

الأسرة وتعاطى المخدرات

- مقدمة.
- حجم مشكلة تعاطى المخدرات.
- التعريف بالمخدرات.
- تعاطى المخدرات والإدمان.
- الأسرة وتعاطى المخدرات.
- البيئة وتعاطى المخدرات.
- الشخصية وتعاطى المخدرات.
- إدمان المخدرات والانحرافات السلوكية.

obeikandi.com

مقدمة :

لقد خلق الله تعالى الإنسان وكرمه بالعقل وأحل له الطيبات وحرم عليه الخبائث حماية ووقاية لبدنه وعقله ونفسه ، ولكن المؤسف أن تنقلب الأوضاع وينحرف العقل عن مساره ، ويأتى الإنسان فى حالة من حالات ضعفه أو مع قراء السوء من حوله فيعتمد أن يغيب عقله أو تخدر حواسه أو يعطل إدراكه بأى نوع من أنواع المسكرات .

وتعد ظاهرة انتشار المخدرات بأنواعها المختلفة من الظاهرة الخطيرة التى تحتاج العالم فى هذا العصر الذى أطلق عليه بعض الباحثين «عصر الإدمان على العقاقير»... ولقد نالت الظاهرة اهتمام عدد كبير من الباحثين والهيئات العالمية والإقليمية والمحلية لمحاولة الوصول إلى حلول للسيطرة عليها والحد من تعاطيها. لذا: تحتل هذه المشكلة مكان الصدارة بين المشكلات الاجتماعية والنفسية والطبية فى معظم بلاد العالم ، ومع ذلك : فما زلنا فى حاجة ماسة لتكاتف جميع المختصين للعمل من أجل مواجهة تلك الظاهرة الخطيرة التى تهدد شبابنا ومجتمعنا ، ويجب أن يتعاون فى ذلك كل من الطبيب والأخصائى النفسى والاجتماعى والأسرة والمدرسة والجامعة ورجال الدين ووسائل الإعلام ، والتنسيق بين جهودهم فى هذا المجال ، كما أننا فى هذا العصر أحوج ما نكون إلى التمسك بتعاليم الدين الحنيف فى مواجهة هذا الشبح المخيف وما يسببه من آثار تدميرية بالشباب وفتك بكيان المجتمع .

حجم مشكلة تعاطى المخدرات

أصبحت ظاهرة تعاطى المخدرات والإدمان عليها هى الشغل الشاغل لجميع أجهزة الدولة نظراً لأنها بمثابة وحش كاسر صار يهدد أمن البلاد ويعرضها لخسارة قطاع غير قليل من شبابها الذى تنتهى رحلته مع التعاطى إلى الإدمان ثم إلى الاضطراب العقلى أو الوفاة .. فلقد أوضحت البحوث المختلفة الظاهرة تعاطى المخدرات أن هناك ما يقرب من ٤ / ٣ مليون مواطن يتعاطون المدخرات أى حوالى

١,٧٪ من السكان (وزارة الداخلية : ١٩٨٣ ، ١٥) وأن التعاطى غالباً ما يبدأ من سن ١٥-١٧ سنة ، وأن هناك ازدياداً فى نسبة التعاطى بين صفوف الشباب من العمال والطلبة ، ولقد قام سويف (١٩٨٧) بدراسة وبائية على عينة من ٥٥٣٠ تلميذاً بالمدارس الثانوية بالقاهرة ، أظهرت نتائجها أن ٤٣,٣٣٪ من أفراد العينة جربوا البيرة ، ١٣,٩٨٪ جربوا الويسكى ، ٦,٧٦٪ تعاطوا مشروبات كحولية ، ١٣,٦٢٪ جربوا النيذ - وكانت نسبة من جربوا الكحوليات قبل سن ١٢ سنة حوالى ١٧,٤٥٪ ، والذين حاولوا بعد سن ١٢ وقبل سن ١٦ سنة كانوا ٤٧,٦٢٪ ، والذين يبدأون الشرب بين ١٦-١٨ عامًا حوالى ٢٦,٨٤٪ ، والذين استمروا فى شرب الكحوليات ٢٨,٨٠٪ .. وأظهرت النتائج أن تلاميذ الصف الثالث الثانوى الأدبى يتفوقون عن نظرائهم فى الشعب العلمية ، وأن العمر المتوالى لشرب الكحوليات هو سن ١٥ عامًا .

وأوضح تقرير للجنة مكافحة المخدرات بالمجالس القومية المتخصصة : أن التعاطى لم يعد سراً بل أصبح ضرباً من المباهاة ، وأن أكثر الأحياء إجتاراً فى المخدرات واستهلاكاً لها هى الأحياء الشعبية ، وأن النسبة الكبيرة من المتعاطين إما أميون أو ينتمون إلى مستويات منخفضة التعليم (شعبة العدالة والتشريع : ١٩٨٦ ، ٦٤) . وفى دراسة أجراها زين العابدين درويش (١٩٨٩) توصل إلى أن ٢٨,٢٥٪ من الطلاب المتعاطين يكونون لأباء جامعيين ، ٤٣,١٠٪ منهم يكونون لأباء متوسطى التعليم ، ٢٦,٨١٪ يقرأون ويكتبون ، ٨,٣٥٪ لأباء أميين ، وأن أعلى النسب للطلاب المقبلين على التعاطى كان لأباء ذوى المهن العليا والأباء ذوى المهن الدنيا .. كما توصلت الدراسة إلى أن ٥٥,٩٤٪ من طلاب الثانوى انتظموا فى تعاطى الكحوليات بأنواعها ، بينما ١٣,٧٢٪ قد انتظموا فى تعاطى هذه الكحوليات .

ويجب أن نعرف أن مئات من المتعاطين والمدمنين يعيشون بيننا دون أن نعرف عنهم شيئاً وهم يبدون أمواهم وقدراتهم البدنية والعقلية على المخدرات التى

تقف خلفها مافيا عالمية لها تجارها ومهربوها وجربوها - وتؤكد التقارير أن ما يضبط من مخدرات فى أى دولة لا يتعدى ١٠٪ من إجمالى ما يدخلها ، وهذا ما يزيد من خطورتها على الشباب (شعبة المخدرات بالأمم المتحدة : ١٩٨١ ، ٨) .

ولأن المخدرات مثلها مثل أى سلعة تعتمد على العرض والطلب فإن الحل يجب أن يبدأ من نهاية الدائرة : أى من المتعاطى نفسه ، والتعرف على سياق تنشئته الأسرية وخصائص شخصيته وتكوينه النفسى ، ذلك أن المتعاطى ما هو إلا ضحية ظروف تربوية سيئة وحصيلة تنشئة اجتماعية خاطئة وغير سوية ، وأن تشخيص ذلك وتقديم صورة موضوعية عن العوامل النفسية المرتبطة بتعاطى المخدرات يفيد فى تحديد مسارات وطرائق العلاج النفسى لهذه الفئة من الأفراد حماية لهم وللمجتمع ككل ، فالعلاج النفسى إنما ينبع من واقع الظاهرة التى يتصدى لها .

التعريف بالمخدرات

كلمة مخدرات من الناحية اللغوية اسم جمع - مفردة مخدر ، وتدور مادة خدر فى اللغة العربية حول معانى الضعف والكسل والفتور (ابن منظور : د . ت : ١٠١٩) ، وكلمة مخدرات Narcotics مشتقة من الكلمة الإغريقية Narkosis بمعنى ينحدر أو يجعله مخدراً (أحمد عكاشة : ١٩٨٤ ، ٢٩٥) .

ولقد عرفت منظمة الصحة العالمية WHO (١٩٧٣) العقاقير المخدرة بأنها أى مادة يتعاطاها الكائن الحى بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية (: who 1973,23) . وأشار المغربى (١٩٦٣) إلى أن المادة المخدرة هى كل مادة خام أو مستحضرة تحتوى على مواد منبهة أو مسكنة ، ومن شأنها - إذا استخدمت فى غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة - أن تؤدى إلى حالة من التعود والإدمان عليها بما يضر بالفرد والمجتمع (سعد المغربى : ١٩٦٣ ، ٣٨) .. ويعرف فاروق عبد السلام (١٩٧٧) المخدرات بأنها أى مادة طبيعية أو مصنعة تفعل فى جسم الإنسان وتؤثر عليه فتغير إحساساته وتصرفاته وبعض وظائفه وينتج عن تكرار استعمالها نتائج خطيرة على الصحة الجسدية والعقلية وتأثير مؤذ على البيئة والمجموعة

(فاروق عبد السلام : ١٩٧٧ ، ١٣) .. وتعرف المخدرات علمياً " بأنها مواد كيميائية تسبب النوم والنعاس أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم " . أما التعريف القانوني للمخدرات فيشير إلى أنها مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان ويحظر تداولها أو زرعتها أو تصنيعها إلى لأغراض يحددها القانون ، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك (أحمد عكاشة : ١٩٨٤ ، ٢٩٥) وعرف البعض المخدرات بأنها : كل مادة يترتب على تناولها إنهاك للجسم وتأثيرها على العقل حتى تكاد تذهب به ، وتكون عادة الإدمان التي ترحمها القوانين الوضعية (عزت حسنين : ١٩٨٤ ، ١٨٧) .

وعلى الرغم من انتشار المخدرات إلى أنه لا يوجد تصنيف حاسم متفق عليه لأنواعها... ومن بين التصنيفات المستخدمة ذلك التصنيف الثنائي للمواد المخدرة إلى:

أ- المخدرات السوداء: وهى المواد المخدرة التى تتميز بأن لونها داكن أو يميل إلى السواد: كالحشيش (نبات القنب) ، والأفيون (نبات الحشخاش) .

ب- المخدرات البيضاء: وهى المواد التى تتميز بأن لونها أبيض مثل : المساحيق والسوائل المختلفة التى يتم تعاطيها حقناً أو شرباً أو شماً (كالهروين ، والكوكايين والكودايين) ، والأقراص (المنومة أو المنبهة أو المهدئة .. إلخ) .

وغيرها : كالغازات الطيارة التى لا لون لها (سعود التركى : ١٩٨٩ ، ٤٣٩) .

ومن الباحثين من صنف المواد المخدرة على أساس مصدرها على النحو التالى:

أ- المخدرات الطبيعية: وهى تلك النباتات التى تحتوى أوراقها وزهورها وثمارها على المادة المخدرة الفعالة التى ينتج عنها فقدان كلى أو جزئى للإدراك بصفة مؤقتة ومنها: القنب الهندي (الحشيش) ، والحشخاش (الأفيون) ، والقات ، والكوكا (عبد الرحمن موسى : ١٩٨٣ : ١١) .

ب- المخدرات الصناعية: وهى أشباه القلويات المستخلصة من المواد المخدرة

الطبيعية الخام بوسائل صناعية - وتشمل: المخدرات المشتقة من الأفيون (المورفين ، الهيروين ، والكوداين) ، والمخدرات المستخلصة من أوراق الكوكا (الكوكايين) (أحمد السيد على ، كمال أحمد : د . ت ، ٧) .

ج- المخدرات الاصطناعية (التخليقية) : وهى التى تتركب من مواد كيميائية أولية كالكربون أو الأكسجين أو الهيدروجين أو النتروجين والبنزين وطلاء المساكن - وتحدث عند إساءة استعمالها نفس الآثار التى تحدثها المخدرات الطبيعية وأهمها حالة الإدمان ، وتصنيف إلى : المنومات (الباربيتورات) ، والمنبهات (الامفيتامينات) ، والمهدئات ، وعقاقير الهلوسة ، والغازات الطيارة (الباتكس ، اسيتون ... إلخ) (أحمد السيد على ، كمال أحمد : د . ت ، ٢٧) .

تعاطى المخدرات والإدمان

استخدام مفهوم تعاطى المخدرات عند استعمال أى عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة فى مجتمع ما للحصول على تأثير نفسى أو عضوى معين ولا يتضمن أية إشارة إلى الإدمان. وعلى ذلك: فقد يكون التعاطى مدمناً وقد لا يكون كذلك ، كما أن بعض أنواع المخدرات يؤدى بالتعاطى إلى الإدمان والبعض الآخر لا يؤدى به إلى الإدمان (المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنايئة : ١٩٦٤ ، ١٢٦) .. ويعرف تعاطى المخدرات بأنه رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرفوا - إرادياً أو عن طريق المصادفة - على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة ، رغبة تتحول بسرعة إلى عادة مستبدة كثيراً ما تدفع بصاحبها إلى زيادة متدرجة فى الكمية المتعاطاة وتسبب فى النهاية حالة من الإدمان تضر بالفرد جسماً ونفسياً واجتماعياً (التوهامى المكى : ١٩٨١ ، ٣٢) .

أما الإدمان: فقد عرفه البعض بأنه حالة من التسمم الدورى أو المزمن الذى يؤثر على الفرد والمجتمع من جراء التعاطى المستمر لعقار طبيعى أو مصنع (سعد المغربى: ١٩٨٦ ، ١٥) . وقد عرفت منظمة الصحة العالمية (١٩٧٣) الإدمان بأنه " حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحى مع العقار ، ومن

خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشتمل دائماً على الرغبة الملحة فى تعاطى العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التى تنتج عن عدم توفره ، وقد يدمن المتعاطى على أكثر من مادة " .. وقد أضيف للتعريف السابق الخصائص التالية للإدمان:

- ١- القوة القهرية والرغبة الملحة للاستمرار فى تعاطى العقار والحصول عليه بأية وسيلة .
 - ٢- الاتجاه المستمر نحو زيادة الجرعة بشكل متزايد لتعود الجسم على العقار وإن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة .
 - ٣- الاعتماد النفسى والعضوى على العقار .
 - ٤- ظهور أعراض نفسية وجسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة .
 - ٥- الآثار الضارة على الفرد المدمن والمجتمع (79 , 1973 , WHO) .
- هذا ويجدر بنا تعريف بعض المصطلحات التى وردت فى مفهوم الإدمان - ومنها :

- * **الاعتیاد (التعود) Drug habituation** : وهو الحالة التى يتكون فيها الشوق لتعاطى العقار بسبب ما يحدثه من شعور بالراحة ، وهذا التشوق ليس وراء قوة مكروهة .. ومن هنا يتضح الفرق بين التعود والإدمان - ومن خصائص التعود :
- ١- وجود رغبة (ولكنها غير ملحة) - للاستمرار فى تناول فى تناول العقار لما يسببه من شعور بالراحة .
 - ٢- عدم الميل إلى زيادة الجرعة .
 - ٣- تكون قدر معين من الاعتماد النفسى وعدم حدوث الاعتماد العضوى .
 - ٤- تنعكس أضرار المخدر على المتعاطى بشكل أساسى (WHO , 1973) .
- * **الاعتماد النفسى Psychological dependence** : وهو الحاجة العاطفية الماسة

لتعاطى عقار معين من اعتقاداً لتعاطى بأن حالته أفضل عندما يكون تحت تأثير العقار (محمد شرف : ١٩٨٠ ، ٢٣) .

*** الاعتماد العضوي Organic dependence :** وهو أن تصبح المادة المخدرة ضرورية لاستمرار الجسم فى حالة طيبة أو حتى عادية ، وأن الابتعاد عن هذه المادة معناه أعراض جسدية قاسية (عادل صادق : ١٩٨٦ ، ٥٢) .. أو بمعنى آخر : هو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة المخدرة بحيث تظهر على المتعاطى اضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة ، وهذه الاضطرابات أو حالة الامتناع تظهر فى صورة أنماط من الأعراض الجسمية المميزة لكل فئة من العقاقير (عادل الدمرداش : ١٩٨٢ ، ٢٤) .

*** أثار التعاطى على الفرد :** يؤثر تعاطى المخدرات تأثيراً ضاراً على الناحية العقلية والنفسية والبدنية للإنسان سواء فى المراحل الأولى من التعاطى أو فى حالة الإدمان . فعندما يبدأ الشخص فى تعاطى المخدرات يختلط عنده التفكير ولا يحسن التميز ويكون سريع الانفعال ، ثم تتلبد عواطفه وحواسه بعد ذلك .. ويتكرر التعاطى يصبح الشخص كسولاً قليل النشاط ، ويضيع وقته فى أحلام اليقظة ، ولا يمكنه أن يخفى هذه الظواهر عن المجتمع فليجأ إلى الغش والخداع والتزوير وخرق القوانين ، ويظهر عن المجتمع فليجأ إلى الغش والخداع والتزوير وخرق القوانين ، ويظهر على كثير من المتعاطين الهلاوس السمعية والبصرية والحسية كأن يحس إحساساً خاطئاً بالآلام فى جسمه وخور فى أطرافه ، أو كأن حشرات على جلده ، وقد يظهر أعراض المرض العقلى فى صورة شك عنيف فى سلوك أفراد أسرته وفى كل من يتعامل معهم ، وتكثر لديه الأفكار الخاطئة ضد الغير ، وفى هذه الصورة النهائية تتدهور شخصية المتعاطى تماماً وينكص إلى عادات بدائية (عادل صدقى : ١٩٨٦ ، ٢٢-٢٣) .. بالإضافة لذلك فإن المتعاطى يبدأ فى فقدان الشهية للطعام والهزال والتهاب الكبد والغشاء المبطن للقلب وارتفاع ضغط الدم وسرعة النبض والتنفس والقيء والإسهال وارتفاع السكر فى الدم ، وتصيب إفرازات الأنف والعينين وقد يحدث تسمم الدم والوفاة أو الانتحار (أحمد عكاشة : ١٩٨٤ ، ٢٩٩) .

الأسرة وتعاطى المخدرات

توصل عدد كبير من الباحثين إلى أن المناخ الأسرى غير السوى يعد من العوامل المسهمة فى تعاطى المخدرات.. فعدم الاستقرار فى جو الأسرة ، وانعدام الوفاق بين الوالدين وتأزم العلاقات بينهما وزيادة الخلافات إلى درجة الهجر والطلاق أحياناً ، وغياب أحد الوالدين لفترة طويلة مع انعدام التوجيه الأسرى ، وضعف الوازع الدينى والخلقى داخل الأسرة ، واكتساب الفرد قيماً ومفاهيم خاطئة خلال تنشئته السرية كتلك التى تتصل بالتدخين وتعاطى المخدرات وتناول الخمر ، كما أن سوء المعاملة الوالدية وعدم فهم الوالدين لمطالب نمو الابن والحد من حرته ومصادرتها فى أكثر الأمور اتصالاً به ، مع شعور غالب لدى الفرد بعدم اهتمام والديه به والصراع القيمى بين الآباء والأبناء - فإن ذلك قد يؤدى إلى انصراف الشاب إلى الاتصال برفاق سوء يقترفون سلوك التعاطى وإقامة علاقات معهم ويستوعب أنماط سلوكهم ومشاعرهم وقيمهم ويبدأ رحلة التعاطى .

وفيما يلى أهم العوامل الأسرية المسهمة فى تعاطى المخدرات :

١- التفكك الأسرى :

يقال أن الحياة العائلية غير المستقرة يمكن أن تزيد من احتمال أن يصبح الفرد مدمناً للمخدرات. فعندما يتم كبح العلاقات المتبادلة مع الوالدين أو تحجيمها بسبب الانفصال أو الطلاق ، فإن احتمال تورط أطفال هذه السرة فى إدمان المخدرات يتعزز .. وقد بينت دراسات عديدة أن المراهقين الذين تحطمت عائلاتهم إما بسبب الوفاة أو الطلاق يذكرون مستوى أعلى لسوء استعمال المخدرات من المراهقين الذين يعيشون مع الأم والأب .

ومن الدراسات التى تناولت الوسط الأسرى الذى نشأ فيه متعاطى المخدرات نذكر تلك الدراسة التى أجراها ماكورد Mackord عن هوية السر التى تنتج أبناء مدمنين على الكحول: توصل فيها إلى أن المدمنين إما أنهم ينحدرون من أسر تميل

الأم فيها إلى الازدواجية الصريحة ، والانحراف ، وضعف الوازع الدينى ، مع وجود أب معاد للأم يتهرب من المسئولية ويحقر من شأن زوجته ولا يتوقع من الطفل النجاح أو البروز ، أو كان المدمنون من أسر تنهرب الأم فيها من المسئولية ووازعها الدينى ضعيف ، بالإضافة إلى التخاصم الدائم بين الأب والابن ، أو كانوا من أسر تجتمع فيها صراعات شخص خارجى مع الوالدين بازدواجية وانحراف (عادل الذمرداش : ١٩٨٢ ، ٦٠) .. وفى دراسة راثود Rathod (١٩٧٠) عن الوسط الأسرى الذى أتى منه المدمن : تبين له أن نسبة كبيرة من المدمنين لهم وضع خاص فى الأسرة كأن يكون الطفل الوحيد من نفس الجنس ، كما أنهم أتوا من أسر ليس بها آباء ، أو بها آباء ، أو بها آباء غير متوافقين (سكيرين ، مطلقين ، منفصلين ، مرضى عقليين) .

وقد أوضح رولنز وهولدن Rollins & Holden (١٩٧٢) أيضاً أن المراهقين الذين يعيشون فى بيوت محطمة لديهم زيادة كلية فى استعمال المخدرات أكثر من المراهقين الذين يعيشون فى أسر سليمة . وبالنسبة لجميع أنواع المخدرات ، فإن المراهقين الذين يعيشون مع الأم فقط يستعملون المخدرات أكثر من نظرائهم الذين يعيشون مع الأم والأب .

وفى نفس الوقت يستخلص سلدن Seldin (١٩٧٢) أنه عند ابتعاد شخصية الأب ، فإن الأم تميل إلى السيطرة على الحياة العائلية . وعلى أى حال فإن الأم تكون غير مستقرة من الناحية العاطفية ومتضاربة بسبب تشبثها بدورها فى الأسرة . وهذا الموقف يؤدي إلى اتجاه سلبى أو طفولى فى أطفالها ، مما يؤدي إلى زيادة المدمنين .

ولقد أجرى بربو Buyo (١٩٨٠) دراسة لبيان أثر الحياة العائلية فى استخدام العقاقير لدى الشباب فى بورتوريكا وأوضحت نتائجها أن الذكور المتعاطين ينحدرون من أسر مفككة يستعمل أحد أفرادها العقاقير المخدرة أو يعيشون فى مناطق تتوفر فيها العقاقير ، ووجد فى قطاع كبير منهم غياب الأب عن المنزل لفترات طويلة مع وجود أو ضعيفة غير قادرة على قيادة الحياة العائلية .

أما إيرل Earl (١٩٨٣) فى دراسته عن العلاقة بين تعاطى المخدرات وبعض المشكلات السلوكية لدى الأبناء والتي قارن فيها بين الأسر المفككة وغير المفككة :

توصل إلى أن تعاطى المخدرات بين أبناء الأفراد المفككة أكثر منه بين أبناء الأسر المترابطة ، وتبدو أهمية هذه النتائج فى توضيح أثر انعدام التكامل والتفاعل فى الأسر على ظهور بعض المشكلات الاجتماعية للأبناء .. وأن الحرمان من مشاعر ! هلا من الحب والطمأنينة يدفع الأبناء للسلوك غير السوى كمظهر من المظاهر غير السوية .

وأوضح جلويتى ويريجناس Globetti & Brignance (١٩٩١) أن إدمان المخدرات كأن أقل بين الشباب ذوى الإحساس القوى بتماسك الأسرة عنه لدى الشبان ذوى الإحساس الضعيف بهوية الأسرة. وقد فورسلوند Forslund (١٩٩٨) أن مستعملى المخدرات تكون علاقاتهم ضعيفة بوالديهم عما هو عليه الحال بالنسبة لغير المدمنين.

وعلى أى حال ، فمن المتوقع أن يكون لدى الأطفال الذين يعيشون فى عائلاتهم مزقة وحياتهم مليئة بالضغوط ميل أعلى لاستعمال المخدرات .

وقد ذكر سكيرر وموكهيرجى Scherer & Mukherjee (١٩٧١) أنه بينما ينظر إلى إدمان المخدرات بين الشبان كأداة للاحتجاج أو لرفض معايير الوالدين أو المجتمع ، فإن النتائج توصى بأن البيئة الوالدية تلعب دوراً هاماً فى سلوك تناول الطفل المخدرات فى سنواته المقبلة. وأضافاً أيضاً أن للعوامل التى تسهم فى إدمان المخدرات تكمن ليس فقط فى ميل نفسى بعينه ولكنها تكمن أيضاً فى البيئة الوالدية التى نشأ فيها المدمن .

٢- غياب أحد الوالدين :

يعد غياب أحد الوالدين أو كلاهما سواء بالوفاة أو بالانفصال أو حتى السفر عاملاً مسهماً فى زيادة استعمال المخدرات.. ففى دراسة أجراها سترون وآخرون

Stern et al (١٩٨٤) عن غياب الأب عن البيت والمشكلات السلوكية للأبناء التى أجريت على ٣٩٠ من الذكور ٤٢٣ من الإناث تمتد أعمارهم بين ١٢-١٨ سنة يدمنون الكحول ويستعملون العقاقير الأخرى: أشارت نتائجها إلى أن المفحوصين كانوا فى الغالب يميلون إلى مناقشة مشكلاتهم مع الأقران وأقل ميلاً لمناقشتها مع الآباء وخاصة مع الأب ، ووجد أن غياب الأب عن البيت غالباً ما ينتج عنه سوء استعمال العقاقير بدرجة أكبر ومشكلات أكثر مع الكحول والماريجوانا وبصفة خاصة بالنسبة للذكور .. وهذه النتائج تؤكد دلالة الأب باعتباره مفتاح الشكل فى انقلاب القيم وباعتباره مانعاً لسلوكيات معينة ، وانتهت الدراسة إلى أن المراهقين فى الأسر التى يغيب فيها الأب يكونون عرضة للانزلاق فى المشكلات التى من هذا النوع .

وقد بين فريدمان وآخرين Friedman et al (١٩٨٠) أنه تظل هناك علاقة هامة بين إدمان المخدرات وانفصال الوالدين . فثمة علاقة هامة وجدت بين سوء استعمال المخدرات وطلاق الوالدين . ورغم أن هذه الدراسة بينت أنه لا توجد علاقة دالة بين إدمان المخدرات وموت الأم والأب ، فإن وجود أو غياب الأم يبدو عاملاً محددًا فى زيارة استعمال المخدرات ..

وقام عبد السلام الشيخ (١٩٨٨) بدراسة عن الشروط المسئولية عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير ، وباستخدام عينة من ٥٠ متعاطياً معتمداً وعينة من غير المتعاطين ، توصل إلى وجود فروق بين الظروف الأسرية للمتعاطى وغير المتعاطى - حيث أن : عدم تعليم الأم ، وموت أحد الوالدين ، أو غياب الأب - تكون مسئولة عن اعتماد أبنائهم على المخدرات ، كما وجد أن أهم مصادر المعلومات عن المخدرات قد تعرف المتعاطون عليها من خلال : الأفرح وارتياح المقاهى والملاهى ، والمناسبات الخاصة ، والأصدقاء ، والأعلام .. وأن التعاطى يبدأ من عمر ١٦-١٩ سنة للحشيش ، ١٩-٢٠ سنة للحبوب ، ١٧-٢٣ سنة للأفيون .

٣- ضعف الرقابة الوالدية :

ففى دراسة أجراها ولسون Wilson (١٩٨٠) عن ضعف التوجيه والإشراف

الوالدى وانحراف الأحداث - أظهرت نتائجها أن العوامل التى تسبب تعاطى المخدرات : غياب دور الوالدين فى الإشراف والعناية بسلوك أبنائهم ، حيث أن تعاطى المخدرات يرتبط بشكل وثيق بانعدام الرقابة الوالدية وعدم سؤال الوالدين لأبنائهم أين يذهبون ومتى يعودون ، بل هما لا يعلمان أين يكون ابنهما فى أغلب الأمسيات والليالى .

وفى دراسة قام بها الكس Alkes (١٩٨٠) عن دورة الإدمان افترض أن المدمن يتعلم التعاطى بسلسلة من الموجهات الاجتماعية من حوله ، وبالطريقة نفسها فإن التحرر منه يتطلب مساعدة تعين على تحمل الإقلاع . وقد تم إجراء مقابلات مكثفة على ٥٩ حالة سجلت على أشرطة ، وتوصلت الدراسة إلى أن الإدمان ينتشر فى الأسر الكبيرة أكثر منه فى الأسر الصغيرة ، كما أن ترتيب الشاب بين إخوته يعد شيئاً هاماً خاصة فى الأسر التى تفتقد أحد الأبوين ، كما وجدت الدراسة اختلافاً واضحاً فى أساليب الضبط والإشراف بين عائلات المدمنين وعائلات غير المتعاطين ، وثبت أن العلاقات الوثيقة بين الآباء والأبناء هى أفضل وسيلة لتوفير ضوابط تأديبية وإشرافية تقوم على التوجيه غير المباشر ، وأن وجود أحد الأبوين - على الأقل - فى البيت يكون له شخصية قوية : يعد من العوامل المرتبطة بالابتعاد عن التعاطى ، كما وجد أن التطابق بين الأبناء والآباء يرتبط بتجنب تعاطى المخدرات : فالأبناء غير المتعاطين غالباً مما يتبعون طريقة آبائهم فى التنشئة ، وهذا يؤيد افتراض أن نوعية الحياة الأسرية لها علاقة وثيقة بتعاطى وإدمان المخدرات أو تجنبها .

وأجرى التوهامى المكى (١٩٨١) دراسة عن ظاهرة تعاطى المخدرات فى المغرب، توصل فيها إلى أن هذه الظاهرة تنتشر بين الشباب فى مستقبل العمر بالمدن المكتظة سكانياً والذين يقطنون المناطق الشعبية ، وأن جميع أفراد العينة كانوا يعانون من ظروف الحياة القاسية وتقل رقابة الأسرة على الأبناء ويتدخل الأقارب فى طريقة الآباء فى التربية ، وينخفض الوازع الدينى والأخلاقى فى الوسط الذى

يعيشون فيه .. وتؤكد هذه النتائج ما توصل إليه جمال الدين بلال (١٩٨٢) من أن أهم العوامل الأسرية التي تساعد على تعاطى المخدرات: انشغال الوالدين المستمر بالكسب المادى أو لتحقيق نجاح شخصى يحرم الأطفال من التوجيه السليم ، وكثرة المشكلات العائلية مما يجعل الجو الأسرى مملوءاً بالاضطراب ، إلى جانب ضعف الوازع الخلقى عند الوالدين .

ولقد بين فوس وروجيك Fors & Rojek (١٩٨٣) أن المراهقين الذين يعوزهم الإشراف من جانب والديهم أو البيئات العائلية التي لا يوجد فيها اتصال يمكن أن تكون مؤيدة لسوء استعمال المخدرات. والوالدان اللذان يفشلان فى الأبقاء على روابط عاطفية مع الأطفال يمكن أن يسهلا فرصة إدمان المخدرات .

وفى نفس الإطار المتعلق بالظروف الأسرية التي ينشأ متعاطى المخدرات فيها أجرى ناصر ثابت (١٩٨٤) دراسة عن ظاهرة استنشاق الغازات فى دولة الإمارات العربية المتحدة ، وعلى عينة مكونة من ٤٢٥ فرد توصل إلى أن غالبية من يمارسون الاستنشاق كانوا من صغار السن ، وأن من أسباب ذلك : زيادة وقت الفراغ لديهم ، وكثرة المشكلات الأسرية التي يعانون منها ومعاناة الغربية وبعدهم عنهم ، ومحاولة الهروب من الواقع ، إلى جانب الملل من المدرسة وصعوبة العمل وظروفه ، وأنهم بدأوا الممارسة مع الأصدقاء والأقران نظراً لانعدام الرقابة الوالدية .

٤- سوء المعاملة الوالدية للأبناء :

ولقد تناولت مجموعة أخرى من الدراسات : أساليب المعاملة الوالدية التي يجربها متعاطى المخدرات فلقد أجريت دراسة بالمركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر (١٩٦٤) على ٤٠٨ من متعاطى الحشيش جاء ضمن نتائجها أن المتعاطين أكثر معاناة لإهمال آبائهم لهم ، وأنهم أكثر تعرضاً لأثر الصراع بين الوالدين إذا قورنوا بالأشخاص العاديين .

وأجرى سعد المغربى (١٩٦٦) دراسة عن سيكولوجية متعاطى الأفيون استخدم

فيها منهج دراسة الحالة وتفسير الأحلام واختيار الاستجابة للإحباط والرورشاخ ، وتوصل ضمن نتائجه إلى أن طفولة المدمن طفولة قاسية تقوم العقاب البدنى والقسوة والإهمال والخوف والإحباط وخيبة الأمل ، ومن هنا ينشأ الصراع بين العدوان والخوف من الأب وينتهى الأمر بتعاطى المخدرات والإدمان عليها .

وفى دراسة أجراها ديفورست وروبرت وهايـز Deforest, Robert & Hays (١٩٧٤) عن العلاقات الأسرية وسوء استعمال العقاقير - على ٦٢ حالة من الإناث باستخدام منهج المسح الاستكشافى ، توصلت إلى أن أمهات المدمنات لم يكن معوقات أو مريضات باثولوجيات ، بل أظهرن ثقة فى أدوارهن كأمهات ، غير أنهن أظهرن الرغبة فى النمو السريع لمواقفهن الأسرية التى كانت قليلة ، وكن فى قلب داخلى دائم للأدوار والقوة ، أما الأب فقد كان الأقوى مكانة كما بدا أن المتعاطيات تتخذن أدوارهن مع والديهن بمشاعر خصومية ويشعرن بالقسوة والرفض وعدم الثبات أو التقلب فى معاملة الوالدين ، وكان جميع أعضاء أسر المدمنات يظهرن مؤشرات تدل على مقاومة العلاج لتعديل المواقف الأسرية .

وأجرى لوريس Louris (١٩٧٧) دراسة عن ظاهرة إدمان المراهقين على ٢٥٨ مراهقاً مدمناً من مجتمعات شبه حضرية ، أوضحت أن العوامل المرتبطة بالنمو منذ الطفولة وكيفية المواجهة الأسرية لها من العوامل التى تمكن فى انتشارها ، فالمرهقون المدمنون والمتعاطون لديهم مشكلات نمائية فى مجالات الضبط الأسرى والإحساس بالانفصال ، وأن الوالدين قد مارسا أدواراً سلبية فى مواجهة أزمات النمو المرتبطة بالمرحلة العمرية لأبنائهم .

وامتداداً لهذه السلسلة من الدراسات المتعلقة بأساليب المعاملة الوالدية التى تربي عليها متعاطو ومدمنو المخدرات توصل هـربـرت Herbert (١٩٨١) فى دراسته عن تعاطى المراهقين للماريجوانا وأسرهم إلى أن جميع المتعاطين كانوا يعانون من اضطرابات عائلية إلا أنهم يحاولون أن يجدوا أسساً جديدة للتعامل مع والديهم، وأن توجهات هؤلاء الشباب تميل إلى تدمير العلاقات مع الوالدين ، فكل

شاب يبدو أنه برفض الإذعان لأوامر والده ويريد أن يحصل على النشوة والسعادة.

وعن اتجاهات المتعاطين نحو آبنائهم: أجرى محمد رمضان (١٩٨٢) دراسة عن سيكولوجية تعاطى الحشيش بين الشباب المتعلم ، وباستخدام منهج دراسة الحالة واختبار البيكفوراد الاسقاطى الذى طبق على خمسة فتيان - توصلت نتائجه إلى أن هناك مشكلة واضحة لاضطراب وفقدان الهوية لدى المتعاطى ترجع إلى اضطراب العلاقة بموضوع الحب الأول وهو الأم ، وكذلك العلاقة بين الأنا والآخر التى هى أساس الوجود الإنسانى ، كما وجد أن علاقة اعتماد طفلى تامة ، وأن علاقة المتعاطى بالأب علاقة تمرد وعصيان ، وأنه لا يستطيع إقامة علاقة وثيقة بالآخر لأن صورة الوالدين لديه صورة محطمة .

وبين ريد Ried (١٩٨٧) أن القرب بين الوالدين ثبت أن له أثراً هاماً على إدمان المراهقين للمخدرات . ونظرة الوالد غير الإيجابية تجاه طفله والعلاقة غير المرضية بالوالد كانت مفيدة فى التمييز بين مستعملى المخدرات وغير المستعملين .

وفى الدراسة التى أجراها أحمد السعيد (١١٩٠) عن تعاطى الحشيش بمنطقة الرياض - توصل ضمن نتائجه إلى أن غالبية المتعاطين يتمون إلى أسر كان الجو العائلى فى أغلبها يتسم بالاضطراب والتفكك والإهمال والمنازعات والخلافات ، وأنهم كثيراً ما يفكرون فى الخروج من المنزل بغير عودة ، ويشعرون بنقص العطف والحنان من الأسرة .. ووجد أن حوالى ٢٦٪ من العينة كان والداهما يعيشان مع بعضهما مع وجود خلافات بينهما ، ١٦٪ كان فيها الوالدان منفصلين عن بعضهما ، كما وجد أن المتعاطين يتمون فى الغالب إلى بيئات اقتصادية واجتماعية دنيا فلا يستطيعون إشباع حاجاتهم الضرورية .

وفى دراستنا الكلينيكية لحالتين من مدمنى الهيروين المتكسبين وحالتين من المدمنين غيبى المتكسبين: استخدمت هناء أبو شهبه (١٩٩٠ - د) منهج دراسة الحالة واختبار تفهم الموضوع ، وأوضحت أن العلاقة الاجتماعية للمدمن المتكس

بأسرته تتميز بسيادة الاتجاه السلبي نحو الأب ، وأن الاتجاه نحو الأم يتميز بمشاعر مزدوجة بين الحب والكرهية . أما المدمن غير المنتكس فقد كان اتجاهه نحو الأب أقل سلبية من المدمن المنتكس ، أما اتجاهه نحو الأم فيرتبط فيه الحب بثبيت للعقدة الأوديبيية منذ طفولته لحرمانه فترة كبيرة من الحياة مع الأم فى صغره .

وأجرى حسن مصطفى ، رواية دسوقى (١٩٩٣) دراسة عن أساليب المعاملة الوالدية لدى متعاطى الأفيون توصلت إلى أن قسوة الأب وتدخله الزائد وحماية الأم الزائدة للأبناء ، ثم إشعار الأب لهم بالذنب ، والتدخل الزائد عن الأم ورفضها تعد أهم محددات المعاملة الوالدية لدى متعاطى المخدرات .

٥- إدمان الوالدين للمخدرات :

إن وجود أقارب يتعاطون المخدرات يعد أحد العوامل المرتبطة ارتباطاً وثيقاً بتعاطى الشباب للمخدرات سواء كانت طبيعية أو أدوية نفسية أو مشروبات كحولية ، وينطبق ذلك على تلاميذ المدارس الثانوية والجامعات ، وتزداد احتمالية التعاطى فى حالة إدمان أحد الوالدين للمخدرات - فقد ثبت إن إدمان الوالدين للمخدرات يرتبط بإدمان المخدرات بين الشباب . وهذه النتائج منطقية نظراً لأن الأطفال كثيراً ما يتخذون من والديهم نماذج ويحاولون محاكاة سلوك والديهم ، وإذا كان الوالدان يستعملان المخدرات فإن أطفالهما يمكن أن يرقى إلى تفكيرهم أن هذا السلوك مقبول من الناحية الاجتماعية ، ومن ثم يشاركون فى استعمال المخدرات ، ومن المتوقع أن الشبان الذين يتعاطى والداهم المخدرات يمكن أن يكون لديهم ميل أعلى لإساءة استعمال المخدرات .

وقد أوضحت العديد من الدراسات وجود ارتباط بين إدمان الوالدين للمخدرات وإدمان صغارهما . فعلى سبيل المثال : استتج أنجلين وآخرون Anglin et al (١٩٨٦) أن الطالبات تأثرن فى استعمالهن للمخدرات باستعمال والديهم للماريجوانا . وعلى الجانب الآخر تأثر التلاميذ بأقرانهم بدرجة أكبر . وقد وجد فيشر وآخرون Fisher et al (١٩٨٧) أن المدمنات كن أكثر قرباً من آبائهن فى استعمالهن للمخدرات من المستعملين الذكور .

بالإضافة إلى تلك الأسئلة التى تتعلق بأوصاف دقيقة للعلاقة بين إدمان المراهقين وإدمان الكبار ، فقد كانت هناك أيضا مناقشات حول تفسير العلاقة بشكل عام ، وكما قرر فوزى وآخرون (Fuzy et al ١٩٨٣) ، فإن التفسيرين البارزين كانا النموذج الاجتماعي للتعلم وظروف الأسرة .

٦- ظروف الأسرة :

يوصى النموذج الاجتماعي للتعلم أن المراهقين يقلدون سلوك الكبار بالاستجابة لما يحدده الكبار بأنه ملائم ففى دراسة أجراها أنيس (Annis ١٩٧٤) قررت أن المراهقين يقلدون استعمال والديهم للكحول والسجائر وبذلك يصبحون أكثر احتمالا للانتقال لاستعمال المخدرات المحرمة .

ويتضمن نموذج ظروف الأسرة أن الارتباطات أكثر عمومية وتنشأ عن ظروف عائلية غير ملائمة ترتبط بإدمان الكبار للمخدرات ، وعلى ذلك ، فإن إدمان المخدرات من جانب الشباب يصبح أكثر ارتباطاً بالظروف السائدة فى الأسرة ، وليس بسبب التقليد .

ومن الطريف أن الوالدين يقدمان مثالا للسلوك المقبول ، رغم أن هذه العملية غالباً ما تحدث بطريقة تعليمية مباشرة . وما وجد هو أن الوالدين اللذين يستعملان مخدرات مصرح بها ، بما فى ذلك السجائر ، الكحول وحتى المخدرات التى توصف كعلاج يهينان فرصة أعلى لإنجاب أطفال يستعملون مخدرات محرمة ، أكثر مما يفعل الآباء الذين لا يستعملون المخدرات المباحة قانوناً .

وقد وجد كاندل (Kandel ١٩٧٣ ، ١٩٧٤) ارتباطاً موجباً بين استعمال المراهقين للماريجوانا وتقييمهم المدرك لاستعمال والديهم للمخدرات التى تؤثر على الحالة النفسية . ورغم أن المراهقين الذين يستعملون الماريجوانا يحتمل أن يذكروا أن والديهم يستعملون المخدرات المباحة . ويظل الارتباط كبيراً بين استعمال المراهقين للماريجوانا والتقرير الذاتى لمستوى استعمال المخدرات . ومن بين الشبان الذين لم تدخن أمهاتهم السجائر ولم يشربن الكحول ، فإن ١٨٪ فقط

جربوا الماريجوانا . ولكن الرقم كان ٣٤٪ بالنسبة لهؤلاء الذين كانت أمهاتهم تدخن السجائر ويشربن الكحول . وبالنسبة لأطفال الآباء الذين لم يدخنوا ولم يشربوا ، جرب ١٠٪ منهم فقط على الأقل الماريجوانا ، ولكن ثلاثة أضعاف هذه النسبة ، ٣٠٪ من أطفال آباء الأطفال الذين كانوا يدخنون السجائر ويشربون جربوا الماريجوانا على الأقل . ومن الواضح أن استعمال الماريجوانا من جانب الشبان الصغار يرتبط باستعمال المخدرات المباحة لجيل الآباء .

وتبدو النتيجة واضحة فالوالدان يقدمان مثلاً غير معتمد لأطفالهما بدون أن يدركان ذلك وهما يعودان أطفالهما على سوء استعمال المخدرات المؤثرة على النفس .

وقد بين نيل وآخرون Needle et al أنه على الرغم من أن إدمان المخدرات يكون عاملاً فى استعمال المراهقين للمواد المخدرة فإنه لا يبدو مصدراً قوياً للنمذجة ، حتى فى نطاق الأسرة . وكان إدمان الكبار للمخدرات أكثر ارتباطاً باستعمال الكبار للمخدرات .

وبرغم الدراسات العديدة التى أيدت الفرض الذى مؤداه أنه كلما زاد استعمال الكبار للمخدرات المباحة وغير المباحة ، زاد احتمال تورط أولادهم فى المخدرات . يشعر باحثون أولون أن أهمية تعاطى الوالدين للمخدرات كان مبالغاً فى تقديرها . ويستخلصون دراساتهم عن استعمال الماريجوانا بين طلاب المدارس الثانوية أن تأثير الأقران أكثر أهمية من تأثير الوالدين . ويعتقد كاندل أن وجود نماذج الأقران وضغوط جماعات هى العامل الجوهري فى تعاطى المخدرات . وقد بينت نتائجها أن تأثير الوالدين تأثير ثانوى فقط ، ربما يفيد فى تقوية تأثير الأقران فى حالة ما يكون كل من الأقران والوالدين من المفرطين فى استعمال المخدرات .

وترى كاندل أن أحد أسباب ضعف ذلك التأثير الوالدى يرتبط بالرسالة المزدوجة المعطاه . أى أنه من جانب يحرم الآباء المخدرات وينكرونها ، بينما فى نفس الوقت يبيحونها لأنفسهم .

ووجد ماك لين وآخرون Mckillip et al (١٩٧٣) أن استعمال الوالدين أو الأطفال للمخدرات ، وقد وجد كلايتون وفوس Clayton & Voss (١٩٨٥) أن استعمال الأقران كان أقوى ارتباطاً لاستعمال المراهقين للمخدرات ، يليه استعمال الوالدين للمخدرات .

البيئة وتعاطى المخدرات

تأثير الرفاق والأصدقاء :

منذ زمن طويل افترض علماء الاجتماع ولاحظوا مدى تأثير جماعات الرفاق فى تعاطى المخدرات وهو الموضوع الرئيسى لدراسة بيكر Beker (١٩٥٣) عن الخطوات التى يتعين على المرء عبورها أثناء تعلمه استعمال الماريجوانا .

وتشير كثير من البحوث الميدانية اليورو أمريكية إلى أهمية الأقران والأصدقاء فى تحديد ما إذا كان المراهق سيقدم على تعاطى المخدرات أم لا - ومن بين العوامل الفعالة فى هذا الصدد: كون هؤلاء الأقران والأصدقاء يتعاطون المخدر ، وكونهم يشجعون الشاب الذى لم يتعاط بعد على أن يقدم على التعاطى ويجحوض التجربة .. وفى تقرير اللجنة القومية لبحث مشكلة تعاطى القنب فى الولايات المتحدة (١٩٧٢) ما يشير إلى أن من أهم العوامل المؤثرة فى تحديد تعاطى المراهقين وصغار الراشدين هو تأثير الأقران - فصحة آخرين يتعاطون الماريجوانا تهيب الشخص لتعاطيه ، ووجود أصدقاء متعاطى الماريجوانا يمد من كان محباً للاستطلاع بالفرصة الاجتماعية المواتية (مصطفى سويف : ١٩٩٦ ، ٩٠ ، ٩١) .

ويقرر جود Goode (١٩٨٩ ، ١٤٢) أن هناك ثلاث طرق يؤثر بها الصديق على المدمن المحتمل للماريجوانا :

١- يقدم الصديق مثلاً ، وتوَعَا من الشرعية لصديقه - وإذا اكتشف الشاب أن أقرانهم الذين يحترمونهم ويعجبون بهم يستعملون المارجوانا ، فقد يجدهم الشوق لتجربتها ، وأن يكون جزءاً من مسرح المخدرات .

٢- الصديق يعرف طبيعة تجربة الماريجوانا ويقرر استعمالها ويقدم المبرر ويبدأ نسخة مصغرة وحملة إعلانية شبه مقصودة .

٣- الصديق يقدم المخدر نفسه .

وثمة أبحاث كثيرة تطرقت لهذا العامل بالنسبة للأفراد فى مختلف المجموعات العمرية ومختلفة ، الأساليب المعيشية ، على سبيل المثال : فإن جروب Grupp (١٩٧٢) عند دراسة استعمال المخدرات المتنوعة ، وجد أن المستعملين بشكل مكثف كانوا يعرفون مستعملى الهيروين وكانوا يميلون لمصاحبة صديق ممن يستعملون الماريجوانا الهيروين وكانوا يميلون لمصاحبة صديق ممن يستعملون الماريجوانا ، ولاحظ وجود استعداد بين مستعملى المخدرات المتمرسين حتى الآن . ولاحظ تك Tec (١٩٧٢) وجود علاقة موجبة بين الاستعمال الشخصى للماريجوانا من جانب الطلاب وتقديرهم لاستعمال الأقران والرفاق . وبين أدلر ولوتيكا Adler & Lotecka (١٩٧٣) أن استعمال الطلبة للمخدرات كان يرتبط ارتباطاً قوياً بسلوك المخدرات لأحد الأصدقاء المقربين .

ويصدق القول إنه فى كثير من جماعات الرفاق ، لا يكون استعمال المخدرات مقبولاً فقط ، ولكنه يكون مطلوباً بالفعل ، وقد وجد شيبارد وآخرون Sheppard et al (١٩٨٧) أن جماعة الرفاق تصبح مهمة عندما يتخذ الشاب القرار فعلاً باستعمال المخدرات كخطوة ثانية فى هذا السلوك المنحرف ، وتتيح جماعة الرفاق الوصول إلى المخدرات ، والموقف والتشجيع على الاستعمال وإذا كان استعمال المخدرات من النوع الذى يعارضه الوالدان بشدة ، عند ذلك يحتمل أن يظل الشاب على علاقة وثيقة بجماعة الرفاق ويتعد عن التأثير الوالدى .

وبينت دراسات عديدة أن جماعات الرفاق تلعب دوراً هاماً فى بدء استعمال المخدرات الماريجوانا للمرة الأولى عن طريق صديق مقرب . ووجد فيشر وستكلر Fesher & Stacler (١٩٧٤) أيضاً أن الغالبية العظمى من المستجيبين قدموا إلى عالم الماريجوانا للمرة الأولى عن طريق صديق ، وقد ذكر جماعات الرفاق أيضاً كمصدر أساسى للمخدرات .

وتبين دراسة أجراها شنيدر وآخرون Schneider (١٩٧٧) أن معظم مستعملي المخدرات يذكرون الحصول على المخدرات من صديق أو معرفة وليس عن طريق الشراء بأنفسهم . وفي عمل تلك أيضا (١٩٧٢) من بين المراهقين الذين تمت دراستهم ، يحدد ٩٨٪ الرفاق والأصدقاء كمصدر أساسى لتوريد المخدرات . وفي نفس الوقت تعتبر جماعات الرفاق بمثابة مصدر رئيسى للمعلومات المتعلقة باستعمال المخدرات .

وتلقى البحوث المصرية قدرًا كبيرًا من الضوء على هذا الموضوع مؤيدة ما انتهت إليه البحوث الغربية من إضفاء وزن كبير على أهمية دور الصحاب والأصدقاء فى الإقدام على التعاطى - ففى الدراسات التى أجراها سويف وآخرون (١٩٧٤) فى هذا الصدد تشير إلى أن دورًا واضحًا للرفاق فى الرؤية المباشرة للمادة المخدرة ، وفى تقديم هذه المادة للشباب المقبل على التعاطى فى أول خبرة فى هذا المجال . ولا تخفى طبيعة الموقف الاجتماعى الذى يجمع بين الصديق (المصدر) والشاب (المتلقى) ، وكيف أنه لابد أن يكون مشحونًا بعناصر نفسية متعددة تتجه معظمها إن لم يكن كلها إلى قدر من الإغراء أو التشجيع أو (على الأقل) تيسير خوض تجربة التعاطى (مصطفى سويف : ١٩٩٦ ، ٩٤) .

وقد توصلت هناء أبو شهبه (١٩٩٠ - ج) فى دراستها عن علاقة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية بانتكاس الإدمان التى أجريت على ٣٠ مدمن هيروين ، ٣٠ متكسًا لإدمانه ، ٣٠ غير متعاط - توصلت إلى أن من أسباب التعاطى لأول مرة : حب الاستطلاع مع الرغبة فى التجربة ، ومجاراة الأصدقاء ، وقتل الفراغ ، ومرض أحد الوالدين بمرض نفسى أو عقلى ، أو انفصال الوالدين أو غيابهما ، قسوة الوالدين أو أحدهما ، والتخفف من القلق .. وأن من أسباب انتكاس مدمن الهيروين: ضعف الإدارة ، والقابلية للاستهواء ، والتخفف من القلق والاكئاب النفسى الذى حدث بعد العلاج ، والرجوع للصحة السيئة من المدمنين ، كما وجدت علاقة بين الانتكاس والوسط الأسرى بما فيه من معاملة والديه وأساليب تربية خاطئة ، بالإضافة إلى عدم مصداقية الآباء لأبنائهم وعدم متابعتهم ورقابتهم .

٢- توفر المادة المخدرة :

ذكر توفر المخدرات كعامل هام فى التورط فى المخدرات . وبعض الدراسات تقدم وصفاً حياً للتجربة الشخصية فى العملية التى يؤدى فيها توفى المخدرات إلى استعمالها .

وعلى حين ركز الباحثون انتباههم على وجود المخدرات فى الأماكن المجاورة ، فىمكن استنتاج أن سهولة الحصول على المخدرات فى المدرسة يجب أن تعتبر بمثابة عامل هام فى انتشار المخدرات . ويمكن رؤية توفر المخدرات من خلال ثلاثة أدوار: توفر المخدرات فى البيت ، فى المدرسة أو فى العمل ، وفى الوسط الحيط .

ويلعب توفر المخدرات فى البيت ، أى استعمال الوالدين للمخدرات دوراً هاماً فى توفير المخدرات للمراهقين ، وتبين نتائج دراسة جرورر (Gfroerer ١٩٨٧) وجود علاقة قوية بين استعمال المراهقين للمخدرات وإدمان أعضاء الأسرة الكبار للمخدرات . ووجدت تلك الدراسة أن إدمان الآباء أو الأمهات ، كذلك الأبناء الكبار يرتبط بإدمان الشبان .

ويرتبط توفر المخدرات فى المدرسة أو فى العمل باستعمال الأصدقاء للمخدرات . وقد أكدت دراسات كاندل (١٩٧٣ ، ١٩٧٤ ، ١٩٨١) أن استعمال الأصدقاء للمخدرات عامل هام فى تعاطى المخدرات الشخصى . ويلعب الأصدقاء دوراً هاماً جداً فى توفير المخدرات وفى استهلاك استعمال المخدرات للمرة الأولى وبين كوزى ولابوفى (Kouziee & labouvie ١٩٨٨) أنه من بين الذكور فإن ٩٧,٩% فى عمر ١٥ سنة ، ٩٨,٥% فى عمر ١٨ سنة ، ١٠٠% فى عمر ٢١ سنة يشربون مع الأصدقاء ، و ٧٥,٧% فى عمر ١٥ سنة ، ٩٥,٣% فى عمر ١٨ سنة و ٩٩% فى عمر ٢١ سنة يشربون فى بيوت الأصدقاء .

الشخصية وتعاطى المخدرات

١- تركيب الشخصية :

دلت معظم الدراسات فى هذا المجال على أن تركيب الشخصية يعتبر من

العوامل المسهمة فى تعاطى المخدرات.. فأسباب التعاطى ولو تنوعت لا تعدو أن تكون ذات دلالة على أن المتعاطين يتميزون بخلل واضطراب فى الشخصية، وأنهم يعانون قدرًا كبيراً من القلق والاكتئاب والتوتر ونقد الذات مما يدفعهم إلى العكوف على التعاطى يتهفون به من اضطرابهم النفسى، وفى الدراسة التى أجراها سعد المغربى (١٩٦٦) عن سيكولوجية تعاطى الأفيون تبين منها: أن إدمان الأفيون هو عرض لاضطرابات عنيفة فى الشخصية وأن الإدمان عملية تكيفية وظيفية دينامية، وأن هناك استعداداً تكوينياً معيناً يبدأ فى مراحل النمو النفسى المبكر ويؤدى إلى القابلية للإدمان على المخدرات، وأن شخصية المدمن تتميز بضعف الذات، وكف العدوان، واضطراب التوحد، والتعيين الذكرى، والسلبية، وانخفاض مستوى الطموح، والتشاؤم، وعدم الثقة بالسلطة وبالنظم الاجتماعية. وقد أوضح أن نسبة غير قليلة من متعاطى الأفيون يتسمون بضحالة الوجدان وبلادة الانفعال وتجنب المواقف التى تحتاج إلى المشاركة الوجدانية - إلى غير ذلك من مشاعر القصور وعدم الكفاية.

وفى الدراسة التى أجراها مخرجى وشهر Mukherjee & Scherer (١٩٧١) عن شخصية المدمن والتى أجريت على ٣٦ طالباً جامعياً، ٣٦ طالبة جامعية من متعاطى الأفيون، وجدت بين غير المتعاطين لأى عقار ومكثرى التعاطى للأفيونات فى درجة استبصار الذات، ولم توجد فروق بين متوسطى التعاطى ومكثرى التعاطى فى الاستبصار الذاتى.

وفى مقارنة مجموعة من غير المتعاطين ومجموعة مراهقين متعددى التعاطى باستخدام اختبار الشخصية المتعدد الأوجه توصل هلر وموردكوف Heller & Mordkoff (١٩٧٢) إلى وجود نمطين لشخصية المدمن: الأول: هو النمط المرتبط بالهيروين: وهو نمط سيكوباتى مع وجود دلائل قلق وعدم أمن انفعالى واكتئاب، والنمط الآخر: هو نمط متعددى التعاطى للعقاقير المختلفة: وهم شخصيات مضادة للمجتمع مع وجود علامات من القلق والاكتئاب.

ولقد قام فارق عبد السلام (١٩٧٧) بإجراء دراسة لبعض المتغيرات النفسية

والاجتماعية المتصلة بإدمان الأفيون لدى عينة من ٥٢ متعاطيًا من مصحة الصحة النفسية بالخانكة ، وباستخدام عدد من المقاييس النفسية توصل إلى أن هناك عوامل سيكولوجية مرتبطة بشخصية المدمن منها : تدنى الذكاء ، وضعف الأنا ، عدم الطمأنينة الانفعالية ، الميل إلى عقاب الذات وتدميرها ، وشيوع الاكتئاب ، والانحراف السيكوباتى ، واضطراب التوافق ، وتعطل النمو النرجسى ، واستخدام أسلوب الانسحاب باعتباره ميكانيزمًا أساسيًا لمواجهة المواقف ، يضاف إلى ذلك اختلاف الحالة المزاجية والنفسية للمدمن وهو تحت تأثير المخدر عنها وهو خارج ذلك التأثير ، واختلاف السمات النفسية بين المدينين الذين حضروا المناقشة الجماعية عن أولئك الذين لم يتلقوا علاجًا .

وقام دونوفان وجسور Donovan & Jessor (١٩٨٧) بإجراء دراسة عن المشكلات النفسية المرتبطة بإدمان الكحول ، والبيئة المدركة والنظم السلوكية ، حيث جمعت بيانات من عينة من المعتدلين فى الشرب ، ومن الذين لديهم مشكلات فى الشرب تصل إلى درجة الإدمان ، وقد استنتجا : أن هناك دلالة واضحة على النشاط المنعزل ، والسلوكيات المحبطة ، وضعف تقدير الذات ، وسوء الفكرة التى كونها المتعاطى عن ذاته ، وإحساسه بأنه منبوذ غير مرغوب فيه ، إلى جانب التميز بالجرأة ، وظهور مظاهر سلوكية متعددة منها : العمل ضد السلطة ، وكانوا كثيرى الامتعاض ، عدوانيين ، يدل مظهرهم على الشك والريبة ، يمارسون نشاطاً تعويضيًا لإعادة التوازن بين العجز والقصور من جهة والعمل من جهة أخرى .

وفى دراسة جمعان أبا الرقوش (١٩٨٣) عن الصحة النفسية لدى متعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية والتى أجريت على ٣٠ مدمنًا لمادة السيكونال ، ٣٠ من المسجونين بتهم غير المخدرات بالسجن العام لمنطقة الطائف ، وعينة ضابطة غير متعاطين وغير مسجونين . وباستخدام مقياس الصحة النفسية واستمارة عن الخلفية الاجتماعية ، توصل الباحث إلى أن متعاطى مادة السيكونال

يختلفون عن الأسوياء فى أبعاد الصحة النفسية ، وأن الإيجابية كانت متدنية عن العوامل السلبية ، بالإضافة إلى تميزهم بعدم الثبات الانفعالى وعدم النضج السلوكى .

وأجرى كروى وستوك وجمس Kroll, Stock & James (١٩٨٥) دراسة عن سلوكيات مدمنى الكحول وذلك بمقارنة مجموعة من ٣١ مدمناً بمجموعة ضابطة من ٢١ غير متعاط ، وتوصلت إلى أن الرجال الكحوليين قد أشاروا إلى وجود مشكلات قانونية بدرجة دالة ، وبالغنى العائلى ، والغنى ضد أشكال السلطة عن العينات الضابطة ، وكان لديهم ارتفاع فى حدوث محاولات الانتحار والشرب الانتحارى ، وزيادة مستوى القلق الموقفى .

وفى الدراسة التى أجراها أحمد السعيد (١٩٩٠) على ١٠٠ من المسجونين المتعاطين للحشيش بإصلاحية الحائر بالرياض ، ١٠٠ من المسجونين غير المتعاطين ، ١٠٠ من المتعاطين من الشركة الموحدة للكهرباء ، وباستخدام مجموعة من المقاييس النفسية ، توصل إلى أن متعاطى الحشيش كانوا أعلى المجموعات فى مقاييس : الانحراف السيكوباتى ، والهستريا ، والشعور بالوحدة ، والاكتئاب ، وقلق الحالة ، وقلق السمّة ، كما كانوا أقل المجموعات فى مقياس تبادل العلاقات الاجتماعية .. وفى الدراسة التى أجرتها هناء أبو هشبة (١٩٩٠ - ١) عن علاقة الذكاء والسمات المرضية بإدمان الهيروين قامت بتطبيق مقياس وكسلر بلفيو للذكاء واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه على ٦٠ مدمناً ، وعينة ضابطة من غير المدمنين ، أسفرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين مدمنى الهيروين وغير المدمنين فى الأعراض العصبية والذهانية وشيوع الانحراف السيكوباتى والانطواء الاجتماعى بين المدمنين ، كما وجدت فروق بين المجموعتين فى نسبة الذكاء اللفظى والعملى والكللى لصالح غير المدمنين .

٢- ديناميات الشخصية :

ولقد تناولت مجموعة من الدراسات ديناميات شخصية متعاطى المخدرات نذكر

منها تلك الدراسة التي قام التي قام بإجرائها عبد الله عسكر (١٩٨٦) عن تعاطى الأقراص المخدرة وعقار الهلوسة بين الشباب المتعلم ، وباستخدام منهج دراسة الحالة من خلال المقابلة الكلينيكية الحرة ، واختبار تفهم الموضوع ، واختبار مينسوتا المتعدد الأوجه ، تم التطبيق على ستة طلاب متطوعين من المتعاطين ، وأسفرت النتائج عن اضطراب البناء النفسى للمتعاظي : فالأنا ضعيفة وعاجزة ومنهكة القوى من جراء الدفاعات الفاشلة المستمرة ضد مشاعر الأثم المنبثقة من الأنا العليا ، وعدم القدرة على تخطى الموقف المؤقف الأوديبى بنجاح ، والتثبيت على علاقة الأم فى علاقة اعتمادية طفلية نرجسية (العلاقة بالآخر) ، والفشل فى عمل علاقات خارج نطاق الإدمان .

كما قام عبد الرحيم نجيت (١٩٨٧) بدراسة عن الدلالات الكلينيكية لاستجابات مدمن مخدرات على اختبار تفهم الموضوع . وباستخدام منهج دراسة الحالة أوضحت النتائج : سيادة الميول الاكتئابية ، والوساوس والقهر ، وسيطرة الدافع الجنسى ، والإحساس بالنبذ والسيطرة ، وتقييد الحرية من قبل البيئة ، مع ظهور حاجة واضحة إلى العطف من الآخر .

وفى دراسة قامت بها هناء أبو شهبه (١٩٩٠ - ب) للكشف عن ديناميات شخصية مدمن الهيروين ، والتي أجريت على عينة من عشر حالات من مدمنى الهيروين المتكسين ، وعشر حالات غير مدمنين ، وباستخدام المقابلة الكلينيكية ، واختبار تفهم الموضوع الذى فسر وفقاً لطريقة بيلاك ، توصلت النتائج إلى أن شخصية مدمن الهيروين غير متوافقة نفسياً واجتماعياً ، وهى من علامات عدم تمتعه بالصحة النفسية .

وفى دراسة لاحقة (١٩٩٠ - د) استخدمت المنهج الكلينيكى المتعمق لحالتين من مدمنى الهيروين المتكسين لمدة خمس سنوات من تعرضهما للعلاج أكثر من مرة ، وحالتين من مدمنى الهيروين لمدة عامين ولم يتعرضا للخبرة العلاجية ، وباستخدام المقابلات الحرة وتاريخ الحالة واختبار وكسلر بلفيو للذكاء ، واختبار

مينسوتا المتعدد الأوجه ، واختبار تفهم الموضوع - توصلت الدراسة إلى أن الديناميات شخصية مدمن الهيروين المتكس تتسم بالمشاعر الاكتئابية ، ووجود اتجاه سلبي نحو العلاقات الأسرية والوالدية ، والأنا غير كفاء ضعيفة ، كما يظهر ضعف الأنا الأعلى ، وهناك عدوانية موجهة نحو الذات ، إلى جانب الشعور بالدونية ، والاتجاه السلبي نحو البيئة ، ووجود مشاعر سادومازوخية من تغلب السادية .. أما ديناميات شخصية المدمن المتكس : فتميز باتجاه أكثر إيجابية نحو العلاقات الأسرية ، ووجود ازدواجية في المشاعر نحو البيئة مع سيادة الصراع الأوديبى ، وصورة الذات أكثر إيجابية من المدمن المتكس وإن غلبت مشاعر الذنب، والندم ، وظهور العدوانية السادية الموجهة نحو الذات ، والمشاعر البارانونية ، إلى جانب المشاعر والميول الترجسية ، وسيادة الصراعات بين حبه لذاته وتدميرها ، والتثيت الأوديبى ، كما وجدت خصائص مشتركة بين ديناميات شخصية المدمن المتكس وغير المتكس .

وأوضحت دراسة حسن مصطفى ، رواية دسوقى (١٩٩٣) أن متعاطى الأفيون يغلب عليهم حالة وسمة القلق والميل العصابى وانعكس ذلك على ضعف الأنا وتذبذبه وعدم كفاءته ، مع سلبية صورة الذات وغلبة الميول العدوانية والسيكوباتية والأعراض البارانونية والمشاعر الاكتئابية والميول الانسحابية الانهزامية ، وغلفت الصورة الإكلينيكية أعراض الإحساس بالهلاس البصرية اللمسية .

٣- تأثير التعاطى على الشخصية :

وهناك مجموعة من الدراسات التى تناولت تأثير التعاطى على الشخصية - من ذلك تلك الدراسة التى أجراها سعد المغربى (١٩٦٠) عن ظاهرة تعاطى الحشيش فى مصر على عينة مكونة من ٢٢٥ فردًا منهم ٢٥ متعاطيًا مسجونين ٥٠ متعاطى غير مسجونين ، وباستخدام اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه والرورشاخ والفحص الطبى واختبارات سيكومترية أخرى ، توصل إلى أن الحشيش يؤدى إلى الاعتماد النفسى الذى يؤدى إلى الشعور بالضيق والتوتر النفسى وأن شدة الاعتماد النفسى

تتوقف على درجة الانتظام فى تعاطى المخدر ، فكلما كان التعاطى فى فترات متقاربة زادت درجة الاعتماد النفسى .

وفى الدراسة التى أجريت فى المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية فى مصر (١٩٦٤) تبين أن متعاطى الحشيش أكثر قلقاً من غير المتعاطين ، وأن إنتاجية المتعاطى تتدهور أثناء التخدير وأثناء حالة الخرمان .

ولقد قام أحمد كيلانى (١٩٦٧) بتجربة ذاتية للتعرف على الآثار المباشرة لتعاطى الحشيش بتدخين لفافتين تحتويان عليه ، فوجد أنه عند التدخين يبدأ الشعور بحالة من النشوة واللذة والسعادة الغامضة والشعور بالراحة ، وبعد الانتهاء يبدأ الشعور بجفاف الحلق ودوار الرأس والجوع الشديد وزوغان العين وتشوه المرئيات ورؤية أشباح مفزعة وأصوات منكرة ودوار شديد وسرعة ضربات القلب وتوتر عصبى شديد وفقدان الإرادة على توجيه التفكير ، ثم الحاجة الشديدة إلى النوم من الشعور بالهذيان ، مع تقطع النوم .. وبعد التجربة بثلاثة أيام بدأ الشعور بالخمول والكسل والتردد أمام أى شيء يقوم به أو يعرض عليه ، وضعف نسبى فى الذاكرة وضيق شديد فى النفس .

أما الدراسة التى أجراها محمد رشاد كفافى (١٩٧٣) عن سيكولوجية اشتهاؤ المخدر لدى متعاطى الحشيش ، وباستخدام منهج دراسة الحالة والمقابلة الحرة واختبار تفهم الموضوع لأربع حالات ، توصل إلى أن متعاطى الحشيش يشعر فى حالة الخرمان بتوتر شديد ينجم عن الإحباط الفمى الشديد لرغباته الفمية ، والرغبة فى إيذاء أنه الأعلى الذى يقوم بالحجر على رغبات الهو ، ويخفق فى التواصل الإنسانى مع الآخرين .. وفى دراسة أخرى أجراها عام ١٩٨٠ على ثمان حالات استخدم فيها اختباراً خاصاً بتعاطى الحشيش وآخر يطبق فى حالة النشوة ، إلى جانب اختبار بلاكى ، توصل إلى أن المرح الناجم عن التعاطى ميكانيزم دفاعى لمغالبه الاكتئاب والخلاص منه ، وأن هناك زيادة فى إقبال المتعاطى على الحياة فى حالة التخدير عما هو عليه فى حالة الاعتياد والخرمان ، وأن هناك

فروقا فردية فى مدى نجاح أو فشل المتعاطين فى تحقيق مشاعر المرح فى حالة التخدير ، وأن المتعاطين عامة يتميزون بالمرح المشابه لمرح الهوس .

وبنفس المنهج أجرى ماهر إلياس (١٩٨٦) دراسة إكلينيكية على ستة متطوعين من المتعاطين للماكستون فورت ممن يعالجون بمستشفى الصحة النفسية بالعباسية ، توصلت النتائج إلى أن المدمن يلجأ إلى مغالبة مشاعر الاكتئاب وإحلال حالة من الهوس الاصطناعى للتغلب على العالم المادى المحيط به وما لديه من مشاعر العجز والدونية والعدوانية ، وأن المدمن فى حالة غياب المخدر يشعر بفقدان الموضوع وبأنه غير محبوب ومهجور ، ويهاجم أنه الأعلى بقسوة فى صورة الأب والرؤساء - واتضح أن الإكثار من التعاطى يؤدى إلى إحداث مضاعفات ذهانية وبعض المشاعر البارانونية والهذات ، كما ظهر أن المتعاطى يعانى وهو فى حالته العادية من اضطراب جنسى وخشية من الجنس الآخر ، وفى حالة الخمرمان لا يستطيع الإتيان بالفعل الجنسى ، وتغلب السمة الاكتئابية ، والميل للوحدة ، والانسحاب ، ويعانى فقدان كامل للقدرة على التواصل الإنسانى .

إدمان المخدرات والانحرافات السلوكية

تبين دراسات عديدة وجود علاقة قوية بين إدمان المخدرات وأشكال أخرى من السلوك الإجرامى . وهذا الارتباط القوى بين الإدمان - والانحراف ليس مثيراً للدهشة بأى شكل نظراً لأن الإدمان فى حد ذاته يعتبر عملاً منحرفاً أو غير شرعى .

والتساؤلات الأساسية التى تحاول الدراسات الإجابة عنها هى : هل يؤدى إدمان المخدرات إلى التوسط فى أشكال أخرى من السلوك المنحرف ؟ أو هل التورط فى أشكال أخرى من الانحراف يؤدى إلى الإدمان ؟ أو هل هناك سبب مشترك يكن وراء كل من إدمان المخدرات والتورط فى مجموعة أخرى من الانحراف ؟

وقد اقترح واترز وآخرون Watters et al (١٩٨٥) ثلاثة منظورات بشأن المخدرات فى ارتباطها بالجريمة:

١ - المخدرات تسبب الجرائم :

ويفترض هذا التفسير أن النشاط الإجرامي ينشأ عن استعمال المخدرات لأن مستعملي المخدرات يحتاجون إلى دخل لا يمكن الحصول عليه إلا بوسائل غير مشروعة ، حيث أن المدمنين ينزلقون إلى طائفة المجرمين ومن ثم يكون السلوك الإجرامي أمراً عادياً ، أو بسبب الخواص النفسية والدوائية للمخدرات نفسها .

ولا شك أن الإدمان قد يقود إلى الجريمة حين يفقد الإنسان عقله وقواه الإدراكية ووعيه وحسه وضميره الواعى ، وحين يعجز عن التمييز بين الصواب والخطأ ، وحين يعجز به الإدمان عن إدراك عواقب أعماله فيتصرف فاقداً للوعى والإدراك بل أن الإدمان قد يهيئ له من الخيالات والأوهام ما يجعل المدمن يتوهم أناساً يدبرون له المكائد فيبادر بالاعتداء عليهم (عبد الرحمن العيسوى : ٢٠٠٠ ، ٩) .

وهذا المنظور هو الراسخ فى الضمير العام ، وقد وجد جيجر Geiger (١٩٧١) أن ٨٢٪ من عينة من الكبار على مستوى الأمة كانوا يعتقدون أن الماريجوانا تدفع الناس لارتكاب الجرائم وأعمال العنف . والمقدمة المنطقية الكامنة خلف هذا المنظور تتمثل فى أن وجود ، وتوافر المخدرات ، والاستعمال غير الطبى للمواد المخدرة أدى مباشرة إلى التورط فى كل من الأنشطة الإجرامية العنيفة وغير العنيفة حتى بين المواطنين الذين كانوا يلتزمون بالقانون لولا تورطهم فى المخدرات .

وأوضحت دراسات عديدة أن النشاط الإجرامى بعد الإجمام يكون أعلى من مستواه قبل الأجمام ، وقرر جارب وكريم Garb and Crim (١٩٦٦) أنه « يجب أن يوضع فى الاعتبار أنهم يصبحون مجرمين بسبب الإدمان ، ولم يصبحوا مدمنين لأنهم كانوا مجرمين ».

ويقرر تابان Tappan (١٩٨٠) الموقف بشكل أوضح حين قال «إن المدمن من الطبقة الاجتماعية الاقتصادية الدنيا يكون مجرمًا فى الأساس لأن المسكنات المحظورة مرتفعة الثمن ولأنه يستطيع أن يوفر متطلباته اليومية فقط عن طريق

ارتكاب الجرائم التي تدر عليه دخلاً). وفي دراسة سكور Schur (١٩٨٨) لم يذكر أحد التورط فى أى جريمة قبل الإدمان. واستنتج أن الإدمان مسئول مسئولية كاملة عن انتشار الجريمة بين المدمنين .

وهناك دعم قليل لاستنتاج أن التغيرات تنشأ من البداية عن الإدمان . ولسوء الحظ : فإن أيًا من تلك الدراسات لم تتطرق للتغيرات فى النشاط الإجرامى عند محاولة دراسة العمر . ورغم ذلك ، فإن هذا المنظور لا يمكن استبعاده بسهولة . ويقول كلايتون Klaiton (١٩٩١) إن الفرض القائل بأن ((المخدرات تسبب الجريمة)) فرض صحيح ، واستدل على ذلك ببيانات توحى بوجود علاقة سببية إذا وضع فى الاعتبار أول إدمان للمواد الكحولية .

٢- الجريمة تسبب إدمان المخدرات :

بمقتضى هذه المفكرة: فإن التورط الإجرامى أو الجنوح إلى إدمان المخدرات ، وفيما بين الأفراد الجانحين يمكن أن يكون إدمان المخدرات سلوكاً معيارياً ، ويمكن أن يكون ناتجاً طبيعياً لأساليب حياة منحرفة . وتبين عدة دراسات أن الجريمة والجنوح تسبق استعمال المخدرات. وبين جونستون Johnston (١٩٧٣) أن تعاطى المخدرات ، إذا كان يرتبط ارتباطاً كبيراً بالجنوح فإن إدمان المخدرات لدى الأفراد المراهقين العاديين يتبع الجنوح ، وعلى ذلك لا يمكن أن يقال إنه يسببه . ولم يجد فريدمان وفريدمان Fredman & Fredman (١٩٨٣) أى دليل بين المساجين أو طلاب المدارس على أن استعمال المخدرات أو حتى استعمال المخدرات المكثف أدى إلى تكرار التورط فى الجرائم المقترنة بالعنف أو غير المقترنة بالعنف بالمقارنة بالشباب الذين لم يدمنوا المخدرات ، وأن الجنوح كان سابقاً لاستعمال المخدرات فى كل الأحوال . وفى دراسة مماثلة ، تطرق نفس الباحثين لدراسة عينة مختلطة من المسجونين المتطوعين للعلاج ، وشباب المدارس ، وقد وجد ارتباطاً عاماً بين الظاهرتين ، فكلما ازداد استعمال المخدرات زادت الأعمال العنيفة وغير القانونية. وعلى أية حال فقد أوصت النتائج أن استعمال المخدرات لم يصعد من التجريب

على مخدر واحد إلى الاستعمال المنتظم لأنواع أخرى من المخدرات ، وأن الجنوح سبق استعمال المخدرات .

ويؤيد هذا المنظور بحث بيرس Pierce (١٩٩٢) على عينة صغيرة من المدمنين الجانحين من المسجونين والذين كان ٧٦٪ منهم متهمين بجرائم قبل أن يبدأوا استعمال المخدرات .

واستنتج جونستون (١٩٩٧) أن المتمرسين فى الجنوح يحتمل أن يتحولوا إلى المدمنين بدرجة أكبر مما يفعل غير الجانحين ، ولكن استعمال المخدرات لا يؤدي حتما إلى زيادة الانحراف .

٣- هناك عوامل كامنة تؤدي إلى إدمان المخدرات والجريمة :

وهذا المنظور يرى أن كل من السلوك الإجرامى واستعمال المخدرات ينتج عن عامل ثالث أو مجموعة من العوامل ، أو يكون للظاهرتين مسارات مرضية مشتركة ورغم الارتباط الاحصائى القوى بين الجريمة وإدمان المخدرات ، فقد لا يرتبطان ببعضهما سلبياً ، ولكن هناك دليل يتزايد على أن الجريمة وإدمان المخدرات هما مجموعة من العوامل التفسيرية المشتركة ، وأن ارتباط حدوثهما ما هو إلا نتيجة لحدور سببية مشتركة .. وقد وجد أن هناك عوامل اجتماعية موقفية وبيئية . على سبيل المثال : يشير الدليل إلى وجود علاقات شريطية، احتمالية أو مقيدة بين إدمان المخدرات وارتكاب الجريمة ، خاصة بالنسبة لأنماط السلوك المتعلقة بالمخدرات أو المخالفات .

فقد وجد تومسون Thomson (١٩٨١) بعض الدليل الذى يوحي أن إدمان الماريجوانا يرتبط بجرائم السرقة وليس بجرائم العنف رغم أن المتغيرات السكانية ومتغيرات الطبقة الاجتماعية ظلت بمثابة عوامل تنبؤ قوية للمقبوض عليهم .

وبين جونسون وسكيدلر Johnson & Scheidler (١٩٩٠) أن مدى الجريمة يعتمد على مدى الاستعمال اليومى ، والمستعملين اليومين اليوميين للأفيون

والكوكايين يتورطون فى الجرائم المنتظمة لشراء المخدرات ، ولكن هناك البعض الذين يرتكبون الجرائم دون أن يكونوا من المدمنين . وبالمثل : فقد اقترح رينارمان Reinarman (١٩٩٧) ، فى بحثه عن استعمال الكوكايين ، أنه على الأقل بين كثير من المدمنين من الطبقة الوسطى يخضع سلوك تعاطى المخدرات لمطالب الحياة اليومية .

ورغم وجود عدد كبير من الدراسات السابقة التى توصى بوجود علاقة سببية أو علاقة عامة بين الجريمة وإدمان المخدرات ، فإن الطبيعة الدقيقة وتوجه العلاقة يظل دون تحديد . وعلى ذلك : فإن معظم ما يمكن أن يقال بثقة هو أن إدمان المخدرات يرتبط ارتباطاً غير مباشر بالجريمة .

الأسرة والاكتشاف المبكر للإدمان

نظراً لأن الأسرة هى المؤسسة الأساسية المنوط بها تنشئة الأبناء وهى الأكثر ارتباطاً بهم . لذلك : فإنها الأقدر على ملاحظة التغيرات على الأبناء للمواد المخدرة .. ولقد افترض جلينيك Glincki أربعة مراحل يمر بها الفرد حتى يصل إلى درجة الإدمان :

*** المرحلة الأولى : مرحلة الأعراض Symptomatic stage :** وفيها يبدأ العنصران النفسى والبيولوجى بالتعاطى الاجتماعى أى فى المناسبات الاجتماعية مع الرفاق .. ويكتشف الفرد أن توتراته يخف حداثها عندما يكون تحت تأثير الشرب أو التعاطى وقد تستمر هذه المرحلة عدة شهور أو عدة سنوات .

*** المرحلة الثانية : مرحلة الإنذار Prodromal stage :** وفيها تظهر التغيرات فى سلوك التعاطى فيبدأ فى التعاطى الثقيل أو تخزين كميات كافية من المشروبات أو المواد المخدرة فى منزله وذلك بطريقة مهذبة .. ومع كثرة التعاطى يظهر تأثير الخمر أو المادة المخدرة على سلوكه فيتزوى ويتباه النسيان ويفقد القدرة على التعامل الاجتماعى بالصورة العادية .

*** المرحلة الثالثة : المرحلة الحرجة Critical stage :** ويبدأ فيها المدمن فقدان السيطرة على نفسه ، ومن ثم : فإنه يتعاطى المخدر دون مراعاة للعادات الاجتماعية وإن كان يشعر بالحياء إذا اكتشف الناس تعاطيه ولكنه يميل إلى تقديم المعاذير عن سلوكه مستخدماً التبرير والحيل الدفاعية لحماية ذاته من الإحساس بحالته الحقيقية ، ويفقد أصدقائه القدامى ، ويصعب عليه الاحتفاظ بوظيفته ، ويدور فى دائرة مفرغة ، فهو يتعاطى لكى يخفف من شعوره بالقلق والتوتر ، والإسراف فى التعاطى يؤدى به إلى مزيد من التعاطى ، فتضطرب حياته الاجتماعية مما يدعو إلى مزيد من التعاطى .

*** المرحلة الرابعة : مرحلة الإدمان :** وبالنسبة لتعاطى الخمر تسمى المرحلة الكحولية ، وفيها يشعر المدمن بأنه أصبح فى حاجة إلى التعاطى يومياً ، وتصبح عادة مزمنة ويفقد أسرته وأصدقائه ويشعر أن عليه أن يواجه الحقيقة ، وهى أنه ((سكير مدمن)) وتظهر على الفرد أعراض سوء التغذية واختلال وظائفه العقلية (عبد الرحمن العيسوى : ٢٠٠٠ ، ١٤١-١٤٣) .

وفيما يلى نعرض الأعراض المرتبطة بتعاطى وانسحاب عدد من المواد المخدرة لتكون عوناً للأسرة غى الاكتشاف المبكر للتعاطى ومن ثم يسهل العلاج .

أولاً : أعراض تعاطى الكحوليات :

أ- تغيرات سلوكية غير توافقية - مثل:

* فقدان القدرة على التحكم فى الشرب أو الإقلاع عنه.

* الكلام بصوت مرتفع مع الثرثرة.

* يعترى الفرد شجاعة وياهى ويفاخر ، ويرفع الحجاب والكلفة بينه وبين الغير ، ويكون فى حالة نشوة .

* معاملة الفرد لمن حوله بقسوة ، ويخشى من ارتكابه الجرائم .

* إهمال المظهر .

* الدخول فى نوم عميق ولفترة طويلة ، يصحو الفرد بعدها ناسياً الأحداث السابقة .

ب- تغيرات حركية :

ناتجة عن آثار الكحول التهييضية على مراكز المخ - ومنها :

* ضعف التآزر الحركى - فيترنح الفرد فى مشيته .

* الرؤية والحركة اللاإرادية السريعة لمقلة العين .

* فقدان القدرة على الكلام بوضوح .

* فقدان القدرة على التحرك بسرعة .

* تفقد الحركات دقتها .

* تعترى الفرد رعشة فى أطرافه ، ويشعر بالآلام وضعف فى الأذرع والسيقان .

ج- تغيرات فسيولوجية :

* يتأثر بالشرب كل من الجهاز الهضمى ، والكبد ، والجهاز الدورى .

* ترتفع نسبة الوفيات بين المدمنين إلى ثلاثة أضعاف المعدل العادى .

* يبدو المدمنون أكبر من سنهم من التجاعيد التى تبدو على الوجه وترهل الجلد .

د- تغيرات معرفية :

* قصور الانتباه .

* ضعف الذاكرة : يصل إلى حد عدم معرفة الشخص نفسه أو عنوانه .

* غيبوبة العقل واختلاطه .

- * نعااة الهذبان والهلاوس .
- و- تغيرات نفسية :
- * الشعور بالذنب نتيجة التعاطى .
- * سورة غضب مصحوبة بالخوف .
- * التحول السريع فى الحالة المزاجية ، والثورة لأتفه الأسباب .
- * إلقاء اللوم على الآخرين للحالة التى وصل إليها .
- * التشكك فىمن حوله .
- * الدخول فى دائرة الاكتئاب (سعد جلال : ١٩٧٠ ، التركوفيل وآخرون : د.ت) .

ثانياً : أعراض تعاطى وإدمان مشتقات الأفيون :

- أ- أعراض سلوكية : تبدو فى انخفاض ما لدى الفرد من طموح وكفاءة عقلية ومعايير أخلاقية .
- ب- أعراض حركية : تبدو فى ضعف الحركات الإرادية ، والتشنجات والارتجاجات .
- ج- أعراض فيسولوجية : تبدو فى :
 - * اضطراب فى درجة الحرارة .
 - * هبوط أو ضيق التنفس .
 - * عدم انتظام ضربات القلب .
 - * فقدان الشهية للطعام .
 - * عرق شديد .

- * ازدياد اللعاب .
- * تقلصات فى البطن .
- * إسهال وقئ .
- * ارتعاشات .
- * أرق وتثاؤب لا يمكن السيطرة عليه .
- * الخمول وانخفاض الدافع الجنسي .
- * الشعور بالإرهاك .
- * عند الانسحاب يظهر اشتها شديد للمخدر ، ويصبح الفرد فى حاجة إلى جرعات أكبر فأكثر .
- * يكون هناك خطر من الموت بسبب الهبوط فى القلب .
- د- أعراض معرفية : تبدو فى صورة :
 - * شرود الفكر .
 - * تغير فى إدراك الزمان والمكان .
 - * خيالات وهلاوس وهذبان .
- هـ- أعراض نفسية : تبدو فى :
 - * عدم الاستقرار بسبب القلق .
- * نقص فى الإحساس بالانتهاج ويكون الفرد فى حاجة إلى المخدر لكى يقيه من الشعور بالضيق الشديد من الأعراض الانسحابية .
- * الشعور بهلاك محقق .
- * رعب ومحاولات للانتحار (والتر كوفيل ، وآخرون : د ، ت ، سوين : ١٩٧٩) .

ثالثاً : أعراض تعاطى وادمان الكوكايين :

أ- أعراض سلوكية :

- * تبدل عاطفى ، وتغير فى الميل للتفاعل الاجتماعى .
- * فرط الحذر أو اليقظة .
- * الحساسية فى العلاقات البين شخصية .
- * قصور فى الأداء الوظيفى .
- * البحث الشديد عن كيفية الحصول على المخدر .
- * تحطيم القيم الاجتماعية والخلقية للوصول إلى الهدف .
- * يقضى الفرد حياته فى ارتكاب جرائم حقيرة أو فى التسول للحصول على المال للحصول على المخدر .

ب- أعراض فسيولوجية :

- * خفقان القلب ، أو هبوطه .
- * هبوط أو ضيق التنفس .
- * اتساع إنسان العين .
- * آلام فى الصدر .
- * ارتفاع أو انخفاض فى ضغط الدم .
- * القشعريرة وتصبب العرق .
- * الغثيان والتقيؤ .
- * فقدان الوزن .

ج- أعراض حركية :

- * تأخر نفسى حركى .
- * الضعف العضلى .
- * الإحساس الشاذ بحركات العضلات والأوتار واختلال انقباضاتها .
- * الإحساس الشاذ بأن شيئاً يزحف تحت الجلد .
- د- أعراض معرفية .
- * اضطرابات إدراكية .
- * هلاوس وهذات .
- * فساء الأحكام والمنطق .
- هـ- أعراض نفسية :
- * الشعور بالعجز .
- * مشاعر اكتئابية .
- * مشاعر بارانوية (والتر كوفيل: دزت ، محمد السيد عبد الرحمن : ١٩٩٩) .

رابعاً : أعراض تعاطى الماريجوانا (الحشيش) :

- أ- أعراض سلوكية :
- * عدم تناسق الحديث وتماسكه .
- * تناقص الكفاءة الاجتماعية مع الانسحاب الاجتماعى .
- * تناقص الكفاءة الإنتاجية الموضوعية (على الرغم من أن الفرد يحس إحساساً ذاتياً بأنه قد ازداد قدرة على الابتكار) .
- * يؤدى إلى الطيش فى قيادة السيارات ومزيد من الحوادث .
- * يؤثر على الحالة المالية التى تتحمل عبئاً ثقيلاً فى شراء المخدر مما ينتج عنه

نقص فى التغذية واضمحلال القيم الخلقية .

ب- أعراض فسيولوجية :

* زيادة خفقان القلب .

* جفاف الحلق .

* زيادة الشهية للطعام .

* حدوث زرقة فى ملتحمة العين .

يعمد الفرد بعد تناوله إلى النوم ، يؤدى تناوله بصورة مزمنة إلى صعوبة النوم .

ج- أعراض معرفية :

* ضعف الذاكرة قصيرة المدى .

* تناقص الكفاءة العقلية .

* ضعف الإدراك الذاتى بالزمن .

* اضطراب العلاقة بين الحجم والمساحة مما ينتج عنه وقوع حدوث السيارات .

* الإحساس بالضخامة والضآكة: فيشعر الشخص المخدر أحياناً بأنه كبير جداً

ويخشى أن يتحرك خوفاً من أن يحطم الأشخاص الآخرين والأشياء داخل الحجرة ،

وقد ينقلب إلى إحساس بالصغر وأنه عرضه لأنه يصيبه الآخرون بأذى .

د- أعراض نفسية :

* القابلية للتهيج والقلق .

* الإحساس بأن الزمن يمر ببطء .

* التبدل الوجدانى .

* تفاوت الإحساس بين الانشراح والعنف الشديد .

* الإحساس بفقدان الكف : الأمر الذى يسمح للدوافع الجنسية والعدوانية المكبوتة بأن تعبر عن نفسها (والتر كوفيل : د.ت ، سوين : ١٩٧٩ ، محمد السيد عبد الرحمن : ١٩٩٩) .

وهكذا : فإن الملاحظات اليومية التى يلاحظها الآباء والأمهات لأبنائهم المتعاطين التى تدل على أعراض التعاطى يمكن أن تنبههم إلى دخول أحد الأبناء فى دائرة الإدمان ، مما يعجل بالتشخيص والتدخل المبكر .

الأسرة والوقاية من الإدمان

الوقاية: تشير إلى أى فعل نخطط نقوم به تحسباً لظهور مشكلة معينة ، أو مضاعفات لمشكلة كانت قائمة أصلاً ، ولذلك بغرض وقف مضاعفاتها وهناك ثلاثة مستويات للوقاية :

أولاً : وقاية أولية Primary Prevention :

ويقصد بها مجموعة الإجراءات التى تستهدف منع وقوع التعاطى أصلاً .. ويدخل فى ذلك : جميع أنواع التوعية : بالمحاضرات ، المشورات المطبوعة ، والملصقات ، والأفلام الموجهة .. إلخ ، كما يدخل فيها : مجموعة الإجراءات التى تتخذ على مستوى الدولة سواء كانت إجراءات أمنية أو تشريعية لمنع المخدر ومن ثم منع وقوع التعاطى .

وفى محيط الأسرة فإن الوقاية الأولية من تعاطى المخدرات لها أهميتها البالغة - إذ أن الأسرة تستطيع القيام بدور هام من خلال تنشئة أفرادها تنشئة اجتماعية تتيح لهم إشباع حاجاتهم بطرائق تبتعد بهم عن التماس اشباعهم بأساليب سلوكية غير سوية كتعاطى المخدرات (حسن عبد العال: ١٩٨٨ ، ٥١ ، ٥٣) ، وذلك من خلال :

أ- الوقاية من الإحباطات كسبب للإدمان : ومواجهة كل المواقف الصعبة فى الحياة ، ويتعلم عدم الانسحاب أمام مواقف الحياة الصعبة .

ب- تدريب الأبناء على عدم التفكير فى كل موقف يؤلمه ويسبب له المضايقات وتحليله على حقيقته - مما يجعله قادراً على اتخاذ رأى جديد فى هذا الموقف .

ج- استغلال وقت الفراغ عند الأبناء بما يعود عليهم بالنفع ، واستغلال طاقة الشباب فى عمل ذى نفع للمجتمع والبيئة والربح المادى أو المعنوى على الفرد ، ويدخل فى ذلك ممارسة الأنشطة الرياضية والاجتماعية والثقافية .

د- أن يكون الوالدان قدوة حسنة ومثلاً أعلى لأبنائهما : فالأب الذى يدخن لا يستطيع التأثير على ابنه فى الابتعاد عن التدخين ... وإذا ضحك الأب مثلاً على شخص يدخن الحشيش فى أحد الأفلام وشاهده ابنه فسينمو الطفل وهو لا يحقر هذه العادة ، وقد يمارسها أو يحاول أن يجربها فيخطو خطوة نحو الانحراف - وبالتالي فإن الآباء الذين يتعاطون المخدرات جهاراً مما لا شك فيه أن أبناءهم سوف ينجرفون شريعاً إلى الهاوية (عبد الحكيم العفيفى : ١٩٨٩ ، ١٩٨٠) .

و- الوقاية من آثار الثقافات الفرعية السيئة : كأصدقاء السوء المستهترين ، الذين يتسمون باللامبالاة ، الذين لا يحرصون على تعاليم دينهم - لأن هؤلاء لا شك هم نواة التعريف بالمخدرات والبدء فى تعاطيها ، وعدم تهاون الآباء فى أمر انضمام الأبناء إلى جماعات منحرفة : فالابتعاد عن أصدقاء السوء يقلل من تعرض الابن لتجارب غير مرغوب فيها كتناول الكحوليات والمخدرات (محمد عودة ، كمال موسى ١٩٨٦) .

ز- الاندماج فى أنشطة اجتماعية وثقافية راقية بعيداً عن نوادى القمار والملاهى والمقاهى لأنها كلها بؤر مريضة مرتادها على الإتيان بما هو أشد خطراً وضرراً ، فإذا فعل الإنسان الأمور الخاطئة الصغيرة بارتياح ودون شعور بالخطأ أو الإثم - فسوف يأتى الغد الخطايا الكبرى ، وهنا سيكون قد فقد كل شيء .

ح- التماسك الأسرى وإشاعة جو الحب والتفاهم بين أفراد الأسرة : فقد أثبتت الدراسات أن أصدقاء السوء لا يستطيعون التأثير على الأبناء الذين يتمتعون

إلى أسر مترابطة متمسكة بمكارم الأخلاق ، بينما يسهل على أصدقاء السوء التأثير على الأبناء الذين ينتمون إلى أسر مفككة لا تهتم بشئون أبنائها وتربيتهم التربية الصحيحة وتقويمهم تقويماً خلقياً يحول بينهم وبين وقوعهم فى شباك أصدقاء السوء (نايف المروانى : ١٩٩٢ ، ١٥٧)

ط- توفر الجو الأسرى الهادئ الخالى من المشاحنات والمشاكل المتسم بالإيجابية بين أفرادها والذي تسوده روح المحبة والتعاطف والتعاون ، وتحمل الوالدين مسئولية الأبوة والأمومة وأداء كل ما تفرضه تلك المسئوليات من واجبات .

ى- الثبات النسبى فى اتجاهات الوالدين الإيجابية نحو الأبناء ، بحيث يتلاقى كل منهما معا ، وعدم ازدواجية العواطف نحو الأبناء ، والضبط المعتدل لسلوكياتهم ، وإكسابهم السلوكيات التوافقية اللازمة لمواجهة العقبات ، وحمایتهم من الاضطرابات النفسية وعدم إهمالها مهما كانت بسيطة (محمد عودة ، كمال مرسى . ١٩٨٩ ، ٣٥٩) .

ك- غرس القيم الدينية وتقوية الوازع الدينى ، والتذكير بآيات القرآن الكريم التى تنهى عن تعاطى المسكرات ، والتذكير بقول الرسول ﷺ : « كل مسكر خمر .. وكل خمر حرام .. ما أسكر كثيرة فقليله حرام » وأن كل أنواع المخدرات حكمناها حكم الخمر - لأنها جميعاً تذهب بالعقل وتؤدى إلى الهلكة .

ثانياً : وقاية من الدرجة الثانية (الوقاية الثانوية)

Secondary Prevention

ويقصد بها التدخل العلاجى المبكر ، وكل ما يترتب على مرحلة الإدمان من مضاعفات.. أى أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلاً على التعاطى ، ولكنه لا يزال فى مرحلته الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه :

ويبرز دور الأسرة فى هذه المرحلة (الوقاية الثانوية) فى :

أ- الاكتشاف المبكر لتعاطى أحد الأبناء لإحدى المخدرات من خلال ملاحظة

علاماته والتأكد من ذلك .

ب- البحث عن علاج سريع فى المراكز المتخصصة : فى العلاج هى إعطاء المدمن الأدوية التى تمنع ظهور المتاعب واللهفة على المادة المخدرة التى كان يتعاطاها الفرد .

ج- البحث عن الأسباب التى دفعت الفرد للتعاطى : هل هى فى شخصية المدمن ، أم فى أسرته ، أم فى بيئته ، أم فى مجتمع العمل .

د- إقامة علاقات قوية بين المتعاطى وأسرته ومجتمعه : علاقات يتعرف من خلالها على ما حدث ، وفى نفس الوقت تفتح أمامه المجال لعلاقات نظيفة بعيدة عن أصدقاء السوء (أحمد عكاشة: ١٩٨٥ ، ٩٠) .

ثالثاً : وقاية من الدرجة الثالثة Tertiary Prevention

ويقصد بها وقاية المدمن من مزيد من التدهور الطبى ، أو الطبى النفسى والسلوكى للحالة - وخاصة لدى الحالات التى لا تستطيع أن تكف عن التعاطى ، وإذا توقفت لفترات محدودة فهى لا تلبس أن تنتكس بالعودة إلى التعاطى مرة أخرى .

فقاعدة علاج المدمنين هى أن ثلث الحالات تشفى شفاء تاماً ، والثلث الآخر من المحتمل أن ينتكس عدة مرات قبل أن يصل إلى الشفاء ، أما الثلث الأخير فإنه يرفض العلاج بدعوى أنه حر فى تصرفاته ومثل هذا المدمن عادة ما تنتهى حياته بمضاعفات جسمية وأمراض خطيرة أو اضطراب عقلى فيدخل مستشفى الأمراض العقلية ، أو يرتكب جريمة تدخله السجن . ولذا: فإن الوقاية من الدرجة الثالثة تهدف إلى استمرارية العلاج للمدمنين ومنع الانتكاس.. يبرز فيها دور الأسرة فى:

أ- متابعة علاج المريض فى أحد المراكز العلاجية المتخصصة فى وجود هيئة التمريض والأخصائى النفسى والطبيب النفسى .

ب- التدقيق فى نوعية الزوار للمريض خلال فترة العلاج وخاصة فى الأسبوع

الأول حتى تنتهى أعراض انسحاب المادة المخدرة - فمن الأفضل أن تقتصر الزيارة على الأبوبين حتى لا يقوم أحد الزوار بتهريب المواد المخدرة إلى المريض المدمن الذى يتم علاجه.

ج- بعد العلاج والخروج من المستشفى إلى البيت فإنه - منعاً لحدوث النكسة - ينبغى الحذر من عودة المريض إلى نفس الرفقاء أو العودة إلى نفس الشلة ونفس الأماكن أو أماكن العمل التى كان يتردد عليها فيشعر المريض باللهفة خاصة إذا عرض عليه رفاقه التجربة والعودة للتعاطى زعمًا بأنه قد شفى ولا خوف الآن - فمرة واحدة كفيلاً بالنكسة.

د- تغيير الظروف الأسرية ومراعاة مشاعر المريض بعدم السخرية منه أو معايرته أو إشعاره بالذنب.. وعدم الشك فى صدق امتناعه عن الإدمان ، أو متابعة تصرفاته ، ومطالبة بالبقاء بين الأهل ، وقد يتدخلون فى حياته الخاصة - فيشعر بصراع شديد وخوف وترقب وصعوبة فى التأقلم . وقد نلجأ الأسرة إلى معاملته بطريقة تختلف عن الطريقة التى يعاملون بها باقى إخوانه - إن ذلك يشعره بالفشل واليأس ... أضف إلى ذلك: أنه فى حالة الصراع بين الوالدين قد يستعمل أحدهما الابن لصفه للهجوم على الطرف الآخر ، أو عندما يلقي كلا الوالدين اللوم على الآخر بأنه السبب فى إدمان الابن .. إن ذلك كله قد يتسبب فى الانتكاس إلى الإدمان .. وعلى المعالج توجيه الأسرة إلى الأسلوب الأمثل لمعاملة الابن حتى لا يشعر باغتراب ، أو بأنه منبوذ ، وهو إحساس إيجابى يؤدى إلى نكسة المدمن (أحمد عكاشة: ١٩٨٥ ، ٢٧-٢٨) .

الأسرة والتدخل العلاجى للإدمان

يتألف العلاج المتكامل للإدمان من ثلاثة مكونات أساسية: أحدها طبى ، والآخر نفسى ، والثالث اجتماعى .

الأول: المكون الطبى :

وهو يقوم على أحد مبدأين رئيسيين :

- مبدأ الفطام التدريجي للمدمن من المخدر الذى أدمنه .
 - أو مبدأ سد القنوات العصبية التى يسلكها المخدر داخل جسم المدمن للتأثير فى سلوكياته .

* فإذا اختار المعالج المبدأ الأول: فإنه ينتقى مخدرًا أضعف بكثير من المخدر الذى أدمنه (من نفس الفصيلة) ، على أن يتم تخفيض الجرعة وإطالة الفترات بين الجرعات تدريجيًا حتى ينتهى الأمر غالبًا إلى فطام كامل للحالة .

* وإذا اختار المعالج البديل الثانى: فإنه ينتقى لذلك عقارًا (كالنالتركسون) يؤثر فى سد المستقبلات العصبية المعدة أساسًا فى مخ المدمن لاستقبال الأفيون أو مشتقاته ، ثم توزيع آثارها العصبية السلوكية فى جسم المدمن .. بمعنى أن المدمن لن يتأثر بالأفيون أو مشتقاته إذا تعاطاه مادام تأثير النالتركسون قائمًا.. ويستمر الطبيب فى إعطاء هذا العقار حسب إلى حالة التوازن الفسيولوجى دون الحاجة إلى وجود الأفيون أو مشتقاته ، وتنطفئ الלהفة إلى المخدر (مصطفى سويف: ١٩٩٦ ، ٢٢٨) .

الثانى: المكون النفسى:

تقوم أساليب العلاج النفسى على مسلمة أساسية مؤداها: أن جميع أشكال السلوك الصادرة عن الفرد (بما فيها التعاطى والإدمان) يتم اكتسابها وفقا لقوانين التعلم واكتساب العادات ونموها : ومن ثم : فإنه يصدق عليها طرق وإجراءات تعديل العادات .. وبما أن ممارسة التعاطى إذا تمكنت من صاحبها وأدت به إلى الاعتماد والإدمان - فإنها تكون قد وصلت به إلى تكوين عادات شديدة الرسوخ. ومن ثم: فإن العلاج وتحليصه من استمرار التعاطى لن يكون أمرًا هنيئًا ، وسوف يستمر لفترة زمنية تصل إلى عدة شهور ، تتبعها فترة أخرى من المتابعة قد تمتد إلى بضع سنوات بهدف التقويم الدورى والتدخل من حين لآخر للصيانة ضد الانتكاسات المحتملة ، ومن طرق العلاج النفسى للإدمان ما يلى :

١- العلاج المتمركز حول الشخص : Person - Centered Therapy

وهو يشمل : تعليم المدمن الأساليب الصحيحة لمواجهة مشاكله بدلاً من الانسحاب واللجوء للإدمان ، وتصحيح فكرته عن نفسه ، وتعليمه طرق مواجهة الواقع ، وتحمل مسئوليات الفشل، ووسائل السلوك البديلة بعيداً عن المخدرات إلى جانب تفهم مشاكل المدمن وجعله يشعر بالدفء العاطفى (عادل الدمرداش : ١٩٨٢ ، ١٢٠) .

٢- العلاج السلوكى : Behavior Therapy

ويهدف إلى تعليم المدمن كراهية العقار المدمن عليه ، وذلك بتقديم العقار مقروناً بأدوية أخرى تترك آثاراً مؤلمة لدى المدمن ، وبتكرار الاقتران تزول الآثار الإيجابية التى يحس بها المدمن حين تناوله للعقار ، كما يهدف إلى تعليم المدمن الوسائل الصحيحة لإزالة حالة التوتر ، وتعليم وسائل تأكيد الذات وتحقيقها (محمد عودة / كمال مرسى : ١٩٨٦ ، ٣٦٢) .

طريقة التنفيذ :

وقد استحدثت بودن Boudin طريقة للعلاج السلوكى تعتمد على ثلاثة مقومات ، هى :

- أ- تدريب المدمن على ملاحظة الذات ورصد ما يصدر عنها .
- ب- التدريب على تقييم الذات بناء على ما يصدر عنها .
- ج- برجة تعديل السلوك بناء على المعطيات التى تصل إليها من البندين السابقين (مصطفى سويف: ١٩٨٦ ، ٢٣٠) .

٣- العلاج التدميى الجماعى : Group - Supportive Therapy

ويهدف إلى تعليم المدمن أنماط السلوك الاجتماعى وأساليب التعامل مع الآخرين ، وتزويده بالمساندة ، وتعليمه مواجهة نفسه ومواجهة الغير ، وتصحيح

مفاهيمه الخاطئة عن الإدمان ، وتعليمه كيفية اتخاذ القرار من خلال المشاركة الجماعية وهو فى حالة من الوعى وبعث الأمل والطموح فى نفس المدمن بعد العلاج ، وتعديل تفكيره وفلسفته فى الحياة (محمد عودة ، كمال مرسى : ١٩٨٦ ، ٣٦١) .

٤- العلاج الأسرى : Family Therapy

فالأسرة هى خط الدفاع الأول ، ومن ثم: فإن الرقابة المحكمة من الآباء نخلق إنساناً يستطيع أن يتحكم فى نفسه وسيطر على نزواته ويكون أقل اندفاعاً وأكثر انضباطاً - ومن قم يهدف العلاج الأسرى لحالات تعاطى المخدرات أو الإدمان عليها إلى تدريب الأسرة على وسائل الاتصال الصحيحة والسليمة من الابن المدمن ، وإدراك الدوافع التى أدت إلى حالة الإدمان ، وإعداد الأسرة لكى تستقبل المدمن بعد شفائه طبيًا منعًا للانتكاسة ، إلى جانب علاج المناخ الأسرى الذى جاء منه المدمن ، وحل الصراعات بين أفراد الأسرة خاصة بين الوالدين ، وتعديل أساليب المعاملة الوالدية الخاطئة ، بالإضافة إلى علاج شبكة العلاقات الاجتماعية بين المتعاطى وبقية أفراد الأسرة (الوالدين والإخوة) : فالمتعاطى شخص منطو على نفسه ، يريد أن يساعده شخص يثق فيه ويعطيه تقديره واحترامه .

ويجب أن تدرك الأسرة عدة حقائق :

- * أن الإدمان له علاج ويمكن الشفاء منه ، ومن ثم يجب الإسراع به حتى لا يضيع الوقت والجهد والمال والأعصاب .
- * أن انقاد المدمن يحتاج إلى الصبر والنفس الطويل والاستمرار فيه بدون توقف .
- * أن علاج الإدمان ليس فى توقفه عن المتعاطى وإنما التوقف عن التعاطى هو الخطوة الأولى فى العلاج .
- * أن العلاج الحقيقى للإدمان هو فى مواجهة الأسباب التى أدت إلى التعاطى .

* أن المعالج الحقيقي للإدمان ليس الطبيب وحده وإنما من إنسان قريب من المدمن يحبه ويساعده على الإقلاع .

* أعظم دواء للشفاء هو الحب بدون مقابل .

الوقاية خير من العلاج :

* أن من يتحمل مسئولية العلاج لابد أن يكون على علم بخصائص المادة المتعاطاة ، وتأثيراتها ، ومضاعفاتها ، وأعراض الانسحاب منها ، ومظاهر التسمم بها ، وطبيعة شخصية المدمن ويعرف تفاصيل العلاج والخطط المستقبلية .

* أن العلاج يستغرق وقتاً طويلاً قد يصل إلى عام أو عامين .

* أن يشترك المدمن فى تحمل مسئولية علاجه بنفسه (محمد سلامة الغبارى:

. ١٩٩١ ، ٩٥-٩٧) .

٥- العلاج بالعمل : Occupational Therapy

ويشمل التدريب على حرفة أو عمل أو عدد من الأعمال أو الفنون الجميلة التى تصلح لمختلف المستويات العقلية وتلائم مختلف القدرات الجسمية - ويقصد بهذا التنوع أن يتمكن المدمن بعد العلاج من ممارسة أعمال ينجح فى أدائها .

٦- العلاج الدينى :

ويهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة الدينية السليمة ، ومن ثم : الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بإمكانه أن يكفر عنها ، وأن باب التوبة مفتوح على مصراعيه . ثم يبدأ بأداء الواجبات الدينية وعلى رأسها الصلاة والصوم ، وحضور جلسات إرشادية جماعية يتبين انتشار المسكرات التى كانت سائدة فى العصر الجاهلى .. وحضور مجالس الذكر وسماع آيات القرآن الكريم والدعاء... إلخ .

الثالث: المكون الاجتماعى :

وهو يطلق على الرعاية اللاحقة للمدمنين - وتنقسم إلى قسمين :

١- إعادة التأهيل :

ويدخل فى ذلك : إعادة التأهيل المهنى والاجتماعى ، والوصول بالمدمن الناقه إلى مستوى مقبول من الأداء المهنى سواء فى إطار مهنته التى كان يعمل بها من قبل أو فى إطار مهنة جديدة .

٢- إعادة الاستيعاب الاجتماعى :

فنظراً لاقتران الإدمان بالتدهور الاجتماعى وتحلل الشخص من كثير من مسؤولياته الاجتماعية ، ومن ثم : يحتاج المدمن الناقه إلى إعادة التطبيع بحيث يعود إلى القيام بأدواره الاجتماعية التى كان يؤديها قبل إدمانه ، أو ما يقرب من ذلك ، ومساعدته على العودة إلى الحياة الاجتماعية العريضة والتوافق مع مقتضياتها باعتباره شخصية مستقلة فاعلة .. ويجب عدم الاستهانة بهذه العملية منعاً لعملية الانتكاس ورجوع المدمن الناقه إلى ما كان عليه قبل أن يلتقى العلاج الطبى النفسى (مصطفى سويف: ١٩٩٦ ، ٢٣١-٢٣٥) .

المراجع

- ١- ابن منظور: محمد بن مكرم (د.ت): لسان العرب ، المجلد السابع ، القاهرة ،
الدار المصرية للتأليف والترجمة والنشر .
- ٢- البنك الدولي (١٩٨١): تقرير عن التنمية فى العالم ، واشنطن : البنك
الدولى .
- ٣- التقرير السنوى للإدارة العامة لمكافحة المخدرات لعام ١٩٨٣ ، وزارة
الداخلية د.م.ع (١٩٨٤) ، القاهرة : الهيئة العامة لشئون المسابغ الأيرية ، ١٩٨٤ .
- ٤- التوهامى المكى (١٩٨١): ظاهرة تعاطى المخدرات فى أوساط الشباب
بالمغرب ، رسالة دكتوراه منشورة عرض : محمد الدريج ، المجلة العربية للدفاع
الاجتماعى ، العدد ١٢ ، الرباط : جامعة الدول العربية - المنظمة العربية للدفاع
الاجتماعى ضد الجريمة .
- ٥- أحمد سيد على ، كمال أحمد (د.ت): مذكرات فى المواد المخدرة وأسلوب
مكافحة جرائمها ، الرياض : وزارة الداخلية ، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات .
- ٦- أحمد الربايعة (١٩٨٤): أثر الثقافة والمجتمع فى دفع الفرد إلى ارتكاب
الجريمة ، المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب ، ١٤٠٤ هـ .
- ٧- أحمد عبد الله السعيد (١٩٩٠): دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطى
الحشيش بمنطقة الرياض ، رسالة دكتوراه منشورة ، الرياض : الحرض الوطنى ،
إصدارات المهرجان الوطنى للتراث والثقافة ، ١٤١٠ هـ .
- ٨- أحمد عكاشة (١٩٨٤): الطب النفسى المعاصر ، ط ٤ ، القاهرة : مكتبة
الإنجلو المصرية .
- ٩- أحمد عكاشة (١٩٨٥): الإدمان خطر ، القاهرة : كتاب اليوم الطبى .
- ١٠- أحمد كيلانى (١٩٦٧): ظاهرة تعاطى الحشيش ، رسالة ماجستير غير

منشورة ، جامعة دمشق .

١١- المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية (١٩٦٤): تعاطى الحشيش ، التقرير الأول ، القاهرة .

١٢- جمال الدين حسن بلال (١٩٨٢): أضرار المسكرات والمخدرات النفسية ، المؤتمر الإسلامى العالمى لمكافحة المخدرات ، المدينة المنورة : الجامعة الإسلامية ، ٢٧-٣٠ جماد الأولى ، ١٤٠٢ هـ .

١٣- جمعان أبا الرقوش (١٩٨٤): دراسة لبعض عوامل السواء النفسى لمتعاطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية ، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة أم القرى ، ١٤٠٤ هـ .

١٤- حسن إبراهيم عبد العال (١٩٨٨): التربية فى مواجهة ظاهرة المخدرات ، مجلة رسالة الخليج العربى ، العدد ٢٥ ، السنة الثالثة ، ١٤٠٨ هـ .

١٥- حسن مصطفى عبد المعطى ، راوية محمود الدسوقى (١٩٩٣) : أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى متعاطى الأفيون - دراسة سيكومترية كLINيكية - مجلة كلية التربية - جامعة طنطا ، العدد ١٨ .

١٦- حمود منصور (١٩٨٧): عجائب المخدرات ، دمشق : دار الفكر العربى للطباعة والنشر .

١٧- رزق سند (د.ت) : سيكولوجية النصاب ، بيروت : دار النهضة العربية .

١٨- زين العابدين درويش وآخرون (١٩٨٩): التعاطى غير الطبى للأدوية النفسية بين طلاب الثانوى العام والفنى - تحليل مقارنة للمتغيرات المصاحبة ، الكتاب السنوى فى علم النفس ، المجلد السادس ، القاهرة: مكتبة الإنجلو المصرية ، ص ٣٨٤-٣٥٧ .

١٩- سامية محمد جابر (١٩٨٠): الانحراف الاجتماعى بين نظرية علم الاجتماع والواقع الاجتماعى ، الإسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

- ٢٠- سعد المغربى (١٩٦٣): ظاهرة تعاطى الحشيش ، رسالة ماجستير منشورة القاهرة - دار المعارف .
- ٢١- سعد المغربى (١٩٦٦): سيكولوجية تعاطى الأفيون ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب - جامعة عين شمس .
- ٢٢- سعد المغربى (١٩٨٦): تعاطى المخدرات - المشكلة والحل ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- ٢٣- سعد جلال (١٩٧٠): فى الصحة العقلية: الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السلوكية ، القاهرة : دار الفكر العربى .
- ٢٤- سعود بن عبد العزيز التركى (١٩٨٩): العوامل المؤدية إلى تعاطى المخدرات والمنظور الإسلامى لمواجهتها ، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية ، العدد الأول ، ١٤٠٩ هـ .
- ٢٥- شعبة العدالة والتشريع (١٩٨٦): تقرير عن السياسة العامة لمكافحة المخدرات - لجنة مكافحة المخدرات بالمجلس القومى للخدمات ، القاهرة : المجلس القومية المتخصصة ، رئاسة الجمهورية .
- ٢٦- شعبة المخدرات بالأمم المتحدة (١٩٨١): الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير ، نيويورك .
- ٢٧- عادل الدمرداش (١٩٨٢): الإدمان - مظاهره وعلاجه ، الكويت : المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .
- ٢٨- عادل صادق (١٩٨٦): الإدمان له علاج ، ط ١ ، كتاب اليوم الطبى ، القاهرة : مؤسسة أخبار اليوم .
- ٢٩- عبد الرحيم بختيار عبد الرحيم (١٩٨٧): الدلالات الكلينيكية لاستجابات مدمن مخدرات باستخدام اختبار تفهم الموضوع (التات) - دراسة حالة ، مجلة علم النفس ، العدد الثالث ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب

٦٢-٥١ .

٣٠- عبد الرحمن العيسوى (٢٠٠٠): الجريمة والإدمان ، بيروت : دار الراتب الجماعية .

٣١- عبد الرحمن موسى (١٩٨٣): المواد المخدرة وطرق مكافحتها ، الرياض : وزارة الداخلية والأمن العام ، الإدارة العامة للتدريب والتعليم المبرمج ، ١٤٠٤هـ .

٣٢- عبد السلام الشيخ (١٩٨٨): بعض الشروط المسئولة عن الاعتماد على المخدرات والعقاقير ، مجلة علم النفس ، العدد الثامن ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١١-٢٧ .

٣٣- عبد العزيز أحمد شرف (١٩٧٨): المكيفات ، القاهرة : دار المعارف .

٣٤- عبد الله السيد عسكر (١٩٨٦): تعاطى الأقراص المخدرة وعقاقير الهلوسة لدى الشباب المتعلم ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب جامعة الزقازيق .

٣٥- عبد الحكيم العفيفى (١٩٨٤): ظاهرة تعاطى المخدرات وأثرها على التنمية الاجتماعية ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية بسوهاج - جامعة أسيوط .

٣٦- عزت حسنين (١٩٨٤): المسكرات والمخدرات بين الشريعة والقانون ، الرياض : دار الناصر للنشر والتوزيع .

٣٧- فاروق سيد عبد السلام (١٩٧٧): سيكولوجية الإدمان - رسالة دكتوراه منشورة ، القاهرة : عالم الكتب .

٣٨- فاطمة محمد صالح المحضار (١٩٨٥): المخدرات وأضرارها على الفرد والمجتمع وطريق الخلاص منها ، الرياض : الإدارة العامة للنشاطات الثقافية ، وكالة

شئون الشباب ، ١٤٠٥ هـ .

- ٣٩- ماهر نجيب إلياس (١٩٨٦): دراسة سيكولوجية لتعاطى الماكستون فورت المخدر ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب ، جامعة عين شمس .
- ٤٠- محمد المروانى (١٩٩٢): الإدمان والمدمنون - دراسة نفسية / اجتماعية ، دمشق : دار البيروتى .
- ٤١- عبد الحكيم العفيفى (١٩٨٦): الإدمان ، القاهرة : الزهراء للإعلام العربى .
- ٤٢- عبد المنعم محمد بدر (١٩٨٥): مشكلة التعامل مع المخدرات ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية العلوم العربية والاجتماعية بالقصيم ، جامعة الإمام محمد بن مسعود الإسلامية ، ١٤٠٥ هـ .
- ٤٣- محمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٩): علم الأمراض النفسية العقلية ، ج-٢ ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع .
- ٤٤- محمد بيومى على حسن (١٩٨٧): الأحداث الجانحون وتنشئهم الأسرية ، المؤتمر الثالث لعلم النفس فى مصر ، القاهرة : مركز التنمية البشرية والمعلومات .
- ٤٥- محمد رشاد كفافى (١٩٧٣): سيكولوجية اشتهاء المخدر لدى متعاطى الحشيش ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية الآداب جامعة عيد شمس .
- ٤٦- محمد رشاد كفافى (١٩٨٠): تعاطى الحشيش ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية الآداب جامعة عين شمس .
- ٤٨- محمد شرف (١٩٨٠): الهيروين واللياقة البدنية ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- ٤٩- محمد عودة ، كمال إبراهيم مرسى (١٩٨٦) : الصحة النفسية فى ضوء علم النفس والإسلام ، الكويت : دار القلم .

- ٥٠- محمد سلامة الغبارى (١٩٩١): الإدمان ، أسبابه ، ونتائجه ، وعلاجه ، الإسكندرية ، المكتب الجامعى الحديث .
- ٥١- مصطفى سويف وآخرون (١٩٨٧): المخدرات والشباب فى مصر: بحوث ميدانية فى مدى انتشار المواد المؤثرة فى الحالة داخل قطاع الطلاب . القاهرة: منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية .
- ٥٢- مصطفى سويف وآخرون (١٩٩٦): المخدرات والمجتمع - نظرة تكاملية . سلسلة عالم المعرفة (٢٠٥) الكويت: المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب .
- ٥٣- ناصر ثابت (١٩٨٤): المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات ، الكويت ، منشورات ذات السلاسل ، ١٤٠٤هـ .
- ٥٤- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠ - أ) : علاقة الذكاء والسمات المرضية بإدمان الهيروين ، المؤتمر السادس لعلم النفس فى مصر ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة .
- ٥٥- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠ - ب): دينامية شخصية مدمن الهيروين ، مجلة كلية التربية جامعة الزقازيق ، ملحق العدد (١١) - السنة الخامسة ، ٣٥٥ .
- ٥٦- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠ - ج): علاقة بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية بانتكاس الإدمان ، مجلة كلية التربية جامعة المنيا .
- ٥٧- هناء إبراهيم يحيى أبو شهبة (١٩٩٠ - د): دراسة إكلينيكية متعمقة - دراسة حالة مدمن هيروين ، مجلة علم النفس ، العدد ١٦ ، القاهرة : الهيئة المصرية العامة للكتاب ، ١١٦-٨٦ .
- ٥٨- والترج كوفيل ، تيموثى ، د . كوستيلو ، فايان ل . روك (د.ت) : الأمراض النفسية ، ترجمة محمود الزيدى ، القاهرة : مكتبة سعيد رأفت .

- 59- Alkse, H. (1980): The life cycle of addiction: A conceptual frame work for examination of careers in drug abus.
- Unpublished P.H.D. Dissertation, submitted to University of New York.
- 60- Deforest, F.W., Robert, M., Haush (1974) : Drug abuse : A family affair, Fournal of Drug Issues, 4 (2), 120-134.
- 61- Donovan, J.E. Jessor, R.R. (1978) : Adolescent problem drinking : Psychosocial correlates in national sample study . Journal of Studies on Alcohol, 39 (9), 16-1624.
- 62- Earl, W.(1983) : Absent father and problem behavior; A comparison of Chilren from broken and nonbroken homes.
- Western Michigan University, 1-12.
- 63- Gergen, M.K., Gergen, K, K.J. Morse, S.J. (1973) : Conelates of marijuin use among college students. Journal of Applied psychology, 2,1-16.
- 64- Heller, M.E., MordkofT, A.M. (1972) : Personally attitutes of the young nonaddicted druge abuser. International Journal of Addict, 7,174-179.
- 65- Herbert, A., Richard.U. (1981) : Adolescent marijuana abusers and their familes. Journal, of National Institute of Druge Abuse, 40, P. 17.
- 66- Hiett, L. & Ziegler, D. (1976) : Personality. London : Me Graw Hill Logakusha Ltd.
- 67- K.andel, D : (1974) : Inter and Intera generational infelunces on adolescent marijuana use. Journal, of Social Issues. 30, 2, 107-135.

-٦٨ Kroll, P.D. Stock, D.F. James, M.E. (١٩٨٥) : The behavior of adult alcoholic men abused as childem. Journal, of Nervous & Disease, ١٧٣ (II), .٦٩٣-٦٨٩

69-Louris, I.S. (١٩٧٧) : The Phenomenon of the abused adolescent : a Clinical study . Victimology, ٢(٢), ٢٧٦-٢٦٨. ٧٠- Mukherjee, B.M., Scherer, S.E. (١٩٧١) : A multivariate study of self ideal congruence among drug used and non -i users when social desirability factor is controlled Personality. New Zealand : Paliner Ston north.

71- Pugo, A. M. (١٩٨٠) : Family headship and drug addition among male Puerto - Rica youths. Unpublished ph. D. Dissertation, submitted to Ordham University.

٧٢- Rathod, ١(١٩٧٥) : The addict, abstinence, and the family , American Journal, of Psychiatry, ١٣٢(٢), .١٥٧-١٥٤

٧٣- Stern, M. Northman, ١. E, Van - Slyck, M.R. (١٩٨٤) : Father's asbsence and adolescent problem behaviors : Alcohol consumption, drug and sexuality. Adolescence, ١٩(٧٤), .٣١٢-٣٠١

٧٤- Wilson, H. (١٩٨٠) : Parental supervision, a neglected delinquency . Beithish Journal, of crimionology. ٢٠(١٩٨), .٢٣٥-٢٠٣

٧٥- W.H.O. (١٩٧٣) : Youth and drugs. Report of W.H.O. Study Group, Geneva