

## الفصل الرابع

### مشكلة البحث وفروضه

- تحديد المشكلة .
- فروض البحث .
- التعريفات الإجرائية للمتغيرات .
- ( أ ) الإدمان .
- ( ب ) أعراض الانسحاب .
- ( ج ) المدمن .
- ( د ) الاطاقة .
- ( هـ ) العصابية .
- ( و ) الذهانبة .
- ( ز ) السيكوباتية .
- ( ح ) الطمأنينة الانفعالية .

## تحديد المشكلة :

التربية في مفهومها العام هي العملية التي تقوم بها المؤسسات الاجتماعية المختلفة لإعداد المواطن ، وبذلك لا تكون التربية قاصرة على المجال المدرسي والتعليمي فقط ، ولكنها تمتد لتشمل مختلف جوانب الحياة الاجتماعية . وتقوم كافة المؤسسات الاجتماعية بتنمية خصائص سلوكية معينة تساعد الفرد على اتخاذ الدور الملائم له في الحياة وذلك من خلال تكوين أنماط سلوكية متعلمة تنتظم فيها العادات والتقاليد وأساليب التعامل مع الغير .

والمتبع لدور المؤسسات الاجتماعية في المجتمعات المختلفة يجد أن هذه المؤسسات تعمل في تناغم وإيقاع واحد تقريبا في المجتمعات البدائية ، بينما تتباين أدوارها وتختلف وتصل إلى حد التضاد أحيانا في المجتمعات المتقدمة ، وهذا يعني عدم وجود اتفاق في الأنماط السلوكية التي تغرسها المؤسسات الاجتماعية في المجتمع الواحد ، وهذا ما يخلق بالطبع ما يسمى بالصراع القيمي . فاذا أضفنا إلى ذلك بعض الأنماط السلوكية التي لا توافق معظم المؤسسات الاجتماعية عليها والتي تغرسها مؤسسات هامشية (كجماعات النشالين - وتجار المخدرات - وقطاع الطرق) فاننا نتوقع وجود أنماط سلوكية غير سوية لا يوافق عليها المجتمع على الرغم من اعتبارها أنماط سلوكية سوية من بعض الجماعات الهامشية .

ويعد الإدمان بعامة وإدمان الأفيون بخاصة نمطا ساوكيا ولكنه عبط سلوكي غير سوى من حيث إنه يلحق الضرر بالمجتمع والفرد على السواء .

ويختلف تناول المختصين من الباحثين للإدمان باختلاف مجالات تخصصهم واهتماماتهم العلمية ، فهو بالنسبة للطبيب مشكلة صحة عامة من حيث إنه يترك آثارا مرضية بالكبد والجهاز المعدي المعوي وبالكلى والجهاز التنفسي والجهاز التناسلي .

وهو بالنسبة للاجتماعيين نتاج قدر وبيئات دنيا وضغوط اجتماعية  
ومسايرة لجماعات منحرفة وقيم عدائية تجاه المجتمع .

وهو بالنسبة لرجال القانون يمثل مخالفة لتواعد وقوانين وعرف  
ارتضاه المجتمع كما أنه خروج على القانون يستوجب العقاب .

وهو من الناحية الاقتصادية عبارة عن نقص في الانتاجية وسوء في  
توزيع الدخل الفردي ومشكلات اقتصادية مختلفة .

ومن وجهة الطب النفسى فهو اعتماد قهرى على سموم يستوجب  
إعطاء سموم مضادة للتخلص منه .

وحتى إذا أخذنا رأى رجل الشارع فاننا سنجد تباينا فى الآراء تبعاً  
لدرجة القبول أو الرفض القيمي للإدمان الذى يتبناه ، وقد ذكرت منظمة  
الصحة العالمية (W.H.O. 1973) أن الفرد قد يقع فريسة الإدمان من عدة  
سبل . هى :

١- اضطراب الشخصية اضطراباً يجعله يفضل الاشباع العاجل على  
الاشباع الآجل .

٢- جنوح الشخصية وبخاصة فى فترة المراهقة مما يفرض عليه تحصيل  
مشاعر الامتئاع الذاتى وإن كان ذلك يتم بصورة لا يرتضيها المجتمع .

٣- التماس العلاج من :

( أ ) متاعب نفسية خلال فترة المراهقة أو من مشاعر الاحباط  
الاجتماعى أو الاقتصادى أو من معاناة المرض النفسى أو  
القلق الحاد أو الاضطرابات العقلية لفترة طويلة .

( ب ) متاعب فسيولوجية ناتجة عن أمراض جسمية أو تعب مزمن

- ٤- وجود معتقدات تجعله يؤمن بأن للعقار قوة خاصة تمنع الأمراض أو تزيد من القدرة الجنسية أو نحو ذلك .
- ٥- الحصول على الموافقة الاجتماعية من ثقافة فرعية عادة ما تكون منحرفة :
- ٦- تعبير عن التمرد والثورة على القيم الاجتماعية التقليدية المتصلة بالاستمتاع والتقاليد والنجاح والمكانة .
- ٧- مظهر لضرر يلحق بعملية الأيض بصفة دائمة أو بصفة مؤقتة ، ضرر يرجع إلى الاستخدام المتكرر لجرعات كبيرة من العقار .
- ٨- نوع من السلوك المتعلم الناتج عن استجابات شرطية مرتبطة له .
- ٩- شدة الضغوط الاجتماعية الواقعة على الفرد .

وفي رأينا أن الإدمان مشكلة سيكولوجية بالدرجة الأولى ، ذلك أننا إذا سلمنا بأن سلوك الكائن الحي بعامة والإنسان خاصة هو سلوك وراءه دافع (Motivated behavior) فان الإدمان من حيث كونه سلوكا ، لابد أن يكون وراءه أيضاً دوافع معينة تدفع صاحبه إلى القيام به على الرغم من الأضرار التي تخيق به وبأسرته ، كذلك فان أى سلوك يقوم به الفرد إنما هو نتاج لكافة المحددات البيئية والوراثية والخبرات الشخصية التي تعرض لها ، فنحن إذن أمام شخصية تدمن ، أى أن الإدمان ليس سلوكا منعزلا عن بقية أنواع السلوك الأخرى التي يقوم بها الفرد بل العكس هو الصحيح ، فان الإدمان سلوك ينتظم في إطار خاص هو شخصية المدمن بأكملها ، وبمعنى آخر فان البنيان النفسى للمدمن يتسق منطقيا مع سلوك الإدمان عنده ، ولما كانت العلاقة النفسية أعم وأشمل من العلاقة المنطقية التي تعد لإحدى صور العلاقة النفسية ، فان التكوين النفسى للشخصية ينتج سلوكا متكامللا لا تناقض فيه على أساس نفسى بحت .

إذا سلمنا بأن ظاهرة الإدمان هي ظاهرة نفسية بالدرجة الأولى ،

فإننا لا ننكر أيضاً تناول الآخر لها من زاوية للطب أو الفارماكولوجي أو الاجتماع أو الاقتصاد... إلخ . ولكننا ننظر إلى هذا تناول الآخر على أنه يقدم لنا العوامل المساعدة أو المعوقة التي تساعد أو تعوق سلوك الإدمان ، ولكن يظل الأساس هو الدافعية القهرية التي تلح قهريا على فرد ما أن يتعاطى أى نوع من العقاقير .

كذلك فإن الإدمان نفسيا يمكن النظر إليه من زاويتين رئيسيتين تكمل إحداهما الأخرى .. وهما :

( أ ) زاوية التلميم ( ب ) زاوية الصحة النفسية .

فن الزاوية الأولى ، يعد الإدمان ساوكا متعلما، وهذا يعنى أن تنطبق عليه قوانين التعلم النظرية المختلفة من تدعيم وتعزيز وتشريط وإطفاء... إلخ. كذلك فإن الاقلاع عن الإدمان هو نوع من التخلي عن تعلم سابق ليحل محله نمط آخر من أنماط السلوك ويعنى ذلك أن تنطبق عليه قوانين إعادة التعلم .

ومن الزاوية الثالثة ، فإن الإدمان مشكلة أساسية فى الصحة النفسية فهو نوع من سوء التوافق ، أو هو نوع من حل الصراعات والحلل فى الشخصية بأسلوب غير توافقى . ويعد الاقلاع عنه مزيدا من توافق الفرد مع نفسه ومع المجتمع الذى يعيش فيه ، أى أن الإدمان شأنه فى ذلك شأن المرض النفسى من حيث إنه فى بعض نواحيه اضطراب وانحراف فى الشخصية كما أن التخلص منه يعنى إعادة لتنظيم الشخصية أو تقويتها أو زيادة فى استبصار الفرد بذاته ، وهذا بالطبع يتطلب نفس الجهود والوسائل التى يتبعها المعالجون النفسيون والاكليينكيون فى حالات الافراد المشكلين والمرضى النفسيين .

ومن ثم ، فإن الإدمان يمثل الآن مبحثا علميا أساسيا من بين مباحث

علم النفس الاكلينيكي والصحة النفسية وعلم النفس المرضى والخدمة الاجتماعية النفسية والطب العقلي ولا يكاد يخلو مرجع من المراجع الأجنبية في الموضوعات السابق الإشارة إليها عن فصل كامل عن الإدمان .

ولما كان الإدمان أساساً مشكلة نفسية جاز للباحث أن يحدد مشكلة بحثه من واقع المنظور النفسى الاجتماعى الذى حدده للبحث فى ثلاثة أسئلة رئيسية هى :

- ١- ما العوامل الاجتماعية والنفسية المتصلة بالإدمان ؟
- ٢- ما التغيرات النفسية التى قد تطرأ على المدمن عند انقطاعه عن المخدر ؟
- ٣- ما التغيرات النفسية التى قد تطرأ على المدمن من جراء تنفيذ برنامج أولى للعلاج النفسى .

ويحاول السؤال الرئيسى الأول التعرف على العوامل الاجتماعية المختلفة التى تتصل بالإدمان من قبيل : السن عند بدء التعاطى ، والسن عند الإدمان ، والمستوى الاجتماعى الاقتصادى من مهنة ودخل ، ومستوى تعليمى والحالة الزوجية وعدد الأولاد وحى السكن ... إلخ . كما يهدف إلى التعرف على بعض العوامل النفسية ذات الصلة بالإدمان كالدكاء وسمات الشخصية ، ودرجة الأمن الانفعالى ... إلخ .

ويهدف السؤال الثانى إلى التعرف على التغيرات النفسية التى قد تحدث للمدمن منذ لحظة دخوله المصححة للاستشفاء حتى خروجه منها بعد ثلاثة شهور ، وقد حددنا ثلاث فترات زمنية للقياس هى :

- ١- لحظة الدخول وبعد القياس فى هذه الحالة قياساً للحالة قبل الاقلاع عن المخدر .

٢ - بعد انقضاء أسبوع من الدخول . ذلك أن أعراض الانسحاب تختفي جميعها في فترة من ٤٨ ساعة إلى ٩٦ ساعة ويصبح المدمن متحررا من العقار من الوجهة الفسيولوجية البحتة (Coleman 1972) .

٣ - بعد عشرة أسابيع وهي نهاية فترة إقامته في المصحة والتي تمثل - بتحفظ شديد - تخلصه من الإدمان فسيولوجيا وسيكولوجيا .

ويهدف السؤال الثالث إلى التعرف على التغيرات النفسية التي قد تطرأ على مجموعة من المدمنين فيما لو حضروا مجموعة من جلسات المناقشة الجماعية كنوع من الخدمة النفسية لهم .

## فروض البحث:

يضع الباحث الفروض التالية للبحث : -

- ١ - أن الشعور بعدم الطمأنينة الانفعالية: أكثر شيوعا بين مدمني الأفيون
- ٢ - أن مدمني الأفيون ينتمون إلى مستويات ذكاء منخفضة .
- ٣ - أن أعراض الانحراف السيكوباتي تشيع لدى مدمني الأفيون أكثر من الأعراض الذهانية أو الاعراض العصابية .
- ٤ - اتجاهات مدمني الأفيون حيال المتغيرات التي يقيسها « اختبار ساكس » وهي الأسرة والجنس والعلاقات الإنسانية وتصور الذات تتسم باضطراب التوافق والسلبية .
- ٥ - أن اضطرابات الشخصية لدى المدمنين - كما يكشفها اختبار تفهم الموضوع - هي من نوع الاضطرابات العميقة الجذور .
- ٦ - تختلف السمات السيكلوجية لدى مدمني الأفيون بعد التحرر الفسيولوجي من الأفيون ( معبرا عنه بالبقاء لمدة أسبوع في المصححة ) عنها عند الدخول إلى المصححة .
- ٧ - تختلف السمات النفسية لدى المدمنين المتحررين فسيوولوجيا عنها عند تحررهم النفسى منه ( معبرا عنه بالبقاء فترة ثلاثة شهور بالمصححة ) .
- ٨ - تختلف السمات النفسية لدى المدمنين الذين تعرضوا للعلاج النفسى عن هؤلاء الذين لم يتعرضوا لأى نوع من العلاج .
- ٩ - يجبر مدمنو الأفيون المزمنون كل دورة الإدمان من بحث عن المخدر إلى الطاقة إلى النشوة إلى أعراض الانسحاب .
- ١٠ - أن الإدمان عادة يبدأ في فترة المراهقة .

- ١١- أن المدمنين يتمون إلى مستويات اجتماعية اقتصادية دنيا .
- ١٢- أن هناك علاقة طردية بين الإدمان والنشاط الجنسي .
- ١٣- أن آثار الأفيون تختلف عند بدء الإدمان عنها عند آخر مرة تعاطى .
- ١٤- أن الحالة المزاجية والنفسية للمدمن تختلف وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير .
- ١٥- أن المدمنين يصنفون مجتمع المدمنين بصفات تشيع فيها السابية والازدراء وعدم التقدير .

## التعريفات الإجرائية للمصطلحات :

### ( أ ) الإدمان :

عادة ما يتعرض الباحث عند تناوله لمصطلحات بحثه للمواقف النظرية التي حددها مختلف العلماء لهذا المصطلح ، وعادة ما يكون المقابل اللغوي واحدا بينما تختلف التفسيرات النظرية ، فالذكاء مثلا هو مصطلح علمي له تفسيرات مختلفة ولكن الجميع حينما يتكلمون إنما يتكلمون من الناحية اللغوية عن كلمة « الذكاء » . وهذا ما لا يجده في مصطلح الإدمان فان الاختلاف قائم من الوجهة التفسيرية النظرية ومن الوجهة اللغوية أيضاً ، فنجد أن هناك من يقول بالإدمان (Addiction) ، أو بإساءة الاستخدام (Abuse) أو بالاستخدام الخاطئ (Misuse) أو بالاستخدام غير الطبي (Non Medical use) أو الاعتماد (Dependence) أو الاعتياد (Habituation) أو هوس التسمم (Toxico Mania) أو الاستخدام القهري (Compulsive use)

ففي الكتيب الاحصائي التشخيصي للجمعية الأمريكية السيكايترية ، نجد أن إدمان العقاقير (Drug Addiction) عبارة عن عرض لاضطراب الشخصية ويصنف تحت الاضطرابات السيكوباتية للشخصية ، ذلك أن هذا الاصطلاح يضم الإدمان والاعتياد والاعتماد الفسيولوجي والاعتماد النفسى والاعتماد الانفعالى على العقاقير (Wikler 1971.)

وبالمعنى الفارماكولوجي فان الادمان يعد مرادفا للاعتماد الفسيولوجي ، ويقصد بذلك أنه ينتج حالة من التعاطي المتكرر للعقار التي إذا سحبت فجأة من المدمن تنتج عنها اضطرابات فسيولوجية أو ما يسمى بأعراض الامتناع ، هذه الاضطرابات عادة ما يمكن تفسيرها فارما كولوجيا.

وقد كان ينظر إلى الاعتياد والاعتماد النفسى تقليديا - على أنهما

راجعان إلى استخدام قهري دون وجود اعتماد فيسيولوجي .

ويرى وكلر (Wikler 1953) أن الإدمان (Addiction) عبارة عن الاستخدام القهري للمواد الكيميائية التي تضر بالفرد أو المجتمع أو كليهما .

ويتفق معه سولتمان (Saltman 1970) في ذلك ، فالإدمان عنده يعنى الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما ، بحيث يشعر المدمن برغبة قهرية للعقار ، كما أنه يضطر أن يزيد الجرعة حتى يودى العقار التأثير المطلوب كما أنه بدون العقاري عانى من آلام فيسيولوجية تسمى باعراض الانسحاب ، وعادة ما يضر نفسه والمجتمع في حالة استمراره في تعاطى العقار .

ويعمىز سميث (Smith 1971) بين ثلاث مراحل من الاستخدام للعقار فهو يرى أن هناك سوء استخدام راجعا إلى رغبة الفرد للتجريب وحب الاستطلاع ، ثم سوء استخدام دوريا بقصد الترفيه والتسلية ثم الإدمان وهو سوء الاستخدام القهري للعقار .

وقد حاولت منظمة الصحة العالمية (Stater and Roth 1969) أن تضع حلا لهذه التناقضات في تعريف المفهوم فوضعت لجنة الخبراء التابعة لها سنة ١٩٥٢ ، ١٩٥٧ تعريفا ينظر إلى الاعتماد على العقاقير على أنه متغير متصل . وميزت في هذا التعريف بين الإدمان والاعتیاد ، فالإدمان هو حالة تسم دورية أو مزمنة عن الاستخدام المتكرر لعقار ما وتتصف بالآتي :

١- رغبة غلبة أو حاجة قهرية تدفع الشخص إلى الاستمرار في تعاطى العقار والحصول عليه بأية وسيلة .

٢- ميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة من العقار .

٣- اعتماد جسمى بوجه عام ونفسى بوجه خاص على آثار العقار .

٤- تأثير ضار بالفرد والمجتمع .

أما الاعتماد فهو حالة تنتج من الاستهلاك المستمر لعقار ما ويتصف بالآتي :

- ١ - رغبة ليست قهرية في الاستمرار في تعاطي العقار وذلك للحصول على الاحساس بالسعادة
- ٢ - ميل ضئيل وقد لا يكون هناك ميل على الإطلاق لزيادة الجرعة .
- ٣ - درجة ما من الاعتماد السيكولوجي على آثار العقار مع عدم وجود اعتماد فسيولوجي أو أعراض انسحاب .
- ٤ - آثار ضارة بالفرد فقط .

ويقوم هذان التحديدان للإدمان والاعتماد على أساس الفصل بين الاعتماد الفسيولوجي والاعتماد السيكولوجي ، وقد وجد أنه من الصعب إن لم يكن من العسير تطبيقياً تحديد هذا الفصل فهناك تداخل بين عقار وآخر وبين مريض وآخر ، وعلى ذلك قررت لجنة الخبراء سنة ١٩٦٤ تقديم مصطلح واحد بدلاً من كل من الاعتماد والإدمان وأسماه بالاعتماد على العقاقير وحددته بأنه حالة ناتجة عن التعاطي المتكرر لعقار ما على أساس دورى أو مستمر ، وتختلف خصائصه تبعاً للعقار المستخدم . وعلى ذلك فهناك أكثر من نمط من أنماط الاعتماد فهناك النمط المورفيني والنمط الكوكاييني ونمط الخشيش ونمط الباربيتورات ونمط الامفيتامينات . أى أنه حالة سيكولوجية وقد تكون جسمية أيضاً ناتجة عن التفاعل بين الكائن الحي وعقار ما وتتصف باستجابات سلوكية واستجابات أخرى تتضمن الرغبة القهرية في أخذ العقار بصفة مستمرة أو دورية وذلك للحصول على الأثر النفسى له ، وأحياناً لتخاشى عدم الارتياح الناتج عن عدم التعاطي . وقد تكون الاطاقة موجودة أو غير موجودة وقد يكون الفرد معتمداً على أكثر من عقار . واعتماد الفرد على عقار أو عدم اعتماده عليه يرجع إلى تفاعل عوامل ثلاثة هي :

١ - السمات الشخصية وتجارب الفرد المتعاطى .

٢ - طبيعة البيئة الاجتماعية الثقافية العامة والفردية ؛

٣ - الخصائص الدينامية الفارماكولوجية للعقار المستخدم .

مع الأخذ في الاعتبار كمية العقار المتعاطى وتكرار التعاطى وطرق التعاطى ( الشم ، الباع ، الحقن ... إلخ ) .

وعلى الرغم من أن المصطلح الجديد « الاعتماد على العقاقير » قد لقي قبولا واسعا من جمهور المشتغلين في هذا الميدان إلا أن « جلات » (Glatt) (1969) يرى أن التحديد السابق بين الاعتياد والإدمان له استخدامات إكلينيكية ذات فائدة خاصة عند النظر إلى أعراض الانسحاب المفاجئة أو التدريجية . كما أننا نجد أن بيجروت (Bejerot 1972) يرى أن مصطلح الاعتماد ليس مصطلحا علميا نقيا وأن الافضل منه مصطلح هوس التسمم (Toxico Mania) وذلك لجميع أنماط الاعتماد بغض النظر عما إذا كانت هذه السموم مخدرات أو عقاقير عادية أو كحولا أو باربيتورات.. إلخ

أما أصحاب التحليل النفسي (Encyclopedia of Psychoanalysis 1968) خاصة ، فالإدمان عندهم هو لهفة شرهة مستمرة لبعض المواد أو الأنشطة بحيث يؤدي تعاطيها أو القيام بها إلى التخفف من الضيق أو الحصول على النشوة ، وإذا ارتبط الإدمان بالعقاقير مثل الافيونيات ، فإنه اعتمادا فسيولوجيا ينشأ بالإضافة إلى الاعتماد النفسي . وهذا الاعتماد الفسيولوجي ناتج عن زيادة الجرعات اللازمة للحصول على الأثر المطلوب ، وفي هذه الحالة فإن عدم استمرار استخدام العقار ينتج عنه اضطرابات خطيرة في التوازن الفسيولوجي النفسي Homeostasis وهو ما يعرف بأعراض الانسحاب أو الامتناع . وهم لا يرون ظاهرة الاعتماد الفسيولوجي علامة فاصلة بين الإدمان والاعتياد ذلك أن الإدمان من وجهة التحليل النفسي

كما يفسره سانيت.. ٦٣ نتاج لعدم استطاعة المدمن أن يمارس الاشباع من خلال القنوات العادية للاندماج والاستدماج (incorporation introjection) ذلك لأنه غير قادر على إطاقه التأخير فانه يبحث عن وسيلة عاجلة تنحى جانبا الطريق القمى للاندماج لكي يحصل على طريق أكثر بدائية وأولية ألا وهو طريق الوريد ، وعلى ذلك فلا علاقة للإدمان بوجود الاعتماد الجسمى على الموضوع من عدمه .

يمكن القول إذن أن استخدام الكلمة يرتبط بالمجال الذى صدرت منه فإساءة الاستخدام والاستخدام الخاطيء والاستخدام غير الطبي صادرة من المهتمين بهذا المجال من الأطباء والصيدالة والكيميائيين ، أما كلمات الاعتیاد والإدمان والاستخدام القهرى فصادرة من المهتمين بهذا المجال من السيكلوجيين والسيكياتيريين . وفى نظرنا أن مصطلح الاعتماد هو مصطلح فضفاض وضع ليرضى كافة الطوائف المشتغلة بموضوع الإدمان ولا يمكن الارتكان عليه كمصطلح علمى ، شأنه شأن « مصطلح هوس التسمم » .

وحيث إن المخدرات وحدها هى القادرة على خلق اعتمادسيولوجى بالإضافة إلى الاعتماد السيكلوجى دون غيرها من مواد الإدمان من منبهات أو مغيبات (Stimulants or Psychedelics)

فاننا نحدد مصطلح الإدمان فى هذا البحث بالنسبة للأفيون ومشتقاته وفقاً لتعريف منظمة الصحة العالمية الأولى سنة ١٩٥٢ ، ١٩٥٧ الخاص بتعريف الإدمان وخاصة أنه يعد إلى حد كبير ممثلاً للتعاطى المستمر للأفيونيات إذ ينص صراحة على وجود الاعتماد الجسمى الذى لا نجده فى بقية مواد الإدمان . كما أن المصطلح بتلك الصورة التى أخذنا بها يكاد يحتوى على كافة المترادفات التى ذكرها الباحث من اعتماد ، واستخدام خاطيء ، واستخدام غير طبي ، واستخدام قهرى ... إلخ .

أعراض الانسحاب هي ارجاعات الجسم حيناً يمنع عنه العقار الذى يعتمد عليه وهى تتضمن بالنسبة للهروين والمورفين عدم الراحة وتقابلية للاستئثار وتقلصات المعدة والغثيان والقىء والاسهال ، أى أنها مجموعة من الأعراض تختلف من عقار إلى آخر وترجع فى أساسها لتخلص الجسم من السموم ، وهى ليست واحدة فى كل العقاقير ، فتبدو معتدلة لدى متعاطى الماريجوانا بينما تبدو شديدة لدى مدمن الهيروين ، حتى أن « روبرت دى روب » قد وصفها فائلا « إن الطبيب المعتاد على رؤية الآلام يجد أنها محنة أن يرقب آلام المدمن فى هذه الفترة ، وقد يموت بعض المدمنين من هذه الأعراض ، وفى حالة الأفيونيات فإنها عادة ما تستمر فترة تتراوح ما بين ٤٨ ساعة إلى ٩٦ ساعة وتتمثل أهم أعراض الانسحاب من الأفيونيات فى الاسهال والقىء وآورشح من الأنف والعيون والعرق الغزير وآلام فى العظام والثآؤب وعدم رغبة الشراب أو الأكل والأرق .

كذلك يلاحظ أن الخوف السابق على ظهور الأعراض والقلق والتوتر الذى يصاب به المدمن يساعد بلاشك على تضخم هذه الأعراض وزيادتها ، فالخوف يصحبه عادة تغيرات وأعراض فسيولوجية تدخل تحت أعراض الانسحاب مثل زيادة العرق والاسهال .

ويميز مارتن (سنة ١٩٧٢) بين الأعراض الأولية والأعراض الثانوية

(١) ويعرض الباحث بعض العبارات التى قالتها حالات البحث الحالى عند سؤالهم: ما الذى شعرت به عند انقطاعك عن الأفيون .

- أزهدق واتمكنن ويبدأ نشر فى عظمى كله وأدمع ومقدرش أحرك جسمى أبداً .
- جسمى كله يسيب ويتفكك ويجيئى إسهال شديد وربو وساعات نزيق .
- يبقى فيه غشاوة فى عيني وأعرق قوى وأبقى خلقتى ضيق قوى .
- معرفش أناام ولا أفكر وأبقى زى المجنون ده غير الآلام الللى أحس بها فى كل جسمى .
- أبقى همدان ومقدرش أشتغل ويجيئى آلام كثيرة قوى فى ظهري وأعرق قوى وإسهال .

أو ما يسمى بالأعراض المبكرة الأعراض طويلة الأمد ، ذلك أنه يرى أن هناك تغيرات فسيولوجية طويلة المدى تحدث نتيجة تعاطي العقار ، وأن أعراض الانسحاب التي نراها بعد الانقطاع عن العقار مباشرة هي الأعراض الأولية أو المبكرة ، أما الأعراض الأخرى فلا تظهر إلا بعد فترة طويلة وهو يرجع إلى تلك الأعراض الثانوية أو طويلة الأمد السبب في الانتكاس والعودة إلى الإدمان . ففي دراسته على الفيران التي استخدم فيها مجموعة من الفيران المدمنة للمورفين ومجموعة أخرى غير مدمنة ، ثم سحب المورفين من العينة التجريبية وبدأت ظهور الأعراض المبكرة عاها بعد ٢٤ ساعة من آخر جرعة وبدأ يظهر ما يسمى « بارتعاشات الكلب المبتل » (Wet dog.) ونقص الشهية والوزن ونقص في استهلاك السوائل وزيادة في التبول والتبرز ونقص في درجة الحرارة وعدم النوم ، والعدائية وسرعة الانفعال وزيادة إفراز الأدرينالين ... إلخ .

وبعد ١٤٣ يوماً من انسحاب المورفين كانت الغدد الكلوية للحيوانات المدمنة أكبر من غدد العينة الضابطة كذلك كانت رءوسها تحتوي على مادة « تورينيفرين » أكثر من العينة الضابطة ، وقد استمرت أعراض الامتناع طويلاً الأمد مدة تراوحت ما بين ثلاثة شهور وستة شهور من سحب المخدر .

أعراض الانسحاب التي نقصدها إذن هي تلك الأرجاعات الجسمية والنفسية ( المبكرة وطويلة الأمد ) التي تظهر على المدمن نتيجة سحب العقار منه لأي سبب من الأسباب ، وهي تختلف من عقار إلى آخر كما تختلف من فرد إلى آخر .

( ج ) المدمن : —

إذا كان من الصعب تحديد مفهوم الإدمان فإن ذلك ينعكس أيضاً على تحديد من هو المدمن ، كذلك فإن تحديد من هو المدمن يختلف تبعاً للخلفية

العلمية لصاحب التحديد ، فرجال القانون يختلفون عن الأطباء أو علماء النفس ، أو الأطباء النفسيين أو العاملين في مجال الفارماكولوجي . وقد يبدو للوهلة الأولى أن المدمن هو أى فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا بحيث تضر صحته ، كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة لإدمانه ، ولكن هذا التعريف يعد تعريفا فضفاضاً فهو يضم بين جنباته العديد من أصناف وأنواع المدمنين إذ يمكننا تصنيف المدمنين إلى الأنواع الآتية :

١- حسب نوع العقار :

- ( أ ) مدمنو مخدرات .
- ( ب ) مدمنو منبهات .
- ( ج ) مدمنو مغييات ( مثيرات للهلاوس ) .
- ( د ) مدمنو أكثر من نوع من العقاقير .

٢- حسب طريقة التعاطى :

- ( أ ) مدمنون يستخدمون الشم .
- ( ب ) مدمنون يستخدمون الفم ( البلع - الاستحلاب .. إلخ ) .
- ( ج ) مدمنون يستخدمون الحقن ( تحت الجلد - العضلى - الوريدي ) .
- ( د ) مدمنون يستخدمون أكثر من طريقة للتعاطى .

٣- حسب التاريخ الإدمانى :

- ( أ ) مدمنون لا يوجد في تاريخهم سوى عقار واحد .
- ( ب ) مدمنون تقللوا من عقار إلى آخر حتى استقروا على عقار ما .
- ( ج ) مدمنون لأى ولكل العقاقير .

٤- حسب محاولة التخلص من الإدمان :

- ( أ ) مدمنون لم ينقطعوا عن الإدمان ولم يحاولوا الانقطاع عنه .

(ب) مدمنون حاولوا الانقطاع عن الإدمان .

٥ - حسب مدة الإدمان :

( أ ) مدمنون حديثون .

(ب) مدمنون مزمنون .

٦ - حسب نوع الإدمان :

( أ ) إدمان عرضي (Symptomatic Addiction).

(ب) إدمان أولى (Primary Addiction).

وقد أثبتت الدراسات المختلفة أن هناك فروقا بين متعاطي العقاقير المختلفة ، كما ثبت أن هناك علاقة بين نوع التعاطي ودرجة عدم السواء والاضطراب في الشخصية بل وفي نوعية هذا الاضطراب (Fraser 1972). وفرقت الدراسات بين خصائص الشخصية التي يتميز بها من ارتضوا عقارا واحدا وبين من تنقلوا من عقار إلى آخر ، وهناك فروق جوهرية بين من حاولوا التخلص من الإدمان وبين من لم يحاولوا التخلص من الإدمان ، كذلك هناك فروق بين المدمنين الحديثين والمدمنين المزمنين ، كما أن هناك فروقا بين أولئك ذوى الإدمان العرضي وهؤلاء ذوى الإدمان الأولى .

إن كلمه مدمن أقرب ما تكون إلى قولنا عصابي أو ذهاني ، أى أنها توصيف عام لمصطلح يضم العديد من التحديدات الداخلية فيه .

ويحدد الباحث المدمن في هذا البحث على أنه مدمن مزمن استقر على إدمان الأفيون وله - أو ليس له - محاولات للتخلص منه ويستخدم أى طريقة للتعاطي . أى أن المدمنين في هذا البحث عبارة عن مجموعة من مدمنى الأفيون ومشتقاته المزمنين الذى سعوا طواعية إلى الاستشفاء منه .

( د ) الإطاقة :-

يحددها جوردن (Gordan 1970) بأنها الاحتياج إلى مزيد من العقار

لكي يحدث نفس الأثر على المتعاطي . أما ازبل وهو ايت (Isbell & White 1968) فيريان أنها نقص في أثر العقار ناتج عن تكرار تعاطي نفس الجرعة .

فالجسم عادة ما يتفاعل مع أى مادة غريبة تدخله ، ويكون الهدف النهائى من هذا التفاعل هو التوافق أو التخلص من تلك المادة ، وفي حالة التوافق فان تغيرات فسيولوجية سريعة تحدث . والاطاقة هى السرعة التى يتوافق بها الجسم مع هذه التغيرات الناشئة عن تناول العقار والعودة إلى حالة الاتزان . وفي معظم الأحوال فان الجسم يتفاعل ويتواءم مع هذه العقاقير بحيث تقل الاستجابة للجرعة الأصلية ، وعليه فان زيادة الجرعات هى الحل الوحيد أمام متعاطي العقار للحصول على تأثير الجرعة الأصلية . ومن الممكن أن يأخذ الشخص الذى تكونت لديه إطافة عقار ما جرعات كبيرة تكفى لقتل فرد لم تتكون لديه بعد إطافة هذا العقار . ففي حالات الإدمان المورفينى أو الهيروينى قد يصل الممن إلى جرعة تعادل ٥٠ ضعف الجرعات القاتلة للفرد العادى و ٢٠٠ ضعف الجرعة الطبية العادية .

(Bejerot 1972)

وبالنسبة للعقاقير التى ترتبط فارماكولوجيا سواء في تركيبها الكيمايى أو في آثارها فان الاطاقة التى تتكون لعقار ما تمتد للعقاقير الأخرى وهذا ما يسمى بالاطاقة العرضية أو التبادلية (Canon 1971) (cross tolerance) فهذه الاطاقة تحدث مثلا بين المورفين ومختلف مشتقات الفينانترين المخدرة (analgesic Phenanthrene derivatives) ، كذلك فان الأساس العلمى الذى يجعل الميثادون (وهو مركب صناعى) يستخدم للتخلص من إدمان المورفين أو الهيروين هو أن بينهما إطافة عرضية وأن الفرد الذى يتعاطى الميثادون - وهو أقل ضررا - لا يؤثر فيه الهيروين أو المورفين .

وقد حدد «رسل» (Russell) النتائج المحتملة عن طريق المزاجية في استخدام العقاقير فيما يلى :

- ١ - أن يحدث تأثير العقار (أ) عن طريق جرعات أقل من العقار (ب) .
- ٢ - أن يضعف تعاطى العقار (أ) من تأثير تعاطى العقار (ب) .
- ٣ - أن يقوى تعاطى العقار (أ) من تأثير العقار (ب) .

والحالتان الأوليان تمثلان الاطاقة العرضية بينما تمثل الحالة الثالثة مفهوم تقوية العقار، وعلى سبيل المثال فان تعاطى الكحول مع عقار الباربيتورات يزيد من تأثيرها الفارماكولوجى ويقويه .

ويرى المشايعون للتحييل النفسى ( فينيكل ١٩٦٩ ) أن تناقص تأثير المخدر وإن كان له أصل فسيولوجى ، إلا أن هناك أسبابا نفسية تخلق الاطاقة أيضاً ، فالما كان تأثير المخدر يستند إلى كونه يستشعر على أنه الطعام والدفء فان المدمنين من هذا النوع يستجيبون للمواقف التى تخاق الحاجة إلى التسكين أو التنشيط بطريقة تختلف عنها عند غيرهم ؛ فهم لا يطيقون التوترات ، ولا يتحملون الألم والاحباط ، وينتهزون أية فرصة للهرب مرجحين بها ، ومن الممكن أن يعيشوا تأثير المخدر كشيء أعظم إشباعا من الموقف الأصلي ، وبعد تحقق النشوة يصبح الألم والاحباط أكثر استحالة على التحس مما يتمخض عنه تصعيد فى استخدام المخدر ، وشيئا فشيئا تخلى جميع الحفزات الأخرى مكانها للهفة إلى العقار موضوع الإدمان . فاذا سلمنا بأن الافعال الاندفاعية التى يقوم بها الفرد بغرض الحماية ضد أخطار مزعومة ، يمكن أن تصبح هى نفسها خطرة ، ومن ثم يمكن أن تتولد حلقة مفرغة ، وهذا ما يحدث للمدمنين ، فحين يصبح المدمنون واعين بتفككهم النفسى المتزايد ، فانهم ولاشك يدركون ذلك على أنه خطر ، ولكنهم لا يملكون أية وسيلة أخرى لمواجهة هذا الخطر ، اللهم إلا بزيادة كمية المخدر ومن ثم يقعون فى حلقة مفرغة لا فكاك منها ، فاللدورة الهوسية الاكتئابية بين النشوة وآلام الصباح التالى تغدو أقل انتظاما ، فالنشوة تغدو أقصر فأقصر وتختفى فى النهاية بينما يصبح الاكتئاب مستمرا ٥

ولا يمكن أن ننكر الدور النفسى فى الاطاقة ، إذ تذكر المصادر العلية أن هناك العديد من الأفراد الذين يتحكمون فى الجرعة التى يتعاطونها دون زيادة أو نقصان (Kolb 1962) كذلك فانه قد تبين للباحث أن عينة البحث من المدمنين يمكن أن يقسمها إلى صنفين اثنين :

### ١ - الصنف الأول :-

مدمنون فى حالة شراهة حادة للأفيون فهم غير قادرين على منع أنفسهم عن تناوله بأى كميات بحيث إن توافر أى نقود معهم تعنى بالدرجة الأولى الحصول على كميات من الأفيون لتناولها بغض النظر عن مناسبتها لهم ، فهم إذا صح التعبير يسبقون الاطاقة الفسيواوجنة (١٠).

### ٢ - الصنف الثانى :-

مدمنون لم يتغير معدل تعاطيهم « كمية الأفيون اليومية » منذ بدء إدمانهم حتى الآن ، على الرغم من أن تاريخهم الإدمانى طويل جدا ويصل فى بعض الحالات إلى ٢٠ سنة . وهؤلاء لم يتبين للباحث من تاريخ إدمانهم وجود زيادة جوهرية فى كمية العقار ، بل إن بعضا منهم لم يغير من أسلوب أو كمية العقار اليومية عبر تاريخه الإدمانى . حقيقة أنهم قلة ( ٧ حالات من عينة البحث ) إلا أنهم يعدون دليلا آخر على الجانب النفسى لعملية الاطاقة .

ومما يؤكد وجود الجانب النفسى الاطاقة ما وجدته الباحثون (Teasdale 1973) فى تجاربهم على الفيران من أن تلك الفيران التى تعاملت الإدمان تميل إلى زيادة الجرعة عند تعريضها لبعض الضغوط ( من قبيل

---

\* لقد تعرض العديد منهم إلى الإغماء من جراء الجرعات الزائدة، واثنان منهم ظلا فى حالة نوم لمدة ثلاثة أيام متصلة.

الصددمات الكهربائية أو المشاكسات أو المضايقات) . وما تبين من الدراسات المختلفة التي بينت أن الاطاقة للمورفين لدى المرضى الذين يتحتم إعطاؤهم المورفين بصفة علاجية تنمو بمعدل بطيء جدا عن ذلك المعدل الخاص بدمن المورفين .

وكما يختلف الأفراد في درجة ومعدل الاطاقة فان قدرة العقار على تكوين الاطاقة أيضاً تختلف من عقار إلى آخر ، فهي أسرع ما تكون بالنسبة للكوكايين الذي يتعذر علاجه حتى الآن ، يلي ذلك المورفينات .

الاطاقة إذن حالة نفسية وفارماكولوجية تنشأ نتيجة تعاطى عقار من العقاقير المنبهة أو المهدئة ويتسبب منها ميل متزايد لزيادة الجرعة المتعاطاة وزيادة في الالهفة (Craving) للعقار .

#### ( ٥ ) العصابية :

يعد العصاب اضطرابا انفعاليا ناتجا من حاول غير متسقة للصراعات النفسية اللاشعورية الداخلية . ويتفق معظم المحللين النفسيين مع فرويد (١٩٠٥) في أن العصاب نتاج للتثبيت على النكوص إلى مرحلة من مراحل الجنسية الطفلية ، وتحدد درجة المرض بدرجة تبكير التثبيت أو عمق للنكوص .

إن الصراعات المسببة للعصاب كما صاغها فرويد في صورة قوى جنسية شبقية مقابل القوى الخاصة بحفظ الذات. (Self Preservative) ومن الوجهة البنائية فان الصراع العصابي يمكن النظر إليه من خلال كفاح هو والانا والأنا الأعلى للإشباع اللاشعوري ، وتظهر الأعراض العصابية عند محاولة الأنا كبت الرغبات الغريزية، إذ يحدث أن يكون الأنا ضعيفا، أو أن هذه القوى ملحة بحيث تحتفظ بطاقتها الدافعة إلى الشعور . وينتج القلق من هذا التهديد المستمر للرغبات المكبوتة ، كما لو كان إشارة ليحاول

العصابى أن يخفى طاقة الدوافع اللاشعورية فى صورة أعراض عصبية تعمل نوعاً من المصالحة فهى ترضى كلاماً من الرغبات المكبوتة والأجهزة الكابتة ، ويحدث تفرغ جزئى لهذه الرغبات المكبوتة فى صورة تنكريفية .

والشروط الضرورية لحدوث العصاب تتضمن إحياء الحفزات الغريزية الطفائية ( المكبوتة ) ، الرجسية الطفلية السابق قمعها ، وضعف دفاعات الأنا أمام القوى الغريزية . وفشل هذه الدفاعات فى استمرار الكبت بحيث يودى ذلك فى نهاية الأمر إلى الكبت الثانوى ، ونمو الأعراض العصبية التى يصاحبه تفرغ للطاقة الغريزية بحيث تعمل هذه الأعراض كدفاعات للأنا من وجود هذه الدفاعات فى الشعور ، وبحيث قد تودى شدتها إلى تكوين أعراض أو سمات خلقية عصبية .

(Encyclopedia of Psychoanalysis 1968)

هذه الأعراض إذن نوع من المصالحة بين الأجهزة النفسية الثلاثة ( الهو - الأنا - الأنا الأعلى ) وكذلك بينها وبين العالم الخارجى .

إن روش وزمباردو (Ruch and Zimbardo 1971) يطلقان على العصاب فقدان المرح فى الحياة (Loss of Joy in living) فالعصابى يشعر بالتهديد المستمر فى حياته وأنه غير كفؤ وقد يصل به الأمر فى النهاية إلى نمط أو أكثر من الأنماط العصبية التى تقلل لديه القلق المهدد المستمر، فالعصاب يتميز بخمس عمائم أساسية قد توجد كلها أو بعضها لدى العصابى (Coleman) (1972) هى :

١ - أن تنتاب الفرد مشاعر الدونية وعدم الاتساق بحيث تفوده تلك المشاعر إلى تقييم مشاكله اليومية على أنها مهددة له وإلى زيادة فى إيقاظ مشاعر القلق لديه .

٢ - يتحاشى الفرد العصابى المواقف الضاغطة من خلال مناورات دفاعية أكثر مما يتعامل معها مباشرة .

٣- يظهر الفرد نقصا مستمرا في الاستبصار بسلوكه الانهزامى مصحوبا بجمود عقلي ، بحيث يفشل في إدراك الواقع أو التعامل معه بطرق أخرى.

٤- يتمركز العصابي حول ذاته وعلى ذلك فانه يجد العديد من الصعوبات والمتاعب في العلاقات مع الآخرين .

٥- تتكون لدى العصابي مشاعر الإحساس بالذنب من جراء فشله في التعامل مباشرة مع مشكلاته مع إحساس دائم بعدم الرضى والتعاسة في حياته .

وقد يبدو أن هناك تناقضا ظاهريا بين السلوك العصابي وما يسببه لصاحبه من مشكلات ، إذ عادة ما تؤدي أنواع السلوك التي يقوم بها إلى زيادة عدم الرضا والتعاسة ، فما الذي يجعل الفرد العصابي يستمر في هذا النوع من السلوك .

إننا من العرض السابق نستطيع أن نضع محددتين يجعلان العصابي يستمر في سلوكه وهما :

١- التخفف السريع من القاق الناتج من النمط العصابي لتحاشى المواقف الضاغطة .

٢- الإلحاح غير المنسق لقوى التهديد . فإدام العصابي يستجيب بالتحاشي للإشارات المبكرة التي تعنى الاقتراب من الضغوط الخفيفة ، فهو يمتنع عن اختبار الموقف بحيث يمكن رؤية مخارفه وهل هى حقا واقعية أم لا .

ويورد كولمان (Coleman 1972) أنواع العصاب على النحو التالي :

١- أعصبة القلق .

٢- أعصبة المخاوف .

٣- أعصبة الوسواس القهرية :

٤- الأعصبة المستيرية والتي تحتوى على نمطين هما :

( أ ) نمط التحول .

( ب ) النمط غير الترابطي .

٥ - أعصابه توهم المرض .

٦ - أعصابه النيوراسيثنيا :

٧ - أعصابه الاكتئاب :

هذا بالإضافة إلى الأعصاب الوجودية والتي تتصل بالإحساس بالاغتراب وعدم الاكتراث وعدم وجود معنى للحياة ، ولم يذكر تصنيف كولمان ما أورده (A.P.A.) (\*) في تصنيفها للعصاب التصنيف الخاص بأعصاب تفكك الشخصية (depersonalization neuroses) .

وقد استخدم الباحث اختبار الشخصية المتعدد الأوجه ( الثلاثة مقياس الأولى وهي : توهم المرض ، الاكتئاب ، الهستيريا ) كأداة لقياس الميول العصابية عند عينة البحث . فالمقصود إذن بالعصابية أنها تلك العملية الدائرية التي ينتاب الفرد فيها مشاعر الدونية وعدم الاتساق وتحاشي المواقف الضاغطة والنقص في الاستبصار والتمركز حول الذات ومشاعر الإحساس .  
( و ) الذهانية (Ruch and Zimbardo 1971)

إذا كان زيمباردو وروش قد أطلقا على العصابية فقدان المرح في الحياة فانهما يطلقان على الذهان فقدان التعامل مع الواقع .

ويقصد الباحث بالذهان أنه اضطراب نفسى شديد فى الفكر والشعور والسلوك بعامة ، إذ يتضمن تحريف الواقع الخارجى إلى حد التشويه فى الإدراك والتقييم . ويصبح تنظيم الشخصية مختلا . والأنا الذهاني منهارا لعدم إمكانه تحمل الصراع مع الواقع المؤلم فينسحب منه وينكص إلى مستويات تثبت أولية أسبق من الأعصابه . لذلك فإن الذهاني فاقد تماما للاستبصار

\* American Psychological Association.

بالحالة المرضية ومنكر كلية الواقع ، ويميل إلى خلق عالم الخيالات والهداءات والهلوس ليعيش فيه بعيدا عن عالم الاسوياء .

وقد لاحظ فرويد سنة ١٩٢٤ أن هناك أوجه شبه في الذهان بتلك العمليات الموجودة في العصاب، وهذا ما يقول به معظم العاملين في هذا المجال إلى الآن وهو تداخل الأعراض والأمراض النفسية، فعادة ما يسبق الذهان فترة متقدمة تسيطر فيها الأعراض العصبية وعند فشلها في الاتزان يحدث نكوص إلى مستويات أكثر تدهورا وتظهر أعراض الأذهنة (Encyclopedia of Psychoanalysis 1968) ويمكن تحديد العلاقة بين العصاب والذهان في اتجاهين أساسيين (سامى هنا ١٩٧٤) .

#### ١ - اتجاه المتصل الواحد (Continuum theory)

وهذا يعنى أن العصاب والذهان مظاهر مرضية واحدة ، وأن الاختلاف بينهما هو اختلاف في الكمية ، بمعنى أنه إذا اشتدت الأعراض العصبية فإن المريض يتحول من عصابي إلى ذهاني أى أن هذا المتصل يتدرج من السواء إلى العصبية إلى الذهانية ، كما أن حدوث الذهان معلول ضرورى حتى لحدوث العصاب .

#### ٢ - اتجاه البعدين المنفصلين (Seperate continua theory)

وهذا يعنى أن لكل من العصاب والذهان مظاهر مرضية مختلفة تماما أى أن الفارق بينهما كىفى نوعى ، فالعصابيون يختلفون كل على حدة عن الذهانيين ، ولكن ليس من الضرورى أن يكون الاختلاف على نفس المتغيرات إذ أن كلا منهما متغير مستقل في هذا الاتجاه .

وبعض الإرجاعات الذهانية ذات أصل عضوى مثل تلك التى ترتبط باصابة الدماغ أو لأسباب فسيولوجية مثل أمراض الجهاز العصبى المركزى

وتعاطى الجرعات الزائدة من الغازات أو العقاقير أو الكحول ... إلح .

والبعض الآخر هو الذهان الوظيفي الذي ينشأ دون وجود أى عيب  
فسولوجى معروف فى أنسجة المخ ولكن العيب فى الأداء الوظيفى . وهذا  
النوع من الذهان يقع فى ثلاثة أنواع من الإرجاعات هى :

- ١ - الإرجاعات البارانونية .
- ٢ - الإرجاعات الوجدانية .
- ٣ - الإرجاعات الفصامية .

وقد استخدم الباحث لقياس الميل للذهانية لدى أفراد العينة اختبار  
الشخصية المتعدد الأوجه ( المقاييس أرقام ٦ ، ٧ ، ٨ ، ٩ والمعروفة باسم  
مربع الذهان ) وهى مقاييس البارانونيا ، السيكاثيميا ، الفصام ، الهوس ،  
الخفيف .

( ز ) السيكوباتية ( صبرى جرجس ١٩٥٧ ) :

تشير السيكوباتية أو الشخصية المعادية للمجتمع إلى خصائص فى الشخصية  
وأنماط فى السلوك تؤدى إلى مصاعب خطيرة فى العلاقات الشخصية بين الفرد  
والآخرين ، وعادة ما تؤدى بصاحبها إلى صراع مع المجتمع . ومن العسير  
أن نصنف أصحاب هذه الشخصيات كمتخلفين عقائريين أو عصائيريين أو  
ذهانيين ، إذ أن خصائصهم الفريدة تدل على نقص فى النمو الاخلاقى والقيمى  
وعدم القدرة على اتباع أنماط من السلوك تواضع المجتمع عليها . إنهم أساسا  
لم يطبعوا اجتماعيا وغير قادرين على الولاء الحقيقى للأفراد الآخرين أو  
الجماعات أو القيم الاجتماعية . إنهم عادة ما يكونون أذكفاء ، تلقائيون ،  
من الممكن حبهم عند التعرف عليهم لأول مرة ويبدو أنهم يعيشون حاضريهم  
فقط دون اعتبار للماضى أو المستقبل ودون اهتمام بأى حقوق أو واجبات  
للغير .

ومن الممكن أن تميز الخصائص الخمسة الرئيسة التالية في النمط السيكوباتي:

١- نمو غير متسق للضمير مع نقص شديد في القلق أو الإحساس بالذنب .

٢- سلوك اندفاعي غير مسئول .

٣- القدرة على وضع واجهة جيدة (Good front) حتى يستطيع أن يحصل بها على ما يريد وبخاصة فيما يؤذى الآخرين .

٤- عدم القدرة على المداومة في العلاقات الشخصية .

٥- رفض السلطة وعدم القدرة على الاستفادة من الخبرة .

ويعرض صبرى جرجس إلى العديد من التعريفات للشخصية السيكوباتية مثل تعريف « كان » (Kahn) الذى يرى أنهم أولئك الذين يتميزون بانحرافات كمية في الذئع والمزاج والأنا والخلق .

وتعريف شنيذر الذى يقول أنها تلك الشخصيات غير السوية التى يعانى أصحابها والمجتمع من عدم سوائها .

وتعاريف أخرى كثيرة مثل تعريف وليم هوايت ، وهندرسون ومافيت ، فورث ، ليفين ... إلخ .

ويأخذ الباحث بتعريف صبرى جرجس للسيكوباتية ومواده أنها اضطراب خطير فى الشخصية يمنعها من التكامل ، ويشوه علاقة الفرد بالعالم الخارجى ، ويصدر هذا الاضطراب بخاصة عن قصور فى نمو الأنا والأنا الأعلى يلازم الفرد منذ نشأته أو يظهر فى سن مبكرة لا تتجاوز البلوغ ، فيعجزه عن تمثيل الزمن كخبرة حتمية وعن إدراك جانب المعنى فى الحياة والعلاقات الإنسانية . وتبدو مظاهر هذا القصور فى سلوك لا اجتماعى أو مضاد للمجتمع يتميز بالاندفاع ، وبأولوية القيم القصيرة الأجل ،

وباتباع مبدأ اللذة مما يجعل صاحبه عاجزا عن الإفادة من التجربة ، ومن ثم عن التكيف مع البيئة الاجتماعية ، ولا تجدى معه وسائل العلاج أو وسائل الردع .

وقد استخدم الباحث مقياس الانحراف السيكوباتى من اختبار الشخصية المتعدد الأوجه لقياس الميل إلى السيكوباتية لدى أفراد العينة .

( ح ) الطمأنينة الانفعالية ( أحمد عبد العزيز سلامة ١٩٧٣ ) :

تبين ماسلو عن طريق الأبحاث التى أجراها أن لمفهوم الأمن النفسى أو الطمأنينة الانفعالية زملة من الأعراض ، وذلك إذا نظرنا إلى الجانب السلبي من المفهوم أى من زاوية انعدام الشعور بالأمن والطمأنينة النفسية .

ويرى ماسلو أن هناك أبعادا ثلاثة من زملة الأعراض هذه تعد الأساسية والأولية ( بحيث تكون بمثابة العلل ) وهى :

١ - شعور الفرد بأنه غير محبوب وبأنه يعمل بدون مودة أو بأنه مكروه ومحتقر. ويقابل ذلك - بالنسبة لمن تتوافر لديه مشاعر الطمأنينة النفسية أو الانفعالية - شعور الفرد بتقبل الآخرين له وحبهم إياه وبأنهم ينظرون إليه ويعاملونه فى دفة ومودة .

٢ - شعور الفرد بالعزلة والانفراد والتوحد أى مشاعر الوحدةانية ، ويقابل ذلك فى الطرف الإيجابى الشعور بالانتماء وإحساس الفرد بأن له مكانا فى الجماعة .

٣ - الشعور الدائم لدى الفرد بالخطر أو الشعور بالقلق ويقابل ذلك الشعور بالسلامة ونسرة الشعور بالخطر والتهديد والقلق .

وينتج عن هذه الأبعاد الثلاثة الأساسية الرئيسية ( ١١ ) بعدا ثانويا

بحيث يمكن أن تعد كنتائج مرتبة على الأبعاد الأولى في نشأة الفرد وتطوره عبر الزمن ، ويرى ماسلو أن السلامة والانتماء والحب عوامل أساسية تقابلها حاجات أساسية عند الفرد يؤدي إشباعها خلال السنوات المبكرة في حياة الفرد إلى الأمن والطمأنينة النفسية في مرحلة الرشد . كما أن ما تلقاه هذه الحاجات من إحباط لا يؤدي فقط إلى ظهور الأعراض السابقة ولكن يؤدي بالإضافة إلى ذلك إلى الأعراض الأحد عشر التالية :

- ١ - إدراك الفرد للعالم والحياة بوصفها خطرا أو بأنها معادية أو متحدية . ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي إدراك الفرد للعالم وللحياة بوصفها مكانا سارا دافئا وديا يميل الناس فيه جميعا إلى التأخرى .
- ٢ - إدراك الفرد لغيره من الناس بوصفهم أشرارا أنانيين ينطوون على جانب كبير من العدوان والتحدى ، ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي إدراك الفرد للآخرين بوصفهم ودودين أحيارا .
- ٣ - شعور الفرد إزاء الآخرين بانعدام الثقة أو الحسد والغيرة ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي الثقة بالآخرين وقلة الكراهية والتسامح مع الغير .
- ٤ - الميل إلى توقع الأسوأ ، ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي الميل إلى توقع حصول الخير أو التفاؤل العام .
- ٥ - ميل الفرد إلى أن يكون غير سعيد وغير راض ، ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي شعور الفرد بالسعادة والرضا .
- ٦ - الشعور بالتوتر والإجهاد أو الصراع بالإضافة إلى النتائج المختلفة للتوتر من قبيل الاعياء وسرعة التهييج واضطراب المعدة وغير ذلك من الاضطرابات السيكوسوماتية الأخرى وانعدام الثبات الانفعالي ، ويقابل ذلك الشعور بالهدوء والارتياح والحلو من الصراعات والاستقرار الانفعالي .

٧ - الميل إلى تأمل الذات تأملاً قهرياً والتحرج الشديد الحاد ونهجمص الذات بصورة مرضية شاذة ، ويقابل ذلك الميل إلى الانغلاق والتحرر وقدرة الفرد على أن يدور بفكره حول العالم والأشياء والمشاكل بدلا من تركيز فكره حول نفسه أو ذاته .

٨ - الشعور بالإثم والميل إلى الانتحار ، ويقابل ذلك تقبل الذات والتسامح معها .

٩ - الاضطرابات التي تطرأ على مختلف جوانب الشعور المركب بتقدير الذات من قبيل اشتها القوة والمكانة والطموح القهري، والعدوان المبالغ فيه والتعطش إلى المال أو المحمد والميل المفرط إلى التنافس أو من قبيل المظاهر المعتادة لذلك مثل الميول المازوخية والانتكالية المفرطة والخنوع الزائد ، مشاعر الدونية ومشاعر الضعف والعجز ويقابل كل هذه الأعراض في الطرف الإيجابي رغبة الفرد في الكفاءة والاعتدال على المشاكل لا في الاعتدال والسيطرة على الآخرين والشعور بتقدير الذات شعورا قويا إيجابيا وعلى أساس سليم .

١٠ - التعطش إلى الأمن والسلامة والسعي المتواصل إلى باوغها والاتجاهات، العصبية المختلفة مثل الكف والتزام جانب الدفاع والميول الهروبية والأهداف الزائفة والتشبث بالأهداف الجزئية والميول الذهانية والهذات والملاوس ... إلخ . ويقابل ذلك في الطرف الآخر الخلو النسبي من الميول العصبية أو الذهانية والمواجهة الواقعية للأمور .

١١ - الميول الفردية الأنانية التي تتصف بالتمركز حول الذات ، ويقابل ذلك في الطرف الإيجابي التمرکز حول الجماعة أو المجتمع .

ويرى ماسلو أن هذه الأعراض ، بعد أن تتكون وتنشأ ، يصبح لها استقلال نسبي عن مصادرها ، وإذا بنا نجد الفرد الراشد غير الآمن يظل

كذلك حتى بعد أن تحقق له أسباب السلامة والانتماء والحب ، على حين أن الفرد الآمن يمكنه أن يحتفظ بأمنه في نهار البيئة المنعزلة النابذة التي قد تنطوي على التهديد والخطر .

ويقصد بالبحث بالطمأنينة الانفعالية أنها شعور الفرد بتقبل الآخرين له وجبهم إياه وأنهم يعاملونه في دفاء ومودة ، وشعوره بالانتماء إلى الجماعة وأن له دورا فيها وإحساسه بالسلامة وندرة شعوره بالخطر أو التهديد أو القلق .