

## التورط في التعاطي بين الدافعية والمخاطرة: تصور نظري مقترح

أيمن عامر<sup>١</sup>

تقدم الدراسة الراهنة تصوراً مقترحاً، يستند إلى فرض أساسي مؤداه أن مستوى التورط في خبرة التعاطي مرهون بقدر التفاعل بين متغيرين أساسيين، وهما: الدافعية للتعاطي، وسلوك المخاطرة (خاصة المخاطرة في اتجاه ارتكاب الانحرافات السلوكية). ومن ثمّ قدم للنموذج المقترح من خلال استعراض المناحي النظرية المفسرة لمنشأ التعاطي والاعتماد والمتغيرات التي استخدمت للتفسير، مع توضيح موضع النموذج منها، وقد تم التركيز في سياق ذلك على النظريات التي تتناول علاقة التعاطي بالمتغيرات محل اهتمام النموذج (خاصة الدافعية للتعاطي، والانحرافات السلوكية)، وفي النهاية، تم الاستعراض التفصيلي للنموذج محور اهتمام الدراسة، من خلال عرض المفاهيم التي يتناولها، ومكوناته الأساسية، والدعائم التي يستند إليها، والأسئلة التي يمكن أن يستثيرها.

---

<sup>١</sup> أستاذ علم نفس بآداب القاهرة.

---

# SUBSTANCE ABUSE BETWEEN MOTIVATION AND RISK TAKING: A PROPOSED THEORETICAL MODEL

Ayman Amer<sup>1</sup>

## Abstract:

The paper proposes a theoretical model that aims at elucidating the involvement in substance abuse. The model hypothesizes that the level of such involvement is a function of two main variables: motivation towards drug abuse and risk taking behaviours. (Specially the kind of risks that entail deviated behavior).

Different theoretical aproposed model. Special consideration is directed to theories and variables included in the proposed model. Finally a detailed illustration of the model is provided.

---

<sup>1</sup> ???

## مقدمة

يجمع العديد من الباحثين على أن ظاهرة التعاطي ظاهرة معقدة، ومتعددة الأبعاد. وهو ما يفسر جزئياً التزايد المستمر في عدد الدراسات التي تتناول مختلف جوانب هذه الظاهرة المركبة، خاصة منذ بدء النصف الثاني من القرن المنصرم (Arif & Westermeyer, 1988)، كما يفسر تعدد التخصصات العلمية التي تعنى بهذه الظاهرة، للكشف عن مختلف أبعادها: البيولوجية والنفسية والاجتماعية، والاقتصادية أيضاً. وقد حظي البحث في منشأ التعاطي<sup>١</sup>، والأسباب المهيئة له بالنصيب الأكبر من الدراسات في هذا المجال. وهو ما أرجعه بعض الباحثين إلى اهتمام المؤسسات الممولة للمشروعات البحثية بمعرفة أسباب التعاطي، لوضع الخطط القومية لمكافحة انتشار هذه الظاهرة (Fazy, 1977)، وفسره البعض الآخر، بأنه نتيجة السعي الدؤوب من قبل العلماء لمحاولة فهم العلاقة بين سوابق التعاطي ومتربباته (Arif & Westermeyer, 1988)، حتى يمكن للعلم أن يحقق أهم أهدافه، وفهم الظاهرة المدروسة، تمهيداً للانتقال إلى التنبؤ بها، والتحكم فيها.

وعلى الرغم من تعدد النظريات التي قدمت لتفسير الظاهرة، فإن أكثرها انصب على تفسير التعاطي التجريبي، والبحث في عوامل الاستهداف لخوض هذه الخبرة، ما استثار الحاجة إلى بذل المزيد من الجهود لوضع أطر تفسيرية، أكثر اهتماماً بالظاهرة بمختلف مستوياتها ومراحلها (Bozarth, 1999).

والدراسة الراهنة هي محاولة في هذا الاتجاه الأخير، إذ تقدم تصوراً مقترحاً يحاول أن يتناول ظاهرة التعاطي بمستوياتها المتعددة (الاستهداف<sup>٢</sup>، والتعاطي التجريبي<sup>٣</sup>، والتعاطي بالمناسبة "المتقطع"<sup>٤</sup>، والتعاطي المنتظم<sup>٥</sup>)، بحثاً عن تفسير متسق يوضح أسباب الانتقال من مستوى إلى آخر. وهو يستند في ذلك إلى ثلاثة مفاهيم أساسية، أشارت مختلف

<sup>1</sup>Etiology of drug dependence

<sup>2</sup>Vulnerability

<sup>3</sup>Experimental abuse

<sup>4</sup>Occasional abuse

<sup>5</sup>Regular abuse

الدراسات والنظريات إلى أهميتها في الدفع بالأفراد إلى التورط في خوض هذه الخبرة، وهي: الدافعية للتعاطي<sup>1</sup>، والمخاطرة<sup>2</sup>، والانحرافات السلوكية<sup>3</sup>.

والبحث في أسباب التورط في خبرة التعاطي موضوع له جذور متشعبة، تناولته مئات الدراسات، فخرجت بعشرات المتغيرات التي تقف وراء تعاطي المواد النفسية. منها ما هو جيني وفسولوجي وبيوكيميائي، ومنها ما هو نفسي ونفسي اجتماعي، ومنها ما هو ثقافي وحضاري (Arif & Westermeyer, 1988).

وعلى الرغم من كثرة هذه الدراسات، فإنها ظلت تعاني من عدة مشكلات وصعوبات، برزت على رأسها مشكلات التنظير، وما ارتبط به من أوجه قصور في البحث الإمبريقية التي أجريت للتحقق من الفروض المشتقة من النظريات المطروحة، ومن أهم المشكلات التي ناقشها الباحثون في هذا الصدد، ما يلي:

1- إنه تحت ضغوط إجراء البحوث التطبيقية لتحقيق أهداف عملية مباشرة-تمليها غالبًا الجهات الممولة للمشروعات البحثية في هذا المجال-أزاح بعض الباحثين النظريات جانبًا، في ظل الاعتقاد بأنها تمثل نوعًا من الرفاهية الأكاديمية (Fazy, 1977)، خاصة لمن هو في موقف البحث عن كيفية مكافحة انتشار الظاهرة. فأدى هذا الفهم الخاطئ إلى فقدان الباحثين للإطار المرجعي الذي يختارون في ظله متغيراتهم، ويفسرون به نتائجهم، ويضعون في ظله خططهم. فضلًا عما أوجده هذا من فجوات بين النظرية، والبحث، والتطبيق في مجال التعاطي (Shaffer, 1977) ما أضر بالتوجهات الثلاثة.

2- إن الدراسات التي طرحت أطرا نظرية للتفسير، لم تتقدم-أغلبها-لاشتقاق فروض محددة، تكون قابلة للاختبار، كما لم تعرض بوضوح للأطر المرجعية للمفاهيم التي تتناولها، وهو ما فسرتة فazy بأنه "نتيجة استناد الدراسات إلى فروض غير قابلة للتحقق، ما جعلها مجرد حشو لا طائل من ورائه" (ليلة، ١٩٩٥، Fazy, 1977). وقد أدى ذلك إلى زيادة كمية في عدد التفسيرات المطروحة للظاهرة، دون

<sup>1</sup>Motivation to drug abuse

<sup>2</sup>Risk taking

<sup>3</sup>Behavioral delinquency

عناية كافية بالتناول النقدي لها، بما يسمح بتحديد مجال فعالية كل تفسير، وحدود الأخذ به.

٣- في ظل تعدد المتغيرات التي طرحت لتفسير نشأة سلوك التعاطي واستمراره، ظهرت الحاجة إلى إطار نظري شامل يمكن في ظله تنظيم، وتوضيح العلاقات التي تربط بين مختلف هذه المتغيرات، وكيف يعتمد بعضها على بعض لتفسير الظاهرة. وتحقيق التكامل بين مختلف مستويات التنظيم، (Petraitis et al., 1995) وعلى الرغم من أن كثيراً من الباحثين يعترفون بالحاجة إلى الاهتمام بأكثر من مستوى للتفسير، فإنهم من الناحية العلمية نادراً ما يفعلون ذلك (Fazy, 1977). وإذا ما تقدم الباحث لتقديم أحد الأطر التفسيرية فإنه لا يحدد -غالباً- نطاق التفسير، أو حدود تعميمه. وهو الأمر الذي وضع كثيراً من العراقيين أمام التقدم في اتجاه بناء النظرية المتكاملة لتفسير التعاطي.

٤- أفاق -أيضاً- النمو الفعال للدراسات المعنية بتفسير التعاطي، المشكلات المنهجية التي اتسمت بها محاولات التحقق من الفروض المطروحة، في إطار النظريات المقترحة، والتي وقف في مقدمتها مشكلات تعريف المفاهيم، وتحديد أبعادها، وغياب الأسس المتسقة التي يقسم على أساسها الباحثون مستويات التعاطي، ومراحلها، وتعدد محكات تصنيف المواد النفسية (Ibid).

٥- أثارت دراسات تفسير التعاطي -فيما تشير إلى ذلك "فازي" -خطأ كبيراً لفشلها في التمييز بين البحث في أسباب تعاطي المواد النفسية، والبحث في أسباب الاعتماد عليها، إذ يتناول الباحثون هذين السؤالين المنفصلين وكأنهما سؤال واحد. رغم تباينهما الجوهرى، فترى "فازي" أن السؤال الأول يتصدى لتفسير "لماذا يُقدّم الفرد على حوض خبرة التعاطي". أمّا السؤال الثاني فهو ينصب أساساً على تفسير الميكانيزمات البيوكيميائية والعصبية، التي يتكيف الجسم بها مع تعاطي المواد النفسية. والمثال الذي تسوقه الباحثة في هذا السياق، أن "حب الاستطلاع" قد يصلح تفسيراً للتعاطي التجريبي، ولكنه لا يصلح تفسيراً لأسباب الاعتماد. وفي مقابل وجهة نظر "فازي" نجد باحثين آخرين يتناولون هذه القضية من زاوية مختلفة، فعلى الرغم من اعترافهم بأن أسباب النشأة قد تختلف عن أسباب

الاستمرار، فهذا لم يمنعهم من محاولة أن يجدوا ما يمكن تسميته بالعامل المشترك بين "فئة الأسباب المفسرة للبدء"، وتلك "المفسرة للاستمرار والاعتماد" على نحو ما فعل بوزارث مثلاً (Bozarth, 1999).

ويتضح مما سبق، أن وجود مثل هذه المشكلات يُلزم من يتقدم إلى طرح أي إطار تفسيري يتصل بنشأة التعاطي واستمراره، ضرورة أن يراعي الآتي:

- أن يحدد موضع التصور النظري المقترح من التصورات النظرية السابقة عليه، مع توضيح علاقة تصوره النظري بغيره من التصورات، ليخلق التراكمية اللازمة للتقدم نحو بناء نظرية شاملة للتعاطي.
- أن يوضح حدود التصور النظري المقترح، ونطاق انطباقه على جوانب الظاهرة.
- أن يحدد بدقة تعريفات المفاهيم التي يتناولها نموذجها النظري، والإطار المرجعي الذي خرجت منه.
- أن يشتق من التصور النظري المقترح عددًا من الفروض للاختبار الإمبريقي حتى يمكن التحقق من صدق إطاره التفسيري.

وتحاول الدراسة الراهنة أن تسير في الاتجاه المؤدي إلى ذلك، إذ تبدأ باستعراض مناحي التنظير المتصلة بنشأة التعاطي واستمراره، موضحة موضع النموذج المقترح منها، ثم تنتقل لعرض المتغيرات التي استخدمت للتفسير، وموضع متغيرات النموذج منها. ثم تتقدم خطوة للأمام لتعطي مزيدًا من الاهتمام إلى النظريات التي تناولت علاقة متغيرات النموذج (خاصة الدافعية، والانحرافات السلوكية) بالتعاطي، وفي النهاية، تقدم الدراسة النموذج محور اهتمامها، من خلال استعراض المفاهيم التي يتناولها، ومكوناته الأساسية، والدعائم التي يستند إليها، والأسئلة التي يمكن أن يستثيرها.

#### اتجاهات التنظير لتفسير التعاطي

تعددت الفروض، والنظريات، والنماذج المفسرة للتعاطي بمختلف مستوياته، حظي بينها التعاطي التجريبي بالاهتمام الأكبر. فعلى سبيل المثال، قدم جيلينيك (Jellinek, 1960) ملخصًا لما يقرب من مائتي تعريف ونظرية وتصور بشأن منشأ تعاطي الكحوليات وأسبابه. كما عرض ليدر وسيرس وبيرسون (Lettier, Syers & Person, 1980) ثلاث وأربعين نظرية نوعية لتفسير التعاطي، تناول منها بترتس

وزملاؤه (Patraitis et al., 1995) أربع عشرة نظرية-متعددة الأبعاد-اختصت بالتعاطي التجريبي. هذا فضلاً عن عدة محاولات بذلت لتطوير وتطوير هذه النظريات، للإفادة منها في مجالات علاج التعاطي، والوقاية بمختلف مستوياتها (Shaffer, 1977; Childress, 1992, Jaffe, 1990).

ويتعدد النظريات، وتعدد أغراض طرحها، كثرت مناحي التفسير، وتباينت أسسها النظرية. فعلى سبيل المثال حصر "هيستر وزملاؤه" (Miller & Hester, 1997 & Sheeby, 1990) أحد عشر منحي لتفسير تعاطي الكحوليات، شملت أغلب المناحي التي أشار إليها عديد من الباحثين، وهم بصدد استعراض مناحي تعاطي مختلف أنواع المواد النفسية (Patraitis et al., 1995; Jaffe, 1990). وتباينت هذه المناحي، من حيث المبادئ التي تقوم عليها، والمضمون الذي تطرحه، والشكل الذي صيغت به، فمن زاوية، تعددت الأسس، التي استند إليها في تفسير التعاطي، وتعددت مناحي التناول، فوجد مثلاً، المنحى الأخلاقي في التفسير، والمنحى التربوي، والمنحى الشخصي، والمنحى الدينامي، ومنحى التعلم الشرطي، والمنحى البيولوجي، ومنحى التعلم الاجتماعي، والمنحى المعرفي، ومناحي الأنساق العامة، والمنحى الاجتماعي/الثقافي، والمنحى المرضي، ومنحى الصحة العامة (Miller & Hester, 1997)، ومن زاوية ثانية، تباينت المناحي في درجة الاتساع والضييق، ودرجة ارتباطها بالنظريات الكبرى السائدة في علم النفس، ففي حين نجد بعض التفسيرات امتدت جذورها إلى نظريات التحليل النفسي، والتعلم الاشتراطي الكلاسيكي والإجرائي، والتعلم الاجتماعي/المعرفي، نجد نظريات أخرى، اعتمدت على فروض أكثر نوعية، وأكثر ارتباطاً بجوانب محددة في سلوك التعاطي، والمادة المتعاطاة.

من زاوية ثالثة، تباينت النظريات في نطاق ما تشمله من متغيرات تفسيرية، وما تتناوله من جوانب ظاهرة التعاطي المتعددة، فتوزعت اهتمامات الباحثين في طرفين: تعلق الأول منها بالمتغيرات المرتبطة بالفرد، وتعلق الطرف الثاني بالمتغيرات المتصلة بالبيئة الاجتماعية المحيطة. وبين هذين الطرفين توزعت أربع فئات من المتغيرات-لقيت اهتماماً نظرياً وبحثياً كبيراً-شملت: المتغيرات البيولوجية، والمتغيرات الشخصية، ومتغيرات البيئة الاجتماعية المباشرة (وثيقة الصلة بالفرد)، ومتغيرات البيئة الاجتماعية

الأوسع. وانطلاقاً من هذه الأبعاد الأربعة، توزعت الاهتمامات النظرية والإمبيريقية. فنجد نظريات انصب اهتمامها الأكبر على المتغيرات البيولوجية، وثانية عنيت أكثر بالمتغيرات النفسية والشخصية الدافعة للإقدام على التعاطي، وثالثة انصب اهتمامها على التفاعلات بين الأشخاص داخل نطاق الجماعات الفرعية، (كالأسرة، وجماعة الأقران، والمدرسة... إلخ). ورابعة اهتمت بالبيئة الاجتماعية الأوسع، وما تضمه من مؤثرات ثقافية وحضارية أشمل وأعم. وهناك -أيضاً من اهتم بالجمع بين أكثر من بعد من الأبعاد السابقة، وفي ضوء ذلك صنفت فازي (Fazy, 1977) مناحي التنظير في مجال التعاطي إلى ثماني فئات، وهي:

- ١- المناحي ذات الاهتمام بجوانب التكوين البيولوجي للفرد.
- ٢- المناحي ذات الاهتمام بمتغيرات الشخصية.
- ٣- المناحي ذات الاهتمام بكل من التكوين البيولوجي للفرد، والمتغيرات الشخصية.
- ٤- المناحي ذات الاهتمام بتفاعل كل من المتغيرات الشخصية، والبيئة الاجتماعية المباشرة.
- ٥- المناحي ذات الاهتمام بتفاعل كل من الفرد بمحدداته الشخصية، والبيئة الاجتماعية المباشرة، والبيئة الاجتماعية الواسعة.
- ٦- المناحي ذات الاهتمام بالبيئة الاجتماعية المباشرة، والبيئة الاجتماعية الواسعة.
- ٧- المناحي ذات الاهتمام بالشخص، والبيئة الاجتماعية الواسعة.
- ٨- المناحي ذات الاهتمام بالبيئة الاجتماعية الواسعة فقط.

وفي ضوء هذا التصنيف، يمكن الإشارة إلى أن النموذج الذي نعرض له في هذا المقال، بوصفه نموذجاً محدود النطاق، يندرج تحت الأطر النظرية التي تعنى -في الأساس- بالمتغيرات المتصلة بالفرد، وتأثيرها في سلوك التعاطي، ويهتم من بين هذه المتغيرات بالمتغيرات الشخصية أساساً. ومع ذلك فهو لا يتجاهل دور المتغيرات الأخرى، سواء البيولوجية، أو الاجتماعية، أو الثقافية/الحضارية، ولكن يأتي تناوله لها في ضوء تأثيرها في المتغيرات الشخصية محل الاهتمام.

وحتى تتضح العلاقة التي تربط بين المتغيرات النفسية المتصلة بالفرد (وخاصة المتغيرات الشخصية محل اهتمام الدراسة الراهنة) بباقي المتغيرات الأخرى، نعرض لأهم التصنيفات التي قدمت للمتغيرات المفسرة للتعاطي، وموضع متغيرات الشخصية منها.

### تصنيفات المتغيرات المفسرة للتعاطي

تنوعت-كما سبق أن أشرنا-المتغيرات التي قدمت لتفسير منشأ التعاطي والاعتماد. والمثال على ذلك الحصر الذي قدمه "شر" Sher (سنة ١٩٩١) لأهم هذه المتغيرات، والتي بلغت أربعة وأربعين متغيرًا مثلت منبئات نوعية للتعاطي، حاول الباحث أن يصف كيف ترتبط وتتفاعل بعضها مع بعض، لتؤثر في شرب الكحوليات، وكيف يقف متغير منها كمتغير وسيط لمتغير آخر. وعلى نحو مشابه رصد باين Payne خمسين متغيرًا، شاع استخدامها في تفسير سلوك التعاطي (Petraitis et al., 1995).

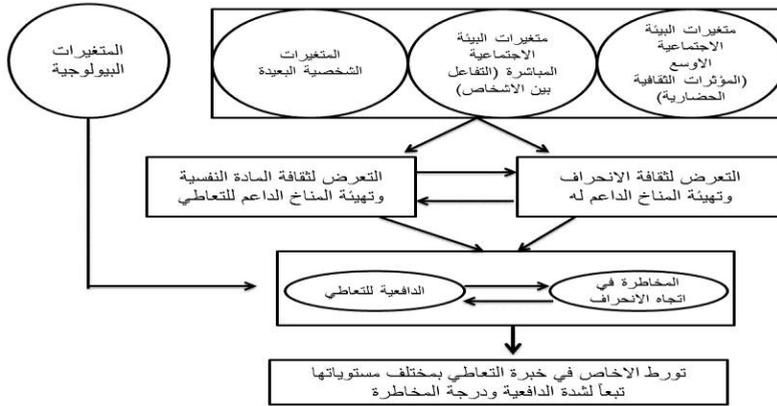
وإذا كان بعض الباحثين قد تناول هذه المتغيرات مستقلة بعضها عن بعض، فهناك من حاول تصنيفها في فئات محددة. إذ أدى تعدد الأسباب التي ذكرت في إطار النظريات المفسرة لمنشأ التعاطي، إلى صعوبة تكوين صورة واضحة لتفسير أسباب التعاطي، وهو ما حث بعض الباحثين على محاولة إضفاء بعض الاتساق على الأسباب المطروحة، بتصنيفها في فئات تضم الأسباب المتشابهة. مع محاولة تحديد الأهمية النسبية للمتغيرات المتعددة. ومن بين هذه المحاولات، محاولة باين Payne الذي قدم-كما أوضحنا-عددًا كبيرًا من المتغيرات التي افترض أنها تقف وراء منشأ التعاطي-والتي بلغت نحو خمسين سببًا-صنفها الباحث في ثلاث عشرة فئة من المتغيرات، ضمت أربعة محاور أو مجالات كبرى، وهي المتغيرات البيولوجية، والمتغيرات المتصلة بالتفاعل بين الأشخاص، والمتغيرات الاجتماعية الثقافية الواسعة (أبو النيل، ١٩٩٧، Petraitis et al., 1995). قسم أيضًا "سوف" (١٩٩٦) المتغيرات المتصلة بمنشأ التعاطي إلى ثلاث فئات كبرى، يتصل أولها بالشخص المتعاطي (ويندرج تحتها العوامل الوراثية، والعوامل النفسية)، وتتعلق الثانية بالمادة النفسية المتعاطاة (ويندرج تحتها ثلاثة عوامل هي: توافر المادة، وثنائها، وقواعد التعامل بشأنها)، وتتصل الثالثة بالظروف البيئية المحيطة بالمتعاطي وما يتعاطاه. ويتسم التصنيفان السابقان بتركيزهما على التصنيف الفئوي، الذي لا يعطي أولوية من فئات التعاطي على غيرها، ويكتفي بتقسيمها فقط إلى فئات. وإذا كان التصنيف الأول يقتصر اهتمامه على المتغيرات

الشخصية والبيئية، فإن التصنيف الثاني يهتم-علاوة على ما سبق-بالمغيرات المتصلة بالمادة المتعاطاة. وامتداداً لهذا الاتجاه، اتجهت تصنيفات أخرى، نحو مزيد من التفصيل، منها تصنيف فازي، الذي قُسمت بمقتضاه متغيرات التفسير إلى أربع فئات، تتشابه وتصنيف "باين"، ولكن رأَت الباحثة، أن هذه الفئات تتوزع على بعد يمتد من: "المؤثرات ذات التأثير المباشر في التعاطي" (والتي تتصل بالفرد) إلى المؤثرات ذات التأثير البعيد غير المباشر (والتي تتصل بالبيئة الاجتماعية المحيطة)، مروراً بمتغيرات البيئة الوسيطة (والتي تضم المتغيرات المتصلة بالتفاعل الاجتماعي داخل الثقافات الفرعية من قبيل: الأسرة، وجماعة الأقران.... إلخ) (Fazy, 1977). وقد قسم "جيسور وجيسور" (Gessor & Jessor) الأسباب التي تقف وراء الاستهداف لخبرة التعاطي على نحو مشابه لتصنيف "فازي"، ولكنهما قدما مزيداً من التقسيم للجوانب المذكورة لدى الباحثة الأخيرة. إذ قسم الباحثان عناصر البيئة إلى فئتين: متغيرات غير مباشرة، ومتغيرات مباشرة، أما جوانب الشخصية المرتبطة بالتعاطي، فقسموها إلى ثلاث فئات (خصال غير مباشرة وخصال وسيطة، وخصال مباشرة). وهو التصنيف الذي امتد به بنرييس وزملاؤه، وجعله أكثر تفصيلاً، إذ قدم الباحثون (Petraitis et al., 1995) مصفوفة - (3 × 3) - مكونة من تسع خلايا نُظمت داخلها المتغيرات المفسرة للتعاطي، وفقاً لموقعها على بعدين متعامدين. إذ توزعت المتغيرات على البعد الأول وفقاً لمستوى التأثير الذي تحدثه في الدفع بالأفراد إلى التعاطي: ومن ثمَّ صُنفت إلى مؤثرات قريبة مباشرة (أكثر قدرة على التنبؤ بسلوك التعاطي)، ومؤثرات وسيطة (أقل تنبؤاً بالسلوك من المؤثرات القريبة)، ومؤثرات بعيدة غير مباشرة (وهي المؤثرات العريضة التي تهتم بالجذور البعيدة للتعاطي، وتضع الفرد على طريق الاستهداف). أمَّا البعد الثاني: فتتوزع عليه المتغيرات وفقاً لمضمونها، من حيث كونها متغيرات اجتماعية/تفاعلية (تتصل بالبيئة الاجتماعية المباشرة المحيطة بالفرد)، أو متغيرات اتجاهية/ثقافية (تتصل بقيم الفرد واتجاهه نحو الآخرين ونحو تعاطيهم للمواد النفسية)، أو متغيرات شخصية (وتتصل بخصال الأفراد الثابتة نسبياً سواء أكانت قدراتهم العقلية، أم سماتهم الشخصية أم مهاراتهم السلوكية أم اهتماماتهم الذاتية أو الاجتماعية) (أبو النيل، ١٩٩٧، Petraitis et al., 1995).

ويتضح مما سبق، ميل بعض التصنيفات إلى وضع "المتغيرات الشخصية" في فئة منفصلة، دون أن تحدد علاقتها بباقي فئات المتغيرات (مثل تصنيف باين، وسوف) مقابل تصنيفات ثانية حاولت تحديد علاقة المتغيرات الشخصية بباقي فئات المتغيرات (مثل تصنيف فازي)، وثالثة، حاولت أن تكون أكثر تفصيلاً، فصنفت متغيرات الشخصية ذاتها من حيث التأثير في الدفع إلى التعاطي، إلى متغيرات قريبة مباشرة. ووسيطه، وبعيدة غير مباشرة (مثل تصنيف جيسور جيسور، وتصنيف بترينس وزملاته).

والنموذج الذي تقدمه في الدراسة الراهنة، يفترض أن متغيري الشخصية محل اهتمامه (الدافعية للتعاطي والمخاطرة في اتجاه الانحراف) تعد متغيرات ذات تأثير مباشر في الدفع إلى التعاطي، وأن جميع المتغيرات الأخرى (سواء الشخصية أو الاجتماعية أو الحضارية)، تؤثر في سلوك التعاطي، من خلال تأثيرها في هذين المتغيرين. ويعد التعرض لثقافة الانحراف من ناحية، أو التعرض لثقافة المادة النفسية من ناحية ثانية، بمثابة متغيرات وسيطة، ينتقل عبرها تأثير المتغيرات غير المباشرة إلى المتغيرين محل الاهتمام.

وكما هو واضح من الشكل (١)، فإن متغيرات الدافعية للتعاطي، والمخاطرة غير المحسوبة، والانحراف السلوكية هي أكثر المتغيرات، التي يوليها التصور النظري الراهن اهتمامه في الدفع إلى خوض خبرة التعاطي، وهو ما يجعلنا نلقي مزيداً من الضوء على النظريات التي عرضت لدور هذه المتغيرات.



شكل (١) تأثير مختلف المتغيرات في رفع دافعية الأفراد للتعاطي ومخاطراتهم في اتجاه الانحراف الدافعية

والتعاطي.

تنفق العديد من النظريات على الدور المحوري للدافعية نحو التعاطي في دفع الأفراد إلى خوض هذه الخبرة، والاستمرار فيها، والنظريات في هذا الصدد تتصدى غالباً للإجابة عن أسئلة من قبيل:

- ١- ما أكثر المؤشرات التي يمكن الاستدلال بها على دافعية الفرد نحو التعاطي؟
- ٢- كيف تتشكل الدافعية للتعاطي؟
- ٣- هل تتباين دوافع البدء في التعاطي عن دوافع الاستمرار فيه؟ وما دور المتغيرات النفسية، والنفوس الاجتماعية، والبيولوجية في تهيئة الفرد لخوض الخبرة عند كل مستوى من مستويات هذا التورط؟

وللإجابة عن السؤال الأول ترى "قازي" أن أكثر النظريات تتخذ من الأسباب التي يبرر بها المتعاطون تعاطيهم مؤشرات على دافعتهم للتعاطي (Fazy, 1977). وهي ما يسميها سوف بتبريرات التعاطي (سوف، ١٩٩٦). وهناك من يتخذ من نوايا الأفراد، وإدراكاتهم، وتوقعاتهم، واعتقاداتهم، واتجاهاتهم نحو خوض هذه الخبرة<sup>١</sup>، مؤشرات للدافعية نحو خوض هذه الخبرة<sup>٢</sup>، ومن بين هذه النظريات، نظريتنا الفعل المبرر والفعل المخطط "لأجزن وفيشبن" Ajzen & Fishbein، التي يؤكد صاحبها أن أهم الأسباب وراء قرارات المراهقين لخوض خبرة التعاطي ما يكونونه من توقعات وإدراكات عن مرتببات خوض هذه الخبرة، ومن ثم فهم

١ يمكن فهم الأسباب وراء اتخاذ بعض الباحثين نوايا الأفراد، وإدراكاتهم، وتوقعاتهم، واعتقاداتهم، واتجاهاتهم نحو التعاطي كمؤشرات لدافعتهم لاقتراف هذا السلوك، من التحليل الذي قدمه فيناك Vinacke لمكونات الدافعية والسلوك المدفوع، فقد عرف فيناك الدافعية بأنها الشروط المسئولة عن التغيير الذي يحدث في شدة واتجاه السلوك، تلك الشروط التي يحددها في فنتين رئيسيتين، شروط داخلية (تتضمن الاستثارة، والتنظيم، والتوافق). وأخرى خارجية (تتضمن الحث والموقف). "الاستثارة"، هي أكثر مستويات الدافعية عمومية فهي عبارة عن درجة الطاقة الأساسية التي يبذلها الفرد لتحقيق الهدف، ومن ثم فهي تتمثل في حالة من النشاط العام الذي يسود الأنسجة. أما "التنظيم" فهو ما يوجه عملية الاستثارة إلى وجهة معينة دون أخرى. ويطلق فيناك على هذا العنصر أيضاً الاتجاه، ويرى محيي الدين السيد أن هذا العنصر هو نفسه ما يطلق عليه لدى باحثين آخرين اسم الاهتمام مرة، والقيمة مرة أخرى، والعادة مرة ثالثة. أما "التوافق" فهو يتعلق بمحددات انتقاء سلوك ما في موقف معين، تلك المحددات التي يسميها فيناك بالتوجهات. وإذا كانت الاتجاهات تحدد مسار الاستثارة لدى الفرد فإن التوجهات تحدد وسيلة التعبير عن الاتجاهات نفسها، ويمثل "الحث" الشروط الخارجية التي تؤثر في الشروط الداخلية. ويمثل "الموقف" التغييرات التي تصاحب أداء الشخص ذاته، فدافعية الشخص تتأثر إلى حد كبير بإدراكه لأدائه، وبخصائص العمل الذي يؤديه (حسين، ١٩٨٢، ص ١٠٠:١٠٣). وعلى هذا تمثل النوايا والاتجاهات نحو التعاطي، موجهاً لاقتراف هذا السلوك، في حين يمثل تشجيع الآخرين (أقران أو آباء) شروطاً خارجية حافزة تزيد من دافعية الفرد وتحثه على القيام به.

يعتبرون أن أي عوامل أخرى يتوقف دورها على قدر ما تتوسط به للتأثير في هذه المعارف والتقييمات الشخصية والحاجات (أبو النيل هبة)، (١٩٩٧، Petraitis et al., 1995).

وإذا انتقلنا إلى السؤال الثاني، نجد أن أنصار نظريات التعلم الاجتماعي قد عُنوا بالبحث في كيفية تكوّن هذه الحاجات، والاعتقادات، والاتجاهات. فتشير نظريات التعلم الاجتماعي (لاجرين وباندورا) إلى كيف تؤدي الدعامات الاجتماعية (متمثلة في امتصاص نماذج الدور) دورًا جوهريًا في تشكيل نوايا الأفراد وتوقعاتهم ومعتقداتهم نحو التعاطي، خلق حاجاتهم إلى خوض هذه الخبرة، إذ أوضحت أن وجود نماذج للدور (أو قدوة) يتعاطون المادة النفسية (كالأقارب أو الأقران) يؤدي إلى ثلاثة مترتبات متتابعة، تبدأ هذه المترتبات بملاحظة الفرد للنموذج ومحاكاته، ثم يتبع ذلك تلقي صور مختلفة من الدعم الاجتماعي المشجع على التعاطي والمساند له، وأخيرًا تأتي أسوأ المترتبات إذ تتاح الفرصة أمام الفرد لملاحظة النتائج الإيجابية للتعاطي سواء أكانت هذه المترتبات اجتماعية (مثل حالة السرور، وما يصاحبها من تيسير في التفاعل الاجتماعي)، أم كانت مترتبات فسيولوجية (مثل حالة الاسترخاء المصاحبة لتعاطي بعض المواد النفسية)، ويشكل هذا في النهاية مناخًا معرفيًا واجتماعيًا داعمًا للتعاطي، ومتقبلًا له، ودافعًا إليه (Ibid).

وعن دور الدافعية في الاستمرار في التعاطي، تعددت التفسيرات في هذا الصدد، فاستخدم بعض الباحثين نظريات التعلم الاشتراطي لتوضيح دور التشريط في الاستمرار في سلوك التعاطي، فوفقًا لهذا التوجه في التفسير فإن السلوك يتكرر بناء على المترتبات أو العائد من الأداء، إذ يميل الفرد إلى تجنب المترتبات السلبية، وإلى تكرار المترتبات الإيجابية، ومن ثم إذا كانت خبرة التعاطي الأولى سلبية، فإن الفرد يميل إلى عدم تكرارها، أما إذا كانت إيجابية فإنه قد يستمر في التعاطي (Childress, 1992; Jeffe, 1990).

وبالمثل قدم "أريف وويسترمير" (Arif & Westermeyer) نموذجًا للتعاطي-يتسق إلى حد ما-مع هذا التوجه، فهو يفسر التعاطي في ضوء تحديد سوابق هذه العملية، ومترتباتها. فيرى أن هناك فئتين من السوابق تؤثر في إقدام الأفراد على التعاطي، سوابق شخصية، وأخرى اجتماعية، وكأغلب الباحثين يقسم هذه السوابق إلى سوابق بعيدة وأخرى مباشرة، هذه السوابق يشكل تفاعلها (الاستعداد للتعاطي). ويتأثر هذا الاستعداد بنوع خبرات التعلم التي سبق أن خبرها الفرد هل هي خبرات تدعم تجنب التعاطي أم هي خبرات تدعم الإقدام عليه؟

وتحدد المقارنة بين هاتين الفئتين من الخبرات في الدفع بالفرد إلى الإقدام على التعاطي أو تجنبه. فإذا ما أقدم الفرد على التعاطي، يبدأ نوع آخر من المقارنة، وهو المقارنة بين المترتبات الإيجابية للتعاطي، والمترتبات السلبية لها، وتأثير ذلك في حالة التكيف العصبي الناتجة عن التعاطي، تلك الحالة التي يرتبط بها حالتنا "التحمل"، و"الأعراض الانسحابية"، واللذان تؤثران بدورهما في زيادة أو تقليل المترتبات الإيجابية أو السلبية للتعاطي. ومن ثم فإن المقارنة بين المترتبات المعاكسة، مقابل المترتبات الداعمة، هو ما يحسم مدى الاستمرار في التعاطي أو التوقف عنه، في ظل ما تخلفه الجوانب البيوكيميائية من حاجات فسيولوجية قد تدفع بدورها في اتجاه الاستمرار أو التوقف.

أما بوزارث Bozarth فقد قدم تصوراً أكثر وضوحاً لعلاقة التعاطي بالدافعية (Bozarth , 1990)، إذ بدأ بالتمييز بين مختلف مستويات التعاطي في ضوء شدة الدافعية -على النحو المبين بالشكل (٢)- مشيراً إلى أن الفرد يتقدم من المستوى المنخفض للتعاطي (سواء أكان تعاطياً تجريبياً أم موقفياً) إلى المستويات الأعلى (التي تتدرج من التعاطي المبرر<sup>١</sup>، إلى المكثف<sup>٢</sup>، إلى القهري<sup>٣</sup>، إلى الإدمان<sup>٤</sup>) وفقاً لدرجة وقوة الدافعية<sup>٥</sup>. التي تتخذ- في المستويات المتقدمة من التعاطي- صورة فسيولوجية، يطلق عليها الباحث اسم حالة السمية الدافعة للتعاطي<sup>٦</sup>، والتي تحدث نتيجة التأثير الفارماكولوجي للمادة النفسية.

<sup>1</sup>Casual drug use

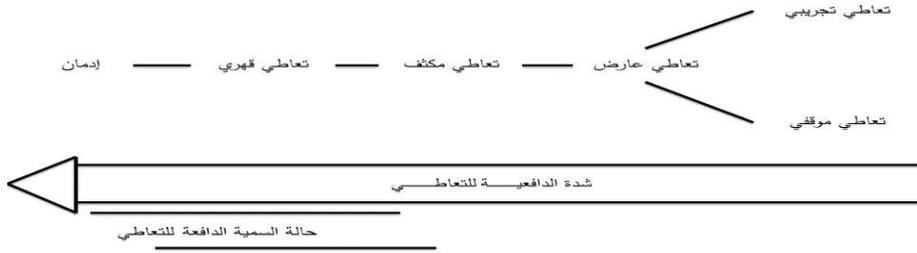
<sup>2</sup>Intensive drug use

<sup>3</sup>Compulsive drug use

<sup>4</sup>addiction

<sup>5</sup>Motivation strength

<sup>6</sup>Motivational toxicity



شكل (٢) بُعد التقدم في مستويات التعاطي ليوزارث

من ناحية أخرى، يقسم الباحث مراحل التعاطي إلى مرحلتين: الأولى، مرحلة الاكتساب<sup>١</sup>، والثانية مرحلة مواصلة التعاطي<sup>٢</sup>. ويشير الباحث إلى أن الدوافع في الحالتين لا تتشابه تمامًا سواء أكانت من حيث الكيف أم من حيث الكم. فمن حيث الكيف، تتحكم الدوافع الشخصية، والدوافع الناشئة عن التفاعل بين الأشخاص (كحب الاستطلاع، والبحث عن اللذة، وتشجيع الأقران... إلخ) في دفع الفرد للبدء في التعاطي (مرحلة الاكتساب). أمّا في المرحلة الثانية (مرحلة مواصلة التعاطي)، فعلى الرغم من استمرار تأثير الدوافع النفس اجتماعية، فإن الدافعية ذات الأساس البيولوجي (الناجمة عن السمية والتأثير الفارماكولوجي للمادة النفسية) يكون لها الغلبة في هذه المرحلة. أما من حيث الكم، فكما سبق أن أشرنا، يعتبر الباحث أن الانتقال من المرحلة الأولى إلى الثانية هو نتاج تغير كمي في شدة الدافعية. ويلخص الباحث ذلك بإشارته إلى أن درجة الدافعية نحو التعاطي، تزداد كلما انتقلنا من المستوى الأدنى من التعاطي إلى المستويات الأعلى. وكلما تقدمنا في اتجاه الإدمان تصبح المؤثرات البيوكيميائية أكثر تحكمًا في تحديد درجة تورط الفرد في خبرة التعاطي.

ويتضح مما سبق، أن الباحثين أميل إلى أن يرجعوا الدور الأساسي في بدء الخبرة إلى الدوافع النفسية والاجتماعية، في حين أنهم يرجعون إلى الدوافع السيكوفسيولوجية الدور

<sup>1</sup>Acquisition phase

<sup>2</sup>Maintenance phase

الأكبر في الاستمرار في التعاطي، والاعتماد، فمتغيرات مثل حب الاستطلاع، والرغبة في الاستكشاف والتجريب، والاعتقادات، والتوقعات، والضغوط الاجتماعية الداعمة للتعاطي من شأنها أن تدفع في اتجاه خلق الحاجة إلى التعاطي. أما الاستمرار في التعاطي فتدفعه إلى جانب ما سبق، حاجات سيكوفسيولوجية، يمكن أن يُستدل عليها من أعراض مثل الانسحاب<sup>1</sup>، واللهفة<sup>2</sup>، وحالات التحمل<sup>3</sup>... إلخ.

### الانحرافات السلوكية والتعاطي

لقيت العلاقة بين التعاطي والسلوكيات المنحرفة اهتمامًا كبيرًا، سواء أكان على المستوى الإمبريقي (انظر كمثال أبو المكارم، ويدر، ١٩٩٩، و ٢٠٠٢) أم على المستوى النظري. ففي المسح الذي قدمه بتريتس وزملاؤه (Petraitis et al., 1995) لأهم النظريات المفسرة لبدء الخوض في خبرة التعاطي، تناول الباحثون عددًا كبيرًا من النظريات التي تربط بشكل مباشر بين تعاطي الأفراد (خاصة المراهقين والشباب)، وارتياب الانحرافات السلوكية.

ويولي أصحاب هذه النظريات اهتمامًا كبيرًا إلى الأسباب التي تدفع بالأفراد للانخراط في الانحرافات السلوكية بوجه عام، والتي من شأنها أن تقودهم إلى الانحراف في اتجاه التعاطي على نحو خاص. وأكثر العوامل المؤثرة في الانحراف-التي أولها أنصار هذا الاتجاه اهتمامهم، هي انخراط المراهقين في علاقات وطيدة مع الأصدقاء المنحرفين. تلك العلاقات التي تمثل العامل الجوهرى وراء معظم الانحرافات السلوكية، والتي من بينها التعاطي.

وقد تباينت النظريات في تحديد العوامل التي تتسبب في انخراط الأفراد في مثل هذه العلاقات، ففي حين ركزت بعض النظريات على المتغيرات الشخصية (كانخفاض تقدير الذات، وضعف المهارات الاجتماعية، والمعاناة من مشاعر المشقة)، نجد فئة ثانية من النظريات اهتمت أكثر بالاختلال في علاقة الفرد بالمنشئين الأساسيين (كالأسرة، والمدرسة... إلخ)، واتجهت فئة ثالثة من النظريات إلى منحى أكثر شمولاً ركزت خلاله على

<sup>1</sup>Withdrawal symptoms

<sup>2</sup>Craving

<sup>3</sup>Tolerance

التفاعل بين مختلف العوامل: الشخصية، والاجتماعية، والثقافية/ الحضارية، وأثرها في الدفع بالأفراد إلى الانخراط في صداقات مع الأقران المنحرفين.

ومن بين الفئة الأولى من النظريات تبرز نظرية "الحط من قيمة الذات" لكابلن Kaplan (١٩٧٥)، والتي تُرجع انخراط الأشخاص مع جماعات الأقران المتعاطين إلى معاناتهم من انخفاض تقديراتهم لذواتهم، نتيجة ما يعانون منه من إحباطات (خاصة الإحباطات الدراسية)، فضلاً عن ضعف مهاراتهم الاجتماعية، وافتقادهم للدعم الخارجي، وتلقيهم لتقييمات سلبية من قبل الآخرين. وهو ما يدفعهم إلى الانضمام إلى الأقران المنحرفين الذين يزيدون من شعورهم بقيمة ذواتهم. ومن ثم يظهر السلوك المنحرف كمحاولة لتحسين صورة الذات من ناحية، وكصورة من الرفض الرمزي للمجتمع التقليدي، من ناحية ثانية.

وعلى نحو مشابه يُرجع نموذج البيئة الاجتماعية لـ "كمفر وترنر" Kampfhor & Turner (١٩٩٠)، السبب الرئيسي في انضمام المراهق إلى جماعات الأقران المنحرفين إلى المعاناة من مشاعر المشقة عموماً، والمشقة الناتجة عن الإحباطات الدراسية بشكل خاص. إذ يرى أن ضعف فعالية الذات في المواقف الدراسية هو السبب الأول للمشقة المرتبطة بالدراسة، خاصة إذا ما صاحبها شعور بأن المدرسة مثيرة للتوتر، وأنها بيئة غير داعمة<sup>١</sup>.

ويندرج تحت الفئة الثانية من النظريات المفسرة لأسباب انضمام المراهقين إلى الأقران المنحرفين، نظرية التفاعل الأسرى التي طرحها بروك Brook وزملاؤه عام ١٩٩٠، ورغم أن هذه النظرية ترى أن كلاً من الروابط الأسرية، والتعلم الاجتماعي، وخصال المراهق الشخصية تؤثر بشكل مباشر في التعاطي التجريبي، فإن تركيزها الأكبر ينصب على الارتباط الوجداني بين الطفل والوالدين، فهي تؤكد أن ضعف الروابط الأسرية نتيجة نقص الإشراف الوالدي، أو ضعف الدعم الوجداني للأبناء هو الذي يسهم الإسهام الأكبر في تشكيل شخصية المراهق وتوافقه مع بيئته، والذي قد يؤدي إلى انضمامه لجماعات الأقران المتعاطين، ومن ثم تعلم مهارات التعاطي.

<sup>١</sup> يمكن الرجوع إلى نموذج "الفشل الدراسي وعلاقته بتعاطي المخدرات" الذي طرحه سوييف سنة ١٩٩٢ لظهور الدور الذي تقوم به الإحباطات الدراسية في الدفع بالفرد إلى الاقتران بالأصدقاء المنحرفين، وبيان النموذج العلاقة الدائرية بين المنحرفين، والتورط في الانحراف والتعاطي (سوييف وآخرون، ١٩٩٢).

تفترض نظرية الارتقاء الاجتماعي متعدد المراحل أيضًا، أن الارتباط بالأقران أمر طبيعي، في مرحلة المراهقة، أكثر من أي مرحلة أخرى تسبقه، نتيجة ما يحدث من ارتقاء اجتماعي للفرد، ينقل السيطرة من الأسرة والبيت إلى الأصدقاء والأقران. ومن ثم قد يظهر المراهق رغبته في الارتباط بالأقران المنحرفين، إذا لم تتوافر لديه خلال مرحلة الارتقاء المبكر فرص كافية للتفاعل المؤثر والفعال في المدرسة أو البيت، نتيجة وجود أي اضطرابات أسرية أو نتيجة ضعف مهاراته الشخصية أو الأكاديمية أو نتيجة الدعم نفسه الذي يتلقاه من قبل الآباء والمدرسين.

وفيما يتصل بفئة النظريات، التي ترجع الانخراط في علاقات مع الأقران المنحرفين إلى عدة عوامل متفاعلة، تبرز هنا نظريتان، الأولى، هي نظرية الضبط الاجتماعي، التي تُرجع ضعف التزام المراهق بالتقاليد الاجتماعية، واندفاعه في اتجاه الارتباط بالأقران المنحرفين إلى ثلاثة عوامل: أولها: المشاعر الناتجة عن المشقة، والتوتر، نتيجة مختلف الإحباطات التي يواجهها الفرد سواء أكانت شخصية، أو تعليمية، أو أسرية، أو مهنية. أما العامل الثاني: فهو ضعف فعالية المنشئين الاجتماعيين (ممثلين في الأسرة، والمدرسة... إلخ) في مساعدة الأفراد على التكيف مع المعايير التقليدية للمجتمع. ويرتبط العامل الثالث بسوء التنظيم الاجتماعي، كما يظهر في ضعف مؤسسات المجتمع الأساسية، وعجزها عن التحكم في سلوك المنتمين إليها، وإرشادهم إلى قواعد السلوك المنضبط.

وعلى نحو مشابه، ترجع نظرية تجمع الأقران لبوفاز واوتينج & Beauvais Oetting (١٩٨٦) انضمام المراهقين إلى الأصدقاء المنحرفين، إلى عدة متغيرات صنفها إلى أربع فئات أساسية، تتعلق الفئة الأولى: بالبناء الاجتماعي الذي يحيا في ظله الأفراد، وتتعلق الفئة الثانية بخصال الأفراد الشخصية، والحالات الوجدانية التي يعايشونها وتتصل الفئة الثالثة من العوامل بضعف الروابط الأسرية بين المراهق ووالديه، تلك الروابط التي تجعل الآباء ينجحون في تحصين أبنائهم ضد الانحراف. وتمثل اتجاهات الأفراد نحو السلوك الانحرافي عمومًا والتعاطي على وجه خاص الفئة الرابعة من العوامل، فكلما زاد اهتمام المراهقين بأي موضوعات انحرافية (ومنها التعاطي)، فإنهم قد يبحثون عن مزيد من المعلومات عنها، وهو ما يجدونه متاحًا -غالبًا- لدى الأقران المنحرفين.

من ناحية أخرى، أشار بعض الباحثين إلى دور الانخراط في علاقات مع الأقران المنحرفين في تدرج الأفراد في مختلف مستويات التعاطي، منها نموذج فلاي Flay وزملائه الذين قدموا تصورًا بشأن مراحل شرب السجائر - واعتبروا تصورهم النظري صالحًا لأن يطبق أيضًا على مختلف أنواع المواد النفسية - فأشار الباحثون إلى أن التعاطي يمر بخمس مراحل هي: الاستعداد، والبدء، والتجريب، والتدخين الاعتمادي. وقد ركز الباحثون على دور النموذج (القوة) في دفع الفرد إلى الانتقال من مرحلة إلى أخرى، فأشاروا إلى أن تأثيرات الأسرة تكون أكثر أهمية في المراحل التحضيرية، إذ تساعد على تشكيل الاتجاهات نحو تدخين السجائر، والتعرف عليها من حيث الشكل والوظيفة، كما أنها قد توجه انتباه الفرد إلى تجريب خبرة التدخين. في المقابل يكون لضغط الأقران التأثير الأكبر في دفع الفرد إلى البدء في تجريب تدخين السجائر. ومن المحتمل أن يستمر تأثير الأقران خلال مرحلة التجريب، أما الاستمرار في التدخين فهو يتوقف أكثر على تقييمات الفرد للمرتبات ونتائج الخبرات الأولى في التدخين، خاصة التأثير الفسيولوجي للسجائر، والدوافع الاجتماعية المرتبطة بذلك. فإذا ما كانت التجربة الأولى ذات عائد سلبي فإن الفرد غالبًا ما يكون أقل قابلية للاستمرار في التعاطي، أما إذا قيم الفرد التجربة الأولى على أنها إيجابية نتيجة وجود مردود فسيولوجي إيجابي، مصحوب بتدعيم من جماعات الأقران فإن التعاطي يستمر (أبو النيل، ١٩٩٧).

وبالمثل بين نموذج سيمون Simon أن الانخراط في علاقات مع الأقران المنحرفين تقف كمرحلة فاصلة بين مرحلة التعاطي التجريبي، ومرحلة الاستمرار في التعاطي. إذ إن هذا الانخراط مع الأصدقاء المنحرفين، يزيد من تعرض الأفراد لتقافة المادة النفسية (المرجع السابق).

ويتضح مما سبق، أن الصورة الإجمالية التي تطرحها هذه النظريات تبين أن انضمام المراهقين إلى الأصدقاء المنحرفين يرجع إلى عدة أسباب بعضها يتصل بالبيئة الاجتماعية المحيطة بالفرد (يتعلق بعضها بالإطار الاجتماعي العام، ويتعلق بعضها الآخر بالعلاقات بين الأشخاص، وعلى رأسها علاقة الفرد بالمنشئين)، وبعضها يتصل بالفرد نفسه (مثل خصال الفرد الشخصية وما قد يعاني منه الفرد من حالات وجدانية سلبية، واتجاهاته وتوقعاته نحو التعاطي).

- وينتج عن الانخراط مع الأصدقاء المنحرفين تعرض الفرد لثقافة المادة النفسية، وتوفير المناخ الداعم للتعاطي، وهو ما يتجلى في:
- إكساب الفرد المعلومات - المتاحة - عن المادة النفسية.
  - تعليم الفرد مهارات التعاطي (من أين يحصل على المادة النفسية، وكيف يتعاطاها... إلخ).
  - تقديم الدعم الاجتماعي للتعاطي والتشجيع عليه.
  - خلق اتجاهات إيجابية نحو التعاطي، ودعم التوقعات الإيجابية نحوه.
  - تقديم صورة المتعاطي كنموذج للاقتداء.
- ويكتسب هذا الدور قوته نتيجة لما تنتجه الصداقة والزمانة من أدوار ووظائف (أبو سريع، ١٩٨٧).

### نموذج مقترح لتوضيح مستويات التورط في خبرة التعاطي

يتمثل الهدف من النموذج<sup>١</sup> الراهن في تقديم تصور مقترح للمتغيرات الحاسمة (المرتبطة بالفرد)، التي من شأنها، تحديد درجة إقدام الشخص على التورط في خبرة التعاطي بمستويات التورط المتعددة (التعاطي التجريبي، والتعاطي المتقطع، والتعاطي المنتظم، فضلاً عن الاستهداف للتعاطي).

ويستند هذا النموذج إلى فرض أساسي مؤداه أن مستوى تورط الفرد في خبرة التعاطي مرهون بقدر التفاعل بين متغيرين أساسيين، وهما الدافعية للتعاطي، وسلوك المخاطرة (خاصة المخاطرة في اتجاه ارتكاب الانحرافات السلوكية).

وقبل البدء في استعراض مكونات النموذج، نعرض للمفاهيم التي يتناولها وتعريفاتها...  
**أولاً: مفاهيم النموذج الأساسية**

#### ١ - مستويات التورط في خبرة التعاطي: التقسيم والتعريف

تعددت التقسيمات التي طرحها الباحثون لمستويات التعاطي، تباينت محكاتهم التي استندوا إليها لوضع هذه التقسيمات -على النحو سابق الذكر- فهناك من قسم مستويات التعاطي وفقاً للمراحل المتتابعة التي تمر بها عملية التعاطي، مثل التقسيم الذي اقترحه

<sup>١</sup> يعرف قاموس إنجليش وإنجليش النموذج بأنه "تصور مجرد، يناظر واقعاً ما، قائماً أو مأمولاً، أو هناك رغبة في تنفيذه أو تحقيقه عملياً (درويش، ١٩٩٩).

"بوزارث" الذي قسمها إلى مرحلتين، مرحلة الاكتساب، ومرحلة مواصلة التعاطي (Bozarth, 1990)، أيضاً قسم "فلاي"، مراحل التدخين إلى خمس مراحل (رأى أنها من الممكن أن تنطبق على مختلف أنواع المواد النفسية)، وهي مراحل: الاستعداد، والبدء، والتجريب، والانتظام، والاعتیاد. وهناك تقسيم "جيف" لمستويات التعاطي، والتي قسمها وفقاً لدرجة تحكم المتعاطي في العملية، إلى تعاطي تجريبي، وتعاطي موقفي (أو حسب الظروف)، وتعاطي مبرر، وتعاطي مكثف، وتعاطي قهري، ثم الإدمان (Jaffe, 1990). وقد ميزت اللجنة القومية للماريوانا وتعاطي المخدرات في الولايات المتحدة عام ١٩٧٢ بين المتعاطين التجريبيين، والمتعاطين بشكل متقطع، والمتعاطين المعتدلين، والمتعاطين بشكل مكثف (سويف وآخرون، تحت الطبع).

ويستند النموذج الراهن، إلى التصنيف المستخدم في أغلب بحوث "البرنامج الدائم لتعاطي المخدرات" (انظر مثلاً: عامر، وعبد البر (هند)، ١٩٩٩) الذي يُقسم بمقتضاه مستويات التعاطي، في ضوء شدة أو مستوى التورط في هذه الخبرة، بحيث تشمل: الاستهداف للتعاطي، والتعاطي التجريبي، والتعاطي المتقطع، والتعاطي المنتظم، وأخيراً الإدمان أو الاعتماد (وتمثل هذه المستويات درجات من التورط في الخبرة، ليست مراحل لازمة الحدوث والتتابع).

وفي ضوء هذا التقسيم، يمكن تعريف كل مستوى من مستويات التورط في الخبرة على النحو التالي:

يُقصد بالاستهداف للتعاطي، توافر مجموعة من المتغيرات (البيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية... إلخ)، التي من شأنها جعل مجموعة معينة من الأفراد أكثر عرضة للتورط في سلوك التعاطي. وتسمى عندئذ هذه المجموعات بالجماعات المستهدفة. وتعرف لجنة المستشارين العلميين هذه الجماعات بأنها "الجماعات المحدودة داخل المجتمع الكبير التي يرتفع في حالتها (أكثر من المعتاد) احتمال تورط أفرادها في التعاطي أو الإدمان (لجنة المستشارين، ١٩٩٢، ص ١٩٠).

ويقصد بالتعاطي التجريبي، التعارض العارض الذي يبدأ بنوع من حب الاستطلاع وتجريب مشاعر جديدة، وقد يستمر فيه الفرد لعدد قليل من المرات، ثم لا يعود بعدها مطلقاً إلى التعاطي مرة أخرى (جمعة، ١٩٩٥، ص ٤٩).

ويشير التعاطي المنقطع (أو التعاطي بالمناسبة) إلى تعاطي المادة النفسية، كلما كانت هناك مناسبة اجتماعية تدعو إلى ذلك أو لمواجهة مواقف خاصة أو ضاغطة (سوف، ١٩٩٦). ويستخدم المصطلح ليشير إلى فئة من المتعاطين يستمرون في التعاطي على أساس منقطع، فهم لا ينقطعون تمامًا عن التعاطي، بعد اجتياز المرحلة المبكرة من بدء التعاطي، ولكنهم مع ذلك لا يواصلون التعاطي بصورة منتظمة، بل يتعاطون من حين إلى آخر، ويكون ذلك غالبًا في مناسبات اجتماعية بعينها، وقد تمر على الشخص أسابيع أو شهور دون أن يتعاطي (سوف وآخرون، تحت الطبع).

ونعنى بالتعاطي المنتظم عملية التعاطي المتواصل لمادة نفسية بعينها على فترات منتظمة، يجرى توقيتها بحسب إيقاع داخلي (سيكوفيزيولوجي) لا على حسب مناسبات خارجية (اجتماعية)، وتعد هذه العملية مرحلة متقدمة (عن مرحلة التعاطي بالمناسبة) في تعلق المتعاطي بالتعاطي (سوف، ١٩٩٦، ص ٢٥).

ويشير الإدمان (أو الاعتماد) إلى التعاطي المتكرر للمادة النفسية (أو لعدة مواد نفسية)، لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز، أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيرًا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. ومن أهم أبعاد سلوك الإدمان: زيادة جرعة المادة المتعاطاة (وهو ما يعرف بالتحمل)، وظهور الاعتماد الذي له مظاهر فيزيولوجية واضحة، حالة تسمم عابرة أو مزمنة، رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأي وسيلة، وتأثير مدمر في الفرد والمجتمع (المرجع السابق، ص ١٧ - ١٨).

## ٢ - الدافعية للتعاطي

نتبنى في هذا السياق، تعريف هيب Heeb للدافعية الذي يشير إليها بأنها "العملية التي يتم بمقتضاها إثارة نشاط الكائن الحي، وتنظيمه وتوجيهه لتحقيق هدف معين (عبد الله، ١٩٩٠، ص ٤١٩)، ومن ثمَّ إذا كان هذا الهدف هو التعاطي، فإننا نطلق عليها "الدافعية للتعاطي".

### ٣- المخاطرة في اتجاه الانحراف

يقصد بالمخاطرة هنا "الأفعال التي يؤديها الفرد، أو القرارات التي يتخذها، في موقف اختياري لا يستطيع فيه أن يتنبأ بدقة بنتائج اختياراته أو مترتبات قراراته وأفعاله (عبد الحميد، ١٩٩٥). وعندما يكون الفعل موضع المخاطرة سلوكًا انحرافيًا (أي سلوك يندرج ضمن "جملة الأفعال والتصرفات التي تحاول تخطي حواجز التحريم الاجتماعي، كالقانون، والشرائع، والأخلاق، والأعراف (سوف، ٢٠٠٠، ص ٢٠)، فإننا نطلق على المخاطرة عندئذٍ "مخاطرة في اتجاه الانحراف السلوكي".

#### ثانيًا: وصف النموذج ومكوناته

وفقًا للتصور النظري الذي عرضنا له عبر هذه الدراسة، يمكن توزيع مختلف فئات المتورطين في خبرة التعاطي-كما هو واضح في شكل (٣)-داخل مصفوفة-من تسع خانوات-ذات بعدين متعامدين، يمثل محورها الأفقي بُعد "الدافعية نحو التعاطي"، ويمثل محورها الرأسي بُعد "المخاطرة في اتجاه الانحراف".

وتبعًا لدرجة وشدة كل من الدافعية والمخاطرة تتشكل خانوات المصفوفة التسع، بحيث نجد أنه كلما انخفضت-معًا-الدافعية والمخاطرة لدى الفرد قلت احتمالات تورطه في سلوك التعاطي، وكلما ارتفعت درجة أي منهما أو كليهما ظهرت مختلف مستويات التورط في هذا السلوك.

وعلى هذا فإن غير المستهدفين (أو المحصنين)-في ضوء هذا التصور-هم من لديهم دافعية منخفضة نحو التعاطي ومخاطرة منخفضة في اتجاه الانحراف.

أمًا المستهدفون للتعاطي فهم فئتان؛ الفئة الأولى تضم من لديهم دافعية مرتفعة نسبيًا نحو التعاطي (متوسطو الدافعية) مع انخفاض في قدر المخاطرة في اتجاه الانحراف (وهؤلاء من يمكن أن نسميهم بالمستهدفين الراغبين في التعاطي)، والثانية تضم من لديهم قدر منخفض من الدافعية نحو التعاطي، ولكن لديهم قدر مرتفع نسبيًا من المخاطرة في اتجاه الانحراف (وهؤلاء من يمكن أن نسميهم بالمستهدفين المُخاطرين).



شكل (٣) نموذج مقترح لتوضيح مستويات التورط في خبرة التعاطي

وبالمثل يمكن تقسيم المتعاطين التجريبيين إلى فئتين: من لديهم قدر مرتفع جداً من الدافعية نحو التعاطي، مع انخفاض شديد في المخاطرة في اتجاه الانحراف (المجربون الراغبون في التعاطي)، مقابل من لديهم قدر مرتفع جداً من المخاطرة في اتجاه الانحراف مع انخفاض شديد في الدافعية نحو التعاطي (المجربون المخاطرون).

وينقسم المتعاطون المنقطعون (أو المتعاطون بالمناسبة) إلى فئتين أيضاً: من لديهم قدر مرتفع جداً من الدافعية نحو التعاطي، مع قدر متوسط من المخاطرة في اتجاه الانحراف (المتعاطون بالمناسبة الراغبون في التعاطي).

وأخيراً يتوقع النموذج أن المتعاطين المنتظمين لديهم دافعية مرتفعة نحو التعاطي، وقدر مرتفع من المخاطرة في اتجاه ارتكاب السلوك المنحرف.

### ثالثاً: الأسس الداعمة للنموذج

يتطلب توضيح متضمنات هذا النموذج الإجابة عن سؤالين مهمين: أولهما: لماذا افترضنا تباين درجة التورط في خبرة التعاطي بتباين شدة الدافعية؟ أما السؤال الثاني فهو: لماذا نتباين درجة التورط في خبرة التعاطي بتباين شدة المخاطرة؟

ويقف داعمًا لتوقعنا بتباين درجة التورط في خبرة التعاطي بتباين شدة دافعية الأفراد، تحليلنا لخصائص السلوك المدفوع، فيشير "لين" Lin إلى أن هناك ثلاث وظائف لمثيرات الدافعية:

- ١- أنها تحافظ على تتابع الاستجابات حتى يصل الفرد الذي يبتغيه.
  - ٢- أنها تحدد نوع الاستجابة التي سيتم اختيارها من بين مجموعة معينة من الاستجابات، وفقاً لمدى وقوة الدافعية المتعلقة بهذه الاستجابة.
  - ٣- أنها تحدد الفئة العامة للاستجابة، والأفكار المرتبطة بالموضوع العام الذي يدور بشأنه التفكير (عبد الحميد، ١٩٨٧، ص ١٢٨).
- وعلى نحو مشابه يؤكد ماركس Marx أن الدافعية تؤثر في سلوك الأفراد نتيجة تميزها بالخصائص الآتية:

- ١- تعبئة الطاقة وتهيئة الفرد لإصدار السلوك، وما يرتبط بذلك من يقظة وتوتر عام.
- ٢- تنظيم السلوك وتوجيهه إلى هدف محدد.
- ٣- استمرار الطاقة المعبأة لتحقيق الهدف حتى يصل الكائن الحي إليه.
- ٤- تتناسب قوة الدافع مع مقدار ما يولده من طاقة للفعل (عبد الله، ١٩٩٠، ص ٤٢٠).

ومن ثم، فإنه في ظل وجود دافع إلى التعاطي، فإن الفرد يكون في حالة يقظة وتوتر، توجه سلوكه وأفكاره نحو ما يتصل بهذا الموضوع، وتجعله على استعداد لإصدار السلوك (أي الإقدام على التعاطي في المواقف المثيرة لهذا الدافع)، والسعي في اتجاه كل ما يحقق هدفه. ولأن قوة الدافع المثار تتناسب مع مقدار الطاقة الناتجة عنه. فإنه كلما زادت دافعية الفرد للتعاطي زادت الطاقة المبذولة لتحصيل هذه الخبرة. ومن ثم فإن دافعية الفرد المنخفضة تولد طاقة جهد أقل، يصبح معها إقدام الفرد على التعاطي أقل احتمالاً (أي يصبح الفرد غير مستهدف)، فإن ارتفعت الدافعية نسبياً تتناسب ذلك طردياً مع محاولات الإقدام على تحصيل هذه الخبرة، (أي يصبح الفرد مستهدفاً)، فإذا ارتفعت الدافعية أكثر وأكثر فإن المرء قد يُقدم فعلياً-ولو على سبيل التجريب-على التعاطي (وهذا يتوقف بالطبع على توافر باقي الشروط الأخرى الميسرة). ولكن ما العوامل التي تحدد شدة السلوك المدفوع؟ هنا يشير اتكنسون Atkinson إلى أن قوة أو شدة السلوك المدفوع، المراد منه تحقيق

الهدف، تتوقف على العلاقة بين الدافع، وتوقع الباعث، وفعالية الباعث. بعبارة أخرى فإن شدة الاستثارة دالة لكل من الدافع (أي الاستعداد للإقدام على السلوك)، والتوقعات المرتبطة بالباعث (إدراكات الفرد لاحتمالات تحقيق الباعث لأهدافه)، وفعالية الباعث (أي مدى قدرته الفعلية على تحقيق الهدف) (حسين، ١٩٨٢، ص ٩٧).

ومن ثم فإن معرفتنا بقدر استعداد الفرد للإقدام على سلوك التعاطي (الدافع للتعاطي)، وتوقعاته بشأن مترتبات خوض هذه الخبرة، وبشأن قدرة المادة النفسية على إشباع حاجاته وتحقيق أهدافه (توقعات الباعث)، بالإضافة إلى تقديرنا-المستقل عن توقعات واعتقادات الفرد - لقدرة المادة النفسية على إشباع ما يتوقعه الفرد من أهداف، كل ذلك يمكننا من تحديد شدة دافعية الفرد نحو التعاطي، واحتمالات استمراره فيه.

وفي إطار هذا التصور لعلاقة الدافعية بالتعاطي، نستطيع أن نفهم قدر ما يمكن أن تسهم به عديد من المتغيرات-التي طرحت في ثنايا النظريات السابق عرضها-في زيادة الدافعية نحو التعاطي، والتي منها المتغيرات الوجدانية/المعرفية التي أشار إليها منظور التعلم الاجتماعي، من قبيل: "توايا الفرد الخبيثة عن التعاطي"، و"اعتقاداته في فائدة المادة النفسية" و"توقعاته للمكاسب المترتبة على التعاطي" و"اتجاهاته الإيجابية نحو التعاطي"، و"ملاحظته للواحق التعاطي لدى أقاربه من المتعاطين" أو أصدقائه، وما يرتبط بذلك من اتجاهات داعمة للتعاطي، وزيادة في التعرض لثقافة المادة النفسية.

كذلك نستطيع أن نفهم ما يمكن أن تؤثر به الحالات الوجدانية، التي أشارت إليها نظريات عديدة-مثل النموذج الإيكولوجي الاجتماعي "لكمفر وترنر"، ونظرية الضبط الاجتماعي "لالبوت"، ونظرية تجمع الأقران "لاوتينج وبيوفيز"-في دفع الفرد للتعاطي، وعلى رأس هذه الحالات المعاناة من المشقة، وما يرتبط بها من إحباطات سواء أكانت شخصية، أو تعليمية، أو أسرية، أو مهنية. إذ تزيد هذه الحالات من سعي الفرد إلى إيجاد وسائل تعينه على التخفيف من التوتر الناتج عن هذه الحالات التي قد يكون التعاطي واحداً من هذه الوسائل.

نستطيع أيضاً أن نتوقع قدر ما يمكن أن تؤثر به الحالات الفسيولوجية، في الدفع بالفرد إلى مزيد من الانخراط في التعاطي، تلك الحالات التي أشار إليها، "اريف" و"ويسترمير"، وبلورها بوضوح بوزارث (Bozarth, 1990) في نمودجه الذي أشار فيه إلى

دور المتغيرات الدافعة ذات الأساس السيكوفسيولوجي (الناجمة عن السمية) في الدفع إلى مزيد من التصعيد في التعاطي، والتي تتبدى بوضوح في حالتى الانسحاب، والتحمل. من ناحية ثانية، يأتي توقعنا بارتفاع احتمالات التعاطي بارتفاع درجة "المخاطرة في اتجاه الانحراف"، بناء على تبيننا لفرضين أساسيين، الأول يُقر بأن سلوك التعاطي هو أحد مظاهر السلوك الانحرافي، والثاني يشير إلى أن كل سلوك انحرافي ينطوي على درجة معينة من المخاطرة. وهما فرضان تدعمهما نتائج الدراسات الإمبريقية من ناحية، ويدعمهما المنطق النظري من ناحية ثانية، فيمثل السلوك الانحرافي، بحكم تعريفه، خروجاً عما هو سائد من قيم وأعراف اجتماعية، ومن ثمَّ يتطلب اقتراف هذا السلوك قدرًا من المخاطرة لمواجهة مترتبات الخروج عن قيم الجماعة وأعرافها. ومن ثمَّ كلما زادت مخاطرة الفرد زادت فرص اقترافه للسلوك الانحرافي. وكلما زاد انحراف الفرد، زادت فرص أن يكون التعاطي أحد صور هذا الانحراف.

وفي إطار هذا التصور يتضح لنا الدور المحوري الذي يؤديه الانخراط في علاقات مع جماعات الأقران المنحرفين، في تهيئة المناخ الميسر للمخاطرة في اتجاه الانحراف، ذلك الانخراط الذي يهيئ له متغيرات اجتماعية/ ثقافية عديدة من قبيل: العيش في المناطق الموبوءة، التي يزداد فيها الانحراف والجريمة والفقر، وضعف مستوى المدارس، فضلاً عن المتغيرات الاجتماعية (المتصلة بالتفاعل بين الأفراد) مثل: ضعف الروابط الأسرية، ونقص الإشراف الوالدي، فضلاً عن متغيرات الشخصية من قبيل اتسام الأفراد بخصال مهينة للانحراف، كالمخاطرة، والاندفاعية، والمجاراة، وضعف المهارات الاجتماعية، وانخفاض تقدير الذات... إلخ).

ولكن لن تؤدي مخاطرة الفرد وانحرافه السلوكي إلى التعاطي إلا بتوافر مجموعة أخرى من الشروط، تجعل من التعاطي موضوعاً لانحراف الفرد، وأهم هذه الشروط التي يوليها النموذج الزاهن اهتمامه هي الدافعية نحو التعاطي. ومن ثمَّ فإن تفاعل متغيري "الدافعية نحو التعاطي"، و"المخاطرة في الانحراف" من شأنهما أن يحددا لنا مستوى التورط المتوقع في خبرة التعاطي.

وإذا كنا، في الفقرات السابقة، قد قدمنا بعض الدعائم النظرية للنموذج، فهناك عديد من النتائج الإمبريقية، التي تمثل بشكل مباشر أو غير مباشر -دعائم للفروض التي بنى عليها،

خاصة فيما يتصل بعلاقة التعاطي ببعض مؤشرات الدافعية للتورط في الخبرة، وعلاقته أيضاً بالمخاطرة في اتجاه الانحراف. ويصدق هذا على نتائج الدراسات المحلية (كما يظهر مثلاً في نتائج بحوث البرنامج الدائم (سويف وآخرون، ١٩٩١ (أ)، ١٩٩١ (ب)، ١٩٩٢، ١٩٩٤، ١٩٩٥، والسيد وآخرون، ١٩٩١) أو على مستوى الدراسات الأجنبية (انظر-مثلاً- ما عرضت له فازي (Fazy, 1977) من دراسات في مسحها لبحوث منشأ التعاطي). فعلى سبيل المثال، بينت الدراسات التي أجريت في إطار البرنامج الدائم ارتباط التعاطي بعدد من المتغيرات التي يصلح اعتبارها مؤشرات للدافعية نحو التعاطي (مثل نوايا الفرد الخبيثة، وتصريحه بالإقدام على التعاطي إذا أتيحت له الفرصة، والاعتقاد في فائدة المادة النفسية، والتعرض لثقافة المادة النفسية بالسماع عنها أو مشاهدتها مباشرة. وامتصاص نماذج الدور، من خلال التعرض لنماذج من الأقارب أو الأصدقاء يتعاطون).

بالإضافة إلى ما بينته من وجود ارتباط دال بين التعاطي ومؤشرات المخاطرة في اتجاه الانحراف (سواء استدل عليها من ارتباط دال بين التعاطي بالارتكاب الفعلي للانحرافات السلوكية المتنوعة (أبو المكارم، وبدر، ١٩٩٩، ٢٠٠٢)، أو ارتباط التعاطي بمناسبات اجتماعية تهيئ لذلك، إذ بينت الدراسات مثلاً أن الجلسة مع الأصدقاء، والمناسبات السعيدة هي أكثر المناسبات المصاحبة لبدء التعاطي، والاستمرار فيه، كما أن الأصدقاء هم أول من قدم المادة النفسية للمتعاطين) ومن الجدير بالإشارة أن هذه النتائج اتسمت بقدر كبير من الاتساق، عبر مختلف قطاعات الجمهور محل اهتمام هذه الدراسات (الطلاب وتلاميذ المدارس الثانوي العام والفني)، وعبر مختلف أنواع المواد النفسية. وفي النهاية، يبقى لنا-حتى نكمل عرضنا للتصور النظري الراهن-تقديم بعض الأسئلة التي يمكن أن يستثيرها.

#### رابعاً: الأسئلة التي يستثيرها النموذج

تنثير المصفوفة التي عرضنا لها عدة أسئلة مهمة، من بينها ما يلي:

١- إلى أي حد يتيح لنا التصور الراهن تحديد الدور النسبي للمتغيرات البيولوجية، والشخصية، والاجتماعية، والثقافية/الحضارية-التي طرحت في ثنايا مختلف النظريات-وتأثيرها في التورط في خبرة التعاطي بمختلف مستوياته، من خلال

تحديد درجة تأثير هذه المتغيرات في دافعية الفرد للتعاطي، أو مخاطراته في اتجاه الانحراف؟

٢- إلى أي حد ينطبق التصور الراهن على مختلف المواد النفسية؟ بمعنى آخر إلى أي حد يمكننا دراسة التفاعل بين الدافعية والمخاطرة من تحديد مستويات تعاطي مختلف أنواع المواد النفسية على النحو المطروح بالنموذج؟ وهل يمكن الامتداد بالنموذج لتفسير الإدمان والاعتماد؟

٣- إلى أي حد ينطبق التصور الراهن على مختلف فئات جمهور المتعاطين أو المستهدفين؟ بمعنى آخر هل يؤدي التفاعل بين الدافعية والمخاطرة-على النحو المطروح بالنموذج-إلى تحديد مستويات تعاطي المواد النفسية لدى مختلف فئات الجمهور<sup>١</sup>؟

٤- إلى أي حد تؤثر المتغيرات المتشابهة في دافعية الأفراد، ودرجة مخاطراتهم عند تباين الثقافات؟

٥- ما الفروق المتوقعة بين المستهدفين الراغبين، والمجربين الراغبين، والمتعاطين بالمناسبة الراغبين من ناحية، والمستهدفين المخاطرين، والمجربين المخاطرين، والمتعاطين بالمناسبة المخاطرين، من ناحية أخرى فيما يتصل بمختلف المتغيرات الشخصية والاجتماعية ذات الدلالة في التأثير في التعاطي؟

٦- إلى أي حد يمكن الإفادة من التصور الراهن في وضع خطط الوقاية من التعاطي، بمختلف مستوياتها؟ بمعنى آخر إلى أي حد سنتشابه أو تختلف مكونات برامج الوقاية الموجهة إلى المستهدفين (أو المتورطين) الراغبين مقارنة بتلك المستخدمة للمستهدفين أو المتورطين في التعاطي المخاطرين؟

٧- إلى أي حد يمكن الإفادة من التصور الراهن في وضع خطط العلاج، والوقاية من الانتكاس؟

<sup>١</sup> من الجدير بالذكر أن الباحث الراهن قد حاول اختبار بعض فروض النموذج، في إحدى الدراسات التي أجريت في إطار البرنامج الدائم (عامر، تحت الطبع)، وقد تبين له في هذه الدراسة أن عوامل الاستهداف للتعاطي لدى تلاميذ الثانوي العام تختلف عنها لدى تلاميذ الثانوي الفني، حيث تؤثر الدافعية للتعاطي على نحو أكبر في استهداف تلاميذ الثانوي العام، في حين تؤثر المتغيرات المتصلة بالمخاطرة في اتجاه الانحراف تأثيراً أكبر في استهداف تلاميذ ثانوي فني للتعاطي.

وتتطوي هذه الأسئلة-المصاغة بشكل إجمالي-على العديد من الأسئلة النوعية التي يصلح كل منها أن نخصص لها بحثاً مستقلاً. فكل متغير من عشرات المتغيرات التي سبق طرحها في النظريات السابقة (كتأثير معتقدات الأفراد، وتوقعاتهم، واتجاهاتهم، ونواياهم الخبيثة، والانخراط في علاقات مع الأصدقاء المنحرفين... إلخ) تحتاج إلى دراسة تأثيرها النوعي في كل متغير من متغيرات النموذج، حتى يمكن تحديد تأثيرها النسبي في التورط في خبرة التعاطي بمستوياتها. أيضاً كل مادة من المواد النفسية (الكحوليات، والمخدرات الطبيعية، والأدوية النفسية... إلخ)، وكل مرحلة من المراحل العمرية الحاسمة (المراهقة، والشباب... إلخ)، وكل مستوى من مستويات الوقاية (الوقاية من الدرجة الأولى، والثانية، والثالثة)، وكل مرحلة من مراحل العلاج، تحتاج إلى استكشاف ما يطرحه النموذج من فروض.

وكما هو ملاحظ، فإن الإجابة عن هذه الأسئلة ستمثل المدخل الأساسي لتحديد نطاق النموذج وحدود تعميمه.

## قائمة المراجع

- أبو النيل (هبة الله محمود). (١٩٩٨). أسلوب الحياة وعلاقته بتعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم نفس.
- أبو سريع (أسامة). (١٩٩٣). الصداقة من منظور علم النفس. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.
- أبو المكارم (فؤاد)، بدر (خالد). (١٩٩٩). الانحرافات السلوكية لدى تلاميذ الثانوي العام في مصطفى سويف وآخرين، تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد الثامن. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- أبو المكارم (فؤاد)، بدر (خالد). (٢٠٠٢). الانحرافات السلوكية لدى تلاميذ الثانوي الفني في مصطفى سويف وآخرين، تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد التاسع. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- السيد (عبد الحليم محمود) وآخرين (١٩٩١). تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب من طلاب المدارس الثانوية بمدينة القاهرة الكبرى عام ١٩٨٦، عبد الحليم محمود (محرر) القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- جمعة (مايسة). (١٩٩٥). مفهوم الذات لدى متعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب من طلاب الجامعة الذكور، رسالة ماجستير، جامعة القاهرة، كلية الآداب، قسم علم النفس.
- حسين (محيي الدين). ١٩٨٢. العمر وعلاقته بالإبداع لدى الراشدين، القاهرة: دار المعارف.
- درويش (زين العابدين). (١٩٩٧). نحو نموذج إجرائي لتنمية الإبداع: تصور مقترح. في ندوة دور المدرسة والأسرة والمجتمع في تنمية الابتكار. الدوحة: منشورات كلية التربية جامعة قطر.
- سويف (مصطفى). (١٩٩٦). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. الكويت: سلسلة عالم المعرفة.

- سويف (مصطفى). (٢٠٠٠). علم النفس في حياتنا العلمية: مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية. القاهرة: الدار المصرية اللبنانية.
- سويف (مصطفى). (١٩٩١) وآخرون. (أ) تعاطي المواد النفسية المؤثرة في الأعصاب بين عمال الصناعة، المجلة القومية الاجتماعية، ٨٣، ١.
- سويف (مصطفى). (١٩٩١) وآخرون. (ب) تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد الثالث: التعاطي غير الطبي للأدوية المؤثرة في الأعصاب. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سويف (مصطفى). (١٩٩٢) وآخرون. تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد الرابع: تعاطي المخدرات الطبيعية. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سويف (مصطفى). (١٩٩٤) وآخرون. تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد الخامس: شرب الكحوليات. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سويف (مصطفى). (١٩٩٩) وآخرون. تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد الثامن. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.
- سويف (مصطفى)، حيدر (غالب)، يوسف (جمعة)، طه (هند)، بدر (خالد)، عامر (أيمن)، أبو المكارم (فؤاد)، جمعة (مايسة). (تحت الطبع). معجم مصطلحات التعاطي والإدمان.
- عامر (أيمن)، عبد البر (هند). (١٩٩٩). **رب الكحوليات بين التلاميذ الثانوي العام وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية والاجتماعية، في تعاطي المواد النفسية المؤثرة على الأعصاب بين الطلاب: دراسة ميدانية في الواقع المصري، المجلد التاسع. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.**
- عبد الله (معتز سيد). (١٩٩٠). الدافعية، في: عبد الحليم محمود السيد (محررا)، علم النفس العام، القاهرة: مكتبة غريب.

عبد الحميد (شاكر). (١٩٨٧). الإبداع في فن التصوير، الكويت: سلسلة عالم المعرفة، العدد ١٠٩.

عبد الحميد (نبيل). (١٩٩٥). المخاطرة وبعض القدرات العقلية المعرفية "السرعة الإدراكية ومرونة الغلق: دراسة ميدانية، مجلة دراسات نفسية، ص ٤١٥-٤٤٧.

لجنة المستشارين العلميين. (١٩٩٢). استراتيجية قومية متكاملة لمكافحة ومعالجة مشكلات التعاطي والإدمان في مصر: التقرير النهائي، القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية.

ليلة (رزق سند). (١٩٩٥). أسباب تعادي المواد ذات التأثير النفسي، في: قراءات في علم النفس. القاهرة: دار النهضة العربية.

Arif, A& Westermeyer, J. (1988). Manual of drug and alcohol abuse. New York: Plenum Medical Book Co.

Bozarth, M.A. (1999). Drug addiction as a psychological process. In D.M. Warburton (Ed), Addiction controversies (pp.112-134). London: Harwood Academic publishers.

Childress, A. R. Ehrman, R. Roshenow, D. (1992). Classically conditioned factors in drug dependence. In Lowinson et al, (Eds), Substance abuse: A comprehensive textbook London: Williams & Wilking.

Fazy, C. (1977). The aetiology of psychoactive substance use, London: United Nation Educational, Scientific and Cultural Organization.

Hester, R. & Sheeby, N. (1990). The Unification theory of alcohol abuse.: It s time to stop fighting each other and start working together.. Retrieved September, 2003, from: <http://www.indiana.edu/~engs/c> book.

Jeffe, U. S. (1989). Drug use prevention. Retrieved 30/8/2003, from: archive d information.

Jellinek, M. (1960). The disease concept of alcoholism. Hillhouse press: New Haven. (through: Hester. R. Sheeby, N. (1990).

Lettier, D. J. Syers, M. & Preson, H. W. (Eds.), (1980). Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives (Research Monograph 30), Rockville, DC: National Institute of Drug Abuse. (through: Petraitis et al. 1995).

- Miller, R. & Hester, R. (1989). Treating alcohol problems: Toward an informed eclecticism. In W. R. Miller and R. K. Hester (Eds.), Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives. New York: Pergammon Press.
- Pettaitis, J. Flay B. & Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. Psychological Bulletin, 117 (1), 67-86.