

النظريات والنماذج المعاصرة المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات

Contemporary theories and models of drug abuse

أ.مليكة بن زيان، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة- الجزائر

ملخص: يهدف هذا المقال إلى تبين مختلف النظريات والنماذج المعاصرة التي سعت إلى إعطاء تفسير لظاهرة تعاطي الأفراد للمخدرات والإدمان عليها، فهذه الظاهرة كثيرا ما جلبت اهتمام المفكرين والمصلحين بالإضافة إلى مختلف المنظمات العالمية المهتمة كونها أصبحت منتشرة بصورة فجأة ومقلقة لدى مختلف فئات المجتمع، لهذا سعى جميع هؤلاء كل حسب ميدان تخصصه إلى رفع اللبس والغموض الذي يغطي سلوك تعاطي المخدرات محاولين من خلال ذلك فهم الظاهرة حتى يتمكنوا من تقديم يد المساعدة للمدمنين عليها وفي نفس الوقت ومن خلال إعطاءهم تفسيراً لظاهرة التعاطي يكونون قد تمكنوا من منع الوقوع فيها لغير المتعاطين لها من خلال تفادي مسبباتها.

الكلمات المفتاحية: المخدرات، تعاطي المخدرات، النظرية البيولوجية، النظرية السلوكية، النظرية المعرفية، مدرسة التحليل النفسي، النموذج الشمولي.

Abstract: The purpose of this article is to illustrate the various contemporary theories and models that sought to explain the phenomenon of drug abuse by individuals.

This phenomenon has often attracted the attention of intellectuals and reformers, in addition to the various international organizations interested in the phenomenon, the fact that the latter has become disturbingly spread among the various groups of society. Therefore, all of these people sought to eliminate the ambiguity that covers the behavior of drug abuse, The purpose is to provide assistance to addicts at the same time and by giving them an explanation of the phenomenon of drug abuse that they have been able to prevent falling into non-abusers by avoiding their causes.

Keywords: drugs, drug abuse, biological theory, behavioral theory, cognitive theory, school of psychoanalysis, social theory, the holistic model.

مقدمة:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أخطر المشاكل النفسية الاجتماعية التي عرفها الإنسان لما تسببه من خسائر بشرية ومادية، وقد ظهرت في جميع المجتمعات، وعرفت مختلف الحضارات، وتعتبر من الظواهر التي جلبت اهتمام الكثير من المختصين حيث أنها تجاوزت المجال الطبي، إلى ممارسات أخرى مثل الطقوس الدينية، والبحث عن النشوة لدى الأدباء والفنانين.

كما تعد ظاهرة تعاطي المخدرات من الظواهر التي أخذت مساراً خطيراً في السنوات الأخيرة وأصبح تعاطيها منتشراً في جميع الأوساط وبين مختلف الأعمار، فلم تعد تخص فئة دون الأخرى، فكل الفئات العمرية معنية لتجريب المخدرات، لهذا أولت العديد من المنظمات العالمية والباحثين في مختلف الميادين النفسية، والطبية، والاجتماعية، والقانونية الاهتمام بهذه الظاهرة محاولين فهمها ورفع اللبس الذي يحيط بها من مختلف الجوانب.

وفي إطار محاولة فهم تعاطي المخدرات من طرف الشباب الفئة التي يعول عليها في بناء المجتمع، حاولنا إلقاء الضوء على مختلف النظريات المعاصرة المفسرة لتعاطي العقاقير المخدرة.

بناءً عما سبق يتضح الهدف من دراستنا المكتبية هذه والمتمثل في: التعرف على مختلف النظريات والنماذج المعاصرة التي حاولت إعطاء تفسيراً لتعاطي المخدرات والإدمان عليها.

1. المفاهيم الأساسية للدراسة:

تعريف المخدر: إن تعريف المخدرات يختلف باختلاف النظرة إليها، ولذلك لا يوجد تعريف موحد أو متفق عليه للمخدرات، ويمكن تعريف المخدر من الجوانب التالية:

التعريف اللغوي: المخدر في اللغة اسم فاعل مشتق من الفعل خدر، ويدور لفظ الخدر حول معاني الضعف والكسل والفتور أو الستر (هلال، 1999، ص23) فيقال المرأة خدرها أهلها بمعنى شتروها وصانوها من الامتهان، أي أن الخدر هو ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد (أحمد، 2013، ص23).

التعريف الاصطلاحي: هو كل ما يؤثر على العقل فتخرجه عن طبيعته المميزة المدركة الحاكمة العاقلة، ويترتب على الاستمرار في تعاطيها الإدمان فيصبح الشخص أسيراً لها. في تعريف آخر تعرف بأنها المواد التي تخدر الإنسان، وتفقد وعيه، وتغييبه عن إدراكه (الهدية، 2008، ص44).

التعريف العلمي للمخدرات: المخدر هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وهي ترجمة لكلمة (Narcotic) المشتقة من الإغريقية (Narcosis) التي تعني يخدر أو يجعله مخدراً.

تعاطي المخدرات:

التعاطي في اللغة: العطو: تناول ورفع الرأس واليدين، والإعطاء: المناولة كالمعاطاة والعطاء والانقياد والتعاطي: تناول: وتناول ما لا يحق، والتنازع في الأخذ، والقيام على أطراف أصابع الرجلين مع رفع اليدين إلى الشيء (أبادي، 2000، ص526).

التعاطي في الاصطلاح: هو تناول غير المشروع للمخدرات بطريقة غير منتظمة وغير دورية يتعاطاها الأفراد من أجل إحداث تغيير في المزاج أو في الحالة العقلية، ولكنه لا يصل إلى حد الاعتماد التام عليها (مشاقبة، 2007، ص21).

تعريف تعاطي المخدرات: يعرف المركز القومي للبحوث الجنائية بمصر تعاطي المخدرات بأنه: " استخدام أي عقار مخدر بأي صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عقلي معين" (قماز، 2009، ص17).

ويعرفه مصطفى سوييف كما يلي: "يشير التعاطي إلى تناول أي مادة من المواد المسببة أو الاعتماد بغير إذن طبي، وتشير البحوث الميدانية إلى ضرورة التفرقة بين المستويين للتعاطي وهما: التعاطي على سبيل التجريب والاستكشاف والتعاطي كإدمان أو اعتماد وهي تفرقة بالغة الأهمية لما يترتب عليها من نتائج علمية وعملية" (سوييف، 2000، ص136).

واعتمادا عما سبق يمكن القول أن مفهوم التعاطي من المفاهيم الأكثر موضوعية، كونه لا يقدم أي حكم وليس له أي دلالة على الإدمان، فتعاطي المخدرات هو رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدر أو مواد سامة يتم التعرف عليها من خلال أثارها المسكنة والمخدرة أو المنشطة والمنبهة، والتي قد تسبب حالة من الإدمان تضر بالفرد جسديا ونفسيا واجتماعيا.

2. النظريات والنماذج المفسرة لسلوك تعاطي المخدرات:

إن الحقيقة التي تجمع عليها الدراسات الاجتماعية التي أجريت حول تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات، هي أن مشكلة تعاطي المخدرات تمثل مشكلة متعددة الأبعاد والمتغيرات، فلا توجد نظرية واحدة أو عامل واحد أو متغير بعينه، يمكن في ضوءه تفسير أسباب تعاطي المخدرات، حيث تتعدد العوامل، وتتناوب أهميتها من مجتمع لآخر، ومن فرد لآخر، ومع ذلك يمكن تحديد مجموعة من النظريات تتعلق بأسباب حدوث تعاطي المخدرات، ويمكن عرضها كما يلي:

النظرية البيولوجية: تعتبر النظريات البيولوجية أولى النظريات التي حاولت تفسير التعاطي الضخم والمنتظم انطلاقا من ميكانيزمات بيوكيماوية أو فسيولوجية، وشكلت الدراسات الإنسانية محور الأعمال المصممة لاختبار النظريات الجينية ذات الصلة بالإدمان في بني البشر، لأنه إذا كان للجينات تأثيرها في الإدمان، فإن أولئك الذين لديهم جزء من المادة الوراثية الخاصة بهم التي توارثوها عن متعاطين، فإن هذا الموروث سيصل إليهم وسيعانون من تلك الحالة وتلك الظروف التي كان عليها آبائهم، ويرى "أمارك" أن هناك عنصرا وراثيا أسريا ذا صلة بالإدمان الكحولي، وقام بحساب إمكانية إدمان المسكرات بين الإخوة المعروف بأنهم من آباء مدمنين، فكانت نسبتهم في الإصابة بالإدمان 21%، وبين الأخوات 05% وبين الآباء 26%، وبين الأمهات 2% (Robinson, 1976, p50-51).

وقد قامت التقنيات البيولوجية الجزيئية بعزل وتحديد الجينات التي قد تنثر الرهبة للإدمان، إذ من الممكن أن تكون أنزيمات "المونو أمين" المؤكسدة و"الغدد للمفاوية" هي المؤشرات البيوكيماوية للنزعات والميول الموجهة نحو الإدمان، ويؤدي الكحول والعقاقير المخدرة الأخرى إلى تغييرات في طبيعة الدماغ وتركيبته وإلى أمراض مزمنة تصيبه، ذلك أن مجرد رؤيته أو شمه يمكن أن يثير الدوائر الكهربائية في الدماغ والتي تتغير نتيجة لسوء استخدام العقار، ففي دراسة قامت بها مجموعة من طلبة كلية الطب في جامعة "بيل" استنتجت بأن بروتين "دلتا فوس ب" يثير أدمغة الفئران وجيناتها التي تعزز اللفتة لتعاطي الكوكايين، وعندما تحدث هذه العملية لدى بني البشر، فهذا أمر يساعد على تفسير الإدمان على الكوكايين والذي يصعب علينا تحديده ومعرفته.

وهناك مجموعة من العادات من أمثلتها: عادة التسوق المرضي، الإدمان الجنسي، وتجاهل الأوامر التي تتفاعل وبصورة سلبية مع القدرة على اتخاذ القرارات، ومن ضمنها القدرة على الاختيار السليم والعقلاني لاستخدام العقاقير وعواقبها.

ويعاني المتعاطين المدمنون من الشره والقلق الدائم، ويمكن التخفيف منه بشرب آخر أو بعقار آخر أو بسلوكيات أخرى، فتكون تأثيراته لذيفة للدماغ، أي أن الفرد يشعر ويخف القلق لديه، فالشرب الكحولي واستعمال أي مخدر أو القيام بسلوكيات إدمانية مثل: لعب القمار، التسوق، ممارسة الجنس أو تجاهل المحظورات، فكلها تزيد من اللذة أو تخفف من الألم، وعادة ما يقول مدمنو الهيروين بأنهم يستعملونه "لكي يشعروا بأنهم طبيعيون فقط لا غير" (Rasmussen, 2000, p31-32).

إذن يفسر أصحاب هذه النظرية سلوك تعاطي المخدرات على أنه سلوك ينتقل من الآباء إلى الأبناء مثلما ينتقل لهم لون الشعر والعينين والطول، وعليه فإن الاستعداد الوراثي يفرض وجود خصائص وراثية داخل الأسرة الواحدة تنتقل ليصبح الفرد متعاطي للمخدرات بالوراثة، ورغم أننا لا يمكن إنكار هذا العامل إلا أنه لا يجب المبالغة في ذلك، حيث لا يمكن أن نجعل منه سببا وحيدا باعتبار أن هناك عوامل أخرى تساهم أيضا وبشكل كبير وذلك وهو ما سنتطرق له لاحقا.

النظرية السلوكية: تشير العديد من الدراسات المتنوعة حول ظاهرة التعاطي على أن العديد من المتعاطين للمخدرات كانوا يعيشون غربة وانعزالية، ويعتقد أن الأسباب المؤدية إلى التعاطي والإدمان هي أسباب مركبة، وغالبا ما تكون ذات صلة متبادلة مع عوامل أخرى. (MacGrath and Scarpitti, 1970, p2)، فوفقا للنظرية السلوكية هناك عوامل متعددة خارجية وداخلية تدفع الفرد للإقبال على تعاطي المخدرات منها: الأماكن التي تثير رغبة الشرب، المناسبات التي تلعب دور عوامل إشرافية، الظروف العائلية والمهنية المرتبطة بالتعاطي، العوامل الانفعالية كالقلق والضغط والعوامل المعرفية كانهخفاض تقدير الذات، فكلها مميزات قد تدفع الفرد لتعاطي المخدرات بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر والضرر. وقد أوضح أصحاب هذا الاتجاه أسباب سلوك تعاطي المخدرات كما يلي:

نظرية التعلم: إن التدعيم الإيجابي لقادر على أن يخلق عادة قوية هي عادة اشتها أي عقار، لكننا نجد بالنسبة للمهدئات مع ذلك عاملا قويا آخر هو الخوف الفعلي من الامتناع عدة مرات، نشأ عنه نمط من استجابة التجنب الشرطية، فإذا أضفنا ما كان يحدثه العقار لأول الأمر من آثار للتدعيم ذلك وجدنا أنه قد نشأ لدينا عادة انغماس العقار بوصفها نمطا سلوكيا يستعصي تغييره (شيلون كاشدان، دس، ص82)، ويحدد أصحاب المدرسة السلوكية وجود ثلاث طرق لتعلم السلوك الإدماني وهي:

التعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي: تنطبق ميكانيزمات الاشراف الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل اشتها المخدر والتحمل، وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما:

نموذج استجابة الاشراف بالتعويضي: وضعه سيجل (Seigle 1987) حيث يرى أن المثبرات البيئية المرتبطة بتعاطي المخدرات تقترن بآثار المخدر في الجسم، لإنتاج استجابة شرطية

مناقضة أو مخالفة لتأثير العقار، وهذه الاستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي للجسم، حيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الاشرطي مع استمرار تعاطي العقار.

نموذج دافعية الاشتهااء الإشرطي للمخدر: وضعه ستيوارت وآخرون (Stewart et al, 1984) طبقا لهذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المرتبطة للأثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار، أو الأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيها التعاطي للخمر أو الحقن للهروين، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته، وهذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار واستخدامه.

التعلم عن طريق الإشرط الإجراني: يهتم الإشرط الإجراني بالآثار التي تعقب السلوك، والفاصل الزمني الذي يفصل السلوك وآثاره، فمن المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطي بفترة قصيرة، ولا تأتي النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة أو بعد الامتناع عن المخدرة، وهو ما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي أو العودة بعد الإقلاع.

النمذجة: تفترض نظرية التعلم الاجتماعي أن كل صور استخدام المواد تحكمها القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك أن العوامل المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم اتجاهها إيجابيا نحو إساءة استخدام العقاقير، لذلك يرى باندورا (Bandura) أن السلوك ليس دائما في حاجة إلى تعزيز، وأغلب ما يتعلمه الإنسان يتم عن طريق الملاحظة لسلوك الآخرين، وما يترتب على هذا السلوك من إثارة أو عقاب، حيث أن التعرض للعقاقير غالبا ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج مثل خفض التوتر أو الانضغاط لذا يمكن تفسير الإدمان وخاصة في بدايته من خلال عملية النمذجة (صادقي، 2014، ص194).

عموما تقوم هذه النظرية على فكرة المثير والاستجابة، وأن إدمان الفرد على المخدرات ما هو إلا استجابة لمثيرات ترتبط باستخدام العقار أو المواد المخدرة ويتم ذلك لغرض التقليل من الاضطراب والقلق والمخاوف التي تعتري الفرد، فالمخدر هنا يلعب دور المعزز لأنه يؤدي إلى التقليل من الخوف والصراع والقلق، بمعنى أن الأفراد يقبلون على تعاطي المخدرات نتيجة تعرضهم لضغوطات البيئة بشكل كبير وكلما قلت ضغوطات الحياة على الأفراد كلما قل استخدامهم للمخدر، إلا أن الحقيقة أن الكثير من الأفراد يتعرضون للكثير من الضغوطات العالية ورغم ذلك لا يتخذون من المخدر سبيلا لخفض توترهم ومخاوفهم.

النظرية المعرفية: يركز الاتجاه المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك، بحيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث معين.

ويرى الحجار: "أن هذه النظرية تعطي أهمية كبرى للدور الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور الاضطراب النفسي للكائن البشري، بحيث أن هذه النظرية لا تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية" (الحجار، 1992، ص46).

كما يرى إيليس وآخرون (Ellis، 1988) إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقى على استمرار "التحمل المنخفض للإحباط" تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتقويه وهي الانسجام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الانسجام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيرا نموذج الحاجة إلى الإثارة.

في حين ليز (Liese) وفرانز (Franz) يريان أنه لا يمكن نفي دور تعديل المزاج في سلوك تعاطي المخدرات أو الإدمان، فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج، فهم يرون أن بعض المخدرات تخفف الضجر، وأخرى تساعد على الاسترخاء وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة.

وفي دراسة على (211) من المدمنين ذوي السلوكيات الإدمانية المختلفة وجدت جماعة مرات (Marlatt et al) ثلاث مواقف عالية الخطورة : فالمجالات الانفعالية السالبة مثل: القلق أو الإحباط أو الغضب، أو الاكتئاب مسؤولة عن 35% من حالات الإدمان، والصراع الداخلي مسؤول عن 16% والضغوط الاجتماعية (مثل أن يقدم المخدر للشخص نظرا لوجوده مع متناولي المخدرات حتى ولو لم يتناوله) 20% من العينة، ويقول مالات: "إنه إذا كان لدى الأفراد إحساس بالكفاءة الذاتية واستجابة تكيفية فإنه يمكن مواجهة تلك المواقف عالية الخطورة، ولكن إذا لم يكن لديهم استجابة للتكيف فإنهم يشعرون بالضعف أمام المخدر، وهذا يزيد من احتمال الاستسلام بالإغراء لاستخدام المخدر، مما يمثل استجابة تكيف سيء لمواقف مثل الصراع أو الإحساس بالإحباط، وإذا كان لدى الشخص توقعات إيجابية لآثار المادة فإن استخدامها يعزز بشكل أكبر" (آرون بيك وآخرون، 2002، ص 251-254).

كما يرى عالم النفس الأمريكي مؤسس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي ألبرت إيليس التي ترى (هذه النظرية) بأن كثيرا من الاستجابات السلوكية والوجدانية والاضطرابات النفسية تعتمد على معتقدات فكرية خاطئة يبيدها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ويميز ألبرت بين نمطين من التفكير:

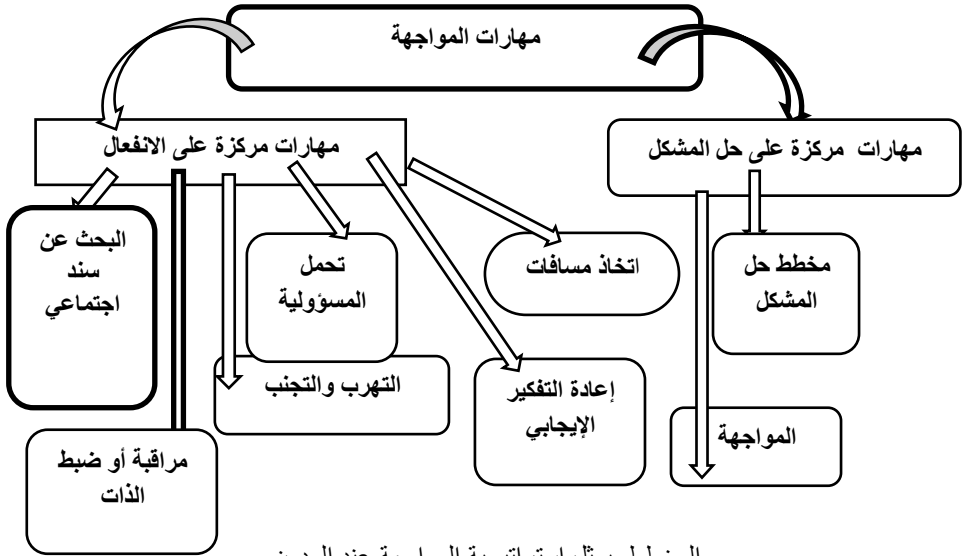
أفكار عقلانية: وهي واقعية ومرغوبة، تحقق للإنسان مزيدا من التوافق والصحة النفسية.
أفكار لا عقلانية: وهي خيالية سلبية، تصحبها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية مضطربة، وغير مرغوبة كالقلق، الاكتئاب.

تنشأ هذه الأفكار اللاعقلانية حسب إيليس في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يكون الطفل حساسا للمؤثرات الخارجية، وأكثر قابلية للإيحاء، والطفل في هذه المرحلة يعتمد على الآخرين وخاصة الوالدين في التخطيط واتخاذ القرارات، وإذا كان بعض أفراد الأسرة يميلون إلى الغضب والقلق، ويطالبون الطفل بأهداف وطموحات لا تصل إليها ميكانيزماته، فسوف يصبح الطفل مضطرب ولاعقلاني، وقد يصبح عدوانيا أو شاعرا بالذنب أو بعدم الكفاءة، أو بالقصور الذاتي والضببط الذاتي.

ويرى إيليس أن السلوك المضطرب ومن ضمنه سلوك تعاطي المخدرات وهو نمط من الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات الانفعالية. (L. Chalout, 2008).

ويرى كل من كيمبورلي وجيروم (Kimberly et Jérôme, 2000) أن المدمن شخص لديه ضعف في مهارات التواصل، وهذا راجع إلى ضغوط نفسية يعاني منها (كالقلق، والاكتئاب) فالإدمان يؤدي إلى سوء التوافق وعدم القدرة على حل الصراعات النفسية بأسلوب توافقي. كما أعتبر هيرمس أن ضعف القدرة على السيطرة والتمرد والعصيان قد يسبب الإدمان وتتنوع وتتعدد مصادر الضغط النفسي عند متعاطي المخدرات والمتمثلة في: مصادر اجتماعية ومصادر مهنية ومصادر بيولوجية ومصادر نفسية.

حسب إليس تبدأ فكرة ديناميكية عندما يتعرض المدمن لتنبهات ومثيرات تحدث عنده الميل للتعاطي وخلاصة تفكير إليس أن في بداية الإدمان تكون مع المعتقدات الخاطئة أما الاستمرار في هذا السلوك فهو بدوره يعزز المعتقدات الخاطئة لعدم القدرة على تحمل القلق، والعجز عن حل المشكلات دون اللجوء إلى المخدر ولهذا يستمر في نفس السلوك وبالتالي لا يتعلم المهارات الفعالة لحل المشكلات والتكيف معها. وفيما يلي توضيحاً لمهارات المواجهة عند المدمن على المخدرات من خلال الشكل التالي:



المخطط يمثل استراتيجية المواجهة عند المدمن

المصدر: (http://www.acofps.com:vp/archive/index.php)

أ.المهارات المركزة على حل المشكل: تشمل:

- المواجهة: وتشير للمجهودات العدوانية لتغيير وضعية معينة (جسدية أو لفظية).
- مخططات حل المشكل: ويصاحبها التناول التحليلي لحل المشكل.

ب.المهارات المركزة على الانفعال: وتحتوى على:

- اتخاذ مسافة: وهي المجهودات المعرفية لتقدير الذات وإعطاء معنى للوضعية (الموقف).
- مراقبة وضبط الذات: وتشير للمجهودات الفردية لضبط الانفعال والسلوك.
- البحث عن سند اجتماعي: وهي مجهودات البحث عن سند إعلامي، سند ملموس، أو سند انفعالي حيث لا يجد المدمن حل فعلي لمشكلته.
- تحمل المسؤولية: إدراك الفرد والتصريح بدوره في المشكلة، ومحاولة إيجاد حل مناسب لها.
- الهرب والتجنب: تشير إلى التفكير اللاعقلاني والمجهودات السلوكية للهرب وتجنب الواقع (المشكل).
- إعادة التقدير الإيجابي: وهي مجهودات الفرد في إعطاء معنى إيجابي للوضعية، والتركيز على التصور الفردي.

وتعتبر مهارتي المواجهة والتجنب أهم مهارتين عند المدمن.

حسب هذه النظرية إن العنصر المعرفي يعد العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخارجية وفي خلق رد فعل انفعالي، وبالتالي فالاضطراب النفسي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن النفس أو عن المحيط الخارجي، وبناء عليه فالفرد وفق أصحاب هذه النظرية يعبر عن الاضطراب بعدة طرق فقد يصاب بالقلق أو بالاكتئاب أو قد يدمن على المخدرات.

نظرية التحليل النفسي: جلب فرويد Freud سنة (1905) أنظار الباحثين حول أهمية المرحلة الفمية عند الأشخاص الذين يميلون كثيرا إلى الشرب والتدخين، وانطلاقا من هذه الفكرة جاء تفسير "فرويد" لظاهرة الإدمان على الكحول والمخدرات، فيعتبر المخدرات وسيلة من الوسائل التي يستعملها المدمن للتعامل مع الألم، إلى جانب هذا فهو يعتبر المدمنين أشخاصا حدث لهم تثبيت في المرحلة الفمية، كما أنهم يتميزون بنزوة تحطيم الذات، والجنسية المثلية الكامنة "une homosexualité latente" وما استخدمهم للمخدرات إلا وسيلة لإشباع الاشتهاات الجنسية، كما أنها تعبير عن الحاجة للأمن والمحافظة على الذات في الوقت نفسه.

وعليه فإن فرويد يفسر ظاهرة الإدمان على المخدرات في ضوء الاضطرابات التي يعيشها المدمن في طفولته المبكرة، وهي ترجع في أساسها إلى اضطراب علاقة الحب بينه وبين والديه، هذه العلاقة تسقط على المخدر الذي يصبح رمزا لموضوع الحب الأصلي(عفاف عبد المنعم، 2003، ص85)، وهو يتعاطى المخدرات لأنه يجد فيها عونا وسندا مفتقدا يساعده في الحفاظ على التوازن بينه وبين واقعه والإبقاء عليه عند حد أدنى من الاستقرار، وهو كذلك وسيلة علاج ذاتي يلجأ إليها المدمن لإشباع حاجات طفلية لاشعورية، وذلك نظرا لاضطراب نموه النفسي والجنسي وتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم، هذه الصفات تظهر بطرق مختلفة على الفرد منها على سبيل المثال الإنسان الذي يعمل على تفادي الشعور بالعجز والسلبية وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم والإحباط التي تחדش نرجسيته، و كل ذلك ناتج عن عدم استطاعة المدمن الوصول إلى الإشباع من خلال القنوات العادية فيلجأ إلى البحث عن الإشباع عن طريق

تعاطي المخدرات مما يتولد لديه لهفة مستمرة لتعاطي المخدر الذي يؤدي إلى التخفيف من الحصر أو الحصول على المنشوة (محمد جعفر، 1974، ص109).

ويرتبط الإدمان على المخدرات من وجهة النظر النفسية بما يخلفه المخدر والمؤثرات العقلية بالوظائف العقلية والإدراك والتفكير وتأثر الذاكرة، وفقدان الصورة الصحيحة للأشياء نتيجة تراكم وتسارع الأفكار على الذهن، كما أن هذا المنظور يثبت أن الإدمان مرض واضطراب في الشخصية يصاحبها الكثير من المشكلات متفاوتة الخطورة حيث تظهر هنا أهمية الاستعدادات التكوينية للأفراد، وهذا الخلل النفسي يبدأ في وقت مبكر مصاحب للنمو النفسي للفرد، وبالتالي تكون هناك القابلية للإدمان.

وبشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السابقة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدء التعاطي، فإذا استمرت وزادت فإنها تساعد على الاستمرار، والمبالغة في التعاطي يصبح الفرد فريسة للعقار الذي يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية، أو وسيلة إشباع حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر، حيث لتركيبية الشخص دورا مؤثرا في الميل أو الاعتمادية على سلوك معين، فالشخصية قلقة التحمل للضغوط الاجتماعية، أو التي لديها نزعة قلق، والشخصية سليمة التأثر أو النقادة، يمكن أن تتجه للإدمان عند مواجهتها للإدمان لأي مشكلة أو عند تأثرها بالأصدقاء (الغريب، 2002، ص70-72).

كما توضح هذه النظرية أن الإدمان يتطور عندما يتعاطى الأفراد الكحول والمخدرات، لتتولد لديهم مشاعر السعادة ومشاعر الهروب من الألم. ويمكن أن يدفع الصراع بين الهوية (Id)، والأنا (Ego)، والأنا الأعلى (Super ego) بتعاطي الفرد المخدرات في سبيل التخلص من القلق ومن مطالب الأنا والاهتمام بالذات وحفظها من الأذى، الاضطرابات الذاتية وهدم الذات من خلال الإدمان هي إشارات لإضعاف مطالب الأنا، والأنا تقوم بتنظيم المشاعر أيضا. وبناء على نظرية التحليل النفسي فإن النقص في الاهتمام بالذات، وفي تقدير الذات وعدم الإحساس بالسعادة يساهم في دفع الأفراد للإدمان.

فالتعاطي يحقق للمدمن أدوارا متعددة فيعمل مسكن للإحباط والغضب ووسيط نشط للتنفيس عن العدائية الكامنة لدى المدمن، وكذلك وسيلة للتخلص من احتقار الذات المازوشية وإشباع رمزي لحاجة الحب والعطف (الحراشة، 2012، ص43).

إن الإدمان يمثل أحد أشكال الدفاع ضد التبعية الغيرية والتهديد النرجسي الذي تسببه، فالتبعية فيه تتحدد بالتوظيف المضاد لشبه موضوع بديل يأخذ مقامه المخدر.

كما ينظر التحليل النفسي إلى الإدمان على المخدرات باعتباره بديلا للشبكية الطفولية إذ يسعى المدمن بإدمانه إلى الحصول على خبرة سارة من تعاطيه المخدر ثم بعد مرور الوقت وعند زوال أثر المخدر تتحول إلى خبرة غير سارة، وهي النقطة التي تدور حولها معظم الأشكال الإدمانية، وفي هذه الدائرة تشبع الرغبة في اللذة ولكن بمصاحبة الشعور بالذنب وانخفاض تقدير الذات التي ينتج عنها قلقا غير محتملا، يؤدي بدوره إلى تكرار سلوك الإدمان، تجنب الفراغ بين الفاصلة والكلمة التي قبلها الأصح هو الإدمان، تصحح هذه الملاحظة في كل أجزاء المقال وهكذا تستمر

الدورة، ومن هذا المنظور يكون الإدمان على المخدرات مثالا للتكرار القهري أي أن المدمن يتعلق بالمخدر تعلقا قهريا ولا يستطيع التخلي عنه، لكنه يبذل محاولات للسيطرة على المشاعر المؤلمة لأجل استعادة تقدير الذات، لأن المخدر يعطي له شعورا زائفا بامتيازته عن غيره من الناس الذين ينظر إليهم على أنهم أدنى منه في كل الأمور وفي المقابل يكون شعوره مصحوبا بالعطف والود العميق للأشخاص الذين يتعالى عليهم لأنهم بضالّتهم يؤكدون ويزيدون من شعوره بالأهمية وبالتالي تقديره لذاته (عفاف عبد المنعم، 2003، ص84).

وبناء على ذلك فإن سيكولوجية تعاطي المخدرات تقوم على أساسين هما:

1. الصراعات النفسية التي ترجع إلى الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي الذي يرجع أساسا إلى اضطراب علاقة الحب والإشباع العضوي وبخاصة في المرحلة الفمية والحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات وتأكيداها، وتكرار التعاطي يعني الفشل في حل تلك الصراعات وإشباع هذه الحاجات، ويذكر كريستال وراسكين Raskin & Krystal أن المدمن على المخدرات هو شخص لديه صعوبات كبيرة في التعامل مع نفسه بطريقة طيبة، وفي التعامل مع مشاعره الإيجابية والسلبية تجاه الآخرين بسبب دفاعات جامدة ومتعددة مثل الإزاحة، وأنه يتناول المخدر ليس للمساعدة في الدفاع ضد مشاعره فحسب، ولكن ليشعر بالأمان والتوحد مع موضوعات محبوبة لديه تكون عادة محرمة (فايد، 1994، ص181).

2. يتمثل في التركيب النفسي للمدمن الذي يحدث حالة الاستعداد ومن ثم يأتي الدور الذي تلعبه آثار المخدر الكيميائية وخواصه، وفي هذا الصدد يشير مصطفى زيور إلى أن الحالة العادية للمدمن تتميز بأنها ذات طابع اكتابي، وأن المرحلة التي ينتمي إليها سلوك متعاطي المخدرات هي المرحلة الفمية المتأخرة وهي مرحلة شبيهة بالمرحلة التي ينتمي إليها المرضى بذهان الاكتئاب، وأن حالة النشوة التي يحققها التخدير تتميز بانطلاق أخيلة تساعد على تفريغ قدرا كبيرا من التوتر، مما يؤدي إلى فرشة EUPHORIE من نوع فريد، ومرح الإدمان بمثابة ميكانيزم دفاعي للتغلب على الاكتئاب والتخلص منه وبذلك فهو هوس صناعي مقابل للهوس التلقائي في ذهان الاكتئاب (عفاف عبد المنعم، 2003، ص83-85).

أما ماكلياند MC CLELLAND صاحب نظرية الاعتمادية فيرى أن الذكورة المبالغ فيها تكون رد فعل ضد حاجات الاعتمادية الأساسية الذي يشعر بها الذكر، ويفترض أن مرحلة ما قبل إدمان الكحول تصاحبها رغبة أولية أو حاجة اعتمادية، ولكن يشعر الفرد بالخجل من هذه الرغبة، فالذكر في مرحلة ما قبل إدمان الكحول يرغب في الرعاية الأمومية والانتباه إليه، وفي نفس الوقت يريد أن يتحرر من هذه العناية وهذا بدوره يؤدي إلى صراع اعتمادي له أصوله في خبرات الطفولة، فالمظهر الكاذب للرجولة ذات الثقة في النفس يتطور لكي يخفي الحاجة للاعتمادية والتعاطي يشبع حاجات الاعتمادية بتزويد الشخص بمشاعر الدفء والراحة، والقدرة المطلقة، فثناء الشرب يعاد موقف العناية الأمومية، ووفقا لذلك فإن الدافع للشرب يكمن في الرغبة لإشباع الحاجة للاعتمادية وليس للشعور بالقوة، فإدراكات القوة هي صورة سطحية مختبئة ضمن مكافآت الاعتمادية، وبذلك تكون الاعتمادية وليس البحث عن القوة هي المبتغى الرئيسي لإدمان (فايد، 1994، ص181).

ويعتبر روزنفيلد Rosenfield أن المخدرات ترمز في حقيقة الأمر إلى موضوع ميت أو مريض، وبتعاطيها فالمدمن يحاول أن يخفف من شعوره بالذنب، كما يمكن اعتبارها كمحاولة انتحارية لا شعورية، أما لوبفيك Lobofic فيركز على العناصر الاكتئابية، والتي لاحظها عند الشباب المدمن، فيرى أن المدمن على المخدرات يعيش في دائرة مفرغة، فمن الحاجة إلى الشعور بالذنب، ومن الشعور إلى الاكتئاب إلى الحاجة إلى المخدر.

الحاجة إلى المخدر → الشعور بالذنب → الاكتئاب → الحاجة إلى المخدر.
هذه الحلقة تذكرنا بتلك التي جاء بها رادو Rododo والتي تمثل سيرورة المزاج الناتج عن العقاقير والتي تتمثل فيما يلي:

الشعور بالذنب → الشعور بالاحتباط → أول تجربة تعاطي المخدرات → الشعور بالذنب
والقدرة → اختفاء التأثير المريح → الرجوع إلى الواقع القاسي → الشعور بالذنب
→ اكتئاب اتجاه الإحباط (قماز، 2009، ص72-74).

كما يوجد هناك من يربط بين الإدمان على المخدرات وغريزة الموت، حيث يدرك المدمن خارج فترات احتياجه للمخدر آثاره التدميرية، ويتراقق هذا الإدراك مع مشاعر الذنب والندم والرغبة في الإقلاع عن الإدمان، وعندما يشعر بالاحتياج وتسيطر عليه الرغبة في تناول المخدر ينفذها ويشبع تلك الرغبة وبذلك يعود للتعاطي في نزعة تدمير ذاتي تتطور مع تكرار حلقة إدراك – الندم التعاطي- وبذلك تسيطر نزعة التدمير على الاقتصاد النفسي الجسدي للمدمن، وهنا تتدخل ثنائية العواطف لتعجز الرغبة في تجميد الزمن عند لحظة النشوة بالمخدر في مقابل نزعة التدمير، وهي حالة شبيهة بما يسميه التحليل النفسي بالعودة إلى الصفر أي الفردوس المفقود في بطن الأم، حيث تتم مواجهة الخوف من الموت عبر فكرة "ليتنى أموت" (غريزة الموت) بفكرة "ليتنى لم أولد" (العودة إلى الصفر) ورغبة تجميد الزمن عند لحظات السعادة هي رغبة نرجسية عامة لدى الجميع حيث يمارسها الرسام عبر لوحته والشاعر من خلال قصيدته وكل يمارسها على طريقته.

وخلاصة القول إن معظم رواد التحليل النفسي يركزون في تفسيرهم لعملية تعاطي المخدرات والإدمان عليها على الصراعات النفسية التي ترجع أساسا إلى:

-الحاجة إلى الأمن.

-الحاجة إلى إثبات الذات.

-الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي في المرحلة الفمية.

إن تعاطي المخدرات حسب هذه النظرية يعتبر نكوصا إلى المرحلة الفمية، المتعاطي هو فرد يلجأ للمخدر بسبب مواجهة الصراعات التي تعبر عن الشعور بفقدان الموضوع، حيث أن التنظيم العقلي للمدمن يشير إلى نرجسيته الهشة وإلى التقدير المنخفض للذات، وعليه فمدرسة التحليل النفسي تنظر إلى تعاطي المخدرات على أنه عرض أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية أو انفعالية تعود إلى التثبيت الفمي، مع ضعف الأنا الأعلى وسيطرة الهو عند الفرد المتعاطي.

النظرية الاجتماعية: اهتم علماء الاجتماع بالأمراض الاجتماعية والسلوك المنحرف، ورأوا أن السلوك الاجتماعي في حد ذاته لا يمكن أن يقال عنه سلوك منحرف أو غير منحرف إلا بتقييم

المجتمع له في ضوء مدى التزامه أو خروجه عن المعايير الاجتماعية للسلوك. هذا ويعتبر الإدمان على المخدرات من المشكلات الاجتماعية الخطيرة التي تؤثر على تقدم المجتمعات ورفقها، كما تؤثر على الحالة الصحية والنفسية للأشخاص المدمنين (دعيس، 1995، ص203-204).

أ.النموذج الوظيفي: يصنف الوظيفيون الإدمان على المخدرات في خانة الانحراف باعتباره ظاهرة تزعزع استقرار المجتمع وتخل بتوازنه حيث تؤدي بالأفراد إلى الجريمة تجاه نفسه (الانتحار)، ولتفسير هذه الظاهرة طور "دوركايم" مفهوم الأنوميا الذي يعبر عن غياب (أو ارتياب) المعايير الاجتماعية وعدم احترامها، من قبل الأفراد أو الجماعات في ظل انعدام الرقابة الاجتماعية.

وتؤدي الأنوميا إلى حالة مرضية يعبر عنها "دوركايم" بمفهوم الباثولوجيا الاجتماعية التي تدخل الأفراد في وضع شديد الهشاش ويضيف أن الأنوميا تنتشر بصفة خاصة في الأوضاع التي تعرف تراجع المعايير القديمة حيث أن الأفراد الذين يفقدون هذه المعايير، هم أنفسهم الذين يرفضون الاندماج في المعايير الجديدة.

أما "ميرتون" Merton فإنه بالرغم من اعترافه بأن الأنوميا مفهوما مناسباً جداً لتفسير ظاهرة الانحراف إلا أنه يفضل تعريف مفهوم الأنوميا بصراع المعايير وليس غياب المعايير لأن المعايير الاجتماعية موجودة حسبه في كل الحالات، إلا أنها ليست نفسها عند المنحرف وغير المنحرف، فما ينبغي أن نأخذه بعين الاعتبار هو أن للمنحرف كذلك معايير خاص به يدافع عنها. ويجد الانحراف تفسيره لدى الوظيفيين فيما يعبرون عنه بمفهوم الاختلال الوظيفي داخل مؤسسات المجتمع.

ب.النموذج التفاعلي: ينظر التفاعليون إلى الإدمان هم أيضاً بوصفه شكل من أشكال الانحراف، غير أنهم يرجعون أسبابه إلى معاني ورمزية التفاعل الاجتماعي بين الفرد والجماعات المحيطة به، ويشير أصحاب هذا الاتجاه إلى مفهوم الوصمة للتعبير عن الاسم أو الصفة التي يوصف بها الأشخاص المنحرفون أو المهمشون من قبل أولئك غير المنحرفين اجتماعياً، فالوصمة بهذا الشكل تعبير عن تصنيف اجتماعي من خلال لغة الاتصال.

كما يرى أصحاب النموذج التفاعلي أن الدافع الرئيسي عند الفرد هو الرغبة في الانضمام إلى جماعة محددة خاصة يسلك فيها الفرد ويتصرف بشكل مشابه تماماً لسلوكيات وتصرفات أعضاء هذه الجماعة. كما يرى أصحاب هذا النموذج أن مجرد توفر المخدرات والجماعة المرجعية لا يعد أمراً كافياً، فهناك قطاع عريض من أفراد المجتمع يتسمون بالاجتماعية إلى حد كبير، لدرجة أنهم يعتبرون أن الاستخدام السيئ للمخدرات أمر غير مرغوب فيه. لذا فإن المكون الثالث للنظريات التفاعلية يتمثل في أن الأفراد الذين يقبلون على الاستخدام السيئ للمخدرات تنتفي عندهم الاتجاهات السلبية أو حتى الحيادية تجاه الاستخدام السيئ للمخدرات، فالفرد الذي يعتقد اعتقاداً تاماً بأن الاستخدام السيئ للمخدرات يعد بمنزلة تجربة إيجابية أكثر من كونها سلبية، وأن هذا الاعتقاد الذي وصل إليه الفرد تم في ضوء اعتماد الفرد على أنشطة الجماعة المرجعية التي ينتمي إليها، هنا يكون الفرد قد بدأ الخطوة الأولى نحو الاستخدام السيئ للمخدرات.

ج. نموذج الثقافة الفرعية: يرى "زاسترو" أن قرار تعاطي الفرد للمخدرات لا يعتمد فقط على الخصائص الشخصية والخلفية الأسرية للمتعاطيين ، ولكنه يعتمد على دور جماعة الرفاق في تفسير عملية التعاطي، والكمية التي يتعاطاها الفرد في وقت معين، والأنشطة الأخرى التي تندمج مع عملية التعاطي، حيث وجد "هوارد بيكر" في دراسته "Becomin a Marijuana User" أن جماعة الرفاق تؤدي دوراً حاسماً في عملية تعلم تدخين الماريجوننا، فحينما تدخل جماعة الرفاق شخصاً مبتدئاً في عضويتها، تقوم بتعليمه التدخين لكي يدرك الخبرات السارة المرتبطة بعملية التعاطي كما أن العضوية في مثل هذه الجماعة تشجع على تعاطي المخدرات غير المشروعة أكثر من المخدرات المشروعة، وتُعلم العضو أيضاً كيفية تقبل معايير الثقافة الفرعية المؤيدة للمخدرات، ورفض معايير الثقافة الراضة للمخدرات، كما أن أعضاء هذه الجماعة يندمجون في جرائم أخرى كالسرقات والسطو على المنازل، وذلك لتدعيم عاداتهم الإدمانية.

د. نظرية السلوك المشكل: ترى هذه النظرية أن السلوك بما فيه تعاطي المخدرات هو نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الفرد وبيئته، والفرد هنا يعتبر عاملاً نشطاً يتأثر بالعوامل المعرفية والوجدانية والدافعية إضافة إلى تأثره بالبيئة، ومن شأن عملية التفاعل المستمر بينه وبين بيئته أن تؤثر في سلوكه ليكون على شاكلة معينة وضمن هذه النظرية يرى جيسور وجيسور (1977) Jessor & Jessor صاحب نظرية السلوك المشكل أن مشكلة تعاطي المخدرات ناتج عن ثلاثة أنظمة وهي الشخصية والبيئة المدركة والسلوك وفي كل نظام توجد خصائص تمثل ميلاً للانحراف أو للسلوك المشكل الذي يتسم بحالة من الاستمرارية غير أن أنماط السلوك المنحرف قد تختلف من مجتمع إلى آخر، ففي المجتمعات الأوروبية يعتبر احتساء الكحول مقبولا، ولكن الأمر يختلف في المجتمعات الإسلامية التي تحرم شرب الخمر، وكذلك قد تكون هذه الأنماط السلوكية مقبولة في فئة عمرية معينة ولكنها مرفوضة في فئة عمرية أخرى، فتعاطي الكحول قد يكون مقبولا بين البالغين في المجتمعات الأوروبية، ولكن ليس مقبولا بين المراهقين الصغار في ذات المجتمع (الشناوي وعبد الرحمن، 1998، ص 441).

بناء عما سبق يمكن استنتاج أن التفسير الاجتماعي لظاهرة تعاطي المخدرات يعتمد على عدة مفاهيم أهمها: الثقافة، الضبط الاجتماعي، المعايير، القيم، الاعتداب، الأدوار، وفي الحقيقة كل هذه العوامل يمكن أن تتداخل فيما بينها لتشكل مجموعة عوامل تؤدي إلى تعاطي المخدرات، أو ظاهرة إنحرافية أخرى.

النموذج الشمولي (البيولوجي - السيكولوجي - الاجتماعي): بدلا من النظر إلى الإدمان واعتباره ناجما عن منظور واعتبار واحد؛ يستخدم الكثير من المتخصصين والأطباء هذا النموذج لتفهم واستيعاب أسباب المرض والتعبير عن نشأته ومعالجته والوقاية منه، فينظرون إلى تعاطي المخدرات بوصفه تركيبة بيولوجية وسيكولوجية واجتماعية - ثقافية تحمل هذا المتغير وتتضمنه ويضم هذا المنظور ويدمج في ثناياه جميع سمات وخصائص النظريات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية، وينسجم هذا النموذج مع النظرة الكلية للمدمن.

ويحدد الباحث سيديرر Sederer عددا من المآخذ على هذا النموذج هي:
- أن هذا النموذج لا يزودنا بطريقة لإنشاء هرمية تنظيمية للمسببات.

-أن قدرة إحدى الجينات أو المورثات على تعديل إدمان الكائن الحي ومغزاه ومعناه، قد يطغى ويغطي عملية البحث عن الأسباب.

-من الصعب متابعة مراحل العلاج باستخدام هذا النموذج.

-وبصرف النظر عن هذه الانتقادات، فإن هذا النموذج واسع الانتشار.

-وتتعامل عملية القياس والتشخيص الطبي والتخطيط العلاجي والتدخل الطبي الإجرائي، ثم عملية التقويم مع المتغيرات البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية كافة.

خاتمة:

لقد حاولنا من خلال هذه الدراسة المكتبية إلقاء الضوء على أهم النظريات والنماذج المعاصرة التي سعى أصحابها إلى تفسير ظاهرة تعاطي المخدرات لدى الأفراد وعند مختلف الشعوب، فقد تعرضنا إلى العديد من النظريات والنماذج المعاصرة المفسرة لظاهرة التعاطي من خلال التطرق إلى الأسباب والأبعاد والآثار، وبناء عليه لاحظنا أن هناك عدد كبير من النظريات في هذا المجال من بينها النظرية البيولوجية التي فسرت التعاطي من منطلق وراثي بيولوجي، أي دور الوراثة في نشوء الاختلالات التعاطي وتطورها، فعلم الوراثة الجينية هو الذي كشف عن حقيقة التعاطي لدى بعض الأسر، وتم افتراض زيادة احتمالية الأفراد في أن يصبحوا متعاطين وذلك بسبب عوامل جينية، في حين نظرية التحليل النفسي اعتمدت في تفسيرها للظاهرة على أنها ظاهرة من الظواهر ذات صلة بشخصية الفرد أو باختلالاته الوجدانية أو العاطفية، حيث تفسر هذه النظرية ظاهرة التعاطي في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة وأن الإدمان نوع من الحاجة إلى الأمن وإلى إثبات الذات وكذلك إلى الإشباع الجنسي، إلى غير ذلك من النظريات إلا أن هناك في الأخير من حاول الاستفادة من جميع نقائص النظريات والنماذج المختلفة المفسرة لظاهرة التعاطي وهو النموذج الشمولي الذي اعتمد في تفسيره للظاهرة على جميع الجوانب: النفسية والبيولوجية والاجتماعية-الثقافية والمعرفية.

لقد انبثقت مختلف هذه النظريات والنماذج السالفة الذكر من نظريات قديمة لم يتم تناولها خلال هذه الدراسة رغم أهميتها وهذا يعود إلى صعوبة الإحاطة بجميع النظريات في مقام واحد ومن بين النظريات القديمة نذكر على سبيل المثال: النموذج الطبي والنموذج الأخلاقي والنموذج الشرعي، وتعد جميع هذه النظريات الأرضية الخصبة التي انطلقت منها النظريات المعاصرة قيد الدراسة.

علما أن تعدد النماذج والنظريات المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات يرجع إلى تعدد الأطر المرجعية التي ينطلق منها كل باحث والمرتبط أساسا بمجال التخصص.

ويعد هذا الثراء النظري التفسيري لتعاطي المخدرات ذا أهمية بالغة في تعزيز الممارسة العملية الوقائية والعلاجية عند القيام بالتكفل بفئة المتعاطين كما يمنحها الصبغة العلمية والواقعية ذلك كونها تعطي المتخصصين المتواجدين في مختلف المجالات وصفا سليما وجيدا لعملية تعاطي المخدرات والإدمان عليها، كما تحدد أسبابها بالإضافة إلى تحديد المهارات الضرورية، مما يساعدهم في التحكم في هذه الظاهرة.

قائمة المراجع:

1. أحمد عبد اللطيف (1992)، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، الرياض.
2. آباد فيروز مجد الدين (1991)، القاموس المحيط، دار إحياء التراث العربي، ط1، بيروت.
3. أرون بيك، مارك وليمار، جان سكوت (2002)، العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، دار النشر والتوزيع، رام الله.
4. أم السعود إبراهيم (2015)، الإدمان على المخدرات بين التحليل النفسي والاجتماعي، مجلة تطوير، ع12، جامعة الجلفة.
5. الحجار محمد حمدي (1992)، الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب، التقارير والإحصاءات، الرياض.
6. الحرشة حسن جلال (2012)، إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج، دار حامد للنشر والتوزيع، الأردن.
7. الشناوي محروس محمد وعبد الرحمن محمد السيد (1998)، العلاج السلوكي الحديث: أسسه وتطبيقاته، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، عبده غريب، القاهرة، مصر.
8. الغريب عبد العزيز بن علي (2006)، ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي، جامعة نايف للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية.
9. الهدية بن علي، بن عبد الرحمن أحمد (2008)، السياسية الجنائية لمكافحة وترويج المخدرات في نظم مجلس التعاون الخليجي (دراسة تأصيلية تحليلية تطبيقية مقارنة)، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
10. دعيس محمد يسري إبراهيم (1994)، الإدمان بين التجريم و المرض، دراسة في أنثروبولوجيا الجريمة، وكالة البنا للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
11. رفعت محمد (1989)، إدمان المخدرات: أضرارها وعلاجها، ط3، دار المعرفة للنشر والطباعة، بيروت.
12. سويف مصطفى (2000)، مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية، الدار المصرية اللبنانية، بيروت، لبنان.
13. قماز فريدة (2009)، عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، تخصص علم الاجتماع التنمى، جامعة منتوري، قسنطينة.
14. شابرول. ه (2001)، الإدمان في سن المراهقة، ترجمة فؤاد شاهين، دار عويدات للنشر والتوزيع، بيروت، لبنان.
15. شلدون كاشدان (1984)، علم النفس الإكلينيكي، ترجمة عبد العزيز سلامة، ط2، دار الشروق، الأردن.
16. مشاقبة محمد أحمد (2007)، الإدمان على المخدرات- الإرشاد والعلاج النفسي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
17. صادقي فاطمة (2014)، الآثار النفسية للإدمان على المخدرات، مجلة دراسات نفسية وتربوية، مخبر تطوير الممارسات النفسية والتربوية، ع12، الجزائر.
18. عبد المنعم عفاف محمد (2007)، الإدمان، دار المعرفة الجامعية، القاهرة. مصر.
19. عبد المنعم عفاف محمد (2003)، الإدمان: دراسة نفسية أسبابه ونتائجه، دار المعرفة الجامعية، مصر.
20. هلال محمد ناجي (1999)، الإدمان المخدرات: رؤية علمية اجتماعية، دار المعارف، القاهرة.
21. النابلسي، 2001، <http://www.balagh.com/woman/nesa2a1en13t.htm>
22. الاتجاهات التفسيرية لجرائم المخدرات والنظريات المفسرة للجريمة

<http://www.svu.edu.eg/arabic/links/camps/qena/art/reports/saidAwad/report>

.23

24. McGrath and Scarpitti, F.,(1970), youth and Drugs ; Perspectives on a social problem Illinois ;Scott Forssmann and Company.
25. Rasmussen, S,. (2000), Addition Treatment: Theory and Practice, London. Sage Publication, INC.
26. <http://www.webreview.dz /IMG/pdf/revue7-art2.pdf>-
27. Chalout, Luis, thérapie comportementale et cognitive (TCC)-
<http://www.mag-psy.or>
28. Hasem Guaguenh, Albert, Ellis Friends, Wet: A Rational Oasis Prospect Magazine. <http://www.acofps.com/vb/archive/index.php>