

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية -

قسم علم النفس وعلوم التربية -

شعبة علم النفس



عنوان المذكرة:

السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات

دراسة عيادية لثلاث حالات بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان - بسكرة -

مذكرة تخرج مكتملة لنيل شهادة الماستر في تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة(ة):

د. رحيم يوسف

إعداد الطالب (ة):

- سعيدي أمان

- سلامة رفيدة

السنة الجامعية. 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

١٤٣٨

شكر وعرافان

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين سيدنا محمد

وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين

أشكر الله العلي القدير الذي أنعم علينا بنعمة العقل والدين القائل في محكم

التنزيل، عن أبي هريرة- رضي الله عنه- قال صلى الله عليه وسلم

"من لا يشكر الناس، لا يشكر الله".

وفاء وتقديرا وإعترافا منا بالجميل نتقدم بجزيل الشكر لأولئك المخلصين الذين

لم يألوا جهدا في مساعدتنا في مجال البحث العلمي، وأخص بالذكر الدكتور

وأستاذنا:

"رحيم يوسف"

على هذه الدراسة وصاحب الفضل في توجيهي ومساعدتي في تجميع المادة

البحثية ونصائحه القيمة التي كانت عوناً في إتمام هذا العمل، فجزاه الله كل

خير، وأخيراً نتقدم بجزيل شكرنا إلى كل من مدوا لنا يد العون والمساعدة في

إخراج هذه الدراسة على أكمل وجه.



إهداء:

الحمد لله الذي وفقنا لهذا ولم نكن لنصل إليه لولا فضل الله علينا، إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صل الله عليه وسلم...

إلى من قال فيهم الحق (واخفض لهما جناح الذل من الرحمة وقل رب ارحمهما كما ربياني صغيرا)

إلى من أشعل لي أول شمعة، إلى عبق طفولتي، إلى دفئ حياتي إلى ملجئي وملادي ومن اقترن اسمهما باسم رب العالمين والدي و والدي المجلين متعهما الله بالصحة وأطال عمرهما

"عبد الله" "فتيحة"

إلى من هم أملي حين أشعر باليأس، سعادتي وقت الحزن، نجاحي عوض الفشل، ريحانات قلبي اللاتي لا أقوى العيش بدونهن أنفال سرور، نهى، أمال، نجاح.

أهدي تخرجي هذا إلى من لهم يد في وصولي وتحقيق غايتي عائلتي الثانية التي كانت عوننا وسندا لي في كل خطوة أخطوها

"عمي محمود" "عمتي نصير" هشام" "سفيان" "براء" "رفيف"

وأهدي تخرجي إلى ضلعي الثابت واتكائي والجزء الأيسر مني قوتي بوقت ضعفي وفرحتي بوقت حزني

"نجاح"

ختاما أرجو من الله أن تكون هذه المذكرة رمز فخر لكل من ذكرت وأن تكون نتيجة كفيلة لرد الجميل

"أمان"



إهداء

الإهداء إلى صاحب الفضل الأول والأخير ... إلى الهادي سواء السبيل الله عز وجل إلى من
قال فيهم الحق

"واخفض لهما جناح الذل من الرحمة "

إلى الذي رباني وفاني جهده في تعليمي ... إلى من غرس فينا الأخلاق وحب العلم والاجتهاد
... إلى من عمل بكدي في سبيلي وعلموني معنى الكفاح إلى القلب الكبير أبي "يوسف" أدامه
الله لي.

إلى من أروضتني الحنان ... وكانت الأمن والأمان إلى التي تفرح لفرحي وتحزن لحزني إلى
من أعانتني بالصلوات والدعوات... إلى أعلى إنسان في الوجود أمي الغالية....

إلى إخوتي وأخواتي

إلى أصدقائي الأعزاء :

أمان، هند، أسيا من كانوا في الشدة عون.

وفي الرخاء رفاق إلى الخير بلا حدود ... إلى من أتوني هدية من الخالق.

" رفيذة "



ملخص الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية على استكشاف شكل السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).

تم تنفيذ الدراسة باستخدام المنهج العيادي بتقنية دراسة الحالة، على عينة من ثلاث حالات من جنس ذكر في الفئة العمرية ما بين 29 و31 سنة، كما تم الاعتماد على المقابلة النصف موجهة، كونها توفر بيانات عديدة لا يستطيع توفيرها الاختبار لوحده. واعتمدنا بصفة أساسية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2، وتم من خلاله دراسة المقاييس الإكلينيكية ودرجة كل واحد منها على الصفحة النفسية التي توضح السيكوبروفيل، وهذا من خلال تحديد والبحث أساسا على وجود أو عدم وجود ميول نفسية مرضية نحو أي مقياس من تلك المقاييس.

وقد أسفرت الدراسة نتائج على أن الراشد المدمن على المخدرات:

- يتميز بسيكوبروفيل ذو ميول نفسية مرضية نحو (الاكتئاب، توهم المرض) ضمن المثلث العصابي.
- وكذا (الانطواء الاجتماعي، والانحراف السيكوباتي) ضمن الانحرافات السلوكية.
- والهوس الخفيف ضمن المثلث الذهاني، أي وجود بروفيل ذو ميول مرضية نفسية متدرجة في الشدة والتي أظهرت ميول مشتركة لدى حالتها الدراسة متمثلة في (الاكتئاب، توهم المرض، الانحراف السيكوباتي)، وكذا اختلاف وجود الميل النفسي المرضي نحو (الهوس الخفيف) من حالة لأخرى.
- عدى الحالة الأخيرة التي تميزت بسيكوبروفيل ذو ميول نفسية متوازنة ذات اتجاه سوي نتيجة استجابة الحالة لتكفل النفسي والعلاج الإيجابي.

الكلمات المفتاحية: السيكوبروفيل، الراشد، الإدمان على المخدرات

Abstract

The current study aims to explore the psychoprofile of adults addicted to drugs through the application of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2). The study was conducted using the clinical case study method on a sample of three male cases aged between 29 and 31 years. Additionally, a semi-structured interview was utilized as it provides extensive data that the test alone cannot offer. Primarily, the MMPI-2 was used to study the clinical scales and the degree of each one on the psychological profile that outlines the psychoprofile. This involved identifying and examining the presence or absence of pathological psychological tendencies towards any of these scales

The study found that the adult drug addict is characterized by a psychoprofile with pathological psychological tendencies towards (depression, hypochondriasis) within the neurotic triad, and also (social introversion, psychopathic deviance) within behavioral deviations, and hypomania within the psychotic triad. This indicates the presence of a profile with progressively severe pathological psychological tendencies, showing common inclinations in the study cases towards (depression, hypochondriasis, psychopathic deviance), as well as varying presence of pathological psychological tendencies towards (hypomania) from one case to another

Except for the last case, which was characterized by a balanced psychoprofile with a normal direction due to the positive response to psychological care and treatment.

Keywords: Psychoprofile, adult, drug addiction.



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات:

الصفحة	المحتوى
	شكر وتقدير
	اهداء
	ملخص الدراسة
	فهرس المحتويات
أ-ب	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: الاطار العام للإشكالية	
2	1. اشكالية الدراسة
3	2. اهداف الدراسة
4	3. دوافع اختيار الموضوع
4	4. أهمية الدراسة
5	5. الدراسات السابقة
9	6. التعقيب على الدراسات السابقة
10	7. ضبط متغيرات الدراسة إجرائيا
الفصل الثاني: السيکوبروفيل	
13	تمهيد
13	1. مفهوم السيکوبروفيل
15	2. مصطلحات ذات علاقة بالسيکوبروفيل
16	3. أنواع السيکوبروفيل
21	4. اتجاهات السيکوبروفيل
23	5. أهداف دراسة السيکوبروفيل
24	6. مقاييس السيکوبروفيل
28	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الادمان على المخدرات	

30	تمهيد
31	1. مفهوم الادمان على المخدرات
33	2. المفاهيم المتعلقة بالادمان
37	3. أنواع المخدرات
40	4. مراحل الادمان على المخدرات
41	5. العوامل المؤدية للادمان على المخدرات
44	6. خصائص وسمات المدمنين
47	7. تصنيف المخدرات حسب DSM5
52	8. الأضرار الناتجة عن الادمان على المخدرات
54	9. الوقاية والعلاج من المخدرات
56	10. المخدرات في المجتمع الجزائري
58	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الاجراءات المنهجية للدراسة	
61	تمهيد
62	1. منهج الدراسة
62	2. حدود الدراسة
62	1.2 الحدود المكانية
63	2.2 الحدود الزمنية
63	3.2 الحدود البشرية
63	3. حالات الدراسة
64	4. أدوات الدراسة
70	خلاصة الفصل
الفصل الخامس: تحليل و مناقشة نتائج الدراسة	
72	أولاً: عرض نتائج الدراسة
80	1. تحليل نتائج الحالة (01)

فهرس المحتويات

89	2. تحليل نتائج الحالة (02)
97	3. تحليل نتائج الحالة (03)
99	ثانيا: تحليل نتائج الحالات الثلاثة
101	ثالثا : مناقشة وتحليل نتائج الدراسة
105	خاتمة
107	قائمة المراجع
112	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الصفحة	العنوان	الجدول
63	جدول يوضح خصائص حالات الدراسة	01
75	جدول يوضح نتائج الحالة الأولى على سلاالم الصلاحية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).	02
75	جدول يوضح نتائج الحالة الأولى على السلاالم الإكلينيكية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).	03
84	جدول يوضح نتائج الحالة الثانية على سلاالم الصلاحية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).	04
84	جدول يوضح نتائج الحالة الثانية على السلاالم الإكلينيكية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).	05
93	جدول يوضح نتائج الحالة الثالثة على سلاالم الصلاحية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).	06
94	جدول يوضح نتائج الحالة الثالثة على السلاالم الإكلينيكية على إختبارالشخصية المتعدد الالوجه (MMPI2).	07
99	جدول يوضح المقاييس الإكلينيكية المرتفعة (الدرجات التائية لكل حالة، والمتوسط لكل الحالات) على اختبار (MMPI2).	08

مقدمة

مقدمة:

تعتبر ظاهرة الإدمان على المخدرات من أخطر الظواهر والقضايا الاجتماعية التي تهدد المجتمعات الإنسانية على حد سواء، كما أن هذه الظاهرة لا تستهلك الكثير من موارد المجتمع فحسب بل تؤدي أيضا إلى تدمير الطاقات البشرية التي تعيق قدرات الأفراد، باعتبار تعاطي المخدرات إحدى الوسائل التي يلجأ إليها الفرد عندما تواجهه مشاكل فإن الأمر لا يتوقف هنا فحسب بل يتحول إلى إدمان الذي أخذ في الانتشار بشكل كبير في السنوات الأخيرة.

حيث يحظى الإدمان بأولوية تفوق أهمية باقي مظاهر السلوك اللازمة للحياة نظرا لتعدد أشكاله وأنواعه، حيث يعتبر من جهة مشكلة كبيرة تخص الصحة العمومية وذلك من خلال جلب مجموعة من الاضطرابات الجسمية والنفسية، ومن جهة أخرى صار يشكل هاجسا يورق بالعديد كونه يخل بالتوازن الأسري بل ويعصف بالنسيج الاجتماعي الذي يجعل الفرد خامد لايفيد المجتمع في شيء، لذا عمدت الدولة إلى تبني عدة مقاربات لعلاج الظاهرة والحد من انتشار والتقليل من أخطارها بما في ذلك المقاربة الطبية الأمنية الردعية والقانونية فيما يعرف بقانون 04 / 2004.

ولم تعد مشكلة الإدمان على المخدرات مقصورة على شريحة معينة من المجتمع تتسم بعمر معين وبمستوى ثقافي محدود، بل تفاقمت حتى أصبحت مشكلة تعاني منها كل شرائح المجتمع بمختلف مستوياتها ونخص بالذكر هنا الراشد المدمن على المخدرات.

حيث سجلت إحصائيات هيئة الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات والجنوح في سنة 2006 أن 162 مليون فرد في العالم يتعاطون المخدرات وبالخصوص القنب الهيروين الكوكايين، حيث تعد الجزائر والمغرب أول الدول المصدرة للمخدرات إلى الدول الغربية.

ويرى العديد من الباحثين أن السلوك الإدماني لا يأتي بشكل طارئ أو عارض بل تقف خلفه استعدادات كامنة على المختص النفسي أن يكشف عنها وان للمادة المخدرة مكانة هامة ضمن الاقتصاد النفسي للفرد كما أن الإدمان على المخدرات يبرز في ظل عجز الفرد عن ارضان وتجاوز إشكاليات نفسية رئيسية تعود إلى الواجهة أثناء مرحلة الرشد.

لهذا في دراستنا الحالية سنحاول التعرف على أحد الجوانب السيكولوجية لدى الراشد المدمن على المخدرات ألا وهو السيكونروفيل لديه. في محاولة منا لأجل التوصل إلى معرفة ملامح شخصية السيكونروفيل لهذه الفئة.

لقد تضمنت دراستنا الحالية خمسة فصول تنقسم إلى جانبين جانب نظري وجانب تطبيقي:

الجانب النظري الذي يتضمن ثلاث فصول هي:

الفصل الأول تناولنا فيه الإطار العام للدراسة ويتضمن الإشكالية، دوافع اختيار الموضوع، الأهداف والأهمية وتحديد المفاهيم وأهم الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع الدراسة.

وفي الفصل الثاني والذي خصص لسيكونروفيل، فتناولنا فيه مفهوم السيكونروفيل، مصطلحات ذات علاقة بالسيكونروفيل، أنواع السيكونروفيل، اتجاهات السيكونروفيل، أهداف السيكونروفيل ومقاييسه وأخيرا خلاصة الفصل.

أما في الفصل الثالث فتناولنا فيه الإدمان على المخدرات، حيث تطرقنا أولا إلى مفهوم الإدمان على المخدرات والمفاهيم المتعلقة بالإدمان، أنواع المخدرات، مراحل الإدمان على المخدرات، العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات، وبعدها خصائص وسمات المدمنين، تصنيف المخدرات حسب DSM5 ثم الأضرار الناتجة عن الإدمان على المخدرات، والوقاية والعلاج منها وبعدها المخدرات في المجتمع الجزائري وأخيرا خلاصة الفصل.

أما الميداني فقد احتوى على فصلين هما: الفصل الرابع الذي تناولنا فيه الإجراءات المنهجية للدراسة، ويتضمن منهج الدراسة، حدود للدراسة، حالات الدراسة وأدوات الدراسة.

وأما في الفصل الخامس والأخير تناولنا فيه عرض وتحليل الحالات ومناقشة النتائج، حيث تطرقنا أولا إلى عرض وتحليل الحالات ثم مناقشة نتائج الدراسة.

وبعدها تم ختم الدراسة بخاتمة، كما تم في الأخير إدراج كل من قائمة المراجع والملاحق.

الجانِب النظري

الفصل الأول:

الإطار العام للإشكالية

- 1- إشكالية الواسة
- 2- أهداف الواسة
- 3- نوافع إختيار الموضوع
- 4- أهمية الواسة
- 5- الواسات السابقة
- 6- التعقيب على الواسات السابقة
- 7- ضبط متغورات الواسة إجرائيا

1- إشكالية الدراسة:

تعد مشكلة المخدرات من أهم المشكلات التي تهدد مستقبل الإنسان وأخطر من هذا ما يترتب عليها من أضرار بالغة تنعكس على الفرد والمجتمع؛ فالإدمان على المخدرات بأنواعه المتعددة وطرق استخدامها يدفع الفرد إلى ارتكاب السلوكيات السلبية التي تعرض جسمه وعقله ونفسه للموت البطيء لأن المخدرات بشكل عام هي نوع من السموم التي ينتج عن استخدامها آثار خطيرة.

تحدث حالة الإدمان عندما يعيش الفرد تحت تأثير المادة المخدرة ولا يستطيع الامتناع عن تعاطيها، مما يؤدي إلى اعتماد جسماني ونفسي على المخدر. لو كان الاعتماد جسمانياً فقط، لما كانت هناك مشكلة كبيرة، إذ يمكن للمدمن الامتناع عن التعاطي بمجرد خروج المخدر من جسمه. إلا أن العوامل النفسية الكامنة وراء الإدمان تجعل المدمن يعود للتعاطي حتى بعد التعافي، وأحياناً يؤدي ذلك إلى إدمان عدة أنواع من المخدرات. (محمد، عبد الظاهر، و الشيخ، 2021، صفحة 1328)

مما يزيد خطورة ظاهرة الإدمان على المخدرات هو استهدافها لفئة الشباب الراشدين، فنجد فئة الراشدين أكثر تأثراً عادة بالضغط اليومية من العمل أو الأحداث السلبية، والصراعات العائلية وكذلك عدم تقبل الواقع المعاش والبيئة المحيطة، مما يجعلها تؤثر على حياته اليومية والنفسية، ربما يستحملها من كان يتمتع بصلاية نفسية أو جلد نفسي، لكن البعض ممن لديهم عدم القدرة على تحمل الضغوط النفسية قد يستعين بوسائل وأساليب أخرى لتجاوز هذه الضغوطات والهروب من الواقع، وتجميل البيئة المعاشة، من بين هذه الأساليب، الإدمان على المخدرات.

وهذا ما يجعل الراشد يقع في فخ الإدمان وتظهر لديه سلوكيات سلبية غير سوية مما يزيد من تعقيد حالته النفسية وتعتبر هذه السلوكيات والسمات التي تظهر على الشخص تعبيراً عن ملامح السيكيوبروفيل وقد عرفه

"طاهري" بأنه مجموعة من الخصائص النفسية التي تميز شخصية فرد معين وتميز سلوكياته حيث يختلف هذا الأخير من فرد لآخر. (زعيتير، 2015، صفحة 21)

وقد أكد شاين (chin2002) في دراسته أن أكثر من نصف مشكلات المدمنين تتعلق بطبيعتهم وشخصياتهم والتي تعاني من مجموعة من الأعراض المتشابكة والمتماثلة ومنها القلق والاكتئاب

والعدوانية وانخفاض تقدير الذات والعجز عن التوجيه السوي مع الآخر والعجز عن التواصل وغيرها من الصفات. (غانم، 2003، صفحة 59)

وعليه فإن كل عضو في جسدنا يؤدي دوره المنوط به، حيث تكمن وظيفته في الحفاظ على الاتصال المستمر بين عالمنا الداخلي والعالم الخارجي. وبالتالي، إذا تضرر أي عضو في جسدنا، فإن ذلك يؤثر بشكل حتمي ومباشر على الحالة الجسدية بشكل عام، وعلى الحالة النفسية بشكل خاص.

ولقد أصبحت نواقيس الخطر تدق المجتمع الجزائري معلنة عن غزو هذه الآفات وازدياد الإقبال على المخدرات بشتى 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 و 1972 (3777 جريمة) متعلقة بالمخدرات أما ما بين 1989 و 1990 قامت المصالح المعنية بحجز كميات هائلة من المخدرات سواء من عقاقير أو حشيش كما ألفت القبض على 5319 مدمنا على المخدرات سنة 1999. (منشور مديرية الأمن الوطني لولاية الجزائر)

أما دراستنا الحالية جاءت لتبحث عن أحد الجوانب السيكولوجية لدى الراشد المدمن على المخدرات ألا وهو السيكوبروفيل وهذا على ثلاث حالات من المدمنين الراشدين الذين يخضعون للعلاج بالمركز الوسيطي للإدمان بمدينة بسكرة وذلك من خلال تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2. وانطلاقا من هذه الإشكالية يمكن أن نطرح التساؤل الآتي:

- ما شكل السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات من خلال اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2؟

2- أهداف الدراسة:

إن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة هو تحليل السيكوبروفيل للراشدين المدمنين على المخدرات باستخدام اختبار MMPI-2 وتهدف الدراسة إلى تحقيق التالي:

✓ التعرف على الصورة المتكاملة على الجوانب والأبعاد المتعددة في شخصية مجموعة البحث التي يتم دراستها أي الراشد المدمن على المخدرات.

- ✓ الكشف عن السمات والخصائص النفسية التي تميز شخصية الراشد المدمن على المخدرات، مما يساهم في رسم ملامح الصفحة النفسية.
- ✓ الكشف عن معاناة الراشد المدمن على المخدرات.
- ✓ مدى ملائمة تطبيق اختبار MMPI-2 للكشف عن الاضطرابات التي تمس شخصية الراشد.

3- دوافع اختيار الموضوع:

هناك العديد والكثير من الدوافع التي دفعتنا إلى اختيار الموضوع ومعالجة هذا الموضوع، وتنقسم إلى دوافع شخصية ودوافع علمية:

➤ دوافع شخصية:

- الميل الشخصي لإمام بمتغير السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات.
- الدراسة مناسبة لجهد وظروف الباحثين المكانية.
- الرغبة في فهم شامل ومتكامل للإدمان على المخدرات من منظور نفسي.

➤ دوافع علمية:

- بحكم التخصص تناولنا هذا الموضوع الذي يعالج موضوع الراشد المدمن على المخدرات
- الرغبة في دراسة الموضوع الإدمان نظرا إلى انتشاره بصفة كبيرة.
- التقرب لهذه الشريحة لمعرفة السيكوبروفيل لدى المدمنين.
- حساسية الفئة المدروسة الراشدين كونها لها دور مهم في بناء المجتمع.

4- أهمية الدراسة:

تكمن أهمية دراسة موضوع الإدمان على المخدرات لدى الراشدين في عدة جوانب حيوية يمكن تلخيصها فيما يلي:

أولاً: الأهمية النظرية: تكمن الأهمية النظرية في نظر الطالبة في:

- ✓ قلة الدراسات التي تناولت ظاهرة الإدمان عند فئة الراشدين وهذا من خلال ما قمنا به من بحث والتي ركزت معظمها على فئة المراهقين.
- ✓ إثراء البحوث العربية الجزائرية حول إدمان الراشدين في استخدام المجال البحثي.
- ✓ استهداف الدراسة فئة الراشدين المدمنين الخاضعين للعلاج في المركز الوسيط للعلاج الإدمان على المخدرات.
- ✓ تفيد في توفير المعلومات حول السيكوبروفيل من خلال تطبيق اختبار MMPI2.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:

- ✓ كون السيكوبروفيل بعد من الأبعاد الرئيسية الذي يعطينا فهما متكاملًا عن الجوانب المدروسة والتي ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند التعامل مع هذه الفئة المدمنين الراشدين .
- ✓ تفسير السمات والخصائص النفسية لهذا الاضطراب يساعد على وضع برامج علاجية له.
- ✓ المساعدة على التعرف على هذه الفئة لفهم الصورة الإكلينيكية والنفسية المميزة عن غيرهم من الفئات العمرية الأخرى.
- ✓ معرفة السيكوبروفيل للراشد المدمن على المخدرات نفسيا واجتماعيا لتحديد أساليب التدخل والمرافقة النفسية والمساندة الاجتماعية اللازمة لتقليل قدر الإمكان من الانعكاس السلبي للاضطراب الإدمان على شخصية الراشد.

5- الدراسات السابقة:

نظرا لدراستنا التي تناولت موضوع السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات حيث لم يتسن لنا العثور على أي دراسة سابقة تطابق كليا لدراستنا غير أننا تمكنا من العثور على دراسات سابقة تناولت كل منها متغير مطابق لدراستنا:

1- دراسات تناولت البروفيل النفسي:

✓ العربية:

دراسة سليمة حمودة (2020):

بعنوان: البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيس بوك نموذجًا) من خلال تطبيق اختبار الشخصية متعدد الأوجه mmpi2.

هدفت الدراسة للتعرف على البروفيل النفسي لدى الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيسبوك نموذجاً) من خلال تطبيق اختبار الشخصية متعدد الأوجه mmpi2.

وتم استخدام المنهج العيادي بتقنية دراسة حالة على حالة كانت درجاتها مرتفعة على مقياس برغن لإدمان الفيسبوك كما تم الاعتماد على المقابلة النصف موجهة وبصفة أساسية على اختبار الشخصية المتعدد الأوجه mmpi2.

وخلصت نتائج الدراسة إلى أن الطالب الجامعي المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي (الفيسبوك) يتميز ببروفيل ذو ميول نفسية مرضية متدرجة في الشدة نحو المشكلات السلوكية (اللانطواء الاجتماعي) (الإنحراف السيكوباتي). وضمن المثلث العصابي (توهم المرض، والاكتئاب).

دراسة داليا محمد خطاب (2022):

بعنوان: البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية لدى مريضات الديستونيا

هدفت هذه الدراسة للتعرف على البروفيل النفسي وبعض الخصائص النفسية والسلوكية لدى مريضات الديستونيا من خلال تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، إذ تم اختيار أربع مشاركات من إناث المصابات بالديستونيا عاما لتطبيق أدوات البحث عليهم، ومن أجل التوصل لنتائج البحث قامت الباحثتين في عمر 17، 18، 19، 20، 21 (بإجراء مقابلات إكلينيكية مع الوالدين، وبناء مقياس لخصائص النفسية والسلوكية لمرضى الديستونيا، ولتحديد تلك الخصائص تم تطبيق اختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، كما تم القيام بتحليل كل أداة تم استخدامها في البحث، وقد يريه وفقا أظهرت نتائج الدراسة مايلي:

تبين من خلال تحديد خصائص البروفيل النفسي للحالات السر لمحتوى تحليل المقابلة، بأنها تعاني من اضطراب في الخصائص النفسية والسلوكية.

دراسة مزوار وبركو (2018):

معنونة ب: بروفيل شخصية المرأة المجرمة

تم استخدام المنهج الوصفي في شقها الكمي، والمنهج الإكلينيكي في شقها الكيفي حيث استخدم في الدراسة الكمية استبيان المظاهر المرضية للاضطرابات الشخصية في عينة مكونة من 22 سجينه موزعة على مؤسستين عقابيتين، أما الدراسة الكيفية فاستخدمت فيها أداتين من أدوات جمع البيانات وهي المقابلة

واختبار الروشاخ على عينة مكونة من أربعة نسوة.توصلت الدراسة إلى المرأة المجرمة،تتميز ببروفيل شخصية مرضية تعاني إضطراب الشخصية السيكوباتية،كما تتميز بسمات وخصائص نفسية كالعوانية، القلق والاكتئاب، وخلصت الدراسة إلى أن البناء النفسي المضطرب للمرأة يساهم في ولوجها لعالم الجريمة.

2- دراسات تناولت إدمان المخدرات:

دراسة نوبيات قدور(2006):

معنونة ب: اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات

هدفت إلى التعرف على طبيعة اتجاهات الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات بين البطالين حسب متغيرات الجنس، السن، التأهيل، التدخين. وهدفت الدراسات كذلك إلى إعداد مقياس لدراسة اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات ملائما للبيئة التي يتواجدون فيها. واعتمد الباحث في هذه الدراسة على المنهج الوصفي وطبقت مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات. حيث تكونت عينة الدراسة من 420 فردا اختيروا بطريقة عشوائية، وقد دلت النتائج على وجود اتجاهات إيجابية لدى الشباب البطال نحو تعاطي المخدرات، ووجود فروق فردية دالة إحصائيا في اتجاهاتهم باختلاف الجنس والتدخين وعدم وجود فرق دال إحصائيا في اتجاهاتهم باختلاف شهادة التأهيل والسن.

دراسة وناس عفاف (2014):

معنونة ب: حول الانحرافات الجنسية عند الراشد مدمن المخدرات

هدفت الدراسة إلى إبراز أهم الانعكاسات السلبية للمخدرات على سلوكيات المدمن، والكشف عن مدى ترابط الخبرات الجنسية السيئة بمختلف أنواعها التي تعرض لها المدمن في ظهور الانحرافات الجنسية، والكشف عن ظاهرة الإدمان على المخدرات والانحرافات الجنسية، واعتمدت الدراسة على المنهج العيادي على عينة مكونة من ثلاث حالات راشدين مدمنين على المخدرات مقيمين بمصلحة الوقاية والعلاج من الإدمان البليدة، مستخدمة في ذلك المقابلة والملاحظة واختبار الروشاخ، وتوصلت الدراسة إلى أن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى الانحرافات الجنسية.

دراسة عنو عزيزة(2008):

معنونة ب: التنظيم العقلي عند الراشدين المدمنين على المخدرات:

هدفت هذه الدراسة الكشف عن التنظيم العقلي عند المدمنين المخدرات، ومعرفة نوع الفئة العصبية التي يندرج ضمنها مدمنين المخدرات، اعتمدت على المنهج العياديأنا العينة كانت عينة قصدية من المدمنين الراشدين يبلغ عددهم 100 راشد، تتراوح أعمارهم بين 25 و 35، بالمستشفى الجامعي فرانس فانون بالبليدة، بمصلحة الوقاية العلاج للمخدرات بالجزائر العاصمة. و استعملت الباحثة المقابلة العيادية نصف موجهة واختبار تفهم الموضوع .TAT. توصلت نتائج الدراسة إلى:

- وجودسيولة في التصورات المدمنين وكذا ظهور تصورات ووجدانات مضطربة.
 - وجود اضطرابات على المستوى العلائقي، مع وجود كف وغموض عند الحالات.
 - وجود سياقات غير الكف من نوع سياقات فوبية، مع وجود سياقات المرونة التي تدل على الصراع.
 - بين شخصي وصعوبات علائقية (المدمن ومحيطه).
 - وجود سياقات الرقابة عند المدمن وكذا سياقات أولية تتعلق بالعدوانية.
 - وجود صعوبة في إرسان لوحات TAT مع وجود تقمصات قليلة. ويتجلى ذلك من خلال الزيادة.
 - المضطردة بتسارع عند استخدام الأسلوب المعرفي بعد الأساليب الأخرى.
- ✓ الدراسات الأجنبية:

دراسة(caglar, 1981):

معنونة ب:البنية النفسية للمراهق المدمن على المخدرات.

سعت الباحثة على استخراج الملمح النفسي للمراهق المدمن على المخدرات باستخدام المنهج العيادي المقارن، حيث تمت مقارنة بروتوكولات 3 مجموعات من المراهقين: تضم الأولى 22 بروتوكول روشاخ لمراهقين ذوي إيمان متعدد، الثانية 20 بروتوكول لمراهقين مختلفين أما الثالثة فهي بروتوكولات لمراهقين غير مدمنين، أسفرت النتائج على أن الملمح النفسي للمراهقين المدمنين عبارة عن فسيفساء تذكر بالحالات الحدية، مع ضعف الارسان الهوامي والرمزي والذي يسبب بعض الخلل في البنيات الأساسية مما يدفع المراهق بقوة لتعاطي المخدرات.

دراسة: بيارنكا (1986):

معنونة ب: الاختلافات الشخصية والأمراض الاجتماعية لدى مدمنين الهيروين من السجناء

طبقت الدراسة على عينة قوامها 40 مدمن من غير المسجونين و40 شخصا مسجونين من غير المدمنين أسفرت النتائج على أن مدمني الهيروين يتسمون بالقلق والاكتئاب والانزعاج والوهن النفسي اتضح

أيضا أن 25 % من مدمنين الهيروين يعانون من أمراض عصابية 50 % منهم يعانون من ذوي السلوك المضطرب بسبب المشاكل الاجتماعية.

دراسة: (Gegoire et al 2004)

معنونة ب: انتشار الرهاب الإجتماعي لدى عينة إكلينيكية من مدمني المخدرات

لقد تم إجراء هذه الدراسة على عينة تتكون من (75) مدمن يتلقون علاجاً داخلياً أي يقيمون بالمستشفى، وعينة تتكون من (75) مدمن يتلقون علاجاً خارجياً، ولقد اعتمدوا على محكات الاعتماد على المخدر وفق الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV) الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي كما قاموا باستخدام مقياس القلق (Liebowitz) من أجل تشخيص الرهاب الاجتماعي فتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- ✓ (20%) يعانون من الرهاب الاجتماعي المعمم.
- ✓ (46%) يعانون من الرهاب الاجتماعي الخاص.

6. التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد استعراضنا للدراسات السابقة نجد أنها شملت متغيرات الدراسة، واستقدنا منها بعد الإطلاع عليها في تحديد واختيار الأدوات المناسبة لهذا الموضوع، وكذا مناقشة نتائج البحث، إذ نجد دراستنا الحالية قد اتفقت مع هذه الدراسات في بعض الجوانب من ناحية واختلقت عنها في بعض الجوانب الأخرى.

من ناحية الأهداف:

تنوعت الأهداف من دراسة لأخرى، فمنها ما هدفت إلى التعرف عن طبيعة الاتجاهات على إبراز أهم الانعكاسات السلبية للمخدرات ومنها ما هدفت على الكشف عن التنظيم العقلي ومنها ما هدفت للكشف عن البروفيل النفسي، أما دراستنا الحالية هدفت على استكشاف شكل السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات وتوافقت دراستنا مع دراسة (حمودة سليمة 2020) و(داليا محمد خطاب 2022) و (مزوار وبروكو 2018).

من حيث المنهج:

نجد أن دراستنا اتفقت مع بعض الدراسات في اعتمادها على المنهج العيادي، لأنه يتناسب مع الظاهرة المدروسة والذي بإمكانهم معرفة السير النفسي الخاص بكل فرد كدراسة وناس عفاف (2014) ودراسة حمودة سليمة (2020) ودراسة داليا خطاب (2022) ودراسة ياسمينه مزوار (2018) ودراسة عنو عزيزة (2008) ودراسة caglar (1981)، بينما اختلفت دراسات أخرى في إختيارها للمنهج، وهذا بطبيعة الحال راجع إلى حجم العينة المدروسة، وكذا الهدف المرجو من خلال الدراسة كدراسة دراسة نوبيات قدور (2008) ودراسة بيارنكا (1986) ودراسة Gegoire et al (2004) التي اعتمدت على المنهج الوصفي

من حيث الأدوات المستخدمة:

في حين نجد أن أدوات جمع المعلومات الخاصة بدراستنا والمتمثلة في اختبار mmp2 والمقابلة العيادية النصف موجهة اتفقت مع دراسة (حمودة سليمة) في تطبيق اختبار mmp2 واختلفت في باقي الدراسات السابقة الأخرى.

أما بخصوص العينة:

نجد أن دراستنا الحالية إتفقت جزئياً مع الدراسات السابقة (وناس عفاف) و(عنو عزيزة) في تطبيق الدراسة على الفئة العمرية نفسها ألا وهي فئة الراشدين.

7. ضبط متغيرات الدراسة:

السيكوبروفيل: هو مخطط توضيحي لصفحة نفسية يبرز على أساسها الملامح الرئيسية للخصائص والسمات النفسية التي يتميز بها البروفيل النفسي لراشد المدمن على المخدرات والغير المدمن في السواء واللاسواء لجميع المقاييس الإكلينيكية لمقياس مينوستا متعدد الأوجه.

الإدمان: هو حالة تنشأ نتيجة للاستخدام المتكرر للمواد المخدرة وبصفة مستمرة بحيث يصبح الإنسان معتمدا عليها نفسياً وجسدياً. وإذا توقف عنها تظهر عليه أعراض من الصعب تحملها وهو ما يظهر عند حالات الدراسة.

المخدرات: هي مواد أو أدوية يتم الحصول عليها بطرق غير قانونية، وتؤثر على وظائف الجسم والعقل دون أن يوجد داعي لاستخدامها.

الراشد: هو الشخص الذي يتراوح سنه ما بين 22 و40 سنة ويعرف نضجا في مختلف الجوانب النفسية والانفعالية والاجتماعية والعقلية، وبدأ مسؤوليات الخاصة بالعلاقات الاجتماعية.

المدمن الراشد: الفرد الذي يتعاطى مادة أو أكثر من مواد الإدمان، والتي حدثت لديه تأثيرات نفسية وصحية، وهو الذي يتلقى العلاج بالمركز.

الفصل الثاني: السيکوبروفیل

تمهید

1. مفهوم السيکوبروفیل
2. مصطلحات ذات علاقة بالسيکوبروفیل
3. أنواع السيکوبروفیل
4. إتجاهات السيکوبروفیل
5. أهداف دراسة السيکوبروفیل
6. مقاييس السيکوبروفیل

خلاصة الفصل

تمهيد:

دراسة السيكوبروفيل تعد جانبا أساسيا في مجال علم النفس العيادي، وهو عبارة عن لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد أو الحالة المدروسة الذي يوفر لنا فهما عميقا للجوانب السلوكية والنفسية لشخصية الأفراد، ويعطينا تحليلا إكلينيكيا ودقيقا لكل فرد، يتميز كل فرد بسمه من سمات الشخصية التي تميزه عن غيره من الأفراد، وتظهر هذه الخصائص من خلال تفاعله مع مختلف مواقف الحياة، وهذا يعود إلى تباين في مجموع الصفات النفسية التي يتألف منها كل فرد.

ففي هذا الفصل، سنتناول مفهوم السكوبروفيل وسنستعرض أنواعه. وسنناقش أيضا اتجاهاته ومقاييسه، وسنقدم أهم التعريفات المرتبطة به بالإضافة إلى أهم الأهداف التي يحققها.

1. مفهوم السيكوبروفيل:

رغم وجود العديد من المصطلحات العربية الأخرى التي يمكن استخدامها في المجال البحثي في علم النفس، إلا أن استخدام السيكوبروفيل منتشر بشكل أقل في البيئة العربية، يمكننا تعنيق فهمنا لهذا المصطلح من خلال استعراض بعض التعاريف والمفاهيم المرتبطة به:

عرفته ياسمينه:

لغة:

جاء لفظ بروفيل profile بعدة معاني:

- فهو يعني مظهر جانبي أو رسم جانبي مميز لشخص أو شيء.
- كما يعني مجموعة من السمات المميزة للشخص التي لها صلة بتأهيله لتأدية وظيفة ما.
- أو صورة عامة لوضعية نمو أو تطور.

أما السيكوبروفيل هو يعني:

- "بيان مقدار نتائج الاختبارات المتعمقة ونجاحها في قياس نفس الموضوع".

- كما جاء بمعنى آخر يقصد به: "مجموعة من المقاييس لعدة متغيرات تقيس نفس الموضوع، لتشكل بنية تميز الفرد".

إصطلاحاً:

السيكوبروفيل والذي يقصد به في العادة بروفييل الشخصية هو: صفحة تضم معلومات سيكولوجية عن الحالة المدروسة أو المراد متابعتها من طرف الأخصائي وفيه معلومات بيوغرافية ومعلومات عن أهم خصائص مراحل النمو النفسي للمفحوص والاضطرابات التي يعاني منها، وباختصار هي لمحة سيكولوجية عن حياة الفرد. (مزوار، 2013، صفحة 140، 139)

جاء في قاموس لعلم النفس dictionnaire de la psychologie larousse أن السيكوبروفيل هي التمثلات البيانية "représentation graphique" لنتائج المفحوص المتحصل عليها جراء تطبيق سلسلة من الاختبارات السيكومترية "psychométriques épreuves"، والمعبر عنها عن طريق وحدات القياس المقارنة (معاملات الذكاء، النسب المئوية... إلخ) والتي تعمل على رسم الملامح الذهنية "la physionomie mentale" للفرد. وقد قدم هذا المفهوم من قبل عالم النفس الروسي Rossolimo عام 1912. (Sillamy, 1982)

ويرى السيد محمود أبو النيل السيكوبروفيل على أنه: مصطلح أستخدم لأول مرة بواسطة روزليمو

(Rossolimo 1911) في اختبارات الذكاء ثم جاء كلا من مللي وكسلر maili&wechsler في

مجال النواحي الانفعالية والميول والاهتمامات. (النيل، 2001، صفحة 150)

وعرفه "جمهرة العلماء" على أنها: رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختيار أو في

أكثر من سمه أو استعداد حتى نعلم في أيها يكون مرتفعاً وفي أيها يكون متوسطاً وفي أيها يكون دون

المتوسط وإلى أي مدى يكون هذا الارتفاع أو الانخفاض.

كما يعرفه "لويس مليكة" (1994) أن السيكوبروفيل هو: التعمق في تحليل الصفحة النفسية والاستعانة

بكل من التحليل من الكمي والكيفي لمجالات وبنود الاختبار لتحديد جوانب القوة والضعف لدى الفرد. (العمرى،

2001، صفحة 47)

أيضا يعرفه "بن نعمان": مجموعة من الخصائص التي تميز شخصية الأفراد وتقسّم إلى ثلاث أنواع من

السمات (الطائي، 2018، صفحة 2033):

- ✓ العناصر الديناميكية: وتتمثل بالدوافع المؤدية للسلوك سواء كانت فطرية أو مكتسبة.
 - ✓ الخصائص المزاجية: وتتمثل بالسمات الثابتة نسبياً، وتعمل على تمييز استجابة الأفراد للمثيرات المختلفة.
 - ✓ القدرات والكفايات العقلية: وتشمل الذكاءات والمهارات والقدرات العقلية الخاصة والعامة.
- عرفه "دسوقي" بأنه: يطلق على الخبر الوصفي كتقرير سردي مع احتمالية مصاحبة التقرير لرسم بياني، أي فن كتابة تاريخ حياة، أو وصف طباع، وفن الوصف الأدبي لخصائص أحد الأفراد حقيقة أو خيال اعتماداً على مقولات ونظريات التحليل النفسي. (زعتر، 2015، صفحة 11)
- جاء في معجم مصطلحات علم النفس *vocabulaire de la psychologie* أن السيكوبروفيل هو نمط تمثيلي لمجموعة النتائج المتحصل عليها عبر الدراسات والمقاييس الموضوعية، إنها مجموعة القيم المعروضة عمودياً، المتحددة مع السمة المستمرة والتي ترسم صورة مقارنة للسيكوبروفيل. (piéron, 1973, p. 347)

2. مصطلحات ذات علاقة بالسيكوبروفيل:

هناك عدة تسميات تُستخدم للإشارة إلى السيكوبروفيل، مثل التخطيط النفسي، والصفحة النفسية الانفعالية، والملح النفسي، والمبيان، وغيرها، وجميعها تندرج ضمن سياق واحد يتعلق بمجموع الصفات والسمات التي تميز شخصية الفرد. ويقدم محمود أبو النيل بعض المفاهيم المشتركة مع البروفيل النفسي، مثل:

✓ الصفحة النفسية

✓ تحليل البروفيل النفسي

✓ خريطة البروفيل النفسي

✓ السيكو جرام

• الصفحة النفسية:

تعرف موسوعة علم النفس والتحليل النفسي **الصفحة النفسية**: بأنها رسم بياني يوضح المستوى النسبي للفرد على أكثر من اختبار أو في أكثر من سمة أو استعداد نفسي أو عقلي حتى نعلم أيهما يكون مرتفعاً وفي أيها يكون متوسطاً وفي أيها يكون دون المتوسط وإلى أي حد يكون هذا الارتفاع أو الانخفاض ولا يمكن أن نقوم برسم الصفحة النفسية لعدة اختبارات أو استعدادات نفسية إلا على أساس معيار موحد في

أساس حسابه كالمئينات فقط أو الدرجات التائية وهكذا حتى يمكن المقارنة بين هذه الدرجات على مختلف تلك الاختبارات أو الاستعدادات بناء على تشابه وحدات المعيار في كل اختبار. (طه، قنديل، أبو النيل، محمد، و عبد الفتاح، 1993، الصفحات 251-252)

• تحليل البروفيل النفسي analyse du profil:

والمقصود به هو الطريقة المتبعة لتحليل نتائج الاختبارات المطبقة بغية الوصول إلى رسم صورة شاملة من مختلف خصائص وسمات الفرد.

• خريطة البروفيل النفسي graphique du profil:

مجموعة الدرجات المتحصل والتي تمثل على شكل منحني، وتكون شبيهة بالدرجات المستخرجة من المعالجات الإحصائية.

• السيكوجرام psychogram:

ويقصد به مجموع السمات النفسية للمفحوص بالإضافة إلى تمثيل أهم الموضوعات التي عاشها في مختلف مراحل حياته. (بوفج و نوري، 2017، صفحة 111)

3. أنواع السيكوبروفيل:

1.3 البروفيل العصابي: (العصابية Neuroticism):

نجد شخصيات هذا البروفيل تتسم بعدم الاتزان الانفعالي والشعور بالقلق والخوف والفرع والتوتر في حال مواجهة المواقف الضاغطة. (الحربي، 2018، صفحة 14)

- حسب ايزنك أيضا تتسم شخصية العصابي عند مرحلة الرشد بقصور في العقل والجسم، ونكائه نحو المتوسط، وكذلك إرادته وقدرته على الضبط الانفعالي، ودقة أحساسه، وقدرته على التعبير عن نفسه، بطئ في التفكير والعمل، غير اجتماعي، يميل إلى كبت الحقائق الغير سارة. (عبدالله، 2000، صفحة 22)

- يعد البروفيل العصابي لشخصية العصابية هو الجانب الغير سوي ل نفسية وسلوك الشخص وعدم القدرة على مواجهة الواقع والتركيز على المجال الانفعالي أكثر من المجال العقلي في جميع العلاقات وحل المشكلات. (سعي12صفحة 37)

- العصابية هي القابلية للإصابة بالاضطراب النفسي أي العصاب، ويتسم ذوو الدرجة العليا من العصابية بعدم الثبات الانفعالي وعدم الاتزان، مع أعراض وشكاوي جسمية ونفسية متعددة. وللعصابية درجة مرتفعة من الوراثة، وتشير الدراسات إلى مسؤولية الجهاز العصبي اللاإرادي (الأتونومي) عن درجة العصابية. ومن ناحية أخرى فالعصابية سلوك متعلم أيضا. (عبدالخالق أ.، 1997، صفحة 85)
 - فمن أهم أسباب تكون الشخصية العصابية وظهور البروفيل العصابي الصراع بين الدوافع الشعورية واللاشعورية أو بين الرغبات والحاجات المتعارضة والإحباط والكبت والتوتر الداخلي وضعف دفاعات الشخصية ضد الصراعات المختلفة دورا هاما في تسبب العصاب وتؤدي البيئة المنزلية العصابية والعدوى النفسية إلى العصاب، كذلك فإن الحساسية الزائدة تجعل الفرد أكثر قابلية للعصاب. (لوري، 2014، صفحة 79)
 - حسب كوستا ومكازي: تتمثل سمات الشخصية العصابية في ستة أوجه وأبعاد أساسية وهي: (صالحي، 2012)
 - القلق: يتصف هؤلاء الأشخاص بالعصبية والخوف، القيام بسلوكات خاطئة، والفشل في تأدية المهام والتوتر المرتفع.
 - العدائية والغضب: ويتصفون هؤلاء الأشخاص بسرعة الغضب وهم من أصحاب المزاج السيئ، وهم أكثر تعرضا للإحباط.
 - الاكتئاب: ويتصفون هؤلاء الأشخاص بتدني مفهوم الذات لديهم، الشعور بالذنب والوحدة.
 - الاندفاعية: هؤلاء الأشخاص يتصفون بالميل والاعراء، الصعوبة في السيطرة على الرغبات والإفراط في الأكل، الإنفاق على المغامرات وكثرة الشعور بالندم.
 - القابلية للانجراف: يتصفون هؤلاء الأشخاص بسرعة التأثر بالضغوط، كثرة القلق، الارتباك والإحباط.
- وهنا نرى أن البروفيل العصابي لدى البالغ أو الراشد يكون غير قادر على التكيف إلى الواقع وإلى المجتمع، ويكون رد فعله قويا (هروب وخوف وهجوم، إلخ). (داكو، 2002، صفحة 8)

2.3 البروفيل الذهاني:(الذهانية psychotism):

فشخص ذو بروفيل ذهاني لديه اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للشخص مضطربا ويعوق نشاطه الاجتماعي.

ويصيب أيضا الشخصية وتتفكك وتتشوه وتفقد تكاملها، وتتغير تغير جذريا حتى تصبح المرض مع الوقت غريبا عما كان يعرف به قبل المرض. ويبدو السلوك العام للمريض غريبا شاذا بدائيا مضطربا بشكل واضح بعيدا عن طبيعته. (لوري، 2014، صفحة 80)

وجاء في معجم الطب النفسي يستخدم هذا التعبير لوصف الاضطرابات العقلية الشديدة التي تضرب فيها علاقة المريض مع الواقع، وذلك مقارنة بحالات العصاب Neurosis التي تكون أقل تأثيرا على حالة المريض، ومن الاضطرابات الذهانية الشائعة حالات الفصام والبارانويا والاضطرابات الوجدانية والذهانات العضوية.

أما الذهانية Psychoticism: فإنها من أبعاد وصفات قياس الشخصية مثل العصابية Neuroticism. (الشربيني، صفحة 148)

الذهانية psychotism بعد أساسي أو نمط في الشخصية، مقلوبة التحكم في الاندفاعات Impulse contrôle، يوجد بدرجات مختلفة لدى جميع البشر، مع أن توزيع الدرجات المستخرجة من الاستخبارات التي تقيسه غير اعتدالي. (عبدالخالق أ.، 1997، صفحة 76)

- الذهان العضوي:

إن الذهان العضوي نعني به الأمراض العقلية التي تصيب الفرد وتنشأ عن أسباب عضوية أي تلف أو إصابة في الأعضاء وليس اضطرابات في وظيفة هذه الأعضاء وعادة ماتتسأ هذه الأمراض الذهانية العضوية من أسباب عضوية في الجهاز العصبي أو أجهزة الجسم المختلفة التي تكون بالتالي لها تأثير على المخ _ كمركز قيادة هذا الجسم وتحقيق التوازن الحيوي داخل الفرد وفي علاقة هذا الفرد بالعالم الخارجي _ والأمراض الذهانية العضوية يمكن أن تنشأ من أمراض الجهاز العصبي مثل تسمم الجهاز العصبي نتيجة للإدمان أو التعرض لمواد تؤدي إلى تلف في مراكز المخ. (طه، قنديل، أبو النيل، محمد، و عبد الفتاح، 1993، صفحة 208)

- الذهان نفسي :

أي أن منشأ أمراض الفصام والهاء والهوس. ومن أنماطه ذهان الاكتئاب والذهان التفاعلي، وذهان المواقف وذهان سن اليأس والمسمى بالذهان الانتكاسي. والمذهون النفسي تتناقض صلته بالعالم الواقعي حتى أنه يعيش في دنيا خاصة به وكأنه يحلم، وفي الحالات الشديدة قد يشمل التدهور كل الشخصية. وقد أجريت العديد من الدراسات حول الذهان فتبين مايلي: (الذهان العضوي والنفسي، 2010)

- إن الإناث المصابات بذهان الهوس الاكتئابي والذهان الانتكاسي وذهان الشيخوخة أكثر عددا من الذكور.
- نسبة إصابة المتعلمين والأذكيا والموهوبين أكثر من غيرهم.
- احتمالات الإصابة به بين المتزوجين أقل منها بين غير المتزوجين أو الأرامل أو المطلقات.
- إن أهل المدن أكثر إصابة بالذهان من أهل الريف بنسبة الضعف.

حسب أيزنك الفرد الحاصل على على درجة مرتفعة على بعد الذهانية في البروفيل الذهاني بالصفات الآتية: منزو، لايهتم بالآخرين، غالبا ما يكون مزعجا، غير مناسب في أي مكان، كما يمكن أن يتسم بالقسوة وعدم الإنسانية، تنقصه المشاع، والتعاطف الوجداني ومشاركة الآخرين مشاعرهم، وجميعها صفات تشير إلى تبدل الشعور أو نقص الإحساس.

و ذو الدرجة المرتفعة من الذهانية كذلك عدائي نحو الآخرين وحتى نحو أصدقائه وعشيرته، هذا فضلا عن كونه عدوانيا حتى نحو من يحبهم، وهو يميل إلى الأشياء الشاذة الغريبة، يحب الغير المألوف، لا يكثر بالخطر، يحب أن يخذع الآخرين وأن يستغلهم، كما يحب مضايقتهم وإزعاجهم، وهذا وصف للراشد الذي يحصل على درجة مرتفعة على بعد الذهانية. (عبدالله، 2000، صفحة 63)

الذهانية بعد في الشخصية تشير إلى قابلية الفرد لتطوير شذوذ نفسي، وتوجد بدرجة مرتفعة لدى الذكور بالمقارنة إلى الإناث، وكذلك ترتفع لدى السيكوباتيين والمجرمين والذهانيين. (عبدالخالق أ.، 1997، صفحة 85) فبروفيل الشخص الذهاني له خصائص وسمات أساسية للشخصية الذهانية: (لوري، 2014، الصفحات 82-83)

- اضطراب النشاط الحركي فيبدو البطء والجمود والأوضاع الغريبة والحركات الشاذة.
- تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا، واضطراب التفكير بوضوح يصبح ذاتيا وخياليا وغير مترابط.

سوء التوافق الشخصي والاجتماعي والمهني.

- اضطراب الانفعال، ويبدو التوتر والتبدل وعدم الثبات الانفعالي والتناقض الوجداني والخوف والقلق ومشاعر الذنب الشاذة.
- اضطراب السلوك بشكل واضح فيبدو شاذاً نمطياً انسحابياً، واكتساب عادات وتقاليد وسلوك يختلف ويبتعد عن طبيعته الفرد.

3.3 البروفيل السيكوباتي :

فشخص ذو بروفيل سيكوباتي تتضمن هذه الشخصية اضطراب و سلوك شاذ وخروج على الأعراف والقوانين الاجتماعية، ويطلق أيضا المضاد للمجتمع antisocial، والوصف للشخص الذي يتصف بذلك هو سيكوباتي psychopathic أو psychopath، ومن هؤلاء معتادي الإجرام والعنف والسرقة والكذب والمشاجرات، وتصل نسبتهم إلى 3% في المجتمع، وما يقرب من 75% من نزلاء السجون. (الشربيني، صفحة 147)

تشير الجمعية الأمريكية للطب العقلي في دليل التشخيص والإحصاء " DSM " للشخصية السيكوباتية أنها اضطراب انفعالي وعدم الاتزان النفسي الذي يرجع إلى اتجاهات مرضية في تكوين الشخصية. (يوس، 1993، صفحة 358)

تتميز الشخصية السيكوباتية "المضادة للمجتمع" أنها شخصية هزيلة متطفلة ضئيلة وحتى أنها تتسم بالسلوك الطفلي، أي سلوك الطفولة وهو قد بلغ سن الرشد أو تجاوزه، فردود الأفعال طفولية إنفعالية تقوم على العاطفة السلبية. (لوري، 2014، صفحة 62)

الشخصية السيكوباتية نمط من أنماط الشخصية التي تتدرج ضمن تصنيف الشخصية الغير سوية، ولذلك كان اضطراب الشخصية السيكوباتية سواء أكان هذا الاضطراب ناتج عن شذوذ عقلي أو ناتج عن شروط بيئية مكتسبة، فإن هذا النوع من البروفيل النفسي السيكوباتي بعدم القدرة على تقبل المعايير الاجتماعية والأخلاقية السائدة فهم غير ناضجين انفعاليا، ولا يتحملون المسؤولية، اندفاعيين. (عبدالله، 2000، صفحة 223)

فيتسم صاحب البروفيل السيكوباتي ببعض السمات للشخصية السيكوباتية: (أبو هيشل، 2013، صفحة 18)

- عجز في القدرة على فهم أو قبول القيم الخلقية، وعجز عن متابعة الأهداف المقبولة اجتماعيا.

التمركز حول الذات، والأنانية، والاندفاعية، وعدم تحمل المسؤولية، والعجز عن الضبط، السلوك الجنسي الشاذ.

- عدم الشعور بالذنب والإثم أو العار أو الخجل، ولديه صعوبات في التعامل، وليس له أصدقاء حميمين.
- علاقاته الشخصية المتبادلة ضعيفة، وكذلك العلاقات الاجتماعية مع عدم تخلي بالتعاطف أو المشاركة الوجدانية.
- العجز عن الاستفادة من الأخطاء يميل لعدم التعلم من خبرات الحياة فيما عدا استغلال الناس، والإفلات من العقاب.
- عالة على أهله، وأصدقائه. كثيرا مايسبب لهم المتعاب، ويوقعهم في المشاكل بسبب تصرفاته .

4. اتجاهات السيكوبروفيل:

تعتبر الاتجاهات النفسية للسيكوبروفيل مهمة فهي تعبر عن الميل العام لشخصية الفرد سواء كانت إيجابية أو سلبية فهي تعتبر جزءا أساسيا من الهوية وتمثلت في:

1.4 البروفيل السوي:

يزداد الاهتمام بدراسة الصفحات النفسية للحالات العادية والسوية، وما تتضمنه من نزعات وسمات، مما يلاحظ من يعرف الشخص. ومن المرغوب فيه جدا في العمل مع الأفراد السويين. كما هو الحال مع اللاسويين، تجنب استخدام المصطلحات السيكياترية. ومن الأفضل الإشارة إلى الصفحات النفسية بالرموز، فإن ذلك يساعد الإكلينيكي على التخلص من قيود وعيوب التصنيفات اليكياترية الضيقة، ويعوده على التأمل في ديناميات الحالة.(مليكه، 2000، صفحة 157)

فصاحب البروفيل السوي هو الذي يتمتع بصحة نفسية جيدة والصحة النفسية هي كيفية الشعور تجاه النفس وتجاه الآخرين ومواجهة مطالب الحياة وأهم السمات التحليلية لأصحاب الشخصية السوية:(لوري، 2014، صفحة 51)

- يشعرون اتجاه أنفسهم بارتياح ورضى وسرو.
- لاتهدمهم عواطفهم ويسيطرون على مخاوفهم وغضبهم.
- لايكسروهم الفشل في الحياة .
- متسامحون ومتساهلون مع أنفسهم ومع الآخرين .

- لا يقللون من أهمية مقدرتهم، ولا يقدرونها أكثر مما هي عليه .
- يتقبلون أخطاءهم وتقصيراتهم.
- يحترمون أنفسهم .
- يشعرون بقدرتهم على مجابهة معظم ما يعترض طريقهم في الحياة.
- ينالون الرضى من مباحج بسيطة يومية.

فحسب علم النفس والطب النفسي: يقصد بالبروفيل السوي أو السواء هو خلوه من الاضطراب أو الانحراف والشذوذ ألا وهو اللاسواء.(طه، قنديل، أبو النيل، محمد، و عبد الفتاح، 1993، صفحة 230)

2.4 البروفيل اللاسوي:

هو الاختلاف عن الشيء العادي أو الشيء المعتاد. ولذا فهو يطلق على الاضطراب أو الانحراف عن المتوسط العام أو المجموع العام.(طه، قنديل، أبو النيل، محمد، و عبد الفتاح، 1993، صفحة 239)

- من الوجهة النفسية: يطلق على السلوك الذي لا يناسب السلوك الملاحظ عادة في ظروف وجماعة معينة لكن ما هو غير سوي لا يعني أنه مرضي، بل يختلف عن المعتاد ملاحظته، ولتفادي الغموض يجب تقويم وصفي، كمي، كيفي، ومثالي، لأن الغير عادي ليس مرضيا، والمعتاد ليس سويا بالضرورة.

- من الوجهة الإحصائية: المعيار الإحصائي لبروفيل الشخص الغير سوي: يشير إلى درجات الارتفاع الشديد والانخفاض الشديد عن المتوسط الحسابي، واللذين يكونان على طرفي التوزيع.(طه، قنديل، أبو النيل، محمد، و عبد الفتاح، 1993، صفحة 239)

- من الوجهة الاجتماعية: المعيار الاجتماعي لبروفيل غير سوي: هو تجاوز الأسس المرسومة اجتماعيا، التي يتبناها العاملون في الميادين الاجتماعية، لذلك يعتبر أي سلوك يتنافى مع توقعات المجتمع سلوكا غير سوي.(اغمين، 2017، صفحة 701،702)

فيلقي الضوء الطبيب النفسي ستافورد كلارك في كتابه: psychiatryto_day أن اللاسواء النفسي لدى الفرد يتحدد بتوفر الشروط الثلاثة الآتية: (أبوالنيل، 2014، صفحة 31،32)

- (1) شدة المعاناة من الأعراض المرضية.
- (2) استمرار الأعراض فترة طويلة.
- (3) عدم تناسب الاستجابة مع المثير.

إذا فبروفيل الشخص اللاسوي: هو الذي يختلف سلوكه عن سلوك الشخص السوي في تفكيره ومشاعره وعلاقاته مع الآخرين ويكون غير متوافق شخصيا وانفعاليا واجتماعيا وبشكل تسيطر عليه نزعاته النفسية وغرائزه الحيوانية ويكون عرضة للأمراض النفسية والعقلية والتي تنعكس بشكل واضح في سلوكه وأخلاقه مع الآخرين من أبناء مجتمعه.

ولهذا يكون من السهل علينا أن نحدد من هو المريض نفسيا ولكن من الصعب أن نحدد من هو السوي وهذه الصعوبة منشؤها يكمن في طبيعة الإنسان نفسه إذ أنه كائن معقد السلوك ومتغير المزاج في كل لحظة إذ أن هناك الكثير من أوجه الحياة النفسية يصعب تحسسها من خلال ملاحظة سلوك الفرد وبالتالي يصعب قياسها مثل أوجه الحياة العاطفية والانفعالية فقد تنعكس في مظاهر سلوكه كما يراه الآخرون لذا فمن غير الممكن الاستدلال عليا إلا من خلال الفرد نفسه.(الشخصية السوية واللاسوية وتأثيرها في المجتمع، 2016)

5. أهداف السيكوبروفيل:

للسيكوبروفيل أهداف تساعد في تقديم وتحليل شامل للشخصية وذلك من خلال مايلي:(عبدالخالق أ.، 2000، صفحة 112)

- ✓ التعرف إلى الدرجات التي حصل عليها المفحوص في كل سمة من السمات المقاسة بطريقة مباشرة.
 - ✓ معرفة النمط العام لدرجات السمات التي يقيسها الاختبار لدى المفحوص .
 - ✓ الكشف عن السمة التي حصل فيها المفحوص على أعلى درجة ، والسمة التي لها أقل درجة .
 - ✓ التعرف إلى مركز درجات المفحوص على مختلف السمات بالنسبة لوحد أو آخر من المعايير:
- متوسطات ،متينيات ، درجات معيارية، وغيرها
- ✓ إعداد صفحة نفسية أو تقرير نفسي حول مختلف صفات قدرات واستعدادات المفحوص، بالإضافة إلى مختلف مؤشرات المرضية.(مرحباوي، 2022، صفحة 25)

ولتحقيق هذه الأهداف يجب أن يقوم الأخصائي النفسي بتمثيل درجات المفحوص أو المفحوصين على الرسم البياني الذي يدعى السيكوبروفيل أو البروفيل النفسيوهوالمنحنى الذي يمثل درجات المفحوص على عدد من السمات.

6. مقاييس السيكوبروفيل:

تعد مقاييس السيكوبروفيل مقاييس أساسية لتحقيق هذا الفهم حيث توفر معايير تحليلية دقيقة تعتمد على أسس علمية ونفسية راسخة تتمثل في: (مليكة، 2000، الصفحات 21-29)

✓ مقياس الصدق:

إن الصدق العام للصفحة النفسية يجب أن يكون الخطوة الأولى للاكلينيكي بعد تصحيح الاستجابات للاختبار، ويعني مفهوم الصدق في التعريف السيكومترى بعامه درجة قياس الاختبار المعين لما يزعم معد الاختبار أنه يقيسه، وهناك عدة أنواع لصدق وعدة طرق للتحقق منه مثلاً: الصدق التنبؤي أو الصدق التلازمي وصدق المركب الخ، ولتحقيق من الصدق التنبؤي مثلاً يوجد معامل الارتباط بين درجات على الاختبار (مثل مقياس الذكاء) وبين درجات المحك الخارجي مثل الأداء في امتحان نهاية العام الدراسي.

✓ المقياس "عدم الإجابة": مقياس لا إجابة؟:

الدرجة الخام على هذا المقياس هي عدد الفقرات التي لم يستطيع المفحوص الاستجابة لها في إحدى الفئتين " نعم " أو " لا ". ومن المرغوب فيه أن تكون هذه الدرجة أقل ما يمكن. وتوضح الدراسات (١٨ ص، ٣١) أن عدم الاستجابة لثلاثين فقرة يغير من "رموز الفئات " في أكثر من ٢٥٪ من الصفحات النفسية، بينما يغير عدم الاستجابة لمائة وثلاثين فقرة أكثر من نصف رموز الفئات. وبالتالي، فإن تحريف الصفحة النفسية يزداد احتمال وقوعه حين لا يجاب عن 30 فقرة أو أكثر. وذلك بالرغم من أن ارتفاع الصفحة النفسية قد يقل قليلاً، ولذلك فإنه من الضروري الإقلال قدر الإمكان من عدد الفقرات التي لا يستجيب لها المفحوص، وبخاصة إذا زاد العدد عن 10 فقرات، ومن المفيد محاولة تشجيع المفحوص على إعادة النظر في الفقرات التي لم يستجيب لها، وتوضيح أن الاستجابة هي لما إذا كانت الفقرة تنطبق عليه أو لا تنطبق عليه غالباً أو في معظم الأحوال، فإذا أصر المفحوص على عدم الاستجابة، فإنه يحسن ألا يضغط عليه كثيراً. وفي هذه الحالة، يمكن إجراء التصحيح على النحو الذي عرضناه سابقاً. ولكن رغم أن مثل هذه الإجراءات قد تساعد على توضيح أقصى درجات القوة لزملة من الأعراض، إلا أنها تبطل قيمة جداول المعايير، وتغير من التفسير، وقد يكون من المفيد تقدير نسبة ما يخص المقياس المعين من الفقرات التي لم يستجيب لها المفحوص، فقد تكون هذه النسبة ضئيلة جداً وذات أثر محدود. وبالطبع من المفيد دائماً سؤال المفحوص عن أسباب عدم الاستجابة، وهل ترجع إلى عدم الرغبة في الاستجابة، وبالتالي فإن الاحتمال المرجح هو أن تكون الاستجابة لها دلالة مرضية، ومن ثم يمكن تصحيحها بالإجراء المقترح سابقاً، أم أن عدم الاستجابة يرجع

إلى عدم معرفتها. وفي هذه الحالة يمكن تجاهل هذه الفقرات إلا أن التحقق من السبب سوف يكون بالطبع أمرا صعبا ويستغرق وقتا طويلا.

✓ مقياس الكذب " ل ":

ويذكر هاتاواى وماكتلى (١٩) أن الدرجات المرتفعة على المقياس؟ تكثر بين السيكاثيين والاكنتابين.

يشتمل المقياس على 15 فقرة اختيرت على أساس منطقي لتمييز الأشخاص الذين يتجنبون عن قصد الاستجابة الصريحة والأمانة. وتشتمل الفقرات على اتجاهات وممارسات مرغوبة ثقافيا ولكن يندر في الواقع إتباعها الا من قبل الأشخاص ذوى الضمير الحي. وهي فقرات تتناول أفكارا سيئة وإنكارا للعدوان وعدم أمانة وضعفا في الخلق. ومن أمثلة هذه الفقرات " لا أقول الصدق دائما". فرغم أن الإجابة الصحيحة المعتادة تكون " نعم " إلا أن الإجابة المقبولة اجتماعيا تكون "لا" ولذلك يفترض في الشخص الذي يريد أن يظهر نفسه في صورة مقبولة، أن يحصل على درجة مرتفعة في المقياس " ل " عن طريق تحريف استجابته لفقرات المقياس.

وقد أجاب معظم أفراد عينة التقنين الأمريكية على فقرات المقياس في الوجة السوية، فيما عدا الفقرات 15، 135، 165 والتي أجابت عنها أغلبية في الوجة اللاسوية. وفي بحوث أخرى شملت الإجابات اللاسوية أيضا الفقرتين 45، 255. وقد لوحظ أن معظم الفقرات يستجاب لها. فإذا لم يستجب للفقرات فإنها يغلب أن تكون للفقرتين 255، 285، كما لوحظ وجود بعض فروق بين الجنسين. وقد لوحظ أيضا أن الطلبة الجامعيين والمراهقين يغلب أن يتجنبوا الاستجابة للفقرات 15، 135، 165، 225 نظرا لعدم توفر الخبرة لديهم بمضمون هذه الفقرات. ويعتقد أنه نظرا لأن الاستجابة اللاسوية هي بالنفي لكل فقرات المقياس، فإن احتمال تأثر الاستجابة بعامل "الاتجاه نحو الاستجابة للاختبار" أو "التهيو العقلي" يزداد، ومن ذلك

التهيو للاستجابة لكل فقرات المقياس في الفئة " لا ". ولذلك فإن الدرجة الخام الأكبر من 7 على هذا المقياس تستحق النظر في احتمال تأثرها بعامل " التهيو الاستجابي * وبخاصة من جانب من لا يتوقع منهم هذه

الاستجابات. وقد وجد أن المقياس " ل " يعجز عن الكشف عن الأشخاص ممن يتسمون بالحنق

السيكولوجي sophisticated حين يعطون تعليمات بتزييف استجاباتهم للاختبار، مما يشير إلى أن مثل هؤلاء

الأشخاص يدركون أنه لأمر غير مقنع تزييف استجاباتهم لفقرات المقياس، ولذلك يمكن القول بأن المقياس "

ل " يقيس الحنق السيكولوجي، فتدل الدرجة المرتفعة على نقص هذا الحنق ويندر أن يحصل الطلبة

الجامعيون والافراد من الطبقات الاقتصادية - الاجتماعية الأعلى على درجات تزيد عن 4 على هذا

المقياس، بينما يغلب أن يحصل الأقل حنقا والافراد من الطبقات المنخفضة على درجات أعلى فإذا حصل

شخص جامعي على درجة عالية على المقياس " ل " فإن ذلك قد يشير إلى قصور في الحكم وفي البصر بسلوكه. ويتساءل الباحثون عما إذا كان ذلك إشارة إلى نزعات بارانويدية رغم أن هذه الفرضية لم تختبر بعد.

وكلما زاد ارتفاع الدرجة على " ل " كلما انخفضت الدرجات على معظم المقاييس الاكلينيكية، ويمثل ذلك، إنكارا ورفضاً للإعتراف بوجود أي نوع من السيكوباتولوجيا، ويزداد احتمال ارتفاع الدرجة على كل من المقياسين ١، 3 مع ارتفاع الدرجة "ل" إشارة إلى نفس أليات الإنكار ونقص البصر السيكولوجي. وكذلك قد يصاحب هذا الإرتفاع إرتفاع على المقياس (9) إشارة إلى مفهوم ذات متعظم يتركز حول إنكار شامل للسيكوباتولوجيا.

✓ مقياس " عدم التواتر " (ف) :

يتكون المقياس " ف " من 64 فقرة من الفقرات التي لم يجب عنها أكثر من ١٠٪ من عينة فرعية من مجموعة التقنين في الواجهة الباثولوجية، ويسمى المقياس أحيانا مقياس "التواتر" * Frequency * أو * عدم التواتر * Infrequency * * ومن غير المعروف على وجه الدقة سبب تسمية المقياس بالحرف F (ف)، هل هو الحرف الأول من كلمة Frequency أم كلمة False ؟. على كل حال، تتناول فقرات المقياس عددا متنوعا من المضامين الواضحة وغير الغامضة، بما في ذلك الاحساسات والافكار الخلطية والخبرات الغربية ومشاعر العزلة والاعتراب وعدد من الاعتقادات المتناقضة واللاعقلانية والتوقعات والأوصاف الذاتية، وتنتمي 35 فقرة إلى مقياس " ف " وحده، بينما تشترك بقية الفقرات في مقاييس أخرى هي البارانويا والسيكاثينيا والفصام والهوس الخفيف.

وترتفع الدرجة على المقياس " ف " اذا لم يستطع المفحوص أن يعطى إجابة مميزة لسبب من الأسباب كأن يكون غير قادر على القراءة والفهم بدرجة مناسبة ، أو أن يكون مهملا عن قصد أو عن غير قصد ، ومن المحتمل أيضا أن تزداد الدرجة نتيجة الأخطاء في التصحيح ، إلا أن درجة هذا المقياس تزداد نتيجة انواع معينة من المرض النفسي وبخاصة في الحالات الشبيهة بالفصام وحالات الاكتئاب رغم الاجابة بعناية .

ورغم أن هاتاواي وماكنلي اقترحا في البداية الحكم على الصفحة النفسية التي تزيد فيها الدرجة التائية على المقياس " ف " عن ٧٠ او تعادلها ، بأنها غير صادقة ، إلا أن بحثا عديدة تالية أوضحت أن مثل هذه الصفحات النفسية صادقة وتمثل واقع الحال وذلك بين المرضى السيكياتريين ونزلاء السجون ، بل إنه من الممكن الاطمئنان إلى أن الدرجة الثانية حتى 80 لا تدل عادة على عدم الصدق في الحالات البسيطة

السابق ذكرها. ولكن مثل هذه الدرجات العاليه يجب دائما التساؤل عن اسبابها، واي تفسير للصفحة النفسيه المتضمنه درجه عاليه على المقياس "ف" يجب ان تكون في حدود التاكيد من ان المفحوص قد أجاب بعنايه وانه لم تحدث أخطاء في التصحيح ومن الممكن بالطبع سؤال المفحوص مباشرة عن مدى عنايته في الإجابه وفهمه للعبارات، وقد يتطلب الامر التاكيد من ذلك بمراجعة عدد الفقرات. إلا أنه غالبا، يعتمد تفسير الدرجة العاليه في المقياس بين "ف" على المظهر الكلي العام لبقية الصفحة النفسية وعلى العموم ، اذا كانت الدرجة العاليه في المقياس فنتيجة إهمال ، أو عدم فهم من الجانب المفحوص ، فإن نجد أنه يحصل أيضا على درجات عاليه في بقية المقاييس وخاصة في المقياس "هـ س" الذي لايحتمل أن يقل عن درجة ثانياة 55 في مثل هذه الحالات يستثنى ذلك المقياس "م ف" . وبالطبع ، لاتوجد قاعدة عامة تليق في كل حالات ، إلا ان الخبرة الإكلينيكية بالإختبار قد تمكن الفاحص من إطمئنان إلى الصفحة النفسية تكون الدرجة فيها على المقياس "ف" مرتفعة .

✓ مقياس التصحيح "ك":

يتكون المقياس " ك " من 30 فقرة أثبتت الدراسة الامبيريقية أنها تساعد في التعرف على الاشخاص الذين يظهرون سيكوياثولوجية هامة، ولكن تكون صفحاتهم النفسية في المدى السوى ، وقد اختار معدا الاختبار لهذا المرض مجموعتين من ٢٥ ذكرا ، ٢٥ أنثى ممن : (أ) شخصوا بأن شخصياتهم سيكوباتية ومن الكحوليين ومن غيرهم من فئات اضطرابات السلوك ممن حصلوا على درجة تانية 60 أو أعلى على مقياس الكذب ، وهو ما يشير الى نوع من التحريف في الاستجابة ؛ (ب) يشير تشخيصهم إلى أنه يجب أن تكون صفحاتهم لا سوية ، ولكن (ج) كانت صفحاتهم فعلا في المدى السوى - ومن خلال المقارنة بين هاتين المجموعتين والمجموعة المعيارية الاصلية على كل الفقرات ، اختيرت ٢٢ فقرة أظهرت على الاقل فرقا بمقدار 30% في معدلات الاستجابة بين المجموعتين ، وقد وجد بعد ذلك أن هذه الفقرات استطاعت التعرف على الدفاعية في معظم المرضى ، الا أن الاكثائبيين والفصاميين نزعوا إلى الحصول على درجات منخفضة ، ولذلك اضيفت ثمان فقرات وصحت لكى تميز بين هاتين المجموعتين من المجموعة المعيارية الاصلية.

خلاصة الفصل:

باختصار قدم لنا هذا الفصل فهما أساسيا لمفاهيم السيكوبروفيل وأنواعه وأهدافه في علم النفس الإكلينيكي كما تم استعراض اتجاهات السيكوبروفيل ومقاييسه التي أعطت فهما قويا وفعالا في تحليل شخصيات والأنماط السلوكية فهي تساعد الأخصائيين على تحقيق تطور شخصي ومهني مستدام، إذ تعتبر هذه المعرفة الأساسية أساسا لفهم عمل الأخصائي النفسي والتشخيص في السياق الإكلينيكي.

الفصل الثالث: الإدمان على المخدرات

تمهيد

- 1- مفهوم الإدمان على المخدرات
- 2- المفاهيم المتعلقة بالإدمان
- 3- أنواع المخدرات
- 4- مراحل الإدمان على المخدرات
- 5- العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات
- 6- خصائص وسمات المدمنين
- 7- تصنيف المخدرات حسب DSM5
- 8- الأضرار الناتجة عن الإدمان على المخدرات
- 9- الوقاية والعلاج من المخدرات
- 10- المخدرات في المجتمع الجوّاري

خلاصة الفصل

تمهيد:

تواجه المجتمعات العديد من المعضلات التي تؤثر سلبًا على أفرادها، ومن أبرز هذه المعضلات الإدمان على المخدرات. تعتبر هذه الظاهرة من أخطر التحديات الحالية التي تواجه المجتمعات بغض النظر عن تنوعها خصوصًا بعد الزيادة الرهيبة في نسبة المدمنين في كل دول العالم، حيث لا يكاد يخلو مجتمع من آثارها الضارة على الأفراد والمجتمع ككل خاصة فئة الراشدين. يؤدي الإدمان على المخدرات بأنواعها المختلفة وطرق استخدامها إلى دفع الفرد المدمن نحو سلوكيات سلبية وارتكاب أفعال طائشة، مما يعرض جسمه وعقله ونفسيته للموت البطيء.

وفي هذا الفصل سنتناول مفهوم الإدمان على المخدرات والمفاهيم المرتبطة بالإدمان، مما سنتطرق أيضا إلى أنواع المخدرات ومراحل الإدمان والعوامل المؤدية إلى الإدمان مع الكشف عن خصائص وسمات المدمنين وتصنيف المخدرات حسب DSM5 والأضرار الناتجة عنه وأخيرا وأخرا الوقاية والعلاج من هذه الآفة الخطيرة مع التعرف على المخدرات في المجتمع الجزائري.

1. مفهوم الإدمان على المخدرات:

مفهوم المخدرات:

لغة:

أصل كلمة المخدرات في اللغة العربية خدر وتعني الستر ويقال جارية "مخدرة" إذا ألزمت الخدر أي اشترت، ومن هنا استعملت كلمة مخدرات على أساس أنها تستر العقل وتعينه، وفي اللغة الفرنسية توجد كلمة Drogue وتعني مادة تستخدم في أغراض طبية أو بمفردها أو بخلطها، وهي تعمل على تغيير حالة أو وظيفة الخلايا أو الأعضاء أو كل الكائن الحي، أما كلمة Narotic فتعني عقار يحدث النوم أو التبدل في الأحاسيس وفي حالات استخدم جرعات كبيرة يحدث التبدل الكامل وهي تقابل كلمة مخدر في اللغة العربية. (فايزة، 2023، صفحة 75)

اصطلاحا:

هي المادة التي يؤدي تعاطيها إلى حالة تخدر كلي أو جزئي مع فقدان الوعي أو دونه وتعطي هذه المادة شعورا كاذبا بالنشوة والسعادة مع الهروب من عالم الواقع إلى عالم الخيال. (بن النوي، 2020، صفحة 144)

وعرفت أيضا كمادة طبيعية أو مصنعة تدخل جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساسه وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثيرها ضارا على البيئة والمجتمع. (أبو زيد، 2023، صفحة 260)

التعريف القانوني للمخدرات:

هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وترهق الجهاز العصبي ويتم تحضيرها وتداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك، وقد ورد في المادة 02 من القانون الجزائري المتعلق بالوقاية من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجارا لغير المشروعين بها أن "المخدر هو كل مادة اصطناعية من المواد الواردة في الجدولين الأول والثاني من

الاتفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972. (بن النوي، 2020، صفحة 145)

التعريف العلمي للمخدرات: تعتبر المخدرات مادة كيميائية تسبب النعاس، والنوم، أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم.

كما عرفت طبيا: كل مادة خام، أو مستحضر يحتوي على عناصر مسكنة أو منبهة، من شأنها إذا استخدمت من غير الأغراض الطبية المخصصة لها، وبقدر الحاجة إليها، ودون مشورة طبية، أن تؤدي إلى حالة من التعود والإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع.

بينما يعرفه عرموش: بأنها المستحضر المستخلص من النباتات والحيوانات، أو مشتق منها، أو مركب من المواد الكيميائية والذي يؤثر على الإنسان والحيوان والنبات سلبا وإيجابا. (صيام، 2015، صفحة 10)

عرفت اجتماعيا: يعرفها بأنها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتداولها إلى السلوك الجانح، وهي أيضا تلك المواد المذهبة للعقل فيأتي مستعملها سلوكا منحرفا. (الغريب، 2002، صفحة 33)

ومن الناحية النفسية: هي المواد التي تسبب لمتعاطيها انفعالات جانحة وسلوك غير قويم بسبب ذهاب عقله نتيجة تعاطيه لتلك المواد وتسبب له نوع من القلق النفسي والاكتئاب وضعف الطموح الاجتماعي والإرادة فتؤدي إلى السلوك المنحرف والجريمة التي يسلكها لغرض الحصول على الأموال بطرق غير مشروعة لتمويل تعاطيه لتلك السموم.

والمخدرات شرعا: هو ما غيب العقل والحواس دون أن يصحب ذلك نشوة أو سرور أما إذا صحب ذلك فهو السكر، والمخدرات كالخمر كلاهما يخمر العقل أو يحجبه وقد حرم الشرع كل ماله هذا التأثير. (سالم، 2012، صفحة 137)

ولقد حرمت كل أنواع المسكرات والمخدرات تحريما صريحا في القرآن الكريم وفي السنة الشريفة تنزيلا لقوله عز وجل في سورة المائدة الآية 90 { إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعنكم تفلحون } (سليمة، 2017، صفحة 21)

مفهوم الإدمان L'addiction:

لغة: دمن على الشيء أي لزمه وأدمن على الشراب وغيره: أدامه ولم يقلع عنه، ويقال أدمن الأمر، وواظب عليه. (المهندي، 2013)

اصطلاحاً:

وقد عرفتة أيضا منظمة الصحة العالمية (W.H.O) سنة 1973م الإدمان "بأنه حالة نفسية أو عضوية تنتج تفاعل العقار في جسم الكائن الحي، وينتج عن عملية الإدمان ما يسمى بالتعلق أو الاعتماد، كما ينتج عن ذلك أنماط سلوكية واستجابات مختلفة تشمل الرغبة في التعاطي وزيادة الجرعة للإحساس بالآثار النفسية المطلوبة. (الشاعري، 2012، صفحة 117)

وكما يعرف الإدمان حسب الدليل التشخيصي DSM5:

بأنه نمط غير قادر على التأقلم من استخدام الواد التي تؤدي إلى ضعف الهامة سريريا كما يتضح من ثلاثة أو أكثر من الأعراض والتي تحدث في أي وقت وفي فترة 12 شهرا وهي كالاتي:

- الحاجة إلى زيادة بشكل ملحوظ كميات من المواد لتحقيق التسمم أو التأثير المطلوب.
- استمرار استخدام نفس الكمية من المواد المخدرة.
- هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لخفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات في كثير من الأحيان يتم أخذ هذه المادة لفترة أطول مما كان يعتزم. (سعيدي، 2016، صفحة 14)

ويعرفه سعد المغربي: يعتمد هذا التعريف على التأثير السلبي للمخدر وعلى الضرر الناتج عن تعاطي المخدرات على الفرد وعلى المجتمع بغض النظر عن طبيعة المخدر فيعرف الإدمان كما يلي:

"هو حالة تسمم دورية أو مزمنة، تلحق الضرر بالفرد والمجتمع وتنتج من تكرار عقار طبيعي أو مصنوع". (المغربي، 1986، صفحة 23)

2. المفاهيم المتعلقة بالإدمان:

الإدمان هو حالة معقدة ومتعددة الأبعاد تتضمن مجموعة من المفاهيم الأساسية التي تساعد في فهم هذه الظاهرة وكيفية التعامل معها. من بين هذه المفاهيم:

• الاعتماد dependence:

عرفت هيئة الصحة العالمية (سنة 1973) الإدمان بأنه حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار. ومن خصائصها إستجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بأثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدم توفره. وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (الدمرداش، 1982، صفحة 20)

• التعود:

وتأتي بعد الاستخدام المتكرر للمخدرات ويؤدي التوقف عن التعاطي إلى الشعور بالإحباط والخمول، وتؤدي هذه الحالات إلى بدء الجسم في مقاومة العقار، ويحتاج المتعاطي إلى جرعات أو كميات أكبر للحصول على التأثير السابق. (المالكي، 2005)

• الاعتماد النفسي (psychicdependence):

يتعلق الاعتماد النفسي بالشعور والأحاسيس ولا علاقة له بالجسد، وهو تعود الشخص على الاستمرار في تعاطي عقار ما (طبيعي أو اصطناعي)، لما يسببه من الشعور بالارتياح والإشباع، ولتجنب الشعور بالقلق والتوتر، ومن المخدرات التي تسبب اعتمادا نفسيا: التبغ والحشيش والقات والكافيين، والكوكايين وهو أشهرها تأثيرا. (المهندي، 2013، صفحة 52)

• الاعتماد العضوي (physicaldependence):

ويعرف بأنه حالة تكيفية تكشف عن نفسها من خلال ظهور اضطرابات عضوية شديدة إذا توقف الفرد عن تعاطي مادة مخدرة معينة تعرف هذه الاضطرابات بالانسحاب أو تسمى في مجملها الأعراض الانسحابية. (يوسف، 1999، صفحة 6)

• الأدوية النفسية: PsychotropicDrugs

مجموعة من المركبات الكيميائية المصنعة التي تستخدم في علاج الأمراض النفسية والعقلية واضطراب السلوك، كالفصام والاكنتاب الذهاني والقلق المرضي .. الخ . وتسبب هذه الأدوية الهدوء وعدم الاكتراث وبطء الحركة والتفكير. (الدمرداش، 1982، صفحة 22)

• اللهفة (croving):

هي رغبة جامحة من الإنسان نحو الموضوع الإدماني وهي رغبة مرضية قهرية ومدمرة، فاللهفة هنا هي جزء أساسي من الإدمان، فإذا كان الإدمان هو التعاطي المتكرر للمادة المخدرة، فإن اللهفة هي الرغبة الملحة والقهرية التي تجبر المدمن على تكرار التعاطي. (تيايبي، 2018، صفحة 16)

• التحمل (tolerance):

هو ميل الشخص المتعاطي إلى زيادة الجرعة المخدرة للحصول على الحالة المنشودة من تعاطي المخدر والتي حصل عليها في مرات التعاطي الأولى. (سالم، 2012، صفحة 133)

• تسمم (Intoxication):

حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالأثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى. (سويف، 1996، صفحة 22)

• انسحاب (withdrawal):

مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد على أثر الانقطاع المفاجيء عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة .

وقد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوجي. وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد. كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوجي الضيق بمعنى الاعتماد. ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض هذه الجرعة مباشرة، ويمكن القول إن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد. (سويف، 1996، صفحة 18)

• التعاطي المنتظم (Regular use):

عملية التعاطي المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة، يجري توقيتها بحسب إيقاع داخلي (سيكوفيزيولوجي) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية). وتعتبر هذه العملية مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي بالمناسبة في تعلق المتعاطي بالتعاطي. (سويف، 1996، صفحة 20)

• مادة نفسية (Psychoactive drug):

أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، أو ما اصطلحنا على أن نسميه في حالة الإنسان بالعمليات النفسية. وقد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التنشيط، وقد يكون في اتجاه التخميد، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلوس. ويستخدم أيضاً بالمعنى نفسه مصطلح إنجليزي آخر غير المصطلح الوارد في صدى Psychotropic substance. هذه الفقرة وهو ويفضل بعض الكتاب الإنجليز والأمريكيين تخصيص المصطلح الأخير للمواد النفسية الدوائية أي التي تصنع أصلاً لتكون بمنزلة أدوية للاضطرابات النفسية على أن يعامل المصطلح الأول كاسم لفئة عامة تشمل الأدوية وغير الأدوية من المواد التي تؤثر في العمليات النفسية. (سويف، 1996)

• التعاطي المتعدد للمواد النفسية (multiple drug use):

يشار بهذا المصطلح إلى تعاطي المتعاطي عدداً من المواد النفسية، بدلاً من الاقتصار على مادة واحدة. وقد يتعاطى هذه المواد المتعددة معاً في وقت واحد، وقد تكون الإشارة إلى انتقاله من مادة إلى مادة أخرى عبر فترة زمنية محددة. (سويف، 1996، صفحة 26)

• الكحولية (إدمان الخمر) (alcoholism):

مدمن الكحول هو متعاط مسرف بلغ اعتماده على الخمر إلى الحد الذي يسبب الاضطراب العقلي الملحوظ أو يخل بصحته الجسمية والنفسية وبعلاقته بالآخرين وأدائه لوظائفه الاجتماعية، ويسبب تدهور حالته الاقتصادية، أو هو شخص عليه مؤثرات تدل على احتمال ظهور هذا المضاعفات.

لذلك يحتاج السكرير إلى العلاج. وقد تعرض هذا التعريف لنقد شديد من علماء كثيرين لغموضه من جهة ولإغفاله جوانب مهمة عن إدمان الخمر من جهة أخرى.

وقد صاغ جيلنيك Jellinek العالم الأمريكي تعريفاً آخر لإدمان الخمر ينص على ظهور أعراض معينة مثل: أعراض التعاطي الإدماني فقدان التحكم في الكمية التي يتعاطها وعدم القدرة على الامتناع عن التعاطي لفترة طويلة. (الدمرداش، 1982، الصفحات 21-22)

3. أنواع المخدرات:

تعتبر المخدرات من أكثر الظواهر الاجتماعية خطورةً وانتشاراً، حيث تتنوع أنواعها بشكل كبير وتختلف تأثيراتها على الجسم والعقل. يمكن تقسيم المخدرات إلى عدة أنواع رئيسية بناءً على تركيبها الكيميائي وتأثيرها على الجهاز العصبي المركزي وهي:

1.3 مخدرات طبيعية:

وتشير كلمة المخدرات الطبيعية إلى المخدرات التي ذات أصل نباتي أي يتم زراعتها مثل الأفيون والحشيش والكوكايين وهي عبارة عن نباتات تحتوي أزهارها أو أوراقها أو ثمارها على مادة لها تأثير مهبط أو مهلوس أو منشط للجهاز العصبي المركزي. (احمد، 2022، صفحة 146)

• الأفيون:

من أخطر المخدرات، يستحصل عليه بإجراء شقوق في ثمار الخشخاش غير الناضجة، فيسبل على شكل عصارة تجمع وتجفف، لها طعم مر وتدخل في تركيب عدد من العقاقير.

ويتعاطى الأفيون ببلعه صرفاً أو مع الشاي أو القهوة، أو تدخيناً مع السجائر أو الشيعة، ويشعر متعاطيه في البدء بالتنبه والنشاط والقدرة على التخيل والكلام، لكن هذا لايدوم طويلاً إذ تضطرب الحالة النفسية ويبطؤ التنفس وينتهي به الأمر إلى النوم العميق أو السبات، والأفيون إذا تعود عليه الشخص صار جزءاً من حياته، ولايستطيع جسمه أداء وظائفه دون تناول الجرعة المعتادة، ويشعر بالآلام حادة إذا لم يحصل عليه وتتدهور صحته. (الملوحى، 2023، صفحة 41، 40)

• الحشيش القنب الهندي :

تستخرج مادة الحشيش المخدرة من نبات القنب، وهو مادة صمغية وتستخرج من أزهار نبات القنب بعد عدة معالجات كيميائية، وهو من أكثر المواد المخدرة انتشاراً ويأتي على شكل كتل وألواح ذات قوام طيني تتدرج ألوانه من اللون الأسود حتى اللون البني، ويؤدي إدمان الحشيش إلى اضطراب المواصلات العصبية في الدماغ مما يسبب الاكتئاب، والتأثير على قدرة التذكر والتركيز والانتباه والإصابة بالهلوسة السمعية والبصرية وفقدان الإدراك بما حوله. (بالحرمة، 2023، صفحة 34)

• القات:

يمكن الحصول على القات من أوراق نبات *cathaedulis* من فصيلة *celastraceae* وهي شجرة معمرة وتزرع في أي تربة، وتزرع هذه الشجرة القات في شرق وجنوب شرق القارة الإفريقية.

وهو من النباتات المدرجة في جدول المخدرات، ويستمر التعاطي حتى يشعر المتعاطي بالدفع الشديد المصحوب بعرق ويعقب ذلك حالة الانتعاش والسعادة والصفاء الذهني، والتحدث بانطلاق ويحلو له السهر

حتى ساعات متأخرة من الليل دون الشعور بالإرهاق أو الجوع، لذلك يعتبر من المنشطات الطبيعية. (ريشة، 2009، صفحة 118، 117)

• مخدرات تصنيعية:

وهي تحتوي على المواد التي يتم تصنيعها في المعامل وهي من عناصر كيميائية تتحد مع بعضها البعض لتكوين مركبات كيميائية لها آثار فارماكولوجية (تأثير دوائي) وجميعها مركبات تم تصنيعها للاستخدامات الطبية المختلفة. وعندما ثبت أن بعضها يمكن أن يسبب الإدمان تم إدراجها في جداول المواد المؤثرة على النفس حتى يتم تنظيم تداولها، ومن هذه المواد المهدئات، والمنومات، والمسكنات وغيرها من المواد المؤثرة على النفس. (أحمد، 2022، صفحة 146)

• الكوكايين:

تم استخراج مادة الكوكايين من أوراق نبات الكوكا عام 1844م، ومنذ اكتشافه في ذلك التاريخ وهو يستخدم كمادة مخدرة لتخدير الموضوعي وقد أستخدم (فرويد) هذه المادة في علاج مرض الاكتئاب ويؤثر الكوكايين على لحاء المخ حيث يخفض من الوعي الحسي، ويؤدي إلى حالة من الابتهاج الزائف الذي يدوم لفترة قصيرة ويشعر المتعاطي لهذه المادة بجرعة كبيرة من بالغثيان والأرق ويتم تعاطيه عن طريق الشم أو الاستنشاق أو عن طريق التدخين أو بلعه أو حقنه وريديا. (المالكي، 2005، صفحة 35)

• المورفين:

يستخلص من الأفيون الخام بتفكيكه في الماء، ثم معاملته بالليمون وإضافة كلور الأمونيوم إلى المحلول، فيترسب المورفين الذي يجفف على شكل مسحوق أبيض مصفر.. وقد رحب به كيبا حين إكتشافه لأثره الكبير في تسكين الآلام، ثم اكتشف خطره العظيم بإحداثه الإدمان والإعتياد الجسمي والنفسي عند متعاطيه. (الملوحي، 2023، صفحة 41، 40)

• الهيروين Heroin:

عرف الهيروين منذ أواخر القرن التاسع عشر وهو مستخلص من المورفين (Morphine)، وهو إحدى مسكنات الألم تعتبر هذه الأدوية من مشتقات الأفيون المستخلص من البذور الغير ناضجة لنبته الخشخاش، يؤدي الهيروين إلى حالة من التعود عليه، وفي بعض الحالات زيادة الإرتباط به وإدمانه ويتميز متعاطي الهيروين بإضطرابات الشخصية في سلوك ضد إجتماعي وفشل مستمر في العمل. (محمود، 2018، صفحة 2)

3.3 مخدرات نصف تصنيعية:

هي المواد التي يتم تحضيرها من التفاعلات الكيميائية البسيطة مع المواد الفعالة المستخلصة من النباتات المخدرة الطبيعية مثل المورفين الذي يتم إستخلاصه من الأفيون الخام المستخرج من ثمار نبات خشخاش الأفيون. (أحمد، 2022، صفحة 146)

• المواد الطيارة:

وهي مواد تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية) وتؤثر على الكبد والرئتين، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق، فتحدث إسترخاء ودوخة، وفي بعض الأحيان هلوسة ويكون مصدرها من الفول، والأثير، الكروפורم، البنزين، أو أكسيد الازوت.

• المنومات والمهدئات:

وهي المواد التي تحدث بطنًا أو نقصانًا في وظائف الجهاز العصبي المركزي، مما يؤدي إلى بطء ونقصان في بعض الوظائف الأخرى في الجسم، كالبطء في التفكير وفي الكلام، وكسل في الحركة، واسترخاء في العضلات، وهزال عام، وضعف في التنفس، وانخفاض في ضغط الدم، فيشعر المتعاطي أو المدمن بالخمول أو النعاس أو النوم جراء تعاطيه أدوية المنبهات أو المهدئات والمسكنات، أو تناوله لنباتات القات، الكوكا أو يمكن أن تؤخذ من الكفايين (الشاي، القهوة، الكولا، الكاكاو، القات، التبغ... وغيرها). (المشرف و بن علي الجوادي، 2011، صفحة 31)

أما المهدئات فتأثيرها أن تجعل الفرد هادئًا وتخفف من الألم ويبقى الفرد غير مبال بالمشاكل التي تعترض سبيله ورغم ماتسببه من اليرقان والالتهابات والهزات العصبية وتنقص المقاومة المرضية وغير ذلك إلا أنها تسمى في الأسواق حبوب السعادة.

وتشمل المنومات والمهدئات:

المهدئات العظمية مثل: الأراجكتيل.

مضادات الاكتئاب مثل: التريبتزول.

المهدئات الصغرى مثل: الفاليوم. (ابوعلي، 2003، صفحة 32)

• المهلوسات:

المهلوسات مواد تقلب الوضع النفسي وتجعل الإنسان عاجزًا عن مقاومة الخيال واللامعقول، ويختلف تأثيرها حسب شخصية المتعاطي وكمية المخدر المتناول، ففي بدء تناولها يشعر الشخص بوهن وغثيان ودوران خفيف وشحوب، ثم يبدأ الدوار الفعال بحدوث أهلاس بصرية، كما يصاب بهلوس سمعية لأصوات غريبة ويفقد الشعور بالزمن والمسافات، ويشعر بارتخاء القدمين وتشنج في الوجه ثم إلى الذبول والخمول. (الملوحي، 2023، صفحة 44)

4.3 **وصنف (سعد المغربي) المواد المخدرة على أساس لون المخدر إلى:** (أحمد، 2022،

صفحة 146)

• بيضاء وتشمل: الهيروين الكوكايين المورفين.

• سوداء وتشمل: القنب الهندي (الحشيش) الأفيون.

4. مراحل الإدمان على المخدرات:

يقول (فطير، 2001، الصفحات 73-82)، ينبغي أن يمر المدمن بمراحل معينة حتى يتمكن من تشخيص الفرد على أنه مدمن أو مستهلك أو متعاطي، تنحصر هذه المراحل في مايلي:

❖ المرحلة الأولى: مرحلة الإستكشافية:

تعتبر هذه المرحلة مرحلة استطلاع واستكشاف المخدرات، وفيها يختبر الفرد التعاطي سواء كان خمر أو مخدرات، وتعد هذه المرحلة بوابة الإدمان من خصائصها:

- الفضول في تعلم الإدمان.
- التنشئة الإدمانية (التنشئة عن طريق النموذج كإدمان الأب).
- عدم وجود إشارات الخطر مثل الموت بجرعات زائدة أو السكتات القلبية الراجعة لعدم قبول الجسم العقار، بل نرى وجود نتائج إيجابية كحبة للحالة التي تمتلكه عند تعاطيه هذا العقار.

❖ المرحلة الثانية: مرحلة التعود:

في هذه المرحلة يفصل بين المدمنين والمتعاطين، لأن الفرد يتعاطى المادة المخدرة بشكل مستمر، وهنا تطراً على شخصية المتعاطي تغيرات، إذ نراه وكأنه فرد جديداً، نلاحظ أسلوب تعامل جديد ونمط تفكير مختلف ومشاعر جديدة تكون لديه شخصية مدمنة والتي ماهي إلا إنتاج تغيرات جسمية ونفسية تنمو مع تطور الإدمان.

من خصائصها:

- الزيادة في جرعات التعاطي والعقاقير.
- الزيادة في الوقت للإدمان، مثلاً في عوض يوم بين الجرعة والجرعة، تصبح كل إثنا عشر سلعة.
- تطور الحالة الإدمانية، حيث نجد نقاط تدل على وجود حالة إدمان.

❖ المرحلة الثالثة: مرحلة الخطر:

تبدأ بعض الصفات والأعراض بالظهور على الشخص المتعاطي نتيجة التعاطي المستمر للمخدرات، إذ يلاحظ تغييره عن العمل أو المدرسة، وانخفاض درجاته المدرسية، واضطراب علاقاته مع أصدقائه أو في العمل، ومعاناته من اضطرابات عاطفية وانفعالية، وجسدية، واجتماعية، بالإضافة إلى بعض المشاكل القانونية مثل قيادة السيارة بسرعة عالية.

❖ المرحلة الرابعة: مرحلة الاعتماد:

يستمر الشخص بتعاطي المخدرات بشكل مستمر ومنتظم بغض النظر عن المشاكل الصحية والاضطرابات الجسدية والعقلية الناجمة عن هذا الاستخدام، وتتصف هذه المرحلة بعدد من الصفات المختلفة يمكن ذكرها فيما يأتي: (الملوحي، 2023، صفحة 95)

- ظهور أعراض الانسحاب على الشخص في حال التوقف المؤقت عن استخدام المخدرات.
- تعاطي المخدرات في بعض المواقف الخطيرة بشكل متكرر، كالتعاطي أثناء قيادة السيارة.
- فشل الشخص في تأدية واجباته الأسرية، والاجتماعية، والمهنية.
- الحاجة المستمرة إلى زيادة الجرعة المستخدمة لتحقيق التأثير المرجو من التعاطي.

❖ المرحلة الخامسة: مرحلة الإدمان:

تمثل مرحلة التسمم وفيها تنشأ التبعية الجسدية والنفسية أو كلاهما وينقطع عندها الفرد عن مختلف الاهتمامات والنشاطات التي كان يقوم بها سواء المهنية أو الدراسية وحتى الترفيهية كما يفقد القدرة على المراقبة والتحكم في استهلاك المخدر ويصبح يستهلك بصورة متكررة وقهرية وبدافع الحاجة وليس البحث عن المتعة كما تنقلص علاقاته الاجتماعية فيصبح شغله الشاغل الحصول على المادة المخدرة التي رهن نفسه لها، وفي غيابها أو عند الانقطاع عن التعاطي تظهر عليه أعراض الانسحاب. (عوادي، 2021، صفحة 50)

5. العوامل المؤدية للإدمان على المخدرات:

حيث أشارت مجموعة من الدراسات والبحوث العلمية التي اهتمت بموضوع الإدمان أن العوامل هي المصدر الأساسي التي تمكن في تناول الشباب للمخدرات وتتحصر في الآتي:

1.5 عوامل متعلقة بنفسية الفرد:

هنا يمكن أن نقدم تفسيراً نفسي أو سيكولوجي لفهم ظاهرة الإدمان على المخدرات، وكشف العوامل المؤدية لها من خلال عدة عوامل نفسية تكمن في: (بوجلال و بن عمور، 2021، صفحة 30)

- معاناة الفرد من القلق تدفعه إلى طلب الراحة، والتخلص من التوتر مما يجعله يلجأ إلى المخدرات والإدمان عليها.
- أثر العامل الديني لدى الراشدين، فكلما كان إيمان الفرد بالله قويا كان إيمانه بوجود حلول لمشاكله قويا، وكان احتمال الانزلاق والوقوع في عالم المخدرات ضعيفا والعكس صحيح.
- شعور الفرد منبوذ وغير محبوب من طرف الآخرين.
- تأثر الشباب بفكرة أن المخدرات تزيد من السرور والانشراح والمتعة الجنسية.

ولفهم العوامل النفسية أكثر التي بدورها تؤثر على الفرد تم استعراض عوامل أخرى تتمثل

في:(المهندي، 2013، الصفحات 65-66)

- كشف الذات: وهنا قد يستخدم الشباب المخدرات لكشف قدراتهم العقلية، ولاسيما أن هناك أفكارا شائعة في المجتمعات عن تأثير القدرات العقلية باستعمال بعض المخدرات.
- تغيير المزاج TO ALTER MOOD: إن ما يتعرض له الشباب من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية تجعلهم أكثر عرضه للاكتئاب والقلق، فقد يهرب الشباب من مواجهة هذه الضغوط بالالتجاء إلى المخدرات وخصوصا المنبهات والمسكنات.
- لتكوين الهوية To establish identity: قد يستخدم الشباب المخدرات من أجل بيان أنهم مميزون عن الآخرين وأن لهم هويتهم التي تختلف عن الآخرين.
- لتجنب ضغوط الحياة ومشكلاتها To avoid life problems: إن كثرة المشكلات وتفاقمها لدى الطبقات الفقيرة يفسر انتشار تعاطي المخدرات بين هذه الطبقات.

2.5 العوامل المتعلقة بالأسرة:

تطور الحياة المادية بسرعة في المجتمع أدى إلى ظهور سلوكيات اجتماعية سلبية وغريبة، مما جعل الأسر تشغل أنفسها بمتابعة هذه المظاهر السطحية وتهمل الاهتمام الجاد بتربية أبنائها. هذا الإهمال يؤدي في النهاية إلى فقدان الروابط الاجتماعية في الأسرة، ويسهم في تعرض الشباب للإدمان على المخدرات. من بين العوامل الأسرية المساعدة على الإدمان مايلي:

• عدم التكافؤ بين الزوجين:

ففي حالة عدم التكافؤ بين الزوج و الزوجة، يتأثر الأبناء بذلك تأثيراً خطيراً وبصفة خاصة إذا كانت الزوجة هي الأفضل من حيث وضع أسرتها المادية أو الاجتماعية، فإنها تحرص على أن تذكر زوجها بذلك دائماً، مما يسبب الكثير من الخلافات التي يتحول على أثرها المنزل إلى جحيم لا يطاق، فيهرب الأب من المنزل إلى حيث يجد الراحة مع رفاق السوء، كما تهرب هي أيضاً إلى بعض صديقاتها من أجل إضاعة الوقت، وبين الزوج والزوجة يضيع الأبناء وتكون النتيجة إنحرافهم.

• ضغط الأسرة على الابن من أجل التفوق:

عندما يضغط الوالدين على الابن ويطلبون منه التفوق في دراسته مع عدم إمكانية تحقيق ذلك قد يلجأ إلى استعمال بعض العقاقير المنبهه أو المنشطة من أجل السهر والاستنكار وتحصيل الدروس وبهذا لا يستطيع بعد ذلك الاستغناء عنها.

• القدوة السيئة من قبل الوالدين:

يعتبر هذا العامل هو من أهم العوامل الأسرية التي تدفع الشباب إلى تعاطي المخدرات والمسكرات و يرجع ذلك إلى انه حينما يظهر الوالدين في بعض الأحيان أمام أبنائهم في صورة مخجلة تتمثل في إقدامهم على تصرفات سيئة و هم تحت تأثير المخدر، فان ذلك يسبب صدمه نفسية عنيفة للأبناء و تدفعهم إلى محاولة تقليدهم فيما يقومون به من تصرفات سيئة.

• انشغال الوالدين عن الأبناء:

إن انشغال الوالدين عن تربية أبنائهم بالعمل أو السفر للخارج و عدم متابعتهم أو مراقبتهم يجعل الأبناء عرضة للضياع و الوقوع في مهاوي الإدمان و لا شك أن مهما كان العائد المادي من وراء العمل أو السفر فانه لا يعادل الأضرار الجسيمة التي تلحق بالأبناء نتيجة عدم رعايتهم الرعاية السليمة.

• إدمان أحد الوالدين:

عندما يكون أحد الوالدين من المدمنين للمخدرات أو المسكرات فإن ذلك يؤثر تأثيراً مباشراً على الروابط الأسرية؛ نتيجة لما تعانیه الأسرة من الشقاق والخلافات الدائمة لسوء العلاقات بين المدمن وبقية أفراد الأسرة؛ مما يدفع الأبناء إلى الانحراف والضياع.(المهندي، 2013، الصفحات 70-71)

• القسوة الزائدة على الأبناء:

من الأمور التي يكاد يجمع عليها علماء التربية بأن المعاملة القاسية من قبل والوالدين للابن مثل الضرب المبرح والتوبيخ ينعكس على سلوكه مما يؤدي به إلى عقوق والديه، وترك المنزل والهروب منه باحثاً عن مأوى.(علي، 2022، صفحة 524)

3.5 العوامل المتعلقة بالمجتمع:

فمن أبرز الظواهر الاجتماعية هي ظاهرة تعاطي المخدرات أو الإدمان على المخدرات فقد أكدت العديد من البحوث السوسولوجية أهمية المجتمع في تفسير هذه الظاهرة:

• وسائل الإعلام:

في كثير من الأحيان ترتبط وسائل الإعلام بوقت الفراغ، على أن وسائل الإعلام متنفس لوقت الفراغ، وعلى هذا أو ذلك يجب أن تكون وسيلة الإعلام ايجابية، ولا تكون سلبية تدعو بشكل مباشر أو غير مباشر إلى الانحرافات السلوكية، كتعليم تحريب المخدرات والاتجار بها، أو تعاطيها وما تحدثه من اثر بطريقة مشوقة، تدعو بشكل ما إلى التجربة والاستكشاف، ففي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية شملت 4000 فرد من مدمني المخدرات، توصلت الدراسة إلى أن مشكلة إدمان المخدرات تتصل وبشكل كبير بعمليات التنشئة الاجتماعية الخاطئة التي يستقيها من وسائل الإعلام.(ذيب و بالعيد، 2021، صفحة 434)

• المدرسة :

تعد البيئة المدرسية من أهم البيئات بعد البيئة الأسرية لما لها من أثر في التنشئة الاجتماعية للفرد، والتي لها تأثير في ظهور إمكانيات الانحراف لدى الأطفال والمراهقين إن وجود المدرسة في بيئة متخلفة ومزدحمة يجعل منها بيئة خصبة للانحراف وتختلف النسبة للانحراف ما بين منطقة ومنطقة ومن بيئة لأخرى، ففي المناطق المزدحمة المنحلة المهمة التي يعم فيها التفكك الاجتماعي، وعدم الاستقرار والقيم المتضاربة، تتوقع المدارس في فصولها منحرفين بعدد أكبر، ونسب أكبر مما يتوقع في مدارس موقعها أفضل . كما أن عدم وجود القدوة الحسنة للتلميذ، وعدم وجود تعاون ما بين المدرسة وأولياء أمور الطلبة، وعدم وجود أخصائي اجتماعي في المدرسة يشرف بنفسه على مظاهر الانحراف المدرسي، وعدم وجود التطابق بين المواد الدراسية ورغبات وميول الطلبة وعدم توفر الملاعب والمكتبات والحدائق التي تمتص فدرا من توتر التلاميذ، وتقضي على أي استعدادات للانحراف لديهم.(سالم، 2012، صفحة 144)

جماعة الأقران:

تعد جماعة الأقران من الجماعات المرجعية التي تترك بصمات واضحة المعالم على سلوك الفرد سواء كان كبيراً أم صغيراً فهي خير مرآة عاكسة لأخلاقه وفي مدى التزامه بالفضائل الكريمة والعادات الحميدة والقيم النبيلة من عدمها وقد يتجه بدافع التقليد أو حب الاستطلاع أو المجارة لأصدقائه والتفاخر بالجرأة والرجولة المبكرة إلى تعاطي المخدرات والذي وجد أصدقائه يتعاطونه وهكذا نجد الشخص قد اتجه اتجاهاً غير قويم في حياته وسلك السبل في دنيا المخدرات والتي تساندها الذات الجماعية الزمرة غير أنه تأكيد سلبى هدفه زعزعة الطمأنينة في المجتمع تلك الطمأنينة التي افتقدوها في حياتهم العائلية والاجتماعية.(رشيد، 2021، صفحة 109)

6. خصائص وسمات المدمنين:

قام الباحثون والمختصون بدراسة الخصائص التي يتميز بها مدمنو المخدرات مقارنة بالأفراد غير المدمنين أي الأسوياء، وقد أسفرت هذه الدراسات عن نتائج متعددة حول سمات متعاطي المخدرات من بينها:(صيام، 2015، صفحة 32،33،34)

✓ الخصائص النفسية:

- المدمنون على المخدرات يتميزون بعدة خصائص نفسية تؤثر بشكل كبير على حياتهم وسلوكهم. من أبرز هذه الخصائص التي توصل إليها عبد السلام في دراسته أن المدمنون يتميزون بعدة سمات وهي:
- يعاني المدمنون من الشعور بعدم الأمن والطمأنينة الانفعالية ويكون المدمن أكثر عصابية زميلاً إلى الذهان.
- ينتمي المدمنون إلى الطبقات الدنيا في المجتمع.

- ينتمي المدمنون إلى المستويات الدنيا من الذكاء بصورة عامة.
- ينظر المدمن إلى المستقبل نظرة سلبية مضطربة نتيجة التراكم في المشكلات الاجتماعية والنفسية التي يعيشها والناجمة عن مداومة الإدمان.
- تتمثل صراعاته بشكل أساسي بالإقبال والنجاح وتحقيق المتعة.

✓ الخصائص الإجتماعية:

بعض الأبحاث ركزت على فهم شخصية المدمن وسماته الاجتماعية، ومن بين هذه الدراسات هي التي جمعت سلسلة من السمات الاجتماعية التي يتركها الإدمان على شخصية المدمن:

- يتسم المدمنون بأنهم أكثر افتعالا للمشاكل داخل الأسرة.
- المدمنون يكونون أقل عناية بنظافة المكان الذي يجلسون فيه.
- يكون المدمنون ذو سمعة غير طيبة، ويعتبر مدمنو المخدرات أكثر الفئات مشاركة مدمنو الكحول.
- يعاني مدمنو المخدرات أزمات اقتصادية حادة.
- يتسم مدمنو المخدرات بالشعور بتأمر أفراد الأسرة لضرره.
- يتسم مدمني المخدرات بالانطواء والانعزالية، بينما مدمنو الكحول أكثر اجتماعية.
- يتسم مدمنو المخدرات باللامبالاة لما يرضه الناس بهم، ويأتي مدمنو العقاقير المنشطة بالدرجة الأولى.
- يتسم مدمنو المخدرات بالشك بالآخرين من حولهم.
- يتسم مدمنو المخدرات بعدم الاهتمام بمظهرهم مقارنة بمدمني الهيروين والكحول.

ويضيف **عبدالرحيم** سمات اجتماعية أخرى وهي:

- وجود عادات اجتماعية سيئة، كالإهمال وعدم المبالاة.
- إثارة المشكلات والمشاحنات داخل الأسرة.
- عدم الاكتراث وانخفاض مستوى الأداء الاجتماعي في الأسرة والعمل.
- سوء العلاقات بالأصدقاء والزملاء.
- ارتياد الأماكن والأوساط السيئة والاختلاط بزوي السلوك السيئ.
- عدم قدرة المدمن على توفير الضبط الاجتماعي داخل الأسرة.
- سوء الخلق والإهمال وضعف القدرة على التكيف والتوافق الاجتماعي.

ويتسمون أيضا:

- بعدم النضج العاطفي.
- النرجسية.
- المرض الجنسي.
- التمتع بعقاب الذات.
- القلق.
- العدوانية.
- الإحساس بالوحدة والضياع.
- ✓ الخصائص الاقتصادية:

عند الحديث عن الخصائص والسمات الاقتصادية للمدمن يجب أن تأخذ بعين الاعتبار المجتمع الذي يقطن فيه هذا المدمن ولكن بشكل عام نجد إن الظروف الاقتصادية للمدمن لها تأثير عليه من ناحية استخدامه و تعاطيه للمادة المخدرة إما بالزيادة أو بالنقص. فنجد على سبيل المثال بأن المدمن على المورفين و الهروين يكون الإنفاق في سبيل الحصول على تلك المادة بإسراف وبشكل كبير، مما قد يضطره إلى اللجوء إلى طرق غير مشروعة لتوفير المخدر.

وفي دراسة أجريت في الكويت قام بها كل من (حمود القشعان ويعقوب الكندري) تتعلق بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات نجد أن نتائج تلك الدراسة (أشارت إلى وجود ارتباط جوهري بين تدنى المستوى الاقتصادي وحجم تعاطي المواد المسكرة و المخدرة، وهذا بطبيعة الحال إشارة تعكس لنا إن الإدمان قد يرتبط مع الوضع الاقتصادي المتردي للفرد، وإذا ما نظرنا إلى أصحاب الدخل المرتفعة من العينة، فإننا نجد بأنهم يمثلون نسبة قليلة من أفراد العينة، وهذه إشارة إلى إن أصحاب الدخل العالية نادرا ما يتورطون بقضايا الإدمان و المخدرات وعليه فإنه يمكن القول بأن الوقوع في الإدمان لهذه الفئة قد يؤدي إلى تحولهم من كونهم فئة استهلاكية للمخدر فقط إلى فئة مدمنين مروجين للمخدرات وذلك يهدف تامين مبالغ المخدرات التي يتناولونها)

و كما تفتك المخدرات بالجسم فهي تفتك بالمال أيضا، مال الفرد ومال الأمة، فهي تخرب البيوت العامرة ووتتيم الأطفال وتجعلهم يعيشون عيشة الشقاء و آخر حياتهم السجون، و كل امة تنتشر فيها المسكرات تسير إلى السقوط و الاضمحلال. (المالكي، 2005، صفحة 24،25)

7. تصنيف المخدرات حسب DSM5: (الحمادي، 2014)

1.7 الكحول:

يمكن للإدمان على الكحول أن يؤدي إلى أمراض جد خطيرة و هي:

- سرطان الفم و الحنجرة.
- سرطان الكبد.
- أعراض نفسية كالقلق و الاكتئاب.

كما نجد اضطرابات أخرى ناجمة عن هذا النوع من المخدر و هي التي حددها DSM5:

- التسمم بالكحول.
- الانسحاب الكحولي.
- هذيان تابع للتسمم و هذيان تابع للانسحاب.
- بالإضافة إلى اضطرابات متعلقة بالذاكرة، هلاوس، اضطرابات جنسية، اضطرابات النوم.
- ❖ **التسمم بالكحول:** حيث يحتوي عن المحكات التالية:
 - استخدام حديث للكحول.
 - ظهور بعض التغيرات على مستوى السلوكي و النفسي مثل العدوانية و الاندفاع الجنسي و تغيير المزاج و اضطراب الوظائف الاجتماعية و المهنية .
 - أن توجد ميزة واحدة على الأقل من الميزات التالية أثناء أو بعد تعاطي الكحول و هي:
 - 1- ثقل الكلام.
 - 2- عدم التأزر الحركي.
 - 3- عدم الاتزان عند المشي.
 - 4- اضطرابات في الانتباه و الذاكرة.
 - 5- شرود الذهن أو الغيبوبة.

❖ **الانسحاب الكحولي:** و تتمثل محاكاة الانسحاب من الكحول فيما يلي:

- أ- التوقف أو التقليل من التعاطي بكميات كبيرة للكحول.
- ب- أن تظهر علامتين على الأقل من علامات التالية بعد ساعات أو أيام من ظهور العلامة (أ).

1- أن يرفع نشاط الجهاز العصبي المستقل مثل زيادة دقات القلب.

2 - ظهور ارتعاش على مستوى اليدين .

3- عدم الشعور بالنعاس .

4- الغثيان أو القيء .

5- هلاوس بصرية حسية سمعية .

6- تهيج نفسي حركي .

7- الحصر .

8- أزمات تشنجية من النوع العام .

ت- تنتج عن الأعراض المؤشر (ب) ألم أو اضطراب في النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو مجالات أخرى ذات أهمية.

ث- عدم إرجاع هذه المؤشرات أو الأعراض الى أي مرض نفسي أو عضوي .

كما تظهر هذه العلامات مصحوبة باضطرابات في إدراك، هلاوس بدون فقدان العلاقة بالواقع أو هام سمعية ، بصرية أو حسية.

2.7. الحشيش:

خرج الحشيش من نبات القنب الهندي، و هو يعتبر أحد المواد المهلوسة و هو يحتوي على مادة جد فعالة فيه و هي (tetrahydrocannabinol) و تتوقف نسبة هذه المادة

و فعاليتها على طبيعة النباتات المستخلصة منه، ويرجع استخدام الحشيش كمخدر إلى آلاف السنين.

• التسمم بالحشيش : حيث تتمثل محاكاة التسمم فيما يلي :

أ - التعاطي الحديث للحشيش .

ب - تغيرات نفسية أو سلوكية لا تكيفية هامة مثل اضطراب التآزر الحركي الحصر ا لاحساس

ببطء سير الزمن القلق العزلة الاجتماعية و هذه الأعراض بعد تعاطي الحشيش بفترة قصيرة أو

خلال تعاطيه .

ت - ظهور علامتين على الأقل من العلامات التالية ضمن ساعتين من تعاطي :

1. احتقان العين .
 2. زيادة الشهية
 3. جفاف الفم.
 4. زيادة في نبضات القلب.
- ث لا يمكن أن نرجع سبب هذه الأعراض الى مرض عضوي أو نفسي آخر. و إنما يمكن أن ترجع الى تسمم بمادة أخرى .

كما يمكن الاعراض التسمم أن تكون مصحوبة باضطرابات إدراكية.

• انسحاب الحشيش :

- أ- توقف عن الاستعمال (بعد الاستعمال اليومي المكثف على الأقل لبضعة أشهر).
- ب- على الأقل توفر ثلاث مؤشرات أو أعراض في فترة حوالي أسبوع بعد المعيار (أ) وهي:
1. غضب و عدوانية.
 2. عصبية و حصر
 3. اضطرابات في النوم .
 4. نقص الشهية.
 5. عدم الاستقرار .
 6. مزاج مكتئب .

أ- تلك المؤشرات الموجودة في المعيار (ب) تسبب في معاناة تشير الى نقص للمهارات الاجتماعية ، والمهنية، وحتى في المجالات الأخرى .

ب-المؤشرات ليست بسبب تابعة لأي مرض عضوي أو اضطراب عقلي .

3.7 المواد المهلوسة :

هناك اضطرابات ناجمة عن تعاطي المهلوسات وهي:

❖ التسمم بالمهلوسات ويحتوي على المحكات التالية:

أ- تعاطي الحديث للمهلوسات بما في ذلك phencyclidine .

ب- حدوث تغيرات نفسية اجتماعية أو سلوكية لا تكيفية تتمثل فيما يلي : حصر أو اكتئاب ملاحظ أفكار مرجعية الخوف من الإصابة بالجنون، أفكار مملوءة بالشك تظهر هذه الأعراض خلال تعاطي المهلوسات أو بعد فترة قليلة من تعاطي .

ت- تغيرات إدراكية تحدث في حالة الوعي التام أي اختلال إدراك الواقع، و تحدث كذلك خلال فترة التعاطي أو بعد فترة قليلة .

ث- حدوث علامتين أو من العلامات التالية خلال أو بعد فترة قليلة من التعاطي :

1. توسع حدقة العين

2. سرعة نبضات القلب ..

3. العرق

4. الاختناق.

5. اضطرابات بصرية .

6. الاهتزاز .

7. عدم ترابط حركي.

ج- لا تكون هذه الأعراض نتيجة مرض طبي عام أو نفسي .

❖ الفينيسكلدين **Phencyclidine** : و هي مادة تعرف ب (PCP) و تستعمل هذه المادة في

التخدير قبل الجراحة . و في استعمالها تمتزج في بعض الاحيان مع الكوكايين والأمفيتامينات وذلك من أجل اعطاء مفعول جيد و هي تمس معظم المناطق الدماغية و هي تستعمل بشكل خاص في أمريكا و بريطانيا.

و اضطراب الناتج عن تعاطي كمادة الفينيسكلدين هو :

✓ التسمم ب **PCP**:

أ- التعاطي الحديث لهذه المادة ، أو أي مادة مشابهة .

ب- حدوث تغيرات سلوكية أو نفسية اجتماعية غير تكيفية مثل : المشاكسات عدوانية اندفاعية، تهيج نفسي حركي .

ج- تظهر على الأقل 2 من هذه المؤشرات التالية التي تتطور بسرعة المولية:

1- فرط التوتر شرياني أو سرعة نبضات القلب.

2- استجابة متناقضة للألم

3- صعوبة في الكلام .

4- تصلب في العضلات . أزمات تشنجية أو غيبوبة.

أ لا تكون هذه الأعراض بسبب مرض نفسي أو عقلي

4.7 المذبيبات الطيارة:

الاضطرابات الناجمة عن استنشاق المذبيبات الطيارة هي :

❖ **التسمم بفعل المذبيبات الطيارة:** ويكون حسب المحكات التالية :

أ- التعاطي الحديث وبدون انتباه إضافة التعرض لمدة قصيرة المقادير عالية بالا استنشاق المواد الطيارة مثل البنزين.

ب- حدوث تغيرات نفسية سلوكية أو اجتماعية .

ت- تظهر علامتان على الأقل من العلامات التالية :

1. الشعور بدوران الرأس .

2. عدم توافق الحركي .

3. كلام غير مفهوم .

4. مشي غير متوازن.

5. عدم التوازن حركي

6. وهن عضلي عام.

7. ازدواجية على مستوى البصري.

8. النشوة.

9. والاهتزازنقص الانتباه.

ث-الإدمان على هذه الأعراض ليست مرتبطة بأي مرض عضوي أو اضطراب عقلي

5.7 التبغ:

الاضطرابات الناتجة عن تعاطي النيكوتين :

❖ **السحب النيكوتيني:** ويتميز بالمحاكاة التالية:

أ- التعاطي اليومي للنيكوتين أي لعدة أسابيع على الأقل

ب- التوقف المفاجئ لهذه المادة أو التخفيف هدد السجائر المعتاد عليها قد يترتب على ذلك حدوث أربع أو أكثر من العلامات التالية، وذلك بعد 24 ساعة من التوقف

1- غضب، الإحباط.

2- حصر.

3- صعوبة التركيز.

4- زيادة الشهية .

5- مزاج مكتئب.

6- أرق .

ت- العلامات المذكورة في العيار (ب) لها أثر على مستوى الاجتماعي و المهني للفرد.

ث- ذه العلامات ليست نتيجة أي مرض نفسي أو عقلي.

8. الأضرار الناتجة عن مدمني المخدرات:

إن الأضرار التي يتعرض لها الشخص المدمن على المخدرات أضرار كبيرة وكثيرة منها ما يترك أثر في صحته الجسمية والنفسية ومنها ما يترك أضرار إجتماعية واقتصادية خطيرة، أي أن خطر الإدمان يعود على الفرد والمجتمع حيث أن له أضرار خطيرة تؤدي بالمدمن إلى الضياع والإصابة بالأمراض، ومن هذه الأضرار ما يأتي: (الملوحي، 2023، صفحة 115، 117)

❖ الأضرار النفسية:

إدمان المخدرات يُعدُّ من أخطر الظواهر التي تهدد صحة الأفراد والمجتمعات، ليس فقط من الناحية الجسدية، بل أيضاً من الناحية النفسية، يتسبب إدمان المخدرات في العديد من الأضرار النفسية التي تؤثر بشكل كبير على جودة حياة المدمنين ومنها:

- الاضطرابات السريعة والشعور الدائم بالقلق.
- حدوث خلل في الطريقة التي يعمل بها المخ كما تحدث تغيرات في تركيبة المخ بصفة عامة.
- قد يصل الأمر بالمدمن لمحاولة الانتحار.
- الإصابة باضطرابات وتخريف في الإدراك الحسي خاصة السمع والبصر.

- خلل في إدراك الزمن والمسافات والأحجام، فيميل اتجاه الزمن للبطء ويميل إدراك المسافات للطول، ويميل إدراك الأحجام للتضخم.
- صعوبة وبطء وخلل في التفكير.
- القلق والتوتر والشعور بالانقباض والهبوط وعدم الاستقرار.
- العصبية الزائدة وحدة المزاج والتوتر والإنفعال الدائم والحساسية الشديدة.
- الإهمال في المظهر في النفس عدم القدرة على العمل وعدم القدرة على الإستمرار فيه.
- اضطرابات في الوجدان.
- الإحساس بالإرهاق والتعب والندم والإكتئاب.

❖ أضرار المخدرات الإجتماعية:

- إدمان المخدرات لا يقتصر تأثيره على الفرد فقط، بل يمتد ليشمل المجتمع بأسره، مما يتسبب في أضرار اجتماعية جسيمة منها:
- المخدرات تسلب القيمة الإنسانية لمن يتعاطاها وتحقر منه وتجعل منه أشبه بالبهائم، غير قادر على قيادة الأسرة وإدارتها بصورة سليمة.
- ينقطع المدمن عن جو العائلة بل وعن المجتمع كله.
- تنهار علاقته مع أسرته وأصدقائه.
- كما ينشأ التوتر والعصبية وسوء سلوك المدمن ما يجعل الخلافات تنتشر داخل الأسرة التي هي اللبنة الصغيرة للمجتمع.
- يصل المدمن لدرجة من الانحراف والرذيلة ما يجعل الكذب والغش والزنا والإهمال من صفاته الأساسية.
- خرق القوانين والعادات والتقاليد وكل الأعراف في سبيل تحقيق الرغبات الشيطانية التي تسيطر على مدمني المخدرات.
- إنتشار حوادث المرور على يد المدمنين المغيبين فاقد الوعي.
- إستنزاف الأموال وضياع موارد الأسرة.
- ضعف وخمول الشباب.

❖ الأضرار الإقتصادية:

- إدمان المخدرات يشكل عبئاً اقتصادياً كبيراً على الأفراد والمجتمع بأسره: تتجلى الأضرار الاقتصادية للإدمان في عدة جوانب وهي: (المشرف و بن علي الجوادي، 2011، صفحة 61،60)

- تفشي البطالة والفقر في المجتمع بسبب إنفاق نسبة كبيرة من الدخل في شراء المخدرات، بالإضافة إلى ركون المتعاطي إلى الكسل وعدم العمل.
- يؤدي التعاطي والإدمان على المخدرات إلى فقدان الإنسان دوره في المجتمع، وإعتماده إقتصاديا على غيره.
- يؤثر تعاطي المخدرات على الوضع الإقتصادي بسبب كثرة التهريب، وهجرة العملة بدون عوائد أو فائدة، كما تقل الإنتاجية، وبالتالي ينخفض مستوى الدخل، وتزداد تكاليف المعيشة، وتحتد الفوارق بين طبقات المجتمع.
- قد يؤدي تعاطي المخدرات إلى الثراء غير المشروع للمهربين والمروجين مقابل ضعف إقتصاد الدولة وزيادة الفروقات الإجتماعية بين أفراد المجتمع ويؤدي إلى نقص إيرادات الخزينة العامة للدولة من عائدات الضرائب، مما يؤدي إلى الضغط على العملة المحلية.
- العقاقير المخدرة المحظورة مصدر مهم من مصادر تمويل الإرهاب.
- العقاقير والمخدرات سبب رئيس في عمليات غسل الأموال.
- تكديس الأموال بيد فئات معينة نتيجة الإتجار بالمخدرات يجعلهم قادرين على التأثير في أنظمة الحكم، وقد يصلون إلى المراكز الحساسة في الحكومات من غير كفاءة، وقد يتخذون قرارات تسيء إلى أوطانهم، والإنسانية.

9. الوقاية والعلاج من المخدرات: (الهورنة، 2018)

1.9 الوقاية من إدمان المخدرات

الوقاية من الإدمان مسؤولية مجتمعية شاملة تتضمن مكافحة إنتاج مواد التعاطي وتقليل العرض ومقامة الطلب. والوقاية من الإدمان من أهم مسؤوليات الأسرة والمدرسة والإعلام ومجال العمل. ففي الأسرة يجب الاكتشاف المبكر والتعامل مع المشكلة بحكمة وفي المدرسة يجب التوعية بأخطار التعاطي و الاستعانة بالمتخصصين النفسيين والاجتماعيين، والتعاون مع الأسرة من خلال مجالس الآباء والمعلمين.

والوقاية خير من قنطار علاج والوقاية معناها منع حدوث الإدمان، والجهد الذي يبذل في الوقاية هو عشر أضعاف للجهد الذي يبذل في العلاج، والاكتشاف المبكر أفضل من الاكتشاف المتأخر، والوقاية هي مسؤولية الأسرة، والاكتشاف المبكر هو مسؤولية الأسرة، والعلاج هو مسؤولية الأسرة. ويتضح دور الوقاية في دور وسائل الإعلام والأسرة كما يأتي:

• دور وسائل الإعلام:

لوسائل الإعلام المرئية والمسموعة والمقروءة دور طليعي في عمليات مكافحة المخدرات؛ لأن لها القدرة على التأثير في الرأي العام بهدف خلق الوعي بخطر الإيما، وتكوين رأي عام مناهض له، وهو تعبئة الرأي

العام ضد خطر المخدرات. في دراسة أجريت على طلاب و طالبات الجامعات في مصر تبين أن وسائل الإعلام تأتي في مرتبة بعد مرتبة الأصدقاء مباشرة كمصدر يستمد منه الشباب معلوماتهم عن المخدرات بجميع أنواعها في الوقت نفسه تبين وجود رابط قوي بين تعرض الشباب لهذه المعلومات واحتمال تعاطيهم المخدرات ولا جدال في أن هذه النتائج أيضاً يمكن أن يكون لها أهميتها التي لا يمكن تجاهلها بالنسبة إلى واضعي البرامج الوقائية.

• دور الأسرة في مكافحة المخدرات:

لا جدال في أن للأسرة دوراً مهماً في التصدي لخطر المخدرات، فالأسرة الصالحة تقدم للمجتمع أبناء أصحاء، وواجب كل أسرة أن تقوم بتوعية وتبصير أبنائها بخطر المخدرات عليهم وعلى أسرهم وعلى مجتمعهم.

ومن الضروري أن تساعد الأسرة أبنائها في حل مشكلاتهم أو تعمل على المحافظة على صحتهم النفسية، وتجنبهم المخاطر والصراعات النفسية التي تدفعهم إلى بداية الإدمان. وكذلك على الأسرة واجب الرقابة ومتابعة الأبناء في سلوكهم العام، وتتعرف على أصدقاء أولادهم لتساعدهم على تجنب مخاطر الإدمان. إن توعية الأولاد على أخطار المخدرات يجب أن تبدأ باكراً جداً في سن السابعة من العمر، ويجب على الأب أن يكون حاسماً في موقفه من المخدرات والكحول.

2.9 علاج الإدمان:

إن علاج مشكلات تناول المخدرات والإدمان عليها فقد توجه منذ منتصف الخمسينيات من القرن العشرين إلى اعتبار أن الاقتصار على مبادئ التشريع بتحريم وتجريم المخدرات في الأشكال المختلفة من «التجارة، والتداول، والتعاطي» ليس كافياً في مواجهة المخدرات، ولكن تقديم العلاجات المناسبة في التحكم في العقاقير الإدمانية الخطرة يعد من الشروط الضرورية في مواجهة تلك المشكلات. ولهذا تزايدت الدراسات العلمية الرامية إلى تطوير الأساليب العلاجية الفعالة، مثل البرامج العلاجية والجماعات العلاجية، وكذلك إنشاء المراكز العلاجية، وتطوير الطرق الإكلينيكية والتأهيلية لعلاج حالات الإدمان.

ولعلاج الإدمان على المخدرات عدة طرق منها ما يأتي:

• العلاج الطبي للإدمان:

يمثل العلاج الطبي المرحلة الأولى من العلاج، ويتم التركيز فيها على علاج المدمن بيولوجياً بالأدوية والعقاقير، أو بمعنى آخر يتم تخليصه من الآثار الجسمية للإدمان، وفي هذه المرحلة يتم انسحاب أعراض الإدمان من جسم المدمن وهي مرحلة صعبة. ويستخدم عادة مركب فيتامين (B) والفيتامينات المتعددة وإجراء التحاليل الوريديّة بشكل دوري، كما يستخدم مادة «الكورميتازول»، وهو العقار المفضل لعلاج حالات الكحول، كما يستخدم «الكلور برمازين» مع «الإيبوبروفين»، وهذان العقاران يستخدمان في علاج حالات الإدمان على الهيروين، ويتم ذلك خلال (3-6) الأيام الأولى من دخول المدمن في وحدة العلاج.

ومن المتوقع أن ينتهي العلاج الدوائي خلال الأسبوع الأول إلا إذا وجدت أعراض تحتاج إلى علاج مثل أعراض مرض السكر، والتهاب الكبد الوبائي والاضطرابات التشنجية، ومرض ضغط الدم... إلخ». وهذه الحالات تتطلب العلاج بأدوية غير إدمانية.

بالإضافة لعلاج الاضطرابات النفسية التي قد تصاحب حالة الإدمان، مثل اضطرابات الاكتئاب والفصام وحالات الهذيان، أو حالات الذهان الأخرى».

• العلاج النفسي:

ويمثل العلاج النفسي المرحلة الثانية في العلاج من الإدمان، وهذه المرحلة لا تقل أهمية عن المرحلة السابقة «الطبية»، فبعد الأسابيع الثلاثة الأولى يتخلص الجسم بشكل شبه نهائي من آثار الإدمان، وتبقى مرحلة الحنين النفسي للمواد المخدرة، وهنا يأتي دور العلاج النفسي.

ويكفي للدلالة على أهمية مرحلة العلاج النفسي أن معظم حالات الانتكاس والعودة إلى الإدمان تأتي نتيجة الإخفاق في تخطي هذه المرحلة. وإذا استطعنا أن نجتاز بالمدمن مرحلة العلاج النفسي، فسنحصل على إنسان سليم جديد، وخال نفسياً وبدنياً من أي أثر للإدمان.

وإذا كان الإدمان ظاهرة نفسية واجتماعية في الأساس، فإن هذه المرحلة تصبح ضرورة، فهي تنصب على المشكلة نفسها بغرض القضاء على أسباب الإدمان وتتضمن هذه المرحلة العلاجية العلاج النفسي الفردي للمتعاطي، ثم تمتد إلى الأسرة نفسها لعلاج الاضطرابات التي أصابت علاقات أفرادها، إن للأسرة أهمية كبيرة في علاج حالات الإدمان وعدم الانتكاس، وذلك من أجل تنمية نظام أسري صحي، ويقوم العلاج النفسي على تعديل أفكار واتجاهات الأسرة نحو مريضهم من أجل توفير مناخ أسري صحي للمدمن بعد خروجه.

كما تتضمن هذه المرحلة تدريبات عملية للمتعاطي على كيفية اتخاذ القرارات وحل المشكلات، ومواجهة الضغوط وكيفية الاسترخاء والتنفس والتأمل والنوم الصحي. وكذلك مساعدته على التوافق مع ظروف الحياة الصعبة وتعديل اتجاهات وأفكار ودافعية المدمن نحو إدمانه.

كما تتضمن أيضاً علاج السبب النفسي الأصلي لحالات التعاطي، فيتم على سبيل المثال علاج الاكتئاب إذا وجد، كما يتم تدريب المتعاطي على المهارات الاجتماعية لمن يفقد منهم القدرة والمهارة اللازمة للتواصل الاجتماعي الفعال، وتستهدف هذه العملية إعادة دمج المدمن في الأسرة والمجتمع، كما تتضمن أخيراً العلاج الرياضي لاستعادة المدمن كفاءته البدنية ودعم قيمة احترام نقاء جسده وفاعليته.

10. المخدرات في المجتمع الجزائري:

تعاني الدولة الجزائرية من ظاهرة خطيرة ومقلقة وهي ارتفاع معدلات تعاطي المخدرات كما ونوعاً وبصورة رهيبية نتيجة ما أفرزته الظروف الاجتماعية والسياسية والاقتصادية التي تعيشها الجزائر، وهذا إن دل فهو يدل

على تراجع هيبة الدولة لدى الفرد فعندما تكون الدولة ذات هيبة تتحسر ظاهرة المتاجرة بالمخدرات وتعاطيها وتطوق، ولا يقدم عليها الفرد إلا مستعصيا وتحت الظروف القاهرة أما إذا احترفها الجميع (الرجل، المرأة، الكبير، الصغير، الغني، الفقير) فهذا يدل على ضعف السلطة لا غير.

❖ تطور المخدرات في الجزائر:

عرفت المخدرات في الجزائر تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة، ويرجع هذا إلى ضعف البنية التحتية الاقتصادية منها والاجتماعية ثان وتنقشي الفساد وخاصة المحسوبية في الكثير من الهياكل ومؤسسات الدولة مع ضعف في آليات الرقابة والضبط، إلى جانب التهميش الذي تعيشه جل المناطق في مجال المشاريع التنموية كل هذه العوامل أدت إلى ارتفاع نسبة تعاطي المخدرات والمتاجرة بها والإدمان عليها، إضافة إلى موقعها الاستراتيجي وحدودها الواسعة والمتعددة جعلها عرضة أكثر للممارسات غير سليمة في ظل تراجع دور المؤسسات الاجتماعية في أداء مهامها المنوطة بها على غرار الأسرة والمساجد والمدارس وغيرها من الفضاءات التي تعد المتنفس الوحيد للشباب من أجل استقاء القيم الأخلاقية والمعايير السلوكية التي يعتمد عليها في توجيه سلوكه. (بن عيسى و عدائكة، 2020، صفحة 383)

خلاصة الفصل:

من خلال ماتم التطرق إليه في هذا الفصل يتضح لنا أن تعاطي المخدرات والإدمان عليها من المشاكل المعقدة يعاني منها أغلب المجتمعات، حيث تعتبر من الظواهر واسعة الانتشار، فقد تعددت أنواعها وتأثيراتها وطرق تعاطيها، فأصبحت تشكل خطراً على الفرد مما تؤدي إلى تلاشيته ببطء بالرغم من وجوده، لما لها من آثار سلبية على المدمن، وتمت لتصل إلى كل الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والجسمية وخاصة النفسية منها، ومن خلال دراستنا هذه سنحاول التعرف أكثر على ظاهرة الإدمان والسيكوبروفيل من خلال الدراسة الميدانية لثلاث حالات، وفي الفصل التالي سنوضح الإجراءات المنهجية المتبعة في دراسة هذه الحالات.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل الرابع: إجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1- منهج الدراسة

2- الحدود الحالية للدراسة

1.2 الحدود المكانية

2.2 الحدود الزمانية

3.2 الحدود البشرية

3- خصائص حالات الدراسة

4- أدوات الدراسة

تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري، والذي يعطينا معرفة ومعلومات متعلقة بمتغيرات الدراسة، سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض الجانب التطبيقي، الذي يساعد على تجسيد تلك المعلومات النظرية وتحويلها إلى نتائج ومعطيات كمية إحصائية تعطي دلالات معينة تخص موضوع البحث وهذا باتخاذ إجراءات منهجية للبحث في المراحل الأساسية التي يجب أن تخضع لها الدراسات العلمية بكل موضوعية للوصول إلى الهدف المرجو من الدراسة وذلك من خلال تحديد منهج الدراسة والأدوات المستخدمة.

1- منهج الدراسة:

يهتم أي باحث في الدراسة على منهج وطريقة منتظمة في تناول الحقائق والمفاهيم بشكل دقيق وصحيح، ونظرا لعمق دراستنا في تناول السيكوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات، يفترض بنا إتباع المنهج العيادي لاعتباره مناسب في دراستنا.

يعرف المنهج على أنه: الطريقة السليمة التي يعتمدها الباحث للوصول إلى هدفه المنشود، الذي حدده في بدايه بحثه. حيث أن وظيفة الباحث في العلوم الاجتماعية والإنسانية مثلا، هي استكشاف المبادئ التي تنظم ظواهر حدوثها، وفي ضوء ذلك يمكن للباحث تفسير مثل تلك الظواهر وضبط نتائجها، فلا عن إمكانيات التحكم بها. (قندلجي، 2008، صفحة 6)

ويعرف المنهج الإكلينيكي بأنه: " هو المنهج الذي يسمح بالكشف عن أعماق الفرد وحالته النفسية والميكانيزمات النفسية والفكرية التي توجه سلوكاته وتعطيها الطابع السوي أو المضطرب. (لوشاخي، 2010، صفحة 166)

2- حدود الدراسة:

1.2 الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في المركز الوسيطي لعلاج الإدمان بولاية بسكرة.

• التعريف بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان:

افتتح المركز في 22 رجب عام 1431هـ الموافق ل 05 جويلية 2010 م من قبل السيد الوالي إلى ولاية بسكرة ساعد اقو جيل وهو المركز الوحيد المتخصص في علاج الإدمان على مستوى الولاية.

التكوين البشري للمركز:

يتكون المركز من:

- 01 مراقب طبي (رئيس المركز).
- 01 طبيب مختص في الأمراض العقلية.
- 02 طبيبين عامين مختصين في الإدمان.
- 03 أخصائيين نفسانيين.
- 01 مساعد اجتماعي.
- 01 مساعد شبه طبي.
- 04 عون أمن.
-

المرافق:

يحتوي المركز على طابقين

- الطابق الأرضي: يحتوي على قاعدة للمراقبة تشمل على أسرة ومخبر التحاليل ونادي وقاعدة الفحص لطبيب العام مختص في الإدمان وأخرى لأخصائيين نفسانيين ومكتب الطبقي.
- أما الطابق العلوي: يحتوي على طبيب مختص للأمراض العقلية ومساعد اجتماعي وورشات:

ورشة رقم 01: العلاج بالعمل.

ورشة رقم 02: القراءة والمطالعة.

ورشة رقم 03: الإعلام الآلي والانترنت.

ورشة رقم 04: العلاج بالمسرح والموسيقى.

2.2 الحدود الزمانية: تمت هذه الدراسة في الفترة الممتدة من 24 أبريل إلى 08 ماي 2024 وهذا نظرا لعدم وجود اتفاقية بين الجامعة ومديرية الصحة.

الزيارة الأولى: المركز الوسيطى لعلاج الإدمان في ولاية بسكرة.

كانت يوم الأربعاء 24-05-2024

الزيارة الثانية: كانت يوم الأحد 28-04-2024

الزيارة الثالثة: كانت يوم الأحد 05-05-2024

الزيارة الرابعة: كانت يوم الأربعاء 08-05-2024

3.2 الحدود البشرية: تمثلت الحدود البشرية في جميع الافراد الراشدين المدمنين على المخدرات الذين هم تحت التكفل بالمركز الوسيطى لعلاج الإدمان.

3- حالات الدراسة:

تمثلت حالات الدراسة من ثلاث راشدين تم اختيارهم بطريقة قصدية حيث يتوفر فيهم الشروط الآتية:

الجدول رقم (01): يوضح خصائص حالات الدراسة

نوع المخدر	سن أول تعاطي	المستوى المعيشي	الحالات الإجتماعية	العمر	الجنس

الحشيش، الإيريكيا	19 سنة	متوسط	أعزب	29	ذكر
الحلوى، الحشيش، الإيريكيا	24 سنة	متوسط	أعزب	31	ذكر
الحشيش، الإيريكيا	27 سنة	جيد	أعزب	29	ذكر

4- أدوات الدراسة:

بعد اختيار المنهج الإكلينيكي لموضوع الدراسة الحالية تأتي الجزئية التي نتطرق فيها إلى أدوات الدراسة التي بإمكاننا اللجوء إليها في جمع البيانات عن موضوع الدراسة وهي على التوالي: المقابلة العيادية (نصف الموجهة) وكذا اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2).

1.4 المقابلة العيادية النصف موجهة:

وتعرف المقابلة النصف الموجهة على أنها حوار شفوي بين باحث ومبحوث تكون أسئلتها محددة ومقننة من قبل الباحث والتي تكون معدة مسبقاً، حيث تطرح نفس الأسئلة في كل مقابلة وبنفس التسلسل، ويسعى الباحث إلى التقيد بهذه الأسئلة وترتيبها. (مروان، 2000، صفحة 105)

ونظراً لما يتميز به هذا النوع من المقابلة من إعطاء الحرية للفرد وكيفية توجيه هذه الحرية نحو الهدف المسطر الذي يخدم موضوع الدراسة، فقد تم استعماله للحصول على البيانات والمعلومات الضرورية في دراستنا وجاءت كمدعمة للاختبار، حيث أجريت المقابلة على حالات الدراسة، وتم ذلك بمساعدة مدير المركز، أين تم إجراء المقابلة بمركز الوسيط لعلاج الإدمان، وهذا بغرض تزويدنا بالمعلومات التي تساعدنا في معرفة الملمح الإكلينيكي التي تميز الراشد المدمن على المخدرات.

فقد إعتدنا في دراستنا هذه على خمسة محاور:

المحور الأول: البيانات الشخصية

المحور الثاني: عوامل تعاطي المخدرات

المحور الثالث: العلاقات الاجتماعية

المحور الرابع: السيكولوجي

المحور الخامس: التطلعات المستقبلية

2.4 اختبار الشخصية المتعدد الأوجه مينسوتا MMPI2:

إن اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا 2 هو اختبار مصمم لتقييم أو تقدير العديد من نماذج اضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية، ولتطبيق هذا الاختبار بشكل فردي أو جماعي يستلزم أن يكون لدى المفحوص مستوى من الفهم والقراءة وإبراز درجة كافية من التعاون، ولقد وضع الاختبار عام 1940 كل من عالم النفس ستارك هاثاواي "S.Hathaway"، والطبيب النفسي تشارنلي ماكنلي J.C.Makinley، وتم الاعتماد عليه اعتماداً كبيراً في فحص الحالات خلال الحرب العالمية الثانية، وكذلك بعد اندلاع الحرب من خلال اتساع مجال علم النفس الإكلينيكي، وقد عربه في مصر " عطية هنا، عماد الدين إسماعيل، لويس مليكة، وتشمل قائمة مينسوتا 550 بندا، وأسباب فنية يحتوي الكتيب على 556 بندا على شكل عبارات تقريرية، ولصيغتها الأصلية ثلاث صور بطاقات وكتيب وشريط مسموع، وتطبق الأولى والثالثة فردياً أما الثانية فتطبق فردياً أو جماعياً. وتناسب القائمة على الراشدين من سنة 16 فما فوق، ومع ذلك فقد استخدمت بنجاح مع صغار المراهقين، وصدرت الطبعة العربية للقائمة عام 1956 وهي على شكل كتيب فقط، أما احتمالات الإجابة على القائمة فهي في الطبعة الأصلية الأمريكية ثلاثة هي : صواب خطأ، لا اعرف . وقد تغيرت في الطبعة العربية لتصبح نعم / لا، ولهذا التغيير مزاياه كون انه يغلق الباب أمام أسلوب الاستجابة بالتملص أو التخلص، حيث يبرز الأخير على شكل زيادة عدد استجابات لا اعرف، وقد يكون بوجه عام أن صيغة الإجابة الثنائية أفضل من الثلاثية في هذا المجال.(عبدالخالق أ.، 2007، صفحة 8079)

تتكون الصورة المعدلة لاختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا 2 من (567) عبارة، كما رتبت الفقرات بحيث يمكن أن يستجيب للفقرات ال (370) الأولى، أن تصحح على أساس هذه الفقرات فقط كل مقاييس الصدق والمقاييس الإكلينيكية، حيث تشكل الصورة المختصرة من اختبار الشخصية متعدد الأوجه 2 والتي تم الاعتماد عليها في الدراسة الحالية.

وقد تم تعريب الاختبار حيث لوحظ عدم مناسبة الاختبار للبيئة العربية نظراً للاختلاف الثقافي مما دفع "عبدالله عسكر" و "حسين عبدا لقادر 2004 لإعداد الاختبار ليتناسب مع الشخصية العربية وحساب الصدق والثبات والمعايير على عينة عريضة من الناطقين.

بالعربية ويعتبر هذا الإصدار إضافة فضلاً عن استخدامه في التشخيص الإكلينيكي أصبح يستخدم في ميدان السواء، واختيار القادة، وانتقاء الأفراد وتوجيههم في الميدان المدني والعسكري، وفي الميدان الأكاديمي والجنائي وغيرها من الميادين التي تتطلب الفحص النفسي الشامل.

مقاييس اختبار الشخصية متعدد الأوجه مينسوتا (MMPI2) :

تتقسم إلى 14 مقياس، مقياس الصدق، والمقاييس الإكلينيكية وذلك كما يلي:

- **مقاييس الصدق:** وتحتوي مقاييس الصدق بدورها على أربع مقاييس وهي: الدرجة لا أستطيع أقرر (؟)، مقياس الكذب (L) ، مقياس الخطأ (F)، مقياس التصحيح (K)
- **الدرجة لا أستطيع أن أقرر (؟):**

بالرغم من أن هذه الدرجة توضع على الصفحة النفسية و على ورقة إجابة الاختبار شأنها في ذلك شأن المقاييس الأخرى، إلا أنها لا تعد مقياسا بالمعنى المعتاد وتسمح التعليمات للمفحوص بان يقرر بان ثمة عبارات معينة لا تنطبق عليه، و من ثم لا يستطيع الإجابة عنها ، وعدد هذه العبارات هو الذي يشكل الدرجة على هذا المقياس. ولا توجد درجات تائية لهذا المقياس مشتقة من عينة التقنين، ومن المستحسن أن تكون هذه الدرجة أقل ما يمكن لان ذلك يؤدي إلى التقليل من قيمة الصفحة النفسية.(شحاتة، 2008، صفحة 252)

- مقياس الكذب (L):

ويحتوي على 15 عبارة، أعدت عبارات هذا المقياس حيث يسهل عدها في ورقة الإجابة وتصحح بسهولة دون استخدام مفتاح التصحيح، وتدور عبارات المقياس حول مشاعر العدوان و الأفكار السيئة أو الشريرة أو نقص القدرة على التكامل والضببط، وهذه العبارات واضحة و ليست غامضة وهي تتضمن أمورا غير مرغوبة اجتماعيا، ومن المفروض أن اغلب الناس سوف يجيبون بان العبارات تنطبق عليهم بالرغم من أن العبارات تتصل بمشاعر أو أفعال مكروهة.

وقد اعد هذا المقياس لتحديد مدى الصراحة و الإفصاح التي يجيب بهما المفحوص على عبارات الاختبار، والدرجة المنخفضة على المقياس تشير إلى رغبة المفحوص في الإقرار بالعيوب و الوعي بالذات والاستجابة الاجتماعية ورغبة في الإبانة عن الذات والنضج و السواء، كما أن انخفاض الدرجة على المقياس يشير إلى تمتع المفحوص بالارتياح وعدم الحرج في عرض العيوب الشخصية، أما الدرجة المرتفعة فهي تشير إلى اتصاف المفحوص بالدفاعية و الحساسية الزائدة.

هذا إلى جانب الجمود و السلبية أو فقدان الشعور بالأمن ونقص الاستبصار بالذات وقد يكون ارتفاع الدرجة بسبب سوء تأويل أو فهم خاطئ لبعض العبارات(شحاتة، 2008، صفحة 253).

- **مقياس الخطأ (F)** ويحتوي على 64 عبارة، من النادر أن يجيب الأشخاص الأسوياء على عبارات المقياس بالصورة التي تصحح بها، أي أن الشخص الذي يحسن فهم و قراءة عبارات المقياس يندر أن يجيب عليها في الاتجاه، ودور هذا المقياس حاسم في تقرير صدق الصفحة النفسية.

تدور عبارات المقياس حول الاعتقادات والأفكار الغريبة أو التبدل وإنكار الروابط الاجتماعية، كما أن مجموعة من العبارات تختص بالعلاقات الأسرية أو تجارب الطفولة و منها ما يتصل بالدين والاتجاهات نحو القانون ونقص القدرة على ضبط الاندفاعات. وثمة مجموعة من الأسباب تؤدي إلى ارتفاع الدرجة على المقياس منها تجاهل المفحوص للتعليمات أو عدم فهم العبارات أو محاولة المفحوص الظهور بمظهر غير متكامل أو انه ينشد الهروب من المسؤولية.(عبد الخالق، 1996)

- مقياس التصحيح (K):

يقيس اتجاه المفحوص نحو الاختبار، وتشير الدرجة المرتفعة إلى التزييف للأحسن، على حين تدل الدرجة المنخفضة على نقد الفرد لنفسه، واستعداده للكشف عن اعراضه، أو التزييف إلى الأسوء. وقد استخدم هذا المقياس فيما بعد لتحديد القابلية للعلاج النفسي، ويوصفه كذلك مقياسا لقوة الأنا والتوافق السوي. وثمة بعض النتائج الهامة على هذا المقياس ندرجها فيما يلي:

• **المقاييس الإكلينيكية:** يحتوي اختبار مينسوتا متعدد الأوجه على (10) مقاييس إكلينيكية وهي تنقسم إلى ثلاث مجموعات:

- المجموعة الأولى: المثلث العصابي والذي يضم مقاييس توهم المرض الاكتئاب والهستيريا .

- المجموعة الثانية: المثلث الذهاني، والذي يضم مقاييس الفصام، البارانويا والهوس الخفيف

- المجموعة الثالثة: المشكلات السلوكية والتي تضم الانحراف السيكوباتي، الذكورة والأنوثة الانطواء

الاجتماعي إلى جانب هذه المجموعات نجد كذلك السيكاثينيا.(عبد الخالق، 1996)

- توهم المرض (Hs):

يحتوي على 33 عبارة، يقيس الاهتمام الزائد بالوظائف الجسمية والقلق على الصحة الذي لا يستند إلى سبب، فيشكو الفرد غالبا من آلام واضطرابات يصعب تبيينها، ولا يوجد لها أساس عضوي واضح.

- مقياس الاكتئاب (D):

يحتوي على 60 عبارة، ضم هذا المقياس بغرض قياس درجة أو عمق نموذج الأعراض المرضية للاكتئاب، ويتميز بنظرة متشائمة للحياة والمستقبل وشعور بالقنوط وعدم الجدارة، وبطئ في الفكر والعمل.

- مقياس الهستيريا (Hy):

يحتوي على 60 عبارة، يساعد في تحديد المرضى الذين يستخدمون الحيل الدفاعية العصابية للهستيريا التحولية وهذا الاستغلال للاضطراب العضوي لا يظهر إلا تحت الضغط، بينما لا يظهر في الظروف العادية أي مظاهر غير سوية للشخصية. (شحاتة، 2008، صفحة 257)

- مقياس الانحراف السيكوباتي (Pd):

وضع ليقس خصائص الشخصية السيكوباتية المضطربة التي تتميز بأنها مضادة للأخلاق والمجتمع، وتتسم بعدم الإهتمام المتكرر بالعادات الاجتماعية والعرف، وعدم القدرة على الاستفادة من العقاب. (عبد الخالق، 1996)

- مقياس الذكورة والأنوثة (MF):

اعد المقياس بغرض تحديد ظواهر الشخصية التي ترجع إلى الانقلاب الجنسي الذكري، وما تجدر الإشارة إليه أن تصحيح المقياس بالنسبة للذكور يصحح بمقياس خاص بهم، وكذلك بالنسبة للإناث فيصح بمقياس خاص بهن. (شحاتة، 2008، صفحة 259)

- مقياس البارانويا (Pa):

صمم ليقس الصورة الإكلينيكية " للبارانويا"، ويتميز المرضى بالتشكك والحساسية الزائدة وهذيانات الاضطهاد والعظمة. (عبد الخالق، 1996، صفحة 88)

- مقياس السيكاتينيا (Pt):

وضع ليقس تقدير النمط العصابي للسيكاتينيا أو جملة أعراض الوسواس القهري، وتشمل المخاوف المرضية كل أنواع الخوف غير المعقول من الأشياء والمواقف، كما تشمل الاستجابة الزائدة للمنبهات المعقولة.

- مقياس الفصام (Sc):

أعد لقياس النموذج المرضي للفصام، وتحتوي عبارات المقياس على الأفكار الغريبة والتباعد الاجتماعي ومغريات الإدراك ومشاعر العدوان، وكذلك الإشارة إلى الأمور الجنسية وضعف القدرة على التركيز وضبط النفس والتسرع. (شحاتة، 2008، صفحة 262)

- مقياس الهوس الخفيف (Ma):

ويتسم هذا الاضطراب الوجداني بثلاث خصائص هي: النشاط الزائد على الرغم من انه نشاط غير فعال ولا منتج غالبا، والاستثارة الانفعالية، والتتابع السريع للأفكار.

- مقياس الانطواء الاجتماعي:

يقيس النزعة إلى الانزواء والبعد عن الاتصال الاجتماعي بالآخرين، وهو ليس مقياسا إكلينيكيا بالمعنى المحدود، أي انه لا يقتصر استخدامه على مرضى المستشفيات، ولكنه يمتد أيضا إلى الأسوياء. (عبد الخالق، 1996)

التفسير الإكلينيكي للصفحة النفسية: يؤدي تطبيق اختبار مينيسوتا متعدد الأوجه للشخصية

(MMPI2) إلى استخراج عشرة مقاييس إكلينيكية وأربعة مقاييس للصدق، ثم تحول الدرجات الخام إلى درجات معيارية ثانية، وتفرغ الدرجات على ورقة الصفحة النفسية أو البروفيل (Profil)، وتفحص درجات مقاييس الصدق حتى يمكن تحقيق درجة صدق المقاييس الإكلينيكية، وفي حالة صدقها يفسر البروفيل على أساس أعلى درجتين على مقياسين، وأحيانا يستخدم أعلى ثلاثة مقاييس.

وعند تفسير الصفحة النفسية يجب أن يراعى الآتي: (عبد الخالق، 1996)

- 1- أن الشكل الكلي للصفحة النفسية أكثر دلالة من الدرجة على مقياس واحد.
- 2- يغلب أن تتجمع المقاييس الإكلينيكية في ثلاثة مجموعات، ويغلب أن يكون للمنحنى.
- 3- أكثر من قمة في الصفحة النفسية.
- 4- تتحدد درجة التأكد من نتيجة المقاييس الإكلينيكية على أساس درجات الصدق.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل، تناولنا جميع الإجراءات المنهجية المتعلقة بالدراسة، حيث اعتمدنا على المنهج العيادي باستخدام تقنية دراسة الحالة، وذلك لدعمه لدراستنا. شملت الدراسة ثلاث حالات من فئة البالغين، حيث قمنا بتطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2) والمقابلة العيادية شبه الموجهة عليهم. هدفنا من ذلك كان الكشف عن الميول النفسية المرضية ووصف السيكيوبروفيل للشخص البالغ المدمن على المخدرات. والتي سنقوم بعرضها وتحليلها في الفصل الموالي لنصل إلى نتائج الإجابة حول مشكلتنا البحثية.

الفصل الخامس: تحليل ومناقشة نتائج الواسة

أولاً: عرض نتائج الواسة:

1. تحليل نتائج الحالة (01)

2. تحليل نتائج الحالة (02)

3. تحليل نتائج الحالة (03)

ثانياً: التحليل العام للحالات الأربعة.

ثالثاً : مناقشة وتحليل نتائج الواسة.

خاتمة

أولاً: عرض نتائج الدراسة:

1- تقديم الحالة (01) ك:

الإسم: ك	سن أول تعاطي: 19.
السن: 29 سنة.	فوع التعاطي: حشيش، (الكيف)، الإريكا
الجنس: ذكر.	(الصلوخ).
عدد الإخوة: 5 (2ذكور، 3 إناث)	محاولات العلاجية: أول محاولة.
المستوى التعليمي: الأولى جامعي	معدل التعاطي: من 4 سجائر إلى 5 في اليوم
المستوى المعيشي: متوسط	السوابق الخرائية الإدمانية: لا توجد
مهنة الأب: موظف.	السوابق الإدمانية العائلية: لا توجد
مهنة الأم: مأكثة في البيت	

1-1 ملخص الحالة الأولى (ك):

تمت المقابلة بالمركز الوسيطى لعلاج الإدمان بمكتب الأخصائية النفسية حيث استغرقت المقابلة 20 دقيقة، وبدأت الحالة بمظهر لائق من ناحية الهندام والشكل العام للحالة (ك)، في البداية ظهرت عليه علامات التوتر والقلق، لكنها اختفت عند بداية المقابلة مباشرة وكان الحالة (ك) إنسان متقبل للأسئلة وكان يجب بكل صراحة.

2-1 تحليل محتوى المقابلة للحالة الأولى:

"ك" 29 سنة، أولى جامعي (علوم إجتماعية)، كانت دراسته حسنة، لم يعد السنة في أي مرحلة تعليمية، هو الأخ الأصغر بين الذكور وثلاث بنات، يقيم في مدينة بسكرة، ذو مستوى معيشي متوسط، الأب: مفتش في مديرية التربية، الام: مأكثة في البيت، العلاقة الوالدية جيدة. لايشكو الحالة من أي أعراض عضوية، للحالة (ك) تاريخ مع المخدرات، حيث كانت بدايته الفعلية في سن التاسع عشر عن طريق إغراء من طرف أحد أصدقائه " ... أول مرة جربت فيها كنت أنا وصاحبى كان عندو قارو زايد تاع (كيف) قالى هاك جرب مرة معندو مراح يصرالك وكانت أول مرة تكيفت الكيف وليت في عالم آخر الصراحة عجبتي الحالة منحس

بوالو وكملت فيها... " وهنا أصبح الحالة يتعاطى (الإيريكيا) المعروفة بالصاروخ وكان معدل تعاطي الحالة عالي جدا من 4 إلى 5 سجائر يوميا وليلا فقط مع قرص الإيريكيا، كان الحالة منعزل تماما عن الأسرة " ...علبالك منخرجش من شمبرتي وجامي جمعت مع دارنا ولا قسرت نفطن مع 12 نروح لسوبرات نخدم ندخل لدار زمان ل 11 بعد منكمل نتكيف ديراكت نروح للشميرة تاعي نضرب فيها حبة الإيريكيا ونجيبها تقصار في لفيس سبوك والتيك توك لصباح باه نرقد منوضش حتان ل 11 ولا 12... " وعدم الرغبة في الأكل (الشهية والو، والله ماني رايع في راسي) هنا نستنتج أن الحالة غير راضي عن نفسه.

لم تكن عائلة الحالة على علم بتعاطي ابنهم حتى بدأت أعراض الانسحاب تظهر عليه مؤخرا (الانطواء، الصراخ بشدة بدون أي سبب واضح، الشك، القلق، الوقاحة)، هنا تدخل الأخ حول إقناع الحالة عن الإقلاع عن التعاطي لكن لافائدة " ...عندي خويا الكبير كنت نموت عليه كرهني كي وليت هكا وأنا ثاني فطيت منو ميعرفش يهدر يعاملني ديما بلي راني صغير وجامي داها فيا... " حتى تدخلت الأم وتقبل الحالة رأي الأم وحاول الإقلاع والتوجه لمركز الوسيطي للعلاج من الإدمان " ... علبالك كفاه حتان جيت هنا الوالدة تاعي أول مرة نشوفها بهذا الوجه أنا أمة عاقلة الصراحة قاتلي إذا تخاف ربي فيا حبس... " لكن الحالة متردد عن التوقف الكامل عن التعاطي " ...أنا علجال ميمتي برك قلت نجى... "

الحالة (ك) كانت صريحة جدا لدرجة أنه فسر كيفية تعاطيه للمواد المخدرة كيفية تعاطيه للكيف و (الإيريكيا)، " ... كل يوم في ليل نضرب فيها حبة الإيريكيا ومن بعد ندير فيها قارو كيف باه ننسى كل شيء فيتفيت مي لو كان نصحا نولي مش نفس الإنسان لي مقابلك... "

وهذا دليل على أنه عندما تمت إجراء المقابلة كانت الحالة في حالة شبه المخدرة وكما أعلمنا الحالة عن وجود مواد مخدرة أخرى يراها صعبة في التعاطي مثل (الحلوى) " ...تجيني صعبة ياسر باه نتعاطاها... "

أكد الحالة على أنه عند تعاطيه لا يستطيع مقاومة الرغبات والمثيرات " ... منقدرش نتحكم في روحي تحكمني قلقة كبيرة ورغبة كبيرة في التعاطي لازم كي نشوف القارو نتكيف مفيهاش... " وأكد أيضا أن لديه شكوك من الناحية الجسدية " ...علبالك شاك في روحي مسحور، كل مرة تسطر عليا حاجة مي منقول لحتى واحد... "

هنا تظهر على الحالة عدم الاستقرار النفسي مع العلم أن الحالة في الحصة الخامسة للعلاج وتوقف عن تعاطي "الإيريكيا" وقلل من تدخين "الكيف".

الحالة صرحت أنه مؤخرا دخل في حالة إدمان، على حد تعبيره "...صح فقت روطار كرهت حياة دارنا وخويا ولا يحشم بيا بطلت قرابتي أما لي جابيتي كرهتتي لكن بربي إنشاء الله راني نحاول منرجعش على واش كنت...".

أما بالنسبة للعلاقات الإجتماعية الحالة كما أجاب " ... قبل كي كنت صغير كانو صحابي كامل ربي بارك ولاد فاميلية ونقيين مي ملي بديت نتعاطى أصحابي ولاو غير جماعة المافيا وصحاب لحباس نقيين مولاوش يدورو بيا والله حاب نخرج من هذي لبلاد ونتهنى...". يمكن تفسير ماقاله أن الحالة في حالة لوم زائد لذاته لأنه يقوم بلوم نفسه عن أخطائه كثيرا.

يعتبر الحالة والدته هي أقرب شخص لديه، ويريد العلاج والرجوع إلى الشخص الذي كان عليه من قبل من أجل والدته "...صدقيني صح أنا راني باه نتعالج ونرجع كيما قبل إنسان نقي لكن هذا الشي كامل على جال أما على خاطر تعبتهت ياسر ومرضت في جالتي...". هذه الحالة يفضل أن يبقى لوحده أكثر من أن يجتمع مع الناس "... علبالك ساعات نجيبها 3 أيام منخرجش من الدار نبقي وحدي خاصة في ليل نحب نريح وحدي في الكالم...".

يرى الحالة نفسه أنه تغير في البيت "...علبالك حاجة بلي كنت كي نتعاطى نوض صباح نقلاب الدنيا نعيط نكسر نخبط نقطع قشي على حوايج تافه كي نعرف روجي واش درت نحس روجي جايج ولا مراهق...". صرح الحالة أنه كان إنسان يتسم بالشك الزائد عن حده "... كن نقلك نادم على حاجة كرهت حياة خوتاتي لبنات كانو يدخل بلحساب ويخرج بلحساب والو لا هكا لا هكا...".

أما عن تطلعات المستقبلية للحالة فهو يطمح للتغيير العمل "... علبالك حاب نلقى خدمة حاب نتزوج وندير أسرة أني قادر نحبس كل شيء بسبت هذو الحوايج على خاطر الفيد ثاني زاد عليا...".

فالحالة يريد أن يكون بعيدا عن المشاكل والمحيط المنحرف، أيضا يرى الحالة أنه أصبح المجتمع كله منحرف "...واش راح نقولك المجتمع لي رانا فيه يزيد عليك من الشي لي راهم فيه...". ولدى الحالة أهداف "... حلمي نرجع نكمل قرابتي ونرجع وندخل نخدم حاب نكون لاباس عليا والله...".

3-1 عرض وتحليل نتائج إختبار الشخصية المتعدد الالوجه "(MMPI2)":

1-3-1 عرض نتائج الإختبار:

جدول(02): نتائج الحالة على سلام الصلاحية

السلم	الدرجة التائية	المستوى	صدق البروفيل	الدلالة الإكلينيكية
(?)	01	منخفضة	بروفيل صادق	عمل قادر وعازم على الاستجابة لكل الفقرات وهو السلوك المتوقع من معظم الأفراد.
(L)	53	متوازنة	بروفيل صادق	-إرتياح بخصوص صورة الذات.
(F)	93	مرتفعة جدا	بروفيل صادق	-فقدان المشاركة. -مبالغة في الظهور بصورة المضطرب. - مقاومة إتجاه الإختبار.
(K)	30	منخفضة	بروفيل صادق	-وقح مشكك. -حالة زعر. -إنطباع سيء حول الذات. -نقد إتجاه الذات والآخرين.

التعليق:

انطلاقا من النتائج التي تظهر في الجدول نجد أن معظم المقاييس كانت درجاتها التائية ما بين المنخفضة والمتوازنة ماعدا قيمة F التي سجلت ارتفاعا كبيرا وهذا ما يدل على أن الحالة تتجنب الاعتراف بالمضمون غير المقبول اجتماعيا. و هذا يشير إلى صدق استجابات الحالة على عبارات الاختبار، وبالتالي صدق وصلاحية السيكوبروفيل.

جدول(03): نتائج الحالة على السلام العيادية القاعدية

السلم	الدرجة التائية	المستوى	الدلالة
(Hs)	78	مرتفعة جدا	-فصامي. -هذات تتعلق بالجسد. -متصلب بفعل الإحساس بالأعراض والشكاوي العديدة.
(D)	74	مرتفعة	-منطوي على ذاته. -خجول.

<ul style="list-style-type: none"> -منعزل. -حزين. -فاقد للطاقة، عدم القدر على التركيز، شكاوي جسدية. -إضطرابات النوم. -فقدان الثقة بالنفس. -الإحساس بالعجز. -إنقاص من قيمة الذات. 			
<ul style="list-style-type: none"> -متمركز حول ذاته، سطحي. -غير ناضج، سهل الإنقياد. -إمتثالي، أخلاقي. -الحاجة لأن يكون محبوبا وينقصه الإحساس بالأمن. 	متوسطة	64	(Hy)
<ul style="list-style-type: none"> -لايتحمل الملل والفراغ. -يعاني من مشكلات تجاه السلطة. -يعاني باستمرار مشكلات تخص الحياة العائلية - والمهنية. -ردود فعل إنفعالية ظاهرة (خجل،مشاعر الذنب). 	مرتفعة	72	(Pd)
<ul style="list-style-type: none"> -متلائمة مع الغير. -كفاءة. -متماثلة مع القيم والأدوار النسوية التقليدية. -مبادرة. -مثالية. 	متوازنة	46	(Mf)
<ul style="list-style-type: none"> -إضطرابات الفكر. -إعتقادات خاطئة. -أفكار ومشاعر إضطهادية. -نزعة نحو الإنتقام والإجتراية. -سلوك مشحون بالهلوسة. 	مرتفعة جدا	90	(Pa)
<ul style="list-style-type: none"> -إجتريية الافكار، طقةس صارمة. -تهيج وقلق. -مخاوف وهمية. -مشاعر الذنب. 	مرتفعة جدا	80	(Pt)

-مكتئب.			
-مشوش الفكر. -ذو سلوك شاذ. -فكر هذيانى. -منطوي إجتماعيا. -إتصال سيء بالواقع، كثير الهلاوس والتفكير الإجتزاري.	مرتفعة جدا	90	(Sc)
-متهيج. -مفرط النشاط. -منتشي (إحساس بالغبطة). -هذيان. -تهيج وقابلية للوقوع في الخطاء. -علاقات سطحية. -نافذ الصبر.	مرتفعة	75	(ma)
-منطوي. -خجول وفزع. -فاقد للثقة بالنفس. -عبوس. -خضوعي. -متصلب.	مرتفعة	74	(Si)

التعليق:

من خلال السلالم القاعدية العيادية نجد أن أغلب السلالم العصابية (Hs)، (D)، (Hy) كانت درجاتها التائية ما بين المرتفعة والوسطية، كما أن درجات السلالم الذهانية (Pa)، (Pt)، (Sc)، (Ma) كانت درجاتها مرتفعة، كما أن الدرجة التائية لسلم (Si) كانت مرتفعة، في حين كانت الدرجات التائية على المقاييس (Pd) كانت مرتفعة، و (Mf) متوازنة.

1-4-2 تحليل السلالم:

✓ تحليل سلالم الصلاحية من حيث الدلالات الإكلينيكية:

انطلاقاً من التعليق على جدول سلالم الصلاحية تبين أن درجة الحالة على هذه السلالم تراوحت بين المتوازن و المنخفض مما دل على صدق استجابات الحالة، إلا انه يمكن تفسير دلالات استجابات الحالة على هذه السلالم من الناحية الإكلينيكية بغرض إعطاء مدلول سيكولوجي، وقد ظهر ذلك كالآتي:

- سلم لا ادري(?) : دلت نتائج الحالة "ك" على السلالم الصلاحية على ان سلم (?) هي درجة 01، وهي درجة منخفضة تدل على ان الحالة يجيب بمقبولية كبيرة ووضوح وهو قادر وعازم على الاستجابة لكل الفقرات ولا يظهر مواقف هروبية من مواقف الاختبار.
- سلم الكذب (L): الدرجة التائية للكذب هي 53، وهو مستوى متوازن مما يدل على أن الحالة قادر على التوازن والميل للصراحة وعدم تزيف الإستجابات لتظهر بمظهر السوي (الحسن) وهذا دليل على أنها لديها إرتياح بخصوص صورة الذات.
- سلم الخطأ (F): الدرجة التائية للحالة هي 93 درجة وهي مرتفعة جدا على مستوى مرتفع بشكل ملحوظ مما يدل على أنه شخص متطرف ويرجح أنه يظهر ميلا ذهانيا، كما أنه يميل إلى البوح بمعاناته ومشكلاته للآخرين، وهذا يفسر إمكانية قابلية الحالة للتدخل السيكولوجي. كما أن هذا المدى من الدرجات يشير الى أن الحالة كان خلال مراهقته يميل لأزمة هوية.
- سلم التصحيح (K): الدرجة التائية للحالة 30 وهي درجة منخفضة على مستوى منخفض مما يدل على أن الحالة غالبا ما يعيش حالات من الذعر، كما أنه يحمل انطبعا سيء نحو الذات وهذا مايورثه الإدمان، وغالبا يميل إلى نقد الذات و الآخرين وهذا من سمات المدمنين.

✓ تحليل السلالم الإكلينيكية القاعدية:

1. تحليل سلالم المثلث العصابي:

كانت درجات الحالة على سلالم المثلث العصابي (HS)، (D)، (Hy) كانت جميعها في المستوى المرتفع والمتوسط، وهي من الناحية الإكلينيكية لها دلالات حسب كل سلم:

- توهم المرض (HS): الدرجة التائية للحالة 78 وهي درجة مرتفعة جدا على مستوى مرتفع مما يدل على أن الحالة يتسم بالقلق الذي لامبرر له ولديه انشغال زائد و مبالغ فيه بالحالة الجسدية

- نتيجة التعاطي المستمر إلى درجة توهم اضطرابات عضوية (هضمية، تعب، ضعف عام)، ويسعى دائما للإظهار الشكاوي المتغيرة والمتعددة وذلك بفعل المواد النفسية التي يتعاطاها.
- سلم الاكتئاب (D): الدرجة التائية للحالة 74 على الصفحة النفسية وهي درجة مرتفعة، ودلالته التفسيرية أنه تغلب مشاعر الحزن العام والمزاج الاكتئابي تجاه ذاته والحياة، كما تظهر على هذا السلم أن الحالة يتسم بالتشاؤم واليأس الذي يعمان حياته، ولديه شعور بالدونية والذنب، عموما يعتبر اكتئاب واضح.
 - سلم الهستيريا (Hy): درجته على السلم 64 درجة تائية، وهو مستوى وسطي فتؤشر على أن الحالة يدل متركز حول ذاته، وغير ناضج، وينقصه الإحساس بالأمن، كما أنه يتسم بالمثالية، ويكون شخصية ذو إنفتاح وإنبساط.

2. تحليل سلالم الانحراف النفسي:

- كانت درجات التائية على سلالم الإنحراف النفسي (pd)، (Mf) مابين المرتفعة والمتوازنة، وهي من الناحية الإكلينيكية لها دلالات حسب كل سلم:
- سلم الإنحرافات السيكوباتية (pd): الدرجة التائية للحالة على السيكوبروفيل 72 درجة مرتفعة مما يدل على أن الحالة لا تتحمل الفراغ وتعاني من مشكلات إتجاه السلطة وتعاني باستمرار من مشكلات تخص الحياة العائلية والمهنية، وعادة تظهر هذه المشكلات التي يكشفها هذا السلم لدى الأشخاص المدمنين على المخدرات الذين يجدون معارضة من الأشخاص المقربين وردود فعل إنفعالية ظاهرة.
 - سلم الذكورة والانوثة (Mf): درجتها التائية على هذا السلم 46 وهي درجة متوازنة مما يشير على أن الحالة لديها حس عملي، ويكون مهتم بالأنشطة الذكرية التقليدية وهذا أقرب للأفراد ذو التوجه الأكثر ذكورة.

3. تحليل سلالم المربع الذهاني:

- من خلال تحليل الجداول على السلالم الذهانية تبين أن نتائج درجات الحالة كانت جميعها مرتفعة جدا، وهي من الناحية الإكلينيكية لها دلالات حسب كل سلم:
- سلم البرانويا (pa): تبلغ درجته التائية لدى الحالة 90 وهي درجة مرتفعة تفوق المستوى المتوسط بشكل ملحوظ، مما يدل على أن الحالة لديه تفسيرات خاطئة لمواقف حياتهم، ويعاني من هذيانات الإضطهاد والعظمة وغالبا مايكون لديهم سلوك مشحون بالهلوسة.

- سلم البسيكاستينيا (pt): درجتها التائية 80 وهي درجة مرتفعة جدا وبشكل ملحوظ، مما يدل على أن العميل قلق ومتوتر ولديه مشاعر تسبب له نوع من الضيق والخوف من الفشل يتميز بشخصية حزينة مع مزاج إكتتابي واضح.
- سلم الفصام (sc): الدرجة التائية للحالة 90 وهي درجة مرتفعة جدا ذات مستوى مرتفع، فتؤشر الحالة على وجود تشوش في الفكر والشعور بالإغتراب والبعد عن بيئته، ويتميز بالإنسحاب الإجتماعي وتتسم هذه الحالة بسلوك شاذ ولديها أفكار هذيانية وإتصال سيء بالواقع وكثير الهلوس والتفكير.
- سلم الهوس الخفيف (Ma): الدرجة التائية للحالة 75 وهي درجة مرتفعة، مما يدل على أن الحالة مفعم النشاط ويتسم بالهيجان له قابلية للوقوع في الخطاء وعلاقاته الإجتماعية سطحية و نافذة للصبر.

4. تحليل سلم نمط الشخصية الإنطوائية:

- سلم الإنطواء الإجتماعي (Si): الدرجة التائية للحالة هي 74 وهي درجة مرتفعة دلالاتها النفسية لديها نوع من الانزواء والبعد عن الاتصال الاجتماعي، تتسم غالبا بالخلج وفاقدة للثقة بالنفس متصلبة وخضوعة.

1-4-3 تحليل بروفييل الحالة الاولى:

من خلال المقابلة النصف الموجهة، وكذا تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، أمكننا من التوصل إلى مضمون السيكوبروفيل المستخرج من أدوات الدراسة والذي يميز ملامح شخصية (ك) فالاختبار بين أن لديه اكتئاب واضح مسيطر عليه، فمن خلال المقابلة فهو يعاني من ضعف الجهد والطاقة وإضطرابات في النوم) نسهر لصباح وأنا نقصر في الفيس بوك والتيك توك)، مع ضعف التركيز وشكاوي جسدية متكررة، عدم الرغبة في الاكل (الشهية والو، والله ماني رايح في راسي)، كما بين الإختبار وجود إنطواء (علبالك ساعات نجيبها 3 أيام منخرجش من الدار نبقى وحدي خاصة في ليل نحب نريح وحدي في الكالم). وبين الإختبار إرتفاع توهم المرض والهوس الخفيف، فمن خلال المقابلة أظهر الحالة أنه لديه شكوك من الناحية الجسدية (علبالك شاك في روحي مسحور كل مرة تسطر عليا حاجة مي منقول لحتى واحد)، (كن نقلك نادم على حاجة كرهت حياة خواتاتي لبنات كانوا يدخل بلحساب ويخرج بلحساب والو لا هكا لا هكا). ووضح لنا الإختبار إرتفاع ملحوظ على الفصام والبارانويا وهذا ما أكده خلال المقابلة(علبالك شاك في روحي

2-تقديم الحالة (02) "ق":

الإسم: ق	سن أول تعاطي: 24 سنة
السن: 31	معدل التعاطي: 3 أواص في اليوم وسيجرة
الجنس: ذكر	حشيش
عدد الإخوة: 6	فوع التعاطي: الحوة، الإريكا، الحشيش.
مهنة الأب: تاجر	محولات العلاجية: أول مرة.
مهنة الأم: مائكة في البيت	السوابق الخوائية الإدمانية: لا توجد
المسوى التعليمي: 4 متوسط	السوابق الإدمانية العائلية: لا توجد
المسوى المعيشي: متوسط	

1.2 ملخص المقابلة للحالة الثانية:

تمت المقابلة بمكتب الأخصائية النفسية واستغرقت مدة 20 دقيقة، والحالة في 31 سنة، ظهر أثناء المقابلة بمظهر مقبول وهندام نظيف، وكان الحالة متوتر وتظهر عليه علامات الحزن أثناء إجراء المقابلة، كان الحال يوجب بتوتر وقلق عن أسئلة المقابلة. لم يتم الحالة تعليمه حيث تم طرده من المتوسط لتكراره نفس السنة، ليجد نفسه في الشارع ومازاد فرصة إنحرافه.

2.2 تحليل محتوى المقابلة للحالة الثانية:

كانت بداية الحالة عمر الإدمان في سن 24 سنة حيث كانت أول تجربة له في تعاطي الحشيش (الزطلة)، وكان سبب التعاطي كرهه لأخيه وأبيه "... نتكيف الزطلة وندير كل شيء باش ننسى الشي لي دارو فيا خويا وبابا..." حسب تصريحات الحالة الاب يعامل أخيه الكبير ولايعامله وأنه ولا مرة واحدة سمع إسمه من أبيه بل كان يلقيه ب (أسمع أنت)، وسرعان ما أصبح الحالة من أكبر المدمنين والمتعاطيين للمواد المخدرة، بعدما علمت العائلة بفكرة تعاطيه لم يتجروا على محاولة اقناعه بالإقلاع وأن

النقاش في هذا الموضوع ليس له فائدة أصبح الحالة يريد الهجرة "... بعد مافاقو بيا دارنا ولاو يهدرولي بزاف ويسبو فيا خرجت من الدار وروحت سلفت دراهم باه نحرق خسارة مصدقتليش الحرقة...". هنا تظهر حالة من الإعتماية أي أن الحالة عندما واجهته أول مشكلة قرر التخلي عن العائلة ويعتمد على نفسه في سبيل راحته. ولم يستطيع أي أحد إقناع الحالة عن الإقلاع عن التعاطي " بكري كامل مشافونيش وكى وليت نتعاطى تولهولي مالا واحد مدخلو فيا...". هنا نرى الحالة إتسم بالقلق الزائد ونوع من الأنانية وحب الذات.

كان الحالة (ق) صريح أقرأ عن تعاطيه لمختلف أنواع المخدرات "... جربت الإيريكا وزيديلها الحلوى والزطلة والدخان كل شي مجربو حتان وليت منحس بوالو كون يموتو قدامي متتحركلي حتى شعرة...". هنا اتضح على الحالة عدم النضج ويتسم بالسلوك البذيء، وقد عبر لنا الحالة عن عدم مقاومته لأي مثيرات خاصة (الحشيش) "... ماوليتش نقدر نعيش بلا لادروق كون نشوف قدامي نشري بلا منتردد والو...". لدرجة أصبح الحالة لايتعرف عن نفسه ولديه هاجس من المعتقدات والأفكار الخاطئة " صدقيني حاب نموت ليوم قبل غدوة كرهت النهار لي زدت فيه ديما نخم في الإنتحار هو الحل الوحيد لي تبالي راح يرحني" يري الحالة (ق) أن المعاملة بالمثل هي المعادلة الصح "... خويا هذا موليتش نحترم نورمال نسب قدام الناس عادي على خاطر كلالى حقي كيما يدربي نديرلو وكيما يعاملوني نعاملهم نكرهم صح تمنيت منكوش منهم...". يعاني الحالة من مشكلات اتجاه السلطة خاصة المشكلات العائلية.

صرح الحالة أنه لديه إضطرابات عضوية " نقولك حاجة بيناتنا عليك نشوف ضباب وتحكمني دوخة من قلة النوم خايف نكون مريض بكاش مرض".

لايظهر على الحالة الندم في أي خطأ سبق وفعله "... تامني بربي حاجة ماني نادم عليها خاصة من جهة بابا وخويا...". هنا تظهر على الحالة عدم لوم الذات بل بالعكس لديه لوم الاخرين ويتسم بنوع من الحقد والغضب، أما بالنسبة للعلاقات الاجتماعية فإن عدد الأصدقاء لدى الحالة كان في تزايد من بعد دخوله الإدمان " صراحة صحابي فيهم فايدة أكثر من دارنا يشتوني صحابي يوفرولي واش نتكيف الدراهم يا كلشي...". هنا يعبر عن مصلحته بطريقة أخلاقية و امتثالية ونستج من كلام الحالة يريد أن يكون محبوب. ومن خلال المقابلة نرى الحالة حذر ودقيق في إعطاء أسراره أو التعبير عن مشاعره " ...أنا منمد سري لحتى واحد ... ومانشكي لحتى واحد...".

ليختم الحالة المقابلة بنظرة تشاؤمية للمجتمع " ... صراحة نقولك حاجة المجتمع هذا راح فيها صاي الشباب كامل ولاو بالحب والزطلة غير ساترين رواحهم برك وشي لي راني فيه من صحابي...".

بخصوص النظرة المستقبلية فهو ليس لديه أي نظرة إلا يريد العلاج والشفاء "... عليك ماني حاب والو حاب نتهدنا من الشي لي راني فيه تعيني ياسر والله غير راني تعبان...".

3-2 عرض وتحليل نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه "(MMPI2)":

جدول(04): نتائج الحالة على سلاالم الصلاحية

السلم	الدرجة التائية	المستوى	صدق البروفيل	الدلالة الإكلينيكية
(?)	01	منخفضة	بروفيل صادق	- عميل قادر وعازم على الاستجابة لكل الفقرات وهو السلوك المتوقع من معظم الأفراد.
(L)	53	متوازنة	بروفيل صادق	- ارتياح بخصوص صورة الذات.
(F)	66	متوسطة	بروفيل صادق	- على وشك الانتقال إلى التصرف العدوانى. - صريح، عصبي، غير مستقر (متقلب). - مريض نفسي غير حاد. - ناقد لذاته.
(K)	40	منخفضة	بروفيل صادق	- وقح مشكك. - حالة ذعر. - انطباع سيء حول الذات. - نقد اتجاه الذات والآخرين.

التعليق:

من خلال معطيات الجدول تظهر أن أغلب سلاالم الصلاحية كانت درجاتها التائية بين المنخفضة والمتوازنة والوسطية، وبالتالي صدق صلاحية البروفيل النفسى.

جدول(05): نتائج الحالة على السلاالم العيادية القاعدية

السلم	الدرجة التائية	المستوى	الدلالة
-------	----------------	---------	---------

<p>-قلق وإتشغال مبالغ فيه بالحالة الجسدية إلى درجة توهم اضطرابات عضوية (هضمية، ألم، تعب، ضعف عام).</p> <p>-تمركز حول الذات وأنانية مفرطة.</p> <p>-سلوك بذيء.</p> <p>-إنهزامية، تشاؤم.</p> <p>-شكاوي متغيرة ومتعددة.</p>	<p>مرتفعة</p>	<p>75</p>	<p>(Hs)</p>
<p>-منطوي عن الذات، سيطرة الهموم (مهموم)، يائس.</p> <p>-مرهق بمشاعر الذنب، أفكار السخط والإحساس بالعجز.</p> <p>-إتشغال بالموت والإنتحار.</p> <p>-مثبط، وبطيء في الفكر والحركة.</p>	<p>مرتفعة جدا</p>	<p>76</p>	<p>(D)</p>
<p>-متمركز حول ذاته، سطحي.</p> <p>-غير ناضج، سهل الإنقياد.</p> <p>-إمتثالي، أخلاقي.</p> <p>-الحاجة لأن يكون محبوبا وينقصه الإحساس بالأمن.</p>	<p>وسطية</p>	<p>64</p>	<p>(Hy)</p>
<p>-لايتحمل الملل والفراغ.</p> <p>-يعاني من مشكلات تجاه السلطة.</p> <p>-يعاني باستمرار مشكلات تخص الحياة العائلية - والمهنية.</p> <p>-ردود فعل إنفعالية ظاهرة (خجل، مشاعر الذنب).</p>	<p>مرتفعة</p>	<p>74</p>	<p>(Pd)</p>
<p>-متلائمة مع الغير.</p> <p>-كفاءة.</p> <p>-متماثلة مع القيم والأدوار النسوية التقليدية.</p> <p>-مبادرة.</p> <p>-مثالية.</p>	<p>متوازنة</p>	<p>42</p>	<p>(Mf)</p>
<p>-غضوب وحاقد.</p> <p>-لايتقبل العتاب والنقد.</p> <p>-عدائي وكثير الشكوك.</p> <p>-متصلب وعنيد.</p>	<p>مرتفعة</p>	<p>69</p>	<p>(Pa)</p>

-تأويل خاطئ لردود فعل الآخرين (سوء تقدير المواقف الاجتماعية).			
-قلق ومشاعر الضيق. -الخوف من الفشل. -مهموم وخائف. -مفرط في التدقيق ومتردد إلى أبعد الحدود. -أخلاقي. -متوتر وحزين.	مرتفعة	70	(Pt)
-إعتقادات غريبة. -سلوكات غريبة. -إنقباض وخبل. -غير ممثل اجتماعيا. -إرتياب حول الذات والتباس بخصوص الهوية. -عجز عن التركيز والتفكير.	مرتفعة	72	(Sc)
-محب للاختلاط بالغير، ولين الطبع. -لايتحمل الرتبة(الملل). -تعدد مراكز الإهتمام. -عملي وفعال. -يرغب في النجاح. -مقدام.	وسطية	63	(ma)
-متحفظ. -مغمور. -مفرط في تفحص ذاته.	وسطية	62	(Si)

التعليق:

من خلال السلالم القاعدية العيادية نجد أن أغلب السلالم العصابية (Hs)، (D)، (Hy) كانت درجاتها التائية مابين المرتفعة جدا والوسطية، كما أن درجات السلالم الذهانية (Pa)، (Pt)، (Sc)، (Ma) أغلبها في المستوى المرتفع، كما أن الدرجة التائية لسلم (Si) كانت وسطية، في حين كانت الدرجات التائية على المقاييس (Pd) كانت مرتفعة، و (Mf) متوازنة.

1-3-2 تحليل السلالم:

✓ تحليل سلالم الصلاحية من حيث الدلالات الإكلينيكية:

- سلم لا أدري(?) : دلت نتائج الحالة (ق) على السلالم الصلاحية على أن درجة السلم (?) هي درجة 1، وهي درجة منخفضة تدل على أن الحالة يجيب بمقبولية كبيرة ووضوح وهو قادر وعازم على الاستجابة لكل الفقرات.
- سلم الكذب (L): الدرجة التائية للكذب هي 53 متوازنة وهو مستوى متوازن مما يدل على أن الحالة لديها إرتياح بخصوص صورة الذات.
- سلم الخطأ (F): الدرجة التائية للحالة هي 66 وسطية وهو مستوى متوسط مما يدل على أن الحالة على وشك الانتقال إلى التصرف العدوانى، تتسم بالصراحة والعصبية، تعاني من عدم الإستقرار، لديها مرض نفسي غير حاد وفقدان في التركيز.
- سلم التصحيح (K): الدرجة التائية للحالة 40 وهي درجة منخفضة على مستوى منخفض دلالاتها التفسيرية هي أن الحالة لديه إنطباع سيء وحالة من الذعر، يميل إلى أسلوب النقد السلبي نحو ذاته والغير.
- تحليل السلالم الإكلينيكية القاعدية:

1- تحليل سلالم المثلث العصابي:

كانت درجات الحالة على السلالم المثلث العصابي (Hs)، (D)، (Hy) ما بين المستوى المرتفع

والمتوسط، وهي من الناحية الإكلينيكية لها دلالات حسب كل سلم:

- توهم المرض (Hs): الدرجة التائية للحالة 75 وهي درجة مرتفعة على مستوى مرتفع دلالاته التفسيرية على أن الحالة يعاني من قلق ولديه إنشغال زائد عن حده من الناحية الجسدية إلى درجة توهم اضطرابات عضوية (هضمية، تعب، ضعف عام)، يسعى دائما إلى الميل إلى الشكوة المتعددة والمتغيرة.
- سلم الإكتئاب (D): الدرجة التائية للحالة 76 وهي درجة مرتفعة جدا على مستوى مرتفع بشكل ملحوظ، تعاني من حالة إنطواء عن الذات، وإستسلام للهموم ، تتسم بمشاعر الذنب ويئس إتجاه الحياة وهذا نجدها تتكرر عند المدمنين، لديها إحساس بالعجز، منشغلة بالموت والإنتحار.
- سلم الهستيريا (Hy): درجتها على السلم 64 وسطية مما يدل على أن الحالة متمركزة حول ذاتها نوع من الإنطوائية ، لديها علاقات سطحية، تتسم بعدم النضج وسهولة الإنقياد.

2- تحليل سلالمة الإنحرمة النفسى:

كانت درجات التائىة على سلالمة الإنحرمة النفسى (Pd)، (Mf) مابىن المرتفعة والمتوازنة، وهى من الناحىة الإكلنىكىة لها دلالات حسب كل سلم:

- سلم الإنحرافات السىكوباتىة (Pd): الدرمة التائىة للحالة على هذا السلم 74 درمة مرتفعة تشير على أن الحالة لاتتحمل الفراغ والملل وتعانى الحالة من الصراع مع نماذ السلطة خاصة المشكلات التى تخص الحىة العائلىة، وشدة الإنفعال.
- سلم الذكور والأنوءة (Mf): درمها التائىة على هذا السلم 42 وهى درمة متوازنة تؤشر الحالة إلى أنها لىها حس عملى، وىكون مهتم بالأنشطة الذكرىة التقلدىة وهذا أقرب للأفراد ذو التوجه الأكثر ذكور.

3- تحليل سلالمة المربع الذهانى:

من خلال تحليل الجداول على السلالمة الذهانىة تبىن أن نتائج درجات الحالة بىن الوسطىة والمرتفعة، وهى من الناحىة الإكلنىكىة لها دلالات حسب كل سلم:

- سلم البارنوىا (Pa): درمها التائىة على هذا السلم 69 وهى درمة مرتفعة مما ىدل على أن الحالة لىها حساسىة فى العلاقات البىنشخصىة وىفكر بوضوح وعقلانىة، وىحصل على درمة فى فرط الحساسىة للنقد وىفسر أفعال الآخرىن نحوه على أساس شخصى.
- سلم البسىكاستىنىا (Pt): درمها التائىة 70 وهى درمة مرتفعة، مما ىدل على أن الحالة تتسم بدرجات من القلق الزائد عن حده، ىعانى من مشاعر الضىق والخوف من الفشل ولدىه مزاج حزىن ومهموم.
- سلم الفصام (Sc): الدرمة التائىة للحالة 72 وهى درمة مرتفعة مما ىدل على أن الحالة ىشير إلى وجود اعتقادات وسلوكات غرىبة تسىطر على الحالة، وىعانى من انقباض وخبل وىر متمائل اجتماعىا .
- سلم الهوس الخفىف (Ma): الدرمة التائىة للحالة 63 وهى درمة وسطىة دلالاته التفسىرىة هو أن الحالة محبة للإختلاط بالعىر وعدم تجنب الآخرىن، وىغلب علىها طابع اللىن وعدم تحمل الملل، ىتسم بالروح العملىة والفعالىة، لىها الرمة فى النجاج.

4- تحليل سلم نمط الشخصىة الإنطوائىة:

- سلم الإنطواء الإجتماعي (Si): الدرجة التائية للحالة هي 62 وهي درجة وسطية وهذا مايدل على أن الحالة لديها نوع من التحفظ مغمورة ولديها فرط في تفحص ذاتها.

2-3-2 التحليل العام للحالة الثانية (ق):

من خلال المقابلة، وكذا تطبيق اختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2، أمكننا التوصل إلى مضمون البروفيل النفسي المستخرج من أدوات الدراسة والذي يميز ملامح شخصية (ق)، فالإختبار بين بأنه لديه ميل إكتئابي واضح، فمن خلال المقابلة فهو يشعر بنوع من العجز وعدم السيطرة على الهموم (ماوليتش نقدر نعيش بلا لادروق كون نشوف قدامي نشري بلا منتردد والو)، وكشف الاختبار عن توهم المرض (نقولك حاجة بيناتنا علبالك نشوف ضباب وتحكمني دوخة من قلة النوم خايف نكون مريض بكاش مرض)، كما ظهر أنه لديه إنحراف سيكوباتي أي لديه مشاكل إتجاه السلطة خاصة المشكلات العائلية(خويا هذا موليتش نحترم نورمال نسب قدام الناس عادي على خاطر كلالتي حقي كيما يدرلي نديرلو وكيفا يعاملوني نعاملهم نكرهم صح تمنيت منكوش منهم...")، كما اتضح من خلال الاختبار ارتفاع في السلام الذهانية البارانونيا والفصام (تامني بربي حاجة ماني نادم عليها خاصة من جهة بابا وخويا)، (صدقيني حاب نموت ليوم قبل غدوة كرهت النهار لي زدت فيه ديما نخم في الانتحار هو الحل الوحيد لي تبالي راح يرحني) رصد لدى الحالة السيكاثينيا من خلال المقابلة كانت الحالة متوترة وحزينة وذلك من خلال إهتزاز أقدامه التي لم تتوقف طيلة الجلسة وطرقت أصابعه بدون إحساس.

نستنتج من خلال نتائج الحالة على السلام الإكلينيكية والتحليل العام للحالة أن السيكوبروفيل للحالة يميل إلى البروفایل العصابي ذات نمط إكتئابي الذي قد يكون ناتجا عن وضعية الإدمان. ويمكن ملاحظة هذا على السيكوجرام (المنحنى) المسجل بورقة بروفايل MMPI-2 بالأسفل:

MMPI-2

Scoring Manual
 Institut National de Psychologie
 Personnalité de l'Adulte-2

edpa
 Editions de Psychologie Appliquée

Nom : K Prénom : _____
 Age : 31 Sexe : _____
 Adresse : _____

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

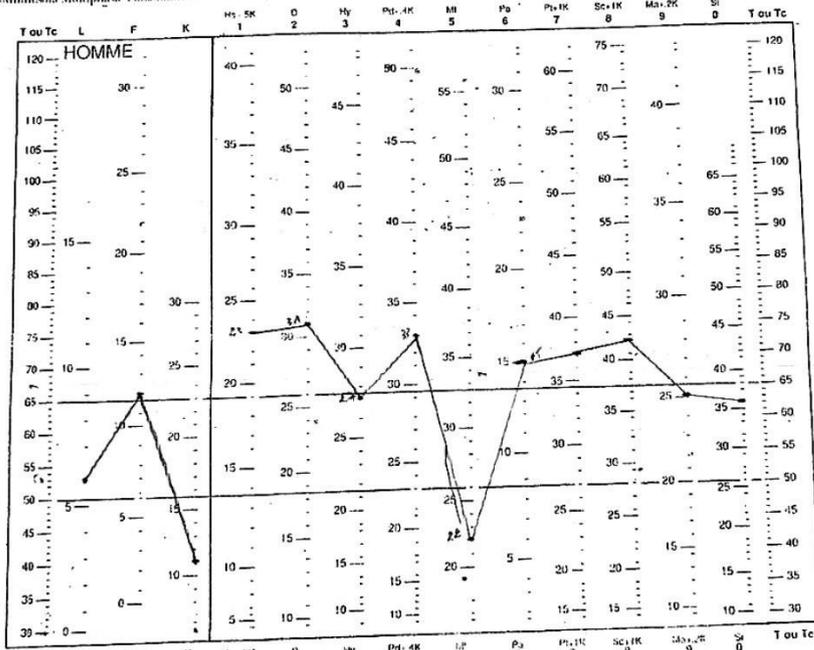
Translated and Adapted by Permission
 Copyright © 1973 (revised 1970, 1980, 1982) by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

Date de passation : 06-04-11 Profession : _____

MMPI-2 and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 are trademarks owned by The University of Minnesota.

Fractions de K

K	5	4	2
33	15	12	5
29	15	12	5
25	14	11	5
23	14	11	5
21	13	10	5
20	13	10	5
19	13	10	5
18	12	9	5
17	12	9	5
16	11	8	4
15	11	8	4
14	10	7	4
13	10	7	4
12	9	6	4
11	9	6	4
10	8	5	4
9	8	5	4
8	7	5	3
7	7	5	3
6	6	4	3
5	6	4	3
4	5	4	3
3	5	4	3
2	4	3	3
1	4	3	3
0	3	2	3
0	3	2	3



Note brute ? 1

Note brute : 6 12 11 17 34 27 29 22 15 26 31 23 26

Valeur de K à ajouter : 6 4 11 11 12

Note brute corrigée par K : 23 33 37 42 25

3- تقديم الحالة (03) "أ":

الإسم: أ	فوع التعاطي: الإيويكا والحشيش
السن: 29	معدل التعاطي: مرة في اليوم
الجنس: ذكر	محولات العلاجية: أول مرة
عدد الإخوة: 4 (ثلاث بنات وهو الذكر الوحيد)	السوابق الخوائية الإدمانية: لا توجد
مهنة الأب: معلم (متوفي)	السوابق الإدمانية العائلية: لا توجد
مهنة الأم: ربة منزل	
المسوى التعليمي: متحصل على شهادة	
ليسانس.	
المسوى المعيشي: جيد	

3-1 ملخص المقابلة الحالة الثالثة:

بدأت الحالة بمظهر عادي واستغرقت مدة هذه المقابلة 30 دقيقة، ظهر أثناء المقابلة بمظهر مقبول وهندام نظيف، كان الحالة دبلوماسياً في إجاباته، وتجاوب مع جميع أسئلة المقابلة بحذر ودون قلق، وكان إيجابياً في كل مايطمح إليه بعد فترة العلاج، وهذا ما أظهره من خلال كلامه مع الأخصائية.

3-2 تحليل محتوى المقابلة للحالة الثالثة (أ):

تعيش الحالة داخل أسرة ذات اتزان أسري عائلة مثقفة التي يعتبر الحالة الذكر الوحيد فيها بعد وفاة والده وكانت هذه بداية التعاطي نتيجة الصدمة، عندما توفي والده شعر بالمسؤولية "...جامي توقعت بابا يروح بهذي السرعة كنت حاس بحاجة ثقيلة فوق كتافي معلابايش كفاه راح ندير مع هذي المسؤولية لي خلاهالي..."، حسب تصريحات الحالة توفي الأب فجأة بأزمة قلبية، توجه الحالة إلى حياة التسكع رفقة أصدقاء السوء "... أول مرة جربت قارو زطلة نهار ثالث يوم من وفاة أبي رحنت لوأحد نعرف يسكن جهتنا علبالي يعرف هذوم لحوايج قتلو أعطيني أي حاجة باه ننسى مدلي شوية زطلة وحببة الإريكا..." ومن هذه اللحظة أصبح أصدقاء، كان الحالة يتعاطى لكنه يشعر بالذنب والندم مقارنة بالوضع المادي للحالة على حد قوله فإن مسألة تأمين الجرعة سهلة للغاية "... كنت كل يوم نشري كمية من الزطلة لي تعديلي مخي..." بمعدل سيجارة في اليوم، وبتفصيلنا للمناخ العائلي فإن الام من تعلم بإدمانه فعلياً، حيث دارت نقاشات عدة حول الإقلاع عن التعاطي وهذا

ماجعل الحالة تتقدم للمركز "... من كثرة هدره ماما معايا في هذا الموضوع هاني جيت هنا تساعدوني باه نبذل ونخرج من هذا الشي لأن علبالي بلي قادر عليها كون هكاك منجيش... " وهنا تظهر فكرة التخلص من المشكلة والثقة بالنفس.

عند طرحنا للسؤال إذا كان يستطيع مقاومة المثيرات (المخدرات) فقد أجاب بأنه قادر على مقاومتهم تحت أي ظروف لكن الحالة كانت تحاول أن تظهر الجانب الإيجابي فيه وتعديل صورته بكل ما يمكن و بأي طريقة "... نعرف الشي هذا بلي خطأ لكن نعتبرها حالة ضعف وراح تفوت... " هنا نستنتج أن الحالة لديه نوع من الندم ولوم الذات والواضح من تصريحه هو تميزه بالعقلانية والمرونة في التفكير.

الحالة كان يتجنب كل مافيه عنف أو حتى الضرب "... حتى ولو ضربوني ولا سرقوني منرجعش نروح لدولة نشكي... ". هذا ما يترجم حسب مقاله أنه شخص متزن.

كما يظهر على الحالة ندم وتأنيب ضمير على الأخطاء التي سبق وقام بها "... درت ياسر غلطات في حياتي ومنهم نهار لي تعاطيت المخدرات في وفاة بابا الله يرحم... كون مجاتش ماما وقفت معايا متلقينيش هنا... ".

وعند طرحنا لسؤال على من يحمل مسؤولية إدمانه فكانت إجابته أنه يحمل نفسه كل المسؤولية "... منلوم حتى واحد أنا لي ديت روعي لهذي طريق واحد مافورساني... ". نستطيع أن نقول أن الحالة (أ) لديه روح المسؤولية ونوع من الإتمان.

وفي طرحنا للسؤال ماهو شعورك وأنت تأتي للعلاج "... نقولك حاجة نوض نهار يلحق الرونديفو تاعي نوض الصباح بكري نفطر ونريقل روعي ونجي نجري... " هنا تظهر على الحالة نوع من النشاط والتحمس.

أما بالنسبة للعلاقات الإجتماعية فالحالة شبه وحيد "... معنديش صحابي نشوفهم كل كيف كيف عندي ميمتي وخياتي هما كل شيء بالنسبة ليا يحبوني جامي قولتيلهم حاجة ومداروهاليش يحبولي غير الخير... ", بين الحالة (أ) عن عدم تفضيلة الجلوس وحيدا ويميل للمخالطة والجلوس في الأماكن العامة "... نحب نقعد مع الناس ونقعد مع لي جا مش لازم صحاب... ".

وحين طرحنا سؤال ما إذا كان يستطيع المساهمة والمشاركة في الأسرة فقد كان رده إيجابيا "... أنا كل شيء في الدار بعد وفاة بابا الضربة اللولة جاتني صعبية المسؤولية وكيفا شوفتي دخلت دوامة أكثر مني مي إن شاء الله راني لباس... ".

وكانت تطلعات الحالة (أ) حول مستقبله كلها تتجه نحو أفاق جبدو ومتفائلة جدا "...بربي إن شاء الله ندير عائلة ونستقر..." قمنا بطرح سؤال على الحالة أين يرى نفسه في الزمن البعيد "...مع عائلتي لي راح نكونها وميمتي حاب نوليو عائلة سعيدة ونعوضهم على لغات كامل..."، فكانت نظرته للمجتمع في الوقت الحالي أنه مجتمع شبه منحرف.

3-3 عرض وتحليل نتائج إختبار الشخصية المتعددا لوجه MMPI2:

جدول(06): نتائج الحالة على سلالم الصلاحية

السلم	الدرجة التائية	المستوى	صدق البروفيل	الدلالة الإكلينيكية
(؟)	02	متوازنة	بروفایل صادق	-الحالة تتجنب الفقرات التي يغلب أن تتجنبها جماعتها المرجعية أو التي لها دلالة خاصة.
(L)	49	منخفضة	بروفایل صادق	مبالغة في الظهور بمظهر المريض نفسيا. - واثق بنفسه. - بنيء. - وقح وساخر.
(F)	60	وسطية	بروفایل صادق	- على وشك إنتقال إلى التصرف العدواني. - صريح، عصبي، غير مستقر (متقلب). - مرض نفسي غير حاد. - منتقد لذاته. - تهيج، فقدان التركيز.
(K)	48	متوازنة	بروفایل صادق	- يحتفظ بتوازن مناسب بين الكشف عن الذات ووقاية الذات. - لديه مصادر شخصية كافية لأن يرغب في تدخل سيكولوجي. (ملیكة، 2000، صفحة 31)

• التعليق:

إنطلاقاً من النتائج التي تظهر في الجدول نجد أن معظم المقاييس كانت درجاتها التائية مابين الوسطية المنخفضة والمتوازنة، وهذا مايدل على صدق إستجابة الحالة على عبارات الإختبار وبالتالي صدق وصلاحيه السيكوبروفيل.

جدول(07): نتائج الحالة على السلام العيادية القاعدية

السلم	الدرجة التائية	المستوى	الدلالة
(Hs)	57	وسطية	-توقع إضطرابات عضوية خاصة. -كثير الشكوى، سريع التأثر، فج غير ناضج. -إنشغال مفرط بالحالة الصحية (الوزن، الوظائف الجسمية).
(D)	37	منخفضة	-نشط، متحمس. -سعيد، متفائل. -نقص الكف والسيطرة على الذات. -ودود إجتماعيا. -لايتأثر وجدانيا، واثق بنفسه.
(Hy)	40	منخفضة	-فج، متصلب. -منعزل ومتحفظ على الصعيد الإجتماعي. -فاتر من الناحية العاطفية والعلائقية.
(Pd)	47	متوازنة	-شخص نزيه. -يؤمن. -مثابر. -مسؤول.
(Mf)	40	منخفضة	-اهتماماته ذات طابع رجالي تقليدي. -نزعة ذكورية، خشن، وعدواني. -مغامر. -يفضل الحركة عن الإستغراق في التفكير. -واثق بذاته.
(Pa)	48	متوازنة	-عقلاني -متبصر -فطن

- مرونة في التفكير.			
- دقيق. - متكيف. - منظم.	متوازنة	45	(Pt)
- قادر على التكيف. - جدير بالثقة. - متزن.	متوازنة	49	(Sc)
- مسؤول. - واقعي. - متحمس.	متوازنة	50	(ma)
- مفعم بالطاقة. - ودود. - ثرثار.	متوازنة	49	(Si)

• التعليق:

من خلال السلالم القاعدية العيادية نجد أن أغلب السلالم العصابية (Hs)، (D)، (Hy) كانت درجاتها التائية مابين المنخفضة والوسطية، كما أن درجات السلالم الذهانية (Pa)، (Pt)، (Sc)، (Ma) كانت متوازنة، كما أن الدرجة التائية لسلم (Si) متوازنة، في حين كانت الدرجات التائية على المقاييس (Pd) كانت متوازنة، و (Mf) كانت منخفضة.

3-3-1 تحليل السلالم:

✓ تحليل سلالم الصلاحية من حيث الدلالات الإكلينيكية:

- سلم لا أدري (?): دلت نتائج الحالة على السلالم الصلاحية على أن السلم (?) هي درجة 2، وهي درجة متوازنة تدل على أن الحالة لديها مقدار من القدرة على مواجهة المواقف التي تثيرها عبارات اختبار، أي أنها لديها مقدار من الاتجاه الإيجابي نحو الاختبار. وإذا كان قد تجنبت استجابة لبعض الفقرات فهي قد تجنبت الفقرات التي يغلب أن تتجنبها جماعتها المرجعية أو التي لها دلالة خاصة فريدة، من المفيد فحص نوعية الفقرات احتمال تحريف الصفحة النفسية قليل جدا إلا إذا كانت كل الفقرات محذوفة من المقياس.

- سلم الكذب (L): الدرجة التائية للكذب هي 49 منخفضة وهو مستوى منخفض مما يؤشر على أن الحالة لديها مبالغة في الظهور بمظهر المريض النفسي، إلا أنها تحاول استعادة بعض من الاتزان للإحساس بالثقة بالنفس.
- سلم الخطأ (F): الدرجة التائية للحالة هي 60 وسطية وهو مستوى متوسطي مما يشير على أن الحالة على وشك الانتقال إلى التصرف العدواني، وتتسم بالصراحة والعصبية، وتعاني من عدم الاستقرار (متقلبة)، لديها مرض نفسي غير حاد وفقدان في التركيز.
- سلم التصحيح (K): الدرجة التائية للحالة 48 وهي درجة متوازنة على مستوى متوازن ودلالة ذلك لأنه محتفظ بنوع من الاتزان بين الكشف عن الذات ووقايتها، كما قد يكون لديه ضعف في تحمل الضغوط وضعف الاستبصار، ولا يبحث عن طلب الرأي.

✓ تحليل السلالم الإكلينيكية القاعدية:

1- تحليل سلالم المثلث العصابي:

كانت درجات الحالة على السلالم المثلث العصابي (Hs)، (D)، (Hy) كانت جميعها مابين المستوى المرتفع والمنخفض، وهي من الناحية الإكلينيكية لها دلالات حسب كل سلم:

- توهم المرض (Hs): الدرجة التائية للحالة 57 وهي درجة وسطية على مستوى متوسط مما يدل على أن الحالة تعاني من اضطرابات عضوية خاصة، وكثيرة الشكوى، وسريع التأثر، فج غير ناضج، وانشغال مفرط بالحلة (الوزن، والوظائف الجسمية).
- سلم الإكتئاب (D): الدرجة التائية للحالة 37 وهي درجة منخفضة على مستوى منخفض يدل على أن الحالة مفعمة بالنشاط وتعالى في درجة التحمس، تتسم بالتناول، لديها نقص الكف والسيطرة على الذات، وقد يكون شخصية ودودة اجتماعيا، لا يتأثر وجدانيا، واثق بنفسه.
- سلم الهستيريا (Hy): درجتها على السلم 40 منخفضة مما يشير على أن الحالة فج و متصلب نوعا ما، يعاني من انزواء اجتماعي، فاتر من الناحية العاطفية والعلائقية.

2- تحليل سلالم الانحراف النفسي:

كانت درجات التائية على سلالم الانحراف النفسي (Pd)، (Mf) مابين المتوازنة والمنخفضة، وهي من الناحية الإكلينيكية لها دلالات حسب كل سلم:

- سلم الانحرافات السيكوباتية (Pd): الدرجة التائية للحالة على هذا السلم 47 درجة متوازنة مما يدل على أن الحالة نزيهة، وتتمتع بروح المسؤولية مما يجعلها شخصية مؤتمنة ومثابرة.
- سلم الذكورة والأنوثة (Mf): درجتها التائية على هذا السلم 40 وهي درجة منخفضة دلالتها التفسيرية هي أن الحالة ذات اهتمام وطابع رجولي تقليدي، تغلب عليه النزعة ذكورية، يتسم بالخشونة والعدوانية.

3- تحليل سلال المربع الذهاني:

- سلم البارنويا (Pa): درجتها التائية على هذا السلم 48 وهي درجة متوازنة على مستوى متوازن مما يدل على أن الحالة تتميز بالعقلانية وهي شخصية جد فطنة وتغلب عليه مرونة التفكير.
- سلم البسيكاستينيا (Pt): درجتها التائية 45 وهي درجة متوازنة على مستوى متوازن، مما يشير على أن الحالة يتميز بالدقة والتنظيم ويغلب عليه طابع التكيف.
- سلم الفصام (Sc): الدرجة التائية للحالة 49 وهي درجة متوازنة على مستوى نموذجي مما يدل على أن الحالة قادر على التكيف وجدير بالثقة وليه شخصية نو طابع متزن.
- سلم الهوس الخفيف (Ma): الدرجة التائية للحالة 50 وهي درجة متوازنة على مستوى متوازن وهذا يدل على أن الحالة واقعية ومرتنة، ويشير أن الحالة لديها روح المشاركة وعدم التجنب أي دلالة على شخص اجتماعي يتمتع بروح المسؤولية.

4- سلم نمط الشخصية الإنطوائية:

- سلم الانطواء الاجتماعي (Si): تم رصد الدرجة التائية للحالة 59 وهي درجة متوازنة على مستوى متوازن، وهذا ما يدل على أن الحالة مفعم بالطاقة والحيوية الإيجابية لديها حالة من الود الاجتماعي ويتسمر بشخصية كثير الكلام (ثرثار).

3-3-2 تحليل البروفيل للحالة (03) "أ":

من خلال المقابلة وكذا اختبار الشخصية المتعدد الأوجه، أمكننا التوصل إلى مضمون السيكوبروفيل المستخرج من أدوات الدراسة والذي يميز ملامح شخصية (أ)، فالاختبار بين بأن الحالة لديه انخفاض واضح على المقياس الاكتسابي، فمن خلال المقابلة يبدو على الحالة مفعم بالحيوية والنشاط (نقولك حاجة نهار يلحق الرونديفو تاعي نوض الصباح بكري نطر ونريقل روجي ونجي نجري)، ونرى أن الحالة لديها روح التفاؤل والثقة بالنفس (بربي إن شاء الله ندير عائلة ونستقر)، وكشف الاختبار عن نوع من الاتزان على مقياسي البارنويا والهوس الخفيف يتميز

بالعقلانية وتفكير منفتح غير مقيد مع درجة الفطنة (نعرف الشيء هذا بلي خطأ لكن نعتبرها حالة ضعف وراح تفوت)، كما لديه أيضا توازن على الانحراف السيكوباتي من خلال بعض الميول إلى بعض سلوكيات التوافق والسلام النفسي، ولديه نزعة الذات الخالية من الانزواءات نعتبره شخصية تأتمن (حتى واحد أنا لي ديت روجي لهذي طريق واحد مافورساني)، نرى أنا الحالة لديه الرغبة في التجمع مع الآخرين وعدم التجنب أي غير منطوي اجتماعيا (نحب نقعد مع الناس ونقعد مع لي جا مش لازم صحاب) فنرى الحالة لديه أمل ونظرة منفتحة عن العالم وفي هذا الصدد أشار (oslso,1989) إلى أن الأسر التي يخلو أفرادها من مشاكل تقع في منطقة النمط المتوازن أو المتوسط في حين تتموقع الأسر التي يعاني أفرادها من الجنوح والمخدرات في منطقة النمط الغير وظيفي(المتطرف). (جعلاب و بوزار، 2018، صفحة 114)

هنا نستنتج أن الحالة (أ) لديها سيكوبروفيل يميل إلى الاتجاه السوي نوعا ما وهذا من خلال مظهر على السيكوجرام في الشكل الآتي الذي كانت ميولاته منخفضة نحو المقاييس الاكلينيكية سواء المثلث العصابي (الاكتئاب، والهستيريا) وكذا المربع الذهاني (الهوس الخفيف، البارانويا، الفصام) بالإضافة إلى المشكلات السلوكية شهدت توازن في درجاتها (الانحراف السيكوباتي، الانطواء الاجتماعي) وكان هذا دلالة على استجابة الحالة لتكفل الإيجابي الذي جعله يميل إلى السواء وهذا ما يوضحه السيكوجرام للحالة في الشكل الآتي:

MMPI-2

Scoring Manual
Inventory Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2

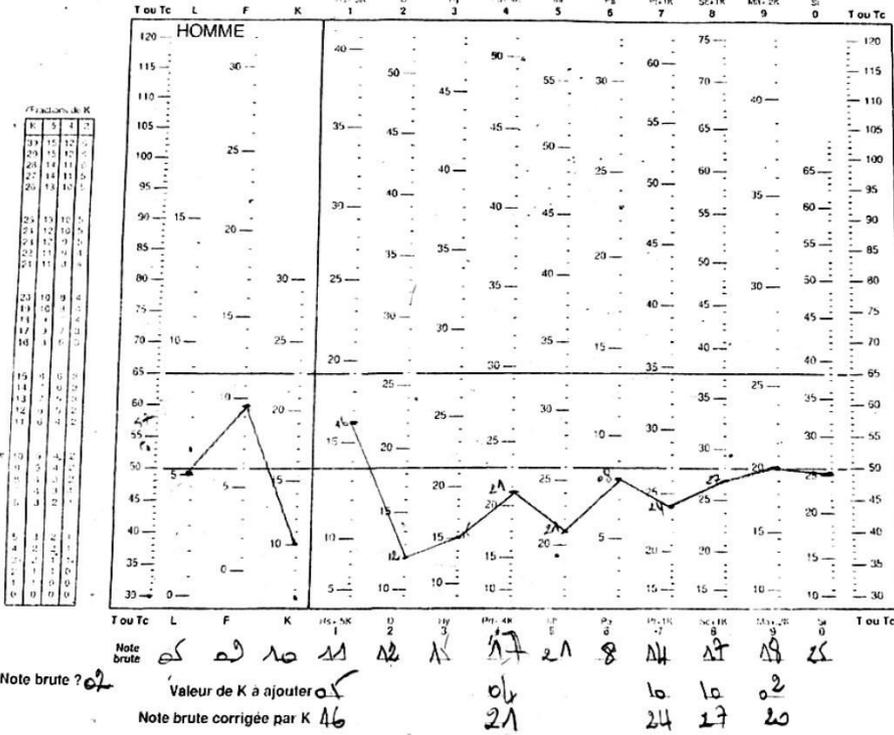
ecpa

Nom : A Prénom : _____
 Age : 29 Sexe : _____
 Adresse : _____
 Date de passation : 06/01/14 Profession : _____

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission
 Copyright © 1973 (revised 1974, 1989, 1992) by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

MMPI-2 and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 are trademarks owned by The University of Minnesota.



4-التحليل العام للحالات الثلاثة:

تحصلت الحالات الثلاثة على نتائج اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2) كما هي موضحة

في الجدول رقم (08):

جدول رقم (08): يوضح نتائج المقاييس الإكلينيكية المرتفعة على اختبار MMPI2 (الدرجات التائية)

لكل حالة، ومتوسط كل مقياس إكلينيكي لدى جميع حالات الدراسة.

الدرجات التائية	الحالة الأولى (ك)	الحالة الثانية (ق)	الحالة الثالثة (أ)	متوسط الدرجات
الاكتئاب	74	76	37	62.3
الانطواء الاجتماعي	74	62	49	62.66
توهم المرض	78	75	57	70

64.33	47	74	72	الانحراف السيكوباتي
62.66	50	63	75	الهوس الخفيف
56.66	40	64	64	الهستيريا

ثانياً: تحليل نتائج الحالات الثلاثة على إختبار الشخصية المتعدد الأوجه (MMPI2):

من خلال الجدول نجد أن الصفحة النفسية لاختبار الشخصية المتعدد الأوجه MMPI2 بينت أن

جميع الحالات الدراسة لديها ارتفاع ملحوظ في المقاييس الإكلينيكية الخاصة بالمثلث العصابي (الاكتئاب، توهم المرض)، وكذا الانحراف السيكوباتي ضمن المشكلات الانحرافية، وهذا نتيجة إدمانهم على المخدرات وعدم القدرة على التحكم في أنفسهم، والشعور بأنهم لا يستطيعون السيطرة على أنفسهم نتيجة إدمانهم بشكل غير عقلائي.

- ويشير الارتفاع الملحوظ لدى الحالتين الأولى والثانية على مقياسي الاكتئاب وتوهم المرض بأنهم جميعاً يعانون من القلق والتوتر اللذان يسببان لهما سلوكيات غير سوية تجعلهم غير متوافقين نفسياً.
- كما أن تبين لدى الحالة الأولى ارتفاع ملحوظ في مقياسي الانطواء الاجتماعي والهوس الخفيف، ويمكن إرجاع ذلك إلى تأثير الميل الاكتئابي المسيطر عليها جراء الإدمان.
- وكذا تأثير التعاطي المستمر للمخدرات وانزوائهم وغوصهم فيها، مما وجدوا فيها متنفس كبير عوضهم عن نقص تقدير الذات.
- كما تبين أيضاً هنا ميل مرضي نحو الانحراف السيكوباتي لدى الحالتين من حالات الدراسة ويمكن إرجاع ذلك إلى تأثير التعاطي المستمر للمدمنين على المخدرات والأفكار الناتجة عنه التي يتأثر بها نتيجة إدمانهم.
- باستثناء الحالة الثالثة التي تبين لديها انخفاض وتوازن على المقاييس الإكلينيكية الموضحة في الجدول أعلاه والتي تبين أنها أعطت استجابة للعلاج والتكفل النفسي الإيجابي التي أعطتها نوعاً ما ميل للاتجاه السوي.

ثالثاً: مناقشة وتحليل نتائج الدراسة النتائج:

يتضح لنا من خلال الإجابة على تساؤل الدراسة أن مضمون السيكوبروفيل الذي يميز ملامح شخصية الراشد المدمن على المخدرات بشكل واضح، حيث كشفت اشتراك جميع الحالات في وجود الميل المرضي لدى الحالتين الأولى والثانية (ك)، (ق) على ثلاثة مقاييس الإكلينيكية (الاكتئاب، توهم المرض، الانحراف السيكوباتي)، وهذا يعتبر أنالبروفيل موحد بينهم، ماعدا الحالة الثالثة (أ) التي تظهر عليها علامات الشفاء بسبب العلاج المستمر في المركز الوسيطي لعلاج الإدمان والنسق الأسري السليم فكانت درجاتها على المقاييس منخفضة نوعاً ما.

غير أن الاختلاف ميز مقياس الانطواء الاجتماعي والهوس الخفيف لدى الحالة الأولى أي الميل نحو مقياسي الانطواء الاجتماعي والهوس الخفيف، ويعتبر الميل للاكتئاب كأكبر ارتفاع، ولعل هذا ما أدى إلى وجود كذلك الميل لتوهم المرض لأن "توهم المرض مصدره الأساسي الاكتئاب أي أن خوف المريض على صحته الجسمية قد يكون مصدر الاكتئاب. (مليك، 2000، صفحة 46)

وهذا نتيجة الاستخدام الغير عقلائي للمخدرات والإدمان عليها بشكل ملحوظ، فالميل الاكتئابي خاصة إذا كان مسيطر على السيكوبروفيل الشخصي يصاحب ذلك عادة الميل لتوهم المرض، وهو ما أدى كذلك إلى بعض الانحرافات على مقاييس الانحراف السيكوباتي، وما أكدته الدراسات التي تناولناها وبينت كلها الأثر السلبي على الناحية النفسية للمدمن، فالنتائج التي توصلنا إليها تعكس ذلك الأثر على شخصية الراشد المدمن الذي يجد نفسه ضمن أفكار وسلوكات غريبة قد تؤدي به إلى الإدراك السلبي للذات ونقدها واللامبالاة بالمعايير الاجتماعية أي السلوكات الشاذة وهكذا قد يصبح شخصية فاقدة للأمل التي تتسم بالفكر الهدياني والمخاوف الوهمية خلال مسار حياته إذ لم يجد تكفل نفسي إيجابي.

وتؤكد إحدى الدراسات التي أجريت سنة (1979) من طرف مجموعة من المختصين، وقد ترأس

المجموعة مونيكا بلوتي Monique Pelletier، حيث كانت الدراسة تدور حول معاناة الفرد المدمن للمخدرات والاضطرابات التي يمكن أن تظهر عليه، فوجد هؤلاء الباحثون ان المدمن يعاني من ضعف على مستوى الحياة الانفعالية، ويميل إلى الوحدة فيصبح منغلقاً على نفسه. (عنو، 2008، صفحة 70)

هذا وقد سلف لنا الذكر في الجانب النظري عن الإبلاغ أن الراشد المدمن على المخدرات ضحية دائمة للصراعات الداخلية ويريد أن يضع لمعاناته حد عن طريق حلول للتسوية.

وفي هذا الصدد أكدت أدوات الدراسة المطبقة على مفردات عينتنا، أن إدمانهم في الأساس متعلق بشكل واضح بمعاناتهم من عدة مشاكل في جميع الجوانب وخاصة النفسية ما انعكس في شكل ظهور مؤشرات مرضية عبر بروفايلاتهم النفسية، فالهروب من المشاكل الأسرية أو الاجتماعية والضغط النفسية يجعلهم يقعون في فخ تعاطي المخدرات بشكل مستمر من أجل البحث عن النسيان والسعادة والتفائل، الذي قد يؤدي بهم على المدى الطويل إلى تحولهم إلى مدمنين وهذا الإدمان يزيد من حدة مشاكلهم، ويزيد لديهم الشعور بتدني قيمة الذات والشعور بالعزلة الاجتماعية وهذا يؤدي إلى الاكتئاب وفقدان الثقة بالنفس والإحساس بالعجز والإنقاص من قيمة الذات.

وقد أكدت دراسة كاكلار هيجات Caglar Huguette من الناحية النفسية أن الفرد عندما يكون مدمنًا على المخدرات، فإنه يكون ذا نفسية هشة وذا أنا ضعيف، وعاطفته غير متكيفة وغير متمركزة حول الذات، ويكون هناك كبت للجوانب العصابية، إضافة إلى أن يتميز بالحصار الكبير والتوتر الداخلي الدائم، كما يكون لديه ميل للجنسية المثلية، إضافة إلى ذلك عدم قدرته على تأجيل إشباع حاجاته، فهو يعمل تحت سيطرة مبدأ اللذة (عنو، 2008، صفحة 70).

لهذا أصبح البروفيل ينذر بميولات مرضية، قد تتطور وتتأصل أكثر باستمرار هذا الاضطراب إذ لم يعطي التكفل النفسي بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان نتيجة التخلص من الإدمان على المخدرات. باستثناء نتائج الحالة الثالثة التي دلت على أن هناك استجابة لتكفل النفسي والعلاج بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان وذلك كان واضح من خلال المقابلة النصف موجهة وتحليل اختبار MMPI2 الذي أعطى نتائج على العموم كانت إيجابية تمثلت في:

العامل النفسي: يلعب العامل النفسي دورا مهما وأساسيا في التأثير على سلوك الإدمان، حيث نجد أن الحالة الأخيرة من الدراسة تعترف بأن الإدمان سلوك غير مرغوب اجتماعيا وأخلاقيا إلا أنه مارس هذا السلوك في لحظات ضعف.

العامل الاجتماعي: الظروف التي واجهها الحالة الأخيرة أجبرته على اللجوء إلى الإدمان، لكن الاتزان الأسري والدعم النفسي ساعده في الاستجابة للتكفل والعلاج النفسي بشكل إيجابي.

العامل المعرفي: هو العامل الذي "يرتبط بعمليات الإدراك والتذكر والتخيل وحل المشكلات واتخاذ القرارات" (عزي وصادقي، 2020، صفحة 154)، وهذا ما قرره الحالة خلال المقابلة فيتغيير السلوك وإدراك الفرد لنفسه ومعرفته بالظروف المحيطة به. وكان هذا نتيجة العلاج والدعم النفسي.

ولتأكيد نتائج الدراسة والخروج بملاحح تميز الراشد المدمن على المخدرات قمنا برسم السيكوبروفيل لكل حالة بناء على استجاباته على اختبار الشخصية متعدد الأوجه، وتحديد أهم نقاط التوافق في أسئلة المقابلة نصف موجهة، فكانت الملاحح التي يمكن استخراجها من اختبار الشخصية متعدد الأوجه، والتي تحوي مضمون السيكوبروفيل هي أن:

أبرز الميول النفسية المرضية الظاهرة لدى الراشد المدمن على المخدرات هي الاكتئاب وتوهم المرض ضمن المثلث العصابي، الانطواء، والانحراف السيكوباتي ضمن الانحرافات السلوكية، والهوس الخفيف ضمن المثلث الذهاني عدى الحالة الثالثة التي امتازت بانخفاض ملحوظ بالسيكوبروفيل ذو ميول سوي نوعا ما.



خاتمة

خاتمة:

قامت دراستنا بتحليل السيكيوبروفيل لدى الراشد المدمن على المخدرات، وذلك بالاعتماد على دراسة ثلاث حالات بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان باستخدام اختبار MMPI2. اتسمت هذه الدراسة بتسليط الضوء على موضوع يثير اهتمامًا واسعًا ويشكل محور بحث العديد من العلماء حول العالم، وقد ازدادت أهميته بشكل ملحوظ في السنوات الأخيرة، حيث يسعى الباحثون إلى فهم مصدر هذا السلوك وأسبابه ودوافعه.

تناولنا فئة الراشدين نظرًا للدور الهام والمحوري الذي تلعبه في الأسرة والمجتمع، إذ تُعد ركيزة أساسية في المجتمع فإدمان الراشدين قضية معقدة تتطلب جهودًا متضافرة من المجتمع والأفراد على حد سواء.

فمن خلال النتائج المتوصل إليها من خلال دراستنا تبين وجود سيكيوبروفيل ذو ميول نفسية مرضية متدرجة ومختلفة في الشدة نحو كل من المثلث العصابي والذهاني والانحراف السيكوباتي على حالات الدراسة عدى الحالة الثالثة التي أعطت نوعًا ما استجابة للعلاج والتكفل النفسي.

فالراشد المدمن ليس مجرد فرد يعاني من مشكلة، بل هو شخص يحتاج إلى دعم شامل ورعاية متعددة الأبعاد تشمل العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي. من خلال التفهم والتعاطف، يمكننا تقديم الدعم اللازم لهم للعودة إلى حياة طبيعية ومنتجة. إذًا، يجب علينا كمجتمع أن نعمل على توفير بيئة داعمة وتقديم الفرص المناسبة للتعافي وإعادة الاندماج. بالإرادة المشتركة والجهود المستمرة، يمكننا مساعدة الراشدين المدمنين على تجاوز تحدياتهم واستعادة دورهم الفاعل في المجتمع.



قائمة المراجع

1. قائمة المراجع

2. piéron, h. (1973). *vocabulaire de la psychologie* (éd. 5). paris, france: presse universitaire de france.
3. Sillamy, N. (1982). *dictionnaire de la psychologie*. paris: librairie larousse.
4. أحمد عبد الرحيم أحمد العمري. (2001). الصفحة النفسية للأطفال ذوي الحالات تابينية في القدرات العقلية (أطروحة دكتوراه). القاهرة، كلية الاداب قسم علم النفس، مصر: جامعة عين شمس.
5. أحمد عبد الخالق. (2000). *استخبارات الشخصية* (الإصدار 3). دار المعرفة الجامعية.
6. أحمد عوادي. (2021). *الاشكالية النفسية لدى المراهق المدمن على المخدرات*. الجزائر، جامعة الجزائر (02).
7. أحمد محمد عبد الخالق. (1996). *قياس الشخصية*. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
8. أحمد محمد عبد الخالق. (2007). *علم النفس الشخصية*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
9. أحمد محمد، عبد الخالق. (1997). *قياس الشخصية* (الإصدار 1). الكويت: لجنة التأليف والتعريب والنشر-مجلس النشر العلمي.
10. *الذهان العضوي والنفسى*. (17 03, 2010). تاريخ الاسترداد 04 15, 2024، من ديوان العرب منبر حر للثقافة والفكر والأدب: <https://www.diwanalarab.com/%D8%A7%D9%84%D8%B0%D9%87%D8%A7%D9%86-%D8%A7%D9%84%D8%B9%D8%B6%D9%88%D9%8A>
11. السيد كمال ريشة. (2009). *السيكوبروفيل لمتعاطي القات وغير المتعاطي لدى طلاب جامعة تعز بالجمهورية اليمنية دراسة تشخيصية*. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*, 19(63)، الصفحات 114-139.
12. *الشخصية السوية واللاسوية وتأثيرها في المجتمع*. (10 8, 2016). تاريخ الاسترداد 5 1, 2024، من الزمان: <https://www.azzaman.com/%D8%A7%D9%84%D8%B4%D8%AE%D8%B5%D9%8A%D8%A9-%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%88%D9%8A%D8%A9-%D9%88%D8%A7%D9%84%D9%84%D8%A7%D8%B3%D9%88%D9%8A%D8%A9-%D9%88%D8%AA%D8%A3%D8%AB%D9%8A%D8%B1%D9%87%D8%A7-%D9%81%D9%8A>
13. أمل مصطفى محمد محمود. (2018). *عوامل الخطر لدى الراشدين المتعافين وغير المتعافين من ادمان الهيروين (دراسة مقارنة)*. *مجلة البحث العلمي في الاداب* (19)، الصفحات 2-12.
14. أميرة محمد، محمد عبد الظاهر، و محمد الشبخ. (2021). *العوامل الكامنة وراء ادمان المخدرات لدى طلبة الجامعة وسماتهم الشخصية*. *مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية*, 15(15).
15. انتصار يوس. (1993). *السلوك الانساني*. جدة: دار المعارف.
16. أنور الحمادي. (2014). *معايير DSM-5*.
17. ايمان بالحمرة. (2023). *مفهوم المخدرات تصنيفاتها وأهم أنواعها*. *مجلة القيس للدراسات النفسية والاجتماعية*, 5(17)، الصفحات 31-38.

قائمة المراجع

18. بوسكين سليمة. (2017). اشكالية الشخصية المدمنة على المخدرات والحاجة الى الموضوع الاستنادي الخارجي (اطروحة دكتوراه). كلية العلوم الاجتماعية، الجزائر: جامعة الجزائر 02 ابو القاسم سعدالله.
19. بيبير داکو. (2002). *العصاب والأمراض الذهنية*. (رعد اسكندر، و بيثون اركان، المترجمون) القاهرة، مصر: مكتبة التراث الاسلامي.
20. جواد فطير. (2001). *الادمان أنواعه، مراحلها، علاجه*. دار الشروق.
21. حمدي أحمد عمر علي. (2022). *تعاطي وادمان المخدرات وتأثيرهما على تحقيق أهداف وبرامج التنمية المستدامة: دراسة ميدانية على عينة من شباب محافظة سوهاج*. مجلة كلية الأدب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة) (55)، الصفحات 480-609.
22. خالد بن غرم الله المالكي. (2005). *الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للمدمنين والمطبق عليهم عقوبة تكرر المخدرات (اطروحة الماجستير)*. الرياض، كلية الدراسات العليا، السعودية: جامعة نايف العربية للعلوم الامنية.
23. خالد محمد المهدي. (2013). *المخدرات واثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون في دول الخليج العربية*. الدوحة، قطر: المنارة للاستشارات.
24. خليل الحربي. (2018). *استخدام اسلوب تحليل بروفيل السمات الكامنة لتحديد أنواع الشخصية*. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، 14(1)، الصفحات 13-26.
25. دون لوري. (2014). *تحليل الشخصية (الإصدار 1)*. (حسين حمزة، المترجمون) عمان، الأردن: دار كنوز المعرفة العلمية.
26. رانيا سامي كمال احمد. (2022). *البناء النفسي لمدمن متعافى من ادمان بعض المواد ذات التأثير النفسي (دراسة حالة)* (رسالة ماجستير).
27. رانيا سامي كمال أحمد. (2022). *البناء النفسي لمدمن متعافى من ادمان بعض المواد ذات تأثير نفسي (دراسة حالة)* (رسالة ماجستير). 28، الصفحات 136-167.
28. رائد أحمد، أبو هويشل. (2013). *الشخصية السيكوباتية وعلاقتها بالوحدة النفسية وتقدير الذات لدى السجناء المودعين بسجن غزة (اطروحة ماجستير)*. غزة، كلية التربية، فلسطين: الجامعة الاسلامية.
29. ريم بن عيسى، و أسماء عدائكة. (2020). *دراسة واقع المخدرات في المجتمع الجزائري و اليات مكافحتها. المخدرات والمجتمع: تشخيص الظاهرة وسبل الوقاية والعلاج*، الصفحات 381-389.
30. سارة عبد الفتاح خالد أبو زيد. (2023). *العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات لدى الشباب الجامعي والتخطيط لمواجهتها*. مجلة الخدمة الاجتماعية، 76(1)، الصفحات 252-275.
31. سارة مرحباوي. (2022). *بروفيل شخصية المدمن على مواقع التواصل الاجتماعي*. مجلة الابراهيمي للاداب والعلوم الانسانية، 3(1).
32. سالمة عبد الله حمد حامد الشاعر ي. (2012). *الادمان على المخدرات أسبابه وطرق علاجه*. حوليات اداب عين شمس، 40.
33. سعاد حميد رشيد. (2021). *الادمان على المخدرات، الأسباب والعلاج*. المجلة الدولية للعلوم والانسانية والاجتماعية، 22(2)، الصفحات 105-124.
34. سعد المغربي. (1986). *سيكولوجية تعاطي الافيون ومشتقاته*. الهيئة العربية العامة للكتاب.
35. سعيدة صالح. (2012). *سمات الشخصية في منظور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية*. *ASJP algerian scientific journal platform*، 4(1).
36. سهيلة بوجلال، و سهيلة بن عمور. (2021). *القلق لدى المراهق المدمن على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات الشخصية*. مجلة الراصد لدراسات العلوم الاجتماعية، 1(2)، الصفحات 23-36.

قائمة المراجع

37. شاهر مهنة سالم زعيتر. (2015). بروفايل النفسي لذوي اضطراب التحويل (أطروحة ماجستير). غزة، كلية التربية، فلسطين: الجامعة الإسلامية.
38. صالح نعيمة عزي، و فاطمة صادقي. (2020). الأسلوب المعرفي (التروي/الاندفاع) عند مدمني المخدرات. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 6(2).
39. طارق محمد جميل صيام. (2015). هوية الذات والتوافق النفسي لدى السجناء متعاطي المخدرات وابناهم في قطاع غزة (اطروحة ماجستير). كلية التربية قسم علم النفس، غزة: الجامعة الإسلامية.
40. عادل الدمرداش. (1982). الامان مظهره وعلاجه. الكويت، الكويت: علم المعرفة.
41. عامر ابراهيم قندلجي. (2008). منهجية البحث العلمي. البازوري.
42. عائشة بن النوي. (2020). المخدرات في الجزائر: دراسة في واقع الظاهرة وسبل الوقاية. مجلة التمكين الاجتماعي، 2(3)، الصفحات 140-161.
43. عبد الاله بن عبد الله المشرف، و رياض بن علي الجوادي. (2011). المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة (الإصدار 1). الرياض، المملكة العربية السعودية: فهرس مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر.
44. عبد العزيز بن علي الغريب. (2002). ظاهرة العود للادمان في المجتمع العربي (الإصدار 1). الرياض، السعودية: مركز الدراسات والبحوث.
45. عبد الغاني تيايبية. (2018). دراسة نفسية في ضوء متغير لهفة الادمان. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، 10(5).
46. عبد المجيد ابراهيم مروان. (2000). أسس البحث العلمي لاعداد الرسائل الجامعية (الإصدار 1). عمان، الاردن: مؤسسة الوراق.
47. عتيقة سعدي. (2016). أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي بالمخدرات لدى المراهق (اطروحة دكتوراه). بسكرة، علم النفس العيادي، الجزائر: جامعة محمد خيذر.
48. عزيزة عنو. (2008). المعاش النفسي عند الراشدين المدمنين على المخدرات. مجلة العلوم الانسانية (29)، الصفحات 67-100.
49. فرج عبد القادر طه، شاكر عطية قنديل، محمود السيد أبو النيل، حسين عبد القادر محمد، و مصطفى كامل عبد الفتاح. (1993). علم النفس والتحليل النفسي (الإصدار 1). بيروت: دار النهضة العربية.
50. فريدة لوشاحي. (2010). دراسة أحلام أطفال في ظل الحرمان الوالدي. قسنطينة، الجزائر: جامعة منتوري.
51. لطفي الشربيني. (بلا تاريخ). معجم مصطلحات الطب النفسي. الكويت: مركز تعريب العلوم الصحية.
52. لويس كامل مليكة. (2000). اختبار الشخصية المتعدد الأوجه (الإصدار 6). مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
53. ماهر اسماعيل صبري محمد يوسف. (1999). فعالية الحوار الدرامي في تعديل الأفكار الخاطئة عن الادمان والمخدرات. كلية التربية، المملكة العربية السعودية: جامعة الزقازيق-فرع بنها.
54. مجدي أحمد محمد، عبدالله. (2000). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. دار المعرفة.
55. مجذوب فايزة. (2023). فرص التعافي والعلاج من ادمان المخدرات: المدمنون يتحدثون. مجلة القيس للدراسات النفسية والاجتماعية، 5(17)، الصفحات 73-84.
56. محمد الصالح جعلاب، و يوسف بوزار. (2018). النسق الأسري لدى المدمن على المخدرات. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية (27)، الصفحات 112-123.

قائمة المراجع

57. محمد حسن غانم. (2003). دراسة نفسية متعمقة لحالة ادمان متعدي. مجلة علم النفس.
58. محمد ذيب، و محمد بالعيد. (2021). الادمان عن المخدرات في المجتمع المحلي (العوامل والحلول). مجلة قيس للدراسات الانسانية والاجتماعية، 5(1)، الصفحات 427-450.
59. محمد ربيع شحاتة. (2008). قياس الشخصية. الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
60. محمود السيد أبو النيل. (2014). الصحة النفسية. القاهرة.
61. حمود السيد، أبو النيل. (2001). قائمة كورتل الجديد للنواحي العصابية والسيكوسوماتية. القاهرة: المؤسسة الابراهيمية لطباعة.
62. مصطفى سويف. (1996). المخدرات والمجتمع. الكويت: علم المعرفة.
63. معمر نواف الهوارنة. (2018). عالم المخدرات والجريمة بين الوقاية والعلاج (الإصدار 1). دمشق: منشورات الهيئة العامة السورية للكتاب.
64. مها رحيم سالم. (2012). الجريمة والادمان على المخدرات. مجلة العلوم النفسية (20)، الصفحات 123-161.
65. ناصر محي الدين الملوحى. (2023). ادمان المخدرات مرض نفسي ويؤس عقلي وتخلف حضاري تحريمه أنواعه علاجه مخاطره علاجه والوقاية منه (الإصدار 6). سلمية، سوريا: دار الغسق للنشر.
66. نديرة اغمين. (2017). اشكالية السواء واللاسواء في عيم النفس المرضى. حوليات جامعة قالمة للعلوم الاجتماعية والانسانية (20).
67. نهى حامد طاهر عبد الحسين الطائي. (2018). البروفيل السيكولوجي للطفل المحروم من العطف الأبوي. مجلة التربية الأساسية للعلوم التربوية والانسانية جامعة بابل (41).
68. وسام بوفج، و الود نوري. (2017). بروفيل النفسي للمراهق مجهول النسب ويتيم الأبوين ما بين الهجران والحرمان. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 10(03)، الصفحات 106-126.
69. وقي حامد ابو علي. (2003). ظاهرة تعاطي المخدرات الأسباب - الاثار - العلاج. الكويت، الكويت: قطاع الشؤون الثقافية ادارة الثقافة الاسلامية.
70. ياسمينه مزوار. (2013). بروفيل شخصية المرأة المجرمة (أطروحة ماجستير). باتنة، كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية والعلوم الاسلامية، الجزائر: جامعة الحاج لخضر.

الملاحق

الملاحق:

ملحق رقم (01): الأسئلة التي تما طرحها على حالات الدراسة.

المحور الأول: البيانات الشخصية:

- (1) كيفاه اسمك؟
- (2) قداش في عمرك في أي سنة تدرس؟
- (3) كيفاه كانت قرابتك من قبل، وهل عاودت في أي سنة دراسية؟
- (4) وبين تسكن؟
- (5) قداش عندك إخوة؟
- (6) الأب والأم نتاعك واش يخدمو؟
- (7) المستوى المعيشي نتعكم مليح؟
- (8) كيف العلاقة بين والديك؟
- (9) عندك أمراض عضوية داوي عليها ولا لا؟

المحور الثاني: ظروف وعوامل تعاطي المخدرات:

- (1) عندكم اضطرابات نفسية وعقلية في العائلة؟
- (2) متى تشعر أنك بحاجة إلى المخدرات؟
- (3) حسب رأيك ماهي الأسباب التي جعلتك مدمن؟
- (4) هل تتعاطى دائما أو في أوقات فقط؟
- (5) هل تحس نفسك قادر على أن تتغلب على الإدمان؟

المحور الثالث: المحور العلاقات الاجتماعية

- (1) هل زاد عدد أصدقائك بعد التعاطي أو قل؟
- (2) كيف هي المشاركة العائلية ومامدى مساهمتك فيها؟

الملاحق

(3) من هم الأقرب إليك وتعتبرهم كاتمي أسرارك؟

(4) أفضل الأماكن العامة ومخالطة الناس أم الأماكن المنعزلة؟

المحور: السيكولوجي

(1) هل تشعر بالإكتئاب والضغط النفسي بسبب إدمانك؟

(2) هل تعتقد أن الإدمان على المخدرات يؤثر على نوعية النوم لديك؟

(3) هل لاحظت أي تغيرات في الشهية أو الوزن بسبب الإدمان على المخدرات؟

(4) هل شعرت في يوم بالتهيج والعصبية المفرطة بسبب الإدمان؟

(5) هل أثر إدمانك على المخدرات في مستوى رضاك عن حياتك وجودتها؟

(6) هل تعتقد أن الإدمان يؤثر على مستوى ثققتك بالنفس؟

(7) هل تعتقد أن الإدمان يؤثر على قدرتك على التركيز والانتباه؟

(8) هل تعاني من أي مشاكل نفسية أخرى بسبب الإدمان؟

المحور الخامس: التطلعات المستقبلية

(1) كيف ترى مستقبلك؟

(2) ما نظرتك العامة للمجتمع؟

(3) من تحمله المسؤولية على وضعك؟

(4) هل لديك أهداف؟ مثلاً: إبتكمال الدراسة أو العمل في مجال معين أو التوقف عن المخدرات؟