

فريدة طابي
أستاذة مكلفة بالتدريس
قسم علم النفس وعلوم التربية والأطروفونيا
جامعة الجزائر

عوامل الخطر المهدّة لتعاطي المخدّرات

RISK FACTORS FOR DRUG USE

إذا كان تعاطي المخدرات مكلّف للفرد وللمجتمع على حد سواء، حيث تدمر هذه المواد رفاهة الفرد الجسمية، والنفسية والاجتماعية، كما أنها تشكّل خطرًا على اقتصاد البلد وأمنه، فإنّ علاج هذه الظاهرة المكلفة ماديًا ومعنوياً يهدّر ميزانيات كبيرة ويطلّب تدخل جهات كثيرة، لهذا كانت الوقاية أحسن سبييل للحدّ من هذه المشكلة وما ينجرّ عنها من مخاطر، وبعد النموذج المركّز على الخطّر من أحسن النماذج المعتمدة للوقاية في ميدان تعاطي المخدرات، حيث حددت وفق هذا النموذج مختلف عوامل الخطّر والتي إن توسّرت في الفرد، زاد احتمال أن يظهر ذلك الإضطراب، وهي تصنّف ضمن نوعين أساسين فبعضها مرتبط بخصائص الفرد وحيطه البين-شخصي عموماً، أيّ خصائص العائلة والمدرسة والأقران، وبعضاً الآخر مرتبط بالمجتمع ككلّ وخصائصه.

الكلمات المفتاح: تعاطي المخدرات، النموذج المركّز على الخطّر، تقليل الخطّر، عوامل الخطّر، عوامل الوقاية.

Abstract :

If drug use is costly to the individual and the society at the same time, due to the fact that drugs destroy the physical, psychological and social well being of the individual, it represents a danger to the economy and security of the country and the cure of this costly, aspect materially and psychologically drains out huge budgets, and implicates various interventions. For this, prevention is the best way to slow down this problem and all dangers that result from it. The risk focused approach is considered among the best method used in the domain of drug use prevention, and because this approach has determined the risk factors that, if this is present in the individual, it will increase the likeness it appears. And it is typified in two basic type some of them have a relation with the specificities of the individual and its interpersonal environment i.e. the specificities of the family, the school and siblings and others have a relation with the society as such and its specificity.

Key words : drug use, risk focused approach, risk reduction, risk factors, protective factors.

عوامل الخطر المهدّة لتعاطي المخدّرات

RISK FACTORS FOR DRUG USE

تعاطي المخدّرات من السلوكيات التي لقيت اهتمام العديد من الباحثين، فيعدّ من الظواهر التي أجريت حولها الدراسات الكثيرة. إذ حاولت كلّ دراسة إلقاء الضوء على زاوية من هذا الموضوع. فقد اهتمّ البعض بالتفسير فوضعت النظريات المتعلقة بذلك. هكذا نجد النظرية العضوية التي اهتمّت بالناحية الجسمية للمخدّرات فتقدّم شرحاً للتفاعل الحاصل بين المادة المخدّرة والعضوية، وبالأحرى الخلايا. فهي تعتبر الإدمان على المخدّرات ظاهرة خلوية، أيّ أنّ الخلايا تعودت على وجود العقار فتكيف السيتوبلازم الخلوي معه مما يتسبّب في اضطراب التوازن الخلوي الداخلي في حالة غياب العقار، وهذا تظهر أعراض الإمتناع (العفيفي، 1988، ص 63).

كما تقول هذه النظرية أنّ هناك نوعين من المستقبلات على غشاء جدار الخلية العصبية. يتعلّق النوع الأوّل بالمستقبلات الدوائية حيث يؤدّي تفاعಲها مع العقار إلى المفعول الدوائي، أمّا المستقبلات الأخرى فهي ساكنة وغير نشطة فلا تتفاعل مع العقاقير. ويؤدّي تناول الخمر أو العقاقير المستمر إلى تشيش المستقبلات الساكنة بحيث تحول إلى مستقبلات دوائية (الدمداش، دون تاريخ، ص 49).

ونجد النظرية الإجتماعية التي تنظر لتعاطي المخدّرات على أنه سلوك منحرف أيّ أنه عبارة عن تبني قيم وتغيّرات أو اخترافات في السلوك، والبيئة التي ينتشر فيها تعاطي المخدّرات ينتشر فيها جوّ من التسامح إزاء تعاطيها، أيّ أنّ القيم السائدة فيها لا تدين هذا السلوك ولا تعتبره عملاً مستهجنًا أخلاقياً (فتحي عيد، 1988، ص 210).

فالأطفال الذين يترعرعون في الأحياء المفكّكة في المدن، هم على احتكاك مباشر بعالم الجنوح، فبالنسبة إلى هؤلاء قد يكون دخولهم في هذا العالم وتبنيهم معاييره وقواعدة نتيجة طبيعية من نتائج التنشئة الإجتماعية التي أحضّعهم لها وسّطهم، وإن الأمر سيكون على خلاف ذلك كلّياً بالنسبة إلى من نشأ في جوّ أخلاقي شديد وصارم، إذ يجب عليه أن يقطع كلّ صلة مع هذا الجوّ حتى يصبح جانحاً (دندشلي، 1983، ص 204).

وتوجد في علم النفس العديد من النظريات، حيث تستند كلّ نظرية إلى تناول أو نمذج تقوم عليه. فالتحليل النفسي ينظر للإدمان على المخدرات على أنه نكوص إلى المرحلة الفمية، يحقق إشباع رغبة جنسية مرتبطة بالمنطقة الشبيهة الفمية (الدمداش، دون تاريخ، ص 43-42). ويتحول العقار إلى موضوع معزز يربط معه المدمن علاقات تأخذ تدريجياً مكان العلاقات الطبيعية في حياة الراشد. وهذا الإنسحاب النرجسي، والانقطاع عن المصادر العادلة للذرة قد يصل حداً عميقاً ويعوض حتى العلاقات الجنسية (نغرت "Negrete" 1981، ص 217).

وتنظر النظرية السلوكية لتعاطي المخدرات على أنه سلوك متعلم. فالشخص الذي يشعر بالقلق أو التوتر ويعاطى خمراً أو مخدراً يحسّ بالهدوء والسكينة. ويعتبر هذا الإحساس جزاءاً أو دعماً لتناول هذه المواد في المرات التالية. ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفييف آثار الإمتاع المزعجة (الدمداش، دون تاريخ، ص 46).

هكذا تعلم المدمن أنه كما تعاطى مخدراً ما كلّما حصل على الراحة والإسترخاء الذي هو بحاجة إليه (حمدي حجار، 1992، ص 52).

أما النظرية المعرفية فإنّها تتناول تعاطي المخدرات بشكل آخر، فإليس "Ellis" صاحب النظرية العقلية الإنفعالية يقول أنّ المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط أو ما أسماه بقلق الإنزعاج. وهو عبارة عن حالة نفسية تعتري المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع إدمانه بحيث يتّصف هذا القلق المزعج بتوقع المدمن للألم والإزعاج وعدم المسرّة والكدر في حالة عدم تناول العقار (حمدي حجار، 1992، ص 52).

أما ييك "Beck" فيرى أن هناك سيرورات معرفية خاصةً بسلوك تعاطي المخدرات فهناك أفكاراً ومعتقدات مضطربة تلعب دوراً ذا دلالة في استهلاك واستمرار تعاطي المخدرات (بلاط "Platt" ، وهزبند "Husband" ، و"Taube" ، و"توب" 1991). بعض المثيرات كالقلق والإكتئاب والضجر والغضب والإحباط والوحدة والتعب والجوع وأعراض الإمتاع، والصراعات مع الآخرين، وتوفّر المواد المخدرة المفضّلة (ليز "Liese" ، 1994). هذه المثيرات تنشّط المعتقدات المرتبطة بالمخدر. كأن يفكّر الفرد أنّ الحياة أجمل عندما يستعمل المخدرات، أو أنّ التدخين يجعله يبدو جذّاباً. كلّ هذه الأفكار تشمل التنبؤ بإثابة ويارتفاع الفعالية الاجتماعية بعد استعمال

المخدر، وتوقع تخفيف وتسكين الحالات الجسمية والإفعالات غير المرغوبة (ليز "Liese" & فرانز "Franz" ، قيد النشر).

واهتم متخصصون آخرون في علم النفس والطب النفسي بالأسباب والعوامل النفسية المؤدية إلى تعاطي المخدرات فدرسوا مثلاً علاقة الإكتئاب بتعاطي المخدرات (شيلز "Chiles" ، وميرل "Miller" ، وكوكس "Cox" ، 1980 ، وايس "Weiss" ، غريفين "Griffin" ، وميران "Miran" ، 1992 ، وهنري "Henry" وجماعته ، 1993) ، وعلاقة اليأس بهذا السلوك (كيرك باتريك- سميث "Kirkpatrick-smith" وآخرون 1992 ، جانسن "Janssen" ، 1994 ، كينغسبوري "Kingsbury" ، 1994) . وعلاقة المفهوم الذات به (ألغان "Algan" ، 1980 ، هونغ- أونغ "Hong-Ong" ، 1991) . أو علاقة استراتيجيات التعامل مع الضغط وتعاطي المخدرات (براناكي "Baranackie" ، وكريتس- كريستوف "Crits-Christtoph" ، وكورسياس "Kurcias" ، 1992 ، كندل "Kandel" ، 1988 ، ليفنسن "Lewinsohn" ، و"غوتليب" "Gotlib" ، و"سيلي" "Seely" ، 1999 ، قيد النشر) . أو علاقة هذه التغيرات المجتمعية وتعاطي المخدرات (فريدة طايسى ، 1999 ، مسيلي وطايسى ، 2000) .

تبين الأبحاث والدراسات المختلفة أن المخدرات تدمر صحة متعاطيها، فيتغير الإدمان على المخدرات أحد أهم أسباب سرطان الرئة، وأمراض القلب، وهو سبب رئيسي للإصابة بمرض الأيدز، وسبب رئيسي للجرائم العنيفة، وإساءة معاملة الأطفال، وإهمالهم، وللبطالة (هاوكنس "Hawkins" ، وكتلانو "Catalano" ، & ميرل "Miller" ، 1992).

المخدرات وراء مشاكل لا تنتهي في الأسرة وفي العمل، فتتسبّب في الشحارات داخل الأسرة، وكثيراً ما تؤدي إلى الطلاق، كما أنها تؤثّر تأثراً بالغاً على الأبناء الذين يفقدون الحبّ والأمان في بيتهم بسبب تعاطي الوالد لها. وكثيراً ما تكون المخدرات سبباً في غياب الشخص عن عمله، وعدم قدرته على إنجازه، مما يؤدي إلى فصله منه.

إنّ المشاكل المرتبطة بالإدمان على الكحول والمخدرات الأخرى تؤدي إلى انخفاض الإنتاجية، وإلى فقدان الحياة، وتحطيم الأسر، كما تضعف الرباط الذي يبني المجتمع متماسكاً (هاوكنس "Hawkins" ، وكتلانو "Catalano" ، & ميرل "Miller" ، 1992).

المخدرات خطير على الصحة الجسمية والنفسية والاجتماعية، وهي كذلك خطير على إقتصاد البلد، فترويج المخدرات وإدماها عبث بقدرات الأمم ومدخرات الشعوب، وإهار للثروات القومية والموارد الأساسية وعرقلة لمسيرة الرخاء والتنمية وسبل للأزمات الاقتصادية والضائقات المالية التي تمر بها معظم الدول.

إتها آفة تلتهم اقتصاديات الأمم وتزرع الأمان القومي والإستقرار الأسري، فمتعاطي المخدرات لا يتأثر وحده بانخفاض إنتاجه في العمل، ولكن المجتمع ينخفض إنتاجه بدوره في حالة تعاطي المخدرات (أحمد اسماعيل عبد الكريم، 1996).

ولو أردنا أن نحسب المبالغ التي تنفق في سبيل تصنيع المسكرات أو ترويج المخدرات وبيعها، والتي تصرف في سبيل معالجة ما تسبّه من أصناف المصائب والكوارث والأمراض المتنشرة بسبّها، لأيقناً أننا نضيّع الأموال الضخمة من ثرواتنا القومية.

فإن كانت آثار المخدرات بهذا الشكل، فكيف يمكن معالجة كل ذلك؟ من هنا نفهم أنَّ العلاج من الإدمان على المخدرات مكلّف جدًا وصعب في نفس الوقت، ومن هنا نفهم أنَّ الوقاية خير من العلاج، خاصة وأنَّ دراسات عديدة أجريت حول هذه العلاجات وبيّنت أنَّ استمرار الإمتناع عن التعاطي أمر صعب جدًا، خصوصاً وأنَّ تعاطي المخدرات تعزّزه معايير وسلوكيات أفراد العائلة، وأعضاء الوسط الذي يعيش فيه الفرد.

ونتيجة للأبحاث والدراسات السابقة وضعت العلاجات النفسية لتعاطي المخدرات ودرست فعالية هذه العلاجات وكذلك برامج تقليل التورّط involvement في تعاطي المخدرات (هرمون "Harmon" ، 1993).

إلا أنَّ باحثين آخرين بثّروا نموذجاً آخر عند دراستهم لموضوع تعاطي المخدرات، وهو النموذج المعتمد في الدراسات الإبدميولوجية عن الأمراض كأمراض القلب والشرايين ومرض السرطان، وهو ما يسمى بالنموذج المركّز على الخطير Risk Focused Approach.

ويدخل نموذج الخطير في علم الوقاية الذي يركّز على تقليل الخطير Risk Reduction كإستراتيجية وقاية، فقد قدم البحث في الصحة العمومية نموذجاً للوقاية والذي يبحث في تقليل Reduce عوامل الخطير لمرض ما ويرفع Promote السياقات التي تحمي من الخطير أو تعمل ضده.

ونموذج الخطر انطلق أول ما انطلق مع باحثين اهتموا بأمراض القلب والشريان فقاموا بدراسات طويلة لتحديد عوامل الخطر لمرض القلب، فوجدوا أن التدخين والحمية diet والضغط وعدم ممارسة الرياضة وتاريخ الأسرة عن مرض القلب والشريان كلها تساهم في وجود خطر للإصابة بمرض القلب والشريان (هاوكنس "Hawkins" ، و أرتور "Arthur" ، & كاتلانو "Catalano" 1995).

إذن تعرف المتغيرات التي تحدث قبل تعاطي المخدرات أو تسبق تعاطي المخدرات بأنها عوامل خطر، هذه الأخيرة تحدث قبل تعاطي المخدرات وترتبط إحصائياً بارتفاع احتمال تعاطي المخدرات.

ويبحث النموذج المركّز على الخطر في الوقاية من الإدمان على المخدرات باقصاء المتغيرات التي تسبقه أو بتقليلها أو بتحفيتها (هاوكنس "Hawkins" ، و كاتلانو "Catalano" ، & ميلر "Miller" 1992).

وتعرف عوامل الخطر على أنها خصائص الفرد أو محیطه التي إن حضرت تزيد من احتمال أن يطور ذلك الفرد المرض أو الإضطراب. ولنقول عن متغير ما إنه عامل خطر فلا بد أن يقع قبل بداية الإضطراب وأن يرتبط بارتفاع احتمال الإضطراب (هاوكنس "Hawkins" ، و أرتور "Arthur" ، & كاتلانو "Catalano" 1995).

وقد حددت عوامل الخطر لتعاطي المخدرات على مستوى الفرد وعلى مستوى محیطه الذي يتتطور فيه. عوامل الخطر هذه تنبئ بالإستعمال المستمر للمخدرات في المراهقة وبداية الرشد early adulthood أو باضطراب وظيفة الفرد dysfunction نتيجة تعاطي المخدرات أو بكليهما (هاوكنس "Hawkins" ، و أرتور "Arthur" ، & كاتلانو "Catalano" 1995).

فتعد العوامل السوسيو-ديمغرافية، والشخصية، والعوامل بين- الفردية interpersonal، والعوامل الحفيظية وكذلك ميّزات أخرى تعدّ عوامل خطر مهمّة لتعاطي المخدرات والإدمان عليها.

وقد حدد نيوكومب "Newcomb" ومداحين "Maddahian" وبنتلر "Bentler" (1986) عشر عوامل خطر تشكّل ملخص الأبحاث المختلفة وهي تمثل فيما يلي :

1. انخفاض متوسّط مستوى التعليم low grad point average.
2. نقص التدين lack of religiosity

3. النفس المرضية psychopathology
4. الإلخاراف deviance
5. البحث عن الأحساس sensation seeking
6. استعمال مبكر للكحول early alcohol use
7. تقدير ذات منخفض low self-esteem
8. علاقات فقيرة مع الوالدين poor relationships with parents
9. إدراك استعمال الأقران للمخدرات perceived peer drug use
10. إدراك استعمال الراشدين للمخدرات perceived adult drug use (عن كلمنت " Climent " & بلتشيك " Plutchik "، 1989).

وتقسم عوامل الخطر إلى مميزات الفرد، ومميزات الأسرة، وإلى عوامل مدرسية، وعوامل مرتبطة بالأقران، وبداية مبكرة لاستعمال المخدرات، بالإضافة إلى عوامل محيطية. وبشكل أدق، يمكننا تقسيم عوامل الخطر إلى فتدين رئيسين. الفتنة الأولى تشمل عوامل اجتماعية وثقافية وهي متعلقة بالمعايير والقوانين الخاصة بسلوك تعاطي المخدرات. أمّا الفتنة الثانية فإنّها تشمل عوامل متعلقة بالفرد ومحيطة بين -الفردي، وبالطبع المحيط بين - الفردي للطفل هو العائلة والمدرسة وجموعة الأقران.

أولاً: عوامل متعلقة بالفرد.

1. مميزات الفرد:

وهي متعلقة بالشخص نفسه، حيث أكدت الدراسات أنّ وجود مستوى عال لنشاط السلوك high behavior activity level (تارتر " Tarter "، وآخرون، 1990)، والنفس مرضية psychopathology (وايس " Weiss "، 1992)، والبحث عن الأحساس sensation seeking (كلونينجر " Cloninger "، وسيغفريدسون " Sigvardson "، بوهمان " Bohman "، 1988؛ كليتون " Clayton "، 1993)، كلّها عوامل تنبئ بتعاطي مبكر للمخدرات أو بالإدمان عليها.

كما وجدت الدراسات أنّ النشاط المفرط hyperactivity واضطراب الانتباه attention deficit disorder في الطفولة تنبئ بالإدمان على المخدرات في المراهقة خصوصاً إذا ما ارتبطت بالسلوكيات العدوانية أو بإضطراب السلوك (جيتمان " Gittelman "، و منوزا " Mannuza "، و بوناغورا " Bonagura "، 1985).

فيفترض أنَّ هذه الممَيزات تؤثِّر على التفاعلات المتبادلة بين تطوير الفرد ومحبيه، ومن ثُمَّ تؤثِّر في تعلم أنماط من السلوكيات والعادات (تارتير "Tarter" ، 1988).

إنَّ وجود سلوكيات مشكَلة متعددة ومستمرة وجدية في الطفولة يزيد من احتمال استمرار السلوكيات المضادة اجتماعياً في الرشد (روبينس "Robins" ، 1978). فقد أثبتت الدراسة الطولية لـ لرنر "Lerner" وفِيكاري "Vicary" (1984) أنَّ الأطفال الذين يعانون من مزاج صعب مثل حالات مراجحة سلبية متكررة والإنسحابية وبطء التكيف للتغيير، هؤلاء الأطفال لديهم احتمال كبير ليصبحوا يتعاطون الكحول والسموم والمارخوانا بشكل نظامي مقارنة بالأطفال الذين أظهروا تكيفاً كبيراً وعواطف إيجابية في حيَّاتهم المبكرة.

وبالمثل فإنَّ السلوك العدوي عند الولد في سن مبكرة كسن الخامسة ينبيء باستعمال متكرر للمخدرات في المراهقة (كلان "Kellan" ، براون "Brown" ، 1982؛ بروك "Brook" وآخرون، 1990) وبمشاكل متعلقة بالمخدرات في سن الرشد (لويس "Lewis" ، روبينس "Robins" ، رايس "Rice" ، 1985).

بالإضافة إلى الممَيزات الفردية السابقة فقد أثبتت الدراسات أنَّ الإنحراف عن المبادئ السائدة في المجتمع (جيسور "Jessor" و جيسور "Jessor" ، 1977؛ بنينغ "Penning" وبارنس "Barnes" ، 1982)، والانخفاض التدريجي (جيسور "Jessor" ، "Brunswick" ، "Donovan" ، "Windner" ، 1980؛ "Block" ، 1982؛ "Titus" ، 1992)، والتمرد (بكمان "Bachman" ، "Messeri" ، "Kandel" ، 1981؛ "O' Malley" ، 1981؛ "Johnston" ، "Krohn" ، 1982؛ "Kessler" ، "Margulies" ، 1978؛ "Kroznick" ، 1982)، وكيسن "Keyes" ، 1988) كلُّها عوامل تنبئ باستعمال كبير للمخدرات. كما أنَّ الاتجاهات المؤيدة لتعاطي المخدرات تنبئ بذلك (كندل "Kandel" ، 1982، "Judd" ، 1982).

2. ممَيزات الأُسرة :

إنَّ للأُسرة تأثير كبير في سلوك تعاطي المخدرات وذلك بطرق مختلفة، ويقول الباحثون إنَّ بعض الأطفال في خطر الإدمان على المخدرات بسبب تاريخ عائلاتهم.

فيعدّ تاريخ الأسرة المتعلق بالإدمان على المخدرات عامل خطر لإدمان الإبن عليها (شوكيت "Schuckit 1987، تarter "Tarter" ، وميريكنفاس "Merikangas" ، ورونزفيل "Rounsville" ، وبروسف "Prusoff" ، 1992). وكلما زاد عدد أعضاء الأسرة الذين يستعملون المخدر كلما كان خطر استهلاك الطفل لاستعمال ذلك المخدر كبير (أحمد "Ahmed" وآخرون، 1984).

وإن تسامح الوالدين إزاء سلوك تعاطي المخدرات عامل خطر للإدمان عليهما وعلى الكحول (جونستن "Johnston" وآخرون، 1984؛ بارنس "Barnes" ووالت "Welte" 1986؛ بروك "Brook" وآخرون، 1986). في هذا الصدد دائمًا بين ماك درموت "Mc Dermott" (1984) أن الإتجاهات التساحية للوالدين نحو تعاطي المخدرات لها نفس الأهمية أو ربما أكثر من تعاطي الآباء لهذه المواد (هاوكنس "Hawkins" وآخرون، 1992).

كما أن تورّط الأبناء في سلوكيات استعمال الكحول والمخدرات للوالدين كالحصول على علبة سجائر أو على بيرا من أحد الوالدين يزيد من الإستهلاك المبكر لتعاطي المخدرات (أحمد "Ahmed" وآخرون، 1984).

ولما نتكلّم عن الأسرة فإننا لا نقصد فقط الوالدين لأنهما ليسا النموذج الأسري الوحيد فسلوك تعاطي المخدرات يرتبط بشدة باستعمال الأخ لها (بروك "Brook" وآخرون، 1988).

وإن كان ما سبق ذكره يتعلّق بسلوك تعاطي المخدرات في الأسرة، فإن طبيعة نشاط الأسرة وطبيعة العلاقات السائدة داخلها تلعب دوراً في تعاطي الإبن للمخدرات.

ففقير الممارسات الوالدية Poor Parenting Practices وجود مستوى عال من الصراع داخل الأسرة يزيد من خطر ظهور مشكلات صحية وسلوكية لدى المراهق بما فيها الإدمان على الكحول والمخدرات (بروك "Brook" وآخرون، 1990).

فالأطفال الذين يتعرّعون في عائلات ذات مستوى عال من الصراع هم في خطر للإنحراف (فرينتون "Farrington" وآخرون 1985، روتير "Rutter" وجيلر "Giller" 1983) ولاستعمال المخدرات (سيشا-فغان "Smicha-Fagan" 1983، جرستان "Gersten" ، & لنيور "Laugner" 1986).

وقد وجد روتير "Rutter" وجيلر "Giller" (1983) أنَّ الصراع بين الوالدين يرتبط بالسلوك المضاد اجتماعياً عند الأطفال حتى لو كان الوالدين معاً وبشكل معاكس في البيوت المخطمة بسبب الطلاق أو الانفصال واستمرار الصراع بين الوالدين، يرتبط باحتمال ظهور السلوك المضاد اجتماعياً عند الأطفال (هاوكنس "Hawkins" ، وأرتور "Arthur" ، & كاتلاني "Catalano" ، 1995).

كما يبيّن الدراسات أنَّ وجود الصراع بين أعضاء العائلة يبني بالإنحراف بشكل أكبر من بنية الأسرة (ماك كورد "McCord" ، و روتير "Rutter" ، & جيلر "Giller" ، 1983؛ فريغتون "Farrington" وآخرون، 1985).

وإنَّ نقص اندماج الأُمّ في نشاطات مع أطفالها، ونقص أو عدم تحانس النظام داخل البيت والخفاض الطموحات التربوية للأولىاء والمتعلقة بأولادهم يبني ببداية استعمال المخدرات.

وتؤكّد الدراسات أنَّ عوامل الخطر الأسرية تشمل الاندماج المتزايد لأحد الوالدين وابتعاد أو تساهل الآخر (ستتون "Stanton" ، كنفمان "Kaufman" ، 1979 وكنفمان "Kaufman" ، 1979؛ زيغلر - دريسكول "Ziegler-Driscol" ، 1979). نفس النتيجة يتكلّم عنها بومريند "Boumrind" (1983) حيث وجد أنَّ عدم التوجيه الوالدي Parental NonDirectivelessness أو التساهل Permissiveness يساهم في ارتفاع مستوى تعاطي المخدرات. وإلى جانب ما سبق ذكره عن خصائص نشاط الأُسرة، فإنَّ لطبيعة الاتصال داخل الأُسرة تأثير كبير في تعاطي المخدرات إذ تبيّن أنَّ الاتصال السلي والذي يقوم على النقد والتوجيه ونقص المدح، بالإضافة إلى عدم ثبات وعدم وضوح حدود السلوك، وكذلك عدم واقعية طموحات الآباء حول أبنائهم، كلّها عوامل تبني بتعاطي الأبناء للمخدرات (ريلي "Reilly" ، 1979).

ولطبيعة تفاعلات الأُمّ مع أطفالها في سنَّ الخامسة تأثير في تعاطي الإبن للمارخوانا في سنَّ الثامنة عشر. فكلّما تكون الأُمّ باردة نسبياً، قليلة الإستجابة لإبنتها وقليلة الحماية وكلّما كانت قليلاً ما تشجّعه، ولكن في نفس الوقت تضغط عليه ليحسن أداءه، فإنَّ كل ذلك يبني بتعاطي الإبن للمخدرات.

3. عوامل متعلقة بالمدرسة :

يبيّن الدراسات أنَّ الفشل الدراسي في الطفولة يزيد من خطر الإدمان على المخدرات في المراهقة وينبئ ببداية مبكرة لاستعمال المخدرات (سميث "Smith" ،

وفوغ " Fogg ، 1978 ، هولبرغ " Holmberg ، 1985 ، بكمان " Bachman ، 1985 ، جونستن " Johnston ، 1991 ، وأومالي " O' Malley ، 1991).

كما وجد جونستن " Johnston ، وأومالي " O' Malley " وبكمان " Backman" (1985) أنّ تعاطي الملوسيّات أو الكوكايين أو الميريون أو المشطّات أو المهدّنات يكون منخفضاً بشكل ذو دلالة بين الطلبة الذين يطمحون للوصول إلى المدارس العليا مقارنة بأولئك الذين لم يخطّطوا لذلك (ع هاوونكنس " Hawkins ، " Arthur " ، & Catalano ، 1995).

وبشكل معاكس، فإنّ النجاح في الأداء المدرسي عامل وقاية من استعمال المارخوانا وغيرها من المخدرات (هندلي " Hundleby ، " Mercer ، " Davies ، 1987 ، كندل " Kandel ، " وديفيس " Davies ، 1992).

4. عوامل متعلقة بالأقران :

تبئي علاقات المراهق بأقرانه بتعاطي المخدرات، فعدم تقبّل الأقران له يضّعه في خطر المشاكل المدرسية وكذلك في خطر للتورّط في الجريمة، وهذا بدوره عامل خطر للإدمان على المخدرات كما ذكرنا في السابق (باركر " Parker " وأشر " Acher ، 1987 ، هاوونكنس " Hawkins " وآخرون ، 1987).

تقول الدراسات أنّ العلاقة بين رفض الأقران واستعمال لاحق للمخدرات علاقة معقدّة. فالتجّل وانعزال الطفل عن أقرانه يحميه من استعمال المخدرات وذلك بإقصاء مصدر تأثير لتعاطي المخدرات وهو استعمال الأقران للمخدرات أمّا العدوانية التي تنتج عن إقصاء الطفل من مجموعة أقرانه، فإنّها قد ترتبط بالإلتحاق بعدوانيين آخرين وربما أقران منحرفين يتعاطون المخدرات (كارنز " Carns " وآخرون ، 1988).

وعموماً يعدّ استعمال المخدرات من طرف الأقران عامل خطر مهمّ لاستعمال المخدرات من طرف الشباب (كندل " Kandel ، 1988 ، جيسور " Jessor ، 1980 ، بروك " Brook ، 1990 ، 1992 ، آخرون ، 1986 ، بنتلر " Bentler ، 1986) أنّ تأثير الأقران في تعاطي المخدرات أقوى من تأثير الوالدين (نيوكمب " Newcomb ، " & بنتلر " Bentler ، 1986).

5. بداية مبكرة لاستعمال المخدر :

إنّ البداية المبكرة تبيّن بسوء استعمال لاحق للمخدرات، وكلّما كان الطفل صغيراً في السنّ عند بداية استعماله للمخدرات كلّما زاد تواتر استعمال المخدرات (فلينغ "Flening" ، كلام "Kellam" ، وبراؤن "Brown" ، 1982)، وكلّما كان احتمال التورّط الشديد والمستمرّ في تعاطي المخدرات بل ومخدرات أكثر خطورة، أكبر (كندل "Kandel" ، 1988).

وبشكل معاكس لما تكون بداية استعمال المخدرات في سنّ متأخرة فإنّ هذا يعني بشكل أقلّ التورّط في المخدرات وهناك احتمال كبير أن يتوقف الفرد عن تعاطيها (كندل "Kandel" ، 1987؛ سغل "Single" وكسلر "Kessler" ، 1976).

ثانياً- العوامل الإجتماعية:

أما العوامل الإجتماعية التي تنسّى بتعاطي المخدرات والإدمان عليها فإنّها متنوعة وعديدة. فتشمل توفر هذه المواد وثمنها، بالإضافة إلى المعايير الإجتماعية المتعلقة بإستعمالها (فايلنت "Vaillant" ، 1983؛ واتس "Watts" ، رابو "Rabow" ، 1983؛ فلشر "Flacher" ، ومايستو "Maisto" ، 1984؛ روينس "Robins" ، 1984).

ثبتت الدراسات أنّ نسبة استعمال المخدرات والكحول ترتفع في الأحياء والمدارس التي تتوفر فيها المخدرات بشكل سهل (غورشن "Gorsuch" ، وبتلر "Bentler" ، 1976؛ غوتفردسن "Gottfredson" ، 1988؛ مدادحين "Maddahian" ، 1988؛ بنتلر "Bentler" ، 1988).

ويتأثّر سعر المخدرات وتوفّرها بالتضييق القانوني لها أو بفرض الرسوم والضرائب. فانتشار تعاطي المخدرات يزيد بتنقينها legalization ويخفّ بوضع التقييد القانوني legal restriction لها.

وتوكّد البحوث أنّ المعايير الاجتماعية إزاء استعمال المخدرات تؤثّر في تزايد incidence وانتشار prevalence تعاطي المارخوانا والكوكايين بين طلبة المدارس العليا (جونستن "Johnston" ، 1991). فلما يكون هناك تسامح إزاء تعاطي الكحول أو المخدرات من طرف القوانين ومعايير المجتمع فإنّ نسبة الكحولية والإدمان على المخدرات ترتفع.

وهناك بديهة تقول أن الأطفال الذين يتعرّضون في الأحياء المضطربة والتي توجد فيها كثافة سكانية، وعدم استقرار كبير في السكن، وتدور صحيّة، بالإضافة إلى انخفاض التعلق بالحي، كلّ هذا يشكّل خطراً كبيراً لعدة سلوكيات مشكلة بما فيها الإدمان على المخدرات والمتاجرة بها (هاوكنس "Hawkins" وآخرون، 1995).

فالتدور الاجتماعي - الاقتصادي مثل الفقر والإكتظاظ، يرتفع بارتفاع خطير ظهور اضطرابات في السلوك عند الأطفال والإخراج (بورسيك "Bursik" ، وفاب "Vebb" ، 1982 ؛ فرينتون "Farrington" وآخرون، 1990).

وإن كانت الدراسات حول الطبقة الاجتماعية وتعاطي المخدرات لم تؤكّد دائماً وجود ارتباط بين الإثنين، فإنّ هناك ارتباط موجب بين المستوى التعليمي للوالدين وتعاطي المارخوانا من طرف طلبة المدارس العليا (بكمان "Bachman" ، ولويد "Lloyd" ، وأومالي "O'Malley" ، 1981).

كما وجد موراي "Murray" وآخرون (1987) أنّ عمل الأم يرتبط إيجابياً باستعمال المارخوانا عند الطلبة.

ويزيد الفقر الشديد من خطر الإقدام على سلوكيات مضادة للمجتمع في الرشد، بما فيها الكحولية وتعاطي المخدرات عند الأشخاص الذين أظهروا سلوكيات مضادة للمجتمع في الطفولة (روبينس "Robins" ، وراتشيف "Ratchiff" ، 1979؛ موراي "Murray" وآخرون، 1987).

وعموماً عندما يتعرّض الحيّ للتغييرات سريعة على مستوى السكّان فإنّ نسبة الضحايا تزيد، خصوصاً لما تكون هناك اختلافات عرقية واختلافات في السن. فغياب الإنظام في الحيّ يشكّل عائقاً أمام الأسرة لتمرير القيم الاجتماعية لأطفالها مما يتسبّب في تورّطهم في المخدرات.

خلاصة:

بعد تعرّضنا لمختلف عوامل الخطير لتعاطي المخدرات، تبدو جليّاً أهمية النموذج المركّز على الخطير في الوقاية من المخدرات، فكلّما زاد عدد عوامل الخطير التي يتعرّض لها الفرد، كلّما كان خطراً الإدمان على المخدرات كبيراً. وهذا يعني أنّ الوقاية تتطلّب التدخل للإنقاص من هذا الخطير وبشكل خاصّ في المساحات التي يكون فيها الأطفال معرضون لعوامل خطير متعددة في حياتهم المبكرة. إنّ النموذج المركّز على الخطير الخاصّ بالإدمان على المخدرات يسمح بتحديد استراتيجيات وقاية فعالة، وبالتعرف

على العوامل التي سبقت الإدمان على المخدرات ترداد معرفتنا بالأسباب المرتبطة بهذا السلوك مما يسمح لنا بوضع استراتيجيات الوقاية المناسبة للتأثير في عوامل الخطر هذه.

نموذج الوقاية المركّز على الخطر لا يؤثّر مباشرة على عوامل الخطر Risk- focused prevention approach، فقد يكون من المستحيل تغيير البعض منها مباشرة. من هنا فإنّ هدف الوقاية هو تعديل أو تخفيف آثار عوامل الخطر. في هذا النموذج تحدّد عوامل الخطر التي يمكن التأثير فيها، وتلك التي لا يمكن تغييرها ولكن يمكن تعديليها أو تخفيفها، وأيّ العوامل التي لا يمكن التأثير فيها كلّياً.

ولأنّ إلغاء عوامل الخطر كثيراً ما يكون مستحيلاً، فإنّ ما يمكن القيام به هو تخفيف أو تعديل هذه العوامل وذلك بواسطة عوامل الوقاية protective factors، فهناك عوامل تقي المراهقين من التورّط في المخدرات هي ما تسمّى بعوامل الوقاية.

وتعرف عوامل الوقاية على أنها التأثيرات التي تنقص أو تحدّ تعاطي المخدرات، والتي يمكنها أيضاً أن تلتقي وتفاعل مع عوامل الخطر فتصدّها وتجعلها حميدة (فيليكس - أورتiz "Felix- Ortiz" & نيو كومب "Newcomb" 1992).

تعتبر عوامل الوقاية وعوامل الخطر كمتضادان على محور واحد، فالذين ليسوا في خطر عالي هم محميون protected. فالتأثير المباشر للحماية protection هو التبنّو باستعمال قليل للمخدرات، بينما الأثر المباشر للخطر فهو التبنّو بتورّط مرتفع في المخدرات. وبهذا يكون أثر الحماية هو جعل سداد أمام العلاقة بين الخطر وتعاطي المخدرات، ومنه وجود حماية عالية ينقص من خطر تعاطي المخدرات، بينما وجود حماية منخفضة يقوّي العلاقة بين الخطر والتورّط في ذلك (فيليكس - أورتiz "Felix- Ortiz" & نيو كومب "Newcomb" 1992).

عموماً يمكن لعوامل الوقاية أن تنقص مباشرة من الإضطراب، ويمكنها أن تتفاعل مع عامل خطر لوضع سداد أمام الإضطراب، ويمكنها أن تحدّم أو صالح السلسلة التي من خلالها يعمل عامل خطر للتسبّب في الإضطراب، كما يمكنها أن تقي من حدوث عامل خطر. عوامل الوقاية إذن تنقص من إحتمال الإدمان على المخدرات عند أولئك المعرضين لعوامل خطر، وبالتالي فإنّ استراتيجيات الوقاية تعمل على إنقاص الخطر ببارز عوامل الوقاية هذه.

قائمة المراجع:

أولاً: المراجع باللغة العربية:

1. محمد حمدي حجار. (1992). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
2. عادل الدرداش. (دون تاريخ). الإدمان. مظاهره وعلاجه. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
3. مصطفى دندشلي. (1983). مدخل إلى علم الاجتماع العام. الفعل الاجتماعي. بيروت : المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
4. فريدة طابي. (1999). الميزات النفسية للشباب متعاطي المخدرات – دراسة مقارنة-. رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
5. عبد الحكيم العفيفي. (1988) . الإدمان. القاهرة: الزهراء للإعلام العربي.
6. محمد فتحي عيد. (1988). جريمة تعاطي المخدرات في القانون المقارن. الرياض: دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
7. رشيد مسيلي وفريدة طابي. (2000). الخصائص النفسية لتعاطي المخدرات. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والإجتماعية والإنسانية. المجلد الثالث عشر، العدد الأول، 55-64.

ثانياً: المراجع باللغتين الفرنسية والإنجليزية:

8. Algan, A. (1980). L'image de soi des adolescentes socialement inadaptées (étude conduite sur deux échantillons de populations : mineurs de justice et population témoin). *Bulletin de psychologie*, XXXIII, 345, 559-575.
9. Baranackie, K., Crits – Christoph, P., & Kurcias, J.S. (1992). Therapist techniques used during the cognitive therapy of opiate – dependant patients. USA : Holt – Saunders International Editions.
10. Chiles, J.A., Miller, M.L., & Cox, G.B. (1980), depression in adolescent delinquent population. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1179 -1185.
11. Climent, C.E., Victoria de Aragon. L.V & Plutchik, R. (1989). Prediction of risk for drug use in high school students. *The international Journal of the Addictions*, 24 (11), 1053-1064.

12. Corcos. M., et al. (1995). L'adolescence au risque de la toxicomanie (II) une crise du développement familial. **la revue du praticien – Medecine générale**, 9, 293, 45-50.
13. Felix-Ortiz, M., & Newcomb, M.D. (1992). Risk and protective factors for drug use among latino and white adolescents. **Hispanic Journal of Behavioral Science**, 14, 3, 291-309.
14. Harmon, M. A . (1993). Reducing the risk of drug involvemen among early adolescents. an evaluation of drug abuse resistance education (DARE). **Evaluation Review**, 17, 2, 221 - 239.
15. Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alc^hol and other problems in adolescence and early adult hood : Implication for substance abuse prevention. **Psychological Bulletin**, 112, 1, 64 – 105.
16. Hawkins, J.D., Arthur, M.W., & Catalano, R.F. Building a safer society. Strategic approaches to crime prevention preventing substance abuse. In M. Touryl D. Farrington (Eds.) (1995). **Crime and justice : A review of research**. Chicago : University of Chicago Press.
17. Hong-Ong, T. (1991). Psychological characteristics of drug abusers implication for treatement and rehabilitation. **International Journal of rehabilitation Research**, 14, 72-75.
18. Janssen, E. (1994). A. self psychology approach to treating the mentally ill chemical abusing and addicted (MICAA) patient. **Archives of psychiatry Nursing**, VIII, 6, 381-389.
19. Kandel, D.B. Gonvergence in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. In D.B. Kandel (Eds.) (1978). **Longitudinal research on drug use : empirical findings and methodological issue**. Michigan : University of Michigan.
20. Kandel, D.B. (1988). Epidemiologie and psycholsocial perspectives on adolescent drug use. **Journal of American Academic Clinical Psychiatry**, 21, 328-347.
21. Kandel, D.B. (1988). **Epidemiologie et facteurs de risque des idées suicidaires chez l'adolescent : état dépressif consommation de drogues et problèmes de comportement tentative de suicide à l'adolescence**. Colloque international de l'enfant. France.
22. Kingsbury, S. (1994). The psychological and social characterstics of asian adolescent overdose. **Journal of Adolescence**, 17. 131 –135.
23. Kirkpatrick – Smith, J., et al . (1992). Psychological vulnerability and substance abuse as predictors of suicide ideation among adolescents. **Omega**, 24 (1), 21 – 23.

24. Lewinsohn, P.M., Gotlib, I.H. & Seeley, J. R . (in press). Depression in adolescents ? Submitted to **Journal of Abnormal Psychology**.
25. Liese, B.S. (1994). Brief therapy, crisis intervention and the cognitive therapy of substance abuse. **Crisis Intervention**, 1, 1, 11 –29.
26. Liese, B.S. & Franz, R. A. Treating substance use disorders for the future. In P. Salkovskis (Eds.) (in press). **Frontiers of cognitive therapy**, New York : Grilford press.
27. Negrete, J.C. Les pharmacodépendances. In R. Duguay, et al. (Eds.) (1981). **Précis pratique de psychiatrie**. Montréal : Les presses de l'Imprimerie Gagné Ltee Louiseille.
28. Newcomb, M.D., Maddahian, E., & Bentler, P.M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents : concurrent and longitudinal analyses. **American Journal of Public Health**, 76, 525-531.
29. Newcomb, M.D., & Bentler, P.M. (1986). Loneliness and social support : A confirmatory hierarchical analysis, **Personality and Social Psychology Bulletin**, 12, 520-535.
30. Penning, M., & Barnes, G. E. (1982). Adolescent marijuana use : A review. **International Journal of the Addictions**, 17, 345-369.
31. Platt, J.J., Husband, S. D., & Taube, D. (1991). Major psychotherapeutic modalities for heroin addiction : A brief overview. **The International Journal of the Addictions**, 25 (12A), 1453-1477.
32. Weiss, R. D, Mirin, S. M., & Frances, R. J. (1992). The myth of the typical dual diagnosis patient. **Hospital and Community Psychiatry**, 43, 2, 107-108.