

مؤشرات قياس درجة الإدمان على المخدرات لدى المراهق المدمن

مصدق أسامة¹؛ د. بوطغان محمد الطاهر²

1- طالب دكتوراه بجامعة البليدة 2 - لونييسي علي -،

oussama.tasili@outlook.fr

2- أستاذ بجامعة البليدة 2 - لونييسي علي -،

boutaghanem@yahoo.fr

أستلم في: 2018/05/01؛ قبل في: 2018/06/20

Indicators measuring the degree of addiction in the addicted teenager

Abstract: In order to study the phenomenon of Drug addiction and its analysis like other phenomena, it was necessary to provide a set of scientific tools selected by the researcher under certain conditions for Data collection to diagnosis and measure this phenomenon. In the absence of measures of drug addiction in Algerian society, the tool is based on the determination of the indicators of the degree of addiction in the adolescent with a theoretical model. The dimensions of the scale were then determined in its initial form. After analysis by ACP, the « Exploratory analysis » was modified in its final form. The first model proposed to describe and measure the degree of addiction in adolescents. It was based on theoretical frame works as well as modified, supported and proved by background theory.

Keywords: Measurement; indicators; Addiction; Drugs; Adolescence.

الملخص: من أجل دراسة ظاهرة الإدمان على المخدرات وتحليلها كغيرها من الظواهر، كان لابد من توفر مجموعة من الأدوات والوسائل العلمية المضبوطة يختارها الباحث وفق شروط معينة لأجل جمع المعلومات حول الظاهرة لتشخيصها وقياسها، ونظرا لعدم توفر مقاييس لقياس الإدمان على المخدرات في المجتمع الجزائري، حاول الباحث بناء الأداة انطلاقا من تحديد مؤشرات قياس درجة الإدمان لدى المراهق بنموذج نظري أولي وعليه تم صياغة أبعاد المقياس في صورته الأولية، وبعد التحليل عن طريق (ACP) «التحليل الاستكشافي» تم تعديل المقياس في صورته النهائية، والنموذج الأول المقترح لوصف وقياس درجة الإدمان عند المراهق المسند على أطر نظرية تم إجراء تعديل عليه مدعما هو كذلك بخلفية نظرية تثبته.

الكلمات المفتاحية: مؤشرات القياس؛ الإدمان؛ المخدرات؛ المراهقة؛

تمهيد:

يعتبر لجوء المدمن المراهق إلى الإدمان المنفذ الوحيد الذي يمكنه من تلبية حاجياته التي عجزت الأسرة والبيئة المحيطة عن توفيرها، والحل الوحيد للصراع النفسي الذي يعيشه فيصبح الابتعاد عن المواد المخدرة واقع مرهونا بتصورات المراهق المبنية بصورة خاطئة كحل لتجاوز الصراعات التي يعيشها، دون المبالاة بالأخطار اللاحقة والتي تظهر على شكل اختلال يمس مختلف جوانب الشخصية والتي تعتبر كمؤشرات دالة على الإدمان ويمكن القول أن لمرحلة المراهقة تأثير كبير في تغيير سلوك

المراهقين وانفعالاتهم، باعتبارها مرحلة حساسة تتأثر بيئة المراهق وثقافته التي نشئ فيها، إضافة إلى كونها مرحلة غير مستقلة بذاتها تتأثر بما مر به الطفل من خبرات في المراحل البدائية من النمو، وتعتبر هته العوامل من المحددات الأساسية للمراهقة السوية عن المراهقة المنحرفة المدمنة على المخدرات.

إشكالية الدراسة:

إن تعدد مؤشرات الإدمان على المخدرات واختلافها غالبا ما يكون راجع إلى تأثير مختلف جوانب الشخصية، غير أنه يمكن حصر هته المؤشرات إجمالا في اضطراب الجهاز العصبي أي اضطراب العمليات العقلية العليا؛ وهذا ما يلاحظ عموما لدى المدمنين مثل صعوبة التركيز مع خلط في إدراك الواقع الخارجي، هذيانات وهلاوس غير واقعية نتيجة التفاعل الكيميائي الذي يحدث على مستوى الجهاز العصبي المركزي (الدماغ)، بالإضافة إلى النقص في تقدير الذات باعتقاد المراهق أنه لا يمكن قبوله إلا بتقليد الآخرين، (الخلل في تأكيد الذات والحاجة إلى التوافق قد تجعلان المراهق أكثر تعرضا للإيحاءات السلبية لمجموعة الرفاق، خاصة فيما يتعلق بتعاطي المخدرات والتقليد في المحيط قد يسهل تعلم تصرفات تعاطي المخدرات ومن ثم الإدمان يصبح حلا لمشكلة التوافق وتقدير الذات). (Bergeret, 1984: 63)؛ وهذا يدل على أن (سوء تقدير الذات) من طرف المراهق غالبا ما يكون الجانب الأكثر هشاشة في هته المرحلة، والثغرة الغير مؤمنة التي من خلالها يقلد ويتعلم

سلوكات مرضية لا سوية، وبالتالي فان سوء تقدير الذات يعتبر مؤشرا للتنبؤ بتطوير اضطرابات سلوكية عموما، ومؤشرا ضمني دال على سلوك تعاطي المخدرات عند فئة المراهقين.

وهناك مصطلحين في الإدمان على المخدرات وتعاطيها، وهما (مصطلح التعاطي (utilisation de la substance)؛ وهو أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي المادة المخدرة بالصدفة أو للتسلية أو لتقليد أصدقائه، ولكن غيابها لا يسبب له أية مشاكل نفسية، أو جسدية، وهو هنا يتعاطها في أوقات مختلفة وأماكن مختلفة) (محمد مشاقبة، 2007: 21)؛ فأخذ المواد المخدرة ليس بالضرورة الإدمان عليها، قد تكون مجرد تجربة عابرة بالنسبة للمراهق فيمكن تجاوزها بسهولة بما أنه لم يقع في آلية التبعية. والمصطلح الثاني هو (مصطلح الإدمان (dépendance)؛ ينتج عن تكرار التعاطي، ويؤدي التعاطي المتكرر حتما إلى الإدمان، وفي هذه الحالة يصبح لدى المدمن اعتماد تام على المادة المخدرة ولا يستطيع الاستغناء عنها إطلاقا، ويصبح يتعاطها في أوقات دورية ولا يمكنه التخلي عنها). (محمد مشاقبة، 2007: 21)؛ وعليه يعتبر عامل التكرار المحدد الرئيسي للإدمان ومن خلاله يمكن التفريق بين التعاطي كتجربة عابرة والإدمان كاضطراب في السلوك، أي التفريق بين الشخص المدمن والشخص المتعاطي، ومن خلال عامل التكرار تنشأ آلية التبعية القهرية فيصبح المدمن بصفة عامة والمدمن المراهق بصفة خاصة غير قادر عن الانقطاع (التخلي عن تناول واخذ المادة) فترك المادة بالضرورة بسبب مشاكل نفسية وجسدية، وقد تم

استبدال مصطلح الإدمان بمصطلح الاعتماد؛ (الذي عرفته منظمة الصحة العالمية عام 1973م بأنه «حالة من التسمم المزمّن الضار للفرد والمجتمع، وينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الإنشائي «المصنع»، ويتصف بقدرته على إحداث رغبة ملحة لا يمكن مقاومتها، للاستمرار على تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بأية طريقة» (فايد حسن، 2006: 39)؛ يعتبر مصطلح الاعتماد الذي تم استبداله مكان مصطلح الإدمان من طرف منظمة الصحة العالمية، أكثر ملائمة في وصفه لسلوك تناول المواد المخدرة بصورة متكررة تجعل التخلي أو الانفصال عنها شيء مستحيل نتيجة الآثار المزعجة لعدم توفره أو تناوله، فوجود المواد المخدرة تجعل تناولها في أعلى درجة من النشوة ومن خلالها يتخطى كل العقبات ويستطيع حل كل الصراعات (على حسبه)، وعدم توفرها وتناولها يجعله شخص متوقع حول الذات وينسحب تدريجياً إلى الاكتئاب الناتج عن الانقطاع لتناول المواد المخدرة.

للإدمان على المخدرات مجموعة من الخصائص تنحصر ضمن ما يسمى بالتبعية (Dépendance) (تظهر التبعية للعقار في الحالة النفسية والآثار الجسمية التي تنشأ عن التفاعل بين الفرد والعقار، وتتسم باستجابات سلوكية وغير سلوكية ويتضمن هذا التفاعل صورة مستمرة ودورية، بغية الشعور والتلذذ بالآثار النفسية الناتجة عن التعاطي أو بغية تجنب الألم الناجم عن غيابها). (عبد اللطيف رشاد، 1992: 45)؛ إن التبعية تترجم في انعدام القدرة على التخلي أو ترك تناول المواد المخدرة، شريطة أن يكون التعاطي بصورة مستمرة ومثبت على أوقات معينة لا يمكن

التخلف عنها وإلا أحس المدمن بالآلام ناجمة عن هذا الفقدان الغير مسبق، والتبعية كمؤشر لا تنحصر على الأعراض الناجمة عن الانسحاب بل هي مرتبطة أيضا بتلك المرحلة الآنية التي يجد فيها المتعاطي النشوة والتلذذ بالآثار النفسية الناتجة عن تناول المخدر، وحتى الأعراض الجسمية كاستجابات سلوكية دالة عن حالة التعاطي لعقار ما؛ وعموما تتمثل التبعية للمواد المخدرة في:

التبعية الجسدية (Dépendance physique) (ونقصد بها «حالة تكيفية تظهر على شكل اضطرابات جسمية حادة عندما ينقطع الشخص عن تعاطي المخدر بشكل نهائي أو مؤقت وهذه الاضطرابات تشكل ما يسمى بتناذر الامتناع (syndrome d'abstinence) وهي تتلخص في أبسط حالاتها في ما يلي: دموع العينين، رشح في الأنف، العرق الشديد، بالإضافة إلى أعراض أخر معظمها أعراض جسدية.»(عبد الحكيم العيفي، 1986: 30)؛ التبعية الجسدية تترجم في مجموعة الأعراض المكونة لتلازمة تناذر الامتناع؛ تدل على التكيف الفسيولوجي الجسدي مع المكونات الكيميائية للمواد المخدرة والتخلي عنها أو تركها يعني بداية ترشيح تلك المكونات الكيميائية من الجهاز العصبي، بعدما أصبحت تركيبية أساسية لا يمكن الاستغناء عنها، وعليه يحدث الجسد ردود فعل متمثلة في أعراض جسدية مختلفة كدلالة الحاجة للمواد المدمن عليها. ولا تنحصر التبعية الجسدية على الامتناع فقط بل ترتبط بالتعاطي أيضا، خاصة عند زيادة أو التقليل من الكمية أو جرعة المادة

المدمن عليها فالجسد يستجيب لهذا التغير في الكمية، إذن يمكن اعتبار التبعية الجسدية من المؤشرات الدالة على السلوك لإدماني للمخدرات.

التبعية النفسية (Dépendance psychique) (غالباً ما تكون التبعية الجسدية مصحوبة بتبعية نفسية، ولكن قد تحدث تبعية نفسية بدون أن تكون مصحوبة بتبعية جسمية؛ فعند الانسحاب أو التخلي تظهر عوارض القلق والانزعاج، والكآبة إلى جانب اشتهاً نفسي شديداً، التوتر والخوف، وهذه الاستجابات تختلف من شخص لآخر ومن مخدر لآخر). (Barclay R, 1984: 66)؛ وهنا نعني (الحالة المزاجية) الخاصة بالمدمنين والتي تعتبر كمؤشر للاستجابة النفسية على إدمان المخدرات، قد تكون الحالة المزاجية كاستجابة للحالة الجسدية التي يعاني منها المدمن، بمعنى تأثر الجانب النفسي بالانهيار الجسدي وهذا يكون في غالب الأحيان، غير أن الانهيار النفسي والدخول في الحالة المزاجية ألا سوية الناتجة عن فقدان المادة المعتمد عليها، لا يحدث أثر على الجانب الجسدي بالمعنى والمظهر الذي نجاهه في متلازمة الامتناع، فقد تكون كأعراض تمثل الحالة المزاجية المسقطه على الجسد مثل؛ الوهن العضلي للاكتئاب كحالة مزاجية ناتجة عن انقطاع الاعتماد على المخدرات.

ومن المؤشرات الأساسية الدالة أيضاً على الإدمان نجد التكيف لانسحابي؛ (الذي يعرفه كوردن Gordon (1970) بأنه «الاحتياج إلى مزيد من العقار لكي يحدث نفس الأثر الرجعي الذي حدث في بداية أول تعاطي»، أما Isbell et White (1968) فيعرفه بأنه «نقص في أثر

العقار ناتج عن تكرار تعاطي نفس الجرعة»(نقلا عن عسكري، 2005: 63)؛ يعتبر أول تعاطي للمواد المخدرة بكل أنواعها وأشكالها بالنسبة للمدمنين تجربة لا مثيل لها لما تحدثه من نشوة وسعادة وارتياح (نسيان للواقع مشاكله وصراعاته) خاصة بالنسبة للمراهق لكن وللأسف فهي مجرد مرحلة عابرة تنقضي عند تكرار التعاطي بنفس الكمية، فيتعود ويتكيف الجهاز العصبي على المكونات الكيميائية للمادة، فتقلب الآلية ويتغير الأثر، فيبدأ المدمن في زيادة الجرعة بحثا عن نفس الأثر الأولي وهو مرتبط بقدرة التحمل.

(إن التحمل هي السرعة التي يتوقف بها الجسم مع هذه التغيرات الناشئة عن تناول العقار أي العودة إلى الاتزان، وفي معظم الأحوال فإن الجسم يتواءم مع هذه العقاقير بحيث تقل الاستجابة للجرعة الأصلية، وعليه فإن زيادة الجرعة هي الحل للحصول على تأثير جرعة بداية التعاطي) (عبد الله عسكري، 2005: 64)؛ أي أنه في الأيام الأولى من التعاطي يكون هناك ثبات في كمية المادة ومع مرور الزمن تكون هناك زيادة في كمية المادة أو الجرعة لأجل الحصول على نفس التأثير وب نفس الشدة وهذا مرتبط بقدرة التحمل لدى المدمن وتعتبر خاصية بارزة لدى المدمنين وبالتالي مؤشر أساسي من مؤشرات الإدمان على المخدرات.

ومما سلف ذكره نقترح خمس أبعاد (مؤشرات عامة) للإدمان على المخدرات وهي: التبعية النفسية الجسدية - الحالة المزاجية - اضطراب العمليات العقلية - سوء تقدير الذات - التكيف الانسحاب، ولبناء أي

أداة قياس لا بد من تحديد مجموعة المؤشرات نظريا والتي تحدد كل الخصائص العامة للسمة أو الاضطراب، وتسمى تطبيقيا بالأبعاد التي من خلالها يمكننا قياس السمة أو الاضطراب المراد قياسه.

وعليه يطرح التساؤل التالي: هل فعلا نجد هذه المؤشرات وبهذا الشكل عند تفحصنا للمدمن؟ وهل يمكن أن تقيس هته الأبعاد درجة الإدمان عند المدمن المراهق؟

إن الهدف الرئيسي والأول يتمثل في تصميم مقياس خاص بقياس درجة الإدمان لدى المراهق المدمن على المخدرات، ثم العمل على ضبطه وتقنيته ليصلح استخدامه في البيئة الجزائرية، مع إلقاء الضوء على ظاهرة الإدمان كونها مشكلة العصر لدى فئة المراهقين حيث تعتبر المراهقة مرحلة جد حساسة من مراحل النمو... ولأجل ذلك كان لا بد من تبيان أهم المؤشرات الدالة على الظاهرة.

الخلفية النظرية للدراسة:

(يرى Alvinks أن تعاطي المخدرات هو «قيام الشخص باستعمال المادة المخدرة على الحد الذي يفسد أو يتلف الجانب الجسمي أو الصحة العقلية للمتعاطي أو قدرته الوظيفية في المجال الاجتماعي») (رشاد، 1992: 58)؛ تتلخص آثار تعاطي المخدرات على الجانبين الجسمي (الصحة العقلية والجسدية) والجانب النفسي، وهاذين الجانبين يؤثران

بدورها على الجوانب الأخرى مثل الجانب الاجتماعي (تأثر العلاقات الاجتماعية).

ويعرف الإدمان أيضا على أنه (التعود على تناول متكرر لمخدر ما وتصاحبه مجموعة من الأعراض منها:

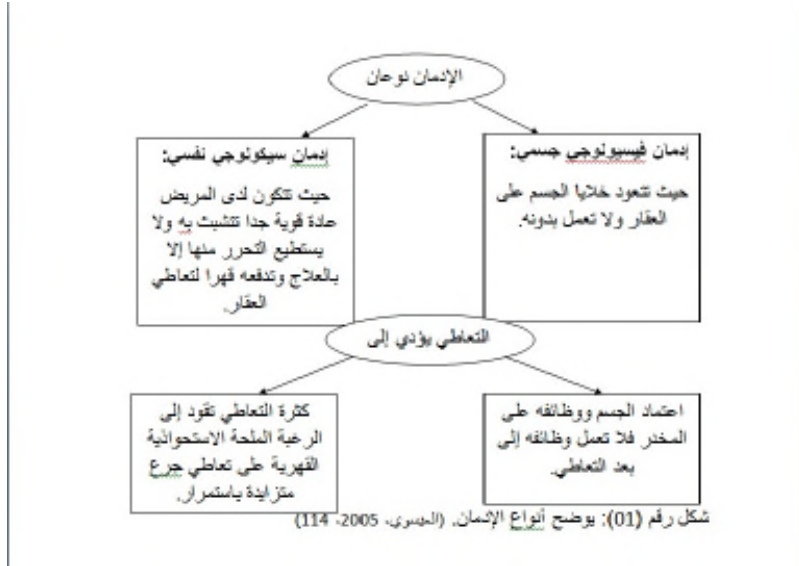
- رغبة شديدة لمواصلة التعاطي بسبب الإحساس بالراحة التي تولدها المخدرات؛

- وجود رغبة أو غيابها في زيادة كمية المخدر؛

- غياب التبعية الجسدية، وبالتالي عدم وجود تناذر الامتناع؛

- آثار لاحقة مؤذية للشخص فقط.) (Biron, 1979: 5)؛ نجد أن التعريفين قد شمالا بشكل ضمني ومختصر مجموعة المؤشرات العامة التي تدل على التعاطي والإدمان للمخدرات، والتي من خلالها يمكن الكشف عن سلوك الإدمان.

وبتالي فتعاطي المخدرات هو تناول عقار معين وإذا تعود الفرد على التعاطي أي تكرار تناول المادة بشكل مفرط ولمدة زمنية محددة أصبح مدمنا غير قادر عن ترك المادة أو التخلي عنها بشكل قهري، أما إذا توقف عن تعاطيه لسبب ما، فإنه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي المؤلم المتزايد، وإدمان المخدرات وتعاطيها نوعان: (إدمان فيسيولوجي جسمي، إدمان نفسي سيكولوجي) المخطط أدناه يوضح ذلك:



ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات أو للتجريب مدمن عليها، من هذا المنطلق تم تصنيف المتعاطين للمخدرات في ثلاث فئات وهي:

- المرحلة الأولى (التعاطي التجريبي أو الاستكشافي: Usage Experimental) يعتقد كثير من الشباب أن تجريب العقاقير هو عامل أمان، ودوافعه غالبا ما تكون فضولية لاستكشاف أحوالها. ويعتبر الإشهار قصدي أو غير قصدي من طرف الأصدقاء). (هيلين بوليس، 1988: 142)؛ تعتبر هته المرحلة أساسية لفهم المشكلة الأولى التي دفعت بالمراهق إلى تعاطي العقاقير، وغالبا ما تكون مجرد تجربة للاستكشاف نتيجة الفضول ففي هته الحالة يمكن تجاوز حيز الاعتماد

ويستطيع المراهق أن ينسحب بسهولة، وعلى العموم هذه المرحلة هي الخطوة الأولى نحو الاعتماد على المخدرات، وهذا ما يؤكد Egger (بأن حالة الإدمان ليست حالة الكل أو اللاشيء، ولكنها الدرجة القصوى على متصل يبدأ بالتعاطي لأول مرة). (Egger, 1980: 163).

- المرحلة الثانية (التعاطي العرضي أو الظرفي: Usage Occasionnel؛ إن غالبية من يستمرون في تعاطي المخدرات بعد المرحلة الأولى يفعلون ذلك بشكل عرضي (وقتي)، تعاطي المخدرات يكون من وقت لآخر، ولا يزيد على مرة أو مرتين في الشهر فلا يشعر بتبعية نحوه ولا يتعاطاه إلى في حالة توفره). (هيلين بوليس، 1988: 142)؛ في هذه المرحلة يكون التعاطي غير منتظما مرتبطا بعامل توفر المادة، غير خاضع لآلية التكرار القهري نتيجة عدم نشوء التبعية.

- المرحلة الثالثة (التعاطي المنتظم: Usage Regulier؛ يكون التعاطي بجدية من خلال البحث عن العقار أو المخدر المفضل والتأكد من استمرارية الحصول عليه، ويرتبط هذا بالعوامل النفسية مثل الاكتئاب والقلق أكثر من ارتباطه بالعوامل الخارجية مثل تأثير الأصدقاء). (عفاف عبد المنعم، 2003: 98)؛ يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة عن المرحلتين السابقتين في ما يخص تعلق التعاطي بالمخدرات، وهنا أثر التعاطي على العقار أو المادة المدمن عليها مرتبط بالحالة النفسية نتيجة الاعتماد والتعود التام على أخذ العقار.

- المرحلة الرابعة (التعاطي الكثيف أو القهري: Pharmaco Dépendance؛ إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي، ويتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام، أي استخدام العقاقير استخداما قهريا بحيث يضر الصحة كما يفقد القدرة على ضبط النفس بالنسبة لإدمانه.) (عفاف عبد المنعم، 2003: 98)؛ وفي هذه المرحلة الأخيرة (يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزء رئيسيا من حياة المتعاطي، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمثابة مقاومة قوية وتصبح درجة سيطرة المخدر على حياة الفرد العامل المركزي في التعاطي القهري.) (روبرت ديبونت، 1989: 55)؛ يصبح المدمن في هته المرحلة تابعا نفسيا وجسديا للمخدر، بحيث أن التعاطي يكون في أوقات منتظمة مع زيادة دائمة فالجرعة وتظهر تابعات وآثار الاعتماد القهري على مستويات وجوانب مختلفة فضلا على مشكلات صعوبة التوافق مع الحياة الاجتماعية بشكل عام.

والجدول العيادي للإدمان حسب الدليل التشخيصي والإحصائي (DSM-IV-) يستند على نظام المحاور المتعددة، (يمثل كل محور مجال معين يشمل مجموعة من المعلومات الخاصة المرتبطة بذلك المجال، يساعد الأخصائي الإكلينيكي على التخطيط للعلاج والتنبؤ بنتائج الخدمات النفسية المقدمة) (4: 2005، DSM-IV-)، وحدد التصنيف المتعدد المحاور Classification Multiaxiale في خمسة محاور، يمكن تقديمها على شكل تقرير. (أوصى مصممو هذا النموذج إلى تقديم هذا التقرير بالصورة التي تعرض الحالة في الدراسة، وتتمثل هته المحاور في:

- المحور الأول: الاضطراب الإكلينيكي؛ حالات تكون موضوع فحص إكلينيكي.

- المحور الثاني: اضطرابات الشخصية؛

- المحور الثالث: حالات طيبة عامة؛ (DSM-IV-, 2005: 32)

(أ- تناذر الفطام الخاص بالمادة المتعاطاة.

ب- تعاطي نفس المادة (أو مادة قريبة جدا) للتخفيف أو تجنب أعراض الفطام Sevrage.

1- يتم تعاطي المادة بكميات أكبر وأثناء مدة أطول مما معمول به.

2- رغبة دائمة أو جهود مضمّنة للتخفيف أو في استعمال المادة.

3- قضاء وقت مهم في نشاطات للحصول على المادة، أو استهلاك المادة، أو بالتخلص من تأثير التعاطي.

4- الانسحاب أو التقليل من النشاطات الاجتماعية، المهنية أو الترفيهية المهمة، بسبب استهلاك المخدرات.

5- الاستمرار في تعاطي المخدرات رغم أن الشخص على دراية بالآثار النفسية والجسدية التي تسببها له هذه المادة

- مع تبعية جسمية: وجود التحمل (الطاقة) Tolerance أو الانقطاع («فطام» Sevrage).

- بدون تبعية جسمية: غياب وجود التحمل (الطاقة) أو الانقطاع
الفطام). (DSM-IV-, 2005: 33-35)

- المحور الرابع: مشكلات نفسية اجتماعية - وبيئية -:

- مشكلات مع جماعة السند الأساسية، - مشكلات مرتبطة بالمحيط
الاجتماعي، - مشكلات تربوية، - مشكلات مهنية، - مشكل السكن،
- مشكلات اقتصادية.

- مشكلات التعامل مع الخدمات الصحية، - مشكلات مع المؤسسات
القانونية/عقابية.

- مشكلات نفسية اجتماعية وبيئية وأخرى.

- المحور الخامس: التقدير الشامل لتوظيف إمكانية الفرد؛

(DSM-IV-, 2005: 37-38)؛ يوفر برنامج المتعدد المحاور نموذجاً شاملاً
يساعد على عمليات التقويم الشامل (التشخيص) والمنظم في إجراءاته
إضافة على ذلك، فإن نظام التقدير في تعدد المحاور يدفع على تطبيق
النموذج (السيكولوجي) النفس الاجتماعي.

مؤشرات التبعية للمواد المخدرة: Critères de dépendance a une
substance، حسب الدليل الإحصائي والتشخيصي الرابع DSM-IV-
(إن استخدام مادة مخدرة تؤدي إلى اضطراب السير أو ألم له دلالة عيادية

تتميز بثلاثة (أو أكثر) من التظاهرات التالية التي تحدث في أي فترة خلال الإثني عشرة التي تظهر فيها هذه الأعراض:

- 1- الإطاقة أو التحمل، والتي تعرف من خلال العرضين التاليين:
أ- الحاجة إلى كميات متزايدة للحصول على حالة التسمم أو التأثيرات المرغوب فيها.
ب - انخفاض في أثار المخدرات نتيجة التعاطي المستمر لنفس الكمية.
- 2- الانقطاع أو الفطام.

بالنسبة لسوء استخدام المخدر: يرتكز تشخيص سوء استخدام العقاقير والمخدرات على تحديد أنماط السلوك التكيفي أو المشكل لتعاطي المادة، ويتميز هذا النمط بوجود تظاهرة على الأقل من التظاهرات التالية خلال فترة اثني عشرة شهر:

- 1- التعاطي المتكرر للمخدر يؤدي إلى عدم القدرة على القيام بواجباته الأساسية في العمل، في المدرسة، أو في البيت؛
- 2- التعاطي المتكرر في وضعية خطر مادي (جسمي)؛
- 3- مشاكل قانونية متكررة مرتبطة بتعاطي المخدرات؛
- 4- التعاطي المستمر رغم المشاكل الاجتماعية التي تسببت فيها المخدرات أو زادت من حدتها؛

الأنماط الأصلية التشخيصية للاضطرابات المتعلقة بالتعاطي: تتحدد الاضطرابات المتعلقة بالتعاطي في ثلاثة أنماط أصلية تشخيصية؛

1- الاعتماد أو سوء الاستخدام.

2- التسمم والانسحاب.

3- زميلات الأعراض النفسية الناتجة عن تعاطي المادة). (DSM-IV,)
(2005:228).

إضافة إلى الدليل الإحصائي التشخيصي يمكن للأخصائي النفسي الإكلينيكي أن يعتمد على التصنيف الإحصائي العالمي للأمراض ومشاكل الصحة العاشر -CIM-10-CA/CCI- في وضع الجدول العيادي؛ (والاعتماد أو الإدمان يكون بناء على ظهور ثلاثة من ثمانية أعراض محتملة حدثت خلال السنة الأخيرة. وهذه الأعراض هي:

1- صعوبة بالغة في ضبط سلوك تعاطي عقار أو كحول سواء في بداية أو نهاية / أو مستوى الاستعمال؛

2- رغبة قوية أو إحساس بالقهر في أن يأخذ العقار أو الكحول؛

3- ضيق الحصيلة الشخصية لأنماط العقار أو الكحول؛

4- إهمال متزايد للاهتمامات أو الملذات البديلة بسبب استخدام العقار، أو بسبب زيادة مساحة الوقت المطلوبة للبحث عن العقار أو الحصول عليه؛

5- الاستمرار في تعاطي العقار على الرغم من المعرفة الأكيدة بالنتائج الضارة المترتبة عليه؛

6- يوجد دليل على الاحتمال كزيادة الجرعات من المادة المستخدمة ذلك لتحقيق نفس التأثير الذي كانت تحققه جرعات صغيرة؛

7- حالة انسحاب فسيولوجي؛

8- استخدام المادة بهدف تخفيف أعراض الانسحاب، والوعي بذلك يكون مؤثراً؛ (CIM-10-, 2012:257)

كما ويصنف الدليل الإحصائي والتشخيصي للاضطرابات العقلية والنفسية الرابع (DSM-IV) المخدرات إلى (12) صنفاً بالإضافة إلى الكحول هي:

الكافيين (Caféine)، الحشيش (Cannabis)، الكوكايين (Cocaïne)، النيكوتين (Nicotine)، المهلوسات (Hallucinogènes)، المواد الطيارة (Inhalants)، المنومات (Hyphontics)، الأفيونات (Opioides)، الفنسيسلايين (PCP) (Phencyclidine)، المسكنات (Sédative)، مسببات القلق (Anxiolytics) ومواد أخرى. (DSM-IV, 2005:223).

خطوات بناء أداة القياس:

من خلال الطرح الإشكالي واعتماداً على الخلفية النظرية السابقة قمنا بصياغة أبعاد المقياس والمتمثلة في خمسة أبعاد وهي: التبعية الجسدية - الحالة المزاجية - اضطراب العمليات العقلية - سوء تقدير الذات - التكيف الانسحاب، واحتوت الصورة الأولية على (50) عبارة مقسمة على عدد الأبعاد بمعنى أن كل بعد يحتوي على (10) عبارات. هذا حسب الصورة الأولية للمقياس؛ المقياس موجه للمراهقين المدمنين على المخدرات والمتواجدين حديثاً بالمركزين الصحيين لولاية وهران

ومعسكر، إذ يقوم المراهق المدمن بالإجابة على عبارات المقياس كلها وذلك بوضع علامة (x) أمام العبارة وداخل الخانة التي يراها مناسبة حسب درجة حدوثها، وفق بدائل الإجابات الخمس: (معارض جدا 1)، (معارض 2)، (محايد 3)، (موافق 4)، (موافق جدا 5)؛ حيث تم الاعتماد على طريقة (Likert) الخماسي في القياس والتي تقوم على عرض مجموعة الفقرات على المفحوص تتضمن مواقف لفظية يمكن أن يتعرض لها والمطلوب هو اختيار أحد بدائل الإجابات السالفة الذكر التي تعبر عن رأيه علما أن هذه الطريقة هي من الطرائق الشائعة والمثبتة في بناء المقاييس النفسية.

بعد إعداد المقياس في صورته الأولية تم عرضه على مجموعة من المحكمين (05) محكما (03) أساتذة برتب أساتذة محاضرين «أ»، وأستاذة محاضرة «ب»، و(02) أخصائيين عياديين في مراكز للإدمان، لإبداء ملاحظاتهم حول مدى انتماء السمة لأبعاد المقياس، مدى انتماء العبارات للبعد (تقيس)أو(لا تقيس) مع إبداء ملاحظات، مدى تناسب ووضوح التعليمات الموجهة لأفراد العينة، مدى وضوح الصياغة اللغوية والمحتوى (مناسبة)أو(غير مناسبة)، مدى ملائمة بدائل الإجابة للفقرات وتقديم البديل في حالة عدم الموافقة إن أمكن ذلك. وقد تم قبول المقياس من طرف المحكمين كما هو في صورته الأولية ماعدا بعض الملاحظات التي تطلبت تعديلات طفيفة على المقياس.

الخلفية التطبيقية والإجراءات الميدانية:

تكمن الأهمية التطبيقية في تصميم وبناء مقياس لقياس درجة الإدمان لدى العينة المقصودة (المراهقين المدمنين على المخدرات) استنادا على خلفية نظرية، وذلك لعدم وفرة مقاييس لقياس درجة الإدمان في البيئة الجزائرية، وأن يكون خاصا بالمجال العيادي الإكلينيكي نظريا وتطبيقيا.

تكونت عينة الدراسة من مجموعة المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 16-23 عاما، وعددهم (40) موزعين بالتساوي، والمتواجدين بالمستشفى المختص للأمراض العقلية «سيدي الشحمي وهران» - مصلحة الإدمان - وكذا المتواجدين بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية معسكر، وذلك في الفترة الزمنية الممتدة من 21 مارس 2017 إلى غاية نوفمبر 2017. ملاحظة (العينة لم تخضع لعلاج دوائي أو علاجي نفسي من قبل؛ أي الدراسة اهتمت بفئة المراهقين المدمنين الملتحقين بالمراكز حديثا)، وسنعرض وصف للعينة حسب: السن، نوع المادة المدمن عليها، مدة الإدمان، تاريخ بداية التعاطي.

- جدول رقم (01): توزيع العينة من حيث مكان البحث.

النسبة المئوية	التكرار	مكان البحث
50%	20	مركز الإدمان لولاية معسكر
50%	20	مصلحة الإدمان بمستشفى وهران
100%	40	المجموع

توزعت عينة الدراسة بصورة متباينة من حيث مجموعة من المتغيرات والمتمثلة في: (السن ونوع المادة المدمن عليها وتاريخ بداية التعاطي ومدة الإدمان)، فحسب متغير السن توزعت العينة على فترات عمرية تراوحت من سن 17 سنة إلى غاية 23 سنة، بالنسبة لمدة التعاطي توزعت العينة على خمس (05) سنوات؛ أي من 01 سنة تعاطي إلى غاية 05 سنوات تعاطي، أما في ما يخص نوع المادة فقد تم إحصاء 07 مواد، يتم تعاطيها إما بشكل منفرد أو مصاحب وتتمثل في المواد التالية:

(Cannabis , rivotril , héroïne , kitil , lyrica , tranxene , Ecstasy, Valume ,, Rivotril)

عرض وتحليل نتائج الدراسة:

بعد العمل الميداني مع عينة الدراسة وتطبيق المقياس في صورته الأولى، أخذ الباحث بتفريغ النتائج المتحصل عليها وتبويبها في قاعدة بيانات خاصة من أجل التحليل عن طريق برنامج Spss، وبعد التحليل تم الوصول إلى النتائج التالية والمعروضة في شكل جداول.

الجدول رقم (02): التباين العام المفسر

Composante	Variance totale expliquée								
	Valeurs propres initiales			Extraction Sommes des carrés des facteurs retenus			Somme des carrés des facteurs retenus pour la rotation		
	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés	Total	% de la variance	% cumulés
1	7,291	14,583	14,583	7,291	14,583	14,583	7,126	14,251	14,251
2	6,006	12,012	26,595	6,006	12,012	26,595	5,494	10,988	25,239
3	3,846	7,693	34,288	3,846	7,693	34,288	4,524	9,049	34,288
4	3,259	6,518	40,806						
5	2,620	5,240	46,046						

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

من خلال الجدول التالي يتضح أن المجموع التربيعي للمؤشرات الناتجة بعد التدوير فيما يخص نسبة التباين ونسبة التجميع اقتصرت على المكونات الثلاثة الأولى، فبالنسبة للمكون الأول كانت نسبة التباين والتجميع له 14.251%، أما بالنسبة للمكون الثاني قد قدرت نسبة التباين بـ 10.988% ونسبة التجميع 25.239%، المكون الثالث كانت نسبة التباين 9.049% ونسبة التجميع 34.288%؛ أي أن النسب تراوحت ما بين 9% إلى 34% التي تعبر عن التباين الكلي المفسر للنتائج وهي نسب مؤوية مقبولة إلى حدا ما بالنسبة للتحليل العاملي حسب عينة البحث.

الجدول رقم (03) نتائج التحليل العملي الاستكشافي (ACP):

	Matrice de structure			Redimensionné		
	Non normalisé			Composants		
	1	2	3	1	2	3
troublesC0MS2	1,1083			,757		
troublesC0MS4	,999			,735		
troublesC0MS8	,745			,653		
troublesC0MS3	,842			,636		
troublesC0MS7	,844			,635		
adaptation7	,812			,634		
troublesC0MS5	,891			,583		
humeur9	,795			,570		
humeur1	,743			,550		
adaptation6	,884			,549		
dependlps9	,693			,528		
troublesC0MS9	,672			,503		
adaptation5	,745			,490		
troublesC0MS1	,511			,468		
adaptation4	,683			,461		
estimeso9	,500			,456		
estimeso1		,827			,696	
estimeso3		,776			,670	
estimeso2		,698			,610	
adaptation10		,897	-,611		,584	
humeur2		,658			,568	
humeur8		,643		,426	,566	
dependlps10		,648			,563	
humeur4		,601			,540	
humeur5		,532			,446	
humeur6		,394			,437	
dependlps3		,438			,418	
dependlps6		,394			,406	
dependlps8		,386			,400	
troublesC0MS10		,514			,395	
adaptation1				,677		,640
adaptation3				,460		,602
troublesC0MS6		,691	-,732	,516		,547
dependlps1				,419		,471
humeur10		,457		,499	,407	,464
adaptation2				,363		,449
humeur7				,467		,435
humeur3				,485		,419
estimeso5				,488		,416

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.
Méthode de rotation : Obtenir avec normalisation de Kaiser.

الجدول رقم (04) جدول يوضح نتائج التحليل العاملي الاستكشافي.

العدد حسب برنامج SPSS	رمز الفقرة	الفقرة	العدد الأصلي لها
العدد 01	Oms2	لدي ثقت فكري وضعف الانبساط	اضطراب العمليات العقلية العليا التكيف الانسحابي الحالة المزاجية الثقة النفسية-جسدية سوء تقدير الذات
	Oms4	لدي ضعف في القدرة على استجاب التعليمات	
	Oms8	أعاني من النسيان وضعف الأتية	
	Oms3	لدي ضعف القدرة على حل المشكلات	
	Oms7	لدي ضعف القدرة على التفكير	
	Oms5	لا أستطيع التركيز لمدة طويلة من الزمن	
	Oms9	أعاني من صعوبات في الإدراك	
	Oms1	أفقر إلى مهارات التنظيم وإدارة الوقت	
	Adapta7	يفترب لدي الإحساس ولا أتمتع الأصوات والضوء	
	Adapta6	يصعب لدي حلولة مع بعض الحركات نمطية غير اعتيادها عند الإدمان عن المادة لفترة طويلة	
	Adapta5	أشعر بالألم على مستوى البطن والعضلات	
	Adapta4	يصعب لدي تمرق وقيام عند الانقظام عن المادة	
	Humer9	أحب العزلة والوحدة	
	Humer1	أشعر بالنشوة «السعادة والابتهاج» عندنا تعاطي أو شرب المادة	
العدد 02	Dependph9	يرتحمس جسدي نتيجة عدم التعاطي أو شرب المادة	سوء تقدير الذات التكيف الانسحابي الحالة المزاجية الاعتماد نفسي-جسدي
	Estimeso9	أرى بأن شخص غير محبوب لا قيمة له	
	Estimeso1	فقدت الثقة في نفسي	
	Estimeso3	أعتقد بأن معظم عائلاتي للنجاح في الحياة فاشلة	
	Estimeso2	أثرتع بأن مستوى أدائي سيكون منخفض في شتى المجالات	
	Adapta10	تراوضي وتسيطر على أفكارك لتجارية	
	Humer2	إن سلوكي عدواني وضعيف تجاه الآخرين	
	Humer8	لا أستطيع السيطرة على مشاعري وما يصاحبها من عدم السيطرة على سلوكي	
	Humer4	كثيراً ما أحزن وأشام دون سبب	
	Humer5	لا أهتم بالنشاطات والهويات	
	Humer6	لدي توتر و أمثثار بسرعة	
	Dependphs10	أشعر بالألم على مستوى الجسد وخاصة الرأس نتيجة عدم التعاطي	
	Dependphs3	أحصل على المادة بأي طريقة كانت، المهم أتعاطا	
	Dependphs6	لا أتحلف عن وقت التعاطي للمادة لأدمني عليها	
Dependphs8	تعاطي المادة أو شربها يجني الشعور بالقلق		
العدد 03	Oms10	لدي تمسورات غير واقعية وعيانية	التكيف الانسحابي اضطراب العمليات الاعتماد نفس-جسدي الحالة المزاجية سوء تقدير الذات
	Adapta1	عند الانقظام أو التقليل من المادة يظهر لدي قلق وعصبية الحادة	
	Adapta3	تصبح لدي اضطرابات في النوم أكثر، عدم النوم) مجرد التوقف عن التعاطي	
	Adapta2	أصبح مكشياً لدرجة كبيرة عند الانقظام أو التقليل من المادة	
	Oms6	أجد صعوبة في التعبير باستعمال صبح لغوية مناسبة	
	Dependphs1	لا أستطيع الأبتناع عن التعاطي أو شرب المادة	
	Humer10	أصبحت شخصاً حولاً وكسولاً	
	Humer7	لدي إرق وأشكو من صعوبة النوم	
	Humer3	استهزئ ولا أراعي الآخرين	
	Estimeso6	أشعر بأنني غير جدير بالاحترام	

بعد أن تم معالجة النتائج باستخدام برنامج SPSS واعتمادا على التحليل العاملي الاستكشافي الوصفي للمركبات الأساسية تم الحصول على (3) أبعاد أساسية؛ أي أنه تم حذف أو التخلي عن بعدين بالإضافة إلى حذف (11) فقرة أو بندا لضعفها وعدم تشبعها والإبقاء على (39) بندا وذلك من أصل (50) بندا في المقياس بصيغته الأولية قبل المعالجة، والبنود أو الفقرات التي تم حذفها خلال المعالجة هي: الفقرات أو البنود رقم (2)-

4-5-7) من -البعد الأول «الاعتماد النفسي-الجسدي»، و الفقرات أو البنود رقم (4-5-7-8-10) من -البعد الرابع «سوء تقدير الذات»، إضافة إلى الفقرتين رقم (8-9) من البعد الخامس «التكيف لانسحابي»، وتم الإبقاء على كل بنود البعدين الثاني والثالث ولم يتم حذف ولا فقرة منها. أما البنود الـ (39) التي تم الإبقاء عليها توزعت على الأبعاد الثلاثة كالتالي:

سجلنا تشبع (16) بندا على البعد الأول أغلبها بنود بعد «اضطراب العمليات العقلية العليا» وعددها (8) بنود رقم (2-4-8-3-7-5-1-9)، بالإضافة إلى ثمانية بنود أخرى تنتمي أصلا حسب التوزيع الأولي إلى الأبعاد المتبقية فقد تشبعت (4) بنود من بعد «التكيف الانسحابي» وهي البنود رقم (7-6-5-4)، و بندين من بعد «الحالة المزاجية» أرقامها (9-1)، وتشبع بند واحد من كل بعد للبعدين المتبقيان؛ البند أو الفقرة رقم (9) من بعد «التبعية النفسية-الجسدية» والفقرة رقم (9) من بعد «سوء تقدير الذات» وعلى هذا الأساس تم تسمية هذا البعد الأول بـ «اضطراب العمليات العقلية العليا» نظرا لتشبع (8) بنود أو فقرات به من أصل (16) فقرة.

وبعد التدقيق في البنود اتضح أن البند رقم (7) والبند رقم (6) من بعد «التكيف الانسحابي» ينتميان فعلا من الناحية الكيفية إلى اضطراب العمليات العقلية العليا ولذلك تم الإبقاء على هاذين البندين عكس البندين رقم (4-5) فقد تما حذفهم لعدم تناسب المعنى الذي يعبران عنه

مع البعد الذي تشعب عليه، بالإضافة إلى حذف البندين رقم (9-1) من بعد الحالة المزاجية لأنهم بعدين لا يمكن أن يتتبعان في المعنى للبعد الأول ولا يعبران عن اضطراب العمليات العقلية العليا، وحذف البند رقم (9) من بعد «الاعتماد النفسي-الجسدي» وتم الإبقاء على البند رقم (9) من بعد «سوء تقدير الذات» والذي تشعب مع البعد الأول لأنه يعبر عن الإدراك الخاطئ وهو بند يتناسب وبعد اضطراب العمليات العقلية العليا؛ وعليه فإن البعد الأول «اضطراب العمليات العقلية العليا» بعد التحليل الكمي والكيفي فإنه يضم (11) بعداً أو فقرة.

أما البعد الثاني فقد سجلنا تشعب (14) بنداً أو فقرة توزعت على الأبعاد الأصلية كالتالي: بعد «سوء تقدير الذات» تشعبت منه (3) بنود رقم (1-2-3)، بعد «التكيف الانسحابي» تشعب منه بند واحد رقم (10)، بعد «الحالة المزاجية» تشعبت منه (5) بنود رقم (2-8-4-5-6)، أما بعد «التبعية الجسدية» فقد تشعبت منه (4) بنود رقم (10-3-6-8)، وبعد «اضطراب العمليات العقلية العليا» تشعب منه بند واحد رقم (10).

بعد قراءة البنود والتدقيق فيها لاحظنا أن معظمها بنود تعبر عن الانفعالات وعليه تم تسمية البعد الثاني بالـ «الحالة الانفعالية»، مع حذف البندين رقم (3-6) لبعدها «الاعتماد النفسي-جسدي» لأنهم بندين لا يعبران عن المعنى الحقيقي للحالة الانفعالية؛ وعليه فإن البعد الثاني «الحالة الانفعالية» بعد التحليل الكمي والكيفي فإنه يضم (12) بنداً أو فقرة.

أما البعد الثالث فقد سجلنا تشبع (9) بنود توزعت على الأبعاد الأصلية كالتالي: تشبع (3) بنود رقم (1-3-2) من بعد «التكيف الانسحابي»، ثلاثة بنود رقم (10-7-3) من بعد «الحالة المزاجية»، تشبع بند واحد رقم (6) من بعد «اضطراب العمليات العقلية العليا»، وبند واحد رقم (1) من بعد «الاعتماد النفسي-جسدي»، تشبع بند واحد رقم (6) من بعد «سوء تقدير الذات»، وبعد القراءة المدققة في البنود لاحظنا أنها بنود تدل في معناها الحقيقي على التكيف الانسحابي «الأثر المؤقت عند الحاجة إلى المادة والتعاطي»، ماعدا البند رقم (7) من بعد «الحالة المزاجية» والذي تم حذفه نظرا لتشابهه مع البند رقم (3) من بعد «التكيف الانسحابي»، وعليه فإن البعد الثالث تم تسميته بـ «التكيف الانسحابي» وقد احتوى في الأخير على (8) بنود أو فقرات.

وبعد التحليل عن طريق (ACP) «التحليل الاستكشافي» تم الوصول إلى نموذج لوصف وقياس الإدمان عند المراهق، فالتائج المتحصل عليها وصفت الإدمان من خلال أثاره التي تمكن معرفة درجة شدة الإدمان؛ والتي تمثلت في بعدين أساسيان:

البعد الأول وهو الحالة العادية للمدمن بشكل عام؛ التعاطي بصورة منتظمة بدون الحاجة أو الانفصال عن المادة المدمن عليها، وتجمع مظاهره في نمط واحد يربط بين البعدين الأولين المتحصل عليهم من خلال (ACP)، «اضطراب العمليات العقلية العليا، الحالة الانفعالية والسلوكية»، ولكل بعد مجموعة من الأعراض التي تعبر عنه، وهي

الفقرات التي تنتمي لكل بعد في المقياس انظر الملحق رقم (02)، وهذا ما يثبته المحور الأول من الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع (DSM-VI) - (المحور الأول): الاضطراب الإكلينيكي؛ حالات تكون موضوع فحص إكلينيكي، بالنسبة لسوء استخدام المخدر: يرتكز تشخيص سوء استخدام العقاقير والمخدرات على تحديد أنماط السلوك الانفعالي ومشاكل الصحة العقلية) (DSM-IV, 2005: 32)، ويتميز هذا النمط بوجود تظاهرة على الأقل من التظاهرات التي تما صياغتها في بنود لأبعاد المقياس.

بالإضافة إلى مجموعة الأعراض المنصوص عليها في التصنيف الإحصائي العالمي للأمراض ومشاكل الصحة العاشر CIM-10-CA/CCI-: (CIM-10-, 2012)، فقد لخص حامد عبد السلام زهران ذلك في: (-) الوضع المصاحب للإدمان في الحالة العادية: تلف الجهاز العصبي ويصاحبه ذلك اضطراب الوظائف العقلية مع اضطرابات في السلوك، اضطراب في الإدراك، صعوبة الفهم والتركيز، الخمول والنسيان، السلبية والانطواء، مشاعر الدونية) (حامد، 1994: 442).

وهذا ما أوضحه أيضا كل من « Chloé Carpentier et Jean Michel Costes»، (أن الإدمان على المخدرات بصفة منتظمة تصاحبه مجموعة من الأعراض العامة بعضها مرتبط بالخلل الوظيفي للجهاز العصبي وتتجسد في خلل أو اضطراب كلي أو جزئي في والوظائف المعرفية كضعف القدرة على التذكر، ظهور هلاوس وهذيانات، غياب كلي أو

جزئي للإدراك الزماني والمكاني، وغيرها). (Chloé et Michel, 1995: 68)؛ وأعراض أخرى مرتبطة بالجانب الانفعالي السلوكي (والتي تتجسد في السلوكيات الضد اجتماعية، العدوانية، عدم السيطرة على السلوك، محاولة الانتحار أحيانا، تغير المزاج وسيطرة مزاج ثنائي القطب الهوس الاكتئابي مع الانفعالات الحادة) (Chloé et Michel, 1995: 68)؛ من خلال التنظير التصنيفي الإحصائي السابق نجد أن معظم العبارات أو البنود المكونة للمحاور الرئيسية (المؤشرات الرئيسية) المصاغة على شكل أبعاد والمتمثلة في «اضطراب العمليات العقلية العليا، والحالة الانفعالية والسلوكية»، المتحصل عليهم من خلال (ACP) هي مؤشرات دالة عمليا ومثبتة نظريا (مسندة على خلفية نظرية).

البعد الثاني وتمثل في حالة المدمن أثناء الحاجة للمادة المدمن عليها؛ أي الانقطاع أو الانفطام عن التعاطي أو التعاطي بصورة غير منتظمة، واجتمعت مظاهره في البعد الثالث للمقياس بعد التحليل (ACP)، وهو بعد «التكيف الانسحابي» وله مجموعة من الأعراض الخاصة المعبرة عنه، والمصاغة في البنود أو الفقرات الثمانية انظر الملحق رقم (02)، (فتعود شخص على عقار معين هو تعود لخليا الجسم على هذا العقار، ولو سحب هذا العقار فجأة أدى إلى الحاجة الملحة عليه المرتبطة بظهور تغيرات نفسية وجسدية أكثر حدة). (هيثم بدر، 2008: 147)؛ هذا ما يفسر بحث التعاطي عن عقاره بكل وسيلة حتى ولو أدى ذلك إلى تحطيم حياته كلها، فالتخلص من آثار (أعراض) الانسحاب المؤلمة على حساب الذات أو الآخر أمر سيان، فضمن الرجوع إلى الحالة الطبيعية هو الشيء

المهم بالنسبة له، وتختلف الآثار أو أعراض الانسحاب والحاجة للمادة باختلاف المواد المدمن عليها؛ فمثلاً:

- انسحاب المنومات: (يؤدي الامتناع عن المنومات إلى الشعور بالقلق الشديد، وعدم القدرة على الاستقرار في مكان واحد، الأرق المستمر وعدم القدرة على إدراك الزمان والمكان، الهذيان والرعدة، الهلوسات البصرية، هذه الأعراض تحتاج لعلاج سريع لأنها تؤدي للوفاة). (Dictionnaire Vidal, 1994, 608-609)؛ التخلي أو ترك تعاطي المنومات يصاحبه اضطرابات تمس الجهاز العصبي، فالتعود العصبي الدائم والمستمر على المكونات الكيميائية للمنومات، تقابله مقاومة عند الامتناع عن تناول أو التعاطي وتمثل هته المقاومة في ردود أفعال مضطربة كإشارة من الدماغ على الحاجة الماسة لهته المواد.

- انسحاب المورفين: (عندما يتوقف المدمن عن تعاطيه للمورفين فانه تبدأ أعراض الانقطاع في الظهور؛ منها انحراف السلوك، الغيبوبة وانسياب الدموع بكثرة، العرق الشديد ورشح الأنف مع قلق شديد، الأرق والغثيان، ارتفاع ضغط الدم نتيجة لانقباض القلب والشرايين). (وفيق مختار، 2005: 54)؛ غالباً ما تتجسد آثار الانسحاب أو الانقطاع عن أخذ المورفين على المستوى الجسدي، فالتعود والتكيف الفسيولوجي الجسدي على مادة المورفين يقابله خلل مرضي يمس الأعضاء الحيوية في الجسم عند الانسحاب الفوري أو الترك المباشر للمادة.

- انسحاب الهيروين: (يؤدي التوقف عن تعاطي الهيروين إلى مجموعة من الأعراض تتمثل في العرق، الإسهال، سرعة دقات القلب، الأرق وارتفاع ضغط الدم، الاكتئاب، الغثيان والقيء.) (حسن فايد، 2006: 86)؛ الحاجة الفسيولوجية الجسدية والنفسية إلى مادة الهيروين عند الانسحاب عن إدمانه أو تركه لوقت جد قصير، يؤدي إلى ظهور مجموعة أعراض خاصة، فالتكيف أو التعود الدائم على وجود المادة يجعل التخلي عنها شيء صعب.

- انسحاب الكوكايين: (إن أعراض انسحاب الكوكايين تتمثل في صورة الإحساس بالكسل والرغبة في النوم والتثاؤب والشعور بالكآبة، شعور المدمن بالألم الشديد في مفاصله وقيء واضطراب في التنفس وذهول، يصبح مهمل لنفسه وفي شخصه وملابسه.) (عادل صادف، 1999: 64)؛ يتطلب انسحاب (ترك أو التخلي عن تعاطي) الكوكايين وحتى الهيروين مرافقة وتكفل بشكل خاص في مختلف التخصصات، وينصح أن يكون التكفل داخلي على مستوى مراكز إعادة التأهيل بمرافقة فريق اختصاصي، فالأعراض التي يجسدها منسحب الهيروين أو الكوكايين أعراض حادة تمس مختلف الجوانب تصل في أعلى درجاتها إلى إهمال الذات نتيجة الاكتئاب الحاد مع المرور إلى الانتحار.

- انسحاب الأمفيتامين: تشمل الأعراض الفسيولوجية للانسحاب - الصداع، الرشح، التقلص العضلي وتقلصات في المعدة، والجوع والعرض النفسي المميز وهو الاكتئاب، خطورة حدوث الانتحار من

48-72 ساعة بعد آخر جرعة من الأمفيتامين، وقد تظل لمدة أسابيع ولكن بشدة أقل). (Grinspoon Bakalar, 1988: 419)؛ وهو كذلك بالنسبة للأمفيتامين، يتطلب انسحابه أو تركه مرافقة وتكفل داخلي (مراكز إعادة التأهيل)، فالتخلي عنه لا يكون مباشرة وإنما يكون تدريجي بطريقة موجهة من طرف طبيب مختص للتخلص من آلية التكيف، وتفادي الأعراض الناجمة عن الانسحاب.

- انسحاب L.S.D: بعد الإقلاع أو التوقف فان تأثيره يدوم، ويستمر في الجسم لمدة ستة أشهر تقريبا بحيث يتعرض المدمن السابق خلال هته الفترة كلها إلى حالة من الهلوسة السمعية والبصرية تسمى الومضات الارتجاجية). (دورثي دوسيك ودانيل جيردانو، 1990: 63)؛ إن آثار الانسحاب عن L.S.D لا تظهر إلى بعد ستة أشهر تقريبا، فالأعراض المصاحبة لفترة الانسحاب هي أعراض تأثير مكونات المادة على الجهاز العصبي، فترشيحها وتخلص الجسد منها يأخذ وقت طويل.

وعليه فان النموذج الأول المقترح لوصف وقياس درجة الإدمان عند المراهق المسند على أطر نظرية والموضح في الشكل أدناه رقم (02)، تم إجراء تعديل عليه بعد أن تم إخضاعه للتحليل الاستكشافي (ACP) مدعما هو كذلك بخلفية نظرية تثبته والنموذج موضح في الشكل أدناه رقم (03)، ومن خلاله تم تعديل المقياس انظر الجدول أدناه رقم (05).

وصف وقياس درجة الإدمان



-الشكل رقم (02): يوضح النموذج الأولي المقترح لوصف وقياس الإدمان.



-الشكل رقم (03): يوضح النموذج الثاني بعد التحليل الاستكشافي (ACP).

الجدول رقم (05) يوضح المقياس بعد التعديل في شكله النهائي

بوتاريخي جدا	بوتاريخي	بوتاريخي	بوتاريخي	بوتاريخي جدا	البيانات	الأبعاد
					أفضل إلى مهارات التنظيم وإدارة الوقت	البعد الأول "اضطراب الأفكار العنقودية العنقودية"
					لدي تلمت فكري وضعف الانتباه	
					لدي ضعف القدرة على حل المشكلات	
					لدي ضعف في القدرة على استيعاب التعليمات	
					لا أستطيع التركيز لمدة طويلة من الزمن	
					لدي ضعف القدرة على التفكير	
					أعاني من التسيان وضعف الانتباه	
					أعاني من صعوبات في الإنجاز	
					بضطرب لدي الإحساس ولا أتصل بالأموات والظواهر	
					يصعب لدي هوسه مع بعض الحركات نمطية غير إيجابية عند الابتعاد عن العادة لفترة طويلة	
					أرى أنني أبحث عن محروب لا قيمة له	البعد الثاني "السلطة الاندماجية"
					فقدت الثقة في نفسي	
					أحقد بأن معظم محاولاتي للتجاح في الحياة فشلة	
					أفزع بأن مستوى أدائي سيكون منخفض في شتى المجالات	
					ترودني ويضطر علي الفشل التجارية	
					إن سلوكي جنوناني وهدف اتجاه	

					الآخرين	البدن الطفيف التوهم الإدمانية
					لا أستطيع السيطرة على مشاعري وما يصلحنيهاً حين أدم السيطرة على سلوكي	
					كثيراً ما أحزن وأتألم دون سبب	
					لا أهتم بالتشطات والهبات	
					لدي فوتر و أبتلج بسرعة	
					أشعر بالألم على مستوى الجسد وخاصة الرأس نتيجة عدم التعاطي	
					تعاطي المادة أو شربها يجنبني الشعور بالقلق	
					لدي تصورات غير واقعية وخيالية	
					حند الانقطاع أو التقليل من المادة يظهر لدي قلق وحسبية الحالة	
					تصبح لدي اضطرابات في النوم (نوم يكثر، عدم النوم) بمجرد التوقف عن التعاطي	
					أصبح مكثفاً لدرجة كبيرة حند الانقطاع أو التقليل من المادة	
					أصبحت شخصاً غير لاد وكسولاً	
					أستعثر ولا أراعي الآخرين	
					أجد صعوبة في التعبير باستعمال صوغ لغوية مناسبة	
					لا أستطيع الامتناع عن التعاطي أو شرب المادة	
					أشعر بأنني غير جدير بالاحترام	

المراجع:

- بوليس هيلين (1988)، أضواء كاشفة على المخدرات، دون طبعة، مركز النشاط والإعلام للتنمية والتفاهم الدولي، بيروت، لبنان.
- حامد عبد السلام زهران، (1997)، الصحة النفسية والعلاج النفسي، الطبعة الثالثة، عالم الكتب، القاهرة، مصر.
- حسن فايد (2006)، سيكولوجية الإدمان، دون طبعة، مؤسسة طبية للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر.
- دورثي دوسيك ودانيل جيردانو (1990)، المخدرات حقائق وأرقام، ترجمة عمر شاهين وخضر نصار، الطبعة الرابعة، مركز الكتاب الأردني، عمان.
- روبرت ديبونوت (1989)، مكافحة العقاقير المؤدية للإدمان، ترجمة وليد الترك ورياض عوض، دون طبعة، مركز الكتاب الأردني، عمان.
- عادل صادق (1999)، الإدمان له علاج، الطبعة الثانية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
- عبد الحكيم العفيفي (1986)، الإدمان، دون طبعة، الزهراء للإعلام العربي، مصر.
- عبد الرحمان العيسوي (2005)، المخدرات وأخطارها، دون طبعة، دار الفكر الجامعي، القاهرة.
- عبد اللطيف رشاد (1992)، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، دون طبعة، المركز للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض المملكة العربية السعودية.
- عبد الله عسكر (2005)، الإدمان بين التشخيص والعلاج، الطبعة الخامسة، المكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- عفاف عبد المنعم (2003)، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، دون طبعة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

- محمد أحمد مشاقبة (2007)، الإدمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي، الطبعة الأولى، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- هيثم بدر، (2008)، الإدمان من المجهول إلى المعلوم، دون طبعة، منشأة المعارف، الإسكندرية، مصر.
- وفيق صفوت مختار (2005)، مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة، دون طبعة، دار العلم والثقافة، القاهرة.
- Bergeret, J (1984), *Precis De Toxicomanie*, Masson, Paris, France.
- Biron A, Huerre B, Reymond J M (1979), *Drogues: Toxicomanes et toxicomanies*, Edition Hermann, USA.
- Braclay R (1984), *Abnormal psychology*, Clinic and Scientific Perspectives, Holt saunders, International Editions, USA.
- Chloé Carpentier. Jean Michel Costes , 1995, *Drogue et Toxicomanies* , Masson, Pari.
- CIM- 10-CA/CCI, (2012), *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, Dixième version, Canada, Institut canadien d'in formationsur la santé. Organisation mondiale de la Santé 1992.
- Dictionnaire de Vidal, (1994), 70 éme Edition, Edition du vidal, Paris.
- DSM-IV, (1992), *manuel diagnostique et statistique des trouble mentaux*, traduction français (1993), 4^{eme} édition (2005), Masson éditeur.
- Egger G (1980), *Psycho-social Aspects of Increasing Drug Abuse: A Postulated Economic Caus*, Socail Science and Medicine, Vol. (14A), No.1.
- Grinspoon Bakalar, (1988), *Substance Use Disorders*, In: J.R Nickli (ed):*The New Havard Guide to Psychiatry*, London, The Belknap press of Harvard University press.

للإحالة على هذا المقال:

- موصدق أسامة، بوطغان محمد الطاهر، (2018)، «مؤشرات قياس درجة الإدمان على المخدرات لدى المراهق المدمن». *المواقف*، المجلد: 13، العدد: 02، ديسمبر 2018، ص.ص. 72-37.