جـامـعـة مـولـود مـعـمـري تـيـزي وزو
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

السلوك العدواني وعلاقته بالقلق لدى مدمني المخدرات خلال فترة العلاج

دراسة ميدانية لخمس حالات في مركز مكافحة الإدمان "CERTA" بتيزي وزو

مذكرة تخرّج مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

من إعداد الطالبتين:
- عواس ليدية
- بلعباس نوال

تحت إشراف:
د.زايدي باية

السنة الجامعية: 2022-2023

﴿ وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ
فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ
عَلَىٰ كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا (٧٠)﴾

[الآية (70) من سورة الإسراء]

كلمة شكر

إن واجب الاعتراف بالجميل يدعوننا ونحن ننهي إعداد هذا البحث أن نقدم بأجمل عبارات الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين تلقينا عنهم العلم والمعرفة والتوجيه طيلة مرحلة الدراسة.

وعلى رأس هؤلاء أستاذتنا الفاضلة "زايدي باية" التي قبلت الإشراف على هذا البحث بصدر رحب فلم تبخل علينا بإرشاداتها وملاحظاتها القيمة التي كانت لها الأثر الفعال في انجاز هذا الجهد المتواضع.

شكرا

إهداء

إلى كل فرد من أفراد عائلتي

إلى أمي الغالية أطال الله في عمرها

وإلى كل من يسعى وراء العلم سيجد هذا البحث مهدى له

إلى الأستاذة المشرفة " زايدي باية"

أهدي هذا العمل المتواضع.

إهداء

الحمد لله الذي أنار لي طريقي وكان لي خير عون،

إلى أغلى ما أملك في هذه الدنيا، إلى من كان سبب في وجودي على هذه الأرض، إلى من وضعت الجنة تحت أقدامها، إلى التي أنحني لها بكل إجلال وتقدير، إلى التي أرجو قد أكون نلت رضاها.

أمّي الغالية "أوريدة" أطال الله في عمرها.

إلى من أدين له بحياتي، إلى من ساندني وكان شمعة تحترق لتضيء طريقي، إلى من أكن له مشاعر التقدير والاحترام والعرفان أبي الغالي "أرزقي" أطال الله في عمره.

إلى نبع الحنان ونصفي الآخر أخواتي "ليلة وربيحة" أطال الله في عمرهم.

إلى من أناروا دربي ووجهوني وأرشدوني فلولاهم ما حققت ما أنا عليه اليوم فهم مصدر سعادتي ونجاحي إخوتي الثلاثة "مراد، مصطفى وصوفيان" أطال الله في عمركم.

وإلى كلّ أصدقائي بدون استثناء، وإلى كلّ الأساتذة الذين قدموا لنا يد المساعدة، وأسأل الله عزّ وجلّ أن يوفقنا لما فيه الخير لنا.

نوال

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن مستوى القلق والسلوك العدواني لدى مدمني المخدرات ولهذا الغرض طبقنا دراستنا على خمسة حالات من مدمني المخدرات وهي حالات المتواجدين في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بمعالجة المدمنين بتيزي وزو وكما تمثلت أدوات الدراسة في المقابلة العيادية النصف موجهة، ومقياس القلق "لتايلور" ومقياس السلوك العدواني "لباص وبيري" كما اعتمدنا على المنهج العيادي ودراسة حالة، وقد اسفرت نتائج الدراسة على أن :

هناك علاقة بين القلق والسلوك العدواني لدى مدمني المخدرات اثناء فترة العلاج.

الكلمات المفتاحية: القلق، السلوك العدواني، المدمن على المخدرات خلال فترة العلاج.

Résumé :

La présente étude visait à révéler le niveau d'anxiété et de comportement agressif chez les toxicomanes. Pour cela, nous avons appliqué notre étude à cinq cas de toxicomanes, qui sont les cas de ceux présents dans l'institution hospitalière spécialisée dans le traitement des toxicomanes à Tizi Ouzou. Les outils d'étude étaient l'entretien clinique semi-dirigé, l'échelle d'anxiété «Taylor» et l'échelle d'anxiété « Taylor ». Comportement agressif « Bus et Perry» Nous nous sommes également appuyés sur l'approche clinique et une étude de cas, ainsi que sur les résultats de l’étude a abouti à :

Il existe une relation entre l'anxiété et le comportement agressif chez les toxicomanes pendant la période de traitement.

Mots clés : anxiété, comportement agressif, toxicomane pendant la période de traitement.

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	خصائص مجموعة الدراسة.	70
02	يعرض مستويات القلق لمقياس تايلور	74
03	نتائج مقياس السلوك العدواني لباص وبيري للحالة الأولى (ك)	86
04	نتائج قياس القلق لتايلور للحالة الأولى (ك)	87
05	يمثل نتائج مقياس السلوك العدواني للحالة الثانية (أ)	90
06	يمثل نتائج مقياس القلق "لتايلور" للحالة الثانية (أ)	91
07	يمثل نتائج مقياس السلوك العدواني "لبيري وباص" للحالة الثالثة	95
08	يمثل نتائج مقياس القلق لتايلور للحالة الثالثة	96
09	نتائج قياس السلوك العدواني "لبيري وباص" الخاص بالحالة الرابعة	101
10	يمثل نتائج مقياس القلق ل "تايلور" للحالة الرابعة	102
11	نتائج مقياس السلوك العدواني للحالة الخامسة	106
12	نتائج مقياس القلق " لتايلور" للحالة الخامسة	107
13	ملخص نتائج الحالات الخمس	108

فهرس المحتويات

كلمة شكر

إهداء

مقدمة.....أ

الفصل الأول:

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1-طرح الإشكالية:.....**1**

2-فرضية الدراسة: **6**

3-أسباب اختيار الموضوع:.....**6**

4-أهمية الدراسة: **7**

5-أهداف الدراسة:.....**7**

6-تحديد المفاهيم الأساسية: **7**

6-1- القلق: L'anxiété 7

6-2-السلوك العدواني: 8

6-3-المدمن على المخدرات:.....8

6-4-فترة العلاج: 9

الفصل الثاني:

إدمان المخدرات

تمهيد: 12

1-لمحة تاريخية حول المخدرات: 12

2-تصنيف المخدرات: 15

2-1-المخدرات الطبيعية: 15

2-2-مخدرات صناعية: 16

2-3-المهبطات التخليقية: 18

2-4- التصنيف حسب نوع الاعتماد: 19

2-5- تصنيف المخدرات حسب درجة الخطورة: 19

3-العوامل والأضرار المترتبة عن تعاطي المخدرات: 20

3-1-العوامل: 20

4-الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات: 23

4-1-الآثار الصحية: 23

4-2-الآثار النفسية: 23

4-3-الآثار الاجتماعية: 24

4-4-الآثار الصحية: 24

5-مراحل الإدمان على المخدرات: 25

5-1-مرحلة التجربة: 25

5-2-مرحلة التعاطي المقصود: 26

5-3-مرحلة الإدمان: 26

5-4-مرحلة الإدمان القهري والاحتراق: 27

6-أعراض ومضاعفات مدمني المخدرات: 27

6-1-التبعية: 27

6-2-التحمل: 27

6-3-حالة الانسحاب أو النقص: 28

6-4-الجرعة الزائدة: 28

7-النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات: 28

7-1-نظرية التحليل النفسي: 28

7-2-النظرية السلوكية: 29

7-3-النظرية السلوكية المعرفية: 29

7-4-النظرية الاجتماعية "ليونغ" " Young " : 30

7-5-نظرية علم النفس: 30

7-6-النظرية الفيزيولوجية: 31

8-الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات: 32

8-1-طرق الوقاية: 32

8-2-سبل العلاج من الإدمان على المخدرات: 33

خلاصة: 34

الفصل الثالث:

السلوك العدواني

تمهيد: 37

1-تطور السلوك العدواني: 37

2-أسباب السلوك العدواني: 38

2-1-العوامل الوراثية والصحية: 38

2-2-العوامل البيئية: 39

2-3-العوامل النفسية: 39

3-آثار السلوك العدواني: 40

3-1-أثر السلوك العدواني على الضحية: 40

3-2-أثر السلوك العدواني على المعتدي: 40

3-3-أثر السلوك العدواني على المجتمع: 40

4-أشكال السلوك العدواني: 41

4-1-الموضوع الموجه له العدوان: 41

4-2-مدى مباشرة ووضوح العدوان: 41

4-3-الطريقة التي يعبر بها عن العدوان: 42

4-4-حسب الشكل الظاهري: 42

5-مظاهر السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات: 42

6-النظريات المفسرة للسلوك العدواني: 43

6-1- النظرية البيولوجية: 43

6-2-نظرية التحليل النفسي: 44

6-3-النظرية السلوكية:..... 44

6-4-نظرية التعلم الاجتماعي: 45

خلاصة: 47

الفصل الرابع:

القلق

تمهيد: 50

1-أنواع القلق: 50

1-1-إضطراب القلق العام:..... 50

1-2- إضطراب الرهاب والخوف المرضي: 51

2- القلق كحالة والقلق كسمة: 52

3-أسباب القلق:..... 53

3-1-الوراثية: 53

3-2-الفيزيولوجية: 53

3-3-مواقف الحياة الضاغطة: 54

4-تصنيف القلق لدى مدمني المخدرات: 55

4-1-القلق الخاص بمرحلة التعاطي: 55

4-2-القلق الخاص بمرحلة التوقف عن التعاطي: 56

4-3-القلق أثناء وبعد العلاج: 56

4-4-قلق ما بعد العلاج:..... 56

5-أعراض القلق:.....57

5-1-الأعراض الجسمية:.....57

5-2-الأعراض الفيزيولوجية: 57

5-3-الأعراض الإكلينيكية:.....58

6-النظريات المفسرة للقلق:.....59

6-1-النظرية البيولوجية: 59

6-2-نظرية التحليل النفسي:.....59

6-3-النظرية السلوكية:.....60

6-4-النظرية المعرفية: 61

6-5-النظرية الوجودية: 61

7-الوقاية والعلاج: 62

7-1-علاج القلق: 62

8-الوقاية: 65

خلاصة: 65

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد: 68

1-تحديد مكان إجراء الدراسة: 68

2-منهج الدراسة:.....69

3- مجموعة الدراسة:.....69

3-1-نوعها: 69

3-2-عرض خصائص مجموعة الدراسة: 70

4-أدوات الدراسة: 71

4-1-المقابلة العيادية:..... 71

4-2-تقديم مقياس تايلور للقلق:..... 73

4-3-تقديم مقياس باص وبيري لسلوك العدواني: 75

5-كيفية إجراء العمل الميداني: 78

خلاصة: 79

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد: 82

1-عرض وتحليل نتائج حالات الدراسة: 82

1-1-عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى: 82

1-2-عرض نتائج الحالة الثانية: 88

1-3- عرض نتائج الحالة الثالثة:..... 93

1-4- عرض نتائج الحالة الرابعة: 98

1-5- عرض نتائج الحالة الخامسة: 104

2 - مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة: 109

خلاصة الدراسة: 112

قائمة المراجع 114

الملاحق

مقدمة:

يعتبر الإنسان العنصر الأساسي في بناء الأمة وتقدمها وتحضرها فهو الذي يخطط ويبتكر وينتج فإذا صلح الأساس صلح البناء كله والعكس صحيح، ويمر الإنسان خلال مراحل نموه بمشكلات متعددة نتيجة التغيرات الإجتماعية والإقتصادية والتكنولوجية والتطورات التي تحدث في ميدان التربية والتعليم، حيث أصبح الفرد يعيش جملة من الصراعات النفسية الناجمة عن هذه التغيرات والتي أثرت هي بدورها على قيم الأفراد وسلوكياتهم وأنماط تفكيرهم وبالتالي بروز عدة اضطرابات نفسية وجسمية وانحرافات سلوكية بين الأفراد وقد زادت الضغوطات النفسية والتوترات والصراعات وأصبح الإنسان بدل مواجهة صراعاته وإيجاد حل لمشكلاته يلجأ إلى استخدام وتعاطي الممنوعات من المخدرات وغيرها من المواد والأدوية المهدئة للعقل.

يعتبر الإدمان على المخدرات ظاهرة عالمية متعددة الأبعاد وهي نتيجة لعوامل متعددة ويسبب جملة من أضرار صحية إجتماعية، إقتصادية وثقافية، والجزائر كباقي دول العالم لم تسلم من شرك الوقوع فيه ما جعل بداية الإهتمام بدراسته مع مطلع التسعينات وحتى قبل هذا حين تم إنشاء الجان الوطنية لمكافحة المخدرات في سنة 1971، ثم سنة 1992 إهتمت بانتشار الظاهرة في الجزائر ولكنها فشلت في وضع سياسة وقائية ناجحة لمكافحة المخدرات بسبب إمكانياتها المحدودة.

وللإجابة على هذا المطلب تم إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان سنة 2002 والذي اعتبر انتشار ظاهرة الإدمان على المخدرات في تزايد مستمر كما أشار إلى تسجيل الجزائر لأول مرة 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، واستمر ارتفاع الكميات المحجوزة ليبلغ 6,322 طن من عصارة الحشيش سنة 2000.

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

ولهذا يتطلب الامر وضع برامج وقائية خاصة وعلاجية متنوعة من مجالات مختلفة طبيا ونفسيا وحتى اجتماعيا لمساعدة هؤلاء الشباب على استرجاع توازنهم وإعادة دمجهم اجتماعيا.

وإذا اتجهنا إلى المميزات النفسية للمدمنين نجد أدبيات غنية بالمعلومات تخص جوانب متعددة، لذلك سوف نتناول جانب من هذه الجوانب في دراسة القلق وكيف يؤثر في ظهور السلوك العدواني لدى المدمنين في ظل غياب المخدر أي خلال فترة العلاج.

ولنتيجة لملاحظتنا للواقع الفعلي ونظرا إلى الدراسات التي تناولت موضوع المخدرات فقد تبين أن هناك ارتفاع في درجة القلق وفي مستوى السلوك العدواني لدى فئة المدمنين على المخدرات في ظل غياب المخدر في المجتمع الجزائري، وعليه جاءت هذه الدراسة لمحاولة استكشاف عالم المدمنين على المخدرات الذين تصدر عنهم سلوكيات غير تكيفية تطغى عليها مظهر العدوان، متوخية هدف المساهمة بما يمليه واجب التخصص في ضبطه أو تقليل من حدته على الأقل.

وهنا إرتئينا إلى أن تتمحور دراستنا حول السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات وعلاقته بالقلق خلال فترة العلاج، وكان منطلق بحثنا يتمثل في مقدمة إتبعت بفصل أول يضم طرح إشكالية الدراسة وطرح مختلف فرضياتها مع تحديد المفاهيم الأساسية والإجرائية، وذكر أهمية الدراسة والأهداف التي تقف وراءها، وكذلك خصصنا الفصول اللاحقة من

الفصل الثاني إلى الفصل الرابع إلى مختلف الادبيات العلمية التي تناولت متغيرات الدراسة وهي على التوالي (إدمان المخدرات، السلوك العدواني، القلق) وذلك بالتطرق إلى مختلف أبعادها النظرية.

ثم ختمنا الدراسة النظرية بالجانب التطبيقي الذي تضمن فصلين، الأول خاص بالجانب المنهجي للدراسة الذي يحتوي على منهج الدراسة ومجموعة الدراسة عرض وتحليل النتائج ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة وفي الختام تطرقنا إلى خلاصة الدراسة متبعة بقائمة مراجع وملاحق.

الفصل الأول:

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1. طرح الإشكالية.
2. فرضية البحث.
3. أسباب اختيار الموضوع.
4. أهمية الموضوع.
5. أهداف الدراسة.
6. تحديد المفاهيم الأساسية.

1-طرح الإشكالية:

تعد ظاهرة المخدرات وانتشارها وتعاطيها من أخطر القضايا التي تهدد دول العالم لما فيها من تأثير على الشباب وأفراد المجتمع صانعي التنمية ومتخذي القرار، كما ان تعاطي المخدرات من الظواهر الاجتماعية والأمنية التي تحكمها الأبعاد السياسية والتربوية والإعلامية في كل مجتمع وتبرز خطورتها عندما تؤثر على سلامة الفرد والمجتمع. **(حسين فايد، د.س، ص165)**

فهذه الظاهرة أصبحت مثيرة للذعر والرهبة إلى حد كبير لدى المجتمعات البشرية عامة والجزائر خاصة، حيث أدت هذه الافة الى ارتفاع نسبة الإصابة بالأمراض العقلية وانتشار السلوكيات المنحرفة كالانتحار، العنف والجريمة والجنوح ولذلك أولت الجهات الطبية والمنظمات الإنسانية والدولية والحكومية اهتمام كبير بهذا الموضوع حيث أدرجتها ضمن القضايا الأولية والأساسية وتحتاج تدخل فوري لمحاربة هذه الآفة. **(مدحت أبو زيد، 2001، ص50)**

اعتبرت الجزائر من الدول التي شهدت انتشارا سريعا لظاهرة تعاطي المخدرات منذ منتصف السبعينات وأوائل الثمانيات حيث تعرضت لهجمة شرسة على أبنائها من خلال تدفق عشرات الأطنان من مخدر الحشيش الوارد من الخارج وكذلك عدة أنواع من المخدرات حيث انجذبت اليه معظم الفئات الاجتماعية خاصة فئة الشباب، حيث تعتبر من الفئات الأكثر استخداما لهذه المواد فهم يلجؤون إليها بدافع اللذة والحصول على النشوة ومن أجل القضاء على مختلف الآلام التي يعانون منها. **(عفاف محمد عبد المنعم، 1998، ص 115).**

أظهر الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان سنة 2002، انتشار وتزايد مستمر لتعاطي الممنوعات، كما أشار إلى تسجيل الجزائر لأول مرة انذار منذ سنة 1975 حين تم حجز 3 أطنان من الحشيش وتوقيف 2500 شخص، ومنذ ذلك التاريخ والجزائر تشهد تطورا ثابتا نسبيا من سنة لأخرى، كما أشاروا إلى أن الإدمان يمس فئة الشباب بالدرجة الأولى **(محمد حسن غانم، 2007، ص 222)**.

فقد تفاقمت مشكلة تعاطي المخدرات في السنوات الأخيرة وأصبحت مشكلة عالمية، فقد أدرجها "كارل منجر" كشكل من أشكال السلوك المدمر للذات، فإن كثيرا من الأفراد الذين يعتمدون على العقاقير لا يبالون بالمخاطر التي يمكن أن تسيئ إليه، حيث يؤدي الافراط في التعاطي للمادة المخدرة إلى الإصابة بأمراض نفسية مزمنة واضطرابات عقلية إذا لم يتم تدارك الأمر، كذلك اضرار المخدرات لا تقتصر على المتعاطي فقط وإنما تؤثر على بناء وسلامة المجتمع، فالمتعاطي في حالة الإدمان يلجأ إلى ارتكاب عدة سلوكات منافية للأخلاق والنظم كاللجوء إلى السرقة أو العدوان أو القتل. **(محمد الجوهري، 1995، ص ص 199-198)**.

فآفة إدمان المخدرات ارتبطت بالعديد من العوامل، بعضها تتعلق بالفرد والأسرة وبعضها تتعلق بالبناء الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع وظروفه، ولا تقتصر المخدرات على هذه العوامل فقط بل تتعداها إلى عوامل نفسية حيث توصل الباحثون إلى أن الأمراض النفسية كالقلق واليأس، يؤدي إلى الإدمان على المخدرات. **(محمد رفعت، 1986، ص220)**.

أشارت دراسة "هندن" إلى أن مشكلة ادمان المخدرات ارتبطت بالعديد من العوامل النفسية والاجتماعية على حد سواء حيث يرى أن الإدمان ما هو إلا نتيجة لضغوط وأسباب متعددة كالظروف المعيشية السيئة والمادية والاجتماعية، فقد توصل " هندن" إلى أن عوامل الفقر والضغوطات النفسية هي من العوامل التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، كما يرى أن الإدمان ما هو إلا عملية تكيفية مع الواقع الاجتماعي والاقتصادي. **(طايبي فريدة، 1998، ص 40)**

وفي دراسة إحصائية "لمحمد الجوهري" (1995) أين سأل المتعاطين عن أهم أسباب التي أدت بهم إلى الإدمان لأول مرة، أجاب 31,03 منهم أن ذلك يرجع إلى مخالطة رفقاء السوء وأشار 9,08 إلى أن ذلك يرجع إلى رغبتهم في التخفيف من حدة القلق والشعور بالإحباط. **(محمد الجوهري، 1995، ص ص 199-198)**.

إلى جانب العوامل الاجتماعية والاقتصادية، ارتبطت أيضا آفة الإدمان على المخدرات بعوامل نفسية عديدة حيث توصل الباحثون إلى أن الأمراض النفسية كالاكتئاب والقلق واليأس يؤدي إلى الإدمان على المخدرات وذلك من أجل التخفيف من الأمراض النفسية التي يعانون منها، فالأفراد يقبلون عليها لأنها تعطي لهم القدرة على أن يفقدوا الإحساس بالزمان والمكان ويعيشون بعيدا عن الواقع. **(محمد رفعت، 1986، ص 220)**.

هذا ما عززته دراسات ميلر "وشيلر" عام 1980 حول الإكتئاب عند المتعاطين ذوي سوابق جنائية، حيث وجد الباحثون أن 60,07 من عينة البحث يستعملون المخدرات لاسيما مخدر الماريهوانا للتخفيف من مشاعر الاكتئاب **(محمد حسن غانم، 2007، ص 222)**.

كما أكد "عادل صادق" من خلال دراساته عن القلق أن الشخصيات القلقة والتي تتمتع بدرجة عالية من عدم الإستقرار وسهولة الاستثارة العصبية والاندفاع وعدم الصبر وكذا الاحتكاك بالآخرين غالبا ما تكون مثل هذه الشخصيات عرضة للوقوع في الإدمان. **(غنيم سيد محمد، د.س، ص123)**

كما توصل الدكتور "محمد مشابقة " إلى أن المتعاطي تتواجد فيه رغبة في تكرار الجرعة وزيادتها بانتظام، ونتيجة لهذا التعود يصبح المخدر جزء مهم من حياة المدمن بالتالي فغيابه يجعله يعيش حالة من عدم الراحة النفسية، ونتيجة عدم تحمله لهذه الحالة قد يلجا المدمن لكل الوسائل التي توصله إلى الحصول على المادة المخدرة، فهذه الرغبة تؤدي إلى ارتكاب أفعال غير مشروعة كالسرقة وحتى العدوان، وأحيانا أخرى يقع المدمن في عمليات المتاجرة بالأجساد وهذا لتلبية الرغبة في تعاطي المخدر، فقد أوضحت الدراسات وجود علاقة بين الإدمان على المخدرات والميل للعدوان والجريمة، هذا ما تبنته الدراسة التي قام بها "كيرل" اين أوضح أن التخدير له آثار فعالة في الاتجاهات العدوانية وعلاقته بجرائم العنف. **(محمد أحمد مشابقة، 2007، ص 24-25).**

كما توصل أيضا "محمد مشابقة" إلى أن الإدمان يسبب في تدهور وظائف الجسم الحيوية والوظائف العقلية، كضمور قشرة الدماغ التي تتحكم في التفكير والإرادة، كما تؤدي إلى سوء الحالة الصحية للمدمن وضعف المناعة لديه مما يجعل جسمه اكثر عرضة للإصابة بالأمراض، لاسيما الذين يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن في الوريد أو تحت الجلد كما تسبب أيضا المخدرات اضرارا نفسية كالشعور بالاضطهاد والكآبة والتوتر العصبي إلى جانب حدوث هلاوس سمعية وبصرية قد تؤدي به إلى الجنون والخوف والانتحار، فهذه الأعراض والاضطرابات تحول المتعاطي من إنسان سوي إلى منحرف قد يرتكب سلوكات عدوانية واجرامية تسيئ إليه وإلى أسرته ومجتمعه. **(نفس المرجع السابق، ص41)**

أشارت تقارير إحصائية عن المخدرات عالميا عام 2021، إلى أن أكثر من 36 مليون شخص عانى من اضطرابات بسبب المخدرات قبل وبعد التعاطي، كما أشارت التقارير إلى أن أكثر من 11 مليون من المتعاطين عن طريق الحقن مصابون بالتهاب الكبدC، كما أكد التقرير العالمي للمخدرات لعام 2017 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة وأن الكحوليات تقتل حوالي 2,5 مليون شخص كل عام، والمخدرات الغير مشروعة تقتل حوالي 200 ألف شخص كل عام في جميع أنحاء العالم.

وفي دراسة "لكوكس" حول الحالة النفسية لمدمني المخدرات في وضعية غياب المخدر، فقد توصل كوكس إلى أن الرغبة الغير مشبوعة للمخدر ترافقها نوبات قلق وإحباط وهذا ما توصلت اليه نتائج الدراسة، فقد أظهرت ارتفاعا في درجة القلق والإحباط. **(فطيم، 1992، ص42)**

فمدمن المخدرات في فترة غياب المخدر يعاني من قلق مفرط إلى جانب ظهور عدة انفعالات نفسية كالشعور بالتوتر، الانزعاج، الاستثارة والعصبية، فهذه الانفعالات التي تطرأ على المدمن في هذه الفترة تسبب في ظهور شكل من أشكال السلوكات العدوانية، قد تكون عدوانية موجهة نحو الذات أو موجهة نحو الغير، لذلك يعتبر السلوك العدواني من بين السلوكات الخطيرة والمعقدة عند علماء النفس خاصة، فهذا السلوك ملاحظ أكثر لدى فئة المدمنين باعتبارهم من الفئات التي تهدد سلامة الفرد والمجتمع.

أكدت دراسة جوردن **(2006)** ودراسة نجلاء فتحي **(2010)** ودراسة شعشوع عبد القادر **(2012)** أن هناك ارتفاع في درجة السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات في فترة غياب المخدر، وأن هذا النوع من السلوك الذي يعاني منه مدمني المخدرات يستدعي تكفل نفسي وطبي، بهدف تسهيل عملية التغيير في السلوك والاتجاهات والاعتقادات حول

الاخرين ومساعدته على تغيير نظرته إلى ذاته وإلى مواقف الحياة المختلفة ومساعدته على تنمية ثقته بنفسه. **(فطيم، 1992، ص 41)**

وعلى ضوء ما تم ذكره حول موضوع دراستنا يمكن صياغة مشكلة دراستنا إلى التساؤل التالي:

هل توجد علاقة بين السلوك العدواني والقلق لدى مدمني المخدرات خلال فترة العلاج؟

2-فرضية الدراسة:

توجد علاقة بين السلوك العدواني والقلق لدى مدمني المخدرات في فترة العلاج.

3-أسباب اختيار الموضوع:

- الرغبة في التعرف على ظاهرة المخدرات عن قرب؛
- ارتباط ظاهرة ادمان المخدرات بالكثير من الاضطرابات النفسية والسلوكية؛
- الانتشار الكبير لظاهرة الإدمان على المخدرات؛
- ادمان المخدرات افة خطيرة تهدد سلامة الصحة النفسية والجسمية للفرد وسلامة المجتمع؛
- الرغبة في الالتفات الى المعاناة النفسية التي يعيشها هؤلاء المدمنين؛
- نقص الرعاية النفسية لمدمني المخدرات.

4-أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة في دراسة الحالة النفسية لمدمني المخدرات ولفت الانتباه إلى حاجة هذه الفئة للرعاية النفسية، بالإضافة إلى أهمية التكفل بهذه الفئة في جميع الجوانب سواء طبية، نفسية أو اجتماعية وغير ذلك.

كما تظهر أهمية هذه الدراسة في الالتفات لهذه الفئة وفتح مجال للتعبير عن معاناتهم كنوع من التفريغ الانفعالي وهذا ما يعود عليهم إيجابا كنوع من الاهتمام بهم.

5-أهداف الدراسة:

تتمثل أهداف الدراسة فيما يلي:

- قياس درجة القلق لدى مدمني المخدرات خلال فترة العلاج؛
- قياس درجة السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات في فترة العلاج؛
- دراسة العلاقة الموجودة بين السلوك العدواني والقلق لدى فئة مدمني المخدرات.

6-تحديد المفاهيم الأساسية:

6-1- القلق: L'anxiété

1.1.6.لغة: قلق الشيئ، أي الهم وعدم الاستقرار، بات قلقا أي بات مضطرب البال. **(مجاني الطلاب، 1996، ص 80)**

2.1.6. اصطلاحا: حسب المعجم السيكولوجي يعرفه القلق على أنه حالة انفعالية ثابتة تتشكل لدى الفرد نتيجة عدم قدرته على التكييف والاستقرار مع توقف الخطر، أما يكون خارجا او يكون ذاتيا **(Sillamy, 1991, p10)**

3.1.6.التعريف الاجرائي: يعرف وفق هذه الدراسة، بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد على مقياس تايلور للقلق.

6-2-السلوك العدواني:

1.2.6. لغة: هو الظلم ومجاوزة الحد **(فؤاد أبو حطب، دون سنة، ص12)**

2.2.6. اصطلاحا: يرى هيرمان **Haremen** بأنه السلوك الذي يقصد به إيذاء شخص ما أو إصابته كما يرى في قوة العدوان تناسبا طرديا مع شدة الإحباط **(احمد عزت راجح، 1979، ص 515)**

3.2.6. التعريف الاجرائي: يعرف وفق دراستنا بانه الدرجة المتحصل عليها على مقياس السلوك العدواني لبيري وباص.

6-3-المدمن على المخدرات:

1.3.6. لغة: كلمة المخدرات مشتق أصلا من فعل "خدر" الذي يعني كل ما يؤدي إلى النفور والكسل والاسترخاء والضعف على مستوى الأعضاء ويتبع بألم. **(سايل، 2001، ص ص 14-15)**

المدمن: مصدر "أدمن" والمقصود به إعتاد أو تعود على شيء معين إما مضر أو نافع **(نفس المرجع السابق، ص ص 14-15)**

2.3.6. اصطلاحا: هو الفرد الذي تعود على تعاطي مادة مخدرة حيث تنتج عن الإفراط للتعاطي تبعية جسمية أو نفسية أو كل منهما **(منصور، 1986، ص28)** كما عرفته اللجنة الإدارية لإدمان المورفين والهيروين في بريطانيا بأنه الشخص الذي اكتسب نتيجة لتكرار الممارسة رغبة قهرية لاستمرار التعاطي وفي محاولة انسحابه من تعاطي العقار يعاني من أعراض عقلية واضحة أو الام جسمية أو خلط أو تشويش.

(Edwin M ; Schur, 1986, p16)

3.3.6.التعريف الاجرائي: المدمن هو الفرد الموجود في المركز العلاجي لعلاج المدمنين الخاضع للعلاج النفسي والطبي.

6-4-فترة العلاج:

1.4.6. لغة: التطبيب والمداواة. **(عمار بوحوش، 2007، ص 23)**

2.4.6.اصطلاحا: هو محاولة السيطرة على المرض والتخلص منه وهو مرحلة التي تلي عملية تشخيص المرض، والهدف الرئيسي للعلاج هو إزالة الاعراض والمسببات للمرض أو الاضطراب والوصول إلى حالة من الاتزان. **(نفس المرجع السابق، ص 24)**

3.4.6.اجرائيا: هي فترة بداية العلاج، اثناء الإيقاف عن تناول المخدر وإزالة السموم.

الفصل الثاني:

إدمان المخدرات

تمهيد

1. **لمحة تاريخية عن المخدرات.**
2. **تصنيف المخدرات.**
3. **الأسباب والاضرار المترتبة عن تعاطي المخدرات.**
4. **مراحل ادمان المخدرات.**
5. **أعراض ومضاعفات مدمن المخدرات.**
6. **النظريات المفسرة للإدمان المخدرات.**
7. **الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات.**

خلاصة

تمهيد:

تتساقط الضحايا في كل يوم وتنتشر الجرائم الناتجة أو المرتبطة بالمخدرات في عموم البلاد ولاسيما المناطق الحضرية وأخطرها أنها تواجه الجميع الفئات فهي تعمل على هدم كيان المجتمع والقضاء على صحة أبنائه وتدمير قواهم العقلية والجسدية وانهيار أسرهم كبداية لهذا الفصل ذهبنا إلى ذكر أولا لمحة تاريخية حول بداية وانتشار المخدرات وأنواعها وكذلك تطرقنا إلى الأسباب والأضرار المترتبة عن تعاطي المخدرات ومختلف النظريات المفسرة لهذه الآفة كما تم ذكر أعراض ومضاعفات التي يعاني منها المدمنين وكيفية الوقاية والعلاج من هذا الإدمان.

1-لمحة تاريخية حول المخدرات:

يبدو الانسان منذ عصور ما قبل التاريخ وهو في سعي دائم للبحث عن أي طريقة يجعل بها حياته اكثر قبولا وأكثر لذة وفي نفس الوقت تلطف وتقلل من المتاعب التي تصاحب بالضرورة الوجود الإنساني ولا شك أن دوافع الانسان للسعي والنشاط في هذا الطريق قد حقق للبشرية كثيرا جدا من الأمور الرائعة التي تريحه وتخدم حياته وأغراضه وحاجاته المختلفة في الميادين الفيزيقية والفنية والتكنولوجية والعلمية بصفة عامة، وهذا مع افتراض أن الحضارة والمدنية الإنسانية الحديثة جميعها سليمة وصحية ومفيدة عن وجهة نظر الصحة النفسية الاجتماعية ولكن بالرغم من فوائد وخدمات هذه الكشوف والتجارب الإنسانية إلا أنها قدمت للمجتمع البشري بعضا من العقاقير أو المخدرات التي لها القدرة على استعباد الإنسان بصورة ليست معروفة في أي قوة أخرى وهي مخدرات الإدمان. (**أحمد حمدي ومحمود حجاز، 1994، ص16**).

واكتشاف المخدرات ليس شيئا حديثا في عصر البشرية أن كان بعض أشكاله أو بعض طرق استخدامه وتعاطيه يعتبر نتاجا حديثا للبحوث الطبية وعلى أي حال فان أربعة من هذه المخدرات الخطيرة وهي الأفيون والحشيش والكوكايين والكحول قد عرفها الانسان منذ عصور في القدم إلى الدرجة التي يقال فيها أنها عرفت منذ العصر الحجري للإنسان، فقد عرف الانسان النباتات التي تسبب مشتقاتها تغير في الخبرة والسلوك وكانت غالبا ما تستخدم في الاحتفالات الدينية فالخشخاش الذي يستخرج منه الافيون Opium، زرعه المصريون القدامى وصنعوا منه الشاربات التي تشعل الشهوة، والشاربات المنومة أو المهدئة أو المسكنة للآلام وكذلك القنب الهندي Cannabis الذي يزرع في سهول الهند والذي يستخرج منه الحشيش استعمل للإثارة وقد تم انتشار هذه النباتات وخلاصتها عبر العصور بصورة بطيئة اعتبارا من الشرق إلى الغرب فاذا ما استثنينا بعض المركبات المذكورة قديما في دساتير الأدوية مثل الأورانيوم منذ القرن الخامس عشر فلم يظهر استعمال الحشيش والأفيون عمليا في الغرب ألا في القرن التاسع عشر، أما الكوكايين هو مادة لشجرة الكوكا والتي زرعها الهنود في المرتفعات الهندية وأجزاء من وادي الأفرون في أمريكا الجنوبية لمدة تزيد بكثير عن الالف عام، ومع ذلك فان أوراق الكوكا لم تعرفها أوروبا حتى تم عزل عناصرها الفعالة التي تؤدي إلى التخدير في عام 1855 وتواجد مستخلصات الكوكا والكوكايين في الولايات المتحدة الامريكية وأوروبا اعقبته فترة من التجريب نتج عنها تقارير بالشعور بالنشوة ووصفها الأطباء بأمراض متنوعة كسوء الهضم وغيرها وهكذا ظهرت الدورة الأولى من سوء استخدام الكوكايين في أواخر الثمانيات من القرن التاسع عشر واستمرت حتى العقد الأول من القرن العشرين. **(فاروق عبد السلام، 1995، ص34).**

وفي دراسة معنى أصل الكلمات وتاريخها يتضح أن تاريخ استخدام الكحول يرجع إلى العصر الحجري القديم ومثل كل العقاقير فقد استخدم ولايزال يستخدم طبيا في الاحتفالات الدينية والاستجمام وبذلك يعتبر الكحول من أقدم المواد التي استخدمت عمليا في المداولة

من الأمراض والحقيقة انه في العصور الوسطى كان الناس يعتقدون أن الكحول هي روح الحياة وللكحول تاريخ طويل في افريقيا فقد كانت البيرة تشرب في مصر عام 4241 قبل الميلاد واثناء عصور الحكم الوراثي كان المصريون الأثرياء يشربون عدة أنواع من البيرة والخمور إلا أن حدوث الغزوات الإسلامية ونشر الإسلام عام 638 بعد الميلاد أدى إلى منع الكحول وتم تأصيله ضمن المحرمات الدينية يتضح مما سبق أن هنالك أربعة أنواع من المخدرات الخطيرة معروفة لدى البشرية منذ العصور القديمة ثلاث أنواع منها مستخرجة من نباتات طبيعية هي الأفيون والحشيش والكوكايين ونوع آخر هو الكحول والذي يستخرج من تخمير جميع أشكال الحبوب والفواكه المعروفة، وأن اكتشاف هذه المخدرات بالنسبة للمجتمعات البدائية قد طريق الصدفة أو المحاولة أو الخطأ. **(محمد الزهري حسن، 1993، ص 43).**

فالباربيتورات قام باكتشافها باير bayer في مصانع باير للأدوية بألمانيا حيث امكنه التواصل إلى حمض الباريتيوريك في عام 1953 حيث تم تركيب حمض الباريتيورات وركب منه مجموعة من المنومات المسكنة والتي كانت السبب وراء المتاعب اليومية والعلاج من الأرق فانتشر استخدامها، أما الأمفيتامينات فقد اكتشفت في أول أواخر القرن الثامن عشر ميلادي ولكنها لم تستخدم طبيا إلا في عام 1935 عندما استخدمت في علاج اضطرابات الحركية عند الأطفال الذين يعانون من اضطراب في المخ حيث يؤدي العقار إلى تهدئتهم واستخدمت الأمفيتامينات بعد ذلك في صورة سائل لعلاج الزكام وتطور استخدامها بعد ذلك لإضعاف الشهية وانقاص الوزن وبذلك أصبحت الأمفيتامينات متاحة في شكل أقراص وأصبح كثير من الأطباء ينظرون إليها على أنها علاج طبي منتشر ومتداول وجاء ترتيبها الثاني من حيث الانتشار بعد الاسبرين ففي الولايات المتحدة الأمريكية بلغ انتشار الأمفيتامينات بكل أنواعها ما يزيد عن 15 مليون سنويا وذلك في عام 1971، وفي عام

1975 قل سوء استخدام الأمفيتامينات جزئيا بسبب التعقيدات القانونية. **(محمد الزهري حسن، 1993، ص 08).**

2-تصنيف المخدرات:

تقسيمها: تعدد المعايير المتخذة أساس تصنيف المواد المخدرة وسوف نقوم بالتصنيف تبعا لمصدرها أو لأصل المادة التي حضرت منها وتنقسم طبقا لهذا المعيار إلى مخدرات طبيعية، مخدرات صناعية ومخدرات تخليقية.

2-1-المخدرات الطبيعية:

هي مجموعة من النباتات الموجودة بالطبيعية 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 اعتمادا وإدمانا نفسيا أو عضويا أو كلاهما وأهمها : **(الحشيش، القنب الهندي، الماريخوانا).**

القنب الهندي نبات عشبي ينمو فطريا أو تتم زراعته يسميه الأمريكيون (الماريخوانا) ومعناها السجن أو العبودية ويعرف عند العرب باسم الحشيش، وأوراقه مسننة وعدد فصوصها فردي وهو نبات منه نبتة مؤنثة وأخرى ذكرية، أن التعاطي عن طريق التدخين (الاستنشاق) سواء من خلال السجائر مخلوطا 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 **(علي عبد الله حمادة، 2007، ص ص 4-5-6).**

1.1.2.الأفيون:

ويعتبر الأب الشرعي لها، حيث يحتوي الخام منه على أكثر من 35 مركب كيميائي أهمها وأكثر فاعلية هو المورفين الكوديين والثايين وشجرة الخشخاش وهي المصدر الوحيد الذي يؤخذ هذا الأفيون وعرفت نبتة الافيون منذ آلاف السنين وكلمة الافيون تعني "عصارة " باليونانية وهي شجرة ذات أزهار جميلة تسر الناظرين تنتج ثمرة تحوي مادة لبنية بيضاء لزجة ذات رائحة نفاذة وطعم مر تسييل منها حين تشرط بال حادة ثم تتحول إلى اللون البني عند تعرضها للهواء وحيث تترك قليلا تتماسك لتصبح هي الأفيون وتوجد عدة أنواع للأفيون (الخام، الأفيون الهندي، والتركي واليوجو سلافي وتختلف جودته بالاختلاف نسبة المورفين والكوديين كما يختلف تعاطي الافيون باختلاف عادات مدمني الشعوب ففي مصر وجل الشرق الأوسط يتعاطى بالاستحلاب أو التدخين أو الابتلاع مع قليل من الشاي والقهوة ويسبب هذا التعاطي شعورا مرفوقا بالنشوة الزائف.

2-2-مخدرات صناعية:

وهي مواد تصنع ويتم استخلاصها بمعالجات كيميائية مثل الهيروين ومثل هذه المعالجات الكيميائية تقضي خصائص جديدة على المواد الطبيعية وتسمى كذلك بالمخدرات النصف مصنعة أو نصف تخليقية ومنها الهيروين، الأوكسيكودين، الهيروكودين وهما من مشتقات المورفين. **(محمد عثمان نجاتي، 1986، ص57).**

1.2.2.الهيروين:

مستخلص كيميائي تم تخليقه معلميا لأول مرة في عام 1874 م في ألمانيا من المورفين لذلك عرف باسم ستايل مورفين ثم أطلقت عليه شركة "بايد" للأدوية اسم الهيروين في عام 1898 وذلك إشارة للبطولة وهو من فئة الأفيونات التي تستخرج من زهرة الخشخاش

ويعد الهيروين من المهبطات والمنومات ومزيلات الألم وذي طبيعة تخديرية ذات نشوة وعادة ما يلون في صورة بودرة ناعمة بيضاء في حالة النقاء أو في ألوان أخرى في حالة الخلط وتلك الألوان مثل الون الأصفر، الرمادي، ألبني وهكذا حسب المادة المخلوطة ويتم تعاطيه عن طريق الشم بالأنف أو عن طريق الاستنشاق بالحرق واستنشاق دخانه أو يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد عندما يصعب على المعتمد استخدام أوردته يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالعضل كما يمكن في بعض الأحيان تدخينه في سيجارة أو تعاطيه عن طريق الفم وعند استخدامه عن طريق الحقن بالوريد يتم طبخه أولا عن طريق وضع الكمية المطلوبة من الهيروين بالجرامات في ملعقة مع إضافة قليلا من الماء وقليل من ملح اليمون أو عصير الليمون الطازج ثم يتم تسخين الملعقة على ولاعة أو شمعة ويتم تقليب المسحوق إلى أن يذوب مع السوائل ثم يتم سحب المحلول في حقنة مثبت في مثقابها فلتر سيجارة ثم يسحب الفلتر ويتم تعاطي الحقنة في الوريد وعندما يحتاج المريض المعتمد الى جرعة أخرى ويتعذر عليه الحصول على الهيروين نراه يبدأ في غسل الفلتر واستخدامه للحصول على بعض بقايا أو رواسب الهيروين العالقة به ويزيد من خطورة الهيروين ما يضاف عليه من مواد أخرى فعالة مثل الكينيين والكافيين.

2.2.2. الهيروموفين (الهيروكودين):

وهي أيضا من المهبطات نصف التخليقية المشتقة من المورفين لكنها أقوى منه أربع مرات ولذا فإن إدمانه أصبح انتشارا بين المتعاطين.

3.2.2. الأنورفين:

وهو أيضا من المهبطات النصف تخليقية التي تشتق من الثيايين (اسم أحد منومات الأفيون) لكنه أقوى بكثير من المورفين.

2-3-المهبطات التخليقية:

1.3.2.بديلات المورفين:

والتي إن كانت لا تماثله في تركيبها الكيميائي إلا أنها كماثله في التأثير وبعضها يتعاطى أما عن طريق الفم على هيئة أقراص أو بالحقن مثل البيتديين والديميزول، وبعضها يستخدم في علاج حالات الإدمان ذاته ولكنه اسيئ استخدامه مثل الميثادون والنالوكسون وبعضها مسكنات الالام التي أيضا اسيئ استخدامها مثل السوسيجون والبرولوكسفين **(محمد عثمان نجاتي، 1986، ص58).**

2.3.2.المنومات:

وتستخدم طبيا لتحقيق حالات الأرق لكن اسيئ استخدامها كغيرها وهي نوعين:

- نوع يتفاوت تأثيره على الانسان ما بين مفعول قصير جدا مثل البنتوثال) وقصير وأشهرها السيكونال والمعروف بالفراولة أو الشياطين الحمر أو متوسط المفعول مثل الامثيال أو طول المفعول مثل الفيرونال وجميعها تؤخذ على شكل أقراص أو كبسولات وأحيانا على شكل سائل (امبولات)؛
- أما النوع الثاني وهو أيضا من العقاقير التخليقية التي تجلب النوم وأشهرها الماندراكس والميتاطون وفي هذا النوع استحدث المتعاطون طريقة مغايرة للتعاطي هي بسحق الأقراص لاستنشاقها مما يعطي تأثيرا سريعا قويا لا يعادله إلا خطره البالغ وثمة من يلجأ منهم الى خلطه مع مواد أخرى كالهيروين أو المشروبات المروجة (الخمر) وهنا تبلغ الخطورة أقصى مداها قد تصل بالمتعاطي إلى حد وفاته كما يصل الإعتماد عليه حدا يصيب المدمن بأعراض الانقطاع مثل التشنجات والارتجاف والهذيان اذا توقف عن تعاطيه. **(نفس المرجع السابق، ص59).**

3.3.2. المهدئات:

وهي مجموعة من العقاقير التي هي في الأصل علاج طبي للقلق والتوتر وبعض حالات الصرع ولكن أسيئ استخدامها ولجأ المتعاطون إلى تناولها في كثير من الدول بدون وصفة طبية وذلك على هيئة أقراص مختلفة الأشكال أو كبسولات ولعل أكثرها استخداما وخاصة في مصر هو (الليبيريوم، الفاليوم، الانتفان، الروهينول) المعروفين باسم أبي الصليبية وغيرها ويسبب تعاطي المركبات لمدة طويلة الاعتماد النفسي والجسماني وإذا اسيئ استخدامها مع مركبات أخرى تزيد خطورتها بصورة بالغة.

2-4- التصنيف حسب نوع الاعتماد:

1.4.2.الاعتماد النفسي:

ينتج عن تعاطي المادة التي تسبب الشعور بالارتياح والاشباع الذي يؤدي إلى رغبة في تناول العقار بصورة مستمرة ودورية لتحقيق اللذة وتجنب الشعور بالقلق والتوتر والهروب من الواقع المؤلم لمحاولة نسيان هذا الألم.

2.4.2.الاعتماد الجسدي:

في حالة فيزيولوجية ناتجة عن اعتماد الجسم على العقار أو المخدر كلما أصبح جسمه أكثر قدرة على التحمل هذا الأخير دون أن يحدث فيه التأثير المطلوب كما تمتاز بظهور اعراض الانسحاب أي الأعراض التي تظهر عن انسحاب العقار من الجسم.

2-5- تصنيف المخدرات حسب درجة الخطورة:

1.5.2.الصنف الأول:

مواد سامة ذات التأثير الضار على صحة الإنسان عددها 89 صنف من بينها، الفيازوسين، الكودسلين، الخشخاش، القنب الهندي.

2.5.2.الصنف الثاني:

مواد سامة اقل خطورة من المواد التي تنتمي إلى الصنف الأول وتضم ثمانية أنواع أساسية وهي الفلوكوديين، الاستلهيد، الكوديين، النوركوديين، النيكوكوديين، الديهيدروكويين، البروبيرام، ابرابيرام.

3.5.2.الصنف الثالث:

مواد سامة تمثل الأقل خطورة من المواد السابقة ذكرها تتمثل هذه المواد في: الفولكوديين، النيكوديكويي، الاستيلديهيديين، المورفين **(أحمد محمد الزغبي،2001، ص 40)**.

3-العوامل والأضرار المترتبة عن تعاطي المخدرات:

3-1-العوامل:

اعتمادا على الدراسات السابقة يرى الباحثين أن كيان الإنسان النفسي الخاص به يلعب دورا هاما في احتمال أن يكون مدمنا أولا وأن الذين يقعون في دائرة الإدمان هم بالدرجة الأولى أفرادا يعانون من اضطرابات نفسية عميقة أضف إلى ذلك التنشئة الاجتماعية السيئة فيلجئون إلى تعاطي المخدرات لتخفيف من حالتهم تلك وبذلك فان تعاطي المخدرات مرتبط بمجوعة من العوامل النفسية، الاجتماعية، والاقتصادية.

1.1.3.العوامل النفسية:

هناك مجموعة عوامل نفسية تمارس تأثيرا كبيرا على الشخص فيضطر معظم من يتعرض لها إلى الاستسلام فتكون النتيجة ذلك ممارسة الهروب من الواقع فيقع فريسة لتعاطي المخدرات أو الخمور أو كليهما ومن العوامل:

- الضغوط النفسية الكبيرة نتيجة للإحباط في العمل أو مسعى معين أو تلبية حاجة معينة؛
- الشعور بمركب النقص نتيجة عاهة معينة أو عوق أو عدم مجاراة 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. **(مصطفى سويف، 1996، ص 15).**

2.1.3.العوامل الاجتماعية:

تؤثر أنماط الحياة والعوامل والقيم الاجتماعية والارتباط الدقيق بالدين فعالا في احتمالات إدمان المخدرات والخمور وهناك جملة من العوامل الاجتماعية لا يمكن لأي باحث أن يجهلها أو يتجاهلها وهي:

❖ **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.

❖ **التفكك الأسري:** وتعني به الصراعات والنزاعات التي تنشب داخل الأسرة أو أجواء التوتر والاختلافات الدائمة بين أطراف الأسرة خاصة الوالد والوالدة والتي تلقي بظلالها سلبيا على الأبناء الذين يفتقدون في مثل هذه الظروف للاهتمام والحنان والعطف الأسري وبالتالي يبحثون عنما يعتقدون أنه الملجأ لحل المشاكل.

❖ **المحاكاة:** وهي 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.

❖ **تأثير الحي السكني:** حيث دلت عدة دراسات على طبيعة المنطقة السكنية لها تأثير كبير إذا ماكنت المنطقة موبوءة ويكثر هذا في المناطق الريفية أو المعزولة لنتيجة لما تعانيه من مشاكل صحية، نفسية، واجتماعية وأزمات اقتصادية.

- **تأثير وسائل الإعلام:** حيث لها دور كبير في انتشار المخدرات بسبب ما يعرض في نماذج سيئة من الأفلام أو برامج يغيب فيها الوعي والصورة الصحيحة التي يجب أن تظهر بها هذه البرامج. **(مصطفى سويف، 1996، ص 16).**

3.1.3.العوامل الاقتصادية

- ارتفاع تكاليف مستوى المعيشة مما يلقي أعباء كثيرة على كاهل الفرد تجعله عاجزا تجاهها مما يدفعه الى 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 بالحاجيات الكمالية كما كانت بل أصبحت ضرورية.

- النزعة الاستهلاكية التي بدات تسود العالم الغربي هذه النزعة متأصلة فينا نتيجة لبعض قيمنا وعاداتنا وتقاليدنا التي تلقي بأعبائها على الأفراد ويقف عاجزا امامها فيتحول إلى الفعل الإنحرافي. **(نفس المرجع السابق، ص 17)**.

4-الآثار النفسية والاجتماعية والاقتصادية لمتعاطي المخدرات:

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

4-1-الآثار الصحية:

- يؤدي الى ضمور قشرة الدماغ التي تتحكم في التفكير والإدارة نقص في القدرات العقلية كذلك إصابة خلايا الدماغ.
- تهيج الاغشية المخاطية للأمعاء والمعدة وإلى احتقانها وحدوث نوبات إسهال وامساك وسوء الهضم.
- سوء الحالة الصحية للمدمن وضعف المناعة لديه مما يجعل جسمه أكثر عرضة للأمراض كالالتهاب الكبدي الوبائي، تلف خلايا المخ إلى جانب تزايد في معدل ضربات القلب، الإصابة بتشنجات وحالات الصداع خصوصا بعد انتهاء تأثير المادة المخدرة والشعور بالآلام في الساقين.

4-2-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؛

4-3-الآثار الاجتماعية:

- فقدان الصفات الاجتماعية، حيث يصبح المدمن شخص غير سوي مع المجتمع؛
- فقدان القدرة على تحمل المسؤولية؛
- ضعف القدرة على التحكم في مختلف المواقف أي أصبح خطرا على المجتمع؛
- المتعاطي يصبح نموذجا سيئا من قبل أسرته؛
- ان ممارسات المتعاطي داخل الاسرة تتسم بالعدوانية في كثير من الأحيان مما ينعكس سلبا داخل الأسرة؛
- كما ان السلوك المتعاطي يتسم باللامبالاة وعدم المسؤولية حيث يتخلى عن مسؤوليته داخل أسرته ومجتمعه؛
- انخفاض القدرة الإنتاجية للشخص نفسه وبالتالي ينعكس ذلك على اسرته وعلى المجتمع **(عفاف محمد عبد المنعم، 1998، ص 43)**

4-4-الآثار الصحية:

1.4.4.اضرار على الجهاز الهضمي:

يؤدي تعاطي المخدرات الى حدوث التهاب مزمن للغشاء المخاطي المبطن للفم والبلعوم، وأضعاف حاسة التذوق والتهاب الحلق والإحساس بالغثيان والميل للقيئ فقدان الشهية اضطرابات في إفرازات العصارات المعدية حدوث تقرحات في الغشاء المخاطي وبعض أنواع سرطان المعدة وإنهاك الخلايا الكبدية واصابتها بقصور وظيفي ينتج عنه اضطرابات في الهضم.

2.4.4.أضرار تصيب الجهاز التنفسي

حيث يؤدي إلى تخريب عضوي في المخ والتهاب الأعصاب.

3.4.4.أضرار جسمية:

أن تعاطي المخدرات يؤدي الى ضعف الإحساس بشكل عام والشعور بالآلام يسبب التهابات عصبية واضطرابات حركية تؤدي إلى الشلل.

4.4.4.أضرار تصيب الجهاز الدوري:

تؤدي إلى الإصابة باضطرابات في ضربات القلب وضغط الدم.

5.4.4.الاضرار النفسية:

وهي الشعور باليأس والقنوط دون سبب مبرر والشعور بالقلق العام وعدم الاستقرار والخوف وتخيل أشباح قد تؤدي بالمدمن إلى الانتحار.

6.4.4.الإصابة بالإيدز:

لقد دلت الاحصائيات في الولايات المتحدة الأمريكية إذ حوالي 70 من مرضى الايدز من الشواذ جنسيا وأن حوالي 20 منهم متعاطي المخدرات بالحقن الوريدي فمدمنو المخدرات يعدي كل واحد منهم الاخر بالتشارك في نفس الحقنة. **(نفس المرجع، ص، 180)**.

5-مراحل الإدمان على المخدرات:

5-1-مرحلة التجربة:

ويقصد به الاستعمال التجريبي قصير المدة والفترة محدودة للمخدر، ويعتبر الحافز الأول الذي يدفع إلى التعاطي خاضعا لعملية التجربة وحب الاستطلاع والرغبة في معرفة آثار المخدر، في هذه المرحلة يشعر المرء أنه في حالة جيدة، قليلا ما يحدث أثار مزعجة

والمخدر المستعمل هو الخمر والماريجوانا في غالب الأحيان وكيفية وكيفية الحصول عليه بالمجان في البداية حيث اكدت دراسة مسحية أجرتها مؤسسة "ويكي ريد" 1987 بالولايات المتحدة الامريكية أن أكثر الأشخاص تقدم لهم المخدرات والكحوليات مجانا قبل عشر سنوات وفي هذه المرحلة المبكرة تكفي كميات صغيرة من المخدرات لأحداث أثرها كما ان المتعاطي لا يلجأ إلى المخدرات ألا عندما تكون الأوضاع مناسبة والمخدر متاحا كما لا تظهر أي علامات بدنية في هذه المرحلة.

5-2-مرحلة التعاطي المقصود:

ويكون التعاطي في المرحلة مقصودا حيث يبدا حدوث الاعتياد والتحمل البدني وتصبح هناك حاجة لزيادة الجرعة لحدوث النشوة قد تستعمل مخدرات جديدة مثل المنشطات والمهدئات كما يبدا التعاطي المنفرد حيث يحافظ المتعاطي على المظهر الطبيعي في مواجهة الوالدين، المعلمين، الأصدقاء بينما تقدم صورة مختلفة للأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات، أما من الناحية البدنية فيظهر الشعور بالتعب الزائد وأسلوب الحياة على السهر الطويل.

5-3-مرحلة الإدمان:

في هذه المرحلة يتم البحث عن النشوة فينتقل الفرد المتعاطي إلى اخذ عقاقير أخرى مثل الكوكايين الافيون حيث لا يعد تناول المخدر اختيار بل ضرورة، تزداد درجة الاعتياد والتحمل البدني كما تفشل محاولة إنقاص أو توقف عن التعاطي أما من الناحية البدنية فيكثر ظهور الأمراض. **(محمدي ومحمد حجاز، 1994، ص 16).**

5-4-مرحلة الإدمان القهري والاحتراق:

في هذه المرحلة نادرا ما يشعر المدمن بالنشوة بل يكون التعاطي غير خاضع لسيطرة وقد يلجأ المدمن إلى الحقن الوريدي لاسيما بعقاقير مثل الكوكايين أو الاستنشاق بحيث تتدهور صحته البدنية وتتكرر حالات الوهم والبارونويات كما تكثر حالات الأعضاء ويوصف المدمن في هذه المرحلة أنه "المحروق" أن يعالج يكون مصيره الموت أو الانتحار بسبب زيادة الجرعة. **(محمدي ومحمد حجاز، 1994، ص 17)**.

6-أعراض ومضاعفات مدمني المخدرات:

6-1-التبعية:

وهي التعلق المرضي بالمادة المخدرة وعدم إمكانية التخلص من تناولها وهي على نوعين، تبعية نفسية وتبعية جسمية يصبح الفرد المدمن في تبعية نفسية للمخدر في حالة الكف عن تناوله فتظهر عليه اضطرابات نفسية كالقلق، الإنتاج والكأبة، كما أن الانقطاع المباشر بغياب المخدر يؤدي بالفرد المدمن إلى اضطرابات عقلية ووظائف عنيفة مع اوجاع في سائر أنحاء الجسم كما يمكن أن تظهر عليه تشنجات، القيئ، إسهال، تعب.

6-2-التحمل:

وهي ازدياد الفرد على تناول العقار وذلك لحصول على أثر مماثل لأثر الجرعة الأولى.

6-3-حالة الانسحاب أو النقص:

ناتجة عن الانقطاع أو التوقف المفاجئ لتناول المخدرات فتتميز حالة الفرد المدمن بمجموعة من علامات مثل التعب، اضطرابات النوم، ألم الرأس، غثيان، فقدان الشهية، وهذه العلامات تسمى بأعراض الامتناع.

6-4-الجرعة الزائدة:

هي تناول جرعة أو كمية من المخدرات، يمكن ان تسبب غيبوبة عميقة قد تصل بالفرد المدمن إلى الموت. **(محمدي ومحمد حجاز، 1994، ص 18).**

7-النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات:

نجد في مجال تعاطي المخدرات تناولت نظريات متنوعة وكل نظرية تقترح افتراضات حول العلاقة النسبية تبين المتغيرات والتي تؤدي إلى التعاطي ومن اهم هذه النظريات:

7-1-نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي ان سيكولوجية الإدمان تقوم على أساسين:

- الصراعات النفسية وترجع إلى الحاجة للإشباع النفسي النرجسي الذي يرجع أساسا إلى اضطرابات علاقات الحب والاشباع العضوي.
- الحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدها وتكرار التعاطي يعني الفشل في الحب في جل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجة.

هو الذي يميز مدمني المخدرات عن غيرهم وبذلك فإن الأصل في الإدمان وطبيعته يرجعان التي التركيب النفسي للمريض الذي يحدث حالة الاستعداد ومن ثم الدور الذي يلعبه

أثار المخدر الكيميائي وخواصه لذلك فالمادة المخرة هي الوسيلة العلاجية ذاتية يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفولية لا شعورية فيثبت طاقاته الغريزية داخل منطقة الفم لعدم نضجه الجنسي فالمادة المخدرة بالنسبة اليه تسكن المشاعر الجنسية التي يعانيها كذلك كل أنواع المخدرات الضارة والغير الضارة منها عبارة اندفاعات مرضية وباعثها تلك الحاجة التي يشعر بها الإنسان للحصول على الإشباع. **(Bregeret ;j ;1996, p 67).**

7-2-النظرية السلوكية:

1.2.7.نظرية خفض التوتر:

بمعنى أن الأفراد يتعاطون المخدرات ليخفضوا من مشاعر الغضب والضيق وخاصة القلق كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه المشاعر فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات عديدة ومتتالية.

2.2.7.نظرية التعلم:

المبدأ المؤكد في هذه النظرية هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كفئوا عليها وسوف يمتعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها فتعاطي المخدرات وإدمانها سلوك متعلم فالفرد يشعر بالقلق والتوتر فيتعاطى المخدرات يشعر بالهدوء والسكينة ويعتبر إحساسه هذا دافعا لتناوله لهذه المادة للمرات المتتالية مع استمرار الإدمان يتعلم الشخص تناول المادة لتحقيق أثار الانسحاب المزعجة.

7-3-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.

تفترض النظرية السلوكية أن الإدمان ما هي إلا سلوك يتعلمه الإنسان. **(Bregeret ;j ;1996, p 68)**.

7-4-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 جعلها الإنسان عموما والمراهق خصوصا يشعر بعدم الاطمئنان والثقة بالمجتمع الذي ينتمي إليه، تمرد عليه بتكوين جماعات فرعية خاصة به من سماتها تعاطي المخدرات وهذا ما يشعره أنه فرد له قيمته الاجتماعية لكن تحركاته في حقيقة الأمر ما هي إلا سلوكات إنحرافية خطيرة.

7-5-نظرية علم النفس:

لم تولى دراسات علم النفس الإجتماعي اهتماما بالدرجة الأولى لظاهرة إدمان المخدرات بالذات وإنما صبت اهتمامها على الفرد وسلوكياته المرتبطة بهذه العقاقير.

إن الفرد المدمن على المخدرات عنده عدة ارتباطات الأول متعلق بالعلم الاجتماعي والثقافي والثاني متعلق بالمادة المخدرة.

فمن هذين الارتباطين نتيجة التناول الاجتماعي والنفسي منهجية دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات فالارتباط الخاص بالعالم العلائقي والثقافي يرجعه النفس الاجتماعي إلى ضعف القيم الاجتماعية السائدة وإلى ظهور وإلى ظهور اتجاهات جديدة تهتم بالجوانب المادية فقط

وهذه العوامل جعلت الفرد يشعر بالغربة وعدم الاطمئنان وتولد عنده الشعور بالقلق والعدواني فادى إلى الجنوح والخروج عن تقاليد مجتمعه وبيئته وتكوين جماعات فرعية خاصة به من سماتها تعاطي المخدرات.

7-6-النظرية الفيزيولوجية:

يفسر هذا الاتجاه على أساس وجود نوعان من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية ومستقبلات دوائية تفاعلها مع العقار إلى مفعول الدوائي ومستقبلات ساكنة وغير نشطة لا تتفاعل مع العقار بصفة مستمرة إلى تنشيط هذه الأخيرة وتتحول إلى مستقبلات دوائية مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى جرعات متزايدة من العقار كي يتسبب نفس المفعول للعقار وهذا ما يعرف بالاحتمال وعند الإقلاع المفاجئ عن تعاطي العقار تنشط المستقبلات الزائدة إلى ظواهر غير طبيعية مثل الأرق والهلوسة.

ترى هذه النظرية أن الأفراد لديهم استعداد وراثي بيولوجي على مسكر المواد المبدلة للتفكير والميل اليها والرغبة فيها.

إن سلوك الإدمان ينتقل من مدمن إلى أبنائه كما ينتقل إليهم بعض الطباع وأثبتت الدراسات أن من مضاعفات إدمان المرأة على الهيروين هي ولادة مدمنين أيضا بسبب وصول المادة إلى دمائهم عن طريق الحبل السري وقد تم ولادة طفل أصيب بنوبة سحب العقار بعد ولادته بوقت قصير ولم يهدأ حتى أعطيت له كمية من الأفيون.

ولكن النظريات تجمع على أن المدمن يقبل على المخدر لتحقيق التوازن بينه وبين واقعه ويجد 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 ادراكه للعالم وانفعاله له واستجاباته له فالمدمن يحاول دائما تغيير نفسه بدل من تغيير واقعه وهذا الذي يحدث له ينتج له إعادة بناء عالمه وهي إعادة وهمية تمكنه من التكييف مع واقعه. (**P34**; **1982**; **Roux**).

8-الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات:

8-1-طرق الوقاية:

1.1.8.وقاية اجتماعية:

اعتماد الافراد على التنشئة اجتماعية صحيحة ومتوازنة تعتمد الليونة والحزم تجاه الأبناء ومتابعتهم في البيت والمدرسة.

2.1.8.وقاية صحية:

تقوم على بث الوعي العلمي من خلال تقوية الاعلام الصحي عن طريق القنوات الإعلامية كافة ومواقع الانترنت المتخصصة والنشرات والملصقات التي تحذر من خطر المخدرات وتقوية المؤتمرات العلمية التي تناقش موضوع المخدرات وخطرها.

3.1.8.وقاية قانونية:

وذلك من خلال تشديد العقوبة على المتاجرين والمتعاطين والمشترين.

وقاية حضارية وثقافية: وذلك بتنمية الحس الحضاري وفتح افاق النجاح وإيجاد بدائل مفيدة وشغل أوقات الفراغ بالنشاطات العلمية والثقافية والرياضية.

8-2-سبل العلاج من الإدمان على المخدرات:

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

8.2.1.العلاج الطبي:

- تحرير الفرد جسميا من الاعتماد على العقار (الاعتماد الكيميائي) وذلك حسب درجة الإدمان عدد المرات والكمية المستعملة؛
- التهدئة العامة للمدمن والقضاء على الامراض التي اصابت المدمن نتيجة الإدمان؛
- الوقاية المسبقة من الامراض المحتمل أن يتعرض لها المدمن والتقليل من الاعتماد الجسمي للمخدرات حتى بالوصول الى التطهير التام للجسم من المخدر. **(مدحت أبو زيد، 2001، ص 50).**

8.2.2.العلاج النفسي:

يجري الآن ابتكار الكثير من الطرق العلاجية الارشادية في مجال الإدمان على المخدرات ومن أشهر العلاجات النفسية الحديثة في ميدان الإدمان ما يعرف بالعلاجات السلوكية، وهي تعتبر من بين الثمار الرئيسية لتطبيقات العلوم النفسية الحديثة إضافة الى الطرق العرفية وطريقة العلاج بالتمركز حول الذات لروجرز.

تقوم العلاجات السلوكية على مسلمة أساسية مؤداها أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الإنسان بما في ذلك الإدمان إنما من أشكال تكتسب وتنمو في ظل ظروف حياتية (بيولوجية، نفسية، اجتماعية) ومن ثم تطبيق عليها قوانين اكتساب العادات وتعديلها وأشهر هذه الطرق طريقة "بودن" "Boudin" وهي تعتمد على ثلاث مقومات رئيسية:

- الذات تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها؛

- التدريب على تقييم الذات بناء على ما تسلكه الذات؛
- برمجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التي تصل اليها من البندين السابقين.

3.2.8.العلاج الاجتماعي:

وهو مجموعة الخدمات المادية والمعنوية التي ينالها العميل عن طريق علاقته بالمؤسسة لتحدث أثرا مرغوبا في موقفه وتمكنه من استعادة النشاط الاجتماعي المطلوب أي توصله إلى حالة التكيف الاجتماعي الذي يرضيه ويرضي المجتمع الذي يعيش فيه. **(مدحت أبو زيد، 2001، ص 51).**

خلاصة:

في هذا الفصل تناولنا لمحة تاريخية حول المخدرات وانتشارها وتطرقنا إلى أنواعها وتأثيرها على الفرد وعلى المجتمع وبعدها يتم إظهار مختلف مراحل التي يمر بها متعاطي المخدرات حتى يصبح مدمنا، كذلك اخذنا وجهة نظر النظريات النفسية الأساسية والتحليلية، السلوكية، والمعرفية حول أسباب الإدمان وأخيرا حددنا أسس الوقاية والعلاج من هذا السلوك.

الفصل الثالث:

السلوك العدواني

تمهيد

1. تطور السلوك العدواني.
2. أسباب وآثار السلوك العدواني.
3. أشكال السلوك العدواني.
4. مظاهر السلوك العدواني.
5. المقاربات النظرية المفسرة للسلوك العدواني لدى مدمني المخدرات.

خلاصة

تمهيد:

تتخذ مشكلة السلوك العدواني أنماطا وأشكالا مختلفة ترجع إلى طبيعة المواقف والظروف التي تستثير هذا السلوك عند الفرد فقد يكون جسديا، لفظيا أو رمزيا كما يمكن أن يكون موجها نحو الذات الفرد أو نحو الآخرين أو نحو الممتلكات العامة وتختلف الآثار السلبية لهذه الظاهرة من فرد لآخر ومن موقف لآخر عند نفس الفرد وهذا ما دفع بالباحثين والمتخصصين إلى اقتراح بعض الطرق العلاجية لتخفيف حدة السلوك العدواني وخاصة لدى فئة المدمنين على المخدرات باعتبارهم الفئة الأكثر تعرضنا لارتكاب السلوكات العدوانية.

وعلى هذا سيتم عرض في هذا الفصل مختلف أشكال العدوان ومظاهرها والتطرق أيضا إلى الأسباب التي تؤدي بالمدمن إلى ارتكاب السلوكات العدوانية، كذلك الاثار الناجمة عن السلوكات العدوانية وكيفية قياس السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات وأخيرا سنعرض أهم النظريات التي فسرت السلوك العدواني ومختلف الطرق العلاجية.

1-تطور السلوك العدواني:

ظاهرة العدوان قديمة جدا وارتبطت بالإنسان منذ خلقه وذلك يتضح من خلال قصة سيدنا آدم عليه السلام حينما قتل "قابيل" أخاه "هابيل" في قوله تعالى: ﴿ **فَطَوَّعَتْ لَهُ نَفْسُهُ قَتْلَ أَخِيهِ فَقَتَلَهُ فَأَصْبَحَ مِنَ الْخَاسِرِين(30)** ﴾ (المائدة :الآية 30) .

واتسم التفكير المبكر في السلوك العدواني بوجه عام بطابع فلسفي ميتافيزيقي واتخذ صورة انطباعات وتأملات حول الطبيعة البشرية وقد تلي ذلك انتقال التفكير في الظاهرة إلى الأسلوب العلمي الموضوعي.

وتعد ملاحظات ماك دوقال (1926) وتفسيراته النظرية لهذه الطاهرة بداية الاهتمام بالموضوع والبحث فيه ففي (1928) ظهرت أول الإشارات للبحث في ميدان العدوان في

فهرس مجلة الملخصات السيكولوجية ثم جاء "دولارد" (1939) وجماعته بأول محاولة جادة للبحث الميداني المنظم لظاهرة العدوان البشري وكانت ترتبط بالعلاقة بين الإحباط والعدوان واستمر تأثير "دولارد" وجماعته على البحوث اللاحقة لفترة تفوق العشرين سنة. **(شريفي هناء، 2002، ص 15).**

وتعد جهود "باص" (1962) المحاولة الثانية الفعال على ميدان البحث في العدوانية لابتكارهم لبعض أساليب التجريبية لقياس العدوان مما فتح المجال للعديد من البحوث والدراسات.

وفي بداية السبيعينات قدم بندورا (1973) وباروت (1977) نماذج نظرية قيمة لتفسير الظاهرة وتحديد الميكانيزمات والعوامل التي تدفع ببعض الأفراد إلى العدوان وتعد هذه الفترة الإنطلاقية الفعلية للبحث في العدوان على مسارين النظري والامبريقي إذ حدث نموا واضحا في المعلومات كما وكيفا غير أنه لا تزال هناك العديد من الاختلافات بين المنظرين والباحثين في مفهوم العدوان وأسسه النظرية وتطوره عبر مراحل العمر المختلفة **(معتز سيد عبد الله، 1977، ص 18).**

2-أسباب السلوك العدواني:

2-1-العوامل الوراثية والصحية:

تعد الوراثة احدى العوامل المسببة للعدوان وتؤكد ذلك الدراسات التي أجريت على التوائم والتي وجدت أن الاتفاق في السلوك العدواني بين التوائم المتماثلة أكثر من التوائم غير المتماثلة كما أن الشذوذ الصبغيات الوراثية قد يؤثر في ظهور السلوك العدواني بالإضافة إلى وظيفة الدماغ مثل وجود خلل في الجهاز العصبي كما أن بعض العوامل الصحية قد تؤثر على العدوان لدى الأطفال ففي بعض الحالات يسبب الألم والانزعاج من المرض حالة

التهيج عند الأطفال المرضى كما يمكن أيضا أن يسبب حالة من الإحباط لعدم تمكنه من المشاركة في الأنشطة وكل هذه المشاعر يمكن أن تدفع بالطفل إلى التعبير عن احباطاته عن طريق السلوك العدواني. **(وفيق صفوت مختار، 2005، ص58)**

2-2-العوامل البيئية:

أسفرت نتائج البحوث والدراسات على أن استخدام أساليب خاطئة أثناء التعامل مع الطفل كالإفراط في اللوم ونقده نقدا عنيفا في الوقت الذي يحتاج فيه بشدة إلى التقدير والاحترام كذلك عدم الإحساس الطفل بوجوده الاجتماعي داخل الأسرة أو بين أقرانه في المدرسة والإحساس بتقييد حريته في العب أو الرغبة في التعبير عن ذاته والسعي في اثباتها أو قد يكون سبب العدوان راجعا إلى محاكاة الطفل لسلوك الأب أو الأم داخل المنزل.

كما أشارت دراسات علم النفس في هذا المجال إلى أن ما يصدر عن الطفل من سلوك عدواني قد يكون راجعا لعدم المساواة في التعامل بين الأبناء أو بناءا على عقاب الوالدين للبناء أو التساهل في التعامل معهم.

2-3-العوامل النفسية:

قد تكون هناك سمات شخصية تؤدي إلى تنمية العدوان خاصة بين الأطفال الذين هم في سن الذهاب إلى المدرسة فقد تحدث مشاكل سلوكية في سن المدرسة، حيث أن بعض الأطفال قد يعانون من سلوكات إندفاعية أو نقص الإنتباه أو فرط النشاط والتي قد تزعج المحيطين به فهؤلاء الأطفال يحصلون على أقل تشجيع من الآباء مقارنة مع أقرانهم ومع ذلك فهم في حالة تفاعل مع أقرانهم لتطوير الاجتماعية لأن العزل الاجتماعي يمكن أن يكون سببا في تطوير السلوك العدواني لدى الأطفال وذلك ردا على عدم وجود اتصالات اجتماعية. **(وفيق صفوت مختار، 2005، ص 59).**

3-آثار السلوك العدواني:

تجمع الآثار السلبية ما بين التأثير النفسي والاجتماعي والاقتصادي على كل من الفرد والمجتمع ويمكن تحديد هذه الآثار فيما يلي:

3-1-أثر السلوك العدواني على الضحية:

حيث يزداد احتمال إصابته بالأمراض النفس-جسمية والاضطرابات الوجدانية كالخوف والسلبية والاكتئاب والانعزال وانخفاض تقدير الذات والاستغراق الانفعالي وغيرها من الاضطرابات التي تلحق به سواء كان فردا أو جماعة وقد يصبح الفرد أكثر عدوانية مع الآخرين إذ العدوان يولد عدوان وهنا قد يعتقد بمشروعية العدوان لأنه الحل السليم للتعايش في مثل هذا السياق الانفعالي.

3-2-أثر السلوك العدواني على المعتدي:

قد يتعرض لنبذ الجماعات له وكراهيتها فضلا عن أنه قد يتعرض لإجراءات قانونية وقد يواجه الآخرون بعدوان مضاد وبالتالي تكون أثاره كلها سيئة.

3-3-أثر السلوك العدواني على المجتمع:

إن المجتمع الذي يسود فيه أعضاء العدوان والعنف وجميع أشكال السلوكات لا سوية، مجتمع مريض وبالتالي يعاني من سلبية مجحفة تؤدي الى امراض لاجتماعية كالحروب والأهلية والتفكك الاجتماعي فضلا عن الآثار الاقتصادية التي تلحق به وما يتعرض له من خسائر مادية وبشرية وتذبذب القيم الاجتماعية وضياعها إضافة إلى ما ذكر من الآثار المترتبة عن السلوك العدواني، هناك آثار أكاديمية فقد لخص الباحثون إلى أن الأطفال العدوانيين قد تقلل عدوانيتهم من فرصهم في التعليم وقدرتهم على الإنجاز الاكاديمي كما قد يوقفون عن الدراسة مرات متكررة لذلك نجد أن التأثيرات السلبية لهذا

السلوك العدواني في الطفولة مستمرة قد تدوم لسنوات طويلة. **(عدة واضح وآخرون، 2007، ص49)**.

4-أشكال السلوك العدواني:

حاول الكثير من العلماء والباحثين تصنيف السلوك العدواني إلى أنواع محددة وذلك وفق ما يلي:

4-1-الموضوع الموجه له العدوان:

ذهب بعض الباحثين إلى تقسيم السلوك العدواني على أساس الموضوع الموجه له العدوان ومن بينهم "كوفمان" (1985) الذي قسمه إلى:

- العدوان الموجه إلى الذات: كضرب الراس على الحائط عض اليدين وضرب الوجه باليدين؛
- العدوان الموجه نحو الاخرين: وهو الاعتداء على الآخرين المحيطين بالفرد والخروج عن القوانين والنظم المعمول بها.

4-2-مدى مباشرة ووضوح العدوان:

من بين الباحثين الذين قسموا السلوك العدواني على الأساس "أحمد بدوي" (1977) و"عزة حسين زكي" (1979) حيث يريان أنه ينقسم إلى:

- عدوان مباشر: سواء نحو الذات او الاخرين (بدني او لفظي)؛
- عدوان غير مباشر: نحو الذات او نحو الاخرين (بدني او لفظي).

4-3-الطريقة التي يعبر بها عن العدوان:

قسم الباحثين مثل سعد المغربي (1987) ونجوى شعبان (1987) السلوك العدواني إلى عدوان لفظي عدوان بدني وعدوان سلبي، عدوان إيجابي سواء كان العدوان لفظيا أو بدنيا نحو الذات أو نحو الآخرين **(راجح، 1985، ص57)**.

4-4-حسب الشكل الظاهري:

يتخذ السلوك ثلاث أنواع من العدوان حسب ما يمكن ملاحظته وسماعه هي:

- السلوك العدواني الجسدي: هو رد فعل دفاعي أو هجومي يشترك فيه الجسد في الاعتداء على الآخرين بالضرب، الرفض والدفع.
- السلوك العدواني الفظي: يقف عند حدود الكلام ولا تكون مشاركة الجسد ظاهرة فيه يرافق الكلام أحيانا الغضب والتهديد والشتم.
- السلوك العدواني المعنوي: يمارس فيه سلوك يرمز إلى احتقار الآخر كامتناع عن النظر إلى الشخص ورد السلام عيه.

5-مظاهر السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات:

يبدأ السلوك العدواني لدى مدمن المخدرات بنوبة مصحوبة بالغضب والإحباط ويصاحب ذلك مشاعر عن الخجل والخوف:

- تتزايد نوبات السلوك العدواني نتيجة للضغوط النفسية المتواصلة أو المتكررة في البيئة؛
- الاعتداء على الاقران انتقاما أو بغرض الازعاج؛
- الاعتداء على ممتلكات الغير أو الاحتفاظ بها لمدة زمنية بغرض الازعاج؛
- كثرة الحركة وعدم أخذ الحيطة من الإيذاء أو التأذي؛

- عدم القدرة على القبول التصحيح؛
- عدم الامتثال للتعليمات وعدم التعاون والترقب والحذر والتهديد الفظي وغير الفظي؛
- سرعة الغضب والانفعال والضجيج والامتعاض والغضب. **(عدنان أحمد الفسفوس، 2006، ص 29)**

6-النظريات المفسرة للسلوك العدواني:

تعددت النظريات التي تفسر العدوان والأسباب المؤدية له، إلا أنه يمكن إجمال هذه النظريات في المحاور الأساسية التالية:

6-1- النظرية البيولوجية:

يعتبر "مكدرجل" من مؤسسي هذه النظرية حيث يرى أصحاب هذا التوجه بأن العدوان والعنف جزء أساسي في طبيعة الإنسان وأنه التعبير الطبيعي لعدة غرائز عدوانية مكبوتة وأي محاولة لكبت عنف الإنسان ستنتهي بالفشل بأنها تشكل خطر النكوص الاجتماعي، حيث يرى مؤيدي هذه النظرية أن الإنسان لديه مجموعة من الغرائز تدفعه لأن يسلك مسلكا معينا من أجل إشباعها لذلك فالسلوك العدواني سلوك غريزي هدفه تصريح الطاقات العدوانية الداخلية واطلاقها حتى يشعر الإنسان بالراحة كما تهتم أيضا بالعوامل البيولوجية في الكائن الحي كالصبغيات الجنسية والهرمونات والجهاز العصبي المركزي واللامركزي والغدد الصماء والتأثيرات البيوكيميائية والأنشطة الكهربائية. **(العقاد، 2001، ص112)**.

ومن الدراسات التي اتجهت لدراسة الهرمونات دراسة ليبا (1990) التي وجدت أن الذكور أكثر عدوانية من الإناث في كل المجتمعات بسبب ارتفاع هرمون التستوسترون لديهم عن الإناث.

ودراسة مارك (1970) وماير (1977) التي وجدت أن هناك مناطق في المخ هي الفص الجبهي والجهاز الطرفي مسؤولة عن ظهور السلوك العدواني لدى الأفراد إلا أن هذه الدراسات لا تقدم الأدلة العلمية الكافية على أن مثل هذه الاضطرابات هي بالضرورة من مسببات العدوان. **(العقاد، 2001، ص 113).**

6-2-نظرية التحليل النفسي:

تبعا لهذه النظرية يرى فرويد مؤسس هذه النظرية أن هناك نوعين من القوى المحركة لسلوك الإنسان أطلق عليهما لفظ غرائز الحياة وغريزة الموت وأن العدوان هو تحويل غرائز الموت إلى خارج الكائن الحي ولذا تعرف نظريته في تفسير العدوان بنظرية العدوان الغريزي أي أن الإنسان عندما يشعر بتهديد خارجي تنتبه غريزته العدوانية فتجمع طاقتها ويغضب الفرد ويختل توازنه ويتهيأ للعدوان لأي إثارة خارجية بسيطة وقد يعتدي دون إثارة خارجية حتى يفرغ طاقاته العدوانية ويخفف توتره النفسي ويعود إلى إتزانه الداخلي كما أن فرويد ربط بين العدوان والمراحل المبكرة.

6-3-النظرية السلوكية:

إن ميدان تعديل السلوك قد تأثر بالعديد من النظريات التي ترى أن السلوك العدواني كأي سلوك اجتماعي آخر مكتسب ومتعلم، فتتبنى هذه النظرية تعديلها للسلوك العدواني على افتراض أن العدوان سلوك متعلم ومن ثم نستطيع أيضا أن نعلم السلوك العدواني عن طريق تعزيزه أو مكافأته لكي تزول النتائج المعززة للعدوان، ويرى السلوكيون أن كذلك السلوك بكله متعلم من البيئة ومن ثم فإن الخبرات المختلفة التي اكتسب منها شخص ما السلوك العدواني قد يدعمها مما يعزز لديه ظهور الاستجابة العدوانية كلما تعرض لموقف محبط. **(بطرس، 2008، ص 243).**

وأشار سكينر إلى أن الإنسان يتعلم سلوكه بالثواب والعقاب، فالسلوك المثاب يميل الفرد إلى تكراره وهذا التفسير ينطبق على السلوك العدواني، كما أن مكافأة الطفل على عدوانه يزيد من السلوك العدواني لديه.

وهكذا يعتبر السلوكيون أن العدوان سلوك متعلم من خلال هدم نموذج العدواني وإعادة بناء نموذج من التعلم الجيد، ويرى كذلك أنصار هذا الاتجاه أن العدوانية تعتبر متغيرا من متغيرات الشخصية وتلعب دورا أساسيا في ظهورها. **(بطرس، 2008، ص 244).**

6-4-نظرية التعلم الاجتماعي:

ومن روادها "ماير وميول وباندورا وروس وسيزرلاند" وترى هذه النظرية أن الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق التعلم ويحتل مفهوم العادة مركزا أساسيا فالعادة متعلمة وليست موروثة وعلى ذلك فإن بناء الشخصية يمكن أن يتعدل ويتغير وعلى هذا الأساس يعتبر السلوك العدواني أحد الأساليب المتعلمة التي تميز الفرد عن غيره من الناس، وتقوم هذه النظرية على ثلاث أبعاد رئيسية:

- نشأة جذور العدوان بأسلوب التعلم من خلال الملاحظة والتقليد؛
- الدافع الخارجي المحرض على العدوان؛
- تعزيز العدوان.

ويؤكد "باندورا" بأن معظم السلوك متعلم من خلال الملاحظة والتقليد وهناك ثلاث مصادر يتعلم منها الفرد، وهي التأثير الأسري، تأثير الأقران والنماذج الرمزية كوسائل الإعلام فلأولاد يتعلمون السلوك العدواني من خلال مشاهدتهم.

ويرى أصحاب هذه النظرية ان النماذج العدوانية التي يكتسبها الفرد أما بالخبرة المباشرة أو بالملاحظة النماذج العدوانية التي يشاهدها سواء صدرت من أي فرد في المجتمع أو على الشاشات التلفزيون ومن ثم يقومون بتقليدها، فان عوقب الطفل عن السلوك المقلد فانه لا يميل في المرات القادمة لتقليده أما إذا كوفئ عليه فيزداد عدة مرات التقليد لهذا العدوان. **(خالد، 2010، ص 65)**

ويحدد "بندورا" مجموعة عوامل التي تثير السلوك العدواني لدى الأفراد:

- الهجوم كرد فعل على الاعتداءات الجسمية والإهانات اللفظية؛
- المعاملة القاسية التي يتعرض لها وأيضا التعرض للحرمان؛
- قيمة الهدف الذي يصل اليه الفرد من جراء سلوكه العدواني. **(عبير، 2015، ص54)**.

رغم أن نظرية التعلم الاجتماعي تتمتع بدرجة من القبول والتسليم بصحة مسلماتها التي تفترض أن السلوك العدواني مكتسب عن طريق عملية التعلم إلا أنها أغفلت دور العوامل الفطرية في ظهور السلوك العدواني لدى الفرد والأمر الذي أدى إلى انتقادها من طرف الكثير من العلماء.

لقد كان لكل من هذه النظريات أساسا من الصحة في تفسيرها للسلوك العدواني، رغم ذلك وجهت لها انتقادات عديدة قامت عليها نظريات وتفسيرات أخرى وبذلك يمكن القول بأن هذه النظريات تمثل جزءا هاما من التراث النظري، فعلى الرغم من تعدد تفسيراتها واختلاف آرائها إلا أنها تكمل بعضها البعض وتقدم لنا تصورا مفاده أن السلوك العدواني هو نتاج مجموعة من العوامل المتداخلة والمتفاعلة مع بعضها البعض منها ما هو فطري ومنها ما هو اجتماعي مكتسب. **(نفس المرجع السابق، ص 55)**.

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل اتضح لنا من خلال عرضنا لمفهوم السلوك العدواني وأهم الأسباب والعوامل المؤدية إليه كذلك أهم النظريات التي تناولته أن السلوك العدواني مفهوم واسع وظاهرة معقدة تعرفها جميع المجتمعات.

الفصل الرابع:

القلق

تمهيد.

1.أنواع القلق.

2.القلق كحالة والقلق كسمة.

3.أسباب القلق.

4.تصنيف القلق لدى مدمني المخدرات.

4 .1 القلق الخاص بمرحلة التعاطي.

4 .2 القلق الخاص بمرحلة التوقف عن التعاطي.

4 .3 القلق اثناء وبعد العلاج.

4.4 قلق ما بعد العلاج.

5. أعراض القلق لدى المدمنين على المخدرات.

6. النظريات المفسرة للقلق.

7. الوقاية والعلاج.

خلاصة.

تمهيد:

إن القلق من الاضطرابات النفسية التي تشكل خطرا على صحة الأفراد وسلوكهم، فقد يكون القلق ذا درجة عالية فيؤدي إلى اختلال في توازن حياة الفرد، مما يكون له الأثر الكبير سواء من الناحية النفسية أو الجسمية وما يتبع ذلك من تأثيرات في مختلف جوانب حياة الفرد.

ولهذا سنتناول في هذا الفصل موضوع القلق عامة والقلق لدى مدمني المخدرات خاصة، حيث سنتطرق إلى أنواع القلق وأسبابه، وتصنيفات القلق لدى فئة المدمنين على المخدرات، ومختلف أعراض القلق والنظريات المفسرة لهذا الاضطراب، لنختتم فصلنا بالطرق الوقاية والعلاج.

1-أنواع القلق:

حسب الجمعية الامريكية للطب النفسي تتمثل اضطرابات القلق في تصنيف DSM4 عام 1994 في:

1-1-إضطراب 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 الجسم.

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 او قلق الهيستريا) ويحدد DSM4 اضطرابات القلق العام بأنه قلق مفرط يحدث بشكل مستمر لمدة لا تقل عن 6 أشهر والذي يكون مصحوب ب3 إلى 6 أعراض على الأقل:

- الشعور بالاستياء والملل؛
- سرعة الشعور بالتعب؛
- الهيجان المفرط؛
- التوتر العضلي؛
- صعوبة التركيز أو الوصول إلى اليقظة المستهدفة؛
- صعوبات النوم. **(جاسم محمد عبد الله، 2008، ص 36).**

1-2- إضطراب الرهاب والخوف المرضي:

الرهاب هو الفوبيا أو الخوف المرضي الذي يدرك المريض خلاله أن مخاوفه ليست عقلانية وغير معقولة أو مع ذلك يظل خوفه من تلك الأشياء التي لا تخيف في العادة، ويكون خوف المريض عاما وليس محدد، كما يكون الخوف من موضوع أو وضع معين يكون غير مخيف بطبيعته ولا يستند إلى أساس واقعي أو منطقي.

(Sevant ;D ; parquet, 1995, p26)

كما نجد حسب DSM4 ثلاثة أنواع من استجابات الخوف المرضي والتي تتمثل في

- الخوف من الأماكن الواسعة "Agoraphobia"؛
- المخاوف الاجتماعية « La phobie social ».
- المخاوف النوعية المحددة " " Les phobies spécifique".

2- القلق كحالة والقلق كسمة:

إضافة إلى الأنواع السابقة ذكرها للقلق نجد " سبيلبرجر" 1948، ميز بين بين نوعين من القلق هما، القلق كحالة والقلق كسمة، فالأولى تتمثل في انفعالية مؤقتة تختلف في شدتها، فهي تمثل الظاهرة الحاضرة خلال الحوادث، أي مؤشرات الحالة التي يتسم بها الفرد داخليا، والقلق كسمة تعتبر سمة في الشخصية.

وبالنسبة لحالة القلق فهي تتغير تبعا لتغير مواقف التهديد والخطر، فترتفع عندما يشعر بالفرد بالتهديد وتنخفض عندما لا يكون الموقف مهددا بخطر وتزداد حالة القلق لدى الافراد ذوي سمة القلق المرتفع في المواقف التي لا يدركون فيها تهديد تقدير الذات أكثر منها في المواقف التي يدركون فيه التهديد بالأذى الجسمي كما تصنف حالة القلق بارتباطه بموقف معين بسببها وترتبط بمشاعر من الهم، التوتر وتنشيط الجهاز العصبي المستقل وتكون هذه الحياة مدركة شعوريا. (**Elleges ;M ;S Neuss;1999 ; p133**).

ويمكن لحالات القلق أن تثأر بطرق متنوعة، فيمكنها أن تثار من المواضيع أو من خلال الأشخاص أو من خلال تركيبات بيئية بالإضافة إلى الإحساسات الجسدية السلبية والتصورات المهددة. **(رضوان سامر جميل، 2007، ص 269).**

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 ويمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الأفراد عبر الزمن. **(فايد حسين، 2004، ص 129).**

3-أسباب القلق:

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

3-1-الوراثية:

تشير نتائج الفحوصات الأولية ونتائج الدراسات التي قام بها المختصون بوجود أساس جيني لاضطراب القلق وذلك بنسبة 15 و75 من الأقارب من الدرجة الأولى لاضطراب القلق يصابون به وبالمقارنة فان عدل الإصابة بين التوائم المتماثلة هو 80 , 90 ومن 10 الى 15 بالمئة بين غير المتماثلة وذلك نتيجة تشابه الجهاز العصبي الإرادي واستجاباته للمنبهات الداخلية والخارجية وقد وجد كل من "سيلتر وسيلدر" " silter et silider" (1962-1969) أن نسبة القلق في التوائم المتشابهة تصل إلى 15 بالمئة وأن حوالي 65 بالمئة يعانون من بعض سمات القلق. **(محمد الخالدي, 2006، ص 39)**

3-2-الفيزيولوجية:

تنشأ أعراض القلق من زيادة في الجهاز العصبي الإداري بنوعية السمبثاوي والباراسمبثاوي وخاصة السمبثاوي المتمركز في الدماغ بالهيبوتالالموس فهو يشرف على سير عمل كل الآليات الانفعالية. إذ أن مواجهة الحالات الضاغطة تعمل على تنشيط مفرط

للجهاز السمبثاوي بعجز الباراسبثاوي فيفرز هذا وسيط كيميائي يسمى الادرينالين وفي حالة إجهاد سمبثاوي بعجز الباراسمبثاوي على إرجاع الوظيفة إلى حالتها الطبيعية فيحدث على شكل أعراض نفسية أو صحية ومن علامات السمبثاوي أن يرتفع ضغط الدم وتزيد نسبة السكر في الدم مع شحوب في الجلد، كثرة التبول والإسهال **(صبري محمد، 2004، ص227)**

3-3-مواقف الحياة الضاغطة:

ضغوط الحياة قد تكون فردية يتأثر بها الفرد الذي قد يقع عليه العبئ لوحده، أو جماعة تؤثر على قطاع كبير من الناس في وقت واحد مثل الكوارث الطبيعية أو الحروب بما يترتب عنها من ماسي كثيرة وأزمات اقتصادية كلها تمثل مجموعة الهموم التي يتعرض لها الإنسان في أماكن متعددة من العالم تسبب له القلق. **(لطفي عبد العزيز الشربيني،** دون سنة، ص 51).

وقد حدد كل من " ارنست" و" جيرام " خمسة مصادر للقلق وهي:

- **الأذى أو الضرر الاجتماعي:** فالعديد من الناس الذين يحترفون الرياضة الصعبة كسباقات السيارات وتسلق الجبال يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تهددهم مواقف تنذر بالأذى والآلام الجسدي كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الإصابة ببعض الامراض أو القتل في الحروب.
- **الرخص أو النبذ:** فالخوف من رفض الآخر لنا وأنه لا يبادلنا مشاعر المودة والحب تجعلنا غير مطمئنين أو مشتركين في مواقف اجتماعية.
- **عدم الثقة:** حيث نقص الثقة او فقدانها يعد مصدرا للقلق لاسيما أن كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع أن يفعله؟

- **التنافر العرفي:** 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 ام في المواقف الراعية **(السمراني نبيهة صالح، 2007، ص 50)**.

4-تصنيف القلق لدى مدمني المخدرات:

4-1-القلق الخاص بمرحلة التعاطي:

نلاحظ هذا النوع أنه ينقسم إلى قلق أساسي، قلق ثانوي، ناتج عن التعاطي، قلق ناتج عن الأعراض الإنسحابية قلق تراكمي:

1.1.4.قلق أساسي : مجموع خصائص القلق الموجودة أساسا في الشخصية قبل بدأ التعاطي.

2.1.4. قلق ثانوي: مجموع الخصائص التي ظهرت أو استحدثت في الشخصية بعد التعاطي وهو قلق تابع للتعاطي، مرهون بمدى تأثير العقار.

3.1.4. قلق ناتج عن الاعراض الانسحابية: هو نتيجة الاعراض الإنسحابية، والسؤال المطروح هل هي أعراض ناتجة عن توقف اختياري أو توقف مؤقت إجباري لعدم توفر العقار أو لأي ظرف آخر.

4.1.4. قلق تراكمي: نتيجة تراكم خبرات القلق المختلفة والمتعددة المصادر من جراء التعاطي ومن التعرض للضغوطات والازمات.

4-2-القلق الخاص بمرحلة التوقف عن التعاطي:

وأن القلق يعد مظهر من المظاهر الإكلينيكية للإمتناع والتوقف عن التعاطي والسبب في ذلك هو الخبرة السابقة في التعاطي المرتبطة بالقلق وترك العقار في حد ذاته نوعا من القلق فضلا عن أنه يمكن أن يكون المدمن المتوقف يعاني أساسا من اضطرابات القلق أيا كان سببها ويتناول دواءً لذلك.

4-3-القلق أثناء وبعد العلاج:

وقصد بها الفترات التي تتعلق بالتوقف عن العقار وبداية العلاج وإزالة السموم وكذا الفطام التدريجي ولقد اثبتت الدراسات أن الفترة (من التوقف وحتى الشهر تقريبا) بعد العلاج تكون فترة حرجة تعتريها بعض الانفعالات النفسية التي نجد من أبرزها القلق وهي فترة ذات خطورة للانتكاس. **(مدحت عبد الحميد، 1998، ص 113).**

4-4-قلق ما بعد العلاج:

يعتبر هذا النوع من القلق قلقا نوعيا بحيث يمكن أن يكون بسيطا أو حادا وهو ليس مؤقتا بل متأرجحا وقد يكون مزمنا ورهينا بالشفاء التام وهو يعبر عن التوتر الناتج عن الصراع بين التوقف عن التعاطي العقار مع استمرارية الحاجة اليه مع خشية العودة إليه في ظروف المثيرات والمواقف، قلق هذه المرحلة يمكنه أن يهدد الإقلاع أو الامتناع عن العقاقير ويسبب الإنتكاس فعلا أن كانت اعراض القلق شديدة ويفضل في هذه الحالة وصف مضادات القلق أو حتى الاكتئاب مع مهدئات صغرى للسيطرة على الحالة وضبط أعراضها ومن بين أعراض الإنتكاس الأكثر ظهورا والتي تختلف عن أعراض القلق العام، الشعور بالتوتر، الإنزعاج، الإستثارة، الضيق، الاستقرار، عدم الشعور بالراحة والتركيز، قلة النشاط

والإنجاز، إنشغال الفكر، الأرق، العصبية، تشتت الانتباه انخفاض شهية الطعام وزيادة ضربات القلب ..... الخ **(مدحت عبد الحميد، 1998، ص 134)**.

5-أعراض القلق:

للقلق أعراض ومظاهر متعددة تشمل كل فئات المجتمع من حيث الجنس أو السن وهذه الأعراض يمكن خصرها فيما يلي:

5-1-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 والاكتئاب إلى جانب الشك والتردد وعدم الطمأنينة والرغبة في الهروب من مواجهة أي موقف من مواقف الحياة والخوف من الأمراض كالقلب والسرطان والزهيمر 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. **(صبري محمد، 2004، ص 30)**.

5-2-الأعراض الفيزيولوجية:

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، زيادة نسبة الأندرينالين في الدم، ارتفاع ضغط الدم وزيادة في ضربات القلب، كثرة التبول والإسهال.

5-3-الأعراض الإكلينيكية:

التوتر الزائد، كثرة الحركة، وسرعة التنفس، الكلام السريع، نوبات من الصراخ والبكاء، تكون مصحوبة بجفاف الحلق، اتساع حدقة العين، شحوب الجلد، الإرتجاف الشديد للأطراف، الإغماء والعرق البارد. **(عطوف محمد ياسين، 1981، ص 218)**

والاعراض الاكلينيكية نجدها في عدة أجزاء هي:

- **في الجهاز القلبي:** يشعر الانسان بالأم في الجهة اليسرى من الصدر وفرط الحساسية لسرعة كل من دقات القلب والنبض وارتفاع ضغط الدم.
- **في الجهاز الهضمي:** صعوبة في البلع وسوء الهضم وأحيانا الغثيان والقيئ والاسهال وفقدان الشهية وجفاف الحلق.
- **في الجهاز التنفسي:** اضطرابات في التنفس وعسره نوبات في التنهد والشعور بضيق في الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء.
- **في الجهاز العصبي:** شعور بالصداع والعصبية المفرطة، الارتجاف والأرق
- **في الجهاز العضلي:** الألم على مستوى الساقين والذراعين وإحساس بالثقل والتعب وضعف عام ونقص في الطاقة الحيوية.
- **في الجهاز البولي التناسلي:** أعراض تتمثل في كثرة التبول والإحساس الدائم بضرورة افراغ المثانة كذلك فقد القدرة الجنسية عند الرجال وتسبب له الألم شديدة وكذلك بالنسبة للمرأة فيشكل لها برود جنسي بل أحيانا يتسبب في اضطراب الطمث. **(مفتي إبراهيم، بدون سنة، ص 103 – 104).**

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:

6-1-النظرية البيولوجية:

يفترض أصحاب هذا الاتجاه أن هناك اضطرابا بيولوجيا او كيماويا بسبب المرض وقد أجريت دراسات إحصائية لمعرفة مدى انتشار الإضطراب بين أقارب المصابين من الناس وقد وجد احتمال الإصابة عندهم لا تربطهم صلة قرابة بواحد من المرضى، وأشارت دراسات التوائم ان هناك ميلا أكبر لإصابة كل من التوأمين بمرض القلق لو كان توأمين متماثلين أو متطابقين. **(القمش مصطفى نوري، 2007، ص 266).**

6-2-نظرية التحليل النفسي:

يفسر **فرويد Freud**، القلق بانه نتيجة التغير الذي يطرأ على الهياج الدائم عن الاندفاعات الجنسية عندما لا يوجد مخرج طبيعي لها، وربط فرويد القلق بمرحلة الطفولة كما أن القلق هو نتيجة لكبت انطلاق صراع قائم بين "الهو" و"الأنا" وبذلك قلب فرويد الفكرة القائلة بأن القلق مصدر للكبت وليس نتيجة له. **(الداهري صالح حسن، 2005، ص 35).**

وحسب فرويد فالقلق له علاقة وثيقة بالحرمان الجنسي حيث يلاحظ أن مرضاه الذين يشكون أيضا من الحرمان الجنسي أو من وجود عوائق تمنع من تفريغ الطاقة الجنسية واشباع الرغبة الجنسية، وتساءل لماذا يظهر القلق في جميع هذه الحالات التي يعاق فيها الإشباع الجنسي وهو يجيب بانه حينما تمنع الرغبة الجنسية من اتخاذ طريقها الطبيعي إلى التفريغ والإشباع فإن الطاقة النفسية المرتبطة بالدافع الجنسي وهي " الليبيدو" "Libido "

تتحول إلى القلق، كما لاحظ كذلك ظهور الأمراض الهيستيرية وأن المرضى المصابين لا يستطيعون إظهار حقيقية الأشياء التي يخافونها وهم غالبا ما يحاولون تفسير خوفهم بإرجاعه إلى بعض المخاوف المرضية مثل الخوف من الجنون أو من الموت لكن إذا حللنا هذه الأعراض التي يظهر فيها القلق يتبين لنا أن هناك عملية عقلية طبيعية هي في الاغلب جنسية قد منعت من الظهور في الشعور. **(محمد عثمان، 1962، ص 141)**.

6-3-النظرية السلوكية:

المدرسة السلوكية تنظر الى القلق على انه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش وسطها الفرد تحت شروط التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي بحيث يفسرون القلق في ضوء الاشتراط الكلاسيكي وارتباط المثير الأصلي ويصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي. **(صبره محمد علي، 2004، ص 94)**.

يعتبر "**ازينك**" **Izenk** ان استجابة القلق هي نتيجة احداث صادقة او سلسلة من الصعوبات المتتالية تشمل على رد فعل عصبي لا ارادي ويؤكد "**ولب**" ان السلوك العصابي سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم وأن القلق نوع من أنواع السلوك العصابي المتعلم ومن ثم يمكن حفظه عن طريق التشريط المضاد فحين تظهر المثيرات الشرطية التي ترتبط بالقلق المضاد للاستجابة فان حدوث الاستجابة الطبيعية يؤدي الى كف القلق بالتدرج لدرجة ان المثيرات التي كانت تحدث القلق ينتهي مفعولها وتحل حلها الاستجابة الطبيعية مقترنة بكف القلق. **(نفس المرجع السابق، ص95)**.

6-4-النظرية المعرفية:

يرى أصحاب هذا الاتجاه بان 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 ان خبرة القلق تكون مصحوبة في الغالب بتشويش ذهني أي عدم القدرة على التفكير بشكل مباشر لأن الفكر يكون منشغلا بالحالة الداخلية التي تتعلق بحالته الجسمية والخطر الذي يهدد حياته ولقد بينت دراسة "**بيك**" « **BECK** »**1970** في إطار العلاج المعرفي عند تصغير وتضخيم لوضعية معينة وهي أخطاء يرجعها "بيك" إلى عدم الفرد على الرؤية الصائبة للمعلومات وتلاحظ عند الراشد ما عند الطفل فلا نجد هذه التشوهات بصورة كافية لأنه بصدد بناء معرفة وهذا ما يطرحه شكل الارتباط بين التعلم والتطور. **(Kacha ; 1996 p93)**

أما **بندورا** « Bandoura» فقد أوضح العلاقة بين حالات القلق وعملية التعلم غير متكيفة بحيث درس معتقدات الافراد لقدراتهم الذاتية والتعامل مع المواقف النوعية وهذا ما اسماه بالفاعلية الذاتية وهذه المعتقدات تؤثر على ردود افعاله إزاء الشدائد والسلوك الذي يتبع ذلك. **(محمد عثمان نجاتي، 1962، ص144)**.

6-5-النظرية الوجودية:

إن هذه المدرسة تؤكد على خصوصية الانسان 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 البقية وعلى ذلك فان عوامل القلق ومثيراته

لدى هذه المدرسة ترتبط بالحاضر والمستقبل بعكس التحليل النفسي والسلوكية التي ترجع أسباب القلق إلى الماضي، ومن اهم عوامل المرتبطة بالقلق عند أصحاب هذه المدرسة، بحث الإنسان عن مغزى لحياته أو هدف لوجوده وإذ لم يهتد الانسان 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 الممركز حول الشخص، يرى أن القلق لدى الفرد مرتبط بمقدار الإتساق والتناقض 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. **(عبد العظيم حسين، 2007، ص 35-35)**.

7-الوقاية والعلاج:

7-1-علاج القلق:

يتنوع العلاج على الجوانب التالية والتي قد تكون القواعد الأساسية في أكثر من العلاجات وهي كالتالي:

1.1.7.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 الاشراط ثم إعادة الاشراط بشكله الصحيح ومن طرق العلاج السلوكي نجد :

2.1.7.أسلوب تقليل الحساسية الزائدة :

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

-التدريب على الاسترخاء؛

-وضع هرم القلق؛

-تعريض المريض تدريجيا للموقف المثير للقلق.

3.1.7.أسلوب النمذجة (التقليد) :

يستخدم المعالج أسلوب التقليد حيث يجعله يلاحظ الأشخاص الآخرين اللذين يتعاملون بشجاعة ونجاحة مع المثيرات الأكثر تهديدا للمريض ويتضمن أسلوب النمذجة عنصرين مهمين:

-أن يزود المريض بمعلومات؛

-يثبت ان مواجهة المريض للمثيرات التي تخيفه ذات نتائج إيجابية. **(دوفي توفيق، 2011، ص 65).**

4.1.7.العلاج المعرفي:

يقوم العلاج المعرفي على مناقشة الأفكار الغير منطقية للمريض وتنفيد وإحلال الأفكار المنطقية مكانها، من خلال فنيات إعادة بناء التنظيم المعرفي وتدريب الذات فهذا العلاج يستهدف تغير المعتقدات الموجودة لدى الفرد والتي تسبب مشاعر القلق واستبدالها بأخرى أكثر عقلانية وواقعية بدرجة أعلى عبر تعديل الحديث الذاتي فبدلا من «أنا متوتر» يتم تعليمه أن يقول «أنا بخير أشعر بالراحة». **(العناني حنان، 2005، ص66).**

5.1.7.علاج التحليل النفسي

يرى فرويد ان 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 ويتعامل معه ولجأ "فرويد" إلى طريقة التداعي الحر بغية إعادة الذكريات المؤدية إلى ساحة الشعور وبالتالي الوصول للشفاء. **(صبره محمد علي، 2000، ص 105)**.

6.1.7.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 او تعديل البيئة الاسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض وإرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطهم السلوكية بما يساعد المريض على الشفاء. **(الزراد فيصل، 1984، ص 88)**.

7.1.7.العلاج الكيميائي:

يعتمد بالدرجة الأولى على استخدام العقاقير المهدئة ففي حالات القلق الشديد نحتاج إلى إسعاف سريع لتهدئة المريض وإراحته قبل التفكير في العلاج النفسي لأن هناك خطر الإنتحار أي سهولة المرور إلى الفعل أما في حالات الرعب والإنهيار 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 اما حالات القلق الحاد والمتوسط يمكن إعطائها حقن مثل الفاليوم أو البيريوم أما حالات القلق المزمن والمتكرر فتعطى نفس المواد السابقة الذكر مع إضافة بعض العقاقير الضد الإكتئابية. **(الدباغ فخري، 1984، ص 106)**.

8-الوقاية:

ليست هناك طريقة للتنبؤ على وجه اليقين بما يجعل أي شخص يصاب بإضطراب القلق ولكن يمكن اتخاذ خطوات للحد من تأثير الأعراض:

- طلب المساعدة مبكرا وما هو الحال مع العديد من الحالات الصحية العقلية الأخرى قد يكون من الصعب علاج القلق كلما تأثير في علاجه؛
- الحفاظ على النشاط والمشاركة في الأنشطة التي تستمتع بها المريض والتي تشعره بالرضا عن نفسه والاستمتاع بالتفاعل الاجتماعي والعلاقات مع المهتمين بالرعاية؛
- تجنب تناول الكحول أو العقاقير المخدرة؛
- المحافظة على غذاء صحي ومتوازن حيث يمكن للعديد من المواد الكيميائية الموجودة بالطعام المصنع أن تسبب في تغيير الحالة المزاجية بشكل سلبي لدى بعض الأفراد كما يمكن للعطش أو الجفاف أو تناول كمية كبيرة من السكريات في زيادة الشعور بالقلق؛
- الحصول على قدر كافي من النوم، ينبغي تخصيص من 7 الى 9 ساعات للنوم والحرص على النوم والاستيقاظ في وقت ثابت. **(مدحت أبو زيد، 1998، ص 113)**.

خلاصة:

قد تم التعرض في هذا الفصل لأهم أنواع القلق كما تطرقنا إلى أسبابه وأعراضه وأهم النظريات المفسرة له وعلاجه، لمعرفة درجته عند المدمن المتعالج في المؤسسة الاستشفائية في غياب المخدر سوف يتم التطرق لهذا الأخير في الفصل الموالي.

الفصل الخامس:

الإجراءات المنهجية

للدراسة

تمهيد

1. **تحديد مكان إجراء الدراسة**
2. **منهج الدراسة**
3. **عينة الدراسة**
4. **أدوات الدراسة**
5. **كيفية العمل الميداني**

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الدراسة الميدانية وسيلة هامة للوصول إلى الحقائق الموجودة في مجتمع الدراسة كون أن كل بحث نظري يحتاج إلى جانب تطبيقي لجمع المعلومات والبيانات وتحليلها وذلك من أجل تدعيم الجانب النظري، وفي هذا الفصل سنتطرق بالتفصيل إلى ذكر الإجراءات المنهجية التي اتبعناها والمتمثلة في، الدراسة الاستطلاعية، منهج الدراسة، عينة الدراسة معاير انتقاء العينة، خصائص أفراد العينة وأدوات البحث وكيفية العمل الميداني.

1-تحديد مكان إجراء الدراسة:

تم اجراء بحثنا هذا في المستشفى الجامعي " ندير مجمد" بولاية تيزي وزو في مركز معالجة الادمان CERTA الذي فتح ابوابه في جويلية 2017 حيث يتم فيه معالجة كل أنواع الامراض النفسية والعقلية.

إن هذا المركز يتكون من ثلاث طوابق، طابق أرضي وطابقين علويين ويمكن تلخيصها فيما يلي:

في مدخل المركز نجد الطابق الأرضي فبمجرد دخولنا نجد مقاعد اين المرضى ينتظرون أدوارهم وفي نفس الطابق هناك قاعة الاستعجالات على جهة اليسار وكما يحتوي هذا الطابق على غرفة الاستعلامات وكذلك غرفة فحص المرضى ونجد أيضا صيدلية خصصت لهذا المركز والتي تقع على جهة اليمنى، وهناك قاعة خاصة للأخصائيين النفسانيين، وهناك ستة من المختصين النفسانيين وكذلك نجد عمال الذين يعملون في المركز وكما نجد أيضا أطباء مختصين في الطب العقلي فالمركز يستقبل عدد كبير من المدمنين على المخدرات وهناك مدرج وقاعات كبيرة، أما في الطابقين العلويين، الطابق الأول نجد قسم خاص بالرجال وقسم خاص للنساء وقاعات مخصصة للمرضى وأيضا نجد مكتب

الإدارة ونجد أيضا مركز تجمع المرضى، وفي الطابق الثاني والأخير نجد غرف للمرضى وكذلك غرفة للعلاج وحمامات وقاعة لتناول الطعام.

2-منهج الدراسة:

يعرف المنهج بانه الطريقة التي يتعين على الباحث أن يلتزم بها في بحثه حيث يتقيد بمجموعة من القواعد العامة التي تهيمن إلى سير البحث، ويسترشد بها الباحث في سبيل الوصول إلى الحلول الملائمة لمشكلة البحث. **(متولي خضر، 2014، ص 17).**

وبما أن موضوع دراستنا هو "السلوك العدواني لدى مدمنى المخدرات وعلاقته بالقلق خلال فترة العلاج" ونظرا لما تتطلبه الدراسة من دراسة حالة، فان المنهج الذي تم اعتماده هو المنهج العيادي الذي يعتمد على الدراسات المتعمقة للظواهر النفسية والاجتماعية وانعكاساتها على الديناميات الشخصية، ويعتمد المنهج العيادي على مجموعة من الأدوات والاختبارات والاستمارات الاكلينيكية التي تعتمد على مساعدة الافراد وتحليل أدائهم بصورة أو بأخرى.

3- مجموعة الدراسة:

3-1-نوعها:

لقد تم اختيارنا لعينة الدراسة وفق موضوع بحثنا المتمثل في "السلوك العدواني لدى مدمني المخدرات وعلاقته بالقلق خلال فترة العلاج" وذلك تم الاعتماد على مجموعة قصدية وذلك وفق المعايير التالية:

- أن يكون الأفراد يعانون من إدمان المخدرات؛
- أن تتروح أعمارهم ما بين 25 سنة و40 سنة؛
- أن تكون الحالات كلها خاضعة للعلاج وموجودة في مركز معالجة الإدمان.

3-2-عرض خصائص مجموعة الدراسة:

جدول رقم (1): خصائص مجموعة الدراسة.

الحالة	العمر	المستوى التعليمي	المهنة	الحالة المدنية	عدد الأطفال	سبب الادمان	نوع المخدر	مدة العلاج	مدة التعاطي
الحالة (1)	25 سنة	سنة ثانية ثانوي	تاجر	عازب		الصحبة السيئة	الكحول الصاروخ التدخين كنابيس	منذ ثلاثة (3) أشهر	منذ عام 2015 أي مدة 9سنوات
الحالة (2)	29 سنة	سنة ثالثة ثانوي	مربي دواجن	عازب		الشعور بالوحدة خلال تواجده في الخدمة العسكرية	ليريكا الكييف الكوكايين	منذ أربعة أشهر	منذ عام 2014 أي مدة 9 سنوات
الحالة (3)	40 سنة	سنة سادسة ابتدائي	بناء	مطلق	طفلين	الصحبة السيئة	الكحول الكيف ليريكا	منذ سنة 2022 أي منذ عام	منذ عام 2014 أي مدة 9 سنوات
الحالة (4)	25 سنة	سنة ثالثة ثانوي	اعمال حرة	عازب		التجربة والمزاح	ليريكا الكوكايين الترامادول الحشيش الكيف	منذ خمسة أشهر	منذ سنة 2015 أي مدة ç سنوات
الحالة (5)	36 سنة	سنة سادسة ابتدائي	تاجر	متزوج	ثلاثة اطفال	المشاكل العائلية	كنابيس الكيف	منذ أربعة اشهر	منذ 2008 أي مدة 15 سنة

4-أدوات الدراسة:

لكي نقوم بدراسة أي ظاهرة نفسية يجب اتباع تقنيات وخطوات معينة من اجل الوصول إلى جمع عدد هائل من المعلومات والمعطيات حول الدراسة التي نقوم بها وفي بحثنا هذا فقد اعتمدنا على ثلاث تقنيات والتي تتمثل فيما يلي (المقابلة العيادية النصف موجهة، مقياس السلوك العدواني، مقياس القلق).

4-1-المقابلة العيادية:

تعد المقابلة العيادية من التقنيات الأساسية التي يعتمد عليها العيادي لاتصال بالمفحوص والحصول على معلومات خاصة به، قصد مساعدته أو خدمة البحث العلمي (وتعرفها "شيلاند" Chiland 1985 أنها تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر بحيث تقام علاقة دينامية حول موضوع ما، ويعرفها حامد عبد السلام زهران: "هي الوسيلة الأولية الأساسية للفحص والتشخيص وهي علاقة اجتماعية مهنية وجها لوجه بين المعالج والمفحوص في جو نفسي أمين تسوده الثقة المتبادلة بين الطرفين. **(حامد عبد السلام زهران، 2003، ص 69)**.

وللمقابلة العيادية عدة أنواع منها:

1.1.4.المقابلة النصف الموجهة :

تعطى الحرية للمفحوص للإجابة على الأسئلة ونطلب منه مزيدا من التوضيح أن كان هناك غموضا.

وقد اعتمدنا في بحثنا على استخدام المقابلة نصف الموجهة كتقنية للبحث لأنها الأكثر ملائمة لموضوع بحثنا وتعرفها " شيلاند" أنها أداة من أدوات البحث العلمي وتدعى بالمقابلة ذات الإجابات المفتوحة. **(سامي محمد ملحم، 2000، ص 187)**.

كما يعرفها "حسن مصطفى" على انها مقابلة تعتمد على نموذج محدد من الأسئلة التي يلتزم بها الباحث ويوجهها للمبحوثين حول موضوعات محددة وهي تتميز بأن لا تتطلب أخصائي ذو خبرة متعمقة، ويسهل اخضاع بياناتها للتحليل الكمي وتوفر الكثير من الجهد والوقت وتبشر المقارنة بين شخص أو آخر، إلا أنه يعيبها نقص المرونة في إجرائها. **(حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص 92)**.

وجاء دليل مقابلتنا يحوي على المحاور التالية:

- **المحور الأول:** يحتوي على البيانات الشخصية
- **المحور الثاني:** يتمثل في الحالة الصحية العامة
- **المحور الثالث:** ويتمثل في تعاطي المخدرات ومضاعفاته
- **المحور الرابع:** يتمثل في المعاش النفسي للمتعاطي
- **المحور الخامس:** يتمثل في العدوانية الموجهة نحو الغير والموجهة نحو الذات لدى المدمن.
- **المحور السادس:** يتمثل في المشاريع المستقبلية للمتعاطي.

4-2-تقديم مقياس تايلور للقلق:

قام الدكتور مصطفى فهمي باقتباس هذا المقياس من مقياس القلق الصريح الذي قننته واستعملته عالمة النفس الامريكية "جانيت تايلور" J – Taylor" سنة 1959، يقوم هذا المقياس بقياس مستوى القلق الذي يعانيه الافراد عن طريق ما يشعرون به من أعراض ظاهرة وصريحة **(فرح عبد القادر، 2000، ص 91)**. قام مصطفى فهمي بترجمة المقياس واعداده في صورته المستخدمة إلى اللغة العربية.

1.2.4. طريقة تطبيق المقياس:

يتكون المقياس من 50 عبارة كل عبارة تعبر عن موقف او حالة شعورية معينة، يطلب من الحالة اختيار العبارة التي تناسبه بالإجابة ب " نعم " أو "لا".

يستوجب توفير مكان من السهل تطبيق مقياس تايلور للقلق، أن يكون المكان هادئ ومضيئ حتى يتمكن الفرد من التركيز، وقبل تقديم المقياس يستحسن التأكد من قدرة الفرد على قراءة الأسئلة وفهمها جيدا، كما يمكن للباحث أن يقرأها جهرا إذا أظهر الفرد (المفحوص) صعوبة في القراءة أو الفهم.

2.2.4. تنقيط المقياس:

تعطى درجة واحدة عن كل إجابة ب "نعم" وتعطى درجة 0 عن كل إجابة ب" لا" ثم يتم جمع عدد الإجابات بنعم لنتحصل على النقطة النهائية للمقياس.

نقوم بمعرفة مستوى القلق حسب المستويات الخمس لمقياس القلق وهي كالاتي:

جدول رقم (2): يعرض مستويات القلق لمقياس تايلور

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
أ	0 الى 16	خال من القلق
ب	17 الى 20	قلق بسيط
ج	21 الى 26	قلق نوعا ما
د	27 الى 29	قلق شديد
هـ	30 الى 50	قلق شديد جدا

3.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام محمد احمد خير السيد 1998 بتقنين مقياس القلق على البيئة السودانية حتى بلغ معدل ثباته (0,857)، ويتميز المقياس بالآتي:

- تضمينه كافة الاعراض الجسمية للقلق؛
- درجة الثبات العالية للمقياس؛
- يحتوي على الاعراض النفسية للقلق؛
- مقدرة المقياس العالية في التفرقة بين الأشخاص القلقين وغير القلقين؛
- استخدامه في العديد من الدراسات في الحقل الطلابي.

ثبات المقياس: قام بحساب ثبات الاختبار على عينة من الطلاب قوامها 30 طالب سنة (2019) عن طريق التجزئة النصفية بمعادلة (سبيرمان).

- N=30
- لثبات = R H
- R=1
- حيث R= معامل الارتباط بين نصفي الاختبار
- الثبات = 0.81
- صدق الاختبار: تم حساب الصدق بعدة طرق منها:
- تحليل العبارات، ثم تحليل عبارات المقياس والبالغة 35 عبارة عن طريق عينة تجريبية أجراها غالب عام 2001 على عينة من طلاب جامعة الجزيرة.

-صدق الكمية قام الباحث بعرض المقياس في مجال علم النفس والطب النفسي وقد تم تعديل العبارات التي أوصى المعلمون بتعديلها.

-الصدق الذاتي للمقياس: وقد كان 0.09.

4-3-تقديم مقياس باص وبيري لسلوك العدواني:

وضع هذا المقياس لغرض قياس متغير العدوانية من طرف عالمين "باص وبيري" (Bas et perry) سنة 1992، تمت ترجمته إلى اللغة العربية من طرف الباحثين عبد الله سليمان إبراهيم ومحمد إبراهيم عام 1994 **(بوحوش، 2007 ص 130)**.

1.3.4. تعليمة المقياس:

يطبق هذا المقياس بصفة فردية أو جماعية، يطلب من المفحوص أن يحدد البند الذي يناسبه وذلك بوضع إشارة (×) امام الإجابة المناسبة مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة. **(نفس المرجع السابق , 2007 ص 131)**.

2.3.4. طريقة التطبيق المقياس:

يستوجب توفير مكان هادئ ومريح ومضيئ اثناء تمرير المقياس للحالة، وقبل تقديم المقياس يستحسن التأكد من قدرة الفرد على قراءة الأسئلة وفهمها جيدا كما يمكن للباحث أن يقرأها جهرا إذا أظهرت الحالة صعوبة في القراءة أو الفهم.

3.3.4. تنقيط المقياس:

يتم التنقيط وفقا لسلم متدرج من خمسة (5) إلى واحد (1) وهي على النحو التالي:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة دائما؛
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة غالبا؛
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة أحيانا؛
- 2 نقطتين إذا كانت الإجابة ندرا؛
- نقطة واحدة إذا كانت الإجابة أبدا.

ثم يتم جمع العلامات للحصول على نقطة شاملة في المقياس وبذلك تدل الدرجة العالية على العدوانية المرتفعة والدرجة المنخفضة على عدوانية منخفضة.

-أكبر درجة في مقياس العدوانية هي: 195؛

-متوسط الدرجة: 97؛

-أصغر درجة: 39.

يتكون المقياس من 39 بند و3 ابعاد يحتوي كل بعد على عدد معين من الابعاد الجزئية وهي كالاتي:

- البعد الصريح يتضمن الابعاد الجزئية التالية (العدوان المادي، اللفظي، سرعة الغضب والتهجم) ويتكون من 14 بند (8، 9، 10، 14، 15، 16، 17، 33، 34، 35، 36، 37، 38، 39)؛
- العدوان المضمر أو العدائية ويتضمن (الشعور بالاضطهاد، الشك، الاستياء) ويتكون من 15 بند (5، 6، 7، 21، 22، 23، 24، 25، 26، 27، 28، 29، 30، 31، 32)؛
- الميل إلى العدوان: ويتضمن الابعاد الجزئية التالية (الرغبة في العدوان، الرغبة في إيذاء الاخرين والرغبة في إيذاء الذات) ويتكون من 10 بنود (1، 2، 3، 4، 11، 12، 13، 18، 19، 20). **(هناء الشريفي، 2002، ص 45)**.

4.3.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

تم حساب الصدق الذاتي للمقياس بالاعتماد على معامل الثبات الذي تم حسابه بطريقتين حيث: الصدق الذاتي = الثبات √

ثبات المقياس: يشير ثبات المقياس إلى مدى اتساق القياس، لدينا معامل الثبات بطريقة ألفا كروتباخ يساوي 0.78 وبالتالي:

- الصدق الذاتي = 0.78 √= 0.88

ولدينا أيضا معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية وباستعمال معادلة سبرمان براون يساوي (0.88) وبالتالي الصدق الذاتي يساوي 0.80 √= 0.89

يتضح من خلال النتائج المتوصل اليها ان المقياس لد درجة عالية من الصدق والثبات وهذا يدل على إمكانية تطبيقه **(فيصل عباس، 2019، ص 89)**.

5-كيفية إجراء العمل الميداني:

بعد قبولنا في المستشفى الجامعي "ندير محمد" في مركز مكافحة الإدمان "CERTA" بتيزي وزو أين قمنا بإجراء بحثنا فاتجهنا إلى المختصة النفسية التي ساعدتنا على تأكيد مجموعة الدراسة فكان بحوزتنا مقياس القلق ومقياس السلوك العدواني ودليل المقابلة الذي يحتوي على أسئلة بسيطة للفهم، حيث طبقنا المقياس والدليل في مقابلة واحدة مع كل حالة، بدانا بحثنا في **2023/05/10** إلى غاية **2023/06/16** وتحدثنا مع حالة واحدة في كل يوم وقد رفض بعض المرضى التحدث معنا الا خمسة حالات تحدثت إلينا بكل صراحة وطلاقة وقد ساعدنا العاملين في المركز خاصة المختصة النفسية، فقمنا بإجراء المقابلات مع الحالات بدون أي مشاكل أو صعوبات.

خلاصة:

اعتمدنا في بحثنا على وسائل وتقنيات شائعة في علم النفس العيادي كالمقابلة العيادية ومقياس القلق ومقياس السلوك العدواني على مجموعة بحث متكونة من 5 حالات التي بينا خصائصها وطريقة اختيارها وكيفية تطبيق هذه التقنيات في مكان البحث الذي وصفناه.

إذ كانت هذه المجموعة من الإجراءات لا بد منها التوصل 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 منهجا يختلف عن الاخر وهذا حسب توجه النظري وطبيعة الدراسة.

الفصل السادس:

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

1.عرض وتحليل نتائج الدراسة.

1.1.عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى.

2.1.عرض وتحليل نتائج الحالة الثانية.

3.1.عرض وتحليل نتائج الحالة الثالثة.

4.1.عرض وتحليل نتائج الحالة الرابعة.

5.1.عرض وتحليل نتائج الحالة الخامسة.

2.مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة.

خلاصة الدراسة

تمهيد:

بعد توضيح طريقة وسيرورة هذه الدراسة من خلال تبيان منهجية البحث ووسائله، نصل في هذا الفصل إلى عرض النتائج المتحصلة عليها من خلال كل من المقابلة العيادية ومقياس تايلور للقلق ومقياس "باص وبيري" للسلوك العدواني الذي تم تطبيقه على مجموعة البحث المتكونة من خمس حالات، حيث نسعى من وراء هذا الإجراء إلى العمل على جمع المعلومات وعرضها وتحليلها، وكذا مناقشتها للوصول إلى الهدف المتمثل في الإجابة على فرضية البحث عن طريق عرض وتحليل ومناقشة الحالات.

1-عرض وتحليل نتائج حالات الدراسة:

1-1-عرض وتحليل نتائج الحالة الأولى:

1.1.1. تقديم الحالة:

السيد (ك) يبلغ من العمر 25 سنة عازب، انفصل عن عائلته منذ 3 سنوات وأصبح يعيش لوحده ذو مستوى دراسي ثاني ثانوي، هو في الرتبة الثالثة بين اخوته مستواه الاقتصادي متوسط ويعمل تاجر، وهو شاب مدمن على تعاطي المخدرات منذ سنة 2015، ليس لديه أي سوابق مرضية، شخصية أو عائلية.

مظهر الشاب عادي يبدو صغير عن عمره طويل القامة ونحيف جدا.

2.1.1. عرض نتائج المقابلة العيادية:

من خلال إجراء المقابلة مع الحالة (ك) كان في حالة عادية وتقبل التعامل معنا ووافق على الإجابة على اسئلتنا دون معارضة منه , حيث قال لنا : "**أولاش أغيليف أدحكوغ أين يلان قوليو أد سنقسغ**" بمعنى أنه قبل أن يحكي لنا بغرض أن يخفف عما في قلبه، فتمكننا من التعرف عليه وكسب ثقته فحاولنا أخذ معلومات شخصية عنه سواء عن حالته الصحية والنفسية، فاتضح لنا أن أول مرة أدمن فيها على تعاطي المخدرات كان منذ سنة 2015 وهو يتعاطى، فطلبنا منه أن يحدثنا عن بعض تفاصيل ذلك فقال لنا : "**كمساغ أسمي سعيغ 17 سنة ليغ أكذ إمدكالو**"، وهذا بمعنى أن أول مرة تعاطى فيها كان بسبب أصدقائه.

ومن هنا حاولنا معرفة معلومات أكثر حيث أخبرنا أنه نفصل عن أسرته بمجرد أنه بدأ التعاطي وقام باتخاذ قرار العيش لوحده مع بعض رفقائه، وكما حاولنا كذلك معرفة إحساسه أثناء أخذه للمخدر وما هدفه حيث أجاب : "**مسويغ تحسوغ امانيو Bien أمزون ذي دونيث نيضن إليغ تسوغ يوك لهموم إنو**"، وهذا بمعنى أنه كان يشعر بكل تحسن أثناء أخذ المخدر، وكأنه في عالم آخر، والهدف من تعاطيه هو لكي ينسى همومه، فطلبنا منه معرفة علاقته مع والديه وإخوته قبل تعرضه للإدمان حيث صرح أنها كانت علاقته جيدة خاصة مع أمه حيث كان يعمل لها كل ما تريده وهذا حسب قولها: "**يما د كولشي غوري دونيث إنو أك ذنتست**" وكذلك علاقته جيدة مع والده وإخوته وهذا حسب قوله أيضا: "**ليغ لهيغ أك ييذسن حمد الله**". لكن بعد تعرضه للإدمان أصبحت علاقته مضطربة مع الجميع وأصبح الكل عدو له، وهذا نظرا لأخذه قرار الإنفصال عن أفراد أسرته والعيش لوحده وهذا ما وضحه لنا في قوله هذا "**ليغ مشتوحاغ أسمي كمسغ تسوغ أوغلغ تسواليغ أك أخمناغ أمزون أور ثنسينغارا، نيغسن أور أورتسغلغرا أر وخم après فغغد**".

فحاولنا معرفة حالته النفسية قبل وبعد إدمانه فكانت حالته النفسية جيدة ومتزنة وعكس ما كان عليه من الآن وهذا ما صرح به لنا في قوله " **ليغ bien أوغلغ ثورا ماشي دنك**"، وهنا ظهرت عليه بعض ملامح الحزن والأسى على وجهه، وسكت لبعض دقائق وأكملنا معه حيث حاولنا معرفة نوع المادة التي يتعاطاها، حيث صرح لنا أنه كان يتعاطى أولا الكحول بكل انواعه ثم منذ بداه بالاختلاط مع بعض من رفقاء السوء الذين اجبروه على التعاطي ومن هنا بدات ماساته وحيث كان يتعاطى عدة أنواع، ومنها الصاروخ بجرعة mg300، 6 حبات في اليوم، وكذلك يتعاطى كنابيس 3 سجائر في اليوم وكذلك التدخين بكل أنواعه، فسألناه عن مدة تعاطيه فأجاب : "سف أوسڤاس 2015"، بمعنى منذ عام 2015 عندما كان في عمر 17 سنة، فأثناء تعاطيه كان يحس باللذة والمتعة وكانه في عالم آخر وكان في كل مرة يتعاطى فيها يتطلب زيادة الجرعة كونه يحس بمتعة، وهذا حسب قوله "**مسويغ أذرنوغ كثر ستحسوغ إمانو bien**".

كما قال أنه لم يرى والديه وإخوته منذ ذلك الوقت، فكان يحس بالوحدة والاشتياق في بعض الأحيان، فبعد مرور وقت في أخذه للمخدر بدأ يحس كان العالم توقف وبدأ يحس ببعض الأعراض كالدوار، الغثيان وحرقة في المعدة ولعدم أخذه للمخدر، وهذا حسب قوله "**ستحسوغ مو سويغ أرا أقرويو إدوار أعبوضيو إقرحيي**"، وكما تغيرت شهيته في الأكل واصبح نحيف ولا يأكل جيدا ولديه أيضا اضطرابات في النوم حيث أنه أصبح لا ينام بشكل منظم ويرى كوابيس في أحلامه، فطلبنا منه أيضا معرفة حالته النفسية أثناء عدم تناوله للمخدر حيث ظهر أنه لديه نوبات غضب وقلق وأنه ينفعل بسرعة ولا يتحكم في نفسه وهذا حسب قوله "**أين أفيغ أرفيو أوثاغث**".

وكما حاولنا أثناء مقابلتنا أيضا معرفة أن كان السيد (ك) يعاني من مشاكل أخرى فوجدنا أنه يتشاجر مع الكثير من الناس في بعض الأحيان يكون شجار بدون سبب، كما حاول أن يسرق في أحد المرات وكان ذلك عندما ليس لديه نقود لشراء المخدر فسعى إلى السرقة من أجل الحصول على المال، وهذا ما صرحه لنا في قوله "**خدماغ كلشي أكن أداويغ** إذ**ريمن**"، فكانت حالته تسوء يوم بعد يوم فاصبح عنيف وعدواني شديد جدا ومعاناته من القلق وهذا ما لاحظناه أثناء مقابلتنا معه، كذلك عانى من تسوس الأسنان وسقوطها وصرح لنا أن والديه وإخوته سألوا عنه عدة مرات لكن بدون جدوى لم يستطيعوا إيجاده وذات يوم التقى بأخيه الكبير في الطريق وتحدث معه وكان في حالة يرثى لها فتحدث أخاه معه وساعده وإستطاعا إقناعه بأخذه إلى مركز معالجة الإدمان من الخضوع للعلاج وهذا نظرا لقوله "**يبييد خويا أرذقي أكن** أذ**حلوغ**"، وهنا سكت قليلا لم بدت عليه علامات الندم واليأس فرفع يده قليلا وخدوش على يده، فسألناه عن سببها فرد قائلا: "**سياغ أذ سرغاغ إمانيو عييغ إدونيثيو**"، بمعنى أنه حاول أن يحرق نفسه وأنه لا يرغب في العيش وكما يضرب أي شيء بيده.

كذلك حاولنا معه معرفة حالته اثناء خضوعه للعلاج فصرح بانه يشعر بالتحسن في تواجد في المركز معالجة الإدمان حيث قضى شهر في هذا المركز وهو يخضع للعلاج ولم يتعاطى منذ هذه الفترة، فهو يأخذ الادوية التي يصفها له الطبيب، وأيضا بدت حالته النفسية تتحسن بفضل المساعدة التي يقدمونها له الاخصائيين النفسيين في المركز.

وفي الأخير حاولنا معرفة نظرته للمستقبل فكان يتمنى أن يشفى ويعود كما كان في الأول وكما يتمنى عندما يخرج من المركز ويشفى نهائيا أن يجد عمل مناسب ويذهب إلى فرنسا لإكمال بعض مشاريعه التي يرغب في تأديتها وهذا حسب قوله "**نشاء الله أذحلوغ**

أذفغاغ سي ثمورثا أذروحاغ فرنسا"، ومن هنا تبين لنا أن الحالة (ك) لديه أمل في التوقف عن التعاطي وإكمال حياته.

وفي الأخير أثناء نهاية المقابلة مع السيد (ك) قمنا بإعطائه مقياس السلوك العدواني ومقياس القلق وطلبنا منه أن يجيب عليها بكل صراحة وذلك بوضع إشارة (X) أمام الإجابة المناسبة التي تتماشى مع موقفه.

3.1.1. عرض نتائج قياس السلوك العدواني:

الجدول رقم (3): نتائج مقياس السلوك العدواني لباص وبيري للحالة الأولى (ك)

البعد	العدوان الصريح	العدوان المضمر	الميل للعدوان	المجموع
الدرجة	65	40	50	155

دلت نتائج مقياس السلوك العدواني كما هو موضح في الجدول أن الحالة (ك) لديه عدوانية مرتفعة، وهذا من خلال الدرجة النهائية للمقياس المتمثلة في 155 درجة وهي درجة مرتفعة ويمكن تفسير ذلك من خلال تحليلنا للأبعاد الثلاث للعدوانية.

البعد الأول: والذي يتمثل في العدوان الصريح والمتضمن الابعاد الجزئية التالية (العدوان المادي، العدوان اللفظي، سرعة الغضب) فنجدها مرتفعة حيث تحصل على 65 درجة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد المتمثلة في 70 درجة.

البعد الثاني: المتمثل في العدوان المضمر حيث تحصل على درجة تقدر ب 40 درجة وهي درجة متوسطة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد المتمثلة في 75 درجة.

البعد الثالث: المتمثل في الميل للعدوان، تحصل على درجة تقدر ب 50 درجة وهي درجة مرتفعة وهي نفس الدرجة العامة للبعد.

4.1.1. عرض نتائج قياس القلق:

الجدول رقم (4): نتائج قياس القلق لتايلور للحالة الأولى (ك)

الدرجة	مستوى القلق
37	قلق حاد (مرتفع)

يتضح من خلال نتائج مقياس القلق ان الحالة الاولى (ك) قد يعاني من قلق حاد وهذا حسب الدرجة المتحصل عليها وهي **37** وهذا حسب المقياس وسلم التصحيح فإن الدرجة **(37)** تنتمي إلى المجال **(30** إلى **50)** فهي تمثل درجة قلق حاد.

خلاصة الحالة الأولى:

أظهرت نتائج المقابلة العيادية مع الحالة (ك) أنه يعاني من قلق شديد وضغط نفسي، إلا أنه يحمل أيضا بعض من الصفات الإيجابية كتأقلمه مع وضعه ومحاولته لمواجهة إدمانه وكما نجده متفاؤل وذلك في رغبته في تحقيق تحسن في حالته والتخلص من إدمانه

ومواصلة حياته دون مشاكل والتمكن من تحقيق طموحاته المستقبلية، أما أثناء تطبيقنا لمقياس السلوك العدواني ومقياس القلق فقد تبين لنا أن الحالة (ك) يعاني من عدوانية شديدة ومرتفعة حيث تتمثل درجته في **155** درجة، أما بالنسبة لمقياس القلق فتبين لنا أن الحالة تعاني من قلق حاد وعدوانية مرتفعة.

1-2-عرض نتائج الحالة الثانية:

1-2-1-تقديم الحالة الثانية:

السيد (أ) يبلغ من العمر 29 سنة، عازب مستواه الدراسي سنة ثالثة ثانوي، وهو في الرتبة الثانية بين إخوته، ذو مستوى اقتصادي متوسط ليس لديه أي سوابق مرضية يعمل في مطعم، بدأ تعاطي المخدرات منذ سنة 2014 أي منذ 9 سنوات وهو مقيم مع أفراد أسرته، مظهر الشاب عادي، فهو شاب متوسط القامة، نحيف، ملابسه عادية.

1-2-2-عرض نتائج المقابلة العيادية :

من خلال مقابلتنا التي اجريناها مع السيد (أ) كان السيد في حالة جيدة و تقبل التعامل معنا بدون أي تردد ووافق على الإجابة على جميع اسئلتنا بدون أي مشاكل حيث قال لنا: "صباح الحير عليكم" فالسيد (أ) شاب مدمن على المخدرات منذ 9 سنوات حيث كان في

20 سنة، فهو شاب يعيش مع عائلته بكل إرتياح، هو إنسان مرح محب للحياة وحسب قوله: "**حياتي كامل مليحة كونت مع لفامي bien نحب نعيش حياتي**".

فكانت حالته الصحية والنفسية جيدة ولا يعاني من أي أمراض، فحاولنا معرفة متى بدأ يتعاطى المخدرات فاتضح لنا أنه بدأ منذ كان في عمره 20 سنة أي في عام 2014 عندما كان في الصحراء في أداء واجبه الوطني إلا وهي الخدمة الوطنية فكان يشعر بالوحدة حينها وهذا حسب قوله: "**بديت كي كونت فلارمي في الصحراء بعيد على العايلة مكاش ڤاع واش تشوف غير الرمل بديت نحس بالوحدة ولونڤواس قتلتني**". ومن هنا طلبنا منه تفاصيل أكثر حول الموضوع إلا أنه بدأ متحفظ في إجاباته حيث قال: "**آه هكا قتلكم**"، فقد مر بأيام صعبة أثناء تأديته للخدمة الوطنية حيث كان يشعر بالوحدة والاشتياق مما أدى به هذا إلى تعاطي المخدرات فسألناه عن نوع المخدر الذي يتعاطاه فكان يتعاطا ليريكا 300mg 5 حبات في اليوم وأيضا الكييف 2 سجائر في اليوم وكذلك الكوكايين حيث كان في الأول يشعر بالإرتياح والسعادة واللذة والنسيان أثناء تعاطيه وهذا ما صرح به لنا في قوله: "**كي نبدا نتكيف ڤارو نحس روحي très bien ننسى روحي وين راني**"، وأثناء محاولتنا لمعرفة التغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي طرأت عليه فهو أصبح نحيف فاقد للشهية لا يأكل إلا مرة في اليوم حيث قال: "**معنديش لبيتي باش ناكل**" حيث أصبح كذلك يعاني من اضطرابات في النوم، القلق الزائد، التعب، والغضب وبالأخص أثناء عدم تعاطيه للمخدر فهو يحس بالإرتعاش وحرقة في المعدة وهذا ما صرح به في قوله: "**ما نقدرش نتحكم في روحي لازم نتكيف سينو نحس روحي قريب نموت**" وهنا سكت قليلا وعلامات الحسرة والندم بدى عليه حيث أنه لم يتصور أن تكون عواقب هذه المخدرات عواقب سلبية إلى هذه الدرجة وهذا ما قاله لنا في قوله: "**والله معلابالي هكا يصرالي بلي بديت بڤارو وصرالي كامل هاد شي**"، فأصبح عدواني وعنيف بشكل كبير فأصبحت حالته تسوء يوم بعد يوم، حيث أصبح

لا يبالي بأحد همه الوحيد هو أن يشتري المخدر، وكما أصبح يتشاجر مع إخوته وخاصة والديه وهذا ما صرحه لنا في قوله: "**كي جيت فاكونص و ليت ما نشوف حتى واحد ديما نكون برا حتى يما فاقتلي قاتلي واشبيك وتضربت معهم كامل في الدار هديك الفترة**".

وطلبنا منه معرفة ما يحس به أثناء عدم تعاطيه حيث قال أنه يحس بألم في بطنه وارتعاش في كل جسده ولا يبالي بأحد في ذلك الحين حيث حاول الانتحار مرتين بعد خروجه من الخدمة الوطنية فحاول والديه أخذه للعلاج ورفض هذه الفكرة في سنة 2019 عندما بلغ من العمر 25 سنة فقبل بفكرة العلاج، دخل لمركز معالجة الإدمان لأول مرة في سنة 2019 بقي 22 يوم ثم خرج ولم يعد حتى سنة 2023، فكانت حالته سيئة جدا، فكان دائما يقع في مشاكل ويتشاجر مع بعض شباب قريته، فتعرض لضرب مبرح من قبل بعض الشباب فكانت حالته سيئة، فأثر على أمه سلبيا على صحتها، ومن هنا قبل فكرة العلاج.

فطلبنا منه معرفة حالته النفسية والصحية بعد تواجده في مركز معالجة الإدمان، حيث صرح أنه في حالة جيدة فهو لم يتعاطى أي مخدر منذ شهر، فهو يأخذ دوائه في الموعد والاخصائيين النفسانيين المتواجدين في المركز ساعدوه على تجاوز الصعوبات، فهو الآن يتحسن وأصبح يتحكم في نفسه حيث قال: "**الحمد لله راني نسي نعاون روحي ونولي كيما كونت دوكا راني bien**".

فحاولنا كذلك معرفة نظرته للحياة فكانت نظرة تفاؤلية حيث قال: "**إنشاءالله نبرا ونخرج نولي خير ما كونت عليه، ونفرح يما العزيزة**".

وسألناه عن مشاريعه المستقبلية حيث قال أنه يريد الزواج وأن يستقر في حياته ويكون لديه أولاد وهذا حسب قوله: "**راني ناوي نخرج ونتزوج ونجيب دراري نفرح بيهم**".

وفي الأخير أثناء نهاية مقابلتنا معه، قمنا بإعطائه مقياس السلوك العدواني والقلق وطلبنا منه أن يقرأ العبارات وأن يجيب على كلا المقياسين بكل صراحة وذلك بوضع إشارة (x) أمام الإجابة المناسبة والتي تتماشى مع موقفة، ووافق على ذلك.

1-2-3-تقديم نتائج قياس السلوك العدواني:

الجدول رقم (5): يمثل نتائج مقياس السلوك العدواني للحالة الثانية (أ)

البعد	العدوان الصريح	العدوان المضمر	الميل للعدوان	المجموع
الدرجة	49	48	50	147

قد دلت نتائج مقياس السلوك العدواني كما هو موضح في الجدول أن الحالة (أ) يعاني من عدوانية مرتفعة، وهذا من خلال الدرجة النهائية للمقياس المتمثلة في 147 درجة ويمكن تفسير ذلك من خلال تحليلنا للأبعاد الثلاث للعدوانية.

بالنسبة للبعد الأول والذي يتمثل في العدوان الصريح فالدرجة المتحصل عليها هي درجة متوسطة والتي تقدر ب 49 درجة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد المتمثل في 70 درجة.

أما البعد الثاني والذي يتمثل في العدوان المضمر، نجده كذلك متوسط وذلك من خلال النتيجة المتحصلة عليها والتي تقدر ب 48 درجة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد المتمثل في 75 درجة.

أما البعد الثالث والذي يتمثل في الميل للعدوان، فقد تحصلنا على 50 درجة وهي نفس الدرجة العامة للبعد.

1-2-4-عرض نتائج قياس القلق للحالة الثانية:

الجدول رقم (6): يمثل نتائج مقياس القلق "لتايلور" للحالة الثانية (أ)

الدرجة	مستوى القلق
31	قلق حاد / مرتفع

يتضح لنا من خلال نتائج مقياس القلق ان الحالة (أ) يعاني من قلق حاد، وهذا حسب الدرجة المتحصلة عليها وهي **31** درجة، حسب سلم التصحيح فان درجة **31** تنتمي إلى المجال **30- 50** والتي تمثل درجة قلق مرتفع.

خلاصة الحالة الثانية:

بينت لنا نتائج المقابلة العيادية النصف الموجهة مع الحالة الثانية أن السيد (أ) قد مر بتجربة صعبة ومؤلمة في نفس الوقت، وذلك بسبب تعرضه للإدمان فهو يشعر بالوحدة والاشتياق، بالإضافة إلى رغبته في الموت وهذا يشير إلى حالة من عدم الأمل، فهو يعاني من تأثيرات نفسية شديدة جراء إدمانه.

أما بالنسبة لنتائج مقياس السلوك العدواني والقلق فقد تبين لنا أن الحالة (أ) يعاني من عدوانية مرتفعة والتي تتمثل في درجة **147** درجة، وهي درجة مرتفعة وهذا حسب المقياس

وسلم التصحيح، وهذا ما لاحظناه اثناء المقابلة معه وفهو يمارس سلوكات عدوانية وهذا ما أثر عليه سلبيا على حياته.

أما بالنسبة لمقياس القلق فالحالة (أ) يعاني من قلق حاد حيث تحصل على درجة **31** درجة وهي درجة مرتفعة وهذا حسب مقياس القلق وسلم التصحيح، فإن الحالة تعاني من قلق حاد وعدوانية مرتفعة في آن واحد.

1-3- عرض نتائج الحالة الثالثة:

1-3-1-تقديم الحالة الثالثة:

السيد (ط) يبلغ من العمر 40 سنة، مطلق، لديه طفلان مستواه الدراسي سنة سادسة ابتدائي وهو في الرتبة الثانية بين الإخوة ذو مستوى اقتصادي ضعيف، يعاني من مرض عقلي منذ صغره ولديه متابعة طبية، يعمل بناء، بدأ تعاطي المخدرات منذ عام 2014 أي منذ 9 سنوات ويعيش الآن مع والديه.

مظهر هذا السيد عادي، متوسط القامة، ملابسه عادية ويبدو أكبر من عمره.

1-3-2-عرض نتائج المقابلة العيادية :

من خلال إجراءنا للمقابلة مع السيد (ط) قبل التعامل معنا بكل إرادته، حيث تمكنا من التعرف عليه وعن حالته الصحية، وتمكنا كذلك من أخذ معلومات شخصية عنه وعن التاريخ المرضي له، فاتضح لنا أنه كان يعاني من مرض عقلي منذ صغره ولديه متابعة طبية لدى الطبيب العقلي، كان يعيش مع زوجته وطفليه حياة بسيطة وهو يعمل بناء وهذا حسب قوله لنا: "**ليغ ستعيشيغ أكذ ثمتوثيو أراويو ذي سين، ليغ خدماغ**".

ولما بلغ السيد 30 سنة من عمره بدأ يتعاطى عندما صار لديه طفله الثاني فأصبحت المسؤولية كبيرة عليه، وحالته المادية ضعيفة، وزوجته تطلب له أشياء وهو لا يستطيع تلبيتها، فأصبحت تصرخ وتتشاجر عليه وهذا ما أدى به إلى التعاطي من أجل نسيان همومه ومشاكله وهذا ما صرح به في قوله: "**ديما ذ مشاكيل أكذ مادام**" وهذا بمعنى أنه كلما دخل إلى المنزل يتشاجر مع زوجته، ودائما هناك مشاكل بينهم ولا تفهمه وهذا ما جعله يتعب من هذه الحالة فبدأ يتعاطى ولا يدخل إلى المنزل وطفله لا يراه ولا يلعب معه أصبح يسهر في الليل إلى ساعات متأخرة ولا يبالي بزوجته ولا بولديه، همه الوحيد هو أن يتعاطى وينام كل الوقت فازدادت حالته سوءا وحسب ما قاله لنا، ازدادت المشاكل في البيت وزوجته لم تتحمل ذلك، في البداية لم تعرف أنه يتعاطى حتى وجدت المخدر في غرفة نومهما فصارت تصرخ وتبكي، مما اضطر السيد (ط) إلى ضرب زوجته وخنقها وكسر يدها وطلب منها السكوت حيث قال لنا: "**قريب نغيغتس أوفقاغارا أمك إسخذماغ أكن**".

فحاولنا معرفة التغيرات الفيزيولوجية والنفسية التي طرأت عليه حيث أصبح لا يأكل فاقد للشهية ويشعر بالارتعاش وألم في البطن خاصة أثناء عدم تعاطيه للمخدر، كذلك حسب قوله فهو يشعر بالاختناق وصعوبة في التنفس وعدم التركيز، القلق والارتباك ويعرق كثيرا.

ومن هنا اغتنمنا الفرصة وسألناه عن نوع المخدر الذي يتعاطاه حيث صرح أنه تعاطى أولا الكحول ثم المخدرات من نوع ليريكا 6 mg300 حبات في اليوم والكيف 5 سجائر تقريبا في اليوم، مما اتضح لنا أنه قد عان كثيرا ولم يدرك نتيجة فعلته هذه وهذا حسب قوله: "**تدماغ لكان زريغ أكا أشو أياوين**" فسكت قليلا ثم دمعت عينه، فطلبنا منه أن نوقف المقابلة معه إلا أنه قال لنا: "**ألا أنكمل أولاش أغيليف سمحمثيي كان**" وهذا ما أدى

بزوجته إلى طلب الطلاق منه وأخذت الطفلان معها وحرمته من رؤيتهما وهذا حسب ما صرح به لنا في قوله: "**تستاث ثروح ثرنا ثبي أراويو يدس**".

وكما حاولنا معرفة علاقته مع والديه حيث صرح لنا أن والديه دائما يجدهما سندا له رغم كل المشاكل التي قام بها، فأصبح عنيف جدا وعدواني وهذا ما قاله لنا: "**دايمن نك ذيمنغي**" وكما أصبح يعاني من الشك الزائد كلما يرى إنسان يظن أن هذا الشخص يتكلم عليه ثم يتوجه إليه ويتشاجر معه.

وكما لاحظنا أثناء مقابلتنا معه أنه يعاني من القلق حيث منذ بداية مقابلتنا وهو يحرك رجليه ويلعب بأصابع يديه، فسألناه عن إحساسه أثناء تناول المخدر حيث قال: "**مي سويغ كان ستحساغ إمانيو bien ستوغ يوك أشو يضران يذي**" بمعنى أنه في ذلك الوقت يشعر بالمتعة وينسى همومه وأوجاعه ويحس باللذة والرغبة في المزيد.

وحاولنا معرفة كيف تقبل فكرة العلاج، فحسب قوله منذ أن طلق زوجته بدأ يندم ويتحسر على أولاده وكذلك عن حالته النفسية والفيزيولوجية المدمرة، حيث قرر والديه مساعدته وإدخاله إلى مركز معالجة المدمنين ليتمكن من القضاء والعلاج من هذا الإدمان ومن أجل استرجاع زوجته وأبنائه وهذا حسب ما صرحه لنا في قوله: "**أسيغد أرذقي إنشاء الله أذحلوغ أدراغ ثمتوثيو أكذ وراويو أر وخم**"، فدخل مركز معالجة الإدمان بتيزي وزو عام 2022 فأخذ العلاج المناسب له من طرف الطبيب العقلي وكذلك بمساعدة الأخصائيين النفسانيين الموجودين بالمركز الذين قدموا له يد العون من أجل تجاوز حالته الصعبة، فكان يتلقى العلاج منذ هذه السنة بقي مدة شهر في المركز، فمنذ اخذه للعلاج لم يتعاطى أي مخدر وهذا حسب ما صرح به لنا.

فحاولنا كذلك معرفة نظرته للحياة، حيث قال لنا: "**إنشاء الله أدوغالاغ أكن ليغ ناغ خير**"، وسألناه عن مشاريعه المستقبلية حيث صرح لنا أنه يريد استرجاع طليقته وأولاده ويتوقف عن التعاطي بشكل نهائي ويبدأ حياة جديدة مع أولاده وزوجته وهذا نظرا لقوله: "**فغيغ كان أيشمح ودوغال غوري**".

وفي الأخير أثناء نهاية مقابلتنا معه، قمنا بإعطائه مقياس السلوك العدواني ومقياس القلق وطلبنا منه أن يقرأ العبارات إلا أنه غير متعلم ولا يعرف جيدا القراءة فقمنا نحن بقراءة العبارات عليه، وطلبنا منه أن يجيب بكل صراحة على كلا المقياسين وذلك بوضع إشارة(X) أما العبارة المناسبة التي تتماشى مع موقفه، ووافق على ذلك.

1-3-3-عرض نتائج قياس السلوك العدواني:

الجدول رقم (7): يمثل نتائج مقياس السلوك العدواني "لبيري وباص" للحالة الثالثة

البعد	العدوان الصريح	العدوان المضمر	الميل للعدوان	المجموع
الدرجة	46	45	47	138

دلت نتائج مقياس السلوك العدواني كما هو موضح في الجدول أن الحالة (ط) لديه عدوانية مرتفعة وهذا من خلال الدرجة النهائية للمقياس المتمثلة في **138** درجة ويمكن تفسير ذلك من خلال تحليلنا للأبعاد الثلاث للعدوانية:

- العدوان الصريح فقد تحصل على **46** درجة وهي درجة مرتفعة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد والمتمثلة في **70** درجة؛

- العدوان المضمر تحصل على **45** درجة وهي درجة مرتفعة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد والمتمثلة في **75** درجة؛
- الميل للعدوان تحصل فيه على **47** درجة وهي درجة مرتفعة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد والمتمثلة في **50** درجة.

1-3-4-عرض نتائج قياس القلق:

الجدول رقم (8): يمثل نتائج مقياس القلق لتايلور للحالة الثالثة:

الدرجة	مستوى القلق
29	قلق حاد / مرتفع

يتضح لنا من خلال نتائج مقياس القلق أن الحالة (ط) تعاني من قلق شديد وهذا حسب الدرجة المتحصلة عليها وهي **29** درجة، فحسب سلم التصحيح فإن درجة **29** تنتمي إلى المجال **(29 – 27)**.

خلاصة الحالة الثالثة:

قد أظهرت نتائج المقابلة العيادية النصف الموجهة مع الحالة (ط) أنه عان كثيرا في حياته ويعيش في مشاكل دائما مع زوجته مما أدى به إلى الإدمان، وكما نجده يعيش في حالة من عدم الأمل والتفاؤل وعدم رغبته في الحياة ولا يريد أي شيء منها وذلك حسب قوله: "**أولاش أشو فغيغ سي دونيث أڤي**"، ولكن رغم كل هذا إلا أنه نجده أيضا متقبل ويلتزم بالعلاج الذي يخضع له وكذلك يركز على الجانب المشرق والإيجابي للحياة حيث أنه لديه إرادة كبيرة في تجاوز إدمانه على المخدرات وكما يعتقد ان هناك فرصة وإمكانيات في

الشفاء والتخلص من هذا الإدمان للابد والرجوع إلى حياته العادية والرغبة في استرجاع طليقته وأبناءه.

أما بالنسبة لدرجاته في مقياس السلوك العدواني تبين لنا أن الحالة تعاني من عدوانية مرتفعة حيث تحصل على درجة **138** والتي تمثل درجة مرتفعة حسب سلم التصحيح.

أما بالنسبة لتطبيقنا لمقياس القلق فتبين لنا أن الحالة (ط) تعاني من قلق شديد حيث تحصل على درجة **29** وهي درجة مرتفعة وهذا حسب سلم التصحيح.

1-4- عرض نتائج الحالة الرابعة:

1-4-1-تقديم الحالة الرابعة:

السيد (ل) يبلغ من العمر 25 سنة، عازب يسكن مع أفراد عائلته مستواه الدراسي ثالث ثانوي وهو ذو الرتبة الثالثة بين إخوته ذو مستوى اقتصادي جيد ليس لديه أي سوابق مرضية شخصية أو عائلية، بدأ التعاطي على المخدرات منذ أن كان في عمر 17 سنة، بدأ التعاطي في عام 2015، فمظهر الشاب عادي، طويل القامة، رقيق، ملابسه عادية يعاني من تسوس الأسنان ويبدو شاحب الوجه يعاني من احمرار في العينين وهالات سوداء تحت العينين ولديه وشم على رقبته وعلى يده اليمنى.

1-4-2-عرض وتحليل الحالة الرابعة:

لقد تم إجراء مقابلتنا مع السيد (ط) بدون أي مشاكل أو تردد منه فقد قبل التعامل معنا بكل احترام، حيث ردنا علينا السلام بقوله "السلام عليكم" فحاولنا معرفة معلومات عنه حيث اتضح لنا أنه شاب في عمر الزهور وهو مدمن على تعاطي المخدرات منذ بلوغه 17 سنة فمدة التعاطي 8 سنوات وهو لم يكمل دراسته ويتعاطى مختلف أنواع المخدرات.

فبدأنا بالتعرف عليه وعن كيفية أخذه للمخدر لأول مرة حيث صرح لنا حسب قوله: "**في اللول كنت حاب نسي برك كنت مع صحابي تاع الحومة هوما لي عطولي ڤارو**" ومن هنا طلبنا منه أن يحكي لنا عن إحساسه في ذلك الوقت، حيث كان يشعر باللذة والمتعة والسعادة وكأنه في عالم آخر، لا يتذكر أي شيء أثناء أخذه للمخدر وهذا حسب قوله: "**نحس روحي توب top ونحس بل بلبليزيغ plaisir**".

ومن هنا طلبنا منه تفاصيل أكثر حيث قال أنه ثاني مرة تعاطى فيها هي عندما كان لديه مشاكل مع والديه وهذا حسب قوله: "**ديما مشاكل مع والديا حبيت ننسى، صحابي هوما لقالولي هاك أشرب وانسى هومك**".

وبعد ذلك أصبح التعاطي يوميا وبجرعات زائدة إلى أن وصل حد الإدمان ففي كل مرة يجلس مع أصدقائه يجرب مخدر ومن هنا حاولنا معرفة نوع المخدر الذي يتعاطاه حيث بين لنا أنه كان يتعاطى ليريكا 300mg من 5 الى 7 حبات في اليوم وكذلك الترامادول 3 حبات في اليوم وكذلك الكوكايين والحشيش والكيف 2 سجائر في اليوم، مما اتضح لنا أنه قد تعاطى مختلف أنواع المخدرات مما أثر عليه سلبيا على مختلف جوانب حياته.

وكما حاولنا معرفة التغيرات النفسية والفيزيولوجية التي طرأت عليه حيث قال أنه يعاني من اضطرابات النوم فهو لا يستطيع أن ينام ساعة واحدة دون أن يستيقظ وكما يعاني أيضا من نقص في التركيز وارتعاش في كل جسمه ويعاني كذلك من قلق شديد وهذا ما لاحظناه معه أثناء مقابلتنا فكان يحرك رجله منذ بداية المقابلة وهذا لعدم للمخدر ويحس كذلك بألم في صدره وصعوبة في التنفس، غثيان ودوار فكان يعاني بشدة.

فحاولنا معه معرفة تصرفاته أثناء عدم أخذه للمخدر حيث صرح لنا أنه يضرب ويكسر كل ما يجده أمامه يصبح كالمجنون لا يعرف أحد ولا يهتم بأحد يعاني من قلق شديد

وهذا حسب قوله: "**واش نلقى قدامي نكسرو**"، وكما حاول أن يحرق نفسه بسجائر الدخان وهذا ما لاحظناه على يديه وكذلك هناك جروح عميقة على كتفه في الجهة اليسرى وكان يتشاجر مع إخوته بدون أي سبب فكان يدخل إلى البيت ويبدأ بالصراخ على أمه ويكسر الأواني وهذا حسب قوله لنا: "**نعرف غير نعيط على يما ونكسر، الله غالب يما أو معقلتهاش ما كنتش واعي على واش كونت ندير**"، فهنا سكت وينظر إلى الأرض لمدة ثلاث دقائق دون قول أي شيء.

وكما حاولنا معرفة علاقته مع والديه وإخوته حيث صرح أنه كانت كل علاقاته مع أفراد أسرته جيدة قبل تعرضه للإدمان، لكن بعد إدمانه أصبحت علاقاته مضطربة مع الجميع خاصة مع والده وهذا حسب قوله هذا: "**ڤاع bien بصاح قبل ما نبدا نتعاطى وليت ما نعقل حتى واحد وديما مشاكل سوغتو مع بابا**"، كنت معاهم، حيث أنه تعرض للضرب من طرف والده كونه سرق مبلغ من المال من أجل شراء المخدر ولما عرف والده بأنه يتعاطى لم يسمح له بالدخول إلى المنزل في الأول، وبفضل أمه رجع إلى البيت وهذا ما صرح به لنا حيث قال: "**بابا كي عرف حاوزني من الدار وعلى جال يما وليت**".

حاولنا كذلك معرفة ما يفكر به، حيث كان يفكر بشكل سلبي وليس لديه أي رغبة في العيش فقد مر بفترة جد صعبة حيث تغير كثيرا سواء من الناحية الفيزيولوجية أو النفسية فكان يعاني من التعب الشديد والإرهاق فقدان الشهية وكذلك أصبحت عينيه منتفختين ويعاني من الهالات السوداء تحت عينيه، وكما عرفنا أيضا أثناء أخذه للمخدر كان يحس باللذة والرغبة في زيادة الجرعة والشعور بالنعاس والرغبة في النوم ولا يتذكر أي شيء وهذا حسب قوله: "**نحس روحي ب لبليزيغ plaisir وباغي نزيد نشرب ونتكيف بصح ما كنتش نتفكر أي حاجة**".

فحاولنا كذلك معرفة كيفية أخذه للعلاج حيث تبين لنا أن بفضل والديه حيث اقنعاه بفكرة الخضوع للعلاج فقاموا بأخذه لمركز معالجة المدمنين من أجل الحصول على العلاج المناسب، فدخل المركز في هذه السنة جانفي 2023 فبقي تقريبا شهر وخرج استراحة منذ هذه الفترة لم يتعاطى أي مخدر والتزم بالدواء الذي وصفه له الطبيب.

وسألناه عن ما يشعر به أثناء تواجده بالمركز وما هو إحساسه وما هي حالته النفسية الآن حيث قال لنا أنه يشعر بتحسن ويحاول السيطرة على نفسه والتحكم في نفسه و انه خائف من فقدان أمه حيث تقبل فكرة العلاج من أجل والدته وهذا ما صرح به في قوله: "**تسي نتعالج على جال ممتي**".

ولما سألناه عن مشاريعه المستقبلية حيث قال أنه يريد الشفاء من هذا الإدمان لأنه يعاني من تعب كبير وأن حالته الصحية تدهورت، وأنه بمجرد شفائه فهو يريد السفر إلى كندا، ويبدأ حياته المهنية هناك وهذا حسب ما قاله: "**حبيت نبرا ونخرج من لبلاد نروح لكندا نبدا حياة جديدة**".

وفي الأخير أثناء نهاية مقابلتنا العيادية النصف موجهة معه قمنا بإعطاءه مقياس السلوك العدواني ومقياس القلق وطلبنا منه أن يقرأ العبارات بتمعن وفهمها وأن يجيب على كلا المقيسين بكل صراحة وذلك بوضع إشارة (X) أمام الإجابة المناسبة التي تتماشى مع موقفه ووافق على ذلك بدون تردد.

1-4-3-عرض نتائج قياس الحالة الرابعة:

الجدول رقم (9): نتائج قياس السلوك العدواني "لبيري وباص" الخاص بالحالة الرابعة:

البعد	العدوان الصريح	العدوان المضمر	الميل للعدوان	المجموع
الدرجة	20	25	15	60

دلت نتائج مقياس العدواني كما هو موضح في الجدول أن الحالة (ل) يعاني من عدوانية منخفضة وهذا من خلال الدرجة النهائية للمقياس المتمثلة في **60** درجة ويمكن تفسير ذلك من خلال تحليلنا للأبعاد الثلاث للعدوانية.

- العدوان الصريح تحصل فيه على **20** درجة ونجدها درجة منخفضة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد المتمثلة في **70** درجة؛
- العدوان المضمر تحصل فيه على **25** درجة وهي درجة منخفضة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد المتمثلة في **75** درجة؛
- الميل للعدوان تحصل فيه على **15** درجة وهي درجة منخفضة مقارنة بالدرجة العامة للبعد المتمثلة في **50** درجة.

1-4-4- عرض نتائج قياس القلق للحالة الرابعة:

الجدول رقم (10): يمثل نتائج مقياس القلق ل "تايلور" للحالة الرابعة:

الدرجة	مستوى القلق
26	فوق المتوسط / منخفض

يتضح لنا من خلال نتائج مقياس القلق أن الحالة (ل) يعاني من قلق فوق المتوسط وهذا من خلال الدرجة المتحصلة عليها وهي **20** درجة والتي تنتمي إلى المجال **21 – 26**

خلاصة الحالة الرابعة:

أظهرت لنا المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة الرابعة (ل) أنه يمر بتجربة صعبة جدا ومؤلمة مع تعرضه للإدمان، كونه يتعاطى مختلف أنواع المخدرات وهو في سن صغيرة، وهذا ما أثر عليه سلبيا على مختلف جوانب حياته، حيث أصبح يعاني من القلق خاصة في فترة عدم أخذه للمخدر، وكذلك يعاني من عدة تغيرات في حياته وفقدان الأمل في الحياة، وهذا ما صرحه به لنا في قوله: "**سييت نحرق روحي**"، حيث تبين لنا أنه يعاني بشدة، وظهور عدة علامات الإدمان عليه كإحمرار العينين، والهالات السوداء الموجودة تحت العينين، إلا أنه رغم كل ما مر به من صعوبات إلا أنه لديه نظرة تفاؤلية في الشفاء

والتخلص من إدمانه والرجوع إلى حياته العادية ورغبته في تحقيق مشاريعه وأحلامه المستقبلية.

أما بالنسبة للدرجات التي تحصل عليها في مقياس السلوك العدواني فنجد أن الحالة (ل) يعاني من عدوانية منخفضة حيث تتمثل درجته في **60** درجة وهي تمثل درجة منخفضة وهذا حسب مقياس السلوك العدواني وسلم التصحيح.

أما بالنسبة لتطبيقينا لمقياس القلق فتبين لنا أيضا أن الحالة (ل) قد يعاني من قلق فوق المتوسط والذي تمثل درجته في **26** درجة وهي درجة فوق المتوسط وهذا حسب سلم التصحيح.

1-5- عرض نتائج الحالة الخامسة:

1-5-1-تقديم الحالة الخامسة:

السيد (ح) يبلغ من العمر 36 سنة متزوج ولديه 3 أطفال بنتين وطفل، ويعيش مع زوجته وأولاده، مستواه الدراسي ثالث ثانوي ومستواه الاقتصادي متوسط، وهو ذو الرتبة الثانية بين إخوته يعمل تاجر ولا يعاني من أي سوابق مرضية سواء شخصية أو عائلية وهو مدمن على المخدرات منذ 15 سنة أي منذ عام 2008. مظهر السيد عادي لديه خدوش على وجهه وعلى يديه، متوسط القامة، يعاني من تسوس الأسنان.

1-5-2-عرض وتحليل الحالة الخامسة:

تم إجراء مقابلتنا مع السيد (ح) وكان يرد على أسئلتنا بدون أي تردد منه، فكانت بداية المقابلة بالتعرف عليه وعن حالته الصحية، وتمكننا من أخذ معلومات شخصية وتاريخية عن حالته، فاتضح لنا أنه بدأ يتعاطى المخدرات منذ أن كان في عمره 21 سنة

وذلك منذ سنة 2008 وهو يتعاطى وهذا حسب قوله: "**بديت كي كان في عمري 21 سنة**"، فحاولنا معرفة سبب لجوئه إلى تعاطي المخدرات، مما اتضح أنه كلما يدخل إلى المنزل يجد والديه يتشاجران، فكان دائما يعيش هذا الموقف، فكان والده يضرب أمه ويصرخ عليها ويكسر الأشياء في البيت، وكذلك لا يحترم أي أحد من أبناءه وهذا ما أدى بالسيد (ح) إلى اللجوء إلى تعاطي الممنوعات وهذا حسب قوله: "**بابا يبدا يضرب أو معلبالوش بحتى واحد عييت من حياة المشاكل بابا ويما دايما يتضاربوا ويزڤو. كي ندخل لدار باش نريح نلقا روحي مع المشاكل**".

فحاولنا معرفة كيف كانت أول مرة تعاطى فيها المخدرات، فقال عندما كان بصحبة بعض أصدقاءه، حيث خرج من البيت وهو غاضب، فالتقى بأصحابه وعرضوا عليه أن يتعاطى معهم وهذا حسب ما صرح به: "**كونت مع صحابي واعطاولي وقالولي هك شرب ونسا همك هادي تنسيك في كولشي**"، ومن هنا حاولنا معرفة ما يحس به في ذلك الوقت حيث قال لنا: "**آه صح شربت أو كيفت والله صح نسيت كولشي يما في هديك الدقيقة نسيتها حسيت بالراحة دنيا أو ما فيها**"، وهذا بمعنى أنه كان يحس بالمتعة واللذة أثناء تعاطيه للمخدر، ومن هنا حاولنا معرفة تفاصيل أكثر إلا أنه لم يعطينا أي تفاصيل أخرى.

كما حاولنا كذلك معرفة نوع المخدر الذي يتعاطاه، حيث بين لنا أنه يتعاطى كنابيس، الصاروخ وكان يتعاطى 4 حبات في اليوم وكذلك الكيف، حيث يتعاطى تقريبا 10 سجائر في اليوم وكما حاولنا معرفة حالته النفسية والصحية قبل إدمانه على الممنوعات، حيث قال لنا كان في حالة صحية جيدة قبل إدمانه على المخدرات عكس ما كان عليه الآن، حيث طرأت عليه عدة تغيرات فأصبح يعاني بشدة، لا ينام في الليل، ونقص في التركيز ويرى كوابيس في منامه، وعندما طلبنا منه أن يخبرنا كيف يشعر أثناء عدم تعاطيه أي مخدر،

فاتضح لنا أنه يصاب بالإرتعاش الشديد وحرقة في المعدة، كذلك يعرق كثيرا ويشعر بالدوار والغثيان وهذا حسب قوله: "**لوكان منشربش نموت، نعرق بزاف أو نحس بالحرقة في كرشي لازم نتكيف ونشرب سينو نهبل**".

كما حاولنا أيضا معرفة ما هي السلوكيات التي يمارسها، حيث قال أنه يعاني من قلق شديد خاصة عندما يرى الناس والشك فيهم وفي بعض الأحيان يتشاجر مع أصدقائه، فسألناه متى كانت أول مرة دخل لمركز معالجة الإدمان فتبين لنا أن أول مرة كانت سنة 2018 عندما كان في عمر 31 سنة، فدخل المركز من أجل تلقي العلاج فبقي شهر ثم خرج ولم يعد حتى بلغ 33 سنة تزوج وأنجب بنتين وطفل فكان شديد العنف مع زوجته وأبنائه حيث قال لنا أنه كان يصرخ على زوجته، وفي بعض الأحيان يضربها ويكسر الأشياء وهذا حسب ما صرح به: "**والله ندمت على قاع واش درت بيها، إنشاء الله تسامحني برك أو تفهمني**".

حاولنا كذلك معرفة رد فعل زوجته، وكيف تقبل فكرة الخضوع للعلاج ومن هنا اتضح لنا أن زوجته هي من شجعته على تلقي العلاج ووعدته أن تكون بجانبه فهي تريد أن يتخطى مرحلة الإدمان ويتعافى كليا، وهذا حسب ما قاله لنا: "**مرتي هي لي عاونتني، إنشاء الله برك نبرا ونعوضهم على كلشي**".

فعاد إلى العلاج مرة ثانية في هذه السنة 2023 وهو الآن يتلقى العلاج المناسب له وصار يحس بالتحسن، فهو لم يتعاطى أي مخدر منذ أربعة أشهر.

وعندما تطرقنا إلى معرفة نظرته للحياة، فتبين لنا أنه لديه نظرة تفاؤلية رغم كلّ ما مر به من صعوبات وتحديات مع إدمانه، فهو شخص لديه طموحات ويتبع ما يقوله له

الطبيب ويتناول أدويته في الوقت وهذا حسب قوله: "**إنشاء الله نبرا، راني ندير المستحيل باش نولي bien** ".

وكما حاولنا معرفة أهدافه ومشاريعه المستقبلية أيضا، حيث قال أنه لديه هدف وهو أن يشفى ويتغلب على إدمانه ويكمل حياته دون تعاطي أي مخدر ويعوض زوجته وأبنائه وأن يصبح أب صالح وأن تسامحه زوجته وهذا حسب ما صرح به: "**والله باغي برك نكمل حياتي عادي ونعوض ولادي ومرتي**".

وفي الأخير أثناء نهاية مقابلتنا العيادية النصف موجهة مع السيد (ح)، قمنا بإعطاءه مقياس السلوك العدواني ومقياس القلق وطلبنا منه أن يجيب عليهما بكل صراحة وبدون كذب، وذلك بوضع إشارة (x) أمام الإجابة المناسبة التي تتماشى مع موقفه.

1-5-3 عرض نتائج قياس السلوك العدواني للحالة الخامسة:

الجدول رقم (11): نتائج مقياس السلوك العدواني للحالة الخامسة:

البعد	العدوان الصريح	العدوان المضمر	الميل للعدوان	المجموع
الدرجة	65	30	45	140

دلت نتائج مقياس السلوك العدواني كما هو موضح في الجدول ان الحالة (ح) قد يعاني من عدوانية مرتفعة وهذا من خلال الدرجة النهائية للمقياس المتمثلة في **140** درجة ويمكن تفسير ذلك من خلال تحليلنا للأبعاد الثلاث للعدوانية والمتمثلة في:

- العدوان الصريح والذي تحصل فيه على **65** درجة وهي درجة مرتفعة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد والمتمثلة في **70** درجة؛
- العدوان المضمر والذي تحصل فيه على **30** درجة وهي درجة متوسطة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد والمتمثلة في **75** درجة؛
- الميل للعدوان والذي تحصل فيه على **45** درجة وهي درجة مرتفعة مقارنة بالنتيجة العامة للبعد والمتمثلة في **50** درجة.

1-5-4-عرض نتائج قياس القلق للحالة الخامسة:

الجدول رقم (12): نتائج مقياس القلق " لتايلور" للحالة الخامسة:

الدرجة	مستوى القلق
22	فوق المتوسط

يتضح لنا من خلال النتائج المتحصلة عليها أن الحالة (ح) تعاني من قلق فوق المتوسط وهذا يظهر من خلال الدرجة المتحصلة عليها وهي **22** درجة والتي تنتمي إلى مجال (21-**26**) والتي تمثل مستوى فوق المتوسط.

خلاصة الحالة الخامسة:

بينت لنا نتائج المقابلة العيادية النصف موجهة للحالة الخامسة أنه عان كثيرا في حياته بسبب إدمانه على المخدرات، مما أدى به إلى أن يعيش تجربة جد صعبة من مشاكل

وضغوطات في حياته مما جعله يعيش حالة من عدم الاستقرار والأمان ولكن رغم كل ما مر به من صعوبات إلا أنه نجده متفاعل ولديه رغبة في الشفاء ومواصلة حياته.

أما بالنسبة لتطبيقنا لمقياس السلوك العدواني فنجد أن الحالة (ح) قد يعاني من عدوانية مرتفعة والتي تتمثل درجته في **140** درجة وهي درجة مرتفعة وهذا حسب سلم التصحيح للمقياس.

أما بالنسبة لمقياس القلق الذي تم تطبيقه، فتبين لنا من خلال نتائج الحالة (ح) أنه يعاني من قلق فوق المتوسط، حيث تتمثل درجته في **22** درجة والتي تنتمي إلى المجال **21- 26.**

2 - مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

يهدف موضوع دراستنا إلى معرفة ما إذا توجد علاقة بين القلق والسلوك العدواني لدى مدمني المخدرات في فترة العلاج، وذلك انطلاقا من فرضية الدراسة التي مفادها:

"**توجد علاقة بين السلوك العدواني والقلق لدى مدمني المخدرات في فترة العلاج**"

للتحقق من صحة الفرضية عمدنا إلى اختيار خمسة حالات لمدمني المخدرات الخاضعين للعلاج في مركز معالجة المدمنين بتيزي وزو، وطبقنا عليهم دليل المقابلة نصف الموجهة ومقياس السلوك العدواني "لباص بيري" ومقياس القلق "لتايلور"، وأسفرت النتائج كما يلي:

جدول رقم (13): ملخص نتائج الحالات الخمس:

الحالة	نتائج قياس القلق	مستوى القلق	نتائج قياس السلوك العدواني	مستوى السلوك العدواني
01 (ك)	37 درجة	قلق حاد	155 درجة	مرتفع
02 (أ)	31 درجة	قلق حاد	147 درجة	مرتفع
03 (ط)	29 درجة	قلق شديد	138 درجة	مرتفع
04 (ل)	26 درجة	فوق المتوسط	60 درجة	منخفض
05(ح)	22 درجة	فوق المتوسط	140 درجة	مرتفع

نلاحظ من خلال تحليل كل حالة، بالإضافة إلى تحليل نتائج مقياس "تايلور" لقلق والسلوك العدواني كما هو موضح في الجدول، أن جميع الحالات أظهرت ارتفاعا في مستوى القلق حيث تتراوح الدرجات ما بين (**22_ 37**) درجة.

كما أظهرت الحالات ارتفاعا في مستوى السلوك العدواني حيث تتراوح الدرجات ما بين (**138_ 155**) درجة، ما عدا حالة واحدة أظهرت عدوانية منخفضة وهي الحالة الرابعة (ل) حيث تحصلت على درجة **60**.

ومن خلال هذه النتائج نستنتج أن الحالات التي لديها مستوى قلق مرتفع ظهر لديها سلوك عدواني مرتفع وهذا ما أكدته دراسة "كوكس"، إن الرغبة الغير المشبوعة للمخدر ترافقها نوبات قلق وغضب، فقد تمت دراسته على **30** حالة من المدمنين في حالة غياب المخدر في مركز معالجة الإدمان بألمانيا، وظهرت النتائج أن كل الحالات تعاني من قلق

وغضب شديد في فترة الانسحاب أي غياب المخدر. **(بالتصرف عن: فاروق عبد السلام،1977).**

وهذا ما ذهبت اليه أيضا دراسة "جميلة بن عمور وسهيلة بو جلال"، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات، في ضوء متغيري نوع المخدر ومدة العلاج حيث تمت الدراسة على ست مراهقين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان على المخدرات بولاية شلف، فقد أظهرت النتائج ان مستوى القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات يتراوح ما بين متوسط ومرتفع كما ان مستوى القلق يتأثر بنوع المخدر المستخدم ومدة العلاج. (وهذا بتصرف عن، **الغندور أحمد , 2018).**

وهذا ما تتوافق معه أيضا دراسة "بورزق كمال" حول التعرف على درجة القلق والسلوك العدواني الذي يعاني منه المدمنين سجناء المؤسسات العقابية في فترة غياب المخدر (فترة الانسحاب)، حيث اعتمد في دراسته على عينة متكونة من 10 حالات كلها من المدمنين، وكانت النتيجة أن أفراد الدراسة يعانون من قلق وعدوانية مفرطة في فترة غياب المخدر في المؤسسة العقابية. (بتصرف عن **بورزق كمال، 2017).**

و من خلال النتائج المتحصل عليها , و من خلال الدراسات السابقة توصلنا الى ان الفرضية التي مفادها : " توجد علاقة بين السلوك العدواني و القلق لدى مدمني المخدرات خلال فترة العلاج " قد تحققت .

خلاصة الدراسة:

تطرح ظاهرة تعاطي المخدرات والمؤثرات النفسية والعقلية مشكلا على مستوى الصحة النفسية وعلى عدة مستويات في عدة مناطق من العالم، لاسيما في الجزائر أين لا تزال مشكلة التعاطي والإدمان على المخدرات ظاهرة حديثة، وهو ما يفسر تأخر الجزائر في

ميدان مكافحة والوقاية من هذه الآفة من جهة ومختلف الأطراف الفاعلة في المجتمع المدني من مربين وأخصائيين نفسانيين وأخصائيين في الطب العقلي من جهة أخرى.

والأكيد أن أضرار إدمان المخدرات تأثر سلبا على جميع المستويات، أما على المستوى الصحي، النفسي والاجتماعي فهي يمس الفرد المتعاطي والمجتمع معا، كما أنها ظاهرة اجتماعية مرضية تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد والبعض الآخر بالأسرة وبالبناء الاجتماعي ككل.

واتضحت خطورة هذه المشكلة في أثر سلوك المتعاطين فهم يشكلون خطرا على حياة الآخرين وعلى أنفسهم وعلى حياتهم نتيجة التعاطي مما قد يقودهم في النهاية إلى أن يصبحوا شخصيات سيكوباتية أو إجرامية أو حاقدة على المجتمع لا تعرف سبيلا لأهدافها إلا بالعدوان أو الضغط، وبعد فترة يقع ضحية للمرض النفسي أو الانسحاب والانطواء على النفس وعدم مشاركة الآخرين في بناء المجتمع، وهذا ما جعلنا نلتفت في دراستنا إلى موضوع ادمان المخدرات، والتطرق إلى معرفة مدى تأثير القلق في ظهور السلوك العدواني لدى هذه الفئة خلال خضوعهم للعلاج.

ومن خلال عرضنا السابق للتساؤل العام وطرح الفرضية العامة واتباعنا للمنهج العيادي واعتمادنا على المقابلة العيادية النصف موجهة التي طبقناها على خمسة حالات لمدمني المخدرات والملاحظات العيادية، ونظرا كذلك لتطبيق مقياس السلوك العدواني "لباص بيري" ومقياس القلق "لتايلور"، وذلك بهدف معرفة درجة السلوك العدواني والقلق لدى مدمني

المخدرات وبعد عرض النتائج وتحليلها ووفقا للدراسات السابقة توصلنا إلى أن أربعة حالات من بين خمسة حالات يعانون من سلوك عدواني مرتفع وقلق حاد، أما الحالة الرابعة أظهرت عدوانية منخفضة وقلق فوق المتوسط.

ومن خلال النتائج التي تحصلنا عليها، ومن خلال الدراسات السابقة يمكن القول أن الفرضية التي مفادها:

"توجد علاقة بين السلوك العدواني والقلق لدى مدمني المخدرات خلال فترة العلاج"، قد تحققت.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

أولا-قائمة المراجع باللغة العربية:

أ.الكتب:

1- أحمد الزغبي (2001): **أسس علم النفس الجنائي، قسم علم النفس كلية الأداب،** دار الهدى للنشر والتوزيع، ط 3، اليمن السعودية.

2- خليل أبو فرحة (2007): **الموسوعة النفسية،** دار أسامة للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

3- احمد محمد مشابقة (2006): **الإدمان على المخدرات، الإرشاد والعلاج النفسي،** دار الشروق، عمان الأردن.

4- نبيهة صالح السامراني(2007): **أعراض الأمراض النفسية العصبية تربويا ومهنيا،** دار المناهج للنشر والتوزيع، ط1.

5- صالح حسن الداهري(2005): **مبادئ الصحة النفسية،** دار وائل للنشر والتوزيع، ط1، الأردن.

6- حنان العناني (2005): **الصحة النفسية،** دار الفكر للنشر والتوزيع عمان.

7- مصطفى نوري القمش، خليل عبد الرحمان المعاطية(2007): **الاضطرابات السلوكية والمعرفية،** دار الميسرة للتوزيع والطباعة، ط1، عمان.

8- إسحاق إبراهيم منصور (دون سنة): **الموجز في علم الإجرام والعقاب،** ديوان المطبوعات الجامعية، ط1.

9- محمد خليفة بركات (1977): **علم النفس التربوي في الأسرة،** دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.

10- جاسم محمد عبد الله المرزوقي (2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بأمراض العصر، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، ط1.

11- رضوان سامر جميل (2002): الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان،

12- سيجموند فرويد، تر، نجاتي: الكف والعرض والقلق، دار الشروق، ط1، القاهرة.

13- عبد العظيم حسين طه (2007): **استراتيجية إدارة الضغوط النفسية والتربوية والنفسية**، دار الفكر للنشر والتوزيع، ط1، عمان.

14- عبد الرحمان سي موسى – محمود بن خليفة (2008): **علم النفس التحليلي المرضي والاسقاطي**، ديوان المطبوعات الجامعية، ج1، الجزائر.

15- عبد المعطي حسن مصطفى (2001): **علم النفس النمو الأسس والنظريات**، دار القباء للطباعة والنشر والتوزيع، ج1، دط.

16- عمار بحوش (2007): **مناهج البحث العلمي وطرق انجاز البحث**، ديوان المطبوعات الجامعية.

17- عفاف محمد عبد المنعم (1998): **الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه**، دار المعرفة الجامعية.

18- فاروق عبد السلام (1977): **سيكولوجية الإدمان**، عالم الكتب القاهرة.

19- فيصل محمد الزراد (2000): **الأمراض النفسية الجسدية**، دار النفانس، د.ط، بيروت.

20- مدحت أبو زيد (2001): **لهفة الإدمان، تشخيصها وعلاجها**، دار المعرفة الجامعية للطباعة والنشر.

21- محمد الجوهري (1995): **دراسات في علم الاجتماع الحضري**، دار المعرفة الجامعية.

ب.قائمة القواميس :

1-لا بلانش وبونتاليس، مصطفى حجازي (2002): **معجم مصطلحات التحليل النفسي**، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، ط4. بيروت.

ج.الرسائل الجامعية :

1-سايل حدة وحيدة (2001): **استيراجية المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات، دراسة مقارنة**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

2-فريدة طايبي(1998): **المميزات النفسية للشباب المتعاطي للمخدرات**، رسالة ماجيستر في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر.

د.المجلات :

1-المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها (2003): الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها.

2-المخدرات أوهام وحقائق (1999): صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ط2.

ثانيا-المراجع باللغة الفرنسية:

1- Bergerie.J (1996) : **Psychologie d'écoute du toscanisme** ; Dunond ; Paris.
2- Chilland ; E (1985) : **L'entretien clinique.**
3- Coutraux.J ; (2001) : Les thérapies comportementale et cognitive ; Masson ; Paris 3ème.
4- Moor. L : **Introduction Représentation psychologique.**

5- Graziani.P (2005) : **L'anxiété et troubles anxieux,** Armand Collin .

6- Servant.P.H Parquet (1995) : **Stress anxiété et pathologie médicale,** Masson, Paris.

7- Roux.M (1982) : **Toxicomanie autre que l'alcoolisme** ; invel Med Chirurgical, Paris.

ثالثا–القواميس باللغة الفرنسية:

1- Nobret Sillamy ; (2004) : **Dictionnaire de psychologie** ; édition Janine Faure.

2- www. Confeies. Org (pdf).

الملاحق

الملحق رقم (01):

دليل المقابلة

- **المحور الأول: البيانات الشخصية:**

-العمر.

-الجنس.

-المهنة.

-الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل).

-عدد الأبناء.

-المستوى الدراسي.

-المستوى الاقتصادي.

- **المحور الثاني: الحالة الصحية العامة:**

-السوابق المرضية الشخصية.

-السوابق المرضية الشخصية العقلية.

-السوابق المرضية العائلية.

-السوابق المرضية العقلية العائلية.

- **المحور الثالث: حول التعاطي ومضاعفاته:**

-متى كانت أول مرة؟

-كيف حتى لجات الى تعاطي المخدرات؟

-حدثني حول تفاصيل ذلك؟

-ما هو احساسك لمجرد تناول المخدرات؟

-ما هي نوع المادة التي تتعاطاها؟

-ما هي مدة بداية التعاطي؟

-ما هي الكمية المتعاطاة؟

-كيف هو شعورك في ذلك الوقت؟

-ما الذي خلفته فيك نفسيا وصحيا؟

-هل لك احداث مؤلمة جدا جراء تعاطي المخدرات؟

- **المحور الرابع: المعاش النفسي:**

-هل الوالدين على قيد الحياة؟

-ما هي علاقتك مع الوالدين؟

-ما هي علاقتك مع اخوتك؟

-كيف كانت حالتك النفسية بعد الإدمان؟

-هل ترى ادمانك أثر على حالتك النفسية؟ كيف ذلك؟

-ما هي مصادر الانفعال لديك؟

-ما هي التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية التي طرأت عليك أثناء فترة التعاطي؟

-بماذا تحس أثناء عدم تناولك للمخدرات؟

-هل يؤدي بك ذلك الى نوبات غضب أو قلق أو احباط؟

-هل تنفعل بسرعة؟

-هل تتحكم في نفسك اثناء غضبك؟

- **المحور الخامس: العدوانية الموجهة نحو الغير والموجهة نحو الذات لدى المدمن**

-ما هي الظروف التي تجعلك تضرب؟

-عندما يكون واحد مر أمامك وينظر اليك ماذا تفعل؟

-هل صار لك وكسرت أشياء؟

-في رأيك كيف يمكنك معاملة الناس؟

- هل لديك رغبة في الانتقام؟
- في حالة تعرضك للغضب ماذا تفعل حينها؟
- هل لديك أفكار انتحارية؟
- هل جربت من قبل وحاولت الانتحار؟
- هل ضربا نفسك باي سلاح ابيض؟
- هل حرقت جسمك بسيجارة الدخان أثناء تعاطيك؟
- عندما تقود السيارة هل تقودها بسرعة؟
- اثناء تعاطيك المخدرات تقود بسرعة أم لا؟

- **المحور السادس: المشاريع المستقبلية للمتعاطي:**

- كيف كانت نظرتك نحو المستقبل؟ وكيف أصبحت الان بعد الإدمان؟
- هل تشعر بالخوف من المستقبل؟ ولماذا؟
- ما هي نظرتك للحياة؟
- هل لديك مشاريع مستقبلية؟
- كيف تسعى لتحقيقها؟
- هل لديك اهداف في الحياة؟ وهل يعتبر ادمانك على المخدرات عائقا في عدم تحقيقها؟

الملحق رقم (02):

مقياس السلوك العدواني

- **الاسم.....**
- **العمر.....**
- **المستوى التعليمي.....**

التعليمة

إليك مجموعة من العبارات الرجاء قراءة كل عبارة جيدا ثم ضع إشارة (x) أمام الجواب الذي يناسبك، تأكد من قراءة كل عبارة جيدا قبل أن تختار الإجابة أجب بصدق وبكل موضوعية.

الرقم	العبارات	دائما	غالبا	احيانا	نادرا	أبدا
1	أدخل في مشاجرات مع الغير من الشخص العادي					
2	أشعر كما لو كان من الضروري أن اؤذي نفسي					
3	أشعر في رغبة في إزعاج وإخافة الاخرين					
4	أعتبر نفسي عدوانيا					
5	أعتقد ان هناك مؤامرة تدبر ضدي					

6	أعتقد ان هناك من يتتبعني					
7	أعتقد أن بعض الناس يريدون اذيتي					
8	عندما أغضب أكسر الأشياء التي امامي					
9	اشعر في رغبة في التحطيم الأشياء					
10	إذا ضايقني أحد ما أخبره انني سأنتقم منه					
11	في بعض الأحيان أجد نفسي قلقا من الازم على أمر ما					
12	أغضب بسهولة ولكن سرعان ما أعود إلى حالتي الطبيعية					
13	لدي بالرغبة في معاقبة نفسي					
14	أشعر بالرغبة في السب والشتم عندما أغضب					
15	يقول أصدقائي أنني شخص مجادل					
16	حينما اختلف مع أصدقائي أشن عليهم هجوما لفظيا					
17	أفراد اسرتي يقولون أنني شخص متهور					
18	أحب أن أعمل مقالب للأشخاص آخرين					
19	عوقبت في المدرسة أكثر من مرة بسبب تمردي وعصياني					

20	أجد متعة في إيذاء الأشخاص الذين أحبهم					
21	أنا شخص متقلب المزاج					
22	أشعر أنني شكاك تجاه تصرفات الآخرين					
23	أشعر أن الناس يضحكون مني في حالتي غيابي					
24	تنتابني رغبة في القيام بعمل يضر الاخرين أو يصدهم					
25	بعض أصدقائي يضمر لي في نفسه شيئا من الكراهية					
26	عندما أغضب بشدة أضرب راسي بيدي					
27	عند سماعي بنجاح شخص أعرفه كما لو كان نجاحه فشلا					
28	يقول بعض الناس أشياء مهينة					
29	لا أعتقد انني مظلوم في هذه الحياة					
30	أعتقد أنني قليل الحظ					
31	أعتقد أنني شخص منحوس					
32	أجد صعوبة في ضبط اعصابي					
33	يقال عني عادة أنني سريع الغضب					
34	كثيرا ما خالفت القواعد المتعارف عليها أو					

	تمردت عليها					
35	عندما يسيئ إلى أحد أرد عليه بالضرب					
36	أشعر برغبة في الاشتباك بالأيدي مع أي شخص آخر					
37	أؤمن بمبدأ الهجوم خير وسيلة للدفاع					
38	أحب مشاهدة النار					
39	استمتع عندما أقوم بضرب شخص ما ولا أشعر بالذب					

ملحق رقم (03):

مقياس القلق

- **الاسم .....**
- **العمر .....**
- **المستوى التعليمي .....**

التعليمة

المطلوب منك ان تقرا العبارات بتمعن وضع إشارة (x) في خانة (نعم) اذا كانت العبارة تناسبك، وضع إشارة (x) في الخانة (لا) إذا كانت العبارة لا تناسبك.

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع		
2	مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي		
3	يمر على أيام لا أنام بسبب القلق		
4	أعتقد انني أكثر عصبية من الاخرين		
5	أعاني كل عدة ليالي من الكوابيس المزعجة		
6	أعاني من الآلام بالمعدة في كثير من الأحيان		
7	كثيرا جدا الاحظ يداي ترتعش عندما أقوم بأي عمل		
8	أعاني من اسهال كثيرا		
9	تثير قلقلي أمور العمل والمال		

10	تصيبني نوبات من الغثيان		
11	أخشى ان يحمر وجهي خجلا		
12	دائما اشعر بالجوع		
13	أنا لا اثق بنفسي		
14	أتعب بسهولة		
15	الانتظار يجعلني عصبي		
16	كثيرا أشعر بالتوتر لدرجة أعجز عن النوم		
17	عادة لا أكون هادئا وأي شيء يستثيرني		
18	تمر بي فترات من التوتر لا أستطيع الجلوس طويلا		
19	أنا غير سعيد في كل الاوقات		
20	من الصعب جدا علي التركيز أثناء أداء العمل		
21	دائما أشعر بالقلق دون مبرر		
22	عندما اشاهد مشاجرة أبتعد عنها		
23	أتمنى ان أكون سعيدا مثل الاخرين		
24	دائما ينتابني القلق على أشياء غامضة		
25	أشعر بأني عديم الفائدة		
26	كثيرا اشعر باني سأنفجر من الضجر والضيق		
27	أعرق كثيرا وبسهولة حتى في الأيام الباردة		
28	الحياة بالنسبة لي تعب ومضايقات		
29	أنا مشغول دائما وأخاف من المجهول		
30	أنا بالعادة اشعر بالخجل من نفسي		

31	كثيرا ما أشعر أن قلبي يخفق بسرعة		
32	أبكي بسهولة		
33	خشيت أشياء وأشخاص لا يمكنهم إيذائي		
34	أتأثر كثيرا من الصداع		
35	أشعر بالقلق على وأشياء لا قيمة لها		
36	لا أستطيع التركيز في شيء واحد		
37	من السهل أن أرتبك وأخطا لما أقوم بأي عمل		
38	أشعر باني عديم الفائدة، أعتقد أني لا أصلح لأي شيء		
39	أنا شخص متوتر جدا		
40	دائما أرتبك وأعرق ويسقط العرق مني بصورة تضايقني		
41	يحمر وجهي خجلا عندما أتحدث للآخرين		
42	أنا حساس أكثر من الآخرين		
43	مرت بي أوقات عصيبة لم أستطع التغلب عليها		
44	أشعر بالتوتر أثناء قيامي بالعمل		
45	يداي وقدماي باردتان في العادة		
46	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل إلا أخبر أحد بها		
47	تنقصني الثقة بالنفس		
48	قليل ما يحصل لي حالات إمساك تضايقني		
49	يحمر وجهي من الخجل		
50	اتوتر وأشعر بالعصبية إذا ضايقني أحد بالكلام		

الملحق رقم (04):

صور عن بعض أنواع المخدرات

الكوكايين

المصدر : https://www.google.com

الكيف

المصدر : https://www.google.com

الترامادول

المصدر : https://www.google.com

الحشيش

المصدر: https://www.google.com

ليريكا