

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة (2) لونيبي علي

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس

إضطرابات التفكير لدى فئة من المدمنين على الهيرويين وعلاقتها بكل من
أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل وإدراك الضغط

تخصص: علم النفس عيادي

إشراف الأستاذ:

فاضلي أحمد

إعداد الطالب:

بربار محمد المهدي

السنة الجامعية: 2015/2014

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة البليدة (2) لونيبي علي

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

مذكرة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس

إضطرابات التفكير لدى فئة من المدمنين على الهيرويين وعلاقتها بكل من
أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل وإدراك الضغط

تخصص: علم النفس عيادي

إعداد الطالب:

بربار محمد المهدي

أعضاء اللجنة المناقشة:

أ/ يازيدي فاطمة الزهراء	أستاذ محاضر (أ) جامعة البليدة	رئيسا
أ/ كركوش فتيحة	أستاذ محاضر (أ) جامعة البليدة	عضو مناقشا
أ/ شرادي نادية	أستاذ محاضر (أ) جامعة البليدة	عضو مناقشا
أ/ فاضلي أحمد	أستاذ محاضر (أ) جامعة البليدة	مشرف ومقرر

السنة الجامعية: 2015/2014

ملخص:

هدفت الدراسة الحالية إلى البحث عن العلاقة بين اضطرابات التفكير وكل من أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل وإدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن. وبالتالي الإجابة على التساؤلات التالية: هل يظهر المدمنون على مادة الهيرويين عن طرق الحقن اضطرابات التفكير؟. هل هناك علاقة بين درجة اضطرابات التفكير واستخدام أسلوب مخططات حل المشكل لدى عينة البحث؟. هل هناك علاقة بين درجة اضطرابات التفكير ودرجة إدراك الضغط لدى عينة البحث؟. هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات إدراك الضغط وفقا لمتغير مدة الإدمان؟. وعليه فقد تمت صاغة فرضيات البحث وفقا لهذه التساؤلات. وقد اتبع الباحث المنهج الوصفي بشقّه الارتباطي للتحقق من فرضيات البحث والإجابة عن تساؤلاته. بحيث تكونت العينة من 83 مدمن غير خاضع لأي علاج نفسي أو سيكاتري، تتراوح أعمارهم ما بين 22-36 سنة تم اختيارهم قصدياً في الأوساط المدمنة لمدينة البليدة. وتم تطبيق كل من استبيان ليفنشتاين لإدراك الضغط، مقياس باك وويزمان لاضطرابات التفكير، استبيان أساليب التعامل لفولكمان و لازاروس. وتم تحليل المعطيات المتحصل عليها بمعامل الارتباط بيرسون، اختبار كا² لحسن التطابق و تحليل التباين الأحادي العامل. كانت النتائج تدل على وجود اضطرابات التفكير بدرجة مرتفعة لدى عينة البحث، وجود علاقة سالبة قوية بين اضطرابات التفكير وأسلوب مخططات حل المشكل، وعلاقة موجب قوية بين اضطرابات التفكير ودرجة إدراك الضغط، كما وجدت أنّ هناك فروق في درجات إدراك الضغط وفقا لمتغير مدة الإدمان. وانتهت الدراسة الحالية باستنتاج أن كل من متغيرات اضطرابات التفكير، عدم استخدام مخططات حل المشكل ودرجة إدراك الضغط، ومدة الإدمان تتفاعل فيما بينها وتخلق حلقة مفرغة يدور فيها المدمن بحيث تكون بمثابة عوامل مهينة ومحافضة لسلوك تعاطي المخدر والإدمان عليه. وبناء على ذلك كانت من بين التوصيات المقترحة، التركيز على كسر الحلقة المفرغة التي تضم هذه المتغيرات و التي قد تشتت مع مرور الوقت.

الإهداء

إلى أساتذتي الأجلاء

إلى والدي الكريمين

إلى أصدقائي.....

إلى طلاب علم النفس.....

إليهم جميعا أهدي هذا البحث.

الشكر و التقدير

الحمد لله الذي بفضله تتم الصالحات، وأشكره وأحمده على نعمه وفضله حمدا يليق بجلال وجهه وعظيم سلطانه.

لا يسعني في هذا المقام إلا أن أتوجه بشكري وتقديري إلى أستاذي الفاضل الدكتور: أحمد فاضلي، لما خصصه لي من وقت وجهد ليلا و نهارا في إرشادي وتوجيهي إلى ما في صالح البحث، و ما في مصلحتي الخاصة، والذي كان لتوجيهاته وعنايته المستمرة الفضل في ظهور البحث بهذه الصورة، فله مني جزيل الشكر و الامتنان، وأطال الله في عمره ومتعه بالصحة والعافية.

أشكر كل الأساتذة القائمين على دعم علم النفس في جامعتي الجزائر و البلدية، أفضل عبارات الشكر و التقدير على جهودهم في تيسير المهمات للطلبة باختلاف تخصصاتهم.

أشكر كل من اقتبست من مؤلفاته، لإثراء هذا البحث.

أشكر كل من قدم الدعم و ساهم في إتمام هذا البحث.

فهرس المحتوى

الصفحة	العنوان
أ	- ملخص
ب	- اهداء
ج	- شكر وتقدير
د	- فهرس المحتوى
هـ	- فهرس الأشكال والجداول
2	مقدمة
5	1- الإطار العام لإشكالية البحث
12	2- فرضيات البحث
13	3- تحديد المفاهيم
16	4- أهمية البحث
16	5- أهداف البحث
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإدمان	
19	تمهيد
20	1- مفهوم الادمان
22	2- المفاهيم و المصطلحات الرئيسية في الميدان
32	3- العوامل المساعدة للإدمان
41	4- دوافع التوجه نحو تعاطي المخدرات
42	5- وظيفة الادمان
43	6- النظريات المفسرة
43	1-6 نظرة التحليل النفسي
46	2-6 النظرية السلوكية

47	6-3 النظرية المعرفية
49	6-4 النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت إليس
52	6-5 وجهة نظر علم النفس الاجتماعي
55	6-6 النظرية الوراثةية
57	7- المخدرات في الجزائر
59	8- القوانين و الإجراءات المتعلقة بمكافحة المخدرات في الجزائر
60	9- الوقاية و العلاج في الجزائر
61	خلاصة
الفصل الثاني: اضطرابات التفكير	
63	تمهيد
64	1- نبذة تاريخية
66	2- تعريف اضطرابات التفكير
70	3- طبيعة اضطرابات التفكير
73	4- أنواع اضطرابات التفكير
82	5- نتائج اضطرابات التفكير على الفرد
84	6- مصادر اضطرابات التفكير
86	7- دور اضطرابات التفكير في نشوء الاضطرابات النفسية من المنظور المعرفي
92	8- النظريات المفسرة لاضطرابات التفكير
92	8-1 النظرية المعرفية لباك Beck
94	8-2 النظرية الأفكار العقلانية لألبرت إليس Albert Ellis
98	8-3 نظرية المخططات المعرفية لجيفري يونغ Jeffrey Young
105	خلاصة
الفصل الثالث: إدراك الضغط	
107	تمهيد
108	1- تعاريف الضغط النفسي

116	2- إدراك الضغط
118	3 - الضواغط والعوامل المؤدية للضغط النفسي
119	4- المصادر و العوامل المسببة للضغط
123	5- أعراض الضغط النفسي
126	6- الاتجاهات والنماذج المفسرة للضغط النفسي
127	6-1 نموذج والتر كانون walter canon
128	6-2 نموذج هانز سيليه Hans Selye
129	6-3 نموذج أحداث الحياة الضاغطة هولمز و راه Holmes & Rahe
131	6-4 نموذج سبيلبرجر Spielberger
132	6-5 نموذج ريتشارد لازاروس Richard Lazarus
134	6-6 نموذج العجز المكتسب : Learned Helplessness
136	6-7 نموذج الإنساني لروجرز و ماسلو rogers et maslow
137	6-8 نظرية موراي Muray
138	7- علاقة الضغط بالإدمان
140	خلاصة
الفصل الرابع: أساليب التعامل مع الضغط	
142	تمهيد
143	1 - تعاريف أساليب التعامل
152	2 - أهمية دراسة أساليب التعامل
153	3 - خصائص أساليب التعامل
154	4- أنواع أساليب التعامل مع الضغوط
160	5 - وظيفة أساليب التعامل
162	6- الفروق بين نوعي أساليب التعامل
163	7- الأنواع الفرعية لأساليب التعامل
171	8- فعالية أساليب التعامل

174	9 - العوامل المؤثرة في تحديد أساليب التعامل مع الضغوط
176	10- خصائص الشخصية القادرة على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة
177	11- أساليب التعامل وعلاقتها بتعاطي المخدرات
180	خلاصة
الباب المنهجي	
الفصل الخامس: منهج البحث وإجراءاته	
183	تمهيد
183	1- الدراسة الاستطلاعية
184	2- منهج الدراسة
186	3- عينة البحث
186	3-1 طريقة اختيار العينة وشروطها
187	3-2 حجم العينة
188	3-3 خصائص العينة
190	4- أدوات جمع البيانات
197	5- أدوات تحليل البيانات
199	خلاصة
الفصل السادس: عرض النتائج	
201	1- عرض نتائج الفرضية الأولى
202	2- عرض نتائج الفرضية الثانية
203	3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
203	4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
الفصل السابع: مناقشة النتائج	
206	1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى
218	2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية
223	3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

227	4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
232	الاستنتاج العام
240	خاتمة
243	قائمة المراجع
251	الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	توزيع أفراد العينة حسب السن	188
02	توزيع أفراد العينة حسب مدة الإدمان	190
03	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	189
04	نتائج مقياس إضطرابات التفكير لدى فئة من المدمنين على الهيرويين	201
05	نتائج العلاقة بين درجة إضطرابات التفكير و أساليب التعامل المركزة على حل المشكل لدى المدمنين على الهيرويين	202
06	نتائج علاقة درجات اضطرابات التفكير مع درجات إدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين	203
07	نتائج الفروق بين درجات ادراك الضغط وفقا لمتغير مدة الادمان على الهيرويين	204

فهرس الاشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
52	الكف و أنموذج التحمل المنخفض للاحباط	01
72	نظام صناعي الأمثل	02
131	مسار عملية الضغط ما بين حدوث الأحداث الضاغطة والحالة المرضية	03
235	العلاقة بين إضطرابات التفكير و استهلاك الهيرويين	04
236	العلاقة بين إطرابات التفكير و أساليب التعامل و تعاطي الهيرويين	05
238	العلاقة بين اطرابات التفكير، أدراك الضغط، عدم استعمال مخططات حل المشكل، استهلاك الهيرويين	06

مَقْدَمٌ

مقدمة:

يرجع انتشار المخدرات في المجتمعات إلى العديد من الأسباب، مجملها اجتماعية وأخلاقية، مثل مشكل البطالة، ووجود أوقات الفراغ، وانعدام الحوار البناء والصريح بين الآباء وأبنائهم، وبين الأساتذة وتلاميذهم، مما يجعلهم يشعرون بنوع من التهميش والإقصاء، خاصة مع قلّة المرافق العمومية، كالنوادي الثقافية والعلمية والملاعب الرياضية وأكثر من ينجرف إلى دوامة الادمان هم فئة معينة من الشباب وذلك للهروب "بشكل مؤقت" من الضغوط ومشاكل الحياة، و لكن المخدرات ظاهرة تدمّر طاقة الإنسان، وقواه العقلية والنفسية، وتُسقط وجوده الاجتماعي، وتشلّ قدراته، فيتحول إلى عالة ومشكلة في المجتمع، ومن أخطر الآثار التي يقود إليها تعاطي هذه المواد، هو التأثير على العقل، مما يجعل المدمن يرى الأمور بنظرة مختلفة تماماً تبتعد كل الابتعاد عن الموضوعية قد تجعله يرى في الانحراف السلوكي و الجريمة أفعال مشروعة و هو ما يؤدي إلى تدهور العلاقات الأسرية والاجتماعية. و قد نجد بعض الأفراد من يميل إلى شرب الكحول، أو تناول الأقراص المهلوسة، و هناك من يفضل تدخين سجارة الحشيش، و لاحظنا في الخمس سنوات الأخيرة بروز فئة جديدة من الشباب الذين فضّلوا تعاطي مادة الهيروين أو الملقبة بـ (تشوتشنة) في الأوساط المدمنة. لاحظنا كيف هي يوميات المدمنين، كيف يتحصلوا على المال لاقتناء المخدر، و ما جلب انتباهنا هي ظاهرة التعاطي بحقنة مستعملة من طرف شخص أو عدة أشخاص آخرين، أو بحقنة موجودة في النفايات أو الحقن بماء الحنفية عوض محلول خاص و حتى حقن بعض الأدوية النفسية الغير مخصصة للحقن الوريدي و إنما للبلع، فكل منّا يستطيع تخيل ما قد تكون عواقب حقن مواد مجهولة التركيب في الدم و أثرها على الصحة، الجهاز المناعي، الكبد، الجلد وخلايا المخ الخ.

وانطلاقاً من فكرة أن نظرة المدمنين على المخدرات إلى العالم تبتعد عن الموضوعية سواءً من حيث إدراكه لذاته أو للعلاقات البين شخصية، أو الحكم على الظواهر و تقديرها، فُكرنا في أن الإدمان على مختلف أنواع المخدرات التي تؤثر على العقل و تتلف خلاياه قد تكون لديه علاقة وطيدة مع اضطرابات التفكير. فطريقة تفكير الفرد و إدراكه للضغط من المتغيرات المهمة التي تحدد استجابته للضغوط الواقعة عليه، إذ أن رد الفعل الذي يصدر عنه، يعتمد على كيفية تفسير الفرد أو تقييمه للوضعية، وهذا التقييم ليس مجرد إدراك بسيط لعناصر الموقف و لكنه حكم و استدلال يتم فيه جمع البيانات لتشكيل الأفكار و التوقعات، فيستجيب الفرد للموقف ويختار الأسلوب الذي سيتعامل به وفقاً لهذا التقييم. فالمصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد من التقييم المعرفي الذي نفترض أنه يتأثر بوجود اضطرابات التفكير، و أساليب التعامل التي نفترض أنها تتأثر بمدى واقعية وصحة التقييم المعرفي للموقف، يتوسط العلاقة بين متطلبات الحياة و عملية التسوية. وهذا هو محور موضوع الدراسة الحالية، ولهذا الغرض قسمنا بحثنا إلى ستة فصول، أين تطرقنا في الفصل الأول إلى ظاهرة الإدمان، مختلف تعاريفه، أسبابه و تفسيره من مختلف التناولات النظرية، وتطرقنا في الفصل الثاني إلى مختلف اضطرابات التفكير، أسباب نشأتها و مختلف النظريات المفسرة لها أما الفصل الرابع خصصناه للضغط و الفصل الخامس لأساليب التعامل مع الضغط قسمنا الإطار الميداني إلى ثلاثة فصول، أين قمنا في الفصل الثالث بعرض المنهج و الوسائل المستخدمة في البحث، العينة و خصائصها، في حين تم عرض النتائج في الفصل الرابع و مناقشتها في الفصل الخامس.

الإطار العام لإشكاليّة البحث

1- الإطار العام لإشكالية البحث:

لا يختلف اثنان على خطر المخدرات الذي أصبح يهدد أمن الأمة و يفقدها الكثير من شبابها في دوامة الإدمان التي قليلا من يجدوا مسلك منها، و قد يصل إلى مرحلة الجنون أو أبواب المستشفيات و السجون، أو الوفاة. و رغم الجهود التي تقوم بها الدول للحدّ من تهريب و ترويج و تعاطي المخدرات، إلا أن المشكلة لازالت تأخذ شكلا مقلقا يستدعي المزيد من البحوث و الدراسات و المزيد من الوعي بأسبابه و دوافعه. و لم تقف الدراسات على أسباب واضحة و مباشرة لتعاطي المخدرات، حيث يشمل هذا المفهوم عوامل و عناصر متعدد تتسم بالتعقيد و التظافر، إلا أن هناك العديد من العوامل الاجتماعية و النفسية التي تهيئ المناخ الشاذ الذي يرتفع فيه احتمال تعاطي المخدرات. و الادمان على المخدرات ظاهرة نفسية اجتماعية تتمثل في الاستعمال الذاتي و المرضي لمادة بهدف الحصول على تأثير مختلف عن الاستعمال الطبي لها¹.

فهو يعبر عن الحاجة إلى المخدر، بحيث يواصل المدمن استخدام المخدر على الرغم من المشاكل الناتجة عن هذا السلوك². فالشخص غالبا ما يحتاج إلى زيادة الجرعة لتحقيق التأثير نفسه، و غالبا ما يفصل عن عائلته و أصدقائه (غير المدمنين) عندما تزداد شدة الادمان، فيصبح الأداء في العمل و الدراسة ضعيفا، بالإضافة إلى ظهور مشاكل صحية و قضائية.

1. Aaron T. beck, Fred D. newman, Bruce S. liese (1993): cognitive therapie of substance abuse, the guilford press, new yrok, london,p26

2. P.LHEUREUX .V. Leffe .P (2000) : Toxicomanie : Evolution des Produit et des) Pratiques., Guérissse.P36

كما تستطيع أن تعرض الآخرين إلى الخطر مثلاً عند السياقة أو العمل، و غالباً ما يكون الفرد غير قادر على إدراك ما يترتب عن الإدمان من آثار سلبية في مختلف جوانب حياته¹.

وأدرجت نظرية التعلم الاجتماعي أهمية العمليات المعرفية التي تُبقي على سلوك تعاطي المخدرات، وهي لا تنفي التأثير البيولوجي للمخدرات وربطت التعاطي بفعالية الذات المنخفضة، وتوقع نتائج إيجابية من التعاطي، كنقص التوتر والاسترخاء والمرح، الذي يؤدي إلى الإستمرار في تعاطي المخدرات أو الانتكاسة². هناك، وفقاً لهذه النظرية، عوامل متعددة تدفع إلى الإقبال على تعاطي المخدرات منها الخارجية و منها الداخلية، تدفع لتعاطي المخدرات بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر والانزعاج و تعمل كعوامل مفعّرة لبداية سلوك تعاطي المخدرات والإبقاء عليه، وتعرّز هذه المثيرات سلوك التعاطي حين ترتبط بالتعزيز الذي تحدثه تأثيرات المخدرات نفسها، وتصبح تعمل كمثيرات شرطية³. في حين إقترح أبرت إليس Albert Ellis، أربعة نماذج نظرية تؤدي إلى السلوك الإدماني، وتُبقي على استمراره وهي: التحمل المنخفض للإحباط، الإنسجام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الإنسجام الكحولي يعادل قيمة الذات وأخيراً نموذج الحاجة إلى الإثارة. إذ يرى أن المعتقدات الخاطئة تخفّض من عتبة تحمل الإمتناع فتولد التحمل المنخفض للإحباط و هذا ما أسماه "قلق الإنزعاج". و يقف المدمن هنا على مفترق الطرق، فإما أن يضعف قلق الإنزعاج بمناهضته للأفكار الخاطئة اللاعقلانية، ويزداد تحمله للإحباط، وإما أن يستسلم لهذا القلق، فيلجأ إلى المخدر من أجل تخفضه وإزالته

1. David Mayer (2004): Psychologie, Flammarion, Paris, France. P113

2. سايل حدة وحيدة (2001): أساليب المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات : دراسة مقارنة. أطروحة مقدمة لنيل درجة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.

3. Albert Ellis (2010) :Rational-Irrational-Beliefs-Research-Theory-Clinical-Practice, oxford university press. p53

وبالتالي يزول قلق الإنزعاج مؤقتاً ويتعزز الميل نحو الكحول أو المخدر، ويزيد ضعفه في قدرته على الكف، ويفقد ثقته بنفسه وما يتبع ذلك من تحقير للذات وما يثيره من قلق، الذي يعود، فيغذّ بدوره الميل نحو المخدر بفعل هذه التغذية الرجعية.¹

أجريت دراسة في سنة (2005) حول علاقة استعمال مادة الهيرويين بالحساسية للضغط، تكونت عينة بحثها من 172 فرد، مقسمة إلى 12 مدمن على مادة الهيرويين فقط لا يستهلكوا مادة مخدرة، 66 فرد يتعاطى مادتي الكوكايين و الكراك دون استهلاك مادة الهيرويين، 45 مدمن على كل من مادة الهيرويين، الكوكايين و الكراك، و 49 فرد لا يتعاطى المخدرات، و بعد أن تم استبعاد المتغيرات الدخيلة مثل الأعراض إكتئابية، و الادمان على مواد أخرى مثل الكحول، النيكوتين، الحشيش أو المهلوسات. وخلصت النتائج إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين الحساسية للضغط واستهلاك مادة الهيرويين.²

وفي نفس السياق استنتج بولسون (A, Paulson, 2006) من بحثه هذا أن الحساسية للضغط عبارة عن حالة نفسية تعتري المدمن نتيجة تفكير أعوج. فالعنصر المعرفي الإدراكي و التفكير هو العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية و خلق رد الفعل الانفعالي، فإذا كانت هناك اضطرابات قويّة في التفكير حتما ستلعب دورا كبيرا في مستوى إدراك الضغط.

1. سايل. 2001. نفس المرجع

2 Paulson.A. C.W. Lejuez, , S.B. Daughters, M.A. Bornovalova, M.J. Zvolensky(2006) : The association between heroin use and stress sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. Behaviour Research and Therapy 44 pp 667–677

كما أشار Beck وأتباعه (1992) في نفس السياق أن المدمنون يمتلكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج، فهم متحققون من أن بعض المخدرات تخفف الضجر، وأخرى تساعد على الاسترخاء، وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة. فتفجر المعتقدات المرتبطة بتعاطي المخدرات يساعد على ظهور أفكار آلية خاطئة، وهي سياقات معرفية مختصرة، متكررة وتلقائية (كالأفكار أو الصور الذهنية)، بإمكانها أن تؤثر تأثيراً قوياً على السلوكيات والانفعالات والعمليات الفيزيولوجية، فهي اختصار للمعتقدات القاعدية، و تؤدي هذه الأفكار إلى ظهور الرغبة الملحة على التعاطي، مساهمة بذلك في استمرارية التعاطي.¹ فقد أعطى كل من إليس و بيك تصنيف لهذه التشوهات المعرفية في تفسير المعلومات، سمّية بـ " التفكير الملتوي" عند بيك أو " اضطرابات التفكير"(cognitive distorsion) ، أما إليس لقبها بـ " المعتقدات اللاعقلانية" (irrational beliefs) . تشير في مجملها إلى أسلوب فكري خاطئ لا يتوافق مع التفكير المنطقي الموضوعي المتفق عليه. اما اضطرابات التفكير التي قدمها باك (Beck) فقد تم تعريفها على أنها اعتقادات خاطئة تلعب دوراً هاماً في ظهور بعض الاضطرابات النفسية والسلوكية مثل الإدمان. (ويمكن تدعيم هذا الاتجاه بنتائج دراسة وانغ سو Wang Su (2013) التي أكدت دور اضطرابات التفكير في سلوك الإدمان عن الألعاب على شبكة الانترنت عند عينة مكونة من 495 مراهق صيني تتراوح أعمارهم بين 12 و 19 سنة، توصلت الى وجود ارتباط بين اضطرابات التفكير الخاص بالنظرة بالكل أو اللاشيء أثر و السلوك الإدماني عن الألعاب على شبكت الانترنت.

1.Aaron T. beck, Fred D. newman, Bruce S. liese (1993): cognitive therapie of substance abuse, the guilford press, new yrok, london.

2. Olivier Vanderstukken (2005): les distorsions cognitives, traduction en français de Bernard Pascal, édition de Boeck, Bruxelles, Belgique..P102

و يؤكد من جهته فيلفا بيريز (vielva perez) (1998) على تفاعل اضطرابات التفكير و أساليب التعامل فيما بينهم، بحيث كلما كانت هناك اضطرابات التفكير كلما عجز الفرد على التعامل بفعالية مع الضغط، قام بدراسة أساليب التفكير و أساليب التعامل لدى النساء المكتئبات . تكونت العينة من 13 امرأة مصابة باكتئاب أحادي القطب و 12 امرأة لا تظهر أعراض الاكتئاب . بعد القيام بدراسة الحالات أظهرت النتائج أن عدم القدرة على التعامل مع الضغط بفعالية و اضطرابات التفكير لهم علاقة دالة مع تشخيص عالة الاكتئاب. كما سجل انه كلما كانت هناك اضطرابات التفكير كلما التعامل مع الضغط غير فعال.

كما قامت سوزان كوهن و زملائها suzane cohn (2007) بدراسة حول إدراك الضغط و علاقته بالإنكاس لدى الكحوليين الخاضعين للعلاج، تكونت عينة بحثها من 143 فرد مدمن على الكحول، كانت النتائج تدل على علاقة موجبة بين درجة ادراك الضغط و عدد مرّات الإنكاسة، و علاقة موجبة بين ادراك الضغط و مدة الإدمان.¹

إن المعطيات المتوفرة حول ارتباط أساليب التعامل بتعاطي المخدرات تشير إلى إمكانية الإدمان على هذه الأخيرة للتنبؤ باستمرار تعاطي المخدرات أو الكحول والانتكاس التابع لمرحلة العلاج. فكل الناس يتعرضون للضغط و لمصادره المختلفة لكن الفرق بينهم يكمن في أساليب التعامل و أساليب التسوية، و تجدر الإشارة إلى أنه لا توجد أسلوب واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة و يستخدمها الافراد في التغلب على كل حدث طاغ يواجههم في حياتهم، غير أن البحوث تشير إلى أن أساليب التعامل المركزة على المشكلة التي تتضمن البحث عن معلومات أكثر و تحديد العقبات و الصعوبات و توليد حلول بديلة للمشكلة، وهي

1. suzan cohn, albert ruth, anne schooler 2007: The Impact of the stress perception on relapse among heroin abusers. Behaviour Research and Therapy 78, 366-368

أكثر فاعلية من أساليب التعامل المركزة على الانفعال التي تهدف إلى إدارة و تنظيم إنفعالات الفرد من خلال استخدام عدة أساليب فرعية مثل التجنب و الإنكار و التقليل من الشأن و إعادة التقييم الايجابي. طبقا لنموذج لازاروس و فولكمان Lazarus , Folkman كلا من التقييم المعرفي و استراتيجيات التعامل يتوسط العلاقة بين الضغط و عملية التسوية.¹ إذن الأفراد يختلفون في ردود أفعالهم للمواقف الضاغطة، هذا ما يؤكد ويليام اوسلر (william osler) مشيرا إلى أن صفات المريض و شخصيته، و ليس نوع المرض هو العامل الحاسم في التعامل عند الإصابة بأحد الأمراض الخبيثة، فهناك من ينهار و يفقد الامل من اول لحظة يصل فيها إلى إسماعه خبر إصابته بمرض عضال، و في الوقت نفسه هناك من يتعامل مع الخبر برياطة جأش و بدرجة من الثقة و التفاؤل و الايمان بالتغلب على المرض، و عليه فان السمات أو صفات الشخصية لها علاقة بنوعية استجابات السلوكية للمواقف المختلفة². إلا أن استمرار مصادر الضغط و عدم فعالية الأساليب المتبناة من قبل و فشل هذه الأساليب في مواجهة المواقف الضاغطة تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية و نفسية.

ومما سبق يتضح أن ضغوط الحياة و تعقيداتها، بالإضافة إلى عامل اضطرابات التفكير قد يزيد من احتمال توظيف أساليب غير فعالة، قد تجعل الفرد عرضة للاضطراب و تدفعه لتبني سلوكيات غير متكيفة و إلى استجابة شاذة غير توافقية لمثيرات الحياة و متطلباتها لذا ارتأينا أن نقوم بمحاولة

1. القذافي، رمضان محمد (1998): " الصحة النفسية والتوافق "، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، القاهرة. ص126

2. عبد السلام علي (2003): " مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة "، مكتبة النهضة المصرية ص89.

فحص ما مدى وجود اضطرابات التفكير لدى المدمنين وما علاقتها مع أساليب التعامل التي يلجئون إليها و عليه يمكن حصر مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية:

- 1- هل يظهر المدمنون على مادة الهيروين عن طرق الحقن اضطرابات التفكير؟
- 2- هل هناك علاقة بين درجة اضطرابات التفكير واستخدام أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طرق الحقن؟
- 3- هل هناك علاقة بين درجة اضطرابات التفكير ودرجة إدراك الضغط لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طرق الحقن؟
- 4- هل يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات إدراك الضغط وفقا لمتغير مدة الإدمان؟

2- فرضيات البحث:

- 1- يظهر المدمنون على مادة الهيروين عن طرق الحقن اضطرابات التفكير.
- 2- هناك علاقة سالبة بين درجة اضطرابات التفكير واستخدام أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طرق الحقن.
- 3- هناك علاقة موجبة بين درجة اضطرابات التفكير ودرجة ادراك الضغط لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طرق الحقن.
- 4- هناك فروق ذات دلالة إحصائية في درجات إدراك الضغط وفقا لمتغير مدّة الإدمان.

3- تحديد المفاهيم:

3-1 الإدمان:

- **إصطلاحاً:** تعرفه الهيئة الصحة العالمية (OMS) بأنه حالة نفسية و عضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار و من نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية و العضوية، و لتجنب الآثار المهددة و المؤلمة التي تنتج من عدم توفره قد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (سعد المغربي، 1962، ص 40)

- **التعريف الإجرائي :** نعتبر الفرد مدمن على مادة الهيرويين عن طريق الحقن في حالة استهلاكه بصورة يومية على الأقل لمدة سنتين، مما يؤدي إلى ادمان نفسي أو جسدي واضح عليها، حيث نشهد ظهور أعراض الانسحاب على الفرد إذا ما حاول الامتناع على تناولها.

3-2 اضطرابات التفكير:

- **إصطلاحاً:** يعرفها بيك (1963.1964) Beck بأنها اعتقادات خاطئة تشير إلى معالجة عقلية خاطئة للواقع و هذه المعالجة الخاطئة للمعلومات، تم وصفها باضطراب التفكير لأنه لا يستطيع أن يعتبر واقعا موضوعيا من طرف أفراد آخرين. (Vanderstukken, 2005, p 5). (Olivier).

- إجرائيًا : هي مجموعة الأفكار، أو المعتقدات غير المنطقية التي يتبناها الفرد و تؤثر في مشاعره و سلوكاته و اتجاهاته، و تقاس في الدراسة الحالية من خلال مقياس ويسمان وبالك (1979) Weissman et Beck لقياس الاضطرابات التفكير، إذ تعبّر الدرجات التي تفوق 140 على وجود اضطرابات في تفكير الفرد.

3-3 إدراك الضغط :

- إصطلاحا: أقر لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus ,Folkman أن العامل الضاغط ليس هو الذي يثير استجابة الضغط وإنما إدراك الفرد للحدث أو العامل الضاغط (هل هو مؤذي أم مهدد أو خطر) هو الذي يحدد استجابته .فإذا أدرك عدم وجود تهديد لا تحدث الاستجابة ، لكن إذا أدرك أن الحدث مؤذي ومهدد أو لا يملك قدرة المواجهة هنا تظهر استجابة الضغط فهي نتيجة فقدان التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية وقدرات الفرد للمواجهة وعليه فالطريقة التي يدرك بها الفرد الضغوط وأساليب مواجهته لها ، هي التي تؤثر على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية . (فاضلي أحمد، ص34)

- إجرائيًا : نستدلّ على درجة إدراك الفرد للضغط من خلال النتائج المتحصل عليها في استبيان لفنستين (1993) Levenstein لقياس مؤشر إدراك الضغط. إذ تدل العلامة 0 على أدنى مستوى ممكن من الضغط و العلامة 1 يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط

3-4 أساليب التعامل:

- اصطلاحاً: تعرفها بولهان على انها مجموعة السيرورات التي تتوسط الفرد في حد ذاته و الحادثة المدركة كتهديد من أجل التحكم فيها أو تجاوزها أو الإنقاص من أثرها على الناحية النفسية و الجسمية. (PAULHAN .G. et QUINTARD .B. 1997)

- إجرائياً: هي مجموعة الجهود السلوكية و المعرفية التي يستعملها الفرد في التقبل أو التحكم أو التخفيف من آثار الوضعيات التي يدركها على أنها تهدد أو تتعدى إمكاناته، فيركز في المواجهة إما على المشكل أو على الإنفعال.

ويعد أسلوب مخططات حل المشكل بمثابة عملية معرفية انفعالية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية، وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم اجتماعي أو أسلوب للتنظيم الذاتي، أو أسلوب عامة للمواجهة يمكن تطبيقها على عدد كبير من المشكلات.

و القيمة المتحصّل عليها في البنود: 20، 30، 39، 40، 43 و 1، تعبّر على استعمال الفرد لأسلوب مخططات حل المشكل، إذ كلّما كانت القيم مرتفعة في مجملها تفسر على أنّ تكرار لجوء الفرد إلى مخططات حل المشكل مرتفعاً.

4- أهمية البحث: تكمن أهمية البحث الحالي في الآتي:

- تناول بالدراسة عينة يصعب التقرب منها و التوصل إليها. فهي عينة حرة لا تخضع لأي علاج نفسي أو طبي.

- قد يعدّ هذا البحث من البحوث الرائدة التي حاولت فهم الادمان على الهيرويين عن طريق الحقن، و هو من بين المشكلات الصحيّة و الاجتماعية التي تواجهها الجزائر حاليًا.

5- أهداف البحث: يطمح البحث الحالي إلى جملة من الأهداف منها:

- البحث عن مدى انتشار اضطرابات التفكير لدى المدمنين على مادة الهيرويين عن طريق الحقن.

- التعرف على مدى ارتباط اضطرابات التفكير و استخدام أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل لدى فئة البحث.

- بيان ما إذا كانت هناك فروق بين درجات إدراك الضغط لدى فئة البحث وفقا لمدة الادمان.

- التعرف على مدى ارتباط إضطرابات التفكير و إدراك الضغط لدى فئة البحث.

الباب الأول

الإطار النظري

الفصل الأول

الإيمان

تمهيد:

حتى بداية القرن التاسع عشر، ضلّ استعمال المواد المؤثرة نفسياً محصور في الاستعمال الطبي أو التقليدي لها (أثناء المناسبات في بعض الثقافات). لكن خلال القرن التاسع عشر و مع التقدم العلمي (عزل المكون الفعال لنبتت الكوكا و الأفيون، و اختراع الهيرويين)، بدأ استعمال بعض المواد المؤثرة نفسياً بهدف البحث عن المتعة عادة عي الأوساط الفنية و العلمية و كذلك عي الأوساط الشعبية. تم ملاحظة هذه الظاهرة في القرن الثامن عشر في الصين مع نبتت الأفيون، ما سبب بما يعرف بحروب الأفيون.¹

ولا يختلف اثنان على خطر المخدرات الذي أصبح يهدد أمن الأمة و يفقدها الكثير من شبابها و حتى شبانها في دوامة الإدمان التي قليلا من يجد مسلك منها ، و قد يصل إلى مرحلة الجنون أو أبواب المستشفيات و السجون، أو الوفاة. و رغم الجهود التي تقوم بها الدول للحدّ من تهريب و ترويج و تعاطي المخدرات، إلا أن المشكلة لازالت تأخذ شكلا مقلقا يستدعي المزيد من البحوث و الدراسات و المزيد من الوعي بأسبابه و دوافعه.

و لم تقف الدراسات على أسباب واضحة و مباشرة لتعاطي المخدرات، حيث يشمل هذا المفهوم عوامل و عناصر متعددة تتسم بالتعقيد و التظافر، إلا أن هناك العديد من العوامل الاجتماعية و النفسية التي تهيئ المناخ الشاذ الذي يرتفع فيه احتمال تعاطي المخدرات.

1 larry Bennett, 1977 . p 2

1- مفهوم الإدمان:

استمرت المحاولات منذ العشرينيات المبكرة و حتى أوائل الستينات لإقرار التمييز بين الإدمان و التعود، باعتبار أن التعود صورة من التكيف النفسي، أقل شدة من الإدمان. لكن في أوائل الستينات أوحى هيئة الصحة العالمية (OMS) بإسقاط المصطلحين: الإدمان و التعود على أن يحل محلهما معا مصطلح جديد هو الادمان.¹

و قد عرفت هيئة الصحة العالمية (OMS) الإدمان بأنه حالة نفسية و عضوية تنتج من تفاعل الفرد مع العقار و من نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية و العضوية، و لتجنب الآثار المهددة و المؤلمة التي تنتج من عدم توفره ، و قد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة.²

يقصد بالادمان تعلق الفرد بمادة ما و التعود عليها و يكون هذا التعلق نفسي (أحب هذه المادة إذن أريد أن أتعاطاها)، أو جسدي (الجسم بحاجة لهذه المادة ليواصل عمله). ويقصد بالتعود انخفاض شدة تأثير هذه المادة عندما يكون التعاطي متكررا.³

1 مصطفى سوييف (1996): المخدرات و المجتمع ، دار العلم ، ص 82

2 سعد المغربي (1962): ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية ، دار المعارف، هشام إبراهيم عبد الله، 2008 ، ص 40

3 François Midon (2008) : **TOXICOMANIE : Information et Prévention en Aquitaine. P 16**

إذن الإدمان هو الاستعمال الذاتي الإرادي و المرضي لمادة بهدف الحصول على تأثير مختلف عن الاستعمال الطبي لها. و على حسب (DSM-IV) يشير مفهوم الإدمان إلى الاستخدام الطويل للمخدر (أكثر من شهر) بحيث نلاحظ التأثير السلبي في صحة الفرد و سلوكه الاجتماعي و المهني . تكون الآثار المرجوة متنوعة من التحسين البسيط للمزاج إلى البحث عن اللذة و الرفاهية، و أحيانا بحثا طوعياً عن تشويه للعلاقات مع الآخرين و المحيط .¹

ومن أبعاد الإدمان الرغبة الملحة في الاستمرار على التعاطي و الحصول عليه بأي وسيلة، و زيادة الجرعة بصورة متزايدة بسبب التعود النفسي و العضوي على العقار. فالتعود يزيد من الرغبة في الاستمرار على تعاطي العقار، لما يسببه من شعور بالراحة و لتحقيق اللذة و تجنب الشعور بالقلق والألم، و يحدث تعود للجسم بحيث تظهر على المتعاطي اضطرابات عضوية و نفسية شديدة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة.²

يواصل المدمن الشرب أو استخدام المخدر على الرغم من المشاكل الناتجة في حياته ، و غالبا ما يحتاج الشخص إلى المزيد من الكحول أو المخدر لتحقيق التأثير نفسه. عندما تزداد شدة الإدمان ينفصل الفرد عن عائلته و أصدقائه (غير المدمنين) و يصبح الأداء في العمل و الدراسة ضعيف بالإضافة إلى ظهور مشاكل صحية، و من المرجح أن الفرد يكون غير قادر على إدراك هذه التأثيرات الناجمة عن إدمانه.³

1 Dindia allen (2008) : **Substance abuse or Dependence** .Developed Though a Partnership of The Ohio Start University Medical Center. P51

2 سعد المغربي 1962، المرجع نفسه ، ص 40

3 Dindia Allen 2008 p 51, المرجع نفسه ,

كما يُظهر المدمن انشغالا شديدا بالتعاطي، يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل السلوك. و كثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب فتبدو عليه أعراض جسدية أو عاطفية و علامات القلق و الانزعاج إذا ما انقطع عن التعاطي و حاول أن يجد أو ينقص من استخدامه، فتصبح حياته تحت سيطرة التعاطي إلى درجة أن تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر.¹

2- المفاهيم و المصطلحات الرئيسية في الميدان:

2-1 المدمن :

هو ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير و تعود عليه أو أي مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة و التي لا يستطيع الامتناع عنها و عن تعاطيها بدون أن يبحث عنها ، و في حالة وجودها يعجز عن ممارسة حياته و عمله العاديين و يعيش في حالة نفسية سيئة و مضطربة.²

2-2 مادة مؤثرة نفسية Psycho-active Drug:

أي مادة إذا تناولها الإنسان أو الحيوان أثرت في نشاط المراكز العصبية العليا أو ما اصطلحنا على أن نسميه (في حالة الإنسان) بالعمليات النفسية و قد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التنشيط و قد تكون في اتجاه تخدير و قد تكون في اتجاه إحداث بعض الهلوس.

1 P.LHEUREUX .V. Leffe .P (2000) : **Toxicomanie : Evolution des Produit et des**

Pratiques , Guérissse , P 36

2 مصطفى سويف . 1996 ، المرجع السابق ، ص 13

و يستخدم أيضا بالمعنى نفسه مصطلح إنجليزي آخر غير المصطلح الوارد في صدر هذه الفقرة و هو (Psychotropic Substance) و يفضل بعض الكتاب الإنجليزيين و الأمريكيين تخصيص المصطلح الأخير للمواد النفسية الدوائية أي التي تصنع أصلا لتكون بمنزلة أدوية للاضطرابات النفسية على أن يعامل المصطلح الأول (كاسم لفئة عامة تشمل الأدوية و غير الأدوية من المواد التي تؤثر في العمليات النفسية) .

2-3 مخدر Narcotique :

يشار بهذا المصطلح إلى معان متعددة و متداخلة تُدخل الغموض و الإبهام أحيانا على المقصود منه في هذا النص أو ذاك ، لذلك يتجنب الكثير من أهل الاختصاص الآن استخدامه إلا في أضيق الحدود و يكون ذلك فقط عند الإشارة إلى مجموعة المواد النفسية المحرمة قانونيا و الواردة على سبيل الحصر في الاتفاقية الدولية المعروفة باسم " الاتفاقية الوحيدة بشأن الجواهر المخدرة لسنة 1961 " أما عن هذه المواد فهي القنب ومشتقاته و الأفيون و مشتقاته و شجرة الكوكا و مشتقاتها و على أية حال فقد أُسقط هذا المصطلح من نظام تصنيف الاضطرابات النفسية الصادرة عن هيئة الصحة العالمية في أحدث مراجعاته و هو المعروف باسم « CID-10 » بينما استخدم مصطلح " المواد النفسية " في محله.¹

1 مصطفى سويف . 1996 ، المرجع نفسه ، ص 14 ، 15

2-4 الانسحاب withdrawal:

مجموعة من الأعراض تختلف مظاهرها و شدتها تحدث للفرد إثر الانقطاع المفاجئ عن تعاطي مادة نفسية معينة أو تخفيف جرعتها بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا و أستمّر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة ، و قد تأتي هذه الأعراض مصحوبة بعلامات الاضطراب الفسيولوجي و تعتبر حالة الانسحاب دليلا على أنه كانت هناك حالة ادمان ، كما أن حالة الانسحاب تستخدم للتعريف السيكوفارماكولوجي الضيق بمعنى الادمان، و يتوقف منشأ الانسحاب و دوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيف هذه الجرعة مباشرة ، و يمكن القول أن مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

و يحتوي تصنيف الاضطرابات النفسية و السلوكية « CID-10 » الصادر عن هيئة الصحة العالمية (تحت مادة " حالة الانسحاب ") على تنبيه إلى أن كثيرا من أعراض الانسحاب يمكن أن تنشأ نتيجة لاضطرابات سيكاترية لا علاقة لها بتعاطي المواد النفسية مثل (القلق و الحالات الإكتئابية) و هو ما يستوجب حرصا خاصا من القائم على التشخيص أو العلاج ¹.

2-5 بعض أنواع المواد النفسية المحدثّة للادمان :

- الحشيش (القنب الهندي): يستخرج الحشيش من نبات القنب الهندي، و يصنع من مادة صمغية تسيل من نبات القنب (cannabis) عند قطعه، كما تصنع الماريخوانا حيث تجفف

1 مصطفى سويف . 1996 ، المرجع السابق ، ص 16

الأوراق ثم تخلط مع المادة الصمغية و تكسر إلى أجزاء صغيرة لتعطي لنا الماريخوانا، و
العنصر الفعال في الماريخوانا أو الحشيش هو مادة (delta 9 Tétra-Hydro-
Cannabinol) THC

وتأثير الحشيش هلوسي، يبقى في جسم المتعاطي أربعة عشر يوما ثم تبدأ المادة بالتحلل و
الخروج مع فضلات الجسم، يتعاطى بطرق مختلفة عن طريق تدخين سيجارة الحشيش في مكان
مغلق، و يؤدي الإدمان على الحشيش إلى اضطراب في الإدراك و ضعف في التذكر و عدم
التركيز و انخفاض السكر في الدم، بالإضافة إلى الصعوبة في التنفس و السعال المتكرر و
نقص المناعة في جسم المدمن و يصاب بأمراض مختلفة.¹

وردت أول إشارة عن الحشيش في كتاب صيدلة ألفه الإمبراطور الصيني شنغ ينج
« SHENG YENG » سنة 2737 ق.م و سمى كتابه (المحررين الآثام) و كان له في
رأيه فوائد طبية متعددة و قد قام الطبيب الفرنسي " مورودي تور " الذي كان يعمل طبيا نفسيا
في إحدى المستشفيات لعلاج الأمراض العقلية بإجراء أول دراسة علمية على الحشيش كعلاج
للمرض العقلي سنة 1840 ثم كتب عنه كتابا و تعاطاه شخصيا فوصف الهلوس و الخدع و
السعادة التي شعر بها .²

-الأفيون: أول من اكتشف الخشخاش (الأفيون) هم سكان وسط آسيا 7000 ق.م و منها
انتشر إلى مناطق العالم المختلفة و عرفه المصريون القدماء في 4000 ق.م و كانوا يستخدموه
علاجاً للأوجاع .

1 Virgil verma (2010): **les toxicomanie**, Pikar , P 35

2 صلاح عبد المتعال(2001) : تاريخ المخدرات ، طرق تعاطي المخدرات، دار النهضة العربية، بيروت ،
ص42

وعرفه كذلك السومريون و أطلقوا عليه اسم (نبات السعادة) و تحدثت لوحات سومرية يعود تاريخها إلى 3300 ق.م عن موسم حصاد الأفيون و عرفه البابليون و الفرس كما استخدمه الصينيون و الهنود ثم انتقل إلى اليونان و الرومان و لكنهم أساءوا استعماله فأدمنوه و أوصى حكماءهم بمنع استعماله.¹

و مع التقدم العلمي و الحضاري استطاع الإنسان أن يستخلص المواد الفعالة من هذه النباتات و انتشرت زراعة المواد المخدرة كبذور الحشائش و القنب و ورق الكوكا و بهذا ازداد اهتمام المهريين بهذه المركبات في نهاية القرن 16 و منذ ذلك الحين أصبحت مشكلة الإدمان مشكلة اجتماعية تمس كل شرائح المجتمع و خاصة شريحة الشباب.²

يُستعمل الأفيون بعدة طرق منها التدخين بواسطة السجائر، الاستحلاب تحت اللسان و البلع مع الماء أو المشروبات وقد يوضع في القهوة أو الشاي، و الهدف من تعاطي الأفيون هو الوصول إلى أكبر قدر من النشوة و المتعة. ومن أهم مشتقات الأفيون مادة المورفين (Morphine)، هي مادة مستخلصة صناعيا يشكل تقريبا 10 % من وزن الأفيون، و تعتبر المورفين أقوى مسكن للألم وبدأ استعماله كمخدر بعد ظهور العقاقير الطبية المسكنة.³

– الكوكايين **Cocaine** : قبائل الأنديز انتشرت عندهم أسطورة تقول بأن امرأة نزلت من السماء لتخفيف آلام الناس و تجلب لهم نوما لذيذا تحولت بفضل القوة الإلهية إلى شجرة الكوكا.⁴

1 صلاح الدين عبد المتعال 2001 ، المرجع نفسه ، ص 47

2 مصطفى سوييف 1996 المرجع السابق ، ص 34

3 sebastien bourre, 2001, p 9

4 صلاح عبد المتعال، 2001، المرجع نفسه ، ص 53

وتأتي الكوكايين على شكل مسحوق أبيض تستخرج من أوراق شجرة الكوكا التي تزرع و تنمو في أمريكا الجنوبية و الهند و يكاد ينحصر إنتاج الكوكايين في جنوب ووسط أمريكا الجنوبية في كل من كولومبيا و بوليفيا و البيرو ويهرب الإنتاج للولايات المتحدة الأمريكية و تنتج كولومبيا نصف إنتاج العالم من الكوكايين.

يعتبر الكوكايين من المخدرات المنبهة للجهاز العصبي المركزي، يحدث حالات من الهلوسة السمعية البصرية و الحسية و يولد الأوهام، و عقب التعاطي يحس المدمن بالنشوة ثم يحل محلها القلق و الخوف، وبسبب الإفراط في الإدمان يصاب المدمن بالتسمم فيصاب بالهياج الحركي و النبض السريع و التشنج و الموت في كثير من الأحيان.¹

– **الهيروين Héroïne** : عبارة عن مسحوق أبيض اللون مشتق الهيروين مشتق من المورفين التي هي بدورها مشتقة من مادة الأفيون ، نسبة المادة الفعالة به % 30، يستعمله المدمنون عن طريق الشم أو الحقن الوريدي أو عن طريق التدخين، يحدث تعاطي الهيروين الشعور القوي بالنشوة و الانشراح و السعادة و الدفء في كامل الجسم كما يسبب شعورا قويا بالنعاس و يضعف التركيز و الوعي، أما إذا أخذ الهيروين بكميات كبيرة يؤدي إلى تثبيط نفسي شديد يؤدي إلى نوم عميق فالموت نتيجة توقف التنفس.

في حالة التعاطي المستمر و المتكرر تنخفض شدة الشعور بالنشوة، و يصبح المتعاطي يبحث عن زيادة الجرعات و عدد مرّات التعاطي. فأعراض الانسحاب تكون مصحوبة بقلق و آلام في المفاصل. يمكن لزيادة الجرعة أن تحدث اختناق يؤدي إلى فقدان الوعي و في بعض الحالات إلى الموت.¹

الادمان على الهيرويين على الأرجح أخطر و أنقل أنواع الادمان لأنه ادمان جسدي و نفسي في نفس الوقت. ومن وجهة نظر فيزيائية و كيميائية لا يمكن تجنب استهلاك الهيرويين ، فالجسد يتعود بسرعة عليها و يصبح المدمن يمر إما بفترات جد ألّيمة بسبب أعراض الانسحاب أو بفترات راحة و نشوة عند المصول على جرعته. هكذا تنتظم حياة الفرد حول المخدر و يدخل في تحقيق مستمر يبحث فيه على الهيرويين خوفا أن يكون في حالة نقص.²

- **المنشطات stimulants** : المنشطات عقاقير إذا أعطيت للإنسان بالمقادير المسموح بها طبيا أدت إلى تنشيط عملية التنفس وتنظيمها بالإضافة إلى تنشيط وتقوية القلب وتنظيم ضرباته، كما تؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي المركزي وهي تستعمل لزيادة اليقظة ولتفادي النوم، مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية للطعام.³

1 فاروق سيد عبد السلام (1988): سيكولوجية الإدمان، عالم الكتاب. مصر. ص46

المرجع السابق 9 p, 2001, sebastien bourre

المرجع السابق 84 p, 2010, Virgil verma

ومن أشهر أنواع المنشطات نجد: *الأمفيتامينات AMPHETAMINE* وهي مركبات صناعية لها خواص منبهة للجهاز العصبي، تأثيرها الزمني ما بين 4 إلى 6 ساعات، ويمكن تعاطيها عن طريق الحقن أو الشم والأكثر استخداما طريقة البلع حيث توجد الأمفيتامينات على هيئة أقراص، تحدث الإدمان إذا تعاطاها الفرد دون إرشاد طبي وتحدث الأمفيتامينات تزايد في معدلات ضربات القلب و انقباض الأوعية الدموية، ارتفاع ضغط الدم، اتساع حدقة العين ونقص حركة الأمعاء، أما نفسيا فتحدث سلوكيات انفعالية، والجرعات الكبيرة منها تؤدي للموت.

- **المنبهات:** مواد تنبه الجهاز العصبي منها الكافين، و يتناول الإنسان المنبهات من مصادرها الطبيعية، وأحيانا من بعض الأدوية. و من مصادر المنبهات الطبيعية: البن و الشاي، ومن أثار هذه المواد على الإنسان المدمن عليها: القلق، عدم انتظام نبضات القلب وصعوبة في النوم و الأخطر فيتمثل في ارتفاع نسبة الدهون و السكريات في الدم.¹

- **الأدوية ذات التأثير النفسي:** هي مقسمة إلى ثلاث مجموعات:

1- **المهدئات:** التي تستعمل في بعض الحالات المرضية، للتهذئة و تخفيض التوتر غير أن بعض المرضى يدمنون عليها حتى بعد توقف الطبيب عن وصفها لهم ومن بين المهدئات الأكثر انتشارا في أوساط المتعاطين نجد الفاليوم (valium)، الذي إذا أدمن عليه الإنسان يحدث لديه تغيير إذا توقف عن تناوله، حيث يحس بالقلق والخوف و يرتجف جسمه ويتلعثم لسانه .

1بدر خالد (1991) : العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب و كل من المرض الجسدي و النفسي بين طلاب الجامعة، في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الجامعات: دراسة ميدانية في الواقع المصرية،المجلد السابع، مركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، القاهرة. ص 94 ، 96

ب- مضادات الكآبة *les antidépresseur*: أصبحت الكآبة سمة من سمات هذا العصر نظرا للمشاكل التي تعترض أي شخص ،و هو ما دفع ببعض الشركات إلى التنافس في عرض عقاقير مختلفة ، واصفة إياها على أنها مزيلة للكآبة فانتشرت بسرعة وأدمن عليها الكثيرون ،نجد منها عقار نورفال (norval).

ج- *المنومات*: هي عقاقير تسهل النوم و الهدوء و النعاس، نجد أهمها: الباربيتورات **barbituriques** و هي عبارة عن عقاقير منومة استعمالها في المجال الطبي محدود، الإدمان عليها يؤدي إلى تقليص مدى الذاكرة و أحيانا إلى الموت المفاجئ.²

- **المهلوسات hallucinogènes**: إن الهلوسة عبارة عن خبرة تدركها الحواس في مواضيع أو أحداث غير موجودة على صعيد الواقع و هي إلى حد كبير الانخداع. والمواد المهلوسة لها تأثير عنيف على النشاط العقلي و الإدراك و الوعي لهذا سميت بالمهلوسات يحدث عن تعاطيها التخييلات و الهلوس، يمكن أن تصنف المواد المهلوسة إلى

أ- *العقاقير المهلوسة الموجودة في النباتات* : أهم هذه النباتات نجد فطر الأمانيتاموسكاري (Amanite Muscari) ، فطر بسيلوسيبين (psilocybine) ، الحرمل (Harmel)، صبار ديببات (Cactus Depeyate)

1 Virgil verma, 2010, p 81

2 Alain origier (2007) : l'état du phénomène de la drogue au grand-duché de Luxembourg , laize

ب- العقاقير المهلوسة المصنعة : أهم هذه العقاقير نجد عقار " أل .أس .دي 25 (LSD 25) " و هو من أشهر العقاقير المحدثه للمهلوسة يستخرج من الفطر الذي ينمو على الحبوب عامة، في بداية تعاطيه يحس المدمن بتتميل في جسمه وتشنج العضلات، يمتص بسرعة من خلال جدران القناة الهضمية مما يسرع انتشاره في أنسجة الجسم، تأثيرها على الإنسان كبير جداً، بعضها إداري كالتغيرات البصرية و السمعية و بعضها نفسي كتغير المزاج و تغير إدراك الزمن.¹

و يصف صحفي فرنسي من خلال كتابه " بعد المخدرات " حالة من الهلوسة أصابته بعد أن أفرغ في ذراعه جرعة من مخدرات مهلوسة كان يتعاطاها حيث يقول : "أشكال تظهر في المرأة، و بدأت في الاقتراب تدريجيا نحو سريري، لكنني أجدها شهوانية فأطردها، في لحظة أتخيل أنها مخلوقات تميل نحوي لتفتح لي أبواب الجنة، هذه الجنة الممنوعة، و لكن نظراتها حينها تحولت إلى أخرى ربما لأنني أمسكتها، أرى شعرا طويلا قاتما يخرج من المرأة يتجول، ويأخذ شكلا مهددا، في ذلك الشعر الذي يخنقني، أريد أن أصرخ.... أحس أنني مجرد لعبة في السحاب الذي حجب للحظة نور النجوم."²

1 المرجع السابق Virgil verma, 2010 , p 83

2 Alain origier ,2007, p 123 المرجع السابق

3- العوامل المساعدة للإدمان: للإدمان عوامل مساعدة عديدة لتوضيحها نقسمها

إلى ثلاثة عوامل رئيسية هي:

3-1 العوامل المساعدة التي تتعلق بالعقار المستعمل:

أ- **تركيبه العقار و خواصه الكيميائية :** كل مادة توجد في الطبيعة لها تركيبها الخاصة كما أن بعض المواد تتشابه كثيرا أو قليلا في تركيبها ، و عند تناول أي عقار تطرأ عليه تغيرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه و وصوله إلى الجهاز العصبي و عند 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 فيكون العقار فعالا ، وبالتالي فإن أحد العوامل الرئيسية المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيميائي ، و تطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية لذا نجد أن تفاعل الجسم مع أي عقار ثم الإدمان عليه يختلف من عقار إلى آخر ، فالممنومات و المهدئات يدمن عليها الإنسان بعد استعمالها اليومي لمدة شهر تقريبا بينما يدمن على الهيروين بعد ثلاثة حقن في ثلاثة أيام متتالية .¹

ب- **كيفية استعمال العقار:** يختلف تأثير نفس العقار على الإنسان حسب الطريقة التي

يتم بها التعاطي، فالمواد المدمنة تستعمل بعدة طرق رتبت حسب خطورتها كآلاتي:

1Virgil verma ,2010, P 77

- التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي و هو أكثر الطرق تأثيرا و إحداثا للإدمان.
- التعاطي عن طريق الفم (الجهاز الهضمي).
- التعاطي عن طريق الأنف (الاستنشاق).
- التعاطي عن طريق التدخين و هو أقل الطرق تأثيرا و إحداثا للإدمان لأن الجزء الأكبر من الغازات يطرحه الإنسان مع الزفير .
- و في الحالات المذكورة يرتبط الإدمان بالكمية المتعاطاة و مدى تكرار الاستعمال و انتظامه أو تباعده.¹

ج- سهولة الحصول على العقار : من البديهي أنه لا يمكن تعاطي أي مادة دون الحصول عليها ، كما أن تكرار الاستعمال يتعلق أساسا بسهولة الحصول عليها فمثلا : إذا كان الوالدان مدمنان على الخمر و يجلبانه إلى البيت ، فإن أبناء هذه الأسرة معرضون أكثر من غيرهم للإدمان على الخمر في حالة تكرار شربه ، خاصة إذا كانت الأم تعمل فيصبح الأبناء دون رقيب أو مساعدة و ما ينطبق على الخمر في المثال المذكور ينطبق على أي مادة مدمنة أخرى . بالإضافة إلى مدى توفره في السوق (الشارع) و مدى انخفاض سعره فالعقار المنخفض في السعر أسهل الاقتناء من العالي.

د- نظرة المجتمع للعقار : إن توفر العقار و استعماله و تأثيره و من ثم الإدمان عليه يختلف من مجتمع إلى آخر ، كما أن النظرة تختلف ، فمثلا المجتمع الأوروبي و الغربي عامة لا يرى حرجا في التجارة بالخمور و شربها يصبح احتمال الإدمان كبيرا ، في حين مجتمعنا الإسلامي ينبذ تجار الخمور و يحتقر شاربيها لأن القرآن الكريم حرّمها ، و بالتالي فإن نسبة الإدمان على الخمر قليلة بالمقارنة مع الغرب و يمكن أن تتعدم لو تم العمل بكتاب الله العزيز في كافة المجالات. و مثال آخر نأخذ القنب الهندي الذي يتم زرع و حصده و التجارة به في المغرب ، فنلاحظ أن نسبة المدمنين على القنب الهندي مرتفعة بالنسبة للبلدان الأخرى المجاورة للمملكة المغربية و نأخذ بلد آخر على سبيل المثال كولومبيا فإن نسبة الإدمان على الكوكايين مرتفعة بالنسبة لمواد مدمنة أخرى ، هذا راجع إلى نظرة المجتمع إلى المادة.¹

2-3 العوامل المساعدة المتعلقة بالفرد المدمن نفسه: إن كل شخص في العالم

يمثل نفسه فقط رغم تشابهه مع الآخرين في بعض الصفات ، فلا بد أن يختلف عنهم في صفات أخرى، و من هنا فإن إدمان بعض الأشخاص على المخدرات و عدم إدمان آخرين لهم نفس الظروف إنما يتعلق أساسا بالفرد و تركيبته النفسية ، و هذا الفرد يتأثر بمجموعة من العوامل أهمها :

¹Virgil verma, 2010, P 78

أ- **شخصية المدمن:** يرى جمال الخطيب (1992) أن مفهوم الشخصية الإدمانية يشير إلى افتراض أولهما أن ثمة سمات شخصية تعمل بمثابة مسببات للإدمان و تقود الشخص إلى تعاطي المخدرات ، أما الافتراض الثاني فهو يتضمن أن الذين يتعاطون المخدرات يتمتعون بسمات شخصية لا يتمتع بها غير المتعاطين أو أنها توجد لديهم بقدر أكبر مما هي عليه لدى الغير المتعاطين . ويشير محمد البشير (1989) في دراسته التي تناولت ديناميكيات شخصية المدمن أن البناء النفسي للفرد و ديناميات شخصيته و هو الذي يدفع بالمدمن للبحث عن شلة الأصدقاء - التي تعد عاملاً رئيسياً في دفعه نحو الإدمان و الانضمام لعضويتهم ذلك أن هذه العضوية تشبع لديه الحاجة إلى التقدير و إلى الانتماء و إلى المكانة الاجتماعية التي يفتقدها في مجتمع غير المدمنين حيث يجد ذاته السلبية الضعيفة في هذه الجماعة ، فالمدمن عادة لم يتعلم في طفولته كبت إشباع رغبته أو تأجيل إشباعها ، و إنما اعتاد تحقيق اللذة الفورية و هو ما يجده في هذه الجماعة المنحرفة .¹

تعد المشاعر العدوانية أحد الملامح المشتركة في حالات الإدمان فالمدمن يشعر بالعدوانية من حوله (صريح أو متخفي إيجابي أو سلبي ، حقيقي أو متخيل) فالمشاعر العدائية داخله تكون قوية جدا لكن في الوقت نفسه لا يستطيع التعبير عنها و ممارستها.

مما تجدر الإشارة إليه أن أهم الميكانيزمات النفسية للاستمرار في الإدمان يتمثل في تحويل حياة المدمن إلى نظام ذاتي مغلق يستطيع فيه أن يمد نفسه باللذة و السعادة و أن يعزل نفسه وراء أي

1 عفاف محمد عبد المنعم (2003): الإدمان، دار المعرفة. ص 98

حاجة إلى المساعدة الإنسانية أو الرضا فهو لا يعتمد على أحد إطلاقاً و كذلك فإن نظام حياته يبدو متوازناً لما بين التناوب المنتظم للنشوة و التعاسة ، فلهذه عقاب ذاتي يمارسه و لأنه يفضل الإشباع العاجل على الآجل فإن العقار يحقق له ذلك باستمرار مما يجعل أسلوب حياته مضبوطاً ذاتياً. و في الوقت نفسه فإن الإدمان يقلل من كفاءته سواء بإحساسه أنه مريض أو لأنه مشغول بالبحث عن عقاره المنشود كذلك فإن المخدر يقوم بوظيفة مهمة في حياته تتقده من مشاعر الضعف الطاغية و من إحساسه بأنه محتقر و أنه لا يستطيع تحمل المنافسة أو النقد ، و عن ذلك تقول نيسواندر Nyswander : " إن الأفيون يحقق له إشباع الاعتداء و التحدي الجنسي في حين أنه في حقيقة الأمر يمارس ذلك سلبياً" .¹

فالإدمان يتعلق بشخصية الفرد نفسه، و لإثبات هذا الرأي قام الباحثون بمراقبة و دراسة نماذج مختلفة من البشر من سن الطفولة و لمدة سنوات متتالية ، و أجروا تحاليل نفسية و دراسات مستفيضة لكل تلك الحالات، و خرجوا منها بعدة آراء معقدة ، و صنفوا شخصية المدمن بعدة تصنيفات أذكر على سبيل المثال تصنيف كسيل و والتن (Kessel et walton) اللذان قسما شخصية المدمن إلى الأصناف الآتية :

- **مدمن أناني:** وهو الشخص الذي يصر على إشباع كل رغبته دون تأخير باللجوء إلى الإدمان للتعويض عن اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

¹ David g Mayer (2004): **Psychologie**, Flammarion, Paris, France.P 325

- **مدمن ناقص النضج** : هو شخص يعتمد على الآخرين و لا يمكنه أن يعتمد على نفسه و 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 مصاب بضعف القوة الجنسية ، أو أن خجله شديد من ممارسة الجنس ، أو لديه ميل للشذوذ الجنسي أو معقد من الجنس لأسباب تعود إلى مرحلة الطفولة ، و هذه الأسباب تؤدي إلى اللجوء إلى الإدمان .

- **مدمن مضطرب دائم التوتر**: هذا الصنف يلجأ إلى المخدرات ليتجاوز حالتي التوتر و الاضطراب الدائمين.¹

3-3 العوامل المساعدة التي تتعلق ببيئة الفرد و مجتمعه: يمكن تصنيفها إلى

خمسة عوامل أساسية:

أ- **العوامل الأسرية**: إن إدمان أحد الوالدين أو كلاهما يساعد بدرجة كبيرة في اتجاه الأبناء إلى الإدمان نظرا لاعتقادهم اللاشعوري بأنهم لا يفعلون شيئا خطأ لأن آبائهم يشربون الخمر أمامهم أو يتناولون المخدرات .

كما أن التفكك الأسري عامل أساسي في اتجاه الأبناء إلى الإدمان ففي دراسة أجراها الباحث ماكورد (1960) و جد أن 97 % من الشباب المدمنين ينتمون إلى أسر مفككة .

بالإضافة إلى إهمال الآباء لأبنائهم و عدم اهتمامهم بهم و بمشاكلهم و تركهم و شأنهم، يدفع الأبناء إلى اللجوء إلى المخدرات لنسيان ما يعانون منه من مشاكل و تعويضها لفقدان الرعاية و الحنان.

ب- **العوامل الحضارية و الاجتماعية:** تختلف الديانات و المبادئ بين مجتمع و آخر ، كما أن مظاهر الحضارة تختلف بين بلد و آخر فمثلا : نجد بعض الدول تسمح ببيع مقدار محدد من المواد المدمنة (الحشيش في هولندا مثلا) مما يسمح بازدياد عدد المدمنين و ازدياد تجارة المخدرات ، أما الدول التي لا تسمح ببيع أي كمية تكون نسبة المتعاطين قليلة.¹

و حتى في المجتمع الواحد نجد أن نسبة الإدمان تختلف من جماعات ثقافية لأخرى ففي الولايات المتحدة الأمريكية لوحظ أن نسبة الإدمان على الكحول و المواد النفسية الأخرى منخفض جدا و أن تعاطيها نادر جدا عند الأميشيين AMISH و المينونيت MENNONITES و المورمون MORMONS و اليهود الأرثوذكس JUIFES ORTHODOXES هذا ما أكدته أبحاث تريمبل (1994) TRIMBLE .

أما أبحاث جونستون و كال (2001) Johnston et Call تُبين أن نسبة كحولية الطلبة الأفرو-أمريكيين منخفضة عن نسبة الطلبة البيض. فمثلا وجدوا أن (35%) من الطلبة البيض كانوا في حالة سكر حديث ما يقابله (12%) فقط من الطلبة الأفرو-أمريكيين ، و نسبة المدخنين هي (38%) للبيض بينما هي (14%) للأفرو-أمريكيين . هذا ما يتركنا نتساءل عن مدى تأثير العرق و الثقافة في إظهار سلوك ما في الفرد.

1 فتحي دردار (2001): الإدمان المخدرات و الخمر، مكتب البغدادي حسن داي الجزائر، ص100

كما أجرى كوران (1993) (Kauran) دراسة حول استهلاك المواد النفسية على مستوى 50 ولاية أمريكية تضم هذه الدراسة 12272 طالب تثبت بأن المراهقين الأفرو- أمريكيين يشربون أقل و يدخنون أقل و يستهلكون نسبة أقل من الكوكايين بالنسبة لإخوتهم البيض. .
(Psychologie. David g.mayers, 2004, p316)

ج - **العوامل الاقتصادية:** كلما كان دخل الفرد مرتفعاً كلما لجأ إلى إدمان الأصناف الجيدة كالكوكاين ، أما إذا كان دخله بسيطاً فيلجأ إلى الإدمان على الأنواع المنخفضة كالكحول و الخمر و حتى استنشاق الغراء. (فتحي دردار ، 2001، ص102)

د- **العوامل الثقافية:** يلجأ إلى الإدمان بمختلف مشاكله الأشخاص المحدودي الثقافة و الأميين لجهلهم بمضاعفات الإدمان ، أما ذو المستوى الثقافي الثانوي و الجامعي و العالي بصفة عامة حتى إذا أدمنوا سرعان ما يتداركوا أنفسهم و يعالجوا أنفسهم عند المختصين بهدف المحافظة على مراكزهم الاجتماعية و حتى لا يكونوا عبءاً لأبنائهم و عائلاتهم (فتحي دردار ، 2001، ص102)

هـ- **الكوارث:** سواء كانت كارثة طبيعية (زلازل - براكين - فيضانات) أو بشرية (انهزام في الحروب ، عصابات مختلفة ، انفجارات ، إرهاب ...) فإن الإنسان الذي يعيش أي كارثة خاصة إذا كان ضعيف الشخصية و عديم المستوى يلجأ إلى فقد تبين مثلاً أن 9 جنود من 10 الذين شاركوا في حرب الفيتنام أقلعوا عن تعاطي الهيروين عندما دخلوا إلى أمريكا هذا لانتهاز وضعية الحرب (الكارثة) التي يعيشونها هناك. (Otting et Beaumains,1990, p205)

3-4 عوامل متفرقة أخرى: وهي عوامل تساعد أيضا على انتشار الإدمان و تفشيته بين

مختلف طبقات المجتمع ندرجها في:

أ- **العامل السياسي:** بهدف السيطرة على المواطنين و التحكم فيهم ، لجأ الاستعمار إلى السماح بتجارة المواد المخدرة حتى ينسى الشعب واقعه ، ومن ثم يستمر الاستعمار و لا يجد من يقاوم ، أما أثناء الحرب الفيتنامية - الأمريكية خلال السبعينات و نظرا للتفوق العسكري الأمريكي عمد الفيتناميون إلى ترويج المخدرات بين أفراد الجيش الأمريكي لتحطيم معنوياتهم و سلبهم أسلحتهم . (فتحي دردار ، 2001، ص 104)

ب- **العامل الاقتصادي:** إن تحقيق الربح السريع و السهل و المضمون دفع الكثير من أثرياء العالم و النافذين به و عملاء و أعوان السلطة في الدول الديكتاتورية إلى التجارة بالمخدرات لتحقيق المزيد من الأموال وخصصوا لذلك عصابات قوية مهمتها تهريب و ترويج تجارة المخدرات(عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص 74)

ج- **العامل الطبي:** الصناعة الدوائية التي اكتشفت المورفين في 1833 و الأطباء هم الذين نصحوا المرضى باستعماله لتسكين آلامهم حتى أدمنوا عليه.

أما اكتشاف الهيروين و تصنيعه عام 1898 فالأطباء هم الذين روجوا له و نصحوا به حتى أدمن الناس عليه من دون إدراك لضرره في المستقبل كما أن المنومات أدمن عليها الناس عن طريق الوصفات الطبية.

و كذلك المهدئات مثل الفاليوم (valium) و المنشطات (amphétamines) كل هذه الأدوية قام الأطباء بوصفها لمرضاهاهم الذين أدمنوا عليها من غير قصد منهم و لا من الأطباء ، و بعد اكتشاف الأطباء لدورها في الإدمان كان الخطر قد انتشر ، ورغم المنهج القانوني و

تحديد كمية الإنتاج ، إلا أن تيار التجار كان في جهة معاكسة فأنشأت مخابر سرية لإنتاج المواد المخدرة ثم تهريبها و ترويجها و بيعها سرا و كذلك ضمنوا استمرار الإدمان والدخل. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص 75)

د- **التغاضي عن زراعة المخدرات في بعض البلدان:** بعض الدول العربية تتهاون في مكافحة زراعة الحشيش و الأفيون مثل لبنان و المغرب و القات في اليمن، بالإضافة إلى تصنيع الهيروين مما يساعد على انتشار الإدمان بين أفراد المجتمع. (فتحي دردار ، 2001، ص 102)

هـ- **الإجهاد النفسي:** إن العمال الذين يشتغلون ليلا و لا ينامون نهارا حتى يتغلبوا على تعبهم يلجؤون إلى تعاطي المخدرات اعتقادا منهم أنهم سيواجهون تعبهم ثم يتوقفون عن تعاطيها ، لكن مفعول المخدرات يكون قد مضى و لا يمكن الإقلاع عنه بدون علاج . (فتحي دردار ، 2001، ص 104)

4- دوافع التوجه الى تعاطي المخدرات:

4-1 **حب الاستطلاع:** بهدف اكتشاف المجهول يندفع الكثير من الشباب إلى تجربة المخدرات و ما تحدثه من نشوة و لذة و بتكرار التجربة لتحقيق المزيد من النشوة يجدون أنفسهم قد وقعوا في شباك المخدرات و أصبحوا من المدمنين.

4-2 **حب الإثارة :** تروج أقاويل كثيرة عن النشوة و اللذة التي تحدثها المخدرات فيقع في شباكه كل مجرب بتكرار التعاطي .

4-3 أصدقاء السوء: من يجالس المدمنين و يعاشرهم يصبح واحد منهم بالتأكيد خاصة إذا كان ضعيف الشخصية و إما لا يعرف أضرار الإدمان.

4-4 الملل: قد يندفع الشخص إلى التعاطي ليهرب من الملل و الفراغ النفسي الذي يعاني منه خاصة إذا تعرض لأزمة عاطفية أو عائلية.

4-5 الجهل: يندفع المراهق إلى تجربة المخدرات مجارة لأصدقاء السوء أو استطلاعاً أو حبا للإثارة معتقدا أنه سيقلع عنها بعد تجربتين أو ثلاثة ، لكن جهله يجعله قد لف حبل الإدمان حول عنقه و تمكنت منه المخدرات و بالتالي قد أصبح مدمنا. (فتحي دردار، 2001، ص 98)

4-6 الصناعة السينمائية: مواضيع الأفلام السينمائية مختلفة و متنوعة، و ربما تتناول قصص حياة المدمنين أو التجارة في الممنوعات، فيكون الشباب عرضة للتأثر بأبطالهم المحبوبين.

5- وظيفة الادمان:

يمكن القول بأن للإدمان ووظيفتين أساسيتين ، الأولى في الهروب من الواقع الضاغط الذي لا يستطيع أن يواجهه المدمن و الثانية هي أنه بمثابة ميكانيزم دفاعي يمنع ظهور الأعراض النفسية التي قد تدمر الذات و لكنه من الميكانيزمات الحلقية إذ أن الاستخدام المزمن للعقاقير يزيد من مرضية الأنا و خاصة إذا نظرنا إلى الآثار الفارماكولوجية للعقار و ما يسببه من تغيرات بيوكيميائية في الجسم (منى محمد صالح علي العامري، 2000، ص34)

6- النظريات المفسرة:

1-6 نظرة التحليل النفسي: جلب فرويد (1905) أنظار الباحثين حول أهمية المرحلة

الفمية عند الأشخاص الذين يميلون كثيرا إلى الشرب أو التدخين و انطلاقا من الفكرة جاء تفسير فرويد لظاهرة الإدمان على الكحول و المخدرات.

يرى فرويد أن الإدمان على المخدرات ما هو إلا نكوص إلى المرحلة الفمية تثبتت الطاقة الغريزية على منطقة الفم، و منه عندما ينمو الطفل تظهر على شخصيته سمات التثبيت. (محمد محروس الشناوي و محمد سيد عبد الرحمن. دون تاريخ)

فعدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الادمانية في المرحلة المبكرة مما ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة و بذلك فإن الطفل لا يطور القدرة على تأجيل الإشباع و هذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في صور سلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام لمخدرات. و الذي يعتبر أسلوبا غير ناضج لتحقيق الإشباع الفموية ، إذن يستخدم المدمنون المخدرات من أجل إشباع الاشتهاات النفسية الأولية ، ويحقق تعاطي المخدرات إشباع رغبة جنسية مرتبطة بالمنطقة الشبقية الفموية و هي في الأصل إشتهاءات جنسية ووسيلة لتسكين مشاعر الجنسية و العدوانية. كما أنها تعتبر وسيلة لتلبية الحاجة إلى الأمن و الإبقاء على تقدير الذات في نفس الوقت و هذا حسب (Fenichel 1969) . (فتحي دردار 2001)

و لهذا السبب يؤكد المحللون على أن العقار يُحوّل إلى موضوع مُعزّز ، بحيث يربط معه المدمن علاقات تأخذ تدريجيا مكان العلاقات الطبيعية في الحياة ، و هذا الانسحاب النرجسي و

الانقطاع عن المصادر العادية للذة قد يصل إلى حد عنيف و يعوض حتى في العلاقات الجنسية. (J.Negrete, 1981, p69) .

و في سنة 1939 استطاع فرويد الربط بين حالة الهوس (Manie) و الإدمان و (Toxico Manie -) و ساندته في هذا معظم العلماء من بينهم : سيميل (Simmel) و رادو (Rado) و فقد توصلا إلى القرابة الموجودة بين الإدمان و الاكتئاب ، و يعتقد Simmel (1959) أن المخدر يؤدي إلى نوع من الهوس الاصطناعي. (Marc valleur.dan valea 2002 , p 41)

أما Ros Enfield فيقول : " في دراسة تحليلية حول الإدمان وجدت ارتباطا كبيرا مؤكدا بين المرض (الإدمان) و الحالات الاكتئابية ... " . (J.Negrete,) 1981, p69)

إن المدمن على المخدرات ضعيف و لا يملك القوى اللازمة لتحمل عذاب الاكتئاب لذلك و بسهولة يلجأ إلى ميكانيزمات هوسية (المثالية) تقمص موضوع مثالي و لكن الإستجابة الهوسية لا تحقق إلا بمساعدة المخدرات فالمخدر يُعتبر وسيلة تساعد المدمن على الانتقال من حالة كآنة لا يستطيع تحملها " أنا " إلى حالة الشعور بالنشوة و الرضى و اللذة و أهم ما يجلبه المخدر الشعور بالعظمة و الذي تترجم إكلينيكيًا إلى حالة الهوس (Marc valleur.dan valea 2002 , p 41)

للمخدر مهمة دفاعية أكلت إليه، يعترف بها المحللين النفسانيين، فهو الذي يحافظ على " الأنا " الذي يتميز بالضعف الشديد و المهدد في ليونته. لكن هناك من اعتبر أن تعاطيها ما هو إلا محاولة انتحارية. (Marc valleur.dan valea 2002 , p 41)

أما وجهة نظر ألفرد أدلر (Alfred Adler) تختلف عن وجهة نظر فرويد الذي يُعتبر أحد المنشقين عنه لعدم اتفاقهما حول أصل الاضطرابات النفسية حيث يرى " أدلر " أنه من الممكن فهم سبب الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الشخص إذا إستعنا بما أسماه - (عقدة النقص) و يرى أدلر أن هذه العقدة تنتج عن التبعية التي عاشها كل واحد منا بدرجات متفاوتة و باستجابات مختلفة أثناء الطفولة ، فحسب " أدلر " الشعور بالنقص يعوض عن طريق الإرادة القوية التي تدفع بالطفل إلى الظهور أحسن من الآخرين.

و يرى " أدلر " أن للجسم البشري قدرة فائقة على تعويض نقص أو ضرر معين و في رأيه ما يصدق على الحالات النفسية ، الاجتماعية ، فسر " أدلر " الإدمان على المخدرات بفشل الأفراد في حياتهم إلى افتقادهم للشعور بالود من طرف الآخرين ، كما هو الحال عند الذهنيين ، العصبيين و الجانحين وحتى يعوضوا هذا النقص فإنهم يتجهون إلى المخدرات التي تعطيهم الثقة بالنفس و تجعلهم يملكون الدنيا و يدعم و جدانهم الممزق و تنسيهم عيوبهم وعدم اهتمام المجتمع بهم.

لهذا يفسر المحللون النفسيون السلوك المضطرب للشخص على أنه عرض للاضطراب الداخلي يتميز بطبيعة سيكولوجية تتعلق بصراعات لا شعورية. (فريدة قماز ، 1998)

و يُصرّح الطبيب العقلي و المحلل النفسي الفرنسي برجوري (J.Bergeret) أن كلمة (addictus) تعني بالفرنسية القديمة الإجبار بالجسم (la contrainte par le corps) ، فالتبعية في رأيه ما هي إلا محاولة لاشعورية لتسديد دين (régler une dette) ، إذ يقول أن الإدمان نظير (équivalent) التعذيب ذاتي، و يضيف أن لمعرفة سبب الإدمان يجب العودة لسبب هذا الشعور بالدين في حياة الفرد ، يجب الكشف عن أي نقص عاطفي الفرد المدمن

يدفع ثمنه بجسمه و ما هي الالتزامات التي يلتزم بها و التي أدت به إلى الاعتقاد(لشعوريا)
أن له دين يجب عليه تسديده.(Marc valleur.dan valea 2002, p 40)

6-2 النظرية السلوكية: اهتمت هذه النظرية كثيرا بظاهرة تعاطي المخدرات و التفسير السلوكي يبحث عن تبرير السلوك، و بالتالي هو استخدام أو إساءة استخدام العقاقير بفعل تفاعلات الفرد مع البيئة و آثار متغيرات بيئة معينة على السلوك. حيث قدموا أمثلة عن أهمية البيئة للمتعاطي ، و هو ما حدث مع الجنود الأمريكيان في الفيتنام الذين أدمنوا على الهيروين ، ولكن غالبيتهم توقف عن تعاطيها بمجرد رجوعهم إلى الولايات المتحدة الأمريكية (david g.mayers, 2004, p319) .

ولقد توصل تشيلدرن (Children) و آخرون سنة 1986 بدراسة تبين أهمية الإشراف الكلاسيكي في فهم الإدمان على المخدرات حيث توصلوا إلى توضيح العلاقة بين المزاج الداخلي (الاكتئاب ، القلق ، الشعور بالغبطة و الإشراف و الاشتها) بالإضافة إلى أعراض الامتناع لدى 7 مدمنين على الأفيون الذين وضعوا تحت العلاج بالميثادون لإزالة التسمم ، و ذلك باستعمال الصور الخيالية إلى جانب تقنية التنويم الذاتي (self Hypnosis Technique) (S.H.T) فوجدوا أن الاكتئاب و القلق خاصة يعملان دون المثير الشرطي لأعراض الامتناع و اشتها المخدرات بالنسبة للمدمنين ، أما الشعور بالغبطة و الصور الخيالية فإنها تؤدي إلى تخفيض أعراض الامتناع و تجارب الاشتها و أيضا الحالة المزاجية التي تنتج عن التنويم الذاتي فإنها تسهل أعراض الامتناع عند المدمنين على الأفيون.

أما هيلّي و بيشت helly and Bichet (1988) فتوصلا إلى أنه هناك علاقة بين المثيرات الخارجية و الشروع و الإبقاء على تعاطي المخدرات عندما تزوج أو ترتبط بالتعزيزات المتحصل عليها من خلال تعاطي المخدرات ، فالشعور بالنشوة و الفرحة تعزز سلوك المتعاطي. (فريدة قماز، 1998)

6- 3 النظرية المعرفية: انطلق آرون بيك (Aaron Beck) في تفسيره لظاهرة الإدمان على المخدرات من فكرة أنّ السبب الأساسي لتعاطي المخدرات في بداية الأمر هو البحث على المتعة، أو توقّع ارتفاع في مستوى القدرات الجسدية و الفكرية كالإبداع.

تتدخل عوامل إضافية تساهم في جعل الفرد يستهلك المخدر بصفة منتظمة حتى يصبح مدمن عليها. فبعض الأفراد يجدون أنّ استهلاك الهيروين، البنزودازيبينات، أو الباربيتوريكات يخلصهم من القلق، الضغط، التماسّة أو الملل. مع مرور الوقت يطوّر هذا الأفراد معتقد أنّ يمكنهم تجاوز الاحباطات و الضغط إذا استمروا في استهلاك المادة. (beck, 1993, p22)

يحدثنا بيك على مفحوصه الذي صرّح له أنّ: " عندما أتعاطى الكوكايين تذهب أفكاري السلبية". فيستمر في تعاطيها لكي تصبح حياته أكثر إيجابية و التخلص من الكدر. و يمكن أن يجد بعض الافراد الذين لديهم تقدير ذات منخفض أنّ تعاطي المخدر يزيد من ثقتهم في أنفسهم. كما هناك من يجد في استهلاك المخدر فرصة لإيجاد مجموعة أقران أين يكون الشرط الوحيد للانضمام هو تعاطي المخدر.

عادة ما يتبع التعاطي المنتظم مشاكل إقتصادية، صحية، مهنية- مدرسية، و كذلك مشاكل مع العدالة. هذه المشاكل ستخلق بدورها قلق و ضغط للمتعاطي، فتؤدي به إلى التعاطي من جديد للحد من القلق و الضغط و هكذا يدخل الفرد في حلقة مفرغة.

عند ظهور أول مشاكل صحية، اقتصادية أو علائقية، بعض المستهلكين يتجاهلون، يصغرون، أو ينكرون المشكل أو ينسبونه إلى سبب آخر من التعاطي كأن يلقون اللوم على أزواجهم أو عائلاتهم أو دولتهم. يمكن لأخرين أن يكونوا على دراية بالمشكل لكن يقيّمون أن إيجابيات الاستمرار في التعاطي أكبر من سلبياته. لكن كثيرا ما يكون هذا التقييم غير صريح و مشوّه في ما يخص السلبيات.

كما يلعب معتقد : "الامتناع عن تعاطي المخدر يخلق لي مشاعر و أحاسيس لا أحتملها" دورا هاما في الحفاظ على التعاطي.

تتشكل لدى المتعاطي شبكة من المعتقدات متمركزة حول التعاطي بحيث تحافظ على الاستهلاك و تمنعه من التوقف. مثل هذه المعتقدات : " لا أستطيع أن أكون سعيدا إذا لم أتعاطي،" و " يمكنني التحكم في نفسي إذا كنت منتشيا." (beck, 1993, p23)

عادة ما يشعر المتعاطي بقلق أو تعاسة عندما ينوي الامتناع على الاستهلاك، لأنه يرى أن الامتناع سوف يسلبه الراحة و المتعة و يهدد جودة الحياة.

كثيرا ما يحاول المدمنون الامتناع عن التعاطي بمفردهم، لكن سرعان ما يختبرون اللهفة و يشعرون بخيبة أمل إذا ما حُرّموا من التعاطي. و يرون أن حبيبة الأمل و الضغط غير محتملان؛ فتسوطو على فكرهم فكرة ، " لا أستطيع التعامل مع هذا الإحساس"، فيرون انفسهم متجهين إلى التعاطي بهدف الحد من المشاعر السلبية و تحرير أنفسهم من الضغوط.

كثيرا ما نجد لدى المدمنين مجموعة من المعتقدات التي تصبح أقوى و أمتن عندما يقررون التوقف عن الاستهلاك. تكون هذه المعتقدات متمركزة حول توقع الحرمان : " اذا لم أستطع

التعاطي فسوف لا أستطيع احتمال الكرب أو الألم،" " سوف أكون تعيش،" " سوف افقد أصدقائي."

هناك مجموعة من المعتقدات المتمركزة حول شعور الفرد بالعجز على التحكم في اللفة: " اللفة شديدة جدا،" أو " حتى إذا توقفت- فسرعان ما أزلول الاستهلاك." فعندما يحمل الفرد مثل هذه المعتقدات حول عجزهم على التحكم في اللفة، يصبحون أقل عزيمة للتحكم في أنفسهم، هذا ما يؤكد اعتقادهم حول العجز على تجاوز ادمانهم. (beck, 1993, p25)

تنشط هذه المعتقدات و الأفكار المميزة للمتعاطين تحت تأثير بعض الظروف التي أسماها بالظروف ذات الخطر المرتفع (High Risk Situation) هذه الظروف قد تكون خارجية كالتأثير بجماعة الأصدقاء ، الاتصال مع بائعي المخدرات، أما الظروف الداخلية فتتمثل في مختلف حالات التوتر الانفعالي كالاكتئاب و القلق و التشاؤم . . (فريدة قمار 1998)

و من هنا نستنتج أن نظرية باك و جماعته هي نظرية ديناميكية لا تعطي فقط وصفا لسلوك تعاطي المخدرات بل إنها السياقات و القدرات المعرفية المتداخلة في هذا السلوك.

4-6 النظرية العقلانية الانفعالية لألبرت إليس : صاحب هذه النظرية ألبرت إليس (1955) (albert ellis) يرجع الاضطراب الانفعالي و السلوكي إلى أفكار الفرد و معتقداته الخاصة و كغيره من العلماء أهتم ألبرت بظاهرة تعاطي المخدرات حيث قدم عدة نماذج تفسيرية لهذا السلوك.

استمد إليس نظريته من مقولة الفيلسوف اليوناني أبقتيطس التي تقول : " ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا و تكدرنا و لكن تأويلاتنا و معتقداتنا إزاء هذه الحوادث هي المسببة

للكدر و القلق و الغم " أي أن العنصر المعرفي الإدراكي و التفكير هو العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية و خلق رد الفعل الانفعالي و على هذا فالاضطراب النفسي وفقا لهذه المقولة تسببه تأويلاتنا للمنبهات الداخلية الصادرة عن نفوسنا أو عن المحيط الخارجي .

فنظرية اليس تركز على الدور الكبير الذي يلعبه المعتقد أو التفكير في الاضطراب النفسي عند الكائن البشري ، فمدرسة ألبرت إيس و طريقته العلاجية تركز على المعتقد و الكلام مع الذات و المواقف الفاعلة في الإسهام في الاضطراب الانفعالي و الاضطراب السلوكي و إستمراريتها .

هذا بدون أن تغفل أهمية العوامل البيئية و البيوكيميائية و الإرثية في تأثيرها في السلوك و العاطفة عند الإنسان لكنها تلح على أهمية القدرات الكامنة الفطرية الموجودة عند الإنسان القادر على تبديل التفكير المسبب للمرض (محمد حمدي حجار ، 2005 ، ص 50) .

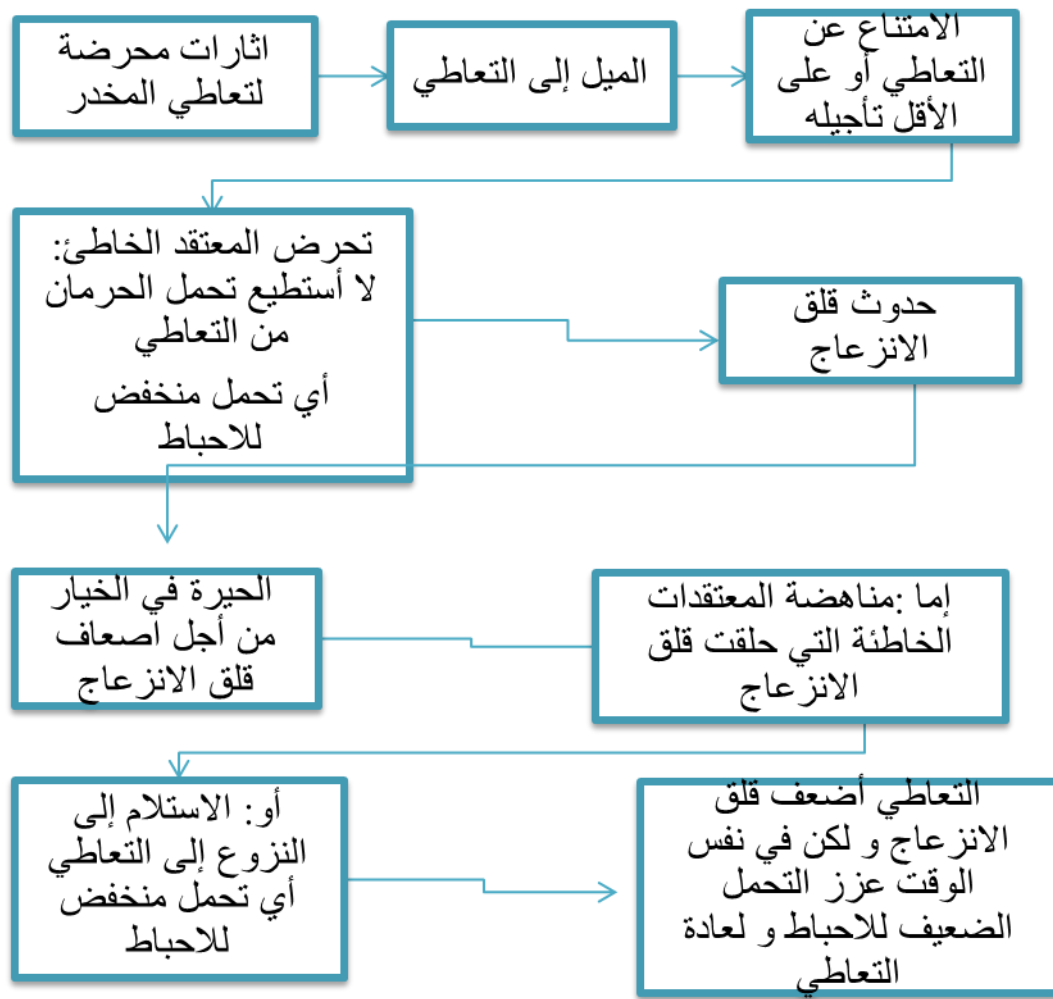
في نظرية إيس المعروفة (A.B.C) و التي أكملها بعد ذلك بالأحرف (D.E) لتصبح الحروف الرامزة على النظرية (A.B.C.D.E.) حيث يرى إيس أن معظم النظريات السيكولوجية و كذلك المناهج العلاجية قد اهتمت كثيرا بالمتغيرين (A) و (C) (المثير و الاستجابة) ، بينما أهملت المتغير الوسيط أو المعتقد (B) بالرغم من أهميته البالغة .

فالمتغير (A) في نظرية إيس له - في حد ذاته - قيمة كبيرة ، و لكن المهم هو القناعات أو المعتقدات التي تدرك على أساسها المتغير (A) فقد تدركه كعامل مهدد أو خطر و هو ليس كذلك ، علما بأننا سنتصرف بناءا على ما أدركناه و العكس صحيح ، فقد ندرك العامل (A) الذي يشمل خطورة و أهمية فعلية و حقيقة على أنه عامل تافه و غير مهم بناءا على قناعتنا و معتقداتنا (B) و نتصرف تصرفا خاطئا و نتحمل نتائج سيئة و يكون العامل (C) من النوع المكدر .

و هكذا يبدأ الاضطراب النفسي عندما يسيء الفرد تفسير (و هو المتغير B) الأحداث من تصرفات الآخرين (و هي المتغير A) فيترتب على سوء التفسير نتائج سيئة (و هي المتغير C) و التي تتمثل في الأعراض . (Albert Ellis, 2010, p 23)

أما فيما يخص ظاهرة الادمان تفترض النظرية العقلانية الانفعالية أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط، و هذا ما نجده بخاصة الإدمان. و قد طرح ألبرت إليس تعبيراً جديداً أسماه قلق الانزعاج discomfort anxiety في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعترى المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع ادمانه و هو بفعل التحمل المنخفض للإحباط الناجم عن امتناعه عن تناول المخدر. و يتصف هذا القلق المزعج في توقع المدمن للألم و الانزعاج و عدم المسرة و الكدر. و هذه المشاعر كما ذكرنا هي محصلة المعتقد الخاطئ الذي يحمله المدمن بكون الألم أو الانزعاج هما أمران لا يحتملان من قبله. و يتعين عليه عدم تحملهما، بل و لا يستطيع ذلك. و هذا المعتقد نراه صراحة عند المدمنين. و من المناسب هنا توضيحاً لهذه الناحية الحساسة الهامة في علاج الادمان، أن نذكر و نتعرف على أنماط المعتقدات الخاطئة المختلفة التي يولدها المدمن في تفكيره منعطف العلاج عنده.

لعل الدينامية التي تولد الإدمان و تبقى على وجوده عي ما نسميها أنموذج التحمل المنخفض للكف أو الامتناع (أنظر الشكل رقم 1). فمعظم الأفراد التي تعتر بهم مشكلات ترتبط بالعجز عن السيطرة على النزوات و الدوافع ينطبق عليهم تفسيرات الشكل رقم (1) بصرف النظر عن نوعية المادة المتعاطاة.



الشكل رقم (1): الكف و أنموذج التحمل المنخفض للإحباط

5-6 وجهة نظر علم النفس الاجتماعي: يهتم علم النفس الاجتماعي اهتماما بالغاً

بتأثير الجماعة في جميع أنواعها و وظائفها أما فيما يخص ظاهرة تعاطي المخدرات فإنها

ترتكز على جماعتين مهمتين هما:

- جماعة الأسرة المتمثلة في الأب ، الأم ، الإخوة ، الأخوات الجد ، الجدة .

- جماعة الأصدقاء حيث تلعب هذه الجماعة دورا كبيرا في دفع بعض الشباب إلى تعاطي المخدرات و سلوكيات إنحرافية أخرى ، أي مرافقة الأصدقاء المنحرفين تشارك في ظهور سلوكيات إنحرافية.

ويحتل حاليا تأثير الجماعة مكانة مهمة في النظريات المعاصرة، توصلت الدراسات الطويلة الخاصة بالشباب في المجتمع و العالم و الجماعات ذات الخطر المتوقع إلى وجود علاقة قوية و إيجابية بين تأثير الجماعة و تعاطي المراهق للمخدرات اعتبر الباحثون الجماعة أهم أسباب انتشار المخدرات ذلك لأنه من النادر أن يتم البحث عن المخدرات خارج الجماعة ، حتى و إن التعاطي في حالة نفسية سيئة حتى و إن توفرت جميع الظروف الممكنة التي تدفع في الغالب الشباب إلى تعاطي المخدرات فإن الاقتراح دائما يأتي من طرف الأصدقاء. (فريدة قماز 1998).

دراسات عديدة بينت أنه كلما تنوعت المخدرات التي يتعاطاها الشاب كلما كان احتمال كبير أن أصدقاؤه يتعاطون المخدرات و العكس صحيح.(david g.mayers,2004,p 314)

أما (Brometal) 1971 فبينوا أهمية الجماعة في بداية تعاطي الشخص الهيروين، كما توصل آخرون في دراسة لهم على عينة تتكون من 156 شابا يتعاطون الأفيون أن 89 % من مجموعة العينة كانت بداية تعاطيها للأفيون داخل الجماعة . (david g.mayers,2004,p 314)

توصل أقمر (Agmeur) إلى أن تأثر الشاب بالجماعة المنحرفة يشترط أربعة شروط هي:

- تمسك الشاب بجماعة الشباب المنحرفين .

- مقدار الوقت الذي يقضيه الشاب مع جماعته .

- مدى استحسان أو موافقة الشاب على السلوك المنحرف.

- تكلم باحثون في علم النفس الاجتماعي عن تأثير الجماعة على الشباب المتعاطي للكحول، المخدرات وكثير منهم درس العلاقة بين تقبل العضو الجديد داخل الجماعة و تعاطي المخدرات، ولكن قليلون جدا هم الذين اتجهوا إلى دراسة العلاقة بين رفض الأصدقاء و تعاطي المخدرات.(david g.mayers,2004,p 315) توصل الباحثون إلى مجموعة الميزات التي تميز الطفل الذي تم رفضه من قبل أصدقائه و هي الخجل، العدوانية و الإنسحابية. و في نفس المجال قام كل من انامنجر و سيمون (Enaminger) et Simon 1980 توصلوا إلى أن الأطفال الذين يتميزون بالخجل بالدرجة الأولى فإن درجة تأثرهم بالمخدرات منخفضة ، فالخجل يدل على إبعاد الطفل من استعمال المخدرات وذلك من خلال إبعاد إحدى المصادر المؤثرة على تعاطي المخدرات المتمثلة في مجموعة الأصدقاء ، إنه من البديهي أن تلعب الجماعة دورا مهما حيث يمكن اعتبارها كمؤشر تنبؤي قوي لتعاطي الشباب. (david g.mayers,2004,p 316)

لكن هذا لا يعني أن الجماعة تفسر ظاهرة تعاطي المخدرات ككل بل توجد عوامل نفسية، اجتماعية، اقتصادية وثقافية، كلها تتفاعل فيما بينها لدفع الشخص إلى تعاطي المخدرات، إذن فأهمية الجماعة تتوقف على الظروف النفسية والاجتماعية التي تحيط بالشباب. إذ فسر علم النفس الاجتماعي ظاهرة تعاطي المخدرات تفسيرا نفسيا، اجتماعيا، صحيح أن الجماعة رغم أهميتها إلا أنها لا يمكن أن تقدم تفسيرا شاملا للظاهرة لأن نظرتهم محصورة في العلاقة بين الجماعة و الفرد دون ذكر المميزات النفسية الخاصة بالفرد التي تجعل منه شخصا سهل الانقياد من جهة ، و من جهة أخرى فالباحثون لم يكونوا دقيقين في تفسيراتهم ، فقد تكلموا كلهم عن

أهمية الجماعة لكن لا أحد منهم ذكر: مميزات الجماعة، طريقة سير الجماعة وتركيبية الجماعة . (فريدة قماز ، 1994)

6-6 النظرية الوراثةية : يعتقد بعض العلماء أن أبناء المدمنين معرضون أكثر من غيرهم للإدمان فإن إدمان كلا الوالدين يؤدي إلى إدمان عدد أكبر من الأبناء بالمقارنة مع إدمان أحدهما فقط ، ويرجع ذلك لأسباب وراثية ، و يؤيدون رأيهم بدراسات أجروها على الحيوانات في المخابر و بتزايد نسبة المدمنين الجدد في أسر المدمنين القدامى ، و يرجع هؤلاء الباحثون سبب هذه النقطة بالذات إلى الوراثة و ليس إلى البيئة التي نشأ فيها الإبن .

تؤدي العوامل الوراثةية دورا مهما في حدوث الإدمان فقد يكون لدى الفرد استعداد وراثي للتأثر بأنواع من الأدوية فقد تؤدي بعض الصفات الوراثةية إلى تدني فعالية بعض الأدوية و في هذه الحالة يضطر الفرد إلى مضاعفة جرعة الدواء، و الاستمرار في تناول جرعات كبيرة منه قد تؤدي إلى حدوث أضرار نفسية و عضوية أو تؤدي إلى حدوث الإدمان و قد تؤدي بعض الصفات الوراثةية إلى زيادة فعالية الدواء أو حدوث تسمم من جرعات صغيرة منه و في هذه الحالة لا يحتمل الفرد تأثير الدواء و لا يستمر في تعاطيه و بخاصة إذا كان الدواء يسبب له متاعب نفسية أو عضوية أو كليهما. (بدر خالد، 1991، ص122)

و قد يرث الشخص عن الأم أو الأب أو كليهما صفات وراثية تؤدي به إلى الإدمان مثل التوتر العصبي أو الاضطرابات العصبية أو أمراض نفسية و عضوية يتطلب علاجها باستعمال أنواع من الأدوية التي قد تؤدي إلى الإدمان .

و إذا كانت الأم تستعمل الأفيون أو المورفين أو الهيروين أثناء فترة الحمل ، أو فترة الرضاعة ، فإن الجنين أو الرضيع يتأثر بالمخدر بحيث يرتبط به ارتباطا نفسيا و بدنيا لدرجة أن أعراض

الحرمان النفسية و العضوية تظهر على المولود فور خروجه إلى النور ، أو يصاب بها الطفل الرضيع إذا حرم من الرضاعة من الأم التي أدمنت على المخدر .

فالإدمان على المخدر أو الكحول سلوك ينتقل من المدمن إلى أبنائه كما ينقل لهم لون الشعر و العينين و الطول. إن أهم مبدأ تعتمد عليه النظرية " لا نصبح كحوليين و لكن نولد كذلك". (بدر خالد، 1991، ص123)

لقد ركز الباحثون على العامل الوراثي كنتيجة لحدوث الإدمان على الكحول و المخدرات على كل من الدراسات التي أجريت على الحيوانات في المخبر، دراسة التوائم، ارتباط إدمان الخمر أو العقاقير بأمراض و صفات تثبت بأنها مورثة، نسبة حدوث الإدمان داخل أسر المدمنين، ودراسة التَّبني.

فمن الدراسات التي قام بها العلماء على الحيوانات نجد الدراسة التي قام بها بعض العلماء و المتمثلة في تدريب مجموع من الفئران على شرب الخمر أو محلول يحتوي على الأفيون ثم تبين أن سلالة هؤلاء الفئران تتعاطى هذه المادة دون أن تتدرب عليها (عادل الدمرداش، 1992)

لقد حصرت الدراسات الإبيديمولوجية عوامل الخطر التي تجعل من الشباب المتعاطي المخدرات أو الكحول باستعمال هذه المواد من قبل الوالدين ، و أن المدمنين على المخدرات غالبا ما ينتمون إلى عائلات يكون فيها الإدمان على الكحول بشكل أكبر من انتشاره في كافة المجتمع مستنديين في ذلك على نسب تؤكد رأيهم حيث وجدوا أن 3/1 من الآباء كحوليين، 11/1 من الأمهات كحوليات، 4/1 من الآباء يتعاطون بشكل منتظم مهدئات أو منومات، 3/1 من الأمهات يتعاطين بشكل منتظم مهدئات أو منومات.

كما وأن بعض بدراسات أُقيمت في الدانمارك، السويد و الولايات المتحدة الأمريكية، و التي تعتمد على التَّبَنِّي قدمت دعما علميا قويا حول أهمية العامل الوراثي في الكحولية، اذ صحيح أن الإنسان قد يرث بعض الصفات الجسمية كالطول، لون الشعر، كما أنه قد يرث بعض الأمراض و بعض التشوهات، و لكن لا يمكن أن تنطبق قوانين الوراثة على الصفات الخلقية كالشراسة، الكبرياء، الإدمان على المخدرات.(David g.mayers2004 ,p312)

7- المخدرات في الجزائر :

تشير إحصائيات الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و الإدمان المسجلة خلال التسعة أشهر الأولى لسنة 2011 إلى ما يلي:

- حيز 42631.346 كغ من القنب الهندي و الكيف المعالج *resine de cannabis*

- حيز 39820 غ من بذور الجشيش *grain de cannabis*

- حيز 1861.67 غ من الكوكايين *cocaine*

- حيز 5.7 غ من الكراك *crack*

- حيز 850.1 غ من بذور العفيون *grain d'opium*

- حيز 207378 قرص مهلوس *substance psychotropes*

- حيز 98 كبسولة سلفات المورفين *solfate de morphine*

- حيز 52 علبة سوبيتاكس *SUBUTEX*

- إتلاف 899 نبتة حشيش plante de cannabis

- إتلاف 340 نبتة عفيون plante d'opium

أما فيما يخص فقط التسعة أشهر الأولى لسنة 2012 كانت النتائج كما يلي:

- حجز 103343.969 كغ من القنب الهندي و الكيف المعالج resine de cannabis

- حجز 32 غ من بذور الحشيش grain de cannabis

- حجز 15702.4 غ من الكوكايين cocaïne

- حجز 5295.53 غ من الهيرويين heroine

- حجز 15 غ من بذور العفيون opium

- حجز 203048 قرص مهلوس (أدوية النفسية) substance psychotrope

- إتلاف 88 نبتة حشيش plante de cannabis

- إتلاف 204 نبتة عفيون plante d'opium

نلاحظ ارتفاع كمية القنب الهندي المحتجز بـ 60712.623 كغ أي ما يمثل نسبة

(% +142.41) . أما مادة الكوكايين فكان الفارق بين سنة 2011 و سنة 2012

13840.73 غ لأي زيادة تقدر بنسبة (% +743.36) . نشهد كذلك ارتفاع في كمية

الهيرويين المحتجزة بـ 2850.91 غ. كما ارتفعت كمية 26 غلب الأدوية النفسية بـ 26 علبة

.

أما في ما يخص بذور الحشيش فكانت الكمية المحتجزة في سنة 2012 أقل من سنة 2011 بـ 39788 غ. كذلك بالنسبة لنبته الحشيش التي انخفض عددها بـ 811 نبته حشيش. و مادة الكراك شهدة في سنة 2012 انخفاض في الكمية المحتجزة يقدر بـ 5.7 غ. أما بذور الأفيون فتراجعت بـ 835.1 غ.

8- القوانين و الإجراءات المتعلقة بمكافحة المخدرات في الجزائر : مرت

الجزائر بمرحلتين :

المرحلة الأولى : في سنة 1966 م لم يكن هناك نص قانوني في قانون العقوبات يذكر المخدرات، بل عبارة عن مناشير توجه إلى ممثلي النيابة العامة.

- **المنشور الأول :** المؤرخ في 18 جويلية 1964.

- **المنشور الثاني:** الصادر في 13 فيفري 1969 يستغرب حكم المحاكم في هذه القضايا و التجارة بالأسلحة، و يتضمن هذا المنشور أن التجارة و الإدمان على المخدرات يشكل جريمة الجنحة.

المرحلة الثانية: إصدار الأمر رقم 75-09 المؤرخ في 06 صفر 1395 هـ الموافق لـ 17 فيفري 1975 م و المتضمن قمع المتاجرة و الاستهلاك المحضور للمواد السامة، عقوبة الجاني أصلية دون تجنبه العقوبة التبعية، منح المشروع لقضاء التحقيق أو الحكم وإجبار المستهلك للمخدرات بصفة قانونية على معالجة نفسية في مؤسسة طبية متخصصة على المستوى العربي (مسعود عبد الله. 1988 م)

9- الوقاية والعلاج في الجزائر:

تعد الوقاية بمثابة السلاح الأساسي لمكافحة آفة المخدرات و التركيز على أساليب الإعلام، التربية و الاتصال، و الأهم هو التوجه إلى الإنسان كفرد و التقرب أكثر من الشباب المراهقين في عملية الوقاية، كون هذه الفئة الأكثر عرضة للسقوط في هاوية الإدمان على المخدرات، و كل أساليب الوقاية يجب أن تتدخل فيها مختلف المساعدات و استجماع كل الأشخاص في محيط الطفل و المراهق، و منهم الآباء و المربين ... الخ، و حاليا قامت عدة منظمات و جمعيات تشتغل في ميدان الوقاية من المخدرات و الإدمان عليه و ما يترتب عنه. إن مشكلة المخدرات مشكل الجميع و بالتالي يجب أن تتواجد جميع المساعدات للاعتناء بالمتضررين، فهي ليست مشكلا خاصا بالمختصين أو أنه مشكل تقني كما يعتقد الأغلبية. (

محمد وهبي، 1990، ص 101).

خلاصة:

تناولنا في هذا الفصل مختلف التعاريف المقدمة لمفهوم و مختلف المواد النفسية التي قد يمكن أن يدمن عليها الإنسان ، كما عرجنا نحو الأعراض المختلفة لهذا الاضطراب و أنواعه و كذا مختلف النماذج النظرية المتحدثة بشأنه. فهناك من يرجع السبب إلى الجينات و العوامل الوراثية و هناك من يرى نتيجة تثبيطات في المرحلة الفمّية ، كما يوجد آراء تؤكّد على دور الجماعة و تأثيرها على سلوك الفرد، أو أنه سلوك مكتسب و متعلم من خلال تفاعلات الفرد مع البيئة و آثار متغيرات بيئية ، كما يوجد من يرى أن أسباب الإدمان تكمن في الأفكار و المعتقدات الخاطئة للأفراد، و أن السبب الرئيسي لإدمانهم اضطرابات التفكير ، والذي سنتطرق لمفهومه في الفصل الثالث.

الفصل الثاني

اضطرابات التفكير

تمهيد:

الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، إذ لا يستطيع أن ينمو و يعيش بمعزل عن الآخرين، و تتشكل البنية المعرفية للفرد من خلال التراث الثقافي الذي يحيا به وأنماط التنشئة الاجتماعية التي يمارسها الوالدان، إضافة إلى احتكاكه بالزملاء والرفاق ممن يدخلون في شبكة علاقاته الاجتماعية، ونتيجة لهذا تتكون وتنشأ أفكار الفرد ومعتقداته - ربما يكون الفرد مقتنعا بهذه الأفكار أو غير مقتنعا بها، أو تكون هذه الأفكار منطقية أو غير منطقية - والتي تتدخل لتسبب سعادته أو شقاه، بمعنى قد تقوده أفكاره إلى حالة من الراحة و الرفاهية النفسية مصحوبة بالفعالية الاجتماعية، وقد تقوده إلى غيرها من اضطرابات نفسية و سلوكية غير مدركا أسباب ذلك، وهذا قد ينعكس على جميع نواحي الفرد، و هنا يظهر تأثير اضطرابات التفكير على الفرد.

و في هذا الفصل سنتطرق إلى تعريفات اضطرابات التفكير، أنواعها، طبيعتها، النظريات المفسرة لها و كيفية علاجها.

1- نبذة تاريخية:

يقول أبقطيطس " ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا و تكدرنا و لكن تأويلاتنا و معتقداتنا إزاء هذه الحوادث هي المسببة للكدر و القلق و الغم " ، أي أن العنصر المعرفي الإدراكي و التفكير هو العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية و خلق رد الفعل الانفعالي.¹

مع ذلك فانه أول من أتى بمصطلح اضطرابات التفكير في إطاره النظري المعرفي هو باك Beck (1963.1964) في عمله على الاكتئاب ليصف لنا محتوى فكري مضطرب مشوه يعكس مفاهيم غير واقعية أو مشوهة.²

فقد كان باك Beck يمارس العلاج التحليلي لعلاج مرضاه في بداية الستينيات، و استخدم التداعي الحر الذي يعتبر كلام المرضى عن أفكارهم تمثيلا لأفكارهم الشعورية، ورغم ذلك بدأ يشك في كونهم لا يقدمون تقريراً عن أنواع محددة من الأفكار، ليس بفعل المقاومة أو الدفاع ولكن لكونهم لم يتعودوا على التركيز على بعض أنواع التفكير في حين كان يعتقد أن نماذج الأفكار التي لا تلاحظ هي ضرورية جداً لفهم طبيعة الاضطرابات النفسية. و بعد سلسلة من التجارب والملاحظات المركزة مع المرضى استطاع التوصل إلى هذه الأفكار وفهم طبيعتها:

1 محمد حمدي حجار (2005): العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية ، دار المعرفة، مؤسسة الرسالة. ص 50

2 Paul francesch (2007) : complement pour une theorie des distorsions cognitives, journales de therapie comportementale et cognitive, Elsevier masson SAS P2

التجربة الأولى كانت منطلق اهتمامه بهذه المادة غير اللفظية، إذ لاحظ مع مريض انتقده بغضب أثناء التداعي الحر وعندما سأله بـ"عن شعوره أجاب: أشعر شعورا كبيرا بالذنب" وقد حدد هنا مستويين من التفكير حدثا في آن واحد:

(أ)- نمط خاص بكره العميل وانتقاداته التي عبر عنها خلال التداعي الحر.

(ب)- نوع آخر لم يعبر عنه، و يتمثل في النقد الذاتي: *"لقد قلت شيئا خاطئا، لا يجب علي أن أقول ذلك"*. أنا مخطئ في انتقادي، أنا سيء سوف لن يحبني.... أنا سيء، ليس لدي أي عذر لأكون حقيرا بهذا الشكل".

ومن هذه الحالة توصل باك إلى وجود سلسلة من الأفكار التي تربط تعبير المريض عن الغضب بمشاعر الذنب وقدم التفسير التالي: المريض شعر بالذنب لأنه انتقد نفسه عندما عبر عن غضبه على المعالج. بعد ذلك قام "باك بالتحقق من هذه النتائج مع مرضى آخرين كانوا أيضا يستخدمون طريقة التداعي الحر، لعدة شهور أو سنوات فاكشف بأن لديهم تيارات من الأفكار التي لم يكونوا يعبرون عنها، بل الكثير منهم لا يعي وجود هذه الأفكار حتى بدأ في التركيز عليها، لذلك أرشد المرضى: "كلما خبرت شعورا أو إحساسا مؤلما حاول التعرف على الأفكار التي سبقت هذا الشعور".

هذه التعليمات ساعدتهم على تكوين وعي حول أفكارهم وبالتالي تمكنوا من تحديد الأفكار التي سبقت مشاعرهم". وبما أن هذه الأفكار تظهر بصفة تلقائية وبسرعة فائقة فقد أطلق عليها "باك

اسم .¹

الأفكار التلقائية أو الأوتوماتيكية les idées automatiques التي يكون لها دورها الكبير في نشوء الاضطرابات النفسية و الانفعالية، و لذلك أشار إليها باضطرابات التفكير les distortions cognitives.¹

2- تعريف اضطرابات التفكير les distorsions cognitives :

تترجم les distorsions cognitives إلى اللغة العربية بتسميات عديدة منها اضطرابات التفكير، التشوهات المعرفية، التحريفات المعرفية، الضلالات المعرفية أخطاء التعريف، التفكير الملتوي ... و يقصد بها تفكير مشوه اتجاه الواقع.²

تمّ تعريف اضطرابات التفكير التي قدمها باك (1963.1964) Beck بأنها اعتقادات خاطئة تشير إلى معالجة عقلية خاطئة للواقع و هذه المعالجة الخاطئة للمعلومات تم وصفها باضطراب التفكير لأنه لا يستطيع أن يعتبر واقعا موضوعيا من طرف أفراد آخرين.³

و تلعب دورا هاما في ظهور بعض الاضطرابات النفسية، و لذلك يهتم العلاج المعرفي خاصة بالكشف على هذه الاعتقادات الخاطئة في تفكير المفحوص المعتقد و استبدالها بأفكار بديلة، ولقد حددها باك كلاسيكيا في اثنتي عشر طريقة للتفكير اللاعقلاني و هي:

- التفكير الوجداني raisonnement émotionnel.

- التعميم المبالغ hyper généralisation.

1 باك، 1976، المرجع نفسه ، ص 34

2 بول شادويتش و آخرون، 1976، ص 34

3 Olivier Vanderstukken (2005): les distorsions cognitives, traduction en français de Bernard Pascal, édition de Boeck, Bruxelles, Belgique. (Watson.D , 2000. P5

- العلاقة الخاطئة بين الأسباب و النتائج la fausse relation causes/effets.
 - تفكير ثنائي القطب raisonnement dichotomique.
 - الحتمية obligation non justifiées.
 - القراءة الذهنية Lecture mental.
 - الاستنتاج العشوائي abstraction sélective.
 - إقصاء الإيجابي Disqualification du positive.
 - التكبير و التصغير maximisation et minimisation.
 - الكارثية أو التهويل catastrophisme.
 - الذاتية personnalisation.
 - الوصم¹.étiquetage.
- هذا إلى جانب طرق أخرى في التفكير المشوه تم إضافتها، والتي سنتناولها بالتفصيل فيما بعد، وهي:
- انساب إلى القطب الآخر requalification dans l'autre pole .
 - إقصاء الحياد l'omission du neutre.

1 Paul Franceschi, 2007, المرجع السابق p 16

- التركيز البؤري الاعتباطي la focalisation arbitraire.

- تبريرات خاطئة les fausses justifications.

- ما يجب أن يكون normalement il doit être...

- المقارنات المجحفة les comparaisons préjudiciables.

- التوجه النكوصي orientation régressive.

- السفسطئة philosophisme.

- قراءة المستقبل سلبيا les prévisions négatives¹.

أما بارلو 2000 Barlow David فيتكلم عن الأفكار الآلية، و عرفها بأنها تلك الأفكار الأوتوماتيكية التي تعترض الأحداث الخارجية وردود فعل الفرد الانفعالية نحو هذه الأحداث. وغالباً ما تمضي دون أن تلاحظ، لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير، ولأنها تحدث دائماً وبسرعة شديدة، ونادراً ما تتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق، مألوفة و معتادة، و هي تيار من الأفكار الخاطئة وغير المنطقية والتي تتميز بعدم موضوعيتها والمبنية على توقعات وتعميمات ذاتية و الظن والتنبؤ والمبالغة والتهويل، فالأفكار التلقائية تقفز إلى الذهن

¹ Nicolas sarrasin (2005) : quatre saison dans le bonheur, petit traité antideprime, les edition de l'homme.P38

بصورة مفاجئة وتأتي على شكل حوار داخلي، صورة عقلية، ذكريات، و هذه التشويهاات المعرفية التي يتبناها الفرد تؤثر سلبياً في قدرته على مواجهة أحداث الحياة ومن ثم قدرته على التكيف، مما يؤدي إلى ردود فعل انفعالية لا تتلاءم مع الموقف أو الحدث.¹

من جهته يعرف نيكولا سارا زان Nicolas sarrasin 2005 اضطرابات التفكير على أنها معالجة خاطئة للمعلومات و المعطيات التي بحوزتنا، و هذه الأفكار المشوهة تؤدي بنا إلى استنتاجات خاطئة و سلبية على الآخرين و على أنفسنا، هذه الاستنتاجات تعتبر أساس معتقداتنا التي بدورها تعتبر أساس سلوكياتنا فإن عواقب و نتائج هذه الأفكار الخاطئة يمكن أن تؤثر في جميع جوانب حياتنا.²

و يتكلم ألبرت إليس Ellis albert عن الأفكار اللاعقلانية كمصدر لاضطرابات النفسية، و يعرف هذه الأفكار بأنها تلك الأفكار السالبة الخاطئة، غير المنطقية، وغير الواقعية، والتي تتسم بالذاتية و عدم الموضوعية، وتتأثر بالأهواء الشخصية، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلي مزيج من الظن، الاحتمالية، التهويل و المبالغة...، والتي لا تتفق مع إمكانيات الفرد الواقعية.

1 Watson (2000): mood and temperament, new York, Guildford ,P548

2 Nicolas sarrasin 2005 ، المرجع السابق ، pp 26,28

3 Ellis, 2010, p18

3- طبيعة اضطرابات التفكير:

أن اضطرابات التفكير هي مجرد معالجات خاطئة للمعلومات و تمثل أساس معتقداتنا إلا أنها تكون:

من التعاريف السابقة نستنتج أن اضطرابات التفكير هي مجرد معالجات خاطئة للمعلومات و تمثل أساس معتقداتنا إلا أنها تكون:

- سلبية: فهي تلك الأفكار التي تعرقل الفرد في جميع نواحي حياته، و تجعله متشائماً متعلقاً بالأحداث الماضية لإدراك الحاضر و لتوقع المستقبل، كما أنها سلبية لأنها حتماً تجر لصاحبها انفعالات سلبية قد تنعكس سلباً على السلوك.

- تلقائية: إذ تحدث بطريقة أوتوماتيكية و بصورة مباشرة كأنها منعكس فتمضي دون أن تلاحظ، لأنها جزء من النمط الإدراكي للتفكير، ولأنها تحدث دائماً وبسرعة شديدة، ونادراً ما تتوقف لتقييم مصداقيتها لأنها شديدة القابلية للتصديق، مألوفة و معتادة، يكون قد تعلمها الفرد منذ الطفولة المبكرة و زاد تعزيزها مع الوقت.

- ذاتية: يسمى هذا النمط من التفكير باضطراب التفكير لأنه لا يستطيع أن يعتبر واقعا موضوعيا من طرف أفراد آخرين مع ذلك المريض يميل إلى اعتبارها منطقية، رغم غرابتها بالنسبة للآخرين¹.

1: Olivier Vanderstukken, 2005 المرجع السابق , p 5

- غير عقلانية: هي أفكار لاعقلانية نظرا لكونها تتسم بالذاتية و عدم الموضوعية، وتتأثر بالأهواء الشخصية، والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة، وعلي مزيج من الظن، الاحتمالية، التهويل و المبالغة....، والتي لا تتفق مع إمكانيات الفرد الواقعية.¹

- مستقلة: إنها تبدو مستقلة نسبيا، فالفرد لا يبذل أي جهد لإيجادها، لذلك تسمى أيضا بالتفكير المستقل.

- عشوائية: فهي لا تحتوي على مراحل منطقية أو متسلسلة في بنائها كما في التفكير الموجه أو تحليل المسائل مع ذلك المرضى يقبلون صدقها دون اختبار صحتها.

- مضطربة: تؤدي إلى الاضطراب النفسية و تشويه إدراك الفرد للذات، للعالم و للمستقبل.²

و حسب فرنشيسكي (2007) Franceschi فانه يمكن لاضطرابات التفكير كما قدمها باك Beck أن تكون مبنية على ثلاثة مفاهيم أساسية هي : الفئة المرجعية، الثنائية و النظام الصنافي، فلا يمكننا فهم طبيعة اضطرابات التفكير دون التطرق إلى هذه المفاهيم:

أ- الفئة المرجعية **classe de référence**: تتشكل هذه الاضطرابات من مجموعة من الظواهر أو الأشياء كالوقائع أو الأحداث في حياة الفرد أو الأحداث و التوقعات المتعلقة

18p ، المرجع السابق ، Ellis, 2010 : 1

2 فهد بن حامد بن صباح العنزي (2007): دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين و غير المنحرفين في مدينة الرياض. دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإجتماعية تخصص رعاية و صحة نفسية. ص53

بالمستقبل، و تتعلق بجوانب معينة من حياة الفرد تسمى هذه الجوانب بالفئة المرجعية، مثل الفئة المتعلقة بكل ما يخص جسم الفرد، بالعلاقات البين-شخصية الاجتماعية للفرد، الخاصة بانفعالات الفرد...الخ

ب- **الثنائية la dualité**: و تتمثل في مجموعة من المفاهيم المتناقضة و المتعكسة مثل موجب/سالب، داخلي/خارجي، فردي/جماعي، جميل/قبيح، تحليلي/تركيبى، إرادي/لاإرادي، واضح/غامض... فالثنائية هي عبارة عن معيار يمكن للفرد أن يقيم به عناصر الفئة المرجعية مثل جميل/قبيح في فئة ما يتعلق بالجسم فيركز الفرد على احد التفاصيل في جسمه الذي يعتبره قبيح، فيتجاهل باقي الجوانب و التفاصيل الجميلة في جسمه و الايجابية فيه ولكنه لا يبقى مهتم إلا بالشيء القبيح.¹

ج- **النظام الصنافي أو التقييمي système de taxons**: هو تصنيف يسمح للفرد أن يقيم عناصر الفئة المرجعية حسب المعايير الثنائية، و يمكن اعتبار هذا النظام سلم يحدد الفرد من خلاله درجة و شدة الانفعال و مدى قوة إيمانه بفكرته. و الشكل الآتي يمثل النظام الصنافي الأمثل **système de taxons optimal**.



شكل رقم (2): نظام صنافي الأمثل

الشكل رقم: (2) تكوين افتراضي يساعد على توضيح طبيعة اضطرابات التفكير، و يتكون حسب الشكل من 11 دائرة تمثل كل واحدة منهم صنف (درجة)، و يوجد 5 أصناف لكل قطب متماثلة و متناقضة يتوسطهم صنف حيادي في شكل كرة صغيرة و تتطرفهم النقيضين **les deux extrêmes**، و يعد هذا النظام الصنافي مثالي لأن كل الأصناف موجودة، لكن إذا ما غاب أحد الأصناف سيشوه نظرة الفرد إلى الأشياء فإذا أقصى احد الأصناف لأحد أقطاب أو ركز عليه بشدة، لا يستطيع أن يرى و أن يدرك بموضوعية و سوف يتجاهل العنصر المفقود و يركز على العنصر الوحيد الذي بحوزته. و إذا فقد عنصر الحياد فلا يستطيع أن يرى الأحداث بجوانبها الايجابية و السلبية معا، بل سيدرك الأشياء على أنها إما موجبة أو سالبة.¹

4- أنواع اضطرابات التفكير:

تتعدد أشكال التفكير المضطرب من فرد لآخر و من موقف لآخر عند نفس الفرد، كما يمكن للفرد أن تكون لديه مجموعة من هذه الاضطرابات في حين قد يركز فقط على نوع أو نوعين من هذه الاضطرابات مثل تعميم الفشل من خبرة ما على جميع المواقف المشابهة، و يمكن حصر اضطرابات التفكير فيما يلي:

4-1 تفكير ثنائي القطب **raisonnement dichotomique**: لا يدرك الفرد

الأشياء إلاّ عن طريق مبدأ *الكل أو لا شيء* أي بالتحيز المتطرف لأحد القطبين، و بهذا النوع من التفكير يجهل الفرد تماما وجود درجات أو مراحل ما بين الحدين، وبهذا يكون للفرد اتجاهين

متطرفة للثنائية إما هكذا أو النقيض تماما، و من هنا ينتج لنا تفكير دون وسط دون تدرج فيقتل المرونة المعرفية بسبب تجاهل كل الاحتمالات الموجودة بين طرف القطب الأول و القطب الثاني، هذا النوع عادة ما يكون تحت خدمة الأشكال الأخرى من اضطرابات التفكير مثل التصغير و التكبير.

4-2 إقصاء الإيجابي Disqualification du positive: يشبه هذا النوع من

التفكير تفكير ثنائي القطب إلا أن في هذا النوع تعطى أفضلية اعتبارية لأحد الأقطاب فقط، و هو القطب السلبي لتحديد أو لإدراك الأشياء و الأحداث، أي إعطاء الأهمية لأحد الأقطاب دون الآخر في حين القطب الآخر الايجابي المماثل غائب تماما عن ساحة الإدراك، مما يجعل الفرد يدرك الواقع عن طريق قطب واحد سلبي متجاهلا وجهة نظر القطب الآخر الايجابي، فمثلا يمكن للفرد أن يتجاهل الجوانب الجيدة (الإيجابية) لحياته و النظر إليها على أنها دون أهمية و يركز على الجوانب السلبية أو أنه يتجاهل الجوانب الإيجابية في شخصه و لا يهتم إلاّ بنقاط ضعفه مما يؤدي به إلى استنتاج أنا لا أساوي أي شيء". فيركز دائما بشدة على السلبيات ونادرا ما تلاحظ الإيجابيات.

4-3 إقصاء الحياد l'omission du neutre: هذا النوع ينتج عن غياب صنف

الحياد مما يؤدي إلى انعدام عناصر الفئة المرجعية التي يمكن إن توصف بموضوعية على أنها حيادية، فهذا يمكن إن يؤثر كثيرا على إدراك الفرد و طريقة معالجته للمعلومات، فعنده يجب إن تكون الحادثة إما موجبة أو سالبة، ومنه فإن الفرد لا يدرك كلا التأثيرات السلبية و الايجابية معا ثم يقيم الأرجح. مثل الشخص الذي يقول في العمل "من ليس في صفّي فهو حتما ضدي و اعتبره عدوي"، و تبدأ الصراعات دون علم الطرف الآخر بسبب تصرفات الشخص التي تبدو له غريبة، وهنا لا يمكن تصنيف هذا الشخص المحايد إلا مع أو ضد.

4-4 التركيز البؤري الاعتبائي la focalisation arbitraire: في هذا النوع

نجد الفرد مركزا و بصفة اعتباطية على أحد الأصناف في النظام الصنافي متجاهلا جميع باقي الأصناف، و نجد هذا الصنف يخص أحد عناصر الفئة المرجعية و وجود كسوف على باقي الأصناف، بحيث نجد الفرد مهووس بهذا العنصر مثل الفرد الذي يركز على عنصر واحد سلبي في حياته فتصبح نظرته إلى الحياة و الواقع مظلمة ملونة بسوداوية.

و يمكن إعطاء مثال آخر فيما يخص الحياة المستقبلية للفرد الذي يركز على احتمال وقوع حدث جد سلبي في المستقبل (موت، سرقة، كارثة....).

5-4 التكبير أو التصغير la maximisation ou la minimisation:

هذا النوع من الاضطراب يتمثل في إعطاء عنصر من الرتبة المرجعية صنف منخفض يسمى بالتصغير (minimisation) أو مرتفع /التكبير (maximisation) لقيمته الموضوعية، فالشدة الذاتية التي ينسبها الفرد إلى حادثة ما تختلف بشكل واضح عن الشدة الموضوعية، و تكون هذه الشدة في التصغير منخفضة بوضوح و في التكبير تكون عالية فيعتبر الفرد حادثة أو تجربة جميلة أقل ايجابية مما هي في الواقع، كما قد يعتبر بعض الجوانب الأخرى من حياته أكثر سلبية مما هي حقا. في هذا السياق نستطيع اعتبار التهويل (catastrophisme) نوع من التكبير المبالغ فيه، هذا ما نجده عند المكتئبين بحيث ينسب للحادثة الصنف المعاكس تماما له و المرتفع بينما قيمته الحقيقية منخفضة جدا.¹

¹Olivier Vanderstukken, 2005, المرجع السابق, pp 49,50

4-6 الكارثية أو التهويل catastrophisme: يعتقد الفرد أن ما حدث أو سوف

يحدث سيكون مربعا ولا يمكن تحمله ولن تستطيع إيقافه أو منعه، و هذا راجع إلى إدراك المبالغ لأمر ما أو موقف معين يكون يبعث إلى درجة صغيرة أو لا يبعث تماما بالخوف و القلق مثل أن يقول الفرد "سيكون شيئا فظيحا جدا لو فشلت ولا أتصور ذلك".¹

4-7 التعميم la généralisation ou la sur généralisation: يمكن

للتعميم إن يكون جد نافع و مفيد و لكن يمكن أيضا أن يخلق لنا العديد من المشاكل و الصعوبات فنحن نتعلم من كل يوم يمر، و بما أن تجربتنا للحياة تبقى دائما جد محصورة إذ لا نستطيع التحقق من صحّة كل ما نتعلمه، فعادة ما نعمم (الشمس تشرق دائما من الشرق، النار تحرق...) لكن عندما تصبح الأشياء أكثر تعقيدا يرتفع احتمال الخطأ.

يصبح التعميم اضطرابا في التفكير عادة عندما نستنتج بسرعة، كما يظهر التعميم (كاضطراب) عندما نلاحظ أن بعض الحالات الخاصة تتشارك في صفة معينة فنستنتج أن كل من يتشارك في هذه الصفة فهو مثلهم.²

هذا الاضطراب يحصل بسبب نقص في عملية معالجة المعلومة، لأن عينة المعلومة غير ممتدة بمقدار كافي لكي نستطيع التعميم، و كذلك لأن هذه المعلومة لا تمثل كفاية لكي نستطيع استخلاص استنتاج عام، مثلا شخص عاش تجربة عاطفية سلبية وسبق و أن حدثت له نفس التجربة عدة مرات فسوف يعتقد و يؤمن أن العلاقة القادمة سوف تكون سلبية كذلك، فالتعميم يؤدي لاستنتاجات مثل: "كل الجنس الآخر غير ناضج، الرجال كلهم يخونون زوجاتهم، و أن النساء كلهم يحبون المادّة.

1 Paul Franceschi.2007, المرجع السابق, p 16

2Olivier Vanderstukken, 2005, المرجع نفسه, p50

4-8 العلاقة الخاطئة بين الأسباب و النتائج la fausse relation

causes/effets: نلجأ إلى هذا النوع من التفكير الخاطئ لكي نبرر معتقداتنا و سلوكياتنا السلبية غالباً، و يتمثل في ربط ظاهرتين أو عدة ظواهر بمجرد تشابهها، و اعتقاد إن الأولى هي السبب و الثانية ما هي إلا النتيجة دون أن يكون لدينا دليل قاطع لتبرير العلاقة السببية التي وضعناها. فغالبا ما يحدث هذا النوع من التفكير بسبب التشابه (analogie) بين معارفنا السابقة و الحالات الجديدة و التي تخص النتائج و أسبابها، و يمكننا إعطاء سبب خاطئ لحادث ما فيكون استنتاجنا سلبى و خطأ. مثلاً بعد ما تم رفض ترشح (س) للمنصب الذي أراده سيستنتج أنه لا يملك القدرات الكافية التي يؤهله (السبب)، و هذا ما جعله يخسر المنصب (النتيجة)، دون أن تكون لديه المعلومات الكافية للاستنتاج .

4-9 التبريرات الخاطئة les fausses justifications: يتم استعمال التبريرات

الخاطئة مع اضطرابات التفكير الأخرى لتأكيد أفعالنا و قيمنا و معتقداتنا و تبريرها، و تصبح هذه التبريرات الخاطئة أكثر وضوحاً للآخرين عندما نستعملها لتبرير و تفسير سلوك شاذ معين. نستطيع ملاحظة التبريرات الخاطئة عند الأشخاص الذين لديهم إمكانية تغيير حياتهم لكن لا يقومون بشيء لتفادي الجهد و التعب. و نستطيع أن نعطي من الأمثلة الشائعة عن المريض المصاب بالمرض المزمن عندما لا يبذل أي مجهود نحو صحته و يبرر ذلك بعقاب من الله، بسحر أو أمور ميتافيزيقية تتحكم في مجرى حياته.

1 p 41، المرجع السابق, 2005 Nicolas Sarrasin

2 p 34 ، المرجع نفسه, 2007 Paul Franceschi

و نستعمل هذا النوع من التفكير عادة لكي يكون لنا الحق أمام الآخرين، فهو عبارة عن نوع من الكذب نقنع به أنفسنا و الآخرين، و غالبا ما يكون دافع أو محرك هذه التبريرات هو الفخر و عزة النفس أين لا يريد الفرد الاعتراف بأنه ليس على صواب.¹

10-4 الحتمية les obligations non justifiées: عبارة عن تبرير وهمي

مخادع إذ يجعلنا نعتقد أن هناك اختياريين أو نتيجتين فقط، و بما أن الاختيار الأول دائما يكون ذو عواقب سلبية فيجب علينا أن نختار الثاني شأت أم أبيت فالاختيار يفرض نفسه فيكون محتوما على الفرد، ز الخطأ يكمن في أنه يجب علينا اختيار إما (A) أو (B) وانه ليس هناك اختيار آخر، مثل اعتقاد الفرد أنه إما النجاح في مسابقة ما أو نهاية العالم، فلسنا محصورين إلا بين هذين الاحتمالين، وفي الحقيقة يمكننا أن نكون متقبلين نتائج أداؤنا كما يمكن أن تكون هناك بدائل أخرى كتغيير ميدان الاستثمار .

1Paul Franceschi 2007، المرجع نفسه، p 34

4-11 الاستنتاج العشوائي **abstraction sélective**: نستعمل هذا النوع من

التفكير عندما نقفز بتهور إلى استنتاج خاطئ أو غير كامل من حيث المعلومات، إذ أنه رغم عدم توفر معطيات كافية حول الموضوع نقوم باستنتاجات و نصدر أحكاماً مؤمنين بصحتها. مثال عن ذلك عندما تكون لدينا معادلة غير كاملة، مثل $4+s=2$ ؟ فنجيب بكل ثقة أنها تساوي 9، حتى و لو أن لا شيء يدل عن قيمة المتغير s أنه 9 أو رقم آخر.¹

4-12 قراءة المستقبل **les prévisions négatives**: نستعمل هذا الاضطراب

عندما نتصرف و كأننا نعرف ما سيحدث في المستقبل دون أن تكون لدينا المعلومات الكافية للتنبؤ بهذا، و يمكن أن يكون لهذا النوع من التفكير جوانب ايجابية: فمثلاً إذا رأيت شخص آت في الظلام و معه سكين فسوف تتنبأ بأنه سوف يعتدي عليك، أو عندما تعلم أن من فاز بالرئاسيات ديكتاتوري فسوف تتنبأ بما يمكن أن يحدث، لكن يصبح مرضي عندما لا تكون لدينا المعلومات الكافية للتنبؤ مثل الشخص الذي يتنبأ في لعبة (lotrery) و يكون متأكد من توقعه إلى درجة إيمانه بوقوعه دون أن يفترض بأن هناك دائماً احتمال خطأ .

4-13 التفكير الوجداني **raisonnement émotionnel**: أي يسمح الفرد

لمشاعره و أحاسيسه أن توجه تفسيره للواقع، فمثلاً يقول الفرد أنا أشعر بالاكئاب في حياتي وبناء على ذلك فعلاقتي بزوجتي غير ناجحة، و هذا باعتقاد تام دون ان يتحقق من الأمر أو يبحث في المصدر الحقيقي للمشاعر الحزينة. هذا التفكير غالباً ما ينتشر عندما يفتقر الفرد إلى معطيات و معلومات تخل بتوازنه المعرفي حول حدث ما فيفسره بكل ذاتية و بمشاعره.¹

1 Nicolas Sarrasin 2005 ,pp 42,43,46

ففي الكثير من الأحيان يستسلم المريض بالمرض المزمن للموت عبر سلوكات المخاطرة ضنا منه انه انتهى أمره لأنه فقط يشعر بذلك.¹

4- 14 القراءة الذهنية أو قراءة الأفكار Lecture mental: يفترض الفرد أنه

يعرف ما يفكر فيه الناس دون أن يكون لديه دليل كاف عن أفكارهم، و يجزم الفرد بصحتها، و يستدل بذلك انه خبير في قراءة أفكار الناس بمجرد حركة و التنبؤ بسلوكهم، مثل أن يقول الفرد هؤلاء يتآمرون علي و حتما سوف يؤذونني، و أتوقع منهم الشر. و ما إن يقوم أي شخص منهم بأي سلوك يترجم على أساس هذا المعتقد.

4- 15 الذاتية أو الغزو الشخصي personnalisation : يرجع الفرد هنا الجانب

الأكبر من تأنيب الضمير لنفسه و يعتبر نفسه دائما المسئول عن الأحداث السلبية فيفشل في أن يدرك أن تلك الأحداث قد تعود إلى تدخل عوامل أخرى، فغالبا ما تدور الحوارات الداخلية للفرد في شكل أنت السبب و أنت لا تأخذ العبرة و أنت لست كفؤ، فقد يفشل شخص ما في امتحان معين فيقول أنا لست أهلا لهذا المستوى، و هذا النوع من التفكير يكون غالبا مصحوبا بتقدير ذات ضعيف و تعرقل الفرد في أدائه و انجازاته.

4- 16 الوصم étiquetage: في هذا النوع من اضطرابات التفكير ينسب الفرد

السمات السلبية العامة لنفسه وللآخرين، و لا يكتفي بمجرد تعليق عابر بل يتعلق الأمر باعتقاد قوي راسخ في ذهنه، مثل أنا متأكد أنني شخص غير محظوظ أو غير مرغوب فيه، أو هذا الشخص فاسدحتي و إن قام بعمل صائب فهذا للتضليل .

1 شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن. ص527، 528

4-17 انساب إلى القطب الآخر requalification dans l'autre pole :

يركز الفرد على الشخص الآخر باعتباره مصدر المشاعر السلبية، ويرفض تحمل مسؤولية مجرى الأحداث في حياته، فالآخرون هم سبب الشقاء، و يلومهم حتى لأتفه الأسباب كتعرقله على حجر في الأرض يفسر على أن الآخرين الذين ينظرون إليه هم سبب عرقلته عوض أن يبعد الحجر عن الطريق لكي لا يعرقل اشخصا آخرين.¹

4-18 من المفروض يجب أن يكون... normalement il doit être: يفسر

الفرد الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه الأشياء بدلا من التركيز على ماهية الأشياء الواقعية القريبة من الموضوعية، فيميل إلى المثاليات و النقد الدائم للأشياء التي لا تخدم مصالحه حتى و إن كانت ايجابية، كما نجد استجابات اكتئابية تنتج في معظم الأحيان عن عدم تطابق توقعات الفرد مع نتائج أفعاله، مثل "يجب أن يكون أدائي في المستوى أثناء الامتحان دون أي خطأ، فالخطأ غير مسموح"، و بعد النتائج يصاب بالاكتئاب لمستواه المتواضع. .

4-19 المقارنات المجحفة les comparaisons préjudiciables: يفسر

الفرد الأحداث انطلاقا من معايير غير واقعية، و يقارن نتائج أدائه مع هذه المعايير الغير واقعية و التي تفوق كثيرا قدراته في الكثير من الأحيان مما قد يحدث عدم تطابق التوقعات المسبقة مع النتائج الفعلية، فيقع الفرد ضحية العجز و الفشل.

1 Paul Franceschi.2007, المرجع السابق, pp 43, 45

4- 20 التوجه النكوصي **orientation régressive**: عندما يركز الفرد على

فكرة ما كان يستطيع القيام بها بشكل جيد في الماضي أكثر مما يركز على ما يمكن أن يفعله الآن مثل شخص يحاول أن يعزف قطعة موسيقية فلا يتقنها فيبدأ بالتبرير لقد كنت في الماضي الأحسن و...الخ، و هذا النوع من التفكير شائع و عادي و لكنه يصبح عائقا عندما يستسلم الفرد للفشل و يبقى يتحدث فقط عن انجازات الماضي و يمجدها.

4- 21 السفسطة **philosophisme**: تتمثل في طرح مجموعة من التساؤلات الخاصة

بماذا لو... ؟ و هذا الفرد يكون شكاك في كل شيء، و هو نمط من التفكير العادي و لكن يصبح اضطرابا يخل بتوازن الفرد متى أصبح يستعمل دائما و مع كل الأمور و يناقض نفسه و الآخرين بأفكاره، و يمس عادة الفئة المرجعية الخاصة بالعلاقات الاجتماعية، إذ نجده يتجادل كثيرا مع الناس فلا تطيقه و لا تتحمل التحادث معه و بالتالي يمكن إن تحد من علاقاته البين شخصية.¹

و للتذكير فان اضطرابات التفكير لا تتعدد إلى 21 ولكن قد تختلف التسميات من مراجع

إلى أخرى كما قد يكون بعض الباحثين قد أضافوا أنواع أخرى.

5- نتائج اضطرابات التفكير على الفرد: يمكن إدراج آثار اضطرابات التفكير في

حياة الفرد ضمن 7 مجالات أساسية:

5-1 احتقار الذات **autodénigrement**: غالبا ما تأخذ اضطرابات التفكير شكل

المعتقدات العميقة، التي تكون أساس سلوكياتنا واستجاباتنا العاطفية على المدى الطويل و تأثر على تقدير الذات، وتأخذ طابعا منحرفا في شخصيتنا ومحاكمات عقلية خاطئة وصارمة نحو أنفسنا، وهذا ما يولد مشاعر السلبية والدونية والأوتوماتيكية لتخفض من تقدير الذات للفرد و فعاليتها الذاتية. وكذلك الخوف من الإخفاق والنذب من الآخرين قد يولد قلقا نفسيا مستمرا.

5-2 تأنيب الذات **la culpabilité**: ينتج عن انساب مسؤولية الفشل إلى الذات

تأنيب الذات، وهذا من شأنه أيضا رفع احتمالية ظهور الأعراض الاكتئابية و فقدان اللذة في الحياة، وقد تصل في بعض الأحيان إلى محاولات انتحارية.

5-3 مشاعر الضحية **la victimisation**: قد تؤدي اضطرابات التفكير إلى

الشكوك والظن بان الناس والعالم كله يحاول إلحاق الأذى بالفرد، وأنه ضحية لا يمكنها فعل أي شيء أمام تأمر الجميع ليقع مستسلما يائسا.

5-4 سرعة الاستثارة **la réactivité et la susceptibilité**: ينتج هذا الأثر

عن اضطرابات التفكير التي تجعل الفرد يشعر بعدم الرضا عن نفسه، فتعرقل إمكانية مناقشة هذه الأفكار وتحليلها، فتصبح أكثر صلابة وأكثر تلقائية، تجعل الفرد يرى الأمور من زاوية واحدة مظلمة دون البحث والتمعن في الأمور. وهذا ما يجعله يبدو حاد الطباع، عدوانيا، لا يتقبل الانتقاد ويميل إلى اختلاق الصراعات البين شخصية، هذا ما يضاعف مواقف الأزمات في حياته ويزيد من السماح لنفسه بالتبريرات الخاطئة لأفكاره و لسلوكاته السلبية.

5-5 تخفيض الدافعية **démotivation**: عندما يقتنع الفرد بعدم أهليته في انجاز

الأمر، بسبب اعتقاداته السلبية حول نفسه، فإن احتمالية محاولات الانجاز تنقلص لتجعل الفرد غير مدفوع إلى القيام بالمهام التي يظن انه فاشل في أدائها، فتتخفص لديه الدافعية.

5-6 البغض الكراهية **le ressentiment et la rancune**: تنتج هذه المشاعر

السلبية عندما يزيد تعلق الفرد بالماضي ويركز على أحداث سلبية حدثت في الماضي ويعطيها وجهًا خاطئًا من التفكير. فمثلاً: الشخصية المضادة للمجتمع تركز على ضرب الوالدين لها وتقول "إن اقرب الناس إلي وهم الوالدان كانوا يعاقبونني ويعتدون علي"، فيسمح لنفسه أن يعتدي على الآخرين لأنه يكرههم ويظن أنهم يستحقون العقاب.

5-7 عدم التقبل **inacceptation**: تنتج هذه المشاعر عن المعتقدات اللاعقلانية

الذاتية التي تبعد عن الواقعية، فيظن الفرد أن معتقداته هي الأساس الذي يتوجب على الجميع إتباعها، و أن معتقدات الآخرين تختلف عن معتقداته لأنهم يجهلون الصواب، فلا يتقبل آراء و سلوكات الآخرين ممن هم ليسوا مثله.¹

6- مصادر اضطرابات التفكير:

إن أفكار الفرد ومعتقداته ليست موروثية، ولكنها مكتسبة، حيث يكتسبها الفرد ممن حوله، كالأُسرة، والمجتمع الخارجي، أو نتيجة لتعامله العقيم مع البيئة، و تتفق جميع النظريات المفسرة لاضطرابات

1 Nicolas Sarrasin, 2005, المرجع السابق, pp 368, 371

التفكير على مجموعة من النقاط التي قد تكون من الأسباب التي تؤدي إلى سيادة هذه الأفكار و المعتقدات اللاعقلانية و سيطرتها على الفرد، و مصدرها الرئيسي و الأول هو المجتمع، و يمكن تلخيصها فيما يلي:

6-1 العزلة الاجتماعية: تعد العزلة الاجتماعية من الأسباب التي قد تساهم وبشكل كبير

في تكوين الأفكار اللاعقلانية؛ حيث يفتقر الفرد للحكم أو للمعيار الاجتماعي على أفكاره ومعتقداته، وبالتالي وفي كثير من الأحيان قد تتسم شخصية الفرد المنعزل اجتماعيا ببعض الجمود الذي يمنعه من تقييم أفكاره تقييما سليما وفقاً لما يتفق عليه الآخرين وما ترتضيه الجماعة التي يحيا بها ويستمد منها الدعم والمساندة.

6-2 الجمود الفكري : من الأسباب التي قد تؤدي إلى سيادة الأفكار اللاعقلانية هي

اتصاف الأفراد بالجمود، وعدم الرغبة في تغيير أفكارهم، أو استبدالها بأخرى أكثر عقلانية، وأكثر مرونة ومنطقية؛ فيقع الفرد أسيراً للتفكير المتصلب الجامد، حيث يكون تفكيره مظلم يرى من خلاله جانب واحد للحياة، ولا يرغب في أن يغير فكره، ليرى الجانب الآخر، وهو ما أكدته كلا من :أشرف محمد عطية وعصام عبد اللطيف العقاد 2000م حيث أكدا في دراسة لهما على عينة من طلبة جامعتي الزقازيق وجنوب الوادي،على وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة بين الأفكار اللاعقلانية و الدوجماتية (والتي عُرفت بأنها :نسق معرفي مغلق نسبيا للمعتقدات، يتسم بانتظامه حول مجموعة من المعتقدات الخاصة بالسلطة المطلقة).

التعصب والتصلب (والذي عرّف بأنه مدى السهولة أو الصعوبة التي يلقاها الشخص في إحداث تغييرات في مجرى سلوكه في الاتجاه المناسب وفي الوقت المناسب).

في حين ارتبطت سلبيا بالمرونة والتي عرفت بأنها البعد الآخر لقطب التصلب كما كان كلا من الدوجماتية والتصلب منبآت للأفكار اللاعقلانية .

6-3 ثقافة المجتمع : إذا ما انتشرت أفكار لاعقلانية لا منطقية في المجتمع فإنها سوف

تفرز أفكارا لاعقلانية للأفراد، فتعم الأفكار اللاعقلانية المجتمع الخارجي أو البيئة، كما هو الحال في سيادة الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالسحر والشعوذة، وفي هذه الحالة يكون الفرد اللاعقلاني ضحية لبيئته، ويندرج تحت ذلك أيضا أن يكون الفرد في أسرة متسلطة تفرض أفكارها غير العقلانية على الفرد فإما أن يتقبلها ويصبح غير عقلائي، أو يرفضها ويصبح مستنكرا من الأسرة ومن المجتمع. و دعمت دراسة فرانك بلوم (1998) Franck bloom والذي تناول فيها مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعة، وأظهرت النتائج أن نسبة انتشار الأفكار اللاعقلانية تصل إلى (68.60 %)، وأن من مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية المصادر التالية :الأب بنسبة وصلت إلى (22.72 %) ، الأم (44.44%) الأصدقاء (67.16%)، المدرسة والجامعة (11.11%)، ثم وسائل الإعلام (11.11%).¹

7- دور اضطرابات التفكير في نشوء الاضطرابات النفسية من المنظور المعرفي:

أن المعنى الذي نعطيه لحدث ما هو الذي يحدد استجابتنا الانفعالية وليس الحدث في حد ذاته، لذلك لابد من التمييز بين المعنى العام الموضوعي (خال من الذاتية)، والمعنى الخاص المتعلق بطريقة إدراك الفرد حتى يمكن فهم الاستجابة الانفعالية، وحسب نوع التفسير الذي يعطيه

الشخص لحدث ما تتحدد الاستجابة، فيمكنه الشعور بالسرور أو الحزن أو الغضب أو الأمن أو لا تكون لديه أية استجابة انفعالية على الإطلاق.¹

فالتفسيرات التي تبتعد عن الحقيقة باستمرار يمكن اعتبارها تفسيرات منحرفة، وهذه المعاني المنحرفة هي اضطرابات التفكير Cognitive distortions التي تكون جوهر الاضطرابات الانفعالية، إذ يقول باك: "إذا شوهدنا وضعية ما بشكل ضخم، فاستجابتنا الانفعالية ستتلاءم مع التشوه أكثر مما تتلاءم مع مظاهر الوضعية الحالية". (باك، 1976، ص 53)

ويتدخل النظام المعرفي للفرد في تفسير المشوه للواقع، و يتكون هذا النظام من:

7-1 العمليات المعرفية قصيرة المدى: تشمل التوقعات والتقييمات و عزو الأسباب، وهي

عمليات شعورية واعية، فالفرد يعي مثل هذه العمليات أو يمكن أن يعيها من خلال الممارسة.

- **التوقعات:** هي معارف تشير إلى الوقائع المستقبلية بوضوح أي أنها تسبقها "تسبق الوقائع" أي تشير إلى التنبؤ بأحداث مستقبلية.³

ويرى بيك أن التوقعات لا تكون مجرد أفكار ذهنية فقط بل تأخذ أشكالا مرئية، فالشخص القلق قد تتملكه صور مرعبة إذا دخل مكانا مجهولا، كذلك الشخص المكتئب فإنه غالبا ما يتوقع الفشل في كل عمل يقوم به.⁴

1 باك، 1976، المرجع السابق ، ص 92

2 باك، 1976، المرجع نفسه ، ص 53

3 روزنهان وسيلجمان، 1984، ص 105

4 باك، 1976، المرجع السابق ، ص 41

و يصنف بندورة Bandura نوعان من التوقعات: توقع النتيجة و التوقع الفعال، هذا الأخير يختلف عن الأول، فالفرد يعتقد بأنه يمتلك القدرة على القيام بنجاح ذلك السلوك المحقق للنتيجة المرغوبة.

- **التقييمات:** يعتبر أرنولد Arnold (1960) من أوائل المنظرين الذين ركزوا على التقييمات كعملية معرفية في إنتاج السلوك، فهو يرى أن الانفعال هو العملية التي تبدأ عندما ندرك شيئاً ما ثم نقيّمه، فنقرر أن هذا شيء نافع أو ضار لنا، وحسب تقييم الشخص لمدى نفع أو ضرر مثير ما لمجاله الشخصي فإنه يسلك سلوكاً إيجابياً أو سلبياً، "هذا الشيء مفيد لي" يقود إلى انفعالات الفرح، اللذة، السعادة، وإذا قيّم الشيء بأنه ضار فهو يشير إلى الحزن، القلق والغضب.¹

ويرى بيك أن هذه التقييمات غالباً ما تسبق الانفعال وتسببه، فالإنسان قد يصاب بالقلق أو الاكتئاب عندما يفكر أن عمله فاشل فهو لا يتوقع النتائج المستقبلية فقط، بل أنه يقيم فشله، لذلك فإن الحكم على النشاط بالفشل غالباً ما يقود إلى انفعالات سلبية. و يرى أيضاً أن عملية التقييم هذه تحدث بصورة تلقائية وآلية ودائمة وبسرعة حتى أننا لا نشعر بها أحياناً، أي أنها عملية أوتوماتيكية تظهر بعد فترة من الممارسة الحياتية على شكل عادة وبسرعة.²

- **الانساب Attribution:** وهو عملية معرفية تشير إلى السبب الذي يعزيه الفرد لحدث معين، وحسب تحليله للأسباب تتنوع النتائج، وقد وضع علماء النفس المعرفيون عدة أصناف من الأسباب

1 باك، 1976، المرجع نفسه ، ص 56

2 روزنهان وسليجمان، 1984، المرجع السابق ، ص 107

حيث صنف روتر (1966) Rotter عزو الأسباب إلى صنفين: داخلي/خارجي، أما الباحث وينر (1974) Weiner فقد أضاف بعدين لهذه العملية و هما ثبات/متغير، فالأسباب الثابتة هي التي تستمر مع الزمن، فالطالب الذي يعتقد أنه فشل في الامتحان بسبب عدم نومه ليلة الامتحان فهذا سبب متغير وهو خارجي في نفس الوقت، ومن جهة أخرى قد يعتقد الطالب أن سبب فشله يعود إلى ضعف إمكانياته في مادة الرياضيات وهو سبب ثابت كما أنه داخلي في آن واحد. والمعالج يحاول تغيير الأسباب من ثابتة إلى متغيرة.

أما الباحثون أبرامسون Abramson و سليجمان Sligman و تيزدال Teasdale فقد أضافوا بعدا ثالثا عام/خاص، فالطالب السابق قد يعزو سبب فشله إلى كونه غيبا، وهذا سبب شامل، ثابت و داخلي، أما إذا عزا سبب فشله إلى كون رقم الامتحان (13) وهو رقم مشؤوم فهو سبب محدد ومتغير خارجي في آن واحد، والمعالج المعرفي يسعى لتغيير عملية عزو الأسباب عند الفرد.

2-7 العمليات المعرفية طويلة المدى: هي بنى افتراضية تؤثر على العمليات القصيرة المدى وتطبعها وهي عموما تشير إلى الاعتقادات و تدل على الميول التي تحكم الوقائع العقلية في الوعي.¹

و يختلف سلوك الأشخاص إزاء المواقف المتشابهة، بل أبعد من ذلك. نفس الشخص قد يعدل سلوكاته في مواجهة المواقف المتشابهة إلى حد ما، بحيث يمكننا التنبؤ بسلوكات شخص ما إذا ربطناها بخصائصه الشخصية، فنصفه مثلا بأنه "خجول..." أو "عدواني..." هذه الملاحظات حول ثبات الاستجابات توحى بأن لكل شخص مجموعة من القواعد توجه استجابته للمواقف.

1 روزنهان و سليجمان، 1984، المرجع السابق، ص 108

هذه القواعد لا تقود استجاباته الملاحظة فقط ولكنها تكون الأسس التي يبني عليها تفسيراته الخاصة، وتوقعاته، وتوجيهاته لذاته، كما تحدد المعايير التي من خلالها يحكم على مدى فعالية وصلاحيّة تصرفاته كما يقيم على أساسها قيمته وجاذبيته. كما تستعمل في تحقيق أهداف الفرد وحماية نفسه من الأذى الجسمي أو النفسي والحفاظ على علاقات مستمرة مع الآخرين الأمر الذي يقودنا إلى الحديث عن مفهوم مهم في علم النفس المعرفي هو مفهوم "المجال الذاتي" وفي مركز هذا المجال الذاتي هناك مفهوم الذات عند الشخص، صفاته البدنية وخصائصه الشخصية، أهدافه وقيمه، كذلك الأشياء التي تخصه مثل العائلة والأصدقاء وممتلكاته المادية، بالإضافة إلى المكونات الأخرى التي تختلف في درجة التجريد، من المدرسة إلى المجموعة الاجتماعية والجنسية، إلى القيم المجردة والمثل، مثل الحرية والعدالة والأخلاق. وتتضح أهمية هذا المفهوم في المجال العيادي عند تحليل الظروف المؤدية للاضطرابات النفسية، حيث أن طبيعة الاستجابة الانفعالية ترتبط بادراك الفرد للأحداث على أنها خارجة عن مجاله الشخصي أو مهددة له.¹

مثال: طالبان أنسة (أ) وأنسة (ب) كانتا تتحدثان أثناء المحاضرة وفجأة يشير إليها الأستاذ قائلاً: *إذا كان لديكما ما تقولانه فأسمعونا وإلا فاصمتا*."

الآنسة (أ) استجابت بغضب وحاولت تبرير موقفها بأنها كانت تستوضح عن نقطة معينة من الدرس، وبعد المحاضرة فتح لأستاذ مجالاً للنقاش فاستغلت الفرصة وعبرة بانتقادات حادة عن وجهة

نظرها متحدية الأستاذ، في حين الآنسة (ب) وهي طالبة متعودة على المشاركة في المناقشة بحوية فإنها بدت في ذلك اليوم حزينة ومنسحبة بعد ملاحظة الأستاذ وبقيت صامتة طوال الحصة.

هذان الموقفان المتضادان للطالبتين لا يمكن فهمهما إلا بالرجوع إلى مفهوم القواعد، أي ما هي القواعد المختلفة المستعملة من طرفهما في تفسير نفس الموقف ومن ثم الاستجابة له ؟

فالآنسة (أ) فسرت ملاحظة الأستاذ كالتالي: *"إنه يعاملني كطفلة صغيرة"*، فكانت استجابتها الانفعالية متمثلة في الغضب، والقاعدة العامة أي العملية المعرفية طويلة المدى، التي قادت إلى هذا التفسير هي: *"التصحيح من طرف ممثلي السلطة يعني السيطرة والتحقير"*، فكان توجيهها الذاتي *"لا بد من الرد عليه"*، والقاعدة وراء هذه الاستجابة هي *"يجب علي أن أتحدى الأشخاص الذين يعاملونني معاملة سيئة"*.

أما الآنسة (ب) فقد فسرت ملاحظة الأستاذ كالتالي: *"لقد ضبطني وأن أقوم بسلوك خاطئ، سيكرهني من الآن فصاعدا"*، فكانت استجابتها الانفعالية عبارة عن الخجل والحزن، أما القاعدة التي استعملتها فهي *"التصحيح من طرف السلطة يعني الضعف والخطأ والدونية"* أي *"عندما أصبح معناه عدم الموافقة على هذا السلوك"*، أما توجيهها لذاتها *"يجب أن ألتزم الصمت"*، والقاعدة وراء هذا السلوك هي: *"إذا سكت، سأكون أقل تعرضا للإهانة"* أيضا *"الصمت سيبين أنني آسفة على سلوكي المهين"*.¹

1 باك، 1976، المرجع نفسه ، ص ص56-57

فهذا المثال يوضح لنا كيف يتصرف الأفراد انطلاقاً من قواعد خاصة بهم وكيف يستخدمونها كمعايير لتقييم أو كشف السلوك الخاص بهم والحكم على سلوك الآخرين.¹

8- النظريات المفسرة لاضطرابات التفكير:

8-1 النظرية المعرفية لباك Beck :

لقد بدأ باك Beck في اتخاذ الخطوات الأساسية لتأسيس أسلوبه في أواخر الستينيات إلا أن هذا الأسلوب لم يشتهر إلا في السبعينيات خصوصاً بعد بيان فعاليته الواضحة في علاج الاكتئاب، و قد توصل باك إلى أسلوبه متأثراً بأبحاث إليس و ممارساته و يقول باك بأن هناك ثلاثة مصادر أساسية لنظريته:

المنهج الظاهراتي (نسبة إلى الفلسفة الظاهراتية) الذي يقول بأن نضرة الفرد لنفسه و لعالمه هي منطلق سلوكه.

علم النفس التركيبي و علم نفس الأعماق و خصوصاً نظرية فرويد التركيبية.

علم النفس المعرفي و خصوصاً كل من كيلي Kelly و ماجدا Magda و أزلوند لازاروس A.

Lazarus

¹باك، 1976، المرجع السابق ، ص ص56-57

و تعتمد نظرية باك العلاجية على ثلاث قواعد أساسية لتفسير الاضطرابات النفسية، هي:
المثلث المعرفي، التشويه المعرفي، الافتراضات الضمنية.

المثلث المعرفي: يتألف من ترادف ثلاث تصورات أو افتراضات أو مواقف ذهنية لدى الإنسان المكتتب و هي تصورات تدور في العقل الباطن، تتحد هذه التصورات فيما بينها لتؤلف مسلسلا من شأنه أن يجعل الاكتئاب يدور في حلقة مفرغة ليزداد و يتضاعف، تلك الصور هي:

- التصور السلبي للذات

- التصور السلبي للحياة

- التصور السلبي للمستقبل

ب - التشويه المعرفي: لوحظ أن مرضى الاكتئاب يختلفون في تفكيرهم و تتفاوت آرائهم في الحياة عندما يكونون في نوبة الاكتئاب و عندما لا يكونون مكتئبين، و قد لوحظ أن سبب هذا الاختلاف هو التشوه في العمليات المعرفية الذي يحصل لهم.

ج- الافتراضات الضمنية: لكل مجتمع في العالم أعرافه و تقاليده و قيمه و تتبع منها الإرشادات و التعليمات التي تعطى للفرد بشأن الصفات و السلوكيات التي يتوقع أن يقوم بها ليكون مواطنا

جيذا معترفا به في ذلك المجتمع و عادة يتلقى الفرد تلك الإرشادات و التعليمات و يحفظها في ذهنه بصورة غير واعية , و هذا ما يعطيها الصفة الضمنية.¹

فهد بن حامد بن صباح العنزي (2007): دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين و غير المنحرفين في مدينة الرياض. دراسة مقدمة استكمالا لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الإجتماعية تخصص رعاية و صحة نفسية. ص 53

8-2 النظرية الأفكار العقلانية لألبرت اليس Albert Ellys:

يرى اليس 1977 Ellys أن أساس تعامل الفرد مع أحداث الحياة ومواقفها الضاغطة، هو تقييمه المعرفي لهذه الأحداث والمواقف، حيث يكون تسلسل أي حدث أو موقف ضاغط يمر بالفرد كالتالي: الحدث أو الموقف الضاغط، يليه التقييم المعرفي لهذا الحدث، ثم تأتي العواقب الانفعالية، والتي قد تظهر في صورة اضطرابات نفسية. ويتم هذا دون وعي مباشر من الفرد فهو لا يدرك دور التقييمات المعرفية والأفكار - التي تبعت الحدث الضاغط - في أي اضطراب قد يظهر عليه، وبالتالي يظن أن الاضطراب الانفعالي ناتج عن الموقف مباشرة، جاهلين حقيقة أن الاضطراب الانفعالي قد نتج بالفعل عن الفكرة التي توسطت الحدث أو الموقف الضاغط و أن الفكرة أو الحديث الداخلي للفرد عن الحدث الضاغط هي التي سببت الاضطراب وليس الحدث نفسه، وادمانا على ذلك، فإنه إذا تم تعديل هذه الأفكار غير المنطقية في معظم المواقف، واستبدالها بأخرى أكثر منطقية في التعامل مع هذه الأحداث؛ فإنها قد تخفف الاضطراب.¹

لقد أورد إليس Ellis أفكارا أكثر خصوصية حددها في 11 فكرة، يعتقد أنها تؤدي إلى انتشار المشكلات النفسية، وهي:

- اعتقاد الفرد بضرورة أن يكون محبوبا ومرضيا عنه من كل شخص هام في بيئته.
- اعتقاد الفرد انه من الضروري أن يكون كفئا وملائما ومنجزا في جميع مجالات الحياة، وان هذا الأمر يؤدي إلى إحساسه بقيمته.

1 نشوة كرم عمار أبو بكر دردير (2010) : فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراة الفلسفة في التربية تخصص ارشاد النفسي (حفني عبد المنعم 2005، ص 12

- اعتقاد الفرد أن من الضروري لوم ومعاقبة الأشخاص السيئين أو المزعجين أو الوقحين.
 - اعتقاد المرء أن الأمور يجب أن تسير وفق رغبته.
 - اعتقاد المرء أن شقاءه وبؤسه وعدم سعادته هي نتاج للأحداث والأشخاص، ويرى أن كل ذلك خارج عن إرادته وهو غير قادر على التحكم في ذلك.
 - اعتقاد الفرد أن الهروب من المواقف الصعبة وعدم تحمل المسؤولية أفضل من مواجهتها.
 - اعتقاد الفرد أن الحالات التي تمثل خطراً عليه ينبغي الاهتمام بها أو التفكير فيها باستمرار.
 - اعتقاد الفرد بحاجته إلى الأمان على شخص أو أشخاص أقوى منه.
 - اعتقاد الفرد أن الأحداث الماضية في حياته هي التي تحدد السلوك الحالي وأنه لا يمكن تغييرها.
 - اعتقاد الفرد أن عليه أن يهتم ويحزن ويقلق من مشاكل الآخرين.
 - اعتقاد الفرد بوجود إجابات صحيحة وحلول مثلى لكل مشكلة وإلا فهي المصيبة.¹
- وقد حدد لها اليس أربعة شروط لابد من توافرها لكي نصف معتقداً بأنه لاعقلاني:
- أن يكون مشوها للواقع، بمعنى أنه يسيء تفسير الأحداث، أو يتضمن بعض الأساليب غير المنطقية لتقييم المرء لنفسه، وللآخرين، وللعالم المحيط به.

1 سعد المغربي (1962): ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية ، دار المعارف، هشام إبراهيم عبد

- أن يحول ذلك المعتقد بين المرء وتحقيق الأهداف.
 - أن يثير انفعالات متطرفة ملحة تسبب لصاحبها الآسي وتمنعه من الحركة.
 - أن يؤدي إلي إقدام المرء على أنواع من السلوك تلحق الضرر به وبالآخرين .¹
- وقد قدم البدائل العقلانية لهذه الأفكار كما يلي:
- انه لشيء جميل أن يشعر الفرد بالحب من الآخرين، ولكن الشخص العقلاني لا يضحى باهتماماته ورغباته كي يحقق هذا الهدف.
 - الشخص العقلاني هو من يجتهد لتحقيق الأفضل في حدود إمكانياته والاستمتاع بذلك العمل الذي يؤديه.
 - الشخص العقلاني لا يلوم ذاته ولا الآخرين، إنما يحاول أن يفهمهم بأسلوب توجيهي، و يعترف بأخطائه ويحاول تعديلها ولا يعتبر ذلك كارثة.
 - الشخص العقلاني يحاول بكل جهده تغيير ظروفه أو ضبطها ولكن إذا كان التغيير غير ممكن أو مستحيلا فإنه من الأفضل له تقبل ظروفه والتعايش معها.
 - الشخص العقلاني هو الذي يعرف أن سعادته أو تعاسته تأتي من داخله أكثر مما تأتي من العالم الخارجي.

1: حنفي عبد المنعم (1995): موسوعة الطب النفسي، مكتبة مديولي، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر. ص91

- الشخص العقلاني هو الذي يحلل المواقف ويؤدي ما يجب عليه أن يؤديه دون هروب.
- الشخص العقلاني يتعامل مع الأحداث بموضوعية ويواجهها في حالة وقوعها، ويتجنب المخاوف الناتجة عن التوقع المستمر للخطر.
- الشخص العقلاني هو الذي يعتمد على ذاته ويكافح في سبيل الوصول إلى أهدافه.
- الشخص العقلاني يستفيد من الخبرات الملائمة من الماضي إذ أن الماضي يعد مهما للحاضر ولكنه ليس مسئولاً عما يعانيه الفرد من متاعب حالية.
- الشخص العقلاني هو الذي يستطيع أن يتمالك نفسه في المواقف المؤلمة، ويوقف أي أفكار تجرفه في تيار الحزن والتوتر.
- الشخص العقلاني هو من يبحث ع حلول كثيرة ومتنوعة للمشكلة الواحدة ويختار أفضلها وأكثرها واقعية وقابلية للتنفيذ.¹

الفروض الخاصة بالعمليات الوسيطة في الاضطراب الانفعالي حسب اليس:

- التفكير اللاعقلاني يحدث الاضطراب الانفعالي والسلوكي للفرد و يخل بالتوازن الفزيولوجي.
- التقييم و سوء تقدير الذات يؤثران على انفعالات وسلوك الفرد.
- يتم لجوء الأفراد إلى أساليب الدفاع اللاشعورية من أجل إخفاء أفعالهم الخاطئة، وذلك حفاظاً

1 هشام إبراهيم عبد الله، 2008، المرجع السابق ، ص ص 35،37

على تقديرهم لذواتهم، وأن إخفاء هذه الأفعال الخاطئة يؤدي إلى القلق والاضطراب، وعندما يعترف الأفراد بأخطائهم، ويتوقفون عن لوم أنفسهم؛ فإنهم يقللون من اضطرابهم ويغيرون من سلوكهم.

- انخفاض درجة تحمل الفرد للإحباط تؤثر على حدة انفعال الفرد وسلوكه.

- توقع الفرد للتهديد يؤدي إلى حدوث الاضطراب الانفعالي والسلوكي للفرد.¹

8-3 نظرية المخططات المعرفية لجيفري يونج Jeffrey Young:

من الجدير بالذكر أن آن جيفري يونج Jeffrey Young الذي نظّر هذه المخططات في إطار الموجة الثانية للنظرية السلوكية المعرفية لم يخلق هذه الأفكار بالقدر الذي نقول جمّعها في نظريته المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة.

و يعرفها يونج Young على أنها مجموعة المعتقدات و الأحكام العقلية مكونة من ذكريات و عواطف و خبرات جسدية التي تتشكل خلال مرحلتي الطفولة و المراهقة التي تتعلق بالذات وبالعلاقات مع الآخرين، وهي اختلال وظيفي واضح عند حالات و في مواقف معينة.²

1 Crawford T., & Ellis A., (1989) : A dictionary of rational emotive feelings and behavior. Journal of rational emotive and cognitive behavior therapy , plenum press P P 29 , 30

2 Young and all, 2005, p15

وقد أشار يونج Young إلى أن المخططات تمارس تأثيراتها على طريقة تفكيرنا وتصرفاتنا وعلى علاقاتنا مع الآخرين، و توقض أحاسيس عنيفة مثل الغضب والحزن و القلق، وفي الرشد يقوم الفرد بإعادة بناء هيئة معيشية و ظروف مشابهة لتلك التي سادت في طفولته.¹

و يعود ظهور هذه المخططات إلى مراحل الطفولة والمراهقة، و المخططات التي تتشكل أولاً في مراحل مبكرة من العمر تكون أقوى و أكثر مقاومة للتغيير، و هناك أربعة أنواع من خبرات الحياة المبكرة التي لها حصتها في إنشاء المخططات:

- الاحباطات و عدم تلبية الحاجات العاطفية الأساسية خلال الطفولة.
- الخبرات الصادمة و المعاملات السيئة في الطفولة و المراهقة
- الإفراط في إشباع الرغبات كالتدليل المبالغ، أو الحرية والاستقلالية بدون حدود.
- التقمص الانتقائي لأشخاص مهمين فيتمص شخصيته ويستدخل مخططاته.
- و تتميز هذه المخططات بمجموعة من الميزات وهي:
- المخططات تظهر خلال مرحلة الطفولة و المراهقة.
- ليس بالضرورة لكل مخطط سبب صادم أو حرمانات.
- الخبرات المؤلمة التي تتكرر خلال الطفولة و المراهقة تغطي مجدداً على سلوك الفرد لتجعله مضطرباً.

1 Hahousseau (2003), les schémas cognitifs précoces inadaptés tels qu'ils ont été élaborés par J.Young: in *La revue du praticien*, vol.18 .P20.

- هي نظام معرفي مستمر و دائم تتغذى و تشبع ميولاتها مع مختلف المراحل العمرية.

- تظهر الطبيعة المختلة للمخططات بعد نهاية المراهقة.

- للمخططات مستويات مختلفة من الاستحواذ والخطورة تتفاوت طبيعة تأثيرها من فرد لآخر ¹.

8-3-1 مجالات و طبيعة المخططات المبكرة غير المتكيفة: تتعدد المخططات

المعرفية المبكرة الغير متكيفة إلى ثمانية عشر مخططا تتجمع ضمن خمسة مجالات تعبر عن حاجيات عاطفية غير مشبعة و هي:

المجال الاول: مجال الرفض و الانفصال: إن المفحوصون الذين لهم مخططات في هذا المجال هم غير قادرين على إقامة علاقات وطيدة مع الآخرين، و يفترض أنهم ترعرعوا في كنف عائلات تتميز بعدم الاستقرار، سوء المعاملة، برودة المشاعر، أو منعزلة عن المجتمع، وفي الرشد ينتقلون من علاقة إلى أخرى أو يتجنبون العلاقات الودية و يشمل هذا المجال خمس مخططات وهي:

(أ) مخطط التخلي وعدم الاستقرار: هو إحساس مستمر بأن الأشخاص المهمين لن يبقوا معه وأنهم سيتخلون عنه أو أنهم سوف يموتون قريبا أو أنهم يتخلون عنه للبقاء مع شخص آخر.

(ب) مخطط الحذر و عدم الثقة: يظن الفرد أن الناس مكرين، يكذبون عليه، يخدعونه و يستغلونه و هذا ما يجعله يتوقع من الآخرين سوء المعاملة، و يشعره بالحرمان و الفراغ.

(ج) **مخطط الحرمان العاطفي:** يعتقد المريض أن الآخرين لا يمدونه بالسند العاطفي و لا يتفهمونه، مما يشعره بعدم الأمان، فينسحب من المجتمع جزئيا أو كليا.

(د) **مخطط النقص و الخجل:** يحكم الفرد على نفسه بأنه شخص ضعيف، غير قادر، لا يؤثر في الآخرين، و منه فإنه لا يتحمل الانتقادات و التوبيخ و يتميز بنقص الثقة في نفسه.

(هـ) **مخطط النبذ و الإقصاء:** يشعر الفرد بأنه منعزل، منقطع عن العالم ومختلف عن الآخرين ولا ينتمي لأي فوج أو جماعة.

المجال الثاني: مجال الاستقلالية و محدودية القدرات: إن إفراط الوالدين في حماية أبنائهم أو على نقيض ذلك عدم الاعتناء بهم قد يؤدي إلى تشكل مخططات في مجال الاستقلالية، فهم غير قادرين على تخطيط أهداف شخصية، ويدخل ضمن هذا 4 مخططات التالية:

(أ) **مخطط التبعية و نقص الكفاءة:** حيث يعتقد المفحوص اعتقاد قويا بأنه عاجز عن القيام بالنشاطات اليومية لوحده مثل الاعتناء بالنفس، اتخاذ القرار...الخ

(ب) **مخطط الخوف من الخطر و المرض:** وهو خوف مبالغ ناتج عن توقع سلبي كحدوث كارثة أو الإصابة بمرض خطير لا يمكن تجنبه.

(ج) **مخطط الانصهار:** غالبا ما يكون تعلقا عاطفيا شديدا بشخص أو بعدة أشخاص كالوالدين فهو يشعر بحزن دون وجود ذلك الشخص أو العيش بدونه، فيحس بأنه مقهور من الآخرين.

(د) **مخطط الفشل:** يشعر الفرد بأنه غير قادر على النجاح مثل الآخرين و قد يحكم على نفسه بالغباء و الجهل، و انه يفتقر للموهبة و ويتسم بخضوعه للآخرين و تقدير ضعيف للذات.

المجال الثالث: مجال نقص الحدود (عدم المسؤولية): المفحوصون الذين لهم مخططات في هذا المجال لم يطوروا الحدود المناسبة للعلاقات و التحكم الذاتي بداخلها، و يظهر أنانيون مدللون وغير مسئولين، نرجسيين. و يكون وسطهم العائلي كثير التساهل لا يترك لهم مجال لبناء انضباط مع النظام العلائقي، و هناك مخططين في هذا المجال هما:

(أ) مخطط الحقوق الشخصية، المبالغة و العظمة: يتميز هذا المخطط بمتطلبات مفرطة و ميل مبالغ لتأكيد قوة و وجهة نظره دون تقدير ما سينجم من خسارة للآخرين.

(ب) مخطط نقص الانضباط الشخصي و التحكم في الذات: فالشخص الحامل لهذا المخطط لا يستطيع تحمل حرمانه من رغباته، وهو غير قادر على أن يخفف من انفعالاته و اندفاعاته.

المجال الرابع: مجال التركيز على الآخرين: في هذا المجال يعطي الفرد اهتماما مبالغا لحاجيات الآخرين على حساب حاجاته الخاصة، و يتميز بالتفاعل مع الآخرين و البحث عن استحسان الآخرين، و نجد في هذا المجال المخططات التالية:

(أ) مخطط الخضوع: في هذه الحالة يحس الفرد انه مجبر على الخضوع للآخرين سواء كان ذلك في التعبير عن انفعالاته أو قراراته، كما يقمع الغضب ضد الأفراد الذين يخضع لهم.

(ب) مخطط تضحية الذات: في هذه الحالة يقدم المفحوص خدمات للآخرين على حساب مصلحته الخاصة وهذا لأسباب مثل جذب عطف الآخرين.

(ج) مخطط الحاجة إلى الشكر و العرفان: و هو الحاجة زائدة للاهتمام، الرعاية والتقدير قصد توافقه مع الآخرين والعمل بما يطلبه الآخرون سواء كان هذا يحقق أو لا يحقق أهدافه.

المجال الخامس: مجال اليقظة المفرطة والكف: فهذا المجال يقيم فيه المفحوصين

التعبير التلقائي لمشاعرهم فيظهر التحكم المبالغ للاستجابات والمشاعر لتجنب الأخطاء، وضع

قواعد صلبة في التعامل و محاكمات عقلية صارمة، وتندرج ضمن هذا المجال 4 مخططات:

(أ) مخطط السلبية و التشاؤم: ويتمثل في توقع الخطير قد تؤثر على المفحوص في عدة نواحي

من حياته، متشائمون ويهتمون بالجوانب السلبية بالمقابل ينكرون الجوانب الإيجابية.

(ب) مخطط الكف الانفعالي: ويقصد به المراقبة الدائمة أو التحكم المفرط للمشاعر والتعبير، و

الحاجة الملحة إلى الدقة و الروتينية في الأداء، وهذا لتجنب الوقوع في الخطأ.

(ج) مخطط النقد المفرط و المثالية: هو الاتقانية ومحاولة الوصول إلى الكمال، وأن يكون المثل

الأعلى لكي يتجنب الانتقادات، وهذه الانتقادات تمثل توترا دائما، و يميل لنقد الذاتي.

(د) مخطط العقاب: هو الميل إلى عدم التسامح، كثرة الانتقاد و النفاذ السريع للصبر، خاصة إذا

لم يصل المفحوص إلى حالة من الدقة والكمال.

8-3-2 أساليب بقاء المخططات المبكرة غير المتكيفة: تتبنى المخططات أساليب

للمحافظة على بقاءها و تكون بالطرق التالية:

- **عن طريق التجنب:** ونميز فيه نوعان: التجنب الانفعالي و التجنب السلوكي الممكن

ملاحظتهما في الوضعيات المنشطة لمخطط ما.

- **عن طريق التعويض بالنقيض:** فالتعويض يستعمل ليغطي فشله، فالفرد سيكون حساس

بدرجة كبيرة لطبيعة المشاكل التي تستثير مخطط معين، وتستعمل خاصة عند الفشل.

- عن طريق الخضوع: هي طريقة لإشباع المخطط، مثلاً: الذي يعاني من حرمان عاطفي يخضع لنظام هذا المخطط فيختار شريكاً لحياته لا يحقق له إشباع عاطفي ليبقى محروماً.

و رغم أن المخططات المعرفية التي تكلم عنها يونج هي سبب العديد من التشوهات المعرفية و الاعتقادات الخاطئة التي تؤدي إلى اضطرابات سلوكية تعرقل تكيف الجيد للفرد، إلا أنها طريقة لإدراك العالم والتعامل معه، إذ بناء مخطط معين يسمح بتألم أقل ومعاناة أخف، كما أنه يعطي توهم بأنه يمكن التنبؤ بالعالم و بالتالي التحكم بمجرى الأحداث و بمسار الحياة على طريقة خاصة. (Young and all,2005,pp39, 45)

خلاصة :

يقول باك: 'إن صياغتي لدور العمليات المعرفية في الاضطرابات العاطفية وفي العلاج النفسي يمكن تفسيرها بأكثر من المجال النظري، فقد كنت أمارس التحليل النفسي والعلاج النفسي التحليلي لعدة سنوات، قبل أن أفاًجأ بكون العمليات المعرفية للمريض لها تأثير كبير على مشاعره وسلوكه".

فالفرد عندما يتعرض لحدث ضاغط يعكر صفو حياته كالإدمان، قد يؤدي إلى اضطراب نفسي ، وبالتالي اختلال صحته من كل الجوانب (الجسدي و النفسي)، وذلك لأن الأفكار أو الفكرة التي توسطت الحدث وما نتج عنه من اضطراب كانت غير عقلانية، فأدت إلى إساءة تفسير الحدث الضاغط، وبالتالي حدوث اضطرابات مصاحبة تزيد من تفاقم المشكل و قد تقلل من قدرته عن الإقلاع و الإمتناع عن تعاط المخدر.

الفصل الثالث

إدراك الضغط

تمهيد :

جمع مفهوم الضغط النفسي بين أكثر من علم و تخصص و عالم وباحث في دراستهم له، كعلم النفس و البيولوجيا و الطب. ولا يمكن حصر هذا الموضوع في أي علم أو نظرية، فلا بد أن يكون الاهتمام شاملا به و من جميع جوانبه. كما تعددت الدراسات التي تناولته و ذلك بحكم علاقته المباشرة بحياة الإنسان و تأثيره عليها إلا أنه مع ذلك يختلف هؤلاء في تعريفهم وتفسيرهم لهذا الموضوع بسبب تداخل عناصره، فكل باحث يتبنى تفسيراً خاصاً به لهذا الموضوع و هذا حسب المنحنى الذي عالجته و انطلق منه. فأشار كلاوس شويش، غيرت شراينكه (2006) إلى أن مفهوم الضغط يلعب دوراً مهماً في فهم واستيعاب علاقات الإنسان المتبادلة المركبة بمتطلبات بيئته المادية والاجتماعية، هذه البيئة التي تبدلت في النصف الثاني من القرن العشرين على نطاق لا سابق له في تاريخ البشرية، كما يؤكدان على أنه لا يمكن تقديم لمحة شاملة عن أبحاث الضغط إذ تقدر المنشورات العلمية حول الضغط في هذه الأثناء ما يزيد عن 140000.¹

وفي هذه الفصل سيتم التطرق إلى لمحة تاريخية للضغط النفسي، تعريفه، إدراك الضغط تصنيفه، كيفية إدراكه، العوامل المؤدية للضغط النفسي، الاستجابة للضغط، لفروق الجنسية في الاستجابة له، آثاره، أعراضه، تشخيصه ، والاتجاهات والنماذج المفسرة له.

1 أحمد فاضلي (2009): أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب واليأس. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر ،

1- تعاريف الضغط النفسي :

يواجه الباحثون عادة مشكلات تتعلق بالتعاريف، تنتج في بعض الأحيان عن ندرة التعاريف وفي أحيان أخرى من تعددها، ومحاولة الوصول إلى تعريف متفق عليه. ومشكلة تعريف الضغوط يعد من النوع الثاني، حيث اختلف الباحثون في تعريفها ما بين النظر إليها على أنها مثيرات أو استجابات أو تفاعل بين الفرد والبيئة.

غير أنه يمكن القول أن الإنسان على مر التاريخ عانى أشكالاً لا حصر لها من الضغوط ومع ذلك فإن القليلين هم الذين عرفوها، ومن خلال المراجعة لـ 35 سنة من البحوث حول الضغوط فإن عدداً من أعضاء هيئة المعهد الطبي بنيويورك حسب واد وتافريس (1987) Wade ,Tavris¹.

قد كتبوا أنه لا يوجد أحد قد صاغ تعريفاً للضغوط يكون شافياً ومرضياً، ويكون كاملاً ومتفقاً عليه بالنسبة لغالبية الباحثين.

وهذا ما يتأكد لنا من خلال وجود -إلى اليوم - أكثر من مئة تعريف مختلف للضغط، وغالباً ما يتم التشديد فيها بشكل خاص على جانب جزئي متعلق بالفرع العلمي الذي يضع التعريف، ولكن توجد فروق أساسية في طريقة النظر والتناول.

1 عبد المعطي، حسن مصطفى وهشام، إبراهيم عبد الله (2002): "مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة وأساليب مواجهتها"، في عبد المعطي حسن مصطفى -2006- " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

ويرى لازاروس أن المفاهيم المختلفة التي قدمت للضغط هي ذات مضامين واحدة على وجه التقريب، ويرجع السبب في هذه التعددية إلى كثرة الميادين والمجالات التي يستخدم فيها المفهوم وإلى ولع الباحثين باستخدام مفهوم دون آخر يكون له دلالة وتعبير في مجال تخصصاتهم.¹

اشتق مصطلح Stress من الكلمة الفرنسية Destress والتي تشير إلى معنى الاختناق والشعور بالضيق أو الظلم، وقد تحولت في الانجليزية إلى Distress إشارة إلى الشيء غير المحبب أو غير المرغوب، وقد استخدمت كلمة Stress للتعبير عن معاناة وضيق واضطهاد وهي حالة يعاني فيها الفرد من الإحساس بظلم ما.²

وفي السياق اللفظي للمصطلح يمكن التفريق بين ثلاث معاني :

- **الضواغط Stressors** : وتشير إلى تلك القوى والمؤثرات التي توجد في المجال البيئي - الفيزيقي - الاجتماعي - النفسي، والتي يكون لها القدرة على إنشاء حالة ضغط ما.
- **الضغوط Stress** : تعبر عن الحادث ذاته، أي وقوع الضغط بفاعلية أي أن الفرد قد وقع تحت طائلة ضغط ما .

1 آيت حمودة ، حكيمة (2006): " دور سمات الشخصية وأساليب المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية - دراسة ميدانية بمدينة عنابة " رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي .جامعة الجزائر

2 حسن عبد المعطي، 2006

- **الانضغاط Strain** : يعبر عن الحالة التي يعانيها الفرد ويئن منها والتي تعبر عن ذاتها في الشعور بالإعياء والإنهاك والاحتراق الذاتي، ويعبر عنها الفرد بصفات مثل : أنا خائف، قلق، مشدود، متوتر، متوجس.¹

من خلال مراجعتنا لأغلب الدراسات والمراجع التي تناولت الضغط النفسي تبين لنا وجود العديد من التعاريف وهي في حقيقة الأمر لا تبتعد كثيرا في محتواها عما قدمه لازاروس وفولكمان، ولكن يمكن أن تظهر بعض الإضافات السطحية أحيانا أو العميقة في بعض التعاريف، ولذلك أثرنا أن نشير لجملة التعاريف التي تمكنا من الوصول إليها ومن بينها ما قدمه حسين طاهر.²

الذي يرى أن الضغط هو مجموعة العوامل الداخلية والخارجية الضاغطة على الفرد ككل أو أي عنصر فيه، الأمر الذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر أو الإخلال في تكامل شخصيته، وعندما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك يفقده القدرة على التوازن ويغير نمط سلوكه مما كان عليه إلى نمط جديد.

كما يستخدم مصطلح الضغط أيضا للدلالة على نطاق واسع من حالات الإنسان الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة، وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية بداية من كثرة المعلومات التي تؤدي إلى الإجهاد الانفعالي، كما تظهر الضغوط نتيجة التهديد والخطر. ويؤدي الضغط إلى تغيرات في العمليات العقلية وإلى تحولات انفعالية.³

1 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص81

2 حسين طاهر وحيد كامل، 2005

3 الرشيدى، هارون توفيق (1999): " الضغوطات النفسية، طبيعتها، نظرياتها "، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

كما يشير مصطلح الضغط إلى الظروف المرتبطة بالضبط والتوتر والشدة الناتجة عن المتطلبات التي تستلزم نوعاً من إعادة التوافق عند الفرد وما ينتج عن ذلك من آثار جسمانية ونفسية، وقد تنتج الضغوط كذلك من الصداق والإحباط والحرمان والقلق.¹

يمكن أن ننظر للضغط أيضاً على أنه سلسلة من الأحداث الخارجية التي يواجهها الفرد نتيجة تعامله مع متطلبات البيئة المحيطة به وتفرض عليه سرعة التوافق في مواجهته لهذه الأحداث لتجنب الآثار النفسية الاجتماعية السلبية والوصول إلى تحقيق التوافق مع البيئة المحيطة.²

كما يمكن أن يكون الضغط نظام التكيف العام لجسم وعقل الإنسان عند مواجهته لمثيرات معينة. وهو لا يمثل نقطة معينة ولكنه مدى يتراوح ما بين ضعيف وشديد، ويتوقف ذلك على مستوى رد فعل الأفراد تجاه المشكلات.³

وتؤكد فيولا الببلاوي (1988) أن الضغط هو الحالة التي يتعرض لها الفرد لظروف أو مطالب تفرض عليه نوعاً من التكيف وتزداد تلك الحالة إلى درجة الخطر كلما ازدادت شدة الظروف أو المطالب أو استمرت فترة طويلة. أما العميان محمود سلمان (2008) فيفضل أن ينظر للضغط على أنه مجموعة التغيرات الجسمية والنفسية التي تحدث للفرد ردود فعله أثناء مواجهته للمواقف المحيطة التي تمثل تهديداً له.⁴

1 شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن.
 2 عبد السلام علي (2003): "مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة"، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية.
 3 عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): "الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

4 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق، ص 80

أما راوية دسوقي (1991) فتعرف الضغوط على أنها مجموعة من التراكبات النفسية والبيئية والوراثية والمواقف الشخصية نتيجة للأزمات والتوترات والظروف الصعبة أو القاسية التي يتعرض لها الفرد، وتختلف من حيث شدتها كمتغير عبر الزمن تبعاً لتكرار المواقف الصعبة التي يصادفها الفرد، بل إنها قد تبقى وقتاً طويلاً إذا ما استمرت الظروف المثيرة لها، وتترك أثراً نفسية على الفرد. كما يمكن أن يعرف الضغط على أنه العملية التي تفرض فيها الحوادث البيئية أو الضغوط عبئاً ثقيلاً على الإنسان في مواجهتها أو تمثل تهديداً له ويتعين عليه في أثناء الضغط أن يجد طرقاً للتعامل مع مطالب البيئة ومن ثم فإن حدوث أمر ضاغط يواجهه بواسطة استجابة معينة معدة للتخلص منه ومن أثاره، وتستمر هذه الاستجابة حتى تنتهي هذه الحالة.¹

من خلال ما ذهب إليه أحمد عبد الخالق (1998) يظهر أن الاهتمام بالضغط لا يقتصر على مصادره ولكن في أساليب التعامل معه، وإذا تبنى الفرد أساليب غير سوية وغير صحية فإن هذا سيؤثر سلباً على توافقه.

يعرف حسن عبد المعطي (2006) الضغوط على أنها تلك المثيرات الداخلية أو البيئية التي تكون على درجة من الشدة والدوام بما يثقل القدرة التوافقية للفرد، والتي قد تؤدي في ظروف معينة إلى الاختلال الوظيفي أو السلوكي.²

1 الرشيدى هارون توفيق، 1999، المرجع السابق .

2 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق، ص82

أما هانز سيلبي Hans Seyle وهو أحد أهم المساهمين في أبحاث الضغوط، حيث طورت عنه معظم المفاهيم والمعلومات عن الضغوط فيما بعد، فقد عرف الضغط stress بأنه استجابة الجسم غير المحددة لأي مطالب، ولقد وصف سيلبي زملة التكيف العام GAS المشار إليه General Adaptation Syndrome، وهي استجابة الجسم للضغوط، وقد حدد ثلاث مراحل لزملة التكيف العام وهي مرحلة التنبيه alarm ومرحلة المقاومة resistance ومرحلة الإنهاك exhaustion. وأمدنا هانز سيلي بفكرة العلاقة بين الضغوط المتكررة وطويلة الأمد التي تؤدي إلى استجابة الإرهاق والتمزق tear & wear ومن ثم ظهور أمراض الضغط Diseases Stress أو أمراض التكيف Diseases of Adaptation مثل : أمراض القلب، وضغط الدم المرتفع والذبحة الصدرية.¹

ويؤكد هارون الرشيد (1999) أن زملة الضغط العام هي ردود فعل الجسم المضاد للضغط وهو الذي يظهر من خلال الاستجابة الفزيولوجية.

من جهته يؤكد يخلف عثمان (2001) أن مصطلح الضغط النفسي يستخدم بعدة معاني ودلالات في البحث العلمي والدراسات الطبية، حيث يعني لدى البعض وضعاً خارجياً أو موقفاً بيئياً Environmental Condition بينما يرى البعض أن الضغط عبارة عن تقدير Appraisal لموقف اجتماعي، ويميل البعض الآخر إلى اعتباره استجابة Response لمتطلبات الواقع، وأخيراً تعتقد فئة أخرى أن الضغط عبارة عن اصطلاح يعكس التفاعل Interaction بين مطالب البيئة المحيطة وقدرة الفرد على مواجهة هذه المطالب.²

¹شيلي تابلور، 2008، المرجع السابق .

² عبد المعطي، حسن مصطفى وهشام، إبراهيم عبد الله (2002): "مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة وأساليب مواجهتها"، في عبد المعطي حسن مصطفى -2006- " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

ويعتبر لازاروس Lazarus أول من قدم وجهة النظر النفسية للضغط، حيث عرف الضغط Stress بالشيء الذي يقيّمه الفرد بأنه ضار أو مهدد أو متحد.¹

من جهته يذكر روث بروس (1997) Ruth Bruce أن الضغط هو استجابة فزيولوجية، عقلية وانفعالية غير مرغوبة تظهر بفعل أحداث لا يمكن التكيف والتوافق معها بشكل ناجح وفعال، كما يمكن أن يعتبر الضغط أنه الموضوع الذي نعتقد أننا غير قادرين على التكيف معه بشكل ناجح وفعال. وهنا يؤكد هذا التعريف على عامل التكيف أكثر مما يركز على مصدر الضغط بالإضافة إلى طريقة إدراك الفرد.²

وينظر إليوت (1988) Eliote للضغط على أنه استجابة العضوية لأي حدث مدرك، واقعي أم خيالي، وهذا الحدث يستدعي استجابة تكيفية وإلا يُشكل صعوبات للفرد. أما العامل الضاغط فلا يعتبر السبب المفجر لعملية الضغط وقد يكون هذا العامل فزيائيا (حادث، عملية جراحية ...). كما يمكن أن يكون عقليا وانفعاليا، وهنا تتدخل عوامل أخرى كالعائلة، الظروف الاجتماعية، الاقتصادية ... وهذه العوامل الضاغطة لها خصوصيات فردية أيضا، وهذا ما يفسر لنا لماذا لا يستجيب بالضرورة جميع الناس وبنفس الطريقة لنفس الأحداث والظروف.³

1 آيت حمودة حكيمة، 2006، المرجع السابق .

2 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص 85

3 Jean Boland, 1996

كما يمكن أن يعرف الضغط على أنه درجة استجابة الفرد للأحداث أو المتغيرات البيئية في حياته اليومية، وهذه المتغيرات ربما تكون مؤلمة تحدث بعض الآثار الفزيولوجية، مع أن تلك التأثيرات تختلف من شخص لآخر تبعا لتكوين شخصيته وخصائصه النفسية التي تميزه عن الآخرين والتي يعبر عنها بالفروق الفردية.¹

وعلى الرغم من الكتابات المختلفة حول الضغوط النفسية من جانب المهتمين بالصحة النفسية والبدنية إلا أن عبارة أو مفهوم الضغط أو الضغوط لا تعني الشيء نفسه لهم جميعا. ومع ذلك يمكن القول بأن العامل المشترك في تعريفات العديد من المهتمين والباحثين في المجالين المذكورين هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي Organism وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغيير الذي يواجهه. وبما أن التغيير هو إحدى الحقائق الثابتة في الحياة فإنه يمكن القول بأن التعرض للضغوط بدوره جزء من المعاشة اليومية للفرد.²

من خلال العرض السابق للتعريف الخاصة بالضغط يمكن تقسيمها إلى فئتين :

- الفئة الأولى : تعريفات تركز على المثيرات الضاغطة : وهذه الفئة من التعريفات تذهب إلى أن الضغط النفسي عبارة عن إدراك الفرد لموقف بيئي أو مواقف تهدد احتياجاته وكيانه الشخصي وتعوق توافقه النفسي ومن ثم فأحداث الحياة الضاغطة تعتبر نموذجا لما يدركه الإنسان باعتبارها شيئا غير مرغوب فيه، أو أنها مهدد يهدده، بحيث تتعرض رفاهية الفرد وتكامله للخطر، ولذلك فإنه يجب أن يبذل الجهد من أجل حماية ذاته، ومثل هذا الجهد ينعكس على صحة الإنسان الجسمية والنفسية، وبذلك فإن أحداث الحياة الضاغطة غالبا ما تؤدي وظيفة المثير المضطرب الذي يمكن أن يؤثر على الصحة النفسية والجسمية للفرد.

1 سعد الإمارة ب-2001 ، المرجع السابق.

2 عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد، 2008 ، المرجع السابق .

- الفئة الثانية : تعريفات تركز على الاستجابة للمواقف الضاغطة : وهناك من يعرف الضغوط النفسية في ضوء الاستجابة البيولوجية والعضوية والنفسية المرتبطة بالمشكلات الضاغطة ولذا يرى سيلبي (1982) Hans Selye أن الضغوط النفسية ينظر لها على أنها استجابة جسدية عامة أو غير محددة وهذه الاستجابة تحدث عندما يكون مطلب ما على الجسد سواء كانت حالة بيئية يجب تحملها أو مطلب يعمل على الجانب النفسي من أجل انجازه كهدف شخصي.

2- إدراك الضغط :

هناك عوامل متعددة تتواجد في مناحي الحياة المختلفة: في العمل، العلاقات الاجتماعية، الحياة العائلية، والناحية المالية، والظروف العامة للمجتمع، الأحداث العالمية، العادات السلوكية، تسبب الضيق والقلق للفرد.

والفرد في تفاعل مستمر مع أكثر من جانب ويلعب إدراكه الشخصي الذي من خلاله يفسر ويقيّم المواقف التي تواجهه دورا مهما في درجة العبء الواقعة عليه من المصادر المختلفة، فهو يتأثر بأكثر من مصدر وبدرجات متفاوتة في أي لحظة من حياته.

يؤكد حسن عبد المعطي(1999) أن هناك تزايدا كبيرا في السنوات الأخيرة للتركيز على العوامل التي تتوسط العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمرض .ويشير إلى أنه قد وجد أن كثيرا من الأفراد لا يمرون بأي أزمات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة، ومن هنا عمدت الدراسات الحديثة إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع الناس عن طريقها البقاء أصحاء رغم الظروف المضادة. وكان من بين المتغيرات التي لقيت اهتماما من الباحثين طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التي يتبعها في مواجهة الأحداث الضاغطة.

ويتوقف إدراك الضغط النفسي حسب ريس (1976) Rees (نقلا عن حسن عبد المعطي، 1992) أحيانا على الطريقة التي يستجيب بها الفرد لبعض مواقف الحياة المختلفة وهذا بغض النظر عن الإدراك الموضوعي أم غير الموضوعي، بالإضافة للموقف الضاغط الذي يمر به الفرد من حيث القوة والنوع وبحسب درجة التحدي.

كما توصل لازاروس وفولكمان (1984) إلى أن الإدراك الايجابي والسلبي لأحداث الحياة من المحددات الهامة للصحة النفسية فالأحداث قد تزيد من ثقة الفرد ومهارته.¹

وفي نفس السياق يؤكد لودنسلاجر و ريت (1984) Laudenslager, Reit إلى أن الإدراك السلبي للأحداث الحياتية ومشاعر انعدام القوة وعدم التحكم فيما عندما يحدث للفرد قد يوقعه فريسة الاضطراب النفسي والجسمي، فالناس يمكن أن يتحملوا سنوات من الصعوبة إذا شعروا بأنهم يتحكمون في الأحداث أو على الأقل يتنبئون بها. من جهته يؤكد إيفانسفيك وماتسون (1987) Ivancevich, Matteson أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية، ويفترض أن الضغط جزء من نظام معقد ودينامي للتفاعل بين الفرد وبيئته وهذا النموذج دائري Circul حيث ترتبط المواقف الضاغطة بالنتائج.²

بهذا يظهر أن مصادر الضغط لا تعتبر كذلك إلا إذا كان الفرد يدرك أنها مهددة وتضع حياته وتوازنه في خطر، وهذا ما يفسر الفروق بين الناس في الاستجابة لنفس مصادر الضغط.

1 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص 87

2 شيلي تايلور، 2008 ، المرجع السابق .

3 - الضواغط والعوامل المؤدية للضغط النفسي :

قسم لازاروس وكوهين Lazarus, Cohen¹ الضواغط إلى ثلاث مجموعات هي :

- **الحوادث الجانحة:** وهي حوادث مفاجئة وعنيفة ويمكن أن تؤثر على أعداد كبيرة من البشر ومن أنواع هذه المجموعات : الحروب، الكوارث الطبيعية بما فيها الزلازل، العواصف، والكوارث التكنولوجية.

- **الضواغط الشخصية :** وهي أحداث قوية وشديدة تتطلب مواجهة تكيفية فعالة، والفرق الرئيسي بين الضواغط الشخصية والأحداث الجانحة هو أن الضواغط الشخصية تؤثر في عدد قليل من الناس ومن أمثلتها : المرض العضوي، أما الجانحة فتؤثر على عدد كبير من الناس.

- **الضواغط العامة :** ويمثل هذا النوع من الضواغط الاحتكاكات أو المشاحنات أو المضايقات اليومية وهي حوادث ذات شدة منخفضة لكنها تستمر أو تتكرر في الحياة اليومية، وذلك مثل الانتقال إلى مكان العمل والعودة منه كل يوم، والزحام، ولا تفرض هذه الحوادث تهديدا مباشرا في الحال لكن يبدو أن آثارها تصبح سلبية وتراكمية.²

¹ عبد الخالق ، أحمد محمد (1998): " الصدمة النفسية "، مطبوعات الكويت.عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد

(2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان

2 Folkman,s &.Lazarus,R 1988

4- المصادر و العوامل المسببة للضغط:

تختلف المصادر و العوامل المسببة للضغط من فرد لآخر و تلعب هذه العوامل دورا هاما في إخلال توازن الشخص و عدم تكيفه، و تنوعت مصادر الضغط حسب شخصية الفرد و نمط معيشته و المحيط الذي يتواجد فيه، و ادمانا على ذلك صنفنا هذه العوامل إلى ما يلي:

4- 1 العوامل النفسية وسمات الشخصية:

تلعب سمات شخصية الفرد دور مهم في نوعية الاستجابة لمصادر الضغوط ويرى جردانو (Girdano 1997) أن شخصية الفرد تعتبر عاملا وسيطا أو متداخلا تخفف أو تزيد من حدة الموقف السلبي (الضغط) على الفرد وبما أن الأفراد يختلفون في شخصيتهم فإنهم بالتالي يختلفون في ردود أفعالهم للمواقف الضاغطة. أما وليام أوسلر (Wiliame Ousler) بدون تاريخ) فيعتبر شخصية المريض وليس نوع المرض هو العامل الحاسم في التعامل عند الإصابة بأحد الأمراض الخطيرة ، فهناك من ينهار ويفقد الأمل في أول لحظة عندما يصل إلى مسامعه خبر إصابته بمرض عضال مثلا وهناك من يتعامل مع خبر مماثل بدرجة من الثقة والأمان في التغلب ومحاصرة المرض.¹

وهناك أيضا سمات تبين علاقة الشخصية بالضغط منها:

- **الصلابة أو الشدة النفسية:** إن الفرد الذي يتميز بالصلابة النفسية لديه القدرة على توقع الأزمات والتغلب عليها، و يرى لوثنس Luthans (1992) أن تلك الصلابة تعمل عازلا يخفف الآثار السلبية ، وأن الضغط يمثل لهم عامل إثارة في حياتهم وليس مصدرا مساهما في زيادة العبء.¹

- **الكفاءة الذاتية:** يدل هذا المفهوم على قدرة الفرد على إدراك قدرته وفاعليته في مواجهة أحداث الحياة ويرى آلبرت باندورا Albert bandura (1980) بأن الكفاءة في الشخصية الإنسانية لا تقتصر على امتلاكها مهارات سلوكية متنوعة ، بل إلى جانب ذلك الثقة والاعتقاد بالكفاءة الذاتية وإدراك الفرد بكفاءته يؤثر على سلوكه ونمط تفكيره وانفعالاته. (Albert bandura, 1980, p45

- **التفاؤل:** يرى الباحثان كافر Carver وشير Schir (بدون تاريخ) أن الفرد الذي يتسم بالاستعداد أو النزعة التفاؤلية غالبا ما يملك وسائل للتعامل مع المواقف الضاغطة مقارنة بصاحب النظرة التشاؤمية.²

- **مفهوم الذات:** يشير هذا المفهوم إلى الصور الكلية للأفكار والمشاعر التي يحملها الفرد في نفسه وهذه الصور تتكون من خلال تفاعل الفرد مع من يتواجد في محيطه الاجتماعي، ولوجود الفروق البدنية والانفعالية وتبني مواقف الحياة وردود الفعل بين الأفراد خلال التفاعل الاجتماعي تبرز مستويات مختلفة من مفهوم الذات وتفاوت في درجة السلبية والإيجابية.

1 بغيجة، 2006 ، ص 86

2فاضلي أحمد، 2009، المرجع السابق، ص89

- **القلق:** باعتبار القلق شعور من الخوف والتوتر الذي يرتبط بشيء ، فإن الفرد القلق يحمل أفكار مزعجة حول مخاطر ليعرف مصدرها كالشعور بالتوتر الدائم وبالخوف المستمر وهؤلاء الأفراد هم الأكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات السيکوسوماتية.(بغيجة، 2006 ، ص 87)

4-2 العوامل المهنية:

تتضمن مهنة الفرد واختلافها قدرا كبيرا من الضغط، حيث أن بعض الوظائف تسبب الضغط في العمل أكثر من غيرها وأن الوظيفة التي تتطلب من شاغلها إتخاذ القرارات الهامة في ظل العمل تعرضه إلى مستوى عال من الضغط ، وكذلك الأفراد الذين يتعرضون لضيق الوقت والتركيز الشديد للطاقات العقلية والبدنية ، وكذا صراع تعارض الأدوار في العمل وذلك عندما يكون هناك أكثر من مطلب على الفرد والاستجابة لأحدها و تصعب عليه الاستجابة للآخر.²

4-3 العوامل الاقتصادية و السياسية:

هناك عدة عوامل اقتصادية وسياسية تسبب الضغوط لدى الأفراد فمن بين العوامل الاقتصادية، الفقر، البطالة، انخفاض الإنتاج، عدم توزيع الناتج القومي والتفاوت الطبقي، بالإضافة إلى عدم الرضى عن نظام الحكم ، الصراعات السياسية الثقافية ، هيمنة بعض القوى وعدم التكيف مع الأوضاع السياسية القائمة.³

1بغيجة، 2006 ، المرجع نفسه ، ص 87

2 ملحم، سامي محمد (2000): " مناهج البحث في التربية وعلم النفس "، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن. (عشوي ، 1990 ،). ص100

3 بغيجة، 2006 ، المرجع نفسه ، ص 88

4-4 العوامل الاجتماعية والثقافية:

يمكن اعتبار تعرض الفرد للضغط نتيجة اصطدامه بالواقع الاجتماعي، حيث يجبر الفرد على قمع وكبت رغباته والتعبير عنها تماشياً و احترام المعايير والنظم الاجتماعية (العمل، المنزل، الشارع، المدرسة). ويدرج حمدي ياسين (1999) الزواج، الطلاق، تغير مكان الإقامة، التقاعد، البطالة ضمن العوامل الاجتماعية المولدة للضغط (فاضلي، أحمد، ص75). وأشار كل من شارو Charue (1977) و Bensabat وآخرون (1980) إلى أن التغيرات الناجمة عن النمو ومراحله المختلفة تولد ضغطاً وكذا الصدمات الجسمية المتكررة والمرض.¹

ويعتبر كثرة الأولاد، صراع الأجيال، والمستوى الاجتماعي مصدر للضغط حيث تؤدي إلى تغيير نمط الحياة وأسلوبها كذلك ثقافة المجتمع وتقاليدته إلى جانب أساليب التربية، طبيعة السكن، التقارب الحضاري الثقافي ومشكل صراع الأصالة والمعاصرة وحتى مايشبه التقدم قد يسبب الضغط.

4-5 العوامل الفزيولوجية :

تحدث تغيرات فسيولوجية بسبب مثيرات بيئية مختلفة أو من جراء الضغوط النفسية، مما يؤدي إلى الإخلال بوظائف أجهزة الجسم المتعددة، وسواء كان السبب هو عوامل نفسية أو بيئية فعادة ما تكون ردود أفعال الجسم ذات طبيعة متشابهة، وتعتبر ردود أفعال الجسم ضرورية للدفاع عنه ضد الأخطار التي يواجهها الإنسان، ومن أجل إعادة الجسم إلى وضعه الطبيعي أيضاً لأنها تشكل جانبا هاما من عمليات التوافق.²

¹ماجدة بهاء الدين سيد، 2008 ، المرجع السابق .

²القذافي، رمضان محمد (1998): " الصحة النفسية والتوافق "، الطبعة الثالثة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، القاهرة. ص ص 117 ، 118

4-6 العوامل الصحية:

تعتبر التغذية غير المتكيفة من أسباب الزيادة في الوزن والذي يعمل بدوره على عدم الرضي بصورة الجسد، ويعيق استجابات الفرد للمواقف التي يواجهها بالهرب مثلاً، هذا ما يزيد من مستوى الضغط لديه هذا من جهة ، ومن جهة أخرى فإن النشاطات البدنية الحادة، تؤدي إلى الإجهاد الجسدي الذي يجعل الفرد في وضعية شد نفسية، وحسب الجمعية الأمريكية للأمراض العقلية (A-A-P) Association Americana Psychiatrique (1999) فإن تناول الفرد للأغذية والمشروبات التي تحتوي على الكافيين، الكحول، الكوكايين، المنومات أو أي مخدر، يعمل على إحداث الضغط خاصة عندما لا يستطيع المتعاطي الإقلاع عنه، كما أن العوامل الجسدية الذاتية قد تؤدي إلى الضغط مثل الجروح، الآلام، والأمراض والحروق، الجوع وأيضا النحافة أو السمنة.¹

5- أعراض الضغط النفسي:

إن التعرض للضغط لفترات طويلة يسبب للفرد أمراض جسدية أو نفسية، فالاستجابة التي يحدثها الفرد لا تسبب التوتر والقلق فحسب، فالفرد حين يمر بنوع من التهديد يتم تحرير مرسلات كيميائية ينجم عنه لا توازن هرموني الذي يؤدي إلى تغيرات فيزيولوجية كسرعة النبض والتنفس وكل هذه العمليات الحيوية الغير طبيعية تعود بالضرر على الجسم وتتهكه. ولقد تم تصنيف أعراض الضغط حسب براهام (1994) إلى:

1 فاروق السيد عثمان. 2001. **القلق وإدارة الضغوط النفسية**. سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس. دار الفكر العربي. القاهرة ط 1، ص 219

5-1 الأعراض الفيزيولوجية: يعتبر الضغط استجابة فيزيولوجية للأحداث التي يصادفها

الفرد في حياته اليومية ومن أهم هذه الاستجابات: التعب وآلام الرأس وفقدان الطاقة، تضيق وجفاف في الحلق، تغيرات في أنماط النوم، ألم في الصدر وضيق في التنفس، التغير في الشهية مع عسر في الهضم، برودة وتعرق اليدين، تغيرات في الهضم، الغثيان والقيء والإسهال وآلام في البطن، خفقان القلب وارتفاع ضغط الدم.¹

5-2 الأعراض السلوكية:

تختلف الأعراض حسب مستويات الضغط (خفيفة، متوسطة أو مرتفعة): فالضغط الخفيف Mild Stress ينشط ويقوي سلوكيات بيولوجية مهمة مثل الأكل، العدوان، والسلوك الجنسي، وهذه تجعل الفرد أكثر يقظة وحذرا لكن عدم حل الضغط الخفيف يمكن أن ينتج عنه سلوكيات غير تكيفية مثل سرعة الغضب أو الانفعال وعدم القدرة على التركيز ونفاذ الصبر. أما الضغط المتوسط Moderate Stress فيسبب اضطراب السلوك، خاصة عندما يتطلب الفعل (السلوك) المهارة والتنسيق، وقد يؤدي الضغط المتوسط أو المعتدل إلى زيادة العدوان، ومثل هذه السلوكيات قد تكون تكيفية إذا قللت الإثارة، غير أن صلابتها واستمرارها يمكن أن يؤدي إلى عدم التكيف وهزيمة الذات، في حين أن الضغط الحاد Sever Stress يمنع ويوقف السلوك وقد يؤدي إلى الجمود الحركي الذي يفسر بأنه استجابة دفاعية ضد الموقف الضاغط .

1 آيت حمودة حكيمة، 2006، المرجع السابق .

فحينما يتجاوز الضغط المستويات العادية أو المألوفة تظهر ردود فعل سلوكية عديدة تشمل القلق، والنزعة العدوانية واللامبالاة والملل والاكتئاب والإرهاق والسلوك المنفر، والتوتر العصبي. وإدمان الكحول والمخدرات.¹

3-5 الأعراض النفسية والانفعالية:

معظم الضغوط غير سارة وتحدث انفعالات سلبية، فتغيرات الحياة التي تتضمن الفقد أو الانفصال عن أصدقاء ومقربين هي غالبا مؤشرات لحدوث الاكتئاب. والاضطرابات الانفعالية الناتجة عن الاستجابة للضغوط تأخذ أشكالا وأعراضا متعددة منها مشكلات النوم، الشعور بالذنب، صعوبة التركيز، استجابة الرعب المضخمة. كما قد نسجل التهيجية وأزمات الغضب الانفجارية، العدوان والتخريب، القلق، مشاعر الاكتئاب، الكوابيس، الخوف الشاذ أو نوبات الذعر، الشعور بفقدان الأمل واليأس، التشاؤمية، الشعور بعدم الأمن، الكآبة المتزايدة، الصراخ وكثرة البكاء.²

4-5 الأعراض المعرفية:

عند مواجهة أحداث ضاغطة فإن العديد من الوظائف العقلية تصبح غير فعالة، فالفرد الأكثر تعرضا للضغوط هو الأكثر نقصانا في الكفاءة المعرفية والأكثر اضطرابا وتشوشا في التفكير، لأن الانتباه قوة محدودة وعند التركيز على الجوانب المهددة من الموقف يتم التقليل من مقدار الانتباه الممكن للمواجهة الفعالة. كما تتأثر الذاكرة وهذا لأن الذاكرة قصيرة المدى تعتمد

1أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص91

2 شيلي تايلور، 2008، المرجع السابق .

على مقدار الانتباه للمدخلات الحديثة واستعادة محتويات الذاكرة القديمة يعتمد على سهولة عمليات استخدام الذكريات، فعند وجود الضغط يظهر النسيان وصعوبة استدعاء المعلومات التي تم تخزينها في الذاكرة. كما تؤثر الضغوط مباشرة على القدرة في حل المشكلات والحكم والتقدير واتخاذ القرارات، وهذا لأنها تؤدي إلى تضيق القدرة على إدراك البدائل وتعمل على إحلال التفكير النمطي والمتصلب بدلا من الاستجابة الأكثر ابتكارية. وضمن هذا الجزء يمكن تسجيل أثر الضغط على الجانب المعرفي مسببا ظهور أعراض مثل النسيان والصعوبة في التركيز، الصعوبة في اتخاذ القرارات مع اضطراب في التفكير، الصعوبة في استرجاع الأحداث وتزايد عدد الأخطاء، انخفاض في الدافعية للقيام بالأعمال والأشغال، إصدار أحكام غير صائبة، إنجاز مهام بتحفظ، ضعف الذاكرة أو صعوبة في استرجاع الذكريات.¹

6- الاتجاهات والنماذج المفسرة للضغط النفسي :

تؤكد ماجدة عبيد (2008) على تعدد وجهات نظر الباحثين حول تناول الضغط وهذا كغيره من المفاهيم، حيث اعتبره بعضهم مثيرا بينما تناوله الآخرون كاستجابة، أما الفريق الثالث فاعتبره عملية تفاعل بين الشخص والبيئة. ومن خلال هذا التنوع في مجال دراسة الضغط سنحاول التعرض لأهم الاتجاهات النظرية المفسرة للضغط النفسي وهذا على النحو التالي :

1 نشوة كرم عمار أبو بكر دردير (2010) : فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراة الفلسفة في التربية تخصص ارشاد النفسي (حفني عبد المنعم 2005، ص 176

6-1 نموذج والتر كانون:

يعتبر العالم الفزيولوجي كانون من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه بردة الفعل في حالة الطوارئ Emergency Response أو رد الفعل العسكري Militaristic Response بسبب ارتباطها بانفعال القتال أو المواجهة.¹

وفي بحوثه على الحيوانات استخدم عبارة الضغط الانفعالي لوصف عملية رد الفعل النفسي الفزيولوجي التي كانت تؤثر في انفعالاتها. وقد بينت دراساته أن مصادر الضغط الانفعالية كالآلم والخوف والغضب تسبب تغيرا في الوظائف الفزيولوجية للكائن الحي، وهذا يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات، أبرزها هرمون الأدرينالين Adrenaline ويعرف أيضا بالإبينفرين Epinephrine الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة. وقد كشفت أبحاث كانون عن وجود ميكانزم أو آلية في جسم الإنسان تساهم في احتفاظه بحالة من الاتزان الحيوي أي القدرة على مواجهة التغيرات التي تواجهه والرجوع لحالة التوازن العضوي والكيميائي بانتهاء الظروف والمواقف المسببة لهذه التغيرات. ومن ثم فإن أي مطلب خارجي بإمكانه أن يُخل بهذا التوازن إذا فشل الجسم في التعامل معه. وهذا ما اعتبره كانون ضغطا يواجهه الفرد والذي ربما يؤدي إلى مشكلات عضوية إذا أخذ بدرجة عالية بالتوازن الطبيعي للجسم. وقد أولى اهتماما لدور الجهاز السمباتي Sympathetic System كأحد أقسام الجهاز العصبي الذاتي Autonomic Nervous System لدوره الهام في تهيئة الجسم لمواجهة المواقف الضاغطة وتمكين الجسم من الاحتفاظ بالتوازن المشار إليه.²

1 عبيد ماجدة بهاء الدين سيد، 2008، المرجع السابق .

2 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص 99

6-2- نموذج هانز سيليه Hans Selye:

جاء اكتشاف هانز سيليه Hans Selye للضغط صدفه، وهذا من خلال بحوثه على الهرمونات الجنسية في العشرينات، فقد لاحظ بعد حقن فئران تجاربه بأنسجة غددية غير معقمة حدوث ردود فعل غير واضحة منها تضخم في الغدة الأدرينالية Adrenal Gland، تضائل وضمور في بعض الحالات للغدة التيموسية Thymus Gland وظهور قرحة Ulcer في الجهاز الهضمي. وفي تجارب لاحقة وجد أن هذه الأعراض تظهر مع مصادر ضغط أخرى مثل الحرارة، البرودة، الجرح، العدوى، التعرض لأشعة أكس، الحقن بالأنسولين وغيرها من المؤثرات.¹

هذه الأعراض سماها سيليه فيما بعد بمجموعة الأعراض الحيوية للضغط Biological Stress Syndrome أو جملة الأعراض التكيفية العامة The General Adaptation Syndrome الذي يشار إليه GAS. وقام سيليه بتبسيط مفهوم الضغوط وتقدم في دراستها مشيرا إلى أن كثيرا من العوامل البيئية يحول الجسم عن حالة التوازن Equilibrium كالحرارة، البرودة، الألم، السموم والفيروسات وغيرها، وتتطلب من الجسم الاستجابة لها، هذه العوامل تسمى الضواغط أو مثبرات الضغط Stressors وتتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعبئ Mobilize استجاباته لمواجهته، والجسم يستجيب للضواغط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية والكيميائية التي تُعد الفرد للقتال أو التفاوض (تجنب). فالجسم عادة يقابل التحدي للبيئة ويتكيف مع الضغوط ووفقا لسيلي فإن عرض التكيف العام يتكون من ثلاث مراحل :

1 عبيد ماجدة بهاء الدين سيد، 2008، المرجع السابق .

– **مرحلة الإنذار Alarm Phase:** تمثل هذه المرحلة رد الفعل الأول للموقف الضاغط عندما يدرك الفرد التهديد الذي يواجهه عن طريق الحواس، التي تنتقل منها إشارات عصبية إلى الدماغ، وبالتحديد إلى الغدة النخامية Pituitary Gland وهذا بدوره يرسل رسائل عصبية إلى الدماغ وكيميائية للأجهزة المعنية في الجسم، حيث يفرز هرمون الأدرينالين، يزداد التنفس، يزداد السكر والدهون في الدورة الدموية، وتشد العضلات ليتهيأ الجسم لعملية المواجهة.

– **مرحلة المقاومة Resistance Phase:** في هذه المرحلة ينتقل الجسم من المقاومة العامة إلى أعضاء حيوية معينة تكون قادرة على صد مصدر التهديد، ورغم أن الكائن الحي يتكيف مع مصدر الضغط إلا أن هناك حدود لعملية المقاومة من جانب الجسم.

– **مرحلة الاستنزاف Exhaustion Phase:** تبرز المرحلة الثالثة إذ استمر التهديد واستنفذت الأعضاء الحيوية قواها اللازمة للصمود، الأمر الذي يؤدي في بعض الحالات المتطرفة إلى الموت، فعلى سبيل المثال مع أن الجسم لديه القدرة على التكيف مع ضغط الدم العالي إلى أن استمرار زيادته يؤدي إلى المساهمة في تلف الكبد والقلب، كما أن هناك أدلة علمية تبين أن استمرار الضغط يمكن أن يؤدي إلى ضعف جهاز المناعة في الجسم وفي الحالات القصوى إلى الوفاة.¹

6-3- نموذج أحداث الحياة الضاغطة هولمز و راه Holmes & Rahe:

هذا النموذج جاء كرد فعل لاهتمام سيلبي المتزايد بالتغيرات بوصفها مصدرا للضغط، حيث يؤكد هذا النموذج على أن أحداث الحياة والتغيرات البيئية الخارجية، سواء كانت ايجابية أو

1 شيلي تايلور، 2008، المرجع السابق.

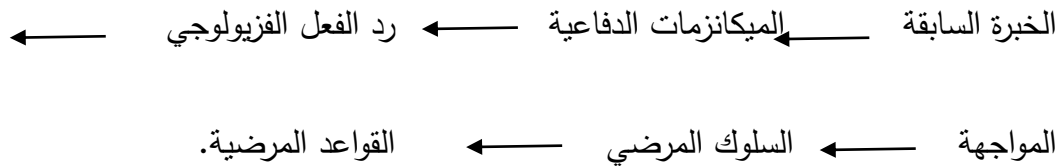
سلبية من شأنها أن تشكل ضغوطا على الفرد حيث اتفق هولمز وراه (1967) Holmes Rahe, و هولمز وماسودا (1974) Holmes, Masuda على أن أحداث الحياة لها تأثيرات على الأفراد، ومن ثم شرعوا في تحديد أحداث الحياة التي يكون لها ردود فعل ضاغطة وطوروا نتيجة لذلك مقياسا لأحداث الحياة الضاغطة.

ويفترض هذا الاتجاه أن رد فعل الضغط يحدث عندما يمر الفرد بشيء يتطلب منه استجابة تكيفية أو سلوك مواجهة، والحدث الضاغط قد يكون ايجابيا أو سلبيا، ويتضمن أي جانب من جوانب حياة الفرد بما في ذلك الحياة الأسرية والمهنية. كما يفترض هذا الاتجاه أن تأثير أحداث الحياة يختلف من حيث قدرته على إحداث الضغط، وأن المقدار الكلي للتأثير يحدد مقدار الجهد الذي يجب على الفرد القيام به للمواجهة، ويشير مصطلح إعادة التوافق الاجتماعي social réajustement إلى المواجهة والتغييرات اللازمة للاستجابة للضغط.¹

وينطوي هذا النموذج على أمرين أساسيين وهما أن الضواغط يمكن تصورها على أنها أحداث الحياة الرئيسية وأن التكيف يكون مسؤولا عن استجابة الضغط وأن هناك خصائص للأحداث الضاغطة الرئيسية والتي تبدو مسؤولة عن العلاقة بين هذه الأحداث وظهور الأعراض النفسية.

وقد اقترح راه وماسودا (1974) Rahe, Masuda عملية بواسطتها قد يحدث الضغط، وحددوا التغييرات على طول الممر ما بين سبب الضغط الأولي والمرض البدني النهائي، ويشمل الممر حواجز buffers ومرشحات filters يمكن تتبع الأحداث المسببة للضغط عندها، وهذا ما يوضحه الشكل التالي :

1 نشوة كرم عمار أبو بكر دردير، 2010 ، المرجع السابق .



شكل رقم (03): مسار عملية الضغط ما بين حدوث الأحداث الضاغطة والحالة المرضية

والخبرة السابقة هي المرشح الأول والتي قد تزيد أو تقلل تأثير الحدث الضاغط وتبين أنه إذا كان حدثا مشابها لحدث في الماضي كان ضارا فإن الفرد سوف يدرك الحدث على أنه مهدد. أما المرشحات الأخرى فتحدد ما إذا كان الشخص يحاول مواجهة الحدث الضاغط أو أن أعراض المرض يتم إنتاجها.¹

6-4- نموذج سبيلبرجر Spielberg:

تعتبر نظرية سبيلبرجر في القلق مقدمة ضرورية لفهم الضغوط عنده، فقد أقام نظريته في القلق على أساس التمييز بين القلق كحالة والقلق كسمة، ويرى أن للقلق سمة دلالة على استعداد طبيعي أو اتجاه سلوكي يجعل القلق يعتمد بصورة أساسية على الخبرة الماضية.

وقلق الحالة هو قلق موضوعي أو موقف يعتمد على الظروف الضاغطة وعلى هذا الأساس يربط سبيلبرجر Spielberg بين الضغط وقلق الحالة، ويعتبر الضغط الناتج ضاغطا مسببا لحالة القلق، ويستبعد ذلك عن القلق كسمة حيث يكون من سمات شخصية الفرد القلق أصلا.

1 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق، ص 110

كما اهتم سبيلبرجر Spielberg بتحديد طبيعة الظروف البيئية المحيطة والتي تكون ضاغطة يجب تقييمها على أنها خطيرة أو مهددة فتصبح سببا لحدوث القلق، كما يميز بين مفهوم الضغط ومفهوم التهديد من حيث أن الضغط يشير إلى الاختلافات في الظروف والأحوال البيئية التي تتسم بدرجة ما من الخطر الموضوعي . أما كلمة تهديد فتشير إلى التقدير والتفسير الذاتي لموقف خاص على أنه خطير أو مخيف.¹

5-6 نموذج ريتشارد لازاروس Richard Lazarus:

يؤكد لازاروس أن نموذجه يوضح العلاقة التفاعلية بين الفرد والمحيط (Paul - 1992, Etienne chipp, Klaus Scherer) ويعد هذا النموذج الذي يعرف بنموذج التقييم المعرفي من أهم النماذج التي ترى أن الضغوط تحدث عندما يواجه الشخص مطالب تفوق قدرته على التكيف، ويرى أن الضغوط وأساليب مواجهتها ترجع للمعرفة والإدراك وللطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالبيئة وأن هذه العلاقة لا تسير في اتجاه واحد بل إن متطلبات البيئة وأساليب مواجهة الضغوط. والاستجابة الانفعالية هي نتيجة لتأثير كل منها على الآخر. ويؤكد لازاروس وآخرون على أن معنى الحدث وتفسير الفرد له يلعبان دورا هاما في مدى تأثير الحدث على الفرد، ويرى أن هناك عمليتين معرفيتين تتوسطان العلاقة بين الحدث المسبب للضغط وبين نتائجه وهما التقييم المعرفي للحدث وتقييم الفرد لأساليب التعامل مع هذا الحدث.²

1 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص 112

2 Lazarus.R , (1993) : from psychological stress to the emotion / a history of changing out looks .Annee-rev-psych , vol 44m , pp 1-12.

انصب اهتمام لازاروس على التقييم الذهني ورد الفعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، واتفق مع والتر كانون على أن الضغط يحدث نتيجة للتفاعل بين الفرد والبيئة المحيطة، وأكد بصورة خاصة على التقييم الذهني من جانب الفرد ومن ثم الحكم على الموقف المواجه وتصنيفه فيما يتعلق بالضغط. كما أن الأفراد يختلفون في تقييمهم للمواقف من حيث الضغط فالموقف الذي يكون مصدر إزعاج لشخص ما ربما لا يكون كذلك لشخص آخر. ويظهر أن ريتشارد لازاروس يؤكد على فكرة أساسية مفادها التقييم Appraisal ورأى أنها تنقسم إلى قسمين :

أ - **التقييم الأولي Primary Appraisal**: ويعني به المحاولة التي يقوم بها الفرد لتقييم الحدث وللتعرف عليه هل هو سلبي أم إيجابي، فإذا أدرك بأن الموقف سلبي يقوم بتقييمه من حيث درجة الضرر harm ومن حيث درجة التهديد threat ومن حيث درجة التحدي challenge.

ب - **التقييم الثانوي Secondary Appraisal** : ويعني به تقييم الفرد لإمكانياته الفردية والشخصية وكذا المادية والاجتماعية لمواجهة هذا الحدث الذي تم تقييمه كحدث ضاغط.¹

ولهذا فإن لازاروس يرى أن التوازن بين نوعي التقييم يكون بالحكم على مدى إدراك الضغوط، فحين يكون الضرر أو التهديد أو التحدي أعلى وأكبر من إمكانيات المواجهة أو ما يسمى بأساليب المواجهة coping ressources فإن الفرد سوف يدرك الضغوط وتظهر عليه ردود فعل الضغوط النفسية.²

1 Folkman,s &.Lazarus,R 1988

من خلال هذا يمكن أن نقول أن لازاروس وفولكمان (1986) Lazarus Folkman ينظران للضغط على أنه يظهر حين يقيّم الفرد موقفا ما على أنه يستنفذ قدراته الشخصية، وهذه الاستجابة تظهر كنتيجة لاختلال التوازن بين متطلبات الموقف المثير وقدرات الفرد الموظفة بهدف التعامل والتسوية.

وحسب جان مارك تريفو (1996) Jean-marc triffaux فإن لازاروس وكوين Lazarus, Coyne قد قدما مفهوما أساسيا وهو مفهوم التقدير المعرفي عام (1981) هذا المفهوم الذي من خلاله تظهر أساليب التكيف المشار إليها بأساليب التعامل التي يقوم الفرد باستعمالها عند مواجهته للمواقف الضاغطة والتي تتحدد من خلال التقييم لهذا الموقف والنتائج المترتبة عنه، إلى جانب المصادر الشخصية التي يمتلكها. فموقف معين يفسره شخص أنه موقف ضاغط بينما آخر يفسره على أنه غير ذلك، أما المصادر فهي تشير إلى قدرة الفرد على التعامل مع الحدث الضاغط، فقد يدرك شخصان على أن الحدث ضاغط ولكن أحدهما يعتقد أن لديه مصادر وإمكانات تساعد على التعامل مع الضغط بينما آخر قد لا يعتقد ذلك، فكل منهما يستجيب ويتعامل مع الموقف حسب ما لديه من مصادر مواجهة.¹

6-6 نموذج العجز المكتسب : Learned Helplessness :

استخدم سليغمان seligman مفهوم العجز المتعلم أو المكتسب من خلال تجاربه في السبعينات، ويشير هذا المفهوم إلى أن تكرار تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بأنه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها، فإن هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر

1 أحمد فاضلي ، 2009 ، المرجع السابق .

بالعجز وعدم القيمة أو الاستحقاق، وأن هذا الشعور بالعجز يجعله يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها. وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يتوقع الفشل بشكل مستمر، ويدرك أن ما يتعرض له من فشل وعدم قدرة على المواجهة في الماضي والحاضر سوف يستمر معه في المستقبل ومن ثم يشعر باليأس ويترتب على ذلك الشعور بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكتئاب.¹

وتتحدد أسباب العجز المتعلم في نوعين من العوامل : عوامل بيئية ضاغطة سواء في الحياة الأسرية أو المهنية أو الاجتماعية للفرد، وعوامل ذاتية تتعلق بالشخص ذاته وبخصائص شخصيته، والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة، ومن أمثلة ذلك مفهوم الفرد عن ذاته ومركز التحكم والمرونة والانطوائية. (Martin E. P. seligman 1975) ويؤكد نموذج العجز المتعلم على الطريقة التي يدرك ويفسر بها الأفراد الأحداث الضاغطة والمؤلمة في حياتهم، وأن استجابة الأفراد إزاء الأحداث الضاغطة تعتمد على تفسيرهم لأسباب ومعنى ومغزى هذه الأحداث، فالأفراد الذين يفسرون الأحداث بطريقة سلبية غالبا ما يتعرضون للاكتئاب، والأفراد عند تقييمهم للأحداث والمواقف التي يتعرضون لها قد يعزون ذلك إلى أسباب داخلية أو إلى أسباب خارجية، أو قد يعزون ذلك إلى أسباب ثابتة أو أسباب غير ثابتة.³

1 Martin E. P. seligman (2006) : learned optimism, how to change your mind and your life. vintage books. new york.

2Martin E. P. seligman 1975،

3 Martin E. P. seligman 2006، المرجع نفسه،

وانتبه سليغمان (1975) Seligman حين قام بتجاربه على الحيوانات إلى أثر الضغوط على الإنسان من الناحية النفسية والجسمية إذ أشار إلى أن الحيوان إذا كان بلا حيلة حينما يمر بخبرة مؤلمة كالصدمة الكهربائية مثلاً، و لا يستطيع السيطرة ولا التنبؤ ، فإنه ينهار جسمياً . وهذا المبدأ ينطبق أيضاً على الإنسان ،حيث وجد سليغمان (1975) Seligman أن الأفراد الذين كانوا يعيشون في مخيمات أثناء الحرب العالمية الثانية قد تعرضوا للانهايار الجسمي والنفسي.¹

يمكن أن نذكر في هذا النموذج أن سليغمان قد أضاف دور بعض العمليات المعرفية في التعامل مع الضغوط، خاصة تلك المتعلقة بالعزو .

6-7 نموذج الإنساني:

يؤكد أصحاب هذا الاتجاه على دراسة الخبرة الذاتية للفرد كما يدركها هو، وليس كما هي عليه في الواقع، إذ أن هناك اختلاف بين الأحداث والمواقف كما هي عليه في الواقع وكما يدركها الفرد، ومن أبرز رواد هذا الاتجاه ماسلو وروجرز Maslow , Rogers.

وقد وضع ماسلو الدوافع على شكل سلسلة أو هرم متدرج يبدأ بالحاجات الفزيولوجية مثل الجوع، العطش ...ثم يأخذ في الارتقاء نحو حاجات نفسية أعلى كالحاجة إلى الانتماء والحب والتقدير الايجابي وتحقيق الذات، ولا يمكن للفرد إشباع الحاجات العليا دون إشباع الحاجات الفزيولوجية الأولية، والفرد لا يشبع هذه الحاجات العليا إلا بعد أن يتحرر من سيطرة وإشباع الحاجات الدنيا، خاصة الحاجات الفزيولوجية، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالضغط لدى

1 Martin E. P. seligman 1975، المرجع نفسه

الفرد فتنتج الضغوط عندما يفشل الفرد في إشباع الحاجات الأولية وكذلك الحاجات

النفسية.¹

أما كارل روجرز فيركز على مفهوم الذات فالفرد يستجيب للمواقف في البيئة كما يدركها هو، أي بما لديه من معارف وخبرات داخلية، وليس كما هو الواقع، فمفهوم الذات لدى الفرد يقصد به فكرة الشخص عن نفسه ويتكون نتيجة احتكاك الفرد وتفاعله مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، ويمثل عاملاً هاماً في إدراك المواقف التي يتعرض لها في حياته، وهذا يمثل أحد الأسباب التي تسهم في إحساس الفرد بالضغط النفسي، إذ أن الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته هي التي تحدد التفسير والإدراك لمعنى الأحداث والمواقف التي يتعرض لها في حياته. ولذلك فإن استجابة المواجهة تجاه المواقف في البيئة تتأثر بمفهوم الذات. كما أن مفهوم الذات عامل مهم في تحديد سلوك المواجهة.²

6-8 نظرية موراي Muray:

ركز Muray على منظري الشخصية بعمق لفهم الديناميات التي تحدث في داخل الكائن البشري، إذ يعتبر أن مفهوم الضغط مفهوماً أساسياً على اعتبار الحاجة تمثل المحدد ذو الجوهرية لسلوك البيئة.³

1 آيت حمودة حكيمة، 2006، المرجع السابق .

2 أحمد فاضلي، 2009، المرجع السابق ، ص 123.

3 الرشيد، 1999، المرجع السابق ، ص 55

و يعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي يعيق الفرد للوصول إلى هدف معين و ترتبط الضغوط بالأشخاص أو الموضوعات التي لها دلالات مباشرة تتعلق بمحاولات الفرد لإشباع المتطلبات، و يميز بين نمطين من الضغوط .

- **ضغط بيتا Beta Stress** : هي دلالات الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد.

- **ضغط ألفا Alpha Stress** : و هي خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي.

و يطلق على هذا المفهوم الكامل بالحاجة، أما عندما يحدث تفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهذا ما يعبر عنه مفهوم ألفا. و يرى أن الحاجة (Need) و مفهوم الضغط مفهومين مركزيين و متكافئين في تفسير سلوك الإنسان و يعتبر الفصل بينهما تحريفاً، فالحاجة تحدد السلوك و الضغط هي القوى التي تعترض السلوك لبلوغ أهدافه.¹

7- علاقة الضغط بالإدمان :

يلعب عامل الضغوط دوراً كبيراً في تعاطي المراهقين للمواد المخدرة ، فيوجد عدد من مصادر الضغوط بالإضافة إلى خبرة الضغوط نفسها التي تظهر لتقديم تفاعل بين العوامل الخارجية (عوامل الضاغطة) والعوامل الداخلية (مهارات المواجهة)، فالشخص الذي مر بعدد كبير من عوامل الضغوط التي تشتمل على الخسارة والأمراض ، والصدمات النفسية يقال أنه تحت ضغوط كبيرة وفي نفس الوقت فإن الفرد الذي لديه قدرة أقل على التكيف يمر بأي عامل توتر أو إجهاد على أنه مجهد وضغط للغاية ، وهو فرد مضغوط جداً أكثر من الشخص ذي

1 عبيد ماجدة بهاء الدين سيد، 2008، المرجع السابق .

القدرة الفائقة على التكيف ، وتتمثل أعراض الضغوط في العصبية والقلق وسرعة الاستثارة والهياج والأرق وصعوبة التركيز واضطراب النوم واضطراب الشهية وتعاطي مادة تعويضية.¹

1 سابل حدة وحيدة (2001): أساليب المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات : دراسة مقارنة. أطروحة مقدّمة لنيل درجة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.

خلاصة :

يستخلص مما سبق أن الضغط سمة من سمات الحضارة الحديثة , لما يسببه من آثار حادة على حياة الأفراد و ذلك في شتى الميادين. ويعتبر الضغط النفسي نتاج تفاعل الفرد مع محيطه ، و هو استجابة فيزيولوجية نفسية سلوكية للفرد الذي يسعى إلى أن يتوافق و يتكيف مع كل الضغوط الداخلية و الخارجية التي يتعرض لها في حياته اليومية و تختلف استجابات الفرد حسب إدراكه للموقف المعاش، و حسب تنوع الضغط ، فمنها ما تصدر عن الفرد نفسه و المتعلقة بسمات شخصيته ، أو من الوسط الذي يعيش فيه وتلعب المهنة و العوامل الاجتماعية و السياسية دورا هاما في إظهار التشتت و عدم التوازن لدى الفرد في كل ميادين الحياة التي يتواجد فيها و هذا مايؤدي إلى إظهار سلوكيات غير تكيفية ، و تبعث عدم الاستقرار، و هذه العوامل تؤثر على الفرد إما بالسلب أو الإيجاب و تسبب له ضغطا فوريا أو مستمرا، والضغط الباثولوجي يمتاز بحدته واستمرارية الوضعيات الضاغطة مما يجعل الفرد يفشل في التكيف.

الفصل الرابع

أساليب التعامل مع الضغط

تمهيد :

يواجه الفرد في حياته الكثير من الظروف والمواقف الضاغطة ومن ثم يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب عديدة للوصول إلى مرحلة التوازن والتوافق، إلا أن البعض قد يفشل في مواجهة هذه الضغوط والتعامل معها، وهذا يعود أساسا إلى الاختلاف القائم بين الأفراد واختلاف المواقف والأحداث الضاغطة بالإضافة إلى تنوع أساليب ومهارات التعامل مع هذه الضغوط، ومن ثم يمكن القول أنه يوجد العديد من الأساليب التي يواجه بها الأفراد المواقف الضاغطة وهذا تبعا لاختلاف خصائصهم الشخصية. وسنتطرق في الفصل التالي إلى تعريف أساليب التعامل، أنواعها، خصائصها ووظائفها و علاقتها بتعاطي المخدرات.

1 - تعاريف أساليب التعامل :

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع أساليب التعامل مع الضغوط النفسية منذ الستينات، وتعد دراسة مورفي (Murphy(1962 من أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح التعامل مع الضغوط، وذلك للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها، ومن الذين أسهموا في دراسة أساليب التعامل مع الضغوط النفسية كارل ميننجر Carl Meninger الذي قام بدراسة السلوكيات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الأحداث الضاغطة، فقد وصف أساليب التعامل بأنها " حيل ووسائل تنظيم طبيعية سوية للضغوط " ¹.

وظهر المفهوم الأنجلو ساكسوني Coping على يد لازاروس بعد أن فشل نموذج سيليه الذي ركز على الاستجابات البيولوجية التي تنتج عن محاولة الشخص في التكيف مع المتطلبات البيئية ².

وهذا المفهوم يشير أساساً إلى أساليب التعامل التي يقصد بها الطريقة أو الوسيلة التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم مع الضغوط الواقعة عليهم، ويعرفها سيلبرجر بأنها عملية وظيفتها خفض أو إبعاد المنبه الذي يدركه الفرد على أنه مهدد له. كما يعرف أساليب المواجهة كوهين ولazarوس ³.

1 رجاء مريم، 2007

2 Paul –Etienne chipp et Klaus Scherer, 1992

3 الإمارة سعد ب- (2001): " الضغوط النفسية"، مجلة النبأ، العدد 54.

أنها أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط. وانتهى لازاروس ولونيي (1978) Lazarus, Launier بتحديد مفهوم أساليب التعامل كمؤشر لمجموعة من السياقات التي يلجأ إليها الفرد في تعامله مع الأحداث التي يدركها على أنها مهددة وهذا بهدف التحكم، التحمل أو تخفيف أثرها على توازنه النفسي والجسدي.¹

أما عبد الباسط لطفي (1994) فيرى أن أساليب المواجهة هي عمليات تحمل الضغوط ويؤكد أنها مجموعة من النشاطات أو الأساليب السلوكية أو المعرفية التي يسعى الفرد من خلالها لتطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه. بينما يعرف سعد الامارة ب- (2001) أساليب التعامل على أنها أساليب تهدف أساساً إلى إحداث التوازن ومحاولة التخفيف من شدة الضغوط وهي استجابات يلجأ إليها الفرد سعياً للراحة والالتزان.

كما يمكن تعريف أساليب المواجهة حسب جابر عبد الحميد وعلاء الدين كفاي (1989) على أنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار، أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذه المواقف.

يعرف ماثيني وآخرون (1966) Matheny et al أساليب التعامل على أنها جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لاشعوري لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط أو للمساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة. ويضيف عام (1986) أن أساليب التعامل يمكن أن

1 Paulhan, Nuissier, Quintard, Cousson, Bourgeois 1994

2 عبد المعطي، حسن مصطفى وهشام، إبراهيم عبد الله (2002): "مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة وأساليب مواجهتها"، في عبد المعطي حسن مصطفى -2006- "ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.

تكون جهود صحية أو غير صحية، شعورية أو لاشعورية لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط أو للمساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة. كما يمكن النظر لأساليب المواجهة على أنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف.¹

كما يؤكد ماثني وآخرون (Matheny et al (1986 بأن أساليب التعامل تعبر عن الجهود السلوكية والمعرفية التي يقوم بها الفرد لخفض أو تحمل مطالب الضغوط، ويؤكد أن فاعلية جهود المواجهة التي يقوم بها الفرد تتوقف على سلوك المواجهة Coping Behavior ومصادر المواجهة Coping Resources، فسلوك المواجهة هو عبارة عن أفعال أو محاولات سلوكية ومعرفية يقوم بها الفرد في التعامل مع الضواغط، أي الاستجابات التي تصدر عن الفرد للتوافق مع الضواغط، في حين أن مصادر المواجهة عبارة عن الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية المتاحة للفرد والتي تتيح له الاستجابة للموقف الضاغط وتقلل من احتمالية أن يتم تقييم الموقف كضاغط أو التي تسعى إلى تعظيم سلوك المواجهة الفعلية، ويتضمن سلوك المواجهة إعادة البناء المعرفي وخفض التوتر واستخدام المهارات الاجتماعية والتنفيس Catharsis والبحث عن المعلومات ومراقبة الضغوط Stress Monitoring والاستجابات التوكيدية Assertiveness والتجنب والانسحاب والقمع والإنكار، أما مصادر المواجهة فهي تتضمن المساندة الاجتماعية والقيم والاعتقادات والثقة بالنفس ومركز الضبط وتقدير الذات وغيرها.²

1 حسن عبد المعطي، 2006

2 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006

يضيف ستيبتو (1991) Steptoe أن أساليب التعامل هي مجموع الاستجابات التي يقوم بها الفرد بهدف التعامل مع الوضعيات الضاغطة، وقد تكون هذه الاستجابات من طبيعة معرفية أو انفعالية أو سلوكية.

أما كمال دسوقي (1988) فيعرف سلوك المواجهة Coping Behavior بأنه الفعل الذي يمكن المرء من أن يتوافق مع الظروف البيئية وهو السلوك الفاعل أو الإجرائي، فهو فعل فيه يتفاعل الفرد مع البيئة لغرض تحصيل شيء ما.

من جهته يعرف جابر عبد الحميد جابر وعلاء الدين كفاقي (1989) مفهوم المواجهة أنه أسلوب لمواجهة المشكلات الشخصية والتغلب على المصاعب، وأن سلوك المواجهة هو سلوك التصدي أو الكفاح الناجح، أي أنه تكيف شعوري أو لاشعوري يخفض التوتر في المواقف والخبرات الضاغطة. أما أسلوب المواجهة Coping Strategy فهي سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف. واللفظ عادة يتضمن الأسلوب المباشر الشعوري لمعالجة المشكلات في مقابل استخدام الحيل الدفاعية.¹

وفي نفس السياق يذهب فونتانا (نقلا عن حسن عبد المعطي، 2006) إلى أن أساليب المواجهة هي أساليب يمارسها الفرد للتعامل مع الأحداث التي يعايشها، فهي التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة للموقف لتكون هذه الاستجابة أكثر ايجابية في مواجهة الموقف الضاغط، وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة فسوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية وأقرب للواقعية في مواجهة الموقف الضاغط الذي يعايشه.

1 حسن عبد المعطي، 2006 ، المرجع نفسه .

ويعرف برر وآخرون (1993) Burr et al أساليب التعامل بأنها عبارة عن الإجراءات والسلوكيات التي يستخدمها الفرد للتكيف مع الضغوط، فالمواجهة هي شيء ما يفعله الشخص عندما يواجه موقفا ضاغطا.

في نفس السياق يذهب فيلمنج وآخرون (1984) Felmmaing et al في تعريفه لأساليب التعامل بأنها جزء مركزي في عملية الضغوط، وهي تبين كيف يدرك الأفراد ويستجيبون للضغوط، وعلى هذا فهي تتضمن جميع الاستجابات التي يقوم بها الفرد تجاه الخطر وأي شكل من التهديد، فهي توجه إلى خفض الضغوط كليا، وتتضمن أي محاولة للتقليل أو لتجنب التعامل مع الآثار الناجمة عن الضغوط. من جهتهما يؤكد موس وشيفر Moos, Schaefer أن استراتيجيات التعامل هي أساليب شعورية يستخدمها الفرد في التعامل مع الضغوط، وأن طريقة استخدام أساليب التعامل إما أن تكون إقدامية أو إحجامية، وأن لهذه الأساليب الإقدامية والاحجامية جانبيين أحدهما معرفي والآخر سلوكي، ومن ثم يكون أسلوب الفرد وطريقته في مواجهة المواقف الضاغطة إقداميا معرفيا، أو إقداميا سلوكيا، أو يكون احجاميا معرفيا أو احجاميا سلوكيا.¹

ويرى كوكس (1985) Cox أن أساليب التعامل هي صورة من سلوك حل المشكلة، وأن الضغط يكون نتيجة للفشل في حل المشكلة، وأن المواجهة تتضمن مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها ومع الخبرات الانفعالية الناتجة عنها .

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع نفسه .

ويرى إندلر وباركر (1990) أن المواجهة هي عامل مصد Buffer Factor يتوسط العلاقة بين الضغوط ونتيجة الضغط، أو بين مقدمات الأحداث الضاغطة والنتائج السلبية الناجمة عنها.

ويعرف ثوتس (1995) Thoits مهارات المواجهة Coping Skills بأنها مجموعة من المعلومات والسلوكيات الوجدانية والمعرفية والاجتماعية المكتسبة والتي يستخدمها الأفراد عند التعرض للضغوط، وهذه المهارات يمكن أن تكون فعالة أو غير فعالة، وهي تتضمن قدرة الفرد على إدراك الحدث وتقييمه وإعادة تقييم الفرد لما لديه من إمكانيات وقدرات للتوافق مع الحدث .

يؤكد ايفرلي (1989) Everly أنه يمكن الحديث عن أسلوب المواجهة للضغوط من ناحيتين مختلفتين وهي الناحية المعرفية وتعني التفكير في أساليب معرفية لإضعاف وتقليل معدل استجابة الضغط والثانية الناحية الفسيولوجية وتعني محاولة إعادة الاتزان لدى الكائن الحي. أما فريدنبرج ولويس (1993) Frydenberg , Lewis فيعرفان المواجهة بأنها مجموعة الأفعال المعرفية والوجدانية التي يقوم بها الفرد في الاستجابة للمواقف الضاغطة وذلك بهدف استعادة الاتزان للفرد أو محو الاضطراب والتوتر لديه، بمعنى محو المثير أو الموقف الضاغط أو التكيف معه .¹

اهتدى لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus, Folkman من خلال الدراسات التي قاما بها إلى أن المواجهة هي كل الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع نفسه .

مصادره وإمكاناته، حيث أشار لازاروس وفولكمان إلى أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد أن المصادر الداخلية والخارجية لديه تكون غير كافية للتوافق أو للتعامل مع المطالب البيئية، ولذلك يشعر بالتهديد، وعلى ذلك تنتج الضغوط بعد أن يقوم الفرد بنوعين من عمليات التقييم المعرفي وهي عملية التقييم الأولي وتحدث عندما يقيم الفرد الموقف على أنه ضاغط ومهدد له، في حين أن التقييم الثانوي يحدد ما إذا كانت مصادر المواجهة المتاحة لدى الفرد سوف تخفف الموقف الضاغط أو لا. وكذلك تعمل على خفض الانفعالات السلبية التي يحدثها الموقف الضاغط أو لا، وعلى هذا فالمواجهة طبقاً للنموذج التفاعلي عن الضغوط عند لازاروس وفولكمان Lazarus , Folkman هي عملية وليست سمة، وهي أيضاً عملية أكثر من كونها نتيجة ¹.

كما يشير فولكمان ولazarus إلى أنه لا توجد أساليب مواجهة سيئة فالشخص يحاول مواجهة المواقف الضاغطة ولكن أسلوب المواجهة التي يستخدمها ربما تكون غير فعالة وناجحة، ولكن عدم القدرة على مواجهة الضغوط المستمرة يؤدي إلى تثبيط الهمم لدى الفرد ونقص الدافعية، وطبقاً لهذا فإن عملية التقييم المعرفي والمواجهة تلعب دوراً حاسماً في تحديد نتيجة المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة في البيئة. وهذا يعني أن العلاقة بين الشخص والبيئة تتوسطها عملية التقييم المعرفي والمواجهة، وأن عملية المواجهة تتأثر بمتغيرات الشخصية مثل القيم والأهداف واعتقادات الفرد عن ذاته وعن العالم من حوله وإدراك الفرد لمصادر الشخصية عند مواجهة الضغوط مثل المصادر المادية والصحية والمصادر الاجتماعية مثل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، وأن الفروق الفردية بين الأفراد في هذه المتغيرات هي التي تفسر السبب في أن شخص ما قد يقيم الموقف على أنه يمثل تهديداً له بينما يقيم

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، المرجع نفسه .

الشخص الآخر نفس الموقف على أنه يمثل تحدياً له.¹

وينطوي تعريف لازاروس وفولكمان للمواجهة على عدة خصائص تتمثل فيما يلي :

- أن المواجهة عملية وليست سمة، بمعنى أن العلاقة بين الشخص والبيئة علاقة متبادلة ودينامية، فكل منهما يؤثر ويتأثر بالآخر، وكل منهما يسهم بدور فعال في تحديد سلوك المواجهة لدى الفرد والتي تحدث كما أشار لازاروس نتيجة لتقييم الفرد لمعنى الحدث الضاغط.
- أن المواجهة تتحدد من خلال نتائجها وليس من خلال الافتراضات القبلية التي تشكلها على أنها توافقية وغير توافقية، وهذا يعني أن عملية المواجهة قد تكون فعالة أو غير فعالة بناءً على نتائجها.

- هناك اختلاف بين المواجهة والسلوك التوافقي التلقائي، فالأفعال التلقائية التي يقوم بها الفرد إزاء المواقف التي يتعرض لها لا يطلق عليها مواجهة، فعندما يكون الموقف الذي يتعرض له الفرد مألوفاً لديه فإن استجابة الفرد تصبح تلقائية تجاهه ولكن إذا كان الموقف جديداً فإن استجابات الفرد لا تكون تلقائية.

- عملية المواجهة هي نوعية وموقفية وليست عامة.

- المواجهة هي جهود تستخدم في إدارة المطالب البيئية تتكون من أي شيء يستطيع أن يفعله الشخص أو يفكر فيه لإدارة الموقف الضاغط بصرف النظر عن نجاح هذه الجهود التي يقوم بها الفرد، وهذا يعني أن المواجهة لا تكون قاصرة على الجهود الناجحة بل تتضمن كل المحاولات الهادفة التي يقوم بها الفرد لإدارة الضغوط بصرف النظر عن فاعليتها.¹

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع نفسه .

من خلال التعاريف المقدمة سابقا يمكن ملاحظة ما يلي :

- أن الناس لا يستخدمون دوما أساليب ملائمة أو صحية فربما ينكرون الحقائق لدرجة أنهم يشوهون الواقع.

- أن الفرد ربما لا يكون واعيا أو مدركا للطريقة التي يستخدمها كي تصبح هذه الطريقة استراتيجية ثابتة للمواجهة .

- أن أساليب المواجهة لا تزيل الضغوط تماما ولكنها تعمل على منع تفاقمها فهي تستهدف إضعاف أو تخفيف الضغوط وتأثيراتها الجسمية أو الانفعالية حتى لو تضمن ذلك بعض التكاليف.²

وحسب ما يشير إليه كوت وآخرون (1993) Côte et al (نقلا عن دوباي Dupain 1998) فإن تعريف أساليب التعامل الذي قدمه كل من فولكمان ولازاروس يبقى لحد الساعة أكثر استعمالا في مختلف الدراسات. ورغم تعدد التعاريف التي تناولت مفهوم أساليب التعامل Coping إلا أنها تتفق في مجملها حول معنى مشترك وهو طريقة وأسلوب الفرد في التعامل مع الأحداث التي يعايشها.

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع السابق .

2 حسن عبد المعطي، 2006 ، المرجع السابق .

2- أهمية دراسة أساليب التعامل :

يؤكد حسن عبد المعطي (1994) أن هناك تزايداً كبيراً في السنوات الأخيرة للتركيز على العوامل التي تتوسط العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة والمرض، ويشير إلى أنه قد وجد أن كثيراً من الأفراد لا يمرون بأي أزمات جسمية أو نفسية مع تعرضهم لأحداث ضاغطة، ومن هنا عمدت الدراسات الحديثة إلى تشخيص مصادر المقاومة التي يستطيع الناس عن طريقها البقاء أصحاء رغم الظروف المضادة .

وكان من بين المتغيرات التي لقيت اهتماماً من الباحثين طريقة إدراك الفرد للأحداث التي يمر بها وتقييمه لها والأساليب التي يتبعها في مواجهة الأحداث الضاغطة.

إن إدراك الفرد للضغط يعد من أهم الاستجابات الأولى لدى الفرد، واعتبر رد الفعل لذلك الضغط هو إدراك الفرد للتهديد المحتمل في المواقف الضاغطة، وهو اعتقاد الفرد بقدرته في مواجهة أو تجنب التهديد في ذلك الموقف وهو الجانب الأهم .

لقد زاد الاهتمام منذ عدة سنوات بالوسائل والطرق التي يلجأ إليها الفرد لدفع الخطر الذي يواجهه يومياً في حياته وسمى علماء النفس هذا بأساليب التعامل Coping وعندما يستخدمها الناس إنما يستجيبون بطريقة من شأنها أن تساعدهم على تجنب ذلك الموقف الضاغط أو الهرب منه أو حتى التقليل من شدته بغية الوصول إلى معالجة تُحدث التوازن ¹.

1 الإمارة، سعد -أ- (2001): " أساليب التعامل مع الضغوط، حدود المنهج والأساليب"، مجلة النبأ، العدد 55.

ولم ينصب الاهتمام على دراسة نوع واحد بعينه من الضغوط، بل تمت دراسة أساليب التعامل مع الضغوط بأنواعها المختلفة وحسب نوعية الضغوط أو شدتها، فأسلوب التعامل مع النكبات التي تمر بالإنسان يختلف عن أسلوب التعامل مع الضغط الداخلي¹.

وفي الحقيقة يعود الفضل في دخول مفهوم Coping إلى اللغة العلمية إلى لازاروس الذي قام بإدراجه عام 1966 في أبحاثه (Ghiglione et al, 1994) وهذا وفقاً لافتراض فخر - مبدأ الثبات - الذي يشير إلى أن كل زيادة في التوتر النفسي يستشعرها الكائن كدرا، وكل نقص في التوتر يستشعره لذة، وبالتالي فالفرد مدفوع إلى تقليل التوتر أي مواجهة مصدر التوتر والمشقة. فقد يكون من المجدي تجنب كل التوترات أو كل المواقف الضاغطة، لكن هذا مستحيل تماماً، فكل فرد يواجه الضغوط في العمل، أو المشاحنات والمضايقات اليومية أو وفاة أحد أفراد الأسرة وغيرها من المصادر. ويمكن القول أنه حسب المراحل التي وضعها سيليه من زملة التكيف العام فإن المرحلة الثانية الخاصة بالمقاومة يتم فيها استخدام العديد من أساليب المواجهة. فالتعرض للمواقف الشديدة أو الضغوط المزمنة يسبب الاضطراب الانفعالي واعتلال الصحة الجسمية، ومن ثم فمن الضروري استعمال الأساليب الفعالة لمواجهة الضغوط².

3 - خصائص أساليب التعامل:

إن التصور العام عن أساليب التعامل Coping مع الضغوط شامل ويحتاج إلى تفصيل، ويرى كثير من الباحثين أن أساليب التعامل هذه تعتبر:

1 عن سعد الامارة-أ- 2001 ، المرجع نفسه .

2 بشرى اسماعيل، 2004 .

أ- وسيلة تعديل أو محو الموقف الذي يزيد من حدة المشكلة التي تسبب الضغط.

ب - وسيلة التحكم الإدراكي واستدعاء الخبرات لتحديد المشكلة.

ج - وسيلة التحكم بالنتائج الانفعالية للمشكلة ضمن حدود الاستجابة الناجحة للحل.

4- أنواع أساليب التعامل مع الضغوط:

تعدد تصانيف أساليب مواجهة الضغط يتفق مع افتراض أن المواجهة تسعى إلى تعديل أو تغيير العلاقة بين الفرد والبيئة لتخفيف الضرر الانفعالي، ويفترض النموذج المعرفي - التفاعلي للضغط نوعين للمواجهة هما:

4-1 أساليب المواجهة الموجهة نحو الانفعال:

يعتبر هذا النوع من المواجهة عمليات معرفية الغرض منها التقليل و التخفيض من التوتر الانفعالي، و الاضطرابات الفيزيولوجية الناتجة عن حالة ضغط، تؤثر هذه الأسلوب على أعراض الضغط فقط و ليس على الصراع نفسه، فهي تسمح للفرد بتفريغ الشحنة العاطفية و تساعد على الإحساس بالراحة و ذلك بتنظيم الانفعالات، إذ حدد Lazarus (1984) نوعين من التنظيمات:

أ- تنظيم داخلي intrapsychique : يتمثل هذا التنظيم في كل من إنكار المشكل وتجنب التفكير فيه كلياً أو بصفة جزئية، والتحكم في الانفعالات و ضبطها حتى لا تخرج عن السيطرة. وقد يلجأ الى البحث عن السند الاجتماعي.

ب- تنظيم موجه نحو الأعراض: يمكن هنا أن يتوجه الفرد إلى تعاطي الكحول و المهدئات أو يقوم بالرياضة، الاسترخاء... الخ.

و يشير Lazarus إلى أن فعالية المقاومة المركزة على الانفعال تتوقف على مستوى درجة الضغط، إذ أنه من الصعب تحويل النشاط نحو فكرة التحدي عندما يتعلق الأمر بضغط عالي، كما هو الشأن بالنسبة لتهديد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الأساليب عن مواجهة تلك الوضعيات، كما تؤثر هذه الأسلوب على درجة الانتباه و التركيز، فمثلاً أسلوب التجنب أو الهروب تحول دون الانتباه و التركيز على وضعية الضغط، مما يجعل الفرد في حالة راحة انفعالية مؤقتة، و لهذا يتصور Lazarus هذا النوع من المواجهة على أنها ذات دور مرحلي (انتقالي)، مما يجعلها قليلة الفعالية.¹

4-2 المواجهة الموجهة نحو المشكلة :

وفيها يحاول الفرد وضع خطط واقعية متماسكة للتفاعل، ويجهد نفسه للتحكم المباشر في المشكلة قدر المستطاع.²

كما ترى رقيقة عوض (2001) أن هذه الأساليب تجعل الفرد يحاول الحصول على المعلومات الإضافية لحل المشكلة واتخاذ القرار بشكل معرفي أو تغيير الحدث.

ويظهر أن هناك العديد من التصنيفات الخاصة بأساليب التعامل مع الضغوط، فقد قسم ميدنيك وزملاؤه (Mednick et al 1975) ردود فعل التكيف للضغط إلى ردود الفعل الموجهة نحو

المشكلة، وردود الفعل الموجهة نحو الدفاع، والاستجابات العصابية والذهانية، في حين صنفها موريس (Morris 1982) إلى المواجهة المباشرة والمواجهة الدفاعية، أما ماثني وزملاؤه

(Matheny et al 1986) فقد صنفوا المواجهة إلى المواجهة الوقائية preventive

1 عبد الخالق ، أحمد محمد (1998): " الصدمة النفسية "، مطبوعات الكويت.عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد

(2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان

2 بشرى إسماعيل، 2004 ، المرجع السابق .

coping والمواجهة القتالية compative coping في حين ذهب مارتن وزملاؤه (1992) Martine et al إلى تقسيمها إلى أساليب المواجهة الانفعالية، والأساليب المواجهة المعرفية .

أما كوهين (1994) Cohen فقد قسمها إلى التفكير العقلاني، والتخيل، والإنكار، وحل المشكلة، والفكاهة، والرجوع إلى الدين، بينما يؤكد زيمباردو وفير (1997) Zimbardo Weiber, أن تصنيفها ينظر إليه من خلال المواجهة الموجهة نحو المشكلة، والمواجهة الموجهة نحو الانفعال.

تذكر وايت (2000) White في تقسيمها لأساليب التعامل مع الضغوط أسلوبين أساسيين هما :

أ- أسلوب المواجهة الانفعالية : الذي يقوم على المبالغة في الانفعالات للتعامل مع الضغوط ولمواجهة التهديد ومنها القلق والتوتر والخوف، كما تعتمد أساليب التعامل الانفعالية على التفكير السلبي حول الذات.

ب- أسلوب المواجهة المتمركز حول المهمة : والذي يقوم على المواجهة الايجابية النشطة للضغوط النفسية، كما تعتمد هذه المواجهة على التفكير الايجابي حول المهمة والأفكار المرتبطة بكيفية مواجهتها والتعامل معها.¹

1 حسن عبد المعطي، 2002 ، المرجع السابق .

ورغم هذه التصنيفات المختلفة إلا أنها في الحقيقة تعطينا فكرة واضحة عن الضغوط وأساليب مواجهتها، وجميعها يؤكد على أن هناك مواجهة ايجابية بناءة تسعى لحل الموقف، بينما هناك أساليب تسعى للهروب وإنكار الموقف الضاغط.

ويؤكد فولكمان ولازاروس بأن أساليب التعامل المركزة على المشكل تشير إلى جهد موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد الحلول ودراسة نتائج هذه الحلول، وفي النهاية يقوم الفرد باختيار أحد الحلول الذي يراه مناسباً ثم تنفيذه، وبالتالي فهذا النوع من الأساليب يهدف إلى تغيير الوضعية¹.

وقد قام العديد من الباحثين ومن بينهم فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus , Folkman بمحاولة إعداد استبيان لأنماط أساليب التعامل متبعين في ذلك منهجية تفصي دقيقة من خلال المقابلات بهدف التعرف على مختلف أنواع الاستجابات الفردية حيال الوضعيات الحياتية (مختلف الجوانب الحياتية، المهنية، العائلية ...) وبعد جمع المعطيات لاحظ أن هناك اختلافات واضحة بين الأفراد وحتى عند الفرد نفسه. وبعد القيام بتحليل عاملي على عينة من الأفراد، تبين أن هناك نمطين من أساليب التعامل، النوع الأول مركز على الانفعال والثاني مركز على المشكل. وأثبتت الدراسات اللاحقة أن هذين النمطين مستعمل في الكثير من الوضعيات الضاغطة ونسبة الاستعمال تظهر نسبية، وهذا لارتباطها بتقييم الفرد للحدث².

1 Lazarus ,R & Folkman ,S (1984) :stress, appraisal and coping, new York , Springer .

2 Paulhan Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois ,1994

بعدها حدد لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus, Folkman أساليب التعامل مع الضغوط في نوعين وهما أساليب التعامل المركزة على المشكلة Problem – Focused Coping وأساليب التعامل المركزة على الانفعال Emotion – focused coping، والنوع الأول من أساليب المواجهة عبارة عن الجهود التي يبذلها الفرد لتعديل العلاقة الفعلية بين الشخص والبيئة ولهذا فإن الشخص الذي يستخدم أساليب التعامل التي تركز على المشكلة نجده في المواقف الضاغطة يحاول تغيير أنماط سلوكه الشخصي أو يعدل الموقف ذاته، فهو يحاول تغيير سلوكه الشخصي من خلال البحث عن معلومات أكثر عن الموقف أو المشكلة لكي ينتقل إلى تغيير الموقف، أما أساليب التعامل التي تركز على الانفعال فهي تشير إلى الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم الانفعالات وخفض المشقة والضيق الانفعالي الذي سببه الحدث أو الموقف الضاغط للفرد عوضاً عن تغيير العلاقة بين الشخص والبيئة، وتتضمن أساليب التعامل التي تركز على الانفعال الابتعاد وتجنب التفكير في الضواغط والإنكار، ويرى لازاروس أن لكل من هاتين الإستراتيجيتين أهدافها الخاصة، فأسلوب التعامل التي تركز على المشكلة تهدف إلى البحث عن معلومات أكثر حول الموقف أو المشكلة أو طلب النصيحة من الآخرين وإدارة المشكلة والقيام بأفعال لخفض الضغط، وذلك عن طريق تغيير الموقف مباشرة، أما أساليب التعامل التي تركز على الانفعال فهي تتعلق بالاستجابات الانفعالية وتهدف إلى تنظيم الانفعالات السلبية التي تنشأ عن الحدث الضاغط الذي يواجهه الفرد.¹

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين ، 2006 ، المرجع السابق .

يذكر لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus, Folkman استراتيجيين للتكيف مع الضغوط هما التركيز على المشكلة والتركيز على المشاعر والانفعالات، فأسلوب التركيز على المشكلة تتضمن بذل الفرد للجهد لحل المشكلة أو تغيير الموقف الصعب بطريقة فعالة، في حين أسلوب التركيز على المشاعر والانفعالات لا تغير المشكلة أو الموقف مباشرة ولكن تساعد على إعطاء معنى جديد ينظم المشاعر والانفعالات التي يثيرها الموقف الضاغط. وتعتبر أسلوب التركيز على المشكلة أكثر فعالية لأنها ترمي إلى إزالة مصادر الضغوط بدلا من تحسين التأثير السلبي للضغوط.¹

من حيث الدراسات العربية التي حاولت البحث في نوعية وأساليب التعامل مع الضغوط، يبدو أنها انتهت إلى التصنيف الذي أسفرت عنه دراسات مختلفة نسوق بعضها اختصارا، وعلى رأسها ما انتهت إليه أبحاث حسن مصطفى (1994) الذي أكد أن تصنيف أساليب مواجهة الضغوط في المجتمع المصري يمكن أن تقسم إلى سبعة أساليب هي : العمل من خلال الحدث، الالتفات إلى اتجاهات وأنشطة أخرى، التجنب والإنكار، طلب المساندة الاجتماعية، الإلحاح والافتحام القهري، العلاقات الاجتماعية، وتنمية الكفاية الذاتية . وتوصلت دراسة لطفي عبد الباسط (1994) إلى تقسيم أساليب التعامل مع الضغوط إلى خمس فئات وهي : العمليات السلوكية الموجهة نحو المشكلة، العمليات السلوكية الموجهة نحو الانفعال، العمليات المعرفية الموجهة نحو المشكلة، العمليات المعرفية الموجهة نحو الانفعال، والعمليات المختلطة سلوكية - معرفية.²

1 عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.

2 بشرى إسماعيل، 2004 ، المرجع السابق .

5 - وظيفة أساليب التعامل :

يؤكد فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman على أن أساليب التعامل تهدف إلى

وظيفتين أساسيتين :

- **الوظيفة الأولى :** تهدف هذه الأساليب إلى تعديل الانفعالات الناتجة عن الكآبة أو المحنة

التي يجتازها الفرد، وهنا يتم الادمان بشكل واضح على الأساليب المركزة على الانفعال.

- **الوظيفة الثانية :** هذه الأساليب تعمل على معالجة المشكل المسبب للكآبة أو المحنة التي

يجتازها الفرد وذلك بالادمان على أساليب التعامل المركزة على المشكل.

هاتين الوظيفتين يظهر أنهما واضحتين من خلال الاطلاع على بنود المقياس الذي وضعه

فولكمان ولازاروس Lazarus, Folkman وهي في مجملها مستعملة خلال التعرض للحوادث

الضاغطة.

تعتبر طريقة الاستجابة للضغط عاملا أساسيا في تقسيم الناس إلى مجموعات متباينة حيث

هناك من يتكيف مع الأمر وهناك من لا يتمكن من ذلك، وهذا بسبب أن البعض منهم يحاول

تسوية الضغط عن طريق التخطيط أو التصدي وبالتالي فهم يحاولون حل المشكل، بينما يفقد

البعض هذه الأساليب فينتجه صوب الانفعالات بهدف تعديل الموقف الضاغطة، وهذا عن طريق

التجنب أو التهرب أو اتخاذ مسافة أو غيرها من الأساليب المدرجة ضمن الأساليب المركزة

على الانفعال ¹.

1 المرجع السابق, Lazarus, Folkman, 1984

5-1 وظائف أساليب التعامل المركزة على الانفعال :

ضمن هذا النوع من أساليب التعامل يمكن أن نسجل مجموعة واسعة يدخل ضمنها اتخاذ مسافة، الضبط الذاتي، التهرب/التجنب، البحث عن السند الاجتماعي ... هذه الاستراتيجيات تؤثر بشكل واضح على الانفعال وهذا من خلال تغيير درجة الاهتمام، فمثلا أسلوب التجنب/التهرب تركز على أن مصدر عدم الرضا سوف يزول، ورغم هذا إلا أن هذا النوع من الأساليب في التعامل مع الضغوط يحقق درجة من التوافق المؤقت إذ تعمل من خلال وضع نشاط معرفي يحرف المعنى الذاتي للتجربة. وهذا النوع من الأساليب يسمح بتخفيض المستوى الانفعالي الناتج عن الموقف الضاغط إلا أنه في الحقيقة لا يحل المشكلة.

5-2 وظائف أساليب التعامل المركزة على المشكل :

فيما يتعلق بهذا النوع من أساليب التعامل فيتم التركيز أساسا على تعديل وتغيير عناصر المشكلة بشكل مباشر سواء عن طريق التصدي أو التخطيط وهذان الأسلوبان يسمحان بتوفير وسائل للفرد تمكنه من تحويل الموقف الذي يعيشه، الأمر الذي يسمح له بشكل غير مباشر من تغيير حالته الانفعالية.¹

¹ Dantchev, nicolas (1989): stratégies de coping et pattern a coronarogène, revue de médecine psychosomatique, vol 17/18,p 21-23.

6- الفروق بين نوعي أساليب التعامل :

يشير فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman إلى أن هناك اختلافا بين أساليب التعامل التي تركز على المشكلة وأساليب التعامل التي تركز على الانفعال، ويُنحصر ذلك في أن أساليب التعامل التي تركز على المشكلة تتضمن جهودا لتعريف وتحديد المشكلة والبحث عن معلومات وخلق حلول بديلة للمشكلة وحساب التكاليف والفوائد (المزايا والعيوب) لهذه البدائل والاختيار من بين هذه البدائل البديل المناسب وتنفيذه، وقد يكون بعض من أساليب التعامل التي تتركز حول المشكلة موجها نحو الذات مثل تنمية واكتساب سلوكيات جديدة أو تعديل مستوى الطموح لدى الفرد، أو تعلم مهارة جديدة، وبعض آخر من أساليب التعامل التي تتركز حول المشكلة يكون موجها نحو البيئة مثل البحث عن معلومات ومحاولة الحصول على المساعدة من الآخرين، المحيطين بالفرد. أما أساليب التعامل التي تركز على الانفعال فهي تساعد الفرد على خفض الضغط الانفعالي، وبعض هذه الأساليب يتضمن عمليات معرفية مثل التجنب والتقليل من شأن المشكلة ولوم الآخرين وبعضها يتضمن أساليب سلوكية مثل التأمل وتعاطي العقاقير، فأساليب التعامل التي تركز على الانفعالات منها ما هو ايجابي مثل التنفيس والدعابة والمرح والمساندة الاجتماعية ومنها ما هو سلبي مثل تعاطي المخدرات والعقاقير والتدخين وزيادة الأكل وغيرها .¹

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع السابق .

ويشير لازاروس وفولكمان إلى أن كل من أساليب التعامل التي تركز على المشكلة وأساليب التعامل التي تركز على الانفعال تستخدم غالبا في معظم المواقف الضاغطة وأنهما قد يسهل أو يعوق بعضهما بعضا، وأن أساليب التعامل التي تركز على المشكلة تكون مشابهة لأساليب حل المشكلة، فهي تتضمن البحث عن معلومات أكثر وتحديد العقبات والصعوبات وتوليد حلول بديلة للمشكلة، بينما أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال في المقابل تهدف إلى إدارة وتنظيم انفعالات الفرد من خلال استخدام عدة أساليب فرعية مثل التجنب والإنكار والتقليل من الشأن وإعادة التقييم الايجابي .

7- الأنواع الفرعية لأساليب التعامل حسب لازاروس وفولكمان:

من خلال نظريتهما أعد لازاروس وفولكمان Lazarus, Folkman استبيان أساليب المواجهة لقياس هذين النوعين الأساسيين من أساليب التعامل مع الضغوط، ولقد توصلا من خلال التحليل العاملي لمفردات الاستبيان إلى ثمانية أساليب فرعية يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط وهي مواجهة التحدي والابتعاد وضبط الذات والبحث عن المساندة الاجتماعية وتقبل المسؤولية والهروب أو التجنب وحل المشكلة والتقييم الايجابي للموقف.¹

هذه الأساليب يمكن أن تفسركما يلي :

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع نفسه .

7-1 أسلوب التعامل المركزة على مخططات حل المشكلة:

تشير إلى المجهودات المدروسة المركزة على المشكل بهدف تغيير الوضعية ويصاحبها تناول تحليلي عميق لحل المشكلة.¹

كما يعد هذا النوع من المواجهة المركزة على مخططات حل المشكلة عملية محاولة يقوم بها الشخص للخروج من مأزق أو موقف ضاغط وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة.²

كما تعتبر هذه المهارة حسب لازاروس (1993) Lazarus محاولة للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكلة ومواجهتها مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة. وتتضمن تحليل المشكلة ووضع خطط أو بدائل حلول تؤدي إلى تغيير الموقف الضاغط بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية، أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط.³

ويعد أسلوب حل المشكلات بمثابة عملية معرفية انفعالية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية، وتعتبر في الوقت ذاته عملية تعلم اجتماعي أو أسلوب للتنظيم الذاتي، أو أسلوب عامة للمواجهة يمكن تطبيقها على عدد كبير من المشكلات. ويمكن الحديث عن مجموعة من الخصائص لهذه المهارة تتجلى في:

المرجع السابق، 1988، Lazarus Folkman

2 الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد (1998): "العلاج السلوكي الحديث، أسسه، وتطبيقاته"، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة. (بشرى إسماعيل، 2004).

3 آيت حمودة، حكيمة (2006): "دور سمات الشخصية وأساليب المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية - دراسة ميدانية بمدينة عنابة" رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر

- يوجه الفرد نحو الهدف وإدراك العلاقات الأساسية في الموقف.
- يحقق التكامل والتنظيم للخبرات الماضية التي تمكن الفرد من تحديد المشكلة بشكل جيد تمهيدا للتوصل للحل المرضي.
- يتضمن عنصر الاختيار والقدرة على تقليب ضروب الفكر.
- يتضمن عنصر الاستبصار وإعادة تنظيم الخبرات في صورة حل كامل في ضوء العلاقة بين الوسائل والأهداف.
- يتطلب عنصر المرونة في تحديد الأهداف ووسائل تحقيقها والتنبؤ بكل الاحتمالات، ووضع الخطط بصورة يمكن تعديلها أو التحول عنها لخطط أخرى.
- يتضمن عنصر الإبداع والتفكير الابتكاري القائم على المرونة والأصالة والطلاقة.
- يضمن عنصر النقد وتقويم الافتراضات والحلول المبدئية، وتقييم البدائل والنتائج المترتبة عليها في ضوء أفضل الحلول وعوائق الاستخدام والخسائر المباشرة وغير المباشرة والمكاسب القريبة وطويلة الأجل.¹

7-2 أسلوب التعامل المركزة التصدي:

- هو أسلوب من أساليب التعامل مع الضغوط يلجأ إليه بعض الناس وفقاً لنمط الشخصية ويهدف هذا الأسلوب إلى تخفيف العقبات التي تحول بينه وبين التكيف والالتزان أو تحقيق الأهداف الآتية، ويكون واضحاً جداً في حالات الأزمات والكوارث.²

1 حسن عبد المعطي، 2006 ، المرجع السابق .

2 سعد الإمارة -أ- 2001 ، المرجع السابق .

7-3 أسلوب التعامل المركزة البحث عن السند الاجتماعي :

تعرف بشرى إسماعيل (2004) المساندة الاجتماعية على أنها جميع الإمدادات التي يقدمها الآخرون للفرد لمساعدته على مواجهة الضغوط، فالمساندة الاجتماعية تنقل الإحساس بأن الفرد ليس لوحده في مواجهة الضغوط أو التهديد. وتشير إلى أن للمساندة الاجتماعية أنماطا عديدة، منها المساندة الانفعالية التي تعطي الإحساس بالحب والاهتمام والاشتراك مع الآخرين في علاقات والتزامات، وأيضاً توجد المساندة المادية (المال، وسائل المواصلات، السكن...) والمساندة المعرفية (النصح، التغذية الراجعة الشخصية، المعلومات...).

يؤكد حسن عبد المعطي (2006) أنه يقصد بالسند الاجتماعي تلك العلاقات القائمة بين الفرد وآخرين و التي يدركها على أنها يمكن أن تساعد عندما يحتاج إليها. أو أنها السند العاطفي الذي يستمد الفرد من آخر بالقدر الذي يساعده على التفاعل الايجابي مع الأحداث الضاغطة ومع متطلبات البيئة التي يعيش فيها، بالإضافة لذلك فإن المساعدة الاجتماعية هي أن يشعر الفرد بأن هناك من يهتم به اهتماماً عميقاً ويقدره أو أن يشعر الفرد باندماجه الشديد مع الآخرين. وتلعب المساندة الاجتماعية دوراً هاماً في خفض المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة، وتتوسط العلاقة بين ضغوط الحياة والانهيار الصحي أو النفسي.

تركز إيمان صقر (نقلاً عن حسن عبد المعطي، 2006) على أن للمساندة الاجتماعية أنواع مختلفة صنفها كوهين وويلز (1985) Cohen ,Wills كما يلي :¹

1 حسن عبد المعطي، 2006 ، المرجع السابق .

– المساندة التقديرية : Esteem Support وتكون في شكل إمداد الفرد بمعلومات تدل على أنه مقدر ومقبول لقيمتة الذاتية .

2- الصحبة الاجتماعية : Informational Companionship وتشمل صحبة آخرين في أنشطة الفراغ والترويح والتواصل مع آخرين للانشغال عن المشكلات الضاغطة.

3- المساندة الإجرائية : Instrumental Support كتقديم العون المادي والخدمات التي تخفف الضغط من خلال الحل المباشر للمشكلات والمواقف الضاغطة أو الاسترخاء والراحة في مواجهة المواقف الضاغطة.

ويقصد بالسند الاجتماعي شبكة العلاقات الاجتماعية التي يمتلكها الفرد والتي تقدم دعماً مادياً أو معنوياً أو انفعالياً، وهناك أربع مركبات يشير إليها التراث السيكولوجي حسب دراسات بونك (1988) Buunk ترتبط بالمساندة الاجتماعية والتي تأخذ هذا المفهوم بشكل دقيق.

– السند على مستوى تقدير الذات، حيث يتكون هذا الأخير من المظاهر التي تكشف للفرد على أنه محبوب ومقبول ومقدر .

– السند على المستوى المعلوماتي، الذي يشير إلى محاولة استغلال المعلومات المهمة لفهم والتعامل مع الحدث غير المرغوب.

– السند الانفعالي، الذي يشير إلى التعبيرات التشجيعية، حسن التفهم، الإصغاء للمعاش الانفعالي للفرد الذي يواجه وضعية مشكلة.¹

1 حسن عبد المعطي، 2006 ، المرجع نفسه .

– السند الوسيلى الذى يشكل مساعدة مادية مقدمة للفرد الذى يواجه مشكلة.¹

7-4 أساليب التعامل المركزة على التجنب والتهرب:

عندما لا يجد الفرد الإمكانيات المتوفرة لديه والكافية للتعامل مع الضغط السائد، فبإمكانه وفي بعض الأحيان تجنب التعامل لحين استجماع قواه ثانية، أو التهيؤ له، أما إذا فشل في تجنب الموقف الضاغط ولم يستطع مقاومته، فإنه يلجأ إلى العقاقير، والكثير من الذين يتعاطون العقاقير يجدون فيها وسيلة للهروب من المواجهة، لذا يعتبر الانسحاب استجابة شائعة للتهديد عند بعض الناس . فقد يختار البعض هذا الأسلوب على وفق نمط شخصيته، فهم لا يفعلون شيئاً وغالباً ما يصاحب هذا السلوك شعور بالاكئاب وعدم الاهتمام.²

كما تشير هذه الأسلوب حسب نورمان ، أندلر وآخرون (دون سنة) Norman. s & Endler إلى جميع النشاطات المغيرة للوضعية بهدف تجنبها وتخفيض الضغط.

7-5 أسلوب التعامل المركزة ضبط الذات :

يلجأ إليه بعض الناس عندما يتعاملون مع مواقف من شأنها أن تؤثر على التحكم والسيطرة، ولكن تتولد لديهم مشاعر قوية نابغة من العقل، بمعنى آخر فإنهم يعالجون الموقف بخبرات وقوة إرادة برغم التوتر والإثارة، إلا أن التحكم وتقليل وطأة الأحداث التي تبعث على الضيق، تظل مفتاح حل المشكلة لديهم من خلال السيطرة والقدرة على ضبط الاستجابة الانفعالية، وتكون - عادة - أنماط الشخصيات التي تلجأ إلى هذا الأسلوب هم من الذين يعملون في مجالات الطب أو العمل الصحي كالأطباء والمرضى والمساعدين لهم، حيث يكون التحكم في أعلى حالاته

1 Béatrice Brouette 1996

2 سعد الإمارة ب- 2001 ، المرجع السابق .

أثناء التعامل مع المرضى المصابين بأمراض خطيرة أو إصابات من جراء الحوادث الطارئة، ويرى ستيرلي أن أسلوب ضبط النفس يريح الفرد في حينه، وقد يكون لذلك فائدته في الصحة النفسية والجسمية، أما إذا فشل فإنه يؤدي إلى حالات مرضية خطيرة¹.

6-7 إستراتيجية التعامل المركزة على اتخاذ مسافة:

هو أسلوب يبتعد الفرد من خلاله ذهنيًا أو معنويًا من الحدث الضاغط، فالمسافة هنا لا تعني المسافة الفيزيائية مثل ما هو في أسلوب التهرب، بل هي مسافة يتخذها الفرد للتقليل من وقع الحادث فهو كل المجهودات المعرفية لتقدير الذات وتصغر معنى وأهمية الوضعية. كأن يقول الفرد: " فعلت و كأنما لم يحدث شيء " " ليس بالأمر المهم أن.....". فيساعد هذا الأسلوب الانفصال عن مصدر الضغط كما يساعد على تقبل وضعية ما وجعلها حادثة عادية لا تستلزم القلق.²

7-7 أسلوب التعامل المركزة على تقبل المسؤولية :

تقبل المسؤولية يتمثل في إعادة تقدير الفرد دوره في الوضعية الضاغطة، بإدراكه وتصريحه بأن له دور في المشكلة. وهذا النوع من التواضع و الإنساب الداخلي في الحكم على الوضعية الضاغطة قد يكون مهم في جمع المعلومات المناسبة و من ثم التعامل مع الضاغط. لكن قد يكون لها تأثير سلبي عندما يصبح الفرد يتحمل مسؤولية حوادث ليس له دورا فيها، فيلوم نفسه و يخلق ضغط إضافي.

1 سعد الإمارة ب-2001 ، المرجع السابق .

2 isabelle paulhan, 1992,p334

7-8 أسلوب التعامل المركزة على إعادة التقدير الايجابي :

تشير لمجهودات الفرد في إعطاء معنى إيجابي للوضعية بالتركيز على التصور الفردي لا على المعنى الموضوعي الشكلي، إذ يسمح هذا الأسلوب للفرد بأخذ بعين الاعتبار المكاسب الإيجابية للتجربة الضاغطة بالرغم من النتيجة العامة. كأن يرى الفرد في المرض طهارة من الذنوب أو يرى أنّ فقدانه لشيء ما يعني أنه سيجد ضعفه في المستقبل. فهي تعبّر على قدرة الفرد في تركيز انتباهه على المعلومات الإيجابية لتفادي التفكير السلبي التشاؤمي.¹

تعليق على أنواع أساليب التعامل : لايتفق جميع الباحثين على تقسيم لازاروس وفولكمان لأساليب التعامل إلى نوعين أحدهما مركز على الانفعال والآخر على المشكل، إذ يذهب سول وفلتشر (Suls ,Fletcher,1985) من خلال دراسة تحليلية للدراسات الأمريكية القائمة ما بين 1960-1985 والخاصة بأساليب التعامل إلى أن هناك نوعين من الأساليب الأول تجنبى يهدف إلى الهروب والإنكار و رباطة الجأش، acceptance stoïque والنوع الثاني يقظ، ويشير إلى البحث عن المعلومات والسند الاجتماعي ومخططات حل المشكل.²

1 isabelle paulhan, 1992, المرجع السابق, p342

2 Paulhan ,Nuissier ,Quintard ,Cousson ,Bourgeois, 1994

8- فعالية أساليب التعامل :

يؤكد أنتونوفسكي (1982) Antonovsky (نقلا عن حسن عبد المعطي، 1992) أن ضغوط الحياة توجد وجودا فعليا في حياة كل إنسان ويستجيب لها بحالة توتر، غير أنه يمكن أن يكون لهذه الحالة نتائج مرضية أو محايدة أو صحية، ويتوقف نوع النتائج على مدى لياقة وفعالية التعامل مع الحدث الضاغط، ويؤدي التعامل الضعيف مع الضغوط إلى ظهور الإجهاد والتحرك نحو الإصابة بالمرض في حالة استمرار التوتر، ويؤدي حسن التعامل مع الضغط إلى الشعور بالصحة. وإذا كان الناس يشعرون بضغوط الحياة وصعوبات الأحداث التي يمرون بها في حياتهم العادية فإن الفرد السوي يستطيع أن يواجه المواقف ويتغلب عليها ومن ثم يختفي الموقف المثير للانفعال.

الجدير بالذكر أنه لا توجد أسلوب مواجهة واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة ويستخدمها الأفراد في التغلب على كل حدث ضاغط يواجههم في حياتهم، غير أن بعض البحوث تشير إلى أن أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة في مواجهة الضغوط تكون أكثر فاعلية عن أساليب المواجهة التي تركز على الانفعال، وهناك دراسات أخرى أوضحت أن فاعلية كل من هذين النوعين من الأساليب لا يعتمد فقط على نوعها بل أيضا على سياق الموقف والمصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد، حيث إن كلا من التقييم المعرفي وأساليب المواجهة يتوسط العلاقة بين الضغط وعملية المواجهة طبقا لنموذج لازاروس وفولكمان عن الضغوط.

1 حسن عبد المعطي، 1992 ، المرجع السابق .

وفي هذه النقطة يذكر لازاروس وفولكمان أن أساليب المواجهة التي تركز على المشكلة والتي تستهدف تغيير الموقف تستخدم بشكل ملائم عندما يستطيع الفرد السيطرة والتحكم في الموقف أو عندما يستطيع إدارة المشكلة في البيئة .

كما يشير فولكمان ولazarus (1984) إلى أنه لا توجد أساليب مواجهة سيئة فالشخص يحاول مواجهة المواقف الضاغطة ولكن أسلوب المواجهة التي يستخدمها ربما تكون غير فعالة وناجحة، ولكن عدم القدرة على مواجهة الضغوط المستمرة يؤدي إلى تثبيط الهمم لدى الفرد ونقص الدافعية، وطبقا لهذا فإن عملية التقييم المعرفي والمواجهة تلعب دورا حاسما في تحديد نتيجة المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة في البيئة. وهذا يعني أن العلاقة بين الشخص والبيئة تتوسطها عملية التقييم المعرفي والمواجهة وأن عملية المواجهة تتأثر بمتغيرات الشخصية مثل القيم والأهداف واعتقادات الفرد عن ذاته وعن العالم من حوله وإدراك الفرد لمصادر الشخصية عند مواجهة الضغوط، مثل المصادر المادية والصحية والمصادر الاجتماعية مثل شبكة العلاقات الاجتماعية للفرد، وأن الفروق الفردية بين الأفراد في هذه المتغيرات هي التي تفسر السبب في أن شخص ما قد يقيم الموقف على أنه يمثل تهديدا له بينما يقيم الشخص الآخر نفس الموقف على أنه يمثل تحديا له ¹.

وتشير الدراسات إلى وجود ارتباط بين استعمال أساليب المواجهة المركزة على الانفعال والتسوية السيئة للضغط وسوء الصحة النفسية والجسدية وهذا بسبب إخفاق هذه المجهودات في مجابهة الحدث. ويؤكد جمعة يوسف (2000) أن هناك علاقة بين الميل إلى استخدام أساليب المواجهة المركزة على الانفعال والاضطراب النفسي، وتبين أن مثل هذه المواجهة ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات كما ترتبط بالضغوط النفسية والاضطراب النفسي.

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع السابق .

من جهته يؤكد اندلر وباركر (1989) Endler, Parker أن هناك ارتباط قوي بين المواجهة المركزة على الانفعال والأعراض السيكاترية، فالأشخاص المضطربين نفسياً يفضلون استعمال هذا النوع من المواجهة أكثر من الأسوياء .

يؤكد كوتسوسيمو (1996) Koutsosimou (نقلا عن جمعة يوسف -أ- 2000) أن جميع الدراسات تشير إلى أن هناك علاقة بين الاضطراب النفسي وقت الإصابة في حادث - على سبيل المثال - والميل إلى استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال، وتبين أن هذا النوع من الأساليب يرتبط بالاضطرابات النفسية والتوافق السيئ مع المشكلات.

خلاصة ما يمكن قوله فيما يتعلق بفعالية أساليب التعامل هو ما يؤكده فولكمان ولازاروس (1984) Lazarus, Folkman بأن الأساليب المركزة على حل المشكل لا تظهر فعالة إلا إذا كان الحدث تحت تحكم الفرد، وفي حالة حدث غير مرتقب وغير متحكم فيه فإن الأساليب المركزة على الانفعال تكون أكثر تكيفا مثل ما هو الحال في حالة مرض خبيث.

ولعل ما يمكن أن يعبر عن الآراء المختلفة لوجهات نظر العلماء حول فعالية أساليب التعامل مع الضغوط ما انتهى إليه ياجير (1989) Yager الذي يؤكد أنه كلما كان رصيد سلوكيات أساليب التعامل أكثر تفتحاً ومرونة كلما وجد الفرد نجاحاً أكبر على التكيف وأقل عرضة للاضطرابات العقلية.¹

1 Ghiglione, 1999, المرجع السابق,

9 - العوامل المؤثرة في تحديد أساليب التعامل مع الضغوط :

تتأثر الطريقة التي من خلالها يقيم الفرد أحداث الحياة بمتغيرات وسيطة مختلفة، ولكي نفهم العملية التي من خلالها يقوم الأفراد بمحاولات للتعامل مع الأحداث والضغوط في بيئتهم فمن الهام أن نفهم المتغيرات الوسيطة التي تؤثر في تحديد سلوكيات المواجهة للضغوط لدى الأفراد. ففي العقود الماضية تعددت وجهات نظر العلماء حول أساليب المواجهة للضغوط، فالبعض يرى أن عوامل الشخصية تعد بمثابة مؤشر جيد لأساليب المواجهة في حين يرى آخرون أن العوامل الموقفية هي التي تقوم بدور حاسم في التنبؤ باستخدام أساليب المواجهة التي يستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة.¹

ويشير ويشنجنون وكسلر (1991) Wethington, Kessler إلى أن الأفراد يختلفون في استخدام أساليب المواجهة في الاستجابة للأحداث الضاغطة وأن هناك عوامل عدة تؤثر في اختيار أسلوب المواجهة، وهي تتضمن عوامل تتعلق بخصائص شخصية الفرد مثل نمط الشخصية ومركز الضبط وفعالية الذات والصلابة النفسية، وهناك عوامل أخرى موقفية ونوعية تتعلق بالموقف وتسهم إلى حد بعيد في تحديد أساليب المواجهة وتتمثل هذه العوامل الموقفية في طبيعة الحدث الضاغط ونوعه من حيث هو مزمن أو حاد والجدة، بمعنى أن الفرد قد يكون واجه هذا النوع من الضغوط في الماضي أو أنها جديدة، وكذلك قدرة وقابلية الفرد على التنبؤ بحدوث الموقف الضاغط، بمعنى وجود علامات ومحاذير تدل على الحدث الضاغط، فضلا عن المدة التي يستغرقها الحدث الضاغط ودرجة التهديد والضرر والتحدي

1 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع السابق .

التي يدركها الفرد في هذا الموقف الضاغط وعدم التأكد المعلوماتي المحيط بالموقف، الذي يشير إلى احتمالات نقص المعلومات أو عدم الوضوح والقدرة على تفسير ما يحدث، وكذلك المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين، فكل ذلك يؤثر بدور كبير في تحديد نوع استجابة المواجهة للموقف الضاغط، وإضافة إلى ذلك فإن المتغيرات الديمغرافية مثل النوع والعمر الزمني والمستوى الاقتصادي والاجتماعي تؤثر هي الأخرى في تحديد نوع أسلوب المواجهة التي يستخدمها الفرد إزاء الموقف الضاغط.

و يقدم كل من (1994) dantzer , schwitzer , (1989) dantchev تحليلًا للتفاعل بين الأساليب المتمركزة على المشكل و تلك المتمركزة على الانفعال، فالانفعال المرتفع يؤدي إلى عدم التحكم في الوضعية، و هذا ما يؤثر في النشاط المعرفي الذي يتدخل في حل المشكل، وفي هذه الحالة الفرد يبذل جهد نشط لتعديل الانفعال السلبي و القوي كالقلق و الخوف، كما يخلق التقييم الخاطئ للقدرة إحباطا و غضبا عند الفرد فيشعر انه لا يستطيع التحكم في الواقع و هذا ما يبعده عن الأساليب المتمركزة حول المشكل.²

أما في حالة الانفعال الايجابي تتكون لدى الفرد تصورات ايجابية لذاته و لمحيطه تسمح له بتكوين قدرات نفسية هامة في سياق المواجهة، فهو يعمل على حل المشكل و تغيير معنى الواقع و تحويل أهدافه لأهداف جديدة تتماشى و ظروف ويعني هذا أن أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة، تختلف بين الأفراد وهذا باختلاف خصائص وطبيعة الموقف الضاغط واختلاف المتغيرات الديمغرافية ومتغيرات الشخصية لديهم.²

-
- 1 عبد الخالق ، أحمد محمد (1998): " الصدمة النفسية " ، مطبوعات الكويت.
 - 2 عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان
 - 3 طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006 ، المرجع السابق .

10- خصائص الشخصية القادرة على التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة:

من الثابت أن مدى تأثير الضغوط في الصحة يتوقف على طبيعة الشخصية وما تتصف به من قدرة على تحمل الإحباط أو المرونة أو مستوى التفاؤل (وليد خليفة، مراد سعد، 2008) وهذا ما جعل العديد من الباحثين يركزون على أهمية بعض الخصائص الشخصية التي يستفاد منها في برامج الرعاية والتكفل النفسي.

وقد توصلت نتائج أبحاث كوباسا (Kobassa(1981 إلى وجود نمط الشخصية الذي يتسم بالقوة والمثابرة وقوة الاحتمال والذي يستطيع تحمل الآثار السلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة ويستطيع مواجهتها بصورة ايجابية ومنطقية، تتسم مع طبيعة تلك الأحداث، بحيث لا تترك أية آثار سلبية على الجوانب الجسمية والنفسية للفرد. فالأشخاص شديد و الاحتمال والمثابرة مبالون إلى حب الاستطلاع في التعامل مع تلك الأحداث ويتوقعون التغير في ظروف تلك الأحداث، وينظرون إليها كأنها جزء من أسلوب الحياة اليومية ولا بد من مواجهتها بصورة ايجابية تفاعلية تتسم بالتفاؤل. أما الأشخاص الأقل تحملا لتلك الأحداث الضاغطة فإنهم يجدون أنفسهم سلبيون في مواجهة تلك الأحداث وينظرون إليها بأنها مهددة لكيانهم النفسي والاجتماعي، وعندما تقع عليهم تلك الأحداث الضاغطة تسبب لهم مشاعر التشاؤم والتوتر وتقدهم القدرة على التقييم الموضوعي والمعرفي لمصادر وطبيعة تلك الأحداث، وتترك تلك الأحداث آثارا سلبية على الصحة النفسية والجسمية .

وتؤكد نتائج أبحاث (Kobassa(1981 على بعض المقومات الأساسية التي تتوفر في الشخصية القادرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والقادرة على التفاعل معها بصورة

ايجابية وهي تتسم بالخصائص التالية :

أ- **الالتزام Commitment**: ويشير إلى شعور الفرد بالالتزام في أسلوب حياته اليومية والمشاركة الايجابية مع الآخرين وبالتفاعل البناء في علاقاته مع البيئة المحيطة به.

ب- **التحدي Challenge** : وتشير إلى رغبة الفرد في اكتساب خبرات جديدة والتعامل مع هذه الخبرات بتصرفات سلوكية ناضجة ويكون قادرا على مواجهة الأحداث الضاغطة بصورة ناضجة وواقعية تتسم بالتحدي والانتصار عليها .

ج- **التحكم والضبط Control** : ويشير إلى إحساس الفرد بالقدرة على التحكم في كيانه النفسي والاجتماعي في مواجهة تلك الأحداث الضاغطة ومحاولة السيطرة على العوامل المثيرة لتلك الأحداث ¹.

11- أساليب التعامل و علاقتها بتعاطي المخدرات:

تؤكد سائل وحيدة (2001) أن المعطيات المتوفرة حول ارتباط أساليب التعامل بتعاطي المخدرات تشير إلى إمكانية الايمان على هذه الأخيرة للتنبؤ باستمرار تعاطي المخدرات أو الكحول والانتكاس التابع لمرحلة العلاج. وقد تم التوصل إلى مثل هذه النتائج من خلال دراسات مقارنة بين المتعاطين و غير المتعاطين. وهذا استنادا مارالات (1985) Maralatt سواء تعلق الأمر بشرب الكحول أو استعمال المخدرات ، يمكن أن يكون اختلاف بين الأفراد ، حسب إدراك المستوى الضاغط للوضعية ودرجة إدراك التحكم الذاتي وتوفر اختيارات التعامل المناسبة

1 علي عبد السلام علي، 2003 ، المرجع نفسه .

وتوقعات الفرد الخاصة بتعاطي المخدرات . وتعتبر بعض أساليب التعامل أقل تكيفا كالتجنب وهو حالة الهروب التي تتمثل في التمني والاعتقاد أن الضاغط سوف يختفي بواسطة الشرب أو التدخين أو تناول الأدوية واستنادا إلى فلاش وسولس (Suls, Flecher, 1985) لا يحدث الهروب سوى راحة مؤقتة ويظهر بشكل أقل فعالية إذا استمر وجود الوضعية الضاغطة.¹

وأشار بانتر (Pentz, 1985) إلى أنه حين يتعاطى الأفراد المواد السامة كميكانزم لمواجهة لمواجهة الضغط يصبح لديهم كف في تعلم أو ممارسة السلوكات الأكثر تكيفية ، ويمكن أن يكون هذا صحيحا خصوصا بالنسبة لمهارات التعامل كحل المشكل مثلا .

كما قام كل من (Bradley ,Karwacki ,1996) بدراسة على عينة مكونة من 218 طالب جامعي بينت نتائجها أنه حين تستعمل أساليب التعامل كتوبيخ الذات والانسحاب ، التفكير المرغوب فيه والانغلاق حول الذات ، يرتفع احتمال زيادة تعاطي الكحول والتعقيدات الاجتماعية .

و قام كل من هوغان وراسكن ونوفاسك (Hogan ,Raskin,Novacek 1991) بدراسة أجريت على عينة مكونة من 2637 من المراهقين المتمدرسين لمعرفة أسباب تعاطي المخدرات ، بينت أن التعاطي المنتظم يكون كأسلوب للتعامل مع الضغط والمتعة أيضا.

ويبدو أن الكثير من الشباب يلجأون إلى استعمال المخدرات حين يجدون صعوبات في التكيف مع التجارب اليومية ، وحين يجدون أنفسهم غير قادرين على التحكم في انفعالاتهم السلبية أو على تطوير صور ايجابية حول ذواتهم .

المرجع السابق, 1994, Paulhan 1

كما بينت دراسة براون وميرز (Brown,Myers 1990) أن الأساليب المستخدمة في الاستجابة للوضعيات التي تشكل خطر الانتكاس بالنسبة للمراهقين المتعاطين للمخدرات ، وتبين من خلالها أن أحسن نتيجة بعد 6 أشهر من العلاج هي مرتبطة أكثر بظهور أساليب التعامل المركزة حول المشكل والسند الاجتماعي .

كما يؤكد حمدي الحجار 1992 أن تعاطي المخدرات نمط من أنماط المقاومة ، يعبر عن محاولة المتعاطين تجنب المواقف الضاغطة وتجنب الضيق الناجم عنها ، يلجأ إليها الشباب عند صعوبة التكيف مع التجارب اليومية وعدم القدرة على التحكم في انفعالاتهم السلبية .

خلاصة :

تعتبر استراتيجيات التعامل مع الضغوط من أهم مُعدّلات الضغط وآثارا على الصحة النفسية و البدنية، وتبدو قيمة هذه الأساليب في تنوع استعمالاتها في الحياة اليومية، ورغم أن هناك بعض المؤلفات التي تشير إلى فعالية الأساليب المركزة على المشكل دونا عن الأساليب المركزة على الانفعال إلا أن هناك من يؤمن أن الفرد لا يمكنه التحكم في جميع الوضعيات الحياتية ولذلك تظهر قيمة الأساليب المركزة على الانفعال. وقد غدا البحث في موضوع أساليب التعامل موضوعا يستقطب العديد من الباحثين وهذا لما له من أهمية تشخيصية ووقائية وعلاجية في ذات الوقت .

الباب الثاني

الإطار الميداني

الفصل الخامس

منهج البحث و إجراءاته

تمهيد:

يهدف البحث الحالي إلى فحص اضطرابات التفكير أساليب التعامل و علاقتها بالادمان على مادة الهيرويين. وللتمكن من كشف هذه العلاقات قمنا بجملة من الخطوات شكلت الجزء الخاص بالفصل المنهجي والذي احتوى على العناصر التالية:

1- الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية الخطوة الأولى و الأساسية في البحث العلمي ، نظرا لارتباطها القوي بالميدان، فهي دراسة استكشافية تسمح للباحث بالحصول على معلومات أولية حول موضوع بحثه ، كما تسمح له بالتعرف على الظروف و الإمكانيات المتوفرة في الميدان و مدى صحة الأدوات المستعملة قصد ضبط متغيرات البحث.

قمنا بإجراء دراسة استطلاعية في عدة أحياء من ولاية البليدة ، أين تقربنا من الشباب المدمنين سعيا للحصول على موافقتهم على المشاركة في البحث و السماح لنا بالتواصل مع زملائهم المدمنين ، كما تلقينا المساعدة من طرف زملائنا في العياد المتعددة الاختصاصات "POPP " " أين تحصلنا على التسهيلات للحصول على مكان لتطبيق المقاييس في إطار يسمح لذلك.

و قد تم القيام بالدراسة الاستطلاعية من أجل معرفة إمكانية توفر عينة البحث المتمثلة في المدمنين على مادة الهيرويين « heroine » عن طريق الحقن.

2- منهج الدراسة:

يهتم البحث الحالي بمحاولة فحص العلاقة بين اضطرابات التفكير وأساليب التعامل مع الضغوط وعلاقتها بالادمان على مادة الهيرويين وبالتالي فقد لجأنا إلى المقارنة وبحث العلاقات، وبذلك استعملنا المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع، ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً، فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقمياً يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى .

والأسلوب الوصفي مرتبط منذ نشأته بدراسة المشكلات المتعلقة بالمجالات الإنسانية، ومازال هذا الأسلوب الأكثر استخداماً في الدراسات الإنسانية حتى الآن وذلك نتيجة لصعوبة استخدام الأسلوب التجريبي في المجالات الإنسانية.¹

وتتبع هذا الدراسة خطوات المنهج الوصفي في البحث، والذي يحاول وصف الظاهرة الموجودة ودراسة العلاقة بين المتغيرات المختلفة، ويسير هذا المنهج وفق خطوات علمية محددة تبدأ بتحديد المشكلة المراد بحثها، وتنتهي بالوصول إلى النتائج وتفسيرها ومعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات.²

ولأنَّ إشكالية بحثنا تدور حول طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية و أساليب التعامل، والعلاقة بين بعض المتغيرات المعرفية، فإننا لجأنا لتساؤلات تبحث في مدى وجود ارتباطات بين هذه المتغيرات، وبذلك ارتأينا استخدام الشق الارتباطي من المنهج الوصفي باعتباره أحسن

1 محمد زيدان، 1990.

2 فخرية الجارودي، 2001.

منهج يبحث في الارتباط بين متغيرين أو أكثر. وتعرّف الدراسات الارتباطية بأنها كلّ دراسة يفحص فيها الباحث العلاقة بين متغيرين أو أكثر، وما يميّز هذه المتغيرات هي أنّها قابلة للقياس ولكنها غير قابلة للتحكّم. وبالتالي فهذا إذن تُدرس متغيرات لا يمكن معالجتها، فتلاحظ وتقاس دون أن تعالج تجريبياً بحضور متغير آخر (متغير مستقل) والذي من شأنه أن يؤثر في المتغير المدروس.

يعتبر المنهج الارتباطي أحد المناهج الوصفية التي تعمل على تحليل العلاقة بين متغيرات مكوّنة للظاهرة. ويعتمد في سبيل تحديد طبيعة الارتباط على التحليلات الإحصائية كمعاملات الارتباط والتحليلات العاملية. وهو بذلك لا يكتفي بالكشف عن اتجاه الارتباط، بل إنّّه يحدّد الدلالة الإحصائية له.

كما يعمل المنهج الارتباطي على تحديد إمكانية وجود ارتباط بين حدثين، ويحدّد درجة هذه العلاقة بطريقة كمية من خلال تحليلات إحصائية متعلّقة بالارتباط ... في هذا النوع من الدراسات، يكتفي الباحث بتناول جانبين محدّدين من الظاهرة المدروسة، ويتساءل متى يترافق ظهور أحدهما بظهور الآخر.¹

كما يرى ملحم سامي (2000) أن المنهج الارتباطي هو الذي يعمل على جمع البيانات من عدد من المتغيرات وتحديد ما إذا كانت هناك علاقة بينهما، وإيجاد قيمة تلك العلاقة والتعبير عنها بشكل كمي من خلال ما يسمى بمعاملات الارتباط.

3- عينة البحث

3-1 طريقة اختيار العينة وشروطها: تم اللجوء في هذه الدراسة إلى العينة القصدية. و

هي الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا إلى توافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم، كما يتم اللجوء إلى هذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلية، و هي عينة ملائمة لأنه يعطي للمجتمع الدراسة الأصلي حرية المشاركة في البحث، و يتم الاختيار بناء على أول مجموعة يقابلها الباحث، و توافق على المشاركة في الدراسة و بشروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لمجتمع البحث، و يتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة، انخفاض التكلفة و الوقت، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة و الحصول على النتائج.

وقد أكد العديد من الباحث أمثال قوتيي و آخرون سنة 1984 Gauthier et all شيوع استعمال هذه الطريقة في العديد من مجالات علم النفس و خاصة المجالات التي تكون فيها التجربة مؤلمة و محرجة أو خطيرة أو صعبة ¹.

وعليه فإن الأفراد المدمنين على مادة الهيرويين الذين تطوعوا للإجابة على بطارية المقاييس، اعتبروا أفرادا لعينة البحث الحالي. وهذا بعد استيفاءهم للشروط التالية :

- أن يكون راشد أكبر من 22 سنة ومتعاطي لمادة الهيرويين عن طريق الحقن.

- أن تكون مدة التعاطي سنتين على الأقل للتأكد من الإدمان.

- أن لا يكون خاضع لعلاج نفسي أو سيكاتري حول الإدمان لاستبعاد أثر العلاج.

- أن لا يكون مصابا بمرض عقلي مشخص سيكاتريا يجعله غير واعي ما يجعل نتائج المقياس راجعة لأسباب أخرى.

- أن يكون ذو مستوى تعليمي يسمح له على الأقل بقراءة المقياس.

2-3 حجم العينة:

حتى نختبر فرضية بحثنا، و نظرا لطبيعة البحث الذي يبحث في العلاقة الارتباطية حاولنا الحصول على أكبر عدد ممكن من المدمنين و هذا بمختلف أحياء دائرة البلدية ، دائرة بوعرفة، دائرة أولاد يعيش. كما لجأنا إلى الوسيط لمساعدتنا في التقرب و التعامل مع أفراد العينة. تم توزيع 113 بطرية من المقاييس المكونة من: استبيان ادراك الضغط، استبيان أساليب التعامل ومقياس اضطرابات التفكير على 113 مدمن. بعد عملية مراجعة هنالك بعض المقاييس التي لم نحصل عليها. توصلنا في الأخير إلى استبقاء 83 فرد يتوفرون على الشروط المحددة.

3-3 خصائص العينة :

أ - من حيث السن :

جدول رقم (01) : توزيع أفراد العينة حسب السن .

النسبة المئوية	العدد	الفئة العمرية
42.80	36	25-22
36.90	34	30-26
20.23	13	36-31
99.93	83	المجموع

يبدو من الجدول أعلاه أن الفئة العمرية التي تدمن على مادة الهيروين هي خاصة

الفئة العمرية الممتدة ما بين 25-22 سنة بواقع 36 حالة وبنسبة مئوية تقدر 42.80 %، تليها

مباشرة الفئة الثانية التي تتراوح أعمار أفرادها ما بين 30-26 بواقع 34 فرد وبنسبة مئوية

تصل 36.90 %، ثم تبدأ الأعداد والنسب في الانخفاض تدريجيا وبشكل ملحوظ لدى فئة

36-31 عاما التي يرد عدد أفرادها مجتمعين 14 فردا، مشكلين بذلك نسبة مئوية قدرت بـ

20.23 %.

ب- من حيث المستوى التعليمي :

جدول رقم (02) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي .

النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
5.95	5	ابتدائي
36.90	30	متوسط
29.76	25	ثانوي
27.38	23	جامعي
99.99	83	المجموع

يُظهر الجدول أن عدد المدمنين على مادة السيبييتاكس من مستوى تعليمي متوسط مرتفع قليلا من ذوي المستوى التعليمي الثانوي إذ كان عددهم بالتوالي 31 و 25 بنسبة 36.90 من المستوى المتوسط و 29.76 من المستوى الثانوي، و تليهم مباشرة فئة الجامعيين بـ 23 فرد و بنسبة 27.38 ، أما شريحة الأفراد من المستوى الابتدائي فقد بلغ تعدادهم مجتمعين إلى 5 أفراد مشكلين بذلك أضعف نسبة 5.95

ج- من حيث مدة الادمان :

جدول رقم (03) : توزيع أفراد العينة حسب مدة الإدمان .

النسبة المئوية	العدد	المدة
57.14	48	4-2 سنوات
42.85	36	9-5 سنوات
99.99	84	المجموع

يبدو من الجدول أعلاه أن الفئة التي تدمن على مادة السبييتاك لمدة 4-2 سنوات تعدد أفرادها بواقع 48 حالة ونسبة مئوية تقدر 57.14 %، الفئة الثانية التي تتراوح مدة إدمان أفرادها بين 9-5 سنوات كان عددها 36 فرد مشكلين بذلك نسبة مئوية قدرت بـ 42.85.

4- أدوات جمع البيانات:

4-1 استبيان إدراك الضغط :

صمم هذا الاستبيان لفنستين وآخرون (1993) Levenstein لقياس مؤشر إدراك الضغط Perceived Stress Index، ويشمل الاستبيان ثلاثون عبارة تنتوزع وفق نوعين من البنود، مباشر وغير مباشر .

تضم البنود المباشرة 22 عبارة تشكّل البنود رقم: 2، 3، 4، 5، 6، 8، 9، 11، 12، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 22، 24، 26، 27، 28، و30. بينما تشمل البنود غير المباشرة 8 عبارات تشكل البنود رقم: 1، 7، 10، 13، 17، 21، 25 و29.

- **طريقة التصحيح:** ينقط هذا الاستبيان بدرجات تتراوح ما بين 1 إلى 4 لكل بند، غير أنه لابد من الإشارة إلى اختلاف طريقة التقيط بين البنود المباشرة وغير المباشرة، حيث يتم تقيط البنود المباشرة من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة) وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول اتجاه الموقف. بينما يتم تقيط البنود غير المباشرة بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة). وتمنح الدرجات لكل بند وفق ما يلي : 1 - تقريباً أبداً، 2- أحياناً، 3 -كثيراً، 4 - عادة .

ويحسب مؤشر الضغط بالمعادلة التالية :

$$\text{مؤشر الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام} - 30}{90}$$

ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاستبيان من البنود المباشرة وغير المباشرة وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط (lowest possible level of stress) إلى غاية (1) الذي يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (highest possible level of stress).

- **صدق المقياس :** تم التحقق من صدق الاستبيان باستخدام الصدق التلازمي الذي يقوم على مقارنة إستبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط، وأظهر هذا النوع من الصدق وجود

ارتباط قوي مع سمة القلق وقدر ب 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط لـ Cohen يقدر ب 0.73،
 بنما سجل ارتباط معتدل يقدر ب 0.56 مع مقياس الاكتئاب، وارتباط ضعيف يقدر ب 0.35 مع
 مقياس القلق حالة

- **ثبات المقياس :** تم قياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود
 تماسك قوي يقدر ب 0.90، كما أظهر قياس ثبات الاستبيان بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق
 بعد فاصل زمني قدر ب 8 أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدر ب 0.82 .¹

2-4 مقياس باك Beck و ويزمان Weissman لاضطرابات التفكير:

صمم المقياس من قبل ويسمان وباك (Weissman, Beck (1979 لقياس
 الاضطراب المعرفي ، ويستند أساسا لنموذج بك. يشتمل المقياس على 40 عبارة تتوزع على
 نوعين من البنود المباشرة وغير المباشرة .

تشمل البنود المباشرة 10 عبارات هي: 2، 6، 12، 17، 24، 29، 30، 35، 37، 40. وتدل
 على وجود اضطراب في التفكير عندما يجيب المفحوص بالرفض وعدم قبول الموقف ، وتنقط
 البنود من 1 إلى 7 من اليمين (موافق تماما) إلى اليسار (معارض تماما).

1 أحمد فاضلي، 2009 : أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها
 بكل من الاكتئاب واليأس. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر

بينما تضم البنود غير المباشرة 30 عبارة هي: 1، 3، 4، 5، 7، 8، 9، 10، 11، 13، 14، 15، 16، 18، 19، 20، 21، 22، 23، 25، 26، 27، 28، 31، 32، 33، 34، 36، 38، 39.

وتدل على وجود اضطراب في التفكير عندما يجيب المفحوص بالموافقة والقبول اتجاه الموقف. وتتقط هذه البنود بطريقة معكوسة من 7 إلى 1 من اليمين (موافق تماما) إلى اليسار (معارض تماما)

- **طريقة التصحيح :** عندما لا يجيب المفحوص على عبارة من عبارات المقياس تنقط (0) و في حالة الإجابة على البنود تتراوح درجات التنقيط من 1 إلى 7.

ويتغير التنقيط حسب نوع البنود المباشرة وغير المباشرة. وللحصول على الدرجة الكلية للمقياس يتم جمع كل النقاط المتحصل عليها في مختلف البنود وتتراوح درجات المقياس بين 40-280 وتدل القيم المنخفضة على التوافق ووجود معتقدات أكثر تكيفا، وكلما كانت القيم مرتفعة يدل ذلك على إمكانية وجود اضطراب في التفكير .

- **ثبات المقياس :** لمقياس اضطراب التفكير تماسك داخلي مرتفع يتراوح بين 0.84 إلى 0.92 و أظهر التطبيق وإعادة التطبيق خلال فاصل زمني يقدر ب 8 أسابيع وجود معامل ثبات قوي يتراوح بين 0.80 إلى 0.84. تبين أن للمقياس تماسك داخلي ومعامل ثبات مرتفع في معظم الأوقات .

- **صدق المقياس** : تم التحقق من صدق المقياس باستخدام الصدق التلازمي ، وقد أظهر أن لمقياس اضطراب التفكير صدق مرتفع ، حيث وجد ارتباط دال للمقياس مع عدد من المقاييس مثل مقياس بيك للاكتئاب .وله أيضا صدق بين المجموعات .¹

3-4 استبيان أساليب التعامل : Ways of coping questionnaire

تم تصميم هذا الاستبيان من قبل فولكمان ولازاروس Folkman , Lazarus سنة (1988) لتزويد الباحثين بمقياس يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط والتوافق. ويهتم الاستبيان بتقدير الأفكار والسلوكيات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وقد استمد من النظرية المعرفية الظاهرية للضغط والواجهة.²

ويركز الاستبيان أيضا على تعريف المواجهة كمجهودات معرفية وسلوكية لإدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية خاصة ومرهقة وتتجاوز الموارد الفردية. ويمكن أن يستعمل الاستبيان كأداة بحث في الميادين الاكلينيكية مثل دراسة طرق المواجهة مع أنواع الأمراض وشدتها و/أو لقياس أثر

التدخلات العلاجية، ويهدف أيضا لتحديد الأفكار والسلوكيات التي يستعملها الأفراد لمواجهة

1 أحمد فاضلي، 2009 ، المرجع نفسه

2 Cognitive-phenomenological theory of stress and coping(1984) لفولكمان ولازاروس

Folkman , Lazarus .

الضغوط الحياتية التي يتعرضون لها، ويتكون الاستبيان من 50 عبارة تتوزع على 8 مقاييس للمواجهة، وتم تحديدها من خلال التحليل العاملي وتتمثل في :

- أسلوب التصدي Confrontive Coping وتشمل البنود التالية : 2، 3، 13، 21، 26 و37

- أسلوب مخططات حل المشكل Painful Problem Solving وتشمل البنود التالية 20، 30، 39، 40، 43 و 1 .

- أسلوب اتخاذ مسافة Distancing وتشمل البنود التالية : 8، 9، 11، 16، 32 و 35 .

- أسلوب ضبط الذات Self Controlling وتشمل البنود التالية : 10، 6، 27، 34، 44، 49 و 50.

- أسلوب البحث عن سند اجتماعي Seeking Social Support وتشمل البنود التالية: 4، 14، 17، 24، 33 و 36.

- أسلوب تحمل المسؤولية Accepting Responsibility وتشمل البنود التالية : 5، 19، 22 و42.

- أسلوب التهرب / التجنب Escape – Avoidance وتشمل البنود التالية : 7، 12، 25، 31، 38، 41، 46 و 47 .

- أسلوب إعادة التقدير الايجابي Positive Reappraisal وتشمل البنود التالية : 15، 18، 23، 28، 29، 45 و 48 .

يمكن أن يطبق الاستبيان ذاتيا من قبل المفحوص (تقدير ذاتي) ويمكن أن يساعد الفاحص المفحوص أثناء المقابلة في إعادة بناء الحدث الضاغط الخاص وأن يخبره بأن الاجابة على البنود ترتبط بالمشكل الذي تعرض له وليس الإجابة بصفة عامة، كما أن مدة الاجابة تتغير حسب المفحوصين وترتبط بالحدث الضاغط الخاص .

- **طريقة التصحيح :** يعتمد التصحيح على طريقة القيم الخام Raw Scores ويرتبط بمجهودات المواجهة في كل نوع من المقاييس الثمانية، ويجيب الأفراد على كل بند وفق سلم بأربعة (4) درجات مشيرة إلى مدى تكرار كل استراتيجية واستعمالها من قبل الفرد لمواجهة الحدث الضاغط الخاص وتتمثل في الآتي :

إطلاقا، إلى حد ما، كثيرا، كثيرا جدا. وتمثل القيم الخام مجموع إجابات الفرد للبنود.

- **ثبات وصدق المقياس :** لبنود استبيان أساليب المواجهة صدق ظاهري، ذلك أن الأساليب المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي مدى انسجام نتائج الدراسة مع التنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها وتخص المواجهة كسيرورة، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية.¹

1 أحمد فاضلي، 2009 ، المرجع السابق.

5- أدوات تحليل البيانات:

تم تحليل بيانات هذا البحث باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

5-1 معامل الارتباط بيرسون : معامل الارتباط الذي بني بهدف قياس قوة أو درجة

الارتباط الخطي المفترض بين متغيرين، كل واحد منهما مقاس على سلم وحدات، وبواسطته يمكن تحديد المؤشر المتعلق بالارتباط بين x و y ، والقيمة المحصل عليها تترجم العلاقات المتبادلة بينهما، فتعتبر مؤشر لقوة الارتباط بينهما.¹

وفي الدراسة الحالية تم استخدام معامل سبيرمان تحديدا للتعرف على العلاقة القائمة بين متغيرات البحث.

5-2 اختبار كا² لحسن التطابق: نلجأ لاستخدام كا² في حالة ما إذا كان مستوى القياس

الذي على أساسه تم جمع البيانات هو المستوى الإسمي. إن هذا المقياس يسمح لنا بمقارنة نتائج عينتين أو أكثر و يشترط أن تكون مستقلتين. كما يمكن تطبيقه مع عينة واحدة في حالة وجود احتماليين للإجابة على الأقل. و يعتمد في حساباته أساسا على التمييز بين التكرارات الواقعية من جهة و التكرارات المتوقعة من جهة أخرى.

1 فريدة طايبي .2008.

2 بوسنة محمود، 2007، ص 208

5-3 تحليل التباين الأحادي العامل ANOVA : أحد مقاييس المستخدمة لقياس درجة

التشتت، وفيه يحسب قيمة التشتت كنسبة مئوية من قيمة مقياس التركة المركزية ، ومن ثم

يفضل

استخدام معامل الاختلاف عند مقارنة درجة تشتت بيانات مجموعتين أو أكثر مختلفة لها وحدات قياس مختلفة، بدلا من الانحراف المعياري ، أو الانحراف الربيعي لأن معامل الاختلاف يعتمد على التغيرات النسبية في القيم عن مقياس التركة المركزية، بينما يعتمد الانحراف المعياري أو الانحراف الربيعي على التغيرات المطلقة للقيم. إذ يكشف معامل anova على وجود فروق ذات دلالة إلا أنه لا يحدد لصالح من.¹

1 شرف الدين خليل، دون تاريخ، ص74

خلاصة

لقد تم التعرض في هذا الفصل للمنهج المستعمل في الدراسة الحالية والمتمثل في المنهج الوصفي بشقّه الارتباطي، وضّحنا فيه أيضاً نوع العيّنة و طريقة اختيارها و المتمثل في المدمنين على مادة الهيرويين عن طريق الحقن مختارة بطريقة قصدية، كما تم تطرقنا إلى جملة المقاييس و الأساليب الإحصائية، بحيث تم تطبيق كل من استبيان ليفنشتاين لإدراك الضغط، مقياس باك و ويزمان لاضطرابات التفكير، استبيان أساليب التعامل فولكمان و لازاروس. أما العمليات الإحصائية المستخدمة لتحليل النتائج كانت معامل الارتباط بيرسون، اختبار كا² لحسن التوافق، تحليل التباين الأحادي العامل.

الفصل السادس

عرض النتائج

1- نتائج مقياس اضطرابات التفكير لدى فئة من المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن

:

للتذكير تنص الفرضية الأولى على أن المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن يظهرون اضطرابات التفكير، أي أن الدرجة المتحصل عليها في المقياس تفوق أو تساوي الوسيط الحسابي للمقياس : 140 . وبعد تطبيق اختبار كا² لحسن التطابق وجدنا ما يلي :

جدول رقم (01) : نتائج مقياس اضطرابات التفكير لدى فئة من المدمنين على

الهيرويين

درجات اضطرابات التفكير	القيم Fo الملاحظة	القيم Fe المتوقعة	كا ² المحسوبة	درجات الحرية	مستوى الدلالة
منخفض	21	27.6	8.27	df=2	0.05
متوسط	22	27.6			
مرتفع	40	27.6			
المجموع	83	83			

أغلبية أفراد العينة ذوي اضطرابات التفكير مرتفع إذ تمثلت نسبة الأفراد الذين تحصلوا على تقدير منخفض بـ 21% هذا يعني أن الأفراد الذين تبين أنه لديهم اضطرابات التفكير عددهم 62 تقدر نسبتهم بـ 74.69% منهم 40 تحصل على قيمة مرتفعة أي ما يعادل (48.19%) و 26.50% توجد لديهم اضطرابات التفكير بدرجة متوسطة و عددهم 22 فرد. و الفروق في التكرارات دالة إحصائياً و ذلك بحساب قيمة كا² = 8.27 و التي جاءت أكبر من القيمة الجدولة 5.99 عند مستوى الدلالة 0.05

و منه تحققت الفرضية التي تنص على أن المدمنون على الهيرويين عن طريق الحقن يظهرون ارتفاع في درجة اضطرابات التفكير.

2- نتائج العلاقة بين درجة اضطرابات التفكير و استخدام أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل لدى المدمنين على الهيرويين :

يبحث الفرض الحالي في العلاقة القائمة بين درجة اضطرابات التفكير و استخدام مختلف أساليب التعامل. مفترضا وجود علاقة سالبة بين أساليب التعامل المركزة على حل المشكل و درجات اضطرابات التفكير. وقد جاءت نتائج معامل الارتباط بيرسون كالتالي:

جدول رقم (02) : نتائج العلاقة بين درجة اضطرابات التفكير أساليب التعامل المركزة على حل المشكل لدى المدمنين على الهيرويين

معامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الدلالة
-0.69	83	0.000
		>
		0.01

هناك علاقة قوية سالبة بين درجة اضطرابات التفكير و مخططات حل المشكل و العلاقة دالة عند مستوى الدلالة 0.01 . و بالتالي كلما ارتفعت درجة اضطرابات التفكير كلما نقص استعمال مخططات حل المشكل. و هو ما يتوافق من محتوى الفرضية.

3- نتائج العلاقة بين درجات اضطرابات التفكير و إدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن:

في هذا الفرض نحاول إظهار العلاقة الموجودة بين درجة اضطرابات التفكير و درجة إدراك الضغط ، منطلقين من هناك علاقة موجبة بين هذان المتغيرين و لدراسة هذه العلاقة قمنا بالمعالجة الإحصائية التي اعتمدنا فيها على معامل بيرسون للإرتباط، و بينت النتائج ما يلي:

جدول رقم (03): نتائج علاقة درجات اضطرابات التفكير مع درجات إدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين

معامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الدلالة
0.61	83	0.000
		>
		0.01

هناك علاقة قوية موجبة بين درجات اضطرابات التفكير و درجات إدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 و منه تحققت الفرضية.

4- نتائج الفروق بين درجات ادراك الضغط وفقا لمتغير مدة الادمان :

يبحث الفرض السابع في الفروق بين درجات ادراك الضغط لدى العين وفقا لمتغير مدة الادمان, مفترضا أنه كلما كانت المدة أطول كلما ارتفعت درجة ادراك الضغط لدى المدمنين

على الهيرويين. ولدراسة هذه الفروق قمنا بالمعالجة الإحصائية التي اعتمدنا فيها على تحليل التباين الأحادي العامل Anova كانت نتائج التحليل كالآتي:

جدول رقم (04) : نتائج الفروق بين درجات ادراك الضغط وفقا لمتغير مدة الادمان على الهيرويين

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
ما بين المجموعات	5	0.36	6.514 E-02	3.777	0.004
داخل المجموعات	77	1.328	1.724E-02		> 0.01
المجموع	82	1.654			

جاءت قيمة $F = 3.777$ في تحليل التباين الأحادي وفقا لمدة الادمان و هي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، أي أن هناك فروق دالة إحصائية بين درجات إدراك الضغط لدى المدمنون على الهيرويين عن طريق الحقن وفقا لمتغير مدة الادمان. و هو ما يتوافق مع فرضية البحث.

الفصل السابع

مناقشة النتائج

1- نتائج الفرضية الأولى التي تنص على وجود لدى المدمنون على مادة الهيروين عن طرق الحقن ارتفاع في درجة اضطرابات التفكير:

حاولنا معرفة مستوى اضطرابات التفكير لدى المدمنين على الهيروين، وبعد المعالجة الإحصائية وجدنا أنّ 40% من أفراد العيّنة أظهروا ارتفاع في مستوى اضطراب التفكير. و هذه النتيجة تتفق مع ما أشار إليه بيك (A.beck) (1993). إذ يرى أنّ تعاطي المخدرات يؤثر على الجهاز العصبي المركزي و يؤدي إلى تشويش الأفكار، هذا ما يجعل المستهلك ينظر إلى العالم و خاصة المادة المخدرة بصفة غير واقعية لا تسمح له بالتوافق مع متطلبات الحياة و لا تتركه يخرج من حلقة الادمان. إذ يفترض بيك أن الادمان متكون من عدة مخططات معرفية غير متوافقة مع الواقع، تحدد طبيعة الاستجابة السلوكية و الانفعالية التي تساهم بدورها في الحفاظ على السلوك الادماني.¹

توصل بيك في دراساته لظاهرة الادمان إلى أن هناك معتقدات مشتركة بين جميع أنواع الادمان ولدى مختلف المدمنين. تميز هذه المعتقدات هؤلاء الأفراد الذين أصبحوا مدمنين فتساهم في الحفاظ على السلوك الادماني و تهيب الأرضية للانتكاس بعد الامتناع.

يمكن اعتبار هذه المعتقدات كمجموعة من الأفكار - الخاطئة - تتمحور حول البحث عن المتعة، حل المشاكل و الهروب. و من بين هذه الأفكار:

- توقع أن المخدر يسهّل التفاعل الاجتماعي و يحسن القدرات الفكرية.

- توقع إيجاد المتعة و الاستثارة.

1 Aaron T. beck, Fred D. newman, Bruce S. liese (1993): cognitive therapie of substance abuse, the guilford press, new yrok, london.

- توقع أن المخدر سوف يزيد من نشاطه و من قوته.

- توقع أن المخدر سيكون له أثر مهدئ و ملطف.

- توقع أن المخدر سيزيل الملل، القلق، الضغط و الاكتئاب.

بالإضافة إلى هذه التوقعات أو المعتقدات، لدى المدمن معتقدات تفيد التبرير.، مثل:

- حينما أشعر بالسوء، مسموح لي أن أتعاطى المخدر.

- إنني أمر بمرحلة صعبة؛ لذا، لا بد عليا أن أسترخي.

- إذا تناولت جرعة واحدة، لأبأس بذلك، فلن يكون هناك أثر.

و تلعب هذه المعتقدات دورا هاما في الميل إلى تعاطي المخدر فبفعل المعتقدات الخاصة بسلوك الاستهلاك يتعاطى الفرد الهيروين متوقعا التخفيض من درجة القلق و شدة الضغط أو بهدف الشعور بالمتعة و النشوة. لكن سرعان ما يطور هؤلاء الأفراد معتقد أنهم لا يستطيعون التخلص من القلق و الملل، و لا يستطيعون أن يعيشوا حياة سعيدة دون أن يتناولوا المخدر.¹

1 أرون بيك ، سكوت جان ، وليامز مارك ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي (2002): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.

هنا نشهد بروز أول اضطرابات التفكير المتعلقة بالمخدر. وتكون بمثابة عامل مؤدي أو مفجر لظاهرة الادمان و عامل محافظ في نفس الوقت.¹

يستعمل بيك مصطلح المخططات المعرفية الخاطئة للتعبير على المعالجة الخاطئة للمعلومة. عندما يتم تنشيط المخطط الخاطئ يتوقف التفكير المنطقي و الارادي و يترك المجال لظهور لاضطرابات التفكير ، وبناءا على هذه الأخطاء في معالجة المعلومة نشهد بروز سلوكيات و انفعالات غير متوافقة. يفترض هذا النموذج أن الاضطراب متكون من عدة مخططات غير متوافقة مع الواقع ، تحدد طبيعة الاستجابة السلوكية و الانفعالية.²

وتم تحديد مجموعة أولية من المخططات الخاطئة من طرف بيك تتعلق بالنجاح الشخصي، الحرية و الاستقلالية. و مجموعة ثانوية من المخططات الخاطئة تتعلق بالعلاقات العاطفية مع الآخرين و يعبر عنها بالشعور بالاختلاف عن الآخرين و الشعور بالنبذ، و أنّ الفرد غير محبوب.

حاول بيك اعطاء وصف أكثر دقة للادمان من النظريات التي سبقته من خلال التمييز بين أربع أنواع من اللهفة :

- اللهفة كاستجابة لأعراض الانسحاب (هنا اللهفة تمثل الحاجة الى الشعور بنفسه مرتاح من جديد).

1: أرون بيك، سكوت جان، وليامز مارك، 2002 ، المرجع نفسه

2: A.Beck, 1993, المرجع السابق

- كاستجابة لنقص اللذة و المتعة (محاولة تحسين المزاج مثلا).

- كاستجابة شرطية لمثيرات متعلقة بالمخدر (رؤية صيدلية أو مشاهدة فيلم سينيمائي حول المخدر).

- استجابة لرغبة في المتعة و النشوة.

بالنسبة لبيك اللفه لها قاعدة معرفية مبنية على المعتقدات الخاطئة. تفاعل وضعية محرّضة للتعاطي و المخططات الخاطئة للفرد المدمن تنشّط معتقدات خاصة. فاستعمال المخدر للحصول على نتائج دقيقة يجعل الفرد يطرّوّر مع الوقت معتقدات متعلقة بالمخدر. ووصف بيك (1993) المعتقدات الخاصة بالادمان كمجموعة من الأفكار المتمركزة حول البحث عن اللذة، حل المشكل و الهروب، هذه المعتقدات الادمانية غير المتكيفة تلعب دورا هاما في ظهور اللفه، يعطي بيك المثال الاتي : " اذا كنت مرحا و لطيف سوف يهتم بي الآخريين و أصبح محبوبا " و " اذا شربت كأس من الكحول سأكون نشطا و يهتمون أكثر بي " يتم تحويل هذه الأفكار إلى انتظارات و توقعات خاصة تتعلق بالشعبية و التقبل في المناسبات و العلاقات الاجتماعية، و هذه التوقعات تنشّط و تفتعل اللفه. و يجمع بيك هذه الأفكار و المعتقدات في أصناف هي :

- معتقدات التوقع : هي التوقعات الايجابية حيال المخدر " سأكون مرحا و اجتماعيا اذا تعاطيت "

- معتقدات مريحة : فهي توقعات خاصة بخفض أعراض الانسحاب أو عدم ارتياح " سيساعدني الكحول على النسيان، سأكون أقل توترا "

- معتقدات الإباحة : هي تلك الأفكار التي تسمح للفرد للتعاطي " أستحق أن أستريح قليلا بعد هذا اليوم الشاق في العمل "

- الأفكار السلبية الأوتوماتيكية تنشط معتقدات التوقع و المعتقدات المريحة اللتان بدورهما تنشطان اللفظة التي تنشط في الأخير المعتقدات المسامحة. و بمجرد الحصول على الموافقة على التعاطي تبدأ أساليب البحث عن المخدر.

كما يوضح بيك (1993) كيف ينشط المخطط المحوري الخاطئ أفكار أوتوماتيكية سلبية و معاناة انفعالية اللتان تنشطان بدورهما معتقدات التوقع المتعلقة بتأثيرات المخدر، هذا ما يترك الفرد عادة في صراع بين الرغبة في الاستهلاك و الرغبة في الامتناع (إذا كان واعي و مدرك بالنتائج السلبية للاستهلاك). و لكي يتمكن المدمن من الاستهلاك يجب أن يتحصل على رخصة أو تبرير يأخذه من مجموعة جد متنوعة من " الرُخص الذاتية"، أي معتقدات التسامح التي تحلّ الصراع و تسمح له بالتعاطي .

ويرى بيك أن الأفراد المدمنين لديهم معتقدات تفوق في الشدة و العدد معتقدات الأفراد الغير مدمنين. و يميز بين عدّة مستويات من المعتقدات المتعلقة بالادمان :

- معتقد عام يتركه بشعر أنه في محيط ضار و مهدد

- فكرة أن المسلك الوحيد من المحيط و المشاعر السلبية هو الاستهلاك .

- فكرة أنه بحاجة الى الاستهلاك لتسيير كل المشاعر السلبية.

وينضم الى هذه المعتقدات الخاصة بالمخدر معتقد بأنه غير مندمج و غير مقبول في مجموعته. بالنسبة لبيك ماهية السلوك الادماني تتمثل في تفاعل معتقدات عامة و معتقدات خاصة بالمخدر. ويبدو أن المعتقدات الخاصة بالمخدر تنتج عن تفاعل بين معتقدات محورية

(core beliefs) التي تكون في بعض الأحيان مرتبطة بمخططات محورية (core schema).

فالمجموعة الأولى من المعتقدات المحورية تخص حرية الفرد، استقلاليته و نجاحه بحيث يختلف المضمون على حسب انجراحية "vulnérabilité" الفرد لكن يمكن التعبير عن المعتقد المحور كالآتي : " أنا أقل قيمة، عاجز، فاشل، معقّد ".

أما المجموعة الثانية من المعتقدات المحورية تخص العلاقات الاجتماعية، و القدرة عن أن يقبل و يُحب من طرف الآخرين مثلا " لا أحد يحبني ، أنا مختلف ، أنا منفر ".

النتائج السلبية لهذا النظام للأفكار يعزز المعتقدات السلبية و التوقعات المريحة للمخدر، و يبرز قرار التوقف على التعاطي عندما يلاحظ الفرد بوضوح أن النتائج المريحة المتوقعة لم يتم الحصول عليها أو أن النتائج السلبية أكثر و أعظم من فوائد التعاطي. و في اطار الانتكاس بعد فترة امتناع، معاودة استهلاك المخدر تسبب عادة بروز مخططات اكتئابية غير متكيفة و انفعالات سلبية (تأنيب ضمير، خيبة أمل و نقص الثقة بالذات) اللتان تستدخلان معتقدات مريحة جديدة و تزيد من حدة الانتكاس. ومن بين اضطرابات التفكير التي قد تتدخل في ظاهرة الادمان نجد أسلوب التبريرات الخاطئة الذي يعتبره نيكولا سارزان بمثابة وسيلة من مختلف وسائل و طرق المدمنين لتبرير سلوكهم و لتعليل استمرارهم في دريهم، فمع علمهم بجميع الجوانب السلبية و المخلفات التي تتسبب فيها لهم ادمانيتهم، سواء من الجانب النفسي أو الجانب الاجتماعي فنجد أنهم دائم و بحوزتهم تبرير يسمح لهم بمواصلة التعاطي ¹.

1 Nicolas sarrasin (2005) : quatre saison dans le bonheur, petit traité antideprime, les edition de l'homme.

وحسب بيك (1993) Beck نستعمل هذا النوع من التفكير لكي يكون لنا الحق أمام الآخرين، فهو عبارة عن كذب لكي نقنع به أنفسنا و الآخرين و غالبا ما يكون دافع أو محرك هذه التبريرات هو الفخر و عزة النفس بحيث لا يريد الفرد الاعتراف بأنه ليس على صواب. وهو نوع يلجأ إليه المدمنون بصفة متكرر لتبرير سلوكهم و إعطاء سبب لتعاطيهم أو لتفسير عدم قدرتهم عن الإمتناع.¹

كما أن أسلوب التعميم يمكن أن يلعب دورا في بداية السلوك الادماني أو المساهمة في الحفاظ عليه فيأتي لطمأنة نفس المدمنين وتسكين مخاوفهم، فمن السهل الاعتقاد أن الناس جميعا يتعاطون المخدر و أنهم ليسوا وحيدين بين مخالف الادمان. و حسب نيكولا سارازان (2005) Nicolas Sarrasin يصبح التعميم اضطراب في التفكير عندما نستنتج بسرعة و عندما نلاحظ أن بعض الحالات الخاصة تتشارك في صفة معينة نستنتج أن كل من يشاركون في هذه الصفة يماثلهم. مثلا أن نقول أن كل الصينيين يأكلون القطط، أن كل اليابانيين أذكاء، أو كل شباب الجزائر يستهلك المخدرات.

1 المرجع نفسه, 2005, Nicolas Sarrasin

2 Beck, 1993, المرجع السابق

وهناك نوع آخر من اضطرابات التفكير و هو التصغير، حسب بول فرانسيتشي Paul Franceschi نجده لدى كل مدمن مهما كانت نوع المادة، حتى مع علمه بما قد يسبب له هذا السلوك ، فهو دائما يصغر من التأثيرات السلبية للمادة على الصحة الجسدية و العقلية و النفسية و حسب بول فرانسيتشي Paul Franceschi أن التصغير يتمثل في إعطاء قيمة منخفضة لظاهرة ما و التقليل من تأثيرها، على نفسية الفرد و على جوانب حياته المختلفة، فالشدة الذاتية التي ينسبها الفرد إلى الحادثة تختلف بشكل واضح عن الشدة الموضوعية، في التصغير تكون الشدة منخفضة بوضوح. بالإضافة إلى أسلوب النضرة بالكل أو لا شيء للمدمنين لتفسيرهم للواقع و التعاملات البينشخصية، هذا النوع من التفكير مترابط و متداخل مع الأشكال السابق ذكرها، بحيث يخدم التصغير و التعميم و التبريرات الخاطئة. عرّف بول فرانسيتشي Paul Franceschi الكل أو لا شيء أنه عادة ما يكون تحت خدمة الأشكال الأخرى من اضطرابات التفكير كما هو الحال في التصغير و التكبير إذ يدرك الفرد الأشياء إلاّ عن طريق الصنف المتطرف لأحد القطبين، بهذا النوع من التفكير يجهل الفرد تماما وجود درجات أو مراحل ما بين الحدين، و من هنا ينتج لنا تفكير دون وسط دون تدرج. يصبح يرى للأشياء إما على أنها بيضاء أو سوداء، يرى لنفسه إمّا أنه مدمن أو غير مدمن، فإذا انتكص بعد محاولات الإقلاع و لو بجرعة واحدة فقط يرى أنه فشل تماما في عمليته و أنه غير قادر على الإقلاع، ما قد يؤدي إلى تحفيز إضطرابات تفكير أخرى مثل الوصم و الحتمية، يعتقد أنه محتوم عليه أن يكون مدمن و ليس له أي وسيلة للإقلاع، فيصم نفسه بوصمة الادمان و ييأس من القدرة على التغيير.¹

1 Paul francesch (2007) : complement pour une theorie des distorsions cognitives, journal de therapie comportementale et cognitive, Elsevier masson SAS.

و لا ينحصر تأثيرها على الادمان على المخدرات فقد يتسع نطاقها إلى الادمان السلوكي. اقترح جودمان (1990) goodman تصنيف استدخل فيه كل أنواع الادمان بما فيها اللعب المرضي، الادمان على الرياضة، على العمل و الاستعمال المرضي للأنترنت. نحن نعي أن هناك إختلاف كبير بين الادمان على المخدر و الادمان السلوكي، من حيث تقبلهم الإجتماعي، درجة تأثيرهم على الصحة الجسدية و العقلية، و شدة ظهور أعراض الانسحاب. لكن الشيء الذي يهّمنا هو أن كلا النوعين يجعلان الفرد يصنّف الموضوع الذي هو مدمن عليه الأول في قائمة أولوياته، مهما كانت نتائج ذلك السلوك. من الجيد كذلك أن في الادمان السلوكي ليس هناك أعراض انسحاب تجعل الفرد يسعى لتخفيفهم (ألام، اسهال....) فالشيء الذي يدفع الفرد هنا إلى القيام بالسلوك الذي هو مدمن عليه هم أفكاره و معتقداته.

ففي دراسة ونغ سو (2013) Wang Su وجد أن اضطرابات التفكير من أحسن المنبئات للادمان على اللعب و من بين أهم الأساليب المنتشر لدى اللاعبين المرضيين النظرة بالكل أو اللاشيء و التفكير الإجتزاري حول المشاكل المتعلقة بموضوع ادمانهم، من جهته يقترح دافيس (2001) Davis أنموذج سلوكي معرفي وضع فيه اضطرابات التفكير كعامل محوري في الادمان على استعمال الأنترنت. اقترح دافيس Davis مجموعة من أخطاء المنطق في تفسير استعمال الانترنت مستدخلا فيها التفكير الإجتزاري، نقص الثقة في الذات، التقييم السلبي للذات، و النظرة بالكل أو اللاشيء، إذ يعتقد المدمن أنه لا قيمة له إذا لم يستعمل الانترنت كأن يقول الفرد : " الأنترنت هو المكان الوحيد الذي أكون فيه محترم"، " لا أحد يحبني خارج عالم الانترنت" و "

الانترنت هي الصديق الوحيد لي".

يمكننا إسقاط هذه العبارات على المدمنين على الهيرويين (بتحفظ) و استبدال كلمة انترنت بكلمة هيرويين فنتصور أنه يمكن للمدمن على الهيرويين أن يخاطب نفسه و يقول أنه لا يوجد من يحبه غير أصدقائه المدمنين، أن الهيرويين هي المادة الوحيدة التي تساعد على التخلص من الوحدة، أن استهلاك مادة الهيرويين تكسبه أصدقاء يحترمون و يحبونه. وصف بيك (1993) المعتقدات الخاصة بالادمان على المخدر كمجموعة من الأفكار المتمركزة حول البحث عن اللذة، حل المشكل و الهروب ، هذه المعتقدات الادمانية غير المتكيفة تلعب دورا هاما في ظهور اللهفة، يعطي بيك المثال الاتي : "اذا كنت مرحا و لطيف سوف يهتم بي الآخريين و أصبح محبوبا " و " اذا شربت كأس من الكحول سأكون نشطا و يهتمون أكثر بي " ، يتم تحويل هذه الأفكار الى انتظارات و توقعات خاصة تتعلق بالشعبية و التقبل في المناسبات و العلاقات الاجتماعية، و هذه التوقعات تنشط و تفتعل اللهفة (craving). عندما يتم تنشيط المخطط الخاطي يتوقف التفكير المنطقي و الارادي و يترك المجال لظهور اضطرابات التفكير، وبناء على هذه الأخطاء في معالجة المعلومة نشهد بروز سلوكات و انفعالات غير متوافقة .

يوضح سارفان بارو Servane Barrault في دراسته حول اضطرابات التفكير و اضطرابات القلق و الاكتئاب عند المدمنين بعض المعتقدات المتعلقة بالسلوك الادماني. يذكر " وهم التحكم " «illusion de contrôle» و هو أن الفرد يتوهم أن لديه تحكم في أمور هي في الحقيقة ليست كذلك.

تم شرح معنى التحكم في إيطار اللعب من طرف موور و أوتسوكا (Moor.C, otsuka,T, 1999) صنفوه إلى عدة أنواع من بينها:

- تحكم في سلوك اللعب : التحكم في مدة و عدد مرات اللعب. و في قيمة المراهنة.

- توهم التحكم: يعتقد الفرد أن لديه تأثير على مجرى اللعب.

ومن جهة عرف لانجار (1975) Langer توهم التحكم بأنه " توقع حدوث نجاح شخصي بنسبة أعلى مما يسمح به الإحتمال الموضوعي". مثلاً في حالة اللعب المرضي توهم التحكم يجعل الفرد ينسب نجاحاته إلى أسباب ذاتية-داخلية. بفعل سلوكيات أو أفكار خرافية-غيبية، يعتقد الفرد أن لديه تأثير على مجرى اللعبة، ناكراً بذلك الدور المهم لعاملي الحظ و الصدفة.

يمكننا أن نقول أن المشكل الأساسي في ظاهرة الادمان هو " التحكم"، فالاختلاف الشكلي الظاهر بين الادمان السلوكي (اللعب) و الادمان على المواد المؤثرة نفسياً (هيرويين) قد يخفي أشياء كثيرة متشابهة بينهم. مثل المدمن على اللعب الذي يعتقد أن لديه تحكم في سلوكه، المدمن على المخدر يرى أنه متحكم في استهلاكه، يمكننا أن نشاهد ذلك خاصة على الشباب الأصغر سناً المقبلين على التعاطي. فبالنسبة إليه (الشاب المقبل على التعاطي) هو متحكم في مدة و عدد مرات التعاطي و الكمية المستهلكة. كما يعتقد أنه سيتوقف على التعاطي حين يقرر ذلك، و بالتالي فهو يتحكم في مجرى الاستهلاك. و بالرغم من وجود الكثير من الأمثلة في محيطه على ما هي عواقب تعاطي المخدر، يظن أنه فريد و يتوقع حدوث نجاح شخصي (أي عدم الادمان على المادة و قدرة على التوقف دون صعوبة) أعلى مما يسمح به الاحتمال الموضوعي الذي ينبئ أن إذا استهلكت المخدر تصبح مدمن عليه و يصعب جدا التخلص منه. ومن بين المفاهيم التي تم توضيحها في دراسة سارفان (Servane) هو مفهوم أو مبدأ العدد الأكبر (principe du grand nombre) . ويقصد به أنه عندما تكون العينة كبيرة تكون ممثلة أكثر للمجتمع المستخرجة منه. فالظاهرة الأكثر تكراراً هي التي لها أكبر احتمال للوقوع. لكن بفعل بعض المعتقدات يمكن أن يعتبر الفرد عينة صغيرة كممثلة للمجتمع. في إطار اللعب، احتمالات النجاح تكون دائماً لصالح الملهى (casino)، لكن اللاعبين يصنعون قرارهم

بناءً على عيّنات صغيرة، غير ممثلة. فالحالة الأكثر تكرار هي حالة الملهى يفوز (عينة كبيرة)، لكن اللاعب يبني قراره على حوادث أقل تكرار (عينة قليلة)، مثلاً على حالة لاعب (واحد فقط) فاز بمبلغ كبير من المال في يوم من الأيام. فالعامل المعرفي من خلال أسلوب التعميم و العلاقة الخاطئة بين الأسباب و النتائج جعلته يعتبر احتمال الفوز ممكن. و يمكن تصور نفس الشيء بالنسبة للمدمنين على المخدرات خاصة المبتدئين منهم. فبالرغم من أنّ الحالة الأكثر تكرار هي الناس الذين اقتربوا من المخدر أصبحوا مدمنين، فإنهم يبنون رأيهم على بعض الحالات التي استهلكوا ولم يصل بها الأمر إلى الإدمان. فيتجهوا إلى التعاطي، لكن بمرور الوقت و بعد عدة محاولات إقلاع لم تنجح يستسلم الفرد للإدمان ويصبح يرى نفسه غير قادر على التخلص منها و أنه فاشل و ضعيف، ففي إطار الانتكاس بعد فترة امتناع، معاودة استهلاك المخدر تسبب عادة بروز مخططات اكتئابية غير متكيفة و انفعالات سلبية: تأنيب الضمير، خيبات أمل، نقص الثقة بالذات. فتستدخل معتقدات إباحة جديدة وتزيد من حدة الانتكاس. هذا ما يؤدي إلى ظهور معتقدات أخرى تلعب دوراً مهماً كذلك في الحفاظ على السلوك الإدماني.

إذن الفرد يبني توقعه بناءً على عيّنات صغيرة، متناسياً أو ناكراً العدد الهائل للذين تقدموا للمخدر فأخذوا بهم ولم يستطيعوا التوقف عن تعاطيه، فأصبح محور وجودهم كما تسبب في ظهور عدة مشاكل صحية، اقتصادية، قضائية. وبالرغم من الحقائق المعروضة عليه يتسلل لها بالقول أنّ: "المخدرات بالفعل سببت الكثير من المشاكل للعديد من الناس لكن لن يكون حالي". فيمكن لمعنى الفوز في إطار الإدمان هو أن الفرد يتحصل الفرد على أوقات سعيدة بفضل المخدر، نسيان كلي لما هو سلبي دون أن يعتمد على المادة، معتقداً أنه طالما كان يقظاً لن يضره المخدر. لكن ولسوء الحظ الاحتمال الأكبر هو أن الملهى يفوز، أن المخدر يفوز.

وإذا كان الملهى لا يريد بزبائه شراء، يريد فقط أخذ نقودهم، فالمخدر لا يكتفى بأخذ المال فقط بل يريد حرية الفرد المقبل عليه، صحته وحياته، يريد المخدر أن يكون المركز الوحيد للاهتمام فيقضي كل الجوانب الأخرى جاعلا الفرد عبد والمخدر الصنم المعبود. لكن و بفعل اضطرابات التفكير يصبح هذا العدو الشرس حيوان أليف يمكننا مداعبته و اللعب معه لتمضية الوقت.

إذن العامل المعرفي يلعب دورا أساسيا في ظاهر الادمان، فالمعتقدات هي التي تهئ الفرد للميل إلى المخدر (معتقدات خاصة بالمادة/ معتقدات خاصة بالذات) كما هي التي تحافظ على السلوك (توهم التحكم/ التعميم...) و تمنع كذلك الإقلاع عنه، أو بالأحرى تعيق سيرورة الإمتناع و ذلك عن طريق معتقدات خاصة بالذات. والنتائج السلبية لهذا النظام للأفكار يعزز المعتقدات السلبية و التوقعات المريحة للمخدر، و لا يبرز قرار التوقف على التعاطي إلا عندما يلاحظ الفرد بوضوح أن النتائج المريحة المتوقعة لم يتم الحصول عليها أو أن النتائج السلبية أكثر و أعظم من فوائد التعاطي.

2- نتائج الفرضية الثانية التي تنص على وجود علاقة سالبة بين درجة اضطرابات التفكير و استخدام أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طريق الحقن:

صيغت هذه الفرضية للبحث في العلاقة الموجودة بين اضطرابات التفكير و استعمال أسلوب التعامل الخاص بمخططات حل المشكل، حيث افترضنا أن هناك علاقة سالبة بين المتغيرين. وبعد قيامنا بالمعالجة الإحصائية اللازمة تبين لنا أن هناك بالفعل علاقة سالبة قوية بين اضطرابات التفكير و أسلوب مخططات حل المشكل. أي كلما كانت اضطرابات التفكير مسيطرة على تفكير الفرد كلما قلّ استخدامه لمخططات حل المشكل.

يتوافق هذا مع ما ورد في دراسات سابقة، فأشارت دراسة موس و بيلينغ (1982) أن أساليب التعامل المركزة على المشكل هي أساليب تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة والمحاولات المعرفية لتدبر الفرد للمشكلة و تقييمه للتهديد والبحث عن المعلومات وسلوك حل المشكلة . فالفرد الذي لديه الكثير من التشوهات المعرفية يصعب عليه القيام بمخططات حل المشكل فأساليب التعامل المركزة على المشكل هي أساليب تعتمد على التحليل المنطقي للمشكلة، أي يجب أن يكون التفسير للظاهرة خالي من التشوهات المعرفية . وقد وجدوا أن هذه الأساليب ترتبط ارتباطا ايجابيا بالتكيف و درجة إدراك ضغط منخفضة.¹

أي أن الأفراد المزودين بأساليب من النوع المركز على المشكل يمكنهم عند مواجهة مصادر الضغط المختلفة أن يستجيبوا بشكل أكثر تكيفا مقارنة من أولئك الذين يفتقدون لها. كما نعلم من فولكمان و لازاروس أنّ عملية التقييم المعرفي تلعب دورا حاسما في تحديد نتيجة المواجهة والتعامل مع المواقف الضاغطة، وعملية اختيار أسلوب التعامل اللازم تتأثر بأفكار و معتقدات الفرد. و يعد أسلوب حل المشكلات بمثابة عملية معرفية انفعالية سلوكية يتمكن الأفراد بمقتضاها من تحديد واكتشاف أو ابتكار أساليب للتعامل مع مشكلات الحياة اليومية. و تستدعي مخططات حل المشكل الكثير من العمليات العقلية لكي تكون فعالة،

1 Billings, Andrew G.; Moos, Rudolf H.(1982) : Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. Journal of Personality and Social Psychology, Vol 46(4), Apr, 877-891.

فيجب تقييم و تحليل جيّد للوضع و وضع خطة تغييرها بما يتناسب مع واقع الفرد.¹

فلا بدّ أن يكون التقييم الأولي موضوعي و صحيح، يدرك الضاغط على حقيقته لا يصغره و لا يعصمه، يراه على ما هو ليس عبر نظرة قطبية مقصية للحياة. كما يجب أيضا للتقييم الثانوي أن يرصد كل الموارد الشخصية و المحيطية للفرد، و يقوم بربط صحيح بين الأسباب و النتائج و الحلول، و عدم التركيز الإعتباطي على جانب و تجاهل الباقي، لكي يتمكن الفرد من استعمال الموارد المتوفرة له بفعالية.

إذن يمكننا اعتبار أسلوب مخططات حل المشكل أسلوب معقّد و صعب. لأن الفرد في هذه الحالة عليه أن يجمع كم معتبر من المعلومات لكي يتسنى له وضع خطة هادفة و فعّالة. فاستخدام أسلوب مخططات حل المشكل يستلزم أن يكون التفكير واقعي، عقلاني و موضوعي خالي من التشوهات و الاضطرابات المعرفية.

إذا أقررنا أنّ للمدمنين اضطرابات التفكير و هذا استنادا إلى ما توصلنا إليه في الفرضية التي تطرقنا فيها للبحث عن العلاقة بين اضطرابات التفكير و ظاهرة الادمان. بالإضافة إلى ما توصل إليه موس و بيلينغ (1982) Moos , Billings².

يمكننا استنتاج أنه كلما كانت اضطرابات التفكير موجودة بشدة كلما عجز الفرد على القيام بمخططات حل المشكل و التعامل مع الضغوط بطريقة فعّالة ما يجعل تكيف الأفراد نسبيا و غير مكتمل و بالتالي إدراك الضغط يبقى مرتفع.

1 Lazarus ,R & Folkman ,S (1984) :stress, appraisal and coping, new York ,

Springer .

2 Moos , Billings (1982)

فهذه التشوهات المعرفية تؤثر على إدراك الأشياء و الحكم عليها، و تشوّه التفكير إلى أن تبعده عن الواقع بحيث يصعب أو يستحيل على الفرد أن يربط بين الأسباب و النتائج، بين الحلول و المشكلات، ما يجعل فكرة التخطيط لحل المشكل مبهمة، تبدو صعبة و شبه مستحيلة. رَيمًا لهذا السبب غالبًا ما يلجؤوا إلى أساليب أخرى غير مخططات حل المشكل. لأن الفرد يجد نفسه عاجز على القيام بكل العمليات المعرفية اللازمة لمواجهة الضغط و التعامل معه، لذا يفضل أن يتجنبه أو يتخذ المسافة لكي يشعر بنوع من الراحة المؤقتة، التي سرعان ما تزول، فيصطدم بالواقع و يستجيب معه بمختلف أساليب التعامل، فقد يحاول أحيانًا التصدي له، أو البحث عن السند الاجتماعي لمساعدته و دعمه، أحيانًا خرى يسعى إلى ضبط الذات أمام وضعيات ضاغطة أو تحمّل المسؤولية، لكن نادرًا ما يلجأ إلى مخططات حل المشكل.

في هذا السياق أشار بانترز (1985) Pentz إلى أنه حين يتعاطى الأفراد المواد السامة كأسلوب تعامل، يصبح لديهم كف في تعلّم أو ممارسة السلوكات الأكثر تكيّفًا، و تلك المتعلقة باختيارات نوع أسلوب التعامل مع الضغوطات، و خاصة مهارات حل المشكلة. لأنّ المخدرات تؤثر مباشرة على الجهاز العصبي المركزي، فتشويش الأفكار و الإدراك، و تجعل المستهلك يرى إلى العالم بصفة غير واقعية لا تسمح له بالتوافق مع متطلبات الواقع.

هذا ما تؤكّده دراسة سايل وحيدة (2001) التي هدفت إلى تحديد نمط المقاومة لدى مجموعة متعاطي المخدرات وتبين أنه أمام الضغوطات الحياتية يلجأ هؤلاء الأفراد إلى إستعمال إستراتيجيات المقاومة المركزة حول الإنفعال وبشكل خاص أسلوب (الهروب/ التجنب)، وأخذ مسافة، ورغم أن لديهم روح المواجهة، إلّا أنهم يفتقرون لأسلوب التخطيط لحلّ المشكلة، ربما لأنهم يعتقدون أنه يصعب عليهم التحكّم فيما يواجهونه من ضغوطات، فهم أفراد يظهرون قابلية

التأثير بالأحداث الضاغطة، وفقدان السيطرة عليها، فيستعملون المخدرات لتخفيض التوتر الناتج عنها، يتعلمون طريقة .

كما استخلصت ساييل أنّ متعاطي المخدرات يستعمل إستراتيجيات مقاومة مركزة حول الإنفعال بشكل أكثر من غير المتعاطين، وهي نتيجة تؤكد ما جاء في دراسات سابقة بحيث وجد أن الأفراد الذين يستعملون التفكير المرغوب فيه يخوضون نشاطات خطيرة كشرب الكحول وتعاطي المخدرات. كمأن الكثير من الشباب يلجؤون لإستعمال المخدرات، حين يجدون صعوبات في التكيف مع تجارب الحياة اليومية أو حين يفقدون التحكم في إنفعالاتهم السلبية. ونجد من بين هذه الاستراتيجيات، أسلوب (الهروب/ التجنب)، التي يستعملها متعاطي المخدرات بالدرجة الأولمسن أجل الهروب من المتاعب التي تواجهه.¹

لكن ربّما ميزت عينة البحث الحالي هي التي أثّرت على طبيعة العلاقة الموجودة بين هذين المتغيرين، إذا اعتبرنا استهلاك المخدرات أنها أسلوب تعامل مع الضغط، إذن هو الأسلوب الأكثر إحداثا للادمان، فيصبح الأفراد مدمنين على أسلوب من أساليب التعامل (في هذه الحالة يتمثل في استهلاك المخدر) و يتجاهلوا باقي الأساليب المحتملة. لذا لا يلجؤوا إلى مخططات حل المشكل. ليس لأن تفكيرهم غير قادر على القيام به أو لأنه لا تتوفر لديهم الشروط اللازمة للقيام بمخططات حل المشكل كما سبق و أن ذكرناه و لكن لأنهم أدمنوا على أسلوب آخر و أصبح استهلاك المخدر أسلوبهم المفضل في التعامل مع الضغط.

1ساييل حدة وحيدة (2001): أساليب المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات : دراسة مقارنة. أطروحة مقّمة لنيل درجة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.

كما قد يكون هذا راجع إلى تعلّم شرطي اكتسبه الفرد من خبراته السابقة، أين حاول أن يقوم بتخطيط لحلّ المشكل لكن بفعل اضطرابات التفكير و استهلاك مادة الهيروين التي تشوش إدراكه لم تتوفر فيه كل الشروط الفكرية اللازمة للقيام بمخططات حلّ المشكل بفعالية، ربّما لأن محاولاتّه السابقة باءت بالفشل أنه لم يعد يلجأ إلى استعمال الأسلوب نفسه.

3- نتائج الفرضية الثالثة التي تنص على وجود علاقة موجبة بين درجة اضطرابات التفكير ودرجة إدراك الضغط لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طريق الحقن:

حاولنا في هذه الفرضية البحث عن العلاقة الموجودة بين درجة اضطرابات التفكير و درجة إدراك الضغط، مفترضين أنه هناك علاقة موجبة بين المتغيرين، و بعد القيام بالعمليات الإحصائية جاءت النتائج تدل على أنه هناك علاقة موجبة قوية بين درجات اضطرابات التفكير و درجات إدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن بحيث قدّر معامل بيرسون للارتباط ب 0.61 و هو دال عند مستوى الدلالة 0.01 و منه تمّ تأكيد صحة الفرضية.

هذا يتوافق مع ما ورد في الدراسات المختلفة التي تناولت هذين المتغيرين. حيث قامت فيلفا بيريز (1998) vielva perez بدراسة أساليب التفكير و أساليب التعامل لدى النساء المكتئبات . تكونت العينة من 13 امرأة مصابة باكتئاب أحادي القطب و 12 امرأة لا تظهر أعراض الاكتئاب. وبعد القيام بدراسة الحالات أظهرت النتائج أن عدم القدرة على التعامل مع الضغط بفعالية و اضطرابات التفكير لهم علاقة دالة مع تشخيص حالة الاكتئاب. كما سجّل انه كلما كانت هناك اضطرابات التفكير كلما كان التعامل مع الضغط غير فعّال. و منه إدراك الضغط يكون مرتفع، لأنه لم يتمّ التخفيف أو التخلص من مصادر الضغوط.

فالعامل المعرفي وكيفية إدراكنا للمثيرات الخارجية يلعب دور أساسي في إدراكنا للضغط. توصل لازاروس و فولكمان (1984) إلى أن الإدراك الايجابي أو السلبي لأحداث الحياة من المحددات الهامة للصحة النفسية، فتفسير الأحداث قد يزيد من ثقة الفرد ومهارته أو ينقص منها.¹

و توصل سليجمان Seligman في أعماله إلى أن الطريقة التي نفسر بواسطتها الأشياء التي تحدث لنا هي أكثر تأثيرا على نفوسنا من وقوعها. فليست الأشياء بحد ذاتها التي تسبب لنا الضغوطات و لكن تفسيرنا لها و القيمة التي ننسبها إليها. فاعتبار حدث أو مثير ما ضاغطا يعتمد على الإدراك المعرفي للموقف على أنه ضاغط ومهدد للفرد أو لا، بحيث أن القلق وتراكم المواقف التي يشعر فيها بالانضغاط تؤثر على توافق الفرد ويمكن أن يكون ذلك مشروطا بالخبرات المبكرة وبالطريقة التي يدرك بها الفرد التهديد المصاحب للمثيرات أو الموقف.²

¹ آيت حمودة ، حكيمة (2006): " دور سمات الشخصية وأساليب المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية - دراسة ميدانية بمدينة عنابة " رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي .جامعة الجزائر

2 Martin E. P. seligman (2006) : learned optimism, how to change your mind and your life. vintage books. new York P 257.

فالمعالم الموضوعية للأحداث تتأثر بالتفسيرات الذاتية للناس، وهذا يحدد في النهاية التأثيرات النفسية للأحداث و كيفية تعاملنا معها. ويرى سيلبي أن طريقة التفكير وكيفية التعامل مع الضغط يعتبران عاملان يؤثر كل منهما على درجة إدراك الضغط بالسلب أو الإيجاب.¹

بحيث كلما كان التفكير واقعي كلما كان أسلوب التعامل فعال و بهذا يكون إدراك الضغط منخفض، والعكس صحيح، أي كلما كان التفسير لا عقلاني و أساليب التعامل لا تتوافق مع متطلبات الواقع كلما كان إدراك الضغط عالي. لأنه لا يتوفر لدى الفرد المعلومات الكافية و الصحيحة حول المشكل لكي تسمح له بالتعامل معها بفعالية فترتفع درجة إدراك الضغط لعدم التخلص من المثير الضاغط. في نفس السياق يؤكد إيفانسفيك وماتسون (1987) Ivancevich, Matteson أن الضغط ظاهرة إدراكية فردية، ويفترضان أن الضغط جزء من نظام معقد ودينامي للتفاعل بين الفرد وبيئته، وهذا النموذج دائري حلقي حيث ترتبط المواقف الضاغطة بالنتائج. ففي حالة عدم التخلص من الضواغط أو التحكم فيها ترتفع درجة إدراك الضغط، وعند استمرار الحالة تتطور تشوهات في التفكير وتنشأ ظاهرة تسمى العجز المتعلم، الذي هو عبارة عن معتقدات خاطئة تجعل الفرد يستخلص من ذلك بأنه عاجز عن عمل أي شيء لتحسين وضعه فيزيد من درجة إدراكه للضغط.²

فالبحوث الخاصة بالضغط النفسي وطرق التعامل معه تشير إلى أن اعتقاد الفرد أنه يفتقد الإمكانيات والقوة يعتبر من أهم مسببات الضغط لدى الأفراد.³

1 شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن، ص106
المرجع نفسه، 2006، p10، Martin E. seligman

3 أحمد فاضلي (2009): أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب واليأس. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر

هذا ما يتوافق مع ما يؤكد لودنسلاجر وريت (1984) ,Reit ,Laudenslager إلى أن الإدراك السلبي للأحداث الحياتية ومشاعر انعدام القوة وعدم التحكم عندما يحدث للفرد قد يوقعه فريسة الاضطراب النفسي والجسمي. وبالإضافة إلى الأعراض الجسدية والنفسية سيؤثر الضغط على الجانب المعرفي مسببا ظهور أعراض متمثلة في: النسيان والصعوبة في التركيز، الصعوبة في اتخاذ القرارات مع اضطراب في التفكير، الصعوبة في استرجاع الأحداث وتزايد عدد الأخطاء، انخفاض في الدافعية للقيام بالأعمال والأشغال، إصدار أحكام غير صائبة.¹

وهنا قد يدخل الفرد في حلقة مفرغة بين اضطرابات التفكير التي تزيد من إدراك الفرد للضغط، الذي يؤثر بدوره على الجانب المعرفي و يزيد من التشوهات المعرفية. كما يشير بيك وكلاارك (beck et clark) (1977) أن درجة عالية من الضغط بصفة مستمرة قد تولد لدى الفرد اضطرابات التفكير و تؤدي به لأخطاء في تفسير الحوادث و المثيرات. كما وجدوا أن هذا النوع من الأفراد لديهم أفكار إجترارية و أنماط فكرية غير متوافقة. يتوقعون فيها أن شيء سلبي سيحدث و يتخوفون من فقدان السيطرة. فيصبحون قلقين ومتوترين. كما يصبح لديهم ميل إلى تفسير سلبي و تشاؤمي للأشياء و يتبنون أنماط فكرية غير واقعية.²

فاعتبار حدث أو مثير ما ضاغطا يعتمد على الإدراك المعرفي للموقف على أنه ضاغط ومهدد للفرد أو لا، بحيث أن القلق وتراكم المواقف التي يشعر فيها بالانضغاط تؤثر على توافق الفرد

1 : Mayer,D. 2004, psychologie, p421.

2Beck, A. T., & Clark, D. A., 1997

ويمكن أن يكون ذلك مشروطاً بالخبرات المبكرة وبالطريقة التي يدرك بها الفرد التهديد المصاحب للمثيرات أو الموقف. فالمعالم الموضوعية للأحداث تتأثر ببعض التفسيرات الذاتية للناس، وهذا يحدد في النهاية التأثيرات النفسية للأحداث.

في الأخير يمكننا القول أن الضغوط النفسية تنتج عن مواقف يدركها الإنسان باعتبارها تحمل تهديداً له. وقد يكون الموقف المهدد قائماً فعلياً في الواقع أو من المتوقع حدوثه. وفي جميع الحالات، فإن تقييم شدة التهديد يعتمد على تفسير الفرد للحدث. فبعض الناس يدركون الحدث الصغير باعتباره يحمل تهديداً كبيراً. وبعض الناس يرون أن لديهم الكفايات ومصادر الدعم الكفيلة بمواجهة الموقف. ولذلك فإن شعورهم بالضغط الناتج عن التهديد يكون معتدلاً. ويؤدي الموقف الضاغط إلى شعور بالتوتر والانزعاج ترافقه استجابات واستجابات ترتبط بالتفكير مثل الانشغال بالتفكير السلبي وتوقع الأسوأ رغم ضعف احتمال حدوثه، على نحو يؤدي إلى تشويش في العمليات المعرفية و ظهور اضطرابات في التفكير. ويؤدي كل ذلك إلى خفض إمكانات الفرد على استخدام موارده الذاتية والخارجية، وبالتالي خفض قدرته على مواجهة الموقف الضاغط بفعالية ما يجعل الضواغط تتراكم و يشتد إدراكه للضغط.

4- نتائج الفرضية الرابعة التي تنص على وجود فروق دالة إحصائية بين درجات إدراك الضغط لدى المدمنين على مادة الهيرويين عن طريق الحقن وفقاً لمدة الإدمان:

حاولنا في هذا الفرضية تسليط الضوء على الفروق بين درجات إدراك الضغط لدى المدمنين على الهيرويين، مفترضين أن نجد فروق وفقاً لعامل مدة التعاطي. وبعد حساب معامل Anova لتحليل التباين أحادي العامل كانت النتائج دالة أن هناك فروق بين درجات إدراك الضغط وفقاً لمتغير مدة الإدمان. إذ جاءت قيمة $F = 3.777$ و هي دالة عند مستوى

الدلالة 0.01. وهذه النتيجة تتماشى مع ما توصلت إليه سوزان كوهن و زملائها (2007) suzane cohn and coll بدراسة حول إدراك الضغط و علاقته بالإنتكاس لدى الكحوليين الخاضعين للعلاج، تكونت عينة بحثها من 143 فرد مدمن على الكحول، كانت النتائج تدل على علاقة موجبة بين درجة ادراك الضغط و عدد مرّات الإنتكاس، وعلاقة موجبة بين ادراك الضغط و مدة الإدمان.¹

فالفرّد المدمن يعيش بجانب الحياة، يرى كيف الناس تسير في درب الحياة و يرى نفسه عالق في دوامة الادمان. وكلما مرّ الوقت كلما زادت الضغوطات فيشتدّ ادمانه، فيهمّل باقي جوانب الحياة مثل الدراسة، العائلة، المهنة، الجنس الآخر. الشيء الذي قد يؤثر في توافقه النفسي الاجتماعي. فبفعل استهلاك المخدر يصبح إدراك المدمن في حالة تشوش شبه دائم، و تؤثر سلبا على قدرة إدراك الضواغط بحيث كلما كانت هناك اضطرابات التفكير كلما عجز الفرد على التعامل بفعالية مع الضغط، فتتراكم و تولد ضواغط أخرى، فكلما زادت المدة تكثُر و تشتدّ الضواغط.²

كما بيّن بولسون (2006) A. paulson و زملائه في دراسة حول علاقة استعمال مادة الهيرويين بالحساسية للضغط. تكونت عينة البحث من 172 فرد. مقسمة إلى 12 فرد مدمن على مادة الهيرويين لا يستهلكوا مادة الكراك (crak) أو الكوكايين (cocaine) ؛ 66 فرد يتعاطى مادتي

1 suzan cohn, albert ruth, anne schooler 2007: The Impact of the stress perception on relapse among heroin abusers, Behaviour Research and Therapy 78, 366-368

2 velea, dan, 1999

الكوكايين و الكراك دون استهلاك مادة الهيرويين؛ 45 مدمن على كل من مادة الهيرويين، الكوكايين و الكراك؛ 49 فرد لا يتعاطى المخدرات. وبعد أن تم استبعاد المتغيرات الدخيلة مثل الأعراض الإكثنايية، والادمان على مواد أخرى مثل الكحول، النيكوتين، الحشيش أو المهلوسات. أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين الحساسية للضغط و استهلاك مادة الهيرويين. أي كلما ارتفع استهلاك مادة الهيرويين كلما ارتفعت الحساسية للضغط، فيصبح الفرد سريع الاستثارة، يعيش حالة قلق تقريب دائم، و كلما استمر في سلوكه هذا كلما اشتدت حساسيته للضغط وأصبح ادراكه للضغط مرتفع.¹

في دراسة أخرى قامت ساندرا أرفالو وزملائها (2008) sandra arevalo بدراسة دور أساليب التعامل في العلاقة بين الضغط و أعراض الضغط ما بعد الصدمة عند النساء المدمنات على الكحول و المخدرات. تكونت العينة من 393 امرأة. خلصت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين الضغط و مدة الإدمان على الكحول. أي أن كلما طالت مدة الإدمان على الكحول كلما ارتفع مستوى ادراك الضغط.²

أما بيلى Peele فيرى أن الادمان يمثل إشباع بديل ذو قدرة تعزيزية قوية، لكن يؤثر في تقدير الذات بصفة سلبية. إذ يضع الفرد المدمن في تناقض paradox متمثل في تكرير

1 Paulson.A. C.W. Lejuez, , S.B. Daughters, M.A. Bornovalova, M.J.

Zvolensky(2006) : The association between heroin use and stress sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. Behaviour Research and Therapy 44 667–677

Sandra Arevalo, Guillermo Prado, Hortensia Amaro: Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Evaluation and Program Planning Social and Behavioral Sciences 31 (2008) 113–123
sebastien bourre (2005) : les paradis artificielles, drogue, santé et société, vol. 8 no 2

التعاطي للتقليل من الآثار السلبية (مشاعر سلبية نحو الذات، تقدير ذات منخفض) الناتجة عن استهلاك

المخدر نفسه. فالادمان يُنقص من الشعور بالإخفاق (بفعل الإشباع "البديل" الذي يقوم به المخدر) لكن يزيد من حدته في الوقت نفسه (تقدير سلبي للذات).¹

ومن وجهة نظر التوافق النفسي الاجتماعي، يمثل الادمان شكل من أساليب التعامل مع الضغط. أين يكون احتمال دخول الفرد في حلقة مفرغة مرتفع (إستهلاك - عدم حل المشكل - زيادة في الاستهلاك - تفاقم المشكل - استهلاك...)، خاصة إذا ما لم يستعمل أساليب تعامل فعالة أخرى. في هذه الحالة تنخفض القدرة على تحمل المسؤولية الفردية، و يصبح الفرد يركز أقل فأقل على المشكل الأولي و العوامل التي أدت به لاستهلاك المخدرات فيشتد التعاطي أكثر فأكثر و يرتفع بذلك إدراك الضغط.

من خلال القراءات السابقة، و استنادا إلى نتائج الفرضيات السابقة التي كانت نتائجها تدل على ما يلي: للمدمنين على الهيرويين مستوى مرتفع من اضطرابات التفكير، علاقة موجبة بين مستوى اضطرابات التفكير و درجة ادراك الضغط، و علاقة سالبة بين اضطرابات التفكير و استخدام مخططات حل المشكل. يمكننا قبول الفرض الرابع الذي ينص على وجود فروق في درجات إدراك الضغط وفقا لمتغير مدة الادمان. فالدراسة الإحصائية جاءت توافق تصريحه، تبين أن عامل المدة يحدث فروق في درجة ادراك الضغط. و هذا شيء منطقي إذا أخذنا بعين الاعتبار قدرة المخدر على تشويش إدراك الفرد بصفة عامة و إدراكه للضغوط بصفة أخص، الشيء الذي قد يعيقه في التعامل معها و يجعلها تتفاقم. إضافة إلى ذلك أن الهيرويين يسبب

1 François Midon (2008) : TOXICOMANIE : Information et Prévention en Aquitaine P53.

الحساسية الضغط فتجعل الفرد شديد الاستثارة و يصعب عليه التركيز، فيعجز على القيام بكل العمليات و الجهود اللازمة للتمكن من ادراك الضواغط على حقيقتها و التعامل معها بفعالية، فتتراكم و تشتد الضواغط و يصبح الفرد في حالة ضغط أقوى و أشدّ، ما يجعل الفرد يزيد من استهلاك الهيرويين فتصبح جل اهتماماته تدور حول المخدر و يقضي معظم وقته في الاقتناء و البحث عليها و الاستهلاك. هكذا يهمل باقي جوانب حياته و يصبح غير متوافق نفسيا و اجتماعيا. يدرك أن هناك خطب ما في حياته لكن لا يعرف أو لا يستطيع التعامل معه أو حتى تشخيصه، فيجد نفسه مرغم للجوء إلى سلوكيات تعويضية غير فعّالة، منها الاستهلاك بهدف تخفيف درجة الانزعاج والقلق. فالمخدّر إشباع بديل ذو قدر تعزيزيه قوية تزيد من احتمال تكرار الفعل و الدخول في حلقة مفرغة أين ينتقل الفرد من الاستهلاك إلى الادمان. و يصبح يرى الفرد نفسه كـ " مدمن" و يعرف ذاته كمدمن الشيء الذي يؤثر سلبا على تقدير الذات و تظهر مشاعر سلبية نحو الذات يحاول المدمن التخلص منها بتعاطي المخدر. دون أن يدرك أن تعاطيه المخدر هو الذي يساهم بدرجة كبيرا في خلق الضواغط التي أدت به للتعاطي و الحفاظ عليها. فيدخل في حلقة مفرغة أين الضواغط تغذّي الرغبة في استهلاك المخدّر و الادمان بدوره يزيد من شدّة الضواغط.

الاستنتاج العام :

من خلال الدراسة التي قمنا بها، التي تهدف إلى الكشف على مدى انتشار اضطرابات التفكير لدى المدمنين على الهيرويين، البحث عن طبيعة العلاقة بين اضطرابات التفكير و كل من الضغط و أساليب التعامل مع الضغط لدى هذه الفئة. مع محاولة التعرف على الفروق الموجودة بين درجات ادراك الضغط وفقا لعامل مدّة الادمان، فتبين بعد المعالجة الإحصائية اللازمة ما يلي :

(1) يظهر المدمنون على مادة الهيرويين عن طرق الحقن اضطرابات التفكير. و كانت

النتائج المتحصل عليها في مقياس باك و ويزمان لاضطرابات التفكير كالآتي :

– نسبة الذين تحصّلوا على درجة منخفضة: 21%

– نسبة الذين تحصّلوا على درجة متوسطة: 26.50%

– نسبة الذين تحصّلوا على درجة مرتفعة: 48.19%

هذا يعني أن تفكير المدمنين على الهيرويين عن طريق الحقن غالبا ما يتميز باضطرابات التفكير تشوش ادراكهم للواقع بحيث يكون تفسيرهم للحوادث لا يطابق التفسير الموضوعي المنطقي.

(2) هناك علاقة سالبة قوية بين درجة اضطرابات التفكير و استخدام أساليب التعامل

الخاصة بمخططات حل المشكل لدى المدمنين على مادة الهيرويين عن طرق

الحقن بحيث فُدرت قيمة معامل الارتباط بيرسون ب -0.69 و هي دالة عند

مستوى الدلالة 0.01

يدلنا هذا على أنه كلما كانت درجة اضطرابات التفكير مرتفعة كلما قلّ استخدام أسلوب مخططات حل المشكل.

(3) هناك علاقة موجبة قوية بين درجة اضطرابات التفكير و درجة إدراك الضغط

لدى المدمنين على مادة الهيروين عن طرق الحقن. بحيث فُدرت قيمة معامل

الارتباط بيرسون ب 0.61 و هو دال عند مستوى الدلالة 0.01

نلاحظ أن اضطرابات التفكير مرتبطة إيجابياً مع شدة ادراك الضغط .

(4) هناك فروق بين درجات إدراك الضغط لدى المدمنون على مادة الهيرويين عن

طريق الحقن وفقا لمدة الادمان إذ جاءت قيمة F تساوي 3.777 و هذا بعد

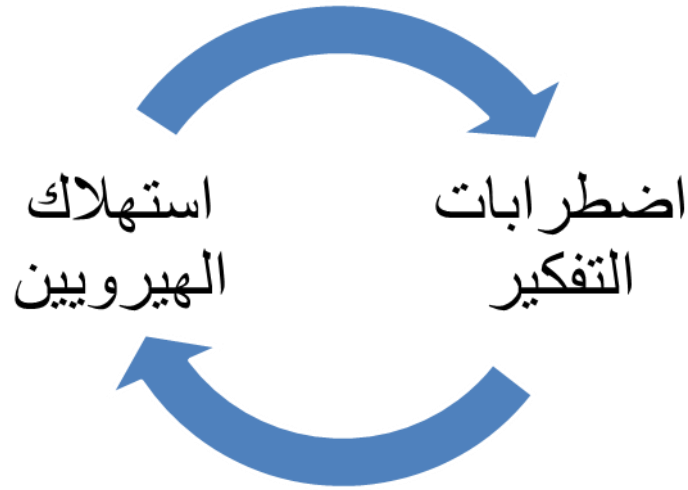
تطبيق تحليل التباين الأحادي العامل Anova و هي دالة عند مستوى الدلالة

0.01 .

وعلى العموم يمكن ربط وتلخيص نتائج البحث في النقاط التالية:

أولاً: يظهر 40% من المدمنون على مادة الهيرويين عن طريق الحقن اضطرابات التفكير بدرجة مرتفعة. و يعكس هذا الارتفاع في المستوى العام، وجود إلتواءات وتشوّهات في التفكير، أفكار لاعقلانية و تفسيرات غالبا ما تكون غير واقعية وغير منطقية، تتسم بالذاتية. وهذا يعني أن أفراد العينة لا يتمتعون بالقدرة على التحليل والتفسير الجيد للظواهر والانفعالات والمشاعر الذاتية، والوعي بالعلاقة بين الأسباب والنتائج عادة ما يكون لا يطابق الواقع. فهذا الارتفاع في مستوى اضطرابات التفكير يعني أنه يوجد خلل في الجانب المعرفي، المسؤول على تنظيم وفرز

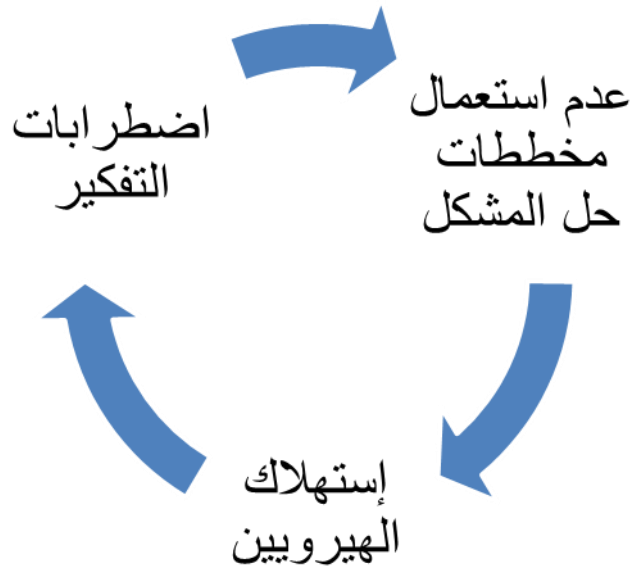
المعلومات وبناء استجابة تتماشى مع معطيات الواقع، بهدف التعامل معها بشكل فعال ومتوافق مع الخصائص النفسية و الاجتماعية للفرد. ويمكن النظر إلى هذه العلاقة بين تعاطي الهيرويين واضطرابات التفكير على أنها حلقة، كل عنصر منها يغذي الآخر، فعادة ما تكون لدى الفرد استعدادية وقابلية لتعاطي المخدر كأن يحمل فكرة: " يمكنني أن أجرب الهيرويين لمرة واحدة فقط، لمعرفة ما هو مفعولها. فكل أصدقائي قاموا بالتجربة". فتهدئ اضطرابات التفكير الأرضية إلى سلوك التعاطي. في المثال المذكور نرى أن أسلوب التصغير يقلل وينقص من خطر هذه المادة واحتمال الإدمان عليها، يساعد أسلوب التعميم يجعل تجربة الهيرويين شيء مقبول اجتماعي. يمثل المخدر إشباع ذو قدر تعزيزية قوية تزيد من احتمال تكرار الفعل و الدخول في حلقة مفرغة أين ينتقل الفرد من الاستهلاك إلى الإدمان. فبعد أن يستهلك الفرد المخدر ويشعر بالنشوة و يرى أن الضغوطات قد زالت وأن كل شيء يبدو جد مسهل ومرح، تبرز اضطرابات تفكير جديدة خاصة بالمادة و بسلوك التعاطي. كأن يعتقد الفرد: " أستطيع أن أرى العالم على حقيقته حين أكون تحت تأثير الهيرويين"، "الهيرويين يجعلني في حالة استرخاء"، أو "يمكنني أن أصبح في غاية التوتر إذا لم اتعاطى". "يمكنني أن أحتفل طوال الليل إذا بدأت باستعمال القليل من الهيرويين". هنا تبدأ الحلقة المفرغة بين اضطرابات التفكير و التعاطي. بحيث تصبح اضطرابات التفكير تعمل كعامل مهين و محافظ على سلوك التعاطي، و التعاطي من جهته بفعل قدرته على تشويش التفكير و قدرته على تغيير المزاج و الإدراك، يعطي الإحساس للفرد أن كل شيء على ما يرام و أنه لبأس في أن يستمر في التعاطي، كما يعيقه على الوعي التام بما يحيط به و اكتشاف و تعلم مهارات جديدة يجد فيها لذة و نشوة دون استهلاك الهيرويين. يمكننا تمثيل هذه العلاقة بالشكل التالي:



الشكل رقم (4): العلاقة بين اضطرابات التفكير و استهلاك الهيرويين

ثانياً: أن العلاقة بين اضطرابات التفكير و أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل لدى المدمنين على الهيرويين سلبية. و هذا يبدو منطقياً لأن اللجوء لتناول المخدر في حد ذاته عبارة عن أسلوب تجنبى مركز على الانفعال و ليس على حل المشكل، و استناداً على ما توصلنا إليه في الفرضية الأولى فإن تعاطي الهيرويين يتسبب في تعطيل مختلف العمليات العقلية العليا اللازمة لحل المشكل نتيجة التشوهات المعرفية. فأساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل هي أساليب تستلزم الكثير من العمليات المعرفية من تحليل و ربط بين الأفعال و عواقبها كما يستلزم عنصر الموضوعية لكي تكون أحكامه و اتجاهاته مطابقة للواقع مبنية على تحليل المنطقي للمشكلة. أي يجب أن يكون التفسير للظاهرة خالي من التشوهات المعرفية و إلا سيفشل في القيام بمهمته. فالعامل المعرفي يلعب دوراً هاماً في عملية اختيار الأسلوب المستخدم للتعامل مع وضعية معينة. بحيث كل عملية تعامل مع الضغط تمر على ما يسمّى بالتقييم المعرفي، فإذا كان هذا التقييم معقول كانت نسبة نجاح التعامل أكبر، و كلما كان بعيد عن الواقع كلما كانت فرص النجاح ضئيلة، ما يترك المجال للضواغط للتفاقم.

وبناء على نتائج التحليل الإحصائي للتحقق من الفرضية الأولى، التي خلصت إلى أن أغلب أفراد العينة لديهم مستوى مرتفع من اضطرابات التفكير. و استنادا على نتائج الفرضية الحالية يمكننا اعتبار أن كل من الإدمان و اضطرابات التفكير و أساليب التعامل المركزة على مخططات حل المشكل متداخلة و تؤثر على بعضها. فبالإضافة إلى العلاقة الحلقية التي ذكرناها سابقا بين الإدمان و اضطرابات التفكير، يدخل متغير عدم إستعمال أسلوب مخططات حل المشكل فيلعب دورا هامة في الحفاظ على هذه السيورة. إذ يواصل المدمن اللجوء إلى الهيرويين في حالة ضغط بمساعدة اضطرابات التفكير، التي تقوم بتركية سلوك التعاطي و عرقلة القدرة على القيام بمخططات حل المشكل. يمكننا تمثيل هذه العلاقة بشكل تقريبي بهدف التبسيط لا الحصر في الشكل التالي:

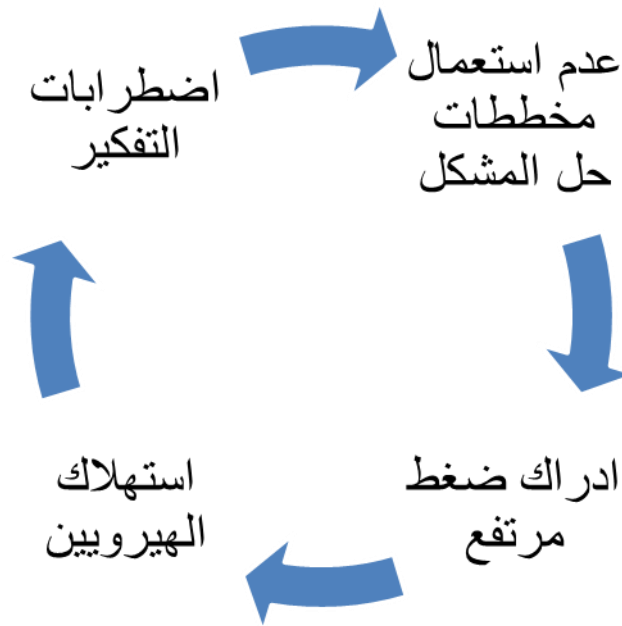


الشكل رقم(05): العلاقة بين إضطرابات التفكير و أساليب التعامل و تعاطي الهيرويين

ثالثاً: أن هناك علاقة إرتباطية إيجابية بين اضطرابات التفكير و إدراك الضغط. أي أنّ الأفراد ذوي مستوى مرتفع من اضطرابات التفكير يعانون من مستوى مرتفع لإدراك الضغط. لأنّ العامل المعرفي و كيفية إدراكنا للمثيرات الخارجية يلعب دوراً أساسياً في إدراكنا للضغط. فإذا أقرنا أنّ للمدمنين على الهيرويين الكثير من اضطرابات التفكير و هذا استناداً إلى ما توصلنا إليه في الفرضية الأولى. بالإضافة إلى ما جاء في الفرضية الثانية التي بيّنت أن العلاقة بين اضطرابات التفكير و أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل سلبية. يمكننا استنتاج أنه كلّما كانت اضطرابات التفكير موجودة بشدة كلما عجز الفرد على القيام بمخططات حل المشكل و التعامل مع الضغوط بطريقة فعّالة ما يجعل تكيف الفرد نسبياً و غير مكتمل و بالتالي إدراك الضغط يبقى مرتفع لعدم النجاح في التخلص من الضواغط. فمخططات حل المشكل ترتبط ارتباطاً إيجابياً بالتكيف و درجة إدراك ضغط منخفضة. هذا يعني أنه كلّما لجأ الفرد إليها كلّما كان إدراكه للضغط منخفض، و يرتفع بغياها.

ونستطيع استدخال متغيّر إدراك الضغط في المعادلة التي تتضمن متغير الإدمان، اضطرابات التفكير و مخططات حل المشكل. و يمكن تصور أن تأثيره ثنائي أو مزدوج، إذ يرفع من نسبة الاستهلاك و ذلك بهدف التخفيف من الشعور بالضغط و الضجر، و بفعل قدرته على التأثير في الجانب المعرفي يتسبب في ظهور أعراض مثل: صعوبة في التركيز، صعوبة في اتخاذ القرارات مع اضطراب في التفكير، صعوبة في استرجاع الأحداث و تزايد عدد الأخطاء، إصدار أحكام غير صائبة. فيمكن اعتباره عامل معزز لكل من التعاطي و اضطرابات التفكير. بالإضافة إلى أن استهلاك مادة الهيرويين يرتبط ارتباطاً موجب مع الحساسية للضغط، هذا يعني أن المدمنين على الهيرويين نجدهم أكثر حساسية للضغط. بغض النظر عن تأثير اضطرابات التفكير على إدراك الضغط. وهنا تصبح الأمور معقّدة و تصبح علاقة كل متغيّر

مع الآخر غير حصرية بحيث يؤثر كل متغير داخل العلاقة بصفة مباشرة أو غير مباشرة على باقي المتغيرات. إذ تؤثر اضطرابات التفكير على درجة ادراك الضغط بصفة غير مباشرة بعرقلة سير مخططات حل المشكل، كما قد تؤثر عليه بصفة مباشرة بتشويه إدراك المثيرات العادية أو البسيطة و جعلها ضاغطة. . يمكننا تمثيل بشكل تقريبي و مبسط هذا التفاعل بالمخطط التالي:



الشكل رقم (06): العلاقة بين اضطرابات التفكير، أدراك الضغط، عدم استعمال مخططات حل

المشكل، استهلاك الهيرويين

رابعاً: أنّ هناك فروق دالة إحصائية بين درجات إدراك الضغط وفقاً لمتغير مدة الادمان. استناداً إلى نتائج الفرضيات السابقة التي كانت نتائجها تدل على ما يلي: للمدمنين على الهيرويين مستوى مرتفع من اضطرابات التفكير، وجود علاقة موجبة بين مستوى اضطرابات التفكير و درجة ادراك الضغط، و علاقة سالبة تربط اضطرابات التفكير و استخدام مخططات

حل المشكل. يمكننا تفسير نتيجة الفرضية الرابعة على أنها نتاج لتفاعل كل تلك المتغيرات في ما بينها. بحيث تثير مادة الهيرويين الحساسية للضغط و تساعد على بروز اضطرابات التفكير. كما تساهم اضطرابات التفكير في رفع مستوى ادراك الضغط بطريقة مباشرة و غير مباشرة كما رأيناه سابقا.

نلاحظ من هنا أن عامل الوقت لا يخدم الفرد حين يكون عالق في ظاهرة الادمان. و لا ينحصر دور عامل الوقت على درجة ادراك الضغط فقط، فقد يكون له دور مضخم و مرسّخ لكل المتغيرات الأخرى. إذ يزيد من حدّة الادمان بفعل التعوّد الجسمي للمادة، كما يعزز عدم اللجوء لاستخدام أساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل و ذلك بفعل تعلّم شرطي. كذلك يتم ترسيخ الأفكار الخاطئة لتصبح أكثر صلابة و أكثر وطأً على تفكير الفرد.

هكذا يصبح من الصعب جدًا على الفرد أن يتخلص من ادمانه و الخروج منه، فبالرغم من وعي المدمن بالآثار السلبية لسلوكه و إرادته في الإقلاع عن التعاطي، قد تبدوا له عملية الامتناع صعبة جدًا، لأنّ من جهة تساهم اضطرابات التفكير في الحفاظ على التعاطي و تهيئة الأرضية للإنتكاس، كما أنّ الحساسية للضغط الناتجة عن استهلاك الهيرويين تجعل الفرد يصعب عليه احتمال التوترات و الإحباطات، و بذلك يرتفع احتمال الانتكاس بعد محاولة الإقلاع، بالإضافة إلى عدم استخدام أسلوب مخططات حل المشكل الذي له دور أساسي في خفض درجة ادراك الضغط.

خاتمة:

تعبّر هذه الدراسة عن اهتمام الباحث لظاهرة الإدمان، و رغبته في تسليط الضوء على مختلف جوانبها، التي عادة ما تتضافر و تتشابك في ما بينها بحيث يصعب تحديد أي متغير يؤثر في الآخر، خالقة بذلك نوع من الغموض الذي يجعل قدرتنا على فهم و تفسير سيورة الإدمان صعب و حصر الطرق العلاجية له أصعب.

وجّهنا البحث الحالي إلى الكشف عن مدى انتشار اضطرابات التفكير لدى المدمنين على مادة الهيرويين عن طريق الحقن، و ما علاقته بكل من أساليب التعامل مع الضغط الخاصة بمخططات حل المشكل و إدراك الضغط، مع محاولة التعرف على الفروق الموجودة في درجات ادراك الضغط وفقا لعامل مدّة التعاطي. ووفق هذا التصور حاول الباحث أن يعد نموذجا يمكن أن تفسر في ضوءه ظاهرة الادمان على الهيرويين. حيث يسمح لنا هذا النموذج باستغلال نتائج الدراسة الحالية في مجال الرعاية النفسية الخاصة بمجال علاج المدمنين. بعد ذلك قام الباحث بعرض تساؤلات البحث مردفا إياها بفرضيات مؤسسة على معاملات الارتباط ودراسة الفروق ، مستعملا في ذلك بطارية مقاييس اشتملت من استبيان ليفنشتاين لإدراك الضغط، مقياس باك و ويزمان لاضطرابات التفكير، استبيان أساليب التعامل فولكمان ولازاروس، وتم تطبيقها على عينة قوامها تعدادا 83 مدمن على مادة الهيرويين عن طريق الحقن، تتراوح أعمارهم ما بين 22 و 36 سنة و تتراوح مدّة إدمانهم ما بين 2 و 9 سنوات. 83 فرد مدمن على الهيرويين عن طريق الحقن.

من خلال العرض السابق لنتائج الدراسة الحالية يتبن لنا أنّ للمدمنين مستوى مرتفع من اضطرابات التفكير و أنّ اضطرابات التفكير مرتبطة سلبيا بأساليب التعامل الخاصة بمخططات حل المشكل، وإيجابيا بإدراك ضغط مرتفع. كما خلصت الدراسة إلى أنّ عامل الوقت يرفع من

مستوى إدراك الضغط. ويمكن تفسير هذه النتائج من باب وجود اضطرابات التفكير بشكل مرتفع يؤثر على التفكير ويشوه ادراك الواقع، كما يعيق عملية التحليل والتخطيط فتتأثر الكيفية التي نتعامل بها مع المثيرات. لذا كلما ارتفعت درجة اضطرابات التفكير كلما كان هناك ادراك ضغط عالي، لعدم استعمال مخططات حل المشكل، والتركيز على استهلاك المخدر كأسلوب تعامل بهدف خفض من مستوى الضغط الناتج عن استهلاك مادة الهيرويين. وبفعل متغير الوقت يرتفع إدراك الفرد للضغط وتزداد شدة ادمانه ، كما يمكن أن يساهم عامل الوقت في جعل اضطرابات التفكير أكثر صلابة و أكثر سيطرة على تفكير الفرد، بالإضافة إلى أن الإعتياد على التجنب وعدم استعمال أسلوب مخططات حل المشكل قد يترسخ . فيدخل الفرد في حلقة مفرغة بين اضطرابات التفكير، إدراك ضغط عالي، تعاطي مادة الهيرويين، عدم استعمال مخططات حل المشكل.

و في ختام هذا البحث نقول أن ظهرت الادمان ظاهرة معقدة و يصعب حصرها في متغيرات محدودة، فالبحث الحالي ما هو إلا محاولة لتسليط الضوء على البعض من الجوانب التي ارتأينا أنها تساهم في الميل إلى تعاطي المخدر من جهة و الحفاظ على استمراريته من جهة أخرى. فلاحظنا أن كل من العامل المعرفي (اضطرابات التفكير) والعامل الانفعالي (إدراك الضغط) والسلوكي (أساليب التعامل) مرتبطة فيما بينها. و قد يؤثر كل متغير منها على سيرورة الادمان بالسلب أو الإيجاب و هذا وفقا لمدى تطابق الإدراكات للواقع و تناسب ردود الأفعال مع الوضعيات و تناسقها مع المحددات النفسية الاجتماعية للفرد.

المراجع

المراجع باللغة العربيّة:

3. أحمد فاضلي، رشيد مسيلي (2004): الآثار النفسية للانتفاضة الفلسطينية، دار قرطبة، الجزائر.
4. أحمد فاضلي (2009): أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب واليأس. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر.
5. أرون بيك ، سكوت جان ، وليامز مارك ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي (2002): العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
6. أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى (2000): العلاجات المعرفية السلوكية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
7. أرون بيك، ترجمة محمود عيد مصطفى (2007): العلاجات المعرفية السلوكية، دار الهندسة للطبع، الطبعة السادسة، القاهرة، مصر.
8. أرون بيك، ترجمة عادل مصطفى (2000): العلاجات المعرفية السلوكية، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة، مصر.
9. الشناوي، محمد محروس وعبد الرحمن محمد السيد (1998): " العلاج السلوكي الحديث، أسسه، وتطبيقاته"، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة. (بشرى إسماعيل، 2004).
10. الأزرق بن علو (1993): الإنسان و القلق، الطبعة الأولى، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
11. الإمارة، سعد -أ- (2001): " أساليب التعامل مع الضغوط، حدود المنهج والأساليب"، مجلة النبأ، العدد 55.
12. الإمارة سعد ب- (2001): " الضغوط النفسية"، مجلة النبأ، العدد 54.
13. الرشيدى، هارون توفيق (1999): " الضغوطات النفسية، طبيعتها، نظرياتها"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
14. القذافي، رمضان محمد (1998): " الصحة النفسية والتوافق"، الطبعة الثالثة، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، القاهرة.

15. النابلسي، محمد أحمد والعيسوي، عبد الرحمان (1999) (1998): " العلاج الطبي والنفسي للاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية"، الشركة العالمية للكتاب .
16. آيت حمودة حكيمة (1999): العوامل النفسية الاجتماعية المساعدة على تطوير داء الربو : دراسة مقارنة بين ملتهبي المخاطية الأنفية ومرضى الربو الحساسى، رسالة ماجستير غير منشورة-معهد علم النفس وعلوم التربية -جامعة الجزائر .
17. آيت حمودة ، حكيمة (2006): " دور سمات الشخصية وأساليب المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية - دراسة ميدانية بمدينة عنابة " رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي .جامعة الجزائر
18. بدر خالد (1991) : العلاقة بين تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب و كل من المرض الجسدي و النفسي بين طلاب الجامعة، في تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب الجامعات: دراسة ميدانية في الواقع المصرية،المجلد السابع، مركز القومي للبحوث الاجتماعية و الجنائية ، القاهرة.
19. حفني عبد المنعم (1995): موسوعة الطب النفسي، مكتبة مديولي، الطبعة الثانية، القاهرة، مصر .
20. سايل حدة وحيدة (2001): أساليب المقاومة لدى المساجين المتعاطين للمخدرات : دراسة مقارنة. أطروحة مقدّمة لنيل درجة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر 2.
21. سعد المغربي (1962): ظاهرة تعاطي الحشيش دراسة نفسية اجتماعية ، دار المعارف، هشام إبراهيم عبد الله، 2008
22. شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر و التوزيع، الأردن.
23. عادل الدمرداش (1982): الإدمان مضاهره و علاجه ، دار المعرفة
24. عادل فيكتور عبد الملاك (2001) : الإدمان جريمة أم جنحة، مطبعة الإسكندرية
25. عبد الخالق ، أحمد محمد (1998): " الصدمة النفسية "، مطبوعات الكويت.عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان

26. عبد السلام علي (2003): " مقياس أساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة"، الطبعة الأولى، مكتبة النهضة المصرية.
27. عبد المعطي، حسن مصطفى وهشام، إبراهيم عبد الله (2002): "مصادر الضغوط النفسية لدى المرأة المصرية العاملة وأساليب مواجهتها"، في عبد المعطي حسن مصطفى -2006- " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها" الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
28. عبد المعطي، حسن مصطفى (2002): " العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية"، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
29. عبيد، ماجدة بهاء الدين سيد (2008): " الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية"، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان.
30. عفاف محمد عبد المنعم (2003): الإدمان، دار المعرفة.
31. فاروق السيد عثمان. 2001. القلق وإدارة الضغوط النفسية. سلسلة المراجع في التربية وعلم النفس. دار الفكر العربي. القاهرة ط 1
32. فاروق سيد عبد السلام (1988): سيكولوجية الإدمان، عالم الكتاب. مصر.
33. فتحي دردار (2001): الإدمان المخدرات و الخمر، مكتب البغدادي حسن داي الجزائر
34. فهد بن حامد بن صباح العنزي (2007): دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين و غير المنحرفين في مدينة الرياض. دراسة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في العلوم الاجتماعية تخصص رعاية و صحة نفسية.
35. صلاح عبد المتعال(2001) : تاريخ المخدرات ، طرق تعاطي المخدرات، دار النهضة العربية، بيروت.
36. محمد علي البار (1988): المخدرات الخطر الداهم، دار العلم دمشق.
37. محمد محروس الشناوي و محمد سيد عبد الرحمن (دون تاريخ) :العلاج السلوكي الحديث، اسسه و تطبيقاته، دار قباء للطباعة و النشر.
38. محمد حمدي حجار (2005): العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية ، دار المعرفة، مؤسسة الرسالة.

39. محمد وهبي (1990): **عالم المخدرات ، دار الفكر اللبناني.**
40. مسعود عبد الله (1988): **إنما الخمر و المخدر رجس، دار الشهاب.1.**
41. مصطفى سويف (1996): **المخدرات و المجتمع ، دار العلم**
42. ملحم، سامي محمد (2000): **" مناهج البحث في التربية وعلم النفس "**، الطبعة الثانية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن. (عشوي ، 1990) .
43. منى محمد صالح علي العامري (2000) : **دراسة فعالية الإرشاد النفسي العقلاني الإنفعالي و العلاج المتمركز حول العميل في علاج بعض حالات الإدمان بين الطلاب في دولة الإمارات العربية السعودية، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراة الفلسفة في التربية تخصص ارشاد النفسي.**
44. نشوة كرم عمار أبو بكر دردير (2010) : **فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي في تنمية أساليب مواجهة الضغوط الناتجة عن الأحداث الحياتية لدى طلبة الجامعة، بحث مقدم للحصول على درجة دكتوراة الفلسفة في التربية تخصص ارشاد النفسي (حفني عبد المنعم 2005،**
- المراجع بلغة أجنبية:**
45. Aaron T. beck, Fred D. newman, Bruce S. liese (1993):
cognitive therapie of substance abuse, the guilford press,
new yrok, london.
46. Albert Ellis (2010) :**Rational-Irrational-Beliefs-Research-Theory-Clinical-Practice**, oxford university press
47. Alain origer (2007) : **l'état du phénomène de la drogue au grand-duché de Luxembourg** , laize
48. Abd Halim, M. H, Farhana Sabri(2013): **Relationship between defense mechanisms and coping styles among relapsing addicts**. Social and Behavioral Sciences 84- 1829 – 1837
49. Billings, Andrew G.; Moos, Rudolf H.(1982) : **Coping, stress, and social resources among adults with unipolar**

- depression. Journal of Personality and Social Psychology**, Vol 46(4), Apr, 877-891.
50. Boland. Jean (1996):" **Le Concept biologique du processus du stress** ", in stress et cardiologie, collection médecine et psychothérapie .paris .milan barcelone. Masson .pp 21-35
 51. Bandura , A (1980): **L'apprentissage social**,Traduction de J. A Rondal, édition Pierre Mardaga, Bruxelles, Belgique
 52. Crawford T., & Ellis A., (1989) : **A dictionary of rational emotive feelings and behavior. Journal of rational emotive and cognitive behavior therapy** , plenum press
 53. Dan valea: **stress et addiction**. paris, masson. 2010
 54. Dantchev, nicolas (1989): **stratégies de coping et pattern a coronarogène**, revue de médecine psychosomatique, vol 17/18,p 21-23.
 55. DAVID D. BURNS, BRIAN F. SHAW, WILLIAM CROKER (1987): **Thinking styles and coping strategies of depressed women: an empirical investigation. Behav Res. Ther. Vol. 25, No. 3, pp. 223-225,**
 56. David Mayer (2004): **Psychologie**, Flammarion, Paris, France.
 57. Dindia allen (2008) : **Substance abuse or Dependence** .Developed Though a Partnership of The Ohio Start University Medical Center.
 58. Dupain ,ph (1998):le « **coping** » **une revue du concept et des méthodes d'évaluation**, journal de thérapie comportementale et cognitive, 8.
 59. François Midon (2008) : **TOXICOMANIE : Information et Prévention en Aquitaine.**
 60. Hahousseau (2003), **les schémas cognitifs précoces inadaptés tels qu'ils ont été élaborés par J.Young**: in *La revue du praticien*, vol.18 .PP 07-27.

61. Henri Chabrol a, Nikki van Leeuwen a, Rachel F. Rodgers a,b,c, John C. Gibbs (2011) : **Relations between self-serving cognitive distortions, psychopathic traits, and antisocial behavior in a non-clinical sample of adolescents**. Personality and Individual Differences 51. 887–892
62. Hong Xian , Kamini R. Shah, Sharon M. Phillips, Jeffrey F. Scherrer, Rachel Volberg, Seth A. Eisen(2008): **Association of cognitive distortions with problem and pathological gambling in adult male twins**. Psychiatry Research 160 300–307
63. Jeffery Young et all (2005), **la thérapie des schémas**, traduction en français de Bernard Pascal, édition de Boeck, Bruxelles, Belgique.
64. Li Huanhuan a, Wang Su (2013) ; **The role of cognitive distortion in online game addiction among Chinese adolescents**. Children and Youth Services Review 35 1468–1475
65. Lazarus,R &. Folkman,s (1988): **way of coping questionnaire**, mind garden publisher .u.s.a.
66. Lazarus ,R & Folkman ,S (1984) :**stress, appraisal and coping**, new York , Springer .
67. Lazarus.R ,(1993) : **from psychological stress to the emotion / a history of changing out looks** .Annee-rev-psych , vol 44m , pp 1-12.
68. Levenstein ,S Prantera, C , Varvo ,V , Scribano , L and Andreoli, A . (1993) : **Development of the perceived stress questionnaire , a new tool for psychosomatic research** , Journal of Psychosomatic Research , vol 37,N^o 1 pp 19-32.
69. Matthew Tyler Boden. James J. Gross. Kimberly A. Babson, Marcel O. Bonn-Miller (2013): **The interactive effects of emotional clarity and cognitive reappraisal on**

- problematic cannabis use among medical cannabis users.** addictive behaviors 38
70. Martin E. P. seligman (2006) : **learned optimism, how to change your mind and your life.** vintage books. new york.
 71. Marc valleur .Dan valea (2002) : **Les addictions sans drogue(s), revue toxicobase ,**
 72. Nicolas sarrasin (2005) : **quatre saison dans le bonheur, petit traité antideprime,** les edition de l'homme.
 73. Olivier Vanderstukken (2005): **les distorsions cognitives,** traduction en français de Bernard Pascal, édition de Boeck, Bruxelles, Belgique. (Watson.D , 2000.
 74. Paul francesch (2007) : **complement pour une theorie des distorsions cognitives,** journal de therapie comportementale et cognitive, Elsevier masson SAS.
 75. Paulhan, I; Nuissier, J; Quintard, B; Cousson, F et Bourgeois, M; (1994): **La mesure du coping, traduction et validation française de l'échelle de vitaliano ,** Annales. Médico- Psychologiques, vol 125, N°5, pp 292- 299.
 76. Paulson.A. C.W. Lejuez, , S.B. Daughters, M.A. Bornovalova, M.J. Zvolensky(2006) : **The association between heroin use and stress sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment.** Behaviour Research and Therapy 44 667–677
 77. P.LHEUREUX .V. Leffe .P (2000) : **Toxicomanie : Evolution des Produit et des) Pratiques ,** Guérissime
 78. Sandra Arevalo, Guillermo Prado, Hortensia Amaro: **Spirituality, sense of coherence, and coping responses in women receiving treatment for alcohol and drug addiction. Evaluation and Program Planning** Social and Behavioral Sciences 31 (2008) 113–123 sebastien bourre (2005) : **les paradis artificielles,** drogue, santé et société, vol. 8 n° 2.

79. Shona Adams (2011) : **Human givens theory of cognitive distortions**. Oxford university press
80. Sirous Mobini , Marion Pearce , Alec Grant, Jem Mills b, Martin R Yeomans(2006): **The relationship between cognitive distortions, impulsivity, and sensation seeking in a non-clinical population sample**. Personality and Individual Differences 40 1153–1163
81. stephane P , farrelli, anthony A, hains, horbart davies, philip smith, and elaine parton, (2004): **The Impact of Cognitive Distortions, Stress, and Adherence on Metabolic Control in Youths With Type 1 Diabetes**. JOURNAL OF ADOLESCENT HEALTH;34:461–467
82. suzan cohn, albert ruth, anne schooler 2007: **The Impact of the stress perception on relapse among heroin abusers**, Behaviour Research and Therapy 78, 366-368
83. J.M. Llorente del pozo, C. fernandez gomez, M.gutierrez frail, and vielva perez (1998): **psychological and behavioral factors associated with relapse among heroine abusers treated in therapeutic communities**. Addictive Behaviors, Vol. 23, No. 2, pp. 155–169,
84. Virgil verma (2010): **les toxicomanie**, Pikar
85. Watson (2000): **mood and temperament**, new York, Guildford

الملاحق

ملحق رقم (1)

مقياس اضطرابات التفكير

لباك و ويزمان

التعليمة :

لكل عبارة من العبارات التالية ، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك

عموما

الموقف	موافق تماما	موافق كثيرا	موافق قليلا	محايد	معارض قليلا	معارض كثيرا	معارض تماما
1. من الصعب أن تكون سعيدا ما لم تكن جميلا، ذكيا ، غنيا و مبدعا							
2. إن السعادة مسألة مرتبطة بموقفي نحو ذاتي أكثر مما هي مرتبطة بالطريقة التي يراني بها الغير							
3. من المحتمل أن ينضر الناس إليّ نظرة نقص عندما أرتكب خطأ							
4. إذا لم أعمل جيدا كل الوقت فإن الناس لن تحترمني							
5. أن تجازف و لو بالقليل من الخطر يعتبر حماقة لأن الخسارة من المحتمل أن تكون كارثة							
6. من الممكن كسب احترام الآخرين دون ان تكون بالخصوص موهوبا في أي شيء							
7. لا يمكن ان اكون سعيدا ما لم احضى بإعجاب الناس							

							الذين اعرفهم
							8. اذا طلب احد المساعدة فهذا دليل ضعفه
							9. اذا لم افعل الأشياء جيدا مثلما يفعلها الآخرون فهذا يعني أنني انسان ناقص
							10. اذا اخفقت في عملي اذن انا شخص فاشل
							11. اذا لم تستطع فعل شيء ما جيدا فلا داعي للقيام به كلية
							12. ارتكاب الأخطاء أمر جيد لأنه يمكننا ان نتعلم منها
							13. اذا عارضني شخص ما فمن المحتمل ان يدل ذلك على عدم محبته لي
							14. اذا اخفقت جزئيا فهذا يعني كما لو انه اخفاق كلي بالنسبة لي
							15. اذا عرف الآخرون حقيقة ما أنت عليه فإنهم سيفكرون بطريقة سيئة عنك
							16. انا لا قيمة لي لان الشخص الذي احبه لا يحبني

						17. يمكن لاحدنا أن يجد متعة في القيام بنشاط ما بغض النظر عن النتائج الأخيرة
						18. يجب أن يملك الأشخاص توقعات معقولة للنجاح قبل الشروع في أي عمل
						19. قيمتي كإنسان ترتبط كثيرا بما يفكر فيه الآخرون عني
						20. إذا لم اطبق القيم المتلى على نفسي فإنه من المحتمل أن أصبح شخصا ثانويا
						21. إذا كنت شخصا جديرا بالاهتمام يجب على الأقل أن أكون بارزا و مخلصا مما عليه الأغلبية
						22. الشخص الذي لديه أفكار جيدة يحظى بقيمة أكبر من الشخص الذي لا يملك مثل هذه الأفكار
						23. يجب أن أكون مضطربا إذا ارتكبت خطأ
						24. إن آرائي حول نفسي أكثر أهمية من آراء

							الآخرين عني
							25. حتى أكون طيبا متخلقا و شخصا مهما يجب أن أقدم المساعدة لكل شخص بحاجة إليها
							26. إذا طرحت سؤالا فهذا يجعلني أقل شأنا من الآخرين
							27. إنه لفظيع أن تكون مرفوضا من طرف شخص مهم بالنسبة إليك
							28. إذا لم يكن لديك شخص آخر تستند عليه فإنك تميل للحزن
							29. أستطيع أن أبلغ الأهداف العامة بالنسبة لي دون أن أجهد نفسي
							30. يمكن لأي شخص أن يؤرخ دون أن يضطرب أو يقلق
							31. لا أستطيع أثق بالآخرين لأن بإمكانهم أن يصبحوا قاسين نحوي
							32. إذا لم يحبك الآخرين فإنك لا تستطيع أن تكون سعيدا

							33. من الأفضل بالنسبة لك أن تعبر عن لنتال إعجاب الآخرين
							34. إن سعادتي مرتبطة بالآخرين أكثر مما هي مرتبطة بالآخرين أكثر مما هي مرتبطة بذاتي
							35. أنا لست بحاجة لتقبل الآخرين لي حتى أكون سعيدا
							36. إذا تجنب الشخص المشاكل فإن المشاكل تذهب بعيدا
							37. أستطيع أن أكون سعيدا حتى و لو فقدت الكثير من الأشياء الجميلة في الحياة
							38. ما يفكر فيه الآخرون عني أمر مهم بالنسبة لي
							39. أن تكون منعزلا عن الآخرين يؤدي بك إلى التعاسة و البؤس
							40. أستطيع أن أكون سعيدا دون أن أكون محبوبا من طرف الآخرين

ملحق رقم (2)

استبيان ليفنشتاين لإدراك

الضغط

التعليمة :

لكل عبارة من العبارات التالية ، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموما ، وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين .

أجب بسرعة، دون أن تزج نفسك بمراجعة إجابتك، وأحرص على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة .

الرقم	العبارات	تقريبا أبدا	أحيانا	كثيرا	عادة
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بوجود متطلبات كثيرة لديك				
3	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5	تشعر بالوحدة أو العزلة				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية				
7	تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلا				
8	تشعر بالتعب				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				

				تشعر بالتوتر	14
				تبدو مشاكلك كأنها ستتراكم	15
				تشعر بأنك في عجلة من أمرك	16
				تشعر بالأمن والحماية	17
				لديك عدة مخاوف	18
				أنت تحت الضغط مقارنة بالآخرين	19
				تشعر بفقدان العزيمة	20
				تُمتنع نفسك	21
				أنت متخوف من المستقبل	22
				تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها وليس لأنك تريدها	23
				تشعر بأنك موضع انتقاد وحكم	24
				أنت شخص خال من الهموم	25
				تشعر بالإنهاك أو بالتعب الفكري	26
				لديك صعوبة في الاسترخاء	27
				تشعر بعبء المسؤولية	28
				لديك الوقت الكافي لنفسك	29
				تشعر أنك تحت ضغط مميت	30

ملحق رقم (3)

استبيان أساليب التعامل

لفولكمان ولازاروس

التعليمة:

إليك في الفقرات التالية عدة طرق لمواجهة المشاكل ، المطلوب منك ، أن تحدد إلى أية درجة استعملت كل واحدة منها في مواجهة مشكل قد تسبب لك في قلق .

من فضلك صف لنا هذا المشكل في بضع أسطر واحتفظ به في ذهنك ، واقرأ كل طريقة من الطرق التالية وبيّن مدى استعمالك لها في الوضعية التي وصفتها وذلك بوضع دائرة على الفئة المناسبة .

وصف المشكل :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

الرقم	الطرق المستعملة في مواجهة المشاكل	إطلاقاً	إلى حد ما	كثيراً	كثيراً جداً
1	ركزت فقط فيما سأفعله لاحقاً في الخطوة اللاحقة				
2	قمت فقط بشيء لم أفكر أنني سأفعله ، لكن قمت بشيء ما على الأقل				
3	محاولة إقناع الشخص المسؤول تغيير رأيه (ها)				
4	التحدث لشخص ما لأتعرّف أكثر على الوضعية				

				انتقدت نفسي أو وبختها	5
				محاولة عدم اليأس ، لكن تركت الأمور نوعا ما موضع بحث	6
				تمنيت أن تحدث معجزة	7
				رضيت بالقدر ، كان في بعض الأحيان حظي سيئا	8
				تصرفت وكأن شيئا لم يحدث	9
				حاولت أن أحتفظ بمشاعري لنفسي	10
				بحثت عن الجانب الملفت للمشكل ، وحاولت النظر إلى الجانب الإيجابي للأشياء	11
				نمت أكثر من العادة	12
				أظهرت غضبي للشخص (للأشخاص) المتسبب في المشكل	13
				تقبلت عطف وتفهم شخص ما	14
				ألهمت القيام بشيء إبداعي	15
				محاولة نسيان كل شيء	16
				تحصلت على مساعدة مختص	17
				تغيرت أو تطورت بشكل إيجابي	18
				اعتذرت أو قمت بشيء ما لأستدرك نفسي	19
				وضعت مخططا للعمل واتبعته	20
				أظهرت مشاعري بطريقة أو بأخرى	21
				أدركت أنني المتسبب في المشكل	22
				خرجت من المشكل بشكل أحسن مما دخلت فيه	23

				حدثت شخصا ما بإمكانه فعل شيء ملموس اتجاه المشكل	24
				محاولة إشعار نفسي بإحساس جيد وذلك بالأكل ، الشرب ، التدخين ، أخذ أدوية ...	25
				قمت بمجازفة كبيرة أو شيئا خطرا جدا	26
				حاولت أن لا أتصرف بعجلة وأن لا أتبع أفكار الأولى	27
				وجدت إيمانا جديدا	28
				اكتشفت من جديد ما هو مهم في الحياة	29
				غيرت الأشياء حتى تنتهي الأمور إلى الأفضل	30
				تجنبنا التواجد مع الناس عموما	31
				عدم ترك المشكل يتغلب عليّ ، ورفض التفكير فيه كثيرا	32
				طلبت النصيحة من شخص قريب أو صديق أحترمه	33
				لم أترك الآخرين يعرفون كم كانت الأمور سيئة	34
				الاستهانة من الوضعية ورفض أن أكون جديا نحوها	35
				حدثت شخصا ما عن ما شعرت به	36
				الإصرار على موقفي وقاومت للوصول إلى ما كنت أريده	37
				لمت غيري من الناس حول المشكلة	38
				استفدت من تجاربي السابقة ، إذا كنت في وضعية مماثلة	39
				عرفت ما يجب فعله ، فضاغت جهدي لتحقيق	40

				الأمر	
				رفضت الاعتقاد بأن هذا الأمر قد حدث	41
				تعهدت لنفسي بأن الأمور ستكون مختلفة مرة أخرى	42
				الوصول إلى مجموعة حلول مختلفة للمشكلة	43
				حاولت إبعاد مشاعري حتى لا تتداخل كثيرا مع أمور أخرى	44
				غيرت أشياء في نفسي	45
				تمنيت لو ينتهي المشكلة أو يجد حلا بطريقة أو بأخرى	46
				لدي خيال أو تمنيات حول إمكانية انقلاب الأمور	47
				تضرعت إلى الله	48
				شرد تفكيري إلى ما يمكنني أن أقوله أو أقوم به	49
				فكرت كيف يمكن لشخص أقدره أن يتعامل مع هذه الوضعية ، ثم اتخذت ذلك نموذجا	50

ملحق رقم (4)

ترجمة المصطلحات

باللغة العربية	باللغة الفرنسية
الإدمان	Toxicomanie
الادمان	Dependence
مدمن	Toxicomane
مدمن	Dependant
مادة مؤثرة نفسيًا	Substance psycho-active
مخدر	Droque
قلق الإنزعاج	Anxiété d 'inconfort
اللهفة	Craving
أعراض الإنسحاب	Symptome de manque
التفكير الوجداني	raisonnement émotionnel.
إضطرابات التفكير	Distorsions cognitives
المعتقدات اللاعقلانية	Croyances irrationnelles
التعميم المبالغ	hyper généralisation.
العلاقة الخاطئة بين الأسباب و النتائج	fausse relation causes/effets .
تفكير ثنائي القطب	raisonnement dichotomique .
الحتمية	obligation non justifiées.
القراءة الذهنية	Lecture mental.
الاستنتاج العشوائي	abstraction sélective.
قصاء الإيجابي	Disqualification du positive.
التكبير و التصغير	maximisation et minimisation.
الكارثية أو التهويل	Catastrophisme
الذاتية	Personnalisation

Etiquetage	الوصم
requalification dans l'autre pole.	انساب إلى القطب الآخر
l'omission du neutre.	إقصاء الحياد
la focalisation arbitraire .	التركيز البؤري الاعتباطي
les fausses justifications.	تبريرات خاطئة
Ce qui normalement doit être	ما يجب أن يكون
Stress	الضغط
Perception du stress	إدراك الضغط
Stresseurs	الضواغط
Stratégies de coping avec le stress	أساليب التعامل مع الضغط
Stratégies centrée sur l'émotion	أساليب التعامل المركزة حول الإنفعال
Stratégies centrée sur le problème	أساليب التعامل المركزة حول المشكل
Fuite/évitement	التجنب تهرب
Prise de distance	إتخاذ المسافة
Réévaluation positive	إعادة التقدير الإيجابي
Stratégies de résolution du problème	مخططات حل المشكل
Soutient sociale	السند الإجتماعي
Prise de responsabilité	تحمل المسؤولية
Auto contrôle	ضبط الذات
Confrontation	التصدي

resumé :

Cette étude vise à explorer l'intensité des distorsions cognitives chez les héroïnomanes par voie intraveineuse, et a étudié la relation entre les distorsions cognitives et les stratégies de coping centré sur la résolution du problème, comme leurs relation aussi avec la perception du stress, et donc répondre au questions suivante : est ce que les héroïnomanes ont des distorsions cognitives ? Est ce qu'il y'a une corrélation entre les distorsions cognitives et les stratégies de coping centrée sur la résolution du problème ? Est ce qu'il y'a une corrélation entre les distorsions cognitives et la perception du stress? Est ce qu'il y'a des différences significatives dans les degrés de perception du stress selon la durée de la dépendance ? Et pour répondre à ces questions le chercheur a adopté la méthode descriptive dans son versant corrélatif. L'échantillon englobais 83 dépendants a l'héroïne âgées entre 22-36 ans, choisis intentionnellement dans la ville de Blida, a condition qu'ils ne suivent aucun traitement pour leur dépendance ou pour une psychopathologie. Les donnée ont été recueillis a l'aide du questionnaire des distorsions cognitive de Beck et Weisman, le questionnaire du coping de Folkman et Lazarus, et l'échelle de la perception du stress de Levenstein. Ensuite Les donnée ont été traiter par le coefficient de corrélation de Spearman, l'analyse des variance (anova) one-way, et le teste χ^2 pour l'adéquation. Les résultats montraient que : les héroïnomanes ont un degré de distorsion cognitive élevée, il y'a une corrélation négative puissante entre les distorsions cognitives et les stratégies de coping centré sur la résolution du problème, il y'a une corrélation positive puissante entre les distorsions cognitives et la perception du stress, il y'a des différences significatives dans les degrés de la perception du stress selon la durée de l'addiction. Il été conclu à la fin de la recherche qu'il y'a une intrication entre les distorsions cognitives et les stratégies de coping et la perception du stress, et cette relation peut être représenté comme un cercle vicieux qui joue le rôle d'élément prédisposant et renforçant pour le comportement de prise de drogue et l'addiction par la suite. Et pour finir le chercheur a terminer son exposé par suggérer quelques dont on le plus important : rompre le cercle qui englobe ces variable peut se révéler très important surtout qu'avec le temps le risque que ce cercle s'intensifie et que ses effet se cristallise.