

البروفيل النفسى الاجتماعى للتوقف التلقائى عن تعاطى المواد النفسية بين طلاب الجامعات فؤاد أبوالمكارم*

تجيب عينة من الطلاب الذكور من مختلف الكليات والفرق الدراسية بمختلف الجامعات الحكومية، قوامها ٨٥٦٨ طالبا، تتراوح أعمارهم بين ١٨ إلى ٢٤ سنة، على مجموعة من بنود اختبار مقبن، تتمتع بكفاءة سيكومترية عالية، لاستكشاف البروفيل النفسى الاجتماعى للتوقف التلقائى عن تعاطى المواد النفسية. وبينت النتائج ثبات هذا البروفيل عبر مختلف المواد النفسية (السجاير - المواد النفسية الدوائية - المشروبات الكحولية - المخدرات الطبيعية). ويؤكد هذا البروفيل أن من يتوقفون تلقائيا عن التعاطى هم: من قاربوا على الانتهاء من التعليم الجامعى؛ مرتفعو الإنجاز الأكاديمى؛ غير المشتركين فى نشاطات داخل الجامعة أو فى أندية خارجها؛ من لا يعانون أمراضا جسمية أو اضطرابات نفسية؛ من تتوفر لديهم بيئة أسرية طبيعية (والدين وأخوة وأخوات) يشاطرونهم السكن؛ من حصل والديهم على قسط تعليمى متوسط على الأقل؛ من يتقلد أبائهم مهنا إنتاجية أو كتابية أو فنية، ومن تعمل أمهاتهم ربوات بيوت أو فى مهن كتابية أو فنية؛ من يواجهون تقديرا اقتصاديا إلى حد ما فى دخل الأسرة الشهرى وفى مصروفهم الثابت شهريا ، متعاطو المواد النفسية الخفيفة (المواد الدوائية المهدئة والبييرة والحشيش والبانجو) ؛ من بدأوا التعاطى لأول مرة فى أعمار متقدمة؛ من يُضطرون للتعاطى استجابة لضغوط الآخرين؛ من يقرون بالخوف من "الضرر الجسمى" و"التحريم الدينى" و"المحاذير القانونية"؛ من يعتقدون بالتأثير الضار لتعاطى المواد النفسية؛ من ينخرطون فى ممارسات سلوكية سوية.

مقدمة

تستهدف الدراسة الراهنة إلقاء الضوء على المتغيرات النفسية الاجتماعية التى ترتبط بحدوث تغير فى اتجاهات الطلاب نحو التوقف عن تعاطى المواد النفسية (السجاير، والمواد النفسية الدوائية، والمشروبات الكحولية، والمخدرات الطبيعية)،

* أستاذ علم النفس المساعد ، كلية الآداب ، جامعة القاهرة ، عضو الهيئة الأساسية للبرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .

المجلة القومية للتعاطى والإدمان ، المجلد السابع ، العدد الثانى ، يوليو ٢٠١٠ .

سواء كما يدركونها هم أنفسهم أو كما تفرضها الوقائع الموضوعية، مما يؤدي في نهاية المطاف إلى توقفهم عن تعاطيها بشكل تلقائي، دون أى مساعدة أو تدخل خارجي.

يزخر التراث حاليا بالعديد من الدراسات التي تستهدف الكشف عن العوامل المرتبطة بالتوقف عن تعاطي المواد النفسية فيما بعد الدخول فى مرحلة الاعتماد عليها. وتجدر الإشارة إلى أن الدراسات الحديثة تميز بين ثلاثة مستويات للتعاطي على أقل تقدير، هي: التعاطي "الاستكشافي أو التجريبي"، والتعاطي "بالمناسبة أو المتقطع"، والتعاطي "المتصل أو المنتظم" (أبوالمكارم، ٢٠٠٣)، وحسبما يؤكد المختصون لا تجوز التسوية بين من غامروا بالتعاطي مرة أو عدة مرات قليلة ثم أفلعوا تماما عن خوض هذه الخبرة (المتعاطون التجريبيون أو الاستكشافيون)؛ وبين أولئك الذين يقررون الاستمرار فى خبرة التعاطي ولكن تعاطيهم يتميز بأنه متقطع ويحدث تبعا لمناسبات معينة، على سبيل الترويح مثلا (المتعاطون بالمناسبة أو المتعطون المتقطعون)؛ وبين من يواظبون على هذا التعاطي حسب إيقاع معين، بصرف النظر عما إذا كانت هناك مناسبة أم لا (المتعاطون المنتظمون). وهذه الفئة الأخيرة هم الذين يخرج من بينهم من يُسمون بـ "المعتمدين على المواد النفسية" أو "المدمنين"، وهؤلاء ليسوا ضالطنا فى الدراسة الراهنة (سويف، ٢٠٠٠، ص ٢٢ - ٢٣).

إذاً، فمعظم المتعاطين يتوقفون عن تعاطي المواد النفسية المحظورة فى المرحلة "التجريبية" أو "الترويحية". ولعدد من الأسباب المركبة التي يحتمل أن تتضمن عوامل وراثية أو اجتماعية أو بيئية أو متغيرات أخرى، يرتقى تعاطي بعض الأفراد إلى طور مُعضلٍ من التعاطي. وبدون التدخل الملائم قد يصير التعاطي معتادا بل ويتطور إلى الاعتماد العضوى والنفسى (Zili & Susan, 2001).

على أية حال، إن ما تشير إليه الدراسات بخصوص مستويات التعاطى إنما يوجّه الانتباه إلى ما يتحدث عنه بعض الباحثين فى مجال التعاطى والإدمان حاليا بعمليات التغيير السلوكى التى تؤدى فى نهاية المطاف إلى التوقف عن تعاطى المواد النفسية، دون الحاجة إلى التدخلات العلاجية (أبوالكارم، ٢٠٠٣) ، وهو ما بات يُعرف بين الباحثين باسم "الشفاء التلقائى"^(١) من الإدمان على سبيل المثال : (Toneatto, Sobell, & Rubel, 1999; King & Tucker, 2000; Sobell, Ellingstad, 2000; Klingemann, 2001; Nelson, 2004; White, 2007; Mocenni, Montefrancesco, & Tiezzi, 2010) مما يعد ردا حاسما على القائلين بأن الإدمان مرض متصاعد لا يُرجى شفاؤه من حيث المبدأ، ومن ثم لا يعتقدون بفرص الشخص للتغيير بدون علاج (Gorski, 1996) . فمنذ عدة سنوات نشر شياوزى Chiauuzzi وليليجرين Liljegren ١٩٩٣ مقالا بعنوان "الموضوعات المحظورة فى علاج الإدمان : مراجعة إمبيريقية للمأثورات الشعبية الإكلينيكية" ، حددوا فيه أن الشفاء التلقائى على رأس هذه الموضوعات. هذا التفكير لا يؤدى إلى افتراض أن الأشخاص ذوى الاضطرابات المتعلقة بتعاطى المواد النفسية لن يُشفوا من تلقاء أنفسهم فحسب، بل أن البعض اقترح أن الفشل فى البحث عن علاج لمشكلة تعاطى المواد النفسية سوف تكون عواقبه مميتة (Sobell, Ellingstad, & Sobell, 2000) . وعلى سبيل المثال ، ذكر روبرت دويونت Robert Dupont ١٩٩٣ المدير الأسبق للمؤسسة القومية لتعاطى المواد النفسية (NIDA) أن "الإدمان لا يخضع للمعالجة الذاتية ، فتارك الإدمان من تلقاء نفسه يتدهور صحيا، مما يؤدى إلى الانحطاط التام، ثم إلى السجن،

وأخيرا إلى الموت". مثل هذا القول ذكره فيرنون جونسون Vernon Johnson فى كتابه "سوف أقلع غدا عن التسمم الكحولى" ... هؤلاء الأشخاص لن يكونوا قادرين على التوقف عن الشرب من تلقاء أنفسهم، وهم مجبرون على البحث عن المساعدة؛ وعندما لا يفعلون ذلك، يهلكون على نحو بائس (Johnson, 1980, p. 1).

تقتصر هذه النظرة على العاملين فى الميدان العلاجى الإكلينيكى، حتى على الرغم من أنه من المعروف لديهم شيوع مفهوم "الراحة الإكلينيكية من أعراض المرض"، الذى يعنى ببساطة مجرد تحسن فى حالة المريض بدون علاج فعال، بينما - فى المقابل - تؤكد نتائج بحوث علماء النفس أن هذا التغير فى حد ذاته يعد إنجازا معرفيا خاصا بالشخص وله دلالة (Klingemann, 2001). أى أن هذا التحول ينشأ عن خصيصة ما فى الشخص ذاته تستحق منا الاهتمام الواجب، حتى نستطيع أن نمنح صانع القرار المعرفة اللازمة لتخطيط سياسات معقولة ومتوازنة للتصدى للظاهرة.

عموما فإن المراجعة الشاملة لسلسلة المسوح الميدانية المحلية (لعينات متباينة، ومن شرائح اجتماعية متنوعة، وعلى فترات زمنية متفاوتة)، تُبين بشكل متسق أن ما يعادل ١ : ٣٢ يتوقفون تلقائيا عن تعاطى أية مادة نفسية، بدءا من تدخين السجاير وحتى تعاطى المخدرات الطبيعية مرورا بشرب الكحوليات وتعاطى المواد النفسية الدوائية بدون إذن الطبيب. وهؤلاء هم من تنطبق عليهم المبادرة الذاتية إلى التغير السلوكى، الذى يترتب عليه توقفهم تلقائيا عن التعاطى، وهم المعنيون بالدراسة الراهنة.

رُصد هذا الإجمال من ذى قبل فى عدد من النتائج التفصيلية (أبوالكارم، ٢٠٠٣)، التى يمكننا إيجازها فى الآتى :

١ - إن ما لا يزيد عن ربع العينة - تقريبا - فى أى مسح من هذه المسوح الميدانية هم الذين يتقدمون إلى تجريب تعاطى إحدى المواد النفسية سالفة الذكر.

٢ - إن نسبة قليلة (تُقدر بالخُمس إلى الربع تقريبا) ممن تقدموا إلى تجريب التعاطى هم الذين يصرون على استمرار هذه الخبرة، فى حين يتوقف غالبية المجربين (يُقدرون بما يعادل الثلاثة أرباع) بعد الخبرة الأولى مباشرة أو بعد عدد قليل من مرات التجريب، فى غضون أشهر أو سنوات قليلة من المرور بالخبرة الأولى.

٣ - إن من يصرون على استمرار خبرة التعاطى ينقسمون إلى فريقين : يمثل أعضاء الفريق الأول من بينهم الغالبية (يزيدون على ٧٥٪ فى أغلب الأحوال)، ويتسم تعاطيهم بأنه متقطع ويرتبط بمناسبات بعينها؛ بينما لا يتجاوز أعضاء الفريق الثانى ربع المستمرين فى التعاطى، وهؤلاء يأخذ تعاطيهم الشكل الدورى المنتظم.

٤ - إن من توقفوا عن التعاطى يبررون هذا التوقف بمبررات تؤيد أن المطالب الرئيسة للتعاطى إنما تتمثل فى الترويح والانتماء إلى جماعة الأصدقاء والتداوى والاستجابة لوطأة الإدمان، وهؤلاء هم ضالتنا فى الدراسة الراهنة.

وهذه النتائج بالغة الأهمية ليس فقط لما توحى به من دلالات تطبيقية، لاسيما ما يتصل منها بالتدابير والسياسات الوقائية بمختلف درجاتها، ولكن أيضا لما توحى به من إمكانات نظرية ، تعين فى تعميق فهمنا لديناميات ظاهرة تعاطى المواد النفسية. ولذا فإنها تضيف - وفقا لهذا المرجع ذاته - بعدا آخر لأهمية إجراء مزيد من الدراسات حول هذا الموضوع، والذى تعد الدراسة الراهنة لبنة أساسية فى تركيز الأضواء عليه.

ومما يؤكد الحاجة إلى إجراء المزيد من هذه الدراسات، ما لاحظته الكثيرون من المهتمين بالسلوكيات الاعتمادية أو الإدمانية (بحثا وعلاجاً) حول

التوقف أو عدم التوقف عن ممارسة هذه السلوكيات، حيث أن التوقف أو الإقلاع قد يحدث تلقائياً أو قد يحدث تحت تأثير تدخل علاجي. ووفقاً لهذه الملاحظات قد تنجح الجهود الذاتية للإقلاع وقد لا تنجح، كما أن التدخل العلاجي ينجح أحياناً ويفشل أحياناً أخرى في تحقيق التوقف المنشود (سويف ، ٢٠٠٧) . ونخلص من ذلك إلى القول بأنه على الرغم من الرصد المثير للانتباه لحقيقة رغبة البعض (بل ومحاولتهم) من مقترفي السلوكيات الإدمانية في التوقف التلقائي عن ممارسة هذه السلوكيات، فإننا لا نعرف حقيقة ما يدفع هؤلاء إلى التوقف على هذا النحو، حتى نستطيع دعمه وتوظيفه لهذا الغرض. وهو ما تأمل الدراسة الراهنة تحقيقه .

تاريخياً يرجع الاهتمام بموضوع الشفاء التلقائي من الاعتماد على المواد النفسية إلى بدايات الستينيات حينما نشر الباحث الأمريكي تشارلز فينيك C. Winick دراسته حول ما أسماه "بلوغ النضج"^(١) ١٩٦٢ والذي تتبّع فيها السجلات الرسمية في ملفات دائرة المخدرات الفيدرالية، ووجد أنه كلما قاربت أعمار المدمنين سن الـ ٣٥ - ٤٠ سنة كانوا يميلون إلى التناقص من هذه الملفات، مما أوحى لفينيك بأن بعض عمليات دورة الحياة ربما كانت متضمنة في ذلك. وسلّم بأن المدمنين قد أقلعوا عن إدمانهم بمجرد نضج بعض المراهقين عن انحراف الأحداث. تلى هذه الدراسة دراسات أخرى عديدة على سبيل المثال : (Scharse, 1966; Robins, 1973; Vaillant, 1973; O'Donnell, 1978; Brunswick, 1976; Voss, Clayton, Slatin, & Room, 1976) خلال ما يقرب من عقدين رصدت الظاهرة ذاتها، ثم جاءت فترة ليست بالقصيرة أهدمت دراستها، وأخيراً استردت عافيتها من جديد خلال التسعينيات المتأخرة وما تزال تتصاعد إلى يومنا هذا .

والشفاء هو العملية التي تُحلّ من خلالها مشكلات الكحول والمواد النفسية الشديدة الأخرى المقترنة بتطور الصحة البدنية والانفعالية والروحية والوشائجية والمهنية. وتتضمن أحد التباينات فى الشفاء من اضطرابات تعاطى المواد النفسية الفروق فى الكيفية التى تتغير بها علاقة المرء بالمواد النفسية. ويوثق التراث العلمى حول حل مشكلات الكحول والمواد النفسية الأخرى ثلاث من هذه التباينات، هى:

١ - الشفاء المبني على الإقلاع التلقائى عن التعاطى.

٢ - الشفاء المبني على التدخل بالتعديل.

٣ - الشفاء المبني على التدخل بالتطبيب.

وما يعنينا من هذه التباينات الشفاء المبني على الإقلاع التلقائى عن التعاطى. هذه الفئة من فئات الشفاء كان لها تاريخيا منحى ثقافيا لحل مشكلات الكحول والمواد النفسية الأخرى الشديدة . وينادى هذا المنحى الذى وجه الاتجاه السائد فى علاج الإدمان فى الولايات المتحدة فى العهد الحديث بالتوقف التام والدائم عن المواد النفسية الأساسية للمرء والتعاطى غير الطبى للمواد النفسية (باستثناء النيكوتين والكافيين تاريخيا). وطوال العقود العدة الأخيرة نمى دليل علمى على المناحى المعدلة لحل مشكلة الكحول والمواد النفسية الأخرى . (White & Kurtz, 2005)

على أية حال، فإن الشفاء التلقائى من الاعتماد على المواد النفسية يُعرّف بأنه "أسلوب حياة مستمر بشكل إرادى يتميز بثلاثة عناصر، هى : الإقلاع عن تعاطى المادة النفسية (سواء أكانت مشروبا كحوليا أم مخدرا طبيعيا أم مادة دوائية منومة أو ملطفة أو منشطة ... إلخ)، والصحة الشخصية (التحسن فى نوعية الحياة الشخصية بمختلف جوانبها العضوية والنفسية

(والروحية)، والقيام بواجبات المواطنة (الحياة فى ظل مراعاة المحيطين واحترامهم بما يحقق الوظائف الاجتماعية والبيئية)، وذلك كما تُحدّد وتُقاس بوسائل ومقاييس صادقة وفقا لمعايير WHO-QOL Group الصادرة عام ١٩٨٨ أ، ب" (نقلا عن : The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007). وهذه العناصر ذاتها متضمنة فى مفهوم التوقف أو الإقلاع التلقائى عن التعاطى. فقد تبين لنا أثناء عمليات الكشف التى أجريناها على قواعد البيانات المتخصصة ، باستخدام الكلمات المفتاحية : Drug use cessation, quitting drug use, stopping drug use, abstinence drug use, remission from drug abuse, natural recovery from drug abuse أنها تعطى النتائج نفسها بل وقلما يتم التمييز فى ثنايا متون المقالات الناتجة عن عملية البحث بين هذه المفاهيم، فهى تُستخدم جميعا للإشارة إلى المعنى ذاته. ولكن على الرغم من الخلط بين هذه المفاهيم، فإن جميع الدراسات التى وجدناها كانت تشير إلى عمليات الشفاء التلقائى من الإدمان، وليس التوقف التلقائى عن التعاطى الترويحى، على الرغم من أنه قد تبين لوالدورف (D. Waldorf) ١٩٨٣ أن هناك خمسة أنماط من الشفاء التلقائى غير بلوغ النضج، هى : الانسياق والاعتزال والتحول الدينى أو السياسى وأن يصير المرء سكيّرا أو مريضا عقليا والتغير الموقفى (McIntosh & McKeganey, 2000). لذلك فإننا نستخدم مفهوم "التوقف التلقائى عن التعاطى" فى الدراسة الراهنة لكى نشير به إلى من يقلعون من تلقاء أنفسهم عن المواظبة على الانخراط فى خبرة التعاطى، مستهدفين توفير معلومات عن فئة محددة ممن خاضوا هذه الخبرة لمدة، ثم أقلعوا عنها لأسباب بعينها ، وتسعى الدراسة الراهنة إلى تجليتها أمام صانعى القرارات ومخططى السياسات الوقائية.

مشكلة الدراسة

تتمثل مشكلة الدراسة الراهنة فى محاولة الإجابة عن السؤال الرئيسى التالى :
هل هناك بروفيل محدد للمتغيرات النفسية والنفسية الاجتماعية للتوقف
التلقائى عن تعاطى المواد النفسية لدى طلاب الجامعات؟ وإلى أى مدى يتغير هذا
البروفيل بتغير نوع المادة النفسية ؟
وبناء على ما تقدم يمكننا أن نحدد أهداف الدراسة الراهنة على النحو
الوارد فى الفقرة التالية مباشرة.

أهداف الدراسة

- ١ - الكشف عن أهم المتغيرات المرتبطة بتوقف الطلاب تلقائياً عن تعاطى المواد
النفسية، سواء كما يدركها الطلاب أنفسهم أو كما تفرضها الوقائع
الموضوعية.
- ٢ - توفير المعرفة الدقيقة التى يحتاجها صانع القرار لتخطيط سياسات معقولة
ومتوازنة للتصدى لظاهرة الاعتماد على المواد النفسية.

الإطار النظرى

أولاً: النماذج النظرية

ثمة دلائل تشير إلى ميل بعض المعتمدين على المواد النفسية إلى التغير الذاتى
فى اتجاه الشفاء تلقائياً بدون أية مساعدات خارجية. ولكننا لا نعرف طبيعة
الاستراتيجيات التى يستخدمونها فى عملية التغير الذاتى فى هذا الإطار قدم
ميلر (W. R. Miller) ورولنيك (S. Rollnick) ٢٠٠٢ مجموعة من العوامل
تعتبر من بين العوامل الميسرة لحدوث التغير الذى يطرأ على سلوك المدمن ويتجه

به نحو التوقف. من هذا القبيل ما يأتي: بعض التدخلات العلاجية المحدودة، وبعض المعتقدات الدينية وغير الدينية، وتأثير الكلام مع المدمن على بعض أشكال التغيير نحو الإقلاع. ومما لا شك فيه أن لهذه العوامل وأمثالها أهميتها في تقدمنا خطوة نحو فهم جزء من التغيير كما يحدث لدى عدد من المدمنين الذين يتجهون نحو الانقطاع في سلوكهم الإدماني، ولكن تظل مع ذلك أجزاء مهمة في هذه العملية بحاجة إلى مزيد من الفهم والتفسير. وتتلخص هذه الأجزاء في نقطتين أساسيتين، هما: مطلب التغيير نفسه، ثم الكيفية التي يتحقق بها أو يُدار بها هذا التغيير (سويف، ٢٠٠٧).

وفقاً لدرويكوت (S. Droycott) ودابس (A. Dabs) ١٩٩٨ يتمثل مطلب التغيير نفسه (أى في حقيقته الدينامية بغض النظر عن مجال السلوك الاعتمادى الذى يحيط به) فى إدراك الشخص لمدى التفاوت بين وضعه الذى هو عليه الآن ووضع الذى يريد أن يكون عليه بعد أن يتخلص من الاعتماد. بل ويعد - على هذا النحو - فى رأى ميلر وروولنيك ١٩٩١ نقطة البداية فى إطلاق عملية التغيير (المرجع نفسه).

وعلى الرغم من أن رصد ظاهرة الشفاء التلقائى قد بدأ منذ بداية الستينيات من القرن المنصرم، فإن الاهتمام بدراسة سيكولوجية تغيير السلوكيات الاعتمادية قد بدأ بحلول الثمانينيات، حينما نشر بروتشاسكا (J. C. Prochaska) ودى كليمنت (C. C. DiClemente) ١٩٨٣ دراستهما التى أجريها على مجموعة من مدخنى السجائر (ن = ٨٧٢) الذين يحاولون تغيير سلوكياتهم التدخينية بالجهود الذاتية. وقد تبين أن هؤلاء المدخنين فى مجموعهم يتوزعون بين خمس مراحل قطعوها فى محاولاتهم هذه ، وهى :

- ١ - مرحلة ما قبل الاعتراف بوجود مشكلة^(١) .
- ٢ - مرحلة الاعتراف بوجود مشكلة^(٢) والرغبة فى التغيير.
- ٣ - مرحلة الفعل التنفيذى^(٣) .
- ٤ - مرحلة الصيانة^(٤) .
- ٥ - مرحلة الانتكاس^(٥) .

كذلك تبين لهذين الباحثين أن هؤلاء المدخنين يلجأون إلى تفعيل عمليات (أى إجراءات عملية) مختلفة فى كل من المراحل المذكورة بأشكال وأوزان متباينة، وتتمثل هذه العمليات فى الآتى :

- ١ - رفع مستوى الوعى بالمشكلة.
- ٢ - تحرير الذات.
- ٣ - التحرر الاجتماعى.
- ٤ - إعادة تقييم الذات.
- ٥ - إعادة تقييم البيئة.
- ٦ - التشريط المضاد.
- ٧ - التحكم فى المنبهات الخارجية.
- ٨ - إدارة الدعم .
- ٩ - الراحة المؤكدة .
- ١٠ - العلاقات الاجتماعية المعاونة.

precontemplation	-١
contemplation	-٢
action	-٣
maintenance	-٤
relapse	-٥

جدير بالذكر فى هذا الصدد أن هذين الباحثين كونا مقياسا لقياس عمليات التغيير العشر هذه، يضم ٤٠ بندا ، مصوغة حسب نموذج مقياس ليكرت (R. Likert) حيث تتدرج الاستجابة على كل بند من (١ = لم أستخدم هذه العملية قط ، إلى ٥ = استخدمت هذه العملية كثيرا)، تقيس كل أربعة منها عملية من هذه العمليات. وتتراوح معاملات ثبات الاتساق الداخلى ألفا كرونباخ لبندو المقياس ما بين ٠.٧٨ ، ٠.٩١. (سويف ، ٢٠٠٧) .

فى سنة ١٩٨٦ بلور هذان الباحثان تصورهما فيما يُعرف باسم "نموذج مراحل التغيير". ويعد هذا النموذج من أكثر النماذج شيوعا بين الباحثين والاختصاصيين الإكلينيكين فى مجال الاضطرابات المرتبطة بالمواد النفسية. وهو نموذج يوجه البحث فى موضوع "تغيير السلوك الاعتمادى المستند إلى الجهد الذاتى". ويصف هذا النموذج - كما سبقت الإشارة - خمسة مراحل يحدث خلالها التغيير بدءا من عدم الوعى بإشكالية التفكير فى التغيير، إلى اتخاذ قرار بالتغيير، إلى اتباع إجراءات مخططة تؤدى إلى الشفاء . (Prochaska & DiClemente, 1986)

وبعد مرور عشر سنوات على ظهور الدراسة الأولى، نشر الباحثان نفسيهما مع نوركروس (J. C. Norcross) ١٩٩٢ دراسة أخرى ذكرا فيها أنه قد أُجريت بحوث عديدة فى هذه الأثناء مسترشدة بنموذج التغيير الذى سبق أن قدماه ، وانتهت إلى تأييد الخطوط العريضة للنموذج على النحو الآتى : إن هناك قواسم مشتركة بين تغييرات السلوك الاعتمادى كما يمارسها الأشخاص الذين يحاولون استحداث التغيير مستندين إلى جهودهم الذاتية، أو إلى جهود معالجهم النفسيين .

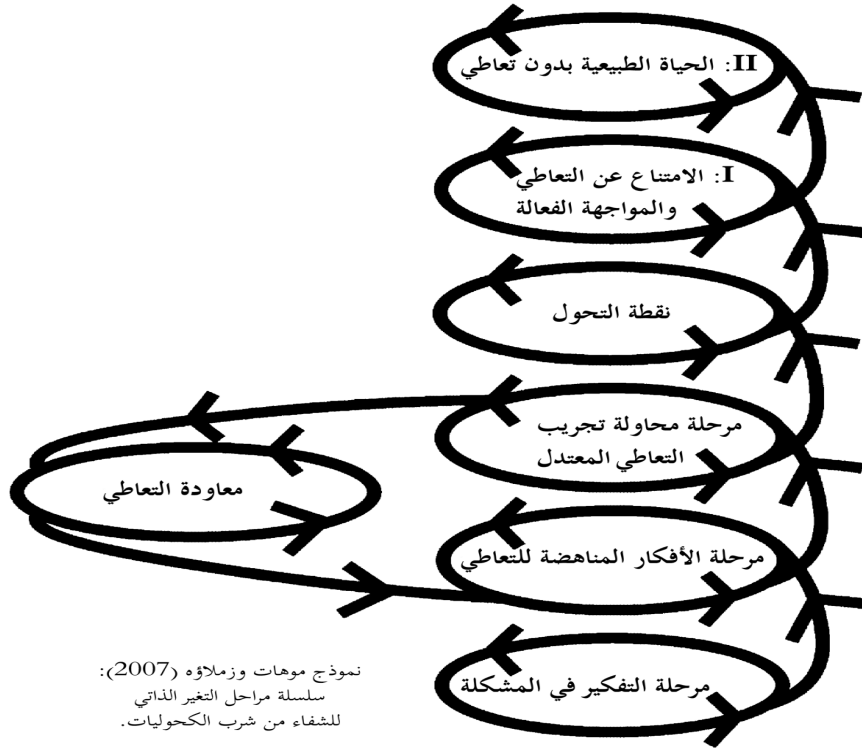
وتتمثل أهم هذه القواسم فى :

- ١ - نمط دورى من الحركة التى تتمثل فى تتابع مراحل التغيير، قد تنتهى إلى انتكاسة لتبدأ من جديد من مرحلة الاعتراف بوجود مشكلة.
- ٢ - مجموعة معينة من العمليات تدخل فى مجرى محاولات التغيير.
- ٣ - تكامل بين عدد من المراحل وعدد من العمليات.

ويرى هؤلاء الباحثون أن أهم اكتشاف تم فى هذه الفترة هو الحاجة إلى تحديد المرحلة التى يكون فيها الشخص فى لحظة ما، وذلك لتقدير درجة استعداده للبدء فى التغيير أو لمواصلة التغيير، ومن ثم تفصيل التدخل العلاجى على قدر استعداده للتغيير فى هذه اللحظة. وفى هذا الصدد، فإن صياغة النموذج بصورة واضحة محددة من شأنها أن تزيد من قدرة الأشخاص المدمنين الذين يعتمدون على جهودهم الذاتية فى محاولاتهم الانقطاع. وانتهوا حسبما يرى سوف ٢٠٠٧ إلى مزيد من بلورة تصورهم للتغيير على النحو الآتى:

- ١ - إن التغيير الناجح للسلوك الاعتمادى يستدعى المرور بعدد من المراحل، ولا يتم بوثبة واحدة.
- ٢ - معظم من يحاولون التغيير يمرون بهذه المراحل فى جملتها بعدة دورات قبل أن يصلوا إلى الاستقرار الذى يكرس الصيانة طويلة الأمد للتوقف أو الإقلاع. وفى هذا الصدد، فإن توالى هذه الدورات يتخذ لنفسه مسارا حلزونيا ، إذ يبدو وكأن كل دورة تحمل فى طياتها مزيدا من احتمالات النجاح .
- ٣ - ومعنى ذلك أنه ليس هناك ما يدعو لأن يتصور البعض أن تغيير السلوك الاعتمادى لا بد وأن يتقدم فى خط مستقيم.
- ٤ - فى إطار هذا المنظور يبدو أن بعض العمليات التى قد تظهر وكأنها متعارضة فيما بينها يمكن أن تصبح متكاملة معا إذا تم ممارستها فى إطار مفهوم المراحل .

وفى عام ١٩٩٦ اقترح دى ليون (De Leon) نموذجا آخر لمراحل التغيير، مخصص لعلاج الاضطرابات المرتبطة بتعاطى المواد النفسية، يتضمن ستة مراحل قبل بدء العلاج وأربعة مراحل أثناء العلاج. وباختباره فى الأوساط العلاجية ، تلقى هو الآخر دعما إمبريقيا ما (De Leon, 1996). كذلك، اقترح موهات (G. V. Mohatt) وزملاؤه ٢٠٠٧ نموذجا مستمدا من بيانات إمبريقية مبنية على خبرات متعاطين وصفوا شفاءهم/توقفهم عن الشرب بوصفه عملية متنامية، يمكن فهمها من خلال خمسة سلاسل مترابطة فيما بينها، كما يتبين من الشكل رقم (١) على النحو الآتى :



نموذج موهات وزملاؤه (2007):
سلسلة مراحل التغيير الذاتي
للشفاء من شرب الكحوليات.

إن الدخول فى عملية متصلة من التفكير العكسى المناهض للشرب يؤدي إلى الدخول فى محاولات من التجريب للشرب باعتدال ؛ الذى يبلغ ذروته عند نقطة التحول التى توسم بقرار نهائى بالشرب المعتدل، ومن ثم ينهمك فى المرحلة الأولى من الاعتدال : التى يبدأ عندها عملية التعايش الفعال فى ظل وجود رغبة ملحة واندفاع نحو الشرب امتثالاً لبعض المتعاطين ، ثم تأتى المرحلة الثانية من الاعتدال : حيث يتجاوز التعايش إلى ما يصفه أحد المتعاطين بأنه "الحياة كما ينبغى أن تُعاش" (Mohatt, Rasmus, Thomas, Allen, & Hazel, 2007).

على أية حال ، يُلاحظ أن جميع التصورات النظرية فى هذا السياق مبنية على بيانات مأخوذة من أفراد بلغ تعاطيهم للمادة النفسية حد الاعتماد العضوى عليها أو إدمانها حرفياً . بل وأنها مبنية فى معظمها على مفهوم مراحل التغيير. وعلى الرغم مما وُجّهت إليها من انتقادات لاعتمادها على هذا المفهوم (انظر، على سبيل المثال : Littell & Grivin, 2002) فإنها تظل مفيدة فى توجيهنا لفهم طبيعة عملية التوقف التلقائى فى الحدود التى رسمتها الدراسة الراهنة لنفسها، أى فى حدود المتوقفين عن التعاطى بغرض الترويح أو التداوى أو الانتماء لجماعة الأصدقاء، الذى لم يصل إلى حد الاعتماد العضوى. وتتنطبق هذه الملاحظة نفسها على الدراسات السابقة فى هذا المجال، إذ أنها جميعاً تنصب على من تورطوا فى تعاطى المادة إلى حد الاعتماد عليها. لذلك فإنها تعتمد بصفة أساسية على أسلوب الاستبصار فى جمع البيانات. وبطبيعة الحال، فعادة ما تكون العينة صغيرة الحجم، بل ونوعية إلى حد كبير، كما أنه لا يوجد معيار ثابت لمدة التوقف عن التعاطى قبل إجراء الاستبصار. لذلك سوف نقصر مراجعتنا للدراسات السابقة فى الجزء التالى مباشرة على عرض لأهم ما كشفت عنه من نتائج وثيقة الصلة بموضوع الدراسة الراهنة.

ثانياً: التراث وثيق الصلة بالدراسة

ثمة تباينات ثقافية فيما يتعلق بأنواع المواد النفسية التي يتعاطاها الاعتماديون. فالمشروبات الكحولية تستأثر بالنصيب الأوفر من الدراسات في مختلف الثقافات الغربية، وإن لم يمنع هذا من الاهتمام ببعض المواد النفسية الأخرى كالتبغ والكوكايين والهيروين وغيرها، ولكن في حدود ضيقة جداً. وتعد الولايات المتحدة الأمريكية مثالا نموذجيا لهذه الثقافات، فخارج هذه الحدود تعد الدراسات في هذا الموضوع شديدة الندرة.

أما فيما يتعلق بالتشخيص الراهن لحقيقة مشكلة تعاطى المشروبات الكحولية، تواصل الدراسات التي يتم إجراؤها في الولايات المتحدة تسجيل معدلات مرتفعة من الشرب الكثيف والمشكلات المرتبطة به في حرم الجامعات. إذ أن ما يتراوح ما بين ٧٥٪ إلى ٩٠٪ من طلاب الجامعات يشربون الكحوليات، وما يتراوح ما بين ٤٢٪ إلى ٤٤٪ من هؤلاء الطلاب اعترفوا بأنهم تعرضوا لنوبة شرب كثيف للكحوليات خلال الأسبوعين الأخيرين. وعلى الرغم من وجود فروق تتعلق بكل من العرق والجنس والإقليم في معدلات الشرب الكثيف للكحوليات، فإن تقديرات شربها على هذا النحو بين طلاب الجامعات تظل متسقة عبر مختلف الدراسات وفي مختلف الأزمنة. ويرتبط الشرب الكثيف للكحول بمدى واسع من العواقب السلبية، تتضمن سلوكيات اللامبالاة (كالغياب من المدرسة، والتأخر الدراسي)، والنشاطات المتهورة (كالعلاقات الجنسية غير الآمنة، والقيادة تحت تأثير المسكر)، والمشكلات مع السلطات. ولذا فإن الشرب الكثيف للكحوليات بين طلاب الجامعات يمثل شأنًا صحيا اجتماعيا مهما في الولايات المتحدة الأمريكية (Vik, Cellucci, & Ivers, 2003).

أما فيما يتعلق بحقيقة التوقف أو الإقلاع أو الشفاء التلقائي منه ،
ففى دراسة لكل من فيك (P.W.Vik) وكالبرتسون (K. Culbertson)
وسيلوتشى (T. Cellucci) ١٩٩٩ أجروها على ما يُقدَّر بـ ٢١٪ من طلاب
الجامعات ممن أسرفوا بشدة فى شرب الكحوليات خلال مرحلة الدراسة
الثانوية وأقلعوا عنها مؤخرا ، ومجموعة ضابطة من الطلاب المعتدلين فى
الشرب (نفى نصفهم أى تعاطى للكحوليات خلال الشهور الثلاثة السابقة على
إجراء الدراسة، ولم يتلق أى طالب منهم علاجاً من أى نوع لتعاطى المواد
النفسية). بيّنت نتائجها أن المستمرين فى الشرب الكثيف - مقارنة بنظرائهم ممن
قلصوا كمية الشرب - قد كشفوا عن وجود نسبة عالية من الأصدقاء الحميمين
يشربون الكحوليات بانتظام وأقروا بحدوث تعضيد اجتماعى^(١) شديد، وتوقعات
إيجابية بالتعايش مع الكحول، وعبروا عن معارضة شديدة لتغيير الشرب وتعرّف
مشكلته، ومروا بعواقب وخيمة جدا ولامبالاة بالكحول خلال السنة الماضية على
إجراء الدراسة.

علاوة على هذا، من المعروف أن الشرب ينخفض بشكل دال خلال
العشرينيات من العمر نتيجة لتأثير الزواج والأبوة. وربما يرجع أيضا خلال
سنوات الدراسة الجامعية إلى زيادة الانهماك الأكاديمى والإعداد لتقلد وظيفة.
كما تؤثر الخصائص الاجتماعية (من قبيل التيسير الاجتماعى والمعايير المدركة
ووجود نموذج من الشاربين المحيطين ... إلخ) لسياق الشرب بين طلاب
الجامعات على تعاطى الكحول. ويرتبط الشرب الكثيف بموافقة الأقران وأحكامهم
المعيارية المزيفة على تعاطى الكحول. وثمة أدلة توحى بأن الشاربين المشكلين
يبدأون الشرب فى أعمار أصغر من نظرائهم من غير المشكلين، وأنهم يتوقعون

أن يقلل الكحول الحالات الانفعالية المنفرة لديهم أكثر مما يقر به غير المشكلين، ولديهم كذلك توقعات إيجابية أكثر بخصوص الكحول. ويرتبط الشرب المشكل بين طلاب الجامعات بانخفاض فعالية الذات وارتفاع الأعراض الاكتئابية مقارنة بالشرب غير المشكل. كما يميز وجود سلوكيات مشكلة بين المستمرين في الشرب والذين قللوا شربهم (Vik, Cellucci, & Ivers, 2003).

وعلى صعيد الرغبة في التغيير الذاتي في هذا السياق الثقافي نفسه، ثمة دليل على إمكان التعافى من مشكلات شرب الكحوليات دون تلقى أى علاج رسمى. فهذا التغيير الذى يُطلق عليه اسم "الشفاء التلقائى"، يعد شائعاً بين الجمهور العام فعادة ما يبدأ شرب الكحوليات فى مرحلة الدراسة الثانوية ويتصاعد مع دخول الجامعة، ويتناقص تدريجياً خلال المرحلة الجامعية ثم يتلاشى بعد مرورها. ويظهر شرب الكحوليات وتعاطيه بكثافة، وعواقبه الصحية بين الجمهور العام بأعلى معدل له خلال مرحلة المراهقة المبكرة. إذ يُقدَّر معدل انتشار الاضطرابات المرتبطة بشرب الكحوليات بين طلاب الجامعات بما يعادل ١٣٪ لسوء استعمالها و ١١٪ للاعتماد عليها، ويقلل معظم صغار الراشدين شربهم الكثيف للكحوليات بدون أى تدخل، ومع ذلك تستمر قلة من الطلاب فى شرب الكحوليات بكثافة بعد التخرج من الجامعة، بل وقد تظهر لديهم دلائل على وجود اضطرابات مرتبطة بالشرب. والمهم أن الباحثين يؤكدون حاجتنا إلى فهم العوامل المسؤولة عن خفض الشرب الكثيف للكحول بين طلاب الجامعات، إذ أن هذا يمكن أن يرشدنا إلى تنمية جهود الوقاية الثانوية^(١) بين الطلاب مرتفعى الهشاشة (المرجع نفسه).

secondary prevention.

-١

وتشير الدراسات الإمبريقية إلى أن ٧٧٪ ممن استمروا على الشفاء لمدة سنة أو يزيد يحدث الشفاء لديهم بدون علاج رسمي، ولقد ركز علماء النفس الذين قاموا بدراسة هذه الظاهرة على الظروف والأحداث التي تحيط بعملية التغيير. ألقى هؤلاء الضوء على أهمية التقدير المعرفي (أى وزن الخسائر والمكاسب) فى عملية التغيير، ووجدوا أن الأحداث السلبية عبر فترة من الزمن تبلغ ذروتها فى صورة حدوث مثير "للاستياء" ذو دلالة بالنسبة للشخص، وفى صورة إعادة تقييم لسلوك الشرب. كذلك اكتسبت الدافعية أو الاستعداد لتقليل الشرب أهمية بين الباحثين والإكلينيكين فى مجال شرب الكحوليات بوصفها عاملاً يسهم فى تقليل الشرب بين الشاربين المشكلين وطالب الجامعات. ومن هنا يتضمن تقليل الشرب عملية تنطوى على العديد من مراحل التغيير (المرجع نفسه).

وعموماً فإن التراث المنشور يحتوى على بعض المراجعات القيمة فى هذا الموضوع (انظر على سبيل المثال : Nelson, 2004; Klingemann, 2001) وأهم ما تؤكد هذه المراجعات أن موضوع الشفاء التلقائى بات يثير مناقشات موسعة حول أهمية التغيير الذاتى، نظراً لأن مخطى السياسات فى مجال الإدمان عادة ما يواجهون بانتقادات شديدة لزيادة تكلفة العلاج المتخصص (Peele, 1989). وقد أدت هذه الاعتبارات الاقتصادية فى تمويل العلاج إلى تنشيط الاهتمام بما يسمى "التدخل إلى أدنى حد"، ممثلاً فى "المراقبة طويلة الأمد منخفضة الشدة للحالة" (Stout, Rubin, Zwick, Zywiak, & Bellino, 1999) و"المساعدة على العودة التلقائية"^(١) (Klingemann, 2001).

spontaneuos remission.

-١

وبالإضافة إلى المشروبات الكحولية التي تمثل بنذا ثابتا فى هذه السياقات الثقافية هناك مواد نفسية أخرى يدوم وجود بعضها نسبيا ويستمر البعض لفترات قصيرة ثم تختفى والبعض الثالث يظهر فى شكل دورات فتظهر ثم تختفى نسبيا ثم تعاود الظهور بقوة مرة أخرى ... وهكذا. ومن بين هذه المواد الماريجوانا والهيروين والكوكايين والكراك.

ففيما يتعلق بالماريجوانا والكوكايين والكراك، وُجّهت تعليمات للمستجيبين فى دراسة أجراها جونستون (Johnston) ١٩٩٨ مؤداها: "هناك بعض الأسباب التى يقدمها المتعاطون لتعاطيهم الماريجوانا، أو لتوقفهم عن تعاطيه "من فضلك اذكر الأسباب التى تنطبق عليك بوضع علامة أمام كل ما ينطبق عليك". وُجّهت هذه الأسئلة للمستجيبين الذين أقرّوا بأنهم لم يتعاطوا خلال الإثنى عشر شهرا الماضية، ويُستبعد من بينهم المستجيبون الذين يذكرون أنهم "ربما يتعاطون" أو "بالتأكيد سوف يتعاطون" خلال الإثنى عشر شهرا التالية. وهنا يُميّز بين نوعين من غير المتعاطين: "المتنعين عن التعاطى"^(١) (أى أولئك الذين لم يتعاطوا أبدا) و"المقلعين عن التعاطى"^(٢) (المعرّفين بأنهم من كانوا يتعاطون فيما مضى ولم يتعاطوا خلال الإثنى عشر شهرا السابقة). وبوضوح أمدنا المتنعون عن التعاطى بأسباب أكثر لامتناعهم مما أمدنا به المقلعون عن التعاطى لإقلاعهم. وعلى أية حال يميل ترتيب الرتبة المقدم لمختلف الأسباب لأن يتشابه تماما بالنسبة لكل من المتنعين والمقلعين، على الرغم من أنه بالنسبة لكل سبب تقريبا كان احتمال أن يذكر المتنعون السبب ضعيفا. ويتعلق السببان المذكوران على نحو شائع جدا من قبل المتنعين عن التعاطى أنهم ربما يؤذون

abstainers

-١

quitters

-٢

أنفسهم نفسيا وبدنيا. وقد ثبت أن هذه المعتقدات حول مخاطر الأذى المحتمل تعد محددات مهمة جدا بالنسبة لسلوكيات تعاطى المواد النفسية نقطة الانحدار. ويُذكر سبب "الخوف من أن يصير مدمنا" بواسطة الممتنعين أكثر بكثير من المقلعين، والتفاوت كبير أيضا فيما يتعلق بسبب "هو ضد معتقداتي"، الذي يعد مهما بالنسبة لأغلب الممتنعين ولكن لأقل من ربع المقلعين. وقلما يحدد المقلعون أسبابا مثل أنهم "لا يشبهون المتعاطين" أو أن "أصدقائهم لا يتعاطون". وعلى أية حال فإن المقلعين من المحتمل أكثر أن يصفوا تدخين الماريجوانا على أنه "غير ممتع"، وهو ما أقر به حوالي ٤٠٪ من المقلعين في مقابل ما يقل عن ٢٠٪ من الممتنعين. وهذا يعنى أن نأخذ بعين الاعتبار أن الممتنعين ليست لديهم خبرة حقا بتحديد ما إذا كان ممتعا أم لا. لاحظ أن ما يتراوح ما بين ٣٠٪ إلى ٤٠٪ من مجمل العينة أقرروا بالقلق من "فقدان الطموح" (المرجع نفسه). إذ وُجد أن ٤٠٪ أقرروا بفقدان الحيوية بوصفه نتيجة للتعاطى فيما بين المتعاطين يوميا للماريجوانا (Johnston, 1981).

وذكر "الخوف من الاعتقال" بواسطة أقل من نصف كل من الممتنعين ٤٨٪ والمقلعين ٤٠٪، ومع ذلك فما يزال موضع عناية البعض، كما نُكر عدم تيسر الحصول من ناحية أخرى بواسطة أقل من ١٠٪ من أفراد العينة، مما يقيم الدليل على ادعاء جونستون وآخرين ١٩٩٥ في موضع آخر بأن الماريجوانا يعد متاحا في جميع الأحوال تقريبا بالنسبة لهذه المجموعة العمرية، وكان الاهتمام بالتكلفة (الارتفاع الباهظ للثمن) ملحوظا بالنسبة لحوالي ربع العينة.

وتتشابه البيانات الخاصة بمسحوق الكوكايين للبيانات المستخلصة بالنسبة للماريجوانا، باختلاف طفيف في صيغة الإجابة فيما يتعلق بمسحوق الكوكايين؛ فبدلا من أن يُطلب فحص جميع الأسباب التي استشعروا أنها كانت مهمة لعدم

تعاطيهم، طُلب من المستجيبين اختيار درجة أهمية كل سبب على مقياس من ثلاث درجات: "غير مهم على الإطلاق"، و"مهم إلى حد ما"، و"مهم جدا". ويذكر الممتنعون عن تعاطى الكوكايين أكثر من سبب لعدم تعاطيهم، ولكن ليس أكثر بشكل لافت من المقلعين عن تعاطيه، فعلى النقيض من الماريجوانا يحتل سبب "الخوف من الإدمان" أعلى الأسباب التي ذكرها جميع المستجيبين، وهو يصدق على كل من المقلعين عن التعاطى والممتنعين عنه. وحصل الاهتمام بالضرر البدنى والنفسى على رتبة عالية جدا بالنسبة للكوكايين والماريجوانا أيضا، ويعكس هذا تغيرا كبيرا. وفى أواخر السبعينيات وبواكير الثمانينيات حينما ازدهر تعاطى الكوكايين فى الولايات المتحدة كان يُنظر إليه على أنه مادة آمنة نظرا لأن الخبراء أعلنوا أنه ليس إدمانيا أو مميتا وصدقهم الكثيرون حينئذ، واستغرق الأمر بعض الوقت حتى تتراكم الخبرة بل وحتى يرى الناس النتائج، ذلك أن احتمال أن يفضى إلى مواد أقوى يعد أيضا اهتماما للغالبية العظمى، ويُذكر "الخوف من الاعتقال" من قبل الكثيرين من المستجيبين كسبب لعدم تعاطى الكوكايين أكثر منه لعدم تعاطى الماريجوانا، ويتمثل أحد الأشياء اللافتة للنظر فى عدد الأسباب المذكورة على أنها مهمة جدا بواسطة الغالبية العظمى من كل من المجموعتين. ويتمثل الاستثناء الوحيد فى سبب "عدم التوفر"؛ ففي حين ذُكر هذا السبب بواسطة ٦٠٪ من الممتنعين عن التعاطى، ذُكر بواسطة أقل من ٥٠٪ من المقلعين عنه، وذُكر سبب "باهظ الثمن" بواسطة ٨٠٪ تقريبا من كل من المجموعتين فيما يتعلق بمسحوق الكوكايين، أعلى كثيرا منه فيما يتعلق بالماريجوانا. ويتسق هذا العدد الوافر من الأسباب المقررة بشكل مرتفع فيما يتعلق بعدم التعاطى مع حقيقة أنه خلال السنوات الأخيرة تتعاطى الكوكايين نسبة قليلة فحسب من هذه المجموعة العمرية. ففي عام ١٩٩٤ كان معدل الانتشار السنوى فيما بين كبار

تلاميذ المدارس الثانوية ٣٦٪ مقارنة بـ ٣١٪ فيما يتعلق بالماريجوانا، كذلك فإن النتائج الخاصة بالمقلعين عن الكراك، المبنية على ١٠٥ حالة فقط تشبه تماما النتائج الخاصة بمسحوق الكوكايين، فيما عدا أن التباينات بين الإجابات الواردة من خلال الممتنعين عن التعاطى وتلك الواردة من خلال المقلعين عنه تعد أكبر قليلا فيما يتعلق بالكراك (Johnston, 1998).

وفيما يتعلق بالهيروين قدم كل من والدورف (D. Waldorf) وبييرناكي (P. Biernacki) ١٩٧٩مراجعة شاملة لجميع البحوث المنشورة حتى حينه على ظاهرة الشفاء التلقائي من إدمان هذا المخدر^(١) ويخلصان من هذه المراجعة إلى تأكيد أن أعدادا جوهريّة من مدمني الهيروين يشفون تلقائيا من إدمانهم بدون أية تدخلات علاجية.

ونود أن نلفت الأنظار أخيرا إلى أن الإقلاع عن تدخين السجائر قد حظى بأوفر قدر من الاهتمام البحثي، سواء بالحث على التوقف أو بالتوقف التلقائي الفعلي عنه. وتعد الجهود المبذولة للإقلاع عن تدخين الطباق عديدة ومتنوعة. فقد حدد جرابوفيسكي (J. Grabowski) وهول (Hall) ١٩٨٥ خمسة مستويات وكيفيات مبنية على بعضها البعض من جهود الإقلاع، تتضمن التدخل الاجتماعي أو حملات التوعية المعلوماتية^(٢) وبرامج المساعدة الذاتية، وبرامج المساعدة الجماعية، وبرامج التدخل السلوكي الفردية، والتدخلات الفارماكولوجية (Grabowski, 1986). وتتنوع أصول هذه البرامج فبعضها استُخلص من خلال

١- جدير بالذكر أننا لم نصادف ولو دراسة واحدة منشورة منذ ذلك الحين حول الشفاء التلقائي من الهيروين. وربما يرجع هذا - فيما يبدو - إلى ضعف الاهتمام بظاهرة الشفاء التلقائي من الإدمان عامة منذ أواخر السبعينيات وخلال الثمانينيات والتسعينيات المبكرة من القرن المنصرم، قبل معاودة الاهتمام بها من جديد خلال التسعينيات المتأخرة.

الاستراتيجيات المعيارية للمشكلات الصحية التي تحدث على خلفية اجتماعية، بينما استُمدت الأخرى من مخططات نظرية متطورة نوعاً ما (انظر على سبيل المثال : Marlatt, 1982, 1985) وما تزال أخرى تُستمد من العلم الإكلينيكي المنضبط (انظر على سبيل المثال : Hall, Rugg, Tunstall, & Jones, 1984; Hall & Miller, 1985). وفي هذا الصدد رصدت البحوث بعض العوامل الاجتماعية المؤثرة في التوقف التلقائي عن التدخين، على النحو الآتي:

١ - تقلص احتمالات التوقف عن التدخين بانخفاض المكانة الاجتماعية الاقتصادية (ممثلاً في كل من مستويات الدخل المنخفضة وتحقيق مستوى تعليمي منخفض ومكانة مهنية منخفضة) .

(Health Canada, 1994, 1995; Millar, 1997; Matthews, 2001; Ockene, Ma, Zapka, Pbert, Valentine Goins, & Stoddard, 2002; McClure, 2004; Jesse, Graham, & Swanson, 2006; Ward, Weg, Sell, Scarinci, & Read, 2006).

٢ - تعد الشبكات الاجتماعية وغياب أو وجود المساندة الاجتماعية عوامل مهمة في تقليل التدخين أو التوقف عنه ، فهناك علاقة بين المكانة المنزلية والتوقف عن التدخين ؛ وعلى سبيل المثال ترتبط زيادة مخاطرة التدخين بالمعيشة مع آخرين يدخنون (Fang, et al., 2004; Haslam, Draper, & Goyder, 1997; Ward, et al., 2006). كما أن وجود شخص آخر يدخن في المنزل ييسر الوصول إلى السجائر مما يؤدي إلى زيادة الإغراء بالتدخين (Edwards & Sims-Jones, 1998; Thompson, Parahoo, McCurry, O'Doherty, & Doherty, 2004; Wakefield & Jones, 1998).

علماً بأن المكانة المنزلية تتقاطع مع عدد من المتغيرات الاجتماعية التي تحدد مدى الانخراط في التدخين، من قبيل : مستوى التعليم، والعرق، ومستوى الدخل، والحالة الزوجية ... إلخ (Greaves, Poole, Okoli, Hensing, Qu, Bialystok, & O'Leary, 2011).

وفى دراسة حديثة لأوكوييمى (K. Okuyemi) ٢٠١٢ انتهت إلى عدد من الأسباب القائمة وراء رغبة المشاركين فى الإقلاع عن التدخين، تتمثل فى الآتى :

- ١ - المظهر الشخصى.
- ٢ - المنافع المالية والتكلفة الكبيرة للسجاير.
- ٣ - تقليل المخاطر الصحية على الذات والأبناء.
- ٤ - المنافع النفسية والعاطفية.
- ٥ - الفرع من التدخين غير المباشر.
- ٦- الرغبة فى أن يكون نموذجا جيدا للأطفال.
- ٧ - تأثر اللياقة البدنية.
- ٨ - الشعور بالذنب.
- ٩ - عدم الملاءمة بمقتضى سياسات التدخين داخل الأماكن المغلقة والأماكن المسموح فيها بالتدخين.
- ١٠ - تحاشى الرائحة الكريهة للتنفس والملابس ومكان الإقامة، ومظهر النيكوتين على اليدين والأسنان.

وختاما لهذه المراجعة فإن الدراسة الراهنة تؤسس على ما استنتجه سوبل (L. C. Sobell) وإيلينجستاد (T. P. Ellingstad) وسوبل (M. B. Sobell) ٢٠٠٠ من خلال مراجعتهم المنهجية لجميع الدراسات المنشورة بالإنجليزية قبل نهاية عام ١٩٩٧ على الشفاء التلقائى من المشكلات المتعلقة بالمشروبات الكحولية والمواد النفسية الأخرى، باستثناء تدخين السجاير والتي

بلغت ٣٨ دراسة . ولذا فإن الدراسات المستقبلية فى هذا السياق ينبغى أن تركز على ما يأتى :

- ١ - الخصائص الديموجرافية للمستجيبين عند الشفاء.
- ٢ - وصف شدة مشكلتهم قبل الشفاء.
- ٣ - الاستكشاف المتعمق للعوامل أو الأحداث أو العمليات المرتبطة بعملية تغييرهم الذاتى.
- ٤ - التركيز على تقاريرهم الذاتية.
- ٥ - فحص العوامل المرتبطة بحفاظهم على الشفاء.
- ٦ - استبار الأفراد الذين شفوا تلقائياً من الكوكايين والماريجوانا والتعاطى المتعدد.
- ٧ - استبارهم مرة ثانية فيما بعد لاختبار ثباتهم على الشفاء التلقائى.
- ٨ - فرض إطار زمنى للشفاء التلقائى لا يقل عن خمس سنوات.

وفى إطار هذه التوجهات المستقبلية، تأتى الحدود التى رسمتها الدراسة الراهنة لنفسها ، ومن ثم نحدد أهم مبرراتها فى الفقرة التالية مباشرة.

مبررات إجراء الدراسة

- ١ - توجيه الانتباه - فى السياق المحلى - إلى ضرورة الاهتمام بعمليات التغيير الذاتى التى تؤدى فى نهاية المطاف إلى التوقف التلقائى عن تعاطى المواد النفسية دون الحاجة إلى التدخلات العلاجية.
- ٢ - توفير المعرفة العلمية الدقيقة بهذه العمليات لتخطيط برامج وقائية تتوفر فيها درجة معقولة من الكفاءة ، إذ لا يمكن بدونه تحديد الحجم الحقيقى للمستهدفين من برامج الوقاية فى مختلف مستوياتها. ومن ثم تفقد هذه البرامج فعاليتها وتتبدد أموال وطاقات لا مبرر لها.

الإجراءات المنهجية للدراسة

أولاً: عينة الدراسة ومواصفاتها

تفرض طبيعة الظاهرة موضع الدراسة الوبائية توقع تضائل أعداد المستمرين فى المسح الميدانى جراء عمليات التصنيف (التفتيت) المتتالية لأفراد العينة. إذ يمثل المتوقفون عن تعاطى المواد النفسية نسبة من جمهور المتعاطين فعليا. فإذا ما علمنا أن المتعاطين يمثلون - أصلا - نسبة ضئيلة من بين الجمهور العام، ندرك أنه لم يكن أمامنا بد - ونحن بصدد محاولة التعرف على ما يرتبط بالتوقف عن التعاطى من متغيرات - من محاولة تحقيق هذا الهدف إلا من خلال دراسة مسحية على جمهور عريض بعينه. لهذا السبب رُوعى أن تُمثّل عينة الدراسة بعدد يسمح - بعد إجراء التصنيفات الضرورية - بتنفيذ التحليلات الإحصائية المطلوبة دون أن تفقد هذه التحليلات قيمتها. واقتضى هذا المحدد نفسه أيضا أن تقتصر عينة الدراسة على الذكور فقط، نظرا لتضائل أعداد الإناث المتعاطيات لمعظم المواد النفسية. لذلك سُحِبَت عينة قوامها ٨٥٦٨ طالبا ، يمثلون حوالى ٢٪ من إجمالى جمهور طلاب الجامعات الحكومية سنة البحث (٤٣٧١٠٠ حسب الأعداد المدرجة بوزارة التعليم العالى). وفى ظل التحقيق الأمثل لهذه النسبة من المشاركين، اتبع فى سحب العينة الإجراء المعروف باسم "العينة الاحتمالية متعددة المراحل"، فمُثِّلَت فيها مختلف الكليات والفرق الدراسية فى مختلف الجامعات الحكومية على مستوى الجمهورية بمختلف فروعها البالغة ٢٣ ومختلف الفرق الدراسية، وتراوحت أعمارهم بين أقل قليلا من ١٨ سنة وأكثر قليلا من ٢٤ سنة.

توزع المشاركون فى الدراسة حسب تعاطيهم لمختلف المواد النفسية فى جميع مستويات التعاطى على النحو المبين فى الجدول رقم (١) وما يعيننا الإشارة

إليه من خلال هذه التوزيعات هو أعداد المتوقفين عن تعاطي هذه المواد بعد إجراء عمليات التصنيف سالفه الذكر. إذ يتبين - حسب هذا الجدول - أن مدخني السجائر يمثلون ما يقرب من خمس أفراد العينة، توقف حوالى سدسهم عن التدخين؛ بينما يمثل كل من متعاطى المواد الدوائية والمخدرات الطبيعية على حدة حوالى العشر، ويمثل شاربو المواد الكحولية حوالى السدس، وتوقف عن تعاطي كل من هذه المواد الثلاث على حدة حوالى الثلثين.

جدول (١)

المستمررون والمتوقفون عن تعاطي مختلف المواد النفسية
من بين مجمل جمهور طلاب الجامعات الحكومية سنة البحث

المواد النفسية	العينة	المتعاطون		المستمررون		المتوقفون		غير المتعاطين	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تدخين السجائر	١٦١٦	١٨٩	١٣٦٢	٨٤٣	٢٥٤	١٥٧	٦٩٥٢	٨١١	
تعاطى المواد الدوائية	٧٤٩	٨٨	٢٥٨	٣٤٥	٤٩١	٦٥٦	٧٨١٩	٩١٢	
شرب الكحوليات	١٢٩٦	١٥٢	٤٣٨	٣٣٨	٨٥٨	٦٦٢	٧٢٧٢	٨٤٨	٨٥٦٨
تعاطى المخدرات الطبيعية	٨٧٢	١٠٢	٢٩٥	٣٣٨	٥٧٧	٦٦٢	٧٦٩٦	٨٩٨	

ثانياً: أساليب وأدوات جمع البيانات

تعد طريقة المسح الوبائى المعتمد أساساً على التقرير الذاتى، أدق الأدوات التى يمكن الاعتماد عليها للوصول إلى تقدير صحيح لحجم مشكلة التعاطى، نظراً لأنها تكون مزودة بتقدير لاحتمالات الخطأ المتضمنة فى أية معلومة مما تقدمه لنا (سوييف ، ٢٠٠٠ ، ص ٥٦) وهناك دلائل مؤكدة تساند ما يسلم به كثير من الباحثين فى الميدان من أن هناك ما يبعث على الثقة فى صدق وثبات التقارير الذاتية عن التعاطى (سوييف ، ١٩٩٥) لذلك اعتمدنا فى جمع بيانات الدراسة الراهنة على استخبار مقنن للتعاطى، شارك فى إعدادهِ وتطويرهِ أعضاء الهيئة الأساسية للبرنامج الدائم لبحوث تعاطى المخدرات بالمركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

إعداد الاستخبار

أعد الاستخبار في صورته الأولى منذ المسح الوبائي الذي أُجرى على طلاب الجامعات في نطاق القاهرة الكبرى عام ١٩٨٣ وكان حينئذ يتكون من ٨٧ بنداً (Soueif et al., 1986, 1987). ثم خضع لعدد من التطويرات حافظت على بنيته الأساسية فعدلت وأضيفت إليه بعض الأسئلة الجديدة، حتمتها بعض المستجدات في سياق تطور أبعاد الظاهرة، حتى بلغ عدد البنود المكونة له في المرحلة الراهنة ٢٢٧ بنداً^(١) انتقينا منها عدداً من البنود التي جُمعت من خلالها بيانات الدراسة الراهنة بلغ عددها ٧٤ بنداً.

ثبات أسئلة الاستخبار

حُسب ثبات أسئلة الاستخبار بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة تتكون من ٥٤٩ طالباً. وبما أننا هنا بصدد بنود يعتبر كل منها وحدة قياسية مستقلة، أي كأنما كل بند يقوم كمقياس مستقل بذاته ، فقد كان علينا أن نحسب ارتباط كل بند مع نفسه بين التطبيق وإعادة التطبيق. وتبين معاملات الثبات لهذه البنود في الجدول رقم (٢) ، وبالنظر في هذا الجدول يتضح أن تقديرات الثبات الأقل من ٧٠٪ (نسبة مئوية للاتفاق أو ٧٠٪ معامل ارتباط بيرسون أو معامل توافق) لم تتجاوز معاملين فقط. وأن ٩٧٪ من مجمل معاملات الثبات الواردة بالجدول نفسه قد تجاوزت ٧٠٪ أو ٧٠٪ حوالى ٩٠٪ منها تجاوزت نسبة الـ ٨٠٪ ، أو ٨٠٪ وهو ما يعنى أن قياسنا للظاهرة موضع الاهتمام يعد على الأرجح متحرراً من الخطأ (Guilford & Fruchter, 1983, p. 407) وأن القيم التي يتم الحصول عليها باستخدام هذه البنود تعد بالتالى قابلة للتعميم، نظراً لأنها تتجاوز مجرد حدوثها النوعى في الظاهرة (Sechrest, 1984) إذ إنه بالإمكان الأخذ بما تقدمه من معلومات والاعتماد عليها.

١- قام كاتب هذا المقال والزميل الدكتور أيمن عامر - عضوا اللجنة - بإدخال بعض التطويرات المحدودة على الاستخبار في هذه المرحلة، تمثلت في : إضافة مجموعة من البنود التفصيلية إلى محور تدخين السجائر؛ وإضافة عدد من البنود إلى استخبار الانحرافات السلوكية الملحق بالاستخبار الأساسى؛ وإضافة محور جديد يتعلق بتعاطى البانجو.

(تابع) جدول (٢)

تقديرات الثبات بطريقة إعادة التطبيق لبنود الاستخبار المتضمنة في الدراسة

معامل الثبات	طريقة حساب الثبات	عدد الحالات	البند ورقمه
٪٨٩	نسبة مئوية للاتفاق	٩	١٠٣- أسباب توقف الطالب عن تعاطي المواد النفسية الدوائية
٪٨٤٫٢	نسبة مئوية للاتفاق	٥٦٢	١٠٧- اعتقاد الطالب في فائدة المواد النفسية الدوائية المهدئة
٪٩٠٫٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٠٧	١٠٨- اعتقاد الطالب في فائدة المواد النفسية الدوائية المنشطة
٪٨٥٫٦	نسبة مئوية للاتفاق	٥٠٧	١٠٩- اعتقاد الطالب في فائدة المواد النفسية الدوائية المنومة
٠٫٩٩	معامل ارتباط بيرسون	١٤	١٢٠- عمر الطالب عند شرب البيرة لأول مرة
٠٫٩٠	معامل ارتباط بيرسون	١٠	١٢١- عمر الطالب عند شرب النبيذ لأول مرة
-	-	٥	١٢٢- عمر الطالب عند شرب الويسكي لأول مرة
٪٨٧	نسبة مئوية للاتفاق	٢٤	١٢٨- سعى الطالب للحصول على المشروبات الكحولية لأول مرة
٪٨٥٫٦	نسبة مئوية للاتفاق	١٠	١٤٠- أسباب توقف الطالب عن شرب المشروبات الكحولية
٪٩٧٫٥	نسبة مئوية للاتفاق	٥٢٨	١٤٤- الاعتقاد في فائدة المشروبات الكحولية
-	-	-	١٥٥- عمر الطالب عند تعاطي الحشيش لأول مرة
-	-	١	١٥٦- عمر الطالب عند تعاطي الأفيون لأول مرة
-	-	-	١٥٧- عمر الطالب عند تعاطي الهيروين لأول مرة
-	-	-	١٥٨- عمر الطالب عند تعاطي الكوكايين لأول مرة
-	-	٣	١٥٩- عمر الطالب عند تعاطي البانجو لأول مرة
-	-	-	١٨٤- أسباب توقف الطالب عن تعاطي المخدرات الطبيعية
٪٩٦٫٣	نسبة مئوية للاتفاق	٥٣٣	١٨٨- الاعتقاد في فائدة المخدرات الطبيعية
٪٨٦٫١	نسبة مئوية للاتفاق	٥٣٢	١٨٩- الغش في الامتحان
٪٧٣٫٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٠	١٩٠- الشجار مع أحد زملاء
٪٨٩	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٤	١٩١- السطرد من المحاضرات
٪٧٩٫٩	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٧	١٩٢- الشجار مع أحد الوالدين أو كليهما
٪٩٦٫٩	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	١٩٣- ترك البيت بعد مشادة مع الأهل
٪٩٦	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	١٩٤- ضرب أحد زملاء
٪٩٧٫٨	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	١٩٥- السرقة من البيت
٪٩١٫٨	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	١٩٦- المشادة مع أحد الأساتذة
٪٩٨٫٩	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	١٩٧- السرقة من زملاء
٪٩٩٫١	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	١٩٨- السرقة من المحال التجارية
٪٩٦٫٩	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	١٩٩- الوقوع في متاعب ما مع البوليس

(تابع) جدول (٢)

تقديرات الثبات بطريقة إعادة التطبيق لبؤود الاستخبار المتضمنة في الدراسة

معامل الثبات	طريقة حساب الثبات	عدد الحالات	البند ورقمه
٪٩١	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٠- التعبير عن الغضب بكسر حاجة لها قيمة في البيت
٪٩١٢	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	٢٠١- أخذ حاجة أو فلوس من أحد عن طريق الضغط أو الاستغلال
٪٧٩٢	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٧	٢٠٢- الششججار مع أحسد الأخسووة
٪٩٤٣	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٣- لعب الكوتشيننة أو الطاولة أو الدومينو على فلوس
٪٩٣١	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٤- نقل كلام تسبب في وقوع مشاكل بين بعض أفراد الأسرة
٪٨٨١	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٥- الششججار مع أحسد الجيران
٪٩٨٢	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٦- السهروب من البيت
٪٨٩٧	نسبة مئوية للاتفاق	٥١٥	٢٠٧- معاكسة إحدى الفتيات بطريقة ضايقتها
٪٨٠٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٨- ضرب أحسد الأخسووة
٪٩٧٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٦	٢٠٩- كتابة عبارات مخلة على خلفية أبواب الحمامات
٪٩٥٧	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	٢١٠- الاعتداء بأيئة صورة على مرافق الجامعة
٪٩٩٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	٢١١- سب أو ضرب أحد العمال داخل الجامعة
٪٩٥٦	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	٢١٢- الشجار مع أحد المارة في الشارع لسبب تافه
٪٩٨	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٥	٢١٣- الشجار مع أحد سائقي نقل الركاب بدون سبب واضح
٪٩٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٤	٢١٤- الضغط على جرس أحد البيوت بلا مبرر
٪٩٤١	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٤	٢١٥- الاتصال تليفونيا بأحد الأرقام لمجرد المعاكسة أو المضايقة
٪٩٥٤	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٢	٢١٦- نقل كلام تسبب في وقوع مشاكل بين بعض الزملاء
٪٩٥٦	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٤	٢١٧- التهرب من دفع أجرة الركوب في إحدى وسائل النقل العام
٪٩٦٣	نسبة مئوية للاتفاق	٥٤٣	٢١٨- التحدث بألفاظ نابية مع الزملاء في الشارع على مسمع من الآخرين

نتائج الدراسة

- سوف تنتظم خطتنا لعرض نتائج الدراسة الراهنة فى بيان علاقة أربعة فئات من المتغيرات بالتوقف التلقائى عن تعاطى المواد النفسية (السجائر - المواد النفسية الدوائية - المشروبات الكحولية - المخدرات الطبيعية)، هى:
- ١ - المتغيرات الديموجرافية اللصيقة بالطالب.
 - ٢ - المتغيرات الديموجرافية التى تصف انتماء الطالب.
 - ٣ - تقديرات الطالب الذاتية لبعض المتغيرات المتعلقة بالتعاطى.
 - ٤ - الانحرافات السلوكية التى أقر الطالب بالانخراط فى ارتكابها.

أولاً: بروفيل المتغيرات الديموجرافية اللصيقة بالطالب للتوقف التلقائى عن التعاطى

تتمثل المتغيرات الديموجرافية اللصيقة بالطالب التى سنعرض لنتائجها هنا فى كل من: عمر الطالب، وإنجازه الأكاديمى، وموطن إقامته وقت إجراء البحث، والاشتراك فى ناد أو جمعية خارج الكلية أو المعهد، والاشتراك فى أحد النشاطات داخل الجامعة ونوع هذه النشاطات، ووجود هوايات أخرى غير ما يدخل فى النشاط الجامعى ونوع هذه الهوايات، والعلاج من أمراض جسمية أو اضطرابات نفسية واستمرار هذه الأمراض أو هذه الاضطرابات.

فيما يتعلق بالعمر، يتضح من النتائج المبينة بالجدول رقم (٣) أن العمر المنوالى للتوقف عن التعاطى يتراوح ما بين سن التاسعة عشرة والحادية والعشرين. فبلغ ٢١ سنة بالنسبة للمتوقفين عن كل من تدخين السجائر وتعاطى المخدرات الطبيعية، وبلغ ٢٠ سنة بالنسبة للمتوقفين عن تعاطى المواد النفسية الدوائية، و١٩ سنة بالنسبة للمتوقفين عن شرب الكحوليات. وتراوحت نسبة المتوقفين عند العمر المنوالى للتوقف نفسه فى مختلف فئات المواد النفسية موضع

الاهتمام حول الربع. وفي حين توقف حوالى نصف المتوقفين عن تدخين السجائر وتعاطى المخدرات الطبيعية قبل هذا العمر المنوالى وتوقف الربع بعده ، توقف حوالى الثلث عن تعاطى المواد النفسية الدوائية قبله و ٤٠٪ بعده، وتوقف التسع عن شرب الكحوليات قبله وحوالى الثلث بعده. ويمكن القول بصفة عامة أن حوالى ثلاثة أرباع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية بمختلف فئاتها يتوقفون قبل بلوغ سن الحادية والعشرين. وهذه السن تعادل تقريبا منتصف المرحلة الجامعية لدينا، معنى هذا أن معدلات التعاطى تبدأ فى التراجع بشدة مع الاقتراب من سن التخرج من الجامعة، وهو ما يتسق مع ما وجدته بعض الباحثين (انظر : Vik, Cellucci, & Ivers, 2003) فيما يتعلق بشرب الكحوليات، ولكن هذه الصورة تمتد فى حالتنا الراهنة لتشمل كافة المواد النفسية موضع الاهتمام.

جدول (٣)
توزيع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية حسب العمر

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	٪	ك	٪	ك	٪	ك	٪
أقل من ١٨ سنة	٢	٠.٨	٦	١.٢	٢٩	٣.٤	٩	١.٦
١٨-	٣٦	١٤.٢	٥٩	١٢.٠	٧٨	٩.١	٥٨	١٠.١
١٩-	٤٣	١٦.٩	٩٠	١٨.٣	١٧١	١٩.٩	١٠٢	١٧.٧
٢٠-	٤٨	١٨.٩	١١٨	٢٤.٠	١٦٣	١٩.٠	١٠٨	١٨.٧
٢١-	٤٩	١٩.٣	٨٤	١٧.١	١٥٦	١٨.٢	١٢١	٢١.٠
٢٢-	٢٨	١١.٠	٥٠	١٠.٢	١٠١	١١.٨	٧٤	١٢.٨
٢٣-	١٢	٤.٧	٣٢	٦.٥	٦٨	٧.٩	٤٠	٦.٧
٢٤- سنة فأكثر	١٤	٥.٥	٢٩	٥.٩	٦٠	٧.٠	٤٤	٧.٦
غير مبين	٢٢	٨.٧	٢٣	٤.٧	٣٢	٣.٧	٢١	٣.٦
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

أما فيما يتعلق بالإنجاز الأكاديمي فيتضح من النتائج المبينة بالجدول رقم (٤) أنه يرتبط طرديا بالتوقف عن تعاطي مختلف المواد النفسية. فكلما ارتفع معدل الإنجاز الأكاديمي ارتفع معدل التوقف عن تعاطيها. وتتسق هذه النتيجة أيضا مع نتائج مؤكدة حول تقلص احتمالات التوقف عن التدخين بانخفاض المكانة الاجتماعية الاقتصادية (ممثلة في عدد من المتغيرات من بينها تحقيق مستوى تعاطي منخفض) (انظر : على سبيل المثال : Ward, Weg, Sell, Scarinci, & Read, 2006).

جدول (٤)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب الإنجاز الأكاديمي

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
%٥٠	٢	٠.٨	٤	٠.٨	٥	٠.٦	٧	١.٢
%٦٠	١٧	٦.٧	٢١	٤.٣	٢٨	٣.٣	٢٥	٤.٣
%٧٠	٥٥	٢١.٧	٩٧	١٩.٨	١٨٢	٢١.٢	١٣٢	٢٢.٩
%٨٠	٧٠	٢٧.٦	١٦٢	٣٣.٠	٣١٢	٣٦.٤	١٩٠	٣٢.٩
%٩٠ فأكثر	٩٠	٣٥.٤	١٨٧	٣٨.١	٢٩٩	٣٤.٨	١٩٤	٣٣.٦
غير مبين	٢٠	٧.٩	٢٠	٤.١	٣٢	٣.٧	٢٩	٥.٠
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

أما بالنسبة للاشتراك في ناد أو جمعية خارج الكلية أو المعهد، فإنه يتبين بوضوح من خلال الجدول رقم (٥) أن غير المشتركين في هذه الكيانات أكثر توقفا عن تعاطي مختلف المواد النفسية، والصورة نفسها تتكرر بصورة أكثر وضوحا في حالة الاشتراك في أحد النشاطات داخل الجامعة، كما يتبين من الجدول رقم (٦) أى أنه توجد علاقة وثيقة بين التوقف عن تعاطي المواد النفسية

والابتعاد عن المشاركة فى نشاطات داخل الجامعة أو خارجها، مما يوحي بأن الاشتراك فى هذه النشاطات يتيح - بطبيعة التفاعلات المتضمنة فى بنيتها التنظيمية وحيث تنخفض احتمالات الرقابة الرشيدة - فرصا داعمة للاستمرار فى تعاطى هذه المواد ، وبالإضافة إلى هذا يستأثر كل من النشاط الرياضى والنشاط الاجتماعى الذين يمارسهما الطالب داخل الجامعة بأعلى معدلات التوقف عن تعاطى مختلف المواد النفسية، يليهما النشاط الفنى، وباستثناء هذه الأنشطة الثلاثة فإن معدلات التوقف عن التعاطى تعد ضئيلة جدا (انظر الجدول رقم ٧) .

جدول (٥)

توزيع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية حسب
الاشتراك فى ناد أو جمعية خارج الكلية أو المعهد

المخدرات الطبيعية	المشروبات الكحولية		المواد الدوائية		السجائر		البيان	
	ك	%	ك	%	ك	%		
٤٤٥	٢٥٧	٤١٥	٣٥٦	٤٣٨	٢١٥	٤٨٤	١٢٣	نعم
٥٣٢	٣٠٧	٥٥٨	٤٧٩	٥٤٦	٢٦٨	٥٠٨	١٢٩	لا
٢٣	١٣	٢٧	٢٣	١٦	٨	٠٨	٢	غير مبين
١٠٠	٥٧٧	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٢٥٤	الإجمالى

جدول (٦)

توزيع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية
حسب الاشتراك فى أحد النشاطات داخل الجامعة

المخدرات الطبيعية	المشروبات الكحولية		المواد الدوائية		السجائر		البيان	
	ك	%	ك	%	ك	%		
٣٣٦	١٩٤	٣١٢	٢٦٨	٣٤٢	١٦٨	٢٩٩	٧٦	نعم
٦٤٥	٣٧٢	٦٦٨	٥٧٣	٦٤٦	٣١٧	٦٧٣	١٧١	لا
١٩	١١	٢٠	١٧	١٢	٦	٢٨	٧	غير مبين
١٠٠	٥٧٧	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٢٥٤	الإجمالى

جدول (٧)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب نوع النشاط الذى يمارسه الطالب داخل الجامعة

البيان	السجائر (ن=٢٥٤)		المواد الدوائية (ن=١٦٨)		المشروبات الكحولية (ن=٢٦٨)		المخدرات الطبيعية (ن=١٩٤)	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
النشاط الرياضى	٣٩	١٥.٣	٦٥	٣٨.٧	١٠٥	٣٩.٢	٧٢	٣٧.١
النشاط الفنى	١٤	٥.٥	٢٥	١٤.٩	٤٨	١٧.٩	٣١	١٦.٠
النشاط الثقافى	٥	٢.٠	٢٣	١٣.٧	٣٦	١٣.٤	٢٩	١٤.٩
النشاط الاجتماعى	٢٣	٩.٠	٦٣	٣٧.٥	٩٩	٣٦.٩	٨٠	٤١.٢
النشاط العلمى أو التكنولوجى	٣	١.٢	١١	٦.٥	٢١	٧.٨	١١	٥.٧
النشاط الزراعى	١	٠.٤	٢	١.٢	٦	٢.٢	٤	٢.١
نشاط آخر غير ذلك	٢	٠.٨	٧	٤.٢	٩	٣.٤	١٢	٦.٢

وإذا ما انتقلنا إلى ممارسة هوايات أخرى غير ما يدخل فى النشاط الجامعى، نجد - على العكس مما سبق - أن من يمارسون هذه الهوايات أعلى توقفا - بكثير - عن تعاطي مختلف المواد النفسية، حسبما يتضح من الجدول رقم (٨) مما يثير تساؤلا حول الفروق بين ديناميات ممارسة هذه الهوايات وممارسة النشاطات داخل الجامعة أو فى كيانها خارجها. فربما يمارس الطالب هذه الهوايات بشكل مستقل خلافا للنشاطات التى يمارسها فى إطار مؤسسى أو داخل مجموعات. ومن ثم فإن سياقات التفاعل داخل هذه المجموعات هى التى تحفز الطالب على الاستمرار فى التعاطي، ومع ذلك فإن الهوايات الرياضية والفنية أو الأدبية نفسها كانت أعلى الهوايات ارتباطا بالتوقف عن التعاطي تليهما الهوايات الثقافية (انظر الجدول رقم ٩) ولكن ليس هناك ما يدل على أنه يمارسها فى سياق جماعى، فربما كانت رياضات فردية أو أعمالا أدبية أو ثقافية، وهما هوايتان فرديتان بطبيعتهما. ومما يؤكد ذلك أن معدلات التوقف عن التعاطي فى ظل الهوايات الاجتماعية كانت ضئيلة جدا.

جدول (٨)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب وجود هوايات أخرى غير ما يدخل في النشاط الجامعي

البيان	السجاير		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	١٨٥	٧٢٫٨	٣٦٤	٧٤٫١	٦٢٩	٧٣٫٣	٤٢٣	٧٣٫٣
لا	٦١	٢٤٫٠	١١٨	٢٤٫٠	٢٠٦	٢٤٫٠	١٤٢	٢٤٫٦
غير مبين	٨	٣٫١	٩	١٫٨	٢٣	٢٫٧	١٢	٢٫١
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

جدول (٩)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب نوع الهواية
التي يمارسها الطالب غير ما يدخل في النشاط الجامعي

البيان	السجاير (ن=١٨٥)		المواد الدوائية (ن=٣٦٤)		المشروبات الكحولية (ن=٦٢٩)		المخدرات الطبيعية (ن=٤٢٣)	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الهوايات الثقافية	٣١	١٦٫٨	٦٧	١٨٫٤	١٣٦	٢١٫٦	٨٤	١٩٫٩
الهوايات الفنية أو الأدبية	٤٣	٢٣٫٢	١٠٠	٢٧٫٥	١٤٨	٢٣٫٥	١١١	٢٦٫٢
الهوايات العلمية	١	٠٫٥	٦	١٫٦	٦	١٫٠	٥	١٫٢
الهوايات الذهنية	٧	٣٫٨	١٨	٤٫٩	٢٥	٤٫٠	٢٠	٤٫٧
الهوايات الرياضية	١٠٦	٥٧٫٣	١٩٨	٥٤٫٤	٣٥٤	٥٦٫٣	٢٤٠	٥٦٫٧
الهوايات الاجتماعية	٢	١٫١	١٠	٢٫٧	١٥	٢٫٤	١٤	٣٫٣
الهوايات العلمية /التكنولوجية	١٦	٨٫٦	٢٠	٥٫٥	٤٦	٧٫٣	٣٣	٧٫٨
هوايات أخرى	٨	٤٫٣	٢٠	٥٫٥	٤٠	٦٫٤	٢٢	٥٫٢

وإذا انتقلنا إلى مدى معاناة الطالب من المرض الجسمي والاضطراب النفسي، نجد أن التوقف عن تعاطي المواد النفسية جميعها يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالإقرار بعدم المعاناة من كل منهما، كما تكشف النتائج الواردة بالجدولين رقمي (١٠) ، (١٢) كما يتبين أن أغلب المتوقفين عن التعاطي ممن

يقرون بأنهم يعانون من هذه الأمراض على نحو متقطع مقارنة بمن يعانون من استمرار هذه الأعراض أو ممن أقروا بانتهائها تماما انظر : الجدولين رقمي (١١) ، (١٣) .

جدول (١٠)

توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب العلاج من أمراض جسدية

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٥٧	٢٢ر٤	١٢٧	٢٥ر٩	١٦١	١٨ر٨	١٠٤	١٨ر٠
لا	١٩٦	٧٧ر٢	٣٦٣	٧٣ر٩	٦٩٣	٨٠ر٨	٤٦٩	٨١ر٣
غير مبين	١	٠ر٤	١	٠ر٢	٤	٠ر٥	٤	٠ر٧
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

جدول (١١)

توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب استمرار الأمراض الجسدية

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مستمرة	١٠	١٧ر٥	٢٣	١٨ر١	٢٩	١٨ر٠	١٧	١٦ر٣
متقطعة	٤٥	٧٨ر٩	١٠٠	٧٨ر٧	١٣٠	٨٠ر٧	٨٤	٨٠ر٨
منتهية	-	-	١	٠ر٨	-	-	-	-
غير مبين	٢	٣ر٥	٣	٢ر٤	٢	١ر٢	٣	٢ر٩
الإجمالي	٥٧	١٠٠	١٢٧	١٠٠	١٦١	١٠٠	١٠٤	١٠٠

جدول (١٢)

توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب العلاج من الاضطرابات النفسية

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٢٩	١١ر٤	٥٩	١٢ر٠	٧٥	٨ر٧	٦٢	١٠ر٧
لا	٢٢٠	٨٦ر٦	٤٢١	٨٥ر٧	٧٦٥	٨٩ر٢	٥٠٦	٨٧ر٧
غير مبين	٥	٢ر٠	١١	٢ر٢	١٨	٢ر١	٩	١ر٦
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

جدول (١٣)

توزيع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية حسب استمرار الاضطرابات النفسية

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مستمرة	٩	٣١.٠	١٨	٣٠.٥	٢٨	٣٧.٣	٢٣	٣٧.١
متقطعة	١٨	٦٢.١	٢٨	٦٤.٤	٤٥	٦٠.٠	٣٥	٥٦.٥
منتهية	-	-	-	-	-	-	-	-
غير مبين	٢	٦.٩	٣	٥.١	٢	٢.٧	٤	٦.٥
الإجمالي	٢٩	١٠٠	٥٩	١٠٠	٧٥	١٠٠	٦٢	١٠٠

ويمكننا أن نجمل علاقة التوقف عن تعاطى المواد النفسية بالمتغيرات

الديموجرافية اللصيقة بالطالب فى الآتى:

- ١ - يتراوح العمر المنوالى للتوقف عن التعاطى بين ١٩ سنة و ٢١ سنة ، يتوقف قبل بلوغ حده الأقصى ثلاثة أرباع المتوقفين. وتعد المشروبات الكحولية أكثر المواد تبكيرا فى التوقف عن التعاطى، تليها المواد النفسية الدوائية، ثم أخيرا المخدرات الطبيعية والسجائر فى المستوى نفسه.
- ٢ - يزداد معدل التوقف عن التعاطى بزيادة الإنجاز الأكاديمى.
- ٣ - فى حين يرتبط عدم الاشتراك فى نشاطات داخل الجامعة أو فى أندية خارجها بالتوقف عن التعاطى ترتبط به ممارسة هوايات أخرى غير ما يدخل فى النشاط الجامعى، على الرغم من أن ممارسة النشاطات نفسها تقريبا تستأثر بأعلى معدلات التوقف فى الحالتين.
- ٤ - على الرغم من أن التوقف عن التعاطى يرتبط بعدم المعاناة من الأمراض الجسمية والاضطرابات النفسية، فإن أغلب المتوقفين يقرون بأن أعراضهم المرضية متقطعة وليست مستمرة أو منتهية.

ثانياً: بروفيل المتغيرات الديموجرافية التي تصف انتماء الطالب للتوقف التلقائي عن التعاطي

تشتمل المتغيرات الديموجرافية التي تصف انتماء الطالب التي سنعرض لنتائجها هنا على كل من : وجود الأب والأم على قيد الحياة، وتعليمهما، ومهنتهما، والسكن معهما أو بعيدا عنهما، ووجود مصادر منتظمة لدخل الأسرة، ودخلها الشهري، والمصروف الثابت للطالب، ووجود أخوة وأخوات.

تبين النتائج الواردة بالجدول (١٤) و (١٥) و (١٦) و (١٧) أن وجود الوالدين على قيد الحياة والإقامة معهما في المسكن نفسه ووجود أخوة وأخوات يرتبط ارتباطاً وثيقاً بتوقف الطالب عن تعاطي المواد النفسية بمختلف صورها بشكل متسق. وتدل هذه النتائج الأربعة على أن توفر منظومة فعالة للرقابة والمساندة الاجتماعية في الوقت نفسه تقوم بدور في كف التعاطي. فالتأثير أن عمليات التحكم الاجتماعي تقوم بدور في توقف الراشدين التلقائي عن تعاطي المادة النفسية (Buchanan & Latkin, 2008).

جدول (١٤)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب وجود الأب على قيد الحياة

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٢٢٨	٨٩٫٨	٤٣٠	٨٧٫٦	٧٤٨	٨٧٫٢	٥٠٤	٨٧٫٣
لا	٢٥	٩٫٨	٦١	١٢٫٤	١٠٩	١٢٫٧	٧٣	١٢٫٧
غير مبين	١	٠٫٤	-	-	١	٠٫١	-	-
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

جدول (١٥)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب وجود الأم على قيد الحياة

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
نعم	٢٤٤	٩٦١	٤٧١	٩٥٩	٨٣١	٩٦٩	٥٥٥	٩٦٢
لا	٩	٣٥	١٩	٣٩	٢٥	٢٩	٢٠	٣٥
غير مبين	١	٠.٤	١	٠.٢	٢	٠.٢	٢	٠.٣
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

جدول (١٦)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب السكن مع الأسرة أو بعيدا عنها

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
مع الأسرة	٢١٥	٨٤٦	٤٢٦	٨٦٨	٧٦٣	٨٨٩	٤٩٠	٨٤٩
بعيدا عن الأسرة	٣٨	١٥٠	٦٣	١٢٨	٨٨	١٠٣	٨٠	١٣٩
غير مبين	١	٠.٤	٢	٠.٤	٧	٠.٨	٧	٢١
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

أما فيما يتعلق بأعلى مستوى تعليمي للأب والأم فالجدولان رقمي (١٨) و(١٩) يشيران إلى أن أعلى الطلاب توقفا عن التعاطي هم من حصل والداهم على التعليم الجامعي، يليهم الحاصلون على شهادات متوسطة أو ثانوية، وعندئذ تطراً بعض التغيرات على بروفيل التوقف الخاص بتعليم كل من الأب والأم، فيأتي بعد الشهادة المتوسطة للأب من يقرأون ويكتبون، يليهم الحاصلون على شهادة فوق متوسطة، ثم الحاصلون على شهادة فوق جامعية؛ أما بالنسبة للأم فتأتي بعد الشهادة المتوسطة الأميات، تليهن من تقرأن وتكتبن، ثم الحاصلات على شهادة فوق متوسطة. وتبقى معدلات توقف ضئيلة في حالة المستويات التعليمية الثلاثة غير المذكورة هنا لكل من الوالدين.

جدول (١٧)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب وجود أخوة وأخوات

المخدرات الطبيعية	المشروبات الكحولية		المواد الدوائية		السجائر		البيان	
	ك	%	ك	%	ك	%		
٩٧ر٤	٥٦٢	٩٨ر٤	٨٤٤	٩٧ر٤	٤٧٨	٩٧ر٦	٢٤٨	نعم
٢ر٤	١٤	١ر٤	١٢	٢ر٢	١١	٢ر٤	٦	لا
٠ر٢	١	٠ر٢	٢	٠ر٤	٢	-	-	غير مبين
١٠٠	٥٧٧	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٢٥٤	الإجمالي

جدول (١٨)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب أعلى مستوى تعليمي للأب

المخدرات الطبيعية	المشروبات الكحولية		المواد الدوائية		السجائر		البيان	
	ك	%	ك	%	ك	%		
٣ر٣	١٩	٤ر٧	٤٠	٦ر٣	٣١	٣ر٥	٩	أقصى
٩ر٥	٥٥	٩ر٨	٨٤	١١ر٠	٥٤	١٠ر٢	٢٦	يقرأ ويكتب
٤ر٠	٢٣	٦ر٨	٥٨	٣ر٧	١٨	٤ر٧	١٢	ابتدائي
٥ر٧	٣٣	٥ر٧	٤٩	٧ر٧	٣٨	٥ر٩	١٥	إعدادي
١٦ر١	٩٣	١٤ر٠	١٢٠	١٣ر٦	٦٧	١٥ر٤	٣٩	ثانوي/متوسط
١٢ر٥	٧٢	٩ر٣	٨٠	١٠ر٠	٤٩	٩ر٨	٢٥	فوق متوسط
٣٨ر٥	٢٢٢	٤١ر٠	٣٥٢	٣٦ر٥	١٧٩	٣٦ر٢	٩٢	جامعي
٨ر٧	٥٠	٥ر٨	٥٠	٧ر٩	٣٩	١١ر٤	٢٩	فوق جامعي
١ر٧	١٠	٢ر٩	٢٥	٣ر٣	١٦	٢ر٨	٧	غير مبين
١٠٠	٥٧٧	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٢٥٤	الإجمالي

جدول (١٩)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب أعلى مستوى تعليمي للأم

البيان	السمجائر		المواد الدوائية / المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%
أممية	٣٤	١٣ر٤	٨٩	١٨ر١	١٢٩	١٥ر٠
تقرأ وتكتب	٢٤	٩ر٤	٥١	١٠ر٤	٩٣	١٠ر٨
ابتدائي	٢٠	٧ر٩	٢٨	٥ر٧	٦٠	٧ر٠
إعدادي	١٤	٥ر٥	٢٤	٤ر٩	٢٤	٢ر٨
ثانوي/متوسط	٤٠	١٥ر٧	٧٥	١٥ر٣	١٥٧	١٨ر٣
فوق متوسط	١٩	٧ر٥	٥٠	١٠ر٢	٩١	١٠ر٦
جامعي	٧٩	٣١ر١	١٤٣	٢٩ر١	٢٤٠	٢٨ر٠
فوق جامعي	١٣	٥ر١	١٣	٢ر٦	٢٩	٣ر٤
غير مبين	١١	٤ر٣	١٨	٣ر٧	٣٥	٤ر١
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠

وفيما يتعلق بمستوى مهنة الوالدين، توجد بعض الاختلافات فى بروفيل كل منهما. فأعلى معدلات توقف الطلاب عن التعاطي كانت لمن يعمل آباؤهم مديري إنتاج ومتخصصين فى مختلف المجالات، يليهم من يعمل آباؤهم فى مهن كتابية أو فنية مساعدة، ثم العمال المهرة وأنصاف المهرة، ثم من كان آباؤهم على المعاش، وأخيرا - العاملون فى مهن غير متخصصة ذات طابع عام، انظر الجدول رقم (٢٠) بينما تحققت أعلى معدلات توقف الطلاب عن تعاطي المواد النفسية فى حالة من تعمل أمهاتهم ربات بيوت، يليها من تعمل أمهاتهم فى مهن كتابية أو فنية مساعدة، ثم مديرات الإنتاج والمتخصصات فى مختلف المجالات، ثم أخيرا العاملات فى مهن غير متخصصة ذات طابع عام ، انظر الجدول : رقم (٢١) ، وباستثناء هذه المؤشرات تتبين معدلات توقف ضئيلة سواء فى حالة مهن الآباء أو مهن الأمهات.

جدول (٢٠)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب مستوى مهنة الأب

البيان		السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
-	-	-	-	-	-	١	٠.١	١	٠.٢
١٧	٦٧	٣٠	٦١	٥٥	٦٤	٣٤	٥٩	١	٥٩
٦٦	٢٦٠	١١٩	٢٤٢	٢١٢	٢٤٧	١٤٧	٢٥٥	٢٥٥	٢٥٥
٢٣	٩١	٥١	١٠٣	١٠٧	١٢٥	٧٢	١٢٥	١٢٥	١٢٥
٣٥	١٣٨	٦٥	١٣٢	١٠١	١١٨	٨٥	١٤٧	١٤٧	١٤٧
٢٩	١١٤	٦٤	١٣٠	١٠٧	١٢٥	٥٨	١٠١	١٠١	١٠١
٧	٢٨	١٣	٢٦	١٨	٢١	١٣	٢٣	٢٣	٢٣
٧	٢٨	٧	١٤	١٣	١٥	٦	١٠	١٠	١٠
٣٣	١٣٠	٦١	١٢٤	١٠٥	١٢٢	٦٧	١١٦	١١٦	١١٦
٣٧	١٤٦	٨١	١٦٥	١٣٩	١٦٢	٩٤	١٦٣	١٦٣	١٦٣
٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول (٢١)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب مستوى مهنة الأم

البيان		السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
١	٤.٠	-	-	-	-	-	-	-	-
٧	٢٨	٩	١٨	١٤	١٦	١٤	٢٤	١٤	٢٤
٢٧	١٠٦	٥١	١٠٣	٧٩	٩٢	٥٨	١٠١	١٠١	١٠١
٢١	٨٣	٤١	٨٤	٧٤	٨٦	٤٩	٨٥	٨٥	٨٥
٣٦	١٤٢	٥٤	١١٠	١٠٨	١٢٦	٧١	١٢٣	١٢٣	١٢٣
-	-	-	-	١	٠.١	٣	٠.٥	٣	٠.٥
-	-	١	٠.٢	٥	٠.٦	٣	٠.٥	٣	٠.٥
١٤٣	٥٦٣	٢٩٢	٥٩٢	٥١٢	٥٩٨	٣٣١	٥٧٤	٥٧٤	٥٧٤
١	٤.٠	٧	١٤	١٠	١٢	٧	١٢	٧	١٢
١٨	٧١	٣٦	٧٣	٥٤	٦٣	٤١	٧١	٧١	٧١
٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠	١٠٠	١٠٠

وإذا انتقلنا أخيرا إلى المستوى الاقتصادي وعلاقته بالتوقف عن التعاطي، نجد أن عدم توفر مصادر دخل منتظمة للطالب يرتبط ارتباطا وثيقا بتوقفه عن تعاطي المواد النفسية بمختلف أنواعها، كما يتضح من الجدول رقم (٢٢) ، كذلك يرتبط كل من الدخل الشهري للأسرة والمصروف الثابت للطالب شهريا عكسيا بتوقفه عن تعاطي هذه المواد ، انظر الجدولين رقمي (٢٣) و (٢٤) أى أنه كلما قل الدخل الشهري للأسرة والمصروف الثابت للطالب شهريا ارتفعت معدلات التوقف عن التعاطي لمختلف المواد النفسية بشكل متنسق.

جدول (٢٢)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب وجود مصادر دخل منتظمة

المخدرات الطبيعية		المشروبات الكحولية		المواد الدوائية		السجائر		البيان
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	
١٤٤	٢٥.٠	٢٢١	١٩.٠	١١٣	٢٣.٠	٥٢	٢٠.٥	نعم
٤٢٧	٧٤.٠	٦٥٧	٧٦.٦	٣٧٤	٧٦.٢	١٩٧	٧٧.٦	لا
٦	١.٠	١٣	١.١	٤	٠.٨	٥	٢.٠	غير مبين
٥٧٧	١٠.٠	٨٥٨	١٠.٠	٤٩١	١٠.٠	٢٥٤	١٠.٠	الإجمالي

جدول (٢٣)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب إجمالي الدخل الشهري للأسرة

البيبان		السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من ١٠٠٠ جنيهه	١٠.٩	٤٢٩	١٠.٩	٢١٥	٤٣.٨	٣٨٠	٤٤.٣	٢٣٢	٤٠.٢
١٠٠٠	٥٦	٢٢٠	٥٦	٩٨	٢٠.٠	١٩٠	٢٢.١	١٣٦	٢٣.٦
٢٠٠٠	١٩	٧٥	١٩	٣٧	٧.٥	٤٨	٥.٦	٣٤	٥.٩
٣٠٠٠	١٠	٣٩	١٠	٢٨	٥.٧	٤٣	٥.٠	٢٥	٤.٣
٤٠٠٠	١	٠.٤	١	٧	١.٤	١٣	١.٥	١٢	٢.١
٥٠٠٠	٣	١.٢	٣	٨	١.٦	٧	٠.٨	٨	١.٤
٦٠٠٠	-	-	-	٤	٠.٨	١٢	١.٤	٣	٠.٥
٧٠٠٠	١	٠.٤	١	١	٠.٢	٢	٠.٢	١	٠.٢
٨٠٠٠	٤	١.٦	٤	١	٠.٢	٣	٠.٣	٤	٠.٧
٩٠٠٠	١	٠.٤	١	-	-	١	٠.١	٢	٠.٣
١٠٠٠٠ جنيهه فأكثر	٤	١.٦	٤	٥	١.٠	١٢	١.٤	١١	١.٩
غير مبين	٤٦	١٨.٢	٤٦	٨٧	١٧.٧	١٤٧	١٧.١	١٠.٩	١٨.٩
الإجمالي	٢٥٤	١٠.٠	٢٥٤	٤٩١	١٠.٠	٨٥٨	١٠.٠	٥٧٧	١٠.٠

جدول (٢٤)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب المصروف الثابت للطالب شهريا

البيبان		السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من ١٠٠ جنيهه	٧٩	٣١.١	٧٩	١٥٨	٣٢.٢	٢٥٣	٢٩.٥	١٣٨	٢٣.٩
١٠٠	٨٩	٣٥.٠	٨٩	١٨١	٣٦.٩	٣١٩	٣٧.٢	٢٢٣	٣٨.٦
٢٠٠	٢٥	٩.٨	٢٥	٤٣	٨.٨	٨٩	١٠.٤	٦٤	١١.١
٣٠٠	٢٥	٩.٨	٢٥	٣٩	٧.٩	٨٢	٩.٦	٦٥	١١.٣
٤٠٠	٤	١.٦	٤	٧	١.٤	٢٣	٢.٧	١١	١.٩
٥٠٠ جنيهه فأكثر	١٠	٣.٩	١٠	١٧	٣.٥	٢٣	٢.٧	٢١	٣.٦
غير مبين	٢٢	٨.٧	٢٢	٤٦	٩.٤	٦٩	٨.٠	٥٥	٩.٥
الإجمالي	٢٥٤	١٠.٠	٢٥٤	٤٩١	١٠.٠	٨٥٨	١٠.٠	٥٧٧	١٠.٠

- ويمكننا أن نخلص من كل ما سبق إلى إجمال علاقة التوقف عن تعاطي المواد النفسية بالمتغيرات الديموجرافية التي تصف انتماء الطالب فى الآتى :
- ١ - يرتبط وجود الوالدين على قيد الحياة والسكن معهما فى المسكن نفسه ووجود أخوة وأخوات بتوقف الطالب عن التعاطى.
 - ٢ - يعد التعليم الجامعى والتعليم الثانوى أو المتوسط أشد مستويات تعليم الوالدين ارتباطا بتوقف الطالب عن التعاطى.
 - ٣ - فى حين يعد عمل الأباء مديرى إنتاج ومتخصصين فى مختلف المجالات، يليه عملهم فى مهن كتابية أو فنية مساعدة ، ثم كعمال مهرة وأنصاف مهرة وبائعون فى محال تجارية أكثر المهن ارتباطا بالتوقف عن التعاطى؛ يعد عمل الأمهات كربات بيوت، يليه عملهن فى مهن كتابية أو فنية مساعدة، ثم كمديرات إنتاج ومتخصصات فى مختلف المجالات أكثرها ارتباطا بالتوقف عن التعاطى.
 - ٤ - يرتبط الأمن الاقتصادى ممثلا فى توفر مصادر الدخل وارتفاع كل من الدخل الشهرى للأسرة والمصروف الثابت للطالب شهريا ، بانخفاض معدلات التوقف عن التعاطى.

ثالثاً: بروفيل التقديرات الذاتية للمتوقفين عن التعاطى لبعض المتغيرات المتعلقة بالتعاطى

تتضمن هذه الفئة من المتغيرات علاقة التوقف عن التعاطى بكل من تعاطى مواد نفسية بعينها، وأعمار البدء فى تعاطيها، وإيجابية البدء فى التعاطى، ومبررات التوقف عن التعاطى، والاعتقاد فى فائدة تعاطى هذه المواد.

فيما يتعلق بتعاطى مواد نفسية نوعية تكشف النتائج الواردة بالجدول رقم (٢٥) أن متعاطى المواد الدوائية المهدئة يتوقفون أكثر عن متعاطى كل من

المواد الدوائية المنشطة والمواد الدوائية المنومة، ويمثلهم فى ذلك شاربو البيرة مقارنة بكل من شاربي النيذ والويسكى، كما يمثلهم أيضا متعاطو الحشيش ومتعاطو البانجو مقارنة بكل من متعاطى الأفيون ومتعاطى الهيروين ومتعاطى الكوكايين ، وتوحى هذه النتيجة بأن احتمالات التوقف عن تعاطى المادة النفسية تتعاظم كلما كانت المادة الفعالة التى تتكون منها من النوع الخفيف.

جدول (٢٥)
توزيع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية
حسب تعاطيهم لمواد بعينها لأول مرة

البيان	أدوية منومة	أدوية منشطة	بيرة	نيذ	ويسكى	حشيش	أفيون	هيروين	كوكايين	بانجو
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
نعم	٥٢	٣٧	٢٦	٢٢	٢٤	٦٠	٣	١	٠	٧٢
لا	٤٧	٦٢	٧٣	٧٧	٧٥	٣٩	٩٦	٩٨	٩٩	٢٧
الإجمالى	٤٩١	٤٩١	٨٥٨	٨٥٨	٨٥٨	٥٧٧	٥٧٧	٥٧٧	٥٧٧	٥٧٧

وفيما يتعلق بأعمار البدء فى تعاطى المادة النفسية يتبين بجلاء حسبما توحى النتائج الواردة بالجدول رقم (٢٦) أن التوقف عن تعاطى المواد النفسية يرتبط إيجابيا بارتفاع أعمار بدء تعاطيها لأول مرة. أما فيما يتعلق بمدى إيجابية الطالب فى الحصول على المادة النفسية ، فإن أغلب المتوقفين عن التعاطى أقرروا بأن أحد الأشخاص قدمها لهم ، انظر الجدول رقم (٢٧) ، وربما تثير هذه النتيجة تساؤلا حول ما إذا كان سعى الطالب نفسه للحصول على المادة يحقق له مطلبا ضروريا يصعب الاستغناء عنه، ومن ثم يقلل من احتمالات التوقف عن تعاطيها، فهذا ما يمكن تبينه من خلال النتائج التى يحتوى عليها الجدول رقم (٢٨) .

جدول (٢٦)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب عمر الطالب عند بدء تعاطيها لأول مرة

البيان	سجاير	أدوية منشطة	أدوية منومة	بييرة	نييد	ويسكى	حشيش	أفيون	هيروين	كوكايين	بانجو
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
أقل من ١٠ سنوات	١٢	-	-	٠.١	-	-	-	-	-	-	-
١٠ سنوات	-	١٢	-	٢٢	٠.٥	١٠	-	-	-	-	-
١١ سنة	١٢	-	٠.٥	٠.٥	٠.٥	-	-	٠.٥	-	-	٠.٢
١٢ سنة	٣	١٢	٠.٥	٢٧	٢١	١٠	٠.٣	-	١٢	-	-
١٣ سنة	٢٨	٠.٨	٢٢	٢٠	٢٦	١٤	٠.٦	٠.٥	١٢	٢٥	٠.٥
١٤ سنة	٨٧	٣١	١١	٣٤	١٦	٠.٥	٠.٣	-	-	٢٥	٠.٧
١٥ سنة	١١٨	٠.٩	٨٢	٧٠	٨١	٣	٠.٣	-	-	-	٢٩
١٦ سنة	١٦٨	١٤	١٢	٩٤	٦٨	١١	٠.٦	٠.٥	-	٢٥	٩٨
١٧ سنة	٢٠١	١٤	١٠	١٤٧	١٢٦	١٣	١٤	١١	-	-	١٦٧
١٨ سنة	١٣٠	١٧	٢٦	٢٠٩	١٨	١٢	١٨	٢١	١٢	-	١٨٤
١٩ سنة	٩١	١٤	١٣	١٧١	١٣٧	١٨	١٨	٢٠	٤٠	٢٥	١٧٩
٢٠ سنة فأكثر	٩١	٢٣	٢١	٢٣٣	٢٣١	٣٠	٣٣	٣٠	٢٥	-	٢٩٤
غير مبين	٣١	٤٣	٢٧	٤٧	٣١	٧	٣	٣	١٢	-	٣٣
الإجمالي	٢٥٤	٢٥٦	١٨٤	١٢٩	٧٣٩	١٩٢	٢٠٩	٣٥٠	٢٠	٨	٤٠٨

وبالنظر في هذا الجدول يتضح أن أقل المتوقفين عن التعاطي يقرون بأنهم يتعاطونها "لتصورهم أنها مفيدة" أو "لمجاراة الأصدقاء" أو "لمواجهة متاعب أو آلام جسمية تتطلب تعاطيها" أو "للترفيه عن النفس أو مشاعر اللذة التي تسببها"، وتحقق هذه المبررات إما مطالب تطبيقية أو مطالب ترويحية أو مطالب تتعلق بالاستجابة لضغوط الأقران، وتتسق هذه المطالب مع إيجابية السعى للحصول على المادة التي تقترن بالعزوف عن التوقف عن التعاطي. ولذا كانت أكثر مبررات الطلاب للسعى للحصول على المادة ارتباطا بالتوقف عن التعاطي "لتجربة المادة" و"لمواجهة ظروف نفسية قد تتطلب تعاطيها"، وهي مطالب استكشافية في جوهرها.

جدول (٢٧)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب سعى الطالب للحصول على المادة أيا كان نوعها لأول مرة

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
سعت للحصول عليها	٧٣	٢٨٧	٢٣٨	٤٨٥	٢١٤	٢٤٩	١٠٠	١٧٣
قدمها لى أحد الأشخاص	١٨٠	٧٠٩	٢٥١	٥١١	٦٤٢	٧٤٨	٤٧٧	٨٢٧
غير مبين	١	٠٤	٢	٠٤	٢	٠٢	-	-
الإجمالي	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

فما هي المبررات التي أقر الطلاب بأنها تقف وراء توقفهم عن تعاطي المواد النفسية ؟ . توضح النتائج المبينة بالجدول رقم (٢٩) أن أغلب المتوقفين يبررون توقفهم بأن هذه المواد "ضارة جسميا ونفسيا" يليه مبرر "التحريم الديني". وبالإضافة إلى هذا ينفرد أغلب المتوقفين عن تدخين السجائر بمبرر "تجنب المحاذير القانونية"، بينما تنفرد نسبة لا بأس بها من المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية الدوائية بمبرر "انتهاء أعراض مرضية أو زوال السبب". وباستثناء هذه المبررات تعد معدلات التوقف ضئيلة بشكل لافت للنظر، ويتسق مع أعلى مبررات التوقف عن التعاطي، اقترانه باعتقاد أغلب المتوقفين بأن هذه المواد لها تأثير ضار ، انظر : الجدول رقم (٣٠) .

جدول (٢٨)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب أسباب سعى الطالب للحصول على المادة أول مرة

البيان		السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
إشباع دوافع معينة (تجربتها)	٣٩	٥٣٤	٣٤	١٤٣	١٥٢	٧١٠	٧٠	٧٠	٧٠
السماع أو التصور أنها مفيدة	٢	٢٧	١٥	٦٣	١٤	٦٥	٤	٤	٤
الترفيه عن النفس أو مشاعر اللذة التي تسببها	٦	٨٢	١٤	٥٩	١٦	٧٥	٦	٦	٦
مجرد اعادة الأصدقاء	٣	٤١	٣	١٣	٧	٣٣	١	١	١
مواجهة ظروف نفسية قد تتطلب تعاطيها	١٣	١٧٨	٧٤	٣١١	٩	٤٢	١٠	١٠	١٠
مواجهة متاعب أو آلام جسمية قد تتطلب تعاطيها	٢	٢٧	٧٥	٣١٥	٢	٠٩	-	-	-
أخو	٤	٥٥	١٨	٧٦	٧	٣٣	-	-	-
غير مبين	٤	٥٥	٥	٢١	٧	٣٣	٩	٩	٩
الإجمالي	٧٣	١٠٠	٢٣٨	١٠٠	٢١٤	١٠٠	١٠٠	١٠٠	١٠٠

جدول (٢٩)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية
حسب أسباب توقف الطالب عن تعاطي المادة

البيان		السجائر (ن = ٢٥٤)		المواد الدوائية (ن = ٤٩١)		المشروبات الكحولية (ن = ٨٥٨)		المخدرات الطبيعية (ن = ٥٧٧)	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ضارة جسمية ونفسية	١٥٨	٦٢٢	١٦٩	٣٤٤	٣٤٧	٤٠٤	٢٧٢	٤٧١	٤٧١
محرمة دينية	٤٦	١٨١	١٧	٣٥	٢٢٠	٢٥٦	١٠٩	١٨٩	١٨٩
أسباب مالية	٢١	٨٣	٣	٠٦	١٩	٢٢	١٤	٢٤	٢٤
الخوف من الأهل	٧	٢٨	٤	٠٨	٩	١٠	٤	٠٧	٠٧
تجنباً لمخاطر اجتماعية	١٦	٦٣	٧	١٤	٢٣	٢٧	١٥	٢٦	٢٦
الخوف من إدمانها أو التعود عليها	٤	١٦	٢٤	٤٩	٢١	٢٤	٢٣	٤٠	٤٠
إنهاء أعراض مرضية أو زوال السبب	١١	٤٣	٩٤	١٩١	٣٠	٣٥	١٢	٢١	٢١
تجنباً لمخاطر قانونية	٢٤٩	٩٨٠	٢	٠٤	٥	٠٦	٦	١٠	١٠
أخو	٣٥	١٣٨	٦٤	١٣٠	١٧٤	٢٠٣	٧٢	١٢٥	١٢٥

جدول (٣٠)
توزيع المتوقفين عن تعاطى المواد النفسية حسب اعتقاد الطالب فى تأثير المادة

البيان	السجائر		المواد الدوائية		المشروبات الكحولية		المخدرات الطبيعية	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لها تأثير مفيد	٦	٢ر٤	٨٣	١٦ر٩	٢٦	٣ر٠	١٦	٢ر٨
لها تأثير ضار	٢٢٠	٨٦ر٦	٣٢٧	٦٦ر٦	٧٥٧	٨٨ر٢	٥٢٣	٩٠ر٦
لا تأثير لها	١٩	٧ر٥	٤٦	٩ر٤	٣٨	٤ر٤	٢١	٣ر٦
غير مبدى	٩	٣ر٥	٣٥	٧ر١	٣٧	٤ر٣	١٧	٢ر٩
الإجمالى	٢٥٤	١٠٠	٤٩١	١٠٠	٨٥٨	١٠٠	٥٧٧	١٠٠

- خلاصة القول يمكننا أن نعمل علاقة التوقف عن تعاطى المواد النفسية بتقديرات الطلاب لمتغيرات التعاطى ذات الدلالة فى الآتى:
- ١ - يفوق المتوقفون عن تعاطى المواد الدوائية المهدئة وشرب البيرة وتعاطى الحشيش وتعاطى البانجو المتوقفين عن تعاطى المواد الدوائية المنشطة والمواد الدوائية المنومة وشرب النبيذ وشرب الويسكى وتعاطى الأفيون وتعاطى الهيروين وتعاطى الكوكايين بفارق كبير.
 - ٢ - يرتبط التوقف عن تعاطى المواد النفسية إيجابيا بارتفاع أعمار البدء فى تعاطيها لأول مرة.
 - ٣ - يعد الإيجابيون فى السعى للحصول على المادة النفسية أقل توقفا عن تعاطيها، وتزيد صعوبة الاستغناء عن هذه المادة كلما كان تعاطيها يحقق مطلبا ضروريا للمتعاظى.
 - ٤ - يرتبط التوقف عن تعاطى المواد النفسية ارتباطا وثيقا بكل من مبررى الضرر الجسمى والتحرىم الدينى، وأقل منهما بمبرر "تجنب المحاذير القانونية" فى حالة تدخين السجائر وحدها، ومبرر "انتهاء أعراض مرضية أو زوال السبب" فى حالة تعاطى المواد النفسية الدوائية وحدها.
 - ٥ - يقترن التوقف عن تعاطى المواد النفسية اقترانا وثيقا بالاعتقاد بأن هذه المواد لها تأثير ضار.

رابعاً: علاقة انحرافات الطالب السلوكية بتوقفه التلقائي عن تعاطي المواد النفسية

قُدِّمَت الانحرافات السلوكية بوصفها مجموعة من الأسئلة ملحقة باستخبار التعاطي لأول مرة في المسح الوبائي لتعاطي المواد النفسية بين تلاميذ المدارس الثانوية، عام ١٩٨٧ وكان أُنذ يتكون من ١٤ بنداً (سويف، ١٩٩٠، ١٩٩١، ١٩٩٢، ١٩٩٤) ثم مع إجراء بعض التعديلات في المسح الوبائي لتعاطي المواد النفسية بين طلاب الجامعات، عام ١٩٩٠ بلغ عدد بنود المقياس ١١ بنداً (أبوسريع، ١٩٩٥، عبد المنعم، ١٩٩٥)، وباستقراء النتائج المتسقة التي أفصحت عنها هذه الأسئلة تبين أننا بصدد بنية متجانسة تحتاج إلى المزيد من العناية بتطويرها إلى صورة أفضل، فاتجهنا نحو التعامل معها بوصفها مقياساً متكاملًا ومستقلًا بذاته لا مجرد مجموعة من الأسئلة، وبالتالي يحتاج إلى فحص خصائصه السيكمترية. وقبل أن نجرى هذه الخطوة أدخلت على المقياس بعض التعديلات، فأصبح يتكون من ٢٠ بنداً في المسح الذي أُجرِيَ على تلاميذ المدارس الثانوية، عام ١٩٩٢ (أبو المكارم وبدر، ١٩٩٩، ٢٠٠٢). وفي هذا المسح أجرينا تحليلاً عاملياً لبنود المقياس، وأسفر هذا التحليل، باختلاف فئات العينات التي أُجرِيَ عليها، عن ثلاثة عوامل مهمة - فيما يعنينا هنا: أطلقنا على أحدها اسم "الانحراف الإجرامي"، وأسمينا الثاني "الشراسة ورفض الانضباط"، والثالث هو "العدوان المحسوب" (أبو المكارم وبدر، ٢٠٠٢). وفي البحث الراهن أضفنا عشرة بنود جديدة، فأصبح المقياس يتكون من ٣٠ بنداً، كما هو مبين في الجدول رقم (٣١) وعلى الرغم من أننا لم نجر على المقياس تحليلاً عاملياً جديداً، فإنه - بالنظر إلى النتائج المبينة في الجدول نفسه - يتضح أن معدلات اقتراح المتوقفين عن التعاطي للانحرافات السلوكية تفرض تصنيفاً على هذه البنود يشبه تماماً العوامل الثلاثة السابقة. ولذلك سوف نقوم قراءتنا لهذه النتائج على هذا الأساس نفسه.

جدول (٣١)
توزيع المتوقفين عن تعاطي المواد النفسية حسب ارتكاب الطالب للانحرافات السلوكية

البيان		السجائر (ن = ٢٥٤)		المواد النواتية (ن = ٤٩١)		المشروبات الكحولية (ن = ٨٥٨)		المخدرات الطبيعية (ن = ٢٥٧٧)	
ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
الغش فى الامتحانات	١٣٩	٥٤٧	٢٨٨	٥٨٧	٦١٣	٣٩٢	٦٧٩	١٣٩	٥٤٧
الشجار مع الزملاء	١٧٣	٦٨١	٣٦١	٧٣٥	٦٩٨	٤١٩	٧٢٦	١٧٣	٦٨١
الطرد من المحاضرات	١١٣	٤٤٤	٢١٣	٤٣٤	٤١٦	٢٧٣	٤٧٣	١١٣	٤٤٤
الشجار مع أحد الوالدين أو كليهما	١٣٧	٥٣٩	٢٩٩	٦٠٩	٦٣٦	٣٨٧	٦٧٩	١٣٧	٥٣٩
ترك البيت بعد مشادة مع الأهل	٦٦	٢٦٠	١٥٩	٣٢٤	٣٠٤	٢١٦	٣٧٤	٦٦	٢٦٠
ضرب أحد الزملاء	١٠٧	٤٢١	٢٢١	٤٥٠	٤٣٦	٢٨٧	٤٩٧	١٠٧	٤٢١
السرقه من البيت	٢١	٨٣	٣٩	٧٩	٥٦	٤٥	٧٨	٢١	٨٣
المشادة مع أحد الأساتذة	٨١	٣١٩	١٨٠	٣٦٧	٢٨٦	٢٠٥	٣٥٥	٨١	٣١٩
السرقه من الزملاء	١٣	٥٥	٢٧	٤٩	٣٥	٤١	٥٢	١٣	٥٥
السرقه من المحال التجارية	١٤	٥٥	٢٤	٤٩	٤٣	٣١	٥٤	١٤	٥٥
الوقوع فى متاعب مع البوليس	٥٥	٢١٧	١١٥	٢٣٤	١٨٢	١٢٧	٢٢٠	٥٥	٢١٧
التعبير عن الغضب بكسر حاجة لها قيمة فى البيت	٩٠	٣٥٤	٢١١	٤٣٠	٣١١	٢٣٠	٣٩٩	٩٠	٣٥٤
أخذ حاجة أو فلوس من أحد عن طريق الضغط	١٨	٧١	٦٣	١٢٨	٩٥	١١١	١٢٥	١٨	٧١
الشجار مع أحد الأخوة	١٥٣	٦٠٢	٣٣٩	٦٩٠	٥٧٢	٣٨٥	٦٦٧	١٥٣	٦٠٢
لعب الكوتشيخة أو الطاولة أو الدومينو على فلوس	٥٤	٢١٣	١٣٧	٢٧٩	٢١٤	١٦٥	٢٨٦	٥٤	٢١٣
نقل كلام تسبب فى وقوع مشاكل بين بعض أفراد الأسرة	٣٤	١٣٤	٧٠	١٤٣	١٢١	٦٢	١٠٧	٣٤	١٣٤
الشجار مع أحد الجيران	٩٥	٣٧٤	١٩٦	٣٩٩	٣٢٧	٢٢٩	٣٩٧	٩٥	٣٧٤
الهرب من البيت	٢٣	٩١	٦٠	١٢٢	١٠٤	٧٥	١٣٠	٢٣	٩١
معاكسة إحدى الفتيات بطريقة ضايقتها	٨٤	٣٣١	١٨٩	٣٨٥	٣٣٧	٢٥٨	٤٤٧	٨٤	٣٣١
ضرب أحد الأخوة	١١١	٤٣٧	٢١٩	٤٤٦	٣٨١	٢٦٤	٤٥٨	١١١	٤٣٧
كتابة عبارات مخلة على خلفية أبواب الحمامات	١٥	٥٩	٣٤	٦٩	٤٩	٣٦	٦٢	١٥	٥٩
الاعتداء بأية صورة على مرافق الجامعة	٣٤	١٣٤	٦٠	١٢٢	٩٩	٧٣	١٢٧	٣٤	١٣٤
سب أو ضرب أحد العمال داخل الجامعة	١٩	٧٥	٣٦	٧٣	٦٩	٥٠	٨٧	١٩	٧٥
الشجار مع أحد المارة فى الشارع لسبب تافه	٥٨	٢٢٨	١٢١	٢٤٦	١٩٠	١٦٤	٢٨٤	٥٨	٢٢٨
الشجار مع أحد سائقى نقل الركاب بدون سبب واضح	٣٥	١٣٨	١٠١	٢٠٦	١٥٢	١١٤	١٩٨	٣٥	١٣٨
الضغط على جرس أحد البيوت بلا مبرر	٥٧	٢٢٤	٩٨	٢٠٠	١٦٦	١١٣	١٩٦	٥٧	٢٢٤
الاتصال تليفونيا بأحد الأرقام لمجرد المعاكسة	٨٠	٣١٥	١٧٢	٣٥٠	٣١٢	٢١٦	٣٧٤	٨٠	٣١٥
نقل كلام تسبب فى وقوع مشاكل بين بعض الزملاء	٣٨	١٥٠	٨٥	١٧٣	١١٤	٧٧	١٣٣	٣٨	١٥٠
التهرب من دفع الأجرة فى إحدى وسائل النقل العام	٧٨	٣٠٧	١٣٥	٢٧٥	٢٧١	١٨٩	٣٢٨	٧٨	٣٠٧
التحدث بألفاظ نابية مع الزملاء على مسمع من الآخرين	١٠٨	٤٢٤	٢٢٤	٤٥٦	٤٤٧	٣١٨	٥٥٥	١٠٨	٤٢٤

وتتمثل مجموعة الانحرافات السلوكية التي بلغت في ظلها معدلات التوقف عن التعاطى أقل من ١٠٪ في كل من: السرقة من الزملاء ، والسرقة من المحال التجارية، والسرقة من المنزل، وأخذ حاجة أو فلوس من أحد عن طريق الضغط، وكتابة عبارات مخلة على خلفية أبواب الحمامات، وسب أو ضرب أحد العمال داخل الجامعة، والهرب من المنزل. وتعد هذه الانحرافات المكون الأساسى لعامل الانحراف الإجرامى ، وعلى هذا يمكننا القول بأن التوقف عن التعاطى يرتبط سلبيا باقتراف الانحرافات السلوكية الإجرامية. أى أن احتمالات التوقف عن التعاطى فى ظل ارتكاب هذه الفئة من الانحرافات السلوكية ضعيفة جدا .

أما مجموعة الانحرافات السلوكية التى تتراوح معدلات التوقف فى ظلها ما بين ١٠٪ إلى ٣٠٪ فتتمثل فى كل من: نقل كلام تسبب فى وقوع مشاكل بين بعض أفراد الأسرة، والاعتداء بأية صورة على مرافق الجامعة، والشجار مع أحد سائقى نقل الركاب بدون سبب واضح، ونقل كلام تسبب فى وقوع مشاكل بين بعض الزملاء، ولعب الكوتشينة أو الطاولة أو الدومينو على فلوس، والوقوع فى متاعب مع البوليس، والضغط على جرس أحد المنازل بدون مبرر، والشجار مع أحد المارة فى الشارع لسبب تافه، وترك البيت بعد مشادة مع الأهل، والتهرب من دفع الأجرة فى إحدى وسائل النقل العام. ويمكن أن تمثل هذه الانحرافات ما يكون عناصر الشراسة ورفض الانضباط. ومن ثم فإن التوقف عن التعاطى يرتبط بهذا العامل ارتباطا ضعيفا . وعلى هذا، فإن احتمالات التوقف عن التعاطى فى ظل اقتراف هذه الانحرافات بعينها تعد متوسطة.

وأخيرا تمثل مجموعة الانحرافات التى تزيد معدلات التوقف فى ظلها عن ٣٠٪ كلا من: الاتصال تليفونيا بأحد الأرقام لمجرد المعاكسة، والمشادة مع أحد الأساتذة، ومعاكسة إحدى الفتيات بطريقة ضايقتها، والتعبير عن الغضب

بكسر حاجة لها قيمة فى البيت، والشجار مع أحد الجيران، وضرب أحد زملاء، والتحدث بألفاظ نابية مع زملاء على مسمع من الآخرين، وضرب أحد الأخوة، والطرد من المحاضرات، والشجار مع أحد الوالدين أو كليهما، والغش فى الامتحانات، والشجار مع أحد الأخوة، والشجار مع زملاء، وهذه الانحرافات أقرب ما تكون إلى العدوان المحسوب. وهكذا يمكن القول بأن التوقف عن التعاطى يرتبط بقوة بهذه الفئة من الانحرافات التى تندرج تحت العدوان المحسوب، أى أن احتمالات التوقف عن التعاطى تعد كبيرة فى ظل ارتكاب هذه الفئة المخففة من الانحرافات السلوكية.

ويمكننا أن نخلص من كل ذلك إلى أن احتمالات التوقف عن التعاطى تنخفض كلما تمكنت الانحرافات الإجرامية من التعاطى، وتتزايد باطراد كلما اتجه نحو الممارسات السلوكية السوية. فبقدر شدة الانحراف السلوكى يزيد المتعاطى بعدا عن التوقف عن تعاطى المواد النفسية.

وختاما لهذا العرض، يمكننا تأكيد أن البروفيل النفسى الاجتماعى للتوقف التلقائى عن التعاطى يعد ثابتا عبر مختلف المواد النفسية موضع الاهتمام، هذا من ناحية. ومن ناحية أخرى فإن أغلب الذين يقررون التوقف من تلقاء أنفسهم عن تعاطى هذه المواد هم:

١ - من قاربوا على الانتهاء من تعليمهم الجامعى.

٢ - مرتفعى الإنجاز الأكاديمى.

٣ - غير المشتركين فى نشاطات داخل الجامعة أو فى أندية خارجها.

٤ - من لا يعانون أمراضا جسدية أو اضطرابات نفسية.

- ٥ - من تتوفر لديهم بيئة أسرية طبيعية (والدين وأخوة وأخوات) يشاطرونهم السكن.
- ٦ - من حصل والداهم على قسط تعليمي ثانوى أو متوسط على الأقل.
- ٧ - من يتقلد أبائهم مهنا إنتاجية أو كتابية أو فنية، ومن تعمل أمهاتهم ربات بيوت أو فى مهن كتابية أو فنية.
- ٨ - من يواجهون تفتيرا اقتصاديا، نوعا ما، فى دخل الأسرة الشهرى وفى مصروفهم الثابت شهريا.
- ٩ - متعاطى المواد النفسية الخفيفة (المواد الدوائية المهدئة والبيرة والحشيش والبانجو).
- ١٠ - من بدأوا التعاطى لأول مرة فى أعمار متقدمة.
- ١١ - من يُضطَرُّون للتعاطى استجابة لضغوط الآخرين.
- ١٢ - من يقرون بالخوف من "الضرر الجسمى" و"التحريم الدينى" و"المحاذير القانونية".
- ١٣ - من يعتقدون بالتأثير الضار لتعاطى المواد النفسية.
- ١٤ - من ينخرطون فى ممارسات سلوكية سوية.

المراجع

- أبوالمكارم (فؤاد) . (٢٠٠٣) . أنماط الاستمرار فى تعاطى المواد النفسية وظروفه فى العينتين : معانى الفروق فى : مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ الثانوى العام وتلاميذ الثانوى الفنى: دراسات مقارنة على أسس ميدانية، المجلد العاشر (ص ص ١٩٣ - ٢٥٤) . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- أبوالمكارم (فؤاد) وبدر (خالد). (٢٠٠٢). تعاطى المواد النفسية وعلاقته بانحرافات السلوك لدى تلاميذ المدارس الثانوية الفنية (بنين). فى: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية الفنية: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد التاسع (ص ص ١٨٣ - ٢٥٨) . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- أبوالمكارم (فؤاد) وبدر (خالد). (١٩٩٩) . تعاطى المواد النفسية وعلاقته بانحرافات السلوك لدى تلاميذ المدارس الثانوية العامة (بنين). فى: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين تلاميذ المدارس الثانوية العامة: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الثامن (ص ص ٢٧١ - ٣٣٠) . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- أبوسريع (أسامة). (١٩٩٥) . تعاطى المواد النفسية بين طلاب الجامعات المصرية: مقارنة بين جامعات المدن الكبرى والجامعات الإقليمية. فى: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد السابع (ص ص ٢٥٧ - ٣٣٦) . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سويف (مصطفى). (١٩٩٥) . تعاطى المواد النفسية بين الطلاب الذكور: الصورة الإجمالية. فى: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد السابع (ص ص ٦٣ - ١١٠) . القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سويف (مصطفى). (٢٠٠٠) . مشكلة تعاطى المخدرات بنظرة علمية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- سويف (مصطفى). (٢٠٠٧) . نحو التوقف عن التعاطى: إدارة التغيير. المجلة القومية للتعاطى والإدمان، المجلد الرابع، العدد الثانى ، ص ص ١٠١ - ١١٦ .
- سويف (مصطفى). (١٩٩٠) . تدخين السجائر: مدى الانتشار وعوامله. فى: مصطفى سويف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الثانى. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

سوييف (مصطفى). (١٩٩١) . التعاطى غير الطبى للأدوية المؤثرة فى الأعصاب. فى: مصطفى سوييف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الثالث. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

سوييف (مصطفى). (١٩٩٢) . تعاطى المخدرات الطبيعية. فى: مصطفى سوييف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الرابع. القاهرة : المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

سوييف (مصطفى). (١٩٩٤) . شرب الكحوليات. فى : مصطفى سوييف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين الطلاب: دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد الخامس. القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

عبدالمنعم (الحسين). (١٩٩٥) . التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية بين طلبة وطالبات الجامعات المصرية. فى : مصطفى سوييف وآخرين، تعاطى المواد المؤثرة فى الأعصاب بين طلاب الجامعات : دراسات ميدانية فى الواقع المصرى، المجلد السابع (ص ص ٢٠١ - ٢٥٦) . القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

Brunswick, A. F. (1978). Black youth and drug use behavior. Mimeographed. New York : Colombia University School of Public Health.

Buchanan, A. S. & Latkin, C. A. (2008). Drug use in the social networks of heroin and cocaine users before and after drug cessation. Drug and Alcohol Dependence, (96): 286 –289.

Chiauzzi, E. J., & Liljegren, S. (1993). Taboo topics in addiction treatment: An empirical review of clinical folklore. Journal of Substance Abuse Treatment, 10: 303-316.

De Leon, G. (1996). Integrative recovery: A stage paradigm. Substance Abuse, 17: 51-63.

Dupont, R. L. (1993). Foreword in G. R. Ross. Treating adolescent substance abuse. Boston: Allyn and Bacon.

Edwards, N. & Sims-Jones, N. (1998). smoking and smoking relapse during pregnancy and postpartum: Results of a qualitative Study. Birth, 25(2): 94-100.

Fang, W. L., Goldstein, A. O., Butzen, A. Y., Hartsock, S. A., Hartmann, K. E., Helton, M., et al. (2004). Smoking cessation in pregnancy: A review of postpartum relapse prevention strategies. Journal of the American Board of Family Practice, 17(4): 264-275.

- Gorski, T. T. (1996). Disease model of addiction. Retrieved October 26, 2010 from http://www.tgorski.com/gorski_articles_ease_model_of_addiction_010704.htm
- Grabowski, J. (1986). Acquisition, maintenance, cessation, and reacquisition: An overview and behavioral perspective of relapse to tobacco use. In F. M. Tims & Leukefeld (Eds.), *Relapse and recovery in drug abuse*. NIDA Research Monograph 72: 36-48.
- Grabowski, J., and Hall, S.M. (1985). Tobacco use, treatment strategies and pharmacological adjuncts: An overview. In J. Grabowski & S. M. Hall (Eds.), *Pharmacological Adjuncts in Smoking Cessation*. NIDA Research Monograph 25: pp. 1-13.
- Greaves, L., Poole, N., Okoli, C. T. C., Hemsing, N., Qu, A., Bialystok, L., & O'Leary, R. (2011). *Expecting to Quit* (2nd ed.). British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Guilford, J. P. & Fruchter, B. (1983). *Fundamental statistics in psychology and education* (6th. Ed.). Auckland: McGraw-Hill International Book Company.
- Hall, S. M., Rugg, D. L., Tunstall, C. D., & Jones, R. T. (1984). Preventing relapse by behavioral skill training. *Journal of Consultant Psychology*, 52:372-382,
- Haslam, C., Draper, E. S. & Goyder, E. (1997). The pregnant smoker: A preliminary investigation of the social and psychological influences. *Journal of Public Health Medicine*, 19: 187-192.
- Health Canada (1994). *Strategies for population health investing in the health of Canadians*. Available at: <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/strateg-eng.pdf>.
- Health Canada (1995). *Canadians and hear health*. Available at: http://www.med.mun.ca/chhdbc/pdf/r_risk_e.pdf
- Isenhart, C. E. (1994). Motivational subtypes in an inpatient sample of substance abusers. *Addictive Behavior*, 19(5): 463-475.
- Jesse, D. E.,Graham, M.,&Swanson,M. (2006). Psychological and spiritual factors associated with smoking and substance use during pregnancy in african-american and caucasian low-income women.*JONN Journal of obstetrics gynecology and neonatal nursing*,35: 68-77.

- Johnson, V. E. (1980). *I'll quit tomorrow: A practical guide to alcoholism treatment*. Harper Collins.
- Johnston, L. D. (1998). *Reasons for use, abstention, and quitting illicit drug use by American Adolescents: A Report Commissioned by the Drugs-Violence Task Force of the National Sentencing Commission*.
- Johnston, L. D. (1981). Frequent marijuana use: Correlates, possible effects, and reasons for using and quitting. In R. DeSilva, R. Dupont, & G. Russell (Eds.), *Treating the marijuana dependent person* (pp. 8-14). New York: American Council on Marijuana.
- Johnston, L. D. (1988). *Reasons for use, abstention, and quitting illicit drug use by American adolescent: A report commissioned by the drugs-violence task force of the national sentencing commission. Monitoring the Future Occasional Paper 44*.
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., & Bachman, J. G. (1995). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future study, 1975-1994. Volume I: Secondary school students (NIH Pub. No. 95-4026). Volume II: College students and young adults (NIH Pub. No. 95-4027)*. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- King, M. P. & Tucker, J. A. (2000). Behavior change patterns and strategies distinguishing moderation drinking and abstinence during the natural resolution of alcohol problems without treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14(1): 78-55.
- Klingemann, H. K. H. (2001). Natural recovery from alcohol problems. In: N. Heather, T. J. Peters, & T. Stockwell (Eds.), *International handbook of alcohol dependence and problems* (pp. 649-662). New York: John Wiley & Sons.
- Littell, J. H. & Grivin, H. (2002). Stages of change: A critique. *Behavior Modification*, 26(2): 223-273.
- Marlatt, G. A. (1982). Relapse prevention: A self-control program for the treatment of addictive behaviors (329-378). In: R. B. Stuart (Ed.). *Adherence, compliance and generalization in behavioral medicine*. New York: Brunner/Mazel.
- Marlatt, G. A. (1985). Relapse prevention: Theoretical rationale and overview of the model (3-70). In: G. A. Marlatt & J. R. Gordon (Eds.), *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: The Guilford Press.

- Matthews, T. J. (2001). Smoking during pregnancy in the 1990s. *National Vital Statistics Reports: From The Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System*, 49 (7): 1-14.
- McClure, J. B. (2004). Motivating prepartum smoking cessation: A consideration of biomarker feedback. *Nicotine & Tobacco Research*, Volume 6, Supplement 2: 153-161.
- McIntosh, J. & McKeganey, N. (2000). Addicts' narratives of recovery from drug use: constructing a non-addict identity. *Social Science & Medicine*, (50): 1501-1510.
- Millar, W. J. (1997). Reaching smokers with lower educational attainment. *Canadian Social Trends*(45), 18.
- Mocenni, C., Montefrancesco, G., & Tiezzi, S. (2010). A model of natural recovery from addiction. available at: <http://www.econ-pol.unisi.it/pubdocenti/Tiezzi%20NR.pdf>.
- Mohatt, G. V., Rasmus, S. M., Thomas, L., Allen, J., Hazel, K., & Marlatt, G. A. (2007). Risk, resilience, and natural recovery: a model of recovery from alcohol abuse for Alaska Natives. *Addiction*, 103: 205-213.
- Nelson, C. (2004). Natural recovery from alcohol problems and its implications on the disease model of addiction and the DSM-IV diagnostic criteria for alcohol dependence. *Graduate Faculty Psychology Bulletin*, 2 (2): 115-127.
- Ockene, J. K., Ma, Y., Zapka, J. G., Pbert, L. A., Valentine Goins, K., & Stoddard, A. M. (2002). Spontaneous cessation of smoking and alcohol use among low-income pregnant women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23: 150–159.
- O'Donnell, J. A., Voss, H. L., Clayton, R. R., Slatin, G. T., & Room, R. G. W. (1976). *Young men and drugs: A nationwide Survey*. NIDA Research Monograph 5.
- Okuyemi, K. (2012). Cessation facts and myths about smokers with chemical dependency, mental health conditions, and homelessness, university of Minnesota Medica School, Minneapolis, Minnesota, USA.
- Peele, S. (1989). *The diseasing of America: Addiction treatment out of control*. Lixington, Ma: Lixington Books.

- Prochaska, J. O. and C. C. DiClemente (1986). Toward a comprehensive model of change. In W. R. Miller and N. Heather, *addictive behaviors: processes of change* (3-27). New York, Plenum Press.
- Robins, L. N. (1973). *The Vietnam drug users returns*. Washington D. C.: U. S. Government Printing Office.
- Scharse, R. (1966). Cessation patterns among neophyte heroin users. *The International Journal of The Addictions*, 1.
- Sechrest, L. (1984). Reliability and validity. In A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), *Research methods in clinical psychology* (pp. 24-54). New York: Pergamon Press.
- Sobell, L. C., Ellingstad, T. P., & Sobell, M. B. (2000). Natural recovery from alcohol and drug problems: methodological review of the research with suggestions for future directions. *Addiction*, 95(5): 749-764.
- Souief, M. I., Darweesh, Z. A., Hannourah, M. A., El-Sayed, A. M., Yunis, F. A., & Taha, H. S. (1986). The extent of drug use among Egyptian male university students. *Drug and Alcohol Dependence*, 18: 389-403.
- Souief, M. I., Hannourah, M. A., Darweesh, Z. A., El-Sayed, A. M., Yunis, F. A., & Taha, H. S. (1987). The use of psychoactive substances by female Egyptian university students. *Drug and Alcohol Dependence*, 19: 233-247.
- Stout, R. L., Rubin, A., Zwick, W., Zywiak, W., & Bellino, L. (1999). Optimizing the cost-effectiveness for alcohol treatment: A rationale for extended case monitoring. *Addictive Behavior*, 24: 17-35.
- The Betty Ford Institute Consensus Panel (2007). What is recovery?: A working definition from the Betty Ford Institute. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33: 221-228.
- Thompson, K. A., Parahoo, K. P., McCurry, N., O'Doherty, E., & Doherty, A. M. (2004). Women's perceptions of support from partners, family members and close friends for smoking cessation during pregnancy—Combining quantitative and qualitative findings. *Health Education Research*, 19(1): 29-39.
- Toneatto, T., Sobell, L. C., & Rubel, E. (1999). Natural recovery from cocaine dependence. *Psychology of Addictive Behaviors*, 13(4): 259-268.
- Vaillant, G. E. (1973). A 20-year follow-up of New York narcotic addicts. *Archives of General Psychiatry*. 29.

- Vik, P. W., Culbertson, K., & Cellucci, T. (1999). Natural reduction heavy drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 24.
- Vik, P., Cellucci, T., & Ivers, H. (2003). Natural reduction of binge drinking among college students. *Addictive Behaviors*, 28: 643-655.
- Wakefield, M. A., & Jones, W. (1998). Effects of a smoking cessation program for pregnant women and their partners attending a public hospital antenatal clinic. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(3): 313-320.
- Waldorf, D. & Biernacki, P. (1979). Natural recovery from heroin addiction: A review of the incidence literature. *Journal of Drug Issues* 9: 281-289.
- Waldorf, D. (1983). Natural recovery from opiate addiction: Some social-psychological processes of untreated recovery. *Journal of Drug Issues*, 237-247.
- Ward, K. D., Vander Weg, M. W., Sell, M. A., Scarinci, I. C., & Read, M. C. (2006). Characteristics and correlates of quitting among black and white low-income pregnant smokers. *American Journal of Health Behavior*, 30: 651-662.
- White, W. & Kurtz, E. (2005). *the varieties of recovery experience*. Chicago, IL: Great Lakes Addiction Technology Transfer Center.
- White, W. L. (2007). Addiction recovery: Its definition and conceptual boundaries. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33: 229-241.
- Winick, C. (1962). Maturing out of narcotic addiction. *U. S. Bulletin on Narcotics*. 14.
- Zili, S. & Susan, L. (2001). Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide. National Clearing House for Alcohol and Drug Information.

Abstract

The psychosocial profile of spontaneous quitters of drug abuse among male university students

F. Abu-El-Makarem

The findings displayed in this article were squeezed out of a large scale epidemiological study reported elsewhere .

The study utilized a standardized questionnaire administered to a representative sample comprising 8568 male university students . Following are eleven main components of abuse profile:

(a) high academic achievement ,(b) no participation in extramural activities ,(c) no somatic or psychobiological ailments ,(d) living with their families ,(e) parents are at least intermediately educated ,(f) parents have jobs of intermediate status,(g) family monthly income is a lot modest ,(h) monthly pocket money is modest ,(i) started abuse career with others pressure , and (k) contenting that such substance are prohibited legally and /or religiously.