

# المعتقدات الإدمانية لدى المدمنين

## دراسة ثقافية مقارنة بين المصريين والتونسيين

أيمن أحمد عبد الهادي (\*)

### (الملخص)

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن المعتقدات الإدمانية لدى عينة من المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين الذكور، وتكونت عينة الدراسة من (٨٠) مدمناً من المصريين، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٣٠-٤٥) سنة، بمتوسط عمري قدره ٣٣,٨٨ سنة، بانحراف معياري قدره ٦,٩٦٠ سنة، و(٨٠) مدمناً من التونسيين، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (٣٠-٤٥) سنة، بمتوسط عمري قدره ٣٥,١٦ سنة، بانحراف معياري قدره ٥,٩٢١ سنة. وطبق عليهم مقياس المعتقدات الإدمانية إعداد لوك وآخرون ترجمة وتقنين الباحثين، وقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائية بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في أبعاد: العجز عن التحكم، والاعتماد على خبراء، والمسئولية عن الشفاء، والإدمان وسيلة لمواجهة المشكلات وكانت الفروق في اتجاه عينة المدمنين المصريين. كما تبين عدم وجود فروق دالة بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في أبعاد: الإدمان مرض مزمن، والمسئولية عن الأفعال، والأساس الوراثي للإدمان. وقد تمت مناقشة النتائج في ضوء التراث البحثي والنظري للمعتقدات الإدمانية.

الكلمات المفتاحية: الإدمان – المعتقدات الإدمانية

(\*) أخصائي نفسي وتخابط - الهيئة العامة للتأمين الصحي ص ص ٢٩٧ - ٣٤٤.

## مدخل إلى مشكلة الدراسة:

تمثل المعتقدات على وجه العموم جانباً مهماً وأساسياً في البناء المعرفي للأفراد والذي يمثل بدوره قطاعاً جوهرياً من الشخصية الإنسانية وقد أكد العديد من الباحثين سواء في أطرهم النظرية أو في بحوثهم الواقعية أهمية الجانب المعرفي للشخصية وذلك نظراً لأنه يعبر عن قطاع كبير من الشخصية يتفاعل مع الجوانب الأخرى ويساهم في وصول الفرد إلى قدر معقول من التوافق النفسي والاجتماعي فالمعتقدات تعبر عما يوجد لدى الشخص من معلومات وأفكار حول موضوع معين بصورة متميزة عما يوجد لديه من مشاعر نحو نفس الموضوع . فمعلومات الفرد وأفكاره حول موضوع معين تُسهم في تحديد سلوكه تجاه هذا الموضوع سواءً كانت معلوماته وأفكاره صحيحة أو خاطئة وتغيير المعتقدات يكون أيسر من تغيير المشاعر إذا ما تبين خطأ هذه المعتقدات أو عدم دقتها وذلك على الرغم من اتسامها بالتعقيد المعرفي. (معتز سيد عبدالله، ١٩٩٦، ص ٥).

وتتسم خصائص تفكير المدمنين بمجموعة من المعتقدات الإدمانية التي تسهم في تطور عملية الإدمان واستمرارها وتلك المعتقدات مثل " لا أستطيع أن اتحمل القلق " أو " يجب أن أشبع هذا الجوع " أو " أنا عاجز " أو " أنا غير محبوب "، " تعاطي المواد سيجعلني أكثر اجتماعية " وتأتي أهمية هذه المعتقدات من الدور النشط الذي تقوم به ( عبدالله عمر سالم الجوهي، ٢٠٠٨، ١١٩ )

ويرى "بيك" Beck أن حدوث الإدمان يرجع إلى نظام من المعتقدات الإدمانية Addictive Beliefs وتكوّن هذه المعتقدات الخاطئة نسقاً من التفكير يسيطر على المدمن فيرى أن احتياجه للمخدر يحدث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر بالإضافة إلى قدرة المخدر على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل وما يمنحه للمدمن من نشاط و طاقة، وبناء عليه فإن الطريقة التي يفسر بها أن المدمنين حالاتهم تسهم في التأثير على مشاعرهم ودوافعهم وأفعالهم، مثل "إن الهيروين يجعلني أكثر اجتماعية أو أن أكون أكثر استرخاءً" وتقود مثل هذه المعتقدات إلى الرغبة في التعاطي.

ويري بيك Beck أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه إيجابي نحو التعاطي يُشكلون معتقدات مميزة تنشط تحت تأثير بعض الظروف ويمكن أن تكون هذه الظروف خارجية كتأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطي أو الاتصال مع بائعي المواد النفسية أو السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها التعاطي أو قد تكون داخلية مثل القلق والاكتئاب. (Beck, 2000)

ويذكر تايمور وآخرون Taymur,etal. أن هذه الظروف يمكن أن تؤدي دور المنشط، حيث تستثير معتقدات الفرد الإيجابية نحو المواد النفسية، أو الرغبة الملحة إلى تعاطي المواد النفسية إن لم يكن من المتعاطين. ومن المعتقدات التي تنشط الرغبة إلى تعاطي المواد النفسية نجد تردد فكرة إن تعاطي المواد النفسية سيجعلني أكثر اجتماعية وإنه لمن المسلي أن أجرب المواد النفسية ولو مرة واحدة في هذه الحالة يصبح الشخص نزاعاً لى التوقع، وقد سُمى هذا النوع من المعتقدات بالإعتقاد التوقعي وإن أعتقاد الشخص بأن إدمان المواد النفسية قادر على تغيير حياته من السلبية إلى الإيجابية ومن العزلة والوحدة إلى الاجتماعية، وأنه يجعل منه شخصاً متفوقاً، يشعر بذاته وبأنه موجود سينشط الرغبة في تعاطي هذه المواد النفسية. (Taymur,etal,2016)

ويؤكد باهر وآخرون Bahr, etal أن لدى بعض المدمنين أعتقاداً خاصاً، وقد أسماه بمعتقد توجيه المساعدة للتعاطي حيث يشعر بحاجة ماسة للتعاطي وأن حياته كلها تتوقف على هذه المادة، فتتردد عليه فكرة مؤاها "أنني بحاجة إلى التعاطي حتى أستطيع أن اقوم بوظائفي وأنني لا أستطيع أن أوصل بدونها" كما أنه يعتقد أن المواد النفسية تؤدي دوراً مهماً في مساعدته على الخروج من حالة القلق، والاكتئاب التي يعيشها، كأن يقول «المواد النفسية هي الطريق الوحيد لأتخلص من أحزاني وآلامي . « إنني لا أستطيع أن أتحمل أعراض الامتناع. وأن الشخص قبل أن يصل إلى القرار المتمثل في التعاطي أو عدم التعاطي فإنه يتعامل مع معتقدين متناقضين، وهما يجب أن لا أتعاطى وقد سُمى « هذا المعتقد ب « اعتقاد الامتناع». والقرار الآخر أنا موافق على التعاطي وقد سُمى هذا المعتقد بالاعتقاد الميسر فكل

معتقد يمكن أن ينشط تحت ظروف مختلفة، فعندما يعتقد الشخص أن تعاطي المواد النفسية سيخلصه من الضيق الذي هو فيه، وأنه لا يستطيع أن يواجه مشاكله بدون التعاطي وأنه يجب أن يتعاطى حتى يشعر بالراحة والمرح، خاصة إذا ما توفرت بعض الظروف الخارجية، فإذا قرر أن يتعاطى، فهذا يعني أن الاعتقاد الميسر قد نشط، وبالتالي فإن إعتقاد الإمتناع أصبح غير فعال أو خامد. ( Bahr, etal,2015 ) ويرتكز تفسير بيك Beck لظاهرة الإدمان أساساً على أهمية المعتقدات، حيث يرى أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه إيجابي نحو تعاطي المواد النفسية، لديهم معتقدات خاصة بهم، والتي تنشط تحت تأثير بعض الظروف والتي أسماها بالظروف ذات الخطر المرتفع، والتي يمكن أن تكون خارجية كتأثير جماعة الأصدقاء والاقامة في بعض المناطق التي يكثر فيها تعاطي المواد النفسية، أو ظروف داخلية مثل الاكتئاب والقلق والتشاؤم. (Beck , 2000)

وقد توصلت دراسة نيلسون Nielson إلى أن معتقدات الإدمان تتغير عبر الزمن وأن معرفة دور المعتقدات هو بداية الفهم لحالة المدمن وكشفت أيضاً أن المعتقدات قد تزيد من الرغبة لإدمان المواد النفسية وزودتنا أيضاً بمعرفة العلاقة بين تغيير المعتقد ودور التاريخ الشخصي للإدمان. وأن معتقدات الإدمان تتغير عبر الزمن وأن معرفة دور المعتقدات هو بداية الفهم لحالة المدمن وكشفت أيضاً أن المعتقدات قد تزيد من الرغبة لإدمان المواد النفسية وزودتنا بمعرفة العلاقة بين تغيير المعتقد ودور التاريخ الشخصي للإدمان. (Nielson, 2014)

وكذلك دراسة برودوس Broadus ودورين Doreen والتي توصلها الباحثان ن خلالهما أنه يمكن التنبؤ بالمعتقدات والاتجاهات نحو الإدمان. (Broadus & Do-reen, 2012) وأيضاً دراسة دود Dodd حيث كشفت عن العلاقة بين قوة الإعتقاد في مفهوم مرض الإدمان والشفاء من الإدمان. (Dodd, 2015)

فالمعتقدات تعبر عما يوجد لدى الشخص من معلومات وأفكار حول موضوع معين بصورة متميزة عما يوجد لديه من مشاعر نحو نفس الموضوع. فمعلومات الفرد وأفكاره حول موضوع معين تساهم في تحديد سلوكه سواء كانت معلوماته



وأفكاره صحيحة أو خاطئه وتغيير المعتقدات يكون أيسر من تغيير المشاعر إذا ما تبين خطأ هذه المعتقدات أو عدم دقتها وذلك على الرغم من اتسامها بالتعقيد المعرفي. (معتر سيد عبدالله، ١٩٩٦، ص٥)

وفي ضوء ما سبق يمكن بلورة مشكلة الدراسة الراهنة في الإجابة على التساؤل الرئيسي الآتي هل توجد فروق بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية؟

### أهمية الدراسة :

١. يمكن الاعتماد على نتائج هذه الدراسة لتعديل المعتقدات الإدمانية لدى المعتمدين على المواد النفسية.
٢. الوقاية من الظروف المرتبطة بتكوين الافكار والمعتقدات المؤدية للتعاطي والإدمان.

### مفاهيم الدراسة :

تتمثل المفاهيم الأساسية للدراسة الحالية على النحو التالي :

#### أولاً : مفهوم الإدمان :<sup>1</sup>Addiction

عرف مصطفى سويف الإدمان بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا انقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. ( مصطفى سويف وآخرون، ١٩٩٦، ص١٧).

ويتبنى الباحثان هذا التعريف للإدمان.

ويعرف أحمد عكاشه الإدمان بأنه حالة تسمم مزمن يؤثر على الفرد بسبب التعاطي المستمر للمواد المخدرة وهنا نجد أن المدمن يشعر برغبة قوية وملحة لتعاطي هذه المواد وهو يحاول الحصول عليها بأي طريقة. (أحمد عكاشه، ١٩٩٢، ص١٦١)



وعرفه فيشر Fisher بأنه اضطراب عقلي مزمن أو عضوي يتميز بعدم سيطرة متكررة واستخدام قهري للمادة، نشط سيكولوجياً بالرغم من النتائج السلبية والاجتماعية. (Fisher,2006)

كما يعرفه أحمد الشيخ بأنه تغير في وظيفة الجهاز العصبي بحيث لا يمكن أن يؤدي وظيفته بشكل طبيعي بدون تناول العقاقير التي أعتاد الفرد على تناولها. (أحمد الشيخ، ١٩٩٥، ص١٤٩ )

### بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان:

#### ١ - الاعتماد: Dependens<sup>2</sup>

يعرف سويف مصطلح الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحياناً تكون عضوية كذلك تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي والمادة النفسية وتتسم هذه الحالة بصور استجابات أو سلوكيات تنطوي دائماً على قهر الكائن الحي فتدفعه على تعاطي مادة نفسية معينة على نحو مستمر أو دوري من حين لآخر وذلك طبقاً لآثارها النفسية وأحياناً تحاشياً للمتاعب المترتبة على افتقادها وقد يصحبها أو لا يصحبها تحمل كما أن الشخص قد يعتمد على مادة أو عدة مواد في آن واحد. (مصطفى سويف، ١٩٩٠، ص١٢)

كما عرف احمد عكاشه الاعتماد بأنه عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية وتأتي بعد استخدام متكرر لمادة ما وتتضمن بشكل محوري الرغبة الشديدة في تناول العقار واختفاء السيطرة على استخدامه والاستمرار في ذلك على الرغم من التبعات الضارة ويكون تعاطيها ذا أولوية تفوق أي سلوكيات أو التزامات أخرى مع زيادة في احتمال المادة وأحياناً وجود حالات انسحاب. (احمد عكاشه، ٢٠٠٠، ص ٥٣٠ )

ويرى جواد فطير أن الاعتماد هو رغبة مرضية جامحة من الإنسان نحو الموضوع الإدماني وقد يكون هذا الموضوع مادياً كالمواد المخدرة والخمر والحبوب



والسجائر وغيرها وقد يكون حدثاً كالكمار والجنس والحب والعمل والكمبيوتر والتليفون المحمول والانترنت. (جواد فطاير، ٢٠٠٠)

ويفرق سويف بين نوعين من أنواع الاعتماد وهما الاعتماد النفسي والاعتماد العضوي

### أ) الاعتماد النفسي<sup>3</sup> Psychological dependence

هو حالة نفسية تنسم باستحواذ العقار على تفكير وانفعالات المتعاطي مما يؤدي إلى فقدان السيطرة على الذات بحيث يصبح هدفه الأساسي هو البحث عن العقار وذلك طبقاً للمتعة وتحاشياً للمتاعب

### ب) الاعتماد العضوي<sup>4</sup> organic dependence

هو حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة وتتكون هذه الاضطرابات من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة النفسية والعضوية ويطلق عليها أعراض الانسحاب. (مصطفى سويف ١٩٩٦، ص ١٩)

### ٢ - التعاطي: Abuse<sup>5</sup>

أما بالنسبة لمفهوم التعاطي فيعرفة الدليل الإحصائي التشخيصي الرابع التابع للرابطة الأمريكية للطب النفسي (DSMIV 1994) بانه استعمال غير ملائم للمادة المخدرة يؤدي إلى قصور ذي دلالة إكلينيكية أو توتر كما يتضح بوحدة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال فترة إثني عشر شهراً .

الاستخدام المتكرر للمادة يصاحبه فشل في اداء واجباته الأساسية في العمل أو المدرسة أو المنزل

الاستخدام المتكرر للمادة في مواقف يترتب عليها مخاطر جسدية

تكرار وجود مشكلات قانونية ترتبط بتعاطي المادة أو العقار

الاستخدام المتكرر للمادة بالرغم من وجود مشكلات اجتماعية ونفسية

للشخص المتعاطي بسبب تأثير المادة المتعاطاة. (APA, 1994, 183)



كما عرفه هوكينز وآخرون Hawkins, etal. بأنه استخدام المخدرات بطريقة ترتبط بالمشكلات وسوء التوظيف. (Hawkins, etal, 2009) ويتفق معه سميث وآخرون Smith, etal. على أنه نمط واضح من الاستخدام الثقيل المرضي الذي يصعب إيقافه أو تقليله ويصاحبه حدوث مشاكل في العمل أو المنزل (Smith,etal, 2009)

## أسباب ودوافع الإدمان:

### ١. الاضطرابات النفسية:

يذكر يحيى الرخاوي (١٩٩٣) إن «المدمن عادة ما يقبل على الإدمان باعتباره إجهاضاً للمرض قبل أن يكون إعلاناً لمرض بديل»، فكأن الإدمان من هذا المنطلق هو بديل المرض النفسي أكثر منه مرضاً في حد ذاته، كما يشير أحمد عكاشة (١٩٩٨) إلى أن المدمنين الذين يعانون من مرض نفسي مثل القلق والاكتئاب، يحاولون علاج أنفسهم بعيداً عن الذهاب لطبيب نفسي حتى لا يفهم الآخرون بالجنون. ويشير نوينسكي Nowinski إلى أن عامل الضغوط يلعب دوراً كبيراً في تعاطي المراهقين للمواد المخدرة، وتتمثل أعراض الضغوط في العصبية، القلق، سرعة الاستثارة، الهياج، الأرق، صعوبة التركيز، اضطراب النوم، اضطراب الشهية وبذلك نستطيع القول أن بعض الاضطرابات النفسية يمكن أن ينظر لها كأسباب للإدمان. (فاطمة الصادقي، ٢٠١٤، ص ١٩٦)

### ٢. الإضطرابات الشخصية:

إن بعض إضطرابات الشخصية من الممكن أن تكون سبباً للإدمان إما بسبب أن شخصية الفرد تكون أكثر قابلية لتعاطي المواد النفسية، أو لأن هذه الشخصية تجد في المواد النفسية سبيلاً للتغيير وتعديل الحالة النفسية. حيث نجد أن شخصية المتعاطي تتسم بمجموعة من السمات سواء كانت هذه السمات سبباً أو نتيجة، وتشتمل هذه السمات على العدوانية، الاندفاعية، السيكوباتية إنخفاض تقدير الذات، الاكتئابية، والانطوائية. من هنا يرى البعض أن الإدمان يرجع إلى البنية الشخصية للفرد، إذ أن هناك شخصيات مضطربة تميل أكثر إلى الإدمان، والذي



يعتبر تبعاً لذلك عرضاً لعدم التوافق العام للشخصية، كما يعتبر طريقة من الطرق التي تعبر بها الشخصية عن اضطرابها. (جيمس ويليامس، ١٩٩٩، ص ١٦٢)

فالإدمان يرجع إلى اضطراب كامن في شخصية الفرد، والعوامل الاجتماعية ماهي إلا عوامل مهينة أو مساعدة لظهور الإضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ. ومن المفيد أيضاً أن ننظر إلى السلوك المتعلق بتعاطي العقاقير وأثرها في نمط حياة الفرد، وليس الاقتصار فقط على قابلية ذلك الفرد للاعتماد على تلك العقاقير، فقد لوحظ على سبيل المثال عدم اقتصار الشباب على تعاطي عقار واحد، بل يتعاطون مجموعة كبيرة من العقاقير، وحتى مع الزعم بأن تعاطي العقاقير مرتبط بنوع من الفضول وتجربة شيء جديد، فإنه في الحالات الشديدة يكون نتيجة إضطراب مزمن في الشخصية، خصوصاً الاضطراب السيكوباتي الذي لوحظ في أغلب الحالات، ويتعاطى بعضهم العقاقير من أجل التخلص من القلق والاكتئاب، أو لتكون حاجزاً بينهم وبين العالم الذي يرفضونه. (عفاف محمد عبد المنعم، ٢٠٠٣، ص ٣٣٠)

وفيما يتعلق بشخصية المدمن يشير عادل صادق، إلى أن التعود والإدمان على المواد المخدرة والمنشطة أكثر انتشاراً بين أربع أنواع من الشخصيات وهي:

الشخصية الاكتئابية: صاحب هذه الشخصية هو إنسان أميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن، وإفتراد الرغبة والحماس، هذا الشخص معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات والإحساس القوي بالاكتئاب لعدة أيام، قد يقاومها باحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يفوقه سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي يعرف أنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفنقه بشكل دائم فالإكتئاب يعتبر سمة مميزة لمدمني المخدرات، وقد يكون الإكتئاب ملازماً للفرد قبل تعرضه لخبرة الإدمان، كما يكون ناتجاً عن الاستمرار في إدمان المواد النفسية، حيث تنتاب المدمن نوبات من اليأس والقلق مع وجود عجز في مواجهة المواقف. (عفاف محمد عبد المنعم، ٢٠٠٣، ص ٣٣٥)

الشخصية الفصامية: صاحب هذه الشخصية يتسم بالخجل والانطوائية ويفضل العزلة ويهرب من الناس، كما أنه لا يقوى على التعبير عن رأيه فيشعر باضطراب

شديد حين يضطر للتعامل مع الغير في ظروف اضطرارية، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة ستزيل خجله وتلغي توتره وتطلق لسانه، كما تهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل.

**الشخصية المكروبة:** هي شخصية يتسم صاحبها بالقلق والتوتر الدائم دون أي سبب أو أي ضغوط، وهو في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد الإرهاق لنفسه، فهو يتميز بدرجة عالية من التوتر والقلق وعدم الاستقرار، مع سهولة الإسترارة، العصبية، الاندفاع وحالة دائمة من المعاناة، ويكتشف أن بعض المواد النفسية ستزيل كل هذه التوترات وتجعله هادئاً مسترخياً.

**الشخصية السيكوباتية / المضادة للمجتمع:** يتسم صاحبها بالعدوانية والعنف منذ أن كان طفلاً صغيراً أو على أعتاب المراهقة، فهي شخصية تبدو ملامحها منذ الصغر نظراً لأنها تسعى دائماً إلى اللذة السريعة، لذا نجد أن صاحبها يتعود أو يدمن إحدى المواد المخدرة أو المنشطة، وهو يتعاطى ويدفع غيره للتعاطي. (Pierre ,etal. 2000,154)

### ٣. اضطرابات المزاج:

الاكتئاب هو الاضطراب الأكثر ارتباطاً بالإدمان فعند عدد من الأفراد توجد علاقة تبادل فعلي بين حالات القلق، الاكتئاب وتناول الكحول والمخدرات، فالإدمان يتبادلان التأثير أحدهما على الآخر لأن الاكتئاب قد يسبق، أو يترافق أو يعقب تعاطي المخدرات، والمعايير التشخيصية للحالة الاكتئابية تتسم بالأرق، الوهن، القلق، انعدام الإرادة، سلوكيات العنف والعدوانية وكلها اضطرابات تدفع بالشخص إلى تناول إحدى المواد المخدرة، بحثاً عن النشوة والغبطة والراحة حتى ولو كانت وهمية وغير مستمرة، كما نجد أن الاضطرابات العقلية تكون مرتبطة باستعمال المنشطات النفسية عند الأفراد الذين يعانون من الهوس الاكتئابي بغرض تعظيم وزيادة حالة الابتهاج والغبطة التي تترافق مع هذه الفترة، كما أن استعمال الأدوية المعدلة للمزاج ممكن أن تدفع بالشخص إلى الإدمان، أيضاً نجد أن عدد من الأفراد يعالجون قلقهم بالكحول، وبالأدوية المضادة للقلق أو بالمخدرات فاستعمال الأدوية المعدلة للمزاج غالباً ما تدفع الشخص إلى الإدمان. (Richard, Valleur & Angel, 2000)



#### ٤. عوامل تتعلق بالبيئة:

توجد عوامل بيئية خارجية تؤدي إلى الإدمان مثل أصدقاء السوء فقد تبين في الكثير من الدراسات ان العديد من الشباب الذين أدمنوا كان ورائهم أصدقاء السوء فالرغبة في التقليد ومجاملة الاصدقاء أو المجارة أو المباهاة أو التفاخر بالرجولة أو التظاهر بالشجاعة والجرأه يزين طريق الإدمان ويدفع الكثير من الشباب إلى الانزلاق إلى هاوية الإدمان.(أسهمان حمدي محمد، ٢٠١٤، ص٢٥)

وتوجد عوامل بيئية داخلية فالأسرة من أهم العوامل المسهمة في الإدمان فقد بينت دراسات عديدة أن المراهقين الذين تحطمت عائلاتهم إما بسبب الوفاة أو الطلاق يظهرون مستوى أعلى لسوء استخدام العقاقير من المراهقين الذين يعيشون مع الأب والأم.(حسن مصطفى، ٢٠٠٤، ص٢٢)

وأيضاً الحرمان المادي والفقر والجهل وسوء استخدام أوقات الفراغ وعدم وجود وسائل الترفيه المناسبة تؤدي للانزلاق إلى هاوية الإدمان. (محمد غباري، ١٩٩١، ص٥٨)

#### ٥. العوامل الحضارية والثقافية:

تختلف نوعيات وأنماط الإدمان باختلاف الظروف الثقافية والاجتماعية السائدة في مجتمع دون الآخر. ويظهر تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية حيث نجد:

١- ثقافات تحرم تعاطي المخدرات: حيث الاتجاهات السائدة لأفراد المجتمع سلبية نحو التعاطي

٢- ثقافات مزدوجة الاتجاهات: تسمح بالتعاطي دون ضوابط ولكنها تستنكر التعاطي دون منعه.

٣- ثقافات متراخية: وهي مجتمعات متساهلة بل ومشجعة للتعاطي وتوفر الإمكانات للتعاطي .

هذا وقد أشار جليسنينك Gelesnik إلى أن الجوانب الاجتماعية فعالة في الإدمان حيث قال كلما انتشر عقار ما في مجتمع وكلما كان استعماله مقبولاً كانت شخصية المدمن عليه طبيعية. لا وهذا يؤكد أن التغيرات الثقافية والاجتماعية التي يتعرض لها

الأفراد عند انتقالهم من مجتمع إلى مجتمع آخر جديد قد يتسبب في الإدمان خصوصاً إذا أنتقل شخص من مجتمع ذي ثقافة تحرم التعاطي إلى مجتمع إباحي. أضيف إلى ذلك أن تأثير الأصدقاء يؤدي دوراً كبيراً في التأثير على اتجاه الفرد نحو تعاطي المواد النفسية ليجد القبول داخل المجموعة . ويؤدي الرواج الاقتصادي في بلد معين دوراً مهماً في انتشار المسكرات والمخدرات والعقاقير المخدرة وحيث تنتشر صناعة الخمر وزراعة المخدرات وصناعة التدخين مما يؤدي إلى انتشار الإدمان. من جانب آخر فإن التدهور الاقتصادي قد يكون سبباً في انتشار المواد النفسية نتيجة لانتشار الفقر والبطالة التي تولد ضغوطاً اجتماعية ونفسية على الأفراد وأيضاً المرحلة التنموية التي يعيشها مجتمع معين وكثرة الوافدين عليه وتوافر المال في أيدي صغار دون بذل جهد في تحصيله تمثل أحد مسببات الإدمان. (محمد عباس منصور، ١٩٩٥، ص ١٣٠)

تحتل العوامل الثقافية في الإدمان أهمية كبيرة ويحدد Balse أن هناك ثلاثة متغيرات ثقافية تؤثر علي معدلات تناول الكحوليات في أي مجتمع وهذه المتغيرات هي :

- مدى ما تقدمه عوامل الثقافة والمجتمع من وسائل وحلول بديلة للتعامل مع ضغوط الحياة اليومية
- العوامل الدينامية أو درجة التوتر والقلق
- المعايير المتعلقة بسلوك التعاطي سواء كان هذا التعاطي من أجل النشوة وتحقيق منفعة ما أو التعاطي في المناسبات أو التعاطي المتقطع أو لمنتظم أم أن هناك انقطاع تام عن التعاطي. (أسمان حمدي محمد، ٢٠١٤، ص ٣٦)

### النظريات المفسرة للإدمان:

نعرض فيما يلي لبعض النظريات المفسرة للإدمان:

#### ١. نظرية التحليل النفسي:

ترى مدرسة التحليل النفسي أن سيكولوجية الإدمان تقوم على الحاجة على الإشباع النفسجسمي النرجسي الذي يرجع إلى اضطرابات في علاقات الحب



والإشباع العضوي وخاصة في المرحلة الفمية والحاجة إلى الأمن والحاجة إلى إثبات الذات وتأكيدا ويرى التحليليون ضرورة إرجاع السلوكيات السوية والمرضية في الرشد إلى الخبرات الطفولية المبكرة. (صالح عمر الحازمي، ٢٠٠٣، ص ٣٧)

ويرى بعض المحللين النفسيين أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل والاعتمادية في المرحلة المبكرة ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة وبذلك فالطفل لا يطور القدرة على تأجيل إشباع حاجاته وانخفاض تحمل الإحباط ويظهر في صورة سلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام للمواد المخدرة الذي يعد سلوكاً غير ناضج لتحقيق الإشباع الفمية. (Blaine,etal., 1997)

كما يفسر أصحاب التحليل النفسي تعاطي المواد وإدمانها في ضوء القهر والاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة وتشمل هذه الاضطرابات عمليات الإشباع العضوية في المرحلة الفمية وعمليات النمو الجسمي من المرحلة الفمية وحتى القضيبية والتي يخيل فيها نضج الأنا وتظهر مخاوف من عدم الإشباع والخوف من الخصاص ومن الاستمناء العاطفي وما يصاحب ذلك من مشاعر الإثم فضلاً عن اضطراب علاقات الحب بين المدمن ووالديه وظهور ثنائية العواطف وتحول موضوع الحب الأصل إلى موضوع الإدمان. (عبد الحميد رجيع، ٢٠٠٩، ص ٤)

كما تفترض نظرية التحليل النفسي أن هناك قوى لا شعورية مكبوتة تهيب الفرد للاعتماد على المواد النفسية حيث أن فشل الفرد في حل صراعاته الداخلية يجعله غير قادر على التعامل مع الواقع بكفائه نتيجة لفشله في بناء التوازن النفسي بين الرغبات الخاصة للفرد وأفاق السياق الاجتماعي والعلاقات بالآخرين حيث يتعاطى مثل هذا الفرد المواد عن طريق الصدفة أو المعرفة بالعقار أو السعي نحو العقار لعلاج نفسه أو تحسن إدراكه للواقع أو استثارة قدراته الخيالية التي تدعّمه بآمال وأوهام التخلص من أزماته الداخلية والخارجية. (Morgenstern& Leeds,1993)

## ٢. النظرية السلوكية

وفقاً للنظرية السلوكية هناك عوامل متعددة خارجية وداخلية تدفع الفرد للإقبال على تعاطي المواد النفسية منها الأماكن التي تثير رغبة التعاطي والمناسبات التي

تؤدي دور المثيرات الشرطية وتشمل الظروف العائلية والمهنية المرتبطة بالتعاطي، والعوامل الانفعالية كالقلق والضغط والعوامل المعرفية كانهخفاض تقدير الذات، حيث تدفع الفرد للتعاطي بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر والضجر. (فاطمة صادقي، ٢٠١٤، ص ١٩٤)

وتفترض المدرسة السلوكية أن الاعتماد على المواد النفسية سلوك متعلم فالشخص الذي يشعر بالقلق أو التوتر يتعاطى خمراً أو مخدراً ليُشعر بالهدوء والسكينة ويعتبر الشعور الأخير دعماً له لتناول هذه المواد في المرات التالية ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الامتناع المزعجة. (حنان سيد سالم، ٢٠١٣، ص ١٠٢)

إذن ما يحدث للمدمن هو أنه يتعلم بواسطة سلوكه أنه كلما تعاطى عقاراً مخدراً كلما زالت همومه وهو ارتباط شديد يضعف تدريجياً ولهذا يزيد من الجرعة لكي يحصل على التأثير نفسه الذي كان يحصل عليه في بداية التعاطي وتؤدي الأسرة والتنشئة الأسرية دوراً مهماً في إقدام الشباب على تعاطي المواد النفسية المختلفة فالتسلط والشجار داخل الأسرة من العوامل التي تقود الأبناء إلى الفرار من جو التسلط والشجار إلى التورط مع أصدقاء السوء وهم تذكرة دخول في مجال الإدمان. (عبدالله سلطان، ٢٠١٣، ص ٢٥-٢٦)

### ٣. نظرية التعلم الاجتماعي:

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن كل صور استخدام المواد تحكمها القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك العوامل المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم اتجاهات إيجابية نحو إساءة استخدام العقاقير لذلك يرى باندورا Bandura أن السلوك ليس دائماً في حاجة إلى تعزيز، وأغلب ما يتعلمه الإنسان يتم عن طريق الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين، وما يترتب على هذا السلوك من إثابة أو عقاب، حيث أن التعرض للعقاقير غالباً ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج مثل خفض التوتر أو خفض الإنضغاط لذا يمكن تفسير الإدمان وخاصة في بدايته من خلال عملية النمذجة. (فاطمة الصادقي، ٢٠١٤، ص ١٩٤)



حيث إن وجود نماذج أو قناعات يتعاطون المواد النفسية من الأقران أو الأقارب أو يؤدي إلى ثلاثة مترتبات متتابعة تبدأ بملاحظة الفرد للنموذج ومحاكاته ثم يتبع ذلك تلقي صور مختلفة من الدعم الاجتماعي المشجع للتعاطي والمساند له ثم تأتي أسوأ المترتبات حيث تتاح الفرصة أمام الفرد لملاحظة النتائج الإيجابية للتعاطي ويشمل ذلك النتائج الاجتماعية مثل تحقيق القبول بين الأقران والنتائج الفسيولوجية الخاصة بالتأثيرات الإيجابية لمواد التعاطي ويتضمن ذلك مشاعر الابتهاج أو الاسترخاء المصاحبة لتعاطي بعض المواد النفسية. (حنان سيد سالم، ٢٠١٣، ص ١٠٥)

ويؤكد صفوت فرج من خلال استقرائه للعديد من نتائج الدراسات التي تناولت الإدمان منتهياً إلى أننا إزاء فئتين رئيسيتين من الظروف والأسباب التي تؤدي إلى الإدمان الفئة الأولى حيث يكون الإدمان نتيجة مباشرة للتعرض المستمر في ظروف وبيئة موالية والفئة الثانية هي الضغوط الاجتماعية بالإضافة إلى خصائص الفرد الشخصية من نقص في القدرة على التجنب أو نقص التوكيد أو الضبط الداخلي أو سوء التوافق وقد يكون أحد العوامل هو السبب الرئيسي في الإدمان. (صفوت فرج، ٢٠٠٠، ص ٤٠٢)

#### ٤. نظرية التفاعل الأسري:

لقد أكد راسموسين Rasmussen على ارتباط الأسرة الكحولية باختلال التنشئة مثل غياب الوالدين أو أحدهما والتوتر الأسري والرفض والتفرقة في المعاملة على أساس انفعالية والاعترا ب الوالدي وعدم الاستجابة لحاجات الطفل. (Rasmussen, 2000) وفي دراسة لجاكوب وزملائه Jacob, etal. وجد أن هناك فروقاً في درجة التفاعل بالنسبة للعلاقة الزوجية ويكون أساس هذه الفروق هو الإفراط أو عدم الإفراط في شرب المواد الكحولية وأيضاً على أساس نمط الشراب المتقطع مقابل نمط الشراب اليومي المتصل ووجد الباحثون انه عندما يكون الشراب منتظم تصبح استجابة الزوجة أقل سلبية مقارنة بنمط الشراب المتقطع. (Jacob, etal, 2007)

وقد بينت إحدى الدراسات أيضاً أن أحد الفروق الجوهرية بين المتعاطين وغير المتعاطين هي وجود خلافات أسرية شديدة بين الأبوين واتباع أسلوب الشدة في



معاملة الأبناء والتدليل الزائد للأبناء وانعدام الرقابة على تصرفاتهم (أساليب التنشئة الاجتماعية الخاطئة) وإقامة الأبناء بعيداً عن الأسرة لدى مجموعة المتعاطين.  
(حنان سيد سالم، ٢٠١٣، ص ١٠٦)

### التفسيرات الاجتماعية والثقافية للإدمان:

يعتمد نموذج التفسيرات الاجتماعية والثقافية لظاهرة الاعتماد على المواد النفسية على عدة مفاهيم أهمها: الثقافة، والضبط الاجتماعي، والمعايير، والقيم، والاعترا ب. ويمكن أن تتداخل هذه فيما بينها لتشكل مجموعة عوامل تؤدي إلى تعاطي المواد النفسية، أو ظاهرة انحرافية أخرى. وقد اقترح في ذلك ثلاثة تصورات، وهي:

#### أ - منحنى النسق الارتقالي<sup>4</sup> :Developmental System Approach:

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

#### ب- المنحنى الاجتماعي<sup>5</sup> : Social Approach :

يركز النموذج الاجتماعي الثقافي على عوامل خارجية في تفسير التعاطي والإدمان، حيث تشمل عدة متغيرات مثل: المستوى الاجتماعي والاقتصادي والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ونظم المعتقدات والتقاليد وفي هذا الصدد بينت إحدى الدراسات التي أجريت على مجموعة من مدمني الهيروين الذين اختاروا عن قصد عدم الانضمام لبرنامج علاجي للتوقف عن تعاطي الهيروين وإنما أن يعملوا بأنفسهم على رعاية ذواتهم وقد انتقلوا من الحي الذي كانوا تعلموا فيه الإدمان إلى حي آخر بعيد عن المثيرات والمتغيرات التي أدت إلى إدمانهم، كما تمثل في فرض نوع من المسافة الاجتماعية بينهم وبين أصدقائهم المتعاطين. (منصور الرشدي، ٢٠٠١)

4 Developmental System Approach

5 Social Approach





ويقترح هذا المنحى ثلاثة فرضيات وهي :

الفرضية الأولى: بينت العديد من الدراسات أن تعاطي المواد النفسية، يعتبر عرضاً لثقافة فرعية وأنه سلوك اجتماعي، فهو يحفز الأشخاص على تعلم أدوار، ومسئوليات مناسبة فالمخدر ساعدهم على بناء عالم، أو منظومة لها قوانينها، ولغتها تميزها عن باقي المنظومات وهذا ما يسمى بالثقافة الفرعية.

أما الفرضية الثانية: فتشير إلى أن تعاطي المواد النفسية عرض لثقافة مضادة ضد الثقافة السائدة في المجتمع الذي تسوده العلاقات الفردية والأناية.

أما الفرضية الثالثة والأخيرة، فمفادها أن تعاطي الفرد للمواد النفسية ما هو إلا محاولة منه لخلق ثقافة جديدة.

وإنما هناك فرضيات تفسيرية أخرى، وتدور حول الضغط الذي يمارس على الشباب، كالفقر، والإحباطات اليومية، والبطالة، والسكن، وغياب العدالة والأسرة المفككة، المستقبل الخالي من الأهداف الاجتماعية، وتغير القيم كل هذه العوامل تجعل الشاب يعيش في حالة اغتراب نفسي واجتماعي (Fiori & Brown,2002).

### ج- المنحى الثقافي<sup>6</sup> Cultural Approach

يركز هذا المنحى على العوامل الثقافية التي تشيع في جماعة من الجماعات وتمثل أسلوب حياة تلك الجماعة لذا تؤكد التفسيرات الثقافية للتعاطي والإدمان على المواد النفسية أهمية دور الاتجاهات والمعتقدات والقيم السائدة في المجتمع.

وقد ينطوي تعاطي بعض العقاقير على بعض المعتقدات التي يتشاركها أبناء المجتمع أو قطاعات كبيرة منه مثل تعاطي الكحوليات في المجتمعات الأوروبية والأمريكية، وتعاطي الأفيون في الصين في القرن الماضي، وتعاطي القات في اليمن، وقد تفسر أنماط معينة من التعاطي عند بعض الفئات الإثنية في المجتمع مثل الزوج والهنود ارتباطاً بظاهرة "الحرمان الثقافي" والاكنتاب الناتج عن الإحساس باللامعيارية في المجتمع. حيث يحتل الزوج الأمريكيون الذين لهم أصول تنتمي إلى جزيرة بورتوريكو أعلى معدلات التعاطي والإدمان بين الأمريكيين وترتبط بعدد



من المتلازمات الاجتماعية مثل انخفاض مستوى الدخل، المستوى التعليمي والحياة الأسرية المضطربة والمساكن المزدحمة. (سعاد علي شعبان، ٢٠٠٤، ص٩٦)

### ثانياً : مفهوم المعتقدات الإدمانية : **Addiction Beliefs**<sup>7</sup>

عرف فيشباين واجزين Fishbien & Ajzen المعتقد بأنه المعلومات والمعارف التي توجد لدى الشخص عن موضوع الاتجاه بمعنى أن المعتقد يربط بين موضوع ما وخاصية معينة تميز هذا الموضوع وعرفه كريتش وكريتشفيد Krech & Crutchfield بأنه تنظيم يتسم بالثبات لمدرجات الفرد ومعارفه حول جانب معين من عالمه أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء معين. كما عرفه روكيتش Rokeach انه أي توقع يتعلق بوجود كائن ما أو بتقييم معين أو عادات معينة أو قضايا أو وقائع سببية أو هو أي تعبير بسيط يمكن استخلاصه بصوره شعورية أو غير شعورية من قول الشخص "أنا اعتقد في". بينما تعرف المعتقدات بأنها مجموعة المعارف والتصورات والمدرجات والمعلومات والمعتقدات الفردية التي كونها الفرد حول موضوع معين في ضوء ما مر به من خبرات وينتظم من خلالها سلوكه سواء بطريقة صريحة أو دون وعي منه بذلك. (معتز سيد عبدالله، ١٩٩٦، ص١١)

أما عن المعتقدات الإدمانية فقد عرفتها أنجيلا برودس Angila Broadus بأنها تخيل أو معرفه عن الشيء أو الماده المتعاطاه التي تشكل قاعدة التوجهات أو المواقف نحو الماده. (Broadus, 2010,p295)

كما عرف بريان وآخرون المعتقدات الإدمانية بأنها مجموعة من المعتقدات عن الإدمان تتميز بتوجهات إيجابية أو سلبية نحو تعاطي المواد النفسية. (Bryan,etal., 2007, p281). كما ذكر كوران وروسن Curran & Rosen أن المعتقدات الإدمانية هي مجموعة من المعتقدات عن الإدمان تتميز بالتقبل المرضي والانتكاس. (Curran, & Rosen,2006,p285)



## النظريات المفسرة للمعتقدات الإدمانية :

### ١. النظرية المعرفية:

ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يؤديه التفكير أو المعتقد في ظهور الإضطراب النفسي للكائن البشري، وهذه النظرية لا تغفل أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية. (محمد حمدي الحجار، ١٩٩٢، ص٤٦)

فالعنصر المعرفي حسب هذه النظرية يعتبر العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وخلق رد فعل إنفعالي، وعلى هذا فالإضطراب النفسي الذي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن المحيط الخارجي قد تصيب الفرد بالقلق أو الإدمان . كما أنه وحسب ليز وفرانز Liese & Franz لا يمكن نفي دور تعديل المزاج في سلوك التعاطي أو الإدمان، فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج، فهم يرون أن بعض المخدرات تخفف الضجر، وأخرى تساعد على الإسترخاء، وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة. (Liese&Franz, 1996)

ولقد حاول بيك (Beck, 1993) تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان، حيث إفترضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المواد النفسية، وهي معتقدات التوقع، ومعتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم ومعتقدات الإباحة. فقد يقبل بعض الأفراد على تعاطي المواد النفسية نتيجة لتعرضهم لبعض هذه السياقات المعرفية الخاطئة والتي أطلق عليها جوردن ومارلات Gordon & Marlatt إسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف بأنها «كل وضعية تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الإنتكاس» . (سايل حده وحيد، ٢٠٠١، ص٦٧-٧٠)

ويذكر محمد حسن أن الفرد حين يعتمد على المواد النفسية فإنه غالباً ما يشعر بأنه لا يستطيع التحكم في سلوكه وأن قليلاً من المخدر لن يؤديه أو يقوده إلى تدهور قدراته فالمدمنون على المواد النفسية لديهم منظومة من الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول التعاطي وتأثيره. (محمد حسن، ٢٠٠٦، ص٣٠٥)

فمعتقدات الفرد وتوقعاته ترتبط ارتباطاً قوياً بتأثير المواد النفسية على الفرد فعلى سبيل المثال قد تكون النظرة إلى الكحوليات على أنها الحل الامثل وتكون التوقعات عنها أنها تخفف التوتر وتحدث لذة وتزيد الرغبة الجنسية والعدوانية والتوكيده الاجتماعي وأن هذه التوقعات يجري تعلمها ونموها في فترة مبكرة من الحياة عن طريق الأسرة وجماعات الأقران والجماعات الاجتماعية التي يتفاعل الفرد معها. (بشير الرشيد وآخرون، ٢٠٠٠، ص ٩١)

## ٢. النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت آيس: A. Ellis

تركز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يؤديه المعتقد أو التفكير في ظهور الاضطرابات الانفعالية، والاضطرابات السلوكية. ولقد اهتمت نظرية آيس بتفسير ظاهرة الإدمان، حيث قدمت تفسيرات استقت من خلالها برامج علاجية ثبت فعاليتها، ومن أهم الافتراضات التفسيرية التي اقترحتها النظرية الانفعالية العقلانية، نذكر منها:

### أ) التحمل المنخفض للإحباط:

يعتبر التحمل المنخفض للإحباط الفكرة الأساسية التي يقوم عليها هذا النموذج، وأن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط، وتتكامل هذه القاعدة مع مفهوم أساسي بالنسبة لهذا النموذج، وهو قلق الانزعاج أو اضطراب الانزعاج والذي اقترحه إيس والذي يصف فيه الحالة النفسية للمدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إدمانه، ويكون هذا القلق المزعج نتيجة لعدم تعاطيه للمخدر أو الكحول، فيعتقد أنه ليس باستطاعته تحمل هذه الحالة المزعجة، والتي سببها له عدم تعاطيه للمواد النفسية، وهذا ما يؤدي إلى عدم تحمله أعراض الامتناع، وقد أسماه إيس نموذج التحمل المنخفض للكف أو الامتناع، ويعتبر إيس هذه العملية من العمليات المعرفية الأولية التي تؤدي للإدمان والاستمرار فيه، ويرى أن الأشخاص الذين لا يستطيعون تحمل الامتناع أو الكف عن التعاطي والادمان، هم في الحقيقة أشخاص لا يملكون القدرة على ضبط ذواتهم، فإما نجدهم من الذين يأكلون كثيراً أو يدمنون المخدرات أو الكحول أما بالنسبة للنموذج الذي جاء به إيس فهو عندما يتعرض شخص ما إلى مثيرات داخلية أو خارجية ذات خطر مرتفع فإنها تنشط



لديه الرغبة في تعاطي المواد أو شرب الكحول، هنا يحدث صراع بين الميل إلى الشرب أو الامتناع، فعند الامتناع أو التأجيل تتردد على المدمن الأفكار التالية: « لا أستطيع تحمل الحرمان من الشرب» أو « لا أمتلك الإرادة الكافية، والقدرة للتصدي لإلحاحي على تعاطي المواد أو الكحول»، فكل هذه الأفكار التي تراود الشخص والتي في أغلبها خاطئة، تولد لديه قلق الانزعاج، وفي حالة الاستسلام إلى تعاطي المواد أو الكحول، فهذا يعني أن الشخص ليس بمقدوره تحمل الكف أو الامتناع، فيقول لنفسه: « إنني أشعر بالراحة عندما أتعاطي الخمر أو المواد النفسية»، فعندما يتعاطي الشخص المواد أو الكحول يضعف أو يخفف قلق الانزعاج، وبهذا يعزز التحمل الضعيف للإحباط. (عبد الستار إبراهيم، ١٩٩٨)

#### ب) الهروب من الضغوط النفسية:

يرتكز هذا النموذج على الافتراض التفسيري التالي بان كثيراً من المدمنين يلجأون إلى تعاطي الكحول أو المواد النفسية محاولة منهم للهروب من المتاعب التي تواجههم. وتعتمد هذه العملية على تأثير المؤثرات الخارجية فرؤية الشخص المتعاطي للمواد النفسية تولد لدى الشخص الرغبة أو الميل إلى التعاطي، فهذه الرغبة الملحة، تولد لديه اعتقادات خاطئة، كأن يقول: « أن الكحول أو المواد ستجعلني أشعر بالراحة والاسترخاء ومن هنا يحدث صراع بين الميل إلى تعاطي أو عدم تعاطي المواد، فالامتناع أو التأجيل المؤقت يتبعه شعور بأنه غير قادر على تحمل آلام الامتناع، وهذه المعتقدات الخاطئة تجاه الحادث المؤثر، تؤدي إلى القلق، وهذا الأخير يصبح العنصر المنشط لسلسلة المعتقدات الخاطئة، حيث يحاول المدمن أن يجد الطريق الأفضل لخفض القلق، فإما أن يقاوم الأفكار اللاعقلانية الأولية، وبالتالي لا يتعاطى المخدر أو الكحول، وإما أن يشعر بأنه لا يقدر على تحمل هذا الإحباط، كأن يقول أنا لا أستطيع التعامل مع مشكلتي أو لا أستطيع تحمل مشاكلي، مما ينشط المعتقد الخاطئ. وعندما ينشط الاعتقاد الخاطئ، يسهل على الشخص تعاطي المواد المخدرة أو الكحول، وعندما يتم التعاطي يحدث التخفيف المؤقت للقلق. (Schweitzer, Rascle & Gilliard, 2002).



ج) الانسمام الكحولي يساوي فقدان قيمة الذات:

يعتبر هذا النموذج ثالث تفسير قدمه إليس لتفسير ظاهرة تعاطي الكحول أو المواد النفسية، ويعتمد هذا النموذج على الفكرة الأساسية التي ترى أن كثيراً من المدمنين على المواد أو الكحول يشعرون بتبعية نحو المواد التي يتعاطونها، وأنهم غير قادرين على التخلص منها، فالشعور بالتبعية يجعلهم لا يثقون في أنفسهم، لا يقدرون ذواتهم تقديراً إيجابياً، لأنهم غير قادرين على وضع حد لتعاطيهم الخمر أو المواد، وهذا ما يخلق لديهم مشاعر الإثم والاكنتاب، وقد اقترح إليس أن المعتقدات التي تنجم عن تعرض الشخص إلى الكحول أو المواد النفسية تحدد لنا شكلين وهما: الشكل الأول: ويمثل المدمن الذي قرر عدم الشرب أو التعاطي للمواد مهما حدث، وإلا فهو إنسان سيئ.

أما الشكل الثاني: فيمثل المدمن الذي يعتقد بأنه من متعاطي الكحول وليس شيئاً غير ذلك، ولا يمكن أن يكون غير ذلك.

فهذه المعتقدات إنما تصدر عن التفكير الثنائي الفرع إذ ينظر المدمن إلى ذاته، إما أنه شارب للخمر، أو غير شارب، بمعنى أن يصبح غير متعاطٍ رغم تعرضه للمثيرات الداخلية والخارجية، أو يميل إلى تناولها. فرغم شعور الشخص باليأس والاكنتاب، فإنه يستطيع أن يناهض هذه المعتقدات حول شرب الكحول أو تعاطي المواد، وبالتالي ينقطع عن شرب الكحول وتعاطي المواد. أما في الحالة الثانية فإن الشخص يفقد المهارات المناهضة للأفكار الخاطئة فيتولد لديه شعورا بالقلق واليأس، والرغبة الملحة والسريعة لإزالة هذا الشعور، فيعود إلى التعاطي. (Schweitzer, Rasclé & Gilliard, 2002)

٣. نظرية الفعل المبرر

تبعاً لنظرية الفعل المبرر لكل من أجزين وفيشبن Aijzen & Fishbien فإن قرارات الفرد وأهدافه من التعاطي بشكل عام تتحدد بمحددتين: أ) اتجاهات الأفراد نحو التعاطي وادراكهم للمكاسب الشخصية المترتبة على التعاطي تدفعهم لخوض هذه الخبرة، فالأفراد الذين يقدمون على التعاطي غالباً ما يعتقدون أن التعاطي للمادة النفسية أمر تسهل ممارسته.



ب) اعتقادات الفرد بالقيم الاجتماعية الخاصة بالتعاطي: فإذا اتفقت اعتقادات الفرد مع الآخرين وخاصة الأفراد المقربين لديه مثل اصدقائه واطفاله وأعضاء أسرته ويقرون سلوك التعاطي بالاتفاق مع دوافعه الشخصية ورغباته فإن احتمالات إقدامه على التعاطي تزداد. (أسهان حمدي محمد، ٢٠١٤)

ثم طور اجزين Ajzen بعد ذلك هذه النظرية وأصبحت ثلاثة مبررات بدلاً من اثنتين تؤثر في مقاصد ومعتقدات الأفراد تجاه المادة النفسية فبجانب الاتجاهات والمعتقدات الإدمانية توجد فاعلية الذات والتي تؤثر بشكل مباشر في المقاصد والسلوكيات ويقصد اجزين بفاعلية الذات ادراك الفرد لمقدرته على التحكم في سلوكه ونجاحه في تحقيق أهدافه وادراكه لمدى الصعوبة أو اليسر في أدائه لهذا السلوك فإن فاعلية الذات تقوم بدور حاسم ومستقل عن العاملين السابقين في تشكيل المقاصد السلوكية فالأفراد يفشلون في تحقيق مقاصدهم إذا ما شعروا أن السلوك المطلوب منهم أداءه خارج حدود قدرتهم حتى لو كانت لديهم اتجاهات إيجابية تجاه هذا السلوك ويتوقعون استحساناً من الآخرين. وهذه الفاعلية في حالة التعاطي تأخذ صورتين إحداهما سلبية وهي ما يسميها اجزين الفاعلية الذاتية الداعمة للتعاطي والتي تتشكل من خلال اعتقادات الأفراد في قدرتهم على الحصول على المادة النفسية والنجاح في تعاطيها والأخرى إيجابية تسمى الفاعلية الذاتية الراضية والمقاومة للتعاطي التي تتشكل من خلال اعتقادات الأفراد في مقدرتهم على مقاومة الضغوط الاجتماعية والتي تدفع بهم للبدء في خوض تجربة التعاطي. (هبة أبو النيل، ١٩٩٩، ص٣٣)

### الدراسات السابقة :

من خلال استقراء الدراسات الموجودة في المجال البحثي، يمكننا تقسيمها إلى فئتين هما :

- ١ - دراسات تناولت أسباب الإدمان واتجاهات الشباب نحوه.
- ٢ - دراسات تناولت المعتقدات حول الإدمان .

وفيما يلي عرض لدراسات كل فئة

### أولاً: الدراسات التي تناولت أسباب الإدمان واتجاهات الشباب نحوه

أجرى أبو بكر مرسي محمد (١٩٩٥) دراسة بعنوان ديناميات الاتجاه نحو تعاطي المخدرات لدى الشباب هدفت إلى الكشف عن اتجاهات الشباب نحو تعاطي المخدرات سلبياً كان أو إيجابياً لمعرفة أفكار الشباب ومعتقداتهم حيال المخدرات لكي تتمكن من اللحاق بهم قبل وقوع الإدمان. توصلت الدراسة إلى وجود اتجاهات إيجابية نحو تعاطي المخدرات لدى الشباب مما ينبىء باحتمالية تعاطيهم في المستقبل طالما أن أفكارهم ومعتقداتهم تدور حول استحسان تعاطي المخدرات، وجود علاقة بين بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والاتجاهات الإيجابية نحو تعاطي المخدرات مما يشير إلى أهمية تنمية الجوانب النفسية والاجتماعية كعامل وقائي من الجوانب النفسية التي لها علاقة بالاتجاه الإيجابي نحو تعاطي المخدرات ومنها السمات الشخصية مثل الاعتمادية والتقدير السلبي للذات، وعدم الفاعلية الشخصية، والنظرة السلبية للحياة.

وأجرى خالد السيد عيسى (١٩٩٨) دراسة بعنوان المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاستهداف لتعاطي المخدرات هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين مجموعة من المستهدفين وأخرى من غير المستهدفين لتعاطي المواد النفسية وذلك في الأداء على بعض مقاييس الشخصية والتنشئة الأسرية والمشقة ومتغيرات ثقافة التعاطي وتكونت عينة الدراسة من ٦٤٦ مبحوثاً من طلبة المرحلة الثانوية ممن توافر فيهم شرط عدم التعاطي، قسموا إلى مجموعتين من خلال أدائهم على مقياس المعتقدات والرغبات إزاء التعاطي فتكونت مجموعة المستهدفين من ٥٠٥ مبحوثين وغير المستهدفين للتعاطي من ١٤١ مبحوثاً وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة بين المستهدفين وغير المستهدفين للتعاطي، ووجود علاقة بين الاستهداف للتعاطي والمتغيرات المهيئة للتعاطي.

كما أجرى السوب وساندريس وفيليبس دراسة هدفت إلى تحديد العوامل المؤدية إلى العودة للإدمان، وقياس تأثير الفاعلية الذاتية، والاعتماد النفسي على



الكحول والتوازن العقلي، على العودة للإدمان. وقد تكونت عينة الدراسة من ٦٠ من مدمني الكحول من الذكور خلال سنة. وقد توصلت الدراسة إلى أن زيادة الفاعلية الذاتية كان لها تأثير أكبر في الحد من العودة للإدمان، وأن انخفاض الفاعلية الذاتية والتوازن العقلي أكثر العوامل تأثيراً في العودة لإدمان الكحول، وتوصلت أيضاً إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاعتماد النفسي والعودة للإدمان (Allsop, Saunders & Phillips, 2000)

وأجرى أيضاً سيد محمدين (٢٠٠٣) دراسة حول الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب المخدرات واستراتيجية مواجهتها» وقد تناولت الدراسة رصد وتحليل ظاهرة انتشار المخدرات بين الشباب في المجتمع المصري، وتحديد الدوافع والآثار الاقتصادية والاجتماعية التي تقف وراء الظاهرة، واعتمد الباحث على المصادر الثانوية والاستبانة الميدانية، لتحقيق أهداف البحث، ولقد توصلت الدراسة إلى أن الفقر والبطالة والعشوائيات من أهم الأسباب الدافعة لدخول الشباب عالم التعاطي والإدمان، وأن هناك ارتباط وثيق بين التدخين والتعاطي، وأن معظم أفراد العينة بدأوا تعاطي المخدرات في مرحلة عمرية مبكرة جداً (١٥ - ٢١) سنة، ويستأثر الحضر بالنصيب الأكبر من الجرائم ذات الصلة بالمخدرات، وأن أصدقاء السوء كانوا سبباً في الإدمان لدى معظم أفراد العينة، وقد أوصت الدراسة باستحداث وتقنين طرق الكشف عن حالات التعاطي وتدريب الضباط على إتقان تحرير محاضر ضبط المخدرات، وإنشاء قاعدة معلومات موحدة لكل ما يتعلق بالمخدرات.

كما أجرى محمد علي الزهراني (٢٠٠٧) دراسة حول: «العلاقة بين الخصائص النفسية للمناخ الأسري وإدمان الأبناء للمخدرات». حيث هدفت الدراسة إلى معرفة الخصائص النفسية للمناخ الأسري في البيئة السعودية والتي لها علاقة بإدمان الأبناء وقد تكونت عينة الدراسة من ١٤٣ مدمناً لمادة الهيروين في مستشفيات الأمل بالدمام وجدة والرياض، ومجموعة من غير المدمنين وكان عددها ١٦٣ فرداً وتم اختيار العينة بطريقة عشوائية بسيطة.



## وقد أظهرت النتائج:

- وجود علاقة سالبة بين التماسك الأسري وتعاطي الأبناء المخدرات.
- وجود علاقة موجبة بين تعاطي الأبناء للمخدرات، وبين استخدام الأب أساليب معاملة غيرسوية حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة في اتجاه مجموعة المدمنين.
- وجود علاقة موجبة بين تعاطي الأبناء للمخدرات، وبين استخدام الأم أساليب معاملة غيرسوية حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة في اتجاه مجموعة المدمنين.
- وجود علاقة سالبة بين تعاطي الأبناء للمخدرات، وبين استخدام الأم أساليب المعاملة السوية. حيث أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات مجموعتي الدراسة في اتجاه مجموعة غير المدمنين .

أما دراسة أميرة جابر هاشم (٢٠٠٧) والتي كانت عن الأسباب المؤدية للإدمان من وجهة نظر طلاب جامعة الكوفة وعلاقتها ببعض المتغيرات فقد هدفت إلى التعرف على الأسباب المؤدية للإدمان من وجهة نظر طلاب جامعة الكوفة وعلاقتها ببعض المتغيرات وقد تكونت عينة الدراسة من ٤٠٠ طالب وطالبة من طلبة المرحلة الرابعة في كليات الآداب والاقتصاد والعلوم والهندسة وقامت الباحثة ببناء استبيان للكشف عن أسباب الإدمان وأظهرت نتائج الدراسة أن أكثر الأسباب المؤدية للإدمان تمثلت في العوامل التالية: الاصدقاء المتعاطون في المرتبة الأولى والابتعاد عن الدين في المرتبة الثانية والمشاكل الأسرية في المرتبة الثالثة أما أقل العوامل تأثيراً في حدوث الإدمان فكان الفراغ والبطالة ثم المجاملات وحب الاستطلاع أما الأسباب التي حصلت على المرتبة الوسطى فتمثلت في السفر إلى الخارج وكثرة المال والرغبة في زيادة الرغبة الجنسية والاحباطات والفشل ومشاكل شخصية.

كما قام جوناز ليز بدارسة هدفت للتعرف على اتجاهات طلاب مدارس الثانوية العامة نحو استخدام المواد النفسية بأنواعها، على عينة بلغت ٤٥٠ طالباً من طلاب المدارس الثانوية، بواقع نسبي (٤٧٪ ذكور و٥٣٪ أناث) كما تراوحت أعمارهم ما بين (١٥-١٨ سنة) عبر استخدام مقياس الاتجاهات نحو استخدام المشروبات



الكحولية وحبوب الهلوسة، حيث بينت أبرز النتائج أن هناك اتجاهاً إيجابياً نحو تعاطي المشروبات الكحولية وتعاطي حبوب الهلوسة، وأظهرت النتائج أيضاً أن ميول الطلبة نحو حبوب الهلوسة أكثر من ميولهم نحو تعاطي الكحوليات، بالإضافة إلى الفروق الدالة إحصائياً بين الطلاب والطالبات نحو تعاطي حبوب الهلوسة وتعاطي الكحوليات في اتجاه الذكور. (Gonzales, 2008)

كما أجرى ماثيو وجراتز دراسة هدفت إلى التعرف على الأسباب التي تدفع الشباب في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تعاطي المخدرات، والمواد المخدرة، واستخدم الباحث في دراسته المنهج الوصفي التحليلي. وتوصلت الدراسة إلى أن أهم الأسباب التي تدفع الشباب لتعاطي المخدرات هي الضجر(السأم)، والإحباط، وعدم قبول الشباب من قبل الآخرين أو الأهل، بالإضافة إلى بعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى مثل: الطلاق، وسوء المعاملة. وتناولت الدراسة أنواع المخدرات التي يتعاطاها الشباب في المجتمع مثل: المارجوانا، والكوكايين، وبعض الأمفيتامينات التي تؤدي إلى الهلوسة، والمنبهات، والاستنشاق لبعض المواد الكيميائية. وقد بين الباحث في دراسته الآثار السلبية الناتجة عن تناول المخدرات، مثل: سرعة التنفس، والتثبيط والإحباط، وزيادة سرعة ضربات القلب، وتغيرات في المزاج، والوفاة في بعض الأحيان. (Matthew&Gratz, 2010)

وقد قام أيضاً أرين وبريتي وبير ورشنا بدراسة هدفت إلى التعرف على اتجاهات الشباب، نحو مشكلة تعاطي المخدرات وشرب الكحول. واستخدمت الدراسة المسح الميداني على ٢٢٩٢ فرداً تزيد أعمارهم عن ١٥ سنة، في بعض المناطق الريفية والحضرية في الهند. وقد توصلت الدراسة إلى أنتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب في أرجاء واسعة من الهند، وخصوصاً في المناطق الريفية والمناطق الفقيرة، وبينت الدراسة أنه في سبيل حل هذه المشكلة، لا بد أن نتعرف على مواقف واتجاهات المجتمع تجاه مشكلة التعاطي وشرب الكحول. بالإضافة إلى معرفة اتجاهات الشباب بالذات تجاه تعاطي المخدرات. والاختلافات بين متعاطي المخدرات بين الشباب والظروف والبيئة التي تدفع بهم إلى التعاطي،



مثل : الظروف الاجتماعية، والنفسية، والمادية. (Arun,Priti , Bir & Rachna 2010) كما قامت لمياء الركابي (٢٠١١) بدراسة هدفت إلى التعرف على أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الأعدادية ولتحقيق أهداف الدراسة أعد مقياس لأسباب تعاطي المخدرات وتطبيقه على عينة من ١٨٠ طالبا وطالبة وقد أظهرت النتائج أن أهم أسباب التعاطي ضعف الوازع الديني وشخصية المتعاطي وأسرته ورفقاء السوء.

### ثانياً: الدراسات التي تناولت المعتقدات حول الإدمان .

أجرى برودوس ودورين دراسة حول تطور اتجاه المدمن ومعتقده نحو التعاطي وكانت العينة من طلبة الجامعة ومقيمي سكان « نيفالا » . وأشارت نتائج هذه الدراسة أنه لا يوجد تأييد لمفهوم « الإدمان » علي أنه مفهوم شامل وعام وكانت الاتجاهات فردية متنوعة مبنية علي اساءة استخدام المادة ويقترح البحث من خلال هذه النتائج تحليل الاتجاه نحو الإدمان من خلال عدة متغيرات مثل الجنس والسن والتعليم والمعتقدات الدينية وتاريخ العلاج والتي يمكن من خلالها التنبؤ بالاتجاهات والمعتقدات نحو الإدمان.(Broadus & Doreen, 2012)

وقد توصلت الدراسة التي أجراها نيلسون إلى أن معتقدات الإدمان تتغير عبر الزمن وأن معرفة دور المعتقدات هو بداية الفهم لحالة المدمن وكشفت أيضاً أن المعتقدات قد تزيد من الرغبة لإدمان المواد النفسية كما أشارت إلى العلاقة بين تغيير المعتقد والتاريخ الشخصي للإدمان.( Nielson, 2014)

كذلك أجرى هنري وألسون دراسة بعنوان جمع الآراء عن المعتقدات المتعلقة بالإدمان من شبكة متطوعي الشفاء من الإدمان، كشفت هذه الدراسة عن العلاقة بين الروابط الاجتماعية والمعتقدات الإدمانية من خلال جمع الآراء الثقافية عبر وسائل التواصل الاجتماعي لمجموعة من المتطوعين المعالجين في مراكز خدمه العلاج من الكحول والمخدرات . وتوصلت الدراسة إلى أن مجموعة من المعالجين كانوا مهتمين بالسلوكيات الصحية لمدمني الكحوليات والمخدرات . وكشفت هذه الدراسة أيضاً عن الطبيعة الدقيقة للإدمان وأسبابه وطرق علاجه (Ramsey Henry & Allison , 2015)

كما أجرى دود دراسة حول العلاقة بين قوة معتقدات مستشاري المخدرات والكحوليات في الأمراض المتعلقة بالإدمان والاحترق، وكشفت هذه الدراسة عن العلاقة بين مستوي الاحتراق واطءاء استخدام الماطة وأيضاً بين قوة الاعتقاد في مفهوم مرض الإدمان، والشفاء من الإدمان، وأشارت النتائج إلى أن القوة في المعتقد في مفهوم المرض ازاءت ونقص مستوي الاحتراق العاطفي أو الانفعالي بالاضافة إلى ذلك لم يكن هناك أي ارتباط بين حالات الشفاء ومستوى الاحتراق، وحالات الشفاء وقوة المعتقد في مفهوم مرض الإدمان. (Dodd, 2015)

### فرض الدراسة :

وفي ضوء ما سبق يمكن بلورة فرض الدراسة الحالية على النحو التالي :  
توجد فروق دالة احصائياً بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية

### منهج الدراسة وإجراءاتها :

اولاً: منهج الدراسة:

اعتمد الباحثان على المنهج الوصفي الفارقي في التمييز بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية .

ثانياً: الإجراءات

١. العينة

تكونت عينة الدراسة الراهنة من مجموعتين كل مجموعة عددها ٨٠ مدمناً من الذكور هما :

أ) مجموعة المدمنين المصريين وعددهم ٨٠ مدمناً

وتم اختيار هذه العينة من وحدة علاج الإدمان في مستشفى العباسية عند مستوى عمري من ٣٠ عاماً إلى ٤٥ عاماً وكان متوسط أعمارهم ٣٣,٨٨ سنة وانحراف معياري ٦,٩٦٠ سنة.

(ب) مجموعة المدمنين التونسيين وعددهم ٨٠ مدمناً وتم اختيار هذه العينة من الجمعية التونسية للوقاية من تعاطي المخدرات والتي يرأسها الأستاذ الدكتور عبد المجيد الزحاف بتونس العاصمة ومدينة صفاقس التونسية عند مستوى عمري من ٣٠ عاماً إلى ٤٥ عاماً وكان متوسط أعمارهم ٣٥,١٦ سنة وانحراف معياري ٥,٩٢١ سنة.

وصف خصائص العينة

( أ ) العمر

جدول (١) نتائج ت للفروق في العمر بين المجموعتين

المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	الدلالة
المدمنون المصريون (ن=٨٠)	٣٣,٨٨	٦,٩٦٠	٢,٥٦٨-	دالة
المدمنون التونسيون (ن=٨٠)	٣٥,١٦	٥,٩٢١		

بالنظر إلى جدول (١) يتضح وجود فروق دالة إحصائياً بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في اتجاه المجموعة الثانية.

(ب) التعليم

جدول (٢) نتائج كا٢ للفروق بين المجموعتين في التعليم

العينة	المدمنون المصريون (ن=٨٠)		المدمنون التونسيون (ن=٨٠)		دلالة كا٢
	العدد	النسبة	العدد	النسبة	
المتوسط	٥٨	٧٢,٥	٥٦	٧٠	٧,١٤٠
الجامعي	٢٢	٢٧,٥	٢٤	٣٠	
					٠,٤٣١
					غير دالة

\*داله عند من ٠,٠٥



بالنظر إلى جدول (٢) يتضح أنه لا توجد فروق دالة في المستوى التعليمي بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين.

(ج) الحالة الاجتماعية

جدول (٣) نتائج كا ٢ للفروق بين المجموعتين في الحالة الاجتماعية

دلالة كا	كا	المدمنون التونسيون (ن = ٨٠)		المدمنون المصريون (ن = ٨٠)		العينة الحالة الاجتماعية
		العدد	النسبة	العدد	النسبة	
٠,٠٣٣ دالة	٤,٧٣١	٣٤	٤٢,٥	٣٤	٤٢,٥	أعزب
		٣٨	٤٧,٥	٢٩	٣٦,٢	متزوج
		١	١,٢	١	١,٢	أرمل
		٧	٨,٨	١٦	٢٠	مطلق

بالنظر إلى جدول (٣) يتضح أنه توجد فروق دالة في الحالة الاجتماعية بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين.

(د) العمر عند بداية التعاطي:

جدول (٤) قيمة ت ودالاتها بين المجموعتين على أساس متغير العمر عند بداية التعاطي

الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري (ن = ٨٠)	متوسط العمر (ن = ٨٠)	العينة
٠,٥٨٧ غير دالة	٣,٤٧٧-	٥,٢٣٠	٢١,٨	
		٦,٨٠٩	١٩,٨٥	المدمنون التونسيون

\* داله عند ٠,٠٥



بالنظر إلى جدول (٤) يتضح أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المجموعتين في متغير العمر عند بداية التعاطي.

(٥) مدة التعاطي :

جدول (٥) مدة التعاطي للمدمنين المصريين والمدمنين التونسيين

النسبة الدرجة	المدمنون التونسيون (ن = ٨٠)		المدمنون المصريون (ن = ٨٠)		العينة مدة التعاطي
	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
٠,٥٣١	٢١,٢	١٧	١٢,٥	١٠	أقل من سنة
١,٦٧٧	٤٣,٨	٣٥	١٧,٥	١٤	من ١ إلى أقل من ٢ سنة
صفر	١٧,٥	١٤	١٧,٥	١٤	من ٢ إلى أقل من ٤ سنة
٠,٩٣٣	١٢,٥	١٠	٢٥	٢٠	من ٤ إلى أقل من ٦ سنة
٠,٨٩٠	٢,٥	٢	٢٢,٥	١٨	من ٦ إلى أقل من ٨ سنة
٠,١٧٦	٢,٥	٢	٥	٤	أكثر من ٨ سنوات

دالة عند ٠,٠٥، إذا كانت النتيجة تتراوح بين ١,٩٦ - ٢,٥٧

بالنظر إلى جدول (٥) يتضح أنه لا توجد فروق دالة بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في متغير مدة التعاطي.

٢. أداة الدراسة وخصائصها السيكمترية:

إعتمد الباحثان في الدراسة الراهنة على مقياس المعتقدات الإدمانية

أعد هذا المقياس لوك وآخرون عام ٢٠٠٢ ( Luke, etal, 2002 ) لقياس معتقدات المدمنين وقام بترجمة وتعريب المقياس شعبان جاب الله رضوان بغرض استخدام المقياس في البحث الذي نحن بصددده والذي يقارن بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية ويتكون المقياس من ٢٥ بنداً موزعة على سبعة أبعاد متدرجة كالآتي :-





١ - العجز عن التحكم :

هذا البعد الفرعي يقيس الاعتقاد حول ما إذا كان الفرد يعجز عن التحكم في تعاطيه أم لا وبصفه خاصة في المناسبات الاجتماعية ويتكون هذا البعد الفرعي من أربعة بنود ( ١ - ٤ )

٢ - الإدمان مرض مزمن:

أي الاعتقاد في أن الشخص المدمن هو شخص مريض مرض مزمن والإدمان لا ينتهي وانه لا يستطيع السيطرةه أو التوقف عن التعاطي ويتكون هذا البعد الفرعي من أربعة بنود ( ٥ - ٨ )

٣ - الاعتماد علي الخبراء :

ويوضح هذا البعد الفرعي الاعتقاد حول ما إذا كان هناك امكانية للشفاء بمساعدة من الآخرين وخاصة من الخبراء المحترفين ويتكون من ثلاثة بنود (٩-١١) ٤ - المسئولية عن الافعال :

يتعلق هذا البعد الفرعي الرابع بالمعتقدات حول ردود الافعال الخاصة بالمدمنين وعن مسؤوليتهم عن تصرفاتهم وعن إدمانهم للمخدرات والكحوليات ويتكون من ثلاثة بنود (١٢-١٤)

٥ - المسئولية عن الشفاء :

ويقيس هذا البعد الفرعي الاعتقاد فيما إذا كان الاشخاص المدمنون هم المسؤلون شخصياً عن شفائهم وعن إصلاح أنفسهم وعن قراراتهم نحو التعاطي أم لا ويتكون من ثلاثة بنود ( ١٥ - ١٧ )

٦ - الأساس الوراثي للإدمان :-

والمقصود به الأسس الجينية للإدمان وهل الإدمان له اسباب جينية وراثية ويتكون من ثلاثة بنود ( ١٨ - ٢٠ )

٧ - الإدمان وسيله لمواجهة المشكلات:-

ويعني هذا البعد الأخير الاعتقاد في أن المدمنين يلجأون للتعاطي لمواجهة

مشكلات الحياة وهروباً من الأوضاع الأسريه السيئة وتجنباً للمشكلات الشخصية ويتكون من ٥ بنود ( ٢١ - ٢٥ )

### تقدير الدرجات:

يتكون المقياس في جملته من ٢٥ بنداً موزعة علي ٧ أبعاد فرعية تقيس معتقدات الادمان ويستطيع الفرد أن يحدد رأيه في كل عبارة بعد أن يقرأها بوضع علامه « صح » اسفل البديل الذي يعبر عن رأيه وقد رتبت بدائل الاستجابة علي هذا المقياس من ١ - ٥ علي النحو الآتي:

١ - لا أوافق بشدة، ٢ - لا أوافق، ٣ - محايد، ٤ - أوافق، ٥ - أوافق بشده .

ويحصل المبحوث على درجة على الأبعاد السبعة، ولكن يتم عكس الدرجة على بنود البعدين الاول والرابع فقط وذلك لكي تتسق الدرجة على البعد مع مسماه فمثلاً البعد الخاص بالعجز عن التحكم نجد أن صياغة بنود هذا البعد في اتجاه القدرة علة التحكم ولكن تم عكس الدرجة لكي تكون في اتجاه العجز عن التحكم وايضاً البعد الرابع الخاص بالمسئولية عن الأفعال نجد أن بنود هذا البعد تسيير في اتجاه عدم المسئولية عن الأفعال وبالتالي تم عكس الدرجة لكي تتسق مع مسمى البعد وهو المسئولية عن الأفعال.

### صدق المقياس:

اعتمد لوك وآخرون ((luke,etal,2002 في التحقق من صدق المقياس على استخدام إحدى طرق حساب الصدق وهو الصدق العاملي باستخدام التحليل العاملي وقد تبين من هذا الاجراء تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الصدق العاملي حيث تشبعت بنود المقياس على الابعاد السبعة له باستخدام الصدق العاملي التوكيدي والاستكشافي.

### ثبات مقياس المعتقدات الادمانية

تم حساب ثبات مقياس المعتقدات الادمانية بطريقة الفا كرونباخ على عينتي الدراسة الأساسية وفيما يلي معاملات الثبات بطريقة الفا كرونباخ

جدول (٦) قيم معاملات ثبات مقياس المعتقدات الإدمانية بطريقة ألفا كرونباخ

م	مقياس المعتقدات الإدمانية	العينة	
		عدد البنود	المدمنون المصريون (ن=٥٠)
			المدمنون التونسيون (ن=٥٠)
		ألفا كرونباخ	ألفا كرونباخ
١	العجز عن التحكم	٤	٠,٥٥٤
٢	الإدمان مرض مزمن	٤	٠,٦٢٩
٣	الاعتماد على خبراء	٣	٠,٧٧٢
٤	المسئولية عن الأفعال	٣	٠,٦٧٣
٥	المسئولية عن الشفاء	٣	٠,٥٦٨
٦	الأساس الوراثي للإدمان	٣	٠,٦١٨
٧	الإدمان وسيلة لمواجهة المشكلات	٥	٠,٧٩٥

ويتضح من جدول (٦) أن أبعاد المقياس تتمتع بمعاملات ثبات مقبولة مما يدل على صلاحية المقياس للتطبيق.

### نتائج الدراسة

نتائج الفروق بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية

جدول رقم (٧) يوضح نتائج الفروق بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية

المتغيرات	العينة	المدمنون المصريون (ن = ٨٠)		المدمنون التونسيون (ن = ٨٠)		قيمة ت الانحراف المعياري	الدالة
		المتوسط	المعتقدات الإدمانية	المتوسط	الانحراف المعياري		
١. العجز عن التحكم	١٠,٣١٦	٢,٤٥	٨,١٧٥	٢,٩٥	٤,٩٨٨-	دالة	
٢. الإدمان مرض مزمن	١٣,٦٤	٢,٩٠	١٤,٣٥	٢,٩٧	١,٥٣٦	غير دالة	
٣. الاعتماد على خبراء	١٣,٣٨	١,٩٥	١١,٩٤	٣,٠٣	٣,٥٦٥-	دالة	
٤. المسئولية عن الأفعال	٨,٠٩	٢,٥٠	٧,٨٣	٢,٥٣	٠,٦٦٠-	غير دالة	
٥. المسئولية عن الشفاء	١٢,٠١	٢,٩٣	١٠,٨٤	٢,٨٥	٢,٥٦٩-	دالة	
٦. الأساس الوراثي للإدمان	٧,٢٢	٣,٣٦	٧,٣٨	٢,٣١	٠,٣٢٩	غير دالة	
٧. الإدمان وسيلة لمواجهة المشكلات	٢٠,٧٤	٣,٦٣	١٧,٨٤	٣,٩٠	٤,٨٦٦-	دالة	

يتضح من جدول (٧) الآتي:



وجود فروق دالة إحصائياً بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في أبعاد: العجز عن التحكم، الاعتماد على خبراء، والمسئولية عن الشفاء، والإدمان وسيلة لمواجهة المشكلات وكانت الفروق في اتجاه عينة المدمنين المصريين. لا توجد فروق بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في أبعاد: الإدمان مرض مزمن، والمسئولية عن الأفعال، والأساس الوراثي للإدمان.

### مناقشة النتائج

ينص فرض الدراسة على: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في المعتقدات الإدمانية»

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم استخدام اختبار «ت» وقد تحقق الفرض جزئياً حيث تبين وجود فروق دالة إحصائياً في الأبعاد الفرعية للمعتقدات الإدمانية الآتية: العجز عن التحكم، الاعتماد على خبراء، المسئولية عن الشفاء، الإدمان وسيلة لمواجهة المشكلات بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين وذلك في اتجاه المدمنين المصريين، في حين تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً في الأبعاد الفرعية للمعتقدات الإدمانية الآتية: الإدمان مرض مزمن، المسئولية عن الأفعال، والأساس الوراثي للإدمان.

وفيما يتعلق بالفروق بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في العجز عن التحكم والتي كانت في اتجاه المدمنين المصريين، يمكن القول أن اعتقاد المدمنين المصريين في عجزهم عن التحكم في التعاطي تزيد عن اعتقاد المدمنين التونسيين فالمدمنين المصريين يعتقدون أنهم غير قادرين على التحكم والسيطرة في الشرب والتعاطي. وهذا مانراه في مجتمعنا المصري حيث أصبح الإدمان منتشراً في كل مكان وفي كل وقت فنجد المدمن يجاهر بإدمانه في المواصلات العامة والخاصة ولا يبالي بمشاعر الآخرين وحقوقهم ودون اعتبار منه للآخرين من أطفال وسيدات حوامل والشيوخ كبار السن ولا يكثر بمخاطر إدمانه على غيره من المواطنين الذين لهم الحق في المعيشة في جو وبيئة آمنة من جميع النواحي



الصحية والاجتماعية والبيئية والأمنية وتتفاقم حدة الأزمة بأن المدمنين المصريين يبررون إدمانهم في المناسبات الاجتماعية ويجعلون منها حجة قوية لتعاطيهم المواد النفسية بكثافة ويرتكبون خطأً في أن المعالجين يجب أن يسمحوا ويبيحوا لهم ذلك وقد يتخذون أيضاً من ذلك مبرراً لإدمانهم.

ويتفق هذا مع ما ذكره محمد حسن أن الفرد حين يعتمد على المواد النفسية فإنه غالباً ما يشعر بأنه لا يستطيع التحكم في سلوكه وأن قليلاً من المخدر لن يؤديه أو يقوده إلى تدهور قدراته فالمعتمد على تعاطي المواد النفسية لديه منظومه من الأفكار والاعتقادات الخاطئة حول التعاطي وتأثيره (محمد حسن، ٢٠٠٦، ص ٣٠٥).

وتبعا لنظرية الفعل المبرر لكل من أجزين وفيشبن Ajzen & Fishbien فإن اتجاه المدمنين نحو التعاطي وإدراكهم للمكاسب الشخصية المترتبة على التعاطي تدفعهم لخوض هذه الخبرة، فالأفراد الذين يقدمون على التعاطي غالباً ما يعتقدون أن التعاطي للمادة النفسية أمر تسهل ممارسته (أسمهان حمدي محمد، ٢٠١٤).

أما بالنسبة للاعتماد على الخبراء فقد يكون أيضاً معتقداً قوياً وإيجابياً لديهم للتمادي في الإدمان حيث إنهم يربطون إقلاعهم عن الإدمان بإعتمادهم على خبراء دون وجود دوافع داخلية وإرادة قوية نابعة من أنفسهم للعلاج من الإدمان وقد يفسر أيضاً بأنهم يلجئون للخبراء لعدم مقدرتهم على الإقلاع عن الإدمان بأنفسهم وعدم قدرتهم على الاعتماد على أنفسهم في عملية العلاج وذلك لاعتيادهم على المواد النفسية وسيطرتها عليهم ومن الدراسات التي بينت دور المعالجين والخبراء في الشفاء من الإدمان واهتمامهم بالمدمنين وحرصهم على تقديم يد العون والمساعدة لهم للإقلاع عنه دراسة (Ramsey-Henry & Allison, 2015) والتي توصلت إلى أن مجموعة من المعالجين كانوا مهتمين بالسلوكيات الصحية لمدمني الكحوليات والمخدرات.

أما بالنسبة للمسئولية عن الشفاء فالمدمنون المصريون يعتقدون أنهم مسئولون عن شفائهم من التعاطي وإصلاح أنفسهم واتضح ذلك من خلال مقابلة الباحث للمدمنين المصريين حيث وجد لديهم رغبة في الشفاء بأنفسهم مع عدم



مقدرتهم الفعلية والواقعية على ذلك وأيضاً ذكروا أنهم حاولوا مرات عديدة الإقلاع عن الإدمان بأنفسهم ولكن بائت محاولاتهم بالفشل والانتكاسة مما جعلهم يلجئون إلى الخبراء والمتخصصين ومنهم من رغم وأجبر من قبل نويه على الذهاب إلى المؤسسات المسؤولة عن علاج الإدمان .

ويمكن تفسير وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المدمنين المصريين والمدمنين التونسيين في الإدمان وسيلة لمواجهة المشكلات لصالح المدمنين المصريين حيث كانت معتقداتهم الإدمانية إيجابية نحو الإدمان بارتفاع معدلات الفقر والبطالة وزيادة الأحياء العشوائية ويدعم ذلك دراسة (Arun, Priti, Bir & Rachna, 2010) والتي توصلت إلى إنتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب وخصوصاً في المناطق الريفية والمناطق الفقيرة والتي تكثر فيها البلطجة والشجارات المستمرة والتي تكون بيئة خصبة للإدمان بجميع أشكاله وألوانه المتعددة وانتشار تجارة المواد النفسية فيها وفي جميع المحافظات وذلك من أجل الحصول على المال فأصبح الدخول في خطر الإدمان أسهل ما يكون أضف إلى ذلك انخفاض المستويات الاقتصادية وتدني المستوى التعليمي يجعل من السهل استقطاب العديد من الأفراد لهاوية الإدمان وبالتالي تتكون المعتقدات الإيجابية نحو الإدمان وتترسخ في أذهانهم وعقولهم والأفكار الخاطئة بأن الإدمان هو الحل السحري لجميع مشكلاتهم من فقر وبطالة وتدني المستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي ويدعم ذلك ما أكدته نتائج دراسة عفاف محمد عبد المنعم (١٩٩٨)، سيد محمد (٢٠٠٣)، أميرة جابر هاشم (٢٠٠٧) من وجود علاقة طردية بين انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي، الفقر، البطالة، العشوائيات، والإدمان وأن هذه العوامل من الدوافع القوية التي تدفع الأفراد إلى الإدمان وبالتالي يصبحون عاجزين عن التحكم والسيطرة على أنفسهم وفاقدين للقدرة على التخلص من الإدمان والشفاء منه أو عدم الانجراف والانقياد نحوه من البداية وفاقدين للقدرة على حل المشكلات التي تواجههم فيتخذون الإدمان وسيلة لمواجهة هذه المشكلات وقد يكون تدني المستوى التعليمي سبباً في تكوين معتقداتهم الإيجابية نحو الإدمان نظراً لعدم وعيهم بخطورته ووضف الوازع الديني وعدم وعيهم الديني بتحريم الإدمان في معظم الأديان السماوية وعدم وعيهم بالعقاب

الذي توعدت به هذه الأديان المدمنين ومنها على سبيل المثال عقوبة شارب الخمر وهذا ما أكدته نتائج دراسة لمياء الركابي (٢٠١١) بأن من أهم أسباب التعاطي ضعف الوازع الديني.

كما أن المدمن يلغي عقله الذي وهبه له الله عز وجل وينقاد ويتحول لتابع للمواد النفسية تحركه يميناً وشمالاً وشرقاً وغرباً دون أن يفكر في أضرار ومخاطر ومساوئ الإدمان ولكنه يعيش في عالمه الخيالي الذي يزين له طريق الإدمان ويجعله طريقاً مفروشاً بالميزات والأمنيات السعيدة التي سيحققها له إدمانه فعلى سبيل المثال "تناولي للمواد المخدرة سيجعلني أنسى همومي ومشكلاتي" وغيرها من المعتقدات عن الإدمان لدى المدمنين المصريين التي يؤمنون بها أن الإدمان يمنحهم الرجولة والقوة فنجد الكثير من المدمنين يصفون غيرهم من غير المدمنين بأنهم أقل منهم في القوة وفي الرجولة وأنهم جبناء لعدم إقدامهم على الإدمان .

ويؤيد ذلك ما ذكره كوليك Koleck، بروشون Bruchon، كوسون Cousson، جيليارد Gilliard وكونترد Quintard بأن المدمن يقول أنا لا أستطيع التعامل مع مشكلتي، وأنا ضعيف جداً، لا أستطيع تحمل مشاكلي، فهنا ينشط المعتقد الخاطي، كأن يقول: "إن تعاطي المواد أو الخمر سيبعثني عن مشاكلي « وعندما ينشط هذا الاعتقاد، يسهل على الشخص تعاطي المواد أو الكحول، معتقداً خطأً أن بتعاطيه ستحل مشاكله، وبالتالي يصبح المتعاطي تابعاً لها -أي المواد النفسية -، وغير قادر على تعلم أية استراتيجيات فعالة ليتصدى بذلك المتعاطي من خلالها لمشاكله (Koleck, Bruchon, Cousson, Gilliard & Quintard, 2002)، كما يعزز ذلك ما أشارت إليه دراسة أميرة جابر هاشم (٢٠٠٧) بأن المشاكل الشخصية دافع للإدمان. ومن الدراسات التي اتفقت أيضاً مع نتيجة الفرض الحالي دراسة أبو بكر مرسي محمد (١٩٩٥) والتي كشفت عن الدور الكبير للأفكار والمعتقدات في إحداث اتجاه إيجابي نحو التعاطي ودراسة نيلسون Nielson التي كشفت عن أن المعتقدات قد تزيد من الرغبة لإدمان المواد النفسية كما أن معرفة دور المعتقدات هو بداية الفهم لحالة المدمن (Nielson, 2014)

## قائمة المراجع

١. أبو بكر مرسي محمد (١٩٩٥). ديناميات الاتجاه نحو تعاطي المخدرات لدى الشباب. رسالة دكتوراه. كلية الآداب. جامعة الزقازيق.
٢. أحمد عكاشة (١٩٩٢). الطب النفسي المعاصر. ط ٤. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٣. أحمد عكاشة (٢٠٠٠). الطب النفسي المعاصر. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٤. أحمد الشيخ حمد (١٩٩٥). بيبيلوغرافيا البحوث التربوية. كلية التربية. جامعة الخرطوم.
٥. أحمد أبو عيد (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي للوقاية من تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرة، رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية الدراسات العليا. جامعة عمان العربية. عمان - الأردن.
٦. آرون بيك (٢٠٠٠). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. ترجمة عادل مصطفى. القاهرة: دار الآفاق العربية.
٧. أسهان حمدي محمد (٢٠١٤). الأبعاد النفسية والاجتماعية لشخصية المدمن المنتكس. رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة بني سويف. القاهرة.
٨. أميرة جابر هاشم (٢٠٠٧). الأسباب المؤدية للادمان من وجهة نظر طلاب جامعة الكوفة وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه. كلية التربية للبنات. جامعة الكوفة.
٩. بشير الرشيد، راشد علي (٢٠٠٠). مقدمة في الإرشاد النفسي. الكويت. مكتبة الفلاح.
١٠. جواد فطائر (٢٠٠٠). الادمان انواعه مراحل علاجها. القاهرة: دار الشروق.
١١. جيمس ويليامس (١٩٩٩). الطب النفسي المبسط. ترجمة طارق علي الحبيب. النشر العلمي والمطابع. جامعة الملك سعود. الرياض.
١٢. حسين علي (٢٠٠٥). المشكلات النفسية الاجتماعية: رؤية تفسيرية. القاهرة: مؤسسة طبية للنشر والتوزيع.
١٣. حمد سعيد عبدالله الزهراني (٢٠٠٠). بعض سمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات من الشباب. رسالة ماجستير. جامعة الملك سعود، الرياض.
١٤. حمد سعيد عبدالله الزهراني (٢٠٠٥). وجهة الضبط والاندفاعية لدى المتعاطين للكحول وغير المتعاطين، رسالة ماجستير. جامعة الملك سعود، الرياض.
١٥. حنان سيد سالم (٢٠١٣). مظاهر اضطرابي الشخصية الحدية والمعادية للمجتمع لدى المعتمدين على المواد النفسية. رسالة ماجستير. كلية الآداب. جامعة القاهرة.
١٦. خالد السيد عيسى (١٩٩٨). المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بالاستهداف لتعاطي





- المخدرات. رسالة ماجستير. كلية الاداب. جامعة القاهرة.
١٧. عبد الحميد رجيدة (٢٠٠٩). الآثار النفسية لتعاطي وادمان المخدرات. رسالة ماجستير . جامعة نايف للعلوم الأمنية.
١٨. رشاد أحمد عبداللطيف (١٩٩٩) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات . الإسكندرية : المكتب الجامعي الحديث.
١٩. سعد المغربي (١٩٨٤). ظاهرة تعاطي الحشيش. لبنان: مطبعة دار الراتب الجامعية.
٢٠. سيد محمدين(٢٠٠٣). الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لمشكلة تعاطي الشباب للمخدرات واستراتيجية مواجهتها. مطابع الشرطة . القاهرة.
٢١. سايل حدة وحيدة (٢٠٠١) استراتيجيات المقاومة لدى المساجين المقاطعين للمخدرات . رسالة ماجستير . جامعة الجزائر . الجزائر.
٢٢. سعاد علي شعبان (٢٠٠٤) : الأنثروبولوجيا الثقافية لإفريقيا. معهد البحوث والدراسات الإفريقية. جامعة القاهرة. القاهرة .
٢٣. سيد عبدالحميد(١٩٨٩). الثقافة التنظيمية وتعريفها وخصائصها. القاهرة: دار النهضة العربية.
٢٤. صالح عمر الحازمي (٢٠٠٣). تعاطي المخدرات وعلاقته بأبعاد الشخصية. معهد الدراسات والبحوث التربوية .جامعة القاهرة،
٢٥. صلاح عبد المتعال(٢٠٠١). الأبعاد الاجتماعية والنفسية والتربوية لتعاطي المخدرات.
٢٦. صفوت فرج (٢٠٠٠). علم النفس الإكلينيكي. القاهرة: مكتبة الأنجلو للطباعة والنشر والتوزيع.
٢٧. عايد على عبيد (٢٠٠٤). أهوال المخدرات في المجتمعات العربية. الكويت: إدارة المطبوعات والنشر.
٢٨. عبد الباسط محسن (١٩٩٠). أصول البحث الاجتماعي. القاهرة : مكتبة وهبة.
٢٩. عبد الرحمن العيسوي (٢٠٠٠). الجريمة والادمان. بيروت: دار الراتب الجامعية.
٣٠. عبد الستار إبراهيم (١٩٩٨) . العلاج النفسى السلوكى المعرفى الحديث أساليب وميادين تطبيقه. القاهرة . الفجر للنشر والتوزيع
٣١. عبدالستار ابراهيم (٢٠٠٤). العلاج النفسى السلوكي المعرفي الحديث. السعودية: الدار العربية.



٣٢. عبد الله عسكر (٢٠٠٥). استبيان مواقف الانتكاسة للمدمنين . القاهرة . مكتبة الأنجلو المصرية.
٣٣. عبدالله عمر سالم الجوهي (٢٠٠٨). أثر العلاج المعرفي السلوكي على عينة من مرضى الإدمان. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية. جامعة المنيا.
٣٤. عبدالله عمر سالم الجوهي (١٩٩٨). أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق لدى عينة من معتمدي الهيروين. رسالة ماجستير. جامعة الملك فيصل.
٣٥. عبدالله سلطان أحمد سرور (٢٠١٣). علاقة الإدمان بالتوجه الشخصي وبعض متغيرات الشخصية لدى عينة من المدمنين. رسالة دكتوراه. كلية الاداب. جامعة بني سويف.
٣٦. عبدالهادي الجوهري (١٩٨٥). دراسات في علم الاجتماع السياسي. جامعة القاهرة: مكتبة نهضة الشرق.
٣٧. علاء الدين كفاي (١٩٩٣). مشكلة تعاطي المخدرات بين الشباب . الدوحة : جامعة قطر
٣٨. عون عوض محسن (٢٠١٢). سيكولوجية تعاطي المخدرات وإدمانها لدى الفتاة الجامعية. مجلة جامعة القدس المفتوحة ، ١ (٣) ،
٣٩. عفاف محمد عبد المنعم (٢٠٠٣). الإدمان، دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
٤٠. عبدالله أحمد الوائلي (٢٠٠٣). فاعلية العلاج النفسى الجماعى فى خفض درجة القلق لدى مدمنى المخدرات . رسالة ماجستير . جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
٤١. فاطمة صادقي (٢٠١٤). الآثار النفسية للإدمان على المخدرات. دراسات نفسية وتربوية، (١٢)
٤٢. فتحي دردار (٢٠٠٠). الإدمان على المخدرات، الخمر، التدخين. مكتبة بغدادي. دار حسين، الجزائر.
٤٣. فيفي احمد خليل (١٩٩٤). الثقافة السياسية والاجتماعية لدى طلاب المرحلة الثانوية بمدارس اللغات الانجليزية . رسالة ماجستير . كلية التربية . جامعة سوهاج
٤٤. لمياء الركابي (٢٠١١). اسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الاعدادية . مجلة العلوم النفسية . جامعة المستنصرية . العدد (١٩)
٤٥. لويس كامل مليكه (١٩٩٩). دليل الاخصائي النفسى في الوقاية والعلاج من الادمان. القاهرة : دار القس للطباعة.

٤٦. محمد حسن غانم (١٩٩٦). الديناميات النفسية للاحتياجات / الضغوط ومركز التحكم لدى مدمني المخدرات – دراسة مقارنة
٤٧. محمد حسن غانم (٢٠٠٤). الادمان بين الشباب العربي. الاسكندرية: المكتبة المصرية.
٤٨. محمد حمدي الحجار (١٩٩٢). العلاج النفسي الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية للتدريب.
٤٩. محمد سعد محمد (٢٠٠٩) الضغوط النفسية وتعاطى المخدرات . القاهرة : دار النصر للنشر والتوزيع.
٥٠. محمد علي الزهراني (٢٠٠٧) . العلاقة بين الخصائص النفسية للمناخ الأسري وادمان الأبناء للمخدرات . رسالة ماجستير . كلية العلوم الاجتماعية . جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية .
٥١. مصطفى سويف (١٩٩٠). تعاطى المواد المؤثرة فى الاعصاب بين الطلاب (تدخين السجائر، مدى الانتشار وعوامله). دراسات ميدانية فى الواقع المصرى. المجلد الثانى.
٥٢. مصطفى سويف (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. القاهرة. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
٥٣. مصطفى سويف (٢٠٠٤). علم النفس فى حياتنا الاجتماعية. القاهرة. الدار المصرية اللبنانية
٥٤. معتز سيد عبدالله (١٩٩٦). بحوث فى علم النفس الاجتماعى والشخصية، المجلد الأول، الطبعة الثانية، القاهرة: دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
٥٥. محمد عاطف محمد (٢٠١٧) القدرة على حل المشكلات الاجتماعية وعلاقتها بالبناء العائلى للذكاء الأخلاقى لدى الطلبة المعلمين بكلية التربية جامعة حلوان. رسالة ماجستير غير منشورة . كلية التربية . جامعة حلوان.
٥٦. محمد حسن غانم (٢٠٠٦). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.
٥٧. محمد برزيان تيغزة (٢٠١٢). التحليل العائلى الاستكشافى والتوكيدى . ط١ . عمان : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة .
٥٨. منصور الرشيدى. (٢٠٠١). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية واضطرابات الضغوط التالية للصدمة . الكويت: مكتب الإنماء الاجتماعى.
٥٩. هبة الله أبو النيل (١٩٩٩) . مشكلة الادمان وتعاطى المخدرات : العوامل النفسية فى الادمان

٦٠. وفيق صفوت مختار (٢٠٠٥). مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة. القاهرة: دار العلم والثقافة.

61. Allsop, S., Saunders, B., & Phillips, M. (2000). The process of relapse in severely dependent male problem drinkers. *Addiction*, 95(1), 95-106
62. Arun, Priti, Bir Singh Chavan, and Rachna Bhargava. "Attitudes towards alcoholism and drug taking: a survey of rural and slum areas of Chandigarh, India." *International Journal of Culture and Mental Health* 3.2 (2010): 126-136.
63. Bahr, Stephen J., and John P. Hoffmann. (2015), "Social Scientific Theories of Drug Use, Abuse, and Addiction." *The Handbook of Drugs and Society* : 197.
64. Bahr, Stephen J., John P. Hoffmann, and Xiaoyan Yang. (2005), «Parental and peer influences on the risk of adolescent drug use.» *Journal of Primary Prevention* 26.6 529-551.
65. Beck, V. and Horvath, K., Repligen Corp, 2000. Method for assisting in differential diagnosis and treatment of autistic syndromes. U.S. Patent 6,020,310.
66. Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(2), 194
67. Blaine, J., Cottler, L. B., Grant, B. F., Mavreas, V., Pull, C., Hasin, D., & Magner, D. (1997). Concordance of DSM-IV alcohol and drug use disorder criteria and diagnoses as measured by AUDADIS-ADR, CIDI and SCAN1. *Drug & Alcohol Dependence*, 47(3), 195-205.
68. Broadus, A. D. (2012). Developing an Addiction Attitude and Belief Scale For Use with Non-Treatment, Web-Based Populations. Doctoral dissertation University of Nevada, Reno.
69. Bryan, A., Ray, L. A., & Cooper, M. L. (2007). Alcohol use and protective sexual behaviors among high-risk adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68(3), 327-335.

70. Curran, J. M., & Rosen, D. E. (2006). Student attitudes toward college courses: An examination of influences and intentions. *Journal of Marketing Education*, 28(2), 135-148.
71. Dargan, P., & Wood, D. (Eds.). (2013). *Novel psychoactive substances: classification, pharmacology and toxicology*. Academic Press.
72. Dodd, D. D. (2015). *Is There a Relationship Between Alcohol/Drug Counselor's Strength of Belief in the Disease Concept of Addiction and Burnout?*, Doctoral dissertation
73. Fiori, K.L., Brown, E.E. (2002), Locus Of Control As A Mediator Of The Relationship Between Religiosity And Life Satisfaction: Age, Race, And Gender Differences, In, *Mental Health, Religion & Culture*, Vol 9, PP 139-146.
74. Fisher, G. L. (2006). *Rethinking our war on drugs: Candid talk about controversial issues*. Greenwood Publishing Group.
75. Gonzalez, L. M. (2008). *College choice of Latino high school students: Influence of demographics, academic preparation, and academic self-efficacy beliefs on intended level of post-secondary institution*, Doctoral dissertation
76. Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A., & Catalano, R. F. (2009). Results of a type 2 translational research trial to prevent adolescent drug use and delinquency: A test of Communities That Care. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 163(9), 789-798.
77. Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J., & Johnson, B. T. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5(2), e45.
78. Jacob, T., Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., & True, W. (2007). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102(2), 216-225.
79. Kolokotroni, Katerina Zoe. *Nicotine addiction and impulsive behaviour: dis-*



- entangling the relationship. Diss. Doctoral Dissertation University of Leeds, 2007.
80. Liese, B. S., & Franz, R. A. (1996). Treating substance use disorders with cognitive therapy: Lessons learned and implications for the future. *Frontiers of cognitive therapy*, 470-508.
81. Luke, D. A., Ribisl, K. M., Walton, M. A., & Davidson, W. S. (2002). Assessing the diversity of personal beliefs about addiction: Development of the addiction belief inventory. *Substance use & misuse*, 37(1), 89-120
82. Lyvers, M., Hasking, P., Hani, R., Rhodes, M., & Trew, E. (2010). Drinking motives, drinking restraint and drinking behaviour among young adults. *Addictive behaviors*, 35(2), 116-122.
83. Matthews, Gerlad & Deary, Ian J., (1998). *Personality Traits*. Cambridge: Cambridge University press
84. Matthew T., Gratz, (2010). The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among inpatients with substance use disorders. *Cognitive therapy and research* 34.6: 544-553
85. Morgenstern, J., & Leeds, J. (1993). Contemporary psychoanalytic theories of substance abuse: A disorder in search of a paradigm. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 30(2), 194.
86. Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2010). Addiction to indoor tanning: relation to anxiety, depression, and substance use. *Archives of dermatology*, 146(4), 412-417
87. Nielson, E. M. (2014). *Substance Abuse Counselors' Beliefs About Addiction and Willingness to Implement Evidence-Based Practice* (Doctoral dissertation, WALDEN UNIVERSITY).
88. Park, P. E. (2013). *The Role of Pain and Anxiety in the Transition to Opioid Addiction*, Doctoral dissertation
89. Pierre, J., & Peters, G. B. (2000). *Governance, politics and the state*. Pal-



- grave. Political Analysis
90. Ramsey-Henry, Allison. (2015). Consensus on Beliefs about Addiction in a Network of Addiction Recovery Volunteers. Doctoral dissertation. Lehigh University
91. Rasmussen, S. (2000). Addiction treatment: Theory and practice. Sage publications.
92. Richard, D., Ferland, J., Lalonde, J., Samson, P., & Deshaies, Y. (2000). Influence of topiramate in the regulation of energy balance. *Nutrition*, 16(10), 961-966.
93. Ross, D. (2012). 10 Addictive, impulsive and other counter-normative consumption. *Handbook of Developments in Consumer Behaviour*, 323.
94. Rosen, E. D., & MacDougald, O. A. (2006). Adipocyte differentiation from the inside out. *Nature reviews. Molecular cell biology*, 7(12), 885.
95. Savage, S. R., Kirsh, K. L., & Passik, S. D. (2008). Challenges in using opioids to treat pain in persons with substance use disorders. *Addiction science & clinical practice*, 4(2), 4
96. Smith, G. T., Zapolski, T. C., & Cyders, M. A. (2009). Positive urgency predicts illegal drug use and risky sexual behavior. *Psychology of Addictive Behaviors*, 23(2), 348.
97. Sutin, A. R., Evans, M. K., & Zonderman, A. B. (2013). Personality traits and illicit substances: The moderating role of poverty. *Drug & Alcohol Dependence*, 131(3), 247-251
98. Schweitzer, Rascle, N., M., & Gilliard, J. (2002). Les conduites tabagiques: structure et déterminants: Les addictions: Addiction, identité et modèle. *Psychologie française*, 47(4), 49-60
99. Taylor, J. B. (1995). The monetary transmission mechanism: an empirical framework. *The Journal of Economic Perspectives*, 9(4), 11-26.
100. Taymur, I., Budak, E., Demirci, H., Akdağ, H. A., Güngör, B. B., & Özdel,



- K. (2016). A study of the relationship between internet addiction, psychopathology and dysfunctional beliefs. *Computers in Human Behavior*, 61, 532-536.
101. Terlecki, M. A., & Buckner, J. D. (2015). Social anxiety and heavy situational drinking: Coping and conformity motives as multiple mediators. *Addictive behaviors*, 40, 77-83
102. Von Knorring, A. L., Hallman, J., von Knorring, L., & Oreland, L. (1991). Platelet monoamine oxidase activity in type 1 and type 2 alcoholism. *Alcohol and Alcoholism*, 26(4), 409-416
103. West, R., & Brown, J. (2013). *Theory of addiction*. John Wiley & Sons.
104. Wong, C. C., Mill, J., & Fernandes, C. (2011). Drugs and addiction: an introduction to epigenetics. *Addiction*, 106(3), 480-489.