

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة منتوري قسنطينة

كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية

قسم علم النفس

رقم التسجيل :

رقم التسلسل :

عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات

ذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم اجتماع التنمية

إشراف :

بوسنة محمود

إعداد الطالبة :

قماز فريدة

2009

فهرس المحتويات

الصفحة

- مقدمة البحث.....1
- إشكالية البحث.....6

الجانب النظري

الباب الأول : المخدرات

الفصل الأول: المخدرات: تعريفها و أنواعها

- تمهيد.....14
1- تعريف المخدر.....14
2- تعريف تعاطي المخدرات.....17
3- تطور مفهوم الإدمان على المخدرات.....17
1-3- التبعية.....19
1-1-3- التبعية الجسمية.....19
2-1-3- التبعية النفسية.....19
2-3- التحمل أو الإطاقة.....20
3-3- الخطر الاجتماعي الفردي.....20
4- تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي الإحصائي
للأمراض العقلية DSMIV-R.....25
5- أنواع تعاطي للمخدرات.....28
1-5- التعاطي التجريبي.....28
2-5- التعاطي العرضي أو الظرفي.....28
3-5- التعاطي المنتظم.....28
4-5- التعاطي الكثيف أو القهري.....28
6- أهم تصنيفات المخدرات.....29

- 7- أنواع المخدرات.....30
- 7-1-المسكنات.....31
- 7-1-1 المسكنات الأفيونية.....31
- 7-1-2 المسكنات غير الأفيونية.....33
- 7-2 المنشطات.....35
- 7-2-1 مجموعة المواد المنشطة الطبيعية.....35
- 7-1-2-1 الكوكايين.....35
- 7-2-1-2 القات.....36
- 7-2-2-1 مجموعة المواد المنشطة غير الطبيعية.....37
- 7-2-2-1 الأمفيتامينات.....37
- 7-3 المهلوسات.....38
- 7-1-3-1 المهلوسات الطبيعية.....39
- 7-1-3-1 الحشيش.....39
- 7-2-3-1 المهلوسات نصف المصنعة.....41
- 7-3-3-1 المهلوسات المصنعة.....41
- 7-4-المذيبيات الطيارة.....42

الفصل الثاني: نظريات المخدرات

- تمهيد.....45
- 1- النظريات المسرة لسلوك تعاطي المخدرات.....45
- 1-1 النموذج الحيوي.....45
- 1-1-1 النموذج الحيوي الكيميائي.....45
- 1-1-2 نظريات نقص التغذية.....46
- 1-1-3 نظريات مواضع المستقبلات لمواد العقاقير و المخدرات في الدماغ.....46
- 1-1-4 نموذج المرض في تفسير الإدمان.....48
- 1-1-5 النموذج الوراثي.....48
- 1-2 التفسير النفسي الاجتماعي.....52

56.....	3-1 النظرية السلوكية.....
58.....	4-1 النظريات المعرفية.....
58.....	1-4-1 نظرية بيك.....
62.....	2-4-1 النظرية الانفعالية العقلانية لألبرت إليس.....
66.....	3-4-1 نظرية التعلم الاجتماعي.....
72.....	5-1 النظريات التحليلية.....
72.....	1-5-1 نظرية فرويد وأتباعه.....
75.....	2-5-2 نظرية أدلر.....
76.....	6-1 التفسيرات الاجتماعية و الثقافية.....
80.....	7-1 وجهة نظر الطب النفسي.....
83.....	2- المخدرات مشكلة جيوسياسية.....

الباب الثاني : عوامل الخطر والوقاية

من تعاطي المخدرات

الفصل الثالث: مفهوم الخطر و الوقاية

89.....	- تمهيد.....
89.....	1- تعريف مفهومي الخطر و الوقاية.....
90.....	2- أصل مفهومي الخطر و الوقاية.....
94.....	3- أهم عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي للمخدرات.....

الفصل الرابع : العوامل الانفعالية

الاكتئاب، و القلق من المستقبل

العامل الأول الاكتئاب

107.....	- تمهيد.....
107.....	1- تعريف الاكتئاب.....
109.....	2- تشخيص الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي الإحصائي DSM IV-R.....
112.....	3- أنواع الاكتئاب.....

- 113.....1-3 لاكتئاب الارتكاسي.....
- 113.....2-3 الاكتئاب العصبي.....
- 114.....3-3 الاكتئاب الذهاني.....
- 115.....4-نظريات الاكتئاب.....
- 115.....1-4 - النظرية البيولوجية.....
- 115.....1-1-4 النظرية الوراثية.....
- 115.....2-1-4 نظرية التوازن الكيميائي الحيوي.....
- 117.....2-4 - النظرية التحليلية.....
- 119.....3-4-النظرية السلوكية.....
- 119.....4-4- النظرية المعرفية.....
- 119.....1-4-4 نظرية بيك.....
- 121.....2-4-4 نظرية إليس.....
- 122.....3-4-4 نظرية العجز المتعلم.....
- 124.....4-4-4 نظرية المراقبة الذاتية.....
- 125.....5-4-4 النظرية المعرفية الاجتماعية.....
- 125.....5-4 نظرية التعلم الاجتماعي.....

العامل الثاني القلق من المستقبل

- 127.....- تمهيد.....
- 127.....1- تعريف القلق.....
- 129.....2- وظيفة القلق.....
- 130.....3- الفرق بين الخوف والقلق.....
- 131.....4- تشخيص القلق حسب الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث DSM III.....
- 132.....5- أنواع القلق.....
- 133.....1-5 التصنيف العام.....
- 133.....1-1-5 اضطراب الهلع.....
- 133.....2-1-5 اضطراب الرهاب.....

- 133.....3-1-5 الفلق العام
- 133.....4-1-5 اضطراب الوسواس القهري
- 134.....5-1-5 اضطرابات ما بعد الصدمة
- 134.....2-5 تصنيف نظرية التحليل النفسي
- 134.....1-2-5 الفلق العصبي
- 136.....2-2-5 الفلق الأخلاقي
- 137.....3-2-5 الفلق الموضوعي
- 137.....3-5 الفلق من المستقبل
- 139.....6- النظريات المفسرة
- 139.....1-6 التفسيرات البيولوجية
- 139.....1-1-6 التفسير الوراثي
- 140.....2-1-6 التفسير الفسيولوجي
- 141.....2-6- النظرية التحليلية
- 143.....3-6- النظرية السلوكية
- 144.....4-6- النظرية المعرفية
- 144.....1-4-6 نظرية إيس
- 145.....2-4-6 نظرية الصيغة لبيك للاكتئاب
- 147.....5-6 نظرية العوامل الأربعة

الفصل الخامس:العوامل النفسية الاجتماعية

السند الاجتماعي و الرضا عن الحياة

العامل الثالث السند الاجتماعي

- 148.....- تمهيد
- 148.....1-تعريف السند الاجتماعي
- 152.....2- أشكال السند الاجتماعي
- 154.....3- مصادر السند الاجتماعي
- 156.....4- نظريات السند الاجتماعي

- 156..... 1-4- نظرية التعلق
- 160..... 2-4- النظرية التبادل
- 161..... 4-4- نظرية البنائية الوظيفية
- 162..... 5- أهمية السند الاجتماعي

العامل الرابع الرضا عن الحياة

- 166..... - تمهيد
- 166..... 1- تعريف الرضا عن الحياة
- 168..... 2- نظريات الرضا عن الحياة
- 168..... 1-2 نظريات المقارنة الاجتماعية
- 168..... 2-2 نظريات القيم و الأهداف و المعاني
- 169..... 3-2 نظرية التقييم
- 169..... 4-2 نظرية التكيف أو التعود
- 170..... 3- الرضا عن الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات

الفصل السادس: العوامل المعرفية

العامل الخامس استراتيجيات التعامل مع الضغط

- 177..... - تمهيد
- 177..... 1-الضغط
- 177..... 1-1 تعريف الضغط
- 178..... 2-1 النماذج النظرية المفسرة للضغط
- 178..... 1-2-1 النموذج الفيزيولوجي
- 180..... 2-2-1 النموذج النفسي
- 180..... 3-2-1 النماذج التفاعلية
- 180..... 1-3-2-1 نموذج فانس روجرز وكوب
- 181..... 2-3-2-1 نموذج التفاعل بين الفرد و البيئة
- 182..... 4-2-1 النموذج البيونفسي اجتماعي للضغط

184.....	2- التقييم المعرفي
184.....	1-2 تعريف التقييم المعرفي
185.....	1-1-2 التقييم الأولي
185.....	2-1-2 التقييم الثانوي
185.....	3-1-2 إعادة التقييم
186.....	3- المراقبة
187.....	4- التعامل مع الضغط
187.....	1-4 تطور مفهوم التعامل مع الضغط
189.....	2-4 تعريف التعامل مع الضغط
190.....	3-4 محددات التعامل مع الضغط
191.....	1-3-4 المحددات الاستعدادية للتعامل مع الضغط
191.....	2-3-4 المحددات المعرفية للتعامل مع الضغط
192.....	3-3-4 المحددات الشخصية للتعامل مع الضغط
192.....	4-3-4 المحددات الموقفية للتعامل مع الضغط
192.....	5-3-4 المحددات الانتلافية للتعامل مع الضغط
193.....	4-4 تصنيف استراتيجيات للتعامل مع الضغط
193.....	5-4 استراتيجيات للتعامل مع الضغط
193.....	1-5-4 نموذج ماك كاري (1982)
194.....	2-5-4 نموذج شيرر وشيب (1992)
195.....	3-5-4 نموذج مارتن وآخرون (1992)
195.....	4-5-4 نموذج كوهين (1994)
196.....	5-5-4 نموذج إنذر و آخرون (1999)
196.....	6-5-4 نموذج فولكمان و لازروس (1984)
198.....	7-5-4 نموذج سولس و فلتشر (1985)
198.....	6-4- نظريات التعامل مع الضغط
198.....	1- 6-4 نظرية المعرفية -الظواهرية

199.....	2-6-4 النظرية لازروس.
200.....	3-6-4 النظرية الائتلافية
200.....	4-6-4 نظرية الأزمة.
202.....	7-4 فعالية إستراتيجيات المقاومة.

الجاناب التطبيقـقي

الباب الثالث : تصميم البحث

الفصل السابع: منهجية البحث

204.....	- تمهيد.....
204.....	1- تصميم البحث.....
204.....	2- الدراسة الاستطلاعية.....
204.....	3- الإشكالية الخاصة بالبحث.....
205.....	3-1- أسئلة و فرضيات البحث.....
208.....	4- متغيرات البحث.....
209.....	4-1 المتغيرات المستقلة.....
209.....	4-2 المتغير التابع.....
209.....	4-3 المتغيرات المضبوطة.....
210.....	5- منهج البحث.....
211.....	6- عينة البحث.....
211.....	6-1- حجم العينة.....
212.....	6-1-1- العينة التجريبية.....
212.....	6-1-2- العينة الضابطة.....
212.....	6-2- طريقة اختيار العينة.....
212.....	6-3- مكان اختيار العينة.....
213.....	7- أدوات البحث.....
213.....	7-1- استبيان المعطيات السوسيوديموغرافية.....

- 213..... 2-7- مقياس بيك.....
- 215..... 3-7- مقياس التعامل مع الضغط.....
- 216..... 4-7- مقياس الرضا عن الحياة.....
- 217..... 5-7- مقياس القلق من المستقبل.....
- 218..... 6-7- مقياس السند الاجتماعي.....
- 219..... 7-7- اختبار سوء استهلاك المخدرات.....
- 219..... 8-7- تقرير تشخيصي لتعاطي المخدرات.....
- 220..... 8- الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.....
- 227..... 9- طريقة إجراء البحث.....
- 229..... 10- التحليلات الإحصائية المعتمدة في البحث.....

الفصل الثامن

عرض ومناقشة النتائج

- 230..... -تمهيد.....
- 230..... 1- من هم المتعاطين للمخدرات؟.....
- 230..... 1-1 محور المعلومات العامة.....
- 239..... 2-1 الحالة الاجتماعية.....
- 246..... 3-1 الحالة الاقتصادية.....
- 252..... 4-1 السوابق العدلية.....
- 256..... 5-1 تجربة تعاطي المخدرات.....
- 272..... 2- مستوى التعرض لخطر تعاطي المخدرات.....
- 276..... 3- عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات.....
- 276..... 3-1 بيانات وصفية لعوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات.....
- 276..... 3-2 نتائج اختبار"ت" لقياس الفروق بين المجموعتين فيما يخص
- 278..... عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات.....
- 281..... 3-2 نتائج التحليل التمييزي.....
- 286..... 4- ملامح الشاب الجزائري المتعاطي للمخدرات.....

287.....	5- مناقشة نتائج الفرضيات.....
287.....	5-1 مناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى.....
298.....	5-2 مناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية.....
301.....	5-3 مناقشة نتائج الفرضية العامة الثالثة.....
306.....	6- مناقشة عامة.....
312.....	- الخاتمة.....
320.....	- المراجع.....
	- الملاحق.....

مقدمة البحث

عرف الإنسان المواد المخدرة (الطبيعية) منذ العصور الأولى التي ترجع إلى العصر الحجري حيث استخدمتها بعض القبائل في طقوسها الدينية و استخدمتها كثير من المجتمعات لمعالجة بعض الأمراض.

و لم يكن ينظر للمخدرات على أنها مشكلة صحية و اقتصادية تتطلب تدخلا سريعا من مختلف الجهات الرسمية و غير الرسمية باتفاق مختلف الأطراف إلا في منتصف الستينيات، و ذلك راجع لارتفاع إنتاج المخدرات و زيادة الطلب عليها إضافة للنتائج السلبية المتعددة المترتبة على ذلك.

فمثلا في أفغانستان ارتفع إنتاج الأفيون من 200 طن و ذلك سنة 1979 إلى 4600 طن سنة 1999، مما يعني إنتاج حوالي 460 طن من الهيروين الخام، أما خلال سنة 1980 فقد وصل إنتاج الكوكايين إلى حوالي 500 إلى 700 طن و ارتفع هذا الرقم إلى 800-1200 طن سنة1996، نفس الارتفاع شهدته برمانيا حيث وصل إنتاجها للأفيون خلال سنة1988 ما بين 800 و 1000 طن و ارتفع إنتاجها سنة 1996 إلى حوالي 4500 طن.

أما بالنسبة للمملكة المغربية فقد قدرت المساحة المخصصة لزراعة الحشيش سنة 1988 بـ 30000 هكتار و قد ارتفعت هذه المساحة إلى 70000هكتار سنة1996 و تسمح هذه المساحة بإنتاج حوالي 2000 طن من الحشيش.

أما في الجزائر فإننا بعيديون عن التحدث عن إنتاج يوجه للتجارة العالمية بالرغم من وجود بعض المحاولات في بعض المناطق الداخلية و لكن توجه لاستهلاك الداخلي، و إنما نتحدث أكثر عن كمية المخدرات المحجوزة في إطار شبكات التهريب ما بين الدول، أو للتسويق الداخلي، فقد سجلت المديرية العامة للأمن الوطني خلال السداسي الأول سنة 2008 التعامل مع حوالي 2253 حالة مسجلة بسبب المخدرات، تورط فيها حوالي 3322 شخص، أما عن المخدرات المحجوزة فقد أكدت مديريةية الأمن الوطني عن حجز 150,700 طن من المخدرات، مقسمة إلى عدة أنواع من المخدرات منها 110,800 طن من معجون القنب الهندي، 33,600طن من الكوكايين، في حين قدرت كمية الهيروين المحجوزة بحوالي

6,30 كغ، وقد وصلت كمية الكراك المضبوطة بـ 53,9 غ، و كانت كمية العقاقير النفسية التي تم حجزها بـ 43500.

وحسب مديرية الأمن الوطني دائما فإن 95% من كمية المخدرات المحجوزة فإنها مخصصة للتهريب الدولي.

إن الارتفاع في إنتاج المواد المخدرة سببه ارتفاع في الطلب عليها حيث أكدت دراسة إحصائية مقارنة على المستوى الدولي ارتفاع نسبة المدمنين على المخدرات خلال السنوات 1955-1980 حيث كانت نسبة المدمنين على المخدرات خلال تلك الفترة مضاعفة عدة مرات إذ نجد أن عدد المدمنين مثلا في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1955 بلغ 10882 مدمنا مقابل 600000 مدمنا عام 1980، أما في بريطانيا بلغ عدد المدمنين على المخدرات عام 1955 بـ 355 مدمنا مقابل 20000 عام 1980، أما كندا فقد قدر عدد المدمنين عام 1955 بـ 3425 مقابل 60747 مدمنا عام 1980 (محمد الهواري، 1987) عن (صالح السعد، 1999)

و فيما يخص عدد المتعاطين للحشيش فقد أكد تقرير المرصد الجيوسياسي للمخدرات (2000) أنه وصل عددهم سنة 2000 إلى حوالي 50 مليون متعاطي للحشيش في العالم.

تؤكد هذه المعطيات على أن ظاهرة تعاطي المخدرات أصبحت تعرف ارتفاعا كبيرا في حقول الإنتاج، و كذا ارتفاع و تنوع الأسواق فبعدما كان السوق الأمريكي المفضل لبيع الكوكايين، أصبح الآن السوق الياباني يطلب هذه المادة، و أصبحت الأفضلية للعقاقير النفسية لسهولة ترويجها و تهريبها.

و يؤكد المختصون أن كل الاتفاقيات الدولية الردعية بدءا بأول اتفاقية وهي اتفاقية شنغاي Shanghai سنة 1909 و وصولا إلى اتفاقية فيينا سنة 1988 و التي تعتبر أهمهم، إلى جانب التقرير الذي خرجت به الأمم المتحدة خلال الجلسة العشرين سنة 1998 و التي خصصت لمشكل المخدرات و الذي خرجت بتوصيات هامة، بالرغم من كل هذه المحاولات إلا أنها لم تصل إلى وضع حد أو حتى خفض الطلب على المخدرات.

و بالرغم من التكاليف الباهظة التي تتفق سنويا لمكافحة انتشار المخدرات و التوعية بأضرارها و علاج المدمنين التي تقدر بـ 120 مليار دولار سنويا، إلا أن الطلب على هذه المادة في تزايد مستمر مما أدى إلى الزيادة في العرض و في تنوع المواد المعروضة و اتساع في طرق التهريب، و تنوع في طرق الترويج. و هذا راجع إلى أن اقتصاد بعض الدول المنتجة للمخدرات يركز على عائدات المخدرات.

كما أصبحت تمثل تجارة المخدرات حوالي 8% من مجموع التجارة العالمية (صلاح عبد المتعال، 2001) أما عن حجم التجارة في العالم ففي تقديم للبرنامج الإنمائي للأمم المتحدة بلغ حوالي 500 مليار دولار سنويا، فهي تفوق تجارة النفط و لا يسبقها في الحجم غير صناعة السلاح، حيث وصلت فوائد المخدرات الطبيعية ما بين 1000 إلى 2500 %

أما عن ما ينفقه المستهلكون فيؤكد مركز التنمية البشرية(1994) أنه يفوق الناتج المحلي الإجمالي لأكثر من 80 بلدا ناميا(محمود المراغي، 1996) أي أن مشكلة المخدرات أصبحت ذات أبعاد اقتصادية و بالتالي يصبح من الصعب إن لم نقل من المستحيل القضاء عليها.

إن هذه المعطيات دفعت بالباحثين إلى تبني استراتيجيات مختلفة للتعامل مع هذه المشكلة، أهم هذه الاستراتيجيات التوجه نحو الدراسات الابدئيمولوجية التي تركز على مفهوم الخطر أي تحديد العوامل التي من شأنها أن تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات أو الاستمرار فيها أو الإدمان عليها، وفي المقابل تحويل النظر نحو الأشخاص الذين لا يتعاطون المخدرات و بالتالي تحديد العوامل التي ساهمت في وقايتهم من تعاطي المخدرات، هذه العوامل أي عوامل الخطر و الوقاية تساعد على بناء برامج وقائية و تجهيز الأشخاص الذين يعيشون في ظروف خطر تدفعهم لتعاطي المخدرات بآليات نفسية تعمل على إزالة تأثير عوامل الخطر.

تكمن أهمية هذا النموذج في أنه يقتصد الكثير من المال و كذا الجهد، كما يولد لدى الشخص المعرض لخطر تعاطي المخدرات حصانة نفسية ضد المخدرات مادام القضاء على المخدرات صعب جدا حتى لا نقول غير ممكن.

انطلق هذا البحث من سؤال عام ألا وهو: ما الذي يدفع بعض الشباب لتعاطي المخدرات في حين يتمتع البعض الآخر عن تعاطيها؟
لقد حاولنا الإجابة علي هذا السؤال في إطار النموذج المركز حول الخطر، والذي يركز على فكرة أن هناك بعض الأشخاص يكونون معرضين لمجموعة من العوامل النفسية المعرفية والاجتماعية والاقتصادية والتي من الممكن أن تدفع بهم إلى تعاطي المخدرات وتسمى بعوامل الخطر، في المقابل هناك بعض الأشخاص لا يلجأون إلى تعاطي المخدرات بسبب توفر مجموعة من العوامل النفسية والمعرفية والاجتماعية والاقتصادية والتي سميت بعوامل الوقاية، سواء كانت هذه العوامل مجتمعة أو متفرقة المهم في هذا النموذج هناك عوامل ذات تأثير أقوى من البعض الآخر فإذا كان المستوى الاقتصادي متدني وهو عامل خطر فإن العلاقات الأسرية التي تتميز بالدفء والحميمية بإمكانها إلغاء تأثير هذا العامل.
للإلمام بهذا الموضوع فقد قسمنا هذا البحث إلى ثلاثة أبواب يسبقهم عرض مقدمة وإشكالية البحث.

أما الباب الأول: فيشمل على فصلين، الفصل الأول ويخص تعريف المخدرات، إلى جانب أنواع المخدرات، أما الفصل الثاني فيحتوي على نظريات المخدرات، إلى جانب طرح مشكلة المخدرات من بعدها الجيوسياسي.

يحتوي الباب الثاني على تحديد مفهوم عوامل الخطر، ويشمل هذا الباب على أربعة فصول، الفصل الثالث ويخص تعريف عوامل الخطر والوقاية، أصل هذا المفهوم إلى جانب تحديد بعض عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات، أما الفصل الرابع والخامس والسادس فشمّلوا مختلف عوامل الخطر والوقاية التي تم اعتمادها في هذا البحث وتم تقسيمها إلى:

- الفصل الرابع العوامل الانفعالية وتشمل كل من عامل الاكتئاب، والقلق من المستقبل.

- الفصل الخامس العوامل النفسية الاجتماعية وتشمل الرضا عن الحياة، والسند الاجتماعي.

- الفصل السادس العوامل المعرفية وتشمل عامل استراتيجيات التعامل مع الضغط.

على الرغم من أننا نعتقد أن كل العوامل يمكن تناولها من وجهة نظر نفسية اجتماعية إلا أننا تبيننا هذا تقسيم والغرض منه سهولة العرض.

أما الباب الثالث و الأخير و يخص تصميم و نتائج البحث حيث يشمل فصلين، الفصل السابع يتناول إجراءات البحث انطلاقا من الدراسة الاستطلاعية، ثم الإشكالية الخاصة للبحث فمتغيرات البحث، إلى جانب التذكير بأسئلة البحث ثم الوصول إلى اقتراح فرضيات البحث، تطرقنا كذلك إلى منهج البحث، العينة حجمها طريقة و مكان اختيارها، كما تناولنا بالتفصيل أدوات البحث، و التحليل الإحصائي المعتمد في هذا البحث.

أما الفصل الثامن فيشمل عرض و مناقشة نتائج البحث إلى جانب محاولة رسم ملامح للشباب الجزائري المتعاطي للمخدرات، وصولا إلى خاتمة البحث.

إشكالية البحث

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر المشاكل النفسية- الاجتماعية التي عرفها الإنسان لما تسببه من خسائر بشرية ومادية، وقد ظهرت في جميع المجتمعات، وعرفت مختلف الحضارات، وتعتبر من الظواهر التي جلبت اهتمام الكثير من المختصين حيث أنها تجاوزت المجال الطبي، إلى ممارسات أخرى مثل الطقوس الدينية، والبحث عن النشوة لدى الأدباء و الفنانين .

إن هذه الظاهرة أخذت مسارا خطيرا في السنوات الأخيرة و أصبح تعاطيها منتشرا في جميع الأوساط وبين مختلف الأعمار. فلم تعد تخص فئة دون الأخرى، فكل الفئات العمرية معنية لتجريب المخدرات، خاصة إذا علمنا أن عوامل الخطر في تعقد. ولهذا جندت عدة منظمات عالمية، وباحثين في مختلف الميادين النفسية، والطبية، والاجتماعية، والقانونية للاهتمام بهذه الظاهرة محاولة منهم فهمها ورفع اللبس الذي يحيط عدة جوانب مرتبطة بها مثل: تحديد المفاهيم والسببية

(Etiology) والوقاية والعلاج لمحاولة الحد من استهلاك هذه المواد القاتلة/ أو لخفض الطلب عليها .

إن التراث العلمي في سببية تعاطي المخدرات، وسوء استهلاكها تعتبر كثيرة، وفي عدة مجالات حيث نجد لكل من العوامل التالية تأثير معين:

- العوامل البيوراثية (1985, Crabe , Mc Swigan, Risner et Bard 1985)

- العوامل الاجتماعية (1985, Mc Carthy, Connors, Tarbox, 1985)

-العوامل النفسية (1986, Jessor, 1995, Kalling-Knight, 1995, Hawkins)

لقد توصل نيوكمب و آخرون (1992) Newcomb et al إلى أن من بين احتمالات التأثير التي درست لا يوجد عامل أو مجموعة من العوامل التي استطاعت لوحدها

تحليل سلوك تعاطي المخدرات، والإدمان عليها (1992 , Newcomb et al)

لذلك توجهت الدراسات الحديثة في تفسير سلوك تعاطي المخدرات إلى تبني النموذج

الابديميولوجي، والذي يعتمد على النموذج المركز على الخطر

وقد أكدت الكثير من الدراسات أن السبب في تحويل دراسة موضوع المخدرات نحو

هذا النموذج هو غياب تفسير يتسم بالشمولية، والتجانس.

(Kandel,1982 Newcomb et al, 1989, Hawkins et al ,1995)

و تجدر الإشارة إلى أن بعض الدراسات توصلت إلى أن هناك أشخاص من 13-19 سنة يجربون المخدرات رغم غياب عوامل الخطر، أي العوامل التي تدفعهم لذلك، كذلك هناك أشخاص يتعرضون لعوامل خطر مهمة ومع ذلك فهم لا يسيئون استهلاك المخدرات ، بل ولا يتعاطونها (Newcomb et al , 1992) و ذلك لأن هذه الفئة من الشباب لديها عوامل وقائية عالية. و لهذا نجد الدراسات الحديثة انتقلت من مجرد دراسة العلاقة بين الأحداث الضاغطة، (الضغوطات النفسية، والنفسية الاجتماعية، والصحية) إلى الاهتمام والتركيز على المتغيرات المدعمة أو الوقائية التي تساعدهم في المواجهة الفعالة للضغوط .

مسايرة لهذا التغيير هناك بعض الدراسات التي تناولت بالدراسة العوامل التي تقي الشباب من تعاطي المخدرات و الإدمان عليها (Newcomb et al, 1992) ونقصد بعوامل الوقاية مجموع المتغيرات البيوراثية، والنفسية، والاجتماعية،... التي تحد أو تنقص من إمكانية تجريب أو تعاطي المخدرات، أي العوامل التي تلغي

(Neutralise) تأثير عوامل الخطر وذلك من خلال التفاعل بينها

(Brook et al 1989, Brook et al 1985, Brook et al, 1986, Newcomb, 1991)

فالمتغيرات الوقائية تعتبر متغيرات وسيطة حيث تقوم بتعديل تأثير التعرض لعوامل الخطر (Hawkins et al, 1992) ، كما تقوم مباشرة على تخفيض الخلل في النشاط النفسي الاجتماعي (Hawkins et al, 1995)

و في هذا الإطار يؤكد روبنس (1978-1984) Robins على أن سرعة الوصول و التأثير بالمخدرات يرتبط بالعلاقة التفاعلية بين متغيرات الخطر ومتغيرات الوقاية (Brook et al , 1992) واللذان يمثلان نهايتان لخط مستقيم واحد، فإذا لم يتأثر شخص ما بعوامل خطر عالية ، فهذا يعني أنه يملك عوامل وقائية معتبرة (Newcomb et al , 1992)

لذلك اقترح بروك و آخرون (1990) Brook et al مبدأين هما :

- مبدأ خطر / وقائي - مبدأ وقائي / وقائي

فالمبدأ الأول يعني أن درجة متغيرات الخطر تؤثر على سلوك تعاطي المخدرات، فوجود عوامل خطر ولكن بدرجة منخفضة لا تؤدي بالضرورة إلى تعاطي الشباب للمخدرات، نتيجة ميل الكفة لعوامل الوقاية التي تبطل مفعول عوامل الخطر.

أما المبدأ الثاني فيعتقد بروك و آخرون (Brook et al (1990 أن التفاعل بين متغيرين وقائيين أو أكثر يكون مفعوله أكبر من تأثير متغير وقائي منفرد على سلوك تعاطي المخدرات، فإذا اعتبرنا أن الرضا عن الحياة عامل من العوامل الوقائية، فإن تفاعل الرضا عن الحياة والأهداف الحياتية يزيد من فعالية عوامل الوقاية .

لقد توصل في الاتجاه نفسه بروك و آخرون (Brook et al (1992 إلى تحديد مجموعة من عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، حيث وجد أن المتعاطين للمخدرات يتميزون بقابلية أقل للإنجاز وبقابلية أكبر للاستقلالية وعدم رضا اجتماعي وهم أقل مراقبة وأقل دعم من الوالدين و تأثر أكبر بالأصدقاء و احتمال أكبر للانحراف واتجاهات ايجابية نحو تعاطي الأصدقاء للمخدرات (Brook et al, 1992) أما شيرمان و آخرون (Sherman et al (1990 فقد ركزوا على تحديد مجموعة من العوامل الوقائية، وتوصلوا إلى أن الشباب غير المتعاطي للمخدرات يتميزون بمزاج مرن و توجه اجتماعي ايجابي و ذكاء و يمتلكون مهارات مهمة و تتميز أسرهم بالتماسك و الدفء خاصة في مرحلة الطفولة، إلى جانب السند الاجتماعي من طرف الأساتذة والأصدقاء، كل هذه المميزات تدعم المهارات الشخصية، و تساعد الشخص على تدعيم الاعتقاد السلبي نحو تعاطي المخدرات.

كما يحتكم الشخص على قيم اجتماعية واعتقادات سلبية نحو تعاطي المخدرات والكحول (Hansen and Graham, 1991) عن (Hawkins et al , 1995)

و تجدر الإشارة إلى أن العديد من الباحثين أمثال هوكينس ودمبو (Hawkins,1995, Dembo,1994) أكدوا على الدور المهم الذي تلعبه الأسرة كعامل وقائي من تعاطي المخدرات إذا كانت تتسم بالعطف والحب والتماسك والقدرة على حل مشكلاتها، وكعامل خطر إذا كان الجو العائلي يتسم بالصراع والرفض الوالدي والعقاب وعدم المراقبة، و إذا كانت أحد الوالدين أو كلاهما يتسم باتجاهات ايجابية نحو تعاطي المخدرات (Kalling- Knight et al ,1995)

كما توصل بري و آخرون، كاندل و آخرون، نيكمب و آخرون
(Bry et al,1982,Kandel et al,1987, Newcomb et al,1986)

إلى حصر 10 عوامل خطر من تعاطي الشباب للمخدرات و الاستمرار فيها

و الإدمان عليها، وهي :

- انخفاض المعدل الدراسي.

- انخفاض درجة التدخين.

- الاضطراب النفسي.

- الانحراف.

- التعاطي المبكر للكحول.

- تدني تقدير الذات.

- صراعات عائلية.

- تعاطي الأصدقاء للمخدرات.

- تعاطي الكبار (الإخوة، الوالدين) للمخدرات.

- الحاجة للإثارة.

أما ماك بريد و سيمبسون (1992) Mc Bride ,Simpson فقد حددا مجموعة من

العوامل، و المتمثلة في:

- الروابط العائلية.

- العلاقة مع الأصدقاء.

- تقدير الذات.

- المستوى المعيشي.

إلى جانب هذه المتغيرات تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط من المتغيرات
الوسيلة المعدلة للسلوك، لهذا ربط العديد من المهتمين هذا الموضوع بمتغيرات
أخرى، من بينها المخدرات، حيث توصل ألبى (1982) Albee إلى أن الأشخاص
الذين يستعملون استراتيجيات تعامل مع الضغط التكيفية يكونون بعيدين عن تعاطي

المخدرات (Van Hasslet et al , 1993)

كما أكد ليفيت (Leavitt 1974) أن تعاطي المخدرات هو تجنب للمشاكل، و بالتالي تجنب الحاجة إلى أخذ قرارات حولها.

أما سيجال وآخرون (Siegel et al 1989) فقد توصلوا إلى أن المراهقين يستعملون المخدرات للهروب من المشاعر، و صد الانفعالات، و تجنب الواقع، و مقاومة الضغط.

في حين توصل باركر و آخرون (Parker et al , 1994) إلى أن تعاطي الكحول و المخدرات هو نمط مقاومة انفعالي مثله مثل التفكير المرغوب فيه و البحث عن السند الاجتماعي و المعلومات و التعبير عن الانفعالات و الإنكار و القيام بنشاطات مريحة.

وفي الاتجاه نفسه تبين دراسة فاندكرو و آخرون (Fondacaro et al 1988) على وجود ارتباط عكسي ذي دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل، و سلم السلوكات الإدمانية.

وفي دراسة قام بها يونجران و ليفينسن (Youngren & Lewinsohn 1980) توصلوا إلى أن لمتعاطي المخدرات مهارات منخفضة في حل المشكلات.

أما بوليو و آخرون (1988) فقد قاموا بتصميم برنامج وقائي من سوء استهلاك المخدرات، و ذلك بتدريب مجموعة من تلاميذ بعض المدارس الابتدائية على حل المشكلات، اتخاذ القرارات، مقاومة تأثير الأصدقاء. و قد دام هذا التدريب 08 أسابيع و توصلوا إلى أن الأطفال الذين تلقوا هذا التدريب أصبحوا يملكون معلومات كثيرة حول المخدرات، و كذلك أصبح لديهم قدرة كبيرة على حل المشكلات.

أمالوسيتو و أوسات (Losciuto et Aussetts 1988) فقد قاما بتقييم فعالية برنامج وقائي من تعاطي المخدرات، و قد استفادت من هذا البرنامج عينة مكونة من تلاميذ المدارس الابتدائية تلقوا تدريباً يهدف إلى تطوير معارفهم و اتجاهاتهم نحو المخدرات و اكتسابهم مهارات حياتية (اتخاذ القرار، حل المشكلات، المهارات الاتصالية) كما تم تدريبهم على حل الصراعات و تسيير المهارات السلوكية، مع العلم أن مدة البرنامج دامت حوالي 12 أسبوعاً، و توصلوا إلى أن الأطفال الذين خضعوا

لهذا التدريب أصبحوا أقل عرضة لتجريب المخدرات (Van Hasslet et al , 1993) و يفسر جاكوبس(1986) Jacobs السلوكيات الإدمانية على أنها نتيجة خوف الشباب من المستقبل كما يرى أن العامل المشترك بين مختلف أنواع الإدمان هو توقع حدوث كل ما هو غير مرغوب.

كما توصلت جانسن (1994) Janssen إلى أن أهم العوامل التي تؤدي إلى الانتكاس في حالات الكحول و التدخين و الإدمان على الهيروين و في مختلف سلوكيات الإدمان هي الحالات الانفعالية السلبية كالغضب والخوف، و الاكتئاب و اليأس. و قد جاءت نتائج دراسة لهما و آخرون (1979) Lehman, et al لتأكيد نتائج الدراسات السابقة حيث توصلوا إلى وجود مستويات للأعراض الاكتئابية تتراوح من البساطة إلى الشدة عند أغلب المدمنين.

كما تؤكد نتائج دراسة كاندل و كسلر (1977) Kandel & Kessler الطولية حول استعمال المخدرات عند المراهقين إلى أن المزاج الاكتئابي منبئ مهم لبداية استعمال المخدرات غير الشرعية المختلفة عند المراهقين الذين جربوا سابقا الماريخوانا، و بالتالي فهم في خطر للتورط في أنواع أخطر و مستويات أعقد من تعاطي المخدرات.

يتضح جليا من كل ما سبق أن تعاطي المخدرات يظهر نتيجة تفاعل عدة متغيرات بيوراثية و نفسية واجتماعية، هذه المتغيرات مجتمعة أو متفرقة، حتى و إن حضرت فإنها لا تؤدي بالضرورة إلى تعاطي المخدرات، ذلك لأن هناك عوامل وقاية قد تبطل (Neutralise) تأثير عوامل الخطر إذا كان مفعولها أقوى .

بناء على هذا التصور، فإننا ننطلق من السؤال العام التالي:

- ما الذي يدفع ببعض الشباب إلى تعاطي المخدرات في حين يتمتع البعض؟

تفرعت عن هذا السؤال الأسئلة التالية:

السؤال العام الأول:

1- هل يوجد فروق دالة إحصائية بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير

المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر والوقاية؟

الأسئلة الفرعية الأولى:

- 1-1 هل الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟
- 1-2 هل الشباب المتعاطي للمخدرات أقل رضا عن حياتهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات؟
- 1-3 هل الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر قلقا عن مستقبلهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟
- 1-4 هل يدرك الشباب المتعاطي للمخدرات أسرته أقل دعما له من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟
- 1-5 هل يدرك الشباب المتعاطي للمخدرات أصدقائه أكثر دعما له من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟
- 1-6 هل يميل الشباب المتعاطي للمخدرات إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الانفعال أكثر من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟
- 1-7 هل يميل الشباب غير المتعاطي للمخدرات إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الأداء أكثر من الشباب المتعاطي للمخدرات ؟

السؤال العام الثاني:

- 2- ما هي متغيرات الخطر الأكثر دلالة بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات ؟

الأسئلة الفرعية الثانية:

- 2-1 هل تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات؟
- 2-2 هل يعتبر سند الأصدقاء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات؟

السؤال العام الثالث:

- 3- ما هي المتغيرات الوقائية الأكثر دلالة بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات؟

الأسئلة الفرعية الثالثة:

1-3 هل يعتبر السند الأسري أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات؟

2-3 هل تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى عدم تعاطي المخدرات؟

تمهيد :

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من أكثر الظواهر النفسية الاجتماعية التي تعتمد على عدة مفاهيم، مثل : الإدمان Addiction، إساءة استخدام العقاقير Drug Abuse، الاستخدام الخاطئ Drug misuse، الاستخدام الغير طبي Non medical use، الاعتماد Dépendance، الاعتياد Habituation، هوس التسمم Toxicomanie أو الاعتماد على العقاقير Pharmaco-Dependence، ويمكن القول أن بعض هذه المفاهيم يرتبط استخدامها بالمجال الذي صدرت منه، فمثلا:

- إساءة الاستخدام والاستخدام الخاطئ والاستخدام غير الطبي مفاهيم طبية، وصيدلية وكيميائية.

أما كلمة الاعتياد والإدمان والاستخدام القهري فيستعمله السيكولوجيون، والسيكاتريون. (فاروق سيد عبد السلام، 1988)

و من أجل رفع اللبس و الغموض عن المفاهيم الأساسية في بحثنا سنعمل على توضيحها فيمايلي:

1- تعريف المخدر:

يعرف المخدر لغويا بأنه : ستر يمد لجارية في ناحية البيت ، ثم صار كل ما وراءه من بيت ونحوه جدرا.

يقال جارية مخدرة إذا ألزمت الخدر و مخدرة(ابن منظور،1994،ص796) و الخدر إمْدَالًا يَغْشَى الأَعْضَاء:الرجل و اليد و الجسد وقد خدرت الرجل يخدر، والخدر من الشراب و الدواء:فتور يعتري الشارب و ضعف(ابن منظور،1994،ص 796)

ويضيف ابن الأعرابي : الخدرة ثقل الرجل وامتناعها على المشي،

خدر : كأنه ناعس، و الخادر : الفاتر الكسلان (ابن منظور، 1994،ص 796)

و أما في اللغة الفرنسية فكلمة Drogue تعني شيئاً ذو نوعية سيئة أو شيء قليل الفائدة، فهي كلمة كثيرة التداول و في مجالات مختلفة ، فقد تعني لعبة من ألعاب الورق التي كان يلعبها الجنود والملاحون ،كما أنها قد تعني العقاقير التي تستعمل في الصباغة و الكيمياء وفي الصيدلية كما أنها تعني الشيء الذي يؤدي إلى التسمم.

إن كلمة Drogue بالفرنسية ترتبط بكل ما هو سيئ وغير صالح كما لا يوحي بالثقة. و في القرن العشرين أصبحت كلمة Drogue في الكلام العام تعني المواد السامة و المخدرات (Webster,1981,p695)

أما كلمة Drug أو Narcotic ففي اللغة الانجليزية فهي كلمة تحتل معنى واحدا وهي المادة التي تستعمل طبيا والتي تؤثر على بنية و وظيفة الجسم.

إن ما يمكن ملاحظته في هذه التعريفات اللغوية لكلمة مخدر باللغة العربية و الفرنسية، واللغة الانجليزية أن هناك بعض العجز، خاصة في اللغة الفرنسية فكلمة Drogue استعملت في مجالات متباعدة و ذات معاني مختلفة، و مع هذا فله معنى من المعاني المختلفة التي تتميز بها هذه الكلمة و هو دواء سيئ أو الشيء الذي يؤدي إلى التسمم و على الرغم ما لهذه المعاني من الصحة فإنها تبقى عامة و لا تفي بالغرض.

أما في اللغة العربية فكلمة مخدر تعني ستر أو حجب العقل عن التمييز و الإدراك و قد يكون دواء أو شراب، وبهذا ففي اللغة العربية هناك بعض الإيضاحات لم تتميز بها أي من التعريفين السابقين(التعريف اللغوي للمخدر باللغة الفرنسية والانجليزية) و يمكن إجمالها فيما يلي:

- يمكن للمخدر أن يكون شرابا أو دواء.

- وصف بعض آثار تعاطي المخدرات (الفشل، الفتور، الكسل) و لا يقصد هنا إلا المخدرات المسكنة و هنا يكمن النقص فالمخدرات أنواع كثيرة فالإلى جانب المسكنات هناك المنشطات و المهلوسات .

أما من الناحية العلمية فكلمة مخدر تعني: " مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية." (Pelc,1983,P 218)

هذا الغموض أدى بمنظمة الصحة العالمية OMS سنة 1982 إلى اقتراح تعريف للمخدر حيث يبعد فيه المواد الضرورية(مثل الأدوية) لوظائف الإنسانية الحيوية: "هو كل مادة كيميائية أو مزيج من عدة مواد كيميائية و التي يحتاجها الجسم، إن تعاطي مثل هذه المواد تعدل من الوظائف البيولوجية و البنوية" (Messili,1994)

كما يعرف المخدر بأنه: " مادة طبيعية أو مصنعة تفعل في جسم الإنسان و تؤثر عليه فتغير إحساساته، و تصرفاته و بعض وظائفه و ينتج عن تكرار استعمال هذه المادة نتائج خطيرة على الصحة الجسدية و العقلية و تأثير مؤذ على البيئة و المجتمع" (رشاد عبد اللطيف، 1992، ص41-42)

أما بالنسبة لسعد المغربي(1984) فيعرف المادة المخدرة على أنها كل: " مادة خام أو مستحضرة تحتوي على مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا ما استخدمت في غير الأعراض الطبية و الصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود و الإدمان عليها، مما يضر بالفرد و المجتمع جسما و نفسيا و اجتماعيا" (رشاد عبد اللطيف،1992،ص40)

كما تعرف المخدرات بأنها: " عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط أو تسبب الهلوسة و التخيلات و تؤدي بمقتضاها إلى التعود أو الإدمان وتضر بالإنسان صحيا و اجتماعيا و ينتج عن ذلك أضرار اجتماعية و اقتصادية للفرد و المجتمع ،ويحذر استعمالها الشرائع السماوية و الاتفاقيات الدولية ،والقوانين المحلية." (رشاد عبد اللطيف،1992،ص40)

أما بالنسبة للأطباء: " فكل عقار نفسي (Psychotrope) هو في الحقيقة مخدر فعال حتى و إن كانت هذه المواد لا تملك نفس القدرة على خلق التعود عند المتعاطي." (Block,1993,p202)

من المآخذ التي يمكن أن نشير إليها على هذه التعاريف مايلي:
أولا: إن تعريف سعد المغربي (1984) لم يشمل المواد المهلوسة.
ثانيا: إن اعتبار كل مخدر عقار يمكن أن يؤدي إلى نوع من التناقض حيث نجد بعض المخدرات طبيعية.

كما أنه من الخطأ اعتبار كل مخدر هو عقار (Psychotrope) لأنه يوجد العديد من المواد الطبيعية.

انطلاقا من مختلف هذه التعريفات يمكن اقتراح التعريف التالي المادة المخدرة هي: " كل مادة طبيعية أو مصنعة تحتوي على مواد منبهة أو منشطة أو مهلوسة تؤثر على الجهاز العصبي مما يؤثر على وظائف الجسم ككل، و قد تتفاوت هذه المواد

من حيث قدرتها على إحداث التبعية ولكنها تحدث تعود مما يضر بالفرد جسدياً و نفسياً واجتماعياً،"

2- تعريف تعاطي المخدرات:

يعرف المركز القومي للبحوث الجنائية بمصر تعاطي المخدرات بأنه: " استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عقلي معين " (رشاد عبد اللطيف، 1992، ص40)

وهناك من يعرفه بأنه: " رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف - إرادياً أو عن طريق المصادفة - على آثارها المسكنة و المخدرة أو المنبهة و المنشطة ،تسبب حالة من الإدمان ،تضر بالفرد جسدياً، و نفسياً و اجتماعياً" (رشاد عبد اللطيف، 1992، ص40)

يرى ألفيكس Alvinks أن تعاطي المخدرات هو: " قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي. " (رشاد عبد اللطيف، 1992، ص40)

يعتبر مفهوم تعاطي المخدرات من المفاهيم الأكثر موضوعية كونه لا يقدم أي حكم، و ليس له أي دلالة على الإدمان، من هذا المنطلق فإن تعريف تعاطي المخدرات كونه " رغبة غير طبيعية... " أو "استعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي... " فيه الكثير من المبالغة، فهذا التعريف لا ينطبق على حالات من المتعاطين الذين يتعاطون المخدرات للتجريب فقط ففي هذه الحالة فإن الشخص يتعاطى المخدرات تحت ضغط الأصدقاء أو للامتنال و يمكن أن يتعاطاه مرة واحدة و يتوقف عن تعاطيها فيما بعد و بهذا فإن هذا الشخص لم يتعاطها لأنه يشعر برغبة غير طبيعية هذا من جهة، و تعاطي المخدرات مرة واحدة لا يؤدي إلى إتلاف الجانب الجسمي و العقلي.

3-تطور مفهوم الإدمان على المخدرات:

يعود تاريخ ظهور مفهوم الإدمان إلى بداية العشرينات، وقد كان واسع الاستعمال، فاستعمله الأطباء، رجال القانون، علماء الاجتماع،...و لكن كل واحد من

هؤلاء حدد هذا المفهوم بطريقته الخاصة انطلاقاً من ايديولوجيته وتقنياته.
(Bergeret, 1984)

ففي سنة 1930 كونت الأمم المتحدة لجنة من المختصين، وكلفتها بمحاولة إيجاد تعريف أكثر شمولية، دقة وعلمية إلى جانب هذه المهمة، فكانت من أهم المهمات التي أوكلت لهذه اللجنة، هي محاولة تصنيف المخدرات التي من شأنها أن تؤدي إلى الإدمان، ولم تنته هذه اللجنة من مهمتها إلا في سنة 1957، أين اقترحت المنظمة العالمية للصحة (OMS) التعريف التالي للإدمان: "الإدمان هو حالة من تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر وخصائصه هي :
- نزعة لزيادة كمية المخدرات.

- تبعية نفسية وغالبا ما تكون جسمية اتجاه المخدر.

- ظهور آثار مؤذية للشخص والمجتمع (Biron, 1979)
وهناك من يضيف إلى هذا التعريف ما يلي:

ظهور عوارض النقص (Syndrome d'Abstinence) عند الانقطاع الفوري
عن المخدر اختياريا كان أم إجباريا" (رشاد عبد اللطيف، 1992)

فحسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) 1957 فإن مفهوم الإدمان يطلق
أو يرجع إليه إلا في حالة ما إذا كانت المخدرات تخضع للمراقبة حسب
الاتفاقيات الدولية (Pelc, 1983, p215)

أما بالنسبة للمواد الأقل خطورة، والتي لا تخضع لنفس مقاييس المراقبة مثل
المجموعة الأولى (أي المجموعة التي تخضع للمراقبة) فقد اقترحت مفهوم "التعود"
(Pelc, 1983) (Drug Habituation, Accoutumance)

و يعرف التعود على أنه: "حالة ناتجة عن تعاطي متكرر لمخدر ما، مميزات
هذه الحالة:

- رغبة شديدة لمواصلة تعاطي المخدرات بسبب الإحساس بالراحة التي
تولدها المخدرات.

- وجود رغبة أو غيابها في زيادة كمية المخدر.

- غياب تبعية جسدية، وبالتالي عدم وجود تناذر الامتناع.

- آثار مؤذية للشخص فقط " . (Biron, 1979, p5)

إن تعريف التعود يحتوي على مفهوم التبعية النفسية فقط، كما أنه يعني تعود بسيط، وبالنسبة لبعض الباحثين أمثال Porot، فالتعود مرادف لظاهرة التحمل الفيزيولوجي.

كما أنه اعتبر جزءا من الإدمان (التعود) من بين الأجزاء، أو المفاهيم الأربعة، والتي تتمثل فيما يلي:

- التعود: Accoutumance

- التبعية: Dépendance

- التحمل: tolérance

- الخطر الاجتماعي والفردي.

3-1-1 التبعية: تعتبر التبعية لعقار ما حالة نفسية، وأحيانا جسدية، تنشأ عن التفاعل بين الكائن الحي والعقار، وتتسم باستجابات سلوكية وغير سلوكية، وتتضمن التفاعل بين الكائن الحي والعقار بصورة مستمرة ودورية، بغية الشعور بآثار نفسية، أو تجنب الألم الناجم عن غيابه، وقد يكون المرء قادرا على احتمال العقار وقد لا يكون، ويمكن أن يكون الشخص تابعا لأكثر من عقار (رشاد عبد اللطيف، 1992)

3-1-1-1 التبعية الجسدية: dépendance physique والتي نقصد بها "حالة تكيفية" تظهر على شكل اضطرابات جسدية حادة عندما ينقطع الشخص من تعاطي المخدر هذه الاضطرابات تشكل ما يسمى بتناذر الامتناع D'Abstinence syndrome وهي تتلخص في أبسط حالاتها في مايلي :

التثاؤب، دموع العينين، رشح في الأنف، العطس، العرق، ويتلو هذه الأعراض فقدان الشهية واتساع حدقة العينين، الرعشة، القشعريرة، وكلما زادت الأعراض ظهرت أعراض الحمى والتنفس العميق، ارتفاع ضغط الدم، عدم الشعور بالراحة، وأشد الأعراض حدة هي القيء، الإسهال، فقدان الوزن، وتزول الأعراض بالعودة الثانية للمخدر. (عبد الحكيم الغيفي، 1986).

3-1-2- التبعية النفسية dépendance psychique: غالبا ما تكون

التبعية الجسدية مصحوبة بتبعية نفسية، ولكن قد تحدث تبعية نفسية بدون أن تكون

مصحوبة بتبعية جسمية (Barclay,1984) فعندما يكف المدمن عن تناول المادة المخدرة تظهر عليه عوارض القلق، الانزعاج، والكآبة. (رشاد عبد اللطيف، 1992)، إلى جانب اشتهاؤ نفسي شديد، مشاعر بالتوتر الشديد، والخواء، فهذه الاستجابات النفسية تختلف من شخص لآخر ومن مخدر إلى مخدر.

3-2- التحمل أو الإطاقة Tolérance : فيعرفها Gordon (1970) بأنها:

الاحتياج إلى مزيد من العقار لكي يحدث نفس الأثر (فاروق سيد عبد السلام، 1988) أما Isbell et White (1968) فيعرفها بأنها: "نقص في أثر العقار ناتج عن تكرار تعاطي نفس الجرعة".

إن التحمل هي السرعة التي يتوقف بها الجسم مع هذه التغيرات الناشئة عن تناول العقار، العودة إلى حالة الاتزان، وفي معظم الأحوال، فإن الجسم يتفاعل ويتواءم مع هذه العقاقير، بحيث تقل الاستجابة للجرعة الأصلية، وعلية فإن زيادة الجرعة هي الحل الوحيد أمام متعاطي العقار للحصول على تأثير الجرعة الأصلية (فاروق سيد عبد السلام، 1988، ص115)

3-3 الخطر الاجتماعي والفردي :

إن تعاطي المخدرات والإدمان عليها قدرة هائلة لتعطيم الفرد، وآثاره تمس جميع جوانب حياته، ليس فقط الجانب الاجتماعي والنفسي، بل الجانب الجسمي والاقتصادي أيضا، فقط دلت نتائج البحث التي أجريت على مختلف أنواع المخدرات، إن الإدمان عليها يؤثر على إنتاجية الفرد كما وكيفاء، وذلك نتيجة ما يطرأ من تغيرات فيزيولوجية تؤثر على جهازه العصبي، فيحدث اضطراب في إدراك الزمان و إدراك الصوت و إدراك الألوان وقلة وضوح الرؤية للأشخاص وللأشياء واضطراب إدراك المسافات و إدراك الأحجام واضطراب الذاكرة وانخفاض كفاءة التفكير وبوجود مثل هذه الاضطرابات فإنه يتعذر على متعاطي المخدرات القيام بأبسط الأعمال، سواء من ناحية الإنتاج الفكري أو العضلي.

وقد توصل المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية إلى أن الإنتاج لا يقل في اليوم الذي تعاطى فيه الشخص المخدر، بل يتعداه إلى اليوم التالي (محمد رفعت،

(1988)

وقد وجد بوكيه حالات عديدة من المدمنين، متدهورين في عملهم ، وأن كفاءتهم في العمل تقل تدريجيا كما يصبح يفتقد إلى الطاقة المهنية والحماس والإرادة اللازمة لتحقيق واجباته اليومية، وكل هذا يؤثر على اقتصاد البلاد ككل بطريقة مباشرة أو غير مباشرة.

كما أن المخدر يستحوذ على أكبر قسط من دخل الفرد مما يضطر الأم والأطفال في حالات كثيرة الاتجاه إلى العمل على الرغم من عدم قدرتهم على ذلك. إن تعاطي الأب أو أحد أفراد العائلة للمخدرات أو الكحول يؤثر تأثيرا بالغا على الحياة الأسرية فتصيبها إصابات بالغة في تكوينها، ووظيفتها، فالجو العائلي المضطرب يعطل الأسرة على أداء وظائفها على أكمل وجه في تربية أبنائها وتكوينهم تكوينا سليما، مما ينعكس سلبا على المجتمع، فالمدمن لا يملك القدرة الكافية على رعاية أطفاله عاطفيا وماديا، مما يضع أطفاله عرضة إلى انحرافات سلوكية أو اضطرابات نفسية، أما الناحية الجسمية، فقد جاء في تقرير للجنة الأفيون والمخدرات الخطيرة بالولايات المتحدة الأمريكية، أن هناك بعض الآثار الفيزيولوجية تحدث لأغلبية المتعاطين نتيجة تعاطيهم لمادة الحشيش، والتي تظهر حوالي ساعة من بدء التخدير (سعد المغربي، 1984) وقد بينت عدة بحوث أن هذه الأعراض تختلف باختلاف طريقة التعاطي، والتكوين البدني للفرد، والحالة الصحية، وكذلك وقت أخذ المخدر.

ومهما يكن فإن الباحثين متفقون على أن الإدمان على الحشيش يتسبب في انخفاض وظائف الأعضاء والجهاز العصبي، وفي ظهور عدة أمراض، مثل : التهاب الملتحمة، واضطرابات تنفسية التهاب الشعب، والتهاب رئوي، ومرض السل، وقرحة الحلق، والتهاب البلعوم، ...

أما الآثار السلبية لتعاطي الحشيش خاصة على نفسية الفرد فتتضح هي كذلك إلى عوامل كثيرة، منها: التكوين النفسي للشخص، والذي يشمل على مستوى ذكائه اتزان الانفعالي، حالته المزاجية، بصفة عامة سمات شخصية، فالقلق، الاكتئاب، أهم ما يميز المتعاطي للمخدرات، إلى جانب توصل بوكيه إلى أن المتعاطي للمخدرات يصبح شخصا مترددا، وجد عدواني، وقد يؤدي في بعض الأحيان إلى الإجرام

(سعد المغربي، 1984)، وما يزيد الأمر تعقيدا هو الانحراف الجنسي الذي قد يعاني منه، اضطراب المزاج... وفي بعض الحالات فالتشرد، والمرض العقلي يكون مصير المدمن على المخدرات.

تعرض مفهومي الإدمان والتعود للكثير من النقد من قبل بعض المختصين حيث أكدوا أنهما غير عمليين وغير دقيقين فمثلا: الحشيش و المهلوسات و الكوكايين لا تؤدي إلى تبعية جسدية، ومع ذلك فهي تصنف مع المخدرات التي تخضع إلى رقابة دولية، إلى جانب هذا، فالاستعمال غير العقلاني مثل بعض الباربيتوريك أو الكحول يمكن أن تؤدي إلى تبعية نفسية وجسدية، مع وجود تناذر الامتناع، احتمال من طرف الجسم، كما أنه يشكل خطرا اجتماعيا حتميا بصفة عامة، فهذه المواد يمكن أن تؤدي إلى الإدمان، ومع ذلك فإنها لم تخضع لا إلى مراقبة دولية، ولا إلى تقنين صارم (Pelc, 1983)

إن العجز الملاحظ من قبل بعض المختصين في المنظمة العالمية للصحة في هذه المفاهيم جعلهم يبحثون عن مفهوم أكثر دقة، وعلمية، وقد ركزوا جهدهم على نقطة مهمة لاحظوها، والتي تعتبر المؤشر بين الحالتين: الإدمان، والتعود، وهي التبعية، ولذلك قامت اللجنة المكلفة من المنظمة العالمية للصحة بالتعمق في هذا المفهوم، وكانت سنة 1965 السنة التي اقترحت فيها هذه اللجنة تعريفا للتبعية: " حالة تنتج عن تعاطي دوري أو دائم متكرر لمخدر ما" (Bergeret, 1984) إن ما حاولت القيام به هذه اللجنة، هو جعل مفهوم التبعية مفهوما علميا سلوكيا قابل للقياس ... ولكن ما لم يوضع في حسابهم أن التبعية كحالة يعيشها الفرد، لا يمكن أن تتناقش بدون أن تأخذ بعين الاعتبار وضعية الفرد التزامه اتجاه التبعية هذا من جهة، ومن جهة أخرى فالتبعية لا تكفي لحصر ظاهرة معقدة، مثل ظاهرة الإدمان، على الرغم من أنها تعتبر عنصرا مهما، كما أنها لم تقدم حكما قيما، ولم تعتبر الإدمان كسلوك ضد المجتمع.

نلاحظ بوضوح، غموض هذا التعريف وبالتالي دقته، وعدم قدرته على احتواء ظاهرة تعاطي المخدرات بصفة عامة، بل لم تمس إلا جزءا من هذه الظاهرة التي تعتبر كلا متكاملًا.

وقد توصلت هذه اللجنة إلى اقتراح تعريف جديد، وكان ذلك سنة 1969، إذ شهد له الملاحظون والمختصون في ميدان المخدرات بالدقة والموضوعية، فقد عرفت **Pharmacodépendance** التبعية للعقاقير " بأنها حالة نفسية، وفي بعض الأحيان كذلك جسدية، ناتجة عن التفاعل بين الكائن الحي والدواء، تتميز بتغيرات سلوكية، وبتغيرات أخرى، والتي تكون مصحوبة دائماً برغبة في أخذ الدواء بطريقة دائمة أو دورية، حتى تحصل على التأثيرات النفسية، وفي بعض الأحيان تجنب الانزعاج، وفي حالة عدم حصوله على المخدر (Etat de manque) هذه الحالة يمكن إن تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بالتحمل، إن الشخص يمكن أن يعود على عدة أدوية". (Biron, 1979, p20,21)

إن أهم ما يميز مفهوم التبعية للعقاقير **Pharmacodépendance** عن غيره من المفاهيم، هو عدم اعتبار تعاطي المخدرات كسلوك ضد المجتمع، ولم يقدم أحكاماً قيمية، هذه الميزة يشترك فيها كذلك مفهوم التبعية، ولكن ما نلاحظه في هذا التعريف ولم نلاحظه في غيره هو مفهوم التفاعل، أي تلك العلاقة الدينامية بين المادة المتعاطاة وشخصية المتعاطي وبنية الفيزيولوجية، فهذا التفاعل الثنائي هو الذي يحدد لنا التغيرات السلوكية، وتغيرات أخرى كما جاء في التعريف، فقد يتعاطي شخصان كمية واحدة من مخدر ما، ولكن لا تكون استجابتهما بالدرجة نفسها، ولا بالطريقة نفسها، لذلك فالعامل الشخصي مثل: البنية الفيزيولوجية سمات الشخصية، الظروف الاجتماعية الاقتصادية، الاجتماعية الديموغرافية، لا يمكن أن نغفل عنها، والتي تعتبر من العوامل المحددة لسلوك الإدمان، رغم أن هذا التعريف في مجمله يبدو شاملاً وعلمياً إلا أن هناك بعض الغموض والنقائص.

- أول نقطة يمكن أن نتحدث عنها هي اعتبار كل المخدرات دواء، مع أننا نعلم أن هناك بعض المواد، والتي لا تستعمل طبياً، ومع ذلك يمكن أن يدمن الشخص عليها، أي يمكن أن تؤدي إلى تبعية في غالب الأحيان مثل السجائر، القهوة، الكحول، فهي مواد تؤدي إلى تبعية نفسية وجسمية، واستعمالها نادر في المجال الطبي.

- وثاني نقطة يمكن أن ترتبط برأي أولفنشتاين **Olivenstein** حيث يؤكد على أننا لا نستطيع دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات، إذا لم نحاول فهم العلاقة الثلاثية بين: الشخصية (المتعاطي)، المادة (المخدر)، والإطار الاجتماعي الثقافي.

- الشخصية والبعد النفسي:

يعتبر الشخص مجموعة من المعتقدات، والتصورات، والدوافع الداخلية، والخارجية، والتوقعات، تساعد على التعامل مع المثيرات الخارجية، وتبني بعض السلوكيات، ونبذ البعض منها، والاستجابة لبعض المثيرات ليس بالطريقة نفسها، و لا الدرجة نفسها مع بعض الأشخاص، فقد تختلف الاستجابة من شخص لآخر، فعلى سبيل المثال، بعض الشباب من يتعاطى مخدر ما لمجرد الفضول، حب المعرفة، ... ومنهم من ينقطع بعد التجربة الأولى، ومنهم من يواصل لشعوره باللذة، والراحة، ومنهم من تدفعه المشاكل العائلية، كالشعور بالقلق، والاكتئاب، ... إلى اللجوء إلى المخدر.

- البعد الاجتماعي الثقافي :

كثيرون هم الذين يعتبرون الإدمان على أنه حدث اجتماعي ثقافي، وهذا ما يجعل البعد الاجتماعي الثقافي ذا أهمية كبيرة إذ يسمح بتكوين مجموعة من التصورات، فهم الرموز والتعامل معها، وبهذا يصبح شخصا اجتماعيا متكيفا في إطار اجتماعي ثقافي خاص به، فهذا التكيف الناتج عن الامتثال لقيم ومعتقدات الجماعة التي يعيش فيها الفرد، هو الذي يساعده على النمو والشعور بالأمن والطمأنينة، ولكن ظهور الإدمان في أوساط الشباب لا دليل على القطيعة الموجودة بين الشخص والجماعة التي ينتمي إليها، أي بين الشخص وقيم مجتمعه، فالإدمان في الحقيقة يكشف لنا عن أزمة الهوية التي تمر بها مجتمعاتنا، كما أنه يكشف لنا عن التناثر الذي حدث، ويحدث بين الفرد والأفكار الجديدة ... والتي أثرت على البنية الاجتماعية الثقافية للمجتمع، وهذا ما أدى إلى ظهور ثقافات فرعية، تعبر عن رفضها لوصاية المجتمع عليها، وسخطها على الطريقة التي تسيير بها مجتمعه والعالم بأسره.

المادة المتعاطاة:

قد تتوفر جميع الشروط النفسية والاجتماعية الثقافية، ولكن لا يوجد مخدر، فهل يحدث تعاطي؟ بطبيعة الحال لا، فوجود المخدر في وسط الفرد الذي يعاني من مشاكل نفسية، واجتماعية، وثقافية، أمر ضروري حتى يحدث التعاطي، ولكن كيف يتم اختيار المادة المراد استهلاكها؟ فحسب كونيك Cognic فإن استهلاك الإنسان للمخدرات يتوقف على الطبيعة الكيميائية للمادة (Bergert, 1984)، فالآثار التي يريد أن يعيشها الشخص، هي التي تحدد اختياره إلى جانب عوامل أخرى ذات أهمية ثانوية، ولكن يبقى أن السلوك الإدماني من أكثر السلوكات تعقيدا، لأن الملاحظة العيادية بينت أن بعض المدمنين على الهيروين، في حالة غياب المخدر، فإنهم يخفون من قلقهم بحقن من الماء عوض الهيروين، أو بوخز بالإبر، وهذا يكفي لغياب القلق، لذلك فحتى المادة المتعاطاة تتأثر بشخصية الفرد.

4-تشخيص الإدمان على المخدرات حسب الدليل التشخيصي للأمراض

العقلية النسخة الرابعة مراجعة DSMIV-R

يعتمد الدليل التشخيصي DSMIV-R على نظام المحاور المتعددة حيث يشير كل محور إلى مجال معين يشمل مجموعة من المعلومات خاصة بالمجال التي قد تساعد الأخصائي الاكلينيكي على التخطيط للعلاج والتنبؤ بنتائج الخدمات النفسية المقدمة، و يحدد التصنيف متعدد المحاور Classification Multiaxiale في خمسة محاور، يمكن تقديمها على شكل تقرير، وقد أوصى مصممو هذا النموذج إلى تقديم هذا التقرير بالصورة التي تعرض في هذا البحث، مع إمكانية إجراء بعض التعديلات التي يراها المختص ضرورية للقيم بعمله:

المحور الأول: الاضطرابات الإكلينيكية.

حالات أخرى قد تكون موضوع فحص إكلينيكي.

المحور الثاني اضطرابات الشخصية تأخر عقلي

المحور الثالث: حالات طبية عامة.

أ- تناذر الفطام الخاص بالمادة المتعاطاة

ب- تعاطي نفس المادة (أو مادة قريبة جدا) للتخفيف أو لتجنب أعراض الفطام
Sevrage

- 1- يتم تعاطي المادة بكميات أكبر وأثناء مدة أطول مما معمول به.
 - 2- رغبة دائمة أو جهود مضنية للتخفيض أو في استعمال المادة
 - 3- قضاء وقت مهم في نشاطات للحصول على المادة، أو استهلاك المادة، أو بالتخلص من تأثير التعاطي.
 - 4- الانسحاب أو التقليل من النشاطات الاجتماعية، المهنية، أو ترفيهية المهمة، بسبب استهلاك المخدرات
 - 5- الاستمرار في تعاطي المخدرات رغم أن الشخص على دراية بالآثار النفسية والجسمية التي تسببها له هذه المادة،
- مع تبعية جسمية: وجود التحمل (الإطاقة) Tolerance أو الانقطاع " فطام" Sevrage
- بدون تبعية جسمية: غياب وجود التحمل (الإطاقة) Tolerance أو الانقطاع " فطام" Sevrage

المحور الرابع: مشكلات نفسية اجتماعية - وبيئية

- مشكلات مع جماعة السند الأساسية
- مشكلات مرتبطة بالمحيط الاجتماعي
- مشكلات تربوية
- مشكلات مهنية
- مشكل السكن
- مشكلات اقتصادية
- مشكلات التعامل مع الخدمات الصحية
- مشكلات مع المؤسسات القانونية/ عقابية
- مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية وأخرى

المحور الخامس: التقدير الشامل لتوظيف إمكانات الفرد

يوفر لنا نظام المتعدد المحاور نموذجاً شاملاً وهاماً يساعدنا على عمليات التقويم الشامل والمنظم وإجراءاته علاوة على ذلك فإن نظام التقدير متعدد المحاور يدفع على تطبيق النموذج الحيوي (السيكولوجي) النفس الاجتماعي ويرتقى به في مجالات الإكلينيكية والتعليمية والبحثية.

مؤشرات التبعية للمواد المخدرة: Critères de dépendance à une substance

حسب DSM IV_ TR فإن استخدام مادة مخدرة تؤدي إلى اضطراب السير أو ألم له دلالة عيادية تتميز بثلاثة (أو أكثر) من التظاهرات التالية:
تحدث في أي فترة خلال الإثني عشرة التي تظهر فيها هذه الأعراض:
1- الإطاقة أو التحمل، والتي تعرف من خلال العرضيين التاليين:
أ- الحاجة إلى كميات المتزايدة للحصول على حالة التسمم أو التأثيرات المرغوب فيها.

ب- انخفاض في آثار المخدرات نتيجة تعاطي المستمر لنفس الكمية

2- الانقطاع (sevrage) أو الفطام

بالنسبة لسوء استخدام المخدر:

يرتكز تشخيص سوء استخدام العقاقير والمخدرات على تحديد أنماط السلوك اللاتكفي أو المشكل لتعاطي المادة، ويتميز هذا النمط بوجود تظاهرة على الأقل تظاهرة، من التظاهرات التالية خلال فترة اثني عشرة شهراً (12)

1- التعاطي المتكرر للمخدر يؤدي إلى عدم القدرة على القيام بواجباته الأساسية في العمل، في المدرسة أو في البيت،

2- التعاطي المتكرر في وضعية خطر مادي (جسمي).

3- مشاكل قانونية متكررة مرتبطة بتعاطي المخدرات.

4- التعاطي المستمر رغم المشاكل الاجتماعية التي تسببت فيها المخدرات أو زادت من حدثها.

الأنماط الأصلية التشخيصية للاضطرابات المتعلقة بالتعاطي:

تحدد الاضطرابات المتعلقة بالتعاطي في ثلاثة أنماط أصلية تشخيصية:

1- الاعتماد أو سوء الاستخدام.

2- التسمم والانسحاب.

3- زمالات الأعراض النفسية الناتجة عن التعاطي المادة.

5- أنواع تعاطي المخدرات :

ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمن عليها،

من هذا المنطلق فقد تم إدخال المتعاطين للمخدرات في ثلاثة فئات وهي :

5-1- التعاطي التجريبي أو الاستكشافي: Usage Experimental

يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاطى فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاثة مرات في حياته، دوافعه غالبا ما تكون فضولية، لاستكشاف أحوالها.

و يعتبر الإشهار القصدي أو غير القصدي، من طرف الأصدقاء، وفي بعض

الأحيان وسائل الإعلام أحد العوامل التي تدفع بالشباب لتعاطي المخدرات.

5-2- التعاطي العرضي أو الظرفي : Usage occasionnel

يعني أن الشخص يتعاطي المخدرات من وقت لآخر، وقد لا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر، فلا يشعر بتبعية نحوه، ولا يتعاطاه إلا في حالة توفرها بسهولة، ويكون تعاطي المخدر عادة، عفويا أكثر منه مديرا، وقد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية. (هيلين، بوليس، 1988).

5-3- التعاطي المنتظم: Usage Regulier

يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحلتين السابقتين في تعلق المتعاطي بالمخدرات، ويقصد به التعاطي المتواصل و المنتظم للمخدرات، و يرتبط وصول المتعاطي لهذه المرحلة بالعوامل النفسية مثل الاكتئاب و القلق و اليأس و الاحباط أكثر من ارتباطه بالعوامل الخارجية مثل وسائل الاعلام و تأثير الأصدقاء.

5-4- التعاطي الكثيف أو القهري Pharmaco Dépendance :

إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، كما قد يتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، فالمدمن هو أي فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا، بحيث يضر بصحته، كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة لإدمانه (فاروق سيد

عبد السلام، 1988)، تعتبر درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل المركزي في التعاطي القهري، ويكون الفرد تابعا نفسيا، وفي بعض الأحيان جسديا للمخدر، وقد تظهر مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية، وتبدأ علاقاته تسوء مع أسرته، وأصدقائه والمحيطين به.

6- أهم تصنيفات المخدرات :

حسب الإحصائيات لسنة 1987، فإن المواد المخدرة يفوق عددها 500 مركب، تتصف جميعها بتأثيرها على المتعاطي والمدمن، وتؤدي إلى مشاكل صحية. (رشاد عبد اللطيف، 1992)

ونظرا لوجود أنواع كثيرة من المخدرات، فقد ارتأى بعض الباحثين ضرورة تصنيفها، حتى يسهل على المختصين التعامل مع هذه المعطيات، لهذا السبب ظهرت عدة تصنيفات، و من أقدمها التصنيف الذي اقترحه الصيدلي الألماني لفين lewin (Phantastica) و الذي يعتمد على مبدأ تأثير المخدرات، ويشمل تصنيفه على خمسة مجموعات، وحسب تأثيرها، وهي كمايلي:

-المغبطات أو المبهجات (Euphorica)

-المهلوسات (Phantastica).

-المسكرات (Inebriantia) ويشمل على المواد التي تؤدي إلى السكر، مثل الكحول، الإيثار (Ether).

-المنومات (Hypnotica) وتشمل على المواد التي يؤدي إلى النعاس.

-المثيرات (Excitantia) وتشمل على المواد التي تثير الجهاز العصبي مثل القهوة،

القات (Gregory, 1974).

وهناك تصنيف آخر يعتمد على مبدأ التأثير، و يشمل ثلاثة مجموعات، وهي:

- المهبطات أو المسكنات: ويشمل على المسكنات، المنومات، والمهدئات.

- المنشطات : ويشمل على الأمفيتامين، الباربيتوريك ..

- المهلوسات: ويشمل على (ل. س. د) P. C. P، الميسكالين ...

وهناك تصنيفات أخرى تعتمد على لون المخدر، وقد قسمت المخدرات إلى:

- مخدرات بيضاء: ويشمل على المورفين، الهيروين، الكوكايين.

- مخدرات السوءاء: ويشمل على الحشيش، الأفيون.
إلا أن هذا التقسيم غير دقيق، إذ أن لون المخدرات يتأثر بدرجة نقائها ومناطق إنتاجها، وطرق حفظها (رشاد أحمد عبد اللطيف، 1992)
وهناك تصنيف آخر، يعتمد على مصدرها، وهي كما يلي:

-المخدرات الطبيعية: Drogues Naturelles

-المخدرات المصنعة : Drogues Synthétiser

أما التصنيف الأكثر استعمالاً في الأوساط السيكاثرية، هو تصنيف دينكر ديلي (Denicker Delay 1957)، ويعتمد هذا التصنيف حسب الخصائص العلاجية (Bergeret, 1984)، وقد قسموا المخدرات إلى 03 مجموعات، وهي كما يلي:

-المسكنات: psycholeptique Sédatif

-المنشطات: Psychoanaleptiques stimulants

-المهلوسات: Psychodyleotique Hallucinogène

أما فارن (Varene 1971) فيقترح التصنيف، و الذي يعتمد على التبعية للمادة المخدرة التالي:

-التبعية الجسمية: الأفيون ومشتقاته، الباريتوريك، الكحول، وبعض المسكنات.

-التبعية النفسية و الجسمية: الأمفيتامينات، Lsd، ومهلوسات أخرى.

-التبعية النفسية: الكوكايين والقنب الهندي. (Gregory, 1974)

7-أنوع المخدرات :

وضعت الأمم المتحدة بمقتضى معاهدة عام 1961 قائمة تحوي 100 نوع من المخدرات تخضع للمراقبة الدولية 70 منها مخدرات مصنعة، رغم ذلك فإننا نعيش مرحلة من الفوضى حيث كثرت أنواع المخدرات إلى درجة أنه يصعب وضع قائمة نهائية لها ، نتيجة الانتشار غير الشرعي للمخابر، و ترجع هذه الفوضى بالدرجة الأولى إلى تفكيك الكثير من شبكات التهريب و الترويج إلى جانب إخضاع الكثير من المخدرات للمراقبة الدولية، مما أدى إلى التوجه إلى المخدرات المصنعة

وخاصة الأدوية النفسية (Psychotropes) و التي لا تخضع للمراقبة الدولية، سنحاول في هذا العنصر أن نسلط الضوء على أهم أنواع المخدرات .

7-1-1- المسكنات:

لقد قسم المختصون المخدرات المسكنة إلى نوعين:

7-1-1-1 المسكنات الأفيونية

فأما النوع الأول فيشمل على المادة الأساسية و هي الخشخاش أو الأفيون، أول من اكتشف هذه المادة هم سكان وسط آسيا في 7000 قبل الميلاد، ومنها انتشر في مناطق العالم المختلفة، وعرفه المصريون القدماء 4000 سنة قبل الميلاد، وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق م عن موسم حصاد الأفيون، وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان، ولكنهم أساءوا استعماله فأدمنوه، وأوصى حكماؤهم بمنع استعماله (صلاح عبد المتعال، 2001) وعرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن الميلادي، وقد وصفه ابن سينا لعلاج التهاب الرئة.

يعتبر الأفيون Opium وقلوانيات الأفيون ومشتقاته مصدر المخدرات المسكنة يستخرج الأفيون الخام من ثمرة نبات الخشخاش Papares Somniferum الذي ينمو في جنوب شرق آسيا، وإيران، وتركيا بعض بلدان الشرق الأوسط وثمره الخشخاش بيضاوية الشكل، ينساب منها عند شقها سائل أبيض اللون يتجمد ويتغير لونه ليصبح رمادي أو أسود عند تعرضه للهواء، يتم تعاطيه عن طريق التدخين أو البلع، أو استحلابه تحت اللسان، وتضاف له مواد سكرية نظراً لمرارته. حيث تمتص هذه المادة عن طريق مضغ أوراق النبات، وبمجرد مضغ الأفيون يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، وحتى أنه ينسى الشعور بالجوع، ثم بعد ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني، واضطرابات هضمية وإمساك والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم، بالإضافة إلى بعض الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام، والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكتئاب.

يحتوي الأفيون الخام على المواد التالية:

أ- المورفين 10% هو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العالم الألماني " سبرترز" عام 1806 من فصلها عن الأفيون (صلاح عبد المتعال، 2001) تركيبته الكيميائية هي (C 17 H 19 N03). ويستخدم طبيا على شكل حقن كمسكن للألم.

يعتبر أول مشتقات الأفيون وأهم مادة فعالة في الأفيون الخام (فتحي دردار، 2000).

ب- النوسكاين 6%

ت- البابايرين 01% ويستعمل طبيا في توسيع الأوعية الدموية.

د- الكودايين الذي يستخدم في تسكين السعال، وتقلص الأمعاء.

هـ- الثيباينتين، والنارستين .

كما يحتوي مواد أخرى مثل حمض الميكونيك، وأحماض عضوية أخرى ويحتوي على حمض الكبريتات .

يؤدي المورفين إلى تبعية نفسية وجسدية

وتتقسم مشتقات الأفيون إلى:

1- مشتقات خام: مثل المورفين، والكودايين والبابايرين

2- مشتقات نصف مصنعة مثل الهيروين (ثنائي أستيل المورفين) ويوجد على شكل مسحوق، عادي أو أبيض ناعم الملمس له رائحة تشبه رائحة الخل نسبة المادة المخدرة 30% (فتحي دردار، 2000) والمادة الأساسية في الهيروين هي المورفين، حيث تجري عليها بعض العمليات الكيميائية وإضافة بعض المواد إليه مثل الكينين والكافيين. يستخدم عن طريق الاستنشاق أو بحرقه على ورق الأليمنيوم واستنشاق أبخرته أو إذابته في الماء وحقنه في الوريد، ويستخدم الهيروين طبيا في تسكين آلام السرطانات رغم أنه من المخدرات المحظورة في المجال الطبي بناء على توصية لجنة المخدرات فقد عوض بمسكنات أخرى أقل منه خطورة ويعتبر الهيروين من أكثر مشتقات المورفين تفضيلا لدى المدمنين لما تحدثه من نشوة عالية.

وفي بعض البلدان يضاف إليه مسحوق عظام جماجم الأموات كما هو الحال في الهيروين المستعمل في مصر والذي يطلق عليه اسم " أبو الجماجم" (صلاح عبد المتعال، 2001).

أ-الميتادون: استعمل في البداية كبديل للمورفين في تسكين آلام جروح الجنود الألمان أثناء الحرب العالمية الثانية. وبعد مدة اتضح انه يسبب الإدمان خاصة إذا تجاوز المريض الجرعة المحددة، و الميتادون يستعمل على شكل أقراص وحقن (فتحي دردار، 2000).

توجد في الأسواق عدة عقاقير كلها مشتقة من الميتادون منها: الكيتوبيميديون Ketopemidone الفورنوبريدين Phonoperdine الفينيتيل ، الاتورفين Etorphine اليديبيبانون Dipipanone.

ب-لبيتدين : أو الميبيريدين Meperidine ويعرف تجاريا باسم دولوسال Dolosal وهو مسكن قوي للألم يستعمل على شكل أقراص وحقن، ومن أهم الأعراض التي يحدثها الإدمان عليه: الهيجان والتشنج والصرع وقد يسبب شعورا بالدوار يؤدي إلى فقدان التوازن. توجد عقاقير عديدة في الأسواق مشتقة منه مثل ألفابرودين Alphaprodine اللوبيراميد Loperamide وأنيل ريدين Anilidine (فتحي دردار، 2000، ص 40).

يتم تعاطي هذه المواد بطرق مختلفة فإما عن طريق البلع، أو عن طريق الحقن في العضلات أو في الوريد، أو التدخين. تستعمل مادة الأفيون و مشتقاتها في حالات الأوجاع الحادة ، الإسهال، و كذلك السعال.

7-1-2 المسكنات غير الأفيونية:

أما النوع الثاني فيشمل على مركبات مصنعة وهي التي تستحضر في المختبرات بدون استخدام الأفيون الخام ومنها البيثيدين والميتادون ومشتقات المورفينات مركبات مصنعة شبيهة بمشتقات الأفيون من أهمها:

- الباربيتوريك Barbituriques:

ويشمل على مادتين أساسيتين وهما:

- المألونيل اليوري Malonl Uree

- حمض الباربيتوريك Acide Barbiturique

عزلت أكثر من 2500 خزيئة تم تسويق حوالي 50 منها من أهمها: فيرونال Venoral ليمورال Lumioral ou Gardinal، فينوباربيتال Phenobarbital ، تؤخذ هذه المواد عن طريق البلع، أو عن طريق الحقن. تستعمل هذه المواد لعلاج الأرق، الاضطرابات العصبية، القلق، علاج الربو، يستعمل في التخدير.

-البيتروديازيبين Bitrodiazipine: بالنسبة لهذه المادة فقد تم عزل حوالي 3000 جزئية، و يتم تسويق حوالي 20 مادة من أهمها:

- فاليوم Valium

-الترونكسان Tranxene

- البروهينول Prohynol

-الموقادون Mogadon

لها نفس استعمالات الباربيتوريك .

- الميتاכולين Metacholine

-البروميد Promid

- البننتازوسين Pentazocine والديكستربرو نوكسيفين

من الأعراض الناتجة عن تعاطي الأفيون ومشتقاته:

- الغثيان و فقدان الشهية و الإمساك و الارتباك و تصبب العرق، قيئ و غثيان، و صعوبة في التبول و تشنجات في المرارة و جفاف في الفم و احمرار في الوجه و دوار و تباطؤا في ضربات القلب و تغيرات في الحالة المزاجية مصحوبا بشعور بالتعب و الضيق النفسي و ضيق في حدقة العين و ارتفاع في الضغط الشرياني.

- مرض السيدا (الايذز): حيث يمارس الجنس بشكل عشوائي فتكون نسبة الإصابة بينهم كبيرة، كما يصابون بهذا الداء نتيجة استعمالهم لنفس حقنة المخدر.
- التهاب الكبد الفيروسي: يمكن أن يتحول المرض إلى سرطان كبدي قاتل، وينتقل بواسطة استعمال شخص مصاب لحقنة المخدر.
- التسمم: يؤدي زيادة الجرعة للأفيون ومشتقاته على التسمم والموت في كثير من الأحيان و يمكن اعتبارها من المواد السامة (فتحي دردار، 2000).

من أعراض الانقطاع عن تعاطي الأفيون:

- قلق و اضطراب نفسي و آلام في كامل الجسم و أرق و تشاؤب و إفراط في إفراز الدموع وإفرازات الأنف والغدد الدرقية، اتساع في حدقة العين، تحبب الجلد احمرار الوجه واحتقانه و غثيان وقيئ و إسهال حمى ارتفاع درجة الحرارة تذبذب في ضغط الدم تشنجات في البطن و جفاف في الحلق و فقدان الشهية ينتج عنه انخفاض في الوزن.

تؤدي كل المواد الأفيونية إلى تبعية جسمية و نفسية.

7-2 المنشطات:

تشمل المنشطات على مجموعتين:

7-2-1 مجموعة المواد المنشطة الطبيعية:

تشمل على:

7-2-1-1 الكوكايين:

تعتبر الكوكايين مادة طبيعية تستخرج من نبتة الكوكا Erythrosylon يمكن أن تستهلك بأشكال مختلفة مثل ورق الكوكا، عجينة الكوكا، كلوريدات الكوكايين و قلوبيات الكوكائين على شكل خام أو كراك.

تعتبر الكوكايين المادة الفعالة لجميع هذه الأشكال، ولكل منطقة طريقة خاصة في الاستهلاك فساكن أمريكا الجنوبية والوسطى يمضغون أوراق الكوكا، أما البلدان التي تنتج الكوكايين فإن ساكنها يفضلون تعاطي عجينة الكوكايين كما يمكن أن نجد الكوكايين النقي على شكل مسحوق أبيض ناعم يستنشقه المتعاطي أو يذيبه في الماء

ويحقن في الوريد للزيادة في النشوة كما يمكن أن يخلط الكوكايين بالهيروين ليصبح لدينا خليط يسمى بـ speedball له تأثير كبير .

أما في الولايات المتحدة الأمريكية فينتشر نوع من الكوكايين يسمى الكراك (crack) وهو عبارة عن Alcaloide الكوكايين مستخرج من كلوريدات مسحوق يتم خلطه بكاربونات الصودا مجفف للكوكايين لأنه سريع التبخر، آثاره تظهر بسرعة و هي شبيهة بأعراض الأمفيتامينات، إلى جانب ضعف عضلي تظهر على مدمن الكوكايين صعوبة في التنفس، آلام صدرية و اضطرابات في نبضات القلب وحالة ارتباك و تشنج و عسر الحركة و توتر، و قد تصل للإنعاش .

على الرغم من أن مدة تأثير الكوكايين قصيرة ولكن آثارها سريعة وقوية على الجهاز العصبي المركزي، خاصة إذا تم تعاطيها عن طريق الوريد أو تدخن على شكل " كراك " تؤدي مباشرة إلى شعور بالراحة، الثقة وحالة انشراح تظهر بعض التغيرات السلوكية : كلام غير منسجم و آلام في الرأس مباشرة بعد التعاطي و أفكار انتقالية و طنين في الأذن و الشعور بالاضطهاد و هلاوس سمعية ،هلاوس لمسية (حشرات الكوكايين)، كما قد يؤدي إلى ذهان التسمم، غضب شديد مع التهديد أو المرور للفعل مع إمكانية القيام بسلوكات عدوانية، تغييرات في المزاج مثل الاكتئاب، أفكار انتحارية، اضطرابات في التركيز تحدث أثناء الانقطاع . تستعمل الكوكايين طبيًا كمخدر للعين و الحنجرة، و هو من المخدرات التي لا تؤدي إلى تبعية جسمية و لكن تؤدي إلى تبعية نفسية

7-2-1-2 القات:

يستخرج القات من شجرة معمرة يتراوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين وهي دائمة الخضرة، تنمو في المناطق الحارة و المعتدلة تزرع في الغالب في اليمن والقرن الإفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا (صلاح عبد المتعال، 2001) من مميزات أوراق شجرة القات بيبضاوية مدببة، يتم تناولها فتؤدي للإدمان (فتحي دردار، 2000) يمضغ المتعاطي أوراق النبتة، حيث يتم وضعها بين الخد والفكين) وتسمى بالتخزين) رغم أن بعض المجتمعات مثل اليمن يعتبرون القات مادة أساسية في

الحياة الاجتماعية إلا أن الهيئة الصحة العالمية أدرجته ضمن قائمة المخدرات سنة 1973.

يحتوي القات على مادة فعالة تسبب النشاط المصحوب بالخمول مع حالة تشبه حالة الحالم، وتسمى المادة قات نوري سودو إيفيدرين khat Nor pseudo Ephedrine أو كاتين، حيث تمتص هذه المادة عن طريق مضغ أوراق النبات، وبمجرد مضغ القات يشعر المتعاطي بالرضا والسعادة وينسى الخبرات المؤلمة ومشاكله، وحتى أنه لا يشعر بالجوع، ثم بعد ساعات من التعاطي ينتابه شعور بالخمول والكسل الذهني والبدني واضطرابات هضمية وإمساك والتهابات في المعدة وارتفاع في ضغط الدم بالإضافة إلى الاضطرابات النفسية المتمثلة في الأرق والإحساس بالضعف العام والخمول الذهني والتقلب المزاجي والاكنتاب.

أما بالنسبة للمجموعة الثانية و التي تشمل على المخدرات المنشطة المصنعة، وهي عبارة عن عقاقير إذا أعطيت للإنسان بالمقادير المسموح بها طبيًا، أدت إلى تنشيط عملية التنفس وتنظيمها، بالإضافة إلى تنشيط وتقوية القلب وتنظيم ضرباته، كما تؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي المركزي و تستعمل لزيادة اليقظة ولتفادي النوم و مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية (فتحي دردار، 2000) من أنواع المنشطات:

7-2-2-2- مجموعة المواد المنشطة غير الطبيعية:

وتشمل على :

7-2-2-1 الأمفيتامينات:

ظهرت الأمفيتامينات سنة 1887 حينما تمكن الألماني " ادليانو Edeleano " من تصنيعها معمليًا. ومن أهم المنشطات المتداولة نجد اليكسا فيتين والمتافيتامين وأدوية أخرى تشبه في تأثيرها الأميتامينات (المنشطات) مثل الدتالين والكتاجون واليونات من أنواعه الدنكسا مفتيامين ومفيتامين و ميثامفيتامين رينالين، تيمنيرازين تختلف في تكوينها ولكن لها نفس وظيفة الامفيتامينات. تؤخذ هذه المواد غالبًا عن طريق الفم أو الوريد كما يمكن أن تؤخذ مادة ميثامفيتامين عن طريق الاستنشاق لنقائها وسرعة وقوة تأثيرها وتدور إساءة استخدام الأمفيتامينات بوجه عام حول الأمور الآتية:

- السيطرة على الوزن
- الإفراط في الأداء البدني
- الإفراط في الأداء العقلي
- اليقظة
- التخلص من الإعياء

تعمل الأمفيتامينات كمنبه لإطلاق ابينيفرين Epinephrine ونوريبينيفرين Norepinephrine من الغدة الكظرية ومن الجهاز العصبي المركزي على التوالي، تؤدي إلى سرعة نبضات القلب وتحدث زيادة في ضغط الدم وزيادة في مستوى الجلوكوز في الدم وفي مستويات الحامض الشحمي بالإضافة إلى الزيادة في توتر العضلات والنبضات العصبية في المفاصل. ولهذا يشعر المرء أنه أكثر يقظة وباستطاعته مقاومة النوم، كما يتدنى شعوره بالإعياء.

من المنشطات ما هو على شكل كبسولة ومنها ما هو على شكل سائل أصفر يحقن في الوريد يسمى " الماكستون فورت" وهو سائل يمكن أن يحضر محليا مما يجعله شديد الخطورة، (صلاح عبد المتعال، 2001).

للأمفيتامينات خاصية "لا طلاقة" بمعنى أن المدمن يقبل على زيادة الجرعة كل فترة حتى تحدث الأثر المطلوب وقد تصل في بعض الحالات إلى أن يتعاطي المدمن 60 حبة يوميا أي حوالي 250 مليغراما.

7-3- المهلوسات:

هي مجموعة من المواد الكيميائية غير المتجانسة تحدث اضطرابا في النشاط الذهني وخلل في الإدراك، ويتطور المتعاطي لها أن له قدرات ويعيش في حالة من الخيالات والأوهام التي تؤدي به إلى الانتحار. ومن المهلوسات ما هو طبيعي مستحضر من مصادر نباتية، ومنها ما هو يتكون من مواد كيميائية ويحضر معمليا. تشمل هذه المجموعة على الأرغوت (Ergot) و المواد المصاحبة

7-3-1- المهلوسات الطبيعية:

منها الحشيش ومنها والميسالين المستخرج من صبار المسكال، وهو مسحوق بني اللون يستخرج من النباتات المجففة ، ويؤخذ عن طريق الشم أو الحقن.

سنركز في هذا البحث على الحشيش:

7-3-1- الحشيش:

عرفت الشعوب القديمة نبات القنب واستخدامه في أغراض متعددة، ومن أوائل الشعوب التي عرفته واستخدمته الشعب الصيني، فقد عرفه الإمبراطور شن ننج عام 2737 ق م وأطلق عليه حينها واهب السعادة، أما الهندوس فقد سموه مخفف الأحزان، كما استعمله الآشوريون في القرن السابع قبل الميلاد في طقوسهم وحفلاتهم الدينية، كما استخدمت نبتة الحشيش في مستلزمات الحياة اليومية مثل الحبال و أنواع من الأقمشة(صلاح عبد المتعال 2001)

إن الحشيش **Cannabis Saliva** هي خلاصة تقطيع وتجفيف الأوراق النهائية، إلى جانب غصن النبتة. التي يتم لفها على شكل سيجارة. تنمو نبتة الحشيش في الأمريكتين وإفريقيا وجنوب شرقي آسيا والشرق الأوسط وأوروبا، وله أسماء أخرى كثيرة الماريجوانا (الحشيش المجفف) والبانجو (الأوراق التي تحتوي على نسبة قليلة من المادة الفعالة)، الكيف، الغانجا، وزيت الحشيش التي تتخذ شكل سائل غير قابل للذوبان في الماء (علاء الدين كفاي، 1993) كما يسمى بـ **Bhang** وينمو هذا النبات بشكل طبيعي كما يمكن زراعته، ومتوسط ارتفاعه بين 0.6م و 4.60م ينمو بكثرة في المناطق المعتدلة والحارة (فتحي دردار، 2000) والحشيش نبات خشن أملس له جذور عمودية وسيقان مجوفة، وأوراق مدببة الأطراف، وهو أحادي الجنس أي يوجد نبات ذكر وآخر أنثى.

تتميز الأنثى عن الذكر بكونها أكثر فروعاً وأفتح ألواناً، كما إن الزهرة الأنثى معتدلة مورقة ولها قاعدة على شكل قلب، بينما تكون زهرة الذكر ذابلة رخوة ذات غلاف زهرة الحشيش هو السائل المجفف لشجرة القنب، ويستخرج من الرؤوس المجففة المزهرة أو المثمرة من سيقان الإناث التي تستخرج مادتها الصبغية(صلاح عبد المتعال، 2001) يأخذ الحشيش شكل المساحيق، وقد يحول إلى مادة صلبة

مضغوطة ومجزأة على عدة قطع في ورق "السوليفان" لها لون بني غامق، أو ربما تحول إلى مادة سائلة غامقة اللون، تحتوي على درجة تركيز عالية (علاء الدين كفاي، 1993) كما يمكن استخراج معجون (Résine) الحشيش و زيت الحشيش:

- فأما الأول: فيستخرج من المنطقة العليا للنبتة والأوراق السفلى للنبتة المجففة.
- أما الثاني: زيت الحشيش فهو تقطير مركز لنبتة الحشيش و قد ظهر في السنوات الأخيرة شكل شديد التأثير من الحشيش المسمى Le Seusimilla ينتج في آسيا، وهواي Hawai وكاليفورنيا مشتقات الحشيش يمكن تدخينها كما يمكن تعاطيها عن الطريق الفم وفي بعض الأحيان يتم خلطها بالشاي أو الأكل من أكثر مشتقات الحشيش تأثيرا Delta_9_ tetrahydrocannabinol (كما يسمى بـ THC ou delte_9_THC) ولكن يعتبر من المواد النادرة يستعمل في بعض الحالات المرضية مثل: القيء، الغثيان نتيجة العلاجات بالكيميائيات في حالات فقدان الشهية العصبي فقدان الوزن عند الأشخاص المصابين بداء فقدان المناعة المكتسب(السيدا).

يعتبر الحشيش من المخدرات الأكثر استهلاكاً في العالم، ومن أول المخدرات تجريباً من طرف المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية. إن التعاطي المتكرر لمادة الحشيش يؤدي إلى التبعية النفسية ولا يؤدي إلى التبعية الجسمية ولكن سجلت بعض أعراض الانقطاع مثل: القلق المصحوب ببعض الاضطرابات الفيزيولوجية مثل الارتعاش، التعرق و الغثيان و اضطرابات في الأكل والنوم خاصة عند تعاطي جرعات كبيرة (ولكن هذه الأعراض ليس لها دلالة عيادية)

من المميزات المهمة عند التسمم بالحشيش ظهور بعض التغيرات السلوكية والانفعالية، اللاتكيفية ذات دلالة عيادية والتي تتطور أثناء أو بعد تعاطي المخدرات المتعاطاة، و تتوقف أهمية هذه الأعراض على مقدار الجرعة طريقة التعاطي والخصائص الشخصية.

يمر متعاطي الحشيش بعدة مراحل عند تعاطيه لهذه المادة أهمها:

- الشعور بالراحة (Bien être)

- ظهور أعراض تشمل: ضحك غير مبرر أفكار غير عقلانية، اضطراب في الذاكرة، الشعور بالعظمة.

- صعوبة في إنجاز مهمات معقدة، في مرحلة قصيرة المدى
- اضطراب في الإدراك الحسي، اضطراب في الحكم.
- الشعور بأن الوقت يمر ببطء اضطراب في الأداء الحركي هذا الاضطراب يكون مصحوبا في بعض الأحيان بحالة قلق كما يعاني من حالة عزلة وانطواء، كما تظهر على المتعاطي بعض الأعراض الجسمية حوالي ساعتين بعد التعاطي وهي:
- الزيادة في الشهية، جفاف الفم، الزيادة في ضربات القلب، كما يؤدي إلى ظهور بعض حالات الأمراض العقلية تظهر هذه الأعراض بعض الدقائق بعد تعاطي الحشيش خاصة إذا تم تعاطيه عن طريق التدخين، ولكن قد تأخذ بعض الساعة إذا تم بلعها أما آثار الحشيش فقد تبقى حوالي من 3 إلى 4 ساعات ولكن قد تصبح المدة أطول إذا تم تعاطيها عن طريق الفم وقد تستمر هذه الآثار وتظهر من جديد من 12 ساعة إلى 24 ساعة.

إن تعاطي الحشيش يؤدي إلى تبعية نفسية و لكن لا يؤدي إلى تبعية جسمية.

7-3-2- المهلوسات نصف المصنعة:

من أشهرها حامض الليسرجيك Acide lysergique والذي يرمز له بـ "L SD" حبوب " جميلات النهار " les Belles de jour والمعروف في بعض البلدان العربية باسم "الأسيد" والذي تستخرج مادته الأساسية من فطر الأرجون الذي ينمو على نبات الشوفان، ويوجد عقار LSD على شكل أقراص رمادية اللون مستديرة صغيرة الحجم، كما يوجد على شكل كبسولات.

-ل. إس. دي LSD: وهو اختصار لحامض الليسرجيك lysergie acid والذي استخرج من فطر الدابرة ergot وقد شاء استعماله في الستينيات بين الهيبين وبعض الكتاب في أوروبا، ويسعمل المتعاطي المادة بالحقن في الوريد، أو بشرب السائل.

7-3-3- المهلوسات المصنعة:

ومن أهمها عقار الميساكين phenylaky la mines ويرمز لها بـ STP3 على شكل كبسولات أو مسحوق أو سائل (صلاح عبد المتعال، 2001)

إلى الجانب MDMA (3,4_methyléneduny_ métamphetamine) كما يسمى ب
Ectasy البسيلوسيبين psilocybin يرمز له ب DMT (Diméthyl try ptamine)
- الميسكالين: Mescaline

وهو مادة تستخرج من الصبار المكسيكي، تقطع قمة النبات على شكل أقراص
يدخنها الهنود الحمر أثناء الطقوس الدينية ويستخدم المسكالين عن طريق الفم، أو
بواسطة التدخين .

- البسيكوسيبين: psilocybin

وهو المادة الفعالة الموجودة في الفطر المكسيكي، ويحتوي على مركز ثاني
تريبامين dimethyl tryptamin الذي يشبه تركيبه المواد الكيميائية الموصلة
الموجودة في مخ الإنسان، ويستخدم عن طريق الفم من آثار استهلاك المهلوسات:
اضطرابات في التركيز تحدث حتى في حالات الوعي، هلاوس والت قد تحدث أثناء
أو بعد تناول المهلوسات، تمدد شبكية العين، سرعة دقات القلب، تعرق، تشوش
الرؤيا، ارتجاف، عدم التناسق الحركي، تغير في السلوكيات، ظهور سلوكيات غير
سوية مثل : الفلق ، الاكتئاب، اضطراب في الحكم مشاكل اجتماعية ومهنية.
و ترتكز خطورة الهلوسة في ما يسمى برحلة الهلوسة أو الرحلة السيئة التي تصبح
المتعاطي فيها معرضا للحوادث والأخطار، إضافة إلى التقلب السريع والحاد في
المزاج والسعادة الكاذبة التي يشعر بها المتعاطي. لكن عقاقير الهلوسة لا تسبب إلا
إدمانا نفسيا فقط، إذ يسهل استبدال العقار بعقار آخر بل يمكن الاستغناء عنها كليا.

7-4- المذيبات الطيارة:

هي مواد تتطاير ذراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة لذا يجب أن تحفظ دائما في
أواني مغلقة وأثناء الاستعمال ينبغي أن ننفادي قدر الإمكان استنشاقها وهذا بفتح النوافذ
لتوفير التهوية اللازمة ونضمن انتشار ذراتها في الهواء (فتحي دردار، 2000)
تشمل هذه الفئة على كل المواد التي يتم تعاطيها عن طريق استنشاق
الهيدروكربورات الموجودة في:

أ-الصمغ أو الغراء Colles

من مشتقاته :

- أسيتات Acatate

- أسيتات إتي Acetate ethy

- ميثي إيتي أسيتون Methy ethy Acetone

- هيكسان Hexane

- تولوان Toluene

- بنزان Benzene

ب- المذيبات Dissolvants

من مشتقاتها :

- المزيلات Detachants

- تولوان Toluene

- أسيتات أليفاتيل Acetates Aliphatiques

ج- المخدرات الطيارة Anesthesiques Volatils

- إيثار Ether

- التركلور اسلان Trichlore ethylene

- بروتكسي الأزوت Protoxy D'Azote

د- المذيبات الطيارة Les Gazs Propulseurs

- البنزين Essence

- الغازات Gazs

تحتوي كل هذه المواد على فحوم هيدروجينية تؤثر على المخ والكبد والرئتين عند استنشاقها يشعر المتعاطي بالاسترخاء والدوخة والهوسات أحيانا وهي عادة منتشرة عند الأطفال مابين 9-12 سنة أقل انتشارا عند الفئة الأكثر من 35 سنة.

يتم بلّ منشفة بالمادة أو خليط المواد المراد استنشاقها تم توضع على الأنف والقم وتسمى هذه العملية "Hiffing" كما يمكن وضع هذه المواد في كيس بلاستيكي أو ورقي ثم يتم استنشاق هذه المواد وتسمى هذه العملية بـ "Bagging" كما يلجأ بعض المتعاطين إلى تسخين المنديل المبلل بالمواد الطيارة ليضمن التأثير السريع.

إن هذه المواد قد تؤدي على تبعية نفسية وجسمية عند البعض، و قد لا تحدث التبعية بنوعيتها عند البعض.

من آثار سوء استهلاك المذيبات الطيارة: تغيير في السلوك، ظهور سلوكيات غير سوية، شجار، عدوانية، تبدل، اضطراب في الحكم، اضطراب في النشاط الاجتماعي المهني، اضطراب في الحركة، نقص في المنعكسات، بطء حركي، تؤثر على الجهاز التنفسي قد يؤدي إلى الموت المفاجئ الناتج عن تحطم الرئة، الجهاز العصبي الذاتي، الجهاز الهضمي، ضعف عضلي عام ، اضطراب في الرؤية، وقد تصل إلى حالة إنعاش.

تمهيد:

حتى نفهم ظاهرة تعاطي المخدرات فهما عميقا، وشاملا، وموضوعيا، وحتى نتعد عن الأحادية في تفسير هذه الظاهرة المعقدة، والتي شهد لها الكثير من الباحثين (Marcelli, et al, 1984) أنه من المستحيل أن نكتفي بتفسير أو وجهة نظر واحدة لمعرفة سببية تعاطي المخدرات.

فنظرية واحدة لا تملك الإمكانيات اللازمة (مفاهيم، تفسيرات) للإجابة على سؤال معقد، مثل: لماذا يتعاطي هناك بعض الأشخاص يتعاطون المخدرات ؟ بل لابد أن نعطي أهمية ونصغي لكل وجهات النظر، حتى نفهم المشكل فنستطيع معالجته.

لذلك سنركز في هذا الفصل على عرض مجموعة من النظريات التي قدمت تفسيراً، أهمها:

1- النظريات المفسرة لسلوك تعاطي المخدرات:

1-1 النموذج الحيوي:

ترتكز النظريات الحيوية على مسلمة البدن فعندما نتكلم عن البدن فإننا نقصد مجمل عوامل وعمليات فيزيولوجية وكيميائية، حيث طرحت عدة تفسيرات بخصوص العوامل والآليات الجسمية التي تسبب الإدمان، ومن أبرز تلك التفسيرات:

1-1-1 التفسير الحيوي الكيميائي: Biochemical:

يركز هذا النموذج في تفسيره للإدمان على أنه عرض لاضطراب نفسي تؤدي فيه مادتان منشطتان تحتويان على الكولين (و الكولين مادة منبهة مشبعة تحتوي على فيتامين وتعمل على أداء الكبد لوظيفته وعلى منع تكس الدهن في الكبد) يطلق عليهما مادة التوتر Tension Substance ومادة التقرز Resentment Substance ويؤدي التعاطي الكحولي إلى تقليل هاتين المادتين بوضوح وقد أولى بعض العلماء اهتماما بالبحث في الأساس الكيميائي العصبي Neuro_ Chemical Basis الذي يكمن وراء التعاطي القسري للعقاقير والمخدرات، وافترضوا في ذلك أن هذا الأساس لكمن في " نظام الإثابة للدوبامين" Dopamine Reward System ولقد

استخدام الباحثون الكوكابين في تنشيط آليات الدوبامين، ثم استخدموا عقاقير أخرى متعددة كالمنبهات مثل الأمفيتامين والنيكونيين والمسكنات مثل الكحوليات، وفي ذلك يبدى بعض الباحثين تحفظا إزاء الأساس العصبي الصيدلاني Neuropharmacological للإثابة التي يحصل عليها المتعاطي من خلال نظام الدوبامين Dopamine system في الجسم ذلك أن هذا التفسير يستند إلى افتراض ضمني بأن " إثابة تنبيه الدماغ " Brain Stimulation Reward هي بمثابة أساس حيوي، عصبي للدافعية، وهو ما لم تؤكد البحوث العلمية.

1-1-2 نظريات نقص التغذية:

ترتكز هذه النظرية على فكرة أساسية مضمونها أن الدوبامين مادة منشطة للجهاز العصب الإدمان سببه نمط وراثي لبعض الخصائص الأيضية الفردية التي تؤدي إلى الحاجة المتزايدة إلى الفيتامين، فمثلا الإدمان الكحولي يرجع إلى نقص الفيتامين في الجسم (فيتامين B1) Thiamine Deficiency

كما أكدت الدراسات أن تناذر قرنیک-كورساكوف Korsakoff - Wernicke Syndrome هي نتيجة لنقص الثيامين بسبب التعاطي المستمر والثقيل للكحوليات حيث يؤدي نقص الثيامين إلى إحداث إصابة في منطقة ما حول البطين في الدماغ Brain Periventricular Areas تظهر أساسا في اختلال الذاكرة عند الشخص المدمن للكحوليات.

1-1-3 نظريات مواضع المستقبلات لمواد العقاقير والمخدرات في الدماغ

Receptor Sites Theories

ترتبط هذه النظريات بما أحرزته البحوث من تقدم في اكتشاف مواقع مستقبلات مشتقات الأفيون الطبيعي " Opiate Receptor Sites " في الجهاز العصبي وما يحدث نتيجة لذلك من تغيرات كيميائية فيه (سلسلة تشخيص الاضطرابات، 2000)

فقد أظهرت بعض الدراسات التي أجريت في كل من السويد والولايات المتحدة في عام 1972 أن المواد المخدرة ترتبط بأماكن معينة على أسطح الخلية العصبية، وتعرف هذه المواضع على سطح الخلية (أو جدرانها) باسم " مواضع الارتباط " أو أماكن الاستقبال Receptor Site.

إن السؤال: لماذا توجد في خلايا الأعصاب أماكن لاستقبال المواد المخدرة؟ هذا السؤال دفع بفرقة من الباحثين في جامعة "أبردين" بسكوتلندا، في فصل مادة من مخ الخنزير تشبه الأفيون من حيث التركيب الكيميائي ، وقد سميت هذه المادة أنكيفالين Enkephalin وقد تم فصل هذه المادة من دم الإنسان، واتضح أن مخ الإنسان يقوم بإفرازها بمقادير صغيرة كما توصل فريق "أبردين" من استخلاص مادة Endorphin وهي مادة جديدة تشبه الأفيون تقوم الغدة النخامية بإفرازها، على الرغم من أن الوظيفة الحقيقية لهاتين المادتين (أنكيفالين واندورفين) غير محددة بالتدقيق، إلا أنه يعتقد أنهما تؤثران في مراكز الألم والسرور والعواطف-المخ- تأثيرا مشابها للنتائج المتمخضة عن تعاطي الأفيون (سعيد محمد الحفار، 1993) وقد أثبتت التجارب أن تعاطي المواد المخدرات يؤدي إلى انخفاض نسبة مادتين: Enkephalin & Endorphin في الجسم وعلى ذلك فقد وضع سعيد محمد الحفار (1993) الافتراض التالي لتفسير الإدمان يفرز جسم الإنسان من مراكز متخصصة مادتي " أنكيفالين والاندورفين" بمقادير معينة وفقا لحاجة البدن، ولكن الإفراز يكون بمقادير محددة، وتقوم هاتان المادتان بتسكين الآلام بشكل طبيعي، كم تؤثران في مراكز العواطف في المخ، بما يضمن توازن الشعور.

ولكن عند تعاطي مادة مخدرة، وخاصة إذا كانت من عائلة الأفيون فإن إفراز المادتين المذكورتين يقل وينخفض كثيرا عن معدله الطبيعي نتيجة وجود بديل، ومع استمرار تعاطي المادة المخدرة، يتضاءل المعدل الطبيعي لإفراز هاتين المادتين الطبيعيين تدريجيا، إلى أن ينعدم انعدام كليا.

ونظرا لانعدام الإفراز الطبيعي لمادتي Enkephalin & Endorphin فإن الجسم يعتمد اعتمادا مطلقا على المادة المخدرة المتعاطاة، فتلك إن هي حالة الإدمان، التي تجعل من المادة المخدرة ضرورة حياة (محمد سعيد الحفار، 1993)، فإن ظهور أعراض الانسحاب مؤشر على صحة الفرضية القائلة بأن الجسم لم يعد يعتمد على مشتقات الأفيون الطبيعي وهذا راجع لعدم قدرة الجسم على إفراز هذه المواد واعتماده على الأفيونات الآتي من الخارج (محمد سعيد الحفار، 1993)

1-1-4- نموذج المرض في تفسير الإدمان:

يتحدد هذا النموذج ابتداءً بما أقرته " منظمة الصحة العالمية" في عام 1952 " و الرابطة الطبية الأمريكية" في عام 1965 على أن الإدمان، وخاصة الإدمان على الكحول" على أنه مرض ومن أن حالة تعاطي العقاقير والمخدرات هو حالة من الاضطراب تصيب الأشخاص المتعاطين.

كما أكد كلير Keller (1960) إلى أن إدمان الكحول يمثل مرضاً مزمناً يظهر في التعاطي المتكرر بالدرجة التي تلحق الأذى بالصحة الجسمية والعقلية للمتعاطي، أو بآدائه لوظائفه الاجتماعية أو الاقتصادية وفي رأي جيلينك Jellinek (1960)، فإن الإدمان والخمور يمثل مرضاً جسيماً (محمد سعيد الحفار، 1993)

1-1-5- النموذج الوراثي:

ترتكز النظرية الوراثية عند تفسيرها لسلوك تعاطي المخدرات على أساس أن هذا السلوك ينتقل من المدمن إلى أبنائه، كما ينتقل لهم لون الشعر، والعينين، والطول، ولكن دون تحديد الميكانيزمات المسؤولة عن ذلك، وكيفية حدوث العملية، إن أهم مبدأ تعتمد عليه هذه النظرية، أننا لا نصبح كحوليين، ولكن نولد كذلك (Barclay, 1984) لقد اتبع المهتمون بدور العامل الوراثي في حدوث الإدمان على الكحول والمخدرات في إثبات فروضهم على المناهج التالية:

-الدراسات التي أجريت على الحيوانات في المختبر.

-نسبة حدوث الإدمان في أسر المدمنين.

-دراسة التوائم.

-دراسة التبني.

-ارتباط إدمان الخمر أو العقاقير بأمراض أو صفات ثبت أنها مورثة.

لقد بينت الدراسات على أن الشخص ذو التاريخ العائلي السابق للإدمان الكحولي قد ينمو الإدمان بمعدل أربع مرات أكثر من الشخص الذي لا يتصف بهذا التاريخ السابق، إن نموذج الاستعداد الوراثي يفترض وجود استعداد وراثي ومنقول داخل الأسرة ليصبح الفرد هكذا مدمناً بالوراثة (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000)

أما بالنسبة " بارتانين وآخرون Partanen et al 1966 وموراي وآخرون Murray et al (1983) فإنهم لم يتوصلوا إلى وجود فروق دالة إحصائية بين التوائم المتحددة والأخوية.

يعتبر كاسل Kessel (1962) من الباحثين الأوائل الذين اهتموا بدور الوراثة في حدوث الكحولية، وقد توصل إلى تحديد دور الاستعداد البيولوجي الخلقي عند الكحولي، فحسب هذه النتيجة أن الكحوليين يولدون كحوليين، وهناك من يتساءل إذا كانت الكحولية مرض أو لا؟ لأن بعض ملاحظاتهم بينت أن الكحوليين يتميزون ببعض الخصائص الفيزيائية التي لا نجدها عند غير الكحوليين (Barclay, 1984)

وقد أكدت دراسات بوهمان (1978) وكودوين (1976) على العنصر الوراثي أو التركيبي في الكحولية خاصة. (حجار محمد حمدي، 1992). (ولكن يمكن تعميم هذا العنصر على الاضطرابات النفسية، أو الانحرافات السلوكية) ففي دراسة قام بها Goodwin et Al (1974) توصل إلى أن أبناء الكحوليين وأبناء غير الكحوليين لا يختلفون في الكثير من المتغيرات، مثل: الاكتئاب، اضطرابات الشخصية، الإجرامية. (Barclay, 1984)

كما قام بعض العلماء بتدريب مجموعة من الفئران في المختبر على شرب الخمر أو محلول يحتوي على الأفيون، ثم تبين أن سلالة هؤلاء الفئران أصبحوا يتعاطون تلك المادة دون أن تتدرب عليها (عادل الدمرداش، بدون تاريخ) أما الدراسات التي نشر مخلص لها في المجلة البريطانية (1980) فقد توصلت إلى أن إدمان الكحول تزيد نسبته في أسر المدمنين، كما تبين أن الأشخاص الذين يدمنوا الكحول تجد 25% من آبائهم يدمون على الكحول و 20% من أمهاتهم تدمن على الكحول.

أما فيلانت (1983) فقد أشار إلى أن وجود أحد أفراد الأسرة كحولي، هو مؤشر قوي للكحولية.

ومن مناهج التي تكشف كذلك عن دور الوراثة الدراسات التي أقيمت على التوائم المتطابقة (أحادي اللقحة)، والتوائم غير المتطابقة (ثنائي اللقحة).

وتوصل الباحث إلى أن نسبة إدمان الخمر في التوائم المتطابقة كان 65%، ونسبته في التوائم غير المتطابقة 30%، وقد استنتج من هذه الدراسة أن الإدمان صفة من الصفات الوراثية. (عبد الحكيم العفيفي، 1986).

أما دراسة كايج (Kaij, 1960) ، أو من هرويك (Omenn Hrubec, 1981) فقد توصلوا إلى أن التوائم المتطابقة (ذكور) أكثر استعدادا لتعاطي الكحول من التوائم غير المتطابقة (Hawkins, 1992) ولكن عدم وضوح نتائج هذا المنهج دفع بعض الباحثين إلى التفكير في منهج آخر، والذي يعتمد على التبني، فالدراسات التي أُقيمت في الدانمرك، السويد، الولايات المتحدة الأمريكية، والتي تعتمد على التبني، قدمت دعما قويا حول أهمية العامل الوراثي في الكحولية عند الذكور (Hawkins, 1992)،

ومن أهم هذه الدراسات تلك التي قام بها قودوين (Goodwin, 1974) حيث قام بمقارنة نسبة الكحول عند أبناء الكحوليين الذين تم تبنيهم منذ الصغر، وإخوتهم الذين بقوا مع آبائهم الكحوليين.

يؤكد قودوين (Goodwin, 1974) إذا كان لعوامل التعلم الاجتماعي أهمية، فإننا نتوقع أن نسبة الكحول عند الأبناء الذين يعيشون مع آبائهم الكحوليين مرتفعة، و لكن ما توصل إليه الباحث كان عكس ذلك، فالعينتين نسبة استهلاكها للكحول كبيرة، ولا يوجد فرق ذو دلالة بحيث توصل إلى أن 25% بالنسبة للأبناء المتبنين، و 17% بالنسبة للأبناء غير المتبنين.

كما قام قودوين (Goodwin, 1974) بدراسة خلص إلى أن أبناء الكحوليين الذين استقبلتهم عائلات منذ نعومة أظافرهم فإن لهم قابلية في أن يصبحوا مدمنين على الكحول، أربع مرات أكثر من الذين تبنتهم ولم يكن أبناؤهم البيولوجيين يدمنون على الكحول (Barclay, 1984)

أما الدراسة التي قام بها (Bohman, 1978, Cadoret 1980 Goodwin, 1977) فقد توصلوا إلى أن درجة الكحولية تتراوح ما بين 18% إلى 27% عند الذكور المنتمين إلى آباء مدمنين على الكحول، وتم تبنيهم من طرف أشخاص غير

كحوليين، أم درجة الكحولية عند الذكور الذين لا ينتمون إلى أباء (بيولوجيين) غير كحوليين، فالنسبة تقدر بـ 5% إلى 6% (Hawkins, 1992) أما في الدراسات الابديميولوجية التي حضيت بها ظاهرة الكحولية، تبين مثلها مثل تعاطي المخدرات إن انتشار هاتين الظاهرتين، يكون بين الذكور أكثر من الإناث.

و قد أكد كل من Stabenan, Murray (1982) أن العامل الوراثي لا يعتبر عاملا مهما عند الإناث بالمقارنة مع الذكور (Hawkins, 1992) ولكن لم يتوصل هؤلاء الباحثين إلى تحديد الميكانيزمات التي تساعد على غياب الاستعداد الوراثي بالنسبة للمرأة.

إن الدراسات السابقة الذكر كانت معظم نتائجها في صالح العامل الوراثي، الذي ترى أنه يلعب دورا محددًا في انتقال السلوك الإدماني من الأب إلى الابن، ولكن في المقابل أظهرت بعض الدراسات أن أقل من 30% من أبناء الكحوليين يصبحون كحوليين، وزيادة على ذلك فنصف الكحوليين الذين تم وضعهم في المستشفيات لم يكن في تاريخ عائلتهم حالة كحولية (Goodwin, 1985)، لذلك فمن الملاحظ أن هناك عوامل أخرى إلى جانب الاستعداد الوراثي تشارك كذلك في ظهور الكحولية (Hawkins, 1992)

أما المربون فإنهم يجمعون على أن التفسيرات الوراثية لا يمكن بأي حال من الأحوال تفسير بعض السلوكيات، ويتفقون على أن الطفل يولد وعقله صفحة بيضاء ينقش عليها المربي ما يريد، فالطفل قابل للتأثير بكل ما حوله، أما هادفليد فيقول: "من الحق الذي لا يحتاج إلى توضيح أو تأكيد أننا لا نرث الشراسة، والكبرياء، والصنعة، والإدمان على الخمر، والانحرافات الجنسية". (عبد الحكيم العفيفي 1986)

وأمام ظهور بعض النظريات التربوية، النفسية الاجتماعية عرفت النظرية الوراثية تراجعًا ملحوظًا في تفسير الإدمان على الخمر أو المخدرات، وفي تفسير بعض الاضطرابات.

إننا بهذا لا نقول أن النظرية الوراثية لا أهمية لها، ولا يحق لنا أن نذكر الدور المهم الذي لعبته، خاصة في علم النفس المرضى، وذلك في فهم بعض

اضطرابات الشخصية، كالفصام، الذهان الهوسي الاكتئابي، وكما يرى "Ellis" (1976) : " أن الكائنات الإنسانية هي عضويات حيوية بيولوجية، وأن علم النفس المرضى الخاص بهذه الكائنات هو في أغلب الأحيان يعود بجذوره إلى بيولوجيا هذه الكائنات (رشاد أحمد حمدي، 1992).

و يبقى المجال مفتوح في النظرية الوراثية ، حيث يرى الكثير من المختصين أن المستقبل للنظرية الوراثية خاصة و أنهم أصبحوا يتكلمون عن العلاج الوراثي Thérapie Génétique و الذي لا يستثني أي مرض.

1- 2 التفسير النفسي الاجتماعي :

يهتم التفسير النفسي الاجتماعي بتأثير الجماعة بجميع أنواعها ووظائفها، ولكن فيما يخص ظاهرة تعاطي المخدرات، فإنها تركز على جماعتين مهمتين وهما: -جماعة الأسرة، والتي تمثل: الأب، الأم، الإخوة، والأخوات، الجد، والجدة. -جماعة الأصدقاء، والدور الكبير الذي تلعبه لدفع بعض الشباب لتعاطي المخدرات، وسلوكات انحرافية أخرى، وأصبح من المسلم به أن مرافقة الأصدقاء المنحرفين يشارك في ظهور سلوكات انحرافية (Patterson et al, 1992)، تعاطي المخدرات (Dashion et al, 1994, Brook et al 1994)، ارتفاع خطر السلوكات الجنسية، وفي الحقيقة هذه المتغيرات تتميز بارتباط متبادل

(Jessor 1994, Brook 1994) ، ارتفاع خطر السلوكات الجنسية، وفي الحقيقة هذه التغيرات تتميز بارتباط متبادل (Ary et al, 1994) عن (Biglan et al, 1995) إن تأثير الجماعة يشغل حاليا مكانة مهمة في النظريات المعاصرة، والبحوث الخاصة بتعاطي المراهقين المخدرات والانحراف (Tonry et Al, 1991) فالدراسات الطولية، الخاصة بالشباب في المجتمع العام والجماعات ذات الخطر المرتفع، توصلت إلى وجود علاقة قوية وإيجابية بين تأثير جماعة الرفاق وتعاطي المراهق للمخدرات أو الانحراف (Kaplan et al 1984, kandel 1987) عن (Dembo, 1994)

نظرا لأهمية الجماعة فقد اعتبرها الباحثون أهم أسباب انتشار المخدرات، ذلك لأنه من النادر أن يتم البحث عن المخدرات خارج الجماعة، حتى وإن كان المتعاطي في حالة نفسية سيئة، بمعنى آخر، حتى وإن توفرت جميع الظروف

الممكنة التي تدفع في الغالب الشباب إلى تعاطي المخدرات، فإن الاقتراح دائما يأتي من طرف الأصدقاء، دراسات عديدة بينت أنه كلما تنوعت المخدرات التي يتعاطاها الشاب، كلما كان الاحتمال كبيرا أن أصدقاؤه يتعاطون المخدرات، والعكس صحيح (Hilgard, 1980، Sadaval, 1973)

كما توصل Bauman(1988) إلى أن المراهق يتأثر بصفة خاصة بجماعة الأصدقاء فيما يخص تعاطي الكحول.

أما Brown et al (1971) فقد بينوا أهمية الجماعة في بداية تعاطي الشخص الهيروين، وباحثون آخرون توصلوا في دراسة قاموا بها على عينة تتكون من 155 شابا يتعاطي الأفيون، أن 89% من المجموعة العينة كانت بداية تعاطيها للأفيون داخل الجماعة (Bergeret,1984)

إن الدور المهم الذي تلعبه الجماعة في تعاطي الشباب المخدرات أعطى لهذه ظاهرة طابعا نفسيا اجتماعيا، لذلك فالخروج عن هذا الإطار لمحاولة فهمها لا يوصلنا إلى فهم واضح وعميق.

ولكن ما هي أهم الميكانيزمات التي يتم بفضلها تأثير الشباب المنحرف على أصدقائه؟ هناك من قدم تفسيرات (Kandel 1991, War 1991)، ونقترح عليكم بعضا منها، والتي تأخذ أشكال مختلفة، فهناك من فسّر هذا التأثير عن طريق:

-الترابط التفاضلي Differential Association (sutherland 1978)

-التشنئة الاجتماعية (Kandel. 1980 Kandel et Adler 1988)

-نظريات التعلم الاجتماعي (Dembo, 1994)

أما Agnew فقد توصل إلى تأثير الشاب بالجماعة المنحرفة، يشترط فيه شروط أربعة وهي :

-تمسك الشاب بجماعة الأصدقاء المنحرفين.

-مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعة الأصدقاء.

-مدى استحسان أو موافقته على السلوك المنحرف

-مدى ضغط الأصدقاء عليه.

إن تفاعل هذه العوامل لها تأثير قوي في حالة ما إذا رافق الشخص أصدقاء مورطين في جرائم خطيرة، (السطو ليلا على المنازل، اختلاس الأموال، التجارة في المخدرات الصلبة). (Dembo, 1994)

كما توصل (Kandel et Davies 1991) أن هناك علاقة ايجابية بين درجة الألفة والمودة عند جماعة الأصدقاء وتعاطيها للمخدرات (Dembo, 1994) ولكن في حقيقة الأمر لا يكفي تأثير الجماعة بجلب الشاب إليهم، وتموين المنخرط الجديد بالمخدرات وأعضائها القدامى، وإيجاد الوسائل والسبل السليمة للحصول عليها، بل تقوم بتقديم نماذج لأشكال سلوكية، عادات، ولغة جديدة، إلى درجة أننا نستطيع الكلام على ثقافة جديدة، أو كما يتم تسميتها من طرف علماء الاجتماع بالثقافة الفرعية sub-culture ، ويرى 1986 إلى أن هذه الثقافة الفرعية تملك نظاما قيما، وقوانين اجتماعية، وتنظيم العلاقات بين المدمنين، وتفرض عليهم درجة كبيرة من الامتثال لهذه القوانين.

إن هذه الثقافة تشمل على جميع الطقوس ، العادات وحتى القواعد التي يتم بها تسيير الجماعة، وأي خطأ أو مخالفة لقواعدها يتم معاقبة العضو المخطئ، إن هذه الثقافة الفرعية تعمل كمجموعة من الآليات الدفاعية التي تزيّف صورة الذات، وأهداف الحياة حسب قواعد وإيديولوجيات الجماعة، فعندما يشعر المدمن بالاكنتاب، فحتى يخفف عنه هذه الحالة، وحتى لا يشعر بالذنب، فإنه يتهم المجتمع بأنه السبب في كل ما حدث، وما يحدث، (Bergeret, 1984)، إن الجماعة في هذه الحالات تلعب دور السند، كما تبرر له موقفه، وبأنه لا يعمل، إيجاد السكن من المستحيلات، وبالتالي لا زواج، فكل الظروف تساعد على تعاطي المخدرات والاستمرار فيها، وبهذه الطريقة فالمتعاطي للمخدرات تكون هويته الساخطة على المجتمع السبب في مشكلاته، وفي هذا الصدد قام Huntwork et freguson (1977) بدراسة على عينة تتكون من 2500 طالبا (1067 طالبا 1323 طالبة) استعمالا اختيارا المقارنة لصورة الذات، إضافة إلى استبيان حول تعاطي المخدرات والانحراف ، وقد توصلنا إلى أن هناك علاقة بين تعاطي المخدرات، والانحراف عن اتجاه القواعد الاجتماعية على

مستوى صورة الذات، إما فيما يخص الجنس، و قيمة الشخص، هذا الانحراف يتمثل في تبني سلوكيات ضد المجتمع، هذا ما يعزز فكرة الإدمان كوضعية اجتماعية (Bergeret, 1984) هكذا فالانتماء إلى هذه الثقافة الفرعية سيعطي إلى الشاب الشعور بالانتماء إلى هوية حقيقية، والتي لا ترى سلبية إلا من الخارج، هذا الشعور يوهمه بأنه يملك الأنا المثالي، هذا ما يعزز بقاء الشاب مع الجماعة، وتنوب شخصية الفرد داخل جماعته، وقد قام Cohen بدراسة على 958 مدمنا، وقد توصل إلى النتائج التالية، والتي تتماشى جلها مع الأفكار السابقة:

-الماريخوانا تعمل عند متعاطيها كمثير اجتماعي، أي تسهل الاتصال مع المدمنين الآخرين.

-مشاركة ثابتة في ثقافة تحتية معينة.

-المنخرطين الجدد يتم ضمهم إلى الجماعة من طرف زملائهم، والذين يعتبرون أعضاء سابقين في الجماعة.

أما Johnson (1973) فقد قام بدراسة في 20 مدرسة، تشمل على 3500 تلميذ فاستنتج ما يلي:

كلما اتجه الطلبة نحو الجماعة، يبدوون في تعاطي الحشيش، عكس التلاميذ المتأثرين بالثقافة الوالدية، والذين لاحظ أنهم أقل ارتباطا بالجماعة (Bergeret, 1984) لقد حظي تأثير الآباء والأصدقاء في تعاطي المراهقين للمخدرات بالكثير من الدراسات (Kandel 1985 Ary et al 1993)، و لكن ليس مهما أن تقول أيهما أبلغ أهمية، ولكن ما نستطيع قوله أن الممارسات التربوية، ومرافقة الأصدقاء المنحرفين، تعتبر من العوامل الهامة في ممارسة السلوك المشكل (ارتفاع خطر السلوك الجنسي، الفشل الدراسي، التدخين، تعاطي الكحول والماريخوانا).

كثيرا ما تكلم الباحثون في علم النفس الاجتماعي عن تأثير الجماعة على الشباب لتعاطي الكحول، المخدرات، ... وكثيرون هم الذين درسوا العلاقة بين تقبل العضو الجديد داخل الجماعة وتعاطي المخدرات، ولكن قليلون جدا هم الذين اتجهوا إلى دراسة العلاقة بين رفض الأصدقاء وتعاطي المخدرات، فالتعلق المنخفض من

طرف الأصدقاء يعتبر عامل خطر يؤدي إلى مشاكل مدرسية وإجرامية عند المراهقين (Coie 1990, Kupersmidt, Coie 1990.)

كما تعتبر كذلك خطر لتعاطي المخدرات (Hawkins&Catalano, 1987) وقد توصل الباحثون إلى مجموعة من المميزات التي تميز الطفل الذي تم رفضه من طرف أصدقائه وهي : الخجل، العدوانية والانسحابية. وفي نفس الصدد قام كل من (Kellam, Esminger, et Simon, 1980) بدراسة توصلوا إلى أن الأطفال الذين يتميزون بالخجل في الدرجة الأولى، فإن درجة تأثرهم بالمخدرات منخفضة، فالخجل يعمل على إبعاد الطفل عن استعمال المخدرات و لكن شريطة عدم وجود أحد العوامل الرئيسية لتعاطي المخدرات و المتمثلة في الأصدقاء.

وقد اقترح Hartup (1983) أن الأطفال الذين تعرضوا أثناء مراحل ما قبل المراهقة للرفض، فإن هذا الرفض يؤدي في مرحلة المراهقة لتكوين جماعة رفاق منحرفة.

إن العلاقة بين رفض الأصدقاء، وتعاطي المخدرات، لا يمكن اعتبارها علاقة بسيطة (Hawkins, 1992)

إنه من البديهي أن تلعب الجماعة دورا مهما، ويمكن اعتبارها كمؤشر تنبؤي قوي لتعاطي الشاب للمخدرات. (Bavers,1986, Brook , 1990, Jessor, 1980, Kandel.)

1-3 النظرية السلوكية:

لقد اهتمت النظرية السلوكية اهتماما بالغا بسببية تعاطي المخدرات، قصد وضع تقنيات علاجية متعددة تعتمد على مسلمات سلوكية، وهو أن سلوك الشخص سواء كان سلوكا سويا، أو سلوكا مشكلا فهو نتيجة التعلم. أما بالنسبة لسلوك تعاطي المخدرات فإن المبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، و سوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافؤوا عليها أو عوقبوا عليها. و قد طبق منظرو التعلم المبدأ على استخدام و سوء استخدام

العقاقير (Vuchinich&Tucker,1988)

يعتبر " وكرلر " wikler أول من طبق مبادئ نظرية الارتباط الكلاسيكي لبافلوف لتفسير اكتساب سلوك تعاطي العقاقير والمخدرات واستمراره أو انطفائه. فقد

افتراض وكرر أن عوامل الاشتراط تلعب دورا مهما في إدمان العقاقير والمخدرات لذلك لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة على الاشتراط الإجرائي حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون أو بمنبهات الجهاز العصبي مثل الأمفيتامينات أو الكوكايين أو بالمسكنات مثل الباربيتيورات، ويذهب " وكرر " إلى أن الأنماط السلوكية والأشياء المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات تصبح " معززات ثانوية" Secondary Reinforcers نتيجة اقترانه المتكرر مع التعزيز الأولى المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات. وعلى هذا النحو أيضا فإن المنبهات المرتبطة بشكل منتظم بأعراض الانسحاب تكتسب خواص إشرافية مؤلمة (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000)

و يشير ستولرمان (1991) Stolerman إلى أن جوهر التناول السلوكي يتمثل في أن العقاقير الإدمانية يمكن أن تؤدي إلى تدعيمات ايجابية (مكافئات) في تجارب شرطية (فايد حسن، 2006)

كما أكدت كثير من الدراسات أن المدمنين على المخدرات رغبتهم في التعاطي تزيد كلما وجدوا أنفسهم في أماكن ترتبط بتعاطي سابق. أما سيجل Siegel (1976) فقد يوجه وجهة آخر في البحوث الإشرافية، حيث قام بتفسير " التحمل " على أساس ما يعرف بنظرية الحماية- المقاومة " Opponent- Process " إذا يفترض وفقا لنموذج بافلوف، أن الاستجابات الشرطية لعقاقير مختلفة.

كما توصل (O'brien, 1986 ; Childress, 1986 ; O'brien childress, 1984) إلى توضيح العلاقة بين مرونة الحالة المزاجية الداخلية (الاكتئاب، القلق، الشعور بالغبطة)، والاشتراط، والاشتهاء، إلى جانب أعراض الامتناع لدى 7 مدمنين على العفيون تحت العلاج بالميتادون، وذلك باستعمال الصور الخيالية (Imagery) إلى جانب تقنية التنويم الذاتي (Self Hypnosis Technique (SHT)) وتوصلوا إلى أن الاكتئاب، والقلق خاصة، يلعبان دور المثير الشرطي لأعراض الامتناع واشتهاء المخدرات بالنسبة للمدمنين، أما الشعور بالغبطة

و الصور الخيالية فإنها تؤدي إلى تخفيض أعراض الامتناع و تجارب الاشتهاء وكذلك الحالة المزاجية الناتجة عن التنويم الذاتي فإنها تسهل أعراض الامتناع عند المدمنين على الأفيون. خلاصة القول أن الحالة المزاجية الداخلية لها أهمية في إطفاء الاستجابة الشرطية.

كما توصل MC Lellan , O'Brien,1986 إلى وجود علاقة بين المثير و سلوك تعاطي المخدرات، هذه المثيرات قد تكون رؤية حقنة أو التحدث عن تعاطي المخدرات، تؤدي إلى ظهور أعراض الامتناع، والشعور بالحاجة للمخدرات لدى المدمنين على المخدرات تحت العلاج بالميتادون، وبعد 20 حصة من العلاج و عن طريق إطفاء هذه المثيرات الشرطية بدون تقديم تعزيز، حدث انخفاض في اشتهاء المخدرات لكن أعراض الامتناع بقيت.

أما (Bicket and Kelly (1988) فقد توصلوا إلى وجود علاقة بين المثيرات الخارجية و الشروع، و الإبقاء على تعاطي المخدرات، انطلاقاً من دراسات O'Brin و آخرون 1988 وكذلك باعتبار المثيرات الخارجية تعزز تعاطي المخدرات، فشعور الشخص بالراحة و النشوة و بمجرد تعاطيه للمخدرات تعزز هذا السلوك وقد يربط بمؤثرات أخرى، كإعلانات، رؤية الرفاق الذين يتعاطى معهم، كل هذه العوامل قد تلعب دور المثيرات الخارجية .

لذلك فدور المختص السلوكي (Resnick 1986 washton 1987) هو فك الإشراف بين المثيرات الداخلية (القلق الاكتئاب،...)، أما الخارجية (الإعلانات رؤية المخدرات،...) و الحاجة إلى المخدرات (Platt, 1990)

1-4 النظريات المعرفية :

1-4-1 نظرية بيك:

يرتكز تفسير بيك لظاهرة الإدمان على المخدرات أساساً على أهمية الاعتقادات، حيث يرى أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه إيجابي نحو سوء استهلاك المخدرات، يملكون معتقدات مميزة، و التي تنشط تحت تأثير بعض الظروف و التي أسماها بالظروف ذات الخطر المرتفع، و التي يمكن أن تكون خارجية كتأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطى الكوكايين، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في بعض

المناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات، أو ظروف داخلية : تتمثل في مختلف حالات التوتر الانفعالي، مثل : الاكتئاب، القلق و التشاؤم .

فحسب بيك كل هذه الظروف يمكن أن تلعب دور المنشط، حيث تستثير معتقدات الفرد الايجابية نحو المخدرات، أو الرغبة الملحة إلى تعاطي المخدرات إن لم يكن من المتعاطين.

من خصائص المعتقدات التي تنشط الرغبة إلى تعاطي المخدرات نجد تردّد

فكرة:

- إن تعاطي المخدرات سيجعلني أكثر اجتماعية.

- إنه لمن المسلي أن أجرب المخدرات و لو مرة واحدة

في هذه الحالة يصبح الشخص نزاعا إلى التوقع، و قد أسمى بيك هذا النوع من الاعتقادات:

- بالاعتقاد التوقعي Anticipatory Beliefs ، إن اعتقاد الشخص بأن المخدرات قادرة على تغيير حياته من السلبية إلى الايجابية و من العزلة و الوحدة إلى الاجتماعية، كما أنها قادرة على أن تجعل منه إنسانا متفوقا، يشعر بذاته وبأنه موجود و أنه قادر،... كل هذه التوقعات الايجابية نحو المخدرات ستنشط الرغبة في تعاطي المخدرات .

كما لاحظ بيك أن بعض المدمنين على الكوكايين يملكون اعتقادا مميزا ، و قد أسماه بمعتقد توجيه المساعدة Relief Oriented Belief و يعني أن المتعاطي للكوكايين يشعر بحاجة ماسة للكوكايين و أن حياته كلها تتوقف على هذه المادة، فتتردد عليه فكرة أنني بحاجة إلى الكوكايين، حتى أستطيع أن أقوم بوظائفي، إنني لا أستطيع أن أواصل بدونها ، كما أنه يعتقد أن المخدرات تمتلك قدرة كبيرة على مساعدته من الخروج من حالة القلق، والاكتئاب التي يعيشها، كأن يقول: "المخدرات هي الطريق الوحيد لأتخلص من أحزاني وآلامي . " إنني لا أستطيع أن أتحمل أعراض الامتناع".

يبدو هنا واضحا أن ما يميز المتعاطين للكوكايين وغيرها من المواد المخدرة

هو الشرطية مثل:

-إذا تعاطيت المخدرات ← أستطيع القيام بوظائفي
والقطعية أو اللزومية مثل :

-لا بد أن أتعاطى المخدرات ← حتى أقوم بوظائفي
فهذه الصلابة في التفكير والآلية، تجعل من صعب على متعاطي المخدرات أن يرى
حلولاً متنوعة لمشاكله بغير المخدرات.

كما يرى " بيك " أن الشخص قبل أن يصل إلى القرار المتمثل في :
-أتعاطى المخدرات.

- لا أتعاطى المخدرات.

فإنه يتعامل مع معتقدين متناقضين، وهما :

-يجب أن لا أتعاطى الكوكايين وقد سمي " بيك " هذا المعتقد بـ " اعتقاد الامتناع "
" Abstinence Belief "

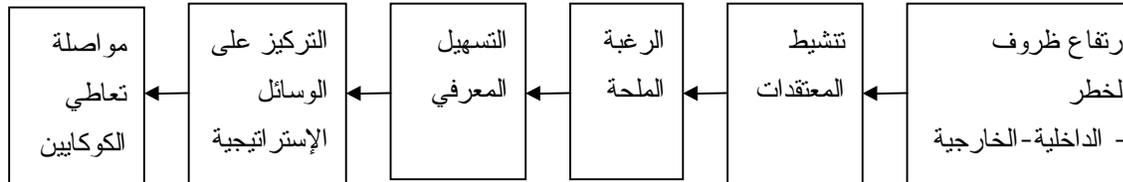
-أنا موافق على تعاطي المخدرات في هذا الوقت وقد سمي " بيك " هذا

المعتقد " بالاعتقاد التساهلي " " Facilitating Permissive Belief "

فكل معتقد يمكن أن ينشط تحت ظروف مختلفة، فعندما يعتقد الشخص أن
تعاطي المخدرات سيخلصه من الضيق الذي هو فيه، وأنه لا يستطيع أن يواجه
مشاكله بدونها (المخدرات) ، وأنه يجب أن يتعاطاها حتى يشعر بالراحة والمرح،
خاصة إذا ما توفرت بعض الظروف الخارجية، فإذا قرر أن يتعاطاها، فهذا يعني أن
"الاعتقاد التساهلي " قد نشط ، وبالتالي فإن "اعتقاد الامتناع" أصبح غير فعال

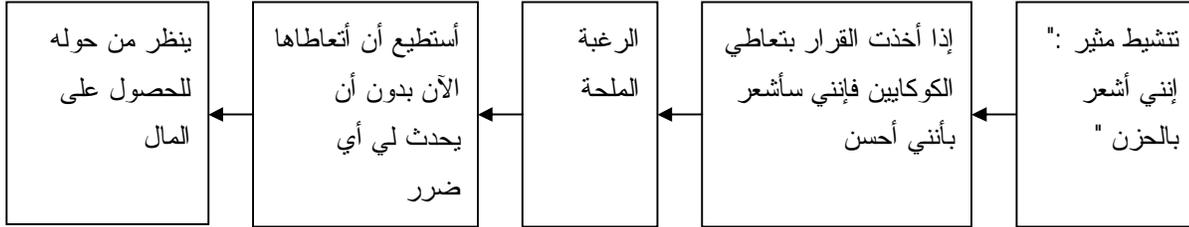
أو خامد، ويقترح علينا "بيك" نموذجاً توضيحياً يمثل فيه صيرورة عملية

تنشيط تعاطي المخدرات في الظروف ذات الخطر المرتفع.



شكل توضيحي 01 لسيروورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات

يرى "بيك" أنه كلما تقدم الشخص في هذه الصيرورة، أصبح من غير الممكن أن يتراجع، فإذا لم يصل إلى مرحلة الرغبة الملحة، فإنه غالباً ما يكون قادراً على الاعتراف بالأضرار الخطيرة للمخدرات على حياته، ولكن بمجرد أن تنشط معتقدات تعاطي المخدرات، وأصبحت الرغبة في تعاطيها ملحة، لا يمكن بأي حال من الأحوال مقاومتها، فيحدث "العائق المعرفي"، فينقص إدراك الفرد واهتمامه بكل ما يخص الجانب الصحي، الاجتماعي والاقتصادي، فيصبح شغله الشاغل منحصراً في استراتيجيات التنفيذ، أي "من أين سأحصل على المال لشراء المخدرات"، مثل هذه المعتقدات تصبح ذات قيمة كبيرة، في هذه الحالة تصبح معتقدات الامتناع غير فعالة، تنطفئ شيئاً فشيئاً، حتى أنه يتعذر عليها التأثير في الشخص، وقد اقترح "بيك" نموذجاً آخرًا توضيحياً، أدمج فيه العائق المعرفي، وكيف يمكن لهذا العائق أن يؤدي إلى تعاطي المخدرات أو الانتكاس؟



شكل توضيحي 02 لدور العائق المعرفي في تعاطي المخدرات

إن شعور الشخص بالحزن، واعتقاده بأن المخدرات ستزيل حزنه، وستجعله يشعر بالراحة التفوق، ستولد لديه الرغبة في تعاطي الكوكايين للتخلص من حزنه، إذا وصل الشخص إلى هذه المرحلة فهنا يحدث العائق المعرفي، ويعني أن الشخص يقنع نفسه بأن المخدرات لا تسبب أي مشكل (صحي، اجتماعي، ...) وأنه بمقدوره تعاطيها دون أن يحدث له أي ضرر، فإذا استطاع أن يتعامل مع هذا المعتقد، فهذا يعني أنه لم يبق له إلا البحث عن وسيلة يستطيع أن يحصل من خلالها على المال الكافي لشراء المخدرات.

ومن بين المعتقدات التي ادمجها "بيك" لتفسير تعاطي المخدرات أو الانتكاس، هناك توقع اللذة وحتى يقدم لنا "بيك" مثالا توضيحياً، يسرد لنا حالة عميله الذي يتعاطى الكوكايين منذ 05 سنوات، هذا العميل صرح بأنه حلم أنه تعاطى الكوكايين،

وعند استيقاظه شعر بلذة قوية لتعاطي الكوكايين، لذلك قرر أنه لابد من تعاطي الكوكايين قبل أن يبدأ يومه، فهذه الحالة (تأثير اللحم) تنشط فكرة: إن الحياة أجمل عندما أتعاطي الكوكايين، وتتبع آليا فكرة إنني أريد الكوكايين، ثم يوجه اهتمامه حول ما إذا كان يملك المال الكافي لشراء الكوكايين، يرى "بيك" أن من أعقد وأصعب المعتقدات عند متعاطي المخدرات، هو ما أسماه بـ: معتقد انعدام الخطر، فالمتعاطي يعتقد أنه إذا تجرع الكوكايين دفعة واحدة أو أنه يعرف نفسه جيدا و أنه قادر على الإقلاع عن تعاطي المخدرات إذا أراد، وهو في مأمن من الإدمان ما دام لا يدخن الكراك ، وهذه الفكرة إنني: " فرح لا أدخن الكراك، من الأفكار النموجية للاعتقاد التساهلي".

إن السبب الذي من أجله اعتبر "بيك" هذا المعتقد من أعقد المعتقدات، كون المتعاطي للمخدرات لا يعتقد أن تعاطيه للمخدرات سيسبب له مشكلا، فتقريبا جميع من بدأ تعاطي المخدرات كان واثقا من أنه يستطيع أن يتوقف عن تعاطي المخدرات إذا أراد، وأنه بعيدا عن الخطر، فإذا كان العميل لا يرى في سلوكه مشكلا، فإنه لا يسعى للتخلي عن المخدرات، كما أنه لا يسعى لطلب المساعدة ما دام لا يرى داعي لذلك، وبالتالي فمن الممكن أن يصل إلى مرحلة متقدمة من الخطورة. هذا من جهة، ومن جهة أخرى عند بعض المتعاطين، بعض الاعتقاد الخاطئة والخاصة بثقافتهم حول المخدرات، خطورتها، وطرق استعمالها.

1-4-2 النظرية الانفعالية العقلانية لألبرت إليس:

تعود هذه النظرية إلى سنة 1955 لصاحبها ألبرت إليس A.Ellis، وتركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في ظهور الاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات السلوكية.

إن نظرية إليس اهتمت بظاهرة تعاطي المخدرات اهتماما بالغا، وقد قدم نماذج تفسيرية استقت من خلالها برامج علاجية أثبتت فعاليتها، ومن أهم الافتراضات التفسيرية التي اقترحتها النظرية الانفعالية العقلانية، نذكر منها :

أ- التحمل المنخفض للإحباط :

يعتبر التحمل المنخفض للإحباط الفكرة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج، أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط، وتتكامل هذه القاعدة مع مفهوم أساسي بالنسبة لهذا النموذج، وهو قلق الانزعاج أو اضطراب الانزعاج Discomfort Anxiety والذي اقترحه Ellis ، و الذي يصف فيه الحالة النفسية للمدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إدمانه، ويكون هذا القلق المزعج نتيجة لعدم تعاطيه للمخدر أو الكحول، فيعتقد أنه ليس باستطاعته تحمل هذه الحالة المزعجة، والتي سببها له عدم تعاطيه للمخدرات، وهذا ما يؤدي إلى عدم تحمله أعراض الامتناع، وقد أسماه Ellis نموذج التحمل المنخفض للكف أو الامتناع، ويعتبر Ellis هذه العملية من الديناميكيات المعرفية الأولية التي تؤدي للإدمان والاستمرار فيه، ويرى Ellis أن الأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل الامتناع أو الكف، هم في الحقيقة أشخاص لا يملكون القدرة على ضبط دواتهم، فإما نجدهم من الذين يأكلون كثيرا أو يدمنون على المخدرات أو الكحول، أو من المترددين على طاوولات القمار، أما بالنسبة للصيرورة الدينامكية للنموذج الذي جاء به Ellis فقد يوضح على الشكل التالي : عندما يتعرض شخص ما إلى مثيرات داخلية أو خارجية ذات خطر مرتفع لتعاطي المخدرات، فإنها تنشط لديه الرغبة في تعاطي المخدرات أو شرب الكحول، هنا يحدث صراع بين الميل إلى شرب و الامتناع، فأما الامتناع أو التأجيل فتتردد على المدمن الأفكار التالية: " لا أستطيع تحمل الحرمان من الشرب" أو " لا أملك الإرادة الكافية ، والقدرة للتصدي لإلحاحي على تعاطي المخدرات أو الكحول"، فكل هذه الأفكار التي تراود الشخص والتي في أغلبها خاطئة، تولد لديه قلق الانزعاج، وهنا يقع المدمن أمام خيارين: إما مناهضة هذه المعتقدات الخاطئة التي خلقت له قلق الانزعاج، وإما الاستسلام إلى تعاطي المخدرات أو الكحول، فهذا يعني أن الشخص ليس بمقدوره تحمل الكف أو الامتناع، فيقول لنفسه: "إنني أشعر بالراحة عندما أتعاطي الخمر أو المخدرات"، فعندما يتعاطي الشخص المخدرات أو الكحول يضعف أو يخفف قلق الانزعاج، وبهذا يعزز التحمل الضعيف للإحباط.

كما اقترح Ellis نموذجاً آخر لتفسير سلوك تعاطي المخدرات و الكحول، و أسماه:
ب - الإنسمام كطريق للتعامل الهروبي مع الموقف:

يرتكز هذا النموذج على الافتراض التفسيري التالي مفاده أن كثيراً من المدمنين يلجئون إلى تعاطي الكحول أو المخدرات محاولة منهم للهروب من المتاعب التي تواجههم، وأن هذا السلوك يقودهم إلى الانسمام بالمخدرات أو الكحول كأسلوب في التعامل ومواجهة المتاعب.

أما فيما يخص ديناميكية هذه العملية، فيمكن إيجازها فيما يلي:

تعتمد هذه العملية على تأثير المؤشرات الخارجية، و التي يمكن تسميته بالمشيريات فرؤية الشخص المتعاطي للمخدرات لإعلان عن الخمر، المرور أما حانة، رؤية أشخاص يتعاطون المخدرات أو الكحول، فهذه المشيريات تولد لدى الشخص الرغبة أو الميل إلى تعاطي المخدرات أو الكحول، فهذه الرغبة الملحة، تولد لديه اعتقادات خاطئة ، كأن يقول: " أن الكحول أو المخدرات ستجعلني أشعر بالراحة والاسترخاء ومن هنا يحدث صراع بين الميل إلى تعاطي أو عدم تعاطي المخدرات، فالامتناع أو التأجيل المؤقت تتبعه شعور بأنه غير قادر على تحمل آلام الامتناع، فهذه المعتقدات الخاطئة اتجاه الحادث المؤثر، تخلق له نوعاً من القلق، وهذا الأخير يصبح العنصر المنشط لسلسلة المعتقدات الخاطئة، وتسهل هذه العملية المحرصة للأفكار اللاعقلانية عند المدمن، والتي تزيد اضطرابه النفسي "بشدة العرض" أو " ضغط العرض " " Symptom Stress" أو الاضطراب الانفعالي الثانوي Secondary

(Walem, waster, 1980) Emotion Disorder

في هذه المرحلة، يحاول المعني أن يجد الطريق الأفضل لإضعاف القلق، فإما أن يناهض الأفكار اللاعقلانية الأولية، وبالتالي لا يتعاطى المخدر أو الكحول، وإما أن يشعر بأنه لا يقدر على تحمل هذا الإحباط، كأن يقول أنا لا أستطيع التعامل مع مشكلتي، أنا ضعيف جداً، لا أستطيع تحمل مشاكلي، فهنا ينشط المعتقد الخاطيء، كأن يقول:

- لا بد أن أتخلص من هذا القلق بسرعة"

- إن المخدرات أو الكحول سيخفف من قلق

- أو إن تعاطي المخدرات أو الخمر سيبعدي عن مشاكلي"
وعندما ينشط هذا الاعتقاد، فيسهل على الشخص تعاطي المخدرات أو الكحول،
وعندما يتم التعاطي يحدث التخفيف المؤقت للقلق، بفضل المخدرات أو الكحول،
سيعزز لدى المتعاطي فكرة أنه غير قادر على تحمل الانزعاج الانفعالي، وأن
بإمكان المخدرات والكحول أن يحل مشاكله، وبالتالي يصبح المتعاطي تابع لها،
-أي المخدرات- وغير قادر على تعلم استراتيجيات فعالة ليتصدى من خلالها
لمشاكله.

ج- الاتسام الكحولي يساوي فقدان قيمة الذات والحقارة:

يعتبر هذا النموذج ثالث تفسير قدمه Ellis لتفسير ظاهرة تعاطي الكحول
أو المخدرات، ويعتمد هذا النموذج على الفكرة الأساسية التي ترى أن كثيرا من
المدمنين على المخدرات أو الكحول يشعرون بتبعية نحو المواد التي يتعاطونها،
وأنهم غير قادرين على التخلص منها، فالشعور بالتبعية يجعلهم لا يثقون في
أنفسهم، لا يقدرون ذواتهم تقديرا ايجابيا، لأنهم غير قادرين على وضع حد لتعاطيهم
الخمر أو المخدرات، وهذا ما يخلق لديهم مشاعر الإثم والاكنتاب، وقد اقترح Ellis
التفسير التالي: إن المعتقدات الخاطئة التي تنجم عن تعرض الشخص إلى مؤشرات
الكحول أو المخدرات تحدد لنا شكلين وهما:

الشكل الأول: ويمثل المدمن الذي قرر عدم شرب أو تعاطي المخدرات مهما حدث،
وإلا فهو إنسان سيئ.

أما الشكل الثاني: فيمثل المدمن الذي يعتقد بأنه من شاربي الكحول وليس شيء غير
ذلك، ولا يمكن أن يكون غير ذلك، فهذه الأفكار اللامنطقية إنما تصدر عن التفكير
التنائي الفرع Dichotomous Reasoning إذ ينظر المدمن إلى ذاته، إما أنه شارب
للخمر، أو غير شارب، وإنما يظل غير متعاط رغم تعرضه للمثيرات الداخلية
والخارجية، وإما يميل إلى تناولها.

ورغم شعور الشخص باليأس والاكنتاب، فيستطيع أن يناهض هذه الأفكار
اللاعقلانية حول شرب الكحول أو تعاطي المخدرات، وبالتالي ينقطع عن شرب
الكحول وتعاطي المخدرات.

أما في الحالة الثانية، أي أن الشخص الذي فقد مهارات مناهضة الأفكار الخاطئة، وهذا ما يولد لديه شعورا بالقلق واليأس، والرغبة الملحة والسريعة لإزالة هذا الشعور، لذلك يعود إلى الشرب.

توصل Gordon Et Marlatt (1985) في هذه النقطة إلى أن التفكير الثنائي يزيد من الاحتمال بأن أية عثرة، أو انتكاس إلى شرب الكحول أو تعاطي المخدرات، يترتب عنها الانتكاس الكامل Total Relapse وقد سمي Ellis هذه الظاهرة الانتكاسية بـ "تأثير خرق الامتناع" "Abstinence Violation Effect".

د - نموذج الحاجة إلى الإثارة:

أما نموذج التفسير الرابع، فقد سمي بـ: نموذج الحاجة إلى الإثارة، لأن العديد من الباحثين (Gluek .M Ccord 1960) لاحظوا وجود علاقة بين الكحولية والسيكوباتية، ولكن اختلف الباحثون (Robins 1960) ، فيلانت (1980) فيما إذا كانت السيكوباتية تقود إلى الكحولية، أو الكحولية هي التي تقود إلى السيكوباتية. أمام هذا الجدل جاء Shukitt (1973) برأي وسط مفاده أن مثل هذه التفسيرات ليست قاطعة، وأنه يمكن أن نجد أشخاصا يتعاطون الكحول والمخدرات، ولكن دون أن يظهروا أعراضا سيكوباتية. كما يمكن أن نجد بعض السيكوباتيين يتعاطون الكحول والمخدرات، فمثل هذا الخليط بين شخصية السيكوباتي النزاعة إلى درجات عالية من الإثارة، وضعف في ضبط الذات Hare (1986)، وسيطرة الأفكار اللاعقلانية بعدم قدرته على مقاومة الحياة السلبية الخالية من الإثارة ، وهو يخلق عنده ما أسماه Ellis بـ: "قلق الانزعاج" عندما تكون الإثارة في نقطتها الدنيا، ويعاني من ضعف تحمل الملل ورتابة العيش، ويضاف إلى ذلك توقع السيكوباتي بأن الخمر أو المخدر من شأنهما إضعاف هذه المشاعر السلبية.

1-4-3- نظرية التعلم الاجتماعي:

قدمت نظرية التعلم الاجتماعي تفسيرات ذات أهمية علمية كبيرة حول الانحراف، وتعاطي المخدرات (Akers 1978, Jessor et Jessor 1984)، إن نظرية التعلم تتركز على مبدئين أساسيين هما: الملاحظة المباشرة، والتقليد (Bandura, et Walter, 1963) عن (Newman et Newman, 1984)، حيث تعتمد عليها في تفسير جميع

الظواهر النفسية فتعلمنا لسلوك ما، سواء كان عاديا كمحاولتنا لتقليد لباس، أو تسريحة شعر مغن، أو لاعب كرة مشهور، يتم نتيجة ملاحظتنا المباشرة لسلوك هذا الشخص الذي يتميز بمكانة اجتماعية مرموقة، تم تقليدنا لسلوكه، يقول Bandura في هذا الصدد "تقريبا كل ظواهر التعلم بالتجربة المباشرة، تحدث بالملاحظة، يعني بملاحظة سلوك الآخرين، والآثار التي تنتج عنه"، وبهذا فنظرية التعلم الاجتماعي ترفض النظرة التي مفادها أن السلوك الإنساني يمكن تفسيره بالاشراط الكلاسيكي، ومبادئ الاشرط الإجرائي فقط (Abrams et Niaura, 1987)، وإنما إلى جانب هذه المبادئ، فإنها تعطي أهمية كبيرة للمحددات المعرفية.

(Mowrer 1960, Bandura 197, Marlatt 1985) عن (Bradiza et al, 1984)

إن نظرية التعلم الاجتماعي تؤمن بأن الإنسان حسب هذا النموذج يمتلك قدرات هائلة، تؤهله للتعامل مع الأشياء، والأشخاص، كما أنه يمتلك إمكانيات معرفية كبيرة تساعد على استعمال الرموز، والتي تسمح له بتصوير الظروف، الوضعيات، تحليل تجارية الواعية، التخيل وتوقع الأحداث المستقبلية. (Bandura 1980).

وبهذا فإن الإنسان لا يستجيب فقط للمثيرات الخارجية، بل قادر على توليدها بواسطة أفكاره ومعتقداته، تصنيفها حسب تقييمه لها (المثيرات) والتعزيزات الذاتية التي يتوقعها، والتي تعلمها بملاحظته لسلوك ما، والتي تساعده إلى جانب التعزيزات الاجتماعية التي تبني (تعلم) سلوك ما فمثلا، شاب رأى آخر في حالة قلق حاد، ولكن بمجرد أن تعاطى كمية من المخدرات زال قلقه تماما، وأصبح في حالة فرح وابتهاج.

يتعلم الملاحظ عن طريق الملاحظة نتائج تعاطي المخدرات أن الشخص انتقل من حالة القلق إلى حالة فرح وابتهاج بفضل المخدرات و بالتالي يتعلم أن بتعاطيه للمخدرات يزول القلق، فان حدث وأن شعر الملاحظ بالقلق، فانه وبدون حضور المثير يمكن له أن يولد تلك الوضعية السابقة، وهذا ما يسمى بـ: "التوليد الذاتي" "Self Evaluation"، فحسب Bandura (1980) الآثار المتوقعة نتيجة التصورات الرمزية يمكن أن تلعب دور الدافع للقيام بسلوك ما.

ولكن كل سلوك يقوم به شخص ما لابد أن يقيمه، وهذا ما يسمى بـ: "التقييم الذاتي" "Self Evaluation" فإذا كان تقييمه يختلف عن التقييم الذي حددته الجماعة (العائلة، الأصدقاء) فينتج عن هذا التفاوت أو هذا التعارض صراع، وهنا يكون الشخص أمام حلين، فإما أن:

-يغير سلوكه: فيتخلى عن المخدرات مثلا.

-وإما أن يبرر، يصغر، أو يعارض الجماعة المرجعية التي ينتمي إليها، والتي خالفته في المعتقد والرأي، لذلك يبدأ المتعاطي في مخالطة الجماعات التي تتبنى نفس المعايير والقيم، وبهذه الطريقة يحدث التعزيز المتبادل بالنسبة للسلوك المنحرف بصفة عامة، الذي يساعد هذه الجماعات على التكيف بفضل ذلك السند، وهذا كذلك ما يؤدي إلى نشوء أو بروز الثقافات الفرعية.

ما يمكن ملاحظته أن نظرية التعلم الاجتماعي تعتمد في تفسيرها للظواهر على مفاهيم تفاعلية بين المحددات المعرفية السلوكية، والبيئية، ومن الظواهر التي ساهمت في تفسيرها تعاطي المخدرات والانتكاس، وتفسير هذه النظرية يتميز بمرحلتين هامتين، هما:

المرحلة الأولى: والتي ترى فيها نظرية التعلم الاجتماعي أن تعاطي

المخدرات ما هي إلا نتيجة تعلم عن طريقة الملاحظة والتقليد كما سبق وأن ذكرنا. فنظرية التعلم الاجتماعي تفترض أن تعاطي الآباء لبعض المواد المخدرة ، وتقييمه الايجابي لهذا السلوك أو بمعنى آخر اتجاههم نحو تعاطي المخدرات يدفعهم إلى نصح وتحذير أبنائهم عن عدم تناولها، وهذا نتيجة الأضرار التي قد تسببها للشخص، يمكن أن تؤثر على الفرد، على بداية تعاطي الأبناء للمخدرات والإبقاء عليها، كما لاحظ بعض الباحثين أن تعميم الآثار يعتبر جزءا هاما في نظريات التعلم بصفة عامة (Hull, 1943) ونظرية التعلم الاجتماعي بصفة خاصة

(Bandura 1977, 1986, Rotter 1954) حيث تفترض أن التعميم يعتبر من السيرورات الفرعية التي تتدخل في الضبط الذاتي للسلوك، وأنه يلعب دورا كبيرا في تطور المفاهيم عند تعلم سلوك جديد.

وبالموازاة يفترض Rotter (1954) أن توقع سلوك ما يمكن أن يؤثر على التوقعات الخاصة بجميع السلوكيات، فمثلا: الآباء الذين يتعاطون مخدرا ما، فينصحون أبنائهم بعدم تعاطيه، مشيرين إلى أضراره، فرد فعل الأبناء لا يقتصر على رفض المخدر الذي يتعاطاه الأب، وإنما يعمم ذلك التوقع على جميع المخدرات.

وفي دراسة قام بها مجموعة من الباحثين حول تأثير الآباء الذين يتعاطون المخدرات المشروعة على أبنائهم المراهقين في تعاطي الماريخوانا، توصلوا إلى أن تعاطي المراهقين الذين يتراوح أعمارهم ما بين 12 و 18 سنة للماريخوانا يرتبط بتعاطي الآباء للمهدئات. (Tec, 1970, 1972, Brook, 1988) عن (Hops et al 1993) أما، Froerer (1987) فقد توصل من خلال تحليل بعض المعطيات الخاصة بتعاطي المخدرات في الفترة الممتدة من 1979 إلى 1982 و المأخوذة من "National Household survey and Drug Abuse" إلى أن:

-تدخين الآباء للسجائر يرتبط بتدخين أبنائهم المراهقين، وشربهم للكحول ، وتعاطيهم للماريخوانا والكوكايين.

-تعاطي الأبناء للكحول يرتبط بتعاطي المراهقين للكحول والماريخوانا.

-تعاطي الأم للماريخوانا يرتبط بتدخين المراهقين للسجائر تعاطيهم للكحول، الماريخوانا والكوكايين.

-تعاطي الآباء للماريخوانا يرتبط بتعاطي المراهقين للماريخوانا.

حسب نظرية التعلم الاجتماعي فإن تعاطي الأبناء للكحول والمخدرات تعتبر نتيجة تقليد آبائهم.

أما المرحلة الثانية: فتعتبر أهم مرحلة لما جاءت به نظرية التعلم الاجتماعي، بحيث وسع Bandura (1986) نظرية التعلم الاجتماعي بإدماج مفاهيم جديدة، ذات بعد معرفي محض لتفسير بعض الظواهر النفسية، من بين هذه المفاهيم: "فعالية الذات" "Self Efficacy" وتوقع النتائج Outcome Expectation ويعتبر Bandura (1986) هذين المحددين المعرفيين من البنيات المعرفية التي لقيت اهتماما كبيرا في الدراسات الحديثة والخاصة بتفسير سلوك تعاطي المخدرات والانتكاس (Hops et al 1993)

يرى Bandura وآخرون (1986) أن الشخص الذي يقاوم الوضعيات الضاغطة بواسطة تعاطيه للكحول أو المخدرات، يرجع إلى مستوى فعالية ذاته، ونتيجة توقعاته فيما يخص هذه الوضعية، فالشخص الذي يعتقد أنه قادر على تجاوز مشاكله ومقاومتها، وأن تعاطيه للكحول أو المخدرات لن تحل مشكلته الأصلية، بل سيضيف إلى هذه المشكلة مشاكل أخرى عديدة، فانه وبدون شك سيجد لنفسه استراتيجيات مقاومة أكثر تكيفا، أما إذا كان يعتقد أنه إنسان ضعيف، وأنه إنسان مغلوب على أمره، وأن الظروف أقوى منه، فلا يستطيع أن يتجاوز المشكلة التي اعترضته، وأن تعاطيه الكحول أو المخدرات، يعتبر الحل الوحيد والممكن للتخفيف من ثقل مشكلته، وأن للمخدرات القدرة الكافية لإشعاره بالسعادة ولو مؤقتا.

وقد توصلت البحوث الحديثة إلى وجود علاقة بين البنيات المعرفية مثل: توقع النتائج الايجابية لتعاطي المخدرات، وانخفاض فعالية الذات، والانتكاس إلى تعاطي الكحول أو المخدرات، أي كلما كان توقع الشخص إيجابيا نحو تعاطي المخدرات والكحول، واعتقاد الشخص أنه غير قادر على مقاومة مشاكله (انخفاض فعالية الذات) كلما اتجه الشخص إلى المخدرات أو الكحول للحد من مشكلاته إذا كان من غير المتعاطين، أو أن ينعكس إذا كان من الأشخاص الذين انقطعوا عن المخدرات أو الكحول لفترة.

ومن بين الدراسات التي تناولت موضوع المؤشر، تلك التي قام بها Rohsenow وآخرون (1992) حيث قام بعرض مؤشر الكحول على مجموعة من المتعاطين للكحول (ذكور) وذلك في مرحلة إزالة التسمم، أو في الأسبوع الرابع من العلاج،

وقد استعانوا باستبيان حول الكحول Questionnaire Alcohol Effect QAE (1983) فتوصلوا إلى وجود علاقة ايجابية وذات دلالة إحصائية بين التوقع أن الكحول يزيد في الطاقة، يطور المهارات، والرغبة في تعاطي الكحول، أي كلما كان توقع الفرد إيجابيا نحو قدرة الكحول في إبراز وتطور المهارات، والزيادة في الطاقة كلما كانت رغبة الفرد شديدة في تعاطي الكحول، كما توصل Rohsenow إلى ارتباط ايجابي ذو دلالة إحصائية بين ارتفاع نسبة اللعاب، وإيجابية توقع أن بإمكان

المخدرات أن تزيد في السلطة، والقوة البدنية، والنفسية، واللذة الجنسية، والمهارات الاجتماعية، كما أنها تخفض الضغط.

أما Greely و آخرون (1992) فقد قاموا بقياس فعالية الذات عند 45 مدمنا (ذكرا)، عرضت عليهم مؤشرات كحولية، فتوصلوا إلى ارتباط ذو دلالة إحصائية بين الرغبة الشديدة في تعاطي الكحول أثناء وجودهم أمام المؤشرات التجريبية وانخفاض في فعالية الذات بالنسبة لمقاومة هذه الوضعية. (Bradiza et al 1994).

أما Gillespie و آخرون (1987) فقد أكدوا الفكرة الأساسية التي انطلقت منها نظرية التعلم الاجتماعي، والتي تتمثل في أن التوقعات الايجابية نحو الكحول عند عينة من الكحوليين كانت مرتفعة في حين كانت فعالية الذات منخفضة.

إن الأفراد الذين يتأثرون بسهولة بمؤشرات الكحول أو المخدرات، أي الذين ينشطون بسهولة عند وجودهم أمام مثيرات بيئية، أو نفسية، يحتمل أن يكون توقعهم لتعاطي المخدرات ايجابيا.

ترى نظرية التعلم الاجتماعي، أنه في الوضعيات ذات الخطر المرتفع إذا كانت فعالية الذات مرتفعة، فاحتمال كبير أن تعاطي الكحول أو الانتكاس يكون منخفض والعكس صحيح، ومع ذلك ففعالية الذات لا يمكن أن تكون سببا للسلوك ومنبئا جيدا (Hawkins 1992)، أما النقطة الثانية فتمثل في المفهوم الذي اقترحته نظرية التعلم الاجتماعي، والذي لقي نقاشا كبيرا مفاده أن الاستجابة للمؤشرات لا تعتبر نتيجة الاشراف الإجرائي، وإنما نتيجة التوليد الذاتي "Self Generated" (Wilson)، فأفكارنا والصور التي كونها حول الأشياء، يمكن أن تلعب دور المثيرات الداخلية، وبالتالي فالاستجابة تحدث بدون أن يكون هناك أي مثير خارجي، فأفكار الشخص وتوقعاته الإيجابية بمعنى التعزيزات الذاتية، والتعزيزات الاجتماعية الملاحظة، كلها تعتبر أهم الدوافع التي تنشط الرغبة في تعاطي المخدرات في الإطار، فنظرية التعلم الاجتماعي ترى أن المعارف تخرج عن إطار الاشراف، والاشراط الإجرائي، ولكن هناك من يعتقد أن نموذج الاشراف يمكن أن يقدم لنا تفسيراً وافياً للعلاقة الموجودة بين مجموع المعارف ومؤشرات تنشيط الرغبة لتعاطي المخدرات و/ أو الكحول إن

توقع الشخص للآثار الإيجابية للمخدرات، يمكن أن يرى إليها كمثير شرطي قادر على إحداث استجابة شرطية. (Bradiza et al 1994).
تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي على أهمية العمليات الرمزية، وعمليات المحاكات، والتنظيم الذاتي في السلوك الإنساني
اتسعت نظرية التعلم الاجتماعي لتشمل بالدراسة " فرض خفض التوتر " ومفهوم " التوقع " والوراثة السلوكية

إن نظرية التعلم الاجتماعي تقدم تفسيراً مهماً لسوء استخدام العقاقير والمخدرات فقد تبين من بعض البحوث التجريبية أن الشباب الجامعي الذين يتعاطون الكحوليات بشكل كثيف حيث يجري تعريفهم لملاحظة موقف بلا نموذج للتعاطي أو موقف من التعاطي الخفيف إنما يتعاطون بدرجة أقل من الأشخاص الذين جرى تعريفهم لملاحظة نموذج من التعاطي الكثيف وبالتالي أدى إلى تعاطيهم بشدة، كما تبين أن الأشخاص الذين يتعاطون بدرجة خفيفة إنما يزيدون من كثافة تعاطيهم بعد ملاحظتهم لنموذج من التعاطي الكثيف وفي كل ذلك أيضاً تؤدي المعايير الشخصية دوراً في تشكيل سلوكيات التعاطي والإدمان (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000)

1- 5 نظريات التحليل النفسي:

1-5-1 نظرية فرويد وأتباعه:

جلب فرويد (1905) أنظار الباحثين حول أهمية المرحلة الفمية عند الأشخاص الذين يميلون كثيراً إلى الشرب والتدخين، وانطلاقاً من هذه الفكرة جاء تفسير فرويد لظاهرة الإدمان على الكحول والمخدرات، فيعتبر المخدرات وسيلة من الوسائل التي يستعملها المدمن للتعامل مع الألم، إلى جانب هذا فيعتبر المدمنين أشخاصاً حدث لهم تثبيت في مرحلة الفمية، كما أنهم يتميزون بنزوة تحطيم الذات، والجنسية المثلية الكامنة "Une homosexualité latente" (Barclay, 1984)

وما استخدمهم للمخدرات إلا وسيلة لإشباع الاشتهاءات جنسية، كما أنها تعبير عن الحاجة للأمن والمحافظة على الذات في الوقت نفسه (فاروق سيد عبد السلام 1988).

إن الإدمانات بالنسبة لفرويد هي بدائل للشبكية الطفلية الذاتية النكوصية التي خبرت بداية باعتبارها سارة، ثم غير سارة و هي الدائرة لمعظم الأشكال الإدمانية. و من هذه الدائرة، تصبح الرغبة في اللذة مشبعة و لكن فقط بمصاحبة الذنب و انخفاض تقدير الذات. و تنتج هذه المشاعر قلقا غير محتمل يؤدي بدوره إلى تكرار السلوك، لا تكون الإدمانات بدائل فقط للإدمان الأولي و لكنها أمثلة على التكرار القهري، و تبذل محاولات للسيطرة على المشاعر المؤلمة (Brehem & Khantzian ,1992) استطاع "فرويد" في سنة 1939 أن يربط بين حالة "الهوس" "Manie" والإدمان وتقريبا كل الأعمال التحليلية التي تلتها كانت تصب في نفس الاتجاه (أي التشابه الموجود بين الإدمان وحالة الهوس الاكتئابي) حيث توصل كل من Fenichel et Rado (1978) إلى أن الأفراد الذين يميلون كثيرا إلى الشرب والتدخين، حصل لهم تثبيت في المرحلة الفمية.

كما توصل Fenichel (1969) أن المدمنين يمثلون أكثر الاندفاعيين وضوحا، فالحاجة إلى الحصول على شيء ما (المخدر، الكحول) ليس مجرد إشباع جنسي، بل هو أيضا شعور بالأمن والطمأنينة، والشعور بتقدير الذات، ومن ثمة فهو أساس لوجودهم، كما انه يعتبر الإدمان وسيلة لتحاكي الحالة الاكتئابية، (فاروق سيد عبد السلام، 1988)

كما أكد فينكل " Fenichel (1945) من أسباب التحول إلى تعاطي الكحوليات قد تكون إما وجود إحباط خارجي أو كف داخلي. وتلك الحالات لا يجرؤ الفرد معها على أن يواجه الأنا الأعلى من دون تلك المساعدة المصطنعة (تعاطي المخدرات) ويصف " فينكل" وغيره من علماء التحليل النفسي الإدمان الكحولي على أنه " عصاب اندفاعي) Impulse Neurosis ناشئ عن ظروف أسرية صعبة أدت إلى نشوء إحباطات فمية في الطفولة لذا فإن الشخص الذي يصبح مدمن هو في أساسه التكويني شخص يتصف بالنرجسية والمطالبة حيث يكون التعاطي بالنسبة للشخص المدمن وظيفيا يحقق من خلاله أدوار متعددة، فالتعاطي يعمل بمثابة مسكن و مخفف للإحباط والغضب و كوسيلة للتخلص من احتقار الذات الماسوشي وإتباع

رمزي للحاجة إلى الحب والعطف، وتلك كلها أعراض وظيفته تتناسج مع بعضها في الدائرة المفرغة العصابية ((سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000). أما Rado و Simmel فقد توصلا إلى القرابة الموجودة، بين الإدمان والاكنتاب، ويعتقد Simmel أن المخدر يؤدي إلى نوع من الهوس الاصطناعي (Braconnier, 1973, p11)

أما Rosenfield (1959) توصل من خلال دراسة تحليلية حول الإدمان، إلى وجود ارتباط كبير بين المرض (الإدمان) والحالات الهوسية الاكنتابية، كما توصل إلى أن المدمن على المخدرات شخص ضعيف، لا يملك القوة اللازمة لتحمل عذاب الاكنتاب، لذلك وبسهولة يلجأ إلى ميكانيزمات هوسية (المثالية، تقمص موضوع مثالي، ...)، ولكن الاستجابة الهوسية لا تتحقق إلا بمساعدة المخدرات (Braconnier, 1973) فهذه الميكانيزمات تستعمل لإخفاء الفلق البرنوي للمدمن.

كما يعتبر Rosenfield، أن المخدرات ترمز في حقيقة الأمر إلى موضوع ميت أو مريض، وبتعاطيها فالمدمن يحاول أن يخفف من شعوره بالذنب، كما يمكن اعتبارها كمحاولة انتحارية لا شعورية. أما Lobovic فيركز على العناصر الاكنتابية، والتي لاحظها عند الشباب المدمن، فيرى أن المدمن على المخدرات يعيش في دائرة مفرغة، فمن الحاجة إلى الشعور بالذنب، ومن الشعور بالذنب إلى الاكنتاب إلى الحاجة.

الحاجة إلى المخدر ← الشعور بالذنب ← الاكنتاب ← الحاجة إلى المخدر وهذه الحلقة تذكرنا بتلك التي جاء بها Rado والتي تمثل سيرورة المزاج الناتج عن العقاقير (Pharmacothemie) والتي تتمثل فيما يلي:

الشعور بالاكنتاب نتيجة الإحباط ← لأول تجربة تعاطي مخدرات ← الشعور باللذة والقدرة ← اختفاء التأثير المرحي ← الرجوع إلى الواقع القاسي ← الشعور بالذنب ← اكنتاب اتجاه الإحباط. (Marcelli et al, 1984)

فالمخدر يعتبر وسيلة تساعد المدمن على الانتقال من حالة كآبة لا يستطيع أن يتحملها "أناه" الضعيف إلى حاجة شعور بالنشوة الرضا، وكذا اللذة وأهم ما يجلبه المخدر الشعور بالعظمة يترجم إكلينيكيًا إلى حالة هوس (Braconnier, 1973) وفي

المجال نفسه الصدد يرى Waider و Caplan أن الدافع الشعوري المسيطر على المدمن ليس البحث عن المباحج الجنسية، ولكن الرغبة في الحصول على تخفيض فارما كولوجي للإحساس بالكآبة التي يستطيع الفرد أن يتعامل معها بمجهود ذاته الذاتية. (فاروق سيد عبد السلام، 1988)

إن جميع هؤلاء الباحثين اتفقوا على أن للمخدرات دور في المحافظة على "أنا" الذي يتميز بالضعف الشديد، والمهدد في كينونته، فهذه الدفاعية التي أوكلت إلى المخدرات، يعترف بها أغلبية المحللين النفسانيين (Clover, 1932, Raskin, 1970) عن (Marcelli et al, 1984)

أما جلوفر Glover فقد ركز على العدوان و السادية كعوامل أساسية في الإدمان. و يرى أن المدمن يسقط صراعاته على العقار كدفاع ضد العدوان لحالة أكثر ذهانية (حسن فايد، 2006)

فإلى جانب الوظيفة الدفاعية التي تميز المخدر، فهناك بعض المؤشرات العيادية كالفمية، والنرجسية والعدوانية الموجهة نحو الذات وللآخرين، ونزوة في تحطيم الذات، فهناك من يعتبر المخدرات كوسيلة انتحارية، وأن تعاطيها ما هو إلا محاولة انتحارية.

1-5-2 نظرية " ألفريد أدلر":

يعتبر ألفرد ادلر Alfred Alder أحد المنشقين عن فرويد freud لعدم اتفاقهما حول أصل الاضطرابات النفسية. فأدلر يرى أنه يمكن أن نفهم السير النفسي للشخص، كما نستطيع أن نفهم سببية الاضطراب الذي يعاني منه، إذا استعنا بما أسماه بـ " عقدة النقص" التي تستطيع أن تعطي لنا صورة واضحة عن الأسباب التي دفعت بالشخص إلى سلوك غير سوي، ويرى " أدلر" أن هذه العقدة، تنتج عن التبعية التي عاشها كل واحد منا أثناء طفولته بدرجات متفاوتة وباستجابات مختلفة.

فحسب " أدلر" فالشعور بالنقص يعوض بفضل إرادة تدفع بالطفل للظهور أحسن من الآخرين (Block (1993 ويرى أدلر أن للجسم البشري قدرة فائقة على تعويض نقص أو ضرر معين، فمثلا الضرير تجد حاسة السمع عنده أكثر تطورا من غيره.. وفي رأيه أن ما يصدق على القصور العضوي يمكن أن يصدق على الحالات

النفسية، الاجتماعية... فيحاول فرد ما تجاوز ذلك القصور المادي أو الاجتماعي...
بالاتجاه إلى الرسم، الرياضة أو العمل أكثر من اللازم.

أما فيما يخص تفسير أدلر للإدمان على المخدرات، فيرى أن مثلهم مثل
الذهانيين، العصائيين، الجانحين، فهم أشخاص يفشلون في حياتهم، لافتقارهم إلى
الشعور بالود، ومحبة الآخرين، وحتى يعوضوا هذا النقص، فإنهم يعكفون على
المخدرات، التي تعطيهم الثقة بالنفس، وتجعلهم يملكون الدنيا، وتنسيهم عيوبهم،
ويدعم وجدانهم الممزق، وعدم اهتمام المجتمع بهم. (العفيفي عبد الحكيم، 1986).

1-6 التفسيرات الاجتماعية والثقافية

يعتمد نموذج التفسيرات الاجتماعية والثقافية لظاهرة تعاطي المخدرات على عدة
مفاهيم أهمها : الثقافة، الضبط الاجتماعي، المعايير، القيم، الاغتراب، الأدوار، ...
وفي الحقيقة فكل هذه العوامل يمكن أن تتداخل فيما بينها لتشكل مجموعة عوامل
تؤدي إلى تعاطي المخدرات، أو ظاهرة انحرافية أخرى. وقد اقترح في ذلك ثلاثة
تصورات، وهي :

أ- منحنى النسق النمائي: Devloppmental System Approach

ترتكز تفسيرات منحنى النسق النمائي على الأسرة كمنظومة كلية وكتنظيم متوازن
تعتمد فيه نظام العلاقات بين الزوجين وحدود الصراع في الأسرة، وكذلك كدورة
حياة تنمو الأسرة في نسقها من مرحلة نمائية إلى أخرى ولهذا يعتبر الإدمان وفق
هذا المنحنى بمثابة "مرض الأسرة" أو اضطراب أسري في الأساس.

(سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000، ص 105)

ب- المنحنى الاجتماعي: social Approach

يركز النموذج الاجتماعي الثقافي على عوامل خارج الفرد في تفسير التعاطي
والإدمان، حيث تشمل عدة متغيرات السكانية والاثنية والعمرية والمستوى
الاجتماعي الاقتصادي والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ونظم المعتقدات والتقاليد
وفي هذا الصدد بينت إحدى الدراسات التي أجريت على مجموعة مدمني الهيروين
الذين اختاروا عن قصد عدم الانضمام لبرنامج علاجي للتوقف عن تعاطي الهيروين
وإنما أن يعملوا وبأنفسهم على رعاية ذواتهم وقد انتقلوا من الحي الذي كانوا

يعيشون أين تعلموا الإدمان إلى حي آخر بعيد عن المثيرات والمتغيرات التي لازمت إدمانهم، كما تمثل في فرض نوع من المسافة الاجتماعية Social Distance بينهم وبين أصدقائهم المتعاطين، والبيئات التي تعاطوا فيها المخدرات وأدمنوا عليها (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000)

يقترح هذا المنحى ثلاثة (03) فرضيات وهي :

أن تعاطي المخدرات، يعتبر عرضا لثقافة فرعية Une Sub Culture، وقد بينت العديد من الدراسات أن تعاطي المخدرات هو سلوك اجتماعي، فهي يحفز الأشخاص على تعلم أدوار، ومسؤوليات مناسبة فالمخدر ساعدهم على بناء عالم، أو منظومة لها قوانينها، ولغتها تميزها عن باقي المنظومات وهذا ما يسمى بالثقافة الفرعية، من النظريات الأولى الخاصة بالثقافة الفرعية عند المنحرفين (Cohen, 1955, Clow, 1960) بينت أن الشباب الذين يقطنون في الأحياء الداخلية يتبنون السلوكات الانحرافية كاستجابة لانعدام الفرص الشرعية، المهم بالنسبة لهم هو الوصول إلى الهدف المسيطر في سلم القيم، وهو النجاح المادي.

أما بعض الأبحاث الأخرى، فقد توصلت إلى أن الإجرام (Wolfgang 1967) والسلوك الانحرافي (Miller, 1958) يمكن أن ينظر إليه على أنه نتيجة من نتائج الالتزام بقيم الثقافات الفرعية للأحياء الداخلية و التي تتميز: بالصلابة، المكر، والجرأة، (Clark 1965 , Rain, 1966) عن (Dembo, 1981)

أما الفرضية الثانية فنقول أن: تعاطي المخدرات ما هو إلا عرض لثقافة مضادة " Une Contre Culture " ، فالمتعاطي للمخدرات يحاول بتعاطيه أن يخلق ضد الثقافة السائدة في مجتمعه الذي تسوده العلاقات الفردية والأنانية، ذلك المجتمع الآلي الذي أصبح يفتقر إلى روح الإنسانية، فالشباب أصبح يشعر بعدم القدرة على الإبداع في عالم أصبح أشبه بأفلام الخيال، فالعلاقات الإنسانية تقلصت لحساب العلاقات الرسمية، حتى بين أفراد العائلة الواحدة، فالشباب يحاول أن يبحث عن طريقة يعيش من خلالها في عالم مناقض للعالم الذي يعيش فيه، عالم يشعر فيه بأنه حر، وأن له الحق في العالم، وبالتالي فتعاطيه للمخدرات ما هو إلا وسيلة يحاول من خلالها أن يخلق ثقافة ضد الثقافة الآلية السائدة في مجتمعه.

أما الفرضية الثالثة والأخيرة ، فمفادها أن تعاطي الفرد للمخدرات ما هو إلا محاولة منه لخلق ثقافة جديدة، وهذا التفسير يتميز بثلاثة أبعاد:
-بعد معرفي: فالشخص بتعاطيه للمخدرات يحاول إثارة قدراته الفكرية والإبداعية.

-بعد ديني: إن تعاطي المخدرات محاولة لإيجاد معاني الاتصال، الأخوة،...
-اللذة: إن الشخص بتعاطيه للمخدرات يحاول أن يتجاوز الموانع الروحية.
من خلال هذا العرض يمكن أن نستنتج أن الشخص الذي يتعاطى المخدرات، يحاول أن يخلق لنفسه ثقافة جديدة، فرعية ومضادة في الوقت نفسه، لذلك فهذه الفرضيات يمكن أن تصاغ في فرضية واحدة، ولكن المنحى الاجتماعي الثقافي لم يقتصر في تفسيره لهذه الظاهرة على الثقافة، وإنما هناك فرضيات تفسيرية أخرى، وتدور حول الضغط الذي يمارس على الشباب، كالفقر، الإحباطات اليومية، البطالة، السكن، الأسرة المفككة، المستقبل الخالي من الأهداف (Slatman, 1970) وغياب العدالة الاجتماعية، وتغير القيم كل هذه العوامل تجعل الشاب يعيش في حالة اغتراب اتجاه القيم السائدة في المجتمع (Jessor et Jessor, 1997 ; Kandel 1982)
أما (Kandel 1982) و آخرون توصلوا إلى أن انخفاض درجة التدين قد تؤدي إلى تعاطي المخدرات.

وقد توصل (Jessor et al 1980 Kandel 1982 ; Bobins 1982) إلى أن تعاطي المخدرات والانحرافات بصفة عامة، ما هي إلا طريقة تعبيرية عن تمرد، وثورة الشباب على قيم، عادات، وتقاليد المجتمع الذي يعيشون فيه.

أما (Kandel 1982 Bachman et al 1982) فقد توصلوا إلى وجود ارتباط إيجابي و دال بين المخدرات والسلوك الانحرافي، أما الدراسة التي قام بها (Block et shedler 1990) فقد خلصت إلى أن الشعور بالاغتراب عند الأطفال في سن السابعة تتبنا بتعاطيهم الماريخوانا في سن الثامنة عشر 18، إن الحاجة القوية إلى الاستقلالية (Jessor 1976) ارتفاع تحمل الانحراف (Jessor et Jessor 1977) و فقدان القيم داخل المجتمع (Paton et Kandel 1978) كل هذه العوامل يمكن اعتبارها من العوامل ذات الارتباط القوي بتعاطي المخدرات (Hawkins, 1992)

إن الضبط الاجتماعي *Contrôle Sociale* يمكن كذلك اعتباره من العوامل المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات وبعض الظواهر الانحرافية الأخرى ونقصد بالضبط الاجتماعي جميع القوانين الرسمية مثل القوانين التجارية، قوانين العمل، المرور، الأسرة والقوانين غير الرسمية كالتي يضعها رب الأسرة لتسيير أمور أسرته والتي يمكن أن تختلف من عائلة إلى أخرى والقوانين التي تسيير القبيلة والقرى والتي تفقد من مصداقيتها أمام القوانين الرسمية فهذه الضوابط تحمي أفرادا وجماعات من تسلط وانحراف بعض الفئات وتسيير الأمور حسب هواها ومعتقداتها. فإذا حدث وأن فقدت أية أمة ضوابطها أو قوانينها فإن الفوضى ستعم وكل شخص يصنع معايير الخاصة في تسيير أمور المؤسسات وإذا عمت الفوضى وانتشر الفساد كثر انتشار الأمراض وكثرت الظواهر الاجتماعية كالتسول الجماعي وتسول الأطفال وانتشار بيوت الدعارة، تعاطي الكحول والمخدرات أمام الناس وبدون حرج فيصبح من الصعب التحكم في الأمور، نفس الفوضى تحدث إذا فقدت الأسرة ضوابطها التي تسييرها فيحدث الخلط بينما يمكن فعله وما لا يمكن فعله فلا قوانين تضبط تصرفات الأبناء يخرجون متى وأين يشاؤون ويتعاملون مع من يشاءون ويلبسون ويأكلون ويتعاملون فيما بينهم وبين الناس كيفما يشاءون إنها اللامبالاة.

و لكن كلما كانت الضوابط قوية مقبولة وغير استبدادية كلما حسن سير الأمة ونقصت نسبة الظواهر الاجتماعية وعمت العدالة الاجتماعية، كما توصل Elliot et al 1970 إلى أن بعض الأفراد يفشلون في أداء أدوارهم الاجتماعية بالطريقة التي يتوقعها منهم المجتمع فمن المعروف أن للدور شأن كبير في شعور الفرد بذاته وتقديره لها فكلما أدى الفرد أدواره الاجتماعية بالطريقة التي يتوقعها منه المجتمع قلت نسبة القلق وبالتالي قل احتمال الانحرافات السلوكية لديه أما إذا فشل في أدائها فإنه ينتج عنه شعور بالقلق وبالتالي ترتفع عندهم نسبة الانحرافات السلوكية (فاروق سيد عبد السلام ، 1988).

ج- المنحى الثقافى : Cultural Approach

يركز هذا المنحى على العوامل الثقافىة التى تشيع فى جماعة من الجماعات وتمثل أسلوب حياة تلك الجماعة لذا تؤكد التفسيرات الثقافىة للتعاطى والإدمان على المخدرات أهمية دور الاتجاهات والمعتقدات والقيم السائدة فى المجتمع. وتحدد دراسة علمية عن الفروق الثقافىة فى معدلات الإدمان الكحولى ثلاثة متغيرات ثقافىة اجتماعية تؤثر فى تلك المعدلات وهى:

- العوامل الدينامية أو الدرجة التى يصل إليها التوتر فى المجتمع.
- المعايير الثقافىة المتعلقة بمواد العقاقير والمخدرات وسلوكات تعاطى المخدرات والإدمان عليها.

- ثم إلى أى حد توفر ثقافة المجتمع أساليب بديلة للتعامل مع الضغوط.
إن تعاطى بعض العقاقير قد ينطوي على بعض المعتقدات التى يتشاركها أبناء المجتمع أو قطاعات كبيرة منه مثل تعاطى الكحوليات فى المجتمعات الأوربية والأمريكىة تعاطى الأفيون فى الصين فى القرن الماضى، وتعاطى القات فى اليمن، وقد تفسر أنماط معينة من التعاطى عند بعض الفئات الاثنية فى المجتمع مثل الزوج والهنود ارتباطا بظاهرة " الحرمان الثقافى" والاكتئاب الناتج عن الإحساس باللامعيارية فى المجتمع. حيث يحتل الزوج الأمريكىون الذين لهم أصول تنتمى إلى جزيرة بورتوريكو أعلى معدلات التعاطى والإدمان بين الأمريكىين. وترتبط بعدد من المتلازمات الاجتماعية مثل انخفاض مستوى الدخل، المستوى التعليمى والحياة الأسرية المضطربة والمسكن المزدحمة (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسىة، 2000)

7-1 وجهة نظر الطب النفسى :

إن السؤال الذى تنطلق منه هذه النظرية هو: هل الإدمان يرتبط أساسا بشخصية مرضية سواء كانت عصابية، ذهانية، حدية أو سيكوباتية؟ وفى هذا الصدد هناك كثير لكى يقال بين الموافق والمعارض ولكل واحد منهما ما يبرر به من دراسات وتحليلات فالكثير من أطباء النفس يؤكدون على أن تعاطى المخدرات يرتبط بشخصية مرضية، فالمدمنين إما أن تجدهم عصابين،

أو الذهانين أو السيكوباتين، وفي بعض الأحيان من الحديين، وقد بين (1957) Chien في دراسته عن المدمنين الأحداث إلى وجود اضطرابات عقلية أولية سابقة على تعاطي المخدرات.

كما توصل Gerard إلى أن أحداث المدمنين هم أشخاص مضطربون ويحتاجون إلى المساعدة سواء أخذوا العقار أم لا، وتصورهم لذواتهم غير واقعي ولا يستطيعون تحقيقه إلى من خلال المخدر والاستخدام المتكرر له (فاروق سيد عبد السلام، 1988).

أما (1953) Wikler et al Rasar فقد توصلوا إلى تقسيم المدمنين إلى عصابين يبحثون عن النشوة لتخفيف من القلق وسيكوباتيين يبحثون عن النشوة وذهانين يبحثون عن التخفيف من الاكتئاب وقمع الهذات (فاروق سيد عبد السلام، 1988).

أما (1969) Reaser فيرى أن تعاطي المخدرات نوع من المرض العقلي، وأن الدافع إلى تعاطي المخدرات دافع قهري يدعمه الاعتماد الجسدي على العقار. ويصفهم (1969) Hoffman بأن لديهم انخفاض شديد في تقديرهم لذواتهم يعانون من اكتئاب شديد، ومن بين الاضطرابات الشائعة والمشاركة بينهم هي المزاج المعكر، والاضطرابات الجنسية. (فاروق سيد عبد السلام، 1988)

أما كولب Kolb و من خلال دراسة أجراها على عينة تتكون من 52 حالة إيمان على المخدرات، تمكن من تصنيفها كمايلي: نصفها يصنف كاضطرابات خلقية وكانت الأنماط السائدة لدى الإناث هي النمط السادي المازوشي، العدواني و النمط السيكوباتي.

أما الذكور فكانوا يتميزون بالاعتماد الفمي، الجناح الشبه سيكوباتي وقد كان ربع الحالات فصامية حدية وحالات فصام والباقي شخصيات غير متلائمة.

كما تظهر بعض الصفات كالتقدير الواطئ للذات، تناقضا وجدانيا واضحا اتجاه الأم (فاروق سيد عبد السلام 1988)

ولكن من الباحثين من عارض هذا الاعتقاد فمثلا (1965) Jaffe يرى أن مستخدمي العقاقير عموما يتميزون بمجموع من الخصائص والتي تقع في مختلف التصنيفات الاكلينيكية. (فاروق سيد عبد السلام، 1988)

أما (1974) Wurmser و Colman فقد اتفقا على أن المدمنين أنماطاً مختلفة وأنهم ينتمون إلى جميع التصنيفات العيادية و أن هذه الاضطرابات لم تكن موجودة من قبل بل هي نتيجة التعاطي الطويل (Schar 1966)
عن (فاروق سيد عبد السلام ، 1988)

أما Bergret (1984) فيرى أن التنظيم العقلي الأكثر شيوعاً عند المنحرفين والمدمنين على المخدرات هو التنظيم العقلي ذات البنية الاكتئابية، وهذا يعني أن الإدمان لا يرتبط بشخصية مرضية معينة (Bergeret , 1984)
رغم الاختلافات الموجودة و المرتبطة بمدى ارتباط الشخصية بسلوك تعاطي المخدرات إلا أنه هناك اتفاق على أن هناك استعداد نفسي للإدمان، وقد اتفقوا على أن الأشخاص الذين يصبحون مدمنين لديهم بعض الخصائص الشخصية التي تدفعهم لتعاطي المخدرات و يعتمد هذا التفسير على تصور سمي بـ " الشخصية الإدمانية Addictive Personality وهو تصور قد أثار الكثير من الجدل، فمقابل " الشخصية الإدمانية " طرح تصور آخر سمي " السمات السلوكية الإستعدادية " وهذه السمات قد تكون كامنة في العديد من الشخصيات. ومن هذه السمات السلوكية التي وجد أنها ترتبط بتطور سوء استخدام العقاقير والمخدرات:

- صعوبات في التحكم في الاندفاعات (السلوك الاندفاعي)
- صعوبات في مواجهة الضغوط، بما فيها مشكلات تحمل الإحباط
- أنماط سلبية - اعتمادية للسلوك.
- التمرکز حول الذات مع أنماط سلوكية أنانية ذاتية (مثل كثرة المطالب والاستحوادية)
- سلوك مضاد للمجتمع (سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، 2000).

2- المخدرات مشكلة جيوسياسية:

تتعرض ظاهرة المخدرات إلى جدل لم تتعرض له ظاهرة من قبل ، فهناك من ينظر إليها على أنها ظاهرة قانونية محضة و أننا بوضع قوانين صارمة بإمكاننا أن نضع حداً لها، أما الباحثين النفسيين الاجتماعيين فإنهم يرون أنه لا يمكن أن نتكلم عن

ظاهرة المخدرات إلا بتوفر الظروف النفسية الاجتماعية التي تدفع بالأشخاص إلى طلب هذه المادة، ولكن هناك شق غالبا ما يتم تجاهله ألا وهو الشق الجيوسياسي للظاهرة، وهذا ما أكده الأستاذ مصطفى علوي(2003) حيث قال: " ليست مشكلة المخدرات جديدة على الساحة ، بل هي قديمة تعود إلى عقود أو قرون خلت ، من ثم قد يبدو في الربط بين هذه المشكلة من ناحية و التحولات العالمية و الإقليمية من ناحية أخرى قدرا من التعسف والتحكم. و من ناحية ثانية فإن التراكم العلمي محدود في خصوص دراسة الأبعاد السياسية و الإستراتيجية لهذه المشكلة ، ذلك أن معظم الأدبيات العلمية ركزت على تحليل الأبعاد الطبية والنفسية و الاقتصادية والقانونية والاجتماعية لتلك المشكلة وبطبيعة الحال تتمثل ندرة الأدبيات العلمية في معالجة الأبعاد السياسية و الإستراتيجية لمشكلة المخدرات بشكل أكبر في الكتابات العربية." (مصطفى علوي،2003،ص27)

أما لاروس(Larousse,2000) فيؤكد أن من مجموع 30 صراع داخلي على المستوى الدولي هناك 25 سببها الضمني المخدرات، بما فيها حالة انغولا (Larousse,2000)

تعتبر فترة الثمانينات حسب المحللين الجيوسياسيين فترة حازمة في الاتجاه الخطير الذي عرفته مشكلة المخدرات ، حيث اعتبرت العدو رقم واحد للإنسانية وارتبط هذا الاتجاه بما عرفه العالم من تغيرات سياسية واقتصادية . وانطلقت من تعاظم يرتبط بفئات اجتماعية معينة وظروف اجتماعية وسياسية واقتصادية معينة إلى ظاهرة عالمية لا تعرف لا جنسية و لا حدود و إنما تسييرها قواعد العرض والطلب باستعمال استراتيجيات مختلفة تماما عن أي منتج سواء كان مشروع أو غير مشروع .

أما فترة التسعينيات فقد تميزت بمجموعة من التحولات على مستوى الإجرام المتعلق بتجارة المخدرات فخلال الثمانينات كل ما يرتبط بالمخدرات من تحويل وتوزيع وتصدير المخدرات كان تحت إشراف منظمات الإجرام أمثال منظمات الإجرام الايطالية ، الكارتل الكولومبي – المافيا التركية ، الثلاثية الصينية حيث كان يسود هذه المنظمات الكثير من الغموض و السرية. ولكن بدأت تحدث تغيرات على

مستوى التنظيمات فمنذ 1992 تقريبا أصبحت التنظيمات الإجرامية تظهر بهيكلية مختلفة، فقد استمرت التنظيمات الإجرامية المهمة مثل في المكسيك و برمانيا ، ولكن ظهرت تنظيمات ذات مستوى أو حجم متوسط مثل كولومبيا ، البرازيل الباكستان ، وإلى جانب هذا وذاك فقد ظهر ما أسماه Larousse مدير المرصد الجيوسياسي للمخدرات العديد من المقاولين الصغار، سبب هذه التحولات تعرض هذه المنظمات إلى ردع قوي من قبل قوى الأمن والمنظمات العالمية لمكافحة المخدرات. مما أدى إلى تفكيك هذه المنظمات مثل حالة كارتل مدلان Cartel Medellan بعد موت بابلو اسكوبار (1993) Pablo Escobar ، أو اختيار استراتيجية التراجع مثل حالة كوسا نوسترا Cosa Nostra، و الكامور La Camora (بداية 1990) كارتل كالي Cartel Cali (1995-1996)، منظمة "اله الحرب" خان سا Khun Sa (1995-1996) بيرمانيا .

هذا الردع أدى إلى إحداث خلل في تنظيم هذه الشبكات مما أدى إلى مسيرتها إلى إعادة هيكلة نفسها بطريقة مختلفة :

- فهناك من تبنى طريقة لامركزية البنى أي الانقسام إلى تنظيمات أقل أهمية و أكثر مرونة وسرية، فمثلا التنظيم الإجرامي الكولومبي انقسم إلى 14 تنظيم متوسط، ولكن تراجع هذه التنظيمات الكبيرة سمح للعديد من المقاولين الصغار للظهور وقد وصل عددها من 2000 إلى 3000 مقاول.

و هذا ما حدث كذلك في إيطاليا ففي سنة 1983 لم يكن عدد الكاموريست Camorristes يتعدى 12 مجموعة و الآن نتيجة الضغط الذي تعرضت له انفجرت المنظمة إلى 6000 مجموعة صغيرة و يتشكون غالبا من مجموعة أصدقاء أو عائلة، أو عشيرة مثل ما هو حادث في إفريقيا نيجيريا خاصة تتميز هذه التنظيمات بالمرونة و الاستقلالية حيث إذا تم تفكيك أي مجموعة فإنها لا تؤثر على المجموعات الأخرى مما يجعل مهمة الشرطة أكثر صعوبة.

- وهناك من قام بتحويل نشاطاته إلى نشاطات مشروعة مثل ما حدث مع " خان سا " ملك الأفيون في برمانيا، وبارون الهيروين الباكستاني حاجي أيوب زكاخل أفريدي (Haji Ayub Zkakhel Afridi)

إلى جانب ما ميز فترة 1995-1996 الانفجار الذي عرفه إنتاج المخدرات ، و أول سبب لذلك هو الارتفاع الكبير للعرض ، زيادات كبيرة كذلك في إنتاج الكوكايين، الخشخاش، و الحشيش ظهور مناطق جديدة للإنتاج مثل الخشخاش بكولومبيا، والكوكايين بجورجيا، تحويل بعض المناطق المعروفة بالإنتاج والاستهلاك التقليدي الحشيش مثل (آسيا الوسطى، القوقاز ، البلقان، أوكرانيا فيما يخص الخشخاش، و إفريقيا شبه الصحراوية) إلى مصدر للسوق العالمية .

إلى جانب الاستثمار في تنمية إنتاج النباتات المخدرة نتيجة انفجار سوق المخدرات المصنعة، هذا ما يجعل المخدر مادة متوفرة ومتنوعة .

ففي نهاية 1980 قدر إنتاج مخدر الكلوريدات الكوكايين Chlorhydrate de Cocaine في أمريكا اللاتينية ما بين 500 و 700 طن و قد وصل في سنة 1996 إلى ما بين 800-1200 طن، في سنة 1988 أنتجت كل من برمانيا و أفغانستان(كل على حدا) حوالي 800-1000 طن، وقد وصل إنتاج هذا المخدر سنة 1996 إلى 4500 طن، وقد عرفت هذه المادة حقول جديدة بآسيا الوسطى، القوقاز و البلقان و الصين و الفيتنام.

كما عرف إنتاج الحشيش انفجارا كبيرا فقد انتقلت مساحات زراعته بالمملكة المغربية سنة 1988 من 30.000 هكتار إلى أكثر من 70.000 هكتار سنة 1996 و إلى أكثر من 80.000 هكتار سنة 2000 تسمح بإنتاج أكثر من 2000 طن من الحشيش سنويا ، كما توجهت العديد من الدول إلى زراعة الحشيش من بينها أفغانستان، الباكستان، كولومبيا.

أما فيما يخص القارة الإفريقية فلم تتجو هي كذلك من المشكلة فحسب المحللين الجيوسياسيين فإن إفريقيا تتجه بسرعة كبير ليس فقط الاستهلاك أو العبور و إنما الإنتاج و قد وصل إنتاجها إلى عشرات الآلاف من الأطنان للاستهلاك الداخلي و التصدير لأوروبا، يتم تهريبها خاصة من كينيا، ملاوي، نيجيريا، غانا، الكونغو، كوت ديفوار، السينيغال، كما عثر على الكثير من الحقول من الكوكايين في الكثير من هذه الدول.

إذا كان أحد أسباب انفجار سوق المخدرات كثرة العرض فإن كثرة العرض يرجع بالدرجة الأولى إلى كثرة الطلب وتنوعه ، فقد عرفت الأسواق التقليدية مثل الولايات المتحدة الأمريكية و أوروبا استقرارا نسبيا وظهرت في المقابل أسواق جديدة فقد أصبحت اليابان و بعض الدول الآسيوية ، إفريقيا الجنوبية، روسيا وبعض دول أوروبا الشرقية سوقا للكوكايين ، كما ظهرت أسواق جديدة للهروين في الدول الاشتراكية سابقا.

كما توجهت أوروبا الشرقية نحو إنتاج مخدرات سهلة للتهديب و ليست في قائمة المخدرات المحظورة و متمثلة في العقاقير النفسية و قد وجدت فيها تجارة مربحة و أقل خطورة من المخدرات الطبيعية. تحتل جمهورية التشيك المرتبة الثانية في إنتاج العقاقير النفسية بعد الدول الاسكندنافية خاصة في إنتاج مادة إفيدرين Ephidrine الخليفة الأساسي للميتامفيتامين Metamphetamine.

أما روسيا فقد تخصصت في إنتاج الأفيون المصنع (3-Methadone, Normorphine, Methadone) كما اتجهت الصين نحو المخدرات المصنعة، حيث يتوقع المحللون أنها ستحتل مكانة مهمة في سوق المخدرات، فهي المخدرات الوحيدة التي ستوحد طريقة التعاطي كما ستوحد المستويات الاجتماعية.

بالرغم من اعتقاد الكثير من المختصين أن الجزائر بعيدة عن مشكل المخدرات و أن لمجتمعنا مقومات دينية و اجتماعية ثقافية تحميه من هذه الآفة.

ففي أحد التقارير الذي قدمته اللجنة الوطنية للطب النفسي سنة 1988 ظهر صريحا انكار الجهات الرسمية، حيث أكدت و بدون أي شك أن مشكلة الإدمان في الجزائر لا وجود لها و إن وجدت فهي لا تهدد صحة المجتمع لإننا شعب عربي مسلم.

نتج عن هذا الانكار تأخر في التفكير في سياسية صحية و وقائية تحمي المجتمع بصفة عامة من أخطار هذه الآفة و بالتالي لم ير المسؤولون أي داع من تكوين أشخاص مؤهلين في ميدان تعاطي المخدرات و الإدمان عليها و لم يتقى في الميدان إلا الشرطة و الدرك لمواجهة هذه المشكلة.

كما اختصر بعض المختصين منهم لاروس (Larousse,1999) تهريب و استهلاك المخدرات في الجزائر في كونها مشكلة وليدة الظروف الأمنية التي عرفت الجزائر خلال فترة 1994-2004.

تتميز نظرة لاروس (1999) بالكثير من الاختزال فمشكل المخدرات في الجزائر ليس وليد الظروف الأمنية التي عاشتها الجزائر، يمكن القول أنها عرفت ازدهارا كبيرا لأن أولوية الجهات الأمنية كانت مركزة على القضاء على الإرهاب الذي اتعب كاهل الدولة و المواطن، و هذا لسببين، هما"

- أن الجزائر كانت دائما تحتل موقعا استراتيجيا فهي تملك بوابة طولها 1200 كم بينها وبين إفريقيا و أوروبا، كما يسمح لها موقعها أن تكون بوابة للدول العربية من جهتها الشرقية من خلال تونس و ليبيا.

- تم تفكيك أول شبكة عالمية لتهريب المخدرات سنة 1974 في الحدود الجزائرية المغربية و تم حجز حوالي 03 أطنان من المخدرات و القبض على 1000 أجنبي

(Recueil D'Articles De Presse,1991)

يعتقد الكثير من المختصين أن هذه الحادثة لها دليل على اختيار الجزائر كمنطقة عبور للتهريب العالمي.

فعلا فمنذ هذه الحادثة و نسبة المخدرات المحجوزة في تزايد، و في تنوع كذلك، خاصة إذا علمنا أن 10% من مجموع المخدرات المحجوزة لا تخضع للحجز وإنما تفلت من المراقبة.

لقد أرجع الكثير من المختصين هذه الزيادة في نسبة الحجز إلى فتح الحدود مع المملكة المغربية و لكن ما نؤكد أنه ربما هذا العامل ذا أهمية و لكن لا يعتبر محددًا.

كما يؤكد لاروس (Larousse,2000) أن بعض الدول تعتمد على عائدات المخدرات لتسيير شؤون بلادها.

إن سوق المخدرات كأي سوق آخر فهو يخضع لقانون العرض و الطلب، و بالتالي فمادام هناك طلب على المخدرات فأكد ستتسع الأسواق و بالتالي تحديد نقاط عبور جديدة و توسيع شبكات التهريب. فبعدما تمكنت شبكات التهريب من القارة الأمريكية

وآسيا الآن تحاول أن تخلق من القارة الإفريقية والعالم العربي مجالا جديدا للاستثمار و يؤكد المختصون نجاح هذا التوجه خاصة و: " أن ضوء المؤشرات الاجتماعية في الأحمر " كما بوسبسي (Recueil D'Articles De Presse,1991).

إن الجزائر لم تعد بلدا مستهلكا و إنما أصبح يتجه شيئا فشيئا نحو الانتاج و قد تم اكتشاف أكثر من حقل في العديد من المناطق الجزائرية منها واحات الجنوب، غابات جبال مدية، في تلمسان، حقل للخشخاش بأدرار.

إن هذا الأمر كان متوقع إذا رجعنا إلى احصائيات 1992 فقد تم حجز ما يقارب 41 كغ من بذور القنب الهندي و هذا يعني أن الجزائر أصبحت تتهيا للإنتاج.

بالرغم من أن المخدرات الأكثر تفضيلا بالنسبة للجزائريين هو الحشيش، إلا أن تقرير المرصد الجيوسياسي للمخدرات يؤكد على أن الجرائم أكبر دولة مستوردة للأدوية النفسية، و في حقيقة الأمر هذا الاتجاه لم تتجه الجزائر فحسب و إنما هو الاتجاه العالمي.

إذا كان هناك من يعتقد أنه لا داعي لتضخيم الأمور و أن مشكلة المخدرات في الجزائر لا تستدعي كل هذا التهويل و أنها ذات أبعاد نفسية اجتماعية عكس الكثير من الدول، هناك من يعتقد في المقابل أن مشكلة المخدرات في الجزائر لا تهدد الشباب فقط و إنما أخطارها تهدد بقاء المجتمع ككل.

و لكن قول بوسبسي مفحم حيث يقول: " إذا كانت الجزائر غير أمستردام فإن أمستردام بدأت كالجزائر (Recueil D'Articles De Presse,1991)

تمهيد:

هناك محاولات حديثة كثيرة لتفسير سلوك تعاطي المخدرات و قد تبنت النموذج الإبيديميولوجي ، هذا النموذج يركز على فكرة أن هناك عددا من العوامل التي تضع الشخص في خطر للوقوع في مشكلة ما، سواء كانت هذه المشكلة جسمية، نفسية أو اجتماعية، و يسمى هذا النموذج المركز على الخطر .
Approche Centrée sur le Risque

و ينصب اهتمام هذا النوع من البحوث و التي تسمى بالبحوث الوقائية على تحديد أهم عوامل الخطر و الوقاية من الوقوع في بعض المشكلات الصحية، و في بحثنا فالمشكلة المدروسة تتمثل في سلوك تعاطي المخدرات ، إننا لم نقتصر على تحديد عوامل الخطر بل نسعى إلى تحديد العوامل الوقائية، على الرغم من أنها قليلة هي البحوث التي تناولت بالدراسة العوامل التي تقي من تعاطي المخدرات والإدمان عليها .

1-تعريف مفهومي الخطر والوقاية:

يعرف ابن منظور الخطر بأنه: "الإشراف على هلكة" (ابن منظور، 1990،ص252)

أما اصطلاحا فتعرف عوامل الخطر بأنها: "مجموع العوامل النفسية الاجتماعية الاقتصادية التي من شأنها أن تدفع أو تضع الشخص في وضعية لتعاطي المخدرات أو الإدمان عليها."

أما عوامل الوقاية فيقصد بها : "مجموع العوامل النفسية و الاجتماعية والاقتصادية التي من شأنها أن تقي الشخص من الوقوع في تعاطي المخدرات أو الإدمان عليها"

كما أنها تعرف بأنها : "التأثيرات التي تحد أو تنقص من تعاطي المخدرات، أي العوامل التي تلغي تأثير عوامل الخطر و ذلك من خلال التفاعل بينهما."
(Brook,Cohen,1989,Brook,Whiteman,Brook,1985)

في الحقيقة عوامل الخطر و عوامل الوقاية نهايتان متقابلتان لخط مستقيم واحد، فالشخص الذي لا يتعرض إلى عوامل خطر عالية فإنه يملك عوامل وقائية معتبرة. إن عوامل الوقاية تعتبر متغيرات وسيطية حيث تقوم بتعديل تأثيرات التعرض لعوامل الخطر (Cowen, 1988, Garnezy, 1985, Rutter, 1985, Werner, 1989)

2- أصل مفهومي الخطر والوقاية :

تسعى الدراسات الابدئيمولوجية الطبية الحديثة إلى تحديد العوامل أو الشروط التي ترتبط بارتفاع احتمالات التي من شأنها أن تؤثر على صحة الشخص ونوعية حياته (Jessor, 1991) ، و يعتمد هذا النوع من الدراسات على مفهوم الخطر و الوقاية. يعتبر الباحثون الحاليون في مجال الصحة أن تحديد عوامل الخطر من أهم المشاريع لإدراكهم أن فعالية تدخلهم الوقائي و العلاجي يتوقف على تحديد هذه العوامل (Jessor,1991)

استعمل الابدئيمولوجيون مفهوم الخطر، لتوقع الكثير من الأمراض المزمنة و التي شكلت نسبة وفياتها مشكلة حقيقية في ميدان الصحة، كما شكلت مشكلا اقتصاديا لما تكلفه هذه الأمراض من تكاليف ضخمة تقع على عاتق المريض و الدولة. من بينها: الأمراض القلبية، الأمراض السرطانية، السيدا،... وقد حددوا مجموعة من عوامل الخطر، صنفوها إلى صنفين:

- **الصنف الأول:** و يشمل العوامل البيولوجية عوامل مثل ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع في نسبة الكولسترول في الدم،...

- **الصنف الثاني:** و يشمل العوامل الفيزيائية أو البيئية مثل الإشعاعات، تسمم المياه، عرفت الدراسات الابدئيمولوجية تطورا مهما فبعدها كانت مركزة على الأمراض المزمنة، انتقلت إلى ميدانين جديدين، وهما :

- الميدان الاجتماعي

- الميدان السلوكي

ليست كعوامل خطر للظواهر النفسية الاجتماعية، و إنما كعوامل خطر للأمراض الجسمية و خاصة منها الأمراض القلبية. حيث توصل بعض الباحثين إلى أن الضغط يعتبر عامل الخطر للإصابة بأمراض قلبية.

كما توصلوا إلى أن الإدمان على الكحول و التبغ تعد من أبرز عوامل الخطر للإصابة بتشمع الكبد، و سرطان الرئة، لذلك أصبح من البديهي أن ترتبط الأمراض القلبية و السكتة الدماغية، السرطان، الأمراض الكبدية، السيدا بمجموعة من السلوكيات.

إن سلوك الأكل والشرب، والتدخين، والعلاقات الجنسية غير المحمية، الممارسات غير الصحية و سلوكيات أخرى بإمكانها التأثير على صحة و سلامة الأشخاص. إذا كانت السلوكيات تشكل عوامل خطر للمرض وحتى الوفاة ، فإن التحدي الذي يواجهه تناول الابديميولوجي هو أن السلوك لا يعتبر فقط عامل خطر و إنما هو سبب و نتيجة كذلك ،لذلك لا بد من تناول الموضوع بصفة تفاعلية بين الميدانين الاجتماعي / التطوري النفسي.

يرى جيسور (1991) Jessor أن إدماج أو إدخال السلوكيات في خانة عوامل الخطر يتطلب منا إعادة بناء تصور جديد فيما يخص مفهوم الخطر.

و للوصول لذلك لابد أن ننظر للموضوع بنظرة واقعية، لأن :

1- عوامل الخطر لا ترتبط بالجانب الطبي فقط، و إنما يمكن أن يكون لهذه العوامل آثار اجتماعية ،وشخصية و نفسية ،فمثلا تعاطي المراهقين للمخدرات يمكن أن يكون عامل خطر لمشاكل أخرى مثل مشاكل مع العدالة ،صراعات مع الآباء،

انخفاض في الاهتمامات الدراسية ، الشعور بالذنب والقلق (1991) Jessor

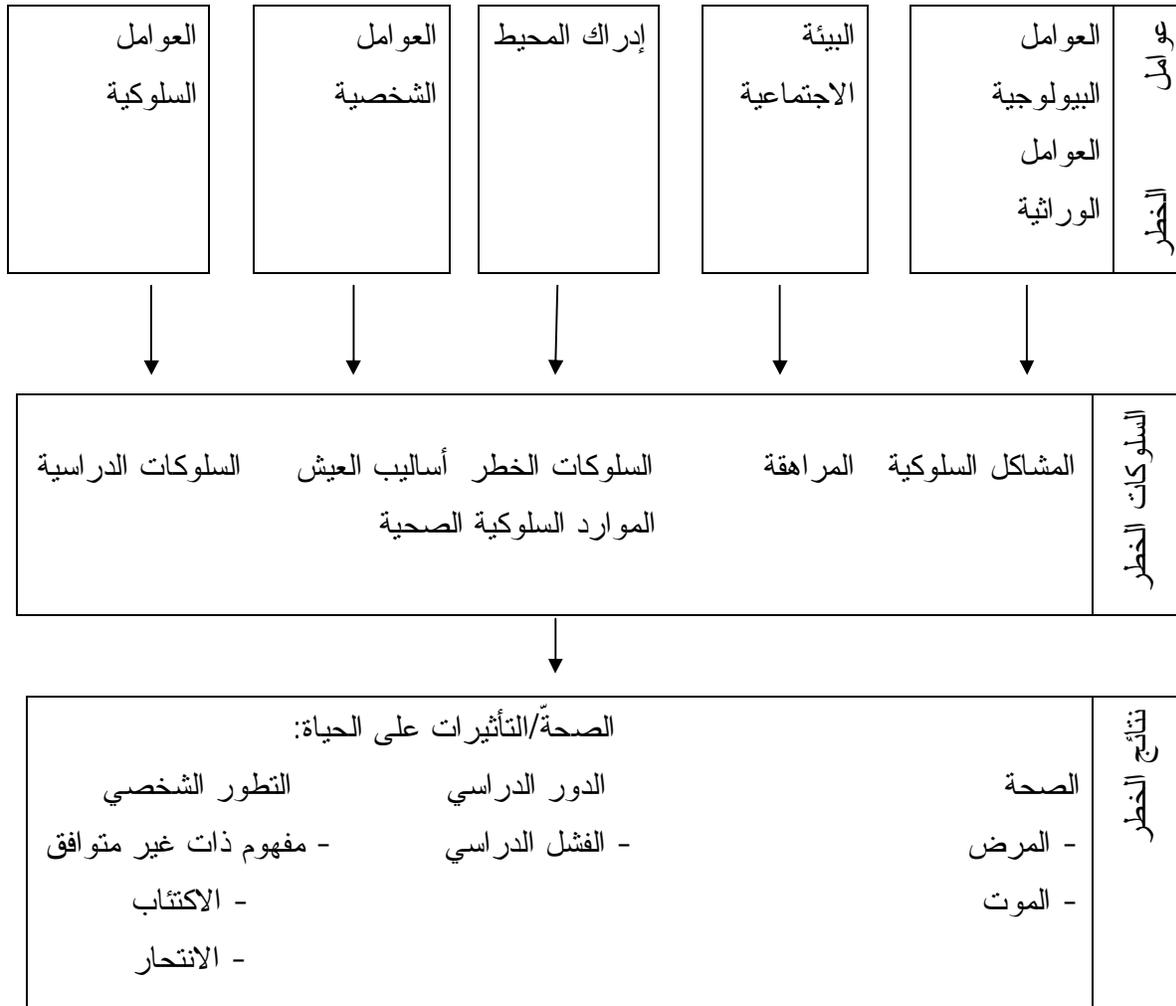
2- يرى جيسور (1991) Jessor أننا ننظر دائما لعوامل الخطر نظرة سلبية أو غير مرغوب فيها. و المطلوب منا تغيير هذه النظرة على الأقل و ذلك بأن ننظر لها من خلال المعرضين للخطر، فإذا أخذنا مشكلة تعاطي الحشيش من وجهة نظر المراهق، فإن هذا الأخير لا يرى إلا الآثار الايجابية و المرغوب فيها حيث يؤدي تعاطيها للتقبل الاجتماعي من طرف الأصدقاء، الشعور بالاستقلالية و النضج.

كما يعتقد أن لتعاطي المخدرات دور اجتماعي و شخصي مهما بالنسبة للمراهق، أين تلعب العلاقات الاجتماعية دورا مهما في هذه المرحلة، و في غياب بدائل مماثلة من حيث الرضا فإن المراهق لا يتخلى عن تعاطي المخدرات.

كما توصلت الكثير من الدراسات إلى أن عوامل الخطر بالنسبة للمراهقين هي وظيفية، مقصودة، أدائية و أهداف موجهة وهذه الأهداف تعتبر مركزية للنمو الطبيعي للمراهقين، وظهور العديد من السلوكيات مثل التدخين، تعاطي المخدرات، السياقة الخطرة، النشاطات الجنسية المبكرة و كل هذه الممارسات الهدف منها كسب رضا و احترام جماعة الرفاق، إلى جانب الاستقلالية عن الأهل ، تجاهل كل المعايير و القيم الاجتماعية ، مقاومة القلق و الإحباط وكذا توقع الفشل، أو إلى إثبات النضج أو تأكيد الانتقال إلى مرحلة الرشد و الاستفادة من امتيازاتها.

و توصل جيسور (1991) Jessor إلى تحديد مجموعة من المتغيرات التي من شأنها أن تحدد حجم عوامل الخطر، أهمها:

- 1- شدة تأثير عوامل الخطر و التعرف على درجة تدخل كل عامل.
- 2- إن عدد عوامل الخطر و درجة تأثيرها تشكل تنظيم نمط لطريقة حياة المراهقين.
- 3- توقيت بداية تأثير عوامل الخطر.
- 4- درجة تزامن تأثير عوامل الوقاية و عوامل الخطر العالية قد تؤدي إلى نمط حياة يكون فيها تأثير عوامل الخطر كبير في حين ينخفض تأثير عوامل الوقاية.



شكل توضيحي 03 لعوامل الخطر من تعاطي المخدرات

3- أهم عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات:

نالت ظاهرة تعاطي المخدرات و الإدمان عليها اهتمام العديد من الباحثين و في مختلف التخصصات، و قد كان لبحوث النفسية الاجتماعية القسط الأكبر من حجم للبحوث التي أنجزت لفهم هذه الظاهرة للاعتبارات التالية:

- أن ظاهرة تعاطي المخدرات ظاهرة نفسية اجتماعية
 - تعتبر العوامل الداخلية أي العوامل النفسية مثل : القلق و الاكتئاب و الرضا عن الحياة واستراتيجيات المقاومة،... عوامل خطر/وقاية من تعاطي المخدرات والإدمان عليها.
 - تعتبر العوامل الخارجية أي العوامل الاجتماعية مثل : الفقر و مشكل السكن و البطالة وانتشار المخدرات في محيط الشباب،... عوامل خطر/وقاية من تعاطي المخدرات والإدمان عليها.
- و قد قام هوكينس(1992)Hawkins في حصر مختلف الدراسات التي تناولت موضوع سببية تعاطي الشباب للمخدرات و الكحول، و قد صنفها إلى العوامل التالية:

النتائج المتوصل لها	الباحثين	عوامل الخطر و الوقاية
أ-العوامل الشخصية		
<p>- توصل إلى أن نصف الأشخاص الذين تم استشفاءهم بسبب الإدمان على الكحول لديهم سوابق عائلية.</p> <p>- يتميز المدمنون على الكحول بانخفاض في نشاط الدماغ عكس غير المدمنين على الكحول.</p>	<p>قودوين Godwin (1985)</p> <p>بولوك وآخرون Pollock et al(1983)</p>	<p>1- التاريخ الأسري</p>
<p>- توصلوا إلى وجود فروق بين أبناء المدمنين على الكحول و أبناء غير المدمنين فيما يخص مصل البرولكتين Serum-Prolactin، الاستجابة العضلية، ودرجة الاسيتالاليد Acetalehyde بعد حقن الكحول لكليهما.</p> <p>- توصلوا إلى أن التوائم الحقيقية تتعرض لنفس المشاكل السلوكية، و كذا تعاطي المخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى وجود تشابه بين التوائم المتشابهة فيما يخص تعاطي المخدرات و الكحول عكس التوائم غير المتشابهة، هذه النتائج تكون ذات دلالة عند الذكور أكثر من الإناث.</p>	<p>شوكيت و باركر شوكيت، و رايس، Schukit,Parker,1983, Schukit,1980, Raves,1979</p> <p>قروف و آخرون Grove et al (1990)</p> <p>بيكنس و آخرون Pickens et al(1991)</p>	<p>2- العامل الوراثي</p>

<p>-توصلوا إلى أن من 18-27 % من الأطفال المتبنون الذين ينحدرون من أباء بيولوجيين مدمنين على الكحول، أصبحوا مدمنين على الكحول فيما بعد، في حين من 5-6 % من الذكور المتبنون و الذين ينحدرون من أباء بيولوجيين غير مدمنين على الكحول.</p>	<p>قودوين و آخرون، بوهمان، قادري، و قات Goodwin et al , 1977 Bohman,1978, Cadoret , 1980, Gath, 1978</p>	
<p>- البحث عن الإثارة و الدرجة المتدنية لتجنب الأذى تنبئ عن تعاطي المبكر للكحول.</p> <p>- توصلوا إلى وجود فروق بين الآسيويين (المستهلكين للكحول) وغير المستهلكين للكحول فيما يخص مادة ألديهيد ديهيدروجيناس Aldéhyde Déhydrogénase</p>	<p>- كلونينجر و سيفقرسن و بوهمان Cloninger,&Bohman(1988) - سواكي و أوهارا ، شوكيت Suwacki and Ohara,1985, Schuckit 1987</p>	<p>3-العوامل الكيميائية</p>
<p>- توصل إلى أن أغلبية الأطفال الذين عانوا من مشاكل سلوكية استمرت هذه المشاكل حتى الرشد.</p> <p>- توصلوا إلى أن صعوبة المزاج في سن الخامسة قد يؤدي إلى تعاطي المخدرات في سن الرشد.</p>	<p>روبنس Robins(1978) لرنر وفيكاري Lerner & Vicary (1984)</p>	<p>4-ظهور مشاكل سلوكية في الصغر و استمرارها</p>

<p>- توصلوا إلى أن غالبا ما يعاني المراهقون من اضطرابات انفعالية وتستمر هذه الاضطرابات إلى مرحلة الرشد، وقد ارتبطت هذه المشكلات بتعاطي المخدرات.</p>	<p>شيلدر و بلوك Shelder & Block (1990)</p>	
<p>-توصلوا إلى أن ظهور العدوانية عند الأطفال من 5-7 سنوات قد يؤدي إلى تعاطي المخدرات ،الانحراف في مرحلة المراهقة و مشاكل أكثر تعقيدا في مرحلة الرشد .</p>	<p>كلام ، لويس ،نيلندر، لويبر. Kellam,1982 Lewis , 1985 Nylande , 1979, Loeber,1988,</p>	
<p>- توصلوا إلى أن من مجموع 30-40 % من الأطفال ذوي مشاكل سلوكية خاصة العدوانية تستمر هذه المشاكل .</p>	<p>لويبر و داشيون Loeber & Dishion,1983</p>	
<p>-توصلوا إلى أن العدوانية المبكرة تؤدي إلى مشاكل سلوكية ، وكذا إلى استهلاك المخدرات والكحول.</p>	<p>لويبر ، كاندل Loeber,1988,Kandel, 1982</p>	
<p>- توصلوا إلى أن الإفراط في الحركة و اضطراب في الانتباه إذا تفاعلت مع بعض المشكلات الأخرى يمكن أن تؤدي إلى الانحراف.</p>	<p>ميليش و لوني Milich & loney,1980</p>	
<p>- توصلوا إلى أن الإفراط الحركي في الطفولة إذا كان مصحوبا ببعض مشكلات الطفولة</p>	<p>جيتلمان ومانوزا و بوناغورا</p>	

<p>يمكن أن يزيد في نسبة خطر سوء استهلاك المخدرات في المراهقة.</p> <p>- توصلوا إلى أن الأطفال المضطربين و الذين لديهم مزاج حاد يتشاجرون مع أقرانهم أو يقومون بسلوكات جانحة، احتمال تعاطيهم للمخدرات كبير في مرحلة المراهقة</p>	<p>Gittelman ,Mannuza & Bonagura1985</p> <p>بروك و آخرون Brook et al 1990</p>	
<p>- توصلوا إلى أن الشعور بالاعتزاز والتدين المنخفض يرتبط ايجابيا بتعاطي المخدرات و الانحراف.</p> <p>- توصلوا إلى أن الثور على كل ما هو تقليدي من قيم ومعايير اجتماعية، و التصدي للضوابط أو السلطة التقليدية ترتبط ايجابيا بتعاطي المخدرات و الانحراف.</p>	<p>جيسور و جيسور، كاندال، جيسور و دونوفان ،و ويندمار. Jessor 1977 , Kandel, 1982, Jessor ,1980,</p> <p>باشمان ، كاندال. Bacheman1981, Kandel 1982,</p>	<p>5-الشعور بالاعتزاز و الثورة</p>
<p>- توصلوا إلى أن تعاطي المخدرات يكون دائما مسبقا باتجاه ايجابي لتعاطيها.</p>	<p>كاندال ، سميث و فوق. Kandel,1978, Smith& Fogg,1978</p>	<p>6- اتجاهات ايجابية نحو المخدرات</p>
<p>- توصلوا إلى أن التعاطي المبكر للمخدرات قد يؤدي إلى التعاطي الشديد و كذا استمرار</p>	<p>كاندال، كلام و براون. Kandel,1982,</p>	<p>7-محاولة تعاطي</p>

التعاطي و كذلك إلى تعاطي أكثر خطورة.	Kellame 1982,	المخدرات في سن مبكرة
ب - العامل الأسري		
<p>- توصلوا إلى أن تعاطي الآباء و الإخوة للكحول و المخدرات يؤدي إلى تعاطي الأبناء للمخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن استحسان المخدرات في الأسرة يعتبر منبئ مهم لمحاولة تعاطي الأطفال للمخدرات و الكحول.</p> <p>- توصلوا إلى أن الأبناء يتعلمون عن طريق الملاحظة المباشرة لسلوكات آبائهم بما فيها سلوك تعاطي المخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن الإخوة الأكبر يؤثرون في إخوتهم الأصغر سناً، فإذا كانوا من المتعاطين للمخدرات فإن هذا سيدفعهم لتعاطي المخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن الآباء غير المتعاطين للمخدرات والمستقرين انفعاليا فإنهم يعززون سلوك عدم تعاطي أصدقاء أبنائهم للمخدرات.</p>	<p>قودوين، كاندال وكاسلر و آخرون Goodwin, 1985, Kandel et al 1978</p> <p>أحمد و آخرون Ahmed et al 1984</p> <p>هانسن و آخرون Hansen et al 1987</p> <p>بروك و آخرون Brook et al 1988</p> <p>بروك و آخرون Brook et al 1990</p>	<p>8- سلوك تعاطي المخدرات في الوسط العائلي</p>

<p>- توصلوا إلى أن إدراك المعاملة الوالدية التي تتسم بالتساهل اتجاه المخدرات و الكحول، تعتبر أكثر تأثيرا من تعاطي الآباء للكحول والمخدرات بالنسبة للمراهقين.</p>	<p>هانسن، بروك وآخرون، جيسور و آخرون Hansen et al 1987, Brook et al 1986, Jessor et al 1980</p>	
<p>- توصلوا إلى أن عدم التوافق في التربية الوالدية يمكن أن يؤدي إلى تعاطي الأبناء للمخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن التناقض في تربية الأبناء له آثار سلبية على نشاط الأسرة ، فمثلا استحوذ أحدهم و ابتعاد الآخر قد يؤدي بالأبناء لتعاطي المخدرات.</p> <p>- توصل إلى أن تسلط و عدم توجيه الأبناء و كذا التساهل يرتبط بالتعاطي الشديد للمخدرات.</p>	<p>كاندال و أندروس ، بومريند، بنينج و بارنس . Kandel & Andrews, 1987, Pening & Barnes 1982 .</p> <p>زيقلر- دريسكول، كوفمان و كوفمان Ziegler-Driscoll 1979, Kaufman & Kaufman 1979 .</p> <p>بومريند Baumrind 1983</p>	<p>9- المعاملة الوالدية</p>

<p>- توصل إلى أن النقاط المشتركة بين أسر المراهقين المتعاطين للمخدرات: اتصال سلبي بين أعضاء الأسرة، حدود غير واضحة، توقعات الآباء غير واقعية اتجاه أبنائهم.</p> <p>- توصلوا إلى أن آباء المتعاطين للمخدرات يتصفون بعدوانية شديدة، أكثر رفضاً و أقل حماية.</p> <p>- توصلوا إلى أن التعلق بين الآباء و المراهقين يرتبط بعدم تعاطي المخدرات، كما أن الاستقرار النفسي للأمهات يؤثر على المراهقين أكثر من تأثير الأصدقاء.</p> <p>-توصلوا إلى أن تفاعل الأمهات و أطفالهم ذوي الخمس سنوات يرتبط بتعاطيهم للمخدرات في سن الـ18</p> <p>- توصلوا إلى أن المعاملة الوالدية التي تتسم بالتوافق و التسامح ترتبط بتعاطي الأبناء المنخفض للكحول حتى و إن كان الآباء يتعاطون الكحول.</p>	<p>رايلي Reilly 1979</p> <p>نورم- هيبسان و آخرون Norm-Heibsein et al 1984</p> <p>بروك و آخرون Brook et al 1990</p> <p>شدلر و بلوك Shedler and Block 1990</p> <p>بترسن و آخرون (قيد الطبع)</p>	
<p>- توصلوا إلى أن ضعف الروابط العائلية ترتبط بتعاطي المخدرات.</p>	<p>كاندال، كاندال و اندروس. Kandel, , 1978 Kandel & Andrews, 1987</p>	<p>10- الروابط الأسرية السلبية</p>

<p>- توصل إلى أن الروابط العائلية التي تتسم بالكف فإنها تدفع بالمراهقين للانحراف.</p> <p>- توصلوا إلى أن الروابط العائلية عند تفاعلها بمتغير الأصدقاء فإنها تؤدي إلى الانحراف و تعاطي المخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن تعلق أفراد الأسرة فيما بينهم يعتبر عامل وقاية من تعاطي الشباب للمخدرات.</p>	<p>هيرشي Hirschi 1969</p> <p>إليوت ، بروك و آخرون . Elliot 1985, Brook et al 1990</p> <p>جيسور و جيسور ، بروك و آخرون ، هندلبي و مرسر. Jessor & Jessor, 1977, , Brook et al 1990,</p>	
--	---	--

<p>توصلوا إلى أن الأطفال الذين ينحدرون من أسر يسودها الصراع، و التفكك يكونون أكثر عرضة للانحراف و تعاطي المخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن طلاق الوالدين عامل من عوامل الخطر للانحراف.</p> <p>- توصلوا إلى أن الصراع العائلي يعتبر منبأ مهم للانحراف .</p>	<p>بومريند و آخرون. Baumrind et al,1983.</p> <p>ولسن وهرنستاين Wilson & Herstein 1985 روتر، كوكس، كيلبي ، Rutter & 1983, Cox 1979,Kelly 1980,</p>	<p>11- الصراع العائلي</p>
--	---	---------------------------

		ج - عوامل دراسية
<p>- توصلوا إلى أن الفشل الدراسي متغير منبئ لتعاطي المراهقين للمخدرات.</p>	<p>جيسور ، سميث و فوق. Jessor1976,Smith & Fogg 1978,</p>	<p>12 - الفشل الدراسي</p>
<p>- توصلوا إلى أن ظهور سلوكيات ضد المجتمع في سن مبكرة يعتبر عامل منبئ للفشل الدراسي.</p> <p>- توصلوا إلى أن الأشخاص الذين لديهم توقعات ايجابية نحو المدرسة لا يتوجهون لتعاطي المخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن نفور الأطفال من المدرسة يرتبط بتعاطي المخدرات.</p> <p>- توصل إلى أن الوقت المستغرق في أداء الواجبات المدرسية يرتبط بمستويات تعاطي المخدرات.</p>	<p>فالداسن و ثورستن، بيننج. Feldhusen , Thurston and Penning 1973</p> <p>جونسن أومالي و باشمان Johnsston O'Malley & Bacheman 1985</p> <p>كيلي و بالش Kelly & Balch ,1977</p> <p>فريدمان Friedman 1983</p>	<p>13 - قلة الالتزام تجاه المدرسة</p>
د - عوامل الأصدقاء		

<p>- توصلوا إلى أن رفض جماعة الرفاق لأحد المراهقين يمكن اعتباره عامل خطر لظهور مشاكل مدرسية والإجرام.</p>	<p>باركر، كوي و آخرون Parker1987,Coie1992</p> <p>كلام و انسمنجر .</p> <p>Kellam, Ensminger 1980</p>	<p>14</p>
---	---	-----------

<p>- توصلوا إلى أن رفض جماعة الرفاق لأحد المراهقين يمكن اعتباره عامل خطر لظهور مشاكل مدرسية والإجرام.</p> <p>- توصلوا إلى أن الأطفال العدوانيين و الذين يشعرون بالذنب فإنهم يتجهون للمخدرات.</p> <p>- توصلوا إلى أن سمات الكف الاجتماعي، العزلة و العدوانية في الطفولة لا ترتبط بتعاطي المخدرات في المراهقة و لكن العدوانية و الكف و العزلة في المراهقة ترتبط بمستوى أعلى من التعاطي.</p> <p>- توصلوا إلى أن العدوانية ممكن أن ترتبط بتقبل من طرف جماعة رفاق عدوانيين متعاطين للمخدرات.</p>	<p>باركر و أشر، كوي و آخرون Parker & Asher, 1987, Coie et al 1992</p> <p>- كلام و انسنجر و سيمون. Kellam, Ensminger & Simon 1980</p> <p>بروك و آخرون Brook et al 1986</p> <p>كايرنس ، هارتوب، ترمبلي Cairns 1988, Hartup, 1983, Trembley, 1988</p>	<p>14- رفض الأصدقاء في المستوى الابتدائي</p>
---	--	--

	کاندال، کاندال ، جیسور،	
--	-------------------------	--

<p>- توصلوا إلى أن تعاطي جماعة الرفاق للمخدرات يعتبر منبئ مهم لتعاطي أي عضو فيها للمخدرات إذا كان غير متعاطي.</p> <p>- توصلوا إلى أن تعاطي جماعة الرفاق للمخدرات يعتبر أكثر من تأثير الوالدين على أبناءهم.</p> <p>- توصل إلى أن الشباب الذين لا يتعاطون الكحول غالبا ما لا يكون لديهم أصدقاء يتعاطون الكحول.</p>	<p>بروك و آخرون Kandel, ,1986,Kandel 1987, Jessor 1980, Brook et al 1986</p> <p>نيوكمب و آخرون Newcomb et al 1986</p> <p>هارفورد Harford 1985</p>	<p>15-تعاطي الأصدقاء للمخدرات</p>
--	---	---------------------------------------

جدول رقم 01 يوضح هذا الجدول عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات

يتضح من خلال عرض لمختلف عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات التي قام بتصنيفها هوكينس (1992) رغم إمامه بمختلف العوامل و تركيزه على العوامل الاجتماعية الاقتصادية و الثقافية، إلا أننا نلاحظ غياب العوامل النفسية رغم أهميتها في دفع الشباب لتعاطي الكحول و المخدرات أو الوقاية منها. صنفت مختلف الدراسات حول العوامل التي تدفع بالشباب لتعاطي المخدرات و الإدمان عليها، و التي تم تصنيفها إلى:

- عوامل وراثية
- عوامل اجتماعية
- عوامل ثقافية
- عوامل اقتصادية
- عوامل نفسية اجتماعية
- عوامل انفعالية
- عوامل معرفية

إن هذا التقسيم الذي انتهجه الكثير من الباحثين أمثال (Agnew,1992Hawkins,1995Felix-Ortiz) و آخرون، و الذي تبيناه في بحثنا لا نقصد بالفصل بين هذه من حيث التأثير و التفاعل فيما بينها، إنما تناولنا متغيرات البحث من وجهة نظر معرفية محضة تركز على فكرة أننا لا نتأثر بالخصائص الموضوعية للحدث بقدر ما نتأثر بطريقة إدراكنا لهذا الحدث، انطلاقاً من هذه الفكرة فإننا نعتبر كل المتغيرات الاجتماعية، الاقتصادية، ... متغيرات نفسية اجتماعية فالحدث اجتماعي و لكن لا يكتسب دلالة إلا من خلال إدراك الشخص، لذلك فهذا التقسيم غرضه سهولة تناول و العرض.

تمهيد:

يتعرض الإنسان في حياته للكثير من المواقف التي تتضمن خبرات قد تكون ايجابية في بعض الأحيان وقد تكون سلبية في البعض الآخر، و أمام هذه المواقف فان الإنسان يسعى جاهدا لإيجاد طرق للتعامل الفعال مع هذه المواقف. أكد لازروس وفولكمان Lazarus et Folkman (1984) أن الإدراك الايجابي والسلبى لأحداث الحياة من المحددات الهامة للصحة النفسية فبعض المواقف تعتبر ضاغطة بالنسبة لبعض الأشخاص تم تقييمها معرفيا على أنها ضاغطة. (Lazarus et Folkman 1984) عن (حسن مصطفى عبد المعطى 1994) إن فهم سيرورة وكيفية التعامل مع المواقف الضاغطة يرتكز على عدة مفاهيم أساسية أهمها:

- الضغط
- التقييم المعرفي
- المراقبة
- استراتيجيات المقاومة

1- الضغط:

رغم الكتابات الكثيرة حول مفهوم الضغط النفسي من جانب العديد من المهتمين بالصحة النفسية و الجسمية، إلا أن عبارة الضغط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا و العامل المشترك في تعريفاتهم هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي و ما يتبع من استنتاجات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه. (علي عسكر، 2000، ص17)

لغة كلمة الضغط مشتقة من اللاتينية Stringer و التي تعني ضيق (Stora,1993,p3) أما في اللغة الانجليزية ورد مصطلح Stressor أو ضغوطات و التي تعني القوى أو المؤثرات البيئية و الاجتماعية و النفسية و الفيزيقية. أما اصطلاحا فهناك عدة تعاريف من بينها:

تعريف هانز سيلبي Hans Selye (1956)

يركز سيلبي (1956) في تعريفه على الاستجابة الفيزيولوجية حيث يعرف الضغط على أنه " استجابة غير محددة للجسم نحو متطلبات البيئة" (Fontaine et al ,p 37)

- تعريف ريشارد لازروس Lazarus (1976)

يربط لازروس الضغط بمدى قدرة الشخص في التعامل مع الوضعيات الضاغطة حيث يعرفه بأنه : " مجموعة من المؤثرات غير المرغوب فيها و التي يقيمها الشخص على أنها تفوق موارده الشخصية "

- تعريف سبيلبرغر Spielberg (1976)

يؤكد سبيلبرغر على أهمية العلاقة بين الضغط و القلق ويقترح تعريفا مهما حيث يعرف الضغط كمفهوم ذات خصائص موضوعية لوضعية معينة، أما القلق فيعتبره إدراك لوضعية خطر، ففي غالب الحالات الوضعيات الضاغطة تكون موضوعية (زلازل، فقدان قريب،...) يمكن إدراكها على أنها مقلقة، ولكن يمكن أن يحدث العكس بالنسبة لشخص غير مقدر للخطر أو أنه يملك المهارات اللازمة و الخبرة لمواجهةها.

لذلك حدد سبيلبرغر (1976) مجموعة من العوامل التي تحدد إذا كانت وضعية ما يمكن أن تدرك على أنها خطرة ، وهي :

- مزاج الشخص.

- الخصائص الموضوعية للوضعية.

- الخبرات السابقة للشخص و التي تشبه أو تعتبر قريبة من الوضعية الحالية.

- المعارف و الذكريات المرتبطة بالأحداث الماضية التي أثارته الوضعية الحالية.

- مصادر استراتيجيات التعامل مع الضغط

1-2-1 النماذج النظرية المفسرة للضغط :

1-2-1 النموذج الفيزيولوجي :

إن أصل مفهوم الضغط فيزيائي و وظيف أول مرة في الميدان الفيزيولوجي على يد

العالم الكندي هانس سيلبي Hans Selye سنة 1936، وقد أكد قبل ذلك كانون Cannon (1914) أن الاستجابات الجسمية المصاحبة لحالات الهروب أو الهجوم

عند الحيوان مثل السرعة في ضربات القلب، ووقوف الشعر (Pilo érection) تمدد حدقة العين، إفراط في التهوية (hyperventilation) سببها هرمون الأدرينالين، ولب الكظر وهما مسؤولان عن حدوث تناذر الاستعجال Syndrome D'urgence (fontaine et al, p 37)

يعتبر Cannon (1932) الضغط أنه استثارة فيزيولوجية تؤدي إلى توظيف الطاقة إما للهرب أو للمواجهة (Endler, 1988)

أما سيلبي (1932) فقد لاحظ أثناء إجرائه لتجربة على مجموعة من الفئران المعرضة للضغط زيادة في حجم القشرة الكظرية المسؤول عن تناذر التكيف العام Syndrome General D'Adaptation (SGA) وقد توصل Selye إلى تحديد ثلاثة مراحل وهي :

أ- مرحلة الإنذار Phase D'alarme يتلقى الشخص في مرحلة الصدمة انذار عام يكون مصحوبا غالبا باستجابات فيزيولوجية (ارتفاع في نبضات القلب، ارتفاع في الضغط الدموي، ارتفاع في درجة اليقظة) وهذه المرحلة هي مرحلة الانزعاج. في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الحدث الضاغط الذي يتعرض له، و يكون الجسم في حالة تأهب للدفاع و التكيف مع الحدث الضاغط، فيكون رد الفعل هو استجابة المواجهة أو الهروب.

ب-مرحلة التكيف و المقاومة: Phase D'Adaptation et De Résistance

إذا استمر الحدث الضاغط فإن مرحلة الإنذار يتبعها مرحلة مقاومة هذا الحدث، في هذه المرحلة يتعرف الشخص على عامل الضغط و التكيف معه، فيحاول تجنيد المصادر الطاقوية لمواجهة التهديد. إذا نجحت المقاومة و تغلب الشخص على الضغط فإن الجسم يعود إلى حالته الطبيعية، و يعني هذا أن الشخص قد استعمل مصادر فعالة، أما إذا استمر الضغط لمدة طويلة فإنه سينهك الجسم و بالتالي ستضعف وسائل مقاومته و يصبح الشخص عاجز على التكيف، فيدخل الفرد في المرحلة التالية.

ج- مرحلة الإنهاك : Phase D'Epuisement

إن استمرار التعرض للعامل الضاغط يؤدي إلى استنزاف قوى الفرد و بالتالي يمكن أن يؤدي إلى مشكلات جسمية أو نفسية وقد يؤدي إلى الموت، في حالة ما إذا لم يستطع الشخص التعامل مع هذه المشكلات تعاملًا فعالًا.

1-2-2-2 النموذج النفسي :

أ- نظرية انتساب الانفعالات: Theorie Des Attribution Des Emotions

لـ شاشتر (1962) Schachter ظهر هذا النموذج في خضم التطورات النظرية النفسية الاجتماعية خاصة والتي تناولت مفهوم الضغط، ويعتبر شاشتر (1962) من مؤسسها و بين أن النشاط الفيزيولوجي لا يكفي لوحده لإحداث مشاعر انفعالية مثل الغضب أو الشعور بالرضا و إنما ترتبط هذه الأخيرة بالمعنى الذي ننسبه للحدث، على جانب تقييمنا للأحداث الداخلية أو الخارجية .
بالنسبة للشاشتر الانفعال أو رد الفعل لوضعية معينة هو نتيجة تفاعل بين النشاط الفيزيولوجي و التقييم المعرفي للوضعية .

1-2-3-1 النماذج التفاعلية :

1-3-2-1-1 نموذج فرانش روجرز وكوب :

تطور هذا النموذج نتيجة مجموعة من الملاحظات العيادية والتي تمحورت حول مجموعة من الاستجابات المختلفة لدى بعض الأشخاص الذين يظهرون استجابات نفسية مختلفة أمام نفس الحدث .

هذه الملاحظات دفعت كل من فرانس و روجرز وكوب إلى استخلاص نموذج شخص ← محيط في إطار تبادل دينامي، حسب هذا النموذج ليست الظروف هي التي تؤدي للضغط و لكن العلاقة بين الفرد و محيطه هي التي تؤدي للضغط فالضغط يظهر بمجرد ظهور المتغيرات التالية :

- متطلبات المحيط تفوق قدرات الشخص

- تفوق استجابات الشخص لمتطلبات المحيط

بصيغة أخرى غياب التناغم أو التطابق بين الفرد و محيطه يمكن أن يكون سببا للمشاكل الجسمية و النفسية

1-2-3-2 نموذج تفاعل بين الفرد و البيئة :

يعتبر فولكمان و لازروس (1984) أن النظر للضغوط على أنه استجابة أو مثير قد يضعه في قالب ضيق، و إنما الأصح أن ننظر له على أنه اتفاق بين الشخص والمحيط، مبررين ذلك بكون الكثير من الأشخاص يتعرضون لأزمات إلا أنهم يختلفون في استجاباتهم بين الوضعية الضاغطة و الاستجابة، فهناك وسائط من دورها التعديل في الاستجابة وقد سماها فولكمان بالوسائط المعرفية من بين أهم هذه الوسائط المعرفية التقييم المعرفي و إعادة التقييم المعرفي وقد سمى لازروس وفولكمان تصورهم بالتصور المعرفي الدافعي العلائقي Modèle Cognitif Motivational Relationnel يرتكز هذا النموذج على تبني تصور مركب يتعامل مع مختلف الإمكانيات التي يملكها الشخص لمواجهة الضغوطات الداخلية والخارجية لقد أكد الكثير من الباحثين سواء كانوا نفسانيين أو فيزيولوجيين على وجود عوامل معرفية تؤثر في العلاقة ضغط ← انفعال هذه العوامل تلعب دور الوسيط Modérateurs حيث تسمح إلى زيادة أو نقصان أثر الأحداث الضاغطة على الحالة الانفعالية و على ظهور مختلف الاضطرابات (Paulhan et al,1995) كما يرى فولكمان و لازروس (1984) أن الضغط يرتبط بعامل معرفي آخر و هو المراقبة Contrôlabilité، فمعرفة الشخص بقدرته على مراقبة الأوضاع يمكن أن يخفف من الضغط (Lindsay Norman 1980) حسب نموذج لازروس (1984) هناك أربعة ميكانيزمات نفسية أساسية تسمح للشخص بالاستجابة للضغط :

- 1- البحث عن المعلومات حول خصائص العامل الضاغط
- 2- وضع خطة عمل لمواجهة العامل الضاغط
- 3- الشعور بالكف أو السلبية لإيجاد خطة قد يجعله يشعر بالخزي
- 4- انجاز سيرورة نفسية تسمح بضبط الانفعالات (الضبط الذاتي الانفعالي ، ضبط العلاقة محيط ← شخص)

تتشكل حينئذ علاقة دائرية بين الضغط الخارجي، المعاش الانفعالي المصاحب له ويلعب التحليل المعرفي للصراع دورا لإيجاد حلول فعالة، و يأخذ الضغط هنا القيمة التي يسندها له الشخص.

تقييم معرفي

ضغط ← إدراك ← معاش ← ————— البحث عن الحلول
نفس-جسدي انفعالي

حلول

فعالة نوعا ما

شكل توضيحي 05 لأهم الميكانيزمات التي تؤثر في الضغط

أما بالنسبة لـ Holms et Rahe و اللذان لا يختلفان عن فكر لازروس وفولكمان فإنهما لا يعتبران الضغط استجابة لأحداث ضاغطة و إنما كمجموعة من إدراكات العجز و عدم الرضا التي تسيطر على الشخص تجاه أحداث يصعب السيطرة عليها. أما Lindsay et Norman (1980) فيؤكدوا على أن التقييم الذاتي للوضعية الضاغطة تعتبر ذات أهمية كبرى أكثر من الأحداث في حد ذاتها، حتى و إن كانت موضوعية، فغريزة البقاء لا تحدث بصفة آلية أو مقولبة (Stereotypee)

مهما كان العامل عدائي، و إنما تعتبر علاقة إنتلافية (Transactionnelles)

بين الإدراك و تفسير الوضعية (Dantzer,1989)

1-2-4 النموذج البيونفسي الاجتماعي للضغط : Modele Biopsychosocial Du Stress

اقترح انجل (1977) Engel النموذج البيونفسي الاجتماعي للضغط و الذي بقي لحد الآن أحسن نموذج تفسيري في ميدان الصحة النفسية .

يساعد هذا النموذج الباحثين على التخلي عن التفسيرات الأحادية التوجه سواء كانت بيولوجية، نفسية أو اجتماعية.

حسب هذا النموذج فإن الظواهر النفسية هي ظواهر مركبة تشارك في حدوثها مجموعة من العوامل التي تتفاعل فيما بينها، لذلك عند دراستها لابد أن تؤخذ في إطار متعدد الأبعاد. و أحسن نموذج لذلك ما توصل إليه ماير فريدمان وراي روزتمان وهما مختصان في أمراض القلب و الشرايين إلى أن هناك نمطين سلوكيين شديدي الاختلاف في مرضيهما، و هما :

- النمط السلوكي " أ " يؤدي في غالب الأحيان إلى الإصابة بنوبات قلبية.
 - النمط السلوكي " ب " فإن احتمالات إصابتهم بأمراض قلبية قليلة.
- يتميز النمطين بخصائص سلوكية مختلف يمكن ايجازها في هذا الجدول:

م	النمط-أ-	النمط-ب-
1	يتحرك بسرعة	يتحرك على مهل
2	يأكل بسرعة	يأكل على مهل
3	يتكلم بسرعة	يتكلم على مهل
4	يشعر بنفاذ الصبر بصورة متكررة	يتمتع بالصبر على الدوام
5	عدواني و يحب المنافسة في العمل	متعاون و يحب العمل الجماعي
6	على درجة عالية من الوعي بالوقت	لا يهتم بالوقت و يتأخر أحيانا
7	سهل الغضب و المضايقة	لا يغضب
8	لديه حافظ قوي على الانجاز	يشعر بالرضا عن ذاته على العموم
9	ينظر إليه على أنه قوي و مؤثر	ليس محط الأنظار
10	لا يشعر بالراحة في فترات الفراغ	يستمتع بالهدوء و الراحة في وقت فراغه
11	كثيرا ما يحاول أداء مهام عديدة في وقت واحد	يؤدي مهمة واحدة في كل مرة

جدول رقم 03: يوضح هذا الجدول الخصائص السلوكية لنمط أ و ب

2- التقييم المعرفي: Evaluation cognitive

بعد التعرض إلى مفهوم الضغط ومختلف تناولاته، توصل الكثير من الباحثين الفيزيولوجيين منهم والنفسانيين أن تقييم الفرد للأحداث الضاغطة وعلاقتها بمصادره النفسية والاجتماعية هي التي تحدد الاستجابة الانفعالية في حدوثها وشدتها وديمومتها.

2-1 تعريف التقييم المعرفي:

يعتبر كوين و لازروس (1980) Coyne et Lazarus أول من استعمل مفهوم التقييم المعرفي Cognitive Appraisal في تفسير الضغط وانصب اهتمامهما على التقييم المعرفي ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، واتفقا مع والتر كانون Canon على أن الضغط يحدث نتيجة التفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة وأكدوا بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانب الفرد وتم الحكم على الموقف الموجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط، وكما أن الأفراد يختلفون في تقييمهم للمواقف من حيث الضغط، فالموقف الذي يكون مصدر ازعاج لشخص لا يكون كذلك بشخص آخر (على عسكر، 2000)

يؤكد لازروس وفولكمان على أن خصائص الفرد و العوامل البيئية تؤثر في عملية التقييم المعرفي للعلاقة بين الشخص و البيئة، وهناك عوامل عدة تؤثر في عملية التقييم المعرفي للموقف أو الحدث الضاغط، يمكن تحديدها في النقاط التالية:

- الحدث ذاته.
- خصائص الفرد.
- تقييم الفرد لمصادره، و إمكاناته على مواجهة الحدث الضاغط.
- يعتبر التقييم الأولي و الثانوي عمليتان متداخلتان تعتمد الواحدة على الأخرى، حيث يرى فولكمان و لازروس أن هناك ثلاثة عوامل رئيسية لتفسير الضغط:
- الموقف أو المطالب.
- التقييم المعرفي للموقف.
- و المصادر المدركة لدى الفرد في مواجهة المطالب.

و من المطالب : المشكلات الاقتصادية ، المشاكل الأسرية، ظروف العمل، الطلاق،
القتل الدراسي،... (ماجدة عبيد، 2007)

تعرف Bruchon_schweitzer (2002) التقييم المعرفي على أنه: "صيرورة معرفية
مستمرة يستطيع من خلالها الشخص تقييم الوضعية الضاغطة ويسمى هذا بالتقييم
الأولى ومصادره لمواجهة هذه الوضعية ويسمى هذا بالتقييم الثانوي"
لقد بين Folkman et lazarus (1984) شكلين من التقييمات والتي تجتمع لتشكّل
القوة الكامنة للوضعية الضاغطة ومصادر استراتيجيات التعامل المجنّدة
(Paulhan,et al, 1995)

2-1-1 التقييم الأولي: Evaluation primaire

يشير إلى عملية تقييم الفرد للموقف و طريقة إدراكه له فمن خلال التقييم الأولي
للحدث الضاغط يتم تفسير الحدث إذا كان خطير أو غير خطير

2-1-2 التقييم الثانوي: Evaluation secondaire

في هذا المستوى يقوم الشخص بتقييم ما يمتلكه من مصادر للتعامل مع الحدث
الضاغط يتساءل ماذا يفعل لتدارك الخسارة وتجنب الخطأ أو الحصول على
الاستفادة. هناك اختيارات مختلفة لاستراتيجيات التعامل: تغيير الوضعية، الهروب
جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات، البحث عن السند الاجتماعي، الاندفاع هذا
التقييم يوجه استراتيجيات التعامل التي سيوظفها الشخص للتعامل مع الوضعية
الضاغطة هدفها خفض التوتر الانفعالي ولكن ليس من أهدافها تغيير المشكل.

كما تتميز هذه العملية بأنها غير ثابتة فهي دائمة في تنظيم وإعادة تنظيم.

وقد حدد لازروس ثلاثة مكونات في عملية التقييم المعرفي الثانوي و هي: اللوم، و
المواجهة و توقع الفرد للمستقبل.

2-1-3 إعادة التقييم :

أضاف لازروس إلى هذين النوعين من التقييم عملية تالية و هي إعادة التقييم، يعيد
الشخص تقييم كيفية إدراكه و مواجهته للمواقف الضاغطة كما سيعيد تقييم طرق
تعامله مع هذه الأوضاع هذا ما يدفعه للتطوير من أساليبه لمواجهة المواقف

الضاغطة وذلك طبقا لمدى فعالية هذه الأساليب أو نتيجة لحصول الفرد على معلومات جديدة (ماجدة سيد عبيد، 2008)

3- المراقبة: Contrôle

حسب لازروس و فولكمان (1984) Lazarus et Folkman فإن الشخص يوظف مجموعة من المتغيرات الوسيطة بين الحدث الضاغط و الاستجابة والتي من شأنها أن تؤثر في هذه العلاقة إلى جانب التقييم هناك المراقبة Contrôle والذي يعتبر عامل معرفي (Lindsey et Norman ,1980) مهم في السيرورة المعرفية للتعامل مع الضغط .

يعتبر روتر (1966) Rotter أول من أشار إلى مفهوم المراقبة و قد عرفه بأنه: "اعتقاد معمم حول قدرة الشخص في مراقبة سير الأحداث أي أن الأحداث تتوقف عليه . " (Paulhan et al , 1995) وقد اعتبر دويوا (1984) Dubois أن الاعتقاد بقدرتنا في مراقبة الأحداث يمكن اعتباره بعد ثابت في الشخصية .

أما كابوزا (1982) Kabosa فقد اعتبر المراقبة من بين ثلاثة سمات الشخصية الصلبة هذه الخصائص تحدد استجابتنا للحدث الضاغط ، فإلى جانب الصلابة، نجد: - التحدي و الذي يقصد به المرونة في التكيف أثناء التغيرات غير المتوقعة ، حيث يعتبر الشخص الوضعيات الجديدة و الصعبة ما هي في الحقيقة إلا تحديات لا بد أن يتجاوزها .

- الالتزام و الذي يأخذ نفس اتجاه المسؤولية أي الالتزام بالنشاطات اليومية. تعتبر هذه الأبعاد الثلاثة : الصلابة، التحدي، الالتزام مكونات الشخصية المقاومة للضغط و توصف هذه الشخصية بالشخصية الصلبة، فالأشخاص الذين يتميزون بشخصية صلبة بإمكانهم التحكم في الأحداث الضاغطة أكثر من غيرهم ، فهم يدركون هذه الوضعيات على أنها وضعيات تساعد على تعلم خبرات جديدة كما تساعد على النضج أكثر من اعتبارها وضعيات سلبية منهكة (Steptoe, 1991)

إن للمراقبة دور مهم في تعديل تأثير الأحداث الضاغطة فقد توصل جونستن و سرسون (1978) Johnston et Sarason إلى وجود علاقة ايجابية دالة بين القلق و الاكتئاب و المراقبة الخارجية .

أما سندلر و آخرون (Sandler et al (1984) فقد أكدوا على الدور الوقائي للمراقبة الداخلية . أما فولكمان (1984) فقد توصل على أن للمراقبة الداخلية دور وقائي من الاستجابة للضغط .

4- التعامل مع الضغط:

لقي مفهوم التعامل مع الضغط coping في السنوات القليل السابقة اهتمام كثير من الباحثين، وذلك لأهميته كوسيط بين الأحداث الضاغطة والآثار الناجمة عنها مثل القلق الاكتئاب، الأمراض الجسمية،...

(Billings 1984, Lazarus,1981,Endler et Parker,1990,Pearlin, 1978)

4-1 تطور مفهوم التعامل مع الضغط: coping

يعتبر لازروس(1960) Lazarus أول من وضع مفهوم التعامل مع الضغط Coping وظهر لأول مرة سنة 1966 في كتابة "psychological stress and coping process" أين عرفه بأنه: " مجموعة من الاستجابات والاستراتيجيات المعدة من الشخص لمواجهة الوضعيات الضاغطة." (Bruchon-schweitzer,2002 ,p 353) و ظهر هذا المفهوم ليؤكد على عجز نموذج Selye (1956) في تقديم نموذج متناسق للضغط. جاء لازروس (1960) ليؤكد أن نفس الحدث لا يؤدي بالضرورة إلى نفس الاستجابة في فترتين زمنيتين مختلفتين وبالنسبة لنفس الشخص وربما نفس المثير، وبهذا فهناك عوامل تتوسط العلاقة بين الحدث الضاغط و الاستجابة، و اعتبر لازروس (1960) استراتيجيات التعامل مع الضغط أحد هذه العوامل.

وفي هذه المرحلة بالذات ظهر مفهوم جديد ألا وهو " الشخصية التاجية"

" Personnalite Coronarienne " (Friedman 1960,Jenkns ,1967)

تأكيدا على دور العوامل الشخصية والنفسية الاجتماعية في تحديد استجابة الشخص للضغط.

تاريخيا مفهوم التعامل مع الضغط ينتسب إلى الميكانيزمات الدفاعية، والتي ظهرت في نهاية القرن 19 من طرف المحللين النفسانيين .

إن مفهوم ميكانيزم الدفاع يرتبط ارتباطا وثيقا بتطور التحليل النفسي وعلم النفس الدينامي وعلم النفس الأنا وقد تحدث فرويد عن الميكانيزمات الدفاعية في أولى

كتاباتة، حيث لاحظ فرويد وبروير Freud et Breuer بأنه يصعب على مرضاهم الوصول إلى أفكارهم غير المقبولة و المزعجة، لذلك كانوا يتناسون أو يشوهون أحاسيسهم التي كانت مركز اهتمام فرويد لتفسير المرض وقد سمي فرويد هذه العملية بـ "الكبت" وقد استعمله فرويد لأول مرة سنة 1926 في كتابه " الكف ،العرض والقلق" للتعبير عن حالة مقاومة "الأنا" ضد الأفكار والأحاسيس غير المحتملة، وحسب فرويد وأنا فرويد فإن الشخص يستعمل قائمة محددة نسبيا من الميكانيزمات الدفاعية كما أكدنا على أن ميكانيزم دفاعي ما يرتبط باضطراب نفسي خاص، وأن هناك ميكانيزمات دفاعية وظيفية في حين هناك ميكانيزمات غير وظيفية (Perry et Cooper 1989) البعض منها غير ناضج (الإسقاط، توهم المرض،....) البعض عصابي (العقلنة، الكبت، التكوين الدائري،....) البعض ناضج مثل (التسامي، الازاحة،...)

خلال 1960-1970 بدأ يحدث تداخل بين مفهومي الميكانيزمات الدفاعية و استراتيجيات التعامل مع الضغط وقد استعمل مفهوم " التعامل مع الضغط" coping للإشارة للميكانيزمات الدفاعية التكيفية (التسامي، الازاحة،...). أما خلال الفترة 1970-1980 ظهرت بعض التوضيحات وإزالة الغموض عن هذين المفهومين (Haan,1977) وقد لخصت مجموع الاختلافات بين الميكانيزمات الدفاعية واستراتيجيات التعامل مع الضغط فيما يلي:

استراتيجيات التعامل مع الضغط	ميكانيزمات الدفاعية
1- تتسم استراتيجيات التعامل مع الضغط بالمرونة.	1- يتسم الميكانيزم الدفاعي بالصلابة.
2- شعورية.	2- لاشعوري.
3- متميزة.	3- غير متميز Indifférencie.
4- موجه نحو الواقع.	4- مرتبط بصراعات داخلية وبأحداث حياتية قديمة.
5- وظيفتها أنها تسمح للشخص في التحكم/خفض أو تحمل الاضطرابات الناتجة عن الأحداث.	5- يشوه غالبا الواقع.
6- إنها محاولة شعورية لمواجهة المشكلات الراهنة.	6 - وظيفته حفظ القلق عند مستوى مقبول.

جدول رقم 04 يوضح هذا الجدول الفرق بين الميكانيزمات الدفاعية

و استراتيجيات التعامل مع الضغط.

4-2 تعريف التعامل مع الضغط:

قبل أن نتطرق إلى مختلف تعاريف " coping " لابد أن نتطرق قبل ذلك إلى مختلف الترجمات التي تعرض لها هذا المفهوم خاصة باللغة العربية، ذلك لأن في اللغة الفرنسية نستعمل إما " coping " أو " stratégie d'ajustement " استراتيجيات التوافق" وهي ترجمة معتمدة منذ 1999 في فرنسا (Dantchev,1989 paulhan,1992) أما في اللغة العربية فنجد عدة ترجمات فمثلا:

- تستعمل مايسة أحمد النيال وهشام إبراهيم مفهومي "التعامل مع" أو " المواجهة "
- أما لطفي عبد الباسط إبراهيم فيفضل استعمال " التحمل "
- أما رمضان محمد القذافي فيستعمل " التوافق " رجب شعبان محمد " استراتيجيات التصدي " أو التكيف" كما نجد ترجمات أخرى مثل التصدي والكفاح.

على الرغم من اختلاف هذه الترجمات إلا أن كلها تعني أن هناك وضعية ضاغطة تدفع بالشخص إلى التعامل معها ويكافح من أجل الوصول للتوافق أو التكيف. من جهتنا فإننا نفضل استعمال ترجمة " التعامل مع " للأسباب التالية:

- إن " التعامل مع " يعني أن هناك دينامية أو لا حسية معرفية سلوكية بين العناصر الضاغطة والشخص وما يحمله من مصادر نفسية واجتماعية.

- إن استعمال استراتيجية دون الأخرى لا يحدث بصفة عشوائية و إنما نتيجة تقييم وإعادة تقييم الوضعية الضاغطة، بالجوء لمختلف المصادر التي يمتلكها، تغيير البنى المعرفية، وضع خطط عمل، حل مشكلات، البحث عن المعلومات، البحث عن مساعدة،.... للتحكم في الضغط خفضه أو يتقبل الوضع. إن استجابة الشخص تحدث نتيجة تفاعل بين مختلف هذه العناصر و بفضل مجهودات معرفية وسلوكية دائمة التغير نتيجة تقييمات الشخص.

يعرف (Lazarus et Folkman 1984) " التعامل مع " " coping " بـ: " مجموع الجهود المعرفية والسلوكية، الدائمة التغير التي يستعملها الشخص لإدارة متطلبات خاصة داخلية وخارجية والتي تقيم على أنها استهلكت أو تجاوزت مصادره (Bruchon-Shweitzer,2002,P356)

كما يعرفه (Lazarus 1966) بأنه: " مجموع الاستجابات والاستراتيجيات المستعملة من طرف الشخص لمواجهة الوضعيات الضاغطة." (Bruchon-Shweitzer,2002,P356)

أما Bruchon-Shweitzer (2002) فتعرف " التعامل مع " على أنها مجموع الاستجابات التي يقوم بإعدادها الشخص للتحكم أو ببساطة تحمل الوضعية الضاغطة (Bruchon-Shweitzer, 2002p353)

3-4 محددات التعامل مع الضغط coping

بالنسبة لـ Lazarus et Folkman (1984) يعتبر " التعامل مع الضغط " سيرورة دينامية دائمة التغير وفق مختلف الوضعيات وكذا تقييم الشخص وللتعامل مع الضغط coping مجموع من المتغيرات تحدده وتتحكم فيه، وقد قسمت هذه المحددات إلى:

1-3-4 محددات استعداده للتعامل مع الضغط: Déterminants dispositonnels du coping

بالنسبة للكثير من الباحثين فإن استراتيجيات التعامل مع الضغط لا تعتبر خاصة، وإنما عامة (trans- situationnelles) لأنها تتحدد بفضل مجموعة من الخصائص الشخصية، في هذا المنظور هناك مجموعة من استراتيجيات التعامل مع الضغط تعتبر ثابتة نسبياً، ذلك لأننا نفضل استعمال استراتيجيات عوض الأخرى أمام مختلف الأحداث الحياتية (costa, 1996, schwartz et al,1999) إن هذا المنظور ينطلق من فرضية أن " التعامل مع الضغط" هو صيرورة لكيفية التعامل مع أحداث الحياة، تنتج عن مجموعة من الوضعيات والتي تعتبر متناسقة نسبياً.

هذه الفرضية دفعت بالكثير من الباحثين للقيام ببحوث للتأكد من عمومية وثبات استراتيجيات التعامل مع الضغط، وأكثر المهتمين (Endler ,Parker, 1999) رغم أن Lazarus (1984) اتجه وجهة ائتلافية للتعامل مع الضغط واعتبره متغيراً، حسب الوضعية التي يعيشها الشخص، إلا أنه أصبح يعترف حالياً (lazarus,1993) بأنه يمكن أن يكون هناك استراتيجيات التعامل مع الضغط مؤقتة تتحدد بحسب الظروف وهناك استراتيجيات التعامل مع الضغط سمة عامة، ثابتة، تتحدد غالب بحسب خصائص الشخص. (Lazarus, 1993) إن الشخص لا يتأثر بالخصائص الموضوعية للأحداث بقدر ما يتأثر بخصائصه المعرفية، وإدراكه و تفسيره للموقف أو الحدث، فإذا أدرك الحدث على أنه ذوات خطر عالي فإنه سيتعامل معه على هذا الأساس و العكس صحيح. (Cohen et al,1983)

2-3-4 المحددات المعرفية : Déterminants cognitifs

- تشمل المحددات المعرفية للتقييم المعرفي Cognitive Appraisal على
- اعتقاد الشخص (حول الذات، العالم، الموارد، القدرة على حل المشكلات ...)
 - دوافعه العامة (القيم، الأهداف، الفوائد،...)
 - الخصائص الشخصية (الفعالية الذاتية، التفاؤل، الانتساب،...)
- إلى جانب هذه المحددات هناك محددات أخرى مثل:

- مكان التحكم: إن الأشخاص الذين يدركون أن ما يحدث لهم يتحدد بفضل إمكانياتهم وسلوكياتهم ومواردهم الخاصة (تحكم داخلي)، عوض الحظ أو الصدفة أو المكتوب (التحكم خارجي) فإنهم سيدركون الوضعية على أنها متحكم فيها و أنهم قادرين على مواجهة الأحداث الضاغطة، إن مثل هذه المحددات ستساعدهم على تطوير استراتيجيات فعالة.

3-3-4- المحددات الشخصية: Déterminants Conatifs

لقد أكد كثير من الباحثين أن للمحددات الاستعدادية والمعرفية دور في التحكم في التقييمات الأولية والثانوية، وكذا استراتيجيات التعامل مع الضغط ولكن هناك متغيرات أخرى مثل القلق، الاكتئاب، الصلابة،.... يمكن أن تتبئ بتقييمات خاصة (ضغط مرتفع، منخفض، الفعالية الذاتية) وكذا باستراتيجيات التعامل مع الضغط مركزة حول الانفعال. (Van Heck , 1997) في حين المرونة Résilience ، مكانة المراقبة، الشعور بالسعادة، التحمل، الوعي، ترتبط بتقييمات إيجابية و بالتالي استعمال استراتيجيات مركزة على المشكل.

4-3-4 المحددات الموقفية للتعامل مع الضغط: Déterminants Situationnels du Coping

على الرغم من تأكد أن للعوامل الاستعدادية، والمعرفية والشخصية والتقييمات المعرفية في تحديد درجة تأثير استراتيجيات التعامل مع الضغط في اتجاه الاستجابة، فإن هذه الأخيرة تتأثر كذلك بالمحددات الموقفية الحقيقية والمدركة، كطبيعة الخطر، مدته غموضه، مراقبته، وجوده ونوعية السند الاجتماعي، فأمام حدث غير مراقب (موضوعية أو ذاتية) فالشخص يستعمل استراتيجيات تعامل مع الضغط مركزة على الانفعال والعكس صحيح.

5-3-4- المحددات الانتلافية للتعامل مع الضغط: les Déterminants transactionnels du coping

اقترح Lazarus et Taunier(1978) تصنيف الأحداث ليس على أساس موضوعي ولكن حسب التقييمات الأولية للشخص، ولكن اكتشف فيما بعد بعيدا عن الخصائص

الداخلية لهذه الأحداث والتي من الممكن أن تدرك على أنها خسارة ، تهديد أو تحدي بالنسبة للبعض و قد تدرك بصفات مختلفة بالنسبة للبعض الآخر .
أما بالنسبة لـ (Mc Crae,1984) فإن تحديد اختيار استراتيجية تعامل مع الضغط يتحدد إلى حد بعيد بفضل التقييم الأولي.

4-4 تصنيف استراتيجيات التعامل مع الضغط

لقد جاء في مقال تحليلي لـ (De Ridder,1979) أن هناك من 2 إلى 28 بعد في مقاييس التعامل مع الضغط تشمل من 10 إلى 118 بندا وهذا إن دل على شيء إنما يدل على الاختلاف بين الباحثين، اختلاف في التعريف بالوضعيات الضاغطة، وخطوات بناء المقياس والتعريفات مما أدى إلى انتشار كبير لاستراتيجيات التعامل مع الضغط يصعب مقارنتها وتحليلها (Dupain,1998) فهناك من يعرف التعامل مع الضغط على أنه: "استجابة ثابتة نسبيا للأشخاص في وضعيات مختلفة وهي محددة بفضل مجموعة من الخصائص المعرفية والشخصية للأشخاص." (Billings et Moos,1981,de Ridder,1997)
والبعض الآخر يعرف استراتيجيات التعامل مع الضغط: "تحدد من خلال خصائص الوضعية." (Mc Crae, 1984)

كما يرجع البعض الاختلاف في استراتيجيات التعامل مع الضغط إلى تنوع الوضعيات (حيث يتعلم البعض عن الأحداث الحياتية الكبرى، و البعض الأخرى عن الأحداث اليومية، البعض الآخر يتكلم عن ضواغط خاصة جدا مثل المشاكل الصحية، الألم، الضغط المهني،...)

4-5 استراتيجيات التعامل مع الضغط:

هناك عدة تصنيفات،وكما سبق ذكره نظرا لكثرة المقاييس وبالتالي كثرة استراتيجيات التعامل مع الضغط فإننا سنركز على بعض التصنيفات وهي:

4-5-1 نموذج (Mc crae,1982)

من خلال استعمال التحليل العاملي لـ 118 بندا مأخوذة من مجموع مقاييس التالية:

- مقياس فولكمان و لازروس (Folkeman et lazarus,1988)

- مقياس بيرلن و شولر (1978) Pearlin & schooler
 - مقياس فايلنت (1977) vaillant
 - مقياس هان (1977) Haan
 - مقياس قلسر اهيليڤش (1969) Gleser Ihilivich
- توصل Mc Crea إلى تحديد 28 استراتيجيية تعامل مع الضغط وتم تلخيصها في الأبعاد التالية:

- البحث عن المساعدة
 - المقارنة الاجتماعية
 - الكبت المعرفي
 - النسيان المقصود
 - التفكير الإيجابي
 - العقلنة
 - التجنب
 - الهروب للمخدرات
 - التفكير الخيالي
- وقدم لخص (1982) Mc Crae هذه الأبعاد إلى بعددين رئيسيين:
- المكانيزمات الموجهة نحو الانفعال: التعبير، الكبت الانفعالي،....
 - المكانيزمات الموجهة نحو المعرفة: العقلنة، البحث عن الحلول، إعادة التنظيم الإيجابي للوضعية،...

4-5-2- نموذج Chipp et Scherer

أما بالنسبة لـ chipp et scherer فقد استخلصا 09 ميكانيزمات انطلاقا من دراسات (ومقاييس) كل من (Lazarus, Roberts, McCrae, Billings et Moos, Pearlin) لخصها فيما يلي:

- أ- البحث العقلاني (Lazarus, Roberts et al, Mc crae)
- ب- البحث عن السند الاجتماعي (Lazrus, Pearlin & Schooler, Billings et Moos, Mc Crae)

ج- إعادة تنظيم ايجابي للوضعية Lazarus,Pearlin&Schooler, Mc Crae

د- الهروب ، التجنب Lazarus, Billing& Moos, Mc Crae

ه- الكبت المعرفي Mc Crae

و- التفكير الخيالي Mc Crae

ز- الاتهام الذاتي Mc Crae

ح- التعبير عن الأحاسيس Pearlين & Schooler, Roberts et al, Mc Crae

ط- كبت الأحاسيس Pearlين&Schooler,Roberts,Mc Crae,Kobasa

وقد صنفها Scherer et Chipp كمايلي :

انفعالية	معرفية	
ح	أ،ب،ج	اتجاه
ط	هـ ،و	
د	ز	اتجاه ذاتي

جدول رقم 05 يوضح هذا الجدول تصنيف شيرر و شيب لأهم استراتيجيات التعامل مع الضغط

4-5-3 نموذج مارتن وآخرون (1992) Martin et al

لقد أكد (1992) Martin et al على إستراتيجيتين من استراتيجيات التعامل مع الضغط وهما :

- الإستراتيجية الانفعالية في التعامل مع الضغط

وفيها يلجأ الشخص عندما يتعامل مع أحداث ضاغطة إلى استخدام الانفعال التعامل مع الضغط كال بكاء، الغضب، الحزن،....

- الإستراتيجية المعرفية في التعامل مع الضغط

وفيها يلجأ الشخص إلى طرق معرفية للتعامل مع الضغط مثل إعادة التفسير الايجابي، والتحليل المنطقي، والتفكير الخيالي،.....

4-5-4-نموذج كوهين (1994) cohen

وقد قدم cohen مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية للتعامل مع ضغوط الحياة شملت:

- أ- التفكير العقلاني: يلجأ خلالها الشخص إلى التفكير المنطقي لتعامل مع الضغط
- ب- التخيل
- ج- الإنكار
- د- حل المشكل
- هـ- الدعاية
- و- الرجوع إلى التدين

4-5-5 نموذج اندلر وآخرون (1999) Endler et al

يشبه نموذج لازروس، فيؤكد على العلاقة الدينامية بين الفرد والبيئة، حدد أندلر (1999) ثلاثة استراتيجيات للتعامل مع الضغط، وهي:

أسلوب التوجه الانفعالي: ويضم مجموعة من الأساليب الانفعالية التي يستعملها الفرد والموجهة نحو الذات محاولة منه لتخفيض الضغط، تشتمل على الاستجابات الانفعالية (انفعال، غضب، تشنج) الاهتمامات الشخصية، الأحلام، اليأس،...

أسلوب التجنب: ويقصد به محاولات الشخص لاستعمال أسلوب الهروب والتجنب أمام الموقف الضاغط.

الاسلوب الموجه نحو الأداء: ويشمل على المحاولات السلوكية والمعرفية ويتضمن حل المشكل، الاستفادة من الخبرة للمواقف المشابهة، وضع خطط واقتراح البدائل للتعامل مع المشكل

4-5-6 نموذج Folkman et Lazarus (1984)

حسب Lazarus وجماعته (1984)، فإن التعامل مع الضغط له وظيفتين أساسيتين:

أ- التعديل في المشكل أساس الشعور بالضغط.

ب- تنظيم الاستجابات الانفعالية.

ج- النتيجة النهائية هي تعديل الشخص لسلوكاته.

(Lazarus et al , 1978, Lazarus et al , 1984)

في الأصل قدم Folkman et Lazarus (1984) سلم مكون من 67 بنداً (مقياس طرق التعامل مع الضغط (WCC (ways of coping Checklist) لـ 100 شخص (راشد) يجيبون على المقياس كل شهر لمدة سنة مفكرين في حدث وقع لهم حديثاً وأزعجهم

وباستعمال التحليل العاملي تحصل Lazarus et al(1984) على 08 مجموعات، والتي جمعها في إستراتيجيتين هما:

- استراتيجيات موجهة نحو المشكل.

- استراتيجيات موجهة نحو الانفعال.

وقد اقترحوا ثلاثة استراتيجيات للتعامل مع الضغط وهي:

أ- التعامل مع الضغط المركز على المشكل:

يلجأ الشخص لهذه الإستراتيجية للتخفيف من متطلبات الوضعية أو الزيادة في مصادره لمواجهة الوضع الضاغط:

ويشمل على بعدين وهما:

- حل المشكل (البحث عن المعلومات، وضع خطط عملية)

- مواجهة الوضعية.

ب- التعامل مع الضغط المركز على الانفعال:

ويشمل على مختلف المحاولات لتنظيم الضغوط الانفعالية الناتجة عن الوضعية وقد توصل Folkman et Lazarus(1984) إلى تحديد 06 أبعاد ترتبط بالاستراتيجية المركز على الانفعال وهي:

أ- خفض الخطر، مع أخذ مسافة (أفعل، وكأن شيئاً لم يحدث)

ب- إعادة تقييم معرفي (لقد خرجت أقوى من هذا الامتحان)

ج- الاتهام الذاتي (اعتقد أنني السبب في هذه المشكلة)

د- التجنب-الهروب (حاولت أن أشعر بتحسين إذا شربت أو دخنت)

هـ- البحث عن السند الانفعالي (قبلت بود وتفهم أحدهم)

ج- البحث عن السند الاجتماعي:

لقد صنف Folkman et Lazarus 1984 السند على أنه استراتيجية تعامل مع الضغط فالشخص يسعى للبحث عن من يريد أن يسمعه أو تقدم له المساعدة مهما كانت طبيعتها للتخفيف من الضغط. لذلك فالبحث عن السند الاجتماعي يعتبر إستراتيجية تعامل مع الضغط في حين يعتبر Parker et Endler(1992) أن السند الاجتماعي يعتبر مورد اجتماعي مدرك (تقييم ثانوي)

فمن الأصح اعتباره كمصدر ووسيط لنشاطات "التعامل مع الضغط" Coping فاستراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو الأداء والموجهة نحو الانفعال تتأثر ايجابيا و/ أو سلبيا بحسب المساعدات المقدمة من الشبكة الاجتماعية. من خلال هذا العرض ورغم تنوعه، فهناك اتفاق بين مختلف المنظرين حول "التعامل مع الضغط" فيما يخص الاستراتيجيات الموجهة نحو الانفعال والاستراتيجيات الموجهة نحو المشكل وكل المقاييس الحالية تشمل على هذين البعدين. (Billing,1984, Lazarus,1980,Pearlen et al,1987 Endler,1990) وفي بعض الدراسات نجد إلى جانب هذين البعدين أبعاد أخرى: -التجنب والذي يظهر كبعد ثالث (Endler,et Parker,1990) -البحث عن السند الاجتماعي. (Lazarus et Folkman,1988)

4-5-7 نموذج مجموعة Suls et Fletcher (1985)

قام Suls et Fletcher (1985) بتحليل 43 دراسة سابقة خاصة بالتعامل مع الضغط coping وتوصلا إلى بعدين أساسيين وهما: - استراتيجيات التجنب: والذي يشمل مجموعة من الاستجابات مثل: الترفيه، الكبت، انخفاض اليقظة، التجنب، الإنكار، اتجاهات دفاعية، الهروب الاستسلام، اليأس، الحتمية والتي تسمى بالاستراتيجيات السلبية - استراتيجيات اليقظة: التي تشمل الانتباه، الحساسية، اليقظة، إعادة التقييم، اتجاهات غير دفاعية، حل المشكل، وتسمى بالاستراتيجيات النشطة

4-6 نظريات التعامل مع الضغط

لقد تناولت العديد من النظريات مفهوم "التعامل مع الضغط" من أهمها: - النظرية المعرفية- الظواهرية - نظرية لازروس - النظرية الائتلافية

4-6-1 النظرية المعرفية الظواهرية:

تعتبر النظرية المعرفية "التعامل مع الضغط" " coping" كوسيط بين المحيط (الحدث) الضاغط- والاضطراب الانفعالي وكما هو الشأن بالنسبة للتناول لمعرفي

على العموم فإن الضغط لا يرتبط بالمحيط ولا بالشخص وإنما نتيجة تفاعل بينهما حيث تلعب فيها العمليات المعرفية دورا مهما في حدوث الاستجابة فخصائص الموقف الضاغط لا يحدد درجة وطبيعة الاستجابة، إن العلاقة بين الموقف الضاغط والاستجابة ليس بعلاقة خطية بل هناك عوامل وسيطية معدلة ترتكز أساسا على تقييمات الشخصية (الأولية والثانوية) فالضغط يحدث عندما يقيم الشخص الوضعية على أنها ضاغطة وأنها تتجاوز موارده يمكن أن تضعه في وضعية خطر

(Folkman et al,1986Lazaurs et Folkman,1984 ,Matheny, Pugh, ,1986)

إلى جانب التقييم المعرفي للموقف (Folkman & Lazarus,1984) هناك عامل معرفي آخر والمتمثل في إدراك الشخص لقدرته على مراقبة الموقف الضاغط حيث يعتبر هذا العامل كمعدل ذات دلالة للعلاقة بين الضغط والاستجابة (cohen et al,1989) وهذا ما أكدته الكثير من الدراسات حيث توصل (Johnson et Sarason(1978 إلى وجود علاقة ايجابية ذات دلالة بين القلق والاكنتاب ومكان المراقبة (lieu de contrôle) وأكد هذه النتيجة كل من (Sandler,1982,Turner,1983 Parkes, 1984) كلهم يؤكدون على الدور الوقائي لمركز التحكم وخاصة الداخلي.

هناك عامل معرفي لا يقل أهمية على العوامل الأخرى والذي يرتبط بمركز التحكم، وله نفس التأثير ويصنفه المعرفيون من العمليات المعرفية القصيرة المدى ألا وهو

الإسناد السببي " Attributions causale"

2-6-4 نظرية لازروس:

يعرف Lazarus التعامل مع الضغط بأنه محاولات معرفية وسلوكية لتسيير متطلبات داخلية أو خارجية خاصة(والصراع بينهما) والتي تقيم على أنها مرهقة للموارد (المصادر) الشخصية (Lazarus1991)

هناك عناصر أساسية في تعريف لازروس:

- 1- التعامل بين العوامل الاجتماعية والخصائص الشخصية
- 2- التعامل مع الضغط هو محاولة سلوكية أو معرفية
- 3- التعامل مع الضغط هو سيرورة وبالتالي فهو دائم التغير بفضل التقييم وإعادة التقييم للوضعيات.

4- يؤكد نموذج Lazarus على أهمية التقييم المعرفي حيث يعتبره أساسيا في تصوره النظري كعنصر داخلي في سيرورة التعامل مع الضغط.

(Lazarus&Launier,1987,Folkman,Lazarus, ,1986)

لقد أحدث Lazarus تغييرا في تصور "التعامل مع الضغط" فبعدها اعتبر في السابق على أنه سيرورة داخلية أو سيكودنيمية، بالنسبة لنظرية لازروس فإنه يعتمد على

العمليات المعرفية والانفعالية (frydenberg,1997)

4-6-3 النظرية الائتلافية:

تعتبر النظرية الائتلافية أن استراتيجيات المقاومة تتحدد من خلال التفاعل بين المحددات الفيزيولوجية (الصحة الجسمية) إلى جانب بعض المتغيرات النفسية (التوازن لانفعالي، الرضا عن الحياة، نوعية الحياة) المتغيرات المعرفية (التقييم المعرفي، الاعتقاد، مركز التحكم، الإسناد السبي) والمتغيرات الاجتماعية (السند الاجتماعي: الأسرة، الأصدقاء،....)

فتفاعل كل هذه المتغيرات هي التي تجعل من العلاقة بين الوضعية الضاغطة والاستجابة الانفعالية علاقة غير خطية من نوع مثير ← استجابة إلى علاقة مركبة تتخللها متغيرات مدعمة (Moderateurs) تسعى إلى تعديل الوضعية الضاغطة وبالتالي الرفع وخفض من درجة و شدة الاستجابة.

4-6-4 نظرية الأزمة:

تلقي نظرية الأزمة الضوء على كيفية إدارة الأفراد لتحولات حياتهم الرئيسية و التعامل مع أزماتها، كما توفر إطارا تصوريا وقائيا للرعاية الصحية والعقلية و لفهم أزمات الحياة الحادة. وقد طورت الأفكار الأساسية للنظرية من قبل ليندمان Lindeman حيث قدم وصفا للعمليات التكيفية في حالات الحداد و الحزن و الأسى و أوضح أدوار وكلاء المجتمع و مؤسساته في مساعدة الأسر التي فقدت عزيزا لديها على التكيف الفعال مع أحداث و ظروف فقدهم، ومن ناحية أخرى مهدت نظرية إريكسون Erickson عن الأزمات النمائية- التي تمثل تحول في حياة الأفراد- مع أفكار ليندمان طريقا لصياغة نظرية الأزمة، حيث تتناول النظرية التمزقات التي يقابلها الأفراد و آثارها عليهم وكيفية بناء أنماط الهوية الشخصية

و الاجتماعية، فبالقياس على متطلبات الاتزان العضوي فإن الأفراد لديهم حاجة للاتزان الاجتماعي و النفسي. فحين يقابلون حدثاً أو أزمة تؤدي إلى اضطراب تفكيرهم و سلوكهم، فإنهم يوظفون الاستراتيجيات المألوفة لديهم للتكيف مع الموقف الضاغط حتى يعود اتزانهم إلى سيرته الأولى، وفي هذا الإطار تعرف الأزمة على أنها: "موقف جديد تصبح فيه الأساليب المألوفة للتعامل مع الموقف الجديد غير كافية، وبناء عليه تنشأ حالة التمرد المقترن بالخوف والغضب الزائد و الشعور بالذنب الشديد، حيث أن الفرد في الموقف لا يستطيع أن يظل في هذه الحالة من عدم الاتزان فيبدأ في تحديد الأزمة ذاتياً - من وجهة نظره الشخصية- حتى ولو كانت مؤقتة حتى يتمكن من إيجاد بعض الحلول للأزمة و ذلك باستخدامه لأسلوب أو أكثر من أساليب التكيف المألوفة لديه و بالتالي فالوضع الجديد الذي يصل إليه الفرد من الاتزان الجديد قد يساهم في تطوير النضج الشخصي، و قد يؤدي إلى التوافق أو اللاتوافق فينبئ بالمشكلات النفسية الاجتماعية.

لهذا تعد الأزمة حالة انفعالية أو نقطة تحول حياتية لها مضامينها النفسية العميقة في التكيف الراهن و في قدرة الأفراد على مواجهة الأحداث الحياتية و الضغوط اللاحقة و التصدي لها.

و خلال العقدين الماضيين تزايد اهتمام الباحثين نحو فهم أفضل لنظرية الأزمة، والدور الذي تلعبه مصادر التكيف مع الأزمات و التصدي لها. و للعمليات المستخدمة في إدارة أزمات الحياة الضاغطة و السيطرة عليها.

و من أبرز الباحثين في هذا المجال موس Moos الذي اعتمد على نظرية الأزمة و ما تحقق في العقدين الماضيين في وضع نموذج تصوري يساعد على فهم كيفية نمو تحولات الحياة و آزماتها و نتائجها على الفرد و ذلك من خلال تقدير الفرد المعرفي لجوهر الأزمة.

ولقد حدد موس وآخرون Moos et al ثلاثة مجموعات منفردة من العوامل المتفاعلة في هذا النموذج و التي تؤثر بصورة منفردة أو مجتمعة في رد الفعل المبكر للأزمة، وهي :

- الخصائص الديموغرافية و الشخصية للفرد.
- الخصائص البيئية الفيزيائية و الاجتماعية.
- جوانب المواقف الضاغطة أو الأزمة و مكوناتها.

4-7 فعالية استراتيجيات التعامل على الضغط:

لقد توصلت الكثير من الدراسات إلى وجود علاقة دالة بين الضغط والمرض (Cohen, Lazarus, 1979, Sarason, 1978) و دور استراتيجيات التعامل مع الضغط كعامل وسيط بينهما، لذلك سعى الكثير من المهتمين في ميدان الصحة إلى تحديد أهم استراتيجيات التعامل مع الضغط "الفعالة" والتي ترتبط بالصحة.

حسب laborit (1979) نتكلم عن إستراتيجية فعالة عندما تسمح هذه الأخيرة في التحكم أو التخفيض من أثر العدوانية على الصحة الجسمية والنفسية للشخص.

(Lazarus et Folkman 1984, Folkman et al, 1986, rivoler, 1989, Dimatheo 199)

ففي دراسة قام بها Schmidt (1988) على مجموعة من المرضى في حالة استشفاء للقيام بعملية جراحية، بينت أن المرضى الذين يستعملون استراتيجيات نشطة (البحث عن معلومات حول سير العملية، آثارها، المشاركة في العلاج، وتعقيدات ما بعد العملية) أظهروا قلقاً أقل من المرضى الذين يستعملون استراتيجيات سلبية (الكف، الاستسلام)

و قد توصل لازروس و فولكمان (1984) إلى أن استراتيجيات التعامل مع الضغط يمكن أن تؤثر على الصحة الجسمية بطرق ثلاث مختلفة:

أ- يمكن أن تؤثر على تواتر و شدة و مدة الاستجابات الفيزيولوجية، و الأعراض العصبية الكيمائية.

ب- يمكن أن يؤثر مباشرة و سلباً على الصحة (ارتفاع خطر الموت)

ج- إن استراتيجيات المقاومة المركزة حول الانفعال يمكن أن تؤثر على لأنها تعيق التعامل بفعالية مع الوضعيات الضاغطة.

و لكن عندما نتكلم عن فعالية استراتيجيات "التعامل مع الضغط" coping هناك أساس نرتكز عليه و المتمثل في أنه لا يوجد استراتيجية فعالة أو غير فعالة" فالفعالية ترتبط بالكثير من المتغيرات من أهمها خصائص الوضعية الضاغطة مثل الشدة،

مراقبة الحدث الضاغط، مدة الحدث الضاغط، لذلك فالتجنب يمكن أن يكون فعالا في مرحلة قصيرة المدى من 0 إلى 03 أيام بعد الحدث الضاغط هذه المرحلة اللازمة لبعض الأشخاص لاستيعاب تدريجي للموقف والواقع (Suls et Fletcher,1985) والاستراتيجيات النشطة تكون فعالة في مرحلة طويلة المدى انطلاقا من أسبوعين بعد الحدث، بالنسبة لـ Lazarus Folkman(1984) فإن الاستراتيجيات النشطة لا يمكن أن تكون فعالة إلا إذا أدرك الشخص أنه يراقب الوضعية ففي وضعيات غير مراقبة تصبح الاستراتيجيات السلبية أكثر فعالية. في الأخير ما يمكن أن نستخلصه أنه لا توجد استراتيجيات فعالة أو غير فعالة، فالفعالية ترتبط بالكثير من المتغيرات الفيزيولوجية، والنفسية، والمعرفية والاجتماعية

تمهيد:

يعتبر الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشارا في العالم و يعد آفة من آفات العصر الحديث نظرا لكثرة عدد الأشخاص الذين يعانون منه حيث تتراوح نسبة المصابين به بين (3-5%) من عدد السكان في كثير من البلدان(عويضة،1995) لدرجة أنه أصبح يشبه بالزكام إشارة لمدى انتشاره وسهولة الإصابة به حيث تصل نسبة المصابين إلى حوالي 90 % من بين الأشخاص المصابين باضطرابات المزاج (الذويب،1995،العمرى،1985،Collins،1983) عن (عبد الله الزيتاوي،1999)

1-تعريف الاكتئاب :

على الرغم من أن الاكتئاب اضطراب معروف منذ 2000 عام، إلا أنه لم يتم التوصل إلى تعريف ثابت لهذه الحالة المزاجية وذلك لوجود اتجاهات مختلفة في تفسير طبيعته و أسبابه و أسس تصنيفاته ، إضافة لتعدد النظريات و المناهج المرتبطة به بقدر تعدد أعراضه و تفاوتها (العمرى،1985)

لغويا كلمة الاكتئاب مشتقة من الفعل " كئب"، و كآبة، و يعني : تغيرت نفسه و انكسرت من شدة الهم و الحزن، فهو كئب وكئيب، و أكئب فلان يعني أحزنه و اكتئب وجه الأرض : يعني تغير و ضرب إلى السواد، و الكآبة هي الحزن الشديد و الاكتئاب مرادف للانقباض، و انقبض يعني تجمع و انطوى، و انقبض الرجل على نفسه بمعنى ضاق بالحياة فاعتزل، و انقبض عن القوم بمعنى هجرهم .

(المنجد في اللغة و الإعلام، 1986، ص 668)

و في اللغة الانجليزية يحمل الاكتئاب مصطلح Depression و هو يتكون من ثلاثة مقاطع (de-presh-un) أما الفعل يكتب (Depress) فلقد اشتق من Depressus الذي اشتق من Deprimere (Roper,1969)

أما اصطلاحا فهناك العديد من التعاريف باختلاف التصورات النظرية

يعرفه سيلامي Sillamy (1996)الاكتئاب بأنه " حالة مرضية، أكثر أو أقل

استمرار تتميز خصوصا بالحزن،و بنقص النشاط و الطاقة "

(Sillamy,1996,p34)

أما جيمس دريفر (Drever,1979) فيعرف الاكتئاب في معجمه الصغير الشهير بأنه: "اتجاه انفعالي يظهر بشكل مرضي مشتمل على مشاعر النقص، و اليأس و أحيانا أخرى يصاحبه انخفاض عام في النشاط السيكوفيزيقي" (Drever,1979) عن (مدحت عبد الحميد أبو زيد،ص22)

أما Campbel (1981) يعرفه بأنه "زملة إكلينيكية تشمل على انخفاض الإيقاع المزاجي، و مشاعر الامتعاض المؤلم و صعوبة التفكير و تأخر حركي نفسي، و قد يخفى التأخر الحركي النفسي إذا كان الفرد يعاني من قلق أو وسواس". (محمد محروس الشناوي، 1988، ص 640).

أما Wolpe (1975) فيرى أن الاكتئاب: "لا يشكل بالضرورة مرضا عقليا مهيكلًا لا يتعرض له سوى المريض العقلي المتواجد في المصحات العقلية و النفسية، إنما هو حالة تجمع عددا من السلوكات و أكثر ما يميزها هو التباطؤ الحركي و اللفظي و البكاء و الحزن و غياب الضحك، اللامبالاة، احتقار الذات، عدم القدرة على النوم، فقدان الشهية." (Wolpe,1975,p224)

أما بيك (Beck (2000) فيعرف الاكتئاب: "إنه حالة اضمحلال غريزة الحفاظ على الذات و الغرائز الأمومية و انطفاء الدوافع البيولوجية القاعدية للغضب و للجنس، و يصبح النوم أمرا صعبا و شاقا كما تختفي الغرائز الاجتماعية كالحب و الحنان ، و يضع الفرد قدرته على الاستجابة بالابتهاج أو الغضب في وضعية تتطلب منه هذا أو ذاك ، كما يبدي سلبية و رغبة في الهروب، ...وفي النهاية تعوض الرغبة في الحياة بأمل في الموت " (بيك، 2000، ص 117)

أما أيدلبرج (Eidemberg(1968) فيعرف الاكتئاب بأنه: " عرض عصابي يتميز بنقص الاهتمام بالعالم الخارجي، و زيادة العدوان تجاه الذات، و النقد الذاتي، و مشاعر الذنب، و العقاب الذاتي، و اتهام الذات و كل ذلك يتعلق بفقدان موضوع ما لدى الشخص المكتئب." (Eidleberg,1968) عن (مدحت عبد الحميد أبو زيد،ص22)

2- تشخيص الاكتئاب حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية الرابع و المراجع DSM IV-R :

اعتبر تشخيص المرض النفسي والعقلي مشكلة تتطلب دائما استخدام تقنيات دقيقة في القياس و التحليل، نظرا لتداخل بعض الأعراض في عدة اضطرابات مما جعل الباحثين والأخصائيين في الصحة النفسية أو العقلية في حيرة لوضع تشخيص صحيح .

لذلك نجد أن الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية (Manuel de Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux) ظهر في عدة طبعات، ففي الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية الرابع والمراجع (Manuel De Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux DSM IV-R) تم الاعتماد على رموز CIM 10 : Classification Internationale Des Maladies Et Problèmes De Santé Annexes 10)

يحدد هذا الدليل الملامح الرئيسية للزملة الاكتئابية، حيث يؤكد على أن أهم عرض يركز عليه DMIV-R لتشخيص الاكتئاب بجمع أنواعه : هي اضطرابات المزاج، وقد قسمت إلى ثلاثة أجزاء :

1- الجزء الأول : يصف نوبات المزاج :

أ- نوبات اكتئابية رئيسية أو حادة.

ب- نوبات هوسية.

ج- نوبات حداد.

2- الجزء الثاني : ويشمل اضطرابات المزاج، مثل :

أ- الاضطرابات الاكتئابية الحادة.

ب- الاضطرابات المزاجية

ج- الاضطراب الثنائي القطب.

3- الجزء الثالث : ويشمل التخصيصات Specification ، يصف :

- نوبات المزاج الأحدث أو تطور نوبات المزاج

من المعايير التشخيصية للاضطرابات المزاجية (Dysthymique) :

1- المزاج الاكتئابي يظهر غالبا طيلة النهار أكثر من يوم إلى يومين خلال عامين على الأقل يصرح بها المريض أو ملاحظة من طرف الآخرين.

2- عندما يكون الشخص مكتئبا يظهر على الأقل عرضين من الأعراض التالية:

- فقدان الشهية

- حالة أرق أو كثرة النوم

- قلة الطاقة مع العياء

- انخفاض في تقدير الذات

- اضطرابات في التركيز أو اضطرابات في اتخاذ القرار.

- الشعور باليأس

3- خلال فترة عامين (بالنسبة للمراهقين) اضطرابات مزاجية، فالشخص لم يتعرض للحالة المزاجية لفترة أكثر من شهرين متتاليين بدون إظهار الأعراض في

2-1

4- خلال العامين الأوليين لا يظهر الاضطراب المزاجي ولا النوبة الاكتئابية الرئيسية، هذا يعني أن الاضطراب المزاجي لا يمكن تفسيره عن طريق اضطراب اكتئابي رئيسي مزمن أو باضطراب اكتئابي متقطع جزئيا (En Remission partielle).

5- لا يوجد أي نوبة هوسية ، أو دورية

6- الاضطرابات المزاجية لا تظهر في الحالات الفصامية ،أو اضطرابات هذيانية.

7- الأعراض ليست سببا لآثار فيزيولوجية مباشرة لتعاطي عقاقير ما (مثل تعاطي المخدرات تؤدي إلى سوء استهلاك أدوية) أو مرض (مثل قصور درقي

(Hypothyroide

8- الأعراض تؤدي إلى آلام عيادية دالة أو خلل في النشاط الاجتماعي و المهني أو في مجالات أخرى مهمة.

أما بالنسبة لمعايير النوبة الاكتئابية الرئيسية ، نجد مايلي :

1- بالنسبة للاكتئاب الرئيسي أو الاكتئاب الكبير) و يترجم أحيانا بالاكتئاب العظيم

أو العام أو الجسيم) فلا بد أن تظهر على الأقل 05 أعراض خلال فترة مقدارها 15

(خمسة عشر يوما) يوما كما أنها تؤدي إلى تغيرات بالمقارنة مع ما سبقها من أعراض في حياة الشخص خاصة فيما يخص إما :

- مزاج اكتئابي

- أو فقدان الاهتمام أو اللذة

أ- مزاج اكتئابي حاضر طول اليوم تقريبا كل الأيام إما أن يدلي بها المعني (مثل: الشعور بالحزن أو الفراغ) أو عن طريق ملاحظة الآخرين (مثل: البكاء)

ب- انخفاض ملحوظ في الاهتمام و الرغبة ببعض أو كل النشاطات اليومية.

ج- فقدان أو زيادة ملحوظة في الوزن.

د- أرق أو زيادة في ملحوظة في ساعات النوم يوميا.

هـ- اضطراب أو تباطؤ نفس-حركي ملحوظ يوميا.

ح- عياء وفقدان للطاقة تقريبا كل اليوم.

ط- شعور باحتقار الذات أو الشعور الحاد بالذنب تقريبا بشكل دائم و الذي يمكن أن يتميز بالهذيان.

ي- انخفاض في المهارات الفكرية أو في التركيز أو صعوبة في اتخاذ القرارات تقريبا دائما .

3- التفكير المستمر في الموت (ليس فقط الخوف من الموت)، أفكار انتحارية بدون أي تخطيط محدد أو محاولة للانتحار.

4- هذه الأعراض لا تستجيب لمعايير النوبة المزدوجة.

5- تؤدي هذه الأعراض إلى آلام لها دلالة عيادية أو خلل في النشاط الاجتماعي و المهني أو في ميادين أخرى مهمة.

6- هذه الأعراض لا يمكن تفسيرها عن طريق الحداد، يعني بعد وفاة شخص مهم، حيث الأعراض تبقى مستمرة لمدة أكثر من شهرين. أو تكون مصحوبة باختلالات، فقدان قيمة الذات، أفكار انتحارية، أعراض ذهانية أو تباطؤ نفس-حركي.

أما الاكتئاب البسيط فيعني أن يعاني المريض من مجموعتين على الأقل أو أقل من أربع مجموعات من الأعراض الاكتئابية المذكورة سابقا.

أما بالنسبة للاضطراب الثنائي القطب فمعايير التشخيص كما يلي:

1- ظهور نوبة أو عدة نوبات اكتئابية رئيسية.

2- وجود على الأقل نوبة هوسية خفيفة Hypomaniaque

3- أنواع الاكتئاب :

هناك انواع متعددة من الاكتئاب قسمت حسب طول فترة الحزن و عما إذا كان الحزن قد أثر على الحياة الاجتماعية و المهنية للفرد و عما إذا كان الحزن مصحوبا بنوبات من الابتهاج إضافة إلى نوبات الكآبة.

وبهذا فالالاكتئاب يتمادى على متصل يبدأ باكتئاب عادي، ثم اكتئاب عيادي فرعي، و ينتهي باكتئاب عيادي، أما الاكتئاب العادي فيشير إلى تقلبات المزاج التي يخبرها كل فرد، و يعبر عنها عادة كمشاعر من الحزن. و الاكتئاب العادي يرادف بصفة عامة الاكتئاب الذي ينظر إليه كعرض، و توجد جميع أعراض الاكتئاب في الاكتئاب العادي فيما عدا المزاج الحزين. أما الاكتئاب العيادي الفرعي Depression Subclinique فيشير إلى شكل أكثر شدة من الاكتئاب العادي الذي لا يشمل مزاجا حزينا رغم وجود أي نمط من الأعراض الأخرى الخاصة بالاكتئاب.

أما الاكتئاب العيادي فيشير إلى اكتئاب شديد يتطلب تدخل علاجي، و يتسم الاكتئاب العيادي بأربعة سمات:

- أكثر حدة - يستمر لفترات طويلة - يعوق الفرد بدرجة جوهريّة عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة - الأسباب التي تثيره قد لا تكون واضحة أو مميزة بالشكل الذي نراه عند الغالبية العظمى من الناس (عبد الستار إبراهيم، 1998،

(Ingram, 1994) عن (حسين فايد، 2004)

أكدت الدراسات الابدئميولوجية أن 20% من الإناث و 12% من الذكور يصابون عادة بنوبة من الكآبة في حياتهم على أقل تقدير وهناك نسبة تكاد تكون ثابتة مفاده أنه 5% إلى 10% من الإناث و 3% من الذكور مصابون بما يسمى نوبة الاكتئاب الكبرى وهذه نسبة عالية جدا مما يجعل نوبة الاكتئاب الكبرى من أكثر الأمراض النفسية شيوعا.

3-1 الاكتئاب الإرتكاسي:

يرتبط الاكتئاب الارتكاسي بمواقف أو بأحداث خارجية، و عادة ما ينتهي في فترة قصيرة بإمكان صاحبها العودة إلى ممارسة حياته المعتادة، بحيث حدد كليرمان و آخرون **Klerman et al** الخصائص التي تميز الاستجابة الإكتئابية عن باقي الأنواع الاكتئاب و تتمثل في:

- لا يفقد المصاب علاقته بالواقع.
- لا تصاحب أعراض الاكتئاب الارتكاسي أعراض ذهانية حيث لا نجد فيها الهذيان، هلاوس، اضطراب الذاكرة، غالبا ما تكون الإصابة بالاكتئاب الارتكاسي نتيجة التعرض لصدمة عاطفية، فقدان أحد أفراد العائلة، فقدان صديق، أو يكون نتيجة فشل في أداء عمل ما، أو نتيجة مشاكل اجتماعية، لذلك يبعد الباحثون العامل الوراثي في حدوث الاكتئاب الارتكاسي أما عن الأعراض تكون أقل حدة من أنواع الإكتئاب الأخرى.

3-2 الاكتئاب العصبي :

ويسمى كذلك بالاكتئاب الخارجي المنشأ، أسبابه خارجية غالبا ما تكون اجتماعية، صدمات و ضغوطات نفسية، يتسم بحدوث نوبة إكتئابية عظمى واحدة أو أكثر بدون نوبات هوس (Beach, 1998)

و يشير الدليل التشخيصي الاحصائي إلى أنه لا بد من وجود خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التسعة التالية و يشترط أن تستمر لمدة أسبوعين على الأقل:

- المزاج الحزين أغلب اليوم، تقريبا كل يوم.
- انخفاض ملحوظ في الاهتمام و السعادة في كل شيء و في النشطة في أغلب اليوم، تقريبا كل يوم.
- زيادة أو نقص ملحوظ في الوزن دون عمل رجين، و من ناحية أخرى نقص أو زيادة حادة في الشهية تقريبا كل يوم.
- أرق أو أرق مفرط.
- الهبوط أو التهيج النفس الحركي تقريبا كل يوم.
- الإرهاق أو التعب أو نقص أو نقص الطاقة تقريبا كل يوم.

- مشاعر عدم القيمة أو الشعور المفرط أو غير الملائم بالذنب.
- ضعف القدرة على التفكير أو التركيز.
- تراود الأفكار انتحارية بعض المرضى دون خطة خاصة أو محاولة الانتحارية.
- يمكن اعتبار الاكتئاب عصائيا إذا ما لم يتضمن أعراضه أعراضا أخرى مثل الهلوس، كما يبقى الشخص على علاقة بالواقع.
- كما يتضمن الاكتئاب العصائبي على اضطراب في المزاج .

3-3 الاكتئاب الذهاني:

و يسمى بالاكتئاب داخلي المنشأ، كما يسمى بالذهان الهوسي الاكتئابي و هو من الاضطرابات الأقل شيوعا من بين أنواع الاضطرابات الاكتئابية و لكن من أكثرها خطر و أشد حدة و أكثر استمرارا ، تلعب الوراثة دورا أساسيا في حدوثه كما أكدت بعض الدراسات أنه يرتبط بوجود اختلاف في توزيع بعض العناصر الكيميائية (الكالسيوم و الصوديوم) في الخلايا العصبية و لهذا فهو يعالج بالعقاقير الطبية مثل الليثيوم . **Lithium** .

ينتقل الشخص من نوبة اكتئاب إلى نوبة هوس تتخللها فترة استقرار يحدث غالبا بعد سن الثلاثين .

لكي يتم تشخيص الاكتئاب الثنائي القطبية فلا بد من أن يخبر الشخص نوبات هوس في فترات الحياة، هذا بالإضافة إلى أن الشخص قد يعاني من نوبات هوس دون أن يعاني من نوبة إكتئاب (Ingram,1994)

من أعراضه الكف الحركي مع هبوط في النشاط النفسي الحركي و الوظائف العقلية و المعرفية، مشاعر الذنب على أمور لم تصدر منه، هذيانات اضطهادية و هذيانات الخطيئة و أفكار الانعدام مع هلاوس ، يقظة مبكر من النوم، اكتئاب شديد، نقص في الوزن، الفشل في الاستجابة لتغيرات البيئة، التهيج، تبدل انفعالي، احتقار الذات، اعتقاد قوي بأنه لا يستحق الحياة، شعوره بعدم صلاحيته و عدم نفعه، فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة وتحدث عادة فجأة و بدون خوف و تردد.

(Freden,1982) عن (مدحت عبد الحميد أبو زيد،ص54)

4- نظريات الاكتئاب :

4-1 النظرية البيولوجية :

إن الاهتمام بمعرفة العوامل البيولوجية للاكتئاب قديم، فقد تحدث الطبيب اليوناني هيبوقراط على أن الزيادة في المادة السوداوية تسبب الميلانخوليا، و لكن التفسير البيولوجي للاكتئاب تأخر بسبب نقص معرفة فيزيولوجية المخ عند الأسوياء و لم يعد الأمر ممكناً إلا في بداية الخمسينات إلى الثمانينات بحيث تم تفسير العوامل البيولوجية من حيث:

- النظرية الوراثة

- التوازن الكيميائي الحيوي

4-1-1 النظرية الوراثة :

هناك ملاحظة تتعلق بالاكتئاب ترجع إلى إمكانية وجود تفسير عضوي، تستند على ما بنته البحوث من خلال وجود تماثل بين التوائم حتى و إن عاشوا في ظروف اجتماعية مختلفة مما يدل على وجود تغيير وراثي.

مثلا الدراسات التي تشير إلى أن نسبة التشابه في الإصابة بذهان الهوس و الاكتئاب بين التوائم المتطابقة الذين تربوا منفصلين بالتبني وصلت إلى 65% و بلغت نسبة التشابه في الإصابة بالمرض لدى التوائم المتطابقة الذين نشأوا معا بنسبة 68 % أما التوائم الآخرين غير المتطابقين فقد وصلت النسبة إلى 23 % هذه النتائج تشبه دراسات أجريت في بريطانيا و أمريكا و غيرها، هذا بالنسبة إلى الهوس الإكتئابي، أما فيما يتعلق بالاكتئاب المنفرد، فقد تعذر وجود نمط وراثي واضح بالنسبة للاكتئاب بما فيه الاكتئاب العصابي أو الاستجابي، كما يشير إلى صعوبة وجود تفسير وراثي بسيط لكل أنواع الاكتئاب (Gelder et al, 1984)

4-1-2 التوازن الكيميائي الحيوي :

يرى أصحاب النظرية البيولوجية أن الخبرات الانفعالية تؤثر على المخ، و هناك خلايا عصبية كثيرة تقوم بإرسال الرسالة الكهربائية عن طريق الموصلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية، بحيث هناك أشياء كثيرة يمكن أن تحدث مثلا: خلافا في الخلايا العصبية أو نقصا في المقدار المنقول، أو المسحوب من المادة

الكيميائية، أو خلا وظيفي في عمل خلايا الإستقبال، و الخلل في كل تلك الأمور يساهم بشكل رئيسي في الإصابة بالاكتئاب. (حسن إبراهيم عبد اللطيف، 1997) يركز رواد النظرية العضوية على فرض الكاتيكولامين **Catecholamine** حيث أثبتت بعض الدراسات أن هناك ارتباطا بين انخفاض مستوى الكاتيكولامين و بين حالات الاكتئاب. و قد أضافت دراسات أخرى تأييد هذه الحقيقة بأن عقار ريزربين **Reserpine** مسؤول عن تقليل نسبة الكاتيكولامين بسبب أعراض الاكتئاب. (Freden,1982).

و هناك من الباحثين من يفترض أنه في حالة وجود حالة اكتئاب فإن المواد الكيميائية العصبية **Serotonine et dopamine-Morepinephrine** تبعث برسائل إلى مناطق متعلقة بالوظائف الحيوية مثل الشهية النوم و غيرها، و في هذا الصدد يقدم تاس و آخرون **Thase et al** مجموعة من الأدلة غير مباشرة تؤثر في الاكتئاب منها :

- دور المرض الدماغى و الذى يتصف بفترات تحسن تباديا مع نوبات من الاكتئاب أو الهوس، و هذه النوبات دليل على الاضطرابات المرضي ذو الأساس البيولوجي.

وجود مجموعة من الأعراض و التي توحى بوجود اضطراب في العمليات الحيوية مثل اضطراب النوم، الشهية، اضطرابات في النشاطات النفسية الحركية. استجابات جسمية للأدوية العلاجية خاصة عند الأفراد المكتئبين.

و قد اكتسب الإكتئاب أهمية خاصة بالنسبة للتفسير الكيميائي من خلال الدراسات المبكرة التي اوضحت بعض أن بعض جوانب الاكتئاب التي تكون نتيجة الاختلال في توازن البوتاسيوم، الصوديوم عند المكتئبين وهذا يؤثر مباشرة في إمكانية الإحساس بالراحة و استثارة الأعصاب (**Valejet, 1974**)

وهذه الجهود تتطلب البحث في وجود تفسيرات عضوية تتعلق بكيميائية المخ " التفسير الأميني " للاكتئاب ، وهذا من خلال البحوث التي أوضحت أن تعرض الفرد للاكتئاب يكون نتيجة نقص في العناصر الكيميائية في المخ وخاصة توزيع العناصر الأمينية ، حيث أن الأمينات هي موصلات عصبية **Neurotransmetteurs**

وظيفتها توصيل الرسائل من القادمة إلى العائدة من الأعصاب المختلفة فتمثل على الدوبامين Dopamine ، السيروتونين Serotonine ، و النوروبيفرين Noroplaephnine ، و من المعتقد أن المحافظة على التوازن الميزاجي يحتاج إلى توازن العناصر الأمينية و الاكتئاب هو إحدى الاستجابات المرجحة إلى وجود هذه العناصر أو أخذها و هذا ما يشير إلى بعض الصحة في النظريات للتفسير الأميني للاكتئاب، فقد توصل كل من برانج و ويلسن Pringe & Wilson على مدى تأثير برمسف- أمين Permissive-Amine على الاكتئاب. (Duke&Nowicki,1979)

4-2 النظرية التحليلية :

لقد تناول المحللون النفسانيون عدة نظريات حول أسباب الإصابة بالاكتئاب، و اتفق معظمهم على أنه حالة مرضية تعبر عن حالة نفسية يعيشها المكتئب و تؤثر في نمط حياته، فيرى مؤسس المدرسة التحليلية فرويد Freud (1917) أن الاكتئاب هو تفاعل بين الدوافع اللاشعورية و العوامل الخارجية، بحيث يرجع إكتئاب الميلانخوليا إلى فقدان انفعالي، و هو راجع إلى الفشل في استرجاع موضوع مفقود كانفصال أحد الأبوين أو فقدته أو عوامل مشابهة. (حسن إبراهيم عبد اللطيف،1997)

كما كشف فرويد عن كثير من أوجه التشابه بين الحزن العادي عند فقدان موضوع الحب والاكتئاب المرضي، فالإكتئاب عادة ما يحدث و يشتد إثر فقدان موضوع حب، و هذه النوبات تشتد و تنفجر بعد فقدان الموضوع و هي من وجهة نظر المحللين نتيجة أساسية للإحساس بالشعور بالذنب الشديد و التي تتسبب في فقدان موضوع ما مما يضاعف مشاعر الإكتئاب و الغضب الداخلي. (إبراهيم عبد الستار،1998)

يعرف كارل أبراهم Abraham (1911) حالة الإكتئاب التي يشعر بها الراشد بأنها عملية استرجاع Reactivation لخبرة مشابهة(أي خبرة حزن أو إكتئاب سابق)خبرها الشخص عندما كان طفلاً. (Lowen,1976)

كما أكد أن من أسباب الاكتئاب فقدان شخص عزيز لديه، أي فقدان الحب أو شيء ثمين، فالإكتئاب عند أبراهم يستمد طاقته من الحب و الغضب، و يقول أن الفرد يواجه ضربة قوية في المرحلة الفمية، بحيث يرى أن الأطفال يتميزون بالانرجسية، فإذا لم نعطيهم الحب فيظنون أن لا أحد يحبهم، فقد يشعرون بالغضب من هذه المعاملة و يشعرون بالذنب لشعورهم بالغضب، و عندما يكبر الفرد و يواجه مواقف النبذ نراه يرجع إلى خبرات الطفولية، و بهذا تعتريه مشاعر الإكتئاب. (حسن إبراهيم عبد اللطيف، 1997)

و قد توصل أبرهام (1924) إلى تحديد خمسة عوامل مؤدية للإكتئاب:

- تثبيت خاص في النمو النفسي الجنسي عند المرحلة الفمية.
- خيبة الأمل المبكرة أو المتكررة المتعلقة بموضوع حب في الطفولة.
- حدوث خيبة الأمل الأولي المهمة للطفل في سن قبل السن التي تحل فيه الرغبات الأوديبية للطفل.

- تكرار حدوث خيبة الأمل الأولية في الحياة المقبلة. (Mendelson, 1974)

لكن **بيبرنج Bibring (1953)** أحد أعضاء المدرسة الفرويدية المحدثه

ينظر إلى الإكتئاب على أنه ظاهرة ذاتية و العامل المهم هو العلاقة بين الفرد و بيئته الاجتماعية أكثر من أي صراع ذاتي، فيرى أن الخاصية الرئيسية التي تميز الإكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات أو الطموحات، و يضيف إلى أن الحاجة إلى الحب و التقدير ما هي إلا واحدة من ثلاثة احتياجات رئيسية، أما الاحتياجات الأخرى فتتمثل في الحاجة إلى القوة و الأمن و الحاجة لمنح الحب و بهذا يحدث الإكتئاب نتيجة لإحباط أو لفشل في إرضاء أي حاجة من الحاجات الثلاثة (إبراهيم عبد الستار، 1998)، إن الإكتئاب في نظر بيبرنج يعد تعبيراً ذاتياً انفعالياً عن العجز، والضعف الذي قد يشعر به الشخص نتيجة عدم قدرته على الحياة و على مسايرة الأهداف الخاصة.

أما ميلاني كلاين **Klein (1948)** فتؤكد على أن الطفل في نموه الطبيعي

يظهر نمطين من ردود الأفعال، و هما:

- النمط الأول: و يسمى الوضع الفصامي البارانوي و هو يصف اتجاه الطفل نحو الإحباط الذي تسببت فيه الأم.

-النمط الثاني: و يسمى الوضع الاكتئابي و يحدث عندما يبدأ الطفل يشعر بالذنب تجاه غضبه من أمه، و تقرر كلاين أن ثدي الأم في الحقيقة هو رمز للحب و الأمان بالنسبة للطفل، فإذا شعر الطفل بالإشباع فإنه سيعمم هذه المشاعر على جميع المواضيع و بالتالي تصبح مواضيع جيدة، أما إذا لم يشبع الطفل فإن الثدي سيصبح موضوعا سيئا و تصبح بالتالي كل المواضيع سيئة مما يؤدي به إلى الشعور بالإحباط و الغضب ثم الرغبة التدميرية تجاه ثدي الأم.

4-3 النظرية السلوكية:

يؤكد المنظرون السلوكيون أن الاكتئاب هو نتيجة خبرة فقدان التدعيم أو الإثابة الايجابية مقابل حدوث خبرة التدعيم السلبي أي العقاب (Freden,1982) أما ليبرمان و ريسكين (1971) **Liberman & Raskin** فيؤكدوا على أن الاكتئاب ليس إلا مسألة تدعيم اجتماعي و أن الناس تتعرض للاكتئاب نتيجة الإثابات الاجتماعية التي يحصلون عليها من الآخرين حين يشعرون بالنبذ و يعني هذا أن المكتئب في حاجة إلى جلب انتباه الآخرين و اهتمامهم، و مشاركتهم الوجدانية (Gallatin,1982) عن (مدحت عبد الحميد أبو زيد،70) و يؤكد بلاني (1977) Blaney و من خلال القيام بعدة تجارب و دراسات من أجل التوصل إلى تدعيم آراء الاتجاه السلوكي و انتهت تجاربه إلى أن الأساس في ظاهرة الاكتئاب هو فقدان الذات و احترامها، أو ضعفهما، فضلا عن الفكرة الخاطئة عن مفهوم الذات. (Freden,1982)

4-4 النظرية المعرفية :

4-4-1 نظرية بيك Beck :

تعتبر النظرية المعرفية من أهم النظريات المفسرة للاكتئاب و التي ترى أن السلوك الإنساني هو عبارة عن إطار عام تظهر من خلاله أفكار الإنسان و تنبؤاته و تفسيراته بحيث ركز أصحاب هذه النظرية على معرفة أسباب الإضطرابات

النفسية و طرق علاجها، فتوصلوا إلى أن الاكتئاب هو عبارة عن اضطراب يشير إلى اعتقادات الإنسان السيئة حول ذاته، كما يعد بيك و جماعته (1976) من الأوائل الذين نظموا مفهوم الاكتئاب على سياقات معرفية، و ذلك على إثر تحليل أسلوب تفكير المكتئبين بحيث وجدهم يظهرون نظاما مخالفا للمنطق من المعتقدات التي تنشط في وضعيات معينة، ويعتبر نموذج بيك (2000) أكثر النماذج المعرفية أصالة و تأثيرا حيث تمثل الشيمات المعرفية حجر الزاوية في نظرية بيك . يرى بيك أن أعراض من خلال تنشيط أنماط معرفية سلبية تتدخل في بناءاته المعرفية التالية: المثلث المعرفي، الشيمات، الأخطاء المعرفية.

(Hoberman et al,1983)

أ- المثلث المعرفي :

يتمثل في النظرة السلبية عن نفسه، و المستقبل و العالم و هذه النظرة التشاؤمية للنفس و المستقبل و العالم يطلق عليها اسم الثالوث السلبي الذي كلما كان أكثر سيطرة كان الفرد أكثر اكتئابا.

- النظرة السلبية للذات : يرى المكتئب نفسه كإنسان معدوم القدرة لا يصلح لشيء

- النظرة السلبية للمستقبل : بحيث ينظر للمستقبل بتشاؤم، ينتج عنه إحساس بأنه في وضعية لا مخرج منها.

- النظرة السلبية للعالم : يتمثل في نظرتة للعالم على أنه مجموعة من الأحداث هذه الأخيرة التي تمنعه من مواصلة مساره و تحقيق أهدافه . (رشاد عبد العزيز موسى، 1989)

- الشيمات :

و تدل على تصورات معرفية منظمة عن تجارب سابقة يسهل تذكرها فإذا نشطت هذه الشيمات المضطربة بشكل مفرط تؤدي إلى اضطراب التقييم المعرفي و إدراك المثيرات فيتسبب هذا الإدراك الخاطئ و هذه المعلومات الخاطئة في ارتفاع قابلية

التأثر (الهشاشة) **Vulnerability**

- الأخطاء المعرفية :

تتمثل في اختلال الإدراك والذاكرة، وهذه الأخطاء غير إدراكية تشمل الاستنتاج الاعتباطي والتجريد الاختياري والتعميم المفرط (Hoberman et al, 1983) و قد حدد بيك نوع الأخطاء المعرفية في خمسة نقاط نذكر منها :

-أخطاء الاستنتاج : استنتاجات عشوائية ليس لها مبررات

-التحرير الانتقائي : يركز الفرد اهتمامه و مشاعره و تفكيره في جزء مأخوذ من مضمون.

- التعميم : يعمم الفرد المكتئب النتائج التي توصل إليها انطلاقاً من عنصر ليس له معنى واضح.

- أخطاء ينسبها لذاته : يرجع كل الأخطاء إلى الذات و إلقاء المسؤولية التامة عليها عند الفشل

- أخطاء دلالية : تعظيم و تصغير الأحداث التي تعرض حياة الفرد بحيث يصف الأحداث بطريقة مخالفة لما جاء به الواقع.

كما نجد أن شعور الفرد باليأس هو المحرر الأساسي في الاكتئاب، و بهذا الصدد يشير ليشنبرج **Lichtenberg (1957)**، إلى أن المكتئب يشعر عادة باليأس و عدم الأمل في الحصول على هدف معين و دائماً يلوم نفسه في إخفاقه، كما أشار إنجل Engel (1968) إلى أن الشعور باليأس و العجز يجعلان الفرد أكثر عرضة للاكتئاب. (محمود السيد أبو نبيل، 1997)

و بناءاً على ذلك أحدثت نظرية بيك ثورة أعادت النظر في تفسير الاضطرابات النفسية، و علاجها خاصة الاكتئاب، و ذلك راجع إلى أن بيك تناول هذا الاضطراب بشكل واسع و أكثر عمق.

4-4-2 نظرية إليس Ellis :

و من المنظرين المعرفيين الذين اهتموا بالاكتئاب نجد إليس Ellis (1961) حيث يرى هذا الأخير أن الاكتئاب يحدث نتيجة وضعية ما تنشط معتقدات غير

منطقية لدى الفرد بحيث تدفعه إلى ظهور انفعالات مفرطة أكثر مما تتطلبه
الوضعية. أي أن السلوك الإنساني حسب إليس يمر بثلاث مراحل هي:

- 1- وجود بعض الأحداث الخارجية التي تؤثر على الفرد و تطبعها.
 - 2- يفكر الفرد في تلك الأحداث و يفسرها بطريقة معرفية خاصة
 - 3- يبدي الفرد سلوكا مطبوعا بتلك الأفكار و المعتقدات
- ذلك أن الاكتئاب هو ترجمة الفرد لأفكار و معارف عن ذاته و محيطه و ما ينتج
عن ذلك من اضطرابات نفسية و انعدام القيمة، كما ينبهنا إليس إلى وجود ثلاث
معتقدات على الأقل تتسبب في اللاعقلانية :

- 1- يجب أن يكون الفرد دائما قادرا على النجاح و الفوز بتأييد الآخرين و دعمهم.
- 2- على الآخرين أن يعاملونه دائما معاملة تتفق دائما مع ما يرغب فيه.
- 3 - يجب أن تكون الظروف من حوله غير مهددة بحيث يحصل على كل ما يريد
بدون عناء (إبراهيم عبد الستار، 1998)

4-4-3- نظرية العجز المتعلم (المكتسب):

يرى أنصار هذه النظرية أن الاكتئاب يعتبر حالة تتميز أساسا بانخفاض في النشاط
الذي يكون نتيجة فقدان دعم مهم و معتاد . و يعتبر سليجمان Seligman (1975)
أول من وضع أسس نظرية للاكتئاب قائمة على التعلم يمثل مفهوم العجز المتعلم
محورها الرئيسي (Strongman, 1996) حيث يرى أن الاكتئاب هو حالة فقدان
للضبط أو التحكم من خلال و سائل التدعيم السلبي أو الايجابي المكتسب و أطلق
على ذلك اسم العجز المتعلمو فيه يشعر الفرد بالضعف و الاستكانة و النظرة الكئيبة
و المتشائمة للمستقبل.

وتشير نظرية العجز المتعلم إلى أن الأفراد الذين حينما يجدون أنفسهم في ظروف
صعبة و غير مرغوب فيها و لا يستطيعون أن يحدثوا فيها تغيرا ايجابيا فإن هذا
يؤدي بهم إلى الاستسلام والعجز و السلبية (قايد، 2001)

و يقرر سليجمان أن الناس الذين ينكرون على أنفسهم فرصة ضبط بيئتهم الخاصة
في سنوات حياتهم الباكرة يكونون أكثر ميلا، و أكثر تعرضا لحالة العجز المتعلم
في الرشد.

كما قام كل من أوقرمير و سيليجمان و ماير Overmier&Seligman&Maire بدراسة تهدف إلى بحث ظاهرة العجز المتعلم عند ثلاثة عينات تتكون من مكتئبين، غير مكتئبين، هادئين، من طلاب الجامعة و بتطبيق سلسلة من 20 اختبار من اختبارات تبديل مواضع و أحرف الكلمات لتغيير المعاني و الألفاظ بعد تلقي عدة مثيرات في بادئ الأمر خاصة(بالقدرة على الهروب).

أسفرت النتائج عن أن العينة المكتئبة كانت أكر عجزا و كانت أقل نجاحا في حل الاختبارات عن عينة غير المكتئبين، و جاءت النتائج مدعمة لفرض أن العجز المتعلم ما هو إلا نموذج للاكتئاب(Miller&Seligman,1975)

وقد اقترح أبرامسون Abramson وزملاؤه تعديلا مهما على نظرية العجز المكتسب وذلك سنة 1978 حيث لاحظوا أنه ليس كل شخص يمر بأحداث سلبية و لا يستطيع التحكم فيها يصبح مكتئبا و أن هناك عوامل قد تقى أو تعرض الأشخاص للاكتئاب في ظل هذه الأحداث.

ويعتبر أسلوب العزو Attribution أهم تلك العوامل و العزو إما أن يكون خارجي أي يدرك الفرد أن سبب ما حدث له من مشاكل راجعة لعوامل خارجية، أو عزو داخلي حيث يرى الفرد نفسه مسؤولا عن ما يحدث له، وعادة ما يتسم الأفراد المكتئبون بعزو داخلي ثابت و شامل للأحداث السلبية، و عزو خارجي غير ثابت خاص بالأحداث الايجابية .

و لتبيان الملامح العامة المشتركة بين العجز المتعلم و الاكتئاب وضع وينر Wener جدولا توضيحيا لذلك و يتمثل في :

مشاعر العجز المتعلم	مشاعر الاكتئاب
<p>- السلبية</p> <p>- تعلم الشخص أن استجاباته أو أفعاله تحدث مستقلة تماما عن نتائج المواقف التي يواجهها الشخص أو التدعيم الذي يتلقاه.</p> <p>- صعوبة إعادة تعلم الشخص أو استجاباته ذات فائدة ما أو يمكن أن تخلصه مما يواجهه من مشكلات</p> <p>- نقص في العدائية و اختفاء ردود فعل العدوانية و بطء الحركة و التفكير.</p> <p>- نقص في الوزن، و فقدان الشهية و الشعور بالإرهاك و العجز عن التفكير و الاستيعاب.</p>	<p>- السلبية</p> <p>- الاعتقاد بعدم جدوى المحاولات أو بذل جهد في مواجهة المشكلات و أيضا في مواقف النجاح و الفشل.</p> <p>- الاتجاه المعرفي السلبي و إحساسه عامة في التغلب على المشكلات.</p> <p>- امتصاص العدائية و بطء في الحركة و التفكير.</p> <p>- الشعور بالإرهاك و العجز عن التركيز و الاستيعاب.</p>
- التوتر و التعرض للإصابة بالقرح	- التوتر و التعرض للإصابة بالقرح

جدول رقم 02 الفرق بين مشاعر العجز المكتسب و مشاعر الاكتئاب

4-4-4 نظرية المراقبة الذاتية :

طور ريهام (1977) نظرية لتفسير الاكتئاب أسماها بنظرية " المراقبة الذاتية " وقد راجعها كل من (Rosenbaum et al,1981) ،حيث يرى ريهام أن التقييم الذاتي السلبي و قلة التعزيزات الايجابية ،وكذلك ارتفاع في العقاب الذاتي أهم ما يميز الأشخاص المكتئبين ، كما توصل ريهام إلى تحديد ثلاثة سيرورات معرفية مهمة تميز المراقبة الذاتية:

- التحكم الذاتي

- التقييم الذاتي

- التعزيز الذاتي

كما يعتقد ريهام أن الأشخاص المكتئبين لديهم نظرة تصنيفية (Selective) للأحداث السلبية للتقييم الذاتي وهذا يعني أن الشخص المكتئب لا يرى من حوله إلا الأشياء السلبية ، كما يتميز بانخفاض في المكافأة إلى جانب الكثير من العقاب الذاتي. (Lewinsohn et al,1983)

4-4-5 النظرية المعرفية الاجتماعية:

تفسر هذه النظرية الاكتئاب من خلال مزج مفاهيم النماذج المعرفية و الأهداف الشخصية و الأدوار الاجتماعية، و يرى رواد هذه النظرية أن الاكتئاب يمكن أن يفسر باعتباره فقداناً لهدف قيم أو دور اجتماعي لدى الفرد، الذي لديه مصادر قليلة لقيمة الذات، و قد تم عرض ملخص للفرق بين الأشخاص المستهدفين و غير المستهدفين للاكتئاب.

الأفراد المستهدفين للاكتئاب: حدث سلبي ← انهيار عمليات تجديد المزاج/التقدير
← تسلط سلبي نحو الذات ← اكتئاب.

الأفراد غير المستهدفين للاكتئاب: حدث سلبي ← انهيار عمليات تجديد المزاج/التقدير ← انفعالات سلبية عابرة ← استبدال للدور أو الهدف المفقود. (Champion&Power,1995)

4-5 نظرية التعلم الاجتماعي:

لقد كان لنظرية التعلم الاجتماعي اسهامات مهمة في تفسير مختلف الاضطرابات النفسية، و الاكتئاب خاصة.

فقد أكد لوينسون (1975) أن الاكتئاب يتعلق بعملية نقص المهارات، فإن لم يكن لدينا المهارات التي تجعل البيئة المحيطة تحقق لنا التدعيم الذي نحتاج إليه لأننا نصبح عاجزين، و على ذلك فإن لوينسون يربط بين الاكتئاب و المعدل المنخفض من السلوك المدعم (Sarason&Sarason,1980)

أما ألبرت باندورا (1977) فقد أكد على أهمية مفهوم فعالية الذات في تفسير الاكتئاب، حيث توصل إلى أن الاكتئاب يرجع إلى المفهوم السالب عن تلك الفعالية

الذاتية التي هي بمثابة الشعور بمدى كفاءة الذات في مقاومة الأفكار اللاعقلانية،
والانهازامية، (Fry,1984)

تمهيد

تزايد اهتمام العديد من العلماء والباحثين بصحة الإنسان بمفهومها الشامل من النواحي الفيزيولوجية والعقلية والنفسية والاجتماعية. وقد حاول الباحثون استقصاء العوامل التي تؤدي إلى الشعور بالرضا عن الحياة Life Satisfaction باعتباره أحد مؤشرات الصحة النفسية، كما حاولوا التعرف على الجوانب المختلفة في حياة الأفراد التي تسهم في زيادة مشاعر الرضا (Diener et Rahz 2000) عن الحياة وتشمل هذه الجوانب الصحة والراحة المادية والعلاقات الاجتماعية والأطفال والأسرة والصدقة والمجتمع والدراسة وتنمية مفهوم الذات والعمل ووسائل الاستجمام والدين (ملكوش، 1994) عن (إكرام عبد القادر العش، 2002)

1- تعريف الرضا عن الحياة:

استخدم علماء النفس والاجتماع مصطلحات ومفاهيم عديدة في دراساتهم وقياسهم للرضا عن الحياة مثل السعادة (Happiness) والإحساس بالراحة (Sense of well-being) ونوعية الحياة المدرك (Percieved quality of life) والإحساس الذاتي بالهناء (S.W.B) Subjectif well Being.

ويرى ريس و آخرون (Rice et al(1980) أن الرضا عن الحياة يعني قدرة الفرد على التكيف مع المشكلات التي تواجهه والتي تؤثر على سعادته أما دينر (Diener,1984) فيرى أن الحكم على مستوى الرضا عن الحياة يعتمد على مقارنة الفرد لظروفه بالمستوى المثالي الذي يفترضه على مقارنته بمستوى مثالي يضعه الفرد نصب عينيه، وهذا المستوى المثالي ليس إجباريا بل هو علامة مميزة للصحة النفسية، حيث إنه يرتبط بالحكم الشخصي للفرد.

" يعرف الرضا عن الحياة على أنه كيف يحكم ويقيم الأفراد حياتهم من وجهة نظرهم الخاصة، وهذا التقييم يكون في جانبيين:

- الجانب الأول: معرفي ويتمثل في إدراك الأفراد وتقديمهم للحياة بشكل عام أو تقييم جوانب محددة من الحياة مثل الرضا عن الحياة والرضا الزواجي أو الرضا عن العمل.

- الجانب الثاني: تقييم الأفراد لحياتهم بناء على تكرار الأحداث السارة أو غير السارة التي تسبب إما السعادة والفرح أو التوتر والقلق والاكتئاب، وبالتالي الشعور بالرضا أو عدم الرضا بدرجاته المختلفة (Pavet et Diener,1993)

عن (عادل محمود محمد سليمان 2004)

وعرف الديب (1994) الرضا عن الحياة بأنه تقبل الفرد لذاته ولأسلوب الحياة التي يحيها في المجال الحيوي المحيط به.

و يرى شين وجنسون (Shin et Jonson 1978) أن الرضا عن الحياة هو تقدير عام لنوعية حياة الشخص حسب المعايير التي انتقاها لنفسه.

ويعتبر أباجيل Abajail أنه يمكن فهم السعادة Happiness لدرجة الرضا عن الحياة أو بوصفها انعكاسا لمعدلات تكرار حدوث الانفعالات السارة وشدة تكرار هذه الانفعالات (النيال وخميس 1995)

وترى العزبي (1982) ، أن الرضا عن الحياة هو حالة داخلية في الفرد تظهر في سلوكه واستجاباته، وتشير إلى تقبله لحياته الماضية والحاضرة وتقاؤه بمستقبل حياته وتقبله لبيئته المدركة وتفاعله مع جوانبها.

ويعرف رضوان وهريدي (2001) الرضا عن الحياة بأنه درجة تقبل الفرد لذاته بما حقق من إنجازات في حياته الماضية والحاضرة ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافق الفرد مع ذاته والآخرين وجوانب الحياة المختلفة ونظرته المتقابلة عن المستقبل، (إكرام عبد القادر درويش العش،2002).

ويشير مفهوم الرضا عن الحياة Life Satisfaction إلى كيف يقيم الأفراد حياتهم بأبعادها المختلفة وقد اهتم الباحثون بدراسة الرضا عن الحياة من خلال الصفات والسمات الشخصية والفروق الفردية، وتأثير العوامل الديموغرافية واختلاف الظروف البيئية والعوامل الثقافية (Diener, Suh et Oishi, 1997) ويلعب النضج والواقعية والاستقلالية دورا في تقييم الرضا والذي يقاس من خلال المنظور والتقييم الذاتي للأفراد (Diener 2000).

2- نظريات الرضا عن الحياة:

2-1 -نظرية المقارنة الإجتماعية Social Comparison Models:

يرى إيسترلين أن الأفراد يقارنون أنفسهم مع الآخرين ضمن الثقافة الواحدة ويكونون أكثر سعادة إذا كانت ظروفهم أفضل ممن يحيطون بهم، فالمقارنة تخلق درجات مختلفة من الرضا ضمن المجتمع والثقافة الواحدة، فالرضا عن الحياة يعتمد على المقارنة بين المعايير الموضوعة أو المتوقعة الفردية أو الثقافية أو الاجتماعية أو المادية من ناحية وما تم تحقيقه على أرض الواقع من ناحية أخرى وقد تكون المقارنة بين الأفراد أو الجماعات المحيطة أو بين الدول والمجتمعات وبالتالي تختلف درجات الرضا عن الحياة باختلاف المعايير الذاتية والاجتماعية والاقتصادية (Easterlin,2001 Diener 2000 Diener, 1995)

يركز إيسترلين (2001) Easterlin في تحديد العلاقة بين الرضا عن الحياة والشعور بالسعادة والدخل المادي، لأنه يعتبر أن الدخل المادي يرتبط بجميع مراحل حياة الأفراد العملية، ذلك أن الأفراد عندما يقيمون سعادتهم ورضاهم عن الحياة يضعون مستوى حياتهم المادي في المقام الأول (Easterlin, 2001).

2-2 نظرية القيم والأهداف والمعاني Valus, Gools et Meaning:

حسب أويش، دينر ولوكاس وسوه (Oish, Diner, Lucas et suh, 1999) فإن الأفراد يشعرون بالرضا عندما يحققون أهدافهم ويختلف الشعور بالرضا باختلاف أهداف الأفراد ودرجة أهميتها بالنسبة لهم وحسب القيم السائدة في البيئة التي يعيشون فيها.

وتدل الدراسات على أن الأفراد الذين يدركون حقيقة أهدافهم وطموحاتهم وأهميتها بالنسبة لهم وينجحون في تحقيقها يتمتعون بدرجة أعلى من الرضا عن الحياة مقارنة بأولئك الذين تتعارض أهدافهم مما يؤدي إلى الفشل في تحقيقها والشعور بعدم الرضا ويعتمد تحقيق الأهداف على الاستراتيجيات المتبعة في تحقيقها والتي تتلاءم مع شخصية الأفراد، وتختلف هذه الأهداف باختلاف المراحل العمرية للأفراد وأولوية هذه الأهداف. (Oish,Diener, Lucas&Suh,1999)

و قد قسم كاسير و ريان (Kasser & Ryan, 1993) أهداف الأفراد إلى قسمين: **أهداف جوهريّة Intrinsic goals**: مثل قبول الذات والانتماء والإحساس بالانتماء للجماعة، وهذه تعكس وجهة النظر الإنسانية للرضا. **أهداف خارجية Extrinsic Goals**: وهي الأهداف التي يحصل من خلالها الأفراد على بعض الإشباع والرضا من خلال الآخرين مثل النجاح المادي والشعبية والجاذبية وجهة النظر المعرفية والسلوكية للرضا، فالأفراد الذين تتجه أهدافهم لأن تكون خارجية وغير واقعية عادة ما يعاني أصحابها من مستويات متدنية من الصحة النفسية والرضا، مقارنة بأولئك الذين تتجه أهدافهم نحو الجوهريّة، حيث يتمتع أصحابها بدرجات أعلى من الصحة النفسية والرضا عن الذات والحياة (Diener, 2000)

2-3 - نظرية التقييم Evaluation Théory :

ترى هذه النظرية أن الشعور بالرضا يمكن قياسه من خلال عدة معايير أهمها مزاج الفرد والثقافة والقيم السائدة، ذلك أن الظروف المحيطة تؤثر على الشعور بالرضا، فالأفراد عندما يريدون تقييم الرضا لا يفكرون عادة بقدراتهم الحركية إلا إذا تواجدوا مع أحد الأفراد الذين يعانون من إعاقة حركية وتشير مراجعات Diener للدراسات عن الرضا إلى عدم وجود علاقة بين العمر والتعليم لمتغيرات الرضا عن الحياة (Diener, 2000) وأن الشعور بالرضا أو عدمه لا يرتبط بالعمر الزمني للفرد فالتقدم في العمر لا يعني بالضرورة اختبار لأحداث سلبية أكثر في الحياة مقارنة بالمرحلة العمرية السابقة (Long, Heckhausen, 2001).

2-4 - نظرية التكيف أو التعود Adaptation theory:

يتصرف الأفراد بشكل مختلف اتجاه الأحداث الجديدة في الحياة وذلك اعتمادا على نمط شخصياتهم وردود أفعالهم وأهدافهم بالحياة ولكن نتيجة التعود والتأقلم مع الأحداث ولمرور الوقت فإنهم يعودون إلى النقطة الأساسية التي كانوا بها قبل الأحداث فنتائج الدراسات تشير إلى أن الأفراد في مختلف الأعمار وبغض النظر عن الجنس لا يختلفون في الشعور بالسعادة أو الرضا عن الحياة.

و يرى سلفر Silver أن الأفراد الذين أصيبوا بإعاقات نتيجة الحوادث كانوا في البداية غير سعداء إلا أنهم أصبحوا أكثر سعادة فيما بعد نتيجة التعود والتكيف مع الأوضاع الجديدة.

3- الرضا عن الحياة وعلاقته ببعض المتغيرات:

اهتم الباحثون بدراسة الرضا من خلال الصفات والسمات الشخصية والفروق الفردية وتأثير العوامل الديموغرافية واختلاف الظروف البيئية والعوامل الثقافية (Oishi, Diner, et al., 1997) ويلعب النضج والواقعية والإستقلالية دورا في تقييم الرضا (Diener, 2000)

أ- الرضا عن الحياة والصحة النفسية:

لقد حاول الباحثون استقصاء العوامل التي تؤدي إلى الشعور بالرضا عن الحياة باعتبارها أحد مؤشرات الصحة النفسية، كما حاولوا التعرف على الجوانب المختلفة في حياة الأفراد التي تساهم في مشاعر الرضا عن الحياة. (Diener, & Rahtz 2000)

توصل بلوم ومهربيان (Mehrabian et Blum 1999) إلى أن الأفراد ذوي المزاج المتفائل والمبتهج أكثر سعادة ورضا وقدرة على التكيف مع العلاقات الزوجية مقارنة بالأفراد غير المتفائلين (Mehrabian et Blum 1999)

أما دانير ولوكاس (Diener et Lucas 2000) فقد توصلا إلى أن حكم الأفراد على شعورهم بالرضا يعتمد على درجة تكرار الأحداث السارة وليس على درجة الرضا، كما تعتمد على تحقيق الأفراد لأهدافهم وطموحاتهم بناء على المعايير التي وضعوها لأنفسهم وتلعب الصفات الشخصية والعامل المعرفي دورا إيجابيا في تقييم الرضا عن الحياة (Diener et Lucas, 2000).

أما دراسات كوستا ومكري (Costa et McCrae 1980) فقد بينت أن الشخصية الانبساطية Extraversion عامل منبئ للسعادة والرضا، وأن الشخصية العصابية Neuroticism منبئ إيجابي لعدم السعادة (Diener et Oishi, 2001).

ويرى هيرلوك Heirlook أن هناك ثلاثة أشياء رئيسية لتحقيق السعادة لكي يتمتع الفرد بصحة نفسية وجسمية وهي التقبل والحب والإنجازات وبالتالي فإن

الرضا عن الحياة يشمل ثلاثة جوانب هي : تقبل الحياة والإنجازات وتقبل الذات وتقبل الآخرين.(الديب،1998) عن (عادل محمود سليمان،2003)

كما قام العنزي (2001) بدراسة ارتباطية مقارنة بين الذكور والإناث حول الشعور بالسعادة وعلاقته ببعض السمات الشخصية كما هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة بين متغيرات الرضا عن الحياة والثقة بالنفس لدى طالبات كلية التربية الأساسية بالهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب بدولة الكويت وبلغ قوام العينة (410) طالبا وطالبة بواقع (192 طالبا) و(218 طالبة)، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في الثقة بالنفس لصالح الذكور، في حين لم تظهر فروق بين الجنسين فيما يتعلق بالرضا عن الحياة والتفاؤل والوجدان الإيجابي والسلبي وأشارت النتائج أن هناك ارتباط إيجابي بين الرضا عن الحياة والثقة بالنفس والتفاؤل وأظهرت النتائج أن التفاؤل والوجدان الإيجابي والسلبي متغيرات منبئة عن الرضا عن الحياة.

أما أريندل وآخرون (Arrindell et al, 1991) فقد توصلوا إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين الرضا عن الحياة وبعض الأعراض الجسمية والقلق والاكتئاب و المخاوف المرضية من الأماكن المفتوحة والعدائية والعدوانية واضطرابات النوم والصعوبات الأدائية والتفكير الاضطهادي، و الضيق النفسي العام، وأن افتراض أن العوامل الأساسية الشخصية محددات مهمة للسعادة والشعور الذاتي للرضا عن الحياة وأن العوامل تميز بين السعداء وغير السعداء فظهر أن هذه المجموعة ذات الدرجات المرتفعة في الرضا عن الحياة لهم درجات أقل لمستوى دال في العصائية وأعلى في الانبساط والقبول بالمقارنة مع المجموعات ذات الدرجات المنخفضة في الرضا عن الحياة، وهذا إشارة إلى أن هذه العوامل الأربعة من نموذج العوامل الخمسة الكبرى مهمة في التمييز بين المجموعتين المرتفعة والمنخفضة في الرضا عن الحياة (عادل محمود محمد سليمان، 2003).

ب- الرضا عن الحياة والبعد الثقافي:

لقد دلت الدراسات على وجود فروق في درجات الرضا عن الحياة بين الأفراد في الثقافات الفردية Cultures Individualiste التي يعتبر الأفراد فيها وحدة مستقلة والتي تركز على الحريات الفردية والعدالة والثقة بالنفس وتتوفر فيها أساليب الحياة الكريمة، حيث يقيم الأفراد الرضا عن الحياة بناء على المشاعر والاحتياجات الفردية مقارنة بالأفراد في الثقافات الجمعية Cultures Collectiviste، حيث يعتمدون على الدعم الاجتماعي في تحقيق أهدافهم أو تحقيقها ضمن الجماعة أو الجزء من الخلية أو التركيبة الاجتماعية، كما يأخذ الأفراد القيم والمعايير الاجتماعية لتقييم درجة الرضا عن الحياة.

وتشير بعض الدراسات إلى أن العلاقات الاجتماعية أكثر أهمية من الجوانب المادية من أجل الشعور بالرضا في تلك الثقافات (Suh, Diener, 1998).

كما تشير الدراسات عبر الثقافات Inter-culturel إلى وجود اختلافات في درجات الرضا عن الحياة على المستوى الفردي وضمن الثقافة الواحدة وعلى مستوى الدول، حيث تلعب القيم الثقافية دورا وسيطا أو تضيف بعدا جديدا لهرمية ماسلو في الرضا عن الحياة.

فدراسات دانبيير و زملائه (Diener et al, 1995) تشير إلى وجود علاقة قوية بين الرضا عن الذات والرضا عن الحياة في الثقافات الفردية مقارنة بالثقافة الجمعية (Oishi, Diener, Lucas, & Suh, 1999)

كما تشير دراسة شيماك ودانبيير وأويشي (Shimak, Diener, 2000)، أن الأفراد في الثقافات الجمعية والدول الفقيرة يعتمدون في تقييمهم للرضا عن الحياة على الدخل المادي، والمعايير الاجتماعية والانسجام في العلاقات الاجتماعية مقارنة بالأفراد في المجتمعات الفردية، وتشير دراسات أخرى أن الدخل المادي والرضا الوظيفي منبئان قويان للرضا عن الحياة في الدول الفقيرة، ويعتبر الرضا الأسري منبئا قويا للرضا عن الحياة في الدول الغنية وذلك اعتمادا على هرمية ماسلو في إشباع الحاجات. (Diener et al, 1995, Oishi, Diener, Lucas & Suh, 1999)

ج- الرضا عن الحياة والرضا الوظيفي:

توصل هالبيرن وكافانغ (Halpern&Kavanagh,1988) إلى وجود علاقة بين الرضا الوظيفي والرضا عن الحياة لكلا الجنسين. كما توصل أوزوالد وكلارك إلى أن الأفراد ذوي الدرجات العلمية الأعلى يسجلون درجات أقل في مستوى الرضا الوظيفي مقارنة بذوي الدرجات العلمية الأدنى. (Oswald& Clark,1999,Diener, Rahtz,2000)

وتشير دراسة ألفونسو (Alfonso,2000) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة في الرضا الوظيفي بين الذكور والإناث وأن الرضا الوظيفي يعتمد على الموازنة بين المدخلات (التعليم وأوقات العمل والجهد المبذول) والمخرجات (الراتب وأوضاع العمل والحوافز والمكافآت) (Alfonso,2000)، فنتائج الدراسات تفيد بتزايد درجات الرضا عن العمل عبر سنوات الممارسة، وتأكيد الذات المهنية من خلال الترقيات والشعور بالأمان الوظيفي (الريماوي،1998)، فالدراسات تشير إلى أن الأفراد في منتصف العمر يتمتعون بمستويات أعلى من الرضا عن الحياة والرضا الوظيفي مقارنة بالأفراد الأصغر عمرا، وقد يعود السبب إلى قدرة الأفراد على التكيف في مواجهة أحداث الحياة، أو بسبب النضج وتغيير أسلوب التفكير المرافق للتقدم في العمر (Blam,1999).

أما فينهوفن (Veenhoven) فقد قام بدراسة طويلة من 1975 إلى 1985 على 22 دولة وتوصل إلى وجود علاقة قوية بين مستوى الدخل الفردي والرضا عن الحياة في الدول الفقيرة مقارنة بالدول الغنية مما يعزز الافتراضات القائلة بأن الدخل يرتبط إيجابيا مع احتياجات الأمن والحماية وكما تشير النتائج العالمية للدراسات فإن الدخل المرتفع يعمل على إشباع أكبر قدر من الاحتياجات المادية التي بدورها توفر الشعور بالأمن، ويرى إيمونز (Emmons) أن الدخل المرتفع يرتبط إيجابيا مع الشعور بالرضا.

كما أجرى ملكوش وباكير (1993)، دراسة بعنوان الصحة النفسية لمعلمات رياض الأطفال في الأردن جوانب الرضا عن الحياة ودرجته، حيث هدفت إلى معرفة الجوانب التي تجعل معلمات رياض الأطفال راضيات عن حياتهم وترتيب

هذه الجوانب وقياس درجة الرضا عن كل منها، وقد استجابت (232) معلمة من معلمات رياض الأطفال على استبانته لقياس درجة الأهمية ودرجة الرضا على (16) جانبا من جوانب الرضا عن الحياة، وتبين من تحليل نتائج الدراسة أن أهمية أكبر لجوانب المهنة والصحة وتنمية الذات وأن المعلمات راضيات عن حياتهن عموما وأنهن يعطين درجة أكبر لجوانب شخصية على الجوانب الأخرى.

د - الرضا عن الحياة والمستوى التعليمي:

توصل كل من ميكيز ومورال (Murrell& Meeks,2001) إلى أن الأفراد المتعلمين يتمتعون بدرجات أعلى من الرضا عن الحياة وأن زيادة المستوى التعليمي تؤثر إيجابيا على الصحة النفسية والجسمية للأفراد من ناحية ويكونون، أكثر قدرة على التكيف وتجاوز الأحداث السلبية في حياتهم من ناحية أخرى (Meeks ,2001) كما توصل بورتتر وهالتشر (Bertner & Hultsheir) إلى وجود علاقة إيجابية بين النجاح في تحقيق الأهداف ومستوى التعليم وزيادة الرضا عن الحياة (الديب،1988).

هـ - الرضا عن الحياة والمراحل العمرية.

يبين داينر ودانير ودانير (Diener, Diener&Diener,2000) إلى أن الرضا عن الحياة يكون مستقرا إلى حد ما عبر مراحل الحياة. كما توصل ستودينجر و آخرون (Staudinger et al ,1999) إلى أن الشعور بالرضا عن الحياة أو عدمه لا يرتبط بالعمر الزمني للفرد وأن التقدم بالعمر لا يعني بالضرورة اختارا لأحداث سلبية أكثر في الحياة مقارنة بالمراحل العمرية السابقة. (Staudinger , Fleeson & Bates , 1999)

الرضا عن الحياة والحالة الاجتماعية:

يشير ملكوش (1994) إلى أن من الجوانب الهامة للشعور بالرضا عن الحياة، جوانب الحياة الصحية والراحة المادية والعلاقات الحميمة والأطفال والأسرة والصداقة والمجتمع والدراسة وتنمية وفهم الذات والعمل ووسائل الإعلام والاستجمام والدين.

كما توصل روب (Raup,1995) في دراسته التي أجراها في ولاية فلوريدا في الولايات المتحدة الأمريكية على العلاقة بين الحالة الاجتماعية والأبوية والرضا عن الحياة، طبقت الدراسة على عينة قوامها (323) شخصا وصممت الدراسة على أساس العلاقة بين الجنس والحالة الاجتماعية والأبوية والرضا عن الحياة واستخدام الباحث مقياس الرضا عن الحياة ومقياس الدعم الاجتماعي وبعد التحليل الإحصائي للبيانات، أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الجنس والحالة الاجتماعية والأبوية وبين متغير الرضا عن الحياة، كما أظهرت النتائج عن وجود تداخل بين هذه المتغيرات والرضا عن الحياة، كما أظهرت النتائج أيضا أن الرضا الوظيفي له علاقة ذات دلالة إحصائية مع الرضا عن الحياة.

كما أجرى سيك (Seik,2000) دراسة حاول فيها استطلاع أهم مظاهر الرضا عن الحياة في سنغافورة، حيث طبق دراسته على عينة بلغت (2187) شخصا من سكان سنغافورة واستخدم مقياس الرضا عن الحياة وأظهرت النتائج أن الحياة العائلية كانت أهم مظهر من مظاهر الرضا عن الحياة وحصلت على المرتبة الأولى، واعتبر المستجيبون أن مظاهر الحياة مثل السياسة والدين من مظاهر الحياة الهامة في سنغافورة كانوا أقل رضا عن مظاهر الحياة مثل الثروة والسلع المستهلكة.

أما روجرز (Rogers,1997) فقد أكد أن الأشخاص الذين لديهم دعم اجتماعي وتقدير ذات عالي، على الرغم أن لديهم مصادر دعم مالي غير كافية، كان الرضا عن الحياة لديهم بمستوى جيد، وأن الدعم الاجتماعي والصحة البدنية وتقدير الذات تعتبر كمدلول إحصائي بالنسبة للرضا عن الحياة لدى هؤلاء الأشخاص.

و توصل باريت Burnett إلى وجود فروق جذرية في درجة الرضا عن الحياة بين المتزوجين وغير المتزوجين والمطلقين والأرامل، فالنساء العازبات في منتصف العمر يكن أكثر سعادة ورضا من المطلقات والأرامل وأن الذكور الذين لم يسبق لهم الزواج يعانون في مرحلة منتصف العمر من الوحدة ويسجلون درجات أعلى من القلق والاكتئاب وأن الأفراد ذوي الصحة الجيدة والذين لديهم علاقات اجتماعية جيدة يسجلون درجات أعلى من الرضا عن الحياة.

(Marks,1996,Russell1998,Marks&Lambert,1998,Diener& Rahtz,2000)
وتشير دراسات وايت وإدوارد (Edward & White ,1990) ودراسة وارد ودراسة
بنغتون وروزنهال وبيرتون إلى ارتفاع معدلات الرضا الزوجي والرضا عن
الحياة في مرحلة منتصف العمر بشكل عام مقارنة بالمراحل العمرية
السابقة(Russell& Glenna,1998)

إننا نحاول من خلال تطبيق هذا الاستبيان رسم ملامح للشباب المتعاطي للمخدرات و للوصول إلى هذا الغرض فقد طرحنا مجموعة من الأسئلة تم تجميعها في خمسة محاور، وهي:

- المعلومات العامة
- الحالة الاجتماعية
- الحالة الاقتصادية
- السوابق العدلية
- تجربة الشباب مع المخدرات و لفهم هذه التجربة فقد حاولنا الحصول على معلومات بداية من أول تجربة قام بها إلى غاية تقييمه لتجربته
- كل هذه المعطيات ستجيب على سؤال مهم وهو: من هم المتعاطين للمخدرات؟

1- من هم المتعاطين للمخدرات؟

1-1 محور المعلومات العامة:

- السن:

يقدم لنا الجدول (09) معطيات حول سن أفراد عينة البحث

الشباب غير المتعاطي للمخدرات				الشباب المتعاطي للمخدرات				
الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	النسبة المئوية	التكرار	
2,68-	22.46	29.33	44	2,70-	22.62	28.00	42	20-15
0,39		52.66	79	0,27		53.33	80	25-21
2,21		16.00	24	2,01		14.00	21	30-26
1,49		02.00	03	2,24		04.66	07	35-31
		99.99	150			99,99	150	المجموع

الجدول رقم 09: يمثل هذا الجدول توزيع الفئات العمرية للشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات

يبدو واضحا من خلال الجدول (09) أن هناك تشابه من حيث ترتيب لفئات العمرية حيث ظهرت الفئة العمرية 25-21 سنة بأكبر نسبة و المقدرة بـ 53,33% بالنسبة

للشباب المتعاطي للمخدرات ، أما بالنسبة للشباب غير المتعاطين للمخدرات فقد أظهرت هذه الفئة كذلك أكبر نسبة و التي قدرت بـ 52,66%، تليها الفئة العمرية 15-20 سنة و التي قدرت نسبتها بـ 28% بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات ، و 29,33% بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات بالنسبة للفئة العمرية 15-20 سنة .

توصلت معظم الدراسات التطبيقية التي أجريت على المستويين العربي و الدولي على أن الشباب هم أكثر عرضة لتعاطي المخدرات، و مركز الهدف لتجار المخدرات و مروجيها. فقد تبين من خلال دراسة محمود فهمي الكردي و آخرين (1990)، أن حوالي 60% من أفراد العينة تقع في الفئة العمرية 20-29 سنة تلتها الفئة العمرية 30-39 سنة بنسبة 27%، أما من نقل أعمارهم عن 20 سنة فكانت نسبتهم 7% تقريبا، ومن هم فوق الأربعين كانت نسبتهم 6%.

أما سلوى سليم (1988) فقد قامت بدراسة على عينة من الشباب وقد اختارت فئة 18-30 سنة و قد توصلت إلى أن 43% من أفراد العينة تتراوح أعمارهم بين 18-26 سنة، يليهم ذوي الفئة العمرية 22-26 سنة و بلغت نسبتهم 30%، ثم ذوي الفئة العمرية 18-22 سنة و نسبتهم 27%.

أما بالنسبة لدراسة عدلي السمرلي (1993) حول: "المتغيرات الاجتماعية لتعاطي المخدرات." فقد اتضح من نتائجها أن فئات السن تتراوح داخل المجموعتين التجريبية و الضابطة ما بين 16 سنة إلى أقل من 30 سنة، و بلغ متوسط السن بالنسبة للمجموعة التجريبية 24,36 سنة بانحراف معياري قدره 1,67، كما بلغ متوسط السن عند المجموعة الضابطة 24,12 سنة بانحراف معياري قدره 1,73.

أما صالح سعد (1993) فقد قام بدراسة حول " تعاطي المخدرات و المؤثرات العقلية"، و توصل إلى عدة نتائج، من أبرزها، مايلي: أن أعلى النسب بين أفراد العينة فيما يخص السن تركزت في الفئة العمرية 25-30 سنة إذ بلغت نسبتهم 24,5%، يليهم الفئة العمرية 30-35 سنة و قدرت نسبتها بـ 20% ، يليهما الفئة العمرية 35-40 سنة و نسبتهم 20%.

أما على المستوى الدولي فقد أجرى كيام ودود(1981) دراسة حول: "تعاطي المخدرات في أوساط الشباب." بالباكستان، شملت عينة من 360 متعاطيا في أربع مدن باكستانية، واتضح من الدراسة أن أعمار أفراد العينة تراوحت بين 10-24 سنة. كما قام ريجينالد و آخرون بإجراء دراسة عن متعاطي المخدرات بين أوساط الطلاب، شملت كل من المكسيك و كندا و الهند، و قد بلغ حجم العينة: بالنسبة للمكسيك(967) تراوحت أعمارهم بين 19-25 سنة، كندا (430)مبحوثا، تراوحت أعمارهم بين 14-25 سنة ، الهند فقد بلغ(478) مبحوثا تراوحت أعمارهم بين 17-25 سنة.

و تشير التقارير الدولية المتعلقة بإساءة استعمال العقاقير المخدرة و أنماطها واتجاهاتها، إلى أن الشباب هم المتعاطون الرئيسيون للعقاقير المخدرة غير الشرعية، و قد اتبع تعاطي العقاقير المخدرة نمطا عمريا معينا، فقد كانت الفئة العمرية الغالبة في المذبيبات الطيارة من 7-20 سنة، و القنب و المؤثرات العقلية من 16-35 سنة، و الهيروين و العقاقير المخدرة من الكوكايين عموما من 20-35 سنة، أما على المستوى الإقليمي فقد تراوحت الفئات العمرية المتعاطية للعقاقير المخدرة ما بين 18-40 سنة في الأمريكيتين، و ما بين 17-35 سنة في أوقيانيا، و ما بين 20-40 سنة في الشرق الأدنى و الأوسط، و ما بين 20-35 سنة في أوروبا، و ما بين 20-30 سنة في كل من إفريقيا و آسيا و الشرق الأقصى.

و يعتبر تعاطي العقاقير المخدرة أوسع ما يكون انتشارا بين الذكور في المناطق الحضرية، حيث بلغت نسبة النساء في هذا الصدد حوالي 30% في أوروبا و أمريكا الشمالية و أوقيانيا، و دون 10 % عموما في سائر مناطق العالم. و تشير الدراسة التي أجراها موهان أديتيانجي و آخرون حول: " اتجاهات إساءة استعمال الهيروين في الهند." شملت 105 شاب من مدمني الهيروين الذين تم علاجهم في مراكز علاج الإدمان التابعة لمعهد المهن للدراسات الطبية، و ذلك خلال مطلع عام 1981 إلى غاية عام 1984، وقد لاحظوا وجود زيادة مضطردة في أعداد مدمني الهيروين الذين يتقدمون للعلاج في تلك المراكز.

و قد توصلوا إلى أن غالبية أفراد العينة يبلغون من العمر أقل من 30 سنة ونسبتهم 87,6%.

و في دراسة ميدانية حول إيمان الشباب على الهيروين في سيريلانك أجراها "منيدي مينديس" على عينة تتكون من 100 مدمن على الهيروين من الذكور الذين تمت معالجتهم في وحدة للطب النفسي خلال الفترة من 1983-1984 كان من بين أهم نتائجها أن 81% منهم تتراوح أعمارهم بين 20-34 سنة ، و 13% تتراوح أعمارهم بين 15-19 سنة ، أما الذين تجاوزت أعمارهم 34 سنة فقد بلغت نسبتهم 6%

رغم الاختلاف في النسب و الذي يعتبر بسيطا في بعض الدراسات، إلا أن هناك تشابه بين النتائج المتوصل لها في هذه الدراسة و نتائج مختلف هذه الدراسات من حيث أن أكبر نسبة للمتعاطين للمخدرات يقعون في الفئة العمرية الممتدة من 15-30 سنة، وكذا أنه كلما زاد أو قل عمر الشخص كلما كان أقل عرضة لتعاطي المخدرات، في حين كلما كان العمر في مستوى الأعمار الشبابية زادت فرص و مقومات تعاطي المخدرات.

نظرا لما تتميز به هذه المرحلة من خصائص أهمها الإحساس بالأهمية، و محاولة الاعتماد على الذات، و اكتساب خبرات تكوين الشخصية، إن مفهوم المستقبل و الانجاز، و تحقيق الذات من العوامل المهمة في هذه الفترة العمرية.

رغم اتفاق مختلف هذه الدراسات في كون تعاطي المخدرات يمس المرحلة العمرية بين 19-30 سنة، إلا أن نتائج دراسة ناصر ثابت اختلفت عن مختلف الدراسات السابقة الذكر و قد اعتبرها صالح السعد(1999) نتائج مفزعة فيما يخص أعمار متعاطي الغازات(المذيبات الطيارة)، إذ بلغت نسبة متعاطي هذه المواد من ذوي الفئة العمرية 5-14 سنة ما يقارب 41,2% أما ذو الفئة العمرية 15-19 سنة فقد بلغت نسبتهم 50,4%، فيما بلغت نسبة ذوي الفئة العمرية 20-24 سنة 5,4%، رغم صغر سن فئة المتعاطين إلا أنها منطقية باعتبار أن الباحث اختار عينة تتعاطي المذيبات الطيارة، و المعروف أن المادة المخدرة ترتبط بسن التعاطي فالمذيبات الطيارة نظرا لكونها مادة غير محظورة و هي في متناول الطفل في البيت

و المدرسة فهو عرضة لتعاطيها سواء تحت تأثير الرفقة، أو للتجريب. من وجهة نظرنا المشكلة تكمن في مستقبل الطفل مع المخدرات خاصة و أن تعاطي المخدرات يخضع لقانون المرحلة، فإذا كنت من مستشقي المذنبات الطيارة في سن الخامسة فالاستعداد للإدمان في سن مبكر وارد وتعاطي مخدرات صلبة كذلك وارد و بشدة. لقد أوضحت بعض الإحصائيات بكل وضوح بأن التعاطي الأول للماريخوانا يحدث في سن 14-16 سنة و هذا يعني أن الشاب يكون ما بين المستوى المتوسط و الثانوي، كما أن 35 % من طلبة السنة النهائية في المدرسة الثانوية من الذين تعاطوا الماريخوانا، تعاطوها لأول مرة في مرحلة المستوى المتوسط أو حتى قبله، بالنسبة للأمريكيين في الصف الابتدائي و المتوسط 8 % تعاطوا الماريخوانا سابقا، و 4 % يصبحون متعاطين منتظمين، بينما من هم في المستوى المتوسط هناك 32 % تعاطوا الماريخوانا و 17 % هم متعاطون منتظمون. و من هم في الصف الثانوي هناك 51 % تعاطوا العقار مرة واحدة على الأقل و 28 % هم متعاطون منتظمون. و بين أعمار 18-21 سنة 69 % تعاطوا الماريخوانا ، و 40 % هم متعاطون منتظمون. أي كلما زاد السن بعد هذه السنوات كلما تناقصت معدلات تعاطي الماريخوانا ، و حتى أنه بعد سن 35 سنة، فإن 10 % فقط من المجتمع الأمريكي قد تعاطي هذا العقار خلال حياتهم و 2 % فقط استمروا في تعاطيه. تتفق نتائج هذه الدراسات أولاً فيما بينها، و ثانياً مع نتائج البحث الحالي، والتي تؤكد أن عامل السن عامل خطر أو وقاية فكلما اتجه الشخص نحو سن المراهقة (11-21 سنة) كلما كان له استعداد للكثير من المشكلات السلوكية من بينها تعاطي المخدرات فمن 15-25 سنة ترتفع النسبة إلى 81,33% في حين تتخفف في الفترة العمرية (26-35 سنة) إلى 28,66 % .

-المستوى التعليمي:

يبين لنا الجدول (10) معلومات حول المستوى التعليمي لعينة البحث

الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00.00	00	00.66	01	بدون إجابة
00.66	01	16.00	24	ابتدائي
04.66	07	29.33	44	متوسط* (أساسي)
29.33	44	28.66	43	ثانوي
65.33	98	25.33	38	جامعي
99.98	150	99.98	150	المجموع

الجدول رقم 10: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

يظهر من جدول (10) أن هناك بين المجموعتين فيما يخص المستوى التعليمي حيث نجد أن 45.33 % من المتعاطين للمخدرات مستواهم التعليمي ابتدائي و متوسط، مقابل 06.32 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات، و العكس بالنسبة للمستوى الجامعي إذ نجد 25.33 % بالنسبة للمتعاطين مقابل 65.33 % بالنسبة لغير المتعاطين

و قد توصل محمود فهمي الكردي و آخرون(1990) فيما يخص المستوى التعليمي أن 27,1 % أمي و 12 % يقرأ ويكتب و 39,1 % ابتدائي و 12,1 % إحصائي (متوسط) و 4,4 % ثانوي و 5,5 % مؤهلات أخرى.

أما بالنسبة للدراسة التي أجراها سالم راشد علي المفتول(1989) اتضح من البيانات المتوفرة بشأنها أن تعاطي المخدرات يرتفع بنسبة ملحوظة عند ذوي المستوى التعليمي المتوسط و نسبتهم 33,3 % يليهم ذوي المستوى التعليمي الثانوي و نسبتهم 31,1 % ، ثم فئة الأميين بنسبة 12,2 %، وأخيرا نسبة الجامعيين بنسبة 10 %.

أما الدراسة التي قامت بها سلوى سليم(1988) فقد توصلت من خلالها على أن 43 % من أفراد العينة من المتعلمين تعليما جامعيًا يليهم من هم في مرحلة التعليم

الثانوي بنسبة 27 % ثم مرحلة التعليم الإعدادي (المتوسط) بنسبة 23 % ثم مرحلة التعليم الابتدائي بنسبة 6 % و الدراسات العليا بنسبة 1%.

أما دراسة عدلي السمرى (1993) فقد توصل إلى أن نسبة الأميين بلغت 27,5% ، كما بلغت نسبة من يقرأ و يكتب 37,5% في حين بلغت نسبة الجامعيين ب 3,5%.

توصلت الدراسة التي قام بها صالح السعد (1993) إلى أن تعاطي المخدرات عند أفراد العينة من الأردنيين تركز على ذوي المرحلة الدراسية الإلزامية، خصوصا المرحلة الإعدادية إذ بلغت نسبتهم 46,7 % يليها المرحلة الثانوية و بلغت نسبتهم 24,5%، ثم المرحلة الابتدائية بنسبة 11,1 % ، أما نسبة الأميين والذين ادمجهم الباحث مع من يقرأ و يكتب فقد بلغت نسبتهم 13,3%.

و في دراسة قام بها جمال ماض أبو العزائم حول سمات شخصية المدمن على المخدرات عام 1984 لمجموعة من المعتمدين على الأفيون من المصريين الذين تطوعوا للعلاج، و بلغ عددهم 218 مدمنا، وتتراوح أعمارهم بين 15-65 سنة، توصل إلى أن نسبة الأمية بين أفراد العينة 48,6 % مقابل 37,6 % ممن يقرؤون و من هم في مستوى التعليم الابتدائي، أما باقي نسبة أفراد العينة فكانوا يمثلون درجات تعليمية بمستوى الإعدادية فما فوق.

و قد أجرى سالم راشد علي مفتول (1989) بجامعة قطر دراسة ميدانية حول مشكلة تعاطي المخدرات في دولة الإمارات العربية المتحدة: دراسة ميدانية للعوامل الاجتماعية و أثرها في تعاطي المخدرات.

و في دراسة أخرى قام بها سالم راشد علي مفتول (1989) توصل إلى أن تعاطي المخدرات عند أفراد العينة يرتفع بنسبة ملحوظة عند ذوي المستوى التعليمي المتوسط و نسبتهم 33,3%، يليهم ذوي المستوى التعليمي الثانوي و نسبتهم 31,1% ، ثم نسبة الأميين بنسبة 12,2%، و أخيرا فئة الجامعيين بنسبة 10%.

كما توصل في دراسة أجراها موهان أديتيانجي و آخرون ، إلى أن أعلى نسبة من عينة الدراسة و المقدرة ب 51,4% ذات مستوى تعليمي ثانوي.

تتفق هذه النتيجة مع الكثير من الدراسات الوقائية أهمها دراسة هاوكينس (Hawkins et al (1999) حيث توصل إلى حصر 10 عوامل وقاية من بينها المستوى الدراسي.

بناء على ما جاء ذكره يمكننا القول بأنه رغم وجود القليل من الدراسات التي تشير إلى أن ظاهرة تعاطي المخدرات تنتشر أكثر عند الشباب ذوي المستوى التعليمي الثانوي فما فوق، فإن أكثر الدراسات و التي تتفق معها نتائج البحث الحالي توضح بأن أكثر المتعاطين للمخدرات لديهم مستوى تعليمي ابتدائي و متوسط.

- النشاط الحالي:

يظهر لنا الجدول (11) أهم النشاطات المهنية الي يمارسها مجموع أفراد عينة البحث.

الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
66.00	99	19.33	29	متمدرس
12.66	19	30,00	45	يعمل
08.00	12	19.33	29	لايعمل
13.33	20	29.33	44	عمل غير مستقر
00.00	00	01.33	02	يعمل ويدرس
00.00	00	00.66	01	تكوين مهني
99.99	150	99.98	150	المجموع

الجدول رقم 11: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب النشاط الممارس

يوضح الجدول (11) بأنه يوجد فروق بين عينة الشباب المتعاطي وغير المتعاطي للمخدرات فيما يخص النشاط الحالي، حيث نجد 66% من أفراد مجموعة الشباب غير المتعاطي متمدرس يقابله 19,33% بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات ،في حين نجد أن 30% من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات يعمل عملا ثابتا تقابلها نسبة 12,66% بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات ،أما نسبة الشباب المتعاطين للمخدرات و الذين يمارسون عملا غير مستقر(تجارة السوق

الموازية، عمل عند الخواص و بطريقة غير نظامية ،الحمالة) فقد قدرت بـ 29,33 %
تقابلها نسبة 13,33 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات.

توصلت سلوى سليم إلى أن 38% من مجموع عينتها طلاب، يليها أصحاب الأعمال
الحررة بنسبة 35,5 % ثم الأعمال و المهن الخاصة بنسبة 11% ثم العاملون
بالوظائف الحكومية بنسبة 6,5 %، أما ذوي المهن الأخرى (على حد تعبير سلوى
سليم) فكانت نسبتهم 9 %.

أما عدلي السمري فقد توصل إلى أن نسبة العمال المهرة و الشبه مهرة 61,5 % ،
وبلغت نسبت العمال غير المهرة 11,5 % .

أما جمال ابو العزائم (1989) فقد توصل إلى أن 12,4% من مجموع العينة من
موظفي الخدمة المدنية، والحرفيين 11,5% و السواقين 1,2% و الحرف الهندسية
الميكانيكية 7,8 %، فيما احتلت النسب الباقية مهنا مختلفة عند أفراد العينة.

أما سالم راشد علي مفتول(1989) فقد حدد النشاطات الممارسة بحسب الدول
المشاركة في الدراسة فقد أوضحت الدراسة أن المهن كانت مقسمة كما يلي: في
الإمارات العربية المتحدة 11 % من السائقين، و في البحرين 82 % من العاطلين
عن العمل و 10% من العمال، أما في الكويت فكانت مهن المتعاطين من العمال
19,1 % و الموظفون الحكوميون 15,7% و موظفي القطاع الخاص 14,4%
و الطلاب 10,1 % .

أما صالح السعد(1989) فقد توصل إلى أن الحرفيين من أفراد العينة الأردنيين
يشكلون أعلى النسب مقارنة مع المهن الأخرى، إذ بلغت نسبتهم 25,9% يليهم
التجار ونسبتهم 22,2 % و يأتي بالنسبة نفسها أيضا فئة العاطلين عن العمل 22,2%
كما توصل محمود فهمي الكردي و آخرون (1990) إلى أن 48% من مجموع
العينة عمال غير مهرة، عسكريون وشرطة 18% ، عمال مصانع 12% ، آخرون
كعمال المتاجر و سائقون و غيرهم 12 %، كتبة 8 % مهنيون 2 % .

أما الدراسة التي أجراها سالم راشد علي المفتول(1989) اتضح من البيانات
المتوفرة بشأنها أن أكثر فئات متعاطي المخدرات عند أفراد عينة الدراسة كانت من

الموظفين و التجار، إذ بلغت نسبتهم 70%، يليهم فئة الطلاب بنسبة 11,1% ثم فئة المهن الأخرى بنسبة 11,1%، و أخيرا فئة العمال بنسبة 7,8%.
توصل موهان أديتياجي و آخرون إلى أن 54,3% من المدمنين إما عاطلين عن العمل أو يعملون بصورة متقطعة، و 16,2% يعملون في الفنادق أو المرافق السياحية أو الأعمال التجارية، و 17,1% يعملون كمستخدمين، و 12,4% كانوا طلبة.

يتضح من خلال ما تم عرضه وجود اختلاف بين نتائج البحث الحالي و مختلف الدراسات السابقة التي تم عرضها، حيث نجد 48.66% من أفراد العينة مقسمين بين البطالة و العمل غير المستقر، في حين في الدراسات السابقة هذه الفئة غير مدرجة تماما، أما نقطة التشابه بين مختلف الدراسات السابقة و الدراسة الحالية فتكمن في فئة الطلاب.

1-2 الحالة الاجتماعية:

- المستوى التعليمي للوالدين:

يعلن لنا الجدول (12) نتائج خاصة بالمستوى التعليمي لأولياء مجموعة أفراد عينة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات				الشباب المتعاطي للمخدرات				
النسب المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
الأم		الأب		الأم		الأب		
56.66	85	36.00	54	70.00	105	47.33	71	بدون مستوى
24.00	36	17.33	26	13.33	20	14.00	21	ابتدائي
08.66	13	17,33	26	08.66	13	17.33	26	متوسط
08.66	13	18,00	27	06.66	10	13.33	20	ثانوي
02.00	03	09.33	14	01.33	02	06.66	10	جامعي
00.00	00	02.00	03	00	00	01.33	02	مدرسة قرآنية
99.98	150	99.99	150	99.98	150	99.98	150	المجموع

الجدول رقم 12: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين

يبدو واضحاً من النتائج المبينة في الجدول (12) أنه رغم التفاوت الخفيف فيما يخص المستوى التعليمي للوالدين بالنسبة لمجموع أفراد عينة البحث إلا أن هناك تشابه كبير في ترتيب النتائج حيث نجد أن 47,33 % من مجموع آباء الشباب المتعاطي للمخدرات بدون مستوى ، مقابل 36 % من آباء الشباب غير المتعاطي للمخدرات، في حين ترتفع النسبة لأمهات الشباب المتعاطي للمخدرات حيث تصل إلى 70 % مقابل 56,66 % بالنسبة لأمهات الشباب غير المتعاطي للمخدرات، و تتساوى النسب بين آباء المتعاطين و غير المتعاطين للمخدرات بالنسبة للمستوى المتوسط حيث وصلت النسبة إلى 17,33 % كما تساوت النتائج كذلك في هذا المستوى بين أمهات المتعاطين للمخدرات و غير المتعاطين للمخدرات حيث قدرت نسبة بـ 08,66 % فيما يخص المستوى المتوسط.

و قد أكدت نتائج دراسة ميدانية أجرتها جامعة قطر حول مشكلة تعاطي المخدرات سنة 1984 على عينة تتكون من 91 شاباً موقوفاً على ذمة التحقيق في قضايا

المخدرات، أن 70% من آباء أفراد العينة أميين، و 18% مستواهم التعليمي ابتدائي، و 10% إحصائي (متوسط) و 2% ثانوي. أما أمهات أفراد العينة فقد تركزت أعلى نسبة بالأمية و بلغت 84% يليها المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 12% ثم الإحصائي بنسبة 2% و أخيرا الثانوي بنسبة 2%.

يبدو واضحا التشابه بين نتائج البحث الحالي و نتائج الدراسات السابقة فيما يخص المستوى التعليمي للوالدين، و التشابه أقرب بالنسبة للأم منه للآب.

- الحالة المدنية:

يوضح الجدول (13) معطيات عن الحالة المدنية لأفراد عينة البحث.

الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	
134	89.33	144	96.00	أعزب
13	08.66	06	04.00	متزوج
02	01.33	00	00	مطلق
01	00.66	00	00	أرمل
150	99.98	150	100	المجموع

الجدول رقم 13: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية

يتبين لنا من خلال الجدول (13) أن غالبية أفراد العينة غير متزوجين حيث وصلت نسبة الشباب المتعاطي للمخدرات غير المتزوج ب 89,33 % أما بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات فقد وصلت النسبة إلى 96 % ، في حين كانت نسبة المتزوجين في مجموعة المتعاطين للمخدرات تقدر بـ 06 % أما بالنسبة لغير المتعاطين للمخدرات فقد قدرت بـ 04 % ، في حين نجد حالتني طلاق قدرت نسبتهم بـ 01,33

و في هذا الإطار توصل موهان أديتياجي و آخرون من خلال الدراسة التي أجروها حول "اتجاهات إساءة استعمال الهيروين في الهند " إلى أن 68,6 من مجموع عينة الدراسة من غير المتزوجين .

كما أجريت دراسة في فرنسا من قبل لجان متخصصة بدراسة مشكلة المخدرات على عينة من المدمنين على المخدرات بأنواعها المختلفة شملت 1030 شخصا بينهم 673 ذكرا و 357 أنثى، وتوصلت نتائج الدراسة إلى خطورة الإدمان تشتد عند الأفراد العازبين بنسبة 86,3 %، أما المتزوجين فكانت نسبتهم 7,7%.

كما أكدت سلوى سليم (1988) في دراسة قامت بها على عينة قوامها 200 مدمنا تتراوح أعمارهم بين 18-30 عاما على أن 68% من مجموع العينة غيؤ متزوجين مقابل 25,5 % متزوجين.

تتفق نتائج البحث الحالي مع مختلف الدراسات السابقة و التي أكدت على أن تعاطي المخدرات أكثر انتشارا عند غير المتزوجين منه عند المتزوجين و ترتبط هذه النتيجة .

نعتقد أن هذه النتيجة ترتبط بسن المتعاطين للمخدرات، انطلاقا من القاط التالية:

- 1- يشيع انتشار المخدرات في المرحلة العمرية (15-25 سنة)
- 2- كلما تقدم الشخص في السن كلما قل انتشار هذه الظاهرة و هذا ما يفسر قلة انتشارها عند المتزوجين.
- 3- نظرا للظروف الاجتماعية و الاقتصادية للباب و صعوبة الحصول على مسكن يصعب من التفكير في الزواج.

- الأطفال:

يقدم الجدول (14) معلومات حول ما إذا كان للشباب المتزوج من المتعاطين وغير المتعاطين أطفال.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
33.33	02	68.75	11	نعم
66.66	04	31.25	05	لا
99.99	06	100	16	المجموع

الجدول رقم 14 يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب إذا كان لديهم أطفال

يتضح من خلال الجدول (14) أن 68,75 % من مجموع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات المتزوجين لديهم أطفال ، تقابلها نسبة 33,33 % بالنسبة للشباب غير المتعاطين للمخدرات المتزوجين، أما 31,25 % من مجموع عينة المتعاطين للمخدرات المتزوجين ليس لديهم أطفال ، في حين 66,66 % من مجموع عينة غير المتعاطين للمخدرات المتزوجين ليس لديهم للمخدرات.

- عدد الأطفال

يعن لنا الجدول (15) و هو تكملة للجدول 13 و12 عن عدد الأطفال في حالة زواج أفراد عينة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
100	02	87.50	14	2-0
00	00	12.50	02	5-3
100	02	100	16	المجموع

الجدول رقم 15: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال

إن 87,50% من مجموع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات المتزوجين لديهم أقل من 03 أطفال ، في حين 100% من مجموع عينة الشباب غير المتعاطين للمخدرات و الذين لديهم أطفال لديهم أقل من 03 أطفال، أما النسبة المتبقية بالنسبة لمجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات و هي تخص فئة ما بين 3-5 أطفال فقدرت ب 12,50 %.

- المسكن:

يقدم لنا الجدول (16) معلومات حول مع من يسكن أفراد عينة البحث

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00	00	08.00	12	بمفردك
99.33	149	90.00	135	مع الأهل
00.66	01	02.00	03	الأقارب (الجدة، العم)
99.99	150	100	150	المجموع

الجدول رقم 16: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب مع من يسكن

يتضح من خلال هذا الجدول أن نسبة 90 % من أفراد عينة المتعاطين للمخدرات يسكنون مع الأهل يقابله 99,33 % من غير المتعاطين للمخدرات، في حين 08 % من عينة المتعاطين للمخدرات يسكنون بمفردهم ، أما بالنسبة لأفراد عينة المجموعتين الذين يسكنون مع أحد أقاربهم فقد قدرت بـ 02 % بالنسبة للمتعاطين للمخدرات 0,66% بالنسبة لغير المتعاطين للمخدرات.

-نوع السكن:

يبين لنا هذا الجدول طبيعة السكن الذي يسكن به أفراد عينة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
27.33	41	16.66	25	فيلا
34.00	51	39.33	59	شقة
36.00	54	34.66	52	سكن تقليدي
02.66	04	09.33	14	سكن قصديري
99.99	150	99.98	150	المجموع

الجدول رقم 17: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن

يتضح من خلال الجدول (17) أن 39,33 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات مقابل 34 % يسكنون في شقق في عمارات، أما 34,66 % من مجموع عينة المتعاطين للمخدرات مقابل 36 % يسكنون في سكن تقليدي ، في حين نجد 16,66 % مقابل 27,33 % من أفراد المجموعتين يسكنون في فيلات ، أما نسب أفراد العينة الذين يسكنون في سكن قصديري فقد قدرت بـ 09,33 % مقابل 02,66 % بالنسبة للمجموعتين.

- و في نفس الاطار نقرأ في الجدول(18) معلومات حول عدد الغرف مسكن أفراد عينة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
56.66	85	58.66	88	3-1
28.00	42	29.33	44	6-4
15,33	23	11,99	18	أكثر من 07
99.99	150	09.99	150	المجموع

الجدول رقم 18: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف في المسكن يتبين من خلال الجدول(18) أن 58,66 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات يسكنون في سكنات تتراوح عدد غرفها من 3-1 مقابل 56,66 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات ، في حين نسبة 29,33 % من أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات مقابل 28 % من الشباب غير المتعاطي للمخدرات في سكنات تتألف من 6-4 غرف ، أما بقية أفراد العينة والمتمثلة في 11,99 % بالنسبة لمجموعة المتعاطين للمخدرات مقابل 15,33 % بالنسبة لغير المتعاطين للمخدرات فهي تسكن في سكنات تتكون من أكثر من 7 غرف.

- و من أجل تشخيص أكثر لنعوية ظروف السكن لأفراد العينة نقدم معلومات في الجدول(19) حول عدد الأفراد الذين يسكن معهم أفراد عينة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
28.00	42	24.00	36	5-0
66.00	99	67.33	101	11-6
06.00	09	08.66	13	17-12
100	150	99.99	150	المجموع

الجدول رقم 19: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص القاطنين معهم

يتبين من خلال الجدول (19) أن 67,33 % من الشباب المتعاطي للمخدرات، مقابل 66 % من الشباب غير المتعاطي للمخدرات يؤكدون على أن عدد الأفراد الذين يسكنون معهم تحت سقف واحد يتراوح ما بين 6-11 شخص ، في حين نجد أن 24 % من مجموع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات مقابل 28 % من مجموع أفراد عينة الشباب غير المتعاطي للمخدرات يقرون أن عدد الأشخاص الذين يقطنون معهم تحت سقف واحد يتراوح ما بين 0-5 ، تحصل فئة 12-17 شخص على نسبة 8,66% بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات مقابل 6 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات .

ترتبط نتائج الجداول 16,17,18، 19 فيما بينها حيث تصف تقدم لنا معطيات عن ظروف سكن أفراد عينة البحث، إن هذه النتائج لا تختلف كثيرا عن واقع الأسرة الجزائرية حيث نجد 6-11 شخص يسكنون في السكن و غالبا ما يكون شقة أو سكن تقليدي قد يشمل الجد و الجدة وممكن الأعمام و العمات، و لا يوجد اختلاف كبير بين أفراد العينة البحث، حيث أغلبية الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات يسكنون في مساكن تتكون من غرفة إلى ثلاثة غرف (1-3) حيث لا يملك الشباب فضاء خاص به و هذا ما ما يفسر قضاء الشاب أوقاته في الشارع عرضة لمختلف المشاكل.

1-3 الحالة الاقتصادية:

-مهنة الأم:

يقدم لنا الجدول (20) معلومات حول مهنة أمهات أفراد عينة البحث.

الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
01.33	02	03.33	05	متوفية
93.33	140	85.33	128	لا تعمل
00	00	10.66	16	تعمل
05.33	08	00.66	01	متقاعد
99.99	150	99.98	150	المجموع

الجدول رقم 20: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب النشاط المهني للأُم يتبين من خلال الجدول (20) أن 85,33 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات أمهاتهم لا تعمل مقابل 93,33 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات. إن مثل هذه النتائج تسير في نفس اتجاه الدراسات النفسية الاجتماعية حول عمل أمهات الشباب الجزائري مثلا بوسنة وآخرون (1995) و على عكس هذه النتائج نجد الوضع في بلدان عربية مثل مصر مختلف ففي دراسة قامت بها سلوى سليم (1988) على عينة تمثل 25 % من متعاطي المخدرات في مستشفى العباسية للصحة النفسية، حيث بلغ حجم العينة 200 حالة من الذكور تتراوح أعمارهم بين 18-30 سنة، توصلت إلى أن 24 % من مجموع العينة أمهاتهم لا يعملن، تليها نسبة ذوي الأمهات المتوفيات بنسبة 20 % ، أما بالنسبة للأمهات العاملات بالخارج مدرسات، أو أعمال الطب و التمريض و السكرتارية و غيرها وصلت نسبتهم إلى 14 % ، و تلاها من يعملن بالأعمال التخصصية و العلمية و الوظائف الحكومية 11 %، و الأمهات من يقمن بالأعمال الحرة مثل محلات الملابس المستوردة و محلات الكوافير، أو شريكات في أعمال شركات القطاع الخاص كانت نسبتهم تمثل 11 % من إجمالي عينة البحث.

- مهنة الأب:

تكملة للجدول السابق فإن الجدول (21) يضع أمامنا معلومات عن مهنة آباء أفراد عينة البحث.

الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	
04	02.66	10	06.66	متوفي
24	16.00	13	08.66	لا يعمل
31	20.66	42	28.00	متقاعد
91	60.66	85	56.66	يعمل
150	99.98	150	99.99	المجموع

الجدول رقم 21: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب النشاط المهني للأب يتضح من خلال الجدول (21) أن 60,66 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات آباؤهم يعملون مقابل 56,66 % من مجموع عينة الشباب غير المتعاطين للمخدرات ، في حين نجد 20,66 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات آباؤهم متقاعدون مقابل 28 % من مجموع أفراد عينة الشباب غير المتعاطي للمخدرات ، أما نسبة الآباء الذين لا يعملون فكانت 16 % بالنسبة للمتعاطين للمخدرات مقابل 8,66 % بالنسبة لغير المتعاطين للمخدرات ، في حين قدرت نسبة الآباء المتوفين بـ 2,66 % بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات مقابل 6,66 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي لمخدرات.

و في دراسة سلوى سليم (1988) توصلت على أن أعلى النسب تمثلت في الآباء الذين يعملون بالخارج، حيث وصلت إلى 28 % مقابل 17,5 % للأعمال الحرة، أما من يعملون بالوظائف الحكومية، فقد كانت نسبتهم 14 % و كان للأعمال التخصصية و العلمية مهندسون و أطباء و عاملون بالبنوك و أعضاء هيئات تدريس 9,5 % من إجمالي العينة، و لمن كان آباؤهم بالمعاش 17 % ، و من كانوا لآباء متوفين وصلت نسبتهم إلى 14 % من إجمالي العينة.

-المستوى الاقتصادي للعائلة:

للقوف عند المستوى الاقتصادي لأسر عينة البحث فإن الجدول (22) يضع أمامنا معطيات عن المستوى الاقتصادي لمجموعة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
03.33	05	05.33	08	مرتفع جدا
21.33	32	13.33	20	مرتفع
70.66	106	60.66	91	متوسط
04.66	07	20.66	31	منخفض
99.98	150	99.98	150	المجموع

الجدول رقم 22: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للعائلة

يبدو واضحا من خلال الجدول (22) أن 73.99% من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات يتراوح مستوى عائلتهم الاقتصادي ما بين المتوسط و المنخفض.

أما بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات فإنهم يؤكدون على أن المستوى الاقتصادي لعائلاتهم يتراوح ما بين المتوسط و المرتفع بنسبة تقدر ب 91.99% في نفس الاطار أجرت جامعة قطر دراسة ميدانية حول مشكلة تعاطي المخدرات سنة (1984) على عينة من الشباب الموقوفين على ذمة التحقيق في قضايا المخدرات، وقد بلغ عددها 91 متعاطيا، و اتضح من هذه الدراسة أن نسبة المتعاطين من ذوي الدخل المتدني من أعلى النسب، إذ بلغت تلك النسبة في الإمارات العربية المتحدة 65% مقابل 40% في البحرين و 46,1% في الكويت، و لوحظ أن نسبة المتعاطين من ذوي الدخل المتوسط تأتي في المرتبة الثانية، إذ بلغت في الإمارات العربية المتحدة 25% مقابل 20% في البحرين و 42,7% في الكويت، كما لوحظ أن المتعاطين من ذوي الدخل المرتفع يأتون في المرتبة الثالثة، إذ بلغت نسبتهم في الإمارات العربية المتحدة 10% و في البحرين 25% و في الكويت 11,2%.

من خلال هذا العرض يمكن تأكيد عن وجود اختلاف من حيث التقدير للمستوى الاقتصادي، فإذا كانت نتائج الدراسة التي قامت بها الجامعة القطرية تؤكد على أن

المتعاطين للمخدرات أفراد العينة ينحدرون من أسر ذات مستوى متدني، فإن أفراد عينة البحث الحالي تؤكد على أن الاقتصادي لأسرهم متوسط.

- مصادر اقتناء حاجياتك والمخدرات:

يضع أمامنا الجدول (23) بعض المعلومات عن أهم المصادر التي يعتمد عليها الشباب عند شرائهم للمخدرات

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
44.00	66	العمل
13.33	20	الأهل
05.33	08	الأصدقاء
06.00	09	السرقه
00.66	01	الدين
16.66	25	بيع المخدرات+السرقه+الدين
03.33	05	الأهل + الأصدقاء
10.00	15	كل الطرق
00.66	01	بدون إجابة
	150	المجموع

الجدول رقم 23: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة المتعاطين للمخدرات حسب مصادر اقتناءها للمخدرات

يتضح من خلال الجدول (23) أن 44% من مجموع العينة مصادر اقتناءها للمخدرات يرجع للعمل، في حين يرجع 16.66% ذلك لبيع المخدرات والسرقه والدين، أما 13.33% فمصدر شرائهم للمخدرات يرجع للأهل وهناك من يستعمل كل الطرق للحصول على المخدرات ونقصد بكل الطرق الأهل والعمل، والدين، والسرقه، والأصدقاء، وبيع المخدرات وذلك بنسبة 10%، أما أفراد العينة الذين يتحصلوا على المال من أصدقائهم فتقدر نسبتهم بـ 05.33% وهناك نسبة 06%

من مجموع العينة من يلجأ للسرقة للحصول على المال، وهناك 03.33% من يلجأ للأهل والأصدقاء، في حين نسبة قليلة من تقدر بـ 00.66% من يستعين بالدين. أما بالنسبة لمصادر تأمين حاجيات المتعاطي للمخدرات من المخدرات المستهلكة، أجريت دراسة بفرنسا من قبل لجان متخصصة بدراسة مشكلة الإدمان على عينة من المدمنين على المخدرات بأنواعها المختلفة شملت 1030 شخصا بينهم 673 منهم ذكور و 357 إناث وتوصلوا إلى أن المدمن يلجأ إلى تأمين حاجاته من المخدرات بطرق مختلفة و قليل منها من خلال وصفات طبية نظامية بنسبة 16,2% أو عن طريق صيدلي غير شرعي بنسبة 21,4 % أما بالنسبة لأغلبية العينة فيتحصلون على المخدرات عن طريق المروجين بنسبة 31 %، و بواسطة الرفاق بنسبة 9.5 %، و مصادر غير محددة بنسبة 21,9 %.

كما أكدت سلوى سليم (1988) أن 33% من مجموع العينة يقومون ببعض الأعمال غير المشروعة لتغطية احتياجاتهم من المخدر، كما أجاب 22% بأنهم أحيانا يفعلون ذلك لارتفاع ثمن المخدر. وعند الحديث نوع الأعمال غير المشروعة أشار بعضهم إلى أنهم يأخذون رشاي في أعمالهم، و آخرون قالوا أنهم يبيعون الخاصة ببيت الأسرة، و البعض الآخر يقوم بترويج المخدرات، أما 45% فأكدوا أنهم يعملون أعمالا إضافية، كما أكدت سلوى سليم (1988) أن 15,8% يلجأون إلى الاستدانة. على الرغم من تنوع مصادر اقتناء المخدرات سواء بالنسبة للدراسة الحالية و بالنسبة للدراسات السابقة مما يوحي بوجود اختلاف، إلا أننا نعتقد أن هذا الاختلاف يرجع إلى مدى سهولة المصدر بالنسبة للشخص المتعاطي، و بهذا فهذه النتائج تؤكد أن كل الوسائل سواء كانت شرعية أو غير شرعية فهي ممكنة للحصول على المخدر.

1-4 السوابق العدلية:

لمعرفة أكثر لخصائص العينة من مختلف جوانبها

- هل سبق وأن أوقفت من طرف رجال الأمن:

إن الجدول (24) يضع أمامنا بعض المعطيات عن ما إذا كان لأفراد عينة البحث مشاكل مع القانون، إن هذه المعطيات تقدم لنا تصورا واضحا عن مدى تأثير المخدرات ليس فقط على الجانب الجسمي و النفسي بل وحتى في علاقته مع القانون.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
0.66	01	32.00	48	نعم
99.33	149	68.00	102	لا
99.99	150	100	150	المجموع

الجدول رقم 24: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب المشاكل مع رجال الأمن

يبدو واضحا من خلال الجدول (24) أن 68 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات ليس لديهم سوابق عدلية مقابل 99,33 % من مجموع عينة الشباب غير المتعاطي للمخدرات ، في حيث نجد أن 32 % من مجموع أفراد الشباب المتعاطي للمخدرات، تؤكد من خلال الجدول (23) أن أكثر من 16.66% من مجموع عينة المتعاطين للمخدرات تلجأ إلى طرق غير شرعية مثل السرقة، بيع المخدرات كوسيلة للحصول على المخدرات هذا ما يفسر وجود نسبة 32% من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات لديها مشاكل مع القانون، مقابل 0,66 % من مجموع أفراد الشباب غير المتعاطي للمخدرات لكانت لديهم سوابق عدلية.

و في دراسة قام بها جمال ماض أبو العزايم (1984) على عينة مكونة من 217 مدمنا على الأفيون ، اتضح من الدراسة أن 26,6 % من أفراد لديهم سوابق عدلية. ما يمكن تأكيده أن نتائج بحثنا تفق مع نتائج دراسة جمال ماض أبو العزايم (1984).

- عدد المرات التي تم فيها إيقافهم من طرف رجال الأمن:

تكملة للجدول (24) يوضح الجدول (25) عدد المرات التي أوقف فيها أفراد عينة البحث من طرف رجال الأمن.

الشباب المتعاطي للمخدرات		الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	
01	72.91	35	100	3-1
00	14.58	07	100	7-4
00	12.50	06	100	أكثر من 08 مرات
01	99.99	48	100	المجموع

الجدول رقم 25: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب عدد المرات التي تم إيقافهم من طرف رجال الأمن

يتضح من خلال الجدول (25) أن 72,91 % من مجموع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات تم إيقافهم من طرف الشرطة أقل من 4 مرات مقابل 100 % بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات ، في حين أكد 14,58 % من مجموع الشباب المتعاطي للمخدرات أنه تم إيقافهم من طرف الشرطة بين 4-7 مرات، كما أكد 12,50 % من مجموع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات أنه تم إيقافهم من طرف الشرطة أكثر من 8 مرات .

في نفس دراسة أبو العزائم (1984) توصل إلى أن 16,5 % من مجموع العينة ألقى القبض عليهم أكثر من مرة.

عكس ما توصل له أبو العزائم (1984)، توصلنا إلى أن تقريبا كل أفراد العينة (التي لها مشاكل مع القانون) تم إيقافهم من طرف رجال الأمن أكثر من مرة.

-أسباب التوقيف:

حتى نتعرف على وضعية أفراد العينة من الشباب المتعاطين و غير المتعاطين للمخدرات، فإن الجدول (26) يضع أمامنا الأسباب التي دفعت رجال الأمن إلى إيقاف أفراد العينة.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00	00	16.66	08	تعاطي المخدرات
100	01	10.41	05	السرقه
00	00	10.41	05	الشجار
00	00	56.24	27	بيع المخدرات+السرقه+ الاستحواذ على سلاح الأبيض
00	00	06.25	03	التشرد
100	01	99.97	48	المجموع

جدول رقم 26: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب أسباب التوقيف من طرف رجال الأمن

يتضح من الجدول(26) أن الحالة الوحيدة التي كانت لديها مشاكل مع الشرطة بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات كان السبب هو مشكل سرقة، في حين أكد 10,41 % من مجموع أفراد الشباب المتعاطي للمخدرات أن سبب مشاكلهم مع الشرطة هي السرقة ، أما 56,24 % فكان سبب مشاكلهم بيع المخدرات، و السرقة، و الاستحواذ على السلاح الأبيض، أما 16,66 % تم إيقافهم بسبب تعاطي المخدرات ، في حين تعرض 10,41 % للمشاكل مع الشرطة بسبب الشجار ، أما 6,25 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات فقد أكدوا على أن التشرد كان السبب في مشاكلهم مع الشرطة. في نفس دراسة أبو العزائم (1984) توصل إلى أن 16,50 % من مجموع العينة ألقى القبض عليهم أكثر من مرة، وتم محاكمتهم بسبب حيازة المخدرات.

من مجموع أسباب توقيف الشباب أفراد عينة البحث من طرف رجال الأمن التي ذكرت في الجدول (26) نجد أن تعاطي المخدرات حضي بأعلى نسبة 16.66%، و تتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه أبو العزائم (1984) إذا كانت المخدرات المضبوطة لغرض الاستهلاك.

- نوع العقوبات:

مواصلة للجدول السابقة (25.24. 26) فإن الجدول (27) يوضح لنا نوع العقوبات التي سلطت على أفراد عينة البحث.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	
00	00	27.08	13	لاشيء
00	00	12.50	06	غرامة مالية
100	01	35.41	17	السجن
00	00	02.08	01	السجن المؤقت
00	00	22.91	11	السجن+غرامة مالية
100	01	99.98	48	المجموع

الجدول رقم 27: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب نوع العقوبات

يتبين من خلال الجدول (27) أن 100 % من عينة الشباب غير المتعاطي للمخدرات الذين لديهم مشاكل مع القانون تعرضوا للسجن، مقابل 35,41 % بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات الذين لديهم مشاكل مع القانون، في حين أكد 27,08 % أنهم لم يتعرضوا لأي عقوبة ، في حين تعرض 22,91 % للسجن إلى جانب غرامة مالية، أما 12,50 % فقد تعرضوا لغرامة مالية ، في حين أكد 2,08 % من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات الذين لديهم مشاكل مع القانون أنهم تعرضوا للسجن المؤقت .

توصل أبو العزائم (1984) إلى أن 11 % من مجموع العينة حكم عليهم بالسجن لفترات مختلفة، أما الباقي فكانت نتائج محاكماتهم دفع غرامات أو عدم ثبوت الإدانة.

5-1 تجربة تعاطي المخدرات:

- متى بدأت تعاطي المخدرات لأول مرة:

للوصول إلى تحليل واضح لتجربة الشباب المتعاطي للمخدرات مع المحدرات، فإن الجدول (28) يقدم لنا معطيات حول سن بدء تعاطي المخدرات.

الشباب المتعاطي للمخدرات				
السن	التكرار	النسبة المئوية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
15-09	49	32.66	16,71	2,69
22-16	98	65.33		1,85
29-23	03	02.00		1,31
المجموع	150	99.99		

الجدول رقم 28: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب سن أول تعاطي

يبدو من هذا الجدول أن 65.33% من عينة بحثنا بدأت في تعاطي المخدرات ما بين 16 و 22 سنة، في حين بدأت نسبة 32.66% التعاطي في الفئة العمرية 15-09 سنة، أما 02% فقد بدأت تعاطي المخدرات ما بين 23 و 29 سنة وبهذا يصبح متوسط سن بدء تعاطي المخدرات بـ 16,71 سنة.

أما الدراسة التي قام بها صالح السعد (1989) فقد توصل من خلالها أن 62,2% من أفراد العينة كانت مستوياتهم العمرية عند بدء تعاطي المخدرات بين 20-30 سنة، يليهم ذوو المستويات العمرية التي تقل عن 20 سنة و نسبتهم 20%.

و تشير التقارير الدولية المتعلقة بإساءة استعمال العقاقير المخدرة و أنماطها و اتجاهاتها، إلى أن الشباب هم المتعاطون الرئيسيون للعقاقير المخدرة غير المشروعة، و قد اتبع تعاطي العقاقير المخدرة نمطا عمريا معينا ، فقد كانت الفئة العمرية الغالبة في تعاطي المذيبيات الطيارة من 8-20 سنة، و القنب و المؤثرات العقلية من 16-35 سنة، والهروين و العقاقير المخدرة من الكوكايين عموما من 20-35 سنة ، أما عن المستوى الإقليمي فقد تراوحت الفئات العمرية المتعاطية للعقاقير المخدرة ما بين 18-40 سنة في الأمريكيتين، وما بين 17-35 سنة في

أوقيانيا، و ما بين 20-40 سنة في الشرق الأدنى و الأوسط، و ما بين 20-35 سنة في أوروبا، و ما بين 20-30 سنة في كل من إفريقيا و آسيا و الشرق الأقصى.

و في دراسة استقصائية أجراها هنوجال فونسيكا (Hnoj al Fonesca et al, 1984)، حول تعاطي العقاقير لدى المراهقين شملت 2537 تلميذا من ذوي الفئات العمرية 15-17 سنة، تم اختيارهم من 11 مدرسة في مقاطعة استوريا الوسطى (إسبانيا) منها 8 مدارس ثانوية حكومية و مدرستين ثانويتين خاصتين و معهد للبوليتكنيك. اتضح من نتائج الدراسة أن متوسط سن متعاطي العقاقير عند إجمالي أفراد العينة 16,7 سنة للذكور، و 16,9 سنة للإناث، و كان متوسط السن عند أول استعمال للعقاقير 15,4 سنة للذكور و 15,5 سنة للإناث.

و في دراسة ميدانية حول إدمان الشباب على الهيروين في سريلانكا أجراها منيدي منديس، توصل إلى أن متوسط السن التي يبدأ فيها استخدام العقاقير 16 سنة، في حين كان متوسط السن التي يستعملون فيها الهيروين لأول مرة 20 سنة. كما كشفت دراسة عدلي السمرى (1993) أن 6,5 % من المتعاطين قد تعاطوا المخدر لأول مرة و أعمارهم أقل من 16 سنة، و الأغلبية العظمى من المتعاطين 62 % بدأوا التعاطي لأول مرة و أعمارهم ما بين 16-22 سنة، حيث بلغ متوسط السن عند المتعاطين لأول مرة 17,83 سنة بانحراف معياري قدره 1,613. على الرغم من اختلاف نتائج الدراسات السابقة، إلا أنها تتفق جميعها في كون الشباب المتعاطي للمخدرات بدأ تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة. فقد توصل عدلي السمرى (1993) إلى أن أعلى نسبة من العينة التي تعامل معها بدأوا التعاطي لأول مرة و أعمارهم ما بين 16-22 سنة و هذه النتيجة تتفق تماما مع نتائج البحث الحالي.

- أسباب تعاطي المخدرات:

يوضح الجدول (29) أهم الأسباب التي دفعت بالشباب لتعاطي المخدرات

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
26.66	40	أسباب اقتصادية
09.33	14	أسباب نفسية
69.33	104	تأثير الأصدقاء
06.66	10	التجريب
03.33	05	تعاطي الأهل للمخدرات
06.00	09	أسباب اجتماعية: طلاق الوالدين
08.66	13	مشاكل عاطفية
01.66	02	الخدمة الوطنية
02.66	04	توفر المال
28.00	42	مشاكل أسرية
02.66	04	الكبير في السرة
01.66	02	الهروب من الواقع
02.00	03	الملل الاحساس بالفراغ
00.66	01	المراهقة
02.66	04	الفشل الدراسي
00.66	01	الفراغ الروحي

جدول رقم 29: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات حسب أسباب تعاطيهم المخدرات

يبدو واضحاً من خلال هذا الجدول أن هناك عوامل متعددة دفعت بعينة الشباب المتعاطي للمخدرات لتعاطيها المخدرات، من أهمها و التي كانت لها النسبة الأكبر أي بـ 69,33 % ترجع لعامل تأثير الأصدقاء، أما عامل المشاكل الأسرية فقد احتلت المرتبة الثانية بنسبة قدرها 28 % ، أما عامل المشاكل الاقتصادية فقد كانت نسبتها 26,66 % . أما عن أسباب تعاطي الشباب للمخدرات، فقد توصل سالم راشد علي المفتول(1989) إلى أن مجاراة الأصدقاء و شغل أوقات الفراغ بنسبة 17,8

%، ثم الاختلاط بمجموعات أخرى بنسبة 10 % يليها محاكاة كبار السن بنسبة 7,7 % ، يليها الرفاهية الزائدة بنسبة 7,7 % ، ثم الهروب من الواقع بنسبة 5,6 % ، يليها المشكلات الزوجية بنسبة 3,3 % ، و أخيرا قدرة تحمل السهر و التحصيل الدراسي بنسبة 2,2 %.

أما بالنسبة لدراسة سلوى سليم فقد توصلت إلى أن المشاكل الأسرية كانت سببا في دفعهم لتعاطي المخدرات بنسبة 30,5 % ، بينما احتل التعاطي بسبب أصدقاء السوء المرتبة الثانية 26 % ، و المشاكل المادية بنسبة 16 % ، والمشاكل المتصلة بالعمل بنسبة 9,5 %، و الإحساس بالفراغ و الملل بنسبة 9 % ، أما الذين تعاطوا المخدرات لرغبتهم بالشعور بالسعادة فكانت نسبتهم 7 %، بينما بلغت نسبة الأسباب الأخرى المتنوعة 2 %.

أما دراسة عدلي السمري فقد توصل إلى أن الأصدقاء يلعبون دورا كبيرا في تعرض الفرد للمخدر لأول مرة، إذ حصل ما نسبته 77,5 %، من أفراد العينة على المخدرات لتجربتها لأول مرة من أحد الأصدقاء أو الزملاء.

أما صالح السعد(1993) فقد توصل إلى أن رفاق العمل و رفاق السوء كانوا من ابرز المؤثرين على أفراد العينة من الأردنيين في تعاطي المخدر، إذ بلغت نسبة تأثير كل منهم 20 %، مقابل 23,7 % ، يلي ذلك تأثير الوافدين على أفراد العينة الأردنية بنسبة 15,6 %، ثم تجار و مروجو المخدرات بنسبة 15,6 % ، أما الذين أثروا على أفراد العينة من الأردنيين في تعاطي المخدر من خارج البلاد فكانت نسبتهم 3 % ، فيما كانت نسبة تأثير الأقارب و الجيران على التعاطي عند أفراد العينة الأردنيين 11,1 % ، كما أوضحت الدراسة أن 14,7 % من أفراد العينة الأردنيين لم يؤثر عليهم أحد في تعاطي المخدر.

كما كشفت دراسة أردنية عن أسباب تعاطي الشباب للمخدرات و يمكن ترتيبها حسب دورها و أهميتها في دفع الفرد للتعاطي على النحو التالي: مجازاة الأصدقاء 24.4 %، ظروف اقتصادية 15,6 %، بحثا عن المتعة 11,1 %، الهروب من المشاكل 8.9 %، الاختلاط بالوافدين 7,4 %، التجربة و حب الاستطلاع 6,8 %، الإقامة خارج البلاد، و أسباب جنسية، و تعاطي المخدر كمضاد للملل بنسبة 4,4 %

% لكل منها، أسباب مرضية 3,7 %، تفكك الأسرة و التهور و الطيش و إغراءات
تجار المخدرات بنسبة 2,2 % لكل منها.

أما محمود فهمي الكردي (1990) فقد توصل إلى أن أبرز أسباب تعاطي المخدرات
عند أفراد العينة كان عن طريق الأصدقاء بنسبة 83 % ، أو بواسطة أحد أفراد
الأسرة بنسبة 9 %، أو عن طريق تجار ومروجي المخدرات بنسبة 6 %، أو عن
طريق العاملين في المجال الصحي بنسبة 2 % .

كما توصل كيام ودود (1981) في دراسة أجراها أن أهم أسباب تعاطيهم المخدرات
يتعلق بالأصدقاء المتعاطين، يليها البطالة و المشاكل الأسرية.

_ أسباب عدم تعاطي المخدرات:

ارتأينا في هذا البحث جمع معطيات حول أسباب عدم تعاطي الشباب للمخدرات
حسب تصور هؤلاء، وهذا بالرغم من عدم وجود اختلاف في الظروف الاجتماعية
الاقتصادية بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات،
خاصة و أن الدراسات السابقة لم تقدم لنا معلومات حول هذه النقطة، لذلك جاء هذا
الجدول(30) ليوضح لنا أهم الأسباب التي دفعت الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

الشباب غير المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
52.66	79	التدين
42,66	64	تأثير التربية الأسرية
08.00	12	معرفة أضرار المخدرات
01.33	02	تأثير الأصدقاء
22.66	34	عوامل نفسية : الثقة بالنفس، الراحة النفسية، الصلابة النفسية،...
03.33	05	سلوك مرفوض اجتماعيا
	196	المجموع

الجدول رقم 30: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد عينة الشباب غير المتعاطي
للمخدرات حسب أسباب عدم تعاطيهم للمخدرات

يتضح من هذا الجدول تنوع عوامل عدم التعاطي الشباب للمخدرات، حيث ظهر عامل التدخين كأهم عامل و الذي تحصل على أعلى نسبة حيث قدرت بـ 52,66 %، ثم يليه من حيث الأهمية تأثير التربية الأسرية بنسبة 42,66 %، في حين أكد 22,66 % من مجموع العينة على للعامل النفسي دور في عدم تعاطيهم للمخدرات، أما 8 % من مجموع العينة أكدوا على أن معرفتهم بأضرار المخدرات عامل من عوامل عدم تعاطيهم للمخدرات، أما تأثير الأصدقاء فقد تحصل على نسبة 1.33 % في حين 3,33 % يعتبر المخدرات سلوكا مرفوض اجتماعيا.

- من اقتراح عليك تعاطي المخدرات لأول مرة:

للقوف عند تجربة الشباب مع المخدرات فإن الجدول (31) يوضح لنا من أقتراح تعاطي المخدرات على الشاب أول مرة.

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
28.66	43	لأحد
71.33	107	أصدقاء
99.99	150	المجموع

الجدول رقم 31: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب من اقتراح عليهم المخدرات لأول مرة

يبدو من هذا الجدول أن 71.33 % من مجموع العينة بدأت تعاطي المخدرات تلبيه لاقتراح صديق، في حين نجد 28.66 % تعاطوا المخدرات بدون تأثير أي شخص. و قد أكد جمال ماضي أبو العزائم (1984) في دراسة قام بها أن 84,4 % من مجموع العينة بدأوا تعاطي المخدرات عن طريق أحد الأصدقاء في حين 15,6 % قالوا أنهم هم الذين اكتشفوا الطريق إلى المخدر و استعملوه.

و قد أكدت نتائج دراسة ميدانية أجرتها جامعة قطر حول مشكلة تعاطي المخدرات سنة 1984 على عينة تتكون من 91 شابا موقوفا على ذمة التحقيق في قضايا المخدرات، أن معرفة المخدر لأول مرة عند أفراد العينة كانت عن طريق الأصدقاء بنسبة 66 % و عن طريق الملاهي بنسبة 19 % و عن طريق طلاب المدرسة بنسبة

5% و عن طريق طلاب المدرسة بنسبة 5% و عن طريق أبناء الجيران بنسبة 1% و أخيراً عن طريق أحد أفراد الأسرة بنسبة 1%.
كما توصل صالح السعد (1993) من خلال دراسة قام بها أن 38,9% من أفراد العينة عرفوا تعاطي المخدرات لأول مرة عن طريق الأصدقاء، و 5,5% عرفوها عن طريق رفاق العمل، 3,7% عن طريق الأسرة.

-نوع المخدر الذي تم تعاطيه لأول مرة:

يبين لنا الجدول (32) معطيات حول نوع المخدرات التي تعاطاها الشباب المتعاطي للمخدرات أول مرة، يرتبط هذا الجدول بالجدول (35.34.33) كل هذه الجداول يصف فيها الشباب تجربتهم الأولى مع المخدرات.

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
57.33	86	الكيف
14.66	22	الحبوب
10.00	15	اللصاق + البنزين
08.00	12	الخمير
10.00	15	بدون إجابة
99.99	150	المجموع

الجدول رقم 32: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب نوع المخدر الذي تم تعاطيه أول مرة

يبدو واضحاً من الجدول (32) أن 57.33% من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات أول مخدر تناولته هو الحشيش، تليها الحبوب بنسبة 14.66% في حين 10% من العينة بدأوا بالبنزين و اللصاق، أما 08% فقد بدأوا بالخمير في حين امتنع 10% عن الإجابة.

توصلت سلوى سليم (1988) من خلال دراسة قامت بها أن 76,5% من مجموع العينة تعاطوا الحشيش، في حين 55% تعاطوا الهيروين و 8% تعاطوا الأفيون و 4% تعاطوا الكوكايين.

على الرغم من الاختلاف في نوع المخدرات و التي ترتبط بسن المتعاطي و بمستواه الاقتصادي، فتعاطي الهيروين بنسبة 55% في دراسة سلوى سليم (1988) لدليل على أن المستوى الاقتصادي لأفراد عينة دراستها مرتفع جداً، و كذلك لهم تاريخ طويل مع المخدرات، إلا أنها تتفق مع بحثنا في كون الحشيش هو المخدر الذي يبدء به الشباب تجربتهم مع المخدرات.

- شعورك لأول مرة:

يقدم لنا الجدول (33) معلومات حول شعور الشباب أفراد عينة البحث تعد تعاطيهم للمخدرات.

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
02.00	03	بدون إجابة
44.66	67	أعراض جسدية
67.33	101	أعراض نفسية
99.99	121	المجموع

الجدول رقم 33: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب شعورهم لأول مرة بعد التعاطي

يبدو من الجدول (33) أن 67.33% من مجموع العينة عانوا من أعراض نفسية كالراحة والرضا، والاسترخاء عند تعاطيهم المخدرات لأول مرة، كما أكدوا على ظهور أعراض جسدية عند 44.66% مثل الصداع، والقيء، والدوار، ألم في الرأس، غثيان، ألم في المعدة، تعب شديد.

- شعورك في اليوم الموالي:

يوضح لنا الجدول (34) وصفا لشعور الشباب المتعاطي للمخدرات بعد تعاطي المخدرات لأول مرة.

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
26.66	40	الشعور بالانزعاج
08.99	13	الغيبوبة
17.00	26	الشعور بالراحة
27.33	41	الرغبة ف الاعادة
04.66	07	الشعور بالندم
00.66	01	الخوف من الأهل
13.33	20	لم أشعر بشئ
01.33	02	لا يوجد إجابة
99.97	120	المجموع

لجدول رقم 34: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب شعورهم لليوم الموالي بعد تعاطيهم

كما يبدو من الجدول (34) فإن هناك مجموعتين مختلفتين وتقريبا متساويتين من حيث النسبة الخاصة بشعورهم بعد التعاطي فهناك نسبة 27.33% شعرت بالرغبة في الإعادة في حين 26.66% شعرت بالانزعاج ، وقد يرجع هذا الاختلاف ربما لمستوى أو درجة تعاطي كلتا المجموعتين ، فقد أكدت الدراسات أنه كلما اتجه المتعاطي نحو الإدمان كلما يزيد طلبه على المادة المخدرة ، في حين غالبا ما يشعر المبتدئين بالندم و الانزعاج ، أما 17% من مجموع العينة فقد شعرت بالراحة وقد تعطينا هذه النتائج تصورا حول توجه عينة بحثنا ، وتتفق نتائج هذا الجدول مع نتائج اختبار DAST10

-دوافع التكرار:

يقدم لنا الجدول (35) معلومات عن دوافع تكرار تعاطي الشباب للمخدرات بعد التجربة الأولى.

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
08.00	12	أسباب نفسية
28.66	43	المشاكل: اقتصادية،اجتماعية
02.00	03	توفر المال
13.33	20	الأصدقاء
01.65	70	الرغبة والشعور باللذة
01.33	02	عدم مبالاة الأهل
99.97	150	المجموع

الجدول رقم 35: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب دوافع تكرار التعاطي يتضح من الجدول (35) أن 38.66% الشعور بالرغبة واللذة دفعتهم لتكرار تعاطي المخدرات، أما 28.66% فالأسباب الاقتصادية كانت سببا لتكرار التعاطي المخدرات، في حين يرى 33% تأثير الأصدقاء كان سببا لذلك، أما 08% فتري أن الحالة النفسية التي تميزت بالقلق والإحباط و الضغط دفعتهم إلى تكرار تعاطي المخدرات، في حين ظهر عامل توفر المال، وعدم مبالاة الأهل بنسب قليلة 01.33% بالنسبة للأخيرة، و 02% بالنسبة للأولى.

توصلت سلوى سليم (1984) إلى أن أحد أسباب العودة للتعاطي هي مجاملة الأصدقاء حيث وصلت النسبة من أقرؤا بذلك إلى 38,1% مقابل 21,4% أرجعوا عودتهم للتعاطي إلى الملل و الضيق، كما أن 19% أرجعوا عودتهم إلى التعاطي إلى مشاكل مادية لم يعرفوا كيف يتصرفون فيها، و 14,3% نتيجة لمشاكل أسرية، وقد مثلت نسبة من يرغبوا في الحصول السعادة أقل النسب 7.2% من إجمالي عينة البحث.

لقد جاءت نتائج هذا البحث مختلفة تماما عن نتائج دراسة سلوى سليم(1984)، فعندما يحصل عامل الرغبة و الشعور باللذة أعلى نسبة و بالتالي أهم العوامل التي

دفعت بالشباب لتكرار تعاطي المخدرات، ظهر هذا العامل في دراسة سلوى سليم (1984) كآخر العوامل أهمية في تكرار سلوك تعاطي المخدرات.

- المخدر المتعاطي:

يبين لنا الجدول (36) المخدر الذي يتعاطاه الشباب المتعاطي للمخدرات.

النسبة المئوية	التكرار	
68.66	103	الكيف
42.00	63	الحبوب
21.33	32	اللصاق + البنزين
45.33	68	الخمير
04.00	06	الكوكايين
05.33	08	الهيرويين
03.33	05	الخل + الكحول + الطبي + الشيح + الدفلة

الجدول رقم 36: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات حسب المخدرات المتعاطاة

يبدو من الجدول (36) أن 86% من مجموع العينة تتعاطى المخدرات عن طريق الفم وهذه النتيجة تبدو منطقية نظرا للمخدرات التي يستهلكونها، أما 6.66% من المتعاطين للمخدرات فإنهم يزاولون بين الحقن والشم، أما النسب المتبقية ف 4% تتعاطى المخدرات عن طريق الشم، و 2.66% يستهلكونها عن طريق الحقن، أما 0.66% من العينة فإنهم يدمجون بين الحقن والشم والفم.

بالنسبة لمحمود فهمي الكردي (1990) فقد كانت المواد المخدرة الأكثر تعاطيا بين أفراد العينة مادة الحشيش بالمرتبة الأولى يليها الهيرويين، ثم الأفيون، ثم المهدئات، ثم المنومات، يليها الكوكايين و المهلوسات و المنبهات.

كما توصل مصطفى سويف و آخرون أن 5,7 % من المبحوثين جربوا تعاطي الأمفيتامينات و 5,3 % جربوا تعاطي العقاقير المخدرة، و 10.5 % جربوا تعاطي

المخدرات الأخرى مثل الحشيش الذي بلغت نسبة مجربيه 90,7 %، ثم الأفيون 7,4 % ، و مخدرات متنوعة بنسبة 2 %.

أما سالم راشد علي المقتول (1989) فقد توصل إلى أن مادة الحشيش احتلت المرتبة الأولى بنسبة 40 % تليها الحبوب المخدرة بنسبة 17,8 % يليها الغراء بنسبة 17,8 % الأفيون بنسبة 10,1 % ثم الكوكايين بنسبة 8,9 % و أخيرا الهيوربين بنسبة 4,4 % .

كما توصلت سلوى سليم(1988) فقد توصلت إلى أن تعاطي الهيوربين احتل المرتبة الأولى عند أفراد العينة إذ بلغت نسبة متعاطي الهيوربين عن طريق الشم 32 % و متعاطي الهيوربين عن طريق الحقن 24 % ،أما متعاطي الحبوب المخدرة المهدئة و المنشطة فكانت نسبتهم 18 % و متعاطي الحشيش 12 % و متعاطي الأفيون 7,5 % أما متعاطي الكوكايين فكانت نسبتهم أقل النسب و بلغت 6,5 % .

أما دراسة عدلي السمرى(1993) فقد توصل من خلالها أن 76,5 % تعاطوا مادة الحشيش، و 55 % تعاطوا الهيوربين، و 7 % تعاطوا الأفيون ، و 4 % تعاطوا الكوكايين و 70 % تعاطوا المخدرات التخيلية و 21,5 % تعاطوا مخدرات أخرى.

أما كيام ودود (1981) فقد توصل إلى أن أفراد العينة يتعاطون أكثر من مادة مخدرة، إذ لوحظ أن 84 % من مجموع العينة يتعاطون الحشيش، و 31,1 % يتعاطون الأفيون، و 6,7 % يتعاطون الباربيتورات، و 1,7 % يتعاطون المهدئات.

و في الدراسة الاستقصائية التي أجراها هينوجال فونيسكا(1984) فقد كشف أن القنب هو المخدر الأكثر تعاطيا ، إذ أفاد 20,8 % من مجموع أفراد العينة أنهم تعاطوا القنب في وقت ما من حياتهم، يليه بالمرتبة الثانية المهدئات بنسبة 10,3 % ثم الأمفيتامينات و المواد المشابهة للأمفيتامينات بنسبة 7,9 % ثم عقاقير الاستنشاق بنسبة 2,3 % يليها المهلوسات بنسبة 2 % فالمنومات 1,7 % فالمستحضرات الأفيونية 1,4 % و أخير الكوكايين بنسبة 1,2 %.

أما موهان أديتيانجي و آخرون في دراسة حول اتجاهات إساءة استعمال الهيروين في الهند، توصلوا إلى أن نسبة كبيرة من مدمني الهيروين يتعاطون أيضا عقاقير أخرى مثل القنب بنسبة 49,5 % و المواد الأفيونية بنسبة 20,9 % و العقاقير المسكنة بنسبة 14,3 % و المنشطات العصبية بنسبة 13,3 % و المهلوسات بنسبة 8,6 % . و وجد أن مدمني الهيروين يستعملون الأفيون و كبريتات الكودايين و البنزازوسين عندما يصعب عليهم الحصول على الهيرويين.

و قد توصل منيدي مينديس بسريلانكا على عينة مكونة من 100 مدمن على الهيرويين، أن 87% يستنشقون بخار الهيرويين، و هي عملية معروفة بملاحقة "ذيل التتيرين" و 11% يدخنونه على شكل سجائر، و 2% يأخذونه على شكل حقن وريدي، و كانت غالبية المدمنين يبدعون تعاطي المخدرات بالحشيش و نسبتهم 68% ، بينما كان الهيرويين العقار الأول المستخدم بالنسبة إلى 18% منهم، و بدأ 12% منهم بتعاطي الكحول و 3 % بتعاطي الأفيون، كما وجد أن عددا قليلا منهم يستعمل الهيرويين مقترنا بحامض الليسرجيك و إيثلاميد أو الكوكايين أو الأمفيتامينات.

و قد استكشف ديزلسكي و آخرون (1970) في دراسة استقصائية في خمس جامعات أمريكية(جامعة أريزونا، جامعة بنسلفانيا، جامعة كولورادو الشمالية، جامعة نيويورك، جامعة تيسي)، أن 2,8 % من هذه الجامعات المذكورة يستعملون الكوكايين، و ارتفعت النسبة إلى 30 % في عام 1984. كما ازدادت نسبة استعمال المنبهات من 20,7 % في عام 1970 إلى 49 % في عام 1984، و يأتي استعمال المنبهات في المرتبة الثالثة بعد الكحول و القنب الهندي، كما بلغت نسبة الطلاب الذين استعملوا المهدئات في غير الأغراض الطبية 10,8 % في عام 1970 ، و 16,5 % في عام 1976، و 13,6 % في عام 1984 .

على الرغم من تنوع المخدرات و اختلاف في النسب إلا أن كل الدراسات التي أجريت على المتعاطين للمخدرات بما فيهم البحث الحالي تؤكد على أن مخدر الحشيش أكثر المخدرات تفضيلا.

- مع من تتعاطى المخدرات:

يقدم لنا الجدول (37) بيانات حول ظروف تعاطي الشباب للمخدرات و بالتحديد مع من يتعاطى المخدرات.

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
24.66	37	بمفردك
50.00	75	مع الأصدقاء
25.33	38	منفردا + الأصدقاء
99.99	150	المجموع

الجدول رقم 37: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب مع من يتعاطى المخدرات

يتبين من الجدول (37) أن 50% يفضلون تعاطي المخدرات مع الأصدقاء، أما 24.66% فيفضلون التعاطي بمفردهم، في حين يلجأ 25.33% إلى الطريقتين (منفردا ومع الأصدقاء)

تؤكد نتائج دراسة صالح السعد (1993) نتائج بحثنا، حيث توصل إلى أن 35,6% من مجموع عينة البحث لهم شريك واحد في تعاطي المخدرات، أما الذين لهم شريكان فقد قدرت نسبتهم بـ 16,3%، في حين قدرت نسبة الذين يتعاطون مع مجموعة تتراوح ما بين 3-5 بـ 27,4%، فيما بلغت نسبة من لهم ستة شركاء 11,8%، كما توصل إلى أن 8,9% من مجموع العينة يتعاطون المخدرات بمفردهم.

على الرغم من أن نتائج البحث الحالي تتفق نوعا ما مع نتائج دراسة سعد صالح السعد (1993) إلا أن هذا الأخير ركز أكثر على العدد الفعلي لأفراد الجماعة، في حين ما كان يهتما هو معرفة إذا كان تعاطي المخدرات فرديا أو جماعيا بغض النظر عن العدد.

- لماذا:

يوضح الجدول (39.38) أهم العوامل التي تدفع بالشباب للتعاطي المنفرد و/أو الجماعي قد ظهرت عدة عوامل أهمها:

- مع جماعة:

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
88.11	89	الشعور بالسند
11.88	12	لكسب التجربة
99.99	101	المجموع

الجدول رقم 38: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب دوافع التعاطي الجماعي

يبدو من الجدول (38) أن 88.11% من أفراد العينة يفضلون تعاطي المخدرات مع أصدقائهم يرجعون ذلك للشعور بالسند، أما 11.88% فيبررون ذلك لكسب التجربة.

- منفرد:

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
20.83	15	حسب المزاج
30.55	22	الشعور بالراحة
23.61	17	سرية التعاطي
16.66	12	العزلة
02.77	02	الاقتصاد
05.55	04	رفض الجماعة
99.97	72	المجموع

الجدول رقم 39: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب دوافع التعاطي المنفرد يتضح من الجدول (39) أن 30.55% أن تعاطي المخدرات بمفردهم يجلب لهم الراحة، في حين يفضل 23.61% السرية في التعاطي، أما 20.83% فتتوقف طريقة

تعاطيهم حسب المزاج، أما 16.66% فيفضلون العزلة، وهناك 05.55% من يرجع تعاطيه المنفرد إلى رفض الجماعة له، في حين يرى 02.77% من مجموع العينة أن الاقتصاد هو الذي يجعلهم التعاطي المنفرد، و يقصد بالاقتصاد إمكانية حصول الشاب المتعاطي للمخدرات على المخدر من أصدقائه دون دفع المال.

- تقييمك لتجربتك:

للحصول على معلومات أكثر حول معاش الشاب المتعاطي للمخدرات لتجربته مع المخدرات، يقدم لنا الجدول (40) معلومات حول تقييم الشباب المتعاطي للمخدرات لتجربتهم مع المخدرات، و قد حاولنا تقسيمها إلى ثلاثة أصناف:

الشباب المتعاطي للمخدرات		
النسبة المئوية	التكرار	
02.66	04	ايجابية
97.33	146	ايجابية وسلبية
99.99	150	المجموع

الجدول رقم 40: يمثل هذا الجدول توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لتجربة تعاطيهم للمخدرات

يبدو واضحاً من الجدول (40) أن 97.33% يعيشون في حالة تناقض بحيث يعتقدون في الوقت نفسه أن تعاطي المخدرات سلوك إيجابي وسلبى (في حين تميل دائماً الكفة لتعاطي المخدرات)، في حين 02.66% من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات تعتبر تعاطي المخدرات سلوكاً إيجابياً.

2- مستوى التعرض لخطر تعاطي المخدرات:

يهدف التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات Drug Use Screening Inventory إلى تحديد أهم عوامل الخطر من تعاطي المخدرات كما تساعدنا على تحديد نسبة كل متغير في التأثير، و بالتالي مدى مشاركة كل متغير في التنبؤ في الاستمرار و الإدمان على المخدرات، مما تساعد المختص على تبني استراتيجيات تدخل سواء كانت وقائية أو علاجية. و ذلك من خلال تحديد:

- **المؤشر الكلي للمشكلة** و يرمز له OPD و يعني Overall Problem Index و تستخرج هذه النسبة بحساب: مجموع الإجابات الصحيحة $\times 100$ / على عدد بنود المقياس $\times 80$ ، تدل هذه النسبة على مستوى الكلي للتعرض لخطر تعاطي المخدرات.

- **الشدة المطلقة للمشكلة** و يرمز له APD و يعني Absolute Problem Density و تستخرج هذه النسبة من خلال حساب: مجموع الاجابات بنعم $\times 100$ / عدد البنود لكل ميدان $\times 80$ ، تدل قيم الشدة المطلقة للمشكلة على نسبة تأثير كل ميدان عن حدى في تعاطي المخدرات، أو كمؤشر لاستمرار تعاطي المخدرات.

- **الشدة النسبية للمشكلة** و يرمز له RPD و يعني Relative Problem Density تستخرج الشدة النسبية للمشكلة من خلال جمع المؤشر الكلي للمشكل بقيمة الشدة المطلقة للمشكل / على عدد البنود لكل ميدان، تدل الشدة النسبية للمشكل نسبة تأثير كل ميدان.

- **نسبة الخطر** و يرمز له RS و يعني Relative Risk تمثل نسبة الخطر مجموع الإجابات ب"نعم" لكل السلم

الشباب غير المتعاطي للمخدرات			الشباب المتعاطي للمخدرات			
الشدة النسبية للمشكلة	الشدة المطلقة للمشكلة	الخطر النسبي	الشدة النسبية للمشكلة RPD	الشدة المطلقة للمشكلة APD	الخطر النسبي	الميادين
%0.18	%0.47	10	% 12.25	%62.09	1304	تأثير المخدرات
%09.96	%25.46	764	%08.89	%49.00	1470	النماذج السلوكية
%11.55	%29.40	441	%09.61	%52.53	788	الوضع الصحي
%08.36	%21.40	642	%09.07	%50.13	1504	الاضطرابات العقلية
%13.14	%33.07	645	%07.80	%43.12	841	الكفاءة الاجتماعية
%10.75	%27.23	572	%09.80	%53.57	1125	النظام العائلي
%09.56	%23.63	709	%10.52	%58.36	1751	الأداء الدراسي/ التكيف الدراسي
%07.17	%18.06	271	%08.80	%49.40	741	التكيف في العمل
%11.55	%28.76	604	%11.97	%66.42	1395	العلاقة مع الأصدقاء
%17.92	%44.66	737	%12.15	%66.78	1102	الترفيه/الاستراحة
		/////		5.90	855	اختبار سوء استهلاك المخدرات DAST10
		%24.63			%54.89	المؤشر الكلي للمشاكل OPD
		5395			12021	نسبة الخطر RS

جدول رقم 41: يوضح هذا الجدول نتائج التقرير التشخيصي لسلوك الإدمان بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات

يهدف هذا التحليل إلى تحديد نسبة الخطر بالنسبة لعينة المتعاطين للمخدرات، و كذا الشباب غير المتعاطي للمخدرات و أي الميادين أكثر تأثراً على الشباب المتعاطي للمخدرات فتدفع به لاستمرار في التعاطي و بالتالي الإدمان، و أي الميادين التي من الممكن أن تدفع بالشباب غير المتعاطي للمخدرات لتعاطي المخدرات.

من خلال الجدول (41) يتضح أن قيمة المؤشر الكلي للمشكل تقترب من 55% مما يعني أن مستوى التعرض لخطر تعاطي المخدرات متوسط أو معتدل وهذه النتيجة ذات مصداقية كبيرة، ذلك لأن الشباب المتعاطي للمخدرات تحصل على قيمة 05.90 في اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات العشر بنود، مما يعني أن مستوى تعاطي المخدرات معتدل أي لم يصلوا بعد إلى مرحلة التعاطي المنظم أو القهري.

أما بالنسبة لنسب الشدة المطلقة للمشكلة فقد توصلنا إلى النتائج التالية:
من أكثر الميادين تأثيراً على سلوك المتعاطي للمخدرات و أكثرها دفعا لاستمرار في تعاطي المخدرات و الإدمان عليها نجد ميدان الترفيه/و الاستراحة بنسبة 66.78% مما يعني أن الشباب المتعاطي للمخدرات متأثر بغياب المرافق و النشاطات الترفيهية نعتقد أن هذه النتيجة ترتبط فعلا بظروف سكن الشباب فضيق المسكن يدفعه إلى البقاء أكبر وقت ممكن في الشارع و مع غياب وسائل ترفيهية يجعله يستثمر وقته في ما هو غير مفيد، وعرضة لمختلف المشاكل الممكنة.

كما أظهر الشباب المتعاطي للمخدرات تأثيراً كبيراً بأصدقائهم، عندما نتكلم عن العلاقة مع الأصدقاء في السلم التشخيصي لتعاطي المخدرات، فإننا نقصد مدى انتشار تعاطي المخدرات في وسط الأصدقاء، و مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع أصدقائه المتعاطين لأن امكانية التأثير كبير.

تتفق هذه النتيجة مع نتائج الاستبيان حيث توصلنا إلى أن 69.33% من مجموع العينة الشباب المتعاطي للمخدرات أكدوا أن أهم العوامل التي دفعتهم على تعاطي المخدرات تأثير أصدقائهم.

كما أكدت نتائج هذا السلم أن ميدان تأثير المخدرات يؤثر على الشاب بنسبة 62.09% و تعني هذه النتيجة أن المخدرات أصبحت تؤثر فعلا على حياته و في علاقته مع محيطه، وكذا صحته الجسمية بنسبة 52.53% و العقلية بنسبة 50.13% على الرغم من ان نسبة الخطر و مستوى الخطر و مستوى تعاطي المخدرات معتدل، إلا أن قيم نسبة الشدة المطلقة للمشكل بالنسبة لهذه الميادين الثلاثة (تأثير المخدرات، ميدان الصحة الجسمية، ميدان الصحة العقلية) تؤكد على أن الشباب

المتعاطي للمخدرات % يعاني نفسيا و جسميا و حتى اجتماعيا ليس إلى حد الإعاقة و لكن يمكن اعتبار هذه النسب كمؤشرات لاستمرار تعاطي المخدرات و الوصول إلى مرحلة الادمان إذا لم نسرع في التدخل.

كما ظهر ميدان التكيف الدراسي و بنسبة 58.36% و كذا ميدان النظام العائلي و بنسبة 53.57%(انظر ملحق رقم 06) كمتغيرين ذات الأثر على الشباب المتعاطي للمخدرات و تتفق هذه النتيجة مع نتائج الكثير من الدراسة مثل (Bry et al, 1982, Kandel et al, 1987) حيث أكدوا أن انخفاض المعدل الدراسي، الصراعات العائلية، كعوامل خطر لتعاطي الشباب للمخدرات و الاستمرار فيها.

فحتى و إن كان مؤشر الخطر يقدر بـ 54,89% بالنسبة لعينة الشباب المتعاطي للمخدرات، إلا أن المتغيرات التالية: الترفيه/الاستراحة، تأثير المخدرات، العلاقة مع الأصدقاء، النظام العائلي، التكيف الدراسي، الوضعية الصحية، الاضطرابات العقلية قد تدفع بالشباب لاستمرار في تعاطي المخدرات.

لذلك على المختص النفسي التركيز على هذه المتغيرات للتعامل مع هذه الفئة سواء كان وقائيا أو علاجيا.

أما بالنسبة لمجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات فحتى و إن كانت هذه العينة من غير المتعاطين للمخدرات إلا أن نسبة تعرضها لخطر تعاطي المخدرات قدرت بـ 24.6% أي نسبة التعرض للخطر ضعيفة، أما بالنسبة للميادين التي من الممكن أن تؤثر على هذه العينة لتعاطي المخدرات فقد ظهرت كلها أقل من 50% أي تأثيرها ضعيف، ماعدا متغير الترفيه/الاستراحة الذي قدرت نسبته بـ 44.66%

و نقصد به مختلف النشاطات التي يقوم بها الشاب في أوقات فراغه، وتعني هذه النتيجة أن قلة المرافق الترفيهية يعاني منها جميع الشباب سواء كانوا من المتعاطين للمخدرات أو كانوا من غير المتعاطين للمخدرات(الملاحق أنظر شكل 07)

3- عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات:

انطلاقاً من الدراسات السابقة قمنا بتحديد مجموعة من العوامل و التي نعتبرها أهم عوامل الخطر و الوقاية في نفس الوقت (انظر الجانب النظري)، وهي :

- الاكتئاب .
- استراتيجيات التعامل مع الضغط.
- السند الاجتماعي (ببعديه السند الأسري، سند الأصدقاء). - القلق من المستقبل.
- الرضا عن الحياة.

و سنعمل فيمايلي على تقديم تحاليل وصفية للبيانات التي تحصلنا عليها، ثم سنخضع هذه النتائج لاختبار "ت" لدراسة الفروق بين مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات. و في الأخير سنعمل على تحديد أهم العوامل التمييزية بين المجموعتين من خلال تطبيق التحليل التمييزي.

3-1 بيانات وصفية لعوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات:

يوضح الجدول 42 بيانات وصفية تخص عوامل الخطر و الوقاية لأفراد عينة البحث.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المجموعتين	المتغيرات
الاكتئاب				
12,459	30,9733	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الاكتئاب
06,089	20,573	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
استراتيجيات التعامل مع الضغط				
09,361	14,366	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الأداء
08,893	59,886	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
11,347	54,153	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الانفعال
08,961	43,340	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
05,133	25,820	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الترفيه
03,798	21,346	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
05,911	27,446	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	التنوع الاجتماعي
03,798	21,466	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	

09,434	53,446	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	التجنب
06,156	42,800		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
السند الاجتماعي				
4,585	14,906	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الأسرة
3,612	26,166		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
6,732	27,440	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الأصدقاء
3,487	21,646		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
القلق من المستقبل				
85,443	110,360	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	القلق من المستقبل
16,419	87,340		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
الرضا عن الحياة				
07.582	11,340	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الشعور بالسعادة
01.531	09,500		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
03.246	08.640	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الاجتماعية
08.405	10.493		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
04.459	09.033	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الهدوء
01.339	10.520		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
02.515	05.286	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الشعور بالاستقرار
01.694	10.880		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
03.267	09.126	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	القيم الاجتماعية
01.174	12.613		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
02.172	04.193	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	القناعة
01.557	10.480		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	

جدول رقم 42 : يوضح هذا الجدول بيانات وصفية تخص درجات عينة الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر و الوقاية.

يوضح جدول (42) بيانات وصفية تخص عوامل الخطر والوقاية لمجموع أفراد عينة البحث .

إن القراءة الأولية لهذا الجدول يبين بوضوح وجود اختلاف بين متوسطات المجموعتين، أي يوجد فروق بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

أي أن الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئاباً، يميل إلى استعمال أقل لاستراتيجية الأداء، واستعمال أكبر للإنفعال و الترفيه و التنوع الاجتماعي و التجنب للتعامل مع الضغط، كما يتأثر أكثر بأصدقائه في حين يتأثر الشباب غير المتعاطي للمخدرات أكثر بأسرته، أكثر قلقاً على مستقبله، و أقل رضا على حياته بالمقارنة مع الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

ولكن هل لهذه الفروق دلالة احصائية، هذا ما سنوضحه في الجدول(43)

2-3 نتائج اختبار "ت" فيما يخص عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات:

المتغيرات	المجموعتين	العينة	قيمة "ت"	الدلالة الاحصائية
الاكتئاب				
الاكتئاب	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	150	09,185	0.000
	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	150	09.185	0,000
استراتيجيات التعامل مع الضغط				
الأداء	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	150	-11,875	0.000
	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	150	-11.875	0,000
الانفعال	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	150	09,159	0.000
	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	150	09.159	0,000
الترفيه	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	150	08,483	0.000
	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	150	08.483	0,000
التنوع الاجتماعي	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	150	10,423	0.000
	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	150	10.423	0,000
التجنب	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	150	11.575	0,000
	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	150	11.575	0.000

السند الاجتماعي				
0.000	-25,740	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الأسرة
0,000	-25.740	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
0,000	9,375	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الأصدقاء
0.000	9.375		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
القلق من المستقبل				
0.001	03,240	150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	القلق من
0.001	03.240	150	مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	المستقبل
الرضا عن الحياة				
0.004	-02.913	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الشعور بالسعادة
0.004	-02.913		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
0.01	-02.519	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الاجتماعية
0.01	-02.519		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
0.000	-03.911	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الهدوء
0.000	-03.911		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
0.000	-22.587	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	الشعور بالاستقرار
0.000	-22.587		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
0.000	-12.299	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	القيم الاجتماعية
0.000	-12.299		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	
0.000	-28.802	150 150	مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات	القناعة
0.000	-28.802		مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات	

يوضح الجدول 43 نتائج اختبار "ت" بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب

غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر و الوقاية.

يوضح الجدول(43) نتائج اختبار "ت" لقياس الفروق بين متوسطات الشباب

المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر

و الوقاية، توصلنا إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات فيما يخص المتغيرات لتالية:

أظهرت نتائج اختبار "ت" أن هناك فروقا دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص متغير الاكتئاب، وهذا يعني أن الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب غير المتعاطي للمخدرات .

أما فيما يخص استراتيجيات التعامل مع الضغط فقد أظهرت النتائج كذلك وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ حيث يلجأ الشباب المتعاطي للمخدرات إلى استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو التنوع الاجتماعي، التجنب والانفعال أكثر من الشباب غير المتعاطي للمخدرات حيث هذا الأخير يلجأ إلى استراتيجيات التعامل مع الضغط النشيطة الموجهة نحو الأداء.

كما ظهرت فروق دالة احصائيا بين الشباب المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ فيما يخص **السند الاجتماعي ببعديه السند الأسر وسند الأصدقاء** وهذا يعني أن الشباب المتعاطي للمخدرات يدرك أن أصدقاءه أكثر سندا و دعما له من عائلته عكس الشباب غير المتعاطي للمخدرات فإنه يدرك أن أسرته أكثر دعما من أصدقائه.

أما فيما يخص متغير القلق من المستقبل فقد ظهرت كذلك فروق دالة إحصائية عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات فقد أبدى الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر قلقا على مستقبلهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

كانت نتائج الرضا عن الحياة في نفس اتجاه نتائج المتغيرات الأخرى حيث ظهرت فروق دالة إحصائية بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ ، الشباب المتعاطي للمخدرات أقل رضا عن حياتهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات، فقد أظهر الشباب المتعاطي للمخدرات أقل اجتماعية و أقل هدوءا و أقل شعورا بالاستقرار وأقل قناعة من الشباب غير المتعاطي للمخدرات كل هذه الفروق هي دالة عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$.

3-3 نتائج التحليل التمييزي:

يهدف التحليل التمييزي Discriminant Analysis إلى استخراج العوامل التي تميز مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات عن الشباب غير المتعاطي للمخدرات، و للقيام بهذا التحليل الاحصائي يوجد مجموعة من الشروط يتطلب احترامها عند استخدام التحليل التمييزي يمكن تلخيصها فيما يلي (محمود جودة، 2008)

- حساب التغيرات الكمية موزعة توزيعاً طبيعياً باستخدام اختبار

Kolmogrov- Smirnov

- حساب تجانس العينة من خلال تطبيق اختبار Box

و بالإضافة لذلك يشترط عند ادخال أي متغير في التحليل يجب أن لا تقل قيمة "ف" عن 3.84 و الحد الأعلى لقيمة "ف" الجزئية لإخراج أي متغير من التحليل هو 2.71

و تجدر الإشارة أنه عند القيام بهذه العمليات تظهر قيمة الجذر الكامن و قيمة معامل الارتباط التجميعي و الذي يسمح لنا بمعرفة معامل التحديد و الذي يسمح لنا بمعرفة إذا كان للدالة التمييزية مقدرة على التمييز.

و في الخير نتوصل إلى تحديد أوزان المتغيرات و تسمية الدالة التمييزية.

الرضا عن الحياة	القلق من المستقبل	السند العائلي	سند الأصدقاء	التجنب	التنوع الاجتماعي	الترفيه	الانفعال	الأداء	الاكتئاب	
0,937	4,114	1,125	0,962	0,980	0,907	1,293	1,159	0,989	1,342	Z de Kolmogrov-Smirnov
0,344	0,000	0,159	0,313	0,292	0,384	0,07	0,136	0,282	0,054	دلالة إحصائية

جدول رقم 44 يوضح هذا الجدول نتائج اختبار Kolmogrov- Smirnov

يتبين من خلال البيانات الموضحة في الجدول (44) أن معظم المتغيرات تتبع التوزيع الطبيعي حيث أن مستوى الدلالة منها أكبر من 0,05 المستوى المعتمد، وتتمثل هذه المتغيرات في:

- الأداء - الانفعال
- التنوع الاجتماعي - التجنب
- سند الأصدقاء - السند العائلي
- الرضا عن الحياة
- أما المتغيرات التي لم تتبع التوزيع الطبيعي نجد :
- الاكتئاب - الترفيه
- القلق من المستقبل

كما جاء ذكره سابقا فإن معامل التمايز أو التمييزي يستعمل من أجل تصنيف الأفراد في مجموعات وذلك بناء على أوزان و نسب أو درجات يحصلون عليها في مجموعة من المتغيرات. وللوصول إلى هذه النتيجة هناك مجموعة من الخطوات

Log محددات	الصفوف	المجموعة
25,794	6	1,00
21,148	6	2.00
24,174	6	Intergroupes Combines

جدول رقم 45 يوضح هذا الجدول نتائج تجانس المجموعتين

أما فيما يخص تجانس العينتين فمن خلال تطبيق اختبار Box لقياس التجانس بين العينتين فقد أشارت النتائج إلى أن قيم Log Déterminant تقريبا متساوية بالنسبة للمجموعة الأولى أي مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات و المقدر بـ 25,794 والمجموعة الثانية أي مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات و المقدر بـ 21,148 مما يدل على تجانس أفراد العينة.

في تحليل التمايز توضع بعض القواعد المتعلقة بقيم "ف" و التي تتراوح ما بين 2,71 - 3,84 حيث يتم إلغاء كل متغير تبلغ قيمة "ف" فيه أقل من 2,71، انطلاقا من هذه القاعدة فقد تم إخراج أربعة متغيرات من التحليل و هي :

المتغيرات المنبئة	المتغيرات الخارجة عن التحليل	قيمة "F"	المتغيرات
	X	0,222	الاكتئاب
X		21,893	استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو الأداء
X		5,516	استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة الانفعال
	X	2,716	استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة الترفيه
	X	0,649	استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة التنوع الاجتماعي
X		61,667	استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة التجنب
X		15,115	سند الأصدقاء
X		558,087	السند العائلي
	X	0,092	القلق من المستقبل
X		12,985	الرضا عن الحياة

الجدول رقم 46: يوضح هذا الجدول المتغيرات التي تم إقصاءها من التحليل الهدف من هذه العملية هو الوصول إلى مصداقية أكبر للنتائج و تحديد أكبر للمتغيرات المنبئة .

كما تم إدخال في مستوى آخر المتغير الذي يضاعف نسب "ف" الصغرى بين أزواج المجموعتين، مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات، حيث تطبق القاعدة الأساسية والتي أدخلت سابقا و الفائلة بأن الحد الأدنى لقيمة "ف" الجزئية لإدخال أي متغير في التحليل يجب أن لا يقل عن 3,84 و الحد الأعلى لقيمة "ف" الجزئية لإخراج أي متغير من التحليل هو 2,71 ، توصلنا إلى أن الفروق بين أزواج المجموعتين دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ بالنسبة لجميع الحالات

المعادلة	القيمة الحقيقية	نسبة التباين	نسبة المتراكمة	الارتباط التجميبي
1.00	3.174	100.0	100.0	0.872

جدول رقم 47 يوضح هذا الجدول قيمة الجذر الكامن و قيمة معامل الارتباط التجميبي

أما فيما يتعلق بالدالة التمييزية وتحديد أهم المتغيرات التمييزية فقد تبين أن قيمة الجذر الكامن Eigenvalue للدالة التمييزية كانت 3,174 مما يشير إلى أن للدالة التمييزية مقدرة عالية على التمييز حيث أن قيمة الجذر الكامن أكبر من واحد صحيح، وما يؤكد ذلك أن 100 % من التباين كان مفسرا، أما فيما يتعلق بالارتباط التجميعي Canonical Correlation فقد بلغ 0,872 ويدل ذلك على جودة توفيق الدالة التمييزية . إن مربع قيمة الارتباط التجميعي $(\hat{r})^2 = (0,872)^2 = 0,760$ تمثل هذه القيمة معامل التحديد أي بمعنى آخر 76 % من التغير في عضوية المجموعة يرجع إلى التغير في المتغيرات المنبئة، أي أن تعاطي المخدرات أو عدم التعاطي يرجع بنسبة 76 % إلى المتغيرات الست المحددة سابقا . ف 76 % من البيانات في المعادلة التمييزية تفسر التغير في عضوية المجموعتين

اختيار المعادلة أو المعادلات	Lambda Wilks	كا ²	ddl	الدلالة الإحصائية
1.00	0,240	421,495	6	0,0000

جدول رقم 48 يوضح هذا الجدول نتائج كا² للفروق

كما تظهر قيمة كا² أكبر من القيمة المجدولة و بهذا يمكن استنتاج أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين تعود إلى المتغيرات المنبئة الست و المتمثلة في استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو الأداء، نحو الانفعال، نحو التجنب، سند الأصدقاء، السند العائلي و الرضا عن الحيا

المعادلة	
1,00	
0,690	السند العائلي
- 0,419	التجنب
0,282	الأداء
- 0,252	سند الأصدقاء
0,221	الرضا عن الحياة
- 0,158	الانفعال

جدول رقم 49 يوضح هذا الجدول تحديد أوزان المتغيرات و ترتيبها

في الأخير نصل إلى تحديد أوزان المتغيرات وكذا إمكانية تسمية الدالة التمييزية ، فقد تبين من خلال معاملات الدالة التمييزية المعيارية التي تعبر عن الارتباط التجميعي بين الدالة التمييزية وكل متغير من المتغيرات المستقلة الست التي تم إدخالها في عملية التحليل التمييزي ، فقد أظهر السند العائلي الوزن الأكبر في التأثير في زيادة التمييز بين مجموعتي الشباب المتعاطي للمخدرات الشباب غير المتعاطي للمخدرات ويليه في معامل الارتباط التجميعي بين الدالة التمييزية وإستراتيجية التعامل مع الضغط الموجهة نحو التجنب 41 % تعني هذه النتائج أن المتغير المهم و الذي من شأنه أن يؤدي إلى تعاطي المخدرات أو عدم تعاطي المخدرات هو السند العائلي حيث يشارك بنسبة 69 % في تعاطي أو عدم تعاطي المخدرات ، وبهذا يمكن تسمية الدالة التمييزية من حيث الوزن الأكبر المؤثر في زيادة قوة التمييز اسم السند العائلي . لم يختلف ترتيب الأوزان أو ترتيب المتغيرات حين حساب معاملات الارتباط داخل المجموعات التمييزية وقد كان معامل الارتباط مع السند العائلي أقواها إذ بلغ 76% أما معامل الارتباط مع القلق من المستقبل و الاكتئاب و إستراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو الترفيه و التنوع الاجتماعي فقد تم استثناءها من التحليل لأن قيمة "ف" أقل من 2.71 .

4- ملمح الشاب الجزائري المتعاطي للمخدرات:

من خلال النتائج المتوصل لها تمكنا من رسم ملمح للشباب الجزائري المتعاطي للمخدرات.

إن متوسط عمر الشاب الجزائري المتعاطي للمخدرات 22,62 سنة، ذات مستوى تعليمي متوسط، أعزب، عاطل عن العامل و إن كان يمارس بعض النشاطات غير الرسمية مثل البيع غير المرخص، ينحدر من أسرة ليست بالضرورة متفككة فمستواها الاقتصادي متوسط، أما عن المستوى التعليمي للوالدين فالأم بدون مستوى، في حين الأب يتراوح مستواه بين بدون مستوى و المستوى الابتدائي، يسكن مع والديه، يعاني من مشكل ضيق المسكن الأم لا تعمل في حين الأب في غالب الأحيان نجده موظف بسيط.

و تجدر الإشارة إلى أن هذا المتعاطي للمخدرات ليس لديه في أغلب الأحيان مشاكل مع القانون، متوسط سنه عند تعاطي المخدرات 16,71 سنة، أما عن مصدر حصوله على المخدرات فيعتبر العمل و الأسرة أهم المصادر، يعتبر تأثير الأصدقاء أهم العوامل التي دفعته لتعاطي لمخدرات، الحشيش هو المخدر الذي تعاطاه أول مرة ، يتعاطى أكثر من مخدر و لكن يبقى الحشيش أكثر المخدرات تقضيلًا، يفضل التعاطي مع الأصدقاء، مستوى تعاطيه معتدل، و لكن أصبحت المخدرات تشكل تهديدا على حياته الاجتماعية، و صحته الجسمية و النفسية فهو يعاني من الاكتئاب و القلق من مستقبله، انفعالي عند التعامل مع الضغط، وفي بعض الأحيان يتجنب التعامل معه، غير راض عن حياته و يفضل اللجوء إلى أصدقائه عندما تصادفه مشكلة معينة على أن يلجأ لأسرته.

يعاني نوع من التنافر الوجداني فهو يعتبر تجربته مع المخدرات سلبية و مع ذلك فإنه لا يستطيع التوقف عن التعاطي، مما قد يخلق لديه صراع يولد لديه قلق مستمر قد يلجأ للمخدرات للتخلص منه.

كثيرا ما يشعر بالملل لغياب وسائل الترفيه و بالتالي لا يعرف كيف يستثمر أوقات فراغه فيقضيها في الشارع عرضة لكل المخاطر الممكنة.

5- مناقشة نتائج الفرضيات:

بعد عرض مختلف هذه النتائج سنحاول مناقشتها على ضوء الفرضيات المطروحة:

5-1 مناقشة نتائج الفرضية العامة الأولى:

و التي تقول:

1- يوجد فروق دال إحصائياً بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر والوقاية. من خلال الاعتماد على اختبار"ت" لحساب الفروق بين المتوسطات توصلنا إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر فقد اظهر الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر قلقاً من المستقبل، وأكثر اكتئاباً، و أقل رضا عن حياتهم و بالنسبة لهذا المتغير و بمختلف أبعاده فقد أظهرت النتائج أن الشباب المتعاطي للمخدرات أقل شعوراً بكل من السعادة، و الاجتماعية، و بالهدوء، و الاستقرار، و القيم الاجتماعية، و أقل فناعة من الشباب غير المتعاطي للمخدرات. أما بالنسبة لمتغير استراتيجيات التعامل مع الضغط فقد أظهرت النتائج أن الشباب المتعاطي للمخدرات عندما يتعرض لضغط معين فإنه يلجأ إلى التجنب، الانفعال، الترفيه، و التنوع الاجتماعي في حين يلجأ الشباب غير المتعاطي للمخدرات لإستراتيجية الأداء للتعامل مع الوضعيات الضاغطة.

رغم قلة الدراسات التي تناولت هذه المتغيرات مجتمعة لتحديد كعوامل خطر

و وقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، إلا تلك التي ذكرها كل من

(Bry et al,1982,Kandel et al,1987, Newcomb et al,1986)

فقد قاموا بحصر 10 عوامل خطر، وهي :

- انخفاض المعدل الدراسي.

- انخفاض درجة التدخين.

- الاضطراب النفسي.

- الانحراف.

- التعاطي المبكر للكحول.

- تدني تقدير الذات.
 - صراعات عائلية.
 - تعاطي الأصدقاء للمخدرات.
 - تعاطي الكبار (الإخوة، الوالدين) للمخدرات.
 - الحاجة للإثارة.
- أما (Mc Bride ,Simpson(1992 فقد حددوا مجموعة من العوامل، وهي :

- الروابط العائلية.
 - العلاقة مع الأصدقاء.
 - تقدير الذات.
 - المستوى المعيشي.
- أما (Hawkins et Catalano(1992 فقد حصروا مجموعة من عوامل الخطر لتعاطي المخدرات، و هي كمايلي:
- عوامل فيزيولوجية و بيوكيميائية.
 - عوامل وراثية.
 - عوامل عائلية.
 - تعاطي العائلة للمخدرات.
 - المعاملة الوالدية.
 - الصراعات العائلية.
 - ظهور مبكر لمشاكل سلوكية مع استمرارها.
 - الفشل الدراسي.
 - تأثير الأصدقاء.
 - رفض الطفل من جماعة الرفاق في سنوات التمدرس الأولى .
 - تعاطي الأصدقاء للمخدرات.
 - الشعور بالاغتراب و الثورة.
 - الاتجاهات الايجابية نحو المخدرات.

من خلال عرض هذه النتائج يتضح أن مختلف الدراسات السابقة التي تناولت موضوع عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات ركزت على العوامل الاجتماعية، في حين نجد غياب العوامل النفسية، على الرغم من تأكيد الكثير من الباحثين على أهمية العوامل النفسية و علاقتها بظاهرة تعاطي المخدرات واستمرارها.

ففي دراسة قام بها شيلز، و ميلر، وكوكس (Chiles et al(1980) توصلوا إلى أن 60,70% من مجموع عينة البحث يتعاطون الماريخوانا و الكحول للتخفيف من أعراض الاكتئاب.

أما جستجر (Gestenger et al(1983) فقد أكد من خلال نتائج اختبار منيسوتا متعدد الأوجه والذي تم تطبيقه على عينة قوامها 205 مدمن على الكحول و المخدرات أن 69% من مجموع العينة يعانون من حالة اكتئاب (Allain&Suton,1988) **عن (طايبي،1998)**

كما توصل كاندل Kandel (1988) إلى أن المراهقين الذين يستعملون أي نوع من المخدرات هم أكثر اكتئابا من الذين لم يتعاطوا أي مخدر و أن المراهقين الذين يستعملون مخدرات غير مشروعة غير الماريخوانا هم أكثر اكتئابا من الذين يستعملون الماريخوانا فقط.

و يفسر جاكوبس (Jacobs(1986) السلوكيات الإدمانية على أنها نتيجة خوف الشباب من المستقبل كما يرى أن العامل المشترك بين مختلف أنواع الإدمان هو توقع حدوث كل ما هو غير مرغوب.

كما توصلت جانسن (Janssen(1994) إلى ان أهم العوامل التي تؤدي إلى الانتكاس في حالات الكحول و التدخين و الإدمان عل الهيروين و في مختلف سلوكيات الإدمان هي الحالات الانفعالية السلبية كالغضب والخوف، و الاكتئاب و اليأس.

و قد جاءت نتائج دراسة لهما و آخرون (Lehaman, et al(1979) لتأكيد نتائج الدراسات السابقة حيث توصلوا إلى وجود مستويات للأعراض الاكتئابية تتراوح من البساطة إلى الشدة عند أغلب المدمنين.

كما تؤكد نتائج دراسة كاندل و كسلر (Kandel & Kessler 1977) الطولية حول استعمال المخدرات عند المراهقين . فقد خلص الباحثان إلى أن المزاج الاكتئابي منبئ مهم لبداية استعمال المخدرات غير الشرعية المختلفة عن الماريخوانا بين المراهقين الذين جربوا سابقا الماريخوانا و بالتالي فهم في خطر للتورط في أشكال مهمة من لتعاطي المخدرات.

و تدعم هذه النتيجة بنتائج دراسة كاندل و أخرون (1978) حيث توصلوا إلى أن الأشخاص يتخذون من تعاطي المخدرات طريقة للتعامل مع المشاكل الشخصية، كما توصلوا إلى أن ظهور الأعراض الاكتئابية عند المتعاطين للمخدرات ينبئ بتعاطي المخدرات الصلبة، لا ببداية تعاطي الماريخوانا (Barclay,1984)

كما تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة كارلسون وستروبر Carlson&Strober حيث توصلوا إلى أن الاكتئاب في مرحلة المراهقة ينبئ بنتائج سلبية مختلفة، تشمل المشاكل الأكاديمية، و المشاكل الزوجية، و الجنوح، و البطالة، و التورط في المخدرات، و الاستشفاء، و حوادث السيارات، و الاعتقال، و الإدانة في جرائم. (Lewinsohn et al, 1994)

أما بوكريسو سوفر (Boukris&Sauer(1991) فقد توصل إلى أن الاكتئاب الحاد كثيرا ما يقود العديد من الشباب إلى حالات خطيرة كالهروب، أو الإدمان على المخدرات، أو الانتحار.

كما توصل وايس و آخرون (Weiss et al(1992) في دراسة قاموا بها على عينة قوامها 350 فردا يسيئ استعمال المخدرات، اختيرت من المستشفيات توصلوا إلى أن نسبة 21% من مجموع العينة تعاني من اضطراب المزاج (و هي من أهم الاضطرابات الملازمة للإدمان على المخدرات)، منها 11% تعاني من اكتئاب رئيسي.

و للتأكد من الفرضية التي اقترحها وايس و آخرون (Weiss et al(1992) والتي تقول: أن الإدمان على المخدرات هو تداعي ذاتي Self-Medication ضد الاكتئاب. توصل إلى أن 63% من عينة المدمنين على المخدرات التي درسوها يستعملون المخدر بغرض مقاومة أعراض الاكتئاب، كما توصلوا إلى أن المفحوصين الذين

يعانون من اكتئاب رئيسي يستعملون المخدرات استجابة لمشاعر الاكتئاب بشكل أكبر من المفحوصين الذين لا يعانون من هذا الاضطراب، حيث لدينا 89% بالنسبة للمجموعة الأولى مقابل 60% في المجموعة الثانية.

كما توصلت الدراسة كذلك إلى أن 20% من النساء اللواتي صرحن أنهن تستعملن المخدرات عندما تكن مكتئبات، شخصت كذلك أنها تعاني من اكتئاب رئيسي مقارنة بـ 15% من النساء اللواتي تتكرن أنهن تستعملن المخدرات ضد الاكتئاب.

كما تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة ريان و آخرون، حيث قاموا بدراسة على عينة تتكون من 92 مراهقا يعاني من اكتئاب رئيسي. فوجدوا أن 18% استعملوا المخدرات البسيطة على الأقل ظرفيا، و 4% جربوا المخدرات الصلبة على الأقل خلال الفصل الاكثابي الحالي. و كانت الأعراض الاكثابية في الغالب تسبق استعمال المواد السامة.

كما توصل كل من نولان-هسكما و آخرون (1994) Nolen-Hoeksema et al إلى أن تعاطي الكحول أو المخدرات هو نمط مقاومة انفعالي، مثل التفكير المرغوب فيه، والبحث عن السند الاجتماعي و المعلومات و التعبير عن الانفعالات، والإنكار و القيام بنشاطات مرحة لايشغال التفكير.

وتتفق نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة كمباس و آخرون (1988) Compas et al حيث توصلوا إلى وجود ارتباط عكسي ذو دلالة إحصائية بين استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على المشكل و سلم السلوكات الإدمانية.

كما أكد بانترز (1983) Pentz في دراسة حول استراتيجيات التعامل مع الضغط عند المتعاطين للمخدرات، إلى أن التدريب على المهارات الاجتماعية يخفض من استعمال المخدرات، و قد أثبتت عملية المتابعة أن التدريب على هذه المهارات الاجتماعية طريقة فعالة للوقاية من الإدمان على المخدرات عند المراهقين.

كما توصل غوتليب (1979) Gotlib ولفينسن (1980) Lewinsohn إلى أن المتعاطين للمخدرات يعانون من عجز في القدرة على حل مشاكلهم.

في السياق نفسه توصل كل من بلات، و آخرون (1987) Platt et al

إلى أن المدمنين على الأفيون يعانون من نقص في مهارات حل المشكل، التي تمكن الفرد من تحديد مشكل، و التفكير في بدائل لحله، ثم تقييم نتائج التدخلات الممكنة. كما خلص بحث كاندل (Kandel 1988) إلى أن الأفراد في وضعيات ضاغطة، قد يلجأون إلى الموارد الاجتماعية المتوفرة كالعائلة و جماعة الأصدقاء، وإلى الموارد النفسية و الاستراتيجيات السلوكية المستعملة عادة لمواجهة وضعية ما. لهذا، إذا كان المراهق لا ينتمي إلى أي جماعة دعم، و كان يفتقر إلى الموارد النفسية و الاستراتيجيات السلوكية، فإنه قد يشعر بالاكنتاب، و العزلة، فيتوجه إلى المخدر، و السلوكات المشكلة الأخرى كالجناح، واضطرابات الشهية لإنهاء مشاكله الاجتماعية و العاطفية.

كما توصل فرال و آخرون (Farrel et al 1992) إلى أن الاستعمال المنخفض لاستراتيجية التخطيط لحل المشكل، من أهم عوامل الخطر لتعاطي المخدرات عند المراهقين.

و يؤكد كل من ليفينسن و آخرون (Lewinsohn et al)، أن المدمنين على المخدرات يبدون نقصا واضحا في إستراتيجية التخطيط لحل المشكلات، مقارنة بالأشخاص الذين لا يستهلكون المخدرات، أما ليز (Liese 1994) فقد توصل إلى أن سوء استعمال المخدرات يرتبط بنقص مهارات حل المشكل لدى الفرد الذين يظهرون ذلك يظهرون ذلك السلوك.

كما أكد ليفيت (Leavitt 1974) أن تعاطي المخدرات هو تجنب للمشاكل، و بالتالي تجنب الحاجة إلى أخذ قرارات حولها. ويحدث هذا خاصة خلال المراهقة، فيمثل تعاطي المخدرات شكلا من أشكال الهروب من الواقع.

كما تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج الدراسة التي قامت بها مارلات (Marlatt 1983) حيث توصل إلى أن معظم المدمنين ينتكسون عندما تعترضهم مواقف مزعجة تثير لديهم القلق و الاضطراب لهذا غالبا ما يصرح المدمنون أنهم يلجأون إلى المخدر أو المسكر، من أجل تخدير مشاعرهم و إحساسهم، و من أجل الهروب. (حمدي حجار، 1992)

كما توصل سيجال، و آخرون (Siegel et al(1989) إلى أن المراهقين يستعملون المخدرات للهروب من المشاعر، و صد الانفعالات، و تجنب الواقع، و مقاومة الضغط.

أما جوي و آخرون (Joe et al(1991) فقد توصلوا إلى أن تجنب مواجهة المشاكل و الهروب منها، من أهم الأسباب التي تدفع إلى استنشاق المواد الطيارة. و يؤكد حمدي الحجار(1992) أن تعاطي المخدرات يلعب دور الهدف المعزز تعزيزا سلبيا(الهروب أو التخدير) فهو يساعد المدمن على تجنب الضيق و الكرب أو الهروب منهما ولو لفترة مؤقتا (حمدي حجار، 1992)

وتتفق نتائج هذا البحث مع نتائج دراسة كمباس و آخرون(Compas et al(1988) حيث توصلوا على وجود علاقة ايجابية بين المقاومة المركزة على الانفعال ومقياس السلوكات المشكلة للأطفال، و بين المقاومة المركزة على الانفعال وسلمي الاكتئاب و الجنوح و تعاطي المخدرات.

أما فيما يخص السند الاجتماعي فقد أظهرت التحليلات الإحصائية إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات، ولكن باختلاف في الاتجاهات وهذا يعني أن الشباب المتعاطي للمخدرات أدرك بأن أصدقاءه أكثر مساندة و دعما له من أسرته، في حين أدرك الشباب غير المتعاطي للمخدرات بأن أسرته أكثر مساندة ودعما له من أسرته. و تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما أكده جونسن(1973) في دراسة قام بها على عينة قوامها 3500 تلميذ من 20 مدرسة أنه كلما قل تأثير الوالدين على الأبناء كلما زاد تأثير جماعة الرفاق.

(Bergeret,1984)

كما توصل سمارت و آخرون(Smart et al(1990) إلى أن التباعد بين الأبناء يرتبط بتعاطي المراهقين للمخدرات أو الكحول(Smart, Chibucus& Didier1990) كما أكد جونسن(1973) Johnson أن شعور الابن بإهمال والديه له، و الرفض الدائم له، وعدم التقبل يجعله سهل التأثر بجماعة الرفاق.

كما توصل بروك و آخرون(Brook et al (1992) من خلال دراسة قاما بها حول الانحراف و سوء استهلاك المخدرات، إلى أن هناك تشابه في السببية، حيث كلاهما

يتأثر بالنشاط العائلي، وجماعة الرفاق، و المحيط المدرسي، ولكن سلوك تعاطي المخدرات يتأثر أكثر بالروابط الأسرية، أما الانحراف فيتأثر بالمحيط الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي. (Dobkin et al, 1997)

ويدعم كاندل (1982) kandel هذه النتيجة، حيث توصل إلى تحديد ثلاثة متغيرات ذات أهمية تنبؤية بالغة في تعاطي المراهقين للمخدرات، وهي :

- تعاطي الوالدين للمخدرات.

- اتجاهات الوالدين الايجابية نحو المخدرات.

- نوعية التفاعل بين الوالدين و الأبناء. (Van Hasselt et al,1993)

أما بومريند (1991) Baumrind، بروك و آخرون (1992) Brook et al، شيدلر وآخرون (1990) Schedler et al فقد توصلوا إلى أن الرفض الوالدي كما يدركه الأبناء يؤدي بالمراهق إلى سوء استهلاك المخدرات.

كما لاحظ دشيون و آخرون (1988) Dishion et al، إن المعاملة الوالدية التي لا تقوم على النصح، والإرشاد، و المراقبة، إلى جانب عدم القدرة على حل المشاكل و الصراعات العائلية حلا موفقا قد تدفع بالمراهق إلى تعاطي المخدرات.

(Van Hasselt et al,1993)

أما تمسون و يلساك (1987) Thompson Wilsnack فقد توصلوا إلى أن العلاقات الأسرية التي تتميز بالصراع تنبئنا بلجوء المراهق لتعاطي الخمر، كما ترتبط بالتدخين، و تعاطي الماريخوانا، ويرجع هذان الباحثان الصراعات العائلية إلى خلل في القدرة على حل المشاكل الاجتماعية، و بالتالي ضعف في مقاومة الحوادث الحياتية الضاغطة (Hops et al, 1990)

وفي السياق نفسه توصل فيكاري و آخرون (1994) Vicary et al من خلال ملاحظتهما لمجموعة من المراهقين المتعاطين للمخدرات إلى جمع بعض المميزات الخاصة بوالديهم والتي تتمثل في أنهم صارمين جدا مع أبنائهم، و معاملتهم مبنية على مبادئ متناقضة، مع وجود صراعات زوجية، وهذه المميزات كانت تميز هذه الأسر حتى قبل تعاطي أبنائهم للمخدرات (Vicary et al, 1994).

أما هاوكينس و آخرون (Hawkins et al,1986) فيؤكدون على أن العامل المهم والذي يساهم بكل قوة في تناول الشباب للمخدرات هو غياب الرقابة الوالدية. كما توصل هوبس، إيشنستاين، وآري (Elichenstein, Ary, Hops et al (1990) إلى أن الدرجة المنخفضة من الرقابة تضع المراهق أمام فرص عديدة لتجريب المخدرات بالخصوص داخل الجماعة.

أما مولينا و آخرون (Molina et al(1994) فقد أكدوا على أن المراقبة، والضغط الناتج عن المراقبة يحدثان آثارا سلبية و ترتبط بتعاطي المخدرات لدى المراهق، بغض النظر عما إذا كان الأب يتعاطى الكحول و/أو المخدرات أم لا. أما بروك و آخرون (Brook et al(1990) فقد استخلصوا بعض الملاحظات حول مميزات النشاط العائلي لأسر المدمنين على المخدرات، والفروق الموجودة بين تأثير معاملة الأمهات و الآباء، و توصلوا إلى أن الأمهات اللواتي يمارسن مراقبة مفرطة على سلوكيات أبنائهن تفسر سلوك تعاطي المراهق للمخدرات أكثر منه عندما تمارس من طرف الأب خاصة عندما توجه تلك المراقبة إلى سلوكيات جد واضحة. على جانب مشاركة الأمهات الشبه معدومة في نشاطات أبنائهن، الصرامة الوالدية التي غالبا ما تكون متناقضة و غير ثابتة.

أما هاوكينس و كتالانو (Hawkins et Catalano(1992) فقد توصلوا إلى أن خطر تعاطي المخدرات يظهر مرتفعا عند الأشخاص الذين تتميز معاملة والديهم بعدم الوضوح، و بمراقبة ضعيفة لسلوك الأبناء، و بمكافآت قليلة و غير ثابتة للسلوك الإيجابي، مع عقاب شديد و متواصل لا يرتبط بدرجة الخطأ.

كما أكد رايلي (Raily(1992) إلى أن النقطة المشتركة بين المراهقين المتعاطين للمخدرات تتمثل في وجود نماذج سيئة للاتصال، و النقد الدائم، و التأنيب المستمر، و نقص الثناء، و عدم توافق توقعات الآباء الخاصة بمستقبل طفلهم و قدراته الذهنية.

(Hawkins et al, 1992)

أما بلوك و شيدلر (Schedler et Block (1990) ففي دراسة طولية على عينة تتكون من 101 طفل يبلغون من العمر 5 سنوات، و أصبحوا يتعاطون المخدرات في سن الـ18 توصلوا إلى أن أمهاتهم يتصفن بالعدوانية، عديمات الإحساس بأبنائهن،

كثيرات النقد لسلوكياتهم، لا تدعمهم، و لا تساندنهم، كما أنهم كن قليلات التشجيع لهم، شديداً التركيز على أداءهم، أما أمهات الشباب الذين كانت لهم تجربة قصيرة مع المخدرات و لكن لم يدمنوا عليها فتتصفن بأنهن حنونات تلقائيات، مساندات، مشجعات لأبنائهن.

كما تتفق نتائج هذا البحث بنتائج دراسة كل من كمبو و روهنر Campo et Rohner(1991) في دراسة أجريت على عينة مكونة من 80 شابا، 40 منهم متعاطي للمخدرات يمثلون العينة التجريبية متوسط أعمارهم 20 سنة، و40 شابا غير متعاطي للمخدرات يمثلون العينة الضابطة متوسط أعمارهم 20 سنة، وقد استخدمنا استبيان تقدير الشخصية، النسخة الخاصة بالراشدين (PAQ)، واستبيان المعاملة الوالدية القبول- الرفض، النسخة الخاصة بالراشدين، و توصلنا إلى أن المتعاطين للمخدرات يدركون آباءهم و أمهاتهم أكثر أنهم رفضا لهم، مقارنة بغير المتعاطين للمخدرات.

فإذا كانت العلاقات الأسرية بالنسبة للمتعاطين للمخدرات تتسم بالرفض و الصراع و اللامبالاة، فإن العلاقة مع الرفاق تختلف تماما، فقد توصل كاندل وديفس(1991) Kandel Et Davies إلى أن هناك علاقة ايجابية بين درجة الألفة و المودة بين جماعة الرفاق و تعاطيهم للمخدرات (Dembo et al,1994)

يجد الشاب إذن في جماعة الرفاق ما لا يجده في أسرته، إنه يجد الأذن الصاغية لمشاكله وانشغالاته، يجد التقبل كما يجد السند و الدعم الذي يفتقده في أسرته، فتتكون بينه و بين جماعة الرفاق مودة و ألفة، فتصبح أكثر تأثيرا عليه من والديه، فيستمتع عند الاجتماع بهم، و بالتالي يصبح يقضي أكبر وقتا معهم، يستحسن و يوافق على أي سلوك يقوم به أصدقائه حتى و إن كان سلوكا منحرفا.

كما توصل بومان (1988) Bauman إلى أن المرافق يتأثر بصفة خاصة بجماعة الأصدقاء فيما يخص تعاطي الكحول.

أما براون و آخرون(1971) Brown et al فقد بينوا أهمية الجماعة في بداية تعاطي الشخص الهيروين، وباحثون آخرون توصلوا في دراسة قاموا بها على

عينة تتكون من 155 شابا يتعاطي الأفيون، أن 89% من مجموع العينة كانت بداية تعاطيها للأفيون داخل الجماعة (Bergeret,1984)

إن الدور المهم الذي تلعبه الجماعة في دخول الشاب إلى عالم تعاطي المخدرات أعطى لهذه ظاهرة طابعا نفسيا اجتماعيا، لذلك فالخروج عن هذا الإطار لمحاولة فهمها لا يوصلنا إلى فهم واضح وعميق. ولكن ما هي أهم الميكانيزمات التي يتم بفضلها تأثير الشباب المنحرف على أصدقائه؟ هناك من قدم تفسيرات (Kandel et Davies 1991, War et Stafford 1991)، ونقترح عليكم البعض منها، والتي تأخذ أشكال مختلفة، فهناك من فسر هذا التأثير عن طريق:

-الترباط التفاضلي Differential Association (Sutherland and Gressy 1978)

-التنشئة الاجتماعية (Kandel, 1974, 1980 Kandel et Adler 1988)

-نظريات التعلم الاجتماعي (Dembo, 1994, p1422)

أما Agnew فقد توصل إلى تأثير الشاب بالجماعة المنحرفة، يشترط فيه شروط أربعة وهي :

-تمسك الشاب بجماعة الأصدقاء المنحرفين.

-مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعة الأصدقاء.

-مدى الاستحسان أو الموافقة على السلوك المنحرف

-مدى ضغط الأصدقاء.

إن تفاعل هذه العوامل لها تأثير قوي في حالة ما إذا رافق الشخص أصدقاء مورطين في جرائم خطيرة، (السطو ليلا على المنازل، اختلاس الأموال، التجارة في المخدرات الصلبة إلخ...). (Dembo, 1994)

و تدعم نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من بيقلون، دانكان، آراي

(Biglan , Duncan,Ary(1995) على عينة تتكون من 608 مراهق(225 ذكر،

و 383 أنثى) حيث توصلوا إلى أن سلوك تعاطي المخدرات يرتبط ارتباطا قويا ودالا إحصائيا بتأثير الأصدقاء.

5-2 مناقشة نتائج الفرضية العامة الثانية:

و التي تقول:

- تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب، و سند الأصدقاء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات.

من خلال تطبيق التحليل التمييزي توصلنا إلى أن فعلا الشباب المتعاطي للمخدرات يستعمل أكثر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة حول التجنب، كما يدرك أنه دعما من طرف أصدقائه .

و تتفق هذه النتيجة مع الكثير من الدراسات حيث توصل كل من نولان-هسكما، وباركر، و لارسن(1994)Nolen-Hoeksema,Parker, Larson إلى أن تعاطي الكحول أو المخدرات هو نمط مقاومة انفعالي، مثل التفكير المرغوب فيه، والبحث عن السند الاجتماعي و المعلومات

و التعبير عن الانفعالات، والإنكار و القيام بنشاطات مرحة لإشغال التفكير.

كما خلص بحث كاندل (1988)Kandel إلى أن الأفراد في وضعيات ضاغطة، قد يلجأون إلى الموارد الاجتماعية المتوفرة كالعائلة و جماعة الأصدقاء، وإلى الموارد النفسية و الاستراتيجيات السلوكية المستعملة عادة لمواجهة وضعية ما. لهذا، إذا كان المراهق لا ينتمي إلى أي جماعة دعم، و كان يفتقر إلى الموارد النفسية و الاستراتيجيات السلوكية، فإنه قد يشعر بالاكنتئاب، و العزلة، فيتوجه إلى المخدر، و السلوكات المشككة الأخرى كالجناح، واضطرابات الشهية لإنهاء مشاكله الاجتماعية و العاطفية.

كما أكد ليفيت(1974)Leavitt أن تعاطي المخدرات هو تجنب للمشاكل، و بالتالي تجنب الحاجة إلى أخذ قرارات حولها.

ويحدث هذا خاصة خلال المراهقة، فيمثل تعاطي المخدرات شكلا من أشكال الهروب من الواقع.

كما تتفق نتائج هذا البحث مع نتائج الدراسة التي قامت بها مارلات (1983)Marlatt حيث توصل إلى أن معظم المدمنين ينتكسون عندما تعترضهم مواقف مزعجة تثير لديهم القلق و الاضطراب. لهذا غالبا ما يصرح المدمنون أنهم يلجأون إلى المخدر

أو المسكر، من أجل تخدير مشاعرهم و إحساسهم، و من أجل الهروب.(حمدي حجار،1992)

كما توصل سيجال، و أهريش (1989) Siegel & Ehrlich إلى أن المراهقين يستعملون المخدرات للهروب من المشاعر، و صد الانفعالات، و تجنب الواقع، و مقاومة الضغط.

أما جوي، وسيمبسون (1991) Joe & Simpson فقد توصلوا إلى أن تجنب مواجهة المشاكل و الهروب منها، من أهم الأسباب التي تدفع إلى استنشاق المواد الطيارة.

و يؤكد حمدي الحجار(1992) أن تعاطي المخدرات يلعب دور الهدف المعزز تعزيزا سلبيا(الهروب أو التخدير) فهو يساعد المدمن مؤقتا و لفترة على تجنب الضيق و الكرب أو الهروب منهما (حمدي حجار،1992)

لقد أكد شيلز، و ميلر، وكوكس (1980) Chiles,Miller& Cox أن 60,70 % من مجموع عينة البحث يتعاطون الماريخوانا و الكحول للتخفيف من أعراض الاكتئاب.

و تدعم هذه النتيجة بنتائج دراسة كاندل و آخرون(1978) حيث توصلوا إلى أن الأشخاص يتخذون من تعاطي المخدرات طريقة للتعامل مع المشاكل الشخصية، كما توصلوا إلى أن ظهور الأعراض الاكتئابية عند المتعاطين للمخدرات ينبئ بتعاطي المخدرات الصلبة، لا ببداية تعاطي الماريخوانا(Barclay,1984)

و للتأكد من الفرضية التي اقترحها وايس وآخرون(1992) Weiss et al والتي تقول : أن الإدمان على المخدرات هو تداعي ذاتي Self-Medication ضد الاكتئاب.

توصل إلى أن 63% من عينة المدمنين على المخدرات التي درسوها يستعملون المخدر بغرض مقاومة أعراض الاكتئاب، كما توصلوا إلى أن المفحوصين الذين يعانون من اكتئاب رئيسي يستعملون المخدرات استجابة لمشاعر الاكتئاب بشكل أكبر من المفحوصين الذين لا يعانون من هذا الاضطراب، حيث لدينا 89 % بالنسبة للمجموعة الأولى مقابل 60 % في المجموعة الثانية. كما توصلت الدراسة كذلك إلى أن 20 % من النساء اللواتي صرحن أنهن تستعملن المخدرات عندما تكن

مكتئبات، شخصت كذلك أنها تعاني من اكتئاب رئيسي مقارنة بـ 15 % من النساء اللواتي تتكرن أنهن تستعملن المخدرات ضد الاكتئاب.

يتضح من خلال هذا العرض أن طريقة التفكير لها الأثر الكبير في دفع الشباب إلى تعاطي المخدرات، فكيفية تعاملنا مع ضغوط الحياة و الطريقة التي نتبناها هي التي تحدد مدى توجه الشباب للمخدرات، بالنسبة لدراستنا فإننا إستراتيجية التعامل مع الضغط الموجهة نحو التجنب ظهرت كمتغير تمييزي بين المجموعتين أي أن هذه الإستراتيجية هي التي دفعت بالشباب للمخدرات فالشعور بالاكتئاب، وعدم الرضا عن حياتهم، وقلقهم على مستقبلهم جعلهم يتوجهون إلى تعاطي المخدرات تحت تأثير جماعة الرفاق.

3-5 مناقشة نتائج الفرضية العامة الثالثة:

و التي تقول:

3- يعتبر السند الأسري و استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات. من خلال التحليل التمييزي، توصلنا إلى أن السند الأسري يعتبر أكثر المتغيرات دلالة للتمييز بين المجموعتين: مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات و مجموعة الشباب غير المتعاطين للمخدرات. و تتفق هذه النتيجة مع الكثير من النتائج حيث أكد إlder (1984) إلى أن العلاقات الأسرية يمكن أن تكون عاملا مساعدا على ارتفاع قدرات الطفل الخاصة إذا كانت تتسم بالرعاية و الحب، والحنان، والمراقبة العاطفية، أو تكون عاملا معوقا لها إذا كانت تتسم بالرفض أو المراقبة الشديدة و اللامبالاة... حيث يعتمد نمو الطفل و تطور شخصيته و مهاراته إلى حد كبير على مدى استقرار، وكفاءة الوالدين في تسيير شؤون عائلتهم، ومدى فعالية الأساليب التربوية الممارسة، فالعائلة غير المستقرة لا تتسبب في ظهور السلوكيات الانحرافية فحسب بل تلعب دورا كبيرا في عدم استقرارها. (Elder,1984)

إن الحياة الاجتماعية، و الثقافية، و المعرفية للطفل لا تتأثر بالوالدين فحسب وإنما أيضا بالإخوة و الأخوات فكل عضو في الأسرة له دور مهم في التأثير على سلوك الطفل، و هذا ما وضحته دراسة مورفي Murphy حيث جاء فيها أن علاقة الطفل بكل عضو من أعضاء الأسرة يعتبر ذو أهمية بالغة في تطوير شخصيته، لما تمتاز به من صفات، فيمكن أن يكون كل عضو نموذجا حيا و قريبا، يتعلم منه البعض من سلوكياته، قد تكون سوية أو شاذة، كما بإمكانه تعلم بعض اتجاهاته، فالإخوة يقضون أوقات كثيرة مع بعضهم البعض، يتأثر خلالها الإخوة الصغار خاصة ما بين السنتين (02) و عشر سنوات (10) بإخوانهم الكبار.

فإدراك الطفل لمحيطه الأسري يترك أثره في نفسيته، و هو الذي يحدد اتجاه و علاقة الطفل بوالديه و بأسرته بصفة عامة، بحيث إذا قامت معاملة الوالدين على التسامح، والعطف، و التقبل، و الدعم عند الوقوع في المشاكل، فغن اتجاهه نحو

الأشخاص يكون إيجابيا، أما إذا قامت على الحرمان، و الحزم، و الرفض ،...فإنها ستترك آثارا سيئة في النمو السوي للطفل و على علاقته بوالديه، و مع محيطه.

(Kegan Huston,1984) عن (Mussen et al,1984)

كما أكدت الكثير من الدراسات أن المعاملة الوالدية القائمة على التسامح، و الحب، و الحنان، و الدفء، و الحماية تسهل الاتصال بين الوالدين و الأبناء، فيستطيع الوالدان تبليغ اعتقاداتهم، و قيمهم، واتجاهاتهم، كما يساعدونهم (الوالدين) على تكوين صور ايجابية و تقدير عال، ومفهوم جد واضح حول ذواتهم.

إن المعاملة التي تتسم بالديمقراطية، والدعم، و الحب، و الحنان، و الدافئ تساعد على ارتفاع درجة ذكاء الأطفال، والعكس صحيح، فالآباء شديدي المراقبة و الذين يضعون حدودا صارمة لسلوكات أبنائهم، غير مساندين لهم، و الحماية الشديدة التي تميز معاملة أمهاتهم توتر العلاقة بين الوالدين و الأبناء.

أما جونسن(1973) فقد توصل في دراسة قام بها على عينة قوامها 3500 تلميذ من 20 مدرسة أنه كلما قل تأثير الوالدين على الأبناء كلما زاد تأثير جماعة الرفاق.(Bergeret,1984)

كما توصل سمارت و آخرون(Smart et al(1990) أن التباعد بين الأبناء يرتبط بتعاطي المراهقين للمخدرات أو الكحول(Smart et al, 1990) كما أكد جونسن(1973) Johnson أن شعور الابن بإهمال والديه له، و الرفض الدائم له، وعدم التقبل يجعله سهل التأثر بجماعة الرفاق.

كما توصل بروك و كوهين(1992) Brook et Cohen من خلال دراسة قاما بها حول الانحراف و سوء استهلاك المخدرات، إلى أن هناك تشابه في السببية، حيث كلاهما يتأثر بالنشاط العائلي، وجماعة الرفاق، و المحيط المدرسي، ولكن سلوك تعاطي المخدرات يتأثر أكثر بالروابط الأسرية، أما الانحراف فيتأثر بالمحيط الاجتماعي، والمستوى الاقتصادي.(Dobkin et al, 1997)

ويدعم كاندل(1982) kandel هذه النتيجة، حيث توصل إلى تحديد ثلاثة متغيرات ذات أهمية تنبؤية بالغة في تعاطي المراهقين للمخدرات، وهي :
- تعاطي الوالدين للمخدرات.

- اتجاهات الوالدين الايجابية نحو المخدرات.

- نوعية التفاعل بين الوالدين و الأبناء. (Van Hasselt et al,1993)

أما بومريند (Baumrind,1967) فقد جمع مجموعة من الملاحظات من خلال تفاعل الوالدين مع أبنائهم، كما قام مجموعة من المقابلات الموجهة، و الزيارات المنزلية، صنفها إلى ثلاثة مجموعات:

المجموعة الأولى: و تشمل أطفال ناضجين، متزنين انفعاليا، يتمتعون بكفاءات عالية، إذ تتميز معاملتهم بالحزم، و الحب و التفهم.

المجموعة الثانية: فتجمع أطفال مكتئبين، انطوائيين، تتميز معاملتهم الوالدية بالحزم الشديد و العقاب، و البرود العاطفي.

المجموعة الثالثة: فيفتقد والديها إلى المراقبة و الحب، أما أبنائهم فهم مهملين، و معارضين. (Perris et al, 1994)

أما كوفمان (Kauffman,1981) مادو و ديسمون (Madoux et Desmond,1981) سنتنون (Stonton et al (1982) فقد حددوا بعض مميزات الوسط العائلي الذي يضع الطفل أو المراهق في وضعية خطر لتعاطي المخدرات. فقد وصفت عائلة المدمنين على الهيروين على أنها متصلبة، وغامضة، وعدوانية، و شديدة المراقبة، حيث يحتكم المراهق على القليل من فرص الاستقلالية.

أما كالينغ-نايت و آخرون (Kalling –Knight et al(1995) فقد توصلوا من خلال دراسة قاموا بها على عينة قوامها 441 مدمن على المخدرات تحت العلاج، إلى وجود علاقة بين إدراك غياب الوالدين، و السند الاجتماعي، وجود صراع عائلي خلال مرحلة الطفولة و خلل في النشاط النفسي الاجتماعي عبر مرحلة الرشد. (Kalling –Knight et al(1995)

أما شيلدر و آخرون (Shedler et al (1990) فقد قاموا بدراسة طويلة على عينة تتكون من 101 طفلا، يبلغون من العمر خمس سنوات، وبعد قياس المعاملة الوالدية توصلوا إلى أن الأطفال الذين أدركوا أمهاتهم على إنهن عدوانيات، عديمات الإحساس بهم، كثيرات النقد لسلوكياتهم، لا تساندنهم، ولا تشجعنهم، وكن شديدات التركيز على أدائهم غالبا ما أصبحوا من متعاطي المخدرات في سن 18، أما

الأطفال الذين أدركوا أمهاتهم على أنهن حنونات، وتلقائيات، ومساندات ومشجعات لهم، كانت لهم تجربة قصيرة مع المخدرات (Cohen, et al, 1994). أما هوكينس و آخرون (1986) Hawkins et al فقد توصلوا إلى أن الأسرة تعتبر العامل المهم المرتبط بتعاطي المراهقين للمخدرات (Mc Laughlin et al,) أما هوبس و آخرون (1990) Hops et al فقد توصلوا إلى أن الدرجة المنخفضة من الرقابة تضع المراهق أمام فرص عديدة لتجريب المخدرات داخل الجماعة. أما بلشمان (1977) Belchman فقد ركز على مدى استقرار العائلة و مدى ارتباطه بتعاطي الأبناء للمخدرات، و كان غياب أحد الوالدين مؤشرا لعدم استقرار الأسرة، كما توصل سيمشا و آخرون (1986) Simcha et al إلى أن غياب أحد الوالدين أو كليهما، يؤثر سلبيا على الاستقرار النفسي-الاجتماعي و المادي للعائلة ككل، و أن شعور الأسرة بالأمن و الخطر، عوامل تدفع بالمراهق و /أو المراهقة إلى تعاطي المخدرات، و /أو سلوكات انحرافية أخرى.

كما توصل لها بروك و آخرون (1983) Brook et al إلى أن العلاقة بين الآباء و الأبناء، إما أن تدفع بالمراهق إلى تعاطي المخدرات، أو أنها تكون فرصة لحل الصراعات التي تحدث نتيجة الكيفية التي تتقبل بها الأسرة أبناءها المراهقين، و إذا لم تتمكن الأسرة من حل صراعاتها، يمكن أن تخلف تصادما بين الوالدين و الأبناء، وتعتبر هذه الوضعية الضاغطة من الوضعيات التنبؤية للجوء المراهق لتعاطي المخدرات (Brook et al,1990)

إن غياب قنوات الاتصال العلائقي بين الوالدين فيما بينهما، و بين الوالدين والأبناء و احتكار سلطة القرار، يجعل من الصعب على الآباء فهم وتقبل تصرفات أبنائهم كما يصعب عليهم تقديم الدعم و المساندة لهم، و من جهة أخرى فإن الأبناء يرفضون تصرفات آباءهم، وحتى يخففوا من الضغط الذي يعيشونه، فإنهم كثيرا ما يلجأون للمخدرات للتخفيف منه، أو لتجنبه.

كما توصل كل من كوكفي و كوستا (بدون تاريخ) Kokkevi et Costa إلى ان المدمنين على المخدرات المسجونين يدركون أمهاتهم أكثر حنانا ودعما و حماية من آباءهم، أما إذا تمت المقارنة بغير المتعاطين للمخدرات فقد أوضحت النتائج أن

الشباب غير المتعاطي للمخدرات يدرك والديه أكثر حنانا و عطا و دعما و مساندة له من الشباب المتعاطي للمخدرات. (Kokkevi et Costa , Sans Date)
تؤكد هذه الدراسة مرة أخرى أهمية الأسرة كعامل وقائي من تعاطي المخدرات لما توفره من دعم لأبنائها لمواجهة مختلف ضغوط الحياة.

6 - مناقشة عامة:

انطلق هذا البحث من سؤال عام ألا وهو:

- ما الذي يدفع ببعض الشباب إلى تعاطي المخدرات في حين يتمتع البعض عن تعاطيها؟

لقد حاولنا إيجاد إجابة لهذا السؤال و فهمه في إطار النموذج المركز على الخطر *Approche Centrée Sur Le Risque* و هو نموذج ابيديميولوجي هدفه تحديد عوامل الخطر و الوقاية من مشكلة جسمية أو نفسية الغرض منه بناء برامج وقائية تحد من انتشار هذه المشاكل.

يرتكز هذا النموذج على فكرتين أساسيتين و هما :

- أن المشاكل التي تعترض الإنسان هي نتيجة تفاعل بين عوامل الخطر و الوقاية أي تفاعل العوامل البيوراثية، الجسمية، النفسية الاجتماعية، الاقتصادية و الثقافية.

- تعتبر المتغيرات الوقائية متغيرات وسيطية تقوم بتعديل درجة التأثير بعوامل الخطر.

و لكن متى يكون لأحد العوامل الأثر الأكبر على الشخص فإما أن يدفع به إلى تعاطي المخدرات أو إلى عدم التعاطي؟

أكد بروك و آخرون (1990) Brook et al على مبدئين هما :

- مبدأ خطر / وقائي - مبدأ وقائي / وقائي

فالمبدأ الأول يعني أن درجة متغيرات الخطر تؤثر على سلوك تعاطي المخدرات، فوجود عوامل خطر ولكن بدرجة منخفضة لا تؤدي بالضرورة إلى تعاطي الشباب للمخدرات، نتيجة ميل الكفة لعوامل الوقاية التي تبطل مفعول عوامل الخطر.

أما المبدأ الثاني فيعتقد بروك و آخرون (1990) Brook et al أن التفاعل بين متغيرين وقائيين أو أكثر يكون مفعوله أكبر من تأثير متغير وقائي منفرد على سلوك تعاطي المخدرات، فإذا اعتبرنا أن الرضا عن الحياة عامل من العوامل الوقائية، فإن تفاعل الرضا عن الحياة والأهداف الحياتية يزيد من فعالية عوامل الوقاية.

فما مدى استجابة هذا النموذج للنتائج المتحصل عليها في هذا البحث؟

انطلاقاً من الدراسات السابقة التي تناولت موضوع عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات فقد تم اختيار مجموعة من المتغيرات التي من الممكن أن تؤدي بالشباب إلى تعاطي المخدرات، بعد قياس هذه المتغيرات و إخضاعها للتحليل الإحصائي من أهمها حساب الفروق بين المتوسطات بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات باستعمال اختبارات .

توصلنا إلى وجود فعلا فروق دالة إحصائيا حيث بدى الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا، و أكثر قلقا على مستقبلهم، و أقل رضا على حياتهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات، كما توصلنا إلى أن الشباب المتعاطي للمخدرات يميل إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على التجنب والانفعال و التنوع الاجتماعي و الترفيه عكس الشباب غير المتعاطي للمخدرات فإنه يميل إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الأداء(أو حل المشكل) كما أكدت هذا البحث وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعتين حيث أدرك الشباب المتعاطي المخدرات أن أصدقاءه أكثر دعما و سندا مقارنة بأسرته في حين كان إدراك الشباب غير المتعاطي للمخدرات معاكس تماما حيث أدرك سرته أكثر دعما له من أصدقاءه.

على الرغم من وجود فروق دالة إحصائيا إلا أن هذه النتيجة لا تقدم لنا دلالة عن أهم العوامل التي تميز المجموعتين وللحصول على نتائج ذات دلالة فقد اعتمدنا على التحليل التمييزي Discriminant Analysis و الذي يسمح لنا باستخراج العوامل التي تميز المجموعتين.

و من خلال التحليل التمييزي الذي يسمح لنا باستخراج العوامل المنبئة إلى جانب وزن كل عامل في حدوث تعاطي المخدرات توصلنا إلى أن هناك ثلاثة عوامل منبئة لسلوك تعاطي المخدرات، وهي :

- استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة حول التجنب.
- سند الأصدقاء.
- استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة نحو الانفعال.

أولا هذه النتيجة تعني أنه مادام توفر أكثر من عامل خطر فهذا يعني أنه حتى و إن توفرت لديه عوامل وقاية فإن هذه العوامل مجتمعة تبطل مفعولها.

كما أن هذه النتيجة تعني أن مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات يعتبرون أصدقاءهم أكثر دعما لهم، تتدعم هذه النتيجة بما توصلنا له من خلال الاستبيان السوسيوديموغرافي، حيث أكد 69.33% من مجموع العينة أن أسباب تعاطيهم للمخدرات تأثر جماعة الرفاق، كما أكدت نتائج هذا البحث أن 71,33% من مجموع عينة الشباب المتعاطي للمخدرات تعاطوا المخدرات أول مرة باقتراح من جماعة الرفاق، و في الاتجاه نفسه أكد 50% من مجموع العينة أنهم يفضلون تعاطي المخدرات في جماعة، و 25,33% يتعاطونها في جماعة و منفردين في بعض الأحيان.

أما عند سؤالهم عن دوافع التعاطي الجماعي للمخدرات أكد 88,11% من مجموع العينة أن الجماعة تدعمهم و تساندهم، تتفق نتائج هذه الدراسة مع الكثير من الدراسات التي أكدت على وجود علاقة قوية و ايجابية بين تأثير جماعة الرفاق و تعاطي المخدرات أو الانحراف.

كما أكد هيلقارد (Hilgard,1980) على أنه من النادر أن يتم البحث على المخدرات خارج الجماعة حتى و إن توفرت عوامل خطر عالية.

كما أكد أفنو Agnew أن تأثر الشاب بالجماعة المنحرفة، يشترط فيه أربعة شروط وهي :

-تمسك الشاب بجماعة الأصدقاء المنحرفين.

-مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعة الأصدقاء.

-مدى الاستحسان أو الموافقة على السلوك المنحرف

-مدى ضغط الأصدقاء.

إن تفاعل هذه العوامل لها تأثير قوي في حالة ما إذا رافق الشخص أصدقاء مورطين في جرائم خطيرة، (السطو ليلا على المنازل، اختلاس الأموال، التجارة في المخدرات الصلبة إلخ...). (Dembo, 1994)

كما توصل كاندل و ديفس (Kandel & Davies,1991) إلى وجود علاقة ايجابية بين درجة الألفة و المودة بين الشاب و جماعة رفاقه و سلوك تعاطي المخدرات (Dembo, 1994)

و لكن في حقيقة الأمر دور الجماعة لا يقتصر على تزويد الشاب بالمادة المخدرة و كسب التجربة كما أكدت عينة هذا البحث، إنما تقوم بتقديم نماذج سلوكية، عادات، لغة جديدة إلى درجة أننا نتكلم عن ثقافة جديدة أو كما يسميها علماء الاجتماع بالثقافة الفرعية Sub Culture، إن هذه الثقافة الفرعية تعمل كمجموعة من الآليات الدفاعية التي تزيّف صورة الذات، و أهداف الحياة حسب قواعد و ايديولوجيات الجماعة، فإذا زاد شعور المتعاطي للمخدرات بالإحباط و اليأس، وحتى يخفف عنه هذه الحالة، وحتى لا يشعر بالذنب فإنه يتهم المجتمع بأنه السبب في كل ما حدث له، و ما يحدث له (Bergeret,1984)

تلعب الجماعة دور السند، كما تبرر سلوك أعضائها و توفر له الشعور بالانتماء إلى هوية حقيقية و التي لا ترى سلبية إلا من الخارج، هذا ما يعزز بقاء الشاب مع الجماعة.

كما أكد كوهين (Cohen) من خلال دراسة قام بها، أن :

-الماريخوانا تعمل عند متعاطيها كمثير اجتماعي، أي تسهل الاتصال مع المدمنين الآخرين.

-مشاركة ثابتة في ثقافة تحتية معينة.

-المنخرطين الجدد يتم ضمهم إلى الجماعة من طرف زملائهم، والذين يعتبرون أعضاء سابقين في الجماعة.

و لكن متى يصبح تأثير الأصدقاء أكثر أهمية بالنسبة للشباب من أي عامل آخر؟ أكد جونسون (Johnson,1973) أنه كلما قل تأثير الثقافة الوالدية كلما زاد تأثير جماعة الرفاق (Bergeret,1984) و هذا ما أكدته هذه الدراسة حيث توصلنا من خلال التحليل التمييزي أن السند الأسري يعتبر عامل منبئ للوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات بوزن قدر بـ 69% تؤكد نتائج الاستبيان هذه النتيجة حيث أكد

42,66% من مجموع العينة أن سبب عدم تعاطيهم للمخدرات هو تأثير أسرهم الإيجابي فيهم، في حين لم يظهر تأثير الأصدقاء إلا بنسبة 1,33% . من بين عوامل الخطر المنبئة لتعاطي المخدرات استراتيجية التعامل مع الضغط، أي أن الشاب المتعاطي للمخدرات يستعمل استراتيجيات غير تكيفية للتعامل مع الضغط مما يدفع به للعديد من المشكلات.

إننا تناولنا موضوع التعامل مع الضغط "Coping" كسيرورة تفاعلية بين الضغط و الاستجابة، تتوسطها بعض المتغيرات أو المحددات (المعرفية، الشخصية،...) و من أهم هذه العوامل التقييم كعملية معرفية تساعد على نوع ودرجة الاستجابة. إذا كان تقييم الشاب لظروفه الاجتماعية و الاقتصادية كالبطالة، مع انخفاض في فرص العمل، غلاء المعيشة و بالتالي صعوبة الحصول على سكن مما يعني صعوبة التفكير في الزواج، إلى جانب إدراك الشاب السلبي نحو ذاته، شعوره بالقلق من مستقبله الذي يدركه على أنه غير واضح المعالم، و عدم رضاه على حياته، وشعوره بالاكتئاب و اليأس يزيد من تقييمه للوضعيات الضاغطة على أنها غير محتملة خاصة إذا أدرك نفسه على أنه غير قادر على مراقبة أو غير قادر على التحكم في هذه الوضعيات، مما يشعره بأنه غير قادر على تغييرها و بالتالي فإنه سيلجأ إلى الانفعال كالغضب أو البكاء أو الحزن كاستراتيجية للتعامل مع الضغط الذي يعيشه جراء كل هذه الظروف أو أنه يلجأ لبعض السلوكات مثل المخدرات لتجنب الضغط.

أما بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات و من خلال التحليل التمييزي توصلنا إلى أن هناك ثلاثة عوامل منبئة لسلوك عدم تعاطي المخدرات، وهي :

- السند الأسري.

- استراتيجيات التعامل مع الضغط الموجهة المركزة نحو الأداء.

- الرضا عن الحياة.

هذه النتيجة تعني أن الشباب غير المتعاطي للمخدرات يميلون إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة حول الأداء أو حل المشكل رغم الظروف الاجتماعية و الاقتصادية التي لا تختلف اختلافا كبيرا عن مجموعة الشباب

المتعاطي للمخدرات إلا أنهم يختلفون كما أكده اختبار"ت" لحساب الفروق بين المتوسطات، فالشباب غير المتعاطي للمخدرات أقل اكتئاباً، أقل قلقاً على مستقبلهم، أكثر رضا عن حياتهم، إلى جانب التأثير الإيجابي للأسرة، هذه المحددات ترتبط بتقييمات إيجابية، إلى جانب إدراك الشخص بأنه قادر على التحكم في الوضعيات بمعنى قدرته على مراقبتها و بالتالي استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة حول الأداء.

إلى جانب هذه العوامل هناك عامل آخر تعتبره مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات على أنه أهم عامل دفعهم إلى عدم تعاطي المخدرات و ذلك بنسبة 52,66% ألا وهو عامل التدين تتماشى هذه النتيجة مع ما توصل له كل من

(Bry et al,1982,Kandel et al 1987,Newcomb et al ,1986)

كما تتماشى هذه النتيجة توصل إليه بروك وآخرون (Brook et al ,1990) حيث أكد على أنه إذا توفر أكثر من عامل وقائي فإنه سييطل تأثير عوامل الخطر حتى و إن وجدت.

ما يمكن تأكيده في الأخير من خلال هذه الدراسة بروز عاملين منبئين لتعاطي المخدرات أو الوقاية منها(انطلاقاً من تحديد أوزان كل عامل)، وهما:

- أهمية السند الأسري في الوقاية من تعاطي المخدرات.
- أهمية طريقة التفكير أو التعامل مع ضغوطات الحياة كعامل خطر لتعاطي المخدرات.

خاتمة:

عرف موضوع المخدرات تطورات مهمة واهتماما كبيرا من مختلف المؤسسات الرسمية و غير الرسمية وهذا راجع لزيادة نسبة إنتاج واستهلاك المخدرات، من بين المجالات التي لقيت اهتماما هو مجال البحوث النفسية الاجتماعية حيث غيرت مسارها من البحوث السببية والعلاجية التي تعتبر تكاليفها باهظة والتي قدرت بحوالي 120 مليار دولار سنويا إلى الاتجاه نحو البحوث الوقائية التي أكدت نجاحها وقللة تكاليفها، إلى جانب تعاملها مع نسبة كبيرة من الأشخاص الذين يكونون في خطر.

وقد تمخض عن هذا الاهتمام ظهور عدة نماذج وقائية أهمها " النموذج المركز على الخطر" و الذي يعتمد عليه موضوع هذه الدراسة في تحديد عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات.

لقد انطلقنا من طرح مجموعة من الأسئلة، وهي:

السؤال العام الأول:

1- هل يوجد فروق دالة إحصائية بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر والوقاية ؟

السؤال العام الثاني:

2- ما هي متغيرات الخطر الأكثر دلالة بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات ؟

السؤال العام الثالث:

3- ما هي المتغيرات الوقائية الأكثر دلالة بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات؟
و قد اقترحنا الفرضيات التالية:

الفرضية العامة الأولى:

1- توجد فرق دال إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر والوقاية.

الفرضيات الفرعية الأولى:

1-1 توجد فروق دالة احصائيا فيما يخص الاكتئاب بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 2 توجد فروق دالة احصائيا فيما يخص الرضا عن الحياة بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 3 توجد فروق دالة احصائيا فيما يخص قلق عن المستقبل بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات .

1- 4 توجد فروق دالة احصائيا في إدراك الدسند الأسري بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 5 توجد فروق دالة احصائيا في إدراك سند الأصدقاء بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 6 توجد فروق دالة احصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات في استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الانفعال.

1- 7 توجد فروق دالة احصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات في استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على التجنب

الفرضية العامة الثانية:

2- يعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب و سند الأصدقاء أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات.

الفرضيات الفرعية الثانية:

2-1 يعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات

2-2 يعتبر سند الأصدقاء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات.

الفرضية العامة الثالثة:

3- يعتبر السند الأسري و استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

الفرضيات الفرعية الثالثة:

3-1 يعتبر السند الأسري أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

3-2 تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

ولقياس متغيرات البحث فقد اعتمدنا على أدوات البحث التالية :

1- استبيان المعطيات السوسيوديموغرافية.

2- مقياس بيك للاكتئاب لـ بيك A.Beck (1983)

3- مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط لـ اندلر و آخرون Endler et al (1990)

4- مقياس الرضا عن الحياة لـ دينر مجدي الدسوقي (1984)

5- مقياس القلق من المستقبل لـ زالسكي Zaleski (1981)

6- مقياس السند الاجتماعي لـ فرانكل و آخرون Frankel et al (1983)

7- اختبار سوء استهلاك المخدرات DAST10 لـ سكينر Skinner (1982)

8- التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI لتارتر Tarter (1990)

وقد شملت عينة البحث على 300 شاب مقسمة بالتساوي على مجموعتين:

- العينة التجريبية أو عينة المتعاطين للمخدرات و تشمل 150 شابا متعاطي للمخدرات متوسط أعمارهم 23,07 سنة.

- العينة الضابطة أو عينة غير المتعاطين للمخدرات و تشمل 150 شابا غير متعاطي للمخدرات متوسط أعمارهم 22,84 سنة.

للتحقق من فرضيات البحث فقد اعتمدنا على التحليلات الإحصائية التالية :

- الإحصاء الوصفي : النسب المئوية، متوسط الحسابي، الانحراف المعياري.

- اختبار "ت" لقياس الفروق بين المتوسطات.

- التحليل التمييزي

بعد القيام بالتحليلات الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية :

تحققت الفرضية العامة الأولى والتي تقول :

1- يوجد فرق دال إحصائياً بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر والوقاية. حيث توصلنا إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات، فقد ظهر الشباب المتعاطي المخدرات أكثر اكتئاباً ، و أقل رضا عن حياتهم، كما أنهم أكثر قلقاً على مستقبلهم، أما فيما يخص السند الاجتماعي فقد وجدت فروق في السند العائلي بين المجموعتين في اتجاه الشباب غير المتعاطي للمخدرات، كما ظهرت فروق فيما يخص سند الأصدقاء في اتجاه الشباب المتعاطي للمخدرات، أما بالنسبة لمتغير استراتيجيات التعامل مع الضغط فقد وجدت فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين حيث يركز الشباب المتعاطي للمخدرات على استراتيجيات التجنب و الانفعال و التنوع الاجتماعي و الترفيه للتعامل مع الضغط، في حين يركز الشباب غير المتعاطي للمخدرات على استراتيجيات الأداء للتعامل مع الضغط. كما تحققت الفرضية العامة الثانية القائلة:

2-تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب و سند الأصدقاء أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات. لتحديد أهم العوامل التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات، استعنا بالتحليل التمييزي و توصلنا إلى أنه من مجموع المتغيرات المقترحة تم استخراج ثلاثة متغيرات ذات دلالة لتعاطي الشباب للمخدرات وهي : متغير استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على التجنب وقد شاركت بأعلى نسبة قدرت ب 41,90%، أما متغير سند الأصدقاء فقد شارك في حدوث المشكلة بنسبة 25,20 % أما بالنسبة للمتغير الأخير والمتمثل في استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الانفعال فقد قدرت نسبة مشاركته بـ 15,80 % ، تعتبر هذه العوامل من أهم العوامل التي تدفع بالشباب لتعاطي المخدرات حسب هذه الدراسة،و بهذه النتيجة تكون الفرضية الثانية قد تحققت.

أما بالنسبة للفرضية الثالثة والتي تقول :

3- يعتبر السند الأسري و استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

توصلنا من خلال استعمال التحليل التمييزي إلى أن من مجموع المتغيرات المقترحة هناك ثلاثة متغيرات مهمة ألا وهي : السند العائلي بنسبة 69% أما نسبة تأثير استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على الأداء فقد قدرت بـ 28,2% أما بالنسبة للرضا عن الحياة فقد كانت نسبة تأثيره 22,10% و تعتبر هذه العوامل من أهم العوامل التي تقي الشباب من تعاطي المخدرات حسب نتائج هذه الدراسة . وبهذه النتيجة تكون الفرضية الثالثة قد تحققت.

توصلنا إلى نتائج مهمة يمكن تقسيمها إلى قسمين، وهما :
القسم الخاص بتحليل نتائج التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI ، أهم ما توصلنا له ما تؤكد مقولة فرويد "أن الصحة شيء مثالي " أي أنه لا يوجد شخص سوي فكلنا مرضى إلى حد ما، تتفق هذه الفكرة مع ما توصلنا له في هذا البحث حيث قدرت نسبة الخطر بالنسبة لعينة غير المتعاطين للمخدرات بـ 24,63% أي لا يوجد شخص غير معرض لعوامل الخطر، ولكن تتوقف فعالية هذه العوامل على حسب أهمية عوامل الوقاية.

يمكن قراءة هذه النتيجة حسب وجهة نظر بروك و آخرون(1990)و التي أكد من خلالها أن هناك مبدئين يتحكمان في العلاقة خطر/وقاية، وهما:

- مبدأ خطر / وقائي - مبدأ وقائي / وقائي

فرغم تعرض مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات لعوامل الخطر إلا أنها لم تتجه للمخدرات لضعف تأثيرها و كذا لوجود عوامل وقائية متعدد و هذا يتفق مع ما توصل له (Brook et al (1990 أن التفاعل بين متغيرين وقائيين أو أكثر يكون مفعوله أكبر من تأثير متغير وقائي منفرد على سلوك تعاطي المخدرات.

تتفق نتائج هذا البحث مع العديد من الدراسات السابقة أهمها دراسة هوكينس وآخرون (1995) Hawkins et al ودراسة فليكس-أورتيغز و آخرون (1992) Felix-Ortiz et al وكذا دراسة نيوكمب و آخرون (1991) Newcomb et al

حيث توصلوا إلى اعتبار عامل الاكتئاب و الرضا عن الحياة كعوامل خطر لتعاطي المخدرات.

كما أكدت دراسة (Newcomb, Bentler,1986 ;Newcomb, 1986) على أهمية السند العائلي في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات، وكذا تأثير طريقة التعامل مع المشكلات و حلها بحيث يركز الشباب المتعاطي للمخدرات على إستراتيجية التجنب للتعامل مع الضغط الذي يواجهه، هذه الإستراتيجية أكدت الكثير من الدراسات على ارتباطها بتعاطي المخدرات.

لقد تناول فليكس-أورتيز وآخرون (Felix-Ortiz et al (1992) موضوع تحديد عوامل الخطر والوقاية من تعاطي المخدرات بطريقة مختلفة حيث كانت عوامل الخطر التي اختاروها تختلف عن عوامل الوقاية على أساس أنه إذا كان الاكتئاب المرتفع قد يدفع بالشباب لتعاطي المخدرات فإنه لا يمكن اعتبار الاكتئاب المنخفض عامل وقاية.

أما بالنسبة لبحثنا فقد انطلقنا عند تحديدها لعوامل الخطر والوقاية من فكرة أن عوامل الخطر و الوقاية يمثلان نهايتان لخط واحد وهذا يعني أن نفس العامل يمكن أن يكون عامل خطر ووقاية، فمثلا يمكن اعتبار الاكتئاب كعامل خطر إذا كان مرتفعا، وعامل وقاية إذا كان منخفضا.

لا يعني هذا أن إحدى الطريقتين خاطئة و لكن يمكن تناول الطريقتين و لكل واحدة إيجابياتها.

رغم أهمية النتائج التي توصلنا لها، إلا أن هناك بعض النقائص، يمكن تلخيصها في النقاط التالية :

- لم تشمل عينة بحثنا على الإناث لصعوبة الاتصال بهن، و لكن لا يعني هذا غيابهن عن عالم المخدرات.

- بعد تناول الموضوع و التعمق فيه تأكدنا من أن الدراسات التطورية و خاصة المنهج الطولي يمكن أن يكون أحسن طريقة لتحديد عوامل الخطر و الوقاية.

-اعتمادنا على عدد قليل من متغيرات الخطر والوقاية بالمقارنة مع العوامل الكثيرة التي حددها هوكينس و آخرون (Hawkins et al,1995).

رغم هذه النقائص فإننا نعتقد أنها لا تنقص من قيمة هذا البحث، و يمكن أن يفتح لنا مجالات كثيرة للبحث، يمكننا استغلالها فيمايلي :

1- في مجال البحث العلمي:

- بإمكاننا التنوع في المتغيرات وتناول متغيرات أخرى مثل تقدير الذات، فعالية الذات، الاتجاهات نحو المخدرات، عامل التدخين كعامل وقائي ، ومتغيرات أخرى
- التفكير في دراسة عوامل الخطر والوقاية باستعمال المنهج الطولي .
- التفكير في بحوث تشمل عينة الإناث، لأن مشكلة المخدرات لم تعد تقتصر على فئة الذكور و إنما أصبحت تشكل مشكلة حقيقية بالنسبة لفئة الإناث .

2- في مجال الوقاية:

يتطلب بناء برنامج وقائي في أي ميدان بما فيهما ميدان المخدرات، تحديد عوامل الخطر والوقاية و من خلال هذه العوامل يمكن أن بناء برنامج فعال ، فيما يخص هذا البحث إذا أردنا استغلال هذه النتائج لبناء برنامج وقائي ،فيمكن التركيز على المتغيرات التالية :

- السند العائلي - استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الانفعال و التجنب وعندما نتكلم عن استراتيجيات التعامل مع الضغط فإننا نقصد طريقة التفكير و يمكن تعليم الأطفال من باب الوقاية و حتى الشباب كيفية التفكير الفعال- إلى جانب سند الأصدقاء - و الرضا عن الحياة

2- مجال العلاج النفسي :

أكدت الكثير من الدراسات مثل دراسة سنتان(1980) Stantan سزبوكزنايك وآخرون (1988) Szapocznick et al و فانووردراجن(1990) Van Wordragen على أهمية العلاج العائلي بالنسبة للمدمنين على المخدرات (Platt et al,1990) حيث يحاول المختص النفسي تقريب المسافات بين الوالدين و الأبناء ،و توضيح الأفكار مع تصحيحها ، وتسمى هذه الطريقة في العلاج المعرفي بالتصحيح المعرفي، كما يسعى هذا العلاج إلى تعليم الآباء كيفية التعامل مع أبنائهم، وفهم أهم التغيرات الفيزيولوجية و النفسية التي يمر بها أبنائهم، إلى جانب تصحيح الأخطاء

المعرفية والتي تؤثر على طريقة تفكير الأشخاص و بالتالي التعامل مع الضغوط
الحياتية تعاملًا فعالاً.

تمهيد:

لقد أبرز كثير من الكتاب الدلالة الكبيرة للقلق في الحياة المعاصرة مثل ألبير كامي A.Camus الذي أطلق على الحقبة التي نعيش فيها " قرن الخوف" و أودن W.H.Aden (1947) في قصيدته "عصر القلق" و بنفس العنوان وضع ليوناردبرنشتاين Bernstein (1960) سمفونيته الثانية، كما أن هناك كتابا رائجا عن أزمتنا المعاصرة بعنوان " عصر القلق "

وقد أكد فرويد أن الفرد مقدور عليه أن يعيش حالة قلق في حياته حيث قال : " لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق، فكل منا قد عانى مرة هذا الإحساس أو على الأصح هذه الحالة الانفعالية بطريقته الخاصة " (بيك،2000، ص 184)

رغم أن القلق سمة العصر الذي نعيشه، وعلى الرغم من أنه ينظر له نظرة مرضية، إلا أنه يمكن أن يكون عبارة عن حافز ودافع يحث الإنسان على الاستمرار في الحياة و التفكير في المستقبل، كما يدفعه إلى السعي من أجل تحقيق وإشباع حاجياته و الشعور بالراحة و الأمان، فالقلق هو المحرك الأساسي لكل سلوك سوي وغير سوي.

1-تعريف القلق :

يعتبر الكثير مفهوم القلق مفهوما حديثا إلا أنه وجد في الكتابات الهيروغليفية المصرية القديمة ، ونجد كتابا في العصر الوسيط مثل ابن حزم الأندلسي يؤكدون شمولية القلق بوصفه حالة أساسية للوجود الإنساني (Kritzeck,1956)

لغة كلمة Angoisse مشتقة من الكلمة اللاتينية Angustus وهي تعني الشدة و الضغط مع انقباض وتقلص في العضلات، و القلق مشتق من الفعل قلق بمعنى اضطرب و انزعج "(المنجد الأبجدي ،1987،ص 815)

أما اصطلاحا فهناك عدة تعاريف نذكر منها:

التعريف الذي جاء في Standard College Dictionary بأن القلق : " حالة انفعالية متوترة ." (بيك ،2000،ص 151)

أما **Masserman** (1943) الذي يرى أن " القلق حالة من التوتر الشامل الذي ينشأ خلال صراعات الدوافع و محاولات الفرد للتكيف " (**رشاد عبد العزيز موسى** 1993 ص 97) .

أما **كارل Carl Yung** فيعرف القلق بأنه: " رد فعل يحدث للفرد حين تغزو خيالات صادرة عن اللاشعور الجمعي . " (**زينب محمود شقير، 2002، ص 320**)

ويعرفه **Ajuriaguerra** (1980) بأنه: " جزء من الوجود الإنساني و يتميز بالإحساس، الخطر الوشيك مع وضعية انتظار. " (**Ajuriaguerra,1980,p687**)

أما **فرويد** فيعرف القلق بأنه: " إشارة انذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها على الأقل. " (**علاء الدين كفاني، 1999، ص 236**)

و يعرفه **A.Bandura** (1991) بأنه: " حالة من القلق المتوقع حول الأحداث المؤذية الممكنة. " (**Zaleski 1995 p167**)

أما بالنسبة لـ **Bergeret** فيعرف القلق بأنه: "عاطفة مؤلمة سواء مع وضعية صدمية أوفي انتظار خطر مرتبط بموضوع غير محدد. " (**Bergeret,1986 ,p236**)

وجاء في **المعجم الطبي** (1995) أن القلق هو اضطراب انفعالي يعبر عن إحساس غير معروف قد يكون القلق عاديا الذي يشعر به الفرد ، ويخبره ، كما قد يكون مرضي والموضوع هنا غير معروف و لا تستطيع مراقبته (**Larousse Medical, 1995, p85**)

كما يعرف " **بنتاليس ولابلاش (2000)** " القلق بأنه: " تلك الاستجابة التي يبديها ذلك الشخص في كل مرة يجد نفسه فيها في وضعية صدمية أي خاضعا لفيض من الإثارات ذات المنشأ الخارجي أو الداخلي و التي يعجز عن السيطرة عليها . " (**بنتاليس ولابلاش ، 2000**)

و قد لخص **Houzel** (1994) عناصر المتوفرة في حالة القلق إلى 03 عناصر أساسية ، وهي :

- المعاش المؤلم

- فكرة التهديد

- الخطر غير الواضح المصدر (Houzel,1994,p248)

عند تحليل هذه العناصر الثلاث نجدها تتضمن مايلي :

أ-الإحساس بالتهديد : يوجد خطر مبهم غامض في المستقبل ،هذا الإحساس يرافق البناء الخيالي للحالة الخطرة .

ب- وضعية انتظار لهذا الخطر : تهيأ حقيقي لحالة الخطر التي تجتاح الفرد.

ج- اضطرابات أمام تهديد هذا الخطر : إحساس بالعجز و عدم تنظيم قدراته المعتادة للاستجابة للأحداث المحتملة ، و يترافق القلق باستجابات مولد العصبية ، تتعلق مبدئياً بالجهاز التنفسي و الهضمي و الشراييني . " (Frohwrta,1985,p13)

2- وظيفة القلق :

أسند كثير من البيولوجيين والسيكولوجيين و الأطباء النفسيين للقلق وظيفة مفيدة. كما يعتبر الكثير من المختصين القلق تعبيراً عن استجابة " الكر والفر" التي يناط بها البقاء و حفظ الحياة ، ويعدونه ميكانيزما بيولوجيا ضروريا لدفع الكائن على ردة الفعل استجابة للخطر.

يقول فرويد (1915-1917) في هذا الصدد : " يبدو هنا القلق الواقعي كشيء جد معقول و مفهوم . ولنا أن نقول عنه إنه استجابة لإدراك خطر خارجي ، أي لأذى مستقبلي و متوقع . و هو مرتبط بمنعكس الفر وقد يعتبر مظهراً من مظاهر غريزة حفظ الذات " (بيك ،2000،ص 148)

كما يرى فرويد أن القلق تحذير من خطر خارجي أو خطر داخلي (مثل انطلاق وشيك لرغبة محرمة) و يستجيب الفرد لهذا التحذير بأن يتهيأ للفعل الكفيل للتغلب على الخطر ، أو بأن يحرك دفاعات نفسية يحتمي بها من الخطر الداخلي .

يرى بيك (2000) أن هذا التصور يحتاج لإعادة النظر ذلك لأن الإنسان باستطاعته ان يتهيأ أو يستنفر دون أن يشحن نفسه بالقلق . كما يرى أن القلق قد يعوق القدرة على التعامل مع الخطر ، بل يزيد بالفعل هشاشة المرء واستهدافه للخطر في

المواقف المهددة للحياة. كما أن هناك أدلة على أن القلق المستديم قد يؤدي إلى اضطرابات فزيولوجية .

و قد اقترح في هذا الصدد ليفنتال (Leventhal,1969) ما أسماه بـ " نموذج الاستجابة المتوازية" Parallel Response Paradigm الذي يحدد تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل كمايلي :

خطر خارجي ← تقدير الخطر ← سلوك مناسب للتغلب على الخطر
إن القلق من هذا المنظور هو شعور يأتي بعد تقدير الخطر و هو يصاحب السلوك التكيفي و لا يسبقه، أي أنه لا يسهم في التعاقب التكيفي و إذا غزى القلق السلوك التكيفي فمن الأرجح أن يؤدي إلى تأثير ضار .

3- الفرق بين الخوف و القلق :

يوجد تداخل كبير بين الخوف و القلق، فهذا فرويد (1917) يتحدث عن مخاوف واقعية ومخاوف غير واقعية و يسمى هذا الأخير بـ "القلق" ، أما بيك (2000) فيرى أنه بإمكاننا أن نفصل بين الخوف و القلق حيث نجد أن الخوف هو صنف معين من "الفكر" Ideation بينما القلق انفعال Emotion ، (بيك 2000)
فالخوف يعرف على أنه: "إدراك مريع لشيء يحتمل أن يضر أو يؤذي، ... الخ " (معجم وبستر الدولي الجديد للغة الانجليزية، 1949) كما يمكن تعريفه على أنه: "تقدير خطر فعلي أو ممكن، و بهذا المعنى يمثل عملية معرفية، كمقابل للاستجابات الانفعالية. هذه العملية السيكلوجية الخاصة هي الدراية (أو الإدراك أو التوقع) بأن شيئاً ما غير مرغوب قد يقع (بيك Beck 2000) .

إن الخوف ينشط حين يقترب الشخص من الموقف المهدد غير أنه قد ينشط أيضاً بمجرد أن يتحدث الشخص عن الموقف الخطر أو يفكر فيه أو يتخيله فالإمعان في الخوف يجعل الموقف المهدد أكثر بروزا و وشوكا، أي أنه يستحضر الخطر البعيد إلى " هنا و الآن " فلا يعود الشخص يستشعر الخطر كشيء بعيد في المكان و الزمان بل هو يسقط في الموقف الخطر .

أما القلق فيعرف أنه "احتمال أن يحدث شيء ما مرهوب أي غير مرغوب "

(1963) Standard College Dictionary

كما يمكن اعتباره بأنه: " حالة انفعالية متوترة " Standard College Dictionary (1963) توسم هذه الحالة بنعوت مثل متوتر عصبي، مروع، مرتعد داخليا و كثيرا ما يستخدم الباحثون و الممارسون لفظ القلق ليمثل متصلا يمتد من التوتر الخفيف عند أحد طرفيه. حتى الرعب عند الطرف الآخر (بيك 2000) و عموما يمكن إيجاز الفروق الموجودة بين القلق و الخوف فيما يلي :

الفرد الذي يعاني من القلق لا يكون منتبها إلى مصدره، فهو خوف داخلي من مجهول بينما في حالة الخوف يكون هناك موضوع معين يخاف منه كالخوف من حيوان مفترس.

القلق في الغالب يبقى على الرغم من زوال مثيره الأصلي طالما لم يتناوله الفرد بالدراسة و التحليل أما الخوف فيزول بزوال الموضوع المسبب له، بينما تتسم استجابة القلق بالدوام و الاستمرارية لارتباطها بمثيرات أقل تحديدا و أكثر غموضا. تتناسب شدة الخوف مع درجة خطورة موضوعه أو مصدره، بينما تفوق شدة القلق خطورة موضوعه أو مصدره.

قد ينشأ القلق كرد فعل لموقف معين يحتمل أن يقع بينما الخوف ينشأ كرد فعل مخيف لوضع قائم فعلا.

4- تشخيص القلق:

يقترح DSM III تخطيطا لتشخيص القلق حيث من الضروري توفر خمسة أنماط من الأعراض التالية في حالة كون الشخص قلق :

- القلق الحاد : Anxiété Chronique

بداية الصدمة بدون عوامل مفجرة ، وهو يظهر بوصفه إحساسا بالرغبة أو الفزع من موضوعات محددة .

- القلق العام : Anxiété généralisée

أما بالنسبة للدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-4

يمكن تشخيص حالات أعراض القلق النفسي العام بناءً على الأعراض التالية:

1- قلق و اهتمام مفرطان (توقعات مخيفة)، تحدث أغلب الأيام لمدة لا تقل عن ستة أشهر، تجاه عدد من الأحداث أو الأنشطة (مثل العمل أو الأداء المدرسي أو الأسرة)

- 2- يجد الشخص صعوبة بالغة في التغلب على القلق.
- 3-يصاحب القلق ثلاثة أعراض (أو أكثر) من الأعراض الستة التالية:
- التوتر ، وعدم القدرة على الاستقرار ، وسرعة الاستثارة والخوف.
 - سهولة الإنهاك والتعب.
 - صعوبة التركيز أو فقد الانتباه.
 - سرعة الانفعال.
 - انشداد(تقلص) العضلات.
 - اضطرابات النوم (صعوبة الدخول في النوم ، تقطع النوم ، النوم غير المريح)
- 4- يجب أن لا يكون محور القلق والاهتمام المذكورة في (أ) مقتصرًا على اضطراب نفسي آخر مثل الخوف من حدوث نوبة فزع (اضطراب الفزع)، أو الخوف عند إلقاء كلمة في مجمع من الناس (الرهاب الاجتماعي) ، أو خروج ربح عند الموضوع (اضطراب الوسواس القهري) ، أو الابتعاد عن الأهل والمنزل (قلق الانفصال) ، أو زيادة الوزن (داء النحافة العصبي) ، أو أعراض جسمانية مختلفة (اضطراب الجسدية) ، الخوف من وجود مرض خطير (اضطراب هجاس المرض)
- 5- يؤدي القلق والاهتمام وما يصاحبهما من أعراض جسمية إلى انزعاج كبير أو اضطراب أو خلل في القدرة على أداء الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو غيرها من الوظائف الأخرى.
- 6- لا ينبغي أن يكون هذا الاضطراب بسبب استخدام عقاقير طبية أو مواد مخدرة ، أو نتيجة لمرض عضوي مثل فرط إفراز الغدة الدرقية ، أو يرتبط حدوثه بوجود اضطراب وجداني أو ذهاني أو اضطراب نمائي مثل التوحد وزمرته.

5- أنواع القلق:

يعتبر القلق من بين أكثر الاضطرابات الانفعالية شيوعا، حيث تصل إصابة الفرد به أثناء فترة حياته إلى حوالي 15% (فوقية حسن رضوان، 2009) وقد اعتبر القاسم المشترك بين جميع الاضطرابات النفسية، بالرغم من ذلك فإن القلق بصفة عامة

يعتبر سويًا حين يكون استجابة لخطر قائم، ولكن يصبح مرضيًا حينما تتجاوز هذه الاستجابة حجم الخطر أو لم يكن هناك خطر خارجي فعلي. لذلك وجدت أنواع كثيرة يمكن تصنيفها إلى:

5-1 التصنيف العام

و يشمل على:

5-1-1 اضطراب الهلع:

في هذا الاضطراب يعيش الأفراد نوبات فجائية لا تفسير لها من الخوف الشديد تستمر لعدة دقائق و أحيانًا إلى ساعات. يعاني خلالها الشخص من صعوبة في التنفس، غثيان شديد، تخرر، دوخة، و عرق، رعشة، أو اختناق و قد يصاب بآلام في الصدر مع خفقان القلب أو الشعور بالحرارة أو البرودة، كما يعاني الشخص من رعب شديد من الموت أو الإصابة بالمرض العقلي.

5-1-2 اضطراب الرهاب:

يعتبر اضطراب الرهاب خوف غير منطقي من موضوع أو موقف معينو لذلك يسمى بالخوف المرضي أو الرهاب، و قد حدد المختصين عدد كبير من أنواع المخاوف.

5-1-3 القلق العام:

أقل شيوعًا من المخاوف و الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب ينزعجون دائمًا دون سبب ظاهر، فقد ينزعجون من شيء ما مرعب سوف يحدث لهم أو للمحيطين بهم و عادة ما تبدو أعراض هذا الاضطراب في عدم القدرة على التركيز و الإنهاك و التعب و ألم العضلات و الأرق و صعوبة التنفس و جفاف الحلق و الدوخة و الغثيان و العرق المتزايد.

5-1-4 اضطراب الوسواس القهري:

و يأخذ شكلين، هما:

الوسواس: و التي تشير إلى وجود فكرة غير مرغوب فيها أو صورة ملحة في ذهن الشخص.

أما القهر: فيشير إلى سلوك متكرر يشعر الأفراد أنهم مدفوعين لعمله رغم معرفتهم أنه لا معنى له و يؤديه بشكل متزايد، و في حقيقة الأمر الوسواس الفكرية و الأفعال القهرية غالبا ما يكونان مرتبطان ببعضهما بقوة.

5-1-5 اضطرابات ما بعد الصدمة:

يعتبر القلق و الاكتئاب أهم الأعراض التي تعرض الشخص للصدمة، مثل الحرب أو الاغتصاب، أو كارثة طبيعية...يعاني الشخص الذي تعرض للصدمة من التوتر و الأرق و التعب إلى جانب شعور البعض منهم بأن الحياة فقد معناها، كما يصبح يعاني من كوابيس متكررة تحيا فيها الصدمة من جديدة.

5-2 تصنيف القلق حسب نظرية التحليل النفسي:

و تجدر الإشارة إلى جانب هذه الأنواع فقد ميز فرويد ثلاثة أنواع من القلق، وهي:

5-2-1 القلق العصابي :

يتميز عن القلق الموضوعي بأنه أكثر حدة و شدة . حيث " ينشأ نتيجة محاولة المكبوتات الإفلات من اللاشعور و النفاذ إلى الشعور و الوعي (علاء الدين كفاني 1999) أو ينشأ بفعل الكبت و ما يترتب عليه فوفقا لنظرية التحليل النفسي تسعى الهو إلى الإشباع الفوري المطلق لرغباته و غرائزه العدوانية و الجنسية التي تتعارض و المعايير الاجتماعية و تحاول الأنا تنظيم هذا الإشباع وفقا لما يرتضيه المجتمع (عبد المطلب أمين القريطي 1998) . و تكبت كل ما يتعارض معها و مع ازدياد ضغط المواد المكتوبة يزداد شعور الأنا بالتهديد و القلق و تزداد مقاومتها و استخدامها لبعض الحيل الدفاعية الأخرى كالإسقاط و التبرير و التكوين العكسي و لفشل هذه الحيل أيضا لأنها بطبيعتها ناقصة تعاود بعض المواد المكتوبة الضغط و التهديد من جديد

و يميز فرويد بين ثلاثة أنواع من القلق العصابي هي : القلق الهائم، قلق المخاوف المرضية و قلق الهيستيريا.

القلق الهائم : هو حالة خوف عام شائع طليق يعم حياة الفرد و لا يستطيع تجنبه

و تصبح حياته كلها حول قلقه، و يتعلق بأية فكرة لإصاق مخاوفه المزعومة ليجعل منها موضوعا لخوفه مما يؤدي إلى توقع حدوث شر له في أي وقت، ومن أي شيء ، وقد سماه " فرويد " بـ "القلق المتوقع " و الأشخاص المصابين بهذا النوع من القلق يتوقعون دائما أسوأ النتائج ويفسرون كل ما يحدث لهم بأنه نذير سوء .

إن حدوث القلق في غياب أي خطر موضوعي قد أدى إلى نشوء فرضيات عديدة ترمي إلى تفسير نوبات القلق و كشف سرها . وقد اقترح فرويد (1915-1917) تفسيراً حيث يرى أن الطاقة الجنسية الحبيسة تتحول (مثلما تتحول أشكال الطاقة) إلى قلق . ثم عاد فرويد (1926) في مرحلة تالية فافتراض أن ما يثير القلق تهديد دفعة لاشعورية محرمة بالانطلاق إلى الشعور (الوعي) .

إن فكرة " القلق الهائم " Free-Floating Anxiety هي فكرة مستقاة من وجهة نظر الملاحظ و ليس المصاب بالقلق . و قد أدرك بولبي (Bowlby,1970) خطأ مفهوم القلق " الهائم " إذ يقول : " ما لم نعرف ما جرى أو يجري في عالم المريض الخاص ، فلن نكون في موقع يسمح لنا أن نقرر عدم وجود تهديد ، أو أن نقرر أن التهديد لا يتناسب و المعايير المعقولة مع الانفعال الذي يبدو أنه أثاره."

قلق المخاوف المرضية : تكون هنا شدة الخوف مع الخطر المائل بالفعل في الموضوع الذي يخافه الشخص (محمد فتحي الشنيطي ،1980)

ويختلف هذا النوع من القلق عن النوع السابق من حيث أن قلق المخاوف المرضية يتعلق بشيء خارجي معين ، أما الهائم فهو حالة من الخوف الغامض الذي لا يتعلق بشيء معين .

و تفسر المخاوف المرضية كالخوف من الأماكن المرتفعة، الحيوانات، الأماكن المغلقة بأنها مشاعر ترتبط بملابسات إثارة بعض الدوافع في الطفولة تعرضت للنسيان فيما بعد (علاء الدين كفاني 1999) . أو كاستجابة انفعالية إزاء مصدر

تهديد داخلي حيث تستمد أصولها من الخبرات الطفولية المخيفة أو المؤلمة (عبد المطلب أمين القريطي 1998) . كما يمكن القول أن موضوع الخوف المرضي يمثل ميلاً لإشباع غريزي أو يرتبط بطريقة ما بموضوع اختيار غريزي

و هناك وراء كل خوف عصابي رغبة بدائية للهو في الموضوع الذي يخاف منه الشخص (محمد فتحي الشنيطي 1980)

قلق الهستيريا : يشاهد هذا النوع خاصة في الهستيريا و يظهر حيث تكون الأعراض الهستيرية تعبيراً عن قلق مكبوت لأنه يرتبط بإشباع غريزي محرم و في خلال النوبة الهستيرية يمكن تحقيق نوع من الإشباع البديل من وراء القوى الكابتة (علاء الدين كفاني 1999) و ينسب فرويد أيضاً الأعراض الهستيرية التي يسميها " معادلات القلق " نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلى القلق في الأمراض العصابية الأخرى التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة.

5-2-2 القلق الأخلاقي :

يعرف Bergeret على انه : " خوف من الأنا الأعلى حيث يظهر التهديد على أنه تهديد بفقدان حب الأنا الأعلى ، والذي يمثل السلطة الأبوية (و المجتمع) و هو وريث عقدة أوديب . " (Bergeret, p 84)

هذا النوع من القلق ينشأ نتيجة تحذير أو لوم الأنا الأعلى أو الضمير الخلقى الذي تمثله القوانين الاجتماعية و الأعراف و المثل و الأخلاق و ذلك عندما يأتي الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير و القيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى و يتمثل هذا القلق في مشاعر الخزي و الآثم و الخجل و الاشمئزاز و يصل إلى درجته القصوى في بعض أنواع الأعصاب كعصاب الوسواس القهري الذي يعاني صاحبه من السيطرة المستتدة للأنا الأعلى و مع هذا يمكن القول أن هذا النوع من القلق قد يكون ذا طابع تطهيري يساعد الفرد على استعادة ثقته بنفسه و على مجاهدة نزوات الهو و إن تجاوز هذا الحد ربما يأخذ صور شاذة لإيلام الذات و تعذيبها (عبد المطلب أمين القريطي 1989)

إن القلق الأخلاقي لا يكمن في العالم الخارجي إنه داخلي المنشأ ، إنها مشاعر الإثم و الخجل ، وعندما تصل إلى حد عدم الاحتمال فقد ينزل الشخص بنفسه العقاب عما بدر منه من ذنب. " (عباس محمود عوض، 2003)

5-2-3 القلق الموضوعي :

يستخدم عليه لابلانش وبونتايس بالقلق إزاء خطر خارجي ويعرف بأنه : " قلق إزاء خطر خارجي يشكل تهديد واقعيًا." (لابلانث وآخرون ، 2000، ص 412) كما يعتبر هذا النوع من أقرب أنواع القلق إلى السواء و أبسطها و يعبر عن " تجربة انفعالية مؤلمة تنجم عن إدراك الخطر قائم في العالم الخارجي و الخطر هو أي ملابس من ملابس البيئة تهدد بإيذاء الشخص (محمد فتحي الشنيطي 1980) إذن القلق الموضوعي هو خوف من خطر خارجي معروف أو بالخوف من فقدان شيء مثل القلق المتعلق بالنجاح في عمل جديد أو امتحان الخوف من حيوان، كما يمكن القول أن القلق الموضوعي شعوري و أقرب ما يكون لمفهوم الخوف العادي إذ يدرك الفرد مصدر خطر خارجي في بيئته يتهدده، و قد يكون هذا المصدر واقعي فعلي أو متوقع (عبد المطلب أمين القرطبي 1989)

وقد اقترح (Zaleski (1995) نوعا مختلفا من أنواع القلق ولكننا نعتقد ونظرا لطبيعته أنه يمكن اعتباره نوعا من أنواع القلق الموضوعي والمتمثل في:

5-3 القلق من المستقبل :

رغم أن قلق المستقبل مفهوم حديث النشأة و قليلا ما يتم تناوله في المراجع المتخصصة إلا أن هناك أسباب كثيرة للتعامل مع مفهوم القلق من المستقبل Futur Anxiety –FA- فمن جهة فإن المستقبل فضاء للتخطيط و وضع الأهداف و العمل على تحقيقها ، وبهذا يصبح للمستقبل معنى تحفيزي ايجابي و لكن في الكثير من الأحيان يكون الشخص غير واثق من تحقيق أهدافه و لا إلى أي مدى يمكن لهذا العالم المستقبلي الممثل و المدرك أن يلتقي بالحقيقة ، وعندها قد يصاب الشخص بالاحباط.

و من جهة فإن التطلع للمستقبل قد يصيبنا بالخوف من أشياء و أحداث كثيرة ومختلفة كالخوف من الموت ، الكوارث الطبيعية مثل الزلازل و البراكين ،... و كذا الخوف من الحروب ، كما يمكن أن نصاب بالخوف من أشياء أكثر خصوصية و أكثر إيلا ما مثل فقدان شخص عزيز أو الإصابة بالمرض.

وفي هذا الصدد فقد توصل فيرجا و آخرون (1992)(Fridja et al,1992) في دراسة مقارنة إلى أن شعور الشخص بالخوف أكثر تأثيرا من شعوره بالأمل. فيمكن أن ينظر الشخص للمستقبل بأمل أو يمكن أن ينظر له نظرة سلبية متشائمة فينتابه الشعور بالقلق والتوتر و الخوف. حسب (1993) Zaleski إذا غلب الجانب السلبي يمكن القول أننا نتعامل مع قلق المستقبل .

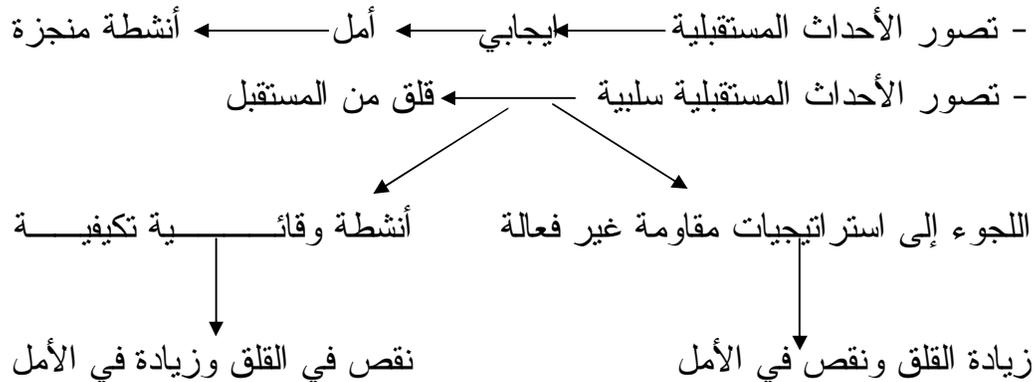
يعرف زالسكي (1995) Zaleski القلق من المستقبل بأنه: "توقع حدوث حدث غير مرغوب فيه ، ويمكن فهمه من خلال حالات التوتر والشك ، والخوف والحيرة الاهتمام بالتغيرات غير المرغوب فيها ، والتي يمكن أن تحدث في حياة الفرد المستقبلية . " كما يضيف بأنه: "إقامة توقعات كافية لل صعوبات كي لا تأتيهم الأحداث مفاجأة وهم غير مستعدين."

وللقلق من المستقبل عناصر إدراكية قوية وعلى الأرجح اتصالات سيكولوجية أقل، وهي إدراكية أكثر منها انفعالية ، فدراسة إدراك القلق حسب (1992) Eysenck والذي افترض أن الوظيفة الأساسية للقلق هي تسهيل الاكتشاف الأولي لإشارات الإنذار مهدد في إحداث تهديد محتمل ، وهذا يعني أن القلق سيكون أول رد فعل لكل الأخطار المحتملة والأوضاع المفاجئة وظيفتها تكون كمؤشر أو محذر ووظيفة عاجلة أو وظيفة تحذير .

ويقدم (1992) Bandura دراسات حول إدراك القلق ضمن نظريته حول القدرات الشخصية ، فيعرف القلق على أنه حالة من القلق المتوقع حول الأحداث المؤذية الممكنة فالتهديد بالنسبة له خاصية علائقية ، تعكس المقابلة بين القدرات الناجحة المدركة ، ومظاهر المحيط المؤذية المحتملة ، وهكذا فإن الإيمان بالقدرة على مراقبة الوضع غير المرغوب فيه مرتبط بثورة القلق.

و يرى (1993) Zaleski أن خلفيات القلق من المستقبل تتمثل في استعدادات الشخصية أي الخبرات المعاشة اجتماعيا (تجارب النجاح وال فشل ،...) ، سياسيا (حروب ، صراعات سياسية، ...) ، الأمراض المستعصية (السيداء، السرطان، ...) (Zaleski , 1993,)

ويمكن توضيح القلق من المستقبل من خلال نموذج تفاعلي للأمل والقلق من المستقبل لـ (Zaleski 1993) :



شكل توضيحي 04 لأنموذج التفاعلي للأمل و القلق من المستقبل

في الحقيقة يمكن إدراج القلق من المستقبل في القلق الموضوعي ذلك لكون كليهما يحتوي على عنصر المستقبل ، فالخطر لم يقع بعد بل هو وشيك الوقوع ، وبالتالي فهو يدرك كخطر مستقبلي ، كما أن الإدراك ينطوي على توقع أحداث غير مرغوب فيها والتي يمكن أن تحدث في حياة الفرد إلى جانب الإحساس بالتهديد الذي يرافق البناء الخيالي للحالة الخطرة ، وهذا كله يعاش في كليهما كحالة انفعالية قلقة.

6- النظريات المفسرة للقلق :

تختلف النظرة إلى القلق و تفسيره باختلاف المدارس النفسية و قد نجحت كل من المدرسة التحليلية و خاصة على يد فرويد و المدرسة السلوكية في إلقاء الضوء على مختلف الجوانب المتعلقة بالقلق ، إضافة إلى المدرسة المعرفية والتيارات الإنسانية في علم النفس.

6-1 التفسيرات البيولوجية :

و تشمل التفسيرات البيولوجية على التفسيرات الوراثية و التفسيرات الفسيولوجية

6-1-1 التفسير الوراثي:

إن الاهتمام بأثر العوامل الوراثية في إحداث القلق يرجع إلى أن غالبا ما نجد أكثر من فرد في العائلة يعاني من القلق، و بدأت الدراسات في تناول الأقارب المرضى

في محاولة لاستكشاف أثر الجانب الوراثي، و أوضحت الدراسات في هذا المجال أن احتمال الإصابة عند ذوي القرابة الوثيقة بإنسان يعاني من القلق أكبر منه عند غيرهم ممن لا تربطهم بهم أي صلة قرابة، و أنه كلما ازدادت صلة القرابة البيولوجية بالشخص الذي يعاني من القلق ازداد الاحتمال في ظهور المرض. كما أن الدراسات التي أجريت على التوائم المتطابقة في هذا المجال أظهرت أيضا أن قوى الوراثة لها التأثير الكبير في ظهور القلق عند التوائم المتشابهة أكثر من ظهورا عند التوائم غير المتشابهة. (حسن فايد، 2004)

6-1-2 التفسير الفسيولوجي:

يرتكز التفسير الفسيولوجي للقلق على أساسين مهمين و هما الناحية التشريحية، و الناحية الكيميائية. فأما الناحية التشريحية فقد أوضحت الدراسات التي تم فيها فحص المخ تبين أن هناك اختلاف في كمية سريان الدم بين نصفي المخ لدى المصابين بالقلق، كما لوحظ زيادة نشاط الخلايا العصبية في منطقة الجسم الأزرق التي تعد مليئة بالنورادرينالين. كذلك تعتبر القشرة الجبهية الأمامية المسؤولة عن القلق نظرا لأن القلق على علاقة بالتوقع، و التوقع وظيفة من وظائف هذه المنطقة. أما من الناحية الكيميائية فقد أكدت الدراسات أن أعراض القلق المختلفة تعود إلى زيادة حساسية مستقبلات الأدرينالين من نوع بيتا Beta Receptors . و يعني هذا أن النهايات العصبية الموجودة في المشبك العصبي تفرط في نشاطها الكهربائي، و تسرف في إنتاج أمينات الكاتيكول وهي مواد منبهة من أشهرها النورادرينالين. (حسن فايد، 2004)

6-2- النظرية التحليلية

يعتبر القلق حجر الزاوية في النظرية التحليلية الحديثة وتطبيقها، حيث يشكل آليات دفاعية مناسبة تجاه ظروف خطيرة.

لقد كان لهذه المدرسة دور كبير في تفسير القلق وربطه بمختلف الاضطرابات النفسية والعصبية، ومن أهم هذه المدارس المدرسة الفرويدية، ألفريد أدلر، أثورنك، كارين هورني .

أ- فرويد : لقد كان فرويد من أكثر المحللين و علماء النفس استخداما لمصطلح القلق ، إذ يعتبره القاعدة الأساسية والمشكلة المحورية لكافة أنواع العصاب (محمد إبراهيم عيد، 1997)

ويرى أن الأنا هو دائما موطن القلق ولا يؤدي الكبت إلى القلق و إنما يعمل القلق إلى كبت العامل الذي أثار القلق وعلى استخدام سائر الآليات الدفاعية (سهير كامل أحمد ، 1999)

كما ربط فرويد بين القلق و بين إعاقة اللبيدو من الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقدة أوديب و إكترا، وعقدة الخفاء غير المحلولة. و قد أرجع فرويد أيضا القلق و خاصة القلق اللاشعوري إلى التهديدات المتواصلة المنذرة بالخطر من طرف المواد المكبوتة. فلهو تبحث عن إشباع نزواتها الغريزية و الجنسية و العدوانية. بأي طريقة و في المقابل تجد الرفض من طرف الأنا و الأنا الأعلى و هذه المواد المحضورة و المستكرهة التي قامت الأنا بكبتها و منعها تتراكم و تتفاعل و تضغط من أجل الظهور و البروز في حيز الشعور و كلما تزايدت هذه التهديدات كلما تزايد شعور الفرد بالخطر و من ثم القلق الذي يعمل بمثابة إنذار بالنسبة للأنا بهذا الخطر الذي يوشك أن يقع.

ب- الفريد أدلر : Adler لم يتناول أدلر القلق تناولا منظما و لكننا يمكن القول أن فكرة الشعور بالنقص التي تناولها في العديد من كتاباته تتضمن معنى القلق و قد اهتم بهذه الفكرة و اعتبرها الدافع الأساسي للأمراض العصابية و هو بذلك إنما ينسب إلى الشعور بالنقص الدور نفسه الهام الذي ينسبه فرويد و المحللون النفسيون للقلق.

و يرى أدلر أن القلق يعبر عن شعور الفرد بالنقص و العجز و هو شعور حقيقي يستشعره الطفل عندما يقارن إمكانيات الكبار المحيطين به و تستولي عليه نتيجة ذلك مشاعر الدونية و يحاول الطفل أن يتغلب على هذا النقص بالتعويض فإذا نجح التعويض احتفظ الفرد بشخصيته في الإطار السوي، أما إذا فشلت المحاولات التعويضية فنحن أمام صورة من صور اللاسواء(علاء الدين كفاني 1999).

ج- **أثورانك : Otto Rank** قدم نظرية جديد قي العصاب ونسب كل الاضطرابات العصابية إلى الصدمة الأساسية للميلاد و قد أسمى هذا القلق بالقلق الأولي إذ أنه في كل موقف يجد الفرد نفسه فيه مضطرا إلى الانفصال الذي يعتبر أول و أهم خبرة للانفصال تمر بالإنسان و تسبب له صدمة مؤلمة و تثير فيه قلقا شديدا و الذي عبر عنه كما قلنا سابقا بالقلق الأولي. و قد فسر رانك حالات القلق التالية على أساس الميلاد فهي عبارة عن تنفيس أو تفريغ لانفعال القلق الأولي.

و يذهب رانك إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته و هما خوف الحياة و خوف الموت.

يختلف رانك، الكثير من المحللين النفسانيين في كونه بين الأهمية الكبرى للإرادة و عرفها كمرشد ايجابي يمنع ويتحكم في الدوافع.

د- **كارين هورني** : عملت أساسا في حقل العلاج وطبيعة العصاب والتي عرفتها في نوعين عصاب الموقف و عصاب الشخص.

عصاب الموقف: يبرز من القلق لصراع منفرد مثل أن يواجه بقرار صعب وهي ممكن أن تشل الفرد مؤقتا في التفكير والتصرف بفعالية وهي ليست عميقة .

عصاب الشخص: مميزة بقلق أساسي وعدوانية أساسية نتيجة نقص الحب والعاطفة في الصغر و بأنه شعور الطفل بالوحدة و العزلة و قلة الحيلة في عالم حافل بالعداوة.

لقد جعلت هورني مفهوم القلق الأساسي محورا مركزيا لنظيراتها (**عبد المطلب أمين القرطي 1998**) .

نستنتج من خلال هذا العرض أن هورني أرجعت القلق إلى ثلاث عناصر أساسية هي الشعور بالعجز، الشعور بالعداوة، الشعور بالعزلة و قد فسرت القلق الأساسي

بأنه قلق يخبره الطفل إذا لم يحصل على إشباع دائم و مستقر من جانب الأم، و هذا القلق الأساسي يتعرض له كثير من الناس و يولد بعض الحاجات العصابية، و من يستطيع أن يحقق التوازن بين هذه الحاجات يتسم سلوكه و شخصيته بالسواء أما من يفشل في التوازن ينتهي به الأمر إلى صور لا سوية فيغلب على سلوك الفرد طابع العدوان أو العزلة أو الخضوع.

إضافة إلى فرويد و آدلر و أثورانك و كارين هورني نجد أيضا إريك فروم **Fromm** و هاري سوليفان **Sullivan** اللذان يؤكدان على أهمية العلاقات الاجتماعية التي ينشأ في وسطها الطفل و يذهبان إلى أن القلق ينشأ عندما تكون هذه العلاقة فاعلة على نحو مهدد للفرد فإذا اتسمت هذه العلاقات بالتسلطية أو بالتباعد فإن الفرد يشعر بمشاعر الاغتراب و العزلة، و الطفل في هذا الموقف يتنازعه دافعان أحدهما يدفعه إلى أحضان الوالدين حيث الأمن و الدفء و الآخر يدفعه بعيدا عنهما طالبا الاستقلال و يمكن أن يستشعر الفرد القلق من الصراع بين التبعية و الاستقلال (علاء الدين كفاني، 1999)

اعتقد كل من فروم و سوليفان أن المشكلة الأساسية في التحليل النفسي و علم النفس ليس أن تحل الصراع بين الدوافع الغريزية الثابتة في الفرد وقوانين المجتمع، ولكن أن تحضر الانسجام و الفهم في العلاقة بين الفرد و المجتمع . ويؤكد فروم على أهمية الفرد في تطوير القدرة التامة لاستخدام القوى العقلية و الانفعالية و الحسية .

6-3 النظرية السلوكية :

تفسر هذه المدرسة القلق على أنه استجابة مكتسبة قد تنتج عن القلق العادي تحت الظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الاستجابة بعد ذلك ، أي أن القلق سلوك متعلم أو استجابة اشراطية من حيث تكوينها ونشأتها .

كما يفسر السلوكيون القلق " الاشرط الكلاسيكي " وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي و يصبح هذا المثير الجديد قادرا على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي (علاء الدين كفاني، 1999) و أهم ما يوضح ذلك مشاعر الفرع التي اكتسبها الطفل " البرت" أو تعلمها كاستجابة لمثير لم يكن يثير خوفه أصلا و

هو الفأر بعد أن تكرر إقران هذا المثير عدة مرات متتالية بمثير لم يكن يثير خوفه بطبيعته و هو صوت الطرق المفاجئ على قضيب الحديد، مما أدى في النهاية إلى فزع الطفل من الفأر. بعد ما كان يسر لرؤيته من قبل، في حالة ظهوره له منفردا، بل الفزع من كل ما هو ذو خاصية فرائية مشابهة له و ذلك دون أن يعي بطبيعة العلاقة أو ظروف الاشتراط التي أدت إلى ذلك (عبد المطلب أمين القريطي، 1998).

كما اعتمد أنصار المدرسة السلوكية على مبادئ الاشراف في تفسير التجنب الرهابي، حيث يحدث الخوف عندما يقترن موضوع أو موقف محايد مع شيء مؤلم أو مسبب للقلق، فأني تصرف يؤدي تصرف يؤدي إلى مكافأة يحتمل تكراره فالشخص القلق بالنسبة للقيادة يمكن أن يتجنب القيادة، و لأن هذا التجنب يكافئ بتخفيض القلق، فإن الشخص يكون أكثر احتمالا لأن يتجنب القيادة في المستقبل. (حسن فايد، 2004)

4-6 النظرية المعرفية :

1-4-6 نظرية إليس: A.Ellis

يركز إليس على المعتقدات و الأفكار اللاعقلانية التي يمكن أن تؤدي إلى حدوث القلق ، ويرى أن الناس يتعلمون طرقا و اتجاهات و أفكار حول عالمهم هي التي تسبب لهم القلق ، كما يرى أن حجم القلق الذي يمكن أن يسببه الفرد لنفسه ينشأ و يتزايد لو اعتقد أنه يجب أن يكون على درجة كبيرة من الكفاءة و المنافسة و الإنجاز في كل شيء حتى يمكن أن نعتبره شخصا ذا أهمية ويمكن أن يسبب الفرد لنفسه قلقا اجتماعيا أيضا وذلك إذا اعتقد أنه من الضروري بالنسبة له أن يكون محبوبا من كل المحيطين به و مرضيا عنه منهم (عادل عبد الله محمد، 2000)

6-4-2- نظرية الصيغة لبيك: A.Beck

القلق بالنسبة لهذه المدرسة مرتبط بالتفكير إذ أن الفرد القلق هو ذلك الذي لم يستطع أن يتكيف مع مواقف القلق إذ نجده دائما يربطه بالخطر أي يقرأ قلقه كإشارة خطر ، حيث يتم ذلك بتأويل معين للخطر يؤدي إلى استجابة انفعالية كما يلي :

خطر خارجي ← الأفكار الخاصة ← استجابة انفعالية

وبناء على التأويل الشخصي الذي يضعه كل فرد للخطر تكون استجابته انفعالية سواء بالفرح أو الحزن أو الخوف أو الغضب أو الخلو من أي انفعال ، إن هذا التنوع في المعاني الشخصية للحدث الواحد لا يفسر التنوع في الاستجابة لنفس الموقف فحسب بل هو يفيدنا بشكل مباشر في فهم المشكلات الانفعالية ، فالفرد الذي يلصق معنى غير واقعي أو يغالي فيه فمن المتوقع أن يعاني استجابة انفعالية مفرطة أو غير ملائمة.

وقد ينتقل إلى عصاب القلق إذا استمر في تفسير كل مثير حميد على أنه نذير خطر، و إذا حرفت واقعة ما أو أسيء تأويل موقف ما إساءة بالغة فإن الاستجابة ستكون وفقا للتحريف لا للواقع ، و الانفعال سيأتي تابعا للوهم لا للحقيقة وبالتالي من يرى نفسه في خطر محقق سيشعر بالقلق .كأن يتهدهه أذى جسدي أو مرض خطير أو رفض اجتماعي، أي المخاطر التي تهدد مجاله الشخصي .

إن عملية تشخيص الشخص لموقف على انه خطر تتم عبر سلسلة من الأحكام تكاد تكون مترامنة، وهي:

- التقدير المبدئي: على حد تسمية ريتشارد لازروس (1966) حيث يتعرف الشخص على الموقف كشيء مهدد و يقدر مدى احتمالية الضرر و مدى اقترابه و شدته.

- و بقدر ما تكون الغلبة المرتقبة للقوى المهددة يكون حجم الخطر المدرك و بالتالي شدة القلق الناجم .

فمشكلة المصاب بعصاب القلق تكمن فيما يلصقه من معان و دلالة ببعض المثيرات المعينة ، فالتأويلات تميل إلى أن تكون بعيدة الاحتمال و غير واقعية و يبقى تفسير الأحداث و الوقائع كدلائل الخطر بلا تمييز فتتراكم هذه التفسيرات وتشكل نظرة

معرفة للعالم الواقعي و قلق متصاعد، هذا التأويل الخاطئ للموقف يشكل تحريفا معرفيا "Cognitive Distorsion" يتراوح بين الخطأ البسيط و الخطأ الكبير، في الانتباه، تقلص الوعي التجريدي الانتقائي، والتشويش و التحريف .
وقد اصطلح بتسمية هذه التأويلات باضطرابات التفكير التي تتألف مظاهرها المميزة للمريض المصاب بالقلق بمايلي :

- **الأفكار المتكررة عن الخطر**، فالمصاب بالقلق هو دائما في قبضة أفكار صورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية (إنذارات كاذبة)

- **نقص القدرة على " مجادلة"** الأفكار المخيفة قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار و لكن قدرته على التقدير الموضوعي و إعادة التقييم معاقة ومهما بلغ هذا الشك فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار .

- **تعميم المثير :** (**Stimulus generalization**) يتسع مجال المنبهات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي صورة أو حركة أو تغيير سيئ أن يدرك على أنه خطرا .

كما يتميز المصاب بالقلق بأنه يعاني من انهيار في التحكم الإدراكي في تركيز الانتباه حيث نجد أن الفرد القلق يركز انتباهه على مركز الخطر، و بسبب تثبيت معظم انتباهه على تصورات الخطر و مثيراته، يفقد الجانب الأكبر من قدرته على التركيز الإرادي إلى العمليات الداخلية و المثيرات الخارجية الأخرى (بيك، 2000)

و يرى بعض العلماء أن القلق هو شعور يأتي بعد تقدير الخطر حيث اقترح ليفينثال **Leventhal 1961** ما أسماه نموذج " الاستجابة المتوازية" ، الذي يحدد تعاقب الأحداث من الخطر إلى الفعل كما يلي :

خطر خارجي ← تقدير الخطر ← سلوك مناسب للتغلب على الخطر
أي أن القلق يصاحب السلوك التكيفي و لا يسبقه كما يساهم في التعاقب التكيفي
(بيك، 2000)

6-5 نظرية العوامل الأربعة:

ترتكز نظرية العوامل الأربعة على فرضية مفادها أنه توجد ارتباطات هامة بين الشخصية و سمة القلق المرتفع لدى الأفراد الأسوياء من جهة، و بين الشخصية و سمة القلق المرتفعة لدى الأفراد ذوي اضطرابات القلقمن جهة أخرى. و قد توصلت الكثير من الدراسات إلى أن المرضى الذين يعانون من معظم اضطرابات القلق لديهم مستويات عالية من سمة القلق (Clark et al,1994)

تمهيد:

لم يعد هناك مجال للشك في أن الإنسان يعد بطبيعته كائنا اجتماعيا ينتمي إلى جماعة تشبع حاجاته وطموحاته وتوفر له مصادر للسند والمساعدة، لقد أكدت العديد من الدراسات على أهمية العلاقات الاجتماعية في دعم صحة الفرد النفسية والجسمية وحمايته من الآثار السلبية للضغوط الحياتية واقتربت سعادته بوجود هذه العلاقات وإحساسه بالاندماج فيها (أبو سريح، 1993، 1995، Juo et Fukada, 1997, Heppner, Joiner et Metalsky, 1995, Cook, 1993, ولهذا تعمقت النظرة للبيئة الاجتماعية كمصدر لأسباب وعلاج العديد من المشكلات والاضطرابات وأصبح موضوع دراسة أثر المحيط الاجتماعي في نمو الإنسان وسلوكه منظورا مركزيا للعديد من النظريات المهمة بتكيف الإنسان وتوافقه وأحد أسباب التحول الجذري في توجه النظريات المهمة بالصحة النفسية (Pearson, 1990, Oakley, 1992, عن (عبد الله محمود الزياتي، 1990).

1 - مفهوم السند الاجتماعي: Social support

تعددت التسميات للدعم الاجتماعي من مساعدة أو مساندة اجتماعية فإن الاختلاف يبقى في المصطلح، أما المضمون، فإنه يدل على تلك المساندة التي تقدم للفرد من محيطه الاجتماعي.

ويشير برسون (Pearson) إلى أن السند الاجتماعي يتطلب وجود أشخاص متفهمين في محيط الفرد، يتقون به ويقدمون له المساندة عند الحاجة.

جاء في لسان العرب لابن منظور أن أصل السند من الناحية اللغوية من سند ويسند سنودا واستند غيره إذا عاضده وكانفه (ابن منظور، 1988، ص 215).

والسند هو الدعامة، المساعدة، المعونة، المدافعة والمعنى المقابل للإهمال

والترك (Dictionnaire el Magharibi, 1996, p 670).

بدأت دراسات السند الاجتماعي منذ ما يزيد عن عشرين عام وتطورت إلى أن أصبحت موضوعا بحثيا مركزيا، حيث كشفت العديد من الدراسات التي أجريت في هذا المجال أن للسند الاجتماعي تأثيرا إيجابيا على الأشخاص (Vinokur 1993) عن (يوسف زايد أبو عين، 2000) على الرغم من قدم الاهتمام بالعلاقات

الاجتماعية والتركيز على أهميتها في مختلف الفلسفات القديمة، و الأديان إلا أن جذور الاهتمام بالسند الاجتماعي يعود إلى القرن السابق عندما سلط دوركايم الضوء على دور ضعف الصلات والروابط الاجتماعية في تفسير مسببات بعض الاضطرابات، بعدما وجد أن الانتحار يكثر في الجماعات ذات المعاملة و الروابط الاجتماعية الضعيفة، وأكد دوركايم على أن للاندماج الاجتماعي أثر إيجابي على الصحة النفسية للفرد، وغزى التفكك الاجتماعي للتصنيع والتمدن في العصر الحاضر (Vaux, 1988).

غير أن الاهتمام بمفهوم السند الاجتماعي يرجع إلى كل من كابلان وكاسل وكوب Caplan, Cassel, Coob، الذين أثبتوا من خلال بحوثهم الدور الإيجابي للسند الاجتماعي في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية وتحسينها (Vaux, 1988, Oakly 1992).

بعد أن تم صياغة مصطلح الشبكة الاجتماعية (Social Network) على يد بارنز (Barnes) وبلورة مصطلح السند الاجتماعي من قبل كوب وكاسل وكابلان Caplan, Cassel Coob، ظهرت عدة تعاريف للسند الاجتماعي.

استند بعضها إلى أبعاد بنائية لشبكة السند الاجتماعي كحجم الشبكة وكثافتها والتواصل والاتصال فيها وخصائص أعضائها، بينما اهتم الجزء الآخر بالأبعاد الوظيفية للشبكة الاجتماعية المتمثلة في أنواع المساعدات والفوائد التي تقدمها الشبكة للفرد كالمواساة والدعم العاطفي والمعلومات والمساعدات المادية (Procidanel Haller, 1983)

ويمكن توحيد التعاريف المهمة بالأبعاد البنائية والتعريفات المهمة بالأبعاد الوظيفية في تعريف تويتز (Thoits) لما أسماه بنظام السند الاجتماعي Social Support System، حيث ينظر إليه على أنه: "تلك المجموعة الفرعية من الأشخاص في شبكة الفرد الاجتماعية أو الوسيلة أو كليهما" (Vaux, 1988).

كما يؤكد تويتز (Thoits) على أن السند الاجتماعي هو الدرجة التي تشبع فيها الحاجات الاجتماعية الأساسية للشخص من خلال تفاعله مع الآخرين، وحدد الحاجات الاجتماعية للفرد بالحب والتقدير والاستحسان والاندماج والهوية والأمن.

ويرى هوب فول (Hob foll) بأن السند الاجتماعي هو " التفاعلات أو العلاقات الاجتماعية التي توفر لأعضائها مساعدة فعلية أو ندمجهم في النظام الاجتماعي الذي يعتقدون أنه يوفر لهم الحب والرعاية أو الإحساس بالارتباط مع مجموعة اجتماعية ذات قيمة وموضع تقدير بالنسبة لهم (عبد الله الزيتاوي، 1999). أما رايس (Reis) فيعرف السند الاجتماعي بأنه "شعور الفرد بأن هناك من يهتم به اهتماما عميقا ويقدره أو بشعوره باندماجه الشديد مع الآخرين.

و يؤكد هوب فول (Hob Foll) و رايس (Reis) على بعد مهم يتمثل في السند المدرك والذي يعني مدى إدراك الفرد لتوفر المساعدات بأنواعها وفي هذا الإطار، يؤكد كوب وكاسل (Cassel et Coob) على أن السند المدرك أكثر فاعلية من الدعم المتلقي أو السند المقدم فعليا لقدرته على رفع وتعزيز الصحة النفسية في أوقات الضغوط (Pakenhan, 1994, Wang, 1997).

أما هاوس (House) فيعرف السند الاجتماعي بأنه: "مصدر رئيسي يقوم بدور الملطف والمخفف للآثار النفسية والجسمية الضارة التي تسببها الأنواع المختلفة من الضغوط البيئية من خلال عمله على تقليل وإزالة العوامل السلبية وتحسين الصحة وتوفير مصادر تقي الفرد من تلك التأثيرات السلبية (Vaux, 1988, Pearson, 1990).

أما كوب (Cobb) فيعرف السند الاجتماعي بأنه: " شعور الفرد بأنه محط اهتمام الآخرين ومحبتهم وموضع تقديرهم واحترامهم وأنه ينتمي إلى شبكة اجتماعية توفر لأعضائها التزامات متبادلة، وقد حدد كوب (Cobb) ثلاثة أنواع للسند الاجتماعي وهي: الدعم العاطفي الناشئ عن العلاقات الحميمة ودعم التقدير الذي يعمل على إشباع الحاجة للاعتراف والتقدير وتدعيم الإحساس بقيمة الذات، ودعم الانتماء الذي يدعم الإحساس بالانتماء وعضوية الجماعات الاجتماعية (Vaux, 1988, Oakley, 1992).

أما جونسون وسارسون (Johnson et Srason) فيعرفان السند الاجتماعي بأنه اعتقاد الفرد بأن الآخرين يحبونه ويقدرونه ويعتبرونه ذا قيمة" في حين يعرفه ليفي (Leavy) على أنه: "إمكانية وجود أشخاص مقربين يحبون الفرد ويهتمون به ويقفون بجانبه عند الحاجة"

و يؤكد (Leavy) على أن الدعم العاطفي هو الميزة الأكثر قيمة للسند الاجتماعي والذي يشمل الإصغاء والمودة والتقدير، و يليه من حيث الأهمية سلوكيات حل المشكلة كالمساعدات والخدمات.

أما كوهن (Kohn) فيعرف السند الاجتماعي بأنه: "تغذية راجعة تساعد الفرد في تقويم سلوكياته وأفكاره وفقا لما يحصل عليه من الأعضاء الآخرين في شبكته الاجتماعية"

أما بيلز (Beels) فاعتبر السند الاجتماعي "كل ما من شأنه أن يجعل الناس متمتعين بالصحة وسعداء في سياق ما توفره العلاقات الاجتماعية" (Oakley, 1992) أما كابلان (Caplan) فيعرف السند الاجتماعي بأنه: "تلك الدرجة التي تتحقق فيها حاجات الفرد الاجتماعية الأساسية، من قبول وإتلاء وتفاعل مع الآخرين (عمر أحمد إرشيدات، 1999).

أما بيكرنغ (Pickering, 1992) فيعرف السند الاجتماعي بأنه: "عملية ديناميكية للتفاعل بين الأفراد ومصادر دعمهم التي تحدث في سياق بيئي" أما حداد (1989) فيعرف السند الاجتماعي "بكمية ونوعية المساعدة والدعم الذي يحصل عليه الشخص من خلال علاقاته الاجتماعية مع الأشخاص الموجودين في بيئته الاجتماعية" (يوسف زايد أبو عين، 2000).

أما نوريس وكانياستي (Norris and Kaniasty, 1996) فقد عرفا السند الاجتماعي على أنه: "تلك التفاعلات أو العلاقات الاجتماعية التي تعطي الأفراد الدعم الحقيقي داخل النظام الاجتماعي الذي يعطي الرعاية والحب والإحساس بالارتباط مع المجموعة الاجتماعية التي ينتمي إليها.

أما ملكوش ويحي (1995) فيعرفان السند الاجتماعي على انه شعور الفرد بأنه محبوب عند الناس ومقدر و ذا قيمة وينتمي إلى شبكة اجتماعية.

ويعرف هيلر وسونيدل ودوسينبوري (Hellr et Swindle et Dusenbury, 1986) السند الاجتماعي على أنه: "التقييم العام الذي يطرره الأفراد لأنفسهم والذي يعتقدون فيه أنهم محل عناية ورعاية وتقدير، وأن هناك أشخاصا مهتمين موجودين لتقديم الدعم والمساندة لهم في وقت الحاجة.

أما ورايت Wright, 1989 فيعرف السند الاجتماعي: " فإنه الشخص الذي من يفعل كل شيء من أجلي، و الذي يعزز معنوياتي، و الذي أستطيع أن أثق فيه، و الذي يثير اهتمامي الذي يساعدني على فهم نفسي بشكل جيد و الذي أشعر بالطمأنينة معه"(Wright, 1989 p 21).

كما يؤكد ورايت (1989) أن الأشخاص الذين يقيمون علاقاتهم على أساس السند يشعرون بأنها مهمة مرغوب فيها نافعة منقابلة و مترابطة (Wright, 1989) يعرف هويير (Huurre, 2000) السند الاجتماعي بأنه التقييم العام الذي يطوره الطالب لنفسه و يعتقد فيه أنه محل عناية ورعاية وتقدير، وهناك أشخاص يقدمون الدعم أو المساندة له وقت الحاجة (Huurre, 2000) عن (منار ميخائيل هوبشل، الشوارب 2005).

2 - أشكال السند الاجتماعي:

ظهرت عدة أشكال للسند الاجتماعي، من أهمها:

- تصنيف كوهين و ولز

- تصنيف شافير

- تصنيف توتيز

- تصنيف زيمباردو

- تصنيف هارنج و مكورميك

أ- تصنيف كوهين و ولز:

يقترح كوهين و ولز (Cohen et Wells) أربعة أشكال للسند الاجتماعي وهي:

- السند النفسي: وذلك يتطلب تزويد الفرد بدعم و مساندة معنوية يشعر الفرد من خلالها بأنه مقبول و موضع احترام و تقدير و محبة.

- التوجيه و الدعم الفكري و العقلي و تقديم نصائح و معلومات تساعد الفرد على فهم مشكلاته و القدرة على التعامل معها، بالإضافة إلى تقويم الأعمال التي يقوم بها الفرد، و تقديم تغذية راجعة له.

- السند الاجتماعي: ويتضمن شعور الفرد بالانتماء لجماعة معينة و القيام معهم بنشاطات ترويحية و القضاء على أوقات الفراغ.

- **السند المادي:** ويتضمن الدعم والمساعدة المادية وتقديم خدمات ضرورية تساعد في التخفيف من القلق والتوتر النفسي" حداد (1989) عن (عمر إرشيدات، 1999).

ب - تصنيف شافير:

أما شافير (Schaefer) فقد حدد ثلاثة أشكال للسند الاجتماعي وهي:

- **السند المعنوي:** ويشمل تزويد الفرد بالمودة والتأييد والانتماء إلى جماعة تساعد وتشعر بذاته.

- **السند المادي:** ويتضمن تزويد الفرد بالمساعدة المادية والخدمات الضرورية له.

- **سند المعلومات:** ويشمل تقديم معلومات ونصائح وتوجيهات تساعد الفرد في حل مشكلاته وتعطيه نوعا من المقاومة في حياته المستقبلية عند مواجهته لضغوط وأزمات حياتية (حداد، 1995) عن (عمر إرشيدات، 99).

ج - تصنيف توتيز:

أما توتيز فقد حدد شكلين للسند الاجتماعي:

- **السند العاطفي:** المساعدات العاطفية الاجتماعية كالتفهم والتقدير.

- **سند المعلومات:** المساعدات الوسيئية كالنصائح والمعلومات والنقود.

د- تصنيف زيمباردو:

أما زيمباردو (Zimbardo, 1988) فيرى أن مصادر السند الاجتماعي للفرد تشمل أفراد العائلة والأصدقاء وزملاء العمل والجيران، ويقدمون أنواعا مختلفة من الدعم منها:

- **السند العاطفي الاجتماعي:** مثل الحب والرعاية والثقة والتعاطف والإحساس بالانتماء إلى الجماعة.

- **السند المعلوماتي:** مثل النصائح والتغذية الراجعة الشخصية والمعلومات الضرورية، ويشير ليبور (Lepore) إلى أن الدعم الاجتماعي له عدة أشكال ومصادر، فالدعم الاجتماعي يمكن أن يأتي من الدعم المادي أو العاطفي الذي يتلقاه الفرد من الآخرين.

ويشير بيستول (Bestul) إلى أن العلاقات الاجتماعية الشخصية هي من مصادر الدعم الاجتماعي للفرد والتي ترتبط إيجابيا بمكونين أساسيين لمفهوم الذات هما: تقدير الذات وكفايتها.

هـ - تصنيف هارنج ومكورميك :

أما هارنج ومكورميك (Haring et Mecormik, 1990) فيحددان ثلاثة أشكال للسند الاجتماعي:

- **السند العاطفي:** ويعني وجود شخص أو أكثر من المتعاطفين مع الفرد والذين يقومون بحل مشاكله التي تعترضه.
- **السند الأدواتي:** ويعرف على أنه الدعم الذي يساعد الفرد على أداء مهام معينة من خلال تقديم الأدوات اللازمة لذلك.
- **السند المعلوماتي:** الذي يعطي العائلة المعلومات اللازمة والمطلوبة للعناية بالشخص.

3 - مصادر السند الاجتماعي:

أشار العديد من العلماء والباحثين إلى مصادر السند الاجتماعي، فقد بين ليفي (Leavy) أن مصادر السند الاجتماعي يمكن أن تعرف على أنها: "إمكانية وجود أشخاص مقربين للفرد كالأسرة والأصدقاء والأقارب، يحبون الفرد ويقفون بجانبه عند الحاجة وطلب المساعدة" (دسوقي، 1996)

أما كوهين (Cohen) ، فيرى أن مصادر السند الاجتماعي: "عبارة عن تدخل الأفراد المحيطين بالفرد لتقديم المساعدة له وإعطائه تغذية راجعة حول صواب أو خطأ أعماله" (حداد، 1989) عن (عمر أحمد إرشيدات، 1999).

أما كوب، فيشير إلى: "الشبكة الاجتماعية للفرد يمكن أن تقدم له مساندة تساعد على التوافق مع متطلبات حياته ومحيطه، كما أنها تساعد في تقديم معلومات حول سلوكياته، لما يمثل له تغذية راجعة مناسبة حول سلوكه وكذلك تزويده بمعلومات عامة قد يحتاجه الفرد عندما يستجد لديه أي طارئ أو موقف شدة" (حداد، 1989) عن (عمر أحمد إرشيدات، 1999).

ويرى جونسون (Johnson, 1997) أن مصادر السند الاجتماعي: "يمكن أن تؤدي دورها عندما يشعر الفرد أن الآخرين في محيطه الاجتماعي يحبونه ويقدرونه ويعتبرونه شخصا ذو قيمة لذلك فإنهم يساندونه ويقدمون له الدعم اللازم.

أما بيرسون (Pearson, 1990)، فقد أشار إلى أن مصادر السند الاجتماعي يمكن أن تتعد وتتوسع من أسرة وأصدقاء وجيران ومرشدين متخصصين وأقارب، حيث يلجأ الفرد لأحد هذه المصادر وفقا لنوع المشكلة التي تواجهه ومدى ملائمة هذا المصدر لطبيعة المشكلة أو مدى تفضيله لهذا المصدر على غيره من المصادر الداعمة.

وقد أكدت الكثير من الدراسات على أن تحديد مصادر الدعم يتوقف على نوع المشكلة، كما توصلت إلى أن الأسرة والأصدقاء كانتا من أكثر مصادر السند الاجتماعي تفضيلا. (Saavage, 1986, Haddad, 1998, Pierce, 1991, Soliman, 1993). كما أشارت بعض الدراسات بأن الأشخاص يلجأون للأسرة والأصدقاء في حالة المشكلات الشخصية (Soliman, 1993).

أما عند التعرض لمشكلات دراسية ومنهجية فإن المرشد الأكاديمي والوالدين والأصدقاء كانوا أكثر تفضيلا (Leong, 1986)، وعند التعرض لمشكلات عاطفية وانفعالية، فإن الوالدين والأصدقاء والأخصائيين الاجتماعيين والزملاء كانوا المفضلين بالدرجة الأولى (Leong et al, 1986).

يعد كل من الأهل والأصدقاء والمعلمين والأبناء والأزواج جزءا من الشبكة الداعمة (Tuttle et Tuttle, 1996) وتعد العلاقة مع الأهل والأصدقاء من أهم مصادر الدعم الاجتماعي المؤثر خلال فترة الطفولة والمراهقة وعلى الرغم من التأكيد على أهمية دعم الأصدقاء خلال مرحلة المراهقة إلا أن ذلك لا يقلل من تأثير واستمرار دعم الأهل (Harter, 1999, Sanrtock, 2003).

كما يساعد دعم الأسرة المبكر للطفل في تشكيل علاقات إيجابية (Franco et Levtl, 1998).

فيشعر الشخص بالقيمة بمجرد معرفته بحب وتقبل والديه له، وقد توصل كوب (Cobb, 2001) إلى أن الشبكة الاجتماعية تزيد اتساعا وتزيد مصادر الدعم كلما زاد

تقدم الشخص في العمر وزادت نشاطاته، فالطفل يلجأ غالباً إلى أهله في حالة وقوعه في مشكلة، أما وهو مراقق فيستعين بأصدقائه كمصدر ثاني للدعم. (Cobb,2001) عن (منار ميخائيل هوشيل الشوارب، 2005).

4 - نظريات السند الاجتماعي: Théorie de l'attachement

يعتبر السند الاجتماعي لب العلاقات الإنسانية مما دفع بالعديد من المختصين في العلوم الاجتماعية والإنسانية بتقديم رؤى متنوعة تعكس الإطار النظري المتبنى ومهما اختلفت الأطر النظرية وتعارضت فإن ذلك يعطينا نظرة متكاملة عن السند الاجتماعي ومن بين أهم النظريات، نجد ما يلي:

4-1 نظرية التعلق:

تعتبر نظرية التعلق من أهم نظريات السند الاجتماعي، هناك من يعتقد أن داروين (Darwin) أول منطري التعلق إلا أن بولبي (Bowlby) هو أول من وضع أسسها وقد استمد أفكارها من نظريات التحليل النفسي والسلوكية والمعرفية، فهذا التفاعل بين مختلف هذه الأفكار أعطى لنظرية بولبي مكانة هامة في علم النفس الحديث، (Bowlby, 1973) عن (إكرام عبد القادر درويش، 2002)

أكد بولبي (Bowlby) إلى أن الكائنات عموماً والإنسان خصوصاً يظهر صغارها نوعاً ما من ردود الأفعال حين فصلها عن من يرعاها، فسلوكات الخوف والتعلق التي يبديها الأطفال هي استراتيجيات فطرية تكيفيه من أجل البقاء، خصوصاً عند الكائنات التي يعتمد صغارها في بقائهم على وجود من يرعاهم، (Cossidy et Shaver, 1999) (قنطار 1992).

فالتعلق حاجة فطرية أساسية تظهر بصورة مستقلة عن الحاجات الأخرى وتلعب دوراً هاماً في التأثير على الجوانب المختلفة الانفعالية والعاطفية والمعرفية والشخصية.

كما توصل بولبي (Bowlby) إلى أن الأم والطفل معدان بيولوجيا من أجل نمو رابطة التعلق رغم اختلاف الدور، وتحدد طبيعة استجابة الأم ونوعية الرابطة أو العلاقة ومدى قوتها أو ضعفها (Bowlby, 1988).

تتفق نظرية التعلق مع نظرية التحليل النفسي في أهمية الخبرات في تشكيل التوقعات والمعتقدات لدى الطفل في علاقاته مع الآخرين، وعلى شخصيته في مرحلة الرشد، فخبرات الطفل الانفصالية Experience Of Separation مع من يراه تحدد درجة التوقعات التي يستطيع بها الطفل الاعتماد على الآخرين في تلبية حاجاته والثقة بهم للحصول على الدعم، وبالتالي تؤثر على تكوين البنى المعرفية تجاه نفسه والآخرين، فالأم التي تلبى احتياجات طفلها البيولوجية والعاطفية تعمل على تكوين توقعات ايجابية لدى الطفل اتجاه الذات ومن يراه والآخرين وتزداد ثقته بنفسه وقدراته، مقارنة بالطفل الذي لا تستجيب أمه لإشاراته في إشباع حاجاته، ويقابل بالرفض وتناقض ردود أفعال والديه اتجاهه وبالتالي تزداد لديه التوقعات السلبية اتجاه الذات والآخرين (Cassidy,1999,Goldberge,2000,Fraley 2001).

و تزداد السلوكيات التعلقية (البكاء والصراخ والإحتجاج) والسلوكيات العدوانية لدى الطفل كما قد يلجأ للابتعاد والتجنب وتزداد مشاعر القلق لديه نتيجة تلك التوقعات (Stein, 1998 Bowlby, 1997)

ويشير بولبي وأنزورت إلى وجود أنواع من الروابط التعلقية التي يختبرها الإنسان خلال مراحل حياته العمرية المختلفة. وترى أنزورت أن هذه العواطف أو الروابط قد تكون مستمرة اتجاه شخص محدد وغير قابلة للتغيير، وتعكس انجذاب شخص اتجاه الآخر ورغبته في التقرب أو البقاء معه، والشعور بالقلق والانزعاج في حالة الانفصال عنه. ويضم التعلق عاملين هامين:

الأول: التواجد الفيزيولوجي للأم أو الشخص الراعي: فالتواجد الجسدي للأم ينهي حالة القلق والخوف عند الطفل، وتقل أهمية هذا العامل مع النمو المعرفي ونمو الذاكرة لدى الطفل.

الثاني: العامل المعرفي الذي يتعلق بتوقعات الطفل حول من يراه. إن دراسة مبادئ ومفاهيم نظرية التعلق في الطفولة أسهمت في الكشف عن طبيعة العلاقات الإنسانية والحميمة في الرشد، فتمت التعلق في الرشد هو انعكاس لتاريخ الفرد التلقني وخبراته التعلقية في الطفولة (Fraley, 2001) رغم ذلك، فقد

أسهمت دراسات (Shaver et Hazan) في تقديم الأدلة على التشابه بين أنماط التعلق في الطفولة و العلاقات الحميمة والصدقة وأثر تلك الروابط على تكيف الأفراد النفسي والاجتماعي.

وقد وضع هيزن وشيفر تصنيفات لأنماط التعلق عند الراشدين والتي تتشابه مع أنماط التعلق في الطفولة وذلك اعتمادا على مقاييس التقدير الذاتي، ويرى الباحثان أن أنماط التعلق الأولى تتشكل من خلال التفاعل بين الطفل ومن يرباه

و تتمتع التعلق بدرجة من الثبات بين مراحل الطفولة والمراهقة والرشد، ذلك أن خبرات الطفولة الأولى ذات تأثير على العلاقات في الرشد، فطبيعة تعلق الآباء

بآبائهم تنبئ بطبيعة تعاملهم وتعلقهم بأبنائهم (Fraley 2000 Simpson 1998)

وتشير نظرية التعلق إلى أن نوعية رابطة التعلق بين الآباء والأبناء في المراهقة والرشد من شأنها أن تسمح أو تعيق استقلال الأبناء عن الآباء وبناء ثقافتهم بأنفسهم وبناء الهوية الذاتية، فقد بينت دراسة مكارثي (Mc Carthy) ورفاقها أن التعلق الآمن بأحد الوالدين لا يعني تعلقا آمنا مع الآخر (Mc Carthy 2001).

فدراسة لويس وأوين وكوكس (Lewis , Owen et Cox) على عينة من الفتيات وجدت أن الفتيات اللواتي كان أبائهن يتمتعون بزواج مستقر كان تعلق الإناث فيها آمنا مقارنة بالإناث اللواتي كان زواج آبائهن غير مستقر أو كان زواج آبائهن ضعيف (Goldberg 2000)

وقد قامت بارثولميو وهورويتز Bartholomew et Horowitz بوضع

أربعة أنماط للتعلق عند الراشدين.

1 - تعلق آمن / Secure

2 - تعلق منشغل/ قلق Preoccupied

3 - تعلق خائف / تجنبني Fearful / Avoidant

4 - تعلق رافض / تجنبني Dismissing / Avoidant

لقد أدرج بولبي (Bowlby) نموذجين للتعلق.

أ- النموذج العمل الداخلي: Internal Working Models

وهو أحد المفاهيم الهامة في نظرية التعلق، حيث يرى بولبي أن التعلق عند الإنسان يرتبط بنظام الدوافع السلوكية الذي ينمو مع الإنسان منذ الطفولة، وهذا النظام يقيس التقرب الجسدي لدى الشخص المتعلق به والدعم الذي يقدمه الأمن أو القاعدة الآمنة، فالنماذج الداخلية العاملة تشير إلى استراتيجيات منظمة لإعادة تنظيم المشاعر والعواطف والسلوكيات وتتكون نتيجة تفاعل الأفراد في مختلف مراحل الحياة.

إن النماذج الداخلية العاملة (IWM) تعمل على تنظيم وتعديل وتفسير التنبؤ بالعلاقة بين الشخص المتعلق به وسلوكيات التعلق الذاتية، وذلك بناء على التغيرات الخارجية في البيئة المحيطة (Cassidy et Shaver, 1999, Fraley et Shaver, 2000).

ويرى بولبي (Bowlby) أن النماذج الداخلية تلعب دوراً هاماً في تشكيل واستمرار نوعية العلاقات التعلقية، فنوعية ردود الأفعال والتوقعات اتجاه الآخرين تحدد نوعية العلاقات والتي تؤثر بدورها على ثبات واستقرار الشخصية (Fraley, 2001)، فالنماذج الداخلية تتصف بالاستمرار والتجدد والقابلية للتغيير والتعديل ولا تتصف بالضرورة بالثبات بين الطفولة والرشد.

- مفهوم النموذج الأصلي أو Prototype من وجهة نظر فرويد، فإن علاقة الطفل مع أمه وأسرته تعمل كنموذج أصلي أو الصورة الأولى التي تقيس من خلالها العلاقات اللاحقة والتي قد تتم بصورة غير مدركة وغير واعية من الأفراد.

ويقصد بمفهوم النموذج الأصلي بأنه نظام غير لغوي، تصوري أجزائي لبناء المعلومات والاستراتيجيات والسلوكيات من أجل تكيف الفرد مع البيئة الأولى التي يتعامل معها وتبقى الصورة الأولى ثابتة وتلعب دوراً هاماً في تشكيل العلاقات مع البيئة المحيطة والعلاقات اللاحقة. Fraley 2001 عن (إكرام درويش، 2002).

ب - النظرية التفاعلية الرمزية:

تنبثق هذه النظرية من علم النفس الاجتماعي والتي تدرس كيفية تعبير الأفراد عن مواقفهم الشخصية وطريقة استجاباتهم في إطار تفاعلاتهم الاجتماعية.

حيث تنطلق من فرضية مفادها أن الأفراد يتواصلون على أساس الرموز المشتركة فيما بينهم مثل اللغة التي تعتبر إحدى هذه الرموز، فالأشخاص يبنون

تصوراتهم حول الواقع انطلاقاً من تجاربهم التي عايشوها في إطار ثقافي معين، إن للتنشئة الاجتماعية دور في اكتساب المعارف حول العلاقات وحول توافق الناس مع العلاقات.

كما ركزت هذه النظرية على أهمية التوقعات أو الآمال التي يعلقها الأفراد على عائلاتهم وأصدقائهم أو على المجتمع فالإشباع يحدث نتيجة توافق بين الآمال المنتظرة أو توقع الفرد من الجماعة وما تقدمه هذه الجماعة واقعياً من دعم ومؤازرة. (Zemmerman et al, 1992)

4 - 2 - نظرية التبادل:

انبثقت هذه النظرية كذلك من علم النفس الاجتماعي، حيث حاولت إعطاء شروحات حول العلاقات وتمثل النموذج الاقتصادي للسلوك والتي من خلالها يحقق الفرد فوائد مثل: الحب، السند الاجتماعي، المكانة الاجتماعية ويدفع مقابل ذلك الخسائر مثل: الصراعات، عدم المساواة والفائدة تعني: الفرق ما بين الفوائد والخسائر وعادة ما يفضل الأشخاص أن تكون الفوائد أكبر من الخسائر. (Rusbult et al 1994)

تتضمن هذه النظرية محورين أساسيين:

- محور يركز على الترابط الاجتماعي: (Thibaut et Kelly 1959)

إضافة إلى الفوائد المحصل عليها من وراء العلاقات، فإن الأفراد يقومون بمقارنة علاقتهم الحالية مع علاقات أشخاص آخرين يرونهم مشابهين لهم مثل، الأصدقاء ثم مقارنة الفوائد الحالية بالفوائد المتحصل عليها في العلاقات الماضية مثل (وصف العلاقة بين شخصين قبل 10 سنوات) وهذا ما يضيف طابع الذاتية على الفوائد المتحصل عليها من خلال العلاقة (Resbult 1991)

وعليه فإن هذه المقارنة تسمح بتحديد مستوى الإشباع ومستوى تبعيتها اتجاه العلاقة بمعنى أن الشخص يتحكم في الوضعيات والعلاقات، حيث يرتفع مستوى الاستقلالية في العلاقات غير المشبعة، في حين أن التبعية تسند بارتفاع نسبة الإشباع. (Carment1998 Wright 1999)

- محور يرتكز على العدالة:

يتوقف تحقيق العدالة في العلاقات على درجة الإشباع المتبادل بمعنى أنه إذا حدث تقصير في العلاقة ينتج عنه شعور بالضيق وهذا ما يدفع بالأفراد البحث عن إقامة العدالة، لكن هذا الشعور لا نجده في العلاقات الحميمة أو ذات الصلة الوثيقة وغالبا ما يعوض بالشعور بالثقة والتسامح مثل علاقة طفل- أم

(Alcock 1994 Wright 1999)

إن هذه النظرية بالغت في اعتبار أن الأشخاص هم المقربين الفعليين في كل ما يخص العلاقات فالأشخاص ليسوا دائما أحرار في اختياراتهم. (Alcock et al 2000) إضافة إلى استعمالها لتصورات كمية للرابط (معادلات) والتي تطبق تركيبات رياضية جد معقدة يصعب شرحها وفهمها وهذا ما يحول دون تطبيقها على ارض الواقع. (Bersheid et al 2000)

4 - 3 - النظرية البنائية الوظيفية:

يرجع تاريخ ظهور هذه النظرية إلى سنة 1960 وتعتبر أحد أهم النظريات الاجتماعية التي تهتم بالعائلة (Schawartz et al, 2000) قامت هذه النظرية على التنسيق بين فكرتين أساسيتين هما:
- البنيوية ويقصد بها التنظيمية.

- الوظيفية ويقصد بها طريقة عمل الأشياء (Luxton, 1996)

هذه النظرية تسلط الضوء على ما يقوم به النموذج التقليدي للعائلة التي تعتبر الإطار المفضل لنمو أفرادها وحمايتهم وإشباع حاجاتها وتعليمهم و لا يمكن أن تتصورها بنية مستقلة عن المجتمع. (Costes, 1999)

كما تشير أيضا إلى اختلاف الأدوار، حسب وظيفة الجنس، إذ تسند إلى الزوجة دور العناية بأفراد الأسرة وشؤون البيت وتقديم السند لهم في حين أن الزوج يلعب الدور الواسطي المادي أي أنه يلبي لهم الحاجات المالية للعائلة.

(Luxton, 1996) عن (Teresa Janzy, 2000)

5- أهمية السند الاجتماعي:

خلصت غالبية الدراسات إلى اعتبار السند الاجتماعي مصدراً هاماً في تلطيف وتخفيف الاضطرابات النفسية الناتجة عن الضغوط الحياتية من خلال تأثيره في التقييم الذاتي للضغوط أو على اختيار استراتيجيات التكيف مع مشاعر تقدير الذات واحترامها وأصبحت هذه النتيجة إحدى الحقائق المشتركة في أبحاث الضغوط وما يسمى بـسيكولوجية العلاقات بين الأشخاص، وتمخض عنها ما يعرف الآن بالنموذج الملطف (Buffering Model)، الذي يوضح تأثير السند الاجتماعي في الضغوط الحياتية والآثار النفسية والجسمية الناجمة عنها (Lepore,1991,Stroebe, 1996) وفي هذا الإطار يؤكد كل من كوب وكاسل وكابلان (Cobb,Cassel,Cobb) على أن الدور الملطف للدعم الاجتماعي ينبع من إشباعه لحاجات الإنتماء والاندماج والإحترام والإعتراف والتقدير والحب والمحبة (Norris, ,1996,Aneshensel,1982) أما أرجايل (1993)، فيصف الطرق التي يعمل من خلالها السند الاجتماعي على مساعدة الأفراد كما يلي: من خلال تأثيره المباشر في الانفعالات وتوليد مشاعر إيجابية تكف الاكتئاب والقلق، ومن خلال تأثيره على إدراك الفرد للضغوط الخارجية، فيدركها على أنها أقل مشقة عندما يشعر أن الدعم والمساعدة متوفران. كما يؤكد كابلان على أن المعلومات التي يحصل عليها الأفراد من الآخرين تمدهم بفهم أفضل لمواقفهم وتعطيهم تغذية راجعة حول نتائج سلوكياتهم مما يدعم محاولاتهم للتكيف مع مواقف الحياة المتنوعة بشكل أكثر فعالية. (عبد الله محمود محمد الزيتاوي، 1999)

يعتبر كثير من العلماء الدعم الاجتماعي مصدراً هاماً من مصادر الأمن الذي قد يحتاجه الفرد من عالمه الذي يعيش فيه عندما يشعر أن هنالك ما يهدد كيانه وأمنه، يلجأ إلى الشبكة الاجتماعية المحيطة به والتي تشكل مصادر للسند الاجتماعي من أسرة وأصدقاء وأقارب وجيران، وجهات أخرى متخصصة لطلب الدعم في سبيل الوصول إلى حل مشكلاته (هيلتن، 1988) عن (عمر أحمد إرشيدات، 1999). إن العديد من الدراسات قد بينت أن أسوأ الضغوط وأكثرها ارتباطاً بالاضطرابات النفسية، هي تلك التي تحدث للفرد المنعزل، والذي يفقد للسند

الاجتماعي، فالانتماء للجماعة أو لشبكة من العلاقات الاجتماعية تعتبر من أهم المصادر التي تقي الشخص من العديد من المشكلات.

أما بورز (Powers, 1994)، فقد أكد أن السند الاجتماعي وسيلة مفيدة للتغلب على الضغوط النفسية في الحياة.

أما كسلر وآخرون (Kessler et al,1992) فقد توصلوا إلى أن زيادة السند الاجتماعي يحسن من الصحة النفسية للشخص.

ويضيف ملكوش ويحي (1995) أن السند الاجتماعي يساعد على التكيف عند حدوث الضغوط النفسية، كما انه يخفف من تهديد المرض ويساعد على الشفاء منه، عندما يظهر.

أما بريهم وكاسين (Brehem & Kassim,1990)، فينظران للسند الاجتماعي على أنه مصدر للتكيف، يمكن اعتماده للمساعدة على تقليل الضغوط النفسية التي تواجه الأشخاص.

و يتفق أورنشتين (Orneistein,1988) وملكوش ويحي (1995)، حيث يؤكدوا أن السند الاجتماعي يعطي الاستقرار الذي يحمي الناس في أوقات الضغوط النفسية. ففي دراسة دولي وزملاؤه توصلوا إلى أن للدعم الاجتماعي وحجمه أثر كبير في التخفيف من حدة الاكتئاب عندما يزداد حجم هذا السند (عبد الله، 1995) عن (عمر أحمد إرشيدات، 1999).

أما دراسة سليمان، فقد أظهرت أن للسند الاجتماعي دور كبير في التغلب على المشكلات الشخصية والمهنية والعاطفية لدى طلبة الجامعة، أما دراسة حداد التي أجريت على المرشدين النفسيين في المدارس، فقد أظهرت مدى فاعلية استخدام مصادر السند الاجتماعي في خفض الاحتراق النفسي لدى هؤلاء المرشدين.

يرى العديد من العلماء أن للسند الاجتماعي دورين رئيسيين هما:

- دور إنمائي يكون من لديه علاقات اجتماعية صحيحة أفضل من غيره ممن يفتقد لهذه العلاقات.

- ودور وقائي فيشير إلى أن للسند الاجتماعي أثر مخفف لآثار الأحداث الضاغطة، نتيجة التغذية الراجعة والرصيد المعلوماتي لدى الفرد، وهذا ما أكدته

دراسة بولبي إلى أن الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية تتميز بالمودة مع الآخرين منذ سنين حياته الأولى يصبح بعد ذلك شخصا واثقا من نفسه وقادرا على تقديم الدعم للآخرين ويصبح كذلك أقل عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية، فالسند، يزيد من قدرته على المقاومة والتغلب على الفشل ويجعله أكثر قدرة على مواجهة مشكلاته بطريقة أكثر قوة (عمر أحمد إرشيدات، 1999).

أما هالهان وكوفمان (Hallahan and Kauffman , 1991) فيريا بأن السند الاجتماعي العائلي، يعمل على التخفيف من العزلة والوحدة وأنه يعمل على تقديم المعلومات كما يعطي نماذج من الأدوار الواجب أداءها. وترى شيري (Cherry, 1991) أن الثقة بالنفس والشعور بقيمة الذات يعتمدان على الآخرين المهمين في حياتنا.

أما شيا-هي شانغ وشيلر (Chien- HueyChang & Schaller, 2000) فقد توصلوا إلى أن الدعم العائلي يؤثر في صحة الفرد النفسية والجسمية، فالأفراد الذين لم تشبع حاجاتهم العاطفية عن طريق العلاقات ولم يشعروا بتقدير الذات، قد يظهرون مشكلات في التوجه، ويصبحون خائفين ومعتدين على بيئتهم الاجتماعية، كما أن الأفراد الذين لم يشعروا بالدعم من قبل المقربين منهم، لا يترددون في إعطائهم التقدير السلبي والتعبير عنه، وهذا ينطبق على الوالدين أيضا مما يتسبب في حدوث علاقة سلبية مع الأبناء، وبعد موعد تقديم الدعم في الوقت المناسب وفق رغبة الفرد في الحصول عليه واستمراريته من أهم متغيرات السند الاجتماعي (Chien- HueyChang & Schaller, 2000) عن (منار ميخائيل هويشل الشوار، 2005).

إن تجمع كل من شعور الفرد بعدم الكفاية وشعور الفرد بعدم الأهمية بضعف دعم الأهل والأصدقاء، يضع الفرد عرضة لحدوث الاكتئاب، فهو يشعر بعدم الكفاية فيما يخص مظهره وقدراته الرياضية، وشعبيته والتي ترتبط بعدم الموافقة من الأصدقاء وكما يشعر بمحددات في مجال الكفاية المدرسية والسلوك الاجتماعي والمرتبطة بعدم الموافقة وعدم الأهمية وضعف الدعم من الأصدقاء والأهل.

كما يقترن ضعف السند الاجتماعي بالعديد من مظاهر اختلال الصحة النفسية والجسمية كالاكتئاب والقلق وانخفاض تقدير الذات وضعف المقاومة للأمراض الجسمية والتأخر في الشفاء والقرحة، كما يؤدي إلى خفض درجة الإجهاد النفسي وتقوية إرادة الشخص وقدرته على تحمل الأحداث الحياتية الشاقة (أبو سريع، 1993، صالح، 1993، Pakenham et al, 1994 , Holahan et al, 1997)

تمهيد:

سنتعرض بالشرح في هذا الفصل إلى تصميم البحث وأهم خطواته بدءاً بالإشكالية الخاصة للبحث ثم الدراسة الاستطلاعية التي كانت تهدف إلى تحديد ميدان الدراسة وعينة البحث، دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات البحث، كما سنتطرق إلى متغيرات وفرضيات البحث وطريقة معالجة النتائج المحصل عليها معالجة علمية دقيقة و منظمة.

1- التصميم:

إن البحث سيرورة فكرية منظمة، يسعى إلى إيجاد حل لمشكل ما و لا يتأتى لنا ذلك إلا من خلال طرح تصميم منظم لطرح المشكلة. إن التصميم هو التصور العام للموضوع و طريقة و كيفية بنائه للوصول إلى الحلول المناسبة للمشكلات المطروحة، فيما سيأتي سنقدم أهم خطوات البحث:

2- الدراسة الاستطلاعية:

لقد دامت الدراسة الاستطلاعية حوالي 10 أشهر و ذلك من مارس 2002 إلى غاية ديسمبر 2002.

عملنا في الدراسة الاستطلاعية إلى تحقيق الأهداف التالية:

- أ- التعرف على ميدان البحث و مجتمع الدراسة و ذلك بالتنقل لمختلف دور الشباب و مراكز الصحية النفسية بمدينة سطيف - مكان إجراء البحث -
- ب- استخراج الخصائص السيكومترية لأدوات البحث (الاكتئاب و القلق من المستقبل و استراتيجيات التعامل مع الضغط و الرضا عن الحياة و السند الاجتماعي و اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات DAST 10 و التقرير تشخيصي لتعاطي المخدرات (DUSI) و ذلك بدراسة صدقها و ثباتها في البيئة الجزائرية. و سنتطرق لهذا الموضوع بالتفصيل في العنصر الثامن من هذا الفصل.

3- الإشكالية الخاصة للبحث:

نسعى من خلال هذا البحث إلى تحديد عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، و نقصد بعوامل الخطر مجموع العوامل النفسية و الانفعالية و المعرفية و الاجتماعية التي من شأنها أن تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات و الاستمرار

فيها و الإدمان عليها، وفي المقابل نسعى كذلك إلى تحديد مجموع عوامل الوقاية أي العوامل النفسية و الانفعالية و المعرفية و الاجتماعية التي قد تقي الشباب من الاتجاه إلى تعاطي المخدرات، متبنين في ذلك النموذج الوقائي المسمى " النموذج المركز على الخطر " Approche Centrée Sur Le Risque. و الذي يعتمد على مفهومي الخطر و الوقاية لبناء برامج وقائية في مختلف المجالات.

إن الفكرة الأساسية لهذا البحث هي أن سرعة الوصول أو التأثر بالمخدرات يرتبط بالعلاقة التفاعلية بين عوامل الخطر و عوامل الوقاية و اللذان يمثلان نهايتان لخط مستقيم واحد، فإذا لم يتجه الشخص إلى تعاطي المخدرات فهذا يعني أنه يملك عوامل وقائية معتبرة، والعكس صحيح.

إن قلة الدراسات التي تناولت موضوع عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات مجتمعة، و إن وجدت فإنها تركز على العوامل الاجتماعية بالأساس مثل دراسة (Hawkins et al(1992,1995 ودراسة (Felix-Ortiz et al(1992 هي التي دفعتنا إلى القيام بهذا بالبحث و هذا نظرا لأهمية نتيجة التفاعل بين العوامل النفسية الانفعالية و المعرفية و العوامل الاجتماعية في حدوث الكثير من المشكلات السلوكية منها مشكلة تعاطي المخدرات.

3-1- أسئلة و فرضيات البحث:

انطلقنا في هذا البحث من التساؤلات التالية:

السؤال العام الأول:

1- هل يوجد فروق دالة إحصائيا بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر و الوقاية ؟

الأسئلة الفرعية الأولى:

1-1 هل الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر اكتئابا من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟

1-2 هل الشباب المتعاطي للمخدرات أقل رضا عن حياتهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات؟

1-3 هل الشباب المتعاطي للمخدرات أكثر قلقا عن مستقبلهم من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟

1-4 هل يدرك الشباب المتعاطي للمخدرات أسرته أقل دعما له من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟

1-5 هل يدرك الشباب المتعاطي للمخدرات أصدقائه أكثر دعما له من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟

1-6 هل يميل الشباب المتعاطي للمخدرات إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الانفعال أكثر من الشباب غير المتعاطي للمخدرات ؟

1-7 هل يميل الشباب غير المتعاطي للمخدرات إلى استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الأداء أكثر من الشباب المتعاطي للمخدرات ؟

السؤال العام الثاني:

1- ما هي متغيرات الخطر الأكثر دلالة بالنسبة للشباب المتعاطي للمخدرات ؟
الأسئلة الفرعية الثانية:

2-1 هل تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات؟

2-2 هل يعتبر سند الأصدقاء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات؟

السؤال العام الثالث:

3- ما هي المتغيرات الوقائية الأكثر دلالة بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات؟

الأسئلة الفرعية الثالثة:

3-1 هل يعتبر السند الأسري أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات؟

3-2 هل تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى عدم تعاطي المخدرات؟

- فرضيات البحث:

بناء على هذه التساؤلات أعلاه نقدم فيما يلي الفرضيات التي تم اقتراحها من خلال مساهمة لما ذهبنا إلى توضيحه في التحليل النظري الذي قمنا به في القسم لأول من هذه الرسالة.

الفرضية العامة الأولى:

1- يوجد فرق دال إحصائياً بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات فيما يخص عوامل الخطر والوقاية.

الفرضيات الفرعية الأولى:

1-1 توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص الاكتئاب بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 2 توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص الرضا عن الحياة بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 3 توجد فروق دالة إحصائية فيما يخص قلق عن المستقبل بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات .

1- 4 توجد فروق دالة إحصائية في إدراك الدسند الأسري بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 5 توجد فروق دالة إحصائية في إدراك سند الأصدقاء بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات.

1- 6 توجد فروق دالة إحصائية بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات في استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز على الانفعال.

1- 7 توجد فروق دالة إحصائية بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات في استعمال استراتيجيات التعامل مع الضغط المركزة على التجنب.

الفرضية العامة الثانية:

2- تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب و سند الأصدقاء أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات.

الفرضيات الفرعية الثانية:

1-2 تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول التجنب أكثر العوامل دلالة تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات

2-2 يعتبر سند الأصدقاء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى تعاطي المخدرات.

الفرضية العامة الثالثة:

3- يعتبر السند الأسري و استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

الفرضيات الفرعية الثالثة:

1-3 يعتبر السند الأسري أكثر العوامل دلالة لدفع الشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

2-3 تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغط المركز حول الأداء أكثر العوامل التي تدفع بالشباب إلى عدم تعاطي المخدرات.

4- متغيرات البحث:

لقد كان تناولنا للموضوع مختلفا عن الدراسات السابقة مثل دراسة Hawkins et al(1992,1995) و Felix-Ortiz et al(1992) حيث انطلقنا عند تحديدنا لعوامل الخطر والوقاية، من فكرة أن عوامل الخطر و الوقاية يمثلان نهايتان لخط واحد وهذا يعني أن نفس العامل يمكن أن يكون عامل خطر ووقاية، فمثلا يمكن اعتبار الاكتئاب كعامل خطر إذا كان مرتفعا، وعامل وقاية إذا كان منخفضا، أما الدراسات السابقة فقد كان تصورهم مختلفا، حيث كانت عوامل الخطر التي اختاروها تختلف عن عوامل الوقاية. لا يعني هذا أن إحدى الطريقتين خاطئة و لكن يمكن تناول الطريقتين و لكل واحدة إيجابياتها.

من هذا المنطلق تعتبر متغيرات البحث كالتالي:

4-1 المتغيرات المستقلة:

تعتبر عوامل الخطر والوقاية المتغير المستقل لهذه البحث، والذي تم تحديدها فيما يلي:

أ- العامل الانفعالي و يشمل على:

-الاكتئاب و قد استعملنا لقياسه مقياس بيك للاكتئاب لـ بيك A.Beck (1983)
- القلق من المستقبل اعتمدنا في قياسه مقياس القلق من المستقبل لـ زالسكي (1981) Zaleski

ب- العامل النفسي الاجتماعي، و يشمل على :

- الرضا عن الحياة و قد استعنا في قياسه بمقياس الرضا عن الحياة لـ مجدي الدسوقي (1984)
- السند الاجتماعي و قد اعتمدنا في قياسه مقياس السند الاجتماعي لـ فرانكل وآخرون (1983) Frankel et al

ج- العامل المعرفي، و يشمل على:

- استراتيجيات التعامل مع الضغط وقد استعنا في قياسه مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط لـ اندلر و آخرون (1990) Endler et al

4-2 المتغير التابع:

يشمل المتغير التابع في هذه الدراسة سلوك تعاطي المخدرات و قد استعملنا في قياسه :

- اختبار سوء استهلاك المخدرات DAST 10 لـ Skinner (1982)

- التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI لتارتر (1990) Tarter

4-3 المتغيرات المضبوطة:

عملنا على ضبط المتغيرات المولية، بالنسبة:

أ- العينة التجريبية :

- الجنس: ذكور فقط

- السن: من 15-30 سن

- نوع التعاطي :أن يتعاطى أي نوع من المخدرات مع العلم أننا أبعدنا من العينة أي شاب يتعاطى الخمر فقط لأن اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات ذات 10 بنود لا يطبق على المتعاطين للخمر فقط.

وبالمقابل ضبطنا المتغيرات المولية بالنسبة:

ب- العينة المضبوطة :

- الجنس: ذكور فقط

- السن من 15-30 سنة

- أن لا يتعاطى أي نوع من المخدرات -

5- منهج البحث:

لقد استخدمنا في بحثنا المنهج التجريبي البعدي Ex Post Facto و الذي يستعمل كثيرا في العلوم الإنسانية خاصة عندما يصادف الباحث بعض العوائق التي تتصل بعدم قدرته على التحكم في متغيرات البحث بالزيادة والنقصان، وذلك بسبب استحالة إجراء التجريب على الإنسان لاعتبارات أخلاقية. لهذا يلجأ الباحث إلى التنوعات الطبيعية للمتغير المستقل و المتغير التابع و يعرف هذا التصميم بالهبة الطبيعية، أو التصميم ما بعد الحدوث و قد نجده في بعد المراجع تحت تسميت البحوث السببية المقارنة.

وقد سمي Contandriopoulous وآخرون (1990) هذا التصميم بالتجربة البعدية Expérimentation Invoquée حيث يقول : " أننا نتكلم عن تجربة بعدية عندما يعجز الباحث على التأثير على المتغير المستقل لدراسته، ويستعمل تنوعات طبيعية أو تلقائية لهذا المتغير في منطق يشبه منطق المنهج التجريبي لقياس التأثير على واحد أو أكثر من المتغيرات التابعة" (Contandriopoulous,1990, p 37) إن مفهوم التجربة في هذا التصميم لا نقصد به التجربة الفعلية والحقيقية مثل ما هو الحال في المنهج التجريبي وإنما في هذا النوع من التصاميم العملية تتبع منطق يشبه منطق المنهج التجريبي لقياس التأثيرات على المتغير التابع.

إن تبني التصميم المقارنات السببية عن طريق أخذ مجموعتين متقاربتين لكنهما مختلفتان في المتغير التابع، و يحاول الباحث معرفة أسباب الفروق لا توجد معالجة تجريبية كما الحال في التصاميم التجريبية أو شبه التجريبية، بل يتم أخذ المجموعات كما هي في الواقع مصنفة تبعا للمتغير موضع الاهتمام ، ثم يتم دراسة ما إذا كان هذا التصنيف هو الذي يتسبب في إحداث الاختلافات بين المجموعات دون أن يكون هناك تخصيص عشوائي أو ضبط تجريبي.

فلسنا نتدخل في المتغير المستقل ونحدث تغيرا فيه ونلاحظ مدى تأثيره على المتغير التابع مثل المنهج التجريبي وإنما هذه التغيرات موجودة طبيعيا، فنحن في هذا التصميم لا نتدخل في الظاهرة، وإنما قياسها يتم بعد حدوثها.

6- عينة البحث:

بما أننا نسعى إلى تحديد عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات فإننا نعتمد على التصميم الجماعي، لذلك وزعنا 200 بطارية على الشباب المتعاطي للمخدرات ولكن لم نستغل إلا 150 بطارية لأسباب التالية:

- أرجعت بعض البطاريات فارغة.
 - بعض البطاريات لم تستوفي الشروط مثل الجنس.
 - بعض البطاريات لم ترجع.
 - بعض البطاريات نصفها غير مملوءة.
- أما بالنسبة للشباب غير المتعاطي للمخدرات فقد وزعنا 170 بطارية ولم نستغل إلا 150 بطارية للأسباب التالية:
- بعض البطاريات لم ترجع.
 - بعض البطاريات لم تستوف الشروط مثل الجنس، السن (حيث تم ملؤها من طرف إناث، أو من طرف ذكور أكبر أو أصغر من الفئة العمرية المطلوبة 15-30)
 - وحتى نضمن التناسق العددي بين المجموعتين:

6-1 حجم العينة:

تتكون عينة بحثنا من 300 شاب مقسمة إلى مجموعتين

6-1-1 العينة التجريبية:

وتشمل 150 شاب متعاطي للمخدرات غير الشرعية ،متوسط أعمارهم 22.62 سنة

6-1-2 العينة الضابطة:

وتشمل 150 شابا غير متعاطي للمخدرات متوسط عمرهم 22.46 سنة.

6-2 طريقة اختيار العينة:

اعتمدنا في بحثنا هذا لاختيار العينة على طريقة " عينة المتطوعين "

" Echantillon des Volontaires " "voluntary Sample "

ويستعين بها الباحثون (في الميدان الطبي والاجتماعي) في الحالات الصعبة وغير المقبولة اجتماعيا (Tabou) مثل : حالات الجنسية المثلي (Homosexualité) الأشخاص ذوي المصل الايجابي (Séropositifs)، حالات السيدا، ولكن لم يذكر استعمالها في ميدان المخدرات وهذا ربما لوجود مراكز متخصصة تتكفل بالمدمن على المخدرات فيسهل على الباحث الاتصال بالمدمنين على المخدرات مباشرة في المراكز المتخصصة وبالتالي يلجأ إلى الطرق الاحتمالية في اختيار العينة. أما بالنسبة لبحثنا فقد لجأنا إلى هذا النوع من العينات بسبب قلة المراكز التي تهتم بالمتعاطين للمخدرات، و نقصد بعينة المتطوعين في هذا البحث أي الشباب الذين تتوفر فيهم شروط عينة البحث مثل الجنس ذكر، السن ما بين 15 و 30 سنة، التعاطي للمخدرات.

6-3- مكان اختيار العينة:

بناء على النموذج المركز على الخطر Approche Centrée Sur Le Risque و الذي يهدف إلى تحديد عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات و الاستمرار فيها و الإدمان عليها، يساعدنا تحديد عوامل الخطر و الوقاية على بناء برامج وقائية علما أن البرامج الوقائية تحديد الخصائص النفسية و الاجتماعية و المعرفية للعينة المقصودة Echantillon Cible والتي تسمى بالعينة النفسية الاجتماعية Echantillon Psychosocial أو عينة في خطر Echantillon a Risque و هذا النوع من العينات إما أن يكون أفرادها من غير المتعاطين و لكن في خطر التعاطي أو تكون من المتعاطين المعتدلين من مميزاتهم أنهم يمارسون حياتهم بصفة عادية فنجدهم إما

متمدرسين أو عاملين،... أي لم يصلوا إلى مرحلة الإدمان و هذه العينة تسمى بالعينة العيادية Echantillon Clinique و التي تتطلب علاجاً واستشفاء. لذلك فإن نوع العينة يحدد مكان تواجدها فإذا كانت عينة نفسية اجتماعية فإننا نجدها في المدارس في مراكز التكوين، في الجامعات أي في الحياة الاجتماعية بصفة عامة وهذا ما ينطبق على بحثنا، حيث تم اختيارها من مدينة سطيف.

7- أدوات البحث:

حتى نتحقق من الفروض التي وضعناها فإننا اخترنا وسائل القياس التالية:

7-1 استبيان سو-سيوديموغرافي: إن الهدف من وضع هذا المقياس هو وضع ملامح سو سيوديموغرافي لعينة البحث. يتكون هذا الاستبيان من 05 محاور وكل محور يحتوي على مجموعة من الأسئلة وهي كمايلي:

- **المحور الأول:** خاص بالمعلومات العامة ويحتوي على 05 أسئلة مثل السن، الجنس، والمستوى التعليمي،....

- **المحور الثاني:** خاص بالجانب الاجتماعي ويتكون من 08 أسئلة تشمل الحالة المدنية، مقر السكن،...

- **المحور الثالث:** خاص بالجانب الاقتصادي ويحتوي على 03 أسئلة وتشمل مهنة الوالدين، المستوى الاقتصادي....

- **المحور الرابع:** خاص بالسوابق العدلية ويشمل على 04 أسئلة، مثل هل لدى الشخص مشاكل مع القانون، العقوبات المترتبة على ذلك،....

- **المحور الخامس:** يحوي هذا المحور الأسئلة الخاصة بتعاطي المخدرات، والتي يقدر عددها بـ 07 وتشمل سن بداية تعاطي المخدرات، أسباب تعاطي المخدرات،...

7-2 مقياس بيك للاكتئاب Beck Depression Inventory

يعتبر مقياس بيك للاكتئاب BDI من المقاييس التي حظيت باهتمام عالمي كبير، فقد ترجم إلى لغات مختلفة: كالفرنسية، الألمانية، الصينية، والفلبينية، والكورية، والتركية، والفارسية والبلغارية،... وقد استخدم في حوالي 1000 بحث منذ ظهوره

سنة 1961 إلى غاية 1988، وقد ترجم إلى اللغة العربية لأول مرة من طرف غريب عبد الفتاح غريب سنة 1981 (غريب عبد الفتاح غريب، 1995) وضع بيك وزملائه عام 1961 الصيغة الأولى من قائمة بيك للاكتئاب، والتي تتكون من 21 بندا أو فئة، والتي تم جمعها من الملاحظات العيادية واعتمادا على الاتجاهات والأعراض التي يعطيها المرضى بالاكتئاب وبشكل متكرر، كما تم الاعتماد على جمع ملاحظات متكررة على مرضى غير مكتئبين، ثم تم دمج الأوصاف بكل منسق وتم استخراج 21 عرضا، يمكن تقديرها على أساس مقياس من أربعة نقاط يتراوح ما بين صفر وثلاثة على أساس من الشدة (أحمد عبد الخالق، 1996، 1993، Beck & Steer) عن (بدر الأنصاري، 2002) ظهرت صيغة معدلة للمقياس عام 1993 و تحتوي على 21 بندا والفرق بين الصيغتين كون الأولى تقيس الاكتئاب كسمة، في حين تقيس الصيغة الثانية الاكتئاب كحالة.

وبعد تحليل الصيغة المعدلة لدى عينات عيادية وغير عيادية تم استخراج ثلاثة عوامل وهي الشكاوى الوجدانية والأدائية، والجسمية، وهذه العوامل ترتبط ارتباطا كبيرا بتصوير بيك للاكتئاب، وقد تم الحصول على نفس النتائج (عينات عيادية— وغير عيادية) في مختلف البلدان.

يتميز مقياس بيك بصدق وثبات كبيرين وفي مختلف الثقافات، أما بالنسبة للبيئة العربية فقد حضي هذا المقياس باهتمام كبير، و قد قام بدر الانصاري(2000) بقياس ثبات وصدق الاختبار بحساب معامل ألفا، والتجزئة النصفية، وأظهر المقياس اتساقا داخليا كبيرا يتراوح ما بين 0،84 و 0،92 أما بالنسبة لمعامل سبيرمان براون فقد تراوحت قيمته ما بين 0،72 و 0،87. هذه النتائج تبين وبوضوح أن مقياس بيك ثابت.

أما فيما يخص حساب معامل الصدق فقد اعتمد الباحث على طريقة صدق التكوين، واستعمل طريقة التحليل العاملي (الصدق العاملي)، والصدق التقاربي والاختلافي وتتمثل هذه الطريقة في حساب العلاقة الارتباطية بين مقياس بيك و مقاييس أخرى

وتوصل الباحث فعلا إلى أن المقياس صادق حيث ظهرت جميع معاملات الارتباط دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,001 و 0,01 .
يستغرق تطبيق مقياس بيك للاكتئاب ما بين 05 و 10 دقائق، و يمكن تطبيقه جماعيا و/أو فرديا.
ملاحظة: سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

3-7 مقياس التعامل مع الضغط Coping Inventory For Stressful Situation

وضع كل من James. parker & Norman Endler 1990 مقياس المقاومة للوضعيات الضاغطة Coping Inventory For Stressful Situation المختصر لـ CISS .
وقد مر هذا المقياس عند بنائه بمراحل عديدة، بدأت بجمع بنود المقياس تشمل أكبر قدر ممكن من سلوكات المقاومة، وقد تم استخراج البنود من مقاييس موجودة سابقا، ومن دراسات حول استراتيجيات المقاومة في مختلف الوضعيات.
في هذه المرحلة تم جمع حوالي 120 بندا تشمل مختلف سلوكات المقاومة، وتم اختصارها إلى 70 بندا بعد حذف البنود غير الواضحة، والزائدة. وتم تطبيقها على 559 طالبا (284 طالبة، 275 طالب) (Endler & parker ، 1990، 1988)
سلم التقيط ممثل بـ 05 نقاط منطلقا من 1 (لأبدا) إلى 5 (كثيرا)، ثم أخضعت النتائج المتحصل عليها للمعالجة الإحصائية، وبالضبط إلى التحليل العاملي، هذه التقنية سمحت بعزل 19 عاملا بقيم حقيقية أكبر من 1 آخذين بعين الاعتبار 60% من التباين العام على أساس اختبار كاتل (Cattell ، 1987)
وعلى أساس التشعبات الأكبر من 40% تم تحديد عوامل المقياس وعدد البنود وكانت النتائج الأولية كالتالي:

- استراتيجيات المقاومة الموجهة نحو المهمة “T” 20 بندا.
- استراتيجيات المقاومة الموجهة نحو التجنب “A” 12 بندا.
- استراتيجيات المقاومة الموجهة نحو الانفعال “E” 14 بندا.

هذه البنود كلها مقبولة من حيث التشبع، لذلك توصل كل من Endler & parker إلى وضع شرط لتصفية المقياس فكل بند غير مشبع بنسبة 40% يتم حذفه، ولكن أضيف له بندا آخر و هو " مشاهدة التلفزة" ذلك لأن البند كان مشبع بنسبة كبيرة، كما تميز بصدق جيد هذه العملية أظهرت نسخة جديدة متكونة من 44 بندا أخضعت هذه النسخة يدورها إلى التحليل العاملي باستعمال اختبار كاتل (Cattell، 1978) و بهذا أصبحت النسخة الجديدة تحتوي على 66 بندا(المهمة = 19، التجنب = 23، الانفعال = 24) ثم أخضعت هذه النسخة إلى التحليل الإحصائي وتم الحصول على نسخة متكونة من 48 بندا وتعتبر هذه النسخة و هي النهائية.

لقد أبدى مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط اتساقا داخليا معتبرا، حيث تراوحت قيمة ألفا ما بين 0,82 و 0,91

كما أبدى المقياس صدقا معتبرا من خلال استعمال طريقة التطبيق و إعادة التطبيق، وقد تراوحت قيمة معامل الارتباط ما بين 0,55 و 0,73

انطلاقا من هذه النتائج يبدو لنا واضحا أن مقياس المقاومة للوضعيات الضاغطة CISS لـ Endler&Parker يتميز بثبات وصدق كبيرين.

يمكن تطبيق مقياس المقاومة للوضعيات الضاغطة في إطار تصميم فردي، أو تصميم جماعي، يستغرق تطبيق هذا المقياس في حوالي 10 دقائق.

ملاحظة: سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

4-7 مقياس الرضا عن الحياة: Life Satisfaction Scale

وضع هذا المقياس من طرف مجدي الدسوقي(1984)، والذي استمد بنوده من التراث السيكلوجي، خاصة الكتابات والآراء النظرية التي تناولت موضوع الرضا العام عن الحياة أمثال دراسة Lewinsohn.Diener (1991)، كما استعان بالمقاييس التي صممت من أجل قياس الرضا عن الحياة، واعتمادا على هذين الخطوتين تم صياغة 30 بندا صياغة عربية.

اعتمد الباحث لاستخراج الخصائص السيكومترية للمقياس على الصدق الظاهري، حيث تم عرض المقياس في صورته الأولية على عدد من المحكمين المتخصصين

في علم النفس، والصحة النفسية للحكم على مدى صلاحيته، وصدق عبارته لقياس الرضا عن الحياة، ولم يؤد هذا الإجراء إلى حذف أي بند من بنود المقياس، ولكن عدلت صياغة بعض البنود في اتجاه مزيد من التوضيح والتبسيط. وكمرحلة أخيرة قام الباحث باستخراج صدق وثبات المقياس، حيث اعتمد الباحث على الصدق البنائي أو التكويني وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط الناتجة بين 0,263 و0,412 وجميع هذه المعاملات دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 وتشير إلى اتساق المقياس وصدق محتواه لقياس ما وضع لقياسه. وتوصل إلى نفس النتائج باستعمال الصدق التمييزي، والصدق التجريبي، بمعنى أن المقياس فعلاً صادق.

أما عند حسابه لمعامل الثبات فقد اعتمد على طريقة إعادة الإجراء (التطبيق وإعادة التطبيق) وتوصل إلى أن جميع معاملات الارتباط (تتراوح قيمها ما بين 0.694 و0.803) موجبة الدلالة 0,01 مما يشير إلى توفر شرط الثبات بالنسبة للمقياس. وللتأكد من النتائج فقد لجأ إلى طريقة التجزئة النصفية، وطريقة معامل ألفا وكل النتائج أكدت ثبات المقياس.

ملاحظة: سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

7-5 مقياس القلق من المستقبل: Future Anxiety Scale

وضع Z. Zaleski مقياس القلق من المستقبل وكان ذلك في سنة 1981، لقد مر هذا المقياس بعدة مراحل وأثبت في كل مرة أنه مقياس يتمتع بصدق وثبات عاليين. أول خطوة بدأ بها Zaleski وآخرون عند بناء المقياس هو طرح سؤال على 95 فرداً، وكان السؤال كالتالي: "مما تخاف عندما تفكر في المستقبل"، تحصل حينها على 150 إجابة، بعد التمهيص والفرز استطاع أن يختار 38 إجابة تم صياغتها على شكل عبارات واضحة البعض منها سلبياً، والبعض الآخر موجب الطرح، ذات سلم 07 درجات، ويكون بهذا أول مقياس للقلق من المستقبل وأسماه بـ FASI.

طبق لأول مرة باستعمال التحليل العاملي لتحديد عوامل المقياس، وبعد التحليل كشف عن عامل واحد وأساسي وهو "عامل القلق" بعد ذلك قام Zaleski et AI

باختيار أحسن 29 بندا والذي تميز بصدق عالي، بعد هذه الخطوة قام الباحث بقياس صدق المقياس باستعمال طريقة التطبيق وإعادة التطبيق وتحصل على معامل ارتباط $r = 0.85$ من خلال هذه النتيجة يتبين لنا أن هذا المقياس يتميز بصدق عالي. كما يتميز باتساق داخلي كبير حيث كانت قيمة معامل ألفا تتراوح ما بين 0.91 و0.93.

يطبق المقياس جماعيا كما يمكن تطبيقه على شكل مقابلة.

ملاحظة: سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

7-7 مقياس السند الاجتماعي: Social Support Scale

أعد كل من Gail Frankel , Deborah Levin , Jay Turner سنة 1983 مقياسا للسند الاجتماعي، يتكون من 15 بندا يهدف إلى قياس السند الاجتماعي من خلال السند، الاندماج الاجتماعي، الاهتمام، الثقة المتبادلة، القيادة. ولكن بعد استعمال التحليل العاملي لمقياس السند الاجتماعي تم استخراج عاملين وهما:

- السند العائلي.

- سند الأصدقاء.

يعتبر مقياس السند الاجتماعي من بين المقاييس التي تقيس المتغيرات المحيطة للسند الاجتماعي (الاستجابات الإدراكية، التصورات)، إضافة إلى أنه المفتاح الجوهري لتقييم الفرد، واستعماله في العديد من المقاربات العيادية.

أما فيما يخص تنقيط المقياس فإنه يتكون من سلم ذات 05 درجات.

يمكن تطبيق المقياس جماعيا أو فرديا.

ملاحظة: سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

7-8 اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات DAST 10

Drug Abuse Screening Test

وضع (1982) Harvey Skinner اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات ذات 10 بنود، وكان الهدف منه توفير أداة للتمييز العيادي والتقييم العلاجي، إذ أنه يقيم كما درجة النتائج المرتبطة بالإدمان على المخدرات أو الإفراط فيها، وهو اختبار قصير لا يحتاج إلى أكثر من 05 دقائق للإجابة عليه، يمكن تطبيقه على شكل نقل ذاتي (استبيان)، أو على شكل مقابلة كما يمكن تطبيقه جماعيا أو فرديا.

كما يشترط عند تطبيقه مايلي:

- في حالة عدم تمكن الشخص من القراءة، وفهم الأسئلة يمكن تقديم هذا الاختبار على شكل مقابلة.

- لا يقدم هذا الاختبار في حالة تعاطي الخمر فقط.

تتكون النسخة الأصلية لاختبار DAST10 من 28 بنود و بعد تحليلات إحصائية لقياس الصدق والثبات ثم اختصارها إلى 20 بنود، ف 10 بنود وهي النسخة الأكثر استعمالا.

إن التحليلات الإحصائية بينت أن مقياس DAST ذات 10 بنود تحصل على قيمة جد عالية قدرت بـ $r = 0,92$ وتشير هذه القيمة إلى صدق هذه النسخة (رغم اختصار بنودها) وللتأكد من مدى صدقها، حاول H.Skinner أن يقيس صدق الاختبار من خلال صدق المحك كوسيلة إحصائية لقياس صدق نسخة DAST10 بالمقارنة مع DAST 20 وتوصل الباحث إلى أن النسخة المختصرة DAST 10 (التي اعتمدنا عليها في بحثنا) تتمتع بصدق عالي تراوحت قيمته ما بين : 0,97 و 0,98.

ملاحظة: سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

7-9 تقرير تشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI

DRUG USE SCREENING INVENTORY

وضع Tarter et AI سنة 1990 تقرير تصنيف مستويات تعاطي المخدرات، يتكون هذا التقرير من 146 سؤالاً مقسماً على 10 ميادين أو محاور: تأثير المخدرات، النماذج السلوكية، الوضع الصحي، الاضطرابات العقلية، الكفاءة (المهارة)

الاجتماعية، النظام العائلي، الأداء المدرسي/ التكيف الدراسي، التكيف في العمل، العلاقة مع الأصدقاء، الترفيه/ الاستراحة.

على الرغم من أهمية هذا التقرير في تحديد بصفة مقبولة وموضوعية شدة تعاطي المخدرات، وبالتالي تحديد نوع التدخل، إن كان علاجيا أو وقائيا، كما يحدد هذا التقرير ما هي أهم الميادين التي لها تأثير على المتعاطي للمخدرات وبالتالي يمكن التركيز عليها أثناء العملية الوقائية أو العلاجية، و على الرغم من أهمية هذا التقرير كأداة وقائية وعبادية إلا أنه لم يشع استعمالها في الأوساط البحثية.

تطبيق التقرير:

يمكن تطبيق هذا التقرير جماعيا في حالة التصاميم الجماعية من أجل وضع البرامج الوقائية، كما يمكن تطبيقه في حالة التصميم الفردي إذا كان هدفا علاجيا. **ملاحظة:** سنتعرض إلى دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية في العنصر الثامن.

8 - الخصائص السيكومترية لأدوات البحث في البيئة الجزائرية:

كما جاء عرضه سابقا فقد اعتمدنا على أدوات البحث التالية :

- 1- مقياس بيك للاكتئاب لـ بيك A.Beck (1983)
 - 2- مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط لـ اندلر و آخرون Endler et al (1990)
 - 3- مقياس الرضا عن الحياة لـ مجدي الدسوقي (1984)
 - 4- مقياس القلق من المستقبل لـ زالسكي Zaleski (1981)
 - 5- مقياس السند الاجتماعي لـ فرانكل و آخرون Frankel et al (1983)
 - 6- اختبار سوء استهلاك المخدرات DAST10 لـ سكينر Skinner (1982)
 - 7- التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI لـ تارتر Tarter (1990)
- مر استخراج الخصائص السيكومترية لأدوات البحث بثلاثة مراحل، و هي:

1- المرحلة الأولى:

قمنا بترجمة مختلف المقاييس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية بالنسبة للمقاييس التالية:

- مقياس القلق من المستقبل لـ زالسكي (1981) Zaleski
- مقياس السند الاجتماعي لـ فرانكل وآخرون (1983) Frankel et al
- التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI لتارتر (1990) Tarter
- و من اللغة الفرنسية للغة العربية، بالنسبة للمقاييس التالية :
- مقياس بيك للاكتئاب لـ بيك (1983) A.Beck (لأننا اعتمدنا على النسخة المعدلة (BDI II
- مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط لـ اندلر و آخرون Endler et al (1990)
- أما مقياس مقياس الرضا عن الحياة لـ مجدي الدسوقي (1984) فقد وجد باللغة العربية.
- بعد جمع المقاييس على شكل بطارية وعرضها على أستاذ بقسم الأدب واللغة العربية بكلية الآداب والعلوم الاجتماعية، بجامعة سطيف، لتصحيحها لغويا وقد قدم الأستاذ موافقته ماعدا بعض الأخطاء البسيطة التي تم تداركها في الصيغة النهائية.

2-المرحلة الثانية:

- بعد التأكد من سلامة الجانب اللغوي للمقاييس التالية:
- مقياس بيك للاكتئاب لـ بيك (1983) A.Beck
- مقياس استراتيجيات التعامل مع الضغط ل اندلر و آخرون (1990) Endler et al
- مقياس الرضا عن الحياة لـ مجدي الدسوقي (1984)
- مقياس القلق من المستقبل لـ زالسكي (1981) Zaleski
- مقياس السند الاجتماعي لـ فرانكل وآخرون (1983) Frankel et al

قمنا بتطبيقها باتباع الخطوات التالية:

حجم العينة :

تم توزيع البطارية على 120 طالبا وطالبة بجامعة فرحات عباس، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، قسم علم النفس وعلوم التربية و الأرطوفونيا، ولكن لم نتحصل إلا على 71 بطارية.

أ- الصدق:

بعد تفريغ المقاييس قمنا بقياس الصدق اعتمادنا على طريقة الصدق التمييزي و تسمى هذه الطريقة بطريقة المقارنة الطرفية ،بحيث تدل نتائج الاختبار على أن الأقوياء في الميزان أقوىاء في الاختبار و أن الضعاف في الميزان ضعاف في الاختبار يصبح الاختبار صادقا. و يزداد الصدق تبعا لزيادة هذا الاقتران و يتناقص تبعا لتناقص هذا الاقتران . و لهذا تعتبر المقارنة الطرفية لمستويات الميزان طريقة مهمة.

و من أبسط الطرق التي تستخدم لتحقيق هذه الفكرة مقارنة متوسطات درجة الأقوياء بمتوسطات درجة الضعاف ثم حساب الدلالة الإحصائية للفروق بين هذه المتوسطات وعندما تصبح لتلك الفروق دلالة إحصائية واضحة نستطيع أن نقرر أن الاختبار يميز بين الأقوياء و الضعاف في الميزان .وبهذا يكون الاختبار صادقا ،إن هذه الطريقة تدل على صدق الاختبار و لا تدل بطريقة عددية أكيدة على مقدار هذا الصدق .(فؤاد البهي السيد،2006)

تفسير النتيجة	الدلالة الإحصائية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	المقاييس
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدرة المقياس على التمييز بين مرتفعي و منخفضي الاكتئاب وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	06,3923	28,0435	23	مقياس بيك: مرتفعي الاكتئاب
		03,4170	09,3043	23	منخفضي الاكتئاب
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدرة على التمييز بين مرتفعي و منخفضي الرضا عن الحياة، وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	8,3819	90,5652	23	مقياس الرضا عن الحياة: مرتفعي الرضا عن الحياة
		08,9947	59,2174	23	منخفضي الرضا عن الحياة
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدرة على التمييز بين مرتفعي و منخفضي القلق من المستقبل، وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	13,4702	150,913	23	مقياس القلق من المستقبل: مرتفعي القلق من المستقبل
		11,9918	93,4348	23	منخفضي القلق من المستقبل

تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدره على التمييز بين مرتفعي و منخفضي السند الاجتماعي، وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	02,8721	59,6087	23	السند الاجتماعي: مرتفعي السند الاجتماعي
		06,2155	39,2174	23	منخفضي السند الاجتماعي
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدره على التمييز بين مرتفعي و منخفضي الرضا عن الحياة، وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	8,3819	90,5652	23	مقياس الرضا عن الحياة: مرتفعي الرضا عن الحياة
		8,9947	59,2174	23	منخفضي الرضا عن الحياة
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدره على التمييز بين مرتفعي و منخفضي الرضا عن الحياة، وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	03,7332	70,1304	23	استراتيجيات التعامل مع الضغط : الأداء مرتفعي الأداء
		05,5971	50,6522	23	منخفضي الأداء
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha = 0,000$ وتدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدره على التمييز بين مرتفعي و منخفضي الأداء وبهذا يكون المقياس صادقاً	0,000	05,7470	54,1304	23	التجنب: مرتفعي التجنب
		04,5021	31,7826	23	منخفضي التجنب

النتيجة على أن للمقياس مقدرة على التمييز بين مرتفعي و منخفضي التجنب ،وبهذا يكون المقياس صادق					
تشير هذه القيمة إلى أن الفرق بين المجموعتين دال إحصائياً عند مستوى الدلالة $\alpha=0,000$ و تدل هذه النتيجة على أن للمقياس مقدرة على التمييز بين مرتفعي و منخفضي الانفعال، بهذا يكون المقياس صادق	0,000	04,8426	64,2174	23	الانفعال: مرتفعي الانفعال
		05,7277	39,4783		منخفضي الانفعال

جدول رقم 06: يوضح هذا الجدول نتائج صدق المقاييس

ب- الثبات:

لتحديد الخصائص السيكومترية للمقياس ومدى صلاحياته في البيئة الجزائرية، اعتمدنا على طريقة التجزئة النصفية لحساب معامل الثبات، تقوم هذه الطريقة على حساب معامل الارتباط بين درجات البنود الفردية، ودرجات البنود الزوجية للمقياس، بعد ذلك يتم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان بروان، حتى نتأكد كما أكده Spearman، و Brown (1910) من معامل ثبات أي اختبار، إذا حصلنا على معامل ثبات نصف أو أي جزء منه، فإننا نلجأ إلى هذه المعادلة للحصول على معامل الثبات الكلي للاختبار. وتحصلنا على النتائج التالية:

المقاييس	قيمة معامل الثبات	دلالة النتائج
مقياس بيك	0,71	مقياس ثابت
مقياس الرضا عن الحياة	0,63	مقياس ثابت
مقياس القلق من المستقبل	0,63	مقياس ثابت
مقياس الرضا عن الحياة	0,81	مقياس ثابت
استراتيجيات التعامل مع الضغط : الأداء	0,77	مقياس ثابت
التجنب	0,75	مقياس ثابت
الانفعال	0,78	مقياس ثابت
السند الاجتماعي: السند العائلي	0,73	مقياس ثابت
سند الأصدقاء	0,74	مقياس ثابت

جدول رقم 07 : يوضح هذا الجدول نتائج ثبات المقاييس

كما يبدو واضحا من خلال النتائج الموجودة بهذا الجدول أن كل المقاييس صادقة وثابتة.

أما بالنسبة للمقاييس الخاصة بالمتعاطين للمخدرات، و المتمثلة في :

- اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات DAST -10 لـ سكينر Skinner (1982)

- التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI لتارتر Tarter (1990)

حجم العينة:

تم تطبيق المقاييس على عينة قوامها 81 شابا متعاطي للمخدرات .

أ - الثبات:

قمنا بحساب الاتساق الداخلي للاختبار معتمدين على معامل ألفا كرونباخ (كرونباخ، 1984) و يعتبر من أهم مقاييس الاتساق الداخلي.

المقاييس	الثبات	دلالة النتيجة
اختبار تصنيف سوء استهلاك المخدرات DAST10	0.70	اختبار ثابت
التقرير التشخيصي لتعاطي المخدرات DUSI		
تأثير المخدرات	0,84	مقياس ثابت
النماذج السلوكية	0,81	مقياس ثابت
الوضع الصحي	0,61	مقياس ثابت
الاضطرابات العقلية	0,84	مقياس ثابت
الكفاءة الاجتماعية	0,70	مقياس ثابت
النظام العائلي	0,62	مقياس ثابت
الأداء المدرسي التكيف الدراسي	0,86	مقياس ثابت
التكيف في العمل	0,57	مقياس ثابت
العلاقة مع الأصدقاء	0,50	مقياس ثابت
الترفيه\ الاستراحة	0,56	مقياس ثابت

جدول رقم 08: يوضح هذا الجدول نتائج ثبات المقاييس

كما يبدو من هذه النتائج أن المقاييس ثابتين، رغم أن بعض النتائج تبدو متوسطة إلا أنه يمكن تأكيد أن هذه القيم مقبولة في مقاييس الشخصية (أحمد عبد الخالق، 1996، بدر الأنصاري، 2002، بوسنة، 2007)

9- طريقة إجراء البحث:

نظرا لطبيعة الموضوع وكما جاء ذكره سابقا صعوبة الاتصال بأفراد العينة فقد اعتمدنا في بحثنا على " المطبقين " " Enquêteurs " ودوره يتمثل في جمع المعلومات الخاصة بالمتعاطي وغير المتعاطي من خلال وسائل القياس التي تقدم لهم.

ونظرا لأهمية المطبق، حيث أن بحثنا يتوقف على كفاءته، وحسن تعامله مع أفراد العينة وكذا إلى درجة الثقة بينهم، فإننا وضعنا بعض الشروط لاختياره والتي يمكن إجمالها فيما يلي:

أ- أن يكون ذكرا بالنسبة لجميع أفراد عينة البحث، ولكن قد نستعين بالإناث للتعامل مع أفراد عينة غير المتعاطين للمخدرات.

ب- أن يعرف المطبق المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات معرفة شخصية.

ج- أن يكون من طلبة علم النفس لمعرفةهم بأهمية الاختبارات النفسية.

د- أن يتميزوا بفطنة واستيعاب كبيرين.

مع العلم أننا حرصنا على أن يتلقى المطبق تدريبا عن كيفية تطبيق البطارية ونقدم له كل المعلومات اللازمة حول البطارية، حيث نقدم له بطارية يقرأها ثم يقدم لنا ملاحظاته حول الأسئلة غير المفهومة، طريقة الإجابة (أهم الملاحظات التي كانت تأتيها كانت تخص مقياس الاكتئاب عن كيفية الإجابة على الفئتين 16،18 ذلك لأن في كل فئة عبارتين بديلتين وهاتان العبارتان قد أشيرا إليهما بالحروف الأبجدية (أ- ب)

و تجدر الإشارة إلى أننا حرصنا كذلك على عدم إطلاع المطبقين على فرضيات البحث، وعن ما يمكن أن يترتب عن نتائج البحث حتى نضمن مصداقية أكبر لنتائج بحث.

و في نهاية التدريب طلبنا من المطبق تقديم نفس التعليمات، و بالطريقة نفسها على جميع أفراد عينة البحث.

بعد موافقة المطبق على تحمل هذه المسؤولية تقدم له البطاريات مع تحديد أهم مميزات العينة كالسن و الجنس ومكان اختيار العينة وأن يكون المستجوب يتعاطى المخدرات غير الشرعية على أن لا يؤخذ الأشخاص الذين يتعاطون الخمر فقط (لأن من أهم شروط تطبيق اختبار سوء استهلاك المخدرات ذات العشر بنود DAST10 أن لا يطبق هذا الاختبار على الأشخاص الذين يتعاطون الخمر فقط) كما كنا نؤكد على المطبقين أن يحرصوا على أن لا يترك المستجوبين أي سؤال بدون جواب.

10- التحليلات الإحصائية :

اعتمدنا في دراستنا هذه على برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS ،
وقد قمنا بالتحليلات التالية :

- الإحصاء الوصفي : نسب مئوية، متوسط حسابي، انحراف معياري.
- حساب الفروق بين متوسطي مجموعتين مستقلتين و هما مجموعة الشباب المتعاطي للمخدرات و مجموعة الشباب غير المتعاطي للمخدرات باستعمال اختبار "ت".
- التحليل التمييزي بهدف تصنيف أفراد المجموعتين و ذلك بناء على أوزان أو نسب أو درجات يحصلون عليها في مجموعة من المتغيرات التي تتنبأ بتحدد عضويتهم في مجموعتين .
من أهداف التحليل التمييزي:
- 1- تصميم وظائف التمييز أو المجموعات الخطية للمتغيرات المستقلة الفصل في التمييز بين فئات المتغير التابع.
- 2- فحص مدى وجود فروق ذات دلالة بين المجموعات بالنسبة للمتغيرات المستقلة.
- 3- تحديد المتغيرات المستقلة التي تساهم بأكبر قدر من الاختلاف بين فئات المتغير التابع.
- 4- تقسيم الحالات بين فئات المتغير التابع بناء على قيم المتغيرات المستقلة.
- 5- تقييم دقة التقسيم (كنسبة مئوية) (محفوظ جودة،2008،ص 117)

فهرس الجداول

رقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	جدول عوامل الخطر والوقاية	105
02	جدول الفرق بين مشاعر العجز و مشاعر الاكتئاب	124
03	جدول يوضح الخصائص السلوكية لنمطي أ و ب	183
04	جدول الفرق بين الميكانيزمات الدفاعية و استراتيجيات التعامل مع الضغط	189
05	جدول تصنيف استراتيجيات التعامل مع الضغط حسب شيرر وشيب	195
06	جدول نتائج صدق المقاييس	225
07	جدول نتائج ثبات المقاييس	226
08	جدول نتائج ثبات المقاييس	227
09	جدول توزيع الفئات العمرية للشباب المتعاطي والشباب غير المتعاطي للمخدرات	230
10	جدول توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	235
11	جدول توزيع أفراد العينة حسب النشاط الحالي	237
12	جدول توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للوالدين	240
13	جدول توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	241
14	جدول توزيع أفراد العينة حسب إذا كان لديهم أطفال	242
15	جدول توزيع أفراد العينة حسب عدد الأطفال	243
16	جدول توزيع أفراد العينة حسب مع من يسكن	243
17	جدول توزيع أفراد العينة حسب نوع السكن	244
18	جدول توزيع أفراد العينة حسب عدد الغرف في المسكن	245
19	جدول توزيع أفراد العينة حسب عدد الأشخاص القاطنين معهم	245
20	جدول توزيع أفراد العينة حسب النشاط المهني للأم	247
21	جدول توزيع أفراد العينة حسب النشاط المهني للأب	248
22	جدول توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للعائلة	249
23	جدول توزيع أفراد العينة المتعاطين للمخدرات حسب مصادر اقتناءها للمخدرات	250
24	جدول توزيع أفراد العينة حسب المشاكل مع رجال الأمن	252
25	جدول توزيع أفراد العينة حسب عدد المرات التي تم إيقافهم من طرف رجال الأمن	253
26	جدول توزيع أفراد العينة حسب أسباب التوقيف من طرف رجال الأمن	254
27	جدول توزيع أفراد العينة حسب نوع العقوبات	255

256	جدول توزيع أفراد العينة حسب سن أول تعاطي	28
258	جدول توزيع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات حسب أسباب تعاطيهم المخدرات	29
260	جدول توزيع أفراد عينة الشباب غير المتعاطي للمخدرات حسب أسباب عدم تعاطيهم للمخدرات	30
261	جدول توزيع أفراد العينة حسب من اقترح عليهم المخدرات لأول مرة	31
262	جدول توزيع أفراد العينة حسب نوع المخدر الذي تم تعاطيه أول مرة	32
263	جدول توزيع أفراد العينة حسب شعورهم لأول مرة بعد التعاطي	33
264	جدول توزيع أفراد العينة حسب شعورهم لليوم الموالي بعد تعاطيهم	34
265	جدول توزيع أفراد العينة حسب دوافع تكرار التعاطي	35
266	جدول توزيع أفراد عينة الشباب المتعاطي للمخدرات حسب المخدرات المتعاطاة	36
269	جدول توزيع أفراد العينة حسب مع من يتعاطي المخدرات	37
270	جدول توزيع أفراد العينة حسب دوافع التعاطي الجماعي	38
270	جدول توزيع أفراد العينة حسب دوافع التعاطي المنفرد	39
271	جدول توزيع أفراد العينة حسب تقييمهم لتجربة تعاطيهم للمخدرات	40
273	جدول يوضح نتائج السلم التشخيصي لسلوك الإدمان بين الشباب المتعاطي للمخدرات و الشباب غير المتعاطي للمخدرات	41
277	جدول يوضح بيانات وصفية لعوامل الخطر و الوقاية	42
279	جدول نتائج اختبار "ت" بين الشباب المتعاطي للمخدرات والشباب غير المتعاطي للمخدرات	43
281	جدول نتائج اختبار Kolmogrov- Smirnov	44
282	جدول نتائج تجانس المجموعتين	45
283	جدول المتغيرات التي تم إقصاءها من التحليل	46
283	جدول قيمة الجذر الكامن و قيمة معامل الارتباط التجميعي	47
284	جدول نتائج كا ² للفروق	48
285	جدول تحديد أوزان المتغيرات و ترتيبها	49

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
60	شكل توضيحي لسيرورة عملية تنشيط تعاطي المخدرات	01
61	شكل توضيحي لدور العائق المعرفي في تعاطي المخدرات	02
93	شكل توضيحي لعوامل الخطر و الوقاية من تعاطي المخدرات	03
139	شكل توضيحي للأنموذج التفاعلي للأمل و القلق من المستقبل	04
182	شكل توضيحي لأهم الميكانيزمات التي تؤثر في الضغط	05
الملاحق	يوضح الشكل الشدة النسبية للشباب المتعاطي للمخدرات	06
الملاحق	يوضح الشكل الشدة النسبية للشباب غير المتعاطين للمخدرات	07

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الشكل
01	نتائج الخصائص السيكومترية لأدوات البحث
02	نتائج اختبار "ت"
03	نتائج التحليل التمييزي
04	بطارية المقاييس الخاصة بالشباب المتعاطي للمخدرات
05	بطارية المقاييس الخاصة بالشباب غير المتعاطي للمخدرات
06	الأشكال

مراجع باللغة العربية:

- 1- رضا عبد الله أبو سريع (2004)، تحليل البيانات باستخدام برنامج SPSS ، دار الفكر، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 2- لطفي عبد الباسط إبراهيم (1994)، مقياس عمليات تحمل الضغط،
- 3- مدحت عبد الحميد أبوزيد (1998)، الارتكاس العقائري ، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 4- مدحت عبد الحميد أبوزيد (بدون تاريخ)، الإكتئاب: دراسة في السيكوأنومتريّة، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 5- يوسف زايد أبو عين (2000)، علاقة الدعم الاجتماعي بمفهوم الذات لدى المعوقين جسدياً ، رسالة دكتوراه، جامعة مؤتة.
- 6- محمد السيد أبو نبيل (1997)، العوامل النفسية في مرض السرطان، مجلة علم النفس، العدد 43.
- 7- عبد اللطيف رشاد أحمد (1992)، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات ، المركز للدراسات الأمنية و التدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 8- عمر أحمد أرشيدات (1999)، مصادر الدعم الاجتماعي المفضلة لدى طلبة جامعة اليرموك، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية.
- 9- بدر الأنصاري (2002)، المرجع في مقاييس الشخصية، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 10- محمد وليد البطش و فريد كامل أبو زينة (2007)، مناهج البحث العلمي: تصميم البحث و التحليل الإحصائي، دار السيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 11- ابن منظور (1994)، لسان العرب، دار صادر، بيروت، لبنان.
- 12- بنتاليس و لابلانش (1997)، معجم مصطلحات التحليل النفسي، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- 13- بوسنة محمود (2007)، علم النفس القياسي: المبادئ الأساسية، سلسلة الكتب الأساسية في العلوم الإنسانية و الاجتماعية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.

- 14- بيك أرون(2000)، العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية، دار النهضة العربية،بيروت، لبنان.
- 15- سعد جلال (1985)،الصحة العقلية للأمراض النفسية و العقلية و الانحرافات السلوكية ، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 16- جودة محفوظ(2008)،التحليل الاحصائي المتقدم باستخدام SPSS، دار وائل، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 17- محمد سعيد الحفار (1993)، المخدرات مأساة البيئة المعاصرة: دراسة عالمية، جامعة دمشق، سوريا.
- 18- حجار محمد حمدي (1992)،العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات المنية و التدريب، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- 19- جمال الخطيب(2006)، إعداد وكتابة البحوث و الدراسات الجامعية، دار الفكر، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 20- فتحي الدردار(2000)،الإدمان على المخدرات، الخمر، التدخين، مكتبة بغدادي، دار حسين، الجزائر.
- 21- مجدي محمد الدسوقي(1999)،مقياس الرضا عن الحياة، مكتبة الأنجلوالمصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية .
- 22- الدمرداش عادل(بدون تاريخ)، الإدمان، مظهره، و علاجه، المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
- 23- هارون توفيق الرشيدى (1999)، الضغوط النفسية طبيعتها، نظرياتها: برنامج مساعدة الذات في علاجها، المكتبة النجلوالمصرية، القاهرة، الجمهورية العربية المصرية.
- 24- عبد الله محمود محمد الزيتاوي(1999)،العلاقة بين الدعم الاجتماعي و الاكتئاب لدى طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات، رسالة دكتوراه، الجامعة الأردنية.

- 25- صالح السعد (1999)، الوقاية من المخدرات، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 26- عادل محمود محمد سليمان (2004)، الرضا عن الحياة و علاقته بتقدير الذات لدى مديري المدارس الحكومية و مديراتها في محافظات فلسطين الشمالية، رسالة ماجستير في الإدارة التربوية، جامعة النجاح الوطنية.
- 27- مصطفى سويف (1996)، المخدرات و المجتمع نظرة تكاملية، نشر المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الاداب، عالم المعرفة، الكويت.
- 28- مصطفى سويف (2003)، آفاق جديدة في مواجهة الإدمان ، المؤتمر السنوي الخامس، مجلة المركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 29- فؤاد البهي السيد (2006)، علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشري، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 30- مصطفى خليل الشرقاوي (1993)، قياس استراتيجيات سلوك التاعمل مع المواقف الضاغطة، مجلة كلية التربية بالأزهر، العدد 41.
- 31- محمد محروس الشناوي (1988)، الاكتئاب و علاقته بالشعور بالوحدة و تبادل العلاقات الاجتماعية، بحوث المؤتمر الرابع لعلم النفس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 32- منار ميخائيل هوشيل الشوارب (2005)، تقدير الذات و علاقته بمستوى الإبصار و العمر و الجنس و الدعم الاجتماعي و فعالية برنامج إرشادي لتطويره لدى الطلبة ذوي الاعاقة البصرية، رسالة دكتوراه، جامعة الأردن العربية للدراسات العليا.
- 33- العفيفي عبد الحكيم (1986)، الإدمان، الزهراء للإعلام العربي.
- 34- أحمد عبد الخالق (1991)، قياس الاكتئاب مقارنة بين أربعة مقاييس ، دراسات نفسية.

- 35- إكرام عبد القادر درويش العث(2002)، الرضا عن الحياة و علاقته بأنماط التعلق في المرحلة الوسطى من الرشد(فئة 40-60 سنة من العمر)، رسالة ماجستير في علم النفس، الجامعة الأردنية.
- 36- إبراهيم عبد الستار(1998)، الاكتئاب، دار المعرفة، الكويت.
- 37- ماجدة بهاء الدين السيد عبيد(2008)، الضغط النفسي: و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية، دار الصفاء للنشر و التوزيع، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 38- علي عسكر (2000)، ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها، دار الكتاب الحديث، الكويت.
- 39- عزالدين جميل عطية(1993)، الإعزاء السببية و الاكتئاب، مجلة كلية التربية بالأزهر، العدد 29.
- 40- صلاح الدين محمود علام(2006)، القياس و التقويم التربوي و النفسي أساسياته و تطبيقاته و توجهاته المعاصرة، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 41- محمد إبراهيم عيد (1997)، أزمات الشباب النفسية، مكتبة الزهراء، الشروق، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 42- حسن إبراهيم عبد اللطيف(1997)، الاكتئاب النفسي:دراسة الفروق بين حضارتين و بين الجنسين، مجلة دراسات نفسية، مجلد7، العدد 1.
- 43- هشام عبد الله(1995)، المساندة الاجتماعية و علاقتها بالاكتئاب و اليأس لدى عينة من الطلاب و العاملين، المؤتمر الدولي لمركز الارشاد النفسي، المجلدII، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 44- حسن مصطفى عبد المعطي(1994)، ضغوط أحداث الحياة و أساليب مواجهتها- دراسة حضارية مقارنة في المجتمع المصري والأندونيسي- المجلة المصرية للدراسات النفسية، 4، 8، ص 47-86.
- 45- عفاف محمد عبد المنعم (2003)، الإدمان : دراسة نفسية لأسبابه و نتائجه، دار المعرفة الجامعية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.

- 46- محمد حسن غانم(2005)،العلاج و التأهيل النفسي و الاجتماعي للمدمنين، المكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 47- طايبي فريدة(1998)،مميزات الشباب المتعاطي للمخدرات، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، معهد علم النفس وعلوم التربية و الأروطوفونيا، جامعة الجزائر.
- 48- فايد حسن(2004)،علم النفس المرضي (السيكوباتولوجي)،مؤسسة حورس الدولية و مؤسسة طيبة للنشر، جمهورية مصر العربية.
- 49- فايد حسن(2001)،العدوان والاكتئاب في العصر الحديث: نظرة تكاملية، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
- 50- رمضان محمد القذافي (1998)،الصحة النفسية و التوافق، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، جمهورية مصر العربية.
- 51- قماز فريدة(1998)،إدراك المعاملة الوالدية وتعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي، معهد علم النفس وعلوم التربية و الأروطوفونيا، جامعة الجزائر.
- 52- علاء الدين كفاني(1999)،الإرشاد والعلاج النفسي الأسري: المنظور النفسي الاتصالي، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 53- عبدالله زيد الكيلاني و نضال كمال الشريفين(2007)،مدخل إلى البحث في العلوم التربوية و الاجتماعية، دار المسيرة، عمان، المملكة الهاشمية الأردنية.
- 54- عبد المطلب أمين لقريطي(1998)،في الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 55- رجب علي شعبان(بدون تاريخ)،الفروق الجنسية و العمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة،
- 56- عماد محمد مخيمر(1998)،الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة و أعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي،المجلة المصرية للدراسات النفسية، العدد17، المجلد السابع، ص ص103-138.

- 57- سعد المغربي(1984)،ظاهرة تعاطي الحشيش،مطبعة دار الراتب الجامعية، بيروت، لبنان.
- 58-مكتب الانماء الاجتماعي(2000)،سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية: اضطرابات التعاطي و الادمان، مكتب الانماء الاجتماعي، دولة الكويت.
- 59- المنجد في اللغة و الاعلام(1986)، الطبعة33، دار الشروق، لبنان، بيروت.
- 60-محمد عباس منصور(1995)،المخدرات التجارة المشروعة وغير المشروعة، دار النهضة، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 61-مايسة أحمد النيال وهشام إبراهيم عبد الله (بدون تاريخ)،أساليب مواجهة ضغوط أحداث الحياة و علاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية لدى عينة من طلاب و طالبات جامعة قطر، المؤتمر الدولي الرابع لمركز الارشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة، جمهورية مصر العربية.
- 62-نوليس هيلين(1988)، أضواء كاشفة على المخدرات، مركز النشاط و الاعلام للتنمية و التفاهم الدولي، بيروت، لبنان.

- المراجع اللغة الأجنبية:

- 63- Ajuriaguerra,J(1980),Manuel De Psychiatrie De L'Enfant, 2éme Edition,Masson,Paris,France.
- 64- Albaret,M.CH(1996),L'Adolescent Face Au Cancer :Etudes Du Soi et Des Strategies De Coping ,In, Revue De Neuropsychiatrie, enfant-Adolescent, 44(6-7),PP240-247 .
- 65- American Psychiatric Association(2000),DSM-IV-TR,Manuel Diagnostique et Statistique Des Troubles Mentaux, Edition Masson,Paris,France .
- 66- Barclay(1984),Abnormal Psychology,Clinic And Scientific Perspectives,Holt Saunders,International Editions, USA.
- 67-Beck,A .T.,Wright,F.D(1992),Cocaine Abuse, Comprehensive Casebook Of Cognitive Therapy,Edited By Arthur Freeman And Frank Dattilo,Plenum Press, NewYork,USA.

- 68-Bergeret,J(Sans Date) ,**Psychologie Pathologique**,8émé Edition, Masson, Paris,France.
- 69-Bergeret,J(1984),**Precis De Toxicomanie**, Masson, Paris,France
- 70- Biglan,A .,Ary,D .V(Sans Date),A Randomized Control Trial Of a Comunity Intervention To Prevent Adolescent Tobacco use,**In Center For Community Interventions On Childrearing At Oregon Research Institut.**
- 71-Biglan,A.,Rothlind,J (1989),Impact Of Distressed And Agressive Behavior,**In, journal Of Abnormal Psychology**, Vol,98, №3,PP 218-228.
- 72- Bishop,A.J.,Martin,P(2006),Happiness And CongruenceIn Older Adulthood :a Structural Model Of Life satisfication, **In, Aging & Mental Health**, Septemper 2006,10(5),PP445-453.
- 73- Block,H(1993),**Dictionnaire De La Psychologie**, Larouuse , Paris,France.
- 74-Biron,A.,Huerre,B.,&Reymond,J.M(1979),**Drogues : Toxicomanes et Toxicomanies**, Edition Hermann.
- 75-Boussena,M.,Cherifati.,D,Zahi.,C(1995),**L'Information et L'Orientation Professionnelles En Algerie: Realite et Enjeux , Publication CERPEQ, Alger,Algerie.**
- 76- Braconnier,A(1973),**Toxicomanies Juveniles Et suicide**, These De Doctorat En Medecine, Universite De Paris V,Pierre Descarte.
- 77-Bradiza,C.M.,Stasiewicz(1994),AConditioning Reinterpretation Of Cognitive Events In Alcohol And Drug Cue Exposure,**In,Journal Behav Ther & Exp Psychiatric**, Vol 25, №1,PP 15-22.
- 78-Bramston,P.,Chipuer,H(2005),Conceptuel Principles Of Quality Of Life: An Empirical Exploration,**In, journa Of Intellectual Disability Research**, Vol 49,Part 10, PP728-733.
- 79- Brook,J.S.,Brook,D(1992),the Psychosocial Etiology Of Adolescent Drug Use: A Family International Approach , **In,Genetic Social And General Psychology Monographs**, Vol 116, №2,PP111-125.
- 80-Bruchon-Shwetzzer,M(2002),**Psychologie De La Sante: Modeles, Concepts et Methodes**, Dunod,Paris,France .

- 81-Butler,A.C.,Hokman,J.E(1994),A Comparison Of Self-Esteem Lability And Low Trait Self –Esteem As Vulnerability Factors For Depression,**In,Journal Of Personality And Social Psychology**, vol 66,Nº1,PP166-177.
- 82-Chipp,P.E.,Sherer,K(1992),Les Comportements De Coping : Etudes De Leur Structure Théorique Et Elaboration D’Une Echelle En Langue Française,**In Revue Europeene De Psychologie Appliquée**, Vol 42, Nº 4,PP 285-294
- 83- Cohen,D.,Richardson.,(1994),Parentng Behaviors and The onset of Smoking and Alcohol Use,**In Pediatrics**,Vol 94, Nº3,pp 368-375.
- 84-Chrestie,V.,Segrin,S(1998),The Influence Of Self-efficacy And Of Gender On The Performance Of Social And Nonsocial Tasks, **In, Journal O Applied Communication Research**, Vol 26, PP374-389.
- 85 -Dembo,R.,Farrow,D(1981),Examination a Causal Model Of Early Drug Involvement Among Inner City Junior, High Youth, **In Human Relations** ,Vol 34, Nº3 ,PP 169-193.
- 86- Dembo,R., Williams,L(1994),The Relationship Among Family Problems , Friends Troubled Behavior,And High Risk Youth Alcohol/ Other Drug Use And Delinquent Behavior : Longitudinal Study,**In,The International Journal Of The Addictions**, Vol 129, Nº 11,PP1419-1442.
- 87-Delmont, J(1995),**Guide Pratique De Psychiatrie**, Societe De Psychiatrie ,Paris, France.
- 88- Diener,E.,Fujita,F(1997),**Social Comparsos And Subjective Well-Being**,Health,Coping And Well- Being : Perspectives From Social Comparison Theory,Lawrence Erlbaum Associates,Publishers, NewJersey,USA.
- 89- Diener,E.,Sapyta,J.J(1998),Subjective Well-Being Is Essantial To Well-Being ,**In, Psychological Inquiry**, Vol 9,Nº1,PP33-37.
- 90- Diener,E.,Suh,E.M(1999),Subjective Well-Being Three Decades Of Progress,**InPsychological Bulletin** , Vol125, _Nº2,PP 276-302.
- 91- Dictionnaire El Magheribi(1996), **Dictionnaire De Langue Francaise**, Chihab,Alger.
- 92- Dobkin ,P.L., Tremblay,R,E(1997), Predictives Bys Early onset substance Abuse From Fathers Alcoholism Son’s

- Disruptiveness and Mother's Parenting Behavior,**In Journal consulting and clinical Psychology**, Vol95, №01.
- 93-Dodgson,P.G.,Wood,V.J(1998),Self-Esteem And The Cognitive Accessibility Of Strength And Weakness After Failure ,**InJournal O Personality And Social Psychology**,Vol 75, №1,PP178-197.
- 94-Dupain,Ph,(1998) ,Le 'Coping' Une Revue Du Concept Et Les Methodes D'Evaluation,**In,Journal De Therapie Comportementale Et Cognitive**, Vol 8, №4,PP 131-138.
- 95-Elliot,E .S.,Dweck,C.S(1988),Goals :An Approach To Motivation And Achievement,**In Journal Of Personality And Social Psycholgy**, Vol 54, №1,PP 5-12.
- 96-Ey,H.,Bernard,P(sans Date),**Manuel De Psychiatrie Les Etats Depressifs**, Edition Masson,Paris,France.
- 97- Facy,F(1992),Enquetes Epidemiologique Dans Le Domaine Des Toxicomanies,**In L'Encephale**, XVIII,PP 115-120.
- 98-Felix-Ortiz,M.,Newcomb,M.D(1992),Risk And Protective Factors For Drug Use Among Latino And White Adolescent,**In Hispanic Journal Of Behavioral Sciences**,Vol 14,№ 3, PP291-309.
- 99- Ferriri,M(2002),**Travail,Stress Et Adaptation , L'Adaptation Au Travail : Contrainte Fait Humain**, Elsevier,Paris,France.
- 100-Fiori,K.L.,Brown,E.E(2002),Locus Of Control As A Mediator Of The Relationship Between Religiosity And Life Satisfaction: Age, Race, And Gendre Differences,**In, Mental Health, Religion & Culture**, Vol 9, №3, PP 139-266.
- 101- Forhwirta,Ch(1985),**Psychiatrie De L'Adulte**, Maloine, Paris,France.
- 102- Frydenberg,E(1997),**Adolescent Coping : Theoretical And Research Perspectives**, Routledge,London.
- 103- Gillon,E(1973),**Grand Larousse Encyclopedique** ,Larousse, Paris,France.
- 104-Graziani,S.,Rusinek,D,Servent,D(1998),Validation Française Du Questionnaire De Coping 'way Of Coping Check-List Revised' (WCCR) Et Analyse Des Evenements Stressants du Quotidien, **In,Journal De Therapie Comportementale Et Cognitive**,Vol 8, №3, PP100-112.
- 105-Gregory,C(1974),**Encyclopedia Universalis**,Paris,France.

106-Guelfi,J.D(Sans Date),**Nosologie Et Psychiatrie De La Depression**,Georgy, Paris,France.

107-Harmon,M.A(1993),Reducing The Risk Of Drug Involvement Among Early Adolescent : An Evaluation Of Drug Abuse Resistance Education(DARE),**In,Evaluation Review**,Vol 17, №2, PP 221-239.

108- Hawkins,J.D.,Catalano,R.F(1992),Risk And Protective Factors For Alcohol And Other Drug Problems In Adolescence And Earley Adulthood : Implications For Substance Abuse Prevention,**In, Psychological Bulletin**, Vol 112, № 1, PP 64-105.

109-Hawkins,J.D,Arthur,M.W.,Catalano,R.F(1995),**Bilding Safer Society :Strategic Approachs To Crime Preventio : Preventing Substance Abuse**,University Of Chicago, USA.

110-Hops,H., Sherman,L(1990),**Maternal Depression, Marital Discord And Children's Behavior : A Devlopmental Perspective , Depression & Aggression In Family Interaction**, G.R.Patterson Edition ,Erlbaum,NewYork,USA.

111-Hops,H.,Tildesley,E.,(1990),Parent-Adolescent Problem Solving Interactions And Drug Use,**In,American Journal Drug Alcohol Abuse**, Vol 16, № 3&4, pp239-258.

112- Hops,H(1992),Parental Depression And Child Behaviour Problems Implications For Behavioral Family Intervention,**In Behaviour Change**, Vol 9, №3, PP 126-138.

113-Jessor,R(1991),Risk Behavior In Adolescence : A Psychosocial Framework For Understanding And Action,**In Journal Of Health**, 12,PP 597-605.

114-Kalling-Knight,D.,Cross,D.R(1995),Psychosocial Functioning Among Adult Drug Users : The Role Of Parental Absence, Support, And Conflict, **In The Interntional Journal Of The Addictions**, Vol 30, №10, PP 1271-1288.

115-Kaplan,H(1992),**Manuel De Psychiatrie Clinique**, Maloine,Pris,France.

116- King,L.A.,Richards,J.H(1998),Daily Goals,Life Goals And Worst Fears : Means,Ends,And Subjective Well-Being, **In,Journal Of Personality**, Vol 66, № 5, PP 713-744.

117- Kingsbury,S(1994) ,The Psychological And Social Characteristics Of Asian Adolescent Overdose,**In,Journal Of Adolescence** , Vol 17, PP 131-135.

- 118- Kirkpatrick-Smith,J.,Rich,A.R(1992),Psychological Vulnerability And Substance Abuse As Predictors Of Suicide Ideation Among Adolescents,**In, Omega**, Vol 24, №1, PP 21-33.
- 119- Kohn,M.P.,Colleen,O(1997),The Situational Response Inventory :A Measure Of Adaptive Coping,**In,Person Individ Diff**, Vol 22, № 1, PP 85-92.
- 120- Kokkevi, A., Costas,S(sans Date),Parenting Rearing Patterens and Drug Abuse , pp 151-157.
- 121-Lechemia,D(1995),**Les Depressions De La Prevention A La Guerrison, Dahlab, Alger.**
- 122- Lewinsohn,P.,Teri,L & Hoberman,H.M(1983),**Depression A Prespective On Etiology, Treatment And Life Span Issues : Perspectives On Behavior Therapy**,The Eighties , New york, USA.
- 123-Llorente Del Pozo,J.M., Gomez,C.F(1998),Psychological And Behavioural Factors Associated With Relapse Among Heroin Abusers Treated In Therapeutic Communities, **Addictives Behaviors**, Vol 23, № 2, PP 155-169.
- 124-Llorente,J.M.,fernandez,C(2000),Prediction Of Relapse Among Heroin Users Treated In Spanish Therapeutic Communities :A Comparison Of Different Models,**In, Substance Use & Misuse**, Vol 35, № 11, PP 1537-1550.
- 125-Marcelli,D., Braconnier,A(1984),**Psychologie De L'Adolescent**, Masson, Paris, France.
- 126-Mazet,Ph., Houzel,D(1994) ,**Psychiatrie De L'Enfant Et De L'Adolescent** , Masson,Paris,France.
- 127-Mc Crea,R.R(1984),Situational Determinants Of Coping Response : Loss,Threat,And Challenge ,**In Journal Of Personality And Social Psychology**,Vol 46, № 4, PP 919-928.
- 128-Mehlsen,M.,Kirkeggard ,T(2005),Coignitive Processes Involved In The Evaluation Of Life Satisfaction : Implication Of Well-Being ,**in,AGing &Mental Health**, Vol 9, № 3, PP 218-290.
- 129- Messili,R(1994),Drug Abuse , Examination of Concepts,**In Revue De Psychologie**, №4,pp 293-301.
- 130-Miller,W.R(1992),The Effictiveness Of Treatment For Substance Abuse,**In,Journal Of Substance Abuse Treatment**,Vol 9,PP93-102.

- 131- Musse, P.H.,Conger,J.J(1984), **Child Development and Personality**, Haper International,USA.
- 132- Myers,D.G.,Diener,E(1995),Who Is Happy ?**In,American Psychological Society**, Vol 6, № 1,PP 10-19.
- 133-Neal,J.M,Liebert,R.M(1986) ,**Science And Behavior : An Introduction To Methods Of Rsearch**,Prentice Hall International Editions,New York, USA.
- 134-Newcomb,M.D.,Harlow,L.L(1986),Life Events And Substance Use Among Adolescents : Mediating Effects Of Perceived Loss Of Control And Meaning Lessness In Life,**In, Journal Of Personality And Social Psychology**, Vol 51, №3,PP 564-577.
- 135-Newman,B.M.,newman,P.R(1986),**Development Through Life A Psychosocial Approach**, Dorsey Press, USA.
- 136-Observatoire Geopolitique Des Drogues(1997),**Grandes Tendances Pour Les Annees 1995-1996**.
- 137-Observatoire Geopolitique Des Drogues(1999),**Drole De Guerre De La Coca**.
- 138-Observatoire Geopolitique Des Drogues(2000),**Les Grandes Tendances Pour Les Annees 1998-1999 : La Mondialisation Des Economies Trafiquantes** .
- 139-Pearlin,L.,Schooler,C(1977),The Structure Of Coping,**In Journal Of Health And Social Behavior**, Vol 19, PP 2-21.
- 140- Paulhan,I.,Bourgeois,M(1995),**Stress Et Coping , Les strategies D'ajustement a L'Adversite**, Puf, Pris France.
- 141-Pelc,I(1983),**Drogues Et Toxicomanies Le Facteur Humain, Les Assuetudes Abus Et Etats De Dependance**, Universite De Bruxelles, Bruxelles.
- 142-Pelc,I(1983),**Les Assuetudes : Definition- Concept ;Les Assuetudes Abus et Etats De Dependance**, Universite De Bruxelles, Bruxelles.
- 143- Pelicier,Y.,Thuillier,G(1978),**La Drogue**, Puf, Paris,France.
- 144-Perris, C.,Arrindell,W,A(1994),**Parenting and Psychopathology**, Willey,England.
- 145-Perrone,K. ,Kaywebb,L(2007),Relationship Between Parental Attachment Work And Family Roles And Life Satisfaction,**In, Career Development Quarterly**, Vol 55,PP 237-248.

- 146-Pichot,P.,Guelific,J.D(Sans Date),**Semiologie De La Depression** Paris, France.
- 147- Platt,J.J.,Husband,.D(1990),Major Psychotherapeutic Modalities Of Heroin Addiction: A Brief Overview,**In Intrenational Journal Of The Addictions**, Vol 25, №12, PP 1453-1477.
- 148-Radhakrishnan,P.,Chan,D.K(1997),Cultural Differences In The Relation Between Self- Discrepancy And Life Satisfaction ,**In,International journal Of Psychology**, Vol 32, № 6, PP 387-389.
- 149-Richter,S.S.,Brown,S.A(1991),The Impact Of Social Support And Self- Esteem On Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome,**In Journal Of Substance Abuse**, 3,PP 371-385.
- 150-Rohde,P.,Lewinsohn,P.M(1990),Dimensionality Of Coping And Its Relation To Depression,**In,Journal Of Personality And Social Psychology**, Vol 38, №3, PP 599-511.
- 151-Schmid,H(1998),Swiss Adolescent DrugUsrs And Non Users Optimism About Their Future,**In Journal Of Applied Social Psychology** , Vol 28, № 20, PP 1889-№1902.
- 152- Schwartz,J.E.,Neal(2000),Does Trait Coping exist ?**In, Personality And Individual Differences**, 28,PP 360-369.
- 153- Segrin,C(1993),Social Skills Defficts And Psychosocial Problems : Antecedent, Concomitent, Or Consequent?,**In Journal Of Social And Cclinical Psychology**, Vol 12, № 3, PP 336-353.
- 154-Segrin,C.,Abramson,L.Y(1994),Negative Reactions To Depressive Behaviors : A Communication Theories Analysis, **In Journal Of Abnormal Psychology**, Vol 103, №4,PP 655-668.
- 155- Segrin,C(1996), The Relationship Between Social Skills Deficits And Psychosocial Problems : A Test Of A Vulnirability Model,**In Communication Research**, Vol 23, № 4, PP 425-450.
- 156-Segrin ,C., Menees,M.M(1996), The Impact Of Coping Styles And Family Communication On The Social Skills Of Children Of Alcoholics, **InJournal Of Studies On Alcohol**, PP 29-33.
- 157-Segrin,C(1999),Social Skills, Stressful Life Events And The Development Of Psychosocial Problems,**In Journal Of Social And Clinical Psychology**, Vol 18, № 1,PP 14-34.

- 158- Segrin,C(2000),Social Skills Defficits Associated With Depression, **In Clinical Psychology Review**, Vol 20, № 3, PP379- 403.
- 157- Selhab, M.R., Yahi, M. (1991), Enquette sur la Consommation des Substances Psychoactives (Jeunes de 15-24 ans), Wilaya d'Alger, **Relevé Epidemiologique Mensuel, Vol 11, 2, PP 64-67.**
- 158- Selhab, M.R., (1992),Enquette - Repertoric des Substances Psychoactives consommées dans la ville d'Alger par les jeunes de 15-30 ans. **Relevé Epidemiologique Mensuel, 11, 11, PP 62-67.**
- 159- Selhab, M.R., (1993). Defficultes contraintes et Problemes Methodologiques pour la mise au point d'un système de surveillance des toxicomanies dans le contexte Algerien. Partie II. **Relève Epidemiologique Mensuel, 12, 04, PP 90-94.**
- 160- Sillamy,N(1996),**Grand dictionnire De Psychologie**,
- 161-Smart.L.S,Chbucos.T.R,Didier.L.A(1990),Adolescent Substance use and perceived family functioning,**In , Journal of Family Issues**, Vol 11, n°02,pp208-227
- 162-Somerfield,M.,Mc Crae,R(2000),Stress and Coping Research : Methodological Challenges,Theoretical Advances And Clinical applications,**In American Psychologist Association .**
- 163-Stora,B.J(1993),**Le Stress**,Dahlab,Alger.
- 164- Stroebe,W,Stroebe,M(1996),The Role Of Loneliness And Social Support In Adjustment To Loss : a Test Of attachment Versus Stress Theory ,**In Journal Of Personality And Social Psychology, Vol 70, № 6, PP 1241-1249.**
- 165-Suldo,S.L.,Huebner,E.S(2006), Is Extremely High Life Satisfaction During Adolescence advantageous, **In Social Indicators Research, 78 ,PP 179-203.**
- 166- Susseman,S.,Dent,C.W(1997),The Correlates Of Substance Abuse And Dependance Among Adolescents At High Risk For Drug Abuse,**In Journal Of Substance Abuse, Vol 9, PP241-255.**
- 167- Symposium(1993),HIV,Infection Newperspectives On a Chronic Disease, **In Aids Education and Training Centre, 11,12, PP 86-102.**
- 168-Tarter,R.,Hegedus,A(1991), The Drug Use Screening Inventory, **In Alcohol World Health And Research, Vol 15 ,№ 1, PP 65-67.**

169- Teck-Hong Ong(1991),The Effectiveness Of An Indigenised Groupe Counselling Programme In AftercareService For Drug Supervises : A One Year Follow-Up Study,**In International Journal For The Advancement Of Counselling, Vol 14, PP 285-300 .**

170-VanHasselt.v , Hersen.M(1993).drug use prevention for high-risk African-American children and their families: a review and model program.**In, Addictive Behaviors, Vol8,pp 213-234.**

171-Webster,A.M(1981),**Webster Third New International Dictionnary,** G.G Marriam, Company Publishers, USA.

172- Wills,T.A.,Cleary,S.D(1996),How Are Social Support Effect Mediated ? A Test With Parental Support And Adolescent Substance Use,**In Journal Of Personality And Social Psychology, Vol 71 , № 5, PP 937-952.**

173- Wills,T.A., McNemara(1996), Escalated Substance Use : A Longitudinal Grouping Analysis From Early To Middle Adolescence,**In Journal Of Abnormal Psychology, Vol 105, № 2, PP 166-180.**

174- Wolpe(1975), **Pratique De La Therapie Comportementale,** Masson, Paris, France.

175-Zalesky,Z(1993),Attitudes Face A L'Avenir :Espoir Et Anxiete, **In, Revue Quebecoise De Psychologie ,Vol 14,№ 1, PP 85-112.**

176- Zaleski,Z(1996), Future Anxiety : Concept Measurement, And Preliminary Research,**In Person Individ Diff, Vol 21, № 2, PP 165-174.**

تعليمية رئيسية

في إطار بحث علمي حول " عوامل الخطر والوقاية من تعاطي للمخدرات" ستعرض عليك مجموعة من المقاييس التي تعبر عن حالتك الاجتماعية، والاقتصادية ، ومعلومات عامة ، كما تصف حالتك النفسية ، و عما تشعر به تجاه ظروفك الحياتية، وكيف تواجهها، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة ، لذلك يرجى منك:

1- أن تقرا كل عبارة بدقة ثم تضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك

2- لا تترك سؤال بدون إجابة

3- لا تضع أكثر من علامة (x) أمام العبارة الواحدة

4- وفي الأخير تأكد أنك أجبت عن كل الأسئلة

إن المعلومات التي ستقدمها لنا سنخضعها لتحليلات إحصائية وستحضى بالسرية التامة حيث لا تذكر الاسم ولا اللقب إنما الذي يهمنا هو أن تقدم لنا معلومات تعبر حقيقة حالتك، حتى نستطيع أن نقدم الحلول الناجعة لها

وشكرا على تعاون

استبيان

معلومات عامة:

1- الجنس:

2- السن:

3- المستوى التعليمي:

- بدون مستوى

- مستوى ابتدائي

- مستوى متوسط (أساسي)

- بدون مستوى

- شيء آخر حدده

4- ماذا تعمل الآن:

- تدرس

- تعمل

- عاطل عن العمل

- عمل غير مستقر

5- في حالة ما إذا كنت لا تدرس فمتى انقطعت على الدراسة:

المحور الإجتماعي:

1- مستوى التعليمي للوالدين:

الأب	بدون مستوى	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	شيء آخر حدده
الأم						

2- الحالة المدنية:

- أعزب

- متزوج

- مطلق

- أرمل

3- في حالة الزواج، أو الطلاق، أو أرمل ل لديك أطفال:

نعم - لا

4- في حالة نعم أذكر عددهم

5- مع من تسكن؟ :

- الأهل

- بمفردك

- شيء آخر حدده

6- نوع تسكن الذي تقطن فيه:

- فيلا

- شقة

- سكن تقليدي

- سكن قصديري

- شيء آخر حدده

7- عدد الغرف

8- عدد الأشخاص الذين يسكنون معك تحت سقف واحد

المحور الاقتصادي:

1- مهنة الوالدين:

- الأم:.....

- الأب:.....

2- المستوى الاقتصادي للعائلة (انظر الملاحظة في الصفحة التالية)

- مرتفع جدا

- مرتفع.....

- متوسط.....

- منخفض.....

— ملاحظة:

1- دخل مرتفع جدا: الحالة المالية تضمن اقتناء الحاجيات الأساسية والكمالية

وتؤمن المستقبل القريب والبعيد.

2- دخل مرتفع: الحالة المالية تضمن اقتناء الحاجيات الأساسية والكمالية.

3- دخل متوسط: الحالة المالية تضمن اقتناء الحاجيات الأساسية.

4- دخل منخفض: الحالة المالية لا تضمن حتى اقتناء الحاجيات الأساسية.

محور السوابق العدلية:

هل سبق وأن أوقفت من طرف رجال الأمن: 1-

نعم - لا -

2- إذا كان الجواب بنعم، اذكر عدد المرات:

3- ما هي أسباب توقيفك في كل مرة: 1-

2

3

4

5

6

4- ما نوع العقوبات التي ترتبت عن ذلك:

- غرامة مالية.....

- السجن لقضاء حكم قضائي....

- سجن مؤقت (أذكر المدة).....

- شيء آخر حدده.....

محور خاص بعدم تعاطي المخدرات:

1- هل فكرت يوماً في تعاطي المخدرات: نعم.....

لا.....

2- مهما كانت إجابتك (سواء نعم أو لا) أذكر

لماذا؟.....

.....

.....

مقياس بيك

التعليمة:

هذا الاستبيان يحتوي على 21 مجموعة من البنود، اقرأ بعناية كل مجموعة، ثم اختر من كل مجموعة البند الذي يصف أحسن كيف كنت تشعر خلال الأسبوعين الماضيين بما فيهم اليوم. ضع دائرة على الرقم الذي يقابل البند الذي اخترته. إذا كانت في مجموعة البنود أكثر من بند يصف ما تشعر ب جيدا، اختر البند الذي يقابل الرقم الأكبر وضع دائرة حوله. تأكد جيدا من أنك لم تختار إلا إجابة واحدة من كل مجموعة بما فيهم المجموعة 16 (تغير في عادات النوم) والمجموعة 18 (تغير في الشهية).

1- 0- لا أشعر بالحزن

1- أشعر غالبا بالحزن

2- أشعر غالبا بالحزن

3- أنا دائما حزين

2- 0- إنني لست محبط اتجاه مستقبلي.

1- اشعر بأنني أكثر إحباطا من ذي قبل تجاه مستقبلي

2- لا أنتظر أن تتحسن ظروفني.

3- أشعر بأن مستقبلي بدون أمل وأن الأشياء ستسوء أكثر.

3-

0- ليس لدي الإحساس بأنني فشلت وبأنني إنسان فاشل.

1- لقد فشلت أكثر مما يجب علي.

2- عندما أفكر في ماضي، ألاحظ فشلا كثيرا.

3- لدي شعور بأنني فشلت تماما في حياتي

-4

- 0- أشعر دائما بنفس اللذة في الأشياء التي تعجبني مثل السابق.
- 1- أشعر بنفس اللذة اتجاه الأشياء مثل السابق.
- 2- أشعر بلذة قليلة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني غالبا.
- 3- لا أشعر بأية لذة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني غالبا.

-5

- 0- لا أشعر بأنني مذنب.
- 1- أشعر بالذنب اتجاه الأشياء التي قمت بها والتي من الممكن أن أقوم بها.
- 2- أشعر بالذنب في غالب الأحيان.
- 3- أشعر بالذنب دائما.

-6

- 0- لا أشعر بأنني معاقب.
- 1- أشعر أنه من الممكن أن أعاقب.
- 2- أتوقع أن أعاقب.
- 3- لدي الشعور بأنني معاقب.

-7

- 0- لم تتغير مشاعري تجاه ذاتي.
- 1- فقدت الثقة في نفسي.
- 2- خاب ظني في.
- 3- أكره نفسي تماما.

-8

- 0- إنني لا أوبخ أو لا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد.
- 1- أنني أكثر انتقادا لذاتي مما كنت عليه سابقا.

- 2- ألوم نفسي على جميع سلبياتي .
- 3- ألوم نفسي على جميع المصائب التي تحدث.

-9

- 0- لا أفكر أبدا في الانتحار .
- 1- حدث وأن فكرت في الانتحار،ولكن لم أفعلها.
- 2- أريد أن انتحر .
- 3- سأنتحر إذا ما توفرت الفرصة.

-10

- 0- لا أبكي أكثر من ذي قبل .
- 1- أبكي أكثر من ذي قبل .
- 2- أبكي لأبسط الأشياء .
- 3- أريد البكاء ولكن لست قادر على ذلك .

-11

- 0- لست أكثر هيجانا (إثارة) أو توتر من العادة.
- 1- أشعر أنني أكثر هيجانا أو توترا من العادة.
- 2- إنني متهيج أو متوتر إلى درجة أنني أجد صعوبة في البقاء هادئا .
- 3- إنني متهيج أو متوتر إلى درجة أتحرك باستمرار أو أقوم بشيء ما .

-12

- 0- أستطيع أن أتخذ دائما القرارات مثل السابق .
- 1- أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي مقارنة بالسابق .
- 2- أجد صعوبة كبيرة بالمقارنة مع السابق في اتخاذ القرارات .
- 3- أجد صعوبة في اتخاذ أي قرار .

-14

- 0- أعتقد أنني شخص ذو قيمة.
1- لا أعتقد أنني أملك نفس القيمة والفائدة التي كنت أملكها من ذي قبل.
2- أنني أقل قيمة من الآخرين.
3- أشعر أنني لا أساوي شيء.

-15

- 0- أملك دائما نفس الطاقة كما في السابق.
1- أملك طاقة أقل من السابق.
2- لا أملك الكافية للقيام بأشياء كثيرة.
3- أملك طاقة قليلة للقيام بأي شيء.

-16

- 0- لم تتغير عاداتي في النوم.
1.أ- أنام أكثر بقليل من المعتاد.
1.ب- أنام أقل بقليل من المعتاد.
2.أ- أنام أكثر بكثير من المعتاد
2.ب- أنام أكثر بقليل من المعتاد.
3.أ- أنام تقريبا كل اليوم.
3.ب- أستيقظ ساعة أو ساعتين قبل الأوان، ولست قادرا على العودة إلى النوم مرة أخرى.

17

- 0- إنني لست أكثر حساسية من المعتاد.
1- إنني أكثر حساسية من المعتاد.
2- إنني أكثر حساسية من المعتاد.

3- إنني حساس دائما.

-18

0- لم تتغير شهيتي .

1.أ- شهيتي أقل بقليل من المعتاد.

1.ب- شهيتي أكثر بقليل من المعتاد.

2.أ-شهيتي قليلة بكثير من المعتاد.

2.ب- شهيتي كثيرة بكثير من المعتاد.

3.أ- ليست لي شهية بتاتا.

3.ب- لدي رغبة دائمة في الأكل.

-19

0- أستطيع أن أركز دائما كما في السابق.

1- لا أستطيع أن أركز دائما كما في السابق.

2- أجد صعوبة في التركيز طويلا على شيء كان.

3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على شيء كان.

-20

0- إنني لست تعب أكثر من المعتاد.

1- أتعب بسهولة أكثر من المعتاد.

2- إنني جد تعب للقيام بأشياء كثيرة كنت أقوم بها سابقا.

3- إنني في منتهى التعب لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأشياء مثل السابق.

-21

0- لم أسجل أي تغيير جديد في اهتماماتي الجنسية.

1- إنني قل اهتماما بالجنس من ذي قبل.

2- الجنس يهمني أقل بكثير من الآن.

3- فقدت كل اهتماماتي الجنسية.

مقياس استراتيجيات المقاومة

تعليمية:

لقد حدث على الأرجح وأن عشت وضعيات ضاغطة تورطت فيها شخصيا، والمخرج منها مهم بالنسبة لك (الوضعية الضاغطة هي حدث أو وضعية تضعك في صعوبة وتعيق استقرارك، وتتطلب منك جهدا مهما لتجاوزها). يوجد عدة طرق لمواجهة هذه الوضعيات، أو التوافق معها، المطلوب منك تحديك .

ماذا تفعل و/ أو تشعر به غالبا عندما تعاني من المشاكل، وتعيش أحداثا أو وضعيات صعبة، مراحل ضغط مهمة. أجب على كل نموذج من النماذج التالية بوضع دائرة على الإجابة الموافقة لطريقة استجابتك المعتادة. طريقة الإجابة سلم يتراوح من 1 = لا أبدا إلى 5 = كثيرا مرورا بالإجابات الوسيطة (2،3،4) والتي تسمح لك بالتدرج في إجابتك.

التعليمات:

أجب على كل نموذج من النماذج التالية بوضع دائرة على الإجابة التي توافق طريقة استجابتك المعتادة. طريقة الإجابة سلم يتراوح من 1 إلى 5 مرورا بإجابات وسيطة (2،3،4) والتي تسمح لك بالتدرج في إجابة.

كثيرا	في غالب الأحيان	في بعض الأحيان	نادرا	لأبدا	غالبا ما أميل في الوضعيات الضاغطة إلى:
					1- أنظم وقتي بشكل جيد .
					2- أركز على المشكلة وأحاول أن أرى كيف أستطيع حلها
					3- أعيد التفكير في اللحظات الممتعة التي عشتها .
					4- أسعى لإيجاد أشخاص أصحابهم .
					5- ألوم نفسي على تضييع الوقت
					6- أفعل ما أراه أفضل
					7- أن أقلق وانزعج لمشاكلي
					8- ألوم نفسي على تورطي في هذه الوضعية
					9- أن أتسكع أمام الواجهات والتمتع بالنظر إليها
					10- أعرف وأحدد أولوياتي
					11- أحاول النوم
					12- أتناول الأطباق والأكلات المفضلة
					13- أشعر بالقلق لأنني لم أستطع تجاوز الوضعية
					14- أصبح جد متوتر و/ أو متشنج
					15- أفكر في الطرق التي استعنت بها سابقا لحل مشاكل مشابهة

					16- أقول لنفسي أن ما يحدث لي ليس حقيقة
كثيرا	في غالب الأحيان	في بعض الأحيان	نادرا	لأبدا	غالبا ما أميل في الوضعيات الضاغطة إلى:
					17- ألوم نفسي كثيرا على حساسيتي/انفعالي اتجاه الوضعية
					18- أذهب إلى المطعم، أو أتناول شيئا ما
					19- أن أكون متضايقا شيئا فشيئا
					20- أشترى لنفسي شيئا
					21- أحدد خطة عمل وأتابعها.
					22- ألوم نفسي على عدم معرفتي بما يمكن أن أفعله
					23- أن أذهب إلى سهرة أو حفلة عند الأصدقاء
					24- أحاول تحليل وفهم الوضعية
					25- أشعر بالعجز ولا أعرف ماذا أفعل
					26- أشرع في اتخاذ قرارات تساعدني على التكيف مع الوضعية
					27- أفكر فيما حدث لي وأحاول الاستفادة من أخطائي
					28- أتمنى لو كان باستطاعتي تغيير ما حدث أو ما شعرت به.
					29- أقوم بزيارة صديق(ة)
					30- أقلق نفسي بشأن الأمور التي سأقوم بها
					31- أقضي بعض الوقت مع شخص عزيز
					32- أذهب للتجول

كثيرا	في غالبا الأحيان	في بعض الأحيان	نادرا	لأبدا	غالبا ما أميل في الوضعيات الضاغطة إلى:
					33- أقول أن هذا لا يمكن أن يتكرر أبدا
					34- أكرر عجزى وعدم تكيفي العام
					35- أتكلم مع شخص أقدر نصائحه
					36- تحليل وفهم المشكل قبل الاستجابة
					37- أهتف إلى صديق
					38- أغضب
					39- أضبط (أحدد) أولوياتي
					40- أشاهد فيلم
					41- مراقبة (التحكم) في الوضعية
					42- أبذل جهدا مضاعفا حتى تسير الأمور على ما يرام
					43- أضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل
					44- أحاول أن أجد طريقة حتى لا أفكر، أتجنب الوضعية
					45- ألوم أشخاص آخرين على ما أصابني
					46- اغتتم فرصة هذه الوضعية حتى أبرز إمكانياتي (قدراتي)
					47- أحاول تنظيم نفسي حتى أسيطر على الوضعية
					48- أشاهد التلفزة

مقياس السند الاجتماعي

من فضلك اقرأ بتمعن الفقرات التالية ثم حدد الفقرات التي تصف حالتك بوضع علامة (x) أمام الإجابة المختارة..

ليس مثلئ تماما	ليس مثلئ كثيرا	بعضهم مثلئ	مثلئ كثيرا	مثلئ تماما	
					1- أشعر باسترخاء تام عندما أكون أصدقائي
					2- أملك قدرا (كمية) من نفس نماذج الحياة التي يملكها بعض أصدقائي.
					3- يحترمني ويثق في الأشخاص الذين يعرفونني
					4- أعلم أن عائلتي ستكون دائما بجانبني عندما احتاجها مهما حدث
					5- أعلم أن البعض من أصدقائي يفرحون للذهاب معي عندما أخرج لاقتناء بعض الأشياء
					6- لدي على الأقل صديق واحد باستطاعتي أن أقول له أي شيء

					7-لست متأكد في بعض الأحيان إذا كان بإمكانني أن أعتد تماما على عائلتي.
					8-يعتقد الأشخاص الذين يعرفونني أنني شخص جيد أينما كنت
					9-أشعر بالانغلاق(بالضيق) مع بعض أصدقائي
					10-يثق في أفراد عائلتي
					11-تتركني عائلتي لو حدي لأنها تعتقد بأنني شخص نافع
					12- يقدم لي أفراد عائلتي يد المساعدة لإيجاد حلول لمشاكلي
					13-يتكلم أصدقائي أكثر عن مشاكلي، وأنا لا أريد ذلك
					14-أعرف أن عائلتي تريد دائما أن تبقى معي
					15-أشعر بأنني وحيد حتى وإن كنت مع أصدقائي

مقياس القلق من المستقبل

إن الوضعيات الآتية تحدد اتجاهاتك نحو المستقبل، اقرأ هذه الأسئلة بروية وضع علامة (x) أمام الوضعية التي تصف وبدقة حالتك لا يوجد إجابات صحيحة، وإجابات خاطئة كل الإجابات مقبولة وستحصى بالسرية التامة

					1- مستقبلي غير مضمون
					2- إني خائف من حدوث كارثة عما قريب
					3- إني ارتعش خوفا عندما أفكر فيما يمكن أن يحدث لي، الشهر المقبل، العام المقبل
					4- إني متأكد من أنني لن أكون لوحدي ولا مرفوض في المستقبل
					5- إني خائف من التخطيط
					6- إني غير مرتاح من المضايقات التي اعترض لا
					7- إني خائف من أن أفشل في تجاوز الصعوبات
					8- إني قلق من الفشل الذي ينتظرني
					9- إني مرعوب من فكرة أنه يمكن تصادفني أحيانا أزمات أو صعوبات في الحياة
					10- أشعر بالضغط عدم الراحة عند ما أفكر في مصالحي (مشاريعي) المستقبلية
					11- إني متأكد من أنني سأتمكن من تحقيق

					أهم أهدافي في المستقبل
					12-إني قلق بشأن عدم تقديم إمكانيات مادية معتبرة لعائلتي
					13-لدي اعتقاد أن العالم يتجه نحو الانهيار(النهاية)
					14-إني خائف من اللحظة التي أطالب فيها بتقديم قرار مفصل وعملي
					15-كلما أحسست باقتراب الموت كلما زاد فزعي
					16-أعتقد أنه بإمكانني حل مشاكلي بنفسني في المستقبل
					17-أني خائف من تأثير تغيرات الأوضاع اقتصادية والسياسية على مستقبلي
					18-إني خائف من فكرة أن الحياة تمر بسرعة من أمامي
					19-لأنني قلق من فكرة أنني لا أستطيع تحقيق أهدافي في المستقبل
					20- إني خائف من أن المشاكل التي حياتي الآن ستستمر لمدة أطول
					21-حتى عندما تسير الأمور على ما يرام،فعاجلا أم آجلا تتقلب إلى الأسوأ
					22- إني قلق من فكرة أن أيقع لي حادث،أو أن أصاب بمرض خطير(مثل السيد،السرطان)
					23-الحياة الجميلة تستحق أن تعاش في هذا العالم الرائع الذي لا يتوقف عن التطور

					24- إني لست خائف من أن يتحول الناس إلى "ذئاب" في المستقبل
					25- إني خائف من أن يكون الآخرون رأيا سلبيا عني في المستقبل
					26- إني خائف بعد عدة سنوات، عندما أريد أن أقيم حياتي سأجدها مرت بدون هدف
					27- إني خائف من أن تتجه حياتي إلى الأسوأ
					28- إني خائف من عدم تقدير الناس لي في المستقبل
					29- أنا قلق من فكرة أن أصبح عبئا ثقيلًا عندما أصبح عجوزًا.

مقياس الرضا عن الحياة

التعليمات:

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عما تشعر التي تشعر بها غالبا تجاه ظروفك الحياتية، ويوجد أما كل عبارة خمس اختيارات، المرجو منك أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (x) أما الاختيار الذي ينطبق عليك.

لا تترك عبارة دون الإجابة عليها، لا تضع أكثر من علامة أما عبارة واحدة، لا تتوقف كثيرا أثناء الاستجابة على العبارات.

لا حظ أنه لا يوجد زمن محدد للإجابة، ولكن بفضل أن تجيب دون أن تضيع وقتا طويلا في الإجابة على أي عبارة، كما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة تعتبر صحيحة - فقط - طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

لا تنطبق تماما	لا تنطبق	بين بين	تنطبق	تنطبق تماما	
					1- أنا أسعد حالا من الآخرين.
					2- أنا راض عن نفسي
					3- ظروف حياتي ممتازة.
					4- في معظم الأحوال تقترب حياتي من المثالية
					5- أنا راض عن كل شيء في حياتي
					6- أشعر بالثقة تجاه

					سلوكي الاجتماعي.
					7- أشعر بالأمن والطمأنينة
					8- أتمتع بحياة سعيدة.
					9- أشعر أن حياتي الآن من أي وقت مضى .
					10- حصلت حتى الآن على الأشياء المهمة في حياتي
					11- أشعر أنني بالبهجة الممزوجة بالتفاؤل تجاه المستقبل
					13- أنا راض بما وصلت إليه
					14- أميل إلى الضحك وتبادل الدعابة
					15- أشعر بالرضا والارتياح عن ظروف حياتي
					16- أتقبل الآخرين وأتعاش معهم كما هم
					17- أعيش في مستوى حياة/معيشة أفضل مما كنت أتمناه أو أتوقعه.
					18- أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني بالآخرين
					19- اشعر أن حياتي مشرقة

					ومليئة بالأمل
					20- أتقبل نقد الآخرين
					21- يثق الآخرون في قدراتي
					22- يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح ومرح
					23- أنام نوما هادئا مسترخيا
					24- ينظر الآخرون إلي باحترام
					25- لا أعاني من مشاعر اليأس أو خيبة الأمل.
					26- لدي القدرة على اتخاذ القرار وتحمل نتائجه
					27- أفكاري و آرائي تنال إعجاب الآخرين
					28- علاقاتي الاجتماعية بالآخرين ناجحة
					29- روحي المعنوية مرتفعة
					30- لو قدر لي أن أعيش من جديد فلن أغير شيئا من حياتي

تقرير تشخيصي لتعاطي المخدرات
DRUG USE SCREENING INVENTORY

الميدان الأول: المادة المستهلكة:

أ- المخدر المفضل:

كما من مرة تناولت أحد المخدرات الموجودة في القائمة التالية: وذلك خلال الشهر الماضي؟ ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لحالتك.

أكثر من 20 مرة	من 10 إلى 20 مرة	من 3 إلى 9 مرات	من مرة إلى مرتين	0 مرة	
					الشمعة
					سجائر
					أنواع أخرى أذكرها:.....

2- ضع مربع حول المادة التي تظن أنها قد تسبب لك مشكلا

3- ضع دائرة حول المادة الأكثر تفضيلا بالنسبة لك.

التعليمات:

أجب على جميع الأسئلة التالية حتى و إن كان السؤال لا ينطبق عليك تماما.

أجب حسب اقترابه من حالتك (نعم)، أو ابتعاده (لا)

أجب على كل الأسئلة كأنها تنطبق عليك تماما خلال الفترة الممتدة ما بين السنة

الماضية إلى يومنا هذا.

ضع هذه العلامة (X) في الخانة المناسبة لك بالنسبة لكل سؤال.

ب- نعم لا

- 1- هل سبق لك و أن شعرت برغبة ملحة أو قوية لتناول الخمر.....
- أو المخدرات؟
- 2

الميدان الثاني:

- 1- هل أنت كثير المشاجرة؟.....
- 2- هل تتباهى بنفسك؟.....
- 3- هل تتضايق أو تؤذي الحيوانات؟.....
- 4- هل أنت كثير الصراخ؟.....
- 5- هل أنت عنيد؟.....
- 6- هل أنت شديد الحذر، كثير الشك في الآخرين؟.....
- 7- هل تشتم أو تستعمل ألفاظا سيئة مع الآخرين؟.....
- 8- هل أنت سيئ المزاج؟.....
- 9- هل أنت شديد الخجل؟.....
- 10- هل تهدد الناس بإيذائهم؟.....
- 11- هل تتكلم بصوت أكثر ارتفاعا من الشباب الآخرين؟.....
- 12- هل تضايق الآخرين كثيرا؟.....
- 13- هل تنزعج بسهولة؟.....
- 14- هل تقوم بأشياء كثيرة دون تفكير مسبق في المضاعفات؟..
- 15- هل تقوم بأشياء فيها الكثير من المخاطرة؟.....
- 16- هل تستغل الآخرين لأغراضك الشخصية إذا استطعت؟....
- 17- هل تشعر بالغضب عموما؟.....
- 18- هل تقضي معظم أوقات فراغك لوحده؟.....
- 19- هل من طبعك أن تبقى وحيد؟.....
- 20- هل أنت حساس جدا للنقد؟.....

الميدان الثالث:

- 1- هل تعرضت لفحص جسدي أو تلقيت عناية طبية خلال العام الماضي؟...
- 2- هل تعرضت إلى حوادث أو جروح مازالت تقلقك؟.....
- 3- هل تنام أكثر أو أقل من اللازم؟.....
- 4- هل فقدت أو اكتسبت في وزنك مؤجرا أكثر من 05 كلغ؟...
- 5- هل تملك طاقة أقل تلك التي تظن أن يجب أن تملكها؟.....
- 6- هل تعاني من صعوبات تنفسية أو من السعال؟.....
- 7- هل لك انشغالات جنسية أو اضطرابات في أعضائك التناسلية؟...
- 8- هل سبق لك وأن مارست الجنس مع شخص يتعاطى المخدرات؟
- 9- هل عانيت من آلام في البطن، أو غثيان خلال العام الماضي؟
- 10- هل حدث وإن اصفر بياض عينك؟.....

الميدان الرابع:

- 1- هل حدث وأن أتلف ممتلكات الغير عمدا؟.....
- 2- هل سرقت أشياء في عدة مناسبات؟.....
- 3- هل تتشاجر مع الناس أكثر من الشباب الآخرين؟.....
- 4- هل أنت شخص مضطرب؟.....
- 5- هل أنت شخص مضطرب، يصعب عليك الجلوس هادئا؟.....
- 6- هل تتعرض للاحباطات بسهولة؟.....
- 7- هل تعاني من اضطرابات في التركيز؟.....
- 8- هل تشعر بالحزن كثيرا؟.....
- 9- هل تقضم أظفرك؟.....
- 10- هل تعاني من اضطرابات في النوم؟.....
- 11- هل أنت عصبي؟.....
- 12- هل تشعر بالرعب (الخوف الشديد) بسهولة؟.....
- 13- هل أنت كثير القلق؟.....

- 14- هل تواجه صعوبات في تغيير رأيك؟.....
- 15- هل يحدق فيك الناس؟.....
- 16- هل تسمع أشياء لا يسمعا الأشخاص من حولك؟.....
- 17- هل تملك قدرات خاصة لا يملكها أي شخص آخر؟.....
- 18- هل تشعر بالخوف عندما تكون محاطا بالناس؟.....
- 19- هل غالبا ما تعر برغبة شديدة في البكاء؟.....
- 20- هل تملك طاقة كبيرة لا تعلم ماذا تفعل بها؟.....

الميدان الخامس:

- 1- هل يكرهك شباب من سنك؟.....
- 2- هل عادة ما تكون غير راض عن النشاطات التي تقوم بها مع.....
أصدقائك
- 3- هل يصعب عليك تكوين علاقتك صداقة في جماعة جديدة؟....
- 4- هل يستغلك الناس الآخرون؟.....
- 5- هل تخشى المطالبة بحقوقك؟.....
- 6- هل يصعب عليك طلب مساعدة من الآخرين؟.....
- 7- هل تتأثر بسهولة بالشباب الآخرين؟.....
- 8- هل تفضل القيام بأعمالك مع الشباب أكبر منك سنا؟.....
- 9- هل كيفية تأثير أعمالك في الآخرين أمر يقلقك؟.....
- 10- هل تجد صعوبة في الدفاع عن آرائك؟.....
- 11- هل يصعب عليك قول #لا# للناس؟.....
- 12- هل تشعر بالحرج عندما يمدحك الناس؟.....
- 13- هل تنفادى أن يقع نظرك في نظر صديقك عندما تتحدثان؟

الميدان السادس:

- 1- هل حدث وأن تعاطى أحد أفراد عائلتك (الأم، الأب، الأخ، الأخت).....
الحشيش أو الكوكايين؟

- 2- هل يتعاطى أحد أفراد عائلتك الخمر إلى درجة أنه يسبب المشاكل ... في البيت، في العمل أو مع الأصدقاء؟
- 3- هل سبق وأن ألقى القبض على أحد أفراد عائلتك؟.....
- 4- هل غالبا ما تدخل في جدال أو شجار صاخب مع أفراد عائلتك؟.....
- 5- هل نادرا ما يقوم أفراد عائلتك بنشاطات مع بعضهم البعض؟
- 6- هل والداك أو المتكفل بك يجهل ما تحب وما تكره؟.....
- 7- هل هناك قواعد غير واضحة فيما يمكن القيام به وما؟.....
- 8- هل يجهل والداك أو المتكفل بك حقيقة ما تفكر فيه أو تشعر به. .
- اتجاه الأشياء المهمة بالنسبة لك؟

- 9- هل غالبا ما يدخل والداك أو المتكفل بك في جدال.....
- 10- هل غالبا ما يجهل والداك أو المتكفل بك في جدال؟.....
- 11- هل غالبا ما يتغيب والداك أو المتكفل بك عن البيت؟.....
- 12- هل تشعر أن أحد والداك لا يعتني بك؟.....
- 13- هل أنت غير راض عن طريقة معيشتك؟.....
- 14- هل تشعر بالخطر في البيت؟.....

الميدان السابع:

- 1- هل تكره المدرسة؟.....
- 2- هل تعاني من اضطرابات التركيز في المدرسة أو عندما تدرس؟.....
- 3- هل علامتك المدرسية أقل من المعدل أو دون المتوسط؟.....
- 4- هل تنقطع عن المدرسة أكثر من يومين في الشهر؟.....
- 5- هل تتغيب كثيرا عن المدرسة؟.....
- 6- هل تفكر جديا في الانقطاع نهائيا عن المدرسة؟.....
- 7- هل غالبا ما تهمل واجباتك المدرسية؟.....
- 8- هل غالبا ما تصل إلى القسم متأخرا؟.....
- 9- هل غالبا ما تشعر بالنعاس في القسم؟.....
- 10- هل أصدقاؤك هذا العام يختلفون عن أصدقاء العام الماضي؟

- 11- هل تشعر بالغضب والانزعاج عندما تذهب إلى المدرسة؟...
- 12- هل تشعر بالملل في المدرسة؟.....
- 13- هل علامتك المدرسية الحالية أسوأ من التي تحصلت عليها سابقا؟...
- 14- هل تشعر بالخطر في المدرسة؟.....
- 15- هل حدث وأن رسبت في المدرسة؟.....
- 16- هل تشعر أنه غير مرغوب فيك عند القيام بنشاطات خارج المدرسة؟.
- 17- هل حدث وأن فصلت عن المدرسة؟.....

الميدان الثامن:

- 1- هل حدث وأن تحصلت على أجره من عمل أقلت منه؟.....
- 2- هل سبق لك وتخليت عن عمل بمجرد أنه لا يهتمك تماما؟....
- 3- هل تحتاج لمساعدة الآخرين لإيجاد عمل؟.....
- 4- هل تتغيب أو تتأخر عن العمل كثيرا؟.....
- 5- هل تواجهك صعوبات للقيام بمهامك المهنية؟.....
- 6- هل تحصلت على المال من عمل يخالف القانون (غير شرعي)؟.....
- 7- هل لديك صعوبات في التفاهم و التعامل مع مسؤوليك؟.....
- 8- هل حدث وأن أطلق عليك النار بسبب المخدرات؟.....

الميدان التاسع:

- 1- هل يتعاطى أحد أصدقائك المخدرات؟.....
- 2- هل يعطي أو يبيع أحد أصدقائك المخدرات للشباب الآخرين؟
- 3- هل يغش أحد أصدقائك في الامتحانات المدرسية؟.....
- 4- هل والداك أو المتكفل بك يكره أصدقائك؟.....
- 5- هل لأحد أصدقائك مشاكل مع القانون؟.....
- 6- هل أغلب أصدقائك أكبر منك سنا؟.....
- 7- هل يتغيب أصدقاؤك كثيرا عن المدرسة؟.....
- 8- هل يشعر أصدقاؤك بالملل عندما لا يقدم إليهم الخمر في اجتماعاتهم؟...

- 9- هل كان أصدقاؤك يجلبون معهم المخدرات أو الخمر في....
- اجتماعاتكم وذلك في العام الماضي؟
- 10- هل سرق أحد أصدقائك أي شيء من محل، أو قام بإحداث..
- خسائر الممتلكات المدرسية خلال العام الماضي
- 11- هل تنتمي إلى جماعة من الأشرار؟.....
- 12- هل أنت قلق بشأن مشاكل حدثت لك مع أصدقائك؟.....
- 13- هل لديك صديق تثق فيه؟.....
- 14- هل أصدقاؤك أقل بالمقارنة مع أغلبية الشباب؟.....

الميدان العاشر:

- 1- هل مقارنة بمعظم الشباب هل تمارس الرياضة أقل منهم؟.....
- 2- هل تخرج للترفيه ليلة الدخول المدرسي بدون تصريح؟.....
- 3- في يوم خاص، هل تشاهد التلفزيون أكثر من ساعتين؟.....
- 4- هل تمارس الرياضة أقل من أغلب الشباب الذين تعرفهم؟.....
- 5- هل تقضي أوقات فراغك في الحديث مع الأصدقاء؟.....
- 6- هل تشعر بالملل في معظم الأوقات؟.....
- 7- هل تستجمع أو تقضي أوقات فراغك لوحداك؟.....
- 8- هل تتناول الخمر أو المخدرات للاستراحة أو للاسترخاء؟.....
- 9- مقارنة بمعظم الشباب، هل تجد أنك أقل اندماجا في الهوايات.....
- أنك لا تملك أي اهتمام
- 10- هل أنت غير راض على الطريقة التي تقضي بها وقت فراغك؟
- 11- هل تتعب بسرعة عندما تجهد نفسك؟.....

التعليمات:

راجع جميع الإجابات وتأكد من أنك أجبت على جميع الأسئلة واضعاً العلامة المذكورة سابقاً (x) في الخانات السابقة.

تعليمية رئيسية

في إطار بحث علمي حول " عوامل الخطر والوقاية من تعاطي للمخدرات" ستعرض عليك مجموعة من المقاييس التي تعبر عن حالتك الاجتماعية، والاقتصادية، ومعلومات عامة، كما تصف حالتك النفسية، و عما تشعر به تجاه ظروفك الحياتية، وكيف تواجهها، مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة، لذلك يرجى منك:

1- أن تقرا كل عبارة بدقة ثم تضع علامة (x) أمام الإجابة التي تنطبق عليك

2- لا تترك سؤال بدون إجابة

3- لا تضع أكثر من علامة (x) أمام العبارة الواحدة

4- وفي الأخير تأكد أنك أجبت عن كل الأسئلة

إن المعلومات التي ستقدمها لنا سنخضعها لتحليلات إحصائية وستحضى بالسرية التامة حيث لا تذكر الاسم ولا اللقب إنما الذي يهمنا هو أن تقدم لنا معلومات تعبر حقيقة حالتك، حتى نستطيع أن نقدم الحلول الناجعة لها

وشكرا على تعاون

استبيان

معلومات عامة:

1- الجنس:

2- السن:

3- المستوى التعليمي:

- بدون مستوى.....

- مستوى ابتدائي.....

- مستوى متوسط (أساسي).....

- بدون مستوى.....

- شيء آخر حدده.....

4- ماذا تعمل الآن:

- تدرس.....

- تعمل.....

- عاطل عن العمل.....

- عمل غير مستقر.....

5- في حالة ما إذا كنت لا تدرس فمتى انقطعت على الدراسة:.....

المحور الإجتماعي:

1- مستوى التعليمي للوالدين:

الأب	بدون مستوى	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	شيء آخر حدده
الأم						

2- الحالة المدنية:

- أعزب

- متزوج

- مطلق

- أرمل

3- في حالة الزواج، أو الطلاق، أو أرمل ل لديك أطفال:

نعم - لا -

4- في حالة نعم أذكر عددهم

5- مع من تسكن؟ :

- الأهل

- بمفردك

- شيء آخر حدده

6- نوع تسكن الذي تقطن فيه:

- فيلا

- شقة

- سكن تقليدي

- سكن قصديري

- شيء آخر حدده

7- عدد الغرف

8- عدد الأشخاص الذين يسكنون معك تحت سقف واحد

المحور الاقتصادي:

1- مهنة الوالدين:

- الأم:.....

- الأب:.....

2- المستوى الاقتصادي للعائلة (انظر الملاحظة في الصفحة التالية)

- مرتفع جدا

- مرتفع.....

- متوسط.....

- منخفض.....

— ملاحظة:

1- دخل مرتفع جدا: الحالة المالية تضمن اقتناء الحاجيات الأساسية والكمالية

وتؤمن المستقبل القريب والبعيد.

2- دخل مرتفع: الحالة المالية تضمن اقتناء الحاجيات الأساسية والكمالية.

3- دخل متوسط: الحالة المالية تضمن اقتناء الحاجيات الأساسية.

4- دخل منخفض: الحالة المالية لا تضمن حتى اقتناء الحاجيات الأساسية.

3- ماهي مصادر دخلك التي تعتمد عليها في اقتناء حاجياتك وشراء المخدرات

لا	أحيانا	نعم دائما	
			العمل
			الأهل
			الأصدقاء
			السرقه
			الدين
			شيئ آخر حدده.....
		

محور السوابق العدلية:

هل سبق وأن أوقفت من طرف رجال الأمن: -1

- لا

- نعم

2- إذا كان الجواب بنعم، اذكر عدد المرات:.....

3- ما هي أسباب توقيفك في كل مرة:1-.....

.....2

.....3

.....4

.....5

.....6

4- ما نوع العقوبات التي ترتبت عن ذلك :

- غرامة مالية.....
- السجن لقضاء حكم قضائي....
- سجن مؤقت (أذكر المدة).....
- شيء آخر حدده.....

محور المخدرات:

1- متى بدأت في تعاطي المخدرات:.....

2- ما هي الظروف التي دفعتك إلى تعاطي المخدرات.....

.....

.....

.....

.....

3- اشرح.....

لنا تجربتك الأولى مع المخدرات متبعا الخطوات التالية:

- من اقتراح عليك التعاطي أول مرة:

- لا أحد
- صديق
- الأصدقاء.....

- ما نوع المخدر الذي تعاطيت لأول مرة.....

- كيف كان شعورك أثناء تناولك المخدرات لأول مرة.....

.....

.....

- كيف كان شعورك في اليوم الموالي.....

.....

.....

- ما الذي دفعك إلى تكرار تعاطي المخدرات.....

.....

.....

3- ما هي طريقة تعاطيك للمخدرات:

- عن الطرق الفم.....

- عن طريق الشم.....

- عن طريق الحقن.....

5- مع من تعاطي المخدرات:

- بمفردك.....

- مع جماعة.....

مهما كانت إجابتك (سواء نعم أو لا) أذكر

لماذا؟.....

.....

.....

7- ما هو تقييمك لتجربتك فيما يخص تعاطي المخدرات؟ عبر بكل حرية واذكر

ما تراه ايجابي، وما تراها سلبي:.....

مقياس بيك

التعليمة:

هذا الاستبيان يحتوي على 21 مجموعة من البنود، اقرأ بعناية كل مجموعة، ثم اختر من كل مجموعة البند الذي يصف أحسن كيف كنت تشعر خلال الأسبوعين الماضيين بما فيهم اليوم. ضع دائرة على الرقم الذي يقابل البند الذي اخترته. إذا كانت في مجموعة البنود أكثر من بند يصف ما تشعر ب جيدا، اختر البند الذي يقابل الرقم الأكبر وضع دائرة حوله. تأكد جيدا من أنك لم تختار إلا إجابة واحدة من كل مجموعة بما فيهم المجموعة 16 (تغير في عادات النوم) والمجموعة 18 (تغير في الشهية).

1- 0- لا أشعر بالحزن

1- أشعر غالبا بالحزن

2- أشعر غالبا بالحزن

3- أنا دائما حزين

2- 0- إنني لست محبط اتجاه مستقبلي.

1- اشعر بأنني أكثر إحباطا من ذي قبل تجاه مستقبلي

2- لا أنتظر أن تتحسن ظروفني.

3- أشعر بأن مستقبلي بدون أمل وأن الأشياء ستسوء أكثر.

3-

0- ليس لدي الإحساس بأنني فشلت وبأنني إنسان فاشل.

1- لقد فشلت أكثر مما يجب علي.

2- عندما أفكر في ماضي، ألاحظ فشلا كثيرا.

3- لدي شعور بأنني فشلت تماما في حياتي

-4

- 0- أشعر دائما بنفس اللذة في الأشياء التي تعجبني مثل السابق.
- 1- أشعر بنفس اللذة اتجاه الأشياء مثل السابق.
- 2- أشعر بلذة قليلة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني غالبا.
- 3- لا أشعر بأية لذة اتجاه الأشياء التي كانت تعجبني غالبا.

-5

- 0- لا أشعر بأنني مذنب.
- 1- أشعر بالذنب اتجاه الأشياء التي قمت بها والتي من الممكن أن أقوم بها.
- 2- أشعر بالذنب في غالب الأحيان.
- 3- أشعر بالذنب دائما.

-6

- 0- لا أشعر بأنني معاقب.
- 1- أشعر أنه من الممكن أن أعاقب.
- 2- أتوقع أن أعاقب.
- 3- لدي الشعور بأنني معاقب.

-7

- 0- لم تتغير مشاعري تجاه ذاتي.
- 1- فقدت الثقة في نفسي.
- 2- خاب ظني في.
- 3- أكره نفسي تماما.

-8

- 0- إنني لا أوبخ أو لا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد.

- 1- أنني أكثر انتقادا لذاتي مما كنت عليه سابقا.
- 2- ألوم نفسي على جميع سلبياتي.
- 3- ألوم نفسي على جميع المصائب التي تحدث.

-9

- 0- لا أفكر أبدا في الانتحار.
- 1- حدث وأن فكرت في الانتحار، ولكن لم أفعلها.
- 2- أريد أن انتحر.
- 3- سأنتحر إذا ما توفرت الفرصة.

-10

- 0- لا أبكي أكثر من ذي قبل.
- 1- أبكي أكثر من ذي قبل.
- 2- أبكي لأبسط الأشياء.
- 3- أريد البكاء ولكن لست قادر على ذلك.

-11

- 0- لست أكثر هيجانا (إثارة) أو توتر من العادة.
- 1- أشعر أنني أكثر هيجانا أو توترا من العادة.
- 2- إنني متهيج أو متوتر إلى درجة أنني أجد صعوبة في البقاء هادئا.
- 3- إنني متهيج أو متوتر إلى درجة أتحرك باستمرار أو أقوم بشيء ما .

-12

- 0- أستطيع أن أتخذ دائما القرارات مثل السابق.
- 1- أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي مقارنة بالسابق.
- 2- أجد صعوبة كبيرة بالمقارنة مع السابق في اتخاذ القرارات.
- 3- أجد صعوبة في اتخاذ أي قرار.

-14

- 0- أعتقد أنني شخص ذو قيمة.
1- لا أعتقد أنني أملك نفس القيمة والفائدة التي كنت أملكها من ذي قبل.
2- أني أقل قيمة من الآخرين.
3- أشعر أنني لا أساوي شيء.

-15

- 0- أملك دائما نفس الطاقة كما في السابق.
1- أملك طاقة أقل من السابق.
2- لا أملك الكافية للقيام بأشياء كثيرة.
3- أملك طاقة قليلة للقيام بأي شيء.

-16

- 0- لم تتغير عاداتي في النوم.
1.أ- أنام أكثر بقليل من المعتاد.
1.ب- أنام أقل بقليل من المعتاد.
2.أ- أنام أكثر بكثير من المعتاد
2.ب- أنام أكثر بقليل من المعتاد.
3.أ- أنام تقريبا كل اليوم.
3.ب- أستيقظ ساعة أو ساعتين قبل الأوان، ولست قادرا على العودة إلى النوم مرة أخرى.

17

- 0- إنني لست أكثر حساسية من المعتاد.
1- إنني أكثر حساسية من المعتاد.

- 2- إنني أكثر حساسية من المعتاد.
3- إنني حساس دائما.

-18

- 0- لم تتغير شهيتي .
1.أ- شهيتي أقل بقليل من المعتاد.
1.ب- شهيتي أكثر بقليل من المعتاد.
2.أ- شهيتي قليلة بكثير من المعتاد.
2.ب- شهيتي كثيرة بكثير من المعتاد.
3.أ- ليست لي شهية بتاتا.
3.ب- لدي رغبة دائمة في الأكل.

-19

- 0- أستطيع أن أركز دائما كما في السابق.
1- لا أستطيع أن أركز دائما كما في السابق.
2- أجد صعوبة في التركيز طويلا على شيء كان.
3- أجد نفسي غير قادر على التركيز على شيء كان.

-20

- 0- إنني لست تعب أكثر من المعتاد.
1- أتعب بسهولة أكثر من المعتاد.
2- إنني جد تعب للقيام بأشياء كثيرة كنت أقوم بها سابقا.
3- إنني في منتهى التعب لدرجة أنني لا أستطيع القيام بالأشياء مثل السابق.

- 0- لم أسجل أي تغيير جديد في اهتماماتي الجنسية.
- 1- إنني قل اهتماما بالجنس من ذي قبل.
- 2- الجنس يهمني أقل بكثير من الآن.
- 3- فقدت كل اهتماماتي الجنسية.

مقياس استراتيجيات المقاومة

تعليمية:

لقد حدث على الأرجح وأن عشت وضعيات ضاغطة تورطت فيها شخصيا، والمخرج منها مهم بالنسبة لك (الوضعية الضاغطة هي حدث أو وضعية تضعك في صعوبة وتعيق استقرارك، وتتطلب منك جهدا مهما لتجاوزها). يوجد عدة طرق لمواجهة هذه الوضعيات، أو التوافق معها، المطلوب منك تحديك .

ماذا تفعل و/ أو تشعر به غالبا عندما تعاني من المشاكل، وتعيش أحداثا أو وضعيات صعبة، مراحل ضغط مهمة. أجب على كل نموذج من النماذج التالية بوضع دائرة على الإجابة الموافقة لطريقة استجابتك المعتادة. طريقة الإجابة سلم يتراوح من 1 = لا أبدا إلى 5 = كثيرا مرورا بالإجابات الوسيطة (2،3،4) والتي تسمح لك بالتدرج في إجابتك.

التعليمات:

أجب على كل نموذج من النماذج التالية بوضع دائرة على الإجابة التي توافق طريقة استجابتك المعتادة. طريقة الإجابة سلم يتراوح من 1 إلى 5 مرورا بإجابات وسيطة (2،3،4) والتي تسمح لك بالتدرج في إجابة.

كثيرا	في غالب الأحيان	في بعض الأحيان	نادرا	لأبدا	غالبا ما أميل في الوضعيات الضاغطة إلى:
					1- أنظم وقتي بشكل جيد .
					2- أركز على المشكلة وأحاول أن أرى كيف أستطيع حلها
					3- أعيد التفكير في اللحظات الممتعة التي عشتها .
					4- أسعى لإيجاد أشخاص أصحابهم .
					5- ألوم نفسي على تضييع الوقت
					6- أفعل ما أراه أفضل
					7- أن أقلق وانزعج لمشاكلي
					8- ألوم نفسي على تورطي في هذه الوضعية
					9- أن أتسكع أمام الواجهات والتمتع بالنظر إليها
					10- أعرف وأحدد أولوياتي
					11- أحاول النوم
					12- أتناول الأطباق والأكلات المفضلة
					13- أشعر بالقلق لأنني لم أستطع تجاوز الوضعية
					14- أصبح جد متوتر و / أو متشنج
					15- أفكر في الطرق التي استعنت بها سابقا لحل مشاكل مشابهة
					16- أقول لنفسي أن ما يحدث لي ليس حقيقة

كثيرا	في غالب الأحيان	في بعض الأحيان	نادرا	لأبدا	غالبا ما أميل في الوضعيات الضاغطة إلى:
					17- ألوم نفسي كثيرا على حساسيتي/انفعالي اتجاه الوضعية
					18- أذهب إلى المطعم، أو أتناول شيئا ما
					19- أن أكون متضايقا شيئا فشيئا
					20- أشتري لنفسي شيئا
					21- أحدد خطة عمل وأتابعها.
					22- ألوم نفسي على عدم معرفتي بما يمكن أن أفعله
					23- أن أذهب إلى سهرة أو حفلة عند الأصدقاء
					24- أحاول تحليل وفهم الوضعية
					25- أشعر بالعجز ولا أعرف ماذا أفعل
					26- أشرع في اتخاذ قرارات تساعدني على التكيف مع الوضعية
					27- أفكر فيما حدث لي وأحاول الاستفادة من أخطائي
					28- أتمنى لو كان باستطاعتي تغيير ما حدث أو ما شعرت به.
					29- أقوم بزيارة صديق(ة)
					30- أقلق نفسي بشأن الأمور التي سأقوم بها
					31- أقضي بعض الوقت مع شخص عزيز
					32- أذهب للتجول

كثيرا	في غالب الأحيان	في بعض الأحيان	نادرا	لأبدا	غالبا ما أميل في الوضعيات الضاغطة إلى:
					33- أقول أن هذا لا يمكن أن يتكرر أبدا
					34- أكرر عجزى وعدم تكيفى العام
					35- أتكلم مع شخص أقدر نصائحه
					36- تحليل وفهم المشكل قبل الاستجابة
					37- أهتف إلى صديق
					38- أغضب
					39- أضبط (أحدد) أولوياتى
					40- أشاهد فيلم
					41- مراقبة (التحكم) فى الوضعية
					42- أبذل جهدا مضاعفا حتى تسير الأمور على ما يرام
					43- أضع مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل
					44- أحاول أن أجد طريقة حتى لا أفكر، أتجنب الوضعية
					45- ألوم أشخاص آخرين على ما أصابنى
					46- اغتتم فرصة هذه الوضعية حتى أبرز إمكانياتى (قدراتى)
					47- أحاول تنظيم نفسى حتى أسيطر على الوضعية
					48- أشاهد التلفزة

مقياس السند الاجتماعي

من فضلك اقرأ بتمعن الفقرات التالية ثم حدد الفقرات التي تصف حالتك بوضع علامة (x) أمام الإجابة المختارة..

ليس متلى تماما	ليس متلى كثيرا	بعضهم متلى	متلى كثيرا	متلى تماما	
					1- أشعر باسترخاء تام عندما أكون أصدقائي
					2- أملك قدرا (كمية) من نفس نماذج الحياة التي يملكها بعض أصدقائي.
					3- يحترمني ويثق في الأشخاص الذين يعرفونني
					4- أعلم أن عائلتي ستكون دائما بجانبني عندما احتاجها مهما حدث
					5- أعلم أن البعض من أصدقائي يفرحون للذهاب معي عندما أخرج لاقتناء بعض الأشياء
					6- لدي على الأقل صديق واحد باستطاعتي أن أقول له أي شيء
					7- لست متأكد في بعض

					الأحيان إذا كان بإمكانني أن أعتمد تماما على عائلتي.
					8-يعتقد الأشخاص الذين يعرفونني أنني شخص جيد أينما كنت
					9-أشعر بالانغلاق(بالضيق) مع بعض أصدقائي
					10-يثق في أفراد عائلتي
					11-تتركني عائلتي لو حدي لأنها تعتقد بأنني شخص نافع
					12- يقدم لي أفراد عائلتي يد المساعدة لإيجاد حلول لمشاكلي
					13-يتكلم أصدقائي أكثر عن مشاكلي، وأنا لا أريد ذلك
					14-أعرف أن عائلتي تريد دائما أن تبقى معي
					15-أشعر بأنني وحيد حتى وإن كنت مع أصدقائي

DRUG USE QUESTIONNAIRE(DAST-10)

الأسئلة التالية تتعلق بمعلومات حول إمكانية تورطك في المخدرات خلال الإثني عشر الماضية (بدون الأخذ بعين الاعتبار المشروبات الكحولية) اقرأ كل سؤال بتمعن، ثم قرر إن كان جوابك بنعم أو لا، بعد ذلك ضع علامة (x) أما الجواب المناسب

لا	نعم	
		1- هل استعملت المخدرات للأسباب غير طبية؟
		2- هل تستعمل في نفس الوقت أكثر من مخدر واحد؟
		3- هل أنت قادر على التوقف عن تعاطي المخدرات إن أردت ذلك؟
		4- هل تعرضت لغياب عن الوعي بسبب تعاطي المخدرات؟
		5- هل تشعر بالتعاسة وتأنيب الضمير عند تعاطي المخدرات؟
		6- هل حدثت مشاكل بينك وبين زوجتك أو بينك وبين ولياءيك
		7- هل أهملت أسرته بسبب تعاطيك للمخدرات؟
		8- هل لجأت لوسائل غير شرعية للحصول على المخدرات
		9- هل سبق وأن عانيت من أعراض جانبية بسبب التعاطي المكثف للمخدرات؟
		10- هل تعرضت لمشاكل طبية نتيجة لتعاطيك المخدرات (فقدان الذاكرة،..)

مقياس القلق من المستقبل

إن الوضعيات الآتية تحدد اتجاهاتك نحو المستقبل، اقرأ هذه الأسئلة بروية وضع علامة (x) أمام الوضعية التي تصف وبدقة حالتك لا يوجد إجابات صحيحة، وإجابات خاطئة كل الإجابات مقبولة وستحصى بالسرية التامة

					1- مستقبلي غير مضمون
					2- إني خائف من حدوث كارثة عما قريب
					3- إني ارتعش خوفا عندما أفكر فيما يمكن أن يحدث لي، الشهر المقبل، العام المقبل
					4- إني متأكد من أنني لن أكون لوحدني ولا مرفوض في المستقبل
					5- إني خائف من التخطيط
					6- إني غير مرتاح من المضايقات التي اعترض لا
					7- إني خائف من أن أفشل في تجاوز الصعوبات
					8- إني قلق من الفشل الذي ينتظرني
					9- إني مرعوب من فكرة أنه يمكن تصادفني أحيانا أزمات أو صعوبات في الحياة
					10- أشعر بالضغط عدم الراحة عند ما أفكر في مصالحي (مشاريعي) المستقبلية
					11- إني متأكد من أنني سأتمكن من تحقيق أهم أهدافي في المستقبل

					12-إني قلق بشأن عدم تقديم إمكانيات مادية معتبرة لعائلتي
					13-لدي اعتقاد أن العالم يتجه نحو الانهيار (النهاية)
					14-إني خائف من اللحظة التي أطالب فيها بتقديم قرار مفصل وعملي
					15-كلما أحسست باقتراب الموت كلما زاد فزعي
					16-أعتقد أنه بإمكانني حل مشاكلي بنفسني في المستقبل
					17-أني خائف من تأثير تغيرات الأوضاع اقتصادية والسياسية على مستقبلي
					18-إني خائف من فكرة أن الحياة تمر بسرعة من أمامي
					19-لأني قلق من فكرة أنني لا أستطيع تحقيق أهدافي في المستقبل
					20- إني خائف من أن المشاكل التي حياتي الآن ستستمر لمدة أطول
					21-حتى عندما تسير الأمور على ما يرام،فعاجلا أم أجلا تنقلب إلى الأسوأ
					22- إني قلق من فكرة أن أيقع لي حادث،أو أن أصاب بمرض خطير(مثل السيد،السرطان)
					23-الحياة الجميلة تستحق أن تعاش في هذا العالم الرائع الذي لا يتوقف عن التطور
					24- إني لست خائف من أن يتحول الناس

					إلى "نئاب" في المستقبل
					25- إني خائف من أن يكون الآخرون رأيا سلبيا عني في المستقبل
					26- إني خائف بعد عدة سنوات، عندما أريد أن أقيم حياتي سأجدها مرت بدون هدف
					27- إني خائف من أن تتجه حياتي إلى الأسوأ
					28- إني خائف من عدم تقدير الناس لي في المستقبل
					29- أنا قلق من فكرة أن أصبح عبئا ثقيلًا عندما أصبح عجوزًا.

مقياس الرضا عن الحياة

التعليمات:

يعرض عليك فيما يلي مجموعة من العبارات التي تعبر عما تشعر التي تشعر بها غالبا تجاه ظروفك الحياتية، ويوجد أما كل عبارة خمس اختيارات، المرجو منك أن تقرأ كل عبارة من هذه العبارات بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (x) أما الاختيار الذي ينطبق عليك.

لا تترك عبارة دون الإجابة عليها، لا تضع أكثر من علامة أما عبارة واحدة، لا تتوقف كثيرا أثناء الاستجابة على العبارات.

لا حظ أنه لا يوجد زمن محدد للإجابة، ولكن بفضل أن تجيب دون أن تضيع وقتا طويلا في الإجابة على أي عبارة، كما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة تعتبر صحيحة -فقط- طالما تعبر عن حقيقة شعورك تجاه المعنى الذي تحمله العبارة.

لا تنطبق تماما	لا تنطبق	بين بين	تنطبق	تنطبق تماما	
					1- أنا أسعد حالا من الآخرين.
					2- أنا راض عن نفسي
					3- ظروف حياتي ممتازة.
					4- في معظم الأحوال تقترب حياتي من المثالية
					5- أنا راض عن كل شيء في حياتي
					6- أشعر بالثقة تجاه سلوكي الاجتماعي.

					7- أشعر بالأمن والطمأنينة
					8- أتمتع بحياة سعيدة.
					9- أشعر أن حياتي الآن من أي وقت مضى .
					10- حصلت حتى الآن على الأشياء المهمة في حياتي
					11- أشعر أنني بالبهجة الممزوجة بالتفاؤل تجاه المستقبل
					13- أنا راض بما وصلت إليه
					14- أميل إلى الضحك وتبادل الدعابة
					15- أشعر بالرضا والارتياح عن ظروف حياتي
					16- أتقبل الآخرين وأتعاش معهم كما هم
					17- أعيش في مستوى حياة/معيشة أفضل مما كنت أتمناه أو أتوقعه.
					18- أشعر بالسعادة لوجود علاقات طيبة تربطني بالآخرين
					19- اشعر أن حياتي مشرقة ومليئة بالأمل

					20- أتقبل نقد الآخرين
					21- يثق الآخرون في قدراتي
					22- يتسم سلوكي مع الآخرين بالتسامح ومرح
					23- أنام نوما هادئا مسترخيا
					24- ينظر الآخرون إلي باحترام
					25- لا أعاني من مشاعر اليأس أو خيبة الأمل.
					26- لدي القدرة على اتخاذ القرار وتحمل نتائجه
					27- أفكاري و آرائي تتال إعجاب الآخرين
					28- علاقاتي الاجتماعية بالآخرين ناجحة
					29- روحي المعنوية مرتفعة
					30- لو قدر لي أن أعيش من جديد فلن أغير شيئا من حياتي

تقرير تشخيصي لتعاطي المخدرات
DRUG USE SCREENING INVENTORY

الميدان الأول: المادة المستهلكة:

ب- المخدر المفضل:

كما من مرة تناولت أحد المخدرات الموجودة في القائمة التالية: وذلك خلال الشهر الماضي؟ ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لحالتك.

أكثر من 20 مرة	من 10 إلى 20 مرة	من 3 إلى 9 مرات	من مرة إلى مرتين	0 مرة	
					الشمة
					سجائر
					الخمير
					الحبوب
					الحشيش
					هيروين، عفيون، -مورفين
					الكوكا، الكوكايين، اللامفيتامين، كراك
					اللصاق، البنزين، الديلون، الغازات
					أنواع أخرى أذكرها:.....

2- ضع دائرة حول المخدرات التي تظن أنها قد تسبب لك مشكلا

3- ضع دائرة حول المخدر الأكثر تفضيلا بالنسبة لك.

التعليمات:

أجب على جميع الأسئلة التالية حتى وإن كان السؤال لا ينطبق عليك تماما.
أجب حسب اقتراحه من حالتك (نعم)، أو ابتعاده (لا)
أجب على كل الأسئلة كأنها تنطبق عليك تماما خلال الفترة الممتدة ما بين السنة
الماضية إلى يومنا هذا.
ضع هذه العلامة (X) في الخانة المناسبة لك بالنسبة لكل سؤال.

ب- نعم لا

- 1- هل سبق لك و أن شعرت برغبة ملحة أو قوية لتناول الخمر.....
- أو المخدرات؟
- 2- هل سبق لك و أن استهلكت المخدرات أو الخمر أكثر للحصول.....
- على التأثير الذي تريده؟
- 1- هل سبق لك و أن شعرت بأنك لا تتحكم في تعاطيك الخمر.....
- أو المخدرات؟
- 2- هل سبق لك و أن شعرت بأنك تحت سيطرة الخمر أو المخدرات؟.
- 3- هل سبق لك و أن تخلت عن نشاطات معينة لأنك صرفت الكثير....
- من أموالك لشراء الخمر أو المخدرات؟
- 4- هل سبق لك و أن انتهكت القواعد، تخلفت عن ساعة حضر التجول،
- أو خالفت القوانين لأنك تعاطيت كمية كبيرة من الخمر أو المخدرات؟
- 5- هل تنغي بسرعة من فرحة شديدة إلى حزن شديد و من حزن شديد..
- إلى فرحة شديدة بسبب المخدرات؟
- 6- هل سبق لك و أن وقع لك حادث سيارة بعد تناولك الخمر.....
- 7- أو المخدرات؟
- 8- هل سبق لك و أن تسببت في جرح نفسك أو جرح شخص آخر ...
- عن غير قصد بعد تناولك الخمر أو المخدرات؟
- 10- هل سبق و أن تشاجرت مع صديقك أو فرد من عائلتك بعد.....
- تناولك الخمر أو المخدرات؟

11- هل سبق لك و أن واجهت مشاكل في التفاهم مع أحد أصدقائك.....

بسبب الخمر أو المخدرات؟

12- هل سبق لك وأن عانيت من الأعراض الناتجة عن انقطاعك.....

لتناول الخمر أو المخدرات(مثل الصداع،الغثيان القيء،...الخ)

13- هل حدث وأن عانيت من صعوبة في تذكر ما قمت به عندما كنت...

تحت تأثير الخمر والمخدرات؟

14- هل لك صعوبة في مقاومة تناولك الخمر أو المخدرات.....

الميدان الثاني:

1- هل أنت كثير المشاجرة؟.....

2- هل تتباهى بنفسك؟.....

3- هل تتضايق أو تؤذي الحيوانات؟.....

4- هل أنت كثير الصراخ؟.....

5- هل أنت عنيد؟.....

6- هل أنت شديد الحذر،كثير الشك في الآخرين؟.....

7- هل تشتم أو تستعمل ألفاظا سيئة مع الآخرين؟.....

8- هل أنت سيئ المزاج؟.....

9- هل أنت شديد الخجل؟.....

10- هل تهدد الناس بإيذائهم؟.....

11- هل تتكلم بصوت أكثر ارتفاعا من الشباب الآخرين؟.....

12- هل تضايق الآخرين كثيرا؟.....

13- هل تنزعج بسهولة؟.....

14- هل تقوم بأشياء كثيرة دون تفكير مسبق في المضاعفات؟..

15- هل تقوم بأشياء فيها الكثير من المخاطرة؟.....

16- هل تستغل الآخرين لأغراضك الشخصية إذا استطعت؟.....

17- هل تشعر بالغضب عموما؟.....

- 18- هل تقضي معظم أوقات فراغك لوحداك؟.....
- 19- هل من طبعك أن تبقى وحيداً؟.....
- 20- هل أنت حساس جداً للنقد؟.....

الميدان الثالث:

- 1- هل تعرضت لفحص جسدي أو تلقيت عناية طبية خلال العام الماضي؟...
- 2- هل تعرضت إلى حوادث أو جروح مازالت تقلقك؟.....
- 3- هل تنام أكثر أو أقل من اللازم؟.....
- 4- هل فقدت أو اكتسبت في وزنك مؤجراً أكثر من 05 كلغ؟...
- 5- هل تملك طاقة أقل تلك التي تظن أن يجب أن تملكها؟.....
- 6- هل تعاني من صعوبات تنفسية أو من السعال؟.....
- 7- هل لك انشغالات جنسية أو اضطرابات في أعضائك التناسلية؟...
- 8- هل سبق لك وأن مارست الجنس مع شخص يتعاطى المخدرات؟
- 9- هل عانيت من آلام في البطن، أو غثيان خلال العام الماضي؟
- 10- هل حدث وإن اصفر بياض عينك؟.....

الميدان الرابع:

- 1- هل حدث وأن أتلّف ممتلكات الغير عمداً؟.....
- 2- هل سرقت أشياء في عدة مناسبات؟.....
- 3- هل تتشاجر مع الناس أكثر من الشباب الآخرين؟.....
- 4- هل أنت شخص مضطرب؟.....
- 5- هل أنت شخص مضطرب، يصعب عليك الجلوس هادئاً؟.....
- 6- هل تتعرض للاحباطات بسهولة؟.....
- 7- هل تعاني من اضطرابات في التركيز؟.....
- 8- هل تشعر بالحزن كثيراً؟.....
- 9- هل تقضم أظفرك؟.....
- 10- هل تعاني من اضطرابات في النوم؟.....

- 11- هل أنت عصبي؟.....
- 12- هل تشعر بالرعب (الخوف الشديد) بسهولة؟.....
- 13- هل أنت كثير القلق؟.....
- 14- هل تواجه صعوبات في تغيير رأيك؟.....
- 15- هل يحدق فيك الناس؟.....
- 16- هل تسمع أشياء لا يسمعا الأشخاص من حولك؟.....
- 17- هل تملك قدرات خاصة لا يملكها أي شخص آخر؟.....
- 18- هل تشعر بالخوف عندما تكون محاطا بالناس؟.....
- 19- هل غالبا ما تعر برغبة شديدة في البكاء؟.....
- 20- هل تملك طاقة كبيرة لا تعلم ماذا تفعل بها؟.....

الميدان الخامس:

- 1- هل يكرهك شباب من سنك؟.....
- 2- هل عادة ما تكون غير راض عن النشاطات التي تقوم بها مع.....
- أصدقائك
- 3- هل يصعب عليك تكوين علاقتك صداقة في جماعة جديدة؟....
- 4- هل يستغلك الناس الآخرون؟.....
- 5- هل تخشى المطالبة بحقوقك؟.....
- 6- هل يصعب عليك طلب مساعدة من الآخرين؟.....
- 7- هل تتأثر بسهولة بالشباب الآخرين؟.....
- 8- هل تفضل القيام بأعمالك مع الشباب أكبر منك سنا؟.....
- 9- هل كيفية تأثير أعمالك في الآخرين أمر يقلقك؟.....
- 10- هل تجد صعوبة في الدفاع عن آرائك؟.....
- 11- هل يصعب عليك قول #لا# للناس؟.....
- 12- هل تشعر بالحرج عندما يمدحك الناس؟.....
- 13- هل تنفادى أن يقع نظرك في نظر صديقك عندما تتحدثان؟

الميدان السادس:

- 1- هل حدث وأن تعاطى أحد أفراد عائلتك (الأم، الأب، الأخ، الأخت) الحشيش أو الكوكايين؟
- 2- هل يتعاطى أحد أفراد عائلتك الخمر إلى درجة أنه يسبب المشاكل ... في البيت، في العمل أو مع الأصدقاء؟
- 3- هل سبق وأن ألقى القبض على أحد أفراد عائلتك؟.....
- 4- هل غالبا ما تدخل في جدال أو شجار صاخب مع أفراد عائلتك؟.....
- 5- هل نادرا ما يقوم أفراد عائلتك بنشاطات مع بعضهم البعض؟
- 6- هل والداك أو المتكفل بك يجهل ما تحب وما تكره؟.....
- 7- هل هناك قواعد غير واضحة فيما يمكن القيام به وما؟.....
- 8- هل يجهل والداك أو المتكفل بك حقيقة ما تفكر فيه أو تشعر به..
- اتجاه الأشياء المهمة بالنسبة لك؟
- 9- هل غالبا ما يدخل والداك أو المتكفل بك في جدال.....
- 10- هل غالبا ما يجهل والداك أو المتكفل بك في جدال؟.....
- 11- هل غالبا ما يتغيب والداك أو المتكفل بك عن البيت؟.....
- 12- هل تشعر أن أحد والداك لا يعتني بك؟.....
- 13- هل أنت غير راض عن طريقة معيشتك؟.....
- 14- هل تشعر بالخطر في البيت؟.....

الميدان السابع:

- 1- هل تكره المدرسة؟.....
- 2- هل تعاني من اضطرابات التركيز في المدرسة أو عندما تدرس؟.....
- 3- هل علامتك المدرسية أقل من المعدل أو دون المتوسط؟.....
- 4- هل تتقطع عن المدرسة أكثر من يومين في الشهر؟.....
- 5- هل تتغيب كثيرا عن المدرسة؟.....
- 6- هل تفكر جديا في الانقطاع نهائيا عن المدرسة؟.....

7- هل غالبا ما تهمل واجباتك المدرسية؟.....

8- هل غالبا ما تصل إلى القسم متأخرا؟.....

9- هل غالبا ما تشعر بالنعاس في القسم؟.....

10- هل أصدقاؤك هذا العام يختلفون عن أصدقاء العام الماضي؟

11- هل تشعر بالغضب والانزعاج عندما تذهب إلى المدرسة؟...

12- هل تشعر بالملل في المدرسة؟.....

13- هل علامتك المدرسية الحالية أسوأ من التي تحصلت عليها سابقا؟...

14- هل تشعر بالخطر في المدرسة؟.....

15- هل حدث وأن رسبت في المدرسة؟.....

16- هل تشعر أنه غير مرغوب فيك عند القيام بنشاطات خارج المدرسة؟...

17- هل تغيبت ولو مرة أو وصلت متأخر إلى المدرسة بسبب الخمر؟...

18- هل حدث وأن واجهت مشكلة في المدرسة بسبب الخمر؟...

أو المخدرات

19- هل للخمر أو المخدرات تأثير على واجباتك المدرسية؟.....

20- هل حدث وأن فصلت عن المدرسة؟.....

الميدان الثامن:

1- هل حدث وأن تحصلت على أجرة من عمل أقلت منه؟.....

2- هل سبق لك وتخليت عن عمل بمجرد أنه لا يهتمك تماما؟....

3- هل تحتاج لمساعدة الآخرين لإيجاد عمل؟.....

4- هل تتغيب أو تتأخر عن العمل كثيرا؟.....

5- هل تواجهك صعوبات للقيام بمهامك المهنية؟.....

6- هل تحصلت على المال من عمل يخالف القانون (غير شرعي)؟.....

7- هل تعاطيت الخمر أو المخدرات أثناء العمل؟.....

8- هل لديك وأن أطلق عليك النار بسبب المخدرات؟.....

9- هل حدث وأن أطلق عليك النار بسبب المخدرات؟.....

10- هل غالبا ما تعمل لربح المال الكافي لشراء المخدرات.....

الميدان التاسع:

1- هل يتعاطى أحد أصدقائك المخدرات؟.....

2- هل يعطي أو يبيع أحد أصدقائك المخدرات للشباب الآخرين؟

3- هل يغش أحد أصدقائك في الامتحانات المدرسية؟.....

4- هل والداك أو المتكفل بك يكره أصدقائك؟.....

5- هل لأحد أصدقائك مشاكل مع القانون؟.....

6- هل أغلب أصدقائك أكبر منك سنا؟.....

7- هل يتغيب أصدقاؤك كثيرا عن المدرسة؟.....

8- هل يشعر أصدقاؤك بالملل عندما لا يقدم إليهم الخمر في اجتماعاتهم؟...

9- هل كان أصدقاؤك يجلبون معهم المخدرات أو الخمر في....

اجتماعاتكم وذلك في العام الماضي؟

10- هل سرق أحد أصدقائك أي شيء من محل، أو قام بإحداث..

خسائر الممتلكات المدرسية خلال العام الماضي

11- هل تنتمي إلى جماعة من الأشرار؟.....

12- هل أنت قلق بشأن مشاكل حدثت لك مع أصدقائك؟.....

13- هل لديك صديق تثق فيه؟.....

14- هل أصدقاؤك أقل بالمقارنة مع أغلبية الشباب؟.....

الميدان العاشر:

1- هل مقارنة بمعظم الشباب هل تمارس الرياضة أقل منهم؟.....

2- هل تخرج للترفيه ليلية الدخول المدرسي بدون تصريح؟.....

3- في يوم خاص، هل تشاهد التلفزيون أكثر من ساعتين؟.....

4- هل تمارس الرياضة أقل من أغلب الشباب الذين تعرفهم؟.....

5- هل تقضي أوقات فراغك في الحديث مع الأصدقاء؟.....

- 6- هل تشعر بالملل في معظم الأوقات؟.....
- 7- هل تستجمع أو تقضي أوقات فراغك لوحداك؟.....
- 8- هل تتناول الخمر أو المخدرات للاستراحة أو للاسترخاء؟.....
- 9- مقارنة بمعظم الشباب، هل تجد أنك أقل اندماجا في الهوايات.....
- أنك لا تملك أي اهتمام
- 10- هل أنت غير راض على الطريقة التي تقضي بها وقت فراغك؟.....
- 11- هل تتعب بسرعة عندما تجهد نفسك؟.....

التعليمات:

راجع جميع الإجابات وتأكد من أنك أجبت على جميع الأسئلة واضعاً العلامة المذكورة سابقاً (x) في الخانات السابقة.

Test-t

Statistiques de groupe

	GROUPE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
DEP	1,00	150	30,9733	12,4598	1,0173
	2,00	150	20,5733	6,0892	,4972
TACH	1,00	150	47,3667	9,3611	,7643
	2,00	150	59,8867	8,8935	,7262
EMO	1,00	150	54,1533	11,3473	,9265
	2,00	150	43,3400	8,9614	,7317
DISTRA	1,00	150	25,8200	5,1332	,4191
	2,00	150	21,3467	3,9764	,3247
DIVERSOC	1,00	150	27,4467	5,9116	,4827
	2,00	150	21,4667	3,7980	,3101
EVITE	1,00	150	53,4467	9,4340	,7703
	2,00	150	42,8000	6,1568	,5027
SSPEER	1,00	150	27,4400	6,7322	,5497
	2,00	150	21,6467	3,4875	,2848
SSFAMILY	1,00	150	14,9067	4,5853	,3744
	2,00	150	26,1667	3,6128	,2950
FAS	1,00	150	110,3600	85,4436	6,9764
	2,00	150	87,3400	16,4193	1,3406
LSS	1,00	150	49,9933	14,3651	1,1729
	2,00	150	64,5067	7,1511	,5839
BONHEUR	1,00	150	11,3400	7,5821	,6191
	2,00	150	9,5000	1,5315	,1251
SOCIABIL	1,00	150	8,6400	3,2466	,2651
	2,00	150	10,4933	8,4056	,6863
CALME	1,00	150	9,0333	4,4592	,3641
	2,00	150	10,5200	1,3397	,1094
STABILIT	1,00	150	5,2867	2,5153	,2054
	2,00	150	10,8800	1,6945	,1384
VALEURSO	1,00	150	9,1267	3,2673	,2668
	2,00	150	12,6133	1,1746	9,591E-02
KANAA	1,00	150	4,1933	2,1727	,1774
	2,00	150	10,4800	1,5575	,1272

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
DEP	Hypothèse de variances égales	70,899	,000	9,185	298	,000	10,4000	1,1323	8,1716	12,6284
	Hypothèse de variances inégales			9,185	216,332	,000	10,4000	1,1323	8,1682	12,6318
TACH	Hypothèse de variances égales	2,909	,089	-11,875	298	,000	-12,5200	1,0543	-14,5948	-10,4452
	Hypothèse de variances inégales			-11,875	297,221	,000	-12,5200	1,0543	-14,5948	-10,4452
EMO	Hypothèse de variances égales	1,916	,167	9,159	298	,000	10,8133	1,1806	8,4900	13,1367
	Hypothèse de variances inégales			9,159	282,809	,000	10,8133	1,1806	8,4895	13,1372
DISTRA	Hypothèse de variances égales	10,994	,001	8,438	298	,000	4,4733	,5302	3,4300	5,5167
	Hypothèse de variances inégales			8,438	280,478	,000	4,4733	,5302	3,4297	5,5169
DIVERSOC	Hypothèse de variances égales	42,504	,000	10,423	298	,000	5,9800	,5737	4,8510	7,1090
	Hypothèse de variances inégales			10,423	254,099	,000	5,9800	,5737	4,8502	7,1098
EVITE	Hypothèse de variances égales	33,359	,000	11,575	298	,000	10,6467	,9198	8,8365	12,4568
	Hypothèse de variances inégales			11,575	256,433	,000	10,6467	,9198	8,8353	12,4580
SSPEER	Hypothèse de variances égales	56,218	,000	9,358	298	,000	5,7933	,6191	4,5751	7,0116
	Hypothèse de variances inégales			9,358	223,601	,000	5,7933	,6191	4,5734	7,0133
SSFAMILY	Hypothèse de variances égales	4,486	,035	-23,624	298	,000	-11,2600	,4766	-12,1980	-10,3220
	Hypothèse de variances inégales			-23,624	282,537	,000	-11,2600	,4766	-12,1982	-10,3218
FAS	Hypothèse de variances égales	3,080	,080	3,240	298	,001	23,0200	7,1041	9,0395	37,0005
	Hypothèse de variances inégales			3,240	159,989	,001	23,0200	7,1041	8,9901	37,0499
LSS	Hypothèse de variances égales	69,201	,000	-11,077	298	,000	-14,5133	1,3102	-17,0917	-11,9349
	Hypothèse de variances inégales			-11,077	218,575	,000	-14,5133	1,3102	-17,0956	-11,9311
BONHEUR	Hypothèse de variances égales	25,180	,000	2,913	298	,004	1,8400	,6316	,5971	3,0829
	Hypothèse de variances inégales			2,913	161,139	,004	1,8400	,6316	,5928	3,0872
SOCIABIL	Hypothèse de variances égales	,484	,487	-2,519	298	,012	-1,8533	,7357	-3,3012	-,4054
	Hypothèse de variances inégales			-2,519	192,490	,013	-1,8533	,7357	-3,3045	-,4022
CALME	Hypothèse de variances égales	34,277	,000	-3,911	298	,000	-1,4867	,3802	-2,2348	-,7385
	Hypothèse de variances inégales			-3,911	175,682	,000	-1,4867	,3802	-2,2370	-,7364
STABILIT	Hypothèse de variances égales	20,982	,000	-22,587	298	,000	-5,5933	,2476	-6,0807	-5,1060
	Hypothèse de variances inégales			-22,587	261,149	,000	-5,5933	,2476	-6,0809	-5,1057
VALEURSO	Hypothèse de variances égales	46,876	,000	-12,299	298	,000	-3,4867	,2835	-4,0446	-2,9288
	Hypothèse de variances inégales			-12,299	186,882	,000	-3,4867	,2835	-4,0459	-2,9274
KANAA	Hypothèse de variances égales	17,143	,000	-28,802	298	,000	-6,2867	,2183	-6,7162	-5,8571
	Hypothèse de variances inégales			-28,802	270,141	,000	-6,2867	,2183	-6,7164	-5,8569

Test-t

Statistiques de groupe

	GROUPING	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
DOM1	,00	150	8,6933	3,2127	,2623
	1,00	150	,1067	,3504	2,861E-02
DOM2	,00	150	9,8000	4,0484	,3305
	1,00	150	5,4133	3,5657	,2911
DOM3	,00	150	5,2533	2,4390	,1991
	1,00	150	2,9400	1,8975	,1549
DOM4	,00	150	10,0267	4,3069	,3517
	1,00	150	5,2467	3,7290	,3045
DOM5	,00	150	5,6067	2,7144	,2216
	1,00	150	4,3800	2,4238	,1979
DOM6	,00	150	7,5000	2,8702	,2344
	1,00	149	3,8725	2,8671	,2349
DOM7	,00	145	12,0759	4,0673	,3378
	1,00	150	4,5333	3,4127	,2786
DOM8	,00	150	4,9400	2,2651	,1849
	1,00	150	1,8267	1,5005	,1225
DOM9	,00	150	9,3000	2,8958	,2364
	1,00	150	4,1200	6,1228	,4999
DOM10	,00	150	7,3467	1,8355	,1499
	1,00	150	4,9867	2,2073	,1802

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour l'égalité des moyennes							
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence		
								Inférieure	Supérieure	
DOM1	227,612	,000	Hypothèse de variances égales	32,541	298	,000	8,5867	,2639	8,0674	9,1060
			Hypothèse de variances inégales	32,541	152,544	,000	8,5867	,2639	8,0654	9,1080
DOM2	2,404	,122	Hypothèse de variances égales	9,959	298	,000	4,3867	,4405	3,5198	5,2535
			Hypothèse de variances inégales	9,959	293,322	,000	4,3867	,4405	3,5198	5,2536
DOM3	13,312	,000	Hypothèse de variances égales	9,169	298	,000	2,3133	,2523	1,8168	2,8099
			Hypothèse de variances inégales	9,169	281,005	,000	2,3133	,2523	1,8167	2,8100
DOM4	4,236	,040	Hypothèse de variances égales	10,276	298	,000	4,7800	,4652	3,8646	5,6954
			Hypothèse de variances inégales	10,276	292,020	,000	4,7800	,4652	3,8645	5,6955
DOM5	3,273	,071	Hypothèse de variances égales	4,128	298	,000	1,2267	,2971	,6419	1,8114
			Hypothèse de variances inégales	4,128	294,260	,000	1,2267	,2971	,6419	1,8114
DOM6	,001	,971	Hypothèse de variances égales	10,933	297	,000	3,6275	,3318	2,9745	4,2805
			Hypothèse de variances inégales	10,933	296,991	,000	3,6275	,3318	2,9745	4,2805
DOM7	4,884	,028	Hypothèse de variances égales	17,276	293	,000	7,5425	,4366	6,6833	8,4018
			Hypothèse de variances inégales	17,225	280,941	,000	7,5425	,4379	6,6806	8,4045
DOM8	21,840	,000	Hypothèse de variances égales	14,034	298	,000	3,1133	,2218	2,6768	3,5499
			Hypothèse de variances inégales	14,034	258,661	,000	3,1133	,2218	2,6765	3,5502
DOM9	,099	,753	Hypothèse de variances égales	9,367	298	,000	5,1800	,5530	4,0917	6,2683
			Hypothèse de variances inégales	9,367	212,483	,000	5,1800	,5530	4,0899	6,2701
DOM10	1,677	,196	Hypothèse de variances égales	10,068	298	,000	2,3600	,2344	1,8987	2,8213
			Hypothèse de variances inégales	10,068	288,403	,000	2,3600	,2344	1,8987	2,8213

Tests non paramétriques

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		DEP	TACHE	EMOT	DISTRA	DIVERSOC	EVITEMEN	SSPEER	SSFAMILY	FAS	LSS
N		150	150	150	150	150	150	150	150	150	150
Paramètres normaux ^{a,b}	Moyenne	30,9733	47,3667	54,1533	25,8200	27,4467	53,4467	27,4400	14,9067	110,3600	49,9933
	Ecart-type	12,4598	9,3611	11,3473	5,1332	5,9116	9,4340	6,7322	4,5853	85,4436	14,3651
Différences les plus extrêmes	Absolue	,110	,081	,095	,106	,074	,080	,079	,092	,336	,077
	Positive	,110	,056	,095	,068	,074	,041	,079	,092	,336	,056
	Négative	-,068	-,081	-,065	-,106	-,067	-,080	-,075	-,062	-,231	-,077
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,342	,989	1,159	1,293	,907	,980	,962	1,125	4,114	,937
Signification asymptotique (bilatérale)		,054	,282	,136	,070	,384	,292	,313	,159	,000	,344

a. La distribution à tester est gaussienne.

b. Calculée à partir des données.

Discriminant

Analyse Observation Calculer Récapituler

Observations non pondérées		N	Pour cent
Valide		300	99,7
Exclues	Codes de groupes manquants ou hors intervalle	0	,0
	Au moins une variable discriminante manquante	0	,0
	Codes groupes manquants ou hors intervalle et au moins une variable discriminante manquante	1	,3
	Total - exclues	1	,3
Total - observations		301	100,0

Statistiques de groupe

GROUPE		Moyenne	Ecart-type	N valide (liste)	
				Non pondérées	Pondérées
1,00	VAR00002	30,9733	12,4598	150	150,000
	VAR00003	47,3667	9,3611	150	150,000
	VAR00004	54,1533	11,3473	150	150,000
	VAR00005	25,8200	5,1332	150	150,000
	VAR00006	27,4467	5,9116	150	150,000
	VAR00007	53,4467	9,4340	150	150,000
	VAR00008	27,4400	6,7322	150	150,000
	VAR00009	14,9067	4,5853	150	150,000
	VAR00010	110,3600	85,4436	150	150,000
	VAR00011	49,9933	14,3651	150	150,000
	2,00	VAR00002	20,5733	6,0892	150
VAR00003		59,8867	8,8935	150	150,000
VAR00004		43,3400	8,9614	150	150,000
VAR00005		21,3467	3,9764	150	150,000
VAR00006		21,4667	3,7980	150	150,000
VAR00007		42,8000	6,1568	150	150,000
VAR00008		21,6467	3,4875	150	150,000
VAR00009		26,1667	3,6128	150	150,000
VAR00010		87,3400	16,4193	150	150,000
VAR00011		64,5067	7,1511	150	150,000
Total		VAR00002	25,7733	11,0893	300
	VAR00003	53,6267	11,0635	300	300,000
	VAR00004	48,7467	11,5548	300	300,000
	VAR00005	23,5833	5,1019	300	300,000
	VAR00006	24,4567	5,7943	300	300,000
	VAR00007	48,1233	9,5746	300	300,000
	VAR00008	24,5433	6,0881	300	300,000
	VAR00009	20,5367	6,9846	300	300,000
	VAR00010	98,8500	62,4929	300	300,000
	VAR00011	57,2500	13,4592	300	300,000

Matrices intra-groupes combinés

		VAR00002	VAR00003	VAR00004	VAR00005	VAR00006	VAR00007	VAR00008	VAR00009	VAR00010	VAR00011
Corrélation	VAR00002	1,000	-,143	,154	,090	-,017	,037	,040	-,194	-,081	-,201
	VAR00003	-,143	1,000	-,010	,108	,017	,078	-,019	,171	-,026	,056
	VAR00004	,154	-,010	1,000	,087	,017	,061	,025	-,115	,039	-,116
	VAR00005	,090	,108	,087	1,000	,392	,814	,004	-,014	,104	-,010
	VAR00006	-,017	,017	,017	,392	1,000	,831	,135	,111	,109	-,029
	VAR00007	,037	,078	,061	,814	,831	1,000	,064	,073	,129	-,020
	VAR00008	,040	-,019	,025	,004	,135	,064	1,000	-,034	,104	,031
	VAR00009	-,194	,171	-,115	-,014	,111	,073	-,034	1,000	,006	,151
	VAR00010	-,081	-,026	,039	,104	,109	,129	,104	,006	1,000	,020
	VAR00011	-,201	,056	-,116	-,010	-,029	-,020	,031	,151	,020	1,000

Analyse 1

Test de Box de l'égalité des matrices de covariance

Déterminants Log

GROUPE	Rang	Déterminant Log
1,00	6	25,794
2,00	6	21,148
Intra-groupes combinés	6	24,174

Les rangs et logarithmes naturels des déterminants imprimés sont ceux des matrices de covariance du groupe.

Résultats du test

M de Box		209,514
F	Approximativement	9,763
	ddl1	21
	ddl2	326621,0
	Signification	,000

Teste l'hypothèse nulle de matrices de covariance à égales populations.

Statistiques pas à pas

Variables introduites/éliminées^{a,b,c,d}

Pas	Introduite	F minimum				
		Statistique	ddl1	ddl2	Signification	Inter-groupes
1	VAR00009	558,087	1	298,000	7,705E-21	1,00 et 2,00
2	VAR00007	366,686	2	297,000	,000	1,00 et 2,00
3	VAR00003	269,563	3	296,000	2,637E-84	1,00 et 2,00
4	VAR00008	215,592	4	295,000	3,005E-86	1,00 et 2,00
5	VAR00011	182,077	5	294,000	8,440E-88	1,00 et 2,00
6	VAR00004	154,981	6	293,000	7,897E-88	1,00 et 2,00

A chaque pas, la variable qui maximise le plus petit rapport F entre des paires de groupes est introduite.

- Le nombre maximum de pas est 20.
- Le F pour introduire partiel minimum est 3.84.
- Le F pour éliminer partiel maximum est 2.71.
- Seuil du F, tolérance ou VIN insuffisant pour la poursuite du calcul.

Variables de l'analyse

Pas		Tolérance	F pour éliminer	F minimum	Inter-groupes
1	VAR00009	1,000	558,087		
2	VAR00009	,995	413,801	133,978	1,00 et 2,00
	VAR00007	,995	61,667	558,087	1,00 et 2,00
3	VAR00009	,967	256,164	148,598	1,00 et 2,00
	VAR00007	,990	62,138	309,554	1,00 et 2,00
	VAR00003	,966	22,422	366,686	1,00 et 2,00
4	VAR00009	,966	223,110	121,737	1,00 et 2,00
	VAR00007	,986	53,069	229,410	1,00 et 2,00
	VAR00003	,966	20,492	263,287	1,00 et 2,00
	VAR00008	,994	15,115	269,563	1,00 et 2,00
5	VAR00009	,945	169,642	117,828	1,00 et 2,00
	VAR00007	,985	47,928	186,023	1,00 et 2,00
	VAR00003	,965	18,335	210,636	1,00 et 2,00
	VAR00008	,993	15,539	213,205	1,00 et 2,00
	VAR00011	,973	12,985	215,592	1,00 et 2,00
6	VAR00009	,935	150,074	103,488	1,00 et 2,00
	VAR00007	,980	44,010	154,564	1,00 et 2,00
	VAR00003	,965	18,108	172,328	1,00 et 2,00
	VAR00008	,992	14,773	174,832	1,00 et 2,00
	VAR00011	,964	10,872	177,831	1,00 et 2,00
	VAR00004	,972	5,516	182,077	1,00 et 2,00

Variabes absentes de l'analyse

Pas		Tolérance	Tolérance minimale	F pour introduire	F minimum	Inter-groupes:	
0	VAR00002	1,000	1,000	84,357	84,357	1,00 et 2,00	
	VAR00003	1,000	1,000	141,027	141,027	1,00 et 2,00	
	VAR00004	1,000	1,000	83,892	83,892	1,00 et 2,00	
	VAR00005	1,000	1,000	71,193	71,193	1,00 et 2,00	
	VAR00006	1,000	1,000	108,646	108,646	1,00 et 2,00	
	VAR00007	1,000	1,000	133,978	133,978	1,00 et 2,00	
	VAR00008	1,000	1,000	87,578	87,578	1,00 et 2,00	
	VAR00009	1,000	1,000	558,087	558,087	1,00 et 2,00	
	VAR00010	1,000	1,000	10,500	10,500	1,00 et 2,00	
	VAR00011	1,000	1,000	122,704	122,704	1,00 et 2,00	
	1	VAR00002	,962	,962	7,617	289,048	1,00 et 2,00
VAR00003		,971	,971	21,893	309,554	1,00 et 2,00	
VAR00004		,987	,987	14,576	299,044	1,00 et 2,00	
VAR00005		1,000	1,000	22,755	310,793	1,00 et 2,00	
VAR00006		,988	,988	59,711	363,876	1,00 et 2,00	
VAR00007		,995	,995	61,667	366,686	1,00 et 2,00	
VAR00008		,999	,999	25,489	314,719	1,00 et 2,00	
VAR00010		1,000	1,000	3,945	283,774	1,00 et 2,00	
VAR00011		,977	,977	19,974	306,798	1,00 et 2,00	
2		VAR00002	,960	,956	4,560	248,907	1,00 et 2,00
		VAR00003	,966	,966	22,422	269,563	1,00 et 2,00
	VAR00004	,982	,980	8,872	253,894	1,00 et 2,00	
	VAR00005	,332	,330	6,738	251,426	1,00 et 2,00	
	VAR00006	,307	,307	3,881	248,122	1,00 et 2,00	
	VAR00008	,994	,990	16,995	263,287	1,00 et 2,00	
	VAR00010	,983	,978	,798	244,557	1,00 et 2,00	
	VAR00011	,976	,971	14,720	260,657	1,00 et 2,00	
	3	VAR00002	,946	,937	2,340	203,673	1,00 et 2,00
VAR00004		,982	,953	8,360	209,290	1,00 et 2,00	
VAR00005		,329	,329	4,219	205,426	1,00 et 2,00	
VAR00006		,304	,304	2,060	203,412	1,00 et 2,00	
VAR00008		,994	,966	15,115	215,592	1,00 et 2,00	
VAR00010		,982	,965	,484	201,941	1,00 et 2,00	
VAR00011		,975	,946	12,556	213,205	1,00 et 2,00	
4	VAR00002	,946	,936	1,911	173,388	1,00 et 2,00	
	VAR00004	,982	,952	7,573	177,831	1,00 et 2,00	
	VAR00005	,326	,326	2,812	174,095	1,00 et 2,00	
	VAR00006	,297	,297	,695	172,434	1,00 et 2,00	
	VAR00010	,973	,965	,100	171,967	1,00 et 2,00	
	VAR00011	,973	,945	12,985	182,077	1,00 et 2,00	
5	VAR00002	,917	,917	,562	151,599	1,00 et 2,00	
	VAR00004	,972	,935	5,516	154,981	1,00 et 2,00	
	VAR00005	,326	,325	2,344	152,815	1,00 et 2,00	
	VAR00006	,297	,297	,459	151,528	1,00 et 2,00	
	VAR00010	,973	,945	,146	151,314	1,00 et 2,00	
6	VAR00002	,904	,904	,222	132,520	1,00 et 2,00	
	VAR00005	,325	,325	2,706	134,001	1,00 et 2,00	
	VAR00006	,296	,296	,649	132,774	1,00 et 2,00	
	VAR00010	,972	,935	,092	132,442	1,00 et 2,00	

Lambda de Wilks

Pas	Nombre de variables	Lambda	ddl1	ddl2	ddl3	F exact			
						Statistique	ddl1	ddl2	Signification
1	1	,348	1	1	298	558,087	1	298,000	7,705E-21
2	2	,288	2	1	298	366,686	2	297,000	,000
3	3	,268	3	1	298	269,563	3	296,000	,000
4	4	,255	4	1	298	215,592	4	295,000	,000
5	5	,244	5	1	298	182,077	5	294,000	,000
6	6	,240	6	1	298	154,981	6	293,000	,000

Récapitulatif des fonctions discriminantes canoniques

Valeurs propres

Fonction	Valeur propre	% de la variance	% cumulé	Corrélation canonique
1	3,174 ^a	100,0	100,0	,872

a. Les 1 premières fonctions discriminantes canoniques ont été utilisées pour l'analyse.

Lambda de Wilks

Test de la ou des fonctions	Lambda de Wilks	Khi-deux	ddl	Signification
1	,240	421,495	6	,000

Coefficients des fonctions discriminantes canoniques standardisées

	Fonction
	1
VAR00003	,282
VAR00004	-,158
VAR00007	-,419
VAR00008	-,252
VAR00009	,690
VAR00011	,221

Matrice de structure

	Fonction
	1
VAR00009	,768
VAR00003	,386
VAR00007	-,376
VAR00011	,360
VAR00005	-,337
VAR00006	-,310
VAR00008	-,304
VAR00004	-,298
VAR00002	-,269
VAR00010	-,085

Les corrélations intra-groupes combinés entre variables discriminantes et les variables des fonctions discriminantes canoniques standardisées sont ordonnées par tailles absolues des corrélations à l'intérieur de la fonction.

- a. Cette variable n'est pas utilisée dans l'analyse.

Coefficients des fonctions discriminantes canoniques

	Fonction
	1
VAR00003	,031
VAR00004	-,015
VAR00007	-,053
VAR00008	-,047
VAR00009	,167
VAR00011	,019
(Constante)	-1,766

Coefficients non standardisés

Fonctions aux barycentres des groupes

	Fonction
GROUPE	1
1,00	-1,776
2,00	1,776

Fonctions discriminantes canoniques non standardisées évaluées aux moyennes des groupes

Statistiques de classement

Probabilités à priori des groupes

GROUPE	A priori	Observations utilisées dans l'analyse	
		Non pondérées	Pondérées
1,00	,500	150	150,000
2,00	,500	150	150,000
Total	1,000	300	300,000

Analyse 1

Statistiques de classement

Diagnostic des observations

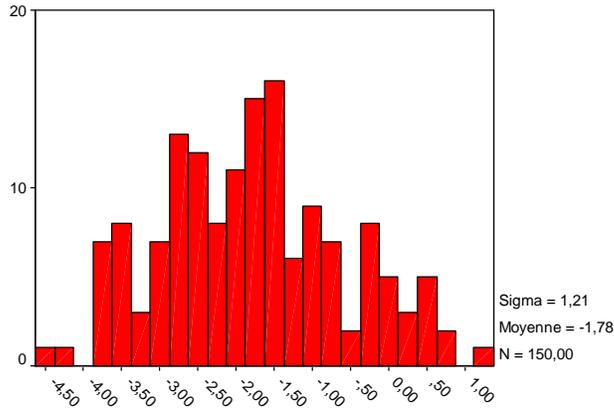
Original	Nombre d'observations	Groupe effectif	Plus grand groupe					Deuxième plus grand groupe			Scores discriminants
			Groupe prévu	P(D>d G=g)		P(G=g D=d)	Carré de la distance de Mahalanobis au barycentre	Groupe	P(G=g D=d)	Carré de la distance de Mahalanobis au barycentre	Fonction 1
				p	ddl						
1	1	1	2**	,093	1	,583	2,826	1	,417	3,497	,094
2	1	1	1	,621	1	,990	,244	2	,010	9,347	-1,282
3	1	1	1	,939	1	,999	,006	2	,001	13,160	-1,852
4	1	1	1	,928	1	,997	,008	2	,003	11,977	-1,685
5	1	1	1	,118	1	,679	2,446	2	,321	3,948	-,211
6	1	1	1	,154	1	,775	2,036	2	,225	4,512	-,349
7	1	1	1	,761	1	,999	,092	2	,001	14,861	-2,079
8	1	1	1	,395	1	,964	,724	2	,036	7,292	-,925
9	1	1	1	,699	1	,993	,149	2	,007	10,014	-1,389
10	1	1	1	,640	1	,990	,219	2	,010	9,505	-1,307
11	1	1	2**	,132	1	,722	2,269	1	,278	4,181	,269
12	1	1	1	,622	1	,990	,243	2	,010	9,354	-1,283
13	1	1	1	,083	1	,539	2,998	2	,461	3,311	-,044
14	1	1	1	,903	1	,997	,015	2	,003	11,758	-1,653
15	1	1	2**	,155	1	,779	2,020	1	,221	4,536	,354
16	1	1	1	,387	1	,962	,750	2	,038	7,210	-,910
17	1	1	2**	,226	1	,881	1,467	1	,119	5,476	,564
18	1	1	1	,603	1	,989	,270	2	,011	9,191	-1,256
19	1	1	1	,376	1	,959	,783	2	,041	7,108	-,891
20	1	1	1	,253	1	,904	1,309	2	,096	5,793	-,631

** : Observation mal classée

Diagrammes classe par classe

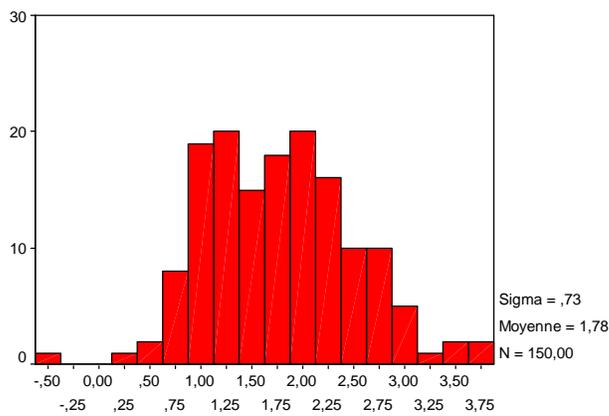
Fonction discriminante canonique 1

GRUPE = 1



Fonction discriminante canonique 1

GRUPE = 2



Résultats du classement

			Classe(s) d'affectation prévue(s)		Total
			1,00	2,00	
Original	Effectif	1,00	136	14	150
		2,00	1	149	150
	%	1,00	90,7	9,3	100,0
		2,00	,7	99,3	100,0

a. 95,0% des observations originales classées correctement.

Récapitulatif du classement

Traitées		301
Exclues	Codes de groupes manquants ou hors intervalle	0
	Au moins une variable discriminante manquante	1
Utilisées dans le résultat		300