

## أسباب تعاطي المخدرات وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الأبناء

إعداد

الباحثة/ ولاء محمد ممدوح محمد تقي الدين

تحت إشراف

أ. د / دينا محمد السعيد أبو العلا

د / سلمى محمد الدسوقي

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع

مدرس علم النفس

بكلية الآداب - جامعة المنصورة

بكلية الآداب - جامعة المنصورة

المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال - جامعة المنصورة

المجلد الرابع - العدد الأول

يوليو ٢٠١٧



## أسباب تعاطي المخدرات وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى الأبناء

ولاء محمد ممدوح محمد تقي الدين \*

أسباب التعاطي :

وتوجد عدة دراسات تناولت ظاهرة التعاطي لبيان أهم الأسباب المؤدية إليه، وقد وضعت عدة مجالات للتعاطي يتم من خلالها تفسير هذه الأسباب، تتضح فيما يلي:

مجالات للإدمان من أهمها:

١ - المجال البيولوجي :

يفسر هذا المجال ظاهرة التعاطي على أنها عملية وراثية في الأساس، فتعاطي المواد المخدرة ومضاعفاته يزداد في أسر المتعاطين بصورة خاصة، وإن هذا السلوك ينتقل من المتعاطي للأبناء، مثلما تنتقل لهم الصفات الوراثية الأخرى مثل لون البشرة أو الطول. وقد استندت هذه التفسيرات إلى نتائج البحوث التي اهتمت بدراسة علاقة الوراثة بالتعاطي والتي اتبعت عدة مناهج متباينة مثل:

- دراسة الحيوانات في المختبر. - دراسة التوائم المتماثلة.
- دراسة التبني. - دراسة السمات السلوكية والنفصعية.

(عادل صادق، ١٩٨٦، ص ٢٨)

\* باحثة

## ٢ - المجال الفسيولوجي :

يعتمد المجال الفسيولوجي في تفسير التعاطي على الاهتمام بالبناء الكيميائي للمخدر من ناحية، وأثاره على الجسم من ناحية أخرى، كما يهتم هذا الاتجاه بتفسير كيفية حدوث الاعتماد على المادة المخدرة، حيث إن هناك مجموعة من المواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الآلام والتي تعرف باسم الإندورفينات Endorphins، والإنسفالينات Enkephalins، وهي مواد تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، أي إن التعاطي هو إنسان لديه نقص في أفيون المخ الطبيعي، ولذلك يلجأ لأفيون الشجرة المزروع. (عادل صادق، ١٩٨٦، ص ٣٣)

فالتفاعلات البيولوجية الناتجة عن تعاطي المواد المخدرة والتي يتم تمثيلها في الكبد، يتم تحويلها بعد ذلك إلى مواد أخرى تؤثر على تمثيل مادة "الدوبامين، نورأد رنالين" الموصلتين، مما يؤدي إلى تغير في نشاط خلايا المخ الكهربائي ونشاط الهرمونات نتيجة تعاطي المواد المخدرة. (عادل الدمرداش، ١٩٨٢، ص ص ٤٠، ٤١)

فالعقاقير وفق هذا التفسير تؤثر في الخلايا فتغير من قدرتها على الاستثارة، كما أن العقاقير المثبطة كالكحول، والمهدئات، والمستحضرات اللاأفيونية، تؤدي إلى نقص شامل في الاستثارة الكهربائية، بينما تؤدي العقاقير المنشطة كالامفيتامينات والكوكايين إلى زيادة شاملة في الاستثارة الكهربائية. (عادل صادق، ١٩٨٦، ص ٣٤)

## ٣ - مجال التحليل النفسي :

تقوم سيكولوجية التعاطي حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين:

**الأول:** يتمثل في صراعات نفسية تعود إلى "الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات، والحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي". وفي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات؛ فإنه يلجأ إلى التعاطي.

الثاني: يتمثل في الآثار الكيميائية للمخدر. وتفسر نظرية التحليل النفسي ظاهرة التعاطي في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة، التي لا تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى، كما تفسرها أيضاً باضطراب العلاقات الحبيبة في مرحلة الطفولة المبكرة بين المتعاطي ووالديه، والتي تتضمن ثنائية العاطفة، أي الحب والكراهية للوالد في الوقت ذاته، هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتتقل على المخدر، عندها يصبح المخدر رمزاً لموضوع الحب الأصلي الذي كان سابقاً يُمثل الخطر والحب معاً، وترى هذه النظرية أن المتعاطي يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن يتعثّر فيه، فيجد في المخدر سندا له يساعده في حفظ ذلك التوازن (عفاف محمد عبد المنعم، ٢٠٠٣، ص ٨٣-٨٤).

ويربط كثيرون من مؤيدي نظرية التحليل النفسي حالة التعاطي الكحولي مع التركيز الجنسي الفموي، فالمتعاطون يلجئون إلى استخدام العقاقير من أجل تحقيق لهفتهم الفموية- وهي بالطبع اللهفة الجنسية- والحاجة الماسة للشعور بالأمن، وتنبثق الكآبات الفموية والإحباطات من الأطر الأسرية البائسة على حدّ تعبير هؤلاء المنظرين. أما فيما يتعلق بالموقفين الأساسيين الآخرين لنظرية التحليل النفسي اللذين صاغهما الباحثان "ما كورد وما كورد McCord and McCord" فهما:

- النظرية الألديرية (Alderianview) القائلة بأن التعاطي يمثل صراعاً من أجل القوة.
- النظرية القائلة: بأن الإدمان ينشأ على هيئة استجابات للصراعات الداخلية.

(Robinson, 1976, p 56).

وبالتالي تكون الصورة العامة للمتعاطين والتعاطي في ضوء نظرية التحليل النفسي كالاتي:

- ينظر التحليل النفسي لتعاطي المخدرات من خلال المستوى القهري أي ذلك المستوى الذي يتعلق فيه المتعاطي بالمخدر تعلقاً قهرياً لا يستطيع التخلي عن المخدر.
- يفرق التحليل النفسي بين متعاطي المخدرات وغيرهم ممن يتعاطون مواد أخرى، وإن كانت هذه الأخيرة تشير إلى شيء من الاضطراب الذي لا يرقى إلى المرض أو الشذوذ.
- إن متعاطي المخدرات تتطوي نفوسهم على اضطراب نفسي عميق، تُشبه أعراضه أعراض المرض النفسي أو العقلي، وأحياناً تكون أكثر حدة.
- يُنكر التحليل النفسي أن متعاطي المخدرات يندرجون تحت السيكوباتية في اضطراب الشخصية، ويدللون على ذلك بأن السيكوباتي يلجأ إلى وسائل وطرائق خارجية في تعامله مع صراعاته وحلها، فهو يعمد إلى تغيير البيئة بما يتفق مع دوافعه اللاشعورية، كما أنه يصب عدوانه أيضاً على البيئة الخارجية وليس على نفسه.
- يفسر التحليل النفسي ظاهرة تعاطي المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعترى المتعاطي في طفولته المبكرة والتي تتجاوز السنوات الثلاث أو الأربع الأولى من حياته، وترى مدرسة التحليل النفسي أن ظاهرة التعاطي ترجع في الأساس إلى اضطراب علاقة الحب في الطفولة الأولى بين المتعاطي ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (الثنائية الوجدانية)، وهذه الثنائية تسقط وتنقل على المخدر، ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً .

(سعد المغربي، ١٩٦٣، ص ٤٠٨)

وبذلك نجد أن مدرسة التحليل النفسي ترى أن المتعاطي يُقبل على المخدر طلباً للتوازن بينه وبين واقعه، توازن يكاد يختل ويتعثر في الحفاظ عليه والإبقاء عليه عند حد أدنى من الاستقرار، ويجد في المخدر سنداً وعوناً له في الحفاظ على هذا التوازن، ووظيفة المخدر أنه يمنح المتعاطي القدرة والقوة على مواجهة واقعه، وذلك لما يحدثه من تغيير في نشاط وظائفه النفسية وعملياته العقلية، والتي تنعكس في إدراكه للعالم وانفعاله به واستجابته، فالعقار من وجهة نظر التحليل النفسي هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجاته.

#### ٤ - المجال الاجتماعي والثقافي :

لا تخلو النظريات السيكلوجية المفسرة للتعاطي من الانتقادات، فالنتائج التي توصل إليها الباحث "فاينستون Finestone" الخاصة: "بالمخدرات وعلم الإجرام" عام ١٩٥٧م لا تتفق مع مفهوم "الرجل المريض" الذي يوصف به المتعاطي للعقاقير المخدرة. إذ لاحظ أنه ليس هناك دليل لأي تركيز مكثف صادر عن المراهقين من ذوي الاختلالات في شخصياتهم في المحيط الذي يعيشون فيه، والذي يتميز بأعداد كبيرة من الشباب المتعاطين للعقاقير المخدرة. وبما أن العديد من المتعاطين يقيمون في مناطق تكثر فيها الانحرافات، فإن هذا الاستنتاج قد عززته وساندته دراسة قام بها "فولكمان Volkman" عام ١٩٥٨م الذي قارن بين مجموعة من المنحرفين ومجموعة أخرى من غير المنحرفين، واستنتج أن شخصية المتعاطي لم يكن لها ارتباط من الناحية السببية، واستنتج الباحث "وينك Winick" عام ١٩٥٧م أن هناك خلافاً في الدراسات السيكلوجية لمتعاطي العقاقير المخدرة؛ لأن تلك النتائج انبثقت من بيانات تم تجميعها من أفراد مسجونين. وهذا يعني أن الأفراد الذين أجرى معظم الباحثين دراساتهم عليهم قضاياهم قد كانت من الأمور المنتهية بالنسبة إليهم، أو كانت شخصياتهم مستنتجة من عناصر وعوامل أخرى. ولا يتفق علماء الاجتماع كثيراً مع أولئك

الذين ينظرون إلى استخدام العقاقير، والذين ينظرون إلى كافة الانحرافات الاجتماعية الأخرى على أنها فقط مظاهر ومواصفات لبعض الظروف والحالات السيكومرضية. ولما تم قبول مثل هذا الاتجاه في ميادين علم الاجتماع العامة، ولا من قبل علم الإجرام أو علم النفس، ومثل هذا الاتجاه السوسولوجي لتفهم واستيعاب استخدام المخدرات أوضحه "كلوسن"، عندما أشار إلى الدراسات والبحوث التي تناولت الشخصية ونموها للسكان في قاع المدينة، أي الأماكن المتدنية المستوى، فأشار إلى أنهم كانوا من ذوي الصفات والسمات الشخصية المتشابهة تماماً، على عكس ما يظن البعض بأنها سمات ينفرد بها المتعاطون فقط. ويفترض الباحث بأنه ربما تكون سلاسة الضوابط الاجتماعية في مثل تلك المناطق المتدهورة جنباً إلى جنب مع وفرة المخدرات فيها؛ عوامل تفرض نفسها من ناحية ارتباطها بالنسبة المرتفعة في الإقبال على تعاطي المخدرات.

(MacGrath and Scrapitti, 1970, p 5-7)

ويؤكد فروم "Fromm" من خلال هذه النظرية على فشل سعي الفرد في تحقيق حاجاته الداخلية التي تحددها الترتيبات الاجتماعية التي يعيش فيها، فيلجأ إلى الهروب منها من خلال تعاطي المخدرات، حيث عدم القدرة على تحقيق الحاجات، أو حدوث اضطرابات في المجتمع تؤدي بالفرد إلى الإحساس بالاغتراب واليأس، وفي هذه الفترات الانتقالية يصبح ضحية لجميع المزاعم والادعاءات التي تهيئ له الشعور بالوحدة. (ايريك فروم، ١٩٧٩، ص ١١: ١٤٦)

ومن النظريات التابعة لهذا المجال والتي تفسر التعاطي النظريات التالية:

**أولاً: نظرية الأسرة:** - لا تؤمن نظرية الأسرة بالمبدأ القائل بأن التعاطي هو مشكلة فردية أو داء، وتتحقق نظرية الأسرة من كيفية إسهام الأسرة في

عملية التعاطي، وكيفية تأثير هذه المشكلة في كل فرد من أفراد الأسرة والأعباء الناجمة عن الأسرة بمجملها، فالتعاطي إذن هو آلية من آليات المواجهة، والتسامح من جانب الأسرة يرسخ الإدمان، ومع مضي الوقت تتطور "الطقوس والقواعد" الأسرية التي تعمل على تحديد السلوكيات والأدوار التي يقوم بها أفراد الأسرة كافة تجاه التعاطي، فالاتصالات السيئة والتعبير المحدد والمحدود عن المشاعر؛ هي التي تتمتع بها الأسرة المصابة بالإدمان، والتفاعلات والتكهنات ستكون غير ثابتة وغير مستقرة، والسلوكيات الفظة من جانب الأبناء هي الشائعة تمامًا في الجو الأسري، ويكون الوضع سلبياً للغاية، إذ يسود النكران والغضب وعلاج الذات بما يحلو لصاحبها، ويتطور التعاطي المشترك ومع تطوره يصبح هذا التعاطي منتشرًا في أفراد الأسرة، فتزداد حدة الخلل الوظيفي، وتشعر زوجة المدمن بأن كل شيء في داخلها وفيما حولها ليس تحت سيطرتها، فتتحمل المسؤولية وتحاول أن تضبط نفسها وزوجها وسلوكياته تجاه تناول التعاطي، وغالبًا ما يتباين هذا التسامح ويتراوح بين القيام بعملية إنقاذ لزوجها وبين القيام بتوجيه اللوم إليه ومعاتبته، ومصاحبة المتعاطي يديم التعاطي ويعززه، ويزيد من الخلل الأسري داخل الأسرة، وسيؤدي الاكتشاف المبكر للتعاطي إلى حدوث انتكاسة جديدة، وربما يضطر الأطفال لأن يكونوا كبش فداء أو كأطفال ضائعين • (Rasmussen, 2000, p 34)

ويبين "ولكر Walker" أن هناك نوعين من العوامل التي ترتبط بتعاطي

الأبناء عند بلوغهم إلى سن المراهقة هما:

- صراعات خاصة بالرغبة في الاعتمادية، وتشمل:
- التذبذب الذي تبديه الأم بين العطف والحنان وبين النبذ.
- تهرب الأم من الأزمات الأسرية، وانصرافها إلى تعاطي المخدرات.
- انحراف سلوك الأم.

- إهانة الأب للأم.
- العلاقات المتنافرة بين الوالدين.
- عدم تقبل الأم لدورها الأمومي.
- عدم قدرة الطفل على إدراك دوره في المجتمع، ومن العوامل المتعلقة بهذا العجز
- نبذ الوالدين للطفل.
- انعدام طموحات الوالدين بالنسبة لمستقبل أبنائهم.
- تهرّب الأب من المسؤولية الملقاة على عاتقه، وانعدام الرقابة على سلوك الطفل.
- ضعف الضوابط المفروضة من قبل الأم على سلوك الطفل.

(عفاف محمد عبد المنعم، ٢٠٠٣، ص ٩٧)

**ثانياً: النظرية الأنثروبولوجية:** تركز النظرية الأنثروبولوجية على القيم والاتجاهات والقيم والمعتقدات، وعلى المبادئ والمعايير التي يؤمن بها المجتمع بالنسبة لاستخدام المخدرات والسلوكيات الإدمانية الأخرى، فالشعوب البدائية تعرف المخدرات وتستخدم الأنواع العديدة منها، ولكن التعاطي على أي نوع منها نادر الحدوث، وتفيد الدراسات الثقافية المقارنة بأن الوظيفة والدلالة الرئيسية للكحول في كل المجتمعات هي التقليل من التوتر، الذي عادة ما يرتبط بالاستقرار والقلق الاجتماعي ومع الاختلال الوظيفي، أو مع التغيير الذي يحدث في كل زاوية. (Rasmussen, 2000, p 35)

**ثالثاً: المنحنى البنيوي للتعاطي:** يتضمن هذا المنحنى تطبيقاً للمفاهيم التحليلية والسوسيولوجية - الاجتماعية في محاولة توضيح السلوكيات الشاذة والمنحرفة، وما يتضمنه هذا المنحنى هو الافتراض القائل بأن هناك ظروفًا

اجتماعية تعمل على إنتاج وخلق السلوكيات الشاذة والمنحرفة. لهذا يحاول مؤيدو هذا الاتجاه وضع ملخص للسمات والخصائص البنوية ذات الصلة بالسلوكيات الشاذة، والتحقق من مدى علاقتها الكائنة بين صفات وخصائص اجتماعية معينة وبين الانحراف، فيرى هؤلاء أن هناك مجموعة من المتغيرات الاجتماعية (Social Variables) من أمثال: "الطبقة الاجتماعية؛ والتفكك الاجتماعي؛ والاضطراب الاجتماعي؛ والتركيبية الاجتماعية؛ والوسط الاجتماعي؛ والتشردم؛ والانقطاع الثقافي؛ وصراع الأدوار"؛ هي التي تؤدي إلى الانحراف، ولاشك في أن هذه الرؤية نابعة من موقف يتعلق بنظام القواعد أو ما يسمى بتوقعات الأدوار الوظيفية وتكهناتها. وهذا هو الموقف الذي يتخذه الباحثان "بارسونس وميرتون" Parsons and Merton، حيث يبدأ الباحثان بتحليل النموذج الستاتيكي للنظام الاجتماعي، ثم يطرحان سؤالاً يتعلق بسببية وجود انتهاكات للمعايير والقيم، فالسلوكيات الشاذة والمنحرفة حسب "ميرتون" ما هي إلا نتيجة لظرف خاص يتعلق بالبنية الاجتماعية التي يتوافر فيها التفكك وعدم الترابط، فتلقي البنية الاجتماعية بظلالها وبضغوطاتها على الفرد لكي يتصرف بشكل منحرف" (Carey, 1968, p 2)

ويقدم علماء الاجتماع "ميرتون وكلاورد Kloward و"أوهلين Ohlin" تفسيرات ثقافية بخصوص تعاطي المخدرات، فالتعاطي من وجهة نظرهم يمثل استجابة انسحابية تحدث لدى المتعاطي؛ لأن طرق وسبل النجاح أمامه غير متيسرة أو مغلقة، وفي الوقت ذاته يجد نفسه عاجزاً عن ارتكاب أفعال إجرامية يحقق من ورائها أهدافه. ويفسر "ميرتون" ارتفاع معدلات التعاطي بوصفها نتاجاً للمواقف الاجتماعية التي يفتقد فيها الفرد النجاح الفردي، ويوصد الأبواب في وجه بعض الفئات الأخرى التي تخالف فيما بعد معايير مجتمعها وتتحرف عنه،

وقد يكون من صور هذا الانحراف تعاطي المخدرات • (محمد رفعت، ١٩٨٠، ص ٩٩)

ويقدم " دونالد تافت Donald Tafft " تفسيراً للانحراف الاجتماعي بما فيه التعاطي وهو " أنه إذا كانت ثقافة ما تتسم بالتعقيد والدينامية، وتمجد الشخص الذي ينجح في مواقف الصراع والتنافس ولكنها تسد الطريق أمام الكثير لتحقيق هذا النجاح، فإن فشل هؤلاء يؤدي إلى ظهور أنماط سلوكية عدائية ضارة بمصالح المجتمع ككل" • (محمد رفعت، ١٩٨٩، ص ١٠١)

ويقدم بعض الباحثين تفسيراً اجتماعياً قائماً على عملية التعلم الاجتماعي، ومنهم "سوذرلاند Sutherland " الذي يرى بأن السلوك الإجرامي هو سلوك متعلم يتم تعلمه من خلال الاتصال مع الآخرين أثناء مواقف التفاعل الاجتماعي • (عايد عواد الوريكات، ٢٠٠٤، ص ١٢٣)

ويؤكد " بيكر Bicker " أن السلوك الإنساني ما هو إلا نتاج لتتابع الخبرات الاجتماعية التي يكتسب الفرد من خلالها مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكاماً معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكناً ومرغوباً فيه، فيحدث التعاطي من وجهة نظر "بيكر" من خلال عملية التعلم الاجتماعي • (عفاف عبد المنعم، ٢٠٠٣، ص ٨٨-٩٩)

### المجال الشمولي: (Comprehensive Model)

#### أولاً: النموذج البيوسيكوسوشيال

#### (البيولوجي - السيكولوجي الاجتماعي) (Biopsychosocial Model)

بدلاً من النظر إلى التعاطي بوصفه ناجماً عن منظور واعتبار واحد؛ يستخدم الكثرة من المختصين والأطباء هذا النموذج لتفهم واستيعاب

أسباب المرض والتعبير عن نشأته ومعالجته والوقاية منه، فينظرون إلى التعاطي بوصفه تركيبة بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية - ثقافية تحمل هذا المتغير وتتضمنه. ويضم هذا المنظور ويدمج في ثناياه جميع سمات وخصائص النظريات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية الثقافية، ويتناغم هذا النموذج وينسجم مع النظرة الكلية للمتعاطي. ويحدد "سيديرر Sederer" عددا من المآخذ على هذا النموذج هي:

- أن هذا النموذج لا يزودنا بطريقة لإنشاء هرمية تنظيمية للمسببات.
- أن قدرة إحدى الجينات أو المورثات على تعديل تعاطي الكائن الحي ومغزاه ومعناه، قد يطغى ويغطي عملية البحث عن الأسباب.
- من الصعب متابعة مراحل العلاج باستخدام هذا النموذج، وبغض النظر عن هذه الانتقادات، فإنّ هذا النموذج واسع الانتشار، وتتعامل عملية القياس والتشخيص الطبي والتخطيط العلاجي والتدخل الطبي الإجرائي، ثم عملية التقويم مع المتغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كافة.

(Rasmussen, 2000, p 37-38)

### ثانياً: نموذج الصحة العامة والنموذج البيئي

#### :(Public Health Agent- HostEnvironment Model)

ظهر هذا النموذج في حقبة الستينيات من القرن الماضي، وتوسع ليصف أسباب الأمراض والاضطرابات في عديد من المجالات الصحية العامة، أما فيما يتعلق بنموذج الصحة العامة (كضيف) والبيئة (كمضيف لذلك الضيف)، فهو نموذج شمولي للصحة العامة وللمرض الذي ينمو في بيئة صحية في المجتمع. وطبقاً لهذا النموذج يعتمد مستوى الصحة العامة وحالة الاضطراب والقلق على

التفاعلات الدينامية السائدة بين ثلاثة عناصر هي: العامل الضيف (المسبب)؛ والمضيف (السبب)؛ والبيئة، ويمكن أن يكون هذا العامل خارجي أو داخلي، بحيث أن غيابه أو حضوره سيؤدي إما إلى الداء أو إلى الاختلال أو الاضطراب. ففي حالة التعاطي يمكن أن يكون ذلك العامل مادة من المواد المخدرة، أو أن يكون عادة على هيئة سلوكيات إدمانية مثل: القمار، والتسوق، والشراهة الجنسية، فيجب أن يكون العامل موجودًا لكي ينمو ويتطور التعاطي (إذا لم تشرب لا تسكر)، ومع ذلك فإن وجود المادة نفسها - أو وجود السلوكيات الأخرى كعوامل - بحدّ ذاتها وبمفردها لن تؤدي إلى الإدمان بصورة مباشرة. أمّا المضيف، وهو الفرد؛ فيمكن التشكك بشأنه، فربما يكون لديه داء معين أو اختلال وظيفي معين، فهذا الداء وهذا الاختلال هو الإدمان في هذه الحالة، وتتضمن العوامل المضيفة التي تزيد من حالة التشكك في الإدمان: السجل/ التاريخ الأسرى لسوء استخدام المواد المخدرة، وماضي سوء استخدام الجنس، ونمطية الحياة المدمرة للذات. ويصف مفهوم المرونة وسهولة التكيف وفقا لتغير طارئٍ إثر بلاءٍ مقيم، العوامل الدفاعية للمضيف التي تزيد من احتمالية أنّ الفرد قد يقاوم وسيتحدى عملية التعاطي والاستعمال أو حتى عملية الإدمان. ولكن هناك أيضا العوامل الجينية المؤكدة، والأداء الوظيفي الأسري، والكفاية الذاتية، وميكانيزمات أو آليات الصحة العامة التي ستزيد من احتمالية أن الفرد سيقاوم عملية الاستعمال وسوء الاستعمال أو الإدمان. ( Rasmussen, 2000, p 39-40)

#### ٦ - المدخل السلوكي:

هناك كثير من البحوث التي اهتمت بتفسير النظرية السلوكية لتعاطي المخدرات، فالأفراد يتعاطون المخدرات ليخففوا من مشاعر الألم، الغضب، الضيق، وخصوصًا القلق، فإذا كانت المخدرات تساعد على خفض كل هذه

الأنواع من المشاعر، فإن الأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من التعزيز الإيجابي، وبالتالي فهم يميلون إلى تعاطي المخدرات مرات ومرات متتالية .

وفي الحقيقة أن المخدر هو منبع التوتر في حد ذاته لمعظم المتعاطين وقد أرجع أصحاب هذه النظرية سلوك المتعاطين إلى أربعة عوامل:

#### أ- طبيعة المخدرات:

لكل مادة كيميائية تركيبها الخاص الذي يسمح لها بالمرور في الجسم، ويتغير أثناء مرورها صورة العقار الأصلية حيث تصل إلى الجهاز العصبي، ويتم التفاعل بين العقار والمستقبلات ويحدث التأثير على الجسم والمخ، ويرتبط المتعاطي بالعقار نظراً لما يحدثه له من آثار مفرحة أو خفض للقلق والتوتر، أي نتيجة للتعزيز الإيجابي الذي يجعله يُعيد استخدام المخدر للحصول على نفس التعزيزات، وقد يضطر إلى زيادة الجرعة للوصول إلى الأثر الأول، وكذلك تؤثر طريقة استخدام المخدر في حدوث التعاطي، إذ تزداد فعاليته وسرعة وصوله إلى المخ حسب طريقة الاستعمال، ويعتبر الحقن في الوريد من أسرع الوسائل للوصول إلى الإدمان، يليه التعاطي عن طريق الفم، كما يساعد سهولة الحصول على المخدر و توافره في حدوث التعاطي . (عفاف محمد عبد المنعم، ١٩٩٨، ص ٧٩)

#### ب- العوامل الوراثية:

استخدم الباحثون مناهج عديدة لإيضاح علاقة الوراثة بالتعاطي، وكانت منها دراسات على الحيوانات، ودراسات تُبين نسبة حدوث التعاطي عند أبناء من أسر المتعاطين، بالإضافة إلى دراسات التوائم.

فبالنسبة للمنهج الأول فقد تمكن الباحثون من ملاحظة أن الفئران الذين تعلم آباؤهم تعاطي المخدرات كانت تتعاطى أيضاً هذه المواد بدون تدريب، وبالنسبة للمنهج الثاني فقد وجد أن من العوامل الرئيسية المرتبطة بتعاطي العقاقير بين الطلبة هي إشراف الأب في تعاطي المهدئات وتعاطي الأبناء لنفس العقاقير، وأن النسبة تتراوح بين ١٣ : ١٨ % من أبناء آباؤهم لا يتعاطون المخدرات . ( Walkler & Keuon, 1980, p 270-272 )

### ج- شخصية المتعاطي:

توصل وولكر "Walkler" إلى وجود بعض السمات التي تظهر على شخصية الأفراد الذين يتعاطون المخدرات، وتوصل إلى ذلك باستخدام أسلوب التحليل النفسي والاختبارات ودراسة شخصيات مجموعة من الأطفال على مدار السنين، ثم مقارنة من يتعاطى منهم عند البلوغ بغير المتعاطين، وفي الدراسات التي طُبِّقت فيها الاختبارات النفسية أوضحت أن الشخصية المتعاطية تتسم بالقلق والاكتئاب . ( Walkler & Keuon, 1980, p 233 )

### وقد صنف "Agrawal, et al." الشخصية المتعاطية إلى:

**غير الناضج:** وهو العاجز عن إقامة أي علاقة هادفة مع أشخاص آخرين.

**المتفاني في ذاته :** وهو الذي لا يستطيع أن يؤجل إشباع رغباته .

**الضعيف جنسياً:** وهو الشخص الذي يعاني من ضعف جنسي أو شذوذ جنسي.

**المضطهد لذاته :** وهو الذي يعاني القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك

يلجأ إلى المخدرات لتخفيف التوتر والقلق .

**الشخصية الاكتئابية :** وهي شخصية قلقة ومتوترة يلجأ للمخدر لتسكين قلقه ويؤدي إلى تكرار تعاطيه للإدمان .

ونجد أن السلوكيين يحاولون تفسير سلوك التعاطي من خلال نظرية التعلم، ويرون أن تعاطي العقاقير هو سلوك مُتَعَلِم، فالشخص الذي يعاني القلق يتعاطى مخدرًا، فيشعر بالهدوء والراحة، ويعد هذا الإحساس بمثابة التعزيز الإيجابي لتناول المخدر في مرات لاحقة، وبتكرار التعاطي يتعلم الشخص تناول العقار لتخفيف آثار المنع التي تحدث من خلال انقطاعه عن المخدر، ويستمر الإنسان في تعاطيه للمخدر بالرغم من علمه بما لها من آثار سلبية، وذلك لأن هذه الآثار السلبية لا تحدث بمجرد التعاطي للمخدر، بل تظهر بعد فترات تتراوح في الطول، والمعروف أن في التعلم كلما كان الفاصل الزمني بين سلوك ونتيجته طويلاً، ضعف تعزيز ذلك السلوك، سواء أكان تعزيزًا سلبياً أم إيجابياً، ويرتبط الشعور السار الذي يحصل عليه المدمن من تعاطيه للمخدر بأشياء وأشخاص موجودين في البيئة، وتصبح بمثابة ميزات شرطية تدفع الفرد للتعاطي. (Agrawal, et al., 2004, p 72-81) وبالتالي أكدت النظرية السلوكية على أن كل تعاطي المخدرات هو سلوك مثله مثل كل أنواع السلوك الأخرى، التي تتحدد على أساس طبيعة الفرد الوراثية، وتكوينه الشخصي، ونوعية المادة التي يتعاطاها .

ومن خلال عرض أسباب التعاطي من منظور المجالات الستة السابق عرضهم يمكن إيجاز أسباب التعاطي في العناصر التالية:

- ١- عوامل تتعلق بالعقار المستعمل.
- ٢- عوامل تتعلق بشخصية المتعاطي نفسه.
- ٣- عوامل تتعلق بالبيئة الاجتماعية للمتعاطي .

وهذه العوامل الثلاثة بما تحتويه من عناصر لا تعمل بمعزل عن بعضها، ولكن تتفاعل معاً ليكون لها دورها المؤثر في جعل الفرد متعاطياً للمخدرات

وفيما يلي عرض لأهم هذه العناصر المرتبطة بمتغيرات الدراسة النفسية "تقدير الذات، المساندة الاجتماعية، التوافق النفسي" والتي يمكن أن يكون لها دور مؤثر في الشخصية مما يدفع بها إلى التعاطي:

#### ١- تكوين الشخصية:

يرجع كثير من الباحثين أسباب التعاطي إلى سمات تتعلق بشخصية المتعاطي، وأن هذا النوع من الشخصية نادر بين الناس بصورة عامة، وقد استطاع الباحثون التوصل إلى جزء من هذه السمات عن طريق أسلوب التحليل النفسي ووصف الشخصية، وفق المنهج المتعلق بالطب النفسي والاختبارات النفسية، ودراسة شخصيات مجموعات من الأطفال على مدار السنين، ثم مقارنة من يتعاطى منهم عند البلوغ بغير المتعاطين منهم<sup>٥</sup> (عادل الدمرداش، ١٩٨٢، ٣٤)

وقد صنف كيسيل ووالتون "Kessel and Walton" شخصية المتعاطي إلى عدة أصناف هي:

أ- متعاطي أناني: وهو الشخص الذي يصر على إشباع كل رغباته دون تأخير، وهذا يلجأ إلى المخدرات للتعويض عن اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

ب- متعاطي ناقص النضج: وهو شخص اتكالي يعتمد على الآخرين ولا يستطيع الاعتماد على نفسه، وتحمل أعباء الحياة، فيلجأ إلى تعاطي

المخدرات يُخَفِّف من شعوره بالمرارة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.

ج- متعاطي غير ناضج جنسياً: كالشخص المصاب بضعف المقدرة الجنسية، أو كحالة الخجل الشديد من ممارسة الجنس، أو وجود ميل إلى الشذوذ الجنسي، أو لأسباب جنسية أخرى أكثر تعقيداً.

د- متعاطي دائم التوتر والقلق: عادةً ما يلجأ المتعاطي إلى المخدرات لتجاوز حالة القلق والتوتر التي يعاني منها.

ويمكن القول انطلاقاً مما سبق ذكره أن العامل النفسي يلعب دوراً كبيراً في الإقبال على تعاطي المخدرات، وخاصة منها تلك الأمراض النفسية المصاحبة للتطور المادي، فعلى سبيل المثال (الصراع النفسي، والإحباط، وزيادة القلق والتوتر العصبي) التي قد تؤدي بالفرد إلى حالة من الاكتئاب واليأس.

وبالتالي بشكل عام يمثل التوتر، والقلق، والاكتئاب، وضعف الشخصية، والفراغ النفسي أسباباً هامة تساعد على تعاطي المخدرات والوقوع في الإدمان. (هاني عرموش، ١٩٩٣، ص ٣٠٠)

## ٢- مجتمع المتعاطي وبيئته:

يلعب المجتمع دوراً فاعلاً في جميع نواحي الحياة، ويبدأ تأثير المجتمع على الإنسان كما هو معلوم من الأسرة، ومنذ الطفولة، فهذا المنزل المكون من الأب والأم والأخوة هو المدرسة الأولى التي يتعلم المرء فيها أمور الحياة، ويتبع ذلك عادات وتقاليد الأسرة التي تتبع بشكل عام من المجتمع الذي يعيشون فيه،

والدين الذي يعتقدونه وغير ذلك من العوامل . (عبد الوهاب عبد السلام طويلة،  
١٩٨٩، ص ٧٧)

ويمكن حصر أهم العوامل التي تتعلق ببيئة المتعاطي فيما يلي:

#### ١- العوامل الاجتماعية:

ويمكن حصرها في العوامل التي تحيط بالفرد فتدفعه إلى تعاطي  
المخدرات، وهي كثيرة ومتنوعة منها:

أ- المحيط الأسري وأسلوب التربية: "Childrearing"

ينبغي التأكيد على أن العلاقات الأسرية الجيدة تتمى قدرة الفرد على  
الضبط الذاتي وتقديرًا أعلى للذات، وهذه المتغيرات يمكن أن تعمل على حماية  
الأفراد من تعاطي المواد المخدرة عند تعرضهم لضغوط الأصدقاء أو لأحداث  
حياتية ضاغطة، أو إذا كان لديهم استعدادًا وراثيًا يجعلهم أكثر ميلًا نحو  
استعمال المواد المخدرة والمنشطة، كما يضاعف من احتمالية تكون اتجاهات  
إيجابية نحو المخدرات والانحرافات السلوكية عمومًا . (Wills, Murry &  
Brody, et al, 2007, p 50-59)

فالبينة الأسرية التي يجد فيها الفرد ما يحتاج إليه من دعم تخفف من  
احتمال تعرضه للاضطرابات النفسية، فالعلاقات الأسرية المستقرة تعمل كواقٍ  
من الإصابة بالاكنتاب، والذي قد يؤدي إلى سلوك تعاطي المخدرات . (Denny,  
Fleming & Wall, 2004, p 137-149)

فقد أكد "D.G.Hunt"، إلى أنه إذا كانت العلاقة بين الآباء والأبناء  
يسودها التفكك فإن احتمال تعاطي الأبناء للمخدرات يزداد، وإذا كان يغلب عليها  
روح التسلط كان الإقبال على التعاطي متوسطًا، أما إذا كانت

العلاقة ديمقراطية فإن الإقبال يكون ضئيلاً. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ٢٤)

ومن العوامل الأسرية أيضاً التفكك الأسري، حيث أشار "النور وشيلدين"، "Elenor & Shelden" إلى أن متعاطي المخدرات من الأحداث المنحرفين غالباً ما يكونون من أسر لا يتوفر فيها وجود الأبوين، ويسودها التفكك العائلي بسبب الطلاق أو الهجر، وتتميز هذه الأسر بتفككها القيمي وضعف الرقابة، وبالتالي غياب عنصر احترام الوالدين والالتزام بالقيم الأسرية، وإضافةً إلى التفكك انشغال الوالدين بالكسب المادي أو تحقيق النجاح الشخصي مما يؤدي إلى حرمان الأطفال من التوجيه والرعاية، بالإضافة إلى ضعف الوازع الديني والأخلاقي للوالدين مما يعيق تكوين الذات الأخلاقية لدى الطفل أو المراهق، هذا إلى جانب كثرة المشاكل العائلية مما يجعل الإطار الأسري مملوءاً بالاضطراب وغير ملائم للنمو العقلي السليم. (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ص ٨٧)

وهناك مجموعة من المؤشرات تمثل مجموعة عوامل تؤدي إلى الانحراف وتعاطي المخدرات في إطار الأسرة وهي كالتالي:

- ١- انخفاض الدخل الأسري وسوء الأحوال السكنية.
- ٢- وجود حالات من الخصام الدائم والحاد بين الوالدين.
- ٣- وجود حالات من الانفصال كالطلاق والهجر.
- ٤- وجود حالات وفاة أحد الوالدين أو كلا الوالدين.
- ٥- وجود حالات الانحراف وتعاطي المخدرات في أسر متعاطي المخدرات.

(سهام العاقل، ١٩٩٨، ص ١٥٩)

وأكدت "Spatz, Marmorstein & Raskin 2006"، أن مرحلة الطفولة مرحلة فاصلة في حياة الأفراد، والخبرات التي يمر بها الأفراد في

مرحلة الطفولة كالعنف الموجه إليهم أو لغيرهم من العوامل التي تؤثر على احتمالية استعمالهم للمخدرات، وأيضاً تعرضهم لعنف أو إهمال في مرحلة الطفولة نتيجة تعاطي الآباء للمخدرات، وبخاصة الماريجوانا (الحشيش)، وتكون لديهم مشكلات أكثر مرتبطة باستعمال المخدرات . (Spatz Widom, et al., 2006, p 394-403)

#### ب- الأصدقاء والرفاق:

ففي ظل انعدام الرقابة الحازمة من طرف الأسرة والمدرسة يكفي وجود متعاطي واحد للمخدرات لنشر هذه الظاهرة المرضية لباقي زملائه ممن يشبهونه في الشخصية، كما أن رفاق السوء يسلكون أحد المتغيرات المرتبطة بظاهرة انتشار المخدرات، حيث توصلت نتائج الدراسات التي أجريت في هذا المجال إلى أن دور رفاق السوء كان كبيراً ومؤثراً في دفع بعضهم البعض لتعاطي المخدرات، وقد أكدت "سلوى سليم" على أن أهم الأسباب الدافعة إلى تعاطي المخدرات هم رفاق السوء . (عبد الرحمن مصيقر، ١٩٨٥، ص ١٦٢)

وقد أكد "Brook et al., 2006"، أن الخصائص الشخصية واستعمال الأصدقاء للمواد المخدرة هما من أكثر الأسباب المؤثرة والدافعة بقوة نحو تعاطي المخدرات . (Brook, et al., 2006, p 26)

وقد أكدت بعض الدراسات أن عوامل الحماية مثل "العلاقات الأسرية" تفقد قيمتها أمام التأثير السلبي للأصدقاء، وبالتالي فإن أثر عامل الأصدقاء لا يمكن إغفاله كأحد المحددات المنبئة باستعمال المخدرات . (Husler, Plancherel & Werlen, 2005, p 237)

## ج- التغيير الاجتماعي: "Social shange"

يُرجع البعض انتشار المخدرات وغيرها من السلوكيات الانحرافية إلى التغيير الاجتماعي المفاجئ الذي حدث في العالم كله، إذ قد يؤدي التغيير المفاجئ في القيم إلى اتجاه الأفراد نحو ممارسة بعض ألوان السلوك المنحرف، ويحدث ذلك في البلدان النامية، وقد يتغير المجتمع ويأخذ شكلاً جديداً يؤثر ذلك على تماسك الأسرة وعلى أفرادها نتيجة الصراع بين أسلوب الحياة الجديد والأسلوب القديم، فيكون هذا سبباً للتعاطي والإدمان. بالإضافة إلى ذلك هناك عوامل أخرى تؤدي إلى تعاطي المخدرات منها عامل التحضر، فقد أكد "جيروس باتريك" "Giros Patrick 1978"، علي أن عامل التحضر يؤدي إلى ظهور التشرد والتمرد والخروج عن قوانين المجتمع وقيمه. كما يرتبط تعاطي المخدرات أيضاً بالظروف الاجتماعية السيئة مثل (الحرمان، الفقر، البطالة، انخفاض المستوى التعليمي، قلة الخدمات الاجتماعية)، مما يؤدي إلى التوتر والقلق، ويجد بذلك المتعاطي من المخدرات الوسيلة الوحيدة للتخفيف من حدة قلقه وتوتره. (سهام العاقل، ١٩٨٨، ص ١٨٩)

وقد أكد "Newcomb & Bentler, 1988"، أن للدعم الاجتماعي آثاراً تحسينية على مختلف أنواع المشكلات الضاغطة والاضطرابات النفسية التي يعاني منها الأفراد. (Newcomb & Bentler, 1988, p 64) كما أشار "Guerrero et al., 2006" إلى أن الدعم الاجتماعي للفرد يمثل خطأ دفاعياً واقياً ضد متغيرات أحداث الحياة الضاغطة وتأثيراتها التي قد تدفع إلى التعاطي. (Guerrero, et al., 2006, p 343) وأخيراً أكد Denny, Wall et al., 2004" على أن الفقر الحاد من العوامل التي ترتبط بزيادة احتمال

التعرض للاكتئاب، وأن استعمال المخدرات يزداد لدى ذوي الدخول المادية المنخفضة • (Denny, Wall et al., 2004,p 137)

#### علاقة بعض المتغيرات بالتعاطي:

هناك علاقة تربط بين تعاطي المخدرات وبعض العوامل، ومنها ما هو متعلق بالعوامل النفسية، ومنها ما هو متعلق بأحداث الحياة الضاغطة، وفيما يلي عرض لهذه المتغيرات وعلاقتها باللجوء إلى تعاطي المواد المخدرة •

#### أولاً: المتغيرات النفسية :

إن العوامل النفسية وتشكيلها وتأثيرها وتأثرها يختلف من فرد إلى آخر، وليست بالضرورة أن تدفع جميع الأفراد إلى التعاطي نظراً لاختلاف درجاتها وعلاقتها بالمتغيرات المحيطة بالفرد والأسباب السابق ذكرها والتي يمكن أن تدفع إلى التعاطي •

وفيما يلي عرض لبعض المتغيرات النفسية وعلاقتها بالتعاطي:

#### ١ - العصابية والذهانية وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

لقد أشار كيرك كالدي "Kirkcaldya, et al., 2004" إلى أن العصابية "Psychoticism" هي بُعد من أبعاد الشخصية أطلق عليه "بنية الإدمان" مكون من مثلث "الذهانية والعصابية والانطواء" يمكن أن يسهم في التنبؤ بتعاطي المواد المخدرة • (Kirkcaldya, et al., 2004,p 247) • وقد أكد "آيزنك" أن لأبعاد الشخصية تأثيراً على تكون بعض الاضطرابات النفسية والتي تؤدي أحياناً إلى تعاطي المخدرات • (Nishith, Mueser & Gupta,1994,p 561) هذا وقد أكد ويلز وستاسي "Wells & Stacey, 1976" على أن الانغماس في استعمال الماريجوانا "الحشيش" يرتبط بدرجات مرتفعة من القلق والعصابية والذهانية • (

Wells & Stacey, 1976, p 161-165) وأكد نيوكومب وآخرون (Newcomb, Scheier & Bentler, 1993) أن زيادة الاستعمال المتعدد للمخدرات يؤدي إلى تفاقم الذهان والافكار الانتحارية وغيرها من مؤشرات الاضطرابات العقلية، وبالتالي فإن محور "الذهانية-العصابية-الانطواء" قد يهيئ لنشوء بعض الاضطرابات السلوكية، ويمكن أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى زيادة حدة المظاهر السلوكية المرتبطة بتلك الأبعاد. (Newcomb, Scheier & Bentler, 1988, p 215-241)

والخلاصة أن العوامل النفسية قد تكون من أقوى العوامل ارتباطاً بتطور بعض الاستجابات غير المرغوبة اجتماعياً كتناول المخدرات والمسكرات، كما ترتبط بظهور كثير من الاضطرابات النفسية.

## ٢- سمة الاندفاعية وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

إن سمة الاندفاعية "Impulsiveness" ودرجتها عند الفرد تعد أحد العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات، فقد أكد "Hayaki, et al., 2005" أن هناك ارتباطاً بين أحداث الحياة الضاغطة واستعمال المخدرات ولكن ليس بمعزل عن تأثير الاندفاعية، على أساس أن زيادة عنصر الاندفاعية يؤدي إلى التعرض لضغوط حياتية شديدة. (Hayaki et al., 2005, p 65-71)

وتعد المخاطرة من المكونات الأولية للاندفاعية، فكلما كان إحساس الفرد بخطر المادة المستعملة منخفضاً، أو كان مُحبباً للمخاطر كلما كان احتمال استعمال المخدرات أكبر، وبخاصة إذا رافق ذلك أفكار خاطئة عن آثار إيجابية للمواد المخدرة، وقد أكد "Hopko & Daughters, 2006" على أن الاستعداد للمخاطرة واشتهاء الإثارة قد يكون مسؤولاً عن تعاطي المخدرات والمنشطات. (Hopko, et al., 2006, p 95-101)

## ٣- الإثارة وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

أوضح زكرمان "Zuckerman, 1971" أن الإثارة أو البحث عن الإثارة "Sensation Seeking" لها أربعة مكونات أولية:

أ- البحث عن المغامرة والإثارة "Thrill and Adventure seeking" (TAS)

ب- البحث عن الخبرات (الجديدة) "Experience Seeking" (ES)

ج- ضعف الكف (أو التحرر من الكف) "Disinhibiton" (Dis)

د- قابلية الشعور بالملل "Boredom Succceptibility" (BS)

والمكون الأول يشبه مكون حب المغامرة، أما المكون الثاني فهو يعكس الرغبة في تجريب الأشياء الجديدة، والتي قد يكون من بينها المواد المخدرة، أما المكون الثالث فهو مكون مَرَضِي وقد يكون المسئول الأول عن الارتباط بين سمة اشتهاء الاستثارة واستمرار استعمال المواد المخدرة وبالذات الخطرة منها، أما المكون الأخير فيرتبط باستعمال المخدرات كطريقة للتخفيف من الشعور بالملل. (Zuckerman, 1971, P 45-52)

فاشتهاء الإثارة هي العامل الوحيد المرتبط باستعمال المواد المخدرة والانحرافات السلوكية في حالة حب المخاطرة والانذفاعية، ومدى ارتفاع درجة اشتهاء الإثارة هو أحد العوامل القادرة على التنبؤ بالسلوك الانحرافي واللجوء إلى تعاطي المخدرات. (Desrichard & Denarié, 2005, p 1449)

## ٤ - القلق والاكتئاب وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

إن أعراض اضطرابات القلق "Anxiety" لدى الأطفال يمكن أن ينتج عنها -إن لم تُعالج- قلق حاد واكتئاب واستعمال للمواد المخدرة في المستقبل •  
(Kendall, et al., 2004, p276)

أما الاكتئاب "Depression" فهو أحد الانفعالات السلبية التي يربط "بيك" بينها وبين تعاطي المخدرات، فالإكتئابى شخص يركز انتقائياً على المعلومات والخبرات التي تتفق وما لديه من صيغة معرفية سلبية عن نفسه والعالم والمستقبل ويعمم كل هذه المعلومات، وبالتالي يشعر الفرد بالعجز وعدم الكفاية ويصل إلى الاكتئاب، الذي قد يدفع به إلى تعاطي المواد المخدرة • (ممدوحة سلامة، ١٩٨٧، ص ٤)

## ٥ - "فعالية الذات وضبطها وعلاقتها بتعاطي المخدرات:

إن فعالية الذات والتحكم في الذات "Self-efficacy & self-control" من العوامل الواقية من استخدام المخدرات، وتحاول بعض البرامج البحثية تحديد دورها في المساعدة على الإقلاع عن المخدرات وبعض الاضطرابات السلوكية • (Naar-Kin, et al., 2006, p 839-845)  
وحيث تتأثر فعالية الذات بجودة العلاقة بين الوالدين والأبناء، وتبين من إحدى الدراسات أن الإهمال الذي يتعرض له الأبناء ينبئ بمستويات منخفضة من فعالية الذات، مما ينبئ عن سلوكيات سلبية لهؤلاء الأبناء، والتي قد تتمثل في تعاطيهم للمخدرات • (Newcomb, Locke & Goodyear, 2003, p 219)

### سادساً:- علاقة التعاطي "بتقدير الذات والتوافق النفسي والمساندة الاجتماعية":

يتضح مما سبق عرضه من المتغيرات النفسية محل الدراسة والتعاطي وتفسير النظريات المختلفة له، وجود علاقة وثيقة بين التعاطي وهذه المتغيرات الثلاثة، ويتضح ذلك من خلال النقاط التالية:

- ١- أن الإنسان تتحكم في تكوينه مجموعة من المجالات تتمثل في المجال النفسي والمجال الاجتماعي، والمجال السلوكي .
- ٢- عندما يحدث خلل في المجالات الثلاثة المكونة للفرد والتي تحيط به وتتبع من داخله يحدث خلل نفسي واجتماعي وسلوكي .
- ٣- يرتبط الخلل النفسي في حال حدوث عدم توازن وتوافق بين مكونات الشخصية " الأنا، والأنا الأعلى، والهو" بحدوث نوع من انخفاض في تقدير الذات وهذا الخلل النفسي قد يدفع الفرد إلى التعاطي بوصفها نوعاً من تعويض الخلل والهروب من الإحساس بانخفاض في تقدير الذات .
- ٤- يرتبط الخلل الاجتماعي في حال ضعف المساندة الاجتماعية المحيطة بالفرد وعدم وجود دعم من المحيطين به بحدوث خلل في المنظومة الاجتماعية لديه مما يدفع به إلى الهروب من هذا الخلل من خلال اللجوء إلى التعاطي .
- ٥- يرتبط الخلل السلوكي في حال تعرض الفرد إلى المزيد من الضغوط التي لا يستطيع التعامل معها إلى نوع من عدم القدرة على إحداث توازن نفسي وتوافق نفسي لديه مما قد يدفع به إلى التعاطي .

## المراجع

- إبراهيم إمام، (١٩٩٠): المخدرات أخطر تحديات العصر، مجلة التضامن الإسلامي، وزارة الحج والأوقاف، ج (١)، ع (٤٥)، مكة المكرمة .
- جميل حنا مسيحة، (١٩٧٤): الاعتماد على المخدرات وتنظيم أجهزة مكافحة، معهد ضباط الشرطة، القاهرة .
- حسن مصطفى، وراوية دسوقي، (١٩٩٣): أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى متعاطي الأفيون، دراسة سيكومترية إكلينيكية، مجلة كلية التربية، ع(١٨)، جامعة الزقازيق .
- حسين سالم الشرعة، منى عادل أبو درويش، (١٩٩٩): دراسة مقارنة في تقدير الذات والشعور بالوحدة لدى المتعاطين للمخدرات وإخوة غير متعاطين من نفس الأسرة في الأردن، مجلة مركز البحوث التربوية، ع (١٦)، جامعة قطر
- خالد محمود عبد الوهاب، (٢٠٠٦): مدى فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين، دراسات عربية في علم النفس، مجلد (٥)، ع (١) .
- سعد المغربي، (١٩٦٣): تعاطي الحشيش: دراسة نفسية اجتماعية، دار المعارف، القاهرة .
- سليمان فايز، (٢٠٠٦): الخصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات "البانجو" في مركز الإصلاح والتأهيل"، معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة الدول العربية، القاهرة، رسالة دكتوراه، مصر .
- سمير محمد عبد الغني طه، (٢٠٠٢)، جريمة المخدرات، دار النهضة العربية، القاهرة .

- سيد عثمان، (١٩٧٤): علم النفس الاجتماعي التربوي، ج(٢)، المسائرة والمغايرة، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- عفاف محمد عبد المنعم، (٢٠٠٣): الإدمان دراسة نفسية أسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- مايسة النيال، (٢٠٠٠): التنشئة الاجتماعية مبحث في علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- محمد رفعت، (١٩٨٩): إدمان المخدرات أضرارها وعلاجها، ط(٣)، دار المعرفة للطباعة والنشر، بيروت.
- Agrawal A., Jacobson K. C., Prescott C. A. & Kendler K. S., (2004): A twin study of personality and illicit drug use and abuse/dependence, Twin Research, vol. (7), no. (1).
- Alvink & Sivonger C., (1976): Drug and therapy, Boston: Little Brown & Company.
- Carey J., (1968): The College Drug Scene, USA: Prentice-Hall, Inc
- Clifton R. Hudson, Kimberly C. Kirly, Monica L. Firely, David S. Festinger & Douglas B. Marlowe, (2002): Social adjustment of family members and significant others (FSOs) of drug users, Journal of Substance Abuse Treatment, vol. (23), no. (3).
- John Macleod, Rachel Oakes, Alex Copello, Ilana Crome, Matthias Egger, Mathew Hickman, Thomas Oppenkowski, Helen Stokes-Lampard & George Davey Smith, (2004):

Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies, vol. (363), no. (9421).

- MacGrath J. & Scarpitti, f., (1970): Youth and Drugs: Perspectives on a Social Problem, Illinois: Scott Foresman and Company
- Michael D. Stein, Anthony Charuvastra & Bradley J. Anderson, (2002): Social support and zero sharing risk among hazardously drinking injection drug users. Journal of Substance Abuse Treatment, vol. (23), no. (3).
- Yang L., et al., (2006): A correlation study of self-esteem and coping style on 268 male drug addicts (Chinese), Journal Of Clinical Psychology, vol. (2), pp 266 – 267
- Walker & Keuon, (1980): Aspects of Alcohol and drug dependence, London.