

[٣]

استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها
بالانحرافات الجنسية وتعاطي المخدرات

أ. عبلة عبد الحميد أحمد

باحثة دكتوراه - صحة نفسية وأخصائي إكلينيكي وتربية خاصة
وتعديل سلوك

استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية وتعاطي المخدرات

أ. عبلة عبد الحميد أحمد *

مقدمة البحث:

عند إلقاء الضوء على شريحة (متعاطي المخدرات) نلاحظ عليهم سلوكيات وانحرافات ربما لم تكن لديه من قبل وما لفت انتباهنا في الانحرافات الجنسية والتي يصفها الدليل الإحصائي التشخيصي الخامس (DSM5) بأنها مجموعة من الاضطرابات تتضمن الجاذبية الجنسية لأشياء غير طبيعية، أو غير مألوفة حيث لوحظ عدد من هذه الانحرافات مثل: الجنسية المثلية، اغتصاب الأطفال، زنا المحارم، العادة السرية، والبغاء...؛ هذا ما دفعنا إلى طرح التساؤل التالي: ما استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية وتعاطي المخدرات؟

كما تُعد مشكلة تعاطي المخدرات ظاهرة خطيرة على كافة المستويات؛ لآثارها المدمرة على الفرد، والأسرة، والمجتمع، إذ تدل الإحصاءات والبيانات الدولية على تزايد الإقبال على تعاطي المخدرات، وقد تفاقمت مشكلة التعاطي في السنوات الأخيرة، وأصبحت مشكلة عالمية تشغل المسؤولين والأجهزة المعنية محلياً ودولياً، كما تسببت في مشكلات أخرى كالفقر، والتسول، والسرقة، وأنواع مختلفة من الجرائم، مما يؤدي إلى تفكك المجتمعات وانهايار الصحة العامة للفرد والمجتمع، وانتشار الانحراف بصورة مختلفة (عبد العاطي، ٢٠٠٦، ١١٦).

كما أنه ليس هناك إنسان على وجه الأرض إلا ويعاني من الضغوط النفسية بأنماط مختلفة على نحو يكاد يكون يومياً، وتختلف هذه الضغوط في شدتها وحدتها ونوعها من شخص لآخر ومن وقت إلى آخر لدى الشخص نفسه؛ ويرجع الاهتمام بدراسة الضغوط النفسية في بعض منها إلى التبعات والتكاليف الباهظة التي تسببها

* باحثة دكتوراه - صحة نفسية وأخصائي إكلينيكي وتربية خاصة وتعديل سلوك.

هذه الضغوط للفرد والمجتمع على حد سواء من جوانب مختلفة، كما تتجم هذه التكاليف من العلاقة الوثيقة بين الضغوط النفسية وأطياف واسعة من الأمراض الجسمية، والاضطرابات النفسية، والصراعات والمشاجرات، والسلوك العدواني، والانحرافات الجنسية بأنواعها، وتعاطي المخدرات في سن مبكر، سوء التوافق، وغير ذلك من أنماط السلوك والمشكلات، التي تصيب أولئك الذين يعانون من الضغوط النفسية، لكنهم في الوقت نفسه لا يملكون الأساليب والطرق الإيجابية الملائمة لمواجهتها، أو التعايش معها، والتقليل من تأثيراتها السلبية إلى أدنى حد ممكن (يوسف، ٢٠٠٧).

لذلك يمكن القول إن تنمية استراتيجيات التعامل مع الضغوط ينبغي أن تبدأ خلال مرحلة الطفولتين المتوسطة والمتأخرة ومرحلة المراهقة هو إدراك الطفل أن علاقاته بوالديه تخلق أساليب يمكن أن تقوي السلوك السوي، أو المنحرف، وحينما يصل الفرد إلى مرحلة اليافعة من الممكن أن يواجه بتهديد يحرك أساليب المواجهة، التي جرت خلال فترة الطفولة، ويمكن لهذه الأساليب أن تتغير وفقاً لأساليب المواجهة المتاحة في لحظة محددة (عوض، ٢٠٠١، ٢٣).

ويرى كل من (Lazarus & Folkman) لازاروس وفولكمان أن التصرفات التي يقوم بها الأفراد في مواجهة الضغوط تبنى على أساس العلاقة التي تربط كل فرد ببيئته وأن حجر الزاوية في تقدير المواقف على أنها ضغوط هو تحديد إذا كان الموقف يمثل خطراً، أو تهديداً، يحدق بالفرد؛ وهذا ما جعل الكثير من الباحثين يسعون إلى وضع النماذج والأساليب لتدريب اليافعين على مواجهة الضغوط لمواجهة ناجحة تحقق الدعم الانفعالي (Lazarus & Folkman, 1984, 23).

وتعد الغريزة الجنسية من أقوى الغرائز والدوافع التي أودعها الإنسان وأكثرها أهمية؛ لدورها المتصل بحفظ النسل واستمرار الدافع الحيوي لنشاط الكائن الحي، حيث تحمل تأثيراً كبيراً على الصحة النفسية والفكرية، وتتجلى هذه الغريزة في مظاهر مختلفة ابتداءً من مرحلة الطفولة، وانتهاءً بانقضاء العمر (حمادتين، ٢٠٠٨، ٤١).

ويوضح ناجي (٢٠٠١) أن الغريزة الجنسية تصاحب الطفل منذ ميلاده وخير مثال على ذلك في عملية التبرز والتحكم فيها، ومص الثدي للرضاعة هي إحدى المظاهر الجنسية في فترة الطفولة، فالإنسان ينمو ويتطور في كل مرحلة من مراحل عمره، ويبلغ أقصى درجات نموه ونضجه عندما تتوافر لديه القدرة على ممارسة نمط جنسي عادي، إلا أن هناك أفراداً ينحرفون إلى نمط جنسي، أو آخر بعد أن يكونوا قد بلغوا قمة تطورهم، أو ينحرفون منذ البداية نحو الأنماط الشاذة، ولا يبلغون النمط السوي الذي يقره المجتمع، وتؤكد القيم الدينية، والأخلاقية. ويبين الهابط (٢٠٠٠) أن نشاط الغريزة الجنسية يتوقف على مجموعة من العوامل العضوية كالهormونات الجنسية والعوامل النفسية كالحاجة الماسة لإشباع هذه الرغبة، ويعبر الانحراف الجنسي عن كل فعل جنسي جعل الله له طريقاً صحيحاً و غاية نبيلة؛ هدفها إعمار الأرض بالزواج والتناسل، وإشباع الغريزة الجنسية بالطرق المشروعة.

ويشير نادر (٢٠٠٥) أن الانحراف الجنسي يكثر في الأفراد الذين يتعاطون المخدرات؛ لأنهم يرفضون القيم الأخلاقية والدينية؛ بسبب الضغوط النفسية الذين يعانون منها؛ نتيجة فقدان الشخص السيطرة على توازنه؛ بسبب اضطراب نفسي ما، فنجد الفرد العصابي؛ نتيجة للضعف الجنسي، أو البرود الجنسي، يعتمد إلى تعويض إحساسه بالضعف الجنسي باعتداء جنسي مباشر.

مشكلة البحث:

إن عوامل الخطر لتعاطي المخدرات لا يمكن أن تنحصر في الأسباب الاجتماعية، الاقتصادية، والثقافية فقط، وإلا كيف نفسر وجود نسبة معينة من المدمنين في المجتمع بأكمله، في حين أن كل أفراد معرضين إلى نفس الظروف، وحتى على مستوى العائلة الواحدة نجد الإخوة معرضين إلى نفس الوضع الاجتماعي، الاقتصادي، والثقافي، لكن قد يتعاطى أحد أفرادها المخدرات في حين لا يتورط فيها الآخر؛ مما يبين أن تعاطي المخدرات مرتبط كذلك بالبنية النفسية للفرد وبما يعترضه من اضطرابات نفسية وجنسية.

ووجد أن الكثير من الشباب يشكون من ممارستهم لبعض الانحرافات الجنسية، ومما تتركه من آثار وضغوطات نفسية عليهم، على الرغم من حساسية

وخصوصية المجتمع في التعامل الحذر مع القضايا والمشاكل الجنسية؛ مما يدل على نسبة انتشار تلك الانحرافات الجنسية وسط الشباب الجامعي، وانتشار أيضاً تعاطي المخدرات بأنواعها. ويبين الدليل الإكلينيكي والاحصائي أن الدوافع الملحة تؤدي إلى الانحرافات الجنسية للفرد إذ تسبب له مشاكل وإزعاج وضيق وتوتر؛ تؤدي إلى صعوبات في العلاقات بين الأشخاص، أو اضطراب الوظائف النفسية والاجتماعية (العيسوي، ٢٠٠٢، ١١٢).

كما أشارت بعض الدراسات، منها: دراسة الرمادي (٢٠٠٩)، دراسة العمر (٢٠٠٤) إلى أن حوالي (١٥ - ٢٥%) من أفراد المجتمع يطلقون طاقاتهم الجنسية في اتجاه الانحراف الجنسي. وأوضح النادر (٢٠٠٥) أن هناك عدداً كبيراً من الأفراد كانوا ضحايا لأشخاص يعانون من الانحراف والشذوذ الجنسي. وكذلك أوضح مناسر (٢٠١٠) أن الانحرافات الجنسية تحدث في الرجال بنسبة أكثر من الإناث وأن أكثر من (٥٠%) من الانحرافات الجنسية تبدأ قبل سن الثامنة عشر عاماً. ويبين هاشمي (٢٠٠٥) أن الشواذ جنسياً يكون لديهم في الغالب ثلاثة، أو اثنين من هذه الانحرافات في نفس الوقت، أو أوقات مختلفة من حياتهم.

وأشار اليوسف (٢٠٠٥) أن حدوث الانحرافات الجنسية يكون أعلى ما يمكن بين خمسة عشر عاماً ويقبل تدريجياً في الخمسينات من العمر. وقد وجدت دراسة القاضي (٢٠٠٢) أن حوالي ١٠% من الرجال يمارسون على الأقل مرة واحدة عملاً جنسياً منحرفاً، وأن حوالي ١٥% منهم يمارسون ذلك بصورة دائمة. وأيضاً أوضح كل من المروتي (٢٠١٣)، موسى (٢٠٠٨) أن الأشخاص المنحرفين جنسياً يعانون بنسب مرتفعة من الضغوط النفسية وتقلبات في المزاج، وضعف السيطرة على الانفعالات.

وتأتي مشكلة البحث لمحاولة الدخول في عالم المتعاطي والغوص معه؛ لمحاولة كشف خفايا المخدرات وأثرها على شخصية وسلوكيات المتعاطي، ومن بين هذه الانحرافات السلوكية هي الانحرافات الجنسية حيث تعتبر من أخطر ما تخلفه المخدرات على الفرد المتعاطي سواء كان ذكراً أم أنثى.

تحدد مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي:

- ما مدى استراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية لمتعاطي المخدرات؟

أهداف البحث:

- تهدف الدراسة الحالية إلى:
- التحقق من مدى استراتيجية التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية لمتعاطي المخدرات.
- التعرف على كيفية التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية لمتعاطي المخدرات.
- كما تهدف الدراسة الحالية في معرفة علاقة الانحرافات الجنسية ومدى تأثير الضغوط النفسية عليها لمتعاطي المخدرات.

أهمية الدراسة:

أ- الأهمية النظرية:

- تسلط الضوء على الضغوط النفسية التي تلعب دورًا هامًا وبارزًا في مدى تأثيرها على الفرد؛ وبالتالي إما أن يفقد سيطرته على ذاته، أو على الآخرين؛ الأمر الذي يجعل إمكانية استغلال قدرات الفرد واستعداداتهم بطريقة لا تحقق لهم إشباع دوافعهم؛ مما تؤدي إلى الاتجاه إلى الانحراف.
- تساعد القائمين على البرامج الإرشادية والتأهيلية بمعرفة مدى تأثير الضغوط النفسية بالانحرافات الجنسية لمتعاطي المخدرات.
- توجيه أنظار القائمين على العملية التأهيلية للمدمنين بمعرفة مدى علاقة الانحرافات الجنسية بالضغوط النفسية التي يتعرض لها مدمنو المخدرات.

ب- الأهمية التطبيقية:

- تساعد القائمين على البرامج الإرشادية والتأهيلية بمعرفة استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومدى تأثيرها على الانحرافات الجنسية لمتعاطي المخدرات.
- قد تمد هذه الدراسة متخذي القرار البرامج التأهيلية بمعلومات عن مدى قدرة علاقة الانحرافات الجنسية بمواجهة الضغوط النفسية السيطرة على ذات والتحكم في الانفعالات والحد من القلق والتوتر المؤدي إلى تعاطي المخدرات.

مصطلحات البحث:

- **استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:** هي الاستجابة، أو الطريقة التي يستخدمها، أو يتبعها الفرد في مواجهة المواقف والأحداث الضاغطة للتخلص منها، أو الحد من آثارها، أو التكيف معها.
- **الانحرافات الجنسية:** الانحراف الجنسي يعبر عن التمتع الجنسي بطرق ترفضها القيم الأخلاقية والدينية، وتدينها الأعراف والتقاليد والقوانين الاجتماعية؛ نتيجة فقدان الشخص السيطرة على توازنه؛ بسبب اضطراب نفسي ما، فنجد الفرد العصابي نتيجة للضعف الجنسي، أو البرود الجنسي، يعتمد إلى تعويض إحساسه بالضعف الجنسي باعتداء جنسي مباشر.
- **متعاطي المخدرات:** يبدأ إدمان المخدرات بالتعاطي التجريبي لمخدر على سبيل التسلية في مواقف خاصة، ويصبح تعاطي المخدرات أكثر تكرارًا. بالنسبة إلى آخرين يبدأ إدمان المخدرات بالتعرف على أدوية بوصفة طبية، أو الحصول على أدوية من صديق، أو قريب يختلف خطر الإدمان وسرعة تحوُّك لمدمن على حسب العقار مع مرور الوقت، قد تحتاج إلى جرعات أكبر من العقار لتصل إلى النشوة، وسرعان ما تحتاج إلى العقار لمجرد أن تشعر بأنك في حالة جيدة، مع زيادة استخدامك للعقار، قد تجد صعوبة متزايدة في الاستمرار بدون العقار.
- **المخدرات:** مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها، أو زراعتها، أو تصنيعها إلا لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك، وتشمل الأفيون ومشتقاته والحشيش، وعقاقير الهلوسة، والكوكايين، والمنشطات.

محددات الدراسة:

تحدد الدراسة الحالة بما يلي:

- المنهج المستخدم:** استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي؛ لملاءمته متغيرات البحث الحالي.
- أ- المتغير المستقل "مواجهة الضغوط النفسية".
- ب- المتغير التابع "الانحرافات الجنسية _ متعاطي المتخدرات".

المحددات البشرية: تنقسم عينة البحث إلى قسمين رئيسيين:

- (١) **عينة التحقق من الخصائص السيكومترية**، وقد بلغ حجم العينة (١٠) أفراد بمتوسط عمري (٢٠.٨٢) عامًا، وانحراف معياري قدرة (١.٣٧).
- (٢) **عينة الدراسة الأساسية** وقد تمّ اختيارها في ضوء الإرباعي الأدنى لمستوى الضغوط النفسية والانحرافات الجنسية، وقد بلغت العينة (٥) أفراد من متعاطي المخدرات بمتوسط عمري (٢٠.٨٢).

المحددات المكانية: متعاطي المخدرات في محافظة الإسماعيلية.

المحددات الزمنية: تمّ تطبيق البحث في خلال العام الدراسي ٢٠١٩ / ٢٠٢٠م.

الإطار النظري ودراسات سابقة:

المبحث الأول: الضغوط النفسية:

يواجه الإنسان في حياته كثيرًا من المواقف التي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، أو مهددة له حيث تواجه رفايته وتكامله الخطر؛ نتيجة لذلك فقد أصبحت الضغوط النفسية سمة للحياة المعاصرة، وتجربة يعيشها الفرد يوميًا؛ نتيجة للتغيرات والتبدلات السريعة، والتعقيدات السريعة والمتعددة؛ وقد أدى هذا الازدياد في الضغوط النفسية إلى أن أطلق بعض الباحثين على هذا العصر اسم عصر الضغوط النفسية، وقد أشار (الجندي، ومكاوي، ٢٠٠٧) إلى أن الضغوط ظاهرة من ظواهر الحياة الإنسانية، يختبرها الإنسان في أوقات مختلفة، وتتطلب منه توافقًا، أو إعادة توافق مع البيئة المحيطة، ومن ثمّ فنحن لا نستطيع الهروب منها؛ لأنّ ذلك يعني أن هناك نقصًا في نشاط الفرد وقصورًا في كفايته، فلا حياة من دون ضغوط.

ولما كانت الضغوط النفسية ظاهرة حتمية الوجود في حياة الإنسان عامة، لا سيّما في الأوقات الراهنة، ولدى اليافعين خاصة كونهم إحدى شرائح المجتمع الذين يواجهون يوميًا كثيرًا من الضغوط المتمثلة في ضغوط أكاديمية، وأسرية، واجتماعية، وشخصية، إضافة إلى ما تفرضه طبيعة المرحلة العمرية من مطالب وتحديات عليهم، تجعلهم أكثر عرضة للضغوط النفسية؛ لذلك يمكن القول: إنّ الضغوط النفسية تولد نتيجة إخفاق الفرد في التكيف مع المطالب المفروضة عليه في معظم الأحيان؛ وهذا يجعله أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية، والجسمية،

والمعرفية، مع الإشارة إلى أنه ليس ضرورة أن تكون جميع الآثار المحتملة للضغوط سلبية، بل يمكن أن تكون إيجابية حيث تدفع الفرد إلى تحقيق ذاته، وإلى سرعة في الإنجاز والأداء، وهذا الازدياد بموضوع الضغوط النفسية؛ مما دفع الباحثين إلى زيادة الاهتمام بدراساتها، ومحاولة معرفة مصادر التنبؤ بها، واستراتيجيات التعامل معها، وذلك استناداً إلى عدد من السمات الشخصية، التي يتحلى بها الفرد، والتي يمكن أن تساهم في تحديد طرائق تواصله مع البيئة المحيطة على نحو كبير (عبيدة، ٢٠٠٨، ٤٣).

مفهوم الضغوط النفسية:

تعود بداية ظهور هذا المصطلح إلى بدايات القرن السابع عشر، ولكنه برز على نحو واضح في هذا العصر؛ وأصبح يشير إلى عملية مواجهة مشاق الحياة والمشاعر السلبية التي تثيرها هذه المشاق.

فقد استعير مصطلح الضغوط النفسية من الفيزياء، حيث تعرف الضغوط فيزيائياً بأنها ضغط، أو جهد شديد يقع على البدن (علي، ٢٠٠٢، ١٦).

أما الدلالة السياقية لكلمة ضغط في المجال الإنساني فهي تعني الضيق والقهر والاضطرار، كما تعني الزحمة والشدة والمجادلة بين الدائن والمدين، ومن معاني هذه الكلمة الدلالة على الرجل الضعيف في رأيه ما يؤثر في علاقته ووضعه بالآخرين (إبراهيم وآخرون، ١٩٨٥، ٥٤١).

دراسة رجب علي شعبان (١٩٩٢): هدفت الدراسة إلى بحث عن استراتيجيات التعامل مع الضغوط وعلاقتها بسمات الشخصية والتوافق، وتكونت عينة البحث من ٣٩ طالباً و ٢٩ طالبة من سنّ (١٨-٢٢) سنة من خلال تطبيق مقياس أساليب التعامل مع الضغوط، ومقياس كاليفورنيا للشخصية، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين سمة الثبات الانفعالي لدى الإناث وأسلوب التحليل المنطقي، وإعادة التقييم الايجابي، أما عند الذكور فقط ارتبط النشاط والنظام بأساليب التعامل الإقدامية، كما توصلت الدراسة إلى وجود علاقة بين أساليب التعامل الإجمامية، وسوء التوافق الشخصي والاجتماعي لدى كلا الجنسين (يوسف حدة، ٢٠١٣، ص ١٣٠).

ويجمع الكثير من الباحثين على وجود أربعة مجالات أساسية في تعريف

الضغوط:

المجال الأول: الضغوط النفسية بوصفها مثيرات:

في هذا الحال ينظر إلى الضغوط النفسية على أنها مثيرات، حيث يجري التركيز على الحدث الضاغط كعامل مستقل يختلف تأثيره من شخص إلى آخر، ويصنفها لازروس وكوهين (Lazarus & Cohen) في ثلاث فئات، هي التغيرات الحياتية الكبرى التي تؤثر في شخص واحد، أو عدد قليل من الأشخاص، ثم منغصات الحياة اليومية (Lazarus & Flokmen, 1984, p.12).

المجال الثاني: الضغوط النفسية بوصفها استجابات:

يُعد هانزسيلي واحدًا من الذين يعدون الضغوط استجابة للظروف البيئية، حيث ينظر إلى الضغوط ضمن هذا المجال أنها رد فعل الفرد لمثير ضاغط في البيئة، ومن ثمّ تعريف الضغوط النفسية وفقًا لهذا المجال بأنها الاستجابة الفيزيولوجية، والسيكولوجية التي تقوم بها الفرد في مواجهة حدث، أو حالة خارجية (Davison & Neal, 1994, p.191).

دراسة مها درويش (١٩٩٣): تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن استراتيجيات التوافق مع الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، من خلال تطبيق استبانة التوافق مع الضغوط النفسية على عينة قوامها ١٠٩٤ طالبًا وطالبة، وتوصلت هذه الدراسة إلى أن أكثر أساليب التوافق استخدامًا لدى الطلبة هي: استراتيجية الطرق المعرفية، الانعزال، الاسترخاء، البحث عن الدعم الاجتماعي، التعبير عن المشاعر، نادرًا ما يستخدمون استراتيجية التمارين الجسدية، التحول عن الموقف وتجنبه، العدوان اللفظي والجسدي، الطلبة الذكور يميلون إلى التمارين الجسدية والبحث عن الدعم الاجتماعي، العدوان اللفظي والجسدي أكثر من الطالبات الإناث اللواتي يميلن إلى التعبير الانفعالي، والانعزال، وتجنب الموقف (أبو حبيب نبيلة، ٢٠١٠، ٨٥-٨٦).

المجال الثالث: الضغوط النفسية كعلاقة تفاعلية:

يركز هذا المجال على أهمية التواصل بين العمليات الداخلية التي تقوم بها الفرد عند مواجهة للمثيرات الخارجية، وضمن هذا المجال عرف Taylor تايلور الضغوط بأنها: عملية تقويم للأحداث، هل هي مؤذية، أو مهددة، أو مثيرة للتحدي؟ وتكون الاستجابة لهذه للأحداث على نمط تغيرات انفعالية، وسلوكية، وفسولوجية، ومعرفية (Taylor, 1999,p.169).

المجال الرابع: الضغوط النفسية بوصفها حالة وجدانية:

يركز هذا المجال على أن الضغوط النفسية ترجع أسبابها إلى اضطراب الحالة الوجدانية، حيث أشار كل من (Kellowy & Borling) إلى أن الضغوط النفسية هي محصلة التواصل الدائم بين كل من الفرد وعناصر البيئة المحيطة به، وقد تصل به إلى حالة وجدانية على نحو واضح في طاقاته الجسمية والانفعالية (مريم، ٢٠٠٥، ٥٤).

مصادر الضغوط:

من الصعب حصر مصادر الضغوط النفسية ومسبباتها في تصنيف معين نتيجة كثرتها، وتعددتها واختلافها من فرد إلى آخر، ومن مرحلة عمرية إلى أخرى، حيث إن لكل مرحلة ظروفها، كما تختلف مصادر الضغوط من بيئة إلى أخرى؛ لأن البيئة الاجتماعية والثقافية تؤدي عملاً هاماً فيها.

ويشير كوبر ومارشال (Cooper & Marshal) إلى وجود سبعة مصادر

رئيسية للضغوط، ستة منها خارجية، ومصدر فقط داخلي، وهي:

- ضغوط مصدرها العمل.
- ضغوط مصدرها تنظيمات الدور.
- ضغوط مصدرها مراحل النمو.
- ضغوط مصدرها التنظيمات البيئية والمناخ.
- ضغوط مصدرها العلاقات الداخلية في التنظيمات البيئية.
- ضغوط تنشأ من المصادر والتنظيمات العليا.
- ضغوط تنشأ من المكونات الشخصية للفرد (العازمي، ٢٠٠٩).

وقد تحدث كلٌّ من جيردانو وداسك و Girdano Everly & Dusek عن أسباب الضغوط، أو مصادرها عامة، حيث صنّفوا هذه الأسباب في ثلاث فئات رئيسية، هي:

- **عوامل نفسية اجتماعية:** تركز على أسلوب الحياة، وما يتضمنه من عوامل مثل: درجة التكيف، والتعب الزائد، والإحباط، والحرمان.
 - **عوامل البيئة العضوية (الحيوية):** تتضمن عوامل مثل: الاتزان العضوي وعدمه، ودرجة الانزعاج وطبيعة التغذية، والحرارة والبرودة.
 - **عوامل شخصية:** تتمثل في إدراك الذات والقلق والحاح الوقت، والشعور بفقدان السيطرة على الأمور، والغضب، والعدوانية (الظفيري، ٢٠٠٧).
- دراسة محمد رجب (١٩٩٥): تهدف هذه الدراسة إلى التعرف على أثر الفروق الجنسية والعمرية في أساليب التكيف مع المواقف الضاغطة، وعلى عينة قوامها ٦٨٤، توصلت نتائج الدراسة التكيف تعزى إلى متغير السن، بحيث أن الشباب أكثر ميلاً إلى استخدام أسلوب إعادة التقييم الإيجابي للموقف والتحليل المنطقي والبحث عن المساندة الأسرية أكثر من المراهقين (بن عمور جميلة، ٢٠١٠، ص ٥٦).

ولحصر مصادر الضغوط النفسية عند اليافعين تمّ تقسيم هذه المصادر إلى تصنيفات رئيسية يندرج تحت كلّ تصنيف مجموعة من المصادر أشارت إليها العينة الاستطلاعية هي كالتالي:

- **الضغوط الاجتماعية:** يندرج تحتها العلاقة بالأصدقاء والزملاء والجيران، واختلاف الميول والتوجهات، وصراع الأجيال، وصراع القيم، والتفاوت في العادات والتقاليد والثقافات، والطبقات الاجتماعية، وخصوصاً الطبقات الدنيا، وحالات الوفاة.
- **الضغوط الشخصية:** يندرج تحتها الضغوط الشخصية الذاتية، سواء جسمية، أو عقلية، أو نفسية، والتي تنشأ من اختلافات في بنية الجسم، أو من القصور في المجالات المعرفية والاختلافات الوظيفية العقلية، أو اختلافات في مكانزمات الدفاع، وإشباع الحاجات وسوء التوافق، كما تشمل أحداث الحياة الرئيسية، مثل وفاة شخص عزيز.

- **الضغوط الدراسية:** يندرج تحتها المناهج التعليمية، والمعلمين، والاختبارات والنظام المدرسي، والعقوبات والزملاء، وكثافة الطلاب، واكتظاظ الفصول، والنشاط المدرسي، والواجبات والأعمال المنزلية، وتوقعات الأهل، والإخفاق الدراسي.
- **الضغوط الأسرية:** ويندرج تحتها المعاملة الوالدية، حيث إنّ الضغوط الأسرية تشكل بعواملها التربوية ضغطاً على اليافعين، فمعظم الأسر يحكمها سلوك تربوي متعلم، ينتج منه التزام، إلا اختل تكوين الأسرة في رأيهم، وتندرج هنا أيضاً المشاحنات مع الوالدين، والغيرة من الإخوة، والرغبة في الانفصال عن الآباء، وتنتج الضغوط هنا من أسباب متعددة داخل الأسرة، مثل: مرض أحد أفراد الأسرة، أو غياب أحد الوالدين عن الأسرة، أو الطلاق.
- **الضغوط الصحية:** كالأمراض العضوية، أو التغيرات الفسيولوجية التي تحدث للفرد، وتسبب له إعاقة في الوصول إلى الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها إما على نحو دائم، وإما مؤقتاً كالإعاقات الجسمية، أو العمليات الجراحية، أو الصداع، أو ارتفاع معدل ضربات القلب، أو أعراض الدورة الدموية. ولا بدّ من الإشارة إلى أن مصادر الضغوط النفسية لدى اليافعين بكافة أشكالها (الاجتماعية- الشخصية- الدراسية- الأسرية- الصحية) تزايدت بشكل ملحوظ خلال الفترة الحالية في ظل الظروف الصعبة التي مرّ بها المجتمع السوري، حيث إنّ الأزمة الحالية تركت آثاراً واضحة عديدة منها تغيير مكان السكن- الانتقال إلى مدرسة أخرى- تغيير أو غياب الأصدقاء- الجيران- الأقارب، شكل العلاقة الوالدين مع الأبناء حيث تصبح العلاقة متوترة ومشوشة؛ وهذا من شأنه أن يزيد من حدة الضغوط التي تتعرض لها فئة اليافعين.

دراسة منى محمود (٢٠٠٢): تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط لطلاب المرحلة الإعدادية والثانوية، في دراسة مقارنة بين الريف والحضر، على عينة مكونة من ١٠٦٣ طالباً وطالبة من كلا المرحلتين من سنّ (١٢-١٨) سنة، من خلال تطبيق مقياس أساليب مواجهة الضغوط، ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية، وتوصلت النتائج إلى وجود فرق بين الفئتين بحيث يميل الحضر إلى استخدام أسلوب التركيز على حل المشكلات،

ضبط الذات، تحمل المسؤولية، مع وجود فرق بين الذكور والإناث من طلبة المرحلة الإعدادية والثانوية (السهيلي عبد الله بن حميد، ٢٠٠٩، ص ٦٢).

يتضح ممّا سبق ما يلي:

- إنّ مصادر الضغوط كثيرة ومتنوعة، تشمل كلّ مجالات الحياة وأحداثها، وهي ظاهرة من الظواهر الإنسانية المعقدة التي تتجلى في مضامين بيولوجية، نفسية، واقتصادية، واجتماعية.
- إنّ الواقع الحياتية على اختلافها تكتسب معناها في إدراك الفرد لنواتجها؛ لأنها تحدث على مستوى ذات الفرد.
- إنّ الأحداث الطبيعية والاجتماعية لا تمثل ضغوطاً في ذاتها، وإنما تصبح ضغوطاً عندما تمنع الفرد من تحقيق هدف يسعى إلى تحقيقه، أو معنى يحاول أن يتمثله، وتكون الضغوط هنا هي الشعور بالوطأة والانضغاط الناتج من وجود مواضيع بيئية تمنع الفرد من تحقيق أهدافه، ويكون معناها أيضاً المطالب التي تفوق، أو تتجاوز قدرة الشخص على تحملها، أو مواجهتها.
- إنّ الضغوط لا تنشأ من بنية المجتمع والوظيفة التي تؤديها هذه البنية، ولا تكون نشأتها من عوامل مجتمعية وتواصل، وحيوية، وثقافية، وحضارية، وسياسية، واقتصادية مهنية فقط، وإنما تنشأ أيضاً من عوامل فردية الذاتية، وتكون إما جسمية، وإما نفسية، وإما عقلية.

أنواع الضغوط النفسي:

- اختلف الباحثون في تحديد أنواع الضغط النفسي، تبعاً للمعايير التي استخدموها في تصنيفه، فقد صنف سيلبي (Selye, 1980) في ثلاثة أنواع هي:
- الضغط النفسي السيئ (Bad Stress) الذي يضع على الفرد متطلبات زائدة، ويطلق عليه الكرب (Distress).
 - الضغط النفسي الجيد (Good Stress) الذي له متطلبات لإعادة التكيف كولادة طفل، أو السفر، أو المنافسة الرياضية.
 - الضغط النفسي المنخفض (Under Stress) الذي يحدث عندما يشعر الإنسان بالملل، وانعدام التحدي، والإثارة، ويرى سيلبي أيضاً أن الإنسان خلال حياته لا بدّ أن يعاني الأنواع الثلاثة للضغط النفسي (الزغبى، ٢٠٠٥، ١١-١٢).

دراسة أحمد نبيل البحراوي (٢٠٠٣): تهدف الدراسة إلى الكشف عن أساليب المواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والمدرسية ومن خلال التعرف على الفروق في أساليب مواجهة الضغوط النفسية بين طلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المرتفع، وطلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المنخفض، شملت العينة ٢٠٠ طالب وطالبة من المرحلة الإعدادية من خلال تطبيق مقياس مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والمدرسية، توصلت النتائج إلى أن الطلاب الذكور أكثر مواجهة للضغوط من الإناث، كما أن أسلوب الاجتماعي المرتفع يتميزون بفعالية أكثر من طلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المنخفض (أبو حبيب نبيلة، ٢٠١٠، ٨٣-٨٤).

أما مور Moor فقد صنف الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد في ثلاثة أنواع:

- الضغوط الناتجة من التوترات الاعتيادية: هي الضغوط التي يواجهها الفرد في حياته اليومية، الناتجة من عدم قدرته على إشباع حاجاته، أو إخفاقه في إشباع متطلباته، وحل مشكلاته التي يواجهها حياته اليومية.
- الضغوط النمائية: هي ضغوط ناتجة من التغيرات النمائية التي تتطلب تغييراً مؤقتاً في العادات، وفي أسلوب الحياة.
- ضغوط الأزمات الحياتية: هي ضغوط ناتجة من الإصابة الشديدة، التي لا يستطيع الفرد مقاومتها، أو ضغوط الموت كفقدان شخص عزيز، وقد تستمر فترة طويلة (الجبلي، ٢٠٠٦، ٢٢-٢٣).

وقد قدم Lazarus لازاروس تصنيفاً لردود فعل الأفراد على الضغط، حيث

قسمها إلى أربع فئات، هي:

- ردود الفعل الفيسيولوجية: مثل: ازدياد التوتر العضلي، والاضطرابات اللفظية، وتغير تعابير الوجه.
- تغير القدرات المعرفية: لا يقصد بالتغيرات هنا ضعف القدرات المعرفية، حيث أثبتت الدراسات أن الضغط النفسي قد يزيد هذه القدرات، أو ينقصها.
- ردود الفعل الانفعالية: مثل القلق والشعور بالذنب، الاكتئاب (العوامل، ٢٠٠٦، ٢٥٨-٢٥٩).

وقد أوضح (Killy,1994) أن هناك نوعين للضغوط الإيجابية والسلبية، وذلك كما هو موضح في الجدول

جدول (١)

يوضح المقارنة بين الضغوط الإيجابية والسلبية ل (Killy, 1994)

الضغوط السلبية	الضغوط الإيجابية
١. تسبب انخفاضاً في الروح المعنوية وشعوراً بتراكم العمل.	١. تمنح دافعا للعمل ونظرة تحدّ للعمل.
٢. تولد ارتباكاً وتدعو للتفكير في جهد المبدول.	٢. تساعد على التفكير والتركيز على النتائج.
٣. تعمل على ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها.	٣. توفر القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر.
٤. تؤدي إلى شعور بالقلق والفشل.	٤. تمنح الإحساس بالمتعة والإنجاز.
٥. تسبب للفرد الشعور بالأرق.	٥. تساعد الفرد على النوم الجيد.
٦. تسبب للفرد الضعف والتشاؤم من المستقبل.	٦. تمد الفرد بالقوة والتفاؤل بالمستقبل.
٧. عدم القدرة على الرجوع إلى توازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.	٧. تمنحه القدرة على الرجوع إلى توازن النفسي بعد المرور بتجربة غير سارة.

(الهبجان، ١٩٩٨، ٤٥).

كما صنفت الضغوط حسب ديمومتها أيضاً إلى مؤقتة ودائمة:

- **الضغوط المؤقتة:** هي التي تحيط بالفرد فترة وجيزة، ثم تنقشع، مثل: الضغوط الناتجة من الامتحانات، أو موقف صعب مفاجئ، أو الزواج الحديث وغير ذلك من الظروف المؤقتة، التي يدوم أثرها فترة طويلة، وهذه الضغوط تكون متساوية في معظمها، إلا إذا كان الموقف الضاغط أشد صعوبة وأكبر من قدرة الفرد على التحمل، مثلما يحدث في المواقف الشديدة الضاغطة التي تؤدي إلى الصدمة العصبية.
- **الضغوط المزمنة:** تشمل الضغوط التي تحيط بالفرد فترة طويلة تقريباً مثل إصابة الفرد بالأم مزمنة، أو وجود الفرد في أجواء اجتماعية واقتصادية غير ملائمة، وكثيراً ما تكون الضغوط المزمنة بمنزلة ضغوط سالبة من حيث تأثيرها في الفرد؛

وذلك لأنَّ حشد الفرد لطاقاته لمواجهة تلك الضغوط قد يدفع ثمنها في شكل أمراض نفسية فيسيولوجية، وغير ذلك من مجالات الاختلال الوظيفي؛ ما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية، وهذا هو المجال السلبي للضغوط (عبد الحميد، ٢٠٠٨، ٢٨).

وقد صنف (يوسف، ٢٠٠٧، ٢٣-٢٤) الضغوط إلى عامة وخاصة، داخلية وخارجية.

- **الضغوط الخارجية:** تأتي من البيئة الخارجية، وهي كثيرة كالضوضاء، والظروف الطبيعية كالزلازل والبراكين، والأعاصير، والملوثات، وغيرها.
- **الضغوط العامة:** التي يتأثر بها عدد كبير من الناس كالأحداث المزلزلة.
- **الضغوط الخاصة:** التي تؤثر في فرد واحد، أو على عدد محدود من الأفراد كحوادث الطرق، أو منغصات الحياة اليومية.

دراسة كانج King (١٩٩١): الغاية من هذه الدراسة هو الكشف عن علاقة بين أساليب المواجهة والمواقف الحياتية الضاغطة على عينة شملت (٧٦٠) طالبًا وطالبة من المرحلة الثانوية في هونكونج، وكشفت على أن أحداث الحياة الأسرية والمدرسية هي أكثر المصادر المولدة للضغوط، وكشفت كذلك على وجود اختلاف بين الذكور والإناث في اعتماد أساليب المواجهة بحيث إنَّ الذكور أكثر ميلًا إلى استخدام البحث عن الدعم الاجتماعي والهروب والتجنب (بن عمور جميلة، ٢٠١٠، ص ٥٥-٥٦).

نظريات ونماذج تفسير الضغوط:

تعددت النظريات التي اهتمت بتفسير ظاهرة الضغوط النفسية وتتنوع، وذلك تبعًا لاختلاف توجهات العلماء والباحثين في دراسة الضغوط، وقد يكون هذا الاختلاف في تناول ظاهرة الضغوط النفسية هو الأساس في وجود أكثر من نظرية تهتم بتفسيرها الضغوط.

أولاً- التفسير الفيسيولوجي للضغط النفسي:

١- نظرية سيللي (Sely):

يُعد هانز سيللي الطبيب الكندي المختص بالغدد الصماء أول من اهتم بدراسة الضغوط النفسية، وأشار إلى أنها استجابة الجسم غير المحدودة للأحداث

التي يواجهها الفرد، وقد وضع سيلبي نظرية أسماها (Stress Theory) حيث عرف سيلبي الضغط بأنه: الطريقة غير الإرادية التي يستجيب بها الجسد باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع، وهو يعبر عن مشاعر التهديد والخوف قبل إجراء العملية الجراحية، وقد حدد سيلبي ثلاث مراحل للاستجابة للحدث الضاغط، أطلق عليها مراحل التكيف العامة (The General Adaptation Syndrome) هي:

- مرحلة الإنذار (Alarm): تبدأ هذه المرحلة بالانتباه لوجود ضاغط، وهذا الانتباه يولد تغيرات فيسيولوجية، حيث تبدأ استجابة الكائن الحي للحدث الضاغط، ويظهر ذلك بزيادة ضربات القلب، وسرعة جريان الدم، وسرعة التنفس وزيادة إفراز العرق، واضطرابات معدية ومعوية، يقوم الفرد باستخدام أقصى ما لديه من طاقة؛ ما يؤدي إلى ضعف مقاومته للحدث الضاغط.
- مرحلة المقاومة (Resistance): تؤدي المواجهة المستمرة للموقف الضاغط إضافة إلى العجز عن المواجهة إلى اضطراب التوازن الداخلي؛ ما يؤدي إلى مزيد من الإفرازات الهرمونية التي تتسبب بظهور بعض الأمراض، مثل: قرحة المعدة، وارتفاع ضغط الدم، وضيق التنفس.
- مرحلة الإجهاد، أو الإنهاك (Exhaustion): يصبح في هذه المرحلة عاجزاً عن التكيف والاستمرار في المقاومة، وهنا تنهار الدفاعات الهرمونية، المواجهة الزائدة للضغط تؤدي إلى المزيد من المشكلات الصحية والإصابة ببعض الأمراض، وقد يصل الأمر إلى الموت (Gadzella, 1994, p.395-402).



شكل (١) يوضح حدوث الضغط النفسي طبقاً لنظرية هانز سيلبي

في الشكل التوضيحي (١) نميز الحدث الضاغط، وهو متغير مستقل، ينتج عنه ضغط العوامل الوسيطة، وهي تلك التي يكون أثرها هاماً في تقليل تأثير الحدث

الضاغط، أو زيادته، مثل المناخ والطعام، وأعراض التكيف المتزامن، حيث تظهر في وقت واحد، ويقصد بها الضغوط الطارئة التي تظهر في الكائن الحي مثل التغيرات الكيميائية، وأخيراً استجابات التكيف مثل ضغط الدم، أو أمراض القلب (عبد اللطيف، ٢٠٠١، ٢٦).

ويذكر سيلبي أن شدة الاستجابة للضغوط تتحدد بالعوامل الوسيطة، كما يعتمد نوع الاستجابة على نوع عملية التكيف، ويضيف أن التهديد، أو التغلب على المشكلات يعتمد على نشاط المعرفي للتقويم، ولكل تقويم نمط معين في الاستجابة (الرشيدي، ١٩٩٩، ٥٢).

٢- نظرية كانون (Canon):

يُعد كانون من أوائل الذين استخدموا مصطلح الضغط، وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ (Emergency Response) بسبب ارتباطها بانفعال القتال، أو المواجهة (عبد الله عسكر، ٢٠٠٠، ٢٦)، وقد اعتمدت هذه النظرية على المجالات البيولوجية في تفسير الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد، حيث تستند هذه النظرية إلى مفهوم الاتزان، وهو مفهوم يعبر عن حيوية الجسم؛ من أجل المحافظة على استقرار خصائصه الأساسية، مثل: سرعة ضربات القلب، سرعة التنفس، وقد أكد كانون على مفهوم الاتزان، الذي يشير إلى قدرة الكائن الحي على استخدام مصادره؛ من أجل الوصول إلى توازن، الذي يحقق له البقاء، إلى أن الضغوط النفسية تحدث نتيجة للخلل في هذا التوازن (شاهين، ٢٠٠٧، ٣١).

التفسير البيئي للضغط النفسي:

اهتمت هذه النظريات بتفسير الضغوط النفسية التي يواجهها الفرد، أساس التواصل بين الفرد والبيئة التي يعيش فيها، أي أنها تنظر إلى الضغوط على أنها ناتجة من إدراك الفرد للتهديدات الخارجية الصادرة من بيئته، وهناك ثلاث نظريات انطلقت من هذا التفسير هي:

٣- نظرية أحداث الحياة الضاغطة:

تتناول هذه النظرية الضغط النفسي على أنه مثير خارجي؛ لذا ركزت على أهمية البيئة، وأهميتها في صحة الفرد والمجتمع، وتُعد محاولات هولمز وراهي

(Holmes & Rahi) لاكتشاف العلاقة بين المتغيرات البيئية، والضغط النفسية التي يواجهها الأفراد، خير تعبير عن هذه النظرية، فقد ركزت على الأحداث التي تؤثر في الأفراد في مجالات الحياة المختلفة كالمجال العائلي، والاقتصادي، الدراسي، الاجتماعي، المهني، والتي من الممكن أن تكون إيجابية، أو سلبية (الجبلي، ٢٠٠٦، ٢٨).

٤- نظرية التقدير المعرفي:

قدم هذه النظرية لازاروس، حيث نشأت هذه النظرية الاهتمام الكبير بعملية الإدراك والعلاج الحسي الإدراكي، والتقدير المعرفي هو مفهوم أساسي يعتمد على طبيعة الفرد، حيث إنَّ تقدير كَمّ التهديد ليس إدراكًا مبسطاً للعناصر المكونة للموقف فقط، ولكنه رابطة بين البيئة المحيطة بالفرد، وخبراته الشخصية بالضغط، وبذلك يستطيع الفرد تفسير الموقف (Lazarus,R,S. & Flokman,S. 1984) كما يعتمد تقييم الفرد للموقف على عدة عوامل، منها العوامل الشخصية، والعوامل الخاصة بالبيئة الاجتماعية، والعوامل المتصلة بالموقف نفسه وتعرف نظرية التقدير المعرفي "الضغط" بأنها عندما يكون هناك تناقض بين المتطلبات الشخصية للفرد، ويؤدي ذلك إلى تقييم التهديد، وإدراكه في مرحلتين، هما:

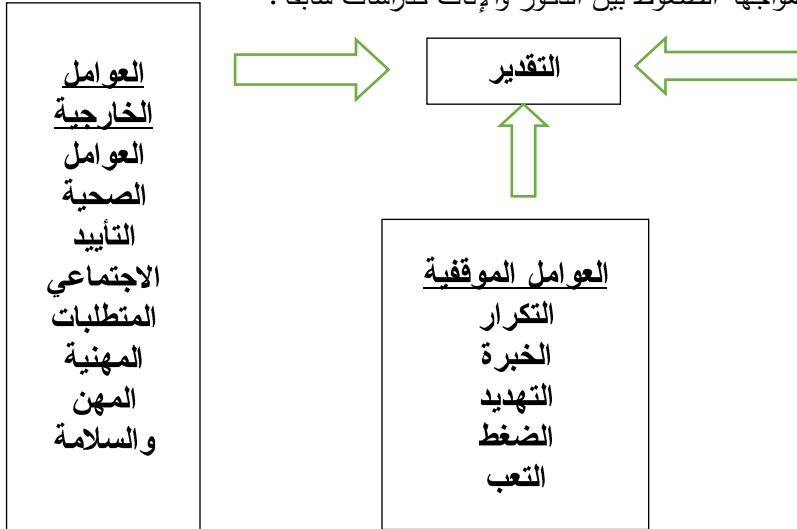
- **المرحلة الأولى:** هي الخاصة بتحديد أن بعض الأحداث هي في ذاتها شيء يسبب الضغط.
- **المرحلة الثانية:** هي التي تحدد فيها الطرق التي تصلح للتغلب على المشكلات التي تظهر في الموقف.

تعقيب على الدراسات السابقة:

تعتبر الدراسات السابقة سאלفة العرض نموذجًا لبعض الأبحاث التي تناولت استراتيجيات مواجهة الضغط لدى المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات ذات الأثر البالغ على الأساليب التي يتبناها هذا الأخير؛ من أجل التعامل مع الضغوط الحياة اليومية فتميزت هذه البحوث بما يلي:

- **من حيث الهدف:** تنوعت أهداف الدراسات السابقة وتعددت بحيث هدف البعض منها إلى الكشف عن علاقة الاستراتيجيات المواجهة ببعض المتغيرات، كدراسة

- (رجب علي شعبان) التي سعت إلى الكشف عن علاقة تأثير سمات الشخصية والتوافق على أساليب المواجهة، دراسة (مها درويش، محمد رجب) التي هدفت إلى الكشف عن تأثير متغير السن، وتأثير الجنس على أساليب المواجهة.
- من حيث العينة: تنوعت أهداف الدراسات السابقة وتعددت بحيث هدف البعض منها إلى الكشف عن علاقة استراتيجيات المواجهة، وبعض الدراسات التي هدفت إلى الكشف عن تأثير متغير السن، وتأثير الجنس على أساليب المواجهة.
- من حيث العينة: تنوعت عينات الدراسة بتنوع أهدافها بحيث شملت كلا الجنسين (ذكور وإناث) كدراسة سابقة وشملت مراحل الثانوية وكما احتوت عينات المراحل الدراسية على أفراد مختلف المراحل.
- من حيث أدوات جمع البيانات: لقد تعددت وتنوعت وسائل القياس المستخدمة في الدراسات السابقة كمقياس أساليب التعامل مع الضغوط المستخدم في دراسة (رجب علي شعبان، ١٩٩٢) ومقياس التكيف مع المواقف الضاغطة المستخدم في دراسة (محمد رجب، ١٩٩٥)، ومقياس E.T.C المستخدم في دراسة (بيار تب).
- من حيث النتائج: لقد دلت بعض نتائج الدراسات السابقة وجود فرق في أساليب مواجهة الضغوط بين الذكور والإناث كدراسات سابقة.



شكل (٢) يبين نموذج الضغوط وفقاً لنظرية التقدير المعرفي

يتضح من الشكل (٢) أن ما يُعد ضاغطاً لدى الفرد ما، لا يُعد كذلك لدى فرد آخر، ويتوقف ذلك على سمات شخصية الفرد، وخبراته الذاتية، ومهاراته في تحمل الضغوط، وحالته الصحية، كما يتوقف على عوامل ذات صلة بالموقف نفسه قبل نوع التهديد وكمه، والحاجة التي تهدد الفرد، وأخيراً عوامل البيئة الاجتماعية كالتغيير الاجتماعي، ومتطلبات الوظيفة (عثمان، ٢٠٠٢، ١٠١).

نظرية موسى وشيفر (Moos & Shefer):

ترى هذه النظرية أن استجابة الفرد للضغوط النفسية تمر بثلاث مراحل:

أ- المرحلة الأولى- وتحدد فيها قوة الحدث الضاغط بالعوامل الآتية:

الخصائص الشخصية للفرد: مثل العمر، الجنس، الحالة الاجتماعية، الحالة الاقتصادية، النضج المعرفي والانفعالي، الثقة بالنفس، المعتقدات الدينية، والخبرات السابقة.

ب- الخصائص تتعلق بالحدث الضاغط، تتمثل في:

- نوع الحدث الضاغط: قد يرجع إلى الطبيعة كالزلازل، أو قد يرجع إلى الإنسان كالحروب؛ قد يرجع إلى عوامل بيولوجية كالمرض، أو الموت.
- مدة وقوع الحدث الضاغط: قصيرة، أو طويلة.
- مدى مواجهة الفرد الحدث الضاغط وآثاره.
- احتمال توقع الفرد للحدث الضاغط.
- إمكان مواجهة الحدث الضاغط والتحكم بآثاره.

ج- طبيعة البيئة: من حيث العلاقات الاجتماعية بين الأفراد وأسره، ودرجة تماسك المجتمع، حيث تتداخل العوامل الثلاثة مع بعضها؛ لتساعد الفرد في الوصول إلى مرحلة ثانية.

المرحلة الثانية: تتحدد فيها عملية إدراك الحدث الضاغط وكيفية التوافق معه، وتتوقف هذه المرحلة على ثلاثة عوامل:

- إدراك الحدث الضاغط: الذي يبدو بعد صدمة الحدث غامضاً، ثم تزداد ملامحه عقلانية وواقعية على نحو تدريجي؛ فتصبح أبعاده ونتائجه محتملة؛ ما يساعد الفرد على التوافق بالأسلوب الملائم.

- القيام بالأعمال التوافقية مع الحدث الضاغط: ويجري ذلك بالمحافظة على العلاقات الشخصية بالأسرة، والأصدقاء، وبقية الذين من الممكن أن يقدموا المساعدة لمواجهة الحدث الضاغط.
 - مهارات واستراتيجيات التوافق: تجري بالتركيز على الحدث الضاغط، واكتشاف الأسلوب الملائم للتعامل معه.
- المرحلة الثالثة: تتضمن نتائج الحدث الضاغط وآثاره على الفرد، فهي محصلة نهائية لتواصل جميع المكونات السابقة؛ بهدف مواجهة الأحداث الضاغطة، وقد تكون المواجهة في صورة توافق ناجح، ومن ثمّ يستطيع الفرد مواصلة حياته وتطويرها، وقد تخفق في تحقيق التوافق، فتظهر عليه الأعراض والاضطرابات التي تؤثر في صحته النفسية.
- فيما يلي تلخيص للمراحل الثلاث، تمرّ بها عملية الضغوط النفسية، والاستجابة لها.

والشكل التالي (٣) يوضح ذلك:



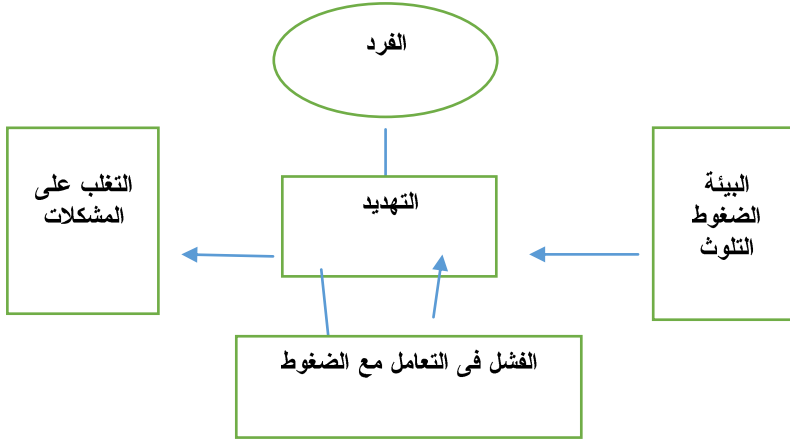
شكل (٣) نموذج موسى وشيفر (Moos & Shefer)

في تفسير الضغوط (الجبلي، ٢٠٠٦، ص ٣١)

نموذج كوبر:

يهتم كوبر في نمودجه على نحو أساسي بالبيئة التي يعيش فيها الفرد، ويُعدها المصدر الرئيسي للضغوط الواقعة عليه.

لذلك تُعد البيئة وفقاً لنموذج كوبر مهددة لحاجته، ولا بدّ من التعامل المباشر معها بالاستراتيجيات التي يواجه بها الضغوط، حتى لا يفقد توازنه، ومن ثمّ توافقه مع البيئة المحيطة، ما يهدد بأمراض جسدية، علاوة على أمراض سوء التكيف (شاهين، ٢٠٠٧).



شكل (٤) نموذج كوبر في تفسير الضغوط

التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند مواجهته للضغوط:

قام فونتانا (Fontana) بوضع قائمة التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند مواجهة الضغوط.

- وتتمثل هذه القائمة في الآتي:
- نتائج فيسيولوجية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات معرفية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات انفعالية لزيادة الضغوط.
- تأثيرات سلوكية عامة لزيادة الضغوط.

جدول (٢)

يوضح التغيرات التي تحدث للكائن الحي عند مواجهته للضغط

تأثيرات عامة لزيادة الضغط	تأثيرات انفعالية لزيادة الضغط	تأثيرات معرفية لزيادة الضغط	النتائج الفسيولوجية لزيادة الضغط
زيادة مشاكل التخاطب المتمثلة في تزايد التلعثم والتأتأة	زيادة التوترات الطبيعية حيث تقل القدرة على الاسترخاء	عدم القدرة على التركيز	زيادة الأدرينالين بالدم، ما يؤدي إلى تنشيط رد فعل وزيادته وإذا استمر هذا الضغط مدة طويلة فقد يؤدي إلى فشل في تلك الأجهزة مثل اضطراب الدورة الدموية وأمراض القلب
نقص في الاهتمامات والتحمس والتنازل عن الأهداف الحياتية	زيادة الإحساس بالمرض حيث التهيج لأمراض الضغط واختفاء مشاعر الإحساس بالصحة	تقل الاستجابة السريعة الحقيقية وقد تؤدي محاولات التعويض إلى قرارات متسارعة وخاطئة	زيادة إفراز الغدة الدرقية، ما يؤدي إلى زيادة تفاعلات الجسم واستنفاد الطاقة، وإذا استمر هذا الضغط مدة طويلة يحدث إجهاد ونقص بالوزن وأخيرًا انهيار جسمي
صعوبة في النوم	ظهور الاكتئاب وعدم المساعدة وشعور بعدم القدرة على التأثير	عدم تحري الدقة والحقيقة، وتصبح الأفكار غير معقولة	تفاعلات جلدية حيث يصبح لون الجلد شاحبًا؛ بسبب تحول الدم إلى مناطق أخرى
الميل لإلقاء اللوم على الآخرين	إخفاق في تقدير الذات وتطوير الشعور بالعجز وعدم القيمة		إفراز الكورتيزون بالدم يؤدي إلى نقص الحساسية التي تؤدي إلى ضيق النفس، وإذا طالبت المدة تقل المناعة الطبيعية ما يؤدي إلى خرق المعدة وأمراض الحساسية
نقل المسؤوليات إلى الآخرين			يؤدي إلى خرق المعدة وأمراض الحساسية
ظهور نماذج سلوكية شاذة			
حل المشكلات بمستوى صحي			

(النايلسي، ٢٠٠٨، ١٠٠)

استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية:

لا شك أن الانسان لا يقف مكتوف اليدين أمام أي ضغط يهدد حياته ويؤثر فيها، فالحفاظ على النفس البشرية وتوازنها غريزة فطرية، تميز الإنسان؛ وعليه فإنّ اليافع يواجه هذه الضغوط محاولاً التعامل والتكيف معها، وتخفيف آثارها، أو حلها، ويستخدم في ذلك استراتيجيات مختلفة.

وقد تركز الاهتمام بالاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد للتعامل مع ضغوط الحياة المختلفة منذ القرن الماضي، وقد استخدمت عدة مصطلحات؛ للتعبير عن تلك الجهود والمحاولات، التي يبذلها الفرد في تعامله مع الأحداث الضاغطة؛ من أجل التكيف معها، وإعادة توازنه النفسي الذي كان عليه مثل استراتيجيات المواجهة (Coping Strategies)، وميكانيزمات المواجهة (Coping Mechanism)، وأساليب التعامل

(Coping styles)، ومهارات التعامل (Coping Skills)، والتكيف (Adjustment)، وإدارة الضغوط (Management Stress).

تصنيف استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية:

تختلف استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة باختلاف الأفراد أنفسهم، واختلاف المواقف نفسها وباختلاف جنس الأفراد أيضاً، وباختلاف الثقافات، ويصنف ولف موس (١٩٩٠) استراتيجيات استيعاب المواقف الضاغطة إلى استراتيجيات إقدامية، واستراتيجيات إجمامية.

أولاً- الاستراتيجيات الإقدامية: هي الاستراتيجيات التي تركز على المواقف الضاغطة، حيث تعكس جهود الفرد المعرفية والسلوكية والسيطرة على المشكلة واحتوائها، وهذه الأساليب هي:

- **التحليل المنطقي (Logical analysis):** وتظهر هذه الاستراتيجية المحاولات المعرفية للفهم والتهيؤ الذهني لمتريبات الموقف الضاغطة.
- **إعادة التقويم الإيجابي (Positive Reapplisal):** تظهر هذه الاستراتيجية المحالات المعرفية لبناء المشكلة، أو إعادة بنائها، أو الموقف الضاغطة بطريقة إيجابية مع استمرار تقبل الواقع في الموقف الضاغطة (عبد الرحيم، ٢٠٠٤، ٤٠).

• **البحث عن المساعدة والمعلومات (Seeking in Formation):** يظهر المحاولات السلوكية للبحث عن المعلومات والإرشاد، أو الدعم والمساعدة الاجتماعية للحصول على المعلومات التي تساعد على فهم المشكلة التي تسبب الضغط لإيجاد أساليب لحلها، أو المساعدة العاطفية، التي تعين على تحمل موجة الانفعال بإقامة علاقة صداقة حميمة، مع أفراد يشعر الفرد بالارتياح لهم، ويثق بانزانهم، وصحة حكمهم على الأمور (القبلان، ٢٠٠٤، ١٣٠).

الاستراتيجيات الإحجامية:

فهي الأساليب التي تركز على العاطفة، حيث تعكس المحاولات المعرفية، والسلوكية، لتجنب التفكير في الموقف الضاغطة، أو معالجة التأثيرات المرتبطة بهذا الموقف، وهذه الأساليب هي:

- الإحجام المعرفي (Avoidance Cognitive):
- ويعكس المحاولات المعرفية لتجنب التفكير الواقعي في الموقف الضاغطة، التقبل والاستسلام.
- التنفيس الانفعالي (Emotional Discharge):
- ويعكس المحاولات السلوكية لخفض التوتر بالتعبير عن المشاعر السلبية.
- التقبل والاستسلام (Resignation Cognitive):
- ويعكس المحاولات السلوكية للاشتراك والاندماج في أنشطة بديلة وخلق مصادر جديدة للإشباع (عبد الرحيم، ٢٠٠١، ٤١-٤٢).

كما يمكن استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية إلى نوعين، هما:

• **استراتيجيات بيولوجية:** قد يؤدي مواجهة الكائن الحي للمثيرات إلى اختلال توازنه الكيميائي والحيوي الذي كان قائماً قبل مواجهته لهذه المثيرات، وفي هذه الحالة يسعى لاتخاذ استجابة معينة، تعيد إليه حالة الاتزان السابقة، ولا تتوقف عملية الاتزان البيولوجي على جزء معين من جسم الإنسان، ولكن تكاد جميع الخلايا تعمل على أن تحقق لنفسها قدرًا من الثبات الداخلي؛ يساعدها على القيام بوظائفها (علي، ١٩٩٤، ١٧٣).

• **استراتيجيات نفسية:** هي الاستراتيجيات التي يقوم بها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، بصرف النظر عن نجاح هذه الأساليب وفائدتها وعدم نجاحها إلى قسمين:

١) استراتيجيات شعورية: هي الاستراتيجيات التي تكون بوعي وإدراك من الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، مثل طلب النصيحة والمشورة من الآخرين، وجمع معلومات أكثر عن المواقف وطلب المساعدة من شخص ما.

٢) استراتيجيات لا شعورية: هي الاستراتيجيات التي تؤدي إلى تشويه الحقيقة ومسحها حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر والقلق الناتجة من المواقف الضاغطة.

فقد تنبه فرويد إلى هذا النوع من الأساليب، حيث اعتقد أن ميكانزمات الدفاع تساعد الناس على خفض القلق، حيثما يواجهوا مواقف تثير التهديد (دافيدوف، ١٩٩٢، ٦٢٩).

وتتنوع الاستراتيجيات التي يستخدمها الأفراد في تعاملهم وتوافقهم مع مواقف الضغط المختلفة.

وسيتيم خلال السطور القادمة تناول أهم استراتيجيات التعامل مع الضغوط التي يقوم اليافعين باستخدامها وذلك كما ورد الدراسة الاستطلاعية التي قمنا بإجرائها؛ بغرض إعداد أدوات البحث.

١ - استراتيجية المساندة الاجتماعية (Social Support):

يرى الشناوي أن المساندة الاجتماعية تثير مصدرًا مهمًا من مصادر الأمن الذي يحتاج إليها الإنسان من عالمه الذي يعيش فيه، وعندما يشعر أن هناك شيئًا ما يهدده، وعندما يشعر بأن طاقته قد استنفدت، أو أجهدت، أو أنه لم يعد بوسعه أن يجابه الخطر، أو يتحمل ما يقع عليه من إجهاد عندها يشعر بأنه يحتاج إلى مدد وعون من خارجه (الشناوي، ١٩٩٤).

ويرى كوهين وويلز (Cohen & Wills) أن المساندة الاجتماعية تؤدي دورًا مهمًا لاستمرار الإنسان وبقائه، حيث تُعد مصدرًا من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي المؤثر الذي يحتاج إليه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية، ومستوى الرضا في إدراك للأحداث الضاغطة المختلفة، واستراتيجيات مواجهتها، وتعامل الفرد مع هذه الأحداث (علي، ٢٠٠٥، ١٤). وللمساندة الاجتماعية أثر واضح في مساعدة الفرد؛ لأنها تساهم في التخفيف من حدة الضغوط البيئية، التي يواجهها عندما تكون مرتفعة (Marino, 1994, p40). وللمساندة الاجتماعية أثر

عام في الصحة الجسمية والنفسية، حيث إنّ الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزود الفرد بخبرات إيجابية منتظمة، ومجموعة من المهام التي تتلقى مكافآت في المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط بالعادة من حيث إنها حالة إيجابية من الوجدان، وإحساس باستقرار في مواقف الحياة، والاعتراف بأهمية الذات (تقاحة، ٢٠٠٥، ١٢٦).

وتتنوع مصادر المساندة الاجتماعية، حيث يشير علماء النفس إلى مصدرين أساسيين للمساندة الاجتماعية هما:
الأول- المساندة الاجتماعية داخل العمل وذلك من رؤساء العمل، وزملاء العمل، والمحيطين ببيئة العمل.

الثاني- المساندة الاجتماعية خارج العمل، ويتمثل أفراد الأسرة، والأقارب والأصدقاء، والجيران وشبكة العلاقات الاجتماعية، التي يتواصل معها الفرد في حياته اليومية (على، ٢٠٠٥، ٢٠).

هدفت دراسة أسبل (Asbell, 1989): معرفة ضغوط الحياة ومنغصاتها اليومية، وأساليب مواجهتها لدى أفراد عينة الدراسة، وكانت أدوات الدراسة: مقياس طرق المواجهة المنفتح، ومقياس الصلابة النفسية، ومقياس منغصات الحياة اليومية، وقائمة الأعراض الجسمية، وقائمة الأعراض المرضية لهوبكنز، وكانت النتائج: وجود علاقة ارتباطية بين أساليب المواجهة المستخدمة، وهي أساليب التكيف الإيجابية (التفيس الانفعالي، المساندة الاجتماعية)، وجود علاقة ارتباطية بين الصلابة النفسية والأعراض المرضية.

٢- استراتيجيات التخطيط لحل المشكلات (Problem Solving):

تبحث هذه الاستراتيجية في تعديل مصدر الضغط، أو استيعابه، والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة، وكذلك التغيير النشط للذات، وتطوير موقف أفضل، وتتضمن هذه الاستراتيجية عدة مراحل هي:

أ- **البحث عن المعلومات، أو طلب النصيحة (Search for Information or Ask for Advice)**

تشمل الأساليب المستخدمة في هذه المجموعة البحث عن معلومات أكثر عن الموقف وجمع هذه المعلومات، والحصول على التوجيه من شخص مسؤول، والتحدث مع شخص آخر عن المشكلة، وطلب المساعدة من شخص ما.

ب- اتخاذ إجراء حل المشكلة (take Problem-Solving):

تشمل هذه المجموعة إعداد خطط بديلة، واتخاذ تصرف محدد للتعامل مباشرة مع الموقف، وتعلم مهارات جديدة موجهة نحو المشكلة، والمفاوضة والتوفيق لحل المشكلة.

ج- تطوير مكافآت (إثباتات) بديلة (Develop Alternative) (Rewards):

تشمل هذه الاستراتيجية محاولات للتعامل مع موقف المشكلة بتغيير أنشطة الفرد، وإيجاد مصادر جديدة للعرض، ومن أمثلة ذلك بناء علاقات اجتماعية جديدة، وتنمية وجهة ذاتية واستقلال ذاتي أكبر، والاشتراك في أنشطة بديلة مثل الاشتراك في الأعمال التطوعية، أو الاهتمام بدراسة الدين.

إذاً أسلوب حل المشكلات إجراء يتبعه الفرد عند تطوير الخطط للاستجابة لتحديات الحياة، وهو مهارة توافقية عملية ومفيدة من ناحية نفسية، والممارسة الجيدة لأسلوب حل المشكلات تُعد عاملاً مساعداً في بناء الثقة، وإحساس الفرد بالكفاءة والسيطرة، عندما يعرف بأنه يمتلك مهارات حل المشكلات، وقد أشارت الدراسات إلى أن الذين يحلون مشكلاتهم جيداً يتقبلون حقيقة أن التغلب على تحديات الحياة يتطلب بذل جهود شخصية (جيلرمان، ١٩٩٥، ٤٨).

حيث تُعد التمرينات الجسمية من الفنيات الهامة التي تستخدم في التعامل مع الضغوط، حيث إنها تعمل على خفض آثار الضغوط على المستوى الفسيولوجي، وتقلل درجة الشعور بالقلق والاكتئاب الناتجة من المواقف الضاغطة، كما تُعد التغذية فنية هامة في مواجهة الضغوط، فهي تزيد المصادر التي يستند إليها الفرد في التعامل مع المواقف الضاغطة، كما تُعد التغذية فنية هامة في مواجهة الضغوط، ولكي يكون التوازن الطبيعي في الجسم مستمراً؛ هذا يسرع عملية التمثيل الغذائي، وإفراز البوتاسيوم والفسفور والماغنسيوم أيضاً، لذلك فإنَّ الجسم يستهلك المواد الغذائية ولا يستطيع بسهولة استبدالها في أوقات الضغوط الحادة والمزمنة، فالنظام الغذائي المتوازن يزيد مقاومة الفرد للضغوط، وما دام الفعل الناتج من الموقف الضاغط بيولوجياً في المقام الأول فلا بدَّ من الحاجة إلى كثير من الأغذية، لكي يستطيع الجسم أن يتعامل مع الموقف الضاغط بقوة؛ وذلك لأنَّ الجسم عند

الاستجابة للموقف الضاغط (الاستجابة، أو الهروب) يستلزم مقدارًا كبيرًا من المواد الكربوهيدراتية والدهون والبروتينات، وكذلك فيتامين "ب" وفيتامين "ج"، لهذا فإن وجود نقص معين في هذه الفيتامينات يرتبط بضعف الجهاز العصبي المركزي، فنقص مجموعة فيتامين "ب" يرتبط بضعف الجهاز العصبي (يوسف، ٢٠٠٧، ٥٠).

٣- التعبير عن المشاعر (The Expression of Feelings):

يجد كثيرون في التعبير عن المشاعر أسلوبًا يواجهون به مواقف الضغط حيث يرى شوبل (Schwebel) أن البكاء والصراخ من أكثر الأساليب التي يستخدمها الأفراد في مرحلة الطفولة، وحتى في مرحلة الرشد، فإن التعبير عن الانفعالات العميقة، خاصة المرتبطة بفقدان شخص عزيز، تظهر في البكاء، ويرى راين (Ryan) أن التعبير عن المشاعر يمكن أن يكون بسلوك ظاهر مثل البكاء، أو ضمنى مثل الشعور بالخوف، أو الحزن (درويش، ١٩٩٣، ١٣).

٤- مهارة الاسترخاء (Relaxation Skill):

تتضمن هذه الاستراتيجية القدرة على خفض الإثارة باستخدام إجراءات الاسترخاء وضبط التفكير، أو القيام بحركات جسدية لتقليل مستوى التوتر، أو الضغط، ويستند التدريب على الاسترخاء إلى مسلمة قوامها التواصل المتبادل بين الجسد والنفوس، فالضغط النفسي يؤدي إلى توترات عضلية وإجهاد في عدد من أجهزة الجسم، تؤدي إلى تغيرات انفعالية واضحة، ومن ثم فإن تحقيق درجة من الاسترخاء في التخفيف من ردود الفعل الفيسيولوجي للضغط النفسي يؤدي إلى تحسن الحالة النفسية للأفراد، وزيادة القدرة على تحمل الضغوط للوصول إلى حالة من الهدوء النفسي؛ لذلك يُعد الاسترخاء مهارة وقائية، تعمل على خفض احتمال حدوث الاضطرابات المرتبطة بالتوتر النفسي، وضبط القلق المتوقع حدوثه.

ويعرف الاسترخاء بأنه توقف كامل للانقباضات والتقلص العضلي، الذي يترافق ظهوره عادة مع ازدياد مقدار التوتر (إبراهيم، ٢٠٠٥، ٩٩). وتعدد الأهداف في الاسترخاء، فهو عامل يساعد على استكشاف الذات والاستبصار بها، حيث يقود الفرد إلى استخدام قدراته الذهنية بالتركيز على عضلات جسمه في أثناء عملية الشد والإرخاء (Smith, 2001).

٥- أسلوب الانسحاب الاجتماعي (Social Withdrawal Excessive) :(Autonomy)

هي السلوكيات تتضمن انفصال الفرد عن الأشياء، أو عن الآخرين، والانسحاب من الأنشطة التي كانت تبدو مفيدة، ويندمج أحياناً في نشاطات خاصة كمشاهدة التلفزيون، أو العمل على الحاسب الآلي، ويبالغ باعتماده على الذات، من دون الحاجة إلى الآخرين (الشريف، ٢٠٠٣، ٦٨).

٦- أسلوب العدوان (Aggression Method):

هي السلوكيات التي تتضمن إلحاق الأذى المادي بالأفراد، أو الأشياء، كما تتضمن الأذى اللفظي كتوجيه الشتائم إلى الآخرين، ويمكن أن تنتج العدائية من كبت الجهود الضرورية لتحقيق هدف ما، ومن أعراضها توتر شديد، ومبالغة في رد الفعل، وثورات غضب عنيفة (كينان، ١٩٩٩، ٦١).

٧- أسلوب المماطلة (Procrastination Method):

ويظهر ذلك في تأخير تأدية المهمات الرسمية والقيام بأمور أخرى غير ضرورية (الرشيد، ١٩٩٩، ٣٧).

٨- أسلوب تجاهل المشكلة (Ignore the Problem):

هذا يسلك الفرد أسلوب الهروب، أو ادعاء عدم وجود مشكلة أصلاً، والإصرار على أن الأمور تسير على ما يرام، مع أنها تبدو للجميع عكس ذلك (الرشيد، ١٩٩٩، ٣٨).

٩- أسلوب الإذعان، أو الاتكال (Copliance, Dependence Method):

هو أسلوب اللجوء إلى الآخرين في كل أمر، إذ يبحث عن يتبناه، ويتصرف بسلبية وانكالية، وتراه خاضعاً، ويلتصق بالآخرين، ويسعى لاستسماح الناس، وهنا يقبل الأشخاص المواقف كما هي، وتقدير أي شيء يمكن عمله لتغيير الأشياء للأمر الواقع (يوسف، ٢٠٠٧، ٥٤).

١٠- أسلوب التحول عن الموقف (Transformation on the) :(Situation)

هي السلوكيات التي تساعده في تأجيل الحاجة إلى تعامل مع المواقف الضاغطة، والبحث عن بدائل أخرى، وفي هذه الحالة تكون المواجهة بالانفصال

الذهني، أو الحذر، أو الإنكار، أو الخيال، وأشكال داخلية أخرى من الهروب النفسي (إبراهيم، ١٩٩٤).

١١- ممارسة عادات غير تكيفية:

هناك الكثير من العادات التي يمكن أن يلجأ إليها بعض الأفراد، عندما يتعرضون للضغط النفسي مثل أسلوب الإدمان، على الكحول، أو المخدرات، والبحث عن المهدئات، أو اللجوء إلى الأكل الزائد والتدخين، أو قضم الأظافر وغير ذلك (الشريف، ٢٠٠٣، ٧٨).

١٢- آليات الدفاع والتعامل مع الضغوط (Defense Mechanism and Coping):

يستخدم الفرد آليات الدفاع لخفض حدة التوتر والضغط النفسي الذي يعانيه في أثناء محاولاته للتخلص من أثر الذي يحمله الموقف غير السار، وهي آليات لا واعية، بينما التعامل مع الضغط، أو إدارته يتطلب مهارات وأساليب واعية في جزء كبير منها، وخاصة حينما يتعلق بالمهارات، وهو ما يميزها عن آليات الدفاع التي نذكر منها:

- **الكبت (Repression):** هي حيلة لا شعورية، يلجأ إليها الفرد للتخلص من الذكريات والتجارب والمخاوف المؤلمة التي تسبب له الضيق، وباستخدام هذه الآلية (الميكانيزم) فإن الإنسان يحرق نفسه ولو مؤقتاً، من الضغوط المتسلطة التي تشكل عبئاً عليه، فيهرب من المواقف الضاغطة بكبته ومحاولة تهديده على الأقل؛ لكي يحصل على توازنه النفسي (عبيدة، ٢٠٠٨).
- **التعويض (Compensation):** وهي المبالغة لإظهار القوة من أجل إخفاء الضعف ليقفل الضغط النفسي.
- **التبرير (Rationalization):** هو تشويه للواقع في محاولة لتبرير الفكر والمشاعر والأحداث التي تجعلنا غير مرتاحين، فإننا نلجأ إلى هذا الأسلوب؛ كي نتجنب الألم الناتج من الضغوط النفسية، حيث يلجأ الفرد إلى إيجاد أسباب منطقية لسلوكه؛ لإخفاء الحقيقة عن الذات، والمحافظة على احترامه لنفسه، وتجنبه للشعور بالألم (عبيدة، ٢٠٠٨).
- **الإنكار (Denial):** هو رفض لقبول الواقع الذي سبب الضغط النفسي، كأن ينكر الفرد موت شخص عزيز عليه، وكذلك عند حدوث الكوارث، أو الحروب، حيث

- يبتعد عن الواقع؛ لأنه مؤلم جداً، وخلال استعمال النكران فإننا نكون قادرين على حماية النفس من الظروف المؤلمة التي تسبب الضغط النفسي (عوض، ٢٠٠١).
- **التسامي (Sublimation):** هو الارتفاع بالدوافع التي لا يقبلها المجتمع، وتسبب ضغطاً نفسياً، وتصعيدها إلى مستوى أعلى، أو أسمى، والتعبير عنها بوسائل مقبولة اجتماعياً، فالإنسان العدوانى يحول دوافعه إلى أشياء جيدة مقبولة لدى المجتمع مثل المصارعة، الملاكمة؛ ليقفل الضغط النفسي (يوسف، ٢٠٠٧).
 - **النكوص (Regression):** يستخدم الفرد هنا الطرائق وأساليب طفولية في تعامله مع الضغوط، ويكون ذلك بالعودة إلى استخدام قديم كان قد اعتاده للعودة إلى سلوكيات سابقة كانت تحقق له الشعور بالأمن.
 - **التحويل (Displacement):** هو نقل موضوع العاطفة، أو التخيلات من موضوعها الأول إلى موضوع آخر وبلجاً الفرد إلى تحويل أمام ضغط داخلي، ومقاومة خاصة من موضوع الضغط وهو يندفع نحو إطلاق التوتر، ولكن مصدر التوتر يكون خطراً، أو مقاوماً، أو لا يرغب في إزعاجه، وهنا يتحول إلى مصدر آخر، يكون أقل خطراً، أو يكون أقل قيمة عنده، ويجعله موضوعاً لإطلاق توتره، فالتحويل هو السلوك الذي يكون متجهاً على نحو الأحداث غير المقبولة (العارضة، ١٩٩٨، ٢١).
 - **الإسقاط (Projection):** في هذا الأسلوب يعزو الفرد أفكاره غير المقبولة إلى أفراد آخرين، ويؤدي ذلك إلى سوء إدراك الآخرين ومعرفة سلوكهم؛ لذلك فإنه يجري أحياناً التعامل مع الضغوط النفسية غير المقبولة بإسقاطها على الآخرين، فالشخص الذي يشعر بالغضب يدرك العالم يتميز بالعنف والعداء.
 - **الخيال (Fantasy):** إنَّ الخيال يخفف عن الإنسان كثيراً ممَّا يقع عليه من ضغط نفسي، إلا أنه يمكن أن يصبح حالة مرضية إذا ما استمر الفرد في استخدامه ويتحول الواقع إلى أحلام اليقظة (المنذوق، ١٩٩٩، ٨٥).
- يمكننا القول إنَّ هناك عدة أساليب يستخدمها الأفراد في أثناء مواجهتهم للضغوط النفسية التي تؤثر في استجاباتهم النفسية، والجسدية، والسلوكية؛ وذلك لخفض الحالة السلبية التي تسببها تلك الضغوط، ويختلف أسلوب التعامل مع المواقف الضاغطة باختلاف المواقف وباختلاف تقويم الضغط النفسي وقد يكون غير ناجح، والتركيز على أساليب تعامل متعددة أفضل من الاعتماد على أسلوب واحد، حيث يؤدي ذلك إلى حفظ تكامل الفرد وإتزانه وتفرده.

المبحث الثاني: الانحرافات الجنسية:

- التعريف المعجمي:

هو الوصول إلى النشوة مع موضوعات جنسية مخالفة مثل: الجنسية المثلية، أو اللواط، أو من خلال مناطق جسدية مغايرة كالنكاح الشرجي وذلك حين تخضع النشوة بشكل قسري بعض الشروط الخارجية مثل النظار والسادومازوشية، والتتكر بزي النساء؛ وقد تؤدي هذه الشروط بحد ذاتها إلى النزوة الجنسية (لا بلانش جان ديونتاليس، ترجمة حجازي مصطفى، ١٩٩٧، ٢٨٨).

- التعريف الاصطلاحي:

يقول حامد زهران (١٩٩٧) أنها تعرف أيضاً باسم الأمراض الجنسية ويلاحظ أنه في السلوك الجنسي بصفة عامة والمشكلات الجنسية بصفة خاصة يصعب وضع الحد الفاصل بين الانحراف والشذوذ، وبحيث يقول البعض أن المشكلات هي أساس كل المشاكل واضطرابات السلوك الأخرى.

كما يعرفها دوجلاس توم (١٩٩٧) هو سلوك جنسي شاذ، قد يكون اضطراباً في حد ذاته، أو عرض بمرض عصابي، أو ذهاني (حامد زهران، ١٩٩٧، ٢١٤).

كما يعرف الانحراف الجنسي بأنه كل فعالية جنسية واقعية، أو خيالية تنتهي عند الفرد بحصوله على اللذة والمتعة البديلة عن الممارسة الطبيعية، والتي يكررها الفرد رغم زوال ظروفه الاضطرارية لممارستها الأولى على الرغم من توفر إمكانية الممارسة الطبيعية مع الفرد بالغ من الجنس الآخر، أو هو انحراف لا يتفق مع المعايير والتقاليد الاجتماعية والشخص الذي يعاني من الخلل الوظيفي الجنسي على العكس من الشخص الشاذ جنسياً حيث إنَّ هذا الأخير لا يعاني من كرب نفسي؛ بسبب شذوذه لذلك فإنَّ الشخص الشاذ جنسياً لا يمكن اكتشافه إلا بمحض الصدفة من خلال عضو في العائلة، أو زميله في العمل فلا يريد العلاج حتى لا يفضح نفسه؛ وهذا يعكس الشخص الذي لديه خلل جنسي وظيفي.

وقد قام لورانس هايتز مؤلف كتاب الشذوذ الجنسي عن الذكور بإعطاء هذا التعريف "الشذوذ هو اندفاع شخص ما في سنوات البلوغ؛ بسبب جاذبية جنسية

تفضيلية إلى أعضاء من نفس جنسه والذي عادة، ولكن ليس بالضرورة يقوم بعلاقة جنسية علنية معهم (آمال باظة، ١٩٩٨).

يصف الدليل الإحصائي التشخيصي الأمريكي للأمراض النفسية انحراف البارافيليا Paraphilia's (الانحرافات الجنسية)، بأنه مجموعة من الاضطرابات، تتضمن الجاذبية لأشياء غير طبيعية، أو غير مألوفة وإلى مجموعة من الاضطرابات الجنسية التي تبدو فيها الأنشطة الجنسية غير طبيعية، أو غير عادية، فهي تشمل إما انجذاب، أو ميل لأشياء غير طبيعية، أو القيام بنشاط جنسي غير طبيعي ويجب أن يستمر العرض لمدة ستة شهور حتى يمكن تشخيص صاحبه بهذا الانحراف وفقاً للدليل التشخيصي الأمريكي، فالحالات العارضة لا تدخل ضمن هذا الانحراف فيشترط استمرار الأعراض لفترة من الزمن ولا يشخص المرض؛ لذلك إذا أتى الفعل بصورة عرضية، أو بالصدفة فلقد دلت بعض الإحصاءات الأمريكية أن هناك ٥٠% من الرجال قد حدث لهم أن نظروا إلى امرأة عارية، والحقيقة أن هناك بعض الأشخاص الذين يظهرون بعض الانحرافات الجنسية، ولكنها ترجع إلى اضطرابات عقلية أخرى مثل: ذهان الفصام، أو ذهان الاكتئاب، أو غير ذلك من اضطرابات الشخصية.

والحقيقة أنه لا توجد إحصاءات دقيقة عن هؤلاء المنحرفين، ففي الدراسات المسحية يرفض كثير من الأفراد الكشف عن اضطراباتهم الجنسية، وكذلك الإحصائيات الجنائية؛ لأنَّ هناك كثير من الجرائم التي لا يتم تسجيلها، أو لا يتم الإبلاغ عنها وفي جرائم التلصص قد تشعر الضحية بمن كان يتلصص ورؤيتها، تدل الإحصاءات على أن نسبة كبيرة من الذكور هم الذين يعانون من الانحرافات الجنسية مقارنة بالنساء، حتى مع انحراف الماسوشية (Davison, G. C. & Neak, J. M, 2001, 387).

تصنيف الانحرافات الجنسية:

نعلم أن الانحرافات الجنسية كثيرة وهي تختلف في تصنيفها وهذا حسب (حامد زهران، ١٩٩٧):

- **حسب الموضوع:** وتتمثل في جنسية ذاتية، ومثلية، وجنسية غيرية، وجنسية طفلية، وجنسية حيوانية.
 - **حسب التعبير:** جنسية فموية، وجنسية شرجية، جنسية مازوشية، واحتكاك جنسي، وتلصص جنسي، استعراض جنسي.
 - **مزيج بين الاثنين:** جنسية غيرية فموية، وجنسية غيرية شرجية، جنسية مثلية شرجية، وسادية غيرية، وجنسية سادية مثلية.
- من خلال ما سبق نفهم أن الانحرافات صنفت حسب الموضوع المختار للممارسة الجنسية، والطريقة، أو المناطق المستعملة لهذه الممارسة، كما تكون مزيجاً من الاثنين؛ وهذا طبعاً لكي يصل المنحرف إلى الإشباع الجنسي.
- دراسة الغامدي مختار زيادي (٢٠١١) بعنوان: اتجاهات الشباب نحو الانحرافات الجنسية وعلاقتها ببعض المتغيرات، بلغ العينة (١١٦) مفحوصاً، وقد استخدم مقياس الاتجاهات نحو الانحرافات الجنسية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: إنَّ الانحرافات الجنسية تسود بدرجات وسط العينة. وعدم وجود فروق في الانحرافات الجنسية تعزى لمتغيرات النوع والعمر والمستوى التعليمي.

أسباب الانحرافات الجنسية:

إنَّ انتشار هذه الظاهرة لا بدَّ من أن تكون وراءه عدة أسباب وعوامل أدت إلى حدوثه وهذه الأسباب كثيرة ومتنوعة وهي:

١ - أسباب أسرية واجتماعية تربوية:

- العلاقات الوالدية المتسمة بالتقييد والاستكبار واستنقار الأمور والحساسية المفرطة التي تولد الصراعات والقلق، والكبت الجنسي والمخاوف.
- الافتقار إلى التربية الجنسية السليمة.
- الفقر الديني سواء في الجانب العقيدي والجانب الشرعي من حيث معرفة الحكم الفقهي.
- الجهل والفقر الثقافي بصورة عامة مضاف إلى الفقر في المعلومات الصحية، والجهل بمضار الانحرافات الجنسية.
- ضعف العامل التربوي الواقعي وانعدامه.

- قسوة الظروف.
 - العنوسة، تأخر الزواج، أو الطلاق، أو الترميل.
 - الانحطاط البيئي.
 - الإقامة الطويلة في المؤسسات الداخلية مع أفراد من نفس الجنس (كالسجون والمؤسسات الإيوائية، أهمها الإقامات الجامعية الخاص).
 - سهولة الانقياد.
 - التنشئة الخاطئة أيام الطفولة والمراهقة بما يؤدي إلى كبت جنسي، والقلق والمخاوف والأوهام الجنسية.
 - حالات الحرمان العاطفي.
 - حالات الحمل غير الشرعي تكون مصاحبة بالكثير من الصراعات النفسية التي تؤدي إلى الانحرافات.
 - عدم إشباع الدافع الجنسي بالطرق المشروعة، الزواج، أو العفاف فتتساب الطاقة في مسالك أخرى من السلوك الشاذ.
 - التأثير بما تنشره المؤسسات الاستعمارية الجديدة التي تغزو بلادنا ثقافياً والتي تستهدف شبابنا وتركز على تضييعهم وجرحهم إلى مستنقعات الرذيلة والفساد من خلال ما تنشره من الصور، والأفلام الخليعة والإباحية على الفضائيات وشبكة الإنترنت خصوصاً مع عصر التكنولوجيا الذي نعيشه الآن.
- دراسة محبوب محمد هاشمي (٢٠٠٥) بعنوان: الانحرافات الجنسية وسط الشباب، تكونت العينة من (١٢٣) مفحوصاً موزعة بالتساوي بين الذكور والاناث، وقد استخدم مقياس الانحرافات الجنسية، وتوصلت الدراسة إلى نتائج الآتية: إنَّ الانحرافات الجنسية وسط الشباب مرتفعة، وجود فروق في الانحرافات الجنسية تعزى للنوع لصالح الذكور.

٢- أسباب جسمية عضوية فيسيولوجية حيوية منها:

- ما يعترى الفرد من اختلال في معدل إفرازاتها كما يحدث في حالات البلوغ متأخرة أكثر من المعتاد.
- ما يحدث من أمراض، أو عاهات، أو عيوب خلقية تؤثر في وظائف الجهاز التناسلي كما في حالات العقم والضعف الجنسي.

- كثرة الاستمنااء الذاتي؛ والذي يدل على عدم التوافق الجنسي الطبيعي.
- وجود خلل في إفرازات بعض الغدد المسؤولة عن نمو الأعضاء التناسلية كالغدة النخامية، والغدة الجاركلوية، والغدد التناسلية.
- الضعف الجنسي.
- البرود الجنسي.
- الأمراض العقلية.
- نقص خصائص النمو الجنسية (القريطى أمين، ١٩٩٧، ٣٨-٣٩).

دراسة كمال حسن مزامير (٢٠٠٤) بعنوان الانحرافات الجنسية والصحة النفسية وسط المراهقين والشباب تكونت العينة من (١٦٥) فرداً، وقد استخدم مقياسي الانحرافات الجنسية والصحة النفسية، وتوصلت الدراسة النتائج الآتية: إنَّ الانحرافات الجنسية تتميز بالارتفاع، بينما تتميز الصحة النفسية بالانخفاض، ووجود علاقة ارتباطية عكسية بين المتغيرين، وجود فروق في المتغيرين تبعاً للنوع وذلك لصالح الذكور.

٣- أسباب نفسية:

يرى حامد زهران (١٩٩٧) أن الأسباب النفسية هي الرئيسية في ظهور الانحرافات الجنسية وتكون هذه الأسباب على شكل صراعات بين القيم الأخلاقية والمعايير الاجتماعية، وبين الرغبة الجنسية وتضخم الأنا الأعلى وضعف الأنا، والخواق الجنسي، وعدم تقبل الجنس، والتنشيت على مرحلة سابقة كعشق الذات، وعدم الانتقال إلى مرحلة الاهتمام بالناس، واضطراب النمو النفس- جنسي والكبت، والنكوص الانفعالي، والتقمص العكسي، والعدوان اللاشعوري وضعف الإرادة، والقابلية للاستهواء، والشعور بعدم الكفاءة الجنسية والخبرات السيئة، والصادمة، والخبرات الجنسية في الطفولة التقمص بالمعتدي، كما لا ننسى كذلك العقد النفسية غير المحلولة.

كعقدة أوديب، والكتر، وعقدة الخساء، والبغاء وفي الأحيان يكون الضعف العقلي من الأسباب الرئيسية كما يمكن ألا يكون للفرد أي اضطراب نفسي، لكن نقص اللذة والسعادة في الحياة يدفعانه إلى ممارسة الجنس كمصدر للذة والسعادة.

وتعتبر مدرسة التحليل النفسي الكادييسكية أن السلوك الشاذ جنسياً يُعد فشلاً في إنهاء العلاقة الأودكسية، أو عدم القدرة على التوحد مع الوالد من نفس جنس الفرد ينتج أن المنحرف جنسياً يجب دائماً تفحص أعضائه التناسلية وأعضاء غيره ليهدي من قلقه المرتبط بالخصاء، وتخفيف الشكوك المتصلة بالكفاءة الجنسية (عبد الرحمن العيسوي، ١٩٩٨، ١٩٥).

دراسة حسين هاشم الناجي (٢٠٠١) التي تناولت مدى انتشار الانحرافات الجنسية لدى عينة من الطلاب العراقيين، وقد استخدم مقياس الانحرافات الجنسية، بلغت العينة (٢٢١) مفحصاً، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: إنَّ الانحرافات الجنسية تسود بدرجات عالية وسط أفراد العينة، وأن الذكور هم أكثر ممارسة للانحرافات الجنسية من الإناث.

أعراض الانحرافات الجنسية:

قد تكون الانحرافات الجنسية مشكلة محددة نسبياً في شخص عادي، وقد تكون مجرد أعراض مرض نفسي عصابي، أو ذهاني، ويتصف السلوك الجنسي هنا بأنه يسعى للوصول إلى الإشباع الجنسي والحصول عليه بطرق شاذة ومنحرفة غير تلك الطرق المقبولة العادية وهي الجماع المشروع مع الجنس الآخر، وفيما يلي أهم أعراض الانحرافات الجنسية:

١- نحو نفس الجنس:

الجنسية المثلية (اللواط، أو السحاق، أي الانجذاب الجنسي، أو النشاط الجنسي مع الشريك من نفس الجنس) وقد تكون عامة، أو موقفية (كما في حالة المساجين والبحارة والسكن الداخلي) وقد تكون موجبة، أو سالبة، أو متبادلة.

٢- نحو موضوعات مادية:

الأثرية، أو الفتيشية (التعلق الجنسي بالأشياء التي يستعملها الجنس الآخر كاللباس، أو الجزء من جسمه كالشعر مثلاً، والاشباع عن طريقها بدلاً من الشخص نفسه).

٣- نحو المومسات:

البلغاء والاستهتار والاستسلام الجنسيان (لدى الجنسين).

٤- نحو الذات:

النشاط الجنسي الذاتي المفرط (العادة السرية)، واستخدام الأدوات البديلة (الصناعية، أو الطبيعية)، والنرجسية (عشق الذات).

٥- انحراف الدرجة:

الإفراط الجنسي، والشبقية المرضية (الشهوة المرضية)، والعزوف الذي يصاحبه التقزز والاشمئزاز وعدم الرغبة، البرود الجنسي (عند المرأة) والعنة (الضعف الجنسي عند الرجل).

٦- المظهرية:

الاستعراض، أو الاستعراء في الأماكن العامة، والرغبة في لبس الجنس الآخر.

٧- إجرائية (تعبيرية):

السادية (حب التعذيب للمحبوب) والماسوكية (حب العذاب من المحبوب)، والاحتكاك الجنسي (الذي يشاهد في المواصلات المكتظة)، والجنسية الفموية والجنسية الشرجية.

٨- إجرامية:

الاعتصاب، هتك العرض، وجماع الأطفال، والشيوخ وضعاف العقول.

٩- الحيوانية:

جماع الحيوان (وهذا شائع في الريف والبدو).

١٠- نادرة:

جماع المحارم، جماع الموتى.

١١- أخرى:

الإباحية الجنسية والفرجة الجنسية، أو التطلع (الجسم العاري، أو العملية الجنسية)، المنع المرضي، العصاب الجنسي (عند المرأة التي تستنار جنسياً ولا يتم إشباعها)، والاكتفاء بالصور والمؤلفات الجنسية، والفحش الجنسي (الكتابة والرسم الجنسي خاصة في دورات المياه والأماكن العامة) (حامد زهران، ٢٠٠١، ٤٥٤-٤٥٥).

دراسة ميشيل ارتيتا فريمينيو وسط الشباب الجامعي ببريطانيا، تكونت العينة من (٣٣٢) فرداً، وقد استخدم مقياس الانحرافات الجنسية، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: إنَّ الانحرافات الجنسية تتميز بدرجات مرتفعة وسط العينة، ووجود فروق في الانحرافات الجنسية تبعاً لمتغير النوع لصالح الذكور، ولمتغير العمر لصالح الفئة العمرية الكبرى، ولمتغير المستوى التعليمي لصالح المستوى التعليمي الأدنى.

أنواع الانحرافات الجنسية:

١- السادية Sadism:

يطلق على السادية جنون القسوة، أو التلذذ الجنسي عن طريق إنزال القسوة بالطرف الآخر وهي انحراف من الانحرافات الجنسية، وتُعد الماسوشية عكسها، وهي استقرار اللذة الجنسية من وقوع الأذى على الذات، أو من الطرف الآخر، وحنون الانتقام هذا دليل على وجود غريزة الموت، أو التدمير، أو التحطيم عند فرويد ولقطة سادية مشتقة من اسم الماركيز دى ساد الفرنسي الذي عاش في القرن ال ١٨ الميلادي، وكانت حياته مليئة بالسلوك السادي أي أن إنزال الأذى والألم بضحاياه. ويعتبر بعض علماء مدرسة التحليل النفسي أن قيام الطفل الصغير بعض غيره بأسنانه عندما تقوى وتشتد هذه الأسنان تعبير عن بداية السادية (الحفني عبد المنعم، ١٩٩٤، ٧٥٣).

وصاحب انحراف السادية يستدر اللذة، أو يتحصل على اللذة من إساءة معاملة الآخرين من أي نوع من الجنسين، الذكور، أو الإناث، وقد يطلق هذا الاصطلاح بعيداً عن الجنس على حسب القسوة، ولكنه في صورته الجنسية عبارة عن الشعور باللذة الجنسية من إيقاع الأذى، أو إنزال الأذى بالغير ومعاملة الطرف الآخر معاملة سيئة وتعمد إهانته، أو إيذائه؛ ترجع هذه التسمية إلى اسم الماركيز دى ساد (١٧١٤-١٧٤٠) وهي قصص فرنسية، وقد يكتفي المريض بإيقاع الأذى بالطرف الآخر دون ممارسة الجنس، وفي بعض الحالات يكون الإيذاء مقدمة للنشاط الجنسي فهو تسلط وقسوة وعدوان على شخص آخر مع روح الانتقام والإذلال، والاستغلال والإحباط، وقد تتخذ شكل الإيذاء البدني، أو الإيذاء النفسي كما يظهر ذلك في الضرب، أو الإهانة لموضوع الحب (كمال دسوقي، ١٩٩٨، ١٢٩).

للحصول على الإشباع الجنسي، أو لزيادة مقداره يتم ذلك عن طريق إنزال الألم، أو المعاناة النفسية كالإهانة بالطرف الآخر ويحدث ذلك في حالة الإصابة بالسادية، أما استدرار اللذة في إيقاع الأذى بالنفس فيرتبط بانحراف الماسوشية ويوجد هذان الانحرافان في أصحاب الجنسية المثلية والجنسية الغيرية على حد سواء، ولكن الغالبية ٨٥% منهم من أصحاب الجنسية الغيرية أي سوية، ويصيب هذان الانحرافان النساء والرجال ولقد تبين أن هناك نحو ٣٠% من أعضاء الانحراف من النساء في الولايات المتحدة الأمريكية ويعانى السادي أيضاً من الكحولية، ويبدأ هذا الانحراف في بداية الرشد وأصحابه يشعرون بالرضا عن انحرافهم هذا وحياتهم الأخرى عادية؛ وتدل الإحصائيات على أن دخلهم فوق المتوسط وكذلك مستواهم التعليمي، ويقيم الشخص السادي علاقة مع شخص ماسوشي وهذا الشخص قد يكون من نفس الجنس الذي ينتمي إليه السادي، أو قد يكون طفلاً، أو حيواناً.

وتدل الإحصائيات على أن هناك في المجتمع الأمريكي نحو ١٠% من مجموع السكان قد انخرطوا في لون آخر من ألوان النشاط السادي الماسوشي يفعل ذلك مع أناس مثل شريكة الحياة حيث يعتمد إلى عصب أعينها blind flooding ولكنهم لا يمارسون ذلك بصفة دائمة، وقد يمارس المنحرف الصفع على الوجه وspanking، أو يضرب بالكف ويويخ بشدة، وقد ينتقل الفرد من السادية إلى الماسوشية والعكس صحيح، ولكنه شبه انتشار الماسوشية أكثر من نسبة السادية ويشمل نشاط الشخص الماسوشي وضع قيود restrains وعصب العينين، والضرب أو الصفع بالسوط، أو الجلد وقد يصل الأمر إلى التعرض للصدمة الكهربائية، أو إحداث الجروح والإهانة، أو التبول داخل المرأة، أو يقبر قوتها، أو وضع طوق الكلب في العنق والنباح كما يفعل الكلب، أو البقاء عارياً، أو تقمص دور العبد، أو الرقيق، وتلقي الأوامر من القائد الأعلى، أو التصرف كالطفل الرضيع الذي لا حول له ولا قوة، ومن المظاهر الخطرة لانحراف الماسوشية ما يعرف باسم الحرمان من الأوكسجين، ثم ممارسة الجنس تحت هذه الظروف، وقد يقتل السادي الضحية (Davison K G. C & Neale, J. M, 2001, 395).

دراسة جون مايكل سبريان (٢٠٠٤) بعنوان: الانحرافات الجنسية وعلاقتها بالاكنتاب وسط الطلاب بأمريكا، تكونت العينة من (٢٣٢) مفحصاً، وقد استخدم

مقياسي الانحرافات الجنسية والاكتئاب، وتوصلت الدراسة النتائج الآتية: إن الانحرافات الجنسية والاكتئاب يتميزان بالارتفاع وسط الطلاب، وجود فروق في بعض الانحرافات الجنسية (المثلية، السادية، العادة السرية، زنا المحارم) لصالح الذكور، بينما توجد فروق في الانحرافات الجنسية (المشاهدة، الزنا، الفمية) لصالح الإناث.

٢- الماسوشية Masochism:

وتستمد لفظة الماسوشية، أو المازوخية من اسم القمص ليوبولدفون زاخر مازوخ (Leopold von sacher-masoch) وهو روائي وصحفي نمساوي ولد عام ١٨٣٦ والذي كتب العديد من القصص والروايات حول عدد من الرجال الذين استمدوا لذتهم الجنسي من قيام النساء بإنزال العقاب بالرجال (عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٤، ٢٧).

والماسوشية هي ببساطة الشعور بالاستثارة والنشوة الجنسية عند تلقي الألم والإذلال من الآخر، وهي مرتبطة بالجنس وتصنف ضمن نطاق الشذوذ الجنسي وهي نقيض السادية، ففي حين يستمتع السادي ويستمتع لإيقاعه الألم على شريكة الجنس، فإنّ المازوخي يستثار ويتلذذ بتلقي الألم، لكن لكي يوصف الشخص بأنه مازوخي فلا بدّ أن يكون الألم حقيقي، أي مصحوب بفعل وليس مجرد تخيلات ورغبات، مثال على ذلك أن تطلب الزوجة من زوجها بأن يصفعها ويضربها أثناء ممارسة الجنس، ولا تشعر باللذة والنشوة الجنسية إلا عند قيامه بتلك الأمور.

والمازوخي عادةً ما يتلقى الألم من شخص آخر، وهذا الشخص، أو الشريك الجنسي يمكن أن يكون إنساناً عادياً وطبيعياً يقوم بتعذيب المازوخي بناء على طلبه، وفي حالات أخرى يمكن أن يكون الشريك الجنسي سادياً أي أنه يعشق توجيه الألم للآخرين أثناء الممارسة الجنسية، وفي هذه الحالة فإنّ الممارسة تسمى سادومازوخيم sadomasochism وغالباً ما يكون فيها اتفاق بين الطرفين، أي السادي والمازوخي على أدوارهم.

أي من يوجه الألم ومن يتلقاه، لذا فعادةً ما يرافق هذه الممارسة بعض التحضيرات، حيث يتم استخدام أدوات جنسية معينة، مثل: الأغلال والسلاسل والسياط، والحبال، والألعاب الجنسية، وكمامة الفم، وقد تتضمن الممارسة نواحي

نفسية أيضًا، كأن يؤدي السادي دور السيد Master بينما يمثل المازوخي دور العبد، أو الخادم Slave لكن المازوخية لا تستلزم دومًا وجود شريك جنسي، فأحيانًا يقوم الشخص المازوخي بتوجيه الألم إلى نفسه عن طريق الجلد، أو الجرح بالسكين، أو الحرق أثناء الممارسة العادة السرية (<http://www.rabbos.com>).

٣- التلصص الجنسي Voyeurism:

صاحب هذا الاضطراب يشعر باللذة الجنسية من التلصص، أو من رؤية الأفعال الجنسية، أو مراقبة النشاط الجنسي لدى الغير، بمعنى التطلع الجنسي، وهو انحراف يختلف عن انحراف كشف العورة وفي هذا الانحرافات التطلع، أو المشاهدة، أو التلصص يحل محل الفعل الجنسي الصريح، ويشعر المريض باللذة من مشاهدة امرأة عارية، أو أشخاص مجردين من ملابسهم، أو من مشاهدة، أو ملاحظة أشخاص وهم يمارسون الجنس، وقد يصاحب التلصص ممارسة العادة السرية، فقد تنشأ هذه الحالة من تعرض المريض لكف شديد لدوافعه الجنسية، وهنا يكفي بالمشاهدة. ويصفه علماء النفس التحليليون بأنه شخص يخاف على نفسه من الإخفاء (عبد المنعم الحنفي، ١٩٩٤، ٩٥٩).

ويستمد المريض لذته الجنسية من التطلع، أو الرؤية، أو مشاهدة الأعضاء التناسلية لشخص آخر ويشعر المريض بالمتعة الجنسية من رؤية، أو سماع أفعال جنسية، كأن يرى خلع ملابس الغير، أو الاتصال الجنسي بين الآخرين، وقد يظهر هذا الانحراف في الميل نحو قراءة الكتب الداعرة، أو الهابطة ومشاهدة الصور الخليعة وفيه يتم اختلاس النظر، أو استراق النظر (كمال دسوقي، ١٩٩٨، ١٥٨٦).

قد يتصادف أن يرى الرجل امرأة عارية Alidwomen صدفة دون عملها، ولكنه لا يشخص، أو يصنف كصاحب انحراف التلصص الجنسي، وقد يتخيل الرجل في خياله امرأة عارية، ولكنه لا يشخص بهذا الانحراف.

وإنما صاحب هذا الانحراف يعتمد استدرار اللذة الجنسية من مشاهدة الناس وهم عرايا، أو هم يمارسون الجماع، وأثناء المشاهدة، أو بعدها يمارس المنحرف العادة السرية حيث يتذكر ما شاهده، وقد يتخيل أنه يجامع المرأة التي يشاهدها، أو يتخيلها، وفي الغالب في هذا الانحراف لا يتم الاتصال المباشر بين الرجل والمرأة

التي يشاهدها، ومن الغريب أن المنحرف لا يثار إذا خلعت المرأة ملابسها خصيصاً له، أو من أجله؛ لأنّ عنصر المخاطرة هو المهم عنده؛ لأنه يثار بتوقع ماذا ستفعله المرأة عندما تكتشف أنه شاهدها ولذلك قد يشاهد سراً الأزواج والزوجات وهم في حالة جماع جنسي، وللأسف لا توجد إحصاءات دقيقة عن مدى انتشار هذا الانحراف؛ لأنّ معظم الجرائم من هذا النوع لا تسجل، أو لا يلاحظها الأمن، وفي الغالب ما يحاكم هؤلاء على الجريمة التسكع، أو غيرها من الجرائم أكثر من محاكمتهم بجريمة التلصص نفسها، وقد يبدأ هذا الانحراف في مرحلة المراهقة، ويشعر المنحرف بالخوف من ممارسة الجنس الفعلي مع الغير؛ وربما بسبب العجز في مهاراته الاجتماعية في الاتصال نحو ذلك، ومع ذلك فإنّ التلصص الجنسي عندهم يقوم بدور الإثباع، أو هو بديل عن الإثباع ويعطي هذا المريض شعوراً بالقوة والسيطرة على من شاهده، ولقد أدى رفع الحظر على بيع أدوات الأدب الداعر من صور وكتب في الدنمارك إلى انخفاض معدلات الجرائم التي تبلغ الشرطة حول هذه الجريمة؛ بسبب توفر ما يساعد هذه الحاجة الشاذة.

٤ - زنا الأقارب Insert:

زنا الأقارب، أو المحارم، أو غشيات الجرائم أي اتصال بين من تحرم الشريعة، أو القانون، أو العرف الاجتماعي الاتصال بهم.

وبذلك يكسر المريض الحاجز المحارمي Insert Barrier الذي يفرضه الدين، أو الشرع، أو العرف على الممارسات الجنسية بين محارم، وهو الحاجز الذي يسير الشعور بالذنب كلما ثارت الخيالات والأفكار والأحلام لدى المريض؛ لكسر هذا الحاجز، أو الاتصال الجنسي بإحدى طبقات محارمه (الحنفي عبد المنعم، ١٩٩٤، ٣٨٧).

فهذا الانحراف عبارة عن قيام علاقة جنسية بين أفراد من الجنسين، بين أشخاص يرتبطون برباط الدم، أو قرابة الدم، ويقصد به ما يقع من نشاط جنسي بين الأقارب الذين يحرم القانون، أو الشرع قيام علاقات زواجية بينهم، وهذا الانحراف أصوله في الفكر التحليلي في " عقدة أوديب " المنحدرة من تلك الأسطورة اليونانية التي تزوج فيها الفتى أوديب من أمه دون علم منها، وقد يقع هذا الفعل الجنسي

المؤتم بين أم وابن، بين أب وبننت، أو بين أخ وأخته، أو بين العمات والخالات (كمال دسوقي، ١٩٨٨، ٦٩٣).

وهذا التحريم ظاهرة عالمية في المجتمع الإنساني كله، فيما عدا الزواج لملوك الفراعنة القدماء الذين كانوا يتزوجون من شقيقاتهم، أو من الأقارب المقربين في داخل الأسرة، وكان الاعتقاد السائد في مصر القديمة أن الدم الملكي لا يتقبل أن يلوث بغيره الأسرة المالكة.

ولكن تحريم الزواج بين الأقارب يبدو اليوم في ظل العلم الحديث ظاهرة صحية؛ حيث يؤدي زواج الأقارب إلى إنجاب أطفال شواذ، أو مرض بأمراض وراثية؛ نظراً لارتباط الجينات المتنحية من الطرفين Recessive genes ولهذا تأثيرات بيولوجية سالبة على الزرية فلهذا التحريم أهمية علمية، ووراثية، وتطويرية، وأخلاقية، ودينية، ويسود في هذه الأسر جفاف الأب العاطفي وإهماله للأطفال، ويظهر هذا الانحراف في حالة ما تكون الأم عاجزة عن الحركة حيث تحمي الأم في غالب الأبناء من النشاط الجنسي داخل الأسرة ويلاحظ أن هناك فرقاً كبيراً بين الهيام بالأطفال وبين الزنا الأقارب؛ لأن زنا الأقارب يقع بين أعضاء الأسرة، كذلك فإن ضحايا هذا الانحراف يكونون أكبر سناً من الأطفال، الأب شاذ يبدأ بالاهتمام بابنته عندما تتضح جسمياً، بينما صاحب انحراف غُلْمَة الأطفال يهتم بالأطفال الصغار؛ لأنه هو نفسه غير ناضج جسمياً، وفي الغالب ما يكون المنحرف على معرفة سابقة بالطفل والتحرش الجنسي به Molest فهم من الجيران، أو الأصدقاء للأسرة ويرتبط هذا الانحراف أيضاً بتعاطي الخمر ويوجد بين حالات الاكتئاب وغالباً ما يكون المنحرف غير ناضج اجتماعياً، ويفتقر للشعور باحترام ذاته وفاقد القدرة على السيطرة على نفسه.

٥- الهيام بالأطفال Pedophilia:

وسيطلق هذا الانحراف مصطلح عشق الصغار Orpedicotion في هذا الانحراف يسعى المريض لتحقيق الإشباع الجنسي عن طريق الاتصال الجنسي بالطفل الصغير، ويؤدي هذا الانحراف لإصابة الطفل بصدمة نفسية قوية، وقد ينتج من شعور المريض بالعجز الجنسي مع الكبار، وعدم قدرته من الخوف من الفشل من ذلك، إلى جانب عدم النضج الانفعالي، أو النفسي، أو قد

يمارسه المريض تحت تأثير ما يضعف من وعيه وإرادته لتعاطي الخمر والمخدرات (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٥٨٨).

وقد يكون الاعتداء باليد، أو محاولة الجماع مع الصغير. ويتصل هذا الانحراف بانحراف آخر هو الفسق بالصغار وهو كأن حدوث جماع في الدبر مع الطفل من نفس الجنس أي أنه اتصال جنسي أستبي مع ذكر صغير، أو شاب، وهو عبارة عن عشق الأطفال أي وجود نزوة جنسية لدى الشخص الكبير نحو الأطفال، وينتشر هذا الانحراف بين المصابين " بالسيكوباتية "، أو بين المرضى العصاب النفسي، وفي الغالب ما يكون المنحرف حاجزاً جنسياً مع النساء (كمال دسوقي، ١٩٩٨، ١٠٤٥).

الشخص الكبير المصاب بهذا الانحراف يستدر لذة جنسية، أو إشباعاً جنسياً من الأطفال ومن خلال الاتصال الفيزيقي، أو الجنس من الأطفال، ويشترط أن يكون المنحرف بالغاً من العمر ١٦ عاماً، وأن يكبر الضحية بخمسة سنوات على الأقل. ويكثر انتشار هذا الانحراف بين الرجال عنه بين الإناث، وكثيراً ما يصاحب بعض اضطرابات المزاج والقلق، أو الحصر واستعمال الكحوليات وغير ذلك من الانحرافات الجنسية، والمصاب بهذا الانحراف قد يكون مثلي الجنسية، وقد يكون غيري الجنسية، وفي السنوات الأخيرة قام المنحرفون باستخدام شبكة الإنترنت في إغراء الأطفال والاتصال بهم وليس من الضروري أن يصاحب هذه الجريمة العنف، ولكنه قد يحدث، ولكن المنحرف يثير الخوف من نفس الطفل عن طريق قيامه بذبح قطة أمامه، أو ما أشبه ذلك إثارة الرعب في نفس الطفل حتى يستسلم له ولا يقاوم ويتوعد الطفل بكثير من الأذى إذا ما أخبر والديه بما وقع له، وقد يكتفي المنحرف بلمس شعر الطفل وقد يلامس أعضائه التناسلية؛ لكي يشجع الطفل على أن يفعل بالمثل معه وفي حالات قليلة يتمّ فيها محاولة الإيلاج بالطفل Intromission هذا السلوك The malestotions قد يفكر لمدة أسبوع، أو أكثر، أو حتى لسنوات إذا لم يتمّ اكتشاف الجريمة، وهناك قلة من أصحاب هذا الانحراف الذين يعانون من "السادية الجنسية"، أو من أصحاب الشخصية المجتمع، أو "السيكوباتية" قد يلحقون كثيراً من الأذى بجسم الطفل، وفي هذه الحالة يغلب على هذا الانحراف أن يكون جريمة اغتصاب (Davison, G.C & Neale, J. M., 2001, 388).

٦- الفتيشية **Fetishism**:

وهو عبارة عن انحراف مؤداه التعلق الشديد والمرضي بأشياء لها علاقة بالجنس الآخر (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٣٠٦). كالملابس الداخلية، أو المنديل، أو حمالة الصدر، أو قطعة من الثياب كالجوارب، أو القميص، فمصدره اللذة هنا هو الرمز وليس الشخص (عطوف محمود ياسين، ١٩٨١، ٢٥٧-٢٥٨). ويصل المريض إلى الإشباع الجنسي من مجرد الاحتكاك بموضوع حب معين، قد يكون جزءاً من الجسم، أو قطعة من الملابس، أو خصلة من الشعر وكذلك العطور، وقد تصل إلى أجزاء من الجسم كالقدم، أو الرجل، أو الثدي، أو الأذن، وقد يلجأ المريض إلى السرقة للحصول على هذه الأشياء، وقد يحتفظ بها وقد تتراكم عنده كميات كبيرة وقد يحدث هذا الارتباط بين الفعل الجنسي وشيء معين عن طريق الارتباط الشرطي، أو التحكم الشرطي وصاحب هذا الانحراف، أو الاضطراب يخاف من العجز الجنسي، ومن الفشل والإذلال، وقد يكون هذا الانحراف سبباً في الإصابة بانحراف السرقة القهرية، أو جنون، أو هوس السرقة حيث يعتمد المنحرف إلى سرقة الملابس الداخلية النسائية وغيرها (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٣٠٦). وقد يمارس المريض العادة السرية في وجود هذه المتعلقات، ويكثر هذا الانحراف بين الذكور، حيث يميل المنحرف إلى الإشباع الجنسي من أشياء غير حية حيث يفضل هذه الأشياء ويعتبرها أمراً ضرورياً للإثارة الجنسية، وقد يصل الأمر إلى أن يقبل المريض هذه الأشياء ويحتضنها ويشمها، ويضعها فوق أعضائه التناسلية، حيث يكفي المريض بمجرد رؤيتها، أو مشاهدتها والتمتع فيها، بينما يقوم هو بممارسة العادة السرية في حضور هذه الأشياء.

مع العلم أن هذه الأشياء قد تنثير الأشخاص العاديين، ولكن الأمر يختلف في درجة إثارتها بالنسبة لهم، فالمريض يشعر بالإثارة عندما يرى حذاء المرأة. ولهذا الاضطراب جذوره الأولى منذ الطفولة والمراهقة، وفي الغالب ما يوجد في الشخص المنحرف جنسياً من نوع الاضطرابات الجنسية إلى جانب التعلق بالأثر هذا مثل: السادية، والماسوشية، والهيام بالأطفال (Davison, G. C. & Neale, J. M., 2001, 387).

٧- كشف العورة Exhibitionism:

في هذا الانحراف يشعر المريض باللذة الجنسية من عرض أعضائه التناسلية على الغير، وقد تصل اللذة إلى حد القذف عندما يلفت الأنظار إليه.

ويكون الاستعراض بقصد إثارة الدوافع الجنسية، وقد يمارس هذه العادة الضعاف جنسياً، حيث يسعى المريض إلى لفت الأنظار إليه وإجبار المشاهدين لما يريد أن يشاهده فيه، ويقال إن المرأة بشكل عام تميل إلى الإظهارية هذه ولكن المجتمع الغربي يتقبل هذا الأمر منها ويعتبره أمراً طبيعياً، وقد تفعل المرأة ذلك تعويضاً عن شعورها الدفين بفقدان هذا الأمر، وقد يظهر هذا الانحراف لدى مرضى الاكتئاب ومرضى البرود الجنسي لإثبات الذات.

والإظهار الكامل غير معروف لدى النساء، وقد يظهر هذا الانحراف لدى ضعاف العقول، أو لدى أمراض الذهانات العقلية (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٢٨٧).

وقد يكون الضحية عبارة عن طفل صغير ويبدأ هذا الانحراف من مرحلة المراهقة وليس لدى المنحرف رغبة في حدوث اتصال حقيقي بينه وبين الضحية ويشعر المنحرف باللذة الجنسية من مجرد تخيله أنه يكشف عن عورته للآخرين، أو من الكشف العملي، وقد يمارس العادة السرية في أثناء التخييل هذا، أو في أثناء عرض سوءته بالفعل.

ويرتبط انحراف الاستعراض بالتلصص والاحتكاك الجنسي Frotteurism ويحرك المنحرف دافع لا يقاوم لكشف عورته، ويحركه كذلك القلق والشعور بعدم الراحة، وكذلك الإثارة الجنسية والدافع وراء السلوك القهري Compulsive ولذلك قد يكرر المنحرف نفس الفعل في نفس المكان وفي كل يوم وفي نفس الوقت، وقد يتعمد المنحرف الذهاب إلى الأماكن المزدحمة، أو في سيارات النقل العام، أم الممرات الضيقة ليمارس فيها نوع آخر من الانحراف الجنسي هو الاحتكاك، أو لمس شخص دون رغبته، فقد يحك المريض ذكره في أفضاخ النساء، أو في الأرداف، أو يلامس ثديها، أو أعضائها التناسلية، وللأسف هذا الانحراف لم يدرس بعد دراسة وافية، وقد يبدأ هذا النشاط منذ المراهقة، وقد يصاحبه انحرافات جنسية أخرى (عبد الرحمن محمد العيسوي، ٢٠٠٥، ٣٩-٤٠).

٨- جماع جثث الموتى *Necrophilia*:

اضطراب جنسي مؤداه اشتهاه المريض مضاجعة جثث الموتى، وقد تصاحبه السادية، أو الماسوشية، وقد يتمّ عن أفكار المريض أن المرأة المتوفاة قد توفيت فعلاً وهو بذلك نوع من الحداد المنحرف (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٥٠٧)، أو هو انحراف عبارة عن ميل جنسي نحو جثث الموتى من أفراد الجنس الآخر. حيث يرغب المريض في الاستيلاء على جسد المرأة المتوفاة بقصد الاتصال الجنسي، وقد يتصل هذا الانحراف بأكفان جثث الموتى (كمال دسوقي، ١٩٩٨، ٩٢١). وقد يصل الأمر بالمنحرف أن يقتل الضحية قبل أن يجامعها؛ لأنه يخشى الجماع مع امرأة حية، وقد يبحث عن الموتى حديثاً ويقوم بنبش القبر وممارسة الجماع مع الجثة Corpse ويتجول في المقابر لهذا الغرض (Stronge, J. R., 1965, 192).

٩- العنة، أو الارتخاء العناني *Impatience*:

هو حساسية جنسية تصيب بعض الرجال حيال بعض النساء مع وجود الرغبة عند الفرد، وقد تكون كلية، أو جزئية، ففي الأولى يتخاذل الرجل حيال كل امرأة، وفي الثانية حيال فريق خاص من النساء، وقد تكون أسلوباً للانتقام من امرأة لسوء معاملتها له، ويتخذ هذا العيب أشكالاً متعددة، فأحياناً يكون ضعفاً وارتخاء يطلق عليه: Pre-Mature Ejaculation وهو القذف المبسر ويقابل هذا العيب عند النساء برود المرأة *Frigidity*، أو تشنج المهبل وتلك حالة على غاية من الصعوبة لا يجد الرجل بها أي تجاوب من المرأة، وقد تظهر المشكلة بشكل معاكس هو الشبق الجنسي، أو الجنون الجنسي الذي يوجد عموماً عند النساء ويطلق عليه *Hymphmania* وعند الرجل ويطلق عليه الدموية الجنسية *Satyriasis*.

١٠- الجنس الولي والحب اللساني *Oral Sex*:

يعتبر هذا النوع من الانحرافات سلوكاً اعتيادياً في إطار الحضارة الغربية الشرقية كانت أم غربية ويستعمل فيه الرجل والمرأة اللسان كأداة للحصول على اللذة ويطلق على هذه الطريقة (الطريقة الفرنسية) في الحب.

وتشترك الحيوانات في هذا الأسلوب في معظم الحالات وثمة انحرافات جنسية عديدة بدأت ويمكن القول إنّ الحضارة الغربية قد صدرتها علينا فأثبتت وجودها في مجتمعنا خلال وسائل الإعلام وأدوات الثقافة، والأفلام، وعشرات الجسور الأخرى.

١١ - العلاقات الجنسية الجماعية والزواج المفتوح Group sex & open marriage:

شاعت في السنوات الأخيرة في أوروبا والولايات المتحدة وأستراليا ظاهرة اللقاءات الجنسية الجماعية بين أصدقاء الزوجين بنظام (الزواج المفتوح) (O'Neil George et Nena, open marriage, Avon Pubixhers, 1973, New York, U.S.A).

وخارج نطاق الأسرة بين الأصحاب والساحبات، وبين الأب وابنته، والأم وابنها، وضاعت حقيقة النسب للابن إلى أب شرعي، أو نسب البنت إلى أم شرعية، ويشبه هذا النظام (نظام السفاح) الجاهلي الذي كان منتشرًا في الجزيرة العربية قبل الإسلام؛ فأصبحت الظاهرة الجماعية جنسيًا Group sex نمطًا حديثًا للتححرر في منظار الحضارة الغربية، وقد انتشر في الولايات المتحدة وكندا ما يزيد على ٣٠٠ نادٍ للعرابة يتركز معظمها في كاليفورنيا وفلوريدا.

١٢ - النرجسية والانغماس في الإشباع العضوي لفرد Narcissism:

النرجسية هي حب الفرد لذاته وجسده والانغماس في ملذاته الجسدية، والإعجاب في رؤية الجسم على المرء عاريًا ومغازلته والإعجاب بكل شخص مشابه له في الجسم والملابس، وتتعكس النرجسية بأشكال عديدة كمصّ الإبهام وقضم الأظافر، ومضغ اللبان، أو الدخان، ومصمصّة الشفاه وعضها أحيانًا وكلها تعبير عن صراعات عصابية لا شعورية وتعويض عن رغبات مهزومة غير مشبعة.

١٣ - العكس الجنسي والقلب الجنسي The opposite sexual role، أو

التخنث Thansvestism:

يميل هذا الانحراف إلى ارتداء ملابس النساء، وليس من الضروري أن يكون صاحبه لواطياً يحاول أن يغوي الرجال، وهو يرتدي ملابس الرجال، فهو في الغالب غيري الجنسية أي يميل إلى أفراد الجنس الآخر، ولكنه يرغب على المستوى

اللاشعوري، في تقمص شخصية امرأة، وقد يعيش في الأنثى كلية خصوصاً حين يجد نفسه فجأة وسيم الشكل، ناعم البشرة، شديد البياض، ناعم الصوت، ضيق الكتفين، جذاباً، أقرب إلى طبيعة الأنثى منه إلى طبيعة الذكر، حتى أن بعضهم يلبسون ملابس النساء ويضعون المساحيق والزينة على وجوههم، ويرتدون الشعر الاصطناعي على رؤوسهم، وكذلك العطور النسائية حتى يصعب على الإنسان تمييزهم عن أي أنثى حتى في الأعمال المنزلية والأنثوية.

وقد نجد أن الأنثى تلعب دور الذكر لا سيما حين تجد نفسها بيولوجيا مفتولة العضلات، خشنة الصوت، وتلعب الهرمونات والأجهزة الغددية والعصبية دوراً جوهرياً في هذا العكس الجنسي (عطوف محمود ياسين، ١٩٨١، ٢٦٠).

ويرجع هذا العكس الجنسي والتخنت كذلك إلى تدليل الطفل وهو صغير على أنه أنثى والباسه ملابس البنات، حيث يتربس عند التشبه بالنساء (عبد المنعم الحفني، ١٩٩٤، ٩٢٤). ويرغب المريض في ارتداء ملابس الجنس الآخر، وكذلك يتقمص سلوكيات الجنس الآخر ويرتبط هذا بالإثارة الجنسية من ملاصقة الملابس الأنثوية لجسمه، ولقد وجد أحد المرضى وكان يلبس ملابس نسائية رقيقة جداً وشفافة ملاصقة لجسمه، ثم يلبس فوقها ملابس الرجالي (كمال دسوقي، ١٩٨٨، ١٥٢٨). وفي الغالب ما يصاحب هذا الانحراف انحرافات جنسية أخرى مثل الماسوشية، أو عدم الرضا عن التركيب التشريحي لجسم المريض (Davison, G. C & Neale, 2001, 387).

١٤ - الجنسية المثلية Homosexuality:

هي الميل لنفس النوع وهو الانجذاب لممارسة الجنس مع الطرف الآخر من نفس النوع، أي أنثى اتجاه أنثى، أو العكس وهو يختلف عن العلاقات الجنسية الأخرى (عبد المجيد، هبة محمد، ٢٠٠٨، ١٧٦).

هو ذلك الفرد الذي لا يشعر مطلقاً بميل جنسي تجاه أي فرد من الجنس الآخر، بل قد يشمئز من مجرد تصور أنه يمارس الجنس معه، ولكن عندما يكون فرداً من نفس الجنس فهو يثيره ويوقظ أحاسيسه ويحرك عواطفه، ويجعل الدماء متدفقة في أعضائه فيتمناه لنفسه فاعلاً، أو مفعولاً به، أو في كلا الوضعين وذلك هو الأغلب، وقد يتعلق به قلبه ويصير هو حبيبه وخليله لا يقبل شريكاً غيره

ويخونه، وتوجد درجات لذلك فقد يقتصر الأمر على الحسّ، أو تبادل العناق، والقبلات، أو ممارسة الجنس سطحياً بمجرد تلاصق الأجساد العارية، أو النصف عارية، أو قد يكون علاقة جنسية كاملة يتم فيها إدخال عضو التناسل لأحدهما في شرح الآخر حتى يتم الإنزال لكليهما؛ وتتحقق بذلك النشوة النهائية لكلاهما (عبد العزيز موسى، علا رشاد، ٢٠٠٨، ٢٨٧).

وحيث تنتشر هذه العلاقة الانحرافية بين الذكور يطلق عليها اللواط وحيث تنتشر بين الإناث يطلق عليها السحاق، أو المساحقة، أو اللزبانية Lesbianism وهي بدورها تنقسم إلى نوعين سلبية وإيجابية.

- الجنسية المثلية السلبية: يكون الشخص المثلي سلبياً، هو المفعول به أي أنه يلعب دور الخاضع (المرأة) خلال الممارسة الجنسية فهو شخصية تابعة.
- الجنسية المثلية الإيجابية: وتسمى أيضاً بالنشطة حيث يكون الشخص المثلي الإيجابي هو الفعل أي أنه يلعب دور القائد (الرجل) خلال الممارسة المثلية فهو ذو شخصية قائدة.

١٥- العادة السرية (الاستمناء):

وتطلق على كل استثارة لمسية ذاتية تؤدي إلى اللذة الجنسية فقد تكون الاستثارة بلمس الأعضاء التناسلية باليد، أو بالضغط عليها بأي شيء آخر ومن الخطأ اعتبارها انحرافاً جنسياً إذ هي عامة يمارسها الكبار والصغار، النساء والرجال المتزوجون منهم وغير المتزوجين، وتنتهي عموميتها عنها صفة الانحراف، أو الشذوذ فقد وجد (كنزى) أن نسبة من يمارسون العادة السرية من الرجال في أمريكا هي ٩٢% ترتفع إلى ٩٦% بين شباب الجامعة وأن ٩٦% من المتزوجين يمارسونها مرة على الأقل وكل أسبوعين. أما في النساء فهي منتشرة بينهنّ بنسبة ٦٢% كما أن غالبية النساء تشفق منها اللذة الجنسية قد تفوق أي لذة يحصلن عليها من الاتصال الجنسي وهذه الحالة لفتى يدمن العادة السرية إدمان شديد ولا يوفق في علاقاته الاجتماعية ولا سيما حين يتحدث مع فتاة أي حديث ولو كان عادي ليس وراءه أي قصد سيء، واتضح من دراسة حالته أنه كانت له محاولات جنسية في سن السادسة مع صغار الفتيات بقصد اللعب والتجريب وقوبلت محاولاته بالاشمئزاز والاستنكار، والتعبير المستمر من الوالدين فما عنده شعور بالخطيئة ترتب عليه في المستقبل حياته تشده مع نفسه وشعور بمقارنته واعتقاده باحتقار الناس له وميله للابتعاد

عنهم؛ وترتب عليه أيضاً سلوك تعويضي فيه تعسف في التدين والنظافة والأناقة، لكنه كان في نفس الوقت لا يقوى على مقاومة الرغبة الجنسية فلا يجد وسيلة للتعبير عنها إلا في الاستمناء باليد، ويشعر الولد بالغيرة من والده الذي تزوج بعد وفاة والدته بفتاة صغيرة السن، وكان الفتى إثر ذلك في أول دور المراهقة والغيرة في هذه الحالة مكبوتة كبتاً تاماً.

١٦- الجنسية الفموية:

هذا النوع من الانحراف يهدف إلى الحصول على اللذة الجنسية من خلال ملامسة الفم بالأعضاء التناسلية وهذا الانحراف منتشر سواء في الجنسية المختلفة، أو المثلية وفي بعض الدراسات في الولايات المتحدة تبين أن مدى انتشار هذا الانحراف يعتمد على درجة التعليم وينتشر بين أفراد الطبقات العليا إن رغبة إدخال عضو الذكورة في الفم ومصه هو ما يُعد عموماً أكثر الانحرافات الجنسية المقترزة وهو شيء شائع مع ذلك بين نساء اليوم.

١٧- جماع المسنين والشيوخ:

وهذا النوع من الانحراف نادراً لحد ما وفيه يتجه موضوع الجنس إلى المسنين فجد الشاب، أو الشابة يتجهان برغبتهما نحو كبار السن؛ وهذا تعويضاً عن حنان الأبوة والأمومة، وهذا الاتجاه لا يعتبر انحرافاً إذ أملتته ظروف اجتماعية، أو اقتصادية، أو حدث بضرورة الحاجة الجنسية (محمد جاسم العبيدي، ٢٠٠٩، ٩٥، ٩٦، ٩٨).

أهم النظريات المفسرة للانحرافات الجنسية:

- النظرية الوراثية: وهي التي تقول إنَّ الانحراف صفة موروثية في الكروموسومات ولا تتوفر الأدلة الكافية على ذلك وقد قدم بعض العلماء أمثلة على حدوث انحراف جنسي (كاللواط) في التوائم المتطابقة إلا أنهم قدموا أرقاماً وأعداداً غير مقنعة وذلك يجعل الرأي السائد بأنَّ الشذوذ الجنسي سلوك مكتسب يتعلمه الفرد في الظروف البيئية والمجتمع.
- النظريات الفلسفية: وأهمها الفلسفة الوجودية المعاصرة التي تعتبر أي سلوك بشري تعبيراً عن الوجود وتأكيداً له فالانحراف الجنسي في نظرها هو حب قتيل،

أو حب محطم والانحراف هو موقف العداة، أو التحدي ضد لذة الحياة، فلاستمناء هو إيذاء للجنس الآخر، وحب القاذورات تحدي للقرف، والافتضاحية عداة للتواضع والحياء.

- **النظريات النفسية:** وهي عماد التفسير للانحراف الجنسي ولكل مدرسة في علم النفس الحديث تفسرها نعددها فيما يلي:
- **النظرية السلوكية والتعلم الحديثة:** والتي تقول إن السلوك البشري سواء كان شاذاً أم طبيعياً هو مجرد عادة يتعلمها الإنسان وتترسخ فيه بحكم الظروف والتكرار ولا دور للعقل الباطن، أو الكتب فيها خاضعة لقوانين المنعكسات الشريطية التي تترسخ اللذة والتكرار.
- **نظرية التحليل النفسي الفردي:** وهو أقدر النظريات في تفسير الانحرافات وملخصها أن الطفل يمر بعدة مراحل من التطور والنضج الجنسي ويتعرض الطفل في كل مرحلة إلى شذائد تربية قد تسيء إلى تطور تلك المرحلة؛ وتؤدي إلى أنواع الكبت وعندما يصل الإنسان إلى مرحلة البلوغ والتكيف الاجتماعي مع الجنس الآخر تبدأ المكبوتات بداية دورها في تعريف العلاقة الجنسية الطبيعية.
- **الحوافز الخاصة:** وهي نظرية تعتبر الانحراف الجنسي ناشئاً عن خلل عضوي في بعض أجزاء الدماغ وقد فتح هذا الرأي ميداناً واسعاً وطريقاً لدراسة السلوك الجنسي.
- **النظريات العضوية:** التي تتعلق على التعويض والخلقة والهرمونات فالنظرية (الجنس الوسط) تقول إن الجنس غير المحدد يميل إلى الانحراف ولم يثبت ذلك من دراسة أطفالهم أما التكوين الجسمي الخاص ينسب إلى بعض المنحرفين كالحوض العريض والأكتاف الواسعة فلا تقتصر عليهم، بل وجدت في مجموعات أخرى من الناس ولم يظهر أي دليل على مصلحة تأثير الهرمونات الجنسية على سلوك المنحرفين.
- **العوامل المساعدة:** أي وجود ميول جنسية مكبوتة كان قد تحكم فيها الإنسان بإرادته وحكمته إلا أنها تبدأ بالظهور في حالات المرض الذي يضعف من قوة الضبط والوعي ويجد الانتباه إلى أن الانحراف الجنسي هو سلوك يدل على مرض الشخصية غايته إعادة التوافق الذاتي الذي تفنقر إليه تلك الشخصية

المريضة إلا أن الانحراف يكون عرضاً، أو ظاهرة لمرض نفسي آخر أي أنه يمكن أن يوجد في شخص يخاف من اضطرابات الشخصية وبالعكس (محمد جاسم العبيدي، ٢٠٠٩، ٩٣-٩٤).

دراسة وليم جيمس كيري (٢٠٠٣) بعنوان: الانحرافات الجنسية والشعور بالذنب وسط عينة من الطلاب بأمريكا، بلغ حجم العينة (٢٣٢) فرداً، وقد استخدم مقياسي الانحرافات الجنسية والشعور بالذنب، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية: إنّ الانحرافات الجنسية تتميز بالارتفاع وسط العينة، بينما الشعور بالذنب يتميز بالانخفاض، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين الانحرافات الجنسية والشعور بالذنب، وجود فروق في ممارسة الانحرافات الجنسية تعزى لمتغيري لنوع لصالح الذكور والعمر لصالح الفئة العمرية الكبرى.

المبحث الثالث: تعاطي المخدرات:

تعريف المخدرات:

- لغة:

كلمة مخدرات مشتقة من الفعل خدر يعني كل ما يؤدي للفتور، الكسل، الاسترخاء، النعاس والثقل في الأعضاء وقد يمنع الألم كثيراً، أو قليلاً.

- اصطلاحاً:

هو كل العقاقير من النباتات، الحيوانات، أو مشتقاتها، أو مركب من المركبات الكيميائية والمشروبات الحكولية التي تؤثر سلباً، أو إيجاباً على الكائن الحي، بالإضافة إلى الأدوية الممنوعة وأدوية العلاج المسموحة، هذه العقاقير تغير حالة الإنسان المزاجية ويعتمد عليها الإنسان في حياته؛ بسبب خاصيتها المخدرة ليس بسبب ضرورة علاج المرض الذي يستوجب تكرار استعمال دواء محدد كمرض السكري وأدوية الدم.

تعريف تعاطي المخدرات:

تعرفه منظمة الصحة العالمية OMS على أنه حالة تسمم مؤقتة، أو مزمنة من جراء الاستعمال المنكر لعقار ما، تتصف بأنها رغبة ملحة، أو قصيرة تدفع

الشخص إلى الاستمرار في تعاطي العقار والحصول عليه والميل لزيادة المادة المتعاطاة، والاعتماد الجسمي والنفسي للعقار.

بينما عرفه سولمان (١٩٧٠) إلى أنه الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما، بحيث يشعر المتعاطي من آلام فيسيولوجية تسمى بأعراض الانسحاب (السيد سولمان، ص ص ١٠٧، ١٠٨).

وعرفت هيئة التدريس بقسم علم الاجتماع بالإسكندرية (١٩٩٢) على أنه اعتماد الفرد جسمياً ونفسياً على عقار حيث تنشأ رغبة دائمة للحصول عليه واستعماله، كما أن المتعاطي يزيد من نسبة المادة التي يتعاطها بشكل تدريجي، وبصفة دائمة وتظهر أعراض الانسحاب عليه عند الامتناع عن التعاطي (بيومي، ١٩٩٩، ص ١٦٧).

وحسب الدكتور عبد الرحمن عيسوي (١٩٩٤) يعبر على رغبة قهرية مزمنة محطمة للفرد والمجتمع وتنتج من الاستعمال المتكرر للمخدرات سواء الطبيعية، أو المصطنعة كيميائياً وهو سلوك قهري اندفاعي تعودي (عيسوي، ٢٠٠٢، ٨٥).

وقد عرفته الدكتورة إجلال محمد سري (٢٠٠٣) على أنه اعتماد فيسيولوجي ونفسي واعتياد واستخدام قهري؛ نتيجة تعاطي متكرر لعقار طبيعي، أو مركب يؤثر على الجهاز العصبي تنشيطاً، أو تثبيطاً، تهدئة، أو تسكيناً، تخديراً، أو تغييرياً، أو تنويمياً وإذا منع؛ أدى إلى أعراض منع نفسية وجسمية (سري، ٢٠٠٣، ٦٠).

ويستخلص مما سبق إنّ تعاطي المخدرات هو الاعتماد على تناول مادة مخدرة طبيعية، أو كيميائية منشطة، أو منومة وكذلك مهلوسة؛ مما ينشأ عنها رغبة قهرية ملحّة في تناولها، أو زيادة جرعاتها؛ مما يساهم في تغيير الحالة النفسية للفرد، وكذلك مزاجه وقدراته المعرفية الجسمية، والفيسيولوجية.

تصنيف المخدرات:

إنّ تصنيف المخدرات متعدد، لتعدد صفات وأنواع المخدرات؛ ولأنها ظاهرة لم يحسم أمرها إلى حدّ الآن فهناك من يصفها حسب مصدرها، حسب نوع الاعتماد عليها، حسب درجة خطورتها ويتم التطرق إلى كلّ هذا في هذا العصر.

تصنيف المخدرات حسب المصدر:

مخدرات طبيعية:

هي تلك النباتات التي تحتوي أوراقها، وزهورها، أو ثمارها على المادة المخدرة والتي ينتج عن تناولها فقدان كلي، أو جزئي للإدراك، ومنها نباتات القنب الهندي، نبات الكوكا (عبد اللطيف، ١٩٩٩، ٤٤).

نبات الخشخاش ونبات القات وأهمها:

الأفيون:

ويعتبر الأب الشرعي لها، حيث يحتوي الخام منه على أكثر من ٣٥ مركبًا كيميائيًا، أهمها وأكثرها فاعلية هو المورفين، الكوديين والثيامين، وشجرة الخشخاش وهي المصدر الوحيد الذي يؤخذ منه هذا الأفيون (عبد الرحمن محمد العيسوي، ٢٠٠٥، ص ٩٥).

وعرفت نبتة الأفيون منذ آلاف السنين، كلمة الأفيون تعني " عصارة " باليونانية (غربي طارق، ٢٠٠٥، ص ٩). وهي شجرة ذات أزهار جميلة تسر الناظرين، تنتج ثمرة تحوي البنى عند تعرضها للهواء، وحيث تترك قليلاً تتماسك لتصبح هي الأفيون.

وتوجد عدة أنواع للأفيون الخام: الأفيون الهندي، والتركي والبيوجوسلافي، وتختلف جودته باختلاف نسبة المورفين والكوديين، كما يختلف تعاطي الأفيون باختلاف عادات مدمني الشعوب ففي مصر وكلّ الشرق الأوسط يتعاطى بالاستحلاب، أو التدخين، أو الابتلاع مع قليل من الشاي والقهوة؛ ويسبب هذا التعاطي شعورًا مرفوقًا بالنشوة والارتياح الزائف (عبد الرحمن العيسوي، ٢٠٠٥، ص ٩٥).

الاضطرابات المتعلقة بالأفيون:

فيوضحها DSM4 كالاتي:

اضطرابات تعاطي الأفيون:

- الاعتماد على الأفيون.
- سوء استخدام الأفيون.

الاضطرابات الناجمة عن تعاطي الأفيون:

- التسمم بالأفيون.
- انسحاب الأفيون.
- هذيان سمية الأفيون.
- اضطراب نهائي ناجم عن تعاطي الأفيون مصحوب بهذات.
- اضطراب نهائي عن تعاطي الأفيون مصحوب بهلاوس.
- اضطراب الوظيفة الجنسية الناجم عن تعاطي الأفيون.
- اضطراب مزاجي ناجم عن تعاطي الأفيون.
- اضطراب النوم الناجم عن تعاطي الأفيون.
- اضطراب ناجم عن تعاطي الأفيون غير مصنف في مكان آخر.

• سمية الأفيون:

ويعرضها DSM4 كالاتي:

- تغيرات إكلينيكية نفسية، أو سلوكية غير توافقية مهمة مثل مرح زائد يعقبه تباد بالضيق والكآبة، تهيج نفسي حركي، أو تأخر، اضطراب الأحكام مع اضطراب الوظيفة الاجتماعية والمهنية كل هذه العلامات يمكن ظهورها وتطورها أثناء تعاطي للأفيونات بفترة وجيزة.
- استخدام حديث لمادة أفيونية.
- ضيق حدقتي العين، أو اتساعها بسبب نقص الأكسجين الناتج عن زيادة جرعة الأفيونية بشكل سائر، فضلاً عن ظهور علامة، أو أكثر من العلامات الآتية أثناء التعاطي، أو بعد فترة وجيزة وهي دوخة، أو غيبوبة، عدم وضوح مقاطع ومخارج، اضطراب الانتباه، أو الذاكرة.
- والأمراض لا ترجع إلى حالة طبيعية عامة وتندرج تحت أي مرض عقلي آخر.

• انسحاب الأفيون:

ويوضعها DSM4 كالاتي:

- قد تكون انسحاب الأفيون على أي من الآتي:

وقف، أو تقليل الأفيون الذي كان يتمّ تعاطيه بكثرة وإسراف (أسابيع عديدة، أو أكثر) أخذ مادة مضادة للأفيون بعد فترة من تعاطيه.
 • ظهور ثلاثة أعراض، أو أكثر من الأعراض التالية:
 والتي تحدث بعد دقائق، أو بعد أيام من الخصائص المذكورة في الفقرة (أ)

- - المزاج المنقبض، أو غير المنشرح.
 - - غثيان، أو قيء.
 - - آلام متفرقة في العضلات والمفاصل.
 - - دمع العينين، أو رشح الأنف.
 - - اتساع حدقة العين وانتصاب شعر الجسم (القشعريرة)، أو العرق.
 - - الإسهال.
 - - التثاؤب، الحمى، الأرق.
- ج- الأعراض في الفقرة (ب) تسبب خللاً، أو اضطراب ذا مغزى إكلينيكي في مجالات التوظيف.
- د- الأعراض لا ترجع إلى حالة طبية عامة، أو مرض عقلي آخر.

• المورفين:

يعتبر المركب الأساسي للأفيون الخام تتراوح نسبته من ٦% إلى ٧% من وزنه ويمكن استخلاصه مباشرة من نبات الخشخاش المعصور، والمورفين من أقوى المواد المؤثرة في تخفيض الآلام، وقد استخدم على نطاق واسع، وهو ينتج على شكل مسحوق أبيض وعلى هيئة كتل مكعبة الشكل، أو محاليل للحقن، ويتدرج لونه من الأبيض إلى البني لدرجة تفاوته وهو إن لم يتمّ استخدامه علاجياً تحت إشراف طبي دقيق، فإنه يحدث اعتماداً جسمانياً ونفسياً قوياً على المتعاطي وهو أيضاً يتعاطى عن طريق الفم، أو الحقن وفي الحالة الأخيرة يكون أكثر فاعلية وأقوى تأثيراً (عبد الرحمن محمد العيسوي، ٢٠٠٥، ٩٦).

• الكوديين:

وهو مثل المورفين وجوده في خام الأفيون لكن نسبة وجوده فيه تتراوح بين ٠.٥% و ٢.٥% وهو يستخدم على نطاق واسع في عقاقير علاج السعال (إلا إذا

أسيء استخدامه) وهو أيضاً من مسكنات الآلام وإن كانت فاعليته أقل من المورفين، ويوجد في صورة بلورات من مسحوق أبيض، أو على هيئة شراب سائل، أو محلول (أمبولات).

• الكوكايين:

هو منتشر في منطقة: ألان بأمريكا الجنوبية، سكان هذه المناطق يأكلون الأوراق؛ من أجل تسكين الألم والجوع والتعب (غربي طارق، جرافة عفان، ٢٠٠٥، ٩). وينتشر كذلك في حوض نهر الأمازون وأيضاً في بيرو وبوليفيا وكولومبيا، كما يزرع في بعض بلدان آسيا كالهند وإندونيسيا، ويُعد من أقوى العقاقير المنشطة وهو مسحوق أبيض اللون هش اللمس وكذلك إذا كان نقياً، أما إذا خالطته الشوائب فإنه يتغير إلى ما هو أدكن (عبد الرحمن محمد العيسوي، ٩٩). ويُعد كذلك من منشطات الجهاز العصبي فهو مستخلص من أوراق نبات الكوكا ويؤخذ عن طريق الشم، أو الحقن؛ ويسبب الإدمان عليه نقصاً سريعاً في الوزن والضعف، والقيء، وزيادة الشعور بالقلق (غربي طارق، جرافة عفان، ٢٠٠٥، ٩).

• الحشيش:

يستمد الحشيش أهميته كمخدر طبيعي من انتشاره عالمياً وبين مختلف الفئات والطبقات وهو يستخلص من نبات القنب، والمادة الكيميائية الفعالة تعرف باسم تتراهيدروكابينويد (مدحت عبد المجيد أبو زيد، ٢٠٠٣، ١٧).

ويسمى كذلك كنايبس ولكن تختلف الأسماء المعروف بها مثلاً في الشرق الأوسط يعرف ب "المارجوانا" وهي في شكل أوراق وفي مراکش يعرف ب "الكيف" ويعرف في الجزائر باسم "الشيرة"، أو "الزطلة" ويستعمل الحشيش عادة عن طريق التدخين وتمضغ أوراقه، أو يستنشق مسحوقه ويتوقف تأثير الحشيش على درجة تركيزه ونفسه المستهلك، فعادة ما يحدث بعد تدخينه حالة من الشعور بالابتهاج والنشاط، وبعده يشعر بالخمول والكسل، ونسيان الوقت (غربي طارق، جرافة عفان، ٢٠٠٥، ٩).

• المخدرات الصناعية:

وهي مواد تصنع ويتم استخلاصها بمعالجات كيميائية مثل الهيروين ومثل هذه المعالجات الكيميائية تقضي خصائص جديدة على المواد الطبيعية (عبد اللطيف، ١٩٩٩، ٤٤). وتسمى بالمخدرات النصف مصنعة، أو نصف تخليقية. ومنها الهيروين، الأوكسيكوديين، الهيروكوديين وهما من مشتقات المورفين.

• الهيروين:

مستحضر كيميائي تمّ تخليقه معملياً لأول مرة في عام ١٨٧٤م في ألمانيا من المورفين؛ لذلك عرف باسم ستيابل مورفين ثمّ أطلقت عليه شركة "بايد" للأدوية اسم الهيرويين في عام ١٨٩٨ وذلك إشارة للبطولة وهو من فئة الأفيونات التي تستخرج من زهرة الخشخاش ويُعد الهيروين من المهيطات والنومات ومزيلات الألم، وذي طبيعة تخديرية ذات نشوة وعادة ما يكون في صورة بودرة ناعمة بيضاء في حالة النقاء، أو في ألوان أخرى في حالة الخلط وتلك الألوان مثل اللون الأصفر، الرمادي، البني وهكذا حسب المادة المخلوطة ويتمّ تعاطيه عن طريق الشم بالأنف، أو عن طريق الاستنشاق بالحرق واستنشاق دخانه، أو يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالوريد عندما يصعب على المعتمد استخدام أوردته يمكن تعاطيه عن طريق الحقن بالعضل، كما يمكن في بعض الأحيان تدخينه في سيجارة، أو تعاطيه عن طريق الفم وعند استخدامه عن طريق الحقن بالوريد يتمّ طبخه أولاً عن طريق وضع الكمية المطلوبة من الهيروين بالجرامات في ملعقة مع إضافة قليل من الماء وقليل من ملح الليمون، أو عصير الليمون الطازج، ثمّ يتمّ تسخين الملعقة على ولاعة، أو شمعة ويتمّ قلب المسحوق إلى أن يذوب مع السوائل، ثمّ يتمّ سحب المحلول في حقنة مثبت في متقابها فلتر سيجارة، ثمّ يسحب الفلتر ويتمّ تعاطي الحقنة في الوريد وعندما يحتاج المريض المعتمد إلى جرعة أخرى ويتعذر عليه الحصول على الهيروين نراه يبدأ في غسل الفلتر واستخدامه للحصول على بعض بقايا، أو رواسب الهيروين العالقة به ويزيد من خطورة الهيروين ما يضاف عليه من مواد أخرى فعالة: مثل الكينيين، والكافيين.

وتشير دراسة كل من جون وباري (John, & Barry , 1998) إلى أن الإدمان على المخدرات يؤدي إلى ضعف قدرة الفرد على القيام بأنشطة الحياة اليومية سواء في المدرسة، أو العمل، أو الألعاب الرياضية ويؤدي كذلك إلى شعور الفرد بالقلق والبارانويا، ويؤثر سلبًا على القدرة العقلية كما يؤدي إلى الاكتئاب.

الهيرومورفين (الهيروكودين):

وهو أيضًا من المهبطات نصف التخليقية المشتقة من المورفين لكنها أقوى منه أربع مرات؛ ولذا فإن إدمانه أصبح أكثر انتشارًا بين المتعاطين.

الأنورفين:

هو أيضًا من المهبطات النصف تخليقية التي تشتق من الثيابين (اسم أحد مكونات الأفيون) لكنه أقوى بكثير من المورفين واستعماله من الخطورة بمكان (عبد الرحمن محمد العيسوي، ٢٠٠٥، ٩٦-٩٧).

مخدرات اصطناعية (تخليقية):

هي مواد تصنع في المعامل والمخابر بطرق كيميائية وتأخذ شكل أقراص في شكل كبسولات (عيسوي، ١٩٩٣، ٢٥). وهي على وجه التحديد الأدوية النفسية (شحاتة، ٢٠٠٤، ١٨٩).

المهبطات التخليقية

بديلات المورفين:

التي إن كانت لا تماثله في تركيبها الكيميائي إلا أنها تماثله في التأثير، وبعضها يتعاطى إما عن طريق الفم على هيئة أقراص، أو بالحقن مثل البيتيندين والديميزول، وبعضها يستخدم في علاج حالات الإدمان ذاته، ولكنه أسيء استخدامه (مثل الميتادون والنالوكسون) وبعضها مسكنات الآلام التي أيضًا أسيء استخدامها، مثل: السوسيجون والبرولوكسيفين.

المنومات:

تستخدم طبيًا لتخفيف حالات الأرق، ولكن أسيء استخدامها كغيرها، وهي

نوعان:

- نوع يتفاوت تأثيره على الإنسان ما بين مفعول قصير جداً، مثل البننتوتال، أو قصير وأشهرها السيكونال والمعروف بالفراولة، أو الشياطين الحمر، أو متوسط المفعول مثل الأمتيال، أو طويل المفعول مثل القيرونال وجميعها تؤخذ على شكل أقراص، أو كبسولات وأحياناً على شكل سائل (أمبولات).
- أما النوع الثاني: هو أيضاً من العقاقير التخليقية التي تجلب النوم وأشهرها الماندراس والميتاطون وفي هذا النوع استحدث المتعاطون طريقة مغايرة للتعاطي هي بسحق الأقراص لاستنشاقها؛ مما يعطي تأثيراً سريعاً قوياً لا يعادله إلا خطره البالغ وثمة من يلجأ منهم إلى خلطه مع مواد أخرى كالهيريون، أو المشروبات المروجة (الخمير) وهنا تبلغ الخطورة أقصى مداها ما تصل بالمتعاطي إلى حد وفاته، كما يصل الاعتماد عليه حدّاً يصيب المدمن بأعراض الانقطاع، مثل: التشنجات والارتجاج، والهديان إذا توقف عن تعاطيه.

المهدئات:

هي مجموعة من العقاقير التي في الأصل علاج طبي للقلق والتوتر وبعض حالات الصرع، ولكن أسيء استخدامها، ولجأ المتعاطون إلى تناولها في كثير من الدول بدون وصفة طبية، وذلك على هيئة أقراص مختلفة الأشكال، أو كبسولات ولعلّ أكثرها استخداماً وخاصة في مصر هو: الليبيرويوم، الأنتقان، الروهينول المعروف بأبي صليبية وغيرها؛ ويسبب تعاطي المركبات لمدة طويلة الاعتماد النفسي الجسماني وإذا أسيء استخدامها مع مركبات أخرى تزيد خطورتها بصورة بالغة.

المنشطات التخليقية:

الأمفيتامينات:

من أهم هذه العقاقير وذلك لقدرتها على مقاومة الإرهاق والإنهاك والنعاس؛ لذا فقد أسيء استخدامها بين الطلبة الذين يستعينون بها للسهر في الاستنكار، وكذلك السائقون الذين يقودون لمسافات طويلة وتستهمل لتقليل الشهية؛ بغرض إنقاص الوزن واستعمالها المتكرر يسبب حالة من الهبوط التي تعقب حالة النشاط كما أنّ لها أضراراً صحية ولا يستهان بها. فقد تسبب حالات من الجنون والفصام وأهم هذه العقاقير هي الديكسامفيتامين وتعاطي على هيئة أقراص وكبسولات، أو

تذاب في الماء وتحقن في الوريد مع بعض الإضافات، كما توجد أيضاً على شكل سائل أصفر اللون يسمى الماكستون نورت وهو سائل يحضر محلياً بطرق بدائية عليه عديد من إضافات ويحقن به المتعاطي وأحياناً تستخدم هذه العقاقير مع الهيروين، كما هناك عقاقير أخرى منشطة يسبب استخدامها وتعطي تأثير الأمفيتامينات ذاته، وأشهرها الديتالين والكتاجون وغيرها.

وفي دراسة قام بها الخطاطبة (٢٠٠٠) هدفت إلى معرفة حجم مشكلة تعاطي المخدرات في المجتمع الأردني، وذلك على عينة من (١٨٤) شخصاً من الموقوفين والمحكومين داخل مركز الإصلاح والتأهيل في الأردن، وقد خلصت الدراسة إلى وجود علاقة دالة بين المستوى التعليمي للفرد والتعاطي، وكذلك توجد علاقة بين التوتر العلاقات الأسرية والخلافات بين الزوجين ورفاق السوء وتعاطي المخدرات.

المهلوسات التخليقية:

ولعل أهمها (ب-س-ب)، أو يسمى بتراب الملائكة وهو مسحوق أبيض اللون يذوب في الماء وتخالطه كغيره شوائب تغير من لونه حتى يصل إلى اللون البني وهو يباع على صورة أقراص، أو كبسولات، أو مسحوق، أو سائل وقد يضاف إلى الحشيش ويدخنه، وهناك عقاقير هلوسة تخليقية أخرى مثل (د، و، م) و(د، م، ت) وغيرها، ولكنها أقل انتشاراً (عبد الرحمن العيسوي، ٩٨-٩٩-١٠٠).

وأجرى العيسوي (٢٠٠٠) دراسة بحثت الفروق بين متعاطي الهيروين وغير المتعاطين في بعض أبعاد الشخصية ومفهوم الشخصية ومفهوم الذات، وذلك على عينة قوامها (٢٤٠) من المتعاطين وغير المتعاطين للهيروين وتوصلت الدراسة إلى أن المتعاطين يتسمون بالذهانية والعصابية، وانخفاض مفهوم الذات، وزيادة التقويم السلبي لأنفسهم، وميلهم للانطواء والاكنتاب.

تصنيف حسب نوع الاعتماد:

الاعتماد النفسي:

ينتج عن تعاطي المادة التي تسبب الشعور بالارتياح والإشباع الذي يؤدي إلى رغبة في تناول العقار بصورة مستمرة ودورية لتحقيق اللذة، وتجنب الشعور بالقلق والتوتر والهروب من الواقع المؤلم لمحاولة نسيان هذا الألم.

الاعتماد الجسدي:

هي حالة فيسيولوجية ناتجة عن اعتماد الجسم على العقار الجسم على العقار، أو المخدر كلما أصبح جسمه أكثر قدرة على تحمل هذا الأخير دون أن يحدث فيه التأثير المطلوب، كما تمتاز بظهور أعراض الانسحاب أي الأعراض التي تظهر عن انسحاب العقار من الجسم (عيسوي، ١٩٩٩، ٧٣).

وأجرى فلاتورو وآخرون (Villatoro et al, 1998) دراسة مسحية لطرق تعاطي المخدرات لدى طلبة المرحلة الثانوية؛ بهدف التعرف إلى أنماط المتعاطين في المناطق الحضرية المختلفة، شملت (٤٠٥١) طالبًا بالمدارس الثانوية، كشفت النتائج عن خطورة مرحلة المراهقة وأن الذكور أكثر أفراد الأسرة عرضة لتعاطي المخدرات، وأنهم يصبحون مدمنين مستقبلاً.

تصنيف المخدرات حسب درجة الخطورة:

- الصنف الأول: مواد سامة ذات التأثير الضار على صحة الإنسان عددها ٨٩ صنفًا من بينها "الفيازوسين"، "الكودلسين"، "الخشخاش"، "القلب الهندي".
 - الصنف الثاني: مواد سامة أقل خطورة من المواد التي تنتمي إلى الصنف الأول وتضم ثمانية أنواع أساسية وهي: "الفلوكوديين"، "الأسيتيليد"، "الكوديين"، "النوركوديين"، "النيكوكوديين"، "الديهيدروكوبين"، "البروبيرام"، "أبربيرام".
 - الصنف الثالث: مواد سامة تمثل الأقل خطورة من المواد السابق ذكرها في الصنفين الأول والثاني عددها سبعة ومنها "الفولكوديين"، "النيكوديوبين"، "الأسيتيليد"، "الاثمورفين"، "الديهيدروكوبين" (عبد اللطيف، ١٩٩٩، ٣٢-٣٩).
- في الدراسة التي قام بها عبد الحميد (٢٠٠٢) توصلت الدراسة إلى أن المشكلة للمخدرات تعمل على تفكيك المجتمعات ونقشي الأمراض، والتفكك الأسري وتشريد الأطفال.

وهناك من يصنفها كذلك على أساس أنها سموم كبرى شائعة مثل القهوة التويك السجائر (رفعت، ١٩٩٨، ٥٤).

تصنيف المخدرات حسب تأثيرها على النشاط العقلي للشخص وحالته النفسية:

- صنفت منظمة الصحة العالمية OMS المخدرات حسب تأثيرها إلى:
- منشطات الجملة العصبية المركزية منها المسكنات، المنومات والمهدئات.

- منشطات الجملة العصبية المركزية منها الأمفيتامينات.
- منشطات الجملة العصبية المركزية منها الميسكالين عقار SD المعروف عند المدمنين STP (Sorinite, tranquillite, paisc) (عبد اللطيف، ١٩٨٩، ٣٩، ٤١).

وقام سوف (١٩٩٩) بدراسة للتعرف إلى اضطرابات والمشكلات المترتبة على تعاطي المخدرات، فكان من ضمن اضطرابات الصحة النفسية للمتعاطي التفكير الاضطهادي والنوبات الذهانية، والاكتئاب والنوبات، واضطراب النوم.

تصنيف المخدرات حسب الأصل الكيميائي:

تصنف المخدرات حسب الأصل الكيميائي إلى:

- الأفيونات: منها الأفيون، المورفين، الهيروفين، الكوديين، المورفين الاصطناعية مثل الميتادون والبيتيدين.
- الحشيش، أو القنب.
- الكوكا.
- المثيرات للهلاويس.
- الباربيتودات والمهدئات.
- القات.
- الفولاتيلات سالفات (السيد، بدون تاريخ، ٢٥).

مراحل تعاطي المخدرات

١- مرحلة التجربة:

يقصد بها الاستعمال التجريبي قصير المدة والفترة المحدودة للمخدر، ويعتبر الحافز الأول الذي يدفع إلى التعاطي، خاضعاً لعملية التجربة، حب الاستطلاع والاكتشاف، الفضول والرغبة في معرفة آثار المخدر، ويجرب التعاطي عادة في أوساط الرفاق، أو في جلسات اجتماعية خاصة بمناسبة عابرة أحياناً، والمواد الأكثر استعمالاً في هذه المرحلة هي الحشيش التي تعطى في أغلب الأحيان مجاناً (سعد، ١٩٩٦، ١٥٠).

في هذه المرحلة يشعر المرء عند التعاطي المخدرات أنه في حالة جيدة، قليلاً ما يحدث آثار مزعجة والمخدر المستعمل هو الخمر والماريجوانا في غالب الأحيان، وكيفية الحصول عليه بالمجان في البداية، حيث أكدت دراسة مسحية أجرتها مؤسسة "ويكي ريد" ١٩٨٧ بالولايات المتحدة الأمريكية أن أكثر الأطفال تقدم لهم المخدرات والكحوليات مجاناً قبل عشر سنوات وفي هذه المرحلة المبكرة تكفي كميات مناسبة والمخدر متاحاً كما لا تظهر أي علامات بدنية في هذه المرحلة (نافع، ١٩٩١، ٦٥).

في دراسة أجراها قديح (٢٠٠٩) هدفت إلى تعرف إلى خصائص النفسية والاجتماعية لمتعاطي المخدرات "البانجو" في مركز الإصلاح والتأهيل في غزة، ومقارنتها بخصائص أشقائهم، على عينة من المتعاطين بلغت (٧٤) وغير المتعاطين بلغت (٧٤) وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق بين المتعاطين وغير المتعاطين في بعض المقاييس الفرعية لاختبار الشخصية متعددة الأوجه وهي (توهم المرض، الاكتئاب، الهستيريا، الانحراف السيكوباتي، البارانويا، السيكاثينيا، الفصام، والذكورة/الأبوثة) لصالح المتعاطين، كما يختلف المتعاطون عن غير المتعاطين في العدوان والعداوة، وتقدير الذات السلبي، وعدم الثبات الانفعالي، النظرة السلبية للحياة لصالح المتعاطين.

٢- مرحلة التعاطي المقصود:

يكون التعاطي في هذه المرحلة مقصوداً حيث يبدأ حدوث الاعتياد والتحمل البدني وتصبح هناك حاجة لزيادة الجرعة لحدوث النشوة، قد تستعمل مخدرات جديدة مثل المنشطات والمهدئات، كما يبدأ التعاطي المنفرد، حيث يحافظ المتعاطي على المظهر الطبيعي في مواجهة الوالدين، المعلمين، الأصدقاء، بينما يقدم صورة مختلفة للأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات، أما الناحية البدنية فيظهر الشعور بالتعب الزائد وأسلوب الحياة القائم على السهر الطويل (نافع، ١٩٩١، ٦٦).

وأوضحت نتائج الدراسة التي قام بها كاتلين وبروس Kathleen & Bruce (٢٠٠٥) أن المدمنين على المخدرات يتصفون بدافعية منخفضة وعدوانية نحو

المجتمع، وبانخفاض القلق وضعف الثقة بالنفس؛ مما يدفعون إلى ارتكاب سلوكيات منحرفة نحو المجتمع الذين يعيشون فيه.

٣- مرحلة الإدمان:

في هذه المرحلة يتم البحث عن النشوة فينتقل الفرد المتعاطي إلى أخذ عقاقير أخرى مثل الكوكايين والأفيون، حيث لا يُعد تناول الخمر اختياريًا، بل ضرورة، تزداد درجة الاعتماد البدني كما تفشل محاولة إنقاص، أو التوقف عن التعاطي، أما من الناحية البدنية فيكثر ظهور الأمراض (عبد اللطيف، ١٩٩١، ٣٨).

وقام عياد، والمشعان (٢٠٠٣) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين تقدير الذات والقلق والاكنتاب لدى المتعاطي المخدرات وذلك على عينة من (٤٦) من المتعاطين، و(٤٥) من غير المتعاطين، وأشارت النتائج إلى وجود علاقة بين المتعاطي وبين القلق والاكنتاب.

٤- مرحلة الإدمان القهري والاحترق:

في هذه المرحلة نادرًا ما يشعر المدمن بالنشوة، بل يكون التعاطي غير خاضع للسيطرة وقد يلجأ المدمن إلى الحقن الوريدي لا سيما بعقاقير مثل الكوكايين، أو الاستنشاق بحيث تتدهور صحته البدنية وتكرر حالات الوهم والبارانويات كما تكثر حالات الأعضاء، ويوصف المدمن في هذه المرحلة أنه "المحروق" وإن لم يعالج يكون مصيره الموت، أو الانتحار؛ بسبب زيادة الجرعة (عبد اللطيف، ١٩٩٩، ٣٩).

وبحثت دراسة عبد اللطيف (٢٠٠٣) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات وعلاقتها بالانحرافات الاجتماعية لها دور مهم في تعاطي المخدرات، ومن أبرزها عدم رقابة الوالدين، وتعاطي أحد أفراد الأسرة والقسوة في معاملة وانخفاض المستوى التعليمي للوالدين.

خصائص متعلقة بالإدمان على المخدرات:

التبعية:

هي التعلق المرضي بالمادة المخدرة وعدم إمكانية التخلص من تناولها وهي على نوعين: تبعية نفسية وتبعية جسمية، يصبح الفرد المدمن في تبعية نفسية للمخدر في حالة الكف عن تناوله عليه اضطرابات عقلية ووظائف عنيفة مع أوجاع في سائر أنحاء الجسم، كما يمكن أن تظهر عليه تشنجات، قيء، إسهال، تعب (عبد اللطيف، ١٩٩٩، ٤٦).

التحمل:

هي ازدياد الفرد لتناول العقار وذلك للحصول على أثر مماثل لأثر الجرعة الأولى (عبد الظاهر، ١٩٩٦، ٢٠٧).

حالة الانسحاب، أو النقص:

هي ناتجة عن الانقطاع، أو التوقف المفاجئ لتناول المخدرات، فتتميز حالة الفرد المدمن بمجموعة من العلامات مثل التعب، اضطرابات النوم، ألم الرأس، غثيان، فقدان الشهية، وهذه العلامات بأعراض الامتناع.

كما قامت الركابي (٢٠١١) بدراسة هدفت التعرف على أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الإعدادية، ولتحقيق أهداف الدراسة أعد المقياس لأسباب تعاطي المخدرات وتطبيقه على عينة من (١٨٠) طالباً وطالبة، وقد أظهرت النتائج أن أهم أسباب التعاطي والوازع الديني، وشخصية المتعاطي وأسرته ورفقاء السوء.

وأجرى مركز الدراسات الاستراتيجية والأمنية (٢٠٠٩) دراسة حول أسباب تعاطي المخدرات من وجهة نظر المتعاطي، وقد توصلت الدراسة إلى أن الأوضاع الأسرية ممثلة في الخلافات بين الوالدين وعدم الاهتمام والتوجيه للأبناء يزيد من احتمال تعاطي المخدرات.

الجرعة الزائدة:

هي تناول جرعة، أو كمية من المخدرات، يمكن أن تسبب غيبوبة عميقة قد تصل بالفرد المدمن إلى الموت (F.P.P.S.D، ١٩٩٨، ٣٠).

النظريات المفسرة لظاهرة الإدمان على المخدرات:

إن تعدد وتباين أسباب الإدمان على المخدرات، جعل من الباحثين والعلماء يختلفون في تفسيراتهم لهذه الظاهرة ضمن نظريات متباينة الاتجاهات في مجال التفسير السيكولوجي لتعاطي المخدرات، إذ كلّ نظرية تقترح افتراضات حول العلاقة النسبية بين المتغيرات والتي تؤدي إلى الإدمان، وفيما يلي يتم التطرق إلى بعض أفكار هذه الاتجاهات التي منها.

١ - نظرية التحليل النفسي:

يرى أصحاب نظرية التحليل النفسي في تناول الفرد للمخدرات هو البحث عن مراحل حياته الأولى من خلال النكوص إليها؛ هناك لأنّ سيكولوجية الإدمان على المخدرات راجع إلى اضطرابات للعلاقات الجنسية في الطفولة المبكرة، خاصة في المرحلة الفموية بين الطفل ووالديه، ويتضمن هذا الاضطراب ثنائية العاطفة أي الحب والكراهية اتجاه أحد الوالدين في نفس الوقت وهذه العلاقة المزوجة يتم نقلها وإسقاطها على المخدر يصبح هذا الأخير رمزاً لموضوع الحب الأصلي الذي كان يمثل الخطر والحب (عبد المنعم، ١٩٩٨، ٨٣).

"كما يرى كارل ميتجن" Kar Mennengene (١٩٥٦) أن الإدمان هي سيكولوجية الحاجات الفموية غير المشبعة فصاحبها طفل يحتاج للحب فيمثل سلوكه هذا بيتنا للمرحلة الفموية كبديل لثدي الأم الذي أحبط وهذا يؤدي إلى الانتقام من الأشخاص الذي أحبطوه، فعندما ينمو الطفل ويكبر تظهر في شخصيته صفات التنشيط السلبية الاتكالية وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم، الميل إلى العدا والاكنتاب (طايبي، ١٩٩٨، ٣٨).

يقول فرويد إن تعاطي المخدرات هي حالة نكوص للمرحلة الفموية، فالمتعاطي يشعر بسعادة عارمة؛ لأنه بذلك يستثير المنطقة الشبقية في جسمه والمتمثلة في الشفاه، كما يرى أن المادة المخدرة هي وسيلة علاجية ذاتية يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفولية لا شعورية، فالمادة المخدرة بالنسبة للفرد المتعاطي مسكن، تسكن مشاعره الجنسية التي يعاني منها، فهي مثل الرمز التي تشبع رغبته ونشوته، كما كانت تشبعها أمه وهو صغير من خلال رضاعته ومصّه لثدي الأم.

وترى مدرسة التحليل النفسي أيضًا، أن كل أنواع تعاطي المخدرات المواد الضارة، أو غير الضارة عبارة عن اندفاعية مرضية وباعثها هو تلك الحاجة التي يشعر بها الفرد للحصول على شتى الإشباعات، يضمن له الإشباع الجنسي والشعور بالأمن والراحة (ناجي، ١٩٨٦، ٥٧). فالعقار أو المخدر يتحول إلى موضوع الحب، يربط المدمن معه علاقات تأخذ تدريجيًا مكان العلاقة الطبيعية في حياة الراشد وهذا الانقطاع والانسحاب الترجمي عن المصادر العادية للذة قد يعوض كذلك للعلاقات الجنسية (طايبي، ١٩٩٨، ٣٩). فهي إذن حالة استثنائية نفعية أكثر هي انحرافية (ناجي، ١٩٨٦، ٥٧).

٢- النظرية الاجتماعية:

يرى أصحاب علم النفس الاجتماعي ظاهرة الإدمان على أنها سلوكيات منحرفة يتخذها الفرد تعبيرًا منه عن رفضه مسايرة المعايير والقيم السائدة في المجتمع، فهي سلوكيات سلبية ناتجة عن الشعور القوي بالتباعد والغربة ليس فقط من المجتمع، وإنما من كل ثقافة فرعية أخرى وحتى من أهداف الذاتية (الدمرداش، ١٩٨٢، ٦٦)؛ وهذا ما يجعل الفرد المدمن يرفض معايير الجماعة الكبرى ويحاول تكوين جماعة فردية تضم رفاقه في الانحراف (عبد اللطيف، ١٩٩٩، ٦٥).

كما يرى عالم الاجتماع الروسي يونغ "إن ظاهرة الإدمان على المخدرات هي حالة تسمى بـ"الأنومية" Anomie وهي ناتجة من التناقض الموجود بين تطلعات الناس وتوفر الوسائل التي تمكنهم من الوصول إلى هذه التوقعات والرغبات. وترى هذه النظرية أن الإدمان على المخدرات في كل المجتمعات راجع إلى تغيير في تركيبة السرة ووظيفتها وإلى ضعف القيم الروحية والاتجاه نحو المادية المطلقة التي تجعل الإنسان يشعر بعدم الاطمئنان والثقة في المجتمع الذي ينتمي إليه (Bergret, 1983.3). كما أن التنشئة الاجتماعية، البطالة، انخفاض المستوى التعليمي من العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات، كما لا يمكن إهمال العوامل الاقتصادية فمثلا بينت دراسة "بلومر" (Blumer, 1996) أن المخدرات تنتشر في المناطق الفقيرة ذات المستوى الاقتصادي واجتماعي منخفض (طايبي، ١٩٩٨، ٣٧). على أساس كل هذه التفسيرات لظاهرة الإدمان على المخدرات والعوامل المؤدية إليها قام علماء الاجتماع بتقييم المدمنين كذلك إلى ثلاث فئات هي:

- المدمن المتعدي:

يشعر أن الآخرين يلومونه على تصرفاته، يقفون أمامه موقفاً معادياً، يعتبرونه أقل شأنًا منهم، فيقبل على تعاطي المخدرات انتقامًا وتحديًا لهم.

- المدمن الذي يستجدي العطف:

يشعر أنه ليحصل على ما يكفيه من الحب والحنان عليه أن يدمر صحته وكيانه بلجوئه إلى تعاطي المخدرات كي يستجدي عطف الآخرين.

- المدمن المتعافي:

يلجأ إلى المخدرات حتى ينقص من قيمته الاجتماعية ومقدرته الجسدية؛ لكي لا يشعر الآخرون بنقص موجود فيه؛ ظنًا منه أن هذا الأسلوب يرضي الطرف الآخر (عرموش، ١٩٩٣، ٩١).

٣- النظرية السلوكية:

فقط لأصحاب النظرية السلوكية فإنّ الإدمان ليس ناتجًا عن مشاعر الحرمان ودوافع لا شعورية من الكراهية والعدوان وإنما تفسر من خلال دوافع خفض التوتر والقلق الذي يعاني منه الشخص في حياته اليومية، فبناء على قوانين التعزيز فإنّ حفظ التوتر والقلق الناتج عن تعاطي المخدرات يعتبر بمثابة نتيجة تعزيزية تتكرر باستمرار كلما شعر الشخص بالتوتر والقلق إلى أن يصل لمرحلة لا يهمله فيها عما إذا كان المخدر يحدث حالة سيكولوجية من الانسراح لتخفيض التوتر، أو لا يهمله فعلاً فعادة التوازن لحالته الفسيولوجية؛ نتيجة اعتماده الجسمي على المخدر.

وضمن تفسير آخر هو نوع من التعديل لمبدأ حفظ التوتر، يتلخص في أن من يتعاطون المخدر إنما تنقصهم الثقة بالنفس ويشعرون بعدم الأمن، ومن ثمّ فإنهم يلجئون للمخدر ليس بهدف خفض التوتر، وإنما حماية أنفسهم من مشاعر العجز والنقص وعدم الكفاية وبهذا فإنّ تعاطي المخدر يجعلهم يشعرون بسيطرتهم على الموقف وبقدرتهم على واجهة الحياة المختلفة (الصالح وإسماعيل، ١٩٩٤).

وتؤكد هذه المدرسة أن كلّ سلوك يصدر من الإنسان ما هو إلا سلوك متعلم من قبل، إن متعاطي المخدرات تعلم بواسطة سلوكه أنه كلما تعاطى مادة مخدرة؛ زالت همومه حينها يتعلم أن زوال الهمّ مرتبط بأخذ جرعة من هذه المواد (العقفي، ص ٦٠).

وهكذا يستمر الفرد في تعاطي المخدرات في المراحل الباقية من حياته، ويتعلم أن المادة المخدرة تخفض من آلامه وتجلب الراحة والاسترخاء وعليه الاستمرار حتى يصل إلى الإدمان للتخفيف من آثار الامتناع المزعجة (العقفي، ص ٦٠). فيقول ألفريد لاند سميث Alfred ind smith في هذا الصدد العادة تتكون وتتمو عند معادلة الانقطاع عن المخدر، حيث يختبر المدمن آلام الانسحاب، بحيث يستطيع تحملها تكون نتيجة الارتباط الشخصي بالمخدر بمعنى أنه عندما يختبر أعراض الانسحاب تدعم العادة الشرطية للمتعاطي (الزغبي، ٢٠٠١، ص ١٩١). وإن اكتساب سلوك المتعاطي للمخدرات يمكن أن يتمّ خلال نوعين من التعلم منه:

التعلم الترابطي: يجعل الشخص يتعلم تناول المواد المخدرة عن طريق جماعة الأصدقاء حيث يصبح هؤلاء الرفاق بالنسبة إليه كمنبه فبمجرد رؤية الأصدقاء يشعر بالرغبة الملحة في تناول المواد المضرة.

أما التعلم القسدي: فيبدأ من مرحلة الطفولة عندما يلاحظ الطفل أباه وهو يتناول المواد المخدرة وهو شاعر بالنشوة والهدوء فيفقد أباه في تناولها وكلما شعر بالضيق والازعاج أقبل على المخدر ليخفف من توتره اليومي فهو إذن قاصد أن يتناولها وقوته في ذلك أبوه الذي علمه سلوك التعاطي (العقفي، ١٩٨٦، ٦٤). ممّا تقدم يتضح أن المدرسة السلوكية ترى بأنّ التعاطي يعتبر حلاً لبعض مشكلات النضج الحالية للتوتر والقلق فاستخدام المخدر بمثابة نوع من الاستجابة المتعلمة للتعامل مع المشكلات التي تواجه الفرد سواء كان قصده منها التخفيف من القلق والتوتر، أو كان قصده حماية نفسه من مشاعر العجز والنقص، فهي تعتبره سلوكاً متعلماً يتمّ تدعيمه من خلال التخفيف من حدة ما يعانيه الشخص من متاعب وصراعات نفسية.

٤- نظرية علم النفس الاجتماعي:

اهتمت دراسات علم نفس الاجتماعي وسلوكياته المرتبطة بالمخدرات، كما اهتمت بالدرجة الأولى بظاهرة الإدمان على المخدرات.

وحسب هذه النظرية للفرد المدمن على المخدرات ارتباطان:

- متعلق بالمادة المخدرة.
- متعلق بالعالم الاجتماعي والثقافي الذي ينتمي إليه.

ومن خلال هذين الارتباطين يتخذ التناول الاجتماعي منهجه في دراسة ظاهرة تعاطي المخدرات، فإنّ الارتباط الخاص بالعالم العلائقي الاجتماعي والثقافي، يرجعه العالم النفسي الاجتماعي إلى ضعف القيم الاجتماعية السائدة وإلى ظهور اتجاهات جديدة تهتم بالجوانب المادية فقط فهذه العوامل جعلت الفرد يشعر بالغرابة وعدم الاطمئنان وتولد عنده شعور القلق والعدوانية؛ فيؤدي به ذلك إلى الجنوح عن تقاليد مجتمعه وبيئته وتكوين جماعات فرعية خاصة به من سماتها تعاطي المخدرات (Roux, 1989,37).

فالشخص المدمن هو ذلك الشخص المهمش اجتماعياً فشعوره بالمحرمات يولد عنده الشعور بالتمرد والانحراف عن التقاليد المسيطرة في البيئة التي ينتمي إليها، بانتهاكه لسلوكيات انحرافية إدمانية، مع تولد تناقض معرفي تنافسي في داخل المدمن، لقناعته أن هذه السلوكيات محرمة عليه شرعاً وقانوناً؛ فيزعزع بذلك حالة الانسجام فيه فيحاول دائماً استرجاع حالة انسجامه الأولى (بوراي كريم، ٢٠٠٦-٢٠٠٧)، ص ٤٤).

٥- التفسير الوراثي:

استمدت هذه النظرية تفسيراتها للإدمان على المخدرات مع الدراسات التي اهتمت بدراسة العلاقات بين الوراثة والإدمان، ومن بينها الدراسة التي قام بها "روبيرت ديونت" (١٩٨٩) على مجموعة من الأطفال الذين كان أولياؤهم مدمنين وتم تبنيهم من طرف أولياء غير مدمنين، لوحظ أن معدلات الإدمان تزيد من أربع إلى خمس مرات عن الفئة الثانية والتي هي مجموعة أطفال كان أولياؤهم غير مدمنين من قبل أولياء مدمنين (فايد، د، ت ص ١٦٣).

كما أن أهمية الأمم المتحدة أوضحت في دراسة أخرى على الأطفال والمخدرات، أن آلاف الأطفال في العالم يولدون مدمنين على الهيروين؛ بسبب إدمان أمهاتهم، ويكون أول شيء يعرفه هو الألم الحاد بسبب الانقطاع على تعاطي المخدرات (طايبي، ١٩٩٨، ص ٣٥). فسلوك الإدمان ينتقل من المرأة المدمنة إلى أبنائها كما ينتقل لهم بعض الانطباع إذ إنّ من مضاعفات إدمان المرأة على الهيروين ينتج ولادة أطفال مدمنين؛ بسبب وصول المادة إلى دمائهم عن طريق الحبل السري، وقد تمت ولادة أطفال، أو طفل أصيب بنوبة سحب العقار بعد ولادته بوقت قصير ولم يهدأ حتى أعطى له كمية من الأفيون (عرفوش، ١٩٩٣، ص ١٣١). كما يرى الاتجاه الوراثي أن من أسباب الإدمان على المخدرات الاستعداد الوراثي والبيولوجي للإدمان على المسكر والمواد المؤثرة على العقار والميل إليها والرغبة فيها (حجاز، ١٩٩٢، ص ٧٦).

٦- النظرية المعرفية:

إنّ أساس النظرية المعرفية هو تركيزها على مسلمة أساسية مفادها أن الطريقة التي تعالج الفرد معلوماته الخاصة، والتي تحدد استجاباته العاطفية، الدافعية والسلوكية.

حيث فسر بيك Beck ظاهرة الإدمان على المخدرات بتركيزه على أهمية الاعتقادات فالأشخاص الذين يعانون من سوء استغلال المخدرات يملكون معتقدات مميزة والتي تنشط تحت تأثير الظروف التي سماها بالظروف ذات الخطر المرتفع، وهذه الأخيرة يمكن أن تكون خارجية كتأثير الرفاق، السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها التعاطي قد تكون داخلية متمثلة في مختلف حالات التوتر الانفعالي مثل الاكتئاب، القلق، الغضب.

ولا يتعاطى الفرد المخدرات بمجرد توتر خطر داخلي، أو خارجي، بل يحدث ذلك بعد المرور بعمليات معرفية، بحيث تنشط المعتقدات المرتبطة بالمخدر، كأن يفكر الفرد أن لحياة أجمل عندما يستعمل المخدرات (طايبي، ١٩٩٨، ص ٤٨). ومن خصائص المعتقدات التي تنشط الرغبة في تعاطي المخدرات توجد فكرة أن المخدرات ستجعلني أكثر اجتماعية، فالشخص يصبح أكثر فراغاً إلى ما يسمى

بالاعتقاد التوقعي؛ لأنَّ الفرد يعتقد أن المخدرات قادرة على تغيير حياته من السلبية إلى الإيجابية، وكل هذه التوقعات الإيجابية نحو المخدرات ستنتشط الرغبة في التعاطي (حجازي، ١٩٩٢، ص ٨٠).

٧- النظرية البيولوجية، أو التفسير الفسيولوجي:

ترى هذه النظرية أن الإدمان على المخدرات يعود إلى عوامل بيولوجية تتعلق بجسم الإنسان وطبيعة جهازه العصبي وطريقة عمله ومن بين هؤلاء أصحاب "نظرية المستقبلات الساكنة" حيث يؤكدون بوجود نوعين من المستقبلات في الخلايا العصبية النوع الأول يقوم بعمله ويتفاعل مع العقار المخدر المستعمل بينما النوع الثنائي ساكن، لا يتفاعل، وعند استمرار المرء في تعاطي العقار المخدر، وهذا ما يسمى بظاهرة التحمل (السيد، د، ت، ص ٣٧).

إنَّ الإقلاع المفاجئ عن تعاطي العقار ينشط المستقبلات الزائدة ويؤدي إلى ظواهر غير طبيعية، مثل: الأرق والهلوسة.

وتفرض هذه النظرية وجود ممرين يؤثران على المخ، ممر أولي يشبه العقار في الحالات العادية وممر ثانوي لا ينشط إلا عند الإفراط في استخدام العقار، إذ إنَّ هذا الممر الثانوي أيضاً فتزداد كميات العقار التي يحتاجها، ومن ثمَّ يؤدي الإقلاع الفجائي إلى نشاط مكثف في المخ بدلاً من الممر واحد فتنشأ أعراض الانسحاب، أو ما يسمى بأعراض الامتناع (فايد، د، ت، ص ص ١٦٥، ١٦٦).

من التفسير البيولوجي للإدمان على المخدرات يمكن القول إنَّ هذه النظرية تفسر الإدمان على المخدرات على أساس افتراض وجود عوامل بيولوجية متعلقة بجسم الإنسان، أولها تتفاعل مع العقار والثانية ساكنة، الزيادة في الجرعة، أو في كمية العقار تؤدي إلى تنبيه النوع الثاني، هذا ما يجعل الفرد بحاجة إلى كميات متزايدة من العقار، لينشعب المستقبلات الأولية والثانوية، وإنَّ الإقلاع المفاجئ عن تناول العقار في هذه المرحلة يؤدي إلى ظهور أعراض الانسحاب؛ لأنَّ الفرد أصبح مدمناً على العقار (بوراي كريم، ٢٠٠٦، ٤٥-٤٦).

من خلال التطرق إلى النظريات السابقة يمكن استخلاص أن تفسير الإدمان على المخدرات اختلف من مدرسة إلى أخرى، فنظرية التحليل النفسي ترى أن تعاطي

المخدرات هي حالة نكوص للمرحلة الفموية، فالمتعاطي يشعر بسعادة عارمة؛ لأنه بذلك يستثير المنطقة الشبكية في جسمه والتمثلة في الشفاه والفم، أما النظرية الاجتماعية فتفسر ظاهرة الإدمان على أنها سلوكيات منحرفة يتخذها الفرد تعبيراً منه عن رفضه مسايرة المعايير والقيم السائدة في المجتمع، أما السلوكيون فيرجعون ذلك إلى نتيجة تعلم خاطئ، أما علماء الوراثة البيولوجية فينسبون سبب الإدمان إلى عوامل عضوية وراثية خاصة بالفرد.

تناولت العديد من الدراسات تعاطي المخدرات والإدمان عليها سواء من حيث الأسباب، أو الخصائص النفسية للمتعاطي، ومن هذه الدراسات الدراسة التي قام بها بن حجاب (٢٠١١) والتي هدفت إلى مقارنة بين متعاطي الأمفيتامينات وغير المتعاطين في عوامل الشخصية الستة عشر لكاتل، وذلك على عينة من المتعاطين بلغت (٦٥) وغير المتعاطين (٦٥) وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق لصالح المتعاطين في التخيل؛ مما يشير إلى أنهم غير تقليديين ولا يتمسكون بالأعراف والتقاليد، وغير مهتمين بالأحوال اليومية، في حين كانت الفروق لغير المتعاطين في الثبات الانفعالي والتآلف (الدفء)؛ مما يشير إلى أن غير المتعاطين أكثر تحملاً للغموض والاحباط، وأكثر عطفاً ودفئاً في علاقتهم وتعاملهم بالآخرين وأكثر نجاحاً.

أدوات الدراسة:

- مقياس الانحرافات الجنسية:

قامت الباحثة بإعداد المقياس وذلك بعد الاطلاع على الإطار النظري والعديد من الدراسات السابقة مثل هاشمي (٢٠٠٥) والتي هدفت إلى معرفة معدل انتشار الانحرافات الجنسية وسط الشباب، ويتكون من (٧) من الانحرافات الجنسية، ودراسة مزامير (٢٠٠٤) والتي هدفت إلى دراسة الانحرافات الجنسية والصحة النفسية للمراهقين والشباب، ويتكون من (٩) من الانحرافات الجنسية، وقد قامت الباحثة بتعديل وإضافة بعض الانحرافات الجنسية؛ فأصبح المقياس يتكون من (١٤) عبارة، وهي تقيس الانحرافات الجنسية الآتية: الجنسية الفمية، الجنسية المثلية، الزنا، الجنسية الشرجية، السادية الجنسية، الماسوشية الجنسية، الاحتكاك الجنسي،

التلصص الجنسي، الاستعراض الجنسي، العادة السرية، جماع الصغار، البهيمية الجنسية، الفيتيشية الجنسية، زيادة القوة الجنسية (الشبق الجنسي).

- طريقة التصحيح:

يوجد أمام كل عبارة ثلاثة خيارات مفتوحة (نعم، أحياناً، لا يحدث) وتعطي العبارات الموجبة ٣، ٢، ١ والعبارات السالبة العكس.

الصدق الظاهري:

للتأكد من الصدق الظاهري للمقياس قامت الباحثة بعرضه على خمسة من المحكمين المختصين في مجال علم النفس، وقد استفادت الباحثة من رأي المحكمين في إجراء التعديلات التي أشاروا إليها في المقياس؛ حتى يتماشى مع البيئة المصرية.

الدراسة الاستطلاعية:

لمعرفة الخصائص القياسية للمقياس في صورته المعدلة بعد التحكيم في مجتمع الدراسة قامت الباحثة بتطبيقه على عينة استطلاعية حجمها (٦٠) مفحوصاً؛ بهدف التأكد من صدق وثبات المقياس، وقد قامت الباحثة بإيجاد صدق المقياس عن طريق صدق البناء والذي يعرف بأنه عبارة عن تحليل معاني ودرجات الاختبار، ويتم حسابه بعدة طرق منها التحليل العاملي والتناسق الداخلي؛ لمعرفة الفقرات المنسقة مع بعضها البعض (العيسوي، ٢٠٠٢)، وتحققت منه الباحثة إحصائياً بحساب معامل الارتباط بين درجة كل بُعد من أبعاد المقياس وبين الدرجة الكلية للمقياس، ويتضح أن جميع الفقرات حققت دلالة عند مستوى (٠.٠١)؛ لذا قررت الباحثة عدم حذف أي عبارة، وبهذا يكون المقياس في صورته النهائية مكون من (١٤) عبارة.

ثبات المقياس:

- معامل الثبات بمعامل ألفا كرونباخ ٠.٧٧، وبطريقة التجزئة النصفية ٠.٧٩.
- معامل الصدق الذاتي للمقياس ٠.٨٢.
- مقياس معدل الانحرافات الجنسية
- النوع..... العمر..... نوع الأسرة: ممتدة..... نووية.....

- السيد الكريم: تقوم الباحثة بدراسة لمعرفة معدل انتشار الانحرافات الجنسية بالجامعات المصرية إذا كان أيّ من هذه الانحرافات تنطبق عليك الرجاء الإجابة بكل صدق وصراحة في المكان المخصص لذلك، علماً بأنّ هذا المقياس لغرض البحث العلمي فقط، مع توفر السرية التامة.

م	الانحراف الجنسي	دائماً	أحياناً	لا يحدث
١	الجنسية الفمية			
٢	الجنسية المثلية (اللواط- السحاق)			
٣	الزنا (الجنس الغيري)			
٤	الجنسية الشرجية			
٥	السادية الجنسية: الحصول على اللذة الجنسية عن طريق تعذيب الطرف الآخر			
٦	الماسوشية الجنسية: الحصول على اللذة الجنسية عن طريق التعذيب من الطرف الآخر			
٧	الاحتكاك الجنسي			
٨	التطلع الجنسي (المشاهدة الجنسية)			
٩	الاستعراض الجنسي			
١٠	العادة السرية			
١١	جماع الصغار (شبق الأطفال)			
١٢	البهيمية الجنسية			
١٣	الفيتشية: الحصول على اللذة الجنسية عن طريق الحصول على ممتلكات من الطرف الآخر (قميص، ملابس داخلية، شعر)			
١٤	زيادة القوة الجنسية (الشبق الجنسي): يقصد به المبالغة في ممارسة الجنس وعدد مرات الجنس.			

استمارة جمع المعلومات:

تمّ إعداد استمارة خاصة لجمع المعلومات الأولية بالاعتماد على الأدب النفسي الاجتماعي، حيث تمّ الاطلاع على مجموعة من الاستمارات الخاصة بالمعلومات الأولية في عدد من الدراسات الاجتماعية، ويتمثل الهدف من هذه الاستمارة في ضبط المتغيرات الخاصة بأفراد العينة، والتي اشتملت المحاور التالية:

أ- البيانات الأولية:

وتشمل ما يلي: الاسم، النوع، السن، عدد أفراد الأسرة.

ب- حالة الإدمان على:

- التبغ.
- الكحول.
- الحشيش.
- الأقراص المهلوسة.
- البودرة.

ج- المستوى التعليمي:

- بدون مستوى.
- ابتدائي.
- متوسط.
- ثانوي.
- جامعي.

د- الحالة الاجتماعية:

- أعزب.
- متزوج.
- يعول.

هـ- الحالة الاقتصادية:

- فقير.
- متوسط.
- غني.

ولقد تمّ عرض استمارة جمع البيانات الأولية على مجموعة من المحكّمين من كليات التربية والآداب العلوم الاجتماعية؛ حيث أجمعوا كلهم على أن المعلومات المتبناة في الاستمارة كافية لغرض الدراسة الحالية.

مقياس فحص مستوى الضغوط: إعداد أ.د. جمعة سيد يوسف:

يستطيع الفرد أن يتعرف على مستوى الضغوط لديه بين الحين والآخر، ويفضل القيام بذلك بشكل دوري، وذلك من خلال الإجابة عن العبارات التالية في الجدول التالي، فقط ضع علامة (√) تحت البديل الموجود أمام كل بند من البنود التالية، كن أميناً في إجاباتك حتى تتعرف على مستوى الضغوط لديك على نحو دقيق.

م	العبارات	أبداً	أحياناً	غالباً	دائماً
١	ألوم نفسي عند إنجاز الأشياء بشكل خاطئ				
٢	أحاول التركيز في عملي من أجل نسيان مشكلاتي الشخصية				
٣	عندما أكون تحت تأثير الضغوط ألاحظ تغيرات سلبية في أنماط سلوكي				
٤	أحتفظ بمشكلاتي للدرجة التي أشعر بها بالرغبة في الانفجار				
٥	أنفث عن غضبي وإحباطي على المقربين مني				
٦	أركز على الجوانب السلبية في حياتي بدلاً من التركيز على الجوانب الإيجابية				
٧	أشعر بعدم الراحة عندما أتعامل مع مواقف جديدة				
٨	أشعر بأن الدور الذي أقوم به داخل المؤسسة غير ذي قيمة				
٩	أصل متأخراً للعمل، أو الاجتماعات المهمة				
١٠	أرد بحدة على الانتقادات الشخصية				
١١	أشعر بعقدة الذنب إذا جلست أكثر من ساعة بدون عمل				
١٢	أشعر بالعجلة والاندفاع حتى ولو لم أكن مضغوطاً				
١٣	لا أجد الوقت الكافي لكي أطلع على الصحف التي أحبها				
١٤	أحب أن أحظى بالاهتمام وأحصل على ما أريده فوراً				
١٥	أتجنب التعبير عن مشاعري الحقيقية سواء في العمل، أو في المنزل				
١٦	أقوم بمهام أكبر من تلك التي يمكنني القيام بها في وقت واحد				

م	العبارات	أبدأ	أحياناً	غالباً	دائماً
١٧	أرفض النصيحة سواء كان من الزملاء، أو الرؤساء				
١٨	أتجاهل القيود الخاصة بتخصصي ولمكانتي الحقيقية				
١٩	أفقد الكثير من هواياتي واهتماماتي لأن العمل يأخذ كل وقتي				
٢٠	أعالج المواقف قبل التفكير فيها من خلال الاجتهاد				
٢١	أشعر بانشغالي لدرجة أنني لا أجد وقتاً لتناول الغذاء مع زملائي وأصدقائي				
٢٢	عندما تظهر المواقف الصعبة أحاول تجنبها				
٢٣	إذا لم أكن حازماً في عملي فسوف يستغلني الآخرون				
٢٤	أجد الصعوبة في الشكوى عندما أتحمّل عبئاً عمل فوق طاقتي				
٢٥	أتحاشى تفويض الآخرين للقيام ببعض المهام				
٢٦	أتعامل مع جميع المهام قبل وضع أولويات لعبء العمل				
٢٧	أشعر بصعوبة في أن أقول لا لأي طلبات، أو استفسارات				
٢٨	أشعر بإمكان إنجاز كل العمل المطلوب دون تأجيل بعضه لليوم التالي				
٢٩	خوفي من الفشل يمنعني من اتخاذ أي موقف				
٣٠	أعتقد أنني لن أستطيع القيام بعبء العمل المطلوب مني				
٣١	حياتي العملية لها أولوية على حياتي الأسرية والمنزلية				
٣٢	أصبح في غاية الضيق إذا لم تتم الأشياء في الحال				

تفسير الدرجات:

من ٣٢ - ٦٤: تعني أنك فعال وناجح في إدارة مستوى ضغطك، ولكنك مطالب باستثارة عدد محدود من الضغوط؛ من أجل تحقيق التوازن الأمثل من الضغوط الإيجابية والسلبية.

من ٦٥ - ٩٥: أنت تواجه مستوى آمناً من الضغوط، ولكن لديك بعض الجوانب في حاجة إلى تحسين.

من ٩٦ - ١٢٨: مستوى ضغطك مرتفع للغاية، وأنت في حاجة إلى وضع استراتيجيات جديدة؛ من أجل المساعدة في خفض الضغوط. (سلسلة الإدارة المثلى، ٢٠٠١، ١٦-١٩).

مقياس استراتيجيات المواجهة:

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	لا أوافق	لا بشدة أوافق
فقرات البُعد ١: استراتيجيات حل المشكلة						
١	وضعت خطة واتبعتها					
٢	كافحت لتحقيق ما أردته					
٣	تناولت الأمور واحدة بواحدة					
٤	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام					
٥	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف					
٦	حاولت عدم التصرف بتسرع، أو باتباع اول فكرة خطرت لي					
٧	وجدت حلاً، أو حلين لمشكلة					
فقرات البُعد ٢: استراتيجيات التجنب						
١	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث					
٢	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشاكل					
٣	تمنيت لو حدثت معجزة					
٤	جلست وتخيلت مكاناً، أو زماناً أفضل من الذي كنت فيه					
٥	رفضت التصديق أن هذا حدث فعلاً					
٦	حاولت نسيان كل شيء					
فقرات البُعد ٣: استراتيجيات الدعم الاجتماعي						
١	حدثت شخصاً عما أحسست به					
٢	تتأقش مع شخص لأعرف أكثر من موقف					
٣	احتفظ بمشاعري لنفسى					
٤	حاولت عدم البقاء لوحدى					
٥	قبلت عطفاً وتفاعل شخص					
فقرات البُعد ٤: استراتيجيات التقييم الإيجابي						
١	تمنيت لو كنت أكثر قوة وتفاؤلاً وحماساً					
٢	تغيرت إلى الأحسن					
٣	ركزت على الجانب الإيجابي الذي يمكن ان يظهر فيما بعد					

م	العبارات	موافق بشدة	موافق	محايد	لا أوافق	لا بشدة
٤	خرجت أكثر قوة من الوضعية					
٥	عدلت شغفي الذاتي من أجل أن أتحمّل الوضعية بشكل أفضل					
فقرات البعد ٥: استراتيجيات التأنيب الذاتي						
١	أدركت بأنني سبب المشاكل					
٢	فكرت في الأمور الخيالية، أو الوهمية حتى أكون أحسن					
٣	تمنيت لو استطعت تغيير موقفي					
٤	نقدت نفسي ووبختها					

الخاتمة:

كان هدفي من إجراء هذا البحث هو محاولة معرفة تعاطي المخدرات الذي يؤدي إلى انحرافات جنسية، وكان ذلك من خلال الدراسة الميدانية لإجراء مقابلات وملاحظة سلوك الحالات للحصول على أكبر وأدق قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بالحالات المراد دراستها، وتدعيم ذلك بمقابلة الحالة والتحدث معها وملاحظة سلوكهم ورد أفعالهم النفسية ومن خلال ذلك استطعنا تأكيد الفرضية نوعاً ما.

وأخيراً أستخلص أنني حاولت بذل جهد متواضع للإضافة ولو كانت إضافة بسيطة للمجال المعرفي العام، هذا المجال الجدير بالاهتمام لفت الانتباه لهذه الظواهر لتعاطي المخدرات، الانحرافات الجنسية، مواجهة الضغوط النفسية؛ كونها تمس شريحة مهمة وواسعة من مجتمعنا.

لقد سعت دراسة البحث الحالي إلى توفير معطيات علمية وعملية، تساعد على معرف الاستراتيجيات والأساليب في مواجهة الضغوط وعلاقتها بالاضطرابات الجنسية وتعاطي المخدرات، ومدى اختلاف هذه الأساليب تبعاً لمتغيرات النوع، السن، حالة التعود على الانحرافات الجنسية، وتعاطي المخدرات، ووقفت إلى حدّ كبير في تحقيق الأهداف المرجوة حيث إنها توصلت إلى:

• أكثر أساليب المواجهة شيوعاً التي يستخدمها الأشخاص وهو أسلوب الانفعال الذي يدفع بهم غالباً إلى عدم القدرة على ضبط الذات والمساندة الاجتماعية وتبني سلوكيات يتمّ من خلالها إسقاط كلّ الغضب والعدوانية في مواجهة الضغوط النفسية.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في تبني أساليب مواجهة الضغوط النفسية للأفراد.
- تأثير السن في اختلاف أساليب مواجهة الضغوط لعينة الذكور أكثر من الإناث.

التوصيات والمقترحات:

إنّ القيمة العلمية لأي دراسة تتمثل في النتائج التي خلصت إليها، فكل بحث يبدأ من حيث انتهى إليه بحث آخر؛ وعليه يمكن اقتراح مجموعة من البحوث والدراسات منها:

- استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى النزلاء المتصفون بالعود في الجريمة.
- أساليب مواجهة الضغوط لدى المرأة المعنفة.
- علاقة الضغوط بظاهرة هروب المراهقات من البيت.
- إعداد برنامج تكفل نفسي لتوجيه إكمانية مواجهة ضغوط مرحلة المراهقة وعلاقتها بالانحراف الجنسي.
- ضغوط الحياة اليومية وأساليب مواجهتها لدى المراهقات اللواتي يمارسون الانحرافات الجنسية.
- العمل على إقامة البرامج التربوية والإرشادية التي توضح الأضرار النفسية والاجتماعية للانحرافات الجنسية.
- تربية الأبناء تربية سليمة مرتكزة على التربية الدينية حتى نساعدهم على التغلب على الممارسات الجنسية غير السوية.
- توفير الأنشطة الاجتماعية والثقافية للشباب والمراهقين وخاصة الذكور وذلك للاستفادة من طاقاتهم وأوقات فراغهم بما يبعدهم عن السلوكيات والممارسات الجنسية الشاذة.
- توفير الرعاية والرقابة المجتمعية والأسرية للشباب وخاصة المتزوجين حتى نبعدهم عن كلّ ما يؤدي إلى ممارسة الانحرافات الجنسية.

- على القائمين بوزارة التربية والتعليم إعطاء التربية الجنسية اهتمامًا أكبر في المناهج الدراسية؛ حتى تساعد الأبناء على اكتساب الثقافة الجنسية بصورة صحيحة.
- دراسة المناخ النفسي والاجتماعي للمنحرفين جنسيًا.
- فعالية برنامج إرشادي لتحسين الثقة بالنفس للمنحرفين جنسيًا.
- الضغوط الحياتية والنفسية وعلاقتها بالانحرافات الجنسية وسط الشباب.
- التفكك الأسرى وعلاقته بالانحرافات الجنسية للمراهقين.
- دور وسائل الإعلام في التخفيف من انتشار الانحرافات الجنسية كما يدركها المنحرفون جنسيًا.
- إرشاد المراهقين وتوجيههم وتوعيتهم بمخاطر تناول المخدرات وأثرها على الصحة الجسمية والنفسية للفرد.
- تقوية الوازع الديني لدى المراهقين والشباب من خلال الندوات الدينية، الإرشاد الديني، وتنمية الحس الوطني.
- توجيه الآباء إلى ضرورة التنشئة الوالدية السوية، والبُعد عن أساليب المعاملة الخاطئة كالتدليل الزائد والقسوة، والتفرقة والإهمال وغيرها من الأساليب السلبية؛ لما لها من مخاطر على شخصية الفرد.
- الاهتمام بفئة الشباب المدمن على تناول المخدرات بأنواعها المختلفة، ومساعدتهم في إعادة الثقة بأنفسهم، وإتاحة الفرصة لهم لتحقيق نواتهم، حتى لا يعيشوا في عزلة عن مجتمعهم.

المراجع:

- أبو المكارم، فؤاد (٢٠٠٥). التغيرات النفسية الناجمة عن عمليات التكيف العصبي للإدمان "اقتراحات وفروض" المجلة القومية للتعاظم والإدمان، المركز القومي لمكافحة وعلاج الإدمان، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢(١)، ٧٩-١١٠.
- أبو بكر مرسي (٢٠٠٢). أزمة الهوية في المراهقة والحاجة إلى الإرشاد النفسي، ط١، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد (١٩٩٨). الارتكاس العقائري، دراسة علمية مقارنة، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- أبو عيد، أحمد (٢٠٠٨). فاعلية برنامج إرشادي للوقاية من تعاطي العقاقير الخطرة والمخدرة، رسالة دكتوراة غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.
- أحمد شويخ، هناء (٢٠٠٧). أساليب التخفيف من الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ط١، مصر، ايتراك للطباعة والنشر.
- أحمد ناديل، عبد العزيز، وأبو سعد، أحمد عبد اللطيف (١٩٩٩). التعامل مع الضغوط النفسية، ط١، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- الأصول، عمار جمال (٢٠٠٨). دراسات في الصحة الجنسية، لبنان، عالم الكتب.
- الجبوشي، ناجي أحمد (١٩٩٨). الانحرافات الجنسية (دراسة سيكولوجية قانونية لظاهرة الشذوذ الجنسي)، القاهرة، مطبعة الأهلي.
- الحازمي، صالح (٢٠٠٢). تعاطي المخدرات وعلاقته بأبعاد الشخصية وبعض المتغيرات الأسرية، رسالة دكتوراة غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة، مصر.
- الحنفي عبد المنعم (١٩٩٤). موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، بدون طبعة، مكتبة مديولي، القاهرة.
- الخزاعلة، عبد العزيز (٢٠٠٣). الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن، دراسة ميدانية، أبحاث اليرموك، ١٩(٤)، ١٩١١-١٩٣٩.
- الخطاطبة، أشرف (٢٠٠٠). متعاطو المخدرات في مركز الإصلاح والتأهيل في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- الدمرداش، عادل (١٩٨٢). الإدمان، مظاهره وعلاجه، بدون طبعة، عالم المعرفة، الكويت.
- الركابي، لمياء (٢٠١١). أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الإعدادية، مجلة العلوم النفسية، الجامعة المستنصرية العدد (١٩)، ٧٥-١٠٧.
- الرمادي، حاتم مجدي، (٢٠٠٩)، صحتك النفسية والجنسية، بيروت، مكتبة عالم المعارف.

- السري، إجلال محمد (٢٠٠٣). الأمراض النفسية الاجتماعية، ط١، عالم الكتب.
- السعد، صالح (١٩٩٩). الوقاية من المخدرات، ط١، عمان، دار صفاء للنشر والتوزيع.
- السيد فؤاد البهي (بدون تاريخ). سيكولوجية الإدمان، بدون طبعة، عالم الكتب، القاهرة.
- الشرفاوي، أنور (١٩٩١). الأبعاد النفسية والاجتماعية والتربوية لمشكلة الإدمان لدى الشباب، القاعدة، المركز الحكومي للبحوث التربوية والتنمية.
- الطيب، محمد عبد الظاهر (١٩٩٦). مشكلات الأبناء من الجنين إلى المراهقة، بدون طبعة، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- العفيفي، عبد الحكيم (١٩٨٦). الإدمان، ط١، الزهراء للإعلام العربي.
- العمر، معن خليل، (٢٠٠٤)، التنشئة الاجتماعية، الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع.
- العيسوي، عبد الرحمن محمد، (٢٠٠٢)، الوجيز في علم النفس العام، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- القاضي، عبد الحميد الأيوبي، (٢٠٠٢)، الشباب والشذوذ الجنسي، ط١، الأردن، مؤسسة الرسالة.
- القريطي، عبد المطلب أمين (١٩٩٧). الصحة النفسية، ط١، دار الفكر العربي، القاهرة.
- المروتي، أحمد بن فهد (٢٠١٣). الشذوذ الجنسي وعقوبته في الفقه الإسلامي، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، المعهد العالي للقضاء.
- المغربي، سعد (١٩٨٦). ظاهرة تعاظم الحشيش دراسة نفسية اجتماعية، القاهرة، دار المعارف.
- الناجي، حسين هاشم (٢٠٠١). دراسات في الصحة النفسية والجنسية، سوريا، مكتبة البيارق للطباعة.
- الناجي، حسين هاشم، (٢٠٠١)، دراسات في الصحة النفسية والجنسية، سوريا، مكتبة البيارق للطباعة.
- النادر، أيوب أحمد (٢٠٠٥). مشكلات الشباب الجنسية والنفسية، الجزائر، مكتبة وهران.
- النادر، أيوب أحمد، (٢٠٠٥)، مشكلات الشباب الجنسية والنفسية، الجزائر، مكتبة وهران.
- النشادري، أحمد حسين (٢٠١٠). بحوث ودراسات في الصحة النفسية، سوريا، مكتبة البيارق للطباعة.
- النيال، مايسة (١٩٩٨). بعض المتغيرات الوجدانية لدى الاعتماد العقاقيري في ريف مصر وحضرها، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٤٨)، ٦٦-٩٥.
- الهابط، محمد السيد (٢٠٠٠). التكيف والصحة النفسية، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث.

- الهابط، محمد السيد، (٢٠٠٠)، التكيف والصحة النفسية، القاهرة، دار الشرف للنشر.
- الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات (٢٠١١). تقرير الهيئة الدولية لمراقبة المخدرات، الأمم المتحدة، نيويورك.
- بن حجاب، منصور (٢٠١١). عوامل الشخصية الستة عشر وعلاقتها بإدمان الأمفيتامينات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.
- بن هادية وبلحسين (١٩٨٩). القاموس الجديد للطالب، ط٤، مشترك للنشر والتوزيع، تونس-الجزائر.
- بهاء الدين السيد عبيد، ماجدة (٢٠٠٨). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية، ط١، عمان، دار الصفاء.
- تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (٢٠٠٤). الوثائق الرسمية للمجلس الاقتصادي والاجتماعي، المجلس الاجتماعي والاقتصادي، الأمم المتحدة.
- جاب، خطاب محمد (٢٠١٢). الجنس وعلم النفس، سوريا، دار الجديران.
- حامد عبد السلام زهران (٢٠٠١). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط٣، عالم الكتب، القاهرة.
- حبيب، علي الشاذلي (٢٠٠٨). الإنترنت والجنس، ليبيا، مكتبة الرفاعي.
- حراشي، عثمان محمد (٢٠٠٠). الغزو الفكري والثقافي والسلوك التوافقي وسط الطلاب مشاهدي الأفلام الإباحية، مؤتمر العلوم الإنسانية الثالث، ليبيا، كلية تربية، جامعة مصراتة.
- حسين، محسن الزيايدي (٢٠١٣). دعائم الصحة النفسية والجنسية، عمان، دار المريخ.
- حلس، صديقة وسمور، عايش والأسطل، رياض وحمد، إبراهيم وساق الله، أحمد وأبو سالم، محمد (١٩٩٩). المخدرات (المخاطر - الوقاية - المكافحة)، ط١، مطبعة غزة، الرنتيسي للطباعة والنشر.
- حمادتين، بشارى حسين، (٢٠٠٨)، المشكلات الجنسية والصحة النفسية، سوريا، دار الرومان.
- حنورة، مصري (١٩٩٨). ظاهرة اضطراب الشخصية لدى متعاطي المخدرات، دراسة حضارية مقارنة على عينتين من مصر والكويت، المؤتمر العالمي الأول حول دور الدين والأسرة في وقاية الشباب من تعاطي المخدرات بالكويت.
- دسوقي، كمال (١٩٨٨). ذخيرة علوم النفس، ط١، الدار الدولية للنشر، القاهرة.
- رجعية، عبد الحميد (٢٠٠٩). الآثار النفسية لتعاطي وإدمان المخدرات، الندوة العلمية المخدرات والأمن الاجتماعي، جمهورية مصر العربية، السويس ٣٠/٣-٤/١، ٢٠٠٩.
- زكي، نادية جمال الدين (٢٠٠٥). الآثار الصحية لتعاطي وإدمان المخدرات في تعاطي المخدرات بين الحقيقة والوهم" المجلس القومي لمكافحة

- وعلاج الإدمان، القاهرة، مصر.
- زيور، مصطفى (١٩٨٦). في النفس، بحوث مجمعة في التحليل النفسي، القاهرة، دار النهضة العربية للطباعة والنشر والتوزيع.
- سبيريان، جون مايكل (٢٠٠٤). دراسات في علم النفس الجنسي، ترجمة خالد الطويل، سوريا، مكتبة البيارق للطباعة.
- سويف، مصطفى (١٩٩٩). مشكلات تعاطي المخدرات بنظره علمية، ط١، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية.
- شارلز، شيفر، هوارد ميلمان (١٩٩٦). مشكلات الأطفال والمراهقين وأساليب المساعدة فيها ترجمة نزيه حمده، نسيبة داود، عمان، دار الجامعة الأردنية.
- عبد الحميد، محمد (٢٠٠٢). التعاون الدولي البري في مجال مكافحة المخدرات، مركز الدراسات والبحوث الأمنية، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، السعودية ص١٣-١٦.
- عبد الحميد، محمد (٢٠٠٣). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، ط١، الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.
- عبد الرحمن، رشاد (٢٠٠٣). الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، ط١، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض، السعودية، ص١٣-١٦.
- عبد المعطي، مصطفى (٢٠٠٦). دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٧١) -٧١، (٧١)، ١٢٩-١١٤.
- عبد المعطي، مصطفى، (٢٠٠٦)، دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (٧١) -٧١، (٧٢)، ١٢٩-١١٤.
- عفيفي، عبد الحكيم (١٩٨٦). الإدمان، القاهرة، الزهراء للإعلام.
- عوض، رنيفة، (٢٠٠١)، ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة والتشخيص والعلاج، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية.
- عياد، فاطمة والمشعان، عويد (٢٠٠٣). تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد، مجلة العلوم الاجتماعية، ٣١ (٣)، ٤٤-٦٤.
- غباري، محمد سلامة (١٩٩٩). الإدمان أسبابه، ونتائجه وعلاجه، دراسة ميدانية، الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث.
- فينخل، أوتو (١٩٦٩). نظرية التحليل النفسي في العصاب، ترجمة صلاح مخيمر، الجزء الثاني، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.
- كيري، وليم جيمس (٢٠٠٣). السلوك الجنسي وعلم النفس، بيروت، دار الزمالة للنشر.

- مخيم، صلاح (١٩٧٩). المدخل إلى الصحة النفسية، القاهرة، الأنتجلو المصرية.
- مزامير، كمال حسن (٢٠٠٤). الانحرافات الجنسية والصحة النفسية وسط المراهقين والشباب، لبنان، دار جادين للطباعة.
- مليكة، لويس (١٩٨٠). علم النفس الإكلينيكي، الجزء الأول، القاهرة، الهيئة المصرية العامة.
- مناسر، محمد حسن، (٢٠١٠)، الاتجاهات الحديثة نحو الجنس، دار الوطن.
- مناسر، محمد، حسن (٢٠١٠). الاتجاهات الحديثة نحو الجنس، دار الوطن.
- موسى، رشاد عبد العزيز (٢٠٠٨). الجنس والصحة النفسية، القاهرة، عالم الكتب.
- هاشمي، محبوب محمد (٢٠٠٥). أزمة الشباب الجنسية، لبنان، مكتبة الفاروق.
- هاشمي، محبوب محمد، (٢٠٠٥)، أزمة الشباب الجنسية، لبنان، مكتبة الفاروق.
- يس، أحمد (٢٠٠٩). تأثير تعاطي المخدرات على الفرد والمجتمع، الندوة العلمية، المخدرات والأمن الاجتماعي، جمهورية مصر العربية، السويس، الفترة من ٣٠/٣-١/٤، ٢٠٠٩.
- يوسف، جمعة السيد، (٢٠٠٧) إدارة الضغوط، القاهرة، مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية، كلية الهندسة، جامعة القاهرة.
- Adaptation ET strategies de coping à adolescence etude differentially salon lager ET le sexes, Spiraled-revue de recherché en education, N°20, 471-476.
- Adaptation ET strategies de coping à adolescence etude differentially salon sexes ET lager, revue de recherché en education, N°20, 131-154.
- Al. ajar, M. & Clark, D. (1996).self-esteem and trait anxiety in relation to drug in Kuwait. Substance use and misuse education. Prevention and policy, 31(7), 932-943.
- As bell, L. B. (1989). Style of Coping, Daily Hassles, and Hardiness as Mediators and Outcome in the stress-illness relationship: A prospective Study, DAI-B, 49/12, P. 551.
- Atwater, E. (1990). Psychology of Adjustment: Personal Growth in Changing World. New York, Cliffs prentice. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, pp109-116.
- Behan, V. & Hanson, J. &Higgins, A. &Jarrett, M. (2000). Parent- Child communication and its

Perceived Effects on the Young Children's Developing Self- concept, paper presented at the seventh Institute of family studies.

- Banerjee, P. (2005). Exploring the Impact of Parental Overprotection on Adult Social Anxiety Via Perfectionism: MEDIATION MODEL, a thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the Degree of master of Arts Department of Psychology, Oxford, Ohio, Faculty of Miami university.
- Behr, T. (1995). Psychological Stress in the Workplace. First Published, London: Rutledge.
- Banerjee, P. (2005). Exploring the Impact of Parental Overprotection on Adult Social Anxiety Via Perfectionism: MEDIATION MODEL, a thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the Degree of master of Arts Department of Psychology, Oxford, Ohio, Faculty of Miami university.
- Behr, T. (1995). Psychological Stress in the Workplace. First Published, London: Rutledge.
- Booting, R. R. & Bower, G. H. & Cajon, R. B & Hall, E. (1986): Psychology Today: An Introduction, sixth Edition, New York: Random House, McGraw- Hill publishing.
- Brace, H (1998). Abnormal Behavior, goranorich, Inc. USA
- Blame, H. (1990). The Personality of the alcoholic. In M. E. hafts (E d). Frontiers of alcoholism. New York, Aronson...
- Bruchon-Sweitzer, M., (2002). Psychologies de la santé models concepts ET methods. Paris: Armand Colin.
- Bruchon-Sweitzer, M., Quinter, B. (2001). Personality maladies stress coping ET adjustment. Paris: Dunned.
- Bourget, S., Tyrone.Y. Rascl.C. (2001). Les troubles de

adolescence. Paris: Ellipses edition marketing-SA.

- Behan, V. & Hanson, J. & Higgins, A. & Jarrett, M. (2000). Parent- Child communication and its Perceived Effects on the Young Children's Developing Self- concept, paper presented at the seventh Institute of family studies.
- Banerjee, P. (2005). Exploring the Impact of Parental Overprotection on Adult Social Anxiety Via Perfectionism: MEDIATION MODEL, a thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the Degree of master of Arts Department of Psychology, Oxford, Ohio, Faculty of Miami university.
- Behr, T. (1995). Psychological Stress in the Workplace. First Published, London: Rutledge.
- Banerjee, P.(2005). Exploring the Impact of Parental Overprotection on Adult Social Anxiety Via Perfectionism: MEDIATION MODEL, a thesis submitted in partial fulfillment of requirements for the Degree of master of Arts Department of Psychology, Oxford, Ohio, Faculty of Miami university.
- Behr, T. (1995). Psychological Stress in the Workplace. First Published, London: Rutledge.
- Booting, R. R. & Bower, G. H. & Cajon, R. B & Hall, E. (1986): Psychology Today: An Introduction, sixth Edition, New York: Random House, McGraw- Hill publishing.
- Chantal, R., ET all. (2011). Stress, soutane social ET strategies de coping: Quelled influence sure le sentiment de competence parental des meres primaries? Recherché en so INS inferiors, N°106, 47-58.
- Calvin, D., (2005). Faire face aux stress de la vie quotidien. (Ed.2). Enterprise Modern.
- Carmen C. M. & Lesley P. H. (2006). Coping With Stress: Social Work Student and Humor, Social

Work Education: The International Journal Vole 25, no 5, August P. 501-517.

- Cohen, S. & Williamson, G. M (1998). Stress and Infectious Disease in Humans, Psychological Bulletin, 98, 310-337.
- Collins Carla, B. (1992). Hardiness as Stress Resistance Resource, Pell paper presented at the Annual meeting of American Psychological. Conference "Family futures: Issues in Research and policy" Edith Cowan university 24-26 Western Australia, pp. 1-33.
- De- wide, E et al (1994). Social Support, Life Events, and Behavioral Characteristic of Psychological Depressed Adolescents, Journal of Adolescence, Vol. 29, No. 113, pp48-60.
- Dolphin François- Philippe Saint, J... (2008). Les survives à UN plan social; quels strategies de coping? La revue des sciences de gestation, N° 231/232, 107-110.
- Davison G. C& Neal, J. M. (1994). Abnormal psychology. (6th Ed), New York. Johan Wiley& Sons, Inc.
- Dixon, L. McNairy, S. Lehman, A. (1995). Substance Abuse and Family Relationships of Person with Severe
- Erik, H.E., (1972). Adolescence ET crie la quite d'identité. Paris: Flammarion Edition (trait par Mass, J., LouisCombet, C.)
- Friedman, M. Musgrove, A. (1994). Perception of inner city Substance Abusers About their Families, Archives of Psychiatric nursing...
- Fleming, Manuela (2005). "Adolescent. Autonomy Desire Achievement and Disobeying parents between Early and Development psychology, Vol. 5, pp-16.
- Fleishman, R. B., A & Singer. E (1984). Toward an Integrative Approach to the Study of Stress, journal of personality and social psychology, vol. 40, No. 4, p. p939- 949.

- Ferrari, M., Legion, P., (2002). Travail, Stress ET adaptation, Paris: Study.
- Gerald, D., Veronique, C., Sofa, B., December, C... (2011).Strategies de regulation émotionnelle de coping: quels liens, Bulletin de la psychology, 46(5)/515, 471-476.
- Grebe, E., Patty, B., Girard Daphnia, N... (2006). Styles defensives ET strategies d'ajustement Ou coping en situation stressante, L'encéphale, N° 32, 315-324.
- Graziani, p., (2005). Le stress emotion ET strategies adaptation. Paris: Armand Colin.
- Grebe, E., (2008).Stress ET burnout au travail: identifier, prévenir, and guérir.Paris: Grouped Enrolls.
- Gustave-Nicollas, F., Croly, T., (spa). Les concepts fondamentaux de la psychology de la sent. Paris: Dunned.
- Gadzella, B. M. (1994). Student Life- Stress inventory: Identification of a Reactions to Stressors, Volume 74, Issue, pp. 395-402.
- Graham, K. (2003). How children can's Independence Be Promoted and Measured in the Primary Class Room? A thesis for the degree of doctor, England, Coventry University in collaboration with university college of Worcester.
- Hardback, R.L. & Jones, W.P. (1995). Family beliefs among adolescents at risk for substance abuse, journal of drug education, 25 (1), 1-19.
- Helen B (2004). The Developing child Denise Boyd 10th Ed, Journal child maltreatment
- Hale, W. W., Vander V., Inga; Axe, J. & Meets, W. (2008)" The Interplay of Early Adolescents' Depressive Symptoms, Aggression and Perceived Parental Rejection: A Four-Year Community Study "" Journal of Youth and Adolescence, 37: 928-940, July 03, 2008.

- Hetherington, E. et al (1993). Child Psychology. New Delhi: Grow Hill-publishing company.
- John, A. & Barry, E. (1998). Cocaine Effect, on the developing brain, Annals at the New York academy of Sciences.
- John, M. Wallace J. Tony n. brown, Jerald G. & Bachman, T. (2003). The influence of race and religion on abstinence from alcohol, cigarettes and marijuana among adolescents, journal of student on alcohol. 64, (6), 843.
- Johnson, B. R. Tomkins, R. B. & Webb, D. (2002). Objective hope ; Assessing the Effectiveness of faith- Based Organization ; A review of the literature research report , Philadelphia, PA ; center for research on religion and urban civil society , university of Pennsylvania.
- Kathleen, & Bruce, D (2005). Resource for dropout from drug abuse treatment symptoms personality and motivation, addictive behaviors, 31 (1) 189_196.
- Kestemberg, è, (1999). adolescence à vive. Paris: le file rouge.
- Kelly, J. (1994). The Executive Time and Stress: Management Program, NJ. Alexander Hamilton institute, Inc.
- King, k. (1991). Life events, stress and coping strategies of secondary school students in Hong Kong. An Exploratory Study. Http//WWW. Fed. Cud, ed. he/ceric/Coma/911k Kwong.
- Kumar, R. (1990). Stress and Coping Strategies of Rural aged, J. of personality and social psychology, vol. 6, No, 2, p. p 171-175.
- Lazarus, R. S. & Folk man, s. (1984). Stress Apprise and Coping, New York, Springer publishing comp.
- Lewiston. P., G. (1995). Adolescent's psychopathology: IV specificity of psychosocial Risk factors for Depression and substance abuse in order.
- Lehalle, H., Milliard. ,(2005).psychology du development

- enhance et adolescence.(ad 2).Paris: dunned.
- Loo, P., Malinowski, A., (Ed.3). Le stress permanent reaction. Adaptation ET organism aux existensial. Paris: Masson.
 - Marc, l., (1996). Adolescence en difficult, delinquency drogues: polity's socials ET intervention preventives ET curatives, queues lemons des recherché scientifiques. Marc... Marc, l., (1985). La delinquency à adolescence.
 - Martin, P., Lee, H. S., Pool, L. W., Folks, J. S. (1992). Personality, life events and coping in the oldest-old. International Journal of Aging & Human Development, 34(1), 19-30.
 - Must, G., & Garcia, JF (2005). Consequence of family socialization in the Spanish culture, psychology in Spain, University of Valencia Vol. 9, No. 1, p. p 34-40.
 - Marty, F., (2008). Les grandee's problématique de la psychology Clinique. Paris: Dunned.
 - Malewska-Peyre, H., Tipp. (1993). Marginality ET troubles deal socialization. France: Presses universities.
 - Montoya, D.B., 2008.Difficultés scholars ET trouble de la function symbolique chez adolescent, university de Aix-Marseille: Paris.
 - Norman, A. s. &Bergen, W. A. (1995). AN Expanded view of career counseling engendering competence. E 100 models of adolescent transition. ERIC, p. p1-3.
 - Norman, S.E., Parker, M. A., (1998). Inventoried de coping pour les situations stress antes. Paris: Les editions du center de psychology appliqué.
 - Outmans, T. F. &Emery, R. E (1998). Abnormal psychology, New Jersey, prentice Hall2 Hall 24. Taylor, S. E.

- Orvarshal, H. Lewiston & J. R Sally (1995). Community of psychology in community sample adolescents, journal of America Academy of child and adolescent's psychiatry 34, p, 152501535.
- Parra, Agued& Olivia, Alfredo (2009). A longitudinal
- Patterson, J. cabin, H. (1987). Adolescent Coping Style with Stressful Events, J. of adolescence vol. 10, pp.: 163-186.
- Phojavaara, P. (2004). Social phobia: An Etiology, Course and Treatment with Endoscopic Sympathetic Block (E S B) Academic Dissertation, Finland, faculty of medicine university of Oulu.
- Paula, I... (1992). Le concept de coping, L'Anse psychologies, vol. 92, N° 4, 545-557.
- Point, R., Pascal. A., (2008). La resolution Problem en psychotherapy. Paris: Dunned.
- Sores-Ade, F. Sian, H., Tap, P., Spares, S. (1995). Les strategies de coping: Support social ET desirability social, Revisit Aprendizagem Desenvolvimento, N°15, 165-173.
- Servant, D., (2007). Gestation du stress ET de l'anxiété. (Ed.2).Paris: Elsevier Masson says.
- Susskind, E. (2008): Family Practices and Child Participation: an Exploratory Study From the Point of View of Children and Adults in Latin America and the Caribbean, prom undo ingles. Nidd. Basil.
- Sally, H. (1980). The Stress of Life. N. Y. McGraw- Hill.
- Seaward, B. (1999). Managing Stress Principles and Strategies for Health and Wellbeing. Jones and Bartlett publishers Boston.
- Sheka, D. T. L. (1989). "Perceptions of parental treatment styles and psychological well-Being in Chinese Adolescents", Journal of Genetic psychology, vol. 150, no. 4, pp403-415.
- Shields, N. (2009). "Self-Concept is a concept worth considering "Physical& Occupational therapy in pediatrics, Vol. 29. Issue 1. pp. 23-26.

- Smith, J. C. (2001). Advance in A B C relaxation Application and Inventories, New York. NY: springer publishing company.-
- Samuel, B. & john, J. (2001). Addicted patients with personality disorder: traits, schemas and presentation problem, journal of psychology disorder, 15(1)72-83.
- Swati, H, (1996). Psychiatric Symptoms who Abuse volatile Substance in Addiction Research, 4 (1).
- Taylor, S. E. (1999). Health Psychology, Boston: McGraw Hill.
- Turner and Mariner (1994). "Social Support and Social true: A descriptive epidemiology M, journal of health and social behavior.
- Violator, V. medina, M. Juarez, F. (1998). Drug use Pathways Among High school student of Mexico Addiction Clinical Pediatrics, 93(10) 1577- 1588.
- Vaičekuskaitė, R. (2007). "Parents Perspective on Social Exclusive and the Development of Psychological Autonomy in Children with Disabilities "Illinois child welfare, Vol. 3, NO. 1-2, PP30-40.
- Wildman K. F, Ross D. P., Scott C., Sharon D., Raymond B., Jessica D., Justina P., Sabine F.,P., (2004). Economic Stress, Parenting and Child Adjustment in Mexican American and European American Families, Child Development, Vol. 75, No. 6.
- Wielder, H, & Kaplan, E. (1969). Drug use in Psychodynamic meaning adolescents and Pharmacologic effect Psychoanalytic Study of the child.