



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه LMD
في علم النفس العيادي

المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس - الألكستيميا نموذجا -

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيدة(ة): شناوي رزيقة

أهم لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
كبداني خديجة	أستاذة	جامعة وهران 2	رئيسا
ملال خديجة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مقرررا
محرزي مليكة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة وهران 2	مناقشا
بن عمور جميلة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة الشلف	مناقشا
سبع هاجيرة	أستاذة محاضرة -أ-	جامعة عين تموشنت	مناقشا

السنة الجامعية 2023/2022

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى رمز العطاء والتضحيات

إلى الوالدين الكريمين - حفظهما الله -

إلى إخوتي: مليكة، سحنون، فيروز، يوسف

وإلى العزيزة البتول

إلى زملائي وزميلاتي في العمل بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف

إلى زملائي بالدكتوراه في علم النفس - دفعة 2019/2020 - بجامعة وهران 2

إلى كل من ساندني وشجعني خلال مسيرتي الدراسية

رزيقة شناوي

كلمة الشكر

الشكر لله أحمدته على نعمه وعلى منحه لي الصبر والقوة لإتمام هذا العمل.

كما أتقدم بجزيل الشكر والاحترام والتقدير للأستاذتين المشرفتين

الدكتورة "ملال خديجة" والدكتورة "محرزي مليكة" على دعمهما وتشجيعهما وتوجيههما المتواصل طيلة البحث.

كما أتقدم بجزيل الشكر والامتنان للأستاذة الدكتورة "كبداني خديجة" والدكتورة "بن حليلم أسماء" على وقتها وتوجيهاتها.

ولم يغب عني توجيه الشكر الحار إلى زملائي (النفسانيين، الأطباء، المسؤولين والأعوان) بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، وبمديرية الصحة والسكان لولاية الشلف.

وفي الأخير أشكر الأساتذة أعضاء اللجنة على قبولهم مناقشة هذه الأطروحة وتصويبها.

الملخص:

استهدفت الدراسة موضوع "المعانة النفسية لدى المدمن المنتكس - الألكستيميا نموذجاً"، وذلك من خلال التعرف على طبيعة المعانة النفسية لدى المدمن المنتكس وأهم مؤشراتهما، خاصة تلك المتعلقة بمتغير الألكستيميا.

ولإجراء هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه الكمي والكيفي، حيث تم إجراء الدراسة الاستطلاعية بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الألكستيميا واختيار الحالات المناسبة للدراسة، في حين تم إجراء الدراسة الأساسية على مجموعتين من المدمنين بالمركز ذاته، المجموعة الأولى تكونت من 4 حالات من المدمنين المنتكسين، أما المجموعة الثانية فتكونت من 140 مدمناً (71 منتكساً و69 غير منتكس)، وباستخدام الأدوات التالية: المقابلة نصف الموجهة، الملاحظة العيادية، مقياس الألكستيميا (TAS-20)، وتم التوصل إلى النتائج التالية:

- ارتفاع مستوى المعانة النفسية - الألكستيميا- لدى المدمنين المنتكسين.
- يساهم مستوى الألكستيميا في التنبؤ بالانتكاسة لدى المدمنين.

وعليه تم اقتراح مجموعة من التوصيات، أهمها التركيز على الجانب الانفعالي في العلاج النفسي للمدمنين، وأخذ بعين الاعتبار في بناء البرامج العلاجية والوقائية والتأهيلية، لمنع حدوث الانتكاسات لدى المدمنين.

الكلمات المفتاحية: المعانة النفسية، الألكستيميا، الإدمان، الانتكاسة.

قائمة المحتويات

الصفحة	المحتويات
أ	الإهداء
ب	كلمة الشكر
ج	الملخص
د	قائمة المحتويات
هـ	قائمة الجداول
و	قائمة الملاحق
01	المقدمة
الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة	
04	1- مشكلة الدراسة
08	2- فرضيات الدراسة
09	3- أهمية الدراسة وأهدافها
09	4- حدود الدراسة
10	5- تحديد مفاهيم الدراسة
الفصل الثاني: تحليل المفاهيم الأساسية للدراسة	
أ . الإدمان والانتكاسة:	
12	أولاً. الإدمان على المخدرات
12	1- مفاهيم تتعلق بالإدمان
16	2- الإدمان
26	3- النظريات المفسرة للإدمان
30	4- علاج الإدمان
33	ثانياً. الانتكاسة
34	1- مفهوم الانتكاسة
36	2- أشكال الانتكاسة

37	3- أسباب الانتكاسة
41	4- النظريات المفسرة للانتكاسة
46	5- الوقاية من الانتكاسة
	II . المعاناة النفسية
48	1- لمحة عن نشأة مفهوم المعاناة
49	2- تعريف المعاناة النفسية
52	3- بعض المفاهيم التي لها علاقة بالمعاناة النفسية
54	4- أسباب المعاناة النفسية
55	5- المقاربات النظرية لتفسير المعاناة النفسية
56	6- المعاناة النفسية عند المدمن المنتكس
	III . الألكسيميا
60	1- مفهوم الألكسيميا
63	2- المفاهيم المتعلقة بـ الألكسيميا
67	3- قياس الألكسيميا
68	4- النظريات المفسرة للألكسيميا
71	5- علاج الألكسيميا
72	6- الألكسيميا لدى المدمن المنتكس
	الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة
	I . المنهج المتبع
80	1- المنهج الوصفي
81	2- الأدوات المستخدمة لإجراء الدراسة
	II . الدراسة الاستطلاعية
83	1- أهداف الدراسة الاستطلاعية
83	2- حدود الدراسة الاستطلاعية
84	3- مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية

86	4- الخصائص السيكومترية لمقياس الألكستيميا
	III . الدراسة الأساسية
87	1- أهداف الدراسة الأساسية
87	2- حدود الدراسة الأساسية
87	3- مواصفات عينة الدراسة الأساسية
91	4- صعوبات الدراسة
الفصل الرابع: عرض النتائج ومناقشتها	
I. عرض الحالات	
93	1- دراسة الحالة الأولى
98	2- دراسة الحالة الثانية
104	3- دراسة الحالة الثالثة
110	4- دراسة الحالة الرابعة
117	خلاصة الحالات
II. مناقشة النتائج	
119	1- مناقشة الفرضية الأولى
122	2- مناقشة الفرضية الثانية
126	الخاتمة
128	التوصيات والاقتراحات
130	المراجع
144	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	تصنيف المخدرات	15
2	معايير التشخيص حسب كل من DSM-V و CIM-10	19
3	إحصائيات المدمنين في المراكز الوسيطة عبر الوطن (2021 / 2020)	25
4	مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية	84
5	نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الألكستيميا	86
6	مواصفات عينة الدراسة الأساسية (المجموعة الأولى)	88
7	مواصفات عينة الدراسة الأساسية (المجموعة الثانية)	89
8	عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 1)	96
9	عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 2)	101
10	عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 3)	107
11	عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 04)	114
12	مؤشرات نموذج الانحدار للانتكاسة	122
13	تحليل التباين ANOVA لمتغير الألكستيميا	122
14	مساهمة الألكستيميا في حدوث الانتكاسة	123

قائمة الملحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
144	دليل المقابلة	01
147	شبكة الملاحظة	02
148	مقياس TAS 20 للألكستيميا	03

المقدمة:

على الرغم من الجهود والمخططات الصحية التي تبنتها الحكومات والمنظمات الدولية في مجال علاج الإدمان، إلا أنّ نسب وإحصائيات الانتكاسات المصرح بها تبقى مرتفعة، خاصة عند فئة الشباب والمراهقين، فمن جهة هناك تزايد لعدد المدمنين الطالبيين للعلاج في المراكز المتخصصة، يقابله تزايد الانتكاسات أثناء العلاج أو بعد التعافي، ويشير (Pelletier:2018) إلى أنّ 75 % من المدمنين الذين مرّوا بفترة علاج من الإدمان خلال حياتهم، يعانون من الانتكاسة.

وتعرف الانتكاسة عند المدمن بأنها العودة إلى نمط السلوك السابق من استهلاك المواد النفسية، بعد الاستفادة من فترة علاج في مركز متخصص، وعدم قدرة المنتكس على الحفاظ على مكتسبات البرنامج العلاجي، ويرى بعض الباحثين أن الانتكاسة تعتبر جزءاً أساسياً من مسار العلاج، إذ أنها تساعد المريض على إدراك دافعيته ومدى استثمار إمكانياته للخروج من حلقة الإدمان، إلا أنها تبقى عملية دينامية ومعقدة تتعدد أسبابها ومحدداتها من مدمن لآخر، حيث أشار الممارسون إلى جملة من العوامل المؤدية إلى الإدمان ثم الانتكاسة، منها العوامل البيئية مثل جماعة الرفاق وسوء التوظيف الأسري وكذلك البرامج العلاجية، العوامل الفردية المتعلقة بعامل الاشتياق للمخدر، وشخصية المدمن وسماتها مثل الاستعداد النفسي للتعاطي مجدداً.

واتجه الباحثون في المجال النفسي إلى دراسة العوامل النفسية التي تدفع المدمن المتعافى للعودة إلى سلوك التعاطي، ومن بين هذه العوامل المعاناة النفسية بمختلف مؤشراتها، وتطرق هذه الدراسة إلى دور المؤشرات الانفعالية في حدوث الانتكاسة، من خلال موضوع "المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس - الألكستيميا نموذجاً"، حيث استهدفت التعرف على مستوى الألكستيميا وطبيعتها عند المدمن المنتكس من جهة، والكشف عن مساهمة الألكستيميا في التنبؤ بتكرار تجربة الإدمان والانتكاسة نحو المواد النفسية.

وتم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول، وهي كالآتي:

- الفصل الأول: "مدخل إلى الدراسة"، وفيه تم طرح مشكلة الدراسة وتساؤلاتها، صياغة الفرضيات، تحديد أهمية الدراسة وأهدافها، وتحديد مفاهيم الدراسة اصطلاحاً وإجرائياً.

- الفصل الثاني: "تحليل المفاهيم الأساسية للدراسة"، وتم فيه التطرق إلى متغيرات الدراسة، وهي: الإدمان والانتكاسة، المعاناة النفسية، والألكسيميا، وذلك من خلال مفهوم كل متغير وأسبابه والنظريات المفسرة له، إضافة إلى إدراج جملة من الدراسات النظرية والميدانية التي تناولت هذه المتغيرات سواء العربية أو الأجنبية.
 - الفصل الثالث: "الإجراءات المنهجية للدراسة"، وفيه تم التطرق إلى المنهج المتبع وأدواته، إجراءات الدراسة الاستطلاعية والأساسية (الأهداف، الحدود الزمنية والمكانية، مواصفات العينة).
 - الفصل الرابع: "عرض النتائج ومناقشتها"، وتم تقسيمه إلى جزأين، الجزء الأول تم فيه عرض الحالات الأربع للدراسة، في حين أن الجزء الثاني تضمن مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري.
- وفي الأخير تم إنهاء الدراسة بخاتمة واقتراح مجموعة من التوصيات وفق النتائج التي تم التوصل إليها.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

1 . مشكلة الدراسة:

تعد مشكلة المخدرات والإدمان عليها من المشكلات الصحية التي تواجهها الدول، فهي تنتشر بشكل متسارع وخطير وسط فئة الشباب، وتكمن خطورتها في تعدد أنماط الاعتماد على المواد النفسية وانعكاساتها على الصحة النفسية والجسدية للفرد، حيث يشير آخر تقرير عالمي أصدره مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة "ONUDC" سنة 2018، إلى أنّ حوالي 31 مليون متعاط للمخدرات في العالم يعانون من اضطرابات مرتبطة بالاستخدام وأغلبهم شباب، أما في سنة 2019 فقد توصل المصدر ذاته إلى أنّ 35 مليون شخص يعاني من اضطرابات مرتبطة باستهلاك المخدرات وهم بحاجة إلى مصالِح للعلاج.

وتزامنت سنة 2020 مع انتشار جائحة "كوفيد -19" التي دفعت إلى اتخاذ إجراءات مشددة للحجر المنزلي، التي بدورها ساهمت في ارتفاع نسبة استهلاك المواد النفسية، حيث لوحظ في بريطانيا ارتفاع عدد مستهلكي الكحول بنسبة 16 % أثناء الحجر المنزلي للفئة العمرية 18-34 سنة، كما أوضحت الدراسات أن العوامل النفسية المترتبة عن الجائحة مثل الخوف من الفيروس، والعزلة الاجتماعية انعكست سلباً على المدمنين وزادت نسبة استهلاكهم، خاصة مهنيي الصحة الذين أُجبروا على التعايش مع الفيروس في المؤسسات الصحية (karila & benyamina, 2021).

ولا مَناص من القول أنّ الدول العربية لم تسلم من انتشار هذه الآفة، حيث تصاعد عدد مستهلكي المخدرات بسبب العصابات المروجة لها والتسميات التسويقية لها التي تستقطب المراهق، فينتقل من الاستخدام التجريبي إلى الاعتمادية وأحياناً إلى الجرعة الزائدة فالموت، ففي مصر وصل إجمالي عدد الوفيات بسبب الجرعة الزائدة في سنة 2017 إلى 3900 شخص، بينما وصل في تونس إلى 400 شخص (www.aps.dz).

أمّا في الجزائر، فقد كشفت تقارير الديوان الوطني لمكافحة الإدمان والمخدرات لسنة 2020، أنّ 64321 شخصاً تورطوا في قضايا تتعلق بالمخدرات، بزيادة قدرها 37.17 % مقارنة بسنة 2019، ومن بين هؤلاء الأشخاص المتورطين 11644 من المتاجرين و28339 من مستهلكي القنب

الهندي، أما المؤثرات العقلية فقد وصل عدد مستهلكيها إلى 12952 مدمناً، وعدد المتورطين في المتاجرة بها إلى 10754 متاجراً، بينما وصل عدد المدمنين الطالبين للعلاج في المراكز الوسيطة لعلاج المدمنين خلال سنة 2020 إلى 21638 مدمناً، قبل أن ينخفض هذا العدد إلى 19701 مدمن في سنة 2021. ويعدّ القنب الهندي من أكثر المواد النفسية استهلاكاً في الجزائر، حيث احتل المركز الأول بنسبة 30,72 %، يليه الاستعمال المتعدد للمخدرات بنسبة 29,11 %، ثم المؤثرات العقلية بنسبة 23,19 % في المركز الثالث. (الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، 2021، ص. 13).

وبهدف التصدي لظاهرة الإدمان، انتهجت الدول عدة مخططات قانونية وسياسية واجتماعية وصحية لعلاج المدمنين، من خلال وضع استراتيجيات وبرامج عمل صحية متعلقة بالوقاية والعلاج وإعادة التأهيل، لكن الوصول إلى هذا الهدف تقابله دوماً جملة من الصعوبات، أهمها انتكاسة المدمنين بعد العلاج، حيث أن أغلب المعالجين في مجال الإدمان يشكون من انتكاسة المدمنين المتعافين. وتعرف الانتكاسة بأنها العودة إلى سلوك التعاطي واستهلاك المواد النفسية بعد فترة من العلاج والتوقف، حيث يفقد المدمن المتعافى القدرة على الحفاظ على مكتسبات العلاج وتغيير السلوك السابق، فيعود إلى تجربة الإدمان.

ويتفق العديد من الباحثين على أنّ معدلات الانتكاسة بعد العلاج متزايدة وسط المدمنين المتعافين، حيث توصلت خربوش (2012) إلى إمكانية حدوث الانتكاسة في أي وقت بعد العلاج، وأنها قد تحدث بنسبة 66 % خلال الأشهر الثلاثة الأولى (ص1)، كما يبيّن السيد (2011) أنّ نسبة الانتكاسة تتراوح ما بين 30 و 70 % تبعاً لنوع المادة المخدرة، ويبيّن بوني (2011) أنّ ما بين 40 إلى 90 % من المدمنين ينتكسون على مدار العام التالي للعلاج، في حين نشر عسكر (2005) أنّ معدلات الانتكاسة لمتعاطي الخمر والأفيونات والكوكايين تتجاوز 90 % لمرة واحدة و 85 % لمرة، و 80 % لـ 03 مرات و 75 % لأكثر من 3 مرات في العام الواحد (الريماوي، 2015، ص. 4)، بينما يرى قسيس (2017) أنّ نسبة حدوث الانتكاسة بعد العلاج تصل إلى ما بين

50 و 90 %، أمّا (Pelletier.2018) فيذكر أنّ 75 % من المدمنين الراشدين الذين مرّوا بفترة علاج خلال حياتهم، يعانون من نسبة مرتفعة من الانتكاسة (p10).

وتتعدد الأسباب والعوامل المؤدية للانتكاسة لدى المدمنين، حيث أوضح العديد من الباحثين أهمية العوامل الاجتماعية المتعلقة بالبيئة الخارجية والأسرة والمؤسسات العلاجية في حدوث الانتكاسة، حيث توصلت دراسة صبيح (2006) إلى تحديد العوامل المرتبطة بالعودة إلى الإدمان، وبيّنت أنّ أهمها عامل المحيط الخارجي للمعافي من الإدمان، أي الضغوط التي يتعرض لها في المجتمع والأسرة (عبيد، 2020، ص. 48).

وللأسرة دور لا يمكن إغفاله في العودة إلى الإدمان، مثل سوء التوظيف الأسري والحرمان الوالدي، والحماية الزائدة التي تزيد الصراعات بين شخصية فتظهر المعاناة النفسية فالانتكاسة، فقد أكدت دراسة (Asharma & al :2012) أنّ نقص الدعم العائلي يسبّب العودة إلى الإدمان، أمّا دراسة (Cobbina :2009) فذكرت أهمية الاستقرار الزوجي ومراحل النمو السليمة وتحديد الهوية الذاتية للوقاية من الانتكاسة (الكندي، 2014، ص. 14).

في حين أجمعت بعض الدراسات على أنّ مصدر الانتكاسات المتكررة عند المدمنين المتعافين يرجع إلى فشل البرامج العلاجية وضعف الدافعية والرغبة في العلاج، حيث يبدو أنّ المدمن يشعر مبكراً بالتحسّن فلا يتبع خطة العلاج المقترحة، ومن زاوية أخرى فإنّ المدمن في مرحلة ما بعد الشفاء يواجه صعوبة الاندماج وتحمّل نمط الحياة الحديث الذي يتطلّب قوة المواجهة وتحمل الضغوط، لذا تشير دراسة (Dobkin & al :2007) إلى أهمية العلاقة بين جماعات الدعم الذاتي والوقاية من الانتكاسة (العتيبي، 2019، ص. 111)، في حين توصلت دراسة رتاب (2018) إلى أنّ البرنامج العلاجي الجماعي يخفّف أعراض الانتكاسة لدى المدمنين.

ويربط أصحاب الاتجاه النفسي الانتكاسة ببنية الفرد النفسية الداخلية مثل الاستعداد النفسي للتعاطي مجدداً، أي إلى مجموعة من السمات الداخلية تؤثر في تكوين شخصية الفرد وتفاعله مع البيئة الخارجية (الهيأة، 2015، ص. 38)، ويشير أبوزيد (1998) إلى دور بعض المؤثرات

النفسية الانفعالية والمزاجية والوجدانية في حدوث الانتكاسة، مثل العودة إلى السلوك القهري، والأسف الذاتي، وتجدد المعاناة النفسية وغيرها من المؤشرات التي تدفع إلى الانتكاسة (ص ص 50، 51)، وتضيف ماجدة حسين محمود (1991) أن سبب الانتكاسة هو عدم الاتزان الانفعالي والمعاناة النفسية من العزلة، ورفض النصائح والتشجيع، وأن المنتكسين غير اجتماعيين، إضافة إلى متغيرات أخرى مثل الاشتياق واللهفة على المادة النفسية (غانم، 2005).

وبالتالي فإنّ تجدد المعاناة النفسية لدى المدمن مرتبط بالانتكاسة بعد التعافي، حيث تختلف هذه المعاناة من شخص إلى آخر حسب الشدة والمدة والتكرار، فهناك من لا ينتكس إلا بعد سنة أو سنتين، بينما نجد بعض المنتكسين يعودون إلى الإدمان أثناء فترة العلاج، وأحياناً لا يدرك المدمن معاناته ولا يعبر عمّا بداخله ويفضّل تجنّب الحديث عن مشاعره ويميل إلى الوحدة والأسف الذاتي وعدم المشاركة الوجدانية، الأمر الذي يدفع المعالج إلى التنبؤ بالمدمنين المنتكسين، فالمعاناة النفسية هي خاصية دينامية عند المدمنين المنتكسين، تظهر مؤشراتهما في القلق والضيق النفسي والإحباط والاكئاب والخلل في القدرة على التعبير الانفعالي والكفاءة في ضبطه دون مواد نفسية، فالرغبة القهرية للعودة إلى سلوك التعاطي تعتبر نوعاً من التداوي الذاتي لتخفيف المعاناة من جهة وعدم الانهيار الذاتي من جهة أخرى، حيث يرى (Lecours: 2016) أنّ مفهوم المعاناة معقد ولا يمكن فهمه ككل متكامل، بل يجب على الباحث أن يختار المجال بهدف تضيق المفهوم. وتتغذى المعاناة النفسية حسب الباحث (Hervé: 1998) من القلق وتوقعات الفقدان خاصة في التعامل مع الآخر، فالمعاناة مفهوم يحتاج إلى تحديد بعض الظواهر المرتبطة بها، وتعتبر الألكستيميا تجربة محورية للمعاناة النفسية متعلقة بعالم الصمت، حيث يصعب على الفرد التعرف على انفعالاته والتعبير عنها، ويغلب على تفكيره النمط العملي وضعف الحياة الهوامية، حيث يرى جاكوب (Jacob: 1990) أنها رد فعل للألم وميكانيزم دفاعي يحمي الشخص من الانفعالات والوضعيات الخطيرة، خاصة عندما تكون الخبرة الانفعالية تتعدى القدرة التكيفية (مقاتلي، 2018، ص. 310).

ويبرز (Barucq: 2013) دور الألكستيميا كعامل خطر يؤدي إلى الانتكاسة في مجال الإدمان، أو كعامل فشل للتكفل النفسي العلاجي له علاقة ارتباطية سلبية مع طلب الرعاية الصحية،

إذ أنّ نمط التفكير المتوجه نحو الخارج يؤدي إلى استثمار المجال النفسي الضعيف أو استثمار مضاد لنفس المجال، حيث يصبح العلاج النفسي هنا كتسوية (p92)، وتشير العديد من الدراسات إلى أنّ الأشخاص الذين يعانون من الألكسيميا غير ملتزمين بالعلاج وتنتشر عندهم الانتكاسات، حيث أنّ المدمنين على المواد النفسية ذوي المستوى المرتفع من الألكسيميا لديهم مشاكل في الاندماج في العلاجات النفسية (Palma-alvarez, 2021, p.2)، كما أنّ أغلب المدمنين المزمنين يتميزون بعدم القدرة على استخدام الخطاب الداخلي (Discours intérieur)، وميكانيزمات التنظيم الذاتي اللفظي لتقييم وتخطيط وإرشاد السلوك (Miller, 1991, p.278).

وفي نفس الصدد، اعتبرت بعض الدراسات الألكسيميا مؤشرا للمعاناة النفسية وعاملا تنبؤيا للانتكاسة، حيث توصلت دراسة (Loas & al:1997) إلى أنّ الألكسيميا هي عامل تنبؤي للانتكاسة عند مدمني الكحول خاصة محور المشاعر، وبإمكانها أن تساهم في فشل وضعف نتائج العلاج، كما توصلت دراسة كل من موساوي وكياني (Moussaoui & Kiani:2019) إلى أنّ زيادة الألكسيميا والاندفاعية تزيد عدد الانتكاسات في الإدمان، في حين أنّ زيادة الذكاء الانفعالي تخفض عدد الانتكاسات، أما دراسة (Palma-alvarez & al:2018-2020) فقد أشارت إلى أنّ انتشار الألكسيميا وصل إلى معدل 41.3 %، وأنّ المدمنين الذين يعانون من الألكسيميا عالجوا لمدة قليلة وتعرضوا لانتكاسات في وقت مبكر مقارنة بالمرضى غير الإلكسيميين، وهو ما يؤثر وينعكس على نتائج العلاج من الإدمان.

ومن هذا المنطلق تم طرح التساؤلين الآتيين:

1. ما هو مستوى الألكسيميا عند المدمن المنتكس؟
2. هل يساهم مستوى الألكسيميا في التنبؤ بالانتكاسة لدى المدمن؟

II . فرضيات الدراسة:

من خلال تساؤلات الدراسة تمت صياغة الفرضيتين الآتيتين:

1. مستوى الألكسيميا مرتفع لدى المدمنين على المخدرات المنتكسين.
2. يساهم مستوى الألكسيميا في التنبؤ بحدوث الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

III . أهمية الدراسة وأهدافها:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في:

- **على المستوى النظري:** تبقى شخصية المدمن المنتكس محور دراسة واهتمام الباحثين ذوي الاتجاه النفسي، وتضاف هذه الدراسة إلى التراث العلمي المهتم بالفهم العميق لشخصية المدمن وسماتها التي تعدّ سببا في انتكاسته، حيث أنّ هناك ندرة في الدراسات العربية خاصة الجزائرية منها -على حسب علم الباحثة- التي تناولت موضوع المعاناة النفسية من خلال مؤشر الألكستيميا عند المدمن المنتكس.
- **على المستوى التطبيقي:** تحاول هذه الدراسة تناول متغير الألكستيميا كمؤشر للمعاناة النفسية من شأنه أن يؤدي إلى فشل البرامج العلاجية، من خلال تطبيق دليل المقابلة والملاحظة ومقياس (TAS-20)، لفحص مستوى الألكستيميا عند المنتكسين ومدى مساهمته في التنبؤ بالانتكاسة عند المدمنين، كما تهتم الدراسة بمساعدة الممارسين على تطوير البرامج العلاجية المناسبة للوقاية من الانتكاسة المتكررة.
- ويمكن حصر أهداف الدراسة فيما يلي:
- معرفة مستوى الألكستيميا لدى المدمنين على المخدرات المنتكسين.
- الكشف عن مساهمة متغير الألكستيميا في التنبؤ بحدوث الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

IV . حدود الدراسة:

- **الحدود الموضوعية:** تتناول الدراسة موضوع "المعاناة النفسية عند المدمن المنتكس - الألكستيميا نموذجا".
- **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، التابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية أولاد فارس الشلف.
- **الحدود الزمنية:** تمت الدراسة في الفترة الممتدة بين 2019-2022.
- **الحدود البشرية:** اقتصرت الدراسة في شقها الكمي على دراسة 140 مدمن، أمّا الشق الكيفي فتمثّل في 4 حالات لمدمنين منتكسين بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف.

v. مفاهيم الدراسة:

1. المعاناة النفسية:

➤ اصطلاحاً: يعرفها Didier Anzieu بأنها إحساس منتشر للاستياء أو الانزعاج وشعور بعدم وجود معنى للحياة، رؤية الجسد والفكر يعملان خارجياً، أن يشاهد شيئاً ما لا علاقة له بوجوده (Pitan, 2018, p.138).

➤ إجرائياً: هي استجابة المدمن المنتكس للمؤشرات الإكلينيكية المحددة من خلال دليل المقابلة والملاحظة العيادية.

2. الألكستيميا:

➤ اصطلاحاً: يعرفها Sifneos بأنها نقص أو فقر في العاطفة، وأن تكون الحياة الهوامية أو الخيالية فقيرة نتيجة شكل من أشكال التفكير الإجرائي أو النفعي، والميل لاستخدام الفعل لتجنب الصراعات والوضعيات الضاغطة، مع تقيّد واضح في التعبير عن الانفعالات خاصة صعوبة إيجاد كلمات لوصف المشاعر (Jouane, 2006, p.195).

➤ إجرائياً: هي المؤشرات الإكلينيكية التي يستجيب لها المدمن المنتكس من خلال دليل المقابلة، الملاحظة العيادية، ومقياس الألكستيميا (TAS-20).

3. الإدمان: هو عدم القدرة على السيطرة باستمرار على السلوك، رغم العلم بخطورته والنتائج المترتبة عنه، والاعتمادية لا تقتصر على المادة المخدرة، وإنما على الارتياح (soulagement) الذي تخلفه، فالاعتمادية لا تكون على المادة وإنما على التجربة التي تخلفها (Dortier, 2007, P. 8).

4. الانتكاسة: ويعرفها موس وكوك (Moss & Cook: 2012) بأنها العودة إلى تعاطي المخدرات بعد فترة من الانقطاع أو الامتناع عن التعاطي (الغداني، 2019، ص.22).

5. المدمن المنتكس:

➤ إجرائيا: هو المدمن الراشد الذي تعرّض للانتكاسة مرة واحدة على الأقل بعد استنفادته من فترة علاج (06 أشهر على الأقل) في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، سواء كان نمط إدمانه متعدّدا أو غير متعدّد.

المفصل الثاني

تحليل المفاهيم الأساسية
للدراسة

1 . الإدمان والانتكاسة:

عرف الإنسان المخدرات والكحوليات منذ القدم، حيث تم استخدامها من طرف الشعوب القديمة والحضارات البدائية في نظام العيش اليومي، ثم انتقل الأفراد من استخدامها لأغراض طبية إلى الاستخدام الترفيهي (récréatif)، وذلك بعد أن أصبح الحصول عليها سهلاً وبأقل ثمن، إذ وجد الإنسان فيها إشباعاً للذة والحاجيات النفسية، وبالتالي نشأت ظاهرة الإدمان على المخدرات التي أصبحت في العصر الحالي آفة اجتماعية تمس كل فئات المجتمع وطبقاته، إذ انتشرت بشكل متسارع وخطير من حيث نسبة استهلاك المواد النفسية، وتعدد أنماط الاعتماد على المادة أو السلوك الإدماني.

ولمواجهة هذه الظاهرة اتخذت عدة دول مجموعة تدابير واستراتيجيات لمكافحتها، سواء تلك المتعلقة بالعلاج أو إعادة التأهيل، إلا أنّ انتكاسة المدمنين المتعافين تطرح صعوبات عديدة -رغم أهمية عملية الانتكاسة وتأثيرها على مكتسبات البرامج العلاجية-، لذا اتجه الكثير من الباحثين إلى دراسة الانتكاسة والبحث في أسبابها، بهدف الوصول إلى الطرق العلاجية والوقائية الأكثر فاعلية للحد من آثارها وسط فئة المدمنين.

أولاً. الإدمان على المخدرات:

1. مفاهيم تتعلق بالإدمان:

1.1. المخدر

لغة: مشتق من "الخدِر" وهو الضعف والفتور الذي يصيب البدن والأعضاء، كما يصيب الشارب قبل السكر، وبناء على هذا فإنّ **المخدر** هو ما ينتج عن تناوله كسل وفتور وضعف واسترخاء في الأعضاء، وفيه معنى الستر والتغطية (الرئاسة العامة لإدارات البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد، 1991، ص.223)

اصطلاحاً: هو كل مادة كيميائية تغيّر من بنية الجسم أو وظيفته، خاصة المواد النفسية (psychotropes) التي تؤثر مباشرة على الجهاز العصبي المركزي (الإثارة، الاضطراب)،

وتسهّل تغيير الأحاسيس، المزاج والإدراك، ويمكن أن تكون طبيعية أو اصطناعية، شرعية أو غير شرعية، وبوصفة طبية أو دون وصفة (Vermette, 2005, p.7).

التعريف نفسياً: ويعرّف حسين فايد (2001) المخدر بأنه "أي مادة طبيعية أو كيميائية مهبطة أو منشطة أو مهلوسة، وعند تعاطيها ودخولها لجسم الإنسان تؤثر على الوظائف المزاجية، المعرفية، الجسمية والعصبية، وتتعمق أضرار سوء استخدامها على الفرد والمجتمع" (فاضلي، 2017، ص. 2)، بينما يشير لوتز (Lutz, 2017, p.78) حسب قاموس Larousse والأكاديمية الوطنية للصيدلة، إلى أنّ المخدر هو مادة مزدوجة المفعول، حيث أنه مادة نفسية مريحة وسامة في الوقت ذاته، ويفضّل الممارسون في مجال علاج الإدمان استخدام لفظ مادة نفسية على لفظ مخدر، وذلك لتفادي الوصمة الاجتماعية.

2.1. المادة النفسية (la substance psychoactive)

تعريفها: هي كل مادة تغيّر التوظيف النفسي: الكحول، الأمفيتامينات، الكافيين، القنب، المهلوسات، الأفيونات، المنومات، مضادات القلق، وهذا الأثر يُبحث عنه في حالة المؤثرات العقلية والمخدرات أولاً، يبحث عنه كالأثار الثانوية لمواد ليست مؤثرات عقلية أو حالة التعرّض المهني لمادة مثل (Santé et sécurité au travail, 2020, p.4) Le solvant

تصنيفها: من أهم أنواعها نذكر:

- القنب الهندي (Cannabis): وهو خلاصة قمة زهور نبات القنب الهندي، ويمكن تدخينه أو شربه مع الشاي أو مضغه، وتطلق عليه عدّة تسميات أهمها الماريخوانا والكيف (العنزي، 2010، ص.11).
- المؤثرات النفسية (Psychotropes): هي أدوية تؤثر على حالة الجهاز العصبي المركزي، وتغيّر النشاط النفسي، وتستعمل لعلاج الاضطرابات العقلية، وقد تستعمل بطريقة غير شرعية، وتنقسم إلى: مضادات الذهان، مضادات القلق، المنومات، مضادات الاكتئاب، معدّلات المزاج (Inserm, 2012, P.12).

- الهيروين (Héroïne): هي فئة من الأفيونات المستخلصة من زهرة الحشيش، وتعتبر من المهبطات والمنومات ومزيلات الألم، وهي ذات طبيعة تدميرية تحمل معها النشوة، ولونها أبيض على شكل بدورة تستنشق بالحرق أو تشم أو بالحقن الوريدي.
- المهلوسات (Hallucinogènes): مجموعة من المكوّنات غير المتجانسة التي لها القدرة على خلق أنماط من الهلوسات السمعية والبصرية، وفصل الفرد عن الواقع، وتؤدي إلى اضطراب الإدراك والمعرفة أو سلوكيات تشبه السلوك الذهاني (الشهري، 2005، ص ص. 58-59).
- الكوكايين والكراك (Cocaine et Crack): ينتميان إلى عائلة المنشطات، والهدف من تعاطيها رفع القدرات الذهنية أو العقلية أو الاستعمال الترفيهي، والكوكايين هو مسحوق أبيض يتم تعاطيه عن طريق الاستنشاق أو بحقنة وريدية أو يوضع تحت الفم، أمّا الكراك فهو مزيج من الكوكايين وبيكاربونات الصوديوم وحمض الأمونياك ويمزج على شكل بلور، ويستعمل عن طريق التدخين (Mercier, 2014, P. 39).
- الأمفيتامينات: هي من المنشطات التي تستعمل لتقوية العمليات العقلية أو للاستعمال الترفيهي، وتكون على شكل أقراص ملوّنة أو بودرة بيضاء، وتشم بالأنف (Mercier, 2014, P. 43).

وقد اقترح كل من دنيكر ودلاي (Delay & Dennicker) تصنيفاً مبنياً على معايير الآثار البيولوجية والسلوكية الملاحظة، وهو التصنيف الأكثر استخداماً (Morel, 2015, p. 26).

جدول (01): تصنيف المخدرات

<i>Dépresseurs</i>	<i>Stimulants</i>	<i>Perturbateurs</i>
Alcool	Nicotin/Caféine/ Théine	Cannabis THC) (herbe- marijuana-hashish- huile)
Opiacées(Opium- morphine-codéine-héroïne- méthadone-buprénorphine)	Cocaïne(crack)	Hallucinogènes (LSD- acid-champique-datura- Pcp)
-Tranquillisants (benzodiazépines- barbituriques)	Amphétamines (speed-ecstasy- MDEA,MDA-ritaline)	Artane (Trihexyphénydile)
Solvants volatilif (éther	Methamphétamines Antidépresseurs	
Anesthésiants (GHB- Kétanine)	Poppers -khat -ETC	

3.1. التعاطي

مفهومه: هناك مصطلحان متداولان في مجال استهلاك المواد النفسية، هما الإدمان (Addiction) والتعاطي (Usage des substances)، والتعاطي هو تناول المادة النفسية بطريقة غير منتظمة وغير دورية، وغيابها لا يسبب أي مشاكل نفسية أو جسدية، بينما الإدمان ينتج عن تكرار التعاطي، حيث يصبح لدى المدمن اعتماد تام على المادة النفسية ولا يستطيع الاستغناء عنها (المشاقبة، 2007، ص. 21).

أنواعه: تتمثل فيما يلي:

- **التعاطي التجريبي:** هو عملية تعاطي المواد النفسية في أول عهد للمتعاطي وهو في مرحلة تجريبية لاستكشاف أحواله معها، ويترتب عن ذلك الاستمرار في التعاطي أو الانقطاع عنه.
- **التعاطي المتقطع أو المناسباتي:** يكون التعاطي في المناسبات الاجتماعية التي تدعو لذلك مثل الحفلات، وهو مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي التجريبي من حيث ارتباط المتعاطي بالمادة.
- **التعاطي المنتظم:** هو عملية التعاطي التي تكون متواصلة على فترات منتظمة، وهي تسري حسب نمط داخلي سيكوفيزيولوجي، وتعتبر مرحلة متقدمة على التعاطي المناسباتي (عبد المنعم، 1999، ص ص 40-41).

2. الإدمان:

1.2. تعريف الإدمان: يلاحظ وجود تباين في تحديد تعريف للإدمان، وذلك حسب الخلفية النظرية للباحثين في مجال المخدرات والإدمان عليها، حيث يعرف أوليفنستان (1971: C.Olivenstein) الإدمان على المخدرات بأنه يولد من اللقاء بين المادة والشخص في زمن أو وقت معين اجتماعي ثقافي (Azieze,2014.p58)، ويتفق كل من براكوني وأوليفنستاين (Braconner & OLivenstein) على أنّ تعاطي المخدرات له معنيان أساسيان ومتناقضان في الوقت ذاته، فتعاطي المخدرات يعني أولاً محاولة صريحة للعدوان على الذات، وثانياً له معنى إيجابي حيث يستعمل الشخص المخدرات للحفاظ على الذات، بما أنه يجد في هذه المادة الراحة واللذة التي لم يجدها في غيرها من المواد أو المجالات الأخرى (عنو، 2013، ص 5).

أمّا دوغال (Dougall:1989) فيرى أنّ الإدمان هو إثارة أو تصرفٍ آني متكرّر ذو طبيعة قهرية، هدفه التقليل من الآلام النفسية والصراعات لتعويض الفقر أو الحرمان في الإعداد النفسي (élaboration psychique)، فالإدمان يعتبر شكلاً لعدم استثمار الانفصال بين التصورات الصعبة وتفرغ الانفعالات.

ويضيف جودمان (Goodman:1990) أنّ "الإدمان هو عملية يتحقق فيها سلوك وظيفته خلق رغبة وتخفيف انزعاج داخلي، يظهر من خلال الفشل المتكرر في التحكم والاستمرار مع الوعي بمخاطره ونتائجه السلبية"، وحدّد ستة معايير لتحديد الاعتيادية، وركز في ذلك على مسألة تكرار السلوك رغم الوعي بالنتائج السلبية على الفرد، وبالتالي فإنّ التكرار القهري هو عامل جوهري للاعتيادية (Bazire, 2017, p.9).

ويعرّف بيدينييلي (Pedinielli, 1994) كل نوع من الإدمان مهما كانت طريقتة حقنا أو شربا وأكلا أو تدخيناً، بأنّه شكل من أشكال اللذة الذاتية، ويظهر بذلك الإدمان كتعبير نفسي عن التعلّق بآثار المادة يثبت الرابط القوي بين الشيء الخارجي والجسم وهو الارتياح (Fernandez & finkelstein-rossi, 2009, p.4).

أمّا أول تعريف اقترحه قاموس المخدرات والاعتماد عليها سنة 2004 فهو "أنّ الإدمان يعتبر حقلاً للفحص المتعدد، يركز على السلوكات الإنسانية من خلال الاستثارة الذاتية، ومصدر الرغبة التي بإمكانها تحديد الاختلالات المتنوعة والتغيّرات بين الفرد وبيئته" (Morel, 2006, p.31)، كما يعرّف الإدمان بأنّه "عدم القدرة على السيطرة باستمرار على السلوك مع العلم بخطورته والنتائج المترتبة عليه، ولا تقتصر الاعتمادية على المادة المخدرة أو اللعب أو الإنترنت أو العمل، وإنما على الارتياح (soulagement) الذي يخلفه، إذ أنّ الاعتمادية لا تكون على المادة وإنما على التجربة التي تخلفها" (Dortier, 2007, P. 8).

مما سبق يتبيّن لنا أنّ مفهوم الإدمان متعلّق بسلوك قهري متكرّر تصعب السيطرة عليه، وهدفه تخفيف الآلام والمعاناة النفسية والحفاظ على الذات من خلال خلق الارتياح وإشباع اللذات.

2.2. معايير تشخيص الإدمان:

يعتمد الدليل التشخيصي DSM-IV-R على نظام المحاور المتعددة، حيث يشير كل محور إلى مجال معيّن يشمل مجموعة من المعلومات خاصة بالمجال، والتي تساعد الأخصائي الإكلينيكي على التخطيط للعلاج والتنبؤ بنتائج الخدمات النفسية المقدّمة، ويحدد التصنيف متعدد المحاور في خمسة محاور يمكن تقديمها على شكل تقرير.

المحور الأول: الاضطرابات الإكلينيكية، حالات أخرى قد تكون موضوع فحص إكلينيكي.

المحور الثاني: اضطرابات الشخصية وتأخر عقلي.

المحور الثالث: حالات طبية عامة

أ. تناذر الفطام الخاص بالمادة التي يتم تعاطيها.

ب. تعاطي المادة ذاتها (أو مادة قريبة جدا) للتخفيف أو لتجنب أعراض الفطام Sevrage.

1. يتم تعاطي المادة بكميات أكبر وأثناء مدة أطول مما هو معمول به.

2. رغبة دائمة أو جهود مضنية للتخفيض أو في استعمال المادة.

3. قضاء وقت مهم في نشاطات للحصول على المادة أو استهلاكها أو التخلص من تأثير

التعاطي.

4. الانسحاب من النشاطات الاجتماعية، المهنية أو الترفيهية المهمة أو تقليصها بسبب

استهلاك المخدرات.

5. الاستمرار في تعاطي المخدرات رغم أن الشخص على دراية بالآثار النفسية والجسمية

التي تسببها له هذه المادة.

6. تبعية جسمية: وجود التحمل (Tolerance) أو الانقطاع (Sevrage - فطام).

7. من دون تبعية جسمية: غياب وجود التحمل (Tolerance) أو الانقطاع... الفطام.

المحور الرابع: مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية.

المحور الخامس: التقدير الشامل لتوظيف إمكانات الفرد (قماز، 2009، ص ص 26-

27).

أما معايير التشخيص حسب الـ DSM-V فتشير إلى أن اضطراب الاستخدام يظهر عندما

يكون الاستهلاك أو الإثارة غير مقبولين من طرف الفرد والمجتمع، فمختلف الاضطرابات الخاصة

بالسلوكيات الاستهلاكية يمكن تصنيفها باستمرار انطلاقاً من الاستخدام وصولاً إلى أشكال مختلفة مرضية، ويتعلق الأمر بتقييم الشدة والخطورة، وهذا التصنيف معمّم على كل المؤثرات العقلية (Lutz, 2017, p.97).

الجدول (2): معايير التشخيص حسب كل من DSM-V و CIM-10

معايير التشخيص وفق CIM-10	معايير التشخيص وفق DSM-V
- وجود 3 معايير على الأقل من المعايير المذكورة أدناه	- وجود 2 أو 3 من المعايير معناه إدمان ضعيف - وجود 4 أو 5 معايير معناه إدمان متوسط - وجود 6 معايير أو أكثر معناه إدمان شديد
1. رغبة قوية وقهرية في استعمال المواد المؤثرة عقلياً. 2. صعوبة التحكم في استخدام المادة كبدية أو توقف الاستهلاك أثناء الاستخدام. 3. تناذر الانسحاب الفيزيولوجي عند تقليل الاستهلاك أو الانقطاع عنه. 4. تحمّل آثار المادة المؤثرة عقلياً فالمدمن بحاجة إلى كمية مهمة للوصول للأثر. 5. انسحاب تدريجي من النشاطات الممتعة أو الاهتمامات مع رفع الاهتمام بالوقت أثناء الاستهلاك والبحث عن الأثر. 6. استمرار الاستهلاك رغم ظهور نتائج مضرة بالصحة.	1. رغبة قوية وغير قابلة للسيطرة لاستهلاك مؤثر عقلي أو لعبة (craving). 2. فقدان الرقابة على الكمية والوقت المسخر لتعاطي المادة أو اللعبة. 3. وقت كبير مسخر للبحث عن المؤثر العقلي أو اللعبة. 4. رفع تحمّل المادة المدمن عليها. 5. الانسحاب بعد الانقطاع المفاجئ عن اللعب أو الاستهلاك مع ظهور أعراض. 6. عدم القدرة على استكمال الواجبات المهمة. 7. الاستخدام رغم وجود خطر جسدي. 8. مشاكل شخصية واجتماعية. 9. رغبة ومجهود لتخفيض الجرعات أو النشاط. 10. نشاطات منخفضة لصالح الاستهلاك واللعب. 11. استمرار التعاطي رغم المشاكل الصحية والنفسية.

(Bioy & Fouques, 2016, p. 218)

ويرتبط مفهوم الإدمان بالأعراض الآتية:

أ. **الاعتمادية (La dépendance)**: ظهر مفهوم الاعتمادية سنة 1965، وقد تكون الاعتمادية جسمية ونفسية، وترى دوجال (Dougall:2004) أنها محاولة للتداوي الذاتي، بينما يعرفها التصنيف الدولي **CIM-10** بظهور 03 علامات على الأقل في مدة سنة وتدوم شهرا أو ظهورها بشكل متكرر:

- رغبة قهرية في استهلاك المخدر.
- صعوبة التحكم في الاستهلاك.
- ظهور تناذر الانسحاب في حالة الانقطاع عن المادة أو التقليل من الجرعة أو تناول مخدر لتجنب تناذر الانسحاب.
- تحمّل الآثار معناه زيادة الجرعات للحصول على التأثير المشابه.
- عدم الاهتمام التام بكل ما ليست له علاقة بالمخدر.

أما التصنيف الدولي **DSM-V** فيجمع في صنف واحد الاضطرابات المرتبطة باستخدام المادة، وكذلك التصنيفات التي لها علاقة بالإفراط في المادة والاعتمادية على المادة الخاصة بالتصنيف **DSM-IV** (Bazire,2017,pp.9-10)، وتتمثل أنواعها في:

➤ **الاعتماد الجسمي (La dépendance physique)**: يعرف على أنه تناذر الانسحاب (sevrage)، أي الحرمان من المادة التي تم إدمانها باستمرار، وينتج عن تكيف الجسم مع مؤثر عقلي إلى درجة أن أي توقف عن استهلاكه يستدعي استجابات فيزيولوجية ونفسية، ويظهر من خلال ضرورة زيادة الجرعات وتواترها للحصول على اللذة ذاتها.

➤ **الاعتماد النفسي (La dépendance psychique)**: هو سلوك قهري يهدف إلى جعل المستهلك يشعر بالراحة والتكيف الحسن مع الواقع، ويترجم من خلال المعاناة النفسية للمستهلك الذي أدمن على المخدرات لمدة 12 شهرا، ويعتمد هذا النوع على خصائص الفرد ونمط حياته وحالاته الانفعالية وعاداته أكثر من الاعتماد على المادة المخدرة نفسها (Azieze,2014,p.89)، وتنقسم الاعتمادية النفسية

بدورها إلى نوعين، الأول هو **الاعتمادية النفسية** التي تتمثل في رغبة ملحة ومستمرة للاستهلاك، وتترجم في مظاهر سيكوسوماتية مثل الآلام النفسية والجسمية، وترتبط بخصائص الفرد مثل الاعتمادية على العمل والرياضة أو النشاط الفكري، أما النوع الثاني فهو **الاعتمادية السلوكية** المرتبطة بمثيرات مسيرة بالعادات أو المحيط مثل عوامل الانتكاسة (Odier,2014,p.42).

ب. **الاشتياق (Craving):** يعبر عن حاجة مرضية ورغبة فيها لهفة للإدمان، ويعبر هذا المفهوم عن رغبة لا تهزم لاستهلاك مادة نفسية، وهو يختلف عن ظاهرة الانسحاب من جهة العلامات العيادية، ومن جهة أخرى آلياته الفيزيوباتولوجية المرتبطة بنظام تحفيزي للشهية، وكذا استمراره عدة أشهر بعد التوقف عن التعاطي، وهو مفهوم تناولته عدة أبحاث عبر التاريخ نظرا لدوره في مسار الانتكاسة (Serre,2012,pp.19-20)، ويحدّد بيك وزملاؤه (Beckk, Freeman & DAVIS :2003) 04 أنواع من الاشتهاق:

1. لحلّ أعراض الانسحاب وإزالة الأعراض المزعجة مثل الضغط، الارتعاش والتعرق.

2. جلب رغبة سريعة للإجابة على مشاعر النقص لتحسين المزاج.

3. إجابة للسرور والمتعة الهادفة وتقوية الخبرة الإيجابية خاصة إذا ارتبط بالجنس.

4. إجابة مشروطة بمؤشرات مرتبطة بالمادة النفسية نفسها (Acier,2016,pp.23-24).

ج. **القطام (Le sevrage):** يتمثل في ظهور مجموعة من الأعراض الجسمية والنفسية

غير المرغوبة على شكل تناذر، وتظهر هذه الأعراض عندما يكون الانقطاع عن المواد النفسية مفاجئا أو منخفضا، وتعتمد فترة الانسحاب على زمن تحرر الجسم والوصول إلى التوظيف الطبيعي (Chaïney & all,p.12). وتتمثل مظاهر الانسحاب الجسدية في آلام عضلية، آلام مفصلية، آلام بطنية، ارتعاش، اضطراب هضمي، تعرق، أرق، وفشل وإرهاق، أما المظاهر النفسية فتتمثل في القلق، الاكتئاب، الهيجان وعدم الصبر، حيث يحتاج المدمن إلى تكفل طبي دوائي في هذه المرحلة (Dodin,2014,p.203).

وينقسم الانسحاب إلى مرحلتين، الأولى حادة ومرتبطة بالاعتماد الجسدي وتتعلق بمرحلة إزالة التسمم ونزع المادة السامة، وتدوم عدة أيام إلى عدة أسابيع، أما الثانية فهي المرحلة الحادة، فرغم أنّ المادة السامة تكون قد أزيلت من الجسم، إلا أنّ العودة إلى التوظيف العادي تأخذ عدة أشهر أو سنوات، حيث يحتاج المدمن إلى إعادة التكيف ودعم مؤسساتي (Chainey & all, p.12).

د. التحمل (La tolérance): كلمة تستخدم في الطب النفسي بالإضافة إلى معناها باحتمال المواقف والتسامح في وصف حالة احتمال العقاقير في حالات الاعتماد ويعني اتجاه زيادة الجرعة حتى يحصل المتعاطي على نفس التأثير (الشربيني، 2001، ص.380).

هـ. الجرعة الزائدة (Overdose): ينطوي هذا المصطلح على وجود جرعة مقننة، وهي الجرعة التي اعتاد عليها المتعاطي المستمر (سواء كان الاستمرار منتظماً أو منقطعاً)، فيتعاطى جرعته من أي مادة نفسية للحصول على النشوة الخاصة بهذه المادة، فإذا زادت الجرعة عن ذلك لسبب ما في إحدى مرات التعاطي، فإنها تحدث آثاراً معاكسة حادة مع آثار عضوية أو نفسية تكون مؤقتة غالباً ثم تزول تلقائياً وتحتاج إلى رعاية طبية، وقد تصل شدة التعاطي إلى الموت في أغلب الأحيان. (السويف، 1996، ص ص.21-22).

و. الدافعية (La motivation): تعتبر الدافعية عاملاً رئيسياً في تغيير السلوك، لأنّ العديد من المرضى الذين يطلبون العلاج تكون عندهم أحياناً ازدواجية ومقاومة لأي تغيير خاص باستهلاكهم للمخدر.

ووضع كل من (West & West: 2006) نموذجاً كاملاً للدافعية باعتبار الإدمان اضطراباً في الدافعية، ويشير هذا النموذج إلى 05 مستويات من الدافعية هي: الاستجابات، الاندفاعات، القوى المثبطة، الأسباب والتقييمات (Sousa & all, 2011, pp. 147-153).

3.2 . انتشار الإدمان:

• إحصائيات الإدمان في العالم:

أشار آخر تقرير عالمي حول المخدرات الذي نشره "مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة" ONUDC سنة 2019، إلى أنّ 35 مليون شخص يعانون من اضطرابات مرتبطة باستهلاك المخدرات وأنهم بحاجة إلى مصالِح للعلاج، كما قدّر التقرير ذاته عدد مستخدمي الأفيونات (Opioïdes) إلى 53 مليون شخص، بزيادة بنسبة 56 % حسب التقديرات السابقة، وحسب هذا التقرير فإنّ الأفيونات هي المسؤولة عن وفاة 585000 شخص بسبب استهلاكها سنة 2017، وعلى العموم فإنّ 11 مليون شخص حقنوا أنفسهم بالمخدرات سنة 2017، منهم 1.4 مليون يعيشون مع فيروس VIH و 5.6 مليون مصابون بالتهاب الكبد.

كما أنّ حوالي 271 مليون بنسبة 5.5 % من مجموع الأشخاص في العالم، وتتراوح أعمارهم ما بين 15 و 64 سنة، استهلكوا مخدرات خلال سنة 2016، وأنّ الأشخاص الذين استهلكوا المخدرات وصلت نسبتهم إلى 30 % أو أكثر وازدادت سنة 2019، وهذه الزيادة ترجع جزئياً إلى نمو بنسبة 10 % في عدد سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15 و 64 سنة، إلا أنّ البيانات تظهر ارتفاعاً أعلى في انتشار استخدام الأفيونات في إفريقيا وآسيا وأوروبا وأمريكا الشمالية، أما القنب فنسبة استهلاكه مرتفعة في أمريكا الشمالية وأمريكا الجنوبية وآسيا مقارنة بسنة 2019 (ONUDC.2019).

في حين قدّر تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة لسنة 2018، أنّ أكثر من 31 مليون مستخدم للمخدرات في العالم يعانون من اضطرابات مرتبطة بالاستخدام وأغلبهم شباب، وأنّ استخدام القنب الهندي في العالم خلال سنة 2016 وصل في 130 دولة إلى 13.8 مليون من الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم 15 بين 64 سنة، أي أنّ 5.6 % من الأشخاص في هذا السن استهلكوا القنب مرة واحدة على الأقل خلال 2016، أمّا في دول المحيط فإنّ نسبة الاستهلاك خلال سنة 2016 التي تمس هذه الفترة العمرية، وصلت في أمريكا إلى حوالي

11.6 %، وإفريقيا 6.6 %، وأوروبا 13.9 %، أما في آسيا فوصلت إلى 2.7 % (OICS, 2020, PP.1-5).

أما في الوطن العربي فقد بلغت نسبة مدمني المخدرات خلال عام 2017 إلى ما يلي: الكويت 3 %، الإمارات 6 %، السعودية 0.3 %، لبنان 3 % (2 % ذكور، 1 % إناث)، مصر 10 % (72.5 % ذكور، 27.5 % إناث)، تونس والمغرب 3 %، وفي الجزائر 2 %، وتتمثل المواد التي يتم الإدمان عليها في: الحشيش، البانجو، الماريخوانا، الأفيون، الكبتاجون، مشتقات المورفين، الكوكايين، الهيروين، الترامادول، القنب الهندي، الإكستاسي، السوبيتاكس، الأقراص المهلوسة (الحسيني، 2019، ص ص. 6-8).

• إحصائيات الإدمان في الجزائر:

استنادا إلى تقارير "الديوان الوطني لمكافحة الإدمان والمخدرات" وصل عدد المدمنين الطالبين للعلاج في المراكز الوسيطة لعلاج المدمنين عبر الوطن خلال سنة 2020 إلى 221638 مدمن، منهم 19072 ذكرا و2566 أنثى، ويأتي الاستعمال المتعدد للمخدرات بنسبة 42.81 % في المرتبة الأولى، ثم القنب الهندي بنسبة 23.58 %، يليها استهلاك مواد أخرى بنسبة 17.56 %، أما استهلاك المؤثرات العقلية فتراجع بنسبة 16.05 % مقارنة بسنة 2019، حيث انخفض عدد المدمنين من 6096 إلى 3474 في سنة 2020 (د. و. م. م. إ، 2021، ص.13).

بينما بلغ عدد المدمنين الطالبين للعلاج في المراكز الوسيطة لعلاج المدمنين عبر الوطن خلال سنة 2021 ما يقدر بـ 19701 مدمن، منهم 17547 ذكرا و2154 أنثى، ويأتي القنب الهندي في المركز الأول بنسبة 30.72 %، والاستعمال المتعدد للمخدرات بنسبة 29.11 %، تليها المؤثرات العقلية بنسبة 23.19 %، أما استهلاك مواد أخرى فيصل إلى 16.98 %.

ويوضح الجدول الآتي أهم التغيرات التي طرأت على الإحصائيات الخاصة بالمدمنين الطالبين للعلاج في المراكز الوسيطة لعلاج المدمنين عبر الوطن بين سنتي 2020 و2021

جدول (03): إحصائيات المدمنين في المراكز الوسيطة عبر الوطن (2020 / 2021)

السنة	عدد المدمنين	الذكور	الإناث
2020	21638	19072	2566
2021	19701	17547	2154

(الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها، 2020، ص. 14)

رغم وجود انخفاض في عدد المدمنين طالبي العلاج بفارق 1937 مدمن بين سنتي 2020 و2021، إلا أنّ هذه الأرقام تبقى مرتفعة وتهدد مستقبل البلاد من الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، ولمواجهتها تبذل الجزائر كل الجهود البشرية، المادية والقانونية للتصدّي لهذه الظاهرة، ومن بين تحديات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تلك المتعلقة بالوقاية والعلاج، فقد أنشأت لجنة وطنية لمكافحة الإدمان على المخدرات، وأعدت هذه اللجنة برنامج عمل صحيا له علاقة بتوجيهات المخطط التوجيهي الوطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها، حيث أنجزت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات العديد من المراكز المتخصصة في علاج الإدمان، منها مراكز إزالة التسمم والمراكز البيئية (الوسيطية- CISA) التي تمس كل التراب الوطني، منها من يشتغل منذ سنوات، وأخرى في طور الإنجاز.

3. النظريات المفسرة للإدمان:

1.3. النظرية الوراثية: أثبتت الدراسات أنّ إدمان الشخص ذي التاريخ العائلي السابق

للإدمان الكحولي، ينمو بمعدل أربع مرات مقارنة بالشخص الذي لا يتصف بهذا التاريخ السابق، فتمودج الاستعداد الوراثي منقول داخل الأسرة ليصبح الفرد مدمنًا بالوراثة (قماز، 2009، ص.48).

وبشير ستيوارت وليتون (Stewart and Leyton :2014) إلى دراسة تتبعية لـ 9 قواعد معلومات لأطفال تمّ تبنيهم، وأظهرت خطر الإصابة بالإدمان المضاعف عندما يكون أحد الآباء البيولوجيين مدمنًا، أمّا إذا كان كلا الوالدين البيولوجيين مدمنين فإنّ خطر الإدمان يتضاعف ثلاث

مرات عند الطفل، كما أنّ أغلب التقديرات تشير إلى أنّ نسبة احتمال الإدمان الناتج عن عوامل وراثية تقدّر بما بين 40 و60 %، إضافة إلى استعداد الفرد للاستجابة بطريقة خاصة بمساعدة البيئة (Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2014, p.16).

2.3. نظرية التحليل النفسي: اعتبر "فرويد" أنّ الإدمان هو البحث عن المتعة النرجسية، ورغم أنّ "فرويد" لم يول اهتماماً لمشكلة الإدمان حيث أنّه لم يكتب سوى نص واحد حول الكوكايين، إلا أنّه وضع بعض المفاهيم لتفسير السلوك الإدماني، وهي كالتالي:

- الإدمان هو بديل لفعل جنسي مرتبط بالاستمنا، والاستمنا هو الشكل المكوّن للتعبير الجنسي، فهو مرتبط بالفعل الجنسي والإدمان هو البديل لهذا الفعل.
- هناك علاقة بين الإدمان والشذوذ الفمي للمرحلة الفمية الأساسية، فشرب الكحول مرتبط بنشيط في المرحلة الفمية.
- الإدمان مرتبط مباشرة بالمتعة لإبعاد التثبيطات باستخدام المادة، وهو ما يسمح بالنكوص والعودة إلى مراحل سابقة قبل تناسلية خلال الطفولة، أين تكون للفرد القدرة على الخيال، وأنّ مهمة قمع الدوافع تدفع الفرد إلى التخلّي والنكوص لمرحلة طفولية، وهذا ما يخلق متعة جديدة (El khoury, 2016, pp.92-94).

في حين يوضح سيمل "Simmel" أنّ الإدمان يعتبر عصاباً نرجسياً، حيث يعوّض الجسد الجهاز النفسي غير المستثمر، أمّا غلوفر "Glover" فيرى أنّ الإدمان هو محاولة للتداوي الذاتي أو حماية ضد تهديد التفكك الذهاني، وهي حالات متحوّلة إلى حالات بينية مستقبلاً للحفاظ على العلاقة الجيدة بالواقع (El khoury, 2016, pp.96).

بينما أعادت دوغال "Dougall" صياغة مفهوم الإدمان في فرنسا، واقتרכת النظرية العامة للإدمان في مجال التحليل النفسي، وتفترض هذه النظرية أنّ السلوكات الإدمانية تسمح للشخص بالدفاع عن نفسه نتيجة لعدم قدرته على تحمّل الآلام النفسية الناتجة عن هشاشة الركائز النرجسية ومحددات الهوية (Bioy & Fouques, 2016, pp.228).

3.3. النظرية السلوكية: يشير المشرف والجوادي (2011، ص ص.67-68) إلى أنّ الإدمان يعتبر استجابة لمثيرات تدعم بالممارسة، وهو عادة شرطية ترتبط باستخدام المادة النفسية، وإذا دعمت إيجابيا بإمكانها خلق عادة قوية هي الاشتياق للمادة، أمّا إذا امتنع المدمن عدة مرات تتولّد لديه استجابة شرطية للتجنّب، وإذا دعمت المادة النفسية من جديد يصبح الإدمان سلوكا نمطيا يصعب تغييره، وهو ما يولّد الخوف الفعلي من الامتناع وآثاره.

4.3. النظرية المعرفية: يرى بيك "Beck" أنّ المخططات هي بنيات معرفية مخزنة في الذاكرة طويلة المدى، ومكوّنة من عوامل منظمة آنية من الانسحاب وردود الأفعال والتجارب السابقة، والتي تشكل كمّا من المعارف المنسجمة والمستقرة، وعندما تنشط هذه المخططات بإفراط تصبح أكثر صلابة وتعطيلا مما يؤدي إلى تشويه معرفي، ما يسمح بظهور سلوكات وانفعالات غير مكيفة مثل الإدمان، فالتفاعل بين وضعية استهلاك الكحول ومخطط مشوّه للمدمن ينشط معتقدات وصفها "بيد" سنة 1993 في 3 أجزاء:

- **معتقدات التوقع (croyances anticipatoires):** هي معتقدات تنبئية للراحة والفعالية والكفاءة "سأكون أفضل بعد شرب الكحول".

- **معتقدات موجهة للتخفيف (croyances soulageantes):** وهي توقعات لخفض الانزعاج "عندما أشرب الكحول سينقص القلق".

- **معتقدات إباحية (croyances permissives):** وهي أفكار تبرّر الاستهلاك "لا أستطيع رفض كأس كحول لأفضل صديق"، وتلعب هذه المعتقدات دورا أساسيا في الإدمان وخطر الانتكاسة.

وطوّر "يونغ" النظرية المعرفية سنة **1994** وأشار إلى مفهوم المخططات المبكرة غير التكيّفية، وهي نماذج مرتبطة بمرحلة الطفولة (تتضمن الذكريات والانفعالات والأفكار والأحاسيس الجسمية للذات، وعلاقة الشخص مع الآخرين)، وتكون مشوّهة وظيفيا وبشدة، وفي حالة السلوكات الإدمانية فإنّ المخططات المبكرة غير المتكيّفة تعرف على أنها ذرات تتجمع في جزيئات بإمكانها تكوين أو تشكيل أنماط نشيطة تكون مختلة وظيفيا (Grebot & Dardard, 2010, p375).

5.3. نظرية التعلّم الاجتماعي: اقترح باندورا "Bandura" من خلال نظرية التعلّم

الاجتماعي نموذجًا تفاعليًا يجمع بين الفرد ومحيطه، ويرى أنّ العمليات المعرفية الرمزية مثل الأفكار والمعتقدات والصور الذهنية والتعلّم الاجتماعي تتمّ وفق التقليد والتعويض والتبديل، فسلك التدخين لدى المراهق يرجع إلى تفاعله مع بيئته ومشاركته السجارة مع مجموعة من الرفاق، فالفرد والبيئة يتفاعلان بهدف التنظيم الذاتي للسلوك (Fernandez & Sztulman, 1998, pp.53-54)

6.3. النظرية النسقيّة: تشير هذه النظرية إلى تميز والدي المدمن بممارسة الحماية

الزائدة بالنسبة للأُم، أما الأب فهو غائب مفصول وعنيف أحيانًا، وقد توصلت البحوث الأولى للعائلة إلى أن ارتفاع درجة الانفصال والفقْدان لها دور في الإدمان، حيث طور كل من سلفادور وجاي (Salvador & Jay) النموذج النسقي الأول للمقاربة العائلية للإدمان، إضافة لأعمال كل من ستوتوتود (M.d Stautou & Thomas Todd) ما بين سنة 1978 و1982، حيث أشارا إلى أن شدة التفاعلات الصراعية ما بين المدمنين وعائلاتهم يطرح مشكلة الاعتماد العاطفي ومشكلة في التفرد لدى المدمنين وعليه فمشكلة الإدمان تنتج نوع من التوازن العائلي، كما ركز الباحثان على وظيفة العرض في التوازن العائلي (L'homéostasie familiale)، إذ أن الإدمان يحمي العائلة بإعطاء المدمن حجة شديدة ومقبولة لعدم الاستقلالية فالقلق الرئيسي للانفصال يغذي آليات التبعية أي "تقبل كل شيء منك، أحسن من الفراق". (Cassem, 2008, p.58)

7.3. النموذج متعدد الأبعاد -النفسي البيولوجي الاجتماعي-: يعتبر هذا النموذج الأنسب

لفهم السببية المرضية للإدمان على المواد النفسية، نظرا لاهتمامه المتبادل بين العوامل ذات البعد النفسي والبيولوجي والاجتماعي.

وقد طوّر الباحث جورج أنجل (George Engel) هذا النموذج الذي يعتبر الفرد كل متكامل وليس جزء من جسم، ويجب الأخذ بعين الاعتبار البعد البيئي والعائلي والاجتماعي لشخصية الفرد -عوامل خطر- لفهم ظاهرة الإدمان، ويرى كلود (Claude Olivenstein) عدم وجود عامل مطلق للإدمان، بل هو نتاج لتفاعل عوامل عديدة (المادة، لحظة اجتماعية ثقافية،

(الشخصية)، ويساهم هذا النموذج في فهم هذا التفاعل والفصل بين: عوامل الخطر وعوامل الحماية من جهة، وبين العوامل الثلاثة (المادة-الفرد-البيئة)، فالمعاناة النفسية وسمات الشخصية والضيق النفسي والصراعات العائلية والحماية الزائدة وتوفر المادة النفسية والفقر والمشاكل المدرسية من شأنها أن تولد سلوك الإدمان (Troussin,2016,pp.10-11)

بناء على ما سبق ذكره، فإن السببية المرضية لمشكلة الإدمان تختلف من مقارنة لأخرى، بحيث اهتمت المقاربة الوراثية بالفرد وبنيته الجسمية ودور الجينات والاستعداد الوراثي، أما المقاربة النفسية فركزت على دور التثبيت في المرحلة الفمية وقمع الدوافع والخوف من خطر الانهيار في ظهور الإدمان، في حين اعتبرت المقاربة السلوكية والمعرفية والنسقية أن الإدمان عادة شرطية ترتبط باستخدام المخدر خاصة إذا تم تدعيمه وأنه ينتج للإفراط في نشاط المخططات المعرفية ومدى تفاعل الكفاءة المعرفية للفرد مع بيئته إلا أن الحماية الزائدة للألم والصراعات بين العائلية والاعتماد العاطفي غالبا ما تساهم في تفرد وعزلة المدمن، وبنظرة شاملة متعددة الأبعاد، نلاحظ أن النموذج الثلاثي الحديث يعطي اهتماما كبيرا لتأثير كل مستوى على الآخر في نشأة وتطور ظاهرة الإدمان.

4. علاج الإدمان:

إن علاج الإدمان يمر بعدة مراحل، إلا أن هذه المراحل يسبقها عدة اعتبارات هي:

- جعل المدمن واعي بمشكلته الإدمانية وأن يفرق بين العادة والإدمان الذي لا يمكن التحكم فيه وضرورة العلاج للتخلص من مشكلته، وهذا ما يؤسس الدافعية لتغيير السلوك.
- توقيف الحلقة المفرغة المشكلة للاعتماد عن طريق تغيير في العادات وتغيير البيئة.
- كشف حاجيات المدمن التي لم تتحقق وتم تغطيتها بسلوك التعاطي أي معرفة المعاناة النفسية قبل الإدمان (Schulthess,2006,p.23)

ولابد من التأكيد على أن بداية العلاج تكمن في اللحظة التي يقرر فيها المدمن التوقف عن التعاطي، أمقراره ودافعيته للعلاج يشكلان خطوة أساسية للاستجابة له، إذ أن هناك فرق واضح في التعافي بين المدمن الذي يطلب التدخل العلاجي بإرادته (Volontaire) وبين الذي يطلب العلاج بإلحاح من الأسرة، والأصدقاء، فالدافعية تلعب دور المحفز للإقلاع عن المخدرات.

ويمر علاج الإدمان بالمراحل التالية:

- **المرحلة الأولى:** هي مرحلة إزالة السموم، وهي مرحلة طبية يقدم فيها علاج للمدمن لمساعدة جسمه على القيام بدوره والتخلص من السموم وتخفيف ألم الانسحاب، مع تعويضه بسوائل مفقودة ثم علاج الأعراض الناتجة والمضاعفة لمرحلة الانسحاب.

- **المرحلة الثانية:** هي مرحلة العلاج النفسي، تتضمن العلاج النفسي الفردي وتمتد إلى الأسرة لعلاج الاضطرابات التي أصيبت بها العلاقات بين أفرادها سواء كانت هذه الاضطرابات مسببة للتعاطي أو من مضاعفاته، وتدريب المدمن في كيفية اتخاذ القرارات وحل المشكلات والاسترخاء والتأمل والنوم الصحي وتدريبه على المهارات الاجتماعية (المشرف والجوادي، 2011، ص ص 159-160).

في هذا الإطار تشير سايل حدة (2015، ص ص 340-398) إلى فعالية العلاج التحليلي المتمركز على فنيات التداعي الحر واستثارة مكونات لاشعورية - سواء كانت هذه التقنيات بشكل فردي أو جماعي - في تخفيف الآلام النفسية بشكل صحي، إضافة إلى دور العلاج المعرفي السلوكي المركز حول هدف حل المشكلات الذاتية التي تواجه المدمن في بداية العلاج، من خلال تقنيتين أساسيتين وهما التحليل الوظيفي والتدريب بالمهارات، كما أن للعلاج النفسي الجماعي دورا هاما في علاج المدمنين الهادف إلى تطوير الفرد داخل المجموعة، ومساعدته على التعبير عن تجربة الإدمان وما تحمله من عواطف وجدانية، فالمجموعة تحتوي المدمن وتساعدته على الاندماج والحوار مما يساهم بشكل كبير في الإحساس بالمسؤولية والوعي بمخاطر الإدمان وتفاذي الانتكاسات.

أما العلاج العائلي فيوضح كوفمان وآخرون أنه يهدف إلى البحث عن استعمال القوى والموارد قدرات العائلة لتطوير وسائل العيش بدون مادة نفسية، والى تحسين آثار الاعتماد الكيميائي على الفرد والعائلة، وغالبا خلال هذه العملية يتم جمع نقاط القوة داخل العائلة ودعمها قاعديا لها (kaufman & Yoshioka, 2004, pp.4-6).

- **المرحلة الثالثة:** هي مرحلة **التأهيل الاجتماعي**، والتأهيل هو مجموعة الإجراءات التي تتخذ لإعداد المدمن على المخدرات نفسيا واجتماعيا وطبيا لممارسة مهامه وأدواره الاجتماعية والمهنية الطبيعية، كما انه مجموعة الإجراءات التي تمكن المدمن من الإقلاع عن إدمانه ومساعدته للوصول إلى وضع بدني ونفسي واجتماعي يمكنه من مواجهة ضغوط الحياة بفاعلية ويحقق فرصته في الحياة (غانم، 2005، ص.43).

- **المرحلة الرابعة:** وهي مرحلة **الوقاية من الإدمان**، حيث يرى Olivenstein & al (2017) أن الوقاية من الإدمان تهتم أساسا بسلوكيات الفرد في علاقته مع المادة في بنية اجتماعية محددة، ويصنفها إلى ثلاثة مستويات هي:

➤ **الوقاية الأولية (Prévention primaire):** تمس الأشخاص غير المستهلكين وتهدف إلى نشاطات لجعل غير المستهلكين منقطعين عن التعاطي وتخفيف ظهور متعاطين جدد.

➤ **الوقاية الثانوية (Prévention secondaire):** تستهدف المستهلكين في بداية تعاطيهم حتى لا يصلوا إلى مرحلة التعاطي المفرط، من خلال استراتيجيات تهدف إلى منع الاستهلاك المزمن الذي مصيره الاعتماد.

➤ **الوقاية الثالثة (Prévention tertiaire):** تهدف إلى مواجهة الانتكاسة لدى الأشخاص الذين مروا بمرحلة التخفيف من التعاطي أو الانقطاع عن المادة بإدماجهم مهنيا واجتماعيا (Ane, 2018, pp.130-133).

توضح كل من رحال وشناوي (2019) أن هناك عدة نماذج لعلاج المدمنين، أشهرها:

➤ نموذج جورسكي 1989 Gorski المستوحى من طرائق ما يسمى بمجموعة (A)

A: Alcooliques Anonymes - المدمن المجهول، حيث يحاول المدمن ضبط قائمة المدمنين المتأثرين بالإدمان، وتصحيح أخطائه معهم.

➤ نموذج مارلات Marlatt: توصل إلى ضرورة معرفة المواقف عالية الخطورة التي تزيد من معدل الانتكاسة، وأن نسبة 75 % من حالات الانتكاسة سببها الحالة النفسية غير السوية، والخصومة مع الآخرين والضغط الاجتماعي.

➤ نموذج بروشاسكا، وديكليمانت Prochaska & Diclemente : يهدف هذا النموذج إلى التعرف على أهم العمليات أو المراحل التي يتميز بها السلوك للوصول لإحداث التغيير فيه، وتتمثل في:

1- ما قبل التأمل (Pré contemplation): في هذه المرحلة يكون الشخص غير واعي بخطورة مشكلته، ومن الأفضل عدم وصف أي أدوية.

2- مرحلة التأمل (Contemplation): يكون الشخص واعي لمشكلته، وهي تتميز بالازدواجية بين الرغبة في التغيير، والرغبة على الإبقاء في السلوك المعتاد.

3- مرحلة التحضير (Préparation): يكون فيها الشخص مستعد للتغيير، ويبدأ بالتخطيط فناعة منه بخطورة سلوكه السلبي.

4- مرحلة الفعل (Action): يتغير فيه سلوك الشخص، وهي البداية الفعلية للتغيير.

5- مرحلة الاحتفاظ بالمكتسبات (Maintien): بعد ظهور سلوكات تكيفية جديدة يستمر فيها الشخص، فتتميز حالته بالاستقرار، والثبات، ولكن هذه المرحلة مهمة فهي بمثابة نقطة انحراف نحو الانتكاسة.

6- مرحلة الانتكاسة (Récidive): تأخذ شكل سلبي فيعود الشخص إلى نفس السلوك السابق، ويدخل في مرحلة ما قبل التفكير من جديد، فيصاحبه نقص في تقدير الذات، وتتابه مشاعر الفشل تؤدي به إلى حالة من الإحباط. (رجال وشناوي، 2019، ص.35)

يبدو مما سبق أن الانتكاسة ذات أهمية كبيرة في مجال علاج الإدمان لما لها من آثار على نفسية المدمن الذي يعود من خلالها إلى تجربة الاستهلاك للمادة النفسية ويفتقد فيها الكفاءة والقدرة على الاحتفاظ بمكتسبات العلاج، كما تتعكس عملية الانتكاسة سلبيا على مجهودات الفريق الطبي والنفسي الذي تكفل بمتابعة وعلاج المدمن، الأمر الذي يتطلب يقظة المعالجين للمؤشرات المنذرة بحدوثها ومدى وعي المدمن المتعافى بها للوقاية من حدوثها.

ثانيا. الانتكاسة:

يعتبر الكثير من الباحثين في مجال علاج الإدمان أن الانتكاسة هي مرحلة يمر بها المدمن أثناء العلاج، ومن شأنها أن تساعد المريض على إدراك العوامل، والمواقف والوضعية الخطرة التي تدفعه لمعايشة تجربة الإدمان من جديد، فالفهم العميق للمدمن المنتكس والعوامل المسببة لانتكاسته يسمح للمتخصصين والممارسين في مراكز العلاج والتأهيل الخاصة بالإدمان إلى الوصول لبرامج علاجية أكثر كفاءة، تسمح بمنع المدمن المتعافى من العودة لاستهلاك المواد النفسية ومعايشة تجربة الإدمان من جديد.

1 . مفهوم الانتكاسة

1.1. لغة: مشتق من الكلمة اللاتينية relabi والتي تعني التراجع أو العودة (www.collinsdictionary.com)، وانتكاسة المريض معناه معاودته للمرض أو حالة من حالات الإحباط كلما نهض من انتكاسة أو سقطة داهمته انتكاسة جديدة عرف المريض انتكاسا بعد الشفاء أي معاودته المرض بعد الشعور بالشفاء. (الغداني، 2019، ص.126)

2.1. اصطلاحا:

شهد مصطلح الانتكاسة عدة تعريفات نظرا لاهتمام الباحثين بهذه العملية المعقدة، بحيث يعرفها المعهد الوطني لاستخدام المخدرات بواشنطن (1994,P.5) على أنها الاستئناف أو العودة للمستوى السابق من التعاطي غير المراقب للمواد النفسية، أما أبو زيد (1998، ص.5-6) فيفضل استخدام مصطلح الارتكاس بدل الانتكاسة، ويعتبرها إخفاق في المحافظة على تغير

السلوك، وليس فشل في تغيير السلوك، بينما يعتبر (Timary & al : 2014) الانتكاسة أنها لا تمثل بالضرورة فشل في المسار الشخص المتوقف أو الممتنع، ويمكن فهمها أنها جزء من مسار العلاج مع معيار التفهم الجيد لمكانة الكحول في حياة الفرد، ويشارك Maison diue هذا الرأي ويشرح أن المريض بحاجة إلى اكتشاف الدوافع التي تدفعه للشرب ومساعدته على استغلال قدراته للخروج من حلقة الانتكاسة (libier ,2015,p.29) .

كما يتفق كل من شونغ ولوبيز (2010) Chouh & lopez ; من جهة وموس وكوك وكوك (2012: Moss & Cook) من جهة أخرى على أن الانتكاسة هي الرجوع إلى تعاطي المخدرات بعد فترة من الانقطاع أو الامتناع عن التعاطي، وهذه الفترة يحددها شونغ بـ 30 يوماً (الغداني، 2019، ص.22).

مما سبق يتضح أنّ الانتكاسة هي عودة المدمن لاستهلاك المواد النفسية مع عدم القدرة على الحفاظ على تغيير هذا السلوك، بالرغم من استفادته من فترة علاج نجح خلالها بالانقطاع عن التعاطي.

ويتداخل مفهوم الانتكاسة مع مفهوم السقطة أو الانزلاق أو الزلّة التي غالباً ما تسبق الانتكاسة بفترة، حيث يشترك المدمن المتعافى المادة النفسية وتنتابه لهفة الاستهلاك قبل الانتكاسة، وقد تتكرر لتنتهي بالعودة للسلوك الإدماني.

وتعرف السقطة بأنها الفعل الخاضع لظاهرة الاشتهاق (Craving) وإعادة تعاطي المخدر دون العودة إلى الاستهلاك القهري الذي كان موجوداً من قبل (إعادة الاستهلاك مرة)، ومن الأفضل التحدث هنا عن حلقة استهلاك أكثر من الاستعمال الوحيد، والانتكاسة هي عملية سقطة مستمرة والعودة الكاملة غير الإرادية للسلوك القهري الرئيسي لتعاطي المخدر، إذ يمكن الانطلاق من السقطة للوصول إلى الانتكاسة التامة بعد عدة أسابيع (Girardeau,2015,p.20).

وتجدر الإشارة إلى أن المدمنين المنتكسين تظهر عليهم بعض المؤشرات الدالة إكلينيكية على احتمال حدوث انتكاستهم، والتي يجب على المعالجين الاهتمام بها التعامل معها بعملية

ومهنية للوقاية من الانتكاسة، حيث يشير غانم (2005) إلى العلامات التالية كمؤشرات تنبئ بالانتكاسة، وهي:

- الخوف بالاستمرار في العيش بدون مخدر
- إنكار الواقع وإلقاء المسؤولية على الآخرين
- سرعة الغضب
- التعب والإرهاق وعدم الراحة
- الكذب والتبرير المستمر
- فترات من الاكتئاب الشديد
- الملل والبطالة والفراغ
- الاحتكاك بالأصدقاء القدامى وجلسات التعاطي والغرور (ص

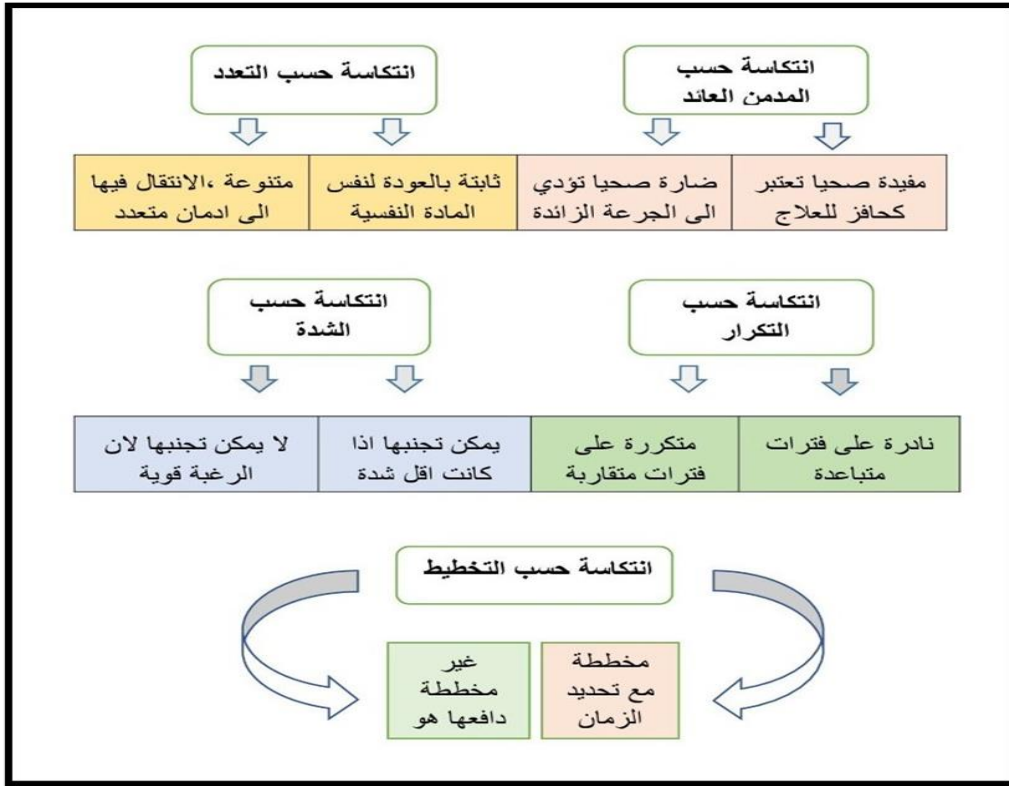
ص. 289-297)

ويضيف أبوزيد (1998) مجموعة من المؤشرات النفسية وهي: الشعور بالمعاناة النفسية، الأسف الذاتي وفقدان ضبط السلوك، اضطراب المزاج، الوحدة، الانهيار الانفعالي، زيادة الاستنارة، الرفض، عدم الاستقرار، زيادة الدافعية، والعدوانية، كما يصرح غالبية المدمنين أنهم كانوا يميلون قبل انتكاستهم للتفكير في المادة النفسية والاشتياق لها، إضافة إلى اضطراب نظام النوم وفقدان السيطرة على الذات أمام نشوة المخدر.

2. أشكال الانتكاسة

أشار أبوزيد سنة (1998) إلى أهم أشكال الانتكاسة (الشكل رقم 01)، وهي مبنية حسب كل صنف وفق المدمن العائد من حيث الضرر والاستفادة، وحسب التكيف بمعنى الانتقال من مادة إلى أخرى، إضافة إلى مدى تكرارها وشدها والرغبة القوية، وأخيرا حسب نية المنتكس وكيفية التخطيط لها.

كما يوضح هوزل وزملائه (Holzel & al:2011) أن هناك انتكاسة عقلية وانتكاسة بدنية وانتكاسة عاطفية، فالانتكاسة العقلية مرتبطة بشغف تناول المخدر أو الكحول والتفكير في الأشياء المرتبطة بالاستخدام السابق كمكان التعاطي أصدقاء السوء والبحث عن فرص للانتكاسة والتخطيط لها، والانتكاسة العقلية قد تؤدي إلى الانتكاسة البدنية وهو البدء باستخدام المخدر بعد إنهاء العلاج والشفاء وسحب السموم، أما الانتكاسة العاطفية فمن علاماتها العزلة المستمرة وعدم الحضور الاجتماعي والتركيز على الآخرين والتركيز على عادات الأكل والنوم الضعيف (العتيبي، 2019، ص.12).



الشكل(01): أشكال الانتكاسة حسب أبو زيد من تصميم الباحثة

3. أسباب الانتكاسة

يعتبر الكثير من الممارسين والباحثين في مجال الإدمان أن الانتكاسة مهما كانت شدتها وتكرارها فهي حاجز يعرقل مسار العلاج ، مما أدى إلى البحث في السببية المرضية لعودة المدمن المتعافى للسلوك الادماني، وتتمثل أهم الأسباب فيما يلي:

1.3. الأسباب الاجتماعية: من خلال تصريحات الكثير من المدمنين فان قصة إدمانهم،

مقترنة بالتجريب في فترة المراهقة مع جماعة الرفاق- دون إهمال الاستعداد النفسي للإدمان والبيئة وتوفر المواد النفسية-، ومن جهة أخرى غالبا ما تكون الانتكاسة مع رفاء الإدمان القدامى.

وأثبتت الدراسات أن العامل الاجتماعي والبيئة هي عوامل خطر لحدوث الانتكاسة، حيث أشار كل من مارلات وجوردن سنة 1985 في نموذج عوامل الوقاية من الانتكاسة إلى محددات مباشرة (déterminant Immédiat) تتمثل في المواقف عالية الخطورة ومهارات التكيف والنتائج المتوقعة وآثار الامتناع عن المادة، وبعض السوابق الخفية كنمط الحياة والاشتياق واللهفة للمادة (Larimer & al .1999.p1)، كما بينت دراسة صبيح (2006) أن هناك عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي بالمتعافى من الإدمان، تتمثل في الضغوط التي يتعرض لها في المجتمع والأسرة (عبيد، 2020، ص. 48)، وتوصلت دراسة كل من الحلاق وبركات سنة 2011 إلى أن غالبية الأفراد المنتكسين سببهم عدم القدرة على مواجهة المشكلات والضغوط والعودة للاختلاط بالمدمنين (العنزي، 2020، ص. 420).

في حين أشارت دراسة دالي وآخرون (Dally & al :1992) حول المثيرات والمحرضات على الانتكاسة للإدمان أن نسبة 38 % من مدمني الكحول المتعافون و 19 % من مدمني الهيروين المتعافين قد انتكسوا استجابة لحالة عدم الاستقرار الوجداني والانفعالي، ومن بين المثيرات التي تؤدي إلى حدوث الانتكاسة هي الضغوط الاجتماعية وصعوبة التكيف (بركات، 2011، ص ص 167-168)، كما توصلت دراسة Petit Gwladys (2018) حول تحليل عوامل الاستعداد للانتكاسة بعد فترة من الفطام لمدة 6 أشهر على الكحول في مركزين لعلاج الإدمان

بفرنسا، إذ تكونت العينة من 109 مدمن متعافي انتكس منهم 78 و 31 لم ينتكسوا، وقد كان من العوامل المساعدة على الانتكاسة: العزلة الاجتماعية، غياب سكن دائم، عدم القدرة على إنجاب طفل واستهلاك الكحول لمدة 24 ساعة على 24 .

من جهة أخرى، هناك أسباب وعوامل تتعلق بالعلاج وتؤثر في انتكاسة المدمن، إذ تشير دراسة بوخروف (2017) حول "دور العلاقة طبيب-مريض والدعم الاجتماعي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن المتعافي، إذ تكونت عينة الدراسة من 30 مدمنا منتكسا، وتوصلت إلى أن العلاقة طبيب-مريض لها تأثير على حدوث الانتكاسة، إضافة إلى عدم رضى المدمن عن نوعية العلاج المقدم من العوامل الأساسية في حدوث الانتكاسة.

وفي هذا السياق فإن مركز Collège Hill médical center قد تبني برنامجا خاصا بعلاج الانتكاسة (1988)، وطور البرنامج خططا علاجية مركزا على ثلاث عمليات أساسية هي: الانفعال، السلوك والتفكير، وذلك من خلال تحسين وعي العميل بهذه العمليات، وسمي البرنامج « The ABS of Awareness » (Rioux & meter ,1990,p.62)، كما أجرت (Acri & Gogel :2012) مقابلات شبه منظمة مع 28 من المراهقين، و30 من الآباء والأمهات، و21 موظفا في مراكز العلاج، وأشارت نتائج الدراسة إلى أن المراهقين أشادوا ببرامج الاثنتي عشرة خطوة، والمشاركة في الأنشطة، وإلى أهمية علاقاتهم مع الأقران والأسرة للحفاظ على عدم الانتكاسة (العتيبي، 2019، ص. 117).

2.3. الأسباب الأسرية: إن سوء التوظيف الأسري والصراعات بين العائلية له دور لا يمكن إخفاؤه في ظهور الانتكاسة عند المدمن المتعافي، مما يجعل متخصصي العلاج في الإدمان يطلبون مقابلات مع عائلات المدمن لفحص دينامية العلاقات والصراعات البينشخصية داخل الأسرة الواحدة، كما اهتمت الدراسات العلمية بمعرفة أهم العوامل الأسرية التي تعرقل العلاج وتدفع للانتكاسة، حيث يعتبر كل من هيسلر وبلانشيريل وويرلن (Hüsler ,plancherel & werlen : 2005) أن عوامل الحماية مثل العلاقات الأسرية تفقد قيمتها أمام التأثير السلبي للأقران، كما أن اثر عامل الأسرة لا يمكن إغفاله كأحد المحددات المنبئة باستخدام المخدرات، حيث توصلت دراسة

(Asharma & al :2012) إلى أن نقص الدعم العائلي يسبب الانتكاسة، ويشير مارلات وجوردن (Marlatt & gordon :1980) أن سبب انتكاس 80 % من المدمنين هو التعرض للصراع العلائقي والحالات الانفعالية السلبية الأخرى (الغداني، 2019، ص.101)، وتوصلت دراسة الغريب (1992) إلى أن المشكلات الأسرية تعتبر عاملاً قوياً لانتكاسة المدمنين تصل نسبتها إلى 32.8% في حدوث الانتكاسة (المشرف، الجوادي، 2011، ص 188)، أما دراسة (Cobbina :2009) فقد أشارت إلى أهمية الاستقرار الزواجي للوقاية من الانتكاسة (الكندري، 2014، ص. 14)، بينما إصابة أحد الوالدين باضطراب نفسي قد يؤثر على العلاقة الزوجية، والتي بدورها تؤثر في تفاعل الوالدين مع أبنائهم كالعنف الأسري والحرمان الامومي، وبينت دراسة (Kresteu : 1993) بان اسر المدمنين يسودها البعد العاطفي ولا تشجع على التعبير الحر (ص 297).

3.3. الأسباب النفسية: يشير أصحاب الاتجاه النفسي إلى أن الانتكاسة ترتبط ببنية الفرد النفسية الداخلية كالاستعداد النفسي للتعاوي مجدداً، أي إلى مجموعة من السمات الداخلية تؤثر في تكوين شخصية الفرد وتفاعله مع البيئة الخارجية (الهيامة، 2015، ص.38).

لذا اهتم العديد من الباحثين بدراسة العوامل والمؤشرات المتعلقة بالفرد التي تدفعه إلى معاودة الإدمان بعد التعافي، حيث توصلت دراسة أبوزيد (1998، ص ص.50-51) إلى مجموعة من المؤشرات النفسية التي تدفع للانتكاسة: عودة أو زيادة السلوك القهري، الشعور بالأسف الذاتي، تجدد المعاناة النفسية وفقدان ضبط السلوك وغيرها من المؤشرات.

وأشارت العديد من الدراسات إلى أن لجوء المدمن المنتكس لاستهلاك المادة النفسية يكون بهدف تخفيف المعاناة النفسية التي قد تزول أثناء العلاج وتتجدد بعد الانقطاع عن العلاج، حيث أشارت دراسة أجريت سنة (2012) بمركز كيوبيك Québec هدفها التدخل العلاجي للمدمنين الراشدين وانتكاستهم، إلى أنهم بحاجة إلى: المساعدة الخارجية والدعم النفسي والإرشاد لتحسين تسيير الانفعالات وتجاوز الصدمات النفسية كالحداد، والحاجة إلى تخفيف المعاناة النفسية ورفع تقدير الذات (Le Libérateur sans alcool,2014,p.16).

وتوصلت دراسة ماجدة حسين محمود (1991) حول "سيكولوجية المدمن العائد دراسة نفسية اجتماعية" إلى أن سبب الانتكاسة هو عدم الاتزان الانفعالي والمعاناة النفسية من العزلة، ورفض النصائح والتشجيع وان المنتكسين غير اجتماعيين (غانم، 2005، ص ص. 354-355).

وتجب الإشارة إلى أن المدمن المنتكس يعيش معاناة نفسية تثير لهفته للمادة النفسية، إلا أن مؤشرات هذه المعاناة النفسية تختلف من مدمن لآخر حسب بنية الفرد النفسية وبيئته الأسرية والاجتماعية، حيث بينت دراسة الدسوقي (1995) أن المتعاطين المنتكسين يعانون من ضعف واضطرابات نفسية وسرعة الاستثارة، بينما توصلت دراسة كلارك (Clark 2012) في الولايات المتحدة الأمريكية إلى أن العافية والعاطفة لها دور في الحد من الانتكاسة (الغداني، 2019، ص ص. 139-140).

كما أن هناك عوامل فردية ذات أهمية في حدوث الانتكاسة يمكن تلخيصها في :

➤ عامل الاشتياق واللهفة: حيث توصلت دراسات حول أسباب الانتكاسة لكل من مارلات وجوردن (Marlatt & Gordon :1985) الى وجود عوامل الاشتياق والإلحاح من الآخرين للتعاطي، كما اتفقت نتائج دراسة كل من عبد الله عسكر ودراسة جريفل وجوندي (Asker & Gundy :1995) لـ 53 مدمن للمخدرات خلال فترة التعافي أن العامل المؤثر الثاني للانتكاسة بعد العوامل غير السارة هو الاشتياق للمادة (الغداني، 2019، ص. 127).

➤ غالبا ما يرتبط الإدمان بالإرادة والدافعية للعلاج بالانتكاسة، فالدافعية قد تساعد المدمن على التعافي كما يمكنها أن تعرقل العلاج إذا كانت قوية أين يبحث فيها المتعالج على الشفاء السريع الذي ينتهي بالانتكاسة.

يبدو مما سبق أن عملية الانتكاسة مرتبطة بعدة عوامل أهمها تلك المتعلقة بالحياة الاجتماعية والبيئة الأسرية، والعوامل الفردية من استعدادات نفسية وميول مرضية أهمها المعاناة النفسية المتجددة التي تختلف مؤشراتها من مدمن لآخر.

4. النظريات المفسرة للانتكاسة

تختلف المقاربات النظرية في تفسير الانتكاسة وتباين وجهات نظر الباحثين في حقل الإدمان عن السببية المرضية، ومن أهم النظريات المفسرة لحدوث الانتكاسة لدى المدمن ما يلي:

1.4. نظرية العطب العصبي: أشار كل من الباحثين أنكل من جورزكي وميلر (Gorski & Miller) إلى أن الانتكاسة عملية تتميز بنمط تطوري للسلوك يؤدي إلى ظهور أعراض الإدمان عند شخص حاول التخلص من هذه الأعراض سابقاً، ويوضحان أهمية أعراض الانسحاب وتأثيره على القدرات العقلية كالتركيز والذاكرة والقدرة على الاستنتاج والإدراك إضافة إلى زيادة الانفعالات، ويرجع السبب إلى تلف في الجهاز العصبي المركزي والعصبية الشديدة (أبوزيد، 1998، ص ص 18-19).

2.4. النظرية الكيميائية العصبية (La théorie Neurochimique): تركز هذه

النظرية على النواقل العصبية ودورها في نظام المكافئة بالدماغ، ويعتبر الدوبامين الناقل العصبي الكيميائي المسؤول عن نظام المكافئة والمتعة والتحفيز، فعندما يستقبل الدماغ مكافئة غير متوقعة نتيجة سلوك ما يقوم هذا الأخير بتخزين النتائج الإيجابية لهذا السلوك ويشجع على تجديده مرة أخرى، وعليه فإن نظام الدوبامين ونشاط مساره يترجم من خلال عدم قدرة الفرد على السيطرة ومقاومة استهلاك المخدرات التي أثارت له المتعة واللذة عند لحظة الالتقاء بهذه المادة (neurodon,2012,p.8).

وعليه فإن الدوبامين يعزز الإحساس بالمتعة ويحفز على البحث على معاودة السلوك الإدماني للوصول إلى المتعة مجدداً، وعندما يمتنع الشخص عن استهلاك المواد النفسية التي تعود عليها يظهر الجسم أعراض الانسحاب معبراً عن رفضه لهذا الامتناع ما يسبب الانتكاسات المتكررة للمدمنين.

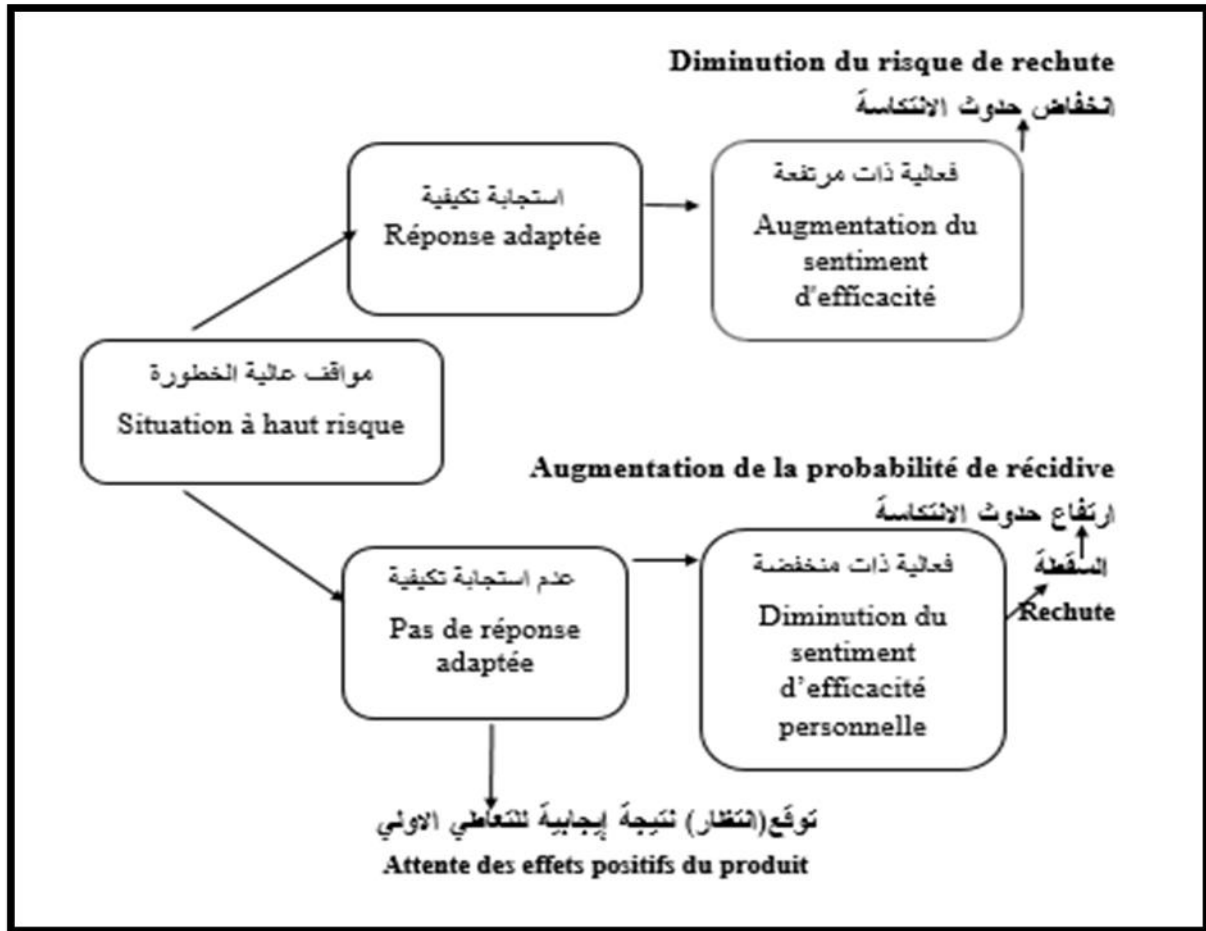
3.4. النظرية النفسية البيولوجية: تركز هذه النظرية على ظاهرة الاشتياق (Le craving)، حيث يرى النموذج المعرفي مفهوم الإشرط هو أساس الاشتياق، وحسب نموذج التأثيرات المتوقعة لمارلات (Model des effets anticipés de Marlatt : 1985) أن الاشتياق هو ترجمة لرغبة قوية للاستهلاك بهدف الوصول للإحساس بالآثار الإيجابية المنتظرة وتجنب الآثار المزعجة، وهو مرحلة تقود إلى التحفيز بمعنى النية المخطط لها للاستهلاك (serre ,2012,p.22)، كما أن الاشتياق هو عامل تنبؤي للانتكاسة، ويتأثر بمجموعة من العوامل البيئية والفردية أهمها سمات الشخصية (P.30).

4.4. المنظور الطبي للانتكاسة: يرى ميلر (1996) أن هناك منطلقات بيولوجية ترى أن الاعتماد الجسمي على التعاطي يكون أكبر وأشد نتيجة التفاعلات الكيميائية داخل المخ والجسم، حيث يشير أن المواد المخدرة تحدث تغييرات واضطرابات في حركة ووظائف الجسم، أين يشعر الفرد بالضيق إذا رجع لحالته الطبيعية أو أجبر على الامتناع المؤقت من المخدر أو الإقلاع عنه (الغريب، 2011، ص ص. 97-98).

5.4. نظرية التحليل النفسي: يرى المحللون النفسانيون أن مشكلة الإدمان هي طريقة للتداوي الذاتي أين يسعى فيها المدمن إلى تخفيف معاناته وآلامه النفسية لحماية نفسه من الانهيار والإحباط، فالمدمن يتوقع بعد الامتناع ونقص المادة المخدرة أن يعيش حالة من القلق والإحساس بالفراغ الداخلي، بحيث يعتبر التحليليون أن الجسد يأخذ وظيفة أساسية كمكان للمعانة. أما الاعتمادية فتخضع للموضوع الخارجي وتولد مواجهة المعاناة أين يستخدم المدمن كل قواه للتمسك بها، وعليه فالامتناع هو عودة الآلام النفسية وبالتالي عودة ظهور الحدود الجسدية، كما أن عدم إشباع الحاجة بواسطة النقص تصبح وسيلة ذات فعالية للإحساس بالحياة، بحيث أن هذه الممارسات تقود المدمن بشكل متناقض إلى تجريب حدوده الجسدية والـ "أنا" إلى حين العثور على هويته (apell,2004,pp.61-62)، أي أن هدف المدمن من الاعتمادية على المادة النفسية من جديد هو البحث عن النقص الذي تخلص منه في الماضي، وعليه علاج المدمن من النقص بإمكانه أن يدفع للانتكاسة.

وفي هذا السياق، يضيف جاك لاكان (Jacques Lacan) إلى أن تكوين البنية بالعلاقة مع الموضوع هي فقدان الموضوع (le manque d'objet) ومنه الموضوع لا بد له أن يتحرك ليترك المجال الحر للرغبة وتحقيقها، وعليه فالنقص لا يظهر إلا إذا ظهر شيء في مكانه، وفي هذه اللحظة النقص يتم فقدانه ويظهر الألم والقلق، ومنه فالمدمن يدعو النقص من خلال الاعتمادية ما يسمح له بإيجاد قناع للنقص (Berthier ,1993 , p.9).

6.4. النظرية المعرفية السلوكية يشير شوفي وزملائه (Chauvet & al : 2015) أن كل من جوردين ومارلات (Marllat.A & Gordon.J : 1985) حددا طبيعة الانتكاسة انطلاقا من مصطلح المواقف عالية الخطورة " les situations à haut risque "، فغياب الاستجابة لمواجهة الموقف يخفض من فعالية الذات، ويزيد من احتمال حدوث الانتكاسة (رجال وشناوي، 2019، ص ص. 45-46)، وهذا ما يوضحه الشكل (02)



الشكل (02): نموذج جوردن وممارلات

7.4. نظرية الكفاءة الذاتية (La théorie de l'efficacité personnelle): إن

الفكرة الأساسية لباندورا Bandura (1977) حول أن قدرة المريض على التغيير تعتمد مبدئياً على الفكرة التي يحملها في قدرته على التغيير (Carrapato & Petot, 2004, p.137)، فالمدمن الذي لا يعتقد بكفاءته الذاتية وقدرته على التخلص من مشكلة الإدمان والتحكم فيها ينتهي تعافيه بالانتكاسة والعودة لسلوك التعاطي، وعلى عكس ذلك ايمانه بفعاليتة الذاتية وسيطرته على سلوكه ومدى دافعيته للتعاوي وتجاوز عقبة الانتكاسة، وتضيف (Larmer & al : 1999) اعتماداً على نموذج الوقاية من الانتكاسة أن استجابة الشخص أثناء مواجهة المواقف عالية الخطورة هي التي تحدد الانتكاسة، فالشخص الذي يملك استراتيجيات مواجهة فعالة سواء بسلوكه

أو حوار ذاتي النافع هو أقل عرضة للانتكاسة مقارنة بالأشخاص الذين يفتقرون لهذه المهارات (p.153).

وقد أشار كل من witkiewitz & Marlatt steckler (2013) في دراسة أجريت سنة 2013 حول الانفعال عالي الخطورة (l'émotion à haut risque) وخطر الانتكاسة لمدمني الكحول، حيث هدفت الدراسة إلى فحص الغضب كعامل تنبئي للانتكاسة ووجدوا أن مستويات الغضب عند الدخول للمشفى مرتفعة مقارنة بمجموع السكان، وهذه العوامل سببها يرجع إلى حالات انفعالية سلبية على الفعالية الذاتية والتحفيز وانتظار النتائج، إضافة إلى قدرة التكيف والعلاقات البين شخصية كمحددات للفشل فالحالة الانفعالية السلبية ليست سببا منفردا للانتكاسة وإنما هذه الدراسة تقترح أن علاج الحالة الانفعالية السلبية للاكتئاب بعد الانقطاع قد تكون مهمة للتوقف عن إدمان الكحول (p129).

8.4. النظرية النسقية: تهتم هذه المقاربة بالأنساق الأسرية والتفاعلات العاطفية بين أفراد الأسرة وتأثير ذلك على ظهور مجموعة من الاضطرابات النفسية قد يكون من بينها الإدمان، حيث أظهرت نتائج بعض الدراسات فروقا ذات دلالة بين أسر مدمني المخدرات الذين تحرروا من الإدمان بعد برنامج علاج الإدمان وأولئك الذين يعانون الانتكاسة، وقد تميز المنتكسون بالإقامة في أسر أكثر تقيدا في التعبير عن المشاعر وأقل قبولا لوجهات النظر المختلفة وأكثر ميلا لتجنب تحمل المسؤولية، إضافة إلى إحساس أكبر بالضغوط الناتجة عن الصراعات بين الشخصية (السعيد، 2014، ص.23).

9.4. نظرية الحاجة إلى القوة: ترى أن التعاطي في حد ذاته يعد مشكلا في تحقيق القوة الاجتماعية لدى المدمن، الأمر الذي يؤدي إلى حالة القلق التي تدفعه للتعاطي، أين يكون التعاطي بمثابة تعويض الفرد المتعاطي عن قوته الاجتماعية بقوة مصطنعة يشعر بها أثناء الشرب (الغريب، 2011، ص.96)، فالانتكاسة إذن هي نتيجة لمحاولة تعويض القوة الطبيعية بقوة مصطنعة.

10.4. نظرية الإحباط والعدوان: تعود هذه النظرية إلى الباحثين ميلر ودلارد (Miller & Dollard)، وترى أن عوامل الانتكاسة والعودة للتعاطي بعد العلاج تتمثل في عوامل منها الإحباط الذي يعيق العلاج والمتعالج من تحقيق أهدافه وإشباعها، وقد تكون أهداف اجتماعية ومالية أو

عملية، فيظهر الإحباط عند محاولة المتعاطي المتعالج إشباع وتحقيق أهدافه، فظهور أي عائق لتحقيق الحاجات يدفع به إلى العودة نحو الإدمان (الهياهة، 2015، ص.55).

11.4. النظرية الدينامية الحديثة: تعود هذه النظرية لكل من مارلات وويتجيكويتز (2004) (Witgekiewitz & Marlatt)، حيث يعتبران أن الانتكاسة ذات نظام دينامي وليس خطي (linéaire)، فهي ظاهرة معقدة تلعب فيها العمليات الثابتة التي تشير إلى احتمال حدوث الانتكاسة، مثل التاريخ العائلي والظروف العابرة التي تميز لحظة الانتكاسة مثل الضعف أمام المشاعر السلبية، وأخيرا الوضعيات الخطيرة كتلك المتعلقة بالوضعيات الضاغطة أين يشعر الشخص بفقدان الرقابة، كل هذه العوامل والعمليات تحفز باستمرار وبالتفاعل مع بعضها البعض وتولد خطر العودة إلى استهلاك المواد النفسية من جديد (Claisse, 2017, p.30).

وقد أعاد مكاي (McKay 2006) اختبار مكونات هذا النموذج الدينامي من خلال إعادة صياغة ما جاء في نموذج مارلات وجوردن ويسبن، إذ يوضح أن دراسة الانتكاسة تستدعي فهم التجارب والأحداث الآنية التي تحدث في الساعات والدقائق التي تسبق الانتكاسة، وأنّ في العديد من الانتكاسات هناك لحظة حقيقية يأخذ من خلالها المدمن قرارا نهائيا -بوعي أو دون وعي- للمضي قدما نحو استهلاك جرعة من الكحول، وللوصول لفهم عملية تفكير المدمن وحالته المزاجية وتجاربه في تلك اللحظة يجب إجراء المقابلات بعد الحدث (Entretien après-coup) لفهم كيف وصل إلى الانتكاسة (Ingrid, 2011, p p.2-3).

5. الوقاية من الانتكاسة:

إنّ انتكاسة المدمن لا تستدعي تدخل الفريق الطبي النفسي فقط، بل يتعلق الأمر بالمنتكس في حد ذاته ومحيطه، بدءا بالأسرة (الوالدين والأقارب) والأصدقاء، فكلهم مسؤولون عن وقاية المدمن المتعافى من الانتكاسة، فالنموذج المرجعي للوقاية من الانتكاسة هو ذلك المتعلق بـ Marlatt، حيث أشار فيه إلى الوضعيات المسببة للانتكاسة والعودة للسلوك الإدماني، وهي الوضعيات عالية الخطورة أهمها تلك المتعلقة بالوضعيات الشخصية كالاتصال بالكحول والتفكير فيه، والحالات الانفعالية السلبية كالإحباط والغضب والقلق والاكتئاب والانفعالات الإيجابية، إضافة

إلى تدهور الحالة الجسدية والتفكير في إمكانية السيطرة على المخدر، أما الوضعيات بين الشخصية فتتعلق برفاق التعاطي والضغوط الاجتماعية والصراعات، والحالات الانفعالية الإيجابية التي يشاركها المتعافى مع الآخرين (Aubin & all,2004,p.80)، وتشير رتاب (2018) إلى أن الوقاية من الانتكاسة هي مساعدة المدمنين ممن هم في الطريق للشفاء على المحافظة والاستمرار في عملية الشفاء والحول دون حدوث الانتكاسة لهم (ص128)، كما توضح المقاربة النظرية لماسلو (2008) أن المدمنين المنتكسين الذين رجعوا إلى مراكز علاج الإدمان بعد انتكاستهم هم بحاجة إلى مستويات مرتفعة من الحاجة للانتماء، كالاستفادة من المساعدة الخارجية والحاجة إلى تطوير العلاقات الاجتماعية والعلاقات بين شخصية، إضافة إلى الحاجات المتعلقة بالوصول إلى الإنجازات الشخصية والتقدير ورفع مستوى الرفاهية النفسية (Germely & Laventure,2012,p.88).

ويشير المركز الوطني للمهارات في مجال الإدمان (Addiction Suisse :2010) إلى أنّ هناك تعليمات لا بد على المدمن الإلمام بها للوقاية من الانتكاسة، وهي:

- الابتعاد عن العزلة والبقاء في وحدة
- الاعتناء بالذات والتربية الصحية
- البحث عن عادات جديدة بدل العادات القديمة
- الإجابة على الإشكاليات القديمة مع مختصين في المجال
- تسيير الوضعيات الضاغطة والتعرف على المشاعر وتسيير الانفعالات
- الابتعاد عن المواقف عالية الخطورة، واليقظة المستمرة لان الانتكاسة تزول مع الوقت وبإمكانها العودة في أي لحظة
- تحضير خطة في حالة الشعور القوي بالاشتياق للمادة النفسية رفقة الأصدقاء والمختصين
- البحث عن محاسن الامتناع عن الاستهلاك والاعتمادية للمواد النفسية

يتبين مما سبق أنّ الإدمان مشكلة شائكة تدفع المدمن إلى معيشة أزمات نفسية واجتماعية واقتصادية تنتهي به إلى طلب المساعدة والعلاج للخروج من الاعتمادية للمادة النفسية، حيث نجد من يتعافى ويثبت على مكتسبات البرامج العلاجية ويتوافق مع متطلبات الحياة، في حين هناك من

يواجه عقبة الانتكاسة نتيجة عوامل فردية وبيئية ووراثية تختلف من شخص لآخر، وتدفعه إلى تبني سلوك التعاطي لتخفيف الآلام والمعاناة النفسية التي تبدو أنها تتجدد في كل مرة ينتكس فيها المدمن المتعافى ويشعر بالأسف والندم يطلب المساعدة من جديد.

II. المعاناة النفسية:

تقترن المعاناة النفسية بمفهوم الاضطرابات العقلية والنفسية، فكل شخص يعاني من اضطراب نفسي يعيش معاناة نفسية تشتت نمط حياته لما لها من آثار على الجانب العائلي والاجتماعي والأسري والشخصي.

إن هذا المفهوم مرتبط بالعديد من الظواهر والآفات الاجتماعية كالعنف والانتحار والإدمان، حيث أشارت الجمعية الأمريكية للطب العقلي سنة 2013 من خلال الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في نسخته الخامسة إلى مشكلة الإدمان المرضية وربطتها بخلل في الإدراك أو معاناة ذات دلالة إكلينيكية، وتبرز أهمية المعاناة النفسية في تشخيص الإدمان وحتى العودة لسلوك التعاطي (الانتكاسة).

تختلف المعاناة النفسية من مدمن لآخر وتتباين طرق التعبير عنها، فهناك من يعبر عنها بالشكاوي المرضية والضيق النفسي والانزعاج والملل والوحدة، وعلى العكس من ذلك، هناك من لا يملك القدرة على التعبير عنها وهذا لا يعني غياب المعاناة النفسية بقدر ما يشير أحيانا إلى عدم الوعي بالمعاناة في حد ذاتها.

1. لمحة عن نشأة مفهوم المعاناة:

في منتصف التسعينيات، اجتمع عدد من أطباء الأمراض العقلية والنفسانيين وعلماء الاجتماع في فريق عمل وتبادل الخبرات يسمى "الشبكة الوطنية المعاناة النفسية والتهميش" «Le réseau national souffrance psychique et précarité»، وظهر آنذاك مفهوم المعاناة النفسية رسميا في تقرير لازاروس وسترول (Lazarus & strohl:1995) حول المعاناة النفسية للأشخاص دون مأوى (SDF)، إضافة إلى أعمال فيرتوس (J Furtos) الذي

اقترح عيادة نفسية اجتماعية، فالمعاناة النفسية حسب إمانويل (Xavier Emmanuelli) هي معاناة من الفراغ ومن المستحيل، وهي معاناة من الرابط (le lien)، والكثير من المعاناة يكسر هذا الرابط، فالمسألة متعلقة بالفرد وإمكانية نشاطه حسب ما هو عليه وحسب بيئته، وبالتالي فإنّ المعاناة النفسية هي معاناة مبنية على الشعور بالمستحيل والحبس، وتتغذى من التخلي عن الذات، حيث يمكن أن نقارنها بمفهوم الهشاشة (la vulnérabilité)، وترتبط حالياً بمفهوم التهميش (Chobeaux, 2019, pp. 75-76).

وبضيف ريتشمان (Richtman :2010) أنه من الصعب تعريف وتقدير المعاناة النفسية، إلا أنه يمكن اعتبارها مؤشراً للصحة النفسية مختلفاً عن الاضطراب العقلي، إذ يشير مفهوم المعاناة النفسية إلى تصور اجتماعي لا ينتمي إلى المفردات السيكاثرية، ولكنه يعزز توسيع الممارسة السيكاثرية الجديدة والاستعمالات الاجتماعية الحديثة في الطب العقلي (pp. 59-60).

2. تعريف المعاناة النفسية:

المعاناة لغة "souffrance" تتكون من كلمتين "Sub" تحت أي en dessous ، والفعل Faire يعني يحمل، وعليه فاللفظ يدمج صورة الدعم الذي يتحمل كل ما هو موجود فوقه، فالمعاناة تعني المرض، الحزن، الألم، العاطفة، الاكتئاب، التحمل، والأسى (Laiche, 2018, P. 160).

أمّا اصطلاحاً فيعرف قاموس علم النفس (2009) المعاناة "أنها حالة عقلية يشعر بها كل فرد يعيش ألم جسدي أو نفسي طويل، يمكن تقديرها بمعايير موضوعية مع الأخذ بعين الاعتبار جانب الصحة والفيزيولوجيا والسلوك (Doron & parot, 2009, p. 674).

وتم تناول المعاناة النفسية بقصور من خلال التراث النفسي نظرياً، حيث قام فرويد (Freud :1967) في مقاله حول الحداد والميلانكوليا بتعريف المعاناة النفسية على أنها حالة فقدان الحب، حيث تظهر مع الحداد كاستجابات شائعة لدى معظم الأفراد خاصة أمام حالات الاختيارات المتعلقة بالموضوع الذاتي النرجسي أوفي حالات الحفاظ على موضوع الحب وتمثيله العقلي، فتتم عملية التوحد والامتصاص ليصبح موضوع الحب جزءاً من الذات، كما حدد فرويد

مجموعة من الأعراض الخاصة بالمعاناة النفسية وهي: الشعور بالعجز، الإحساس بانقطاع الأمل، البكاء والشعور بالضيق والفراغ، اضطرابات النوم، والآلام البدنية، ثم يلي هذه المرحلة فترة طويلة من الحداد (كركوش واكتوف، 2016، ص.39)، ويعرفها النبال (1998) أنها الاستجابة المميزة لفقدان شيء أو شخص غالي، فهي حالة انفعالية معقدة تتضمن استجابات فيزيولوجية ووجدانية ومعرفية" (ص38)

كما وصفت المحللة النفسية شنايدر (Monique Schneider :2001) هذا المفهوم بأنه إشارة لما يشبه ظاهرة التخدير، من بين أعراضه الأساسية: استحالة اختباره لإحساسه بذاته éprouver soi-même وهذا ما يؤلم، ومنه فالشخص الموجود في وضعية المعاناة النفسية لديه صعوبة في معرفة مما يعاني (Belperin,2009,p.29)، ويعرفها (Fassin.D :2004) كطريقة خاصة للمعاناة من الجانب الاجتماعي أي تؤثر في كيان الشخص النفسي بوجوده في مجتمع ما (Virgen,2020,p.205)، ويضيف (Emmanuelle Gilloots :2006) أن المعاناة هي حالة عدم الراحة النفسية والانزعاج، أي الشعور بعدم التكيف مع المحيط الخارجي والشعور بالغرابة أمام الأشخاص والأشياء واللامبالاة المؤلمة (كركوش واكتوف، 2016، ص.37)، في حين يرى كل من (Rechtman & Lajus ,2011,p.331) أن المعاناة ليست نتاج لمرض معين (مثل معاناة مريض الفصام أو العصاب) ولكنها نتاج لوضعية خاصة طبيعياً غير مقبولة وتؤدي إلى استجابة جسدية، بينما يرى (jacques bompard) أن المعاناة النفسية هي تجربة في وضعية تتضمن الآلام الجسدية والنفسية، وعادة ما يتبعها شعور بالإحباط والضعف والفقدان اتجاه الآثار المزعجة (Guha,2007,p.34)، ويعرفها أنزيو (Didier Anzieu) على أنها إحساس منتشر للاستياء أو الانزعاج، وشعور بعدم وجود معنى للحياة (Tap,2018,p.138).

كما تعرف المعاناة النفسية أنها ضيق يتم التعبير عنه من خلال سلوكيات واضطرابات متنوعة، وتكون بسبب نفسي أو مادي، ومن خلال المعاناة النفسية يظهر القلق والحزن والإرهاق ومن خلال المعاناة المادية الغثيان، والحكة وضيق التنفس، هذه الأعراض تعتبر كأمتلة تثبت المعاناة والتي تقاس بـ 3 عوامل هي الشدة والتكرار والمدة (جديدي وزيدي، 2017، ص.304).

ويتفق كل من الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية (DSM) والمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للاضطرابات النفسية (CIM10)، على أن المعاناة النفسية تشمل مجموع الاضطرابات النفسية، وكل اضطراب مهما اختلفت درجاته هناك عتبة محددة وثابتة لها علاقة دائمة بالمعاناة للوصول إلى التشخيص الإكلينيكي، فالاضطراب يكون مرضي عندما تكون جذوره من المعاناة النفسية وخلل في التوظيف الاجتماعي والمهني وغيره من المجالات، ويعبر عن المعاناة النفسية بتفاوت داخل الفرد وبين الأفراد أنفسهم، فالمعاناة مُعاشة بطريقة مختلفة حسب الخصائص بين الشخصية، الاجتماعية والثقافية لكل فرد (Archer & all, 2008, p.24).

هناك عدة مظاهر للمعاناة النفسية، أوردتها يوسف في ثلاثة محاور أساسية (2018، ص ص. 298-299)، وتتمثل بما يلي:

➤ **المظاهر الوجدانية:** من خلال الشعور بالوحدة، نوبات البكاء، الشعور بالحسرة، اليأس، والغضب.

➤ **المظاهر الفيزيولوجية:** تتمثل في ضعف الشهية واضطرابات النوم والخمول الحركي.

➤ **المظاهر المعرفية:** تتمثل في فقدان الاهتمام بالعالم الخارجي، اجترار الذكريات، والتفكير الشديد في الموت.

وفي تقرير "Parquet" الصفحة (20) تم تسجيل قائمة تتضمن الجداول العيادية المختلفة للمعاناة:

- فقدان متنوع للسلوكيات المتكيفة
- عدم القدرة على إسقاط المستقبل والعيش في الحاضر.
- عدم القدرة على استخدام المهارات المكتسبة سابقاً.
- عدم القدرة على استخدام الروابط الاجتماعية المبنية مع عدم القدرة على تكوين علاقات اجتماعية وعاطفية جديدة ومستقرة ومتنوعة.
- الشعور بالوحدة العاطفية والاجتماعية والعلائقية مع فقدان مفهوم التعامل مع الناس والجماعات كالعائلة.
- فقدان المبادرة في العلاقات.
- عدم القدرة على تصور طلبات المساعدة الضرورية من خلال عدم القدرة على الشعور بالحاجة الاجتماعية والرعاية.

- عدم القدرة على تصور وضعية بإمكانها أن تتغير بمساعدة خارجية رغم تعطيل المهارات المكتسبة سابقا.
 - غياب القدرات المبادرة وانخفاض الاقتراحات الفورية.
 - إهمال الحاجيات مع سلوك التجنب والانطواء والسلبية وسوء تقدير الذات والاعتقاد بإمكانية حل المشكلة بمفرده.
 - الاضطرابات الاكتئابية والسلوكيات الإدمانية وإنكار المعاناة. (Vinot,2008,p.181)
3. بعض المفاهيم التي لها علاقة بالمعاناة النفسية:

1.3. الألم: ترى كل من "كركوش واكتوف" أن هناك اقتران بين مفهومي الألم والمعاناة في مجال الصحة النفسية والرعاية الطبية، حيث أن المعاناة مفهوم معقد وصعب نظرا للصفة الذاتية عند التعبير عنه (كركوش واكتوف، 2018، ص.35).

ويعرف (Hervé :1998) الألم بأنه تصور مفاجئ غير متنبأ به، وهو ظاهرة مفاجئة وصامتة في ذات خالية أو مجردة من المعنى الانفعالي أو العاطفي، وتضيف Lanteri-Laura انه تسمم للإدراك يركز بطريقة شديدة على مكان الألم نفسه، فتجربة الألم هي استجابة الأنا محاولة منه للثبات وإعادة بناء الكيان، وينتج الألم النفسي دائما عن مواجهة المستحيل أو وضعية ضيق يصعب التفاعل معها، كما يعتبر خارج نطاق الخطاب (Le Discours) ولا يتم التعبير عنه بكلمات وإنما يفضل التعبير عنه بالصراخ، فتجربة الألم تختلف عن المعاناة ولكنهما مرتبطتان (Hervé ,1998,pp.2-3)، ويبقى الفرق بين الألم والمعاناة النفسية محل نقاش عند الخبراء، فالألم له علاقة بالجسد والمعاناة لها علاقة بالنفس، والألم مرتبط بالفعل "به ألم" أما المعاناة فإنها مرتبطة بفعل "أن يكون مؤلما". وكتب Claude cloës أن الألم مرتبط بسجل الملكية (L'avoir)، أما المعاناة بسجل الوجود (l'être)، فالمعاناة هي ظاهرة أكثر تعقيدا من الألم وهي متعلقة بالاستياء (Tap,2018,pp.137-138).

وتجدر الإشارة إلى نقطة تقاطع الفلسفة مع البيولوجيا العصبية لفهم آلية عمل المخدرات والإدمان عليها هي الإدراكات وتغييرها عند الرغبة، حيث يعتبر الإدراك همزة التواصل مع العالم الخارجي، لذا فإن الآثار النفسية الكيميائية للمخدرات ستغير من الإدراك مؤدية إلى اختلال في

المعطيات الداخلية والخارجية والمحتويات الإدراكية والعاطفية والاجتماعية والبيئية، فتغيير محتويات الإدراك يسمح للفرد ببناء العالم بطريقة مصطنعة وأكثر تلائماً مع تطلعاته وحساسيته، إذ لا يكفي فقط بإبعاد المعاناة بالتخدير وإنما الإدراك المسبب لهذه المعاناة، ومن خلال تجربة التغيير في التعامل مع العالم سيركز بعض المدمنين على اهتماماتهم بوجودهم، ويكون التركيز على العالم المكيف حسب حساسية الفرد بعدم مشاركته الآخرين (Hervé, 1998, pp.5-6).

2.3. المعاناة المرضية: تمكن (Kaös: 2012) من التمييز بين المعاناة النفسية والمعاناة المرضية مبينا أن المعاناة النفسية تكمن في تسخير جملة من القدرات بهدف استمرارية وتوازن الأنا، أما المعاناة المرضية فهي لا تتحدد فقط بالاضطرابات وتحطيم الوظائف النفسية كالتفكير والخيال والحركة والإدراك، وإنما تتجلى في عدم القدرة على الحب والعمل واللعب، حيث تظهر استحالة إقامة علاقة حب كافية وتواصل مع الذات والآخر (كركوش واكتوف، 2018، ص.39).

3.3. الضيق النفسي: المعاناة النفسية هي حالة من عدم الارتياح أين تترجم الأعراض بطريقة مختلفة حسب المرضى وبالخصوص حسب قدراتهم على التعرف والتعبير عن حياتهم الانفعالية، وحسب البنية الاجتماعية والثقافية، فصعوبة التعبير عن المعاناة سببها أنها لا تتواجد على مستوى الإحساس بالحدث أو الموقف، ولكن في ترجمة ما يفعل هذا الحدث والطريقة التي تسمح بحله (Belperin, 2009, pp.30-31)، أما الضيق النفسي يعمل ككاشف أو مؤشر للمعاناة المعاشة عندما يكون معنى الوجود في تدهور (karavdic & all, 2015, p.17).

فبالنسبة لـ (Cassel : 1982) المعاناة النفسية تتضمن ثلاثة أبعاد هي الألم الجسدي، الضيق النفسي، الحوار الروحي، فهي حالة خاصة من الضيق تظهر عندما تتألم نفسية الفرد ويتم قياسها من خلال المريض، حيث يعبر عنها من خلال ما يعبر عنه الفرد ومدى تقييمه لخطورة مرضه (Elafri, 2020, p.387).

4. أسباب المعاناة النفسية:

أشار فرويد إلى ثلاثة أسباب أساسية للمعاناة، أولاً أسباب تتعلق بتهديد الجسد للانحلال والزوال، ثانياً تهديدات تتعلق بالعالم الخارجي، وأخيراً الأسباب التي تهدد التعامل مع الآخرين، وما يجمع هذه التهديدات هو غياب وسائل الدفاع عن الذات، وينظر إلى هذه التهديدات من جهتين مختلفتين، أولاً الجسم وضرورة فهمه بصفته داعماً للانفعالات والعواطف مقر الإحساس بالمعاناة، وثانياً العالم الخارجي وعلاقته بالآخرين كمصادر أو أسباب للمعاناة، وتتدرج هذه الأسباب الثلاثة كالتالي:

➤ يتحمل الجسد معاناته ويسعى للبحث عن الارتياح وطلب الارتياح، وعليه فالمخدرات الشرعية أو غير الشرعية تكون وسائل اختيار للوصول لتحقيق التداوي الذاتي.

➤ يقصد بالعالم الخارجي البيئة التي تعد مصدر من مصادر الإدمان، خاصة التهميش الذي يولد العزلة والانقطاع، إذ أن اللجنة العليا للصحة العمومية تشير إلى أن التهميش الاجتماعي هو العرض الأكثر انتشاراً عند المدمنين، فوضعيات التهميش والإقصاء واستخدام المخدرات كلها عوامل مؤدية لتفاقم المعاناة .

➤ العلاقة مع الآخرين: تعتبر مصدر العواطف وتظهر من خلال عدم فهم الآخر، فالمعاناة والألم يمثلان موضوع علم النفس المرضي، بحيث أن عوامل الخطر كالحداد، والفقْدان، والحرمان العاطفي، والاختلال وسوء توظيف الأسرة يمكن أن تعيق التطور النفسي وتولد تلك المعاناة النفسية (Hervé ,1998,pp.4-5).

5. المقاربات النظرية لتفسير المعاناة النفسية:

1.5. المقاربة الطبية البيولوجية: تناول كلاين (Clain :2012) مفهوم "الوعي بالألم" الذي يرتبط بالبعد الانفعالي، حيث أشار إلى أن آليات إنتاج الألم تختلف حسب بعد الألم الحسي والانفعالي، فالانفعال هو مُنظَّم لشدة الآلام المحسوسة، وأن إنذار الألم (nocicepteur) الذي ينشط في النخاع الشوكي قبل وصوله للدماغ يمكن أن يتباطأ في غياب توقع الألم، ويعتبر كل من التمويه والتركيز والإيحاء وسائل تعمل على البعد الانفعالي وفي حد ذاتها تنظّم البعد الحسي.

كما يضيف أن "إنذار الألم" لا يعني الإحساس بالألم نفسه، فهولا ينشأ إلا بإطفاء الإحساس المؤلم وتثبيطه ببعض المسكنات (المورفين مثلاً)، وبغض النظر عن وعينا بالجسد فهو يحمل بداخله القدرة على الشعور بالألم واحتمالية المعاناة الصامتة، وهذا ما تطرق إليه "فرويد" إذ أن المعاناة النفسية تكون لا شعورية ويمكن أن تؤدي إلى أعراض جسدية مؤلمة (Clain,2012).

2.5. المقاربة النفسية: يشير Versini (2003) إلى حدوث المعاناة النفسية ينشأ عندما تعجز ميكانيزمات الدفاع والتكيف وتضعف المهارات الاجتماعية، إن هذا العجز لقدرات التكيف هو نتيجة لأحداث ووضعية صادمة تكون محددة عبر فترات من الزمن، أو تكون ثانوية بتكرار وتراكم أحداث ووضعية غير واضحة Versini (2003,p.31).

كما يرجع فرويد المعاناة النفسية إما إلى عجز الأنا عن تكيف النزعات الفطرية مع مطالب وقيم المجتمع، أو عجز الذات عن القيام بعملية التسامي والإعلاء، من خلال استبدال النزعات العدوانية البدائية والشهوانية بأنشطة مقبولة في المجتمع، وإذا كان الأنا الأعلى ضعيفاً فقد تنطلق الشهوات والغرائز لأجل الإشباع عن طريق سلوك المعاناة (لبقع وشتاتحة،2013، ص.167). كما يوضح كلوز (Cloes :2007) أن الألم هو مركز اهتمام ما يسمى بالترجسية الأولية المرتبطة بالجسد، في حين ترتبط المعاناة على ما يسمى بالترجسية الثانوية المتعلقة بموضوع الحب الخارجي المستثمر من طرف الشخص أي الآخر، والمعاناة في الواقع مرتبطة بالليبيد والموضوع يعني أنها تُحوّل نحو الآخر كموضوع حب، وهي بذلك تميل إلى الرغبة وليس الانطواء على الذات، ويضيف "فرويد" في هذا المجال أن الانتقال من الألم الجسدي إلى الألم النفسي يتطلب تحول الاستثمار النرجسي إلى استثمار موضوعي، ولهذا فإنّ المعاناة النفسية هي تحول الاستثمار من الجسد إلى الموضوع (Cloes,2007,p.51).

بينما ربط كل من باولبي وتراولبي (Bowlby & Travelbee) احتمال وجود المعاناة بدرجة التعلق بالشخص أو الشيء أو الوضعية المفقودة، فكلما كان الشخص أكثر تعلقاً كلما كانت احتمالية وجود المعاناة النفسية كبيرة، وأضاف باولبي (Bowlby) مفهوم "الأسى" "le chagrin" كمزيج بين القلق والغضب وفقدان الأمل، فكل من مفهومي الأسى والمعاناة يقترنان بنفس التصور وهو الانفعال المرتبط بالوضعية الموضوعية للفقدان (Béfékadu,1993,p.14).

3.5. المقاربة الاجتماعية: يرى الفيلسوف Emmanuelle Renault أن المعاناة تعني مرض اجتماعي أكثر منها مرض فردي، والعلاج يتم بتغيير الظروف الاجتماعية المولدة لهذه المعاناة، كما اهتمت أعمال فاسين (D. Fassin :2004) بكل ما يتعلق بممارسات النفسانيين وخطاباتهم انطلاقاً من مكان الإصغاء les lieux d'écoute وتحليل دلالات الألفاظ في تفسير المعاناة، حيث قام بإدماج مفهوم عدم المساواة وربط ذلك بضرورة معرفة المظاهر النفسية كما هي موجودة والتي ينتج عنها عنف يعيق المجتمع، كما قام (Alain Ehrenberg :2004) بالتركيز على آثار استخدام مصطلح المعاناة النفسية مع مفهوم الصحة النفسية، حيث يشير إلى أن الأفراد ينتمون لسياق اجتماعي أين يكون النجاح الاجتماعي ناجم عن فشل مسؤولية الفرد الشخصية، وبالتالي فالمعاناة النفسية والصحة النفسية ليست مجرد تجربة داخلية، فهي نتيجة لتحولات ذات طبيعة اجتماعية (Vinot,2005,pp.176-177).

6. المعاناة النفسية عند المدمن المنتكس:

اهتمت العديد من الدراسات وإن كانت قليلة في حدود اطلاع الباحثة- بمجال الإدمان والمعاناة النفسية لدى المدمن، وانعكاساتها عليه خاصة العودة لسلوك التعاطي بعد التعافي، ففي دراسة أبو شهبه (1990) بعنوان "دراسة إكلينيكية لمدمن الهيروين"، والتي هدفت إلى معرفة خصائص الديناميكية المميزة لمدمني الهيروين المنتكس من غير المنتكس، وأهم الخصائص المشتركة بينهما، وباستخدام المقابلة الحرة، وتاريخ الحالة واختبار تفهم الموضوع على 4 حالات (حالتين مدمني هروين منتكسين و2 غير منتكسين)، فقد توصلت النتائج إلى وجود خصائص دينامية لمدمني الهيروين المنتكسين تمثلت في ارتفاع درجة الاكتئاب والمعاناة النفسية المتمثلة في إحباط مادي ونفسي ومشاعر الدونية وعوامل أخرى (رحال وشناوي، 2019، ص. 170).

في حين اهتمت دراسة ماجدة حسين محمود (1991) بعنوان "سيكولوجية المدمن العائد دراسة نفسية اجتماعية" بمعرفة أسباب العودة للمخدر الاجتماعية منها والشخصية كما يدركها المدمن والمعالج والأسرة، حيث تكونت العينة من 60 مدمن منتكس تتراوح أعمارهم ما بين 20-30 سنة، وباستخدام عدة أدوات أهمها استمارة المقابلة خاصة بالمدمن المنتكس وأخرى بالفريق الطبي إضافة إلى اختبار الشخصية «برنر ويثر» لقياس جوانب الشخصية الخاصة بالعينة، فقد كانت النتائج الخاصة باختبار الشخصية تشير إلى بعض الخصائص أهمها عدم الاتزان الانفعالي

والمعاناة النفسية من العزلة إضافة إلى رفض النصائح والتشجيع، كما أن المنتكسين غير اجتماعيين ويتعايشون في مجتمع مغلق (غانم، 2005، ص ص. 354-355).

كما قام لورنتو وزملاؤه (Lorento Del pozo: 1998) بدراسة العوامل النفسية والسلوكية المرتبطة بالانتكاسة عند مدمني الهيروين المعالجين ب 15 مركز، وذلك بهدف التعرف على متغيرات الانتكاسة، حيث تكونت العينة من 240 مدمن معالج خلال 7 أشهر، و قسمت إلى مجموعتين: المجموعة الأولى 130 مدمن هيروين استهلكوها 3 مرات، والمجموعة الثانية لم يستهلكوا ولا مادة نفسية، كما تم استخدام كل من المقابلة العيادية المباشرة وتحليل البول، وقد أظهرت النتائج أن المنتكسين يستهلكون بشكل متكرر الكحول والقنب، والكوكايين والأمفيتامينات، ولديهم معاناة نفسية من شغف الهيروين، كما أن استراتيجيات تكيفهم كانت ضعيفة مقارنة بمجموعة غير المنتكسين (Lorento del pozo & al, 1998)، وبضيف أبوزيد (1998) أن من بين المؤشرات النفسية الانفعالية والمزاجية والوجدانية للانتكاسة هي: عودة أو زيادة السلوك القهري، الشعور بالأسف الذاتي، تجدد المعاناة النفسية وفقدان ضبط السلوك وغيرها من المؤشرات التي تدفع للانتكاسة (ص ص. 50-51).

كما أشارت العديد من الدراسات إلى أنّ مدمني الكحول وتعاطي المخدرات المقبولون على العلاج لديهم معدلات عالية من الاضطرابات الانفعالية وعدم القدرة على السيطرة على الانفعالات إضافة إلى الاكتئاب الشديد (Miller, 1991, p.282)، وتشير دراسة استكشافية في علم النفس المرضي والطب السيكا تري إلى أن مؤشر الألكستيميا هو عامل تنبؤي للانتكاسة، وكمثال على ذلك انتكاسة مدمني الكحول والمرضى المعالجين بالعقاقير الكيميائية الذين لديهم معاناة نفسية من الصدمة النفسية ومرض القرحة المعدية (Loas, 2010, p.7).

لذا ركزت دراسة بمركز Québec سنة (2012) على التدخل العلاجي للمدمنين الراشدين وانتكاستهم نحو الإدمان، إضافة إلى معرفة الحاجات المعبر عنها من طرف المدمنين المنتكسين، حيث أظهرت النتائج أنهم بحاجة إلى المساعدة الخارجية والدعم النفسي لتسيير الانفعالات وتجاوز الصدمات النفسية كالحداد، إضافة إلى حاجتهم لتخفيف المعاناة النفسية وتقدير الذات (Le libérateur sans alcool, 2014, p.16).

والملاحظ من خلال هذه الدراسات أن المعاناة النفسية تسبق الإدمان، بحيث أن المدمنين يلجئون إلى المخدر لتخفيف معاناتهم وتسيير انفعالاتهم كنوع من التداوي الذاتي الذي أشار إليه العديد من المحللين النفسيين، ويبدو أن لهذه المعاناة النفسية دور في حدوث الانتكاسة، حيث

تتباين مؤشرات المعاناة بين الإحباط ومشاعر الدونية وعدم الاتزان الانفعالي، إضافة إلى صعوبة السيطرة والتحكم في سلوكياتهم وفي كميات وجرعات المواد النفسية، مما يؤدي بهم إلى اللجوء للإدمان من جديد للوصول إلى الارتياح المؤقت، ولأن هذه المعاناة النفسية في تجدد مستمر فلا بد من الدعم والعلاج النفسي للوقاية من الانتكاسة، وحتى يتم التكفل بصورة سليمة، فعلى العيادي الممارس التعرف على معاناة العميل النفسية من خلال فهم شخصيته ككل متكامل، مع الأخذ بعين الاعتبار قيمه وأدواره وطبيعة علاقاته وكذا مسار حياته (Gupta & al, 2017,p.9)، وتضيف رودينسكو (Elisabeth roudinesco) إلى أن علاج المعاناة النفسية لا يكون بالأدوية بل يكون من خلال إيجاد طريقة للتعبير عنها (Benslama & al, 2016,p.3).

والتكفل النفسي بالمعاناة النفسية لدى المدمن حسب (Hervé, 1998,p.10) ضروري لتجنب تدهورها، وذلك بالتكفل بالعوامل المرتبطة بالبيئة والتخفيف من آليات التهميش واستفادة المدمنين من خدمات الرعاية الصحية والحقوق الاجتماعية، إضافة إلى أهمية المرافقة النفسية الطبية للمدمنين لضمان التكفل الجيد بالحالات، إذ يجب أن يتم تطوير الروابط بين عمال الصحة والمدمنين، وتقوية المخططات الصحية مع إدماج الاستعجالات السيكاثرية وتقديم أفضل التقنيات العلاجية النفسية معرفية كانت أو تحليلية أو سلوكية أو نسقية.

ولا يجب إغفال دور المحيط الخاص بالمدمن في عملية التكفل سواء عائلته أو فريق العمل الصحي، حيث أشارت النتائج إلى أن المدمن الذي يتعافى هو الذي يعيش في وسط عائلي ملائم ومدعم، إضافة إلى دور العلاج للتخفيف من مشاعر تأنيب الضمير والعار وحل الصراعات وإعادة التوضع اتجاه الابن أو الزوج (Hervé, 1998,p.11).

كما تلعب الفرق الطبية النفسية دوراً أساسياً في التخفيف من معاناة المدمن حتى لا ينتكس من خلال بناء علاقة وروابط متينة تتضمن الثقة المتبادلة بين أعضاء الفريق نفسه من جهة، ومن جهة أخرى مع المدمنين أنفسهم ما يسمح لهؤلاء بالاندماج في مراحل العلاج وإعادة التأهيل باحترامهم لمواعيد الجلسات العلاجية والتكيف مع النظام الداخلي للمركز الاستشفائي المتخصص.

يتبين لنا مما سبق أن المدمن المنتكس يكرر سلوك وتجربة الإدمان كلما تجددت معاناته النفسية، والتي تتباين من شخص لآخر من حيث شدتها وتكرارها واستمرارها، ويجب الأخذ بالحسبان عدم إدراك المدمن لمعاناته وأسبابها الاجتماعية والنفسية، مما يؤدي به إلى صعوبة التعبير عن ما بداخله ويفضل تجنب الحديث عن مشاعرهم وميله إلى الوحدة والأسف الذاتي،

إضافة إلى ضعف الجانب العلائقي والميل لعدم المشاركة الوجدانية، هذا ما يزيد من شدة المعاناة النفسية وتكرار الانتكاسات.

كما أن تكرار الوضعيات الضاغطة والتجارب الأليمة عند المدمن المنتكس تزيد من تحمل الجسد للمعاناة والبحث باستمرار عن الارتياح والانسجام مع الذات للتخفيف منها، ولا يجد المدمن سوى المادة النفسية التي تلعب دورا في إعطاء معنى لوجوده فينتكس ليخلق لنفسه مكانة وسط محيطه.

دفعت ظاهرة الانتكاسات في مجال الإدمان، العديد من الممارسين والباحثين لدراسة طبيعة المعاناة النفسية التي يعيشها المدمن المنتكس، والفهم العميق لمؤشراتنا بصفقتها مفهوم معقد وشائك خاصة تلك المتعلقة بالجانب الانفعالي، وذلك للوصول إلى انسب التقنيات العلاجية والبرامج الوقائية التي من شأنها تفكيك شفرة الانتكاسة.

III. الألكستيميا:

1. مفهوم الألكستيميا:

➤ لغة: مصطلح الألكستيميا ذو أصل يوناني يتكون من 3 أجزاء (A: absence) غياب أو عجز، (Lexis, mots) أي كلمات، ويعبر (Thymos : émotions) الانفعال وتعني عدم القدرة على التعبير عن الانفعالات بالكلمات، وهو مصطلح اقترح من طرف الطبيب سيفنيوس سنة 1973 (بوشوشة ونايت، 2018، ص.33).

➤ اصطلاحا: اهتم الباحثين بسمات الشخصية المرتبطة خاصة بالسيكوسوماتية في الولايات المتحدة الأمريكية في سنوات الثلاثينات، وبالمقابل اتجه الإكلينيكيون الفرنسيون للاهتمام ببعض خصائص التفكير للمرضى السيكوسوماتيين وهو التفكير الإجرائي للإشارة إلى نمط من التفكير العملياتي في غياب الهومات (Chekkai, 2012, p.114).

يعرف سيفنيوس (Sifneos) الألكستيميا أنها نقص أو فقر في العاطفة والحياة الهوامية أو الخيالية، وتكون فقيرة نتيجة شكل من أشكال التفكير الإجرائي أو النفعي، وميل

لاستخدام الفعل لتجنب الصراعات والوضعيات الضاغطة مع تقييد واضح في التعبير عن الانفعالات خاصة صعوبة إيجاد كلمات لوصف المشاعر (Jouane,2006,p.195).
أما بيادنللي (Peddinielli :1994) 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 (khemiri,2011,p.33).

في حين يرى التيار التحليلي متمثلاً في كل من (Corcos & Sprezza :2003) أنه لا بد من النظر إلى البعد الألكستيمي في شدته وانتشاره (صراعات وانفعالات) وبإمكانه أن يكون وظيفياً في لحظة خاصة لتنظيم الشخصية والعلاقات مع الآخرين، ويبدو هذا البعد دفاعي ضد الظهور الغريزي المفاجئ والمعاش خلال فترة الكمون ما يستدعي أهمية الجانب الجيني ويتميز الصراع الغريزي عند الألكستيمي بالإفراط (Chekkai ,2012,p.117).

ويعرفها "Joyce & dougall" على أنها "ميكانزيم دفاعي لأننا ينتج عنه نبذ للعواطف، وقد يشمل هذا الميكانزيم التكيف أحيانا عند الأشخاص الذين عاشوا تجارب قاسية" (شدمي، 2015، ص.68).

وينضم كل من فارغس وفارجس (Florent Farges & Servane Farges) إلى التيار الحديث حول تعريف الألكستيميا كمفهوم متعدد الأبعاد منظم في أربعة محاور من جهة المكونات الانفعالية المركزة على ضعف التعرف وتحديد الانفعالات، ومن جهة ثانية المكونات المعرفية المتمثلة في فقر الأحلام واستخدام نمط تفكير ملموس غير تأملي، فالبعدان الأولان متعلقان باضطراب العاطفة، أما البعدين الآخرين مرتبطان بالتفكير الإجرائي لـ (Marty & all) (Chekkai .2012.p118)، ويقترح كل من (Bermoud & Vorst) بعداً خامساً وهو ضعف في إعادة النشاط الانفعالي (مقاتلي، 2015، ص.195).

بناء على ما سبق يمكن حصر مفهوم الألكستيميا في البعد الانفعالي المتضمن خاصية صعوبة تحديد الانفعالات والعجز لإيجاد كلمات للتعبير عنها، أما البعد المعرفي فيختص بفقر الحياة الهوامية وغياب الترميز والتفكير ذو المحتوى العملي والمهتم بوصف الأحداث بدل العواطف، وفي هذا الإطار يرى "سفنيوس" أن الألكستيميا حياة هوامية فقيرة مع تفكير عملي

كنتيجة، كما حدد أربع علامات مقسمة في محورين: **المكون الانفعالي** الذي يتمثل في عدم القدرة على التعبير لفظيا عن الانفعالات وفقر الحياة الخيالية، و**المكون المعرفي** باللجوء للفعل ومحتوى تفكير عملي براغماتي، بينما قام "تايلور" سنة (1990) بأعمال حدّد من خلالها الوصف العيادي للأكستيميا من منظور متعدد الأبعاد مقسم على محورين وأربعة أبعاد تم الاعتماد عليها لوضع سلم الأكستيميا لـ Toronto المتكون من 26 فقرة (26. TAS).

أ. المكونات الانفعالية (Composantes émotionnelles):

- **المكون الأول** هو صعوبة التعبير اللفظي للانفعالات وهو سمة ضرورية لتشخيص الأكستيميا قد يكون الشخص في حالة بكاء وغضب وإذا سألناه لا يستطيع التكلم عن الخبرات.
- **المكون الثاني** يتمثل في عدم القدرة على التعرف على مشاعره وتفريقها مع الأحاسيس الجسمية، فالأكستيميون لديهم معاناة نفسية من شكاوي مرضية جسمية متعددة وهي محاولة منهم للتعبير عن مشاعرهم التي لم يتم إعدادها نفسيا.

ب. المكونات المعرفية (Composantes cognitives):

- **المكون الأول:** هو فقر الحياة الهوامية المعبر عنها لفظيا بسبب خلل على مستوى الذاكرة وتذكر الحلم وسرده فعندما تكون الأحلام مخزنة في الذاكرة سيكون لها إما محتوى ذهني بدائي واضح أو تكون وتيرة العمليات الثانوية خالية من اللون والترميز الذي يربط الحلم والعمليات الأولية، فالأحلام والتخيلات النهارية تكون نادرة وواقعية.
- **المكون الثاني:** هو التفكير ذو المحتوى البراغماتي أو العملي المبتدل والنفعي، فينشغل المريض بتفاصيل الأحداث الخارجية، وهو معيار قريب من التفكير العملي الذي تطرقنا إليه سابقا، ويتميز هذا البعد بخطاب واقعي وأحيانا يكون مُفصّلا مع الميل إلى فقر استخدام الكلمات والخطاب الذي لا يظهر بدافع عاطفي وإنما أساسه الشكوى المرضية (barucq,2013, pp.64-63).

وقسم سفينيوس (1988-1994) الألكستيميا إلى نوعين:

➤ **الألكستيميا الأولية:** الألكستيميا هنا هي سمة شخصية ذات أصل عصبي بيولوجي عند البعض، كما يمكن اعتبارها نوع من الشخصية المستقلة المنتمية للشخصيات المرضية وبذلك هي ذات بعد بنيوي.

➤ **الألكستيميا الثانوية:** هي نتيجة عوامل صدمية، 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 ميكانيزم دفاعي يحمي ضد المرض أو الحدث أو المعنى الانفعالي، ويقسم (Frey berger) الألكستيميا الثانوية إلى نوعين آخرين هما: **الألكستيميا العابرة (Transitoire)** والتي تتخفف عندما يشفى المريض، أما **الألكستيميا الدائمة (Permanente)** هي حالة المرض المزمن أو نتيجة لصدمة (Farges & Farges, 2002, p.51).

أما في مجال سيكوباتولوجية الإدمان فتجب الإشارة إلى مفهومين من الألكستيميا، هما:

➤ **الألكستيميا الأولية أو السمة:** والتي تعتبر عامل خطر للاستعداد للإدمان، ويمهد هذا النوع للسلوك الإدماني، فاستخدام المخدر يمكن تصوره كمكبر للأحاسيس والإدراك والانفعال لتعويض أو ملء فراغ داخلي غير مفهوم، ووضع الفرد في حلقة البحث عن الأحاسيس مع غياب المعنى.

➤ **الألكستيميا الثانوية أو كحالة:** تتطور بسبب القلق الناجم عن الأمراض الجسمية والصدمات النفسية أو البدنية، ويتعلق الأمر بتوظيف ألكستيمي دفاعي ضد المشاعر الاكتئابية والتي تنتشر بصفة عامة عند ذوي السلوكيات الإدمانية قبل وبعد الدخول في "الحلقة الإدمانية le cycle addictif" (khemiri, 2011, p.32).

2. المفاهيم المتعلقة بـ الألكستيميا:

1.2. **الألكستيميا وميكانيزمات الدفاع:** تعتبر النظرية السيكودينامية الألكستيميا دفاع ضد

المشاعر، فهي ليست سمة في الشخصية، بل هي آلية دفاعية تتعلق بإنتاج ضئيل للمحتويات

الكلامية العاطفية، حيث يؤكد لوميني (Luminet) أن هؤلاء الأفراد ينكرون كل معاش غير حالي ويعتمدون على المعاش الفيزيولوجي (فاسي، 2016، ص.100).

ويشير التحليليون إلى أن الألكستيميا هي ميكانيزم دفاعي مكتسب مبكراً، أو نمط توظيف نفسي نكوصي أو بنائي يسمح بقفل الانفعالات والعواطف في حالة الوضعيات الصادمة (Loas,2010,p.4). ويتفق ماكوجال وجويس (Joyce & Dougall) على أن الألكستيميا هي ميكانيزم دفاعي لأننا ينتج عنه نبذ العواطف، وقد يسهل التكيف أحياناً عند الأشخاص الذين عايشوا تجارب قاسية (شدمي، 2015، ص.68).

2.2. الألكستيميا والتفكير العملي: إن التفكير العملي هو تفكير محول نحو الواقع

والحقائق، بحيث أن عدد كبير من الأفراد لا يتحملون فيض الإشارات على مستوى المظهر النفسي، أي هناك فائض يدفع إلى ترك الانفعال يمر إلى الجسم ما يولد اضطرابات سلوكية واضطرابات جسمية (Sweerts,2019,p.55)، ويعرف التفكير العملي أنه تفكير واعي يمكن إيجاده في عدة تصنيفات ما عدا الأشخاص السيكوسوماتيين فمثلاً عند المدمنين يظهر من خلال:

- التفكير النفعي الواقعي الملموس، ولا يتم استخدام مكانزمات ذهنية عصابية أو ذهانية للتفكير الجنسي.

- تفكير فعال ومكيف غير قابل للنقاش، ومكيف مع حقائق ووقائع من نوع وتنظيم آخر، مثل الانفعال والهوامات.

- يتم فيه توضيح الفعل وليس تفسير الفعل، ولكن "le double verbalement" التضاعف الشفهي لا يجمع بين الأفكار ولا حتى التماهي الجزئي خلال الفحص.
- ليس له علاقة أو رابط مع التفكير الهوامي.
- له علاقة آنية مع الحسية الحركية وخال من أي رابط آخر.
- اللاشعور المكبوت والمعزول لا يظهر في نمط وسواسي لأنه لا يحتوي على مظاهر ذهنية لفظية للجهاز النفسي.

- ينقص التفكير العملي دائماً المرجع فيما يخص الموضوع الداخلي النشط.

- فقير من الناحية اللببيدية.

- لا يسمح بإخراج العدوان السادي المازوشي.
- وأخيرا يبقى شاهدا على التوظيف السيئ للموقعية الأولية وما قبل الشعور الذي يحتاج باستمرار إلى الكثافة والسلاسة، فسوء التوظيف هذا يظهر في الفقر أو غياب الحياة الحاملة، وحضور حلم خام أو محبط لا يحمل إلا الحياة المهنية دون ظهور آليات العزل والتبديل والتكثيف ولا حتى الدراما (Pirlot,2014,p.74).

3.2. الألكستيميا والانفعال: من المهم التطرق إلى مفهوم الانفعال الذي له علاقة بالمشاعر، ويشير (Barucq:2013) أن الشعور يعرف "كحالة عاطفية معقدة ودائمة مرتبطة ببعض الانفعالات أو التصورات"، من جهة أخرى لوحظ أن فرويد استخدم ثلاثة مصطلحات وهي: الإحساس (sensation)، الشعور (sentiment)، العاطفة (affect)، ويفرق علم النفس الكلاسيكي الفرنسي في الحياة العاطفية: الانفعال كحالة حادة وعابرة، أما الشعور كحالة دائمة وقل ضعفا وشدة، أما الشغف العنيف فهو عميق ودائم.

ومن الناحية العلمية العصبية يرى سيفنيوس (Sifneos) أن الانفعال هو البعد النوروبولوجي للعاطفة، أما الناحية النفسية للعاطفة تتأسس من طرف المشاعر كونها مجموع الانفعالات والتخيلات والصور والأفكار المرتبطة بها، فالانفعال هو تغير فوري، حاد، وعابر لحالة الجسم سببها إدراك حدوث تعديل داخلي أو خارجي (فكرة، إحساس) تؤدي إلى حالة جديدة للتوازن والتكيف مع المحيط، ومصدر الانفعال فطري ومكتسب في آن واحد (-Barucq,2013,p.56). إن التراث العلمي يتطرق إلى ثلاث قدرات انفعالية أساسية، وهي:

- القدرة على التمييز بين الانفعالات: بمعنى القدرة على تمييز التعبيرات الوجهية فيما بينها، وتكون هذه القدرة عبارة عن استجابة غير لفظية.
- القدرة على التعرف على الانفعال: بمعنى تحديد والتعرف على الانفعال بالقدرة اللفظية على استخدام المصطلحات ذات الصلة بالمعرفة الانفعالية للآخرين.
- القدرة على التعبير اللفظي الانفعالي: الذي يرجع إلى القدرة على ربط الحالات الانفعالية وتلك المتعلقة بالآخرين، واستحضار مناقشة الانفعالات في الحاضر والماضي والمستقبل والوضعيات الانفعالية على المستوى السياقي.

إن اكتساب هذه القدرات يتم وفق التسلسل الآتي: التمايز، تحديد الهوية ، والتعبير اللفظي، وتطور كل قدرة يتطلب مكتسبات معينة للقدرة السابقة، وينوه (Lenoir & Luminet) إلى الدور الذي تلعبه كل من وتيرة المناقشات المتعلقة بالانفعالات بين أعضاء الأسرة الواحدة، وموقف الأسرة نفسها اتجاه التعبير الحر للانفعالات والسلوك التعبيري للأُم ووجود الإخوة في اختلال الأداء الانفعالي وظهور الألكستيميا (Luminet & Lenoir,2006,p.337)

إن السكوت عن الانفعالات وعدم الرغبة في الحديث عن المشاعر والألم الناتج عن ذلك يستدعي عدة وسائل لمعالجة الانفعالات، هذه الظواهر نجدها في الحالات المرضية والعادية، فالنماذج المعرفية تهتم بشكل واسع بمثل هذه المواضيع التي تسمى الضعف الانفعالي، وأكثر تفصيلا فقدان القدرة على الشعور بالرغبة (Anhédonie)، نقص التعبير الانفعالي (émoussement affectif)، و (Alexithymie) غياب الكلمات للتعبير عن الانفعالات هي مفاهيم تعبر عن أبعاد نزوغرافية موجودة في عدة اضطرابات وتنازرات وإما أن تكون عرضا أو دفاعا وسمة في الشخصية (Pasquier,2013,pp.36-37).

ويشرح (Pasquier :2013) أن انعدام اللذة هو مفهوم يشير إلى فقدان العامل الذاتي للرغبة وبالاستقلالية عن الحساسية المحتفظ بها في الألم، ونجدها في الاكتئاب والفصامات والإدمانات، وتعتبر من الأعراض الأساسية للحلقة الاكتئابية حسب DSM-IV-TR. أمّا الألكستيميا (Alexithymie) فهي غياب الكلمات لوصف الانفعالات، وترافق عدة اضطرابات أهمها الإدمان وتفرق البحوث بين الألكستيميا الثانوية والأولية حسب السلوك الثابت كسمة شخصية أو المتغير كدفاع لهذه الظاهرة (p.37).

4.2. الألكستيميا والإرسان:

تتضمن الألكستيميا بعدين أساسيين، الأول انفعالي والثاني معرفي، وتعتبر عملية الإرسان (processus de mentalisation) مفهوم تكميلي أساسي لفهم مظاهر التفكير العملي وضعف الحياة الخيالية عند الأشخاص الألكستميون، ويعرف كل من باتمان وفاناجي (Bateman & Fanagy :2015) الإرسان كآلية ذهنية (Mécanisme mental) يقوم الفرد من خلاله بتفسير أفعاله وأفعال الآخرين بطريقة واضحة، فالإرسان هو تنازل عن التحكم الشامل لانفعالات

الفرد واستجاباته وتقديم الفروق والتعاضدي عن أي شكوك حول وجود الفرد. وتظهر الألكستيميا حسب كاركوس وزملائه (Corcos & all:2009) من خلال نقص في قدرات الارصان ما يولد خطر تفريغ الأفعال أو السلوكات (kowal & all.2020.p116).

5.2. الألكستيميا واضطرابات الشخصية: 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 والهستيرية مقارنة بالأسوياء، ووجدت دراسة (Webb & MacMurray: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 (العيداني، 2019، ص.34).

6.2. الألكستيميا والمعاناة النفسية: تدل الألكستيميا على تجربة محورية للمعاناة النفسية متعلقة بعالم الصمت (Jover,2009,p.1)، ويرى جاكوب (1999) أنها رد فعل للألم وميكانيزم دفاعي يحمي الشخص من الانفعالات والوضيعات الخطيرة خاصة لما تكون الخبرة الانفعالية تتعدى القدرة التكيفية (مقاتلي، 2018، ص.310)، ويضيف جوفر (Jover.2009) أن المعاناة النفسية تكمن عند الشخص الألكستيمي في مواجهة نظام لطالما ابتعد عنه، هذا النظام بمثابة عالم لا يمكن للشخص مشاركة إيماءاته الانفعالية بأي شكل من الأشكال، كما يلجأ الألكستيمي إلى العالم الإجرائي والتواجد في عالم الأحاسيس والابتعاد عن الحاضر وانفعالاته بالاعتماد على التجاهل بدل التذكر تقاديا للعيش بتجسيد الواقع، والهدف من إنكار الانفعال في الحاضر هو عدم القدرة على مواجهة التنازل الذي يقوده للجنون أو الانتحار (Jover,2009,p.7-8).

3. قياس الألكستيميا:

هناك العديد من وسائل القياس الخاصة بتشخيص الألكستيميا والتي تطورت وأصبحت أكثر استخداماً، أهمها ما يلي:

1.3. مقياس تورنتو للألكستيميا (Toronto alexithymia scale)

سلم تورونتو للألكستيميا (TAS) وهو استبيان وضع سنة 1985 من طرف فريق كندي يحتوي على 26 فقرة، تنقسم إلى أربعة أبعاد هي: عدم القدرة على وصف الانفعالات، عدم القدرة على التعرف على الانفعالات، ضعف القدرات على التخيل والحلم، التفكير الموجه نحو الخارج. كان هذا السلم محل استخدام العديد من الدراسات نظراً لثباته وصدقه العالين، ثم ظهرت الطبعة الفرنسية له التي وضعها الباحث paul Marie marchaud ، وتم نشرها سنة 1993 والتأكد من صدقها وثباتها سنة 1994 ، فيما بعد تم مراجعتها من طرف باحثين فرنسيين آخرين سنة 1995 واقتروا نسخة مكونة من 20 فقرة (TAS-20) (Loas,2010,p.3).

2.3. مقياس شالنج سيفنيوس للشخصية (La schalling Sifneos personality scale :SSPS)

تم اقتراحه سنة 1979 من طرف سيفنيوس وشالينج (Sifneos & Schalling)، وهو استبيان ذاتي عرف ثلاث نسخ تصحيح متتالية (Farges & farges ,2002,p.56) حيث يتكون من 20 بند وتم تصنيف البدائل على مقياس ليكارت الرباعي، يتمتع المقياس بثبات مقبول عن طريق إعادة تطبيقه بعد أسبوعين، كما أثبتت بعض الدراسات الصدق العاملي للمقياس حيث أظهر أربعة عوامل متباينة تتفق مع البناء النظري للألكستيميا (قداش، 2020، ص.73).

3.3. الاختبارات الإسقاطية:

استخدم اختبار الرورشاخ بكثرة لدى المرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة، بحيث أن كثيراً من الباحثين اكتشفوا أن هؤلاء الأشخاص لديهم معاناة نفسية من صعوبة إرسان الانفعالات، ويشير كل من شابير ودوبراي (Chabert & Debray) إلى ملائمة هذا الاختبار لتقييم درجة الحرمان أو نقص الهومات والأحلام للفرد، كما اقترح كل من ألكسندر وأكلين (Acklin & Alexander) سبعة مؤشرات ببطاقات للروشاخ خاصة بالألكستيميا هي: فقر الإجابات، فقر

الحركات الإنسانية، ندرة استخدام الألوان وسوء توجيهها، تجنب التعقيدات، التفكير النمطي، نقص الموارد الفكرية والانفعالية (zine el abedine ,2014,p.10).

ويضيف Acklins أن اختبار الرورشاخ يكشف لنا عن طبيعة العلاقة بين الفرد والعالم من الناحية البين نفسية (intrapsychique)، إضافة إلى الجانب الإدراكي والمعرفي، كما استنتج أن ترميز المعالجة المعرفية للانفعالات والألكستيميا يرجع إلى خلل في إعداد الانفعالات والعواطف البدائية وخلل في عملية الربط وأخيرا خلل في التصور الذهني (khemiri ,2011,p.34).

4. النظريات المفسرة للألكستيميا:

1.4. النظرية الوراثة: يرجع كل من (Heiberg &Heiberg) الألكستيميا لاحتمال مكونات وراثية، وتتسبب الأحداث الصادمة في إتلاف البناء الدماغي الفيزيولوجي، التشريحي والكيميائي للفرد، إضافة إلى اعتبار الألكستيميا كميكانيزم دفاعي لمواجهة الوضعيات المؤلمة، كما أن إدراك الفرد لعجزه العاطفي يدفعه للتحسين من حالته باللجوء لتناول مبالغ فيه لمواد مهدئة ما يؤدي لإتلاف دماغي أكبر وهو ما يوقعه في حلقة مفرغة ورسخ صفة الألكستيميا فيه (حافري وبخوش، 2019، ص.129).

2.4. النظرية المعرفية العصبية: أثار كل من (sifneos & nemiah) نماذج فيزيوعصبية بالإشارة إلى الجانب العضوي للألكستيميا، وإمكانية التواصل المضطرب والمشوش بين النظام اللمبي مكان الانفعالات و"اللحاء néocortex" (substratum du langage)، وتوجه سفنيوس بفرضية خاصة بعدم التواصل بين التجربة الانفعالية والتجربة اللفظية، ووصف الاضطراب كاشتراك بينهما لا يسمح بالترابط بين التجربة الانفعالية والمحتوى الهوامي، فالتجارب الانفعالية والتصورات النفسية منفصلين تماما، ولكن من منظور فيزيوعصبي لا يوجد تواصل جيد بين النظام اللمبي واللحاء، ففي الألكستيميا تغطي الاستجابات الفيزيولوجية القلبية والارتعاش والسلوكية كالهروب (farges & farges ,2002,p.53).

3.4. النظرية المعرفية: ترى النظرية المعرفية الألكستيميا في شكل نقص العاطفة، وتهدف إلى دراسة العلاقات بين المعرفة أو الفكرة والانفعال واللغة، والألكستيميا لابد أن تفهم بقدرة الفرد على فهم الحالات الانفعالية للآخرين وليس التعبير عنها فقط، كما وصف كريستال (krystal) الأفراد

الألكستيميين أثناء العلاقات البين شخصية وجود اضطراب في التعاطف يظهر في عدم القدرة على معرفة انفعالات ومشاعر الآخرين، ويعتبر لان (Lane) -حسب منظور بياجيه- أن النمط المعرفي الانفعالي للألكستيميا يعود إلى المراحل الأولى للتطور الانفعالي وأدنى من مرحلة العمليات الملموسة (Guilbaud & al, 2002, p.79).

وتحتوي الحالات الانفعالية كمخططات على عمليات وتصورات على المستوى الرمزي وشبه الرمزي، فالتصورات الرمزية هي صور أو كلمات، أما التصورات شبه الرمزية تشير إلى الأحاسيس الجسمية التي يشعر بها الفرد في حالات الانفعال، وتمنح الأنظمة الرمزية خاصة اللغة والخطاب الفرد إمكانية التفكير في حالته الانفعالية وخبراته الذاتية، ثم تعديل شدة وطبيعة هذه الحالات، وبمفهوم آخر تسمح هذه الأنظمة بإرسان هذه الحالات الانفعالية، فالألكستيميا تظهر من خلال القدرات المحدودة لتمثيل الانفعالات بطريقة أو معنى رمزي، وبالتالي التمثلات شبه الرمزية للانفعال تكون مرتبطة بالصور والكلمات بطريقة ضعيفة، مما يولد قدرات أقل للتحكم المعرفي والرقابة المعرفية (Luminet & Grymberg, 2013, p.90).

4.4. النظرية السيكودينامية: إن تفسير الألكستيميا من الناحية السيكودينامية مستوحى في جزء كبير من أعمال المدرسة السيكوسوماتية الباريسية للتفكير العملي، هذا التفكير المتميز بتفكير أدائي، ملموس وموضوعي منفصل عن أي مستوى هومي (Gilband & al, 2002, p.79). والألكستيميا كسمة ترتبط بالتفكير العملي الذي سببه إخفاق في ترميز الصراعات واستحالة تشكيل الصورة الهومية للجسد، ويتميز الاقتصاد النرجسي لدى الألكستيميين بنقص في مفهوم الذات وكبت العدوانية والعواطف بشكل عام، ما يؤدي إلى الاكتئاب الأساسي في حالات كثيرة لكن لا تظهر فيه أعراض الاكتئاب الانفعالية ويزيد استعداد الفرد للتعرض إلى الإصابة بالأمراض السيكوسوماتية (زين العابدين، 2016، ص.37).

ويصف التيار السيكودينامي الألكستيميين بعدم قدرتهم على الاستثمار النفسي واستثمار الآخرين، فهم يستجيبون بالجسدية (somatisation) في كل صراع نفسي وألم نفسي، فالجدول العيادي الذي يمثلونه قريب جدا من فقدان الإحساس أو الشعور باللذة، أي إنكار للمشاعر المؤلمة من جهة، ومن جهة أخرى إنكار كل تأثير للمتعة (tout affect du plaisir)، ويبدو أن

الأشخاص الألكستيميين مجردون من كل معلومة حسية أو عاطفية بإمكانها أن تحميهم من المخاطر الآتية التي تهدد الأنا (Luminet & Grymberg,2013,p.84-85)، وبضيف (boivier :2016) أن التوظيف البين-شخصي لهؤلاء الأشخاص يميل إلى التوافق الاجتماعي وتجنب الصراعات والعلاقات السطحية الجامدة الخالية من التعاطف (Empathie)، وعندما يزورون المعالج يستعملون ميكانيزمات بدائية غير ناضجة (Boivier,2016,p.18).

5.4. نظرية النمو الانفعالي:

يهتم أصحاب هذه النظرية بالاختلال في العلاقة أم-طفل وتأثيرها على النمو الانفعالي للطفل، وتنشأ الألكستيميا عندما تكون الأم غير قادرة على فهم الرسائل الانفعالية لابنها ويصدر منها إيماءات تعبيرية غير متطابقة لحاجياته فيكتسب الطفل انفعالات غير متوافقة وحالته الانفعالية، وترتبط الألكستيميا عند "لان وشوارتر" باضطراب أثناء فترة التعلم على فهم وضبط الانفعالات المتواجدة عبر مراحل النمو خاصة على مستوى نماذج المستويات الأولى (الانعكاس الحسي والحركي والحسي الحركي وما قبل الإجرائي) إضافة إلى الحد من المعالجة المعرفية للظواهر الانفعالية (مقاتلي، 2018، ص.311).

5 . علاج الألكستيميا:

توصل (Overbeck :1977) من خلال دراسته للجوانب الكمية للغة أثناء جلسات العلاج الفردي، إلى أنّ المرضى السيكوسوماتيين الألكستيميون يتكلمون أقل، وأقل تلقائية في الإنتاج اللغوي واللفظي، وكانوا صامتين ويجبرون المعالج على استعمال نشاط أكبر بسبب غياب عصاب التحويل وصعوبة وضع علاقة علاجية، من جهة أخرى هؤلاء المرضى يلجؤون إلى سلوكيات إدمانية مع إدماج نشاط جنسي قهري أو منحرف (pervers) ونشاطات رياضية قهرية، ويشتكون من أعراض جسمية عند المعالج ولديهم قلق نفسي، كما يؤكد (McDougall : 1972) أن هؤلاء المرضى غير قابلين للتحليل "anti- analysant" (Taylor.1990 .pp.779-). (780).

ويشير (Krystal :1983-1982) إلى أنّ الألكستيميا هي العامل الأكثر أهمية في فشل العلاجات السيكودينامية، في حين يشير كل من (Sperenza & Corcos) إلى أن هناك

ثلاثة أنواع من العلاجات النفسية للأفراد الألكستيميين، وهي: العلاجات الفردية والعلاج الجماعي والعلاج المشترك النفسي الفارماكولوجي، فالعلاجات الفردية هدفها تعديل العلاقات الدينامية للألكستيميين، بالتركيز على الإطار العلاجي أكثر من التفاعلات، حيث يحاول المعالج مساعدة المريض على التعرف وتنظيم المعاش الانفعالي وإدراك تصور انفعاله والتعبير عنه بالكلمات بدل الآلام، لكن هذه التنظيمات لديها احتمال الاعتمادية على المعالج في حالة قام هذا الأخير بتقديم النصائح وتفسيرات الضعف الانفعالي والمعرفي (Chekkai, 2012, p.158-160).

ويضيف (Luminet & al: 2013) أن للعلاج الجماعي أهمية كبيرة خاصة عندما يتمحور حول تقنية لعب الأدوار والنشاطات الكتابية والموسيقى والرياضة، بهدف مساعدة المريض على إعادة الاتصال بمشاعره والتعبير عنها لفظيا بالكلمات، ويرى أن العلاج الفارماكولوجي كمضادات القلق ومضادات الاكتئاب لتخفيف المخاوف المعرقة لجلسات العلاج وتحسين المزاج والعلاقات مع الآخرين والتربية العلاجية بممارسة السلوكيات الانفعالية المكتسبة وتنمية وتطوير المفردات الانفعالية والتنويم الإيحائي لها دور فعال في تعزيز الوعي الانفعالي (pp.138-140).

إن الدراسات النفسعصبية حول نتائج العلاج عند المدمنين وجدت أن المتعافين منهم لديهم توظيف سليم في كل الاختبارات والمقاييس عكس المدمنين المنتكسين ونتائج سلبية فيما يخص اختبارات اللغة، التفكير التجريد والتخطيط والمرونة المعرفية والسبب راجع إلى وظائف النصف الأيسر للمخ والفص الجبهي إضافة إلى بروفيل الشخصية للمدمنين الذين نجحوا مع أو دون أدوية بالنجاح في العلاج عكس المدمنين المنتكسين الذين تمحورت خصائصهم حول: الاندفاعية، وبروفيل الشخصية المضادة للمجتمع والاضطرابات الانفعالية، ومنه فإن سمة السيكدينامية العصبية هي نموذج لتقييم وعلاج المتعافين للمواد النفسية (Miller, 1991, p.277).

6. الألكستيميا لدى المدمن المنتكس:

حسب (Pedinielli: 2020) هناك العديد من الدراسات التي اختلفت في تفسيرها حول ما إذا كانت الألكستيميا عامل تنبئي أو عامل استعداد أو عامل حماية للاضطرابات، فالتيار السيكوسوماتي يرى أنها تنبئية للاضطرابات الجسمية، لكن أبحاث قليلة تميل إلى وجهة نظر أن

الألكستيميا هي آثار للضغط واستراتيجية مواجهة وتسيير الوضعيات المزعجة، بينما اتجهت دراسات أخرى إلى تفسير الألكستيميا كبعد يساعد على تقبل الاضطرابات الخطيرة من خلال الحذف المؤقت للاستجابات الانفعالية ولها دور عامل حماية ضد الانفعالات الأساسية وخطورة المرض (pp.10-11).

إنّ البحث في السببية المرضية للانتكاسة خاصة تلك المتعلقة بالألكستيميا وقدرة الفرد على التعبير على الانفعالات وتسييرها وضبطها بدون المخدر، حيث يبقى التساؤل مطروح حول تجربة وطبيعة المعاناة النفسية التي يعيشها المدمن المتعافى والصراع القائم بين التداوي الذاتي وتحدي الممارسين والمعالجين في علاج الإدمان والوقاية من الانتكاسة.

في نفس السياق يشير (Hervé :1998) أن المعاناة النفسية تشمل مفاهيم المدة والتسوية، فهي تتغذى من القلق وتوقعات فقدان خاصة في التعامل مع الآخر، فالمعاناة تبدو صعبة الفهم ولا يمكن التعرف عليها إلا من خلال تحديد بعض الظواهر المرتبطة بها، ويقترح في هذا المجال بول ريكور (Paul Ricoeur) محورين لحصر المعاناة:

الأول متعلق بالتدهور التدريجي للعلاقة مع الذات والآخرين، فالفرد لا يشارك معاناته الآخرين، ويلجأ إلى الصمت والعزلة، بحيث أن غياب الشكوى لا يعني غياب المرض فالفرد يحتفظ بمعاناته النفسية ولا يتواصل مع محيطه، ونجد سجل تدهور العلاقة مع الآخر بكثرة عند المدمنين. بينما الثاني يرتبط بانخفاض القدرة على الفعل، ويشير العديد من الباحثين في مجال الإدمان إلى أربعة أنواع من اختلال القدرات، وهي:

➤ **عدم القدرة على الكلام (l'impuissance à dire):** رغم وجود رغبة في الكلام لكن الكلمات المعبرة غائبة ولا يبوح إلا بالشكوى.

➤ **عدم القدرة على الفعل (l'impuissance à faire):** حيث يشعر أنه ضحية وتتدرج معاناة المدمن ضمن فقدان الرقابة على إرادته أو التحكم فيها بمعنى فقدان التحكم في الإرادة.

➤ **عدم القدرة على السرد (l'impuissance à se raconter):** ينسب العديد من الإكلينيكين هذه الصعوبة للمدمنين في سرد تاريخهم وقصتهم مع الإدمان.

➤ **عدم القدرة على تقدير الذات (l'impuissance à s'estimer soi même):** من خلال تأنيب الضمير، الإحساس بالعار، فضعف تقدير الذات يندرج ضمن تفسير بعض الانتكاسات المتكررة (Hervé, 1998, p.3-4).

وتماشيا مع ما تم ذكره، نلاحظ أن الألكسيتيميا بإمكانها أن تكون مؤشرا للمعاناة النفسية وتساهم في حدوث الانتكاسة وتدفع المدمن المتعافى إلى عدم القدرة على السيطرة على السلوك القهري ومعاودة اللجوء للمادة النفسية في كل مرة يعاني فيها المدمن من اختلال في القدرات.

ويبرز (barucq:2013) دور الألكسيتيميا كعامل خطير يؤدي إلى الانتكاسة في مجال الإدمان أو كعامل فشل للتكفل النفسي العلاجي ولها علاقة ارتباطية سلبية مع طلب الرعاية الصحية، لأنّ نمط التفكير المتوجه نحو الخارج يؤدي إلى استثمار المجال النفسي الغائب أو الضعيف أو حتى استثمار مصاد لنفس المجال (p92)، فالانسحاب من السلوك الإدماني خاصة عند الألكسيتيمين يكون صعبا جدا لأن التخلي عن العرض هو تخلي عن الجزء الأخير من الذات (Corcos & pirlot,2011,p.104)، كما توصلت الكثير من الدراسات الأساسية حول الإدمان على الكحول إلى أنّ الألكسيتيمين غير ملتزمين بالعلاج وتنتشر عندهم الانتكاسات، بحيث أنّ الألكسيتيميا لها أثر سلبي على تحقيق أهداف العلاج حيث أنّ مدمني المواد النفسية ذوي المستوى المرتفع من الألكسيتيميا لديهم مشاكل في العلاقة العلاجية التي تكون ضعيفة وكذا الاندماج في العلاجات النفسية (Alvarez,2021,p.2).

إنّ ظهور الإدمان عند الألكسيتيمين هدفه تعديل الارتباك الانفعالي والقلق والفراغ الذي يعيشونه، وتعوض المادة المعتمدة في الإدمان مهما كانت بتواجدها الآني الاعتمادية على شخص ما، والذي يظهر بالاعتمادية على مادة خارجية (objet extérieur)، كما أنّ المادة المعتمدة في حد ذاتها هي دفاع ضد اعتمادية عاطفية (dépendance affective) متصورة من طرف المدمن كتهديد لهويته (Jouanne,2006,p.197).

أمّا دراسة زيولوفسكي وآخرون (Ziolokowski & al:1995) فاهتمت بالعلاقة بين الألكسيتيميا والثبات على الإقلاع عند 60 مدمن كحول، يتابعون في مراكز صحية، حيث كانت نسبة انتشار الألكسيتيميا مرتفعة عند 48% من المدمنين، وتم مقارنة مجموعتين من 30 مريض

وفق فترة الإقلاع (من أقل من سنة إلى أكثر من سنة)، وتم التوصل إلى أن الأشخاص الذين كانت عندهم فترة إقلاع قصيرة كان مستوى الألكسيميا عندهم مرتفع بنسبة (63% مقابل 33%) بالنسبة للعوامل الثلاثة، وبعد الانحدار الخطي تبين أن الألكسيميا ليست نتيجة للإدمان، ولكن هي أولية ودورها فعال في الاستعداد للإدمان على الكحول أو عامل انتكاسة، وبالتالي هي عامل سلبي في الثبات عن الإقلاع (Taieb & all,2002,p.6).

كما قام كل من (Loas & all :1997) بالتقصي حول "هل الألكسيميا هي عامل سلبي للحفاظ على الإقلاع"، ومن خلال دراسة تتبعية لعينة بلغ حجمها 47 مدمن كحول (36 ذكور و 11 إناث) عبر 03 وحدات سيكاترية، وبتطبيق مقياس TAS-20 ومقياس BDI في الفترة ما بين سنتي 1994 و 1995 على مجموعتين (المدمنون المتوقفون والمدمنون المنتكسون)، فقد توصلت النتائج إلى انتشار الألكسيميا عند 31 من المنتكسين على الكحول و 15 غير منتكسين، كما كان مستوى الألكسيميا مرتفعاً لدى المدمنين المنتكسين خاصة محور المشاعر مقارنة بغير المنتكسين إضافة إلى ارتفاع درجات مقياس الاكتئاب، وبالتالي فالألكسيميا هي عامل تنبئي للانتكاسة عند مدمني الكحول وتساهم في فشل العلاج (Loas & all ,1997).

ويظهر دور الألكسيميا كعامل استعداد وعامل سلبي في الثبات عن الإقلاع عند المدمنين المنتكسين خاصة عند مدمني الكحول، فانتشارها واسع عند هذه الفئة من الأشخاص، إذ أن الكحول يعتبر مادة تخلق التوازن والانسجام خاصة في المجال الاجتماعي والعائلي، فأغلب الكحوليين يبحثون من خلال الكحول كمادة نفسية على تخدير العواطف ولا بد أن تكون المتابعة العلاجية في بداية الانسحاب لأن بعد التوقف عن الإدمان يواجه المدمن انفجار العواطف التي كانت محبوسة سابقاً من خلال تأثير الكحول (Libier,2015,p.10).

وقد اهتم بعض الباحثين بمتغير الوعي الانفعالي محاولة منهم لقياس مستواه وتطوره بعد التوقف عن الإدمان، حيث استهدفت دراسة كل من (Nandrine & Rochaud :2010) "مستويات الوعي الانفعالي لدى مدمني الكحول والمدمنون المنقطعون عن الإدمان"، وذلك من خلال تقييم ووصف مستوى الفروق الانفعالية عند مدمني الكحول وتقييم تطور المسار الانفعالي (Processus émotionnel) بعد الانقطاع عن الكحول، وتكونت عينة الدراسة من 88 مدمن

مقسمين على 3 مجموعات (33 مدمن كحول في فترة التوقف عن الكحول، 20 مدمنا متوقفا لأكثر من 6 أشهر، مشاركون تجريبين كمجموعة ضابطة)، وباستخدام مقياس TAS-20 ومقياس LEAS للوعي الانفعالي الذي يحتوي على 20 سيناريو، فقد أظهرت النتائج وجود مستوى مختلف للوعي الانفعالي والأكستيميا للمجموعات الثلاثة، فالمشاركون المدمنون على الكحول لديهم وعي أقل لمشاعرهم وصعوبة التعرف عليها والتعبير عنها مقارنة بالعينة الشاهدة من المشاركون، أما المدمنون المنقطعون بعد الانسحاب الكحولي كانت نسبة الأكستيميا عندهم أقل مقارنة بالمدمنين على الكحول، في حين يبقى المدمنون المنقطعون عن الكحول مستمرين في صعوبة التعبير عن مشاعرهم مقارنة بمشاركي المجموعة الضابطة، كما لم تشر الدراسة إلى العلاقة بين الأكستيميا والوعي الانفعالي عند المنقطعين والمجموعة الشاهدة، مما يدل على ضرورة وضع بروتوكولات علاجية حول الوعي الانفعالي عند مدمني الكحول (Nandrine & Bochaud, 2010).

كما قام (Evren & al: 2010) بالبحث عن العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والأكستيميا مع الانتكاسة على عينة من 136 مدمني الكحول، لتقييم العلاقة بين هذه المتغيرات مع الانتكاسة لاستهلاك الكحول خلال فترة متابعة دامت سنة بعد الاستشفاء، حيث تم التحكم في كل من سن بداية التعاطي وخطورة التعاطي والمشاكل والأعراض السيكاترية أثناء تقييم هذه العلاقة، وباستخدام سلم الصدمة النفسية (PTSD - échelle)، قائمة التحكم في الأعراض واختبار الكشف عن الكحول ومقياس الأكستيميا، تم التوصل إلى أن 66.2% من العينة تمت انتكاستهم، وكان مستوى الأكستيميا متوسط، في حين كان مرتفعا على بعد صعوبة التعرف على المشاعر DIF، وبهذا فإن الظهور المبكر لاستهلاك الكحول والمشاكل الخطيرة المرتبط بالإدمان والأعراض السيكاترية العامة وصعوبة التعرف على المشاعر هي عوامل يجب أخذها بعين الاعتبار من طرف المعالجين عند التخطيط للبرامج الوقائية من الانتكاسة (Evren & al, 2010).

وتنتشر الأكستيميا عند مدمني مواد نفسية أخرى من غير الكحول، حيث توصلت دراسة الرشيد (2001) على عينة بلغت 200 مدمن على المخدرات في معهد الطب النفسي، بجامعة عين شمس بمصر (و 200 فرد كمجموعة ضابطة)، وبالاعتماد فيها على معايير DSM-IV لتشخيص المدمنين وتحاليل البول لتأكيد سوء الاستخدام للمخدر والنسخة العربية لمقياس تورنتو للأكستيميا،

توصلت النتائج إلى أن الألكسيميا أكثر انتشاراً عند المدمنين مقارنة بمجموعة غير المدمنين الضابطة، وأن المدمنين الألكسيميين يستخدمون عدة مخدرات (Polytoxicomanie)، ولا يطلبون العلاج بكثرة في المستشفيات، كما لا يبلغون عن حالات انتكاساتهم إضافة إلى عدم التزامهم بالعلاج (El rasheed,2001).

كما استهدفت دراسة هنري (Henry :2006) موضوع "الانفعالات وعلاقتها بالانتكاسة على الكوكايين"، حيث تكونت عينة الدراسة من 60 منتكساً على الكوكايين و50 مشاركاً كمجموعة ضابطة، وباستخدام مقياس مهارات الضبط الانفعالي فقد أظهرت النتائج أن المنتكسين ليس لديهم القدرة على فهم المشاعر الانفعالية وإدارتها والسيطرة عليها، كما أوضحت الدراسة أن الانفعالات هي مؤشر لحدوث الانتكاسة (العنزي، 2010، ص. 96)، وتشير هذه الدراسة إلى الدور الذي تلعبه الانفعالات كمؤشرات للانتكاسة خاصة عدم القدرة على فهم المشاعر الانفعالية وهو بعد من الأبعاد الإكلينيكية لتشخيص الألكسيميا.

وتوجهت الدراسات الحديثة في مجال الإدمان إلى البحث عن العوامل الانفعالية للتنبؤ بالانتكاسة عند مدمني المواد النفسية والتي تعرقل البرامج العلاجية وتمنع المتعافين من الاحتفاظ بمكتسبات العلاج، حيث اهتم كل من موساوي وكياني (Moussaoui & Kiani :2019) بدراسة دور كل من الألكسيميا والاندفاعية والذكاء الانفعالي في التنبؤ بالانتكاسة عند مدمني المخدرات، وبالاعتماد على المنهج الوصفي على عينة من المدمنين استفادوا من العلاج لمدة لا تقل عن 6 أشهر عددهم 120 في 4 مراكز لعلاج الإدمان في إيران وكان لهم تاريخ من الانتكاسات مرة على الأقل، وباستخدام كل من مقياس TAS-20، ومقياس الاندفاعية BIS-11 نسخة 2004، ومقياس الذكاء الانفعالي (Bradberry and graves emotional intelligence) نسخة 2005، أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الألكسيميا وصعوبة التعرف على المشاعر والدرجة الكلية للاندفاعية وأبعاد الاندفاعية الحركية والاندفاعية المعرفية بالانتكاسة، كما كانت هناك علاقة سلبية دالة إحصائياً بين الاندفاعية وعدم التخطيط والذكاء الانفعالي وأبعاد الوعي بالذات والإيحاء الذاتي وتسيير العلاقات لمكونات الذكاء الانفعالي وتكرار تعاطي المخدرات، وعليه فإن

زيادة الألكسيميا والاندفاعية العامة تزيد من عدد الانتكاسات في الإدمان، في حين أن زيادة الذكاء الانفعالي تخفض من عدد الانتكاسات (Mousaoui & Kiani, 2019).

كما اتجه (Palma-alvarez & al:2018-2020) إلى دراسة موضوعها "هل ترتبط الألكسيميا بالاحتفاظ والانتكاسات عند مرضى المستخدمين للمواد النفسية؟ دراسة تتبعية لمدة سنة"، بهدف تقييم الألكسيميا كعامل مؤثر على الاحتفاظ (Retention) ولحظة الانتكاسة الأولى على عينة من مستخدمي المواد النفسية قوامها 126 مدمنا متابعا للعلاج في مركز متابعة الإدمان ببرشلونة، وباستخدام كل من استبيان مخصص للمتغيرات الاجتماعية الديموغرافية (ADHOC)، مؤشر الإدمان الأوروبي النسخة الإسبانية ASI، والمقابلة العيادية نصف الموجهة لاضطرابات المحور 1 و 2 من DSM-IV، إضافة إلى مقياس الألكسيميا تورنتو TAS-20 النسخة الإسبانية، فقد أظهرت النتائج أن انتشار الألكسيميا كانت بمعدل 41.3%، وارتبطت الألكسيميا بمستوى تعليمي منخفض واستهلاك الكيف المعالج واضطراب في المزاج، كما أن الألكسيميا كانت مرتبطة فقط بفترة علاج قصيرة (Palma-alvarez & cucurull,2020).

وانطلاقاً مما سبق، فإنّ الألكسيميا لها دور في حدوث الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين، إذ أنها تعكس مؤشرات مهمة لتجربة المعاناة النفسية التي يسعى المدمن لتخفيفها من خلال جلسات العلاج النفسي والطبي، بحيث أن تجدد هذه المعاناة بعد الانقطاع على المراكز العلاجية ستدفع المتعافى إلى معاودة سلوك التعاطي، والانتقال من السقطات إلى الانتكاسات، ومن الاعتماد على مادة نفسية واحدة إلى الإدمان المتعدد أو زيادة الجرعة وانهايار الذات لاحقاً.

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

تتطلب الدراسات النفسية والاجتماعية استخدام طرق وأساليب وإجراءات منهجية محددة للوصول إلى أهداف الدراسة بدقة، وتتمثل هذه الإجراءات في اختيار المنهج المناسب للدراسة وإجراءات الدراسة الاستطلاعية والأساسية، إضافة إلى كيفية جمع وتحليل المعطيات التي تم التوصل إليها في الدراسة.

1 . المنهج المتبع:

لتحقيق أهداف الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه: الكمي (الطريقة الإحصائية)، والكيفي (الإكلينيكي بطريقة دراسة الحالة).

1 . المنهج الوصفي: هو المنهج الذي يهتم بجمع أوصاف ومعلومات دقيقة عن الظاهرة المدروسة كما توجد فعلا في الواقع ويعبر عنها كفيًا وكميًا، ويوضح خصائصها وارتباطها مع ظواهر أخرى (داودي وقنوعة، 2013، ص. 124)، ويعتبر من المناهج الأكثر استخداما لدراسة المشكلات النفسية والاجتماعية من حيث وصفه الدقيق لهذه المشكلات في فترة محددة وتحليلها تحليلًا موضوعيًا، وفي هذه الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي بشقيه الكمي (الإحصائي) والكيفي (الإكلينيكي).

ويعرف المنهج الكمي (الإحصائي) أنه نوع من البحوث العلمية التي تفترض وجود حقائق اجتماعية موضوعية منفردة ومعزولة عن مشاعر ومعتقدات الأفراد، وتعتمد غالبًا على الأساليب الإحصائية في جمعها للبيانات وتحليلها (قنديجلي والسامرائي، 2009، ص. 57)، وتم استخدام الطريقة الكمية بهدف الكشف عن مساهمة مستوى الألكستيميا في التنبؤ بالانتكاسة عند المدمنين.

ويعرف المنهج الكيفي (الإكلينيكي) أنه منهج موجه للإجابة على الوضعيات الملموسة للحالات التي تعيش معاناة، ويتضمن مستويين متكاملين: الأول متعلق بوسائل وتقنيات جمع البيانات (السلام، والاختبارات والمقاييس والمقابلات...) هدفه جمع المعلومات حول الحالة، أما المستوى الثاني فهو مرتبط بالدراسة العميقة والشاملة للحالة، وهدفه فهم الحالة (Fernandez & Pedinielli, 2006, p.43)، وتم استخدام المنهج العيادي من أجل معرفة

طبيعة المعاناة النفسية ومستوى الألكستيميا للمدمن المنتكس بالاعتماد على دراسة الحالة وأدواتها (المقابلة العيادية نصف الموجهة، الملاحظة المباشرة، ومقياس الألكستيميا TAS-20).

2. الأدوات المستخدمة لإجراء الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على الأدوات التالية:

1.2. الملاحظة العيادية: هي أداة أساسية وهامة في تقييم الشخص ودرجة اضطرابية أو درجة دافعيته، وتهتم بالتركيز على سلوك المفحوص أثناء المقابلة مثل المزاج، المظهر، شرود الذهن عند الحديث .. إلخ (غانم، 2006، ص. 137)، وفي هذه الدراسة تم استخدام الملاحظة المقيدة، وهي ملاحظة بمجال أو موقف معين، وتكون مقيدة بينود أو فقرات معينة مدرجة أو استمارة ملاحظة لتدوين الملاحظات قبل أن يبدأ الملاحظ في عملية جمع البيانات (متولي والحارثي، 2016، ص.64).

وفي هذه الدراسة تم التطرق إلى 3 مجالات في الملاحظة وهي: تصريف الانفعالات ومراقبة الذات واستجابة أفراد العينة مع وضعية البحث، إضافة إلى قدرة الحالات على التحليل وانسجام الأفكار.

2.2. المقابلة العيادية نصف الموجهة: وتعرف أنها مقابلة تركز على المبحوث، يستخدم من خلالها الباحث دليل المقابلة الذي يشمل عدة أسئلة، ويتدخل الإكلينيكي من حين إلى آخر لاستئناف الحوار، ويمكن أن تكون هذه التدخلات قليلة في شكل أسئلة مغلقة، وذلك في حالة لم يتحصل على معلومات من خلال الأسئلة المفتوحة (Moulin & Therond, 2011, p.20).

وفي هذه الدراسة ارتكز دليل المقابلة على مجموعة من المحاور، هي كالاتي:

• محور الإدمان والانتكاسة: يتضمن الأسئلة المفتوحة والمغلقة حول قصة وتاريخ الإدمان، ودوافعه والمادة النفسية المستهلكة، إضافة إلى عدد الانتكاسات ودوافعها النفسية.

• محور المعاناة النفسية: يتضمن طبيعة المعاناة النفسية التي يعيشها المدمن وأهم مؤشرات النفسية والسلوكية والانفعالية.

• محور الألكستيميا: يتضمن أهم المؤشرات الإكلينيكية للألكستيميا التي بإمكانها التنبؤ بالانتكاسة بعد العلاج.

3.2. مقياس الألكستيميا (TAS-20):

تم استخدام مقياس تورنتو للألكستيميا (TAS-20) الذي أعده كل من باجي وزملائه (Bagby, Parker, & Taylor, 1994)، ويتكون المقياس من 20 عبارة، وتتنوع الإجابات على مقياس خماسي بين (1 معارض تماما، 2 معارض، 3 محايد، 4 موافق، 5 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 وصف المشاعر (DDF): يتكون من 5 عبارات (2-11-12-17-4)

- التفكير الموجّه نحو الخارج (EOT): يتكون المقياس من 8 عبارات إيجابية (8-15-

16-20-5-10-18-19-4) (العيداني، 2019، ص.118).

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).

II . الدراسة الاستطلاعية:

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية: تتمثل فيما يلي:

- التقرب من المدمنين المنتكسين وغير المنتكسين وتهيئة ظروف تطبيق أدوات الدراسة وضبط متغيرات الدراسة.
- التأكد من الخصائص السيكومترية لأداة القياس المتمثلة في مقياس الألكستيميا (TAS-20)، وتصميم دليل للمقابلة نصف الموجهة.
- اختيار حالات الدراسة الأساسية الذين تتوفر فيهم المعايير المطلوبة، والاطلاع على استمارة الموافقة للمشاركة في الدراسة.

2. حدود الدراسة الاستطلاعية: تمثلت فيما يلي:

- **الحدود الزمنية:** تحددت الفترة الزمنية لإجراء الدراسة ما بين نوفمبر 2019 إلى غاية أكتوبر 2020.
- **الحدود المكانية:** تم إجراء الدراسة بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، وهو مركز تابع للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية أولاد فارس الشلف وسط، وهو مكان ممارسة الباحثة للفحوصات النفسية للمدمنين بصفتها نفسانية عيادية رئيسية بذات المركز. يتكون من فريق طبي نفسي متنوع (5 أطباء في الأمراض العقلية منهم طبيبة مختصة في العلاج البديل، 02 نفسانيين، مساعدة اجتماعية، مداوي بالشغل للصحة العمومية إضافة إلى فريق إداري وأعاون مهنيين من الدرجة الأولى والثانية يتزأسهم رئيس المصلحة)، ويقوم هذا المركز باستقبال المدمنين الطالبين للعلاج الراشدين والمراهقين وحتى الأطفال، ويقوم بالمتابعة الطبية والنفسية والاجتماعية لهم، أما فيما يخص النشاطات الخارجية فيتكفل الفريق الطبي والنفسي بالإعلام والتحسيس بظاهرة الإدمان بكل أشكالها في الوسط المدرسي والجامعي والتكوين المهني والأمن الولائي وغيره من القطاعات.

3. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

تقتصر الدراسة الحالية على المدمنين الراشدين المنتكسين ولو مرة واحدة، وتم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها 100 مدمن (ة) تم اختيارهم بطريقة عشوائية من المركز الوسيط لعلاج المدمنين بحي السلام الشلف وسط.

جدول (04): مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية

المتغيرات	التكرار	%	
الجنس	ذكور	81	%81
	إناث	19	%19
السن	أقل من 20 سنة	07	%07
	من 20-40 سنة	68	%68
	أكبر من 40 سنة	25	%25
المستوى التعليمي	ابتدائي	08	%08
	متوسط	55	%55
	ثانوي	22	%22
	جامعي	15	%15
الحالة الاجتماعية	أعزب	63	%63
	متزوج	31	%31
	مطلق	04	%04
	أرمل	02	%02
وضعية العمل	عاطل عن العمل	66	%66
	عامل/ موظف	34	%34
حدوث الانتكاسة	منتكس	49	%49
	غير منتكس	51	%51
المجموع	100	%100	

نلاحظ من خلال الجدول (04) أن أعلى نسبة تكرر لمتغير الجنس كانت تميل لفئة الذكور بنسبة 81% أما فئة الإناث فكانت قليلة وصلت إلى 19% نظرا لكون مشكلة الإدمان من الطابوهات وبصعب على الفتاة طلب المساعدة وأن أغلب الفتيات اللواتي يستهلكن المواد النفسية ينشغلن بعلاقات غير شرعية تدفعهم إلى الهروب من المنزل، أما بالنسبة للسن فنلاحظ ارتفاع نسبة الفئة العمرية (20-40) بنسبة 68%، تليها الفئة العمرية (أكبر من 40) بنسبة 25% ثم الفئة الأخيرة (أقل من 20 سنة) بنسبة 7%، وهذا راجع إلى أن الفئة العمرية (20-40) لها خصائص ومميزات مرتبطة بنهاية المراهقة وبداية سن الرشد وتكون سمات الشخصية ثابتة نسبيا مع ظروف الفقر والبطالة، أما فئة أكبر من 40 سنة فهم الذين انتكسوا عدة مرات واعتماديتهم للمواد النفسية خاصة الكحول تكون شديدة.

في حين يظهر المستوى التعليمي المتوسط متغلب على المستويات الأخرى ووصلت نسبته إلى 55% تليه نسبة المستوى الثانوي بـ 22%، أما المستوى الجامعي فوصلت نسبته إلى 15% ونال المستوى الابتدائي 8%، ويبدو من خلال هذه النتائج أن ارتفاع المستوى التعليمي المتوسط مرتبط بمرحلة المراهقة وفترة التمدرس المتوسطة أين يبحث المراهق عن الاستقلالية وتأكيد الذات فيبدأ بالتدخين لإثبات ذاته مع جماعة الرفاق التي بدورها تدفعه إلى استهلاك المواد النفسية تدريجيا ليجد نفسه مفصولا من الدراسة.

من جهة أخرى يبدو من خلال الجدول أن الحالة الاجتماعية الأكثر نسبة والتي تقدر بـ 63% كانت من نصيب العزاب، تليها نسبة المتزوجين بـ 31% ثم حالة الطلاق بـ 4%، وفي الأخير حالة الأرامل بنسبة 2%، ما يشير إلى أن العزاب هم أكثر استهلاكا وانتكاسة مقارنة بالحالات الاجتماعية الأخرى نظرا لقلة المسؤولية العائلية ومسؤولية الأطفال ونقص المشاركة الوجدانية، كما أن وضعية العمل المتمثلة في ارتفاع نسبة البطالة التي قدرت بـ 66% تليها وضعة الموظفين والعمال بنسبة 34%، والسبب راجع إلى أن أغلب المدمنين والمنتكسين خاصة يشكون من الفراغ وأصدقاء سوء وقلّة الماديات لاقتناء المادة النفسية ما يدفعهم أحيانا إلى ارتكاب جنح وجرائم توصلهم إلى العدالة.

في الأخير نلاحظ من خلال نسبة حدوث الانتكاسة عند المدمنين التي وصلت إلى 49%، أما نسبة عدم الانتكاسة فقدت بـ 51%، وهما نسبتان متقاربتان إلى حد ما، لكن نسبة فئة المدمنين غير المنتكسين المرتفعة تدل على فائدة حملات التحسيس لدفع المدمنين إلى العلاج، وأحيانا يأتي المدمن للعلاج بدافع من الأهل أو الأصدقاء، في حين تبقى نسبة 49% للمنتكسين من المدمنين دالة على الرغبة في العلاج ومعاودة الاتصال بفريق العمل بالمركز رغم الانتكاسات والعلاقة القوية التي تربطهم بالفريق المعالج.

4 . الخصائص السيكومترية لمقياس الألكستيميا:

تم التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الألكستيميا (TAS-20) كما يلي:

أولاً. **الصدق**: تم التأكد من صدق المقياس من خلال الطرق التالية:

➤ **صدق الاتساق الداخلي**: حيث تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات وأبعادها من 0.52 إلى

0.84، بينما تراوحت معاملات الارتباط بين الفقرات والمقياس ككل من 0.53 إلى 0.87، في

حين تراوحت معاملات الارتباط بين الأبعاد والمقياس ككل من 0.56 إلى 0.85، وكانت هذه

المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى 0.05.

➤ **الصدق التمييزي**: تم التأكد من الصدق التمييزي للمقياس، وذلك من خلال المقارنة الطرفية بين

27 % من أفراد العينة ذوي الدرجات المرتفعة والمنخفضة، والذي يقدر عددهم بـ 27 مدمناً لكل

مجموعة، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (05): نتائج صدق المقارنة الطرفية لمقياس الألكستيميا

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
الألكستيميا	59.81	4.01	52	17.89	دالة عند 0.01
	34.78	6.00			

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

ثانياً. الثبات: تم التأكد من المقياس من خلال طريقتي ألفا كرونباخ والتجزئة النصفية، حيث بلغت معاملات الثبات **0.76** و **0.83** على التوالي، وعليه فإنّ المقياس ثابت.

إنّ تمتع المقياس بالخصائص السيكمترية المطلوبة (الصدق والثبات) يجعله صالحاً للاستخدام في جمع معطيات الدراسة الأساسية.

III . الدراسة الأساسية:

1. أهداف الدراسة الأساسية:

- معرفة مستوى الألكستيميا عند المدمنين المنتكسين.
 - معرفة مساهمة مستوى الألكستيميا في التنبؤ بالانتكاسة لدى المدمنين.
2. حدود الدراسة الأساسية: تمثلت فيما يلي:
- الحدود الزمنية: تحددت الفترة الزمنية لإجراء هذه الدراسة ما بين نوفمبر 2020 إلى غاية جوان 2022.

- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، وهو مكان ممارسة الباحثة للفحوصات النفسية للمدمنين بصفتها نفسانية عيادية رئيسية بذات المركز، وتم استقبال الحالات في المكتب المخصص للفحص.

3. مواصفات عينة الدراسة الأساسية: تم إجراء الدراسة الأساسية على مجموعتين:

➤ **المجموعة الأولى:** تم اختيارها من خلال المعاينة القصدية من أجل الدراسة العيادية لاختبار

الفرضية الأولى، وتم اختيارهم وفق المعايير التالية:

- أن يكون المدمن منتكس مرة أو أكثر خلال أو بعد العلاج.

- أن يوافق على إجراء الدراسة وإنهائها مع المصادقة على استمارة الموافقة للمشاركة في الدراسة
- أن يكون المدمن قد استفاد من فترة علاج لا تقل عن ستة أشهر فما فوق.
- أن يكون المستوى التعليمي متوسط يمكنه من الإجابة على فقرات مقياس الألكستيميا.
- أن يكون طالبا للعلاج بإرادته ولا توجد قوة ترغمه على ذلك (أصدقاء-عائلة-طبيب).
- أن يعيش في وسط أسري وظروف اقتصادية متوسطة أو أكثر (لاستبعاد تأثير العامل الاقتصادي).

وبلغ عدد حالات المجموعة الأولى 04 مدمنين منتكسين استفادوا من فترة علاج بالمركز

الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، وتتمثل مواصفاتهم فيما يلي:

جدول (06): مواصفات عينة الدراسة الأساسية (المجموعة الأولى)

الحالة الأولى	الحالة الثانية	الحالة الثالثة	الحالة الرابعة	
ذكر	ذكر	ذكر	ذكر	الجنس
27 سنة	44 سنة	19 سنة	22 سنة	السن
سنة أولى جامعة	الثانية ثانوي	الرابعة متوسط	الثانية جامعة	المستوى التعليمي
أعزب	متزوج	أعزب	أعزب	الحالة الاجتماعية
عامل في البناء	تاجر	سباك	لا يعمل	وضعية العمل

تكونت عينة الدراسة من 4 مدمنين منتكسين ذكور، تراوحت أعمارهم ما بين (19-44 سنة) وهو سن النضوج لتفادي خصائص المراهقة والتغيرات النفسية التي تميزها وبإمكانها التأثير على متغيرات الدراسة، تم اختيار الحالات بطريقة قصدية، حسب معايير التصنيف الخامس لتشخيص DSM-5 لتشخيص السلوكيات الإدمانية، أما المستوى التعليمي فتعمدنا أن يكون مستواهم التعليمي فوق المتوسط قصد قراءة وفهم فقرات مقياس الألكستيميا وفهم تعليمية المقياس، كما أن الحالات يعيشون في أسرة مكونة من الوالدين والإخوة لفحص الجانب العلائقي، في الأخير يبين الجدول وضعية العمل حيث نلاحظ أن الحالات الأربعة لا تعاني من عامل الفراغ والبطالة والحالة الوحيدة التي لا تعمل وضعيتها المادية جيدة وتزاول دراستها الجامعية.

➤ المجموعة الثانية: تم اختيارها من خلال المعاينة العشوائية من أجل الدراسة الإحصائية لاختبار الفرضية الثانية، وقد بلغ قوامها 140 مدمن (ة) من مركز الوسيط لعلاج الإدمان بالشلف.

جدول (07): مواصفات عينة الدراسة الأساسية (المجموعة الثانية)

%	التكرار	المتغيرات	
%82.9	116	ذكور	الجنس
		إناث	
%17.1	24		
%6.4	9	أقل من 20 سنة	السن
		من 20-40 سنة	
		أكبر من 40 سنة	
%70.7	99		
%22.9	32		
%7.9	11	ابتدائي	المستوى التعليمي
		متوسط	
		ثانوي	
		جامعي	
%57.1	80		
%24.3	34		
%10.7	15		
%57.1	80	أعزب	الحالة الاجتماعية
		متزوج	
		مطلق	
		أرمل	
%36.4	51		
%5	7		
%1.4	2		
%62.1	87	عاطل عن العمل	وضعية العمل
		عامل/ موظف	
%37.9	53		
%50.7	71	منتكس	حدوث الانتكاسة
		غير منتكس	
%49.3	69		
% 100	140	المجموع	

نلاحظ من خلال الجدول (07) أن أعلى نسبة تكرار لمتغير الجنس كانت فئة الذكور تفوق فئة الإناث، لأن فئة الذكور أكثر طلبا للعلاج من فئة الإناث، أما بالنسبة للسن فنلاحظ ارتفاع نسبة الفئة العمرية (20-40)، بينما تليها الفئة العمرية (أكبر من 40)، ثم الفئة الأخيرة (أقل من 20 سنة)، وهذا راجع إلى أن الفئة العمرية (20-40) واعية بمشكلة الإدمان ولها رغبة في التخلص من الاعتمادية وهناك حافز للعلاج بالرجوع إلى الدخول في سن الرشد، في حين يظهر المستوى التعليمي المتوسط بنسبة أكبر، تليه نسبة المستوى الثانوي ثم المستوى الجامعي، في الأخير المستوى الابتدائي، ويبدو من خلال هذه النتائج أن ارتفاع المستوى التعليمي المتوسط لديه علاقة بالتسرب المدرسي وفترة الاندفاعية عند المراهق وسن بداية التعاطي.

من زاوية أخرى، نلاحظ من خلال الجدول أن الحالة الاجتماعية للمدمنين المشاركين كانت أكبر لفئة العزاب تليها نسبة المتزوجين ثم حالة الطلاق وفي الأخير حالة الأرملة، ويفسر ذلك بأن المدمنين العزاب غير مرتبطون بمسؤوليات الأسرة، فهم يتمتعون بحرية التصرف والاستقلالية مقارنة بالحالات الاجتماعية الأخرى، بينما وضعية العمل كانت نسبة المدمنين أكبر لدى العاطلين عن العمل تليها وضعية العمل، ويفسر ذلك إلى أنه كلما كان المدمن عاطلا كلما اشتاق إلى المادة النفسية، بسبب معاناته من الفراغ وعدم ممارسة النشاطات الرياضية والنوم الكثير، مقارنة بذوي المهنة الذين يكونون أقل من حيث طلب المساعدة، كما نلاحظ من خلال الجدول تقاربا فيما يخص نسبة حدوث الانتكاسة عند المدمنين، لكن نسبة الانتكاسة المرتفعة تشير إلى ضرورة البحث عن أسباب الانتكاسة الكبيرة، في حين أنّ نسبة غير المنتكسين تشير إلى الطلب الكبير

الذي شهده المركز خلال فترة انتشار فيروس كورونا ووضعية الانسحاب القوي في ظل انتشار إجراءات الحجر المنزلي وصعوبة الحصول على الجرعة المطلوبة.

4. صعوبات الدراسة:

واجهت الباحثة خلال إجراء الدراسة الحالية مجموعة من المشكلات والصعوبات التي أدت إلى قصور حدود الدراسة وأهدافها، ومن أهمها ما يلي:

- صعوبة الوصول إلى حالات الدراسة الأساسية، إذ يتعلق الأمر بالمدمنين المتعافين الذين انتكسوا بعد 6 أشهر أو سنة فما فوق، والسبب راجع إلى أن هؤلاء المدمنين عندما ينتكسون نجدهم متورطين في قضايا مع العدالة بسبب معاودة استهلاك المواد النفسية، وأحيانا التوجه نحو الإدمان المتعدد، الأمر الذي تطلب من الباحثة جهدا لانتقاء حالات الدراسة وأثر على عدد الحالات.
- تزامنت دراستنا مع الأزمة الصحية التي شهدها العالم سنة 2020، وهي جائحة كورونا 19-covid أين اتخذت الدولة الجزائرية كغيرها من الدول إجراءات الحجر المنزلي، ما أدى إلى عزوف الكثير من المدمنين عن العلاج في تلك الفترة.
- عدد مهم من المدمنين الذين اضطروا إلى طلب المساعدة أثناء الجائحة كان دافعهم إلى ذلك ندرة المواد النفسية في تلك الفترة، حيث كانوا تحت تأثير الفطام الشديد (sevrage forcé) ولم تكن لديهم الرغبة والإرادة الكافية للعلاج.

الفصل الرابع

عرض النتائج ومناقشتها

عرض الحالة الأولى

1. تقديم الحالة:

1.1. البيانات الشخصية:

يتعلق الأمر بالحالة "أحمد" البالغ من العمر 27 سنة، أعزب مستواه الدراسي السنة أولى جامعة، يشتغل كعامل يومي في مجال البناء الجاهز متربص حاليا في مدرسة متخصصة في تقنيات النباتات، الأخ الأصغر من بين 5 إخوة، تقدم "أحمد" إلى المركز الوسيط لعلاج الإدمان سنة 2019 بإرادته بعد فشله في الإقلاع، إدمانه متعدد (كيف معالج، كحول، مواد نفسية)، يتناول مضادات الاكتئاب ومضادات القلق التي وصفها له طبيب الأمراض العقلية ويزاول جلسات العلاج النفسي عند النفساني.

2.1. السيمائية والهيئة العامة والوظائف العقلية:

يتميز "أحمد" بنشاط عقلي سليم، تركيز، كلامه منسجم على العموم تفكيره سطحي يسيطر عليه التشاؤم، مدرك للواقع وحالته، أما إدراكه للزمان والمكان فهو جيد، سلوكه ثابت ومستقر، متصل مع وضعية البحث كما يملك القدرة على الاستنتاج والوعي بمشكلته، حيث أبدى الحالة اهتمامه بالعلاج ومواعيد الفحوصات منذ دخوله المركز، أما دافع العلاج من الإدمان فهو اضطراب النوم والضيق الانفعالي.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يعيش الحالة في أسرة مكونة من 6 أشخاص، الوالد متقاعد وأمه تعاني من داء السكري واضطراب الغدة الدرقية، أما إخوته الأربعة فمستواهم التعليمي جيد وكلهم يعملون في مجال تخصصهم، بالنسبة للمستوى الاقتصادي فهو جيد، نموه وتطوره كان عاديا أما تدرسه فلم يتميز بأي حدث مؤثر نفسيا سوى عدم التعبير عن ما يحدث في المدرسة والذي استمر حتى فترة المراهقة، بينما أشار الحالة إلى أنه كان يعاني من ضيق في التنفس asthma اختفى مع النضج.

تتميز العلاقة التي تربط الحالة بوالديه بالحماية الزائدة منذ طفولته، فحاجياته وطلباته مستجابة حتى من طرف الإخوة، أما أمه فعلاقته بها اتكالية غير مهتم بملاحظتها ونصائحها، اتصاله بإخوته ضعيف فيه الكثير من التحفظ والتكتم cachotier، فهولا يفضل الحديث عن الأخ الأكبر الذي يعلم بمشكلة الإدمان ويرى أخاه متسلطا وصارما "منهدرش معاه يضرني بالهدرة" ويعسني"، بينما علاقة الإخوة ببعضهم مستقرة، أما دينامية العلاقة الأسرية غالبا ما تضطرب بسبب إدمانه.

بداية الإدمان ظهرت في فترة المراهقة باستهلاك الكيف المعالج تجريبيا ثم تطور إلى الاعتمادية النفسية، استمر استهلاكه إلى غاية سنة 2016 أين تقدم للفحص السيكاتري وتناول مضادات القلق بعد معاشته لمتابعة قضائية، هذا الحدث المفاجئ كان كافيا لنهاية مشواره الجامعي واتجه بعده إلى الإدمان المتعدد (استهلاك الكحول والمواد النفسية) كتداوي ذاتي للتخفيف من معاناته النفسية وشعوره بالحسرة والذنب "زيادة نبرة الصوت عند الحديث عن قضيته مع العدالة"... حاول في سنة 2017 الإقلاع ونجح لمدة سنتين في الانسحاب بقوة " sevrage forcé" من المواد النفسية لكن عاد إلى الاستهلاك بسبب صعوبة مواجهة بيئته وقرر إراديا التقرب من المركز الوسيط لعلاج المدمنين سنة 2019، لكن بعد سنة من العلاج انتكس وعاود استهلاك المواد النفسية خاصة الكحول المادة المفضلة لديه، والسبب راجع إلى معاناته النفسية وعدم القدرة على السيطرة على السلوك القهري للإدمان وفشله في الحفاظ على مكتسبات العلاج.

ظهرت مؤشرات المعاناة النفسية في ضوء دليل المقابلات وشبكة الملاحظة من خلال عدم استقراره في عمل معين ومزاجه الكئيب وحالة الضيق النفسي بعد متابعته قضائيا، وعدم وصفه لهذه المعاناة بشكل واضح مع صعوبة سرد قصة وتاريخ الإدمان وعدم مشاركة المشاعر مع الآخرين سواء أصدقاء وأقارب، كما أن الحالة يفضل العزلة على روح الانتماء للجماعة بسبب القلق "منجمعش ننتلق من الغاشي"، وعدم وجود رغبة في الكلام "منلقاش واش نقول، منقدرش نهدر على خصوصياتي jamais" (صمت وتجنب الحديث)، في حين يعتبر انتكاسته محاولة لتخفيف شدة واستمرار المعاناة النفسية، بينما مؤشر صعوبة السيطرة على المادة النفسية وعدم الانقطاع عن مواعيد العلاج يدل على صراع ذاتي، إضافة إلى مؤشر التخلي عن النشاطات وانعدام المتعة فيها والملل بسرعة.

إنّ المؤشر الأساسي للمعاناة النفسية هو النزعة الألكستيمية والتي ظهرت منذ بداية المراهقة في انعدام العلاقات العاطفية التي استمرت إلى سن الرشد، وصعوبته في وصف مشاعره نحو الجنس

الآخر، إلى جانب الفقر في العلاقات الاجتماعية خاصة العاطفية منها "اه...خاطيني هاذو الصوالح" لكن "تحكي مع طفلة عادي بصح باه نقولها شا راني حاس لالا..." وهو بذلك يجد صعوبة في وصف مشاعره مع الجنس الآخر مع ظهور ارتباك في الحديث عن الجانب العاطفي، إضافة إلى التفكير المبتذل والصلب وعدم الرضا في مختلف المجالات، فقر التعبير الانفعالي وتأنيب الضمير والإحساس بالعار أمام عائلته ومحيطه بسبب الإدمان، واكتفائه بوصف الأحداث خاصة تكرار الشكوى من حادثة المتابعة القضائية، بينما نجد مؤشر العداء والاندفاعية الموجه نحو الخارج "منعرفش نهدر .. نعرف نضرب برك" من المؤشرات الأكثر تكرارا كتعبير غير لفظي، بينما لا يولي الحالة اهتماما كبيرا للأحلام التي في غالب الأحيان لا يتذكرها.

إنّ النظرة المستقبلية للحالة "أحمد" غير واضحة، فرغم احترامه للمواعيد العلاجية ومزاولته الدراسة ودعم أسرته، إلا أنه يشعر بالوحدة وفقدان الأمل بسبب انتكاساته وشعوره بالفشل في السيطرة على إدمانه، ويشير الحالة إلى أنّ انتكاساته متعلقة بالضيق النفسي والضرر والألم الداخلي الذي لا يفهمه ولا يستطيع وصفه، وحتى الأطباء لا يفهمونه.

3. الحالة الراهنة للحالة:

الحالة "أحمد" شاب يبلغ من العمر 27 سنة وهو عامل في البناء الجاهز، ويزاول تربيته في تقنيات النباتات بمدرسة عمومية، يعاني حاليا من الصداع، إدمانه متعدد، يعاني حسب معايير تشخيص DSM-5 من قلق اكتئابي ومزاجه متقلب، نومه متقطع، شهيته ضعيفة، يمر أحيانا بسقطات خاصة إدمان الكحول، يتناول مضادات الاكتئاب والقلق ويحترم مواعيد جلسات العلاج النفسي.

معاناته النفسية تظهر في تكرار أحداث الماضي والشكوى منها باستمرار دون التطرق لمخلفاتها الوجدانية التي تبدو غريبة عنه، فهولا يستطيع وصف الضيق النفسي الذي يعاني منه بكلمات واضحة، يفضل العزلة على الانتماء للجماعة وحياته العلائقية فقيرة خاصة العاطفية منها، أما أحلامه فليس لها أي أهمية أو رمزية، بينما يعتبر الحالة استجابة الغضب والاندفاعية وسيلة لحل الصراعات وهي دافع للانتكاسة.

4. عرض نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20):

لم يتردد الحالة "أحمد" في التعاون معنا، حيث كانت استجابته للمقياس تفاعلية وتلقائية، سمحت للباحثة بملاحظة سلوكيات وإيماءات المبحوث وتصرفاته اتجاه فقرات المقياس، إلا أن بعض الفقرات باتت غامضة وتطلبت توضيح من طرف الباحثة، وكانت نتائج الحالة حسب الجدول التالي:

الجدول (8): عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 1)

المحور	الدرجة	المستوى
صعوبة تحديد المشاعر DIF	32	مرتفعة جدا
صعوبة وصف المشاعر DDF	19	مرتفعة
التفكير الموجه نحو الخارج EOT	24	مرتفعة
المجموع	75	مرتفعة ≥ 61

تحصل الحالة (أحمد) على 75 درجة على مقياس الألكستيميا وهي درجة تشير إلى مستوى مرتفع من الألكستيميا، والتي اتضحت من خلال ارتفاع درجة الحالة على محور صعوبة تحديد المشاعر ظهرت في مؤشر غموض حالة الانزعاج وصعوبة معرفة ما بداخله، إضافة إلى الأحاسيس المبهمة التي لا يجد لها تفسير ولا يستطيع التمييز بينها وبين مشاعره وعدم رؤيته لها بوضوح.

علاوة على ذلك كانت درجة الحالة على محور صعوبة وصف المشاعر مرتفعة، حيث تتضح مؤشراتنا في ضعف التعبير اللغوي للمشاعر، عدم القدرة على وصف المشاعر، والالتباس في فهم انفعالات ومشاعر الآخرين، ما يدل على ضعف المعالجة المعرفية للانفعال، وعدم البوح بمشاعره للمقربين ما يظهر القصور في المشاركة الوجدانية.

إلى جانب ذلك تحصل الحالة "أحمد" على درجة مرتفعة على محور التفكير الموجه نحو الخارج، تجلت في ميل الحالة إلى حل المشاكل دون فهم أسبابها، وتجنبه الإصغاء إلى المشاعر التي يعبر عنها الآخرين له، بينما بدا الحالة غير قادر على فهم ذاته، إضافة إلى ميل خطابه

للتكرار والابتدال مع التركيز على الأحداث أكثر من الانفعالات والمشاعر المرافقة لها دون وصف معاناته النفسية الانفعالية، وانعدام اللذة في الحياة والملل المستمر.

➤ حوصلة عامة عن الحالة "أحمد":

من خلال دليل المقابلات وشبكة الملاحظة ونتائج مقياس الألكستيميا، يتبين لنا أن الحالة "أحمد" يعيش معاناة نفسية أدت به إلى الانتكاسات المتكررة والإدمان المتعدد، المزاج الكئيب مع صعوبة سرد تاريخ الإدمان، والسبب راجع إلى عدم القدرة على وصف المشاعر ومشاركتها الآخرين والملل بسرعة والوحدة، مع صلابة في التفكير والتركيز على وصف الأحداث بدلا من التعبير عن الانفعالات المصاحبة لها وعدم القدرة على ترميز الأحلام التي قلما يتذكرها، وكلها مؤشرات تدل على النزعة الألكستيمية.

هذا ما يتوافق مع ما توصلت إليه نتائج TAS-20 ، حيث ظهر مستوى الألكستيميا مرتفعا بدرجة 75 على المقياس مع ارتفاع درجة محور صعوبة تحديد المشاعر ومحور صعوبة وصف المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج، ويتوافق هذا مع ما جاء في المقابلات حيث يجد الحالة صعوبة في تحديد مشاعره تظهر في الإحساس بالضيق الانفعالي الغامض وضعف المشاركة الوجدانية مع الآخرين ونقص الكفاءة في المعالجة المعرفية للانفعالات مع الآخرين.

في حين أنّ اعتماده على استجابات الغضب والاندفاعية لحل الصراعات يشير إلى صعوبة ضبط شدة الانفعالات القوية كالغضب والضيق فاعتماده على العداة هو تعبير غير لفظي لمعاناة نفسية غير مفهومة، ينتكس الحالة احمد للتخفيف منها وينعزل لإحساسه بالدونية والنقص.

إنّ هذا المستوى المرتفع من الألكستيميا هو عامل تنبئي للانتكاسة دفع الحالة أحمد إلى تكرار تجربة الإدمان بعد العلاج، فيهدف تخفيف المعاناة النفسية المتمثلة في ضيق نفسي وانفعالي وصراعات بين شخصية مكبوتة وصعوبة التعبير عن ما بداخله من انفعالات وآلام، إضافة إلى الحاجة إلى زيادة المتعة والانسجام مع الذات بسبب ضعف تنظيم الوجدان وعدم القدرة على وصف الانفعالات.

عرض الحالة الثانية

1. تقديم الحالة:

1.1. البيانات الشخصية:

يتعلق الأمر بالحالة "توفيق" البالغ من العمر 44 سنة، متزوج وأب لـ 5 أطفال مستواه الدراسي السنة الثانية ثانوي، يشتغل كتاجر في مواد البناء الصلبة، الأخ الأصغر من بين 8 إخوة، تقدم "توفيق" إلى المركز الوسيط لعلاج الإدمان سنة 2018 بإرادته بعد فشله في الإقلاع، وهو مدمن على مادة الكيف المعالج، يتناول مضادات القلق التي وصفها له طبيب الأمراض العقلية ويزاول جلسات العلاج النفسي الفردي عند النفساني.

2.1. السيمائية والهيئة العامة والوظائف العقلية:

يتميز "توفيق" بتركيز وقدرة على الاستيعاب، أفكاره منطقية ومترابطة لكن تفكيره سطحي، مدرك للواقع ولحالته أما إدراكه للزمان والمكان فهو جيد، سلوكه هادئ ومستقر، تواصله البصري متوسط، يمارس الرياضة بشكل دوري، متصل مع وضعية البحث وواع بمشاكلته، ويحترم مواعيد الأطباء منذ دخوله المركز، إن الدافع الحقيقي للإقلاع عن الإدمان عند الحالة هو التخلص من الكيف المعالج ومشاكله.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يعيش الحالة في أسرة مكونة من 10 أشخاص، والداه وعائلة أخوه، لا يعاني والداه من أي مرض أما مستواهم الاقتصادي فهو جيد، إخوته وأخواته مستقرون اجتماعيا، يرفض الحالة الاستقلالية والانفصال عن أمه، تدرسه كان جيدا إلا انه تميز بالخجل الزائد والخوف من المعلم، في حين تميزت علاقته مع والديه بالتفرقة والعزل "من بكري محفور" وأنهما لا يفهمانه، هذه العلاقة استمرت لتصل إلى النفور وعدم التواصل مع الأب والأخ الأكبر في سن الرشد والسبب هو التقصير بالاهتمام به وانعدام الحوا، إلا أن هناك تعلقا كبيرا بوالدته، علاقته بإخوته يطغى عليها

الامتناع والكف "أنا جابد أنا هكذا"، فهولا يبوح لهم عما بداخله لأنه لم يتعود على التعبير منذ طفولته، بينما أخوه السابع يتفق معه في أغلب الأحيان.

فترة المراهقة بالنسبة للحالة "توفيق" بدأت بالانسحاب من الوسط الأسري والميل نحو جماعة الرفاق، واقترن ذلك مع رسوبه في المرحلة الثانوية واستهلاك الكيف المعالج والكحول، إلا أنه صرح ببعض أحداث العشرية السوداء وتأثيرها على نفسيته آنذاك، لم تتميز المراهقة بأي علاقة عاطفية سوى إعجاب من طرف واحد، كما يشير الحالة "توفيق" إلى عدم الثقة في الآخرين فهو يملك صديقاً واحداً ولا يحكي له عن مشاكله بل يفضل الحديث عن مشاغل الحياة والعمل.

استمر استهلاكه سنوات، حاول عدة مرات التوقف إرادياً لكن انتكس وعاد لاستهلاك الكيف والكحول، هذه المادة التي تزيد من شعوره بالأمان بعد معاشته لتجربة عاطفية دامت لسنوات تخللتها مشاكل معقدة بسبب التعلق العاطفي لصديقه به، ومحاولاته للتخلص منها التي باءت بالفشل إلا بعد متابعتها قضائياً، حيث لم يكن يشعر اتجاهها سوى بإعجاب وكانت تجربته مملة معها، هذه العلاقة سببها زواجه التقليدي من زوجته التي اختارتها له أمه ولم يتقبلها إلى حد الآن كامرأة حياته، خاصة بعد إصابتها بداء السكري، وصرح بأنه لا يمكنه التعبير عن مشاعره لأحد حتى بالغلط "طبعي لا أتكلم عن المشاعر والكيف يغطي النقص اللي فيا"، "أغلب الأحيان نسمح من حقي عادي"، وهو بذلك يفتقر لسلوك المعارضة.

إنّ الكحول كان المادة النفسية التي تعالج آلامه ومعاناته النفسية، وتعطي له معنى لوجوده إلا أنه استطاع التغلب عليه بإرادة قوية بينما استهلاكه للكيف المعالج استمر معه لغاية سنة 2018، لأنه يعتقد أن عدم مواجهة الآخرين خاصة عائلته يزيد من إحساسه بالضيق النفسي والدونية والحسرة، والكيف يخفف من هذا الضيق.

قرر الحالة "توفيق" الإقلاع عن الكيف المعالج سنة 2018 أين تواصل مع الفريق الطبي لفترة سنة واستفاد من علاج طبي ونفسي وتحسنت حالته وأصبح أقوى من ذي قبل، إلا أنه لم يستطع الاحتفاظ بمكتسبات العلاج سوى 3 سنوات وانتكس سنة 2021، أين عاود الاتصال بالفريق الطبي لبداية العلاج من جديد.

إن الدافع الرئيسي عند الحالة للعودة للسلوك الإدماني هو معاناته النفسية من عدم قدرته على مواجهة الآخرين وانفعالات الغضب والقلق التي لا يستطيع تصريفها بارتياح، بحيث أن اغلب سقطاته منذ إدمانه كان سببها هو الضيق النفسي الغامض الذي لم يجد الحالة كلمات للتعبير عنه.

رغم مراقبة الذات أثناء المقابلات والارتباك الظاهر على الحالة من حين لآخر، محاولة منه لتجنب الإجابات المتعلقة بالجانب الانفعالي والعاطفي، إلا أن مؤشرات المعاناة النفسية ظهرت في ضوء دليل المقابلات وشبكة الملاحظة، من خلال الضيق النفسي الذي لا يفهمه والنظرة الدونية لذاته والمزاج الكئيب والتعاسة رغم اكتفائه مادياً، وفقر العلاقات الاجتماعية ولعاطفية وسلوك المعارضة "منقولش لالا" والخوف من مواجهة الآخر، إضافة إلى قلة الأحلام وعدم سردها والاهتمام بها، أمّا قراراته فهي ذات طابع صلب وصارم، إضافة إلى شعوره بتأنيب الضمير بعد انتكاسته ولا يشعر بلذة الحياة مع الأصدقاء رغم أنه ينصت لهم ويساعدهم في حل مشاكلهم، لكنه لا يعبر لهم عن مشاكله ولا يجد عبارات مناسبة لمعاناته، ومنه يتبين أن الحالة يلجأ للكيف بحثاً منه عن الأمان ومعنى وجوده داخل أسرته ومكانته مع محيطه.

إنّ المؤشر الأساسي للمعاناة النفسية لدى الحالة ظهر منذ طفولته، والخجل الذي كان يلازمه إضافة إلى صعوبة التعبير بكلمات مناسبة عن مشاعره وآرائه منذ المراهقة سواء اتجاه والديه أو أصدقائه، خاصة بعد إدمانه على الكيف والكحول، واعتماده عليهم لخلق الارتياح والأمان غير الموجودان في الأسرة، بينما نجد مؤشر فقر في العلاقات الاجتماعية والعاطفية وتدخل والدته في اختياراته، وزواجه الذي يدل على الاعتماد على والدته وشدة التعلق بها، أما مؤشر عدم البوح بمشاعره وانفعالاته لأي فرد من أسرته وصديقه الوحيد يوضح صعوبة فهم وتصريف ما بداخله من انفعالات ومشاعر، كما يفضل الحالة حل المشكلة واتخاذ القرار دون محاولة فهم المشكلة وأسبابها، وهذا مؤشر على نمط تفكيره الموجه نحو الخارج وعدم الاهتمام بسرد الأحلام والبحث عن المعنى الخفي لها.

إنّ النظرة المستقبلية للحالة "توفيق" متقلبة -أحياناً- متفائلة بالعلاج وأحياناً ينتابه الخوف من الانزلاق نحو المادة النفسية، ويشير الحالة أن انتكاساته متعلقة بالضيق النفسي المبهم والصراع القائم بينه وبين عائلته، والذي سببه الأساسي عدم المواجهة والتعبير عن مشاكله من الناحية الوجدانية.

3. الحالة الراهنة للحالة:

الحالة "توفيق" يبلغ من العمر 45 سنة وهو تاجر، مدمن على الكيف المعالج، يعاني حسب معايير DSM-5 من القلق العام والنوم المتقطع، يتناول مضادات القلق ويزاول جلسات العلاج النفسي عند النفساني العيادي، وهولا يعاني حالياً من أي مرض عضوي، حديثه قليل، يكرر الإحساس بالوحدة وهو يفضل العزلة، يعاني من ضيق نفسي لا يفهمه وهولا يعبر عم ما بداخله لأنه تعود عدم الإدلاء برأيه منذ الطفولة، فهولا يستطيع وصف الضيق النفسي الذي يعاني منه بكلمات مناسبة، علاقاته العاطفية عابرة شبه منعدمة، لا يتذكر أحلامه ولا يبحث عن تفسيرها، يعتمد الحالة على آلية القمع والصمت قناعة منه انه لا يجد ما يقوله وأنه تعود على هذه الآلية، وهو بذلك لا يعبر عن معاناته النفسية ولا يستطيع إيجاد كلمات معبرة عن مشاعره، انتكس مرة بعد 3 سنوات العلاج والتحسن، كان الدافع للانتكاسة وينحصر في الصراع القائم بين الرغبة في مواجهة الآخرين -خاصة أسرته- وصعوبة الإقدام على ذلك، وهو يلجأ إلى سلوك العنف اتجاه زوجته التي لم يرغب فيها ويفضل الضرب على الحوار لمناقشة المشاكل، وعليه لديه صعوبة في الإصران.

4. عرض نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20):

أبدى الحالة "توفيق" رغبته في التعاون معنا، حيث كانت اجاباته واضحة وفي كل مرة يستفسر ليجيب الإجابة الملائمة له، كما أبدى الحالة ارتياح لان فقرات المقياس ساعدته على التفريغ والتعبير ولو بقليل عن ما بداخله، وكانت نتائج الحالة حسب الجدول التالي:

الجدول (9): عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 2)

المحور	الدرجة	المستوى
صعوبة تحديد المشاعر DIF	32	مرتفعة جدا
صعوبة وصف المشاعر DDF	23	مرتفعة
التفكير الموجه نحو الخارج EOT	25	مرتفعة
المجموع	80	مرتفعة ≥ 61

تحصل الحالة "توفيق" على 80 درجة في مقياس الألكستيميا، وهي درجة تشير إلى مستوى مرتفع من الألكستيميا، والتي اتضحت من خلال ارتفاع درجة الحالة على محور صعوبة تحديد المشاعر، وصلت إلى 32 درجة على المقياس وهي درجة مرتفعة جدا، اتضحت في المشاعر الغامضة التي يستطيع تحديدها كالغضب والخوف والحزن والتي لا يعرف سببها الرئيسي، أما الأحاسيس التي تجتاح جسمه فهو غير قادر على فهمها وتفسيرها.

أما محور صعوبة وصف المشاعر فكانت درجته مرتفعة تشير إلى 23 درجة، حيث يجد الحالة صعوبة في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعره لأصدقائه الذين غالبا ما يطلبون منه الحديث عن ما بداخله خاصة إذا تعلق الأمر بالعلاقات العاطفية، بينما نجد المحور الأخير المتعلق بالتفكير الموجه نحو الخارج فكانت درجته مرتفعة وصلت إلى 25 درجة، إذ يفضل الحالة حل المشكلة بدل وصفها أو سرد تفاصيلها وعدم الاهتمام بأسباب حدوثها، مما يدل على الاندفاعية وسرعة الاستجابات السلوكية، لكنه يدرك ضرورة معرفة الآخرين لما يشعرون به، كما يميل تفكيره إلى النمط الملموس البعيد عن الهومات ويفضل وصف الحياة بدل وصف الانفعالات، كما يشير إلى الحاجة لتحليل المشاعر في حل المشاكل الشخصية.

➤ حوصلة عامة عن الحالة "توفيق":

من خلال دليل المقابلات وشبكة الملاحظة ونتائج مقياس الألكستيميا، يتبين لنا أن الحالة "توفيق" يعيش معاناة نفسية أدت به إلى الانتكاسة بعد 3 سنوات من الاستقرار والعلاج، مؤشرات الأساسية البحث عن مكانته ووجوده داخل أسرته، وصعوبة مواجهة المشاكل اليومية كما انه يجد صعوبة في سرد قصة الإدمان والإحساس بالعار، إضافة إلى مؤشر العيش في حالة من القلق والضيق والخوف والغضب دون فهم الأسباب والدوافع، وصعوبة تحديد المشاعر ومشاعر الآخرين، وهو يتبنى ميكانيزم القمع والصمت في علاقته مع الآخرين لتغطية العجز في إيجاد الكلمات المناسبة لوصف ما بداخله من انفعالات، يدعمه محدودية الحديث أثناء المقابلات، كما أن العلاقات الاجتماعية لديه تبدو فقيرة خالية من المشاركة الوجدانية وتميل للامتثال الاجتماعي والتفكير السطحي والصلب، كما أنه يفقد القدرة على تفسير وربط الأحلام بواقعه، فهذه المؤشرات

السلوكية ظهرت في العداء الموجه نحو الزوجة وهي معاناة موجهة نحو الخارج، إلا إن تعلقه بوالدته رغم تمييز والديه له ولد عنده كره نحو والده وأخيه ودفعه إلى عدم الاستقلالية والانفصال وهو نوع من البحث عن معنى الوجود والمكانة داخل الأسرة، أما الرغبة في معاودة استهلاك المادة النفسية فهي تخفف من المعاناة النفسية فالكيف يعوض النقص العاطفي الذي يعيشه، وهذا ما توافق مع نتائج مقياس الألكستيميا، حيث تحصل الحالة "توفيق" على 80 درجة وهي درجة تشير إلى مستوى مرتفع من الألكستيميا.

كل هذه المؤشرات تدل على أن الألكستيميا هي عامل تنبؤي بالانتكاسة لدى الحالة بعد 3 سنوات من الثبات والحفاظ على مكتسبات العلاج، إذ يصرح أن انتكاسته سببها تخفيف المعاناة المتعلقة بالانفعالات المحبوسة وعدم القدرة على تصريفها والتعبير عنها بكلمات مناسبة ما يزيد من الاعتمادية النفسية للكيف لتحقيق اللذة والمتعة والارتياح.

عرض الحالة الثالثة

1. تقديم الحالة:

1.1. البيانات الشخصية:

يتعلق الأمر بالحالة "حسين" البالغ من العمر 19 سنة، أعزب مستواه الدراسي الرابعة متوسط، يشتغل سباك، الأخ الأكبر من بين 3 إخوة منهم 2 بنات. تقدم "حسين" إلى المركز الوسيط لعلاج الإدمان سنة 2022 بإرادته بعد فشله في الإقلاع، إدمانه متعدد (كيف، كحول، مواد نفسية)، يتناول مضادات القلق التي وصفها له طبيب الأمراض العقلية ويزول جلسات العلاج النفسي العائلي عند النفساني.

2.1. السيمائية والهيئة العامة والوظائف العقلية:

يتميز "حسين" بتركيز عال، كلامه منسجم على العموم ويملك القدرة على التمييز، مدرك للواقع ولحالته أما إدراكه للزمان والمكان فهو جيد، سلوكه ثابت ومستقر، متصل مع وضعية البحث كما يملك القدرة على الاستنتاج والوعي بمشكلته، حيث أبدى الحالة اهتمامه بالعلاج ومواعيد الفحوصات منذ دخوله المركز، أما دافع العلاج من الإدمان هو البحث عن الاستقرار العائلي.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يعيش الحالة في أسرة مكونة من 5 أشخاص، الوالد عامل بناء وهو مدمن كيف لمدة أكثر من 20 سنة، وأمه مأكثة في البيت، أخواته يدرسون في الابتدائي، أما المستوى المعيشي فهو متوسط، تميزت الطفولة بسوء المعاملة الأبوية من عنف مادي ومعنوي، حيث كان الوالد مدمن كيف معالج الحالة ضحية ضرب وشتم، إضافة إلى تحمّل مسؤولية الأسرة في سن مبكر، لذلك رغم مستواه الدراسي الحسن إلا أنه لم يتمكن من استكمال مشواره الدراسي، وتميز سلوكه بالتسرب والفشل الدراسي والسلوك المضاد خلال مرحلة المراهقة.

الحالة "حسين" يعيش في أسرة ذات دينامية مضطربة بالرجوع إلى العنف من الأب اتجاه الأم والأبناء خاصة الحالة "حسين"، فمشاعر هذا الأخير يسودها الكره والنفور من الأب "كون نصيب مندخلش للدار".

أما علاقته مع والدته فيصفها بالحب والعطف والاهتمام، رغم الظروف الصعبة والمعاناة التي عاشتها الأم فهو متعلق بها ويعتبرها صديقا وفياء، في حين صرح أن أخواته البنات يحبهم ويرعاهم ويشعر انه مسئول عنهم وهن يبادلنه مشاعر الحب، لم يكن الحالة "حسين" يعبر عن آراءه ومشاعره في الطفولة خوفا من سلوك الأب العنيف، إلا أن فترة المراهقة وخصائصها النفسية من اندفاعية واستقلالية دفعته للتعبير عن ما بداخله من انزعاج ونفور لوالدته فقط، أما آلامه فهو يفضل قمعها دون معرفة الأسباب "هكذا وخلص منهدرش"، علاقاته الاجتماعية قليلة أما العاطفية فعابرة وهو يعبر لصديقتة عن مشاعره اتجاهها.

بداية الإدمان ظهرت في فترة المراهقة في سن 16 سنة باستهلاك الكيف المعالج والمهلوسات، إلا أن رغبته في مادة الكيف أكبر من المهلوسات، استمر استهلاكه إلى غاية سنة 2022 أين قرّر الإقلاع عن الكيف المعالج وتغيير مساره المستقبلي، انتكاسته واحدة أثناء فترة 6 أشهر الأولى من العلاج، والسبب راجع إلى عدم القدرة على تحمل أعراض الانسحاب القوي، ويوضح أن انفعالات الغضب والحزن والخوف والقلق دوافع أساسية لانتكاسته، كما يشعر الحالة "حسين" بسوء تقدير الذات لأن والده لا يفهمه ولا يتقرب منه وينتقده باستمرار.

ظهرت مؤشرات المعاناة النفسية في ضوء دليل المقابلات وشبكة الملاحظة من خلال تعرض الحالة إلى الإساءة الأبوية، وتجنب الحديث عن قصة الإدمان والإحساس بالعار وعدم تحمل أعراض الانسحاب والمزاج المتقلب حسب الظروف الأسرية، والشعور بالملل والقلق "تحس روحي مزير من الداخل" وغالبا ما يعزل نفسه ويبكي بسبب القسوة التي يعامله بها والده، لا يثق الحالة "حسين" كثيرا في الآخرين إلا صديقه المقرب والوحيد الذي يفضض له غيظه من حين لآخر، يحلم أحيانا ويتذكر أحلامه لكن لا يولي اهتماما لها، كما أنه لا يفهم ما بداخله أحيانا خاصة الضيق النفسي والحصر أما آلامه الماضية فيفضل تركها بداخله، في حين يعتبر انتكاسته

كمحاولة لتخفيف أعراض الانسحاب والاشتياق لمادة الكيف، أما معاناته فيصفها بالشعور بالإرهاك والإحباط أمام قسوة الوالد عليه، يحب مهنته ويتقنها ويمارسها دون انقطاع وهو نوع من التكيف مع الوضعيات الاجتماعية.

إن المؤشر الأساسي للمعاناة النفسية لدى الحالة هو القلق والضيق النفسي واللهفة والاشتياق للمادة النفسية، إضافة إلى الشعور بالمسؤولية مبكراً، وبالغضب والحزن من سوء المعاملة الوالدية وإحساسه بالعار والدونية أمام انتقاد والده له، يتميز الحالة "حسين" بمواجهة الآخرين والتعبير غالباً عن آلامه ومشاعره لوالدته وصديقه الوحيد، أما علاقاته الاجتماعية فهي محدودة، وهو وفي للعلاقة العاطفية في الوقت الحالي، كما أن النظرة المستقبلية للحالة "حسين" تبدو واضحة فرغم احترامه للمواعيد العلاجية وانضباطه في عمله، ودعم والدته وخاله له، إلا أنه يشعر بالوحدة ويفكر في الهجرة غير الشرعية ليس بدافع تحسين الوضع الاقتصادية بقدر ما هو الابتعاد عن والده، ويشير الحالة إلى أنّ انتكاساته متعلقة بالضيق النفسي والضرر والآلام الداخلية وأعراض الانسحاب.

3. الحالة الراهنة للحالة:

الحالة "حسين" شاب يبلغ من العمر 19 سنة وهو سباك يحب عمله ومنضبط فيه، لا يعاني من أي مرض عضوي، يستهلك الكيف المعالج والمهلوسات بحيث أن اعتماده قوي على الكيف من المهلوسات، يعاني نفسياً من ضيق نفسي وصعوبة في النوم، انتكس مرة واحدة أثناء فترة العلاج وسبب ذلك الاشتياق للمادة النفسية، ويشتكى باستمرار من سوء المعاملة الأبوية والبيئة المضطربة التي عاش فيها، وتحمله للمسؤولية في سن مبكر، حياته العلائقية محدودة، لا يتردد الحالة "حسين" في مواجهة مشاكله مع الآخرين ويعبر عما يزعجه لكن لوالدته وصديقه المقرب فهولا يثق كثيراً بالآخرين، لا يولي اهتماماً للأحلام ولا يبحث عن تفسيرها.

4. عرض نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20):

لم يتردد الحالة "حسين" في المشاركة في الدراسة، وصرح أنها فرصة لفهم ذاته، حيث كانت إيماءات وجهه توحى بمراقبة ذاته والاستفسار عن بعض الفقرات غير واضحة، وكانت نتائج الحالة حسب الجدول التالي:

الجدول (10): عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 3)

المحور	الدرجة	المستوى
صعوبة تحديد المشاعر DIF	22	فوق المتوسط
صعوبة وصف المشاعر DDF	19	مرتفعة
التفكير الموجه نحو الخارج EOT	09	منخفضة
المجموع	50	أقل من 61

تحصل الحالة "حسين" على 50 درجة في مقياس الألكستيميا، وهي درجة تشير إلى مستوى منخفض من الألكستيميا، والتي اتضحت من خلال درجة محور صعوبة تحديد المشاعر التي كانت فوق المتوسط وظهرت دلالاتها في أن الحالة لا يشعر بأحاسيس غريبة في جسمه ويملك القدرة في معرفة دوافع غضبه وحزنه نتيجة شعوره كضحية للإساءة الوالدية، إضافة إلى قدرته على البوح بمشاعره لصديقه المقرب ووالدته، لكن ظهرت علامات الحيرة التردد حول مدى وضوح رؤيته لمشاعره حيث يجد الحالة صعوبة في وضع ثقته بالآخرين في نفس الوقت بإمكانه وصف مشاعره إلى حد ما.

بينما نجد أن درجة الحالة على محور صعوبة وصف المشاعر كانت مرتفعة، حيث ظهر مؤشر وصف المشاعر بخطاب وكلمات مناسبة متفاوتة حسب درجة ثقته في الآخر، فلا يعبر عما بداخله سوى لوالدته وصديقه المقرب وأحيانا صديقته، أما عزوفه عن البوح بمشاعره للآخرين

يبدو مفقوداً، حيث يطلب منه وباستمرار أصدقاؤه التعبير عن المشاعر، ما يدل على وجود ضعف في الضبط الانفعالي.

أما الدرجة على محور التفكير الموجه نحو الخارج فكانت منخفضة، إذ يفضل الحالة فهم أسباب المشكلة وتحليلها ثم إيجاد الحلول المناسبة، ما يدل على التفكير التأملي وربط الخبرات السابقة والاستفادة منها، ولا ينزعج من الإصغاء للمشاعر المعبر عنها من طرف الآخرين، وأن تحليل المشاعر لديه هو أمر لازم لحل المشاكل الشخصية ما يوضح القدرة على تفسير أفعاله وأفعال الآخرين، وإعطاء معنى للحدث المعاش لتنظيم حياته وهو ما يشير إلى القدرة على الإصرار.

➤ حوصلة عامة عن الحالة "حسين":

من خلال دليل المقابلات وشبكة الملاحظة ونتائج مقياس الألكستيميا يتبين لنا أن الحالة "حسين" يعيش معاناة نفسية أدت به إلى انتكاسة واحدة أثناء العلاج، وظهرت مؤشرات الأساسية في الاندفاعية للبحث عن الجرعة والقلق والغضب والحزن وعدم القدرة على تحمل أعراض الانسحاب، إضافة إلى الإحساس بالدونية والإحباط، والسبب راجع إلى العنف المعنوي والمادي الموجه له من والده ذي التاريخ الإدماني الطويل وكذا تعنيف والدته التي تعتبر مصدر الأمان.

يتبين لنا أن البيئة الأسرية للحالة "حسين" كان لها دور في الإدمان ثم في الانتكاسة رغم دعم والدته له، بينما ظهر مؤشر إشكالية بناء الثقة بينه وبين الآخرين في محدودية العلاقات الاجتماعية التي لم تمنعه من التعبير عن انفعالاته ومشاعره لوالدته وصديقه المقرب، والتي تمحورت حول الكره والحب حيث صرح بوفائه لعلاقته العاطفية التي يشعر بالارتياح فيها، كما يملك الحالة نظرة مستقبلية توضحت في حب العمل والاستقلالية والميل لفهم أسباب المشاكل وحلها، وهي دلالات للبحث عن تأكيد ذاته وتنظيم عالمه والقدرة على الإصرار.

إنّ مؤشرات المعاناة النفسية التي أدت للانتكاسة ظهرت عند الحالة في صفات القلق والاندفاعية وإشكالية بناء الثقة مع الآخرين بسبب العنف الموجه له منذ الطفولة، والعزلة

والإحساس بالدونية وعدم القدرة على تحمل أعراض الانسحاب والاشتياق للمادة النفسية، إلا أنه أحيانا لا يجد صعوبة شديدة في وصف مشاعره اتجاه الآخرين وإنما يحتفظ بها ليعبر عنها لوالدته وصديقه المقرب بسبب نقص الثقة في الآخر، وكلها مؤشرات لا تدل على وجود النزعة الألكستيمية بصورة كبيرة، حيث توافقت مع نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20) الذي درجته كانت منخفضة، بينما كانت درجات محور صعوبة تحديد المشاعر وصعوبة وصف المشاعر فوق المتوسط ودرجة محور التفكير الموجه نحو الخارج منخفضة، هذا ما يمكن تفسيره باستعداد الحالة إلى تطوير ألكستيميا من النوع الثانوي بسبب معاشية وضعيات الضغط والعنف والاستفزاز والنقد المستمر، ويحتمل أن يستخدمها كميكانيزم دفاعي ضد هذه الوضعيات.

ففي هذا السياق يشير كل من (Farges & farges :2002) إلى أنّ الألكستيميا الثانوية نوعين منها الدائمة ومنها العابرة التي تنخفض عندما يشفى المريض، واحتمال أن الحالة "حسين" انخفضت درجة كل من محور صعوبة تحديد ووصف المشاعر إلى المتوسط بعد الاستفادة من فترة علاج دامت ستة أشهر، وبإمكانها أن تتطور حسب (Khemiri :2011) بسبب القلق الناجم عن الوضعيات الضاغطة داخل البيئة مثلما يتعرض له الحالة من عنف أبوي داخل الأسرة.

إنّ هذا المستوى المنخفض من الألكستيميا يشير إلى أنها ليست عامل تنبؤي للانتكاسة دفع الحالة "حسين" إلى تكرار تجربة الإدمان بعد العلاج وتخفيف المعاناة النفسية، لكن هناك احتمالية تطور وزيادة درجة الألكستيميا كميكانيزم دفاعي إلى عامل خطر مهياً للانتكاسة إذا استمرت الوضعية الضاغطة لعنف والده له ولوالدته وصعوبة تحمل أعراض الانسحاب واللهفة للمادة النفسية.

معرض الحالة الرابعة

1. تقديم الحالة:

1.1. البيانات الشخصية:

يتعلق الأمر بالحالة "مولود" البالغ من العمر 22 سنة، أعزب مستواه الدراسي السنة الثانية جامعي، لا يعمل، الأخ الأكبر من بين 3 إخوة (02 ذكور و01 أنثى)، تقدم "مولود" إلى المركز الوسيط لعلاج الإدمان سنة 2018 بإرادته بعد فشله في الإقلاع عن الكيف المعالج، يتناول مضادات الاكتئاب التي وصفها له طبيب الأمراض العقلية ويزاول جلسات العلاج النفسي العائلي عند النفساني.

2.1. السيمائية والهيئة العامة والوظائف العقلية:

يتميز "مولود" بنشاط عقلي سليم، وتركيز مرتفع، كلامه منسجم على العموم أما أفكاره فهي سوداوية يسيطر عليها التشاؤم، يشتهي من بيئته باستمرار، مدرك للواقع ولحالته أما ادراكه للزمان والمكان فهو جيد، سلوكه ثابت ومستقر، متصل مع وضعية البحث كما يملك تفكير سطحي وهو واع بمشكلته، حيث أبدى الحالة اهتمامه بالعلاج ومواعيد الفحوصات منذ دخوله المركز، أما دافع العلاج من الإدمان فهو التطلع لتحقيق الذات والاستقلالية والعمل والتخلص من الكآبة والحزن.

2. التاريخ النفسي والاجتماعي للحالة:

يعيش الحالة في أسرة مكونة من 5 أشخاص، الوالد أستاذ جامعي والأم مائكة بالبيت، هو الأخ الأكبر، بالنسبة للمستوى الاقتصادي فهو جيد جدا، طفولته كانت مميزة وقاسية فرغم سوء معاملة والده المتسلط والنعيف، إلا أنه كان تلميذا متفوقا وكان يلزمه شعور بالخوف من معدل انتقاله بسبب والده الذي لا يرضى سوى بالتفوق.

إن العلاقة التي تربط الحالة بوالده لا يستطيع وصفها وأحيانا يشفق على والده الذي عانى في طفولته، أما والدته فتعتبر مصدر الأمان رغم انه لا يعبر لها لا عن مشاعره ولا همومه، بينما يصرح الحالة أن إخوته تربطه بهم علاقة عادية "ما نقرب ما نبعد منهم" والسبب تمييز والديه في المعاملة بينه وبين إخوته سواء في مرحلة الطفولة أو التمدريس.

لم يكن الحالة "مولود" يعبر عن نفسه أو عن حزنه أو ما بداخله منذ طفولته لأن والده لا يسمح له بذلك، ويصرح "تفضل نبات برا ومندخلش للدار" أفضل الوحدة والعزلة، يمكن مراهقتي أعطتني نوعا من الحرية المقيدة للحديث عما بداخلي ولوقليل "علاه نهدر واحد ما يفهمني وأنا ومنفهمش روجي.. حتى أمي لا تفهمني"، علاقاته الاجتماعية فقيرة خالية من المشاركة الوجدانية أما التجارب العاطفية فقد تلخصت في تجربة واحدة أليمة انتهت بسبب خيانة صديقه له، وهو يعاني من آلام جسدية.

بداية الإدمان بدأت في فترة المراهقة بسن 14 باستهلاك الكيف المعالج محاولة منه لتجريب الشعور بالارتياح وتخفيف معاناته النفسية بعد حدث زواج أبيه الثاني فكانت انتفاضته واستهلاك المادة النفسية يحل مشاكله الأسرية، في هذه المرحلة ازداد عنف والده المعنوي أكثر من المادي اتجاه أفراد أسرته خاصة أمه التي غادرت المنزل لشهور، والحالة خاصة بعد دخول الحالة في الاعتمادية النفسية للكيف المعالج رغم ذلك استمر في الدراسة لينتقل للجامعة.

علاقاته الاجتماعية مقتصرة على صديقه الذي يستهلك الكيف المعالج ولا يشاركه مشاكله ولا آلامه، بحيث يشعر الحالة "مولود" بآلام جسدية وأحاسيس لا يفهمها ويصرح السبب والذي الذي لم يتركني أحقق ذاتي.

مزاجه منقلب دون معرفة السبب ويفضل الوحدة والعزلة، كما ينتابه ضيق انفعالي، ويتبنى سلوك العنف الموجه نحو الآخر كاستجابة في حالة الخلافات "منكسرش راسي ونهدر ونشرح.... مرة شتمت أبي وواجهتو بماضيه وزواجه الثاني... ثم ندمت فيما بعد" ولم أكررها، وهي دلالة للتعبير عن شحنة انفعالية انتفضت من الألم والمعاناة، يشعر الحالة "حسين" بحبسة انفعالية لا يستطيع التعبير عنها "راني كابت كلش في قلبي وهو سبب انتكاستي لكن أنا هكذا...والفت".

اقترب من المركز الوسيط لعلاج المدمنين سنة 2018 للإقلاع عن الكيف المعالج واستفاد من علاج نفسي لكن بعد سنة ونصف من العلاج والاستقرار في الجامعة انتكس وعاود استهلاك الكيف والكحول معاً، والسبب راجع إلى عدم القدرة على السيطرة على السلوك القهري للإدمان، فانتقله إلى استهلاك الكحول يشير إلى شدة المعاناة والحزن والإحباط من سوء المعاملة الموجه له، فمشاعره اتجاه والده لا يستطيع وصفها بكلمات مناسبة "حسرة....ضحك....دموع.....لا أظن أن هناك من يعاني مثلي".

ظهرت مؤشرات المعاناة النفسية في ضوء دليل المقابلات وشبكة الملاحظة من خلال ضعف الرغبة في الحياة وعدم وجود متعة في أي نشاط فردي أو جماعي، الشعور بالضعف وشحنة انفعالية محبوسة لا يستطيع التخلص منها، فالانتكاسة والعودة للإدمان تشعره بالقوة، والانتقال من

إيمان إلى إيمان آخر (أي من الكيف إلى الكحول) يشير إلى شدة الآلام النفسية والكآبة والمزاج الحزين، عدم القدرة على وصف مشاعره اتجاه والده وصديقه التي خانته وقرر العلاقات الاجتماعية والجمود العاطفي، وقلة الأحلام التي لا يتذكرها في أغلب الأحيان، كما يفضل السلوك العنيف اتجاه الآخر في حالة الخلافات ويعتبره سلوك مكتسب من والده أما القلق والغضب فهما سبب الانتكاسات.

إن هذه المؤشرات ترمز إلى النزعة الألكستيمية منذ الطفولة، وحرمان الحالة "حسين" من التعبير وانعدام الحوار والتواصل والتبادلات العاطفية الأبوية وتمييزه عن إخوته، فرغم تلبية الحاجيات المادية له إلا أنه يفتقر إلى الحاجيات الانفعالية، ومن بين العلامات الإكلينيكية صعوبة التعبير عن المشاعر بكلمات مناسبة وعدم القدرة على التعرف على ما بداخله والإحساس بآلام جسدية غير مفهومة والضيق الانفعالي، الذي يدفعه للقلق والغضب ثم الانتكاسة، صلابة التفكير وعدم الرضا والاندفاعية الموجه نحو الآخر والميول للوحدة والعزلة وعدم القدرة على استذكار الأحلام التي أغلبها كوابيس والميل للامتثال الاجتماعي.

لم يكن الحالة "حسين" يعتقد أنه سيتحسن من مشكلة الإدمان بعد فترة العلاج، لكن بعد شفائه وخروجه من المركز انتكس بعد سنتين من الاستقرار، أثرت كثيرا فيه انتكاسته ودفعته إلى تجريد عامه الدراسي فقرر العودة للمركز سنة 2021، أما نظرتة المستقبلية متقلبة بين تحقيق ذاته والاستقلالية عن والده وبين عدم القدرة على تحقيق ذلك.

3. الحالة الراهنة للحالة:

الحالة "مولود" شاب يبلغ من العمر 21 سنة وهو طالب جامعي سنة ثانية تخصص علوم تقنية، مدمن كيف معالج وكحول، يعاني حسب معايير تشخيص DSM-5 من اكتئاب، نومه متقطع، شهيته ضعيفة، يمر أحيانا بسقطات خاصة إدمان الكحول، يتناول مضادات الاكتئاب والقلق ويحترم مواعيد جلسات العلاج النفسي.

يشنكي باستمرار من سوء معاملة والده له وتمييزه عن إخوته ما زاد من معاناته النفسية وعدم القدرة على تفريغ الشحنة الانفعالية، فهو يشعر بالآلام وأحاسيس لا يفهمها ولا يستطيع وصف مشاعره اتجاه أبيه، يفضل العزلة ويفتقر للعلاقات الاجتماعية ولا يشارك الحالة آلامه ومشاعره للآخرين، أما سلوكياته فيفضل تعنيف الآخر في حالة الخلافات رغم انه يميل للامتثال الاجتماعي، ولا يستطيع وصف الضيق النفسي الذي يعاني منه بكلمات واضحة، أما أحلامه فأغلبها كوابيس لا معنى لها، لا يتذكر إلا القليل منها، في حين نجد انتكاسته بعد سنتين تقريبا من العلاج سببها المعاناة النفسية وأصلها الانفعالات المحبوسة.

4. عرض نتائج مقياس الألكستيميا (TAS-20):

أبدى الحالة "مولود" تعاونه معنا، وحاول من حين لآخر التعقيب على بعض فقرات المقياس، مرددا أن مصمم هذا المقياس يفهم ما بداخله لأن أغلب الفقرات تناسبه، كما صرح بأنه شعر بارتياح بعد الإجابة على الفقرات كلها، وكانت نتائج الحالة حسب الجدول التالي:

الجدول (11): عرض نتائج مقياس الألكستيميا (الحالة 04)

المحور	الدرجة	المستوى
صعوبة تحديد المشاعر DIF	31	مرتفعة
صعوبة وصف المشاعر DDF	18	مرتفعة
التفكير الموجه نحو الخارج EOT	23	متوسطة
المجموع	72	مرتفعة $61 \geq$

تحصل الحالة "مولود" على 72 درجة في مقياس الألكستيميا وهي درجة تشير إلى مستوى مرتفع من الألكستيميا، والتي اتضحت من خلال ارتفاع درجة الحالة على محور صعوبة تحديد المشاعر، وتتضمن مؤشرات مالت إلى الأحاسيس الغريبة في الجسم وعدم القدرة على تمييز الحالة الانفعالية من غضب وحزن وكذا اللبس في تحديد أسباب هذه الحالة، وبالتالي غياب المعالجة

المعرفية لهذه الأحاسيس، بينما كانت الدرجة على محور صعوبة وصف المشاعر مرتفعة اتضحت في العجز لإيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعره ومشاعر الآخرين والمقربين، وبالتالي نقص الكفاءة في التعبير اللغوي المتعلق بالانفعالات.

في المقابل وصلت درجة المحور الأخير الخاص بالتفكير الموجه نحو الخارج إلى 23 وهي درجة متوسطة قريبة من الارتفاع كشفتها العلامات الدالة على التفكير العملي وفق التفكير التأملي لضعف القدرة على فهم أسباب المشاكل وتحليلها قبل إيجاد الحلول، ما يشير إلى ضعف الإصرار وربط الماضي بالحاضر مع صعوبة البوح بالمشاعر للآخر، كما يبدو أنّ الحالة يميل إلى تجنب التفكير في الانفعالات وتحليلها من جهة، ويرى أنها ذات أهمية في حل مشاكل الأشخاص من جهة أخرى.

➤ حوصلة عامة عن الحالة "مولود":

من خلال دليل المقابلات وشبكة الملاحظة ونتائج مقياس الألكستيميا، يتبين لنا أن الحالة "مولود" يعيش معاناة نفسية أدت به إلى الانتكاسة ومعاودة السلوك الادماني، أهم مؤشرات ضعف الرغبة والمتعة في أي نشاط فردي أو جماعي، الشعور بالضعف وانحباس الانفعالات، فالانتكاسة والعودة للمادة النفسية تشعره بالقوة، كما أن الانتقال من إيمان إلى إيمان آخر يشير إلى شدة الآلام النفسية والاكئاب، عدم القدرة على وصف مشاعره اتجاه والده والجنس الآخر وفق العلاقات الاجتماعية والجمود العاطفي، وفق الحياة الهوامية والسلوك العنيف الموجه للآخر كلها مؤشرات تميل إلى النزعة الألكستيمية التي برزت في تلبية الحاجيات المادية بدل الحاجيات الانفعالية، وصعوبة إيجاد الكلمات لوصف حالته ومشاعره اتجاه والده والأحاسيس المشوشة التي لا يعرف أسبابها، والميل للامتثال الاجتماعي والعداء كاستجابة لحل النزاعات.

هذه المؤشرات تتوافق مع ما توصلت إليه نتائج TAS-20، حيث ظهر مستوى الألكستيميا مرتفعاً بدرجة 72 على المقياس مع ارتفاع درجة محور صعوبة تحديد المشاعر ومحور صعوبة وصف المشاعر ومحور التفكير الموجه نحو الخارج، مما يدل على ضعف المعالجة المعرفية للانفعالات وفق التعبير اللغوي المعبر عنها وعدم القدرة على تحليلها، إضافة إلى غياب التجارب العاطفية أما محتوى الأحلام فهو غامض دون معنى.

إنّ هذا المستوى المرتفع من الألكستيميا هو عامل تنبّئي للانتكاسة، دفع الحالة "مولود" إلى العودة للسلوك الادماني للكيف والكحول بعد العلاج بهدف تخفيف المعاناة النفسية، كما تجدر الإشارة إلى أن انتكاسة الحالة كانت متطورة، فانتقاله من إدمان إلى إدمان آخر يشير إلى الحاجة لتنشيط الآلام والأحاسيس القوية وزيادة المتعة والارتياح مع الذات والوصول للأمان الداخلي.

خلاصة الحالات

تم الاعتماد في تحليل نتائج هذه الدراسة حول مستوى المعاناة النفسية - الألكستيميا نموذجاً - لدى المدمنين المنتكسين، ودورها في التنبؤ بالانتكاسة على تحليل المحتوى للمقابلات العيادية وشبكة الملاحظة وكذا درجات مقياس الألكستيميا -TAS-20- للحالات الأربع، حيث تم استخراج بعض المؤشرات الإكلينيكية للمعاناة النفسية -المشتركة والمتباينة- عند حالات الدراسة، والتي يمكن أن تساهم في التنبؤ بالانتكاسة.

- يمكن القول أن 4/4 من المنتكسين مروا بانتكاسة واحدة بعد التعافي بينما تختلف مدة العودة للسلوك الإدماني من حالة لأخرى، وتتراوح ما بين (06 أشهر إلى 3 سنوات).
- كما أثبتت النتائج أن 4/4 من الحالات يعيش تجدد المعاناة النفسية قبل الانتكاسة تباينت مؤشراتهما وفق ما يلي:

- 4/3 من الحالات معاناتهم النفسية تتجه مؤشراتهما نحو: الضيق النفسي والمزاج الحزين والإحساس بالدونية، صعوبة سرد قصة وتاريخ الإدمان، صعوبة تحديد ووصف المشاعر، اعتماد الغضب والاندفاعية لحل الصراعات مع نمط تفكير مبتذل وعملي أكثر منه تأملي، ضعف القدرة على الإصران، نمط التعبير عن المعاناة النفسية غير لفظي، فقر في العلاقات الاجتماعية الخالية من المشاركة الوجدانية.

- 4/2 من الحالات يعانون من القمع والانحباس الانفعالي بهدف تغطية العجز في إيجاد الكلمات المناسبة للتعبير عن المشاعر والانفعالات.

- من جهة أخرى كل هذه المؤشرات ذات دلالة على معاناة المنتكسين من النزعة الألكستيمية توافقت هذه النتائج مع نتائج مقياس الألكستيميا حيث أن:

- 4/3 من المدمنين المنتكسين يعانون نفسيا من مستوى مرتفع من الألكستيميا تباينت درجاتهم ما بين 72-80 درجة، وأن هذا المستوى المرتفع من الألكستيميا هو عامل تنبؤي مهم للانتكاسة بعد التعافي، حيث يجدون صعوبة في وصف ما يشعرون به اتجاه الآخرين، ولا يستطيعون تحديد انفعالاتهم ونمط تفكيرهم سطحي مبتذل فقير من الخطاب اللغوي والتعبير عن المشاعر، ويركزون على وصف الأحداث أكثر من المشاركة الوجدانية.
- 4/1 من الحالات مؤشرات المعاناة النفسية اختلفت عن بقية الحالات واتجهت نحو: عدم القدرة على تحمل أعراض الانسحاب البحث عن تأكيد الذات خاصة الاشتياق واللهفة للمادة النفسية وهي مؤشرات تنبئية بالانتكاسة، أما درجة الحالة على مقياس الألكستيميا فكانت منخفضة ولا تنبئ بحدوث الانتكاسة، غير أن الحالة يعاني من إمكانية تطوير الألكستيميا من النوع الثانوي، التي تعتبر ميكانيزما دفاعيا ضد الوضعيات الضاغطة.
- كما أن 4/1 من الحالات انتكاسته متطورة، حيث انتقل من إدمان الكيف إلى الإدمان المتعدد، ما يشير إلى الحاجة إلى الوصول للأمان الداخلي.

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى: تنص هذه الفرضية على: "مستوى الألكسيميا مرتفع

لدى المدمنين المنتكسين على المخدرات".

ومن خلال عرض نتائج الحالات الأربع توصلت الدراسة الحالية إلى أن 4/3 منهم يعانون من مستوى مرتفع من الألكسيميا، حيث تباينت درجاتهم ما بين 72-80 درجة، وأنّ هذا المستوى المرتفع هو عامل تنبؤي مهم للانتكاسة بعد الاستفادة من فترة من العلاج، حيث يتميز المدمنون المنتكسون بصعوبة في وصف ما يشعرون به اتجاه الآخرين، لا يستطيعون تحديد انفعالاتهم، نمط تفكيرهم سطحي مبتذل فقير من الخطاب اللغوي والتعبير عن المشاعر، ويركزون على وصف الأحداث أكثر من المشاركة الوجدانية.

واتفقت هذه النتائج مع نتائج دراسة عربية لـ أبوشهبة (1990)، والتي توصلت إلى وجود خصائص دينامية لمدمني الهروين المنتكسين تمثلت في ارتفاع درجة الاكتئاب والمعاناة النفسية من إحباط مادي ونفسي ومشاعر الدونية (رحال وشناوي، 2019، ص. 170)، كما اتفقت مع نتائج دراسة ماجدة حسين محمود (1991) حول موضوع "سيكولوجية المدمن العائد: دراسة نفسية اجتماعية"، والتي توصلت إلى أنّ كلا من عدم الاتزان الانفعالي والمعاناة النفسية من العزلة ومتغيرات أخرى تؤدي بالمدمن المتعافى إلى الانتكاسة بعد العلاج (غانم، 2005، ص. 354-355)، بينما أشار أبويزيد (1998) إلى أنه من بين المؤشرات النفسية والانفعالية والمزاجية الوجدانية للانتكاسة هي عودة وزيادة السلوك القهري، وتجدد المعاناة النفسية والشعور بالأسف الذاتي وغيرها كلها تدفع المدمن للانتكاسة (ص. 50-51).

وعليه تتباين مؤشرات المعاناة النفسية بين ما هو انفعالي وغير انفعالي، إذ تبدو أنها تسبق الإدمان والانتكاسة، فاللجوء لاستخدام المواد النفسية هدفه التخفيف من هذه المعاناة وتسيير الوضعيات الحرجة كنوع من التداوي الذاتي الذي تحدث عنه أصحاب التيار التحليلي.

لذا توجه الاهتمام أثناء التدخل العلاجي للمدمنين الراشدين وانتكاستهم نحو الإدمان، إلى التركيز على حاجة هؤلاء المدمنين إلى مساعدة خارجية وإلى دعم نفسي،

وذلك من أجل تسيير الانفعالات، وتخفيف المعاناة النفسية، ورفع تقدير الذات (Le libérateur sans alcool, 2014, p.16)، حيث أوضحت دراسة هنري (2006) حول موضوع الانفعالات وعلاقتها بالانتكاسة، أن الانفعالات هي مؤشر لحدوث الانتكاسة وأوصت أن يكون العلاج مركز على إكساب المدمنين والمنتكسين مهارات الضبط الانفعالي (العنزي، 2010، ص.96).

ومن أهم العلامات الإكلينيكية الملاحظة على الحالات هي صعوبة وصف وتحديد المشاعر ومشاعر الآخرين، مع ضعف الكفاءة في المعالجة المعرفية للانفعالات، إضافة إلى فتور في تنظيم الوجدان وكذلك فقر العلاقات الاجتماعية، حيث يشير كريستال (kystal) بوجود اضطراب في التعاطف يظهر في عدم القدرة على معرفة انفعالات وعواطف الآخرين لدى الأفراد الألكستيميين أثناء العلاقات البينشخصية (Guilbaud & al, 2002, p.79).

كما لوحظ شعور الحالات بالضيق النفسي واعتمادهم على التفكير الموجه نحو الخارج والميل لوصف الأحداث، وعدم القدرة على التأمل وتذكر الأحلام وترميزها وربطها بالواقع مع عجز في الإبرصان، وهو ما يشير إليه (Ponty Merleau) بأن الأمر غير متعلق بالتذكر والإدراك أو التصور الحي، بقدر ما هو تعبير عن تجربة مكبوتة لحاضر قديم لا يريد أن يكون ماض (Hervé, 1998, p.3)، فالمعالج يجد نفسه في المقابلات أمام خطاب ممل غير متطور نظرا لوضعية المعاناة النفسية التي يعيشها المدمن المنتكس، ويوضح (Palma & al: 2020) أن الألكستيميا لها تأثير سلبي على تحقيق الأهداف العلاجية، فالمدمنون على المواد النفسية الذين يعانون من مستويات مرتفعة من الألكستيميا يعانون من مشاكل أكثر للاندماج في جلسات العلاج النفسي والتعاقد العلاجي يكون ضعيف معهم (p2)، إضافة إلى استعمالهم لميكانيزمات بدائية (Primitifs) غير ناضجة مما يعيق تطور العلاقة العلاجية (Boivier, 2016, p.18)، كما بينت دراسة كل من رحال وشناوي (2019) "حول الميول السيكيوباتولوجية عند المدمن المنتكس" على عينة بلغت 10 حالات من المنتكسين بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالجزائر، أن المدمنين المنتكسين لديهم ميولات سيكيوباتولوجية تدفعهم للانتكاسة بعد التعافي، وتختلف هذه الميولات في اتجاهها نحو المرض النفسي من مدمن إلى آخر، وتؤدي إلى فشل البرامج العلاجية (رحال وشناوي، 2019، ص ص.182).

كما أن اتجاه أغلب الحالات التي شملتها الدراسة إلى الإدمان المتعدد، يتفق مع نتائج دراسة الرشيد، حيث توصلت إلى انتشار الألكسيميا بشكل أكثر عند المدمنين مقارنة بغير المدمنين، وأن الألكسيميين منهم يميلون للإدمان المتعدد والأفيون أكثر من الهيروين، وأنهم لا يطلبون العلاج بكثرة ولا يبلغون عن حالات الانتكاسة لديهم (EL Rasheed,2001,p.1).

أما فيما يخص الحالة "حسين" الذي تحصل على مستوى ألكسيميا منخفض مقارنة ببقية حالات الدراسة، فقد ظهرت معاناته النفسية من الاندفاعية والقلق والاشتياق للمادة النفسية وعدم تحمل أعراض الانسحاب والإحساس بالدونية، حيث تشير دراسة الديدي وعسكر (2005) إلى أن من أهم العوامل المسببة للانتكاسة هي الاشتياق والتوتر الناتج عن معاودة المدمن لحياته بعد العلاج وعوامل القلق والاكتئاب (الغريب، 2011، ص.101)، كما أكدت دراسة صبيح (2006) حول تحديد العوامل المرتبطة بالعودة إلى للإدمان، أن هناك عوامل تتعلق بالمحيط الخارجي بالمعافى من الإدمان تتمثل في الضغوط التي يتعرض لها في المجتمع والأسرة، والتي تهدد تعافيه (عبيد، 2020، ص. 48).

ويوضح (Luminet & lenoir:2006) أن التراث العلمي يتحدث عن ثلاث قدرات انفعالية أساسية، وهي القدرة على تمييز الانفعالات والتعبير الوجهية فيما بينها، إضافة إلى القدرة على التعرف على الانفعال بالقدرة اللفظية، وأخيرا القدرة على التعبير اللفظي الانفعالي بربط الانفعالات بتلك المتعلقة بالآخرين، وتطور كل قدرة يحتاج إلى مكتسبات القدرة التي تسبقها (p337)، ومن خلال عرض الحالات هناك فرق في الأداء الانفعالي بين الحالة "حسين" والحالات الأخرى.

إن فهم وتفسير مستوى الألكسيميا لدى المدمنين المنتكسين لا يقتصر على تحديد مستواها لدى الحالات فقط، وإنما يكون بدراسة معمقة للحالات كوحدة كلية كاملة، وذلك بتسليط الضوء على الأداء الانفعالي والقدرات الانفعالية التي تختلف من حالة لأخرى من جهة، إضافة إلى دور وتأثير بقية العوامل الأسرية والاجتماعية والنفسية وخصوصية كل مادة إدمانية من جهة أخرى.

2. عرض ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: تنص هذه الفرضية على: "يساهم مستوى

الألكستيميا في التنبؤ بحدوث الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات"

ولاختبار هذه الفرضية تم الاعتماد على الأسلوب الإحصائي الانحدار الخطي البسيط (Simple Linear régression)، وكانت النتائج كما يظهر في الجداول التالية:

جدول (12): مؤشرات نموذج الانحدار للانتكاسة

معامل الارتباط	R.deux	R.deux المعدلة	الخطأ المعياري
0.77	0.59	0.59	0.32

يتبين من خلال الجدول (12) وجود علاقة بين المتغيرات المدروسة (مستوى الألكستيميا، حدوث الانتكاسة)، حيث قدرت هذه العلاقة بـ 0.77 عند مستوى دلالة 0.01، وهي علاقة تفسر أن متغير الألكستيميا يفسر نسبة تباين تقدر بـ 77% من متغير "الانتكاسة"، كما يدل مربع معامل الارتباط المصحح (R deux المعدلة) على قدرة تعميم النموذج (مستوى الألكستيميا/ الانتكاسة) على المجتمع المعني بالدراسة (المدمنين).

وتم القيام باختبار تحليل التباين لمعرفة الفروق بين كل من مستوى الألكستيميا والانتكاسة، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (13): تحليل التباين ANOVA لمتغير الألكستيميا

النماذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	معدل المربعات	قيمة F	الدلالة الإحصائية
الألكستيميا	20.74	1	20.74	200.83	0.01
	14.25	138	0.10		
	34.99	139			

يتبين من خلال الجدول (13) أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية في نسبة الانتكاسة من حيث مستوى الألكستيميا، حيث بلغت قيمة ف = 200.83 عند مستوى دلالة 0.01.

كما يلاحظ من خلال نتائج تطبيق اختبار T (جدول 14) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المجموعات (المنتكسين/ غير المنتكسين) من حيث مستوى الألكستيميا، حيث بلغت قيمة $T=14.17$ عند مستوى دلالة 0.01.

جدول (14): مساهمة الألكستيميا في حدوث الانتكاسة

الدلالة الإحصائية	T	معاملات معيارية B	المعاملات غير المعيارية		نموذج الانحدار	
			الخطأ المعياري	A	Constante	1
0.01	29.21		0.09	2.79	Constante	1
0.01	14.17	0.77	0.02	0.48	الألكستيميا	

كما تبين النتائج أنّ معلمة الميل تشير إلى أن ارتفاع مستوى الألكستيميا يؤدي إلى ارتفاع مستوى الانتكاسة بمقدار 0.48، أي يمكن التنبؤ بحدوث الانتكاسة بالاعتماد على مستوى الألكستيميا، كما تشير معاملات الانحدار المعيارية إلى أن زيادة انحراف معياري واحد في مستوى الألكستيميا تؤدي إلى ارتفاع نسبة الانتكاسة بـ 0.77 انحراف معياري.

وبالتالي يمكن كتابة نموذج الانحدار كالاتي:

$$\text{الانتكاسة} = 0.48 + 0.79 \text{ (الألكستيميا)}$$

ومن خلال عرض الحالات الأربعة، تبين أن 4/3 من الحالات ساهم مستوى الألكستيميا المرتفع لديهم في حدوث الانتكاسة بعد التعافي، وعليه يمكن القول بتحقيق الفرضية الثانية، أي أن مستوى الألكستيميا يساهم في التنبؤ بحدوث الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات.

وتلاءمت هذه النتائج مع نتائج دراسة (Palma & al: 2018-2020) حول "هل ترتبط الألكستيميا بالاحتفاظ والانتكاسات عند المرضى المستخدمين للمواد النفسية؟ (دراسة تتبعية لمدة سنة)، والتي توصلت إلى أن الألكستيميا لها دور مهم في نتائج العلاج لمستخدمي المواد النفسية، حيث ارتبطت الانتكاسة بفترة العلاج القصيرة، إضافة إلى انتشار الانتكاسات لدى الألكستيميين (Palma alveraz, 2020, p.1).

كما اتفقت مع نتائج دراسة (Moussaoui & kiani:2019) حول "دور كل من الألكستيميا والاندفاعية والذكاء الانفعالي في التنبؤ بانتكاسة اضطراب استخدام الكحول" ، والتي أظهرت وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الألكستيميا والانتكاسة وأن زيادة الذكاء الانفعالي يخفض من الانتكاسة (p1)، ويشير (Timary & al :2014) أن الانتكاسة غالباً ما تكون ناتجة عن التجارب الانفعالية ذات التكافؤ بين ما هو إيجابي وما هو سلبي، وتكون مرتبطة غالباً بعواطف سلبية مثل الغضب والحزن، وتترافق هذه الوضعيات الانفعالية عموماً برغبة في الارتياح (Libion ,2015,p.29).

كما توصلت دراسة كل من (Evren & Cetin :2010) حول "العلاقة بين اضطراب ما بعد الصدمة والألكستيميا مع الانتكاسة عند مدمني الكحول"، إلى أن 66.2% من المدمنين المنتكسين كانت درجة الألكستيميا مرتفعة لديهم، خاصة محور صعوبة التعرف على المشاعر (Evren & cétin,2010,p.1)، وتوصلت دراسة لاوس وزملائه حول "هل الألكستيميا هي عامل سلبي للاحتفاظ على الإقلاع: دراسة تتبعية"، إلى ارتفاع مستوى الألكستيميا عند المنتكسين خاصة محور المشاعر الذي كان أعلى مقارنة بغير المنتكسين، وبالتالي فإنّ الألكستيميا تعتبر عاملاً تنبئياً بحدوث الانتكاسة عند المدمنين على الكحول (محور المشاعر) وتساهم في فشل العلاج (Loas & al ,1997,p.1)، كما تشير دراسة (Ziolowski & al :1995) حول "هل الألكستيميا عند مدمني الكحول تشكل عاملاً سلبياً للثبات عند التوقف"، إلى وجود علاقة سلبية بين الألكستيميا والثبات عن الإقلاع عند الذكور المدمني على الكحول (ziolowski & al ,1995,P.01).

ويشير كل من الحلاق وبركات (2011) إلى أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين بهدف التعرف على أسباب العودة والانتكاسة للتعاطي على المخدرات بعد العلاج، إلى أن غالبية الأفراد انتكسوا مرة بسبب عدم القدرة على مواجهة المشكلات والضغوط والعودة للاختلاط بالمدمنين (العنزي، 2020، ص.420)، في حين أشارت دراسة دالي وآخرون (Dally & al :1992) حول المثبرات والمخدرات على الانتكاسة للإدمان أن نسبة 38% من مدمني الكحول المتعافون و19% من مدمني الهيروين المتعافين قد انتكسوا استجابة لحالة عدم الاستقرار الوجداني والانفعالي، ومن بين المثبرات التي تؤدي إلى حدوث الانتكاسة هي الضغوط الاجتماعية وصعوبة التكيف (بركات، 2011، ص ص.167-168).

وتوصلت دراسة (Phillipssham:2012) حول العلاقة بين الاكتئاب والضغط والتهفة أو الاشتياق كعوامل تؤدي إلى الانتكاسة (مدة الدراسة 5 سنوات: من 2005-2010)، إلى حدوث التدرج التالي: الاكتئاب ثم الضغط ثم التهفة فالانتكاسة، وتعتبر الضغوط والعزلة من العوامل المنبئة بحدوث الانتكاسة، وترتفع نسبة التنبؤ بالانتكاسة عند تراكم هذه العوامل (محمود، 2018، ص ص.302-303)، كما أشارت دراسة كل من (Cher & lyvers :2006) بأستراليا إلى وجود علاقة بين الاضطرابات النفسية مثل القلق والاكتئاب والانتكاسة وكذا العلاقة بين المشاكل العائلية والانتكاسة، كما أشارت الدراسة إلى وجود علاقة بين نوع المخدر وسرعة الانتكاسة فدمني الهيروين والكحول أسرع في الانتكاسة بعد العلاج (العتيبي، 2019، ص.117)، هذا ما ينعكس عند الحالة "حسين" ذي المستوى المنخفض من الألكستيميا والذي صرح بأن القلق والاندفاعية يعتبران من بين أسباب انتكاسته، إضافة إلى عدم القدرة على تحمل الانسحاب والاشتياق للمادة النفسية بشكل قهري، وفي هذا السياق توصلت دراسة كل من (Paliwal & al : 2008) حول "مدمني الكوكايين المتوقفين"، إلى وجود رابط قوي بين قياس الاشتياق المرتفع من جهة والانتكاسة المبكرة من جهة أخرى (Morisselle & all,2014,p.15).

ومن زاوية أخرى، تشترك الحالات الأربع في الحفاظ على رابط العلاقة العلاجية ما يدل على وجود دافعية ورغبة للعلاج لوضع حد للمعاناة النفسية - ذات المؤشر الألكستيمي أو غير الألكستيمي-، والتي تساهم في انتكاسة المدمن المتعافى وانكسار حلقة العلاج النفسي، كما أنّ الحالات الأربع تتمتع بمستوى اقتصادي متوسط وجيد ولم تصرح بالعوامل المادية كعامل تنبئي للانتكاسة، إلا أن البيئة الأسرية والظروف الاجتماعية والعلائقية شكلت مصدر واضح من مصادر الانتكاسة لدى حالات الدراسة، حيث أشارت مارلات وجوردن (Marlatt & gordon :1980) إلى أنّ سبب انتكاس 80% من المدمنين هو التعرض للصراع العلائقي والحالات الانفعالية السلبية الأخرى (الغداني، 2019، ص.101)، كما توصلت دراسة الغريب (1992) إلى أنّ المشكلات الأسرية تعتبر عاملاً قوياً للانتكاسة المدمنين تصل نسبتها إلى 32.8% في حدوث الانتكاسة، وبينت دراسة (Krestun : 1993) أنّ أسر المدمنين يسودها البعد العاطفي ولا تشجع على التعبير الحر (p.297).

خاتمة:

بعد دراسة موضوع "المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس - الألكستيميا نموذجاً"، بالاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه الكمي والكيفي بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف باستخدام: المقابلة نصف الموجهة والملاحظة العيادية، إضافة إلى مقياس الألكستيميا (TAS-20)، تم التوصل إلى أن أغلب الحالات الدراسة (4/3) لديهم معاناة نفسية تظهر مؤشرات الإكلينيكية من خلال: الضيق النفسي، صعوبة تحديد ووصف المشاعر، نمط تفكير عملي وفق الحياة الهوامية، ضعف المشاركة الوجدانية مع العجز في بناء علاقات اجتماعية، القلق والانفعال والاشتياق للمادة النفسية، كما كان مستوى الألكستيميا مرتفعاً عند أغلب الحالات (4/3 من الحالات)، مع ظهور إمكانية تطوير الألكستيميا الثانوية لدى الحالة الرابعة.

وباستعمال الانحدار البسيط تم التوصل إلى أن ارتفاع مستوى الألكستيميا يؤدي إلى ارتفاع مستوى الانتكاسة، أي أن مستوى الألكستيميا يساهم كعامل خطر في التنبؤ بحدوث الانتكاسة لدى المدمنين.

توافقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج بعض الدراسات السابقة (الأجنبية والعربية) حول الموضوع واختلفت مع البعض الآخر تبعاً للمقاربات والتوجهات النظرية، إذ تجدر الإشارة إلى أن الدراسات التي تهدف إلى فهم المعاناة النفسية وأهم مؤشراتهما في مجال الإدمان والانتكاسة تعد قليلة -في حدود البحث الحالي- بالنظر إلى التراث العلمي العالمي أو العربي خاصة في الجزائر، ويبقى تعميم نتائج الدراسة متوقفاً على حدود ومجال البحث، خاصة ما يتعلق بمتغيرات أفراد العينة (الراشدين) ومكان البحث (مركز الوسيط بالشلف)، وظروف البحث (أثناء جائحة كورونا)، ومؤشرات المعاناة النفسية (الألكستيميا)، إلا أن هذه الدراسة قدمت توجهاً حول السببية الانفعالية لحدوث الانتكاسة من خلال الدراسة الكمية، في حين تطرقت كيفياً للمؤشرات الإكلينيكية للمعاناة النفسية (نفسية، أسرية، اجتماعية) وكيفية تفاعلها مع الوضعية الإدمانية لدى الحالات لفهم سيرورة الانتكاسة التي اختلفت من حالة إلى أخرى.

ولعله من المفيد، لفت النظر كمارسين في مجال علاج المدمنين أنه ورغم الدافعية والإرادة القوية التي يظهر بها المدمن الطالب للعلاج النفسي، والمجهود الذي يبذله المعالج في المراكز المتخصصة للتكفل بالمدمنين، إلا أن الانتكاسة تبقى عائقاً من شأنه أن يعيق عمل المعالجين والأطباء في تحقيق الأهداف العلاجية، وتأسيساً على ذلك فهناك فجوة دائماً بين هذه الإرادة والقدرة على التحكم في السلوك القهري وعليه يفقد المدمن الرقابة وينتكس ويدخل في حلقة المعاناة النفسية من جديد، لذا لابد من تكثيف الدراسات على مؤشرات المعاناة النفسية، وتركيز العلاجات النفسية والبرامج الوقائية والتأهيلية وفق هذه المؤشرات، خاصة بعد العلاج لتفادي الانتكاسة والعودة إلى السلوك الإدماني.

التوصيات والاقتراحات:

من خلال النتائج التي تم التوصل إليها في هذه الدراسة، تم اقتراح مجموعة من التوصيات للوقاية من انتكاسة المدمنين بعد التعافي، أهمها:

- تطوير البرامج العلاجية المناسبة والمهتمة بالجانب الانفعالي لشخصية المدمن لاسيما المشجعة للتعبير الانفعالي والتعرف على الانفعالات.
- ضرورة إدماج صانعي المحتوى الهادف على مواقع التواصل الاجتماعي للمساهمة في توعية المراهقين على مخاطر الإدمان والانتكاسة، إضافة إلى مشاركة المدمنين المتعافين في الحملات التحسيسية والتوعوية.
- تعزيز الصحة النفسية في الوسط المدرسي من طرف نفسانيي وحدات الكشف والمتابعة مع الإرشاد الأسري لأولياء التلاميذ وتوجيههم لتقنيات التواصل والحوار مع أبنائهم وفتح فضاء للتعبير الانفعالي.
- تعزيز تطوير برامج الوقاية من المخدرات والإدمان عليها وترقيتها في الوسط الجامعي عند الطلاب في ظل انتشار السلوكات الإدمانية الحديثة.
- تطوير سياسة مكافحة المخدرات والجريمة وفقا للتكنولوجيا الحديثة وإشراك المجتمع المدني في مساعدة الشباب على الاندماج في المجتمع وتطوير الذات.
- ضرورة قيام الباحثين والمتخصصين بدراسات وبحوث حول العوامل الفردية المؤدية للانتكاسة لاسيما المتعلقة بطبيعة المعاناة النفسية ومؤثراتها، إذ يعتبر هذا المفهوم معقد ويصعب تقديره ويحتاج إلى التحليل والتدقيق.
- مشاركة كل الجهات المعنية بالإدمان والانتكاسة والمنظمات الصحية والسياسية والاقتصادية ذات الطرح العملي في علاج الإدمان والانتكاسة، إذ يتطلب التكفل المتعدد ولا يقتصر على الجانب الطبي والنفسي فقط.

المراجع

قائمة المراجع:

1. المراجع العربية:

- أبوزيد، مدحت عبد الحميد. (1998). الارتكاس العقاقيري (قلقه ومثيراته ومواقفه وعوامله واتجاهه نحو العقار البديل في ضوء حجم الانتكاسات السابقة لدى عينة من مدمني الهيروين، دراسة علمية مقارنة). دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية. مصر
- بركات، مطاوع. (2011). أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين دراسة ميدانية على عينة من المدمنين المنتكسين في المرصد الوطني لرعاية الشباب دمشق. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية سلسلة أداب وعلوم إنسانية. 33. (5). ص ص 159-180. دار النشر: جامعة تشرين
- بوخروف، سمير. (2017). دور العلاقة طبيب-مريض والدعم الاجتماعي في حدوث الانتكاسة لدى المدمن المتعافي. مجلة دراسات في علم النفس الصحة، (04)، 44-55.
- بوشوشة، مريم، نايت عبد السلام، كريمة. (2018). الألكسيميا لدى الطفل - التشخيص والعلاج. مجلة البحوث والدراسات الإنسانية، (16)، 31-48.
- جديدي، عبد الغني، وزيدي، ناصر الدين. (2017). إشكالية المعاناة النفسية للمراهق المتدرب، (1)7، 314-303
- حافري، زهية غنية، وبخوش، وليد. (2019). غياب التعبير الانفعالي: بين المقارنة الفرנקوفونية والمقارنة المعرفية الأنجلوسكسونية. مقارنة نظرية عيادية ومقارنة بين التفكير العملي والتكتم. مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع. 2 (01)، 121-140.
- الحسيني، محمد. (2019، 11 نوفمبر). العلاج المعرفي السلوكي للإدمان: البرامج والفعالية. المعهد المصري للدراسات. استرجعت بتاريخ أبريل 15، 2020 من <https://eipss-eg.org>
- خريوش، عبد الودود. (2012). التجربة المغربية في علاج الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات. ندوة مراكش. جامعة القاضي عياض. ص ص 1-13 <https://www.asjp.cerist.dz>
- داودي، محمد، وقنوعة، عبد اللطيف. (2013). الإجراءات المنهجية المستخدمة في البحوث النفسية والتربوية التطبيقية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية جامعة الوادي، (3)، 121-139.
- الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها. (2020). تقرير إحصائي للمخدرات والإدمان عليها. <https://onlcmdt.mjustice.dz>

الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها. (2019). تقرير إحصائي للمخدرات والإدمان عليها.
<https://onlcdt.mjustice.dz>

رتاب، وسيلة (2018). فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات [أطروحة دكتوراه، جامعة الدكتور محمد لمين دباغين].

رحال، سامية، وشناوي، رزيقة. (2019). الميول السيكيوباتولوجية لدى المدمن المنتكس الجزائر نموذجاً. سلسلة الدراسات الأمنية. دار جامعة نايف للنشر. الرياض.

الرئاسة العامة لإدارات البحوث العلمية والإفتاء والدعوة والإرشاد. (1991). مجلة البحوث الإسلامية. الموسوعة الشاملة. <http://islamport.com/w/fqh/Web/926/14019.htm>

الريماوي، لطيفة محمد. (2015). أسباب الانتكاسة كما يدركها المدمنون داخل المراكز علاج الإدمان في مدينة عمان. [رسالة ماجستير، جامعة عمان الأهلية]. www.elmandumah.com

زين العابدين، فارس. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر (الألكستيميا). مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 1(3)، 33-43

سايل حدة، وحيدة. (2015). الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية دوافعه وأضراره على الصحة النفسية والجسدية وعلاجه. دار التنوير.

السعيد، ليندا عبد الرحمان عبد الغفار. (2017). فاعلية برنامج إرشادي جماعي يستند إلى نظرية النظم في تحسين المناخ الأسري وخفض الانتكاسة لدى الأبناء المدمنين. [رسالة دكتوراه. جامعة العلوم الإسلامية العالمية. الأردن]. دار المنظومة.

السويف، مصطفى. (1996). المخدرات والمجتمع: نظرة تكاملية. دار المعرفة.

شدمي، رشيدة. (2015). واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي [أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان]. www.Dspace-univ-tlemcen.dz

الشريبي، لطفي. (2001). موسوعة شرح المصطلحات النفسية إنجليزي-عربي (ط.1). دار النهضة العربية.

الشهري، يزيد محمد. (2005). السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات (دراسة مقارنة بين مدمني المخدرات المنومين لمجمع الأمل للصحة النفسية [رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية]

- عبد المنعم، عفاف محمد. (1999). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. دار المعرفة الجامعية.
- عبيد، محمد حسن محمد. (2020). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات: دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية. 01(50). ص ص 43-72.
- العنبي، هند بنت خالد. (2019). دور الرعاية اللاحقة في منع الانتكاسة بعد التعافي من الإدمان. برنامج منتصف الطريق نموذجاً. مجلة الآداب، 31(03)، 109-130.
- العنزي، يوسف بن سطات. (2010). الذكاء الانفعالي والسمات الشخصية لدى المنتكسين وغير المنتكسين على المخدرات [أطروحة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه في الفلسفة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية]
- العنزي، مناور عبيد. (2020). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية لانتكاسة مدمني المخدرات دراسة ميدانية على الأخصائيين العاملين بمجمع الأمل الطبي بمدينة الرياض. 15(15). ص ص 403-443. https://jfpsu.journals.ekb.eg/article_86464.html.
- عنو، عزيزة. (2013). الخصائص النفسية للراشدين المدمنين على المخدرات، مجلة عالم التربية، 1(41). 63-118.
- العيداني، مهدي عبد المحسن منصور. (2019). الفرق في الألكستيميا بين المدمنين وغير المدمنين. مجلة العلوم التربوية النفسية، 3(9)، 109-131. <http://www.search.mandumah.com>.
- العيداني، مهدي عبد المحسن منصور. (2019). الألكستيميا والذكاء الانفعالي: دراسة عملية استكشافية. المجلة العربية للآداب والدراسات الإنسانية، 10(10)، 31-62.
- غانم، محمد حسن. (2005). العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، مكتبة الأنجلو المصرية.
- غانم، محمد حسن. (2006). مقدمة في علم النفس المرضي. مصر: المكتبة المصرية
- الغداني، سعيد بن أحمد بن سعيد. (2019). الضغوط النفسية والعزلة الاجتماعية ودورها في انتكاسة الطلاب المدمنين على المخدرات خلال فترة النقاهاة بسلطنة عمان. [أطروحة دكتوراه، جامعة العلوم الإسلامية الماليزية].

الغريب، عبد العزيز بن علي. (2011، نوفمبر 22-23). معالجة الدراسات السابقة في مجال العودة للإيمان على المخدرات في المجتمع السعودي [دراسة مقدمة]. السجل العلمي لندوة المخدرات (حقيقتها، وطرق الوقاية منها والعلاج). جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية.

فاسي، آمال. (2016). الاكتئاب الأساسي والأكستيميا لدى المريض بالسرطان كنشاط عقلي مميز [أطروحة دكتوراه جامعة محمد لمين دباغين]. www.google scholar.

فاضلي، أحمد. (2017). نوعية استخدام استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى المدمن. مجلة التراث، (25)، 1-8.

فكري، لطيف متولي، والحري، صبحي بن سعيد. (2016). دراسة الحالة في علم النفس. (ط.1). مكتبة الرشد الراشد الناشر.

قداش، فتيحة. (2020). دراسة سيرورة التكم عند المرأة العاقر: دراسة ميدانية بمستشفى عزابة ولاية سكيكدة [أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس].

قسيس، روجيه نادر. (2017). القدرة التنبئية للقوى المعرفية اللاتكيفية في الانتكاس لدى مدمنين المخدرات. [أطروحة ماجستير، جامعة عمان الأهلية].

قماز، فريدة (2007). عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات [أطروحة ماجستير علم الاجتماع التنمية، جامعة منتوري].

قنديلجي، عامر، والسامرائي، إيمان. (2009). البحث العلمي الكمي والكيفي. دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

كركوش، فتيحة، واكتوف، نسيم. (2018). المعاناة النفسية عند الأمهات المتزوجات الماكثات بالبيت. المجلة الجزائرية للطفولة والتربية، (1)4، 33-46.

الكندري، هيفاء يوسف. (2014). العوامل التي تساعد على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات من المتعافين المنتكسين مقارنة بالمتعافين في المجتمع الكويتي. مجلس النشر العلمي، (2)42، 1-47.

لبقع، زينب، وشتاتحة، أم الخير. (2013، جانفي 15-16). دراسة وتحليل المعاناة في العمل من المقاربات الكلاسيكية الى المقاربات الحديثة والمعاصرة [بحث مقدم]. الملتقى الدولي الثاني حول ظاهرة المعاناة في العمل بين التناول السيكولوجي والسوسيولوجي، ورقلة، الجزائر.

محمود، أمل مصطفى محمد. (2018). عوامل الخطر لدى الراشدين المتعافين وغير المتعافين من إدمان الهيروين: دراسة مقارنة. (19)01. ص ص 287-312. دار المنظومة.
المشاقبة. محمد أحمد خدام. (2007). الإدمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي (ط.1). دار الشروق.

المشرف، عبد الإله بن عبد الله، والجوادي، رياض بن علي. (2011). المخدرات والمؤثرات العقلية: من بداية العلاج وأسباب التعاطي وأساليب المواجهة. دار نايف للنشر.

مقاتلي، نعيمة. (2015). علاقة كل من الألكستيميا والحالات الانفعالية بالمهارات الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيين: دراسة ميدانية بجامعة سعد دحلب بالبلدية- الجزائر. مجلة اتحاد الجامعات العربية للآداب، 12(1)، 191-219.

مقاتلي، نعيمة. (2018). النماذج المفسرة للسببية المرضية للألكستيميا أثناء الطفولة. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، 3(3)، 301-317.

الهيامة، أيمن خليل. (2015). العوامل الاجتماعية الاقتصادية والنفسية ودورها في عودة مدمني المخدرات المتعالجين إلى تعاطي المخدرات بعد تلقيهم العلاج. [أطروحة دكتوراه. جامعة مؤتة. الأردن]. دار المنظومة.

يوسفي، حدة (2018). مقترح برنامج إرشادي قائم على معنى الحياة لتخفيف المعاناة النفسية لدى التلاميذ الموهوبين والمتفوقين. مجلة العلوم الإسلامية والحضارة، 3(02)، 291-318.

II . المراجع الأجنبية:

Acier,D.(2016). *les addictions* (2.Ed).boeck superieur.

Addiction suisse.(2010).la croix bleue .le facherbaud sucht et le crea et ingrodo.

Addiction ;alcool, tabac et drogues.(2020).INRS *Santé et sécurité au travail*.site :www.INRS.fr/risques/addictions/.

AlmidaCarapto,F,A.Petot ,J,M.(2004).L'intérêt clinique du concept d'efficacité personnelle.*savoirs*,(hors-serie),135-145,DOI 10.3917/savo.hs01.0135.

Ane,M. (2018). *la prévention familiale des addictions* [thèse de doctorat de l'école doctorale SESHM n 73,université d'Artois].repris <http://www.thèse.fr>.

- Apell,A,C.(2004).*La clinique des toxicomanes et le rôle du pharmacien lors de la délivrance du Subutex*[thèse de doctorat,UNIVERSITE JOSEPH FOURIER - GRENOBLE I].repris <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01247108>
- Archer.E.Hautekeet.M ,Adin.C,Theret.A,Cousin.V,Cavez.H.T&Veteau,P.(2008). évaluation de la souffrance psychique liée la détention .repris de http://prison.eu.org/IMG/pdf/172-RF-Archer_Souffrance-detention.pdf GRESP.Loos.France .
- Aubin.H-J, N. Meunier& C. Berghout.(2004).Les thérapies cognitivo-comportementales de l'alcoolisme .*La lettre de l'hépto-gastroentérologue*—7(2),repris ;<https://www.edimark.fr>
- Azieze,G.(2014). la toxicomanie en milieu de jeunes :réalité et représentations.***Revue scienceshumaine et sociale***.(42)tom B83-97.canstantinel .<https://scholar.google.com>.
- Barucq,A.(2013). *Mésusage d'alcool, données sociodémographiques et alexithymie : enquête transversale auprès des étudiants de la ville de Poitiers*[Thèse de docteur en médecine ,université de Poitier].repris de <https://www.researchgate.net/publication/275521563>
- Bazire,A.(2017). *Toxicomanie et maternité :qualité du processus de maternité chez la femme toxicomane* [thèse de doctora,université de Caen Normandie].<http://www.Tel.archives-ouvertes.fr>.
- Béfékadu,E.(1993).la souffrance :clarification conceptuelle.*revue canadienne de recherche en sciences infirmières* .25(1),7-21.[tps://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1177](https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/1177)
- Belperin,Ph.(2009). souffrance psychique :le groupe comme passerelle vers plus d'autonomie[Mémoire en vue d'obtention du DEFA]repris de <http://www.arfatsema.fr/uploads/documents/Memoires/120H/120-Belperin.pdf>
- Benslama.f,Danag,Delion.p&Roundinesco.e.(2016). la souffrance psychique aujourd'hui.*ledébat*(188),157-167
- Berthier.J-P.(1993).psychanalyse et toxicomanie .*toxibase*. (02).pp1-15.[www.https://bdoc.ofdt.fr/doc_num](https://bdoc.ofdt.fr/doc_num)
- Bioy,A. Fouques,D.(2016). *psychologie clinique et psychopathologie*(3.Ed).manuel visuelde licence . Dunod. <http://www.cairn.info>.
- Bioy,A.Fouques,D.(2016). *psychologie clinique et psychopathologie .Manuel visuel de licence* (3.ed).Dunod. <http://www.drogue.gouv.fr/comprendre-l'essentiel-sur-l'addiction/qu'est-ce-qu'une-addiction> .
- Boivier,j,f.(2016). *alexithymie et violence conjugale :evaluationdes capacités relationnelles et de la gestion des émotions*[essai comme exigence partielle de doctorat en psychologie ,l'université des Québec trois rivières]repris de :<https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/7826/>

- Cassem,M.(2008). Dynamique familiale et conduites addictives :l'essentiel du toxicomanie.*le journal de psychologiemediamartin media*. 1(25) .60-57.repris 12 juin,2020 :<http://www.cairn.info/revue-le-journal-de-psychologie>.
- Centre canadien de lutte contre les toxicomanies .(2014) . toxicomanie au canada :voies menant aux troubles liés aux substances dans l'enfance et l'adolescence .<https://www.ccsa.ca/sites/default/files>
- Chabeau,F.(2019). à la recherche du bien être psychique.*Vst.ViE Sociale et traitement* .4(144),74-78.<https://doi.org/10.3917/vst.144.0074>
- Chainey,R.Denis,I.Maltais,K.Mautha,L. toxicomaniealcoholisme jeux pathologiques .*Cahier de formation*.<http://www.santecom.qc.ca>.
- Chekkai,B.(2012). *l'impact de la relaxation psychosomatique sur l'alexithymie de l'adolescents obèse*[mémoire de l'obtention du diplôme de magistère ,Université Mentouri de canstantine].repris <http://www.buc.umc.edu.dz>.
- Clain.O.(2012). vers une bio-médicalisation de l'existence.*relations*.(755).Cjf.qc.ca.
- Claisse,C(2017). *Etudes des mécanismes de régulation émotionnelle chez les individus alcoolodépendants abstinentes à l'alcool à court et à long terme*. Philosophie[thèse de doctorat en psychologie, Université Charles de Gaulle - Lille III]repris <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01629417>
- Cloes,C.(2007). *L excès de l'autre dans la souffrance psychique :une rhétorique de la passion ?*[Thèse de doctorat en médecine ,université Louis pasteur Strasbourg]Repris de : <https://www.theses.fr/2007STR1PS03>.
- Compagne nationale de neurodon.(2012).Quand mon cerveau devient accro. repris :www.frcneurodon.org/wp-content/uploads/2017/03/Guide-addictions-V4.pdf
- Corcos,M.pirlot,G.Loas,G.(2011). *Qu'est ce que l'alexithymie*. Dunod .paris.
- Dodin,V.(2014). Guérir les addictions chez les jeunes ;100 questions- réponses .Descellée de Brouwer .paris .repris 02 juin, 2020 <http://www.numériquepremium.com>.
- Doron,R.Parot,F.(2009). dictionnaire de psychologie .3^{eme} tirage .paris.france
- Dortier ,J.F.(2007).*Dictionnaire des sciences humaines* .Edition delta.
- ElAbidine .F.Z.(2014). l'alexithymie .*revue des sciences humaines et sociales*(7)1-12.repris de :<http://dspace.univ-msila.dz:8080/>
- Elafri,M.(2020). la souffrance au travail :constat et analyse .*revue El-Bahith en sciences humaines et sociales* .12(02),383-400.université kacedimerbah.algerie .[ttps://www.asjp.cerist.dz](https://www.asjp.cerist.dz)

- Elkhoury.M.(2016). *Gestion de soi et addiction à la drogue ;approche analytique-systémique d'un groupe de jeunes drogués en situation thérapeutique*[thèse de doctorat.,université de Strasbourg].<https://tel.archives-ouvertes.fr/>
- Elrasheed,A,H.(2001). alexithymia egyptian substance abusers. *Substance abuse*.22.(1),11-21.Doi: 10.1080/08897070109511442
- Evren.C,Durkaya.M,Cetin.R & Dalbudak.E.(2010). relationship of posttraumatic stress disorder and alexithymia with relapse during 12 months in mal alcohol dependent inpatient.*European psychiatry* .(25).pp7-1278.doi .org//101016/50924-9338(10)7-1265-7.science directe.com
- Farges.F,Farges.S.(2002). Alexithymie et substance psychoactives .*De boecksuperieur*. 8(2),47-74.<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2002-2-page-47.htm>.
- Fernandez ?,L.Sztulman,H.(1998). les modèles psychologiques de l'addiction .*psychotropes* . 4(01).47-67.<https://www.researchgate.net>
- fernandez,L , pedinielli,j,l.(2006).LA recherche en psychologie clinique .*recherche en soins infirmiers*.1 (84), 41 - 51 repris de :<http://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>.
- Fernandez,L.Finkejstein ,J-Rossi.(2009). Clinique des addictions chez les séniors .dans L. Fernandez (Ed.),*les addictions du sujet âgée*(pp.1-24)Edition: Paris : In Press.
- Girardeau.P.(2015). Validation d'une stratégie de prevention de la rechute basée sur l'extinction des effets incitatifs de la cocaïne .[thèse de doctorat en science de la vie et de la . université de bordeaux]. www.theses.fr
- Gormley,A. et M. Laventure.(2012). Intervenir auprès d'adultes dépendants en rechute: point de vue de l'utilisateur et de l'intervenant . *Drogues, santé et société*, 11(2).repris :<https://drogues-sante-societe.ca/intervenir-aupres-dadultes-dependants-en-rechute>.
- Grebot,E.Dardard,J.(2010). Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l'addiction au cannabis de jeunes adultes .*Psychologie française*(55).373–387.repris 12juin,2020.<http://www.sciencedirect.com>
- Guha,D.(2007).*An inquiry into the cases of pain and suffering*(1.ed). concept publishing, Campay.New Delhi.
- Guilbaud,O.Loas,G,Marcos.M,Speranza.m , STephan.Ph, Perz-diaz.F,Lang.F,Venise.J.L,Gulfi.P,Bizourd.P, Lang.F,.Jeammet.P& le réseau INSERM.(2002). l'alexithymie dans les conduites de dépendances et chez le sujet sain :valeur en population française et francophone.*annal médico-psychologique*.160(1),77-85.
- Guilbaud.O,Loas.G,Marcos.M,Speranza.m , Tephane.Ph, Peraz-diaz.F,Lang.F,Venise.J.L,Gulfi.P, Lang.F, Flameuil.M.Jeammet.P&le réseau INSERM.(2002). l'alexithymie dans les conduites de dépendances et chez le sujet

sain :valeur en population française et francophone .*annal médico-psychologique*.(160)1,77-85. Repris de [https://doi.org/10.1016/S0003-4487\(01\)00134-2](https://doi.org/10.1016/S0003-4487(01)00134-2)

Gupta.m,Rivest.J,Leclair.S,Bloim.S&Chaumas.m.(2017). exploration de la souffrance psychique dans le cadre d'une demande d'aide médicale à mourir .pp.1-24.Repris de :<http://www.cmq.org/pdf/outils-fin-de-vie/exploration-souffrance-psychique.pdf>

Hervet , F.(1998). souffrance psychique et toxicomanie .*Toxibase*.www.Pdf.Free.Fr.

<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.289>

Ingrid ,R.(2011). *The Relapse Story:itsrituals and meanings* .[doctoralthesis,GöteborgsUniversitet] reprise de :<https://gupea.ub.gu.se/bitstream/handle>

Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM).(2012). Médicament psychotrope consommation et pharmacodépendance.<https://www.inserm.fr/>

Jouanne.C.(2006). l'alexithymie : entre déficit émotionnel et processus adaptatif.*psychotropes* .3 (12),193-209.<http://www.cairn.info/revue-psychotropes.-2006-3-psy.193>.<http://télé le 19-03-2020 à 17h>

Jover F.(2009,2-5décembre). *Souffrance du sujet et Alexithymie* [exposé]. **1er Congrès Français de Psychiatrie - Nice – Acropolis repris de** <https://bibliotheques.ghu-paris.fr/>. Nice.

Karavdic.s,Bucki.b&Baumann.M.(2015). des souffrances multiples à la souffrance paroxystique .*pensée plurielle* .1(8),9-22.doi :103917/pp.038.0009.issn.n13760963.isbn :978207300972.www.cairn.info.

Karila.L,benyamina.A.(2021). addictions en temps de pandémie la presse médicale formation 2. (3).pp273-281. <https://doi.org/10.1016/j.lpmfor.2021.06.014>.

Kaufman,E.Yoshioka ,M,S,W&Marianne ,R,M.(2004). *Substance abuse treatment and family therapy:A treatment improvement protocolTIP 39*.center for substance abuse treatment .DHHS publication .<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED491568.pdf>

Khemiri, A .K .Derivois .D.(2011). l'addiction à l'adolescence ; entre affect et cognition .symbolisation ,inhibition cognitive et alexithymie .*drogue ,santé et société*,10(2).<https://doi.org/10.7202/1013478ar>

Koual.C,Hodianmont.F,Diapiazza.L,Blavier .A,Lévillee.S,Vignola-levesque.C&Ayotte.R.(2020).l'alexithymie : Clé de compréhension ou obstacle à l'accompagnement des auteurs de violence conjugale ?vignette clinique .*Bulletin de psychologie* .73(2),115-128.repris <http://www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie>

Laicha,A.(2018). la souffrance et la santé mentale : du travail et la valeur sociale 153-168 .université Laghouat <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/432/1/2/69616>

- Lajus,N.S.(2011).la souffrance psychique et évolution de la psychiatrie .*Revue études*10(415),329-339.<https://www.cairn.info/revue-etudes-2011-10-page-329.htm>
- Larimer,M,E.Palmer,R,S&Marlatt,G,A.(1999).Relapse Prevention .AnOverview of Marlatt'sCognitive-Behavioral Model.*Alcoholresearch&health*. 23(2),60-151.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Le libérateur sans alcool avec plaisir.(2014). re-consommation -une fatalité .(185). pp1-28 croix-bleu .fr. association de prévention et d'aide aux personnes en difficulté avec l'alcool.
- Lecours,S.(2016). niveau de mentalisation de la souffrance en clinique ; agonie ,détresse et tristesse adaptative .*revue québécoise de psychologie* .37(3), 235-257.[http ;//doi.org/10-7202./104016900](http://doi.org/10-7202./104016900)
- Libion.O.(2015). *l'homme alcoolique abstinent et les remaniements de Soi ;approche exploratoire du parcours d'abstinence* [Master en sciences psychologiques ,université catholique de Louvain Belgique].<https://dial.uclouvain.be/memoire/ucl/fr/object/thesis:388>
- Llorente delpozo, j,m. C,Fernandez-Gmez.M,F,Gutierrez &Vielva,p.(1998). psychological and behavioral factorsassociated with relapse among Heroin abusers treated in therapeutic communities .*addictive behaviors*23(2),155-169.[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(97\)00037-3](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(97)00037-3)
- Loas.G,Fremaux.D,Otmani.O,Lercercle.C & Delhousse.J.(1997). is alexithymia a negative factor for maintaining abstinece ?a follow-up study .38(5).pp9-296.doi :10.1016/s0010-440.(97)9063-8pmid :92983223.
- Loas.G.(2010). l'alexithymie.*Annales médicopsychologique* .revue psychiatrique.168(9),712-715. Repris <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.08.002>
- Luminet,o.Lenoir,v.(2006). alexithymie parentale et capacités émotionnelles des enfants de 3 et 5 ans .*Enfance* .4(58),335-356.doi ;10.3917/enf.584.0335.<http://www.cairn.info /revue.enfance-1-2006-4-page-335.htm> .issno0013-7545.isbn2130556588
- Lutz,G.(2017).*Interrelation entre l'activité du travail et l'usage de psychotropes ,approches traditionnelles et perspectiveen clinique du travail* [Thèse de doctorat].Ecole doctorale abbé grégoire.CNAM.
- Mercier,T.(2014). *proposition et évaluation :une action de prévention des toxicomanes par un abord bucco-dentaire sur un public lycéen*.[thèse de doctorat], université de Lorraine
- Miller.(1991). predicting relapse and recovery in alcoholism and addiction :neuropsychology ,personality and cognitive style.*journal of substance abuse treatment*. (18).pp227-291.
- Morel , A.(2015). Les drogues :définition et classification .*Aide mémoire d'addictologie*,Dunod ,21-29. <http://www.cairn.info/aide> .

- Morel ,A.(2006). l'addictologie ;croyance ou révolution ? .*de Boeck supérieur psychotropes*.3 (12).21-40.<https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2006-3-page-21.htm>.
- Morisselle.A,Clairelaine Ouellet-palmondou.MD & Jutras.D.(2014). le craving comme symptôme central de la toxicomanie : de ses fondements neurobiologiques & sa pertinence clinique.*santé mentale au Québec*. 39 (02).pp21-37.
- Moulin G, Therond .B.(2011). l'entretien clinique : un nouvel outil au service de la pratique orthophonique . [MEMOIRE présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste.université clude bernard lyon1] n° 1574
- Moussaoui.S-J,kiani.Q.(2019). the role of alexithymia impulsivity and emotional intelligence in predicting relapse of drug abuse disorder».journal of psuchological science.76 (18).pp467-477.
- Nandrine,J-L.Bochaud.L.(2010) . levels of emotional awereness in alccohol-dependent patients and abstinent alccoholics.*encephale*36(4) :334-9Doi101016/J.enclp.2009.12013.pubmed-ncbi.nlm.gov.
- Nationall institute on drug abuse. (1994).relapseprevention alcoholdrug abuse [clinical report series] . institutelibrary .university of washington
- O. Luminet, N. Vermeulen & D. Grynberg.(2013). L'alexithymie :Comment le manque d'émotions peut affecter notre santé. De Boeck Supérieur
- Odier ,M,N.(2014) . *Apport des sciences sociales à la compréhension des addictions :un enjeu de santé publique* . [Thèse de doctorat,Ecole d'doctorale des sciences de la vie et de la santé] .<https://www.semanticscholar.org>
- Office des nations unies contre la drogue et le crime(UNODC).(2019). Rapport mondial sur les drogues .<https://wdr.unodc.org>.
- Organe international de contrôle des stupéfiants 2020(OICS).(2020,23 mars).Repris 27 fevrier,2020 de <https://www.incb.org>.
- p,Venisse.J.L,Flament&m,Jeamment.P.(2002). alexithymie et dépendance d'alcool .*annal médicale internationale*.153(3),51-60.https://www.researchgate.net/publication/283920563_Alexithymie_et_dependance_a_l'alcool.
- palma-alvarez,R,F. ,Roas-cucurull,E.daigre,C.perea-ortueta,M.martinez -luna,n.serrano-perez,p. sorribes-puertas,m.ramos-quiroga,j.A.grau-lopez,L&roncero,c.(2021). Is alexithymia related to retention and relapses in patients with substance use disorders ?;a one year follow-up study..*addictive behaviors (113)*.<https://doi.org/101016/j.addbeh.2020.106681>.science
- Pasquier.A.(2013). les troubles de l'émotion.*la revue santé mentale* . 177,32-36.<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01271945/documen>
- pedinielli,j,l .(2016). *introduction à la psychologie clinique* .(4.éd). armandcolin.dunaudediteur .

- Pedinielli,J,L.(2000,14-15septembre). *l'alexithymie : un traitement particulier des affects et des émotions ?*[feuille de conférence].congrès international de psychogériatrie :les nouveaux concepts cliniques en psychiatrie du sujet âgé .Limoges ,France .
- Pelletier,D.(2018). *la rechute :des stratégies pour la prévenir chez les adultes ayant un trouble concomitant en sa té mentale et dépendance* .[Essai dans le cadre de la maitrise en intervention entoxicomanie,université de Sherbrooke]repris <https://savoirs.usherbrooke.ca>
- Pirlot,G.(2014). alexithymie et pensée opératoire .*C.N.R.SeditionsHernès*.1(68),73-81.<https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2014-1-page-73.htm>
- Rioux,D,Meter.W-V.(1990). A multimodal approach to relapse preventive and intervention-the college hill medical center program .*journal of substance abuse treatment*.(7).pp61-63.pergman press PLC.0740-5472/90.USA.
- Ritchman,R.(2010). de la psychiatrie à la régulation sociale .*Hors collections*.55-70.[https://www.cairn.info/le souci- de- l'humain-un –défi-pour-la psychiatrie p55htm](https://www.cairn.info/le_souci-de-l'humain-un_défi-pour-la_psychiatrie_p55htm).
- Santé et sécurité au travail.(2020). addiction :alcool,tabac,drogues.www.inrs.fr/risuqe/addiction .le 14/05/2020 a 16h53.
- Schultheww,P.(2006). addiction , thérapie et conseil psycho-social .*société française de GESTALT*.(1)17-28.repris.<http://www.cairn.info/revue-gestalt.com>
- Serre. F. (2012). *Application de la méthode d'évaluation en vie quotidienne (EMA) à l'étude du craving : influence du stimuli conditionné et relation avec l'usage de substance* .[Thèse de doctorat de l'université Bordeau 2,École doctorale société politique université de Bordeau SEGALEN].[http ://www.these.fr](http://www.these.fr).
- Sousa,C.Rome,L.Excoffier,A.Guichard,jean-P(2011). le lien entre motivation et insight dans le prise en charge des addictions .*psychotropes*. 3(17).145-161.de boeck supérieur. Repris 3 juin, 2020 .[http//www.cairn-inf/revue .-psychotropes](http://www.cairn-inf/revue.-psychotropes) .
- Sweerts.S-J.(2019). vers un model psychologique explicatif du surpoids et de l'obésité et contribution à l'évaluation d'une prise encharge triaxale comprenant la restriction cognitive,l'alimentation emotionnelle et l'acceptation .[these de doctorat de psychologie .université paris Nanterre].www.these.fr.le 27/06/2020.
- Taieb.O,Corcos.M,Loas.G,Sperenza.M,Perez-diaz.F,Halfou.O,Lang.F,Bizouard
- Tap,P. (In Pitaud P) (2018).Souffrance , Traumatisme, Coping et résilience dans la vie. Dans *Gérontologie : aux portes de la souffrance* ,135-167.
- Taylor.G.J.(1990). La pensée opératoire et concept d'alexithymie .*revue française de psychanalyse*. (3) pp769-786.www.cairn.info.com.

Trouessin,M.(9 decembre,2016). *l'addiction un objet à la croise des dimensions morale et médicale :une approche philosophique du concept d'addiction*. [feuille de conférence].De quoi addiction est -il le nom ?,leVanitier,France <http://www.researchgate.com>.

Vernette.G.(2005).Orientation régionale en toxicomanie .<http://www.santé.lamandière.qc.ca>.

Versini,D.(2003,septembre). souffrance psychique et exclusion social.Rapport du groupe de travail .secrétaire d'Etat à la lutte contre la précarité et l'exclusion.Repris de :<https://www.cnle.gouv.fr/>

Vinot,F.(2005). politique de la souffrance psychique et idéologie de l'insertion .ERES cliniques méditerranéennes. 2(72),173-184.Doï :10.3917/cm.072.0173

Virggen,A,A. (2020). *santé mentale chez les professionnels de la santé mentale : une nouvelle préoccupation en santé publique*[Thèse de doctorat ,université humifère Lyon].repris de <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-02887834/>

witkiewitz.k-S-J,marlatt.g.a.(2013). relapse and lapse .*principles of addiction* .(01).pp125-132.<https://dx.doi.org/101016/b978-0-12-398336-7.00013-9>.

www.aps.dz

www.collinsdictionary.com

Ziolowski,M.Gruss,T.and.Rybakowski,J-K.(1995). Does alexithymia in mal alcoholics constitute a negative factor for maintaining abstinence ?.*psychother psychosom*.63(3-4) :pp73-169.doï :10.1159/000288955.PMID76244662

الملاحق

الملحق (01): دليل المقابلة -

البيانات العامة

الاسم و اللقب: السن: المستوى الدراسي:
الحالة المدنية: المهنة: عدد الاخوة: الترتيب:

تاريخ الحالة النفسي والاجتماعي

- كيف كانت طفولتك؟
- كيف كانت معاملة والديك اليك؟
- كيف عايشت فترة المراهقة؟
- كيف كانت علاقتك مع اخوتك؟
- هل كنت تعبر عن رأيك؟ نعم لا
- منذ متى بدأت التعبير عن رأيك؟
- هل كنت تعبر عن مشاعرك؟ نعم لا
- هل كنت تعرف الأسباب؟
- هل مررت بتجارب عاطفية؟ حدثني عنها؟
- هل تصف مشاعرك بسهولة مع الجنس الاخر؟
- كيف كانت صحتك الجسدية؟

المحور الأول الإدمان والانتكاسة

- ما هي سوابقك المرضية؟ هل لكم سوابق عائلية:
- حدثني عن قصة ادمانك؟ ما نوعية المادة النفسية المستهلكة؟
- ما هو دافعك للإدمان؟
- هل عالجت؟ اين؟ ومتى؟ كم دامت فترة علاجك؟
- ما الذي دفعك للعلاج؟
- كم كان عدد انتكاساتك؟
- حدثني عنها؟
- في اعتقادك ما السبب الرئيسي لانتكاستك؟
- في رأيك هل انفعالاتك لها دور في انتكاساتك؟

المحور الثاني: المعاناة النفسية

- هل تحس بالآلام جسدية لا تفهم مصدرها؟
- حدثني عن مزاجك اليومي؟
- هل تشعر بضيق نفسي؟
- هل بإمكانك وصفه؟
- هل تعتقد ان هناك من يعاني مثلك؟
- ماذا تفضل العزلة او الانتماء لمجموعة؟ لماذا؟
- غالبا هل تجد رغبة في الكلام؟ لماذا؟
- هل تسيطر على استهلاكك للمواد النفسية؟ هل تتناكب سقطات، حدثني عنها؟
- هل تخليت عن نشاطاتك؟ لماذا؟
- ماذا تفعل عندما تتخاصم مع شخص؟
- هل تعرف ما الذي يجري بداخلك؟ هل تشعر بوجودك؟
- هل في اعتقادك ان معاناتك النفسية من الإدمان هي سبب في انتكاستك؟ صفها لي؟
- هل الانتكاسة والعودة للإدمان تخفض من معاناتك؟
- حدثني عن مشاعرك اليومية اتجاه الآخرين؟
- هل تعبر عن مشاعرك باستمرار؟ لماذا؟
- هل تجد الكلمات المناسبة للتعبير عن ما بداخلك؟
- هل تعبر عن مشاعرك للطرف الآخر؟
- هل تعاني من آلام جسدية؟ هل بإمكانك التحدث عنها؟
- هل تتعرف بسهولة عن أسباب غضبك وحنك؟ هل تكرر معك ذلك؟
- ما هي أسباب حالتك المزاجية؟

- هل تتجنب الصراعات والمواقف الضاغطة؟
- كيف تواجهها؟
- هل المواقف الضاغطة تدفعك للانتكاسة؟
- في نظرك هل الصمت بديل عن الحديث عن خصوصياتك؟
- حدثني عن افكارك اليومية؟
- حدثني عن أحلامك؟
- هل تتذكر أحلامك؟ وهل تفسرها وتبحث عن دلالات لها؟
- هل تشعر بضيق انفعالي، هل بإمكانك وصفه؟
- هل هو سبب انتكاستك، لماذا؟

الملحق (02): شبكة الملاحظة

المؤشرات		معايير الدراسة	مجال الملاحظة
الاستقرار الجسدي	متصل او لا مع وضعية الدراسة	- استجاباته مع وضعية البحث - الشكاوي الجسدية	السلوكات
الصمت كسلوك غير لفظي	استجابات انفعالية وسلوكية		
نبرة الصوت	الايماءات وتوجهات النظر	- تصريف الانفعالات - مراقبة الذات - الثقة بالنفس - الضيق النفسي	الانفعالات
القدرة على التحكم في الانفعال	الحزن والبكاء والحسرة والغضب		
القدرة على التعبير عن المشاعر	تقلب المزاج		
وصف الاحداث والمشاكل	القدرة على التعبير عن الأفكار	- القدرة على التحليل - انسجام الأفكار - القدرة على الربط بين الماضي والحاضر - الابتدال في الكلام	التفكير والمعارف
الوعي بمشاكله وأسبابها	القدرة على الاستنتاج		

الملحق (3): مقياس TAS20 للألكستيميا

التعليمة: حدد باستعمال السلم الموجود في الاسفل باي درجة تكون موافقا او معارضا على كل عبارة من العبارات التالية يكفي ان تضع علامة في المكان المناسب لا تعطي الا اجابة واحدة لكل عبارة.
(1 معارض تماما، 2 معارض، 3 محايد، 4 موافق، 5 موافق بشدة)

5	4	3	2	1	الفقرة
					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 او 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 شعوري نحو 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 الكوميديية 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 مشاكل الشخصية.
					20. البحث عن معنى خفي في الأفلام أو المسرحيات يقلل من المتعة في مشاهدتها.

« La souffrance psychique chez le toxicomane en récidive - L'alexithymie comme modèle -»

Résumé :

Notre thèse a pour objectif d'étudier la thématique de « la souffrance psychique chez le toxicomane récidiviste- alexithymia comme modèle », elle nous a permis de reconnaître la nature de la souffrance psychique chez les toxicomanes récidivistes et ses indicateurs cliniques notamment ceux liés à la variable de l'Alexithymie comme facteur prédictif à la récidive .Pour réaliser cette étude nous avons adopté la méthode descriptive à la fois qualitative et quantitative appliquées sur deux groupes au niveau du CISA CHLEF : le premier composé de 140 toxicomanes (71 avec récidive et 69 sans récidive) tandis que le deuxième été composé de quatre toxicomanes avec récidive en utilisant les instruments suivant ;l'entretien clinique semi dirigé ,l'observation directe et l'échelle de l'alexithymie TAS-20.les résultats obtenues de cette étude indiquent que les toxicomanes souffrent d'un niveaux élevé d'alexithymie alors nous pouvons prédire la récidive chez le toxicomane selon le niveau d'alexithymie .

Mots clés : Souffrance psychique. Alexithymie . Addiction . Récidive.

«Psychological suffering among the relapsed addicts -Alexithymia as a model- »

Abstract :

The study targeted the subject of psychological suffering among the relapsed addict, and that by identifying the nature of the psychological suffering, and its most important indicators especially those related to the alexithymia variable . In order to conduct this study, we relied on the descriptive approach, both quantitative and qualitative. In addition, the study was conducted on two groups of addicts at the Intermediate Center for the Addicts Treatment in the district of Chlef, where the first group consisted of 140 addicts (71 relapsed and 69 non relapsed),while the second group consisted of 4 cases of relapsed addicts, Using the following tools: the semi- guided interview, direct observation, and the Alexithymia standard, it was concluded that the relapsed addict suffers from a high level of alexithymia. Therefore, the occurrence of relapse in the addict can be predicted relying on the level of alexithymia.

Key words : Psychological suffering, Alexithymia, Addiction. Relapse.

" المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس- الألكستيميا نموذجاً "

الملخص:

استهدفت الدراسة موضوع "المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس، وذلك من خلال التعرف على طبيعة المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس وأهم مؤشراتها خاصة تلك المتعلقة بمتغير الألكستيميا، وإجراء هذه الدراسة تم الاعتماد على المنهج الوصفي بشقيه الكمي والكمي، إذ تم إجراء الدراسة على مجموعتين من المدمنين بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بالشلف، حيث تكونت المجموعة الأولى من 140 مدمن (71 منتكس و69 غير منتكس)، أما المجموعة الثانية فتكونت من 4 حالات من المدمنين المنتكسين، وباستخدام الأدوات التالية: المقابلة نصف الموجهة، الملاحظة المباشرة، مقياس الألكستيميا (TAS-20) تم التوصل إلى أن المدمن المنتكس يعاني من مستوى الكستيميا مرتفع، لذا يمكن التنبؤ بحدوث الانتكاسة لدى المدمن بالاعتماد على مستوى الألكستيميا.

كلمات مفتاحية : معاناة نفسية. ألكستيميا. إدمان. انتكاسة