

## المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات

### ملخص

الإدمان على المخدرات ظاهرة نفسية اجتماعية خطيرة تهدد المجتمع وتؤدي إلى اضطراب الامن النفسي، الجسمي والاجتماعي للفرد. بالإضافة إلى تأثيره على الامن الاقتصادي والوطني.

ولدراسة المعاش النفسي لدى الراشدين المدمنين على المخدرات اعتمدت الباحثة في إجرائها على المنهج الوصفي وتطبيق بطارية الاختبارات النفسية المتمثل في مقاييس تقدير الذات لكوبر سميث للاكتئاب ومقياس بيك لليأس ومقياس قلق الموت واختبار القلق لكاتل واستراتيجيات المواجهة لبولان وآخرون، ومقياس الحالة النفسية بالإضافة إلى اختبار تفهم الموضوع. (T.A.T)

دللت نتائج الدراسة على وجود إختلافات جوهرية ذات دلالة إحصائية بالنسبة لكل المتغيرات المدروسة عند المستويين 0.05 و 0.01 مقارنة بين الراشدين المدمنين على المخدرات والراشدين العاديين.

### د. عنو عزيزة

قسم علم النفس  
وعلوم التربية والأرطوفونيا  
جامعة الجزائر

### Résumé

#### مقدمة:

La toxicomanie est un phénomène psycho-social qui menace la société, et conduit aux troubles de la sécurité psychique, corporelle et sociale de l'individu. Pour étudier le vécu psychique chez les adultes drogués, le chercheur a utilisé la méthode descriptive et a appliqué une Batterie de tests, (le test de l'estime de soi de Cooper Smith, Beck dépression Inventory, Beck hopelessness, test d'angoisse de la mort, test d'angoisse Cattel, l'échelle de

**عرف** الإنسان منذ أقدم العصور بعض المواد الطبيعية التي استعملها تارة لأغراض طبية، وتارة أخرى لجلب البهجة والسرور لنفسه، ومع تطور العلوم طور الإنسان هذه المواد وأخرج منها مشتقاتها، التي أصبحت أكثر قوة من أصلها الطبيعي وكان هذا التطور في البداية لأغراض طبية وعلمية، إلا أنه سرعان ما انصرف عن مساره وشيئا فشيئا أصبحت هذه المواد تستعمل استعمالا خاطئا من طرف بعض الأشخاص فظهر ما يسمى بالإدمان على المخدرات.

ويعد الإدمان على المخدرات من المظاهر

Paulhan et al, l'échelle de l'état psychique ainsi que le T.A.T)

En conclusion l'étude détermine des indices qui se caractérisent par les différences significatives des variables aux niveaux 0,05 et 0,01 .

الاجتماعية التي شاع انتشارها في العالم، فهي لا تقتصر على حضارة دون أخرى أو على مجتمع دون آخر. وقد أخذت هذه الظاهرة منحرجا خطيرا في السنوات الأخيرة. حيث توصلت المنظمات والجمعيات التي تعمل على مكافحتها إلى أن مجموع المدمنين في العالم يتعدى النصف مليار من الرجال والنساء، وعليه شهدت المجتمعات محليا وعالميا أزمات كثيرة نتيجة التطور السريع والملحوظ في هذه الظاهرة، وتعتبر مشكلة تعاطي العقاقير المخدرة بأنواعها المختلفة من الظواهر التي تجتاح دول العالم في عصرنا الحالي (محمد عبد المنعم، 1998، ص7).  
ذلك باعتبارها من الموضوعات الاجتماعية والنفسية البالغة الخطورة والأهمية في حياة الفرد والمجتمع في الوقت الحاضر (العيسوي، 1994 ص11).  
ومما يزيد من خطورة ظاهرة الإدمان على المخدرات هو استهدافها لطبقة الشباب المراهقين في المجتمع، وهي الفئة التي يعتمد عليها في البناء والعمل والإنتاج، فيؤدي الإدمان إلى ضعف القدرة الإنتاجية لدى الفرد، وبالتالي انخفاض دخله، مما يترتب عليه عدم القدرة على إشباع حاجاته الأساسية، فيلجأ البعض منهم في النهاية إلى ارتكاب بعض الجرائم حتى يتمكنوا من إشباع تلك الحاجات التي يعتقدون بأنها تخفف من الصراعات والتوترات، ولكنها في الحقيقة تزيد من الهموم وتقضي على الإنسان من الناحية النفسية والجسدية، فالجسد يلعب الدور الأول والأساسي في نجاح حياة الفرد (منصور، 1993، ص26).  
وعليه فإن كل عنصر من جسدنا يؤدي دوره المنسوب إليه، وظيفته هي المحافظة على الاتصال المستمر بين عالمنا الداخلي والعالم الخارجي، ومن ثم فإذا ألحق ضرر بعضو ما بجسدنا فإن هذا يؤثر حتما وبصفة مباشرة على الجانب الجسدي بشكل عام وعلى الجانب النفسي بشكل خاص (Bandura. 1989. p53).  
ولقد أصبحت نواقيس الخطر تدق بالمجتمع الجزائري معلنة عن انتشار هذه الآفات وازدياد الإقبال على المخدرات بمختلف أنواعها. حيث عرفت هذه الظاهرة انتشارا واسعا ورهيبا في الجزائر نظرا للإحصائيات التي قدمتها المصالح المكلفة بذلك، حيث أحصت هذه الأخيرة ما بين سنة 1971 و1972 (3777 جريمة) متعلقة بالمخدرات أما ما بين 1989 و1990 قامت المصالح المعنية بحجز كميات هائلة من المخدرات سواء من عقاقير أو حشيش كما القت القبض على 5319 مدمن على المخدرات سنة 1999. (منشور مديرية الامن الوطني لولاية الجزائر).  
ومما تجدر الإشارة إليه أن المغرب هو الممول الرئيسي لهذه السموم عبر البحر الابيض المتوسط بصفته، هذا ما يجعل الجزائر منطقة عبور استراتيجية لمادة الكيف المعالج الأكثر استعمالا، حيث حجزت كل من مصالح الدرك والأمن والجمارك لولاية قسنطينة وحدها 107 كغ من الكيف المعالج في الفترة الممتدة من 2000 إلى 2003، أثبتت التحقيقات أن 90% منها كانت موجهة لخارج البلاد، كما حجزت بنفس الفترة

كمية هائلة من الحبوب المهدئة بمختلف أنواعها قدرت ب6000 حبة و3000 حبة في السداسي الأخير من سنة 2003، أما في السداسي الأول لسنة 2007 ألقى رجال الدرك الوطني القبض على 1062 شخص في 678 قضايا مرتبطة بتهرب المخدرات والمنشطات النفسية، أين تم الحجز على 708854 كلغ من القنب الهندي و10869 أقراص المنشطات النفسية.

كما تم حجز في 23 أبريل 2007 كمية 8224 من الأفيون، بالإضافة إلى 6260 من القنب الهندي بولاية أدرار، وبعد ثلاثة أيام فقط تم حجز 43000 نبتة الأفيون و500 نبتة القنب الهندي، ولقد حجز في جويلية 2007 ما يعادل 2860 كلغ من المخدرات بالسانية ولاية وهران.

وعليه فإن هذا التزايد الكبير في الإقبال على المخدرات كان نتيجة لتوفير بعض العوامل التي ساهمت وبقيت وفير في الظاهرة خاصة في ظل التغيرات التي عرفتها البلاد في العشرية الأخيرة، و المتمثلة في التمايز الاجتماعي والاقتصادي، وغياب أبسط قواعد الحياة الكريمة. وكذا التصدع الأسري، وانعدام أو قلة المرافق العامة والوسائل التعويضية من مراكز التوجيه والإرشاد النفسي، كل هذه العوامل تركت بصماتها السلبية على مستوى الفرد والجماعة، خاصة منها الإحباطات وبشتى أنواعها، حيث يصاب الفرد بالتوتر والانطواء، والاحتقار، ليجد نفسه أمام طريق مسدود ومجهول ومستقبل غير موعود فما عليه إلا التوجه إلى هذا الطريق الخطير، وذلك بحجة التخفيف من آلامه ومعاناته والهروب من الواقع المعيشي حتى يتسنى له نسيان هموم الحياة، فينتهي بالوقوع في مشكلة الإدمان على هذه المواد السامة.

كما يعتبر الاعتماد الجسدي أكثر وأشد خطورة من الاعتماد النفسي، إذ أن الامتناع عن تناول العقاقير يؤدي إلى ظهور أعراض جسدية خطيرة قد تؤدي إلى وفاة الشخص وإصابته بأعراض بدنية خطيرة (البار، 1988، ص30).

هذا بالإضافة إلى أن المخدر يشكل لدى المدمن الطعام والإشباع والدفء والراحة النفسية، باعتباره المحرك الذي يسيره، لكن سرعان ما يفقد المخدر مفعوله الإيجابي وتصبح له آثارا سلبية، ويصبح مجرد التذكير في الانقطاع عنه يشكل له خطرا ويشعره بالألم لاعتماده الفزيولوجي والنفسي عليه.

وباعتبار أن المخدر أصبح هو أداة المدمن التي يعتمد عليها في تغيير حالته الانفعالية، التي لا يملك القدرة على تغييرها لما يتسم به من نقص المبادرة وعجز عن مواجهة الواقع والسلبية في التعامل والعجز عن إشباع رغباته بصورة سوية ( محمد عبد المنعم، 1998، ص354)، لأن ما يميز الإدمان على المخدرات هو التأثير الكبير على شخصية الفرد وتصرفاته الظاهرة أي السلوك، ومن الناحية الخفية أي النفس، فحسب جون برجوري Jean Bergeret: تعتبر لشخصية الإدمانية شخصية سلبية ليس لها القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط، وهي شخصية إنكالية لا يمكنها التكيف الاجتماعي كما تتميز بصفة عامة بعدم النضج التام ( Bergeret, 1984, p30 ).

ونظرا لأهمية الموضوع وخطورته على المجتمع والأسرة والفرد بصفة خاصة، والأمن الإنساني بصفة عامة، ونظرا لما له من آثار وخيمة على صحة المتعاطي النفسية، العقلية، الجسمية، الاجتماعية والاقتصادية. فالمشكلة خطيرة تقف حاجزا أمام تطور الإنسان ورفيقه، حيث تستنزف قوته وتجعله هراما في الحياة، وهو في ريعان الشباب، فتتال هذه المخدرات من كيانه وقوته فيقع في التبعية لها، غارقا في الديون، حائرا في انهيار شبابه، ولا يشغل وقته إلا في السعي وراء التعاطي، وينتهي دون التطلع إلى المستقبل، والتطورات العلمية والحضارية.

وعليه فإن القدرة على الحياة والعيش السليم يستدعي سلامة النفس والعقل والجسد، غير أن العكس يحدث مع الفرد المتعاطي للمخدرات، حيث يفقد كل سيطرته على السمات النفسية والعقلية السوية، ويزداد ابتعاده عن الواقع كلما ازداد استمراره في تعاطي المخدرات، فنجد أن حياته تزداد تعقيدا، فتضعف قواه النفسية والجسدية، مما ينجر عنه الفشل في الحياة الاجتماعية وفي علاقته مع المحيط.

وفي هذا الصدد تؤكد إحدى الدراسات التي أجريت سنة (1979) من طرف مجموعة من المختصين، وقد ترأس المجموعة مونيكا بلوتي Monique Pelletier، حيث كانت تدور الدراسة حول معاناة الفرد المدمن للمخدرات والاضطرابات التي يمكن أن تظهر عليه، فوجد هؤلاء الباحثون أن المدمن يعاني من ضعف على مستوى الحياة الانفعالية، و يميل إلى الوحدة فيصبح منغلقا على نفسه. ( Bergeret. 1982. p19 ).

مما يعتبر هذا إحدى أهم مظاهر حياته الانفعالية والنفسية التي يعاني منها، ومن أهم ما توصلت إليه هذه الدراسة أن المدمن يفقد الثقة التامة في المؤسسات الاجتماعية وفي كل القيم والتقاليد، ومن كل هذا الخلل ينشأ لدى المدمن الإحساس بالقلق وعدم الأمن وتبعية تامة للمادة المخدرة، خاصة من الناحية الاقتصادية، مع عدم النضج النفسي البيولوجي والثقافي (T Bid ,p19).

أما من الناحية النفسية فيبين كاقلار هيجات Caglar Huguette أن الفرد عندما يكون مدمنا على المخدرات، فإنه يكون ذا نفسية هشة وذا أنا ضعيف، وعاطفته غير متكيفة وغير متمركزة حول الذات، ويكون هناك كبت للجوانب العصابية، إضافة إلى أنه يتميز بالحصص الكبير والتوتر الداخلي الدائم، كما يكون لديه ميل للجنسية المثلية، إضافة لذلك عدم قدرته على تأجيل إشباع حاجاته، فهو يعمل تحت سيطرة مبدأ اللذة. ( Huguette.1991. p62 ).

وفي هذا الصدد فلقد اتفق كل من براكوني أو أوليفو نستائين. س Braconner A & olievensteni. C على أن تعاطي المخدرات له معنيين أساسيين ومتناقضين في نفس الوقت وهما كما يلي:

- تعاطي المخدرات يعني محاولة صريحة للعدوان على الذات.
- تعاطي المخدرات له معنى إيجابي، أي المخدرات يستعملها الشخص للحفاظ على الذات، بما أنه يجد في هذه المادة الراحة واللذة التي لم يجدها في غيرها من المواد أو المجالات الأخرى (Davidson.1982. p119).

وانطلاقاً مما سبق يبدو واضحاً أن البعض يرجح على أن ظاهرة الإدمان على المخدرات هي ظاهرة نفسية اجتماعية ظهرت كنتيجة للتغير الاجتماعي والاقتصادي والثقافي الذي يشهده مجتمعنا، لكن إذا كان السبب اجتماعي واقتصادي وثقافي، فكيف نفسر وجود نسبة معينة فقط من المدمنين على المخدرات في المجتمع ككل، في حين كل الناس معرضين لنفس الظروف لكن ليس كلهم مدمنين على المخدرات.

هذا وبدون شك يعني وجود ظروف أخرى غير الظروف الاقتصادية والاجتماعية تؤدي لظهور هذه الظاهرة، حيث يمكن إرجاعها إلى البنية النفسية أو إلى خصوصية التنظيم العقلي لهذه الفئة.

وعليه فإن روزين دوبري Rozine Debray تؤكد على " أن مواجهة الصدمات من طرف الأفراد يتوقف على قدراتهم الإحصائية واستثمارهم الاقتصادي والسيكوسوماتي العام، فهناك ذوى التنظيم العقلي الصلب والقوي وهم الذين يتجاوزون هذه العقبات وهناك من يحدث لهم توقف في حركات السير والتطور" (DEBRAY, 1984, P41).

وانطلاقاً مما سبق نستخلص أنه حتى وإن كانت الإصابة عند مجموعة من الأفراد هي نفسها، فإن الاقتصاد السيكوسوماتي مختلف تماماً من فرد لآخر وهذا ما يجعل الإحساس بالصدمات إحساس فردي، ومعالجة الصدمة يتوقف على نوعية التنظيم العقلي للفرد، لأن التنظيم النفسي النهائي الذي يمثل القمة التطورية الوظيفية للفرد، يشكل أحسن شاهد لحالة التنظيم السيكوسوماتي للفرد، وعليه فإن السير العقلي المنظم يشهد على أحسن سير سوماتي ممكن عند فرد معين (Debray, 1983, p146).

وعليه فإن الكشف على قسم هام من الجهاز النفسي، وهو ما قبل الشعور الذي يعتبره بيار مارتى Pierre Marty فضاء معقد وحاسم، حيث أن تكوين ما قبل الشعور ونوعيته الوظيفية يشهدان بصفة عامة على الصحة النفسية والجسمية، إذ تعتبر منطقة ما قبل الشعور مكان اتصال وتلاقح بين الحسي والحركي، أين توضع التصورات التي تتعلق بكل المراحل التطورية للفرد. (Marty, 1990, p39).

كما أن المدمن على المخدرات يتعرض لضغوط نفسية اجتماعية يعجز عن مواجهتها حيث يعتبر الضغط النفسي حالة من التوتر الانفعالي تنشأ عن المواقف التي يحدث فيها اضطراب في الوظائف الفسيولوجية، وعدم كفاية الوظائف المعرفية اللازمة للموقف. إذ يبدو أن الفرد عندما يتعرض لموقف ضاغط، فإن استجابته تكون عبارة عن سلوك داخلي للدفاع ضد الإثارة الانفعالية والتوتر والقلق، ومع استمرار تعرضه لمثل هذه الظروف تستمر استجابته هذه فيما يسمى بمرحلة الإنذار، بعدها يدخل الفرد مرحلة المقاومة يحاول فيها إدارة - مواجهة- المواقف الضاغطة وإعادة تخزين الطاقة المفقودة والوصول إلى حالة الاتزان النفسي من خلال تكتيكات معينة تعرف بعمليات تحمل الضغوط، فإذا كانت هذه العمليات غير ملائمة تصبح المقاومة غير فعالة ويصل الفرد لمرحلة الإنهاك النفسي، وبمرور الوقت تضعف المقاومة ويصل الفرد إلى ما

يسميه سيلبي (1980) sely بأمرراض التوافق (إبراهيم، بدون تاريخ، ص3-4). وفي هذا الصدد تشير دراسة كمباس وجماعته Compas et al إلى أن المتورطين في سلوك التعاطي يعتمدون استراتيجيات المقاومة المنصبة نحو الانفعال بشكل متزايد (Compas et al. 1998). ويذهب نولان وهونكسيما وجماعته Nolan-Hoeksema et al (1994) إلى أبعد من هذا، إذ يعتبرون سلوك التعاطي في حد ذاته نمطا من أنماط المقاومة المركزة على الانفعال.

ذلك أن المدمن على المخدرات تتميز حالته النفسية بخصائص تختلف عن ما هو لدى الشخص العادي، فلقد وصف شيلدون كاشدان CHelden Kachdan المدمنين بأنهم أشخاص يتميزون بضعف القدرة على الإثبات والاتكالية وكثرة الاعتماد على الغير، إذ أنهم فشلوا في الحصول على ما يحتاجون من غيرهم فاجؤوا إلى تعاطي العقاقير.

كما يرى الباحث فينيكل (1969) Fenikel أن المدمنين يمثلون أكثر أنواع الاندفاعيين وضوحا في العالم، فالحاجة إلى الحصول على شيء ليس مجرد إشباع جنسي بل هو أيضا أمن وطمأنينة على قيمة الذات. وعادة ما يكون المدمنون مثبتيين على هدف نرجسي سلبي لا يحلفون إلا بالحصول على إشباعهم الإدماني، وعادة ما تكون المناطق المتزعمة هي الفم والجلد (عبد السلام، 1977، ص66). وانطلاقا مما سبق يبدو واضحا أن المخدرات ظاهرة نفسية اجتماعية خطيرة، وعليه تهدف الدراسة الحالية إلى:

1- الكشف عن تقدير الذات والقلق وقلق الموت، الاكتئاب، اليأس لدى

المدمنين على المخدرات في الجزائر.

2- تحديد استراتيجيات المواجهة التي يعتمدها المدمنون على المخدرات في مواجهة المواقف الضاغطة.

3- الكشف عن الحالة النفسية للمدمنين على المخدرات في الجزائر.

4- تحديد التنظيم العقلي للمدمنين على المخدرات في الجزائر.

ومن خلال ما سبق سنحاول في إطار هذه الدراسة فهم تقدير الذات، قلق الموت، الاكتئاب، اليأس، الحالة النفسية، خصائص التنظيم العقلي واستراتيجيات المواجهة عند المدمنين على المخدرات، بناء على ما استجد وما استحدثت من بحوث ميدانية، تفترض الدراسة الحالية ما يلي:

1- يختلف تقدير الذات لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

2- تختلف درجة قلق الموت لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

3- يختلف القلق لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

4- يوجد فرق واضح في الاكتئاب لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

- 5- توجد فروق بينية في مشاعر اليأس لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.
- 6- يوجد اختلاف جوهري في السياقات الدفاعية لمشاعر اليأس لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.
- 7- يوجد اختلاف جوهري في التنظيم العقلي لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.
- 8- يعتمد المدمنون على المخدرات على استراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل مقارنة بالراشدين العاديين.
- 9- يعتمد الراشدون المدمنون على المخدرات على استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال مقارنة بالراشدين العاديين.
- 10- يوجد اختلاف جوهري في الحالة النفسية للراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

## 2- مكان البحث:

### 1.2- المستشفى الجامعي فرانتوزفانون (Frantz Fanon):

أجريت الدراسة بالمستشفى الجامعي فرانتوزفانون بالبلدية مصحة العلاج والوقاية من الإدمان التي أنشئت في أكتوبر 1996 ومؤسسها ومديرها الدكتور "ريدوح" يلتحق بالمصحة 100 إلى 200 مدمن شهريا، حيث يتم الاستشفاء في هذه المصحة لمدة 21 يوم إلى غاية شهر كعلاج داخلي، وتبقى المتابعة النفسية بعد خروج المريض من المصحة. وتحتوي المصحة على مقهى، مكان مخصص للأعمال اليدوية والمهنية وساحة للرياضة.

### 2.2- مركز الوقاية والعلاج النفسي:

كما قمنا بإجراء البحث في "مركز الوقاية والعلاج النفسي" الكائن بالمحمدية ببلدية الحراش بالجزائر العاصمة، والذي فتح أبوابه في جوان سنة 1992، والذي يستقبل كل الشرائح الاجتماعية ذات المستوى المتوسط وتحت المتوسط، كذلك فهو يتعامل مع أفراد يعانون من مختلف الاضطرابات والمشاكل النفسية. ويضم هذا المركز طبيبان وأربعة (4) أخصائيات نفسانيات، وخمسة (5) مساعدات ومربية، ويحتوي على مكتبين لإجراء المقابلات العيادية، مكتب للأطباء ومكتب للمختص النفسي، وقاعة للاستقبال والتي تقام فيها حصص للعلاج النفسي والجماعي للأطفال والكبار.

### 2-3- المستشفى الجامعي مصطفى باشا (Mustafa Bacha):

أجريت الدراسة الحالية على 150 موظف بمصلحة الاستعجال الجراحية بمستشفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة، وهذه المصلحة تستقبل الحالات المرضية المستعجلة بشتى أنواعها، ومن مختلف مناطق الوطن.

### 3-العينة:

عينة البحث تتكون من 150 مدمن على المخدرات تم اختيارهم بطريقة عمدية، ولقد حددت خصائصها وفقا للبحث الذي يخص المعاش النفسي لدى المدمن على المخدرات، ويمكن تحديدها فيما يلي:

- **نوعية الإدمان:** وقع اختيارنا على متعددي الإدمان نظرا لتوفر العينة في الميدان.

- **السن:** كان السن من أهم الخصائص التي تم على أساسها اختيار أفراد العينة، إذا كانوا كلهم راشدون، وذلك لأن النضج العاطفي والانفعالي يكتمل في سن الرشد ويتراوح سنهم بين (23-45 سنة).

- **الجنس:** قمنا باختيار كل أفراد العينة من الجنس الذكري وذلك لتوفرهم في الميدان.

- **المستوى التعليمي:** أفراد العينة ذوي مستويات تعليمية متفاوتة من تعليم متوسط وثانوي وحتى جامعي.

### 4- منهج البحث:

اعتمدنا في البحث الحالي على المنهج الوصفي حيث يهدف إلى وصف الظاهرة أو الواقع بدقة وموضوعية، وذلك اعتمادا على المعطيات التي تحلل تحليلا كيميا وكيفيا، وذلك باعتماد الطرق الإحصائية المختلفة لدراسة العلاقة بين الظواهر.

### 5- وسائل القياس:

#### 1-5 مقياس كوبر سميث لتقدير الذات:

هو مقياس أمريكي الأصل صمم من طرف الباحث كوبر سميث Cooper Smith سنة 1967، لقياس الاتجاه نحو الذات في المجالات الاجتماعية، الأكاديمية، العائلية والشخصية (عبد الحميد، 1981، ص15).

ويمكننا من الحصول على عدة نتائج يمكن المقارنة بينها مثل الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته، وماذا يجب أن يكون وكيف يدركه الآخرون (L'Ecuyer.1978.p117).

وتتمثل المقاييس الفرعية المكونة له من مقاييس الذات العامة، الذات الاجتماعية، المنزل والوالدين، العمل ومقياس الكذب. يمكن تطبيقه فرديا أو جماعيا في مدة غير محددة، علما أنه قد وجد أن الأفراد العاديين يستطيعون الانتهاء من الإجابة في زمن يتراوح بين (10-18) دقيقة، وذلك بعد إلقاء التعليمات، وتتمثل مستويات تقدير الذات لمقياس كوبر سميث فيما يلي:

- درجة تقدير الذات منخفضة 20-39

- درجة تقدير الذات متوسطة 40-59.

- درجة تقدير الذات مرتفعة 60-80 (عبد الحميد، 1981، ص15).

ولقد تم حساب صدق المقياس في البيئة الفرنسية فيما يتعلق بخمسة مقاييس، على عينة مكونة من 170 شخص راشد، بالنسبة لمعاملات الارتباط البيئية، تتراوح ما بين 0.23 إلى 0.66 وبالنسبة للصدق التلازمي في البيئة الجزائرية بلغ معامل ارتباط



المقياس مع مقياس روزمبورغ لتقدير الذات 0.95 مما يدل على صدق المقياس عند مستوى الدلالة الاحصائية 0.01.

أما بالنسبة لثبات المقياس تم حسابه بطريقة إعادة التطبيق، بعد تطبيقه على عينة متكونة (250) طالب جامعي بقسم علم النفس وعلوم التربية السنة الثالثة عيادي وطلبة علم النفس التطبيقي، ولقد قدر معامل الارتباط 0.97 مما يدل على ثبات المقياس عند المستوى 0.01 (عنو، 2005-2006، بتصريف).

#### 2-5 مقياس بيك للاكتئاب:

وضع هذا المقياس الطبيب النفساني آرون بيك Aron Beck وتمثل العبارات المدرجة في المقياس في صورته الحالية فيما يلي: الحزن، التشاؤم، الشعور بالفشل عدم الرضا، الشعور بالذنب، عدم حب الذات إيذاء الذات، الانسحاب الاجتماعي، التردد، تغيير تصور الذات، صعوبة العمل، والتعب وفقدان الشهية. تتراوح الدرجة العالية للمقياس بين (0-39) وتقوم طريقة التصحيح من جمع الدرجات الخام فإذا تجاوزت الدرجة العليا 16 هناك اكتئاب شديد. أما بالنسبة لمعامل ثبات المقياس بلغ 0.86 أما الصدق التلازمي بين مقياس بيك ومينوستا المتعدد الأوجه MMPI قدر (0.75)، كما وجد أن معامل الارتباط بينه وبين مقياس هاميلتون Hamilton هو 0.75 (بلعزوق، 1991، ص228).

#### 3-5 مقياس بيك لليأس: Becks Hoplessness scale

وضع المقياس من طرف بيك وجماعته (Beck et al 1974) لقياس المظاهر الوجدانية والمعرفية لاتجاهات الأفراد نحو المستقبل ويقر بيك وجماعته Beck et al بأن للمقياس درجة عالية من الثبات الداخلي حيث بلغت درجة ألفا  $\alpha = 0.80$ . يتكون المقياس من 20 بنداً، منها 9 خاطئة، 11 صحيحة، تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين (0) و(20) درجة. وتشير درجة 13 وما فوق إلى وجود نية في الانتحار. (Bouvard et Cottraux, 2000).

وفي إطار الدراسة الحالية، تم حساب ثبات مقياس اليأس لبيك بطريقة القسمة النصفية (فردية وزوجية) على عينة من طلبة جامعة الجزائر بقسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا قوامها 100 طالبا وطالبة. ثم قامت الباحثة بحساب معامل الارتباط بين البنود الزوجية والفردية، وبلغ معامل الارتباط 0.74. وباستخدام معادلة (سبيرمان- براون) بلغ معامل الثبات 0.82 وهو معامل مقبول يشير إلى إتساق داخلي للمقياس.

#### 4-5 مقياس قلق الموت: Deeth Anxiety scale D.A.S

وضع مقياس قلق الموت من طرف الأمريكي تامبلر دونالد Templer Donald سنة 1967، وقد بدأ في تكوين مقياسه بوضع 40 بنداً تم اختيارها على أساس منطقي، حيث جاءت متصلة بجوانب تعكس مدى واسع من الخبرات المتعلقة

بقلق الموت وهي عملية الاحتضار والموت بوصفة حقيقة مطلقة ونهائية، وكذا الجثث والدفن. (عبد الخالق، 1987، ص86-69).

وبالنسبة لتصحيح المقياس فيفترض أن درجة صفر أدنى الدرجات التي يمكن أن يحصل عليها أي مفحوص، أما درجة 15 فتعد أعلى درجة، إذن تتراوح الدرجات على المقياس بين 0 و 15 وهي الدرجة القصوى لقلق الموت. (1987, p141-142, Corcoran et Fisher).

وقد أكدت الأدلة العديدة ثبات المقياس، ففي دراسة قام بها عبد الخالق سنة 1985 ترجم المقياس إلى العربية، وطبقت نسختان العربية والإنجليزية معا على عينة من طلاب مصريين في الأقسام الثالثة والرابعة بقسم اللغة الإنجليزية بكليتي الآداب والتربية بجامعة الإسكندرية ممن يتقنون اللغتين معا. وقد وصل معامل الارتباط بين الصورتين 0.87 بالنسبة للذكور وبالنسبة للإناث (ن = 56) وتعد جميع هذه المعاملات مرتفعة. (عبد الخالق، 1987، ص 74-78).

#### 5-5 - إختبار القلق لكاتل Cattel:

هو أداة واسعة الاستخدام في مجال البحوث العيادية، وفي مجال الدراسة إذ أنه يتصف بالخصائص السيكومترية الأساسية للمقياس الجيد، كالصدق والثبات والقدرة على التمييز. وهو عبارة عن مجموعة 40 بندا والتي بإمكانها أن تكشف لنا عن شدة القلق لدى الأفراد الممتدة أعمارهم من 14 سنة فما فوق.

إن هذا الاختبار مترجم إلى اللغة العربية من طرف الجمعية الجزائرية للبحث في علم النفس سنة 2000، والاختبار يمثل مجموعة "أ" الأسئلة من (1 إلى 20) القلق المقنع Anxiété voilé أما المجموعة "ب" تمثل مجموعة النقاط للبنود (من 21 إلى 40) تمثل القلق الظاهري Anxiété Manifeste symptématique. ولتصحيح الاختبار تعتمد على مجموع النقاط في الصورتين أ و ب للحصول على درجة القلق التي تمتد من أدنى درجة هي 0 إلى أعلى درجة 80 ولقد بلغ الاختبار درجة عالية من الثبات الداخلي حيث قدرت درجة معامل ألفا  $\alpha = 0.80$  أما بالنسبة للصدق التلازمي للاختبار فقد معامل الارتباط 0.75 (Cattel. 1961. pp5-11).

#### 6-5 - اختبار تفهم الموضوع: Thematic apperception test

اختبار إسقاطي ظهر لأول مرة سنة 1935 في العيادة النفسية هارفارد Harvarde على يد الطبيب البيوكيميائي هنري موراي Henry Murry وهو مكون في شكله الأصلي من 31 لوحة ذات معنى غامض يمثل البعض منها مناظر طبيعية، والبعض الآخر أشخاص مختلفين في السن والجنس موجودين في وضعيات مختلفة، تترك المجال لعدة تفسيرات (shentoub.1990. pp5-11) و" القصة في هذا الاختبار تشهد على المستويات المختلفة بين الشعور واللاشعور" (Brelet. 1986. p15).

كما نشير هنا أنه من خلال اختبار تفهم الموضوع نتوصل إلى شرح ما يحدث للفرد عندما نطلب منه أن يتخيل قصة انطلاقا من اللوحة، وفي هذا الصدد تؤكد فيكا

شنتوب Veca Shentoub على أن "بناء قصة اختبار تفهم الموضوع هو في حد ذاته فعل التنظيم أكثر منه فعل التخيل". ( Shentoub.1990.p30 ).  
 وتتحكم في وضعية اختبار تفهم الموضوع استنادا إلى شبكة فيكا شنتوب حيث أخذنا 15 لوحة ملائمة لأفراد العينة، مع التمسك بالترتيب الذي تعمل به فيكا شنتوب Veca Shentoub وهي كالتالي: (1، 2، 3BM، 4، 5، 6BM، 7BM، 8BM، 11، 10، 12BG، 13B، 13MF، 16، 19).  
 كما تم تطبيق الاختبار في حصة واحدة ، بعد المقابلة العيادية التشخيصية، متبعين الخطوات التالية:

- تهيئة المفحوص قبل إجراء الاختبار، ثم تقديم التعلية.
- تقديم اللوحات المذكورة سابقا لوحة بعد لوحة حسب الترتيب
- تسهيل خطاب المفحوص مع ملاحظة كل الإيماءات والتعبيرات السلوكية وتسجيلها، وعند الوصول إلى اللوحة 16، نعيد التعلية الخاصة بتلك اللوحة " لحد الآن قدمنا لك صورا فيها أشخاص أو مناظر طبيعية، الآن نعطيك هذه الصورة، التي تعتبر الأخيرة وأحكي الحكاية التي تحب"

#### 7.5- مقياس استراتيجيات المواجهة لبولان وآخرون (1994) Paulhan et

:al

إن مقياس استراتيجيات المواجهة The ways of coping cheklist لكل من الباحثين فولكمان و لازاروس (1984) Folkman et lazarus، يتألف من 67 بندا، وقد تضمنت خطوات عملهما حول الصدق، استجواب 100 فرد (52 امرأة، 48 رجل)، تتراوح أعمارهم بين 40 و65 سنة وذلك كل شهر ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة، والإشارة إلى نوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة تلك الوضعية.  
 وقد كشفت نتائج التحليل العاملي عن وجود 8 سلالم فرعية تتضمن كل منها عدة بنود هي كالتالي:

- 1- حل المشكل. 2- روح المقاومة أو تقبل المواجهة. 3- أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات. 4- إعادة التقييم الإيجابي. 5- التأنيب الذاتي. 6- الهروب، التجنب. 7- البحث عن الدعم الاجتماعي. 8- التحكم في الذات
- اما النسخة المختصرة لهذا السلم لفيتاليانو وآخرون (1985) Vitaliano et al والتي تحمل نفس التسمية وتتألف من 42 بندا، التحليل العاملي بعد تدوير الفاريماكس Ratation varimax كشف عن خمسة سلالم فرعية متمثلة في: 1- حل المشكل، 2- التأنيب الذاتي، 3- إعادة التقييم الذاتي، 4- البحث عن الدعم الاجتماعي، 5- التجنب. (Paulhan et al.1994).

ولتحقيق صدق المقياس تم عرض مفرداته على 50 أستاذا مختصا في علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا لاستشارتهم في صياغة مفرداته، وبناءا على ملاحظات

المحكمين حول المقياس، وكل الانتقادات والاقتراحات المقدمة، تم الاتفاق على اختيار معيار مناسب لصياغة المقياس في صورته النهائية، فكان المعيار المعمول به هو 13/5 الذي تم اختياره على أساس أن تغيير البند يتم انطلاقاً من رفض مئة أستاذ للبند الواحد، ومنه فقد أجرينا بعض التعديلات فيما يخص فقط الصياغة اللغوية للبند رقم (9 و 27) والتعليمية، وكانت الخطوات الموالية متمثلة في تجريب الصياغة النهائية على عينة مكونة من 50 فرداً راشداً لاختيار مدى وضوح وفهم بنود المقياس في صورته النهائية.

كما لجأت الباحثة للتأكد من ثبات المقياس إلى تطبيقه على عينة مكونة من 100 طالب جامعي وإعادة تطبيقه بعد 15 يوم، فقدر معامل الثبات ب 0.76.

#### 7-5 مقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين:

أعد هذا المقياس من طرف الدكتورين محمود عبد الرحمان حمودة وإلهامي عبد العزيز إمام سنة 1996 لقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين يتكون المقياس في الصورة النهائية من 135 عبارة مقسمة إلى 27 مقياس فرعي يحتوي كل منها على خمس عبارات يهدف كل منها إلى الكشف عن درجة الأعراض المرضية الخاصة بأحد الأمراض، وتشير الدرجة المرتفعة إلى وجود هذه الأعراض المرضية أما الدرجة المنخفضة تشير إلى عكس ذلك، ولقد أعدت العبارات بأسلوب صياغة تقريرية بحيث تغطي كثيراً من اضطرابات الحالة النفسية التي وردت في الدليل الإحصائي التشخيصي الثالث المعدل (DSM-III-R) سنة (1987)، روعي أن لا يخرج عن ما ورد في الدليل الإحصائي التشخيصي (العاشر I.C.D 10) الذي بدأ بمسودته سنة (1988) واستقر الأمر عليه سنة (1992)، ويصف المقياس الاضطرابات الآتية: 1- الإدمان، 2- اضطراب التأقلم، 3- أزمة الهوية، 4- الإنعصاب بعد حادثة، 5- قلق الانفصال، 6- القلق العام، 7- الرهاب، 8- الاكتئاب، 9- الفصام أو شبه الفصام، 10- الهوس، 11- نقص الانتباه مفرط الحركة، 12- هستيريا تحولية وتوهم المرض، 13- اضطراب السلوك، 14- التهتهة، 15- المشي أثناء النوم، 16- النهام (الشراهة)، 17- اضطراب الحركة (توريت)، 18- الاضطراب الضلالي (بارانويا)، 19- اضطراب العناد، 20- اختلال الأنية، 21- الصراع (النوبات العظمى والنفس حركية)، 22- اضطراب الهوية الجنسية، 23- الوسواس، 24- فزع ليلي، 25- اضطراب الاخراج، 26- اضطراب الفهم العصابي، 27- الشذوذ الجنسي، بالإضافة إلى مقياس لكشف الكذب والذي تم تقسيمه إلى ثلاث مقاييس فرعية الصدق مقياس فرعي لكل تسعة مقاييس.

ولقد اعتمد الباحثان في حساب ثبات المقياس على طريقة التقسيم النصفي، وذلك على عينة مكونة من 670 من غير المرضى و120 من المرضى، لفهم نفس خصائص العينة المستهدف التطبيق. واستخدما معادلة سبيرمان براون لتصحيح معامل الثبات النصفي وتراوح ما بين 0.50 و0.90.

أما بالنسبة لصدق المقياس فلقد تمثل في الصدق العاملي، حيث قام الباحثان بحساب التحليل العاملي للمقاييس الفرعية على عينة من المرضى وعددهم 120

مريضا وعينة غير المرضى 270 فردا وللعينة الكلية 790 وذلك بمركز الحساب العلمي بالأهرام (أمأك)، حيث تراوحت معاملات الصدق ما بين 0.55 إلى 0.89 (حمودة وإمام، 1996، ص4-15).

#### 6-النتائج:

لقد توصلت الدراسة الميدانية إلى جملة من النتائج الإحصائية والتي تعبر عليها من خلال تفسير الجداول التالية:

**جدول رقم (1) يوضح تقدير الذات عند الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الراشدون العاديين		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.05	2.27	2.60	15.36	2.65	14.86	الذات العامة
0.01	3.11	2.37	18.03	1.96	17.63	الذات الاجتماعية
0.01	5.10	2.21	14.20	2.24	13.23	العلاقة بالمنزل والوالدين
0.01	3.56	1.99	11.80	1.83	10.23	العلاقة بالعمل
0.01	5.06	25	86	16.35	49	تقدير الذات

يتضح من هذه النتيجة في الجدول أعلاه أن هناك فروق جوهرية في تقدير الذات لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين. دالة إحصائيا عند المستويين 0.05 و 0.01.

**جدول رقم (2) يبين قلق الموت لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الراشدون العاديين		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.01	9.50	1.20	7.25	1.5	11.05	قلق الموت

## عزيزة عنو

يتضح من خلال مناقشة نتائج الجدول رقم (2) أن متوسط قلق الموت بلغ 11.05 لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بمتوسط 7.25 لدى الراشدين العاديين. مما يؤكد وجود فروقا دالة إحصائيا عند المستوى 0.01.

### جدول رقم (3) يوضح القلق لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الراشدون العاديون		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.01	2.50	1.50	8.15	1.81	7.75	الوعي بالذات
0.01	3.57	2.66	6.52	3.35	7.52	ضعف في قوة الأنا
0.01	3.54	1.99	9.72	2.21	10.57	اللاأمن العضامي
0.01	4.78	3.34	10.32	2.11	11.85	الشعور بالذنب
0.01	4.63	2.04	7.9	2.32	8.92	التوتر الطاقوي
0.05	2.29	3.19	15.55	3.03	16.97	القلق المقنع
0.05	2.15	4.33	14.32	3.23	13.22	القلق الظاهري العرضي

تبين مناقشة نتائج الجدول رقم (3) أن القلق المقنع والظاهري لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين امتاز بفروق جوهرية ذات دلالة إحصائية عند المستويين 0.01 و 0.05.

### جدول رقم (4) يوضح الإكتئاب لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الراشدون العاديون		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.01	11.56	3.80	4.29	8.12	10.29	الاكتئاب

تبين مناقشة نتائج الجدول أعلاه أن متوسط الاكتئاب بلغ 10.29 لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بمتوسط 4.29 لدى الراشدين العاديين. مما يؤكد وجود فروقا دالة إحصائيا عند المستوى 0.01.

**جدول رقم (5) يوضح اليأس لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

مستوى الدلالة	قيمة(ت)	الراشدون العاديون		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.01	10	3.15	4.80	5.01	10.91	اليأس

توضح مناقشة نتائج الجدول أعلاه أن متوسط اليأس بلغ 10.91 لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بمتوسط 4.80 لدى الراشدين العاديين. مما يؤكد وجود فروقا دالة إحصائيا عند المستوى 0.01.

**جدول رقم (6) يوضح السياقات الدفاعية عند الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

الراشدون العاديون		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغيرات
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	
%36.43	3509	%13.96	1200	السياقات الأولية (E)
%18	1735	%34.78	2990	سياقات الكف (C)
%40.38	3890	%32.29	2775	سياقات المرونة (B)
%5.19	500	%18.97	1630	سياقات الرقابة (A)

يتضح من هذه النتيجة أن السياقات الأولية (E) قدرت نسبتها بـ 13.96% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بنسبة 36.43% لدى الراشدين العاديين . ولقد تعلقت بالعدوانية. كما احتلت سياقات الكف (C) المرتبة الأولى بنسبة 34.78% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بنسبة 18% لدى الراشدين العاديين لأن الكف يعتبر من بين الأعراض الكلاسيكية للاكتئاب. ويؤكد في هذا الصدد شيلز (1988) Chiles في دراسة للكشف عن الخصائص النفسية كعينة من المتعاطين للمخدرات أن 60.7% من أفراد العينة يعانون

من اكتئاب حاد. ويتعاطون المخدرات للتخفيف من مشاعر الحزن. في نفس السياق خلص وايز وجماعته (Weiss et al 1992) إلى اضطرابات نفسية أخرى، واتضح لهم أن 63% من المفحوصين على اختلاف نوع المخدر الذي يستعملونه يتعاطون المخدرات للتعامل مع أعراض الاكتئاب، وكاستجابة لمشاعر اليأس استخلص (هنري وجماعته، 1992، Henry et al) في دراسة مماثلة للأعراض الاكتئابية دورا أساسيا للتنبؤ بالاستعمال اللاحق.

كما تدرج ضمن سياقات الكف، سياقات الكف من النوع النوبي (CP) التي ظهرت من خلال كل البروتوكولات للحالات.

أما بالنسبة لسياقات المرونة (B) فقد جاءت في المرتبة الثانية بعد سياقات الكف بنسبة 32.29% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات ونسبة 40.38% لدى الراشدين العاديين والتي تشير إلى وجود صراع بينشخصي، وهو يدل على وجود صعوبات علائقية بين المدمن وغير المدمن.

كما تأتي سياقات الرقابة (A) في المرتبة الثالثة بنسبة 18.97% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات ونسبة 5.19% لدى الراشدين العاديين، والتي تشير هي الأخرى إلى وجود صراع نفسي، وهذا يدل على ضعف الأنا الأعلى والرقابة لدى المدمنين على المخدرات.

**جدول رقم (07) يوضح الفئات النزوغرافية لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

مستوى الدلالة	قيمة (ك <sup>2</sup> )	الراشدون العاديون		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة / المتغيرات	
		%	ت	%	ت		
0.001	46	60%	90	1.34%	2	حسنة التعقلن	عصابات الطبع
0.001	6	16.67%	25	20%	30	غير مؤكدة التعقلن	
0.001	33	13.33%	20	51.33%	77	سيئة التعقلن	
0.001	12	10%	15	27.33%	41	عصابات السلوك	

تشير مناقشة نتائج الجدول أعلاه أن عصابات حسنة التعقلن قدر ب 1.34% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بنسبة 60% لدى الراشدين العاديين. بمعنى أن الراشدين العاديين استطاعوا إرضان الصراعات الشخصية الداخلية لهم، وقد تخلل كلامهم أيضا بعض السياقات الكفية لكنها لم تمنعهم من الطلاقة في التعبير وكذا من السير الحسن لعملية الإرضان. وبذلك استطاع الراشدون العاديون التأقلم مع الحقيقة ومحاولة إيجاد حلول تجنبهم الوقوع في الإدمان عكس الراشدين المدمنين على المخدرات.



ذلك أن الاستعمال الكبير لسياقات المرونة والسياقات الأولية لدى الراشدين العاديين مقارنة بالراشدين المدمنين على المخدرات، وبصفة متزنة يشير إلى توفر تصورات ووجدانات لا بأس بها، مما يدل على كفاءة قبل الشعور الذي يقوم بنقل التصورات من اللاشعور إلى الشعور.

أما بالنسبة لعصابات الطبع غير مؤكدة التعقلن فقدرت نسبتها 20% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بنسبة 16.67% لدى الراشدين العاديين. فقد امتزجت سياقات الكف بسياقات الرقابة لدى المدمنين مما حد نوعا ما من التصورات فكانت في حالة كفية، تارة فوبية وتارة عملية، والذي تتمثل خاصة في التمسك بالظاهري والملموس، واللجوء من فترة لأخرى إلى السلوك، وهذا قصد تجنب الصراع في الوضعيات المقلقة.

وعموما وجدنا لدى الراشدين العاديين قدرات هوائية وتصورية لا بأس بها، خاصة بتقمصاتهم معظم الأشخاص الممثلين للوحة، فتجسدت هذه التصورات والهوامات على الساحة الشعورية بصفة مستديمة، وهذا ضعف سياقات الكف (c) بلغ 18% والرقابة 5.19% عكس الراشدين المدمنين على المخدرات.

وفيما يتعلق بالعصابات سيئة التعقلن قدرت نسبتها بـ 51.33% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات و13.33% لدى الراشدين العاديين. فلقد أبرز الراشدون المدمنون على المخدرات بعض الإمكانات التصورية في اللوحة الأخيرة من خلال أسلوب التحكم والسيطرة، الذي تجنبوا به الفراغ، وتبرز لنا اللوحات البدائية (11، 19) شكل الكف والرقابة التي سيطرت على ساحة اللاشعور مما منع تدفق التصورات على ساحة الشعور، فبعد أن رفضوا اللوحة (11)، لجئوا إلى الاختصار وتجنب الفراغ في اللوحة (19)، وربط اللوحات (11-19-16). وهذا عن طريق التكرار الآلي بالرجوع إلى مصادر طبيعية، وهذا ما يؤكد القمع المسلط على التصورات اللاشعورية والذي أعاقه النكوص للمراحل البدائية ونظرا للفقر الكبير في التصورات والوجدانات والذي يدل على هشاشة منطقة ما قبل الشعور.

أما بالنسبة لعصابات السلوك فقدرت نسبتها 27.33% لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بـ 10% لدى الراشدين العاديين. حيث تناول الراشدون المدمنون على المخدرات اللوحات بصفة سطحية عملية في ظل التمسك بالمضمون الظاهري والميل العام لتجنب الفراغ، وهذا باستعمال السلوك كإيماءات أو توجيه الأسئلة للفاحص، أو عن طريق نقد الذات.

وهذا التجنب كون للراشدين المدمنين على المخدرات إدراك الإشكاليات، وكذا إرسان الفراغات، فحتى الإشكاليات المدركة لم يتمكنوا من التحكم في عملية الإرصان خاصة في اللوحات البدائية التي أبرز المفحوصون من خلالها صعوبة كبيرة في عملية النكوص للمراحل ما قبل التناسلية.

وبالنسبة للتقمصات فكانت قليلة جدا، لأن هؤلاء الأشخاص غير قادرين على القيام بعملية الإستدخال والإسقاط، هذا ما يجعلهم يرتبطون ارتباطا وثيقا بالمواضيع

## عزيزة عنو

الخارجية، وبالتالي فابتعادهم أو افتراقهم عن مواضيعهم المفضلة يجعلهم عرضة للصدمات . (Debray, 1983, p 24)

**جدول رقم (8) يوضح استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل والمركزة حول الانفعال لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الراشدون العاديين		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.01	5.10	1.92	16.63	2.60	15.66	حل المشكل
0.01	7.12	19.76	56	8.80	20	الدعم الاجتماعي
0.01	2.47	5.42	39.84	3.99	37.19	الاستراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل
0.01	4.74	7.44	19.09	6.80	23.70	التجنب
0.01	13.59	6.45	14.83	24	87.95	إتهام الذات
0.01	2.57	5.58	12.75	4.94	10.85	إعادة التقييم الإيجابي
0.01	2.44	10.79	85.27	12.03	87.35	استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال

أظهرت نتائج اختبار (ت) لقياس هذه الفروق بين متوسط مجموعتي البحث وجود فروق دالة في استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل وتتمثل في الاستراتيجيات التالية : حل المشكل (0.01)، الدعم الاجتماعي (0.01). كما أسفرت نتائج اختبار (ت) عن وجود فروقا دالة إحصائيا في استعمال استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال عند المستوى (0.01).

**جدول رقم (9) يوضح الحالة النفسية عند الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.**

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الراشدون العاديين		الراشدون المدمنون على المخدرات		العينة المتغير
		2ع	2م	1ع	1م	
0.01	3.76	2.03	5	4.10	12	الإدمان
0.01	5.73	3.78	11	0.76	2	التأقلم
0.05	2.05	1.25	3	2.50	8	أزمة الهوية
غير دال	0.33	1.02	6.73	1.11	6.76	الإنعصاب بعد حادثة

0.01	7.52	1.02	3	4.10	10	القلق العام
0.05	2.05	2.01	7	4.35	11	الرهاب
0.01	11.59	0.72	2	4.36	10	الإكتئاب
0.05	2.94	2.32	9	6.20	17	الفصام أو شبه الفصام
0.01	4.21	1.67	4	5.10	12	الهوس
0.01	9.5	1.2	7.25	1.5	11.05	نقص الانتباه وإفراط الحركة
0.01	7.08	1.10	3	5.20	12	هستيريا تحويلية وتوهم المرض
0.01	5	2.90	9	3.40	20	اضطراب السلوك
غير دال	1.08	1.66	5.2	1.21	5.33	التهتهة
غير دال	0.07	3.32	9.03	3.89	9.1	المشي أثناء النوم
0.01	17.14	1.54	7.97	1.22	9.17	النهام الشراهة
0.01	7.28	1.35	4	5.03	15	اضطراب الحركة (توريت)
غير دال	1.08	1.66	5.2	1.21	5.33	الاضطراب الضلالي (برانويا)
0.05	1.75	3.02	9.23	2.73	10.46	اضطراب العناد
0.05	1.68	1.90	9.36	1.76	10	اختلال الأنية
غير دال	0.33	1.02	6.73	1.11	6.76	اضطراب الهوية الجنسية
0.05	2.04	1.75	6.45	1.76	7.33	الوسواس
0.01	3.75	1.04	3.93	1.60	5.14	الفرع الليلي
0.05	1.70	1.36	5.85	1.23	6.58	اضطراب الإخراج
غير دال	0.03	2.07	6.2	2.41	6.4	الفهم العصابي
0.01	10	1.44	5.6	1.66	6.3	الشذوذ الجنسي

يتضح من مناقشة نتائج الجدول أعلاه أن هناك فروق جوهرية في الحالة النفسية لدى الراشدين المدمنين مقارنة بالراشدين العاديين وهي دالة إحصائياً عند المستويين 0.05 و 0.01

أما بالنسبة للإنعصاب بعد حادثة، التهتهة، المشي أثناء النوم، الاضطراب الضلالي، اضطراب الهوية الجنسية، والفهم العصابي. فلا توجد فروق دالة إحصائياً.

#### 7- مناقشة النتائج:

سوف تناقش الباحثة مختلف نتائج الدراسة الحالية لكل متغير من متغيرات البحث كل على حدى كالآتي:

#### 1- تقدير الذات:

يتضح من خلال مناقشة نتائج الجداول أرقام (1، 2، 3، 4، 5) أن الذات العامة والاجتماعية والعلاقة بالمنزل والوالدين والعلاقات بالعمل وتقدير الذات اختلفت متوسطاتها لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين، مما يؤكد

وجود فروقا دالة إحصائيا عند كلا المستويين 0.05 و 0.01. وعليه تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة كاكلار وهيقات Caglar et Huguette أن "الفرد عندما يكون مدمنا على المخدرات فإنه يكون ذو نفسية هشة، وأنا ضعيف، عاطفته غير متكيفة متمركزة حول الذات، وكبت جوانب العصائية، إضافة إلى أنه يتميز بالحصر الكبير، والتوتر الداخلي الدائم، والميل إلى الجنسية المثلية، وعدم قدرته على تأجيل إشباع حاجاته فهو يعمل تحت سيطرة مبدأ اللذة. كما تؤكد دراسة لاجيندرو LA Gendrau (1970) أن المدمنين قد أظهروا أنماطا سلبية حيال المشكلات التي تواجههم، وعدم القدرة -على إقامة علاقات قوية مع الآخرين. (عبد السلام، 1977، ص 196). وعليه تثبت نتائج الدراسة صحة الفرضية القائلة: "بأنه يختلف تقدير الذات لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين"

## 2- قلق الموت:

لقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن وجود قلق الموت الذي بلغ متوسطه 11.05 لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بمتوسط 7.25 لدى الراشدين العاديين، مما يؤكد وجود فروقا دالة إحصائيا عند المستوى 0.01.

وفي هذا الصدد لاحظ الباحثان براكوني.أ و أوليفونستين.س A. Braconner et C. Olivenstien أن نسبة الانتحار ترتفع قبل التعاطي، وفي فترة الامتناع وتقل أثناء الفطام، في الحقيقة هذه المعطيات تبين لنا الخطأ المتمثل في زيادة الجرعة التي تؤدي إلى الانتحار أما بالنسبة لمعنى تعاطي المخدرات وعلاقتها بالانتحار، فقد اتفق كل من براكوني.أ و أوليفونستين C. Braconner A et Olivenstien على أن تعاطي المخدرات له معنيين أساسيين ومتناقضين في نفس الوقت، وهما كما يلي:

- تعاطي المخدرات يعني محاولة صريحة للعنوان على الذات.
- تعاطي المخدرات له معنى إيجابي، أي المخدرات يستعملها الشخص للحفاظ على الذات، بما أنه يجد في هذه المادة الراحة واللذة التي لم يجدها في غيرها من المواد أو المجالات الأخرى. (Davidson et Choquet. 1982. p119).

وانطلاقا من نتائج دراسة بحثنا نؤكد صحة الفرضية التي مفادها "أنه تختلف درجة قلق الموت لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين".

## 3- القلق:

تبين مناقشة نتائج الدراسة الحالية أن القلق المقنع المتمثل في الوعي بالذات وضعف قوة الأنا، اللأمن العظامي، الشعور بالذنب، التوتر الطاقوي والقلق الظاهري كانت متوسطاتها مختلفة لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين مما يؤكد وجود فروقا دالة إحصائيا عند المستويين 0.05 و 0.01.

وعليه تتفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه دراسة روزمبورغ Rosemberg لخمسين 50 مدمنا من مدمني الأمفيتامينات وعقاقير الهلوسة، حيث بينت أن شخصية

المدمن تنسم باضطراب في الشخصية مع عدم النضج والسلبية في معالجة القلق، ووجود انحرافات جنسية، كما أنهم كانوا ذوي ذكاء متوسط ولديهم درجات عالية في القلق والعصابية. (عبد السلام، 1977، ص135) وانطلاقاً من تحليل المعطيات المتحصل عليها في دراستنا الحالية تقبل الفرضية التي مفادها أنه: "تختلف درجة قلق الموت لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين."

#### 4- الاكتئاب:

يتضح من مناقشة الدراسة الحالية أن متوسط الاكتئاب بلغ 10.29 لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بمتوسط 4.29 لدى الراشدين العاديين. مما يؤكد وجود فروق دالة إحصائية عند المستوى 0.01.

وعليه فإن النتيجة المتعلقة بالاكتئاب تؤكد أن الراشدين المدمنين على المخدرات يعانون من اكتئاب حاد جاءت موافقة ومدعمة للعديد من البحوث التي أجريت في هذا الميدان. فهي تؤكد نتائج دراسة (كندال Kandel 1988) الطولية حول استعمال المخدرات عند عينة من المدمنين، إذ خلص الباحث إلى أن المزاج الاكتئابي منبئ مهم باستعمال المخدرات غير الشرعية، وهذا ما وصل إليه كل من (كارلسون وستوبرا Carlson et Stopera نقلا عن لوينسون وجماعته Lewinson et al 1994). في دراسة مماثلة، وجد أن الاكتئاب في مرحلة المراهقة عامل أساسي ومنبئ بالعديد من النتائج السلبية المختلفة، والتي حصرها الباحثان في الصعوبات الأكاديمية، والجروح والتورط في المخدرات وحوادث المرور، حتى الإدانة الإجرامية.

كما تتفق نتائج دراستنا مع تلك التي توصل إليها مال Male حيث خلص إلى أن العامل المهم والمسبب للتشرد والإدمان على المخدرات هو الاكتئاب الذي يظهر في الامتناع عن الاحتكاك بالعالم والأشياء والأشخاص. وتدعم نتائج (روبينسون وجماعته Robins et al 1986) الإيدمولوجية عن تواتر التشخيصات السيكاثيرية، إذ وجدوا أن تشخيص الاكتئاب عند الراشدين المدمنين يكون ثلاث مرات أكبر مما هو ملاحظ عند الكحوليين، أو عند من لم يعرف باضطرابات سيكاثيرية (عن كاندال Kandel ، 1988، ص138). وهذا ما خلصت إليه دراسة (وايس وجماعته Weiss et al 1988) عن النفس المريضة عند المدمنين على الكوكايين. إذ طبق الباحثون في هذه الدراسة سلسلة من المقاييس، شملت مقياس (هملتون Hamilton) للاكتئاب، ووجدوا (وايس وجماعته Weiss et al) أن 37.66% من المدمنين على الكوكايين شخصوا باضطراب آخر إضافة إلى الإدمان على المخدرات، كما وجد أن 26.8% يعانون من اضطراب عاطفي، وأن الاكتئاب ثنائي القطب انتشر بشكل واسع بين أفراد مجموعة المدمنين على الكوكايين.

كما أنه من عوامل التأثير النفسية للاكتئاب وجود شيمات مختلفة Dysfundianal schemata . وهي أنماط تفكير واتجاهات غير متكيفة ساكنة نسبياً

وكامنة خلال الفترة التي لا تظهر فيها أعراض الاضطراب، ثم تنشط نتيجة لأحداث ضاغطة فتعجل بحدوث ضغط داخلي فحزن ثم اكتئاب. يتعرض المتعاطون للمخدرات للخلل نفسه على مستوى السيرورات المعرفية، الامر الذي يقود إلى تشوه في إدراكهم وتقويمهم للأحداث، هذا يؤدي إلى ارتفاع قابلية التأثر لديهم. (براناكي وجماعته Branackie et al).

وانطلاقا مما سبق يبدو واضحا أن تحليل المعطيات المتحصل عليها في الدراسة الحالية يثبت الفرضية التي مفادها أنه "يوجد فرق واضح في الاكتئاب لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين".

#### 5- اليأس:

تشير نتيجة البحث الحالي، والخاصة بمتغير اليأس إلى أن المتعاطي للمخدرات يتميز عن غيره بيأس مرتفع. وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات العلمية والتي أشارت إلى أهمية ودور اليأس في إقبال المراهق على المخدرات. ففي هذا الصدد ترى الباحثة (شوكي CHOquet 1999) أن تعاطي المخدرات سلوك خطير تتدخل في إحداثه عدة عوامل فردية. يعرف المتعاطي للمخدرات في البداية تقديرا واطنا للذات وعدم استقرار في السلوك، ثم يعاني من عدم القدرة على تحمل الإحباط، ويبيدي في النهاية يأسا واضحا، وتؤكد هذه الدراسة نتائج (كيرك باتريك - سميث وجماعته Kirkpatrick - Smith et al 1992) حول قابلية التأثر النفسية وسوء استعمال المخدرات كعوامل منبئة للأفكار الانتحارية عند المراهقين، إذ وجدوا أن سوء استعمال المخدرات يرتبط ارتباطا واضحا باليأس، كما ينبئ بالأفكار الانتحارية. حيث يمكن اعتبار وجود الاكتئاب واليأس بين الأفراد الذين يسيئون استعمال المخدرات سببا لهذا السلوك، كما قد يكون عاقبة لذلك، أو قد يعود لكون كلا الاضطرابين يشترك في قابلية التأثر (Vulnerability) وراثية أو بيولوجية أو نفسية.

وانطلاقا مما سبق تؤكد نتائج البحث الحالي صحة الفرضية القائلة بأنه: "توجد فروق بينة في مشاعر اليأس لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين".

#### 6- السياقات الدفاعية:

لفحص ودراسة التنظيم العقلي لدى الراشدين المدمنين على المخدرات، استعنا بالنسب المئوية لحساب السياقات الدفاعية والاختبار الإحصائي (ك<sup>2</sup>) لحساب نوعية التنظيم العقلي، فقد أسفر التحليل الإحصائي عن نتائج أثبتت وجود فروقا دالة إحصائيا في التنظيمات العقلية لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين.

كما تشير نتيجة البحث الحالي الخاصة بالتنظيم العقلي أن هناك سيطرة سياقات الكف لدى الراشدين المدمنين على المخدرات بنسبة 34.78، ولقد تمثلت النتائج بهذه

الكيفية لأن الكف يعتبر من بين الأعراض الكلاسيكية للاكتئاب. وتتفق مع دراسة شيلز Chiles (1988) في دراسة للكشف عن الخصائص النفسية لعينة من المتعاطين للمخدرات أن 60.7% من أفراد عينتهم يعانون من اكتئاب حاد، ويتعاطون المخدرات للتخفيف من مشاعر الحزن، في نفس السياق خلص (وايز وجماعته Weiss et al 1992) إلى اضطرابات نفسية أخرى، واتضح لهم أن 63% من المفحوصين - على اختلاف نوع المخدر الذي يستعملونه - يتعاطون المخدرات للتعامل مع أعراض الاكتئاب، وكاستجابة لمشاعر اليأس.

كما استخلص (هنري وجماعته Henry et al 1992) في دراسة مماثلة أن لأعراض الاكتئابية دورا أساسيا للتنبؤ بالاستعمال اللاحق، وتندرج ضمن سياقات الكف، سياقات الكف من النوع القوي (CP) التي ظهرت من خلال كل البروتوكولات للمفحوصين.

أما السياقات الدفاعية التي جاءت في المرتبة الثانية بعد سياقات الكف هي سياقات المرونة (B) بنسبة 32.29% والتي تشير إلى وجود صراع بينشخصي، وهو يدل على وجود صعوبات علائقية بين المدمن ومحيطه، وهذا ما يعبر عن تأثير العلاقات الاجتماعية في حياة المدمن وتتفق هذه النتائج مع دراسة (لاسكوتر Lascoter 1969) من خبرته في مجال الإدمان أن المدمن على الأفيونات هو ذو شخصية انعزالية اجتماعيا، ويعاني مشاكل عنيفة من عدم الاتساق، والنقص في الشجاعة والرغبة في الحماية والتدليل، وعادة ما تكون اتصالاته الاجتماعية قاصرة على المدمنين أمثاله واتصالاته الجنسية عادة ما يشوبها الاضطراب، كما أن مجهوداته المبذولة في مهنته تنصف بالبلادة والخوف من الفشل وعدم القدرة على تأجيل الإشباع العاجل.

كما أكدت دراسة لجندرو Lagendrau (1970) أن المدمنين قد أظهروا أنماطا سلبية حيال المشكلات التي تواجههم، وعدم القدرة على إقامة علاقات قوية مع الآخرين. (عبد السلام، 1977، ص136).

وانطلاقا من النتائج المتحصل عليها في الدراسة الحالية نجد أن سياقات الرقابة (A) تأتي في المرتبة الثالثة بنسبة 18.97% التي تشير هي الأخرى إلى وجود صراع، وهذا يدل على ضعف الأنا الأعلى والرقابة لدى المدمنين على المخدرات باعتبار أن المخدر أصبح هو أداة المدمن التي يعتمد عليها في تغيير حالته الانفعالية التي لا يملك القدرة على تغييرها لما يتسم به من نقص المبادرة وعجز عن مواجهة الواقع والسلبية في التعامل، والعجز عن إشباع رغباته بصورة سوية. (عبد المنعم، 1988، ص354). لأن ما يميز الإدمان على المخدرات هو التأثير الكبير على شخصية الفرد وتصرفاته الظاهرة أي السلوك، ومن الناحية الخفية أي النفس، وعليه تؤكد دراسة جون برجوري Jean Bergeret "أن الشخصية الإدمانية تعتبر شخصية سلبية ليس لها القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط. وهي شخصية انكالية لا يمكنها التكيف الاجتماعي، كما تتميز بصفة عامة بعدم النضج التام. ( Bergeret, 1984. )

(p30) وأخيرا نجد في المرتبة الرابعة السياقات الأولية (E) بنسبة 13.96% ضئيلة جدا، وما ظهر منها تعلق بالعدوانية لدى المفحوصين. وتتفق هذه النتائج مع دراسة فاروق سيد عيد السلام (1977) التي تؤكد أن المخدرات تدمر شخصية المدمن، حيث يصبح خاملا بليدا بطيء التفكير، جامدا غير مكترث مكتئب ومتهور، يشعر بالفشل والضعف والانهييار التام والميل إلى الكسل والنوم والخمول، مع فقدان جزئي أو كلي للذاكرة وعدم القدرة على التركيز والشعور بالخوف الدائم دون معرفة السبب. ولدى المدمن اضطراب في العاطفة والانفعالات ... والتوقف عن الإحساس بالوقت والميل إلى السلوك العدواني أغلب الأحيان عند نقص المادة المخدرة. (عيد السلام، 1977، ص203).

وانطلاقا مما سبق تؤكد نتائج البحث الحالي صحة الفرضية القائلة بأنه: "يوجد اختلاف جوهري في السياقات الدفاعية لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين".

#### 7- التنظيم العقلي:

كما تشير نتيجة البحث الحالي والخاصة بمتغير التنظيم العقلي الذي تنوع بتنوع الفئات النزوغرافية من حسنة التعقل بنسبة 1.34% وسيئة التعقل بنسبة 51.33% وعصابات السلوك 27.33% وغير مؤكدة التعقل 20% مقارنة بالراشدين العاديين حسنة التعقل 46%، سيئة التعقل 13.33%، عصابات السلوك 10%، وغير مؤكدة التعقل 16.67%، وتتفق هذه النتائج مع دراسة بيار مارتي Pierre Marty "فالبلشر رغم كونهم يجمعون عدة خطوط مشتركة إلا أنهم يختلفون على مستوى اقتصادمهم السيكوسوماتي" (بيار مارتي Pierre Marty 1990).

وتؤكد هذه النتائج في البحث الحالي صحة الفرضية التي مفادها أنه: " يوجد اختلاف جوهري في التنظيم العقلي لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين".

#### 8- استراتيجيات المواجهة:

تشير نتيجة البحث الحالي المتعلقة باستراتيجيات المواجهة إلى وجود اختلاف في استعمال الاستراتيجيات بين فئتي الراشدين المدمنين والعاديين. فبالنسبة لإستراتيجية اتهام الذات تشير التحاليل الاحصائية إلى أن المدمن على المخدرات يلجأ إلى هذه الإستراتيجية أكثر من استخدامها من طرف غير المدمن. وعليه يبدو واضحا أن الراشدين المدمنين على المخدرات لديهم نقص في الجهود المبذولة للتعامل مع المواقف الضاغطة والانشغال بلوم الذات وتحقيرها وتوجيه الانتقادات لها والشعور بالسلبية. مما انجر عنه الادمان على المخدرات لإزالة الآثار الانفعالية المترتبة عن المواقف الضاغطة.

أما النتيجة المتعلقة بمتغير استراتيجيات إعادة التقييم الإيجابي، فكانت هناك فروقا دالة إحصائية عند المستوى 0.01. مما تجدر الإشارة إليه أن الراشدين المدمنين على المخدرات عاجزون عن إعادة التقييم الإيجابي للمواقف الضاغطة، لأنه ليس لديهم



جهود معرفية يسعون من خلالها إلى تحويل المواقف الضاغطة في إطار إيجابي والوعد بتحسين الأمور، لأنهم يشعرون بفقدان الثقة بالنفس والتشاؤم والنظرة السوداوية لذواتهم ولمحيطهم وللمستقبل، فيعجزون عن تغيير أهدافهم الشخصية أو تعديلها، بحيث تتناسب والموقف الضاغط، وتعتبر هذه العملية موجهة نحو الانفعال، مما يجعل غياب إعادة التقدير لدى هؤلاء الراشدين المدمنين حاجزا أمام استرداد أفعال نشطة توجه نحو مصدر المشكلة.

وفيما يتعلق بنتيجة استراتيجية التجنب (الهروب) تشير التحاليل الاحصائية أن المدمن على المخدرات يلجأ إلى هذه الاستراتيجية أكثر من غير المدمن. ويعد هذا تدعيما لنتائج الدراسات السابقة، والتي تؤكد أن تعاطي المخدرات يمثل شكل من أشكال الهروب من الواقع (لوفين Leavin 1974) وتتطابق هذه النتيجة مع نتائج بحث (أهرليش وسيقال Ehrlich et Siegel 1989) حول مميزات الشخصية والعلاقات العائلية لمراهقين يسيئون استعمال المخدرات حيث وجد الباحثان أن المراهقين يستعملون المخدرات للهروب من المشاعر، وصد الانفعالات وتجنب الواقع، ومقاومة الضغط والمشاكل. وعلى ذلك يمكننا أن نستخلص أن الإدمان سلوك يساعد المدمن مؤقتا لفترة على تجنب الضيق والكرب أو الهروب منهما باعتبار أن المخدر أصبح هو أداة المدمن التي يعتمد عليها في تغيير حالته الانفعالية التي لا يملك القدرة على تغييرها لما يتسم به من نقص المبادرة وعجز عن مواجهة الواقع والسلبية في التعامل والعجز عن إشباع رغباته بصورة سوية. (عبد المنعم، 1988، ص354).

كما تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه (لازاروس وفولكمان Lazarus et Folkman 1984) وأندوين وكوين (Andwine et Coyne 1989) "أن استراتيجية التجنب تعتبر أكثر الاستراتيجيات استعمالا عند الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب والقلق، كما هو الحال عند المدمنين على المخدرات. (schweitzer et Dantzer، 1994) وبخصوص نتيجة استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي التي تشير إلى وجود فرق في استعمالها من طرف مجموعتي الدراسة، فهذه النتيجة جاءت مطابقة لما آلت إليه الدراسات الأجنبية. فعلى سبيل المثال وجدت (Richter et al 1991) في دراستهم حول أثر الدعم الاجتماعي وتقدير الذات على نتائج علاج مراهقين يسيئون استعمال المخدرات، أن هناك فروقا دالة بين مجموعات الدراسة. فالذين توقفوا عن تعاطي المخدرات يبدون وبشكل واضح دعما اجتماعيا عاليا من حيث النوعية، بشكل أكبر مقارنة بالمنتكسين قليلا Miner relapsers والمنتكسين بشكل كبير Majer relapsers. هذه النتيجة تدفعنا إلى رفض الفرضية القائلة أنه: "يعتمد الراشدون المدمنون على المخدرات على استراتيجيات المواجهة المركزة حول حل المشكل مقارنة بالراشدين العاديين".

## 9- الحالة النفسية:

وبخصوص نتيجة متغير الحالة النفسية التي تشير إلى وجود فروقا دالة إحصائيا

عند المستوى 0.05 و 0.01 لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مقارنة بالراشدين العاديين. فهذه النتيجة جاءت مطابقة لما آلت إليه الدراسات الغربية، فعلى سبيل المثال ما توصل إليه الباحث بروكرز. E. Brokner. أن المدمن، وبخاصة إذا كان من ذوي الأنا الضعيفة يدخل في المسارات الفصامية والذهانية، وانه يصاب بهبات هذيانية، فالمخدر يلعب هنا دور العامل المفجر، وفي حال استمرار الإدمان، فإن العوارض برزت مثلا عند الجنود الأمريكيين في الفيتنام، وكذلك عند بعض المراهقين المدمنين الذين ظهر عندهم الذهان والاكتئاب. (Brocoker.1975).

كما تتفق نتائج البحث الحالي مع ما أثبتته الدراسات العلمية أن المخدرات تؤثر على الجهاز العصبي وتؤدي إلى تعطيله على أداء وظائفه بما في ذلك الوظائف العقلية كالتركيز والانتباه والإدراك، كما تؤثر على المخ، فالعقاقير المنشطة تعمل عملها فوق الدماغ والجهاز العصبي السمبتاوي *sympatigue nerveus systems* لزيادة حدة ويقظة أو وعي الإنسان، يقول سعد المغربي سنة (1963): "إن متعاطي الحشيش يعانون من ضعف ذاكرتهم وعدم الانسجام في انفعالاتهم وعدم الترابط في كلامهم وحديثهم، وعلى هذا كما يذكر بوكيه Pokeah نجد أن ظواهر التخدير المزمّن هو حالة الاختلاط العقلي والتي تظهر في عرضين هم السبات أو الكلال والأحلام المستمرة وعدم الاتزان مع ميل نحو البلاهة والغفلة. (المغربي، 1963، ص43).

كما تؤثر الماريخوانا في الوظائف العقلية المعرفية للفرد، حيث يصاب بعجز في الذاكرة قصيرة المدى وفي عملية التعلم، مما يؤدي إلى عرقلة كل الاكتساب والتعلم. (العيسوي، 1994، ص98).

كما بينت دراسة ديونت. D. Dupont أن الإدمان على الماريخوانا (أو الحشيش) تؤدي إلى تدني واضح في القدرات الذهنية والمهارات الحركية والذاكرة (NAHAS ; 1976 ; P102-103).

وفي دراسة لسندر Synder (1977) أن الإدمان على الماريخوانا (أو الحشيش) تؤدي إلى النتائج التالية:

- تدني القدرة على التعلم والاستيعاب.
- تدني المهارات الحسية – الحركية.
- ظهور حالة من الخبل واللامبالاة وتدني مستوى المرود الدرامي (الرسوب)
- عدم القدرة على اتخاذ القرار وتحمل المسؤولية.
- عدم الرغبة في الزواج وهبوط النشاط الجنسي حتى العجز وسوء العلاقة مع الآخرين. (Synder، 1977).

أما بالنسبة للدراسة الأمريكية لديونت. د. Dupont (1990) التي أجريت على عدد من الطلاب الثانويين تبين ما يلي:

- 8% فقط من الطلاب يدركون النتائج السلبية لتعاطي الماريخوانا.
- 42% منهم قالوا أن الماريخوانا يؤدي إلى انخفاض بارز في مستوى النشاط والحيوية.

- 34% قالوا إن الماريخوانا كانت السبب في تدني المردود الدراسي وفي النشاطات الأخرى.
  - 38% قالوا إنها قد أدت إلى سوء العلاقة مع الآخرين.
  - 38% قالوا إنها جعلت تفكيرهم مليدا وبليدا.
  - 11% قالوا إن الماريخوانا قد أدت إلى اضطراب في المهارات الحركية، ومنها قيادة السيارة (أصبحوا أكثر عرضة لحوادث المرور). (Dupont. 1984).
- كما تتفق نتائج البحث الحالي مع دراسة عبد السلام فاروق عبد العزيز (1977) أن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى تدمير شخصية المدمن ... وعدم القدرة على التركيز والشعور بالخوف الدائم دون معرفة السبب. ولدى المدمن اضطراب في العاطفة والانفعالات مع فقدان للشهية والرغبة الجنسية، والهروب من الحياة اليومية والمعاملات الاجتماعية العامة والتوقف عن الاحساس بالوقت والميل إلى السلوك العدواني أغلب الأحيان عند نقص المادة المخدرة. (عبد السلام، 1977، ص203).
- كما نجد علاقة بين الحشيش والإصابة بالمرض العقلي، فقد ظن البعض أن ثمة تحسنا ناشئا عن تعاطي الحشيش، ولكن الواقع هو أن الحشيش زاد من فرصة ظهوره ومهما يكن فإن الحشيش يضيع بالتدريج الحاسة الأخلاقية والشعور بالمسؤولية، كما ينقص طموح البعض تحت تأثير أحلام اليقظة بسبب العقاقير، ومن ناحية أخرى فإن تناول عقار بصفة مستمرة وبجرعات كبيرة يؤدي إلى خلل عقلي، وهذا المرض خطير يعني تدهور مستقيم للوظائف العقلية. (العيسوي، 1994، ص156).
- كما تتفق نتائج البحث الحالي مع دراسة محمد عبد المنعم عفاف (1998) من أن الحشيش يسبب زيادة القدرة الحركية واضطراب في القدرة على التعرف على الزمان والمكان وانعدام الاحساس بمرور الزمن، والاختلاط العقلي وظهور الهلوسات السمعية والبصرية. (محمد عبد المنعم، 1998، ص 341-347).
- وعليه كثيرا ما يصاب المدمن بالهلوسة البصرية والسمعية، وقد يؤدي به إلى الموت، بحيث يستطيع أن يرى مثلا شيء مخيف فيرمي بنفسه من النافذة. وثم فإن العقاقير الإدمانية كثيرا ما تساعد على ظهور الكثير من الاضطرابات النفسية والعقلية منها: الفصام، بارانويا والذهان الهوسي.
- كما أن المخدرات الاصطناعية تؤدي إلى مفعول زيادة الانتباه واليقظة والكفاءة في أداء الأعمال، ونجد منها الأمفيتامين، حيث يؤدي عقار الهلوسة (LSD) إلى القلق العام لمتعاطيه، وإلى اضطرابات سمعية ومرئية واضطرابات في إدراك الزمان والمكان والعقل والمزاج، حتى إلى خوف وهوس وفي بعض الحالات تدفعهم إلى محاولات انتحارية وقد تساعد على ظهور أعراض زمانية التي قد تصبح مرئية. (العيسوي، 1994، ص 157).
- ولقد أكد دايهل وفوجل Dihell et Vogel أن المخدرات تسبب تدهورا في وظائف الفرد العقلية، وأكد إيفنسون وروزنبورق Evenson et Rosenberg أن

مدمني المخدرات ينتمون إلى فئات ذكاء دنيا وقد أشار أيمس Ames إلى أن هناك درجة من اضطراب التذكر تصاحب تعاطي المخدر، ودعم ماير- قروس Mayer Gross الفكرة حين قال "بأن الإدمان يؤدي إلى اضطراب في تسلسل الأفكار، ويصبح الخيال غير مترابط لأن الإرادة عندما تكون تحت تأثير المخدر تفقد قوتها في توجيه الفكر بالكيفية السليمة". (محمد عبد المنعم، 1998، ص 346).

إضافة إلى ذلك فإن إدمان الفرد على الأفيون يؤدي إلى حالة من الاعتماد الجسمي، ويؤدي الإقلاع عنه إلى ظهور بعض الأمراض المضادة على المتعاطي، فيصاب بالأرق والاكتئاب والبؤس والهياج مع نزوع للقتل والانتحار. (العفيفي، 1978، ص 26).

ومما سبق فإن أهم ما يميز سمات شخصية المدمن ومعاناته القلق النفسي الكبير والاكتئاب، بعد تورطه الجسمي في الإدمان على المخدرات، فيصبح القلق ظاهرة مرتبطة بصفة وثيقة بتصرفاته اليومية وكذا التشاؤم والانعزال عن الوسط الاجتماعي والعائلي الذي يزداد ادمانه فيصبح بذلك مكتئبا ومتهمشا لامحالة.

كما تتفق نتيجة البحث الحالي فيما يتعلق بمتغير الاضطرابات الجنسية مع ما توصلت إليه الدراسات حول الإدمان على الماريخوانا على اضطرابات جنسية، فالإدمان يؤدي إلى ضعف في النشاط الجنسي، وبالفحص في نشاط الهرمون الذكري المعروف باسم (Testosterone) بالإضافة إلى نقص في إنتاج الحيامن والقدرة على الإنجاب (Facts، 1976).

وعند الأنثى، يؤدي تعاطي الماريخوانا (أو الحشيش) إلى ضعف في نشاط الهرمونات الأنثوية واضطراب في الدورة الشهرية، وإلى بعض حالات الإجهاض عند الأم الحامل، وكذلك إلى حدوث تشوهات خلقية عند المولود. غير أن هذه النقطة الأخيرة لم تتأكد بعد نظرا للأبحاث المحدودة في هذا المجال. (Kolodny et al، 1976).

في الختام فإن نتائج البحث الحالي تفتح آفاقا جديدة لبحوث قادمة تلقي الضوء على المقاومة الروحية والصحة النفسية لدى المدمن على المخدرات، من أجل إيجاد الاستراتيجيات والتقنيات الدينية العلاجية المناسبة من أجل تقويم فعاليتها مع هذه الفئات في البيئة الجزائرية. كما خرجت الدراسة الحالية بمنبئات وخصائص الحالة النفسية للراشدين المتعاطين للإدمان تساعد على الكشف المبكر للأفراد المحتمل أن يتورطوا في سلوك التعاطي، كما تساعد هذه النتائج على الكفالة النفسية والوقاية عن طريق بناء برامج علاجية تساهم في تدعيم الأساليب المختلفة للمواجهة.

#### الاقتراحات:

- 1- التحسيس والتوعية بخطورة هذه الآفات الاجتماعية، وذلك بتخصيص أيام إعلامية بمشاركة جميع أطراف المجتمع من القاعدة إلى القمة (مواطنين، أمن، صحة، والعدالة والمختصين النفسانيين والاجتماعيين، وحتى المدمنين).

- 2- عمل مؤسسات الرقابة والأخصائيين النفسانيين على تشجيع المتابعة النفسية عن طريق تنمية المقاومة الروحية، وذلك بتشجيع السلوكيات والاتجاهات الدينية الإيجابية وتوعية الفرد بأنه قادر على تحقيق التوافق النفسي الاجتماعي ومواجهة الضغوط النفسية الاجتماعية والمهنية بصفة خاصة.
- 3- تدعيم الاهتمامات والمشاريع التكوينية والمهنية لدى هؤلاء المدمنين على المخدرات عن طريق تنظيم تربية ميدانية تدريبية تشجع تطوير مؤهلاتهم وتحقيق مشاريعهم الشخصية.
- 4- الاهتمام بهؤلاء المدمنين على المخدرات عن طريق تدعيم الثقافة الدينية الإسلامية لمفهوم الثقة بالنفس والتمسك بالوازع الديني لمحاربة النفس الأمارة بالسوء، وذلك عن طريق التدخل السريع المتمثل في شكل نداءات هاتفية مستعجلة أثناء شروع الفرد في الإدمان على المخدرات.
- 5- لابد من توعية الأسرة بخصائص النمو الاجتماعي للشباب والمراهقين واستدراجها لإدراك التنشئة الاجتماعية الصحيحة والتي تتوافق مع متطلبات العصر مع الحفاظ على القيم والمعايير الاجتماعية والأخلاقية، هذا من جهة ومن جهة أخرى لابد من الاهتمام بمختلف المشاكل الاجتماعية والاقتصادية التي تعانيها الأسرة.
- 6- ضرورة استغلال الوسائل الاعلامية بصفة فعالة في جميع الميادين، وذلك عن طريق وضع سياسة إعلامية متكاملة الجوانب لتربية وتنقيف وتوجيه الشباب، فيما يخص ظاهرة الإدمان على المخدرات، فلا تقتصر على المناسبات فقط.
- 7- انشاء مراكز نفسية بيداغوجية لمكافحة ومعالجة الإدمان على مستوى كل المستشفيات الوطنية لمساعدة هذه الفئة عن طريق استخدام الاستراتيجيات النفسية التربوية ذات الفعالية في علاج الإدمان على المخدرات في الجزائر.
- 8- تشجيع المحاضرات والندوات والمؤتمرات العلمية وبثها عن طريق الإنترنت لمساعدة هؤلاء المدمنين على إدراك المخاطر والآثار السلبية على الناحية العقلية، الجسمية، النفسية، الاجتماعية والاقتصادية، والأمنية الخاصة بالمجتمع.
- 9- العمل على مكافحة الإدمان بشتى الطرق، وذلك باستثمار كل الامكانيات الناجحة لذلك، خاصة تدخل الدولة في وضع رقابة صارمة غير الحدود من طرف الجمارك، وكذلك الموانئ والمطارات وتشديد العقاب على تجار المخدرات من أجل التقليل من عبور المخدرات إلى الجزائر.
- 10- تكثيف الجهود من أجل تنظيم ملتقيات وطنية ودولية بين جميع القطاعات، خاصة القطاع الصحي من أجل التقليل من هذه الظاهرة، وجعل المدمن على اطلاع دائم بالأخطار والتأثيرات السلبية الناجمة عن المخدرات من أجل تفاديها والابتعاد عنها.

## المراجع

- 1- إبراهيم لطفي عبد الباسط (بدون تاريخ): مقياس عمليات تحمل الضغوط، كراسة التعليمات، كلية التربية، جامعة المنوفية.
- 2- البار محمد علي (1988): المخدرات الخطر الداهم الأفيون ومشتقاته، ط1، دار الفكر، دمشق.
- 3- بلعزوق جميلة (1991-1992): الكفالة النفسية لذوي العجز الكلوي المزمن باستخدام تقنيات معرفية سلوكية، رسالة ماجستير غير منشورة، علم النفس العيادي، الجزائر.
- 4- حمود محمود عبد الرحمان وإمام إلهامي عبد العزيز (1996): مقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين، ط1، دار الفكر العربي.
- 5- العفيفي عبد الحكيم (1986): الإدمان، ط1، الزهراء للعالم العربي.
- 6- العيسوي عبد الرحمان (1994): سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار المعرفة العلمية، الإسكندرية.
- 7- عبد الخالق أحمد محمد (1987): قلق الموت، مطابع الرسالة، الكويت.
- 8- عبد الحميد ليلي (1981): مقاييس تقدير الذات للكبار والصغار، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
- 9- عبد السلام فاروق عبد العزيز (1977): سيكولوجية الإدمان، دار المنافع للطباعة، القاهرة.
- 10- عبد السلام زهران حامد (1977): الصحة النفسية، عالم الكتب الجامعية عبد الخالق ثروت، مصر.
- 11- عنو عزيزة (2005-2006): مدى فعالية العلاج النفسي الديني بالقرآن الكريم، و الأدعية والأذكار على الاكتئاب الاستجابي لدى طالبات الجامعة، رسالة دكتوراه منشورة، علم النفس العيادي، الجزائر.
- 12- المغربي سعد (1963): ظاهرة تعاطي الحشيش، دار الرتب الجامعية.
- 13- محمد عبد المنعم عفاف (1998): الإدمان، دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية.
- 14- منصور عباس محمد (1993): العمليات السرية في مجال مكافحة المخدرات، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
- 15- منشور مديرية الأمن الوطني لولاية الجزائر 1999.
- 16- Bandura. A, (1989) : Perceived efficacy on the exercise of personal agency, the psychologist, vol 2.
- 17- Baranackie, K., Christ- Christopher, p., & Kurcias, j.s, (1992): «therapist techniques used during cognitive

- therapy of opiate – dependant patients», journal of substance abuse treatment, 9, pp 221 – 228.
- 18- Bouvard, M, & Cottraux, J., (2000): protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, 2ème édition, Masson, paris.
- 19- Brocner, E., (1975): Marijuana Health question., consumer reports, March, April, A.
- 20- Bergeret jean (1984): précis des toxicomanes, Masson, Paris.
- 21- Brelet Française (1986) : le T.A.T fantasmes et situation projective, Dunod, paris.
- 22- Cattell, R. B, (1961) : feuille D'auto – Analyse, paris.
- 23- Chiles, J.B., Miller, M.L., & Cox. G.B., (1980): Depression in an adolescent population, Archives of General psychiatry, 37, pp 1179 – 1185.
- 24- Choquet. M, (1999): le risque à l'adolescence la sécurité Intérieure, 5, pp 45 – 58.
- 25- Corcaran Kévin & Fisher joel (1987): Measures for clinical practice, New york, the free press.
- 26- Compass, B.E, Malcane, V.L.x Fondacaro, K.M, (1998) : Coping with stressful events in older children and young adolescents, journal of consulting ad clinical psychology, 56, 3, pp 405 – 411.
- 27- Davidson, F & Choquet, M, (1982): le suicide de l'adolescent, Edition ESF, paris, France.
- 28- Debray Rosine, (1983) : l'équilibre psychosomatique organisation Mental chez les diabétiques, Ed Dunad, paris.
- 29- Debray Rosine (1990) : Abord psychotérapie des troubles somatiques, in revue française.
- 30- Dupont. R, (1984) : Getting though on gate way Drugs, An, psych, press, 1984, chap III.
- 31- Ehrlisch, A. g, & Siegel, R.A, (1989) : A comparison of personality characteristics family relationships and drug

- taking behaviour in low and high socio-economics status adolescents who are drug abusers, *Adolescence*, XXIV, 96.
- 32- Huguette caglar (1991): *Adolescence et suicide*, 2ème Ed, paris.
- 33- Facts. R (1976) : *About cannabis*, Ontario, Addition research Foundation.
- 34- Kandel, D.B., (1988): *Epidémiologie et facteurs de risques des idées suicidaires chez l'adolescent: Etat Dpressif, consommation de drogues et problèmes de comportements : colloque international de l'enfance.*
- 35- Kolodny, R et al (1976) : *Depression of plasma testosterone with Acute Mari Juana*, in, *pharmacology of Marijuana* (By Braude), N.Y Reven press.
- 36- Kirk partick – smith, j., Rich, A.R, Bonner, R., & jans, F., (1992): *psychological Vulnerability and substance abuse as predictors of suicide ideation among adolescents.* OMEGA, Vol 24, pp 21 – 33.
- 37- Lazarus, R.S & Folkman. s., (1989): *stress appraisal and coping*, New york, Springer publishing company.
- 38- Nahas. G, (1976): *Haschich, cannabis et Marijuana*, PUF, Paris.
- 39- Marty Pierre (1990): *l'ordre psychosomatique*, ED, payot.
- 40- Marty Pierre (1990): *psychosomatique de l'adulte (Que-sais je)*, PUF, paris.
- 41- Paulhan & al (1994) : *la mesure du coping, traduction et validation française de l'échelle de vitaliana et Al*, n° 5.
- 42- Richter, s.s., Brown S.A, & Mott, M. (1991): *the impact of social support and self –esteem on adolescent substance abuse: treatment out come*, *journal of substance abuse*, 3, pp 371 – 385.
- 43- Schweitzer, M.B et Dantzer. R, (1994): *introduction à la psychologie de la santé*, 1ère édition, PUF, paris.
- 44- Shentoub Vica, (1990) : *Manuel d'utilisation de T.A.T (approche psychosomatique)*, Dunad, Paris.
- 45- Synder, s., (1977) : *La Mari juana*, Seuil, paris.



- 46- Weiss, R. D, Mirin, S.M, Griffin, M.L, & Michael, j.l. (1988): psychopathology in Cocaine abusers: changing trends the journal of Nervous and Mental disease, 176, 12, pp 719 – 725.