

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

الرقم التسلسلي:.....

رقم التسجيل: D.PS/3C/04/16

النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى
عينة من الذكور المتعاطين وغير المتعاطين.
- دراسة ميدانية بمدينة المسيلة -

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطور الثالث في علم النفس

تخصص: علم النفس العيادي

من إعداد:

الطالب: عبد المالك غمراس

أمام لجنة المناقشة المكونة من السادة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
محمد برو	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف. المسيلة	رئيسا
يامنة اسماعيلي	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد بوضياف. المسيلة	مشرفا ومقررا
فتيحة بن زروال	أستاذ التعليم العالي	جامعة العربي بن مهيدي. أم البواقي	عضوا ممتحنا
وسيلة عامر	أستاذ التعليم العالي	جامعة محمد خيضر. بسكرة	عضوا ممتحنا
سعاد مخلوف	أستاذ محاضر صنف " أ "	جامعة الحاج لخضر. باتنة 1	عضوا ممتحنا
نوال بوضياف	أستاذ محاضر صنف " أ "	جامعة محمد بوضياف. المسيلة	عضوا ممتحنا

شكر وتقدير

الحمد والشكر لله عز وجل أولاً وأخيراً مصداقاً لقوله تعالى: ﴿لَئِنْ شَكَرْتُمْ لَأَزِيدَنَّكُمْ﴾ الآية (07) سورة إبراهيم

وقول نبينا محمد صلى الله عليه وسلم « لا يَشْكُرُ اللهَ مَنْ لا يَشْكُرُ النَّاسَ » إسناده صحيح رواه أحمد وأبو داود الترميذي

اللهم لك الحمد أن وفقني في إتمام هذه الدراسة

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل

وأخص بالذكر الأستاذة المشرفة أ.د/ يامنة سماعيلي على كل الجهود والتوجيهات القيمة.

وإلى أسرتي، يوسف، إلياس، نور الهدى، وزوجتي د/ سامية بورنان على كل جهد وصبر

والوالدين الكريمين حفظهما الله

الشكر والتقدير أيضاً لأعضاء لجنة المناقشة المحترمين

إن الله ولي التوفيق

عبد المالك غمراس

المحتويات

أ	قائمة المحتويات.....
ث	قائمة الجداول.....
ج	قائمة الأشكال.....
ح	قائمة الملاحق.....
خ	ملخص الدراسة باللغة العربية.....
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.....
ذ	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية.....
ر	مقدمة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة.

14	01.1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.....
19	02.1- فرضيات الدراسة
19	03.1- أهمية الدراسة
20	04.1- أهداف الدراسة
22	05.1- تحديد مفاهيم الدراسة.....
26	06.1- الدراسات السابقة.....
48	07.1- التعليق على الدراسات السابقة.....
50	08.1- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.....

الفصل الثاني: النمو النفس اجتماعي للأنا.

54	تمهيد.....
54	01.2- تعريف النمو
55	02.2- تعريف النمو النفسي
55	03.2- تعريف النمو النفس اجتماعي
56	04.2- نظرية التحليل النفسي.....
61	05.2- نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا حسب إريك إريكسون
64	06.2- مبادئ النمو حسب إريك إريكسون
67	07.2- وظيفة الأنا حسب إريكسون.....
68	08.2- المفاهيم الأساسية لنظرية النمو النفس اجتماعي للأنا.....
70	09.2- مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا حسب إريكسون

86	..... 10.2- النمو النفس إجتماعي للأننا وعلاقته بتعاطي المخدرات
90	..... خلاصة
	الفصل الثالث: سيكولوجيا التعاطي.
92	..... تمهيد
92	..... 01.3- لمحة عن انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات
95	..... 02.3- مفهوم التعاطي
97	..... 03.3- مفهوم تعاطي المخدرات
98	..... 04.3- بعض المفاهيم المرتبطة بتعاطي المخدرات
103	..... 05.3- الفرق بين التعاطي والإدمان
104	..... 06.3- أنواع التعاطي
105	..... 07.3- خصائص التعاطي
105	..... 08.3- مراحل تعاطي المخدرات
107	..... 09.3- العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات
113	..... 10.3- النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات والإدمان عليها
113	..... أولاً: نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية لـ(سيغموند فرويد)
118	..... ثانياً: النظرية المعاصرة في النمو النفس اجتماعي للأننا لإيريك إريكسون
118	..... ثالثاً: النظرية المعرفية السلوكية
120	..... رابعاً: نظرية التعلم الاجتماعي
123	..... 11.3- طرق التعاطي
124	..... 12.3- كيفية التعرف على المتعاطي والمدمن
124	..... 13.3- أفكار ومعتقدات شائعة حول التعاطي
125	..... 14.3- دور تعاطي بعض المواد المخدرة في إحداث العنف والجريمة
128	..... خلاصة
	الفصل الرابع: المخدرات وأنواعها.
130	..... تمهيد
130	..... 01.4- لمحة تاريخية عن المخدرات
132	..... 02.4- مفهوم المخدرات
136	..... 03.4- مفهوم الإدمان على المخدرات
137	..... 04.4- معايير تصنيف المواد النفسية المخدرة

140	..... أنواع المخدرات	05.4-
160	..... المخدرات من منظور الدين الإسلامي	06.4-
161	..... أضرار المخدرات	07.4-
167	..... خلاصة	
الفصل الخامس: منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية.		
169	..... تمهيد	
169	..... الدراسة الاستطلاعية	01.5-
170	..... أولاً: أهداف الدراسة الإستطلاعية	
171	..... ثانياً: عينة الدراسة الإستطلاعية	
171	..... ثالثاً: أدوات الدراسة الإستطلاعية	
172	..... رابعاً: نتائج الدراسة الإستطلاعية	
172	..... الدراسة الأساسية	02.5-
172	..... أولاً: المنهج المستخدم	
173	..... ثانياً: حدود الدراسة	
173	..... ثالثاً: عينة الدراسة	
180	..... رابعاً: أدوات الدراسة	
201	..... خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة	
الفصل السادس: عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة.		
203	..... تمهيد	
203	..... عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة	
203	..... عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى	01.6-
203	..... أولاً: عرض وتفسير الفرضية الأولى	
209	..... ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الأولى	
212	..... عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية	02.6-
212	..... أولاً: عرض وتفسير الفرضية الثانية	
213	..... ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الثانية	
216	..... عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة	03.6-
216	..... أولاً: عرض وتفسير الفرضية الثالثة	
222	..... ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الثالثة	

224	.....	04.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
224	.....	أولاً: عرض وتفسير الفرضية الرابعة.
229	.....	ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
231	.....	05.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
231	.....	أولاً: عرض وتفسير الفرضية الخامسة.
237	.....	ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
240	.....	06.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.
240	.....	أولاً: عرض وتفسير الفرضية السادسة.
246	.....	ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
249	.....	استنتاج عام.
250	.....	خاتمة.
251	.....	اقتراحات الدراسة.
253	.....	البحوث المقترحة.
255	.....	قائمة المراجع.
263	.....	قائمة الملاحق.
		قائمة الجداول.
59	.....	جدول 1.2. خصائص مكونات الشخصية حسب فرويد.
60	.....	جدول 2.2. الفروق بين نظريتي فرويد وإريكسون في النمو.
62	.....	جدول 3.2. وصفاً ملخصاً للمراحل الثمانية للنمو حسب إريكسون والفاعليات المطورة.
67	.....	جدول 4.2. مراحل التطور الثمانية عند إريكسون وتضميناتها عن الشخصية.
80	.....	جدول 5.2. مرحلة المراهقة بالنسبة لفرويد.
84	.....	جدول 6.2. النمو النفس إجتماعي لأننا وفق مبدأ التطور المتعاقب.
85	.....	جدول 7.2. النمو النفس إجتماعي لأننا وفق مبدأ التطور المتعاقب.
173	.....	جدول 1.5. توزيع أفراد عينة الدراسة (المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات).
174	.....	جدول 2.5. توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.
175	.....	جدول 3.5. توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.
177	.....	جدول 4.5. توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب المهنة.
178	.....	جدول 5.5. توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب أوقات تعاطي المخدرات.
179	.....	جدول 6.5. توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب مدة التعاطي.
189	.....	جدول 7.5. محاور مقياس النمو النفس إجتماعي لأننا.

- جدول 8.5. ثبات مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا عن طريق ألفا كرونباخ..... 191
- جدول 9.5. مصفوفة ارتباطات العبارات للمحور الأول بقطبيه مع درجته الكلية..... 192
- جدول 10.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الثاني بقطبيه مع درجته الكلية..... 193
- جدول 11.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الثالث بقطبيه مع درجته الكلية..... 194
- جدول 12.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الرابع بقطبيه مع درجته الكلية..... 195
- جدول 13.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الخامس بقطبيه مع درجته الكلية..... 196
- جدول 14.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور السادس بقطبيه مع درجته الكلية..... 197
- جدول 15.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور السابع بقطبيه مع درجته الكلية..... 198
- جدول 16.5. مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الثامن بقطبيه مع درجته الكلية..... 199
- جدول 17.5. مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لمحاور مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا
مع درجته الكلية بقطبيه..... 200
- جدول 1.6. الفروق بين أفراد العينتين في متوسطات درجات النمو النفس إجتماعي للأنا.... 204
- جدول 2.6. الفروق بين أفراد العينتين في مستوى حل أزمات مراحل النمو النفس إجتماعي
للأنا..... 213
- جدول 3.6. الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور
المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات..... 217
- جدول 4.6. الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور
المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات..... 225
- جدول 5.6. الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور
المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات..... 232
- جدول 6.6. الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور
الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات..... 241

قائمة الأشكال.

- شكل 1.2. المبادئ النمائية في نظرية إريكسون..... 66
- شكل 2.2. العوامل التي تساعد على حل الأزمة..... 83
- شكل 3.2. أثر البناء النفس إجتماعي للأنا من وجهة نظر التحليلية المعاصرة (إريكسون)
على تعاطي وإدمان المخدرات..... 88
- شكل 4.2. أثر البناء النفس إجتماعي للأنا من وجهة نظر التحليلية المعاصرة على تعاطي
المخدرات..... 89

شكل 1.3.	الميول في إستخدام المواد بين صغار السن ممن يتراوح أعمارهم بين 18-25	95
شكل 2.3.	مراحل الاعتماد على العقاقير المخدرة.	107
شكل 3.3.	أهم أسباب تعاطي المخدرات.	112
شكل 4.3.	التصور الإيجابي للتعاطي.	119
شكل 1.4.	العملية التي تحول بعض الأفراد إلى الاعتماد على المواد.	137
شكل 2.4.	تصنيف المخدرات وأثارها.	140
شكل 1.5.	طريقة تصحيح مقياس النمو النفس إجتماعي للأننا.	190

قائمة الملاحق.

- ملحق 01. إستمارة البيانات الشخصية.
- ملحق 02. مقياس النمو النفس إجتماعي.
- ملحق 03. صحيفة إستجابة المقياس.
- ملحق 04. الترخيص بإجراء بحث ميداني.

ملخص الدراسة:

النمو النفسي اجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى عينة من الذكور المتعاطين وغير المتعاطين

- دراسة ميدانية بمدينة المسيلة -

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين كل من النمو النفسي اجتماعي للأنا وتعاطي المخدرات، حيث افترضت الدراسة ارتباط العوامل البيولوجية والشخصية والنفسية كما افترضها إريكسون والتي تلعب دورا مهما في بناء بنية الأنا بالتعاطي كسلوك تتداخل العوامل السابقة في تشكله لدى عينة من المراهقين والراشدين هذه الفئة التي لقيت اهتمام كل النظريات الرائدة في مجال علم النفس ونظرية النمو النفسي اجتماعي للأنا بصفة خاصة.

ولتحقيق هدف الدراسة قام الطالب الباحث بدراسة النمو النفسي اجتماعي للأنا في علاقته بالتعاطي بإتباع خطوات المنهج الوصفي المقارن لدى عينة مكونة من (90) مراهقا (45) منهم متعاطيا للمخدرات و(45) غير متعاطين، و(90) راشدا منهم (45) متعاطيا للمخدرات و(45) غير متعاطين لتكون العينة الكلية للدراسة مشكلة من (180) مراهقا وراشدا، تم اختيارهم بالطريقة الاحتمالية - القصدية وكرة الثلج.

واستخدمت الدراسة مقياس النمو النفسي اجتماعي للأنا لهاولي Hawley والذي قام الغامدي بإعادة حساب خصائصه السيكومترية على البيئة العربية وقد أظهرت النتائج ما يلي:

- تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفسي اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات، وقد تحققت لصالح غير المتعاطين للمخدرات.
- توجد فروق في مستوى حل أزمات النمو النفسي اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات، وقد تحققت لصالح غير المتعاطين للمخدرات، وهذا ما يؤكد النتيجة السابقة في الفرضية الأولى.
- لا توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفسي اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات.
- لا توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفسي اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات.
- توجد فروق في متوسطات درجات النمو النفسي اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.
- توجد فروق في متوسطات درجات النمو النفسي اجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

الكلمات المفتاحية: النمو النفسي اجتماعي للأنا، تعاطي المخدرات.

Abstract:

Psychosocial Development of the Ego and its Relationship with Drug abuse in a Sample of Drug Abuser and Non-Abuser Males

-A Field Study In M'sila City-

The study is aimed at identifying the relationship between the psychosocial development of the ego and drug abuse, so that, it hypothesized the association of biological, personal and psychological factors as assumed by Ericsson, that play an important role in developing the ego structure, to drug abuse as a behavior in which the three previous factors overlap in its construction. The study used a sample of adolescents and adults which are a category that received wide attention of all the leading theories in the field of psychology, in general, and the theory of psychosocial growth of the ego in particular.

To achieve the objective of the study, the researcher studied the psychosocial development of the ego in relation to drug abuse by following the steps of the comparative descriptive approach with a sample of (90) adolescents, of whom (45) were drug abusers, (45) non-abusers, and (90) adults, of whom (45) are drug abusers, and (45) non-abusers, all together making a total of (180) adolescents and adults forming the study's sample that were selected by the non probability snowball sampling method.

The study used Hawley's psychosocial growth scale, whose psychometric properties were retested by Al-Ghamdi in the Arab context. The results showed the following:

- The mean scores of the psychosocial growth stages of the ego vary among drug abusers and non-abusers, and have been found in favor of drug non-abusers.
- There is a difference in the level of solving psychosocial development crises of the ego between drug abusers and non-abusers, that has been found in favor of drug non-abusers confirming the result of the first hypothesis.
- There are no differences between adolescent and adult drug abusers mean scores of the stages of psychosocial development of the ego.
- There are no differences between adolescent and adult drug non-abuser mean scores of the stages of psychosocial development of the ego.
- There are differences between adolescent drug abusers and non-abusers in the mean scores of psychosocial development of the ego.
- There are differences between adult drug abusers and non-abusers in the mean cores of psychosocial growth of ego.

Keywords: psychosocial development of ego, drug abuse.

Résumé:

Développement psychosocial de l'ego et sa relation avec la consommation de drogue chez un échantillon d'hommes consommateurs et non consommateurs

- Une étude de terrain à M'sila

L'étude vise à identifier la relation entre le développement psychosocial de l'ego et la consommation de drogue. Elle prend appui sur les travaux d'Ericsson, en supposant l'association de facteurs biologiques, personnels et psychologiques, qui joue un rôle important dans la construction du comportement de l'ego qui sont influencés par les facteurs précédents sa formation, par l'intermédiaire d'un échantillon composé d'adolescents et d'adultes. Cette catégorie a été toujours au centre des principales théories de la psychologie, de la croissance psychosociale et du moi en particulier.

Pour répondre à notre objectif, nous sommes intéressé au développement psychosocial de l'ego du consommateur en optant pour la méthodologie descriptive comparative sur un échantillon composé de (90) adolescents, dont (45) sont des drogués, les (45) autres sont non consommateurs et (90) adultes dont (45) sont consommateurs, les (45) autres sont non consommateurs. L'échantillon total de notre étude est constitué de (180) adolescents et adultes, sélectionnés intentionnellement et en boule de neige.

L'étude a utilisé l'échelle de croissance psychosociale de Hawley, par laquelle Al-Ghamdi a recalculé ses propriétés psychométriques sur l'environnement arabe.

- Les scores moyens des stades de croissance psychosociale de l'ego varient entre les consommateurs et les non consommateurs de la drogue et en faveur des non consommateurs.
- Il existe une différence au niveau de gestion des crises de croissance psychosociale de l'ego entre consommateurs de drogues et non-consommateurs de drogues, et ce à l'avantage des non-consommateurs de drogues, ce qui confirme le résultat précédent de la première hypothèse.
- Il n'y a pas de différence entre les adolescents et les adultes dans les scores moyens des stades de développement psychosocial de l'ego pour les consommateurs de drogue.
- Il n'y a pas de différence entre les adolescents et les adultes dans les scores moyens des stades psychosociaux de l'ego chez les non consommateurs.
- Des différences ont été observées entre les adolescents consommateurs de drogue et les adolescents non consommateurs de drogue dans les scores moyens du développement psychosocial.
- Il existe des différences entre les consommateurs de drogue adultes et les non consommateurs de drogue en ce qui concerne les taux de croissance psychosociaux moyens du l'ego.

Mots-clés: développement psychosocial de l'ego, consommation de drogue.

مقدمة:

يعتبر النمو الإنساني من أهم المواضيع في ميدان علم النفس والصحة النفسية فكثير من المظاهر السلوكية المختلفة والإختلالات النفسية والعقلية هي نتاج الخلل في عمليات النمو عبر المراحل المختلفة، فالنمو عملية معقدة ومتسلسلة ومتتابعة من التغيرات تهدف إلى غاية واحدة وهي اكتمال النضج ومدى استمراره، أي أن النمو الإنساني لا يحدث فجأة بل يتطور بانتظام، وفي هذا يقول عز وجل « يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِن كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ مِنْ مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُّخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقِرُّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَىٰ أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشُدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّن يُّؤَفَّقَىٰ وَمِنْكُمْ مَّن يُرَدُّ إِلَىٰ أَرْدَلِ الْعُمُرِ » سورة الحج الآية (5).

ولكي تحدث عملية النمو وفق هذه السيرورة المنتظمة لابد من توفر العديد من الشروط والعوامل والظروف التي تساعد على سيره في الطريق السليم، والتي تتمثل في كل ما يقدم للطفل من رعاية وحب وعطف وتنشئة أسرية واجتماعية سليمة وأساليب معاملة متزنة تجعل سيرورة النمو بمختلف أنواعه (النفسي، والعقلي، والجسمي، والاجتماعي، والانفعالي...) متكاملة وتعمل على بناء أنا أو شخصية متزنة سوية في المستقبل، لهذا يعمل كل المهتمين بعلم النفس وفروعه، بموضوع النمو وسيكولوجيته في حياة الأفراد الذين يتميزون بالاختلاف والفردانية، وهذا ما يجعل من النمو الإنساني خبرة فريدة، لهذا فإن ما يسمى بالقوانين السلوكية قد لا تطبق على كل فرد بسبب تعقد سلوك الإنسان وتعقد البيئة التي يعيش فيها، وتعقد التفاعل بينهما.

إن تشابك العوامل المؤدية إلى عملية النمو الإنساني أدى إلى تفسيره وفق وجهات نظر مختلفة أتاحت للباحثين في مختلف الظواهر الإنسانية تفسير السلوك والكشف عن الأسباب الداعية لظهوره بصورة معينة مقارنة بسلوكات الآخرين، وبالتالي الوصول إلى الطريقة المناسبة لتعديله وتغييره وفق ما هو مقبول ويسمح للفرد بالتكيف والتوافق في الحياة الاجتماعية، ويرجع الفضل في هذا للكثير من الباحثين السابقين اللذين اهتموا بعملية النمو حيث عمل داروين على توجيه الفكر السيكولوجي لموضوع تطور السلوك الإنساني، وأبرز أهمية المراحل المختلفة لتطور الإنسان والعمليات العقلية المميزة لسلوكه (غباري و أبو شعيرة، 2015، ص 18).

ومن هذا المنطلق يذكر شافير وكيب (2014) Shaffer and Kipp أن العلوم التي تهتم بالنمو الإنساني اقترحت العديد من النظريات حول الجوانب المختلفة له (p.37). فالمشكلة السيكولوجية تحتاج

إلى تنظير سيكولوجي إكلينيكي لتفسير عملية النمو والتي أعطى لها فرويد Freud وأتباعه حقها من التفسير والتحليل للخروج بنظرة حول سيرورة النمو النفس جنسي الذي إهتم فيه بمراحلتي الطفولة والمراهقة، ان مجال البحث لم يتوقف عند أفكار فرويد حول عملية النمو، إذ جاءت نظرية إريكسون Erickson في النمو النفس إجتماعي للأنا كواحدة من أهم النظريات التحليلية المعاصرة، وتأتي أهميتها من خلال تفسيرها للنمو وفقاً لمبدأ التطور أو التشكل (الانباتاق) المتعاقب الذي إستعاره من علم النفس البيولوجي للإشارة أن نمو مكونات الأنا تسير وفق خطة بيولوجية مسبقة، ويحدد إتجاهه من خلال التفاعل بين الأساس (البيولوجي والشخصي والثقافي) للفرد، وقد مكن هذا المبدأ من إخراج التحليل النفسي من غريزتي (الجنس والعدوان) كمحرك للشخصية (الغامدي، 2010، ص 5).

إن المحرك الرئيسي للشخصية حسب إريكسون هو الأنا Ego انطلاقاً من أساسيات النمو النفسي التي افترضها ممثلة في التفاعل بين المتغيرات البيولوجية والاجتماعية والنفسية، ولهذا فتشكل الأنا كعملية نمائية يسير وفق عملية مرحلية تستمر مدى الحياة من خلال ثمانية مراحل ذات علاقة ديناميكية تتحدد وفق خطة داخلية تبدأ كل مرحلة منها بأزمة ترتبط بمطلب أو حاجة ويتم حلها إيجاباً أو سلباً وفقاً لطبيعة الظروف والمعطيات الاجتماعية، وطبيعة تشكل البناء النفسي، حيث يتضمن حل كل أزمة إعادة تشكل أو معالجة الحلول السابقة ونواتجها، لتشكل مع نهاية كل مرحلة بنية نفسية جديدة، ويفضي الحل الإيجابي لكل أزمة من أزمات النمو إلى اكتساب الأنا فاعلية أو قوة جديدة، أما الحلول السلبية فهي تؤدي إلى سيطرة قوى الأنا السلبية المضادة للحلول الإيجابية.

ويعبر هذا التفسير لنمو الشخصية عن توجه منطقي يمكن من خلاله تفسير العديد من الظواهر النفسية والسلوكية وحتى الاجتماعية، والتي من بينها ظاهرة تعاطي المخدرات موضوع الدراسة، هذه الظاهرة التي تولد عنها العديد من المشكلات بين أفراد المجتمعات المختلفة خاصة المراهقين والشباب، والتي بدأ خطرهما يمتد إلى الأطفال، حيث تبين التقديرات العالمية المختلفة أن المعتمدين على المخدرات في العالم في تزايد مستمر، وتؤكد الدراسات السوسيوولوجية أن هناك احتمالاً أكثر لانتشار مشكلات تعاطي المخدرات بدلاً من تراجعها، ومن المحتمل أن العالم سوف يواجه مشكلة خطيرة متعلقة بالمخدرات (عبد الحليم، 2008، ص 100). ذلك ما فرض على كل الدول والمنظمات الحكومية وغير الحكومية محلياً وعالمياً إلى ضرورة التصدي للظاهرة وآثارها الكارثية على الفرد والمجتمع، بدءاً بهيئات ومنظمات الأمم المتحدة كبرنامج الأمم المتحدة الدولي لمكافحة

المخدرات، ومنظمة الصحة العالمية (W.H.O)، والمجلس الدولي لمكافحة المخدرات والكحول والإدمان، إنتهاءً بالمنظمات والجمعيات المحلية المنتشرة في العالم (أبو إسماعيل، 2008، ص 107).

وبالرغم من البحث في مجال تعاطي المخدرات ونسبه للعديد من العوامل كالظروف الاجتماعية (الطلاق، والتشرد...) والعوامل الاقتصادية، والتحول الاجتماعي والتكنولوجي وغيرها من العوامل، فإن للعوامل النفسية دور كبير أيضاً في انتشار التعاطي بين الأفراد، لذا تحاول هذه الدراسة ربط وجهة النظر التحليلية المتمثلة في النظرة الإريكسونية للنمو النفس إجتماعي للأنا في علاقته بتعاطي المخدرات.

وفي هذا المجال يرى حسين عبد الفتاح الغامدي في دراساته عن تعاطي المخدرات بأن نظرية إريكسون في نمو الأنا وخاصة خلال مرحلة تشكل الهوية في مرحلة المراهقة وبدايات الشباب أحد الأساسيات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي وإدمان المخدرات، حيث ربط إريكسون بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة، وبهذا فمخاطر التعاطي تبدأ مع سن المراهقة وخلال الرشد أيضاً وتتزامن في الغالب مع تشكل الهوية وأزمات النمو. وفي ضوء ما سبق تسعى هذه الدراسة النظرية والتطبيقية إلى الكشف عن علاقة النمو النفس إجتماعي للأنا بتعاطي المخدرات، وذلك بمقارنة النمو النفس إجتماعي للأنا بين عينة من الذكور - المراهقين والراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات، وللوصول إلى هذا الهدف تضمنت الدراسة الحالية ستة فصول كالتالي:

الفصل الأول: يتضمن تحديد إشكالية الدراسة وأهدافها وأهميتها، وعرض للدراسات السابقة ذات العلاقة بالموضوع.

الفصل الثاني: اهتم بتعريف على النمو والنمو النفس إجتماعي ونظرية إريكسون في النمو النفس إجتماعي للأنا ومراحلها.

الفصل الثالث: تناول موضوع تعاطي المخدرات والمفاهيم المرافقة له ومراحل وأسبابه والنظريات النفسية المفسرة له.

الفصل الرابع: خصص للتعرف على المخدرات من حيث تعريفها وبعض أنواعها وأضرارها.

الفصل الخامس: اهتم بتقديم الإجراءات المنهجية التي اتبعتها الدراسة من حيث المنهج المتبع والعينة وأدوات الدراسة.

أما الفصل السادس والأخير اهتم بعرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها على ضوء الفرضيات.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 01.1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها.
- 02.1- فرضيات الدراسة.
- 03.1- أهمية الدراسة.
- 04.1- أهداف الدراسة.
- 05.1- تحديد مفاهيم الدراسة.
- 06.1- الدراسات السابقة.
- 07.1- التعليق على الدراسات السابقة.
- 08.1- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة.

01.1- إشكالية الدراسة وتساؤلاتها:

إن كثير من السلوكيات الضارة بالصحة لها علاقة بالكيفية التي يرغب الفرد أن يُظهر بها ذاته فنجد أن المراهقين والراشدين يبذلون جهد كبير لكي يظهروا بمظهر متطور ومحبيب في بيئتهم الاجتماعية، وكثير من هذه السلوكيات يشكل مصدراً للمتعة ويعزز القدرة على التكيف، كما أن بعضها يتمشى مع رغبة المراهقين في البحث عن المغامرة والنشوة، ومع ذلك فإن هذه السلوكيات تمثل مصدراً كبيراً للخطر، فتطور أي سلوك يكون بصفة تدريجية نتيجة تعرض الفرد التدريجي لها، مما يزيد من قابلية قيامه بها وتجريبها ثم أدائها بشكل منتظم، ولذلك لا يتم اكتساب السلوكيات الضارة دفعة واحدة ولكن ذلك يحدث ضمن عملية تدريجية، وهذا ما يتطلب التدخل في المراحل التي تزيد فيها القابلية للانقياد، والتجريب، والأداء المنتظم للسلوك.

إن الإفراط في تناول المواد المخدرة بمختلف أنواعها، يمكن التنبؤ بحدوثه من خلال مجموعة من المؤشرات التي تتفق بها هذه السلوكيات، فالمرهقون الذين ينخرطون في هذه الممارسات الخطيرة غالباً ما يتعرضون لمستويات عالية من الصراع مع آبائهم، وقدرة ضعيفة على ضبط الذات، فتعرض المراهق للانحراف يعد من الأمور الشائعة التي تترافق مع إساءة التعامل مع كثير من المواد المخدرة والمرهقين الذين لديهم النزعة للسلوك المنحرف، وتقدير متدن للذات، وإشكالية في العلاقات الأسرية يميلون في الغالب إلى تعاطي هذه المواد.

ومشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها تعتبر من أشد الأزمات وأخطرها على جميع المستويات الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والأسرية، فأثارها السيئة تبدأ من الفرد إلى الأسرة ثم المجتمع، هذا ما جعلها من الظواهر الخطيرة التي تهدد كيان الأمم، ولهذا فإن تعاطي المخدرات لم يعد محصور على منطقة أو دولة معينة بل أصبح مشكلة دولية عابرة للقارات تعاني منها كل الشعوب سواء تعلق الأمر بالدول المتقدمة أو الدول النامية، هذا ما استدعي تضافر الجهود في كل الجوانب التي تمس هذه الآفة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من أجل التخفيف من حدتها وإيجاد الحلول بغرض التقليل من تفشيها، فالأضرار التي تخلفها المخدرات تتجاوز الفرد بحد ذاته بل أصبحت تكلف الحكومات خسائر اقتصادية كبيرة، كما أنها من بين أكبر الأسباب لانتشار الجرائم والتي عملت بطريقة ما على خلخلت النظام القيمي والديني في كل المجتمعات.

وقد بينت التقارير العالمية أن متعاطي المخدرات عبر العالم في تزايد مستمر، وبينت الدراسات السوسيوولوجية أن هناك احتمالاً أكثر لانتشار مشكلات التعاطي بدلاً من تراجعها وذلك لوجود تصدع في البناءات والقيم الاجتماعية خاصة في الدول النامية، وأن التوازن النسبي القائم بين المجتمعات نتيجة تعاطي المخدرات سوف يتصدع، ومن المحتمل أن العالم سوف يواجه مشكلة خطيرة متعلقة بالمخدرات (عبد الحليم، 2008، ص 100). وبهذا فظاهرة تعاطي المخدرات أصبحت بوابة المشكلات والجرائم بأنواعها، ناهيك عن ما يترتب عنها من مشكلات نفسية واجتماعية، فوفقاً لتقرير المخدرات العالمي لعام (2017) يعاني (29.5) مليون نسمة من اضطرابات ناجمة عن تعاطي المخدرات وتتسم أسواق المخدرات بسرعة تطور المواد المخدرة ويرتهن متعاطي المخدرات في كثير من الأحيان بدوامة التهميش، مما يجعل تعافهم واندماجهم أمراً صعباً (World Drug Report, 2017, p. 6).

وقد ارتبط تعاطي المخدرات بالعديد من العوامل والمتغيرات التي حظيت بالعديد من الدراسات والأبحاث التي حددت معظم الأسباب الداعية إلى انتشارها في كل المجتمعات بهذا الشكل المخيف والخطير والذي جر معه العديد من المشكلات الأخرى المتمثلة في جرائم القتل والسطو والاعتصاب والاختطاف... وغيرها، حيث بينت هذه الدراسات أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل البطالة والتغير الاجتماعي والحروب والظروف السياسية هي العوامل الأساسية في انتشار خطر المخدرات إلا أنه لا يمكن تجاهل بعض العوامل التي تعتبر مهمة في الأفراد المتعاطين للمخدرات والمتعلقة بذواتهم والمتمثلة في العوامل النفسية التي قد تدفع في بعض الأحيان بالفرد إلى ارتكاب العديد من الأخطاء والتي من بينها الاعتماد على المخدرات، حيث أثبتت العديد من الدراسات في مجال العلوم الإنسانية أن العوامل النفسية أو الحياة النفسية للفرد بشكل عام هي سبب تطور أو ظهور الظواهر الاجتماعية أي أن بعض الظواهر الاجتماعية مثل تعاطي المخدرات تمتد للأثار النفسية والأزمات والصراعات التي يعيشها الفرد خلال دورة حياته، (الغول، 2011، ص 97). حيث أن تعاطي المخدرات أصبح من الأمراض الشائعة التي تحتاج إلى المكافحة بأنواعها المختلفة لأنه يسيطر على من يتعاطاه ويدمر حياته حتى يصل إلى درجة الفناء، فالإدمان مشكلة أساسية من مشاكل الصحة النفسية وسوء التوافق، وهو نوع من أنواع حل الصراعات والخلل في الشخصية أي الإدمان شأنه شأن المرض النفسي فهو في بعض نواحيه اضطراب وانحراف في الشخصية كما أن التخلص منه هو إعادة لتنظيم الشخصية وتقويمها، أو زيادة استبصار الفرد بذاته.

لهذا يعبر التعاطي عن شعور المتعاطي برغبة شديدة وملحة لتناول المادة المتعاطاة التي سبق له أن تناولها وشعر بالراحة وتخلص من التوتر، وإذا توقف عن تعاطيها شعر بالآلام نفسية وقد تكون جسدية أو كلاهما معاً.

لقد حاولت النظريات النفسية تفسير السلوك الإدماني أو سلوك التعاطي من خلال ما تتسم به شخصيات الفاعلين من سمات أو حالات تحدد مجال رؤيتهم للأشياء المحيطة بهم وطريقة تفاعلهم معها على مستوى القبول والرفض، وعلى مستوى أشكال الاستجابات التي تظهر أنماطاً سلوكية يقبلون عليها، وهذا يبين أن العوامل الأخرى مثل البيئية الاجتماعية أنها مؤثرات تختلف تأثيراتها باختلاف إدراك الأفراد لها وباختلاف تصوراتهم الذهنية والذاتية عنها.

وقد بينت دراسة أجراها حمود بن هزاع الشريف حول (العوامل النفسية ذات الصلة باستعمال المخدرات)، حيث وجد أن بعداً أساسياً من أبعاد الشخصية أطلق عليه (بنية الإدمان) مكون من مثلث الذهانية والعصابية والانطواء، يمكن أن يسهم في التنبؤ باستعمال المخدرات والكحول في مرحلة المراهقة (مرحلة تشكل الهوية)، و رأى الباحث أن النتيجة تتفق مع تصورات إيزينك Eysenk عن تأثير أبعاد الشخصية في تكوين بعض الاضطرابات النفسية (الأصفر، 2012، ص 145).

ويرى العفيفي أن سبب تعاطي المخدرات يرجع إلى عدم التكامل في بناء شخصية الفرد، حيث ينشأ الفرد غير مهياً لحل المشكلات التي تواجهه إضافة إلى فشله في حل الصراعات التي عاشها بطرق سلمية، وقد أثبتت الكثير من الدراسات أن معظم المتعاطين كان سبب تعاطيهم البحث عن الذات والقوة والشعور بالانتماء والإحساس بالدونية والإحباط... وغيرها من المشكلات النفسية الناتجة عن البناء النفسي للفرد خلال مراحل نموه المختلفة والإختلالات التي حدثت في بناءه (المشرف، 2011، ص 97).

في حين ترى مدرسة التحليل النفسي مشكلة تعاطي المخدرات في ضوء الاضطرابات التي تعتري المدمن في طفولته الأولى، وأن مشكلة التعاطي ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقات الحب في هذه المرحلة بين المدمن ووالديه اضطراباً يتضمن ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت (ازدواجية الشعور)، وهنا ترى اسماعيلي وبعبيع (2011) "أن هذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنتقل على المخدر ويصبح المخدر رمز لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب معاً" (ص 59).

وقد تناولت هذا الجانب العديد من الدراسات منها دراسة السعيد (1989)، فايد (1994)، مفتاح وبدوي (1995)، سويف (1996)، رشاد (1997)، اسماعيلي (2011)، وغيرهم من الباحثين الذين ركزوا على علاقة البناء النفسي بتعاطي المخدرات.

ويعتبر النمو النفس اجتماعي لأننا وتطور فاعلياته من أهم القضايا التي اهتمت بها نظرية التحليل النفسي المعاصرة والتي طورها إريك إريكسون (1968) Erickson الذي حول مسار النظرية من التركيز على سيكولوجيا (الهو Id) التي تخضع للتنمية البيولوجية المتمثلة في غريزة الجنس والعدوان لمؤسسها سيقموند فرويد S. Freud إلى الاهتمام بسيكولوجيا الأنا وتطور فاعلياته وفقاً لمبدأ (التطور المعروف بالانباتاق) المؤكد على دور التفاعل بين العوامل البيولوجية والبيئية وما ينتج عن هذا التفاعل من سمات شخصية أثناء التغير النفس اجتماعي حسب إريكسون إضافة إلى فاعلية الأنا (العوامل الشخصية) والتي حددها في ثماني مراحل متعاقبة، تظهر في كل مرحلة منها أزمة يؤدي حلها إلى نمو الأنا وكسب فاعليات جديدة، والتي يرتبط كسبها بطبيعة حل أزمات النمو النفس اجتماعي، حيث تقضي الحلول الإيجابية للأزمات إلى كسب فاعلياته أو قواه الإيجابية، في حين يفضي الفشل في ذلك إلى كسب الأنا لقوى سالبة غير تكيفية.

ويؤدي حسب إريكسون عدم حل تلك الأزمات إلى اضطراب النمو وبالتالي اضطراب الأنا وفي هذا يقول إريكسون أن طبيعة التشكل النهائي للمراحل يخضع لسلامة الظروف والمعطيات الاجتماعية المحيطة وطبيعة البناء النفسي المحقق الذي يعتمد على حل الأزمات السابقة، ووفق ذلك تنمو شخصية الفرد إما مضطربة أو سوية في نموها وفق ما تتيحه الظروف المحيطة به، وإن اضطراب الأنا يسبب لصاحبه الوقوع في الكثير من المشكلات منها مشكلة تعاطي المخدرات (الغامدي، 2010، ص 20).

ورغم قلة الدراسات التي بحثت في مجال النمو النفس اجتماعي وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى الأفراد، حيث أن هذا الموضوع لم يحظى بالعديد من الدراسات من قبل الباحثين، وتعتبر محاولات حسين عبد الفتاح الغامدي (2010، 2011) هي الأقرب إلى موضوع الدراسة فقد اعتمد في البداية على الأدبيات الغربية ذات العلاقة وعلى النتائج المتاحة في الدراسات المحلية ببناء نموذج تحليلي يعتمد على نظرية إريكسون في نمو الأنا يفسر ديناميكية حدوث الإدمان مفترضاً تأثير الظروف الاجتماعية السيئة في نمو الأنا بدرجة تعيق حل أزماته وكسب فاعلياته المختلفة، مما قد

يقود إلى التعاطي في حال توفر ظروفه، والذي يتحول مباشرة إلى إدمان، مما يحوله إلى عامل سببي مباشر كنتيجة للاعتماد الفسيولوجي والنفسي على المخدر، وأيضاً غير مباشر حيث يزيد من سوء الظروف الاجتماعية واضطراب بنية الأنا على حد سواء، وبدرجة تدعم الاستمرار في التعاطي، كما قام الغامدي بدراسة في (2011) في محاولة منه للتحقق من صلاحية النموذج بدراسة الظروف الاجتماعية، وتشكيل الأنا (الأزمة الخامسة) لدى عينة من المدمنين من نزلاء المستشفى الأول بجدة وقد تبين من نتائجها معاناة المتعاطين من ظروف اجتماعية سيئة واضطراب نمو الأنا ممثلاً في اضطراب وتشتت الهوية خلال المراهقة مقارنة بالعادين، وقام بدراسة مقارنة أخرى مماثلة في (2012) لعينة من المدمنين والأسوياء بمدينة جدة وانتهت الدراسة إلى تأكيد علاقة اضطراب العوامل الاجتماعية والظروف المحيطة ببنية الأنا وبالتالي إدمان المخدرات، ويقول الباحث أن ذلك يعتبر سبباً كافياً للاستمرار في الإدمان.

وانطلاقاً مما سبق تتضح ضرورة الكشف عن علاقة تعاطي المخدرات والبناء النفسي المتمثل في النمو النفسي للأنا، وهذا ما ستسعى هذه الدراسة إلى الوصول إليه، وذلك لدى عينة من الذكور المتعاطين للمخدرات في مرحلة المراهقة والرشد، والكشف عن كل من البناء النفسي المتمثل في النمو النفسي للأنا وحل أزماته في دراسة مقارنة مع نظرائهم من غير المتعاطين للمخدرات للوصول إلى نتائج موضوعية تفسر لنا علاقة النمو النفس اجتماعي بتعاطي المخدرات وذلك من خلال الإجابة على تساؤلات الدراسة التالية:

تساؤلات الدراسة:

- 1) هل تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ؟
- 2) هل هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ؟
- 3) هل توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ؟
- 4) هل توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ؟

- (5) هل توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ؟
- (6) هل توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ؟

02.1- فرضيات الدراسة:

- (1) تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- (2) هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- (3) توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- (4) توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- (5) توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- (6) توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

03.1- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية كل دراسة من خلال الموضوع الذي تعالجه وتسعى للوصول إلى نتائجه، حيث تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن علاقة حدوث تعاطي المخدرات بالنمو النفس اجتماعي للأنا وحل أزماته خلال مراحل النمو التي حددها "إريكسون" في نظريته، حيث أصبحت مشكلة تعاطي المخدرات مشكلة عالمية يزداد خطرها مع التطور العلمي والتكنولوجي والحضاري وتولدت عنها العديد من المشكلات والجرائم التي زادت الوضع تأزماً ومست بخطرهما كل أفراد المجتمع صغيراً وكبيراً بعدما كانت في السابق تقتصر على فئات وشرائح معينة، لهذا فإن مواجهة هذه الآفات تحتاج إلى تكاتف كل الجهود من أجل التصدي لها والتقليل من حدتها، في هذا أثبتت كل الدراسات المهمة بهذا

الموضوع أنه لن يتم فهم هذه الظاهرة على حقيقتها فهماً صحيحاً إلا بالدراسة العلمية والبحث في كل الأسباب التي يمكن أن تكون عاملاً أساسياً في تفشيها وتطورها، وبالتالي القضاء ولو جزئياً عليها.

فمن الناحية النظرية تشكل الدراسة الحالية إضافة علمية للدراسات المحلية والعربية للبحوث الإنسانية والاجتماعية التي تبذل كل الجهود لمواجهة ظاهرة تعاطي المخدرات والحد من تفشيها. فهي إضافة علمية معرفية تهدف للبحث عن أحد أهم الأسباب الداعية لانتشار التعاطي الغير مشروع وبالتالي تحديد أهم الاستراتيجيات الملائمة للتصدي لهذه الظاهرة انطلاقاً من النتائج التي ستسفر عنها هذه الدراسة. بالإضافة إلى أن هذه الدراسة سوف تعطينا رؤية متكاملة حول متغيراتها المتمثلة في تعاطي المخدرات والنمو النفس اجتماعي للأنا، هذا ما يجعل مجال الاهتمام البحثي أوسع في هذا الجانب المهم من الحياة النفسية للفرد، والذي لم يأخذ نصيبه من البحث إلا في الآونة الأخيرة حسب علم الباحث. ومن هنا تبرز حاجة المجتمع والبحث العلمي خاصة في مواجهة ظاهرة المخدرات وتعاطيها والإدمان عليها، ومساعدة الفرد والمجتمع في التخلص منها وكيفية مواجهتها من خلال المقترحات والبرامج التي ستقدم لفئات المجتمع المختلفة خاصة للأولياء والمربين والقائمين على عملية التربية من أجل الانتباه إلى عملية التنشئة التي لها الدور الكبير الفعال في عملية تكوين شخصيات أبنائهم، لهذا تعتبر مثل هذه الدراسات ذات أهمية للفرد والمجتمع والبحث العلمي. ويمكن اعتبار هذه الدراسة بمثابة بداية في المجتمع المحلي لتشجيع البحث في مجال هذا الموضوع.

فالأهمية الأساسية التي تتطوي تحت هذا الموضوع هي ضرورة التصدي لظاهرة تعاطي المخدرات التي تهدد إنسانية الإنسان وتحط من كرامته وتعيق أمنه النفسي والاجتماعي والديني والاقتصادي وحتى السياسي، ولهذا يعتبر البحث والكشف عن الأسباب والعوامل ذات العلاقة باستفحال هذه الظاهرة من الأشياء المهمة والمساعدة على ردها والتقليل منها، ومن ثم الارتقاء بصحة الأفراد النفسية والعقلية والجسدية، ومن هنا يبدأ تطور المجتمع وأفراده.

كما تكمن أهمية الدراسة أيضاً في المرحلة العمرية التي تتناولها والمتمثلة في المراهقين والراشدين الذكور هاتين المرحلتين اللتين لهما أهمية كبيرة تجعلهم جديرين باهتمام العلماء والباحثين لأنهما مرحلتا اكتساب المهارات والخبرات الحياتية والاجتماعية وبروز الهوية أي التوجه المستقبلي للفرد وللأسف أصبح المراهقين والراشدين اليوم أكثر الشرائح عرضة للسقوط في هاوية التعاطي والتي

أرجعها بعض العلماء لضعف سلبية الأنا أثناء تكوينها إضافة إلى الإدراكات المجتمعية الخاطئة التي يتشربها هؤلاء المراهقين والراشدين.

فأهمية البحث في مجال النمو النفس اجتماعي للأنا وحل أزماته الذي يعتبر نقلة علمية جديدة في مجال التحليل النفسي من البحث في سيكولوجيا الهو إلى التركيز على سيكولوجيا الأنا وفقاً لمبدأ التطور الذي يأخذ العوامل البيئية بعين الاعتبار، هذا الذي يحدد ملامح الشخصية فيما بعد. ومن هذا المنطلق تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف عن ما إذا كان للنمو النفس اجتماعي للأنا وحل أزماته علاقة بتعاطي المخدرات وذلك من خلال المقارنة بين فئة من المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين من الذكور المراهقين والراشدين، وهذا يعني من الناحية التطبيقية الاستفادة من نتائج هذه الدراسة من خلال توظيف نتائجها في بناء برامج علاجية تحسيسية وتربوية هدفها مواجهة مسببات تعاطي المخدرات.

4.1- أهداف الدراسة:

- الهدف الرئيسي للدراسة هو الكشف عن علاقة النمو النفس اجتماعي للأنا بتعاطي المخدرات لدى عينة من المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ويتفرع عنه عدة أهداف رئيسية هي:
- 1) الكشف عما إذا كانت هناك اختلاف في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
 - 2) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
 - 3) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
 - 4) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
 - 5) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
 - 6) الكشف عما إذا كانت هناك فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

05.1- تحديد مفاهيم الدراسة:

قبل التطرق لأي ظاهرة مهما كان حجم انتشارها، لابد من تحديد مفهومها تحديداً دقيقاً وسليماً بقدر الإمكان لأن المفهوم أي مفهوم الظاهرة هو المفتاح لفهم جوهرها، بل هو المدخل لعلاجها وبدون وجود مفهوم واضح ومحدد للظاهرة سواء كانت الاجتماعية، أو النفسية، أو الطبيعية أو غيرها من الظواهر، فإننا لا نستطيع أن نفعل الكثير. فتحديد مفاهيم الدراسة خطوة مهمة وضرورية في أي بحث علمي بصفة عامة، خاصة في مجال العلوم الإنسانية لأن المفهوم هو الإنتاج النظري الذي يعبر عن جوهر الواقع متضمناً مختلف تحديات الواقع الملموس، أي أن المفهوم تجريد عقلائي، شمولي (الدويدري، 2000، ص 107).

ولذا فإن الباحث مطالب بتحديد مفاهيم بحثه بدقة من أجل تقادي الغموض وتحديد ما يريد دراسته من خلال توضيح مفاهيم دراسته وتبيان دلالتها الإجرائية، وعليه وجب علينا توضيح الآتي:

أولاً: مفهوم النمو النفس إجتماعي للأنا Psychosocial Development of the Ego:

عرفه إريكسون بأنه عملية تطويرية تعتمد على أحداث ذات تتابع في المجال البيولوجي والنفسي والاجتماعي (عبد الحميد، 2017، ص 2). ويحدث النمو النفس إجتماعي للأنا من منظور إريكسون من خلال مواجهة الأنا لثمانية أزمت مرحلية يمثل كل منها مطلباً أو حاجة لاستمرارية تطوره في تلك المرحلة، وذلك وفق خطة قاعدية مسبقة، وتحل هذه الأزمت إيجابياً أو سلبياً تبعاً لطبيعة التفاعل بين مختلف العوامل البيولوجية والاجتماعية والشخصية، ممثلاً في مكتسبات الأنا سابقاً. ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بأنه الدرجات التي سوف يحصل عليها أفراد العينة المتعاطين وغير المتعاطين من المراهقين والراشدين على مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا الذي أعدته هاولي.

ثانياً: مفهوم أزمت النمو النفس-اجتماعي Psychosocial growth crises:

استخدم إريكسون مصطلح أزمة Crisis من منظور تطوري Perspective Evolutionary للإشارة إلى بداية كل مرحلة، وهو ما يعني أن الأزمة لا تعبر عن تهديد أو فاجعة أو نكبة Threat of Catasrophes يصعب مواجهتها أو حلها، بل للإشارة إلى مرحلة حرجية يتم فيها استشعار العجز المتزايد (الحاجة المتزايدة المتطلبة للإشباع)، وأيضاً الفرص البارزة المتاحة للنمو وبالتالي التغلب على هذا العجز، ولهذا فإن الأزمة نفسها تمثل مصدراً أساسياً للتطور Ontogenetic Source المتضمن كسب الأنا لفاعلياته المتتالية أو سوء التكيف في المقابل Strengthen or Maladjustment.

لقد أستخدم مصطلح الأزمة للتعبير عن عملية استشعار الحاجة وعدم التوازن الناتج عن ذلك ثم الكفاح من أجل تحقيقها، بل إن تحقيقها نفسه يعني بدء أزمة (حاجة) جديدة تصبح أكثر إلحاحاً في حينها وتمثل نقلة إلى مرحلة جديدة (الغامدي، 2010، ص 14).

ثالثاً: مفهوم التعاطي Abuse:

جاء في لسان العرب لابن منظور أن التعاطي هو تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله، ويُعرف المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر تعاطي المخدرات بأنه استخدام أي عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عضوي معين، ولا يتضمن ذلك أية إشارة إلى الإدمان، وعلى ذلك فقد يكون التعاطي مدمناً، وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات تؤدي بالتعاطي إلى الإدمان، والبعض الآخر لا يؤدي إليه (القحطاني، 2002، ص 15). وقد أشار ألفينكس Alvinkgs بأن التعاطي هو قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي (غباري، 2007، ص 46).

فتعاطي المخدرات هو رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مادة سامة، إرادياً أو عن طريق المصادفة أو للتعرف على آثارها المسكنة أو المخدرة أو المنبهة أو المنشطة وتسبب حالة من الإدمان، تضر الفرد والمجتمع جسيميا ونفسيا واجتماعيا. ومن هنا يمكننا القول بأن مرحلة الإدمان على المخدرات هي مرحلة متقدمة من مراحل التعاطي، وإدمان الفرد من عدمه، يعتمد على نوع العقار ومقدار الجرعة المتعاطاة، بالإضافة إلى البنية الشخصية للفرد المتعاطي.

رابعاً: مفهوم المخدرات Drug:

يعرفها سعد المغربي بأنها كل مادة خام أو مستحضر تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها، مما يضر بالفرد والمجتمع، ضرراً جسيميا ونفسيا واجتماعيا (العريني، 2008، ص 139). والمخدر مادة تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطاً أو اضطراباً في مراكز المخ المختلفة، تؤثر على مراكز الذاكرة التفكير، التركيز، اللمس، الشم، البصر، التذوق، السمع، الإدراك والنطق (مروك، 2010، ص 19).

فالمخدرات هي كل مادة خام طبيعية أو مصنعة، إذ استعملت لغير الأغراض الطبية أو أسئ استعمالها، أو استعملت دون وصفة طبية تؤدي إلى حالة من الاعتماد أو الإدمان عليها، وتترج عنها أضرار جسمية، ونفسية واجتماعية وعقلية وينعكس ذلك الضرر على الفرد ومن ثم المجتمع في جميع الجوانب.

خامسا: مفهوم المراهقة Adolescence "تحقيق الهوية مقابل اضطراب الدور":

يعنى مصطلح المراهقة adolescence كما يستخدم فى علم النفس مرحلة الانتقال من الطفولة إلى مرحلة الرشد والنضج (زهران، 1986، ص 289). وكلمة Adolescence تعني التدرج نحو النضج البدني الجنسي والانفعالي والعقلي (معوض، 1981، ص 23).

بالنسبة لإريكسون المراهقة هي المرحلة الأخيرة من مرحلة الطفولة (Erikson, 1968, p.155)، وتشير مرحلة المراهقة إلى فترة النمو التي تمتد من سن البلوغ إلى مرحلة النضج. وترتبط هذه المرحلة بتغيرات في النمو تمس الجوانب السلوكية والهرمونية والفسولوجية، والوظائف العصبية، ويعتقد أن تكون فترة حرجة (Stolerman & Price, 2015, p.39).

ويحدد ليتريه Littré المراهقة بالعمر الذي يلي الطفولة والذي يبدأ مع علامات البلوغ الأولى ويؤكد لاحقا على أن المراهقة تمتد ما بين الطفولة ومرحلة الرشد وهي تشمل المرحلة العمرية الواقعة ما بين عمر الحادية أو الثانية عشر والثمانية عشر، وهي تمثل نسبة مئوية مرتفعة من مجموع سكان العالم كما وتتزايد هذه النسبة في البلدان النامية بما يعادل نصف العدد أما في البلدان الصناعية يمثل المراهقون ما يقارب ثلث مجموع السكان (الطفيلي، 2004، ص 125)، و Adolescence - بحسب معجم Littré هي المرحلة التي ينتقل فيها الكائن من الطفولة إلى الرشد (سليم، 2002، ص 375).

فالمراهقة هي مرحلة تتوافق بطريقة أو بأخرى بالبلوغ، وهي أيضا تختلف من شخص إلى آخر، ومن أسرة إلى أسرة، ومن مجتمع إلى مجتمع آخر، وتختلف أيضا من الناحية الزمنية باختلاف الفترة، أو العصر أو العقد أو القرن (كابن، 1998، ص 15).

وانطلاقا مما سبق من مفهوم المراهقة بأنها المرحلة التي تبدأ بالتغيرات العضوية والوظيفية ويمتد التغير إلى المستوى النفسي والعقلي والاجتماعي...، فهي المرحلة التي ينتقل فيها المراهق من الطفولة إلى اكتمال النضج أي وصولا إلى مرحلة الرشد.

ويمثل المراهقون في هذه الدراسة أفراد العينة من المتعاطين وغير المتعاطين من الذكور بمدينة المسيلة، والذين تتراوح أعمارهم بين (14-18 سنة).

سادسا: مفهوم الرشد "الألفة مقابل العزلة":

يرى إريكسون أن تحقيق النضج النفسي للأفراد (الشباب البالغ) في هذه المرحلة (18-35) يتطلب نمواً نفسياً واجتماعياً مستمراً، وخاصة الألفة الاجتماعية مع الجنس الآخر تمهيداً لاختيار شريك الحياة في العلاقة الزوجية، ليس هذا فقط بل أيضاً تكريس الجهود في اختيار الحياة في العلاقة الزوجية بل واختيار المهنة المناسبة، فإذا لم تشعب هذه الجهود في الزواج أو في اختيار العمل لقدرات الفرد، أدى ذلك إلى أزمة نمو وإحساس بالانعزال وفي كل مجالات الحب والعمل، لذا فإن بعض الانحرافات والمخالفات الأخلاقية التي يرتكبها الفرد ناتجة عن أنا ضعيفة لم تستطع تحقيق نفسها في وسطها الملائم فتجد سبيلاً للانحراف مثل مشكلة التعاطي (الأشول، 2008، ص 460).

وتسمى هذه المرحلة بمرحلة تماسك العمليات الصورية حيث يصبح الراشدين الذين بلغوا هذا المستوى أكثر ألفة وتعوداً على العمل وفقاً لهذا المستوى لا سيما في المجالات المتصلة بتخصصاتهم العلمية والعملية أو المهنية والزواجية، وهذا ما يرتبط بالنمو الخلفي فكما حقق وقرر الراشد هويته كل ما ارتقى إلى مستوى أعلى من النمو الأخلاقي (ص 612).

ويعرف Bhatia (2009) مرحلة الشباب Youth بأنها فترة التمدرس Studenthood التي قد تتبع المراهقة والتي تسبق الاندماج الكامل في عالم الكبار. (p. 456)

ويمكن تعريف مرحلة الرشد بأنها المرحلة التي تتبع الطفولة والمراهقة، وتصل بها القوة والنشاط والحيوية إلى ذروتها، وتعتبر من أهم المراحل التي يمر بها الفرد حيث تبدأ الشخصية التطور من كافة النواحي، فيكسب المهارات والمعارف وغيرها من الأمور وعرفت هذه المرحلة باسم (مرحلة التطلع إلى المستقبل).

06.1- الدراسات السابقة:

تشكل دراسة أي ظاهرة من الظواهر الاجتماعية حجر الزاوية في معرفة حجمها وأسبابها وأبعادها، ومدى تطورها في كل مجتمع، وبالتالي البحث عن الطرق المثلى للحد منها والسيطرة عليها وفق ما توصلت إليه الدراسات العلمية، ولقد حظيت مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من حيث

أهميتها وحجمها وأضرارها على الفرد والمجتمع والأسباب الكامنة وراءها، وطرق إنتاجها وتهريبها والعوامل الدافعة إلى تعاطيها، ومواقف العلماء والإسلام منها، بعدد كبير من المؤلفات والدراسات التي تناولت الظاهرة من جوانبها المتعددة.

وتعتبر الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة من أهم المراحل المعينة في حل مشكلة البحث الحالية، لما لها من إسهامات سواء في التوجيه والتخطيط وفهم الموضوع وضبط متغيراته أو تفيد في التحليل والمقارنة، وبهذا تنطلق كل دراسة جديدة على أساس ما توصلت إليه دراسات سابقة مشابهة أو مماثلة للدراسة في البحث، وكما أشرنا سابقاً يعتبر موضوع المخدرات والإدمان عليها من المواضيع التي تناولها الباحثون من جوانبها العديدة، فقد ركزت كثير من الدراسات في البحث عن أسبابها وطرق علاجها، والبحث في سمات شخصيات المدمنين وقد أخذت هذه الشريحة حقها من الدراسة في ميدان البحث حول الظاهرة (المخدرات وتعاطيها وإدمانها) خاصة فيما يتعلق ببناء شخصية الفرد عبر مراحلها المختلفة والمواقف التي حدثت للفرد عقبها والتي تكون سبباً في سهولة وقوع بعض الأفراد في شبكة التعاطي وبالتالي الإدمان وهذا ما جعل بعض الباحثين يهتمون بدراسة النمو النفسي والاجتماعي للأنا في علاقته بالتعاطي والإدمان، وسنحاول في هذا الجانب عرض بعض الدراسات الميدانية المشابهة لموضوع دراستنا، وفيما يلي أهم الدراسات التي تحصل عليها الطالب الباحث:

أولاً: دراسة أحمد عبد الله محمد السعيد (1989): دراسة لبعض الجوانب النفسية لمتعاطي الحشيش بمنطقة الرياض.

وتهدف الدراسة إلى:

(1) دراسة الفروق بين عينة من متعاطي الحشيش المسجونين بمنطقة الرياض وغيرها من غير المتعاطين في الجوانب الأسرية، والاقتصادية والصحية.

(2) دراسة بعض الجوانب الشخصية لمتعاطي الحشيش من المسجونين بمنطقة الرياض وخاصة الأبعاد التالية: الانحراف السيكوباتي، والهستيري، والشعور بالوحدة، والاكتئاب، والعلاقات الاجتماعية المتبادلة، القلق.

وتكونت الدراسة من ثلاثة مجموعات:

المجموعة الأولى: وهي عينة المتعاطين المسجونين وتتكون من (100) فرد من الجنسية السعودية المودعين بالإصلاحية، والذين ضبطوا من قبل الجهات الأمنية في حالة تعاطي حشيش وأذنهم القضاء، وصدر بحقهم أحكام بالسجن.

المجموعة الثانية: وتتكون من (100) فرد من السعودية، وهي مجموعة أودعت السجن بتهم مختلفة، غير متعاطين للمخدرات، وذلك لاستبعاد أثر السجن على الصحة النفسية.

المجموعة الثالثة: تتكون من (100) فرد وهي عبارة عن مجموعة ضابطة للمجموعتين الأولى والثانية، وتم اختيارهم من بين منتسبي الشركة الموحدة للكهرباء بمنطقة الرياض.

أما أدوات الدراسة فكانت:

- استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي من إعداد المؤلف.
- اختبار الشخصية المتعدد الأوجه من تقنين فانز الحاج.
- مقياس الصحة النفسية من إعداد فانز الحاج.
- مقياس الشعور بالوحدة من إعداد على السيد محمد الشناوي.
- مقياس بيك للاكتئاب من إعداد محمد الشناوي وعلى السيد.
- مقياس العلاقات الاجتماعية المتبادلة إعداد على السيد ومحمد الشناوي.
- مقياس قائمة القلق إعداد أحمد فائق.
- استمارة المقابلة الإكلينيكية إعداد المؤلف.

وقد توصل المؤلف إلي النتائج التالية:

- لقد اتضح للمؤلف أن أفراد عينة المتعاطين المسجونين ينتمون إلى أسر الجو الأسري فيها يتسم بالاضطراب والتفكك والإهمال والمنازعات والخلافات، أيضاً اتضح أن متعاطي الحشيش ينتمون إلى بيئات اقتصادية دنيا، حيث لا يستعطون إشباع الكثير من احتياجاتهم الضرورية وكذا حاجات أبنائهم كما اتضح اضطراب حالتهم الصحية.
- كما اتضح أن كثير الاضطرابات النفسية شيوعاً لديهم هي قلق الحالة، الشعور بالوحدة، توهم المرض، البارانونيا-قلق السمة-الفصام، الهستيريا، الاكتئاب، عدم الأمان، الانحراف السيكوباتي

الهوس الخفيف، السيكاستنيا، الحالة المزاجية انخفاض العلاقة الاجتماعية، أما بالنسبة للمقابلة الإكلينيكية فاتضح الأتي:

أ. متوسط أعمار أفراد العينة الإكلينيكية كان (29) سنة.

ب. (40 %) دخلوا السجن أكثر من مرة لتعاطي الحشيش.

وكانت أهم أسباب التعاطي مجارة الأصدقاء، الرغبة في نسيان الهموم، والمشاكل، البحث عن السعادة الوهمية، متاعب العمل، تحسين المزاج، إطالة مدة العملية الجنسية (الغول، 2011، ص ص 397 - 399).

ثانيا: دراسة حسين على محمد فايد (1994): دراسة مقارنة في الشخصية والأعراض السيكوباتية فيمن يتعاطى كلاً من العقاقير المثبطة والعقاقير المنشطة.

تهدف الدراسة إلى التعرف على البناء النفسي وديناميات الشخصية لدى متعاطي كل من الكحوليات والبارابتيورات والأمفيتامينات والكشف عما إذا كان هناك مكونات عامليه عامة ومشاركة في أبعاد الشخصية والأعراض النفسية والعقلية والأعراض السيكوباتية لدى مجموعات البحث، واعتمد الباحث في دراسته على منهجين يتمثلان في المدخل الإحصائي، ودراسة الحالة مستخدماً في ذلك عدة أدوات هي: اختبار ايزنك للشخصية، واختبار رسم الشجرة والشخص (المتعاطي)، ومقابلة إكلينيكية وغيرها من الأدوات التي تخدم أهداف البحث.

وشملت عينة الدراسة مجموعتين: الأولى متعاطي العقاقير، وتتكون من (75) متعاطياً تتراوح أعمارهم بين (15-60) سنة من الذكور، أما الثانية فهي من غير المتعاطين، وعددهم (75) وتتراوح أعمارهم بين (15-50) سنة من الذكور، ورؤعي تمثيل المستويات التعليمية والاجتماعية والاقتصادية المتنوعة. وانتهت الدراسة إلى أن متعاطي العقاقير يتسمون بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية بدرجة اكبر من غير المتعاطين، وتتمثل هذه الأعراض في الوسواس القهري والاكنتاب، وأعراض القلق، والعدوانية وأعراض البارانونيا وأعراض ذهانية، والأعراض السيكوسوماتية كما توجد مكونات عاملية عامة بين أبعاد الشخصية وأعراض الأمراض النفسية والعقلية والأعراض السيكوسوماتية بين المتعاطين.

وقد كشفت المقابلة الإكلينيكية والاختبار الاسقاطي عن وجود اختلافات بين متعاطي كل من الكحوليات والبارابتيورات والامفيتامينات في ديناميات الشخصية فيما يتعلق بالجوانب الفصامية

الاكتئابية والعدوانية، بينما ظهر اختلاف في جوانب القلق والوسواس القهري والبارانويا (الغول، 2011، ص ص 411، 412).

ثالثاً: دراسة على علي مفتاح وأمينة عبد الله بدوي (1995): دراسة مقارنة بين عينة من متعاطي الهيروين وغير المتعاطين في تقدير الشخصية.

تسعى الدراسة إلى الكشف عن الفروق الإحصائية في تقدير الشخصية بين عينة من متعاطي الهيروين وغير المتعاطين على بعض المقاييس التي تقيس الاعتمادية، والتقدير السلبي، وعدم الكفاية الشخصية أو عدم التجاوب الانفعالي، والسلبية للحياة.

واستخدم في الدراسة استبيان يحتوي على (63) عبارة موزعة بالتساوي على سبعة مقاييس فرعية لقياس سبعة ميول أو نزعات - سلوكية - وقد طبق الاستبيان على عينة قدرها (50) مريضاً من متعاطي الهيروين من الذكور الذين لهم تاريخ في التعاطي يتراوح بين ثلاثة أعوام و أربعة عشر عاماً، ويخضعون للعلاج وكان متوسطي أعمارهم (28.6) سنة، أما عينة غير المتعاطين فقد بلغت (50) فرداً من المجتمع العام ليس لديهم اضطراب في الشخصية متوسط أعمارهم (28.8) سنة وكان أهم ما توصلت إليه الدراسة: أن شخصية متعاطي الهيروين تتميز بارتفاع معدلات تقدير الشخصية، ومعظمهم يدرك إنهم اعتماديون ويقدرون أنفسهم تقديراً سلبياً مع نقص المهارة الاجتماعية التي تقود إلى عدم التجاوب الانفعالي وعدم الثبات الانفعالي، أكثر من غير المتعاطين (الغول، 2011، ص 407).

رابعاً: دراسة محمود محمد رشاد (1997): دراسة عن ديناميات العلاقة بين الإدمان والأمراض النفسية.

وتهدف الدراسة إلى إبراز شكل العلاقة وحجم انتشار الاضطرابات النفسية والاضطرابات الشخصية داخل فئات الإدمان المختلفة لدى عينة من المدمنين، وبيان ديناميات العلاقة بين الإدمان واضطرابات الشخصية، وشملت عينة الدراسة (200) مدمن من المقيمين بمستشفى الأمل و(09) مدمنين تم تشخيصهم باضطرابات شخصية، كما استخدم المؤلف عدداً من الأدوات وهي استمارة التقييم السيكامتري (P.A.F)، وقائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحوليات وقائمة تشخيص اضطرابات الشخصية واختبار رسم المنزل والشجرة والشخص، وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1) بينت النتائج الكمية أن نسبة مرض التشخيص المزدوج في عينة الدراسة (59 %)، بينما وصلت نسبة المدمنين ممن ليس لديهم اضطرابات (41 %)، كما بلغت نسبة الاضطرابات النفسية الأخرى المصاحبة للإدمان (22.5%)، ومنها اضطراب المزاج "اضطراب عسر المزاج الاكتئاب الجسدي، اضطراب ثنائي القطب، القلق، المخاوف البسيطة، الفصام، سوء التوافق".

2) كما أن النتائج الكيفية أوضحت أن الشخصية المضادة للمجتمع تفضل الاعتماد على الهروين والكحول لما فيه من تحرير من القيود والسماح بتفعيل المبررات العدوانية اتجاه المجتمع، كما أن الشخصية البينية تعتبر المخدر محاولة لاستعادة العلاقة بالآخر وإيجاد هويته المفقودة من خلال اعتماد الهروين والكحوليات، كما أن الشخصية الاعتمادية تحاول إيجاد الدعم والسند والاقتران النفسي من خلال الاعتماد على مخدر قوي يمنحه التوازن النفسي، كما إن المخدر يحقق درجة من تقليل مشاعر الألم والتحمل لدى الشخصية شبه الفصامية في وجوده بمعزل عن الآخرين، أما الكحول فيلعب دوراً في انطلاق العنان للتخيلات اللاشعورية لدى الشخصية الفصامية لما له من قدرة على إشباع التخيل، كما يحقق الكحول فرصة الاندماج مع الآخرين لدى الشخصية التجنبية حيث يزيد من قدرة الشخصية على زيادة مهارات التواصل الاجتماعي، وزيادة مستوى الثقة بالنفس ويعتبر اختيار الهروين المخدر المفضل لدى الشخصية الهستيرية لما لديه من قدرة مطلقة يمنحها للمتعاطي، أما بالنسبة للشخصية البارانونيدية فإنها تسقط مشاعر القلق والضيق والشك على المخدر مما يهيئ للأنا التخلص على تلك المشاعر المؤلمة واستعادة الطمأنينة على قيمة الذات (الغول، 2011، ص ص 379، 380).

خامساً: دراسة حسين عبد الفتاح الغامدي (2000): تشكيل هوية الأنا لدى الأحداث الجانحين - دراسة مقارنة بين الجانحين وغير الجانحين.

تحاول هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين طبيعة تشكل هوية الأنا وطبيعة السلوك سويماً كان أو جانحاً خلال مرحلة المراهقة وذلك من خلال الإجابة على تساؤل عام مؤداه- ما الفروق المحتملة في طبيعة تشكيل هوية الأنا بين عينة من الجانحين وعينة من غير الجانحين في المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية؟ وقد تفرع من هذا التساؤل العام التساؤلات المحددة التالية:

1) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في طبيعة توزيع الجانحين وغير الجانحين بالمنطقة العربية بالمملكة العربية السعودية على رتب هوية الأنا الأيديولوجية والاجتماعية والكلية؟

2) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات الخام لرتب هوية الأنا الأيديولوجية (تحقيق، تعليق، انغلاق، تشتت الهوية) بين الجانحين وغير الجانحين بالمنطقة العربية للمملكة العربية السعودية ؟

3) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات الخام لرتب هوية الأنا الاجتماعية (تحقيق، تعليق، انغلاق، تشتت الهوية) بين الجانحين وغير الجانحين بالمنطقة العربية للمملكة العربية السعودية ؟

4) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الدرجات الخام لرتب هوية الأنا الكلية (تحقيق، تعليق، انغلاق، تشتت الهوية) بين الجانحين وغير الجانحين بالمنطقة العربية للمملكة العربية السعودية ؟

5) ما الفروق في طبيعة العلاقات البينية بين رتب هوية الأنا (الأيديولوجية والاجتماعية والكلية) لدى الجانحين وغير الجانحين بالمنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية ؟

وللإجابة على تساؤلات البحث اعتمد الباحث على المنهج السببي المقارن بهدف كشف طبيعة تشكل هوية الأنا لدى عينة الجانحين وغير الجانحين وذلك من خلال تحديد الفروق في طبيعة توزيع المجموعتين على رتب الهوية الأيديولوجية والاجتماعية والكلية من جانب تحديد الفروق بين متوسطات الدرجات الخام في هذه الرتب من جانب آخر. كما اعتمدت في جزء منها على المنهج الوصفي الارتباطي، وذلك بحساب معاملات الارتباط البينية بين الدرجات الخام للعينتين في رتب الهوية في مجالاتها المختلفة، وذلك في محاولة لتحديد مدى الاختلاف بين العينتين في هذا الجانب والذي يمكن أن يكون مؤشراً للسواء أو الاضطراب.

وقد شملت عينة الدراسة مجموعة من نزلاء دار الملاحظة الاجتماعية بجدة، حيث طبق المقياس على جميع نزلاء دار الملاحظة بالمنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية، وقد بلغ عدد أفراد العينة (64) جانحاً تتراوح أعمارهم بين (15 و18) سنة، وكانت جنحهم بدرجات متفاوتة (سرقة الضرب، اعتداء، محاولة قتل، اعتداءات جنسية، تعاطي مخدرات).

وفي مقابل هذه المجموعة تم تطبيق الاختيار على عينة عشوائية من طلاب المرحلة الثانوية بلغ عددهم (98) طالباً تتراوح أعمارهم بين (15 و18) سنة من المنطقة نفسها.

ولقياس رتب هوية الأنا لدى عينة الدراسة تم استخدام المقياس الموضوعي لرتب الأنا المبني على وجهة نظر مارشا (1966) Marcia.

- أكدت نتائج الدراسة دلالة العلاقات البينية السلبية بين الدرجات الخام لرتبتي تحقيق وتشتت الهوية لدى غير الجانحين، تؤكد عدم دلالتها بالرغم من سلبيتها لدى الجانحين.
- أكدت النتائج عدم دلالة العلاقة بين الدرجات الخام لرتب تحقيق وانغلاق هوية الأنا في المجالات المختلفة لدى غير الجانحين.
- أشارت النتائج إلى دلالة العلاقة الايجابية بين الدرجات الخام لرتب تعليق وانغلاق هوية الأنا في المجالات المختلفة، فقد أظهرت النتائج دلالة ستة معاملات من تسعة لدى الجانحين.
- تشير النتائج إلى دلالة العلاقة الايجابية بين الدرجات الخام لرتب تعليق وانغلاق هوية الأنا في تسعة معاملات لدى غير الجانحين، لم تحقق الدلالة في أي منها لدى الجانحين رغم اتجاهها نحو الإيجابية. (الغامدي: 2000)

سادسا: دراسة حسين عبد الفتاح الغامدي (د ت): حول أثر البناء النفسي للأنا من وجهة النظر التحليلية المعاصرة (اريك اريكسون) على تعاطي المخدرات.

نموذج تحليلي لديناميكية تعاطي وإدمان المخدرات وهو عبارة عن نموذج تحليلي حاول فيه الغامدي تبيان العوامل النفسية المتمثلة في الأنا من وجهة نظر إريكسون في حدوث تعاطي المخدرات التي نظر إليها بأنها من أخطر الظواهر التي تواجه المراهقين والشباب في غالبية المجتمعات بل مست كل شرائح المجتمع وفئاته، ونتيجة لهذا وجب على الباحثين تحديد أهم الأسباب الاجتماعية والشخصية للوقاية منها أو علاجها. ويرى بأن نظرية إريكسون في نمو الأنا وخاصة خلال مرحلة تشكل الهوية في المراهقة وبدايات الشباب أحد الأساسات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي وإدمان المخدرات، حيث يربط إريكسون بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة وكثير من الاضطرابات السلوكية كالعدوان الجنوح، وتعاطي المخدرات.

انطلاقاً من هذا التصور، تمثل دراسته محاولة نظرية لبناء نموذج لتفسير تعاطي المخدرات وإدمانها، يعتمد على نظرية إريكسون في النمو النفس اجتماعي، ويقوم هذا النموذج على عدة مسلمات تتمثل:

1) يخضع نمو الأنا وتشكله لمبدأ التطور المتعاقب والذي يفترض وجود خطة أساسية مسبقة لتشكل الأنا مدى الحياة.

- (2) إنطلاقاً من المسلمة (01) فإن خصائص الأنا تنمو من خلال أزمات تحدد فاعليتها وفقاً لهذه الخطة، وتوجه طبيعة نموها وتشكلها خلال المراحل المتعاقبة من خلال تفاعل هذا الأساس البيولوجي بالمتغيرات الاجتماعية وبنية الأنا السابقة، وفاعلياته وما ينتج عنها من مظاهر سلوكية.
- (3) تمثل طبيعة تشكل الأنا خلال مرحلة الطفولة أساساً مهما لطبيعة نموه خلال المراهقة والرشد.
- (4) تؤثر الخبرات والظروف الاجتماعية والتكوينية (البيوفسيولوجية) التاريخية والمستجدة في تفاعلها الديناميكي مع خصائص الأنا التاريخية على طبيعة تشكل الأنا خلال المراهقة والرشد.
- (5) تمثل مرحلة المراهقة نقطة تحول في حياة الفرد، وتتزامن مع تشكل الهوية والتي تحتل دوراً محورياً في حياة الفرد في المراهقة والرشد.
- (6) تبدأ مخاطر التعاطي مع سن المراهقة وخلال الشباب والرشد، وتتزامن في الغالب مع تشكل الهوية وما يليها من أزمات الأنا.
- (7) ينتج التعاطي والإدمان بدرجة أساسية عن اضطراب الأنا في علاقته الديناميكية مع كل من التغيرات الاجتماعية والتكوينية.
- (8) يملك المتعاطي كسلوك، قوة تدميرية كبيرة تحوله من نتيجة إلى عامل هدم (سبب) من خلال تأثيره السلبي المرتد على بناء الأنا (انهيار الأنا)، وأيضاً من خلال تأثيره على الظروف الاجتماعية (الانهيار الاجتماعي) والبناء البيوفسيولوجي (الاضطراب البدني والعصبي).
- (9) تستوجب الوقاية من المخدرات تصدي المؤسسات الاجتماعية ذات العلاقة للأسباب المختلفة إضافة إلى الضبط الاجتماعي يتوجب العمل على مساعدة الأفراد على بناء "أنا" سوي، ولا يتأتي ذلك إلا من خلال مساهمتها في توفير تربية سوية تتضمن حماية المجتمع من المخدرات وتوفير التوعية للتنشئة السوية وتوفير المناخ الاجتماعي الصحي المناسب لتحقيق النمو السوي.
- (10) لتوفير علاج فعال للمتعاطي والمدمنين يضمن أقل درجة من العودة للمخدرات، وعلى مؤسسات العلاج أن تأخذ في اعتبارها العلاقة الديناميكية بين العوامل المشار إليها أعلاه، وأن يتضمن فريق العلاج خبراء وعمل مؤسسي يتجاوز العلاج السلوكي للأعراض إلى عمق المشكلة المرتبطة بتشكيل الأنا والظروف الداخلية والخارجية ذات العلاقة.

وبهذا فإن هدف الدراسة الحالية هو استقراء نموذج شمولي يعتمد على وجهة النظر التحليلية المعاصرة (نظرية اريكسون في الأنا) لتفسير تعاطي وإدمان المخدرات. وقد توصل الغامدي من خلال

تصوره لأثر البناء النفسي للأنا وتشكل الهوية يشير إلى أن البناء النفسي السليم هام في الوقاية من تعاطي المخدرات كما أكد على أهمية دور العوامل المختلفة البيوفسيولوجية والاجتماعية والنفسية في تشكيل هذا البناء بطريقة سوية. ومن هذا المنطق أكد الغامدي أن الوقاية من المخدرات والإقلال من خطر انتشارها وارتفاع نسبة ضحاياها، يستوجب عدم الاقتصار على وسائل الضبط الأمني، بل يستوجب إتباع إستراتيجية لوقاية أفراد المجتمع من الأسوياء، أيضاً علاج الضحايا من المتعاطين من خلال التركيز على العوامل المهددة للبناء النفسي للأنا الاجتماعية منها والبيوفسيولوجية والنفسية المتمثلة في مظاهر ضعف الأنا المختلفة والتي تمثل عوامل مهددة ومنذرة بالانحراف ومن ذلك تعاطي المخدرات. واعتبر أن الإدمان مشكلة متعددة الجوانب ومركبة وذلك للأسباب التالية:

- (1) إن أسباب التعاطي الأساسية يرتبط بضعف الأنا وغيرها من المظاهر النفسية المرتبطة بها.
- (2) إن ضعف الأنا يحدث أصلاً كنتيجة لظروف متغيرات اجتماعية سابقة وربما دفينية أو لا شعورية.
- (3) إن ضعف الأنا يرتبط في علاقة تبادلية ببعض جوانب النمو الأخرى كضعف النمو المعرفي وضعف - (الضمير) كما يؤدي إلى العديد من العصبية والمشكلات النفسية.
- (4) إن التعاطي يستحث بظروف اجتماعية آنية سيئة تدعم التعاطي كأصدقاء السوء.
- (5) قد يرتبط التعاطي بمشكلات عقلية أو اضطرابات سايكترية تسهل من الوقوع فيه.

تهدف هذه الدراسة إلى استقراء نموذج شمولي يعتمد على وجهة النظر التحليلية المعاصرة (نظرية أريكسون في نمو الأنا) لتفسير تعاطي وإدمان المخدرات. ويأتي هذا الاختيار نتيجة لاعتقاد الباحث بصلاحيّة النظرية كأساس لتفسير ديناميكية التعاطي والإدمان، حيث يفترض التطور المتعاقب حاجات النمو وحلها وكسب الفاعليات خلال مراحل الحياة، وهو ما يعني أثر تراكم الخبرات، وأيضاً أهمية العلاقة الديناميكية بين العديد من العوامل الخارجية (الاجتماعية) والداخلية (البيوفسيولوجية) وبناء ووظائف الأنا وما يترتب عليها من سمات وخصائص نفسية سوية أو مرضية، وأخيراً السلوك كنتيجة، وكسبب يكون له أثره المنعكس على المتغيرات السابقة، وبهذا فإن النموذج بالرغم من قيامه على إطار نظري محدد فإنه يمكن أن ينسجم أو يتضمن العديد من النظريات النفسية والاجتماعية المفسرة للتعاطي (الغامدي، د ت).

سابعاً: دراسة نجمة بنت عبد محمد الزهراني (2005): النمو النفس-اجتماعي وفق نظرية اريكسون وعلاقته بالتوافق والتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف. رأت الباحثة أن موضوع النمو النفس اجتماعي لم يأخذ حقه من الدراسات في المجتمع العربي حاولت الباحثة إيجاد العلاقة بين كل من النمو النفس اجتماعي (نمو الأنا) والتوافق والتحصيل الدراسي، ورأت أن مراحل النمو النفسي اجتماعي من الجوانب ذات أهمية في حياة الإنسان نظراً لما للتراكمات التطورية من اثر واضح في شخصية الفرد التي قد تجعل منه فردا سليما نفسيا لتجاوزه أزمات النمو مما يكون له بالغ الأثار في توافقه النفسي والاجتماعي وبالتالي توافقه الدراسي والذي سيعطيه دفعة قوية الانجاز الدراسي، وبالرغم من أهمية هذا الموضوع فإن الدراسات في هذا المجال في العالم العربي مازالت محدودة أو معدومة على حد علم الباحثة، مما دفع بها إلى إجراء هذا البحث وذلك باستخدام مقياس الهوية الذاتية لراسموسن ومقياس التوافق الدراسي لهزري بورو بهدف الكشف عن طبيعة تلك العلاقة القائمة بين تلك المتغيرات لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف.

وتعتبر هذه الدراسة حسب الباحثة من أولى الدراسات التي تناولت أزمات النمو النفس اجتماعي وعلاقته بالتوافق والتحصيل الدراسي، لذلك فإن من المتوقع أن تساهم هذه الدراسة في تقديم فهم نظري لطبيعة تلك العلاقة وما تشمله من فروق في المجتمع له خصوصيته مثل المجتمع السعودي بوجه خاص والمجتمع العربي بوجه عام. ورأت الباحثة أن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة تفيد رجال التربية والتعليم في مختلف المجالات التربوية والإرشادية، وذلك لما تقدمه من نتائج قد تساعد في فهم ومعرفة تأثير أزمات النمو في توافق الفرد دورياً.

وقد تكونت عينة الدراسة من جميع طلاب وطالبات المرحلة الثانوية في مدينة الطائف وقامت الباحثة باختيار عينة عشوائية من عدد من المدارس للذكور ومثلها من الإناث حيث تم اختيار ثلاث مدارس للذكور ومدرستين حكوميتين والثالثة أهلية ومثلها من الإناث بشكل عشوائي، حيث تم اختيار (150) وأيضاً (150) طالبة بمعدل (30) طالب و(30) طالبة من كل سنة دراسية بالقسمين العلمي والشرعي بشكل عشوائي من كل مدرسة. وللوصول إلى نتائج الدراسة استخدمت الباحثة مقياس الهوية الذاتية لراسموسن الذي طور لبحث لمفهوم الهوية ونمو الأنا التي تحدث عنها اريكسون ولم يطور هذا المقياس لأغراض تشخيصية ولكن لتقييم مدى كفاءة الأساليب المستخدمة من اجل حل

الأزمات النفسية - الاجتماعية المختلفة عن طريق تقييم ما إذا كانت استجابة الفرد إيجابية أو سلبية للإبعاد التي تعتبر عن صحة نفسية - اجتماعية. ولاختبار التوافق الدراسي قام الزيايدي بإعداد المقياس وتطبيقه في بحثه للدكتوراة عام (1964) وذلك بالاعتماد على اختبار التوافق الدراسي لطلبة الجامعات. إعداد هنري بورو. وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- الفرضية الأولى: لا يوجد علاقة بين درجات النمو النفس- اجتماعي (حل أزمات الأنا) كما افترضها إريكسون ودرجات التوافق الدراسي لدى عينه من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف. وقد تحققت هذه الفرضية وقد انسجمت هذه النتيجة مع نتائج العديد من الدراسات والتي أكدت علاقة نمو الأنا بالعديد من جوانب الشخصية والسلوك، وأنه كل ما كان النمو سوي والأمن النفسي الذي يساعده في تحصين نفسه ضد كثير من السلوكيات الخاطئة المنتشرة بين المراهقين ومن ثم زيادة توافقه الدراسي.

- أما الفرضية الثانية: التي تبحث على انه لا يوجد علاقة بين درجات النمو النفس- اجتماعي (حل أزمات الأنا) كما افترضها إريكسون ودرجات التحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف. وقد دلت نتائج هذه الفرضية انه على وجود العلاقة بين النمو النفس- اجتماعي ودرجات التحصيل الدراسي وأكدت الباحثة في ظل هذه النتيجة على انه يجب إدراك العلاقة بين البعدين والعمل على مساعدة الأبناء على حل أزمات النمو النفسي اجتماعي السوي والذي ينعكس بدوره على جوانب حياة الأبناء ومن ذلك تحصيلهم.

- أما الفرضية الثالثة: التي تنص على انه لا يوجد علاقة بين درجات التوافق ودرجات التحصيل لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف. والتي دلت على وجود علاقة ايجابية بين التوافق الدراسي ودرجات التحصيل الدراسي.

- بالنسبة للفرضية الرابعة: أكدت على عدم وجود فروق بين الجنسين من صفوف وتخصصات مختلفة في متوسط درجات النمو النفس اجتماعي بصفة عامة أي عدم وجود فروق بين المراهقين في النمو كونهم جميعا في نفس المرحلة العمرية والدراسية.

وقد أوصت هذه الدراسة بضرورة اهتمام المربين بالنمو النفس اجتماعي كواحدة من المهمات الأساسية للمدرسة ككل والمعلمين والمعلمات بشكل خاص ذلك أن النمو السوي أساسا أوليا للتوافق وأساس لنشاط الفرد ونجاحه في تحقيق أهدافه بما في ذلك توافقه المدرسي وانجازه (الزهراني، 2005).

ثامنا: دراسة رانية عبد العزيز محمد زاهد (2009): علاقة النمو النفس اجتماعي (فاعليات الأنا) والتفكير الأخلاقي بأنماط السلوك الجانح- دراسة مقارنة لعينة من الجانحات وغير الجانحات بمدينة مكة المكرمة.

يرى الباحث أن العديد من الدراسات اهتمت بتأثير النمو النفس اجتماعي كما افترضه اريكسون على سلوك الفرد، كذلك تأثير نمو التفكير الأخلاقي كما افترضه كولبرج على سلوك الفرد أي أن هناك ارتفاع في عدد الجانحين والجانحات على مر الأعوام في المملكة العربية السعودية ما دعاه إلى دراسة هذا الموضوع خاصة أن الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة قليلة جدا أي تأثير النمو النفس اجتماعي تبعا لإريكسون ونمو الحكم الأخلاقي تبعا لكولبرج على السلوك الجانح سواء لدى الذكور أو الإناث بصفة خاصة، وقد حاولت هذه الدراسة الإجابة على التساؤل التالي:

- ما طبيعة النمو النفسي اجتماعي كما يفترضه إريكسون والتفكير الأخلاقي كما يفترضه كولبرج لدى عينة من الجانحات مقارنة بغير الجانحات بمدينة مكة، وهل تختلف مستويات النمو فيهما لدى فئات الجانحات تبعا لنمط الجانح المرتكبة وتبعا للفئة العمرية ؟

ويتفرع من هذا التساؤل العام التساؤلات المحددة التالية:

- 1) ما طبيعة العلاقة بين درجات فاعليات الأنا كما يفترضها اريكسون لدى العينة الكلية للدراسة (الجانحات وغير الجانحات) ؟
- 2) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجانحات وغير الجانحات في درجات فاعليات الأنا وفي الدرجات الكلية ؟
- 3) هل هناك علاقة بين الدرجة الكلية للنمو النفس اجتماعي (متمثلاً في فاعليات الأنا) كما يفترضه إريكسون ودرجة التفكير الأخلاقي كما يفترضه كولبرج لدى العينة الكلية للدراسة (الجانحات وغير الجانحات) ؟
- 4) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجانحات وغير الجانحات في كل من: درجة التفكير الأخلاقي، ومرحلة التفكير الأخلاقي ؟
- 5) هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجانحات في درجات فاعلية الأنا المكتسبة وفي التفكير الأخلاقي وذلك تبعا لكل من أنماط الجانح (الفئة العمرية) ؟

وتهدف هذه الدراسة بشكل إجرائي ومباشر إلى الإجابة على التساؤلات السابقة عن طريق اختيار فرضيات الدراسة، رأت الباحثة أن نتائج هذه الدراسة تحمل أهمية كبيرة من الناحية النظرية والتطبيقية حيث أسهم البحث مع قلة الدراسات التي تناولت جناح الإناث في المملكة العربية السعودية في كشف العلاقة بين هذه الجوانب من جوانب الشخصية لدى الجانحات مقارنة بغير الجانحات كما أسهم البحث في كشف الفروق المحتملة بين هاتين الفئتين في متغيرات الدراسة، وسعت الدراسة من خلال ما سبق إلى وضع استراتيجيات وقائية ونمائية وعلاجية فيما يتعلق بسلامة النمو النفس اجتماعي والأخلاقي للفتيات بصفة عامة وللجانحات بصفة خاصة، كما يمكن أن يسهم كقاعدة ببرامج الإرشاد والعلاج المتقدمة في دور رعاية الفتيات، ودور مؤسسات التربية الاجتماعية، ودور الرعاية الاجتماعية.

والهدف العام لهذه الدراسة تقصي طبيعة العلاقة بين (فاعليات الأنا) كما افترضها إريكسون والتفكير الأخلاقي كما افترضه كولبرج لدى عينة من الجانحات، ومعرفة أثر بعض العوامل وهي: (أنماط الجناح، العمر) على (فاعليات الأنا ونمو الحكم الأخلاقي) بالنسبة لعينة الجانحات، لهذا كان المنهج الملائم لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي الارتباطي بشقيه (السببي والمقارن) لتقصي العلاقة بين المتغيرات، وقد كان مجتمع الدراسة متمثلاً في جميع الفتيات السعوديات اللاتي أعمارهن بين (17- 29) سنة من الجانحات وما يقابلهن من غير الجانحات. والعدد الإجمالي لعينة الدراسة تمثل في (208) فتاة وانقسمت العينة الكلية إلى مجموعتين هما:

- المجموعة الأولى (الجانحات): وتضم جميع الفتيات المودعات بمؤسسة رعاية الفتيات بمكة وعددهن (80) ثمانون فتاة.
- المجموعة الثانية (غير الجانحات): وهي عينة تم اختيارها عشوائياً من الطالبات بمدرسة محو الأمية (الابتدائية) وتعليم الكبيرات (المتوسطة والثانوية)، وقد تم اختيار العينة المقارنة من هذه الفئة لأنها تحمل نفس الخصائص العريقة والتربوية لعينة الجانحات حيث أعمارهن (الجانحات) أكبر من المفترض بالنسبة للمستوى التعليمي الذي ينتمين إليه، وبلغ عدد أفراد العينة من غير الجانحات (128) فتاة.

وللوصول إلى النتائج المرجوة من الدراسة استخدمت الباحثة ثلاث أدوات هي: مقياس فاعليات الأنا (النسخة المختصرة) من إعداد ماركستروم ورفاقه (Mrkstrom, et al, 1997)، والمقياس

الموضوعي للحكم الأخلاقي من إعداد جيس ورفقائه (Gibbs, et al, 1984)، واستمارة البيانات الشخصية من إعداد الباحثة وقد توصلت الدراسة للنتائج التالية:

- الفرض الأول: توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين درجات فاعليات الأنا الثمانية مع بعضهم البعض، وبين درجة كل فاعلية مع الدرجة الكلية (الجانحات وغير الجانحات).

واتضح وجود علاقة إرتباطية موجبة دالة إحصائياً بين جميع مراحل فاعليات الأنا المختلفة فيما عدا الفاعليتين الأخيرتين (الحكمة والاهتمام)، وتبين أيضاً وجود علاقة إرتباطية موجبة بين كل فاعلية وأخرى، وبين كل فاعلية والدرجة الكلية للفاعليات وبينت النتائج كما فسرت الباحثة أنها تبرهن على تماسك الإطار النظري لإريكسون (Erikson, 1963, 1968) التي عبرت عن نمو الفرد عبر مراحل نفسية اجتماعية يمر بها منذ ولادته وتستمر طوال حياته.

وفسرت الباحثة عدم وجود علاقة بين فاعليتي الاهتمام (الفاعلية السابعة) والحكمة (الفاعلية الثامنة) والتي من المفترض أن يكتسبها الفرد عندما يمر بخبرات في المراحل السابقة، فقد رأت أن ذلك لا يعني عدم وجود علاقة بين هاتين الفاعلتين بالذات، كما لا يعني هذا أن هناك تناقض بين هذه النتيجة وبين ما أفترضه إريكسون، وفسرت الباحثة هذا إلى الفئة العمرية التي يقع فيها أفراد عينة الدراسة الحالية (17- 29) وأن الفئة العمرية التي يفترض أن يكتسب فيها الفرد هاتين الفاعلتين هي مرحلة أواسط العمر.

- الفرض الثاني الذي ينص على وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات وغير الجانحات في درجات فاعليات الأنا الثمانية، وفي الدرجة الكلية للفاعليات. فقد دلت النتائج على وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات وغير الجانحات في درجات فاعليات الأنا للمراحل التالية (1-2-3-6-7-8-9) وللدرجة الكلية، وعدم وجود فروق دالة في المراحل (4-5).

- الفرض الثالث توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية لفاعليات الأنا والدرجة الكلية للتفكير الأخلاقي لدى العينة الكلية (الجانحات وغير الجانحات)، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين درجات فاعليات الأنا ودرجة التفكير الأخلاقي لدى العينة الكلية (الجانحات وغير الجانحات). وأكدت الباحثة أن هذه النتيجة تبرهن على صحة أدبيات البحث (الجانب النظري) في تشابه المسار النهائي لكليهما.

- الفرض الرابع الذي ينص على أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين الجانحات وغير الجانحات في مراحل التفكير الأخلاقي وفي الدرجة الكلية للتفكير الأخلاقي، توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات وغير الجانحات في درجة التفكير الأخلاقي وعدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات وغير الجانحات في مرحلة التفكير الأخلاقي.

- الفرض الخامس الذي ينص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجانحات في الدرجة الكلية للتفكير الأخلاقي، وفي الدرجة الكلية لفاعليات الأنا، وذلك تبعاً لكل من أنماط الجناح، والفئة العمرية.

وبينت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات في الدرجة الكلية للتفكير الأخلاقي والدرجة الكلية لفاعليات الأنا تبعاً لأنماط الجناح. أي أن نمط الجناح ليس له تأثير على التفكير الأخلاقي، ولا على الفاعليات المكتسبة وأن أفراد العينة من الجانحات يعانون من تعثر نفسي ظهر إحصائياً في انخفاض درجاتهم في نموهم النفسي الاجتماعي (باستخدام مقياس الفاعليات) وظهر في افتراضهم للسلوك الجانح بغض النظر عن نوعه هذا بالنسبة لنوع الجناح أو بالنسبة للفئة العمرية، اتضح من خلال نتائج الدراسة عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات في الدرجة الكلية للحكم الأخلاقي والدرجة الكلية لفاعليات الأنا تبعاً للفئة العمرية. ورأت الباحثة أن هذه النتيجة لها علاقة بالتعثر والتأخر في النمو النفسي الاجتماعي الذي اتصف به أفراد العينة مقارنة بغيرهن مما قد يضعف من تأثير عامل السن (زاهد، 2009).

تاسعاً: دراسة محمد بن عبده محمد آل جابر (2010) النمو النفسي الاجتماعي للأنا وعلاقته ببعض المشكلات السلوكية - دراسة مقارنة على عينة من المشكلين والعاديين من طلاب المرحلة الثانوية في محافظة محايل التعليمية.

تحاول هذه الدراسة كشف العلاقة بين طبيعة بعض جوانب النمو النفسي الاجتماعي كما افترضه اريكسون (حل أزمت النمو النفسي الاجتماعي، طبيعة تشكل رتب الهوية)، والمشكلات السلوكية لدى عينة من الطلاب المرحلة الثانوية بمحافظة التعليمية للبنين، وذلك لدى عينة من المشكلين مقارنة من العاديين (الأسوياء)، ورأى الباحث أن نظرية اريكسون في نمو الأنا بصفة عامة، وتشكل الهوية بشكل خاص نقلة نوعية في تاريخ التحليل النفسي، حيث حولت مساره من التركيز على سيكولوجية الهو القائلة بخضوع النمو للحتمية البيولوجية ممثلة في غريزتي الجنس والعدوان لفرويد

Freud إلى التركيز على سيكولوجيا الأنا المؤكدة على تطور الأنا وتطور فعالياته وفقاً لمبدأ التطور. وانطلقت الدراسة للإجابة على التساؤلات التالية:

(1) العلاقة بين النمو النفس اجتماعي للأنا وتشكل هوية الأنا لدى المشكلين:

- ما طبيعة العلاقات بين درجات العينة في أزمت مراحل النمو النفس اجتماعي المختلفة ؟
 - ما طبيعة العلاقة بين درجات العينة في أزمت النمو النفس الاجتماعى ودرجات رتب هوية الأنا المختلفة لدى عينة من الطلاب المشكلين والعاديين في محافظة محايل التعليمية للبنين ؟
- (2) تشكل هوية الأنا:

- ما طبيعة تشكل هوية الأنا لدى عينة من الطلاب المشكلين والعاديين في محافظة محايل التعليمية للبنين ؟
- هل توجد فروق في طبيعة تشكل هوية الأنا بين عينة من الطلاب المشكلين والعاديين في محافظة محايل التعليمية للبنين ؟

- هل توجد فروق في طبيعة تشكل هوية الأنا بين الطلاب المشكلين تبعاً لطبيعة السلوك المشكل؟
- (3) أزمت النمو النفس اجتماعي للأنا:

- هل توجد فروق دالة إحصائية في طبيعة حل أزمت النمو النفس اجتماعي بين عينة من الطلاب المشكلين والعاديين في محافظة محايل التعليمية للبنين ؟
- هل توجد فروق في طبيعة حل أزمت النمو النفس اجتماعي بين الطلاب المشكلين تبعاً لطبيعة السلوك المشكل ؟

وقد قام الباحث بتوظيف المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن للإجابة على تساؤلات الدراسة حيث استخدم المنهج الوصفي الارتباطي لدراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة (أزمت النمو النفس اجتماعي، أزمت الهوية) والمشكلات السلوكية، كما استخدم المنهج السببي المقارن للمقارنة بين العاديين والمشكلين من الطلاب في هذه المتغيرات.

وتكون مجتمع الدراسة من فئة الذكور من العاديين والمشكلين من طلاب المرحلة الثانوية شاملة الصفوف الأول ثانوي، والثاني ثانوي، الثالث ثانوي، ومجموع عددهم (9671) طالب وجميعهم بلغ سن مرحلة المراهقة المتوسطة والمتأخرة (16-20) سنة ويتلقون التعليم في (41) مدرسة ثانوية وهو مجموع الدراسة في مرحلة التعليم الثانوي العام في محافظة محايل التعليمية.

تم استخراج العينة بالطريقة الطبقيّة من الطلاب المشكلين الذين سجلت عليهم مخالفات في المواظبة أو مخالفات سلوكية ضمن الفئات الخمس من قواعد تنظيم السلوك والمواظبة لمدرسة التعليم العام، وكذلك الذين سجلت أسماؤهم في المواقف اليومية الطارئة، أو الذين عمل لهم دراسة حالة، أو إرشاد فردي أو جماعي لمشكلة من المشكلات، وفقاً للمعايير المتبعة في إدارة التربية والتعليم ومدارس التعليم العام وحددت العينة بـ (200) طالب، وذلك بمقابل عينة طبقية من الطلاب العاديين الذين لم يقعوا في المشكلات والمخالفات السابقة للمشكلين إطلاقاً، وقد يكونون من ضمن الطلاب المثاليين ولكن ليس شرطاً أن يكون من الطلاب المتفوقين دراسياً، وحددت بـ (200) طالب، ليكون مجموع أفراد العينة (400) طالب، يتلقون التعليم في (16) مدرسة ثانوية، وقد استبعد الباحث وفقاً لخصائص المقاييس عدد (20) طالباً لوقوعهم في ثلاثة رتب فأكثر.

واستخدم الباحث للوصول إلى نتائج الدراسة مقياس النمو النفس اجتماعي للأنا لـ هاولي (1988) Hawley، والمقياس الموضوعي لتشكيل هوية الأنا لـ آدمز وآخرون (1979) Adams.

لقد هدف الباحث في هذه الدراسة لدراسة جوانب النمو النفس اجتماعي من وجهة نظر اريكسون وقد شملت حل أزمات النمو النفس اجتماعي وفاعلية الأنا المكتسبة، وهوية الأنا وقد اقتصر الباحث على الخمس أزمات الأولى والفاعليات الأولى التي تغطي مرحلة الطفولة والمراهقة وفق نموذج اريكسون. وقد تبين وجود علاقات بين هذه الجوانب مما يدل على موثوقية هذه المقاييس لقياس هذه الجوانب. كما تبين أن هناك فروق بين المشكلين والعاديين في الاتجاه المتوقع، فقد تبين أن المشكلين أقل نضجاً، حيث يتأخرون في حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنا، ويظهرون قدرة أقل في كسب الفعاليات المختلفة، ويقعون في رتب سلبية بدرجة أكبر من العاديين.

وتبين أيضاً من خلال الفرض الأول أن هناك علاقة قوية جداً في أزمات النمو النفس الاجتماعي (الثقة، الاستقلال، المبادرة، الانجاز، الهوية) وهي متوقعة حسب الباحث لأنها جميعاً تعتبر سمات ايجابية حيث ترتبط ايجابياً عند الدرجة (0.01) مما يدل على أن كل أزمة مكتملة ومرتبطة لحل الأزمة التي قبلها وأساس للتي بعدها.

أما الفرض الثاني الذي يبحث عن طبيعة العلاقات بين درجات أزمات النمو النفس اجتماعي ودرجات الهوية، فقد تحققت أيضاً أي أن التحقق بدلالة ايجابية مع كل الأزمات في حين ارتباط تشتت الهوية سلبياً وبدلالة مع جميع الأزمات وهو متوقع حسب الباحث، في حين أن الرتب الوسطية (التعلق

والانغلاق) أظهرت علاقات مضطربة مع الأزمات، أي تدرجت بين عدم الدلالة أحياناً والسلبية الدالة والايجابية الدالة أحياناً، وهو مؤشر على أن المراهق في هذه الرتب يكون في حالة من عدم استقرار الهوية.

بالنسبة للفرض الثالث طبيعة تشكل هوية الأنا لدى المشكلين والعاديين، حيث بينت نتائج الفرضية أن تحقيق الهوية منخفض لدى المجموعتين (العاديين والمشكلين) وان الذين حققوا الهوية من العينتين بسبب خبرتهم للزامة ومحاولاتهم وتجاربهم العديدة من البحث والاكتشاف. ولاحظ الباحث انه من المستغرب تحقيق الهوية عند بعض المشكلين للهوية، ورأى الباحث أن ذلك ممكن بسبب مرور بعضهم بتجارب عديدة ساعدتهم في تجاوزها. وتبين أن تعليق الهوية مرتفع لدي العاديين مقارنة بالمشكلين مما دل حسب الباحث على فرص الاستعداد لتحقيق الهوية لدى العاديين أكثر لأن هذه الرتبة هي الأقرب للتحقيق وهي محاولة من العاديين لتجاوز بعض الأزمات التي تعترضهم، وفسر الباحث انخفاض تعليق الهوية لدى المشكلين بتوجههم نحو الرتب الوسطية نتيجة للتذبذب والتشتت العائد إلى القلق وبعض العوائق والأزمات. وقد أظهرت النتائج أن تشتت الهوية ظهر بنسبة مقارنة بالعاديين وهذا يدل حسب الباحث إلى غياب الأزمة وغياب الالتزام لدى هذه الفئة وإنهم لم يصلوا بعد إلى التكامل والانسجام الداخلي والوعي بالاستقلال ضد التناقضات المختلفة.

أما الفرض الرابع المتضمن الفروق بين المشكلين والعاديين في الدرجات الخام لرتب تشكل هوية الأنا، وقد تبين من خلال النتائج وجود فروق بين الطلاب العاديين والمشكلين في رتبة تعليق الهوية حيث توصلت النتائج إلى أن تعليق الهوية هو اقرب رتب للتحقيق. وقد تبين قلة عدد من يقعون في رتبتي (التحقيق والتعليق) من الجانبين مقارنة بالرتب الوسطية، مما يعني تدني وتقارب درجاتهم بينما نجد أن هناك فروقا في انغلاق الهوية بين كل من الطلاب العاديين والطلاب المشكلين لصالح المشكلين، وارجع الباحث ذلك لوجود قلق وتوتر لدى المنغلقين المشكلين نتيجة الصراعات الداخلية بين تشتت الهوية والانغلاق، وهذا ما جعل الباحث يتوقع زيادة في المشكلات السلوكية. واتضح أيضاً فروق في تشتت الهوية، بين العاديين والمشكلين لصالح المشكلين بمعنى أن درجاتهم أعلى في رتبة التشتت.

أما الفرض الخامس الذي ينص على تشكل الهوية لدى المشكلين تبعاً لأنماط المشكلات ولمعرفة الفروق في الدرجات الخام لرتب الهوية الأساسية لدى الطلاب المشكلين تبعاً لنمط السلوك

وقد تبين عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الرتب (تحقيق الهوية، تعليق الهوية، انغلاق الهوية، تشتت الهوية) عدى رتبة انغلاق الهوية، ولتحديد طبيعة الفروق في هذه الرتب تم استخدام اختبار شيفيه البعدي لتحديد مواطن الفروق ومواقعها في هذه الرتبة. وقد تبين انه في الغالب لا يوجد فروق بين المشكلين تبعاً للمشكلات التي يعانون منها لتشكيل الهوية وهي (العدوان، عدم الانضباط الصفية، التأخر عن الحضور إلى المدرسة، الغياب عن المدرسة، الغش الدراسي، التدخين، الهروب من المدرسة، إهمال أداء الواجبات والمهام المدرسية). ولم يتضح وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المشكلين في رتب الهوية التالية (تحقيق الهوية، تعليق الهوية، تشتت الهوية) مما أكد الارتباط بين تشكيل الهوية والمشكلات السلوكية.

أما الفرض السادس الذي يبحث عن الفروق بين العاديين والمشكلين في أزمات النمو النفس اجتماعي للأنا وقد تبين وجود فروق دالة في جميع أزمات النمو عدا أزمة الاستقلالية.

وبالنسبة للفرض السابع الفروق بين المشكلين في أزمات النمو النفس اجتماعي للأنا تبعاً لأنماط مشكلاتهم، حيث تبين انه لا يوجد فروق بين المشكلين تبعاً للمشكلات التي يعانون منها، أي أن المشكلين يعانون من ضعف الأنا في كل الأزمات (الثقة، الاستقلال، المبادرة، الانجاز، الهوية).

وقد استنتج الباحث أن البناء النفسي السوي يمثل حماية من ارتكاب هذه المخالفات السلوكية والتي تشجع عليها ظروف الطالب الاجتماعية والتربية الأسرية، وكذلك قصور فاعلية المدارس بما في ذلك العملية التربوية والتعليمية وضعف برامج الإرشاد النفسي.

لهذا دعا الباحث التربويين إلى بذل المزيد من الجهد لمساعدة الطلاب في تبني أنا قوية وفاعلة وكذلك مساعدتهم على حل أزمات نموهم وكسب قوى وفعاليات الأنا المختلفة، وبشكل خاص مساعدتهم على بناء هوياتهم بشكل واضح بما في ذلك تحديد أهدافهم المستقبلية وخاصة المهنية منها.

كما أكد أنه على المدرسة مسؤولية كبيرة نحوى الارتباط وتوثيق العلاقة بالأسر، وتطوير وعي الآباء وتثقيفهم بحاجات ومشكلات أبنائهم من أجل تطوير أساليبهم التربوية التي يجب إتباعها مع أبنائهم في هذه المرحلة العمرية الخطرة من مراحل النمو، وحث الآباء على المشاركة الفاعلة في العملية التربوية والدور التي تقوم به المدرسة (آل جابر، 2010).

عاشرا: دراسة خلوفي محمد (2011) أزمة الهوية عند المراهق المدمن على المخدرات دراسة إكلينيكية لأربع حالات.

انطلق الباحث من فكرة أن الإدمان على المخدرات يرتبط عند الشباب بكثير من المتغيرات الشخصية كالشعور بالإحباط بسبب خبرات الحرمان والتأزم النفسي بسبب الضغوط اليومية المختلفة والاضطرابات النفسية المنجزة عن الضغط، واعتبر مرحلة الشباب مرحلة نمائية اجتماعية ذات خاصية مميزة يسميها السيكولوجي الأمريكي "إريكسون" في كتابه (الطفولة والمجتمع) وفي كتاب (الهوية والشباب والأزمة) بمرحلة اكتساب الإحساس بالهوية مقابل تشتت الدور والمشكلة الحرجة في هذه المرحلة هي "أزمة الهوية". وقد جاءت هذه الدراسة للبحث عن العلاقة ما بين السلوكيات الإدمانية والهوية لدى الشباب وتوضح مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- هل توجد علاقة بين الهوية والتماهي والإدمان على المخدرات ؟
- هل يعتبر اضطراب العلاقات الأسرية سبباً في تعاطي المخدرات ؟

وقد سعت هذه الدراسة لتحقيق الأهداف التالية:

- الكشف عن الارتباط الموجود بين المادة المخدرة وشخصية المدمن .
- إزالة الستار عن حقيقة معانات الشباب المدمن من خلال الكشف عن معاشه النفسي المقلق من جراء وضعيته داخل المجتمع وحالة الضياع التي يعيشها.
- الإحاطة بمشكل هؤلاء المدمنين بكل أبعاده الشخصية والاجتماعية مما يدفعنا إلى تجاوز المقاربة الإكلينيكية التي تعتمد على قولبة الظواهر انطلاقاً من معايير كمية وإحصائية مما يشكل تناقضاً مع الواقع المعاش.

وقد تم اختيار عينة البحث من الوسط الاجتماعي نضراً لطبيعة وحساسية الموضوع، حيث كان من الصعب التوصل إلى حالات إدمانية لها قابلية التعامل معنا بشكل تلقائي نظراً لبعض السلوكيات العدوانية الصادرة منهم وقد تكونت العينة من أربعة حالات من نفس الجنس (الذكور) مع بعض الاختلاف الطفيف في من يتراوح سنهم ما بين (15-17) سنة وكان مكان الدراسة بمركز إعادة التربية للذكور بمدينة بشار. ومن أجل الوصول إلى أهداف الدراسة استخدم الباحث الأدوات التالية:

(1) المقابلة النصف موجهة: وكان الهدف منها:

- جمع البيانات الأولية عن الحالة.

- التطلع على الجانب العلائقي في ظل حالة من ارتباطات أسرية واجتماعية.
- موقف الحالة من تبعيتها للمادة المخدرة.
- تتبع مستوى نموها العاطفي وإسقاطاتها المستقبلية.
- التطلع إلى صراعاتها.

- (2) الملاحظة العيادية: وهدفت إلى جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حتى نتمكن من تسجيل سلوكيات المفحوص أثناء المقابلة في آنها، والكشف عن خصائص كل حالة، مع تسجيل كل التغيرات التي تنتج في هذه الوضعية بكيفية دقيقة حتى يتجنب الباحث التحويل العاجل لها.
- (3) الاختبارات النفسية: استخدم الباحث اختبار الرورشاخ كاختبار إسقاطي لأنه يقوم بقياس وجود صورة جسمية متكاملة كانت أم لا، واستخلاص مفهوم تصور الذات والهوية كمبدأ موحد والتعرف على المعاش النفسي لأفراد العينة وساعدت هذه الأداة أيضا الباحث في تحديد هوية الفرد الإتنمائية وميولاته الجنسية، وسلوكاته العدوانية والإدمانية.

وقد توصل الباحث إلى النتائج التالية:

- (1) بالنسبة للفرضية الأولى: توصلت النتائج أن الحالات عاشت أزمة هوية حقيقية وتوضح ذلك من خلال الشعور بعدم الأمان والاستقرار، حيث دلت نتائج اختبار الرورشاخ إلى وجود مشاكل تقمصية وأنه لا يمكن حل الأزمات إلا من خلال التماهيات مع الأفراد أو النماذج الخارجة عن نطاق الأسرة حسب "إريكسون"، وأن الصراع الرئيسي في فترة المراهقة يتمحور حول الهوية فيقابل فيها تكامل الأدوار، فالشباب الذين ينجحون في إيجاد أنفسهم ويتموقعون جيدا ضمن مسار مشروع خاص بهم يخرجون منتصرون من هذا الصراع، في مقابل الشباب الذين لا يستطيعون إيجاد أنفسهم يعيشون خلط في الهوية وقد لاحظ الباحث من خلال الحالات بروز شعور بعدم الوحدة الداخلية جراء ما يلي:

- عدم النضج الوجداني.
- صراع مابين ميولاتهم الداخلية وما يصلون إليه في الواقع.
- عدم استقرار في العلاقات مع ردود الفعل العاطفية مع تحول القلق المتعلق بوحدة الشخص والتخطيط الجسمي.

وهنا استنتج الباحث أن هناك علاقة بين أزمة الهوية وإدمان المخدرات.

(2) وبالنسبة للفرضية الثانية: توصلت نتائج هذه الدراسة أن اضطراب العلاقات الأسرية وتصدعها بسبب (الطلاق)، الظروف الاقتصادية والاجتماعية كانت من بين الأسباب التي أدت بأفراد العينة التي تناول المخدرات (محمد، 2011).

إحدى عشر: دراسة حسين عبد الفتاح الغامدي (2012): النمو النفس اجتماعي للأنا من وجهة نظر إريكسون وعلاقته بإدمان المخدرات - دراسة مقارنة لعينة من المدمنين والأسوياء بمدينة جدة.

وتعتبر هذه الدراسة من الدراسات الوصفية التي تهدف إلى التعرف على الطبيعة الديناميكية لعملية الإدمان على المخدرات من وجهة النظر التحليلية المعاصرة كما قدمها إريكسون، حيث افترض الباحث ارتباط العوامل الخارجية وبنية الشخصية ووظائفها والتعاطي كسلوك بعلاقة دينامية تبادلية.

ولتحقيق هذا الهدف، قام الباحث بدراسة طبيعة النمو النفس اجتماعي للأنا ممثلاً في طبيعة حلول أزماته وتشكيل فعالياته لدى عينة من المدمنين وعينة مقابلة من العاديين، وبهذا أعطى الباحث في هذه الدراسة أولوية كبيرة للجانب النفسي والمتمثل في نمو الأنا حيث أن نضج الأنا ممثلاً في حل أزماته، وكسب فاعليته، وإعادة تشكيله في بنية كلية فاعلة، يمثل أساساً لتفسير الشخصية والصحة النفسية، وما يرتبط بها من مخرجات سلوكية، حيث يرتبط نضج الأنا بسلوكيات وأهداف اجتماعية سوية في حين يرتبط اضطرابه بالعديد من الاضطرابات النفسية والسلوكية ومن بينها تعاطي المخدرات. ويعتبر الغامدي من المهتمين بدراسة هذا الموضوع أي علاقة الإدمان بطبيعة نمو الأنا وفق نموذج إريكسون وقد حاول في هذه الدراسة إلقاء الضوء على طبيعة النمو النفس اجتماعي للأنا ممثلاً في حل أزمات النمو Ego Crisis وكسب فعاليته المختلفة وذلك لدى عينة من المتعاطين لأنواع مختلفة من المخدرات من نزلاء مستشفى الأمل بجدة مقارنة بعينة ضابطة من غير المتعاطين في المنطقة الغربية من المملكة العربية السعودية وفقاً لنظرية إريكسون Erickson في النمو النفس اجتماعي psychosocial développement.

وقد انطلقت الدراسة في الكشف عن أهدافها من التساؤلات التالية:

(1) ما طبيعة العلاقة بين كل من أزمات النمو النفس اجتماعي، وفاعليات الأنا المكتسبة لدى

المتعاطين وغير المتعاطين في المنطقة الغربية بالمملكة العربية السعودية ؟

(2) هل هناك فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في كل من أزمات النمو النفس اجتماعي

للأنا وفاعليات الأنا المكتسبة ؟

(3) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في أزمات النمو النفس اجتماعي، وفاعليات الأنا المختلفة بين المتعاطين لأنواع المختلفة من المخدرات ؟

(4) ما مدى مساهمة الدراسة الحالية، والدراسات السابقة في التحقق من صلاحية النموذج المفسر لديناميكة الإدمان (الغامدي، 2010 / 2011) ؟

وللإجابة عن تساؤلات الدراسة اعتمد الباحث على المنهج الوصفي بشقه الارتباطي والسببي المقارن للكشف عن العلاقة بين المتغيرات، والفروق المختلفة بين المدمنين وغير المدمنين من جانب وبين المدمنين تبعاً لنوع المخدرات المتعاطاة، وقد أجريت الدراسة على (64) من نزلاء مستشفى الأمل بجدة من المتعاطين لواحد أو أكثر من المخدرات (الحشيش، الكبتاجون، الهيروين)، وعينة ضابطة متسقة في متغير العمر. وللوصول إلى نتائج الدراسة استعمل الباحث مقياس أزمات النمو النفس اجتماعي لهاولي (1988)، ومقياس فاعليات الأنا لماركستروم (1977).Markstrom.

وقد توصلت الدراسة إلى تلازم عناصر الأنا ممثلة في العلاقات البينية الدالة في الغالب بين جوانبه المختلفة (الأزمات، الفاعليات، الأزمات)، كما تبين وجود فروق دالة بين العاديين والمدمنين في هذه الجوانب لصالح العاديين دون أن تظهر فوارق بين المدمنين تبعاً لنوع المخدر (الغامدي، 2012).

1.7-07- التعليق على الدراسات السابقة:

بعد عرض الدراسات السابقة المشابهة ذات العلاقة بموضوع الدراسة ومتغيراته والمتمثل في - النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى عينة من الذكور المتعاطين وغير المتعاطين - تبين أن هذه الدراسات تخدم الدراسة الحالية فيما يلي:

- (1) استشعار جميع الباحثين في الدراسات التي تناولت المخدرات والإدمان خطورتها على الفرد والمجتمع وسرعة انتشارها بدرجة لفتت انتباه كل المهتمين بدراستها ومحاربتها، ولهذا كان هدفهم في دراساتهم البحث والكشف عن الأسباب التي أدت بطريقة مباشرة و غير مباشرة إلى نقشي هذه الظاهرة، وقد كان تركيز الدراسات على البناء النفسي ودوره في تعاطي بعض الأفراد للمخدرات.
- (2) إتفقت الدراسات على أن نسبة التعاطي للمخدرات بأشكالها المختلفة الطبيعية منها والمصنعة قد إنتشر بشكل رهيب لدى جميع فئات المجتمع بعد أن كان مقتصرأ على فئات معينة من الأفراد وهذا ما تتبأ به الكثير من علماء النفس والاجتماع بأن التصدعات التي ستحدث على مستوى البناءات

- القيمية للمجتمعات ستجعل منفذاً سريعاً لتفشي المخدرات في المجتمعات وهذا ما نادى به الكثير من العلماء أمثال " مصطفى سويف" في دراساته المختلفة حول الظاهرة.
- (3) أشارت نتائج بعض الدراسات إلى ضرورة الاهتمام بالبناء النفسي للأفراد خلال عمليات التنشئة الأسرية والاجتماعية لأن معظم المتعاطين كان سبب تعاطيهم الإضطرابات الأسرية والتفكك والإهمال وتشيع لديهم الكثير من الإضطرابات مثل القلق، وتوهم المرض، والهستيريا والإكتئاب... وغيرها من الإضطرابات وهذا ما إتضح في دراسة (السعيد، 1989؛ فايد، 1994؛ مفتاح وبدوي، 1995).
- (4) توصلت بعض الدراسات إلى أهمية النمو النفس اجتماعي للأنا وكسب فاعلياته وتشكل الهوية كأسباب بارزة في تعاطي البعض للمخدرات، حيث انتهت بعض الدراسات إلى تأكيد علاقة الاضطراب بالعوامل الاجتماعية والظروف المحيطة ببنية الأنا وبالتالي تعاطي المخدرات وتوصلت النتائج أيضاً إلى أن حالات المدمنين التي تم دراستها عاشت أزمة هوية حقيقية تمثلت في الصراع بين ميولاتهم الداخلية وما يصلون إليه في الواقع، وتبين ذلك في دراسة (الغامدي، 2012؛ محمد، 2011).
- (5) أكدت الدراسات التي تناولت النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته باضطرابه على ضرورة توفير الصحة النفسية والقدرة التكيفية والتوافقية للأنا، لأن الظروف والضغوط المختلفة التي يعيشها الأفراد قد تتجاوز في بعض الأحيان قدرة الأنا على مواجهتها وهذا ما يدفع بها (الأنا) للوقوع في العديد من المشكلات النفسية والسلوكية والاجتماعية والتي من بينها الوقوع في مشكلة تعاطي المخدرات، ومن بين الدراسات التي حاولت البحث عن علاقة النمو النفس اجتماعي للأنا ببعض المشكلات (الغامدي 2000؛ الزهراني، 2005؛ زاهد، 2009؛ آل جابر، 2010).
- (6) توصلت الدراسات إلى ضرورة البحث في العلاقة السببية التبادلية بين العوامل الخارجية والشخصية والسلوكية المتعلقة بالجوانب النمائية للفرد في إطار ما استخلصت إليه النظريات النفسية، وما ينتج عنه من مشكلات مختلفة تعيق حياة الأفراد وأدائهم لأدوارهم المختلفة.
- (7) إن النتائج التي توصلت إليها الدراسات تؤكد على ضرورة بذل الكثير من الجهود فيما يخص برمجة حملات توعوية ووقائية وحتى علاجية تقدم إلى فئات المجتمع المختلفة مثل الأولياء والمربين وكل القائمين على عملية التربية في طريقة توفير الجو الملائم للأبناء وتقييم التربية الصحية السليمة التي تعمل على صقل شخصية الابن، وبالتالي القضاء على العديد من المشكلات

التي ستواجه الأبناء في مراحلهم النمائية الحساسة، خاصة مرحلة المراهقة والرشد اللتان تتحدد فيهما الهوية بشكل بارز والتي تكون نتاج لما عايشه وحققه الفرد في المراحل السابقة، وهذا الذي ركز عليه إريكسون Erickson في نظريته حول النمو النفس إجتماعي فهي نموذج تفسيري لما يحدث خلال دورة حياة الفرد، ويمكن اعتماده في بناء العديد من النماذج التربوية الصحية وبرامج الصحة النفسية لتفادي العديد من المشكلات والظواهر الخطيرة التي تواجه الفرد والمجتمع.

08.1- استفادة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

بعد استعراض الدراسات السابقة التي أتاحت لهذه الدراسة ما يفيدها ويوجهها في تحديد الأطر العامة لها، ويبرز جوانب التشابه والاختلاف بينها وبين الدراسات السابقة، وبعد عرضنا لهذه الدراسات وتبيان اهتمامات كل دراسة وتوجهاتها البحثية على حسب الموضوع المتناول تحددت لنا أوجه الاستفادة من هذه الدراسات كما يلي:

أولاً: إشكالية الدراسة: تمحورت مواضيع الدراسات السابقة ذات العلاقة بالدراسة الحالية حول النمو النفس إجتماعي للأنا وعلاقته بظهور مشكلات مختلفة، حيث تناولت كل دراسة مشكلة معينة وسعت لإبراز علاقتها بالنمو النفس إجتماعي للأنا، فمنها من إهتم بعلاقة النمو النفس إجتماعي للأنا ببعض الإضطرابات السلوكية، والجنوح ومنها من إهتم بعلاقته بتعاطي المخدرات موضوع الدراسة الحالية ومنها من ركز على تشكل هوية الأنا في علاقته أيضاً بالتعاطي من وجهة نظر إريكسون، وهناك من الدراسات من ركز على عوامل نفسية عديدة متعلقة بشخصية الفرد وكيفية تشكلها، وبعض العوامل النفسية مثل القلق، والاكتئاب، كأسباب رئيسية في حدوث التعاطي على المخدرات والتي اهتم الباحثين بها كمشكلة خطيرة تواجه العالم، والعوامل النفسية والنمو النفس إجتماعي خصوصاً من أهم العوامل في حدوثها كل هذا ساعد الطالب الباحث في توجيهه وتحديد وتقديم مبررات القيام بالدراسة وتحديد إشكالياتها.

ثانياً: أهمية الدراسة: تتفق الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة في أهمية الموضوع الذي تعالجه - النمو النفس إجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات- حيث يعتبر البحث في موضوع النمو النفس إجتماعي للأنا من التوجهات العلمية الحديثة التي تنظر لنمو الشخصية نظرة متكاملة تعمل مع بعض

في علاقة ديناميكية خلال المراحل الثمانية من تشكلها الذي يجعل الفرد يكتسب إما فاعليات إيجابية أو سلبية هذه الأخيرة التي قد تدفعه لاختيار حلول سلبية مثل تعاطي المخدرات.

وتكمن أهمية الدراسة الحالية من خلال تناولها مرحلتين مهمتين في حياة الفرد، وهما مرحلة المراهقة ومرحلة الرشد هاتان المرحلتان اللتان لقيتا اهتمام الكثير من الباحثين حول طبيعة سير النمو فيهما وأهم الاضطرابات الناتجة عنهما، كما تسعى إلى إبراز علاقة النمو النفس إجتماعي للأنا بتعاطي المخدرات وذلك بمقارنة عينة من الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

ثالثاً: أهداف الدراسة: تتفق الدراسة الحالية مع أهداف الدراسات السابقة في أهمية الكشف عن مستوى النمو النفس إجتماعي للأنا لدى أفراد عينتها، والكشف أيضاً عن الفروق في النمو النفس إجتماعي للأنا في مراحلها المختلفة لعينتين مختلفتين (عادية - مضطربة)، أي حسب نوع المشكل الذي هدفت كل دراسة البحث فيه، ومن هنا وراء ذلك هدف ضمني يتمثل في معرفة ما إذا كان للنمو النفس إجتماعي للأنا دور أو علاقة في حدوث المشكلات محل بحث الدراسات السابقة والدراسة الحالية وهذا ما سيسمح فيما بعد في البحث عن حلول لهذه المشكلة ووضع إستراتيجيات وبرامج مختلفة لمعالجتها.

رابعاً: فرضيات الدراسة: إن قراءة الدراسات السابقة والمشابهة ذات العلاقة بالموضوع ساعدت الطالب الباحث في صياغة فرضيات الدراسة الحالية انطلاقاً من الأهداف التي تسعى إلى تحقيقها.

خامساً: منهج الدراسة: استخدمت بعض الدراسات منهج دراسة الحالة للوصول إلى النتائج المرجوة مثل دراسة (محمد، 2011)، والبعض الأخر من الدراسات استخدم المنهج الوصفي بشقيه الإرتباطي والمقارن مثل دراسة (الغامدي، 2010؛ زاهد، 2009)، أما الدراسة الحالية فقد اعتمدت في خطواتها على المنهج الوصفي المقارن.

سادساً: عينة الدراسة: اختلفت عينات الدراسات السابقة باختلاف المشكلات التي تدرسها، فمنها من اهتم بالأفراد الجانحين ومنها من كانت عينة الدراسة تمثل الطلاب المراهقين، ومنهم من ركز على المصابين باضطرابات معينة، ومنهم من كانت عينة المتعاطين للمخدرات في مرحلتي المراهقة والشباب، وهي نفسها عينة الدراسة .

سابعاً: أدوات الدراسة: لقد سهل لنا الاطلاع على الدراسات السابقة الحصول على أداة الدراسة المتمثلة في مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا لهاولي.

ثامناً: نتائج الدراسة: سوف تعيننا النتائج التي توصلت إليها الدراسات السابقة في تفسير نتائج الدراسة الحالية والتي قد تكون نتائجها مدعمة لما توصلت إليه الدراسات القليلة حول موضوع النمو النفس إجتماعي للأنا في علاقته بتعاطي المخدرات مما يؤكد على ضرورة البحث في الموضوع ووضع الحلول المناسبة له.

إن موضوع النمو النفس إجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات من المواضيع التي لم تحظى بالكثير من البحث من قبل الباحثين - على حد علم الباحث - مع العلم أن ظاهرة تعاطي المخدرات ليست بالحديثة، وتم تناولها بالدراسة والبحث من جميع زواياها المتعددة وحدد الباحثين العوامل المسببة في حدوثها ومن بينها العوامل النفسية التي تحدث عنها فرويد Freud المتمثلة في النمو النفسي في نظريته التحليل النفسي والتي أخذت نظرة معاصرة على يد إريكسون Erickson وهي نظرة أكثر تقاؤلاً مما افترضه فرويد من خلال الحتمية البيولوجية للنمو والتي تقترض درجة عالية من السلبية للأنا Ego أمام القوى الغريزية للهو Id، ولهذا يُعتبر النمو النفس إجتماعي للأنا نقلة نوعية معاصرة في مجال التحليل النفسي الذي يعتبر نظاماً أكثر تركيباً استدخل فيه إريكسون العوامل البيولوجية والاجتماعية والشخصية كمحددات للنمو، وقد تناولت العديد من الدراسات النمو النفس إجتماعي للأنا وفاعلياته في علاقته بظهور العديد من الاضطرابات والمشكلات النفسية والسلوكية والتي من بينها تعاطي المخدرات، وكما سبق أن ذكرنا أن موضوع التعاطي في علاقته بالنمو النفس إجتماعي للأنا عدا بعض الدراسات القليلة السالفة الذكر (الغامدي، محمد،...).

لذا تحاول هذه الدراسة كشف علاقة النمو النفس إجتماعي للأنا، الرؤية المعاصرة للتحليل النفسي التي نظرها العالم إريكسون بتعاطي المخدرات، هذه الظاهرة التي استفحلت في المجتمعات بشكل رهيب استدعى البحث عن كل مسبباته.

الفصل الثاني

النمو النفس اجتماعي للأنا

تمهيد

01.2- تعريف النمو.

02.2- تعريف النمو النفسي.

03.2- تعريف النمو النفس اجتماعي.

04.2- نظرية التحليل النفسي.

05.2- مبادئ النمو حسب إريك إريكسون.

06.2- وظيفة الأنا حسب إريكسون.

07.2- المفاهيم الأساسية لنظرية النمو النفس اجتماعي للأنا.

08.2- نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا حسب إريك إريكسون.

09.2- مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا حسب إريكسون.

10.2- النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات.

خلاصة

تمهيد:

تعتبر نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا من أهم النظريات المعاصرة التي فسرت عملية النمو من حيث التطور والتشكل والانبثاق، وتؤكد هذه النظرية على أهمية التفاعل بين المتغيرات المتعددة لنمو الأنا وفق ما هو بيولوجي واجتماعي نفسي كأساس للنمو النفسي وتشكل الأنا وكيفيات مواجهتها للأزمات في كل مرحلة من مراحل النمو النفس اجتماعي وفقا لطبيعة الظروف والمعطيات الاجتماعية وطبيعة تشكل البناء النفسي الذي قد يؤدي إلى حل هذه الأزمات بطريقة إيجابية تكسب الأنا الفاعلية والقوة، أما الحلول السلبية لأزمات النمو فقد تؤدي إلى سيطرة قوى الأنا السلبية، وهذا ما قد يجعل هناك ارتباط بين العوامل الخارجية وبنية الأنا وبعض المشكلات النفسية الاجتماعية مثل التعاطي كعلاقة دينامية تبادلية، وهذا ما جعل من نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا وجهة تفسيرية للعديد من المشكلات التي تواجه الفرد لأنها من أهم النظريات التي اهتمت بمراحل النمو المختلفة لحياة الإنسان وسنحاول في هذا الفصل عرض النظرية ومفاهيمها والتركيز على مراحلها.

01.2- تعريف النمو Development:

يعرف النمو لغويا كما ورد في معجم اللغة العربية المعاصرة، النمو من مصدر: نما يَتمو أنمُ، نماء ونُمُوًا، فهو نامٍ، نما الولدُ: نشأ وترعرع وتربى، نمو شاذ: غير منتظم، غير سوي، نُموٌ: مصدر نما ناقص النُمو: غير تام بصورة طبيعية ومتكاملة، (نف) تغير مطرد في الكائن الحي يتجه نحو تمام النُضج (عمر، 2008، ص 2289). ويعرف النمو إصطلاحا أنه عملية نمو وتحول حتى يصل إلى التكوين النفسي والجسمي الذي يميز الراشد الناضج، ولا سبيل إلى فهم الطفل فهما حقا ما لم تتبع عملية النمو الطويلة التي تطرأ عليه منذ نشأته خلية في بطن أمه حتى يبلغ النضج. (المليجي والمليجي، 2006، ص 25)، أو هو تلك التغيرات المنتظمة والمستمرة التي يظهرها الناس على مدى حياتهم(من لحظة الإخصاب إلى الوفاة) والتي تؤثر على النضج البيولوجي والتعلم، و يقصد بمنتظمة systematic أنها مرتبة orderly ونمطية patterned ومستمرة نسبيا relatively enduring، بحيث يتم استبعاد التقلبات المؤقتة في المزاج والتغيرات الانتقالية الأخرى في المظهر، والأفكار، والسلوكيات (Shaffer & Kipp, 2014, p. 4, 41).

وينظر فالون Wallon إلى النمو كونه مجموعة من المراحل تحدث فيها فترات من الراحة تعقبها قفزات من النمو، وهذه القفزات يطلق عليها فالون اسم أزمات النمو، وبهذا فالنمو ليس زيادة في

الكمية بل في الكيفية وفي حدوث وظائف جديدة عند الطفل، والنمو وحدة ديناميكية تتم عبر مراحل متعددة ينتقل فيها الطفل من حالات الضعف إلى مراحل البلوغ والرشد.

أما بياجيه Piaget فيرى أن النمو سلسلة متصلة الحلقات بحيث تعتبر كل مرحلة امتداد للمرحلة السابقة وتمهيدا للمرحلة التالية، وهذا يعني أن النمو متدرج ومستمر ولا يقوم على مبدأ التعارض أو التناقض والتأزم (الأشول، 2008، ص 48).

ويعرفه اندرسون بأنه سلسلة متتابعة متماسكة من التغيرات الهدف منها غاية واحد هي اكتمال النضج ومدى استمراره وبدئ انحداره، النمو بهذا المعنى لا يحدث فجأة بل يتطور بانتظام ويصفر في تطوره هذا عن صفات عامة تحدد مدى أبحاثه (غزال، 2010، ص 10).

02.2- تعريف النمو النفسي Psychological Development:

هو عملية تحقيق الشخص لذاته سواء كان شخصاً عادياً أو من ذوي الفئات الخاصة، وبهذا فالنمو النفسي ليس وصفاً للخصائص، وإنما إعادة صياغة الخصائص بما يمكن أن يوظفها الشخص ليحقق ما يريد. وهدف النمو النفسي هو تحقيق الذات بحيث يوظف الشخص إمكاناته توظيفاً أمثل حيث يكون لدى الشخص وعي بقدراته الحقيقية على أرض الواقع (المحمداوي، د ت، 1).

03.2- تعريف النمو النفس إجتماعي Psychosocial Development:

والنمو النفس اجتماعي مصطلح نفسي مركب، ويقصد بمصطلح نفس Psychic صفة، تعني بصفة عامة وعلى نحو فضفاض ما يتصل بالعقل وما هو عقلي بالنسبة للشخص وأبعاد الشخصية واللفظ بإيجاز مرادف لسيكولوجي أو نفسي (جابر وكفافي ج6، 1993، ص 3050)، أما مصطلح اجتماعي Social فهو صفة عريضة تستخدم في أي موقف يتضمن عضوين أو أكثر من أي نوع (جابر وكفافي ج7، 1995، ص 3586).

والنمو النفس اجتماعي هو نموذج وضعه عالم النفس إريك إريكسون وبين فيها أن شخصية الفرد تنمو عن طريق ثماني مراحل منفصلة فتبدأ المراحل الخمسة الأولى من الولادة حتى عمر الثامنة عشر، أما المراحل الأخرى الثلاثة الأخيرة فتبدأ بعدها.

04.2- نظرية التحليل النفسي:

الهدف الرئيس للتحليل النفسي هو جعل اللاشعوري شعورياً، والمحللون النفسيون يساعدون عملائهم على أن يصبحوا واعين بالأفكار، والمشاعر، والأنشطة النفسية الأخرى التي لا يعيها العميل للوصول إلى الإستبصار، وكلمة "إستبصار" Insight- والتي كثيراً ما يستخدمها المحللون النفسيون والعملاء بالمثل، وتعني هذه الظاهرة أن يدرك الفرد نفسه ويلاحظ شيئاً كان فيما سبق خفياً عليه وبمجرد أن نصح واعين بعملياتنا اللاشعورية، فإننا نستطيع بذل جهود للسيطرة عليها بشكل قصدي بدلاً من تركها تتحكم فينا (يوميرانتر، 2018، ص 356).

كما طور سيقموند فرويد S.Freud عدة مفاهيم في نظريته فقد إنشغل بتفسير الأحلام وافترض النظام النهائي للشخصية الذي يسير وفق حتميات بيولوجية مثلها في غريزتي الحياة والموت - الجنس والعدوان.

وقد أفترض فرويد Freud في تفسيره لدينامية الشخصية ثلاث بناءات هي:

أولاً: الهو Id: مستودع الغرائز، وهو الطاقة التي توجه السلوك، وهو مستقر دوافع الإنسان، وهو إلى جانب ذلك مستودع الغرائز التي يعتبرها المجتمع مشروعة أو ضرورية مثل الحب والتعاطف، ويؤكد موراي على دور البيئة الاجتماعية في جميع الأحوال.

ثانياً: الأنا Ego: هي المكون الثاني في الشخصية، ويبدأ تكونها عند (6-8) شهور تقريباً من عمر الطفل والأنا هو الحاكم العقلاني للشخصية وله دور كبير في توجيه السلوك وهو يحتوي على ذكاء الفرد وقدرته الإدراكية.

ثالثاً: الأنا الأعلى The Super Ego: يشكل خلال مراحل النمو المختلفة ويتأثر بثقافة المجتمع وجماعة الرفاق وهو يمثل القوة الضابطة، ورابطة تأمرنا بالمعروف وتنهانا عن المنكر، إنه قوة ناتجة عن التربية والتنشئة الاجتماعية (شحاتة، 2013، ص 194).

والأنا Ego تتطور عن الهو وتنبثق منها لتساعدها على اكتساب معالمها النهائية- وتتكون الأنا من مجموعة الخبرات التي تقودها إلى التفرقة بين الذات واللذات، وبصفة خاصة الخبرات التي يتعرض لها جسم الفرد، فسرعان ما يتعلم الطفل أن لمس جسمه يولد الإحساس لديه بأنه يلمس - الأمر الذي يحدث مع الأشياء الأخرى عندما تلمسه- هكذا يكون الجسم مصدر للكفاية الفيزيقية

(والألم الذي لا يمكن أن يُنسى) على عكس ما يحدث بالنسبة لثدي الأم أو لزجاجة الرضاعة، والطفل عندما يصل إلى سن البلوغ يشعر بأن الطبيعة مصدر لإشباع رغبات الأنا، فالولد أو البنت يمكنهما التمييز بين صورة الهو، والواقع، وتعرف هذه العملية باسم اختبار الواقع Reality Testing ويحاول أن يوفق بينهما وبين إشباع حاجاته محاولاً أن يكون الأهداف الهامة أولاً ثم تحقيقها بعد ذلك، لذلك فإن التصورات العقلية لهذه الأهداف تتوحد في الأنا التي تعتبر العنصر الوحيد في الشخصية الذي يمكنه التفاعل مع البيئة، وبالتالي فإن نمو الأنا يزيد القدرة على التفاعل مع الواقع.

والأنا هي بمثابة الجزء الذي يمثل واجهة الهو أو يمثل الطبقة اللحائية منها وعلى عكس الهو فالأنا تتسع للشعور وما قبل الشعور واللاشعور، والأنا عقلانية ومنطقية تقوم بخطط واقعية من تصميمها لإشباع حاجات الهو، ولذلك فإنه على الرغم من أن الأنا ترغب في الحصول على اللذة إلا أنها تتوحد للإشباع لكي تحافظ على مبدأ الواقعية Reality principle وتتوحد لإنهاء التوتر الحاد لحين إيجاد حل مناسب وهذا يجعل من الممكن تجنب الأخطاء (كالتهام طعام شهوي قد يكون مسموم وتجنب العقاب من جانب الوالدين بسبب أكل شيء ممنوع أو محرم، أو زيادة اللذة كرفض تناول طعام غير شهوي انتظاراً لطعام شهوي)، فطريقة التفكير التي تقوم على المنطق، وتأجيل اللذات إلى ما هو أفضل منها وحل المشكلات وضبط النفس ويعرفها فرويد بالعمليات الثانوية Secondary process.

فالعلاقة بين الأنا و الهو قوية ومعقدة، فهي قد تخضع أو تحاول بشتى الطرق أن تبقى على وفاق مع الهو، أو أن تخفي اندفاعات وأخطاء الهو وأن تسلك بنفس الطريقة التي يسلك بها سياسي مخضرم وغير أمين يرى الحقيقة ويعرفها ولكنه يفضل التغاضي للمحافظة على الصالح العام - ويشبهها فرويد تشبيه آخر في علاقتها بالهو فيقول "الأنا في علاقتها بالهو تشبه رجل على ظهر حصان يمكنه أن يتحكم في قوة الحصان التي تفوق قوته هو - ومع الفرق في التشبيه - فبينما يفعل الرجل هذا بقوته تستعين الأنا بقوة مستعارة هي قوة التبصر بالواقع، وهذا التشبيه قد يتسع إذا قلنا أن الراكب غالباً ما يحاول أن يقود الحصان إلى حيث ما يريد إذا لم يسقط من حوله، وبنفس الطريقة تحول الأنا رغبات الهو إلى أحداث كما لو كانت هذه الأحداث نابعة منها الأنا وغالباً ما يؤدي تورط أو قلق الأنا وضبط الذات إلى وجود صراعات داخلية مع الهو المندفعة.

وتخضع الأننا لمبدأ الواقع وتفكر تفكيراً موضوعياً ومعتدلاً ومتماشياً مع الأوضاع الاجتماعية المتعارف عليها، أما وظيفته فهي الدفاع عن الشخصية والعمل على توافقها مع البيئة وحل الصراع بين الكائن الحي والواقع أو بين الحاجات المتعارضة للكائن الحي، فالأننا هي ذلك الجزء المنظم مع الهو وهي تخرج إلى الوجود لتحقيق أهداف الهو ولا تحببها، وكل قوتها مستمدة من الهو وليس لها وجود مستقل عن الهو.

ويرى فرويد أن الضغوط التي تمارسها الأننا لكبح جماح الهو، وإذعانها للواقع أو مساندتها والوقوف بجانبها ضد العالم الخارجي لهي من أهم وظائف الأننا- ولكن طالما أن الهو تتشأ بكل الطاقة النفسية للفرد فكيف تستطيع الأننا السيطرة عليها بصورة مطلقة هكذا ؟ والإجابة على ذلك صاغها فرويد في نظريته، ومغزها أن نمو الأننا يضعف الهو ويجردها من طاقتها النفسية، وفي نفس الوقت فإن الأننا لديها العديد من الميكانزمات الدفاعية التي ترتبط بصور وطيدة بانفعال القلق (شحاعة، 2013، ص ص 49-50).

كما افترض فرويد للوعي بخبراتنا ذات علاقة بالمكونات التي سبق ذكرها ثلاث بناءات هي:

- ما قبل الشعور: وتعني تلك الخبرات التي تكون في مركز الوعي ويمكن استرجاعها.
- الشعور: يمثل الجزء الواعي من العقل، ويشمل الجزء الأكبر من الأننا (العمليات العقلية الواعية) / عدا الميكانزمات الدفاعية.
- اللاشعور: وهو الأهم بالنسبة لفرويد والذي يمثل الجزء الأعمق من العقل، ويرتبط بالأحداث الماضية التي ترتبط بدورها بالمركبات الأوديبيية المرتبطة بالجنس والعدوان، والتي لعب فيها الكبت دوراً كبيراً من الوعي واللاوعي، فاللاشعور هو المنطقة التي نستطيع من خلالها فهم سلوكياتنا في حالاتها السوية والشاذة.

جدول 1.2

يوضح خصائص مكونات الشخصية حسب فرويد.

الهو Id	الأنا Ego	الأنا الأعلى Super Ego
نولد مزودين بها.	تتكون من (6-8) شهور تنتج عن خبرة الفرد بجسمه والعالم الخارجي.	تتكون من الأنا من (5-9) سنوات، وتنتج عن التوحد مع معايير الوالدين وعقدة أوديب.
لا شعورية تماما.	تتكون من جزء شعوري وآخر لا شعوري وثالث قبل شعوري.	تتكون من جزء شعوري والآخر لا شعوري.
تقوم بالعمليات الأولية البدائية فهي فوضوية لا منطقية - لا أخلاقية ليس لديها إحساس بالوقت والمنطق يمكنها فقط إشباع الرغبات في الخيال	تقوم بالعمليات الثانوية كالأعمال المنطقية - حفظ الذات - حل المشكلات.	تعمل على تشرب الأخلاقيات وربما تكون واقعية أو غير منطقية وتثير مشاعر الأنا بالذنب أو الكبرياء أو الاحتكار.
تتدفع تبعا لمبدأ اللذة وتعتبر عن الدوافع والتوترات البيولوجية.	تعمل تبعا لمبدأ الواقع وتؤخر إشباع الحاجات إلى أن تأتي فرصة مناسبة لكي تتجنب الأخطار والخطأ والعقاب.	تحركها الطاقة المحددة التي كونتها وتلتزم بمعاييرها.
تتكون من غرائز فطرية موروثه تختلف في قوتها من شخص لآخر.	مركز الانفعالات، تتضمن القلق وتستخدم ميكانيزمات الدفاع.	تتضمن الأنا المثالية (المعايير التي تعد صحيحة) وكذلك الضمير.
قد تكون قوية جدا وقاسية أو قد تكون ضعيفة وينتج عن ذلك في كلتا الحالتين المرض النفسي.	كلما كانت الأنا قوية كلما تحقق سواء الشخصية وصحتها.	قد تكون قوية جدا وقاسية، وقد تكون ضعيفة وينتج عن ذلك في كلتا الحالتين المرض النفسي.
تمثل بعض النواحي المكون البيولوجي للشخصية.	تمثل إلى حد ما السلطة النفسية التنفيذية في الشخص.	تمثل في بعض النواحي المكون الاجتماعي للشخصية.

(عبد الرحمن، 2001، ص 95)

ما سبق يوضح لنا أهم النقاط الرئيسية التي اهتم بها فرويد في نظريته النفس جنسية التي أعطت أهمية كبيرة للهو كمحرك للشخصية انطلاقاً من مبدأ الغريزة، وهذا في الحقيقة ما اختلف فيه اريكسون مع فرويد، حيث يوضح لنا الجدول التالي الفروق بين نظريتي فرويد وإريكسون في النمو:

جدول 2.2

يتضمن الفروق بين نظريتي فرويد وإريكسون في النمو.

المقارنة	نظرية الهو لفرويد	علم نفس الأنا لإريكسون
الهو	أحد مكونات الشخصية نولد مزودين بها لا شعورية، لا أخلاقية.	مماثلة ولكن بدرجة اقل قوة.
الأنا	يبدأ تطورها من الهو بداية من (6-8) شهور.	يبدأ تطورها مستقلة عن الهو بعد الولادة مباشرة.
الأنا الأعلى	تشمل المثاليات القيود المغروسة من المجتمع.	الأنا الأعلى مماثلة تماماً.
نمو الشخصية	تكتمل تماماً عند حوالي (5 سنوات) من العمر.	تستمر مدى الحياة من الميلاد حتى الشيخوخة.
المجتمع	مصدر حتمي للصراعات وعبئ خارجي يفرض على الأنا.	ليس من الضروري أن يكون مصدر للصراعات والاحباطات.
الطاقة	الليبيدو الطاقة النفسية التي تحرك كل الأنشطة العقلية.	هناك تشابه لكن اهتمام أكبر هنا بالأنا والقوى الاجتماعية.
الطبيعة الإنسانية	متشائمة بسبب التأكيد على الاندفاعات المحرمة والقوية للهو.	أكثر تفاؤلاً لأن القوي الأعظم تخص الأنا العاقلة والمتكيفة.

(العمرى، 2008، ص 27).

05.2- نظرية النمو النفس إجتماعي للأنا حسب إريك إريكسون Erik Erickson:

يعتبر إريك إريكسون من بين من عارضوا أفكار فرويد Freud، وحاولوا تقديم نظرية التحليل النفسي في ثوب جديد يعكس تغيرات عميقة في مفاهيم النظرية أو طروحاتها، وتعرف نظرية إريكسون بنظرية النمو النفس إجتماعي التي بناها على نتائج أبحاثه مع الأطفال والأسر عبر الثقافات المختلفة وبمنهج أنثروبولوجي. حيث أن نظرية فرويد Freud في التحليل النفسي تقوم على افتراض سير نمو الإنسان وتشكيل شخصيته وسلوكه وفقاً لتوجيه حتميات بيولوجية تتمثل في غريزتي الحياة، الجنس والعدوان، وبالرغم من أهمية ومرجعية ما قدمه فرويد للتحليل النفسي، فقد تعرضت فكرة الجنس الطفولي كمحدد حتمي للنمو، للنقد في غالبية رواد التحليل النفسي بعده، حيث قادت محاولاتهم إلى تأكيد قوة الأنا وتأثير العوامل المختلفة ومنها العوامل الاجتماعية، وقد أفضت هذه الجهود إلى ظهور أريك إريكسون كواحد من أهم ممثلي التحليل النفسي المعاصر، حيث طور نظريته مفترضاً فاعلية الأنا وقدرته على النمو والتكيف والإبداع وتتجاوز قدراته ووظائفه حل الصراع بين بناءات الشخصية وتوجيهاتها ونزعاته المتضاربة، ووفقاً لهذه النظرية يخضع نمو الأنا لمبدأ التطور المتعاقب Epigenetic Principle، والذي يشير إلى أن أي شيء ينمو من أساس سابق أو خطة قاعدية للنمو Ground Plan، حيث تظهر وتتطور الأجزاء من هذا الأساس في الوقت المحدد لظهورها وفقاً لهذه الخطة وتطبيقها لهذا المبدأ يتطور الأنا تدريجياً من خلال تطور أجزائه ممثلة في حلول أزماته وكسب فاعليته من أساساتها وفق خطة داخلية محددة مسبقاً، إلا أن هذا لا يلغي أهمية المتغيرات الاجتماعية أو البناء النفسي، حيث يتضمنها مبدأ التطور كعوامل مستحثة وموجهة للنمو بما ينسجم مع برنامج الخطة نفسها، ويفضي هذا التطور التدريجي في كل مرحلة إلى بنية أو كلية نفسية A New Psychological Totality تعتمد على الأجزاء السابقة، إلا أنها ليست أياً منها ولا مجموعها إذ تخضع لإعادة تشكيل لدمجها في كل متكامل (الغامدي، دت، ص 4).

يعد النمو في هذا المجال سلسلة من التحولات يصف كل تحول بنقطتين متقابلتين تمثل إحداهما خاصية مرغوب فيها إذا تم تتميتها بشكل سليم وتمثل الأخرى المخاطر التي يتعرض لها الفرد، ولا يعني إريكسون أن الخصائص الموجبة هي التي ينبغي أن تظهر، وأن أي مظهر خطر يحتمل حدوثه غير مرغوب فيه، وإنما يؤكد على أننا ينبغي أن نسعى لكي تكون السيطرة للجوانب

الإيجابية وحين تزيد الخاصية السلبية على الخاصية الإيجابية تظهر صعوبات النمو (غباري وأبو شعرة، 2015، ص 106).

جدول 4.2.

يتضمن وصفاً ملخصاً للمراحل الثمانية للنمو حسب إريكسون والفاعليات المطورة.

المرحلة	السن	حل الأزمة	الفاعلية المطورة
الثقة مقابل عدم الثقة - Trust Vs. Mistrust	من الميلاد - 18 شهرا	ينظر الطفل إلى العالم الخارجي كعالم يحقق له الأمن والذي يمكنه من تلبية احتياجاته.	الأمل
الاستقلال مقابل الشك والخجل - Autonomy Vs. Shame and Doubt	12-18 شهرا حتى 3 سنوات	أهمية تعلم النظافة ثم اللغة حيث يكتشف الطفل قدرته على السيطرة على نفسه والآخرين.	الإرادة
المبادأة مقابل الشعور بالذنب - Intuitive Vs. Sense of Guilt	من 3 إلى 6 سنوات	يطور الطفل الشجاعة لتحقيق أهدافه الخاصة دون الشعور بالذنب أو الخوف من التعرض للعقاب.	الغرضية
المثابرة مقابل الشعور بالنقص - Industry Vs. Inferiority	من 6 سنوات - سن البلوغ	يشعر الطفل بأنه قادر على إتقان المهارات وإنجاز المهام المتوقعة منه.	الكفاءة
الهوية مقابل غموض الهوية - Ego identity Vs. Role Confusion	من البلوغ- شاب راشد	يطور الفرد مفهوم الذات المترابط الذي يجمع بين مختلف جوانب حياته الشخصية والاجتماعية.	التفاني
الانتماء مقابل العزلة - Intimacy Vs. Isolation	شاب راشد	الفرد قادر على الانخراط عاطفياً مع شخص آخر (تشكيل علاقة زوجية، عائلة،...).	المحبة
الإنتاج مقابل الركود - Integrity Vs. Despair	سن الرشد المتوسط	يشعر الفرد أكثر فأكثر بالقلق إزاء هذه المرحلة (الرشد) حيث يستفيد الراشدون في هذه المرحلة من خبراتهم.	الاهتمام
السلامة مقابل اليأس - Generativity Vs. Stagnation	سن الرشد المتقدم	يقبل الفرد الحياة التي كانت تقوده إلى الموت القريب.	أواخر العمر

ويعد نموذج إريكسون في تفسير الأنماط السلوكية واحد من النماذج الأساسية والمهمة في نظريات التحليل النفسي الجديدة والذي يقوم على مبدأ التطور المتعاقب، حيث تخضع الشخصية لمراحل مختلفة خلال عملية نموها وتشكل "الأنا"، الذي تتوقف عليه أنماط السلوك التي يمارسها الفرد فيما بعد، وأشكال علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، ففي كل مرحلة من مراحل النمو تمر الشخصية بتجارب وخبرات تترك آثارها في تكوين الشخصية، وتظهر في مراحلها اللاحقة بحسب قدرتها على تجاوز تلك المرحلة، غير أن ما يعود إلى الشخصية من خبرات جديدة ومهارات مكتسبة في أية مرحلة من مراحل النمو إنما يصبح جزءاً لا يتجزأ من الشخصية في المراحل التالية وتؤثر في أشكال تفاعل "الأنا" مع المرحلة الجديدة وبرغم ذلك فإن تجاوز الشخصية لواحدة من المراحل بنجاح وتعلم المهارات والخبرات المرتبطة بها لا يعني بالضرورة قدرة "الأنا" على تجاوز المرحلة اللاحقة، التي تنطوي بحد ذاتها على معايير جديدة وأشكال من الصراع بين الأنا والبيئة المحيطة، وعلى الرغم من ذلك فإن أبعاد الشخصية المتحصلة نتيجة كل مرحلة تؤثر بصورة عامة في نمط الشخصية على امتداد المراحل التالية لها (بورنان، سمايلي وقشوش، 2017، ص 81).

إن كل مرحلة من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا تبدأ بحل أزمة تمثل حاجة ضرورية للتطور واستمرارية نمو الأنا، ويتم حل الأزمة إيجابياً أو سلبياً فإذا تم حلها إيجابياً اكتسبت الأنا فاعلية جديدة إيجابية والعكس في حالة الحلول السلبية حيث تتبني الأنا الضد المرضي (الغامدي، 2010، ص9).

وتتمثل الأفكار الرئيسة للنظرية فيما يلي: (الريماوي، 2008، ص 71)

- الأنا الجديد هو أكثر من وسيط بين الهو والأنا الأعلى إنه القوة الفاعلة الإيجابية في تطور شخصية الفرد مهمته الأولى تتمثل في الإحساس بالهوية.
- نحن ننمو عبر مراحل نفسية اجتماعية، وليس عبر مراحل نفسية جنسية كما ذهب لذلك فرويد.
- التغيرات النمائية مستمرة طيلة دورة حياة الكائن البشري. على خلاف فرويد الذي ذهب لأن تشكل شخصياتنا يتم في السنوات الخمس الأولى من العمر.
- تشكل الثقافة مؤثراً قويا في أجندة وديناميات كل مرحلة من مراحل النمو النفس الاجتماعي.
- كل ثقافة تعامل أطفالها بطريقة مغايرة عن الثقافات الأخرى.

- لا وجود لنمط واحد للتغيرات النمائية يصدق على جميع الأطفال.
- التأكيد على العمليات العقلانية أو عمليات الأنا.
- اعتماد (دورة الحياة) كإطار مرجعي للنمو.
- لا مجال للقدرية Fatalism فيما يحدث في مراحل النمو المتأخرة من تغيرات، إن ارتهان فرويد لما يحدث في تلك المراحل إلى ما حدث من خبرات في السنوات الخمسة الأولى نوع من القدرية التي لا يمكن قبولها، وتعليق أخطاء الفرد وإعفائه من المسؤولية.
- إمكانيات الفرد تدفعه للنجاح، وطبيعته خيرة.
- فهم الفرد يتم من النظر إليه من خارجه حيث الثقافة والمجتمع والتاريخ وليس من داخله أو من أنظمتها الداخلية (الهو، الأنا، الأنا الأعلى).
- يمر الكائن البشري أثناء دورة حياته بثمان مراحل كل منها يتمركز حول اهتمامات انفعالية متميزة سببها ضغوط بيولوجية، أو من التوقعات الاجتماعية الثقافية، وتتبلور هذه الاهتمامات على شكل أزمة ثنائية التركيب.

06.2- مبادئ النمو حسب إريك إريكسون Erik Erickson :

كرس فرويد قليلاً من الانتباه للتطور بعد السنوات المبكرة من بدأ الحياة، وأعتقد أن تطور الشخصية يحدث مع نهاية المرحلة القضيبيية، وأعتقد علماء النفس الآخرون الذين يتعاطفون بقوة مع نموذج فرويد الكلي عن الشخصية بأنه قلل من قيمة أهمية تطور الشخصية لاحقاً في الحياة، وحاولوا بعد ذلك فهم تطور الحياة اللاحقة من خلال منظور ديناميي تحليلي نفسي، ومن أشهر هؤلاء المنظرين إريك إريكسون.

اعتقد إريكسون أن التطور ليس فقط نفس-جنسي ولكنه كذلك نفس- إجتماعي، ومراحل التطور تتضمن الاهتمامات الاجتماعية، وبالنسبة لإريكسون تعتبر المرحلة الأولى من تطور الشخصية مهمة ليس لأنها موطن متعة الفم ولكن لأن الرضاعة تطور علاقة الثقة أو عدمها بين الطفل وأمه، وبالمثل فإن مرحلة الشرج ليست مهمة فقط في تغير طبيعة منطقة الإثارة الجنسية ولكن كذلك بسبب التدريب على التواليت الذي هو موقف إجتماعي مهم يطور فيه الطفل حساً بالاستقلالية أو الاستسلام للخزي أو الشك الذاتي (سيرفون وفرفين، 2017، ص 151).

تتميز المرحلة الثانية بالصراع بين الاستقلال والحياء والشك، حيث إذا طور الطفل قدرة التحكم بأعضائه طور شعور بالاستقلالية عن أبويه، وإذا فشل طور شعوراً بالخجل، أما المرحلة الثالثة والممتدة بين (3 و5) سنوات، حيث يتخلص الطفل من الاعتماد الشديد على الوالدين، حيث يخرج إلى العالم المحيط ويتحرك في بيئته لاكتساب الخبرة... فإذا تم ذلك نقول أن الطفل طور شعوراً بالمبادأة أما إذا استمر الطفل في اعتماده الشديد على والديه فإنه يطور شعوراً بالذنب والخوف الانسحاب (همشري، 2003، ص 130).

وبالنسبة لإريكسون، فإن مراحل الكمون والجنسية الغيرية هي فترات عندما يطور الفرد شعوراً للإنتاج والإنجاز والنجاح أو الشعور بالدونية والأهم من هذا كله الشعور بالهوية، والمهمة الحاسمة في المراهقة تبعاً لإريكسون هي بدء الشعور بهوية (الأنا) والثقة بأن الطريقة التي ينظر المرء بها لنفسه لها استمرارية مع ماضي الفرد وتقابل بتصورات الآخرين. (سيرفون وفرفين، 2017، ص 151)

ويرى إريك إريكسون Erik Erickson أن أحد الصراعات المركزية في الحياة يأتي خلال المراهقة ويتعلق بالسؤال عن الهوية، حيث أنه يرى أن بناء وتحقيق هوية شخصية صحية أمر مهم للصحة النفسية وبهذا يرى أن المراهقة طور حرج من النمو الإنساني، ويصف إريكسون دورة الحياة البشرية كسلسلة تتكون من ثمان مراحل، أو ثمان أعمار تتميز كل مرحلة بصراع نفسي معين يواجه الفرد، حيث تتركز المرحلة الأولى على الطفل الذي يكون صراعه الأساسي بين الثقة وعدم الثقة وقد أكد إريكسون على وجه الخصوص على أهمية مواقف التغذية، خاصة أن مخرجات الخبرات الغذائية لها أثر نفسي على إكساب الطفل الإحساس الأساسي بالثقة في العالم أو الشعور الأولي بعدم الثقة ويرى إريكسون أن الصراع الأول للطفل الصغير يكون في مجال ثقة/عدم ثقة ويؤدي الحل الناجح لهذا الصراع إلى نمو الإحساس بالثقة، وتتوضح المبادئ النمائية لنظرية إريكسون في الشكل (1.2) الموالي. (موسى، 2004، ص 428).

VIII								التكامل مقابل اليأس
VII								الإنتاجية مقابل الركود
VI								الشعور بالانتماء مقابل مشاعر الوحدة والانعزال
V		تأثير الذات في مقابل الوعي بالذات		التمهن في مقابل شكل العمل	الهوية مقابل اضطراب الهوية	الاستقطاب الجنسي في مقابل الاضطراب الجنسي	قائد في مقابل اضطراب السلطة	اضطراب إيديولوجي في مقابل اضطراب القيم
IV				المواظبة مقابل الدونية				
III			المبادأة مقابل التغلب على الشعور بالذنب					
II		الاستقلال مقابل الشك والخجل						
I	الثقة مقابل عدم الثقة							

شكل 1.2: يوضح المبادئ النمائية في نظرية إريكسون.

وبالاستمرار في وصفه للمراحل الأخيرة والقضايا السيكولوجية المرافقة أشار إريكسون إلى أن بعض الناس يطورون شعوراً بالحميمية وقبول النجاح والفشل في الحياة والحس بالاستمرارية في دورة الحياة، بينما يبقى الناس الآخرون منعزلين عن العائلة والأصدقاء، والبقاء على قيد الحياة يقتصر على روتين يومي ثابت، ويركز على آلام الماضي وانعدام المستقبل، وعلى الرغم من امتداد الطرائق التي يوظفها أو لا يوظفها الناس لحل قضايا حاسمة وشخصية في مرحلة الرشد يمكن أن تصل جذورها في صراع مرحلة الطفولة، أشار إريكسون بأن هذا ليس هو القضية ولا يتم دائماً وإنما قد يكون للأفراد طرائقهم للتعامل مع قضاياهم وبشكل مستقل عن ما حدث في مرحلة الطفولة، والجدول الموالي رقم (3.2) يوضح لنا مراحل التطور الثمانية وتضميناتها عن الشخصية.

جدول 3.2.

مراحل التطور الثمانية عند إريكسون وتضميناتها عن الشخصية.

المرحلة السيكولوجية	العمر	المخرجات الإيجابية	المخرجات السلبية
الثقة الأساسية مقابل عدم الثقة	السنة الأولى	الشعور بالإصلاح الداخلي، يثق بنفسه والآخرين، متفائل.	الإحساس بالدونية والسوء الذاتي، وعدم الثقة بالذات والآخرين والتشاؤم
الاستقلال الذاتي مقابل الخزي والشك	(2-3) سنوات	تمارين على الإرادة وضبط النفس والقدرة على الاختيار.	الجمود، ضمير مفرط ومترف، الشك بالذات وبالآخرين، وعي ذاتي مخجل ضعيف وضحل.
المبادرة مقابل الشعور بالذنب	(4-5) سنوات	متعة في الإنجاز، النشاط، التوجه، والغرض.	الشعور بالذنب نحو الأهداف المتوقعة والإنجازات التي بدأت.
الإنجاز مقابل الدونية	مرحلة الكمون (6-12)	قادر على الانغماس في عمل منتج، الشعور بالفخر عند إنجاز العمل.	الإحساس بعدم الكفاية والدونية. غير قادر على إتمام العمل.
الهوية مقابل تششت الدور	المراهقة	الثقة بالتماثل والاستمرارية . التطلع لمهنة مناسبة.	ضعف الشعور بالراحة بالقيام بمهام الأدوار المتوقعة وانعدام الشعور بالأصالة.
الألفة مقابل العزلة	سن الرشد المبكر	التشاركية. مشاركة الأفكار والعمل والمشاعر مع أحدهم وغالبا ما يكون من الجنس الآخر.	تجنب العلاقات الحميمة، وبناء العلاقات ذات الطابع السطحي.
الإنتاجية مقابل الذاتية	سن البلوغ	المقدرة على الاندماج الذاتي في العمل والعمل والعلاقات.	فقدان المتعة في العمل، علاقات فقيرة ومحدودة.
التكامل مقابل اليأس	السنوات الأخيرة	الشعور بالحكمة الذاتية والانجاز الشخصي.	الخوف من الموت، الشعور بمرارة الحياة وما يتبعها من فشل وإضافة للفرص التي كانت متاحة

(سيرفون وفرفين، 2017، ص ص 153، 154)

07.2- وظيفة الأنا حسب إريكسون Erickson:

تمر عملية تشكل الأنا المتضمنة حل أزماته وكسب فاعلياته وإعادة التشكيل بثمانية مراحل تبدأ كل منها بأزمة تمثل حاجة نمو تتناسب ودرجة نضج الفرد البيولوجي والتوقعات الاجتماعية

المقابلة لها، وأيضا البناء النفسي المكتسب كنتيجة طبيعية لحل أزمات النمو السابقة، وتمثل كل أزمة تحدٍ للأنا يكافح لتجاوزه وحله، ومع كل حل لهذه التحديات يكتسب الأنا فاعلية جديدة، كما يخضع لعملية تطويرية ديناميكية من إعادة التشكيل ليكون كلية نفسية جديدة يكتسب الأنا فيها قوة أعلى تتضمن الفاعلية الجديدة والفاعليات السابقة بعد إعادة تشكيلها، أو درجة أعمق من الاضطراب في حالة الحل السلبي (الغامدي، دت، ص 4).

فقد أكد إريكسون على أن وظيفة الأنا ليست التوسط بين نزوات الهو ومتطلبات الأنا الأعلى فالأنا قوة إيجابية في النمو، إذ يكتسب الأنا اتجاهات ومهارات في كل مرحلة تطويرية تمكن الفرد من أن يكون عضوا نشطا وفعالاً ومساهما في بناء مجتمعه، لذلك فإن التطور الطبيعي للفرد يجب أن يفهم في علاقته بمواقف الحياة في كل ثقافة، وهذا ما أغفله فرويد في نظريته (أبو غزال، 2015، ص 78).

08.2- المفاهيم الأساسية لنظرية النمو النفس إجتماعي للأنا:

تنطلق كل نظرية من قواعد وقوانين مختلفة تميزها عن غيرها من النظريات الأخرى، لذا تتبنى مفاهيم مختلفة تفسر من خلالها كيفية حدوث السلوك أو تكون بمثابة القوانين التي تقوم عليها، ومن أهم المفاهيم التي تقوم عليها نظرية التحليل النفسي المعاصرة لإريكسون ما يلي:

أولاً: مبدأ الانبثاق المتعاقب Epgenetic Principle:

وقد استعير هذا المفهوم من علم البيولوجيا للإشارة إلى أن نمو مكونات الأنا وفق خطة بيولوجية محكمة، ويحدد اتجاهه من خلال التفاعل بين الأساس البيولوجي والشخصي والثقافي للفرد (الغامدي، 2010، ص 5).

حيث تخضع مراحل النمو النفس إجتماعي (بأزماتها وفاعلياتها) لهذا المبدأ المهم والذي يجعل عملية النمو النفس إجتماعي تشبه عملية التطور العضوي للكائن الحي قبل ولادته، حيث ينبثق كل عضو لديه من هذه البيئة (رحم أمه) وما تأثر به من عوامل كيميائية أسهمت في تشكيله البيولوجي إلى عوامل إجتماعية ستؤثر في تشكيله النفسي تبعاً للمجتمع الذي سيعيش به وثقافة هذا المجتمع.

فمراحل النمو النفسي الثمانية حسب نظرية إريكسون موجودة في شكل أولي منذ الميلاد وفقاً لمبدأ الانبثاق المتعاقب، والذي يشير إلى أن أي شيء ينمو من أساس أو خطة قاعدية للنمو، حيث

تظهر وتتطور الأجزاء من هذا الأساس في الوقت المحدد لظهورها وفقا لهذه الخطة. وتطبيقا لهذا المبدأ، يتطور الأنا من خلال تطور أجزائه عن طريق المرور بهذه المراحل التي يحدد كل منها التفاعل بين العوامل البيولوجية والعوامل الاجتماعية، ويتمثل كل ذلك بحلول الأزمات واكتساب الفاعليات (زاهد، 2009، ص 13).

ثانيا: الأزمة Crisis:

استخدم إريكسون (1985) مصطلح أزمة من منظور تطوري للإشارة إلى بداية كل مرحلة وهو ما يعني أن الأزمة لا تعبر عن تهديد أو فاجعة أو نكبة يصعب مواجهتها أو حلها (الغامدي، 2010، ص 14)، وكذا الفرص المتاحة للنمو للتغلب على هذا العجز، ولذا فإن الأزمة نفسها تمثل مصدرا أساسيا للتطور للفاعليات المكتسبة، أو سوء التكيف في المقابل، فهي بالتالي لا تعبر عن مشكلة أو تهديد يصعب حله أو مواجهته. تجدر الإشارة إلى أن استشعار هذا العجز ناتج أصلا عن التطور نفسه فالاستقلالية مثلا: لا تمثل أزمة خلال العام الأول لعدم حاجة الرضيع إليها، وحتى ما يبدو استقلالاً في هذه السن لا يعدو أن يكون مؤشرا على وجود أساسها. لقد استخدم مصطلح الأزمة للتعبير عن عملية استشعار الحاجة وعدم التوازن الناتج عن ذلك، ثم الكفاح من أجل تحقيقها، بل أن تحقيقها نفسه يعني بدء أزمة (حاجة) جديدة تصبح أكثر إلحاحا في حينها وتمثل نقله إلى مرحلة جديدة (العمرى، 2008، ص ص 30-31).

ويرى إريكسون أن لكل أزمة من أزمات النمو قطبين أحدهما ايجابي والآخر سلبي، فالفرد يخبرهما (القطبين) معا، مشيرا إلى أن النمو السليم يتطلب غلبة القطب الايجابي على القطب السلبي وأنه في حال لم يتم حل أزمات النمو بطريقة مرضية، فإنه بالإمكان حل الأزمات السابقة خلال المراحل اللاحقة، كما أن طبيعة حل أزمة كل مرحلة تضيف شيئا محددا للمراحل التالية وتخلق صورة جديدة للمراحل السابقة، وبهذا فهو يعتقد بأنه لن يفوت الأوان أبدا لحل أي أزمة من أزمات النمو. (Miller , 2011, p. 148)

ثالثا: إعادة التشكل Reformulation:

يفضي التطور التدريجي في كل مرحلة إلى بنية أو كلية نفسية New Psychological Totality تخضع لإعادة التشكل Reformulation لدمجها في كل متكامل، وهذه البنية النفسية الكلية تعتمد على الأجزاء السابقة إلا أنها ليست أيا منها ولا مجموعها (الغامدي، 2010، ص 6).

رابعاً: الطقوس Reutilization:

استدخّل إريكسون في كتاباته الأخيرة فكرة الطقوس هي ممارسات سلوكية ناتجة عن طاقة الأنا في ظل الثقافة التي يعيشها الفرد (الغامدي، 2010، ص 14)، وكما تعبر عن قوة الأنا وتطوره فإنها تعمل على دعم فاعليات الأنا المكتسبة، فمع نمو الفرد ومروره بالأزمات ومع تطور الأنا يمارس سلوكاً محدداً يدعم ثقافياً ويتضمن سلوكيات تتسجم مع حاجة نمو الأنا وفاعلياته المكتسبة.

وفي انسجام مع اعتقاده بقطبية أزمات النمو وأيضاً القوى الناتجة عنها، فقد أشار هنا إلى ميل البعض إلى المبالغة في الممارسات التي حددت ثقافياً في اتفاق مع إمكانيات الأنا في كل مرحلة لدعم تطوره وهذه المبالغة وبالرغم من أنها تبدو على علاقة بالقطب الإيجابي فإن المبالغة فيها يحيلها إلى نوع من العبودية أو "الطقسية" Ritualism المرتبطة أيضاً بالفشل في نمو الأنا نمواً متوازناً (العمرى، 2008، ص 34).

2.09- مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا حسب إريكسون:

يرى إريكسون أن النمو عملية مستمرة من الميلاد حتى الوفاة، يمر فيها الفرد بثمان مراحل وفق مخطط معد مسبقاً، يدفعه خلالها استعداده لذلك بيولوجياً ونفسياً واجتماعياً، ويخبر في كل مرحلة أزمة أو حاجة نفسية اجتماعية يؤدي حلها إلى نمو الأنا وكسب فاعليات جديدة في حين يؤدي الفشل في حل هذه الأزمات إلى اضطراب النمو وتحديد نمو الأنا، ومن خلال تفاعل مكاسب حلول الأزمات النفس اجتماعية تتشكل وتتنضج الشخصية (Erikson, 1963, p.243). وأن حل الأزمات النفس اجتماعية واكتساب الأنا لفاعليتها، هو الذي يقود النمو النفس اجتماعي للفرد خلال المراحل الثمانية التي تغطي كل مراحل الحياة. فهو يرى أن جميع فاعليات الأنا موجودة في كل مرحلة من مراحل الحياة، وتصل كل منها إلى ذروة نضجها أو قوتها في المرحلة المقابلة لها في دورة الحياة (Markstrom, Sabino, Turner & Berman, 1997, p.706).

على خلاف فرويد حدد إريكسون ثمانية مراحل أساسية تمر بها أنا الفرد في تكوينها وتحديد مسارها بين السواء واللاسواء، إن مراحل النمو النفس اجتماعي حسب إريكسون تنتهي كل منها بجملة من الصفات التي قد تؤدي ببعض الأفراد إلى تعاطي المخدرات، وتشمل هذه المراحل ما يلي:

المرحلة الأولى: مرحلة الثقة مقابل عدم الثقة (منذ الميلاد حتى السنة الثانية):

تمثل أزمة الثقة مقابل عدم الثقة Trust Vs. Mistrust الأزمة الأولى خلال السنة الأولى من الحياة المنسجمة مع اعتمادية الرضيع وحاجته المطلقة إلى الأم أو من يقوم بدورها، ويعتمد حلها على طبيعة العلاقة الباعثة على الثقة مع الأم والتي تمثل في بدايات المرحلة موضوعا للذات نفسها ومصدرا للإشباع، ثم موضوعا للارتباط والحب، وتؤكد من خلال العلاقات والخبرات الباعثة على الثقة مع الآخرين القريبين، وترسخ في المراحل التالية مع استمرارية إيجابية الخبرات في علاقات الفرد الإنسانية ومع كسب فاعليات الأنا التالية (الغامدي، دت، ص 5).

إن الاتجاه النفسي الاجتماعي الذي على الوليد أن يتعلمه هو أنه يستطيع أن يثق في العالم وتنمو هذه الثقة من خلال الأنساق في الخبرة والاستمرارية في إشباع حاجاته البيولوجية الأساسية عن طريق الوالدين، فإذا أشبعت هذه الحاجات وإذا عبر الوالدان نحوه عن عاطفة حقيقية وحب فإن الطفل يعتقد أن عالمه آمن يمكن الوثوق به، أما إذا كانت الرعاية الوالدية قاصرة وغير متسقة أو سلبية فإن الأطفال سوف يتعاملون مع العالم بخوف و شك (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص 106).

يواجه الوليد في عامه الأول الأزمة الأولى وهو محايد بين شقي الأزمة، بمعنى أن لديه القابلية لكليهما، وما يمر به من خبرات هو الذي يقرر ويحسم هذه الأزمة لصالح أحدهما، فإن كانت هذه الخبرات إيجابية سارة ممتعة تتكون لديه مشاعر الثقة، تتميز هذه المشاعر بالإحساس بالراحة الجسمية وقدر ضئيل جدا من الخوف والقلق والاطمئنان للمستقبل وبأن هذا العالم سيكون جيدا ومريحا. وعلى العكس إن كانت تلك الخبرات التي يتعرض لها سالبة، حزينة، متعبة حيث تتكون لدى الرضيع مشاعر عدم الثقة التي تتصف بالإحساس بالإعياء الجسيمي ودرجة عالية من القلق والخوف من الحاضر والمستقبل (الريماوي، 2008، ص 71).

يقابل هذه المرحلة على مستوى الفاعلية، فاعلية الأمل مقابل الانسحاب، وتأتي محصلة لنتيجة تفاعل الطفل مع الأم فيما يتعلق بالإرضاع وإشباع الحاجة، فقد تنتهي إلى أن تعزز في شخصية الطفل الثقة بالنفس، والاطمئنان بالقدرة على تلبية الحاجة، وقد تنتهي إلى الشعور بعدم الثقة والرغبة في الانسحاب من المواقف لعدم القدرة على مجابتهها (الأصفر، 2012، ص 38).

المرحلة الثانية: مرحلة الاستقلال مقابل الشك والخجل (2- 4 سنة):

تمثل الاستقلالية مقابل الشعور بالخجل والشك Autonomy Vs. Shame and Doubt أزمة السنة الثانية من العمر منسجمة مع القدرات الحركية والعقلية للطفل، وما تفرضه من توقعات اجتماعية تترجم من خلال عملية التدريب على الضبط وتأجيل الإشباع. ويعتمد حلها على تحقيق أزمة الثقة واستمرارية سلامة التربية الوالدية الحانية والمشجعة للاستقلال والمتسمة بالثبات والاستمرارية وعدم التقلب والغموض (الغامدي، دت، ص 5).

وبعد أن يتعلم الأطفال أن يتقوا في الوالدين (أو لا يتقون فيهما)، ينبغي أن يحققوا قدرا من الاستقلال، فإذا ساعدهما الوالدان على الحب وشجعوها على أن يعملوا ما يقدرون عليه حسب قدرتهم وبطريقتهم مع إشراف جيد من قبلهما، فإنهما ينمون إحساساً بالاستقلال الذاتي، أما إذا لم يصبر الوالدان وقاما بكثير من الأعمال نيابة عن طفل الثالثة فإنهما يشككان في قدرته على التعامل مع بيئته، وفضلاً على ذلك فإنه ينبغي أن يتجنب الوالدان إخجال الطفل عن السلوك غير المقبول إذا يحتمل أن يسهم هذا في تنمية مشاعر تشككه في نفسه (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص 106).

ففي العامين الثاني والثالث من عمر الطفل يواجه الأزمة الثانية، إن ما انتهى إليه الرضيع في المرحلة الأولى وما يمر به من خبرات في السنتين الثانية والثالثة يقرران مسار هذه المرحلة. ويقابل هذه المرحلة على مستوى الفاعلية فاعلية الإرادة Will مقابل القهرية والاندفاع، وتبدو هذه الأزمة في السنة الثانية من عمر الطفل، وتتعلق بقدرته على التحكم بعملية الإخراج وتأجيل الإشباع، وقد تنتهي إلى اكتساب الأننا الشعور بالاستقلالية والقدرة على التحكم بالحاجات تبعاً للظروف المحيطة، وقد تنتهي إلى الشعور بالخجل وعدم القدرة على التحكم بالأشياء وضعف الإرادة. (Coutier & Drapeau, 2008, p 02)، كما تستمر في صور أخرى خلال المراحل التالية حيث يعاد تشكيلها مع الانتقال من مرحلة إلى أخرى لتصبح أكثر اتساعاً وفاعلية وأكثر مساهمة في نمو الأننا والإبقاء على قدراته التكيفية متماسكة وسوية وفاعلة خلال حياة الفرد. وعلى العكس مما سبق يؤدي الفشل في حل أزمة الاستقلالية إلى الفشل في كسب فاعلية الأننا، مما يعني ارتفاع احتمال سيطرة الضد المرضي لها والمتمثل في القهرية والاندفاع Cmpulsivity and Impulsivity والتي لا تعيق الإرادة عندما تسيطر على الفرد فحسب، بل وتعيق نمو الأننا ممثلاً في حل أزمات المراحل التالية وكسب فاعليتها.

وترتبط هذه المرحلة بسابقتها، فشعور الطفل بالثقة يساعده على استكشاف أن ما يقوم به من سلوك هو سلوكه هو وبهذا يطور مشاعر القدرة على تطوير وتسيير أموره وهذا ما يجعله يشعر بالاستقلالية، ويكون العكس إذا طور الطفل في المرحلة الأولى مشاعر عدم الثقة.

المرحلة الثالثة: مرحلة المبادرة مقابل الشعور بالذنب (4-5 سنوات):

يتزامن ظهور أزمة المبادرة مقابل الشعور بالذنب Intuitive Vs. Guilt مع سن الطفولة المبكرة، منسجمة مع مستوى النضج الحركي والعقلي واللغوي فيها، وما يرتبط بذلك من قدرة على اللعب والخيال، واتساع لدائرة التفاعل الاجتماعي، وأيضاً ما يقابل هذا التقدم من ارتفاع لمستوى التوقعات والقيود الاجتماعية. ويعتمد حلها على طبيعة نمو الأنا في المرحلتين السابقتين، ومدى توفر البيئة المشجعة للمبادرة والتجريب، والمشجعة لقدرات الطفل العقلية والخيالية وخاصة اللعب الخيالي ولعب الأدوار Role Taking حيث تحمل دوراً أساسياً في تحقيق هذه الفاعلية ونموها (الغامدي، د ت، ص ص 5-6).

إن قدرة الطفل على المشاركة في كثير من الأنشطة الجسمية وفي استخدام اللغة يعد مجالاً خصباً للمبادأة والتي تضيف إلى الاستقلال الذاتي خاصية القيام بالفعل والتخطيط والمعالجة، وذلك أن الطفل يكون نشطاً ومتحركاً، وإذا أتيح لطفل الرابعة والخامسة الحرية للاكتشاف والارتياح والتجريب وإذا أجاب الوالدان والمعلمون عن أسئلة الطفل فإنهم يشجعون اتجاهاته نحو المبادأة، أما إذا قيد الأطفال في هذا العمر وأشعروا بأن أنشطتهم وأسئلتهم لا معنى لها ومضايقة فإنهم سوف يشعرون بالذنب فيما يفعلون على نحو مستقل (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص 107).

يقابلها على مستوى الفاعلية فاعلية الغرضية مقابل التثبيط وتتوافق هذه المرحلة مع سن الطفولة المبكرة عند الطفل، حيث تظهر لديه ملامح النمو الحركي والعقلي واللفظي، لكنه يجابه بيئة قد تحول بينه وبين نمو هذه الملامح في شخصيته، فإذا ما تجاوز الأزمة بنجاح ظهر لديه شعور حب المبادرة والقدرة عليها، وإلا فإن الشعور بالذنب نتيجة الرفض الاجتماعي يصبح من صفاته الأساسية التي يصعب عليه التحلي عنها فيما بعد (الغامدي، 2012، ص 212).

ويفضي حل الأزمة إلى كسب الأنا لفاعلية "الغائية" Purpose والتي تعني (تبنى أهداف ذات قيمة والسعي لتحقيقها من غير إعاقتها بخيالات الطفولة أو مشاعر الذنب أو الخوف من العقاب)

وعلى العكس، فإن اضطراب النمو والفشل في حل أزمة المبادرة يؤدي إلى نمو ضدها المرضي المتمثل في الكبح أو "التثبيط" Inhabitation والذي يشير إلى امتناع الفرد عن القيام بأي مبادرة لفعل شيء أو تحقيق هدف أو تجريب فعل ما خوفاً من الفشل وما يفضي إليه من مشاعر الذنب (الغامدي، د ت، ص 6).

المرحلة الرابعة: مرحلة المثابرة مقابل الشعور بالنقص (6- 12 سنة):

يتزامن ظهور أزمة المثابرة مقابل الشعور بالنقص Industry Vs. Inferiority مع الطفولة المتوسطة، والتي تتسم بتغير كفي في جوانب النمو البدنية والعقلية والاجتماعية يؤهله لمرحلة التعلم الرسمي والتفاعل الاجتماعي الأكثر تعقيداً واتساعاً، كما هو متوقع اجتماعياً. وفي انسجام مع هذه المعطيات تصبح الحاجة للإنجاز هي الحاجة الأساسية للنمو، ويعتمد حلها على سلامة النمو في المراحل السابقة، وعلى توفر البيئة المشجعة للنمو متمثلة في الأسرة والمعلمين والرفاق (الغامدي، د ت، ص 6).

تعد هذه السن سن المدرسة التي يلتحق بها الطفل في مرحلة من نموه، ويسيطر على سلوكه حب الاستطلاع والاكتشاف، إنه بذلك يتعلم كيف يحصل على التقدير، وكيف يصنع الأشياء بحيث ينمي إحساساً بالجد والاجتهاد. والخطر في هذه المرحلة أن يشعر الطفل بالنقص والدونية إذا لم يشجع على العمل ولم تتم إجابته عن الكثير من الأسئلة المحيرة (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص 107).

ويفضي حل الأزمة عن كسب فاعليتها المتمثلة في "القدرة" Compétence والتي تشير إلى استشعار الفرد لقدرته على الإنجاز، حيث تترجم في أنشطة الفرد السلوكية كالميل للعب الاجتماعي المنظم كوسيلة للتعلم والتفاعل الاجتماعي التعاوني والتنافسي الأكثر نضجاً، والميل للاستطلاع وغيرها من السمات التي تؤهله للتعليم الرسمي بالمدرسة بما توفره من فرص (الغامدي، د ت)، وتصبح الرغبة في الإنجاز حاجة ضرورية، فالمبادأة التي يحققها الأطفال تجعل الآباء على تواصل مع خبرات جديدة غنية، وعندما يصلون إلى الطفولة المتوسطة والمتأخرة يعملون على توجيه طاقاتهم نحو التمكن من المعرفة والمهارات العقلية. ويكون الطفل متحمساً جداً للتعلم في نهاية الطفولة المتأخرة، أما الخطر الذي يحيط بطفل المدرسة فيكمن في الشعور بالنقص وعدم الكفاية (شريم، 2009، ص 48).

فإذا ما تجاوز الطفل هذه المرحلة بنجاح امتلك شعوره بالقدرة على الإنجاز والمثابرة في تحقيق الطموحات، ومع ظهور ملامح الفشل يزداد لدى الفتى الشعور بالنقص وعدم القدرة على تحقيق الأهداف مما يولد لديه الشعور بالخمول (الأصفر، 2012، ص 39).

ويرى اريكسون أن أطفال المدرسة الابتدائية يصفون أنفسهم بعبارة - أنا ما أتعلمه- أي أن تقدير الذات لديهم يعتمد على ما يتقنونه ويتعلمونه من مهارات. فهم الآن يتعلمون بمعالجة الأشياء واللعب والتفاعل مع الأصدقاء، وما ينهكون به من نشاطات مدرسية، إنهم تواقون لتجريب واختبار المهارات التي تعلموها سابقا، إن هذا الحماس الذي ينتابهم لا يعني بالضرورة أنهم سينجحون في كل ما يقومون به من نشاطات، بل هم كذلك سيتعرضون للفشل. إن هاتين النتيجتين ستقودان حتما إلى ترك آثار واضحة في تقديرهم لذواتهم.

ويضيف إريكسون أن الأطفال عادة يقومون بمقارنة قدراتهم بقدرات غيرهم من الرفاق، فإذا شعروا بعدم الكفاية فإنهم يعودون إلى ما كانوا عليه، أي إلى عائلاتهم طلبا للحماية، وبالعكس ذلك إذا شعروا بالكفاية والمهارة، فإنهم يهملون علاقاتهم الاجتماعية مع أسرهم ويتحولون إلى مثابرين لا يملون من القيام بنشاطاتهم وأعمالهم المختلفة، ويمكن القول باختصار: إذا أتقن الطفل في هذه المرحلة المهمات الأكاديمية المدرسية فسوف يطور شعورا بالمثابرة، أما إذا لم يتقن هذه المهمات فسوف يطور شعورا بالنقص (أبو غزال، 2015، ص 83).

المرحلة الخامسة: مرحلة الهوية مقابل غموض الهوية (12-20 سنة):

يمر بها الأفراد خلال سنوات المراهقة، وفي هذه المرحلة يواجه الأفراد مهمة البحث عن ذواتهم. (من أنا؟ وما هدفي في الحياة؟ وإلى أين أذهب؟ وإلى أين تتجه؟) كما يواجه المراهقون أدوارا جديدة متعددة ومواقف تخص الراشدين، مهنية وعاطفية على سبيل المثال (شريم، 2009، ص 49).

يرتبط ظهور أزمة الهوية مقابل اضطراب الدور Identity Vs. Role Confusion بشكل أساسي بمرحلة المراهقة وبدايات الشباب وما يرتبط بها من تغيرات بدنية ونفسية وأيضاً ما يترتب على ذلك من توقعات اجتماعية ويرتبط تحقق الهوية بحل أزمت النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق يشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة محددة لتجريبها

واختبارها، ويفضي تحقيقها إلى إحساس المراهق بالتفرد Individuality، والوحدة والتآلف الداخلي Wholeness and Synthesis Inner، والتماثل والاستمرارية Continuity Sameness and Inner and المتمثل في إحساس بارتباط ماضيه ومستقبله وإحساسه بالتماسك الداخلي والاجتماعي Social Solidarity (الغامدي، 2010، ص 7).

ومع تحقيق الهوية يكتسب الأنا قوة جديدة تتمثل في التفاني Fidelity، والتي تعني قدرة المراهق على تحديد معنى وجوده وأهدافه في الحياة ووضوح خطته لتحقيق هذه الأهداف. ويترجم التفاني عملياً من خلال الالتزام والولاء بأيدولوجيات محددة يتم اختيارها اختياراً حراً، وذلك على الرغم من التناقضات بين الأنساق القيمية.

وإذا كان هذا الوجه الإيجابي لأزمة النمو في المراهقة فإن اضطراب هوية الأنا يمثل الوجه المظلم المحتمل في حالة الفشل في حل الأزمة إيجابياً كنتيجة لعدم قدرة الفرد على حل التوحدات الطفولية غير السوية والصراعات المؤلمة، ويأخذ اضطراب هوية الأنا شكلين أساسيين من وجهة نظر إريكسون هما:

(1) **اضطراب الدور Role confusion**: حيث يفشل المراهق في خلق تكامل بين توحدات الطفولة مما يؤدي إلى الإحساس المهلhel بالذات بدرجة تقوده للفشل في تحديد وتبني أدوار وأهداف ذات معنى أو قيمة شخصية واجتماعية، ويرتبط ذلك بدرجة عالية من القلق، ومشاعر عدم الكفاية والسلوك الجامد المتعصب وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وسوء علاقاته الاجتماعية، وضعف الالتزام بأهداف وأدوار ثابتة.

(2) **تبني الهوية السالب The adaptation of a negative identity**: يرتبط هذا النمط بدرجة أعلى من الإحساس بالتفكك الداخلي Inner fragmentation لا يقتصر تأثيره على عدم القدرة على تحديد أهداف ثابتة أو تحقيق الرضا عن دوره الاجتماعي، بل ويلعب ذلك دوراً أكثر سلبية في حياة الفرد بصفة عامة، حيث يدفع به إلى ممارسة أدوار غير مقبولة اجتماعياً، ومن ذلك الجنوح وتعاطي المخدرات (بورنان وآخرون، 2017، ص 82).

وتجدر الإشارة إلى اهتمام أريكسون والعديد من الباحثين بتشكيل الهوية، وتمثل وجهة نظر جيمس مارشا أهم المحاولات المعاصرة لترجمة هذا المصطلح إجرائياً، حيث طور نظريته في رتب

هوية الأنا Ego Identity Status معتمداً على فكر أريكسون، محدداً أربع رتب للهوية تصنف تبعاً لمدى خبرة الفرد لكل من أزمة الهوية من جانب، والالتزام Commitment بما يصل إليه الفرد من قرارات من جانب آخر، وتشمل الرتب الأساسية التالية: (الغامدي، 2010، ص 8)

• **تحقيق هوية الأنا Ego Identity Achievement:** يمر المراهقون في أزمة تتمثل في أخذ بعض الاختبارات بخصوص الهويات الممكنة، واختيار الصورة التي يريد المراهق أن يكون عليها، والقيم التي يتشربها. ويعتقد جيمس مارشا أنه ليس بإمكان أي فرد أن يصل إلى هذه المرحلة فالبعض لا يصل إلى هذه المرحلة إلا في سنواته المتأخرة (الريماوي، 2008، ص 80).

ويتم تحقيق الهوية نتيجة لخبرة الفرد للأزمة، ثم التزامه الحقيقي بما تم اختياره من جانب آخر ويعتبر تحقيق هذه الرتبة مؤشراً للنمو السوي، إذ ترتبط بسمات الشخصية الإيجابية كتقدير الذات والتوافق النفسي والقدرة على مواجهة المشكلات المختلفة، والمرونة والانفتاح، ونضج العلاقات الاجتماعية والنمو المعرفي والأخلاقي (الغامدي، 2010)، أي أن تحقيق الهوية يشير إلى خبرة الفرد من أزمة هوية الأنا والالتزام بما يتم الوصول إليه من خيارات.

• **تعليق هوية الأنا Ego Identity Moratorium:** ويكون المراهقون في منتصف الأزمة وهنا تعلق الاختبارات لأنهم يتجاوزون مرحلة استكشاف الهوية، والقيم والجماعات الاجتماعية (الريماوي، 2008).

ويمثل التعليق فترة ضرورية قبل التحقيق، إلا أن استمرارها لفترة أطول مما هو متوقع مؤشر على الاضطراب، حيث يفشل الفرد في اكتشاف هويته وتستمر خبرته للأزمة دون الوصول إلى قرار نهائي والتزام حقيقي بخيارات محددة، وكنتيجة لذلك يخبر الفرد في هذه الرتبة درجة عالية من القلق ومشاعر الذنب (الغامدي، 2010، ص 9).

هذه الفترة تتصف باعتبارها الوقت الذي يتأخر فيه التزام الفرد بأي من أهداف وبيديولوجية الراشدين. وتتصف حالة تأجيل الهوية بما يلي:

- إنها مرحلة نمو من خلالها لم تتكون بعد أية التزامات، فالهوية إما أنها لم تتكون أو أنها لم تستكشف.

- إنها مرحلة المشكلات غير المحلولة.

- في هذه الحالة يكون العضو فاعلا نشطا في كفاحه للإجابة عن أسئلة تتصل بهويته الشخصية، وفي الاستكشاف والبحث وتجريب أدوار مختلفة.

- هذه المرحلة متطلب مسبق وضروري لاكتساب الهوية.

ويذهب مارشا إلى أن الفرد بعد أن يخبر حالة التأجيل النفسي وبعد أن يستكشف الهوية وقضاياها وأزماتها يبدأ يطور التزامات شخصية دائمة. وعندئذ نقول أن الفرد اكتسب هويته (الريماوي، 2008، ص 82).

• **انغلاق هوية الأنا Ego Identity Foreclosure**: الانغلاق بغياب الأزمة مع إبداء درجة عالية من الالتزام بما تحدده قوى خارجية كالأسرة أو أحد الوالدين أو المعايير الثقافية والعادات له من أهداف وأدوار. وكنتيجة لهذه المسايرة يلاقي منغلوقا الهوية تقديراً من الكبار بما يعزز هذا التوجه لديهم، ويؤدي بهم إلى افتقاد التلقائية في المواقف الاجتماعية.

وبهذا يشير انغلاق هوية الأنا إلى غياب أزمة الأنا مع إظهار التزام الفرد بما حدد له من أهداف وأدوار.

• **تششت (تفكك) هوية الأنا Ego Identity Diffusion**: يرتبط هذا النمط بغياب كل من الأزمة والالتزام بما شاءت الصدفة أن يمارسوا من أدوار. ويحدث ذلك نتيجة لتلافي الأفراد في هذا النمط للبحث والاختبار كوسيلة للاختيار المناسب، مفضلين التوافق مع المشكلات أو حلها عن طريق تأجيل وتعطيل الاختيار بين أي من الخيارات المتاحة.

ويتسم الأفراد في هذه الرتبة بضعف التوجيه والضبط الذاتي، والتمركز حول ذواتهم وضعف الاهتمام والمشاركة الاجتماعية. كما يخبرون درجة عالية من القلق وسوء التوافق والشعور بعدم الكفاية. هذا يدفع بدوره إلى جمود السلوك وعدم القدرة على اتخاذ القرارات السليمة وإلى كثير من الاضطرابات السلوكية الخطرة كالجنوح وتعاطي المخدرات والاضطرابات النفسية (الغامدي، 2010، ص 9).

ويشير تششت الهوية إلى غياب كل من أزمة هوية الأنا والالتزام في الوقت نفسه إذ لا يستشعر الفرد حاجة للبحث عن معنى لحياته أو أهدافه كما لا يبدو التزاماً أو رضا عن أي من أدواره العرضية التي فرضتها الصدفة.

ويرى إريك إريكسون Erik Erickson أن أحد الصراعات المركزية في الحياة يأتي خلال المراهقة ويتعلق بالسؤال عن الهوية، حيث أنه يرى أن بناء وتحقيق هوية شخصية صحية أمر مهم للصحة النفسية وبهذا يرى أن المراهقة طور حرج من النمو الإنساني، ويصف إريكسون دورة الحياة البشرية كسلسلة تتكون من ثمان مراحل، أو ثمان أعمار تتميز كل مرحلة بصراع نفسي معين يواجه الفرد (موسى، 2004، ص 428).

المرحلة السادسة: مرحلة المودة (الألفة) مقابل العزلة (20- 40 سنة):

يقابلها على مستوى الفاعلية: فاعلية الحب مقابل الحصرية، وتأتي هذه الأزمة في مرحلة الشباب، وترتبط في جزء كبير منها بما تم إنجازه في المراحل السابقة، فمن يتمتع بالهوية ووضوح الأهداف والطرق التي تساعده في تحقيق أهدافه غالباً ما يتمتع بقدرة أكبر على التفاعل مع الآخرين وتعزيز الارتباط بهم، مما يعزز في وعيه الشعور بالحب للآخرين والتفاعل معهم، وبالرغم من تجاوز فرويد للنمو النفس جنسي المنتهي بمرحلة المراهقة إلا أنها لم تخرج عن فكره حيث يشير إريكسون إلى مقولة تستوعب خصائص المراحل الثلاث من نموذج إريكسون إلى مقولة فرويد - بأن أفضل ما يفعله الراشد المتمتع بالصحة النفسية هو أن يحب ويعمل To Love and Work - وهي مقولة تستوعب خصائص المراحل الثلاث من نموذج إريكسون، وينطوي تحت هذا المعنى ما تعنيه أزمة الألفة مقابل العزلة Intimacy Vs. Isolation، حيث يشير المصطلح من وجهة نظر إريكسون إلى القدرة على بناء علاقات حميمية متبادلة مع شخص آخر يكون لديه الإرادة والقدرة على تبادل الثقة بطريقة تجعل لدى كل منهما الإرادة والقدرة على التنسيق بين العمل والإنتاج من جانب والمتعة من جانب آخر، وبهذا المعنى فالألفة والحميمية بهذا المعنى تتسع لتشمل الآخرين كالأصدقاء والزملاء (الغامدي، 2010، ص 34).

وقد أوضح فرويد أهمية الحب والعاطفة، ولاحظ أن المودة بين الناس هي أساس الرغبة الجنسية، وهنا يتحول الطفل من أناني الطفولة ومن البحث عن اللذة إلى راشد واقعي اجتماعي لديه ميول جنسية تدفعه للزواج ورعاية الأطفال (عبد الرحمن، 2001، ص 112).

جدول 5.2

يوضح مرحلة المراهقة بالنسبة لفرويد.

مرحلة المراهقة	مركز الاهتمام	اهتمامات المراهق
المرحلة التناسلية ترافق سن البلوغ.	النضج الجنسي لدى الجنسين	تكوين العلاقات الجنسية.
		وبروز علامات البلوغ.

(Papalia et All, 2010, p.10)

وإن كان ظهور الأزمة مرتبطاً بالانتهاء من مرحلة المراهقة وبدء الشباب بما يوفره من نضج يتناسب مع قدرته على الحب والعمل، فإن تحقيقها يرتبط بسلامة البناء النفسي المكتسب خلال المراحل السابقة وتحديداً تحقيق هوية الأنا، ذلك أن إقامة علاقة حميمة تتضمن مشاركة الفرد لهويته مع أشخاص بهويات مختلفة بما يتطلبه ذلك من تقدم درجة من التضحية، وبالتالي محقق الهوية هم من يستطيعون إقامة علاقات حميمة دون خوف من فقدان هويتهم، وعلى العكس من ذلك فإن ذوي الهوية الضعيفة والهشة لا يظهرون نضجاً كافياً في هذه المرحلة ويخافون مثل هذا الالتزام، مما يدفعهم إلى العزلة والاستغراق الذاتي خوفاً من تهديد مثل هذه العلاقات الحميمة لهويتهم، كما تمثل الظروف الاجتماعية الجيدة عامل محقق إلا أن الحياة المادية المعاصرة وما قادت إليه من ذاتية فردية مادية وتفكك أسري واجتماعي تمثل عائقاً للعلاقات الميمية وتقود إلى العزلة والفردية يمكن أن تقود إلى العدائية.

ويعتمد الحل النهائي لأزمة الألفة على التوازن الإيجابي لخبرة الفرد لقطبي الأزمة، حيث يجب أن تغلب الألفة والحميمية دون تطرف، ومع المرور بالخبرة الضرورية المحدودة من العزلة. وبحل الأزمة يكسب الأنا فاعلية جديدة تتمثل في الحب بمعناه الواسع والذي يشير إلى قدرة الفرد على عزل الاختلافات والتضاد والتناظر الحادث خلال علاقة التناهي المتبادل. ولاشك أن الخلل في أي من المتطلبات السابقة يمكن أن يعيق حل الأزمة مفضياً في بعض الحالات إلى التوجه الغير تكيفي تتسم فيه الألفة بدرجة عالية من التشويش والاختلاط ينخرط الفرد معها في علاقات تبدو قوية وغير مقيدة بسهولة مطلقة من غير عمق في الألفة نفسها، كما يمكن أن يفضي ذلك إلى تبني القطب السلبي ممثلاً في العزلة حيث يعمد الفرد إلى عزل نفسه عن الآخرين وينمي مشاعر الكراهية بدلاً من الحب والصدقة في محاولة تعويضية عن الوحدة التي يعيشها.

وفي اتساق مع نمو الأنا تتطور الممارسات السلوكية لتناسب متطلبات ومكتسبات المرحلة حيث تربط طقوس هذه المرحلة بالارتباط بآخرين أو العضوية في جماعة ما وفقاً للطرق التي توفرها الثقافة لتحديد وتفعيل الاهتمام والعلاقات الإنتاجية، حيث تمكن الفرد من التعاون والتفاعل مع الآخرين. وفي حالة الفشل في تحقيق الأزيمة والذي يقود إلى العزلة يميل الفرد إلى النخبوية في علاقاته، حيث يسعى إلى إحاطة نفسه بمجموعات صغيرة مشابهة له. في التفكير تتسم العلاقات فيها بالتملق وإدعاء التميز الطبقي مفتقدة للعمق أو الحميمية الوجدانية الصادقة، مما يعني فشلها في تحقيقي النمو والاستمرارية بالإحساس بالعزلة (الغامدي، 2010، ص ص 35-36).

أي أن الفشل يؤدي به إلى الشعور بالعزلة والابتعاد قدر المستطاع عن عملية التفاعل مع الآخرين والاستغراق الذاتي الذي يقوده بدوره للوقوع في الأخطاء أو تبني الأدوار السلبية.

المرحلة السابعة: مرحلة الإنتاجية مقابل الركود (40-60 سنة):

تقابل أزمة الإنتاجية مقابل الركود Generativity Vs. Stagnation مرحلة أواسط العمر بما تحمله من مسؤوليات تربية الأبناء والمتضمنة بشكل أوسع الإحساس بالمسؤولية تجاه المجتمع وأجياله القادمة، وتترجم من خلال الإنتاجية والإبداع الذي يخدم هذه الأجيال ويساعد على بقاء المجتمع ويعتمد حل أزمة هذه المرحلة وكسب فاعليته، على طبيعة حل أزمت النمو السابقة وبخاصة أزمتي الهوية والألفة، وحيث أن الاهتمام هو نوع أوسع من الحب غير الأناني الذي لا يتطلب رداً فإنه لا يمكن أن يحقق الحب ذاته، كما أن للمتغيرات الاجتماعية بما تفرضه من توقعات وما توفره من متطلبات للنمو السوي في هذه المرحلة أثرها في حل أزمة الاهتمام (الغامدي، د ت، ص 9).

يقابلها على مستوى الفاعلية فاعلية الاهتمام مقابل الرفض، وتأتي هذه المرحلة في مرحلة النضج العقلي والجسمي، وتقرن مع ظهور المسؤوليات الاجتماعية المترتبة على الموقع الاجتماعي الذي يشغله في حياته بوصفه أباً أو عاملاً وغيرها، فغالباً ما يؤدي به النجاح في الأدوار التي يقوم بها إلى شعوره بالتفاني والرغبة في العطاء والإبداع في العمل، دون اشتراط المقابل (الزغول، 2012، ص 201). ويفضي حل الأزمة إلى كسب الأنا لقوة جديدة تتمثل في الاهتمام Care، ويشير الاهتمام إلى نوع أوسع من الحب والعطاء والتفاني نحو آخرين دون انتظار للرد، ويمثل كسب فاعلية الاهتمام قوة أكبر للأنا، حيث تمكنه من تجاوز التضارب الذي يرتبط بالواجب الذي لا يمكن تعديله أو

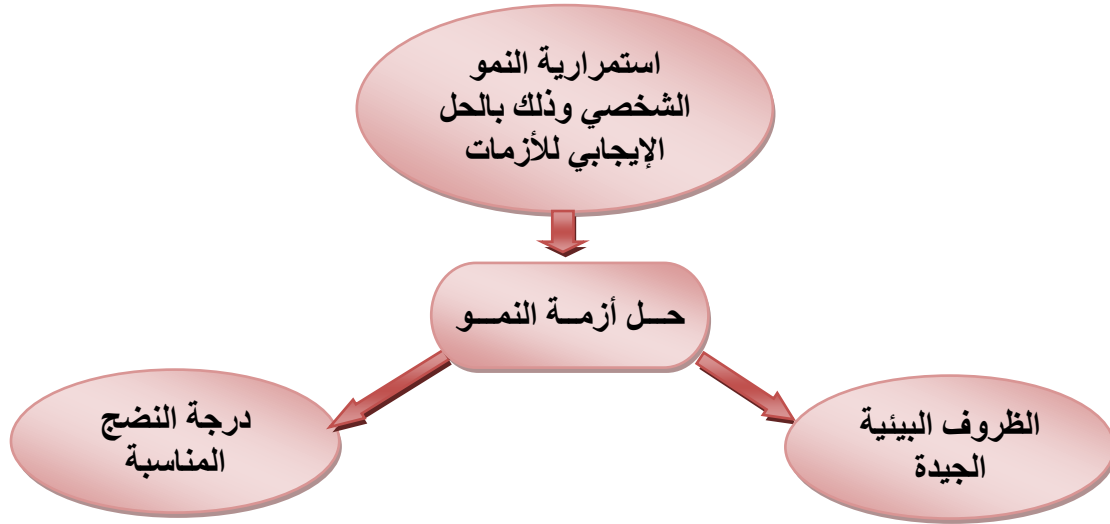
إلغاؤه وعلى العكس مما سبق، فإن الخلل في نمو الأنا خلال المراحل السابقة، وسوء الظروف الاجتماعية يمكن أن تدعم الأناية والتفرد بدلا عن الاهتمام، وهو ما يدفع بالفرد نحو الركود، حيث يفشل الأنا في كسب الفاعلية المتوقعة (الاهتمام)، ويزيد احتمال نمو ضدها المرضي الممثل في الرفض Rejection والذي يعني عدم توفر الإرادة لخدمة الآخرين أو الاهتمام بهم أو رفض ذلك.

المرحلة الثامنة: مرحلة التكامل مقابل اليأس (60 سنة فما فوق):

تقابل أزمة التكامل مقابل اليأس Integrity Vs. Despair مرحلة الرشد المتأخر، بكل ما تحمله من ضعف بدني ومشكلات صحية وضعف الفاعلية العملية والاجتماعية، وبكل ما يعنيه قرب الموت من جانب، وما يعنيه تاريخ الفرد للفرد نفسه، ويحتل تاريخ الفرد أهمية أولية في حل أزمة التكامل، بل ويمثل المصدر الأساسي لقوة وتماسك الأنا في ظل ما تجلبه المرحلة من مشكلات بدنية واجتماعية (الغامدي، د ت، ص 10). يقابلها على مستوى الفاعلية: فاعلية الحكمة مقابل الازدراء، تأتي هذه المرحلة بعد سن التقاعد إذ يتوقف الشعور بالتكامل والثقة بالنفس والاعتزاز بالإنجازات على مدى نجاح الفرد على اجتياز أزمات المراحل السابقة (الزغول، 2012، ص 201).

فإذا ما تم تجاوزها بنجاح اكتسب الفرد ما يعرف بصفة الحكمة التي تؤهله للحكم على الأشياء بتوازن واعتدال كبيرين، مما يمنحه القدرة على مجابهة مشكلاته المتوقعة في مرحلته العمرية القادمة بينما يؤدي الفشل في هذه الأزمة إلى الشعور باليأس والخوف من المستقبل والاضطراب، ورفض الظروف التي يعيشها، والقلق إزاء المشكلات التي يتوقعها في مرحلته العمرية القادمة (الأصفر، 2012، ص 40)، وهنا يميل الأنا إلى تبني الضد المرضي للفاعلية المتوقعة والمتمثل في الازدراء Disdain، والذي يعبر عنه من خلال ردود الأفعال السلبية للفرد على الأحداث والمشاعر والآخرين والتي تظهر درجات متزايدة من الاضطراب والعجز والشعور بالانتهاء، نتيجة لاضطراب الأنا خلال فترات الحياة السابقة، وبالتالي فشل في تحقيق الفرد لأهدافها أو غياتها (الغامدي، د ت). إن هذا المنظور الاريكسوني مبني على تفاعل الأنا مع البيئة المحيطة بها فكل مرحلة من مراحل العمر تتطوي في ثناياها على عناصر الصراع بين الأنا والآخر، والخصائص التي تحملها الشخصية في كل مرحلة، إنما هي نتاج لعملية التفاعل المشار إليها في المراحل السابقة، غير أن هذا التصور على أهميته لا يتطرق إلى موضوع التكيف الذي تمارسه الشخصية على نفسها للتوافق في كثير من الأحيان مع الشروط المحيطة بها، وغير القدرة على تغييرها، ذلك أن الأنا لا تتفاعل مع البيئة

المحيطة في كل مرحلة من مراحل نموها تفاعلاً ألياً مبنياً على الصراع وتوكيد الذات فحسب بل تعمل على تكييف نفسها وتغيير طبيعتها عندما تجابه شروطاً موضوعية قاسية لا تستطيع تجاوزها وفي هذه العملية بالذات تكمن عملية التوافق بين الأنا والآخر (بورنان، وآخرون، 2017، ص 84). والشكل الموالي يبين أن قدرة الأنا على حل أزمات النمو بطريقة إيجابية.



شكل 2.2 يوضح العوامل التي تساعد على حل الأزمة.

من هذا المنطلق حاول حسين الغامدي تفسير العلاقة بين النمو النفسي للأنا وتعاطي المخدرات، فقد افترض في البداية بناء نموذج تحليلي يعتمد على نظرية إريكسون في نمو الأنا وفسر ديناميكية الإدمان مفترضاً تأثير الظروف الاجتماعية السيئة في نمو الأنا بدرجة تعيق حل أزماته وكسب فاعليته المختلفة، مما قد يقود إلى التعاطي في حال توفر ظروف التعاطي والذي قد يتحول إلى إدمان، مما يحيله إلى عامل سببي مباشر كنتيجة للاعتماد الفسيولوجي والنفسي على المخدر وغير مباشر حيث يزيد من سوء الظروف الاجتماعية السيئة وتشكيل هوية الأنا لدى عينة من المدمنين نزلاء مستشفى الأمل، وقد تبين من نتائجها معانات المتعاطين من ظروف اجتماعية سيئة واضطراب نمو الأنا ممثلاً في اضطراب وتشتت الهوية خلال المراهقة مقارنة بالعاديين. بهذا فقد قدم إريكسون نظرة شاملة للنمو الإنساني تغطي كامل مراحل الحياة (أنظر الجدول 6.2 والجدول 7.2) ولقد حدد فيها حاجات ومطالب كل مرحلة مبينا نتائجها الإيجابية التي تدفع النمو نحو السواء، كما حدد النتائج السلبية التي تعيق النمو.

جدول 6.2

النمو النفس إجتماعي للأنا وفق مبدأ التطور المتعاقب.

8								التكامل مقابل اليأس
7	أساسيات أزمات المراحل الثلاث التالية لأزمة الهوية بعد إعادة تشكيلها خلال مرحلة المراهقة						الإنتاجية مقابل الركود	
6						الآلفة مقابل العزلة		
5	رؤية زمنية ما اضطراب زمني Temporal perspective vs confusion. Time	تأكيد الذات مقابل مراقبة الذات Self - v..Self Consciousness	تجريب الأدوار ثبات الدور Role Experimentation Role v . Fixation	التمرن مقابل ركود العمل Apprenticeship v. Work Paralysis	الهوية مقابل اضطراب الهوية	الاستقطاب الجنسي مقابل اضطراب الجنسية الثنائية Sexual Polarization v. Bisexual Confusion	الالتزام الأيديولوجي مقابل اضطراب القيم Ideological commitment v. confusion of values	الالتزام الأيديولوجي مقابل اضطراب القيم Ideological commitment v. confusion of values
4				الإنجاز مقابل التأخر	تعريف الذات بالمهام مقابل الشعور بعدم الجدوى Task Identification v. Sense of Futility			
3	مراحل النمو من منظور تطوري		المبادرة مقابل الذنب		توقع الأدوار مقابل إعاقاة الدور Anticipation of Roles v. Role Inhibition			
2		الاستقلالية مقابل الخجل والشك	جميع الخلايا الفارغة أدنى من المرحلة تعبير عن تطور الأساس بعد إعادة تشكيله مع التقدم في مراحل النمو السابقة لها		الإرادة ليكون الفرد نفسه مقابل الشك بالذات Will to be Oneself Doubt- v.Self	تطور الهوية من المرحلة الأولى إلى الرابعة بل ظهورها كأزمة نمو في المراهقة		
1	الثقة مقابل عدم الثقة				الاعتراف المتبادل مقابل الانعزال التوحدي Mutual Recognition v. Autistic Isolation			
	1	2	3	4	5	6	7	8

جدول 7.2

النمو النفس إجتماعي للأننا وفق مبدأ التطور المتعاقب.

8	<p>الخلايا الفارغة فوق كل مرحلة تعني إعادة تشكيل الحلول بعد تحقيق الأزمة التالية وتصور تكوينها في الكلية الجديدة المنبثقة عن حل الأزمة. مثلاً 1-2 تفترض ما تكون عليه الثقة في المرحلة الثانية، و 3-1 تفترض ما تكون عليه الثقة في المرحلة الثالثة بعد تحقيق أزمة المبادرة</p>				التكامل مقابل اليأس			
7					الإنتاجية مقابل الركود			
6	<p>إعادة تشكيل الحلول السابقة مع تحقق الهوية</p>				الألفة مقابل العزلة			
5	<p>رؤية زمنية مقابل اضطراب زمني Temporal perspective vs. Time Confusion</p>	<p>تأكيد الذات مقابل مراقبة الذات Self-Certainty v. Self-Consciousness</p>	<p>تجريب الأدوار مقابل ثبات الدور Role Experimentation v. Role Fixation</p>	<p>التمرن مقابل ركود العمل Apprenticeship v. Work Paralysis</p>	<p>الهوية مقابل اضطراب الهوية</p>	<p>الاستقطاب الجنسي مقابل اضطراب الجنسية الثنائية Sexual Polarization v. Bisexual Confusion</p>	<p>القيادة والتبعية مقابل اضطراب السلطة Leader-and Followership v. Authority Confusion</p>	<p>الالتزام الأيديولوجي مقابل اضطراب القيم Ideological commitment v. confusion of values</p>
4	<p>مراحل النمو من منظور تطوري</p>				<p>الإنتاج مقابل التأخر</p>	<p>تعريف الذات بالمهام مقابل الشعور بعدم الجدوى Identification Task v. Sense of Futility</p>	<p>أساسيات أزمات المراحل الثلاث التالية لأزمة الهوية بعد إعادة تشكيلها خلال مرحلة المراهقة</p>	
3					المبادرة مقابل الذنب	<p>توقع الأدوار مقابل إعاقه الدور Anticipation of Roles v. Role Inhibition</p>		
2	<p>الاستقلالية مقابل الخجل والشك</p>	<p>جميع الخلايا الفارغة أدنى من المرحلة تعبر عن تطور الأساس بعد إعادة تشكيله مع التقدم في مراحل النمو السابقة لها</p>		<p>الإرادة ليكون الفرد نفسه مقابل الشك بالذات Will to be Oneself v. Self Doubt</p>	<p>تطور الهوية من المرحلة الأولى إلى الرابعة بل ظهورها كأزمة نمو في المراهقة</p>			
1	<p>الثقة مقابل عدم الثقة</p>					<p>الاعتراف المتبادل مقابل الانعزال التوحدي Mutual Recognition v. Autistic Isolation</p>		
	1	2	3	4	5	6	7	8

(الغامدي، 2010، ص ص 12-14)

- وبناء على ما سبق نستطيع تلخيص أفكار نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا لإريكسون في ما يلي:
- تهتم النظرية بدورة حياة الفرد أي كل مراحل الحياة من الميلاد حتى الوفاة، وقد قسمها إلى ثمان مراحل، بحيث ينمو ويتطور الأنا خلالها ويكتسب فاعليات مختلفة.
 - تهتم النظرية بالدور الفعال للأنا مقارنة بفكر فرويد، وأعطت أهمية للعوامل الاجتماعية الثقافية.
 - تعطي النظرية أهمية كبيرة لتشكل الأنا في مرحلة المراهقة وكيفية حل أزمته.
 - تتميز كل مرحلة من مراحل النمو النفس اجتماعي بأزمة تحتاج إلى حل وأمام الأنا قطبين إما الايجابي أو السلبي حسب ما تقدمه البيئة، والأزمة هي نتاج التطور والنمو، كما أن ظهورها هو إشارة لبداية كل مرحلة، ومد قدرة الأنا على الانتقال إلى المرحلة الموالية.
 - حدد إريكسون لكل أزمة قطبين (ايجابي وسلبي)، تؤدي طريقة حلها إلى تطور الأنا واكتساب الفاعلية المرتبطة بالمرحلة، والحل الايجابي أو السليم يتطلب الموازنة بين القطبين مع غلبة القطب الايجابي حسب إريكسون، في حين أن غلبة القطب السلبي أو التبني المتطرف للقطب الايجابي يعيق نمو الأنا.
 - يخضع النمو بصفة عامة حسب النظرية إلى مبدئين أساسيين هما: مبدأ التطور والانبثاق المتعاقب، ومبدأ إعادة التشكل، بحيث يشير مبدأ التطور والانبثاق المتعاقب إلى أن النمو يسير وفق خطة مسبقة أي أن الأزمات والفاعليات لها أساس مسبق منذ الميلاد، ويشير مبدأ إعادة التشكل إلى أن مكتسبات الأنا تخضع لإعادة التشكل خلال دورة الحياة، مشكلة بذلك بنية نفسية جديد تعتمد على المكتسبات السابقة -التوحدات- وطبيعة حل الأزمة الآنية.
- يرى إريكسون أن عملية النمو عملية مستمرة وقابلة للتعديل في أي مرحلة ويؤمن بإمكانية حل أو إعادة حل أي أزمة من أزمات النمو خلال مراحل دورة الحياة، ويحدث كل هذا في إطار التفاعل بين العوامل البيولوجية والاجتماعية متمثلة في المطالب المجتمع والتاريخ النفسي الذي يفضي إلى تحديد مسار النمو النفس اجتماعي للفرد.

10.2- النمو النفس إجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات:

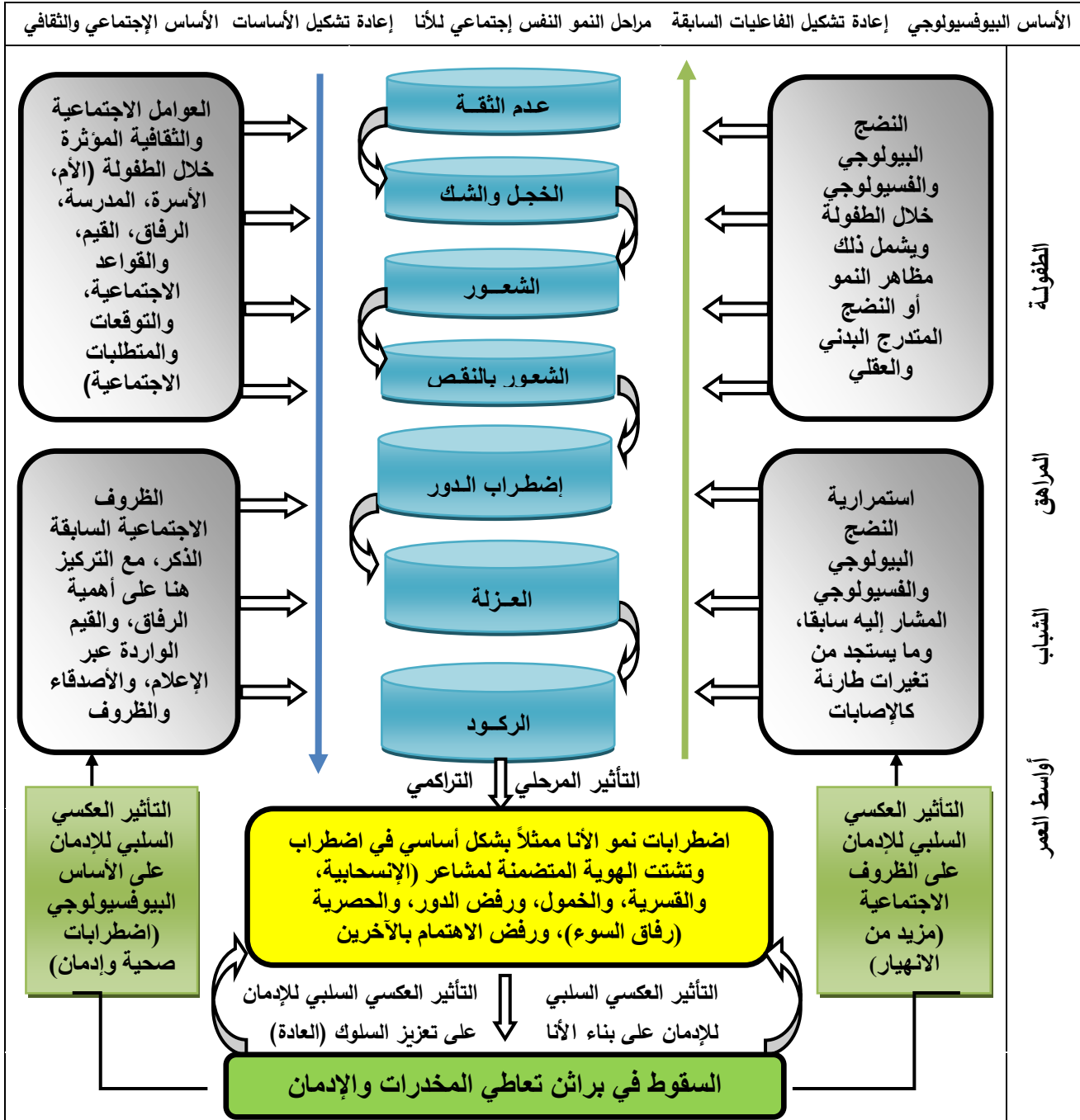
تعتبر نظرية النمو النفس اجتماعي للأنا من النظريات المعاصرة التي فسرت حدوث عملية النمو عبر مراحل متعاقبة على خلاف فرويد Freud كما ذكرنا سابقاً. وقد حاول الكثير من العلماء والباحثين تفسير الكثير من الظواهر والمشكلات النفسية والسلوكية انطلاقاً من الارتقاء الذي تكلم عنه

إريكسون و دور "الأنا" في ذلك باعتبارها قوة فاعلة في شخصية الفرد من خلال قدرتها على حل أزمات النمو، وكسب فاعليات جديدة، إلا أن موضوع النمو النفس إجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لم يحظى بدراسات كثيرة خاصة في العالم العربي عدا الدراسات التي قام بها حسين عبد الفتاح الغامدي" الذي أعطى لنا نموذجاً مبسطاً يفسر فيه هذه العلاقة.

فمع كل مرحلة ينتج بناء جديد ينتج عن التفاعل بين الأنا في بنيته السابقة والمتغيرات الاجتماعية والبيوفسيولوجية الجديدة، كما يخضع الأنا لعملية إعادة التشكل لبنيته السابقة في ضوء التغير المرهلي مفضياً إلى بنية أو وحدة جديدة للأنا تتضمن التوجهات السابقة ولكنها ليست أيّاً منها ووفقاً للنموذج فإن الحلول السلبية للأنا تتضمن الحلول السلبية لأزمات الأنا في مراحل النمو المختلفة والممثلة تسلسلياً في (فقدان الثقة، الخجل والشك، الشعور بالذنب، الشعور بالنقص، اضطراب الهوية والدور، العزلة، الركود، واليأس)، وما يثمر عنها من أضرار عصبية للفاعليات أو ما يمكن أن نطلق عليها القوى السلبية للأنا وتشمل (الإنسحابية، القسرية، التثبيط، الكبح، الخمول، رفض الدور الحصرية، الرفض، الأزراء).

حيث أن أزمة الهوية تمثل أزمة المراهقة ولكنها أزمة محورية مدى الحياة، كما أنها تعتمد على الحلول السابقة وتشكل ما بعدها، وحيث أن الهوية تعني أن يجد الفرد معنى لذاته وحياته من خلال الأدوار الاجتماعية المناسبة، فإن اضطرابها يعني اضطراب الفرد في تحديد أدواره وتبني أدوار سلبية أو فقدانها تماماً "أنا لا شيء" I am no body. وترتبط في هذه الحالة بالعديد من الاضطرابات العصبية يمكن أن تكون ثمرة لهذه القوة السالبة ومن ذلك على سبيل المثال مظاهر سوء التوافق الاجتماعي والنفسي والأعصاب المختلفة كالقلق والاكتئاب، ومفهوم الذات السالب، ومعتقدات الكفاية المتدنية، واتجاه الضبط الخارجي أو الداخلي السلبي، بل وربما يصل الأمر إلى حد الاضطرابات الذهانية وخاصة بعد مرحلة الإدمان... الخ (الغامدي، د ت، ص 21). ويرى الغامدي بأن نظرية إريكسون في نمو الأنا وبالتحديد خلال مرحلة تشكل الهوية في مرحلة المراهقة وبدايات الشباب أحد النظريات الأساسية في تفسير السلوك الجانح كتعاطي المخدرات، حيث يربط إريكسون (1963-1968) Erikson بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة وكثير من الاضطرابات السلوكية - بما فيها العدوان والجنوح وتعاطي المخدرات، وهذا ما أكدته نتائج الكثير من الدراسات الغربية الميدانية في هذا المجال بأن انخفاض نسبة محققى هوية الأنا وارتفاع نسبة مشتتي الهوية بشكل خاص بين

المتعاطين وغير المتعاطين (الغامدي، 2010، ص 1). والشكل الموالي يوضح لنا أثر البناء النفس إجتماعي للأنا من وجهة نظر التحليلية المعاصرة (إريكسون) على تعاطي وإدمان المخدرات (الغامدي، د ت، ص 21).

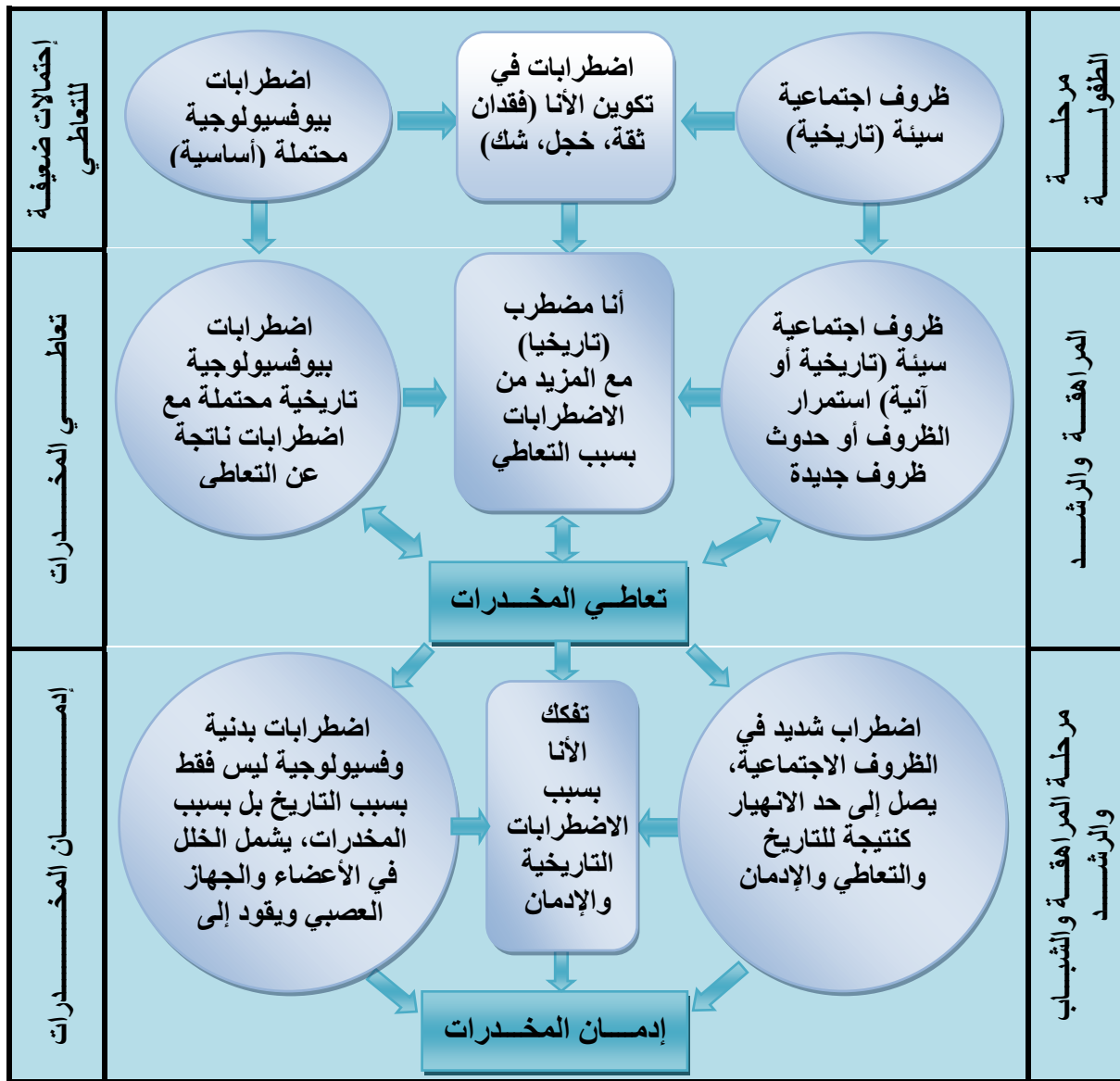


شكل 3.2. يوضح أثر البناء النفس إجتماعي للأنا من وجهة نظر التحليلية المعاصرة (إريكسون) على تعاطي

وإدمان المخدرات

ويبين لنا الشكل (3.2) أن تشكل الأساسات المتمثلة في العوامل البيولوجية والنفسية والإجتماعية والثقافية وإعادة تشكل الفاعليات المختلفة لكل مرحلة كما هو مبين في الشكل، يلعب دورا كبيرا في حل أزمت النمو (النفس إجتماعي) وأن اضطراب هذه العوامل خلال هذا التشكل يلعب دوراً هاماً في تبني الحل السلبي المتمثل في التعاطي على المخدرات خاصة في مرحلة تشكل الهوية – المراهقة بداية الشباب.

ويفسر أيضاً حسين عبد الفتاح الغامدي حدوث التعاطي في علاقته بالنمو النفس إجتماعي بشكل مختصر كما هو موضح في الشكل (4.2) التالي: (الغامدي، د ت، ص 20)



شكل 4.2. يوضح أثر البناء النفس إجتماعي للأننا من وجهة نظر التحليلية المعاصرة على تعاطي المخدرات.

ويبرز لنا الشكل (4.2) أن الظروف الاجتماعية والبيولوجية المضطربة تنتج أنا Ego مضطرباً بالرجوع إلى تاريخ تشكله، وأن الإستمرار في الإضطراب دون قدرة الأنا على حل أزماتها يسبب التعاطي الذي بدوره يؤثر على فسيولوجيا جسم الإنسان والظروف الاجتماعية والنفسية للفرد تصل به إلى مرحلة الإدمان.

كما أن الاضطراب في نمو الأنا خلال المراحل التالية يبقى مستمرا، ولا شك في أن هذا الاضطراب يزداد حدة مع سوء الظروف الاجتماعية والاقتصادية المشار إلى أنماطه سابقاً خلال هذه المرحلة، وكنتيجة لذلك يصبح التعاطي والإدمان واحدا من الاحتمالات الكبيرة التي يمكن أن يكون مضطربو الهوية ضحية لها. وقد قدم لنا حسين عبد الفتاح الغامدي النموذج (شكل 3.2) الذي يفسر فيه علاقة النمو النفس إجتماعي للأنا خلال مراحل الثمانية بتعاطي المخدرات.

خلاصة:

بعدما تطرقنا في هذا الفصل إلى نظريات التحليل النفسي بداية من أفكار سيقموند فرويد الذي نظر إلى السلوك الإنساني بأنه سلوك تحركه الغريزة التي تحتاج إلى إشباع، والتي تكون السبب في ظهور السلوك الخاطئ الغير سوي، وجاء بعدها إريك إريكسون ليعطي وجهة نظر أخرى في تفسير سلوكيات الإنسان وذلك بتركيزه على الأنا كقوة تحكم في الشخصية، وأن الفرد كلما استطاع حل أزمات النمو النفس إجتماعي للأنا كلما اكتسب فاعليات جديدة تساعده على حل الأزمات الموائية.

ولهذا فإن إريكسون قد خرج من الرؤية التفسيرية البيولوجية للسلوك الإنساني وأعطى لنا نظرة تكاملية للشخصية تركز على ثلاث عوامل هي العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية، وبهذا فإن وجهة النظر التفسيرية الجديدة للسلوك التي قدمها لنا إريكسون تساعد كل باحث في هذا المجال على تفسير المشكلات والظواهر النفسية وفهمها، كما أنها اهتمت بجميع مراحل النمو الإنساني وتطوره، لذا تحاول هذه الدراسة تفسير علاقة النمو النفس إجتماعي للأنا بتعاطي المخدرات.

الفصل الثالث

سيكولوجيا التعاطي

تمهيد

- 01.3- لمحة عن انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات.
- 02.3- مفهوم التعاطي.
- 03.3- مفهوم تعاطي المخدرات.
- 04.3- بعض المفاهيم المرتبطة بتعاطي المخدرات.
- 05.3- الفرق بين التعاطي والإدمان.
- 06.3- أنواع التعاطي.
- 07.3- خصائص التعاطي.
- 08.3- مراحل تعاطي المخدرات.
- 09.3- العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات.
- 10.3- النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات والإدمان عليها.
- 11.3- طرق التعاطي.
- 12.3- كيفية التعرف على المتعاطي والمدمن.
- 13.3- أفكار ومعتقدات شائعة حول التعاطي.
- 14.3- دور تعاطي بعض المواد المخدرة في إحداث العنف والجريمة.

خلاصة

تمهيد:

يواجه الإنسان خلال حياته مشكلات عديدة، قد تقوده إلى تدمير ذاته ومن حوله، ومن بين أشد هذه المشكلات خطورة هي مشكلة تعاطي المواد المخدرة، هذه الآفة التي ظهرت منذ القدم كاحتياج لتقويم وتعديل السلوك الإنساني، ومع إساءة الإنسان لاستعمال تلك المواد أصبحت تشكل خطراً على صحته النفسية والعقلية والجسمية، وذلك الخطر لا يقتصر على الفرد في حد ذاته بل ينتقل إلى المجتمع، حتى أصبحت ظاهرة مستقلة من خلال ما سببته من كوارث بشرية (الجرائم بمختلف أنواعها اغتصاب، عنف، سرقة، قتل...)، والشيء الملاحظ أن انتشار هذه الظاهرة لا يزال في تزايد مستمر خاصة مع التطور العلمي والتكنولوجي الحاصل في مجتمعنا.

وبالرغم من الجهود المبذولة من قبل المهتمين بمكافحة هذه الظاهرة، إلا أن البعض يرى أن سلوك التعاطي يتمخض عن عوامل اجتماعية قاهرة تدفع بالفرد إلى هذا السلوك، ومنهم من فسرها أنها ظاهرة نفسية لجأ لها البعض للتخلص من الضيق والتوتر والصراع والإحباط، وهناك من أرجعها إلى عوامل بيولوجية تخص تركيبة كل فرد، ومنهم من أجمع بين هذه العوامل كون التفسير صعب لأنها نتاج عوامل عديدة تؤثر في بعضها البعض لإنتاج هذا السلوك.

سنحاول في هذا الفصل عرض أهم التعريفات لتعاطي المواد والعقاقير المخدرة، وبعض المفاهيم المتعلقة به، وأهم النظريات النفسية التي فسرتة.

01.3- لمحة تاريخية عن انتشار ظاهرة تعاطي المواد المخدرة:

إن علاقة الإنسان بالمخدر علاقة قديمة، فقد استخدمت على مر العصور كمحاولة للتخلص من الآلام والضغط، ولذلك فليس من المستغرب أن نجد أن ظاهرة الإدمان تعد من الظواهر التي يعاني منها عديد المجتمعات، معانات تختلف في حداثتها تبعاً لسعة وحجم هذه الظاهرة، وكذلك تختلف في طريقة النظر إليها وأساليب التعامل معها باختلاف الثقافات والمعايير (عبد الوهاب، 2017، ص 25).

وقد جاء في تقرير هيئة الأمم المتحدة لأعوام (83، 84، 85) أن انتشار سوء استعمال المواد يتزايد العام تلو الآخر مهدداً بذلك أعداداً متزايدة من الأشخاص...، كما أن انتشار مواد التعاطي في

العالم بعد الكحول هو الحشيش بأنواعه، فهناك (141) مليون نسمة في العالم يتعاطون الحشيش، ويليهم متعاطو الحبوب المنشطة مثل الأمفيتامين ويمثلون (30) مليون نسمة في العالم ويليهم متعاطو الكوكايين ويصل عددهم إلى (13) مليون نسمة في العالم، أما الهيروين فإن عدد من يتعاطونه يصل إلى (8) ملايين (الغول، 2011، ص 18).

فمشكلة تعاطي المخدرات تعتبر ظاهرة محلية وعالمية، خاصة بعد وقوع كثير من الشباب في هذه العادة، ووفقاً لبيان منظمة الصحة العالمية يصل عد المدمنين في العالم إلى (162) مليوناً وفق إحصاءات عام (1990)، ويعد "الحشيش" أكثر المواد استعمالاً في العالم بمعدل (33) مليون حالة منهم مليون متعاطي في مصر وحدها. فقد أبلغ (134) بلداً إقليمياً عن وجود مشكلة بتعاطي المخدرات في التسعينيات، لدى الفئة العمرية من (15-30) عاماً، وحسب تقديرات مكتب الأمم المتحدة لمكافحة المخدرات، فقد بلغ عدد الأشخاص الذين استهلكوا عقاقير غير مشروعة في أواخر التسعينيات (180) مليون شخص، أي بنسبة (42%) من الأشخاص البالغ عمرهم (15) عاماً (الهورنة، 2018، ص 23)، وقد ذكر بيان هيئة الصحة العالمية عام (2003) أنه يوجد بالعام نحو (192) مليون مدمن، وبين تقرير الأمم المتحدة الصادر عام (2004) أنه يوجد نحو (400) ألف مدمن للهيروين في البلاد العربية (الباسوسي، 2007، ص ص 6، 10).

وتشير التقارير إلى أن عدد متعاطي المخدرات كان في عام (2010) بين (15.5 و 38) مليون، أو بين (10-13%) من التقدير العالمي لجميع متعاطي المخدرات، بينما في عام (2008) ووفقاً لمرجعية المجموعة إلى الأمم المتحدة بشأن فيروس نقص المناعة البشرية، وتعاطي المخدرات باستخدام الحقن كان هناك ما يقدر بنحو (16) مليون شخص من الذين يستخدمون المخدرات المحقونة وقد ظلت كل من هذه التقديرات مستقرة في الأساس (World Drug Report, 2012, p. 07).

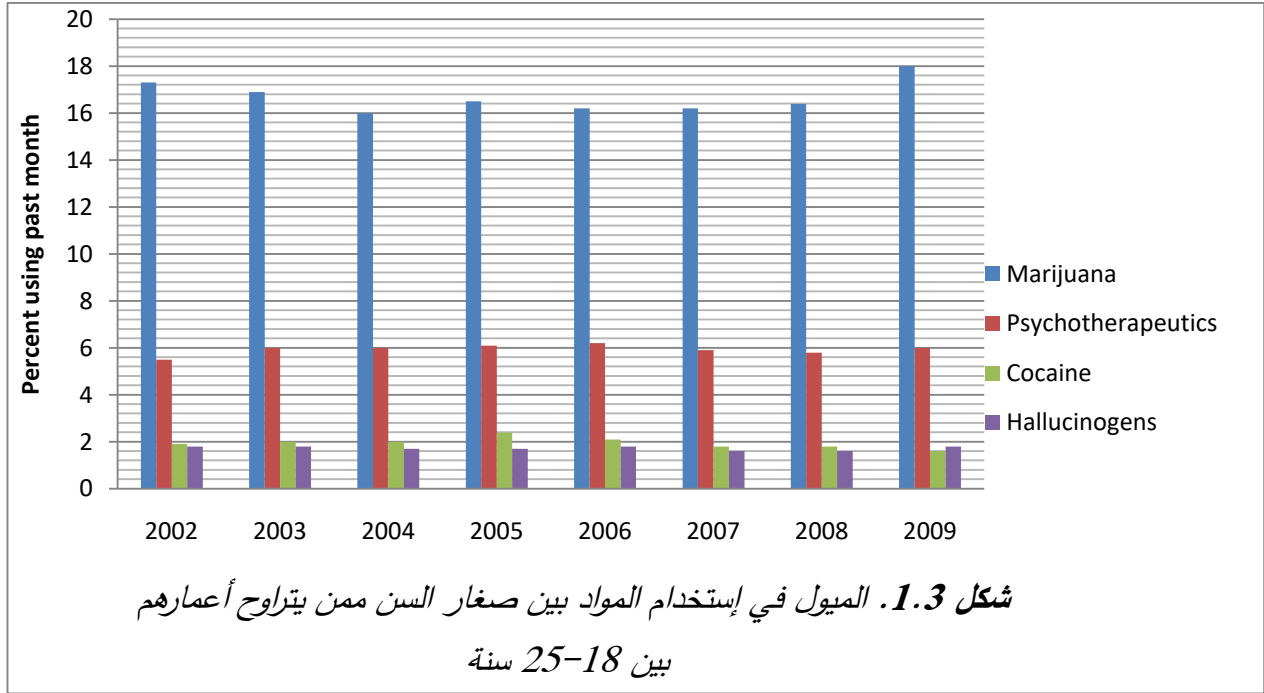
كما تشير التقارير إلى أنه في عام (2012)، بين (162 و 324) مليون شخص، أي ما يعادل ما بين (3.5 و 7.0%) من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين (15-64) وقد استخدموا المخدرات غير المشروعة - والتي تتمثل في القنب، المواد الأفيونية والكوكايين أو المنشطات - مرة واحدة على الأقل (World Drug Report, 2014, p. 03).

وفي بعض بلاد أوروبا تتراوح النسبة بين (11% - 23%) لطلبة المدارس الثانوية الذين يتعاطون المخدرات، وفي الهند أجرى قسماً في إحدى الجامعات مجموعة من البحوث على طلبتهم، فوجدوا أن (5%) من مجموع الطلبة يتعاطون الحشيش بانتظام بينما (50%) من الطلبة الذكور و(8%) من الطالبات الإناث يتعاطون مرة على الأقل، مع العلم أنه يوجد استعمال تقليدي بين الجماعات في الهند إلا أن ظهور استعمال الحشيش في جامعاتها يعد أمراً جديداً، وتشير البحوث التي أجريت على المخدرات إلى حقيقة مؤداها أن معظم المتعاطين أو المدمنين هم من فئات الشباب الذي ينادي بفلسفات معينة وأصبحت المخدرات مؤشراً هاماً في توجيه سلوك بعض الأفراد من الشباب.

أما فيما يتعلق بالدول الأخرى فهناك ازدياد مستمر في عدد الأفراد الذين يستخدمون المخدرات مثلاً اليابان وخاصة بعد الحرب العالمية الثانية، وإن أبعاد المشكلة في الولايات المتحدة الأمريكية تظهر بوضوح في أعداد المدمنين المسجلين في الوكالة (العاسمي، 2016، ص 485).

ويتبين من الدراسات الوبائية أن أكبر الدول والعواصم انتشاراً لتعاطي المخدرات وخاصة من طرف الأطفال هي مدينة نيويورك، وهي من أكبر المدن الأمريكية إدماناً على المسكنات حيث تصل نسبة الإدمان بها إلى (50%) من مجموع السكان، ومدينة المكسيك تصل نسبة الإدمان بها إلى (61%) من مجموع السكان، وإذا أضيفت مدينة ديترويت فإن نسبة المدمنين تصل إلى (67%) من مجموع السكان الذين يحدث لهم الألم النفسي والحسي على المسكنات (الغول، 2011، ص ص 22، 23).

وفي عام (2009) وجد أن حوالي (17) مليون من الأفراد ممن تأتي أعمارهم أكبر من (12) سنة، قد ذكروا أنهم يتعاطون الماريجوانا، وأنها أكثر انتشاراً بين هذه الجماعات العمرية، وبالنظر في الشكل رقم (1.3) الخاص ببيانات الاستخدام للراشدين الصغار من عام (2002) وحتى عام (2009)، يلاحظ انتشار الماريجوانا بشكل أكبر بين الذكور مقارنة بالإناث، بمعدل حوالي مرتين (8.6%) للذكور و(4.8%) للإناث.



(كرينج، جونسون، ديفيسون، نيل، 2017، ص 579)

ويرى فتحي عيد أن منطقة شمال إفريقيا والشرق الأوسط تعاني من زيادة تعاطي الهيروين بالحقن، كما أن الاشتراك في معدات الحقن الملوثة بين المتعاطي بالحقن أصبح طريقة رئيسية من طرق الإصابة بالإيدز، وأعلى معدل للإصابة به هي في ليبيا وتبلغ نسبة (90%) من مجموع المصابين بالإيدز في الحالات التي تم التعرف فيها على وسيلة انتقال المرض (الأصفر، 2012، ص 99). كما تشير التقديرات إلى أن الانتشار العالمي لالتهاب الكبد كان عدوى (C) بين متعاطي المخدرات بالحقن في عام (2010) بـ (46.7%)، أو نحو (7.4) ملايين شخص يتعاطون المخدرات عن طريق الحقن مع إصابة التهاب الكبد (C) في جميع أنحاء العالم "على أساس البيانات استقراء من 54 بلداً"، في حين أن الانتشار العالمي لالتهاب الكبد (B) قدرت العدوى بـ (14.6%)، أو نحو (2.3) مليون نسمة متعاطي للمخدرات المصابين بفيروس التهاب الكبد (B) "بناء على البيانات استقراء من (46) بلداً" (World Drug Report, 2012, p. 15).

02.3- مفهوم التعاطي:

يسأل مصري حنورة هل مصطلح تعاطي المخدرات من أنسب المصطلحات إستخداماً خاصة وأن هناك مصطلحات أخرى مثل الإدمان Addiction، والإعتمادية Depondence والإستخدام Usa وسوء الإستخدام Abuse؟، ويرى أن مسألة المصطلح ليست ذات أهمية جوهرية، حيث هناك شبه إتفاق إجرائي على المقصود في الدراسات بمصطلح الإدمان وهو سوء الإستخدام، وهو التعاطي المنتظم دون وصفة طبية من الطبيب، والإعتماد على المخدر وظهور أعراض إنسحابية عند الحرمان منه، ويشير أن الإدمان مرتبط أساساً بنشأة تغيرات في الجسد، حتى أن جير الدين (1986) تؤكد أن هناك عادات مرتبطة بالمخدر يظهر أنها جسمانية، وهذه العادات الجسمانية تسمى إدماناً، فبعد إستخدام عقار معين (مرات متعددة فيما بعد) يتعود الجسم، بحيث أن العقار يصبح جزءاً من التكوين الكيميائي للجسد، وبدون المخدر فإن الإنسان يشعر أن جسده غير عادي.

ويشيع بين كثير من الكتاب العرب أن يستخدموا في هذا الصدد تعبير "سوء استخدام المخدرات" وهذه العبارة ترجمة حرفية للكلمة الإنجليزية Abuse، وعلى ذلك تعد كلمة تعاطي المخدرات ترجمة دقيقة لمصطلح Abuse الذي يعني تناول المتكرر عادة نفسية بحيث تؤدي آثارها إلى عادة الإضرار بمتعاطيها، أو ينجم الضرر عن النتائج الاجتماعية أو الاقتصادية المترتبة عن التعاطي. (الغول، 2011، ص 100).

ويعرف التعاطي لغوياً بأنه أعطى فلانا الشيء: ناوله إياه، وتعاطى الرجل الشيء أي تناوله. (قمر، 2008، ص 11)، وهو تناول المتكرر لمادة مخدرة مما يلحق الضرر بمتعاطيها (World Health Organization, 1988, p. 101). وقد جاء في لسان العرب لابن منظور (2012) "أن التعاطي هو "تناول ما لا يحق ولا يجوز تناوله" (ص 76).

ويعرف فرج أحمد (1971) التعاطي بأنه تناول المادة المخدرة من آن لآخر دون الاعتماد عليها والحاجة إليها، ودون وجود أعراض إنسحابية جسمية أو نفسية، ودون زيادة في كمية المادة المتعاطاة. إلا أنه ما يؤخذ على هذا التعريف اقتصره على تناول العقاقير التي تؤدي إلى الاعتياد فقط وإغفال العقاقير التي تقود إلى الاعتماد Dependence وما يليه ذلك من أعراض إنسحابية في حالة توقف المتعاطي عن التعاطي.

أما مصطفى سويف (1988) يعرف التعاطي بأنه تناول أية مادة من المواد المسببة للاعتماد بغير إذن طبي. وقد ركز على تعاطي المواد المخدرة التي تقود إلى اعتماد بشقيه البدني والنفسي، وهو تعريف قريب من الواقع في عالم المخدرات (غانم، 2006، ص 303).

ومن خلال ما قدم من تعريفات لمصطلح التعاطي Consumption، فإن مصري حنورة يشير في تعريفه لهذا المفهوم إلى قيام الضرر بإدخال عقار معين إلى جسمه سواء عن طريق الفم أو الإستنشاق أو الحقن، والتعاطي قد يكون مزمناً أو غير مزمن كما يكون إدماناً أو لا يكون، وقد يكون تعوداً أو مجرد سلوك عارض، ولذلك فإن كلمة تعاطي، كلمة شاملة لسلوك إستخدام وسوء إستخدام المواد المؤثرة في الأعصاب (الغول، 2011، ص 102).

3.3- مفهوم تعاطي المخدرات Drugs abuse:

يستخدم مفهوم "تعاطي المخدرات" للإشارة عادة إلى تعاطي المخدرات المشروعة أو القانونية مثل الكحوليات والسجائر بينما يستخدم مفهوم "سوء استخدام المخدر" للإشارة عادة إلى تعاطي المخدرات غير المشروعة مثل "الكوكايين والهيروين" وغيرها من المخدرات غير القانونية، وغير المقبولة من قبل أعضاء المجتمع (الجوهري، السمري، لطفي، عبد الحميد، عبد الفتاح، 2010، ص 193).

فالتعاطي هو حالة ذهنية وأحياناً فيزيقية (جسدية)، تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي والمخدر وتتميز تلك الحالة باستجابات سلوكية واستجابات أخرى تتضمن الاضطراب لتعاطي المخدر بصفة دائمة أو بصفة دورية بهدف أن يخبر الكائن الحي الآثار النفسية لهذا المخدر، وأحياناً لتجنب التوتر (مشاعر الحصر الإرادية) المترتب عن افتقاده لهذا المخدر، وقد يصحب تلك الحالة تحمل، أو لا يصحبها كما أن الشخص قد يعتمد على مادة مخدرة واحدة، أو أكثر (الغول، 2011، ص 90).

ويعرف المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بمصر تعاطي المخدرات بأنه استخدام أي عقار مخدر بأية صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عضوي معين، ولا يتضمن ذلك أية إشارة إلى الإدمان، وعلى ذلك فقد يكون المتعاطي مدمناً، وقد لا يكون كذلك، كما أن بعض أنواع المخدرات يؤدي بالمتعاطي إلى الإدمان، والبعض الآخر لا يؤدي إليه. (البدائية، 2012، ص 76)

يشير ألفينكس Alvinkgs بأن التعاطي هو قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة إلى الحد الذي قد يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي، أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي (غباري، 2007، ص 46).

ويعرفه هاني عرموش (1993) بأنه "حالة من التسمم الدوري أو المزمّن، ضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الصناعي، ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأي وسيلة ممكنة، لتجنب الآثار المزعجة المترتبة على عدم توفره" (ص 295).

04.3- بعض المفاهيم المرتبطة بتعاطي المخدرات:

أولاً: التعود Habituation: التعود أو الاعتياد هو حالة تشوق لتعاطي مخدر أو عقار أو مادة طبيعية أو صناعية، وهو حالة تنشأ من تكرار التعاطي، ويمثل مرحلة سابقة للإدمان يمر بها كل مدمن ومن المواد التي تُحدث التعود عند الأفراد: التدخين، القهوة، بعض الأدوية المنبهة (أبو جناح، 2000، ص ص 30، 31)، والاعتياد ظاهرة بيولوجية من تكيف العضوية التدريجي مع بعض شروط الوجود الجديدة (سيلامي، 2001، ص 264)، وهو سلوك تدفع إليه الرغبة النفسية في المخدر والتفكير الملح في اللجوء المتوقع حدوثه والمتعة المبتغاة منه وذلك ناجم عن الاستهلاك المستمر له.

وتتمثل خصائص الاعتياد كما يراها Vaillant بالآتي: (الغول، 2011، ص 122)

- استمرار أخذ العقار والرغبة في تناوله، لما يسببه من الشعور بالراحة.
- عدم زياد الجرعة.
- يحدث قدرا من الاعتماد النفسي، ولا يحدث اعتمادا جسيما.
- أضرار العقار تنعكس على التعاطي، ولا تضر بالمجتمع.

ثانياً: الإدمان Addiction: يتوافق ظهور مفهوم الإدمان في مجال علم النفس المرضي، مع تحول تاريخي يتعلق بعلم النفس المرضي والتصنيف السيكا تري على حد سواء، فكلمة إدمان Addiction، تشير إلى ظواهر تُعبر عنها كلمات التبعية Dépendance، عكف على S'adonner رصد Voué، نذر Consacré، ذوق Gout، هوس Manie، ولكن أيضا التعود Habituation والقسر Contrainte، والعادة Habitude (بلميهوبي، 2014، ص 186).

عرف ديفيد سميث في سان فرانسيسكو بكاليفورنيا الإدمان بأنه الاستخدام الإجباري للمادة المخدرة أو الدواء، مع الفقد التام لسيطرة الإنسان على إرادته والتحكم في رغباته، والاستمرار في التعاطي على الرغم من الآثار السلبية، والخطورة التي يواجهها المدمن للحصول على المادة التي يدمنها (مصباح، 2004، ص 33). والإدمان هو سلوك تدفع إليه رغبة عارمة وملحة وحاجة غالبية للاستمرار في تعاطي المخدر، وأحاسيس جسدية محدودة تتجم عن اعتماد البدن على التعاطي بحيث لو حرم منه تظهر عليه أعراض معينة يلي بعضها بعضاً فيصبح المدمن مريضاً تتفاقم حالته سوءاً أو تشتد أعراض المرض خطورة ما لم تدركها العناية الطبية المتفهمة لحالته وما يصاب به من آلام نتيجة التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجسم الذي حرم من المخدر شأنه شأن من يحرم من الغذاء أو الهواء لذلك يحرص على الحصول عليه بأي طريقة ولو بارتكاب جريمة (العمر، 2009، ص 209).

ثالثاً: الاعتماد Dépendance: يستخدم الآن مصطلح الاعتماد Dépendance كبديل لمصطلح الإدمان Addiction في هذا النوع من الاضطراب، وقد قدمت منظمة الصحة العالمية مصطلح الاعتماد رسمياً بوصفه بديلاً للإدمان عام (1964) وتحمل هذه الإعادة للصياغة محاولة للتمييز بين المكونات النفسية والجسمية للاعتماد (الخالدي، 2006، ص 320)، ويصبح الشخص معتمداً على عقار ما أو على الكحول عندما يصعب أو يستحيل عليه التوقف عن تعاطيه بدون مساعدة على ذلك بعد أن يكون قد تعاطاه بانتظام لمدة من الزمن (عبد الله، 2009، ص 262). ويعرف Ghods (1989) الاعتماد على العقار بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية والتي تنشأ من التفاعل بين الكائن الحي والعقار، وتتميز بردود الفعل التي دائماً تتضمن الرغبة في تناول العقار بصورة مستمرة أو متقطعة لكي يعيش التجربة النفسية (أبو الخير، 2002، ص 373).

كما يظهر الاعتماد النفسي Psychological Dépendance في حالة يُنتج فيها المخدر شعوراً بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو المؤقت لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتجنب الألم، بينما يظهر الاعتماد العضوي Physical Dépendance في ظهور اضطرابات جسدية حادة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقاراً مضاداً. وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها (Eedards & Arif, 1982, p. 20).

رابعاً: العقار Drug: العقار أصل الدواء والجمع عقاقير، وهي في الطب النفسي، إما طبيعية أو مركبات كيميائية ومخدرات أو مهدئات أو مسكنات أو منومات أو منبهات، وتعرف منظمة الصحة العالمية (W.H.O) العقاقير بأنها أي مواد يتعاطاها الكائن الحي بحيث تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية، أما قاموس أكسفورد فيعرف العقاقير بأنها المواد الأصلية البسيطة الطبية عضوية كانت أو غير عضوية التي تستخدم وحدها أو مع مادة فعالة ويحددها علماء الفارماكولوجي بأنها أي مادة تستطيع أن تحدث في الكائن الحي تغيرات وظيفية أو بنائية، وذلك بفعل طبيعتها الكيميائية (الغول، 2011، ص 103). وهي أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا، وقد يكون تأثير المادة في اتجاه التنشيط، وقد يكون في اتجاه التخميد، وقد يكون في اتجاه إحداث الهلوس (سويف، 1996، ص 20).

خامساً: سوء استخدام المواد: تعرف الرابطة الطبية الأمريكية (1989) The American Medical Association سوء استخدام المخدرات على أنه استخدام المخدرات (العقار المخدر) لغرض آخر غير الغرض الذي يوصف أو يوصى به بطريقة سوية، وتشمل أسباب سوء استخدام المخدرات كالرغبة في الهروب من الواقع، أو التشوق وحب الاستطلاع لتأثيراته (الهوارنة، 2018، ص 21).

وتعرف منظمة الأغذية والعقاقير (FDA) سوء استخدام العقار بأنه تعاطي المادة لغرض مقصود، ولكن ليس بالكمية والتكرار، والقوة، والنمط المناسب، وبشكل محكم فإن سوء استخدام العقار هو تعاطي المادة لأكثر من غرض محدد، وبطريقة يمكن أن ينتج عنها تدمير صحة الشخص أو قدرته على العمل (فايد، 2005، ص ص 37، 38).

أو هو إدخال مواد إلى جسم الفرد بصورة مستمرة وبدون أسباب طبية بحيث يصبح المرء معتمداً عليها نفسياً أو جسماً أو كليهما معاً، ولا يستطيع العيش بدون استعمال هذه المواد إلا بصعوبة بالغة أو بمساعدة متخصصة، ويأخذ ذلك شكل استعمال مواد الإدمان المختلفة (العزة، 2004، ص 359). ويستعمل مفهوم سوء استخدام المخدر للإشارة أحياناً إلى أنماط مختلفة من تعاطي المخدرات فقد يشير هذا المفهوم إلى أي استخدام للمخدرات غير القانونية وغير المشروعة إلى درجة خطيرة تهدد الحالة الصحية للإنسان من الناحية الجسمية أو العقلية، أو تحول دون تحقيق أهداف الحياة الأساسية

وظائف النظم الاجتماعية مثل إعاقة التعليم أو الأداء المهني أو الزواج (الجوهري وآخرون، 2010، ص 193).

سادسا: التحمل Tolérance: يشير التحمل إما (أ) تناول جرعات كبيرة من المادة لتؤدي التأثير المرغوب أو (ب) أن تصبح تأثيرات المادة قليلة بشكل واضح إذا تم تناول الكمية المعتادة. (كرينج وآخرون، 2017، ص 566).

فهو حالة تنشيطية جسمية تأتي عن طريق الاستخدام المتكرر للعقار، وينتج عن ذلك الأثر الانحرافي للجرعة، بمعنى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير السابق الذي كانت تحقنه جرعات صغيرة، ويعرف جولين Julien الاحتمال بأنه حالة الاستجابة الناقصة المتقدمة للعقار والفرد الذي يتطور لديه الاحتمال يحتاج إلى جرعة أكبر من العقار لكي يحصل على التأثير الأصلي الذي كان يحصل عليه من الجرعة الصغيرة (فايد، 2005، ص 46).

ويظهر الاحتمال عندما يتم استهلاك مادة ما بشكل متكرر وعبر فترة زمنية طويلة إلى أن يتراجع تأثير المادة التي اعتاد المدمن على تناولها بحيث يضطر المدمن إلى زيادة الجرعة المعتادة كي يحصل من خلال ذلك على التأثير المرغوب، ويختلف نشوء التحمل من مادة إلى أخرى وحسب انتظام التعاطي وعندما يتم رفع الجرعة بعد نشوء التحمل يرتفع خطر الأضرار الجسدية والنفسية بما في ذلك خطر التعلق والإدمان (كاس، أولدام، بارداس، 2009، ص ص 158، 159).

سابعا: التسمم: التسمم هو حالة تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية وتتطوي على اضطرابات في مستوى الشعور، والتعرف، والإدراك، والوجدان أو السلوك بوجه عام، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية، وترتبط هذه الاضطرابات ارتباطاً مباشراً بالآثار الفارماكولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة، ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص منها تماماً، إلا إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى، يحدث هذا أحياناً على اثر شرب الكحوليات (تسمم كحولي)، كما يحدث عقب تعاطي أي مادة نفسية، وتتجمع مظاهر التسمم بالتدريج، ويتأثر التعبير السلوكي عنها بالتوقعات الشخصية والحضارية الشائعة حول الآثار التي تترتب على تعاطي مادة نفسية بعينها، وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي (عبد المنعم، 2003، ص 38).

ثامنا: الانسحاب Withdrawal: يعتبر الطبيب الإنجليزي جون جونس أول من لاحظ عام (1700) بأن توقف المتعود عن استعمال الأفيون بصورة مفاجئة، يحدث أعراضاً مرعبة (سرحان، 2007، ص 230)، يقصد بالانسحاب الآثار السلبية الجسمية والنفسية التي تظهر عندما يتوقف الفرد عن تعاطي المادة أو يقلل من الكمية التي يتم تعاطيها، وتشمل أعراض انسحاب المادة آلام العضلات، وارتعاشا، والتعرق، والتقيؤ، والإسهال، والأرق، وبوجه عام يرتبط الاعتماد الجسدي على المواد بمشكلات شديدة الخطورة (كرينج وآخرون، 2017، ص 566).

إذن هو مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد إثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة، أو تخفيف جرعتها، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة (عبد المنعم، 1999، ص 39)، أو هو وجود أعراض معينة عند ترك المادة أو إنقاص كمية تعاطيها وتزول الأعراض باستئناف التعاطي (الريماوي، 2004، ص 648)، وتتمثل أعراض الامتناع أو الانسحاب في ما يسمى "زملة الامتناع"، التي تظهر مباشرة عند الامتناع أو الإيقاف المفاجئ لتعاطي مادة التعاطي التي أصبح للجسم اعتماد عضوي عليها، وهذه الأعراض تختلف تبعاً لنوع مادة التعاطي ومدة الإدمان (الهورنة، 2018، ص 29).

تأتي أعراض الانسحاب مصحوبة بعلامات على شكل اضطرابات فسيولوجية، وتعتبر مرحلة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد، كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوجي الضيق، بمعنى الاعتماد، ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض هذه الجرعة مباشرة، ويمكن القول أن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد، ويحتوي تصنيف الاضطرابات النفسية والسلوكية الصادر عن هيئة الصحة العالمية تحت مادة "حالة انسحاب" على تنبيهه إلى أن أكثر من أعراض الانسحاب يمكن أن تنشأ نتيجة لاضطرابات سيكاترية لا علاقة لها بتعاطي المواد النفسية، مثل القلق، والحالات الاكتئابية وهو ما يستوجب حرصاً خاصاً من القائم على التشخيص أو العلاج (سويف، 1996، ص 13، 14).

وقد يبدأ الانسحاب من الهيروين في خلال ثماني ساعات من آخر جرعة تم الحقن بها، وعلى الأقل بعد تعود شديد، وفي أثناء الساعات القليلة التالية بعد بدء الانسحاب يشعر الفرد بألم عضلي تحديداً ويعطس ويتصبب منه العرق، وتتهمر منه الدموع، ويتثائب بعدها كثيراً، وهي أعراض شبه أعراض الأنفلونزا، وفي خلال (36) ساعة تشتد حدة أعراض الانسحاب، وربما تكون هناك رعشة في العضلات لا يمكن السيطرة عليها والتحكم فيها، أو نوبات تشنج شديدة وانتفاضة تتحول إلى احمرار وعرق، مع ارتفاع معدل ضربات القلب وضغط الدم، ويكون الفرد غير قادر على النوم، والتقيؤ والإسهال، وتستمر هذه الأعراض بالتحديد لفترة تقارب (72) ساعة ثم تقل بالتدرج على مدى فترة تتراوح بين (5 و 10) أيام (كرينج وآخرون، 2017، ص 590).

05.3- الفرق بين التعاطي والإدمان:

- لقد فرقت منظمة الصحة العالمية بين التعاطي والإدمان فعرفت التعاطي بأنه الإعتياد أو العادة، وهي حالة تنشأ من تكرار تعاطي عقار وتتميز بالخصائص التالية:
- رغبة، ولكنها ليست قهرية في الإستمرار في تعاطي العقار من أجل الشعور بالانتعاش الذي يبتغيه.
 - ميل قليل بل قد لا يوجد ميل قط لزيادة الجرعة المتعاطاة من العقار.
 - إعتقاد نفسي إلى حد ما على مفعول العقار، ولكن لا وجود للإعتقاد الجسمي، وعلى ذلك لا وجود لأعراض الإمتناع عن تعاطيه.
 - تأثير، ضار بالغير أولاً وقبل كل شيء، وعلى ذلك يكون الإدمان إعتقاداً كلياً على المواد النفسية أو بعبارة نفسية إعتقاداً عليه من حيث ما تؤدي إليه نفسياً، بينما التعاطي إعتقاد عارض أو حاجة عارضة إلى ما يؤدي إليه المخدر نفسه.

وهذا ما ذهب إليه سعد المغربي حيث أفاد أن تعاطي المخدرات يختلف من مخدر إلى آخر تبعاً للخصائص، أو المميزات التي تترتب عليه والتي تقوم على ظواهر أساسية ثلاث هي الإحتمال والإعتقاد الجسماني والإعتقاد النفسي، هذه الظواهر الثلاثة هي المحك الأساسي في تحديد درجة التعاطي بحيث لا يحكم على المتعاطي بأنه مدمن إلا إذا توافرت فيه تلك الظواهر مجمعة (الغول، 2011، ص 102).

كما أن الفروق الفردية في الإدمان مؤثرة جداً، من أمثلة ذلك الإستجابات المتغيرة للعلاج، كما أن هناك فروق مذهلة في أنماط الاستخدام أو التعاطي، فبعض المدخنين ومتعاطي الكحول والمسرفين في الأكل ينخرطون في إستهلاك المواد على نحو يتسم بالثبات في حين أن الآخرين تتغير أنماط الإستهلاك أو التعاطي لديهم، كما أن خليطاً من العناصر النفسية والبدنية والاجتماعية والبيئية قد تؤدي إلى إدمان أفراد مختلفين لنفس المادة، وأخيراً فإن عمليات مختلفة قد تحكم المبادرة بالإضطراب المتمثل في البدء في الإدمان والإستمرار فيه (مسافر، 2007، ص 10).

06.3- أنواع التعاطي:

هناك عدة أنواع من التعاطي، تتمثل في بعض المفاهيم التي ترتبط بمفهوم التعاطي وهي كالتالي:

(1) **التعاطي التجريبي The experimental abuse**: هو عملية تعاطي لمرة واحدة لمحاولة تجريب المادة النفسية في أول عهد التعاطي بها بغرض التجريب على آثارها أو إكتشاف آثارها، وقد يتوقف المجرب من أول مرة أو مرتين، أو قد يترتب على ذلك الإستمرار في تعاطيه.

(2) **التعاطي المتقطع (أو بالمناسبة) The occasimal use**: ويقصد به تعاطي الفرد المواد النفسية في بعض المناسبات الاجتماعية مثل الحفلات أو الأفراح وغيرها من المناسبات، وتختلف تلك المناسبات باختلاف الإطار الثقافي والحضاري للبيئة التي يعيش فيها، وتختلف باختلاف الشريحة التي يتعاطى معها، ويشير التعاطي المتقطع إلى مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي التجريبي في إرتباط المتعاطي بالتعاطي.

(3) **التعاطي المنتظم The regular use**: وهو التعاطي المتواصل على فترات منتظمة يتم تحديدها بحسب إيقاع سيكولوجي داخلي خاص بمدى إحتياج الشخص لمادة التعاطي، وليس على حساب مناسبات خارجية (إجتماعية)، وتعتبر هذه المرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي بالمناسبة في تعلق المتعاطي بالتعاطي.

(4) **التعاطي المتعدد للمواد المخدرة The multiple drug use**: في هذه المرحلة الأخيرة يصبح إستعمال واحدة أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية (الغول، 2011، ص 101).

وتشير العديد من البحوث الميدانية الحديثة التي قام بها المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية بالتعاون مع صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي إلى أن متوسط النسب بين أحجام هذه الفئات (المدمنون - المتعاطون بالمناسبة - المتعاطون المستكشفون) بلغت على وجه التحديد (1: 4: 16) على الترتيب، ويعد هذا مؤشراً يندر بالخطر، وخاصة أنه أمكن تحديد ذلك في فئتي شباب الطلاب العمال الذكور (قمر، 2008، ص 11).

ويعني التعاطي لعدد من المواد النفسية - أكثر من واحدة سواء كان التعاطي لهذه المواد المتعددة معاً في وقت واحد أو الإنتقال من مادة إلى أخرى عبر فترة زمنية محددة، ويعرفه البعض بأنه تعاطي الشخص لمادة نفسية إلى الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية له أو قدراته الوظيفية في المجال الاجتماعي (رجب، 2004، ص 34).

07.3- خصائص التعاطي:

- لا يعتبر المتعاطي مدمناً إلا بعد أن يمر في مرحلة الاعتماد النفسي والعضوي، وهي المرحلة التي تتميز بالأعراض السريرية التالية: (أبو الخير، 2002، ص 383).
- 1) عدم قدرة المتعاطي على التوقف عن تناول المادة المخدرة لمدة ساعات أو أيام، وذلك بسبب وجود حث داخلي قهري يدفعه لتعاطي المادة المخدرة.
 - 2) الميل المستمر إلى زيادة الجرعة من تلك المادة المتعاطاة وهذا ما يُعرف بالتحمل.
 - 3) حدوث مضاعفات نفسية وجسدية في حالة التوقف عن التعاطي، كالقلق والكآبة وعدم الارتياح والصداع، التعرق، الارتجاف في الأطراف والوجه واللسان وآلام المفاصل والعضلات.
 - 4) تدهور مستمر وبطيء في سمات الشخصية وأنشطتها، فالانحدار واضح في الخلق والعمل والذهن والسلوك والصحة الجسمية، وتختلف الأعراض المذكورة في كل مادة مخدرة، فالأعراض الانسحابية في الخمر تختلف في شدتها وأشكالها عن تلك الموجودة في الهيروين والكوكايين أو الأمفيتامين أو الحشيش.

08.3- مراحل تعاطي المخدرات:

يظهر من خلال عدة دراسات اهتمت بموضوع التعاطي عموماً (المخدرات، الخمر، التدخين) أن نسبة عالية من تلاميذ الثانويات يجمعون بين تعاطي كل هذه الأنواع، كما ظهر كذلك أن محيط هؤلاء التلاميذ وبالأخص البيت والأولياء ومستوياتهم الثقافية والاقتصادية لها دخل في ممارسة التعاطي ودرجته، وأثبتت الدراسات السيكاترية والطبية أن تعاطي المخدرات لدى فئة المراهقين من تلاميذ المدارس يمر بعدة مراحل هي مرحلة الاكتشاف، ومرحلة المداومة على استعمال المخدر ومرحلة التبعية التامة له، وقد أثبت تقرير أجراه Baromètre sante Jeune (1997/1998) في أوساط مراهقي مدينة باريس كانت أعمارهم ما بين (15-19 سنة)، حيث اعترفوا أنهم يتناولون على الأقل واحد من أنواع المخدرات نتيجة هروب من واقعهم الأسري (ميزاب، 2005، ص ص 102، 103)

ويمر تعاطي العقار بأربعة مراحل أساسية يصفها روبرت ديونت R.Dupont كما يلي:

المرحلة الأولى: التعاطي للمرة الأولى (التجريب): تعتبر هذه المرحلة مركزية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب والمراهقين للعقاقير حيث يعتقد كثير من الشبان أن تجريب العقاقير هو عمل مأمون ولكن في الحقيقة ليست التجربة الأولى غير مأمونة فقط، ولكنها الخطوة الأولى نحو الاعتماد على العقاقير (فايد، 2005، ص 51).

ولرفاق السوء دور كبير في التجريب وذلك بإقناع المراهق المشاركة معهم وذلك لمجرد التجربة وحب الاستطلاع، وقد يقدمون له المواد المخدرة مجاناً، كرمز لصداقتهم وعربوناً لمحبتهم وتشجيعاً لمجاراتهم، وغالباً ما يكون هذا من أجل الترويج للمادة المخدرة وبعد ذلك يظهر لديه الرغبة والميل لإعجابه بما يفعله المدمنون، وتجربة المواد المخدرة هي بداية الإدمان والضياع، لأن كل شيء قابل للتجريب إلا المواد المخدرة (غباري، 2007، ص 54).

إن تجريب المواد المخدرة يصبح لدى المدمن وسيلة هروبية من واقعه المؤلم إلى واقع وهمي أقل ألماً في نظره، من خلال نشوة المخدر الوهمية الخادعة التي تشعره بالاستقلالية والسعادة ونسيان المشاكل والهموم... إلى أن يجد نفسه محطماً أسيراً للمادة المخدرة.

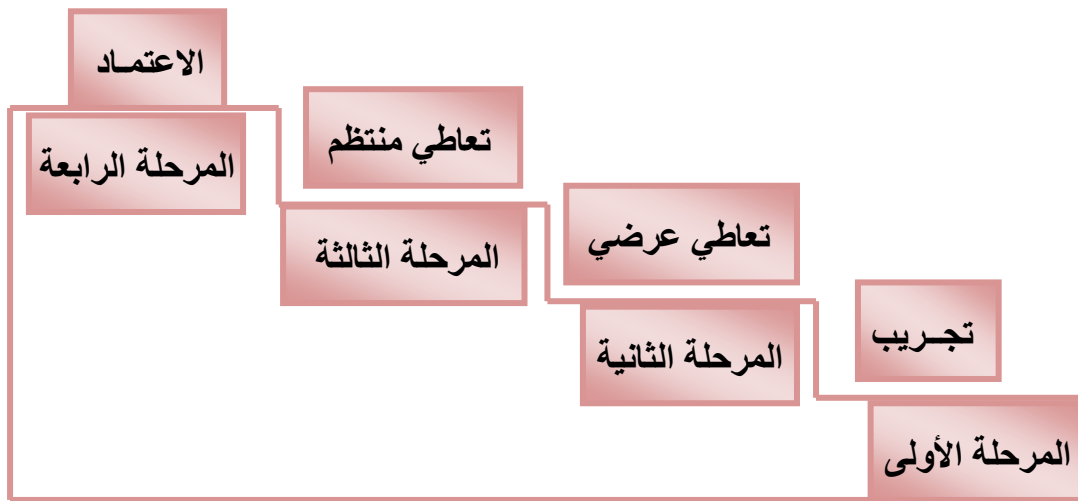
المرحلة الثانية: التعاطي العرضي أو (الاجتماعي): غالبية مجربي العقاقير المخدرة لا يستمرون في تعاطيها، كما أن غالبية من يستمرون في تعاطي عقاقير معينة يفعلون ذلك على أساس عرضي

(وقتي) ولا يتناولون العقار المخدر إلا عند الحصول عليه بسهولة، ووفقاً لتقبل المجتمع المتعاطي لهذا العقار، وبذلك يكون التعاطي هنا عفويًا أكثر من قصدياً أو مدبراً.

المرحلة الثالثة: التعاطي المنتظم: في هذه المرحلة يبحث متعاطو العقاقير بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو مرتين في الأسبوع.

المرحلة الرابعة: الاعتماد (الإدمان): وفي هذه المرحلة الأخيرة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيسياً من حياة المتعاطي، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية (فايد، 2005، ص 52).

وتقول باربرا كوتمان Barbara Gutman (1994) "أن استخدام المخدرات عندما يتعدى مرحلة التجريب يصبح إدماناً" (ص 31). والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل 2.3. يوضح مراحل الاعتماد على العقاقير المخدرة.

09.3- العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات:

أقر علماء الاجتماع وعلماء النفس والأطباء أن تعاطي المخدرات في غير حالات العلاج - ينتهي بالإدمان عليها - فيعيش الفرد المدمن في حياة مضطربة، وتتحصر إهتماماته في إشباع شهواته، فيصبح قذوة سيئة سواءً من جانب أسرته التي بهذا السلوك وقد تصاب بالتفكك والتشرد، أو من جانب مجتمعه فيكون في محل غير مرغوب فيه، ومن ثم يتجه نحو الإنحراف ثم يتورط الإجرام بمختلف أنواعه، وتتلخص العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات إلى ما يلي:

أولاً: العوامل البيولوجية: إن نشاط مخ الإنسان وتحرك المواد الكيميائية بين خلاياه، قائم على حقيقة تبدو بسيطة ولكنها أساسية وبديهية وهي تحقيق أقصى درجات اللذة وتقليل الألم حتى يتكيف المخ بيولوجيا على أساسها ولذلك تقوم الهرمونات العصبية التي تبعث النشاط والحركة داخل المخ بإطلاق إشارات عصبية يتجه نشاطها نحو البحث عن اللذة وتحاشي الألم وعندما يتعاطى المدمن المواد المخدرة فإنه بذلك يعطل عمل هذه الهرمونات وإشارات العصبية فيحدث فيها الخلل الذي يوقف وظائفها الطبيعية، وبذلك يضطر المدمن إلى تعاطي المزيد منها حتى يصل إلى تكيف المخ بيولوجيا وهذا ما يوصله إلى درجة الإدمان (صادق، 2005، ص 20).

فالمواد المخدرة لها تأثير كبير على المستقبلات العصبية حيث توجد مواد مسكنة للألم تفرز في أماكن خاصة في الجهاز العصبي وهي تشبه إلى حد كبير مشتقات الأفيون فعندما يتعاطى الإنسان المواد المخدرة فإنها توقف الإفراز الداخلي من هذه المواد داخل جسم الإنسان وعندما يتوقف عن التعاطي يشعر المدمن بالألم شديدة لأن الجسم اعتمد على ما يريد إليه من خارج الجسم بعد أن توقف الإفراز الداخلي، فيضطر المدمن إلى التعاطي ثانية لتسكين الألم. وبتكرار التعاطي تتعود المستقبلات الحسية الداخلية على ما يرد إليها من خارج الجسم، وبالتدريج يقل تأثيرها على المدمن فيضطر إلى زيادة الكمية التي يتعاطاها... وهكذا تستمر الزيادة في تعاطي المخدر ولا يستطيع الخلاص منه (غباري، 2007، ص 87).

وللوراثة دور في إدمان بعض الأفراد، فقد لوحظ في بعض الدراسات أن الإدمان يزيد عند عائلات معينة حيث وجد أن مدمن الكحول يصل الإدمان بين أبنائه إلى أربعة أمثاله لدى أبناء الآباء غير المصابين، كما وجد أن التوائم المتماثلة يزيد بينهم الإدمان إلى الضعف عنه بين التوائم غير المتماثلة، كما أن إدمان الأم أثناء الحمل يجعل الطفل يولد ولديه اعتماد فسيولوجي (الخالدي، 2006، ص 329).

وقد يكون للتكوين العقلي سبب من الأسباب الوراثية للإدمان، حيث أوضح شوبرا وشوبرا في الدراسة التحليلية التي أجراها عام (1939) على متعاطي الحشيش في الهند أن نسبة كبيرة منهم يتسمون بالغباء وأن هؤلاء الأغبياء لا يستطيعون مواجهة ضعف الحياة فيضطرون إلى تعاطي الحشيش حتى يتخلصوا من الإحساس بالكآبة الذي يتولد لديهم نتيجة إخفاقهم في حل ما يعترضهم من مشاكل وفي دراسة أخرى أجراها شوبرا وشوبرا على مائتي شخص من متعاطي الكوكايين ينتمون إلى

الطبقة الدنيا في الهند، حيث أوضحت الدراسة أن نسبة كبيرة منهم يتسمون بالغباء، وأن ذلك ليس شأن متعاطي الكوكايين أو الحشيش فحسب بل ينطبق على متعاطي المخدرات عموماً (فتحي، 1988، ص 19).

ثانياً: العوامل النفسية: يرى حسن الساعاتي أن دافع التعاطي هو تناسي الهموم واستجلاب السرور، ويعد هذا السبب من أهم الأسباب التي تدفع بالأفراد إلى الإدمان، فيكون التعاطي في هذه الحالة طريقة سهلة من طرق الهروب من واقعهم المخيف والمقلق (عبد المنعم، 2008، ص 98) وقد يكون اللجوء إلى التعاطي يأخذ طابعاً تعويضياً لكنه يتسم بالسلبية والتشذوذ أي عند شعور الفرد بالمعاناة من نقص معين، ويعتبر هذا التعويض زائف ويؤدي إلى المزيد من الشعور بالنقص والاعتماد المرضي على العقار، والتعويض ميكانيزم دفاعي لا شعوري تسعى فيه الأنا لتعويض جانب من جوانب النقص، لكن هذا التعويض يأخذ طابعاً مرضياً، ويزيد من تقاوم حالة الفرد، وهذا ما اكتشفته معظم الدراسات في هذا المجال أن معظم المدمنين كان سبب إدمانهم نسيان الهموم والمشاكل والأزمات التي تصادف الفرد خلال مسيرة حياته (العيسوي، 1999، ص 379)، ويمكن تلخيص العوامل النفسية فيما يلي:

- الضغوط النفسية الكبيرة الناتجة عن العمل أو عدم تحقيق حاجات ملحة لدى الفرد.
- الشعور بالنقص نتيجة عاهة أو إعاقة أو عدم مجارات الآخرين به-أقرانه.
- الشعور بالفشل وضعف القدرة والكفاءة.
- وجود رغبة شخصية في التجريب أو حب الاستطلاع، أو وجود توهم بأن التعاطي للمخدرات يدل على استقلالية وقوة الشخصية.
- عدم الرضا عن الحياة، والرغبة في خفض التوتر والقلق والألم.
- الاغتراب عن المجتمع والتقاطع مع قيمه، وهي تعتبر بمثابة العلاج السلبي للأزمات النفسية المصاحبة للمراهقة. (عبد المنعم، 2008، ص 89)

ثالثاً: العوامل الاجتماعية: يبدأ تأثير الظروف الاجتماعية التي تحيط بالفرد منذ طفولته الأولى المرتبطة بالتنشئة الاجتماعية المقدمة ويستمر عبر مراحل حياته، وتساهم في تشكيل شخصيته وتكوينها، ففي بعض المجتمعات يتعلم الأطفال أن تناول الكحول ينتمي للعادات التي يسلكها الوالدين في أوقات فراغهم (هواية وقت الفراغ) حيث يتم تناول السجائر أو الكحول عند وجود مشكلات وفي أوقات القلق-الغضب (رضوان، 2002، ص 404)، ونتيجة إنجراف الأباء وراء سعيهم الدائم للرزق

والتحصيل المادي - مما يوجد فراغا في توجيه النشئ ويدفعهم إلى الإتكالية، وهذا ما أمكن ملاحظته من ظاهرة إنتشار المخدرات بين السائقين والعاملين لساعات طويلة للتغلب على الإجهاد الجسمي والذهني (متولي، 2000، ص ص 19، 20)، كما تلعب المدرسة دوراً كبيراً في تنشئة الطلبة، وإرشاد الأهل للتعامل مع أبنائهم، فوجود جو متفاعل بين البيت والمدرسة يساعد الطلبة على عدم الوقوع في الانحرافات السلوكية (العزة، 2004، ص 365).

ومن خلال ما توصلت إليه الدراسات الميدانية تم تحديد المستويات المتفاوتة من التعرض لثقافة المخدرات وهي: (السماع عن المخدرات، الرؤية المباشرة للمخدرات، وجود أصدقاء يتعاطون المخدرات، وجود أقارب يتعاطون المخدرات)، ثم أجريت مقارنات إحصائية بين مجموعتين من طلاب الجامعات المتعاطين وغير المتعاطين للمواد المؤثرة في الأعصاب، وكشفت المقارنات أن المتعاطين كانوا أكثر تعرضاً لثقافة المخدرات من غير المتعاطين، حيث بينت النتائج أن نسب الطلاب الذين "سمعوا عن المخدرات" أو "راوها" أو "كان لديهم أصدقاء يتعاطونها" أو "لهم أقارب يتعاطونها" كانت هذه النسب أعلى بين مجموعة المتعاطين منها بين مجموعة غير المتعاطين، الأمر الذي يرجح وجود علاقة إيجابية ثابتة بين التعرض لثقافة المخدرات واحتمالات التعاطي (درويش، 2005، ص 259).

ولجماعة الرفاق دور كبير في إدمان الكثير من المراهقين والشباب حيث تشير جميع الدراسات على متعاطي المخدرات أن رفاق السوء كانوا من الأسباب الرئيسية وراء إقبال المبحوثين على تعاطي المخدرات. فقد توصلت الدراسة الميدانية التي أجراها الدكتور عدلي السمري عام (1990)، والتي شملت عينتين بلغ مجموعهما (400) مبحوثاً، نصفهم عينة تجريبية والنصف الآخر عينة ضابطة وقد أجريت الدراسة التجريبية على عينة من نزلاء خمسة مراكز لعلاج المدمنين على المخدرات، ثلاثة منها في القاهرة واثنان في الإسكندرية وقد تم اختيار أفراد العينة الضابطة من غير المتعاطين الذين تم اختيارهم في نفس مستوى السن والتعليم والمهنة لأفراد العينة التجريبية، وقد توصلت الدراسة إلى أن (54.5%) من أفراد العينة كان سبب تعاطيهم المخدرات هو معايشة رفاق السوء، وأن (88.5%) من المبحوثين حصلوا على المخدر لأول مرة عن طريق الأصدقاء (السعد، 1997، ص 80).

وتتلخص العوامل الاجتماعية في العناصر التالية: (عبد المنعم، 2008، ص 89)

- دور رفاق السوء في الترغيب أو الحث أو التوريط أو التقليد أو تيسير فرص ذلك.
- التفكك الأسري مثل النزاعات والصراعات الأسرية وأجواء التوتر بين أطراف الأسرة.

- التنشئة الاجتماعية الفاسدة حيث لا يمارس الأب والأم أو كلاهما دوره في التنشئة والتربية والتوجيه الصحيح لأبنائهم أو التفرقة بين الأبناء.
 - المحاكاة وتقليد شخص معين.
 - تأثير وسائل الإعلام لما تعرضه من نماذج أفلام سيئة أو برامج يغيب عنها الوعي اللازم للأفراد.
 - الجهل وضعف التوعية بأخطار المخدرات.
- وتعد الوقاية الأولية من أفضل الطرق لتحقيق التحصين الاجتماعي ضد تعاطي المخدرات وسوء استخدامها، أي معالجة أسباب تعاطي المخدرات وسوء استخدامها لمنع حدوثه، وهذه العملية تشبه عملية التطعيم ضد المرض أي عملية "تحصين اجتماعي" (البداينة، 2010، ص 95).

رابعاً: العوامل الاقتصادية:

- ارتفاع مستوى المعيشة مما يلقي أعباء كثيرة على كاهل الأسرة والفرد تجعله عاجزاً اتجاهها، مما يدفعه إلى تعاطي المخدرات كمحاولة للهروب من الواقع.
- البطالة وما تتركه من ضغوط كبيرة في مواجهة الحياة، وتوافر الفراغ لدى الشباب.
- ازدياد متطلبات الحياة بصورة عامة لتلبية مستلزمات الحياة الضرورية وعدم توفر الدخل الكافي.
- تأثير وسائل الإعلام لما تعرضه من إعلانات ودعايات يتأثر بها الشباب ضعاف النفوس.

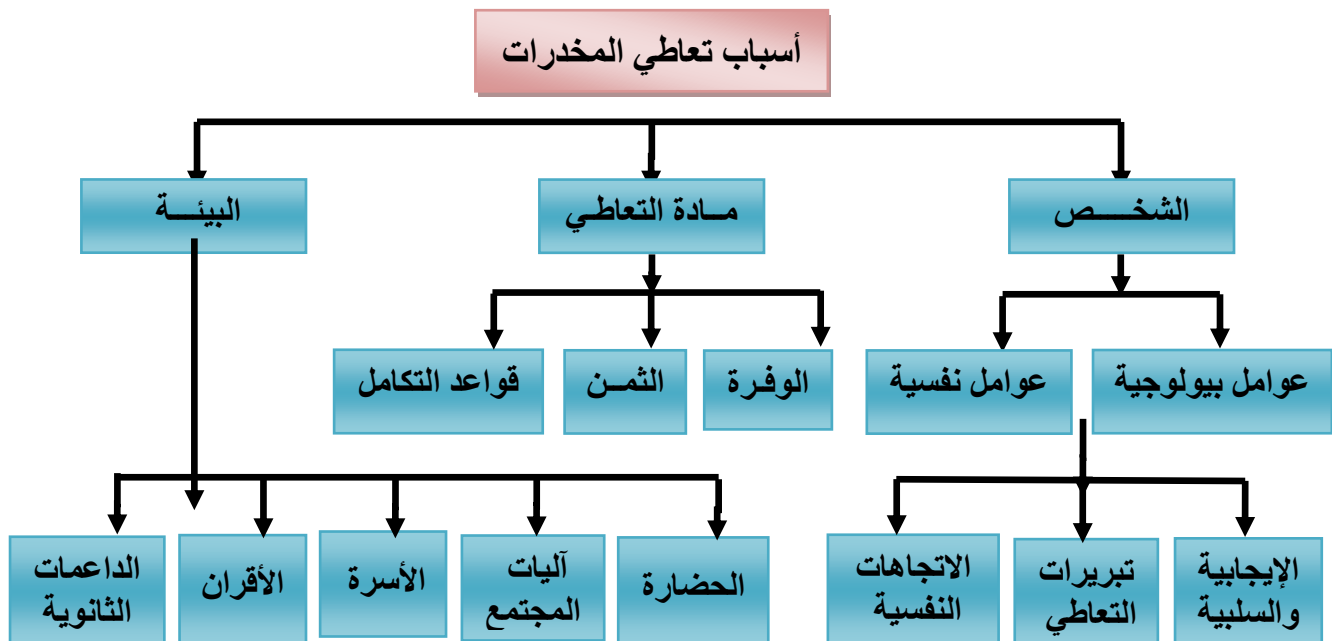
خامساً: ضعف الوازع الديني: رغم حكم الشرع في تحريم المخدرات إلا أن هناك من يعتقدون اعتقاداً خاطئاً بعدم تحريمها شرعاً وأنها مكروهة فقط، ما من شأنه زيادة الإقبال على تعاطي المخدرات وبالتالي تزايد انتشارها، إما لعدم مبالاتهم أو لوسوسة الشيطان لهم بإتباع طريق السوء بالإضافة إلى ابتعاد الناس عن أحكام الشريعة الإسلامية وانشغالهم بأمور الدنيا، وعدم الثقة في الدين الذي حرم المخدرات بإجماع فقهاء المسلمين وكتاب الله عز وجل وسنة نبيه عليه الصلاة والسلام، كما أن البعض يتذرعون بأعداء وهمية تجاه تحريم المخدرات لتسويق تعاطيهم للمواد المخدرة (السعد، 1997، ص 71).

وهناك العديد من الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات والاتجار غير المشروع بها، وتوصلت إلى نتائج تفيد إلى وجود كم هائل من متعاطي المخدرات ممن يعتقدون بأنها غير محرمة شرعاً أو أن تعاطيها منبوذ أو مكروه، فقد توصلت دراسة أجراها "مصطفى سويف" عن

تعاطي المخدرات في مصر إلى أن (12%) من أفراد العينة فقط يعرفون أن تعاطي الحشيش محرم دينياً، كما أفاد أن (61.5%) من أفراد العينة يرون أن تعاطي الحشيش مكروه فقط، وأفاد (26%) من أفراد العينة أن تعاطي الحشيش غير مكروه وغير محرم (الزعبي، 2008، ص 203).

كما أشار بلوم Blum في دراسة له على (101) أسرة من الأسر البيضاء، من الطبقة المتوسطة يتعاطون المخدرات حيث قسمت هذه الأسر إلى أسر في مستوى عالي من الخطورة في تناول المخدرات، و أسر في مستوى أقل من الخطورة، وأعطيت لهذه الأسر مجموعة من القيم تجيب عليها، أين لوحظ أن الأسر في المستوى العالي من الخطورة في تناول المخدرات الإرتباط الديني لديها ضعيف، أما الأسر ذات المستوى المنخفض في التعاطي فقد لوحظ أن الإرتباط الديني لديها قوي ومن بين ما أبرزته هذه الدراسة أن هؤلاء المتعاطين غير منظمين إلى أماكن العبادة ولا يترددون عليها وهذا ما يبرز أهمية الجانب الديني في الحد من مشكلة التعاطي (عبد اللطيف، 1999، ص ص 72-73) وفي الأخير لابد من الإشارة الى مدى توفر العقار وسهولة الحصول عليه وصورة المادة التي يحصل عليها المتعاطي، كسبب من بين الأسباب المباشرة للتعاطي (دعبس، 1994، ص 25).

والشكل الموالي يبرز لنا أهم الأسباب المؤدية لتعاطي المخدرات: (سويف، 1996، ص 59)



شكل 3.3. يوضح أهم أسباب تعاطي المخدرات.

10.3- النظريات المفسرة لتعاطي المواد المخدرة والإدمان عليها:

في هذا الإطار نسعى إلى تحليل الخلفيات النظرية الكثيرة والمفسرة لحدوث مشكلة التعاطي والإدمان على المخدر ونذكر منها:

أولاً: نظرية التحليل النفسي الكلاسيكية لـ(سيغموند فرويد):

القصد هنا تفسير تعاطي المواد النفسية والكحولية من منظور سمات وديناميات الشخصية بهدف الإحاطة (بقد الإمكان) بمجمل الظروف والمتغيرات النفسية التي ربما تتسبب في إحداث هذه الظاهرة عند بعض الناس وعدم حدوثها عند غالبية الناس، هناك الكثير من التفسيرات، لذا سنحاول الإلمام بالأطر التفسيرية العامة بمناحيها المختلفة التي قد تشرح لنا حدوث هذه الظاهرة عند بعض الناس وعدم حدوثها عند البعض الآخر من خلال إستكشاف البعد النفسي في مسألة التعاطي وما يتضمنه من متغيرات داخلية (شخصية) قد تهيئ أو تدعم فرصة الفرد في الجنوح للتعاكي والإدمان.

ويشير الباحثين أنه لا يوجد نمط فريد للشخصية يسبق الإدمان أو سوء إستخدام العقاقير والمخدرات، فالمدمنون مجموعات غير متجانسة من الأشخاص يختلفون من حيث النوع والعمر والطبقة الإجتماعية والعقاقير المستخدمة وأساليب التعاطي والأعراض النفسية المرضية المصاحبة بالإضافة إلى التباين الشاسع في الإتجاهات المجتمعية والقانونية نحو المجموعات المختلفة من المتعاطين، ونحو العقاقير المختلفة والأساليب المختلفة للتعاكي، لذا طرح مفهوم "السمات السلوكية المهيئة للتعاكي بديلاً عن مفهوم الشخصية الإدمانية كمحاولة لفض ذلك الجدل حول المفهوم، وتبين أن هذه السمات السلوكية ترتبط بحدة الإعتماد على تعاطي الكحول والمخدرات وهي: (الباسوسي، 2007، ص ص 14-15)

- صعوبات التحكم في الإندفاعات (السلوك الإندفاعي).
- صعوبات في مواجهة الضغوط، بما في ذلك مكالات تحمل الإحباط.
- أنماط سلبية - إعتمادية للسلوك.
- التمرکز حول الذات مع أنماط سلوكية ذاتية (كثرة المطالب) وإستحوادية.
- سلوك مضاد للمجتمع.

وقد أوضح مصطفى زيور (1963) أن سلوك مدمن المخدرات أو متعاطيها ينتمي إلى مرحلة مجاورة لتلك المرحلة التي ينتمي إليها المريض بالهوس والاكتئاب أي المرحلة الفمية المتأخرة، وإن حالة النشوة التي يحققها التخدير، تتميز بانطلاق أخيلة، لما تحفل به من مفارقات مؤدية إلى قدراً كبيراً من التوتر، مما يؤدي إلى فرشة Euphoria من نوع فريد، ومرح الإدمان هذا بمثابة ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتئاب والخلاص منه، وبذلك فهو هوس إصطناعي مقابل للهوس التلقائي في ذهان الهوس والاكتئاب.

ويتميز مرح الهوس باستخدام ميكانيزم الإنكار على نطاق واسع، وغاية الإنكار تقادي الشعور بالعجز أو الحطة أو الملامة، مما يخدش نرجسية الذات (اعتبار الذات وتقديرها).

أن تقدير الذات يرتفع ارتفاعاً قد يصل إلى الجلال والسمو الفائق، وهذا يتضمن طبعاً كلا من انعدام الحطة والعجز أو التوتر الناشئ من تأنيب الضمير، كما يتضمن الإحساس بالخلود أو بالقدرة المطلقة على كل شيء والمتغلبة على كل متاعب الحياة، ثم الشعور بأن الذات قد أصبحت مركز العالم ويسود شعور المحبة الجارفة وتتلاشى العداوة، ونتيجة لذلك نجد أن سمات الاكتئابية والانسحابية والانطوائية التي تتسم بها شخصية المتعاطي بدرجات متفاوتة تتحول إلى شيء آخر مختلف تماماً فتغدو الاكتئابية مرحاً دافقاً، و الانسحابية إقبالاً، والانطوائية انبساطاً، وهذه السمات الوجدانية لا تتحقق دائماً بأكملها بشكل دائم يهدد الصورة النموذجية لدى كل متعاطي، فهناك فروق فردية ترجع إلى تكوينات نفسية أو مزاجية متباينة، وهذا يؤدي بدوره إلى اختلافات عديدة في حالة التخدير.

وبذلك فإن مدرسة التحليل النفسي ترى أن المدمن أو المتعاطي يقبل كلاهما على المخدر طلباً للتوازن بينه وبين واقعه، وتوازنه يكاد يختل ويتعثر في الحفاظ والإبقاء عليه عند حد أدنى من الاستقرار، ويجد في المخدر سناً وعوناً له في الحفاظ على هذا التوازن، فوظيفة المخدر أنه سند يمنح المدمن القدرة على مواجهة واقعه وذلك لما يحدثه فيه من تغير في نشاط وظائفه النفسية وعملياته العقلية، تنعكس في إدراكه للعالم وانفعاله به وإستجابته له، فالعقار من وجهة نظر التحليل النفسي هو وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفليه لا شعورية.

على ضوء هذه النظرية يمكننا القول بأن هناك مجموعة من الأسباب النفسية وراء التعاطي والإدمان على المخدرات، نلخصها فيما يلي:

(1) العوامل المساعدة المتعلقة بالعقار المستعمل:

• **تركيبية العقار وخواصه الكيميائية:** كل مادة موجودة في الطبيعة لها تركيب خاص بها، كما أن بعض المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها وعند تناول أي عقار تطرأ عليه تغييرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه ووصوله إلى الجهاز العصبي وعند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى مستقبل العقار Récepteur de drogue، فإن لم تتطابق جزيئات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية يكون العقار غير فعال، أما إذا تطابقت يكون العقار فعالا وبالتالي فإحدى العوامل الرئيسية المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي وتطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية، لذا نجد أن تفاعل الجسم مع أي عقار ثم الإدمان عليه يختلف من عقار إلى آخر، فالمنومات والمهدئات يدمن عليها الإنسان بعد استعمالها اليومي لمدة شهر تقريبا بينما يدمن على الهيروين بعد ثلاثة حقن، في ثلاثة أيام متتالية.

• **كيفية استعمال العقار:** يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي يتم بها التعاطي، فالمواد المدمنة تستعمل بعدة طرق، رتبت حسب خطورتها:

- التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي، وهو أكثر الطرق تأثيرا وإحداثا للإدمان.
- التعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم).
- التعاطي عن طريق الشم أو الأنف (الاستنشاق).
- التعاطي عن طريق التدخين، وهو أقل الطرق تأثيرا وإحداثا للإدمان لأن الجزء الأكبر من الغازات يطرحه الإنسان مع الزفير (زبدي، 2011، ص ص 23-25).

• **سهولة الحصول على العقار:** من البديهي أنه لا يمكن تعاطي أي مادة دون الحصول عليها كما أن تكرار الاستعمال يتعلق أساسا بسهولة الحصول على العقار، فمثلا: إذا كان الوالدان مدمنان على الخمر ويجلبانه إلى البيت فإن أبناء هذه الأسرة خاصة معرضون أكثر من غيرهم للإدمان على الخمر. في حالة تكرار شربه خاصة إذا كانت الأم تعمل فيصبح الأبناء دون رقيب أو مساءلة، وما ينطبق على الخمر ينطبق على أية مادة مدمنة أخرى.

• **نظرة المجتمع للعقار:** إن توفر العقار واستعماله وتأثيره، ومن ثم الإدمان عليه يختلف من مجتمع إلى آخر، لأن النظرة تختلف، فمثلا المجتمع الأوروبي والغربي عامة لا يرى لوما ولا حرجا في

التجارة بالخمور وشربها فيصح احتمال الإدمان كبير، في حين أن مجتمعنا الإسلامي ينبذ تجارة الخمر ويحتقر شاربيها، وبالتالي فإن نسبة الإدمان على الخمر قليلة بالمقارنة مع الغرب.

(2) العوامل المساعدة المتعلقة بالفرد نفسه:

- **التعاطي كسلوك انتقامي لتحطيم الذات:** قد يتعاطى المدمن المواد المخدرة بحثا على اللذة وتجنبنا للألم، وهذه نوعية بعض المدمنين، وهناك من يتخذها سلوكا انتقاميا لتحطيم ذاته، وتحطيم الذات نراه في من يعرضون أنفسهم للإيذاء بأيديهم، كالذي يلعب القمار ليخسر والتي تشد شعرها حتى ينزع معظمه أو الذي يأكل حتى يقتل نفسه من السمنة، كلها أنماط من السلوك تعرف في الطب النفسي باسم "سلوك تحطيم الذات" والمدمن يعلم أنه يؤدي نفسه، ولكنه يحتاج احتياجا ملحا لهذه المادة المخدرة التي تجعله في حاجة من التنويم تساعده على الهروب أو تجعله في حالة من التتميل لكل جسده، فلا يشعر به ولا يشعر بما لحق به من أذى، أي أنه في حالة من التخدير لواقعه، هذا الواقع الذي يشعره بالفشل ولا يشعره بالأمل، واقع يؤكد له أنه طريد منبوذ، واقع يطارده بالألم والنقد والتجريح وخيبة الأمل. (Coll, 1970, p. 10)
 - **الهروب من الواقع المؤلم:** تصبح المادة المخدرة مضادا للألم ومضادة لخبية الأمل وأحاسيس الفشل المرة. والمادة المخدرة تقدم للمدمن أحلاما وهمية وحلولا سهلة (غير واقعية) لمشاكل لا حل لها وتبدو الأمور سهلة في عينه. يستطيع أن يتجرع أي مر ويصبح أصبر الصابرين وأقواهم.
 - **العوامل الوراثية:** يعتقد بعض الباحثين أن أبناء المدمنين معرضون أكثر من غيرهم للإدمان وأن إدمان كل الوالدين يؤدي إلى إدمان عدد أكبر من الأبناء بالمقارنة مع إدمان أحدهما فقط ويردون ذلك للأسباب الوراثية ويؤيدون رأيهم بدراسات أجروها على الحيوانات في المخابر.
 - **شخصية الفرد:** إن أسباب الإدمان تتعلق بشخصية الفرد نفسه، ولإثبات هذا الرأي، قام الباحثون بمراقبة ودراسة نماذج مختلفة من البشر من سن الطفولة ولمدة سنوات متتالية وأجروا تحاليل نفسية ودراسات مستفيضة لكل تلك الحالات وخرجوا منها بعدة آراء معقدة، وقسم كل من كيسلواالتون شخصية المدمن إلى:
- **مدمن أناني:** هو الشخص الذي يصر على إشباع كل رغباته دون تأخير بالجوء إلى الإدمان والتعويض عند اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

- **مدمن ناقص النضج والإرشاد:** هو شخص يعتمد على نفسه لا يستطيع تحمل أعباء الآخرين فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بالمرارة بسبب فشله المتكرر في معركة الحياة.
- **مدمن غير ناضج جنسيا:** قد يكون مصابا بضعف القدرة الجنسية أو أن خجله شديد من ممارسة الجنس، أو لديه ميل للشذوذ الجنسي، أو معقد من الجنس الآخر لأسباب تعود إلى مرحلة الطفولة، كلها أسباب تؤدي إلى اللجوء إلى الإدمان لتخدير الشعور بالمشكلة الجنسية.
- **مدمن مضطرب التوتر:** هذا الصنف يلجأ إلى المخدرات ليتجاوز حالتي الاضطراب والتوتر الدائمين.

- **حب الاستطلاع:** يهدف لاكتشاف المجهول، حيث يندفع الكثير من الشباب إلى تجربة المخدرات وما تحدثه من نشوة ولذة، وبتكرار التجربة لتحقيق مزيد من النشوة يجدون أنفسهم قد وقعوا في شباك المخدرات وأصبحوا من المدمنين.
- **حب الإثارة:** يقع في شباكه كل مجرب بتكرار التعاطي.
- **الملل:** قد يدفع الشخص إلى تعاطي المخدرات ليهرب من الملل والفراغ النفسي الذي يعاني منه خاصة إذا تعرض لأزمة عاطفية أو عائلية.
- **الجهل بمخاطرها:** يندفع المراهق إلى التجربة مجارة لأصدقاء السوء، أو استطلاعاً أو حبا في الإثارة معتقداً أنه سيقلع عنها بعد تجربتين أو ثلاثا، لكن جهله يجعله قد لف حبل الإدمان حول نفسه وتمكنت المخدرات منه وبالتالي قد أصبح مدمناً.
- **الأمراض النفسية والعقلية:** يرى عمر شاهين أستاذ قسم الطب النفسي بجامعة القاهرة أن الإدمان والمرض النفسي على علاقة وثيقة ببعضهما، لأن العوامل الأساسية التي تدفع شخصا بذاته إلى نوعية المرض النفسي، قد تدفع شخصا آخر للإدمان (زبيدي، 2011، ص ص 26، 27).

ثانيا: النظرية المعاصرة في النمو النفس اجتماعي للأنا لإيريك إريكسون:

- تمثل نظرية إريكسون في نمو الأنا وخاصة خلال مرحلة تشكل الهوية في المراهقة وبدايات الشباب أحد الأساسات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي المخدرات، حيث يربط إريكسون (1963-1968) Erickson بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة وكثير من الاضطرابات السلوكية - بما فيها العدوان والجنوح وتعاطي المخدرات، كما تؤكد نتائج الكثير من الدراسات الغربية الميدانية

في هذا المجال انخفاض نسبة محققي هوية الأنا وارتفاع نسبة مشتتي الهوية بشكل خاص بين المتعاطين وغير المتعاطين (الغامدي، 2010، ص 1).

ويعد نموذج إريكسون في تفسير الأنماط السلوكية واحد من النماذج الأساسية والمهمة في نظريات التحليل النفسي ويقوم على مبدأ التطور المتعاقب، حيث تخضع الشخصية لمراحل مختلفة خلال عملية نموها وتشكل "الأنا"، الذي تتوقف عليه أنماط السلوك التي يمارسها الفرد فيما بعد وأشكال علاقاته الاجتماعية مع الآخرين، ففي كل مرحلة من مراحل النمو تمر الشخصية بتجارب وخبرات تترك آثارها في تكوين الشخصية، وتظهر في مراحلها اللاحقة بحسب قدرتها على تجاوز تلك المرحلة، غير أن ما يعود إلى الشخصية من خبرات جديدة ومهارات مكتسبة في أية مرحلة من مراحل النمو إنما يصبح جزءاً لا يتجزأ من الشخصية في المراحل التالية.

وتؤثر في أشكال تفاعل "الأنا" مع المرحلة الجديدة وبرغم ذلك فإن تجاوز الشخصية لواحدة من المراحل بنجاح وتعلم المهارات والخبرات المرتبطة بها لا يعني بالضرورة قدرة الأنا على تجاوز المرحلة اللاحقة، التي تتطوي بحد ذاتها على معايير جديدة وأشكال من الصراع بين الأنا والبيئة المحيطة، وعلى الرغم من ذلك فإن أبعاد الشخصية المتحصلة نتيجة كل مرحلة تؤثر بصورة عامة في نمط الشخصية على امتداد المراحل التالية لها (الأصفر، 2012، ص 38).

ثالثاً: النظرية المعرفية السلوكية:

تفسر النظرية المعرفية السلوكية الإدمان من خلال مبدئين أساسيين هما:

1) **القهر Compulsion**: يشير أنصار الاتجاه السلوكي-المعرفي إلى أن كثيراً من الباحثين ينظرون إلى الإدمان باعتباره مشكلة بدنية (كنوع من الإلحاح الجسمي الذي على الشخص المدمن أن يستجيب له) فإن وجهة النظر السلوكية-المعرفية ترى أن الأفراد يجب أن ينظر إليهم كصانعي قرار نشطين وضابطين للنفس، ويرى المعالجون السلوكيون-المعرفيون القهر باعتباره مبنياً على التوقعات والتعلم، أنهم يوافقون على أن الأفراد ذوي المشاكل الكحولية أو العقارية سوف يشعرون غالباً أنهم لا يستطيعون التحكم في سلوكهم، ويقدم هذا واحداً من أهم المفاهيم الذي ضمها هذا النموذج لمجال الكحول والعقار وهي التوقعات (فايد، 2005، ص 46).

(2) **التوقعات Expectation**: تعتمد هذه الفئة من نماذج النظريات السلوكية في تفسير الإدمان على العوامل المعرفية، ويشير هذا الفرض إلى توقع وجود علاقة منتظمة ويمكن التنبؤ بها بين الحدث (س) والموضوع (ص) ونتاج هذه العلاقة، وتعد توقعات العائد أو النتيجة هي إعتقاد الشخص بأن تعاطي العقار أو المخدر سوف يترتب عليه عائد مرغوب أو نتيجة مرجوة، وتكون التوقعات منها على أنها تخفف التوتر، وتحدث اللذة، وتزيد الجنسية والعدوانية، والتوكيدية الإجتماعية.

والتوقعات في إطار هذا الفرض يتم تعلمها وتطورها في حياة الفرد المبكرة، قد يتم تعلمها في نطاق الأسرة والجماعات المختلفة، حيث يشارك الفرد في التفاعل، وتشير البحوث التجريبية في هذا الصدد أن هؤلاء الأفراد المعتمدين للذين لديهم توقعات بأن الكحول يمنحهم تأثيرات إيجابية شاملة ويرفع لديهم من تقدير الذات، هؤلاء الأفراد يقطعون مسيرة العلاج في الغالب (الباسوسي، 2007، ص 18).

ويؤكد بندورا (1980) أن القدرة على تصور النتائج المستقبلية للفعل هو مصدر معرفي للدافعية، وهناك نوعان من التصورات:

- أ- **التصور العقلي السلبي**: ويؤدي إلى انخفاض أو غياب احتمال حدوث السلوك.
- ب- **التصور العقلي الإيجابي**: وغالباً ما يؤدي إلى تجسيد السلوك، والتصورات الإيجابية في محتواها بالنسبة للمراهق، قد تبعث فيه الرغبة في التجريب، وقد أكد الباحثون أنها غالباً ما تنتهي بتجسيدها في الواقع عكس التصورات السلبية، وقد تحدث أول تجربة للتعاطي عنده كما هو مبين في الشكل رقم (4.3). التالي:



شكل 4.3. يوضح التصور الإيجابي للتعاطي.

ولهذه التجربة والظروف المحيطة وكذلك تجسيدها للتوقعات السابقة، الأثر البالغ في استقرار المعتقدات المرتبطة بتعاطي المخدرات، مما يؤدي إلى استمرارية هذا السلوك (التعاطي المنتظم) ثم الإدمان (زبدي، 2011، ص ص 28، 29).

رابعاً: نظرية التعلم الاجتماعي:

تعتمد في الأساس على مبادئ التشريط الكلاسيكي والأدائي مع التأكيد على دور العمليات الرمزية والتنظيم الذاتي للسلوك الإنساني، بالإضافة إلى التأكيد على الدور المحوري للعمليات المعرفية. فعلى سبيل المثال يعتبر الإعتماد على الكحول نمط متعلم ومكتسب إجتماعياً، ويستمر بواسطة مثيرات سابقة (التشريط الكلاسيكي والتوقعات)، وتدعيمات لاحقة (تشريط أدائي وخفض التوتر) إضافة إلى العوامل المعرفية وتأثيرات المحاكاة والتفاعل بين الميكانزمات السلوكية والوراثية.

والواقع أن هذا الإطار المتسع لتفسير الإدمان يضم مفاهيم أساسية مثل فرض خفض التوتر والتوقع، والوراثة السلوكية وكذلك بعض مفاهيم الطب السلوكي، ويبدو أن هذه النظرية لقيت قبولا واسعا لدى المختصين لأنها قدمت تفسيرات ذات جدوى عن الأسباب التي تجعل بعض الناس يبدأون بالتعاطي، ولماذا يستمرون في التعاطي، إذ أعتبر أن التعاطي والإدمان عبارة عن أنماط سلوكية متعلمة يكتسبها الفرد في سياق تفاعلاته مع الواقع المحيط وتعزى بداياته للأسباب التالية:

- أن التأثير المباشر لتعاطي العقار أو المخدر قد يحدث عند الفرد شعوراً بالذلة (تدعيم إيجابي).
- إعتقاد الفرد بأن للتعاطي فائدة تتفق مع معايير الشخصية (وسيط معرفي).
- أن الفرد قد يتعلم التعاطي من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم (النمذجة أو المحاكاة) (الباسوسي، 2007، ص 22).

ووفقاً لنظرية التعلم لباندورا (1969)، فإن الأطفال يتعلمون الإتجاهات والسلوكيات بمشاهدة الآخرين بما في ذلك الوالدين والإخوة والنظائر، لذا يتعلم الأطفال عن إستخدام الكحول عندما يرون الناس في حالة إسترخاء بعد يوم طويل من العمل، إن الأطفال الذين لهم آباء وأمهات متساهلون في اتجاهاتهم نحو الكحول، والذين يمرون بالمشكلات ذات الصلة بالكحول قد ينخرطون في الشرب المفرط وقد يمرون بهذه المشكلات أنفسهم، وتظهر دراسات التبني أن الناس الذين تم تبنيهم وهم صغار يشربون كثيرا عندما يربيههم أناس ينخرطون في الشرب المفرط (ساندرسون، 2019، ص ص 257-258).

كما تفترض هذه النظرية أن السلوك الإنساني ما هو إلا نتيجة لتتابع الخبرات الاجتماعية والتي من خلالها يكتسب الفرد مفهوماً عن معنى السلوك، كما يكتسب مدركات وأحكام معينة عن المواقف التي تجعل النشاط ممكناً ومرغوباً فيه.

وقد حدد بيكر Piker خطوات التعلم الاجتماعي لتعاطي المخدرات كالتالي:

- تعلم الطريقة الصحيحة للتعاطي التي تحدث أثارا تخديرية فعلية، في البداية لا يحصل المبتدئ على اللذة المطلوبة لعدم معرفته الجيدة بالطريقة والكمية الصحيحة، ولكي يحدث ذلك بتعلم المتعاطي الطرق الصحيحة بالملاحظة وتقليد الآخرين .
- التعرف على الآثار التخديرية، وربطها باستعمال المخدر، وتتضمن هذه الخطوات عاملين، الأول ظهور آثار التخدير، والثاني ربط هذه الآثار في ذهن المتعاطي بالمخدر. حيث بتكرار التجربة يزداد تقدير المتعاطي لآثار المخدر، فيواصل تعلم الوصول إلى قمة النشوة.
- تعلم الاستمتاع بآثار المخدر ويرى Piker أن هذه الخطوة ضرورية لاستمرار التعاطي، وهي تحدث من خلال التفاعل الاجتماعي مع المتعاطين الآخرين ذوي الخبرة الإدمانية الطويلة، حيث يؤثر عليهم ويعلمونه أن يجد اللذة في التعاطي، برغم التجربة الأولى المؤلمة، ويحولون انتباهه إلى الجوانب المريحة من آثار المخدر (غبارى، 2007، ص 61).

ويوضح بيكر ذلك بأنه في التجربة الأولى لا يحصل المبتدئ عادة على اللذة المطلوبة، ويرم ذلك إلى عدم صحة الطريقة التي تناول بها المخدر، وعدم كفاية الكمية، مما يؤدي إلى استحالة الوصول لحالة التخدير المرغوبة، ويتعذر على المتعاطي المبتدئ أن يكون لديه مفهوم معين عن المخدر كموضوع يستعمل للوصول إلى اللذة، فيتوقف عن استعمال المخدر. فتكون الخطوة الأولى لكي يصبح متعاطيا هي تعلم الطرق الصحيحة للتعاطي حتى تحدث الآثار التخديرية، ومن ثم يتغير مفهومه عن المخدر، هذا التغير قد يحدث عن طريق التعلم المباشر أو غير المباشر وذلك بملاحظة وتقليد سلوك الآخرين. إذن هناك عوامل أخرى اجتماعية وثقافية لتعاطي المخدرات والإدمان عليها نلخصها فيما يلي:

(1) العوامل البيئية والاجتماعية:

- **العوامل الأسرية:** إن غياب دور البيت وضياع السلطة الأبوية كثيرا ما يؤدي إلى نتائج سلبية فالانفصال والطلاق في معظم الحالات مؤثر انفعالي للأبناء مما يعرضهم للإدمان أو الانحرافات

المختلفة في أماكن غالباً ما تكون منحرفة، ونجد من أهم العوامل للانهياب الخلقي داخل الأسرة هو انحراف الوالدين أو أحدهما. والمقصود بالانهياب الخلقي، انعدام القيم الروحية والخلقية وفقدان المثل العليا واختلال المعايير الاجتماعية. مما يجعل الحياة داخل الأسرة مجردة من معاني الشرف والفضيلة. لا يحسون بمعنى الخطيئة لأنها ستكون أمراً عادياً لا غضاضة فيه.

● **أصدقاء السوء:** إن الأصدقاء والرفقاء الذين يرتبطون ببعضهم وجدانيا لهم تأثير قوي وخطير على بعضهم. و خاصة إذا كانوا من المنحرفين وكثير من الشباب الذين أدمنوا كان وراءهم رفقاء السوء. فمن مجالس المدمنين ويعاشرهم يصبح منهم بالتأكيد خاصة إذا كان ضعيف الشخصية، ولا يعرف أضرار الإدمان (زبيدي، 2011، ص 31).

● **العوامل الإيكولوجية:** ونقصد بها مناطق الانحراف والإدمان إذ أن مناطق الجذب والاستثارة والمغريات في البيئة تعتبر عاملاً هاماً للإدمان، فالمرهق الذي هرب من المنزل أو المدرسة أو العمل يسعى إلى تلك المناطق التي يتوافر فيها الإغراء كما أن الأحياء الفقيرة المكتظة بالسكان التي تنتشر فيها أماكن مهجورة تعتبر بيئة جاذبة للإدمان.

(2) العوامل الثقافية والحضارية:

● **الصناعة السينمائية:** وهي احد أهم العوامل التي تؤدي إلى الإدمان فقد اهتمت الدول المتقدمة باستغلال وقت الفراغ كما في ذلك من أهمية وخطورة في نفس الوقت، إذ أن مواضع الأفلام السينمائية تدعو إلى المجون، فربما تتناول القصص حياة مدمن أو تاجر مخدرات فيكون الشباب عرضة للتأثر بأبطالهم. وبما أنها وسائل ترفيهية محببة كثيراً لدى المراهقين فهي تجذب انتباههم وتستحوذ على تفكيرهم.

● **العوامل الاقتصادية:** كلما كان دخل الفرد مرتفعاً، كلما لجأ إلى إدمان الأصناف الجيدة من الهيروين، أما إذا كان دخله منخفضاً لجأ إلى الكحول والخمور وحتى استنشاق الغراء.

● **العوامل الحضارية والاجتماعية:** تختلف مظاهر الحضارة بين بلد وآخر، فمثلاً نجد بعض الدول تسمح ببيع مقدار محدد من المواد المدمنة (الحشيش) كهولندا، مما يسمح بزيادة عدد المدمنين على عكس الدول الإسلامية التي لا تسمح بها (زبيدي، 2011، ص 33).

11.3- طرق التعاطي:

هناك طرق متعددة لتعاطي العقاقير، تشمل أكلها، شربها، مضغها، تدخينها أو إستنشاقها وشمها أو حشو الأنف بها، أو حقنها تحت الجلد أو بالعضل أو بالوريد، وتعتمد بداية تأثير العقار على طريقة تناوله، ويكون تأثيرها سريعاً في حالات التدخين أو الحقن في الوريد أو حشو الأنف وأبطأ في حالات المضغ أو الأكل أو الحقن تحت الجلد. وكثيراً ما يحدد نوع العقار المستعمل في حالات المضغ أو الأكل أو الحقن طريقة تعاطيه (عبد الله، 2009، ص 262).

ويتضح أثر تناول الدواء في تأثيره في الجسم، ويقصد بتناول الدواء الآلية التي ينتقل فيها الدواء من نقطة الإدخال في الجسم إلى الدورة الدموية، وعند تناول العقار لابد من تحديد طريقة التناول، وكمية الجرعة، ونوعية الجرعة (سائل أو حبوب) وهناك عدة طرق أساسية لتناول العقار هي:

أولاً: عن طريق الفم:

هذه أكثر الطرق شيوعاً، ولا بد أن يكون العقار قابلاً للبلع لكي يتم تناوله عن طريق الفم، وأن يتم امتصاصه ووصوله إلى الدورة الدموية، فبعض المخدرات يتم امتصاصها مباشرة كالكحول خاصة، إذا كانت المعدة فارغة، والمخدرات يتم تناولها بشكل سائل يتم دخولها للدم بشكل أسرع من الحبوب.

ثانياً: عن طريق الحقن:

وذلك عن طريق الحقن بالعضل، وهذا قد يكون عن طريق الأوردة مباشرة، أو تحت الجلد أو في العضل، وتؤدي هذه الطريقة إلى استجابات سريعة، مقارنة مع طريقة التناول عن طريق الفم، وذلك لسرعة الامتصاص والوصول لمجرى الدم، ولا بد من الإشارة إلى أن الامتصاص السريع للمخدر في وقت قصير جداً وخاصة إذا كانت الجرعة كبيرة فقد تؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان بالإضافة إلى فقدان عملية التعقيم ما قد يؤدي إلى الالتهابات أو التلوث.

ثالثاً: عن طريق الاستنشاق:

عن طريق الرئة يتم الامتصاص بهذه الطريقة بشكل سريع، ويتم نقل المواد المخدرة بشكل سريع عن طريق الرئتين (البداينة، 2012، ص 97). ويمكن تلخيص الطرق المستخدمة في تعاطي المخدرات بحسب نوع كل مادة يتم تعاطيها في العناصر التالية: (الهورنة، 2018، ص 24)

- عن طريق التدخين (كالهيروين والحشيش).
- عن طريق الشرب بالتذويب في سائل (الكوديين).
- عن طريق بلع الحبوب المنومة والمهلوسة.
- عن طريق الاستنشاق (كالهيروين).
- عن طريق المضع (كالقات، والأفيون).
- عن طريق الحقن في الوريد (كالهيروين).

12.3- كيفية التعرف على المتعاطي والمدمن:

- تغير واضح في طريقة حياته ونظامه.
- النسيان المرضي، والارتباك الشديد في التحصيل والذاكرة والفشل الدراسي والاجتماعي والمهني.
- ظهور سلوكيات غريبة مثل اختفاء الأدوية من مكانها ومكالمات هاتفية تثير الشكوك.
- اختيار مواعيد مريبة للالتقاء بالأصدقاء مع ظهور بقع بيضاء على ثقب الأنف والملابس.
- ظهور أعراض انسحاب العقار أو المخدر، وتتمثل في "اضطراب الجهاز العصبي المستقل (ANS)، وشعور المدمن أو المتعاطي بالغم والضيق، والألم في العضلات، وسرعة معدل ضربات القلب، والدوخة، والقيء، واتساع حدقة العين، والأرق، والقلق، والخوف، والفرع، والشوق المميت للعقار أو المخدر" (الهورنة، 2018، ص 28).

13.3- أفكار ومعتقدات شائعة حول التعاطي:

تلعب الأفكار والمعتقدات دوراً مهماً في السلوك، ولمواد التعاطي معاني رمزية وإيجابية، سواءاً فيما يتعلق بالنظرة إليها، أو الوظائف المقترنة بتعاطيها، أو المعتقدات المرتبطة بها، حيث يفضي الاعتقاد إلى تشكيل فكر الفرد تجاه فاعليتها في الحصول على مشاعر وأحاسيس متنوعة.

وفي ما يلي عدد من الأفكار والمعتقدات الشائعة حول الدور الذي تلعبه مواد التعاطي وما يرتبط بها من أوهام السعادة والشعور باللذة، والنشوة، كما يشاع وسط المتعاطين والمدمنين أنها:

- تنسي وتبعد الإنسان عن هموم الدنيا.
- تنقل الإنسان من الكآبة إلى السعادة.
- تنشيط الفرد جنسياً.

- تجعل الفرد يشعر بنشوة أكثر في المعاشرة الزوجية.
- تخفف من المتاعب الجسمية.
- تجعل الفرد يعيش في عالم من الأحلام.
- تشعر الفرد بالقوة والشجاعة.
- تجعل الفرد مرحاً.
- تجعل الفرد يعمل فترات طويلة دون تعب.
- تجعل الفرد يبدع.

هذه الأفكار والمعتقدات الشائعة بين المتعاطين والمدمنين حول تأثير مواد التعاطي، هي بالفعل أفكار ومعتقدات خاطئة، تهيئ للإفراد مشاعر وأحاسيس زائفة، وهؤلاء أفراد فشلوا في إيجاد أساليب توافقية سوية لمواجهة الضغوط والتوترات التي تواجههم في الحياة فتناولوا مواد التعاطي لتمنحهم مشاعر كاذبة بناءً على أفكار خاطئة، معتقدين أنهم يستطيعون من خلالها حل مشكلاتهم ولكنهم يفشلون، ومن ثم يشعرون بمزيد من الإحباط والخوف الذي يولد قدراً كبيراً من التوتر والقلق فينغمسون أكثر فأكثر في تعاطي هذه المواد، وبالتالي يظل المتعاطي في دائرة الإدمان المغلقة (الهورنة، 2018، ص ص 32، 33).

14.3- دور تعاطي بعض المواد المخدرة في إحداث العنف والجريمة:

إن تعاطي المواد المخدرة يسبب عدداً من الآثار الفسيولوجية التي تحدث اضطراباً في القدرة على تجهيز المعلومات والتفكير والنواتج طويلة المدى للسلوك، كما أن تعاطي المواد ربما يحد من الضبط الطبيعي الذي لدى الناس ضد الانخراط في السلوك العنيف (Bushman, 1997, p. 13).

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل عن تعاطي المخدرات، وما يحدثه من تأثيرات على مستوى الجهاز العصبي قدم الباحثون عديد من التفسيرات لعلاقة التعاطي بسلوك العنف والجريمة وفيما يلي عرض للمواد الشائعة إستخدامها وتأثيراتها المختلفة:

(1) أكدت عديد من الدراسات على طبيعة العلاقة الوثيقة بين استخدام الكحول وكل من العدوان والعنف، وخاصة في حالة التسمم الكحولي أو حالة (السُّكر) Alcohol Intoxication، وأشارت إلى أن الميكانيزم الأساسي الذي يعمل عليه الكحول ويسبب العدوان هو الحد من استجابة الخوف

والقلق والتي تساعد الفرد على التحكم في سلوكياته الاندفاعية، حيث أن عمل هذه الاستجابة في صورتها الطبيعية يجعل الفرد قادراً على التعامل مع المواقف المهددة له بطريقة تتسم بالحرص والحذر، وعلى سبيل المثال فالكحول يؤثر على الوظائف المعرفية المسؤولة عن التخطيط للإستجابة في المواقف الخطرة، ويعمل على خفض شدتها مما يجعل الشخص يسلك بإندفاعية ودون تروي، وهذا ما يمكن أن نعني به إنخفاض القدرة على السيطرة على الذات والتخطيط للمواقف الخطرة، بالإضافة إلى أن الكحول أيضاً قد يزيد من معدل إدراك الألم كسبب رئيس للبدء بالعدوان دفاعاً عن الذات، بمعنى أنه يضخم من شعور الفرد بالألم في موقف معين مما يجعله يسلك بشكل عدواني دفاعاً عن نفسه. والتعاطي المزمن للكحول يؤدي إلى صعوبات في التفاعل مع الآخرين، غالباً ما تؤدي إلى العدوان اللفظي والبدني، كذلك يؤدي التعاطي الزمن إلى نوبات متواصلة من الأعراض الإنسحابية الناتجة عن نقص الكحول بالجسم، والتي تعتبر من أسباب السلوك العدواني نظراً لأنها تجعل الفرد سريع الغضب والتهيج.

(2) قد يرتبط استخدام المهدئات بالعنف الناتج عن استخدام العقاقير حيث يكون هناك سرعة في الغضب والقلق والذي يحدث كنتيجة لحالات الإنسحاب، وتتشابه أعراض الإنسحاب الخاصة بالمهدئات مع أعراض الكحول والتي تتسبب في إحداث حالة من عدم الكف للسلوك أو الإندفاع والقلق والشعور بالذنب، وخلال حالة التسمم (تعاطي هذه المواد بكميات كبيرة) فإن مزاج الفرد يكون سريع التغير، والتي ينتج عنها حالات من السلوك العدواني العنيف.

(3) قد تكون الماريجوانا كمادة مغيرة للمزاج، سبباً في إحداث بعض الإضطرابات النفسية مثل نوبات الهلع Panic Attacks، بعض أعراض البارانويا والقلق، بل حتى نوبات الذهان، وخاصة لدى الأفراد الذين لديهم عوامل مهيئة لبعض الإضطرابات النفسية Predisposing Factors، كذلك فإن أعراض الإنسحاب من الماريجوانا قد تؤدي إلى حالة من القلق وسرعة الغضب الذي قد يؤدي إلى العدوان.

(4) أجريت عديد من الدراسات لبحث طبيعة العلاقة بين استخدام المواد الفعالة نفسياً والسلوك العدواني، وقد تم التوصل إلى أن استخدام المنشطات ينتج عنه كثير من التأثيرات التي يمكن تصنيفها إلى سرعة الغضب، العدوان الجسدي، وتعد حالة الاستخدام المزمن لهذه المواد وخاصة

عن طريق الحقن الوريدي من الأمور التي ينتج عنها حالة من ذهان البارنويا قد تتضمن ضلالات مخيفة ينتج عنها أفعال عدوانية شديدة.

(5) يساعد تعاطي الكوكايين في ارتكاب جرائم العنف والسلوك بعدوانية، حيث يسبب استخدامه سرعة الغضب والعدوان الجسدي، وتتسبب حالة التسمم بتلك المادة في زيادة الأنشطة النفسية الحركية وبعض الهذيان، بالإضافة إلى ذلك فإن أعراض انسحاب تلك المادة قد تظهر في صورة أعراض مرضية، مثل الإكتئاب، والقلق، وسرعة التهيج، ينتج عنها ثورات عنيفة لدى البعض، وخاصة لدى من لديهم استعداد مسبق للمرض العقلي.

(6) بالنسبة للهيروين لا توجد دلائل تشير إلى السلوك العدواني عند استخدام تلك المادة، وقد يرجع ذلك إلى طبيعة تأثيرها حيث تعد من ضمن تلك المواد التي تعمل على كف السلوك، كذلك فهي تؤدي إلى فقدان الشعور بالألم وتقلل من القلق والإكتئاب، وتؤكد الدراسات على أن الهيروين يعمل على كف الاستجابات العدوانية بشكل مؤقت، طالما كان الفرد تحت تأثير المادة، إلا أنه في حالة أعراض الانسحاب يكون المريض عدوانياً بشكل مبالغ فيه (عبد الوهاب، 2017، ص 151-154)

وقد أثبتت بحوث قام بها العالم كنيير أن السكر كان وراء جرائم هتك العرض وجرائم الفاحشة في كثير من الحالات في السويد. وهناك مجموعة من العلماء يجزمون أن الإدمان على المخدرات يولد روح العنف واللامبالاة في المدمنين ويدفعهم إلى المجازفة بنفوسهم في إقتراف الجريمة مستلدين في ذلك بأن عددا من المجرمين الخطرين هم من مدمني المخدرات ويتعاطونها ليشجعوا على خوض المغامرة (دردوس، 2009، ص ص 116، 120).

وتقر منظمة الصحة العالمية في دراسة قامت بها حول الجريمة في ثلاثين دولة من بينهما الولايات المتحدة والمملكة المتحدة أن (86%) من جرائم القتل و(50%) من جرائم الإغتصاب تمت تحت تأثير الخمر، وأن ما لا يقل عن (50%) من حوادث المرور هو بسبب تعاطي الخمر، وفي الولايات المتحدة يلاقي ما لا يقل عن (30000) شخص حتفهم بسبب حوادث المرور الناتجة عن الخمر، كما يتوفى (20000) بسبب جرائم القتل والإنتحار تحت تأثير الخمر، وتذكر دائرة المعارف

البريطانية أن معظم حوادث الإعتداء الجنسي على المحارم من البنات والأخوات والأمهات وقعت تحت تأثير الخمر.

أما على الجانب العربي فقد كشفت دراسة سعودية أن (28 %) من المحكوم عليهم بجرائم جنائية كانوا يتناولون المخدرات، وأن المخدر يدفع الفرد بقوة لإرتكاب جرائم الإعتداء الجنسي حيث وصلت نسبتها إلى (62 %) هتك عرض للذكور و(56 %) إغتصاب للإناث، وكما (سيدبي، 2009، ص ص 14-16).

خلاصة:

بعدما تطرقنا في هذا الفصل لكل ما يتعلق بتعاطي المخدرات ووضعنا تفصيلات حدوثه حسب وجهات النظر المختلفة، والإحصائيات المقدره لنسب حدوثه في العالم عبر السنوات المختلفة وهذا ما يبين خطورة هذه الظاهرة، لهذا فإن ضرورة الالتفات للتصدي للظاهرة موضوع الدراسة من أجل البحث فيها أكثر، خاصة من حيث الأسباب والعوامل المساهمة في حدوثها وتشيئها، ويبدأ ذلك بالنظر إلى حجم خطورتها، كونها من بين القضايا المعقدة التي تواجه الإنسان خصوصاً على مستوى تأثيراتها أو الأضرار الناتجة عنها في جميع الجوانب المختلفة في حياة الفرد المتعاطي للمخدرات، وما يلحق بالمجتمع جراء ذلك، والذي سنحاول في الفصل الموالي توضيحه أكثر، خاصة فيما يتعلق بكيفية إستحواذ المخدر على الفرد.

الفصل الرابع

المخدرات وأنواعها

تمهيد

01.4- لمحة تاريخية عن المخدرات.

02.4- مفهوم المخدرات.

03.4- مفهوم الإدمان على المخدرات.

04.4- معايير تصنيف المواد النفسية المخدرة.

05.4- أنواع المخدرات.

06.4- المخدرات من منظور الدين الإسلامي.

07.4- أضرار المخدرات.

خلاصة

تمهيد:

منذ القدم استخدمت مختلف الشعوب المواد المخدرة ، على أمل التخفيف من الألم الجسدي أو تغيير حالات الوعي وذلك لعدة قرون، فأغلب الأفراد تقريباً كانوا يستخدمون واحدة أو أكثر من المواد المؤثرة في الجهاز العصبي المركزي، لتخفيف الكرب النفسي أو لتوليد حالة من الشعور بالنشوة والانسراح، دون إدراك منهم بالنتائج المترتبة عنها وخطورتها على حياتهم، وقد انتشرت زراعتها وإنتاجها وكذا ترويجها حتى أصبحت ظاهرة عالمية تنخر حياة الأفراد والمجتمعات بمختلف طبقاتها ومستوياتها، فمشكلة المخدرات وتعاطيها لم تعد تقتصر على فئات معينة، بل أصبحت متاحة لدى كل الفئات العمرية خاصة لدى فئة الأطفال والمراهقين في المدارس والجامعة فبعض الأفراد بطبعهم الغريزي يبحثون دائماً عن تحقيق إشباعاتهم المختلفة ولو بطرق سلبية دون التفكير في عواقب تلك السلوكات.

ورغم كل ما تبذله الدول والمنظمات والجمعيات من جهود بغرض التصدي لآفة المخدرات ومحاربتها أو التخفيف من حدتها، إلا أن الانتشار الرهيب لهذه المواد في تزايد مستمر والسبب في ذلك هو تطوير أنواعها وكذا تطوير وسائل وطرق استعمالها، خاصة من حيث ترويجها، ولعل هذا ما توقعه العديد من الباحثين من خلال ما هو ملاحظ من تشتت للنظام القيمي وتدني اللوازم الديني، مع اختلال النظام التربوي والتنشئة الأسرية والاجتماعية، وكل ذلك راجع لقلّة الوعي والإدراك وهذا ما فتح الأبواب أما طغيان المواد المخدرة واستحواذها على حياة الأفراد دون النظر إليها على أنها مواد تدميرية. وفي هذا الفصل سوف نتعرف على ماهية المخدرات ومختلف أنواعها ونسب انتشارها من خلال استقرائنا حول كل ما كتب عنها.

01.4- لمحة تاريخية عن المخدرات:

تتركز مراكز إنتاج المخدرات في منطقة الهلال الذهبي (أفغانستان، إيران وباكستان)، وهناك منطقة المثلث الذهبي (بورما، رودس، تايلاندا) بالإضافة إلى الهند ولبنان والمكسيك، كذلك بعض الدول التي توجد بها معامل تحويل الأفيون إلى الهيروين مثل سوريا وهونج كونج.

ويخلص محي الدين الجمال إلى القول أن هذه المشكلة مازالت تحتل مكانة بارزة وأولوية كبيرة تتغل كاهل الشعوب، وأصبح وباء الإدمان وما يرتبط به من مخاطر ومشكلات صحية واجتماعية

يتزايد بعد أن وصل في العقد الأخير حدود (5000) طن ووصل عام (1999) إلى (5764) طناً ومازالت الأوضاع في بعض دول آسيا تتذر بمزيد من الخطر، فهذه العوامل قد تهدد دورة إنتاج الكوكايين الذي جاوز (900) طن، وتشير تقارير الأمم المتحدة إلى تزايد مضبوطات الحشيش إلى (100.000) طن وزيادة معامل بعض أنواع المخدرات من (500) معمل إلى أكثر من (800) معمل من عام (1995) إلى الآن.

وقد دخلت المنطقة العربية في سوق إنتاج واستهلاك المخدرات منذ قديم الزمن وعلى وجه الخصوص خلال حقبة العصر الحديث، وذلك بسبب الاستعمار الذي تعرضت له الدول العربية دون استثناء، كما أن الموقع الجغرافي للدول العربية وتوسطها بين الشرق والغرب من ناحية الشمال والجنوب ومن ناحية أخرى، فرض عليها أن تكون نقطة عبور لقوافل التجارة التي تعبر المنطقة، ومن بينها المخدرات، وارتفعت جرائم ترويج وتهريب المخدرات، وكذلك تعاطيها بدرجة كبيرة في أقطار الوطن العربي دونما تخصيص (الغول، 2011، ص ص 23-26)، ولا تزال لبنان تشكل المصدر الرئيسي للحشيش بمعظم دول الشرق الأوسط وخاصة مصر، وكانت تجارة المخدرات قد ازدهرت على نحو شبه رسمي في الثمانينات بسبب ظروف الحرب الأهلية، وأشارت بعض الإحصاءات إلى وجود نحو (100) مطبخ للهيروين، (17) مصنعا، و(25) مختبرا للفحص والتعديل (الباسوسي، 2007، ص 12).

ف نجد أن المنطقة العربية الواقعة على ساحل البحر المتوسط الشرقي (لبنان، سورية والأردن، العراق) تعاني من الحشيش اللبناني ونقله إليها عن طريق سوريا والأردن، والأفيون من دول الهلال الذهبي (باكستان وأفغانستان وتركيا) وتسرب الهيروين إليها، أما دول منطقة الخليج الست فتعاني من مشكلة الحشيش والأفيون ونسبة ضئيلة من الهيروين والكوكايين الذي يتسرب إليها من دول الاتجار غير المشروع لهذه المواد المخدرة (فايد، 2005، ص 28).

تعتبر المغرب هي الدولة الأكثر إنتاجا لراتنج الحشيش في العالم حيث (70%) من راتنج الحشيش الذي يتم تعاطيه في أوروبا مصدره المغرب وقد أسفرت الجهود التي تقوم بها حكومة المغرب بالتعاون مع بعض الدول والمنظمات الدولية عن انخفاض المساحة المزروعة بالمغرب من (134) ألف هكتار سنة (2003) إلى (72.5) ألف هكتار عام (2006) (فتحي، 2009، ص 26).

وقد استفحلت زراعة القنب والأفيون في بعض مناطق الجزائر خاصة في منطقتي أدرار وتيميمون بجنوب البلاد، ومنطقة توجا ببجاية، كما تعتبر الجزائر بلد عبور تبعا للإحصائيات الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات والوقاية منها، فإن الكميات المحجوزة في تزايد، بعدما كانت سبعة أطنان في سنة (2005)، ارتفعت إلى (10) أطنان ونصف في سنة (2006)، ثم إلى (16) طنا ونصف في سنة (2007)، وخلال الثلاثي الأول لسنة (2008) بلغت الكميات المحجوزة (4.9) طنا من نبات القنب، وارتفعت خلال الثلاثي الأول لسنة (2009) إلى (26) طنا، وبالنسبة للحبوب فخلال الأربيع أشهر الأولى لسنة (2008) تم حجز ما يقارب (1830) حبة من المؤثرات العقلية، أما الكمية السنوية فهي (89.931) حبة مقابل (38.923) حبة خلال سنة (2006) (آث ملويا، 2010، ص ص 12-14).

ويقدر الإنتاج من الأفيون في عام (2013) بحوالي (6883) طن، وهذا يعني العودة إلى المستويات التي سجلت في سنة (2008 و2011)، إنتاج الأفيون في أفغانستان تمثل (80%) من الإنتاج العالمي للأفيون (World Drug Report, 2014, p. 21).

ومن العوامل التي تساعد على انتشار هذه الآفة في العالم وفي المنطقة العربية ما يحيط بإنتاجها وتهريبها والاتجار فيها دولياً من أرباح طائلة يتم استثمارها من قبل عصابات الجرائم المنظمة، وكذلك عصابات الإجرام في العالم (الغول، 2011، ص 26).

02.4- مفهوم المخدرات:

إن كلمة المخدر في اللغة العربية أكثر دقة ودلالة من الكلمة المقابلة لها في اللغة الإنجليزية والفرنسية Drug، لأن هذه الكلمة الأوربية تعني من الناحية العلمية العقار أو أي مادة يستخدمها الأطباء في علاج الأمراض، أو في مجال فسيولوجيا الكائن الحي، ولكن كلمة عقار في الوقت نفسه تستخدم بمعنى المخدر ذو الخصائص المعروفة من تنبيهه أو انهباط، كما يرتبط استعمالها بالوصمة وعدم القبول من حيث هي مواد ضارة بالفرد وغير مقبولة اجتماعياً، وهكذا نجد بها معنيين في اللغة الأجنبية، فالدواء يستخدم بقصد العلاج، أما المستحضرات الدوائية تستخدم استخداماً سيئاً لآثارها الضارة بدنياً واجتماعياً ولأنها فعل أو سلوك مرفوض من طرف المجتمع (الغول، 2011، ص ص 85، 86)، إذن المخدر Narcotics، مصمم لمحاكاة العملية الطبيعية لإدارة الألم في الجسم، هذه

العملية تقلل من مشاعر الألم وتنتج الشعور بالراحة، ويشتمل المخدر على مخدرات غير شرعية مثل الهيروين، وعقاقير شرعية مثل الكودين والمورفين (ساندرسون، 2019، ص 262).

فالمخدرات هي مواد مخدرة يتعاطاها الشخص بصورة منتظمة، وتقود إلى العديد من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد على وظائف الجهاز العصبي المركزي، ولما تحدثه من الاضطرابات في الإدراك والمزاج أو السلوك، وهي مواد وعقاقير تختلف وظائفها وتأثيراتها باختلاف مكوناتها الكيميائية على الجهاز العصبي، وتسبب اعتماداً جسيماً أو نفسياً (الهورنة، 2018، ص 21).

ويطلق الفقهاء لفظ المخدرات على كل ما يغطي العقل من المسكرات غير المائعة في أصل تكوينها كالحشيش والبنج والأفيون (إبراهيمي، 2005، ص 28). وهو مادة تسبب في الإنسان والحيوان فقدان الوعي بدرجات متفاوتة، وقد ينتهي إلى غيبوبة تعقبها الوفاة، وتستعمل المخدرات في الطب لإزالة الآلام كالمسكنات أو لإحداث النوم كالمنومات ومع أن جميع المواد المستعملة للبنج يجوز اعتبارها من المخدرات، فإن المصطلح نفسه قد خصص الآن للدلالة على مواد معينة، تثبط الجهاز العصبي تشبيطاً عاماً، ولهذا فإن المخدرات تسبب الإدمان (أبو حلتم، 2006، ص 390).

1) التعريف اللغوي للمخدر:

تعد المخدرات من العقاقير المخدرة، ولفظ المخدرات يحتاج إلى إيضاح من الناحية اللغوية (خدر، واختدر وتخدر، والخادر هو الفاتر الكسلان والخدر تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة) فالخدر هو الستر والتظليم والتعقيم والغموض والفتور والكسل.

فالمخدر عند الإمام القراني هو المفسد والمشوش للعقل مثل الحشيش والأفيون، وعند الإمام الخطابي ما يغيب العقل دون الحواس، والمفتّر من التفتير، فيقال فتر عن العمل أي انكسرت حدته ومن هذا المعنى يوضح عبد الله الظيار المفتّر مأخوذ من التفتير والافتار، وهو ما يورث ضعفاً بعد قوة وسكوناً بعد حركة واسترخاء بعد صلابة، وقصوراً، بعد نشاط (مظلوم، 2012، ص 05).

2) التعريف الاصطلاحي للمخدر:

كلمة المخدر ترجمة عربية لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية Narcosis التي تعني الخدر، ويعرف الركابي (2011) المخدرات بأنها كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقية (محيسن،

2012، ص 305)، تحتوي مواد منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها مما يضر بالفرد والمجتمع جسمياً ونفسياً واجتماعياً (أبو حاتم، 2007/2006، ص 28)، لأنها تؤثر على الجهاز العصبي المركزي ويسبب تعاطيها حدوث تغيرات في وظائف المخ، وتشمل هذه التغيرات تنشيطاً أو اضطراباً في مراكز المخ المختلفة مما يؤثر على مراكز الذاكرة والتفكير والتركيز واللمس والشم والبصر والتذوق والسمع والإدراك والنطق (ماروك، 1010، ص 19).

ومن الناحية العلمية يعرف المخدر بأنه: مادة لها تأثير مهبط قوي على الجهاز العصبي الإنساني، وتسبب المادة المخدرة عدم الشعور بالألم والذهول والنوم، والغيبوبة وذلك طبقاً للكمية المتعاطاة (فايد، 2005، ص 57).

(3) التعريف القانوني للمخدرات:

لم تضع القوانين الوضعية تعريفاً محدداً للمخدرات، كما أن المواد المخدرة تختلف من قانون لآخر ومن ثقافة بلد إلى ثقافة بلد آخر، ويمكن تعريفها بأنها تمثل مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك (أبو علي، 2003، ص 22)، كما تعرف المخدرات من الناحية القانونية على أنه كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تعاطيها، وتؤثر على الفرد بطرق متعددة، وتغير من نفسيته، وإنفعالاته، وعواطفه، أو تتلف المجتمع. (Norback, 1980, p. 443)، وتشمل هذه المواد: الأفيون ومشتقاته، والحشيش، وعقاقير الهلوسة والكوكايين، والمنشطات، ولا تصنف الخمور والمهدئات والمنومات ضمن المخدرات على الرغم من أنها مع الاستمرار في استعمالها بشكل خاطئ وبدون وصفة طبية تسبب الإدمان (مظلوم، 2012، ص 06).

(4) التعريف الطبي للمخدرات:

تعرف المخدرات طبياً بأنها كل مستخلص يدخل في العضو الحي، حيث يستطيع أن يغير وظيفة أو العديد من وظائفه (Eedards & Arif, 1982, p. 19)، فهي عبارة عن مواد كيميائية تسبب النوم وغياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، لذلك توصف بعض المخدرات بحذر شديد من قبل الأطباء لتسكين بعض الآلام، وعلى ذلك فالمخدرات هي مواد تحتوي مكوناتها على عناصر من شأنها

إذا استعملت بصورة متكررة أن تأخذ لها في جسم الإنسان مكاناً، وأن تحدث في نفسيته وجسده تغيرات عضوية، وفسولوجية ونفسية بحيث يعتمد ويعتاد عليها بصورة قهرية وإجبارية، مما يؤدي إلى الإضرار بحالته الصحية والنفسية والاجتماعية، وهذا الضرر يلحق بالفرد نفسه وبأسرته وبالمجتمع الذي يعيش فيه كمدمن للمخدرات وتأثير هذه المواد منبه للأعصاب، طارد للنوم، وهذه المواد إما أن تكون في صورة طبيعية "أي خام" أو مصنعة في معامل "تخليقية"، وهي تستخدم بعدة طرق مثل: الشم، أو المضغ، أو الأكل، أو الحقن أو التدخين (القحطاني، 2002، ص 18).

5) تعريف المخدرات في الشريعة الإسلامية:

يقول عبد الله عبد النبي أحمد قازان في كتابه "إدمان المخدرات والتفكك الأسري"، أنه لا يوجد نصاً قرآنياً يتحدث عن المخدرات صراحة عدا الخمر، وإذا لم تكن موجودة في وقت النبي صلى الله عليه وسلم، فقد يكون هذا سبباً في ظن الكثير أنه لا يوجد شيء عن المخدرات، ويعتقدون أنه لا يوجد هناك آية تُحرم الخمر بل يعتقدون أنها مكروهة، وقد ظهر ذلك في دراسة قام بها "سويف" وبين أن هناك (61.5 %) من المدمنين يعتقدون أن الحشيش غير مُحرم ولكنه مكروه، ومثل هذا السلوك يبين مدى ضحالة هؤلاء الأشخاص وقلة معرفتهم بالدين الإسلامي الحقيقي.

فقد حرّم الإسلام النبيذ وسماه خمراً بمعنى الشراب المغطى والمخفي، فهو يحجب العقل ويجعل الفرد غير مدرك لسلوكاته ومسؤولياته الأخلاقية، والخمر هو العصير المستخلص من العنب وحينما يوضع في أوان ويخمر يصبح خمراً (نبيذاً) (قازان، 2005، ص 159).

يسمى النبيذ خمراً، وهو كل شيء يعمل على إسكار العقل، وقد ورد تحريمه في القرآن، وعُدت المخدرات مادة محرمة في الإسلام، أي أن ما هو مطبق على الخمر يطبق على المخدر من خلال النتائج السلبية التي تنتج عن كلتا المادتين، وجاء تحريم الخمر في القرآن والسنة من خلال نصوص صريحة وواضحة على النحو التالي:

قال تعالى: ﴿يَسْأَلُونَكَ عَنِ الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ قُلْ فِيهِمَا إِثْمٌ كَبِيرٌ وَمَنَافِعُ لِلنَّاسِ وَإِثْمُهُمَا أَكْبَرُ مِن نَّفْعِهِمَا﴾
 الآية (219) سورة البقرة، وقال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لَا تَقْرَبُوا الصَّلَاةَ وَأَنْتُمْ سُكَارَى﴾. الآية (43) سورة النساء.

ويقول تعالى في تحريم الخمر: ﴿ يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّمَا الْخَمْرُ وَالْمَيْسِرُ وَالْأَنْصَابُ وَالْأَزْلَامُ رِجْسٌ مِّنْ عَمَلِ الشَّيْطَانِ فَاجْتَنِبُوهُ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ (90) إِنَّمَا يُرِيدُ الشَّيْطَانُ أَنْ يُوقِعَ بَيْنَكُمُ الْعَدَاوَةَ وَالْبَغْضَاءَ فِي الْخَمْرِ وَالْمَيْسِرِ وَيَصُدَّكُمْ عَنْ ذِكْرِ اللَّهِ وَعَنِ الصَّلَاةِ فَهَلْ أَنْتُمْ مُنْتَهُونَ ﴾. الآية (90، 91) سورة المائدة، فمتعاطي الخمر أو المخدرات كلاهما يفقد وعيه ويتصرف تصرفات طائشة تثير الشقاق والخلاف والعداوة والبغضاء وكلاهما يكون في غفلة عن الصلاة وسائر الأمور أثناء فقدته الوعي، قال الذهبي في معرض حديثه عن الحشيشة: ” وبكل حال فهي داخلة فيما حرم الله ورسوله من الخمر المسكر لفظاً ومعنى”.

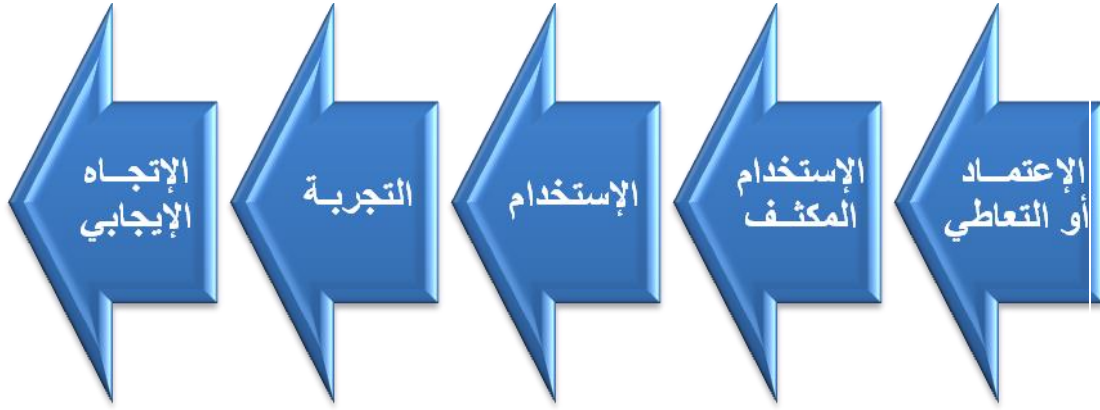
03.4- مفهوم الإدمان على المخدرات:

عرفت منظمة الصحة العالمية (W.H.O) المخدر المسبب للإدمان بأنه عقار ذو قابلية للتفاعل مع الكائن الحي، بحيث يؤدي ذلك التفاعل إلى الاعتماد النفسي أو العضوي أو كليهما، وقد تستغل هذه العقاقير لأغراض طبية، وحالة الاعتماد على العقار تختلف حسب نوع العقار المستعمل فهناك من العقاقير ما يسبب التبعية الشديدة للجهاز العصبي، أو الهبوط، أو إخلال الإدراك والانفعال، والتفكير، والسلوك، والوظائف الحركية، بحيث تؤدي تحت ظروف معينة من التعاطي إلى المشاكل التي تضر بحالة الفرد والمجتمع (غباري، 2007، ص 45).

ويعرف إدمان المخدرات على أنه تلك الرغبة الملحة من قبل الشخص في الحصول على المخدرات بأي طريقة كانت وإن يجد الشخص نفسه مقهوراً على الاستخدام المفرط للمخدر، بل ويعمل للحصول عليه مع نزعة قوية للانتكاسة (الهورنة، 2018، ص 263).

فقد استمرت محاولة التفرقة بين الإدمان والتعود منذ العشرينات وحتى أوائل الستينات من القرن العشرين، بوصف التعود كصورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان إلى أن انتهت بتوجيه هيئة الصحة العالمية بإسقاط مصطلحي الإدمان والتعود على أن يحل محلها مصطلح الاعتماد. ويقصد بالإدمان التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية أي مواد لها القدرة على الفاعل مع الكائن الحي فتحدث له حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كلاهما. كما يعرف بأنه حالة من التسمم الدوري أو المزمن الذي يؤثر على الفرد والمجتمع من جراء التعاطي المستمر للعقار.

ويعرف الإدمان بأنه التعود على الدواء، والتي هي حالة نفسية وأحياناً تتجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية (الفرد) والدواء، ويتصف هذا التفاعل باستجابات سلوكية تتضمن صفة القهر الذاتي في تناول الدواء تناولاً مستمراً أو متقطعاً من أجل الحصول على تأثيراته النفسية المرغوبة، أو في بعض الأحيان لتحاكي التوتر الناتج عن الانقطاع عنه (العاسمي، 2016، ص 878).



شكل 01.4. العملية التي تحول بعض الأفراد إلى الاعتماد على المواد

(كرينج، جونسون، ديفيسون، نيل، 2017، ص 606)

04.4- معايير تصنيف المواد النفسية المخدرة:

لا يوجد تصنيف موحد متفق عليه للمخدرات في إطار دولي، فالتصنيفات تختلف باختلاف المدارس والمناهج، كون هذه المواد تتوفر فيها القدرة على التعامل مع الكائن الحي فتحدث حالة اعتماد نفسي أو عضوي أو كليهما معاً، ومنها من يزرعها الإنسان بنفسه، ومنها من يصنعها بيديه "تخليقية"، أو يسهم في صناعتها "نصف تخليقية"، ومن هنا تختلف درجة التأثير والضرر من صنف لآخر، ويمكن تصنيفها حسب وجهات نظر مختلفة كما يلي:

أولاً: المواد المسكنة:

- 1) المخدرات المسكنة وتشمل: - الأفيون الخام والمستحضر والمحبب والبودرة والسائل.
- مشتقات الأفيون وأهمها: المورفين، الهيروين، الكوكايين.
- 2) المخدرات المسكنة غير الأفيونية: - مركبات الباربيتورات.
- المسكنات - المنومات غير الباربيتورانية.
- الكحول.
- الحشيش.

- 3) مجموعة المخدرات المنبهة وأهمها: الأمفيتامين، الكوكايين.
- 4) مجموعة العقاقير المهلوسة، أكثرها شهرة (L.S.D).
- 5) مجموعة مواد الإستنشاق.
- 6) مجموعة المنبهات الصغرى (الغول، 2011، ص 214).

ثانياً: المخدرات حسب فاعليتها وتأثيرها:

يمكن تصنيف المخدرات وفق تأثيرها على الكائن الحي إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

- أ- **المسكرات:** البنزين، والمنومات مثل الكلورالو البريبتورات. (مظلوم، 2012، ص 15).
- ب- **المنشطات أو المنبهات Stimulating:** وهي العقاقير التي تسبب النشاط الزائد وعدم الشعور بالتعب لأنها تعمل على زيادة تنبيه الجهاز العصبي، وتنشط فاعليته، ولذلك يتعاطاها كثير من الشباب وأخطرها الكوكايين، والقات، واللامفيتامين.
- ت- **المهلوسات Hallecingon:** هي المواد التي تؤدي بتعاطيها إلى الحالة المسماة بخداع الحواس حيث يحصل لدى المريض إدراك خاطئ بشيء ما مع عدم وجوده أو تشويهه لشيء موجود ومن هذه العقاقير عقار (ل.س.د)، مسكالين (إبراهيمي، 2005، ص ص 29، 30).
- ث- **المثبطات Depressant:** وهي تظم المواد القاتلة للألم أو المنومة والمهدئة والمسكنة ومنها الأفيون، قلوبات الأفيون، الهيروين (متولي، 2000، ص 32).

ثالثاً: حسب طبيعة المادة وإنتاجها:

- أ- **مخدرات طبيعية:** وهي مجموعة العقاقير التي يحصل عليها الإنسان من الطبيعة، دون إدخال تعديل صناعي عليها، وهي نباتات تحتوي على المادة المخدرة، كالأفيونات (نبات الخشخاش) الحشيش (نبات القنب الهندي)، القات، الكوكا، التبغ، الشاي والقهوة.
- ب- **مخدرات مصنعة:** وهي أشباه القلوبات المستخلصة من المادة المخدرة الطبيعية بطرق صناعية مثل المخدرات المشتقة من الأفيون (المورفين، الهيروين، والكودايين) ومخدرات مشتقة من أوراق الكوكا (الكوكايين).
- ت- **مخدرات كيميائية:** وهي مواد مخدرة تم تحضيرها كيميائياً، من أهمها المنومات، الباربيتورات المنبهات (الأمفيتامينات)، المسكنات، المهلوسات، المشتقات (البداينة، 2012، ص 90).

رابعاً: حسب اللون:

- 1) مخدرات بيضاء مثل الكوكايين والهيروين.
- 2) مخدرات سوداء مثل الأفيون ومشتقاته والحشيش (الغول، 2011، ص 216).

خامساً: حسب نوع الاعتماد (النفسي أو العضوي):

- 1) المواد التي تسبب اعتماداً نفسياً وعضوياً مثل: الأفيون ومشتقاته كالمورفين.
- 2) مخدرات تسبب اعتماداً نفسياً فقط مثل: الحشيش، القات، وعقاقير الهلوسة.

وقد حاول وفيق صفوت ابتكار تصنيف يراعي قدر الإمكان الشمولية والتكاملية فقام بتصنيف العقاقير المخدرة إلى مواد طبيعية، مواد نصف تخليقية، مواد تخليقية، كما يلي:

أ- مواد طبيعية: منها الخشخاش، الأفيون، الباباقرين، البنج، الداثورة، السكران، الكودايين، المورفين. (الغول، 2011، ص ص 216، 217)

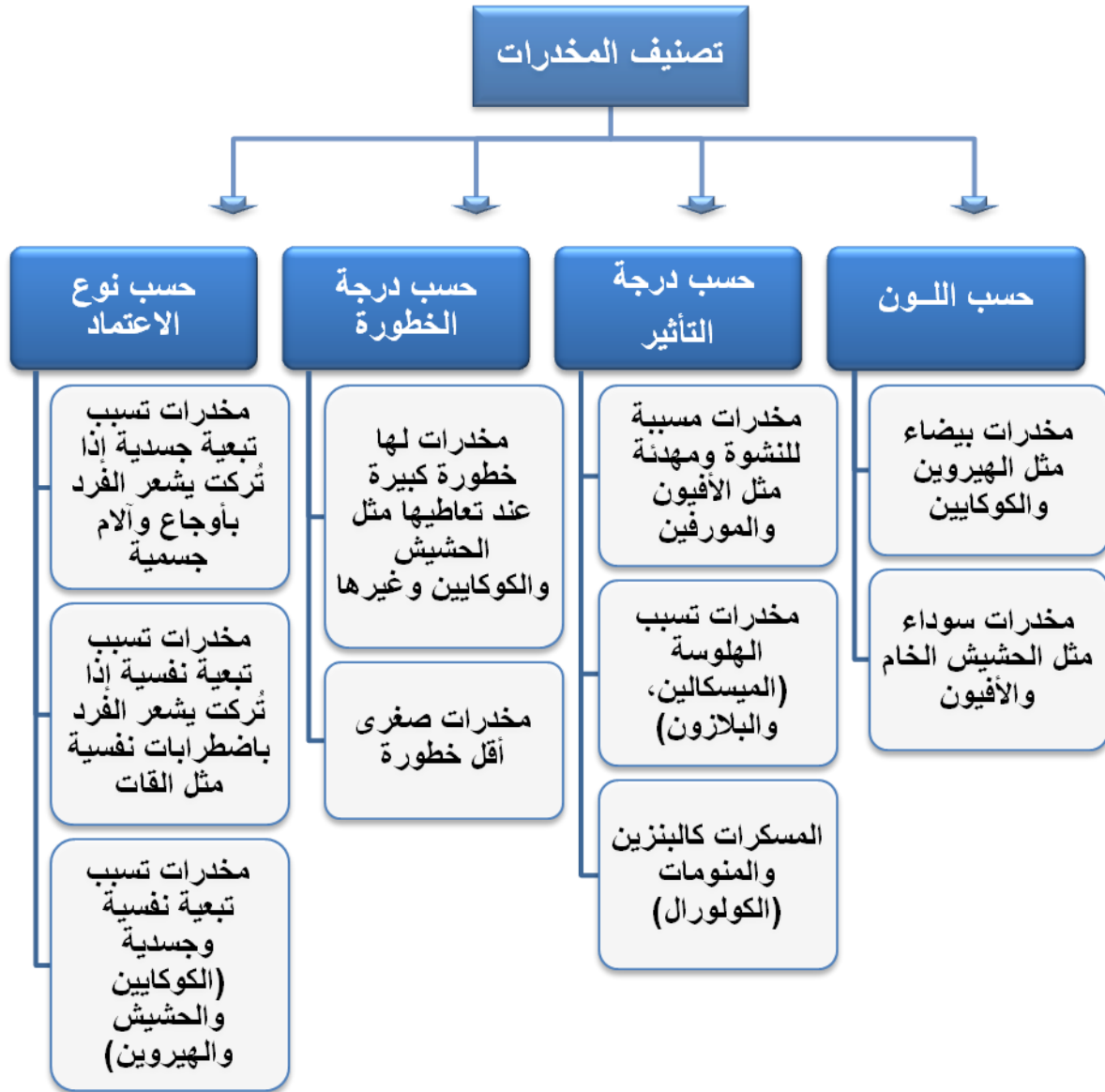
ب- مواد نصف تخليقية: وهي مواد حضرت من تفاعل كيميائي بسيط مع مواد مستخلصة من النباتات المخدرة فتكون المادة الناتجة من التفاعل ذات تأثير أقوى فعالية من المادة الأصلية ومثال ذلك الهيروين الذي ينتج من تفاعل المورفين المستخلص من نبات الأفيون مع المادة الكيميائية استيل كلوريد أو اندريد حامض الخليك مورفين زائد استيل كلوريد تكون نتيجتها الهيروين.

ت- مواد تخليقية: وهي مواد تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة ويتم ذلك بمعامل شركات الأدوية أو بمعامل مراكز البحوث وليست من أصل نباتي (صعب، 2007، ص 51).

من خلال التصنيفات التي سبق ذكرها نلاحظ إختلاف وجهات النظر في تصنيف المواد المخدرة، وتحديداً يظهر الإختلاف بحسب الزمان والمكان الذي تم تصنيف هذه المواد من طرف الباحثين في هذا المجال وكلّ حسب تخصصه.

ويمكننا توضيح تصنيف المخدرات بشكل مختصر ومتدرج كما هو موضح في الشكل (2.4).

الموالي.



شكل 2.4. يوضح تصنيف المخدرات وأثارها.

05.4- أنواع المخدرات:

تختلف المخدرات باختلاف أنواعها، من حيث طبيعتها وطريقة إستعمالها، وبحسب حالة الإعتقاد الذي تسببه سواءً كان إعتقاد نفسي أو إعتقاد عضوي أو كليهما معاً، ومنها من يمكن نذكر أهم أنواع المخدرات من وجهات نظر مختلفة كما يلي:

أولاً: المثبطات:

تتميز هذه المجموعة بتأثيرها المثبط للنشاط، حيث تؤدي إلى تثبيط الجهاز العصبي والإسترخاء والنوم، وهي مختلفة الأصل والمنشأ، فمنها ما هو مستحضر "تخليقي" من مركبات

كيميائية ومنها ما هو من أصل طبيعي (الهورنة، 2018، ص 37)، وتحتوي على الأفيون Opium ومشتقاته من المورفين Morphine، والهيريون Heroin، والكوكايين Codéine، وتعتبر هذه المواد من المهدئات Sédatives، لكن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس أدرج اضطراب استخدام الأفيونات في فئة مشتقة من اضطراب استخدام المسكنات/ منوم/ مزيل القلق Sedative/hypnotic/anxiolytic use disorder (كرينج وآخرون، 2017، ص 585).

1) المثبطات ذات الأصل الطبيعي:

أ- الأفيون: أول من اكتشفوا الخشخاش (الأفيون) هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى (3300) ق.م عن موسم حصاد الأفيون، وقد عرفه البابليون والفرس كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان والرومان ولكنهم أساءوا استعماله فأدمنوه، و أوصى حكمائهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس، وأبو قراط، ومن أرسطو إلى فيرجيل (سويف، 1996، ص 30).



وعرف العرب الأفيون منذ القرن الثامن الميلادي، وقد وصفه "ابن سينا" لعلاج التهاب غشاء الرئة الذي كان يسمى وقت ذاك "داء ذات الجنب" وبعض أنواع المغص، وذكره "داود الأنطاكي" في تذكرته المعروفة باسم "تذكرة أولي الألباب والجامع للعجب العجاب" تحت اسم الخشخاش (سرحان، 2007، ص 230).

نبات الخشخاش

تبدأ زراعة نبات خشخاش الأفيون مع نهاية

فصل الصيف، إذ ينثر المزارعون بذور الخشخاش في مساحات محروثة حديثاً، وبعد ثلاثة أشهر تنضج نبتة الخشخاش وتتشكل من جذع أخضر ينتهي بزهرة ذات لون يراق بعده تسقط أوراق التويج لتفتح المجال لغلاف الأفيون للظهور، وبإحداث شقوق عديدة على السطح، تنساب عصارة بيضاء

على سطح الغلاف وتجمد ليتحول لونها فيما بعد بني وبواسطة سكين مستطيل كلية يتم كشط العصارة لتجمع في شكل بويضات أو قطع تشبه قطع الخبز بالإضافة إلى المواد الطبيعية الموجودة في الأفيون الخام من ماء وأسمدة نجد من (10 إلى 20%) من الكحوليات المختلفة إذ تنقسم إلى ثلاث زمر:

- المورفين، حوالي (90%) في الأفيون الخام.
- الكوكايين، وهو الإثر المثلي للمورفين من (01 إلى 03%) في الأفيون الخام.
- المنيباين، حوالي (0,2%) في الأفيون الخام (سويف، 1996، ص 31).

إذن الأفيون هو مادة طبيعية يحصل عليها بشق كبسولات الخشخاش غير الناضج واستناداً إلى الاتفاقية الوحيدة بخصوص المخدرات لعام (1961) بصيغتها المعدلة ببروتوكول سنة (1972) فإن الأفيون هو العصارة المتخثرة لخشخاش الأفيون (رضوان، 2006، ص 190)، والأفيون Opium هو سائل أبيض بلون الحليب نحصل عليه بشق غليبة الخشخاش قبل نضجها (سيلامي، 2001، ص 271).

يسبب الأفيون ضعف في التنفس بسبب تلف الأنسجة الرئوية وغشاء الأنف، التشنجات الإسترخاء والهدوء، النعاس والنوم، تسكين الآلام وتثبيط السعال والتنفس، إختلال الشعور بالزمن والمسافة، الشعور بالنشوة أحياناً وبالإكتئاب وانحراف المزاج في أحيان أخرى، إنخفاض ضغط الدم وبطأ النبض، الغثيان والإقياء وضيق حدقة العين، غزارة العرق وحكة الجلد، تقلص عضلات المعدة والأمعاء (الهوارنة، 2018، ص ص 55-56).

ب- المورفين Morphine: في عام (1806) تم فصل المورفين شبه القلوي، والذي تم اشتقاق اسمه من كلمة Marpheus وهو إله الأحلام عند اليونان، تم فصله عن الأفيون الخام، وقد ثبت أن هذا المسحوق ذا الطعم المرير مسكن قوي وملطف للألم، وقبل أن يتم اكتشاف خواصه الإدمانية تم استخدامه على نطاق واسع في الأدوية المصرح بها، وفي منتصف القرن التاسع عشر، عندما ظهرت الإبر التي يتم حقنها تحت الجلد في الولايات المتحدة الأمريكية، بدأ يتم تناول المورفين عن طريق الحقن المباشر في الوريد وذلك بهدف تخفيف الألم (كرينج وآخرون، 2017، ص 586).



المورفين Morphine

وتستخلص قاعدة المورفين من الأفيون باستعمال المواد التي تحتوي على الجير الحي أودر كسيد الكالسيوم مع الماء والتسخين وكلوريد الامونيا ويمكن استخدام المورفين مباشرة من الجزء العلوي من ساق نبات الخشخاش، وكذلك من ثماره قبل استخراج الأفيون منها. وقاعدة المورفين تكون على شكل مسحوق ناعم الملمس ويعتبر المورفين المركب الأساسي للأفيون الخام، وتتراوح نسبته من (6 إلى 7%) من وزنه وهو من أقوى المواد

المؤثرة في تخفيف الآلام، وقد استخدم علاجياً على نطاق واسع وهو وإن لم يتم استخدامه علاجياً تحت إشراف طبي دقيق، فإنه يحدث اعتماداً جسمانياً ونفسياً، ويتم تعاطيه عن طريق الفم والحقن (الغول، 2011، ص 159).

ومن بين الأضرار الصحية الناجمة عن تعاطي مادة الأفيون هي القيء والإسهال، إفراز العرق، التأثير على الخلايا العصبية في المخ مما يسبب ضمور المخ وقلّة التركيز وتلف الخلايا والجنون (الهورنة، 2018، ص 56)، ويؤدي استخدامه إلى ضرورة تزويد الجرعات يوماً بعد يوم لإحداث التأثير النفسي والانتعاش الذي يريد أن يصل إليه الفرد يؤدي إلى اعتماد جسمي قوي، ويعني ذلك أن التوقف عن استخدامه يؤدي إلى ظهور زملة أعراض ترك المخدر (يصبح جسمياً معتمداً على المخدر) وخاصة الاعتماد الجسمي من المؤشرات الخطيرة على حدوث الإدمان (كامل، 1994، ص 282).

ت- الكودايين Codéine: الكودايين مثل المورفين من حيث وجوده في خام الأفيون، وهو يستخدم على نطاق واسع في عقاقير علاج السعال، وهو أيضاً من مسكنات الآلام ومفعوله يشبه المورفين ولكن فاعليته أقل لذلك فتأثيره على الألم أقل، ويوجد في صورة بلورات في مسحوق أبيض أو على هيئة شراب سائل أو محلول، كما يتحول جزء الكوديين في الجسم إلى مورفين، وقابليته لإحداث الإدمان أقل من المورفين، كما تتسبب الجرعات الكبيرة منه في الهياج العصبي بدلاً من الإسترخاء والنوم (الهورنة، 2018، ص 38).



الكودايين Codéine

وقد اكتشف العالم روبيكويه Robquet الأفيون القلوي المعروف بالكودايين سنة (1889) حيث أصبح المورفين والكودايين في منتصف القرن التاسع عشر علاجاً قد حل محل الأفيون الخام وقد تم تصنيع عدة عقاقير مشتقة من الكودايين بعضها أقوى من الكودايين وبعضها أقل من ناحية المفعول، ولكل واحدة منها خصائص تجعلها مرغوبة للاستعمال الطبي في حالات معينة (الزعيبي، 2008، ص 174).

(2) المثبطات نصف تخليقية:

أ- **الهيروين The Heroin**: بدأ العلماء في دراسة المورفين يدفعهم الاهتمام بإيجاد عقار من شأنه أن يخفف الألم الذي يعانيه المرضى في آخر حياتهم، وفي عام (1874) توصل العلماء إلى أن المورفين يمكن تحويله إلى إلى مخدر مهدئ للألم يتسم بالقوة وهو ما أطلقوا عليه اسم الهيروين وقد تم استخدامه في البداية كعلاج لإدمان المورفين، وقد حل الهيروين محل المورفين في أدوية الكحة وعقاقير أخرى مرخصة.



الهيروين Heroin

ولذلك فقد تم علاج العديد من المرضى باستخدام الهيروين حتى أطلق عليه اسم "دواء الرب" God's own medicine. (كرينج وآخرون، 2017، ص 586)، وأنتجته شركة باير للأدوية، ثم أسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة، ويؤخذ الهيروين إما عن طريق الحقن تحت الجلد، أو عن طريق البلع وهذه الطريقة أقل استعمالاً، أو عن طريق الاستنشاق (Jayle & Idoureaux, 2007, p. 60)

يصنف الهيروين كمادة مخدرة نصف مركبة، تستخرج من المورفين أو من الثيبايين الهيروين (ثاني أستيل المورفين) يظهر في الأسواق غير الشرعية بأشكال وألوان مختلفة منها على شكل

مسحوق أبيض أو مادة حبيبية ذات لون أبيض، بني باهت، أسمر أو أسود (متولي، 2000، ص 35).

والمشكلة في الهيروين تكمن في سرعة الإدمان عليه، فخلال بضعة أيام وجرعات قليلة يصبح من الصعب التوقف عنه لأن ذلك يؤدي إلى أعراض انسحابية، وأثناء تعاطي الهيروين فإن المتعاطي يبدأ بالتحول والشحوب وينقص وزنه ويصبح يعاني من إمساك دائم (سرحان، 2012، ص 37)، فخلال مدة الإنقطاع عن التعاطي يمر الفرد بحالة من التهيج والعوان، والإشتياق للمخدر وسرعة الغضب، والقلق المتواصل، وتوتر في العضلات، والشعور بالألم الشديد في العظام، مما تجعل الفرد يسلك بعدوانية وعنف شديد حتى يحصل على المخدر ويقلل من الشعور بتلك الأعراض، ونتيجة لتلك الأعراض وشدتها قد يتورط البعض في جرائم عديدة للحصول على المال اللازم للشراء (عبد الوهاب، 2017، ص 154).

وبصفة عامة تولد الأفيونات شعوراً بالبهجة والنعاس وأحلام اليقظة، وأحياناً ما تؤدي إلى عدم التوازن، كما أن الهيروين والكسيكودوني تؤدي إلى الانطلاق والشعور بالدفع والسعادة بعد الحقن الوريدي مباشرة، إذ أن المستخدم يتخلص من همومه ومخاوفه ويكون لديه درجة من الثقة بالنفس لمدة (4 إلى 6) ساعات، وبالرغم من ذلك، فإن المستخدم يتعرض بعد ذلك لخيبة شديدة كلما تجاوز المخدر. فالهيروين يتم تحويله في المخ إلى مورفين ثم يتجه إلى المستقبلات الموجودة في كل مكان في المخ، وتشير بعض الأدلة إلى أن هناك ارتباطاً بين هذه المستقبلات وبين نظام الدوبامين، هذه العلاقة من الارتباط هي المسؤولة عن التأثيرات السارة للمخدرات الأفيونية.

ففي متابعة استمرت (29) عاماً لـ (500) فرد يدمنون الهيروين، لقي حوالي (28%) منهم حتفهم عند بلوغهم الأربعين، كما أن نصف هذه الوفيات كان ناتجاً عن حوادث قتل وانتحار، أو التعرض للحوادث، وثالث هذه الوفيات كان ناتجاً عن تناول جرعات زائدة، وتعد النتائج الاجتماعية المترتبة على استخدام المواد غير القانونية خطيرة جداً (كرينج وآخرون، 2017، ص ص 589، 590).

ب- الهيدرومورفين: وهو أيضاً من المثبطات نصف التخليقية المشتقة من المورفين.

ت- التورفين: وتشتق من الثيبابين "أحد مكونات الأفيون"، لكنه أقوى بكثير من المورفين.

(3) المثبطات التخليقية: هي مجموعة من العقاقير تحضر في المعامل من مركبات كيميائية دون

أن تحوي أية مادة طبيعية، وهي عديدة منها ما يلي:

أ- **بديلات المورفين:** هذه المواد لا تماثل المورفين في التركيب الكيميائي إلا أنها تماثله في التأثير

وبعضها يتعاطى إما عن طريق الفم على هيئة أقراص أو بالحقن مثل "الببتيدين والديميرول".

ب- **المنومات:** هي أدوية تسبب النوم في جرعاتها البسيطة لكن قابلية إدمانها عالية إذا أسيء

إستخدامها، وهي نوعين الأول يتفاوت تأثيره على الإنسان ما بين مفعول قصير جداً مثل

"البتوثال" أو قصير مثل "السيكونال"، أما النوع الثاني أشهرها "الماندراكس، والميتاكوالون"، حيث

تسحق الأقراص لإستنشاقها مما يعطي تأثيراً سريعاً قوياً وخطيراً.

ت- **المهدئات:** وهي مجموعة من العقاقير هي في الأصل علاج طبي للقلق والتوتر وبعض حالات

الصرع، لكن أسيء إستخدامها ولجاء المتعاطون إلى تناولها، ولعل من أكثرها إستخداماً

الليبريوم، والغاليوم، والأتيفان، والروهيونول (الهوارنة، 2018، ص ص 38-39).

ثانياً: المنشطات Stimulants:

تعتمد المنشطات على المخ والجهاز العصبي السمبثاوي في زيادة اليقظة Alertness والنشاط

الحركي Motor activity. (كرينج وآخرون، 2017، ص 591) الزيادة الشديدة في درجة الوعي

وإدعاء المعرفة بكل الأمور Hyperawareness، وتعد حالة الإستخدام المزمن لهذه المواد وخاصة عن

طريق الحقن الوريدي من الأمور التي ينتج عنها حالة من ذهان البارانونيا قد تتضمن ضلالات مخيفة

ينتج عنها أفعال عدوانية شديدة، ومع زيادة الجرعة وطول مدة الإستخدام يصل الفرد إلى حالة من

الذهيان وإضطراب التفكير والتي تجعله يفقد القدرة على الإستبصار بالزمان والمكان Disoriented

وتشوش التفكير، وخاصة الشك، والتوتر والقلق بشكل مستمر والسلوك القهري (عبد الوهاب، 2017،

ص 153).

(1) المنشطات الطبيعية:

أ- **الكوكايين Cocaine:** يعد الكوكايين القلوي Alrialoid Cocaine أول ما تم استخلاصه من

أوراق شجيرة الكوكا Coca، وذلك في منتصف العقد الأول من القرن التاسع عشر، ومنذ ذلك

الحين تم استخدامه كمخدر موضعي (كرينج وآخرون، 2017، ص 596).

وقد عرفت أميركا الجنوبية الكوكايين قبل أكثر من ألفي عام ومنها انتشر إلى معظم أنحاء العالم ولا تزال هذه القارة أكبر منتج له حتى الآن، عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في



الكوكايين Cocaine

أميركا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدى هنود الأنكا، وفي عام (1860) تمكن العالم ألفرد نيومان من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظراً لتأثيره المنشط على الجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات خاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام (1903)، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي أنجلو ماريان واستخدمته تلك الشركات في أكثر من (15) منتجاً من منتجاتها (كاس، أولدام، بارداس، 2009، ص 190).

كما ذكرنا سابقاً، الكوكايين هي المادة الأساسية في ورقة الكوكا ويمكن استخلاصه منها عن طريق عمليات كيميائية مركبة، وهو عبارة عن مسحوق بلوري أبيض يشبه الثلج يمكن استهلاكه عن طريق الأنف أو في شكل محلول عن طريق الحقن (الزعيبي، 2008، ص 176).

ويتناول الكوكايين عن طريق الاستنشاق (الشم) أو التدخين، ويمكن ابتلاعه أو حتى حقنه في الأوردة، وللوكايين تأثيرات أخرى بجانب تخفيف الألم، حيث أنه يصل إلى المخ بسرعة، مانعاً امتصاص الدوبامين في المناطق Mesolembic. (كرينج وآخرون، 2017، ص 597)، ومن أهم آثاره الشعور بالنشوة والإثارة، والطاقة، والتفاؤل ومدة مفعوله قصيرة مما يتطلب استعماله على فترات متقاربة، لكن مع طول استعماله يؤدي إلى الهلوسة والعجز الجنسي، والأرق وأوهام الإشارة للذات والتوهم بالاضطهاد. وفي الجرعات العالية يولد لدى المتعاطي شعوراً خادعاً بالعظمة والقوة العالية والهلوسة مما يمكن أن يجعله خطيراً في تصرفاته، وفي هذه الجرعات قد يؤدي إلى توقف عضلة القلب (سرحان، 2007، ص 19).

ب- القات Cath: شجرة معمرة يتراوح ارتفاعها ما بين متر إلى مترين، تزرع في اليمن والقرن الأفريقي وأفغانستان وأواسط آسيا، وقد اختلف الباحثون في تحديد أول منطقة ظهرت بها هذه



أوراق نبات القات

الشجرة، فبينما يرى البعض أن أول ظهور لها كان في تركستان وأفغانستان، يرى البعض الآخر أن الموطن الأصلي لها يرجع إلى الحبشة، فقد عرفته اليمن والحبشة في القرن الرابع عشر الميلادي، حيث أشار "المقريري" (1364-1442) إلى وجود شجرة لا تثمر فواكهها في أرض الحبشة تسمى بالقات، حيث يقوم السكان بمضغ أوراقها الخضراء الصغيرة التي تنشط الذاكرة وتذكر الإنسان بما هو منسي، كما تضعف الشهية والنوم (سويف، 1996، ص 40).

ويزرع نبات القات في إفريقيا بكينيا، والصومال، كما يزرع على نطاق واسع في اليمن ويتعاطى عن طريق المضغ، وله نفس الأضرار الصحية والاجتماعية والاقتصادية على الشخص والأسرة والمجتمع مثله مثل باقي المخدرات (الهورنة، 2018، ص 40)، وينتمي القات علمياً إلى العائلة النباتية Celattdacea واسمه العلمي Catha. Adulis نسبة إلى العالم الذي أجرى بحوثه على القات عام (1786) بير فورسكال Per Forsskal، والقات شجرة دائمة "الخضرة" من نفس فصيلة الشاي التي تنمو في المناطق المرتفعة من شرق إفريقيا (عقبات، 2008، ص 19).

فتعاطي القات يعمل على استثارة تأثيرات فسيولوجية شبيهة بما تحدثه الامفيتامينات مثل ارتفاع ضغط الدم، زيادة معدل سرعة التنفس، سرعة ضربات القلب وخفقانه، اتساع حدقة العين، ارتفاع درجة الحرارة والعرق وأرق، قلق وسلوك عدواني، وإن كان القات يحدث زيادة في إنتاج الفرد فهو يخلف أضراراً صحية كثيرة (الغول: 2011، ص 185).

ت- الكوكا Coca: تنتج شجرة الكوكا في البيرو وبوليفيا، غير أنها تنمو في مناطق أخرى مثل أمريكا الجنوبية، يصل علوها إلى (1,50 م)، أوراقها ملساء ناعمة، بيضاوية الشكل يصل عددها

إلى سبعة أوراق في الشجرة الواحدة، وتحتوي أوراق الكوكا على حوالي (0.5 إلى 0.1 %) من الكوكايين الذي يعتبر المادة القلوية الأساسية في ورقة الكوكا، ويمكن استخراجها بطرق كيميائية.



أوراق الكوكا

ويستخرج معجون الكوكا عن طريق عملية تمويل كيميائية، تتطلب غمس أوراق الكوكا في الألكالين وهي مادة كيميائية من عائلة الألكانات ويضاف إليها البنزين، بعد تجفيفها يضاف إليها حامض الكبريت وبعد تبخر المحلول نحصل على الكوكايين الأساس في شكل محلول، وبإضافة مادة كربونات الصوديوم أو النشادر يتحلل محلول الكوكايين بعد تبريد إلى بلورات الكوكايين الخام أو ما يسمى

بمعجون الكوكا، ويحتوي معجون الكوكا على نسبة (40 إلى 50 %) من الكوكايين، وقد يصل إلى (90 %). ويستهلك معجون الكوكا بكثرة في دول أمريكا الجنوبية أين يطلق عليه اسم "الباستا" (الغول، 2011، ص ص 176، 177).



الكراك Crack

ث- الكراك Crack: وفي منتصف عقد الثمانينات

ظهر شكل جديد من أشكال الكوكايين في الشوارع يسمى الكراك Crack، ويأتي الكراك في شكل كريستال صخري يتم تسخينه، ثم يجفف ويتم تدخينه، واسم الكراك مشتق من كلمة القرعة Cracking، أي الصوت الذي تحدثه الصخرة عند تسخينها، وقد أدى وجود الكراك إلى زيادة في عدد مستخدمي الكوكايين وزيادة عدد القتلى، لأنه متوافر

في جرعات صغيرة ورخيصة نسبياً، وقد بدأ المشترون صغار السن والأقل ثراء في تجربة المخدر، وبدءوا يصبحون من مدمنيه، والكراك هو الأكثر استخداماً في الوقت الراهن في المناطق الحضرية الأكثر فقراً في الغالب (كرينج وآخرون، 2017، ص 596).

وقد بدأ لأول مرة في أخذه عن طريق التدخين ثم عن طريق الشم والاستنشاق والحقن الوريدي وقد سمي هذا الأسلوب بكلمة المفرقع Crack لأنه سريع التأثير وقوي جداً ويحدث الإدمان بسرعة وقد سمي بالكراك لأن رواسب بكاربونات الصوديوم الموجودة فيه تحدث فرقة عند تدخينه، ويعاني مدمنو الكراك من شدة الإحباط والتهيج وجنون العظمة واحتقان الشعب الهوائية والسعال المزمن واضطرابات عقلية والشعور بالاضطهاد والخوف الدائم ونقص الوزن، كما أن تعاطي الكراك يؤثر على الرئتين ويسبب انتفاخهما والجرعة الزائدة تؤدي إلى توقيفهما تماماً، تناوله يؤدي إلى الإدمان السريع ومن ثم يصعب الإقلاع عنه ولو بعد يوم واحد من بدء تعاطيه (خطار، 2014، ص 12).

2) المنشطات التخيلية:



الأمفيتامينات Amphetamines

أ- الأمفيتامينات Amphetamines: تم تصنيع أول نوع منها وهو البنزیدرين Benzedrine في عام (1927) وأصبح هذا الأخير متوفر في الأسواق في مطلع الثلاثينيات من القرن الماضي كمركب يتم استنشاقه عن طريق الأنف، إلا أن الأفراد اكتشفوا تأثيره المنبه وهو ما دفع الأطباء لوصفه مع الأمفيتامينات الأخرى للسيطرة على الاكتئاب الخفيف، وفتح الشهية، وأثناء الحرب العالمية الثانية كان يتم إمداد الجنود على الجانبين بالأمفيتامينات لمنع الإحساس بالتعب (كرينج وآخرون، 2017، ص 591)، ففي سنة (1933) لاحظ أليس أنها تمدد الشعب الهوائية وتنبه الجهاز العصبي المركزي، وقام برينترميثال وبلومبرج سنة (1935) باستخدامها في علاج مرض النوم المفاجئ Narcolepsy وسوقت لأول مرة تحت اسم بنزدرين (الدمرداش، 1978، ص 121).

وتقوم الأمفيتامينات مثل البنزیدرين وديكسیدرين Dexedrine، والميثيدرين Methedrine بإحداث تأثيراتها تلك عن طريق التسبب في إفراز النورادرينالين Noepinephrine والدوبامين Dopamine، ومنع إعادة امتصاص هذه الموصلات العصبية، ويتم تناول الأمفيتامينات عن طريق الفم أو عن طري الحقن في الوريد التي من شأنها أن تؤدي إلى الإدمان، وتكون درجة اليقظة عالية كما تكون وظائف الأمعاء متوقفة والشهية قليلة، وقد تم استخدامها في الأنظمة الغذائية، وزيادة معدل

نبضات القلب، وانكماش الأوعية الدموية في الجلد والأغشية المخاطية، فيصبح الفرد يقظاً وشارداً ويكون مغموراً بطاقة لا حدود لها وثقة في النفس، على أن الجرعات الزائدة تجعل الفرد عصبياً Nervous وهائجاً Agitated ومرتبكاً وهناك أعراض أخرى منها الخفقان، ونوبات الصرع، والترنح والميل إلى النعاس، وفي بعض الأحيان يصبح المستخدمون الذين يتناولون كميات كبيرة شكاكين للغاية، وعدوانيين جداً، لدرجة أنها قد تجعلهم يشكلون خطراً على الآخرين، وإذا تم تناول جرعات كبيرة على مدى فترة طويلة من الوقت، فإن ذلك قد يخلق حالة مشابهة تماماً لحالة البارانونيا كما تبدو لدى الفصام (كرينج وآخرون، 2017، ص ص 591، 592).



ب- الميثامفيتامين Methamphetamine: يميل الذكور

إلى سوء استخدام الميثامفيتامين بدرجة أكبر مقارنة بالإناث، فالاستخدام بين الراشدين الصغار ممن تتراوح أعمارهم بين (18-25) أنخفض ما بين عام (2002) وعام (2009)، يؤخذ عن طريق الفم أو الوريد، ويمكن استخدامه عن طريق الاستنشاق داخل الأنف، يحصل المستخدمون على درجة يقظة عالية تستمر لساعات، وهاته الحالة تشمل مشاعر النشوة ويصحبها زيادة في

الميثامفيتامين Methamphetamine

تدفق الدم إلى القلب وباقي الأعضاء، وارتفاع درجة حرارة الجسم، فعادة يسبب الميثامفيتامين الاعتماد الجسمي الذي يشمل كلا من التحمل والانسحاب. وقد أشارت العديد من الدراسات التي تم إجراؤها على الحيوانات إلى إن الاستخدام المزمن للميثامفيتامين يسبب إعطاباً بالمخ، من خلال التأثير على كل من نظام الدوبامين ونظام السيروتينين وقد وجدت الدراسات الحديثة تأثيرات متشابهة في المخ البشري وخصوصاً في نظام الدوبامين (كرينج وآخرون، 2017، ص ص 594، 595).

ثالثاً: المهلوسات Hallucinogens:

تشوه الإدراك بطريقة أو بأخرى، وتعني أن الناس يرون أو يسمعون أشياء ليست حقيقية عند استخدامها وتعمل من خلال تعطيل وظيفة الناقلات العصبية في الجسم (ساندرسون، 2019، ص 262). تعرف بعقاقير الهلوسة، وهي مجموعة من المواد غير متجانسة تحدث اضطراباً في النشاط

الذهني وخطأ في التفكير والإدراك، وتنتج عنها هلاوس وتخيلات بحيث يتصور المتعاطي أن له قدرات خارقة، أو على العكس يصاب أحياناً بفزع شديد وإكتئاب بسبب ما يراه في أوهامه وتخيلاته مما قد يفضي به إلى الإنتحار، وهذه العقاقير تقسم إلى مهلوسات طبيعية أو نصف تخليقية أو تخليقية بالكامل، وهي على النحو التالي:

(1) المهلوسات الطبيعية: العديد منها تحويها بعض النباتات مثل "حبوب مجد الصباح"، وبعض أنواع عش الغراب "الفطر"، وأشهرها المسكاليين (الهورنة، 2018، ص 41).

المسكاليين Mescaline: هو مسكن قلوي وفعال، ونشط لمادة "بيوتي" Peyote- قد تم عزله عام (1896) من الأجزاء النامية في أعلى نبات الصبار بيوتي peyote cactus، واستخدم هذا العقار منذ قرون عديدة في المعتقدات الدينية لدى الأمريكيين الأصليين الذين يعيشون في الولايات المتحدة وجنوب غرب المكسيك (كرينج وآخرون، 2017، ص 600)، وكان المكسيكيون يطلقون عليه فاكهة الآلهة، كما يسمى أيضا Mescolero Apoche نسبة إلى قبائل الأباشي. وهذا النبات مصدر أساسي لعقار الهلوسة الميسكاليين.



مسحوق المسكاليين

والميسكاليين واحد من القلويدات الموجودة في صبار البيوت، وهو المسؤول عن الهلوسة البصرية التي تحدث عندما يأكل المرء البيوت، ويمكن تسويق الميسكاليين كمسحوق أو كبسولة جيلاتينية أو على شكل سائل مما يجعل في الإمكان استنشاقه أو ابتلاعه، أما البيوت فيؤخذ بواسطة الفم أو على شكل أزهار عن تاج الصبار المجفف البني اللون، ويمضغ أو يمتص، ويلجأ المتعاطي إلى أخذ المزيد من جرعات الميسكاليين لتوفير

مزيد من الرضا النفسي، وتنشأ عن تكرار استعمال الميسكاليين ظاهرة التحمل (الغول، 2011، ص 193).

(2) المهلوسات نصف التخليقية: لعل من أهم هذه العقاقير وأشهرها هو المعروف باسم LSD أو الأسيد الذي تستخلص مادته من فطر الأرجوت، الذي ينمو بدوره على نبات يماثل الشعير (الهورنة، 2018، ص 41).



عقار LSD

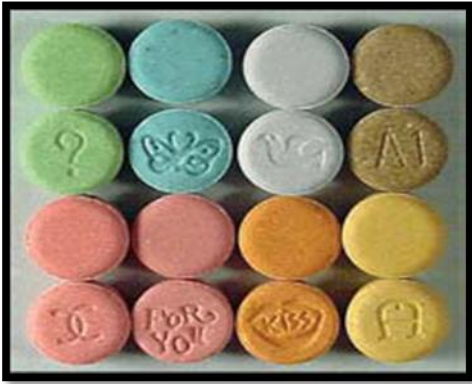
أ- عقار LSD: في عام (1949) صنع الكيميائي السويسري ألبرت هوفمان Albert Hofmann مادة مكونة من ميللجرامات قليلة من حمض دي - الليسرجيك ايثيلاميد D-Iysergicqid diethyl;ide معروفة هذه الأيام باسم LSD، وقد استخدم مصطلح المهلوسة Psychedelic - وهي كلمة مشتقة من الكلمتين اليونانيتين المقابلة لكلمة "روح" Saul، و "العمل الظاهر" to make manifest - ليشير إلى هذه الكلمات للتأكيد على ما يقول المستخدمون أنهم يمرون به من زيادة في الوعي، والذي يقول به مستخدمو عقار LSD (كرينج وآخرون، 2017، ص 599).

وحامض الليسرجيك ثنائي إيثيل أميد أو اختصارا (L.S.D)، المعروف أيضا باسم ليسرجيد Lysergide ويعرف بالعامية حامض Acide، وهو من العقاقير نصف تخليقية من مجموعة الأيرجولين Ergoline حيث أن الأيرجولين مركب كيميائي يحتوي تركيبه على حامض الليسرجيك من أشباه القلويات من مجموعة أندول، وتستخدم مشتقات الأيرجولين سريريا بغرض تضيق الأوعية الدموية وفي علاج الصداع النصفي (التي تستخدم مع الكافيين) ومرض باركنسون (علي، 2012، ص 127، 128).

وحامض الليسرجيك ثنائي إيثيل أميد أو اختصارا (L.S.D)، معروف جيدا بآثاره النفسية التي يمكن أن تشمل تغيرا في العمليات العقلية مثل التفكير، وتغيرات في المرئيات سواء كانت العين مغلقة أو مفتوحة، أو تغييرا في الإحساس بالوقت، ويحدث عقار الهلوسة (L.S.D) تغييرا في الأحاسيس والمشاعر بصورة أكثر جذرية عن العلامات العضوية في المتعاطين له حيث يشعر المستخدم لعقار (L.S.D) بأحاسيس وعواطف مختلفة في وقت واحد أو يشعر بتأرجح سريع من عاطفة لأخرى، وإذا أخذ بجرعات كبيرة كافية ينتج عنها أوهام وهلاوس بصرية ويتبدل شعور المتعاطي بالزمن، كما تتداخل الحواس المختلفة حيث يشعر المتعاطي بسماع الألوان ورؤية الأصوات ويصاب بنوبات رعب وارتباك من تلك التغيرات المخيفة، كما يعاني بعض متعاطيه من التجربة القاسية من خلال الأفكار المرعبة ومشاعر اليأس والخوف من فقدان السيطرة على أنفسهم

(علي، 2012، ص 130)، بالإضافة إلى عدم استقرار الحركة وبالذوار والنشاط الشديد والصور الخيالية الغريبة في مرونتها وحيويتها، وتشوه الإدراك والشعور بثقل الجسم وصعوبة الحركة والحديث (عوض، 1999، ص 223).

ب- **الإيكستازي (النشوة) Ecstasy**: لقد محرمة قانونياً في عام (1980)، ويتكون عقار الإيكستازي MDMA (methylenedioxyamphetamine). وقد تم تصنيع مادة MDMA لأول مرة في مطلع القرن العشرين، وتم استخدامه لتقليل شهية الجنود في الحرب العالمية الأولى، وتوجد المكونات الأولية لـ MDMA في العديد من البهارات شائعة الاستخدام مثل جوزة الطيب Nutmeg والشبث Dill، والزعفران Saffron، والسافراس Sassafras. ولم تكن الخواص الذهانية لـ MDMA قد وردت في الكتابات العلمية حتى بداية السبعينيات من القرن الماضي.



الإيكستازي Ecstasy

ويعد الإيكستازي مشابهاً من الناحية الكيميائية للمهلوسات، بل وأيضاً للإمفيتامينات، لكن تأثيراته المختلفة في هاتين الفئتين جعلت البعض يقترح وضعه في مجموعة مستقلة لوحده، يتم تسميتها بـ "Entactogens". ويشيع استخدام الإيكستازي بشكل واسع بين طلاب الجامعات وفي النوادي هذه الأيام. وفي جميع الأعمار، يبدو استخدام عقار الإيكستازي قد بلغ ذروته في عام (2001) باستخدامه لدى (1.8)

مليون فرد وفي عام (2003)، تناقص عدد المستخدمين إلى (470) ألف فقط، ولكن ارتفع مرة أخرى ليصل إلى (780) ألف عام (2009)، و (1.1) مليون ممن استخدموا هذا العقار مرة واحدة خلال (2009) (كرينج وآخرون، 2017، ص ص 600، 601).

ويرتبط الإيكستازي بعدد من الآثار الجانبية السلبية، فبمجرد تلاشي الآثار الأولية تبدأ هذه الآثار الجانبية في الظهور، وتشمل الاكتئاب والتعب والأرق والدوار وعدم القدرة على التركيز، وقد تستمر هذه الأعراض عدة أيام بعد تعاطي المخدر، وقد تتفاقم وتصبح أكثر حدة، ويتعرض متعاطو الإيكستازي أيضاً بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بالجرعات الزائدة وبالأخص عندما تستغرق آثار حبة الإيكستازي وقتاً أطول من المتوقع لتصبح ظاهرة، ما يجعل المتعاطين يتناولون جرعات أكثر بكميات

أكبر، ويمكن أن تسبب الجرعات الزائدة في أسوأ الظروف تلفاً في الدماغ، وقد تحدث الوفاة (خطر، 2014، ص 12).

وقد كان هناك اعتقاد أن استخدام الإيكستازي خال من الضرر نسبياً، غير أن الأدلة العلمية المتتالية تشير إلى أنه قد يكون له تأثيرات عصبية متنامية على جهاز السيروتونين، وتكر المستخدمون أن الإيكستازي يزيد المودة والفهم، كما أنه يحسن العلاقات الشخصية، ويرفع المزاج ويزيد الثقة بالنفس. كما يشجع على الإدراك الجمالي، ويمكنه أن يسبب أيضاً توتر العضلات وحركات سريعة بالعين، وإغلاق الفكين وتصلبهما، والغثيان، والإعياء، ونوبات ارتعاش، والعرق والقلق، والاكتئاب، وانعدام الشخصية، والارتباك (كرينج وآخرون، 2017، ص 603).

3) المهلوسات التخليقية:

ولعل أهمها (PCP)، وهو مسحوق أبيض اللون يذوب في الماء ويتغير لونه إلى البني مع إضافة الشوائب، ويوجد على هيئة أقراص أو كبسولات، وقد يكون على شكل سائل، وقد يضاف إلى الحشيش ويدخن معه (الهورنة، 2018، ص 41).

- عقار PCP الفيتسيكليدين Phencyclidine: يطلق عليه في الغالب إسم "تراب الملائكة" angel dust، يصعب تصنيفه، وقد ظهر كمهدئ للأحصنة والحيوانات الضخمة الأخرى، وبشكل عام فإنه يسبب ردود فعل سلبية خطيرة منها البارانويا الحادة والعنف، وقد يؤدي أيضاً إلى الإغماء والوفاة ويؤثر الـ PCP على عدة موصلات عصبية في المخ، كما أن الاستخدام المزمن يكون مصحوباً بحدوث أضرار عصبية بيولوجية (كرينج وآخرون، ص 60).

رابعاً: الكحوليات The Alcohol:

إن شرب الكحول يصبح مشكلة عند تحقيق معايير معينة، مثلاً عندما لا يستطيع الشخص إيقاف نفسه عن تناوله، أو عندما يعاني إشتياًقاً كبيراً للشرب، أو عندما يعاني فشلاً متكرراً في العمل أو المدرسة، أو المنزل بسبب الكحول (يوميرانتر، 2018، ص 551).

يعد الكحول الإيثيلي Ethul Alcohol أو ما يسمى الإيثانول (C_2H_5OH OR $CH_3 CH_2 OH$) من أكثر المواد السامة، وهو معروف منذ زمن بعيد، إلا أنه لم يستدل على تركيبه إلا في القرن التاسع عشر حيث كان ينتج سابقاً من تخمير الفواكه (بني يونس، 2008، ص 360).



الكحوليات The alcohol

وقد عرفت منظمة الصحة العالمية الإدمان الكحولي عام (1952) على أنه أي شكل من أشكال الشراب المسكر تكون فيه الكمية المتناولة أكثر من الحد الأعلى للاستعمال التقليدي أو المألوف أو المسايرة المعتادة مع عادة الشرب المتعلقة بالمجتمع المحلي بغض النظر عن العوامل المسببة التي تؤدي إلى مثل هذا السلوك، ويعرفه روبر شتراوس Robert Straus بأنه استعمال المشروبات الكحولية بدرجة تزيد

على تناول المواد الغذائية أو المشروبات التي يتناولها الأفراد (الحسن، 2008، ص 131).

يعمل الكحول بمثابة ميكانيزم يفجر الفعل العدوانى، خاصة لدى الذين يتصفون بالعنف والذين يجدون أنفسهم في مواقف عدائية، على سبيل المثال توصلت عديد من الدراسات إلى أن الأفراد الذين لديهم ميول عدوانية يكونون أكثر إظهاراً للعدوان عندما يتعاطون الكحول أكثر من غير المتعاطين (عبد الوهاب، 2017، ص 151).

ويعاني مدمنو الكحول من نوبات الجنون بعد فترة من الشرب، مع الكثير من الهلوسات أحيانا يكون قادرا، وأحيانا يفقد القدرة على الاتصال ببيئته، ويشعر بألم شديد وتهيج عنيف، فقد يضحك أو يبكي بطريقة هستيرية (العيسوي، 2005، ص ص 362، 363)، كما تصبح ذاكرته ضعيفة جدا، ويجد صعوبة في التحرك في المكان الذي يعيش فيه، وتتغير الشخصية أو تتدهور ويصبح من الصعب العيش معه إذ يصبح عصبي المزاج وسريع التهيج (عبد الله، 1996، ص 236)، كما يسبب تناول الكحول اضطراب في السلوك، نوبات صرع، الغيبوبة مع هبوط شدي في الوظائف الحيوية (فضة، قزاقزة، العجلوني، 2002، ص 102).

يعد تعاطي الكحول مسؤولاً عن أكثر من (100000) ألف حالة وفاة، فأكثر من (25%) من الأمريكيين يشربون بمستوى يفوق الحد الذي توصي الحكومة بمراعاته، مما يجعل الكحول مصدر مشكلة إجتماعية، وهو ما عُد مرضاً، وفقاً للجمعية الطبية الأمريكية في عام 1957 (تايلور، 2008، ص 280)، وتمتد آثار تعاطي الكحول لدى الأمهات لأبنائهن حيث أثبتت الدراسات أن النساء اللاتي يدمن الكحول يولد عندهن أطفال لديهم أعراض إدمان الكحول، وأن تناول الكحول في

الأشهر الأولى من الحمل يؤدي إلى موت بعض خلايا الجنين ويولد الجنين مع بعض التشوهات (Jayle & Lamoureux, 2007, p. 19).

خامسا: القنب الهندي (الحشيش):

هو نبتة سنوية تنمو في معظم المناطق الدافئة أو المعتدلة، طولها يتراوح بين متر وثلاثة أمتار وينتج نبات القنب في تيلندا، لاوس، برمانيا، الفلين ودول آسيا الشرقية، إضافة إلى آسيا الغربية أين تتواجد كمنطقة منتجة واسعة تضم، الهند، النيبال، باكستان، أفغانستان وكذلك الشرق الأوسط ولبنان، وتعتبر إفريقيا كذلك منطقة هامة وقديمة في مجال زراعة القنب الهندي، خاصة في أغلب الدول ذات المناخ الاستوائي (السنغال، كوت ديفوار، البنين، الزائير، الكونغو، أوغندا، وإفريقيا الجنوبية). وفي إفريقيا الشمالية (مبارك، 1986، ص 23).



تتكون الماريجوانا من الأوراق اليابسة والمطحونة من قمم زهور حشيشة الكيف Hemp plant ويطلق عليها أيضا القنب *Connabis sativa*، وفي الغالب يتم استخدامه عن طريق التدخين، إلا أن ذلك لا يمنع استخدامه عن طريق المضغ في بعض الأحيان، وإعداده في الماء المغلى كالشاي أو أكله في الأطعمة المخبوزة ويعد الحشيش أقوى من الماريجوانا، ويتم إنتاجه عن طريق إزالة وتجفيف المواد الصمغية المنتشرة على قمم

أوراق شجرة القنب

نباتات القنب. وفي الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الخامس تم تحديد هذه الفئة باسم الماريجوانا (كرينج وآخرون، 2017، ص 578). ويستعمل الحشيش على شكل شراب أو طعام في بلدان العالم الشرقي، وهو في الغالب لا يستعمل نقياً بسبب السم الموجود فيه وغلاء سعره، ولذلك يستعمل الحشيش مخلوطاً مع مواد أخرى مثل الحنة أو اللبان والعسل الأسود ويتعاطاه المدمنون (حسين، 2001، ص 137).

وفي مطلع القرن التاسع عشر تم اكتشاف الخواص الطبية للصمغ الموجود في نبات القنب وقامت العديد من شركات الأدوية بتسويقه على أنه علا للروماتيزم، ومرض النقرس، والاكنتاب والكوليرا، والآلام العصبية، وكذلك فقد تم تدخينه للحصول على الشعور باللذة.

يسبب تعاطي الماريجوانا العديد من المخاطر والآثار النفسية وذلك حسب مقدار الجرعة التي يتم تناولها، فمدخنوها يجدون أنهم يشعرون بالهدوء والإسترخاء، وتجعلهم أكثر قدرة على المخالطة الاجتماعية، وقد قيل أن الجرعات العالية تؤدي إلى حدوث تغيرات في العواطف وتجعلها تميل إلى اللامبالاة Dull attention أو البلادة والأفكار المتشظية أو المشتتة Fagement thoughts، وضعف الذاكرة، الهلوس (كرينج وآخرون، 2017، ص 579).

وتشمل الآثار الجسمية لتعاطي الماريجوانا احتقان الدم Bloodshot، وحكة في العينين Itchy eyes، وجفاف الفم والحلق، وزيادة الشهية، انخفاض الضغط داخل العينين، زيادة ضغط الدم نوعاً ما. فهي تؤدي إلى حالة تغير الوعي، وحالة من الاسترخاء وتغير في الإدراك وخاصة اضطراب الشعور بالزمن وزيادة الإحساس بأشياء غير عادية وتلف في الذاكرة قريبة المدى واضطراب في بعض المهارات الحركية وزمن الرجوع (عبد الوهاب، 2017، ص 152)، الكسل والبلادة والإكتئاب التوتر العصبي والتشنجي، الهلوسة ومحاذثة النفس، تقلل من مناعة الجسم ضد العدوى، تؤثر على الكفاءة في قيادة السيارات ويؤدي بالتالي إلى الحوادث، الضعف الجنسي على عكس ما يروج. وتعتبر الماريجوانا الخطوة الأولى التي يخطوها صغار السن في طريقهم لإدمان أنواع أخرى من المواد كالهروين مثلاً.

سادسا: المواد الطيارة (المذيبات العضوية):

قد عرفت البدايات الأولى لهذه الظاهرة منذ عهود قديمة، حين كان الإنسان يلجأ إلى استخدام بعض المواد ذات الروائح والأبخرة النفاذة كوسيلة إلى تغيير الحالة النفسية أو العقلية في سياق طقوس تجري ممارستها لأغراض سحرية أو دينية، وفي أواخر القرن الثامن عشر وعلى إمتداد القرن التاسع عشر وظفت لتحقيق عملية التغيير في الحالة النفسية أو العقلية، وتأتي البداية الحديثة مع ظهور ما عرف باسم الغاز المضحك Nitrous oxide الذي إكتشفه "جوزيف برسيلي عام (1776) الذي تبين أنه يثير الضحك لدى مستنشقه، ومن ثم استخدمه البعض في أغراض ترويحية.

وقد انتشرت بين الشباب، وسببت بعض حالات الوفاة نتيجة الإختناق، وسوء استخدامها تؤدي إلى اضطرابات عقلية وأضرار بالغة بالكبد والكلى والقلب، وهي مؤثرة بصفة عامة على الجهاز العصبي، وتحدث أحياناً حالات من التهيج والإنتعاش تتلوها أعراض من الهذيان، أما إذا زادة الجرعة منها فإنها تقض إلى الغيبوبة والوفاة (الهوارنة، 2018، ص ص 42، 55، 210).

تستخرج من المواد النفطية المشتقة من البنزين أو الكلور، من السيتون، الإستر أو الكحول تجارياً هي (الغراء، مزيلات الألوان، المواد النفطية، بعض الغازات ومحلات أخرى)، طريقة استعمالها تتطلب استنشاقها عن طريق الأنف وتولد اعتيادات جسدية ونفسية (قازان، 2005، ص 40).

ويتصف مدمنو هذه العقاقير بالسلوك المضاد للمجتمع، وعدم النضج الاجتماعي والانفعالي ولكن ذلك قد يكن السبب في التعاطي المزمّن لهذه العقاقير، والتي لها خطورتها على أنسجة المخ حيث تؤدي إلى تدمير هذه الأنسجة (حسيب، 2006، ص 205)، ويحدث الإدمان على هذه المواد عند المراهقين من باب التجريب، ولكن أقلية منهم تستمر في الاستعمال، وقد يؤدي استعمالها بكثرة إلى التلعثم في الكلام وعدم الاهتمام والهلاوس البصرية المخيفة، إضافة إلى الخلل العصبي وخلل وظيفي في المخ (أبو حجلة، د ت، ص 214).

سابعا: المخدرات الرقمية:

هي عبارة عن ملفات صوتية تحتوي على نغمات أحادية أو ثنائية يستمع إليها المستخدم وتجعل الدماغ يصل إلى حالة من التخدير تشبه تأثير المخدرات الحقيقية أو على الأقل هذا ما يدعيه البعض، وقد صممت هذه الملفات الصوتية أو (المخدرات الرقمية) لمحاكاة الهلاوس وحالات الانتشاء المصاحب لتعاطي المواد المخدرة عن طريق التأثير على العقل بشكل اللاوعي، هذا التأثير الذي يحدث عن طريق موجات صوتية غير سمعية للأذن تسمى (الضوضاء البيضاء) مغطاة ببعض الإيقاعات البسيطة لتغطية إزعاج تلك الموجات، بالإضافة إلى برنامج متخصص لتلك النوعية من الموسيقى يسمى (Doser-I)، حيث يقوم المستخدم الراغب في شراء المادة المخدرة باختيار الجرعة



طريقة عمل المخدرات الرقمية

الموسيقية ونوعها من بين عدة جرعات متاحة على الموقع يمثل كل منها نوعاً من أنواع المخدرات التي يرغب فيها هذا المستخدم ثم يقوم بتحميل ما تم اختياره وشراؤه من ملفات على مشغل أغاني (MP3) وسماعات ستريو للأذنين والاستلقاء في غرفة بها ضوء خافت وتغطية العينين والتركيز على المقطوعة الموسيقية التي تتراوح مدتها بين (15-30 د) للمخدرات المعتدلة، أو (45 د) للمخدرات شديدة التأثير (عبد الرحمن، 2010، ص 5، 7).

06.4- المخدرات من منظور الدين الإسلامي:

مما لا شك فيه أن الوعي الديني الحقيقي - غير المتطرف - يساهم بشكل فعال، خاصة في مجتمعاتنا العربية - الإسلامية، في الوقاية من المخدرات بل وفي الحد من كثير من المشكلات التي تواجه الشباب بصفة عامة (حجازي، 1994، ص 85). ويرى الإمام ابن تيمية أن المخدرات فيها من المفاسد ما ليس في الخمر فهي أولى بالتحريم ومن استحلها فهو مرتد عن الإسلام إلا إذا تاب وأناب، وإلا قتل مرتدا ولا يصلى عليه ولا يدفن في مقابر المسلمين كما أفتى الإمام ابن تيمية بجلد من يشرب الخمر ويدخن الحشيش، وأكد ابن القيم في كتابه زاد المعاد، أن الخمر يدخل فيها كل مسكر مائعا كان أو جامد عصيرا أو مطبوخا وكلها فسق وفجور (متولي، 2000، ص 138).

قال تعالى: ﴿الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْتُوبًا عِنْدَهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ ...﴾ الآية (157)، سورة الأعراف، فكل طيب مباح وكل خبيث محرم، والمخدرات بمختلف أنواعها تعتبر من الخبائث، فيكون تحريمها منصوصا عليه في هذه الآية، كما أنه لا يحل للمسلم أن يتناول من الأطعمة أو الأشرطة شيئا يؤذيه أو يقتله بسرعة أو ببطء - كالسم بأنواعه، قال تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَنْفُسَكُمْ إِنَّ اللَّهَ كَانَ بِكُمْ رَحِيمًا﴾ الآية (29) سورة النساء، وقال تعالى: ﴿وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ الآية (195) سورة البقرة، والقاعدة الشرعية المقررة في الشريعة الإسلامية: أنه لا ضرر ولا ضرار. روى الحاكم في مستدركه. عن أبي سعيد الخدري رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: لا ضرر ولا ضرار من ضار ضاره الله ومن شاق شاق الله عليه.

فضلا عما تحدثه المخدرات والعقاقير النفسية من آثار مدمرة للصحة وفتور في الجسد، فإن ما ينفق من المال على شرائها يعتبر إسراف فيما لا ينفع، وقد دلت الآيات القرآنية العديدة والأحاديث المستفيضة على استعمال المال في الأمور النافعة في الدين والدنيا وتجنب الأمور الضارة، وذلك أن الله تعالى جعل المال قواما للعباد، فهو ضرورة طبيعية في حياة الإنسان وهو أمانة بيد من يحوزه.

فالمخدرات والعقاقير النفسية تتوافر فيها كل أسباب التحريم، كونها تهدد العلاقات الاجتماعية وتخل بالأمن العام، لأن كل من يتعاطى هذه المواد يكون خارجا عن الطاعة الواجبة لولي الأمر قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِي الْأَمْرِ مِنْكُمْ﴾ الآية (59) سورة النساء.

وقد أشار رسول الله صلى الله عليه وسلم عن الخمر وتحريمها في الحديث الشريف « لعن الله الخمر وشاربها وساقبها وبائعها ومبتاعها وعاصرها ومعتصرها وحاملها والمحمولة إليه وأكل ثمنها» رواه أبو داود، واعتبر النبي صلى الله عليه وسلم كل مادة مسكرة خمرا سواء سميت بذلك في لغة العرب أو لم تسم به، يقول عليه الصلاة والسلام في الحديث الذي رواه أبو داود عن ابن عمر رضي الله عنهما: « كل مسكر خمر، وكل مسكر حرام، ومن مات وهو يشرب الخمر يدمنها لم يشربها في الآخرة ». كذلك ما رواه أبو داود في سننه أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: « ما أسكر كثيره فقليله حرام» فقد حرم رسول الله صلى الله عليه وسلم في هذا الحديث كل مسكر قليلا كان أو كثيرا وهو بعمومه يتناول المخدرات، لأنها مسكرة على ما ذكره أكثر المحققين من علماء الدين والطب.

07.4- أضرار المخدرات:

يمثل انتشار المخدرات والإدمان عليها مشكلة على مستوى كبير من الأهمية والخطورة وهي مشكلة لها أبعادها الصحية والاجتماعية والتربوية والنفسية والثقافية والاقتصادية والمهنية، وتهدد أمن وسلامة المجتمع بأكمله. فالمخدرات تهدد فئات الشباب الذين ينساقون وراء أهوائهم، فتعودهم على هذه المادة السامة يؤدي إلى خسارة الفرد والأسرة والمجتمع، وقد يصاب المدمن باختلال عقلي لا يستطيع معه تحديد الكمية المطلوبة من العقار، واعتلال صحة الفرد تؤثر سلباً عن الإنتاج حيث يخرج المدمن كليا أو جزئيا من حساب القوة العاملة في المجتمع هذا بالإضافة إلى الجهود الضخمة والمكلفة التي تبذل لمكافحة والوقاية منه وعلاجه.

أولا: الأضرار العامة:

- تؤثر على الوعي، تقليل الوعي أو تغييره "الأفيون والهيروين"، أو بتنبية الوعي وتنشيطه "الكوكايين والأمفيتامينات".
- تؤثر على السلوك حيث يصبح المدمن مشغولا بتعاطي المخدر، وينسى مشاغل الحياة الأخرى.
- تؤثر على جهاز المناعة حيث تضعف الجهاز المناعي، ويصبح أكثر عرضة للمرض، وأكثر معاناة منه (الهوارنة، 2018، ص 53).

ثانياً: الأضرار النفسية: إن الجرعات الأولى من المخدرات لها آثار نفسية تدوم لفترات طويلة بالإضافة إلى أنها تترك اضطرابات نفسية مثل الإحباط. (Vaccarino, 2007, p. 32)، فإساءة إستعمال العقاقير والكحول كثيراً ما تسبب مشكلات إنفعالية ونفسية. فقد تضعف الذاكرة وتتغير الشخصية أو تتدهور، كما أنه قد يصبح من الصعب العيش مع الفرد المضطرب إذ يصبح عصبي المزاج، سريع التهيج، أو قد ينطوي بنفسه ومكتئب (عبد الله، 2009، ص 264)، ويؤكد سعد المغربي (1986) أن تعاطي المخدرات يسبب الإحباط الشديد والعدوان والعجز عن إشباع الحاجات، ويترتب عن ذلك فقدان الأمن والهوية والشعور بالاغتراب وشعور مؤلم بدايته خالية من المعنى والقيمة والقدرة، وسبب هذا الواقع المؤلم الذي يعتقد المدمن أنه يعيشه والتخلص منه يتم عن طريق المخدر الذي يمنحه الراحة والنشوة الزائفة، ويعد هذا عرضاً لسوء الصحة النفسية والاجتماعية واضطراب الشخصية.

ولقد توصلت بعض الدراسات التطبيقية التي أجريت في مجال تعاطي المخدرات إلى إصابة المتعاطين بأمراض نفسية مختلفة، حيث أجرى صالح السعد دراسة على عينة من متعاطي المخدرات في الأردن، وبلغ حجم العينة (270) مبحثاً نصفه من الأردن والنصف الآخر من جنسيات عربية مختلفة معظمهم من مصر، حيث أفاد (14.8%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض نفسية مقابل (25.2%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى، كما أفاد (20.7%) من أفراد العينة الأردنيين أنهم مصابون بأمراض جسدية مقابل (25.1%) من عينة الجنسيات العربية الأخرى (السعد، 1997، ص 17)، كما أبرزت نتائج البحوث التي قام بها "سويف وآخرون" (1982) أن السلوك المعرفي والنفسي والحركي يحدث له قدر من التدهور بسبب التعاطي، حيث يحدث الكحول خللاً واضحاً في التفكير وسوء الإدراك، وقد اتضح بشكل عام أن غير المتعاطين أفضل أداء على المقاييس التي تقيس هذه الخصائص المعرفية والنفسية والحركية (الغول، 2011، ص 258).

ويمكن تلخيص الأضرار النفسية في العناصر التالية: (الهورنة، 2018، ص 54)

- ضعف الذاكرة واضطراب في التفكير.
- اضطراب الشخصية وتسطح العاطفة، وتكثر نوبات الشك لدى هؤلاء المدمنين، وكذلك الأفكار السوداوية وحالات القلق والكآبة الشديدة.
- انخفاض في معدلات الذكاء.
- اضطراب في الإدراك الحسي والإرادة والشعور والتفكير.

- تغير ملحوظ في نمط شخصية المتعاطي، فيصبح شخص يكره المجتمع ويكره أسرته.

ثالثاً: الأضرار الجسمية: يذكر سيف الإسلام آل سعود أن المتعاطين يصابون بأمراض جسمية خطيرة مثل التهاب الكبد الوبائي وارتفاع السكر وضغط الدم، كما يؤثر في بصفة عامة على صحة الفرد المدمن (الغول، 2011، ص 258)، كما أن متناولي الحشيش تتناقص لديهم القدرة على التركيز والتذكر، ويصاب جهازهم التنفسي بسرطان الرئة في مدة أقل ممن يدخنون التبغ، وذلك حسب كل الشخص والكمية المستهلكة وتركيبه المنتوج، كما أن القنب يحدث لدى متعاطيه انتفاخ الأوردة الدموية احمرار العين، زيادة الشهية، زيادة في نبضات القلب والشعور بالغثيان وجفاف الفم (Jayle & Lamoureux, 2007, p. 28)، فبعض الأمراض مرتبطة بطريقة التعاطي، فإبتلاع الكحول والعقاقير مثلاً قد يؤدي إلى اضطراب بالمعدة، كما أن مضغ العقار قد يؤدي إلى متاعب صحية بالفم والمعدة، كما أن إستنشاق Sniffing العقار يؤدي إلى تورم الممرات الأنفية، وقد يؤدي حقن العقار إلى تلف الأوعية الدموية مسبباً عدوى منتشرة في الجسم كله (عبد الله، 2009، ص 264).

ومن بين أضرار تعاطي الكوكايين ظهور نوبات كأبة شديدة وشعور مؤقت وزائف بالسعادة واتساع حدقة العين، حدوث ثقب في الحاجز الأنفي نتيجة الشم المتكرر وتقلص وارتعاش عضلات الوجه واليدين، التهاب الكبد والتشنج وحدوث هلوسات سمعية وحسية وبصرية، الحك الوهمي، الإصابة بالأرق والهزال وفقدان الرغبة الجنسية وفقدان الشهية للطعام، ضعف القوى العقلية وتدهورها لدرجة الإصابة بالجنون (السعد، 1997، ص 15)، ولقد وجد أن هناك (90 %) من إصابات سرطان الفم mouth والكبد والحجرة esophagus, larynx, liver وسرطان المرئى توجد بنسب أعلى بين مدمني الخمر من مدخني السجائر، وذلك من تأثير القطران tar وخلافه مما يوجد في السجائر وفي الخمر من الملوثات (العيسوي، 2001، ص 61).

كما يؤدي الاستعمال الغير مشروع للمواد النفسية إلى انتقال العدوى والإصابة بمرض فقدان المناعة الطبيعية (الإيدز) من خلال استخدام المتعاطي للحقن الملوثة في تعاطي هذه المواد، حيث أثبتت البحوث والدراسات تلك العلاقة الوثيقة بين مرض فقدان المناعة الطبيعية والإدمان. (حسن علي الغول، 2011، ص 260)، كذلك من خلال الاشتراك في الإبر مثل الفيروس المسبب لنقص المناعة البشرية (HIV) الذي يسبب الإيدز (كرينج وآخرون، 2017، ص 590). ويمكن تلخيص الأضرار الجسدية في النقاط التالية:

- ضعف قوة الإبصار وذلك بالتأثير المباشر على العصب البصري وفقدان الرؤية تماماً.
- التأثير السيء على الدماغ، فهي تسبب تحويلات وتلفاً في أنسجة الدماغ.
- إضعاف جهاز المناعة للمدمن أو المتعاطي مما يجعل الجسم أكثر عرضة للإصابة بالأمراض.
- تسبب الإلتهاب والقرحة المعدية، وتزيد خطورتها في أنها تسبب النزيف في المعدة والأمعاء.
- اضطراب في الجهاز الدوري والتنفسي.
- الإصابة ببعض الأمراض مثل التهاب الكبد و البنكرياس، أو قد تسبب تشمع الكبد.
- الإمساك والغثيان والقيء والحكة وارتفاع في ضغط الدم، وبعضها يؤدي إلى تشنج العضلات، وهذا يؤدي في نهاية الأمر إلى الشلل.
- الموت المفاجئ أثناء تناول جرعات زائدة من المخدر. (الهورنة، 2018، ص 54).

رابعاً: الأضرار الاجتماعية: يؤدي تعاطي المخدرات والإدمان عليها إلى أضرار اجتماعية بالغة في كثير من الحالات تحيط بالمتعاطي نفسه وتتسحب إلى المحيطين به من أفراد أسرته وبعض المقربين منه من الأصدقاء وتتعكس بالتالي على المجتمع واستقراره وأمنه الاجتماعي، نظراً لنبذ المجتمع لهذه العادة وسلوكياتها التي تخالف القوانين والأعراف الاجتماعية (السعد، 1997، ص 21)، كما أن لتعاطي المواد النفسية المحدثه للاعتماد أضراراً اجتماعية أخرى من أهمها الخسائر البشرية التي تعني مجموعة الأفراد الذين يخرجون كلياً أو جزئياً من حساب القوة العاملة في المجتمع كنتيجة مباشرة أو غير مباشرة لمشكلة التعاطي، ففي الأسر الشعبية الفقيرة يمثل رب الأسرة المكان الأول من حيث توفير الجانب المادي لأسرته ومن حيث الرأية الاجتماعية والأخلاقية، ويؤدي التعاطي والإدمان لرب الأسرة إلى التدرج في تناقص قدرته على تأمين حاجيات الأسرة المادية، وبين البدء في التعاطي والنهاية الحتمية في الإدمان وبالتالي الطرد من العمل يمتد زمن طويل تتميز فيه العلاقات الأسرية بالصراع والعداوة والانفعال والأحقاد (الغول، 2011، ص ص 286، 287).

ويمكن تلخيص الأضرار الاجتماعية في العناصر التالية: (الهورنة، 2018، ص 58)

- الآثار البالغة على العلاقات الأسرية، سواء بين الزوجين أو بينهم وبين الأبناء.
- تقل عناية المدمن بأبنائه، وزوجته، وأهله، وأصدقائه، ومجمعه.
- تنفك روابط الأسرة والاجتماعية.
- تشويه صورة الأب المدمن لدى الأبناء مما يؤثر على نموذج القدرة لديهم.

- تزايد المشكلات والخلافات بين الزوجين نتيجة لفشل المتعاطي في القيام بمسؤولياته تجاه أسرته.
- يصبح المجتمع مريضاً مصاباً بأخطر الآفات، فيسوده الكساد والتخلف وتعمه الفوضى والانحلال.
- يخلد متعاطي المخدرات للنوم والبلادة والكسل، وبالتالي يفقد المدمن النزعة الوطنية الإنسانية.

خامساً: الأضرار الجنسية: بالنظر إلى الموضوع من الجانب العلمي بعيداً عن النظرة الذاتية للمتعاطين، يؤكد الباحثين في مجال الاعتماد على العقاقير والمخدرات يتفقون على انعدام تأثيرها على الأعضاء والوظائف الجنسية، أما ما يحدث للمتعاطي من تهيج في بداية التعاطي، فلا يستمر طويلاً فسوف تصاب الخلايا الجنسية بالضمور والضعف بعد فترة الاستخدام، ويصبح الإحساس بعد ذلك مجرد عرض سيكولوجي أكثر من كونه تأثيراً فارماكولوجياً على الأعضاء التناسلية ذاتها.

وقد أكدت نتائج بعض المؤتمرات التي عقدت في هونج كونج وبانجكوك عام (1964) على أن التخدير الجزئي الناجم عن تعاطي المخدر يجعل الرجل غير واع تماماً لعملية الجماع الجنسي حيث يكون تفكيره منقطعاً وغير مركز، الأمر الذي يطيل زمن الجماع، وهو ما يطلبه الرجل حتى يرضي شريكته جنسياً، ويشعر هو الآخر باحترام رجولته، كما أن الحالة النفسية التي يعيشها المتعاطي تجعله يفقد السيطرة على تقدير الزمن الأمر الذي يجعله يعتقد أن عملية الجماع الجنسي قد استمرت ساعات طويلة، في حين أنها في الواقع قد استمرت لدقائق معدودة (الزعبي، 2008، ص ص 182، 183). ففي إحدى الدراسات التي أجريت في المجتمع المصري في عام (1983) على عينة قوامها (213) فرداً من المتعاطين للمخدرات، وجد أن (36.62%) من العينة الكلية يعتقدون في قدرة المخدر على تنشيط الجنس بدرجة كبيرة، في حين يعتقد (25.35%) منهم أن التنشيط الجنسي يتم بدرجة بسيطة، كما يرى (15.49%) أنه لا يحدث أي نشاط، إلى جانب أن (22.54%) فقط يرون أن المخدر يؤدي إلى الضعف الجنسي.

سادساً: الأضرار الاقتصادية: يميل أغلب المتعاطين إلى زيادة الجرعة بسبب حدوث التعود، وهذه الزيادة تكلف المتعاطي مبالغ إضافية كبيرة، فقد أثبتت بعض الدراسات التي أجريت في بريطانيا وأمريكا أن الإدمان يُشكل صعوبات في تحقيق التوافق المهني للأفراد، حيث يكون المدمن بمثابة العاقل عن العمل، أو العامل غير المنتظم فهو يتغيب عن العمل بسبب التأثيرات المهبطة للمخدرات كما أنه يصبح غير مكترث ويجعله أكثر عرضة للحوادث وإصابات العمل، ولهذا يمكن القول أن

تعاطي الخمر والمخدرات يؤدي إلى آثار سلبية كبيرة على اقتصاد الفرد والأسرة والمجتمع، نظراً لما ينفقه المتعاطي في شراء هذه المواد، ولما تخصصه الدولة من أجل الوقاية والعلاج من استفحال المواد المخدرة.

وفي إحدى الدراسات التي أجريت في الجمهورية اليمنية من قبل برونستين Bronstien تبين أن القات يستقطع (13%) من ميزانية الأسرة، حيث يأتي في المرتبة الثانية بعد الحبوب الغذائية من حيث الإنفاق، وفي دراسة أخرى عن القات في اليمن أيضاً وجد أن متوسط ما ينفقه الفرد المتعاطي على القات يصل إلى حوالي (44) ريالاً يومياً، كما أن متوسط الوقت الذي يستغرقه متعاطي القات يبلغ حوالي أربع ساعات يومياً، بحيث يكون الفاقد السنوي نتيجة لهذه العملية حوالي (1460) ساعة (الزعيبي، 2008، ص 187).

ويمكن تلخيص الأضرار النفسية في العناصر التالية: (الهورنة، 2018، ص 58)

- التأثير السلبي على للأسرة حيث يوجه الجزء الأكبر من دخلها إلى الإنفاق على المخدرات.
- يفقد كثير من المتعاطين أعمالهم ويعيشون عالة على غيرهم، وذلك نتيجة عدم تكيفهم مع العمل وجودته نظراً لما تسببه المخدرات من أضرار نفسية وعقلية فتسوء المعاملات بين الأفراد.
- تفشي المخدرات يشل الإنتاج، وهذا ينعكس سلباً على مستوى المعيشة للأفراد والأسرة والمجتمع.
- تكبيد الدولة مبالغ طائلة نتيجة أعمال المكافحة وإعاشة ورعاية السجناء.

سابعا: الأضرار الأمنية:

- تسهم المخدرات في زعزعة الأمن بين الأشخاص بسبب زيادة الجريمة وتكليف الدولة جهود وطاقت لزيادة الدوريات مع تكثيف الرقابة لمنع الجريمة قبل وقوعها.
- ينتج عن المخدرات اشتباك بالأسلحة النارية بين عناصر الأمن العام ورجال مكافحة المخدرات من جهة وبين التجار ومهربي المخدرات من جهة أخرى، وينجم عن تلك الاشتباكات حوادث قتل وإصابات بين الطرفين وبالتالي تؤدي لهد الأمان الاجتماعي.

ثامنا: الأضرار الدينية: لا ريب أن الدين أعز ما يملك الإنسان لينال به سعادة الدنيا ونعيم الآخرة والإنسان الذي يعتز بالدين سيكون في نأي عن تأثير الشيطان وأنواعه، ولا يقع في المخدرات إلا ضعيف الصلة بالله عز وجل، فإذا سقط الإنسان في مستنقع المخدرات أفسدت عليه دينه وعقله

فيتحول إلى شخص لا أخلاق ولا دين، لأن عقله أصبح أسيراً لشهواته، فلا يردعه وازع من دين أو ضمير لأن إحساسه يتلاشى وغيرته الدينية تموت بمخالفته أمر الله تعالى، وبيتعد عن الطريق السوي (الهورنة، 2018، ص 60).

يتضح لنا من جملة الأضرار المذكورة سالفاً في مختلف الجوانب، حجم الآثار السلبية الناجمة عن تفشي وانتشار ظاهرة المخدرات في أوساط المجتمعات، ومن الواضح أن المتعاطين لا يقدرّون حجم هذه المشكلة عند الإقبال عليها، ولا يعتبرون من مخلفاتها في كل مرة يتعاطون فيها تلك السموم حتى يتورطون في قضايا ليس لها حل سوى السجن، أو يرتكبون جرائم العنف والقتل نتيجة تعرضهم لأعراض الانسحاب عندما لا يتعاطون تلك المواد، سواءً تعلق الأمر بعدم توفر المخدرات، أو بسبب عدم توفر المال لشراء هذه المواد، وفي كلتا الحالتين المصير واحد، ويعتمد ذلك على نوع وصنف العقار، وكذلك مقدار الجرعة التي يتم تناولها.

خلاصة:

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل حاولنا الإلمام بكل ما يتعلق بالمواد المخدرة سواءً من جانب التعريف بهذه المواد وأنواعها أو من جانب أضرارها ومخاطر تناولها على الفرد ومجتمعه، كل هذه المعطيات قدرت لنا حجم المشكلة والآثار المترتبة عنها، من خلال الأذى الذي يلحق بالفرد المتعاطي لهذه المواد، فهي كالسرطان تدمر العقل والجسد، وكل من يتعاطها لا يدرك خطورتها إلا بعد فوات الأوان، أي عندما يصل إلى مرحلة الاعتماد النفسي والجسدي عليها.

كل هذا يستدعي من قبل الباحثين وأهل الاختصاص ضرورة البحث في أسباب انتشار هذه المواد السامة في أوساط المجتمعات، بهدف الوصول إلى طرق الوقاية والعلاج، وذلك من خلال تكاتف الجهود كل حسب مجال تخصصه، من خلال التركيز على كل جوانب حياة الفرد التي قد تكون بطريقة أو بأخرى عاملاً مسبباً أو مهياً أو مرسباً في تمادي هذه الظاهرة، وإتباع المناهج العلمية في محاربتها من خلال ما توصلت إليه الدراسات العلمية في هذا الموضوع، أي بقدر ما يروج لها يجب الترويج لمحاربتها.

الفصل الخامس

منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية

تمهيد

01.5- الدراسة الاستطلاعية.

أولاً: أهداف الدراسة الإستطلاعية.

ثانياً: عينة الدراسة الإستطلاعية.

ثالثاً: أدوات الدراسة الإستطلاعية.

رابعاً: نتائج الدراسة الإستطلاعية.

02.5- الدراسة الأساسية.

أولاً: المنهج المستخدم.

ثانياً: حدود الدراسة.

ثالثاً: عينة الدراسة.

رابعاً: أدوات الدراسة.

خامساً: الأساليب الإحصائية المستخدمة.

تمهيد:

بعد أن تطرقنا في الفصول السابقة لموضوع الدراسة في جانبه النظري من خلال المراجع والصادر المتحصل عليها يقتضي هذا منا البحث عن طبيعة الظاهرة المدروسة كما هي في الواقع هذا ما يتطلب منا خطة منهجية للوصول إلى ذلك وفق أساليب منهجية تطرحها طبيعة الموضوع من حيث وضوح منهج الدراسة وما يبنى في إطاره من تصميم محكم، وكيفية اختيار العينة وخصائصها ومدى تجانسها ومناسبة الأدوات البحثية وما تتميز به من خصائص سيكومترية تدل على صلاحية أدوات الدراسة للقياس والحصول على النتائج المرجوة، وكذا ملائمة الأساليب الإحصائية، كل هذه الإجراءات تساعد أي باحث في مجال العلوم الإنسانية والاجتماعية إلى الوصول إلى نتائج علمية دقيقة، وهذا ما سيتم مراعاته في هذا الفصل من خلال تحديد أهم الإجراءات المنهجية الملائمة لطبيعة موضوع الدراسة.

01.5- الدراسة الاستطلاعية:

من الضروري في أي بحث علمي القيام بالدراسة الاستطلاعية، فهي بمثابة الخطوة الأولى التي من خلالها يمكن لأي باحث الإحاطة بأبعاد المشكلة المراد دراستها، وتذليل الصعوبات التي قد تواجه الباحث في الدراسة الأساسية لبحثه، فالدراسة الاستطلاعية تساعد الباحث على الاطلاع على الميدان الذي سيجري فيه البحث، ومدى الإمكانيات اللازمة والمتوفرة لإتمام عمله بنجاح، وكذلك إمكانية الحصول على الدراسات والمراجع والأبحاث ذات العلاقة بطبيعة الموضوع، والحصول على أدوات القياس المتعلقة بمتغيرات الموضوع، بالإضافة إلى الاتصال بذوي الخبرة في مجال ما يريد الباحث دراسته من أجل توجيه البحث نحو الطريق الصحيح ونقادي بعض العراقيل التي قد تواجهه.

كما تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى جمع كل المعلومات ذات العلاقة بالبحث والتي تدعم ما يريد الباحث الوصول إليه، وتعتبر هذه المرحلة من الدراسة مرحلة إعداد لإجراءات الدراسة من حيث اختبار سلامة أدوات الدراسة ومدى صلاحيتها لقياس ما يراد قياسه، فالدراسة الاستطلاعية تهدف إلى اكتشاف الطريق واستطلاع معالمه قبل الخوض في إجراءات الدراسة الميدانية.

حيث تتيح الدراسة الاستطلاعية للباحث فرصة التعرف على أية مشكلات يمكن أن تظهر قبل القيام بالدراسة الأساسية، وهذا ما يُمكن الباحث من حل هذه المشكلات غير المتوقعة في هذه المرحلة

من الدراسة، وهذا ما يوفر عليه الكثير من الوقت والجهد عند القيام بالدراسة الأساسية (أبو علام، 2004، ص 87).

وقبل البدء في إجراءات البحث ومن أجل الوصول إلى الأهداف المنتظرة تم القيام بالدراسة الإستطلاعية لميدان الدراسة بداية من فيفري (2018) وذلك للوقوف على الظروف التي سيتم فيها إجراءات البحث الميدانية، والبحث عن أفراد عينة الدراسة، وكذا الاطمئنان على مدى ملائمة أداة الدراسة للموضوع.

أولاً: أهداف الدراسة الإستطلاعية:

- لقد سعى الطالب الباحث من خلال الدراسة الإستطلاعية إلى تحقيق الأهداف البحثية التالية:
- البحث عن عينة الدراسة الممثلة في المراهقين والراشدين الذين يتعاطون أحد المواد المخدرة هذه الفئة التي هي في الحقيقة متواجدة بكثرة في المجتمع، لكن لخصوصية وحساسية المشكلة لا يظهرون تعاطيهم بشكل واضح، هذا ما سيجعل الحصول على العينة أمراً صعباً.
- قام الطالب الباحث بالتوجه إلى المراكز التي قد يتواجد فيها أفراد من عينة المتعاطين من المراهقين والراشدين، ومن بين هذه المراكز المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب الأمراض العقلية - بأولاد منصور- المسيلة، ومديرية النشاط الاجتماعي - ملحقة المركز النفسي البيداغوجي بالمسيلة، لكنه وجد أن متعاطين المخدرات في مركز الأمراض العقلية غير مقيمين ويأتون في فترات معينة لأخذ الأدوية فقط، أما ملحقة المركز النفسي البيداغوجي بالمسيلة، فوجد القليل من الأحداث الجانحين المتعاطين الذين لا يتجاوز عددهم العشر أحداث، ولا يأتون دائماً لأن المركز أصبح لا يوفر لهم بعض الهياكل الرياضية والإدماج المهني.
- المعطيات السابقة أجبرت الطالب الباحث أن يلجأ إلى عينة كرة الثلج لكل من المراهقين والراشدين وذلك بمدينة المسيلة حيث وجد الطالب (10) مراهقين متعاطين، و (10) من الراشدين المتعاطين الذين كانوا وسيلة للوصول إلى عينة الدراسة الأساسية والتي تمثلت في (45) مراهقاً و(45) راشداً متعاطياً لأي مادة من المواد المخدرة، وكانوا من المتعاطين الذين لهم مدة قصيرة في التعاطي، وكل ذلك بعد فرز استمارات المقياس وحذف الاستمارات الغير ملائمة منها.

- أما عينة المراهقين والراشدين الغير متعاطين فقد تم اختيارها بطريقة قصدية من بعض المؤسسات التربوية والعمومية، وأحياء مدينة المسيلة ممن يشيع بينهم السلوك السوي، وقد تمثلت عينة غير المتعاطين من (45) مراهقاً و (45) راشداً، وكانت هذه العينة مساوية لعينة المتعاطين، وكل ذلك بمدينة المسيلة ممن استطاع الطالب الباحث الوصول إليهم.
- من بين أهداف الدراسة الإستطلاعية أيضاً اختيار أداة الدراسة المتمثلة في مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا لهاولي، وكذا إعادة حساب خصائصه السيكومترية على عينة من المراهقين والراشدين بمدينة المسيلة.
- الوقوف على الصعوبات التي يمكن مصادفتها أثناء الدراسة الأساسية وتحديد كيفية التعامل معها.
- توضيح للباحث في هذه المرحلة ضبط الفرضيات وصياغة إشكالية الدراسة.

ثانياً: عينة الدراسة الإستطلاعية:

لإعادة حساب الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة قام الطالب الباحث باختيار أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية بأسلوب المعاينة العرضية، وقد تكونت العينة من (60) فرداً من الذكور المراهقين والراشدين - (30) مراهقاً، و (30) راشداً - لأن المقياس في أصله - النمو النفس إجتماعي للأنا - طبق على المراهقين والراشدين وأعاد حساب خصائصه "الغامدي" على نفس العينة (المراهقين والراشدين) من الأفراد الذين لا يتعاطون المخدرات، حيث أجريت الدراسة الإستطلاعية في مدينة المسيلة. كما تم أيضاً تطبيق المقياس على مجموعة من المتعاطين للمخدرات ليتم التأكد من تقبلهم للمقياس وفهمهم له.

ثالثاً: أدوات الدراسة الإستطلاعية:

إن الوصول إلى نتائج وأهداف أي دراسة يرتبط ارتباطاً كلياً بأدوات الدراسة ذات العلاقة بمتغيرات البحث، والمناسبة لطبيعة العينة لذا فالباحث مطالب أن يستعمل أدوات صممت خصيصاً لتقيس ظاهرة معينة أو يقوم بتصميم مقياس في حال عدم توفرها أو وجودها، وبما أن الدراسة الحالية تهتم بدراسة النمو النفس إجتماعي للأنا، فإن الطالب الباحث استخدم مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا الذي أعدته هاولي (1988) وقام الغامدي بتعريبه وإعادة تقنينه على البيئة العربية.

قام الباحث بإعداد استمارة بسيطة حدد فيها بعض الخصائص للعينة لكي يكون هناك تكافؤ بين أفراد العينة من المراهقين والشباب المتعاطين وغير المتعاطين التي تعتبر بمثابة عينة ضابطة لتحديد الفروق بين العينتين في النمو النفس إجتماعي وحل أزماته.

رابعاً: نتائج الدراسة الإستطلاعية:

انطلاقاً مما سبق يمكن تلخيص نتائج الدراسة الإستطلاعية فيما يلي:

- تحديد مشكلة الدراسة تحديداً علمياً دقيقاً وفق الإجراءات التي تتطلبها الدراسة.
- البحث عن عينة الدراسة والتعرف على الصعوبات التي قد تواجهها الدراسة.
- اختيار وتحديد عينة الدراسة الأساسية والتي تكونت من (180) مراهقاً وراشداً موزعين كالاتي:
 - (45) مراهقاً متعاطياً.
 - (45) راشداً متعاطياً.
 - (45) مراهقاً غير متعاطي.
 - (45) راشداً غير متعاطي.

وكل ذلك بعد استبعاد كل استمارات المقياس التي لا تتوافق وخصائص العينة.

- البحث عن المادة العلمية المتعلقة بمتغيرات الدراسة والدراسات السابقة ذات العلاقة بالدراسة الحالية.
- حساب الخصائص السيكومترية لأداة الدراسة.

02.5- الدراسة الأساسية:

أولاً: المنهج المستخدم:

المنهج هو سبيل كل باحث لأجل الوصول إلى نتائج الموضوع المراد دراسته والإجابة على أسئلته، ويتم ذلك بإتباع خطوات تؤدي إلى الحقيقة التي نريد الوصول إليها، وبما أن طبيعة الموضوع هي التي تفرض على الباحث إتباع منهج معين دون الآخر، وسعياً لتحقيق أهداف الدراسة كان المنهج الوصفي المقارن هو الملائم للإجابة على تساؤلات الدراسة والوصول الى أهدافها وذلك للمقارنة بين نتائج أفراد العينة الذكور المتعاطين للمخدرات وغير المتعاطين من المراهقين والراشدين في النمو النفس إجتماعي للأنثى.

ثانياً: حدود الدراسة:

(1) **الحدود الزمنية:** تم البدء في الدراسة منذ فيفري 2018 إلى غاية ماي 2019، وقد تضمنت هذه الفترة عدة مراحل كما يلي:

- مرحلة جمع المعلومات والبحث عن المادة العلمية المتعلقة بمتغيرات الدراسة وكذا البحث عن الدراسات ذات العلاقة وكذا البحث عن أداة الدراسة.
 - مرحلة البحث عن عينة الدراسة، وتطبيق الأداة.
 - مرحلة تفريغ البيانات والوصول إلى نتائج الدراسة.
- (2) **الحدود المكانية:** أجريت الدراسة بمدينة المسيلة.

ثالثاً: عينة الدراسة:

شملت عينة الدراسة الإجمالية (180) فرداً، منهم (90) مراهقاً وراشداً غير متعاطي للمخدرات و(90) مراهقاً وراشداً متعاطي للمخدرات، تم اختيار الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين بطريقة كرة الثلج أما الذكور المراهقين والراشدين غير المتعاطين تم اختيارهم بطريقة قصدية (غرضية)، وبما أن الدراسة مقارنة بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين وغير المتعاطين، فقد تم توزيعهم حسب الخصائص التالية:

(1) توزيع أفراد عينة الدراسة المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات:

جدول 1.5.

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

العينة	الفئة	التكرار	النسبة المئوية
المتعاطين	المراهقين	45	25 %
	الراشدين	45	25 %
الغير متعاطين	المراهقين	45	25 %
	الراشدين	45	25 %
المجموع		180	100 %

يتضح لنا من الجدول رقم (1.5) أن نسبة أفراد العينة من المراهقين والراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات متساوية بتكرار (45) فرد لكل فئة بنسبة (25 %)، وبلغ المجموع الكلي (180) فرداً، أي بنسبة (100 %).

(2) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن:

جدول رقم 2.5.

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن.

النسبة المئوية	التكرار	السن	الفئة	العينة
% 25	% 06.67	12	من 14 إلى 16	المتعاطين
	% 18.33	33	من 16 إلى 18	
% 25	% 12.22	22	من 18 إلى 25	
	% 12.78	23	من 25 إلى 35	
% 25	% 13.89	25	من 14 إلى 16	الغير متعاطين
	% 11.11	20	من 16 إلى 18	
% 25	% 10	18	من 18 إلى 25	
	% 15	27	من 25 إلى 35	
% 100	180			المجموع

يتضح لنا من الجدول رقم (2.5) أن أعمار أفراد العينة من المراهقين المتعاطين للمخدرات بالنسبة للفئة العمرية (14 إلى 16) سنة، يشكلون (12) مراهقاً أي بنسبة (06.67 %)، والفئة العمرية من (16 إلى 18) سنة بلغ عددهم (33) مراهقاً أي بنسبة (18.33 %)، ويمثل مجموع الفئتين العمريتين (45) مراهقاً متعاطي للمخدرات، أي بنسبة (25 %) من المجموع الكلي، أما بالنسبة لأعمار أفراد العينة من الراشدين المتعاطين للمخدرات للفئة العمرية (18 إلى 25) سنة يشكلون (22) راشداً، أي بنسبة (12.22 %)، والفئة العمرية من (25 إلى 35) سنة بلغ عددهم (23) راشداً، أي بنسبة (12.78 %)، ويمثل مجموع الفئتين العمريتين (45) راشداً متعاطي للمخدرات، أي بنسبة (25 %) من المجموع الكلي.

أما بالنسبة لأعمار أفراد العينة من المراهقين الغير متعاطين للمخدرات للفئة العمرية (14 إلى 16) سنة، يشكلون (25) مراهقاً، أي بنسبة (13.89 %)، والفئة العمرية من (16 إلى 18) سنة بلغ عددهم (20) مراهقاً، أي بنسبة (11.11 %)، ويمثل مجموع الفئتين العمريتين (45) مراهقاً غير متعاطي للمخدرات، أي بنسبة (25 %) من المجموع الكلي، أما بالنسبة لأعمار أفراد العينة من الراشدين المتعاطين للمخدرات للفئة العمرية (18 إلى 25) سنة، يشكلون (18) راشداً، أي بنسبة (10 %)، والفئة العمرية من (25 إلى 35) سنة بلغ عددهم (27) راشداً أي بنسبة (15 %)، ويمثل مجموع الفئتين العمريتين (45) راشداً غير متعاطي للمخدرات (25 %) من المجموع الكلي.

(3) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي:

جدول 3.5.

يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى التعليمي.

العينة	الفئة	المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
المتعاطين	المراهقين	ابتدائي	13	07.22%
		متوسط	17	09.44%
		ثانوي	15	08.33%
		جامعي	00	00
	الراشدين	ابتدائي	09	05%
		متوسط	14	07.78%
		ثانوي	12	06.67%
		جامعي	10	05.56%
الغير متعاطين	المراهقين	ابتدائي	03	01.67%
		متوسط	22	12.22%
		ثانوي	20	11.11%
		جامعي	00	00
	الراشدين	ابتدائي	05	02.78%
		متوسط	08	04.44%
		ثانوي	12	06.67%
		جامعي	20	11.11%
		المجموع	180	100%

يتضح لنا من الجدول رقم (3.5) أن المستوى التعليمي لأفراد العينة من المراهقين المتعاطين للمخدرات في مستوى الابتدائي يشكلون (13) مراهقين أي بنسبة (07.22%)، ومستوى المتوسط يشكلون (17) مراهقاً أي بنسبة (09.44%)، ومستوى الثانوي يشكلون (15) مراهقاً أي بنسبة (08.33%)، والمستوى الجامعي لا توجد هذه الفئة، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) مراهقاً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي، وبالنسبة للمستوى التعليمي لأفراد العينة من الراشدين المتعاطين للمخدرات في مستوى الابتدائي يشكلون (09) راشدين أي بنسبة (05%) ومستوى المتوسط يشكلون (14) راشداً أي بنسبة (07.78%)، ومستوى الثانوي يشكلون (12) راشدين أي بنسبة (06.67%)، والمستوى الجامعي يشكلون (10) راشدين أي بنسبة (05.56%) ويمثل مجموع هذه الفئة (45) راشداً متعاطي للمخدرات، أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي.

أما بالنسبة للمستوى التعليمي لأفراد العينة من المراهقين الغير متعاطين للمخدرات في مستوى الابتدائي يشكلون (03) مراهقين أي بنسبة (01.67%)، ومستوى المتوسط يشكلون (22) مراهقاً أي بنسبة (12.22%)، ومستوى الثانوي يشكلون (20) مراهقاً أي بنسبة (11.11%)، والمستوى الجامعي لا توجد هذه الفئة، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) مراهقاً غير متعاطي للمخدرات أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي، وبالنسبة للمستوى التعليمي لأفراد العينة من الراشدين الغير متعاطين للمخدرات في مستوى الابتدائي يشكلون (05) راشدين أي بنسبة (02.78%)، ومستوى المتوسط يشكلون (08) راشدين أي بنسبة (04.44%)، ومستوى الثانوي يشكلون (12) راشداً أي بنسبة (06.67%) والمستوى الجامعي يشكلون (20) راشداً أي بنسبة (11.11%)، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) راشداً غير متعاطي للمخدرات، أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي.

(4) توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب المهنة:

جدول 4.5.

يوضح توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب المهنة.

العينة	الفئة	المهنة	التكرار	النسبة المئوية
المتعاطين للمخدرات	المراهقين	موظف	00	00
		أعمال حرة	24	13.33%
		بطل	21	11.67%
	الراشدين	موظف	09	05%
		أعمال حرة	16	08.89%
		بطل	20	11.11%
الغير متعاطين	المراهقين	موظف	00	00
		أعمال حرة	25	13.89%
		بطل	20	11.11%
	الراشدين	موظف	16	08.89%
		أعمال حرة	17	09.44%
		بطل	12	06.67%
المجموع			90	100%

يتضح لنا من الجدول رقم (4.5) أن طبيعة المهنة لأفراد العينة من المراهقين المتعاطين للمخدرات، فإن الموظفين لا يوجدوا، والذين يمتنون أعمال حرة يشكلون (24) مراهقاً أي بنسبة (13.33%)، والبطالين يشكلون (21) مراهقاً أي بنسبة (11.67%)، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) مراهقاً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (50%) من المجموع الكلي. أما بالنسبة لطبيعة المهنة لأفراد العينة من الراشدين المتعاطين للمخدرات، فإن الموظفين يشكلون (09) راشدين أي بنسبة (05%) والذين يمتنون أعمال حرة يشكلون (16) راشداً أي بنسبة (08.89%)، والبطالين يشكلون (20) راشداً أي بنسبة (11.11%)، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) راشداً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (50%) من المجموع الكلي.

أما بالنسبة لطبيعة المهنة لأفراد العينة من المراهقين غير المتعاطين للمخدرات، فإن الموظفين لا يوجدوا، والذين يمتنون أعمال حرة يشكلون (25) مراهقاً أي بنسبة (13.89%)، والبطالين يشكلون

(20) مراهقاً أي بنسبة (11.11%)، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) مراهقاً غير متعاطي للمخدرات أي بنسبة (50%) من المجموع الكلي. أما بالنسبة لطبيعة المهنة لأفراد العينة من الراشدين غير المتعاطين للمخدرات، فإن الموظفين يشكلون (16) راشداً أي بنسبة (8.89%)، والذين يمتنون أعمال حرة يشكلون (17) راشداً أي بنسبة (9.44%)، والبطالين يشكلون (12) راشداً أي بنسبة (6.67%)، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) راشداً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (50%) من المجموع الكلي.

(5) توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب أوقات تعاطي المخدرات:

جدول رقم 5.5.

يوضح توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب أوقات تعاطي المخدرات.

النسبة المئوية	التكرار	أوقات التعاطي	الفئة	العينة
% 25	07	كل يوم	المراهقين	المتعاطين للمخدرات
	17	مرة واحدة في الأسبوع		
	12	مرة واحدة في الشهر		
	09	في المناسبات فقط		
% 25	14	كل يوم	الراشدين	
	15	مرة واحدة في الأسبوع		
	10	مرة واحدة في الشهر		
	06	في المناسبات فقط		
% 50	90	المجموع		

يتضح لنا من الجدول رقم (5.5) أن أوقات التعاطي لأفراد العينة من المراهقين المتعاطين للمخدرات، بالنسبة للذين يتعاطون كل يوم يشكلون (07) مراهقين أي بنسبة (3.89%) والمتعاطين مرة واحدة في الأسبوع يشكلون (17) مراهقاً أي بنسبة (9.44%)، والمتعاطين مرة واحدة في الشهر يشكلون (12) مراهقاً أي بنسبة (6.67%)، والمتعاطين في المناسبات فقط يشكلون (09) مراهقين أي بنسبة (5%)، ويمثل مجموع هذه الفئة (45) مراهقاً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي.

أما بالنسبة لأوقات التعاطي لأفراد العينة من الراشدين المتعاطين للمخدرات، بالنسبة للذين يتعاطون كل يوم يشكلون (14) راشداً أي بنسبة (07.78%)، والمتعاطين مرة واحدة في الأسبوع يشكلون (15) راشداً أي بنسبة (08.33%)، والمتعاطين مرة واحدة في الشهر يشكلون (10) راشدين أي بنسبة (05.56%)، والمتعاطين في المناسبات فقط يشكلون (06) راشدين أي بنسبة (03.33%) ويمثل مجموع هذه الفئة (45) راشداً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي.

(6) توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب مدة التعاطي:

جدول 6.5.

يوضح توزيع أفراد عينة المتعاطين للمخدرات حسب مدة التعاطي.

العينة	الفئة	مدة التعاطي	التكرار	النسبة المئوية	
المتعاطين للمخدرات	المراهقين	من شهر إلى 6 أشهر	04	%02.22	
		من 6 شهر إلى سنة	22	%12.22	
		أكثر من سنة	19	%10.56	
	الراشدين	من شهر إلى 6 أشهر	00	00	
		من 6 شهر إلى سنة	14	%07.78	
		أكثر من سنة	31	%17.22	
		المجموع	90	%50	

يتضح لنا من الجدول رقم (6.5) أن مدة التعاطي لأفراد العينة من المراهقين المتعاطين للمخدرات لمدة زمنية تتراوح ما بين (شهر إلى 6) أشهر يشكلون (04) مراهقين أي بنسبة (02.22%)، والمتعاطين لمدة زمنية تتراوح ما بين (6 أشهر إلى سنة) يشكلون (22) مراهقاً أي بنسبة (12.22%)، والمتعاطين لمدة زمنية تفوق السنة يشكلون (19) مراهقاً أي بنسبة (10.56%) ويمثل مجموع هذه الفئة (45) مراهقاً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي.

أما بالنسبة لمدة التعاطي لأفراد العينة من الراشدين المتعاطين لمدة زمنية تتراوح من (شهر إلى 6 أشهر) لا توجد هذه الفئة، والمتعاطين لمدة تتراوح من (6 أشهر إلى سنة) يشكلون (14) راشداً أي بنسبة (07.78%)، والمتعاطين لمدة تفوق السنة يشكلون (31) راشداً أي بنسبة (17.22%) ويمثل مجموع هذه الفئة (45) راشداً متعاطي للمخدرات أي بنسبة (25%) من المجموع الكلي.

رابعاً: أدوات الدراسة:

لأجل الوصول إلى النتائج المرجوة من هذه الدراسة، كان من الضروري استخدام الأداة المناسبة التي يمكن أن تسهم في توفير البيانات التي تقتضيها الإجابة على تساؤلات الدراسة لذا قمنا باستخدام الأداة التالية:

مقياس النمو النفس - اجتماعي للأنا:

1) وصف عام للمقياس:

قامت هاولي (1988) Hawley بإعداد المقياس لقياس النمو النفس اجتماعي، وتحديد طبيعة حل أزماته كما افترضها إريكسون، وذلك لدى العاديين في سن المراهقة والرشد ممن أنهوا التعليم الابتدائي على الأقل. وهذا يعني أن المقياس لم يطور لقياس الاضطرابات النفسية، وذلك على الرغم من أنه قد يكون مفيداً للاستخدام مع الحالات الإكلينيكية. ويطبق المقياس بصورة فريدة أو جماعية وذلك من قبل أشخاص يحملون خلفية جيدة في علم النفس بصفة عامة، ونظرية إريكسون في النمو النفس اجتماعي بشكل خاص، وأيضاً معرفة بالقياس النفسي تمكن من تفسير نتائجه بطريقة صحيحة.

وتشير هاولي (1988) Hawley إلى معضلة بناء مقياس موضوعي لقياس النمو النفس اجتماعي وفق نظرية أريكسون نتيجة لاعتمادها على مبدأ التطور الانبثاق المتعاقب Epigenetic Principle المؤكد للمرحلة التطورية من جانب والصراع الثنائي من جانب آخر، وتكمن هذه المعضلة في صعوبة إعداد مفردات تعبر بصدق عن سمات المرحلة كمرحلة لها خصائصها المميزة، وترتبط في نفس الوقت بمبدأ التطور المؤكد لتطور هذه السمات من أساس قاعدي متغير من مرحلة إلى أخرى إلى أن تصل درجة الوضوح في المرحلة الحرجة لظهورها، وهو ما يفترض معالجة السمات في حالة تغيرها قبل وبعد ظهورها خلال الأزمة التي يمر بها الفرد. وهذا جهد كبير من الناحية العملية والقياسية

وفي محاولة لبناء علمي يتغلب على هذه المصاعب، قامت هاولي Hawley بمعالجة الخصائص المرتبطة بكل من الحلول الإيجابية والسلبية للأزمات كأبعاد مستقلة.

فمن جهة يمكن إبراز أهمية العلاقة بين الأبعاد في المرحلة الواحدة، إذ من الرغم من تعامل إريكسون معها كثنائيات متضادة، إلا أنه أشار إلى أن هذه السمات أقل تضادا في بعض المراحل مثل الاستقلالية مقابل الشك أو المبادرة مقابل الشعور بالذنب، بل وأن بعض الأفراد يمكن أن يتبنون بعض الاتجاهات أو السمات الإيجابية والسلبية المرتبطة بالنقيضين في آن واحد.

ومن جهة أخرى فإنه يمكن من إبراز الطبيعة التطورية للنمو من خلال معالجة العلاقات المركبة بين هذه السمات في المرحلة المختلفة. ذلك أن نظرية إريكسون التطورية تفترض التتابع والهرمية والعلاقات الاعتمادية بين المراحل الثمانية، بل ووجود كل أزمات النمو والتي تمثل أبعاد المقياس في صورة ما في كل مرحل (الغامدي، 2010، ص ص 48، 49).

وانطلاقاً من ذلك فقد شمل المقياس (112) مفردة تقيس طبيعة النمو خلال المراحل الثمانية وتحديدًا طبيعة تشكل كلا من القطبين الايجابي والسليبي لكل أزمة وذلك كمتغيرات مستقلة، مما يعني احتواء المقياس من حيث البناء على (16) مقياساً فرعياً ينتج عنها من الناحية الوظيفية (279) درجة تشمل:

- الدرجات الفرعية للأقطاب الايجابية الثمانية.
- الدرجات الفرعية للأقطاب السلبية الثمانية.
- الدرجات الفرعية لطبيعة حل الأزمات الثمانية، وتساوي الفرق بين درجتي القطبين في كل أزمة (درجة القطب الإيجابي - درجة القطب السليبي).
- الدرجة الكلية للأقطاب الإيجابية، وتساوي مجموع درجات الأقطاب الإيجابية للمرحلة المختلفة.
- الدرجة الكلية للأقطاب السلبية، وتساوي مجموع درجات الأقطاب السلبية للمرحلة المختلفة.
- الدرجة الكلية لطبيعة حل الأزمات النفس اجتماعي، والتي تساوي الفرق بين المجموعتين السابقتين (مجموع درجات الأقطاب الإيجابية - درجة الأقطاب السلبية).
- اختيار الفقرات وبناء المقياس: لبناء مفردات متسقة مع البناء النظري لنظرية إريكسون في النمو النفس اجتماعي للأنثى، قامت هاولي (1988) Hawley بمراجعة أعمال إريكسون الأساسية، وذلك

لتحديد سمات القطبين الايجابي والسلبي لكل مرحلة من المراحل الثمانية للنمو النفس اجتماعي وهو ما يعني اشتمال المقياس على (16) بعداً، وقد تم بناء (225) مفردة تعتمد على التحديدات التفصيلية المعتمدة على الوصف الذي قدمه إريكسون بلغة واضحة تعتمد على الحياة اليومية. وقد قدمت لمجموعة من المحكمين في مجموعتين شملت الأولى (158) وشملت الثانية (67) مفردة حيث طلب من المحكمين دون توجيه أو معرفة ببناء المقياس تحديد الأزمة التي تقيسها كل مفردة ولاعتبارات تتعلق بتحقيق صدق المحتوى في وقت مناسب لأداء الاختبار لا يزيد عن (20) دقيقة، قامت باختيار (7) مفردات لكل بعد من الأبعاد الإيجابية والسلبية مما يعني اختيار (112) مفردة. وقد شملت (94) مفردة تم الاتفاق عليها من (3 إلى 5) محكمين وتساوي (83.9%) من بنية الاختبار، و(13) مفردة تم الاتفاق عليها من محكم أو محكمين وتساوي (11.6%) من بنية الاختبار، إضافة إلى (5) مفردات تساوي (4.5%) من بنية الاختبار والتي أعيدت صياغتها وأضيفت من أجل تغطية المجالات ولتحقيق التوازن بين مفردات الأبعاد. ولاعتقاد معدة المقياس بأثر ترتيب المفردات على الصدق والثبات، فقد بذلت جهداً لترتيبها ترتيباً سيكولوجياً مناسباً، حيث تم التدرج من الموضوعي إلى الشخصي. وقد تم اختيار تقدير الدرجات على مدرج ليكرت من خمس تقديرات، بهدف توفير معلومات كافية، وتحقيق درجة ثبات مقبولة.

■ الخصائص السيكومترية للمقياس:

ثبات المقياس: تم حساب الاختبار باستخدام طريقة إعادة الاختيار، حيث تم تطبيق الاختبار على عينة من (108) فرداً، منهم (62) أنثى، و(46) ذكراً) ثم أعيد تطبيق الاختبار عليهم في فترات تراوحت بين أسبوعين و(13) أسبوعاً. وقد تراوحت معاملات الثبات للسمات الإيجابية (القطب الايجابي للأزمة) بين (0.75 إلى 0.85). كما حلت معاملات الثبات السلبية (الأقطاب السلبية) بين (0.67 إلى 0.89)، وتراوحت على مستوى طبيعة حل الأزمت (درجة القطب الإيجابي = درجة القطب السلبي) بين (0.78 إلى 0.87).

الاتساق الداخلي للمقياس: تم حساب الاتساق الداخلي للاختبار من خلال تحليل نتائج (372) من أفراد العينة (213 أنثى و159 ذكراً)، حيث تم حساب الاتساق الداخلي للاختبار (ألفا) من خلال تحليل نتائج (372) من العينة (213 أنثى و159 ذكراً) وذلك لكل المقاييس الايجابية والسلبية وطبيعة

الحل، وقد تراوحت معاملات ألفا للاتساق الداخلي للأقطاب الايجابية للأزمات بين (0.65 إلى 0.84)، وبين (0.69 إلى 0.8) للأقطاب السلبية.

صدق المقياس: لاختيار صدق المقياس تم تطبيق المقياس مع مقياسين آخرين لقياس النمو النفس اجتماعي وفق نظرية إريكسون هما مقياس النمو النفس اجتماعي Development (IPD) Inventort Of Psychosocial من إعداد Constantinople (1966، 1980) واستبانته وصف الذات The Self Description Questionnaire (SDQ) من إعداد Boyed (1966) على عينات تراوحت بين (136 إلى 372) حيث لم يكمل جميع الأفراد الإجابة على جميع المقاييس. وقد استخدمت تصميم مصفوفة السمات المتعددة - المنهج المتعدد Multi-Trait-Multi-Method Matrix حيث يسمح التصميم كما يشير الباحث نقلا عن كامبل وفسيك (Campbell And Fiske, 1959) بحساب الصدق التلازمي والتمييزي. وإجمالا فقد دلت نتائج تحليل البيانات المتحصلة على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الصدق، تؤهله لقياس النمو النفس اجتماعي "طبيعة حل أزمات النمو وفق نظرية إريكسون (الغامدي، 2010، ص ص 50-52).

2) تقنين المقياس على البيئة السعودية (الصورة العربية):

في مرحلة سابقة لعملية التقنين قام الغامدي (2008) بكتابة الإطار النظري معتمدا على مراجعة الإطار النظري للمقياس Hawley (1988) وغالبية أعمال إريكسون (1950، 1963، 1964، 1965، 1968، 1985). كما قام بمراجعة الإطار النظري لمقياس فاعلية الأنا والذي فنن بالتلازم مع المقياس الحالي Markstrom (1997).

وقد هدف من هذا الإجراء إلى تحقيق أعلى درجات الدقة والمصادقية في ترجمة المقياس بما يعكس المفاهيم المقصودة موضع القياس كما افترضه إريكسون وهو إجراء يمكن أن يؤثر إيجابيا على صدق المحتوى. وقد التزم الغامدي بنفس بناء المقياس، كما التزم بالمعنى المقصود بكل عبارة. وعليه فقد تكونت النسخة العربية من (16) بعد تقيس الأقطاب الايجابية والسلبية لأزمات النمو النفس اجتماعي الثمانية.

وبنفس الأسلوب الذي تم استخدامه في تحكيم مقياس فاعلية الأنا قام الباحث بعرض المقياس في نسخته الانجليزية والعربية مع فكرة عن الهدف منه وفكرة مختصرة عن نظرية إريكسون ومراحل

النمو النفس اجتماعي وأزمات النمو وفاعليات الأنا المكتسبة والأضداد المرضية على اثنين من المتخصصين في اللغة الانجليزية، حيث تم تزويدها بملخص النظرية ومناقشته معها، وذلك بهدف التأكد من فهمهما للبناء النظري المراد قياسه، وذلك ليتسنى لهما إجراء التعديلات وفق هذا التصور.

وفي مرحلة تالية تم عرض المقياس على ثلاثة من المتخصصين في علم النفس، وقد تمت مراجعة المقياس وإخراج صورته المعدة للتحكيم من قبل المتخصصين في المجال بالاعتماد على ما قدم من مقترحات.

▪ الصدق الظاهري وصدق المحتوى النظري:

للتحقيق من الصدق النظري للمقياس، والذي يقصد به انسجام العبارات مع النسق النظري للنمو النفس اجتماعي للأنا وتحديدًا طبعة حل أزمات النمو ثنائية الأقطاب وفق نظرية إريكسون قام الغامدي (2008) بعرض المقياس مرفقًا بملخص لنظرية إريكسون على عدد من المتخصصين في علم النفس.

حيث أن المقياس يخصص (14) عبارة لقياس حل كل أزمة، نصفها لقياس (القطب الايجابي) والنصف الآخر لقياس (القطب السلبي)، فقد طلب من المحكمين قراءة كل عبارة وتحديد الأزمة وأياً من قطبيها تقيس العبارة. كما تم وضع خانة لتحديد مقترحات المحكم لتطوير كل مفرد في حالة الاعتقاد بضرورة ذلك، وقد أفضت المراجعة عن تقديم مجموعة من المقترحات التي أخذت في الاعتبار عند أعداد النسخة الأخيرة من المقياس. ثم أعيد المقياس للمحكمين أنفسهم، بعد تصنيف مفرداتها تبعاً للقطب والأزمة موضع القياس، وذلك للمراجعة النهائية، حيث أضيف عدد من الملاحظات التي تم أخذها في عين الاعتبار عند إخراج المقياس في نسخته الأخيرة.

▪ صحيفة الاستجابة:

تتكون صحيفة الاستجابة في النسخة الأساسية على طبقتين كربونية، حيث يشتمل الوجه الأول على صحيفة استجابة فقط على أسئلة الاختبار، في حين يشتمل الوجه الثاني على مدلولات عن الأزمات الإيجابية وأضدادها المرضية ويشار إلى كل أزمة ايجابية بالرمز (P) مع إضافة رقم المرحلة في حين يشار إلى الضد المرضي بالرمز (N) مع إضافة رقم المرحلة.

كما تظم جدولاً خاصاً بمجاميع الأقطاب الإيجابية والأقطاب السلبية ومجموع درجات كل فاعلية والذي يمثل حاصل الفرق بين القطب الإيجابي والسلبي لكل أزمة، ثم مجاميع الأقطاب الإيجابية والأقطاب السلبية والدرجة الكلية لفاعلية الأنا.

ولأغراض عملية فقد تم تلافياً ذلك في النسخة العربية، حيث تم تصميم صحيفة للاستجابة (أنظر الملحق رقم: 03) من صفحة واحدة تشمل البيانات المطلوبة وبطريقة مشابهة للنسخة الأساسية بحيث تسمح برصد الدرجات وجمعها بطريقة سهلة رغم التوزيع المختلط للأسئلة في صحيفة الأسئلة. حيث صممت في مصفوفة من (7) أعمدة تمثل عدد العبارات في كل بعد، و(16) خلية أفقية تمثل أبعاد المقياس المعتمد على الأقطاب الإيجابية والسلبية لازمات النمو النفس اجتماعي.

وقد استخدم الرمز (P) من كلمة Positive والتي تعني إيجابي للإشارة للأبعاد الإيجابية في المقياس، كما استخدم الرمز Négative (N) وتعني سلبي للإشارة إلى الأبعاد السلبية.

كما شملت الصحيفة في نهايتها على مجاميع كل أزمة إيجابية أو سلبية إضافة إلى الفرق بينهما ليعبر عن درجة حل الأزمة وقد عبر عنها في الأصل بالرمز (R) في إشارة إلى كلمة حل Resolution.

فإذا كان مجموع (+1 = الثقة) يساوي (16) وكان مجموع (-1 = عدم الثقة) يساوي (19) فإن مجموع ح للبعد سيكون (16-19) ويساوي (-3) (الغامدي، 2010، ص ص 57-59).

■ عينة التقنين الأساسية:

عينة التقنين الأساسية: شملت عينة التقنين (386) فرداً من الجنسين بين سن (15 و54) سنة، وذلك من مستويات تعليمية مختلفة من المنطقة الغربية (مكة، جدة، الطائف)، حيث طبق المقياس على عينات من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية في المدن الثلاثة، وأيضاً على عينات من طلاب وطالبات الجامعة وعلى أعداد أقل من العاملين في مجالات أخرى كالأعمال الإدارية وأعضاء هيئة التدريس.

وقد حرص الباحث على هذا التنوع لتحقيق الاتفاق مع الأساس النظري لنظرية إريكسون المرحلية حيث يتطلب ظهور أزمات النمو وفعاليتها بوضوح في فترات محددة، تعتمد من وجهة النظر التطورية على درجة النضج البيولوجي والمتغيرات الاجتماعية المستحثة بما تشمله من توقعات ومتطلبات اجتماعية، وبما توفره من معطيات وفرص داعمة أو معيقة للنمو، ثم البناء النفسي المتمثل في فعاليات الأنا بعد إعادة تشكيلها كنتيجة لذلك. إلا أن هذا لا يعني عدم إمكانية تطبيق المقياس كاملاً على الأفراد بداية من سن المراهقة وذلك اعتماداً على نفس مبدأ التطور المؤكد لظهور الأزمات والفاعليات من أساسات سابقة لظهورها .

▪ ثبات واتساق المقياس:

أظهر تحليل البيانات المتحصلة من عينة الدراسة (386) تمتع المقياس بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي حيث بلغت ألفا للمقياس (0.99) كما تدرجت قيم ألفا للأبعاد المختلفة بين (0.90 إلى 0.99). كما تبين من حساب معامل الثبات بالتجزئة النصفية تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات، حيث بلغ معامل سبيرمان لثبات المقياس (0.99)، كما تدرجت معاملات الثبات للأبعاد المختلفة بين (0.92 إلى 0.97).

▪ مؤشرات صدق المقياس :

أدوات الدراسة المساعدة (المحك الخارجي): لحساب الصدق التلازمي والتقاربي والتمييزي للمقياس قام الغامدي، (2008) بحساب العلاقات البينية بين أبعاد المقياس الايجابية والسلبية. كما قام باستخدام مقياس فاعليات الأنا (الغامدي، تحت الطبع) كمحك خارجي للانطلاق من نفس الخلفية النظرية، بل أنهما يتكاملان لقياس النمو النفس اجتماعي للأنا، ففي حين يقيس مقياس النمو النفس اجتماعي طبيعة حلول الأزمات، يقيس مقياس فاعليات الأنا طبيعة تشكل الفاعليات المقابلة للأزمات ولذا فإن نتائج دراسة الارتباط بين نتائج المقياسين يمكن أن يفيد كمؤشرات للصدق التلازمي والتقاربي والتمييزي، وذلك تبعا للعلاقات بين الأبعاد المتناظرة، والأبعاد (الاجيابة/ السلبية).

■ تفسير درجات المقياس :

بالرغم من معرفة وفهم غالبية الباحثين لبناء الشخصية ونمو الأنا كما افترضه إريكسون ومعرفتهم عناصر هذه البناء (أزمات النمو) كالثقة مقابل عدم الثقة أو الهوية مقابل اضطراب الدور والتي استخدمت في مقياس MPD معروفة للغالبية، فإن تفسيرها يحتاج إلى معرفة أو فهم للنمو إضافة إلى فهم التكتيك المناسب لتحليل البروفيل. وتقدم التعاليم الموضوعية أدناه توجهات عامة للتفسير، أما التفسير العميق أو المركب للبروفيل الناتج من الاختبار فإنه مرهون بالمعرفة العميقة بعمل إريكسون وبمدى تقدير الجوانب المميزة للمقياس الإجرائي لنظرية المرحلة في النمو.

ومن الجدير بالذكر هنا القول بأنه يمكن تحويل الدرجات إلى درجات معيارية وفقا للتوزيع التائي T-Distribution وقد تبين من تقنين المقياس على العينة الأمريكية أن (2%) من أفراد العينة حصلوا على درجات ضعيفة جدا (أقل من 30)، وأن حوالي (15%) يحصلون على درجات ضعيفة إلى حد ما (30-39)، وإن حوالي (66%) يحصلون على المدى الطبيعي (40 - 59)، وإن حوالي (15%) يحصلون على درجات عالية إلى درجات عالية إلى حد ما (60 - 69)، وأن (2%) فقط يحصلون على درجات عالية جدا (70 فأكثر).

وعلى أية حال ففيما يلي تفسير المقاييس المختلفة بالاعتماد على الدرجات الخام:

■ درجات مقاييس الأقطاب الإيجابية والسلبية وحلول الأزمات:

يتم تفسير نتائج الاختبار بأعلى فاعلية من خلال التحليل التتابعي للبروفيلات الإيجابية والسلبية وبروفيلات الحل. فالبروفيلات الخاصة بدرجات الأزمات الإيجابية (أ) أيضا الخاصة بالأضداد السلبية (س) لها يمكن أن تقدم ملخصا للطرق التي يرى الفرد بها نفسه في علاقته بالاتجاهات الإيجابية والسلبية التي تصف جوانب الشخصية. في حين يقدم البروفيل الخاص بالحل (ح) تمثيلا لوضع أو طبيعة حل الاضطراب Status Of Conflict Resolution في كل مرحلة أو أزمة. فعلى سبيل المثال فإن الدرجة الضعيفة للحل (مثلا حل أزمة الثقة R1) تشير إلى وجود اضطراب في النمو ناتج عدم كفاية حل الصراع الخاص بالمرحلة والمتمثل في (أزمة الثقة مقابل عدم الثقة). الشخص الذي حل الصراعات (الأزمات) لكل مرحلة بنجاح فإنه سيحصل على درجات عالية في المقاييس

الإيجابية، ودرجة منخفضة في المقاييس السلبية الخاصة بكل مرحلة، وبالتالي فإنه سيحصل على درجات عالية في حل الأزمات.

▪ الدرجة الكلية للنمو النفس اجتماعي لنا:

تعطى الدرجة الكلية الإيجابية (TP) Total Positive والتي اختير لها الرمز العربي (ك إ) والدرجة الكلية السلبية (TN) Total Négative والتي اختير لها الرمز العربي (ك س) فكرة عامة عن النمو الحالي للفرد، فالدرجة الكلية الإيجابية والسلبية تقدم قياساً لوضع الفرد بالنظر إلى الاتجاهات الإيجابية والسلبية المرتبطة بمراحل النمو النفس اجتماعي الثمانية. في حين تقدم الدرجة الكلية للحل Total Resolution والتي رمز لها بالعربي (ك ح) قياساً لحل الصراع خلال مراحل النمو المختلفة. فالدرجة العالية من (ك ح) تشير إلى وضع أو مستوى إيجابي عام لكل الصراع والصحة النفسية، إلا أنه لا يحدد احتمالية الصراع الموجود فعلاً في مرحلة ما. في حين تشير الدرجة المنخفضة إلى الضغط النفسي الناتج من المستوى الضعيف من حل الصراع الآني الذي خبره الفرد فمثلاً الدرجات الكلية للحل (ك ح) يمكن أن ينتج من الضعف المعتدل للعدد من الأزمات أو الضعف الدال لمرحلة أو مرحلتين.

ولتحديد محتوى الصراع الآني والمرحلة النفس اجتماعية أو الأزمة موضوع الصراع فإنه لا بد من النظر إلى نتائج الفرد في المقاييس الإيجابية والسلبية.

وفي ما يلي الجدول رقم (7.5). يوضح محاور المقياس وعبارات كل مرحلة بقطبيها.

جدول 7.5.

يوضح محاور مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا

البعد	المحور	الأقطاب	العبارات
1	الثقة مقابل عدم الثقة	القطب الإيجابي	1، 17، 33، 49، 65، 81، 97
		القطب السلبي	9، 25، 41، 57، 73، 89، 105
2	الاستقلال مقابل الشك والخجل	القطب الإيجابي	5، 21، 37، 53، 69، 85، 101
		القطب السلبي	13، 29، 45، 61، 77، 93، 109
3	المبادأة مقابل الشعور بالذنب	القطب الإيجابي	10، 26، 42، 58، 74، 90، 106
		القطب السلبي	2، 18، 34، 50، 66، 82، 97
4	المثابرة مقابل الشعور بالنقص	القطب الإيجابي	14، 30، 46، 62، 78، 94، 110
		القطب السلبي	6، 22، 38، 54، 70، 86، 102
5	الهوية مقابل غموض الهوية	القطب الإيجابي	3، 19، 35، 51، 67، 83، 99
		القطب السلبي	11، 27، 43، 59، 75، 91، 107
6	الانتماء مقابل العزلة	القطب الإيجابي	7، 23، 39، 55، 71، 87، 103
		القطب السلبي	15، 31، 47، 63، 79، 95، 111
7	الإنتاج مقابل الركود	القطب الإيجابي	12، 27، 44، 60، 76، 92، 108
		القطب السلبي	4، 20، 36، 52، 68، 84، 100
8	التكامل مقابل اليأس	القطب الإيجابي	16، 32، 48، 64، 80، 96، 112
		القطب السلبي	8، 24، 40، 56، 72، 88، 104

▪ **طريقة تصحيح المقياس:**

يستجيب المفحوص على الاستمارة من خلال تقدير مدى انطباق العبارة عليه، وذلك وفق مدرج ليكرت للتقدير من خمس درجات:

تنطبق تماما	تعني أن العبارة تنطبق عليك دائما وفي جميع الظروف والمواقف. (100 % تقريبا)
تنطبق غالبا	تعني أن العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة وفي غالبية المواقف. (فوق 70 %)
تنطبق أحيانا	تعني أن العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة. (بين 25 % و 75 % من المواقف)
تنطبق نادرا	تعني أن العبارة لا تنطبق عليك في الغالب أو أنها تنطبق بدرجة نادرة. (أقل من 25 % من المواقف)
لا تنطبق مطلقا	تعني أن العبارة لا تنطبق عليك أبدا (1 %)

شكل 1.5. طريقة تصحيح مقياس النمو النفس إجتماعي للأنثى.

ويصحح المقياس باتجاه واحد بصرف النظر عن طبيعة العبارة وما إذا كانت تقيس القطب الإيجابي أو السلبي من الفاعلية، وذلك من الدرجة (05) للتقدير تنطبق العبارة تماما إلى الدرجة (01) للتقدير (لا تنطبق العبارة تماما).

وحيث إن كل بعد يحتوي على (07) عبارات فإن درجة البعد تتدرج من درجة ضعيفة تساوي (07) إلى درجة عالية تساوي (35) لكل بعد.

(3) الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

▪ **الثبات:**

التناسق الداخلي (ألفا كرونباخ): تم حساب ثبات هذا المقياس بطريقة التناسق الداخلي بمعامل ألفا كرونباخ والتي تقوم على أساس تقدير معدل ارتباطات العبارات فيما بينها، حيث قدر معامل ألفا

كرونباخ بالنسبة لعبارات الأقطاب الإيجابية (0.75) وبالنسبة لعبارات الأقطاب السلبية (0.73) وهي قيم تدل على أن هذا المقياس ثابت، كما هو مبين في الجدول رقم (8.5) التالي:

جدول 8.5.

يوضح ثبات مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا عن طريق ألفا كرونباخ

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ	أقطاب المقياس
56	0.751	الأقطاب الايجابية
56	0.735	الأقطاب السلبية

▪ الصدق: صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالمحور (القطب) الذي تنتمي إليه، وبعدها تم تقدير الارتباط بين الدرجة الكلية لكل محور (قطب) بالدرجة الكلية للأقطاب ككل كما يلي:

الارتباط بين العبارات والدرجات الكلية للمحاور التي تنتمي إليها:

أ- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الأول بقطبيه (الإيجابي والسلبى):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الأول (المرحلة الأولى) بقطبيه الإيجابي والسلبى بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,75) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (17) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل و(0,34) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (65) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبى مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,64) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (73) والدرجة الكلية للقطب السلبى ككل و(0,37) كأدنى

ارتباط كان بين العبارة (09) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الأول (المرحلة الأولى) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (9.5) التالي:

جدول 9.5.

يوضح مصفوفة ارتباطات العبارات للمحور الأول بقطبيه مع درجته الكلية

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 1	0.368**	العبارة 9	0.375**
العبارة 17	0.754**	العبارة 25	0.480**
العبارة 33	0.739**	العبارة 41	0.475**
العبارة 49	0.476**	العبارة 57	0.555**
العبارة 65	0.346**	العبارة 73	0.647**
العبارة 81	0.419**	العبارة 89	0.472**
العبارة 97	0.547**	العبارة 105	0.464**
الارتباط دال عند ** (0.01)			

ب- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثاني بقطبيه (الإيجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثاني (المرحلة الثانية) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,66) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (69) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل و(0,37) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (21) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,59) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (77) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,36) كأدنى

ارتباط كان بين العبارة (45) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثاني (المرحلة الثانية) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (10.5) التالي:

جدول 10.5.

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الثاني بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 5	0.427**	العبارة 13	0.414**
العبارة 21	0.376**	العبارة 29	0.402**
العبارة 37	0.390**	العبارة 45	0.368**
العبارة 53	0.482**	العبارة 16	0.551**
العبارة 69	0.662**	العبارة 77	0.598**
العبارة 85	0.644**	العبارة 93	0.547**
العبارة 101	0.598**	العبارة 109	0.436**
الارتباط دال عند ** (0.01)			

ت- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثالث بقطبيه (الإيجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثالث (المرحلة الثالثة) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (06) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,72) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (106) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل و(0,33) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (42) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل، ونجد أن هناك عبارة واحدة فقط دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) وهي رقم (10) بارتباط قدر ب (0,32)، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي

مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,51) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (66) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,33) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (82) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل وعموماً يمكن القول بأن المحور الثالث (المرحلة الثالثة) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (11.5) التالي:

جدول 11.5.

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الثالث بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 10	0.324*	العبارة 2	0.424**
العبارة 26	0.397**	العبارة 18	0.459**
العبارة 42	0.334**	العبارة 34	0.484**
العبارة 58	0.599**	العبارة 50	0.489**
العبارة 74	0.423**	العبارة 66	0.518**
العبارة 90	0.720**	العبارة 82	0.334**
العبارة 106	0.723**	العبارة 98	0.335**
الارتباط دال عند ** (0.01)			
الارتباط دال عند * (0.05)			

ث - الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الرابع بقطبيه (الإيجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الرابع (المرحلة الرابعة) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,59) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (30) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل و(0,36) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (94) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي مع الدرجة الكلية له

ككل كلها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (06) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,57) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (38) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,42) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (6، 54) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل، ونجد أن هناك عبارة واحدة فقط دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) وهي رقم (86) بارتباط قدر بـ (0,31)، وعموماً يمكن القول بأن المحور الرابع (المرحلة الرابعة) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول 12.5.

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الرابع بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 14	0.462**	العبارة 6	0.424**
العبارة 30	0.599**	العبارة 22	0.559**
العبارة 46	0.375**	العبارة 38	0.572**
العبارة 62	0.424**	العبارة 54	0.424**
العبارة 78	0.382**	العبارة 70	0.492**
العبارة 94	0.367**	العبارة 86	0.312*
العبارة 110	0.429**	العبارة 102	0.436**
الارتباط دال عند ** (0.01)			
الارتباط دال عند * (0.05)			

ج- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الخامس بقطبيه (الإيجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الخامس (المرحلة الخامسة) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,48) كأعلى ارتباط كان بين العبارة

(67) والدرجة الكلية للقطب الايجابي ككل و(0,34) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (03) والدرجة الكلية للقطب الايجابي ككل، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (05) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,68) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (59) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,53) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (11) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل ونجد أن هناك عبارة عبارتان دالتان عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) وهما رقم (75، 91) بارتباط قدر ب (0,32، 0,30) كما هما على الترتيب، وعموماً يمكن القول بأن المحور الخامس (المرحلة الخامسة) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (13.5) التالي:

جدول 13.5.

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الخامس بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 3	0.346**	العبارة 11	0.534**
العبارة 19	0.417**	العبارة 27	0.673**
العبارة 35	0.385**	العبارة 43	0.539**
العبارة 51	0.369**	العبارة 59	0.682**
العبارة 67	0.481**	العبارة 75	0.323*
العبارة 83	0.425**	العبارة 91	0.302*
العبارة 99	0.390**	العبارة 107	0.539**
الارتباط دال عند ** (0.01)			
الارتباط دال عند * (0.05)			

ح- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور السادس بقطبيه (الاييجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور السادس (المرحلة السادسة) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الايجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا

($\alpha=0.01$) وعددها (06) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,78) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (23) والدرجة الكلية للقطب الايجابي ككل و(0,38) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (71) والدرجة الكلية للقطب الايجابي ككل، ونجد أن هناك عبارة واحدة فقط دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) وهي رقم (07) بارتباط قدر ب (0,29)، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,62) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (79) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,39) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (95) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل وعموما يمكن القول بأن المحور السادس (المرحلة السادسة) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (14.5) التالي:

جدول 14.5.

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور السادس بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 7	0.293*	العبارة 15	0.447**
العبارة 23	0.780**	العبارة 31	0.625**
العبارة 39	0.388**	العبارة 47	0.495**
العبارة 55	0.416**	العبارة 63	0.412**
العبارة 71	0.381**	العبارة 79	0.627**
العبارة 87	0.647**	العبارة 95	0.397**
العبارة 103	0.535**	العبارة 111	0.597**
الارتباط دال عند ** (0.01)			
الارتباط دال عند * (0.05)			

خ- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور السابع بقطبيه (الإيجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور السابع (المرحلة السابعة) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,73) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (44) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل و(0,42) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (108) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة إحصائياً فمنها ما هو دال عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (05) عبارات حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,52) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (52) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,34) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (68) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل ونجد أن هناك عبارة عبارتان دالتان عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.05$) وهما رقم (84، 100) بارتباط قدر بـ (0,31، 0,32) كما هما على الترتيب، وعموماً يمكن القول بأن المحور السابع (المرحلة السابعة) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (5. 15) التالي:

جدول 5. 15

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور السابع بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 12	0.427**	العبارة 4	0.469**
العبارة 28	0.518**	العبارة 20	0.470**
العبارة 44	0.734**	العبارة 36	0.473**
العبارة 60	0.565**	العبارة 52	0.523**
العبارة 76	0.462**	العبارة 68	0.344**
العبارة 92	0.545**	العبارة 84	0.317*
العبارة 108	0.425**	العبارة 100	0.322*
الارتباط دال عند ** (0.01)			
الارتباط دال عند * (0.05)			

د- الارتباط بين العبارات والدرجة الكلية للمحور الثامن بقطبيه (الإيجابي والسلبي):

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل عبارة بالدرجة الكلية للمحور الثامن (المرحلة الثامنة) بقطبيه الإيجابي والسلبي بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات بين عبارات القطب الإيجابي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,74) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (112) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل و(0,34) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (32) والدرجة الكلية للقطب الإيجابي ككل، كما جاءت الارتباطات بين عبارات القطب السلبي مع الدرجة الكلية له ككل كلها دالة عند مستوى الدلالة ألفا ($\alpha=0.01$) وعددها (07) عبارات، حيث تراوحت قيم الارتباط فيها ما بين (0,58) كأعلى ارتباط كان بين العبارة (24) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل و(0,42) كأدنى ارتباط كان بين العبارة (104) والدرجة الكلية للقطب السلبي ككل، وعموماً يمكن القول بأن المحور الثامن (المرحلة الثامنة) بقطبيه صادق، كما هو موضح في الجدول رقم (5. 16) التالي:

جدول 5. 16.

يوضح مصفوفة ارتباطات عبارات المحور الثامن بقطبيه مع درجته الكلية.

العبارات	درجة القطب الموجب	العبارات	درجة القطب السالب
العبارة 16	0.498**	العبارة 8	0.560**
العبارة 32	0.342**	العبارة 24	0.585**
العبارة 48	0.609**	العبارة 40	0.440**
العبارة 64	0.532**	العبارة 56	0.494**
العبارة 80	0.436**	العبارة 72	0.507**
العبارة 96	0.618**	العبارة 88	0.437**
العبارة 112	0.745**	العبارة 104	0.423**
الارتباط دال عند ** (0.01)			

ذ- الارتباط بين الدرجات الكلية للمحاور والدرجة الكلية لمقياس النمو النفس إجتماعي للأنا ككل:

تم حساب أو تقدير الارتباطات بين درجة كل محور بقطبيه بالدرجة الكلية للمقياس بقطبيه بمعامل الارتباط بيرسون حيث جاءت الارتباطات كلها دالة إحصائياً فقد بلغ معامل الارتباط بين الدرجة الكلية للمحور الأول (المرحلة الأولى) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل (0.59، 0.65) وبالنسبة لارتباط المحور الثاني (المرحلة الثانية) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل (0.45، 0.40)، أما بالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الثالث (المرحلة الثالثة) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل فقد بلغت (0.37، 0.59)، أما بالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الرابع (المرحلة الرابعة) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل فقد بلغت (0.44، 0.55)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور الخامس (المرحلة الخامسة) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل فقد بلغت (0.52، 0.55)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور السادس (المرحلة السادسة) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل فقد بلغت (0.62، 0.70)، وبالنسبة لارتباط الدرجة الكلية للمحور السابع (المرحلة السابعة) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل فقد بلغت (0.67، 0.72)، فيحين قدر معامل الارتباط بالنسبة للدرجة الكلية للمحور الثامن (المرحلة الثامنة) بقطبيه (إيجابي/ سلبي) والدرجة الكلية ككل (0.57، 0.50)، وبالتالي يمكن القول بأن هذا المقياس صادق كما هو موضح في الجدول رقم (5. 17) التالي:

جدول 5.17.

يوضح مصفوفة ارتباطات الدرجات الكلية لمحاور مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا مع درجته الكلية بقطبيه.

المحور	إيجابي	سلبي	المحور	إيجابي	سلبي
المحور الأول	0.599**	0.652**	المحور الخامس	0.522**	0.554**
المحور الثاني	0.458**	0.406**	المحور السادس	0.628**	0.707**
المحور الثالث	0.374**	0.592**	المحور السابع	0.728**	0.672**
المحور الرابع	0.553**	0.447**	المحور الثامن	0.573**	0.507**

الارتباط دال عند مستوى الدلالة ألفا ** (0.01)

خامسا: الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم تفرغ البيانات المتحصل عليها الخاصة بالخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ونتائج الدراسة الميدانية بالاستعانة ببرنامج الحاسب الآلي الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية المعروف باسم (SPSS 24) وهو أداة لإجراء التحليلات الإحصائية اللازمة لتحليل بيانات الأبحاث العلمية في كافة نواحي العلوم الاجتماعية (محمد، 2005، ص 59).

وتم حساب ما يلي:

- المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة.
- الانحرافات المعيارية.
- معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات بطريقة التناسق الداخلي.
- معامل الارتباط بيرسون.
- اختبار ليفين (F).
- اختبار الدلالة الإحصائية (T)

الفصل السادس

عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

- 01.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
- 02.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
- 03.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
- 04.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
- 05.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
- 06.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

استنتاج عام.

تمهيد:

بعد تفرغ النتائج المتحصل عليها من إجابات المبحوثين على المقياس -أداة الدراسة- نحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على علاقة محتوى الأداة بالمتغيرات المراد دراستها، والتي سوف يتبين من خلالها مناقشة بيانات الدراسة التي سيتم عرضها.

عرض وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة:**01.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى:****أولاً: عرض وتفسير الفرضية الأولى:**

نصت الفرضية الأولى لهذه الدراسة على: تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي لآنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، ولقياس الفرق تم الاعتماد على إختبار (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول رقم (1.6) الموالي.

جدول 6.1.

يوضح الفروق بين أفراد العينتين في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنثى.

المراحل	العينتين	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
مرحلة أولى	أ) متعاطي	0.262	0.609	90	23.56	3.201	178	-13.160	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة ثانية	أ) متعاطي	6.538	0.011	90	21.68	2.603	136.20	-15.564	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة ثالثة	أ) متعاطي	2.017	0.157	90	21.85	3.251	178	-14.796	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة رابعة	أ) متعاطي	9.539	0.002	90	25.57	2.673	133.79	-7.036	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة خامسة	أ) متعاطي	5.131	0.025	90	24.86	3.028	141.47	-8.457	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة سادسة	أ) متعاطي	3.351	0.069	90	26.34	2.872	178	-6.959	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة سابعة	أ) متعاطي	8.567	0.004	90	24.72	2.844	128.24	-8.175	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
مرحلة ثامنة	أ) متعاطي	20.837	0.000	90	19.06	4.255	178	2.255	0.025	دال 0.05
	ب) غ متعاطي									
المرحلة ككل	أ) متعاطي	11.173	0.001	90	190.12	14.058	143.59	-18.649	0.000	دال 0.01
	ب) غ متعاطي									
	أ) متعاطي	5.917	0.016	90	142.36	23.517	178	0.438	0.662	غير دال 0.05
	ب) غ متعاطي									

من خلال الجدول رقم (6.1) أعلاه نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (F) أفرز عن قيم دالة إحصائية وأخرى غير دالة إحصائية بالنسبة لمراحل النمو النفس اجتماعي للأنما، الأمر الذي يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين بالنسبة للقيم غير الدالة إحصائياً واختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين بالنسبة للقيم التي كانت دالة إحصائياً.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية وقيم اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لأفراد عينتي الدراسة في (مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما) كانت كما يلي:

أ- بالنسبة للمرحلة الأولى بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (23.56) وعند غير المتعاطين للمخدرات (31.46)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-13.16) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (18.84) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.64)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.63) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ب- بالنسبة للمرحلة الثانية بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.68) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.73)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-15.56) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (18.06) وعند غير المتعاطين للمخدرات (19.13)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.39) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها السلبي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

ت- بالنسبة للمرحلة الثالثة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.85) وعند غير المتعاطين للمخدرات (31.26)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-14.79) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها الإيجابي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.18) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.51)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.43) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها السلبي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

ث- بالنسبة للمرحلة الرابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (25.57) وعند غير المتعاطين للمخدرات (29.87)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-7.03) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها الإيجابي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.12) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.67)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.78) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها السلبي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

ج- بالنسبة للمرحلة الخامسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (24.86) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.31)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-8.45) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها الإيجابي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.
- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (16.60) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.18)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.90) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

ح- بالنسبة للمرحلة السادسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (26.34) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.34)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-6.95) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.
- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.78) وعند غير المتعاطين للمخدرات (16.95)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.10) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها السلبي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

خ- بالنسبة للمرحلة السابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (24.72) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.36)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-8.17) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير

المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأننا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (19.06) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.46)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (2.25) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.05) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأننا.

د- بالنسبة للمرحلة الثامنة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.50) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.45)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-13.59) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأننا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.68) وعند غير المتعاطين للمخدرات (16.91)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.16) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأننا.

ذ- بالنسبة للدرجة الكلية لجميع مراحل النمو النفس إجتماعي للأننا بقطبيها:

- بالنسبة للأقطاب الإيجابية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (190.12) وعند غير المتعاطين للمخدرات (244.82)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-18.64) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأننا بقطبها الايجابي.

- بالنسبة للأقطاب السلبية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (142.36) وعند غير المتعاطين للمخدرات (140.48)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.43) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي لأننا بقطبها السليبي.

وبناء عليه يمكن القول بأن هذه النتيجة تؤيد جزئياً فرضية الدراسة الأولى والقائلة بـ تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي لأننا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، حيث وجد أن الاختلاف كان لصالح الذكور غير المتعاطين للمخدرات في الأقطاب الايجابية لمرحلة النمو النفس إجتماعي لأننا، في حين أن الأقطاب السلبية لا وجود لاختلاف بين العينتين، ونسبة التأكد من النتيجة (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى: تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي لأننا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين لنا أن بعض القيم جاءت دالة إحصائياً وأخرى غير دالة بالنسبة لمرحلة النمو النفس إجتماعي لأننا في كل من القطبين - إيجابي والسليبي للعينه الكلية، وقد جاءت النتائج دالة احصائياً ولصالح الغير متعاطين للمخدرات في الأقطاب الإيجابية (الثقة 0,01، الإستقلالية 0,01، المبادرة 0,01، الإنجاز 0,01، تحقيق الهوية 0,01، الألفة 0,01، الإنتاجية 0,01، التكامل 0,01)، أما الأقطاب السلبية فكانت غير دالة بين كل من المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في الأقطاب التالية (عدم الثقة، الشعور بالخجل، التأخر والشعور بالنقص، الشعور بالذنب، اضطراب الدور، العزلة واليأس)، وكانت غير دالة عند مستوى (0,05)، ماعدا بعد (الركود) الذي كان دالا إحصائياً عند مستوى (0,05) ولصالح غير المتعاطين للمخدرات.

تبين من النتائج أن هناك فروق عند مستوى (0,01) بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في النمو النفس إجتماعي لأننا في جميع الأقطاب الإيجابية للمقياس لصالح غير المتعاطين للمخدرات.

وهذا ما يجعلنا نقول أن أفراد العينة غير المتعاطين للمخدرات من المراهقين والراشدين يحلون أزمات النمو بطريقة إيجابية وبدرجة أفضل من أفراد العينة المتعاطين للمخدرات من المراهقين والراشدين الذين تتدنى درجاتهم وتشير إلى اضطراب أكبر في سير نموهم.

هذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الأولى والتي نصت على: **تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، قد تحققت لصالح غير المتعاطين للمخدرات.**

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه فايد (1994) الذي وجد أن متعاطي العقاقير يتسمون بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية بدرجة أكبر من غير المتعاطين وتمثلت هذه الأعراض في الوسواس، الإكتئاب، وأعراض القلق، والعدوانية.

ودراسة مفتاح وبدوي (1995) والتي بينت أن غير المتعاطين ليس لديهم اضطراب في الشخصية مقارنة بمتعاطي الهيروين اللذين يقدرون أنفسهم تقديراً سلبياً، وكذلك دراسة عبد العزيز (2009) التي توصلت الى وجود فروق دالة إحصائياً بين الجانحات وغير الجانحات في درجات فاعليات الأنا الثمانية، وفي الدرجة الكلية للفاعليات.

واتفقت أيضاً نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة آل جابر (2010) حيث تبين وجود فروق بين المشكلين والعاديين، حيث أن المشكلين أقل نضجاً ويتأخرون في حل أزمات النمو النفس إجتماعي للأنا ويقعون في رتب سلبية بدرجة أكبر من العاديين.

ويعزو الطالب الباحث هذه النتيجة التي بينت الاختلافات في درجات أفراد العينة على مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا لصالح غير المتعاطين للمخدرات إلى ما أكده "إريكسون" في نظريته بأن نمو الأنا Ego وخاصة خلال تشكل مرحلة الهوية في المراهقة وبدايات مرحلة الرشد أحد الأساسيات لتفسير السلوك الجانح كتعاطي وإدمان المخدرات، حيث يربط إريكسون بين اضطراب الأنا وتبني المراهق الهوية السالبة وكثير من الإضطرابات السلوكية كالعدوان والجنوح والتعاطي، ولهذا فمن المسلمات التي تتبناها النظرية وخاصة في تفسير الظواهر، والتي من بينها ظاهرة تعاطي المخدرات أن الأنا في نموه وتشكله يخضع لمبدأ التطور المتعاقب والذي يفترض وجو خطة أساسية مسبقة لتشكل الأنا مدى الحياة، وهذا ما عاشه أفراد العينة من غير المتعاطين للمخدرات أي أنهم إنتقلوا من

مرحلة إلى أخرى بنجاح وإستطاعوا حل أزمات النمو المختلفة مقارنة بأفراد العينة من المتعاطين الذين فشلوا إلى حد بعيد في حل هذه الأزمات وكان هذا سبباً في وقوعهم في آفة تعاطي المخدرات.

وهنا يرى الغامدي (2012) أن التعاطي ينتج بدرجة أساسية عن اضطراب الأنا في علاقته الديناميكية مع كل من التغيرات الاجتماعية والتكوينية، ويمتلك المتعاطي هذا السلوك كقوة تدميرية كبيرة تحوله من نتيجة إلى عامل هدم من خلال تأثيره السلبي المرتد على بناء الأنا (انهيار الأنا) أيضاً من خلال تأثيره على الظروف الاجتماعية (الانهيار الاجتماعي) والبناء البيوفسيولوجي (الاضطراب البدني والعصبي)، حيث يعتبر العامل النفسي - في نظرية النمو النفس إجتماعي للأنا- من أهم العوامل المهيأة لتعاطي المخدرات، حيث يقدم معظم المتعاطين إلى هذه التجربة وذلك نتيجة عجزهم عن إحداث التوافق النفسي، والذي يبدو في مظاهر متعددة منها (ضعف الشخصية والعجز عن الاستقلال ممثلة في المرحلة الثانية من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا، والميل إلى السلبية، أو العدوان، وفقدان المهارات الاجتماعية) هذه الأخيرة تعتبر من أهم العوامل التي تقوم عليها نظرية النمو النفس إجتماعي للأنا - اللازمة لإقامة علاقات ناجحة مع الآخرين. وتبين الكثير من الدراسات إلى أي حد ترتبط هذه المتغيرات بتعاطي المخدرات.

حيث بينت إحدى الدراسات التي أجريت بمصر حول سلوك المراهق المدخن وإستكشاف بيئته وسمات شخصيته أن ارتفاع سمة العصابية، ترتفع لدى المدخنين مقارنة بغير المدخنين مما يشير أن المدخنين يتصفون بقدر أعلى من القلق، والتوتر، وضعف القدرة على التحكم في الأنا.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بالرجوع إلى العوامل الاجتماعية والثقافية التي يتعرع فيها الفرد، وتكون سبباً في بنائه النفسي وبناء أناه بالتحديد، والذي له الدور الكبير في إكتساب الفاعليات الجديدة للنمو النفس إجتماعي للأنا حيث يرى إريكسون حدوث تحول درامي في حياة الطفل، من الحياة في بيئة الرحم المعتمدة على التبادل الكيميائي إلى البيئة التي تعتمد على التبادل الاجتماعي حيث تؤدي قدرته المتنامية تدريجياً إلى الإستفادة من الفرص المتاحة وتمكنه من التكيف مع الواقع الاجتماعي والثقافي بما يتضمنه من حدود أو معوقات.

فالفرد يستمر في التطور ليس من خلال نمو أعضاء جديدة، لكن من خلال التتابع المرهلي في النمو الحركي والحسي والعقلي والاجتماعي، ووفقاً لهذا المبدأ فإن النمو النفس إجتماعي للأنا يحدث

تدرجياً وفق خطة داخلية مرحلية محددة مسبقاً، حيث تعتمد كل مرحلة جديدة على المراحل السابقة ومع هذا التطور الإريكسوني يعاد تشكل المكتسبات الجديدة والسابقة في بناء نفسي أو كلية نفسية جيدة وهذا ما يجعلنا نستنتج أن عينة غير المتعاطين للمخدرات مرت بهذا التسلسل المرحلي وكانت لها القدرة على المرور من مرحلة إلى أخرى وحل الأزمات التي قد تكون حدثت في مراحل لاحقة عكس عينة المتعاطين للمخدرات التي عاشت تأزمات في المراحل النمائية الثمانية.

لذا فسلوك التعاطي ليس سلوكاً بسيطاً ومن الصعب تفسيره لأنه محصلة لمجموع من العوامل التي تؤثر بطريقة ما في بعضها البعض لأنه سلوك معقد مرتبط بعدة عوامل بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية، لذا كانت نظرية النمو النفس إجتماعي لأننا ملائمة لتفسير مثل هذه الظاهرة باعتبارها تفسر النمو الإنساني بعوامل متعددة في بناء أنا الفرد.

ولهذا يفسر التعاطي على أنه سلوك تدفع إليه رغبة عارمة وملحة وحاجة غالبية للاستمرار في تعاطي المخدر، وأحاسيس جسمية محدودة تنجم عن اعتماد البدن على التعاطي، ولهذا فالوقوع في شباك المخدر وعجزه عن إيجاد الحل، ويصبح التعاطي سلوك تدفع له الرغبة والحاجة النفسية والاجتماعية.

إن الوصول إلى هذه النتيجة والمتعلقة بالفرضية الأولى يفرض على جميع الباحثين والمختصين في شتى المجالات ومجال علم النفس بالاهتمام بالأطر النظرية المفسرة للسلوك الإنساني والتي من بينها نظرية النمو النفس إجتماعي لأننا التي لم تحظى بالكثير من الدراسات في تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات.

02.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

أولاً: عرض وتفسير الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية لهذه الدراسة على أن: هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس إجتماعي لأننا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، ولقياس الفرق تم الاعتماد على إختبار (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول رقم (2.6) الموالي.

جدول 6. 2.

يوضح الفروق بين أفراد العينتين في مستوى حل أزمات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنثى.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة (T)	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	مستوى الدلالة	اختبار ليفين (F)	العينتين	مستوى حل أزمات مراحل النمو النفس اجتماعي
دال	0.000	-8.469	142.60	31.743	47.76	90	0.000	2.985	متعاطي	النمو النفس اجتماعي
0.01				54.847	104.33	90			غ متعاطي	اجتماعي

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى قيمة إختبار التجانس ليفين (F) والتي بلغت (2.98) وهي قيمة دالة إحصائياً عند (0.01)، الأمر الذي يستوجب استخدام إختبار الدلالة الإحصائية (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لأفراد عيني الدراسة في مستوى حل أزمات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنثى والتي بلغت بالنسبة للمتعاطين للمخدرات (47.76) وبالنسبة لغير المتعاطين للمخدرات (104.33) نلاحظ أن هناك فرقا واضحا بينهما، وهذا ما أكدته قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T_{test}) والتي بلغت (-8.46) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ألفا (0.01) وبالتالي فقد تم رفض الفرض الصفري الذي ينفي وجود الفروق.

ومنه يمكن القول بأن هاته النتيجة تؤيد فرضية الدراسة الثانية والقائلة بأن هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنثى بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، وأن هاته الفروق كانت لصالح الذكور الغير متعاطين للمخدرات، ونسبة التأكد من النتيجة (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على أن: هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنثى بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين لنا أنه وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية لأفراد العينتين – الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات – وجود فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس اجتماعي للأنثى والتي كانت دالة إحصائياً عند (0.01) ولصالح الذكور الغير متعاطين للمخدرات.

تبين من النتائج التي حددت الفروق بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات، وفي متوسطات درجاتهم أنه توجد فروق لصالح غير المتعاطين للمخدرات، وهذا ما يجعلنا نقول أن أفراد العينة - الذكور الغير متعاطين للمخدرات - من المراهقين والراشدين استطاعوا حل أزمات النمو النفس إجتماعي لأننا مقارنة بالمتعاطين للمخدرات من المراهقين والراشدين والذين تتدنى درجاتهم وهذا ما يجعلنا نستنتج سبب إضطراب نموهم وتعاطيهم للمخدرات.

وبهذا يمكننا القول بأن الفرضية الثانية التي نصت على أن-هناك فروق في مستوى حل أزمات النمو النفس إجتماعي لأننا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، قد تحققت ولصالح غير المتعاطين للمخدرات، وهذا ما يؤكد النتيجة السابقة في الفرضية الأولى.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه آل جابر (2010) الذي توصل إلى وجود فروق بين المشكلين والعاديين في أزمات النمو النفس إجتماعي لأننا في جميع أزمات النمو عدا الإستقلالية ولصالح العاديين اللذين استطاعوا حل أزمات النمو.

كذلك دراسة محمد (2011) الذي توصل إلى أن المراهق المدمن لا يستطيع حل الأزمات إلا من خلال التماهيات مع الأفراد أو النماذج الخارجة عن نطاق الأسرة حسب إريكسون، وأن الصراع الرئيسي في فترة المراهقة يتمحور حول الهوية فيقابل فيها تكامل الأدوار، فالشباب الذين ينجحون في إيجاد أنفسهم ويتموقعون جيداً ضمن مسار مشروعى خاص بهم يخرجون منتصرين من هذا الصراع وفي مقابل الشباب الذين لا يستطيعون إيجاد أنفسهم يعيشون خلط في الهوية.

حيث لاحظ نفس الباحث من الحالات التي درسها بروز شعور بعدم الوحدة الداخلية جراء مايلي:

- عدم النضج الوجداني.
- صراع ما بين ميولاتهم الداخلية وما يصلون إليه في الواقع.

دراسة الغامدي (2012) الذي توصل إلى أن هناك فروق بين العاديين والمتعاطين في حل الأزمات وإكتساب الفاعليات.

ويعزو الطالب الباحث هذه النتيجة التي تبين قدرة غير المتعاطين للمخدرات من أفراد العينة على حل أزمتهم نموهم التي عاشوها في مراحلهم المختلفة مقارنة بالمتعاطين للمخدرات من المراهقين والراشدين الذين يحلون أزمتهم بصعوبة، وهنا رأى إريكسون أن من خصائص الأنا أنها تنمو من خلال أزمتها تحدد فاعليتها وفقاً لهذه الخطة، وتوجه طبيعة نموها وتشكلها خلال المراحل المتعاقبة من خلال تفاعل هذا الأساس - البيولوجي بالمتغيرات الاجتماعية وبنية الأنا السابقة، وفاعليته وما ينتج عنها من ظواهر سلوكية مثل ظاهرة التعاطي.

لذا أولى إريكسون أهمية كبيرة لتشكل الأنا خلال مرحلة الطفولة أساساً مهماً لطبيعة نموه خلال مرحلة المراهقة والرشد، ومفهوم الأزمة Crisis يلعب دوراً مهماً في نظريته حيث أن كل مرحلة من مراحل النمو توجد بها فترة أزمة (نقطة تحول) وهذه النقطة إذا ما تم التعامل معها بنجاح فإن الفرد يتجاوز مرحلة الإضطراب ويتكون لديه إحساس إيجابي بإنجاز مطالب نمو مرحلته التي يعيش فيها وإذا حدث العكس أي تكون لديه إحساس سلبي تطلب ذلك حلاً مرضياً على المستويين الفردي والإجتماعي، لذا إستخدم إريكسون في نظريته كلمة الضد المرضي للدلالة على وجود صراع حيوي بين قوتين متضادتين يولد تحديات للأنا لتتنشط وتجد حلاً ناجحاً مشتركاً لفض الصراع في كل مرحلة من مراحل النمو وهذا فعلاً ما حققه أفراد عينة الدراسة من المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات.

إن الظروف السيئة التي يعيشها الأفراد في مراحلهم العمرية الأولى، والمشبعة بالانتقادات الجارحة والملاحظات التي لا تزيد من تطور السلوك والعمليات النمائية المختلفة سواءً من طرف العائلة أو من طرف الآخرين والتي تؤثر على تقديره لذاته والتي تكون سبباً في تشكل أزمة هوية هي مدعاة للعديد من المشكلات والتي من بينها تعاطي المخدرات، وحدثت الأزمة يربطه إريكسون بشكل أساسي بمرحلة المراهقة وبدايات الشباب وما يرتبط بها من تغيرات بدنية ونفسية، وأيضاً ما يترتب على ذلك من توقعات اجتماعية، حيث يسعى المراهق حسب إريكسون إلى تحقيق الهوية بكل أزمتها النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق يشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة محددة لتجربتها واختبارها، ويفضي تحقيقها إلى إحساس المراهق بالتفرد، والوحدة والتآلف الداخلي والتماثل والاستمرارية المتمثلة في إحساس بارتباط ماضيه ومستقبله وإحساسه بالتماسك الداخلي والاجتماعي، ويترجم ذلك سلوكياً من خلال محاولة الفرد الوصول إلى

تحديد تعريف لذاته من خلال تبني إيديولوجيات وأدوار مقبولة إجتماعياً من خلال المشكلات التي قد تواجههم وضرورة التخلي عن الأشخاص الذين يجلبون المشاكل مثل جماعة رفاق سوء.

وفي حالة الفشل في حل الأزمة إيجابياً كنتيجة لعدم قدرة الفرد على حل التوحدات الطفولية غير السوية والصراعات المؤلمة، يأخذ اضطراب هوية الأنا شكلين أساسيين من وجهة نظر إريكسون هما:

- اضطراب الدور حيث يفشل المراهق في خلق تكامل بين توحدات الطفولة مما يؤدي إلى الإحساس المهلhel بالذات بدرجة تقوده للفشل في تحديد وتبني أدوار وأهداف ذات معنى أو قيمة شخصية واجتماعية، ويرتبط ذلك بدرجة عالية من القلق، ومشاعر عدم الكفاية، والسلوك الجامد المتعصب وضعف القدرة على اتخاذ القرارات وسوء علاقاته الاجتماعية، وضعف الالتزام بأهداف وأدوار ثابتة.

- تبني الهوية السالب يرتبط هذا النمط بدرجة أعلى من الإحساس بالتفكك الداخلي لا يقتصر تأثيره على عدم القدرة على تحديد أهداف ثابتة أو تحقيق الرضا عن دوره الاجتماعي، بل ويلعب ذلك دوراً أكثر سلبية في حياة الفرد بصفة عامة، حيث يدفع به إلى ممارسة أدوار غير مقبولة اجتماعياً، ومن ذلك الجنوح وتعاطي المخدرات (أنظر الفصل الثالث).

إن الوصول إلى هذه النتيجة والمتعلقة بالفرضية الثانية يفترض البحث في مجال النمو النفسي بمختلف نظرياته وتقديم برامج دعم للأسر والمربين من أجل إعادة النظر في طرق وأساليب التربية.

03.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

أولاً: عرض وتفسير الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة لهذه الدراسة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي لأننا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، ولقياس الفرق تم الاعتماد على إختبار (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول رقم (3.6) الموالي.

جدول 3.6.

يوضح الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات.

المراحل	العينتين	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
مرحلة أولى	إح	مراهقين	0.092	45	22.93	2.691	88	-1.904	0.060	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثانية	إح	مراهقين	0.620	45	19.31	4.166	88	0.990	0.325	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثالثة	إح	مراهقين	0.294	45	21.26	2.004	88	-1.551	0.125	غير دال 0.05
		راشدين		45	22.11	3.054				
	سبب	مراهقين	0.166	45	18.44	3.166	88	0.989	0.326	غير دال 0.05
		راشدين		45	17.68	4.032				
مرحلة رابعة	إح	مراهقين	0.886	45	21.17	2.773	88	-2.011	0.047	دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة خامسة	إح	مراهقين	0.809	45	17.88	3.491	88	1.894	0.061	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة سابعة	إح	مراهقين	0.502	45	25.13	2.792	88	-1.591	0.115	غير دال 0.05
		راشدين		45	26.02	2.499				
	سبب	مراهقين	0.943	45	17.86	3.659	88	1.929	0.057	غير دال 0.05
		راشدين		45	16.37	3.663				
مرحلة ثامنة	إح	مراهقين	0.732	45	24.33	2.876	88	-1.688	0.095	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة تسعة	إح	مراهقين	0.853	45	17.08	3.710	88	1.237	0.220	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة عشرة	إح	مراهقين	0.559	45	25.97	3.071	88	-1.214	0.228	غير دال 0.05
		راشدين		45	26.71	2.642				
	سبب	مراهقين	0.690	45	18.31	4.363	88	1.098	0.275	غير دال 0.05
		راشدين		45	17.26	4.658				
مرحلة أحد عشر	إح	مراهقين	0.491	45	24.33	2.876	88	-1.302	0.196	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثمانية عشر	إح	مراهقين	0.965	45	21.26	2.004	88	-1.044	0.299	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
المراحل ككل	إح	مراهقين	0.422	45	186.42	11.454	88	-2.575	0.012	دال 0.05
		راشدين		45	193.82	15.509				
	سبب	مراهقين	0.659	45	147.02	22.053	88	1.906	0.060	غير دال 0.05
		راشدين		45	137.71	24.249				

من خلال الجدول رقم (3.6) أعلاه نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (F) أفرز عن قيم غير دالة إحصائياً بالنسبة لمراحل النمو النفس اجتماعي للأنما، الأمر الذي يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية وقيم إختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لأفراد عيني الدراسة في (مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما) كانت كما يلي:

أ- بالنسبة للمرحلة الأولى بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (22.93) وعند الراشدين (24.20)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.90) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (19.31) وعند الراشدين (18.37)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.90) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ب- بالنسبة للمرحلة الثانية بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (21.26) وعند الراشدين (22.11)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.55) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (18.44) وعند الراشدين (17.68)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.98) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ت - بالنسبة للمرحلة الثالثة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (21.17) وعند الراشدين (22.35)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-2.01) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.05) بين المراهقين والراشدين لصالح الراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها الايجابي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.88) وعند الراشدين (16.48)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.89) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

ث - بالنسبة للمرحلة الرابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (25.13) وعند الراشدين (26.02)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.59) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.86) وعند الراشدين (16.37)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.92) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها السلبي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

ج - بالنسبة للمرحلة الخامسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (24.33) وعند الراشدين (25.40)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.68) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها الايجابي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنأ.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.08) وعند الراشدين (16.11)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.23) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ح- بالنسبة للمرحلة السادسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (25.97) وعند الراشدين (26.71)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.21) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (18.31) وعند الراشدين (17.26)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.09) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

خ- بالنسبة للمرحلة السابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (24.33) وعند الراشدين (25.11)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.30) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (19.71) وعند الراشدين (18.42)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.44) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

د- بالنسبة للمرحلة الثامنة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (21.26) وعند الراشدين (21.73)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.04) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (18.40) وعند الراشدين (16.97)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (2.21) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.05) بين المراهقين والراشدين لصالح المراهقين في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ذ- بالنسبة للدرجة الكلية لجميع مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبيها:

- بالنسبة للأقطاب الإيجابية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (186.42) وعند الراشدين (193.82)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-2.57) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المراهقين والراشدين لصالح الراشدين في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها الإيجابي.

- بالنسبة للأقطاب السلبية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (147.02) وعند الراشدين (137.71)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.90) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها السلبي.

وبناء عليه يمكن القول بأن هذه النتيجة تؤيد جزئياً فرضية الدراسة الثالثة والقائلة بأنه توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، وأن هاته الفروق في مجملها كانت لصالح الراشدين في الأقطاب الإيجابية لمرحلة النمو النفس إجتماعي للأنا، في حين أن الأقطاب السلبية لا وجود لفروق بين العينتين، ونسبة التأكد من النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية الثالثة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين لنا أنه لا توجد فروق بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات في النمو النفس إجتماعي للأنا، حيث جاءت الفروق في الأقطاب الإيجابية والسلبية غير دالة ما عدا المرحلة الثامنة كانت هناك فروق بين المراهقين والراشدين دالة في القطب السلب لصالح المراهقين، وكانت هناك فروق في الدرجة الكلية في القطب الإيجابي لصالح الراشدين أما القطب السلبي فبينت النتائج أنه لا توجد فروق بين الذكور المراهقين والراشدين.

وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الثالثة: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة لم تتحقق بنسبة كبيرة.

حيث تتفق هذه النتيجة إلى ما توصل إليه حسين عبد الفتاح الغامدي حول أثر البناء النفسي للأنا من وجهة النظر التحليلية، والتي حاول فيها الغامدي تبيان العوامل النفسية المتمثلة في الأنا من وجهة نظر إريكسون في حدوث تعاطي المخدرات التي نظر إليها بأنها من أخطر الظواهر التي تواجه المراهقين والشباب، وأن هاتين المرحلتين هما أساسيتان في تفسير السلوك خاصة السلوك الجانح مثل التعاطي والإدمان على المخدرات.

كما تتفق هذه النتيجة مع رأي الباحث محمد (2011) الذي كشف فيها عن طبيعة العلاقة بين السلوكيات الإدمانية والهوية لدى الشباب والمراهقين حيث توصل إلى أنه توجد علاقة بين الهوية لدى الشباب والمراهقين والتماهي في الإدمان، وأن الصراع الحقيقي في مرحلة المراهقة يتمحور حول البحث عن الهوية الذي يمتد تأثيره إلى مرحلة الرشد، وبهذا يبقى يعيش نفس الصراع، وهذا ما يفسر لنا عدم وجود فروق بين المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات في النمو النفس إجتماعي للأنا.

ويعزو الطالب الباحث هذه النتيجة إنطلاقاً من أن طبيعة تشكل الأنا خلال مرحلة الطفولة أساساً مهماً لطبيعة نموه خلال المراهقة والرشد، حيث أن حل أزمة الأنا في المرحلة الأولى (أزمة الثقة مقابل عدم الثقة) يكسب الأنا قوته الأولى المتمثلة في الأمل Hope والذي يعني الإعتقاد بإمكانية

تحقيق الأمانى رغم المعوقات التي ستواجهه خلال المراحل اللاحقة والتي تساعده على مقاومة الإحباطات، ودعم مشاعر التفاؤل والثقة في السياق الاجتماعي الذي يعيش فيه الفرد وأن الفشل في حل الأزمة في هذه المرحلة كنتيجة لإضطراب العلاقة بين الطفل والآخرين خاصة الأم، يعيق كسب هذه الفاعلية ويؤدي إلى تبني الضد المرضي والمتمثل في الإنسحابية والذي يرتبط بغياب التوقع المعرفي والإنفعالي، وهو ما يؤثر سلباً على حياة الفرد، ليس في هذه المرحلة وحسب بل في مراحل النمو التالية، وهذا سبب تبني المراهقين والراشدين الهوية السالبة أو الضد المرضي.

وقد أكد الكثير من العلماء على أهمية الإهتمام بمرحلة المراهقة بإعبارها إمتداد لمرحلة الطفولة حيث ترى فلوران (2019، ص 105) أن المراهقة هي المرحلة الغنية بالتغيرات والمكتسبات التي تتلاحق أو تتراكم في جميع المجالات المعرفية والاجتماعية والشعورية... لهذا تعتبر من أشد الفترات في حياة الطفل وتربيته وتنشئته الاجتماعية، ونموه وتوافقه الاجتماعي، فهي المرحلة التي تكتنفها الأزمات النفسية ويسودها المعاناة والتناقضات أثناء البحث عن الهوية والإجابة عن السؤال (من أنا؟) بناءً على ما عاشه المراهق في مراحل السالفة الذي يؤثر بطريقة ما في البحث عن الهوية، وهنا أعتقد فرويد Freud أيضاً أن نزعات التساهل مع الآباء تنشأ مجدداً خلال فترة المراهقة وتظهر في شكل سلوكيات مختلفة، وربما هذا ما يفسر لنا الفروق بين الذكور المراهقين والراشدين في النمو النفس اجتماعي لأننا في الأقطاب الإيجابية التي كانت لصالح الراشدين.

حيث يعتبر إريكسون النمو النفسي والاجتماعي في مرحلة الرشد مستمراً وخاصة فيما يتعلق بالآلفة الاجتماعية مع الجنس الآخر تمهيداً لإختيار شريك الحياة - العلاقة الزوجية المستقرة - ليس هذا فقط بل تكريس الجهود في تنظيم الحياة (الزوجية والمهنية)، وهنا تحل أزمة النمو في هذه المرحلة لهذا تبين بأن بعض الراشدين المتعاطين للمخدرات من أفراد عينة هذه الدراسة يحاولو حل أزمات نموهم لأنهم يعيشون مرحلة جديدة مقارنة بمرحلة المراهقة تتسم بتحكيم العقل ومحاولة إكتشاف المعايير والأخلاق التي تساعده على التكيف والتوافق مع المحيط الاجتماعي والثقافي خاصة الديني لأنه ما هو مرفوض يبقى مرفوض، وأيضاً أن الراشد يحاول الخروج من العزلة التي فرضها عليه عدم قدرته على حل أزمات النمو، وأن هذه المرحلة تبلغ قوة هوية الأنا ذروتها النهائية عند إلتقاء القرينين بحيث تكون هوية الأنا في أحدهما أكثر تجسيداً لتكملة الآخر في بعض النقاط الأساسية المشتركة بينهما، وتكوين علاقات اجتماعية إيجابية مع الآخر.

وبهذا يمكن القول إنطلاقاً من هذه النتيجة أن الخيارات والظروف الإجتماعية والتكوينية (البيوفسيولوجية) التاريخية والمتحدة في تفاعلها الديناميكي مع خصائص الأنا Ego التاريخية تؤثر على طبيعة تشكل الأنا خلال مرحلة المراهقة والرشد وتظهر على شكل سلوكيات مرضية مخالفة لطبيعة ثقافة المجتمع عاداته ودينه، وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات بأن التغيير في نمط التربية وتربية السلوك مثل ما أحدثته مواقع التواصل الإجتماعي من إخلال في نمط العلاقات وتبني أفكار سالبة زادت من خطورة ظهور الظواهر الإجتماعية الهدامة وهذا ما جعل ناقوس الخطر يدق إذ كان الجيل السابق الذي تلقى تربية مبنية على الدين والأخلاق وانحرف مع هذا التيار فكيف سيكون التصدع القيمي في هذا الجيل الذي حرف وأغرق أفراد المجتمع في هوة المشكلات التي خربت نظام العلاقات الإجتماعية التي عمل الإسلام جاهداً قبل العلماء والمنظرين في وضعها في مكانها الصحيح.

إن الوصول إلى هذه النتيجة المتعلقة بالفرضية الثالثة التي توضح أهمية العوامل الإجتماعية والنفسية والبولوجية في بناء شخصية الفرد، والتي مثلها إريكسون في نظريته النمو النفس إجتماعي للأنا التي أوضحت خطورة تشكل الهوية بمنحها السلبى على الفرد والمجتمع، لهذا فإن مكافحة المخدرات وتعاطيها وانتشارها وإرتفاع نسبة ضحاياها، لا يستوجب الإقتصار على وسائل الضبط الأمني، بل بإتباع إستراتيجيات متوازية بحيث تأخذ بعين الإعتبار كل العوامل والجوانب التي لها دخل في هذا الأمر، كما يجب التركيز بدرجة من العناية على العوامل المهدة للبناء النفسى للأنا الاجتماعية.

04.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

أولاً: عرض وتفسير الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة لهذه الدراسة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات، ولقياس الفرق تم الاعتماد على إختبار (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول رقم (4.6) الموالي.

جدول 4.6.

يوضح الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات.

المراحل	العينتين	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
مرحلة أولى	إح	مراهقين	0.029	45	31.24	4.637	88	-0.446	0.657	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثانية	إح	مراهقين	0.035	45	17.84	5.518	88	0.352	0.725	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثالثة	إح	مراهقين	0.086	45	30.37	4.955	88	-0.692	0.491	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة رابعة	إح	مراهقين	0.001	45	19.08	6.374	88	-0.067	0.947	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة خامسة	إح	مراهقين	1.912	45	30.68	5.791	88	-1.079	0.283	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة سابعة	إح	مراهقين	1.925	45	18.02	6.682	88	0.797	0.427	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثامنة	إح	مراهقين	0.685	45	29.93	4.628	88	0.102	0.919	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة تسعة	إح	مراهقين	0.362	45	18.02	5.840	88	0.583	0.562	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة عشرة	إح	مراهقين	0.024	45	30.06	5.232	88	-0.435	0.664	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة إحدى عشر	إح	مراهقين	0.355	45	17.35	5.201	88	0.319	0.750	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة ثمانية عشر	إح	مراهقين	1.746	45	29.88	5.086	88	-0.932	0.354	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة تسعة عشر	إح	مراهقين	0.310	45	17.22	5.752	88	0.453	0.651	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
مرحلة عشرين	إح	مراهقين	0.010	45	30.42	5.545	88	0.089	0.929	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
المرحلة ككل	إح	مراهقين	1.140	45	243.13	25.681	88	-0.665	0.508	غير دال 0.05
	سبب	راشدين								
		مراهقين	1.304	45	141.93	35.886	88	0.412	0.682	غير دال 0.05
		راشدين								

من خلال الجدول رقم (4.6) نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (F) أفرز عن قيم دالة إحصائية وأخرى غير دالة إحصائية بالنسبة لمراحل النمو النفس اجتماعي للأنما، الأمر الذي يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين بالنسبة للقيم غير الدالة إحصائياً واختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين بالنسبة للقيم التي كانت دالة إحصائياً.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية وقيم اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لأفراد عينتي الدراسة في (مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما) كانت كما يلي:

أ- بالنسبة للمرحلة الأولى بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (31.24) وعند الراشدين (31.68)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.44) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.84) وعند الراشدين (17.44)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.35) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ب- بالنسبة للمرحلة الثانية بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (30.37) وعند الراشدين (31.08)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.69) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (19.08) وعند الراشدين (19.17)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.06) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ت - بالنسبة للمرحلة الثالثة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (30.68) وعند الراشدين (31.84)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.07) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبيها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (18.02) وعند الراشدين (17.33)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.79) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ث - بالنسبة للمرحلة الرابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (29.93) وعند الراشدين (29.82)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.10) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبيها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (18.02) وعند الراشدين (17.33)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.58) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ج - بالنسبة للمرحلة الخامسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (30.06) وعند الراشدين (30.55)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.43) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبيها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.35) وعند الراشدين (17.02)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.31) فلا يوجد

فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ح- بالنسبة للمرحلة السادسة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (29.88) وعند الراشدين (30.80)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.93) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.22) وعند الراشدين (16.68)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.45) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

خ- بالنسبة للمرحلة السابعة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (30.42) وعند الراشدين (30.31)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.08) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (17.73) وعند الراشدين (17.20)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.48) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

د- بالنسبة للمرحلة الثامنة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (30.51) وعند الراشدين (30.40)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.08) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (16.64) وعند الراشدين (17.17)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.45) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها السلبي من مرحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ذ- بالنسبة للدرجة الكلية لجميع مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها:

- بالنسبة للأقطاب الإيجابية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (243.13) وعند الراشدين (246.51)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.66) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها الايجابي.

- بالنسبة للأقطاب السلبية بلغ المتوسط الحسابي عند المراهقين (141.93) وعند الراشدين (139.04)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.41) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المراهقين والراشدين في درجات مراحل النمو النفس إجتماعي بقطبها السلبي

وبناء عليه يمكن القول بأن هذه النتيجة تعارض فرضية الدراسة الرابعة والقائلة بأنه توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، ونسبة التأكد من النتيجة (95%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (5%).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية الرابعة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة. بعد تبويب البيانات وعرضها تبين لنا أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً في الأقطاب الإيجابية والسلبية، والدرجة الكلية لمقياس النمو النفس إجتماعي للأنا بين كل من المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات. وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الرابعة التي تنص على أنه توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة لم تتحقق. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه الغامدي (2000) في أن الغير جانحين من

محققي الهوية لا توجد اختلافات بينهم، وأيضاً دراسة آل جابر (2010) توصل إلى أن العاديين أكبر من محققي الهوية وأكثر نسباً لفاعليات الأنا وحل أزمت النمو.

ويعزو الطالب الباحث هذه النتيجة في أن أفراد العينة من المراهقين والراشدين الغير متعاطين استطاعوا حل أزمت نموهم خلال مراحلها السابقة، وكان هذا التعاقب في الاتجاه الإيجابي وكان سليماً في مرحلة المراهقة، وبالتالي في مرحلة الرشد، وهنا تعتبر أنا فرويد Anna Freud المراهقة وبداية الشباب فترة إعادة تنظيم نفسي يتأثر بالبلوغ ويؤدي إلى الاكتئاب ويظهر على شكل تساؤلات حول الهوية الجنسية، أما إريكسون فيرى أن الهوية الشخصية هو الناتج الإيجابي لمرحلة المراهقة وبالمثل فإن اضطراب الدور هو انقلاب الهوية، أو الفشل في الإجابة على الأسئلة الأساسية التي تتصل بالهوية وهو الناتج السلبي لهذه المرحلة لكن هذا ما بينته النتائج في أن أفراد العينة من المراهقين والراشدين سار نموهم النفس إجتماعي للأنا بطريقة سلسلة وإيجابية أي أن بنائهم النفسي كان يسير نحو الأحسن خلال المراحل السابقة والذي يبدو واضحاً من خلال متوسطات أفراد العينة التي كانت مرتفعة جداً في الأقطاب الإيجابية، حيث أن اكتساب الهوية في هذه المراحل (المراهقة والرشد المبكر) تعني أن يجد الفرد معنى لذاته وحياته من خلال الأدوار الاجتماعية المناسبة، وأن يجد الفرد أنه التي تعتبر المحرك الأساسي لاتخاذ القرارات السليمة التي تجعل منه يختار الحلول الصحيحة التي لا توقعه في بعض المشكلات، خاصة إذا تعلق الأمر بمشكلة تعاطي المخدرات.

إن مرحلة المراهقة تظهر فيها حاجة الفرد إلى تبني إيديولوجيات وأدوار مناسبة توفر له القبول الاجتماعي، فقد اهتم إريكسون ومن تبعوه بهذه المرحلة كثيراً كونها مرحلة تشكل الهوية، ففي المراحل السابقة يغلب على الفرد الإحساس بالبدن على المرحتين الأولى والثانية، في حين يغلب الاهتمام بال نماذج الاجتماعية على المرحتين الثالثة والرابعة، وفي المراهقة التي تمثل الفترة الحرجة والحقيقية لظهور أزمة الهوية كأزمة للنمو يعمل خلالها المراهق على توحيد التوحدات البدنية والاجتماعية لتشكيل الهوية في كلية أو وحدة جديدة تكون جسر العبور إلى مرحلة الرشد.

وهذا يعني أن المراهق هنا قد عمل على إعادة اختيار وتقويم الإحساس بالتماثل والاستمرارية والذي يمثل أساس تشكل الهوية في ضوء المكاسب السابقة، فكسب الهوية يعرف على أنه حالة داخلية تتضمن الإحساس بالنفرد والوحدة والتآلف الداخلي، والتماثل والاستمرارية المتمثلة في إحساس الفرد بارتباط ماضيه ومستقبله، هذا ما جعل المراهقين من أفراد عينة الدراسة أنهم سليمة

ويعني هذا أن ما مر به المراهق في بنائه النفسي يستمر إلى مرحلة الرشد، فهذا ما يفسر لنا إنتهاء مراحل النمو النفس جنسي المنتهي بمرحلة المراهقة حسب فرويد.

وقد أشار إريكسون إلى مقولة فرويد بأن أفضل ما يمكن أن يفعله الراشد المتمتع بالصحة النفسية هو أن يحب ويعمل **To love and work** وينطوي تحت هذا المعنى ما تعنيه أزمة الألفة مقابل العزلة حيث يشير المعنى حسب إريكسون إلى القدرة على بناء علاقات حميمية متبادلة مع شخص آخر، والتنسيق بين العمل والإنتاج وتحقيق هاتين النقطتين (الألفة - العمل) الذي يرتبط تحقيقها بسلامة البناء النفسي المكتسب خلال المراحل السابقة وتحديداً تحقيق هوية الأنا، وهنا يقول الغامدي أن مرحلة المراهقة تمثل نقطة تحول في حياة الفرد وتتزامن مع تشكل الهوية التي تحتل دوراً محورياً في حياة الفرد من المراهقة والرشد. إذا إن المراهقة من المراحل الحساسة في حياة الأفراد وتحقيق النمو والبناء النفسي السليم فيها يكسب الفرد القدرة على تجاوز الأزمات في المراحل اللاحقة بداية من مرحلة الرشد، لهذا جاءت نتيجة هذا الفرض هكذا أي أنه لا توجد فروق بين المراهقين والراشدين في النمو النفس إجتماعي للأنا.

إن الوصول إلى هذه النتيجة يدعم الفكرة السابقة في أنه من الضروري إقامة برامج ودورات في كيفية تربية الأطفال من أجل بناء نفسي سليم وأنا قوية تستطيع مقاومة الأزمات والابتعاد عن المشكلات خاصة إذا تعلق الأمر بمشكلة تعاطي المخدرات.

5.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

أولاً: عرض وتفسير الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة لهذه الدراسة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، ولقياس الفرق تم الاعتماد على إختبار (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول (5.6) الموالي.

جدول 5.6.

يوضح الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

المراحل	العينتين	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
مرحلة أولى	متعاطي	1.401	0.240	45	22.93	2.691	88	-10.397	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
مرحلة ثانية	متعاطي	1.236	0.269	45	19.31	4.166	88	1.423	0.158	غير دال 0.05
	غ متعاطي									
مرحلة ثالثة	متعاطي	5.804	0.018	45	21.26	2.004	58.023	-11.433	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	19.513	0.000	45	18.44	3.166				
	غ متعاطي									
مرحلة رابعة	متعاطي	3.448	0.067	45	21.17	2.773	88	-9.936	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	7.525	0.007	45	17.88	3.491				
	غ متعاطي									
مرحلة خامسة	متعاطي	2.867	0.094	45	25.13	2.792	88	-5.956	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	4.711	0.033	45	17.86	3.659				
	غ متعاطي									
مرحلة سادسة	متعاطي	2.046	0.156	45	24.33	2.876	88	-6.441	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	2.003	0.161	45	17.08	3.710				
	غ متعاطي									
مرحلة سابعة	متعاطي	3.384	0.069	45	25.97	3.071	88	-4.416	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	0.713	0.401	45	18.31	4.363				
	غ متعاطي									
مرحلة ثامنة	متعاطي	4.372	0.039	45	24.33	2.876	66.077	-6.539	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	2.306	0.132	45	19.71	4.014				
	غ متعاطي									
المرحلة ككل	متعاطي	10.292	0.002	45	21.26	2.004	54.002	-9.942	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
	متعاطي	4.595	0.035	45	18.40	2.910				
	غ متعاطي									
المرحلة ككل	متعاطي	12.942	0.001	45	186.42	11.454	60.840	-13.529	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي									
المرحلة ككل	متعاطي	6.048	0.016	90	147.02	22.053	88	0.810	0.420	غير دال 0.05
	غ متعاطي									

من خلال الجدول رقم (5.6) أعلاه نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (F) أفرز عن قيم دالة إحصائية وأخرى غير دالة إحصائية بالنسبة لمراحل النمو النفس اجتماعي للأنما، الأمر الذي يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين بالنسبة للقيم غير الدالة إحصائياً واختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين بالنسبة للقيم التي كانت دالة إحصائياً.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية وقيم اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لأفراد عينتي الدراسة في (مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما) كانت كما يلي:

أ- بالنسبة للمرحلة الأولى بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (22.93) وعند غير المتعاطين للمخدرات (31.24)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-10.39) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (19.31) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.84)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.42) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ب- بالنسبة للمرحلة الثانية بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.26) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.37)، وبناءً على قيمة اختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-11.43) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (18.44) وعند غير المتعاطين للمخدرات (19.08)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.60) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنسا.

ت- بالنسبة للمرحلة الثالثة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.17) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.68)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-9.93) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنسا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.88) وعند غير المتعاطين للمخدرات (18.02)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.11) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنسا.

ث- بالنسبة للمرحلة الرابعة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (25.13) وعند غير المتعاطين للمخدرات (29.93)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-5.95) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنسا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.86) وعند غير المتعاطين للمخدرات (18.02)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.15) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنسا.

ج- بالنسبة للمرحلة الخامسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (24.33) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.06)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-6.44) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.08) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.35)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.28) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ح- بالنسبة للمرحلة السادسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (25.97) وعند غير المتعاطين للمخدرات (29.88)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-4.41) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (18.31) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.22)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.01) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

خ- بالنسبة للمرحلة السابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (24.33) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.42)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-6.53) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير

المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (19.71) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.73)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.98) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

د- بالنسبة للمرحلة الثامنة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.26) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.51)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-9.94) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (18.40) وعند غير المتعاطين للمخدرات (16.64)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.99) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.05) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ذ- بالنسبة للدرجة الكلية لجميع مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبيها:

- بالنسبة للأقطاب الإيجابية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (186.42) وعند غير المتعاطين للمخدرات (243.13)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-13.52) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها الايجابي.

- بالنسبة للأقطاب السلبية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (147.02) وعند غير المتعاطين للمخدرات (141.93)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.81) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي لأننا بقطبها السلبى.

وبناء على يمكن القول بأن هذه النتيجة تؤيد جزئياً فرضية الدراسة الخامسة والقائلة بأنه توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي لأننا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، حيث وجد أن الاختلاف كان لصالح غير المتعاطين للمخدرات في الأقطاب الإيجابية لمراحل النمو النفس اجتماعي لأننا، في حين أن الأقطاب السلبية لا وجود لاختلاف بين العينتين، ونسبة التأكد من النتيجة (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

نصت الفرضية الخامسة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي لأننا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

وبعد تبويب البيانات وعرضها تبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في الأقطاب الإيجابية (الثقة، الاستقلالية، المبادرة، الإنجاز تحقيق الهوية، الألفة، الإنتاجية، التكامل) والتي كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) لصالح المراهقين الغير متعاطين، أما الأقطاب السلبية (عدم الثقة، الشعور بالخجل، التأخر والشعور بالنقص، الشعور بالذنب، اضطراب الدور، العزلة، الركود، اليأس) فقد وجدت تباينات في المتوسطات الحسابية لصالح المتعاطين لكنها لم تكن دالة إحصائياً، وتبين أيضاً من خلال النتائج وجود فروق في الدرجة الكلية للأقطاب الإيجابية والتي كانت دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) ولصالح الذكور المراهقين الغير متعاطين للمخدرات.

ويمكن القول أنه من المستغرب أن يتحصل المراهق المتعاطي على درجات عالية في الأقطاب الإيجابية وهو يعاني من أحد المشكلات الخطيرة التي تعيق تشكل الهوية، أو قد يكون تشكل الهوية السلبى سبباً في تعاطيه.

وهذا ما يجعلنا نقول أن الفرضية الخامسة التي نصت على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة قد تحققت.

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه حسين عبد الفتاح الغامدي (2000) التي حاول فيها الكشف عن العلاقة بين طبيعة تشكل هوية الأنا وطبيعة السلوك لدى الأحداث الجانحين المراهقين حيث توصل إلى أن تحقيق الهوية يختلف لدى المراهقين الغير جانحين مقارنة بالمراهقين الجانحين الذين سجلوا درجات منخفضة في رتب تحقيق الهوية.

واتفقت أيضاً هذه النتيجة مع دراسة آل جابر (2010) حيث توصل الباحث إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جميع أزمات النمو النفس إجتماعي للأنا، عدا أزمة الاستقلالية وكانت الفروق لصالح العاديين.

ويعزو الطالب الباحث هذه النتيجة التي تبين الفروق بين المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين إلى المسلمة التي أطلق منها "الغامدي" في تفسير علاقة النمو النفس إجتماعي للأنا إلى أن نمو الأنا وتشكيله لمبدأ التطور المتعاقب، والذي يفترض وجود خطة أساسية مسبقة لتشكيل الأنا مدى الحياة وانطلاقاً من هذه المسلمة فإن خصائص الأنا تنمو من خلال أزمات تحدد فاعليتها وفقاً لهذه الخطة وتوجه طبيعة نموها وتشكلها خلال المراحل المتعاقبة من خلال تفاعل الأساس البيولوجي بالمتغيرات الاجتماعية وبنية الأنا السابقة، وفاعلياتها وما ينتج عنها من مظاهر سلوكية.

وهذا ما يجعلنا نقول بأن المراهقين الغير متعاطين كان سير تشكل نموهم وأناهم بالتحديد وفق خطة منظمة انطلاقاً من مبدأ التطور المتعاقب، حيث أن فترة المراهقة هي الفترة الحساسة من حياة الفرد حيث يقال لها فترة الميلاد الثانية خاصة في الجوانب الفسيولوجية، وذلك لأنها المرحلة التي يتحول خلالها الفرد من طفل غير كامل النمو إلى طفل بالغ النضج، وبهذا تعتبر بمثابة الجسر الواصل بين مرحلتي الطفولة والرشد، فهي تتأثر بالطفولة وما حدث فيها وبالتالي تؤثر في مرحلة الرشد.

وهنا يرى إريك إريكسون Erik Erickson أن أحد الصراعات المركزية في الحياة يأتي خلال المراهقة ويتعلق بالسؤال عن الهوية، حيث أنه يرى أن بناء وتحقيق هوية شخصية صحية أمر مهم

للصحة النفسية، وبهذا يرى أن المراهقة طور حرج في النمو الإنساني، وبهذا وصف دورة الحياة البشرية كسلسلة تتميز كل حلقة منها بصراع نفسي معين يواجه الفرد، وكل أزمة تؤثر في لاحقتها وهذا منشأ المشكلات، وهنا ترتبط طبيعة حلول أزمات الأنا بطبيعة فاعلياتها المكتسبة، حيث تؤدي الحلول الإيجابية إلى اكتساب الأنا لفاعليات إيجابية للمراهقين غير المتعاطين، في حين تؤدي الحلول السلبية إلى اضطراب الأنا وتبني قوى غير تكيفية كحيل دفاعية أو تبني الأضداد العصابية للفاعليات المتمثلة في (الانسحاب، القسرية، الجمود، القصور، رفض الدور - مرحلة المراهقة-، الفردية الرفض، الازدراء) الناتجة عن تبني الحلول السلبية بأزمة النمو.

ويؤكد إريكسون أن وحدة بنية الأنا تخضع في كل مرحلة لإعادة تشكل يتم فيه دمج التوحدات السابقة مع التوحدات الآنية في بناء نفسي أو كلية جديدة تحقق التماثل والاستمرارية واللذان يشيران إلى اعتمادية البناء الحالي على التوحدات السابقة، وهنا تتكون أنا المراهق إما إيجابية أو سلبية خلال محاولته الإجابة على (من أنا؟ ماذا أريد؟ وإلى أين أتجه؟)، وهنا يقول إريكسون أن خبرة الفرد وتحقيقه لأزمة الهوية بعدد من العوامل تشمل الاستعداد الداخلي ممثلاً في النضج البدني والبلوغ والبناء النفسي ممثلاً في مكتسبات الأنا الناتجة عن حل الأزمات وكذا العوامل الثقافية والاجتماعية التي تشمل كلاً من التوقعات الاجتماعية من المراهق التي تفرض أو تمثل الواجبات المناسبة لدرجة نضجه، وأيضاً المعطيات الاجتماعية ممثلة فيما يوفره المجتمع من فرص وأدوار مختلفة وتوجيه الاختيار المناسب منها.

ويؤكد إريكسون أن مساعدة المراهق على الاختيار السليم، لذا فإن على المجتمع السماح له بفترة من التعليق النفس إجتماعي المؤقت، وذلك يسمح له فيها بتجريب الأدوار المختلفة قبل الوصول إلى إلزام نهائي بدور أو أدوار محددة، وتنتهي هذه الفترة بتحقيق الهوية ممثلاً في التزام المراهق بما حدده من أدوار وبالتالي تفادي الوقوع في المشكلات المختلفة مثل مشكلة التعاطي الذي يكون نتاج للخلل الواقع على مستوى البناء النفسي أو تبني الحلول السلبية وإكتساب الأضداد المرضية التي تجعل من تعاطي المخدرات حلاً من الحلول للبحث عن الذات دون وعي من المراهق أنه يدمر ذاته بدلاً من البحث عن حلول إيجابية لها.

وهنا يشير إريكسون إلى أن فشل المجتمع في توفير البيئة المناسبة للنمو خلال مرحلة المراهقة لأنه يمكن أن يقودهم إلى تبني أدوار الرفاق أو حتى الجانحين.

وهذا ما توصل إليه أيضاً محمد (2011) إلى أن الحالات - المراهقين - عاشت أزمة هوية حقيقية وتوضح ذلك من خلال شعورهم بعدم الأمان والاستقرار، ودلت نتائج إختبار (الرورشاخ) إلى وجود مشاكل تقمصية وأنه لا يمكنه حل الأزمات إلا من خلال التماهيات مع الأفراد أو النماذج من خارج الأسرة، وهذا ما يجعلنا نقول أن النمو النفس إجتماعي لأننا وفي حالة تبني الحلول السلبية يكون سبباً في تعاطي المخدرات.

إن الوصول إلى هذه النتيجة التي أبرزت لنا أن درجات المراهقين المتعاطين للمخدرات في الأقطاب الإيجابية منخفضة جداً مقارنة بدرجات المراهقين غير المتعاطين للمخدرات، وهذا ما يدل أنهم يجدون صعوبة في حل أزمات النمو السابقة والآنية، ويتبنون الحلول السلبية لحل مشكلاتهم، وهذا ما يستدعي من المختصين والباحثين في هذا المجال - النفسي - ضرورة توجيه الأولياء والمربين من خلال برامج وقائية تربوية علاجية من أجل الانتباه في عملية التربية وتكوين شخصية الطفل وتهيئة الظروف الملائمة من أجل نمو سليم لهم.

06.6- عرض وتفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة:

أولاً: عرض وتفسير الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة لهذه الدراسة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي لأننا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة ولقياس الفرق تم الاعتماد على إختبار (T_{test}) بالنسبة لعينتين مستقلتين، وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى النتائج المبينة في الجدول (6.6) الموالي.

جدول 6.6.

يوضح الفروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس اجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات.

المراحل	العينتين	اختبار ليفين (F)	مستوى الدلالة	حجم العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة (T)	مستوى الدلالة	القرار
مرحلة أولى	متعاطي	0.037	0.848	45	24.20	3.558	88	-8.381	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	31.68	4.823				
مرحلة ثانية	متعاطي	0.197	0.659	45	18.37	4.754	88	0.884	0.379	غير دال 0.05
	غ متعاطي			45	17.44	5.246				
مرحلة ثالثة	متعاطي	1.488	0.226	45	22.11	3.054	88	-10.601	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	31.08	4.790				
	متعاطي	11.021	0.001	45	17.68	4.032	75.178			
	غ متعاطي			45	19.17	6.256				
مرحلة رابعة	متعاطي	0.015	0.903	45	22.53	3.571	88	-11.255	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	31.84	4.247				
مرحلة خامسة	متعاطي	1.052	0.308	45	16.48	3.520	88	-0.531	0.597	غير دال 0.05
	غ متعاطي			45	17.00	5.414				
مرحلة سادسة	متعاطي	7.900	0.006	45	26.02	2.499	60.505	-4.116	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	29.82	5.666				
	متعاطي	2.408	0.124	45	16.37	3.663	88			
	غ متعاطي			45	17.33	5.368				
مرحلة سابعة	متعاطي	2.879	0.093	45	25.40	3.114	88	-5.532	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	30.55	5.421				
مرحلة ثامنة	متعاطي	0.394	0.532	45	16.11	3.791	88	-1.014	0.313	غير دال 0.05
	غ متعاطي			45	17.02	4.687				
مرحلة تاسعة	متعاطي	0.603	0.439	45	26.71	2.642	88	-5.582	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	30.80	4.142				
	متعاطي	0.222	0.639	45	17.26	4.658	88			
	غ متعاطي			45	16.68	5.401				
مرحلة عاشر	متعاطي	4.497	0.037	45	25.11	2.789	60.623	-5.064	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	30.31	6.298				
مرحلة ثامنة	متعاطي	0.292	0.590	45	18.42	4.433	88	1.212	0.229	غير دال 0.05
	غ متعاطي			45	17.20	5.110				
مرحلة ثامنة	متعاطي	10.625	0.002	45	21.73	2.229	56.265	-9.199	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	30.40	5.913				
	متعاطي	7.871	0.006	45	16.97	3.180	67.383			
	غ متعاطي			45	17.17	5.928				
المراحل ككل	متعاطي	2.369	0.127	45	193.82	15.509	88	-12.979	0.000	دال 0.01
	غ متعاطي			45	246.51	22.383				
المراحل ككل	متعاطي	0.672	0.415	45	137.71	24.249	88	-0.230	0.819	غير دال 0.05
	غ متعاطي			90	139.04	30.488				

من خلال الجدول رقم (6.6) نلاحظ أن اختبار التجانس ليفين (F) أفرز عن قيم دالة إحصائية وأخرى غير دالة إحصائية بالنسبة لمراحل النمو النفس اجتماعي للأنما، الأمر الذي يستوجب استخدام اختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين متجانستين بالنسبة للقيم غير الدالة إحصائياً واختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين بالنسبة للقيم التي كانت دالة إحصائياً.

وبالنظر إلى المتوسطات الحسابية وقيم إختبار الدلالة الإحصائية (T) بالنسبة لأفراد عيني الدراسة في (مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما) كانت كما يلي:

أ- بالنسبة للمرحلة الأولى بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (24.20) وعند غير المتعاطين للمخدرات (31.68)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-8.38) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الأولى بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (18.37) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.44)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.88) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الأولى بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

ب- بالنسبة للمرحلة الثانية بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (22.11) وعند غير المتعاطين للمخدرات (31.08)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-10.60) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس اجتماعي للأنما.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثانية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.68) وعند غير المتعاطين للمخدرات (19.17)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.43) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثانية بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ت - بالنسبة للمرحلة الثالثة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (22.53) وعند غير المتعاطين للمخدرات (31.84)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-11.25) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثالثة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (16.37) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.33)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.53) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثالثة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ث - بالنسبة للمرحلة الرابعة بقطبها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (26.02) وعند غير المتعاطين للمخدرات (29.82)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-4.11) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها الإيجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الرابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (16.37) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.33)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.98) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الرابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ج- بالنسبة للمرحلة الخامسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (25.40) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.55)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-5.53) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الخامسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (16.11) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.02)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-1.01) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الخامسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ح- بالنسبة للمرحلة السادسة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (26.71) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.80)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-5.58) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السادسة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (17.26) وعند غير المتعاطين للمخدرات (16.68)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (0.54) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السادسة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

خ- بالنسبة للمرحلة السابعة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (25.11) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.31)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-5.06) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير

المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة السابعة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين (18.42) وعند غير المتعاطين (17.20)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (1.21) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين في متوسطات درجات المرحلة السابعة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

د- بالنسبة للمرحلة الثامنة بقطبيها:

- بالنسبة للقطب الإيجابي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (21.73) وعند غير المتعاطين للمخدرات (30.40)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-9.19) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها الايجابي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

- بالنسبة للقطب السلبي من المرحلة الثامنة بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (16.97) وعند غير المتعاطين للمخدرات (17.17)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-0.19) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات المرحلة الثامنة بقطبها السلبي من مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا.

ذ- بالنسبة للدرجة الكلية لجميع مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبيها:

- بالنسبة للأقطاب الإيجابية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (193.82) وعند غير المتعاطين للمخدرات (246.51)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت (-12.97) فإن هناك فرق دال إحصائياً عند (0.01) بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات لصالح غير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها الايجابي.

- بالنسبة للأقطاب السلبية بلغ المتوسط الحسابي عند المتعاطين للمخدرات (137.71) وعند غير المتعاطين للمخدرات (139.04)، وبناءً على قيمة إختبار الدلالة الإحصائية (T) والتي بلغت

(-0.23) فلا يوجد فرق دال إحصائياً بين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بقطبها السلبي.

وبناء عليه يمكن القول بأن هذه النتيجة تؤيد جزئياً فرضية الدراسة السادسة والقائلة بأنه توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، وأن الفروق كانت لصالح الذكور الغير متعاطين للمخدرات في الأقطاب الايجابية لمرحلة النمو النفس إجتماعي للأنا، في حين أن الأقطاب السلبية لا وجود لاختلاف بين العينتين، ونسبة التأكد من النتيجة (99%) مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة (1%).

ثانياً: مناقشة نتائج الفرضية السادسة:

نصت الفرضية السادسة على أنه: توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

بعد تبويب البيانات وعرضها تبين لنا وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات في الأقطاب الإيجابية (الثقة، الاستقلالية، المبادرة، الإنجاز تحقيق الهوية، الألفة، الإنتاجية، التكامل) والتي كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) لصالح الراشدين الغير متعاطين، أما الأقطاب السلبية (عدم الثقة، الشعور بالخجل، التأخر والشعور بالنقص، الشعور بالذنب، اضطراب الدور، العزلة، الركود، اليأس) فلم تكن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بينهم، وبينت النتائج أيضاً وجود فروق في الدرجة الكلية للأقطاب الإيجابية والتي كانت دالة عند مستوى (0.01) ولصالح الذكور الراشدين الغير متعاطين للمخدرات.

ويمكن القول أنها نتيجة متوقعة فمن لم يستطيع حل أزمات النمو السابقة والتي من بينها أزمة الهوية فإنه لا يستطيع أن يعيش المحبة والعمل باعتبارهما الحاجتين الأساسيتين في مرحلة الرشد وبالتالي يبحث عن الحلول السلبية للأزمة التي يعيشها عن طريق تعاطي المخدرات، على عكس الراشدين غير المتعاطين الذين حصلوا على درجات مرتفعة في الأقطاب الإيجابية مقارنة بالأقطاب السلبية وهذا ما يدل أنهم قادرون على حل أزمات النمو النفس إجتماعي للأنا.

واتفقت هذه النتيجة مع فكرة الغامدي حينما حاول وضع نموذج تفسيري لعلاقة النمو النفس إجتماعي للأنا بتعاطي المخدرات، والذي انطلق من فكرة أن طبيعة تشكل الأنا خلال مرحلة الطفولة أساساً مهما لطبيعة نموه خلال المراهقة والرشد وأن مخاطر التعاطي تبدأ في هذا السن، وتتزامن في الغالب مع تشكل الهوية وما يليها من أزمات الأنا، حيث يعتبر ضعف الأنا من أسباب التعاطي الأساسية وغيرها من المظاهر النفسية المرتبطة بها.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على أن الراشدين المتعاطين تبنا الأضداد المرضية التي جرتهم إلى تعاطي المخدرات، حيث يرى إريكسون أن تحقيق النضج النفسي للأفراد (الشاب البالغ) في هذه المرحلة (18 - 35 سنة) يتطلب نمواً نفسياً واجتماعياً مستمراً، وخاصة الألفة الاجتماعية مع الجنس تمهيداً للعلاقة الزوجية، أي أن حل أزمة هذه المرحلة يتم بتشكيل كل من المحبة والعمل وكسب فاعلية الألفة، وأن الحل السلبي عند البعض يجعله عرضة للوقوع في الأخطاء مثل خطأ التعاطي موضوع الدراسة، حيث تمثل "الألفة" مقابل "العزلة" أزمة النمو النفس إجتماعي في مرحلة الشباب وعلى الرغم من تجاوز هذه المرحلة لنموذج فرويد Freud للنمو النفس جنسي المنتهي بمرحلة المراهقة إلا أنها لم تخرج عن فكره، حيث يشير إريكسون إلى مقولة فرويد (بأن أفضل ما يمكن أن يفعله الراشد المتمتع بالصحة النفسية هو أن يحب ويعمل) أي يحب عائلته ويهتم بأولاده، ويحقق ذاته من خلال إنجازه في العمل.

ويمكن تفسير هذه النتيجة أيضاً بأن ظهور هذه الأزمة لدى الراشدين المتعاطين للمخدرات في النمو النفس إجتماعي للأنا مرتبط بالانتهاء من مرحلة المراهقة وبدء مرحلة الشباب بما يوفره من نضج يتناسب مع قدرته على الحب والعمل، فإن تحقيق هذه الفاعلية يرتبط بسلامة البناء النفسي المكتسب خلال المراحل السابقة وتحديداً تحقيق هوية الأنا في مرحلة المراهقة.

وبهذا فمحققي الهوية هم من يستطيعون إقامة علاقات زوجية ناجحة دون خوف من فقدانهم لهويتهم، وعلى العكس من ذلك فإن ذوي الهوية الضعيفة والهشة لا يظهرون نضجاً كافياً في هذه المرحلة ويخافون من مثل هذا الإلتزام، مما يدفعهم إلى العزلة والإستغراق الذاتي خوفاً من أن هذه العلاقات قد تهدد هوياتهم، مما يدفعهم إلى تعويض ذلك بالتعاطي.

كما أن للظروف الاجتماعية للراشد عاملاً مهماً لتحقيق هذه الأزمات، فمثلاً الظروف الاقتصادية والاجتماعية ومالها من ذاتية فردية مادية وتفكك أسري واجتماعي حيث تمثل عائقاً يقود إلى العزلة والفردانية ويمكن أن يقود إلى العدائية وارتكاب الأشياء الضارة.

وقد أستطاع الراشدين غير المتعاطين إيجاد الحل النهائي لأزمة الألفة والتوازن أي أنه (الأنا) قادر على كسب فاعلية جديدة تتمثل في الحب Love بمعناه الواسع، والذي يشير إلى قدرة الفرد على عزل الاختلافات التضاد أو التناظر الحادث خلال علاقة التنافي المتبادل.

ويرى إريكسون أن أي خلل في أي من المتطلبات السابقة يمكن أن يعيق حل الأزمة، كما يمكن أن يفضي ذلك إلى تبني القطب السلبي مثل الراشدين المتعاطين للمخدرات المتمثل في العزلة والذي يعمد فيه الراشد إلى عزل نفسه عن الآخرين وينمي مشاعر الكراهية بدلاً من مشاعر الحب والصدقة، محاولاً تعويض الوحدة التي يعيشها أو ينحرف.

أي أن من يتمتع بالهوية ووضوح الأهداف والطرق التي تساعد في تحقيق أهدافه غالباً ما يتمتع بقدرة أكبر على التفاعل مع الآخرين وتعزيز الارتباط بهم، مما يعزز في وعيه الشعور بالحب للآخرين والتفاعل معهم، غير أن الفشل يؤدي به إلى العزلة والابتعاد قدر المستطاع عن عملية التفاعل مع الآخرين والاستغراق الذاتي وتبني الأشياء السلبية التي تدمر الذات.

إن الوصول إلى هذه النتيجة التي أبرزت لنا أن متوسطات درجات الراشدين المتعاطين للمخدرات في الأقطاب الإيجابية منخفضة جداً مقارنة بمتوسطات درجات الراشدين غير المتعاطين للمخدرات يستدعي إجراء برامج توعوية لزيادة الوعي بالذات وتقديم المساعدة من أجل تجاوز الأزمات.

استنتاج عام:

هدفت الدراسة الحالية إلى التحقق فيما إذا كانت هناك علاقة بين النمو النفس إجتماعي للأنا لدى عينة من الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات، وللتحقق من أهداف الدراسة تم تطبيق مقياس النمو النفس إجتماعي للأنا على عينة من الذكور من المراهقين والراشدين بمدينة المسيلة.

بعد تبويب النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق المقياس وبالنظر إلى الجداول رقم (1.6، 2.6، 3.6، 4.6، 5.6، 6.6) نستنتج ما يلي:

- تختلف متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، وقد تحققت لصالح الذكور الغير متعاطين للمخدرات.
- توجد فرق في مستوى حل أزمات النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة، وقد تحققت ولصالح غير المتعاطين للمخدرات، وهذا ما يؤكد النتيجة السابقة في الفرضية الأولى.
- لا توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- لا توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين والراشدين الغير متعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور المراهقين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.
- توجد فروق في متوسطات درجات مراحل النمو النفس إجتماعي للأنا بين الذكور الراشدين المتعاطين وغير المتعاطين للمخدرات بمدينة المسيلة.

خاتمة:

إن الحديث عن ظاهرة تعاطي المخدرات وتفتشها في أوساط مختلف المجتمعات بأنواعها المتقدمة منها والمتخلفة، ومع تطور وتعدد وسائل وطرق تناولها من خلال مواكبة التطورات الحاصلة في العالم، كل هذا يستدعي منا أخذ الحيطة، والاهتمام ببعض الفئات العمرية الحساسة التي أصبحت عرضة لهذه الآفة المميتة، والمتمثلة في فئة المراهقين والراشدين، هذه الفئة التي يقوم عليها بناء الأمم وتطورها أو عكس ذلك في حالة عدم الاهتمام بهاته الفئتين.

فخطورة تعاطي المخدرات في وقتنا تحولت إلى ظاهرة معقدة قائمة بذاتها، أصبح من السهل ملاحظتها من خلال ما يسلكه الأفراد المتعاطين بل أصبحت عند البعض ظاهرة مرتبطة بمناسبات معينة تم تقبلها بسرعة لدى ذوي البناءات النفسية والاجتماعية الهشة والمدمرة، التي عانت في طفولتها الحرمان بأنواعه، ولم تلقى التنشئة الاجتماعية السوية، واللذين يضعف لديهم الوازع الديني بإعتباره أحد الدعائم الأساسية في تقويم السلوك وتهذيبه، كل هذه العوامل وغيرها ساهمت إلى حد بعيد في تبني البعض لبناءات نفسية سلبية أثناء تشكل الهوية عبر المرحل الثمانية المختلفة، والتي تحدث عنها إريكسون في نظريته التي اعتمدها في هذه الدراسة كمنطلق تفسيري لحدوث التعاطي.

إن المراهق والراشد في حالة تأزم الهوية واضطراب الدور لديه ينشأ من خلال اختلال عوامله التركيبية والنفسية والاجتماعية، وعدم قدرته على حل هذا الاختلال ضعف المقومات والإمدادات الاجتماعية أو المساعدة المقدمة له من حوله، وبهذا فتعرضه إلى بعض المشكلات التي يعجز عن فهمها وتحديد مصدرها وكيفية حلها والتي قد تعتبر مرافقة لمظاهر نموه المتعاقبة، هنا قد يكون عرضة لإختيار الحلول السلبية التي قد تدفعه إلى المشكلات المختلفة مثل مشكلة تعاطي المخدرات.

فمثلاً شعور المراهق أو الراشد بالفشل في أحد المواقف الحياتية المختلفة يجعله يشعر بتدني الذات واضطراب دوره، وهذا ما يجعل تفاعله مع ذاته ومع الآخرين - المقربين منه - صعباً جداً، أي أنه (المراهق والراشد) كونا مفهوماً سلبياً عن ذاته انطلاقاً من مواقف الفشل، وهنا يزيد تأزم الأزمة التي يعيشها، وفي سعيه للبحث عن الحلول يكون فريسة سهلة للوقوع في الخطأ كتعاطي المخدرات الذي يعتبر حلاً سلبياً للخروج من أزمته، ويرتبط هذا بطبيعة الأنا والفاعليات التي اكتسبها، وتبنيها لقوى غير تكيفية كحيل دفاعية للخروج من الأزمة.

واستشعاراً لخطورة الظاهرة - تعاطي المخدرات - في أوساط المراهقين والراشدين، جاءت هذه الدراسة لتحاول الكشف عن علاقة النمو النفس إجتماعي للأننا الذي تكلم عنه "إريكسون" والذي يعتبر رائداً في مجال علم النفس التحليلي المعاصر، بتعاطي المخدرات هذه الظاهرة التي تعددت وتشابكت العوامل المؤدية إليها، فلماذا وفي ضوء قلة الدراسات من هذا النوع حاولت هذه الدراسة الحث عن العلاقة بمقارنة النمو النفس إجتماعي للأننا بتعاطي المخدرات لدى عينة من الذكور - المراهقين والراشدين - المتعاطين وغير المتعاطين بمدينة المسيلة.

بعد تطبيق مقياس النمو النفس إجتماعي للأننا بينت نتائج الفروق في البناء النفسي لدى غير المتعاطين مقارنة بالمتعاطين، حيث أنهم (غير المتعاطين) يميلون وبدرجات كبيرة إلى حل أزمتهم في الاتجاه الإيجابي والذي اتضح أنه منخفض لدى المتعاطين الذين شكل لهم أزمة على مستوى تبني الدور وتشكل الهوية، فأصبحت أرقام أكثر عرضة لتبني الحلول السلبية والانغماس فيها.

وبهذا فقد أظهرت النتائج تأييدها للإطار النظري المتمثل في تفسير تعاطي المخدرات وفقاً لنظرية النمو النفس إجتماعي للأننا، والتي تسمح لنا من خلال خطواتها ومبادئها إعادة النظر في طرق التنشئة والتربية وتكوين شخصيات أطفالنا، وبناء برامج تربوية وعلاجية تعمل على التقليل من المشكلات التي يتعرض لها الأفراد بسبب سيرورة النمو في حالة إتجاهه السلبي.

اقتراحات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج وما قدمته من تفسيرات حول طبيعة النمو النفس إجتماعي للأننا والذي تكلم عنه إريكسون، ودوره في البناء النفسي للفرد وبالتحديد الأنا وقدرتها على حل أزمتها في كل مرحلة من المراحل الثمانية، وكسب فاعليات جديدة قد تكون إيجابية وقد تكون سلبية تدفع بالفرد إلى سلك سلوكيات مختلفة حسب الفاعلية المكتسبة، والذي أراد الباحث كشف علاقته بتعاطي المخدرات، وعلى أساس النتائج المتوصل إليها تقترح هذه الدراسة مجموعة من الاقتراحات كما يلي:

- يجب الاهتمام بعملية التنشئة الاجتماعية من طرف الآباء والمربين، وتقديم التربية للنشء بأساليب وطرق تتوافق مع قدراتهم ومراحلهم النمائية، ومساعدة الطفل على فهم ذاته واكتشافها وتطويرها من أجل تبني السلوكيات الإيجابية والابتعاد عن السلبية.

- ضرورة فهم أن الفرد تتحكم فيه العديد من العوامل، المتمثلة في العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية التي تعمل على صقل الأنا وتشكيله ليكون مستعداً لمواجهة الأزمات التي تعترضه ويستطيع حلها بما يحقق له التوافق مع ذاته والآخرين.
- الاهتمام بمرحلة المراهقة والرشد من قبل الأولياء والمختصين والتربويين والعياديين والباحثين باعتبارهما من المراحل الهامة والحاسمة في حياة الفرد، والتي يعمل فيها المراهق جاهداً للخروج من أزمة الهوية انطلاقاً إلى مرحلة الرشد.
- ضرورة الانتباه إلى أن الانحرافات والمشكلات التي يتعرض لها المراهقين والراشدين قد تكون امتداداً للحرمان بأنواعه أو للتوحدات السلبية التي عاشها المراهق أو الراشد في تاريخه السابق والتي تجعله يعيش أزمة هوية.
- ضرورة تفعيل برامج وقائية توعوية علاجية في جميع المؤسسات المختلفة تقدم لـ (الأولياء والمربين، وحتى المراهقين والراشدين) للتعرف على مطالب النمو المختلفة وكيفية التعامل معها.
- يجب على جميع المؤسسات الاجتماعية المختلفة التضافر للوقاية من آفة المخدرات، وذلك بالعمل على مساعدة الأفراد على بناء أنا سليم و سوي.
- ضرورة عمل المؤسسات على توفير العلاج الفعال المتمثل في العلاج النفسي والاجتماعي والسلوكي والمعرفي، وذلك في إطار عمل الفريق الواحد من أجل علاج العوامل التي ساهمة في تعاطي هؤلاء المدمنين.
- ضرورة الكشف الإكلينيكي المبكر لبعض الحالات التي تبنت السلوكيات المرضية، وذلك بتكاتف الجهود وفي إطار الصحة العامة للنشء، مع العمل على تأهيل الممارسين في مجال تكوين شخصية الفرد والعمل على تطبيق ما توصلت إليه النظريات الحديثة.
- إجراء المزيد من البحوث والدراسات المستقبلية حول أهمية النمو النفس إجتماعي للأنا في حياة الفرد.

البحوث المقترحة:

من المعروف أن أغلب البحوث العلمية تنطلق من نقطة انتهاء الدراسات العلمية السابقة وهذه هي ميزة البحث العلمي حيث هو جهد تراكمي مبني على جهود الباحثين السابقين، ومن خلال ما توصلت إليه هذه الدراسات من نتائج يمكن اقتراح دراسات مشابهة:

- إجراء دراسات حول النمو النفس إجتماعي وعلاقته بالتعاطي عند الذكور والإناث المراهقين والراشدين.
- إجراء دراسات حول النمو النفس إجتماعي للأنا الممثل في فاعلياته وعلاقته بالتعاطي والإدمان لدى المراهقين والشباب ذكوراً وإناث.
- إجراء دراسات حول تشكل هوية الأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى المراهقين.
- إجراء برامج مختلفة تنمي الذات من أجل تفادي الوقوع في التعاطي.
- إجراء برنامج يهتم بتقوية الأنا وقدرتها على حل الأزمات للآباء والمربين أو المراهقين أو الراشدين.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيمي، مختار. (2005). *المخدرات أثرها في حياة الفرد والمجتمع*. ردمك.
- أبو إسماعيل، أكرم عبد القادر. (2008). *المؤسسات التربوية ودورها في نشر الوعي بأخطار المخدرات*. ندوة حول دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- أبو جناح، رجب محمد. (2000). *المخدرات آفة العصر، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع، ليبيا*.
- أبو حجلة، نظام. *الطب النفسي الحديث*. الأردن: الجامعة الأردنية. بدون تاريخ.
- أبو حلت، عبد الحليم. (2006). *المعجم الطبي*. ط1، عمان، الأردن: دار أسامة للنشر والتوزيع ودار المشرق الثقافي.
- أبو علام، رجاء محمود. (2004). *مناهج البحث في العلوم النفسية والتربوية*. ط4، مصر: دار النشر للجامعات.
- أبو علي، وفقى حامد. (2003). *ظاهرة تعاطي المخدرات - الأسباب - الآثار - العلاج*. الكويت، قطاع الشؤون الثقافية - إدارة الثقافة الإسلامية.
- أبو غزال، معاوية محمود. (2015). *علم النفس العام*. ط2، عمان: دار وائل للنشر والتوزيع.
- آث ملويا، الحسين بن شيخ. (2010). *المخدرات والمؤثرات العقلية - دراسة قانونية تفسيرية*، الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- اسماعيلي، يامنة؛ وبعبيع، نادية. (2011). *دور الإرشاد النفسي في علاج ووقاية المدمنين على المخدرات*. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- الأشول، عادل عز الدين. (2008). *علم نفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة*، مكتبة الانجلو المصرية: مصر.
- الأصفر، أحمد عبد العزيز. (2012). *أسباب تعاطي المخدرات في المجتمع العربي*. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الباسوسي، أحمد إبراهيم. (2007). *علاج الادمان على الهيروين المخدر*. الازاريطة، الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- البداينة، ذياب موسى. (2010). *إسهامات الجماعات الافتراضية في الوقاية من المخدرات*. دور مؤسسات المجتمع المدني في التوعية الأمنية، ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- البداينة، ذياب موسى. (2012). *الشباب والانترنت والمخدرات*. ط1، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض.

- بكنل، باربرا كوتمان. (1994). دور الآباء في مساعدة أبنائهم على الشفاء من الإدمان. ترجمة زكريا عبد العزيز حليم و سعاد موسى، ط1، القاهرة: الدار الدولية للنشر والتوزيع.
- بلميهوبي، كلثوم. (2014). تقييم فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية. الجزائر: المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية.
- بورنان، سامية؛ سماعيل، ياسين؛ وقشوش، صابر. (2017). الأطر النظرية المفسرة لمشكلة الإدمان على المخدرات. دراسات حول مشكلة تعاطي المخدرات، الكتاب الرابع والعشرون، الجزائر: جامعة المسيلة.
- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي. ترجمة بريك، وسام درويش؛ وداود، فوزي شاکر، ط1، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- جابر، جابر عبد الحميد؛ وكفافي، علاء الدين. (1993). معجم علم النفس والطب النفسي، ج6. القاهرة: دار النهضة العربية.
- جابر، جابر عبد الحميد؛ وكفافي، علاء الدين. (1995). معجم علم النفس والطب النفسي، ج7. القاهرة: دار النهضة العربية.
- الجوهري، محمد محمود؛ السمري، عدلي؛ لطفي، طلعت؛ عبد الحميد، آمال؛ عبد الفتاح، عايدة. (2010). علم اجتماع الجريمة والانحراف. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- حجازي، أحمد مجدي محمد. (1994). المخدرات والواقع المصري المعاصر. القاهرة: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- الحسن، إحسان محمد. (2008). علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع. ط1، عمان، الأردن: دار النشر والتوزيع.
- حسيب، عبد المنعم عبد الله. (2006). مقدمة في الصحة النفسية. ط1، الإسكندرية، مصر: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- حسين، عوني عدنان. (2001). سلبيات المخدرات، دور البحث العلمي في الوقاية من المخدرات. ط1، الرياض: أكاديمية نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الخالدي، أديب محمد. (2006). علم النفس الإكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج. ط2، عمان، الأردن: دار وائل للنشر.
- خطار، فضيلة. (2014). تعاطي المخدرات في الجزائر. مجلة الوقاية والمكافحة، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، العدد (00)، الجزائر العاصمة.
- دردوس، مكي. (2009). الموجز في علم الإجرام. ط2، بن عكنون، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- درويش، زين العابدين. (2005). علم النفس الاجتماعي أسسه وتطبيقاته. القاهرة: دار الفكر العربي.

- دعبس، محمد يسرى إبراهيم. (1994). *الإدمان بين التجريم والمرض*. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية.
- الدمرداش، عادل. (1978). *الإدمان مظاهره وعلاجه*. سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت: عالم المعرفة.
- رجب، زين العابدين محمد علي. (2004). *الخدمة الاجتماعية والمخدرات ثلاثية المواجهة*، القاهرة: مكتبة النهضة العربية.
- رضوان، سامر جميل. (2002). *الصحة النفسية*. ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- رضوان، فوقية حسن. (2006). *الإعاقة الصحية*. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- الريماوي، محمد عودة. (2004). *علم النفس العام*. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- الريماوي، محمد عودة. (2008). *علم النفس النمو الطفولة والمراهقة*. ط2، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- زاهد، رانية عبد العزيز محمد. (2009). *علاقة النمو النفس اجتماعي (فاعليات الأنا) والأخلاقي بأنماط السلوك الجانح*. دراسة مقارنة لعينة من الجانحات وغير الجانحات، بمدينة مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة، السعودية.
- زبدي، ناصر الدين. (2011). *دراسة تحليلية لعوامل الإدمان في الوسط المدرسي*. المرشد. مجلة علمية نفسية تربوية، العدد الأول، مخر القياس والإرشاد النفسي، جامعة الجزائر2.
- الزعبي، أحمد محمد. (2008). *أسس علم النفس الجنائي*. عمان، الأردن: دار زهران للنشر والتوزيع.
- الزغول، عماد عبد الرحيم. (2012). *مبادئ علم النفس التربوي*. ط2، الأردن: دار الكتاب الجامعي.
- زهران، حامد عبد السلام. (1986). *علم نفس النمو الطفولة والمراهقة*. القاهرة: دار المعارف.
- الزهراني، نجمة بنت عبد محمد. (2005). *النمو النفس- اجتماعي وفق نظرية إريكسون وعلاقته بالتوافق والتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف*. مذكرة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة أم القرى، السعودية.
- ساندرسون، كاترين أ. (2019). *علم النفس الصحة*. ترجمة عيسى، مراد علي؛ وشواش، تيسير الياس، ط1، عمان، الأردن: دار الفكر.
- سرحان، وليد. (2007). *أحاديث في السلوك الإنساني، العلوم النفسية*، (العدد 10).
- السعد، صالح. (1997). *المخدرات أضرارها وأسباب انتشارها*، سلسلة المخدرات. عمان، الأردن: دائرة المكتبة الوطنية، مطابع الأرز.
- سويف، مصطفى. (1996). *المخدرات والمجتمع- نظرة تكاملية*. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

- سيدبي، جمال رجب. (2009). الأثار الاجتماعية والاقتصادية لإدمان وتعاطي المخدرات. الندوة العلمية (المخدرات والأمن الاجتماعي)، السويس، جمهورية مصر العربية: مركز الدراسات والبحوث.
- سيرفون، دانيال؛ ورفين، لورانس أ. (2017). علم نفس الشخصية. ترجمة ضمرة، جلال كايد، ط1، عمان، الأردن: دار الفكر.
- سيلامي، نوربير. (2001). المعجم الموسوعي في علم النفس. الجزء الأول، ترجمة وجيه أسعد، دمشق، سورية: منشورات وزارة الثقافة.
- الشاذلي، فتوح عبد الله. (2009). أساسيات علم الإجرام والعقاب. بيروت، لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.
- شحاتة، عبد المنعم. (2006). علم النفس الاجتماعي التطبيقي. ط1، مصر: ايتراك للنشر والتوزيع.
- شحاتة، محمد. (2013). علم نفس الشخصية، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- شريم، رعدة. (2009). سيكولوجية المراهقة. ط1، عمان، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- صابر، فاطمة عوض؛ خفاجة، ميرفت علي. (2002). أسس ومبادئ البحث العلمي، ط1، مصر: مكتبة ومطبعة الإشعاع الفنية.
- صادق، عادل. (2005). الإدمان له علاج. الإسكندرية: مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
- صعب، محمد مرعي. (2007). جرائم المخدرات. بيروت- لبنان: مكتبة زين الحقوقية والأدبية.
- الطفيلي، امتثال زين الدين. (2004). علم النفس النمو من الطفولة إلى الشيخوخة. دراسة تحليلية للسلوك والمعاش الإنساني، بيروت: دار المنهل اللبناني للطباعة والنشر.
- العاسمي، رياض نايل. (2016). علم الأمراض النفسية، ط1، عمان: دار الإعمار العلمي للنشر والتوزيع.
- عبد الحليم، أنوار حافظ. (2008). مشاكل البطالة والإدمان. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.
- عبد الحميد، صفاء سعيد. (2011). إريك إريكسون ونظريته النمو النفس اجتماعي،
http://www.new_educ.com/%D8%B1%D9%83-%D8%A5%B1%D9
 تاريخ الدخول: 21 جوان 2019 على الساعة 11:00.
- عبد الرحمان، محمد السيد. (1998). نظريات الشخصية، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
- عبد الرحمن، أبو السريع أحمد. (2010). استخدام الانترنت في تعاطي المخدرات الرقمية. وزارة الداخلية قطاع الشؤون الفنية، الإدارة العامة للمعلومات والتوثيق.
- عبد الرحمن، محمد السيد. (2001). نظريات النمو- علم نفس النمو المتقدم. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- عبد اللطيف، رشاد أحمد. (1999). الجوانب الاجتماعية للسياسة الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات. الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث.

- عبد الله، مجدى أحمد محمد. (1996). علم النفس المرضي دراسة في الشخصية بين السواء والاضطراب. الازاربطة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد الله، مجدى أحمد محمد. (2009). السلوك الإجرامي ودينامياته بين النظرية والتطبيق. الازاربطة: دار المعرفة الجامعية.
- عبد المنعم، عفاف محمد. (1999). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الازاربطة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- عبد المنعم، عفاف محمد. (2003). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الازاربطة، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- عبد المنعم، عفاف محمد. (2008). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الازاربطة: دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع.
- عبد الوهاب، خالد محمود. (2017). الإدمان وعلاجه رؤية نظرية ودراسات ميدانية، ط1، الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر
- عرموش، هاني. (1993). المخدرات إمبراطورية الشيطان، بيروت: دار النفائس.
- العريني، عبد العزيز عبد الله. (2008). دور المدارس الثانوية في منطقة الرياض في نشر الوعي للحد من تعاطي المخدرات، دور المؤسسات التربوية في الحد من تعاطي المخدرات، الرياض: ردمك.
- العزة، سعيد حسني. (2004). تمييز الصحة النفسية. ط1، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.
- عقبات، أحمد مطهر. (2008). طرق إنتاج برامج التوعية الإعلامية للوقاية من أضرار المخدرات. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- علي، محمود السيد. (2012). المخدرات تأثيراتها وطرق التخلص الآمن منها. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- عمر، أحمد مختار. (2008)، معجم اللغة العربية المعاصرة. ط1. القاهرة، مصر: عالم الكتاب.
- العمر، معن خليل. (2010). الآثار الاجتماعية لتعاطي الشباب للمخدرات في المجتمع العربي، <http://hdl.hondle.net/201012345678956066//21/06> تاريخ 09 جوان 2015 الساعة 11:05.
- العمري، علي بن سعيد. (2008). نمو فاعليات الأنا وقدرتها التنبؤية بنمو التفكير الأخلاقي. لدى عينة من الذكور والاناث من سن المراهقة حتى الرشد، بمدينة أبها بمنطقة عسير. أطروحة دكتوراه غير منشورة. كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- عوض، عباس محمود. (1999). المدخل إلى علم نفس النمو الطفولة - المراهقة - الشيخوخة. الازاربطة: دار المعرفة الجامعية.

- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (1999). علم نفس الشواذ والصحة النفسية. ط1، بيروت، لبنان: دار الراتب الجامعية.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد. (2001). الجديد في الصحة النفسية. الإسكندرية: منشأة المعارف بالإسكندرية.
- العيسوي، عبد الرحمن. (2005). نظريات الشخصية. الأزاريطة: دار المعرفة الجامعية.
- الغامدي، حسين عبد الفتاح. (2000). تشكيل هوية الأنا لدى الأحداث الجانحين. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، المجلة 15 (العدد 30)، جامعة نايف.
- الغامدي، حسين عبد الفتاح. (2010). مقياس النمو النفس اجتماعي، مقياس لتقييم طبيعة حل أزمات النمو وفق نظرية إريكسون. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- الغامدي، حسين عبد الفتاح. (2012). النمو النفس اجتماعي للأنا من وجهة نظر إريكسون وعلاقته بإدمان المخدرات. دراسة مقارنة لعينة من المدمنين والأسوياء بمدينة جدة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 22، (العدد 74)، الجمعية المصرية للدراسات النفسية.
- الغامدي، حسين عبد الفتاح. اثر البناء النفسي للأنا من وجهة النظر التحليلي المعاصرة (إريك إيركسون) علي تعاطي المخدرات، نموذج تحليلي لدينامكية تعاطي وإدمان المخدرات، جامعة أم القرى مكة المكرمة. بدون تاريخ. <http://hdl.hondle.net/201012345678956061//21/06> تاريخ الدخول: 05 مارس 2018 على الساعة 18:40.
- غانم، محمد حسن. (2006). الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية. مصر: مكتبة الانجلو المصرية.
- غباري، محمد سلامة. (2007). الإدمان خطر يهدد الأمن الاجتماعي. ط1، الإسكندرية: دار الوفاء لندنيا الطباعة والنشر.
- غباري، ثائر أحمد؛ وأبو شعرة، خالد محمد. (2015). سيكولوجيا النمو الإنساني بين الطفولة والمراهقة. ط1، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع.
- غزال، عبد الفتاح علي. (2010). سيكولوجيا النمو. الإسكندرية: جامعة الإسكندرية.
- الغول، حسين علي. (2011). الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن. ط1، القاهرة: دار الفكر العربي.
- فايد، حسين علي. (2005). المشكلات النفسية الاجتماعية رؤية تفسيرية. ط1، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.
- فتحي، عيد محمد. (1988). جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن. ج2، الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض.

- فضة، وفاء؛ قزاقزة، يوسف؛ والعجلوني، كامل. (2002). *التمريض النفسي*. ط1، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- قازان، عبد الله محمد عبد النبي أحمد. (2005). *إدمان المخدرات والتفكك الأسري* - دراسة سوسولوجية. عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- القحطاني، محمد بن راشد. (2001-2002). *الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لمتعاطي المخدرات في المجتمع السعودي*، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة تونس.
- قمر، عصام توفيق. (2008). *برنامج وقائي مقترح لتعديل اتجاه الطلاب المعرضين لخطر تعاطي المخدرات*. دراسة مقدمة إلى الملتقى الدولي الأول - الأدمان على المخدرات - نحو تصور جديد للتكفل بفئة المدمنين على المخدرات، جامعة محمد بوضياف المسيلة.
- كابن، لوي. ج. (1998). *المراهقة وداعا أيتها الطفولة*. ترجمة رمو، أحمد، دمشق: منشورات وزارة الثقافة.
- كاس، ف. إ؛ أولدام، ج. م؛ بارداس، ش. (2009). *في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي*. ترجمة رضوان، سامر جميل، ط1، غزة، فلسطين: دار الكتاب الجامعي.
- كامل، عبد الوهاب محمد. (1994). *علم النفس الفسيولوجي* (مقدمة في الأسس السيكوفيسيولوجية والنيورولوجية للسلوك الإنساني). ط1، الإسكندرية: مكتبة النهضة المصرية.
- كرينج، أنا م؛ جونسون، شيري ل؛ ديفيسون، جيرالد؛ نيل، جون. (2017). *علم النفس المرضي* (استنادا على الدليل التشخيصي الخامس). ترجمة الحويلة، أمثال هادي؛ عياد، فاطمة سلامة؛ شويخ، هناء؛ الرشيد، ملك جاسم؛ الحمدان، نادية عبد الله، القاهرة، مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- ماروك، نصر الدين. (2010). *جريمة المخدرات في ضوء القانون والاتفاقيات الدولية*. الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع.
- مبارك، زين العابدين. (1986). *الحشيش*. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية بالرياض.
- متولي، فؤاد بسيوني. (2000). *التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات*. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
- محمد بن عبده محمد آل جابر (2010) *النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته ببعض المشكلات السلوكية لدى عينة من المشكلين والعادين من طلاب المرحلة الثانوية في محافظة محايل التعليمية*. مذكرة ماجستير غير منشورة. كلية التربية، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
- محمد جمال مظلوم (2012). *الاتجار بالمخدرات*. ط1، الرياض: مركز الدراسات والبحوث جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

- محمد، جمال محمد شاكر. (2005). *التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام (SPSS)*. ط1، الاسكندرية: الدار الجامعية.
- محمد، خليفي. (2011). أزمة الهوية عند المراهق المدمن على المخدرات. دراسة إكلينيكية لحالتين. مجلة *التنمية البشرية*، تاريخ النشر (2011/02/15)، 112-138.
- محيسن، عون عوض. (2012). *سيكولوجيا تعاطي المخدرات وإدمانها لدى الفتاة الجامعية (دراسة حالة)*، غزة: جامعة الأقصى.
- مريم، سليم. (2002). *علم نفس النمو*. بيروت: دار النهضة العربية.
- مسافر، علي عبد الله علي. (2007). *منع الارتداد للسلوكيات الإدمانية بعد الإقلاع عنها*. ط1، القاهرة: دار الحساب للنشر والتوزيع.
- المشرف، عبد الإله بن عبد الله؛ والجوادي، رياض بن علي. (2011). *المخدرات والمؤثرات العقلية أسباب التعاطي وأساليب المواجهة*. ط1، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.
- مصباح، عبد الهادي. (2004). *الإدمان*. ط1، القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- معوض، خليل ميخائيل. (1981). *دراسة مقارنة في مشكلات المراهقين في المدن والريف (السلطة والطموح)*، دار المعارف: القاهرة، مصر.
- المغربي، سعد. (1986). *سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته*. الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- المليجي، عبد المنعم؛ المليجي، حلمي. (2006). *النمو النفسي*، ط9، بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
- موسى، فاروق عبد الفتاح. (2004). *النمو النفسي في الطفولة والمراهقة*. ط2، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.
- ميزاب، ناصر. (2005). *مدخل إلى سيكولوجية الجنوح*. ط1، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- همشري، عمر أحمد. (2003). *التنشئة الاجتماعية للطفل*. ط1، عمان، الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الهوارنة معمر نواف. (2018). *الإنسان وصحته النفسية*، ط1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع: عمان - الأردن.
- الهوارنة، معمر نواف. (2018). *الإدمان والجريمة بين الوقاية والعلاج*، ط1، دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع: عمان - الأردن.
- يوميرانتز، أندرو م. (2018). *علم النفس الإكلينيكي*. العلوم والممارسة والثقافة. ترجمة شواش، تيسير الياس؛ وهاشم، أحمد إسماعيل ، ط1، عمان، الأردن: دار الفكر.

المراجع باللغة الأجنبية:

- Bhatia, M. S.(2009). Dictionary of Psychology and Allied Sciences. , New Delhi: New Age International (P) Ltd Publishers.
- Bushman, B.J. (1997). Effects of alcohol on human aggression: Validity of proposed explanations. Recent developments in alcoholism
- Coutier, Richard, & Drapeau, Sylvie. (2008). Psychologie de l'adolescence. 3emeédition, Canada: Gaetan morin éditeur.
- Eedards, Griffith, & Arif, Awni. (1982). Les problèmes de la drogue dans leur contexte socio-culturel (Contribution à l'élaboration de politiques et de programmes). GENEVE: Organisation Mondiale de la santé geneve.
- Erikson, E. H. (1963). Childhood and society (2nd ed.). New York: Norton
- Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and Crisis. New York: Norton
- Jayle, Didoi, & Lamoureux, Philippe. (2007). Drogues et dépendance.
- Markstrom, C. A., Sabino, V. M., Turner, B., & Berman, B. C. (1997). The Psychosocial Inventory of Ego Strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. Journal of Youth and Adolescence, 26(6), 705–732.
- Miller, P. H.(2011). Theories of Developmental Psychology (5th ed.). New York: Worth Publishers.
- Norback J. (1980). The alcohol and drug abuse year book directory, new yourk: vannorstrad.
- Papalia, Diane. E et All. (2010). Psychologie du développement de l'enfant. 7emédition, Canada .
- Shaffer, D. R., & Kipp, K. (2014). Developmental Psychology: Childhood and Adolescence (9th ed.).Belmont, CA: Wadsworth.
- Stolerman, I.P. & Price, L.H. (eds.). (2015). Encyclopedia of Psychopharmacology(2nd ed.). Berlin Heidelberg :Springer-Verlag.
- Vaccarino Franco, Ph.D (Septembre 2007). Toxicomanie au Canada (Pleins feux sur les jeunes). Canada: Centre Canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies CCLAT-CCSA.
- World Drug Report. (2012). united nations office on drugs and crime, new York.
- World Drug Report. (2014). united nations office on drugs and crime, new York.
- World Drug Report. (2017). united nations office on drugs and crime, new York.
- World Health Organization. (1988). A dictionary of Substance use terms, geneva, memographed.

الملاحق

ملحق 01

جامعة محمد بوضياف المسيلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم علم النفس

البيانات الشخصية

ولأغراض البحث العلمي نرجو تحديد الإجابة التي تتفق معك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك.

- 1- السن : - من 14 إلى 16
- من 16 إلى 18
- من 18 إلى 25
- من 25 إلى 35
- 2- المستوى التعليمي:- ابتدائي
- متوسط
- ثانوي
- جامعي
- 3- المهنة: - موظف
- سة - أعمال حرة
- بطال
- 4- أوقات التعاطي:- كل يوم
- مرة واحدة في الأسبوع
- مرة واحدة في الشهر
- في المناسبات فقط
- 5- مدة التعاطي: - من شهر إلى 6 أشهر
- من 6 أشهر إلى سنة
- أكثر من سنة

المهنة :

مدة التعاطي :

نوع المادة المتعاطاة :

فيما يلي مجموعة من الفقرات حول النمو النفس اجتماعي للفرد ولأغراض البحث العلمي نرجو تحديد الإجابة التي تتفق معك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسبك.

ملاحظة:

- لا تضع أكثر من إشارة واحدة أمام كل فقرة.
- يرجى الإجابة على جميع الفقرات دون ترك فقرة بدون إجابة.
- أجب بصراحة لأن هذا يخدم البحث العلمي.

شكرا

ملحق 02.

مقياس النمو النفس - اجتماعي

مقاييس حل أزمات النمو وفق نظرية أريكسون

فيما يلي (112) عبارة يستخدمها الناس في بعض المواقف لوصف أنفسهم. أمل قراءة كل عبارة

منها وتحديد مدى انطباقها عليك، ثم وضع علامة (X) في المكان المحدد وفقا للمعيار التالي:

تنطبق تماما	تعني أن العبارة تنطبق عليك دائم وفي جميع الظروف والمواقف. (100 % تقريبا).
تنطبق غالبا	تعني أن العبارة تنطبق عليك بدرجة كبيرة وفي غالبية المواقف. (فوق 75%).
تنطبق أحيانا	تعني أن العبارة تنطبق عليك بدرجة متوسطة. (بين 25% و 75% من المواقف).
تنطبق نادرا	تعني أن العبارة لا تنطبق عليك في الغالب أو أنها تنطبق بدرجة نادرة فقط. (أقل من 25 % من المواقف).
لا تنطبق نادرا	لا تنطبق عليك أبدا (0 %)

الرقم	العبارة	تنطبق تماما	تنطبق غالبا	تنطبق أحيانا	تنطبق نادرا	لا تنطبق نادرا
1	هادئ وسهل الطباع ولا أميل إلى التوتر.					
2	لا أحب المغادرة، وأفضل القيام بما جربه الآخرون واثبت نجاحا					
3	توصلت إلى تحديد اتجاهاتي التي اعتقد أنها تناسبني حول القضايا المهمة في حياتي مثل المهنة والعائلة والسياسة... الخ.					
4	اشعر بالضجر والملل.					
5	اشعر بالكفاية والاستقلالية. أو كما يقال (أقف على قدمي)					
6	لا أستطيع التركيز، ويمكن تشتيتي بسهولة.					
7	عطوف ومتفهم للآخرين.					
8	أعتقد أن فرص الحياة الجيدة فاتتني.					
9	الأشياء الجميلة لا تدوم.					
10	لا أكتفي بمحققتي، وأبادر دوما لتحقيق مشاريع جديدة.					
11	ليست متأكدا من صحة قناعاتي الأساسية في الحياة.					
12	أحب الاهتمام بالآخرين والأشياء.					
13	أميل إلى الخجل ويمكن إرباكي بسهولة.					
14	لدي رغبة قوية في التعلم وتنمية مهاراتي.					
15	لا أحب الأعمال المشتركة، وأفضل إنجاز ما أكلف به بمفردي					
16	أؤمن بأن احترام كرامة الإنسان حق لجميع الناس.					
17	بصفة عامة، أميل إلى الثقة في الآخرين.					
18	يصعب علي المبادرة بإنجاز أعمالتي، وأميل إلى التردد والتأجيل.					
19	لدي رؤية واضحة عما أريد من الحياة.					
20	الجيل الجديد فاشل.					
21	أقوم باتخاذ قراراتتي بنفسني.					
22	استسلم أمام المصاعب بسهولة.					
23	أشارك القريبين مني في أفكارتي ومشاعري الخاصة جدا.					
24	مُحَمَّل بمشاعر الندم نتيجة لأخطاء لم يعد بإمكانني إصلاحها.					
25	نعيش في عالم قاس وبارد لا يبعث على الشعور بالثقة والأمن					

26	أحرص على تحديد أهدافي وخططي قبل البدء في العمل.
27	في الحقيقة لدي الكثير من التناقضات.
28	انخرط في خدمة ورعاية الآخرين.
29	لا أستطيع أن أكون تلقائياً وعلى طبيعتي من غير تكأف.
30	اعمل بجد ومثابرة.
31	أميل إلى الاحتفاظ بمشاعري لنفسي ولا أعبر عنها لأحد.
32	أؤمن بأن الحياة وحدة متكاملة من أحداثها الحلوة والمررة.
33	متفائل، وأعيش على الأمل.
34	أميل كثيراً إلى تأجيل أو تجنب القيام بفعل ما يجب القيام به.
35	أدافع عما أعتقد، حتى لو اضطرني ذلك لمواجهة المصاعب.
36	لم أصل إلى المكان المناسب في هذه الحياة، ولم أحقق أي شيء
37	أنجز الأشياء بطريقتي حتى لو لم يوافق عليها الآخرون.
38	أشعر أنني أقل من الآخرين في معظم الجوانب.
39	يشاركني الآخريين من حولي معظم أفكارهم ومشاعرهم.
40	أتمنى لو أعيش حياتي بطريقة مختلفة عما هي الآن.
41	لا أثق في الآخرين فغالباً ما يخيبون أمني.
42	أبادر بإنجاز ما يجب إنجازه من أعمال دون تأجيل.
43	فجوة كبيرة بين من أنا في الواقع وما أرغب أن أكون عليه.
44	أنهمك في تحقيق إبداعات مميزة في الحياة.
45	عنيذ ومتصلب.
46	كفاء وقادر في عملي.
47	على ما يبدو لا يوجد من يفهمني.
48	راض عن حياتي فقد كانت كما يجب أن تكون .
49	الأشياء الجيدة تستحق الكفاح والانتظار.
50	قاس، وأعاني من تأنيب الضمير.
51	وجدت مكاني المناسب في هذا العالم.
52	اتسم بالذاتية، واهتم بتحقيق رغباتي أكثر من أي شيء آخر.
53	أتمتع بالاستقلالية وأستطيع فعل ما أرغب فعله.
54	اقتصر فقط على فعل ما هو ضروري أو ما يجب فعله.
55	أشعر بالسعادة في علاقاتي الحميمة.
56	أشعر بأنني فقدت أهميتي.
57	بصفة عامة لا أثق بالآخرين.
58	أحب تجريب واختبار الأشياء الجديدة.
59	ليست على ثقة مما سأفعله في حياتي.
60	لدي اهتمام عميق بقيادة وتوجيه الجيل الجديد.
61	أراقب نفسي بشدة، ولا أتصرف بتلقائية في الكثير من المواقف.
62	فخور بمهاراتي وقدراتي.
63	حقيقة لا أبدي تعاطفاً مع من حولي، وتنسم علاقتي بالبرودة.
64	أشعر بالرضا عن حياتي وأشعر أن لها معنى.
65	نبيل مع الآخرين.
66	أشعر بأنني مقيد ومكبل، وغير قادر على المبادرة بفعل شيء.
67	يراني الآخريين بالصورة الجميلة التي أرى نفسي عليها.
68	لا أشترك في الحياة بفاعلية.
69	لا أسيطر على أحد ولا يسيطر أحد علي.
70	أشعر بأن مستوى إنجازي غير جيد.

71	تقوم علاقتي القوية والحميمة على تبادل الأخذ والعطاء.
72	أشعر بأن الحياة سيئة ومثيرة للاشمئزاز.
73	الحياة تدفعني للتشاؤم وضعف الأمل.
74	طموح ومبادر لتحقيق ما أنشده من أهداف.
75	لم أجد مكاني المناسب في الحياة.
76	أقوم بمسؤولياتي وما عليا فعله للمساهمة في بناء عالم أفضل.
77	لدي شعور بالقلق والضغط، وعدم القدرة على أن أكون حرا وتلقائيا.
78	التزم بالعمل الذي أقوم به حتى أنجزه.
79	أتفادى أي التزامات نحو الآخرين.
80	أشعر بانتمائي إلى الإنسانية بماضيها وحاضرها ومستقبلها
81	أرى أنني محل ثقة، والآخرين فعلا يتقون بي.
82	أميل إلى السلبية، وعدم المغامرة.
83	لي شخصيتي المختلفة، وأقدر اختلافي وتفردتي.
84	أشعر بالركود والكسل وقلة النشاط.
85	أدير حياتي بنفسي، ولا أعتد على الآخرين في توجيهها.
86	أفتقد الطموح .
87	أشعر بأن الآخرين من حولي يفهمونني ويقدرّون مشاعري.
88	لا أمل في حل مشكلات العالم.
89	أشعر بأن الآخرين يستغلونني.
90	أنا شخص مغامر.
91	كل شيء غامض حولي، لا أعرف ماذا أريد والى أين اتجه.
92	أحاول أن أساهم في الحياة بشيء ذي قيمة.
93	أميل إلى التردد والشك.
94	حصلت على جوائز أو تقدير على إنجازي.
95	لدي الكثير من المعارف، ولكن لا يوجد صديق حقيقي.
96	لن أغير طريقة حياتي لو كان بإمكانني أن أعيشها مرة أخرى.
97	أثق في قدرتي على التحكم في نزعاتي وغرائزي.
98	لي شعور شديد بالذنب.
99	مقتنع بأن أكون كما أنا بقيمي وأهدافي التي حددتها لنفسي
100	أعيش حياة خمول بلا فاعلية حقيقية، كائن موجود فقط.
101	قادر على أن أكون نفسي من غير تصنع.
102	العمل مهم في حياتي، وأشعر بالضيق من غيره.
103	أقف إلى أجانِب أصدقائي عندما يحتاجونني.
104	وضع الجنس البشري يدعو إلى اليأس.
105	حذر دوما من غدر الآخرين.
106	المبادرة تساعدني على التقدم والنجاح.
107	أعمل على اكتشاف هويتي .
108	أجد دوما طرقا جديدة للإنجاز الذاتي والإنتاجية وتحقيق الذات.
109	يمكن السيطرة علي بسهولة.
110	مثابر وأنجز الكثير.
111	تقلقتني العلاقة الحميمة، وأشعر أنها مسؤولة لا تحتمل
112	أشعر بالرضي عن حياتي وعملي وإنجازاتي.

ملحق 04



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بوضياف - المسيلة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس -
الهاتف: 035353054

المسيلة في: 2018/02/21

إلى السيد المحترم:

تسهيل مهمة لإجراء الدراسة الميدانية

تحية عطرة وبعد:.....

في إطار انجاز دراسة ميدانية (اطروحة دكتوراه)

التخصص: علم النفس العيادي

نرجو من سيادتكم المحترمة تسهيل مهمة الطالب(ة) المذكور(ة) أدناه وتقديم المساعدة الممكنة

واللازمة لها.

عنوان الدراسة: النمو النفس اجتماعي للأنا وعلاقته بتعاطي المخدرات لدى عينة من المتعاطين وغير

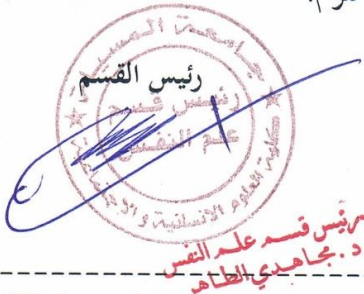
المتعاطين - دراسة ميدانية بمدينة المسيلة -

الأستاذ المشرف: أ د / اسماعيلي يامنة

إعداد الطالب(ة):

رقم التسجيل	اللقب والاسم	الرقم
D.PS/	غمراس عبد المالك	01

في الأخير لكم منا أسمى عبارات التقدير والاحترام.



Téléphone / Fax

(213) 035353054

قسم علم النفس . الهاتف / الفاكس

mail

univ28psy@yahoo.com

البريد الإلكتروني