جامـــــــعة وهـــران 2
كلية العلـــــوم الاجتمـــــاعية
قسم علم النفس والارطفونيا

مذكرة للحصول على شهـــادة الماستر
في علـــــم النفـــس العيادي

# الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية

## (دراسة ميدانية بمؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس)

مقدمة ومناقشة علنا من طرف
**الطالبة: عائشة حطابي**
**الطالب: آيت علي سليم**

## أمام لجنـــــة المناقشـــــة

| اللقب والاسم | الرتبـــــة | المؤسسة الأصلـــية | الصـــــفة |
|---|---|---|---|
| محرزي مليكة | أستاذة | جامعة وهـــران 2 | رئيـــــسا |
| ملال خديجة | أستاذة | جامعة وهـــران 2 | مقـــــررا |
| موسي محمد ياسين | أستاذ محاضر ب | جامعة وهـــران 2 | منـــاقشا |

السـنة الجـامعية: 2025/2024

# الإهداء

أهدي ثمرة عملي إلى الغائبة الحاضرة دوما في قلبي وعقلي وأعمالي روح والدي رحمه الله

إلى أغلى إنسانة بالوجود من سقتني بماء الحب والحنان نبض قلبي وجنتي في الدنيا

أمي الحبيبة حفظها الله

إلى شريكي، صديقي، ملهمي وداعمي زوجي الحبيب

إلى من تقاسمت معهم حلو الحياة ومرها كنجوم تضيء سمائي إخوتي وأخواتي

إلى كل عائلتي وأساتذتي من كان داعما وسندا لي.

عائشة

# الإهداء

الحمد لله حمدا كثيرا طيبا الذي وفقنا لإتمام هذا العمل المتواضع بتوفيق منه الذي نأمل نفعه للبلاد والعباد، وأهديه:

إلى أمي مصدر الحنان و منبع الأمان إلى أبي من علمني الإرادة والجد في العمل

إلى شريكة العمر، ورفيقة الدرب، وأنيسة الدنيا والآخرة – إن شاء الله– زوجتي العزيزة

إلى فلذات كبدي

أنيس، سارة ومنار

إلى أخي وأخواتي وكل عائلتي

إلى زملائي وأصدقائي وأساتذتي و كل من له فضل علينا وساندني من قريب أو بعيد

إلى كل من ذكرهم قلبي ولم يذكرهم قلمي

**سليم**

# كلمة الشكر

الحمد لله تعالى الذي خلقنا وسوانا وأنعم علينا بالعقل فميزنا عن باقي الكائنات وقدرنا على طلب العلم وغرس فينا حب الاستطلاع والفضول العلمي.

إنه لدواعي سرورنا ويشرفنا أن نتقدم بأحر شكرنا إلى:

الأستاذة. **خديجة ملال**

التي أشرفت على السير الجيد لإعداد عملنا هذا من خلال نصائحها وتوجيهاتها وتشجيعها مما يجعلنا نتقدم لها بكامل شكرنا وخالص احترامنا وتقديرنا.

دون أن ننسى رئيس القسم وكل الأساتذة

والعاملين في قسم علم النفس – جامعة وهران 2-

الذين سهروا على تكويننا خلال هذا العام في جو يملأه البحث العلمي والتعاون والمحبة والتفاهم.

وكذا أعضاء لجنة المناقشة الموقرين الأستاذة **مليكة محرزي** و الأستاذ **محمد ياسين موسي**.

إلى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل خاصة المديرية العامة لإدارة السجون و إعادة إدماج المحبوسين بدءا بالسيد المدير العام وكذا كل مسؤولي المديرية المركزية للبحث العقابي وإعادة إدماج الاجتماعي للمحبوسين، لتسهيل جمع البيانات وانتقاء العينة على مستوى مؤسسة إعادة التربية والتأهيل سيدي بلعباس ونخص بالذكر مديرها المحترم والزملاء النفسانيين العياديين والنزلاء الذين شاركوا في هذه الدراسة.

إلى هؤلاء كل الشكر.

**الملخص:**

استهدفت الدراسة موضوع " **الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية**"، ولإجراء هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي، حيث تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة العقابية إعادة التربية والتأهيل سيدي بلعباس على عينة قوامها 60 نزيلا، بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو للألكستيميا، في حين تم إجراء الدراسة الأساسية على عينة قوامها 200 نزيل بنفس المؤسسة باستخدام نفس المقياس وتم التوصل للنتائج التالية:

- ❖ نزلاء المؤسسات العقابية يعانون من مستويات متوسطة من الألكستيميا، سواء بالنسبة للمقياس ككل أو أبعاده الفرعية (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج)، إذ كانت المتوسطات الحسابية متقاربة مع المتوسطات النظرية.
- ❖ عدم وجود فروق في مستوى الألكستيميا تعود للفروق في المتغيرات التالية: التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، أي أن هذه المتغيرات الأربعة لا تلعب دور أو تأثير في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية.
- ❖ وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد صعوبة تحديد المشاعر تبعا للسن لصالح النزلاء ذوي المرحلة العمرية (20 إلى 40 سنة)، أي أن سن نزيل المؤسسة العقابية يؤثر في مستوى تحديده لمشاعره.
- ❖ وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد التفكير الموجه للخارج تبعا لمرحلة السجن لصالح السجناء في نهاية مدة سجنهم، أي أن مرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية تؤثر في مستوى التفكير الموجه للخارج لديه.

وعليه تم اقتراح مجموعة من التوصيات أهمها تطوير برامج علاجية المناسبة والمهتمة بالجانب الانفعالي والتعرف على الانفعالات إلى جانب الاستغلال الجيد للبرامج المتوفرة حاليا خاصة البرنامج العلاجي المتخصص للانتكاس (برنامج المهارات النفسو– اجتماعية).

**الكلمات المفتاحية:** الألكستيميا– النزيل – المؤسسة العقابية.

## Résume :

L'étude a porté sur le thème de « l'alexithymie chez les détenus des établissements pénitentiaires », et pour mener à bien cette étude, la méthode descriptive a été adoptée.

Notre étude exploratoire a été menée dans l'établissement pénitentiaire de rééducation et de réadaptation de Sidi Bel Abbes sur un échantillon de 60 détenus, dans le but de vérifier les propriétés psychométriques de l'échelle d'alexithymie de Toronto, tandis que l'étude principale a été menée sur un échantillon de 200 détenus dans le même établissement en utilisant la même échelle et les résultats suivants ont été obtenus:

 Les détenus des établissements pénitentiaires souffrent d'un niveau modéré d'alexithymie, tant pour l'échelle dans son ensemble que pour ses sous-dimensions (difficulté à identifier les émotions, difficulté à décrire les émotions, pensée orientée vers l'extérieur), les moyennes arithmétiques étant proches des moyennes théoriques.

 L'absence de différences dans le niveau d'alexithymie est due aux différences dans les variables suivantes : délit, durée, l'habitude, statut pénal, c'est-à-dire que ces quatre variables ne jouent pas de rôle ou d'influence sur le niveau d'alexithymie chez le détenu de l'établissement pénitentiaire.

 Il y a des différences statistiquement significatives dans le niveau de la dimension de la difficulté à identifier les émotions en fonction de l'âge en faveur des détenus de la tranche d'âge (20 à 40 ans), c'est-à-dire que l'âge du détenu de l'établissement pénitentiaire affecte le niveau d'identification de ses émotions.

 Il existe des différences statistiquement significatives dans le niveau de la dimension de la pensée orientée vers l'extérieur en fonction de l'étape de l'emprisonnement en faveur des détenus à la fin de leur peine d'emprisonnement, c'est-à-dire que l'étape de l'emprisonnement affecte le niveau de la pensée orientée vers l'extérieur chez les détenus.

Une série de recommandations a donc été proposée, dont la plus importante est le développement de programmes de traitement appropriés concernant l'aspect émotionnel et la reconnaissance des émotions, en plus d'une bonne utilisation des programmes actuellement disponibles, en particulier le programme de traitement spécialisé pour la rechute (programme de compétences psychosociales).



**Mots-clés** : Alexithymie - Détenu - établissement pénitentiaire.

# قائمة المحتويات:


| المحتويات | الصفحة |
|---|---|
| الإهداء | أ |
| كلمة الشكر | ب |
| الملخص | ج |
| قائمة المحتويات | د |
| قائمة الجداول | هـ |
| المقدمة | **01** |
| **الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة** | |
| I. مشكلة الدراسة | **04** |
| II. أهمية الدراسة و أهدافها | **06** |
| III. تحديد مفاهيم الدراسة | **06** |
| **الفصل الثاني: تحليل المفاهيم الأساسية للدراسة** | |
| **I. المؤسسات العقابية و النزيل** | |
| 1- مفهوم المؤسسات العقابية | **09** |
| 2- تصنيف المؤسسات العقابية | **10** |
| 3- مفهوم النزيل | **11** |
| 4- دور النفساني العيادي في المؤسسات العقابية | **12** |
| 5- النصوص التنظيمية لعمل النفسانيين العياديين في المؤسسات العقابية | **13** |
| 6- الصحة النفسية للنزيل | **14** |
| **II. الانفعالات** | |
| 1- مفهوم الانفعالات | **18** |
| 2- النماذج والنظريات المفسرة للانفعالات | **19** |
| 3- الانفعالات والاضطرابات النفسية | **22** |
| 4- الذكاء الوجداني | **22** |
| **III. الألكستيميا** | |
| 1- مفهوم الألكستيميا | **24** |

| | |
|---|---|
| 2- خصائص الألكستيميا | **25** |
| 3- أنواع الألكستيميا | **26** |
| 4- النظريات المفسرة للألكستميا | **26** |
| 5- قياس الألكستيميا | **28** |
| 6- الألكستيميا وعلاقتها بالاضطرابات | **31** |
| 7- الألكستيميا لدى النزلاء | **34** |
| **الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة** | |
| **I. المنهج المتبع** | |
| 1- المنهج الوصفي | **38** |
| 2- الأدوات المستعملة | **38** |
| **II. الدراسة الاستطلاعية** | |
| 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية | **39** |
| 2- حدود الدراسة الاستطلاعية | **39** |
| 3- عينة الدراسة الاستطلاعية | **39** |
| 4- الخصائص السيكومترية للمقياس | **40** |
| **III. الدراسة الأساسية** | |
| 1- أهداف الدراسة الأساسية | **42** |
| 2- حدود الدراسة الأساسية | **42** |
| 3- عينة الدراسة الأساسية | **42** |
| 4- الأساليب الإحصائية المستعملة | **44** |
| **الفصل الرابع: عرض و مناقشة النتائج** | |
| **I. عرض النتائج** | |
| 1- عرض نتائج التساؤل الأول | **46** |
| 2- عرض نتائج التساؤل الثاني | **46** |
| **II. مناقشة النتائج** | |
| 1- مناقشة نتائج التساؤل الأول | **55** |
| 2- مناقشة نتائج التساؤل الثاني | **60** |
| الاستنتاج العام | **69** |

| | |
|---|---|
| الخاتمة | **70** |
| التوصيات و الاقتراحات | **73** |
| المراجع | |
| الملاحق | |

# قائمة الجداول


| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 01 | مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية. | 39 |
| 02 | نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الألكستيميا. | 41 |
| 03 | مواصفات عينة الدراسة الأساسية. | 42 |
| 04 | مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسة العقابية. | 46 |
| 05 | الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للسن. | 47 |
| 06 | اتجاه الفروق في مستوى تحديد المشاعر تبعا للسن. | 48 |
| 07 | الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للتهمة | 49 |
| 08 | الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للمدة. | 50 |
| 09 | الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا لطبيعة الاعتياد. | 51 |
| 10 | الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للوضعية الجزائية. | 52 |
| 11 | الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا لمرحلة السجن. | 53 |
| 12 | اتجاه الفروق في مستوى التفكير الموجه نحو الخارج تبعا لمرحلة السجن. | 54 |

## مقدمة:

يرتبط السلوك الإنساني ارتباطا وثيقا بالأفكار والمشاعر، فهذه الأخيرة تعطي للإنسان إنسانيته، إذ اظهر الباحثون اهتمامهم بالتعبير عن الانفعالات والتفريغ عنها وعلاقتها بالصحة النفسية، كونها الحجر الأساسي في رفاهية الفرد واندماجه الفعال في المجتمع، فهي لا تقتصر على غياب الاضطرابات النفسية فحسب بل تشمل القدرة على التكيف مع ضغوط الحياة وتحقيق الذات و المساهمة في المحيط الاجتماعي.

وفي هذا السياق يبرز مفهوم الألكستيميا كبعد هام يؤثر بشكل كبير على الصحة النفسية للأفراد، وتعني صعوبة تحديد والتعبير عن المشاعر الذاتية، وعدم القدرة على التمييز بين الأحاسيس الجسدية المصاحبة للانفعالات، بالإضافة إلى نمط تفكير عملي وخارجي، وهي حالة شائعة بين الأفراد الذين يعانون من صعوبات عاطفية وسلوكية، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى وجود علاقة وثيقة بين الألكستيميا وضعف الصحة النفسية، فالأفراد الذين يكونون عرضة لمستويات مرتفعة من الألكستيميا يكونون أكثر عرضة للإصابة بمجموعة من الاضطرابات النفسية مثل: القلق، الاكتئاب و الاضطرابات النفسوجسدية بالإضافة إلى صعوبات تنظيم الانفعالات وتكوين علاقات اجتماعية صحية، إن هذا القصور في الوعي العاطفي يمكن أن يعيق قدرة الفرد على فهم ذاته و احتياجاته.

ولمفهوم الألكستيميا أهمية بالغة في العالم المغلق للمؤسسات العقابية، فالمعروف أن النزلاء يواجهون ظروفا استثنائية تتسم بارتفاع مستويات الضغوط النفسية والعزلة الاجتماعية الموافقة لفقدان الحرية، مما قد يزيد من احتمالية ظهور وتفاقم صعوبات التعبير عن المشاعر وفهمها داخل الوسط العقابي بخصوصية مجتمعه ونظامه وهيكله وأغواره، الذي يحد من فرص التعبير العاطفي مما يزيد الشعور بالإحباط والعجز إلى جانب التاريخ الشخصي للنزلاء وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية قبل دخولهم المؤسسة قد تكون عوامل مساهمة في ظهور الألكستيميا لديهم.

إن فهم مدى انتشار الألكستيميا بين نزلاء المؤسسات العقابية وتأثيرها على صحتهم النفسية يمثل خطوة حاسمة نحو تطوير استراتيجيات فعالة ويساعد على تصميم برامج تأهيلية نفسية واجتماعية

متخصصة تلبي احتياجاتهم وتعزز قدراتهم على فهم وإدارة مشاعرهم وبالتالي تحسين معاشهم النفسي و تقليل احتمالية ظهور سلوكات سلبية و العودة للجريمة بعد الإفراج عنهم.

لهذا استهدفت هذه الدراسة الكشف عن مستوى الألكستيميا بين نزلاء مؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس والكشف عن الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للمتغيرات الفردية لهم، حيث تم تقسيمها إلى الفصول التالية:

- **الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة** وتم التطرق فيه إلى: مشكلة الدراسة، فرضيات الدراسة، أهمية الدراسة و أهدافها، وتحديد المفاهيم إجرائيا.
- **الفصل الثاني: تحديد المفاهيم النظرية للدراسة** وتم التطرق فيه:

**أولا: المؤسسات العقابية والنزيل** وتم فيه التطرق إلى ما يلي: مفهوم المؤسسات العقابية، تصنيف المؤسسات العقابية، مفهوم النزيل، دور النفساني العيادي في المؤسسات العقابية، النصوص التنظيمية لعمل النزيل في المؤسسات العقابية، والصحة النفسية للنزيل.

**ثانيا: الانفعالات** وتم التطرق لما يلي: مفهوم الانفعالات، النماذج والنظريات المفسرة للانفعالات، الانفعالات والاضطرابات النفسية، والذكاء الوجداني.

**ثالثا: الألكستيميا وتم** التطرق فيه لما يلي: تعريف الألكستيميا، خصائص الألكستيميا، أنواع الألكستيميا، النظريات المفسرة للألكستيميا، قياس الألكستيميا، الألكستيميا وعلاقتها بالاضطرابات، الألكستيميا والسلوكات المحفوفة الخطر، و الألكستيميا لدى المساجين.

- **الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة** وتم التطرق فيه لما يلي: المنهج المتبع والأدوات المستخدمة، إجراءات الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية من خلال حدودها وعينتها، صعوبات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة.
- **الفصل الرابع: عرض النتائج** ومناقشتها.

وأخيرا تم عرض استنتاج عام للدراسة، ثم خاتمة ومجموعة من التوصيات والاقتراحات.

# الفصل الأول

## مدخل إلى الدراسة

**I . مشكلة الدراسة:**

ساهمت السياسة العقابية الحديثة بشكل كبير في تغيير النظرة التقليدية للعقوبة والمؤسسات العقابية، فلطالما عرفت السجون عبر العالم على أنها مكان الذي تقضى فيه العقوبة وأنها عالم مظلم ومخيف حيث يجمع المجرمون والمنحرفون بغية حماية المجتمع من شرورهم وذلك وفقا مبدأ الدفاع الاجتماعي (قانون تنظيم السجون، المادة الأولى، ص 5) ، وبهذا أصبحت المؤسسات العقابية هي المكان المناسب للتكفل بالمحبوس وتسهيل عملية اندماجه في المجتمع من خلال البرامج الإصلاحية والتأهيلية.

والجزائر كغيرها من البلدان شهدت تطورات هائلة في السياسة العقابية الجزائرية، فمن خلال صدور **قانون تنظيم السجون** في **فيفري 2005** انتهجت سياسة إعادة الإدماج وسعت إلى تغيير ملامح المؤسسات العقابية إلى الإصلاحية معتمدة على مبدأ تفريد العقوبة دون تمييز بسبب العرق أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي، ساعية لإعادة إدماج الفرد في المجتمع و إعطائه كل المؤهلات التي تمنع العودة للسلوك الإجرامي (قانون تنظيم السجون، المادة4، ص 5).

وقد سعت الدولة إلى وضع مخطط إصلاحي لكل محبوس ينطلق تطبيقه منذ بداية العقوبة إلى نهايتها، وتستمر من خلال الرعاية اللاحقة على مستوى المصالح الخارجية لإدارة السجون الجزائرية التي ترافق المحبوسين بعد الإفراج عنهم، حيث سخرت في سبيل تحقيق هذه السياسة كل الموارد البشرية الممكنة من أخصائيين نفسانيين واجتماعيين للتكفل الأمثل بالمساجين، حيث ترتكز مهام الأخصائي النفساني على جانبين أساسيين، الجانب الوقائي والجانب الإرشادي والعلاجي (قانون تنظيم السجون، المادة 91، ص 22).

وتبرز مهام الأخصائي وفق هاذين الجانبين نتيجة ما يعيشه المحبوس من معاناة نفسية تتغير وفق مراحل حبسه، إذ يعيش منذ بداية سجنه صدمة الاحتباس، ثم قلق انتظار الحكم، وخلال تمضية العقوبة يعيش سلوكات تكيفية سلبية، كما يعيش عند الإفراج الخوف من الخروج والمستقبل والوصم الاجتماعي، كل هذه المعاناة النفسية تتغذى من القلق والإحباط والخلل في القدرة على التعبير الانفعالي وضبطه وإدراكه، وتوصلت دراسة (Hemming and all,2020)

إلى ارتفاع حالات العنف والانتحار في سجون المملكة المتحدة نتيجة فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر وعدم القدرة على تحديدها ومناقشتها، كما أشارت النتائج إلى أن السجناء الذكور يميلون إلى عدم التحدث عن عواطفهم مع الآخرين، وذلك بسبب الضغوط الخارجية للإقامة في السجن، بالإضافة إلى الصعوبات الداخلية في التعرف على العواطف والتعبير عنها، وكان عدم مناقشة العواطف مع الآخرين مرتبطًا بتراكم العواطف مما قد يؤدي إما إلى زيادة العبء العاطفي أو غياب العواطف.

كما توصلت دراسة (Gary and Mc Murran,2009) حول المساجين في ويلز إلى أن عدم القدرة على التعبير عن المشاعر كان مرتبطًا بحل أقل فعالية للمشكلات الاجتماعية لديهم، في حين ارتبط الاهتمام التعاطفي واتخاذ المنظور بحل أكثر فعالية للمشكلات الاجتماعية، ولكن بشكل غير متوقع أيضًا مع التوجه السلبي للمشاكل، بينما توصلت دراسة (Li Chen and all, 2017) في خمسة سجون رئيسية في مقاطعة تشجيانغ في الصين، إلى أن ارتفاع معدل انتشار فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر بين السجناء يرتبط بمستوى تعليمهم، وخبرتهم بصدمات الطفولة وأعراض المشاعر السلبية.

وتوصلت دراسة غريبور وآخرون (2017) حول السجناء بسجن رشت بإيران، إلى إن متوسط درجات الألكستيميا والطوارئ السلبية والعدوانية لدى سجناء المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع كانت أعلى بكثير من السجناء غير المصابين به ( Gribor and others,2020)، كما أكدت دراسة ماتيلا وآخرون بالسجون الفنلندية وجود ارتباط ايجابي بين الألكستيميا والجنوح.( Mattila et others, 2008)، ويؤكد كل من موران وغاري على أن الألكستيميا ترتبط بفعالية أقل في حل المشكلات للمساجين (Mc Murran et Gary, 2009 ).

وانطلاقا مما سبق، استهدفت الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية:

- ما هو مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسة العقابية؟
- هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا تعود للفروق في المتغيرات التالية: السن، التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، مرحلة السجن؟"

## II . أهمية الدراسة وأهدافها:

يعتبر المحبوس في حد ذاته محور دراسة واهتمام من طرف عدة تخصصات كعلم الإجرام وعلم العقابي وعلم النفس وعلم الاجتماع... وتكمن أهمية الدراسة في خصوصية عينة المساجين ووضعهم الخاص من خلال الكشف عن معاشهم النفسي (والانفعالي خاصة ) داخل المؤسسات العقابية من اجل التكفل المناسب بهم.

ويمكن حصر أهداف الدراسة فيما يلي:

- الكشف عن مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسة العقابية.
- الكشف عن وجود فروق في مستوى الألكستيميا تعود لاختلاف المتغيرات التالية للمسجون: السن، التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، مرحلة السجن؟"

## III . تحديد مفاهيم الدراسة:

### 1. الألكستيميا:

**أولا. اصطلاحا:** يعرفها SIFNEOS بأنها نقص أو فقر في العاطفة، و أن تكون الحياة الهوامية أو الخيالية فقيرة نتيجة شكل من أشكال التفكير الإجرائي أو النفعي، و الميل لاستخدام الفعل لتجنب الصراعات والوضعيات الضاغطة، مع تقيد واضح في التعبير عن الانفعالات خاصة صعوبة إيجاد كلمات للوصف المشاعر (Jouane,2006,p195).

**ثانيا.إجرائيا:** هو الدرجة التي يتحصل عليها السجين في المؤسسات العقابية على مقياس تورنتو للالكستيميا **(TAS-20)**.

**2. المحبوس:**

**أولا. اصطلاحا:** يقصد بكلمة محبوس في مفهوم هذا القانون كل شخص تم إيداعه بمؤسسة عقابية تنفيذا لأمر أو حكم أو قرار قضائي، ويصنف المحبوسين إلى:

- **محبوسين مؤقتا:** وهم الأشخاص المتابعون جزائيا والذين لم يصدر بشأنه أمر، أو حكم أو قرار نهائي.
- **محبوسين محكوم عليهم:** وهم الأشخاص الذين صدر في حقهم حكم أو قرار أصبح نهائيا.
- محبوسين تنفيذا للإكراه البدني (قانون تنظيم السجون، المادة 07).

**ثانيا. إجرائيا:** هو الشخص الذي تم حجزه أو سجنه سواء بقرار قضائي أو لأسباب أخرى قانونية وهذا الحجز يختلف حسب طبيعة إجرام ودرجة الخطورة، والمسجون بمؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس.

**3. <u>المؤسسة العقابية</u>:**

**أولا. اصطلاحا:** هي مكان للحبس تنفذ فيه، وفقا للقانون العقوبات السالبة للحرية و الأوامر الصادرة عن الجهات القضائية و الإكراه البدني عند الاقتضاء (قانون تنظيم السجون، المادة 25).

**ثانيا.إجرائيا:** هي مؤسسة إعادة التربية والتأهيل للذكور بولاية سيدي بلعباس.

# الفصل الثاني

## تحليل مفاهيم الدراسة

**تمهيد:**

لطالما كانت السجون أو ما ندعوه اليوم بالمؤسسات العقابية وسيلة لحماية المجتمعات بعزل المجرمين وحبسهم فيها، فخصصت لإيداع الأشخاص الذين صدرت ضدهم أحكام قضائية تقضي بسلب حريتهم أو المتواجدين في الحبس المؤقت ( المتهمين أو الطاعنين)، فمهمتها تغيرت عبر العصور وتطورت بتطور الأبحاث والدراسات السجنية حول العالم ( علم النفس، علم الاجتماع، علم العقاب، علم الإجرام .....)، خاصة من خلال الانفتاح والعولمة وتبادل الخبرات ما بين البلدان حيث اعتمدت السياسة العقابية الجزائرية عدة نماذج من خلال اتفاقيات وشراكات مع دول مختلفة ( فرنسا، انجلترا، اسبانيا، ايطاليا، وكندا...)، فبتنوع أغراضها الأمنية والعقابية والإصلاحية تنوعت أنواعها ساعية كلها لتحقيق التوازن بين هذه الأغراض.

ونظرا لآثار الاحتباس على النزلاء التي قد تكون وخيمة، اهتمت المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة إدماج المحبوسين بالصحة النفسية للسجناء واعتلالها والبحث في معاشهم النفسي وتحسينه سواء في الجانب المعرفي، والانفعالي خاصة لمحاولة فهم تأثير التعبير عن الانفعالات أو عدمه ومدى ارتباطها هذه الأخيرة بظهور الاضطرابات النفسية، فلهذا عملت على تسخير وتوظيف نفسانيين عياديين حيث تسند لهم مهام وقائية، إرشادية ، علاجية وإصلاحية، لهذا سيتم التطرق للعناصر التالية: المؤسسات العقابية والنزيل، الانفعالات، الألكستيميا.

## I. المؤسسات العقابية والنزيل:

### 1. مفهوم المؤسسات العقابية:

إن مفهوم السجون قديم جدا وقد أشير إليه في **القران الكريم** في **سورة يوسف (عليه السلام)** في الآية 33 **قوله تعالى:** ﴿قَال رَبّ السجن أَحَبُّ إليَّ ممّا يَدْعُونني إِلَيْه...﴾.

**1.1. التعريف اللغوي: السجن** في اللغة معناه الحبس، ومعناه المنع، إما معناه الشرعي فهو تعويق الشخص ومنعه من التصرف بنفسه، سواء أكان في بلد أو بيت أو مسجد أو سجن معد للعقوبة أو غيره.(أوبيش وبوغرارة، 2008، ص 04).

**2.1. التعريف الاصطلاحي:** هي تلك المؤسسات المعدة خصيصا لاستقبال المحكوم عليهم بعقوبات مقيدة وسالبة للحرية، وهي تشترك في ذلك مع الحكم بالأشغال الشاقة والاعتقال حيث يحرم المحكوم عليه

من الخروج أو متابعة حياته بشكل عادي في أجواء طليقة، والحيلولة دون ممارسة أي نشاط ما، وعادة ما يرتبط بالسجون عدة مفاهيم مثل: الإصلاحيات، مراكز التأديب، دور الإصلاح والتهذيب، أو التقويم، أو مؤسسات إعادة التربية .(شريك، 2011، ص21).

و يعرفها **قانون تنظيم السجون في المادة 25** (وزارة العدل، 2018، ص11) كما يلي:" المؤسسة العقابية هي مكان للحبس تنفذ وفقا للقانون العقوبات السالبة للحرية، والأوامر الصادرة عن الجهات القضائية، والإكراه البدني عند الاقتضاء".

**2. تصنيف المؤسسات العقابية:** تصنف المؤسسات العقابية في الجزائر تبعا لمدة العقوبة ونوعها ودرجة خطورتها، ولقد تكلم المشرع الجزائري عن مميزاتها وفق ما جاء في **المادة 28** من **قانون تنظيم السجون** (وزارة العدل، 2018، ص 12):

**2. 1. المؤسسات:** تنقسم إلى :

**1.1.2. مؤسسات الوقاية:** توجد بدائرة اختصاص كل محكمة، وتخصص لاستقبال المحبوسين حبسا مؤقتا، والمحكوم عليهم نهائيا بعقوبات سالبة للحرية لمدة تساوي أو تقل عن سنتين وكذلك المحبوسين الذين تبقى لهم على العقوبة سنتين، أو أقل بالإضافة إلى المحبوسين بسبب الإكراه البدني( في حالة عدم تسديد الغرامات المحكوم بها).

**2.2.2. مؤسسات إعادة التربية:** توجد بدائرة اختصاص كل مجلس قضائي مخصصة لاستقبال المحبوسين مؤقتا، والمحكوم عليهم بعقوبات سالبة للحرية تساوي أو تقل عن 05 سنوات، وكذلك كل من تبقى على عقوبته 05 سنوات أو أقل والمكرهين بدنيا.

أ–محبوسين مؤقتا: المشرع عندما وضع هذه الفئة في مؤسسات إعادة التربية ومؤسسات الوقاية له مبرراته القانونية كون المتهمين يعدون في نظر القانون أبرياء لحين صدور حكم بالإدانة من جهة قضائية.

ب–محكوم عليهم بعقوبة سالبة للحرية:

فهم إما من مرتكبي المخالفات أو الجنح البسيطة، إما مرتكبي الجنايات من الأحكام التي لا تتجاوز السنتين أما المحكوم عليهم بجنايات فلا يودعون بهذه المؤسسات إلا بعد دراسة شخصيتهم الإجرامية من كل جوانبها.

ج– مكرهون بدنيا (في حالة عدم تسديد الغرامات المحكوم بها).

**3.1.2. مؤسسة إعادة التأهيل:** هي مخصصة لحبس المحكوم عليهم نهائيا بعقوبة الحبس لمدة تفوق خمس (05) سنوات وبعقوبة

السجن، والمحكوم عليهم معتادي للإجرام والخطرين، مهما تكن مدة العقوبة المحكوم بها عليهم والمحكوم عليهم بالإعدام.

**2.2.المراكز المتخصصة:** عملا بالمبدأ الدولي القاضي بوجوب التفرقة بين فئات المحبوسين والسجناء، المستمد من القواعد النموذجية الدنيا لمعاملة السجناء، وجب فصل النساء عن الرجال من أجل ضمان سلامتهن الجسدية حيث لا تفتش امرأة إلا من طرف امرأة، كما يجب فصل الأحداث عن البالغين انطلاقا من فكرة تفريد العقوبة، التي يتم من خلالها معاملة كفئة بما يتلاءم وظروفها، مع تحديد أسلوب التهذيب والإصلاح الخاص بها، وهو ما سنوضحه فيما يأتي:

**1.2.2. مراكز مخصصة للنساء:** يودع فيها المحبوسات مؤقتا والمحبوسات المحكوم عليهن بعقوبة سالبة للحرية مهما تكن مدتها وكذلك
المكرهات بدنيا.

**2.2.2. مراكز الأحداث:** تستقبل الأحداث الذين تقل أعمارهم عن 18سنة المحبوسين حبسا مؤقتا، وكذلك المحكوم عليهم بعقوبات سالبة للحرية مهما تكن مدتها".

## 3. مفهوم النزيل:

**1.3. التعريف اللغوي: سجين:** مسجون: المعتقل داخل جدران المجتمع حسب **معجم المعاني**.

**2.3. التعريف الاصطلاحي: السجين** أو **المحبوس** أو كما يدعى في ظل أنسنة السجون **النزيل**، وهو ذاك الشخص الذي يحرم من حريته ومن التصرف بوضعه في هيكل مغلق، حيث يوضع فيه المتهمون في انتظار محاكمتهم أو تنفيذا لأحكام صادرة ضدهم نظرا لارتكابهم لجريمة أو أكثر، مخالفا القوانين عمدا.(حمدي ويخلف، 2018، ص03).

كما عرفه **المشرع الجزائري** في **قانون تنظيم السجون، المادة 07** (وزارة العدل، 2018، ص04):

"يقصد بكلمة محبوس في هذا القانون، كل شخص تم إيداعه بمؤسسة عقابية، تنفيذا لأمر، أو حكم، أو قرار قضائي.

أ- **محبوسين مؤقتا:** وهم الأشخاص المتابعون جزائيا، والذين لم يصدر بشأنهم أمر، أو حكم، أو قرار قضائي.

ب- **محبوسين محكوم عليهم:** وهم الأشخاص الذين صدر في حقهم حكم، أو قرار أصبح نهائيا.

ج- **محبوسين تنفيذا لإكراه بدني.**

كما توجد تصنيفات تقليدية للنزلاء، مثل مجرم مبتدئ ومجرم معتاد، أو مجرم محكوم عليه بالإعدام وآخر بالمؤبد وآخر محكوم عليه بمدة قابلة للتخفيض، وأخرى حديثة مثل مجرم سوي ومجرم مريض، حيث السوي لا يعاني من مرض عقلي أو نفسي دفعه لارتكاب الجرم، سوى انه لا يحترم القوانين الاجتماعية والدينية والأعراف، بينما المريض يحتاج للعلاج، ويعاني من اضطرابات في الشخصية، وشذوذ سيكولوجي، فيتوقف فيهم المكونات والشحنات اللاشعورية، ويدفعهم لارتكاب الجرم كما يمكن تصنيفهم إلى عصابيين وذهانيين.

كل هذه التصنيفات وإن كانت نسبية فهي تساهم في التعامل اليومي مع هذه الفئة، وذلك قصد إعادة إدماجهم وتغيير أفكارهم.(أمزيان، 2010، ص02-03).

للنزيل مجاله النفسي وحيزه المكاني الضيق والزمني المجهول، فيبدأ بتشكيل علاقات خاصة ولو كانت مفروضة عليه، فيجد نفسه في مجتمع موازي لمجتمعه الأصلي، فيتعلم ضوابط وقوانين جديدة عند دخوله للسجن، فيكتسب شخصية جديدة، ويضطر للتكيف وسط هذا المجتمع المصغر الغريب عن مجتمعه الذي ترعرع فيه، ويستخدم شخصيته الجديدة مؤقتا للعيش مكتسبا سلوكات تناسب حاجاته ومتطلباته، وبمرور الأيام يذوب في الشخصية الجماعية بالتقليد والخضوع، ليحمل عقلية السجناء الآخرين ويشبههم.

وكون الحياة السجنية لا تخلو من الضغوطات والقلق وهي تنتشر غالبا بالإيحاء كعدوى سماع شكاوى زملائه، فيتأثر بأحاديثهم ويصاب بأمراض نفسية أو نفس-جسدية.(حمدي ويخلف، 2018، ص04).

**4. دور النفساني العيادي في المؤسسات العقابية:** كان عمل النفسانيين العياديين، في الجزائر مقتصرا على اكبر المستشفيات، وكانوا قلة، وتزايد عددهم خلال الثمانينيات والتسعينيات، رغم ذكرهم في برامج إعادة التربية وقوانين السجون الصادرة سنة **1972** لكنهم كانوا غائبين عن الممارسة في السجون، وقد ساهم طب النفس الشرعي في لقاء الأخصائيين النفسانيين بالعدالة، ثم سجلت بعض الزيارات القليلة للنفسانيين العاملين في المستشفيات إلى السجون القريبة من مقر عملهم بدعوة من وزارة العدل، حتى فتحت أبوابها في ما بعد للتوظيف المباشر بقطاع السجون في الثمانينيات، وجاء بعد إحساس المسؤولين بالدور الذي يمكن أن يلعبه النفسانيون العياديون في إعادة التربية وإعادة الإدماج.(أمزيان، 2010، ص33).

ويمكن ذكر رقم تقريبي حول عدد النفسانيين العياديين العاملين في السجون الجزائرية بأنه حاليا يصل إلى أكثر من 500 نفساني موزعين على المؤسسات العقابية التي عددها يتجاوز 160 مؤسسة.

## 5. النصوص التنظيمية لعمل النفسانيين العياديين في المؤسسات العقابية:

يعمل النفسانيون العياديين بالمؤسسات العقابية بصفتهم موظفين مدنيين وسط موظفين شبه عسكريين، وذلك بموجب نصين قانونيين، أحدهما خاص بقطاع السجون وهو الجهة المستخدمة والآخر خاص بقطاع الصحة وهو السلك الأصلي للنفسانيين، وفي ما يلي بعض التفصيلات للقانونين:

**أ- قانون تنظيم السجون وإعادة الإدماج** (وزارة العدل، 2018، ص19، ص26-28):

"**المادة 58:** يتم فحص كل المحبوس وجوبا من طرف الطبيب والأخصائي النفساني عند دخوله إلى المؤسسة العقابية وعند الإفراج عنه، وكلما دعت الضرورة لذلك."

"**المادة 85:** فيما عدا حالات الاستعجال، إذا كان التدبير التأديبي هو الوضع في العزلة، فلا يمكن تطبيقه إلا بعد استشارة الطبيب و/أو الأخصائي النفساني للمؤسسة العقابية."

"**المادة89:** يعين في كل مؤسسة عقابية مربون وأساتذة ومختصون في علم النفس، ومساعدات ومساعدون اجتماعيون يوضعون تحت سلطة المدير ويباشرون مهامهم تحت رقابة قاضي تطبيق العقوبات."

"**المادة 98:** يكلف المختصون في علم النفس والمربون العاملون في المؤسسة العقابية بالتعرف على شخصية المحبوس، ورفع مستوى تكوينه العام، ومساعدته على حل مشاكله الشخصية والعائلية، وتنظيم أنشطته الثقافية والتربوية والرياضية".

ب- **المرسوم التنفيذي رقم 111 / 91 - المؤرخ في 27 أفريل 1991** المتضمن **القانون الأساسي النموذجي لأخصائيين النفسانيين الممارسين في قطاع الصحة العمومية** ولا سيما المواد رقم 18 و 19 والتي تحدد مهام وصلاحيات الأخصائي النفساني العيادي في ما يلي:

الفحوص النفسية، التقييم النفسي، التشخيص النفسي ، المساعدة النفسية بالإرشاد والتوجيه، المرافقة النفسية للمريض الذي هو في حالة خطيرة، تحضير المرضى نفسي العمليات الجراحية، الوقاية والعلاج الشافي، وكذلك تطبيق التقنيات العلاجية المتخصصة، العمل المؤسساتي، تكوين الموظفين الطبيين والشبه الطبيين، تطبيق العلاجات النفسية كالعلاج النفسي بالدعم، العلاج السلوكي، الاسترخاء، العلاج الجماعي، ديناميكية الجماعة والسيكودراما.(أمزيان، 2010، ص34).

فيسعى إلى التأثير في النزلاء إيجابيا من خلال الحصص التحسيسية، ومسك ملف شخصي لكل نزيل قدم له فحص أو علاج النفسي ويساعدهم على حل مشاكلهم الشخصية والعائلية، كما يقدم التفسيرات اللازمة بشأن أي نزيل يمكن أن يستفسر حوله، ويمكن أن يقدم اقتراحات إن كان ذلك من مصلحة المحبوس، ويشرف على الأنشطة البناءة في إطار البرنامج اليومي **(الخطة الفردية لإعادة الإدماج)**،

وهو يشارك في التصنيف الأمني للمحبوسين، وهو عضو في لجنة تطبيق العقوبات ليساهم في أخذ قرارات حول تدابير الخاصة بالإفراج المشروط أو الالتحاق بورشة خارجية أو الاستفادة من إجازة أو الحرية النصفية، وهو عضو فعال في مصلحة التقييم والتوجيه لإعداد المخطط الإصلاحي من بداية العقوبة إلى ما بعد الإفراج عنه.

فمن هذا كله نرى أن دور النفساني العيادي لا يقتصر فقط على الوقاية والإرشاد والعلاج ( صدمة الاحتباس، الاضطرابات النفسية وصدمة الافراج، بل يتعدى ذلك إلى الإصلاح والمساهمة في إعادة إدماجه للمجتمع منذ دخوله للسجن حتى قبل وبعد الإفراج عنه في المصالح الخارجية حيث تتم مرافقته من طرف النفساني العيادي التابع لها.(الموقع الرسمي للمدرية العامة لإدارة السجون وإعادة إدماج المحبوسين–**وزارة العدل**).

## 6. الصحة النفسية للنزيل:

إن الاستمتاع بالحياة يتطلب من الفرد أن بفكر ويشعر وبطريقة جيدة أي أن يتمتع بصحة نفسية، في حين أن الذين يعانون من اعتلال الصحة النفسية نجد لديهم صعوبات في التأقلم مع الحياة وفي التواصل بشكل بناء، فالنزلاء ذوي الاعتلالات النفسية يجدون صعوبات في المشاركة في الحياة اليومية السجنية والمساهمة في أنشطتها والمشاركة وقد تكون حتى سببا في العود الإجرامي مستقبلا.

**6. 1. تعريف الصحة النفسية:** تعرف **منظمة الصحة العالمية (OMS)** الصحة النفسية بوصفها: "حالة من العافية يستطيع فيها كل فرد إدراك إمكاناته الخاصة، والتكيّف مع حالات التوتّر العادية، والعمل بشكل منتج ومفيد والإسهام في مجتمعه المحلي".

بينما اعتلال الصحة النفسية والأمراض أو اضطرابات الصحة النفسية تستخدم هذه المصطلحات لوصف مجموعة واسعة من الإعاقات النفسية، يمكن وصفها بأنها الظروف الصحية التي تنطوي على تغييرات في التفكير أو المشاعر، لا يوجد تمييز واضح بين أعراض الأمراض «أو خليط من ذلك » أو السلوكات النفسية الطفيفة والشائعة والشديدة حيث ينظر إليها على أنها سلسلة متدرجة أو طيف.

تتعدد وتتراوح الآراء والأفكار في العالم حول أسباب الاعتلالات النفسية وتشخيصها والعلاجات الأكثر فاعلية للتعامل معها. ففي بعض الثقافات ترتبط الصحة النفسية بالتقاليد والمعتقدات الدينية أو الروحانية . يستخدم العاملون في مجال الصحة النفسية في كثير من الدول نفس التشخيص السريري والعلاج لكن مفيدة بمراعاة الثقافة، خاصة بالنسبة للنزلاء الذين يأتون من مجتمعات السكان الأصليين.

**6. 2. الأعراض الشائعة لاعتلال الصحة النفسية:** يعاني بعض الناس من أكثر من مشكلة في مجال الصحة النفسية وترتبط بعض الأعراض بأكثر من مرض واحد، هناك العديد من الأنواع المختلفة لأمراض الصحة النفسية، مع مجموعة واسعة من الأعراض التي قد تتغير مع مرور الوقت.

يمكن أن تظهر علامات اعتلال الصحة النفسية المدرجة أدناه ناتجة عن تعرض النزيل لتجربة الحبس، ولكن هذا لا يعني أن النزيل يعاني من مرض نفسي يتطلب تدخلا طبيا أو سريريا، بيد أن أعراض اعتلال الصحة النفسية البسيطة قد تتطور لتصبح أكثر خطورة على المدى الطويل:

- ❖ الانتحار وإيذاء النفس.
- ❖ الارتباك في التفكير والحديث.
- ❖ حالات مزاجية متطرفة ومتناقضة.
- ❖ تغيرات مفاجئة للمزاج/السلوك.
- ❖ السلوك غير السوي.
- ❖ عدم الاعتناء بالنفس والهندام.
- ❖ الهدوء والحزن والانسحاب و الانقطاع عن الآخرين.
- ❖ السلوك التخريبي أو المندفع أو العدواني.
- ❖ تعاطي المخدرات والكحول.
- ❖ عدم القدرة على إدراك المشاكل و الاحتياجات والتعبير عنها.
- ❖ الهوس بالنظام والتمسك به بصرامة.
- ❖ التهيج.
- ❖ عدم الاكتراث.
- ❖ الخوف والقلق.
- ❖ عدم القدرة على التكيف مع المهام اليومية.
- ❖ صعوبة التركيز.
- ❖ مشاكل في النوم.
- ❖ مشاكل في الأكل. (المنظمة الدولية للإصلاح الجنائي، 2018، ص05 – 07).

**6. 3. الأمراض النفسية في المؤسسات العقابية:** تعتبر تجربة الإيداع والحبس تجربة قاسية ومرهقة بإمكانها تفجير أمراض نفسية لدى السجين، فقد تبين أن نسبة من المجرمين كانوا يعانون من حالة تعرف بهذيان السجين، وهي حالة تستلزم التشخيص والعلاج ليس فقط لمساعدة السجين، وإنما أيضاً للحيلولة دون استخدامها كحيلة أو مبرر لإبعاد مسؤولية المجرم بسبب المرض العقلي الذي يوحي به هذا الهذيان.

إضافة إلى ظهور بعض الأمراض النفسية لدى المساجين ويمكن الإشارة إلى بعضها على سبيل المثال وليس الحصر منها: عصاب السجن الذي يسبب في اضطراب الطبع والتفكير لدى النزيل الذي لا يستطيع التحكم في عواطفه ورغباته، فينطوي وقد يصل إلى البكمية، ثم نجد الاكتئاب ومحاولة الانتحار الذي يظهر على شكل كره والهروب من المشاركة، وكذلك الانحرافات الجنسية، كالاستعراضية،

الاستمناء، والمثلية الجنسية، كما نجد العدوانية نحو الذات كتشويه الذات وضرب الرأس مع الحائط أو القضبان الحديدية، حيث يستعمل المسجون جسمه كوسيلة لدفع القلق الذي يصيبه، فنجده يوجه لنفسه ضربات بأي شيء يجده، قصد إلحاق الضرر بجسمه، أو خياطة الفم أو العينين، كما تبرز اضطرابات النوم باختلاف أنواعه، وأكثرها شيوعا هو الأرق.(أمزيان، 2010، ص 36).

وتختلف الاضطرابات النفسية التي يتعرض لها النزلاء داخل السجن، وأكثرها هي:

**6-3-1. القلق:** إن الظروف التي يعيشها النزيل من ابتعاده عن الأسرة وانعزاله عن محيطه، والاحباطات المتكررة التي يعانيها نظرا لحرمانه من إشباع رغباته، تؤدي إلى القلق مع شعور بالتوتر والضيق، وهذا ما ينعكس على سلوك السجين من خلال ارتكابه للمخالفات، وحدوث المشاجرات، وافتعال المشاكل والتمارض والتذمر المستمر من وضعه.

**6-3-2. الاكتئاب:** كما يميل النزيل إلى الشعور بالحزن والهم، ويحس بأنه فقد الكثير ويحس بالدونية، إلى درجة أن يبلغ لدى بعض السجناء درجة كبيرة حتى تصل إلى محاولة الانتحار، وهذا الانتحار يكون بسبب شعوره بأن بقاءه في السجن قد يؤدي به إلى الخروج ثانية إلى الحياة خارج السجن، وأنه لا جدوى من بقائه داخل السجن ينتظر الموت، مما يعمق هذا التفكير من مشاعر السوداوية ويدفعه أكثر للانتحار.

**6-3-3. اضطرابات النوم:** يعتبر النوم غريزة بدائية وحاجة أساسية للتوازن النفسي والجسمي عند الإنسان، وبيئة السجن لا تساعد على النوم الهادئ الذي يحقق هذا التوازن، بل تساعد على ظهور اضطرابات النوم، حيث يصعب على النزيل النوم إلا في أواخر الليل نتيجة فقدان الراحة والطمأنينة والأمن داخل السجن، بالإضافة إلى ما يدور في ذهنه من صور ذهنية حول دخوله المؤسسة العقابية أو المحاكمة أو شعوره بالذنب نحو الضحية أو أعراض انسحابية أو تفكيره في عائلته ومستقبله، كلها قد تصيبه بالأرق المزمن ولطالما كانت اضطرابات النوم، محل الشكوى الأولى للنزلاء عند تقدمهم للفحص النفسي أو الطبي كما لاحظناه من خلال ممارستنا لسنوات في الميدان.(حمدي ويخلف، 2018، ص5-6).

كما تجدر الإشارة إلى أن معظم النزلاء من متناولي أو مدمني المخدرات والكحول فيسعون كل منهم بشتى الطرق إلى الحصول على كمية من المخدرات الصيدلانية المسببة للسعادة، إضافة إلى ظاهرة الوشم حيث يقوم بعض المساجين برسم أشكال معينة معبرة على أوضاعهم وأحوالهم وتحكي قصص حياتهم وتترجم مشاعرهم وأحاسيسهم، بدافع التقليد أو التباهي باخضرار أجسادهم وافتخارا بتاريخهم الإجرامي أو سنوات

سجنهم من ناحية، أو كوسيلة يخاطبون بها غيرهم ويلجئون إليها عند العجز عن التعبير الشفوي من ناحية أخرى.(أمزيان، 2010، ص 37).

كما أن هناك مشاكل نفسية أخرى يمكن أن نلحظها بسبب العزل (الذي هو أقسى الإجراءات العقابية في نظام السجون على الإطلاق) وهو يعمل على محو إدراك السجين للزمان والمكان، ويفقده شعوره بنفسه وبهويته، ومن ثم تفاعله مع المحيط، فهو مصنع للأمراض النفسية والجسدية، وتبيّن أن له آثار نفسية وجسدية عميقة وأبدية بغالبيتها.
فبحسب تقارير طبية نفسية فإن الضرر النفسي الذي يتسبب به العزل يعتبر خطيراً جداً وغير قابل للشفاء في أحيان كثيرة، إذ تبدأ اضطرابات النوم في الأيام الأولى، ترافقها فيما بعد أعراض متلازمات اكتئابية تتحول لاكتئاب مزمن مع فقدان الرغبة والإحساس بالأشياء، إلى حالة من الخوف الدائم قد تصل حد الإصابة بالاضطراب الذهاني.

ويمتد الضرر إلى الجانب الجسدي، فبحسب الدراسات والتقارير طبية أثبت أن النزلاء يعانون من الرجفة والصداع النصفي والإرهاق المزمن، واضطرابات دقات القلب وضيق التنفس والتعرق الشديد، كما يصابون بأمراض في الجهاز الهضمي والأوعية الدموية والقلب وفي الجهاز التناسلي والجهاز البولي.

كم قد نجد أفرادا مصابون بأمراض عقلية خطيرة، وهذا ما أسفرت عنه دراسة **Dumais** وأتباعه في سنة **2010** وهي تكملة لدراسة **Coté** وأتباعه **في عام 1997** بأن المساجين من الذكور المصابين بهذه الأمراض لديهم بروفيل مختلف عن ذلك الذي يميز المرضى في المستشفى، يظهر المساجين منهم اضطرابات هذيانية واكتئاب أساسي، كما تبين انتشار كبير للاضطرابات المرتبطة بتعاطي الكحول والمخدرات وهي نتائج تتماشى مع ما جاء في دراسات حول العلاقة بين تعاطي الكحول والمخدرات وسلوكيات العنف.(حمدي ويخلف، 2018، ص7).

ومن خلال ما تطرقنا إليه نستطيع القول أن المؤسسات العقابية بهيكلها، وقواعدها، وقوانينها، وبفرضها الانضباط، واعتبارها وسيلة للردع، فهي تخلق عدة اعتلالات واضطرابات نفسية أو تساهم في تأزمها عند النزلاء، الذين هم بحد ذاتهم معتلين اجتماعيا، أو مضادي للمجتمع، لديهم خطورة في الشخصية كالميول السيكوباتية وكل هذا يجعلهم عاجزين عن التعبير السليم عن مشاعرهم وأحاسيسهم، الضبط والتحكم الانفعالي، ولطالما ارتبطت الانفعالات ارتباطا وثيقا بنشأة الاضطرابات النفسية.

## II. الانفعالات:

### 1. مفهوم الانفعالات:

**1.1. التعريف اللغوي:** مصدره كلمة لاتينية: **Emovere** (**E**= hors) أي خارج، (**Movere**= mouvement) أي حركة، وهنا معناها الحركة نحو الخارج.

**2. 1. التعريف الاصطلاحي:** يعرفها **Le Petit Larousse de la Psychologie** بأنه ( Angel et Corrine, 2013, p722) "اضطراب مفاجئ أو هيجان مؤقت سببه الخوف، المفاجأة أو الفرح أو الغضب ...".

و يعرفه **Littré:**" انه مسار لتغير حالة الجسم الفيزيائية و النفسية من حالة طبيعية إلى حالة فجائية و عابرة مثارة بحدث أو نشاط خارجي ( تناقض/ عرض) أو داخلي ( فكرة ) أو تلقائي، الانفعال يتأثر بمرض عصبي في هذه الحالة."

بينما عرفه الفيزيولوجيون بأنه ظاهرة فيزيائية في أجسامنا نتاج تفاعل معقد بين أجزاء الدماغ خاصة الهيبوتالاموس الذي ينظم عمل الجهاز العصبي اللاإرادي والهرموني على شكل أحاسيس ومشاعر باطنية (شناوي وملال، 2021)

كما تعرفه **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي (1993):**" انه استثارة وجدان الفرد وتهييج مشاعره، وهو أمر متعلق بحاجات الكائن الحي ودوافعه، كانفعال الخوف المرتبط بالرغبة في تفادي كل ما يهدد الكائن أو يضر به أو انفعال السرور الذي يصحب كل ما يشبع الفرد دوافعه ويحقق له الحماية والبقاء والسلامة".

وعرفه **سارتر** في النظرية الوجودية:" هو موقف من العالم وشعور حيال الأخر وعلاقته به".( محمد حسن غانم، 2015، ص 96).

ويختلف الانفعال عن العاطفة من حيث أنه استعداد انفعالي مركب وتنظيم مكتسب لبعض الانفعالات الموجهة نحو موقف أو موضوع معين كعاطفة الحب مؤقتة غير مقيدة بموضوع معين، فضلا عن انه يعتمد على عوامل وراثية أبرزها حالة الجهاز العصبي والجهاز الغدي والحالة الصحية العامة للفرد.

فالجانب الانفعالي جزء هام من الشخصية الإنسانية لارتباطه الوثيق بالعديد من جوانب الأخرى لها ولا سيما العقلي والحركي، منها ما هو ايجابي والبعض الآخر سلبي.

كما قد تتكون العواطف نتيجة تفاعل الفرد مع المواقف البيئية المتعددة والخبرة ذات الموضوعات المتكررة، فالطفل مثلاُ بعد ولادته تظهر لديه انفعالات مختلفة سريعة التغير من لحظة إلى أخرى، كما وتتكون لديه مجموعة خبرات تربطه بأمه في هذه المرحلة ومعظم تلك الخبرات سارة، لأنها تزوده باحتياجاته الضرورية وتستمر تلك العلاقة بالتطور عبر مراحل النمو اللاحقة وتتسع دائرتها لتتجاوز الأم ولتشمل كل أفراد الأسرة.

ويشمل الانفعال جميع الحالات الوجدانية مثل الفرح والحزن، الخوف والغضب، الحب والسرور واللذة والقلق والنفور والحسد والغيرة والكره والعدوان والهجوم وغير ذلك... كما يشمل الانفعال الشعور بالنشوة والفرح عندما يغمر الفرد شعوراً معينا بالتفوق والقدرة على حل المشكلات والوصول إلى الأهداف المنشودة، أو الشعور البغيض إلى النفس وذلك عندما يواجه الفرد مشكلات يعجز عن حلها، وبذلك فأن الانفعال قد يكون ساراً أو غير سار.

فمن هنا ممكن القول أن الانفعالات هي نتيجة تفاعل بين المحيط والعالم الداخلي للفرد، فينتج عنها تظاهرات عصبية (Système Limbique)، بيولوجية ( أحاسيس جسدية)، ونفسية (ادراكات) وقد تتداخل بينها.

ولا توجد انفعالات سيئة آو جيدة، لكن قد تكون مريحة أو غير مريحة، فردة الفعل السلوكية التي نتبعها هي التي قد نؤدي للخسائر، فنتكلم هنا عن سلوك لائق أو آخر غير لائق في مواجهة وضعية.
(حافظ،2018).

## 2. النماذج والنظريات المفسرة للانفعالات:

**2. 1. النظرية الفيزيولوجية الحشوية:** لصاحبها **جيمس لانغ James Lang** وتؤكد أن مصدر الانفعال يؤدي للاضطرابات الفيزيولوجية الحشوية أي أن الإحساس الحشوي يسبق الإحساس الانفعالي.

إن الانفعالات تبعا لهذه النظرية هي مجموعة إحساسات مختلفة ناشئة عن تغيرات عضوية وأن المظاهر الجسمية والعضوية التي تصاحب الانفعال هي السبب في ظهوره فنحن سعداء لأننا نضحك وليس العكس أي أن الضحك هو سبب السعادة لنا وقال أيضا:" أن أنه إذا أمكن تجريد الفرد من جميع التغيرات الجسمية والعضوية فإن الموقف يصبح موقفا إدراكيا خاليا من أي انفعال".

ويلخص **جيمس** نظريته بقوله (غانم، 2015، ص 111):" إن طريقتنا الطبيعية في تناول هذه الانفعالات الغريبة تملى علينا أن الإدراك العقلي لواقعة معينة يهيج الوجدان العقلي المسمى بالانفعال، وأن هذه الحالة العقلية تؤدي إلى ما نراه من تغيير جسدي. فالمثير ينبه أحد أعضاء الحس ومن ثم تنطلق تيارات كهربائية صاعدة إلي القشرة الدماغية تبعا لذلك الإدراك وتيارات أخرى تنبه الأحشاء والأوعية الدموية والعضلات فيصيب هذه الأخيرة الاضطراب فتنطلق منها تيارات عصبية عائدة إلى القشرة الدماغية، فإذا ما استثيرت تلك الأخيرة بهذا الرجع العصبي شعرنا بما نسميه الانفعالات."

فالمثيرات الداخلية أو الخارجية تثير الحالات النفسوجسمية وتؤدي إلى ما ندعوه بالانفعال.

وقد وجهت العديد من الانتقادات إلى هذه النظرية منها:

- إن جميع الاضطرابات العضوية التي يقال أنها سبب الشعور بالانفعال توجد فرادى أو مجتمعة في حالات ليست لها طبيعة انفعالية، فنحن نرتجف وتشحب وجوهنا في حالة الخوف دون أن يكون لذلك تأثير إنفعالى.

- إن التغيرات الفسيولوجية تحدث في انفعالات يختلف بعضها عن بعض اختلافا كبيرا كالحزن والفرح.
- كما أجريت العديد من التجارب على الحيوانات كالقطط حيث قطعت فيها الاتصالات العصبية بين المخ والأحشاء، ومع ذلك استمر الحيوان يبدى مظاهر الغضب والحركات المعبرة عنه.

ومن هذه التجارب يتضح لنا أن الاضطراب العضوي وإن كان يهيئ الفرد لانفعال معين إلا أنه ليس شرطا ضروريا كافيا للشعور والسلوك الانفعالي.( غانم، 2015، ص 111-112).

**2.2. النظرية التلاموسية أو المهدية:** وقدمها **كانون Cannon** والتي يرى البعض أنها نسخت من نظرية **جيمس لانغ** حيث تفترض أن المهاد هو المقر الاستراتيجي للعمليات العصبية التي تخدم الانفعالات، نظرا لصعود كل الأحاسيس له، فيصدر نوعان من التيارات العصبية، أحدهما لقشرة المخ للشعور بالانفعال والآخر للمهاد للتعبير الجسدي للانفعال.

تفترض هذه النظرية أن المنبهات البيئية تثير كلا من الاستجابات الجسمية (التنبه والفعل) وخبرة الانفعال في أن واحد وتفصيل ذلك انه عند إدراك الحادثة فأن المخ ينبه النشاط العضلي (التنبه والفعل) والنشاط المعرفي (خبرة الانفعال) ومن ثم فأن المشاعر الانفعالية تصاحب التغيرات الفسيولوجية ولا تنتج عن التغيرات الفسيولوجية كم هو الحال في نظرية **جيمس لانج**.

وقد تعرضت هذه النظرية إلى النقد من جانب بعض علماء النفس وخاصة فيما يتعلق بإشراف منطقة **الهيبوثلاموس** على الشعور بالانفعال، مع أن هذه النظرية وغيرها من نظريات سبقتها لم تحل مشكلة تفسير الانفعال إلا أنها ألقت كثير من الضوء على فسيولوجية الانفعال.(غانم، 2015، ص 112).

**<u>ملاحظة</u>:**

- **المهاد ( الثلاموس)** هو مركز تنظيم المعلومات الحسية التي ترد المخ، حيث يخبر المخ بما يحدث خارج حدود الجسم.
- أما **ما تحت المهاد (الهيبوتالاموس)** فهو يراقب أجهزة الجسم التي تنظم وظائفه فهو يخبر المخ داخل الجسم.

**2. 3. من وجهة نظر التحليل النفسي:** كان للتحليل النفسي إسهاما كبيرا في إبراز العديد من الجوانب للانفعالات مثل أبحاث **فرويد** في ارتباط الأعراض العصبية بالشحنات الانفعالية الحبيسة والمكبوتة في الطفولة المبكرة حيث اتخذت مسارات خاطئة للتعبير عنها. حيث أثيرت خلال فترة الطفولة المبكرة العديد من المشاعر المتصارعة مما أدى بالطفل إلى كبتها، لكن الكبت لا ينهى عليها بل يجعلها تحاول الفكاك منه فلا تجد سبيلا لذلك إلا في الأعراض.

فالطاقة **الليبيدية** (الجنسية حسب **فرويد**) تتحول إلى شحنة انفعالية في حالة عدم بلوغ هدفها.(غانم، 2015، ص 113).

**4.2. من وجهة نظر الجشطلت:** تسعى هذه النظرية لكشف العلاقة بين الإنسان المنفعل وسبب الانفعال، وأهم من ذلك كشفها عن الدور الشخصي الذي يلعبه الإنسان المنفعل في انفعاله.

أي أننا يمكن أن نكتشف هذه الأمور:

- أنه تغير قد طرأ على الشخص فأصبح في غير ما كان عليه.
- إنه تغير قد حدث للعالم أيضا فأصبح ليس ما كان عليه.
- إنه تغير يريد الشخص أن يفرضه على العالم حتى لا يظل على ما كان عليه.
- إنه تغير قد أحدثه العالم في الشخص فلم يعد كما كان عليه إلا أن الشخص (المنفعل) يحاول في لحظة تغيير العالم و استجابته لتغيير العالم له. وأن المرء لا يمتلك اعتقادا سحريا يؤدى إلى انهيار الحد الفاصل بين الذات والعالم، وليس انهيارا لتلك الحدود ويؤدى إلى حدوث الاعتقاد السحري في الانفعال، أنه الأمران معا( وحدة جشطالتية).

فالانفعال بالنسبة للجشطالتيين هو موقف كلي في العالم ومن العالم.(غانم، 2015، ص 115).

**5.2. النظرية السلوكية:** يفسر الانفعال عند بعض السلوكيين انه نتاج الصراع المستثار لدى الفرد، والذي يؤدي به للقيام باستجابات غير متسقة، ويفسرها البعض الأخر على ضوء اضطرابات السلوك.

وقد فسره **واطسون** الانفعال على أنه نمط وراثي من الاستجابة وتتضمن تغيرات جسمية، وخاصة الأنظمة الحشوية والغددية، فعالجها كأنها استجابات غير شرطية التي تحدث بشكل متسق لمنبهات محددة، كما لوحظ انه لم يهتم بالتحليل الفيزيولوجي للانفعال أو بدور الجهاز العصبي.

بينما تعامل **تومان** مع الانفعال على انه استجابة لتنبيه معين، ولا يمكن حصره بواسطة المنبهات أو الاستجابات فقط ولكن على أساس العلاقة بينهما كما اهتم بآثار التعليم على الانفعالات على أنها سواء لدى الحيوانات أو الأطفال.

أما **سكينر** تعامل معه في البداية على أنها ليست نوعا أليا من الاستجابة ولكن نوع من القوة يمكن مقارنتها بمظاهر الحوافز ثم تغيرت معالجته لها بعد ذلك حيث اعتبرها حالة افتراضية تمثل استعداد أو تأهب للفعل أو استجابة بشكل معين ويرى الانفعال عن جملة من النشاط أو الاستثارة يصاحبها تغيرات في الأحشاء والعضلات.(حافظ،2018).

**6.2. النظرية المعرفية:** تفتقد النظريات الفيزيولوجية إلى مظهر عام من مظاهر الخبرة الانفعالية، وحسب هذه النظرية فان الانفعال هو نتيجة التفاعل بين الاستثارة الداخلية والعمليات المعرفية، وقد ساعدت سلسلة التجارب الحديثة على سد الفجوة في النظريات الفيزيولوجية المفسرة للانفعال.

فالإحساس بالسعادة أو اليأس أو من شيء معين مصحوب بخبرات ومعارف عن هذا الشيء.

ونظهر أهمية تفسير الانفعالات على ضوء الخبرات والمعارف التي توجد لدى الفرد، فتقدير الفرد للموقف الخارجي وفقا لخبراته ومعارفه فهي عملية معرفية تؤثر في الانفعال.(حافظ،2018).

## 3. الانفعالات والاضطرابات النفسية:

لطالما ارتبطت الصحة النفسية والعقلية بسلوكه "السوي" ومن خلال انفعالاته السوية الناضجة وتناسبها مع الأحداث، فاستمرار الانفعال لمدة طويلة يؤدي إلى سوء التكيف نظرا لاستمرارية التغيرات الفيزيولوجية مما يحدث أضرار بالغة في الجسم.

فالقلق مثلا وهو احد الانفعالات غير السارة، يكمن وراء كافة الاضطرابات بل يعتبر العامل المفجر الرئيسي لمعظمها، فهو شعور غامض بالتوتر إلى جانب أحاسيس جسدية تزيد من نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي والذي بياتي في نوبات متكررة مع نفس الفرد.

فاضطرابات الانفعال وعدم الاستقرار الانفعالي والبلادة الانفعالية كلها تؤدي إلى اضطراب مرضية كاضطراب ثنائي القطب، مرض الهوس ومرض الاكتئاب.

كما أن الأمراض النفسوجسدية تتميز بوجود أعراض جسمية نتيجة عوامل انفعالية متضمنة تلك المظاهر الفيزيولوجية المصاحبة عادة للحالات الانفعالية إلا أنها أكثر شدة وأطول بقاءا وقد لا يكون الشخص واعيا بحالته الانفعالية أو تنجر عن إرهاق الجهاز العصبي بسبب التحكم الزائد في الانفعالات وكبتها وعدم التعبير الجسدي أو اللفظي لها.(غانم، 2015، ص 127).

**4. الذكاء الوجداني:** قبل تعريفه يجب أولا تعريف كل من الذكاء والوجدان:

- **تعريف الذكاء:** "هو مجموعة من القدرات الإدراكية المعرفية التي تسمح لنا باكتساب المعرفة و التعلم و حل المشكلات".

- **تعريف الوجدان :**يعرفه **قاموس( أكسفورد)** بالعاطفة **Emotion** وترجمتها **الأعسر و كفافي** لمفهوم الوجدان الذي يشير إلى مشاعر معينة تصاحبها أفكار محددة، حالة بيولوجية ونفسية واستعدادات متفاوتة للسلوك.(قدوري وذبيحي، 2015، ص98).

لقد ظهر مصطلح الذكاء الانفعالي في بداية الأمر على يد **(R Bar-On)** في عام **1985** عندما اقترح معامل الانفعالية **(EQ)** وقد عرف الذكاء الانفعالي" بأنه يظهر قدراتنا على التعامل بنجاح مع مشاعرنا ومع الآخرين " وقام بتصميم اختبار لقياس الذكاء الانفعالي **(Bar-On EQ-I)** ويعد أول اختبار من هذا النوع تم نشره عام **1996**.

ويعرفه **جولمان** بأنه:" قدرة الفرد على تعرف انفعالاته وانفعالات الآخرين، وتحفيزه لذاته، وإدارته لانفعالاته، ومعالجته لعلاقاته مع الآخرين".(بن خليفة، (بدون تاريخ)، ص2).

ويعرفه **ماير وسالوفاي Mayer & Salovey** بأنه: "القدرة على تجهيز ومعالجة المعلومات الانفعالية بشكل يساعد على التكيف وتختص بصفة عامة بادراك الانفعالات واستخدام الانفعالات في تيسير عملية التفكير والفهم الانفعالي وتنظيم و دارة الانفعالات في الذات وعند الآخرين".(بن خليفة، (بدون تاريخ)، ص2).

فهو مجموعة من المهارات والكفاءات الانفعالية، الشخصية، والاجتماعية التي تساعد الفرد على تحسين الأداء وتحقيق الأهداف والتعامل بنجاح مع متطلبات البيئة، والقدرة على التغلب على الضغوط،

والذي يمكن قياسه بالتقدير الذاتي على خمسة مكونات رئيسية هي: الوعي بالذات، إدارة الانفعالات، الدافعية، التعاطف، والتواصل الاجتماعي.

إن ما يملكه الفرد من ذكاء وجداني يشكل الأساس في تحقيق التوافق النفسي، والسيطرة على التوتر والانفعالات، ويعد كذلك عاملاً مهما في تفوق الفرد، خاصة في ظل تحديات وتطورات عصرنا الحالي، فالأشخاص المتميزين في الذكاء الوجداني يعرفون مشاعرهم الخاصة بشكل جيد، ويقومون بإدارتها ويفهمون ويتعاملون مع مشاعر الآخرين بصورة ممتازة، هم أنفسهم من نراهم متميزين في كل مجالات الحياة، وهم أكثر إحساساً بالرضا عن أنفسهم من غيرهم ويمتازون بالكفاءة، بقدرتهم على السيطرة على بنيتهم العقلية مما يزيد إنتاجيتهم، أما الذين لا يمتلكونه، فيدخلون في معارك نفسية داخلية تدمر قدرتهم على التركيز في مجالات عدة من حياتهم، وتمنعهم من التمتع بتفكير واضح.(قدوري وذبيحي، 2016).

ومن هذا كله نرى أن للانفعالات أهمية كبيرة في معاشنا وتشغل حيزا كبيرا في الحياة النفسية للفرد فتنعكس على سلوكنا وترتبط بأفكارنا حيث لها دور في صحتنا النفسية، كما أنها تحدد طبيعة علاقتنا الشخصية والاجتماعية أو ما ندعوه بالذكاء الانفعالي أو الوجداني حيث يمكن القول أن هذا الأخير هو نقيض عدم أو صعوبة التعبير عن الانفعالات أو ما نسميه بالألكستيميا.

## III. الألكستيميا:

### 1. تعريف الألكستميا:

- **<u>التعريف اللغوي</u>:** يتكون مصطلح الألكستيميا ذو الأصل اليوناني من ثلاثة أجزاء:

**a= absence** نقص في، غياب، بدون، العجز.

**lexis= mots** كلمات.

**thymos= émotion** انفعال.

وهو مصطلح اقترح من طرف الطبيب العقلي **Sifneos** سنة **1973**، ويعني" عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات بالكلمات".

- **<u>التعريف الاصطلاحي</u>:** يرى **Nemiah** أن الألكستيميا: "هي عدم القدرة على تمييز ووصف الانفعالات لفظيا، حياة هوامية محدودة ونمط معرفي عملي موجه بالدرجة الأولى إلى الأعراض الجسدية والعناصر الواقعية الخارجية."( بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021، ص 308).

أما **بيادنللي Peddinielli** فيعرفها على أنها نمط معرفي متوازي مع نمط دفاعي خاص بالتوظيف الحدي أو الإدماني يتميز بخلل في الترميز عاطفة مشوشة محورية أو مركزة حول الجسم وحول المبهم.

ويعرفها **Joyce & Dougall** على أنها "ميكانزيم دفاعي للأنا ينتج عنه نبذ للعواطف، وقد يشمل هذا الميكانزيم التكيف أحيانا عند الأشخاص الذين عايشوا تجارب قاسية".(شناوي، 2022، ص60).

ويعرف حاليا بتسميات أخرى كالخلل التعبير الانفعالي، أو البلادة العاطفية، أو الأفازيا العاطفية، حيث تضمن هذا المفهوم مجموع من الخصائص العاطفية، والانفعالية، والمعرفية الملاحظة لدى بعض المرضى خاصة من يعانون من اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة (**PTSD**)، الإدمان، واضطرابات السلوك الغذائي كالقهم (**Anorexie**)، والنهم العقلي (**Boulimie**).(فاسي، 2016، ص72).

بناءا على ما سبق يعرف الطالبان مفهوم **الألكستيميا** على أنه: "صعوبة في تحديد المشاعر(DIF) ، صعوبة في وصف المشاعر(DDF) وفقر الحياة الهوامية، وذلك في بعدها الانفعالي إلى جانب التفكير الموجه خارجيا(EOT) في بعدها المعرفي".

**2. خصائص الألكستيميا:** لتشخيص الألكستيميا نعتمد على الخصائص التالية:

**2-1. صعوبة في وصف وإيصال المشاعر للآخرين:** وهي الميزة الأساسية لتشخيص الألكستيميا، حيث يجد الفرد نفسه يعاني من حبسة انفعالية ومحدودية في التعبير اللفظي."

**2-2. عدم القدرة على تحديد المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية:** و هي فشل في التمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسدية، مما يولد ميل للوصف اللانهائي للأعراض الجسدية، فوصف الأعراض والشكاوي الجسدية ناتج عن ضعف القدرة الخيالية، فالإحساس الجسدي يظهر محل الانفعال كاحمرار الجلد، حكة، خفقان القلب ...فبشعر بالحيرة وعدم الارتياح وقد يتلعثم أو لا بجد الكلمات فيعبر لجسده أو بمرض نفسو جسدي.

**2-3. فقر في الحياة الهوامية والخيالية:** الفرد الألكستيمي قد يحلم على الأرجح كما يشعر بالمشاعر، ولكن لا يمكن له سرده لفظيا، فهو لديه عجز في القدرة على تشكيل الصور العقلية والتذكر بواسطة الخبرات الحسية إلى جانب عدم القدرة على استحضار الانفعالات الماضية مهما كان نوعها أو شدتها.
سنة **1992** قال **Pedinielli بيدنيلي** في هذا الصدد:" يبدو من الصعب الفصل بين ضعف النشاط التخيلي وبين النشاط التخيلي العادي الذي لا يمكن وصفه من طرف الفرد".

**2-4. تفكير موجه نحو الخارج بدل الاتجاهات نحو الأحاسيس الداخلية فكر بمحتوى نفعي:** فالفرد هنا لا يقدر على معرفة مشاعره فلا يستطيع معرفه عالمه الداخلي بل يتوجه للعالم الخارجي المادي، فهو يميل لوصف لا نهائي لتفاصيل متعلقة بأحداث وأعراض جسدية أنتجت انفعالات، وهذا بدل التعبير عنها، مع فقر في الكلمات والعبارات المستخدمة، فيشبهون نوعا ما الآلات بسبب جديتهم وفعاليتهم و تكيفهم المطلق لهذا العالم.(بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021، ص 299).

كما نجد إضافة للخصائص الأساسية بعض العناصر الثانوية وهي:

- **ضعف إعادة التنشيط الانفعالي أو التفاعل العاطفي:**ونعني هنا ضعف ردود الأفعال أمام أحداث في الغالب تكون مسببة لظهور الانفعالات، وعدم القدرة على التفاعل معها نظرا لصعوبة الاستبطان لدى الألكستيميين.
- **انعدام التلذذ و السلبية:**إن الأفراد الألكستيميين يفضلون الإجابة بكلمة **"لا"** عند سؤالهم و لقد اعتبرها **فرويد** السلبية هي القمع.
- **توهم المرض:** يميل الألكستيمي إلى الاعتقاد بأنه مصاب بمرض عضوي وليس نفسي، فالوسواس المرضي مرتبط جدا بالألكستيميا، وهذا لما تظهر عليهم من أعراض جسدية وهو غير قادر على تحديدها كما هو حال عواطفه.(ملال وطاباسي، 2022، ص 125).

## 3. أنواع الألكستميا:

كان الباحث **FREYBERGER** في سنة **1977**، من أوائل الذين اقترحوا التمييز بين الألكستيميا الأولية والألكستميا الثانوية فالأولى تصبح عاملا مهيأ لظهور الاضطرابات سيكوسوماتية، أما الثانية فيصبح عاملا وقائيا كرد فعل ضد علاقة الانفعال بالخطورة المرضية.(مدوري، 2024، ص 73).

وقام **Sifneos** بإعادة النظر في أعمال **FREYBERGER** سنة **1988** وقسم الألكستيميا إلى نوعين:

**3-1. الألكستيميا الأولية:** بالنسبة ل"**سيفنيوس** "هذه الألكستيميا مدعومة بفرضية العامل البيولوجي الفطري، والمهيأة لظهور وتطور اضطراب سيكوسوماتي".(بوشوشة ونايت عبد السلام،2021، ص300) يمكن القول في هذا المنظور أن الألكستيميا هي سمة شخصية ذات أصل عصبي بيولوجي عند البعض، كما يمكن اعتبارها نوع من الشخصية المستقلة المنتمية للشخصيات المرضية وبذلك هي ذات بعد بنيوي.

**3-2. الألكستيميا الثانوية:** هي نتيجة عوامل صادمة، وتعرف كحالة تظهر إما أثناء مرض عضوي أو ضغط الوضعيات أو خلال اضطراب النمو الانفعالي عند الطفل في سن ما قبل الكلام، وهذا النوع هو عبارة عن ميكانزيم دفاعي يحمي ضد المرض أو الحدث أو المعنى الانفعالي.

حسب" **مونتروي Montreui** سنة **1991** (بوشوشة ونايت عبد السلام،2021، ص300) فإن الألكستيميا الثانوية قد عرفت على أنها:" حالة ثانوية ناتجة عن مرض بسيكوسوماتي شديد غسيل الكلى، الأورام الكلوية، أمراض جسدية شديدة أو نفسية، الإنعاش... أو عن طريق صدمة جسدية أو نفسية مهمة، ففي هذه الحالات الألكستيميا تتوافق مع ميكانيزم يسمح بوظيفة التكيف في مواجهة الوضعيات الشديدة".

ويقسم **Frey berger** الألكستيميا الثانوية إلى نوعين آخرين هما :

- **الألكستيميا العابرة Transitoire:** والتي تنخفض عندما يشفى المريض.
- **الألكستيميا الدائمة Permanente** : هي حالة المرض المزمن أو نتيجة لصدمة.( شناوي ومدوري، 2023، ص 87).

**4. النظريات المفسرة للالكستيميا:** برزت العديد من النظريات التي فسرت الألكستيميا، ونذكر منها:

**4-1. النظرية العصبية-المعرفية:** وضعت هذه النظرية على يد **نيما** و**سفنيوس** سنة **1972** حيث أشار إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسئول عن وصف المشاعر وإدراكها والتعبير عنها بطريقة غير لفظية، أما **سيفنيوس** سنة **1988** فقد أرجع سبب الألكستيميا إلى انقطاع الألياف العصبية الترابطية بين نصفي المخ، مما يعني انقطاع التدفق للمعلومات بين نصفي المخ، وأضاف أن إصابة

القشرة المخية الأمامية تسبب تغيرات في السلوك الانفعالي، بينما سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الألكستيميا.

**4-2. نظرية التحليل النفسي للألكستيميا:** وفيها نجد:

- **وجهة النظر النفسية الدينامية:** ركز **بيار مارتي Pierre Marty** سنة **1963** على صعوبات على مستوى الأنا، لذا نجد تفريغات جسدية مباشرة للطاقة النزوية مع عدم وجود عمل عقلي وسيط، فتفسر الاستجابات الألكسيتيمية بتظاهرات مباشرة لصعوبات في وظيفة الأنا، أين نجد الفرق الجوهري مع المرضى العصابيين يكمن في السيرورة التي تحول الإجهاد إلى أعراض.
- **من وجهة النظر الموقعية :** تعود أسباب الألكستيميا إلى فرضية وجود تطور ناقص وغير كامل للغلاف الجلدي نظرا لارتباطه بفقر الجانب العلائقي المبكر، بالإضافة إلى فقر تطور نظام ما قبل الشعور في مواجهة الوعي واللاوعي.

حيث يعود الخلل إلى تثبيت في المرحلة الفمية بسبب خلل تفاعلي أولي، أي أن بعض الأمهات عاجزات عن الإدراك الحسي لاحتياجات الطفل، فيؤدي إلى فشل تكوين غلاف نفسي جيد، ويترك المجال لظهور مختلف الاضطرابات المرتبطة بالاختلالات المبكرة للعلاقة الأولية الموضوعية.

- **من وجهة النظر الاقتصادية:** تفسر الألكستيميا على أنها آلية دفاعية ضد الاستثارة الزائدة، والتي تواجهها بعد حساسية من أجل القدرة على الوصول إلى التمثيل. أي خلل في ربط العاطفة بالتمثيل. فهذا الدفاع، لا هو الإلغاء الذهني ولا الاستثمار المضاد العصابي بالمقارنة بما هو مكبوت.

وفي خطاب وسلوك الفرد الألكستيمي، يظهر جمود وفراغ ظاهر وكأنه شاشة بيضاء، وهذا راجع لمكانزمي الإنكار والانشطار اللذان تتغلبا على ميكانيزم الكبت الغير كاف، والذي يترك التوزيع الطاقوي حر، غير صاد بطريقة كافية للإثارات. (هنا الصعوبة في التقمص وحتى الإسقاطية وقوة النفي والتجزئة، تحرر الرد من ثقل تسيير الكبت، ولكن نجد بصفة واضحة عدم براعة الفرد في إسقاط عواطفه الايجابية والعدوانية على الموضوع، وتقمص نفسه تحت شكل تقمص المعتدي) جد منتشر عند الحالات الحدية والتي تعطي خاصية عاطفية لردود الأفعال. فالفرد يشعر بالعدوانية، ولكن يواجهها بسلبية باردة وعنف هادئ، فهي لا تتعلق بالموضوع الخارجي ولكن بالصورة الداخلية الغامضة والغير واضحة.(بوشوشة ونايت عبد السلام،2021، ص300).

**4-3. نموذج القصور في تنظيم الشخصية مقابل ميكانيزمات الدفاع:** اقترحه **Sifnoes** و **Freyberger** نموذج قصور حيث فيه الألكستميا هي نتيجة قصور في تنظيم الشخصية وعلى أنها رد دفاعي.

بينما أشار **Nemiah** أن القصور في المعالجة المعرفية العليا من تنشأ الاعتراض السيكوسوماتية، فهناك مجموعتين من ردود الأفعال وهما: المجموعة الإدراكية المعرفية والمجموعة الوجدانية، فالأكستيميا، تعد

اضطرابا في مكان ما عبر سلسلة عمليات الاستجابة آو قصور خلال المعالجة النفسية.(فاسي، 2016، ص 86).

**4-4. النموذج الاجتماعي:** حسب **لوملي** في سنة **1996**، يعود سبب الإجابة بالألكستيميا للخبرات الصادمة في السنوات المبكرة للتنشئة الاجتماعية، فإذا كانت الأمهات مصابات بالأكستيميا فنجد أعراضها عند أبنائهن، وكون التعلم الوجداني يكون بشكل تلقائي على أي نحو كان نظرا لقلة اهتمام الأولياء باكتساب أولادهم لبنية وجدانية.

كما هو الأمر في المجتمعات العربية حيث تظهر أكثر عند الذكر، حيث لا تعطى لهم مساحة للتفكير والتعبير عن مشاعرهم إضافة إلى القرارات تأخذ مكانهم مما يكون لهم العديد من المشاعر السلبية.

وترى **ميسون** في سنة **2005**، أن القيمة المعطاة للوعي والتعبير عن الانفعالات تختلف من بلد لآخر من ثقافة لأخرى، فالألكستيميون يعانون من صعوبات علائقية وفي التفاعل مع الآخرين.

إضافة إلى أن هناك من يعتبرها قيمة أخلاقية والتعبير والضبط الانفعالي للرقي بالسلوك الاجتماعي والتعبير عن الأحاسيس والمشاعر.

**4-5. النموذج المعرفي:** وتؤكد هذه النظرية على علاقة التفكير بالانفعالات، نظرا لأن الانفعالات تخضن لعاملين: الأول الإثارة الجسدية والثاني هو التصنيف المعرفي، حيث التركيز هنا على العمليات المعرفية المتضمنة لادراكات الفرد وتقييم العلاقة الاجتماعية.

كما يرى **Schachter** و **Jerome** سنة **1962**، إن الانفعال يكون حسب تفسير الموقف المثير والاستجابات الجسدية.

فالألكستيميا وفقا للمعرفيين هي حالة وجدانية تعكس عجز الفرد عن إدراك الموقف المثير للانفعال وتفسيرهن فلا يفرق الفرد بين المشاعر والاستجابات الفيزيولوجية للانفعال بسبب تشوش الاستجابة الانفعالية.

**4-5. النموذج التكاملي:** وتصنف فيه الألكستيميا أنها مجموعة من أوجه القصور في قدرة الفرد على التعامل على الانفعالات من الناحية المعرفية، وصعوبة تنظيم الوجدان، إضافة لنظام الاستجابة الفيزيولوجية، وكلها أبعاد تتكامل مفسرة للألكستيميا، كما أن الدور الاجتماعي والتنشئة الاجتماعية لهما دور في بناء الشخصية وإمدادها بناء معرفي فيه معاني الأحاسيس والانفعالات.(فاسي، 2016، ص 77 - 78).

## 5. قياس الالكستيميا:

إن مفهوم الألكستيميا هو أيضا ثمرة التصور النفسي العصبي للتفكير الفعال الذي يتميز بصلاحيته العلمية من حيث علم النفس المرضي الكمي، ولذلك فقد وجب لدراستها إنشاء أدوات قياس نفسي موثوقة

من أجل قياسها كمياً، والسماح بتكرار هذا المفهوم، وقد تم تطوير العديد من المقاييس النفسية لهذا الغرض.

**5-1. استبيان بيت إسرائيل:** كان هذا المقياس النفسي الذي اخترعه **سيفنيوس** في عام **1973**، وهو أول مقياس تم وضعه لتحديد الألكستيميا في الأشخاص الخاضعين للدراسة. وهو لا يزال مقياس التقييم الخارجي الوحيد، ومن هنا تأتي أهميته. ويتألف **مقياس BIQ** من تقييم مغاير يتم تقييمه من قبل الباحث بعد مقابلة شبه منظمة تستمر حوالي نصف ساعة. تمت ترجمته إلى الفرنسية في عام **1992** من قبل **سميث و آخرون**، ولكن لم يتم نشر المعايير القياسية حتى الآن، ولا سيما صلاحية نسخ هذا المقياس بين المقاييس.

**5-2. مقياس شالينج وسيفنيوس للشخصية:** اقترحه **سيفنيوس** و**شالينج** في عام **1979**. وكان أول استبيان للتقييم الذاتي للألكستيميا، وخضع مقياس **شالينج سيفنيوس** للشخصية **(SSPS)** لثلاث نسخ متتالية، لكن لا تتمتع النسخة المنقحة **(SSPS-R)** التي يعود تاريخها إلى عام **1986** بصلاحية قياس مرضية.

**5-3. استبيان بيرموند - فورست عن الألكستيميا:** هو استبيان ذاتي التمرير وضعه **بيرموند و فورست**، ويتكون هذا المقياس من 40 بندا في شكله الكامل، كما يقدم أيضاً نموذجاً مختصراً يحتوي على 20 بندا. وقد أظهرت تحليلات العوامل وجود خمسة عوامل مستقرة نسبياً ومستقلة لتقييم الألكستيميا وهي:

- ✓ القدرة على تحديد الحالات الانفعالية.
- ✓ القدرة على التعبير عن الانفعالات.
- ✓ الحياة الخيالية.
- ✓ أسلوب التفكير الملموس والمنطقي.
- ✓ التفاعل الانفعالي.

مقياس **BVAQ** يتمتع بخصائص قياس مرضية، ولا سيما الاتساق الداخلي الجيد والاستقرار النسبي للعوامل، كما أنه يظهر ارتباطاً جيداً مع مقياس **TAS-20**، قليلا ما تتأثر عوامل مقياس **BVAQ** بالاضطراب العاطفي.

**5-4. النموذج الأولي لمقياس كاليفورنيا كيو-مجموعة كاليفورنيا كيو-ألكستيميا:**_وهو مقياس سيكولوجي وضعه **هافيلاند** و **ريز** في عام **1996**. وهو يتضمن بعدا للملاحظة الذاتية وبعدا للملاحظة المغايرة يعتمد على مقارنة السمات لكل فرد.

كان الهدف من هذه الأداة هو بناء نموذج أولي يستند إلى أحكام الخبراء حول العمليات العاطفية والمعرفية والسلوكية التي تنطوي عليها الألكستيميا، وقد طلب المؤلفون من 13 خبيراً في مجال الألكستيميا تصنيف 100 بيان عبر 9 فئات تتراوح من أقل الجوانب المميزة للألكستيميا إلى أكثرها تميزاً.

وفقا لهؤلاء الخبراء، فإن أكثر العناصر المميزة تتعلق بما يلي:صعوبة في الشعور والتعبير عن الحالات الانفعالية. نقص في النشاط الخيالي. نقص في الاستبطان.التفكير النفعي.نقص في الفكاهة، تجربة تجريبية لا معنى لها.

كما يشير **لومنيت** في تحليله المقارن لأدوات الألكستيميا، أنه تم إجراء عدد قليل من دراسات الصلاحية لهذا المقياس، ويضيف أيضًا أنه بحاجة إلى مزيد من الدراسات لإثبات الصلاحية المتزامنة لهذه الأداة، يمثل العدد الكبير من البنود عائقا في هذا المقياس، مما يمنع التقييم السريع.

**5-5. مقياس الألكستيميا الملاحظ:** هذه أداة تقييم مغايرة صممها فريق **هافيلاند** في عام **2000**، تتمثل إحدى مزايا هذه الأداة في تقليل عدد البنود (33 بدلاً من 100)، مما يسمح بوقت مرور أقصر بكثير مقارنة بمقياس **CAQ-AP** الذي تم اشتقاق غالبية البنود منه، مع صياغة مبسطة لتمكين معارف الشخص من إجراء التقييم.

تم تمييز 5 عوامل رئيسية بعد التحليل الموضعي: التباعد. قلة الاستبطان. قلة الفكاهة. التشنج. التصلب – الصلابة.

وقد وصف الاتساق الداخلي لهذه العوامل بأنه مرض **(مقياس كرونباخ ألفا)**، وقد أظهرت بعض الدراسات الحديثة أن هذا المقياس له معايير قياس مرضية، ولكن عدد الدراسات لا يزال غير كاف للتوصية باستخدام هذه الأداة في التقييم المغاير للألكستيميا كما أكد **لومنيت** في تحليله المقارن، ويشدد هذا الأخير على وجه الخصوص على عدم وجود بيانات حول الصلاحية المتقاربة والتمييزية لهذا المقياس، وكذلك على قابلية التكرار بين المراقبين، وهو أمر ضروري للتوصية باستخدام هذا المقياس.

**5-6. مقياس تورونتو للألكستيميا: (TAS)** نشأ من عمل **تايلور** وفريقه، وهو أداة قياس نفسي صارمة مصممة لدراسة توزيع الألكستيميا وعلاقتها بالمتغيرات النفسية الأخرى. يتكون مقياس التقييم الذاتي من

26 تأكيدا، وقد اعتبر بأنه يتمتع بأفضل قيمة قياسية في العديد من البلدان، وهو ما يبدو أنه يشهد على صلاحيته الجيدة العابرة للثقافات.

وبعد عدة مراحل، اختار المؤلفون 26 بندا تم تجميعها حول خمسة أبعاد فرعية رئيسية للألكستيميا وهي:

- ✓ صعوبة في تحديد المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية.
- ✓ صعوبة في وصف مشاعر الفرد للآخرين.
- ✓ محدودية الحياة التخيلية/الحقيقية.
- ✓ الأفكار الموجهة للخارج بدلاً من الداخل.
- ✓ التوافق الاجتماعي.

من أجل تحسين الصلاحية المترولوجية لمقياسهم، اقترح المؤلفون في عام **1994** نسخة معدلة من مقياس تورنتو للألكستيميا المكون من 20 بندا **(TAS-20)** تم تحديد العناصر في البعد المعدل (العامل الثالث) على أنها ذات ارتباط ضعيف بالدرجة الإجمالية، وبالتالي بدا من المناسب استبعادها وبالمثل، أظهرت تحليلات العوامل أن بُعد التوافق الاجتماعي لم يكن عاملا مستقلا، مما أدى إلى استبعاده.
واقترح **باغبي** أن بعد التأمل أضعف الصلاحية الداخلية للاستبيان. ومع ذلك، انتقد بعض المؤلفين، بمن فيهم **سيفنيوس** حذف هذه البنود، ويجدر التنويه إلى انه المقياس المعتمد في دراستنا نظرا لتناسبه لها. (MONNIER, 2011,p 45-50).

**5-7. الاختبارات الاسقاطية (اختبار الرورشاخ):** قد يلجأ أيضا لاستخدام **اختبار الرورشاخ**، حيث يشير **Charbert** و**Debroy** لملائمته في تقييم درجة الحرمان أو نقص الهوامات والأحلام لدى الفرد.

كما اقترح من **Acklin** و **Alexander** سبعة مؤشرات للألكستيميا في بطاقات الاختبار: فقر الإجابات، فقر الحركات الإنسانية، ندرة استخدام الألوان وسوء توجيهها، تجنب التعقيدات، التفكير النمطي، نقص الموارد الفكرية والانفعالية، كما أن اختبار الرورشاخ يكشف طبيعة علاقة الفرد والعالم من ناحية البين نفسية، إضافة للجانب المعرفي الإدراكي، فالألكستيميا ترجع لخلل في إعداد العواطف البدائية وخلل في عملية الربط وكذا التصور الذهني.(مدوري، 2024، ص81).

## 6. الالكستيميا وعلاقتها بالاضطرابات:

**6-1. اضطرابات الشخصية:** في سنة **1994** أجرى الباحثون دراسة على **182** مريض نفسي يعانون من مختلف الاضطرابات النفسية، 17 % من المجموعة تحصلوا على درجة عالية من الألكستيميا، و55 %لم يسجلوا درجات عالية من الألكستيميا، وأكدت الدراسات أن أعلى معدل من الألكستيميا كان في

الشخصية الفصامية، الاعتمادية، الانطوائية، ووجدت مجموعات خفيفة أو سلبية مع الشخصيات الأخرى المتبقية.

وأيضا لدى اضطراب الشخصية الحدية، اضطرابات الشخصية السكيزويدية، لدى الأشخاص الذي يعانون من اضطرابات ضغط ما بعد الصدمة، لدى المدمنين عمى المخدرات، توهم المرض، أيضا لدى بعض الاضطرابات الحصرية الاجتماعية، نوبات الفزع، الحالات الاكتئابية، واضطرابات النوم، كما ظهرت عند اضطرابات طيف التوحد أو الفصام صعوبات في وصف الحالة الذهنية والذاتية، أو أيضا وجود علاقة مع تناذر **Aspeger** أو العائلات التي يعاني أولادهم من التوحد.(فاسي، 2022، ص 125).

كما تعتبر الألكستيميا سمة مستقرة في الشخصية تختلف عن الاضطرابات الشخصية المصنفة في الدليل التشخيصي للاضطرابات النفسية، فهي بناء في الشخصية ينبئ بوجود مشاكل في العاطفة وضعف القدرة على التعاطف مع الآخرين، وترتفع نسبة الألكستيميا مع اضطرابات الشخصية النرجسية والحدية و الهستيرية مقارنة بالأسوياء، ووجدت دراسة **Webb & MacMurray** في **2008** ارتباط محور تحديد المشاعر والأحاسيس الجسدية باضطراب الشخصية الحدية، إذ يصعب عليهم تمييزها وفهمها والتواصل معها، ويضعف قدرتهم على التنظيم الانفعالي، وبالتالي يميل الأشخاص المصابون بالاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية نحو سلوك إيذاء الذات وضعف جودة الحياة الإيجابية كانخفاض مستويات السعادة والرضا عن الحياة.(شناوي، 2023، ص 66).

**6-2. الاضطرابات الاجتماعية:** تؤثر الألكستميا على الكثير من الجوانب الحياة الاجتماعية، فتجعل الأفراد غير قادرين على التعقيدات الاجتماعية فهم معرضون للفشل سواء في حياتهم الدراسية أو المهنية.

كما أن عدم إدراك المشاعر وعدم القدرة على التعبير عنها. تجعلك أقل فهما لمشاعر الآخرين مما يعيق التواصل بفعالية وتكون علاقاتك ضعيفة إما في العمل أو حياتك الشخصية (كالمشكلات الزوجية).

إلى جانب ذلك فهي تؤثر على ذكائه الاجتماعي الذي يربطه بالأشخاص والعالم، فلا يميز الألكستيمي الصديق من العدو، ولا يدرك اهتمام الآخرين به، ويرتفع عنده التوتر ولا يشعر بالألفة والحب والسعادة وعدم اكتساب المهارات الاجتماعية والمتمثلة في مهارة الإدراك والفهم، مهارة الاتصال اللفظي وغير اللفظي، ومهارة تقدير الانفعال والتعاطف، ومهارة التأثير الاجتماعي.

ولقد جاء في طرح **Kirmayer** في سنة **1987**:" قد ينجر عن الألكستيميا صعوبات في تفاوض العلاقات ما بين الأشخاص، مما يخفض الدعم الاجتماعي" وامتدادا لهذه الفرضية اهتم **Qualter** و**آخرون** في سنة **2009** بمحددات الشعور بالوحدة علما أن هذه الأخيرة لها أثار على المدى القصير أو الطويل على الراحة النفسي للفرد، حيث عرفوها على أنها عجز في العلاقات الاجتماعية، فللوحدة نوعان:

الأولى هي الوحدة الاجتماعية ونعني بها نقص الشبكة الاجتماعية مع أناس لديهم نفس قيمنا، والثانية هي الوحدة الانفعالية و هي نقص التعلق لشخص مهم في حياتنا، و يفترض **Qualter** و**آخرون** أن العلاقات مابين الأشخاص ترتبط بالقدرة على تحديد و فهم مشاعر الآخرين وإن أي نقص في هذه الكفاءات يرفع درجات الشعور بالوحدة. فارتفاع نسبة الألكستيميا يخفض ثقتنا بالآخرين و تعزز الشعور بالوحدة وهو اغلب ما يميز الأشخاص المصابين بالألكستيميا.(Luminet et autres, 2013, p 75).

**6-3. الاضطرابات السيكوسوماتية:** منذ ظهور مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية سجل الباحثون لدى مرضاهم اضطرابات على مستوى المعالجة المعرفية والانفعالية ويؤكد العلماء أن عدم القدرة على التعبير على الانفعالات تزيد من الاستعداد للاضطرابات النفس-جسدية.

فتظهر الألكستيميا لدى مرضى ارتفاع الضغط، المرضى المصابون بتقرح القولون المزمن، التهاب المفاصل الروماتويدي **Polyarthrite**، الربو أو التشنج التاجي **les spasmes coronariens**، التهابات عنق الرحم، القرحة المعدية، اضطرابات السيرة الغذائية والاضطرابات الجلدية، وقد تظهر أيضا كعامل خطر وسمة في الشخصية لدى مرضى السرطان أو كعامل دفاعي نتيجة المرض. إن هذا النمط من التفكير الذي يعد أحيانا بروفيلا في الشخصية، أحيانا أخرى دفاعا، وكنوع من النشاط العقلي يجعل الفرد يتكيف مع الواقع بطريقة مرضية يهدد كيانه البيو نفسي اجتماعي. أما هذه المعطيات الخاصة بالألكستيميا كسمة فنجدها ترتبط ببعض المكونات وسمات الشخصية.(بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021).

## 4.6. الألكستيميا والسلوكات المحفوفة الخطر:

هناك حالياً عدد قليل من الدراسات التي تهدف إلى فهم الروابط بين الألكستيميا والسلوك التجاوزي أو الجانح أو غيره من السلوكيات المدمرة للذات، في دراسة أجريت على **259** شخصاً، اختبر **Bréjard** و **Coll** سنة **2008** فرضية وجود علاقة بين الأداء العاطفي و الاضطراب الغدة الزعترية والسلوك المحفوف بالمخاطر، وقد أظهرت النتائج أن النواة النفسو-المرضية للسلوك المحفوف بالمخاطر تتكون من عاملين: صعوبة تحديد المشاعر والاكتئاب.

من ناحية أخرى، في هذه الدراسة، لا يمثل المكون المعرفي للألكستيميا عنصراً مفسراً للسلوك الخطر، حيث يشير العديد من المؤلفين كـ **Guilbaud et coll** في عام **2002** إلى وجود روابط بين الألكستيميا واضطرابات الإدمان، **Honkalampi et coll** سنة **2000** مع الاكتئاب، و-**Maison**

**dieu, Tarrieu, Razafimamonjy, Arnault** مع المجرمين العنيفين المسجونين في سنة **2008**، كما اظهر **Jouanne** في سنة **2006** وجود علاقة إيجابية بين الألكستيميا والاعتماد على الكحول.

يشار إلى أن هؤلاء الأفراد يفتقرون إلى الشعور بالتماسك الذاتي والقدرة على تنظيم عواطفهم بشكل مستقل، وتصبح فترات الانفصال فترات من الضعف الشديد، حيث يقيم خلالها الأشخاص الذين يعانون من الألكستيميا علاقات تبعية مع أشخاص آخرين.(Kowal et autres, 2020, p 116 ).

## 7. الالكستيميا لدى المساجين:

إن السجن كوسط ضاغط بامتياز وكبيئة مرهقة ومصدر للمعاناة النفسية، ونظرا لارتباط الألكستيميا بعدة مفاهيم أخرى كالشخصية الحدية والسيكوباتية، والإدمان، والعنف، والاكتئاب، والانتحار، وكذا الاضطرابات النفسية أو النفسجسدية، وهي كلها موجودة في المؤسسات العقابية، فان النزلاء معرضون لخطر أكبر للإصابة بالألكستيميا.

فحسب دراسة **غريبور** و**آخرون**، وكانت هذه الدراسة سببية مقارنة حيث شمل المجتمع الإحصائي لهذا البحث جميع سجناء **سجن رشت المركزي** ب**إيران** في عام **2017**. وتألفت العينة من **150** سجينًا مصابًا بالاضطراب الانفجاري المتقطع وفقًا للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية رقم 05 و**169** سجينًا غير مصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع تم اختيارهم بطريقة أخذ العينات العشوائية. وقد تم جمع البيانات باستخدام استبيان الاضطراب الانفجاري المتقطع، ومقياس السلوك الاندفاعي، واستبيان العدوان، واستبيان الألكستيميا. أظهرت نتائج تحليل التباين متعدد المتغيرات (MANOVA) أن متوسط درجات الألكستيميا والطوارئ السلبية والعدوانية لدى السجناء المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع كانت أعلى بكثير من السجناء غير المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع. فيما يتعلق وجود الألكسيثيميا والطوارئ السلبية والعدوانية لدى السجناء المصابين بالاضطراب الانفجاري المتقطع، فإن هذه النتيجة لها آثار مهمة على علم الأمراض والتخطيط العلاجي للاضطراب الانفجاري المتقطع.( Gribor and others,2020).

وبين **لي تشن** و **آخرون** في دراستهم على **1705** سجين في خمس سجون بمقاطعة **تشجيانغ بالصين**، تم تطبيق مقياس تورنتو للأليكستيميا ومقياس تورنتو للصدمات النفسية في مرحلة الطفولة، وجرد بيك للاكتئاب، وجرد بيك للقلق، ومقياس بيك لليأس، وعدة أسئلة ديموغرافية قصيرة. فصُنف أكثر من 30%

من السجناء على أنهم مصابون بالأكستيميا وما يصل إلى 96.2% من السجناء عانوا من تجربة صادمة واحدة على الأقل في طفولتهم، وفي الوقت نفسه، تبين أن 81.5% و53.4% و85.8% من السجناء كانوا إيجابيين لأعراض الاكتئاب والقلق واليأس على التوالي التعليم وصدمات الطفولة، وأعراض العاطفية السلبية، فأشارت النتائج إلى أن ارتفاع معدل انتشار الألكستيميا بين السجناء مرتبط بمستوى تعليمهم، وتجربة صدمة الطفولة وأعراض المشاعر السلبية.( Li Che, et others, 2017).

كما أكدت دراسة **ماتيلا** و**آخرون** حول **209** سجناء بالسجون الفنلندية، حيث أفادت بعض الدراسات السابقة عن وجود ارتباط إيجابي بين الألكستيميا والجنوح. حيث درس هذا الارتباط في عينة من نزلاء السجون الفنلندية. وقد تم تسليم استبيان يتضمن مقياس تورنتو للأليكستيميا **(TAS–20)** المكون من 20 فقرة، واستبيان بيك للاكتئاب المكون من 13 فقرة وأسئلة عن المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية بالإضافة إلى الإدانات الحالية والسابقة، إلى 209 سجناء ذكور، ومن بين هؤلاء، قام 113 فردًا (54.1%) تتراوح أعمارهم بين 17–65 عامًا (المتوسط33.5) بإرجاع الاستبيان مملوءًا بشكل مقبول من دراسة سكانية عامة، تم سحب **1300** رجل تتراوح أعمارهم بين 30–50 سنة (متوسط 40.3) كمجموعة ضابطة. كان معدل انتشار الألكستيميا (نقطة القطع 60/61 TAS–20)7.5 % في عينة السكان و26.5% في عينة السجناء (p<.001). في تحليل الانحدار اللوجستي، مع التحكم في العمر، والحالة الاجتماعية، والتعليم الأساسي والاكتئاب.

فالسجين لا يزال مرتبطًا بشكل كبير للغاية بالانعكاسية الثنائية ( OR 2.60، p¼.003). وعلاوة على ذلك، اختلف متوسط درجة TAS–20 بشكل كبير بين العينات (45.9 مقابل 50.6 نقطة، p<.001).و أفاد 18 سجين (15.9%) بأنهم ارتكبوا جرائم قتل. عندما تمت مقارنتهم وحدهم مع عينة السكان، لم يتم العثور على فرق كبير في انتشار (7.5% مقابل 11.1%) أو مستوى (متوسط درجة45.9 TAS–20 مقابل 46.8) من الألكستيميا بينما في تحليل الانحدار اللوجستي مع العوامل المربكة، لم يكن كون السجين مدانًا بالاعتراف بجريمة القتل مرتبطًا بالانعكاسية. السجناء الذكور أكثر انعكاسية من الرجال من عامة السكان، ومع ذلك هناك اختلافات بين أنواع مختلفة من الجرائم. ومن المثير للدهشة أن أولئك الذين اعترفوا بجرائم القتل لم يكونوا أكثر ألكستيميا من الضوابط.( Mattila et others, 2008).

أما **هيمنج** و**آخرون** درسوا علاقة الألكستيميا بالانتحار والعنف حيث تم تجنيد ثمانين سجينا ذكرا من ثلاثة سجون. وطُلب من المشاركين إكمال مجموعة من الاستبيانات بما في ذلك مقاييس الألكستيميا

(**TAS-20**)، والتفكير في الانتحار (**ASIQ**)، والسلوك الانتحاري، والتفكير في العنف (**SIV**)، والسلوك العنيف، والاكتئاب (**BDI-II**)، واليأس (**BHS**)، والاندفاع (**DII**)، والغضب (**NAS-PI**).

أُجريت تحليلات الانحدار وANOVAS لتقييم العلاقة بين الألكستيميا (ومكوناتها الفرعية) مع ست نتائج: التفكير في الانتحار، والسلوك الانتحاري، والتفكير في الانتحار، والتفكير في العنف، والسلوك العنيف، والسلوك العنيف، والأذى المزدوج، والسلوك العنيف المزدوج.

فأشارت النتائج أن الألكستيميا تعتبر مؤشر أحادي المتغير للتفكير في الانتحار، على الرغم من أنه لم يكن مؤشرًا مهمًا عند النظر في نموذج متعدد المتغيرات، كما كانت الألكسيثيميا مؤشراً متعدد المتغيرات مؤشراً مهماً متعدد المتغيرات للسلوك الانتحاري. ولم تكن الألكستيميا مؤشراً مهماً متعدد المتغيرات للتفكير في العنف أو السلوك العنيف. ولم تكن هناك اختلافات كبيرة في الألكستيميا أو المقاييس الفرعية بين أولئك الذين لديهم تفكير/سلوك انتحاري وحده، والتفكير في العنف/ السلوك وحده وأولئك الذين لديهم تفكير/سلوك إيذاء مزدوج.فيمكن استنتاج ان عند السجناء الذكور، الألكسيثيميا هي مؤشر هام أحادي المتغير للانتحار والعنف.(Hemming et autres, 2021).

وحسب **ماري ماك موران** و**غاري كريستوفر** في دراستهم على **79** سجين، حيث يشكل التدريب على مهارات حل المشكلات الاجتماعية جزءًا رئيسيًا من العديد من برامج علاج الجناة، في هذه الدراسة تم استكشاف تأثيرات الألكستيميا والاهتمام بالتعاطف وإدارة الأهداف على مهارات حل المشكلات الاجتماعية في محاولة لتحديد العوامل العاطفية والمعرفية ذات الصلة بمهارات حل المشكلات الاجتماعية لدى الجناة. وأظهرت النتائج أن الألكستيميا ارتبطت بفعالية أقل في حل المشكلات الاجتماعية، في حين ارتبط القلق التعاطفي والاهتمام بالتعاطف والأخذ بالمنظور بمزيد من الفعالية في حل المشكلات الاجتماعية، ولكن بشكل غير متوقع أيضاً بالتوجه السلبي للمشكلات. ارتبطت المثابرة في تحقيق الأهداف بالقدرات الفعالة في حل المشكلات الاجتماعية، وارتبطت عدم المرونة في تبني استراتيجيات جديدة في مواجهة العقبات بأساليب حل المشكلات الاجتماعية غير الفعالة.(Mc Murran et Gary, 2009 ).

أما في ما يخص الدراسات في الوطن العربي أو الجزائر حول الألكستيميا لدى النزلاء فهي على – حد علم الطالبان – منعدمة وتمثل مجال مفتوح للاستكشاف والدراسة.

# الفصل الثالث

## الإجراءات المنهجية

**I . المنهج المتبع:** تم الاعتماد في دراستنا على المنهج الوصفي كونه الأنسب لتحقيق أهداف هذه الدراسة الاستكشافية.

1. **المنهج الوصفي:** هو الذي يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، وأشكالها، وعلاقتها، و العوامل المؤثرة في ذلك، و هذا يعني أن المنهج الوصفي يهتم بدراسة حاضر الظواهر و الأحداث من خلال وصفها بتوفير بيانات كافية لتوضيحها وفهم إجراءات المقارنة، و تحديد العوامل وتطوير استنتاجات من خلال ما تشير إليه البيانات (سيبوكر ونجاحي، 2019، ص 46)، وتم في هذه الدراسة استخدام المنهج الوصفي بهدف التعرف على مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية، والكشف عن وجود فروق في مستوى الألكستيميا تبعا للمتغيرات الشخصية لهؤلاء النزلاء.
2. **الأدوات المستعملة:** تم الاعتماد في هذه الدراسة على مقياس الألكستيميا (TAS20) .

تم استخدام **مقياس تورنتو للألكستيميا** (TAS-20) الذي أعده كل من **باجبي** وزملائه , Bagby) (Parker et Taylor , 1994، يتكون المقياس من 20 عبارة، وتتوزع الإجابات على مقياس خماسي بين (0 معارض تماما، 1 معارض، 2 محايد، 3 موافق، 4 موافق بشدة)، وتتراوح درجة المقياس بين (20 إلى 100)، كما يحتوي المقياس على ثلاثة أبعاد:

- **صعوبة تحديد المشاعر(DIF)** ويتكون من 7 عبارات (1-3-6-7-9-13-14).
- **صعوبة تحديد المشاعر(DDF)** ويتكون من 5 عبارات (2-11-12-17-4).
- **التفكير الموجه نحو الخارج (EOT)** ويتكون من 8 عبارات (8-15-16-20-5-10-18-19).

إذا كان مجموع الدرجات أكبر أو يساوي (61) ، يعني أن الشخص مصاب بالألكستيميا، بينما إذا تراوحت الدرجات بين (52-60) فإنها تدل على احتمالية الإصابة بالألكستيميا، وإذا كانت الدرجة (51) أو أقل تدل على عدم الإصابة بالألكستيميا. وتم الاعتماد على النسخة المترجمة من مقياس الألكستيميا **TAS-20** للباحثة **فاسي أمال (2016)**.(شناوي،2023 ، ص 83).

**II . الدراسة الاستطلاعية:** تمثلت إجراءاتها فيما يلي:

**1 . أهداف الدراسة الاستطلاعية:**

- التأكد من الخصائص السيكوميترية ( الصدق و الثبات ) لمقياس تورنتو للألكستيميا (TAS-20) في المؤسسة العقابية.

**2 . حدود الدراسة الاستطلاعية:** تمثلت فيما يلي:

- ✓ **<u>الإطار الزمني:</u>** شهر فيفري 2025.
- ✓ **<u>الإطار المكاني:</u>** مؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس.

**3. عينة الدراسة الاستطلاعية:** تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها 60 نزيل من مؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس، وتمثلت مواصفاتهم فيما يلي:

جدول رقم 01 : مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية

| المتغيرات | | التكرار | النسبة المئوية% |
|---|---|---|---|
| السن | 20-40 | 56 | 93.3 |
| | 40-60 | 04 | 6.7 |
| التهمة | سرقة | 15 | 25 |
| | مخدرات | 12 | 21.7 |
| | عنف | 6 | 10 |
| | هجرة | 5 | 8.3 |
| | جرائم جنسية | 8 | 13.3 |
| | أخرى | 13 | 21.7 |
| المدة | اقل من5 | 33 | 55 |
| | 5-10 | 25 | 41.7 |
| | أكثر من10 | 2 | 3.3 |
| الاعتياد | ابتدائي | 33 | 55 |
| | انتكاسي | 27 | 45 |
| الوضعية | متهم | 10 | 16.7 |
| | محكوم | 50 | 83.3 |
| المرحلة | البداية | 31 | 51.7 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **الوسط** | 24 | 40 |
| | **النهاية** | 5 | 8.3 |
| **المجموع** | | 60 | 100 |

نلاحظ من خلال الجدول:

- ✓ ارتفاع نسبة شريحة السن من 20 إلى 40 سنة 93.3 **%** كونها الأكثر دخولا إلى السجن و الأكثر نشاطا إجراميا، نظرا لعدة عوامل الاندفاعية و طيش الشباب و نقص النضج الانفعالي.

- ✓ ارتفاع نسبة جريمة السرقة 25 **%** كونها الأكثر شيوعا في المجتمع الجزائري باختلاف أنواعها للسعي وراء الربح السريع أو تحصيل المال لهجرة غير الشرعية.
- ✓ ارتفاع نسبة في مدة العقوبة اقل من 05 سنوات حيث بلغت 55 **%** و هنا نظرا لارتباطها لطبيعة التهم .
- ✓ ارتفاع نسبة المحبوسين الابتدائيين 55 **%** وهذا كون الانتكاسيين يحولون بكثرة من المؤسسات العقابية.
- ✓ ارتفاع نسبة المحبوسين المحكوم عليهم نهائيا 83.3 **%** و هذا نظرا لطابع المؤسسة التي كونها مؤسسة إعادة التأهيل فاغلب نزلائها من المحكوم عليهم نهائيا.
- ✓ ارتفاع نسبة مرحلة بداية العقوبة 51.7 **%** و هذا نظرا للعفو الرئاسي الذي اصدر بتاريخ 31 ديسمبر و تفعيل آلية الإفراج المشروط و الإجازة في نهاية العقوبة مما جعل الكثير من النزلاء في نهاية العقوبة يستفيدون من هذه الإجراءات.

**4. الخصائص السيكوميترية للمقياس:** تمثلت فيما يلي:

**1.4. الصدق:** تم التأكد من صدق المقياس من خلال طريقة الصدق التمييزي وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم 02: نتائج المقارنة الطرفية لمقياس الألكستيميا

| المتغيرات | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة وصف المشاعر | المجموعة العليا | 13.88 | 1.62 | 30 | 14.61 | 0.01 |
| | المجموعة الدنيا | 5.56 | 1.59 | | | |
| صعوبة التعرف على المشاعر | المجموعة العليا | 20.75 | 2.76 | 30 | 10.61 | 0.01 |
| | المجموعة الدنيا | 12.25 | 1.61 | | | |
| التفكير الموجه نحو الخارج | المجموعة العليا | 21.56 | 2.36 | 30 | 16.53 | 0.01 |
| | المجموعة الدنيا | 7.94 | 2.29 | | | |
| الألكستيميا | المجموعة العليا | 50.24 | 3.41 | 30 | 14.01 | 0.01 |
| | المجموعة الدنيا | 30.67 | 4.46 | | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا وأبعادها الثلاثة بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا ، أي أن المقياس يتمتع بالقدرة التمييزية لقياس الألكستيميا لدى أفراد العينة، وعليه يتمتع المقياس بمستوى مقبول من الصدق التمييزي.

**2.4. الثبات:** تم التأكد من المقياس من خلال طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، حيث بلغت معاملات الثبات 0.71 و 0,79 على التوالي، وعليه فان المقياس ثابت.

إن تمتع المقياس بالخصائص السيكومترية المطلوبة (الصدق والثبات) يجعله صالحا للاستخدام في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

**III . الدراسة الأساسية:**

**1 . أهداف الدراسة الأساسية:** تمثلت فيما يلي:

- ✓ الكشف عن مستوى الالكستيما لدى نزلاء مؤسسة اعادة التاهيل سيدي بلعباس.
- ✓ الكشف عن فروق في مستوى الالكستيميا تبعا لاختلاف المتغيرات التالية: السن، التهمة، مدة العقوبة، الوضعية الجزائية، طبيعة الاعتياد و مرحلة السجن.

**2 . حدود الدراسة الأساسية:** تمثلت فيما يلي:

- ✓ **الإطار الزمني:** من نهاية شهر فيفري 2025 إلى نهاية شهر افريل 2025.
- ✓ **الإطار المكاني:** مؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس.

3. **عينة الدراسة الأساسية:** تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها 200 نزيل من مؤسسة إعادة التأهيل سيدي بلعباس وتمثلت مواصفاتهم فيما يلي:

جدول رقم 03 : مواصفات عينة الدراسة الأساسية

| المتغيرات | | التكرار | النسبة المئوية% |
|---|---|---|---|
| السن | 20-40 | 152 | 76.6 |
| | 40-60 | 42 | 21 |
| | 60+ | 6 | 3 |
| التهمة | سرقة | 36 | 18 |
| | مخدرات | 83 | 41.5 |
| | عنف | 30 | 15 |
| | هجرة | 14 | 7 |
| | جرائم جنس | 16 | 8 |
| | أخرى | 21 | 10.5 |
| المدة | اقل من5 | 85 | 42.5 |
| | 5-10 | 88 | 44 |
| | أكثر من10 | 27 | 13.5 |
| الاعتياد | ابتدائي | 98 | 49 |
| | انتكاسي | 102 | 51 |
| الوضعية | متهم | 25 | 12.5 |
| | محكوم | 175 | 87.5 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **المرحلة** | **البداية** | 72 | 36 |
| | **الوسط** | 92 | 46 |
| | **النهاية** | 36 | 18 |
| **المجموع** | | 200 | 100 |

نلاحظ من خلال الجدول:

- ✓ ارتفاع نسبة فئة السن من 20 إلى 40 سنة 76 % كونها الأكثر دخولا إلى السجن و الأكثر نشاطا إجراميا، نظرا لعدة عوامل الاندفاعية و طيش الشباب و نقص النضج الانفعالي ثم يليها في المرتبة الثانية فئة السن 40-60 سنة حيث بلغت النسبة 21 % حيث يقل الميل نحو الإجرام بسبب النضج الحقيقي الانفعالي و ظهور الأمراض المزمنة و دخول مرحلة الشيخوخة.

- ✓ ارتفاع نسبة جرائم متعلقة بالمخدرات 41 **%** كونها أصبحت ظاهرة تستفحل المجتمع الجزائري باختلاف أنواعها من تعاطي خاصة "الصاروخ" او عرض او بيع، ثم يليها في المرتبة الثانية جرائم السرقة حيث بلغت النسبة 18 % بسبب الادمان على المخدرات، و الأوضاع الاجتماعية.
- ✓ ارتفاع نسبة في مدة العقوبة الممتدة من 5-10 سنوات حيث بلغت 44 **%** و هنا نظرا لارتباطها لطبيعة التهم. ثم يليها في المرتبة الثانية مدة العقوبة اقل من 05 سنوات حيث بلغت النسبة 42.5 % بسبب لنفس السبب المذكور.
- ✓ ارتفاع نسبة المحبوسين الانتكاسيين 51 **%** وهذا كون الانتكاسيين قلما يستفيدون من اليات إعادة الإدماج (العفو الرئاسي، الإفراج المشروط و الإجازة في نهاية العقوبة). ثم يليها في المرتبة الثانية المحبوسين المتهمين حيث بلغت النسبة 49 % نظرا لارتفاع نسبة العود الإجرامي في الجزائر.
- ✓ ارتفاع نسبة المحبوسين المحكوم عليهم نهائيا 87.5 **%** و هذا نظرا لطابع المؤسسة التي كونها مؤسسة إعادة التأهيل فاغلب نزلائها من المحكوم عليهم نهائيا.

- ✓ ارتفاع نسبة مرحلة وسط العقوبة 46.0 **%** و ثم يليها في المرتبة الثانية مرحلة بداية العقوبة.
- ✓ بنسبة 36**%** هذا نظرا للعفو الرئاسي الذي اصدر بتاريخ 31 ديسمبر و تفعيل آلية الإفراج المشروط و الإجازة في نهاية العقوبة مما جعل الكثير من النزلاء في نهاية العقوبة يستفيدون من هذه الإجراءات.

## 4. الأساليب الإحصائية المستعملة:

تم استخدام مختلف الأساليب الإحصائية المناسبة لاختبار فرضيات الدراسة، وتمثلت فيما يلي:

- **الإحصاء الوصفي:** من خلال : المتوسط الحسابي، المتوسط النظري، الانحراف المعياري، التكرارات، النسب المئوية.
- **الإحصاء الاستدلالي:** من خلال: اختبار ت لمجموعتين مستقلتين/ اختبار ف للفروق بين المجموعات، اختبار LSD للمقارنات البعدية، اختبار الفا كرونباخ، اختبار بيرسون.

وتمت المعالجة الإحصائية للبيانات من خلال البرنامج الإحصائي SPSS-26.

# الفصل الرابع

## عرض ومناقشة النتائج

## I. عرض النتائج:

1 . **عرض نتائج التساؤل الأول:** ينص هذا التساؤل على "**ما هو مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسة العقابية؟**"، وللإجابة على هذا التساؤل تم حساب المتوسطات الحسابية، المتوسطات النظرية، والانحراف المعياري، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول (04): مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسة العقابية**

| المتغيرات | المتوسط الحسابي | المتوسط النظري | الانحراف المعياري |
|---|---|---|---|
| صعوبة تحديد المشاعر (**DIF**) | 14.92 | 14 | 6.034 |
| صعوبة وصف المشاعر (**DDF**) | 10.23 | 10 | 3.704 |
| التفكير الموجه للخارج (**EOT**) | 16.80 | 16 | 3.788 |
| الألكستيميا | 41.95 | 40 | 9.456 |

نلاحظ من خلال الجدول أن نزلاء المؤسسات العقابية يعانون من مستويات **متوسطة** من الألكستيميا، سواء بالنسبة للمقياس ككل أو أبعاده الفرعية (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج)، إذ كانت المتوسطات الحسابية متقاربة مع المتوسطات النظرية.

2 . **عرض نتائج التساؤل الثاني:** ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا تعود للفروق في المتغيرات التالية:** السن، التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، مرحلة السجن؟"

و للإجابة على هذا التساؤل تم تقسيمه إلى التساؤلات الجزئية التالية:

### 1.2.عرض نتائج التساؤل الجزئي (1.2):

ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية تعود للسن؟**"، وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام **اختبار ف** للفروق بين المجموعات، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول(05): الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للسن**

| المتغيرات | | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | ف | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ألكستيميا | صعوبة تحديد المشاعر | **بين المجموعات** | 282.48 | 2 | 142.74 | 4.041 | دالة عند 0.05 |
| | | **داخل المجموعات** | 6959.23 | 197 | 35.32 | | |
| | صعوبة وصف المشاعر | **بين المجموعات** | 27.197 | 2 | 13.59 | 0.991 | غير دالة (0.37) |
| | | **داخل المجموعات** | 2703.67 | 197 | 13.724 | | |
| | التفكير الموجه للخارج | **بين المجموعات** | 25.742 | 2 | 12.871 | 0.896 | غير دالة (0.41) |
| | | **داخل المجموعات** | 2830.258 | 197 | 14.367 | | |
| | الدرجة الكلية | **بين المجموعات** | 330.083 | 2 | 165.042 | 1.862 | غير دالة (0.15) |
| | | **داخل المجموعات** | 17464.312 | 197 | 88.651 | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا تعود لسن نزيل المؤسسة العقابية، أما بالنسبة للأبعاد، فنلاحظ أيضا وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى كل من بعدي صعوبة وصف المشاعر والتفكير الموجه للخارج، بينما نلاحظ وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد صعوبة تحديد المشاعر تبعا للسن، أي أن سن نزيل المؤسسة العقابية يؤثر في مستوى تحديده لمشاعره، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام اختبار LSD للمقارنات البعدية، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول (06): اتجاه الفروق في مستوى صعوبة تحديد المشاعر تبعا للسن**

| المتغيرات | مجموعات المقارنة | مجموعات المقارنة | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 40-20 | 60-40 | اكبر من 60 |
| صعوبة تحديد المشاعر | 40-20 | ——— | 1.95 | 5.66* |
| | 60-40 | | ——— | 3.71 |
| | اكبر من 60 | | | ——— |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى صعوبة تحديد المشاعر تعزى لاختلاف سن نزيل المؤسسة العقابية، حيث يتبين وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى هذا البعد بين النزلاء الأقل من 20- 40 سنة والنزلاء الأكبر من 60 سنة لصالح النزلاء من 20 - 40 سنة، في حين توجد فروق غير دالة إحصائيا في مستوى صعوبة تحديد المشاعر بين المجموعات الأخرى، أي أن النزلاء من سن 20 إلى 40 سنة لديهم مستوى صعوبة اكبر في تحديد مشاعرهم مقارنة بالأعمار الأخرى.

### 2.2. عرض نتائج التساؤل الجزئي (2.2):

ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية تعود للتهمة؟**"، وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام **اختبار ف** للفروق بين المجموعات، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول(07): الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للتهمة**

| المتغيرات | | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | ف | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ألكستيميا | صعوبة تحديد المشاعر | **بين المجموعات** | 147.677 | 5 | 29.535 | 0.807 | غير دالة (0.54) |
| | | **داخل المجموعات** | 7097.043 | 194 | 36.583 | | |
| | صعوبة وصف المشاعر | **بين المجموعات** | 54.301 | 5 | 10.860 | 0.787 | غير دالة (0.56) |
| | | **داخل المجموعات** | 2676.574 | 194 | 13.797 | | |
| | التفكير الموجه للخارج | **بين المجموعات** | 71.197 | 5 | 14.239 | 0.992 | غير دالة (0.42) |
| | | **داخل المجموعات** | 2784.803 | 194 | 14.355 | | |
| | الدرجة الكلية | **بين المجموعات** | 365.414 | 5 | 73.083 | 0.813 | غير دالة (0.54) |
| | | **داخل المجموعات** | 17428.981 | 194 | 89.840 | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا تعود لتهمة نزيل المؤسسة العقابية، أما بالنسبة للأبعاد، فنلاحظ أيضا وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى كل الأبعاد، صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر ولتفكير الموجه للخارج، أي أن تهمة نزيل المؤسسة العقابية لا تؤثر في مستوى الألكستيميا لديه.

### 3.2. عرض نتائج التساؤل الجزئي (3.2):

ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية تعود للمدة؟**"، وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام **اختبار ف** للفروق بين المجموعات، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول(08): الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للمدة**

| المتغيرات | | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | ف | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ألكستيميا | صعوبة تحديد المشاعر | **بين المجموعات** | 12.583 | 2 | 6.291 | 0.171 | غير دالة (0.84) |
| | | **داخل المجموعات** | 7232.137 | 197 | 36.711 | | |
| | صعوبة وصف المشاعر | **بين المجموعات** | 23.884 | 2 | 11.942 | 0.869 | غير دالة (0.42) |
| | | **داخل المجموعات** | 2706.991 | 197 | 13.741 | | |
| | التفكير الموجه للخارج | **بين المجموعات** | 77.391 | 2 | 38.696 | 2.743 | غير دالة (0.06) |
| | | **داخل المجموعات** | 2778.609 | 197 | 14.105 | | |
| | الدرجة الكلية | **بين المجموعات** | 277.364 | 2 | 138.682 | 1.560 | غير دالة (0.21) |
| | | **داخل المجموعات** | 17517.031 | 197 | 88.919 | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا لدى النزيل تعود للمدة في المؤسسة العقابية، أما بالنسبة للأبعاد، فنلاحظ أيضا وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى كل الأبعاد، صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، أي أن مدة مكوث النزيل في المؤسسة العقابية لا تؤثر في مستوى الألكستيميا لديه.

### 4.2. عرض نتائج التساؤل الجزئي (4.2):

ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية تعود لطبيعة الاعتياد؟**"، و للإجابة على هذا التساؤل تم استخدام **اختبار ف** للفروق بين المجموعات، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول(09): الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا لطبيعة الاعتياد**

| المتغيرات | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة وصف المشاعر | ابتدائي | 10.18 | 3.723 | 198 | −0.154 | غير دالة (0.87) |
| | انتكاسي | 10.26 | 3.704 | | | |
| صعوبة التعرف على المشاعر | ابتدائي | 14.92 | 5.665 | 198 | −0.004 | غير دالة (0.99) |
| | انتكاسي | 14.92 | 6.396 | | | |
| التفكير الموجه نحو الخارج | ابتدائي | 16.85 | 3.687 | 198 | 0.171 | غير دالة (0.86) |
| | انتكاسي | 16.75 | 3.901 | | | |
| الألكستيميا | ابتدائي | 41.94 | 9.486 | 198 | 0.006 | غير دالة (0.99) |
| | انتكاسي | 41.94 | 9.474 | | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا تعود لطبيعة الاعتياد لدى نزيل المؤسسة العقابية، أما بالنسبة للأبعاد، فنلاحظ أيضا وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى كل الأبعاد، صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، أي أن طبيعة الاعتياد لدى نزيل المؤسسة العقابية لا تؤثر في مستوى الألكستيميا لديه، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية المتقاربة بين النزلاء ذوي الاعتياد الابتدائي والانتكاسي سواء بالنسبة للدرجة الكلية أو الأبعاد الثلاثة.

## 5.2. عرض نتائج التساؤل الجزئي (5.2):

ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية تعود للوضعية الجزائية؟**"، وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام **اختبار ف** للفروق بين المجموعات، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول(10): الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا للوضعية الجزائية**

| المتغيرات | | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | درجة الحرية | قيمة "ت" | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|
| صعوبة وصف المشاعر | متهم | 10.96 | 4.108 | 198 | 1.061 | غير دالة (0.29) |
| | محكوم | 10.12 | 3.644 | | | |
| صعوبة التعرف على المشاعر | متهم | 16.56 | 6.771 | 198 | 1.457 | غير دالة (0.14) |
| | محكوم | 14.69 | 5.905 | | | |
| التفكير الموجه نحو الخارج | متهم | 15.52 | 3.111 | 198 | -1.816 | غير دالة (0.07) |
| | محكوم | 16.98 | 3.848 | | | |
| الألكستيميا | متهم | 43.04 | 11.096 | 198 | 0.618 | غير دالة (0.53) |
| | محكوم | 41.79 | 9.224 | | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا تعود بوضعية نزيل المؤسسة العقابية، أما بالنسبة للأبعاد، فنلاحظ أيضا وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى كل الأبعاد، صعوبة وصف المشاعر، صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه للخارج، أي أن الوضعية الجزائية للنزيل المؤسسة العقابية لا تؤثر في مستوى الألكستيميا لديه، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية المتقاربة بين النزلاء المتهمين والمحكومين عليهم نهائيا سواء بالنسبة للدرجة الكلية أو الأبعاد الثلاثة.

### 6.2. عرض نتائج التساؤل الجزئي (6.2):

ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية تعود لمرحلة السجن؟**"، وللإجابة على هذا التساؤل تم استخدام **اختبار ف** للفروق بين المجموعات، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول(11): الفروق في مستوى الألكستيميا تبعا لمرحلة السجن**

| المتغيرات | | مصدر التباين | مجموع المربعات | درجة الحرية | متوسط المربعات | ف | مستوى الدلالة |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ألكستيميا | صعوبة تحديد المشاعر | **بين المجموعات** | 191.356 | 2 | 95.678 | 2.672 | غير دالة (0.07) |
| | | **داخل المجموعات** | 7053.364 | 197 | 35.804 | | |
| | صعوبة وصف المشاعر | **بين المجموعات** | 48.664 | 2 | 24.332 | 1.787 | غير دالة (0.17) |
| | | **داخل المجموعات** | 2682.211 | 197 | 13.615 | | |
| | التفكير الموجه للخارج | **بين المجموعات** | 108.785 | 2 | 54.393 | 3.900 | دالة عند 0.05 |
| | | **داخل المجموعات** | 2747.215 | 197 | 13.945 | | |
| | الدرجة الكلية | **بين المجموعات** | 424.119 | 2 | 212.060 | 2.405 | غير دالة (0.09) |
| | | **داخل المجموعات** | 17370.276 | 197 | 88.174 | | |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الألكستيميا تعود لمرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية، أما بالنسبة للأبعاد، فنلاحظ أيضا وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى كل من بعدي صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصف المشاعر، بينما نلاحظ وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد التفكير الموجه للخارج تبعا لمرحلة السجن، أي أن مرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية تؤثر في مستوى التفكير الموجه للخارج لديه، وللتعرف على اتجاه الفروق تم استخدام **اختبار LSD** للمقارنات البعدية، وكانت النتائج كما يلي:

**جدول (12): اتجاه الفروق في مستوى التفكير الموجه للخارج تبعا لمرحلة السجن**

| المتغيرات | مجموعات المقارنة | مجموعات المقارنة | | |
|---|---|---|---|---|
| | | بداية | منتصف | نهاية |
| التفكير الموجه نحو الخارج | بداية | ——— | 1.12- | *2.02- |
| | منتصف | | ——— | 0.09- |
| | نهاية | | | ——— |

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى التفكير الموجه للخارج تعزى لمرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية، حيث يتبين وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى هذا البعد بين النزلاء في بداية سجنهم والنزلاء في نهاية سجنهم لصالح النزلاء في نهاية سجنهم، في حين توجد فروق غير دالة إحصائيا في مستوى التفكير الموجه للخارج بين المجموعات الأخرى، أي أن النزلاء في نهاية مدة سجنهم لديهم مستوى اكبر من التفكير الموجه للخارج مقارنة بالفئات الأخرى.

من خلال عرض نتائج التساؤلات **(1.2)**، **(2.2)**، **(3.2)**، **(4.2)**، **(5.2)**، **(6.2)** يمكن القول بما يلي:

- عدم وجود فروق في مستوى **الألكستيميا** تعود للفروق في المتغيرات التالية: **التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية**، أي أن هذه المتغيرات الأربعة لا تلعب دور أو تأثير في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية.
- وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد **صعوبة تحديد المشاعر** تبعا للسن لصالح النزلاء ذوي المرحلة العمرية (20 إلى 40 سنة)، أي أن سن نزيل المؤسسة العقابية يؤثر في مستوى تحديده لمشاعره.
- وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد **التفكير الموجه للخارج** تبعا لمرحلة السجن لصالح السجناء في نهاية مدة سجنهم، أي أن مرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية تؤثر في مستوى التفكير الموجه للخارج لديه.

**II . مناقشة النتائج:**

**1 . مناقشة نتائج التساؤل الأول:** ينص هذا التساؤل على: " **ما هو مستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية ؟** ".

من خلال عرض النتائج ، تم التوصل إلى أن مستوى الألكستيميا متوسط لدى نزلاء المؤسسات العقابية، إذ تتأثر الحالة الانفعالية للنزيل بظروف متعددة تتصدرها صدمة الاحتباس، إذ بين (Meichenbaum,1994) بأن ضحايا مختلف الصدمات كالاغتصاب والحرب والأسر والاعتقال ... يشيع لديهم حدوث المشترك لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة وتشخيصات أخرى كالاكتئاب واضطرابات القلق العام وسوء استخدام المواد ذات التأثيرات النفسية، فهي صدمة فوق صدمة وتبدأ بصدمة المشكل الذي وقع فيه الشخص وهو يتصل بالقضاء والعدالة وصدمة أخرى تتعلق بالدخول وإيداعه بالوسط العقابي، فهو حادث أضيف له حادث صدمي آخر، وخوفه من المصير المجهول الذي سيتقرر بمحاكمته مما يكسبه مشاعر سلبية كاليأس والتشاؤم والتشوش.

بالإضافة إلى المعاناة النفسية التي تتخلل مدة عقوبة السجين، بحيث بينت دراسة ليهي (June P.Leahy,1997) عن وجود تراكيب مميزة لإجابات المساجين متعلقة بآلام ومعاناة مرتبطة مباشرة بالحجز مع وجود المزاج المكتئب لدى البعض والحذر من قبلهم (نايت عبد السلام، 2002، ص29).

كما أن ابتعاد السجين عن عائلته ومحيطه وانشغال تفكيره دائما بهم، بحيث أن وجود المؤسسات العقابية في مناطق معزولة وغير متقاربة يجعل الزيارات صعبة ومستحيلة لبعض الأهالي خاصة في حالة التحويلات، كما قد تلجأ العائلات إلى تبرير غياب السجين بأنه مسافر

إلى بلاد بعيدة للراحة أو العمل أو العلاج وتلك الحيل لا تلبث أن تفتضح أمام الآخرين مما يزيد معاناة الأسرة، فالفراق أمر يبعث عن الألم رغم الزيارات أو الرسائل التي قد تزيد من آلام السجين وتجعله يجتر ذكرياته، إضافة إلى ما يصل إليه من أخبار يشوبها الخلط والغموض عن أفراد أسرته وما يتعرضون له من متاعب أو مضايقات خاصة إن كان هو عائل الأسرة، وهو ما اكدته دراسة (Cassan F et Marty L,2002) ، اذ يجعلهم هذا الوضع أكثر هشاشة وتكثر حالات الانفصال وحالات الطلاق بين الأزواج ( Cassan F et Marty L,2002,p59).

كما يبذل النزيل جهدا كبيرا للتأقلم مع الوسط المغلق الجديد لما في المؤسسة العقابية من خصائص كهيكلها المغلق وأسوارها وقضبانها وقاعاتها وزنزاناتها وفناءاها دون نسيان اكتظاظها، وكذا ضوابطها التي تفرض عليهم الأكل والنوم والتجمع في أوقات محددة و بنظام معين واكراهاتها الأمنية، إضافة إلى نوعية نزلائها باختلاف تهمهم وأنماط شخصياتهم واعتيادهم على السلوك الإجرامي، فالسجين عادة تسيطر عليه أفكار ومشاعر سلبية من أنه شخص مرفوض ومغضوب عليه وأنه قام بارتكاب خطيئة ضد المجتمع، لذا يقع فريسة للقلق والتوتر والإحساس بالخوف والاغتراب أيضاً، وفي أحيان أخرى قد يشعر السجين بأنه شخص مظلوم ولا يرى نفسه مذنباً، إذ يقيّم سلوكه تقييماً مغايراً، هذا حسب نظرته الشخصية للحقوق والواجبات، ويؤدي به الشعور بالبراءة إلى العناد والتصلب في الرأي، ومقاومة النظام، ورفض التعامل مع القائمين بأمر إصلاحه وعلاجه، ان هذا الصنف من المساجين يجد نفسه في مجتمع مصغر مع أناس لا يعرفهم ولا يثق بهم فيشعر بالوحدة، ويلجأ لعدم التعبير عن أحاسيسه ومشاعره أمامهم، وهو ما أشارت إليه دراسة (Qualter et autres,2009) حول ارتباط الألكستيميا بعدم الثقة بالآخرين والشعور بالوحدة، كما بينت دراسة (Hemming and All,2020) إلى ارتفاع حالات العنف والانتحار في سجون

المملكة المتحدة نتيجة فقدان القدرة على التعبير عن المشاعر وتحديدها أو مناقشتها، إذ أن السجناء الذكور يميلون إلى عدم التحدث عن عواطفهم مع الآخرين، وذلك بسبب الضغوط الخارجية للإقامة في السجن بالإضافة إلى الصعوبات الداخلية في التعرف على العواطف والتعبير عنها، وكان عدم مناقشتها مع الآخرين مرتبطا بتراكم العواطف مما قد يؤدي إلى زيادة العبء العاطفي أو غيابها تماما، كما بينت دراسة Dumais وأتباعه في سنة 2010 (وهي تكملة لدراسة Coté وأتباعه في عام 1997) بأن المساجين من الذكور المصابين بهذه الأمراض لديهم بروفيل مختلف عن ذلك الذي يميز المرضى في المستشفى، بحيث يظهر المساجين منهم اضطرابات هذيانية واكتئاب أساسي، كما تبين انتشار كبير للاضطرابات المرتبطة بتعاطي الكحول والمخدرات وهي نتائج تتماشى مع ما جاء في الدراسات حول العلاقة بين تعاطي الكحول والمخدرات وسلوكيات العنف.

إضافة إلى الهوية الجديدة للسجين أو النزيل، حيث يستبدل اسمه برقم القيد فيفقد جزءا من هويته القديمة، إذ يتغير عنوانه من حيه إلى الجناح الذي يعيش فيه ويتبدل دوره الاجتماعي من أب أو أخ أو زوج إلى المسجون مما يشعره بالارتباك، ولكنه يركز على الجوانب العملية كتذكر الرقم (حقيقة ملموسة) وحفظه والاستجابة له وكيفية استخدامه في السجن دون معالجة أي مشاعر كالحزن أو الفقدان لأنها تتوافق مع ميله نحو التركيز على الحقائق الخارجية، حيث يفضل السجين أن يكون عمليا في إيجاد طرق تكيفية مع حياة السجن ومتطلباتها العملية فتصبح آلية دفاعية أو إستراتيجية للتكيف ( إتباع القواعد، الروتين اليومي، تفاعلات مع السجناء الآخرين والأعوان، تجنب المشاكل والبحث عن العمل) لأسباب تتعلق بسلامته أو مصلحته الذاتية بدلا من التركيز على مشاعره الداخلية أو مشاعر الآخرين، بحيث بينت دراسة ( Mc Murran et Gary,

2009) على 79 سجين، أن الألكستيميا ارتبطت بفعالية أقل في حل المشكلات الاجتماعية، في حين ارتبط القلق التعاطفي والاهتمام بالتعاطف والأخذ بالمنظور بمزيد من الفعالية في حل المشكلات الاجتماعية، ولكن بشكل غير متوقع أيضاً بالتوجه السلبي للمشكلات. وارتبطت المثابرة في تحقيق الأهداف بالقدرات الفعالة في حل المشكلات الاجتماعية، وارتبطت عدم المرونة في تبني استراتيجيات جديدة في مواجهة العقبات بأساليب حل المشكلات الاجتماعية غير الفعالة.

ويعزو الطالبين (كممارسين في المؤسسة العقابية منذ أكثر من 15 سنة بصفتهما نفسانيان عياديان ممتازان)، اعتمادا على تقرير ودراسة خلاصة نماذج البرامج العلاجية المرجعية الدولية (استيلا، 2014)، أن خاصية المحبوس في السجون الجزائرية: "شاب، دون مستوى تعليمي، ينتمي إلى جماعات غير منتظمة، وله نمط معيشي غير مكيف (قائم على الفرص الإجرامية ولكن دون أن يصبح نمط معيشي موطد)، أما بالنسبة للمتغيرات الشخصية، هم أشخاص يفتقرون إلى الكفاءات المعرفية التي تؤثر على تكيفهم الجيد في المجتمع، مثل: عدم القدرة على التحكم في الغضب والاندفاعية، النمط المعرفي الخارجي والتفكير الملموس، الصلابة في المفاهيم، والصعوبة في حل المشاكل بين الأشخاص، الأنانية، نقص في التقمص العاطفي، قيم مضادة للمجتمع وصعوبات في التفكير النقدي البناء".(رونودو وآخرون ، 2017، ص02).

فمستوى الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسة العقابية يرتبط بعدة عوامل، أهمها:

- **الشخصية:** كهشاشة الشخصية، فالمدمنين يحسون أنفسهم غير مفهومين من الآخرين ويعيشون منعزلين على هامش المجتمع، فيلجئون للإدمان كآلية تكيف غير صحية ويعتبرونه منفذا لنسيان وعدم الشعور بثقل عقوبتهم وزمن مدة السجن، فمعظم النزلاء من متناولي أو مدمني المخدرات والكحول يسعون بشتى الطرق إلى الحصول على كمية من المخدرات الصيدلانية المسببة للسعادة، إضافة إلى ظاهرة الوشم للتعبير عن أوضاعهم

وأحوالهم وتحكي قصص حياتهم مترجمة لمشاعرهم وأحاسيسهم، بدافع التقليد أو التباهي باخضرار أجسادهم وافتخارا بتاريخهم الإجرامي أو سنوات سجنهم من ناحية، أو كوسيلة يخاطبون بها غيرهم ويلجئون إليها عند العجز عن التعبير الشفوي من ناحية أخرى، إضافة إلى خطورة الشخصية كالشخصيات الحدية للمساجين، نظرا لعدم الاستقرار العاطفي الذي يميز هذا الاضطراب فيصعب عليهم إدارة المشاعر ولديهم تقلبات مزاجية حادة وسلوكات اندفاعية، إذ بينت دراسة Webb & MacMurray ( 2008 ) ارتباط محور تحديد المشاعر والأحاسيس الجسدية باضطراب الشخصية الحدية، إذ يصعب على الأشخاص تمييزها وفهمها والتواصل معها، ويضعف قدرتهم على التنظيم الانفعالي، وبالتالي يميل الأشخاص المصابون بالاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية نحو سلوك إيذاء الذات وضعف جودة الحياة الإيجابية كانخفاض مستويات السعادة والرضا عن الحياة، إضافة إلى الشخصيات ذات الميل للسيكوباتية عن المساجين، بحيث أن نقص تعاطفهم واللامبالاة بمشاعر الآخرين وفهمها، وكذا الشخصيات المضادة للمجتمع نظرا لتصرف هؤلاء باندفاعية أو عدوانية كرد فعل لمشاعر غير مفهومة أو غير معبر عنها، أي يعبرون عن ضيقهم و مشاعرهم من خلال أفعال بدلا من التعبير اللفظي (قدوري وذبيحي،2016).

- **اجتماعية:** فالتنشئة الاجتماعية الذكورية تشجع هذه المعايير لدى الذكور والرجال، من خلال قمع المشاعر الضعيفة أو الأنثوية مثل الحزن والخوف، والتأكيد على الصلابة والاعتماد على الذات وعدم إظهار الحاجة للآخرين، لذا لا يطورون مفردات عاطفية

واسعة أو وعيا عميقا لمشاعرهم، نمط التربية الأبوية حيث يغيب التواصل والتعبير عن المشاعر بين الأبوين وبين الأولاد، عدم الاستقرار العائلي كالوفاة والطلاق...

- **ثقافية:** إن التعبير عن المشاعر في الثقافة العربية عامة والجزائرية خاصة يعتبر عار وعيب وضعف خاصة عند الذكور فيجعلهم اللجوء للعدوانية نحو الآخرين، وإذا لم ينجح الأمر يوجهها نحو ذاته كوسيلة بديلة للوصول للآخرين....

كما يعزو الطالبين مستوى الألكستيميا المتوسط في المؤسسات العقابية نظرا لعمل النفسانيين العياديين على مستواها وما يقدمونه من رعاية وتكفل نفسي وإرشاد، إضافة إلى الفحوصات الأولية عند ولوج النزيل والتقييمات المختلفة التي تقوم بها مصلحة التقييم والتوجيه، والفحوصات الدورية كل 03 أشهر والمتابعة النفسية للحالات المرضية، ومختلف البرامج العلاجية التي تعتمد على العلاجات المعرفية السلوكية في ديناميكيات جماعة.

**2 . مناقشة نتائج التساؤل الثاني:** ينص هذا التساؤل على "**هل توجد فروق في مستوى الألكستيميا تعود للفروق في المتغيرات التالية:** السن، التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، مرحلة السجن؟".

وتوصلت نتائج الدراسة بالنسبة للتساؤلات الجزئية فيما يلي:

- **وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى صعوبة تحديد المشاعر تعزى لاختلاف سن نزيل المؤسسة العقابية،** لصالح النزلاء من **20 – 40 سنة:**

أي أن النزلاء من **20 – 40 سنة** لديهم مستوى صعوبة اكبر في تحديد مشاعرهم مقارنة بالأعمار الأخرى، وهذا يرجع لخصائص هذه المرحلة العمرية، فوفقا لنظرية "**اريكسون**" للنمو

النفسي الاجتماعي فان كلا من النضج وحاجات المجتمع معا يؤديان إلى خلق مجموعة من الأزمات "**Crises**" للفرد يتعين عليه تجاوزها وحلها بصورة إيجابية لضمان سواء وانتظام مسار نموه النفسي والاجتماعي، وهذا ما يتوافق مع **المرحلة السادسة "مرحلة العلاقة الحميمية مقابل العزلة (مرحلة الشباب)"** والتي تحدث خلال البلوغ، من حوالي 18 إلى 40 عاما، حيث يتعلم الأفراد تكوين علاقات حميمة مع الآخرين وتأسيس أنفسهم في حياتهم المهنية والاجتماعية، فالصراع الأساسي في هذه المرحلة هو بين الحاجة للألفة والارتباط والخوف من العزلة والرفض، فالشباب الذين ينجحون في اجتياز هذه المرحلة سوف يطورون علاقات حميمة مبنية على الثقة والانفتاح والاحترام المتبادل وسيكون لهم أيضا إحساس بالهدف والاتجاه في حياتهم المهنية والاجتماعية، بينما الذين يعانون في هذه المرحلة قد يشعرون بمشاعر الوحدة والعزلة والانفصال عن الآخرين ولا يتشاركون معهم الأفكار والمشاعر فلا يتحملون المخاطر ولا يتفتحون على تجارب جديدة، وقد بين "**إريكسون**" أنه في حالات العزلة المتطرفة قد تظهر الشخصية المضادة للمجتمع والتي تستغل الآخرين وتستخدمهم دون أحساس بالندم وهي الشخصية التي نجدها عند النزلاء (الدغار، 2023).

لذا يعزو الطالبان (كممارسين في المؤسسة العقابية) حسب خبرتهما، أن النزلاء من 20 – 40 سنة لديهم مستوى صعوبة اكبر في تحديد مشاعرهم مقارنة بالأعمار الأخرى، نظرا لكونها الفئة الأكثر دخولا إلى السجن أي الأكثر نشاطا إجراميا سعيا للربح السريع، كما يتميزون بالاندفاعية وسوء تقدير نتائج أفعالهم، وسرعة المرور إلى الفعل والعدوانية خاصة تحت تأثير شتى أنواع المواد المخدرة، ونقص النضج الانفعالي ما ندعوه بطيش الشباب فيتفاخرون بتاريخهم

الإجرامي في أحيائهم مع أقرانهم باستعراض الوشوم وندبات تشويه الذات واقتران السجن بمفهوم الرجولة الزائفة وفقا للمقولة :" **الحبس للرجال**".

- عدم وجود فروق في **مستوى الألكستيميا** تعود للفروق في المتغيرات التالية: **التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية:**

أي أن هذه المتغيرات الأربعة "**التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية**" لا تلعب دور أو تأثير في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية.

من حيث **التهمة** توصلت الدراسة الحالية أنها لا تلعب دورا في مستوى الألكستيميا لدى النزلاء، ويرجع ذلك لتصنيف المحبوسين ونقصد بذلك توزيع المحكوم عليهم وتقسيمهم إلى فئات تتشابه ظروف أفرادها بهدف إخضاع كل فئة للمعاملة العلاجية والعقابية الملائمة لها ، كما تطرق **المؤتمر الجنائي الدولي** الثاني عشر الذي عقد في **لاهاي 1955** إلى تعريف التصنيف بأنه:"عملية تقسيم المحكوم عليهم إلى فئات معينة طبقا للسن والجنس والعود والحالة العقلية والاجتماعية، وتوزيعهم بناءا على ذلك على مختلف المؤسسات العقابية كي تقوم بإجراء بحوث أخرى فرعية يتحدد على أساسها أسلوب المعاملة العقابية الملائم للتأهيل الاجتماعي"، والهدف الأساسي للتصنيف هو القضاء على مشكلة الاختلاط، ومنه وجب أن يراعى فيه الفصل بين الأحداث والبالغين، هذا لاختلاف نفسية كل فئة، ومدى استعدادها واستجابتها للتأهيل، وكذلك الفصل بين الجنسين، ومنع الاختلاط بينهم، كما يكون الفصل بين المحبوسين على أساس نوع الجرائم التي ارتكبوها، ومدى جسامتها، ومدى الخطورة الإجرامية للجاني، ثم الفصل بين السجناء تبعا لمدة العقوبة المحكوم بها عليهم، كما نجد من أسس التصنيف الفصل بين المرضى والذين

يعانون من علل نفسية أو من أمراض جسدية عن سائر النزلاء الأصحاء لمنع انتشار العدوى، وأخيرا نجد الفصل بين المحكوم عليهم المبتدئين، والمحكوم عليهم الانتكاسيين.(أوبيش وبوغرارة، 2018، ص41-42).

ويشير الطالبان –حسب خبرتهما– على أن عملية التصنيف التي تبنى على أساس التهمة في السياسة العقابية الجزائرية، هي أسلوب للمعاملة العقابية والعلاجية وهذا تفاديا للأخطار التي قد تنجر عن الاختلاط وكذا حماية للمحكوم عليهم، وفي نفس الوقت تحضيرهم لإخضاعهم لبرامج الرعاية وإعادة التأهيل الاجتماعي والعلاج، حيث تتولى لجنة تطبيق العقوبات، برئاسة السيد قاضي تطبيق العقوبات بترتيب وتوزيع المحبوسين حسب وضعيتهم الجزائية وخطورة الجريمة المرتكبة، وجنسهم وسنهم وشخصيتهم ودرجة استعدادهم للإصلاح.

بالنسبة **للمدة** فان واقع السجن وعامل الزمن كفيلان باندماج المحبوسين وانغماسهم في البيئة العقابية، وبالتالي كلما زادت مدة العقوبة زاد الاحتكاك بالأفراد المحيطين، وكتحصيل حاصل تزداد القابلية للاكتساب وتظهر عندهم أساليب مختلفة للتعامل كما وضحت دراسة ليهي في سنة 1997 على 40 سجين اختيروا كعينة عشوائية من سجن بأمريكا، الذي يحتوي على 904 سجين حيث كان الباحث يصبو إلى معرفة أجواء النشاطات في السجن، الاتصالات مع الخارج، العلاقات ما بين الأشخاص، والتوافق النفسي مع حياة السجن حيث لاحظ الباحث الأساليب التالية:

- التجنب: لاحظ الباحث لدى المساجين، استخدام هذه الإستراتيجية بكثرة خاص عند الابتدائيين الذين يحاولون تجنب المساجين الانتكاسيين وكذا عدم إقامة علاقات مع أعوان

إعادة التربية والضباط والموظفين عموما إلا في حالات كسب ثقتهم (متهمين بالنصب والاحتيال خاصة).

- تكوين جماعات متحدة في جميع النواحي، هذا ما نجده خاصة بين الإطارات المسجونة والشرطة المسجونة.
- التركيز على ملأ الفراغ، تشغيل النفس بالقراءة، الطرز، والخياطة...
- العمل داخل السحن، من أهم النشاطات التكيفية لمواجهة السجن، وهو يساعد على كسب بعض الحقوق: القهوة، السيجارة...، وكسب مرور الوقت بسرعة، وعدم البقاء دوما في الزنزانات أو القاعات المقفلة.
- اللجوء إلى الدين، وهي من أكثر الاستراتيجيات استخداما فنجد ممارسة المعتقدات الدينية، من أجل مواجهة تحديات حياة السجن ومعاناتها وآلامها، على حد تعبير المساجين.
- الدعم الاجتماعي ويعتبر في قلب استراتيجيات التعامل داخل السجن.(نايت عبد السلام، 2002، ص29-32).

ويعزو الطالبان (كممارسين في المؤسسة العقابية) حسب خبرتهما، إلى أنه بمرور الوقت يتأقلم النزيل مع السجن و ينظم حياته داخله، فيتعرف على النزلاء الآخرين سواء كانوا جيرانه، أولاد حيه، أو ولايته أو عرقه الجهوي فيشكل تكتلات إما لحمايته أو فرض سيطرته، وينشأ كذلك علاقات مع الموظفين سواء للحصول على المنفعة الخاصة والامتيازات أو التلاعب بهم أو لضمان الاستفادة من برامج إعادة الإدماج (العمل العقابي، الحرية النصفية، الإجازات، والإفراج المشروط) من خلال السيرة والسلوك الحسن، فينخرط في نشاطات بناءة كالدراسة والتكوين وحصص الوعظ الديني والنشاطات الثقافية والرياضية المختلفة لتسيير الزمن

العقابي خاصة منذ بدء العمل بالخطة الفردية للمساجين والمخطط الإصلاحي الذي تسهر عليهم المصالح المتخصصة للتقييم والتوجيه، وكذا اللجوء إلى الدين وحتمية القدر أو المكتوب كتبرير لأعمالهم لخفض مستويات الإحساس بالذنب تجاه أنفسهم أو عائلتهم أو الضحايا.

أما بالنسبة **لطبيعة الاعتياد** لا تلعب دورا أو تأثير في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية، ويرجع السبب إلى عدم وجود فروق بين الفئتين، إذ لهما نفس المعاش السجني على حد سواء، وتتعاملان بنفس الكيفية في مواجهة الضغوط السجنية نظرا لخصوصية البيئة والمجال المغلق، حيث أن للسجن نظام خاص تفرضه القوانين الداخلية للمؤسسة العقابية تطبق بنفس الطريقة على المحبوس المعتاد على الجريمة أو الابتدائي (كربال، 2010، ص107).

ويفسر الطالبان (كممارسين في المؤسسة العقابية) حسب خبرتهما، إلى أن اختلاط المساجين الابتدائيين مع المساجين الانتكاسيين في الفناءات أو خلال مختلف النشاطات، يجعلهم خاضعين لنفس الأنظمة والضوابط والإجراءات الأمنية بل حتى لنفس الاشراط العكسي (الاستيقاظ، الأكل، خروج للفناء أو النشاطات، الزيارات، العودة للقاعات، والنوم)، إضافة إلى ذلك فان بعض الابتدائيين هم معتادي الإجرام (أو ما ندعوه بالابتدائيين المزيفين) إلا أنهم نجحوا في تفادي الاعتقال والتملص من العقوبة، بفضل الوساطة (مجالس الصلح مع الضحايا باللجوء لأعيان العائلة أو الحي) أو أحكام بالحبس غير نافذة أو مخالفات وغرامات.

وكذلك الحال بالنسبة **للوضعية الجزائية**، فالمحبوسين المتهمين والمحكوم عليهم نهائيا يعيشون نفس ظروف الاحتباس، وهم أيضا يلجئون إلى نفس أساليب التكيف مع الوسط العقابي، حيث

أشارت دراسة Chevani Wichmann و Ivan Zinger سنة 1999 إلى أن انعكاسات العزل السجني تضعف بالتكيف (بن ايدير، 2012، ص 415).

ويعزو الطالبان ذلك أيضا لتوفر العلاج الطبي الجسدي والعلاج الطبي النفسي والعقلي، إضافة إلى ما تقدمه مؤسسات إعادة التأهيل من الخدمات النفسية التي يقوم بها أخصائيون مؤهلون ومدربون على الأساليب العلمية في علاج وتأهيل المحبوسين نذكر على سبيل المثال البرنامج العلاجي المتخصص للانتكاس.

- وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد **التفكير الموجه للخارج** تبعا لمرحلة السجن لصالح السجناء في نهاية مدة سجنهم.

أي أن مرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية تؤثر في مستوى التفكير الموجه للخارج لديه، وهذا يرجع لوجود صعوبات تواجه السجين بعد إطلاق سراحه، بل قد تبدأ عند اقتراب موعد الإفراج عنه وذلك لما تسببه هذه الفترة الحرجة من قلق وضغط نفسي شديد عما ينتظره خارج السجن الذي تعود على الحياة ضمن مجتمعه واندمج مع ثقافته، بحيث تشكل الفترة التي تلي الإفراج مباشرة للسجين مرحلة حرجة في حياته نظرا لما يعيشه من مشكلات نفسية واجتماعية واقتصادية صعبة تشكل له صدمة تعرف بـ**صدمة الإفراج (أزمة الإفراج)**، وهي مرحلة انتقالية حاسمة يعيشها المفرج عنه عقب خروجه من المؤسسة العقابية ينجر عنها مجموعة من الضغوط تؤدي في الغالب إلى عودة المفرج عنه ثانية لارتكاب السلوك المنحرف إذا لم يجد من يقدم له يد المساعدة لتجاوزها، ومن العوامل التي تزيد من حدة هذه الضغوط النفسية قلق النزيل على مستقبله وعلى مستقبل علاقاته خاصة التي ترتبط بعائلته فيعيش حالة من **اللاأَمن النفسي**، وهي حالة عدم

الاطمئنان التي يعيشها المفرج عنه نتيجة العوائق الدائمة التي تعترض طريقه لاستعادة حياته الطبيعية، وهو ما يسميه ريفول (Revol et Rene,2002) أزمة العلاقات الاجتماعية ( The crisis of social ties)، فهي مفتاح اللاتكيف لدى النزيل لشعوره بالتهميش الاجتماعي الذي هو بوابة للانحراف الاجتماعي مرة أخرى.

وأشارت دراسة شاكو عام 1988 على أن الضغوط البيئية تساهم هي الأخرى في صعوبة تكيف المفرج عنهم أهمها الوصمة الاجتماعية التي تلاحقهم مدى الحياة بوصمة السجين السابق أينما ذهبوا، فالمواجهة السلبية التي يقابل بها المفرج عنه من قبل المجتمع تجعله في حالة إحباط وتوتر نفسي يصعب تجاوزه، يبرز في مركبات النقص الناتجة عن صدمة الرفض مما يدفعه للبحث عن من يتقبله ولا يجدها إلا في مجتمع المنحرفين وهو ما يجره للانتكاسة والعودة للانحراف.

كما يشكل العامل الاقتصادي ضغطا بيئيا آخر يفكر فيه النزيل الذي يتأهب للخروج، نتيجة خوفه من عدم قدرته على الحصول على عمل بدخل مناسب يحفظ له كرامة العيش والاحترام ويقيه من العودة للانحراف مرة أخرى، وقد بين الصادي سنة 1988 أن التغيرات التي حدثت في بيئة السجين أو المفرج عنه الخارجية خلال فترة بقائه في المؤسسة العقابية ومدى قدرته على التكيف معها، فالانتقال المفاجئ الذي يحدث للمفرج عنه بعد مرحلة الاعتماد الكلي على الآخرين خلال مدة تواجده بالمؤسسة العقابية إلى مرحلة الاستقلالية والاعتماد على النفس، كعملية انتقالية ليست سهلة على المفرج عنه فتجعل من الضروري تهيئته ومساعدته لتحمل مسؤوليته في مواجهة متطلبات الحياة من جديد، كفشله في تدبر أمور معيشته خاصة انه اعتاد على تلبية بعض المطالب دون عناء، إضافة إلى الشعور بالتخلف أمام أفراد المجتمع نظرا للتغير الذي لم يواكبه

بسبب احتجازه فيجعله إما عاجزا عن فهمه أو عن التكيف معه مما يولد لديه شعور بضعف الثقة في نفسه ويرسخ لديه الاعتقاد بصعوبة اندماجه في المجتمع ( بن عبيد، 2017).

فلهذا يعزو الطالبان حسب خبرتهما، إلى أن عملية الانتقال من السجن إلى الحرية تعتبر حدثا هاما في حياة النزيل، ويمكن أن تكون مرهقة على حد سواء مع الدخول للسجن، لهذا يتم تنظيم حصص علاجية إرشادية وتحضيرية لإطلاق سراح النزلاء قبل الموعد ب03 أشهر ومن طرف المصالح الخارجية 06 أشهر قبل الإفراج حيث نجدهم يظهرون مشاعر الخوف والقلق، رغم ذلك عند اقتراب نهاية العقوبة نجده يتجنب المشاعر الداخلية مثل (القلق بشأن المستقبل أو الفرح بالحرية أو الندم على الماضي أو الشعور بالذنب)، ويلجأ السجناء للتفكير الموجه نحو الخارج (آلية دفاعية) بالتركيز على الروتين اليومي والقواعد الخارجية والعلاقات مع الآخرين، إلى جانب العقبات المحتملة (السكن، العمل، الاتصال بالعالم الخارجي وبناء علاقات اجتماعية)، كما يتوقع ردود أفعال سلبية للعائلة والأصدقاء والمجتمع على العموم فلا يطور خطط داخلية للتغيير، إذ أن التركيز دائما على العوامل الخارجية يجعله لا يطور آليات داخلية للتعامل مع الضغوط أو المغريات التي تواجهه مما يجعله يشعر بالعجز وعدم القدرة على التحكم في حياته بعد الإفراج فيصبح مصيره مرهون بالظروف الخارجية، وهذا قد يزيد من خطر الانتكاس.

## الاستنتاج العام:

استهدفت الدراسة موضوع " **الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية**"، وتم التوصل للنتائج التالية:

- ❖ نزلاء المؤسسات العقابية يعانون من مستويات **متوسطة** من الألكستيميا، سواء بالنسبة للمقياس ككل أو أبعاده الفرعية (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج)، إذ كانت المتوسطات الحسابية متقاربة مع المتوسطات النظرية.
- ❖ عدم وجود فروق في مستوى **الألكستيميا** تعود للفروق في المتغيرات التالية: **التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية**، أي أن هذه المتغيرات الأربعة لا تلعب دور أو تأثير في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية.
- ❖ وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد **صعوبة تحديد المشاعر** تبعا للسن لصالح النزلاء ذوي المرحلة العمرية (20 إلى 40 سنة)، أي أن سن نزيل المؤسسة العقابية يؤثر في مستوى تحديده لمشاعره.
- ❖ وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد **التفكير الموجه للخارج** تبعا لمرحلة السجن لصالح السجناء في نهاية مدة سجنهم، أي أن مرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية تؤثر في مستوى التفكير الموجه للخارج لديه.

**الخاتمة:**

لطالما أثارت المؤسسات العقابية (السجون) عبر العالم فضول الباحثين والعلماء في عدة مجالات ومنها علم النفس كونها مكان تقضى فيه العقوبة حيث يجمع المجرمون والمنحرفون بغية حماية المجتمع من شرورهم وذلك وفقا مبدأ الدفاع الاجتماعي.(قانون تنظيم السجون، المادة الأولى، ص 5)، فتلفها العديد من المعتقدات والأحكام المسبقة والمخاوف...

وقد ساهمت هذه الأبحاث في تطوير السياسات العقابية الحديثة بشكل كبير وتغيير النظرة التقليدية للعقوبة، فأضحت المؤسسات العقابية مكانا تطبق فيه البرامج الإصلاحية والتأهيلية التي تتكفل بالمحبوس وتسعى لعملية إدماجه في المجتمع.

والتحقت الجزائر بهذا الوكب، كغيرها من البلدان فتطورت سياستها العقابية، فمن خلال صدور قانون تنظيم السجون في فيفري 2005 انتهجت سياسة إعادة الإدماج وسعت إلى النظرة الإصلاحية للنزلاء معتمدة على مبدأ تفريد العقوبة دون تمييز بسبب العرق أو الجنس أو اللغة أو الدين أو الرأي (قانون تنظيم السجون،2005، ص 5)، ساعية لإعادة إدماج الفرد في المجتمع وإعطائه كل المؤهلات التي تمنع العودة للجريمة (قانون تنظيم السجون، المادة4، ص 5)، وذلك بوضع مخطط إصلاحي لكل محبوس يبدأ تطبيقه منذ بداية العقوبة إلى نهايتها، وتستمر من خلال الرعاية اللاحقة على مستوى المصالح الخارجية لإدارة السجون الجزائرية التي ترافق المحبوسين المفرج عنهم، بتسخير كل الموارد البشرية الممكنة من أخصائيين نفسانيين واجتماعيين للتكفل الأمثل بالنزلاء، حيث ترتكز مهام الأخصائي النفساني على جانبين أساسيين، الجانب الوقائي والجانب الإرشادي والعلاجي (قانون تنظيم السجون، المادة 91، ص 22)،

وتبرز مهام الأخصائي وفق هاذين الجانبين نتيجة ما يعيشه المحبوس من معاناة نفسية تتغير وفق مراحل حبسه، إذ يعيش منذ بداية حبسه صدمة الاحتباس، ثم قلق انتظار الحكم، وخلال تمضية العقوبة يعيش سلوكات تكيفية سلبية، كما يعيش عند الإفراج الخوف من الخروج والمستقبل والوصم الاجتماعي، كل هذه المعاناة النفسية تتغذى من القلق والإحباط والخلل في القدرة على التعبير الانفعالي وضبطه وإدراكه، لذا استهدفت الدراسة الحالية الكشف عن مستوى

الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية، والكشف عن وجود فروق في مستوى الألكستيميا تعود لاختلاف المتغيرات التالية للمسجون: السن، التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، مرحلة السجن؟"

ورغم تطرق العديد من الدراسات العربية والأجنبية إلى المعاش النفسي لنزلاء المؤسسات العقابية ، إلا أن الدراسات العربية والوطنية –خاصة– أهملت الجانب الانفعالي، إذ ركزت اغلب هذه الدراسات على متغيرات وأبعاد أخرى لدى المساجين، كالاضطرابات النفسية، الصدمات النفسية، المخططات المعرفية..الخ ، لذا تعتبر الدراسة الحالية الموسومة بـ "الألكستيميا لدى نزلاء المؤسسات العقابية"، موضوعا أصيلا وجديدا على مستوى الوطن العربي عامة وعلى مستوى الجزائر خاصة، نظرا لتناول الجانب الانفعالي لدى المساجين فقط في الدراسات الأجنبية (الصين، انجلترا، فنلندا وإيران...).

ولإجراء هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي، حيث تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة العقابية إعادة التربية والتأهيل سيدي بلعباس على عينة قوامها 60 نزيلا، بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو للألكستيميا، في حين تم إجراء الدراسة الأساسية على عينة قوامها 200 نزيل بنفس المؤسسة باستخدام نفس المقياس.

وقد تم التوصل إلى أن نزلاء المؤسسات العقابية يعانون من مستويات متوسطة من الألكستيميا، سواء بالنسبة للمقياس ككل أو أبعاده الفرعية (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير الموجه للخارج)، إذ كانت المتوسطات الحسابية متقاربة مع المتوسطات النظرية. إلى جانب، عدم وجود فروق في مستوى الألكستيميا تعود للفروق في المتغيرات التالية: التهمة، المدة، طبيعة الاعتياد، الوضعية الجزائية، أي أن هذه المتغيرات الأربعة لا تلعب دور أو

تأثير في مستوى الألكستيميا لدى نزيل المؤسسة العقابية. بينما وجدت فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد صعوبة تحديد المشاعر تبعا للسن لصالح النزلاء ذوي المرحلة العمرية (20 إلى 40 سنة)، أي أن سن نزيل المؤسسة العقابية يؤثر في مستوى تحديده لمشاعره. وكذلك وجدت فروق دالة إحصائيا في مستوى بعد التفكير الموجه للخارج تبعا لمرحلة السجن لصالح السجناء في نهاية مدة سجنهم، أي أن مرحلة السجن لدى نزيل المؤسسة العقابية تؤثر في مستوى التفكير الموجه للخارج لديه.

وتعد هذه الدراسة الأولى من نوعها –حسب اطلاع الطالبين– التي أظهرت الجانب الانفعالي، وذلك من خلال الكشف عن مستوى الألكستيميا لدى عينة من نزلاء المؤسسة العقابية، مما يبرز أهمية نتائج الدراسة في المساهمة في تطوير برامج علاجية مناسبة تهتم بالجانب الانفعالي لدى المساجين، ونظرا لصعوبات البحث –الإدارية والمنهجية – على مستوى المؤسسات العقابية اقتصرت الدراسة الحالية على فئة المساجين الذكور بالجهة الغربية (سيدي بلعباس)، مما يقود إلى الحذر قبل تعميم هذه النتائج، والتي قد تختلف باختلاف الجنس، منطقة السجن وغيرها من المتغيرات التي سيساهم البحث فيها إلى الفهم الأمثل للمعاش النفسي للسجين للتكفل الفعال به ومنعه من الانتكاس.

## الاقتراحات والتوصيات:

تعد هذه الدراسة من أولى الدراسات التي تناولت موضوع الألكستيميا لدى عينة من نزلاء المؤسسة العقابية وتفتح آفاق لدراسات أخرى في هذا المجال، وعلى هذا الأساس تم ختم الدراسة بالاقتراحات والتوصيات التالية:

- دمج فحص الكشف عن الألكستيميا في التقييمات الصحية التي يتم إجراؤها عند الدخول للمؤسسة العقابية باعتماد مقياس تورنتو للألكستيميا (**TAS20**).
- الاهتمام وتعزيز التكفل النفسي والاجتماعي للمحبوسين لما له دور في توفير جو صحي للنزلاء من خلال تكوين وتدريب النفسانيين العياديين في العلاجات النفسية الحديثة (علاج معرفي سلوكي ومشتقاته).
- فتح فضاءات للتعبير الانفعالي والحوار والاتصال عن طريق العلاجات الجماعية و المجموعات الكلامية.
- الاهتمام بالرعاية النفسية الاجتماعية داخل المؤسسة وخارجها من خلال العلاجات الأسرية.
- تطوير برامج علاجية المناسبة والمهتمة بالجانب الانفعالي والتعرف على الانفعالات جانب تعزيز فعالية البرامج المتوفرة حاليا خاصة البرنامج العلاجي المتخصص للانتكاس (برنامج المهارات النفسو– اجتماعية).
- تنظيم ورشات عمل حول مهارات التأقلم وجلسات فردية لتحضير النزلاء في نهاية مرحلة السجن نفسيا ومساعدتهم على استكشاف مشاعرهم وأفكارهم حول العودة للمجتمع مع تحديد أنماط التفكير غير الصحية.
- تصميم استراتيجيات وقائية تأخذ بالاعتبار تحديات العاطفية التي يواجهها الأفراد بعد الإفراج عنهم وتوفير الرعاية اللاحقة لهم على مستوى المصالح الخارجية التابعة للمدرية العامة لإدارة السجون وإعادة إدماج المحبوسين و ذلك بمساهمة الأهالي، هيئات الدولة والجمعيات والمجتمع المدني.
- ضرورة اهتمام الباحثين والمختصين لمواصلة البحث في موضوع الألكستيميا على مستوى المؤسسات العقابية نظرا لتشعبه وارتباطه بعدة متغيرات أخرى لم تشملها دراستنا.

# قائمة المراجع

## I . المراجع العربية:


القرآن الكريم

أوبيش، لبشير وبوغرارة، بكار.(2018).*المؤسسات العقابية ودورها في إعادة الإدماج الاجتماعي للمحبوسين*.مذكرة ماستر غير منشورة في القانون الجنائي، ورقلة: جامعة قصدي مرباح .

بكار، بوبكر.(2011).*مدى فترة العقوبة وآثره في اكتساب السلوكات العدوانية لدى الأحداث*.[رسالة ماجيستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر-باتنة-، قسم العلوم الاجتماعية شعبة علم النفس].

بن ايدير، فيصل.(2012).*الانعكاسات الخفية لفترة الحبس المؤقت على الموقوف بالوسط العقابي:دراسة ميدانية على الموقوفين المؤقتين*.[رسالة ماجيستر، تخصص علم النفس الوسط العقابي، جامعة جامعة الحاج لخضر-باتنة-، قسم العلوم الاجتماعية شعبة علم النفس].

بن خليفة، فاطمة.(2015).الذكاء الانفعالي لدى تلاميذ مرحلة التعليم الثانوي:دراسة استكشافية في ضوء متغير النوع والتخصص على عينة من تلاميذ السنة الثانية ثانوي.*مجلة الحوار الثقافي*.(01). ص ص 180-187.

بن عبيد، سعاد.(2017). الضغوط التالية لصدمة الإفراج ودور الرعاية اللاحقة للمفرج عنهم لإعادة إدماجهم في المجتمع.*مجلة العلوم الإسلامية والحضارة*.(06). ص ص 371-392.

بوشوشة، مريم و نايت عبد السلام، كريمة.(2021).الألكستيميا والاضطرابات السيكوسوماتية.*مجلة آفاق علمية*.(05). ص ص 296-315.

بوشوشة، مريم و نايت عبد السلام، كريمة.(2021).تكييف مقياس تورنتو TAS20 لقياس الالكستيميا على البيئة الجزائرية.*مجلة العلوم النفسية والتربوية*.(02)، ص ص 306-326.

حافظ، جمعة.(2018).بحث *كامل حول الانفعالات*.( www.psydz.info/2018/10/blog-post_9.html ?m=1). أطلع عليه بتاريخ الجمعة14مارس2025.

حمدي، ريمة ويخلف، سهيل.(2018).*تشخيص الأمراض النفسية في المؤسسات العقابية*.مداخلة في جامعة قالمة(.https://dspace.univ-guelma.dz) أطلع عليه بتاريخ الأربعاء05مارس2025.

الدغار، بشير.(2023).*مراحل النمو عند اريكسون*.( www.filsof.com/2023/12/erikson-stges-of-psychosocial.developement.html?m=1)، أطلع عليه بتاريخ الجمعة25 أفريل2025.

رونودو وآخرون(2017 / 2023)، *دليل البرنامج العلاجي المتخصص للمحبوسين الانتكاسيين.المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة إدماج المحبوسين*. (ترجمة آيت علي سليم وحطابي عائشة وآخرون). ص 02.

سيبوكر، اسماعيل ونجاحي، نجلاء.(2018).أهمية المنهج الوصفي للبحث في العلوم الإنسانية.*مجلة المقاليد*.(8). ص ص 43-54.

شريك، مصطفى.(2011).نظام السجون في الجزائر: نظرة على عملية التأهيل كما خبرها السجناء. [أطروحة دكتوراه، تخصص علم اجتماع الانحراف والجريمة، جامعة باجي مختار-عنابة-، قسم علم الاجتماع].

شناوي، رزيقة ومدوري، وردة.(2023).مساهمة الجانب الانفعالي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن الألكستيميا نموذجا.*مجلة مؤشر للدراسات الاستطلاعية*.(09). ص ص 77-102.

شناوي، رزيقة وملال، خديجة.(2021).إشكالية الانفعالات في ظهور الأمراض السيكوسوماتية: أمراض القلب والشرايين نموذجا.*مجلة دراسات في علم نفس الصحة*.(2). ص ص 41-49.

شناوي، رزيقة.(2023).*المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس الالكستيميا نموذجا*.[أطروحة دكتوراه، تخصص علم النفس العيادي، جامعة وهران2، قسم علم النفس والأرطوفونيا].

غانم، محمد حسن.(2015).*الدليل المختصر للأمراض السيكوسوماتية*.مكتبة الأنجلو المصرية.مصر.

فاسي، أمال.(2016)، *الاكتئاب الأساسي والألكستيميا لدى مريض السرطان كنشاط عقلي مميز*.[أطروحة دكتوراه، تخصص علم النفس العيادي، جامعة محمد لمين دباغين- سطيف2، قسم علم النفس].

فاسي، أمال.(2022).الألكستيميا (الاولية والثانوية) وعلاقتها بنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.*مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية*.(02). ص ص 120-131.

قدوري رابح وذبيحي لحسن.(2016).الذكاء الوجداني وعلاقته بالقدرة على حل المشكلات لدى تلاميذ المرحلة الثانوية.*مجلة العلوم النفسية والتربوية*.(01). ص ص 94-117.

كربال، مختار.(2010).*استراتيجيات المواجهة لدى المساجين وعلاقتها بظهور الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية*.[رسالة ماجيستر، تخصص علم النفس الصدمي، جامعة بوزريعة، قسم علم النفس وعلوم التربية].

مدوري، وردة.(2024).*توقعات النجاح الاكاديمي لدى الطالبة في ضوء متغيري الألكستيميا والتعرض للتنمر بالإقامة الجامعية*.[أطروحة دكتوراه، تخصص علم النفس المدرسي، جامعة وهران2، قسم علم النفس والأرطوفونيا].

ملال، خديجة وسي أحمد، أمال.(2022).*الألكستيميا لدى الراشد المصاب بمرض الشريان التاجي*.مجلة أفاق فكرية.(01). ص ص 123-142.

المنظمة الدولية للإصلاح الجنائي مكتب الشرق الأوسط وشمال إفريقيا.(2018).*الصحة النفسية في السجون:دليل إرشادي موجز للعاملين في السجون*.عمان، الأردن. ص ص5-7.

نايت عبد السلام، كريمة.(2002).*انتشار الاضطرابات النفسية ونوع آساليب التعامل المستخدمة في ما بعد الصدمة في الوسط العقابي*.[رسالة ماجيستر، تخصص علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، قسم علم النفس وعلوم التربية].

وزارة العدل.(2018).*قانون تنظيم السجون وإعادة إدماج المحبوسين*.ديوان الوطني لليد العاملة العقابية..ص ص 3- 7.

وزارة العدل، المديرية العامة لإدارة السجون وإعادة إدماج المحبوسين.*الرعاية النفسية والمساعدة الاجتماعية للمحبوسين*. (http:/dgapr/mjustice.dz). أطلع عليه بتاريخ الاربعاء05مارس2025.

وناس، أزيان.(2010).أي دور للأخصائي النفساني في المؤسسات العقابية؟.*مجلة أبحاث نفسية وتربوية*.(03).ص ص31 -45.

## II. المراجع الأجنبية:

Angel, Sylvie et Corrine, Antionne.(2013).*Le Petit Larousse de la Psychologie*. 2eme édition .Larousse. France. p722.

Chen, Li and al.(2017). Prevalence and associated factors of alexithymia among adult prisoners inChina: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*.(17). Pp 1-17.

.

Désesquelles, Aline et Kensey, Annie.(2006)**.**Les détenus et leur famille: des liens presque toujours maintenusmais parfois très distendus. Données sociales - *La société française*. Edition 2006. pp59-67

Gary, Christopher and Mc Murran, Mary.(2009).Alexithymia, empathic concern, goal management, and social problem solving in adult male prisoners. *Psychology, Crime & Law*.(08). pp 697- 709.

Gharib, Pour Mahdi, Akbari, and Bahman, Abbas Abolghasemi. (2020)**.**Comparisons of Alexithymia, Negative Emergency and Aggression in Prisoners with and without Intermittent Explosive Disorder. *Applied Psychological Research Quarterly*.(01). pp169-183.

Hemming, Laura and all.(2020).Word's d'ont come easy : How male prisoner's difficulties identifying and discussing feelings relate suicide and violence. *Frontiers in psychiatry*.Volume11. pp 1-16.

Hemming, Laura and all.(2021). A Cross-Sectional Study Investigating the Relationship Between Alexithymia and Suicide,Violence, and Dual Harm in Male Prisoners. *Frontiers in psychiatry*.Volume12. pp1-13.

Jouanne, Celine.(2006).L 'alexithymie entre déficit émotionnel et processus adaptatif. *Psychotropes*.(03). pp193-209.

Kowal, Cecile et autres.(2020). L'alexithymie :Clé de compréhension ou obstacle à l'accompagnement des auteurs de violence conjugale ?Vignettes cliniques. *Bulletin de psychologie*.(2). pp115-128.

Luminet et autres.(2013).*L'alexithymie :comment le manque d'émotions peut affecter notre santé*.1ere édition. De boeck. Belgique. p75.

Mattila,A.K. Hypen,K. Andersson, N., and Samppala,. Joukamaa.(2008). Alexithymia among finnish male prisoners**.** *European Psychiatry*. ( 23).pp1-80.

Monier, Gregory.(2011)**.***Dépression alexithymie et personnalité***.[**thèse doctorat, Université de Limoges, Faculté de médecine**]**

# قائمة الملاحق

# مقياس تورنتو للألكستيميا (T.A.S.20):

## I. المعلومات الأولية:

**1- السن:.....**

**2- التهمة:.....**

**3- مدة العقوبة:.....**

**4- طبيعة الاعتياد: ابتدائي ☐ انتكاسي ☐**

**5- متهم ☐ محكوم عليه نهائيا ☐**

**6- مرحلة العقوبة:بداية العقوبة ☐ وسط العقوبة ☐ نهاية العقوبة ☐**

## II. التعليمة :

حدد باستعمال السلم الموجود في الأسفل بأي درجة تكون موافقا أو معارضا على كل عبارة من العبارات التالية يكفي أنت ضع علامة في المكان المناسب لا تعطي إلا إجابة واحدة لكل عبارة.

(**0**معارض تماما،**1**معارض،**2**محايد، **3.**موافق،**4**موافق بشدة)

| الفقرة | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|
| 1.غالبا لا أرى مشاعري بوضوح. | | | | | |
| 2.من الصعب علي إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري. | | | | | |
| 3.أشعر بأحاسيس في جسمي حتى الأطباء لا يستطيعون فهمها. | | | | | |
| 4.أستطيع وصف مشاعري بسهولة. | | | | | |
| 5. أفضل حل المشكلة بدل مجرد وصفها أو الحديث عنها. | | | | | |
| 6.عندما أكون منزعجا لا أعرف ما إذا كنت حزينا أم خائفا أم غاضبا. | | | | | |
| 7.غالبا ما أكون مشوشا بشأن أحاسيس في جسمي. | | | | | |
| 8.أفضل أن أدع الأمور تحدث كما هي بدلا من محاولة فهم أسباب حدوثها بهذا الشكل. | | | | | |
| 9. لدي مشاعر لست قادرا على تحديدها بشكل واضح. | | | | | |
| 10.من الضروري للأشخاص معرفة ما يشعرون به. | | | | | |
| 11.أجد صعوبة في وصف شعور نحوي الآخرين. | | | | | |
| 12.يطلب مني الآخرون باستمرار أن أعبر عن مشاعري أكثر. | | | | | |
| 13.لا أعرف ما الذي يجري بداخلي. | | | | | |
| 14. في معظم الأوقات لا أعرف لماذا أنا غاضب. | | | | | |
| 15. أفضل الحديث مع الناس حول روتين حياتهم اليومي بدل الحديث عن مشاعرهم. | | | | | |
| 16. أفضل مشاهدة العروض الترفيهية الكوميدية بدل مشاهدة العروض الدرامية. | | | | | |
| 17. أجد صعوبة في البوح بمشاعري الخاصة حتى لأقرب أصدقائي. | | | | | |
| 18. يمكنني أن أشعر بأنني قريب من شخص ما،حتى في لحظات صمته. | | | | | |
| 19. أجد أن تحليل مشاعري يفيدني في حل مشاكلي الشخصية. | | | | | |
| 20.البحث عن معنى خفي في الأفلام أو المسرحيات يقلل من المتعة في مشاهدتها. | | | | | |