$$2.38=13/31=(2+2+2+0+1+2+4+3+4+3+1+3+4)$$

*** المحور الخامس: القلق 10 أسئلة.**

(4-78)،(1-72)،(4-57)،(4-39)،(1-33)،(3-23)،(3-17)،(4-2)
(2-86)،(2-80)

$$2.8=10/28=(2+2+4+1+4+4+1+3+3+4)$$

*** المحور السادس: العدوانية 6 أسئلة.**

(4-81)،(0-74)،(2-67)،(3-23)،(2-24)،(2-11)
2.16=6/13=(4++2+3+2+2)

*** المحور السابع: قلق الفوبيا 7 أسئلة.**

(1-50)،(3-42)،(0-75)،(4-70)،(0-47)،(0-25)،(0-13)
1.14=7/8=(1+3+0+4+0+0+0)

*** المحور الثامن: الأفكار الذهانية 6 أسئلة.**

(3-83)،(4-76)،(1-68)،(4-43)،(4-18)،(0-8)
2.66=6/16=(3+4+1+4+4+0)

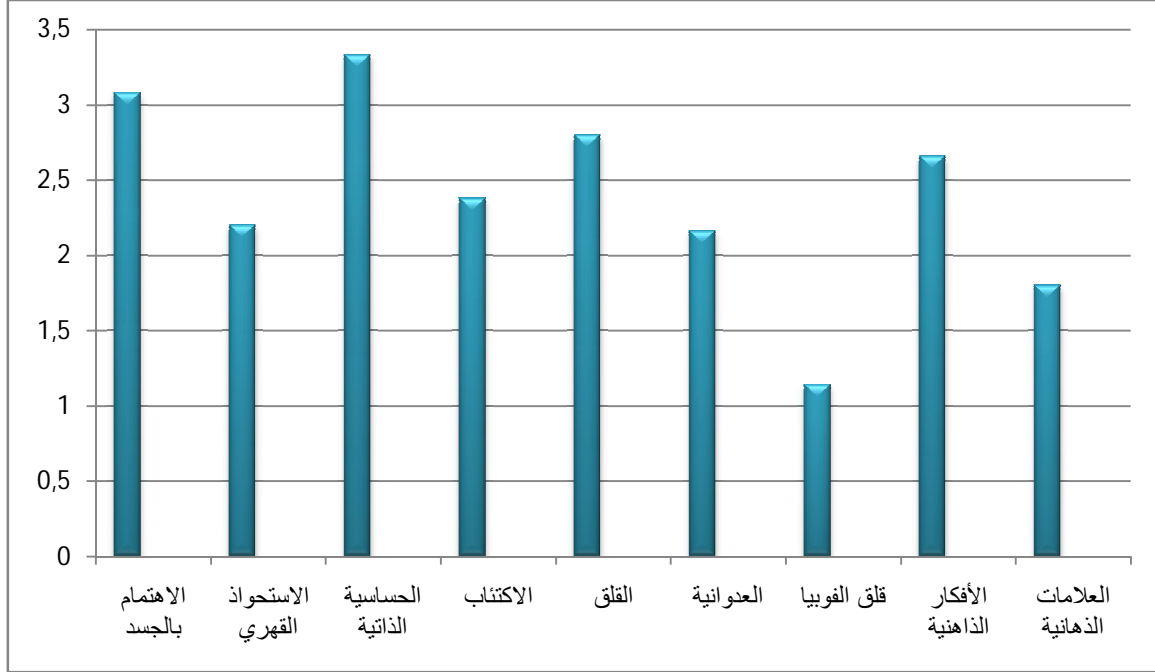
*** المحور التاسع: العلامات الذهانية 10 أسئلة.**

(1-87)،(4-85)،(0-84)،(3-77)،(1-62)،(0-35)،(1-16)،(3-7)
(1-90)،(4-88)

$$1.8=10/18=(1+4+1+4+0+3+1+0+1+3)$$

جدول رقم (02): يوضح نتائج محاور مقياس هاملتون للقلق:(الحالة الأولى).

المحاور	1	2	3	4	5	6	7	8	9
النتائج	3.08	2.2	3.33	2.38	2.8	2.16	1.14	2.66	1.8



مخطط بياني رقم(1): يمثل درجات محاور مقياس هاملتون للقلق.

- تحليل نتائج المقياس:

من خلال تطبيق سلم هاملتون على الحالة "سفيان" توصلنا أنه يعاني من قلق وصلت درجته ل 2.8 وهي درجة عالية جدا يتجسد ذلك في شعوره الدائم بالتوتر وشعوره بالضيق وإحساسه بالضغط و فقدان الأمان خاصة وأن أمامه مدة 6 أشهر أخرى ليقضيها في تلك المؤسسة أين لا يوجد في متناوله أي بديل للمخدر الذي كان يتناوله، كما أن الصعوبة التي وجدها "سفيان" في إقامة صداقات جعلته يشعر باليأس والاكتئاب فدرجة هذا الأخير وصلت ل 2.38 وهي درجة عالية ناتجة عن العزلة والوحدة التي يعيشها على اعتبار أنه لم يتعود بعد على مثل هذه الأماكن كما أن البيئة التي كان يعيش فيها "سفيان" هي بيئة قليلة التفاعلات الاجتماعية هذا ولد له صعب في إقامة أي علاقات جديدة بسرعة والاندماج معها.

كما أن الحالة من الطبع الخجول هذه الحالة زادت من حساسيته اتجاه أبسط الأمور، فحساسيته هذه جعلته يفقد الثقة بنفسه لدرجة أنه يتفادى التجمعات لأنه يتحسس من نظرات الغير له فدرجته وفق نفس المقياس وصلت ل 3.33 بالنسبة للحساسية الذاتية و 3.08 بالنسبة للاهتمام بالجسد وهي درجة عالية جدا ما زاد من تحسسه العاهة التي يعاني منها على مستوى العينين.

إن دخول "سفيان" لمؤسسة لإعادة التربية والتأهيل ثم غياب المخدر في هذه الأخيرة وانعدام الصداقات فيه أفقده الثقة في الناس وعدم تَعُوده على تكوين صداقات والتجمعات ولد لديه بعض المخاوف التي وصلت درجتها ل 1.14 وهي درجة عادية مقارنة بالحياة التي كان يعيشها خارج المؤسسة.

كما أن غياب المخدر ولد لديه بعض الوسوس التي كانت تراوده خاصة في الأوقات التي تعود أن يتناول فيها المخدر، حيث أن درجة الأفكار و العلامات الذهانية وصلت وفق نفس المقياس ل 2.66 بالنسبة للأولى و 1.8 بالنسبة للثانية، حيث يتجلى ذلك في قوله كل من يوجد معه في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل لا يحب له الخير و يريد إيذائه.

كما نجده عدواني في كلامه، خاصة وأنه قام بإيذاء ذاته عدة مرات حيث وصلت درجته ل 2.16 وبهذه الطريقة يحاول التنفيس عن توتره وكتعبير عن رغبة جسمه للمخدر.

من خلال نتائج المقياس نستنتج أن الحالة على درجة بالغة من التوتر والقلق في غياب المخدر وهو ظهر في عدم قدرته على إقامة أية علاقات اجتماعية داخل المؤسسة التي يتواجد فيها هذا راجع لحساسيته الزائدة وعدم ثقته في الغير، وكثيرا ما يعبر عن قلقه في العدوان الذي يكون موجها لذاته، وأحيانا أخرى بالعزلة التي فرضها على نفسه ونوبات الاكتئاب التي تجتاحه فدرجة هذا الأخير وصلت ل 2.38 هذه الوضعية أثرت على تكيفه داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، مع العلم أن للحصص العلاجية التي كان يقوم بها فريق الأخصائيين النفسانيين العاملين بتلك المؤسسة بالنسبة لهذه الفئة عاملا في تخفيف حدة القلق التي يعاني منها "سفيان" ومساعدته على إيجاد أحسن الطرق للتكيف داخل مثل هذه المؤسسات في ظل غياب المخدر.

*مناقشة نتائج الحالة الأولى:

من خلال ما تم التعرف عليه في المقابلات التي أجريت مع حالة "سفيان" يمكن أن نستخلص مدى تعلقه الشديد بالمخدر وأن نظرت له إيجابية فهو يعتقد أن المخدر هو كل شيء في حياته على الأقل في فترة تواجده في المؤسسة وهذا التعلق يعود لأن "سفيان" بدأ التعاطي في سن مبكرة جدا، ويعتبر مدمن متعدد حيث كان يتعاطى كل ما يجده متوفرا أمامه، وذلك كان بدافع الفضول والتجربة بعدها وصل لحالة لا يستطيع الاستغناء عنه، ومن هنا بدأت معاناة "سفيان" خاصة مع الوضع الاقتصادي الذي تعيشه الأسرة، هذه الحالة دفعت به للقيام بالأفعال الإجرامية من أجل إشباع رغبته في المخدر، وكان لدخوله مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، بداية لمعاناة أكثر تمثلت في غياب المخدر في أكثر مرحلة هو بحاجة إليه، كونه في مكان مغلق مع كثرة أوقات الفراغ وكثرة الضغوطات والمشاكل النفسية، فالحالة التي عاشها "سفيان" وخاصة في فترة إجراء البحث كانت جد صعبة، فالأعراض التي ظهرت عليه في فترة الانسحاب خلقت لديه اضطرابات عدة جسدية ونفسية خاصة نبعت من الفكرة و الطريقة التي كان ينظر بها للمخدر، فأكثر شيء كان القلق الزائد الذي يعاني منه و الذي وصلت درجته ل 2.8 حيث يترجم في تلك الأعراض الفيزيولوجية التي كان يعاني منها كارتفاع درجة الحرارة و التعرق الشديد، كما أن "سفيان" أصبح عدواني جدا فالمواد التي كان يتعاطاها كان لها الأثر السلبي عليه في حضورها وفي حالة غيابها أكثر، فكثيرا ما كان "سفيان" يدخل في مشجارات مع زملائه في المؤسسة أو كان ينسحب ليتفادى المشاكل لأنه غير قادر على السيطرة على انفعالاته الشديدة، وهو ما وضحته نتيجة محور الفوبيا الذي وصلت درجته ل 1.14.

إن العزلة التي وضعها "سفيان" لنفسه داخل وهو في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، زادت من رغبته في الحصول على المخدر وذلك للتخلص من الأعراض التي ظهرت في فترة الانسحاب وكذا ليتحمل البقاء معزولا في ظل مؤسسة مغلقة.

الإدمان والتواجد في بيئة مغلقة خلق لدى "سفيان" نظرة سلبية لذاته فهو كثيرا ما يعزل لأنه يحس بالنقص خاصة مع العاهة التي يعاني منها على مستوى العينين، فنظرت له لنفسه متدنية، زادت من معاناته خاصة وأنه بعيد عن الأسرة التي تمثل في غالب الأحيان سندا للفرد وتقويه على مجابهة المصاعب، فالإدمان حسب ما استخلصناه من كلامه هو العامل الأكبر الذي يجعله أقل قيمة بين الناس ثم دخوله المؤسسة ضاعف من معاناة مثل هؤلاء المدمنين فغياب المخدر في ظل تواجد الرغبة له لمواصلة التعاطي وكذا غياب التكفل الجيد يمثل لهذه الفئة شيء أكثر صعوبة من تكيف الحالة داخل مؤسسة إعادة التربية و التأهيل.

أما في ما يخص نظرة الحالة لمستقبلها فهي جد سلبية "فسفيان" يعتقد بأن لا مستقبل له فبالإضافة إلى أنه مدمن فهو ذو سوابق قضائية، الآن هذا ما يصعب حياته بعد خروجه من المؤسسة بالنظر إلى الوضع الاقتصادي الذي تعيشه الأسرة، رغم ذلك نجد نوعا ما نظرة تفائلة بأنه يستطيع تجاوز هذه المرحلة من الإدمان بعد خروجه من المؤسسة مع العلم بأن هذا سيكون شيء صعب بالنسبة لشخص بدأ الإدمان منذ سن مبكرة وكان إدمانه متعددًا إلا أنه يرى أنه رغم صعوبتها فهي ليست مستحيلة، ما دام أن هناك أسرة سوف تقف معه رغم ظروفها الاقتصادية.

2: الحالة الثانية: ياسين:

*تقديم الحالة:

يبلغ "ياسين" 28 سنة، أصغر في عائلة متكونة من الأم والأب المتوفي، ل "ياسين" أخ واحد يكبره بعام، وله إخوة آخرين من الأب فقط، يعيش "ياسين" في منزل كراء منذ التسعينات مع أخيه وأمه، حيث توفي أبوه مقتولا في فترة العشرية السوداء. مستواه الدراسي 6 أساسي.

*عرض ومناقشة نتائج المقابلات:

تعيش أسرة "ياسين" من دخل الأخ الأكبر وكذا مما يجنيه "ياسين" من تجارته وكذا المتاجرة في المخدرات، غادر "ياسين" مقاعد الدراسة وهو في السن 15، و لم يرد متابعة الدراسة كما كان يقول فإمكاناته لم تسمح له بذلك. بعد مغادرته مقاعد الدراسة زاول "ياسين" تكوينين وتحصل على شهادتين في صناعة الزرابي وكلحام.

للحالة سوابق اضطرابات نفسية حيث كان يتابع عند أخصائي نفسي و طبيب أمراض عقلية أين عرضته العائلة، بعد أن كان يعيش فترة حرجة في المرحلة التي تلت وفاة الأب خاصة وأن "ياسين" في سن صغيرة جدا، أين كان سنه لا يتجاوز 6 سنوات خلال وفاة الوالد.

ومنذ السن 15 بدأ "ياسين" يستعمل أدوية مهدئة كان يصفها له أخصائي أمراض عقلية، وذلك لمدة طويلة، بعد ذلك انقطع العمل عن زيارة الطبيب وأصبح يتمادى في استعماله لتلك الأدوية، ويستخدمها دون وصفة الطبيب وذلك عن طريق السوق السوداء. لقد شهد "ياسين" عدة محاولات انتحار تم خلالها وضعه تحت مراقبة طبية في المستشفى.

كانت بداية التعاطي لدى الحالة في فترة مبكرة جدا وهو في مرحلة الدراسة المتوسطة في سن 15، حيث كان يستهلك الكيف بكميات كبيرة، حيث أن الرغبة في التجربة كانت قائمة في نفسية "ياسين" خلقتها الظروف الأسرية التي عاش فيها والتي امتازت بوضع اقتصادي متوسط، زاد على ذلك وفاة الأب في ظروف صادمة، ثم غدى ذلك على حد تعبيره البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها "ياسين" حيث أنها غنية بالمشيررات الانحرافية، فهنا الوقوع في فخ المخدرات سهل لتوفر كل الظروف المساعدة على ذلك، بالإضافة لرفقة السوء.

بعد أن كان "ياسين" مستهلك متعود للكيف، أصبح يستغل تاريخه في متابعة اختصاصي أمراض عقلية في مواصلة تعاطيه لتلك الأدوية لكن بجرعات زائدة، فلم يقتنع "ياسين" باستخدام نوع واحد بل أنه أراد أن يجرب و يغير في أثار كل الأدوية، فبعد أن كان مستهلك فقط أصبح يتاجر فيها أيضا.

يعتبر "ياسين" انتكاسي قضائي للمرة الرابعة، حيث أن سجله القضائي يحوي أربع جرائم، كانت أولها وهو في 17 من عمره فقد تمثلت قضيته في الضرب والجرح العمدي ومحاولة القتل وهو تحت تأثير المخدرات، ثم قضى 34 شهرا حبسا، قضى مدة حكمه في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل لكن وهو فيها لم يتنازل عن المخدر فقد واصل استهلاكه سواء بطريقة شرعية عن طريق الطبيب أو عن طريق غير شرعي من خلال المتاجرة فيها بين نزلاء هذه المؤسسات.

بعدها دخل مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل وهو راشد كانت كلتا القضيتين على الضرب والجرح العمدي، أما القضية الأخيرة أثناء إجراء هذا البحث كانت على استهلاك المخدرات حكم عليها ب 5 سنوات حبس.

الحالة من النوع الذي تعود الحصول على ما يريده مهما كان الثمن، فكثيرا ما كان يستخدم القوة للحصول على ما يريده، وساعده في ذلك وضعه الأسري حيث أنه أصغر الإخوة فرغباته كانت تلبى دائما، وهذه الحالة صعبت أكثر من حياته داخل مؤسسة إعادة التربية و التأهيل.

مقابلة الحالة "ياسين" كانت أحسن مقابلة من حيث التفاعل اللفظي، فما يمكن القول أنه كان جد عفوي وصریح في إجاباته فرغم أنه يعلم أنه لن يحصل على أي شيء من هذا التعامل إلا أنه وافق أن يكون فردا في مجموعة البحث دون مقابل.

في المقابلة الأولى لاحظنا عليه نوع من التوتر والخوف، حيث كان يجد صعوبة في التركيز لمدة طويلة، لم نلاحظ على "ياسين" أية حركة فكان ثابت في مكانه طيلة مدة المقابلة.

لم يتناول "ياسين" المخدر في المؤسسة التي تم فيها إجراء البحث الميداني منذ شهر تقريبا، هذه المدة أثرت عليه كثيرا كون الانقطاع كان مفاجئ ودون تعاطي أي بديل عن ما كان يتعاطاه.

أما فيما يخص نظرة "ياسين" للمخدر، أنه كل شيء في حياته ولا يستطيع أن يكون مرتاح دون تعاطيه فهو الوسيلة التي تساعده على إيجاد الراحة النفسية خاصة داخل المؤسسة فمما صرح به "ياسين" تظهر لنا الأهمية التي يكتسيها المخدر في حياته حيث يقول: "...الدواء ألي كنت نشربو كان يريحني، كي كنت في الدار أنوض نكتيف قبل كل شيء قاروا زطلّة، هنا نحس روعي مليح، أنا المخدر هو كل شيء في حياتي **puisque** ما تتصوروش كيفاش كنت نتناول باش تقوليلي حبسيه ذورك...".

"ياسين" من النوع الذي يتبنى المخدر الذي كان يتعاطاه على أنه وسيلة تساهم في جلب الراحة وغيابها سبب في اضطرابه وهذا صعب من موقف وردة فعله اتجاه غيابه في المؤسسة التي يتواجد فيها، فغياب المخدر لدى "ياسين" غير من نظام حياته الذي تعود فيه أن يجد أو يحصل على كل ما يريده.

الراحة النفسية و حسن السلوك لدى "ياسين" مرتبطة باعتقاده بوجود المخدر، من هنا فعلاقاته الاجتماعية داخل المؤسسة التي يقطن فيها مقتصرة على بعض الأفراد، رغم أنه يقول أن لديه أصدقاء لكن كثيرا ما تنتهي بمشاجرات يتضح ذلك من قوله: "...أيه عندي صحاب نقصروا نعقبوا الوقت، أنا مانيش من الناس ألي يحبو يهدروا بزاف، و كي نهدر نعرف مع من نهدر، وهنا ماكاش هذوك الناس إلي يريحوك...".

"ياسين" هو في الأصل إنسان خجول لا يتعامل كثيرا مع غيره فهو قد صرح بأنه عندما كان خارج المؤسسة كان يتحدث فقط مع أمه ولا أصدقاء له غير أمه، وهذا نفس ما حدث داخل المؤسسة، فالاستطلاعات التي قمنا بها على حياة الحالة داخل الجناح الذي يقطن فيه أظهرت لنا أنه قليل العلاقات فهو يفضل البقاء وحده على مشاطرة الغير في أحاديثه و مشاكله.

"ياسين" في غياب المخدر أصبح كثير الاستثارة وعدم القدرة على اختيار السلوك المنتج فهو عنيف دائما في استجاباته، هذه الحالة جعلته دائم التوتر وما دام أن مثل هذه

السلوكات غير مقبولة في نظام مؤسسات إعادة التربية والتأهيل فإن "ياسين" يتفادى التجمعات و الصدقات ما دام أنه لا يملك القدرة على التحكم في الذات فهو دائم الانعزال. أما فيما يخص نظرة "ياسين" لتعامل المسؤولين عنهم وحتى نزلاء تلك المؤسسة فهي جد سلبية، فهو يعتقد بسوء معاملته خاصة وأنه مدمن بالإضافة لأنه شخص مسلوب الحرية: "...ما نحسش روجي مليح، راهوم يعاملونا كلي رانا عبيد عندهم، لو كان ما كانش هذاك لكانو شافو بلي ما نقدرش نكون مليح بلا دواء، نفس الشيء مع بعض لمحاييس **dés fois** نحس بلي ما يحبونيش نهدر معاهم خلاص...".

إن غياب المخدر لدى "ياسين" فجأة بعد أن تعود استعماله دون انتظام لفترة طويلة جعله إنسان متوتر كثير الحساسية اتجاه الغير، وهذا جعله يسيء فهم الآخرين حيث أثر على فاعليته الاجتماعية، ووجد صعوبة في التحكم في الانفعالات، فهو كثيرا ما كان يؤول ما يقال له بطريقة سلبية، ويدخل في مشاحنات كلامية معهم، كثيرا ما تصل للعنف الجسدي، لأن "ياسين" بطبعه يلاقي صعوبة التحاور مع الغير في وقوع المشاكل. "ياسين" كثيرا ما ينتابه الشك اتجاه نوايا الغير عنه، فيقول: "...كي نشوفهم يهدروا و يخزروا ليا نتوسوس و نقول راهوم يهدروا علينا، هذا الشيء يكره لي حياتي و نقول نقعد وحدي **si non** ندير حاجة...".

إن غياب المخدر لدى "ياسين" قد أثر كثيرا عليه، هذا إضافة إلى كونه من النوع الإنطوائي الخجول قليل العلاقات الاجتماعية هذا إضافة إلى الطريقة التي وقع بها في أيدي الأمن هذا جعله يفقد الثقة في الغير خاصة وأنه تعود اللجوء للمخدر كوسيلة للتناسي وتفادي إنشاء صداقات، يفضل "ياسين" البقاء وحده في المؤسسة بعيدا عن الغير لأنه لا يثق في أحد غير أمه ما دام أن هذه الأخيرة غائبة فالأفضل الانعزال، محدودية العلاقات الاجتماعية لدى "ياسين" ضاعفت معاناته في ظل غياب المخدر و كثرة أوقات الفراغ.

التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل بالنسبة ل"ياسين" وضع جد ضاغط فيه تتضاعف المشاكل و الضغوط خاصة لمثل هؤلاء المدمنين في ظل غياب المخدر، خاصة وأن "ياسين" تعود على التصرف بحرية، وتحصيل كل رغباته، مثل هذا التواجد بالنسبة له يشكل مشكل بحد ذاته، فالبيئة المغلقة تشكل وضعية ضاغطة بالنسبة للنزير وما أكثره عند النزير الذي يعاني نقص المخدر في وجود الرغبة له: "...الحبس مشكل صعب باش تتجاوزوا خاصة هاذ الحبس إلي راني فيه مزير بزاف، نحس روجي كي الطير في القفص، **au moins** لو كان كاين الدواء إلي ينسيني في هاذ لبلاصة إلي راح تخلق قع لأمراض...". هذه النظرة تجعل الحالة يعيش دائما في توتر غير مرتاح، فكره دائما مشغولا بكيفية الحصول على المخدر وهذا يزيد من انفعالاته المفرطة واستجاباته غير المنطقية مقابل أحداث بسيطة.

إن نظرة "ياسين" للمخدر على أنه أساس الراحة و تفادي الضغوط والمشاكل داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، صعب أكثر من تقبله لفكرة غياب المخدر، فالعميل يرى أن المخدر هو من يساعده على تجاوز المرحلة التي هو فيها، فليس من السهل تقبل العيش لسنوات طويلة في بيئة مغلقة محدودة الحريات.

غياب المخدر في المؤسسة التي يتواجد فيها "ياسين" يجعله عنيفا وتراوده أحاسيس عدوانية وانتقامية ورغبات في كسر كل شيء لكن هذا غير ممكن في مكان تسييره القوانين، بالتالي هذا يزيد من ضغطه و عدائيته و رغبته للمخدر.

إن الضغط والعدائية التي يمتاز بهما "ياسين" كثيرا ما يجسده في تلك السلوكات المؤذية للذات فالحالة شهدت عدة محاولات تشويه الذات وكذا ثلاث محاولات انتحار، وهذا كنوع من غياب الحلول في غياب المخدر الذي كان يعتبر الوسيلة الوحيدة التي تساعده على تجاوز الضغوطات إذ نجده يقول: "...كايين ساعات وين نحس الدنيا أظلمت عليا كي كنت ندي دواء كان شوي **au moins** تنسى شوي بالصح ذورك أنا في الحبس الضغط وزيد ما كان حتى حاجة تنسيك همومك كيفاش ما تسيش تموت و تتهنى...".

عندما سألنا "ياسين" عن حالته قبل بداية التعاطي وبعد الإدمان، أجاب أنه لا يتذكر حياته بلا مخدر، فهو بدأ التعاطي في سن مبكرة جدا من حياته هذا أثر كثيرا على حياته فأصبحت السلوكات الغالبة عليه هي سلوكات ناتجة عن المخدر وليس من فعل شخصيته، فيقول: "...أنا ماتحسش روعي إنسان عندو حرية التصرف خلاص، أنا إنسان مقيد، بالصح **malgré tout** كان المخدر ينسيني همومي بالصح ذورك خصرت كل شيء...".

غياب المخدر لدى "ياسين" جعله يعيش في حالة من الوسواس المتكررة فهو لا يقوى على التحكم فيها، فغياب المخدر جعله يعيش حالة معاكسة لما كان يعيشه في وجود المخدر. يعاني "ياسين" في ظل غياب المخدر من عدم الراحة النفسية داخل المؤسسة التي يتواجد فيها، هذا أثر كثيرا على كل جوانب حياته في تلك المؤسسة، فنجده يعاني من اضطرابات النوم، فقدان الشهية ونوبات الغثيان والقيء والانفعالية الزائدة إلى جانب أعراض أخرى تعد من علامات الانسحاب عن تعاطي العقار: "...نحس روعي مفايلي ما نقدر نهدر ما نقدر نرقد و لا ناكل، سماطت لي الحياة، حتى و لبت ماتحسش نسمع حتى صوت، راني عايش حياة كوشمار في غياب لادروق ألي والفت نشربوا دي فوا نقول ماتيش أنا ياسين ألي موالف يضحك ويقصر...".

إن الأعراض التي ظهرت على حالة "ياسين" في ظل غياب المخدر جعله يصير أكثر للعودة للتعاطي لأنه كان يحس بالراحة في وجوده و للتخلص من هذه الحالة لا بد من أن يعاود التعاطي، فالفترة التي مازالت للعميل لقضائها في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل تجعله يصير أكثر طلب الحصول على الدواء لأنه لا يتحمل البقاء على نفس الحالة طيلة 5 سنوات، رغم أنه يعي جيدا أن المشاكل التي وقع فيها طيلة حياته كانت بسبب المخدر، إلا أنه يرى أنه الوسيلة الوحيدة التي يستطيع بها النزول المدمن خاصة، التعايش مع بيئة مغلقة محدودة الحريات، ميزتها كثرة أوقات الفراغ والملل الدائم من حياة مبرمجة مسبقا.

أما فيما يتعلق بنظرة "ياسين" لنفسه ولمستقبله فهو يمتاز بالنظرة السلبية، و هذا يظهر جليا في ملامح وجهه عندما فتحنا له هذا الموضوع وهو يعتقد أنه شخص متدني القيمة مقارنة بغيره من الناس، فبالإضافة إلى أنه ذو سوابق قضائية 4 مرات فهو مدمن، هذا أثر كثيرا على نظرتة لذاته إذ يقول: "...ما نشوفش روعي صالح خلاص للمجتمع، أنا إنسان عالية على المجتمع، على خاطر حنا الجزايريين يحسبوا على أساس المظهر أتاك، أنا إنسان تاع مشاكل شكون راح يقيمني...".

إن التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل أثر كثيرا على نظرة "ياسين" لذاته فاعتقاده أنه شخص أقل من غيره جعله يميل أكثر للعزلة في ظل واقع يتطلب أن يتفاعل ليعيش كما أن هذا الشعور جعله ينسحب أيضا من أسرته و إخوته باعتبار أنه ليس من مستواهم حيث يقول: "...ما نهدرش مع خاوتي من بابا **puisque** هما قع قاريين وشدوا بلايص عند الدولة، دي فوا نحسهم يحشموا بيا بالصح علاه ما يشحموش أنا تاع حباس وتاع... la drogue".

يعتقد "ياسين" أنه لو لم يكن مدمنا لكان قادرا على خلق حياة أفضل لنفسه لكن وهو بهذه الحالة فإن مستقبله غير واضح وغير مضمون لأنه شخص ذو سوابق قضائية فهو لا يستطيع إيجاد عمل شريف لذلك فما تبقى في مجتمع لا يعطي فرصة ثانية سوى العودة لمسلك الانحراف لأنه المكان الوحيد الذي يقبله.

"ياسين" لا يفكر أبدا في التخلي عن تعاطي المخدرات بعد خروجه من المؤسسة لأنه لا يستطيع تحمل حياة صعبة من جديد، وهو يفكر في الخروج من أرض الوطن وهو الحل الوحيد الذي يساعده إن أراد تغيير مجرى حياته والعلاج عن الإدمان، فرغم صعوبة تغيير نمط تفكير "ياسين" ونظرته للمخدر إلا أنه يحاول ملاً أوقات فراغه في المؤسسة ليتخلص قليلا من الرغبة في المخدر التي تعيقه على التكيف ضمن الحياة الجديدة التي يعيشها.

*** عرض وتحليل نتائج المقياس:**

- عرض النتائج:

*** المحور الأول: الاهتمام بالجسد 12 سؤال.**

(4-4)،(2-48)،(0-27)،(3-49)،(1-12)،(3-56)،(0-58)،(0-42)
(0-52)،(4-40)،(4-1)،(3-53)

$$2=12/24=(0+4+4+3+2+0+3+1+3+0+0)$$

*** المحور الثاني: الاستحواذ القهري 10 أسئلة.**

(3-65)،(0-28)،(2-3)،(1-55)،(3-46)،(4-9)،(4-51)،(0-38)،(4-45)
(2-3)

$$2.3=10/23=(2+3+0+2+1+3+4+4+0+4)$$

*** المحور الثالث: الحساسية الذاتية 9 أسئلة.**

(4-73)،(4-69)،(4-61)،(1-41)،(2-37)،(1-36)،(4-34)،(4-21)،(2-6)
2.88=9/26=(4+4+4+1+2+1+4+4+2)

*** المحور الرابع: الاكتئاب 13 سؤال.**

(1-31)،(3-30)،(1-29)،(1-26)،(4-22)،(4-20)،(4-14)،(3-5)
(3-15)،(4-71)،(0-52)،(4-32)

$$2.53=13/33=(3+4+0+4+1+3+1+1+4+4+4+3)$$

*** المحور الخامس: القلق 10 أسئلة.**

(3-78)،(3-72)،(4-57)،(2-39)،(3-33)،(1-23)،(1-17)،(4-2)
(3-86)،(1-80)

$$2.5=.1/25=(3+1+3+3+4+2+3+1+1+4)$$

*** المحور السادس: العدوانية 6 أسئلة.**

(2-81)،(4-74)،(4-67)،(1-23)،(4-24)،(4-11)
3.16=6/19=(2+4+4+1+4+4)

*** المحور السابع: قلق الفوبيا 7 أسئلة.**

(3-50)،(0-42)،(3-75)،(3-70)،(3-47)،(1-25)،(0-13)
1.85=7/13=(3+0+3+3+3+1+0)

*** المحور الثامن: الأفكار الذهانية 6 أسئلة.**

(4-83)،(4-76)،(4-68)،(3-43)،(4-18)،(3-8)
3.66=6/22=(4+4+4+3+4+3)

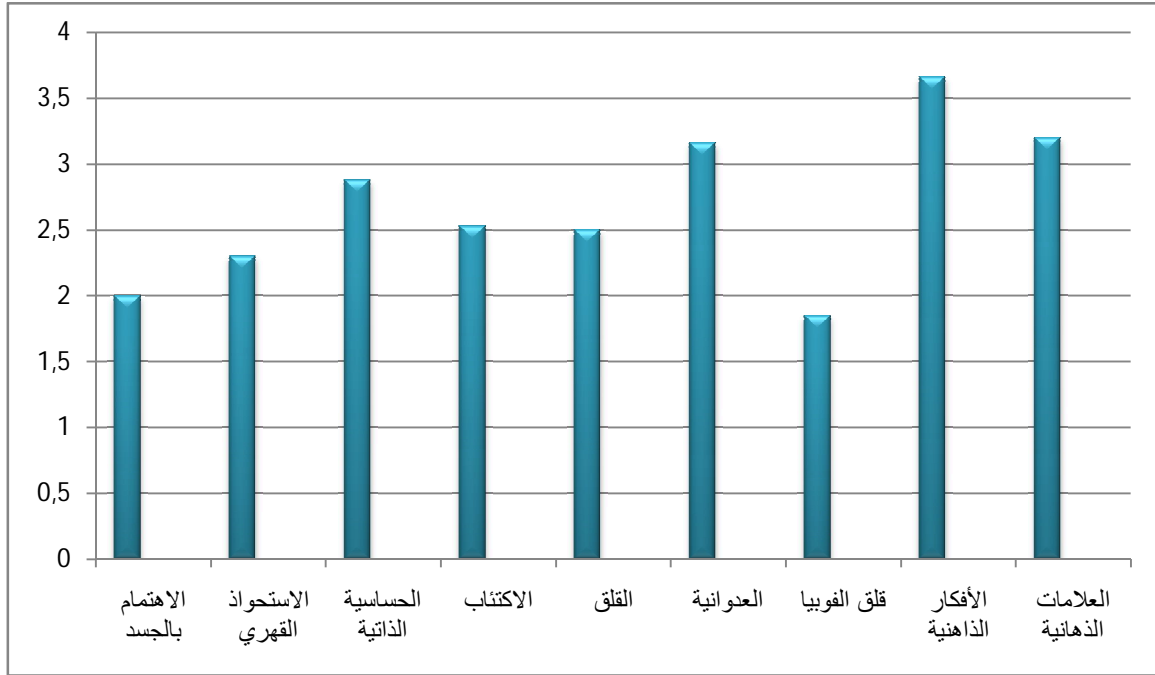
*** المحور التاسع: العلامات الذهانية 10 أسئلة.**

(3-87)،(4-85)،(4-82)،(4-77)،(4-62)،(3-35)،(1-16)،(4-7)
(1-90)،(4-88)

$$3.2=10/32=(1+4+3+4+4+4+4+3+1+4)$$

جدول رقم (03): يوضح نتائج محاور مقياس هاملتون للقلق.

المحاور	1	2	3	4	5	6	7	8	9
الدرجات	2	2.3	2.88	2.53	2.5	3.16	1.85	3.66	3.2



مخطط بياني رقم (2): يمثل درجات مقياس هاملتون للقلق.

*مناقشة نتائج مقياس هاملتون "حالة ياسين":

إن تطبيق سلم هاملتون على حالة "ياسين" ساعدنا على تشخيص أهم الأعراض التي خلفها غياب المخدر، فاعتقاد "ياسين" أن راحته الجسدية و النفسية مرتبطة بوجود المخدر جعله يعيش حالة من القلق في ظل عدم تلبية رغبته في الحصول على المخدر، فالدرجة التي تحصل عليها "ياسين" في محور القلق وفق المقياس المذكور كانت 2.5 وهي درجة عالية نوعا ما هذا القلق الذي لم يحل لعدم تلبية الرغبة في المخدر رافقه حالة اكتئاب لدى "ياسين" فغياب الحلول بالنسبة له في تلك المؤسسة الإصلاحية ونظرته بأن لا أحد يهتم به يجعله ينعزل و يعيش حالة من الاكتئاب فقيمة هذا الأخير وفق نفس السلم كانت 2.53 فهي درجة عالية.

أما محور الاستحواد القهري فنجد أن قيمته وصلت لـ 2.3 والحساسية الذاتية 2.88 وهي عالية، فغياب المخدر لدى "ياسين" جعله يحس بالنقص وكثرة الاستثارة ولا يتقبل النقد فهو يتحسس من كل كلمة يسمعا هذه الحالة جعلته ينعزل ويفضل البقاء وحده، على أن يسمع الاهانات كما كان يصفها أثناء المقابلات، فهو كثيرا ما يجرح بسرعة ويشعر بالضيق لنقص الاهتمام به خاصة من العاملين في المؤسسة التي يتواجد فيها فهو يحس أنه يهان دائما ولا يعامل كإنسان له حقوق وله واجبات.

كما نجد أن الحالة أصبحت عدوانية من خلال قوله أحيانا أشعر بالرغبة في كسر كل الأشياء و ضرب كل من يتواجد أمامه والصراخ لدرجة كبيرة، فوجد أن نسبته تقدر ب3.16 وهي نسبة عالية جدا، حيث أن الضغط و القلق الذي يعاني منهما "ياسين" في غياب المخدر ووجود الرغبة له جعلاه عدواني اتجاه الأحداث و يشعر بالحقد اتجاه كل من كان سببا في وقوعه في أيدي الأمن وتحويله من بعدها لمؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، وحرمانه فيها من المخدر على حد تعبيره، فاعتقاده أن المخدر هو من حقه وأنه الطريقة الوحيدة التي يستطيع بها التكيف داخل البيئة المغلقة التي يعيش فيها، هذا جعله يستجيب بعدوانية اتجاه الأحداث و حتى العزلة والهروب من مواجهة شيء اسمه علاج الإدمان، فهو لا يتقبل فكرة أنه مدمن ويحتاج للعلاج.

وفيما يخص قلق الفوبيا فدرجته تقدر ب1.85 وهي نسبة متوسطة نوعا ما مقارنة بنظرتة لتواجده في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل فهو يرفض ولا يتقبل التواجد في جمع من الناس ولانعدام الثقة في الغير، وهذا بسبب كل ما وقع له من مشاكل ولد لديه نوع من الخوف من فكرة التواجد والتحاور مع جمع من الناس.

أما عن محور الأفكار الذهانية والعلامات الذهانية، فدرجتها عالية جدا فنقدر الأولى ب3.66 و الثانية ب3.2، هذا يعود إلى أن "ياسين" يتبنى فكرة انعدام الثقة في الغير وهذا جعله يعيش شك دائم، كما أن غياب المخدر الذي كان يستخدمه لفترة طويلة وبجرعات عالية، فجأة جعله يعيش علامات سحب العقار على المادة التي كان اعتمادها نفسي وجسمي حيث أنه لم يستخدم مادة واحدة بل كان يستخدم كل أنواع المخدرات وأقواها تأثيرا على الجسم وعلى النفس لدرجة أنه يجد صعوبة كبيرة في تقبل غيابها.

ومن خلال نتائج هذا المقياس نستنتج أن غياب المخدر لدى "ياسين" سبب في اضطرابه سلوكه وجعله يشعر بالنقص، ووجود الرغبة الغير مشبوعة ولدت لدى "ياسين" حالة من القلق والذي كثيرا ما يعبر عنه بالسوكات العدوانية و المرور إلى الفعل أو الانعزال عن المجتمع، كما أن استفادة "ياسين" من متابعة نفسية دائمة منذ وصوله للمؤسسة التي تمت فيها الدراسة كان العامل المهم في تخفيف درجة القلق لديه حيث كانت الدرجة التي تحصل عليها وفق المقياس السابق الذكر كانت 2.5 و هي نوعا ما مرتفعة لكنها معقولة مقارنة بأفراد مجموعة البحث الآخرين.

* مناقشة الحالة:

من خلال المقابلات التي تمت مع "ياسين" يمكن أن نستخلص أن المواد التي كان يتعاطاها تمثل كل شيء في حياته وهذا على حد تعبيره، فهو يعوض بها الفراغ الداخلي الذي يعيشه في واقع حرمه من رمز السلطة والحنان.

فالراحة النفسية وحسن السلوك مرتبط باعتقاده بوجود المخدر من هنا فعلاقاته الاجتماعية حسب ما لاحظناه داخل المؤسسة التي يقطن فيها مقتصرة على بعض الأفراد، رغم أنه يقول أن لديه بعض الأصدقاء لكن كثيرا ما تنتهي بمشاجرات يخلقها "ياسين" من خلال فهمه الناقص للأحداث و سرعة الاستثارة، هذا يجعله يعزل في كثير من الأحيان فهو يفضل البقاء وحده على مواجهة الناس، فهو يتفادى التجمعات لأنها تخلق لديه قلقا فهو كثير الشكوك.

فالبينة المغلقة بحد ذاتها تشكل وضعية ضاغطة بالنسبة للنزيل خصوصا النزيل المدمن الذي يعاني نقص المخدر بعد طول استعمال ووجود الرغبة له، هذه الوضعية تجعل الحالة في توتر وعدم ارتياح، فكره دائم مشغولا بالحصول على المخدر، و هذا يزيد من انفعالاته المفرطة واستجاباته غير المنطقية مقابل أحداث بسيطة، وفي نفس السياق يذكر الدكتور "مكي دردوس" في "كتابه الموجز في علم الإجرام" أن نزيل مؤسسات إعادة التربية والتأهيل و في ظل الفراغ الذي يعيشه يصبح همه الوحيد هو كيفية التعايش مع رفقاءه وجيرانه الجدد ويتساءل: أكون من الأحسن له مواجهتهم بالعناد والقوة ليرغمهم على مسالمتهم والتخلي عن سبيله ليعيش في العزلة والانطواء على النفس، أم يحسن به الانضمام إليهم والذوبان فيهم والتكفل معهم لمواجهة تعسف الحراس و المطالبة من حين لآخر بما بقي له من حقوق-.

إلا أنه ومهما فكر النزيل وقدر فإن التواجد في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل سوف تقضي عليه وعلى غيره بقضائه المحتوم، سوف ينزع منه الشعور والإحساس و تركه جسدا بلا روح يعرف برقم ويحرك ويسخر مثلما تسخر الآلات لا يشكر عما يعمل ولا يؤسف عليه إذ غاب.

وبمضي السنين يصبح النزلاء فعلا آلات لا يفكرون و لماذا يفكرون؟ فهناك من يفكر في مكانهم ثم إن حياتهم مبرمجة بصفة نهائية ولا تحتاج إلى التفكير فضلا عن حياة الرتبة المفروضة التي تفقدهم، مع مر الزمان ملكة الوعي والتفكير ومن ذلك فالنزلاء معرضون لثلاث فئات من الأفات تصيبهم في حياتهم من الناحية الجسمية، الاجتماعية وخاصة النفسية، هذه الوضعية التي لا مفر منها تجعل كل نزيل يبحث عن شيء يفقده الوعي يعيش في غيبوبة من الأحلام للتخلص من هذا الواقع ولو في خيالهم وهنا المعاناة تكون أكثر عند "ياسين" ومن يشبهه من حيث الإدمان.

إن الطريقة التي وقع بها "ياسين" في أيدي الأمن جعلته يشك في كل الناس، فقد صرح "ياسين" أن مهنته في متاجرة المخدرات تجعله يفقد الثقة في الخير، وهو ما دعمته نتيجة هذا المحور وفق سلم هاملتون حيث وصلت درجته ل 2.53.

غياب المخدر لدى "ياسين" جعلته عنيفا وتراوده أحاسيس عدوانية وانتقامية فإن يكسر كل شيء لكن هذا لا يمكن أن يحدث باعتبار أنه في مؤسسة إصلاحية كل سلوك يخالف قانون تلك المؤسسة ينجر عنه عقوبة لمرتكبها.

تمتاز نظرة "ياسين" بالنظرة الاكتنابية اتجاه وضعه ومستقبله وهذا ما استخلصناه من خلال ملامح وجهه وكذا كلامه، فبالإضافة إلى أنه مدمن فهو انتكاسي قضائي، هذا كافي

لينقص من قدره و قيمته بين الناس، هذه النظرة السوداوية تجعله يواصل تعاطي المخدر، وهذا ما صرح به بأنه لا يرغب في الإقلاع عن التعاطي مهما كلفه الأمر، فالمخدر هو الوسيلة التي ينسى بها "ياسين" حالته في مجتمع وصمه بوصمة مجرم و منحرف اجتماعيا، وإن خرجنا قليلا من الإطار النظري لدراستنا، فإن مدرسة التحليل النفسي ترى أن رغبة هؤلاء المدمنين في مواصلة تعاطيهم ما هو إلا رغبة في الحفاظ على توازن الذات وأن وظيفة المخدر وفق هذه الوجهة فإنه سند يمنح للمدمن القدرة على مواجهة واقعه وذلك لما يحدث فيه من تغير في نشاط وظائفه النفسية وعملياته العقلية، حيث ترى أن المدمن إنسان يعيش جملة من الإحباطات فبدلا من أن يغير من واقعه فهو يغير من نفسه.

أما فيما يخص الوجهة السلوكية فهي ترى أنه يحدث نتيجة لارتباط المخدر بالتعزيز الايجابي متمثلة فيما يحدثه من آثار مبهجة، وإنهاء لحالات متفاوتة من الضيق واليأس. فالحالة النفسية و الاجتماعية التي يعيشها "ياسين" في أسوار مؤسسة إعادة التربية والتأهيل صعبة جدا، فغياب المخدر فجأة بعد أن تعود عليه لسنين طويلة، وبطريقة غير منتظمة كان سببا في ظهور مجموعة من الأعراض منقسمة على نفسيته وجسده، التي تدخل في فترة الانسحاب (l'abstinence syndrome)، هذه الأعراض زادت من رغبته في الحصول على المخدر لأنه في اعتقاده أن هذا الأخير هو من يعينه على تجاوز هذه الحالة، فالملاحظ على حالة "ياسين" بعد عدة مقابلات معه أنه يعاني من اضطرابات التركيز وحالات من الغثيان وفقدان الشهية و كذا الانفعالية الزائدة والعدوانية تجاه الأحداث كما أنه على درجة كبيرة من القلق الناتج عن غياب المخدر وهو ما أكدته نتيجة المقياس، ضف إلى عدم تقبله الوضعية التي يعيشها داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، وهو ما كان يترجم في تلك الأعراض الفيزيولوجية التي تظهر عليه وكذا نجد أن "ياسين" عدواني في محاولته التنفيس والتخفيف والتنفيس من القلق الذي يعانيه، هذا القلق كان عائقا أمام محاولات الحالة إنشاء صداقات والتفاعل في ظل المجتمع المصغر الذي يعيش فيه داخل مؤسسة إعادة التربية و التأهيل.

3: الحالة الثالثة:

*تقديم الحالة:

يبلغ "رضوان" 28 سنة، أصغر فرد في أسرة متكونة من الأب والأم و 7 إخوة، مستوى دراسي 7 سابعة أساسي، حيث غادر مقاعد الدراسة، في فترة الدراسة، فترة العشرية السوداء، حيث كان "رضوان" يسكن في منطقة يسودها عدم الأمن في تلك الفترة.

* عرض وتحليل ومناقشة نتائج المقابلات:

بعد مغادرة "رضوان" لمقاعد الدراسة، لم يزاوّل أي نشاط بل كان يعيش مع العائلة، أين كان يعيله الوالد وكذا أخته الكبيرة، وكان يقضي معظم وقته مع أصدقائه في الشارع. يعتبر "رضوان" من النوع الذي تعود الحصول على كل ما يريده لكن ليس بالطريقة العنيفة، بل كان كل شيء متوفر في المنزل لأن الوضع الاقتصادي للأسرة ميسور، أي أن مقومات العيش المريح كانت متوفرة أمامه.

ليس للحالة أية سوابق لاضطرابات مرضية، يعتبر "رضوان" مستهلك لنوع واحد من أنواع المخدرات فقد كانت بدايته مع الإدمان بدافع التجربة والفضول لمعرفة تأثيرها، ساعده في ذلك توفر الموارد المالية وكذا رفقة السوء لكن هذا التعاطي لم يدم أكثر من سنتين حيث توقف عن تعاطي الكيف وأصبح يداوم على أداء الشعائر الدينية إلى غاية وقوعه في أيدي الأمن عندما اعتدى بالضرب على شخص كان يحاول الاعتداء، على إثر هذه الحادثة تم وضعه رهن الحبس بحكم مدته عامين.

على عكس كل أفراد مجموعة البحث لا يعتبر "رضوان" متعاطي متعود بل بداية تعوده على المادة المهلوسة (الأدوية المهدئة) بعدما دخل المؤسسة الإصلاحية، فهذه الحادثة كانت صدمة بالنسبة إليه فلم يتقبل هذا الأمر ما جعله يعيش مرحلة مضطربة، فقد كانت تصرفاته غير عادية، يتعامل بعنف مع كل من حوله هذا أثر على حالته الجسمية، ما دفع بطبيب المؤسسة أن يصف له دواء مهدئ لإخراجه من تلك الوضعية، لكن "رضوان" لم يكتفي بوصفه الطبيب في المؤسسة التي قمن بها بالتطبيق الميداني، بل كان يتعاطها من خلال الحصول عليها من قبل زملائه في المؤسسة.

إن ما يمكن قوله عن "رضوان" في مقابلتنا الأولى له أنه لم يكن يتحاور لأنه كان في فترة أين ظهرت عليه علامات سحب العقار.

وبعد عدة مقابلات مع "رضوان" وذلك في إطار العمل وليس في إطار هذا البحث، توصلنا لكسب ثقته، لدرجة أنه كان يحكي ويجيب عن كل الأسئلة بل هو من كان يطلب مقابلة الأخصائي النفسي لدرجة أنه توصل إلى الإمضاء على وثيقة التنازل عن المخدر شرط أن يكون أن يكون تحت المتابعة النفسية الدائمة.

لم يتناول "رضوان" المخدر منذ وصوله للمؤسسة أين منذ ثلاثة أسابيع تقريبا هذه المدة أثرت كثيرا على سلوكه، فقد ظهرت عليه بعض العلامات، حيث أننا لاحظنا عليه العياء الجسدي والتوتر الدائم لدرجة أنه لا يستطيع الثبوت في مكان كما أنه يميل للانعزال و عدم السيطرة على الانفعال.

عندما سأله عن حالته في ظل غياب المخدر أجاب قائلا: "...أنا ما نقدرش نعتبر روحي إنسان في غياب المخدر، ما نقدر نهدر ولا نضحك و لبت كي لي عايش في حالة

جنازة..."، يرى أن المخدر يساعده على التعامل مع الغير ما دام أنه كان يجلب له الهدوء والراحة ويخفف من توتره وعصبيته.

أما فيما يخص نظرة "رضوان" للمخدر فهو يعتقد أنه الوسيلة التي تساعده على إيجاد الراحة النفسية في ظل وضعية ضاغطة خلقت لديه جملة اضطرابات انعكست على جسده، حيث يقول: "...كي كنت ندي الدواء كنت نحس روجي مليح، ونقدر نعيش كيما قع ألي راهوم هنا، نورك نحس روجي مفايلي ميت، نقصت بالنص، ما عندي خاطر لحتى حاجة الدواء حاجة ألي بها نقدر نتكيف في هاذ المؤسسة..."، فتعلق "رضوان" جد كبير بالدواء الذي كان يتناوله حيث يتبناه على أنه وسيلة تساهم في جلب الراحة له وغيابه سبب في اضطرابه هذا صعب من موقف وردة فعله اتجاه غيابه في المؤسسة التي يتواجد فيها، فغياب المخدر لديه غير مجرى حياته خاصة بعد تعوده على قضاء ساعاته في المؤسسة غائبا عن الوعي و لم يحس بالمكان الذي كان فيه.

بعدها بدأ "رضوان" يتحدث عن وضعه داخل المؤسسة التي يتواجد فيها، فهو يشعر بالعزلة، ويحس في غياب المخدر بالبعد عن العائلة خاصة وأنه تعود على العيش المريح ضمن أسرة لبت دون أن يطلب حيث صرح: "...ما عندي حتى صاحب، وما نهدر مع حتى واحد، déjà الحبس مافيهش صحبة، و إن كانت أنا إلي ننخربها puisque أنا مقلق بزاف كي ما نشربش دواء عادت الهدرة تقلقتي..."

مما صرح به "رضوان" ومن خلال ملاحظتنا له ضمن الجماعة ومن خلال الاستطلاعات التي قمنا بها في الجناح الذي يقطن فيه تبين لنا أنه يتفادى أية صداقات ويبحث دائما عن العزلة الانفرادية، فغياب المخدر جعله يعيش في توتر دائم وما دام أن هذه الحالة غير مقبولة في قانون التفاعلات الاجتماعية فهو دائما يعزل، وهذا جعله يعاني من مشاكله لوحده دون صديق يشاطره إياها.

وفيما يخص نظرة "رضوان" لتعامل المسؤولين عنهم في المؤسسة التي يتواجد فيها فهي جد سلبية فهو يرى أنهم يسيئون جدا معاملته فهم يستغلون وضعه بأنه مسلوب الحرية، فيقول: "...هنا يعاملونا كي لي ماناش عباد ولو كان ما كانش هذا كانوا عطاوني دوايا أنا محتاج دواء، حتى لمحابيس dés fois نحسهم بلي مهومش مقيمني كي نهدر هما يردوا روحهم ما سمعوا والو، أومبعد نقول خليني منهم أنا نعرف قيمتي و واش نسوي، ما نزيد نهدر مع حتى واحد..."

إن غياب المخدر بعد أن تعود عليه جعله يسيء فهم الآخرين حيث أثر على قدرته في تقبل النقد و التحكم في الانفعالات، فكل تعاملات الغير معه كانت تؤول بطريقة سلبية، وكثيرا ما كان يدخل في مشاحنات كلامية معهم لكن لا تصل إلى العنف الجسدي لأنه كان ينسحب في وقت إحساسه بعدم الاهتمام ويبقى لفترة طويلة لوحده.

هذا و قد أثر غياب المخدر بدرجة كبيرة على علاقات "رضوان" في مؤسسة إعادة التربية و التأهيل، فهو كثيرا ما يفسر نظرة النزلاء له بطريقة سلبية، فنجدته يتأثر بأية نظرة غير عادية باعتقاده، فيقول: "...كي نشوف زوج يهدروا و يخزروا ليا نتوسوس ونقول راهوم يهدروا عليا أكيد، و هذا الشيء يكره لي حياتي لو كان نلقى نضربهم أومبعد نقول خلي أكيد راح نتعاقب ونولي نجبد روجي ونقعد..."

إن غياب المخدر لدى "رضوان" قد أثر كثيرا عليه، كونه من النوع الخجول هذا إضافة إلى مشاكله التي تجعله يفقد الثقة في الغير خاصة، وأنه تعلق كثيرا بالمخدر لأنه

ينسبه مشاكله، هذا ما جعله لا يكون أية صداقات، وهو يفضل البقاء وحده في عزلة عن الغير فعلاقاته محدودة جدا هذا ضاعف من معاناته في ظل غياب المخدر.

التواجد في مؤسسة لإعادة التربية و التأهيل بالنسبة ل "رضوان" وضع جد ضاغط فيه يفقد الإنسان كرامته خاصة وأنه تعود على الحياة المريحة في جو الأسرة، ويعتبره أنه مشكل بحد ذاته، لأن ميزة الأماكن المغلقة أنها تساهم في خلق الضغوط وتضاعف من حجم المشاكل الشخصية التي يعاني منها نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل، فكثرة أوقات الفراغ تجعل الإنسان يتذكر كل مشاكله حتى أنها تخلق الصراعات بين النزلاء وهذا يظهر في قوله: "...الحبس مشكل لأنه يخلق عداوات لأن قع إلي راهوم فيه تقريبا مجرمين، وهاذ الشيء يعزز الإجرام هنا ويكون مربوط، أو مبعث يرجع ثاروا كي يخرج من الحبس..." إن نظرة الحالة للمخدر على أنه أساس الراحة و تفادي المشاكل في المؤسسة ، زاد من صعوبة تقبل غيابه، فهو يعتقد ويؤمن بأن المخدر هو من يساعده على تجاوز الضغوطات والمشاكل داخل المؤسسة.

إن ردود فعل "رضوان" اتجه غياب المخدر عنيفة، فما لاحظناه على الحالة أثناء المقابلات الأولى أنه على درجة كبيرة من الاستثارة و عدم القدرة على التركيز و كلامه غير متزن، فكان كثير الانفعال هذا إضافة إلى ما صرح به، فهو كثيرا ما يحدث إصابات في نفسه من شدة الضغط والتوتر الذي خلفه غياب المخدر إضافة لضغط عدم تقبل فكرة تواجده في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل وتغيير نظام حياة كان يليه دون أن يطلب فيقول: "...كيفاش ما تضربش روحك، **dés fois** نضرب حاجة ونكسرها هكذاك و ما نرتاحش، **en plus** أنا موالف نعيش مرتاح جيت ألهاذ لبلاصة وين كل شيء تتحاسب عليه..."

إن "رضوان" في وصفه لحالته النفسية قبل التعاطي وبعد الإدمان، فهو يؤمن أن حالته تغيرت كثيرا فالمخدر جعله إنسان بلا أحاسيس إنسان همه الوحيد هو الحصول على المخدر، هذا يجعل سلوكياته غير متحكم فيها غير مسؤول عن ما ينتجه من سلوك بالتالي فالمحيطون به يتعاملون معه بطريقة سيئة كون أنه إنسان ليس حر في تصرفاته.

إن غياب المخدر عند "رضوان" جعله يعيش حالة من الوسواس المتكررة فهو لا يقوى على التحكم فيها، المخدر الذي كان يتعاطاه جعله يفقد التواصل مع الواقع بالتالي فغيابه جعله يعيش حالة معاكسة لما كان يعيشه من قبل فالمشاكل التي وقع فيها "رضوان" داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل ما هي إلا نتائج لشكوكه التي لا تنتهي فيمن حوله.

يعاني "رضوان" من عدم الراحة في المؤسسة التي يتواجد فيها، الناتجة عن غياب المخدر، هذا انعكس سلبا على كل جوانب حياته فهو يعاني من اضطرابات النوم لدرجة أنه يقضي الليل مستيقضا، هذا إضافة إلى أنه يعاني من فقدان الشهية، ونوبات الغثيان والقيء وعدم تحمل سماع أصوات وهي نفس الأعراض التي ذكرت في دليل التشخيص العالمي للأمراض DSM4 في مرحلة الانسحاب وهذا مما صرح به "رضوان": "...**Dés fois** ما نرقدش حتى لفجر، ملي حبست الدواء ما نقدر نرقد و لا ناكل و لا نهدر كي الناس ديما نحس روجي مفايلي تقول شي هديت جبل... ونحس روجي شبعان **même** إذا ماكليت حتى حاجة..."

يعتقد "رضوان" أن غياب المخدر داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل هو سبب عدم راحته النفسية والجسدية، فما الأعراض التي ظهرت عليه خلال فترة غياب المخدر لدليل على حد تعبيره عن أهمية الدواء بالنسبة له في هذه المرحلة من حياته.

رغم ذلك يعترف "رضوان" بان سلوكاته كلها تغيرت مع وجود المخدر فأصبح، غير واقعي في أحكامه و تصرفاته، وأنه كثير الانفعال ولاستثارة كما أن حساسيته زائدة اتجاه أي شيء يحدث فهو لا يستطيع الثبوت في مكانه في حال الانفعال ولا يفكر في طبيعة الاستجابات التي سوف ينتجها: "...صح أنا من إلي والفت ندي دواء، و لبت ما نقدرش نخم كيمنا الناس، و ذورك والفتو ما نقدرش نركز على واش راني ندير..."، هذا و يشتكي "رضوان" من حالة فقدان التركيز والشروود الذي يعاني منه جعله ينزعج من التحدث مع أي كان ما دام لا تفاعل متبادل بينهم.

رغم الحالة التي يعيشها "رضوان" في ظل غياب المخدر في المؤسسة التي يتواجد فيها، إلا أن هذا لم يؤثر كثيرا على ثقته بنفسه ونظرته متفائلة تجاه مستقبله، يرى أن هناك من يكرهونه في مكان تواجده الآن، لكن الكثير ممن يحبونه من عائلته سوف يقفون وراءه لإعادة بناء حياته من جديد: "...malgré tout... الحمد لله أنا قادر نبني حياة جديدة كي نخرج من الحبس، الحبس حاجة أتكتبت لي و الدواء هذا أكيد ماراحش يكون حاجز بيني وبين راحتي وخدمتي في المستقبل، وعيلتي كلها راح توقف معاي..."

"رضوان" متفائل جدا وهو يؤمن أنه يستطيع تجاوز هذه المرحلة فالخطوة الأولى التي قام بها بعد انتهاء المقابلات الخاصة بالبحث لدليل على ذلك. فالحالة كما أشرنا قد وقع على وثيقة التنازل عن الدواء في المؤسسة وطالب بمتابعة نفسية دائمة بدل المخدر فهو يفكر في إعادة بناء حياته من جديد وتجاوز هذه المرحلة من الإدمان.

إن دخول "رضوان" لمؤسسة لإعادة التربية و التأهيل وعدم تقبله لهذه الوضعية جعلته يتعاطى المهدمات النفسية لتجاوز المرحلة التي عاشها وفيها تحول لمدمن، إلا أن هذا لم ينقص من تقديره لذاته فهو يؤمن بأنه لو لم يحصل ذلك لكان شخص فعال في مجتمعه وأنه شخص يعول عليه، رغم ذلك فهذا لم يؤثر كثيرا عليه فهو يؤمن بان ما حدث له هو قضاء وقدر سوف يتجاوزه و يبدأ حياته من جديد، يؤمن "رضوان" بصعوبة تجاوز هذه المرحلة لكنه يرى أنها خطوة ليست بالمستحيلة خاصة بعد خروجه من المؤسسة.

*** عرض و تحليل و مناقشة نتائج مقياس هاملتون:**

- عرض نتائج المقياس:

*** المحور الأول: الاهتمام بالجسد:**

(4-4)،(2-48)،(4-27)،(1-49)،(3-12)،(3-56)،(2-58)،(2-42)
(2-52)،(3-40)،(4-1)،(4-53)

$$2.83=12/34=(2+3+4+4+4+2+4+1+3+3+2+2)$$

*** المحور الثاني: الاستحواذ القهري: 10 أسئلة.**

(2-28)،(4-10)،(4-55)،(4-46)،(3-9)،(0-51)،(4-38)،(3-45)
(4-3)،(0-65)

$$2.8=10/28=(4+0+2+4+4+4+3+0+4+3)$$

*** المحور الثالث: الحساسية الذاتية: 9 أسئلة.**

(4-73)،(4-69)،(4-61)،(2-41)،(4-37)،(4-36)،(4-21)،(3-6)
 $3.77=9/34=(4+4+4+2+4+4+4+3)$

*** المحور الرابع: الاكتئاب: 13 سؤال.**

(4-31)،(2-30)،(4-29)،(4-26)،(4-22)،(0-20)،(2-14)،(3-5)
(4-15)،(4-79)،(2-71)،(2-52)،(4-32)

$$3=13/39=(4+4+2+2+4+4+2+4+4+4+0+2+3)$$

*** المحور الخامس: القلق: 10 أسئلة.**

(4-78)،(1-72)،(4-57)،(4-39)،(3-33)،(0-23)،(4-17)،(4-2)
(4-86)،(0-80)

$$2.8=10/28=(4+0+4+1+4+4+3+0+4+4)$$

*** المحور السادس: العدوانية: 6 أسئلة.**

(4-81)،(0-74)،(1-67)،(0-23)،(4-24)،(0-11)

$$1.5=6/9=(4+0+1+0+4+0)$$

*** المحور السابع: قلق الفوبيا 7 أسئلة.**

(0-50)،(2-42)،(0-75)،(2-70)،(0-47)،(0-25)،(0-13)

$$0.57=7/4=(0+2+0+2+0+0+0)$$

*** المحور الثامن: الأفكار الذهانية: 10 أسئلة.**

(4-83)،(4-76)،(2-68)،(3-43)،(4-18)،(4-8)

$$3.5=6/21=(4+4+2+3+4+4)$$

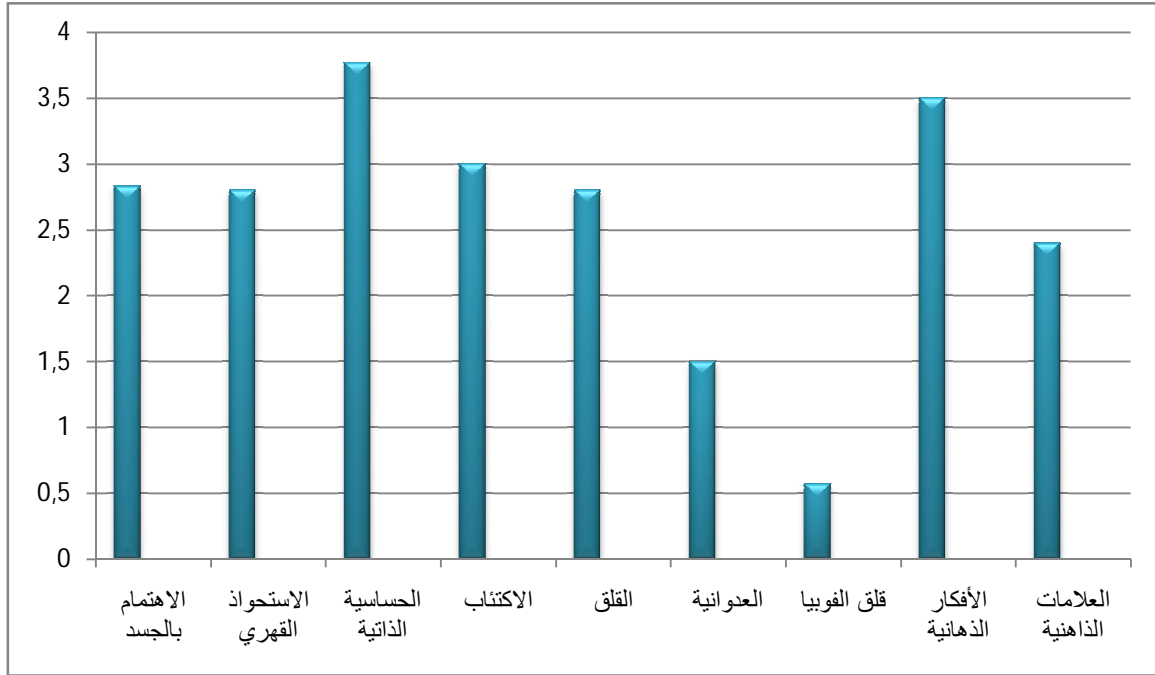
*** المحور التاسع: العلامات الذهانية: 10 أسئلة.**

(2-87)،(4-85)،(4-82)،(4-77)،(3-62)،(2-35)،(0-16)،(2-7)
(2-90)،(1-88)

$$2.4=10/24=(2+1+2+4+4+4+3+2+0+2)$$

جدول رقم (04): يوضح نتائج مقياس هاملتون للقلق.

المحاور	1	2	3	4	5	6	7	8	9
الدرجات	2.83	2.8	3.77	3	2.8	1.5	0.57	3.5	2.4



مخطط بياني رقم (3): يوضح نتائج مقياس هاملتون للقلق.

- مناقشة نتائج المقياس:

من خلال تتبع حالة "رضوان" والأعراض التي ظهرت عليه أثناء المقابلات ومن التطلع على ملف المتابعة النفسية و تطبيق سلم هاملتون للقلق، تبين أن الحالة تعاني من قلق قدرت نسبته بـ 2.8 وهي قيمة عالية جدا لشخص لا ينقصه شيء، شخص عائلته كلها وقفت معه فهو يحظى بزيارات دائمة من أفراد أسرته، فلم يتخلو عنه أبدا طيلة فترة تواجده في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، رغم ذلك فغياب المخدر أحدث فيه حالة من عدم الراحة والقلق الدائم.

هذه الحالة انعكست سلبا على حياته فنجده دائم الحساسية من الغير، ويجرح بسرعة فنسبة محور الحساسية الذاتية مرتفعة جدا وفق نفس السلم فنجدها تصل لـ 3.77 وهي نسبة عالية جدا، جعلته لا ينجح في أي علاقة في المؤسسة التي يتواجد فيها فكثرة تحسسه وتفسيراته اللامنطقية للأحداث جعلته يقلق كثيرا، ويبحث دائما للبقاء وحده و يبتعد عن الغير لأنهم في نظره لا يولونه أية قيمة ولا يقدرونه حق تقديره.

العزلة التي وضعها "رضوان" لنفسه ولدت لديه الشعور بالوحدة والاكتئاب فقلة علاقاته جعلته ينطوي على نفسه ويحتفظ بكل ضغوطه لنفسه، فنجد أن درجة محور الاكتئاب وفق نفس السلم عالية جدا وصلت لـ 3 وتتجلى في نظرتة لمستقبله في المقابلات

الأولى حيث أن العميل رغم أنه يريد بناء حياته من جديد لكن في كل مرة يصدم بواقع أنه مدمن وذو سوابق قضائية فتنتابه حالة من الاكتئاب تجعله ينسحب عن الناس ويبقى وحده. كما أنه في كثير من الأحيان تتكرر على ذهنه جملة من الأفكار الوسواسية بأنه لا قيمة له مقارنة بغيره وأن الناس لا يقدرونه حق تقديره، فوصلت درجة الاستحواذ القهري وفقا لنفس المقياس ل 2.8 وهي عالية جدا، ما عزز هذه الحالة هو انعزاله وعدم محاولته لإنشاء صداقات ولو مؤقتة حسب الوضعية التي يعيشها في المؤسسة. عدم الراحة والقلق التي يعاني منهما "رضوان" لم يجعله عدواني بدرجة عالية رغم أنه في كثير من الأحيان ما ينقلب عدوانه على ذاته إلا أن درجته وصلت ل 1.5، لأن الحالة من النوع الذي لا يصرح بما يزعجه فهو منغلق على نفسه ويبقى دائما لوحده في وجود أي مشكل.

إن الحادثة التي عاشها "رضوان" قبل وبعد دخوله لمؤسسة إعادة التربية والتأهيل، أفقدته الثقة في الناس، وأصبحت تراوده أفكار في أن كل الناس سيقفون ضده، إن لم يكن واعيا وأنهم دائما يخططون لإيذائه هذه الحالة رفعت من درجة الأفكار والعلامات الذهانية وفق نفس السلم حيث وصلت نسبة الأولى إلى 3.5 والثانية ل 2.4، وهي نسبة جدا عالية ناتجة عن حالة القلق التي يعيشها داخل المؤسسة الإصلاحية. نستنتج من خلال نتائج المقياس أن غياب المخدر لدى "رضوان" إضافة إلى عدم تقبله التواجد داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، خلق لديه قلق عام كثيرا ما يتجسد في حساسيته الذاتية الزائدة وكذا الأفكار الوسواسية الاضطهادية، هذه الحالة تجعل تكيفه صعب في ظل تواجده في مؤسسة مغلقة.

*مناقشة الحالة: "

الحالة من النوع الخجول، هذا إضافة إلى مشاكله التي يعيشها والتي أفقدته الثقة في الغير، خاصة وأنه تعلق كثيرا بالمخدر لأنه يخفف من الضغط الذي يعانيه ويفقده الوعي بما يعيشه، هذا ما جعله لا يكون أي صداقات وهو في المؤسسة، بل يفضل البقاء وحده في عزلة عن الغير، فعلاقاته محدودة جدا هذا ضاعف أكثر من معاناته في ظل غياب المخدر، وهو ما يظهر عندما طبقنا مقياس هاملتون للقلق على حالة "رضوان" فكانت درجته مرتفعة. الملاحظ على "رضوان" أنه من النوع الذي يعتبر التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل وضع جد ضاغط يفقد فيه الإنسان كرامته، خاصة وأن الحالة تعود على الحياة المريحة هذا انعكس سلبا على نظرته لمعاملة كل من في المؤسسة، حيث نجده يعتبرها جد سيئة، فهم لا يراعون حالته النفسية، هذا ما جعله يحقد كثيرا على الناس لدرجة أنه يفضل أن يعزل و يبتعد عن كل من يمثل السلطة على حد تعبيره.

إن تعود الحالة على المخدر بعدها انقطاعه فجأة عنه جعله يعيش جملة من التناقضات فمن جهة يريد التعامل مع الغير، لكن في كل مرة يدخل في شجار معهم لأنه تنتابه أفكار بأنهم يتعاملون معه بطريقة سيئة وأنهم يتحدثون عنه، وكل النظرات العادية كان يفسرها بطريقة تجعله يدخل معهم في صراعات، وهنا تزداد معاناة "رضوان" إلى درجة أنه يعيش في حالة دائمة التوتر، وهو على درجة كبيرة من الحساسية اتجاه الغير فهو يفضل البقاء وحده لتفادي المشاكل التي يعترف أنه هو من يقف دائما ورائها، فغياب المخدر جعله يفقد السند الوحيد داخل المؤسسة على اعتبار أن لا أصدقاء يشاطروهم مشاكله، فكان يتعاطى المخدر من جهة لتناسي المكان الذي يتواجد فيه ومن جهة أخرى للبحث عن الراحة الجسدية والنفسية.

إن نظرة "رضوان" للمخدر وتبنيه له على أنه أساس الراحة وتفادي المشاكل داخل المؤسسة الإصلاحية التي يتواجد فيها، زاد من صعوبة تقبل غيابها، فنجده يؤمن بأن المخدر هو من يساعده على تجاوز الضغوط داخل المؤسسة، لأن ميزة الأماكن المغلقة أنها تساهم في خلق الضغوط وتضاعف من حجم المشاكل الشخصية التي يعاني منها النزلاء.

ردود فعل "رضوان" عنيفة جدا اتجاه غياب المخدر، فما لاحظناه على الحالة أثناء المقابلات الأولى أنه على درجة كبيرة من الاستثارة وعدم القدرة على التركيز وكلامه غير متزن، فكان كثير الانفعال هذا إضافة إلى ما صرح به "رضوان" فهو كثيرا ما يحدث إصابات بنفسه من شدة الضغط و التوتر الذي خلفه غياب المخدر إضافة إلى ضغط عدم تقبل فكرة تواجده في مؤسسة إصلاحية وتغيير نظام حياة كان يلبي دون أن يطلب.

رغم أن "رضوان" يريد الحصول على المخدر إلا أننا نجده جد واعي بأن حالته تغيرت كثيرا، فالمخدر جعله إنسان بلا أحاسيس إنسان همه الوحيد هو الحصول على المخدر، هذا يجعل سلوكياته غير متحكم فيها غير مسؤول عما ينتج من سلوك، مع العلم أن المخدرات باختلاف أنواعها تثير في نفوس مدمنيها انفعالات مختلفة، وقد اتفقت جميع الدراسات في هذا الصدد على أن المخدرات تثير في نفوس متعاطيها مشاعر البهجة والمرح والإحساسات اللذيذة والنشوة والمرح، غير أن بعض الدراسات قد أشارت إلى وجود انفعالات الغضب والخوف مما يؤدي إلى ارتكاب الجرائم ومشاعر من السعادة والسرور واللذة، كما يصف المخدر بقولهم أنه يثير في نفوس متعاطيه حالة من البهجة والنشوة والرضا وهي حالات تشكل جاذبية كبرى عند المدمنين، خاصة في ظل التواجد في ظل مؤسسة مغلقة حياة نزلها مبرمجة من قبل. (عفاف عبد المنعم، (2009)، ص363).

هذه الحالة أثرت أيضا على نظرتة لتعامل المحيطين به في مؤسسة إعادة التربية و التأهيل، فهم يتعاملون معه بطريقة سيئة جدا معه في اعتقاده يعود لكونه إنسان ليس حر في تصرفاته.

إن "رضوان" كثيرا ما يبزر كل ما يقوم به من أفعال أنه راجع ونابع من المخدر، وليس منه كشخص واعى، هذا كنوع من الهروب من المشاكل المحيطة به، فالحالة من النوع الذي لا يواجه المشكل محاولا حله هذا إضافة إلى لقلة صداقاته فهو لا يثق كثيرا بالأشخاص المحيطين به، لذلك نجده ينسحب ليبقى وحده و هذا يعقد المشكلة أكثر أمام الرغبة في المخدر فغياب السند الذي يلجأ إليه ليشاطره مشاكله، تجعل الضغط عليه أكثر.

غياب المخدر عند "رضوان" جعله يعيش حالة من الوسواس المتكررة فهو لا يقوى على التحكم فيها، فالمواد التي كان يتعاطاها جعلته يفقد التواصل مع الواقع، بالتالي فغيابها أفقده هذا التواصل فما المشاكل التي وقع فيها "رضوان" في المؤسسة ما هي إلا نتائج لشكوكه التي لا تنتهي فيمن حوله، فكثرة أوقات الفراغ لدى بعض النزلاء في هذه المؤسسة يجعلهم لا يفكرون سوى في كيفية الحصول على مادة تغطي لهم أوقات فراغهم وبالتالي لا يحسون بالوقت.

عدم الراحة التي يعاني منها "رضوان" في المؤسسة التي يتواجد فيها والناجم عن غياب المخدر، انعكس سلبا على كل جوانب الحياة لديه، فهو يعاني اضطرابات النوم لدرجة أنه يقضي الليل مستيقضا، هذا إضافة إلى أنه يعاني فقدان الشهية ونوبات الغثيان والقيء وعدم تحمل سماع أي صوت وهي نفس أعراض مرحلة الانسحاب التي ذكرت في دليل التشخيص العالمي للأمراض.

و الملاحظ على "رضوان" أنه رغم اعتقاده بأن غياب المخدر في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل التي يتواجد فيها هو سبب عدم راحته النفسية وكذا عيائه الجسدي فما الأعراض التي ظهرت خلال غياب المخدر لدليل على حد تعبيره عن أهمية الدواء بالنسبة له في هذه المرحلة من حياته، إلا أنه يعترف بأن سلوكياته كلها تغيرت مع وجود المخدر، كما أن حساسيته زائدة اتجاه أي شيء يحدث فهو لا يستطيع الثبوت في مكانه في حال الانفعال ولا يفكر في طبيعة الاستجابات التي سوف ينتجها.

رغم الحالة التي يعيشها "رضوان" في ظل غياب المخدر في المؤسسة التي يتواجد فيها، إلا أن هذا لم يؤثر كثيرا على ثقته بنفسه و نظرتة لمستقبله، "رضوان" يرى أن هناك من يكرهونه في مكان تواجده الآن، إلا أن الكثير ممن يحبونه من عائلته سوف تكون معه ليبني حياته من جديد.

ونجده متفائلا جدا و هو يؤمن أنه يستطيع تجاوز هذه المرحلة فالخطوة الأولى التي قام بها بعد انتهاء المقابلات الخاصة بالبحث لدليل على قوة الإرادة لدى "رضوان"، فكما أشرنا في البداية أنه قد وقع على وثيقة التنازل على الدواء في المؤسسة وطالب بمتابعة نفيسة دائمة بدل المخدر، فهو يفكر في إعادة بناء حياته من جديد وتجاوز هذه المرحلة من الإدمان.

إن دخول "رضوان" مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل وتحوله فيه لمدمن على المهدئات النفسية لم تنقص من تقديره لذاته فهو يؤمن أنه لو لم يحدث ذلك لكان شخصا فعالا في مجتمعه، رغم كل ذلك فهذا لم يؤثر كثيرا عليه فنجده مؤمن بأن ما يحدث له ما هو إلا قضاء وقدر سوف يتجاوزه، خاصة وأن القضية التي دخل عليها المؤسسة لا تنقص من احترامه بين الناس بل عكس من ذلك، فنظرتة للمستقبل ايجابية حيث أنه يستطيع التغيير والتجديد رغم صعوبة ذلك فهي ليست بالمستحيلة.

4: الحالة الرابعة: "الطيب"

* تقديم الحالة:

يبلغ "الطيب" 27 سنة، مستواه التعليمي 5 ابتدائي، يعتبر "الطيب" انتكاسي قضائي للمرة السادسة على أفعال سرقة واعتداء على الغير، يحتل المرتبة الرابعة بين 8 إخوة.

* عرض و تحليل ومناقشة نتائج المقابلات:

بدأت قصته مع التعاطي منذ أن كان 13 عشر من عمره، فكبر مع المخدر على حد تعبيره، لقد ترعرع "الطيب" في أسرة متوسطة الدخل، إلى غاية السن 13 أين طرد من المنزل العائلي، حيث صرح الأب أنه تبرأ منه وبأنه ليس ابنه، لينتهي به الأمر في الشارع. من هذه اللحظة بدأت قصته مع الإدمان حيث كان يتعاط كل مل يتوفر أمامه لتناسي واقعة قلبت حياته كلية، وجعلته في لحظة بلا عائلة وبلا سند، فكان يتعاط من جهة لينسى ما حدث له ومن جهة أخرى ليقوى على مواجهة الحياة التي يعيشها.

وكان اعتماده على المخدر كوسيلة تساعد على أن يغيب عن الوعي ليقوم بأفعال السرقة، هذه الأخيرة التي تعتبر عند "الطيب" وسيلة عيش، بعدها أصبح ينوع في طبيعة المواد المستهلكة وكذا الجرعات، ففي كثير من الأحيان ما يفرط في الجرعة لدرجة أنه لا يعي ما يقوم به، و بعد أن يخرج من تلك الحالة يجد نفسه وراء القضبان عن فعل في كل مرة ينفي أنه سبب في حدوثه.

وهنا تبدأ معاناة مثل هؤلاء المدمنين في أسوار مؤسسات إعادة التربية و التأهيل، فبعدها كان "الطيب" يقوم بكل شيء من أجل الحصول على المخدر يصبح في ظل واقعه الجديد صعب المنال، من هنا تتولد لديه نوع من المعاناة يترجمها بسلوكات عدوانية سواء اتجاه نفسه أو غيره، بحيث تظهر عليه مجموعة الأعراض الناجمة عن سحب العقار، هذه الأعراض تجعله يؤكد رغبته في المخدر، لاعتقاده أن المخدر شيء جيد وغيابه يؤثر على حالته الجسمية والنفسية فتبعية الحالة النفسية خاصة والجسمية لتلك المواد التي كان يتعاطها جعلته يعيش وضعية ضاغطة جدا داخل المؤسسة التي يتواجد فيها في ظل غياب المخدر. فأول ما لاحظناه على الحالة في أول مقابلة معه هو الانفعال الشديد الذي ظهر عليه، وكذا الإحباط، فلم يرغب في البداية التحدث فقد كان يقول: "...ما راحش تفهميني، باش نحكي لك و déjà واش راح نحكي لك و واش راح نخلي... حياة ما يتقبلهاش لعقل...". حيث التزم الصمت و بقي شاردا لمدة طويلة، ففي كل مرة يرغب في التحدث، ثم يعود ليصمت لمدة طويلة.

لقد بدا "الطيب" على درجة كبيرة من اليأس وفقدان الأمل وظهرت عليه علامات عدم الراحة والتوتر، لكن بمجرد أن أخبرناه بأننا سوف نسمع كل كلمة يقولها وأنه حر بأن يحكي ما يريد، تردد قليلا سألنا عما نريد أن نعرف منه بالتحديد، وبدأ يروي قصته منذ أن بدأ التعاطي إلى غاية الإدمان والتحاقه بمؤسسة إعادة التربية والتأهيل.

لم يتعاط "الطيب" المخدر منذ قدومه للمؤسسة التي أجري فيها البحث الميداني أي منذ شهر تقريبا.

إن نظرة "الطيب" للمخدر ايجابية، ففي اعتقاده أنه الوسيلة والحل الوحيد في ظل غياب الحلول التي تمكنه من تحصيل الراحة، فالمخدر هو كل شيء في حياته وهو وسيلة تحصيل موارد العيش فلولاها لما تمكن من مجابهة الواقع الذي يعيشه، حيث يقول: "...بواء ألي كنت نديه هو كل شيء في حياتي... هو ألي يخليني نرتاح، هو عندو تأثير مليح عليا هو يهديني و يرجعني نخمم في روعي أني نشبه الناس... أخاطر ننسى..."

فالمخدر بالنسبة لهذا الحالة الحل الوحيد في مكان يعتبره مشكل اجتماعي بحد ذاته وسببا في ظهور عدة اضطرابات.

مؤسسة إعادة التربية والتأهيل في نظر "الطيب" هي من تضاعف الضغوط الاجتماعية التي يعيشها، وكذا يساهم في ظهور مشاكل أخرى كما أنه يخلق العداوات في المستقبل لأن البيئة المغلقة التي يتجمع فيها آلاف المنحرفين لا يمكن أن تخلق إنسانا سويا في نظره، حيث يقول: "...الحبس عندي هي الحاجة ألي ما نقدرش نتحملها، نكره يتغلقو عليا البيبان، أوموا كنت برا حر ندير واش نحب هنا راك مضطر تقعد مع الناس ماما كي تكون كاره..."

هذه النظرة كانت عكس ما توقعناه من "الطيب"، حيث أننا قد توقعنا أن تكون نظرتة مخالفة لما صرح به على اعتبار أن السجن وفر له سقفا يأويه بعد أن كان يعيش في الشارع، فاستغربنا بقوله أن الشارع أرحم من التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، هذا الاعتقاد يجعل نفسيته محطمة لأنه لم يتقبل هذه الوضعية الجديدة.

أما فيما يخص نظرة "الطيب" لحالته قبل و بعد الإدمان فهو يرى أن حالته كمدمن أفضل من حياته بلا مخدر، فغياب المخدر لدى "الطيب" يساعده على تذكر حياته وتجعله واعيا اتجاه الانتقادات التي يسمعها في تلك المؤسسة، هذا ما جعله يفقد الثقة في كل من حوله، ويفضل البقاء معزولا على أن يكون مع أناس لا يولونه أي اعتبار هذا يظهر جليا في قوله: "...كي كنت مدروقي خير من حالتي ذورك واش من فائدة تجيني كي نكون واعي، واش راح نتذكر مكاش حاجة مليحة فاتت نتذكرها وما كاش حاجة مليحة باش نعيشها، au moins كي كنت غايب على الوعي نكون مرتاح ما تهمني حتى حاجة في الدنيا نكون رحيم بالناس..."

إن الوحدة التي يعاني منها "الطيب" في ظل تخلي الأسرة عليه جعلته يفقد الثقة في كل الناس ما دام أن أقرب الناس إليه تخلو عنه وهو في أمس الحاجة، هذه الحالة جعلته ينسحب وينعزل ليعيش حياته لوحده داخل المؤسسة التي يتواجد فيها، فلا أصدقاء له يشاطرهم معاناته، فمن خلال الاستطلاعات التي قمنا بها على مستوى الجناح الذي يقطن فيه "الطيب" تبين أنه يميل للعزلة والوحدة، وقليل الكلام مع الغير لا أصدقاء له لا تفاعلات فهو يتفادى أية أماكن من شأنها أن تجعله يتحدث مع أحد حيث أن "الطيب" قد صرح بأنه لا يملك أية صداقات لا في المؤسسة ولا خارجها: "...أنا إنسان ملي كنت نشفى لحياتي وأنا وحدي، حتى واحد ما وقف معايا..فاميلتي إلي ما نيش عارف إذا هي صح فاميلتي أتخلات عليا، كيفاش راح ندير الثقة في الناس ألي ما يعرفونيش، أنا في الحبس نحب نقعد وحدي لو كان نلقى يديروني في سيلولة وحدي حتى نخرج..."

إن الحياة التي عاشها "الطيب" قبل دخوله لمؤسسة إعادة التربية والتأهيل ثم العزلة التي وضعها لنفسه داخل المؤسسة، انعكست على نظرتة لتعامل المسئولين عنهم وحتى نزلاء تلك المؤسسة فهي جد سلبية فهو يرى أنهم يسيئون معاملته فهم يهينونه لأنه بلا عائلة إضافة إلى أنه مدمن ومسلوب الحرية حيث يقول: "...دي فوا نقعد نسمع كلام خارج الطريق على عايلتي و عليا من لمحاييس...كرهت ونحس هكذا بلي حاقريني، ولا بلاك كي والفت دواء و ذورك مكاش..."

إن تعود "الطيب" على المخدرات وبالتالي غيابها بشكل مفاجئ دون الحصول على أي بديل كما كان يريد هو، جعله يسيء فهم الآخرين حيث أثر على قدرته في تقبل النقد والتحكم في الانفعالات، فكل ما كان يحدث أمامه كان يؤوله بطريقة سلبية و وفق ما عاشه،

وكثيرا ما ينعزل اتجاه هذه المواقف حيث يفضل البقاء وحده خير من تلقي الاهانات كما كان يعرفها أو ينقلب عدوانه على ذاته في غالب الأحيان.

هذا وقد أثر غياب المخدر بدرجة كبيرة على علاقات "الطيب" في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل التي يتواجد فيها، فهو كثيرا ما يفسر نظرات النزلاء له بطريقة سلبية وفيها شك حيث يقول: "...كي نشوف لمحابيس يخزروا فيا نتوسوس وتقول راهوم يهدروا عليا، دي فوا نروح ليهوم، ونقول لهوم علاش راكوم تخزروا فيا،...وكي نكون كاره نخليهوم ونقعد وحدي ما نهدر مع حتى واحد، خير لي...هذا هو الحال بلا دواء وفي الحبس..."

إن نظرة "الطيب" للمخدر وتبينه له على أنه أساس الراحة وتفادي الضغوط والمشاكل داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، عقد أكثر الأمر أمام تقبله لفكرة غياب المخدر، "الطيب" يرى أن المخدر هو من يساعده على تجاوز المرحلة التي عاشها وتلك التي يعيشها داخل المؤسسة، فليس من السهل تقبل العيش دونه بعد سنوات من التعاطي وخاصة بالطريقة التي كان يتعاط بها أين كان لا يحترم فيها لا نوع ولا جرعة المادة المتعاطاة، حيث يقول: "...أنا مانيش كيما قع لي الدروقي أنا كنت نشرب بواحد الطريقة، ماتقدرش تتصور فيها، دي فوا نشرب حتى يلقاوني طايح في لأرض وما نعرفش حتى واش ندير **déja** بديتها بكري هاذ الشيء يصعبها عليا و أنا في الحبس..."

غياب المخدر في المؤسسة التي يقيم فيها "الطيب" جعله عنيفا عكس ما يكون عليه وهو تحت تأثير المخدر، حيث تراوده أحاسيس عدوانية وانتقامية ورغبات في كسر وتحطيم كل ما يجده أمامه لكن بما أن هذا غير ممكن في ظل مكان تحكمه قوانين عدة، وبالتالي هذا يزيد من ضغطه وعدائته ورغبته في المخدر كوسيلة للتخلص من تلك الضغوط إذ يقول: "...صح دي فوا نحب نخرج قلقتي زعافي ونكسر ما نلقاه قدامي، هكذا بلاك نرتاح شوي، بصح هاذ الشيء ما يمكنش في الحبس وهذي هي الحاجة إلى تقلقتي وتزيد الضغط..."، وكون "الطيب" ليس من النوع الذي يتقبل السيطرة والأوامر فقد تعود على العيش حر في مكان لا تحكمه القوانين فالحكم كان للأقوى، هذا زاد أيضا من ضغطه.

يعاني "الطيب" في غياب المخدر في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل من عدم الراحة وظهور مجموعة من الأعراض زادت أكثر من قلقه وتوتره ورغبته الملحة في الحصول على المخدر للتخلص من هذه الحالة والأعراض، حيث نجد أنه يعاني من اضطرابات النوم وفقدان الشهية إضافة إلى انخفاض الوزن مقارنة مما كان عليه، و تقلب المزاج و الانفعالية والحساسية الزائدة، كما كانت تنتابه نوبات غثيان وضعف جسدي و عياء نفسي هذه الحالة انعكست سلبا على حياة وتكيف "الطيب" داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل فجعلته أكثر عدائية، حيث صرح: "...ملي حبست الدواء نحس روجي مقلق، ماتقدر نرقد و لا ناكل، ما عادت حتى حاجة تهمني ونحس روجي عيان، ما نقدر نهدر ولا نتحرك...حياة ما يقدرش الواحد يسبورتيها..."

إن الأعراض التي ظهرت على "الطيب" في فترة غياب المخدر، جعلته يصر أكثر للعودة للتعاطي لأنه كان يحس بالراحة والتنفيس من الضغط، رغم أن كل الجرائم التي ارتكبها وكانت سببا في دخوله لمؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، كانت تحت تأثير المخدرات إلا أنه ينفي أن المخدر هو من يجعله يرتكب الجرائم بل إن تأثيرها مهدئ عليه، فالمخدر يجعله محبا للناس ورحيما بهم، ما يجعله يصر على مواصلة تعاطيه لأنه الوسيلة الوحيدة التي يتعاطي بها مع تلك البيئة المغلقة، بيئة ميزتها الوحيدة كثرة أوقات الفراغ والضغط الزائد، "...كي نكون مدروقي ننسى قع مشاكلي، رحيم بالناس كي يكونوا عندي درايم

نصدق، و حتى كي نكون مدروقي و نسرق نكون واعي بواش راني ندير...و زيد هنا في الحبس متقدراش ما تشربش دواء، باش تعقب الوقت و تنسى..."

أما فيما يخص نظرة "الطيب" لنفسه ولمستقبله فنجدها جد سلبية، و لقد ظهر ذلك جليا على ملامح وجهه عندما تطرقنا أثناء المقابلة لهذا الموضوع، فهو يرى أن لا قيمة له مقارنة بغيره، فبالإضافة إلى أن لا عائلة ولا سند له، فإنه ذو سوابق قضائية و مدمن على المخدرات، هذه الحالة أثرت كثيرا على نظرتة لذاته حيث يقول: "...واش من قيمة عندي في رايك الناس ألي كان لازم يوقفوا معايا...خلاوني، إنسان تاع حباس ومدروقي، ما عندي حتى قيمة... ما عندي حتى فائدة في هاذ المجتمع..."

إن الحياة الفقيرة عاطفيا التي عاشها "الطيب" قبل دخوله المؤسسة ومن ثم المرات المتكررة التي أمضاها في ظل البيئة المغلقة التي يتواجد فيها، أثرت كثيرا على نظرتة لذاته، كما أن العزلة التي يعيشها "الطيب" في المؤسسة -فلا أحد يزوره- عزز أكثر فكرة أنه شخص متدني القيمة لا أحد يحبه هذه الحالة جعلته ينسحب من المجتمع المصغر الذي يعيش فيه داخل المؤسسة، ويضع نفسه في عزلة انفرادية، ما دام أنه لا يشبه أحدا في تلك المؤسسة من حيث المعاناة التي يعيشها حيث يقول: "...أنا مكتوب عليا نعيش وحدي...أنا تخلقت للحوايح إلي ما هومش ملاح، لا قيمة لا عائلة..."

"الطيب" يرى في غياب المخدر سببا في معاناته فالمخدر عنده وسيلة يتناسى بها ويخفف بها ضغطه و يعيش في راحة ما دام أن غياب المخدر لا يمكنه من النجاح في الحياة بعد أن تخلت عليه عائلته فالحياة في الشارع أفضل فيها للإنسان أن يكون مدمنا لكي يقوى على مواجهة مصاعبها.

لا ينوي "الطيب" تغيير واقعه كمدمن أبدا فهو يفكر في العودة للتعاطي بعد خروجه من المؤسسة الإصلاحية، ما دام أن لا مستقبل ينتظره عند خروجه منها، وذلك يظهر في قوله: "...خلي بلاك ما نشربوش هنا في الحبس بالصح راح نولي ليه كي نخرج منا، أنا ماكان حتى حياة تستتاني برى، هي نفس لحياة ألي والفتها الشارع، سرقة ولا ضرب أومبعد حبس...هذي هي حياتي..."

* عرض و تحليل ومناقشة نتائج المقياس:

- عرض نتائج مقياس هاملتون:

*المحور الأول: الاهتمام بالجسد 12 سؤال:

(3-4)،(2-48)،(0-27)،(2-49)،(1-12)،(2-56)،(3-58)،(4-42)
(4-52)،(2-40)،(3-1)،(3-53)

$$2.41=12/29=(4+2+3+3+3+2+0+2+1+2+3+4)$$

*المحور الثاني: الاستحواذ القهري 10 أسئلة.

(1-28)،(1-10)،(4-55)،(3-46)،(4-9)،(2-51)،(4-38)،(1-45)
(4-3)،(1-65)

$$2.5=10/25=(4+1+1+1+4+3+4+2+4+1)$$

*المحور الثالث: الحساسية الذاتية 9 أسئلة.

(4-69)،(4-61)،(4-41)،(4-37)،(4-36)،(2-34)،(1-21)،(3-6)
(4-73)

$$3.44=4/31=(4+4+4+4+4+4+2+1+3)$$

*المحور الرابع: الاكتئاب 13 سؤال.

(4-31)،(4-30)،(4-29)،(2-26)،(4-22)،(2-20)،(3-14)،(1-5)
(4-15)،(0-79)،(2-71)،(4-52)،(4-32)

$$2.92=13/38=(4+0+2+4+4+4+4+4+2+4+2+3+1)$$

*المحور الخامس: القلق 10 أسئلة.

(4-78)،(2-72)،(2-57)،(2-39)،(3-33)،(3-23)،(3-17)،(4-2)
(2-86)،(4-80)

$$3.1=10/31=(2+4+4+2+2+2+3+3+3+4)$$

*المحور السادس: العدوانية 6 أسئلة.

(4-81)،(4-74)،(4-67)،(3-23)،(4-24)،(2-11)

$$3.5=6/21=(4+4+4+3+4+2)$$

*المحور السابع: قلق الفوبيا 7 أسئلة.

(2-50)،(4-42)،(0-75)،(4-70)،(1-47)،(3-25)،(3-13)

$$2.42=7/17=(2+4+0+4+1+3+3)$$

*المحور الثامن: الأفكار الذهانية 6 أسئلة.

(4-83)،(4-76)،(3-68)،(4-43)،(4-18)،(4-8)

$$3.83=6/23=(4+4+3+4+4+4)$$

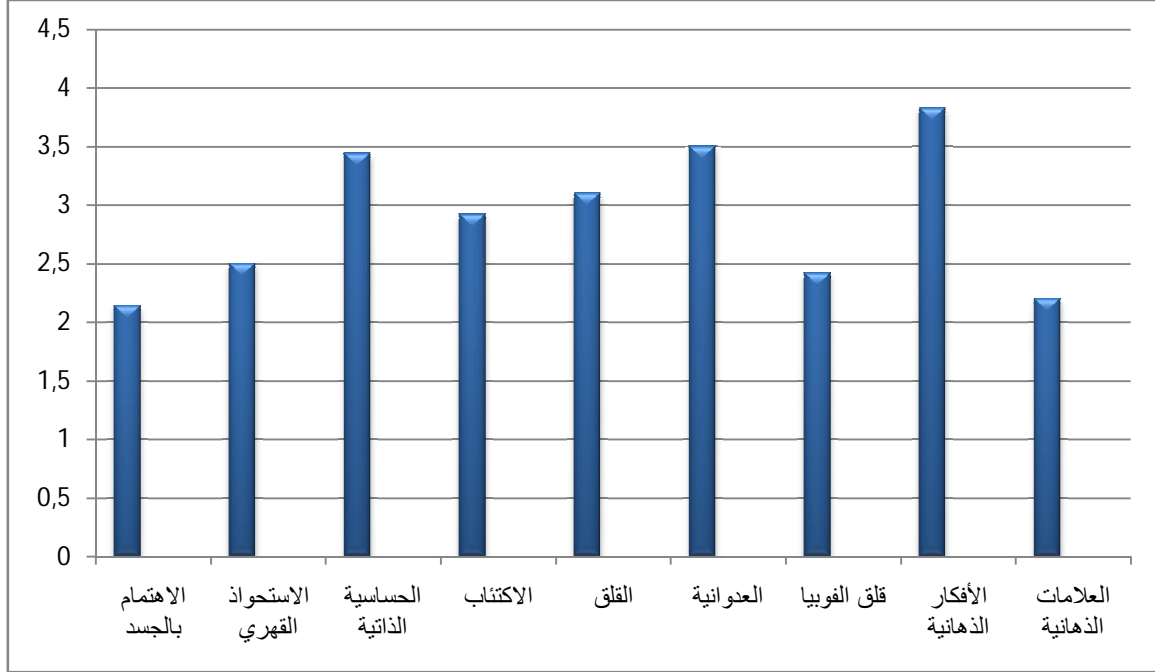
*المحور التاسع: العلامات الذهانية 10 أسئلة.

(0-87)،(4-85)،(4-84)،(4-77)،(2-62)،(2-35)،(2-16)،(0-7)
(0-90)،(4-88)

$$2.2=10/22=(0+4+0+4+4+4+2+2+2+0)$$

جدول رقم (05): يوضح نتائج محاور مقياس هاملتون للقلق:

المحاور	1	2	3	4	5	6	7	8	9
الدرجات	2.41	2.5	3.44	2.92	3.1	3.5	2.42	3.83	2.2



مخطط بياني رقم (4): يمثل نتائج محاور مقياس هاملتون.

- مناقشة نتائج المقياس:

من خلال تطبيق مقياس هاملتون على "الطيب" توصلنا إلى أنه يعاني من قلق وصلت درجته ل 3.1 وهي قيمة عالية جدا وهذا ما يظهر من خلال شعوره بالضيق وإحساسه بالضغط وفقدان الأمان، خاصة وأن مصيره غير معروف بعد خروجه من المؤسسة فغياب السند الاجتماعي الذي يجعله يشعر بالأمان، يجعله مضغوط و هذا ما يتجلى في سلوكياته العدوانية اتجاه الغير وحتى العدوان على الذات، "فالطيب" شهد عدة محاولات تشويه الذات، وهذا يعتبر لدى "الطيب" تعبير لغياب الحلول و ليس حلا بحد ذاته، حيث أن درجة العدوانية وفق نفس المقياس وصلت ل 3.5 وهي جد عالية.

إن الحياة التي عاشها "الطيب" و التي كانت خالية من الحنان وكذا عيشه وحيدا في الشارع دون أهل جعله كثير الحساسية اتجاه كل شيء فأصبح فاقدا للثقة في غيره وتعاملاته محدودة لأنه يتحسس من كل كلمة تقال، ضف إلى ذلك شعوره بالدونية مقارنة بغيره من الأفراد جعلته يحقد على كل الناس، فنجد أن درجة محور الحساسية الذاتية وفق نفس المقياس السابق الذكر وصلت ل 3.44 وهي نسبة عالية جدا، كما أن تخلي عائلته عليه وهو في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل كان له الأثر البالغ في نظرتة السلبية اتجاه ذاته، على الرغم من ذلك نجد أن نسبة محور الاهتمام بالجسد درجته مرتفعة حيث وصلت ل 2.41 وهي قيمة جيدة إذ ما تتبعنا الحياة التي عاشها والخالية من العوامل المساعدة على تكوين تقدير ذات مرتفع.

كثيرا ما يشعر "الطيب" بحالات اكتئاب وفقدان الأمل في المستقبل باعتبار أن ليس له أي مقومات للنجاح وبداية حياة جديدة، بعد خروجه من المؤسسة فكلها حياة شارع، لا منزل، لا عائلة، لا عمل، لا موارد يعيش منها كلها عوامل جعلت نظرتة تمتاز بالسوداوية، فنجد أن نسبة محور الاكتئاب وصلت ل 2.92 وهي نسبة عالية تزيد من معاناته وعزلته عن المجتمع هذه الحالة جعلته يطالب دائما بوضعه في عزلة انفرادية في المؤسسة التي يقيم فيها لكن بما أن القوانين لا تسمح بذلك نجد أن "الطيب" منعزل دائما صامت لا يتفاعل مع أي أحداث، كثيرا ما يلجأ لتشويه جسده باعتبار أنه الشيء الوحيد الذي يملك فيه حرية التصرف، وهذا طبعا عكس ما نجده في المؤسسات الإصلاحية فأى محاولة لإيذاء الذات يترتب عنه بعض الإجراءات العقابية.

أما بالنسبة لقلق الفوبيا فنجد أن نسبته تصل ل 2.42، فالحالة هو أكثر شخص عان من بين الحالات المدروسة، فقد جرب صعوبة العيش في الشارع هذا ولد لديه خوفا دائم كما كان قد صرح في أثناء المقابلات أن الحالة التي عاشها هي أكثر حياة تقتضي فيها أن يكون الفرد حذرا.

غياب المخدر لدى "الطيب" فجأة بعد أن كان ينوع في الأدوية المستعملة وبنسب غير منتظمة، والتجاوز في الجرعات جعله يعيش بعض الحالات اللامنطقية حيث تنتابه بعض الأفكار غير المنطقية وهذا ما يظهر لنا في درجة محور الأفكار الذهانية حيث أن الأولى وصلت ل 3.83 والثانية 2.2 وهي نسب عالية ومنطقية، لدرجة وطبيعة الإدمان لدى "الطيب" وكذا طبيعة المواد التي يستهلكها.

نتوصل من خلال المقابلات وكذا تطبيق مقياس هاملتون أن القلق الذي يظهر على "الطيب" ناتجة عن غياب المخدر الذي تعود عليه، أحدث اضطرابات في سلوكاته جعله يفرغ هذه الطاقة في سلوكاته العدوانية، وهذا القلق يمثل عائق أمام تكييفه داخل مؤسسة إعادة التربية و التأهيل التي يتواجد فيها.

* مناقشة الحالة:

من خلال المقابلات التي أجريناها مع "الطيب" تبين لنا أن تعلقه الشديد بالمخدر أثر على نفسيته وعلاقاته الاجتماعية، فهو يعيش عزلة وهو مع الناس يرفض أي محاولة التقرب لمواساته، رغم أنه كان متأثراً جداً إلا أنه كان يصرح بكل شيء وكان يروي حياته مع المخدر، بالتفصيل فهو يفضل المخدر في المؤسسة على أية صداقة مع أي كان، كما أنه يقول لم يعتد إقامة صداقات ولا يملك ثقة في أحد ما دام أن أقرب الناس ألا وهم والديه تخلو عنه، فلا يريد أية صداقة.

هذه العزلة التي يعيشها "الطيب" جعلت إصراره للحصول على المخدر زائدة عن الحدود فكل يوم يدخل في صراعات مع المسؤولين والأطباء للحصول على دواء لكن بلا فائدة، على اعتبار أن قانون المؤسسة التي يتواجد فيها صارم يمنع أي تعاطي للدواء خارج إطاره العلاجي، غياب المخدر لدى "الطيب" في ظل وجود الرغبة له وفي ظل وضعية ضاغطة تمثلت في التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل، جعل منه إنسان غير واقعي في تعاملاته فالحياة التي يحيها "الطيب" في تلك المؤسسة لا تطاق بالنسبة له وذلك بسبب الوسواس التي كانت تنتابه من حين لآخر بأن الناس يتحدثون عنه وأنهم سيقفون ضده، هذا ما جعله يعيش في صراعات دائمة مع زملائه وكذلك المسؤولين عليهم، غالباً ما تنتهي بمعاقبته، هذا ما يعزز لديه فكرة أنه مظلوم ولا أحد يحسن معاملتهم، وهنا نجده ينغزل ويفكر في أن المخدر هو من يخفف عنه الضغط.

إن نظرة "الطيب" للمخدر ايجابية، ففي اعتقاده أنه الوسيلة أو الحل الوحيد في ظل غياب الحلول في مكان يعتبره مشكل اجتماعي وسبباً في ظهور عدة اضطرابات أخرى، فالتواجد في مؤسسة مغلقة محدودة الحريات في نظر "الطيب" هو من يضاعف الضغوط الاجتماعية التي يعيشها، كما أنه يخلق العداوات في المستقبل لأن البيئة المغلقة التي يتجمع فيها آلاف المنحرفين لا يمكن أن تخلق في المستقبل إنساناً سوياً، وهذا بالنسبة للحالة الذي توقعنا أن تكون نظرتهم للمؤسسة مخالفة لما صرح به على اعتبار أنها وفرت له سقفاً يحويه، بعد أن كان يعيش في الشارع، تفاجئنا بقوله أن الشارع أرحم من التواجد في مؤسسة عقابية هذا الاعتقاد يجعل نفسيته محطمة لأنه لم يتقبل هذه الوضعية الجديدة وعدم تقبله هذا يدفعه للقيام بأفعال محاولاً منها التخفيف من حدة الضغط الذي يعيش فيه.

إن استجابات "الطيب" في غياب المخدر عنيفة جداً فكثيراً ما يدخل في شجار متكرر مع من يتحدث معه، ولا يتوقف على هذا الحد بل أن عدوانه أحياناً موجهاً على ذاته، فنجد أن "الطيب" قد قام بعدة محاولات تشويه الذات في المؤسسة.

كما أن "الطيب" من النوع الذي يبرر سلوكياته بأنها ناتجة عن آثار المخدر وهو ينفي أن له دخل في كل ما قام به من أفعال، لكن من جهة أخرى نجده يعتقد أن حياته وهو مدمن أفضل من حياته بلا مخدر، فغياب المخدر لدى "الطيب" عامل مساعد على تذكر حياته المأساوية ويجعله واعياً اتجاه كل الانتقادات والاهانات التي يسمعها في المؤسسة، هذا ما جعله يفقد الثقة في كل من حوله و يفضل البقاء وحده معزولاً على أن يكون مع أناس لا يولونه أي اعتبار.

إن نظرة "الطيب" متشائمة جداً، ما دام أن الشارع هو مرجعه، خاصة بعد تخلي أسرته عليه أيضاً وهو في المؤسسة، فهو يرغب في الرجوع لتعاطي المخدرات ليخفف من ضغوطه، ويساعد غيابه عن الوعي في القيام بالعمليات الإجرامية ليحقق موارد للعيش،

فا"الطيب" من النوع الذي تعود الاعتماد على النفس للعيش، فحياته في الشارع خلقت منه إنسانا بلا مشاعر ثقة في الغير ولا رحمة له، همه الوحيد كيف يصل لتحقيق قوته اليومي. يظهر لنا أن تقدير "الطيب" لنفسه منخفض، حيث لا يعطي أي اعتبار لذاته، فهو فاقد للأمل وعزز ذلك موقف أسرته التي تخلت عنه وهو في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل، فلا أحد يزوره لا أسرة ولا أصدقاء يتقاسم معهم مشاكله هذا جعله يؤمن بأن المخدر هو الحل الوحيد في ظل غياب الحلول داخل مؤسسة مغلقة تحكمها قوانين.

هذا التعلق كانت نتيجة غيابه ظهور مجموعة من الأعراض على "الطيب" كانت معاكسة لتلك التي كانت في وجود المخدر، فكان لغياب المخدر أثر عكسي على المعاش النفسي والجسمي وحتى الاجتماعي لهذا الحالة، حيث أنه يعاني من نوبات الغثيان المتكررة وفقدان الشهية والقيء في بعض الأحيان بالإضافة إلى الإعياء الشديد وفقدان التركيز وعدم الرغبة في الحوار حيث أنه بدأ أثناء المقابلات على درجة كبيرة من الاستثارة، حيث أن استجاباته تمتاز بالعنف والرغبة في إيذاء من حوله.

إن مؤسسة إعادة التربية والتأهيل بقوانينها الصارمة زادت من معاناة "الطيب"، هذه الوضعية التي لم يتقبلها في ظل غياب المخدر جعلته يعيش في قلق دائم وصلت درجته ل3.1 وهي قيمة عالية، وكثيرا ما كان يترجم في الشكاوي الدائمة من أجل وضعه في عزلة عن الآخرين.

إن ما لاحظناه على "الطيب" أثناء المقابلات يدل على حالته النفسية المضطربة في ظل غياب المخدر وتواجهه في وضعية لم يتقبلها، فكان كثيرا ما يبدأ الحديث ثم يقطعه ويبقى شاردا مدة طويلة ثم يعود ليفتح الموضوع بتساؤلات كان يطرحها علينا، فيما سيفعل أمام كل المشاكل التي تواجهه، هذا إن قارنا بينه وبين حالة الثانية "ياسين" الذي كان يحكي بكل عفوية وكان جد هادئ ويتجاوب مع كل ما كنا نقوم به أثناء المقابلات رغم أنه لم يقتنع بضرورة التوقف عن المخدر، فحالة "الطيب" وإجاباته وسلوكاته أثناء المقابلات كانت متماشية ومتوافقة مع نتائج مقياس هاملتون للقلق المطبق عليه.

5: الحالة الخامسة: حالة "عمار"

* تقديم الحالة:

يبلغ "عمار" 25 سنة، ويعتبر الأكبر في أسرة تتكون من الأب والأم و 04 إخوة، يعيش "عمار" في منزل لوحده، نظرا لتوفر الموارد المالية التي تكفيه للعيش الكريم، فالوالد صاحب تجارة لكن ذو سوابق إدمانية أيضا فهو يستخدم الكحول بصفة دائمة، الحالة ذات مستوى دراسي سنة خامسة ابتدائي وانتكاسي قضائي.

* عرض و مناقشة نتائج المقابلات:

بدأ "عمار" تعاطي المخدرات منذ أن كان 10 سنوات، حيث بدأ بتعاطي الكيف بدافع التقليد والبحث عن اللذة، وكان لصحبة السوء سببا في استقرار إدمانه، ضف إلى ذلك فغياب السلطة الأب ومراقبته جعلته حرا في تصرفاته.

كما أن تاريخ الأب المشبوه في التجارة جعل "عمار" ينشأ ضمن أسرة وحي يسودهما الانحراف واللامسؤولية.

الحالة من النوع الذي تعود الحصول على ما يريده في أي وقت وبأي طريقة كانت، رغم توفر كل الإمكانيات في المنزل إلا أن "عمار" كثيرا ما يقيم عند أصدقائه المدمنين فكانت العلاقات الرابطة بينهم هي الانحراف بصفة عامة وتقاسم المواد المخدرة. الحالة ذات سوابق قضائية فهو انتكاسي قضائي للمرة السادسة على جرائم تنوعت بين جرائم الاعتداء على الغير وتعاطي المخدرات.

يعتبر "عمار" من المدمنين اللذين يستعملون كل أنواع المخدرات، فهو ينوع فيها كما يقول لمعرفة تأثير كل صنف منها ما دام أن الموارد المالية متوفرة فهذا لا يشكل عائقا وراء الحصول على المخدرات.

المقابلة الأولى مع الحالة كانت عندما التقينا به عند طبيب المؤسسة وهو يحاول إقناعه بأنه بحاجة للدواء لأنه غير مرتاح، لكن هذا الطلب قوبل بالرفض لأن قوانين المؤسسة التي يتواجد فيها تمنع أي استعمال للدواء دون إطاره العلاجي.

بعدها قام طبيب المؤسسة بتوجيهه لمكتب الأخصائيين النفسانيين أين حاولنا التحدث معه لمعرفة حالته مبدئيا. وفي المقابلة الثانية مع الحالة أخبرنا بأننا سوف نتكفل به وذلك لمحاولة مساعدته للإقلاع على المخدر، لكن هذا قابله بالرفض فهو مصر على أن حالته بحاجة للدواء وليس لمتابعة نفسية، فرفض التعامل معنا.

بعد أسبوع جاء "عمار" بنفسه لمكتب الأخصائيين النفسانيين وذلك من أجل المتابعة النفسية، بدا خلالها متوترا وقلقا لدرجة أنه لا يستطيع الثبوت في مكانه وكان يتحدث بلهجة عنيفة مع إشارات بالأيدي، فكان يضخم الأحداث وشكواه كانت على درجة كبيرة من التضخيم، فكان يرغب في الحصول على المخدر بأية طريقة.

وعندما سأله عن ماذا يعني المخدر بالنسبة له أجاب قائلا: "...أنا الدواء حاجة بزاف مليحة ليا، ما نقدرش نعيش بلا به، كي نقوليلي المخدر، شغل هدرتي على صاحبي ولا خويا هو ألي نلقاه كي نتقلق...وينسيني مشاكل..."، فالمخدر بالنسبة ل "عمار" شيء تعود عليه ولا أحد يستطيع منعه عنه على حد تعبيره، حتى أسرته لم تكن تبالي بإدمانه، فهو شيء لا يستطيع الاستغناء عنه لأنه يجعله يقضي أيامه داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل في راحة دون وعي بمكان تواجد كنه من الهروب من واقع أنه سوف يعاقب على خطاياها، فهو يستطيع فعل أي شيء من أجل الحصول على نشوة العقار.

"عمار" ذو سوابق قضائية، فلا شيء يمنعه من ارتكاب جريمة أخرى من أجل المخدر، حيث نجده يقول: "...ما عندي ما نخسر راح ندي الدواء إلي كنت نشرب فيه بسيف، عايلتي ما وقفنش في طريقي وهاذو حبو بيدلولي حياتي..."

أما فيما يخص المعاش الاجتماعي للحالة داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل نجد أنه ليس له أي صداقات في مكان تواجده، ولا يريد أي منها فنجده يصرح: "...واش ندير بصحاب الحبس، ما يهموني في حاجة، صحابي إلي كنت معاهوم في برى راهوم في حباس واحد آخرين هنا نحب نقعد وحدي خير..."، فكل أصدقاء الحالة هم مدمنين وذوي سوابق قضائية، ومتواجدين في مؤسسات لإعادة التربية والتأهيل غير التي يتواجد فيها "عمار".

فطبيعة حالة "عمار" العنيفة لا تمكنه من النجاح في كسب صداقات، فنجده يعزل ولا يتفاعل مع من معه في المخدر، وهو من الطبع الذي لا يرضخ للقوانين في المؤسسة التي يتواجد فيها، لأنه تعود الحصول على ما يريد به أية طريقة لذلك يريد المتابعة على نفس النهج الذي ترعرع عليه، حياة تمتاز بالعنف والتسلط لكن هذا غير ممكن في ظل مؤسسة تحكمها قوانين، فهذا جعل "عمار" يعيش جملة من الضغوطات التي يحاول دائما التفريغ عنها بطريقة عنيفة فنجده يقوم بإيذاء الذات.

التواجد في مؤسسة لإعادة التربية و التأهيل بالنسبة ل"عمار" هو منبع الضغوط وهو من يخلق المشاكل النفسية خاصة في غياب المخدر فهو يمنع من تحقيق الرغبات، ويحد من الحريات الشخصية خاصة لمن تعود العيش كما يريد ويسير حياته بالنمط الذي يريده، وهذا ما يتضح في قوله: "...déja... هاذ كلمة حبس تبين لك بلي حاجة مهيش مليحة أنا الحاجة ألي نكرها هو الحبس، الحبس يخليك تكره حياتك، تعيش مهموم ومغموم، كل شيء ممنوع، حتى خاطرك يضيق..."

أما فيما يخص نظرة الحالة لتعامل المحيطين بها في المؤسسة، فهو يرى أنها معاملة سيئة فهم لم يراعوا حالته النفسية، هذا ما جعله يحقد كثيرا على الناس لدرجة أنه يفضل أن يعزل و يبتعد عن من يمثل السلطة على حد تعبيره، فيقول: "...ماهومش يقيمونا خلاص، خاصة حنا ألي كنا نشربو الدواء، أنا نشوفهوم ظالمينا، بلاك هاذ الشيء كيما رانيش نشرب الدواء، معلاباليش، بالصح نشوفها معاملة ماشي مليحة..."

"عمار" يستخدم كل الوسائل من أجل الحصول على المخدر، فكان يهدد بالانتحار في كل مرة يطالب فيها بالحصول على المخدر ولا يلبي و يهدد المسؤولين بأنه سوف ينتقم من كل من أذاه على حد تعبيره، وهذا يظهر جليا في قوله: "...مازال ما يعرفونيش برك، راح ننقم من كل واحد حرمني من دوايا...والله غير نقتل روعي ونباصيهم هذا واش راهوم يحوسوا..."

"عمار" يعتبر أعنف حالة من بين الحالات المدروسة، فبعد خروجه مباشرة من مقابلة الطبيب، أخذ بضرب رأسه في الحائط محاولا منه جلب الانتباه من أجل الحصول على الدواء لكن هذا دون نتيجة.

فالملاحظ على حالة "عمار" أثناء المقابلات أنه على درجة كبيرة من الاستثارة و عدم الراحة وزاده في ذلك إصراره في الحصول على المخدر وكذا تضخيمه للأعراض التي كان يعاني منها، فوجدنا صعوبة في التعامل معه وتسيير المقابلات وفق ما يتناسب مع موضوع البحث، ففي كل مرة يقول: "...أنا نستاهل الدواء أخاطر ما نقدرش نعيش ونرتاح بلا به، أنا والفتو وزيد حياتي هنا بزاف صعبة، وإذا ما ديتوش راح نقتل روعي..."

إلى جانب الانفعال الذي كان يعاني منه نجد أنه يستعمل كثيرا التفاعل اللفظي المقرون بالإشارات فهو لا يستطيع الثبوت في مكانه يتحدث ويستعمل يده، ففي كل مرة يضرب على المكتب و يتحدث بصوت عالي.

وفي وصف "عمار" لحالته قبل بداية التعاطي حتى وصوله للإدمان صرح أنه لا يتذكر نفسه وهو على وعيه، باعتبار أنه بدأ التعاطي في سن مبكرة جدا 10 سنوات، ففي كل مرة ينوع في المواد المتعاطاة، لدرجة أن هذه الحالة أصبحت سمة من سمات شخصيته، فيقول: "...مانيش نشفى خلاص لحياتي بلا مخدر، أنا تربيت معه، أنا والفت روعي هكذا كلي حاجة زدت بها، أنا شربت كل شيء ديت قع لأنواع، كيفاش حبيتي نقول لك كيفاش نكون بلا **drogue** ...".

كما أنه كان يتعاطى المخدر في المؤسسات التي قضى فيها عقوباته قبل الوصول إلى المؤسسة التي تم فيها هذا البحث، باعتبار أن لكل مؤسسة نظامها الذي تسير عليه خاصة المؤسسات الحديثة.

إن غياب المخدر بالنسبة لحالة "عمار" الذي قضى حياته مع المخدر، أحدث تغييرا كبيرا في نمط حياته فجعله مضطربا، و يعيش مع جملة من أعراض الانسحاب بعد تقريبا شهر من غيابه، فنجد أن "عمار" أصبح عدواني جدا وعدوانه موجه على ذاته في غالب الأحيان، إذ يقول: "...حياتي تبدلت في هاذ المؤسسة، وليت مانيش نفيق واش راني ندير...".

كما أنه يعاني من اضطرابات النوم وفقدان الشهية، والعصبية الزائدة والحساسية المفرطة اتجاه أبسط الأمور، وقلق دائم يترجم في تلك المحاولات الدائمة للحصول على كل ما يريده، فكثيرا ما يقوم بإيذاء نفسه وهذا بطبيعة الحال يعاقب عليه داخل مؤسسة إعادة التربية و التأهيل.

هذه الحالة جعلت "عمار" ينسحب عن الغير ويحاول دائما البقاء وحده، هذا إضافة إلى طبيعته التي تقوم على أن لا يثق في أحد من غير والده، حيث يقول: "...أنا ما نقدرش نهدر مع الناس نحب نقعد وحدي هكذا أوموا نرتاح شوي **déja** ما عندي ثقة في حتى واحد من غير بابا...".

"عمار" لا يشاطر أحد مشاكله ولا يريد أي صداقات، كما يقول: "...أنا مجرب لحباس بزاف، عشت فيهم كثر من واش عشت في دارنا ونعرف كيفاش تكون فيه العلاقات هي تاع مصلحة برك، وأنا ما عندي ما يكفيني برا...".

يعتقد "عمار" أن المخدر يساعده على تجاوز ضغوطاته ومشاكله في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل التي يتواجد فيها فهو يساعده على تناسي المكان الذي يتواجد فيه مكان يحد من الحريات و يخلق الضغوطات حيث نجده يقول: "...ما كان حتى حاجة تفرحك هنا في الحبس و **bien sur** المخدر هو الحل الوحيد باش يعيش الواحد مرتاح البال ما تعلقوا حتى حاجة **même**... يصراو مشاكل ما يحسلهومش...".

إن نظرة "عمار" اتجاه مستقبله متفائلة جدا فلم يؤثر فيه أبدا اعتباره كمدمن وكشخص ذو سوابق قضائية، فهو يؤمن من أنه قادر على مواصلة حياته بصفة طبيعية، ما دام أن لديه ما يكفيه من الموارد المالية التي تساعده على بناء مستقبله من جديد، كما أن حياته مع وجود المخدر لا ينقصها شيء على حد تعبيره فهو يستطيع أداء أعماله تحت تأثير المخدر، كما أن اعتبار والده مدمن على الكحول يجعله يثق بنفسه كثيرا و بأن أسرته لن تتخلى عنه وهو ما اتضح من قوله: "...أنا راح نعيش نورمال كي نخرج من الحبس حتى حاجة ما تخصني،

عندي تجارتي نولي ليها، و بابا معايا، الدراهم كاينين و déjà أنا والفت نشرب حبة ونروح نخدم والفت تأثيرها بلاك تقدي تقولي كي نشربها نكون مرتاح كثر و نركز مليح...!"

"عمار" لا يريد ولا يرغب في التخلي عن التعاطي المخدرات، بل أنه وبمجرد خروجه من المؤسسة سوف يعود لتعاطيها، لأن حياته بالمخدر أكثر فعالية من غيابه، فالمخدر يساعده على تناسي المشاكل والتخفيف من الضغوطات وتمكنه من أن يغيب عن الوعي:"...مراش نحبس الدواء، على خاطر هو ألي يخليني نركز أنا والفت لحياة بلا به...خدمتي بلا به ما تحلاش...!"

*** عرض و تحليل و مناقشة نتائج المقياس:**

- عرض نتائج مقياس هاملتون:

*** المحور الأول: الاهتمام بالجسد 10 أسئلة.**

(2-42)،(2-48)،(3-27)،(3-49)،(3-12)،(2-56)،(4-58)

(4-4)،(0-53)،(4-1)،(2-40)،(3-52)

$3.2=10/32=(3+2+4+0+4+2+3+3+3+2+4+2)$

*** المحور الثاني: الاستحواذ القهري 10 أسئلة.**

(2-45)،(2-38)،(3-38)،(2-51)،(2-9)،(4-46)،(4-55)،(4-10)،(2-28)

(4-65)،(3-3)

$3.1=10/31=(3+4+2+4+4+4+2+2+3+2)$

*** المحور الثالث: الحساسية الذاتية 9 أسئلة.**

(2-6)،(2-21)،(1-34)،(1-36)،(4-37)،(4-41)،(3-61)،(4-69)،(3-73)

$2.66=9/24=(3+4+3+4+4+1+1+2+2)$

*** المحور الرابع: الاكتئاب 13 سؤال.**

(2-5)،(3-14)،(2-20)،(4-22)،(1-26)،(3-29)،(3-30)،(0-31)

(3-32)،(3-52)،(3-71)،(2-79)،(0-15)

$2.23=13/29=(0+2+3+3+3+0+3+3+1+4+2+3+2)$

*** المحور الخامس: القلق 10 أسئلة.**

(4-2)،(3-17)،(3-23)،(4-33)،(2-39)،(4-57)،(0-72)،(4-78)

(3-80)،(2-86)

$2.9=10/29=(2+3+4+0+4+2+4+3+3+4)$

*** المحور السادس: العدوانية 6 أسئلة.**

(4-11)،(4-24)،(3-23)،(3-67)،(4-74)،(3-81)

$3.5=6/21=(3+4+3+3+4+4)$

*** المحور السابع: قلق الفوبيا 7 أسئلة.**

(3-13)،(2-25)،(2-47)،(4-70)،(0-75)،(2-42)،(3-50)

$2.28=7/16=(3+2+0+4+2+2+3)$

*** المحور الثامن: الأفكار الذهانية 6 أسئلة.**

(3-8)،(4-18)،(4-43)،(0-68)،(4-76)،(4-83)

$3.16=6/19=(4+4+0+4+4+3)$

*** المحور التاسع: العلامات الذهانية 10 أسئلة.**

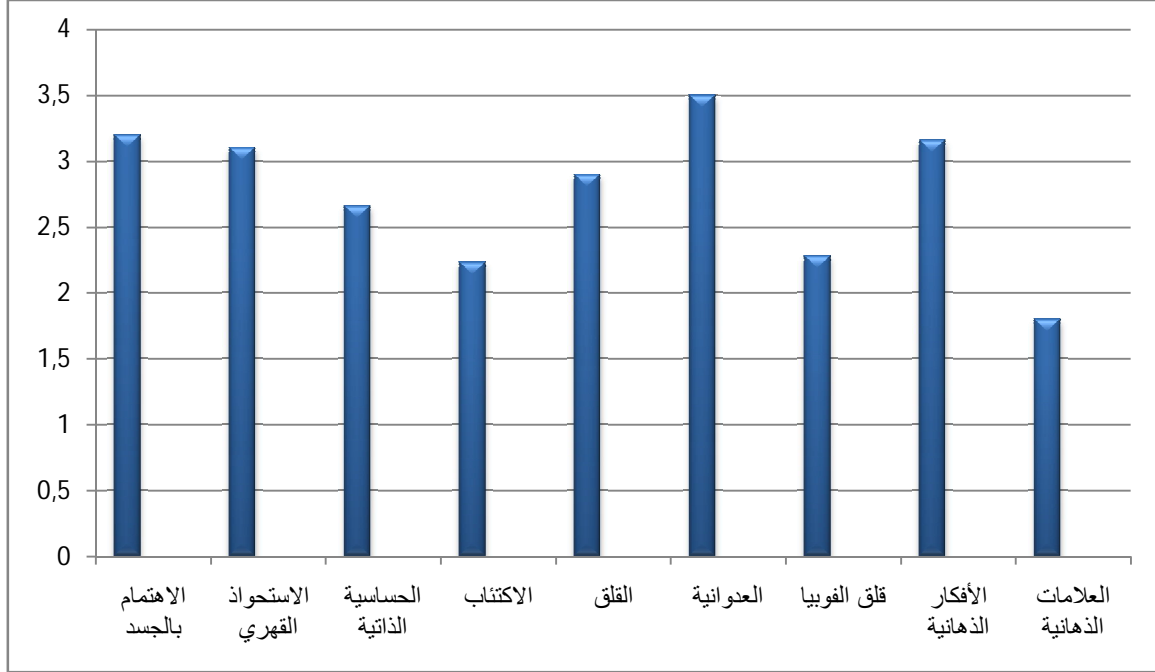
(1-7)،(3-16)،(1-35)،(4-62)،(3-77)،(3-82)،(0-85)،(0-87)

(2-88)،(-90)

$1.8=10/18=1+2+0+0+3+3+4+1+3+1$

جدول رقم (06): يوضح نتائج محاور مقياس هاملتون للقلق :

المحاور	1	2	3	4	5	6	7	8	9
الدرجات	3.2	3.1	2.66	2.23	2.9	3.5	2.28	3.16	1.8



مخطط بياني رقم(5): يمثل نتائج مقياس هاملتون للقلق.

*مناقشة نتائج المقياس:

من خلال تطبيق مقياس هاملتون على حالة "عمار" توصلنا إلى أنه يعاني من قلق وصلت درجته لـ 2.9 وهي عالية، وهذا ما يتجسد من خلال شعوره بالتوتر والضيق إحساسه بالضغط، فغياب المخدر بعد أن كان يتعاطاه بطريقة غير منتظمة ومتنوعة يجد نفسه أمام واقع حرمه من شيء جعله الوسيلة الأولى للراحة وقلقه هذا كثيرا ما يتجسد في الحساسية الذاتية التي يعاني منها حيث أنه أصبح يقلق ويتوتر من أي شيء رغم بساطته، فدرجة هذا المحور وصلت لـ 2.66 وهي درجة عالية، كما أنه كثيرا ما نجده يهتم بجسده ففي كل مرة يطلب ملاقة الطبيب و يشتكى من أن وزنه قد نقص وأنه يعاني من اضطرابات كثيرة فدرجته وصلت لـ 3.2 فوهي درجة عالية جدا.

وكثيرا ما تنتاب "عمار" حالة من اليأس وفقدان الأمل فنجدته ينغزل ولا يتحدث مع أحد، ويعيش حالة تطبعها علامات الاكتئاب يميزها فقدان الاهتمام بأداء أي أعمال حتى إهمال نظافته وأكله فنجد درجة محور الاكتئاب وصلت لـ 2.23 وهي درجة متوسطة مقارنة بالحالة التي بدا عليها أثناء المقابلات.

"عمار" شخص عنيف في استجاباته، حيث أن عدوانه موجه نحو ذاته وهذا هو الوسيلة الوحيدة التي يحاول بها لفت الانتباه له والتخفيف من حدة الضغط الذي يعاني منها فدرجتها وصلت إلى 3.5 وهي عالية جدا، وهو فعلا ما كنا قد لاحظناه أثناء المقابلات،

فالحالة "عمار" أعنف حالة من بين الحالات المدروسة، وهذا العنف كان يظهر أيضا في طبيعة الكلمات والحركات التي يستخدمها.

كما أن "عمار" رغم عنفه ومحاولة تسلطه على الغير كنوع من التنفيس عن الضغط إلا أنه في كثير من الأحيان ما تنتابه بعض المخاوف خاصة عندما يتعلق الأمر بمعاقبته أو عزله داخل المؤسسة، فنجد أن درجتها وصلت ل 2.28 وهي درجة متوسطة.

تنتاب "عمار" في فترة غياب المخدر بعض الأفكار الوسواسية التي تتكرر عليه باستمرار وتؤثر عليه كثيرا خاصة تلك المتعلقة بإيذاء كل من كان سببا في منعه من الحصول على المخدر وصلت درجتها ل 3.1 وهي درجة عالية جدا.

إن غياب المخدر لدى "عمار" جعله يفقد الثقة بالغير وتنتابه أفكار بأن الناس سيقفون ضده و يتفقون عليه إن لم يكن واعيا، هذه الأفكار تتردد طيلة الوقت في ذهنه تجعله في كثير من الأحيان يستجيب بعنف و يدخل في مشاحنات كلامية مع من يتحدث أو ينظر إليه، فنجد أن درجة محور الأفكار الذهانية عالية جدا وصلت ل 3.16 و 107 بالنسبة لمحور العلامات الذهانية.

نستنتج من خلال المقياس والمقابلات أن الحالة تعيش في وضع من القلق التي تتجلى في عدم الراحة النفسية التي يعيشها والتي يحاول التخفيف عنها من خلال سلوكاته العدوانية وحالات الاكتئاب التي يعاني منها، فعدم تقبل التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل وغياب المخدر جعله كثير الحساسية وسلوكه مضطرب لدرجة أنه لا يستطيع التعايش مع الوضع الجديد.

* مناقشة نتائج الحالة:

من خلال المقابلات التي تمت مع "عمار" يتبين لنا تعلقه الشديد بالمخدر، فهذا الأخير شيء مهم جدا في حياته، شيء تعود عليه ولا يتقبل بأن يتدخل أحد محاولا منعه عليه، حتى أسرته لم تكن تبالي بإدمانه، المخدر شيء لا يستطيع الاستغناء عنه لأنه يمكنه من قضاء أيامه داخل المؤسسة في راحة دون وعي بمكان تواجد كنوع من الهروب من واقع أنه سوف يعاقب على خطاياه، وفي نفس السياق توصل **Marlatt** **مارلات 1983**، إلى أن معظم المدمنين تعزز أكثر الرغبة في المخدر، عندما تعترضهم مواقف مزعجة تثير لديهم القلق ولاضطراب وهم يلجؤون للمخدر أو المسكر من أجل تخدير مشاعرهم وإحساسهم و من أجل الهروب من المواقف الأكثر ضغطا. (حمدي نجار، 1992، ص 62).

فالحالة يستطيع فعل شيء من أجل الحصول على نشوة العقار ولو بالعنف، فهو ذو سوابق قضائية فلا شيء يمنع من أجل ارتكاب جريمة أخرى من أجل الحصول على المخدر الذي تعود على استهلاكه منذ أن كان في 10 من عمره، وفي هذا الصدد يرى "ونك **winich**" أنه من خصائص الشخصية المدمنة من بينها أنها شخصية غير ناضجة عاجزة عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن أبويه، ضف إلى أنه شخص لا يستطيع تأجيل إشباع رغباته الإدمانية، كما أنه يعاني القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك يلجأ إلى المخدرات للتخفيف من غضبه وانفعاله، وهو ما يحدث في ظل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل أين يزيد الضغط، وقد اعتمد "ونك **winich**" في ذلك على أسلوب التحليل النفسي والاختبارات.

تعلق "عمار" بالمخدر جعله، يستغني عن أية صداقات، فليس للحالة أي أصدقاء في المؤسسة التي يتواجد فيها ولا يريد لها، فكل علاقات الحالة هي مع أناس مدمنين ذوي سوابق قضائية ومتواجدين في مؤسسات أخرى، فطبيعة الحالة العنيفة لا تمكنه من النجاح في كسب علاقات، فنجدته يعزل ولا يتفاعل مع من معه في المؤسسة، يرغب في إقامة علاقات لكن في حدود إشباع رغبته في المخدر، وهو من الطبع الذي لا يرضخ للقوانين في المؤسسة التي يتواجد فيها فقد تعود الحصول على ما يريد بأي طريقة لذلك يريد المواصلة على نفس النهج الذي ترعرع عليه، حياة تمتاز بالعنف والتسلط ولكن بما أن هذا غير ممكن في إطار مؤسسة لها قانون، فهذا يجعل "عمار" يعيش جملة من الضغوطات التي يحاول دائما التفرغ عنها بطريقة عنيفة فنجدته قد قام بإيذاء الذات أكثر من مرة.

فالمكان الذي يتواجد فيه "عمار" خاصة في ظل غياب المخدر يشكل وضعية ضاغطة له فهي تخلق لديه التوتر وعدم الراحة، وفكره دائما مشغول بكيفية الحصول على المخدر بالتالي هذا يزيد من انفعاله واستجاباته، غير المنطقية مقابل أحداث بسيطة.

استخدم "عمار" كل الوسائل من أجل إشباع رغبته في المخدر، فكثيرا ما كان يهدد بالانتحار في كل مرة يطالب بها في الحصول على المخدر ولا يلبي ويهدد المسؤولين بأنه سوف ينتقم من كل من أذاه على حد تعبيره، هذه الحالة تعتبر أعنف حالة من بين الحالات المدروسة وهو ما كان يظهر في سلوكاته العدوانية اتجاه نفسه.

إن الملاحظ على الحالة أثناء المقابلات أنه على درجة كبيرة من الاستثارة وعدم الراحة وزاده ذلك إصرارا للحصول على المخدر، وكذا تضخيمه للأعراض التي كان يعاني منها، فوجدنا صعوبة في التعامل معه وتسير المقابلات وفق ما يتناسب مع موضوع البحث، زاد من ذلك النظرة التي يتبناها بأنه شخص مريض وبحاجة للدواء إلى جانب الانفعال الذي

كان يعاني منه نجد أنه يستعمل كثيرا التفاعل اللفظي المقرون بالإشارات فهو لا يستطيع الثبوت في مكانه و يتحدث باستعمال يديه.

إن الفترة المبكرة التي بدأ فيها "عمار" التعاطي، جعلته يفضل حياته وهو مدمن لأنه في الأصل لا يتذكر نفسه وهو بلا مخدر، هذا إضافة إلى أنه كان مدمن متعدد وغير منظم في تعاطيه، بالتالي فغياب المخدر بالنسبة لحالة" عمار الطي قضى حياته مع المخدر أحدث تغييرا كبيرا في نمط حياته فجعله مضطربا ويعيش مع جملة من أعراض الانسحاب بعد شهر تقريبا من غيابه، فنجد أنه أصبح عدواني جدا وعدوانه موجها نحو ذاته في غالب الأحيان. كما أن الحالة تعاني من اضطرابات النوم وفقدان الشهية والعصبية الزائدة والحساسية المفرطة اتجاه أبسط الأمور، وقلق دائم يترجم في تلك المحاولات الدائمة للحصول على ما يريده، فكثيرا ما يقوم بإيذاء نفسه وهذا بطبيعة الحال يعاقب عليه داخل المؤسسة التي يتواجد فيها، إن الحالة التي يعيشها "عمار" في ظل غياب المخدر جعلته ينسحب عن الغير ويحاول دائما البقاء وحده هذا إضافة إلى طبيعته التي تقوم على عدم الثقة في أحد من غير والديه فهو لا يشاطر أحدا مشاكله ولا يريد أي صداقات، كما يقول أنه جرب التواجد في مؤسسة لإعادة التربية و التأهيل عدة مرات، فالعلاقات فيها هي مبنية على المصلحة على حد تعبيره، وهو لا يريد مثل هذه الصداقات، فالمخدر في نظر "عمار" أنه وسيلة تجاوز الضغوطات والمشاكل داخل مؤسسة إعادة التربية والتأهيل فهو يساعد على تناسي المكان الذي يتواجد فيه، مكان يحد من الحريات ويخلق الضغوطات.

إن نظرة الحالة لمستقبلها متفائلة جدا فلم يؤثر فيه أبدا اعتباره كمدمن وشخص ذو سوابق قضائية، فهو مؤمن أنه قادر على مواصلة حياته بصفة طبيعية ما دام أن له ما يكفيه من الموارد المالية التي تساعده على بناء مستقبله، كما أن حياته بوجود المخدر لا ينقصها شيء على حد تعبيره، فهو لا يستطيع أداء أعماله بصفة طبيعية ما دام أنه تعود على القيام بأعماله التجارية وهو تحت تأثير المخدر، كما أن اعتبار والده مدمن على الكحول هذا يجعله يثق في نفسه كثيرا بأنه لن تتخلى عنه أسرته.

"عمار" عكس الحالة الأولى والثانية اللتين تريدان التوقف عن التعاطي إن كان هناك من يساندهم ويشجعهم لذلك، في حين "عمار" لا يريد ولا يرغب أبدا في التوقف عن التعاطي بل أنه وبمجرد خروجه من المؤسسة سوف يعود لتعاطيها، لأن حياته بالمخدر أكثر فعالية من غيابه، فالمخدر يساعده على تناسي المشاكل والتخفيف من الضغوط والغياب عن الوعي ويعطي له القوة على مواجهة مشاكله.

هذه النظرة التي يتبناها "عمار" اتجاه المخدر خاصة في ظل غيابه جعلته يعيش جملة من الاضطرابات وحالة من القلق حيث وصلت درجته وفق مقياس هاملتون المطبق على الحالة ل 2.9 وهي عالية جدا تبلورت في تلك المظاهر الفيزيولوجية والنفسية التي ظهرت عليه في فترة غياب المخدر، هذه الحالة تمثل عائقا أمام تكيف الحالة في الوسط الجديد والمغلق الذي يعيش فيه.

6: مناقشة نتائج الحالات الخمسة:

لاحظنا من خلال مناقشة محتوى كل مقابلة خاصة بكل حالة بالإضافة إلى تحليل نتائج مقياس هاملتون للقلق، أن جميع الحالات أظهرت عبر محاور المقابلة نصف الموجهة ومقياس هاملتون، مدى تأثير غياب المخدر بعد طول استعمال على حالتهم النفسية حيث أظهروا ارتفاع درجة القلق وفق مقياس هاملتون ترواح بين 2.5 إلى 3.1 وهو ما كان يتناسب مع ما تم عرضه في مقابلة كل حالة، فكل حالة من الحالات المدروسة كانت قد ظهرت عليها مجموعة من الأعراض تدخل ضمن فترة الانسحاب syndrome de sevrage عن استعمال عقار معين، لكن نسبة التأثير بهذا النقص يختلف من حالة لأخرى، فهناك من أثر عليه بدرجة كبيرة نتيجة التعلق النفسي الشديد بالمادة المتعاطاة وجعل منه عدواني، في استجاباته ومنهم من أثر على علاقاته الاجتماعية وجعل منه كثير الحساسية وعلى درجة كبيرة من الاكتئاب و فقدان الأمل وهو ما يظهر في حالة "الطيب" الذي أثرت عليه الحياة التي عاشها قبل دخوله للمؤسسة، من بعدها وقوعه في أيدي الأمن ووضعه في مؤسسة لإعادة التربية و التأهيل، أين انقطعت عليه المخدرات في مرحلة من أكثر المراحل ضغطا خاصة بالنسبة لشخص تعود الإدمان لسنوات عديدة، لدرجة أنه لا يتذكر حياته بلا مخدر أن حالته و هو تحت تأثير المخدرات أحسن بكثير من غيابه، وهو ما يظهر لنا في حالة "عمار" الذي لم يؤثر عليه التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل ولا اعتباره كمدمن فاقد السيطرة على ذاته فهذا لم يفقده الثقة والاحترام لنفسه بل هو مقتنع أن ما يقوم به شيء عادي بل يساعده على التكيف أكثر مع الحياة التي يعيشها داخل المؤسسة، من جهة أخرى نجد أن غياب المخدر إضافة إلى تواجد أفراد مجموعة البحث في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل (مكان مغلق يسير وفق قوانين معينة)، زاد من صعوبة تقبلهم للوضعية الجديدة، فنجد أن أفراد المجموعة تقريبا يعيشون نفس الوضعية التي تمتاز بعدم الراحة وصعوبات في التعامل مع المحيطين بهم وإنشاء علاقات في الوسط المصغر الذي يعيشون فيه، هذا بطبيعة الحال بدرجات مختلفة، وكثيرا ما نجد أن القلق الذي يعاني منه أفراد مجموعة البحث والذي أثبت المقياس المطبق والمقابلات أنه على درجة عالية، نجده يظهر على سلوكيات المفحوصين حيث أنهم يدخلون في شجارات دائمة مع النزلاء وحتى موظفي المؤسسة.

وما زاد من معاناة أفراد مجموعة البحث وبنفس الطريقة هو تواجدهم في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل أين تكون هناك محدودية في تلبية الرغبات على اعتبار أنها مؤسسة قانونية، كما أن نظرة أفراد المجموعة للتواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل أنه وضعية ضاغطة ومسببة للضغوط وعدم تقبلهم له، هذا زاد من معاناتهم وإصرارهم في معاودة التعاطي لأن أوقات الفراغ الزائدة في المؤسسة تزيد من تمسكهم بالمخدر على أنه الوسيلة الوحيدة التي تساعدهم على التكيف في ظل واقع يصيفونه على أنه متسلط، يحد من حرية الفرد وينقص كرامته، فهناك من أفراد مجموعة البحث ما نجد أن التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل أثر فيه لدرجة أنهم يشعرون بالنقص وتدني القيمة على اعتبار أنهم في مكان يتساوى فيه كل الأفراد ذوي السوابق القضائية المتعددة وحتى النزلاء الجدد ما دام أن هناك نفس القانون في معاملتهم وهذا بالطبع لا يرضي من تعود على العيش الكريم، خاصة ما نجده عند حالة "رضوان" الذي أثر فيه بدرجة أكبر فنجده كثيرا ما يتحسس من معاملة الموظفين وحتى النزلاء في تلك المؤسسة، وهذا ما يجعله أحيانا ينسحب ويتجنب أي لقاءات مع غيره.

وهناك من أثر عليه غياب المخدر بطريقة أخرى، فنجده ينسحب من المجتمع الذي هو من ضمنه، ويبحث دائما عن العزلة الانفرادية و هذا كنوع من الهروب من واقع قد حرمه من شيء كان كنوع من الطرق التي يواجه بها المشاكل على اعتبار أن الإدمان أو تعاطي المخدرات، أو أحد المواد السامة هو ميكانيزم مقاومة وهنا يصبح لديهم كف في تعلم أو ممارسة السلوكيات الأكثر تكيفية، وتلك المتعلقة باختبارات المقاومة، وخاصة مهارات حل المشكلات، وحين تستعمل المقاومة كتوبيخ الذات، الانسحاب، التفكير المرغوب فيه والانغلاق حول الذات، يرتفع احتمال زيادة تعاطي هذه المواد المخدرة، وهذا ما أشارت إليه الباحثة "سائل" Sail " في دراستها حول موضوع المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات.

وقد أشارت نفس الباحثة إلى أن تعاطي المخدرات وبالتالي الإدمان عليها إستراتيجية غير فعالة لمواجهة الضغوطات يلجأ إليها الفرد للهروب من المواقف الضاغطة وتجنب الضيق الناجم عنها، ولكن في ظل غياب المخدر وهو الطريقة الوحيدة التي يستعملها مثل هؤلاء المدمنين للهروب من مشاكلهم، نجد أن البعض منهم ينسحب ويعيش في عالم خاص به، منغلقة يرفض أي علاقة ما دام أنه لا يستطيع التوافق معها وهو ما نجده عند حالة "سفيان" الذي تعود تعاطي المخدرات منذ سن مبكرة، فتعود العيش في عزلة عن الغير يرفض أي محاولة للتقرب منه، فلا صداقات له ما زاده عزلة العاهة التي يعاني منها على مستوى العينين، هذا إضافة إلى دخوله مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل في وقت لم يتقبل هذا التغيير الجديد في حياته ما زاد رغبته في الحصول على المخدر، وهذا الأخير هو الطريقة الوحيدة التي يتناسى به المكان الذي يتواجد فيه خاصة في ظل غياب المخدر، وظهور الأعراض التي انقسمت على نفسيته وجسده وهذه التغييرات أعاققت كثيرا تكيف هؤلاء المدمنين مع الوضع الجديد وزادهم إصرارا في الحصول على المخدر.

نظرة أفراد مجموعة البحث للمخدر وتبنيهم له على أنه الوسيلة الأكثر فعالية لتجاوز الضغوط داخل المؤسسة جعلهم يعيشون محاولات كثيرة للحصول عليه، وبما أنه بلا فائدة فهذا يزيد من معاناتهم داخل المؤسسة حيث تراوحت استجاباتهم بين العدوان على الذات وعلى الغير وكذا الانسحاب والانعزال في أحيان أخرى.

فوجد أن الحالات المدروسة أبدت درجة عالية من القلق وفق مقياس هاملتون، تراوحت بين 2.5 إلى 3.1 وكذلك ما بينته نتائج المقابلات مع المفحوصين، وهذا القلق كثيرا ما كان يظهر في تعاملهم معنا و حتى من خلال ما لاحظناه في تعاملهم مع زملائهم و كثرة شكاوى المسؤولين عنهم.

والجدول رقم (07): يوضح درجات القلق بالنسبة لكل حالة وفق مقياس هاملتون

للقلق:

الحالة	درجة القلق وفق مقياس هاملتون للقلق
سفيان	2.8
ياسين	2.5
رضوان	2.8
الطيب	3.1
عمار	2.9

7: استنتاج عام:

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى ارتفاع درجة القلق عند نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل عند المدمنين في ظل غياب المخدر، والتعرف على الحالة النفسية والاستجابات التي ينتجها مثل هؤلاء المدمنين خاصة وأنهم في ظل غياب المخدر إلزاماً من المؤسسة التي يتواجدون فيها.

وتم اختيار أفراد مجموعة البحث وفق عدد من الشروط تمثلت في أن يكون الفرد مدمن على نوع أو أكثر من أنواع المخدرات (المواد ذات الانتماء النفسي)، على اختلاف أصنافها وأن يكون في مرحلة غياب المخدر مع تواجد الرغبة له أي عدم تعاطيه للمخدر خارج عن سيطرته، وذلك في أحد مؤسسات إعادة التربية والتأهيل بالجزائر، وبعد دراسة استطلاعية في المؤسسة المعنية بالبحث على اعتبار أننا نعمل في نفس المؤسسة كأخصائي نفسي، تم ضبط مجموعة بحث تتكون من 05 أفراد رجال فقط طبعاً لأن المؤسسة التي تم فيها البحث لا توجد فيها نزيلات كونها مؤسسة جديدة.

استعملنا في دراستنا هذه المنهج العيادي، أما أدوات الدراسة فتمثلت في المقابلة العيادية نصف الموجهة ومقياس هاملتون للقلق، تم استعمال المقابلة نصف الموجهة للتقرب أكثر من المفحوصين والتعرف عليهم عن قرب وكسب ثقتهم وكذا جمع المعلومات حول الحالات وماهية الأعراض التي ظهرت عليهم في فترة غياب المخدر، وكذا الاستجابات التي ينتجونها أو يستعملونها أمام هذه الوضعية الضاغطة بالنسبة لهم (التواجد في مؤسسة لإعادة التربية والتأهيل بالإضافة للغياب غير الإرادي للمخدر).

ولتحليل نتائج هذه الدراسة تم الاعتماد على تحليل محتوى المقابلة بالنسبة لكل محور على حدا وكذلك حساب درجات المقياس المطبق على المفحوصين.

وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هناك تأثير فعلي على نفسية النزلاء المدمنين الذين يعيشون حالة غياب المخدر (فترة انسحاب)، وأنهم لم يتقبلوا هذه الوضعية من خلال ما صرحوا به أثناء المقابلات وكذا طبيعة الاستجابات التي ظهرت من خلال درجات المقياس خاصة وأنهم في مؤسسة قانونية لها نظامها الخاص الذي يحد من إمكانية مواصلة تعاطي المخدرات، هذا ما رفع من درجات القلق لدى أفراد مجموعة البحث المدروسة إضافة إلى تأثير غياب المخدر على مختلف جوانب الحياة لديهم داخل المؤسسة التي يتواجدون فيها.

تمثلت الفرضية التي انطلقنا منها في هذا البحث في وجود قلق مرتفع عند المدمنين نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل في غياب المخدر (فترة الانسحاب)، إن عرضنا لنتائج مقياس هاملتون للقلق بالإضافة إلى ما تحصلنا عليه من خلال المقابلات، أكد لنا وجود قلق مرتفع لدى مدمني المخدرات نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل في هذه المرحلة قدرت أكبر درجة منها ب 3.1، وهذا ما يؤكد فرضيتنا، وقد وجدنا بأن القلق متواتر بدرجات مختلفة من 2.5 إلى 3.1 حسب حالات أفراد مجموعة البحث، وهذا راجع لعدة أسباب مختلفة منها التكفل النفسي الدائم الذي تلقته بعض أفراد مجموعة البحث منذ دخولهم للمؤسسة من قبل فريق الأخصائيين النفسيين العاملين بها حيث سطوروا برنامجاً خاصاً بهذه الفئة.

وفي هذا الصدد، وحسب "بيدرو ميلمان Beedro a,b, Millman يكون القلق نوعياً بسيطاً أو حاداً، وهو يعرف بقلق الانتكاس، ليس مؤقتاً متأرجحاً، قد يكون مزمناً، ورهيناً بالشفاء التام، ويعبر عن التوتر الناتج عن الصراع بين التوقف عن العقار مع

استمرار الحاجة إليه مع خشية العودة إليه في ظروف المثيرات، المواقف والعوامل ذات الخطورة العالية لذلك.

ومما لا شك فيه أن هذا القلق يمكنه أن يهدد الإقلاع أو الامتناع عن العقاقير، (خاصة في موقف يعد من أكثر المواقف ضغطاً وهو التواجد في مؤسسة مغلقة)، ويسبب فعلاً الانتكاس خاصة إن كانت أعراض القلق شديدة، فالمدمن على المخدرات منها الأدوية النفسية، الذي يعاني من هذا القلق يبقى يدور في حلقة مفرغة، ودوامة لا تنتهي من التفكير والخوف والصراع بين نعم ولا هذا ولا ذلك، جلسات وتأملات ذاتية، وحسابات خاصة بالموازنة بين مكسب الانتكاس، خسارته، نتائج، عواقبه ومرتبته...

(Beeder, A, B, mellman, (1992), p 681-682).

وفي نفس الصدد يشير "كياروف أوكونور Kieron o, conor" بأن الضيق النفسي مرتبط بالفطام لا يلاحظ سوى عند الأشخاص الذي يعانون من القلق.

وفي هذا الصدد أشار إلى أن ضرورة إعادة ظهور مشاكل القلق المعاش يكون منذ سحب العقار، وهذا ما يستدعي مساعدة نفسية علاجية (Kieron ocnor, (1997).

وفي نفس السياق توصل Marlatt مارلات 1983، إلى أن معظم المدمنين تعزز لديهم أكثر الرغبة في المخدر، عندما تعترضهم مواقف مزعجة تثير لديهم القلق ولاضطراب وهم يلجؤون للمخدر أو المسكر من أجل تخدير مشاعرهم وإحساسهم ومن أجل الهروب من المواقف الأكثر ضغطاً. (حمدي نجار، (1992)، ص 62).

وفي دراسة على 311 فرد من المدمنين ذوي السلوكيات الإدمانية المختلفة، (كمنجس وآخرون (1980)، Cammings et al)، وجدت أن جماعة مرت بثلاث مواقف عالية الخطورة: فالمجالات الانفعالية السالبة مثل القلق والإحباط و شدة الاكتئاب مسؤولة عن 35% من حالات العودة للإدمان والصراع الداخلي مسؤول عن 16% و الضغوط الاجتماعية، وحتى صدمات الدخول للسجن (مؤسسات إعادة التربية والتأهيل). (عبد المعطي، (2002)، ص 254).

كما تجدر الإشارة إلى أن درجات القلق عند أفراد مجموعة بحثنا متفاوتة من حيث الارتفاع و هذا التفاوت يعود لأسباب عدة و على رأسها طبيعة الظروف التي يعيشها المدمن داخل المؤسسة والتي تعتبر صعبة نوعاً وكذا درجة تقبل التواجد في مثل هذا المكان، إضافة إلى شهية المدمن للمخدر التي تتفاوت أيضاً من فرد لآخر وكذا العوامل السيكودرامية (الضغط، الصراع، الحاجات، الدوافع...).

خاتمة:

تطرح ظاهرة تعاطي المخدرات والمؤثرات النفسية والعقلية مشكلا على مستوى الصحة العمومية وعلى عدة مستويات في عدة مناطق من العالم، لا سيما في الجزائر أين لا تزال مشكلة التعاطي والإدمان على المخدرات بصفة عامة والأدوية النفسية بصفة خاصة، ظاهرة حديثة وهو ما يفسر تأخر الجزائر في ميدان مكافحة والوقاية من هذه الأفة من جهة، وبداية توجه السلطات العمومية، ومختلف الأطراف الفاعلة في المجتمع المدني من مربيين، أخصائيين في الطب العقلي، آباء وحركة جهوية نحو الآثار السلبية والنتائج التي ولدتها هذه الأفة على كل المستويات، الصحية، النفسية، الاجتماعية، الاقتصادية، والمستويات الثلاثة الديمغرافيا، الاقتصاد، والمستوى الاجتماعي الثقافي.

وأكيد أن العوامل النفسية تتدخل مباشرة في الظاهرة، و تلعب دورا فعالا و مؤثرا في حدوثها وانتشارها إذ ما قارناها بالعوامل الأخرى، هذا ما جعلنا نتلقت لدراسة عكسية نتطرق فيها لأثر غياب المخدر بعد طول استعمال مستوى القلق عند نزلاء مؤسسات إعادة التربية والتأهيل وكان التساؤل الذي انطلقنا فيه في دراستنا هذه كالتالي:

يعاني المدمن نزيل مؤسسات إعادة التربية والتأهيل من القلق في غياب المخدر هل هو مرتفع أم منخفض؟

وعليه طرحنا الفرضية التالية: يعاني المدمن نزيل مؤسسات إعادة التربية والتأهيل من قلق مرتفع في غياب المخدر.

وللتأكد من صدق فرضيتنا استعملنا كوسيلة بحث المقابلة نصف الموجهة بالإضافة لمقياس هاملتون للقلق وذلك في فترة غياب المخدر مع وجود الرغبة له في مؤسسة إعادة التربية والتأهيل بالنسبة لنزلائها المدمنين، وقمنا بمناقشة وتحليل نتائج كل حالة على حدا وسجلنا بأن القلق مرتفع عند هؤلاء النزلاء المدمنين لكن بدرجات متفاوتة بين أفراد مجموعة البحث، وقد أكد صحة الفرضية التي انطلقنا منها.

وعلى العموم كنا نتمنى أن تكون مجموعة بحثنا كبيرة، حتى تكون لنتائج بحثنا مصداقية أكبر، لكن المجال لا يزال مفتوحا للدارسين والباحثين إذ ما أرادوا الغوص في دراسة سلوك الإدمان أو التعرف على العوامل النفسية المؤثرة على التعاطي والإدمان فالموضوع لا يزال خصبا، ودراستنا تضاف إلى مجموعة الدراسات السابقة في هذا الميدان، فهي تعتبر خطوة في ظروف نستطيع القول بأنها صعبة أنها تفتح باب لدراسات أخرى في ظروف جيدة، وبناتج مرضية في المستقبل.

ولأن الموضوع في كلا متغيريه يعتبر أحد الطابوهات في الجزائر، نرى بأن حان الوقت للتحرك باتجاه فتح أفق الإصلاح والمبادرات الساعية للحد من انتشار الظاهرة وتجنب تفاقمها نحو الأسوأ، وعليه يجب وضع ميكانيزمات قادرة على تفعيل برامج الوقاية و التكفل بهذه الظاهرة في الجزائر، كما يجب الحيلولة دون الحلول المحققة والاستراتيجيات الفعالة التي لها مستوى على مدين القريب والمتوسط، بالتكفل السريع وبخاصة عبر الوقاية، والتحسيس، الإعلام والعلاجات التي لا بد من القيام بها.

صعوبات البحث:

منذ بداية عملنا على هذا البحث عرفنا صعوبات وإيجابيات، تتمثل الايجابية منها في إحساس الباحث بنوع من الإنتاج والفعالية، ومنحه دفعا قويا وشغفا لبحوث ودراسات أخرى تروي شغفه للعلم وتعزز روحه العلمية أما عن الصعوبات فنلخصها في :

_ انتهاء الحياة القصيرة التي ترافق فيها الباحث مع البحث، حيث كان الوقت الضيق لمجال البحث من ضمن الصعوبات التي تحدينا بها أنفسنا وإمكانياتنا بحيث كلما أردنا أن نحقق تقدما في بحثنا نجد أن الوقت تقدم علينا.

_ عدم تلبية رغبة المدمن في الحصول على المخدر، أدى ببعض النزلاء إلى المقاطعة ورفض فكرة تقديم معلومات مما قلص من حظوظنا في الحصول على عدد أكبر من الحالات، حتى أننا حصينا بعض الحالات التي انسحبت من البحث بعد ما كانت من بين أفراد المجموعة لعلمهم بأن دخولهم ضمن مجموعة البحث لا يعود عليهم بأية فائدة.

_ كما أن اتساع رقعة المؤسسة وبعد العيادة مكان عملنا والاحتباس مكان تواجد قاعات النزلاء خلق لنا مشكل في استدعائهم عدة مرات لأن التنقل الدائم يتعارض ونظام وأمن المؤسسة ما اضطرنا لوضع برنامج لكيفية استقبالهم دون الإخلال بنظام وأمن المؤسسة.

_ ضف إلى ذلك عدم تعود موظفي السلك الخاص على مثل هذه الأبحاث ما جعلهم يتدخلون كثيرا في عملنا تحت غطاء الحفاظ على أمن ونظام المؤسسة خاصة وأنها من المؤسسات الجديدة التي تعززت بها المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج.

_ كما عرفنا عائق كبير لطالما أرقنا وهو صعوبة التوفيق بين إجراء البحث وأداء الواجبات المنوطة بنا كأخصائية نفسانية في تلك المؤسسة.

_ خصوصية الشريحة التي تمحور عليها بحثنا، فأية فئة هي، فئة معتادي الإجرام وما لها من صفات (مستوى تعليمي محدود، ضد اجتماعيين، حالات حدية ، أمراض نفسية وعقلية، تشويه الذات، سوابق إجرامية، اضطراب العلاقات الاجتماعية والعائلية، تعدد الإدمان،) والتي تتطلب جهدا وإرادة وذكاء وشجاعة خاصة للتعامل معها لاسيما في عملية جمع المعلومات حول ماضيها، معلوماتها الشخصية لأنها تعتبر شكل من أشكال التدخل والتطفل في اعتقادهم الشخصي.

_ خصوصية المؤسسة في حد ذاتها، خصوصية طابع نشاطها العقابي الإصلاحية والأمني، جعلنا نصطدم مرات عديدة مع القوانين الداخلية الصارمة وحتمية حفظ أسرار مهنتنا و أسرار المؤسسة.

-إضافة إلى صعوبات أخرى لا نجد لها داعيا لذكرها.

التوصيات والاقتراحات:

*التوصيات:

- ضرورة تلفت الجهات الوصية بهذه الفئة، من خلال توفير تكفل نفسي وطبي أثناء تواجدهم داخل المؤسسة من أجل التخلص النهائي من إدمانهم أو توفير بدائل عما كانوا يتعاطونه.

- إجراء دورات تكوينية للعاملين بمثل هذه المؤسسة من حيث طرق التكفل بهذه الفئة على اعتبار أنها فئة ذات خصوصية، أفراد مدمنين بالإضافة إلى تواجدهم داخل مؤسسات مغلقة.

- ضرورة القيام بحصص توعية عن مخاطر التعاطي والإدمان على الأدوية النفسية، يقوم بها فريق من أخصائيين نفسانيين وأطباء وذلك بهدف توعية هؤلاء النزلاء وذلك سيعا لتغير نظرة نزيل مثل هذه المؤسسات للمخدر وللأدوية النفسية بصفة عامة.

- توفير الوسائل أمام الأخصائيين النفسانيين مثل قاعات خاصة بالنشاطات البدنية (للتفريغ الانفعالي)، وتسهيل مهمة هؤلاء الأخصائيين وعدم وضع عراقيل من قبل مسؤولي هذه المؤسسات وذلك من أجل تكفل نفسي جيد في مرحلة غياب المخدر مع تواجد الرغبة في معاودة التعاطي.

*المقترحات:

- توسيع مجال هذا البحث وإثرائه من طرف أساتذة باحثين لديهم من الخبرة والكفاءة ما يؤهلهم ليقدموا الإضافة.

- دراسة جوانب أخرى من الاضطرابات التي يمكن أن يتعرض لها النزيل المدمن في غياب المخدر.

- حبذا لو تتلقى الجامعة تسهيلات من طرف الجهات القضائية – المجالس القضائية- في إطار الاتفاقيات الممكن إبرامها بين وزارتي العدل، التعليم العالي والبحث العلمي لتسهيل القيام بحوث ميدانية على مستوى المؤسسات العقابية دون عراقيل مادامت البحوث لا تخل بأمن و خصوصية تلك المؤسسات.

المراجع

المراجع:

- 1: أحمد الزغبى (2001): أسس علم النفس الجنائي، قسم علم النفس كلية الآداب، دار الهدى للنشر والتوزيع/ط3، اليمن السعودية.
- 2: أبو فرحة خليل (2007): الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، الأردن/ط1.
- 3: أحمد محمد مشابقة (2006): الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق، عمان الأردن.
- 4: السامراني نبيهة صالح (2007): أعراض الأمراض النفسية العصبية تربويا ومهنيا، دار المناهج للنشر والتوزيع/ط1.
- 5: الداهري صالح حسن (2005): مبادئ الصحة النفسية، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن/ط1.
- 6: الدباغ فخري (1983): أصول الطب النفسي، دار الطليعة للطباعة والنشر، بيروت/ط3.
- 7: الصيرفي محمد (2008): التدريب الإداري، الضغط والقلق الإداري، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الاسكندرية.
- 8: العناني حنان (2005): الصحة النفسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- 9: القمش مصطفى نوري، المعاينة خليل عبد الرحمان (2007): الاضطرابات السلوكية المعرفية، دار الميسرة للتوزيع والطباعة، عمان/ط1.
- 10: إسحاق إبراهيم منصور (دون سنة): الموجز في علم الإجرام والعقاب، ديوان المطبوعات الجامعية/ط1.
- 11: بركات محمد خليفة (1977): علم النفس التربوي في الأسرة، الكويت، دار القلم للنشر والتوزيع.
- 12: جاسم محمد عبد الله المرزوقي (2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بأمراض العصر السكر، العلم والإيمان للنشر والتوزيع/ط1.
- 13: جلال الدين والسيد رمضان (2000): الجريمة والانحراف من منظور الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية/د طبعة.
- 14: رضوان سامر جميل (2002): الصحة النفسية، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان/ط1.

15: رضوان سامر جميل (2007): الصحة النفسية، دار الميسرة للنشر و التوزيع، عمان/ط2.

16: سيجموند فرويد، تر: نجاتي: الكف والعرض والقلق، دار الشروق، القاهرة/ط1.

17: صبره محمد علي، أشرف محمد عبد الغني الشريف (2004): الصحة النفسية والتوافق النفسي، دار المعرفة الجامعية، مصر، دط.

18: طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2007): إستراتيجية إدارة الضغوط النفسية والتربوية والنفسية، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان/ط1.

19: عبد الرحمان سي موسي- محمود بن خليفة (2008): علم النفس التحليلي المرضي والاسقاطي، الأنظمة النفسية ومظاهرها في الاختبارات الإسقاطية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر/ج1.

20: عبد المعطي حسن مصطفى (2001): علم النفس النمو الأسس والنظريات، دار القباء للطباعة والنشر والتوزيع/دط، ج1.

21: عمار بوحوش (2007): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحث، ديوان المطبوعات الجامعية.

22: عبد الرحمان الوافي (1998): علم النفس العام، مكتبة النصيحة، والنشر سنة 1988.

23: عبد الحفيظ طاشور : دور قاضي تطبيق الأحكام القضائية والجزائية في سياسة إعادة التأهيل الاجتماعي في التشريع الجزائري، ديوان المطبوعات الجامعية/دط، دبسنة.

24: عادل دمرداش (1982): الإدمان مظاهره و علاجه، دار المعرفة للنشر والتوزيع.

25: عطوف محمد ياسين (1981): علم النفس الإكلينيكي، دار العلم للملايين، بيروت/ط2.

26: عفاف محمد عبد المنعم (1998): الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية.

27: مكي دردوس (2006): الموجز في علم الإجرام، ديوان المطبوعات الجامعي، الساحة المركزية -بن عكنون-الجزائر.

28: فاروق عبد السلام (1977): سيكولوجية الإدمان، عالم الكتب القاهرة.

29: فيصل محمد الزراد (2000): الأمراض النفسية الجسدية، درا النفائس، بيروت/دط.

30: فايد حسين (دسنة): سيكولوجية الإدمان، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع.

- 31: فايد حسين (2005): العلاج النفسي، طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة/ط1.
- 32: فايد حسين (2005): المشكلات النفسية والاجتماعية، طيبة للنشر والتوزيع، القاهرة/ط1.
- 33: فيصل عباس (2001): الاختبارات الإسقاطية، نظرياتها، تقنياتها، إجراءاتها، دار المنهل اللبناني/ط1.
- 34: مدحت أبو زيد (2001): لهفة الإدمان، تشخيصها وعلاجها، دار المعرفة الجامعية للطباعة و النشر.
- 35: محمد سلامة غباري (2007): مشكلة تعاطي المخدرات، دار النشر اللبنانية/دط.
- 36: محمد أديب الخالدي (2006): مرجع في علم النفس الإكلينيكي، الفحص والعلاج، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان/ط1.
- 37: محمد عثمان نجاتي (1986): معالم التحليل النفسي، دار النشر الجزائرية، الجزائر.
- 38: محمد سلامة غباري (2007): الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي، دار الوفاء لدنيا الطباعة و النشر/ دط.
- 39: مایسة جمعة (2007): تعاطي المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات، مكتبة الدار العربية للكتاب، القاهرة، مصر.
- 40: مفتي إبراهيم عماد (د سنة): التدريب الرياضي للجنس من الطفولة إلى المراهقة، دار الفكر العربي للنشر والتوزيع/ط2.
- 41: مصطفى مشوك (دسنة): نظام السجون في الجزائر، نظرة في قانون السجون الجديد، جامعة محمد بوضياف المسيلة/ط1.
- 42: مصطفى سويف (1996): مشكلة تعاطي المخدرات، دار النشر اللبنانية.
- 43: مروة شاکر الشربيني (2006): المراهقة وأسباب الانحراف، دار الكتاب الحديث، القاهرة.

القواميس باللغة العربية:

- 1: لابلاش وبونتاليس، تر مصطفى حجازي (2002): معجم مصطلحات التحليل النفسي، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت/ط4

الرسائل الجامعية:

- 1: سايل حدة وحيدة (2001): إستراتيجية المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات، دراسة مقارنة، تخرج لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 2: طايبي فريدة (1998): المميزات النفسية للشباب المتعاطي للمخدرات، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.
- 3: دوفي توفيق (2011): القلق وعلاقته باستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى الراشد المعاق حركيا، مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، المركز الجامعي البويرة.
- 4: مكيري كريم (2007): أثر التصورات العائلية على الراشدين اللذين عايشوا أحداث صدمية في مرحلة المراهقة، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي.
- 5: علي عبد الله حمادة (2007): ظاهرة الإدمان على المخدرات، رسالة ماجستير في قسم القانون الجنائي، جامعة حلب.

المجلات:

- 6: المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات و مكافحتها(2003): الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.
- 7: المخدرات أو هام وحقائق(1999): صندوق لمكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي/ط2.
- 8: المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج الاجتماعي، مدونة الأحكام النصوص القانونية والتنظيمية الخاصة بالسجون، مطبعة المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة الإدماج/ط1

المراجع باللغة الفرنسية:

- 1-Bergerie 1996 :J, Psychologie d'écoute du toscanisme, Dumond, Paris.
- 2-Chilland,c, 1985 : L'entretien clinique.
- 3-Couttraux,J(2001) : Les thérapies comportementale et cognitive, Masson,Paris ,3^{ème}
- 4-Kacha 1996 : Psychiatrie psychologique médical, l'entreprise national du livre, Alger.
- 5-Kacha (1996) : Psychologie médicale, l'entreprise national du livre ,Alger.

6-Kieron oconor (1997) : Le soutien morale et psycho thérapie « cognitive-comportementale » Canada.

7-Perron R,1979 :Problème de la preuve dans démarche de la psychologie dite clinique,Plaidoyer,1^{er},unité de ma psychologie clinique.

8-Moor, L, Introduction Représentation psychologique.

10-Graziani, P(2005) : L'anxiété et troubles anxieux, Armand collin.

11-Servant,p,h, Parquet(1995) :Stress anxiété et pathologie médicale, Masson, Paris.

12-Spielberger, C(1966) :L'anxiété behavior, New york ,Academic, press.

13-Roux (1982):Toxicomanie Autre que l'alcoolisme , invel Med chirurgical, paris.

القواميس باللغة الفرنسية:

1-Nobert Sillamy,(2004) : dictionnaire de psychologie, édition Janine faure.

3-www.confeies.org(pdf).

الملاحق

دليل المقابلة نصف الموجهة: Guide d'entretien semi directif

المحور الأول : تاريخ الحالة.

- *كم كان عمرك عندما بدأت تناول المخدرات؟
- *كيف كانت بداية التعاطي لديك؟،صدفة، بدافع البحث عن اللذة، أسباب أخرى أذكرها.
- *هل تتعاط نوع واحد من المخدرات أم أنت مدمن متعدد؟ ما طبيعة المادة المستهلكة؟
- *منذ متى لم تتناول المخدر داخل هذه المؤسسة؟
- *ماذا يعني لك المخدر؟

*هل تعودت الحصول على ما أردت بنفسك، كيف كانت طريقتك في ذلك؟

المحور الثاني : المعاش النفسي والاجتماعي داخل المؤسسة؟

- *هل لديك أصدقاء في المؤسسة التي تتواجد فيها؟ وهل لديك أصدقاء مدمنين؟ أيهم تفضل، لماذا؟.
- *كيف ترى تعامل المحيطين بك في هذه المؤسسة خاصة وأنت مدمن، وهل تعتقد أنهم على صواب في تعاملهم أم لا؟
- *هل تراودك أفكار أن الآخرين ينظرون إليك ويتحدثون عنك دائما وكيف تتصرف تجاه هذا الموقف؟.
- *هل يخيفك التواجد مع جمع من الناس؟
- *هل تعتقد أن السجن مشكل اجتماعي بحد ذاته أم أنه عامل تخلق معه مشاكل اجتماعية؟
- *هل تعتقد أن تناول المخدر (أو الأدوية ذات الانتحاء النفسي)،يساعدك على تجاوز الضغوط و الأزمات النفسية stress مثلا ؟ ماذا رد فعلك إن لم تتناوله: انفعال، اندفاعية، ارتعاش، قلق، محاولات انتحار، تشويه الذات؟.* صف لي حالتك النفسية قبل وبعد التعاطي؟
- *-هل تعتقد بأن سلوكياتك (أو كل ما يبدر منك)، ردة فعل طبيعية أم نتيجة لتأثير المخدر؟.
- *هل تعتريك أفكار وسواسية؟ متى؟ صفها.

*قيم لي درجة:

- ✓ الشعور بالذنب: كثيرا – قليلا – أحيانا.
- ✓ إحساس بالإحباط: كثيرا – قليلا – أحيانا.

- *هل تفضل البقاء وحدك عندما تحس بوجود مشكل أم أنك تشاطر الآخرين في مشاكلك؟
- *هل تراودك مشاعر ورغبات في أن تكسر كل شيء أمامك؟

* هل تعاني اضطرابات النوم؟

* هل أنت سريع أمام المثيرات اليومية؟

المحور الثالث: النظرة إلى الذات.

* هل تعتقد أنك شخص غير مقبول اجتماعيا باعتبار أنك مدمن ونزير مؤسسة عقابية؟

* هل ترى أنك شخص فعال لو لم تكن مدمنا؟

المحور الرابع: آثار غياب المخدر داخل المؤسسة.

* هل تعتقد أن غياب المخدر يؤثر على تكييفك وراحتك النفسية داخل المؤسسة؟

* هل تراودك بعض الأفكار تزعجك وتكرر في فكري طيلة الوقت وما طبيعتها؟

* هل تعاني من الغثيان والقيء؟

* هل تعتقد أنك أصبحت كثير الانفعال وغير واقعي في غياب المخدر؟

* هل حدث و أن سمعت بعض الأصوات وأنت لوحده، ما طبيعة هذه الأصوات؟ كيف تعاملت مع هذه الأحداث؟

* هل تعاني من اضطراب في الحركة وفقدان التركيز و الشرود في أثناء تحدثك مع زملائك؟

المحور الخامس: النظرة المستقبلية.

* كيف ترى مستقبلك بعد الخروج من هذه المؤسسة؟.

* هل تعتقد أنه باستطاعتك تجاوز هذه المرحلة من الإدمان بعد قضاء مدة حكمك؟

* هل لديك رغبة في الإقلاع النهائي عن الإدمان؟

مقياس هاملتون للقلق:

التعليمة: إلى أي مدى يضايقك ما يلي:

4	3	2	1	0	العبارة:	الرقم
بكثرة	كثير نوعا ما	متوسط	قليلا نوعا ما	ليس على الإطلاق		
					الصداع	1
					العصبية و الإثارة الداخلية	2
					أفكار غير مرغوب فيها، أو أفكار لم تترك ذهنك	3
					ضعف أو دوخة.	4
					فقدان الاهتمام الجنسي أو عدم الاستماع	5
					الشعور بأنك موضع نقد من طرف الآخرين	6
					الشعور بأن شخص يسير أفكارك	7
					الشعور بأن الآخرين مسؤولين عن معظم متاعبك	8
					الأشجان الصادرة عن تذكرك للأشياء	9
					أن تكون مشغولا بعدم العناية أو الإهمال	10
					الشعور بأنك تتضايق بسهولة و تنزعج	11
					آلام في القلب أو الصدر	12

					الشعور بالخوف من الأماكن المفتوحة أو من الشوارع	13
					الشعور بالتباطؤ أو انخفاض في طاقتك	14
					فكرة إتمام حياتك	15
					سماع أصوات لا يسمعها الآخرون	16
					الارتعاشات	17
					الشعور بأن معظم الناس ليسوا أهلاً للثقة	18
					ضعف الشهية	19
					البكاء بسهولة	20
					الشعور بانحراف المزاج أو الخجل من الجنس الآخر	21
					الشعور بأنك مقبوض أو داخل مصيدة	22
					الخوف فجأة بدون سبب	23
					الانفجار من الغضب وعدم التحكم فيه.	24
					الشعور بالخوف عند الخروج من منزلك لوحدك	25
					لوم نفسك على بعض الأشياء.	26
					آلام في مؤخرة الظهر.	27
					الشعور بتوقف في إنجاز أعمالك	28
					الشعور بالوحدة	29
					الشعور بالسواد	30

					الذعر بخصوص أشياء	31
					الشعور بعدم الاهتمام بالأشياء	32
					الشعور بالهلع	33
					الشعور بأنك تخرج بسهولة	34
					الأشخاص الذين يعلمون أفكارك الداخلية	35
					الشعور بأنك غير مفهوم وينفر منك	36
					الشعور بأن الآخرين أقل حفاوة منك	37
					العمل ببطء شديد لتكون أعمالك مضبوطة	38
					ضربات قلبية قوية وسريعة	39
					غثيان أو تخمة	40
					الشعور بأنك أقل من الآخرين	41
					تألم في عضلاتك	42
					الشعور بأن الآخرين ينظرون إليك أو يتكلمون عنك	43
					صعوبة النوم	44
					التحقيق وإعادة التحقيق كلما تقوم بعمل	45
					الصعوبة في اتخاذ القرارات	46
					الرعب من السفر بالحافلات أو القطارات	47
					الصعوبة في التنفس	48

					نوبات البرد والحر	49
					تجنب بعض الأشياء والأماكن	50
					أن يصبح عقلك فارغ	51
					الإحساس بالوخز و التخدير ببعض أجزاء جسمك	52
					الشعور بالانقباض في حنجرتك	53
					الشعور بفقدان الأمل في المستقبل	54
					الشعور باضطرابات في التركيز	55
					الشعور بعدم القوة في أجزاء جسمك	56
					الشعور بالتوتر والانضغاط	57
					الشعور بثقل ذراعيك أو رجليك	58
					التفكير في الموت	59
					إفراط في الأكل	60
					الشعور بالضيق عندما ينظر الناس إليك أو يتحدثون عنك	61
					أن تكون لديك أفكار غير أفكارك	62
					أن تكون لديك اندفاعات لتضرب أو تجرح الآخرين	63
					الإفاقة في الصباح الباكر	64
					تكرار أفعال مثل: المس، العد، الفصل	65
					النوم غير المريح	66
					اندفاع للكسر أو رمي الأشياء	67
					أو لديك أفكار أو معتقدات لا	68

					يقاسمك فيها الآخرون.	
					الشعور بضيق شديد مع الآخرين	69
					انحراف المزاج في الزحام مثل الأسواق والسينما.	70
					بذل مجهود لأداء العمل.	71
					نوبات الرعب والفرع	72
					الانزعاج من الأكل أو الشرب في الأماكن العامة	73
					الدخول في شجار متكرر	74
					أن تكون عصبيا عندما تترك لوحدهك	75
					أن الآخرين لا يثقون في تكاملك	76
					الشعور بأنك وحيد ولو كنت مع الآخرين	77
					الشعور بأنك جد تائر حتى أنك لا تستطيع الثبوت	78
					الشعور أنك ليس لك قيمة ضئيلة	79
					الشعور بأن الأشياء العادية غريبة أو غير حقيقية	80
					أن تهتم بأشياء ثم تتركها فجأة	81
					الخوف من الإغماء وسط عامة الناس	82
					الشعور بأن الآخرين يشفقون عليك	83
					وجود أفكار عن الجنس تضايقك كثيرا	84

					فكرة أنك ستعاقب عن خطاياك	85
					أن تدفع للقيام بأعمالك	86
					فكرة أن هناك شيئا خطيرا أو خاطئ في جسدك	87
					الإحساس بأنك لم تكن قريبا لأي شخص	88
					الشعور بتأنيب	89
					فكرة أن هناك شيئا خاطئا في عقلك	90