

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة



كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس
مخبر البحث في العلوم الاجتماعية-سكبيكة

أطروحة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطور الثالث

الميدان: علوم إنسانية واجتماعية الشعبة: علوم اجتماعية-علم النفس
الاختصاص: علم النفس العيادي

من إعداد:

آمنة بوغازي

بعنوان

أنماط التعلق وعلاقتها بالأكسيثيميا لدى المراهق المدمن على المخدرات
دراسة ميدانية بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية قالمة وسكبيكة

بتاريخ: 2026/02/16 أمام لجنة المناقشة المكونة من:

الاسم واللقب	الرتبة	
السيدة دشاش نادية	أستاذ تعليم عالي	بجامعة 8 ماي 1945 قالمة
السيدة براهيمية سميرة	أستاذ تعليم عالي	بجامعة 8 ماي 1945 قالمة
السيد عبد القادر بختان	أستاذ تعليم عالي	بجامعة محمد الصديق بن يحي جيجل
السيد بومدين سليمان	أستاذ تعليم عالي	بجامعة 20 أوت 1955 سكبيكة
السيد هامل أميرة	أستاذ تعليم عالي	بجامعة 8 ماي 1945 قالمة

السنة الجامعية: 2026/2025

شكرتكم

الحمد لله حمدا كثيرا يليق بجلاله وكمال صفاته الذي وفقني وأعانني على إتمام هذه الدراسة،
وأساله عز وجل أن يبارك لي في والدي الكريمين وأن يوفقني كي أرد فضلما مني جزيل
الامتنان.

أتوجه بخالص الامتنان والعرفان الى مشرفتي البروفيسورة " براهيمية سميرة" التي أشرفني على
هذا العمل، وعلى توجيهاتها القيمة وملاحظاتها البناءة التي كان لها الأثر الكبير في تطوير
هذه الدراسة،

كما لا يفوتني أن أتقدم بجزيل الشكر الى المركز الوسيط لعلاج المدمنين، الطاقم العلاجي
والإداري على تعاونهم الكريم وتسميهم كافة الإجراءات اللازمة لجمع البيانات، وعلى ما قدموه
من دعم مهني ومعنوي ساعدني كثيرا في إتمام هذا العمل العلمي وأخص بالذكر كل من
الدكتورة " بومعزة"، الأختائي النفساني "نبيل زرتي"، المساعد الاجتماعي " زين العابدين
عربي" بولاية قالمة

كذلك الدكتورة " بوعسل"، الأختائية النفسانية " بوقرة سميرة" بولاية سكيكدة.
وأتوجه أيضا بالشكر الى كل من ساهم من قريب أو من بعيد في إنجاز هذا العمل، من الزملاء،
والأساتذة، والمشاركين في البحث.

إهداء

إلى نبع العطاء والحنان، إلى أحلى ما في الوجود، إلى أحن صدر ألبأ إليه، إلى نور قلبي
وقرة عيني، أمي الغالية أطال الله في عمرها وجزاها كل خير
إلى العزيز الغالي، إلى من علمني الوقار والشموخ، إلى ركيزتنا الوالد الكريم أطال الله في
عمره وحفظه لنا

إلى من ذقت معهم طعم الحياة، إخوتي
إلى كل من ساعدني في إنجاز هذا العمل، إلى كل الأساتذة الذين أشرفوا على تعليمي
إلى كل طالب علم كافح وسهر الليالي، إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل.

ملخص الدراسة :

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن طبيعة العلاقة بين متغيري أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات، والتعرف على نمط التعلق الأكثر شيوعا وكذا مستوى الألكسيثيميا لديهم ومعرفة إمكانية وجود فروق في هذه المتغيرات تبعا لنوع المادة الإدمانية ومعرفة إمكانية التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا من خلال أنماط التعلق لدى أفراد العينة.

وقد اقتضت طبيعة الموضوع اتباع المنهج الوصفي، والاستعانة بمجموعة من الأدوات للحصول على المعطيات الميدانية من أبرزها: الملاحظة والمقابلة الأولية، مقياس نمط العلاقات (RSQ) لجريفيين وبارثولوميو، ومقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، وتمثل مجتمع بحثنا في المراهقين المدمنين على المخدرات في المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية قلمة وسكيدة، حيث تم اختيار عينة عددها (315) مراهقا مدمنيا على المخدرات اختيرت بالطريقة القصدية، وتمت معالجة البيانات احصائيا بواسطة برنامج SPSS.V28 بالاعتماد على الأساليب الإحصائية المناسبة ، تم التوصل للنتائج التالية:

- النمط الأكثر شيوعا عند المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط غير آمن (النمط الراض).
 - مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع.
 - توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
 - توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية لصالح مادة الكوكايين.
 - توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية لصالح الإدمان المتعدد (أكثر من مادة إدمانية واحدة)
 - يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال الدرجة الكلية لنمط التعلق حيث تبين أنّ نمط التعلق المنشغل هو الأكثر أهمية في التنبؤ بالألكسيثيميا.
- الكلمات المفتاحية:** أنماط التعلق-الألكسيثيميا-المراهقة-الإدمان على المخدرات

Abstract

The current study aimed to reveal the nature of the relationship between the variables of attachment styles and alexithymia among drug-addicted adolescents ,to identify the most common attachment style among drug-addicted adolescents, as well as their level of alexithymia, , to know the possibility of differences in these variables depending on the type of addictive substance, and to know the possibility of predicting the level of alexithymia through the attachment styles of the sample members.

The nature of the topic required following the descriptive approach and using a set of tools to obtain field data, the most prominent of which are : observation and simple research interview, the Relationship Scale Questionnaire (RSQ) by Griffin and Bartholomew, and the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Our research community was represented in drug-addicted adolescents at the Intermediate Center for the Treatment of Addicts in the states of Guelma and Skikda, where a sample of (315) drug-addicted adolescents was selected in the intentional manner, and the data was processed statistically using the SPSS.V28 program, and the following results were reached:

- The most common pattern in drug-addicted adolescents is the unsafe pattern (rejective pattern)
- The level of alexithymia in drug-addicted adolescents is high
- There is a correlation between attachment styles and alexithymia in drug-addicted adolescents
- There are differences in attachment styles among adolescents addicted to drugs depending on the type of addictive substance in favor of cocaine.
- There are differences in the level of alexithymia in drug-addicted adolescents depending on the type of addictive substance in favor of multiple addictions (more than one addictive substance)
- The level of alexithymia in drug-addicted adolescents can be predicted by the overall degree attachment style, with the preoccupied attachment style being the most important predictor of alexithymia.

Keywords : attachment styles - alexithymia - adolescence - drug addiction

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
-	شكر وتقدير
-	الاهداء
-	ملخص الدراسة
-	فهرس المحتويات
-	فهرس الجداول
-	فهرس الأشكال
أ-ج	مقدمة
الجانب النظري للدراسة	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	1- الإشكالية
9	2-فرضيات الدراسة
9	3-دوافع اختيار الموضوع
9	4-أهمية الدراسة
15	5-أهداف الدراسة
16	6-تحديد مصطلحات الدراسة
16	7-الدراسات السابقة
الفصل الثاني: التعلق	
26	تمهيد
27	1-مفهوم التعلق
28	2-مفاهيم مرتبطة بالتعلق
30	3-أهم النظريات المفسرة للتعلق
34	4-مراحل التعلق
37	5-تصنيفات أنماط التعلق
43	6-التعلق في مرحلة المراهقة
44	7-ثبات واستمرارية أنماط التعلق في مرحلة المراهقة
45	8-تأثير النماذج العاملة الداخلية في مرحلة المراهقة

46	9-قياس التعلق في مرحلة المراهقة
51	خلاصة
الفصل الثالث: الألكسيثيميا	
53	تمهيد
54	1-التطور التاريخي للألكسيثيميا
55	2-مفهوم الألكسيثيميا
56	3-أهم النظريات المفسرة للألكسيثيميا
61	4-أنواع الألكسيثيميا
63	5-خصائص الأفراد ذوي الألكسيثيميا
64	6-انتشار الألكسيثيميا
65	7-قياس الألكسيثيميا
68	8-أنماط التعلق والألكسيثيميا
69	9-الألكسيثيميا والإدمان على المخدرات
72	خلاصة
الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات	
74	تمهيد
-	أولاً: المراهقة
75	1-تعريف المراهقة
76	2-المراحل النمائية للمراهقة
78	3-مظاهر النمو في مرحلة المراهقة
84	4-مشكلات المراهقة
-	ثانياً: الإدمان على المخدرات
88	1-تعريف الإدمان على المخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة به
91	2-مراحل الإدمان على المخدرات لدى المراهق
92	3-معايير تشخيص الإدمان على المخدرات وفقاً للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5)
94	4-أهم النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات
103	5-عوامل الخطر المنبئة بتعاطي المخدرات بين المراهقين
106	6-آثار الإدمان على المخدرات لدى المراهق

112	خلاصة
الجانب الميداني	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
115	تمهيد
116	1-الدراسة الاستطلاعية
116	1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية
116	1-2 إجراءات الدراسة الاستطلاعية
117	1-3 نتائج الدراسة الاستطلاعية
117	2-الدراسة الأساسية
117	1-2 المنهج المستخدم
117	2-2 أدوات جمع بيانات الدراسة
124	3-2 حدود الدراسة
125	4-2 مجتمع الدراسة
125	5-2 عينة الدراسة
126	6-2 خصائص عينة الدراسة
132	7-2 الأساليب الإحصائية المستخدمة
133	خلاصة
الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها	
135	تمهيد
136	1-عرض النتائج وفقا لفرضيات الدراسة
136	1-1-عرض نتائج الفرضية الأولى
138	1-2-عرض نتائج الفرضية الثانية
140	1-3-عرض نتائج الفرضية الثالثة
142	1-4-عرض نتائج الفرضية الرابعة
146	1-5-عرض نتائج الفرضية الخامسة
150	1-6-عرض نتائج الفرضية السادسة
153	2-مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة والإطار النظري
153	2-1-مناقشة نتائج الفرضية الأولى

154	2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية
155	3-2- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
156	4-2- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
157	5-2- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
158	6-2- مناقشة نتائج الفرضية السادسة
159	3- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة
159	3-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى
159	3-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية
160	3-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
160	3-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
160	3-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
161	3-6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة
162	خاتمة عامة
163	التوصيات
-	قائمة المراجع
-	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
34	يوضح مراحل تطور التعلق حسب بولبي (1969،1979)	01
39	يوضح تصنيف أنماط التعلق حسب نموذج اينسوورث	02
40	يوضح تصنيف أنماط التعلق حسب نموذج هازان وشافير	03
41	يوضح تصنيف أنماط التعلق حسب نموذج بارثولوميو وهورويتز	04
108	يوضح الآثار الجسدية قصيرة وطويلة المدى لبعض المواد الإدمانية لدى المراهق	05
118	يوضح الأبعاد الفرعية لمقياس أنماط التعلق	06
122	يوضح توزيع عبارات مقياس الألكسيثيميا في الأبعاد الثلاثة	07
122	يوضح مستويات الألكسيثيميا حسب درجات المقياس	08
125	يوضح توزيع المراهقين المدمنين بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين في كل من ولايتي قالمه وسكيدة	09
126	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير الجنس	10
127	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير السن	11
128	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير المستوى الدراسي	12
129	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا للمادة الإدمانية المستهلكة	13
130	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمدة الإدمان على المخدرات	14
131	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمدة العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين	15
136	يوضح دلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية لدرجة أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين	16
138	يوضح دلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية للدرجة الكلية الألكسيثيميا	17
129	يوضح دلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية لدرجة أبعاد الألكسيثيميا	18
140	يوضح معامل الارتباط بين أنماط التعلق والألكسيثيميا	19
141	يوضح معامل الارتباط بين أنماط التعلق وأبعاد الألكسيثيميا	20
142	يوضح الفروق في مستوى أنماط التعلق تعزى لمتغير مادة الإدمانية	21
143	يوضح المقاربات البعدية لمستوى أنماط التعلق تبعا لمتغير المادة الإدمانية	22
146	يوضح الفروق في مستوى الألكسيثيميا تعزى لمتغير مادة الإدمانية	23
147	يوضح المقاربات البعدية لمستوى الألكسيثيميا تبعا لمتغير المادة الإدمانية	24
150	يوضح نتائج اختبار تحليل التباين ANOVA لنموذج الانحدار المتعدد	25
151	يوضح معاملات الانحدار المتعدد لأنماط التعلق والدرجة الكلية على الألكسيثيميا	26

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	يوضح احصائيات البحث عن موضوع " التعلق " في الجزائر خلال الخمس سنوات الأخيرة حسب موقع Google Trends	11
02	يوضح ترتيب الولايات الأولى وطنيا والأكثر بحثا عن موضوع "التعلق" حسب موقع Google Trends	11
03	يوضح احصائيات البحث عن موضوع " التعلق " في العالم خلال الخمس سنوات الأخيرة حسب موقع Google Trends	12
04	يوضح ترتيب الدول الأولى عالميا والأكثر بحثا عن موضوع "التعلق" حسب موقع Google Trends	13
05	يوضح احصائيات البحث عن موضوع " الألكسيثيميا " في الجزائر خلال الخمس سنوات الأخيرة حسب موقع Google Trends	13
06	يوضح احصائيات البحث عن موضوع " الألكسيثيميا " في العالم خلال الخمس سنوات الأخيرة حسب موقع Google Trends	14
07	يوضح ترتيب الدول الأولى عالميا والأكثر بحثا عن موضوع " الألكسيثيميا " حسب موقع Google Trends	15
08	يوضح نموذج الفئات الأربعة للتعلق لبارثولوميو وهورويتز	49
09	يمثل فصوص الدماغ ووظائفها	57
10	يمثل نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر	57
11	يوضح الفرق في مناطق الدماغ النشطة	58
12	يوضح مناطق الدماغ المسؤولة عن الاستجابة العاطفية	58
13	يوضح الجوانب المختلفة للتغيرات التي تحدث في مرحلة المراهقة	79
14	يوضح التطور في عمليات التفكير لدى الأطفال استنادا إلى نظرية التطور المعرفي لجان بياجيه	81
15	يوضح مراحل الإدمان	92
16	يوضح تأثير المخدرات على النواقل العصبية في الشق المشبكي	95
17	يوضح الحلقة المفرغة للإدمان حسب النموذج النفسي الاجتماعي لستانتون بيل	99
18	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس	127

128	يوضح توزيع افراد عينة الدراسة حسب متغير السن	19
129	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي	20
130	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المادة الإدمانية المستهلكة	21
131	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة الإدمان على المخدرات	22
132	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين	23

مقدمة:

تشير المبادئ الأساسية لنظرية التعلق لبولبي إلى تكوين نماذج عمل داخلية قائمة على أنماط متكررة من التفاعل مع مقدم الرعاية الأساسي. تركز هذه التجارب على توافر وحساسية مقدمي الرعاية في حياة الطفل، بالإضافة إلى استحقاق الطفل للرعاية والاهتمام. هذا هو الأساس لتكوين تمثيلين ذهنيين: نموذج الآخرين أي تقييم توافرهم واستجاباتهم (والذي على أساسه يتم تكوين نموذج إيجابي أو سلبي للآخرين)، ونموذج الذات أي تقييم كفاءة الفرد وقيمه في العلاقات مع الآخرين (والذي على أساسه يتم تكوين نموذج إيجابي أو سلبي للذات). يتمثل الطرح الأساسي لنظرية التعلق في أنه بمجرد تكوينها، تميل نماذج العمل الداخلية إلى الاستمرار ويصعب تغييرها نسبياً، حتى أواخر المراهقة والبلوغ.

وعليه وانطلاقاً من التراث النظري ونتائج البحوث والدراسات الحديثة حاولنا في دراستنا الحالية البحث عن العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر) لدى المراهقين، حيث تعد الألكسيثيميا مفهوماً متعدد الأبعاد، يعرف بمجموعة من أربع خصائص: صعوبة في تحديد المشاعر وتمييزها عن الأحاسيس الجسدية للإثارة العاطفية، صعوبة في وصف المشاعر والتواصل بها مع الآخرين، وأسلوب تفكير موجه نحو الخارج.

وتكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها تركز على مرحلة هامة من مراحل النمو ألا وهي مرحلة المراهقة، كون هذه المرحلة تعتبر من أهم المراحل التي يمر بها الفرد خلال عمليات نموه المختلفة، لأنها تمثل مرحلة انتقالية بين الطفولة و مرحلة الرشد، حيث يرى العديد من الباحثين أن مرحلة المراهقة هي أهم فترة في حياة الفرد، بل وأصعبها أيضاً، فهي تعد من المراحل الحاسمة في حياة الفرد، يشهد خلالها سلسلة من التحولات السريعة والتغيرات المفاجئة على المستوى الجسدي والعقلي والاجتماعي والانفعالي، فتزداد حاجته إلى الاستقلالية والشعور بالانتماء إلى جماعة الأقران، والسعي نحو بناء هويته، وفي ظل التحديات والصراعات التي يواجهها المراهق خلال هذه الفترة الحرجة والتي تؤثر على التوازن النفسي لديه، قد تظهر عليه الكثير من المشكلات والاضطرابات السلوكية والانفعالية، من بينها سلوك الإدمان على المخدرات كوسيلة هروب للتكيف والتعامل مع ضغوط المرحلة، وعليه تزداد أهمية هذه الدراسة بشكل خاص كونها تطرقت إلى فئة اكلينيكية هامة والمتمثلة في المراهقين المدمنين على المخدرات. فالإدمان يعد مشكلة شخصية واجتماعية واسعة الانتشار ذات تأثيرات واسعة النطاق على الأفراد والأسر والمجتمع. ويتميز إدمان المراهق على المخدرات بعدم القدرة على التوقف عن تعاطي المخدرات، وفشله في الوفاء بالتزامات الدراسة أو الالتزامات الاجتماعية أو العائلية، مع ظهور أعراض الانسحاب عند الانقطاع عن التعاطي، وتجدر الإشارة هنا أنه لا يعد كل

مقدمة

مراهق يستخدم مخدرا مدمنا، فالإدمان مشكلة معقدة، قد ترجع إلى العديد من العوامل البيولوجية والنفسية والبيئية والاجتماعية التي تساهم في ضعف المراهق وتوجهه نحو الإدمان.

وعليه كان الربط في دراستنا الحالية بين موضوع أنماط التعلق والألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر) يعتبر أمرا ذو أهمية كبيرة في محاولة لفهم إدمان المراهق على المخدرات من زاوية تركز على الجانب العلائقي مع مقدم الرعاية والجانب العاطفي الانفعالي.

وقد تم تقسيم موضوع دراستنا المشار اليه سابقا والمتمثل في العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهق المدمن على المخدرات إلى جانبين:

أولا الجانب النظري وتكون من أربعة فصول، **الفصل الأول** كان خاصا بالإطار العام للدراسة تضمن العناصر التالية: الإشكالية، دوافع اختيار الموضوع، أهمية الدراسة وأهدافها، تحديد مصطلحات الدراسة، الدراسات السابقة والتعقيب عليها. أما فيما يخص **الفصل الثاني** الخاص بأنماط التعلق فقد تطرقنا فيه إلى مفهوم التعلق، المفاهيم المرتبطة به، أهم النظريات المفسرة للتعلق، مراحلها، تصنيفاته، التعلق في مرحلة المراهقة، ثبات واستمرارية أنماط التعلق في مرحلة المراهقة، تأثير النماذج العاملة الداخلية في مرحلة المراهقة وقياس التعلق في مرحلة المراهقة

أما **الفصل الثالث** الخاص بالألكسيثيميا تناولنا فيه التطور التاريخي للألكسيثيميا، مفهومها، أهم النظريات المفسرة للألكسيثيميا، أنواعها، خصائص الافراد ذوي الألكسيثيميا، انتشارها، قياس الألكسيثيميا، أنماط التعلق والألكسيثيميا والألكسيثيميا والإدمان على المخدرات يليه **الفصل الرابع** الخاص بالمراهقة والإدمان على المخدرات والذي تم تقسيمه إلى جزئين، **الجزء الأول** وقد خصص **للمراهقة**، حيث تضمن تعريف المراهقة، المراحل النمائية للمراهقة، مظاهر النمو خلال هذه المرحلة ومشكلات المراهقة، أما **الجزء الثاني** فقد خصص لعرض مختلف العناصر الخاصة بالإدمان **على المخدرات** ومن بينها: تعريف الإدمان على المخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة به، مراحل الإدمان على المخدرات لدى المراهق، معايير تشخيص الإدمان على المخدرات وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5)، أهم النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات، عوامل الخطر المنبئة بتعاطي المخدرات بين المراهقين و آثار الإدمان على المخدرات لدى المراهق.

ثانيا الجانب الميداني الذي يشتمل على **الفصل الخامس** الذي يتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة وفيه تطرقنا إلى الدراسة الاستطلاعية، أهدافها، إجراءاتها، ونتائجها، وإلى الدراسة الأساسية، المنهج المستخدم، أدوات جمع بيانات الدراسة، حدود الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة وخصائصها، والأساليب الإحصائية المستخدمة، أما **الفصل**

مقدمة

السادس تم فيه عرض النتائج وفق فرضيات الدراسة، ومناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة والإطار النظري ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة.

الجانِب النظري للدراسة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- الإشكالية
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- دوافع اختيار الموضوع
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أهداف الدراسة
- 6- تحديد مصطلحات الدراسة
- 7- الدراسات السابقة

1-الإشكالية:

تعد العلاقة الأولية أم طفل في المراحل النمائية المبكرة ذات أهمية خاصة في حياة الطفل وذلك لما لها من تأثير كبير ومباشر في بناء شخصيته في المراحل اللاحقة وما ينتج عنها من تطور في النمو العاطفي والمعرفي والاجتماعي، حيث يكون الطفل مشاعر نحو الشخص الذي يقوم برعايته منذ السنة الأولى من حياته، ومن خلال استجابة وتفاعل كل من الأم وابنها لبعضهما البعض يبدأ الطفل في تطوير سلوك التعلق لديه هذا الأخير الذي يعد أمراً أساسياً للنمو السليم للفرد، فالتعلق بالأم يعد من أكثر العلاقات الحميمة التي أخذت اهتمام علماء النفس قديماً وحديثاً، وذلك بغرض الكشف عن طبيعة هذه العلاقة وأشكالها ومدى استمراريتها في المراحل النمائية اللاحقة للفرد وأثرها في علاقاته المستقبلية.

وتعد نظرية بولبي من أهم النظريات وأكثرها قبولا في الوقت الحاضر التي حاولت تفسير مفهوم التعلق، حيث قدم مفهوماً للتعلق الوالدي وافترض على أنه رابطة انفعالية قوية يشكلها الطفل مع مقدم الرعاية الأساسي وتصبح فيما بعد أساساً لعلاقات الحب المستقبلية، ويعرف التعلق بأنه رابطة انفعالية قوية تؤدي بالأطفال إلى الشعور بالراحة والأمن عند تواجدهم بالقرب من مقدم الرعاية الأساسي والشعور بالتوتر والانزعاج عند الانفصال عنه مؤقتاً، كما يضيف إلى أن الطفل عند تفاعله مع الأم أو مقدم الرعاية يشكل ما أطلق عليه مصطلح النماذج العاملة الداخلية الذي يشير إلى أن نمط التعلق في مرحلة الطفولة المبكرة له تأثيرات عميقة في المراحل اللاحقة، فتكون هذه النماذج بمثابة الموجه للعلاقات البين شخصية والاجتماعية مستقبلاً، فحسب نظرية التعلق لبولبي، يمكن تتبع تطور التعلق في الطفولة والرشد من خلال حساسية وتوافر مقدمي الرعاية لتلبية احتياجات الطفل، مما يمكن الفرد من تشكيل تمثيلات ذهنية عن الذات والآخرين تتأثر بالعلاقات التبادلية الأولية التي تم تجربتها. ويعتقد أن هذه التجارب المبكرة من التعلق تتجمع فيما أسماه بولبي النماذج العاملة الداخلية للتعلق، وبناء عليه، فإن المعالجة المعرفية والعاطفية للفرد لتجارب العلاقات الاجتماعية السابقة في مرحلة الطفولة المبكرة، تؤثر بشكل كبير على معالجة المعلومات الحالية للعلاقات اللاحقة. بالإضافة إلى ذلك، طور بارثولوميو (Bartholomew,1991) نموذجاً لأربعة فئات من أنماط التعلق استناداً إلى نظرية التعلق لبولبي (Bowlby,1988)، والتي تقسم التمثيلات الذهنية للذات والآخرين إلى نماذج إيجابية وسلبية. يتكون نموذج التعلق من أربعة أنماط (نمط التعلق الآمن، نمط التعلق المنشغل، نمط التعلق الراض، ونمط التعلق الخائف)، حيث تم تعريف نمط التعلق الآمن على أنه شعور بالراحة والرغبة في القرب والحميمية مع الحفاظ على الاستقلالية، زيادة في تقدير الذات والثقة في الآخرين، ويتميز نمط التعلق المنشغل بتقدير ذات منخفض وصورة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

إيجابية عن الآخرين، وتم تعريف كل من أنماط التعلق الراض والخائف على أنها تجنبية ورافضة للحميمية، حيث يكمن الاختلاف الرئيسي في أن نمط التعلق الراض يتميز بنموذج إيجابي للذات وبالتالي فإن تقدير الذات لا يعتمد على الآخرين، أما نمط التعلق الخائف، يتميز بالخوف من الحميمية وتجنب العلاقات الاجتماعية، فتقدير الذات لدى الأفراد المعنيين سيعتمد على الآخرين.

ومع بداية سنوات المراهقة يتجه المراهق نحو توسيع دائرة علاقاته الاجتماعية والحميمية إلى ما وراء القاعدة الآمنة التي تم تشكيلها مع مقدم الرعاية الأساسي وتنتقل شخصية التعلق الأساسي من مقدم الرعاية إلى جماعة الأقران ويزداد اهتمامه بالعلاقات الاجتماعية بشكل واضح، ويصبح أكثر حرصا على التحرر من سلطة الوالدين مع الحفاظ على مستوى معين من القرب منهم وتظهر عليه الحاجة إلى الانتماء إلى جماعة الرفاق، كل هذه التغيرات السريعة والمفاجئة هي من خصائص مرحلة المراهقة والتي تعد فترة جد حساسة وغنية بتمظهراتها الإكلينيكية، وتتميز بظهور الكثير من الاضطرابات النفسية والسلوكية على المراهق، قد تؤدي به أحيانا إلى الانحراف والقيام بسلوكيات خطيرة كالتوجه نحو الإدمان على المخدرات كاستراتيجية للتكيف مع الضغوط، هذا الأخير الذي يهم موضوع دراستنا الحالية، فقد أخذ موضوع الإدمان على المخدرات لدى المراهقين اهتمام العديد من الباحثين في مجال الطب النفسي باعتباره مشكلة معقدة ومتعددة العوامل وواسعة الانتشار تسبب قدرا كبيرا من المعاناة الشخصية للفرد وعائلته، ولها آثار نفسية وطبية واجتماعية مدمرة، وقد حاولت الدراسات في هذا المجال أن تلقي ضوءا جديدا على ظاهرة الإدمان على المخدرات، وخاصة على ارتباطها الشديد بالمشاكل النفسية كالقلق والاكتئاب واضطرابات الشخصية، وحتى الآن، فقد ركزت معظم البحوث التجريبية حول المدمنين على المخدرات إما على نمط التعلق، أي قدرتهم أو عدم قدرتهم على الشعور بالأمان في علاقتهم بالآخرين، أو على مشاكلهم في تنظيم انفعالاتهم ومشاعرهم. حيث توصلت دراسة كل من (Clarke, Sharma, & Salter, 2014 ; Haller, Wang, Bountress, & Chassin, 2013) إلى أنه غالبا ما يصاحب التسمم الحاد بالكحول واستخدام الكحول المزمن اضطرابات في معالجة المشاعر وتغييرات في السلوكيات المرتبطة بالعواطف (Pombo et al, 2014, p1) ، كما تبين من خلال دراسة (Haviland et al, 1994) أن اضطراب تنظيم الانفعالات يرتبط بشكل واسع بما يسمى بالألكسيثيميا (أو قصور التعبير عن المشاعر) في حالات الإدمان على المخدرات و/أو إدمان الكحول، حيث تبين أن الأفراد الذين يستخدمون المخدرات غير المشروعة يظهرون في كثير من الأحيان (45% إلى 50%) سمات الألكسيثيميا، كما أشارت الأبحاث إلى أن حوالي 45% إلى 67% من المشاركين الذين يعانون من إدمان الكحول أبلغوا عن درجات عالية من الألكسيثيميا (Orsolini, 2020, p2)

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

وقد عرفت هذه الأخيرة تحديداً بمفهوم الألكسيثيميا أو قصور التعبير عن المشاعر، وهي تشير إلى صعوبات في إدراك المشاعر ومعالجتها وتنظيمها، فالإحساس بالمشاعر والتعرف عليها والتعبير عنها والتمييز بينها وفهم مشاعر الآخرين يسهم بشكل كبير في تسيير عملية التفاعل الاجتماعي والقدرة على تنظيم الانفعالات الذاتية وضبطها وافتقاد هذه القدرة يعتبر عائقاً من عوائق الصحة النفسية، فالأفراد المصابون بالألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر)، يتسمون بانعدام القدرة على التخيل، وضعف القدرة على وصف مشاعرهم والتعبير عنها لفظياً، وصعوبة إقامة علاقات حميمية ودافئة، ما يجعلهم يعانون من حالة من العجز الوجداني، وهذا ما يجعل بعض الباحثين في مختلف ميادين علم النفس يعتبرون الألكسيثيميا كعامل خطورة لظهور الاضطرابات النفسية لاحقاً. ووفقاً للأدبيات في مجال علم النفس المرضي فإن العجز في المعالجة العاطفية ينشأ من بيئة نمو تتكون من عناصر تعطل النضج العاطفي السوي، أين ينشأ الطفل مع مقدمي رعاية غير متاحين عاطفياً، ولا تتوفر للطفل فرص ولا دعم لتعلم وصف الحالات العاطفية والتعبير عنها بطريقة مناسبة وتكيفية.

تعكس أنماط التعلق غير الآمنة الموجودة لدى الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر)، بيئة نمو تفتقر إلى توجيه عاطفي كافٍ. قد تكون التفاعلات مع مقدمي الرعاية سيئة، أو مهملات عاطفياً، أو غائبة، أو سلبية بطريقة أخرى، وحتى الحماية المفرطة للألم، والتي لا تعرف عادة على أنها سوء معاملة ولكنها قد تعيق النضج العاطفي الطبيعي. فقصور التعبير عن المشاعر يمكن أن يتأثر بشدة بالتعلم العاطفي من شخصيات التعلق، وبالتالي، فإن عدم وجود نمذجة عاطفية كافية واستجابات مناسبة لمشاعر الطفل يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في اكتساب مهارات التنظيم العاطفي. وتظهر الأبحاث حول العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا أن سمات الألكسيثيميا تكون أكثر شيوعاً في أنماط التعلق غير الآمنة (Basharat,2010,p574). كما تظهر الدراسات الأسرية للألكسيثيميا أن الأطفال الذين نشأوا في بيئات غير آمنة عاطفياً وجسدياً حيث يمنعون من التعبير عن المشاعر لا يتعلمون كيفية التعامل بنجاح مع مشاعرهم وبالتالي يشعرون بعدم الراحة عندما يختبرون المشاعر (Basharat,2014,P11). ويظهر الأفراد الذين يعانون من تجارب رعاية أمومية ضعيفة سمات الألكسيثيميا، خاصة الصعوبات في التعبير عن المشاعر (Karukivi et al,2011,P 257). قد يسبب التعلق غير الآمن فشلاً في تعلم كيفية الشعور وقد يمهد لظهور الألكسيثيميا (Wearden et al ,2005,P 286)

واستناداً إلى ذلك جاءت فكرة الدراسة الحالية في محاولتها الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى فئة جد هامة في ميدان علم النفس العيادي وهي فئة المراهقين المدمنين على المخدرات، محاولين بذلك الإجابة على التساؤلات التالية:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- 1- ما هو نمط التعلق الأكثر شيوعاً لدى المراهقين المدمنين على المخدرات؟
- 2- ما هو مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات؟
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات؟
- 4- هل توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية؟
- 5- هل توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية؟
- 6- هل يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال أنماط التعلق؟

2- فرضيات الدراسة

- نمط التعلق الأكثر شيوعاً لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط التعلق غير الآمن.
- مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع.
- توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
- توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية.
- توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية.
- يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال أنماط التعلق.

3- دوافع اختيار الموضوع:

- الرغبة والميل الشخصي للتعامل مع فئة المراهقين المدمنين على المخدرات باعتبارهم في مرحلة نمائية حساسة غنية بتمظهراتها الإكلينيكية.
- الرغبة في التعمق وفهم البعد النفسي لسلوك الإدمان على المخدرات لدى فئة المراهقين من خلال التركيز على متغيرين هاميين في مجال علم النفس العيادي (أنماط التعلق والألكسيثيميا).
- بناء على مجال تخصصنا والمتمثل في علم النفس العيادي وأهمية متغيري الدراسة اللذان لم يحظيا بالاهتمام في الدراسة على المستوى الوطني والعالم العربي ما يجعل الدراسة الحالية تحمل قيمة علمية مضافة وتفتح الآفاق لبحوث جديدة في مجال علم النفس العيادي.

4- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة الحالية في أنها تتناول العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات وهي مرحلة عمرية بالغة الأهمية لما لها من أثر بالغ في شخصية الفرد المستقبلية وبذلك تبرز الأهمية في جانبين هما:

أولا الأهمية النظرية

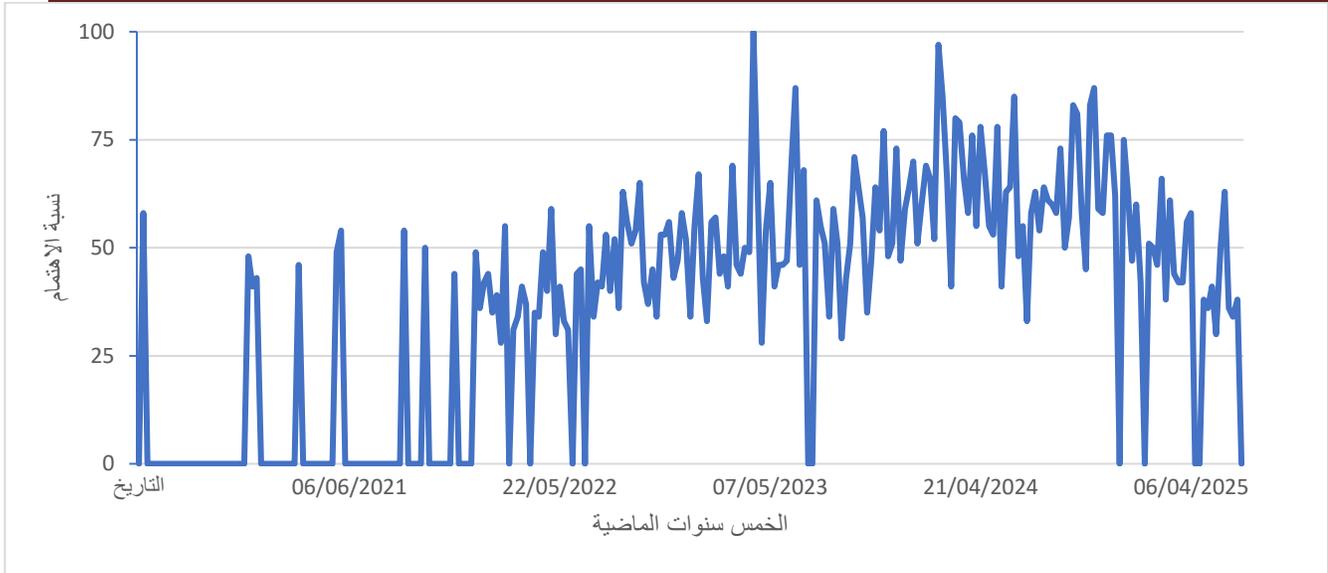
- توفير الدراسة الحالية لبيانات حول أنماط التعلق الذي يعد أحد الأسس المهمة في كافة الجوانب الاجتماعية والانفعالية والمعرفية والتي يستمر تأثيره في المراحل النمائية اللاحقة كما تسلط الضوء على فئة مهمة وهي فئة المراهقين المدمنين على المخدرات وهو أمر يخدم الأسرة (الأم والأب) بشكل خاص والمجتمع بشكل عام.
- الربط بين المتغيرات أنماط التعلق والألكسيثيميا يعطي بعدا جديدا لفهم السلوك الإدماني لدى فئة المراهقين من منظور نفسي عميق.
- تعد هذه الدراسة إضافة للدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا، من حيث البيئة المستهدفة ألا وهي البيئة الجزائرية التي لم يتم -وفق علم الباحثة- إجراء دراسات مماثلة لها على المستوى المحلي.

ثانيا الأهمية التطبيقية

تكمن الأهمية التطبيقية لهذه الدراسة من خلال ما تم التوصل إليه من نتائج تفيد المختصين العاملين في القطاع الصحي والمختصين في مجال الإدمان على المخدرات في التعرف على أنماط التعلق ودرجة الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات، ومن ثم إمكانية تصميم وتطوير برامج علاجية تساهم في تعديل مستوى الألكسيثيميا لديهم وتطوير برامج ومناهج مختلفة تساعد الأولياء في توفير بيئة يحظى فيها الأطفال بتعلق آمن وبما يسهم في تحسين مهاراتهم الانفعالية في مراحل النمو اللاحقة.

ومن خلال الاطلاع على موقع Google Trends تبينت أهمية الموضوع وتطور الاهتمام به من خلال مجموعة الدراسات والبحوث التي تناولت موضوع أنماط التعلق والألكسيثيميا والتي كانت موضحة كما يلي:

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

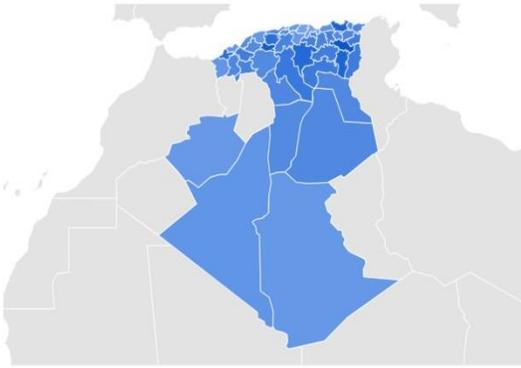


الشكل (01): يوضح احصائيات البحث عن موضوع "التعلق" في الجزائر خلال الخمس سنوات الأخيرة

حسب موقع Google Trends

يمثل المنحنى أعلاه النسب المئوية (من 0% إلى 100%) للاهتمام بالبحث عن متغير "التعلق" في الجزائر بدلالة مختلف التواريخ خلال الخمس سنوات الماضية (2020-2025).

وقد سجلت أعلى نسبة 100% ما بين 9 إلى 15 أفريل 2023 كذلك تم تسجيل نسبة 97% خلال 11 إلى 17 فيفري 2024 و85% خلال 16 إلى 22 جوان من نفس العام.



1 Wilaya d'Oum El Bouaghi	100
2 Wilaya de Tissemsilt	93
3 Wilaya de Skikda	88
4 Wilaya de Khenchela	87
5 Wilaya de M'Sila	83

الشكل (02): يوضح ترتيب الولايات الأولى وطنيا والأكثر بحثا عن موضوع "التعلق" حسب موقع Google

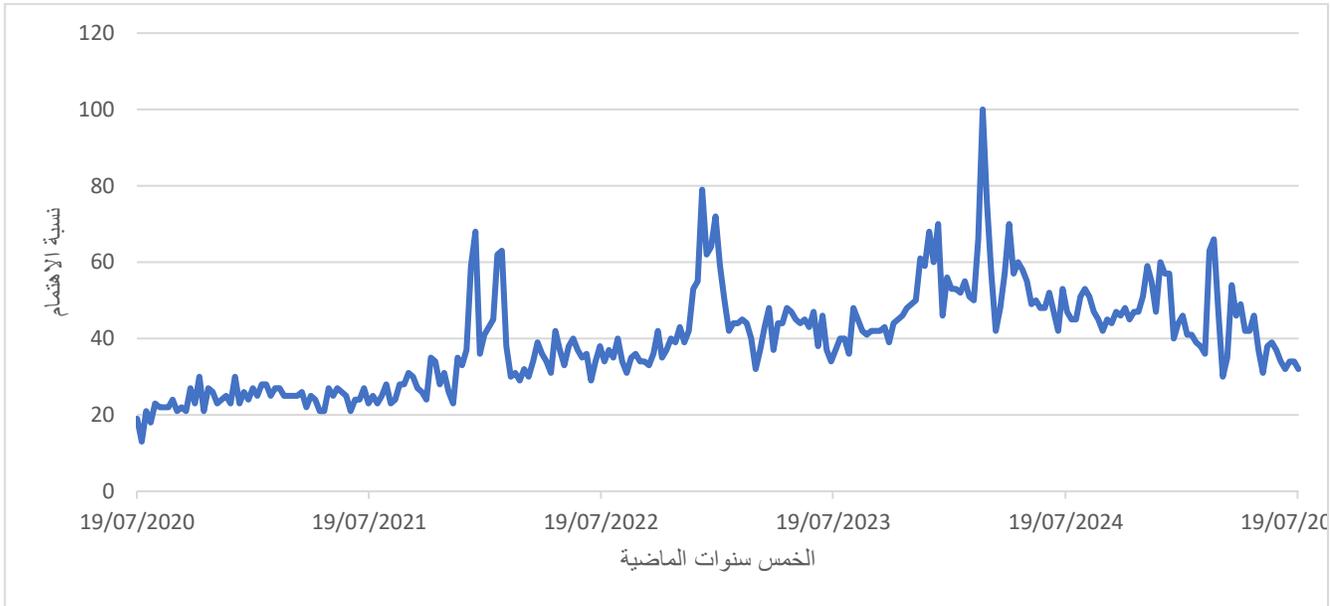
Trends

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن نسبة الاهتمام بموضوع " التعلق " حسب ترتيب الولايات وطنيا من خلال موقع

Google Trends، كانت كالتالي:

- ولاية أم البواقي 100% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع " التعلق ".
- ولاية تيسمسيلت 93% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع " التعلق ".
- ولاية سكيكدة 88% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع " التعلق ".
- ولاية خنشلة 87% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع " التعلق ".
- ولاية مسيلة 83% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع " التعلق ".



الشكل (03): يوضح احصائيات البحث عن موضوع " التعلق " في العالم خلال الخمس سنوات الأخيرة حسب

موقع Google Trends

يمثل المنحنى أعلاه النسب المئوية (من 0% إلى 100%) للاهتمام بالبحث عن متغير " التعلق " في العالم

بدلالة مختلف التواريخ خلال الخمس سنوات الماضية (2020-2025).

وقد سجلت أعلى نسبة 100% ما بين 23 الى 01 مارس 2025 كذلك تم تسجيل نسبة 76% خلال 25 الى

02 مارس 2024 و70% خلال 08 إلى 14 ماي 2022.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

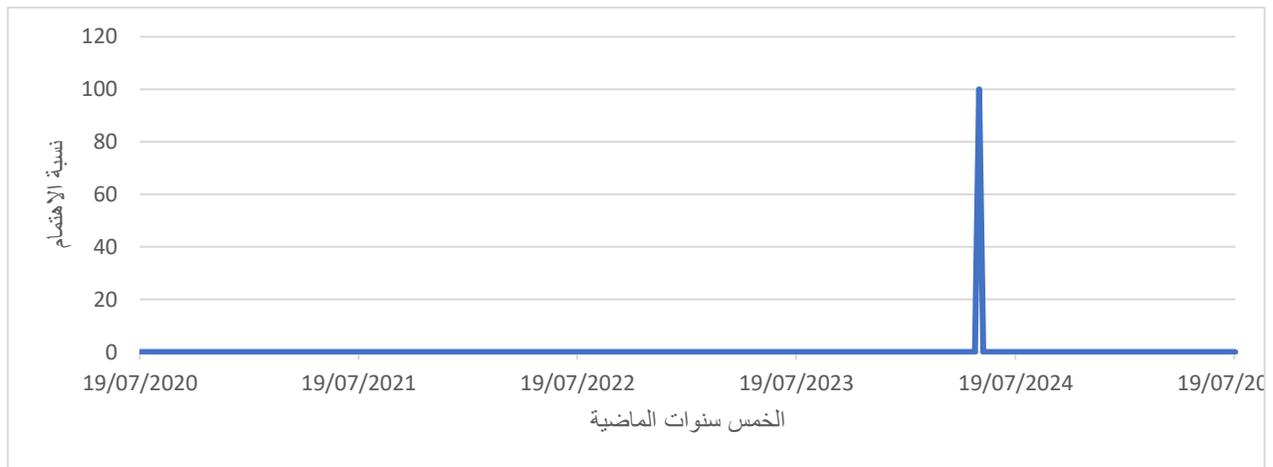


الشكل (04): يوضح ترتيب الدول الأولى عالمياً والأكثر بحثاً عن موضوع "التعلق" حسب موقع Google

Trends

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن الدول الأكثر بحثاً ودراسة عن موضوع "التعلق" حسب موقع البحث Google Trends، عالمياً هي كالتالي:

- البنين 100% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "التعلق".
- مدغشقر 87% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "التعلق".
- هايتي 84% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "التعلق".
- جزيرة لاريونيون 83% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "التعلق".
- فرنسا 68% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "التعلق".

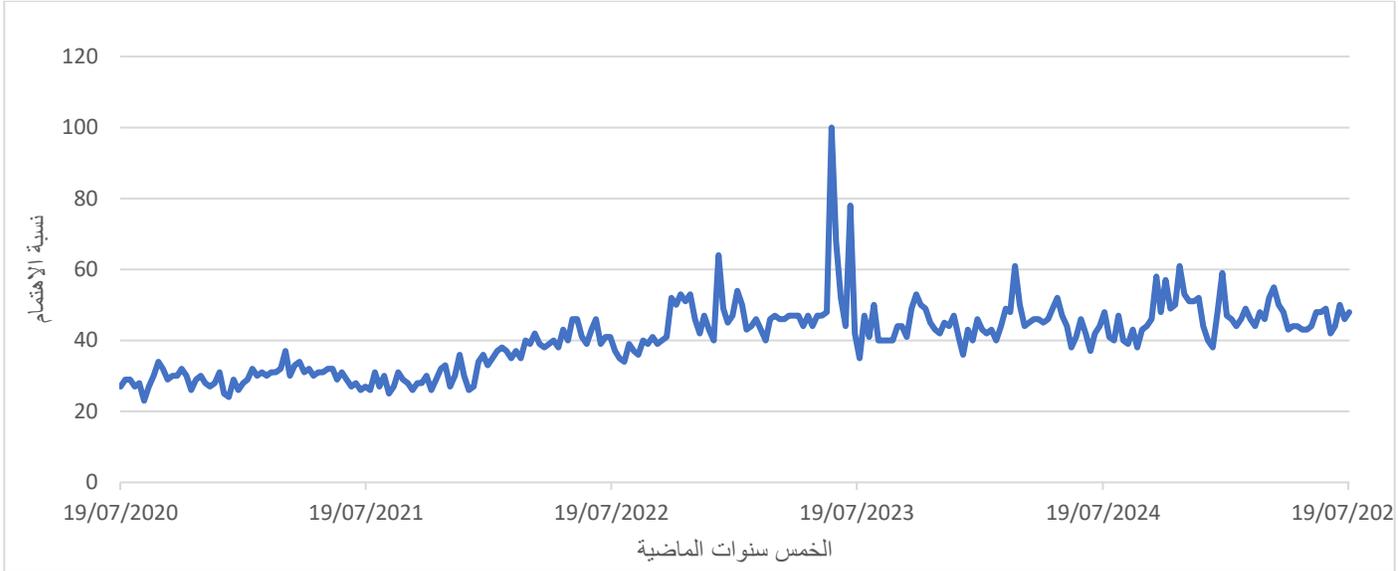


الشكل (05): يوضح احصائيات البحث عن موضوع "الألكسيثيميا" في الجزائر خلال الخمس سنوات الأخيرة

حسب موقع Google Trends

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

يمثل المنحنى أعلاه النسب المئوية (من 0% إلى 100%) للاهتمام بالبحث عن متغير "الألكسيثيميا" في الجزائر بدلالة مختلف التواريخ خلال الخمس سنوات الماضية (2020-2025). وقد سجلت أعلى نسبة 100% فقط في الفترة ما بين 05-26 ماي 2024.



الشكل (06): يوضح احصائيات البحث عن موضوع "الألكسيثيميا" في العالم خلال الخمس سنوات الأخيرة

حسب موقع Google Trends

يمثل المنحنى أعلاه النسب المئوية (من 0% إلى 100%) للاهتمام بالبحث عن متغير "الألكسيثيميا" في العالم بدلالة مختلف التواريخ خلال الخمس سنوات الماضية (2020-2025). وقد سجلت أعلى نسبة 100% ما بين 11 الى 17 جوان 2023 كذلك تم تسجيل نسبة 78% خلال 09 الى 15 جوان 2023 و64% خلال 25 الى 31 أكتوبر 2022.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة



1	Russie	100
2	Chili	93
3	Finlande	87
4	Pérou	79
5	Biélorussie	75

الشكل (07): يوضح ترتيب الدول الأولى عالميا والأكثر بحثا عن موضوع "الألكسيثيميا" حسب موقع

Google Trends

من خلال الشكل أعلاه يتضح أن الدول الأكثر بحثا ودراسة عن موضوع "الألكسيثيميا" حسب موقع البحث Google Trends، عالميا هي كالتالي:

- روسيا 100% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "الألكسيثيميا".
- الشيلي 93% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "الألكسيثيميا".
- فنلندا 87% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "الألكسيثيميا".
- البيرو 79% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "الألكسيثيميا".
- بيلاروسيا 75% من مجموع البحوث والدراسات التي تناولت موضوع "الألكسيثيميا".

5-أهداف الدراسة:

- التعرف على نمط التعلق الأكثر شيوعا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
- الكشف عن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
- التعرف على طبيعة العلاقة بين أنماط التعلق الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
- التعرف على إمكانية وجود فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية.
- التعرف على إمكانية وجود فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

- التعرف على إمكانية التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا من خلال أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.

6-تحديد مصطلحات الدراسة:

أنماط التعلق: رابطة انفعالية قوية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي يسعى من خلالها إلى الحفاظ على قربه منه بحثا عن الراحة والشعور بالأمان والتي على أساسها تبنى علاقاته الاجتماعية لاحقا، ويستدل عليها من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة من خلال اجاباتهم على أبعاد مقياس نمط العلاقات (RSQ) المستخدم في دراستنا الحالية (من اعداد جريفيين وبارثولوميو 1994,Griffin & Bartholomew).

الألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر): عدم القدرة على وصف وتحديد المشاعر والتعبير عنها لفظيا والتميز بينها وبين الاحساسات الجسمية ويستدل عليه من خلال الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة من خلال اجاباتهم على أبعاد مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) المستخدم في دراستنا الحالية (من اعداد تايلور وريان وباجبي 1994,Taylor, Ryan & Bagby).

المراهقة: هي مرحلة انتقالية من الطفولة الى الرشد تتميز بحدوث تغيرات سريعة على المستوى الجسدي، الجنسي، النفسي، الانفعالي، الاجتماعي والمعرفي وتتجسد هذه المرحلة ضمن دراستنا الحالية في الفئة العمرية المتمثلة من 15 إلى 20 سنة، وبالتحديد المراهقين المدمنين على المخدرات الذين يتابعون العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين.

الادمان على المخدرات: هو التعاطي المتكرر والمستمر لمادة إدمانية أو أكثر بصفة قهرية مع الميل الى زيادة الجرعة، ينتج عنه اعتماد نفسي و/ أو جسدي مع ظهور آثار الانسحاب عند الانقطاع عن التعاطي.

7-الدراسات السابقة:

أولا: الدراسات المتعلقة بمتغير التعلق:

1-الدراسات العربية:

1-1-دراسة أسماء عبد المنعم ابراهيم وهبة اسماعيل سري،2022

بعنوان العلاقة بين أنماط التعلق الوالدي وبين مفهوم الذات لدى المدمن العائد، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق الوالدي وبين مفهوم الذات لدى المدمن العائد، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثتان المنهج الوصفي، وقد شملت عينة الدراسة 30 مدمنًا عائدًا للتعاطي بمستشفى المطار بالقاهرة، تراوحت

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

أعمارهم ما بين 17-51 سنة، طبق عليهم مقياس تنتمي لمفهوم الذات ومقياس أنماط التعلق الوالدي للراشدين (إعداد سامية محمد صابر)، وقد كشفت النتائج أن المدمن العائد لديه مفهوم ذات متدني، كما تبين أن كلا من مفهوم الذات الأخلاقي المنخفض ومفهوم الذات الشخصي المنخفض من العوامل الجوهرية لدى عينة الدراسة من العائدين إلى التعاطي، واتضح أن كلا من مفهوم الذات الجسمي والأسري والاجتماعي في مستوى متوسط وأن مفهوم الذات الجسمي مختلف من مدمن إلى آخر، كما تبين أن نمط التعلق غير الآمن المتذبذب والتجنبي هو النمط السائد لديهم، كما تبين وجود علاقة جوهرية بين مفهوم الذات المتدني ونمط التعلق الوالدي غير الآمن، حيث أنه كلما كان مفهوم الذات في اتجاه متدني كلما ازداد التعلق الوالدي غير الآمن في الظهور والعكس صحيح.

2-الدراسات الأجنبية:

1-2-دراسة Andreas Schindler et al, 2009

بعنوان الفروق في أنماط التعلق بين مدمني المواد الأفيونية والإكستازي والقنب، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق في أنماط التعلق بين ثلاث مجموعات من مدمني المخدرات (المواد الأفيونية، الإكستازي، القنب) ومجموعة ضابطة غير مدمنين على المخدرات، وبغرض تحقيق أهداف الدراسة تم استخدام الباحثون المنهج الوصفي المقارن، حيث تكونت عينة الدراسة من ثلاث مجموعات من مدمني المخدرات بألمانيا، 22 مدمنا على الهيروين، 31 مدمنا على الإكستازي، 19 مدمنا على القنب، و 22 فردا غير مدمن على المخدرات (مجموعة ضابطة) تم اختيارهم بطريقة قصدية، طبق عليهم مقياس مقابلة التعلق العائلي (FAI)، مقياس الصحة النفسية (SCL90-R) وسلم التقييم العالمي للأداء الوظيفي (GAF) وقد كشفت النتائج عن وجود فروق في أنماط التعلق بين مدمني المخدرات باختلاف المادة الإدمانية، حيث كان مدمنو الهيروين (ن=22) في الغالب خائفين، وكان مدمنو الإكستازي (ن=31) منشغلين، وخائفين، ورافضين، وكان مدمنو القنب (ن=19) في الغالب رافضين وآمنين، وكانت مجموعة الضبط (ن=22) آمنة بشكل أساسي. كما اختلفت المجموعات في مستوى أدائها الوظيفي النفسي.

2-2-دراسة Koulou Simliwa Dassa et al, 2013

بعنوان التعلق الأبوي والإدمان على المؤثرات العقلية: دراسة مقارنة مقطعية في المركز الاستشفائي المتخصص زبيبي (طوغو)، وقد هدفت الدراسة إلى دراسة العلاقة بين أنماط التعلق الوالدي ونوع المادة المستهلكة لدى الأشخاص الذين يعانون من الإدمان، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثون المنهج الوصفي، وقد شملت عينة الدراسة 224 فردا مقسمة إلى مجموعتين تضم كل منهما 112 مشاركا. مجموعة أولى من الأشخاص الذين يعانون من الإدمان (وفقا لمعايير الاعتماد في التصنيف الدولي للأمراض [ICD-10] لمنظمة الصحة العالمية)، ومجموعة ثانية غير

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

مدمنين، طبق عليهم مقياس التعلق (RSQ)، وقد أظهرت النتائج أن 64.28% من الأفراد غير المدمنين لديهم نمط تعلق آمن مقارنة بـ 96.43% من الأشخاص المدمنين الذين لديهم نمط غير آمن من التعلق، وقد ارتبط التعلق غير الآمن الراض بإدمان الكحول والتبغ والقنب، والتعلق غير الآمن المشغول بالإدمان على معظم المؤثرات العقلية.

2-3-دراسة Itr Tari Cömert & Kültegin Ögel, 2014

بعنوان أنماط تعلق المراهقين متعاطي المخدرات، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق وتعاطي المخدرات لدى عينة من طلبة المرحلة الثانوية بإسطنبول-تركيا، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وقد تكونت عينة الدراسة من (1095) تلميذا وتلميذة متدرسين في المرحلة الثانوية، طبق عليهم استبيان يقيس مختلف مجالات سلوك المخاطرة (من إعداد الباحثان) ومقياس التعلق (RSQ)، وقد أظهرت النتائج أن 10% من التلاميذ استخدموا نوعا من المواد، و9.76% استخدموا مواد متعددة، و3.9% اعتادوا تعاطي القنب، كان نمط التعلق الراض هو الأكثر انتشارا، حيث أظهره 49% من التلاميذ، كما وجدت ارتباطات مهمة بين تعاطي المخدرات وكل من نمطي التعلق الراض والمنشغل، وارتبط استخدام القنب في نفس الوقت ارتباطا وثيقا بعدم وجود نمط تعلق آمن.

2-4-دراسة Maedeh Kamrani et al, 2023

بعنوان العلاقة بين أنماط التعلق وآليات الدفاع والإدمان على المخدرات، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية المحتملة بين الإدمان على المخدرات وأنماط التعلق وآليات الدفاع، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 120 فردا مقسمة إلى مجموعتين: 60 مدمن على المخدرات تم تشخيصهم وفقا لمعايير الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) يتابعون العلاج بمستشفى ابن سينا ببيهران، و 60 فردا غير مدمنين، طبق عليهم مقياس كولينز وريد المنقح للتعلق لدى البالغين (RAAS)، واستبيان أسلوب الدفاع (DSQ-40)، وقائمة تحقق تتكون من معلومات تتعلق بالعمر والجنس والوظيفة والحالة الاجتماعية ومستوى التعليم وتاريخ الإدمان، وقد أشارت النتائج إلى أن آليات الدفاع العصابية أعلى بشكل ملحوظ في مجموعة المدمنين على المخدرات مقارنة بالمشاركين غير المدمنين، لم يلاحظ أي فرق كبير بين المجموعتين فيما يتعلق بآليات الدفاع الناضجة وغير الناضجة، كانت أنماط التعلق القلقة والتجنبية أكثر شيوعا بشكل ملحوظ لدى الأفراد المدمنين على المخدرات مقارنة بالمجموعة الثانية، وكان نمط التعلق الآمن أكثر شيوعا بشكل ملحوظ في مجموعة الأفراد غير المدمنين، كما ارتبطت الحالة الاجتماعية بنمط التعلق، وكان احتمال وجود نمط تعلق قلق لدى

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

الأشخاص غير المتزوجين أعلى بمقدار 4.5 مرات من الأشخاص المتزوجين، ولم يكن للمتغيرات الأخرى علاقة كبيرة بأي من أنماط التعلق.

ثانيا: الدراسات المتعلقة بالألكسيثيميا:

1-الدراسات العربية:

1-1-دراسة مهند عبد المحسن منصور العيدان، 2019

بعنوان الفرق في الألكسيثيميا بين المدمنين وغير المدمنين، وقد هدفت الدراسة إلى تحديد مستوى الإصابة بالألكسيثيميا لدى المدمنين وغير المدمنين، والفرق في مستوى الألكسيثيميا وفقا للعمر والمستوى الدراسي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 589 فردا، مقسمة إلى مجموعتين: 264 مدمن على المخدرات، و325 غير مدمن بالكويت، طبق عليهم مقياس تورونتو للألكسيثيميا(TAS-20)، وقد أظهرت النتائج ارتفاع متوسط الإصابة بالألكسيثيميا واحتمالية الإصابة بها لدى المدمنين، ووجود فروق دالة في الأبعاد الفرعية والدرجة الكلية لصالح المدمنين، وعدم وجود فروق تبعا للعمر والمستوى الدراسي لدى عينة المدمنين، بينما في عينة غير المدمنين وجدت فروق دالة في العمر، إذ تبين أن مستوى الألكسيثيميا ينخفض مع التقدم في العمر، على الدرجة الكلية وصعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر، كما أشارت النتائج إلى وجود فروق تبعا للمستوى الدراسي على الدرجة الكلية وعلى بعد التفكير الموجه للخارج، وأنه كلما ارتفع المستوى الدراسي انخفض مستوى الألكسيثيميا.

2-الدراسات الأجنبية:

1-2-دراسة Amany Haroun El-Rasheed, 2001

بعنوان الألكسيثيميا لدى متعاطي المخدرات المصريين، وقد هدفت الدراسة إلى تقييم مستوى الألكسيثيميا لدى متعاطي المخدرات، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 400 فردا مقسمة إلى مجموعتين: 200 متعاطي للمخدرات يتابعون العلاج بمعهد الطب النفسي جامعة عين الشمس بمصر، و 200 فرد غير متعاطين، طبق عليهم مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، وقد كشفت النتائج عن ارتفاع مستوى الألكسيثيميا لدى مجموعة متعاطي المخدرات بدرجة أعلى مقارنة بمجموعة الأفراد غير المتعاطين، كما وجد أن متعاطي المخدرات ذوي الألكسيثيميا يتعاطون مواد إدمانية متعددة، والمواد الأفيونية (ماعدا الهيروين الوريدي)، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الألكسيثيميا وزيادة تعاطي البانزوديازيبين وعدم الاستمرار في العلاج.

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

2-2-دراسة Farges et al , 2004

بعنوان الألكسيثيميا والإدمان على المخدرات: العلاقة بالاكنتاب، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى الألكسيثيميا لدى المدمنين على المخدرات، والتحقق من استقلاليتها عن المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس، العمر، الحالة الاجتماعية والمهنية) وتقصي العلاقة بين الألكسيثيميا والاكنتاب لدى أفراد العينة، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثون المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 256 فردا مقسمة إلى مجموعتين: 128 مدمنًا للمخدرات، و128 فردا غير مدمنين بفرنسا، طبق عليهم مقياس تورونتو للألكسيثيميا(TAS-20)، ومقياس بيك للاكنتاب (BDI)، و مقياس تشخيص الاضطرابات النفسية(MINI)، وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الألكسيثيميا لدى المدمنين على المخدرات (43.5%) مقارنة بمجموعة الأفراد غير المدمنين(24.6%)، كما أشارت النتائج إلى استقلالية الألكسيثيميا عن المتغيرات السوسيوديمغرافية، وأن (66.4%) من المدمنين على المخدرات يعانون من أعراض اكتئابية مقابل (26%) في مجموعة الأفراد غير المدمنين، ووجود علاقة دالة احصائيا بين الألكسيثيميا والاكنتاب وخاصة بالنسبة لبعده صعوبة تحديد المشاعر.

2-3-دراسة Shabnam Hamidi et al , 2010

بعنوان دراسة مقارنة للألكسيثيميا بين المرضى المدمنين على المخدرات والأفراد العاديين، وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة مستوى الألكسيثيميا بين مدمني المخدرات والأفراد العاديين، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثون المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 170 فردا مقسمة إلى مجموعتين: 85 فردا مدمنًا على المخدرات يتابعون العلاج بمركز علاج الإدمان بطهران، و85 فردا عاديا (غير مدمنين على المخدرات)، طبق عليهم مقياس تورونتو للألكسيثيميا(TAS-20)، وقد أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الألكسيثيميا لدى مجموعة مدمني المخدرات بدرجة أعلى مقارنة بمجموعة الأفراد العاديين.

2-4-دراسة Valeriano Raúl Garcia Aurrecochea et al, 2016

بعنوان الألكسيثيميا وتعاطي المخدرات لدى الرجال والنساء أثناء العلاج، وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة وجود الألكسيثيميا لدى الرجال والنساء الذين يسعون للحصول على العلاج من تعاطي المخدرات واستكشاف الفروق تبعا لنوع المادة الإدمانية، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثون المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 266 مدمنًا يتابعون العلاج في 25 وحدة رعاية لإدمان المخدرات في ولايات مختلفة من جمهورية المكسيك، ومن بينهم 36 يتعاطون الكحول، و46 يتعاطون القنب، و29 يتعاطون الكوكايين، و41 يتعاطون الكراك، و30 يتعاطون المستنشقات، و53 يتعاطون الهيروين، و29 يتعاطون الميثادون، طبق عليهم مقياس تورونتو للألكسيثيميا(TAS-20)،

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

وقد أظهرت النتائج أن نصف المشاركين البالغ عددهم 266 سمات شخصية ألكسيثيميا أكثر بأربع مرات من عامة السكان، مع ملاحظة الفروق حسب الجنس فقط في صعوبة تحديد المشاعر (أكبر بين الرجال). كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق في مستوى الألكسيثيميا تبعا لنوع المادة الإدمانية.

ثالثا: الدراسات المتعلقة بالمتغيرين معا:

1-الدراسات العربية:

1-1-دراسة إسراء عمر عبد القادر بني إرشيد، 2018

بعنوان الإسهام النسبي لأنماط التعلق في التنبؤ بقصور التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) لدى المراهقين، وقد هدفت الدراسة إلى بحث القدرة التنبؤية لأنماط التعلق بقصور التعبير عن المشاعر (الألكسيثيميا) لدى المراهقين، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج الوصفي، وقد تكونت عينة الدراسة من (520) طالبا وطالبة بالأردن طبق عليهم مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) ومقياس أنماط التعلق (من إعداد بني مصطفى، والشريفين، 2012)، وقد أشارت النتائج إلى أن نمط التعلق السائد لدى المراهقين كان التعلق الآمن، إذ حصل على أعلى تكرار، يليه نمط التعلق التجنبي، ومن ثم جاء التعلق القلق في المرتبة الثالثة، ولم تظهر النتائج فروقا دالة إحصائية في أنماط التعلق تعزى للجنس. كما أشارت النتائج إلى درجة متوسطة من القصور في التعبير عن المشاعر لدى المراهقين بشكل عام على المقياس ككل، أما حسب المجالات فقد جاء بالمرتبة الأولى مجال صعوبة تحديد المشاعر، ثم يليه مجال صعوبة وصف المشاعر، وفي المرتبة الثالثة جاء مجال الأحلام، ومن ثم يأتي مجال التفكير الموجه إلى الخارج، وأظهرت النتائج أيضا أن النمط الوحيد من أنماط التعلق الذي كان له قدرة تنبؤية بالألكسيثيميا هو نمط التعلق القلق، وكانت نسبة التباين المفسر لنمط التعلق القلق لدى الإناث أعلى منه لدى الذكور.

1-2-دراسة ججيقة قزوي، 2022

بعنوان أنماط التعلق وعلاقتها بالألكسيثيميا لدى الطلبة الجامعيين، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليلي، وقد شملت عينة الدراسة 102 طالبا وطالبة بالجزائر، طبق عليهم مقياس التعلق الوجداني، ومقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، وقد خلصت نتائج الدراسة إلى تبيان العلاقة الدالة بين أنماط التعلق غير الآمن وكذا الألكسيثيميا كدرجة كلية وكدرجة فرعية في أبعادها المتمثلة في صعوبة تحديد المشاعر، وصف المشاعر، والتفكير ذو التوجه الخارجي.

2-1-دراسة Besharat Mohammad Ali & Khajavi Zeinab, 2013

بعنوان العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا: الدور الوسيط لآليات الدفاع، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الوسيط لآليات دفاع الأنا في العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وقد شملت عينة الدراسة 443 تلميذا وتلميذة متمدرسين في المرحلة الثانوية بإيران، طبق عليهم استبيان آليات الدفاع (DSQ)، مقياس التعلق للبالغين (AAI)، مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي بين نمط التعلق الآمن والألكسيثيميا، وارتباط إيجابي بين نمط التعلق التجنبي والمتناقض والألكسيثيميا، كما أشارت النتائج إلى أن آليات الدفاع لها دور وسيط بين أنماط التعلق والألكسيثيميا و دور الوساطة كان جزئيا.

2-2-دراسة Besharat Mohammad Ali & Salimian Rizi Mohammad Mehdi,2014

بعنوان العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا: الدور الوسيط للتنظيم الذاتي، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن الدور الوسيط للتنظيم الذاتي في العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى عينة من طلاب البكالوريوس، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان المنهج الوصفي، وقد شملت عينة الدراسة 546 طالبا وطالبة بإيران، طبق عليهم مقياس التعلق للبالغين (AAI)، مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) ومقياس التنظيم الذاتي، وقد أظهرت النتائج وجود ارتباط سلبي دال احصائيا بين أنماط التعلق الآمنة والألكسيثيميا، ووجود ارتباط ايجابي دال احصائيا بين أنماط التعلق المتجنبة والمتردة والألكسيثيميا، كما كشفت النتائج أن العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا كانت متوسطة من خلال التنظيم الذاتي.

2-3-دراسة Elżbieta Zdankiewicz-Ścigala & Dawid Konrad Scigala,2020

بعنوان نمط التعلق، صدمات الطفولة المبكرة، الألكسيثيميا، والتفكك لدى الأفراد المدمنين على الكحول، وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أنماط التعلق، صدمات الطفولة المبكرة، الألكسيثيميا، والتفكك لدى الأفراد المدمنين على الكحول، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم الباحثان المنهج الوصفي المقارن، وقد شملت عينة الدراسة 268 فردا بإيطاليا، مقسمة الى مجموعتين: 116 فردا مدمننا على الكحول، و 152 فردا غير مدمنين، تراوحت أعمارهم ما بين 18 و 73 عاما، طبق عليهم كل من اختبار فحص إدمان الكحول (MAST)، استبيان أنماط التعلق (RSQ)، مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، قائمة خبرات الطفولة الصادمة (TEC)، استبيان الخبرات الحالية (CEC)، وقد أظهرت النتائج وجود فروق دالة احصائيا في كل من أنماط التعلق ، صدمات الطفولة المبكرة

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

،الألكسيثيميا، والتفكك بين المدمنين وغير المدمنين، ولم يثبت وجود تأثير مباشر للتفكك على الميل نحو الإدمان عند أخذ المتغيرات (مثل الألكسيثيميا و صدمات الطفولة المبكرة) بعين الاعتبار، كما أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية قوية بين نمط التعلق والقلق والألكسيثيميا، ونمط التعلق المتجنب والألكسيثيميا ، مما يشير إلى أن هذه الانماط تؤثر بقوة في تطور الألكسيثيميا، وما ينجم عنها من اضطرابات انفعالية مرتبطة بالعنف النفسي والإدمان في نهاية المطاف.

التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد عرض أهم الدراسات التي تناولت متغيرات دراستنا والمتمثلة في أنماط التعلق والألكسيثيميا، نجد أن هذه الدراسات تتفق مع دراستنا من حيث المنهج حيث أن هناك من الدراسات من اعتمدت هي الأخرى على المنهج الوصفي مثل دراسة أسماء عبد المنعم إبراهيم وهبة اسماعيل سري(2022)، دراسة (Koulou Simliwa Dassa et al (2013) ، دراسة (Itr Tari Cömert & Kültegin Ögel (2014) ، دراسة إسراء عمر عبد القادر بني إرشيد (2018)، دراسة ججيجة قروي (2022)، دراسة (Besharat Mohammad Ali & Khajavi Zeinab (2013) ، ودراسة Besharat (2014) Mohammad Ali & Salimian Rizzi Mohammad Mehdi ، في حين اعتمدت باقي الدراسات على المنهج الوصفي المقارن بين مجموعتي المدمنين على الخدرات وغير المدمنين، كما نجد أيضا أن هناك قاسما مشتركا بين هذه الدراسات وبين موضوع دراستنا والمتمثل في استخدام بعضها لنفس العينة المتمثلة في المراهقين المدمنين على المخدرات مثل دراسة (Koulou Simliwa Dassa et al (2013) ، ودراسة Itr Tari Cömert & Kültegin Ögel (2014)، بينما اعتمدت أغلب الدراسات التي تناولت أحد متغيري دراستنا على المدمنين على المخدرات من مختلف الشرائح العمرية، في حين اعتمدت كل الدراسات التي تناولت المتغيرين معا على الطلاب الجامعيين وتلاميذ ممتدرسين في المرحلة الثانوية كعينة بحث في دراستها ماعدا دراسة Elzbieta Zdankiewicz-Ścigala & Dawid Konrad (2020) Scigala ، التي اعتمدت على المدمنين على الكحول الذين تتراوح أعمارهم ما بين (18-73) سنة.

كما تنوعت واختلفت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسات باختلاف أهدافها ونتائجها وهناك من تشترك من هذه الدراسات مع موضوع دراستنا من حيث الأدوات مثل دراسة (Koulou Simliwa Dassa et al (2013) ، ودراسة Itr Tari Cömert & Kültegin Ögel (2014) ، ودراسة Elzbieta Zdankiewicz-Ścigala & Dawid Konrad (2020) Scigala الذين استخدموا مقياس التعلق لبارثولوميو وهورويتز (RSQ)، لقياس أنماط التعلق لدى فئة المدمنين على المخدرات، ويلاحظ أن الدراسات التي تناولت متغير الألكسيثيميا تشترك كلها مع موضوع دراستنا من حيث الأداة والمتمثلة في مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، كما أن معظم الدراسات التي عالجت متغيرات الدراسة ربطتها

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

بمتغيرات ديمغرافية (كالجنس، العمر، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية والمهنية) ما عدا دراسة كل من **Andreas Schindler et al (2009)**، و**Valeriano Raúl Garcia Aurrecochea et al (2016)** الذين ربطوا متغيرات الدراسة بنوع المادة الإدمانية، كما يلاحظ أيضا أن أغلب الدراسات التي تناولت العلاقة بين متغيري الدراسة، قامت بإدخال متغير وسيط يفسر العلاقة بينهما ما عدا دراسة **ججيجة قزوي (2022)**، و **Elzbieta Zdankiewicz-Ścigala & Dawid Konrad Ścigala (2020)**، وقد جاءت هذه الدراسة التي نقوم بها للتركيز على هذين المتغيرين (أنماط التعلق والألكسيثيميا) والربط بينهما.

والمميز في دراستنا هي العينة التي توجهت لها وهي فئة المراهقين وتحديدًا المدمنين على المخدرات وما تمثله هذه الفئة من أهمية في مجال علم النفس العيادي كونهم في مرحلة جد حساسة يسعون فيها لتحقيق الاستقلالية وبناء هويتهم النفسية والاجتماعية في حين اعتمدت معظم الدراسات السابقة على فئة الراشدين ولم تعط فئة المراهقين الاهتمام الكافي بالدراسة ولاسيما ضمن دراسة وصفية ارتباطية، كما أنه رغم تعدد الدراسات السابقة التي تناولت متغير التعلق أو الألكسيثيميا لدى فئة المدمنين على المخدرات، إلا أن الدراسات التي تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين كانت أغلبها قد أدخلت متغيرا وسيطا لتفسير هذه العلاقة، أو أنها اعتمدت على عينات غير اكلينيكية، ومعظمها اعتمدت المنهج الوصفي المقارن في دراستها، ومن جهة أخرى أيضا، فإنه من خلال مراجعة الأدبيات العربية، تظهر ندرة كبيرة في تناول متغير التعلق لدى المدمنين، حيث لم تسجل سوى دراسة واحدة كانت لدى المدمنين العائدين، واقتصرت الدراسات حول الألكسيثيميا على دراسة واحدة كانت ذات طابع مقارن، وتتضح أكثر القيمة العلمية المضافة من خلال دراستنا الحالية في البعد التنبئي للألكسيثيميا من خلال أنماط التعلق والنهج الوقائي للإدمان على المخدرات لدى فئة المراهقين، وهذا ما يجعل من الضروري اجراء دراسات محلية تراعي خصوصيات البيئة العربية الجزائرية. كل هذا يبرز لنا الحاجة الملحة إلى دراسة العلاقة المباشرة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات في بيئة عربية جزائرية.

الفصل الثاني: التعلق

تمهيد

1- مفهوم التعلق

2- مفاهيم مرتبطة بالتعلق

3- أهم النظريات المفسرة للتعلق

4- مراحل التعلق

5- تصنيفات أنماط التعلق

6- التعلق في مرحلة المراهقة

7- ثبات واستمرارية أنماط التعلق في مرحلة المراهقة

8- تأثير النماذج الداخلية في مرحلة المراهقة

9- قياس التعلق

خلاصة

الفصل الثاني: التعلق

تمهيد:

تلعب العلاقات الأولى بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي دورا هاما في بناء شخصيته، حيث يؤكد العديد من العلماء والباحثين في مجال علم النفس النمو أن الطفل خلال السنة الأولى يكون رابطة انفعالية قوية مع مقدم الرعاية، ويستخدم هذا الأخير كقاعدة وأساس ليستكشف المحيط ويعود إليه عند شعوره بالتوتر والضيق بحثا عن الشعور بالأمان والراحة معه، هذه الرابطة الانفعالية القوية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي أطلق عليها بولبي رابطة التعلق، وأشار إلى أنه قد يكون تعلقا آمنا عند استجابة مقدم الرعاية لحاجات الطفل وحمانيته أو غير آمن في حالة غياب استجابته. وقد لفت موضوع التعلق انتباه العديد من الباحثين في مختلف مجالات علم النفس لما له من تأثير على جوانب حياة الفرد وعلى علاقاته الاجتماعية لاحقا، وفيما يلي سنحاول التطرق إلى مفهوم التعلق والمفاهيم المرتبطة به، وأهم النظريات المفسرة له، مراحل تطوره، ومختلف التصنيفات التي طرحها أبرز العلماء، كما سنحاول فهم مدى استمرارية وثبات أنماط التعلق في مرحلة المراهقة وتأثير النماذج العاملة الداخلية في هذه الفترة، والطرق المختلفة لقياس التعلق خلال مرحلة المراهقة.

الفصل الثاني: التعلق

1- مفهوم التعلق:

1-1- لغة:

مشتق من كلمة علق، ويقال علق الشيء علقا أي نشب فيه وتعلق به، والتعلق يعني نشوب الحب بقلب المحب حتى لا يكاد يفارقه، ويعني التمسك والتشبث والارتباط، ويقال علق فلان فلانا به، أي تمكن حبه في قلبه، أي تعلق واستمسك (مجمع اللغة العربية، 2004، ص431).

وتعود الأصول اللغوية لكلمة التعلق باللغة الأجنبية إلى القرن الثالث عشر، وهي مشتقة من الفعل (attacher) الذي كان بديلا للفعل (estachier) في اللغة الفرنسية القديمة، والذي يعني ربط (Bell & et al, 1996, p50)

1-2- اصطلاحا:

أول من أطلق تعريف واضح لمصطلح "التعلق" (attachment) هو عالم النفس البريطاني جون بولبي (John Bowlby) وقد عرفه بشكل عام بأنه "اتصال نفسي مستمر ودائم بين البشر" (Bowlby, 1982, p149) وقد عرف بولبي (Bowlby, 1988) التعلق بأنه: نزعة فردية داخلية لدى كل إنسان تجعله يميل لإقامة علاقة عاطفية حميمة مع الأشخاص الأكثر أهمية في حياته، تبدأ منذ لحظة الولادة وتستمر مدى الحياة، ويرى بولبي أن الأطفال الرضع تتكون لديهم حاجة للتقرب جسدياً مع مقدمي الرعاية عندما تصبح الظروف مهددة وغير آمنة حيث أن مقدمي الرعاية يوفران الحماية والأمان للطفل الرضيع لتعزيز فرص بقاءه على قيد الحياة (صباح عبد الله و جرادات، 2019، ص2)

كما تصف اينزوروث (Ainsworth, 1989) رابطة التعلق على أنها رابطة قوية توجد فيها حاجة للحفاظ على القرب، وشعور بالضيق عند الانفصال غير المبرر، والسرور والفرح عند الالتقاء مجدداً، والحزن عند فقدان (Rholes & Simpson, 2004, p4)

كما يعرف التعلق حسب بولبي واينزوروث Ainsworth and Bowlby على أنه رابطة انفعالية قوية يشكلها الطفل مع مقدم الرعاية الأساسي، وتصبح فيما بعد أساساً لعلاقات الحب المستقبلية (Ainsworth & Bowlby, 1991, p336) يعرف شافير واميرسون (Shaffer & Emerson, 1964) التعلق بأنه: رابطة عاطفية قوية بين شخصين تتميز بالتبادل العاطفي والرغبة في المحافظة على القرب بينهما، ويكون التعلق الرئيس للطفل بأمه إلا أنه قد يتشكل تعلق بأفراد آخرين ممن يتفاعلون معه بشكل منتظم كالأب أو أحد الجدين أو بعض الأقارب (Shaffer & Emerson, 1964, p22)

الفصل الثاني: التعلق

في حين يعرفه لافرينيير (Lafreniere,2000) بأنه رابطة انفعالية قوية تؤدي بالأطفال إلى الشعور بالسعادة والفرح والأمن عندما يكونون بالقرب من مقدم الرعاية الأساسي والشعور بالتوتر والانزعاج عندما ينفصلون عنه مؤقتا (Lafreniere, 2000, p25)

ويعرفه ميكولينسر وزملائه (Mikulincer,Shaver,Gillath & Nitzberg,2005) بأنه علاقة عاطفية حميمة بين شخصين تتصف بالعاطفة المتبادلة والرغبة في المحافظة على القرب بينهما (Mikulincer et al., 2005, p20)

في حين يعرف باباليا وفيلدمان (Papalia, & Feldman,1999) التعلق على أنه مساهمة كل من الطفل والأم أو مقدم الرعاية في نوعية رابطة التعلق، فعرفه على أنه رابطة انفعالية قوية ومتبادلة بين الرضيع ومقدم الرعاية (Papalia & Feldman, 1999, p15)

مما سبق عرضه من تعريفات لبعض العلماء والباحثين في مجال علم النفس يمكننا تعريف التعلق بأنه رابطة انفعالية قوية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي، يحرص فيها الطفل على الحفاظ على القرب والحميمية من مقدم الرعاية، خاصة في مواقف الضيق والشعور بالتهديد والخطر، وذلك من أجل الشعور بالراحة والأمان.

2- مفاهيم مرتبطة بالتعلق:

2-1- سلوك التعلق:

وهي السلوكيات المختلفة التي يستخدمها الرضيع بهدف تعزيز التقارب مثل الابتسام، والمناغاة، والتشبث، والبكاء، وبعد ذلك، المشي. هذه السلوكيات، على الرغم من أنها موجودة منذ الولادة، إلا أنها ليست موجهة بعد نحو شخصية معينة وتبدو غير متميزة إلى حد ما في البداية ولكن في وقت مبكر جدا، يتم تهدئة بكاء الطفل أو صراخه بشكل أفضل من قبل الأم أكثر من أي شخص آخر (حوالي 4-5 أشهر)، وعند مغادرة الأم الغرفة سوف يصرخ أو يبكي، محاولا إعادتها إليه. كما يبتسم الطفل كثيرا وبشكل تفضيلي للأشخاص المألوفين له، وحتى أكثر لشخصيته الرئيسية المتعلق بها. ويثرثر أكثر فأكثر لها، وأقل بكثير أمام الغرباء. فتكرار تجارب الراحة في مواقف الشدة هو الذي يسمح بالظهور التدريجي لتمييز أفضل من قبل الطفل تجاه شخصيات التعلق الخاصة به

(Faure-Fillastre et al., 2017, p21)

ويشير قيدناي وقيدناي (Guedeney & Guedeney,2005) إلى أن كل السلوكيات التي تسمح للشخص بالارتباط أو الحفاظ على التقارب مع صور التعلق المفضلة والمميزة يمكن اعتبارها كسلوك للتعلق (Guedeney & Guedeney, 2005, p14)

الفصل الثاني: التعلق

2-2-صورة التعلق:

أو شخصية التعلق وهو الشخص الذي يوجه الطفل سلوك التعلق تجاهه. أي شخص بالغ (في الظروف العادية) ينخرط في تفاعل اجتماعي حيوي ودائم مع الطفل، ويستجيب بسهولة لإشاراته وتوجهاته، من المرجح أن يصبح شخصية التعلق.

ومن المهم أن يكون هذا الشخص هو الذي يعتني بالطفل جسدياً وعاطفياً وله حضور مهم ومنتظم في حياته ويستثمره عاطفياً، وفي غالب الأحيان تصبح الام هي الشخصية الأساسية التي يرتبط بها الطفل لأنها هي التي تقضي معظم الوقت مع الطفل في مراحل الطفولة المبكرة. وبالتالي، فإن أي شخص ينخرط في تفاعل اجتماعي دائم مع الطفل ويستجيب لاحتياجاته من الراحة عندما يكون متوتراً من المرجح أن يصبح شخصية التعلق.

إن الحساسية التي يستجيب بها الشخص البالغ للاحتياجات التي يعبر عنها الطفل تحدد مدى تعلق هذا الأخير (Faure-Fillastre et al., 2017, p22)

2-3-نظام التعلق:

يهدف نظام التعلق إلى تعزيز قرب الطفل من شخص بالغ أو أكثر للحصول على الراحة التي تسمح له باستعادة الشعور بالأمان الداخلي في مواجهة الأخطار المحتملة في البيئة. وهكذا فإن كل الظروف التي تشير إلى خطر أو توتر لدى الطفل تنشط هذا النظام، سواء العوامل الداخلية كالنعيب أو الألم، أو العوامل الخارجية المرتبطة بالبيئة (أي محفزات مخيفة مثلاً وجود الغرباء، الوحدة، غياب الآخرين). من الشكل المرفق. (في نهاية المطاف، يبدو هذا النظام نشطاً بشكل مستمر، ويتم تصحيحه بشكل دائم فيما يتعلق بالهدف المراد تحقيقه، في ظل ظروف معينة، يتم تنشيط نظام التعلق بقوة، مما يدفع الطفل إلى البحث والرضا فقط عن طريق الاتصال أو القرب من صورة التعلق من ناحية أخرى، عندما ينظر إلى الظروف على أنها طبيعية، يكون للطفل الحرية في متابعة أهداف وأنشطة أخرى، حتى لو استمر النظام في التحكم في البيئة كمصدر محتمل للتوتر. نظام التعلق نشط طوال الحياة، وأكثر أو أقل استقراراً في بيئة أكثر استقراراً. أو أقل ثباتاً فقط السلوكيات المحددة المستخدمة تتغير اعتماداً على التطور

(Guedeney & Guedeney, 2005, p14)

2-4-قاعدة الأمان:

كانت ماري أينسورث (1982) أول من استخدم عبارة "القاعدة الآمنة" لوصف الأجواء التي تخلقها شخصية التعلق للشخص المرتبط بها. ويتلخص جوهر القاعدة الآمنة في أنها توفر نقطة انطلاق للفضول والاستكشاف، فعندما يهدد الطفل خطر ما فإنه يتشبث بشخصية التعلق. وبمجرد زوال الخطر، فإن وجودها يمكنه من اللعب والاسترخاء، ولكن

الفصل الثاني: التعلق

فقط إذا كان الطفل على يقين من أن شخصية التعلق ستكون موجودة إذا احتاج إليها مرة أخرى (Holmes,1993,p70) فشخصية التعلق تمثل لدى الطفل الأساس الذي يمكنه من خلاله السماح لنفسه باستكشاف العالم المحيط به وتعتمد قدرته على الاستكشاف على جودة روابط التعلق الخاصة به. وفي الوقت نفسه، أثناء استكشافه، فإن أي إشارة إنذار تشجع الطفل على العودة إلى شخصية التعلق التي تشكل بالنسبة له ملاذاً آمناً (Faure-Fillastre et al., 2017, p22)

2-5- نماذج العمل الداخلية:

وفقاً لبولبي (1978)، يتم استيعاب تجارب التعلق المبكرة كنماذج عقلية، ومن ثم تكون هذه الأخيرة بمثابة نماذج أولية للعلاقات المستقبلية للفرد حيث أثناء نموه، يقوم ببناء نماذج عاطفية ومعرفية داخلية تنظم شخصيته وسلوكه الاجتماعي. وقد وصف بولبي هذه الآلية بأنها نماذج العمل الداخلية (MIO) وهي تمثيلات عقلية للعالم المحيط وللذات وللآخرين وللعلاقات مع الآخرين، فهي توجه السلوكيات، وأيضاً مشاعر الأفراد وانتباههم وإدراكهم. فاعتماداً على علاقات التعلق المبكرة، يشعر الأفراد أو لا يشعرون بأنهم يستحقون أن يكونوا محبوبين ويرون أن الآخرين أكثر أو أقل اهتماماً وحساسية لاحتياجاتهم (Potard, 2010, p7)

فعلى أساس التفاعلات المتكررة مع مقدم الرعاية، يتعلم الأطفال ما يتوقعونه، ويقومون بتعديل سلوكهم وفقاً لذلك. وتشكل هذه التوقعات أساس التمثيلات العقلية (أو باستخدام مصطلح بولبي، نماذج العمل الداخلية) التي يمكن استخدامها للتنبؤ بتوافر مقدم الرعاية واستجابته والتي تشمل نماذج مترابطة للذات وشخصية التعلق. تتحدد هذه النماذج جزئياً من خلال استجابة بيئة الرعاية للاحتياجات الفردية للراحة والأمان، ووفقاً لبولبي، فإن هذه النماذج توجه الأفكار والمشاعر والسلوك في العلاقات الوثيقة لاحقاً (Hazan & Shaver, 1994, p5)

تبدأ نماذج العمل الداخلية هذه في التشكل بين عمر 6 و9 أشهر وتستقر عند عمر 5-6 سنوات تقريباً. وباستثناء أحداث الحياة الحرجة (الموت، المرض، الانفصال)، فإنها تظل مستقرة طوال الحياة بمجرد وضع (MIO) الخاص به (Faure-Fillastre et al., 2017, p27)

3-أهم النظريات المفسرة للتعلق:

3-1- نظرية التحليل النفسي :

من أهم روادها سيجموند فرويد والذي يؤكد أن الأطفال الرضع مهيوون بيولوجياً للتعلق بالأشخاص من حولهم، وحسبه فإن الطفل الرضيع في سنته الأولى يستثمر بعض الطاقة الليبيدية في شخص آخر والذي عادة ما يكون الأم أو البديل. وحسب نظرية التحليل النفسي فإن التعلق تعود جذوره إلى الحاجات البيولوجية لدى كل من الرضيع وأمه، حيث يظهر في العلاقة المبكرة بين الطفل وأمه (عبد المعطي، و قناوي، 2001، ص287) ، اذ يعتقد فرويد أن التعلق ينشأ

الفصل الثاني: التعلق

في المرحلة الأولى من مراحل بناء شخصيته والتي تسمى بالمرحلة الفمية، حيث يعد الفم المصدر الأول للإشباع الذي يستمد منه الطفل الرضيع الطعام ومشاعر الحب والمودة والأمان (صالح ، وعبد الخالدي، 2021، ص34)، حيث أن اللذة التي يحصل عليها الرضيع من الطعام هي الأساس في النمو والارتقاء في إطار العلاقة الأولية مع الموضوع، وعادة ما يتمثل هذا الموضوع في شخص الأم (خليفة، 2015، ص25) فيحاول الطفل بالمقابل في هذه المرحلة الحفاظ على القرب من الشخص المألوف بالنسبة له (عادة تكون الأم أو من يقوم برعايته) من أجل اشباع حاجته للتغذية والحب والأمان، ويرى فرويد أن الحب هو العامل الأساسي في تطور هذه العلاقة، إلا أنه يرتبط بدرجة كبيرة بإشباع الحاجات الحيوية والإشباع الفمي، وكلما كان مقدمي الرعاية حساسين وسريعي الاستجابة لحاجات الطفل، وما يشعر به من جوع وضيق، فإنه سيشعر بالمزيد من الحب والرضا، وسيتشبث بالأشخاص الذين يشبعون حاجته بدرجة كبيرة (صالح، وعبد الخالدي، 2021، ص34)

أما سوليفان (Sullivan) فقد أكد على أهمية العلاقة بين الطفل وأمه في تشكيل رابطة التعلق حيث تستمر هذه العلاقات بين الطفل وأمه لوقت طويل وتعد بمثابة المصدر الوحيد لإشباع الحاجات البيولوجية للطفل، كما يرى أن الطفل يتعلق بأمه على أساس الأمان الذي يحصل عليه منها (كيال، 2016، ص19)

3-2- النظرية السلوكية :

فسر رواد هذا الاتجاه سلوك التعلق بناء على مفهوم خفض الدافع الذي اقترحه هيل (Hill) حيث يرى هؤلاء أن الأم تقوم بإشباع جوع طفلها (دافع أولي) ليصبح بعد ذلك توفرها و وجودها دافع ثانوي، وذلك لأن وجودها أصبح يقترن بشعور الطفل بالراحة والشبع، وكنتيجة لذلك فإن الطفل يتعلم تفضيل كل أشكال المثيرات التي تترافق مع الإطعام ومن بينها عناق الأم، الابتسام والكلمات اللطيفة (عباس، 2015، ص25) إذ أنه وفقا لمبدأ الاشتراط الكلاسيكي الذي قدمه بافلوف، فإن التعلق يظهر عن طريق العلاقة التي تحدث بين الطفل وأمه، فنجد أن مقدم الرعاية (الأم) يقترن مع خفض التوتر الناتج عن حاجة الطفل، والذي كان في البداية مثيرا محايدا بالنسبة للطفل، ولكن نتيجة اقترانه (أي مقدم الرعاية) عدة مرات بالأحداث السارة لدى الطفل كالتغذية وإزالة الضيق، تصبح الأم مرغوبة ومشبعة لحاجته. أما التعلق في ضوء الاشتراط الاجرائي فإنه يظهر كاستجابة متعلمة، ويكتسبها الرضيع في ضوء علاقته بأمه، وذلك عند مبادرتها بالاستجابة إلى سلوكيات طفلها الفطرية كال بكاء والجوع والضيق، حيث تعمل سلوكيات الأم التي تتمثل في الإطعام ومشاعر الحب والنظافة كمعززات للعلاقة الارتباطية بين الرضيع وأمه، وبهذا الطريقة يتشكل الأمان العاطفي، والعلاقات الايجابية بين الرضيع وأمه (صالح وعبد الخالدي، 2021، ص35)

الفصل الثاني: التعلق

ويشير سكينر إلى أن سلوك التعلق يمكن أن يزداد من خلال ما يصاحب سلوك الإطعام من معززات متنوعة (مثل الاطراء أو الحصول على لعبة جديدة)، كما يمكن أن ينخفض أيضا من خلال العقاب (مثل التوبيخ)، ويؤكد أنصار هذه النظرية على الأهمية البالغة للحساسية المتبادلة بين الطفل وأمه في تشكيل سلوك التعلق، حيث يتم تعزيز سلوكيات الطفل (الابتسامة والنظر إلى الأم) من قبل أمه لأنها تؤدي إلى المزيد من التفاعل الاجتماعي من قبلها، فتنشك نتيجة لذلك رابطة تعلقية قوية بين الطفل وأمه (عباس، 2015، ص25)

3-3- النظرية الايثولوجية (التطورية):

3-3-1- نظرية جون بولبي:

إن عمل جون بولبي في نظرية التعلق يمكن اعتباره قد بدأ في ثلاثينيات القرن العشرين عندما عمل في دار للأولاد غير المتكفين. وقد أفنعت ملاحظاته، إلى جانب ملاحظات الآخرين، بأن الاضطرابات في علاقة الأم بالطفل قد تؤدي إلى أمراض نفسية لاحقا. وذكر أن العلاقة المبكرة مع الأم كانت ذات أهمية كبيرة للطفل في مراحل نموه، بالإضافة إلى أهميتها للأداء لاحقا. وقد لاحظ مع زميله جيمس روبرتسون، أن الأطفال يعانون لاحقا من ضائقة شديدة عندما يتم فصلهم عن أمهاتهم، حتى لو تم إطعامهم ورعايتهم من قبل شخص آخر. عندما كان بولبي يطرح نظرية التعلق، أدرك أن الأطفال الرضع يرتبطون أحيانا بأشخاص لا يطعمونهم. وهذا يختلف عن النظريات السائدة (التحليل النفسي والتعلم الاجتماعي) في ذلك الوقت والتي كانت تشير إلى أن الروابط مع الأم ثانوية، وتتطور لأنها تطعم الرضيع (Slater,2007,p207)

وقد افترض بولبي (1982) أن الأطفال يولدون بنظام سلوكي للتعلق، وهو نظام نفسي بيولوجي فطري، يحفزهم على البحث عن القرب من شخصيات التعلق في أوقات الشدة واستكشاف بيئتهم عندما يشعرون بالأمان. بناء على منظور تطوري، فإن عملية البحث عن مقدم رعاية عند الشعور بالضيق أو في خطر هي عملية تكيفية لأنها تحمي الطفل. علاوة على ذلك، لا يعتقد أن هذه الرغبة في البحث عن القرب ترجع فقط إلى توفير الطعام، ولكنها ترتبط بدلا من ذلك برغبة فطرية في الحصول على الراحة من مقدم الرعاية والحفاظ على القرب منه.

بدءا من الولادة، ينخرط الرضيع في استراتيجيات سلوكية، مثل البكاء، مما يؤدي إلى تحرك مقدم الرعاية نحو الرضيع وتلبية احتياجاته الأساسية. وتتطور هذه الاستراتيجيات السلوكية إلى طرق تواصل أخرى مع مرور الوقت وتقدم النمو. يؤدي نمط استجابة مقدم الرعاية الأساسي للإشارات العاطفية للطفل إلى تطوير نموذج عمل داخلي. ونماذج العمل الداخلية هي مخططات معرفية عاطفية تتكون من تمثيلات للذات والآخر ونمط التفاعل في العلاقة،

الفصل الثاني: التعلق

عندما يكون نمط استجابة مقدم الرعاية حساسا ومتسقا، يتطور لدى الطفل توقع أنه سيتم تلبية احتياجاته، مما يؤدي إلى نموذج عمل آمن يشعر فيه الطفل بالحب والتقدير ويثق في أن الآخرين محبوبون وموثوقون. في المقابل، إذا كان نمط استجابة مقدم الرعاية غير متسق أو يتجاهل احتياجات الطفل، فإن مشاعر القيمة الذاتية تتغير. وقد تتغير توقعات الرضيع تجاه الآخرين، مما يؤدي إلى نموذج عمل داخلي غير آمن. تنتج أنماط التعلق من عملية استيعاب الفرد لتاريخ محدد من تجارب التعلق، مما يخلق نمطا منظما من التوقعات العلائقية والعواطف والسلوكيات (Atkins,2016,p12)

3-3-2- نظرية ماري اينسورث :

كانت ماري اينسورث أيضا محورية في تطوير نظرية التعلق. فقد أجرت دراستين طبيعيتين للأمهات والأطفال استخدمت فيهما نظرية التعلق كإطار. كانت إحداها دراسة طولية لـ 26 أما من الطبقة المتوسطة وأطفالهن في بالتيمور. قدمت اينسورث وآخرون ودرسوا فكرة استخدام الطفل لشخصية التعلق (الأم في هذه الحالة) كقاعدة آمنة لاستكشاف المحيط. درس الباحثون أولا الأطفال في مواقف طبيعية (المنزل) كل ثلاثة أسابيع لفترة عام. ثم استخدموا الإجراء التجريبي "الوضع الغريب" الذي طوره (يتضمن ملاحظة سلوك الطفل عندما يعود إلى أمه بعد انفصال قصير) من أجل تقييم أمان التعلق (Slater,2007,p208) تم تصميم هذا الاجراء التجريبي "الوضع الغريب" لتنشيط نظام سلوك التعلق لدى الرضيع (سلوك البحث عن القرب)، وقد تم تحديد ثلاثة أنماط لتعلق الأطفال الرضع (الآمن، القلق-المقاوم، القلق-المتجنب) من خلاله. وقد تم إضافة نمط اضافي فيما بعد وهو التعلق غير المنظم لتصنيف الأطفال الذين استخدموا مجموعة غير متسقة وغير فعالة من سلوكيات التعلق غير الآمنة.

وتشير اينسورث إلى أن كل نمط تعلق يرتبط بسلوكيات معينة أثناء الموقف الغريب، حيث يميل الأطفال الذين لديهم نمط تعلق آمن إلى استخدام مقدم الرعاية كقاعدة آمنة يمكنهم من خلاله استكشاف محيطهم والعودة إليه عند الشعور بالألم. أما الأطفال ذوي التعلق القلق المقاوم يميلون إلى القلق المفرط بشأن توفر مقدم الرعاية الخاص بهم بسبب الرعاية غير المتسقة بشكل دائم (الاستجابة لاحتياجات الرضيع فقط عندما يكون ذلك مناسباً) مما يؤدي إلى معاناة الطفل من صعوبة في استخدام مقدم الرعاية كقاعدة آمنة. وبالتالي، يميل هؤلاء الأطفال إلى إظهار سلوك متشبث ومقاوم أكثر من الأطفال المصنفين على أنهم آمنون. من ناحية أخرى، يبدو أن الأطفال ذوي نمط التعلق القلق المتجنب لا يتأثرون بوجود أو غياب مقدم الرعاية الخاص بهم، وغالبا ما يستكشفون بسهولة ويتجاهلون عودة مقدم الرعاية بعد الانفصال. بالمقارنة مع الأطفال الذين لديهم تعلقا آمنا، فإن الأطفال الذين لديهم تعلق قلق متجنب يظهرون قدرا أقل من البحث عن القرب وضيق الانفصال. وعلى عكس تصنيفات التعلق الثلاثة السابقة، فإن الأطفال

الفصل الثاني: التعلق

في التصنيف غير المنظم لا يبدو أن لديهم استجابة سلوكية متماسكة، وبدلاً من ذلك، يتأرجحون بين السلوكيات المتجنبة والمتناقضة. وينتج هذا النمط غير المنظم من شعور الرضيع بأن مقدم الرعاية له مخيف ونتيجة لذلك، يتم تنشيط نظام التعلق الخاص بهم، مما يجعلهم يبحثون عن الراحة والأمان من الشخص الذي يخشونه (Atkins, 2016, p13-14)

من خلال ما سبق ذكره، تظهر النظريات المفسرة للتعلق تداخلاً لعدة جوانب، فنظرية التحليل النفسي اعتبرت أن التعلق رابطة تنشأ في المراحل الأولى من مراحل النمو للطفل، حيث يسعى خلالها للحصول على اللذة من خلال إشباع حاجاته البيولوجية للتغذية، فيحاول على أساس ذلك الحفاظ على قربه من مقدم الرعاية الأساسي، في حين يذهب رواد النظرية السلوكية إلى تفسير التعلق في ضوء مبدئين هما الإشارات الكلاسيكي والإشارات الإجرائي، الأول يشير إلى أن رابطة التعلق تظهر من خلال علاقة الأم بطفلها، واقتران وجودها مع الأحداث السارة من التغذية وإزالة التوتر، والثاني يشير إلى أن السلوكيات التي تقوم بها الأم خلال استجابتها لحاجة طفلها تعمل كمعززات للعلاقة الارتباطية بين الأم والطفل، في حين ركز رواد النظرية الايثولوجية على أهمية العلاقة المبكرة مع الأم وتأثيرها على أداء الفرد لاحقاً، حيث يشير بولبي إلى أن الطفل يولد بنظام سلوكي للتعلق يحفزه على البحث عن القرب من شخصية التعلق في أوقات الضيق والتوتر، واستكشاف البيئة من حوله عند الشعور بالأمان، وهذه الرغبة في القرب لا تقتصر فقط على توفر التغذية، وإنما هي رغبة في الحصول على الراحة والأمان. أما اينسورث أشارت إلى أن الطفل يستخدم مقدم الرعاية كقاعدة آمنة.

4- مراحل التعلق :

يوضح بولبي (1969، 1979) أن تعلق الأطفال يمر بأربع مراحل متتالية والجدول الموالي يوضح خصائص كل مرحلة:

جدول رقم (01): يوضح مراحل تطور التعلق حسب بولبي (1969، 1979)

المرحلة	خصائصها
المرحلة الأولى (0-3/2 أشهر): التوجيه والإشارات دون تمييز تجاه شخصية التعلق	لا يظهر الطفل تفضيلاً نحو أي شخص معين.
المرحلة الثانية (3/2 أشهر-7/6 أشهر): التوجيه والإشارات الموجهة نحو شخص معين أو أكثر	يبدأ الطفل بتوجيه سلوكه والاستجابة للأم (مقدم الرعاية الأساسي) بطريقة واضحة. لا يزال لا يظهر أي تفضيل لمقدم الرعاية.

الفصل الثاني: التعلق

إقامة رابطة مع شخصية معينة والتي تظهر من خلال السلوكيات التي تهدف إلى الحفاظ على القرب والخوف من الغرباء.	المرحلة الثالثة (7/6 أشهر-3/2 سنوات): الحفاظ على القرب من شخصية تميزها الحركة والإشارات
تستمر الرابطة في الوجود، لكن سلوكيات الخارجية تختفي ويتم استبدالها بسلوكيات رمزية. تسمح القدرات المعرفية للطفل بفهم مشاعر ودوافع شخصية التعلق لديه.	المرحلة الرابعة (3/2 سنوات فأكثر): تكوين شراكة مع تصحيح الأهداف

المصدر: (Bruny,2023,p24)

وفيما يلي سنتطرق إلى هذه المراحل بالتفصيل:

4-1- المرحلة الأولى: التوجيه والإشارات مع تمييز محدود لصورة التعلق:

تمتد هذه المرحلة من الولادة إلى ما لا يقل عن ثمانية أسابيع من العمر، خلال هذه الفترة، يستخدم الرضيع سلوكيات تهدف إلى جذب انتباه مقدم الرعاية والاستجابة له. ويتم توجيه السلوكيات مثل الإمساك أو الابتسام أو التثرثرة أو البكاء نحو أي شخص قريب من الطفل. ومع ذلك، فقد أظهرت الدراسات أنه خلال هذه المرحلة، يتعلم الأطفال التمييز بين البالغين (Prior & Glaser,2006,p19)

خلال هذه المرحلة يتصرف الرضيع بطرق معينة تجاه الناس، لكن قدرته على التمييز بين شخص وآخر تقتصر على المنبهات الشمية والسمعية. إن الطرق التي يتصرف بها الرضيع تجاه أي شخص في محيطه تشمل التوجه نحو ذلك الشخص، وتتبع حركات العينين، والإمساك به والوصول إليه، والابتسام والتثرثرة. وكثيرا ما يتوقف الطفل عن البكاء عند سماع صوت أو رؤية وجهه. ومن المرجح أن تؤدي كل هذه السلوكيات إلى التأثير على سلوك شخصية التعلق ما يؤدي إلى زيادة الوقت الذي يقضيه بالقرب منه. وبعد حوالي اثني عشر أسبوعا ترتفع شدة هذه الاستجابات الودية. ومنذ ذلك الحين، يعطي الرضيع الاستجابة الاجتماعية الكاملة بكل عفويتها وحيويتها وبهجتها (Bowlby,1982,p218)

4-2- المرحلة الثانية: التوجيه والإشارات الموجهة نحو واحد (أو أكثر) من صور التعلق

تمتد المرحلة الثانية من عمر 8 أسابيع إلى 6 أشهر تقريبا، ومع تطور بصره وسمعه، يصبح الطفل قادرا بشكل متزايد على التمييز بين الأشخاص البالغين المألوفين وغير المألوفين، ويصبح متجاوبا بشكل خاص اتجاه مقدم الرعاية

الفصل الثاني: التعلق

(Prior & Glaser,2006,p19) حيث يستمر الرضيع في التصرف مع الناس بنفس الطريقة الودية التي كان عليها في المرحلة الأولى، لكنه يتصرف بشكل أكثر وضوحاً تجاه شخصية التعلق مقارنة بالآخرين (Bowlby,1982,p218)

4-3- المرحلة الثالثة: الحفاظ على القرب من صورة التعلق التي يتم تمييزها عن طريق الحركة

تبدأ هذه المرحلة عادة ما بين الشهر السادس والسابع من العمر، ولكن قد تتأخر حتى بعد بلوغ الطفل عاماً واحداً من العمر. ويقترح بولبي (Bowlby) أن هذه المرحلة تستمر على الأرجح طوال العام الثاني وحتى العام الثالث من العمر (Prior & Glaser,2006,p19)

خلال هذه المرحلة لا يصبح الطفل أكثر تمييزاً في طريقة معاملته للناس فحسب، بل إن استجاباته تمتد لتشمل متابعة الأم التي تغادر، وتحيتها عند عودتها، واستخدامها كقاعدة لاستكشاف العالم. وفي الوقت نفسه، تتضاءل الاستجابات الودية وغير التمييزية تجاه كل شخص آخر. ويتم اختيار بعض الأشخاص الآخرين ليصبحوا شخصيات ثانوية في التعلق. ويتم التعامل مع الغرباء بحذر متزايد، ومن المرجح أن يثيروا لديه الفزع والانسحاب. ومن ثم يصبح تعلقه بشخصية والدته واضحاً للجميع (Bowlby,1982,p218)

4-4- المرحلة الرابعة: المشاركة في تنسيق الهدف

عادة لا تبدأ هذه المرحلة حتى السنة الثانية، وبالنسبة للعديد من الأطفال، لا تبدأ حتى السنة الثالثة أو بعدها. الميزة الأساسية لهذه المرحلة الرابعة والأخيرة هي "تقليل الأنانية" لدى الطفل، يبدأ الطفل في رؤية شخصية أمه كشخص مستقل له أهدافه الخاصة. وهذا يضع الأساس لعلاقة أكثر تعقيداً بين الأم والطفل والتي يطلق عليها بولبي "الشراكة".

ومن جبهة أخرى يؤكد بولبي (Bowlby) بأن سلوك التعلق يستمر طوال فترة الحياة، إلا أنه لم يعتبر أن سلوك التعلق في مرحلة الطفولة المتأخرة والبلوغ يتميز بعمليات مختلفة بشكل كبير عن تلك التي تحدث في المرحلة الرابعة. بعد ثلاث سنوات من العمر، يصبح سلوك التعلق أقل تواتراً وإلحاحاً، حيث يشعر الطفل الناضج بالتهديد بشكل أقل تواتراً، لكنه يستمر في حياة الطفل. خلال فترة المراهقة، يبدأ تعلق الطفل بوالديه عادة في التجاوز إلى التعلق مع أشخاص آخرين، وعادة ما يكونون أقرانه. في مرحلة البلوغ، عادة ما يتم توجيه سلوك ورابطة التعلق نحو شريك الحياة أو الأصدقاء المقربين. أخيراً، في سن الشيخوخة، غالباً ما يكتمل سلوك التعلق ويوجه من الكبار إلى الصغار، ومن الوالدين إلى الأبناء (Prior & Glaser,2006,p20)

5- تصنيفات أنماط التعلق:

5-1- نموذج اينسورث:

من أبرز اسهاماتها في مجال التعلق، الدراسة الطولية التي قامت بها في أوغندا، حيث تم فيها ملاحظة الأمهات والرضع في المختبر باستخدام النموذج التجريبي "الموقف الغريب"، المصمم لتقييم جودة التعلق والسلوك الاستكشافي للطفل في حالة غير مألوفة ومستوى معتدل من التوتر. ويتكون "الموقف" من سلسلة من ثماني حلقات، تتضمن الانفصال واللقاء بين الطفل وشخصية التعلق، بالإضافة إلى إدخال شخص بالغ غريب إلى غرفة المراقبة. يعتمد تقييم جودة علاقات التعلق على تكرار ومدة السلوكيات التفاعلية بين الطفل وشخصية التعلق أثناء حلقات لم الشمل، بعد انفصال قصير (البحث عن القرب، الحفاظ على الاتصال، مقاومة الاتصال). وقد تم تصنيف الأطفال إلى واحدة من ثلاث فئات: المجموعة أ: التعلق المتجنب غير الآمن، المجموعة ب: التعلق الآمن، المجموعة ج: التعلق المتناقض أو المقاوم غير الآمن. وقد تم إثبات صدق وثبات هذه العملية بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و18 شهرا.

في الموقف الغريب، ينعكس التعلق الآمن من خلال استخدام الطفل للنشط لشخصية التعلق واعتماده عليها لتنظيم انفعالاته، يغمس هؤلاء الأطفال بسهولة في الاستكشاف في حضور شخصية التعلق ولا يرتابون بشكل مفرط في حضور الشخص البالغ الغريب. عند تعرضهم للتهديد أو الضيق بسبب الانفصال، فإنهم يشيرون إلى حاجتهم مباشرة، ويسعون بنشاط إلى القرب والاتصال مع شخصية التعلق، التي تظهر لهم على الفور تقريبا. وأما الأطفال الذين لديهم علاقة التعلق غير الآمنة والتجنبية فإنهم ينخرطون في الاستكشاف، ويتفاعلون عاطفيا بشكل قليل جدا مع شخصية التعلق، ولا يشاركون الحماس للعبة، ويظهرون الحد الأدنى من التفضيل في المعاملة مع شخصية التعلق والشخص الغريب. والأمر الأكثر بروزا هو حقيقة أن هؤلاء الأطفال لا يبادرون بالتفاعل أو يسعون إلى الاتصال بشخصية التعلق بعد الانفصال، ويتم التعبير عن المشاعر السلبية (مثل الغضب) بشكل غير مباشر مع شخصية التعلق بالتجنب وعدم الاستجابة. ويتميز التعلق المتناقض أو المقاوم غير الآمن ب عدم الفاعلية في الحصول على الأمان من شخصية التعلق، رغم الجهود المتكررة للحصول عليه. قد يشعر الأطفال الذين لديهم تاريخ تعلق مقاوم بالريبة من الغرباء ويظهرون ضعفا في الاستكشاف، وكثيرا ما يكون أو يبحثون عن الاتصال بشخصية التعلق حتى قبل الانفصال. ولا يبدو أن الوجود البسيط لمقدم الرعاية يطمئنهم فعدم الثقة في صورة التعلق واضحة (Tereno,2007,p158) وقد كشف

الفصل الثاني: التعلق

- المزيد من البحث عن نمط إضافي للتعلق. فلم يكن بعض الأطفال الرضع يناسبون الفئات الثلاث حسب تصنيف اينسورث، وقد تم تصنيفهم على أنهم غير منظمين/مشوشين، وقد تبين أن سلوكهم يعكس سبعة أنواع من ردود الفعل:
- مظاهر واضحة للغاية لسلوك التعلق أو السلوك الغاضب، يتبعها فجأة سلوك تجنب أو تجمد أو ذهول (يظهر الرضيع سلوك البحث عن القرب والتجنب في نفس الوقت)
 - يتحرك الطفل بعيدا عن والديه بدلا من التحرك نحوهما عندما يكون في حالة من الضيق أو الخوف
 - النمطية والحركات غير المتماثلة والحركات الصامتة والوضعية الشاذة: يظهر الرضيع حركات متكررة مثل التآرجح أو لف الشعر أو شد الأذن أو الزحف غير المتماثل أو تحريك جانب واحد فقط من الجسم
 - حركات مفاجئة وغير متوقعة مثل نشاط الذراع والساق السريع بعد الجلوس متوترا وساكنا، وضعية غير قابلة للتفسير مثل إمالة الرأس مع رفع الذراعين لفترات طويلة من الزمن.
 - الجمود والسكون والحركات والتعبيرات البطيئة: التمسك بالوضعية، مثل الجلوس مع مد الذراعين والخصر مرتقعا إلى الجانبين، والحركات أو تعبيرات الوجه اللامبالية أو الخاملة، مثل تعبير الدهول عند تحية الوالد
 - المؤشرات المباشرة للخوف من الوالد: إظهار الخوف الشديد استجابة للوالد. على سبيل المثال، النظرة المرتعبة، ووضع اليدين على وجهه، والركض بعيدا، واتخاذ وضعية يقظة شديدة، عندما يعود الوالد ويقترب.
 - المؤشرات المباشرة للارتباك أو عدم التوجه: مظاهر واضحة للارتباك وعدم التنظيم عند لم الشمل. على سبيل المثال، تحية شخص غريب برفع الذراعين بدلا من الذهاب إلى الوالد، والتغيرات السريعة من التأثر، مثل البكاء والضحك، والسقوط عند الاقتراب من الوالد، والتجول بتعبير مشوش (Levy & Orians,2014,p99)

الفصل الثاني: التعلق

جدول رقم (02): يوضح تصنيف أنماط التعلق حسب اينسورث

تعلق قلق/متناقض	تعلق متجنب	تعلق آمن
<ul style="list-style-type: none"> • نقص الاستكشاف • الحذر من المجهول وصعوبة الانفصال • صعوبة في التعامل مع مقدم الرعاية، الغضب الواضح • التعبير المفرط عن سلوك التعلق 	<ul style="list-style-type: none"> • تفضيل واضح قليلا لمقدم الرعاية عند الشعور بالتوتر • القليل من المشاركة العاطفية • التجنب النشط بعد الانفصالات القصيرة • التقليل من التعبير عن سلوك التعلق 	<ul style="list-style-type: none"> • الاستخدام الفعال لمقدم الرعاية كقاعدة آمنة • تفضيل واضح لمقدم الرعاية عند الشعور بالضيق • البدء النشط في الاتصال/ التفاعل بعد فترات قصيرة من انفصال عن مقدم الرعاية • سهولة الشعور بالراحة من مقدم الرعاية في حالة الضيق

المصدر: (Potard,2010,p6)

5-2- نموذج هازان وشافير:

اقترح هازان وشافير (1987) نمودجا من ثلاث أنماط للتعلق لدى البالغين من خلال تطبيق نموذج أينسورث (المكون من ثلاثة أنماط للتعلق لدى الأطفال) لوصف العلاقات الرومانسية في مرحلة الرشد، ولقد أثبتنا أن أنماط التعلق الآمن، القلق /المتناقض، والمتجنب كانت موجودة لدى الراشدين الذين يختلفون في تاريخ تعلقهم ونماذج عملهم المعرفية الداخلية. وقد وجد أن:

الراشدين ذوي التعلق الآمن يدركون الحب بشكل إيجابي ولكن واقعي وينظرون إلى أنفسهم على أنهم من السهل التعرف عليهم والإعجاب بهم. وقد وجد أن الأفراد الذين لديهم نمط تعلق متجنب يخشون التقارب الشخصي. وكان الأشخاص الذين لديهم نوع من التعلق القلق والمتناقض أكثر عرضة لوصف الحب بمفاهيم الغيرة والهوس وغالبا ما شعروا بثقة أقل وسوء فهم في العلاقات الشخصية (Van Buren & Cooley,2002,p418)

- النمط الآمن: أجد أنه من السهل نسبيا التقرب من الآخرين وأشعر بالراحة في الاعتماد عليهم. لا أشعر بالقلق كثيرا بشأن التحلي عني أو اقتراب شخص ما مني كثيرا.

الفصل الثاني: التعلق

- **النمط المتجنب:** أشعر بعدم الارتياح إلى حد ما عندما أكون قريبا من الآخرين؛ فأجد صعوبة في الثقة بهم تماما، ومن الصعب أن أسمح لنفسي بالاعتماد عليهم. وأشعر بالتوتر عندما يقترب أي شخص مني أكثر من اللازم، وغالبا ما يريدني شركاء الحب أن أكون أكثر حميمية مما أشعر بالارتياح إليه.

- **النمط القلق/ المتناقض:** أجد أن الآخرين يترددون في التقرب مني بقدر ما أرغب. غالبا ما أشعر بالقلق من أن شريكي لا يحبني حقا أو لا يريد البقاء معي. أرغب في التقرب من شريكي كثيرا، وهذا يخيف الناس أحيانا.

جدول رقم (03): يوضح تصنيف أنماط التعلق حسب هازان وشافير

نمط تعلق آمن	نمط تعلق متجنب	نمط تعلق قلق/متناقض (أو منشغل)
<ul style="list-style-type: none"> • شعور بالأمان والثقة • القدرة على تكوين علاقات وثيقة مع الآخرين • سهولة التقرب من الآخرين والشعور بالراحة في الاعتماد عليهم. • عدم الشعور بالقلق كثيرا بشأن التخلي عنهم أو اقتراب شخص ما منهم كثيرا 	<ul style="list-style-type: none"> • الخوف من العلاقات الحميمة • شعور بعدم الارتياح إلى حد ما عند القرب من الآخرين. • صعوبة في الثقة بالآخرين تماما وصعوبة الاعتماد عليهم. • شعور بالتوتر عند اقتراب أي شخص منهم أكثر من اللازم. • وغالبا ما يطلب منهم شركاءهم أن يكونوا أكثر حميمية مما يشعرون بالارتياح إليه 	<ul style="list-style-type: none"> • الخوف والقلق • يرغبون في إقامة علاقات وثيقة، ولكنهم يشكون في أن الآخرين لا يهتمون بهم حقا • يرون أن الآخرين يترددون في التقرب منهم بقدر ما يرغبون. غالبا ما يشعرون بالقلق من أن شريكهم لا يحبهم حقا أو لا يريد البقاء معهم.

المصدر: (Lyddon et al,1993,p391)

5-3- نموذج بارثولوميو وهورويتز:

استبدل بارثولوميو وهورويتز (Bartholomew & Horowitz,1991) نموذج الفئات الثلاث بنموذج من أربع أنماط للتعلق. في تصورهم للتعلق لدى البالغين، تم تقاطع وجهة نظر الذات على أنها إيجابية أو سلبية مع وجهة نظر الآخرين على أنهم إيجابيون أو سلبيون. أدى هذا إلى إنشاء أربعة أنواع فرعية من التعلق (الآمن، المنشغل، الخائف، الراض). يرى الأشخاص ذوي التعلق الآمن أنفسهم بشكل إيجابي ويعتقدون أن الآخرين سوف يستجيبون لهم. بالنسبة للنمط الخائف، تكون كل من وجهات النظر حول الذات والآخرين سلبية، ولا يشعر الشخص بأنه محبوب ويعتقد أن

الفصل الثاني: التعلق

الآخرين سوف يرفضونه وغير جديرين بالثقة. بالنسبة للنمط المنشغل فإن الشخص يحمل وجهة نظر إيجابية نحو الآخرين ومنظور سلبي اتجاه الذات وبالتالي قد يكون أكثر "انشغالا" بالعلاقات، أي أنه غالبا ما يحصل على شعور بتقدير الذات إلا من خلال الشعور بالتقدير والقبول من قبل الآخرين. بالنسبة للنمط الراض، فإن الشخص لديه وجهة نظر إيجابية للذات ولكن وجهة نظر سلبية للآخرين وبالتالي قد لا يبحث أو يقدر العلاقات (Van Buren & Cooley,2002,p418)

طور كل من بارثولوميو وهورويتز (Bartholomew & Horowitz, 1991) هذا النموذج الجديد الذي يتضمن مفهوم بولبي حول نماذج العمل الداخلية. واكتشفا أن نمط التعلق يمكن تعريفه من خلال بعدين أساسيين:

-النموذج الذاتي: الذي يمكن أن يكون إيجابيا، أي "أنا أستحق الحب"، أو سلبيا، أي "أنا لا أستحق الحب".

-نموذج الآخرين: الذي يمكن أن يكون إيجابيا، أي "الأشخاص الآخرون جديرون بالثقة"، أو سلبيا، أي "الأشخاص الآخرون غير جديرين بالثقة".

وفقا لبارثولوميو (1990)، يمكن أيضا تصور هذين البعدين باعتبارهما اعتمادية وتجنبية. يمكن أن يكون نموذج الذات إيجابيا (اعتماد منخفض) أو سلبيا (اعتماد كبير على الآخرين). يمكن أن يكون نموذج الآخرين أيضا سلبيا (تجنب كبير) أو إيجابيا (تجنب منخفض). وبناء على هذين البعدين الأساسيين، وصفا أربعة أنماط للتعلق. وتتميز كل من أنماط التعلق بمزيج محدد من أبعاد صورة الذات وصورة الآخرين (Žvelc,2010,p6)، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (04): يوضح تصنيف أنماط التعلق حسب بارثولوميو وهورويتز

		النموذج الذاتي	
		إيجابي	سلبي
نموذج الآخرين	إيجابي	تعلق آمن • تقدير ذات مرتفع • الثقة الاعتماد على الآخرين	تعلق منشغل • القلق في العلاقات البينشخصية • الرغبة في الحصول على القبول من طرف الآخرين • نقص الثقة الشعور بالقلق والانشغال إزاء العلاقات
	سلبي	تعلق رافض	تعلق خائف

الفصل الثاني: التعلق

	<ul style="list-style-type: none"> • تقدير الذات منخفض • نقص الثقة • القلق في العلاقات البينشخصية • السعي إلى التواصل والحميمية في العلاقات • الرغبة في الحصول على القبول من طرف الآخرين • العزلة • الغضب والعداء 	<ul style="list-style-type: none"> • تجنب الحميمية في العلاقات • نقص الثقة • تقدير الاستقلالية
--	--	---

المصدر: (Micheaux,2008,p54)

وقد وضع بارثولوميو وهورويتز (Bartholomew & Horowitz) أوصافا لجميع أنماط التعلق الأربعة:

لا يواجه الأفراد الذين يتمتعون بعلاقات آمنة صعوبات في التقرب عاطفيا من الآخرين، فهم يشعرون بالسعادة والأمان إذا استطاعوا الاعتماد على الآخرين والعكس صحيح، وهم لا يقلقون بشأن تركهم بمفردهم، أو من أن الناس قد لا يقبلونهم، ومن الطبيعي لدى هؤلاء الأفراد أن تكون لديهم صورة ذاتية إيجابية وصورة إيجابية عن الآخرين. إن الأفراد الذين لديهم **نمط التعلق المنشغل** ينشغلون بالسعي إلى التقارب العاطفي مع الآخرين، ولا يشعرون بأنهم على ما يرام إلا إذا كانوا على اتصال وثيق بالآخرين، فهم يشعرون بعدم الجدارة، ومع ذلك فإنهم يقدرون الآخرين بشكل إيجابي (أي نموذج سلبي للذات مقترن بنموذج إيجابي للآخر).

لا يرتاح الأشخاص الذين لديهم **نمط التعلق الخائف** عند الدخول في اتصال وثيق مع أشخاص آخرين، وعلى الرغم من رغبتهم في إقامة علاقات وثيقة، إلا أنهم لا يتقون بالآخرين ويظهرون صعوبات كبيرة في الاعتماد عليهم. وبالتالي، فإنهم يطورون نمودجا سلبيا للذات ونمودجا سلبيا للآخرين. وعلى الرغم من رغبتهم في الاتصال الاجتماعي والحميمية، فإنهم غير قادرين على التخلص من شعورهم بعدم الثقة والخوف من الرفض، والحساسية العالية للقبول الاجتماعي هي سمة مميزة لهذا النمط من التعلق، ويتجنب هؤلاء الأفراد المواقف الاجتماعية من أجل تجنب احتمالية رفضهم.

من ناحية أخرى، يشعر الأشخاص الذين لديهم **نمط تعلق رافض** بالراحة دون علاقات وثيقة مع أشخاص آخرين. فبالنسبة لهؤلاء الأفراد، من المهم جدا أن يشعروا بالاستقلالية والاكتفاء الذاتي، لديهم تقدير ذات إيجابي، لكنهم يقدرون

الفصل الثاني: التعلق

الأخرين بشكل سلبي، إنهم يحملون أنفسهم من أي خيبة أمل من خلال تجنب العلاقات التي تتطلب القرب والحميمية، ويحرصون على الحفاظ على الشعور بالاستقلالية (Žvelec, 2010, p7)

6- التعلق في مرحلة المراهقة:

تعد مرحلة المراهقة من أهم الفترات النمائية في حياة الفرد، حيث يتم فيها تحديد الشكل النهائي لشخصيته والتي تلازمه طيلة حياته.

تتميز هذه المرحلة بعدد كبير من التغيرات تترافق مع وجود حاجات ومطالب جديدة خاصة بها، تختلف عن مطالب النمو في المرحلة السابقة، ولكنها في نفس الوقت ترتبط بها، إذ أن النمو السوي واشباع الحاجات في مرحلة الطفولة المبكرة يساعد على تلبية متطلبات هذه المرحلة.

ويشير هافجهيرست Havighurst أن من أهم الحاجات في هذه المرحلة هي الحاجة لتحقيق الاستقلال الانفعالي عن الوالدين، توسيع العلاقات الاجتماعية، تكوين علاقات سوية مع الآخرين والحاجة لتكوين اتجاهات إيجابية عنهم (الأقران من نفس الجنس والجنس الآخر، الوالدين، الأسرة، المجتمع) (جماطي، 2021، ص61)

وقد توسعت نظرية التعلق في العقود الأخيرة، مع شرح تأثيرها على العلاقات الأخرى غير علاقة الأبوة، وكذلك كيفية تأثير التعلق في مراحل التطور اللاحقة. في هذه الفترة من النمو، يستعد المراهقون لتطوير إمكاناتهم وبدء مرحلة البلوغ. يتم تحديد التحولات العاطفية والمعرفية والاجتماعية للمراهق من خلال علاقات التعلق التي تم إنشاؤها مسبقاً. في الواقع، تشير الأدلة التجريبية إلى أن المراهقين، بشكل عام، تزداد حاجتهم إلى الخصوصية وتنخفض حاجتهم إلى القرب العاطفي، والتعبير عن المودة، والوقت الذي يقضونه مع الوالدين. ويزداد مستوى التناقض اتجاه والديهم وينخفض مستوى المثالية اتجاههم. كما يشعر المراهقون بأمان أكبر عندما يرون التوفر والدعم من والديهم. لذلك، على الرغم من تغيرات العلاقة الأبوية والأبناء، عندما تكون هناك علاقة جيدة، فإن الرابطة بينهما لا تزال تتميز بالدفع، كون الوالدين من الشخصيات المهمة في التعلق حتى مرحلة البلوغ (Delgado et al, 2022, p2) ففي هذه المرحلة تتوسع دائرة التفاعلات الاجتماعية الخاصة بالمراهق، لتتجه نحو سياق الأقران والمعلمين وغيرهم، مع الميل للاستقلال الوجداني عن الأفراد المقربين له، والبدء في تكوين علاقات وجدانية جديدة مع بعض الأفراد خارج نطاق الأسرة. وفي هذه المرحلة أيضاً، يستكشف المراهق أفكاراً مستقلة ويتجه إلى والديه كقاعدة آمنة ينطلق منها لاكتشاف إمكانياته، فيدرك المراهق أن الأسرة مازالت تقدم له الدعم والمساندة.

فاذا استقبلت الأسرة رغبة المراهق في الاستقلال الوجداني، وتكوين علاقات خاصة به بطريقة فعالة، فإن ذلك من شأنه أن يساعد في تشكيل أنماط تعلق وجدانية جيدة لدى المراهق، تحميه من التعرض لبعض أشكال الخلل في

الفصل الثاني: التعلق

العلاقات الاجتماعية الخارجية، وما يرتبط بها من انفعالات ومشاعر سلبية من شأنها ان تؤدي إلى تكوين أنماط تعلق غير آمنة مع الأشخاص المحيطين به.

وعليه فإن أنماط التعلق تلعب دورا مهما في مسار النمو النفسي للفرد وبناء شخصيته مستقبلا، وبشكل خاص في مرحلة المراهقة، لما لها من أثر بالغ في تشكيل اتجاهات المراهق نحو ذاته والآخرين (بسيوني والحاجي، 2019، ص986)

7- ثبات واستمرارية أنماط التعلق في مرحلة المراهقة:

ترتبط سلوكيات التعلق ارتباطا وثيقا بتلك السلوكيات التي تطورت منذ البداية في مرحلة الطفولة، فعندما تكون بيئة الطفل أو ظروفه المعيشية منظمة بشكل كاف، فإن نمط التعلق الآمن أو غير الآمن يظل ثابتا (Gagnon,2006,p35)

ويشير بولبي (1980) في ذات صلة بمسألة التغيير في أنماط التعلق تختلف في الاستقرار اعتمادا على درجة الرضا التي يستمدها كل شخص من هذا النمط. كما يؤكد بأن أنماط التعلق قد تتغير من خلال الأحداث اللاحقة التي تغير سلوك أي من الأفراد في العلاقة، ويشير إلى أن نماذج العمل نفسها عرضة للتغيير؛ عندما يصبح عدم التوافق بين التبادلات الاجتماعية الفعلية ونماذج العمل المقابلة كبيرا جدا لدرجة أن النماذج لم تعد فعالة، حيث يبدأ الفرد في عملية تكييف النماذج مع الواقع. وتشير الأدلة التجريبية إلى أن تصنيفات تعلق الأطفال الرضع بناء على نظام أينسورث (1979) مستقرة إلى حد معقول مع مرور الوقت. على وجه التحديد، فإن معظم الرضع الذين تم تقييمهم عند عمر 12 شهرا ومراجعتهم عند عمر 18 شهرا يحصلون على نفس التصنيف في كلا التقييمين. علاوة على ذلك، يقدم عدد متزايد من الدراسات الطولية دليلاً على استمرارية أسلوب التعلق من مرحلة الطفولة وحتى سنوات الدراسة المبكرة (Feeney & Noller,1996,p15-16)

فحسب تجربة كلير هاميلتون (Claire Hamilton,1995) التي قامت بتقييم نمط التعلق (الآمن أو غير الآمن) لدى مجموعة مكونة من 30 مراهقا، والذين سبق أن تم تقييمهم خلال طفولتهم. أظهرت النتائج أن 16 من أصل 18 مراهقا، كان لديهم تعلق غير آمن في عمر 12 شهرا وما زالوا يظهرون نفس النمط من التعلق في سن 17 عاما، في حين أن 7 من المراهقين الاثني عشر الذين لديهم تعلق آمن ما زالوا يظهرون هذا النمط من التعلق.

ولذلك تسلط الأبحاث الحديثة الضوء على استقرار أنماط التعلق منذ الطفولة المبكرة طوال حياة الفرد. ويحدد هؤلاء الباحثون أن ثبات نمط التعلق يبدو أنه يقاوم التغيرات المختلفة في الظروف المعيشية للطفل، كما وجد أمانيتي وفان إيزيندورن وسبيرانزا (Ammaniti, Van Ijzendoorn et Speranza,2000) استقرارا قويا جدا في أنماط التعلق بين نهاية الطفولة وبداية المراهقة. علاوة على ذلك، وجد هازان وشيفر (Hazan & shaver,1987) أن التكرارات النسبية لأنماط

الفصل الثاني: التعلق

التعلق الأربعة في مرحلة البلوغ ستكون مماثلة لتلك الموجودة في مرحلة الطفولة. ومع ذلك، عندما تتغير بيئة الطفل بشكل كبير، مثل طلاق الوالدين أو غيابهما على سبيل المثال، يمكن أن يتغير نمط تعلق الطفل، ويتحول من آمن إلى غير آمن أو العكس (Gagnon,2006,p36)

ويتم استكمال هذه الدراسات من خلال البحث في علاقات التغيير في أسلوب التعلق ونماذج العمل. وتشير الدراسات الطولية للأسر المحرومة اجتماعيا واقتصاديا إلى أن التغيير في أسلوب التعلق من الطفولة إلى الطفولة يرتبط بالظروف الأسرية؛ على وجه التحديد، تتميز أسر الأطفال التي تتحول من التعلق الآمن إلى التعلق غير الآمن بضغوط حياتية أكثر حدة، وكثيرًا ما يرتبط التحول من التعلق غير الآمن إلى التعلق الآمن بتوفر مقدم رعاية إضافي وبالمثل، أفاد لامب وطومسون وغاردنر وتشارنوف وإيستس (Lamb,Thompson,Gardner,Charnov,& Estes,1985) أن الاستقرار الزمني للتعلق يكون مرتفعًا فقط عندما يكون هناك استقرار في الأسرة وظروف الرعاية؛ يتوافق هذا الاستنتاج مع آراء بولبي (1980) حول الاستمرارية والتغيير في سلوك التعلق. لقد تم اقتراح أن نماذج العمل من المرجح أن يتم تفكيحها في سياق العلاقات الأخرى؛ أي أن تكوين علاقات جديدة يتيح الفرصة لتعديل نماذج العمل الداخلية بناء على التجارب السلبية السابقة (Feeney & Noller,1996,p16)

وقد بينت الدراسة التي أجرتها وترز (Waters) على مجموعة من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 1 إلى 21 سنة، أن الأطفال الذين تغير نمط تعلقهم خلال هذه الفترة الطويلة من الزمن مروا جميعًا تقريبًا بفترات صعبة، مثل وفاة أحد الوالدين أو الاعتداء الجسدي أو الجنسي أو المرض الخطير. يمكن للطفل أن يتعافى من التعلق الأولي تمامًا كما يمكن أن يفقد تعلقًا آمنًا، وهكذا يمكن تعزيز أو إضعاف تعلق الطفل. ومع ذلك، فإن استمرارية نمط التعلق بمرور الوقت هي أكثر شيوعًا لأن علاقات الأطفال تكون مستقرة نسبيًا خلال السنوات الأولى من الحياة، لأنه بمجرد أن يصبح النموذج الداخلي للتعلق راسخًا، فإنه يميل إلى أن يصبح أكثر استقرارًا (Gagnon,2006, p37)

8-تأثير النماذج العاملة الداخلية في مرحلة المراهقة:

تتكون نماذج العمل من المعرفة المتراكمة حول الذات، وصور التعلق، وعلاقات التعلق. وتعمل بشكل جزئي (وربما إلى حد كبير) خارج نطاق الوعي، فهي توفر للفرد استدلالات لتوقع وتفسير سلوك ونوايا الآخرين، وخاصة شخصيات التعلق.

تعتبر نماذج العمل الآليات التي يتم من خلالها تحقيق الاستمرارية في نظام التعلق خلال مرحلة الطفولة المبكرة، يعتقد أنها مرنة وقابلة للتأثر نسبيًا، أي أنها تستجيب لبيئة متغيرة (ومن هنا جاء مصطلح "العمل"). ومع ذلك، أكد بولبي (Bowlby) أن التفاعلات المتكررة من نفس النوع مع واحد أو أكثر من مقدمي الرعاية الأساسيين تعمل على

الفصل الثاني: التعلق

هيكلية وتعزيز نماذج العمل الداخلية الناشئة، مما يجعلها مقاومة للتغيير بشكل متزايد، وتميل نماذج العمل هذه إلى التكيف (أي تعديل نفسها) مع المعلومات الجديدة حول شخصيات التعلق، والبيئة، والذات. ومع ذلك، بمجرد ترسيخها، فإنها توجه معالجة المعلومات ذات الصلة بالتعلق وتميل إلى استيعابها في البنية الحالية. وتتغير نماذج العمل هذه فقط عندما يصبح هناك عدم التوافق بين نماذج العمل والواقع واضحا للغاية (Michael & William, 1994, p34) في فترة المراهقة، توجه نماذج العمل الداخلية المراهق في بناء عالمه العلائقي باستخدام تجاربه السابقة كقاعدة. على اعتبار أن نماذج العمل الداخلية هي أطر أو خرائط داخلية لكل شخص يتم من خلالها بناء وتمثيل العلاقة مع الأفراد المهمين الآخرين. وتتكون من التوقعات والمعتقدات حول الذات والآخرين. وفي المستقبل تتكامل هذه النماذج في الشخصية وتوجه العلاقات الاجتماعية. أي أن كل موقف نواجهه في الحياة يتم تفسيره من حيث النماذج التمثيلية التي لدينا عن العالم من حولنا وعن أنفسنا، حيث يتم اختيار المعلومات التي تصل إلينا من خلال حواسنا وتفسيرها من حيث تلك النماذج. وبالتالي ستسمح هذه النماذج للطفل أو المراهق بتقييم مدى توفر شخصية التعلق الخاصة به والتصرف وفقا لذلك.

يختلف المراهقون في عملية ابتعادهم عن الوالدين، حيث توجد فروق فردية في ذلك، وقد تكون هذه الأخيرة أكثر تعقيدا لدى المراهقين ذوي التعلق غير الآمن (متجنب، متناقض، غير منظم) حيث يتوقع هؤلاء وجود تهديد في علاقتهم مع والديهم أثناء عملية سعيهم نحو الاستقلالية الذاتية.

في حين أن المراهقين ذوي التعلق الآمن يتعاملون مع نزاعاتهم مع الوالدين بطريقة صحية مع ميل أكبر من قبل الوالدين والمراهق للتواصل مع بعضهما البعض ومحاولة إيجاد الحلول، كما يظهر هؤلاء المراهقين الثقة في الدفاع عن آرائهم أمام والديهم، ويعلمون أنه لن هناك عواقب سلبية جراء ذلك وأن علاقتهم مع والديهم ستبقى سليمة (Delgado et al, 2022, p3)

9- قياس التعلق في مرحلة المراهقة:

يعتمد قياس التعلق أثناء مرحلة الرضاعة والطفولة إلى حد كبير على ملاحظة الأنماط السلوكية. يتم استخدام نموذج الانفصال ولم الشمل لتنشيط نظام التعلق لدى الطفل وبالتالي فحص الفروق الفردية في البحث عن القرب أو التجنب أو المقاومة، وبالتالي فإن ما يتم قياسه هو التنظيم السلوكي للتعلق، وهو خاص بالعلاقة مع كل شخص يعتني بالطفل. بالإضافة إلى ذلك، هناك طرق أخرى - رغم أنها لا تعتمد على ملاحظة سلوك التعلق - تتطلب سؤال الطفل عن مشاعره وكذلك ردود أفعاله السلوكية وحلوله الافتراضية مع الوالدين (مثال: اختبار قلق الانفصال). أو عن تجارب

الفصل الثاني: التعلق

التفاعل مع الوالدين (على سبيل المثال، طريقة القصص المتقطعة). إلا أنه أثناء فترة المراهقة، لا يمكن تفعيل نظام التعلق بسهولة عن طريق الانفصال عن الوالدين، مما يجعل نموذج لم الشمل غير مناسب في هذا العمر (Tarabulsky et al,2003, p186) لذلك قام باحثون من مجالات نفسية مختلفة (علم النفس النمو، وعلم النفس العيادي، وعلم النفس الشخصية، وعلم النفس الاجتماعي) ببناء مقاييس جديدة لقياس أنماط التعلق، استناداً إلى تصورات مختلفة، لتوسيع نطاق أبحاث التعلق لتشمل المراهقة والبلوغ (Mikulincer & Shaver,2016,p75) وفيما يلي نستعرض أهم هذه المقاييس :

9-1- مقابلة التعلق للبالغين (AAI):

إن مقابلة التعلق للمراهقين والبالغين (AAI) هي عبارة عن مقابلة تركز على تجارب التعلق المبكرة أي التجارب مع مقدمي الرعاية في مرحلة الطفولة، وتجارب الحزن أو الأذى أو الانفصال أو التهديد أو الرفض أو الخسارة (بالموت) (Tarabulsky et al,2003,p186) فهي تقيس التمثيلات العقلية للمراهقين والبالغين للتعلق، أو "حالات الذهن فيما يتعلق بالتعلق"، بوالديهم أثناء الطفولة. حيث يجيب المشاركون على أسئلة مفتوحة حول علاقاتهم في مرحلة الطفولة مع الوالدين ويتم تصنيفهم إلى ثلاث فئات رئيسية موازية لتصنيف أينسورث للرضع: (آمن، متجنب، قلق/مقاوم)، يتم تصنيف الشخص على أنه آمن إذا وصف والديه بأنهما متاحان ومتجاوبان وعبر لفظياً عن ذكريات العلاقات مع الوالدين بشكل واضح ومقنع ومتماسك. أما الأفراد الذين المصنفون على أنهم متجنبون فيقللون من أهمية علاقات التعلق ويميلون إلى تذكر عدد قليل من الحلقات الخاصة بالتفاعلات العاطفية مع الوالدين، أما الأفراد ذوي التعلق القلق/المقاوم يعبرون عن مخاوف ومشاعر غاضبة تجاه الوالدين، وهم شديدو الحساسية لتجارب التعلق، ويمكنهم بسهولة استرجاع الذكريات السلبية ولكنهم يواجهون صعوبة في مناقشتها بشكل متماسك دون غضب أو قلق (Mikulincer & Shaver, 2016, p 80)

9-2- استبيان أنماط التعلق لهازان وشافير (Hazan & Shaver):

وفي محاولة لتطبيق أفكار بولبي على دراسة العلاقات الرومانسية، طور هازان وشافير (Hazan & Shaver, 1987) مقياساً للتقدير الذاتي عن أسلوب التعلق لدى المراهقين والبالغين، حيث يطلب فيه من المستجيبين وصف مشاعرهم واتجاهاتهم السلوكية في العلاقات الرومانسية، ويتكون المقياس من ثلاثة أوصاف موجزة للمشاعر والسلوكيات في العلاقات الحميمة التي كانت تهدف إلى إيجاد شريك رومانسي حيث يطلب من المشاركين قراءة الأوصاف ثم وضع أنفسهم في واحدة من ثلاث فئات للتعلق وفقاً لمشاعرهم وسلوكهم السائد في العلاقات الرومانسية. تم وصف "الأنواع" الثلاثة على النحو التالي :

الفصل الثاني: التعلق

الآمن: "أجد أنه من السهل نسبيًا التقرب من الآخرين وأشعر بالراحة في الاعتماد عليهم وجعلهم يعتمدون علي، لا أشعر بالقلق بشأن التخلي عني أو اقتراب شخص ما مني أكثر مما ينبغي"
متجنب: "أشعر بعدم الارتياح إلى حد ما عندما أكون قريبًا من الآخرين، أجد صعوبة في الوثوق بهم تمامًا، ومن الصعب أن أسمح لنفسني بالاعتماد عليهم. أشعر بالتوتر عندما يقترب أي شخص مني كثيرًا، وغالبًا ما يريد الآخرون مني أن أكون أكثر حميمية مما أشعر بالارتياح معهم"
القلق/المقاوم: "أجد أن الآخرين يترددون في التقرب مني بقدر ما أري. وكثيرًا ما أشعر بالقلق من أن شريكي لا يحبني حقًا أو لا يرغب في البقاء معي. وأرغب في التقرب من شريكي كثيرًا، وهذا يخيف الناس أحيانًا"
في السنوات اللاحقة، طور العديد من الباحثين مقاييس مشابهة لمقاييس التقرير الذاتي، لتحسين دقة مقياس هازان وشافير (Mikulincer & Shaver, 2016, p 81)

3-3- قائمة تعلق الوالدين والأقران (PPAI):

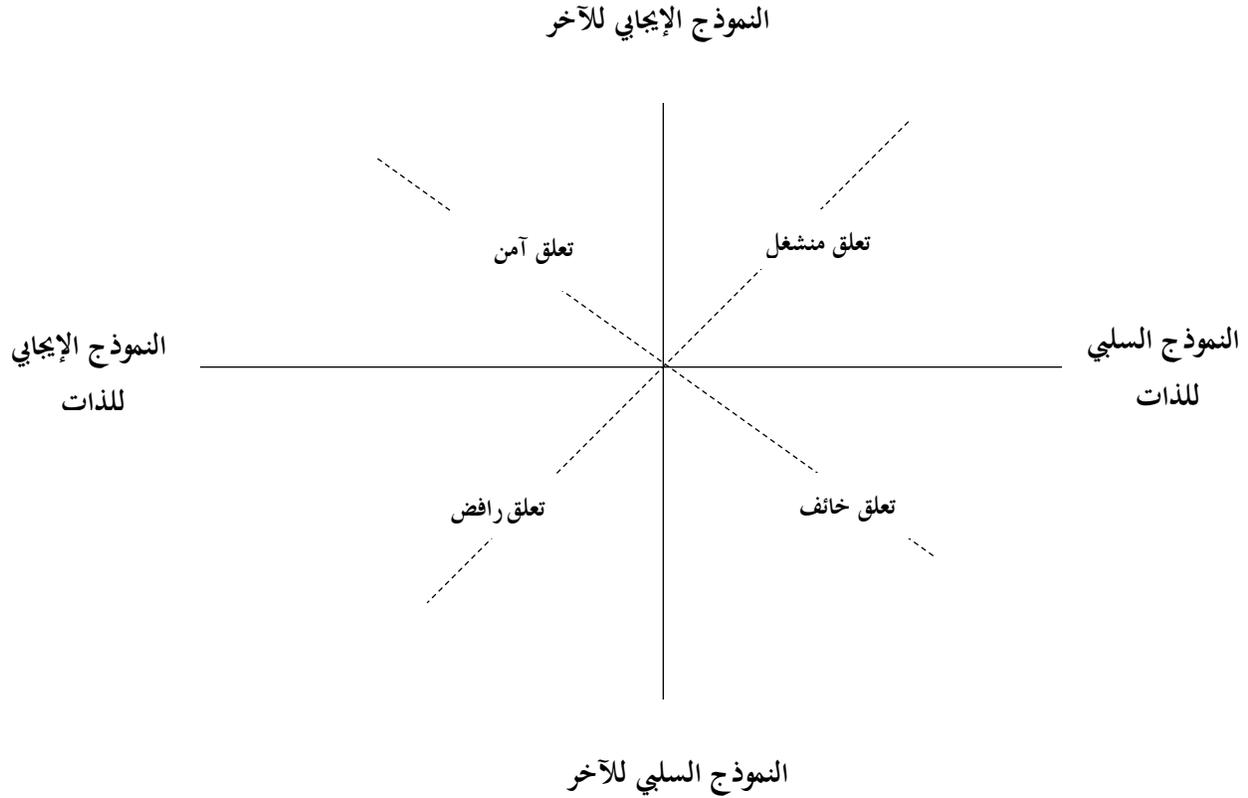
تم اقتراحها من طرف أرمسدنت وجرينبيرج (Armsdent & Greenberg, 1987) موجهة للمراهقين وتتكون من 25 عبارة في نسختها الإنجليزية. وبحسب هؤلاء المؤلفين، يتم قياس ثلاثة مفاهيم أساسية للتعلق: التواصل والثقة والاعتراب من خلال هذه القائمة. يساعد التواصل على خلق روابط عاطفية قوية بين الوالدين والأطفال في مرحلة الطفولة المبكرة. البعد الثاني هو الثقة. يمكن تعريفها بأنها المشاعر والاعتقادات بأن شخصًا آخر سوف يلبي بالتأكيد احتياجات معينة وتشير الثقة إلى التوفر المتصور لشخصية التعلق (مفهوم القاعدة الأمانة). البعد الثالث للتعلق، الاعتراب، يرتبط ارتباطًا وثيقًا بالتجنب والرفض، وهما مفهومان مهمين جدًا في تحديد التعلق. ومن خلال الدرجات التي يتم الحصول عليها في هذه المقاييس الفرعية الثلاثة، يمكننا تحديد أنماط التعلق لدى المراهقين (Potard, 2010, p36)

4-4- مقياس نمط العلاقات (RSQ):

اقترح بارثولوميو وهورويتز (Bartholomew & Horowitz, 1991) أن نماذج الذات ونماذج الآخرين يمكن أن تكون إيجابية أو سلبية. وبالتالي فإن الجمع بين نموذج الذات والآخرين ينتج عنه أنماط تعلق نموذجية من أربع فئات (الشكل 1)، وهي نمط التعلق الآمن (بنماذج إيجابية عن الذات والآخرين)، والنمط الخائف (بنماذج سلبية عن الذات والآخرين)، والنمط المنشغل (بنموذج إيجابي عن الآخرين، ونموذج سلبي للذات)، والنمط الراض (بنموذج إيجابي للذات ونموذج سلبي للآخرين) (Polek, 2008, p17) يتكون المقياس من 30 عبارة، تساعد 17 عبارة منها في قياس التعلق، يتم الإجابة

الفصل الثاني: التعلق

عليها وفق مقياس ليكرت الخماسي حيث يقوم المستجيبون بتقييم مدى وصف كل عبارة لأسلوب تفاعلهم، يتم تصنيفهم وفق أربع أنماط من التعلق (آمن، رافض، خائف، منشغل) (Potard,2010,p35)



الشكل رقم (08): يوضح نموذج الفئات الأربعة للتعلق لبارثولوميو وهورويتز (Polek,2008,p18)

9-5- استبيان أسلوب التعلق (ASQ):

تم تطوير استبيان أسلوب التعلق (ASQ)، بواسطة فان أودينهوفن وهوفسترا وباكر Van Oudenhoven, Hofstra (2003) & Bakker في الأصل باللغة الهولندية واستخدم في عينات من الطلاب الهولنديين وفي عينة من البالغين. يتكون المقياس في نسخته الأولى من 35 عبارة تم بناؤها على أساس نموذج بارثولوميو وهورويتز، يبحث في نوع محدد من التعلق (الشعور بالراحة في العلاقات العاطفية) وبعدها أساسيا (افتراض أن الآخرين جديرون بالثقة). واستنادا إلى تحليل البيانات في العينة الهولندية، تم اختيار 23 عبارة، وحذف 12 المتبقية. يعد ASQ فريدا من حيث أنه يقيس

الفصل الثاني: التعلق

التعلق العام بالأشخاص الآخرين، مما يسمح بتقييم التواصل الاجتماعي العام للمستجيب، حيث يقدم المستجيبون إجاباتهم على مقياس مكون من 5 درجات، يتراوح من 1 (لا أوافق بشدة) إلى 5 (أوافق بشدة)
(Tarabulsy et al,2003,p186)

الفصل الثاني: التعلق

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل يمكن القول أن التعلق، له دور واضح في عملية النمو الإنساني فهو يساعد الفرد على تكوين توقعات أولية عن سلوك الراشدين و تعاملهم معه خلال حياته المستقبلية وقد اختلف العلماء في طرحهم حول أصول هذه العلاقة و نتج عن ذلك اقتراحهم لعدة تصنيفات لأنماط التعلق تتحصر في مجملها الى نمطين رئيسيين نمط آمن ونمط غير آمن، وقد تبين من خلال ما تم عرضه أن التعلق في مرحلة الطفولة يختلف عنه في مرحلة المراهقة أين يسعى المراهق الى تحقيق استقلاليته عن والديه و الانتماء الى جماعة الاقران و توسيع العلاقات الاجتماعية مع بقاء الوالدين كقاعدة أمان في حالات الضيق و الخطر.

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

تمهيد

- 1- التطور التاريخي للألكسيثيميا
- 2- مفهوم الألكسيثيميا
- 3- النظريات المفسرة للألكسيثيميا
- 4- أنواع الألكسيثيميا
- 5- خصائص الأفراد ذوي الألكسيثيميا
- 6- انتشار الألكسيثيميا
- 7- قياس الألكسيثيميا
- 8- أنماط التعلق والألكسيثيميا
- 9- الألكسيثيميا لدى المدمنين على المخدرات

خلاصة

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

تمهيد:

يعد الوعي بالانفعالات والمشاعر، والقدرة على التعبير عنها من أهم عوامل بناء العلاقات الاجتماعية، وتيسير عمليات التفاعل الاجتماعي لدى الفرد، فالانفعالات تلعب دورا هاما في تحقيق الصحة النفسية، وأي قصور أو اضطراب في تنظيمها يعد عامل خطر لظهور الاضطرابات الانفعالية والمشكلات النفسية كالألكسيثيميا التي تتمثل في قصور التعبير عن المشاعر لفظيا، وقد أخذ هذا المفهوم الحديث اهتمام العديد من الباحثين في مختلف فروع علم النفس، لما له من تأثير على الصحة النفسية والجسدية للفرد، وفي هذا الفصل سوف نتطرق إلى عرض تاريخ ظهور هذا المفهوم، وبعض تعريفات الباحثين له وتفسيرهم لأسباب ظهورها باختلاف توجهاتهم النظرية، أنواعها وخصائصها، انتشارها، طرق قياسها، كما سنحاول توضيح علاقة الألكسيثيميا بكل من التعلق والإدمان على المخدرات حسب ما ورد في التراث النظري.

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

1- التطور التاريخي للألكسيثيميا:

مر مفهوم الألكسيثيميا بعدة مراحل تطورية، نتج عنها عدة فرضيات أولية في محاولة لتفسير ملاحظات إكلينيكية مهمة كان من الصعب تفسيرها وفقا للنماذج النظرية المتاحة، وقبل التعمق في مفهوم الألكسيثيميا لابد من أن نعرض الحديث عن تاريخ هذا المفهوم:

تطور مفهوم الألكسيثيميا من الملاحظات الإكلينيكية التي تم إجراؤها في البداية على المرضى الذين يعانون من واحد أو أكثر مما يسمى بالأمراض النفسية الجسدية الكلاسيكية، فلسنوات عديدة، تم تصور الاضطراب النفسي لدى هؤلاء المرضى وفقا لنموذج فرويد لعلم الأمراض النفسية العصبية (Taylor et al,1997,p27)

كان تفسير فرويد النفسي للأعراض الجسدية محوريا في تطوير التحليل النفسي وتصور المرض النفسي الجسدي، وقد طرح العديد من المحللين النفسيين مثل ألكسندر (Alexander,1950) فكرة أن الصراعات النفسية اللاواعية والضيق المرتبط بها قد يلعب دورا في تطوير مرض جسدي محدد. ومع ذلك فإن العلاج التحليلي كعلاج للاضطرابات النفسية الجسدية لم يثبت فعاليته كما كان متوقعا. هذه القيود دفعت العديد من الباحثين إلى رفض نظرية فرويد وظهور فرضيات بديلة حول الأعراض الجسدية بعد الحرب العالمية الثانية وركزت هذه الأخيرة على دور الاضطراب الانفعالي بدلا من الصراع النفسي اللاواعي في تطور الاضطرابات النفسية الجسدية (MC Gillivray,2015, p5).

كان رويش (Ruesh,1948) مهتما بشخصية هؤلاء المرضى الذين لم يعط لهم التحليل النفسي نتائج جيدة، ثم أشار بعد ذلك إلى أنهم يمثلون شخصية طفولية تتميز بنقص أو حتى توقف في تطور القدرات على التعبير اللفظي والرمزي عن المشاعر.

في بداية الستينات، اتخذ اثنان من المحللين النفسيين (بيير مارتى وميشيل دي موزان Pierre Marty et Michel de M 'Uzan) أول خطوة حقيقية نحو مفهوم الألكسيثيميا من خلال مفهوم التفكير العملي (Pensée Opératoire)، ومن الخصائص البارزة لهذا النمط من التفكير، فقر الحياة الخيالية والهومات والأحلام، بالإضافة إلى الطبيعة الملموسة والموجهة نحو الخارج لتفكير هؤلاء المرضى (Ouellet,2011, p8) ولقد كانت البحوث التي أجراها نيميا و سيفينيوس (Nemiah & Sifneos,1970) هي التي أدت إلى التصنيف الرسمي لمفهوم الألكسيثيميا، حيث بدأ هؤلاء الأطباء البحث في الخصائص المعرفية والعاطفية للمرضى الذين يعانون من إضرابات نفسية جسدية، وقد أشارت نتائج بحوثهم إلى أن العديد من هؤلاء المرضى لديهم صعوبة ملحوظة في وصف المشاعر الذاتية وتوضيح التخيلات وأساليب تفكير مشابهة للتفكير العملي. وكان قد لاحظ كريستال (Krystal,1968) وكريستال وراسكين (Krystal & Raskin,1970) خصائص مماثلة بين المرضى الذين يعانون من إدمان المخدرات، ووصف وورمسر (Wurmser,1970) العجز عن

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

التعبير العاطفي اللفظي والقدرة التخيلية لدى مدمني المخدرات، وأبلغ بروخ (Bruch,1973) عن مجموعة مماثلة من السمات الشخصية لدى المرضى الذين يعانون من اضطرابات الأكل (Taylor et al,1997, p28) اقترح سيفينيوس (Sifneos,1973) مصطلح الألكسيثيميا (من اليونانية A =نقص، Lexis =كلمات، Thymos =مشاعر) لتصنيف مجموعة الخصائص التي لاحظها في المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية جسدية، وقد أدى ادخال مصطلح الألكسيثيميا إلى تعزيز الاهتمام الكبير بالموضوع وتم اختياره ليكون أحد المواضيع الرئيسية للمؤتمر الأوروبي الحادي عشر للأبحاث النفسية الجسدية (Mc Gillivray,2015,p6) الذي عقد في هايدلبرغ Heidelberg بألمانيا في عام 1976، في هذا المؤتمر تم التوصل إلى الاجماع على تعريف دقيق لمصطلح الألكسيثيميا، فضلا عن البحث لتطوير أدوات موثوقة وصالحة لقياسه (Taylor et al, 1997,p29).

2- مفهوم الألكسيثيميا:

2-1- لغة:

كان سيفينيوس (1973) أول من قدم مفهوما للألكسيثيميا، وكلمة ألكسيثيميا تأتي من اللغة اليونانية

A: وتعني غياب

Lexis : تعني كلمة

Thymos : تعني مشاعر. وتعني حرفيا " عدم وجود كلمات للمشاعر " (Langevin & Hare,2001,p228)

ويشير معجم علم النفس والطب النفسي إلى الألكسيثيميا بالحبسة الانفعالية ويعرفها بأنها حالة من الخيال المحدود والحياة الانفعالية الفقيرة، يواجه المصابون بها صعوبات في التعرف على حالاتهم الانفعالية ووصفها، ويعطون انطبعا بأنهم لم يفهموا معنى كلمة مشاعر (عبد الحميد وكفافي، 2019، ص124).

تم تعريب هذا المفهوم وترجمته إلى كلمات مرادفة له في اللغة العربية من بينها نجد (التكتم الانفعالي، عمه المشاعر، العجز أو صعوبة التعبير الانفعالي، صعوبة التعرف على المشاعر...الخ)

2-2- اصطلاحا:

تعددت وتنوعت التعريفات التي تناولت مفهوم الألكسيثيميا وقد اختلفت باختلاف وجهات نظر الباحثين: ويعرفها تايلور وزملاؤه (Taylor et al, 1997) بأنها حالة تعكس مجموعة من أوجه القصور في القدرة على التعامل مع الانفعالات من الناحية المعرفية، كما تعكس صعوبات لدى الفرد في تنظيم وجداناته، ومن ثم فهي تعد أحد العوامل المهمة للإصابة بالأمراض الجسمية والنفسية (Taylor et al,1997,p234). ويضيف أيضا تايلور وزملائه

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

(Taylor et al, 1997) أنه يمكن تحديد الألكسيثيميا بمجموعة من الخصائص تتمثل فيما يلي:

- صعوبة في تحديد والتمييز بين المشاعر.
- صعوبة في التعبير عن المشاعر لفظيا للآخرين.
- محدودية الحياة الخيالية.

• طريقة تفكير موجهة بشكل أساسي نحو التجريد (Zimmermann et al,2008,p117)

أما أوليفي ليوميني Olivier Luminet يرى أن الألكسيثيميا هي قصور في المعالجة المعرفية للانفعالات وتشير إلى الصعوبة في التمييز بين الانفعالات، والتمييز بين الانفعالات والإحساسات الجسدية الناتجة عن الاستثارة الانفعالية وصعوبة التعرف على انفعالات الآخرين وندرة عمليات التخيل والأسلوب المعرفي الذي يتسم بالبساطة والنفعية والتوجه خارج نطاق الذات(Luminet et al, 2013. P714)

ويعرفها ميللر (Muller , 2006) بأنها فقدان القدرة على التعبير الانفعالي عن المشاعر نتيجة غياب الكلمات الملائمة لوصف مشاعر الفرد(Muller & Alpers,2006,p253)

واستنادا لما سبق عرضه، يمكننا تعريف الألكسيثيميا بأنها عبارة عن خلل في الأداء المعرفي الانفعالي للفرد يتجسد في صعوبة في تحديد المشاعر ووصفها والتعبير عنها لفظيا للآخرين مع نقص في الحياة التخيلية وتفكير موجه نحو الخارج.

3- أهم النظريات المفسرة للألكسيثيميا:

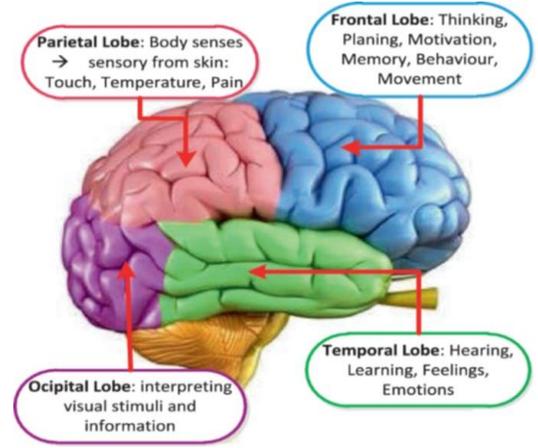
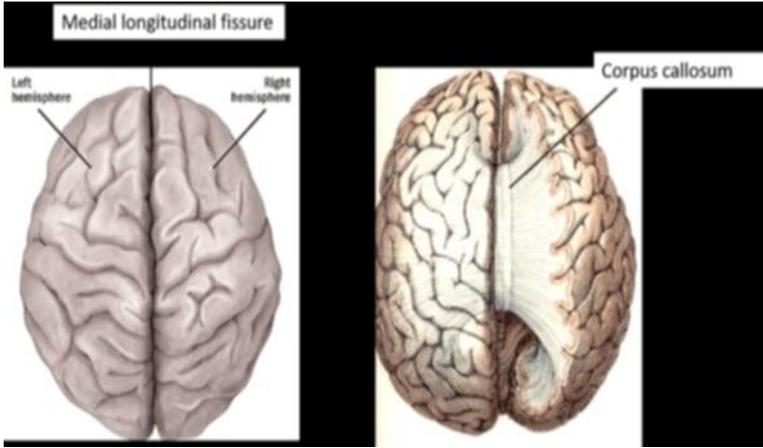
اهتمت العديد من النظريات بتفسير أسباب ظهور أعراض الألكسيثيميا، واختلفت التفسيرات باختلاف التوجهات النظرية للباحثين

3-1- النظرية النوروبولوجية:

تبنت هذه النظرية اتجاهين:

الاتجاه الأول: تبناه كل من هوب وبوغن (Hoppe & Bogen,1977) ويشير إلى أن أسباب ظهور أعراض الألكسيثيميا تعود إلى انقطاع الألياف العصبية الترابطية بين نصفي المخ (الشكل رقم 10)، وهذا يعني انقطاع تدفق المعلومات بين نصفي المخ، وأن أسباب التغيرات على مستوى السلوك الانفعالي يرجع إلى إصابة القشرة المخية الأمامية، فسلامتها ينتج عنها معالجة المعلومات بشكل سليم، وعليه فإن سلامة القشرة المخية والفصوص الجبهية تحدد سلامة الفرد من الألكسيثيميا (الشكل رقم 09) (بدوي وآخرون، 2016، ص218)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا



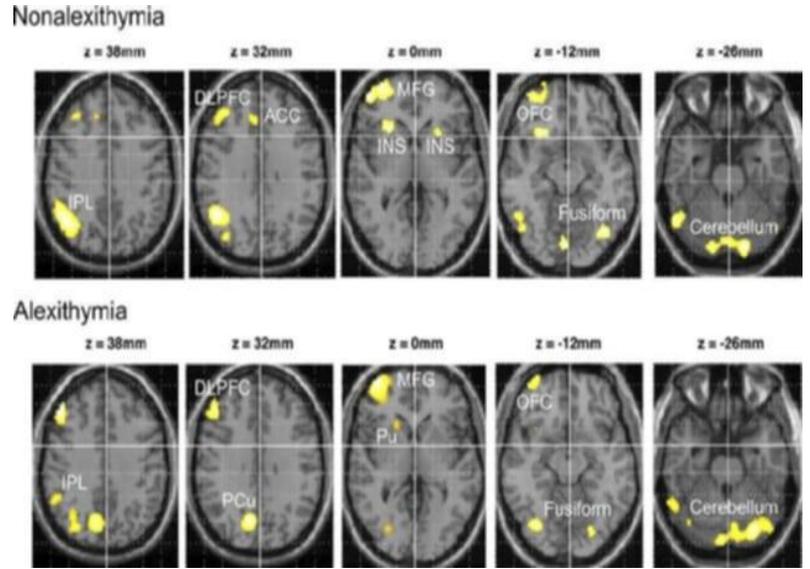
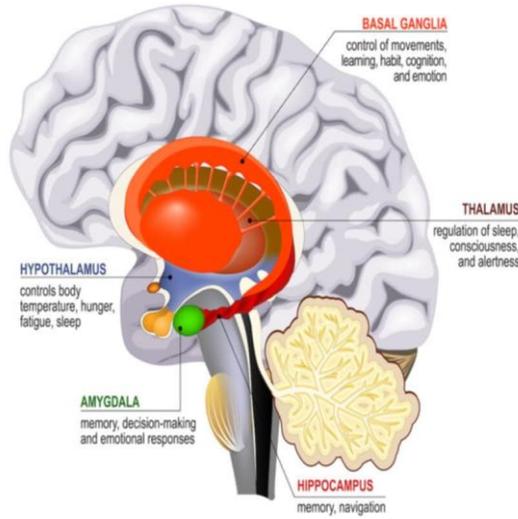
الشكل رقم (10): يمثل نصفي الكرة المخية الأيمن والأيسر

الشكل رقم (09): يمثل فصوص الدماغ ووظائفها

الاتجاه الثاني: قدمه كل من سيفنيوس ونيميا (Sefnios & Nemiah, 1973) اللذان يعتبران مؤسسي هذه النظرية، ويقوم هذا الاتجاه على افتراض وجود أساس نوروبيولوجي للألكسيثيميا (المكينزي، 2019، ص142)، حيث أشارا إلى أن النصف الأيمن من المخ هو المسؤول عن المشاعر وإدراكها والتعبير عنها بطريقة غير لفظية، وتتمركز فيه العمليات المرتبطة بكل من الانفعال، الحدس، الخيال، الإدراك، والتعبير الغير لفظي عن المشاعر، أما النصف الأيسر فهو المسؤول عن العمليات التحليلية واللفظية (بدوي وآخرون، 2016، ص217)، فأى تلف أو خلل يحدث في النصف الكروي الأيمن يؤدي إلى ظهور أعراض الألكسيثيميا (المكينزي، 2019، ص142) اقترح أن الأساس العصبي للألكسيثيميا يكمن في اختلال في نشاط نصفي الكرة المخية، والمتمثل في انخفاض نشاط النصف الأيمن وزيادة النشاط في النصف الأيسر مع أو بدون عجز في النقل بين نصفي الكرة المخية، حيث أن فرضية وجود خلل في النقل بين نصفي الدماغ لا تزال غير مؤكدة بشكل قاطع، نظرا لاختلاف النتائج، وفي الوقت الحالي يتمركز الاهتمام البحثي بشكل أكبر على مناطق معالجة المشاعر في الدماغ (الشكل رقم 12)، مع التركيز على الاختلافات في وظائف نصفي الكرة المخية، وقد استخدمت تقنيات التصوير العصبي في استكشاف ما إذا كانت هناك اختلافات مورفولوجية و/أو وظيفية بين الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا ومن لا يعانون منها، حيث أن الإجراء المعتاد هو عرض صور أو أفلام قد تثير حالات عاطفية و/أو معرفية محددة، ثم تقييم التنشيط في مناطق مختلفة من الدماغ، وقد وجدت العديد من دراسات تصوير الدماغ اختلافات بين الأفراد (الشكل رقم 11)، حيث أظهرت النتائج اختلافات هيكلية

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

مختلفة في أدمغة الأشخاص الذين يعانون من الألكسيثيميا ومن لا يعانون منها وقد كان لدى المشاركين في الدراسة اختلافات في البنية الدماغية تبعا لأنواع الفرعية للألكسيثيميا، وتبين من خلال الدراسات أن الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا والذين لا يعانون منها لديهم استجابات مختلفة للمحفزات العاطفية، ما يشير إلى وجود اختلافات في معالجة المشاعر على المستوى العصبي (Saariaho,2017,p38)



الشكل رقم (12): يوضح مناطق الدماغ المسؤولة عن الاستجابة العاطفية

الشكل رقم (11): يوضح الفرق في مناطق الدماغ النشطة المسؤولة بين الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا

والذين لا يعانون منها

3-2- نظرية التحليل النفسي:

تم تقديم تفسيرات عديدة لمفهوم الألكسيثيميا اتفق البعض منها مع النموذج الذي كان منتشرا في تفسير الظواهر في الخمسينيات من القرن الماضي، وهو نموذج الصراع الذي يفترض أن الألكسيثيميا تعد آلية دفاعية في مواجهة المشاعر السلبية المهددة للذات الناتجة عن خبرات قاسية صادمة (شويخ، 2023، ص 461)

كما يؤكد رواد اتجاه التحليل النفسي على أنه يمكن لاضطراب النمو المبكر أن يسهم في حدوث الألكسيثيميا حيث يؤكد كل من كريستال وماكدوجال (Krystal & MacDougal) على دور خبرات الطفولة في ظهور الألكسيثيميا، ويشير ماكدوجال إلى أن الألكسيثيميا عبارة عن اضطراب لا شعوري طفولي، فهي تعبر عن حالة من الكبت الوجداني المرتبط بخبرات سلبية و محبطة مر بها الفرد وتم تخزينها وكتبتها في اللاشعور، مما يؤدي إلى ضعف قدرة الفرد على وصف مشاعره وإدراكها بشكل سوي ، وتبدأ المشاعر في الظهور على هيئة مظاهر سيكوسوماتية متعددة.

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

وافترض كريستال (Krystal, 1979) أن الألكسيثيميا تنتج عن نكوص أو توقف في النمو الانفعالي، وقد أسس افتراضه استنادا إلى مسلمة مفادها أن الرضيع يولد عاجزا عن إدراك خبراته الانفعالية وتنظيمها والتعبير عنها، ومن ثم يتسم بدرجة مرتفعة من الألكسيثيميا، نتيجة لعدم اكتمال عملية نضجه (عبيب، 2022، ص751)

3-3- النظرية المعرفية:

يؤكد رواد هذا الاتجاه على وجود علاقة بين أفكار الفرد وما يشعر به، وقد ركزوا على بعض العمليات المعرفية التي تخص مدركات الفرد وتقييمه لعلاقاته الاجتماعية، وفي هذا السياق يشير كل من سكاتشر وجيروم (Schacher & Jerome) أن تفسير الفرد للموقف المثير للانفعال هو العامل الرئيسي لشعوره بالانفعال، وحدثت استجابات حشوية وعضلية في جسمه، فما يشعر به الفرد من تسارع في ضربات القلب وسرعة في التنفس، لا يثير فيه انفعالا، في حين أنه في حالة حدوث نفس هذه الاستجابات في موقف خطير يهدد حياة الفرد، فإنه يفسرها على أنها خوف، وبالتالي فإنه قد تثير في الفرد استجابات حشوية وعضلية معينة أنماط مختلفة من الانفعالات وفقا لتفسيره للمواقف المتنوعة التي تحدث فيها. وعليه فالألكسيثيميا حسب هذه النظرية هي حالة وجدانية تظهر قصور الفرد في إدراك وتفسير الموقف المثير للانفعال، فتحدث استجابة انفعالية مشوهة يعجز الفرد خلالها عن التمييز بين مشاعره والاستجابات الفسيولوجية المصاحبة لموقف الانفعال، أو موقف الخبرة الانفعالية (شويخ، 2023، ص462-463)

3-4- نظرية الوعي الانفعالي:

من بين التفسيرات النفسية لتطور الألكسيثيميا حسب هذا الاتجاه، أنها تتعلق بالنمو الانفعالي غير الطبيعي للطفل وحدثت اضطرابات في العلاقات المبكرة بين الأم والطفل، هذه الأخيرة التي تعتبر ضرورية للنمو الانفعالي للطفل حيث تتمكن الأم من فهم معنى تعبيرات طفلها الانفعالية وعليه يسمح هذا الإدراك للأم بتقييم وفهم الحالات الداخلية له والاستجابة بمظاهر تعبيرية كافية. كما يستخدم الطفل تعابير وجه والدته وسلوكياتها كإشارات معلوماتية عن حالته الانفعالية، واستجابة لهذه الإشارات، يمكن للطفل بعد ذلك تعديل استجابته. وبالتالي فإن تبادل الانفعالات (غير اللفظية واللفظية) بين الأم والطفل يشكل عنصرا أساسيا لاكتساب مهارات التنظيم الانفعالي لدى الطفل، فمشاركة الانفعالات مع الطفل يدل على أن الحالة الانفعالية مفهومة. كما أن انعكاس المشاعر الإيجابية والاحساس بالحماية في البيئة الأسرية خلال المراحل المبكرة لهما تأثير مهم على نمو الطفل الانفعالي وظهور الشعور بالذات. ويتيح التعبير اللفظي عن المشاعر اكتساب الطفل وعي أكثر دقة بحالاته الانفعالية المعقدة والمتباينة (Luminet et al, 2013, p85-89)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

ويرى لين وشوارتس (Lane & Schwartz,1987) مؤسس نظرية الوعي الانفعالي، أن التطور المعرفي يرتبط بالنمو الانفعالي ويشير إلى أن الفرد يحتاج إلى لغة للتعبير عن حالته الانفعالية، وبالتالي يجب أن يكون لديه العديد من الكلمات المختلفة حتى يكون قادراً على التعبير عن مشاعره بسهولة. ويعاني المصابون بالألكسيثيميا من نقص في القدرات المعرفية التي تسمح لهم بترجمة هذه المشاعر والأحاسيس الفسيولوجية إلى كلمات حيث يكون لديهم كلمات قليلة لوصف انفعالاتهم ويستغرقون وقتاً طويلاً للوصول إلى هذه الكلمات (زين العابدين، 2016، ص 39)

3-5- نظرية التعلم الاجتماعي:

يعتبر أنصار هذه النظرية أن الألكسيثيميا ناتجة عن التنشئة الاجتماعية الخاطئة، أو توقف النمو وبالتالي عرقلة النضج. واقترح رويش (Ruesch,1948)، في وصف مفهومه للشخصية الطفولية، لأول مرة أن الأخطاء في التعلم الاجتماعي يمكن أن تساهم في ظهور بعض سمات الشخصية، التي تشبه إلى حد كبير تلك التي تشكل الألكسيثيميا، في مرحلة البلوغ. ووفقاً لزييف (Zepf,1977)، فإن الأخطاء في عملية التنشئة الاجتماعية الأولية هي المسؤولة عن تطور وظهور الألكسيثيميا. ويسمح هذا الرأي بمساهمة مجموعة واسعة من العوامل، مثل النمذجة، ولعب الأدوار، وأشكال مختلفة من التفاعلات بين الوالدين والطفل، في تطوير ألكسيثيميا (James & Humphrey,1986,p107)، حيث الآباء الذين لديهم صعوبات في تنظيم عواطفهم (على سبيل المثال، مستويات عالية من الألكسيثيميا) يواجهون أيضاً صعوبة أكبر في الاهتمام بمشاعر أطفالهم وتفسيرها، وبالتالي لا يكونون قادرين على تعليم أطفالهم كيفية تنظيم انفعالاتهم (Le & Ramos et al, 2007,p215)

3-6- نظرية التعلق:

وفقاً لهذه النظرية، فإن العجز في المعالجة الانفعالية ينشأ من بيئة تتضمن عناصر تعطل النضج العاطفي السليم، والتي تتمثل في كون مقدم الرعاية الأساسي غير متاح عاطفياً أو مضلل في التفاعل مع الطفل حيث يعد هذا الأخير أمراً جدياً هاماً حتى يتعلم الطفل تصور الحالات الانفعالية والتعبير عنها وتنظيمها، وكذلك عدم توفر الفرص والدعم للطفل حتى يتعلم وصف الحالات الانفعالية والتعبير عنها بطريقة مناسبة ومتكيفة. كما قد تكون التفاعلات مع مقدمي الرعاية سيئة أو مهملة عاطفياً أو غائبة أو سلبية بأي شكل من الأشكال وبالتالي إنتاج أنماط تعلق غير آمنة. كما تشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة بين الألكسيثيميا وسوء المعاملة العاطفية في مرحلة الطفولة وكذلك الحماية المفرطة للأم، والتي لا يتم تعريفها عادة على أنها سوء معاملة ولكنها قد تعيق النضج العاطفي الطبيعي

(Saariaho,2017,p33)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

ويشير بولبي (Bowlby,1969-1973) إلى أن الألكسيثيميا تظهر نتيجة عدم تحقيق الدوافع الثانوية للفرد، كالحاجة إلى الأمان، وهذه الحاجات تؤثر على حاجاته الأساسية كالحاجة إلى الدفء، والملجأ، والجنس، والغذاء (أبو الديار، 2014، ص69)

3-7- نموذج الصدمة النفسية:

يشير كريستال (Krystal,1988) إلى أنه يمكن أن تكون الألكسيثيميا ناجمة عن الصدمة النفسية التي يتعرض لها الطفل قبل أن يكتسب القدرة على التمييز وتمثيل الحالات الانفعالية عقليا مما يؤدي إلى عواقب عديدة، بما في ذلك توقف النمو الانفعالي والحياة الخيالية. فالأطفال الصغار يكونون غير قادرين على تخفيف آثار الموقف المؤلم لأنهم لم يطوروا بعد آليات دفاعية مثل الإنكار أو القمع التي تحميهم من تأثير المواقف الانفعالية الشديدة. كما يمكن للصدمة أن تحدث أيضا في سن متأخرة. حتى لو كان التطور الانفعالي مكتملا، فإن بعض المواقف المؤلمة يمكن أن تؤدي إلى العودة إلى مرحلة الطفولة التي يتم فيها اختبار الانفعالات على أنها غير متميزة، فضلا عن ظهور مظاهر الجسدنة (Luminet et al,2013,p90-91)

من خلال ما سبق ذكره من نظريات مفسرة لحدوث الألكسيثيميا، نجد أنها قد اهتمت بالكثير من الجوانب، فالنظرية النوروبولوجية ركزت في مجملها على وجود خلل في النصف الأيمن من الدماغ، أو وجود انقطاع لتدفق المعلومات بين نصفي الكريتين الدماغيتين، بينما يذهب رواد التحليل النفسي إلى اعتبارها كآلية دفاعية أو أنها نكوص أو توقف في النمو الانفعالي، أما النظرية المعرفية فقد اعتبرت الألكسيثيميا كحالة انفعالية تظهر عجز الفرد عن ادراك وتفسير الموقف المثير للانفعال ما يؤدي إلى حدوث استجابة انفعالية مشوهة يعجز من خلالها الفرد على التمييز بين مشاعره والاستجابة الفيسيولوجية المصاحبة لموقف الانفعال، في حين ركزت نظرتي الوعي الانفعالي ونظرية التعلق على العلاقة المبكرة بين الطفل والأم ودورها في تعطل النمو العاطفي السليم للطفل وبالتالي ظهور درجات مرتفعة من الألكسيثيميا لدى الطفل في المراحل النمائية اللاحقة، بينما أكدت نظرية التعلم الاجتماعي على دور التنشئة الاجتماعية الخاطئة في حدوثها، أما نموذج الصدمة فقد ذهب إلى أن الألكسيثيميا قد تكون ناتجة عن صدمة نفسية تعرض لها الفرد قبل اكتسابه القدرة على تمثيل الحالات الانفعالية عقليا مما يؤدي إلى توقف النمو الانفعالي والحياة الخيالية لديه.

4- أنواع الألكسيثيميا:

وفقا لفرايبيرجر (Freyberger، فإن الألكسيثيميا الأولية (أو السمة) يمكن أن يكون أساسها عامل بيولوجي فطري (ضعف الاتصال بين المناطق الحوفية والقشرية الحديثة)، مما يؤدي إلى ظهور وتطور اضطراب نفسي جسدي، عن

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

طريق تثبيط التعبير العاطفي. وقد تنجم حالة الألكسيثيميا الثانوية (أو الحالة) عن القلق الناجم عن مرض جسدي خطير (الأورام، أو المضاعفات الجسدية الشديدة التي تتطلب الإنعاش، أو غسيل الكلى زماً إلى ذلك) أو عن طريق صدمة جسدية أو نفسية كبيرة، هذا النوع من الألكسيثيميا يمكن مقارنتها بآلية الدفاع التي تحمي الفرد من الإدراك والتجربة العاطفية في المواقف الضعيفة (Monnier,2011,p61)

وبالتالي هذا النوع يكون نتيجة تأثيرات نفسية اجتماعية، فالخبرات الصادمة التي تحدث مبكراً تؤثر على مشاعر الفرد. وتزداد الألكسيثيميا الثانوية بسبب الضغوط النفسية والمشكلات الصحية في أثناء المراهقة والبلوغ، وإن التمييز بين الألكسيثيميا الأولية والثانوية لدى الأفراد، يعد أمراً صعباً، فأحياناً يبدي الفرد كلا النوعين من الألكسيثيميا (مجدي فهمي وآخرون، 2016، ص340)

وأظهرت دراسة تشين وآخرون (Chen et al, 2011)، أربعة أنواع فرعية للألكسيثيميا هي:

- 1- الألكسيثيميا المرتفعة-الانبساطية (EHA) Extrovert –high alexithymia: وتتسم بدرجة مرتفعة في الأسلوب المعرفي الموجه خارجياً للتفكير ودرجات عادية في العاملين الآخرين.
- 2- الألكسيثيميا المرتفعة العامة (GHA) General –high alexithymia: وتتسم بدرجات مرتفعة عامة في جميع العوامل الثلاثة للألكسيثيميا (صعوبة تحديد المشاعر والتعرف عليها، صعوبة وصف المشاعر، والأسلوب المعرفي الموجه خارجياً للتفكير).
- 3- الألكسيثيميا المرتفعة الانطوائية (IHA) Introvert-high alexithymia: تتسم بدرجات مرتفعة في صعوبة تحديد المشاعر والتعرف عليها، وصعوبة وصف المشاعر ودرجات منخفضة في الأسلوب المعرفي الموجه خارجياً للتفكير.
- 4- اللألكسيثيميا (غياب الألكسيثيميا) (NA) Non-alexithymia: وتتسم بدرجات منخفضة في جميع العوامل (Chen et al,2011,p1)

أما في مجال سيكوباتولوجية الإدمان فتجب الإشارة إلى مفهومين من الألكسيثيميا، هما:

- الألكسيثيميا الأولية أو السمة: والتي تعتبر عامل خطر للاستعداد للإدمان، فاستخدام المادة المخدرة يمكن تصوره كمضخم للمشاعر والإدراك والانفعال بغرض ملء فراغ داخلي غير مفهوم، ووضع الفرد في حالة البحث عن الأحاسيس مع غياب المعنى.

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

الألكسيثيميا الثانوية أو كحالة: تتطور بسبب القلق الناجم عن الأمراض الجسمية والصدمات النفسية أو البدنية، ويتعلق الأمر بتوظيف ألكسيثيمي دفاعي ضد المشاعر الاكتئابية والتي تنتشر بصفة عامة عند ذوي السلوكيات الإدمانية قبل وبعد الدخول في الحلقة الإدمانية (شناوي، 2023، ص62)

5- خصائص الأفراد ذوي الألكسيثيميا:

يتكون التعريف الشائع والمقبول علميا للألكسيثيميا وفقاً لخصائصها من السمات النموذجية التالية: الصعوبات في تحديد المشاعر وأحاسيسها الجسدية، والصعوبات في وصف المشاعر، والأسلوب المعرفي الموجه خارجياً، بالإضافة إلى ذلك، تم وصف العديد من الأفراد الألكسيثيين باعتبارهم عديمي اللذة وتعتبر القدرة الضعيفة على التعاطف جزءاً من الخلل العاطفي لدى الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا (Saariaho,2017,p31)

فالأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا يواجهون صعوبة في المجالات الثلاثة التالية:

(1) تحديد المشاعر

(2) وصف المشاعر والتعبير عنها

(3) الأسلوب المعرفي الموجه خارجياً والذي يعكس عدم القدرة على التفكير أو التفكير في تجاربهم العاطفية الداخلية، ونتيجة لذلك، فإن الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا لا يستطيعون في كثير من الأحيان معرفة ما إذا كانوا يشعرون بالحزن أو الغضب أو القلق، على الرغم من ادراكهم للأحاسيس غير السارة للإثارة الفيسيولوجية (David,2002,p2)

كما يظهر الأفراد الألكسيثيميون أيضاً صعوبة في التعرف على مشاعرهم ووصفها ويجدون صعوبة في التمييز بين الحالة العاطفية والحالة الجسدية: يظهر الإحساس بدلاً من العاطفة (احمرار الجلد، الحكّة، خفقان القلب، وما إلى ذلك (Pirlot,2014,p75) من الضروري توضيح أن الأفراد ذوي الدرجة العالية من الألكسيثيميا لا يتميزون بعدم القدرة على الشعور بالحالات العاطفية والتعبير عنها، بل بصعوبة في التمييز بينها والتعبير عنها لفظياً. عندما يتحدثون عن موقف عاطفي، فإن ما يقولونه يقتصر على وصف انطباع عام عن الشعور بالرضا أو السوء. وحتى لو كان التعبير العاطفي مقيداً، فإن ضعف قدرتهم على تنظيم التأثيرات يؤدي في لحظات معينة إلى انفجار مفاجئ على شكل غضب قوي جداً أو بكاء (Luminet, Vermeulen et al,2013,p65) ونظراً لأن الألكسيثيين لا يستطيعون تمثيل وفهم بيئتهم الداخلية بشكل رمزي، فإن إدراكهم للبيئة الخارجية يتغير، وبالتالي يميلون إلى التركيز على الأشياء الملموسة والأبعاد السطحية للأشياء. ونتيجة لذلك، عادة ما يظهر هؤلاء الأفراد على أنهم مملون، وعديمو الخيال، ونفعيون، تشبه أوصافهم اللفظية تلاوة متسلسلة لحقائق ملموسة خالية من التأثير.

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

يعاني الألكسيثيميون أيضًا من عدم القدرة على الكلام، أو قلة العاطفة في الكلام، وعجز في توليد تعبيرات الوجه التلقائية (David,2002,p2)

6- انتشار الألكسيثيميا:

تم استكشاف معدلات انتشار الأفراد الذين يعانون من الألكسيثيميا على مستوى مهم اكلينيكي في مجتمع السكان العام في العديد من البلدان ومع ذلك فإن نسبة كبيرة من هذه المعلومات تأتي من بحث لحجم عينة كبيرة تم إجراؤه في فنلندا، وقد قدرت معدلات الانتشار هذه بأنها تتراوح ما بين 9.9% إلى 12.8% لدى الأشخاص البالغين، وقد وجدت أبحاث أخرى أن معدلات الانتشار لدى الشباب تتراوح ما بين 8% و 9% لدى الشباب الفنلنديين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 17-21 سنة، والشباب الذين تتراوح أعمارهم ما بين 16-23 سنة في نيوزيلندا و 38.9% في ألمانيا و 18.8% في كندا و 48.3% في اليابان لدى الأشخاص البالغين (Hemming,2021,p19) وفيما يتعلق بالدراسات التي أجريت على المراهقين فقد تراوحت معدلات الانتشار بين المراهقين الفنلنديين من 6.9% إلى 15.9% ومع ذلك لم يتم إجراء سوى القليل من الأبحاث لتكرار هذه النتائج لدى الشباب في بلدان أخرى، في حين وجدت إحدى الدراسات حول انتشار الألكسيثيميا في المملكة المتحدة أن 17.9% من طلاب المرحلة الجامعية البريطانية حصلوا على أكثر من 61 درجة على مقياس TAS-20 (Kelly,2013,p12)

6-1- الألكسيثيميا والجنس: قامت العديد من الدراسات بقياس معدل الانتشار حسب الجنس، وقد كانت

النتائج مختلفة عن بعضها البعض، وقد أوضحت نتائج دراسة ليفانت وآخرون (Levant et al,2006) أنه من خلال العينات التي تشمل مجتمع السكان العام، تبين أن الألكسيثيميا تميل إلى الحدوث بشكل أكثر شيوعاً بين الذكور مقارنة بالإناث، وقد أظهر تحليل النتائج أن الذكور سجلوا درجات أعلى من الإناث على مقياس الألكسيثيميا في العينات الاكلينيكية وغير الاكلينيكية (Hemming,2021,p19) وفي دراسة قام بها جوكاما وآخرون (Joukamaa et al,2007) تم إجراؤها مع مراهقين تتراوح أعمارهم ما بين 15-16 سنة، أوضحت النتائج أن درجة الألكسيثيميا كانت أعلى لدى الإناث (10%) مقارنة بالذكور (7%) (Joukamaa et al ,2007,p374) وأوضحت أيضاً نتائج دراسة هافيلاند وآخرون (Haviland et al,1994) أن انتشار الألكسيثيميا كان أعلى بكثير لدى الإناث (50%) مقابل (35.8%) لدى الذكور على مقياس TAS-20 (Haviland et al,1994,p126) في حين لم تجد دراسات أخرى أي فروق بين الذكور والإناث في درجات الألكسيثيميا مثل دراسة كل من ساكنان وآخرون (Säkkinen et al ,2007) و موريجوتشي (Moriguchi,2007) (Charpy,2020,p27)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

6-2-الألكسيثيميا والعمر: تشير الدراسة الأولى التي قام بها نويل وريمي (Noël & Rimé,1989) إلى وجود علاقة إيجابية بين الألكسيثيميا والعمر، بمعنى أنه كلما عمر الأفراد كلما تميزوا بمستويات عالية من الألكسيثيميا (Coulombe,2021,p12) وتظهر الدراسة التي قام بها ساكنان وزملاؤه (Säkkinen et al ,2007) على 882 مراهقا فنلنديا، انخفاض متوسط درجات الألكسيثيميا بشكل ملحوظ حسب كل فئة عمرية (21.1% بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-13 سنة، 14.8% بين المراهقين الذين تبلغ أعمارهم ما بين 14 سنة، و12.7% بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم ما بين 15-17 سنة (Boisjoli,2021,p14) في حين تشير دراسة كل من فرانز وآخرون (Franz et al,2007) وباركر وزملاؤه (Parker et al,1989) إلى عدم وجود ارتباط بين مستويات الألكسيثيميا وعمر الأفراد (Charpy,2020,p27)

7-قياس الألكسيثيميا:

منذ أن قدم سيفينوس Sifinoes مفهوما للألكسيثيميا، اهتم العديد من الباحثين بتطوير أدوات القياس وتشخيص الألكسيثيميا تتسم بثبات وصدق مرتفعين، وقد ظهرت عدة أدوات تنوعت ما بين التقرير الذاتي، واستبيانات التقدير الملاحظ من قبل الآخرين أو مقاييس الملاحظة الشخصية، والاختبارات الإسقاطية. وتعتمد مقاييس التقرير الذاتي في قياس الألكسيثيميا على أنها سمة من سمات الشخصية، حيث يستجيب المفحوص بنفسه عن ذاته وتتضمن: وجود قصور في تحديد ووصف المشاعر والانفعالات، محدودية التخيل، التفكير الموجه توجه خارجي أكثر منه داخلي. ويعتبر مقياس تورنتو للألكسيثيميا Toronto Alexithymia Scale أشهر هذه المقاييس وأكثرها استخداما على مستوى العالم، كما توجد مقاييس أخرى من هذا النوع مثل: مقياس شالينج وسيفينوس للشخصية مقياس الألكسيثيميا المنقح الخاص بقائمة مينسوتا للشخصية متعددة الجوانب، مقياس بيرموند وفورست للألكسيثيميا. أما مقاييس الملاحظة الشخصية فتعتمد في قياس الألكسيثيميا على سؤال بعض الأفراد القادرين على تحديد الكفاءات الانفعالية لدى المستهدفين للتقييم وكذلك من خلال تقديرات الفرد لنفسه من خلال التقرير الذاتي فهي مقاييس تعتمد على ردود أفعال المفحوصين مثل: مقياس ردود آثار الألكسيثيميا (Alexithymia Provoked Responses Questionnaire (APRQ) واستبيان الملاحظ للألكسيثيميا (Observer Alexithymia Scale (OAS) حيث يتم استخدامها مع الفرد المصاب بالألكسيثيميا بتوجيه الأسئلة له أو لأقارب ومعارف الأفراد ذوي الألكسيثيميا. وبالنسبة للاختبارات والأساليب الإسقاطية في تشخيصها للألكسيثيميا فإنه من أهم تلك الاختبارات: اختبار الرورشاخ لبقع الحبر واختبار تفهم الموضوع حيث تم استخدامهما للكشف عن مؤشرات ظهور الألكسيثيميا(الحديبي، 2020، ص38-51)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

وفيما يلي سنستعرض أهم هذه الأدوات:

7-1- مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS):

مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS) هو استبيان تم تطويره في عام 1985 من قبل فريق كندي، يتضمن 26 بنداً (TAS-26) مقسمة إلى خمسة أبعاد تقيس: عدم القدرة على وصف مشاعر الفرد، وعدم القدرة على تحديد مشاعر الفرد، وانخفاض قدرات أحلام اليقظة والأفكار الموجهة نحو الخارج.

تم تطوير النسخة الفرنسية من قبل ماري بول مارشان Marie-Paule Marchand ثم تم نشرها في عام 1993، وقد كان موضوعاً للعديد من الدراسات التي كانت تهدف إلى التحقق من ثبات هذا المقياس.

في عام 1994، قام المؤلفون بمراجعة مقياسهم من خلال اقتراح نسخة أقصر تحتوي على 20 بنداً (TAS-20) حيث تم حذف البعد الخاص بأحلام اليقظة (Loas,2010,p714) تم ترجمة المقياس (TAS-20) إلى 20 لغة منها العربية، استعمل التحليل العاملي التوكيدي في هذه الدراسات للتأكد من صحة الأبعاد الأساسية للمقياس، وخلصت هذه الدراسات إلى ثبات داخلي عالي لكل الترجمات، وبهذا يمكن القول أن مقياس "تورونتو للألكسيثيميا" يتمتع بصدق وثبات عالي في كل المجتمعات يؤهله لتجاوز الحواجز الثقافية واللغوية في كل بلدان العالم

(زين العابدين، 2016، ص39)

7-2- مقياس تشالينج سيفينيوس للشخصية The Schaling-Sifneos Personality Scale

(SSPS):

قام بتصميم هذا المقياس سيفينيوس (Sifneos, 1986)، حيث يتكون من 20 بنداً، تم تصنيف البدائل على مقياس ليكرت (أربع نقاط)، يتمتع المقياس بثبات مقبول عن طريق إعادة التطبيق بعد أسبوعين، كما أثبتت بعض الدراسات الصدق العاملي للمقياس حيث أظهر أربعة عوامل متباينة مع البناء النظري للألكسيثيميا، ومن الجدير بالذكر أن هذه الدراسات العاملية أشارت إلى استخراج العامل الأساسي للألكسيثيميا "صعوبة في وصف المشاعر". وفي وقت لاحق قام سيفينيوس بتغييرات عديدة في بنود المقياس وكان تحت اسم مقياس تشالينج المراجع SSPS-R، وتم حساب خصائصه السيكومترية في دراسة على عينة من النساء المصابات بمرض الشره العصبي أو البوليميا (boulimia nervosa) فتميز بصدق تلازمي جيد من مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، وسجل مستوى دلالة لصالح عينة مرضى البوليميا مقارنة مع العينة الضابطة (زين العابدين، 2016، ص40)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

7-3- استبيان بيرموند وفورست للألكسيثيميا (BVAQ):

مقياس BVAQ تم بناؤه من قبل بيرموند وفورست Bermond & Vorst، وهو عبارة عن استبيان ذاتي يهدف في بنائه إلى أن يكون أقرب إلى مفهوم الألكسيثيميا. هذا المقياس يتكون من 40 بنداً في شكله الكامل. أظهر تحليله العاملي وجود خمسة عوامل مستقرة ومستقلة نسبياً: محدودية القدرات اللفظية، الحياة الخيالية، القدرة على تحديد الحالات العاطفية للأفراد، وقر الاستجابات العاطفية، والتفكير الوصفي والعملي. ووفقاً لـ S. Berthoz et al فإن العوامل 1، 2، 3 من مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS) أظهرت ارتباطاً ممتازاً وإيجابياً مع العوامل 1، 3، و 5 من مقياس بيرموند وفورست (BVAQ) (محدودية القدرات اللفظية، القدرة على تحديد الحالات العاطفية للأفراد، التفكير الوصفي والعملي). كما أظهر مقياس BVAQ خصائص سيكومترية مقبولة (اتساق داخلي جيد، صدق مقبول، ثبات عاملي) بالإضافة إلى أنه أقرب إلى التعريف الكامل لمفهوم الألكسيثيميا كونه يتضمن في عوامله بعد محدودية الحياة الخيالية الذي تم استبعاده من مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) ومع ذلك لا تزال دراسات التحقق من صلاحية هذا المقياس قليلة وتحتاج إلى إعادة تأكيدها (Zine El Abidine, 2014, p 9)

7-4- مؤشرات رورشاخ الألكسيثيميا The Rorschach Alexithymia Indices:

اقترح كل من أكلاين وبرنات (Acklin and Bernat, 1987) مؤشرات نوعية للرورشاخ بغرض قياس الألكسيثيميا، تعتمد على قدرة الرورشاخ لقياس النمط المعرفي، الإدراك الحسي، قدرات الخيال، والاستجابات العاطفية، كما افترض الباحثان نمط الشخصية الألكسيثيمياية تتمثل في: انخفاض إنتاج الاستجابات، وضعف الحركة الانسانية، بحيث تمثل هذه المؤشرات فقر في القدرة على الخيال، ومحدودية الاستجابات العاطفية الانفعالية، وهناك أيضاً عدم تكيف وانخفاض في استعمال اللون. كما لاحظ الباحثان أكلاين وبرنات أن مجموع هذه المؤشرات السابقة الذكر يمكنها أن تميز المرضى السيكوسوماتيين، والمكتئبين (زين العابدين، 2016، ص 40)

اقترح أكلاين وألكسندر وفقاً لـ (Guilbaud et al, 2009) سبعة بنود من مبادئ الرورشاخ تميز الألكسيثيميا :

- إجابات قليلة
- حركات بشرية قليلة
- الاستخدام النادر للألوان وتحكم ضعيف
- تجنب التعقيد
- التفكير النمطي
- نقص الموارد الفكرية والعاطفية

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

تم التحقق من صحة هذه المؤشرات على مجموعة من المرضى الذين يعانون من أمراض سيكوسوماتية، والذين لم يتم تقييم ألكسيثيميا لديهم باستخدام أداة خارجية ولكن من خلال الملاحظة الإكلينيكية (Zine El Abiddine,2014,p10)

ساهم كل من بورسلي وميورة (Porcelli, Mihura 2010) في تطوير أداة تعتمد على النظام الشامل للورشاخ (Rorschach Comprehensive System)، سموها بمقياس الورشاخ للألكسيثيميا (The Rorschach Alexithymia Scale (RAS))، تعتمد هذه الأداة على تجميع بعض متغيرات الورشاخ تمثل أربعة جوانب أساسية هي: الخيال والعاطفة، والادراك، والعلاقات البين شخصية. وفي دراسة لهم على عينة من المرضى قام الباحثان بورسلي وميورة بإيجاد العلاقة بين هذه المتغيرات المذكورة وأبعاد مقياس تورنتو للألكسيثيميا (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، التفكير المتوجه نحو الخارج)، كما خلصت إلى أن هناك علاقة ارتباطية بين متغيرات الورشاخ ومقياس تورنتو للألكسيثيميا (زين العابدين، 2016، ص40)

8- أنماط التعلق والألكسيثيميا:

تلعب طبيعة التجارب المبكرة دورا هاما في تطوير كل من التعلق والألكسيثيميا، حيث يعتقد أن القدرة على تنظيم الانفعالات يتم تطويرها من خلال علاقات التعلق وقدرة مقدم الرعاية الأساسي على فهم الحالات الانفعالية للرضيع والتي تؤثر بشكل مباشر على قدرة هذا الأخير على تنظيم انفعالاته بنفسه (Fonagy & Laytten,2009,p1359)

فالأطفال ذوي التعلق الآمن يكونون أكثر قدرة على تحديد الإحساس بالمشاعر والتعبير عنها بطريقة منظمة مقارنة بالأطفال ذوي التعلق غير الآمن الذين يثبطون أو يضحون تعبيرات المشاعر بما يشابه استجابة مقدم الرعاية الأساسي، فوجود قاعدة آمنة تمكن الطفل من الشعور بالأمان مما يسمح له بالتواصل بشكل أكبر مع عالمه الداخلي (Liotti & Gilbert,2010,p5) وهذا ما يؤدي إلى تطوير مهارات في تنظيم هذا العالم الداخلي، ومن المفترض أن الأفراد الذين ليس لديهم علاقات تعلق مبكرة آمنة مثل أولئك الذين تتميز علاقاتهم بإساءة المعاملة أو الإهمال، من غير المرجح أن يطوروا استراتيجيات فعالة لتنظيم انفعالاتهم، وقد يكونون أكثر عرضة للإصابة بصعوبات (مثل الألكسيثيميا) في تنظيم الانفعالات. وعليه يمكن القول أن التعلق الآمن الذي يشعر به الطفل في العلاقات المبكرة قد يكون له آثار على درجة الألكسيثيميا في وقت لاحق من الحياة (Taylor et al,1997,p 68)

وفيما يتعلق بالعلاقة بين الألكسيثيميا وتعلق الراشدين فقد وجدت عدة دراسات ارتباطات سلبية بين الألكسيثيميا ونمط التعلق الآمن للراشدين، وارتباطات إيجابية مع كل من التعلق القلق والمتجنب مثل دراسة مونتي باروتشي وآخرون (Montebarocci et al , 2004) ودراسة ويردن وآخرون (Weardon et al, 2003)، وقد يكون من المرجح أن يعبر

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

الأفراد ذوي التعلق الآمن عن صعوبات أقل في تحديد المشاعر وتوصيلها لأنهم يعتقدون أن الآخرين من المحتمل أن يساعدهم وقد يكونون أقل عرضة للتعبير عن أساليب التفكير الموجه نحو الخارج لأنهم يشعرون براحة أكبر، والأفراد ذوي التعلق المتجنب قد يكونون أكثر عرضة لقمع التعبير عن المشاعر في وقت لاحق من الحياة بينما أولئك الذين لديهم تعلق قلق قد يكونون أكثر عرضة لتطوير أسلوب مفرط في التعبير لإدارة الانفعال كاستراتيجية للحفاظ على انتباه مقدمي الرعاية غير المتفهمين (Kelly,2013,p13)

فمن المعقول القول أن خصائص الألكسيثيميا مرتبطة ارتباطا وثيقا بنمط التعلق الفردي. في الواقع، تم تأكيد الارتباطات بين التعلق غير الآمن والألكسيثيميا في العديد من الدراسات التي أجريت على البالغين. ومع ذلك، أفادت معظم الدراسات بوجود ارتباطات بين التعلق غير الآمن والدرجة العامة للألكسيثيميا فقط. أي أن عددا قليلا من الدراسات تفحص العوامل المختلفة للألكسيثيميا مثل: صعوبة تحديد المشاعر، وصعوبة وصف المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج وقد تم افتراض ما يلي: يمكن أن يؤدي التعلق القلق، المرتبط بتضخيم التجارب العاطفية، إلى زيادة صعوبة وصف المشاعر، يمكن أن يؤدي التعلق المتجنب، المرتبط بتجنب التجارب العاطفية، إلى زيادة صعوبة تحديد المشاعر والتفكير الموجه نحو الخارج، ويمكن أن يؤدي التعلق المتناقض، المرتبط بتذبذب استراتيجيات التنظيم، إلى كل من صعوبة تحديد ووصف المشاعر (Szpak,Bialecka-Pikul,2015,p217-218)

9-الألكسيثيميا لدى المدمنين على المخدرات:

9-1-العلاقة بين الألكسيثيميا والإدمان على المخدرات:

لقد كان سيفنيوس واحدا من أوائل المؤلفين الذين اعتبروا الألكسيثيميا "أسلوبا معرفيا" خاصا، والذي يمكن أن يظهر نفسه خارج الإطار المحدود للأمراض النفسية الجسدية. فقد وصف العديد من المؤلفين ارتباطا بين الألكسيثيميا والسلوكيات الإدمانية بالمعنى الواسع، كما تم وصف الخصائص الألكسيثيميا في السبعينيات لدى المرضى الذين يعانون من ممارسات إدمانية، ومع ذلك، لم يتم تأكيد هذه الفرضيات إلا في بداية التسعينيات، أولا من خلال دراسة أعراض الألكسيثيميا لدى المرضى الذين يعتمدون على واحد أو أكثر من المواد ذات التأثير النفساني، ثم في المرضى الذين يعتمدون على الكحول، وتشير العديد من الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين الألكسيثيميا واضطراب تعاطي المخدرات، حيث لاحظ هافيلاند وآخرون، ثم تايلور وآخرون، لأول مرة انتشارا بنسبة 50.4% و50% على التوالي من الإصابة بالألكسيثيميا بين مجموعة من المرضى الذكور الذين يعانون من سوء استخدام أو الاعتماد على واحد

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

أو أكثر من المواد ذات التأثير النفساني. وتشير هذه النتائج بالفعل إلى ارتفاع معدل انتشار الألكسيثيميا عند هذه الفئات، كما تم الإشارة إلى أن الألكسيثيميا يمكن أن تكون عاملاً منبئاً للسلوكيات الإدمانية (Charpy,2020, p34-41) فحسب دراسة ترويسي وآخرون (1998) تظهر النتائج أن الأشخاص الذين تحصلوا على درجة عالية من الألكسيثيميا على مقياس TAS-20 كانوا 41% من الأشخاص المدمنين على القنب الهندي، و19% بين الأشخاص الذين يتعاطون القنب، و11% بين أولئك الذين يتعاطون الحشيش في بعض الأحيان (Troisi et al, 1998,p 489) ومن جهة أخرى فقد ركز العديد من الباحثين بشكل أكثر تحديداً على العلاقة بين الألكسيثيميا واضطراب تعاطي الكحول، حيث اقترح فين وآخرون (1987) من خلال نتائج بحثهم، وجود صلة بين الألكسيثيميا والكحول من خلال دراسة الأشخاص غير الكحوليين ولكنهم معرضون لخطر وراثي مرتفع للإدمان على الكحول (أقارب العائلة الذين يعانون من الاعتماد على الكحول) باستخدام مقياس شالينج سيفينيوس (SSPS) وقد أظهرت النتائج أن الذكور أبناء الآباء المدمنين على الكحول الذين لديهم تاريخ عائلي محدود من الإدمان على الكحول (خطر وراثي مرتفع للإدمان على الكحول) هم أكثر عرضة للألكسيثيميا من الذكور أبناء الآباء المدمنين الذين لديهم تاريخ عائلي واسع للإدمان على الكحول والذكور الذين ليس لديهم أي تاريخ عائلي للإدمان الكحول. ويبدو أن هذه النتائج تظهر وجود صلة بين الألكسيثيميا وتطور الاعتماد على الكحول (Fin et al,1987,p20) كما وجد هافيلاند وآخرون أيضاً انتشاراً بنسبة 54.5% من الأشخاص الذين يعانون من الإدمان على الكحول بين عينة من الأشخاص الذين يعانون من إدمان الكحول (Charpy,2020,p34-41)

وفيما يتعلق بالإدمان على الكحول على وجه التحديد أيضاً تسلط العديد من الدراسات الضوء على المستوى العالي من الألكسيثيميا في الأشخاص المدمنين على الكحول والذي يتراوح معدل انتشاره بين 32 و63%، وبشكل أكثر تحديداً، كلما زادت شدة ومدة استهلاك الكحول، سيكون لديهم درجات عالية من الألكسيثيميا، وتظهر الدراسة التي أجراها سيسيرو وهولمسروم (Cecero & Holmstrom) زيادة شبه طردية بين درجات الألكسيثيميا وشدة ومدة الإدمان. علاوة على ذلك، بعد إيقاف السلوك الإدماني لوحظ انخفاض في مستوى الألكسيثيميا على وجه التحديد المرضى الذين لديهم مدة امتناع قصيرة (أقل من ستة أشهر) يحافظون على درجات عالية من الألكسيثيميا بينما الأشخاص الذين لديهم فترات امتناع أطول يظهرون درجات أقل من الألكسيثيميا (Bochand & Nandiro,2010,p336)

9-2- ثبات الألكسيثيميا لدى متعاطي المخدرات:

من الأسئلة المهمة المتعلقة بالارتباط بين الألكسيثيميا وتعاطي المخدرات ما إذا كان تعاطي الكحول أو المخدرات قد سبق ظهور الألكسيثيميا. ويمكن استكشاف إجابة هذا السؤال من خلال دراسة التغيرات في الألكسيثيميا طوال فترة

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

العلاج لدى المدمنين على المخدرات، أو من خلال تقييم الألكسيثيميا لدى الأفراد الذين لديهم تاريخ عائلي لتعاطي المخدرات، واستخدام التحليلات طويلة المدى لتحديد دور الألكسيثيميا في بدء تعاطي المخدرات.

تشير نتائج العديد من الدراسات إلى أن درجة الألكسيثيميا لا تتغير بعد العلاج لدى مدمني المخدرات، ولا تتغير بعد إزالة السموم. في عينة من 43 مريضا داخليا، كانوا يخضعون لإزالة السموم من تعاطي المخدرات، ظلت درجات الألكسيثيميا مستقرة حتى بعد إزالة السموم. كما تم التوصل إلى نتائج مماثلة مع عينة من 70 مدمنا للكحول يخضعون لإزالة السموم. وفي عينة من 73 مدمنا على الكوكايين الذين استمروا في تناول الميثادون وشاركوا في تجربة سريرية لمدة 8 أسابيع، ظلت درجات TAS-20 مستقرة نسبيا طوال مدة العلاج، وفي تقييمات المتابعة التي أجريت بعد شهر وشهرين وستة أشهر من العلاج (Morie & Ridout,2018,p5)

ومع ذلك، تشير دراسات أخرى إلى أن درجات الألكسيثيميا ليست ثابتة تماما لدى متعاطي المخدرات، حيث لاحظ دي هان وآخرون (2014) عدم وجود استقرار مطلق لدرجات مقياس TAS-20 خلال فترة إزالة السموم لدى مجموعة من 101 مريض من متعاطي المخدرات، والذين تم تصنيفهم إلى مجموعات بناء على درجاتهم في المجال المرتفع أو المتوسط أو المنخفض من المقياس، وقد عكس التغيير في الدرجات انحدارا نحو المتوسط، ولم يكن مرتبطا بإزالة السموم أو بتغيرات في القلق أو الاكتئاب داخل العينة. وقد اقترح الباحثون أن هناك جوانب تتعلق بالحالة والسمة للألكسيثيميا لدى متعاطي المخدرات وأن كونها سمة شخصية مستقرة يثير التساؤل عما إذا كانت عامل ضعف لاضطرابات تعاطي المخدرات (De Haan,et al,2012,p300). وجد بروس وكورين وويليامز (2012) أن الألكسيثيميا تنبأ باستهلاك الكحول في عينة غير سريرية، أي أن الفرد قد يكون مدفوعا للشرب من أجل تنظيم العواطف، وزيادة الإثارة، والتوافق بشكل جيد مع الآخرين (Bruce,et al,2012,p349)

الفصل الثالث: الألكسيثيميا

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل يمكن القول أن الألكسيثيميا سمة معرفية للشخصية، لها أثر واضح على الصحة النفسية للفرد، تتجسد في ثلاثة أبعاد أساسية تتمثل في صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصفها، والتفكير الموجه نحو الخارج، تختلف طرق قياسها بين المقاييس الموضوعية والمقاييس الإسقاطية كاختبار الرورشاخ، كما تبين من الطرح السابق أن العديد من الدراسات أشارت نتائجها إلى وجود علاقة بين تجارب التعلق المبكرة ودرجة الألكسيثيميا، وكذلك وجود علاقة بين الألكسيثيميا والإدمان على المخدرات، حيث تبين ارتفاع درجاتها بين هؤلاء.

الفصل الرابع: المراقبة والإدمان على المخدرات

تمهيد

أولاً: المراقبة

1-تعريف المراقبة

2-المراحل النمائية للمراقبة

3-مظاهر النمو في مرحلة المراقبة

4-مشكلات المراقبة

ثانياً: الإدمان على المخدرات

1-تعريف الإدمان على المخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة به

2-مراحل الإدمان على المخدرات لدى المراهق

3-معايير تشخيص الإدمان على المخدرات وفقاً للدلائل التشخيصي الإحصائي الخامس (DSM-5)

4-النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات

5-عوامل الخطر المنبئة بالإدمان على المخدرات لدى المراهقين

6-أثر الإدمان على المخدرات لدى المراهق

خلاصة

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

تمهيد:

تعد مرحلة المراهقة من أهم المراحل النمائية التي لاقت اهتمام العديد من العلماء والباحثين في مجال علم النفس النمو، وعلم النفس التربوي والاجتماعي، إذ وصفها بعضهم بأنها مرحلة التوتر والشدة، وذلك لما لها من تأثير على المراحل النمائية اللاحقة للفرد، حيث تبرز فيها عدة تغيرات على المستوى الفيسيولوجي، المعرفي، الانفعالي، الاجتماعي والنفسي، ينتقل فيها الطفل من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد، يسعى خلالها إلى تحقيق استقلالته عن والديه والتوافق النفسي مع المحيطين به والبحث عن هويته الذاتية، ويصاحب ذلك ظهور بعض الاضطرابات السلوكية كالإدمان على المخدرات كوسيلة للتكيف مع المواقف الضاغطة والأزمات النفسية التي يواجهها، أو من أجل الانتماء لجماعة الأقران وغيرها من العوامل الكامنة وراء الاتجاه نحو تعاطي المخدرات والإدمان عليها. وفيما يلي سنحاول التطرق إلى مفهوم المراهقة ومراحلها، ومظاهر النمو المميزة لها، وأهم المشكلات التي يواجهها المراهق خلال هذه الفترة، كما سنحاول التطرق إلى تعريف الإدمان والمفاهيم المرتبطة به، مراحلها، ومعايير تشخيصه، أهم التوجهات النظرية المفسرة لهذه الظاهرة، عوامل الخطر التي تنبئ بإدمان المراهق على المخدرات، وأهم الآثار الناجمة عن إدمان المراهق لهذه المواد الإدمانية.

أولاً: المراهقة

1- تعريف المراهقة:

1-1- لغة: في اللغة العربية المراهقة تعني " الاقتراب أو الدنو، فحين نقول راهق الغلام، فهو مراهق، أي أنه قارب الاحتلام، والحلم هو قدرة المراهق على الإنجاب" (سليم، 2002، ص371)

فمصطلح المراهقة (ADOLEXENCE) هو " مشتق من الفعل اللاتيني (ADOLEXERE) ومعناه التدرج نحو النضج الجسمي والجنسي والعقلي والانفعالي والاجتماعي" (زهران، 2006، ص289)

1-2- اصطلاحاً:

إن أول من تحدث عن المراهقة وكتب عنها في العلم الحديث هو "جورج ستانلي هول" وهو أمريكي متخصص في علم النفس، وهو صاحب الاقتراح بفكرة مرحلة المراهقة كمرحلة وسط بين البلوغ الجنسي والرشد وذلك في نهاية القرن التاسع عشر، وقد بنى نظرياته التي نشرها عام (1904م) على نظرية داروين للتطور وكانت المراهقة في رأيه مرحلة الضغط والعاطفة، والتي تعكس مرحلة انتقال مضطرب وتطور

(أبو غريبة، 2007، ص 173)

أما فرويد (Freud) فيطلق على هذه المرحلة بالمرحلة التناسلية التي تظهر عند البلوغ وهي الفترة من الوقت الذي تنشط فيها الغريزة الجنسية، ومنشأ المتعة الجنسية، ويصبح المراهق بعيداً عن الأسرة بعض الشيء

(ميزاب، 2005، ص65)

عرف Porot المراهقة بأنها "تلك الفترة من الحياة التي تعقب مرحلة الطفولة وتمتد حتى سن الرشد وتتميز بدايتها بالبلوغ"

عرفت هيرلوك Harlock المراهقة بأنها "مرحلة انتقال يتغير فيها الفرد جسدياً ونفسياً من طفل إلى راشد"

(الطحان، 2007، ص12)

ويرى ستانلي هول Stanley Hall أن المراهقة هي الفترة من العمر التي تتميز فيها التصرفات السلوكية للفرد بالعواصف والانفعالات الحادة والتوترات العنيفة (بهادر، 1980، ص28)

ويعرف (Sillamy,1999) المراهقة أنها مرحلة من الحياة تقع بين الطفولة والرشد، يتعلق الأمر بفترة تتسم بتغيرات جسدية ونفسية، وتبدأ من حوالي سن 12 أو 13 سنة وتنتهي بين 18 و20 سنة، علماً أن هذه الحدود غير دقيقة

لأن ظهور ومدة مرحلة المراهقة يختلف حسب الجنس العرق العوامل الجغرافية وكذا البيئة الاقتصادية والاجتماعية

(Sillamy,1999,p8)

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

وتجدر الإشارة إلى أن البلوغ ليس هو المراهقة، فالبلوغ هو بلوغ الفرد النضج الجنسي وهو جزء من المراهقة، ولكنه ليس مرادفا لها. فالمراهقة تشمل جميع مراحل النضج ولا تقتصر على النضج الجنسي وحده فقط، أي أن البلوغ ليس هو المراهقة في حد ذاتها، وإنما هو أولى علامات دخول الطفل في مرحلة المراهقة.

ومن خلال ما سبق عرضة من تعريفات، يمكننا تعريف المراهقة بأنها مرحلة نمائية انتقالية من الطفولة إلى مرحلة الرشد، تحدث خلالها مجموعة كبيرة من التغيرات الجسدية، المعرفية، الانفعالية، الاجتماعية، والنفسية. تختلف بدايتها من فرد لآخر باختلاف الثقافة، العرق، العوامل الجغرافية والبيئة الاقتصادية

2- المراحل النمائية للمراهقة :

عندما ينتقل الفرد من مرحلة الطفولة إلى مرحلة المراهقة، تحدث العديد من التغيرات، مثل النمو الجسدي السريع، النضج الجنسي وتطور الخصائص الجنسية الثانوية، والنمو العاطفي والمعرفي، ونضج مهارات التحكم والتنظيم الذاتي، والتغيرات في السياقات التعليمية والاجتماعية. ومثل هذه التحولات لا تحدث دفعة واحدة بل تحدث خلالها بعض المراحل الفرعية أيضا. لذلك يقترح الباحثون أن المراهقين يمرون بثلاث مراحل نمو أولية والتي تشمل المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة. وتختلف هذه المراحل الفرعية الثلاث من الناحية البيولوجية، والعاطفية، والاجتماعية، والمعرفية، وهو الأساس في التعرف على مراحل المراهقة والفواصل بين هذه المراحل الفرعية، وفيما يلي نستعرض هذه المراحل:

2-1- مرحلة المراهقة المبكرة (من 10 إلى 13 سنة):

تعتبر بداية سن البلوغ معلما تنمويا رئيسيا في مرحلة المراهقة المبكرة، ويعتبرها الكثيرون بمثابة التغيير النمائي الذي يشير إلى انتقال الفرد من الطفولة إلى مرحلة المراهقة. تتميز مرحلة المراهقة المبكرة بأنها مرحلة تتغير فيها الانفعالات بسرعة ويواجه فيها المراهقون صعوبات في تنظيمهم الانفعالي. وتلعب جماعة الأقران دورا مهما، حيث تزداد أهمية الأقران في هذه المرحلة، وفي الوقت نفسه، تقل أهمية الأسرة (Salmela-Aro,2011,p367)

خلال هذه الفترة النمائية، يمر المراهقون بالمراحل الأولى من البلوغ، حيث يتمتع كلا الجنسين بتغيرات جسدية كبيرة وزيادة في الاهتمام الجنسي، ومن الناحية المعرفية، يمتلك المراهقون في هذه المرحلة قدرة محدودة على التفكير المجرد، لكن الاهتمامات الفكرية تتوسع وتصبح أكثر أهمية، وعلى الرغم من أن المراهقين في هذه المرحلة لديهم اهتمام محدود بالمستقبل، إلا أنهم يطورون تفكيراً أخلاقياً أعمق.

خلال هذه المرحلة، غالبا ما يبدأ الأطفال في النمو بوتيرة أسرع، حيث تتم ملاحظة تغيرات أخرى على مستوى الجسم، بما في ذلك نمو الشعر تحت الذراعين وبالقرب من الأعضاء التناسلية، نمو الثدي عند الإناث وتضخم

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

الخصيتين عند الذكور، وعادة ما تبدأ هذه التغيرات قبل عام أو عامين لدى الفتيات مقارنة بالأولاد، وقد يحدث أن تبدأ بعض هذه التغيرات في سن 8 سنوات للإناث و9 سنوات للذكور، قد تبدأ الدورة الشهرية للعديد من الفتيات في عمر 12 عاما تقريبا. يمكن لهذه التغيرات في الجسم أن تثير الفضول والقلق لدى البعض، خاصة في حالة ما إذا كانوا يجهلون ما يمكن توقعه أو ما هو طبيعي، كما قد يتساءل بعض المراهقين عن هويتهم الجنسية في هذه المرحلة. كما يمتلك المراهقون في هذه الفترة تفكيراً ملموساً أبيض وأسود أي أن الأمور إما أن تكون صحيحة أو خاطئة، رائعة أو فظيعة دون وجود مساحة كبيرة بينهما، كما أنهم يركزون على أنفسهم وهو ما يسمى بـ "التركز حول الذات"، حيث أنهم غالباً ما يشعرون بالخلج بشأن مظهرهم ويشعرون كما لو أنهم دائماً يتم تقييمهم والحكم عليهم من قبل أقرانهم، كما تزداد حاجتهم إلى الخصوصية في هذه الفترة فيشرعون في استكشاف طرق للاستقلال عن أسرهم (Tsagem,2022,p74)

2-2- المراهقة المتوسطة (من 14 إلى 17 سنة):

وهي المرحلة التي يكون فيها المراهق على طريق التحول. هناك العديد من التغيرات التي تحدث، في حين أن معظم الفتيات يعبرن مرحلة البلوغ، فإن الأولاد ما زالوا على طريق النضج الجسدي. في هذه الفترة يلعب الأصدقاء دوراً محورياً ويهتم المراهقون كثيراً بالحفاظ على انتمائهم في مجموعة الأقران. وعلى الرغم من أن التنظيم العاطفي لا يزال بحاجة إلى الاهتمام، إلا أن المراهقين يكونون أكثر قدرة على تحديد وتعريف مشاعرهم ومشاعر الآخرين. وتزداد أهمية الأقران الرومانسيين وتبدأ الهوية الاجتماعية للمراهقين أيضاً في التطور، ومن الناحية المعرفية، فإن مرحلة المراهقة المتوسطة هي مرحلة تصبح فيها استراتيجيات الذاكرة المعقدة وعمليات الإدراك والتحكم والتخطيط أكثر سرعة ودقة، ويزداد التحكم في الاندفاعات (Salmela-Aro,2011,p367)

في هذه المرحلة يتم البلوغ عند الذكور والإناث، ويتباطأ النمو الجسدي عند الإناث ويستمر عند الذكور. كما يزداد لديهم القدرة على التفكير المجرد، ويبدأ المراهقون في وضع أهداف طويلة المدى ويصبحون مهتمين بمعنى الحياة والتفكير الأخلاقي. كما يواجه المراهقون في هذه المرحلة من النمو العديد من التغيرات الاجتماعية والعاطفية بما في ذلك زيادة المشاركة الذاتية وزيادة الدافع للاستقلالية، وتستمر التغيرات الجسدية منذ البلوغ خلال فترة المراهقة المتوسطة. قد تكون التغيرات الجسدية كاملة تقريباً بالنسبة للإناث، فمعظم الفتيات لديهن دورات شهرية منتظمة الآن. في هذا العمر، يصبح العديد من المراهقين مهتمين بالعلاقات العاطفية والجنسية. قد يتساءلون ويستكشفون هويتهم الجنسية، الأمر الذي قد يكون مرهقاً إذا لم يتلقوا دعماً من أقرانهم أو الأسرة أو المجتمع. العديد من المراهقين في هذه الفترة لديهم المزيد من الحرج مع والديهم أثناء سعيهم نحو المزيد من الاستقلالية. وقد يقضون وقتاً أقل مع العائلة ووقتاً

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

أطول مع الأصدقاء. إنهم قلقون للغاية بشأن مظهرهم، وقد يصل ضغط الأقران إلى ذروته في هذا العمر. كما يصبحون أكثر قدرة على التفكير بشكل تجريدي (Tsagem,2022,p74)

2-3- المراهقة المتأخرة (من 18 إلى 21 سنة):

غالبا ما يعاني المراهقون في أواخر مرحلة المراهقة من تغيرات جسدية أقل وتغيرات معرفية أكثر، بالإضافة إلى اكتسابهم القدرة على التفكير بعقلانية، وتأجيل الإشباع والتخطيط للمستقبل، واكتساب إحساس راسخ بالهوية، وزيادة الاستقرار العاطفي والاستقلالية.

عادة ما يكون المراهقون في هذه المرحلة الأخيرة قد أكملوا نموهم الجسدي، مع مزيد من التحكم في الاندفاعات، ويكونون أكثر قدرة على قياس المخاطر بدقة، ولديهم إحساس أقوى بفرديتهم ويمكنهم تحديد قيمهم الخاصة، كما أنهم يصبحون في هذه المرحلة أكثر تركيزا على المستقبل ويتخذون قراراتهم بناء على آمالهم ومثلهم العليا، وتصبح الصداقات والعلاقات العاطفية أكثر استقرارا، ويصبحون أكثر انفصالا عاطفيا وجسديا عن والديهم، معتبرينهم الملجأ لطلب النصيحة ومناقشة الموضوعات الناضجة معهم، بدلا من اعتبارهم شخصية ذات سلطة (Tsagem,2022,p75)

يحقق المراهقون قدرا أكبر من الاستقرار العاطفي في هذه الفترة، كما يتعلمون التعبير عن مشاعرهم بالكلمات، واتخاذ قرارات مستقلة. على عكس المراحل السابقة، يظهر المراهقون المتأخرون اهتماما أكبر بالآخرين ويصبحون أكثر اعتمادا على أنفسهم ويفخرون بعملهم، ويبدأون في وضع اللمسات الأخيرة على أفكارهم حول الدور الذي يريدون لعبه في حياتهم ويصبحون أكثر قلقًا بشأن مستقبلهم (Salmela-Aro,2011,p367)

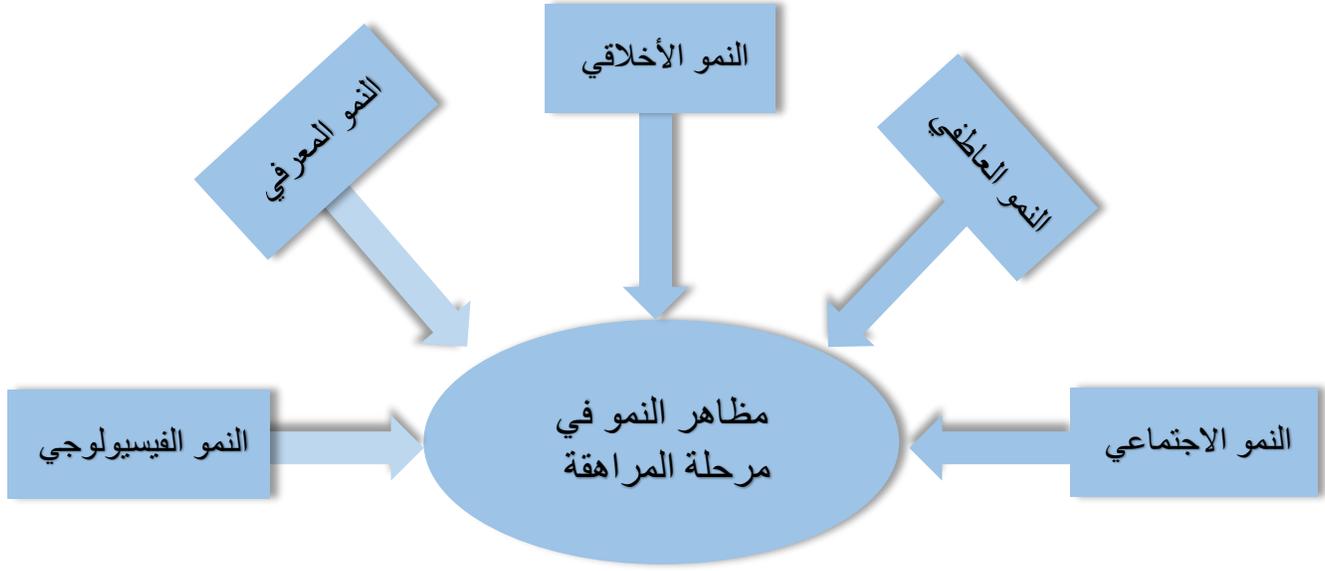
ومن ناحية الاختلافات الثقافية، فمن المرجح أن تختلف طبيعة هذه المراحل في مرحلة المراهقة المبكرة والمتوسطة والمتأخرة وكذلك مرحلة البلوغ الناشئة باختلاف الثقافات. علاوة على ذلك، هناك تنوع كبير في التوقيت وكذلك الاختلافات بين الجنسين، فمحتوى المراحل ليس عالميا، ولكنه يعتمد على الأدوار الاجتماعية المتاحة للشباب والتفسير الثقافي العام للتغيرات البيولوجية والمعرفية والعاطفية التي من المحتمل أن تحدث خلال مرحلة المراهقة

(Salmela-Aro,2011,p367)

3- مظاهر النمو في مرحلة المراهقة:

يمثل (الشكل رقم 13) الجوانب المختلفة للتغيرات التي تحدث في مرحلة المراهقة، وفيما يلي سنتطرق لكل جانب

من جوانب النمو بالتفصيل:



الشكل رقم (13): يوضح الجوانب المختلفة للتغيرات التي تحدث في مرحلة المراهقة (Santrock,1990,p109)

3-1- النمو الفسيولوجي:

غالبا ما وصفت مرحلة المراهقة بأنها انتقال جسدي للطفل إلى مرحلة الرشد. تحدث العديد من التغيرات البيولوجية، بما في ذلك الطول والوزن، ونمو الهيكل العظمي، والوظائف الإنجابية، والتغيرات الهرمونية والتي ترتبط بتغيير عام في تكوين الجسم (Stalnaker,2020,p2) ويمكن تصنيف هذه التغيرات الفسيولوجية على أنها تلك المتعلقة بطفرة النمو في الطول والوزن والعضلات، وتلك المتعلقة بتطور كل من الخصائص الجنسية الأولية والثانوية (Manaster,1989,p22) ، حيث تبدأ طفرة النمو، التي تشمل نموا هيكليا سريعا، عادة في سن 10-12 عام تقريبا لدى الإناث، و12-14 عاما لدى الذكور، وتكتمل في سن 17-19 عاما تقريبا لدى الإناث، و20 عاما لدى الذكور. تتزامن الزيادات الملحوظة في الوزن مع بداية سن البلوغ، حيث تميل الإناث إلى التفوق على الذكور في الوزن، ولكن بحلول سن 14 عاما تقريبا، تماما كما هو الحال مع الطول، يبدأ الذكور في التفوق على الإناث (Santrock,1990,p109) بالنسبة لمعظم المراهقين، يتضمن النضج الجنسي تحقيق الخصوبة والتغيرات الجسدية التي تصحبها، بالنسبة للإناث، تتضمن هذه التغيرات تبرعم الثدي، الذي قد يبدأ في حوالي سن العاشرة أو قبل ذلك، والحيض، والذي يبدأ عادة في سن 12 أو 13 عاما. وبالنسبة للذكور، تتضمن بداية البلوغ تضخم الخصيتين في حوالي سن 11 أو 12 عاما والقذف الأول، الذي يحدث عادة بين سن 12 و14 عاما. يحدث تطور الخصائص الجنسية الثانوية، مثل شعر الجسم و(بالنسبة للذكور) تغيرات الصوت، في وقت لاحق من البلوغ (Gentry & Campbell,2002,p7)

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

طوال فترة البلوغ، ترتبط مستويات هرمون التستوستيرون المتزايدة بوضوح بعدد من التغيرات الجسدية لدى الذكور: نمو الأعضاء التناسلية الخارجية، وزيادة الوزن، وتغيرات الصوت. في الإناث، من المرجح أن يكون الإسترايول هو الهرمون الأكثر أهمية المسؤول عن النمو والبلوغ. يزداد مستوى الإسترايول طوال فترة البلوغ ثم يختلف لدى الإناث عبر دورتهن الشهرية. مع ارتفاع مستوى الإسترايول، يحدث نمو الثدي والرحم وتظهر تغيرات في الهيكل العظمي أيضا. تجدر الإشارة إلى أن هرمون التستوستيرون والإسترايول جزء من نظام هرموني معقد، وأن كل هرمون ليس مسؤولا وحده عن تغيرات البلوغ. ومع ذلك، فإن ارتباطهما القوي بالتغيرات الجسدية للبلوغ يشير إلى أنهما يلعبان دورا مهما للغاية في عملية البلوغ (Santrock,1990,p107)

3-2- النمو الانفعالي:

التطور الانفعالي هو قدرة الفرد على التعرف على المشاعر والتعبير عنها وإدارتها في مراحل مختلفة من الحياة. وتلعب المشاعر مثل الحب والغضب والخوف وما إلى ذلك دورا كبيرا في تنمية شخصية الطفل، وتتميز مرحلة المراهقة بارتفاع الانفعالية حيث يتضح هذا الارتفاع في الانفعالية من خلال قضم الأظافر، والتوتر، والصراعات، والشجارات مع الوالدين، والإخوة، وزملاء الدراسة، وما إلى ذلك فمن الصعب جدا على المراهق التحكم في عواطفه، فالنشاط المفاجئ للغدد الجنسية، والزيادة الهائلة في الطاقة البدنية، يجعله قلقا. علاوة على ذلك، فإن المراهقين غير متسقين في عواطفهم. تتقلب العواطف خلال هذه المرحلة بشكل متكرر وسريع، هذا يجعلهم متقلبي المزاج. في بعض الأحيان يكونون سعداء للغاية، وفي أحيان أخرى يكونون حزينين للغاية، وكل هذا يحدث في وقت قصير جدا. لذلك فحالتهم الانفعالية غير مستقرة.

يعاني المراهقون من تقلبات مزاجية في السنوات الأولى. يبكون ويضحكون بسهولة، ويكونون متقلبي المزاج وسريعي الانفعال لأنهم لا يفهمون كل التغييرات التي تحدث في أجسادهم (Saikia,2019,p147) ، فمنذ سن البلوغ، قد يختبر المراهقون مشاعرهم بقوة أكبر وقد يكونون أكثر حساسية عاطفية. قد تكون طريقة رد فعلهم في يوم ما مختلفة تماما عن يوم آخر، فهم ما زالوا يتعلمون كيفية التعامل مع المشاعر الشديدة والتعبير عن أنفسهم بطرق ناضجة. ومع نضوج مناطق الدماغ التي تتحكم في العواطف، واكتسابهم ممارسة إدارة المشاعر الشديدة، يصبح المراهقون أكثر عرضة للتراجع والتفكير قبل الاستجابة للمواقف.

كما يمكن أن يكون المراهقون شديدي الوعي بذواتهم وحساسين للغاية تجاه مشاعر الآخرين وآرائهم، حيث يصبح من المهم جدا بالنسبة لهم أن يشعروا بالانتماء وأن يشعروا بالقبول من قبل أقرانهم، فقد يعتقدون أحيانا أن سلوكهم هو

الفصل الرابع: المراهقة والإدماج على المخدرات

محور اهتمام الجميع، قد يكونون في غاية السعادة أو يشعرون بالبوؤس الشديد، بالإضافة إلى ظهور الصداقات الوثيقة أو العلاقات العاطفية واختنائها وعادة ما تقل شدة هذه المشاعر في منتصف فترة المراهقة (Steinberg,2016,p125)

3-3- النمو المعرفي:

ينتقل الطفل خلال مراحل نموه من عملية تفكير منظمة ومنطقية ملموسة إلى عملية تفكير أكثر رسمية، وقدرة على التفكير المجرد والاستدلال في مرحلة المراهقة.

وقد وضع جان بياجيه، مخططا يصف أربع مراحل من التطور الفكري والتعلم الطبيعي القائم على النمو العقلي واللغة واللعب والفهم من الطفولة وحتى البلوغ، حيث تمثلت هذه المراحل الأربعة في:

المرحلة الحسية الحركية: من الولادة إلى سنتين.

مرحلة ما قبل العمليات: من سن 2 إلى 7 سنوات.

مرحلة العمليات الملموسة: من سن 7 إلى 11 عاما.

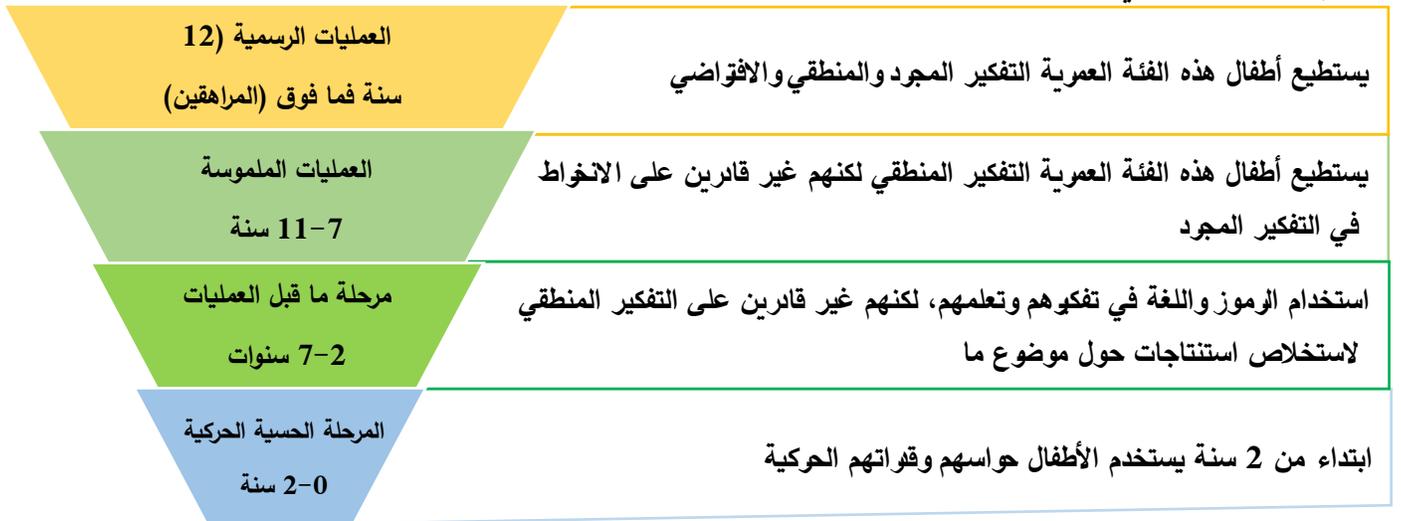
مرحلة العمليات الرسمية: من سن 12 عاما فما فوق، تظهر هذه المرحلة العملياتية الرسمية من النمو المعرفي

بين سن 12 و16 عاما (Evans,2020,p13)

يوضح الرسم البياني أدناه تسلسلا هرميا للتطور في عمليات التفكير لدى الأطفال من مرحلة الرضاعة إلى

المراهقة، استنادا إلى نظرية التطور المعرفي لجان بياجيه، ويهدف هذا إلى توضيح مستوى النمو والتطور في التفكير

الذي بلغه المراهق في مرحلة المراهقة:



الشكل رقم (14): يوضح التطور في عمليات التفكير لدى الأطفال استنادا إلى نظرية التطور المعرفي لجان

بياجيه (Gyasi, 2022, p7)

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

النمو المعرفي هو تطور التفكير من طريقة تفكير الطفل إلى طريقة تفكير البالغ، وهناك 3 مجالات رئيسية للنمو المعرفي تحدث خلال فترة المراهقة:

أولاً، يطور المراهقون مهارات تفكير أكثر تقدماً، بما في ذلك القدرة على استكشاف مجموعة كاملة من الاحتمالات الكامنة في موقف ما، والتفكير بشكل افتراضي (مواقف عكسية)، واستخدام عملية تفكير منطقية.

ثانياً، يطور المراهقون القدرة على التفكير المجرد، حيث ينتقل المراهقون من التفكير الملموس أين يفكرون في أشياء لديهم اتصال مباشر بها أو معرفة بها، إلى مفكرين تجريبيين، يمكنهم تخيل أشياء غير مرئية أو غير مختبرة. يركز المراهقون الذين يظلون في مستوى التفكير الملموس بشكل كبير على الأشياء الموجودة مادياً أو الحقيقية في حل المشكلات، ونتيجة لذلك، قد يعانون من صعوبة أو إحباط في الواجبات المدرسية أثناء انتقالهم إلى المرحلة الثانوية. بالإضافة إلى ذلك، فإن المراهقين ذوي التفكير الملموس قد يكونون غير قادرين على فهم عواقب الأفعال (مثل عدم تناول الأدوية)، وقد لا يتمكنون من ربط السبب والنتيجة فيما يتعلق بالسلوك الصحي (مثل التدخين، والإفراط في تناول الطعام، والكحول، والمخدرات، والقيادة المتهورة، وممارسة الجنس في سن مبكرة)، وقد لا يكونون مستعدين لتجنب المخاطر (مثل استخدام الواقي الذكري وتجنب ركوب السيارة مع سائقين مخمورين)

ثالثاً، تمكن خاصية التفكير التشغيلي الشكلي المراهقين من التفكير في التفكير أو ما وراء المعرفة، وتسمح هذه الخاصية للمراهقين بتطوير القدرة على التفكير فيما يشعرون به وكيف ينظر إليهم الآخرون (Sanders,2013,p354)

3-4- النمو الاجتماعي:

من أكثر التغييرات وضوحاً في مرحلة المراهقة أن المحور الذي يدور حوله عالم المراهق يتحول من الأسرة إلى مجموعة الأقران (Gentry & Campbell,2002,p21) فتتحول العلاقات المهمة من الآباء إلى الأصدقاء، وهذه الانتماءات هي الأكثر أهمية للمراهقين، ومن خلال اتخاذ مسافة معينة من الأسرة، تصبح مجموعة الأقران هي المرجع الاجتماعي المفضل، وحتى الدعم الاجتماعي المفضل (وهذا لا يعني أن الوالدين لم يعودوا مرجعاً أو يعملون كداعم، بل إن نفوذهم يتراجع فقط بالتأثير المتزايد للأقران)، ويصبح لدى المراهق حاجة ملحة للعثور على أصدقائه (Cannard,2019,p271).

تؤدي مجموعات الأقران عدداً من الوظائف المهمة طوال فترة المراهقة، حيث توفر نقطة مرجعية مؤقتة لشعور متطور بالهوية. من خلال التماهي مع الأقران، يبدأ المراهقون في تطوير الأحكام والقيم الأخلاقية. في الوقت نفسه، من المهم ملاحظة أن المراهقين يسعون أيضاً، غالباً سراً، إلى إيجاد طرق للتماهي مع والديهم. كما تقوم مجموعات

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

الأقران بتزويد المراهقين بمصدر معلومات حول العالم خارج الأسرة وعن أنفسهم. وتعمل أيضا كعززات قوية خلال فترة المراهقة كمصادر للشعبية والمكانة والهيبة والقبول. فالقبول من قبل الأقران له آثار مهمة على التكيف خلال فترة المراهقة وحتى مرحلة البلوغ.

خلال هذه الفترة، تميل المشاركة مع مجموعة الأقران إلى أن تكون في أشد حالاتها، وتكون التوافقية والمخاوف بشأن القبول في ذروتها. يمكن أن يصبح الانشغال بكيفية رؤية أقرانهم لهم أمرا مهما للمراهقين. كما يمكن أن تؤثر الرغبة الشديدة في الانتماء إلى مجموعة معينة على المراهقين الصغار في المشاركة في أنشطة لم يكونوا ليشتركوا فيها لولا ذلك. فالحاجة إلى الانتماء إلى مجموعات في هذا العمر قوية جدا بحيث لا يمكن تجاهلها ببساطة. خلال فترة المراهقة المتوسطة (من 14 إلى 16 عاما)، تميل مجموعات الأقران إلى أن تكون أكثر اختلاطا بين الجنسين. وبحلول أواخر فترة المراهقة، غالبا ما يتم استبدال مجموعات الأقران بعلاقات ثنائية أكثر حميمية، مثل الصداقات الفردية والعلاقات العاطفية، والتي تزداد أهميتها مع نضوج المراهق (Gentry & Campbell,2002,p21)

وقد وضع عالم النفس التنموي الأمريكي والمحلل النفسي إريكسون نظرية للهوية والنمو النفسي الاجتماعي حيث يرى أن كل مرحلة من مراحل الحياة ترتبط بصراع نفسي محدد يساهم في جانب رئيسي من جوانب الشخصية. وتتمثل الأزمة المركزية للمراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و19 عاما في "الارتباك بين الهوية والدور"، وقد افترض إريكسون أن تنمية الشعور بالهوية هي المهمة التنموية المركزية للمراهقة، كما جادل بأن الشعور المبكر بالهوية لدى الطفل ينفصل جزئيا في مرحلة المراهقة المبكرة بسبب مزيج من النمو السريع للجسم والتغيرات التناسلية في سن البلوغ، ولن تكفي الهوية الأصغر الغير ناضجة بعد الآن، بل يجب صياغة هوية جديدة، هوية تجهز الشاب لعدد لا يحصى من أدوار حياة البالغين من بينها الأدوار المهنية، وأدوار الجنسين، والأدوار الدينية، وغيرها من الاحتمالات كما أن الارتباك حول كل هذه الخيارات للأدوار أمر لا مفر منه ويؤدي إلى مرحلة انتقالية محورية أطلق عليها إريكسون أزمة الهوية، وهي فترة يعاني فيها المراهق من افتقاره إلى الهوية، حيث يعتقد إريكسون أن ميل المراهقين إلى التماهي مع مجموعات الأقران كان بمثابة دفاع ضد الاضطراب العاطفي الموجود في أزمة الهوية (Evans,2020,p14)

3-5- النمو الأخلاقي:

تشير الأخلاق إلى كيفية ارتباط الناس بالبادئ والأعراف والقيم وتطبيقهم لهذه المبادئ التوجيهية في حياتهم، من خلال الاختيار بين الخير والشر. يُصدر كل فرد أحكامًا أخلاقية بشكل يومي. ومع ذلك، في مرحلة المراهقة، مع

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

تطور التفكير المجرد والمنطقي والبعد العاطفي والاجتماعي، تصبح هذه الأحكام أكثر دقة، بما يتماشى مع قيم المراهق ومعتقداته.

ويؤكد كولبرج (1984) في نظريته أن الحكم الأخلاقي، وهو أساس السلوك الأخلاقي، وينطوي على ست مراحل من التطور مجمعة في ثلاثة مستويات، كما يشير إلى أن المراهقين يدركون قيم المجتمع ومبادئه وأفكاره بطريقة نقدية، ويحاولون بناء نظام قيمهم الخاص، ويبحثون عن أسلوبهم الخاص في التعبير من خلال السلوكيات والبناءات والنماذج، وتبني أسلوب شخصي في الاستجابة، واستكشاف حدودهم الخاصة (Santi,2020,p29)

4-مشكلات المراهقة:

في ظل التغيرات التي تطرأ على المراهق في فترة المراهقة، تعترضه عدة مشكلات تجعله في حالة صراع وتوتر شديد، ومن أهم هذه المشكلات نستعرض ما يلي:

4-1-تدخين المراهقين:

يعد التدخين بين المراهقين مصدر قلق كبير لأنه يشكل العديد من المخاطر الصحية على المدى الطويل، ويعرف معظم المراهقين الآثار طويلة المدى للتدخين، ولا يهتم الكثيرون بذلك، لأنهم لا يهتمون بما قد يحدث لهم بعد أربعين أو خمسين عاما. ويعد المراهقون الذين يعيشون في منزل يدخن فيه أحد والديهم أو كليهما (أو أفراد آخرون من العائلة) هم أكثر عرضة لأن يصبحوا مدخنين من غيرهم من المراهقين، فقد يشعر المراهقون في هذه المواقف أن جميع البالغين يدخنون وأنهم بدأوا في التدخين لأن ذلك سيجعلهم يبدون ويشعرون بأنهم بالغون، وقد يبدأ العديد من المراهقين التدخين لأن أصدقائهم يدخنون ويريدون الاندماج في جماعة الأقران، مما يتعين على جميع المراهقين في هذه الحالة التعامل مع "ضغط الأقران"، وسيطلب صديقهم من معظمهم في وقت أو آخر التدخين معه. نظرا لأن الجميع يريد الاندماج مع أصدقائه، فمن المرجح أن يخافوا جدا من قول لا عندما يطلب صديقهم ذلك (Kumar,2013,p15)

4-2-الإدمان على المخدرات:

تشير الأبحاث إلى عدة أسباب لتجربة المخدرات لدى المراهقين، وغالبا ما تكون المخدرات متاحة بسهولة، فهي توفر طريقة سريعة وسهلة ورخيصة للشعور بالرضا. كما أنها توفر وسيلة لكسب القبول في علاقات الأقران وتعديل المشاعر غير السارة، وتقليل المشاعر المزعجة، وتخفيف الاكتئاب، وتقليل التوتر، والمساعدة في التعامل مع ضغوط الحياة. ومع ذلك، ربما يتناول معظم المراهقين المخدرات ليشعروا بالقوة، وليكونوا "رائعين"، وليكونوا ضمن مجموعة. من المرجح أن يلجأ المراهقون الذين يستخدمون مخدرا ما إلى تعاطي مخدر آخر، وعادة ما يبدؤون بالكحول أو التبغ

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

ثم يتطور الأمر إلى الماريجوانا، وقد ينتقلون في النهاية إلى مخدرات أخرى أو مزيج من المخدرات، وقد يبدأ الإدمان بالاستخدام التجريبي للمواد في سن مبكرة حيث يتراوح متوسط عمر الاستخدام الأول بين 11 و12 عاما، حيث يبدأ العديد منهم الاستخدام نتيجة لضغط الأقران. ومن المرجح أيضا أن يحاكي المراهقون أنماط شرب الكحول أو تعاطي المخدرات لدى والديهم. يصبح الاستخدام في المراحل المبكرة من الإدمان أكثر تنظيما، حيث يبذل المراهق المزيد من الطاقة العقلية والجسدية في الحصول على المخدرات وتناولها (Kumar,2013,p14)

4-3- جنوح الأحداث:

جنوح الأحداث هو عموما فعل غير قانوني يرتكبه فرد يقل عمره عن 18 عاما. وهو سلوك عدواني غير منضبط من قبل قاصر لا يمكن كبحه من خلال أنشطة الوالدين أو أي سلطة أخرى، ويرتكب أنشطة معادية للمجتمع مثل السرقة والتخريب والتحدي والقسوة والعنف والمقاومة ومحاولة الانتحار وجرائم متنوعة واستخدام لغات بذيئة، إلخ. وقد تكون أسباب جنوح الأحداث هي رفقة سيئة، عدم استقرار المراهقين واندفاعاتهم، الصراعات النفسية، القابلية المفرطة للتأثر الاجتماعي، حب المغامرة، عدم الرضا المدرسي، الاندفاع المفاجئ وقد تكون الأسباب اجتماعية مثل: المنازل والأسر المفككة، ونقص عاطفة الوالدين والأمان، وغياب الأم المحبة في مرحلة الطفولة، ونقص الرعاية الأسرية، وعدم مسؤولية الوالدين، وارتفاع معدل الطلاق، ومواقف الوالدين، وشخصية وسلوك الوالدين، وتأثير الأقارب المجرمين، والفقر، إلخ (Kumar,2013,p15)

4-4- السلوك المنحرف:

يتضح من التقارير الذاتية عن السلوك المنحرف أن أعدادا كبيرة من الشباب ينخرطون في الأفعال المنحرفة (مثل السرقات البسيطة والتخريب) لعدة سنوات قبل أن يتلقوا تحذيرا من الشرطة أو يتم إدانتهم. تميل هذه الأنشطة إلى أن تكون مؤقتة بالنسبة لغالبية الشباب الجانحين. بحلول العشرينات من عمرهم، يصبح معظم المجرمين السابقين تدريجيا أعضاء ملتزمين بالقانون على نطاق واسع في المجتمع. ومع ذلك، هناك مجموعة صغيرة نسبيا من المراهقين الذين يستمرون في خرق القانون بشكل معتاد. يصل الانحراف إلى ذروته عند سن 15 أو 16 عاما للفتيان و14 عاما للفتيات. وفيما يخص الأسباب الكامنة وراء هذه المشكلة فقد تم العثور على خلفية من الحرمان العاطفي والاجتماعي الشديد لتكون عامل خطر لمشاكل السلوك غير المرغوب فيه والسلوك المنحرف ومشاكل الصحة العقلية في المراحل النمائية اللاحقة (Herbert,2005,p223)

4-5- التمر:

هو سلوك يتضمن الإساءة والتهديد ونشر الشائعات وإيذاء الآخرين جسدياً. بينما التمر الإلكتروني هو سلوك تتمر باستخدام الهاتف المحمول أو الإنترنت من خلال التعليق أو إرسال الصور أو التظاهر بأنك شخص آخر لتهديد الآخرين. للتمر آثار سلبية خطيرة على نمو الصحة النفسية لدى المراهقين، فمهما كان سلوك التمر وجميع أشكاله، سواء لفظياً أو غير لفظي، فإنه يؤدي الضحية. سيشعر المراهقون ضحايا التمر بالعجز والانفصال عن الآخرين، وسيشعرون أنهم لا يتلقون أي دعم من البالغين.

التمر الإلكتروني ظاهرة اجتماعية يكتسبها الأطفال والمراهقون في مرحلة النمو. غالباً ما يتكرر سلوك التمر بمرور الوقت. وعادة ما يكون ضحايا التمر معرضين لخطر الإصابة بالاكتئاب والقلق والانخراط في العنف مع الآخرين والسلوك الجنسي وتعاطي المخدرات والخلل الاجتماعي وانخفاض التحصيل الدراسي والعديد من الأمور السلبية الأخرى (Niken & Umilatul,2020,p19)

4-6- الاكتئاب:

تشير الدراسات الوبائية التي شملت الأطفال والشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 4 و 20 عاماً إلى معدلات انتشار تبلغ حوالي 2% بين الأطفال و 2% إلى 5% بين المراهقين. ويبدو أن معدل الاكتئاب يبلغ ذروته في منتصف سنوات المراهقة بين سن 14 و 17 عاماً. يشير التاريخ العائلي لاضطراب المزاج إلى زيادة خطر الإصابة بمزيد من الاضطراب الاكتئابي (بما في ذلك الاضطراب ثنائي القطب) في مرحلة البلوغ. يؤثر الاضطراب الاكتئابي بشكل خطير على النمو الاجتماعي والعاطفي والتعليمي. وغالباً ما يشار إليه بإهمال متزايد للذات. وقد يخفى من خلال البحث المستمر (لا سيما في مرحلة المراهقة) عن الإلتهاة في أنشطة غير معتادة مثل التدخين المفرط وشرب الكحول، وأحياناً الأنشطة المنحرفة والخطيرة، ويعد الاكتئاب أهم مؤشر على السلوك الانتحاري لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عاماً في مرحلة المراهقة، يرتفع معدل الإصابة بأعراض التهيج والشعور بعدم القيمة والذنب، وحالات الانسحاب الاجتماعي، وتغيرات الوزن أو الشهية، وأفكار الموت أو الانتحار، والشكاوى الجسدية، ومشاعر اليأس (Herbert,2005,p210)

4-7- القلق:

تعرف جمعية علم النفس الأمريكية (APA) القلق بأنه "عاطفة تتميز بمشاعر التوتر والأفكار القلقة والتغيرات الجسدية مثل ارتفاع ضغط الدم. ويأتي القلق في عدة أشكال. على سبيل المثال، يمكن أن يتسبب اضطراب القلق العام في شعور المراهقين بعدم الأمان بشأن جميع جوانب الحياة، في حين أن اضطراب القلق الاجتماعي يمكن أن

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

يجعل من الصعب على المراهقين التعبير عن أنفسهم في الفصل الدراسي أو المشاركة في المناسبات الاجتماعية. ويمكن أن يكون للقلق أيضا تأثير خطير على حياة المراهق، وغالبا ما يتداخل مع قدرة المراهق على التواصل الاجتماعي مع الأصدقاء، كما يمكن أن يتداخل مع تعليم المراهق، فيمكن أن يمنع القلق الشديد المراهقين من مغادرة المنزل (Chatterjee,2023,p3)

4-8- اضطراب التحدي المعارض:

اضطراب التحدي المعارض (ODD) هو نوع من اضطراب السلوك التخريبي، وهي حالة يظهر فيها المراهقين أنماطا مستمرة من السلوك غير المتعاون والمتحدي. المراهقون المصابون باضطراب المعارضة المتحدي يفقدون أعصابهم في كثير من الأحيان، يسارعون إلى الجدل مع البالغين حول القواعد أو الطلبات أو حتى الأشياء الصغيرة غير المهمة، غير متعاونين، غير راغبين في اتباع القواعد، يزعجون الآخرين عمدا وينزعجون منهم بسهولة، إلقاء اللوم على الآخرين على سوء سلوكهم أو أخطائهم، حاقدون وانتقاميون، الدخول في جدالات متكررة مع أقرانهم، يتعرضون للتأديب في المدرسة بشكل متكرر (Chatterjee,2023,p3)

4-9- سلوك الانتحار:

يموت أكثر من 800 ألف شخص منتحرين كل عام في سن 15 إلى 29 عاما. يهدف السلوك الانتحاري إلى وضع حد وانتهاء للحياة. لدى المراهقين أفكار انتحارية في الأصل من أنفسهم، أو تأتي هذه الأفكار من خلال تعرضهم للتممر أو التتمر الإلكتروني، أو شعروا بالاكئاب، أو شعروا بالقلق. تشمل العوامل الأخرى التي تسبب الانتحار ضعف الأداء الأكاديمي، والمشاكل المالية، والضغط الاجتماعي والثقافي، ووسائل التواصل الاجتماعي.

يتضمن الانتحار قيام الشخص بإحداث وفاته بنفسه، والقيام بذلك عن علم. يحتاج هؤلاء الشباب عادة إلى مساعدة نفسية متخصصة لمشاكل الصحة العقلية مثل الاكتئاب والقلق. في حوالي 20% من الحالات، واجه الأفراد مشاكل طويلة الأمد (على سبيل المثال، مع العائلة أو المدرسة، أو مجموعة أقران منحرفين، أو الشرطة) ذات طبيعة خطيرة. هؤلاء الشباب هم الأكثر عرضة لخطر المزيد من المحاولات. يسعى البعض إلى الهروب أو العزلة من خلال إساءة استخدام المخدرات أو الكحول.

تبلغ محاولات الانتحار ذروتها في الفئة العمرية من 15 إلى 19 عاما، بأكثر من 13 حالة انتحار لكل 100,000

شاب. وهي نادرة إلى حد ما لدى الأطفال دون سن 14 عاما (Herbert,2005,p212)

ثانياً: الإدمان على المخدرات

1-تعريف الإدمان على المخدرات وبعض المفاهيم المرتبطة به:

1-1- مفهوم الإدمان على المخدرات Drugs Addiction :

1-1-1- لغة: الإدمان لفظ مشتق من الفعل أَدَمَنَ، يُدَمِّنُ، أَدَمِنُ إِدْمَانًا، يقال أَدَمِنَ الشيءَ بمعنى أدامه وواظب عليه (بن هادية وآخرون، 1995، ص 25)

والإدمان لا يقع إلا على الأعراض فيقال مثلاً: فلان يدمن الشرب أو الخمر بمعنى لزم شربها، فمدمن الخمر هو الشخص الذي لا يقلع عن شربها (ابن منظور، 1997، ص159)

1-1-2- اصطلاحاً:

إن ظواهر الإدمان المرتبطة بالمخدرات مثل الكوكايين أو الهيروين أو القنب تعد من النماذج الأولى التي تمت دراستها وقد تم تعريف الإدمان في الأدبيات على أنه سلوك يتميز بعدم القدرة المتكررة على التحكم في السلوك الذي يهدف لإنتاج المتعة وعدم القدرة على تجاهل الشعور بعدم الارتياح الداخلي، مع استمرار هذا السلوك رغم معرفة عواقبه السلبية على المستوى الجسدي والنفسي والاجتماعي (Benhaiem, 2013, p04)

كما يمكن تعريف الإدمان على أنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية، أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي (ويقال المدمن) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما أُنقِطع عن التعاطي. وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. وقد حدد المعالجون الأبعاد الرئيسية للإدمان والمتمثلة في:

(أ) تكرار الاستهلاك والرغبة الشديدة (الرغبة القهرية التي لا يمكن كبتها) قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة الإدمانية المطلوبة بأي وسيلة.

(ب) الميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة (الزيادة التدريجية في الجرعات لاستعادة آثار المرة الأولى) وهو ما يعرف بالتحمل (Benhaiem, 2013, p04)

(ج) الاعتماد النفسي والجسدي وله مظاهر نفسية وفيزيولوجية واضحة.

(د) حالة تسمم عابرة أو مزمنة (عبد المنعم، 2016، ص33)

وتعرفه منظمة الصحة العالمية 1957 بأنه "حالة من التسمم الدوري أو المزمّن الناتج عن الاستخدام المتكرر

لعقار طبيعي أو اصطناعي" كما يمكن أن تحدث الإدمانات النفسية والجسدية بشكل مستقل أو مترامن.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

في عام 1964، عرّفته منظمة الصحة العالمية بأنه حالة الاعتماد النفسي و/أو الجسدي على أحد المواد التي يتم استهلاكها (Brust et al.2007.p03)

ومما سبق عرضه من تعريفات للإدمان يمكننا أن نعرفه بأنه التعاطي المتكرر لعقار طبيعي أو اصطناعي، ينتج عنه انشغال شديد ورغبة قهرية لدى المتعاطي للحصول على المادة الإدمانية رغم الأضرار الواضحة التي تسببها له، وميله للزيادة في الجرعة، وحدث اعتماد نفسي أو جسدي أو الاثنين معا، مع ظهور أعراض انسحابية في حالة الانقطاع عن التعاطي.

1-2-1- بعض المفاهيم المرتبطة بالإدمان على المخدرات:

1-2-1-1- المخدرات Drugs:

المخدرات هي مواد من أصل نباتي أو تركيب كيميائي قادرة على التأثير على حالة وعي الفرد وتصوراته، ولها تأثيرات أخرى على السلوك والحالة المزاجية للفرد (Bouchard, 2005, p35) ، وقد قسمت منظمة الصحة العالمية W.H.O أنواع المخدرات إلى:

1-عقاقير منبهة: مثل الكافيين، النيكوتين، الكوكايين، الأمفيتامينات.

2-عقاقير مهدئة: مثل الكحول، الهيروين، الأفيون، المورفين، ومجموعة الميثادون والباربيتورات.

3-عقاقير مثيرة: مثل القنب الهندي الذي يستخرج منه الماريجوانا والحشيش

(محمود وكريم، 2019، ص189)

1-2-2-1- الاعتماد النفسي Psychological Dependence:

هو شعور بالرضا ودافع نفسي يتطلب تناول المخدرات بشكل منتظم أو مستمر من أجل الشعور بالمتعة أو تجنب الأحاسيس غير السارة ويسبب الاعتماد النفسي أعراضا نفسية بالإضافة إلى السلوك القهري للبحث عن المخدرات (Brust et al.2007.p04) وتعتبر الطقوس المرتبطة بهذا الاستهلاك مهمة حيث لا يعتمد المتعاطون فقط على المخدرات ولكن أيضا على الأوقات التي يحدث فيها هذا الاستهلاك والعواطف التي يمرون بها كما أن الاعتماد النفسي يمكن أن يستمر لسنوات طالما لم يتم الحد من المتعة التي يوفرها المخدر ولم يتم استبدال الدور الذي يلعبه في الاسترخاء و التعامل مع مشاعر معينة (Bouchard, 2005, p32-33)

1-2-3- الاعتماد الجسدي Body Dependence:

هو حالة التكيف التي تتجلى في حدوث اضطرابات جسدية شديدة عند انقطاع تناول الدواء أو عندما يتم تعديل تأثير الدواء ويسبب أعراض جسدية وعلامات موضوعية كما اقترحت منظمة الصحة العالمية استبدال مصطلح الاعتماد الجسدي بحالة من التكيف العصبي (Brust et al, 2007.p04)

1-2-4- الأعراض الانسحابية Withdrawal syndromes:

هي مجموعة من الاستجابات الجسمية والنفسية الناجمة عن منع أو امتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها، تحدث للمتعاظم في الأيام الأولى من التوقف عن التعاطي، بحيث يكون الجسم قد تعود على المخدر ولا يستطيع أن يؤدي وظائفه بدون مخدر، وتتباين الأعراض الانسحابية فيما يتعلق ببداية ظهورها على المدمن، حسب نوع المخدر، بالإضافة إلى عوامل أخرى، إلا أنها تتراوح بين (6-69 ساعة) وقد تمتد إلى أكثر من ذلك بكثير (البريشن، 2002، ص 21)

1-2-5- الاشتياق أو اللهفة Craving:

مصطلح يشير إلى حالة الرغبة إلى التعاطي. ويأتي الاشتياق في صور مختلفة، وهي دعوة إلى تعاطي المادة المدمن عليها (النوع)، وبنفس المقدار (الكمية)، وبنفس الطريقة (طريقة التعاطي). والاشتياق يظهر حينما الهيروين يومياً فيبقى أكثر من يوم دون تعاطي. يتجاوز المدمن الوقت الذي يتعاطى فيه، كأن يتعود على تعاطي جرعة الهيروين يومياً فيبقى أكثر من يوم دون تعاطي (البريشن، 2002، ص 20)

1-2-6- التسمم أو السكر Intoxication:

هي حالة السكر الناجمة عن تعاطي مواد كحولية أو مخدرة، ينجر عنها سلوكيات غير طبيعية غالباً ما تتمثل في: تدني في مستوى الأداء الوظيفي، والصحة أو الانتعاش المؤقت، والضعف الحركي، والعجز عن إصدار الأحكام والكلام غير الواضح أو غير المتزن، والكسل في أداء الوظائف والالتزامات الاجتماعية (البريشن، 2002، ص 18)

1-2-7- التحمل Tolerance:

هي حالة التدني التدريجي في تجاوب الجسم مع مفعول المخدر، نتيجة التعاطي بصورة مستمرة، بحيث لا يتكيف الجسم مع الكمية السابقة، مما يقتضي زيادات في الجرعة بعد فترات من الاستمرار في التعاطي للحصول على النتيجة التي يطلبها الجسم (البريشن، 2002، ص 22)

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

2-مراحل الإدمان على المخدرات لدى المراهق:

يمر الفرد بمراحل طويلة قبل أن يصل إلى مرحلة الإدمان، حيث ينقسم نمط تعاطي المخدرات، بدءاً من التجربة وحتى الاعتماد، إلى عدة مراحل، ويمكن للفرد أن يمر بهذه المراحل بسرعة أو خلال عدة سنوات:

المرحلة الأولى: التجريب: يبدأ تعاطي المواد في الغالب بالتجريب، يحتاج المراهقون في هذه المرحلة إلى كمية قليلة جداً من المادة حتى يشعروا بالانتعاش أو الرضا ويعودوا إلى حالتهم الطبيعية. تبدأ التجربة بالفضول وروح المخاطرة. يقوم بعض المراهقين بتجربة المادة ومن ثم التوقف عن استخدامه ولكن هناك غالبية الآخرين الذين يعانون من تعاطي المخدرات مدى الحياة بعد تجربتهم لأول مرة مع المادة.

المرحلة الثانية: الاستخدام الترفيهي: ويظل القبول الاجتماعي هو الدافع الأساسي لهذه المرحلة. لذلك، يظل سياق تعاطي المخدرات دائماً في إطار المجموعة. عادة لا يدرك الفرد أن استهلاكه أصبح منتظماً تدريجياً لأنه الآن يستخدم المادة في صحبة أشخاص آخرين أيضاً. يبدأ تعاطي المخدرات في إعاقة حياة المراهق مثل انخفاض درجاته في المدرسة.

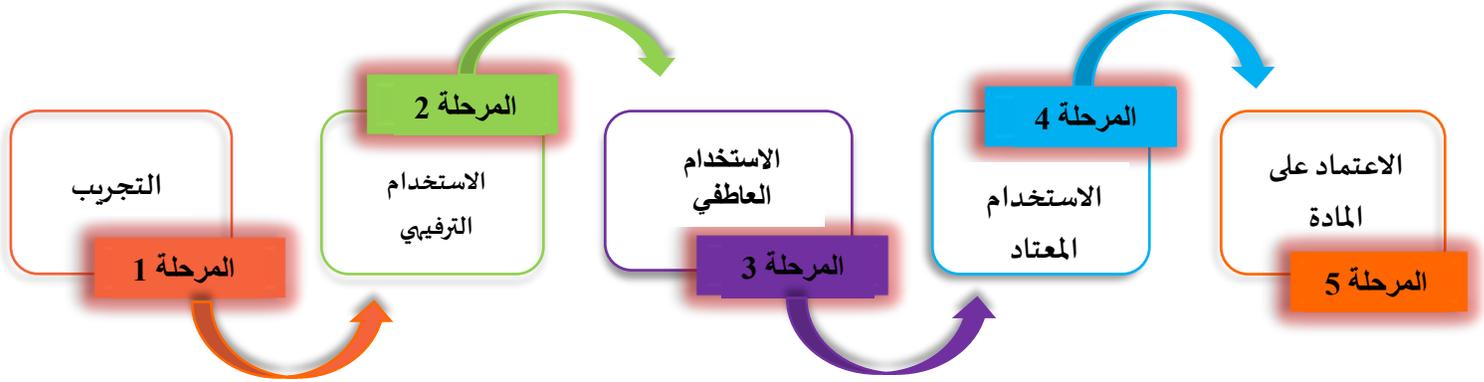
المرحلة الثالثة: الاستخدام العاطفي: في هذه المرحلة يبدأ الفرد عموماً بتناول مادة للتلاعب بمشاعره وعواطفه وسلوكه. إنهم يستهلكون المادة للحصول على المتعة والشعور بالرضا. ويبقى الغرض هو الحصول على متعة المشاعر، للتعامل مع التوتر والمشاعر السلبية.

المرحلة الرابعة: الاستخدام المعتاد: في هذه المرحلة، يبدأ تعاطي المراهق للمواد في التأثير على حياته. يبدأ الفرد في الانشغال بأفكار شراء المادة. صعوبات في النوم والتركيز، وقد تظهر أعراض انسحاب في بعض الأحيان، وقد تزداد الرغبة في التحمل والرغبة في تناول الدواء. تبدأ بعض المشكلات السلوكية مثل ترك المدرسة وضعف الأداء المدرسي أيضاً مع تقلبات مزاجية كبيرة.

المرحلة الخامسة: الاعتماد على المادة: تتضمن المرحلة كافة سمات الاستخدام المعتاد. علاوة على ذلك، في هذه المرحلة، يصبح تعاطي المخدرات مستمراً. وعلى الرغم من عواقب سلوك الفرد المحفوف بالمخاطر، فإن تعاطي المخدرات مستمر. تصبح مشاكل العلاقات مع أفراد الأسرة ومجموعة الأقران، والقضايا الصحية، والمشاكل القانونية، والتدهور الأكاديمي واضحة وبارزة. تصبح مشكلة تعاطي المخدرات مزمنة، وكثيراً ما تنكس، ويصبح التعافي صعباً نسبياً ولكنه قابل للعلاج.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

يعد الوعي بهذه المراحل من تعاطي المخدرات أمرًا ضروريًا للمراهقين وأفراد أسرهم لمعرفة كيف يتحول استخدام المادة إلى تعاطي مثير للمشاكل (Swati,2022,p205)



الشكل رقم (15): يوضح مراحل الإدمان (Swati,2022,p205)

3- معايير تشخيص الإدمان على المخدرات وفقا للدليل التشخيصي والإحصائي الخامس (DSM-5)

في السابق، كان الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية يميز بين تشخيص تعاطي المخدرات والاعتماد عليها، ومع ذلك، فقد تم إسقاط مصطلح "الاعتماد" في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) على الرغم من أنه لا يزال يستخدم في مجال الإدمان لوصف مشكلة خطيرة تتعلق بالاستهلاك القهري والمتكرر للمخدرات.

في الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) يتم الآن تجميع إساءة الاستخدام والاعتماد ضمن المصطلح التشخيصي الأوسع والأكثر حيادية "اضطرابات تعاطي المخدرات". وقد وضع الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية (DSM-5) معايير تشخيصية محددة لكل مادة للاضطراب المرتبط باستخدامها، وفيما يلي نقدم بدلا عن ذلك ملخصا لهذه المعايير المقدمة عالميا لجميع المواد (Benny et al,2016,p290)

بشكل عام، يتوافق تشخيص اضطراب استخدام المواد المخدرة مع نمط من الاستخدام الاشكالي للمادة، مما يؤدي إلى ضعف الأداء ومعاناة كبيرة سريريا، ويتميز بوجود اثنين على الأقل من المظاهر الواردة فيما يلي، خلال فترة 12 شهرا:

ضعف السيطرة على تعاطي المخدرات يتوافق مع المجموعة الأولى من المعايير (المعايير 1-4)

1. قد يتناول الشخص المادة بكميات أكبر أو لفترة زمنية أطول مما هو متوقع.

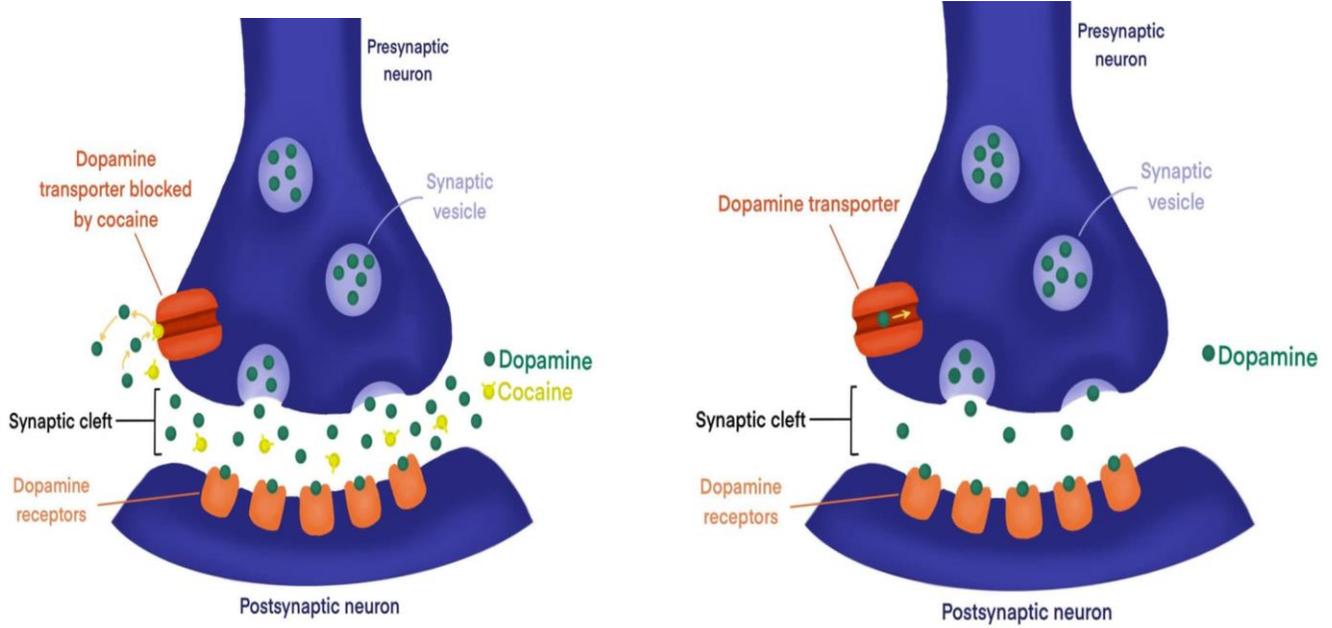
الفصل الرابع: المراقبة والإدمان على المخدرات

2. قد يعبر عن رغبة مستمرة في تقليل استخدام المواد أو السيطرة عليها وقد يتم بذل جهود متعددة غير ناجحة لتقليل الاستخدام أو إيقافه.
3. قد يقضي الفرد وقتا كبيرا في الحصول على المادة أو استخدامها أو التعافي من آثارها.
4. الرغبة الشديدة (لهفة) في تناول المادة تتوافق مع رغبة قوية أو حاجة ملحة لاستهلاك المادة والتي يمكن أن تحدث في أي وقت، خاصة في البيئة التي تم فيها الحصول على المادة أو استخدامها من قبل. ضعف الأداء الاجتماعي يتوافق مع المجموعة الثانية من المعايير (المعايير 5-7)
5. يمكن أن يؤدي الاستخدام المتكرر للمواد إلى عدم القدرة على الوفاء بالالتزامات الرئيسية في العمل أو المدرسة أو المنزل.
6. قد يستمر الشخص في استخدام المادة على الرغم من المشكلات الشخصية أو الاجتماعية المستمرة أو المتكررة التي تسببها أو تتفاقم بسبب تأثيرات المادة.
7. أنشطة اجتماعية أو مهنية أو ترفيهية هامة قد يتم إيقافها أو تقليلها بسبب تعاطي المخدرات. يمكن للشخص الانسحاب من الأنشطة العائلية والترفيهية من أجل استهلاك المادة. الاستخدام الخطير للمواد يتوافق مع المجموعة الثالثة المعايير (المعايير 8-9)
8. الاستخدام المتكرر للمادة في الحالات التي تشكل فيها خطورة جسدية.
9. يمكن للشخص أن يستمر في استهلاك المادة بالرغم من علمه بأنه يعاني من مشكلة نفسية أو جسدية مستمرة أو متكررة قد تكون ناجمة عن المادة أو تفاقت بسببها. المعايير الدوائية تمثل المجموعة الأخيرة (المعايير من 10 إلى 11)
10. يعرف التحمل بأنه الحاجة إلى زيادة ملحوظة في كمية المادة لإحداث التأثير المطلوب أو انخفاض ملحوظ في التأثير عند استخدام نفس الكمية من المادة.
11. الانسحاب هو متلازمة تحدث عندما ينخفض تركيز المادة في الدم أو الأنسجة بعد تناولها بكثافة ولفترة طويلة، وبعد ظهور أعراض الانسحاب، قد يستهلك الشخص المادة (أو مادة مشابهة جدا) لتخفيف هذه الأعراض أو تجنبها. تختلف أعراض الانسحاب بشكل كبير حسب تصنيفات المواد، ويتم وصف مجموعات متميزة من معايير الانسحاب حسب تصنيفات المواد (Acier,2016,p19)

4-أهم النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

4-1-النظرية البيولوجية:

النموذج الكيميائي: ويركز هذا الاتجاه على العلاقة الكيميائية بين المخدر وجسم المتعاطي، حيث يرى الباحثون في هذا المجال أن المورفين له القدرة على إحداث تغيير في الخلايا المنشطة، مما يساهم في جعلها أكثر حساسية للتأثيرات، وبالتالي يصبح الجسم بحاجة إلى مزيد من المورفين لتقليل حالة الإثارة وإعادة التوازن النسبي له. إن للتأثير الكيميائي على جسم الإنسان دور في إحداث التحمل، وبالتالي تنشأ الحاجة إلى زيادة الجرعة. ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن المخدر يؤدي إلى تقليل نسبة المورفين الطبيعي الذي يفرزه الجسم ومن هنا يتخلص الجسم من التثبيط ومن أحد الميكانيزمات الدفاعية ضد الألم، ويصبح في حاجة إلى المزيد من الجرعات وتستمر الحلقة المفرغة (زهرا، 1997، ص60) كما يشير هذا الاتجاه إلى أنه يتواجد على مستوى دماغ الإنسان أحماضا أمينية تتشابه كثيرا مع المورفين من حيث تركيبها الكيميائية وخواصها الفسيولوجية أيضا، وهي أقوى منه بكثير تسمى بالأندومورفين، يتم افرازها من خلال الغدة النخامية التي تقع في قاعدة الدماغ، وحسب هذا الاتجاه فإنه في حالة تعرض الخلايا العصبية الموجودة في الدماغ إلى جرعات متكررة من الهيرويين مثلا، فإنه سيتم إيقاف افراز الأندومورفين، ويصبح الجسم يعتمد على جرعات الهيرويين للقيام بوظائفه (الشكل رقم 16)، وبهذا يحدث ما يسمى بالإدمان، حيث أنه لو تم الانقطاع المفاجئ عن تزويد الجسم بجرعات الهيرويين، فإن ذلك سيحدث آثارا وآلاما وهي ما تسمى بالأعراض الانسحابية الناجمة عن الإدمان. ويشير أيضا هذا الاتجاه من خلال الأبحاث والدراسات إلى أن قابلية الإدمان تكون عالية لدى الأفراد الذين يعانون من نقص تكويني في أجسامهم لهذه المادة (الأندومورفين) (البريشن، 2002، ص129-130)



الشكل رقم (16): يوضح تأثير المخدرات على النواقل العصبية في الشق المشبكي

النموذج الوراثي: يعتمد هذا النموذج في تفسيره لسلوك تعاطي المخدرات على مبادئ جينية، حيث تفترض أنه سلوك ينتقل من الشخص المدمن إلى أبنائه، وأن الشخص المدمن على المخدرات لا يصبح مدمنا، وإنما يولد كذلك، فهذا النموذج يفترض وجود استعداد وراثي منقول داخل الأسرة ليصبح الفرد مدمنا، مما يعني أن الميل نحو الإدمان يظهر عند الأفراد من نفس العائلة، وفي نفس السياق تشير النتائج التي توصل إليها كاسل Kassel (1962) الذي يعد من أوائل الباحثين الذين اهتموا بدور الوراثة في حدوث الكحولية، إلى أن للاستعداد البيولوجي دور في الإدمان على الكحول، فحسب هذه النتيجة الأفراد المدمنين على الكحول يولدون كحوليين، كما أشارت الدراسات التي قام بها كلا من (Bohman,1978,Cadoret,1980,Coodwin,1977) إلى أن درجة الإدمان تتراوح ما بين 18% إلى 27% عند الذكور المنتميين إلى آباء مدمنين على الكحول، وتم تبنيهم من طرف أشخاص غير كحوليين، أما درجة الكحولية عند الذكور الذين لا ينتمون إلى آباء (بيولوجيين) غير كحوليين، بنسبة تقدر ب 5% إلى 6%

(حمدي، 2022، ص547)

4-2- نظرية التحليل النفسي:

أولت هذه النظرية أهمية كبيرة للسنوات الخمس الأولى في حياة الإنسان، أو ما يسميها فرويد بمراحل النمو النفسي الجنسي، وذلك لما لها من دور مهم في بناء شخصيته لاحقاً، كما ركزت في تفسيرها للاضطراب على ما أسمته بالتثبيت، والذي يعني تثبيت اللذة الجنسية عند إحدى مراحل النمو النفسي الجنسي ليتأثر سلوك الإنسان فيما بعد بهذا التثبيت، حيث يميل إلى النكوص إلى مرحلة سابقة في حياته لتظهر أشكال الاضطراب أو السلوك غير السوي. وتبعاً لهذا المنظور، يكون التعاطي إشباعاً للتأثيرات الفمية الأولى، وهكذا فإن منشأ التعاطي وطبيعته تحددها البيئة السيكولوجية (زهرا، 1997، ص 67)

ويرى بعض رواد هذه النظرية أن عدم قدرة الأم أو الأسرة على إشباع حاجات طفلها، والاعتمادية في مرحلة الطفولة المبكرة ينتج عنه عدم تأكيد إشباع هذه الحاجة لدى الطفل، وبذلك لا يطور القدرة على تأجيل إشباع حاجاته، وانخفاض تحمل الاحباط ويظهر في صورة سلوك اندفاعي مثل: الغضب، الانسحاب، أو في صورة استخدام للمواد المخدرة الذي يعد سلوكاً غير ناضج لتحقيق الإشباع الفمية. أما ميننجر (Menninger) فيرى أنه طالما لم تشبع حاجات الطفل الشخصية، فإنه يصبح غاضباً من والديه ولأنه غير قادر على التعبير عن هذه الرغبات العدوانية نحوها، فإن غضبه يتجه نحو الذات، ويظهر في شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام العقاقير.

ويرى أدلر (Adler) في تفسيره لظاهرة الإدمان أنها ناتجة عن نقص عضوي، وفشل الفرد في تحقيق النجاح الاجتماعي، فحسبه فإن جميع الذين يفشلون في حياتهم كالعصابيين أو الذهانيين أو المدمنين أو الجانحين أو المنحرفين أو الذين يقدمون على الانتحار إنما يفشلون لانفتقارهم إلى الشعور بالود والمحبة نحو الآخرين، وعدم اهتمامهم بصالح المجتمع ونقص عامل المشاركة الوجدانية في علاقاتهم مع الآخرين، وبمعنى آخر فإن مدمن المخدرات في نظر أدلر هو شخص لديه نقص عضوي ما، أو لديه نقص في علاقاته الاجتماعية أو الثقافية أو الاقتصادية، لهذا فهو يقوم بتعويض هذا النقص بالعكوف على عقار يعطيه الثقة وينسيه عيوبه

(محيسن، 2013، ص 307)

4-3- النظرية السلوكية:

ينسب السلوكيون إدمان المخدرات إلى مفهوم طبيعي يتمثل في "خفض التوتر"، حيث يرى هؤلاء أن الأفراد يتعاطون المخدرات من أجل خفض من مشاعر الألم والغضب والضيق، والقلق خاصة، فيحصل الأفراد المتعاطين للمخدرات على قدر كبير من التعزيز الإيجابي "Renforcement Positive"، مما يولد لديهم الرغبة والميل إلى تعاطي المخدرات مرات ومرات عديدة ومتتالية.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

كما يحاول رواد هذه النظرية تفسير سلوك الإدمان على المخدرات بناء على نظريات التعلم، حيث أن الإدمان يحدث نتيجة ارتباط تعاطي المخدرات بتعزيزات إيجابية تتمثل في الآثار السارة والمبهجة التي تحدثها المادة الإدمانية، وانهاؤه لحالات الضيق واليأس والقلق، والتي يعد زوالها بمثابة (مكافأة). بالإضافة إلى وجود مثيرات شرطية تدفع الفرد للتعاطي، وتثير فيه الرغبة في المخدر، مثل: البيئة وما ينتمي إليها من أشياء خاصة بالمخدر، وحدث الآلام منع عند الانقطاع عن تناول المخدر، وزوال هذه الآلام بتعاطي جرعة المخدر.

وعليه فإن الإدمان وفقا للنظرية السلوكية يكون سوكا يتعلمه الإنسان من البيئة المحيطة به، فهو ناتج عن تعزيزات إيجابية متمثلة في اللذة الناتجة عن التعاطي، والتعزيزات السلبية المتمثلة في آلام المنع أو أعراض الانسحاب (عبد المنعم، 2016، ص88)

4-4- النظرية المعرفية:

يعتمد رواد هذه النظرية بشكل أساسي على الدور المهم الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في نشوء الاضطراب النفسي لدى الأفراد، دون الاغفال عن أهمية العوامل البيئية أو الكيميائية التي تؤثر على السلوك والعاطفة لدى الإنسان.

نموذج آرون بيك: ويرتكز في تفسيره لسلوك تعاطي المخدرات على أهمية المعتقدات، حيث يرى أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه ايجابي نحو تعاطي المخدرات، يمتلكون معتقدات مميزة تنشط تحت تأثير بعض الظروف والتي أسماها ب "الظروف ذات الخطر المرتفع"، هذه الظروف يمكن أن تلعب دور المنشط من خلال استثارة معتقدات الفرد الايجابية نحو المخدرات، أو الرغبة الملحة إلى تعاطي المخدرات إن لم يكن من المتعاطين. كما يضيف بيك Beeck (1993) إلى أن هناك عوامل تزيد من قابلية الأفراد لتعاطي المخدرات (مثل: الحساسية المفرطة لعدم اللذة، الاندفاعية، البحث عن الأحاسيس وعدم تحمل الألم تحمل ضعيف للإحباطات)، هذه العوامل هي عبارة عن أفكار سلبية تغذي الحاجة إلى تعاطي المخدرات. فالإشكال الأساسي للإدمان على المخدرات حسب هذا النموذج يرتكز حول الأفكار والمعتقدات الخاصة بالشخص المدمن على المخدرات، والتي تنحدر من فكرة أساسية وهي الاحتقار الذاتي (مثل أنا ضعيف، أنا غير قادر، أنا لست محبوب)، ومع صعوبات الحياة اليومية ينتج عن ذلك الاكتئاب والعدوانية. هذه الوضعيات تنشط الأفكار ذات العلاقة مع الإحساس بالحاجة للمخدرات) (كفاي، 2012، ص346)

نموذج ألبرت إليس: يشير إليس (Ellis) إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على استمراره هي "التحمل المنخفض للإحباط" تضاف إليه ثلاث نماذج نظرية أخرى وتبقيه، وهي الإنسجام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة والانسجام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات، وأخيرا نموذج الحاجة إلى الإثارة، وقدم نماذج تفسيرية استنتقت من خلالها برامج علاجية أثبتت فعاليتها (حمدي، 2022، ص560)

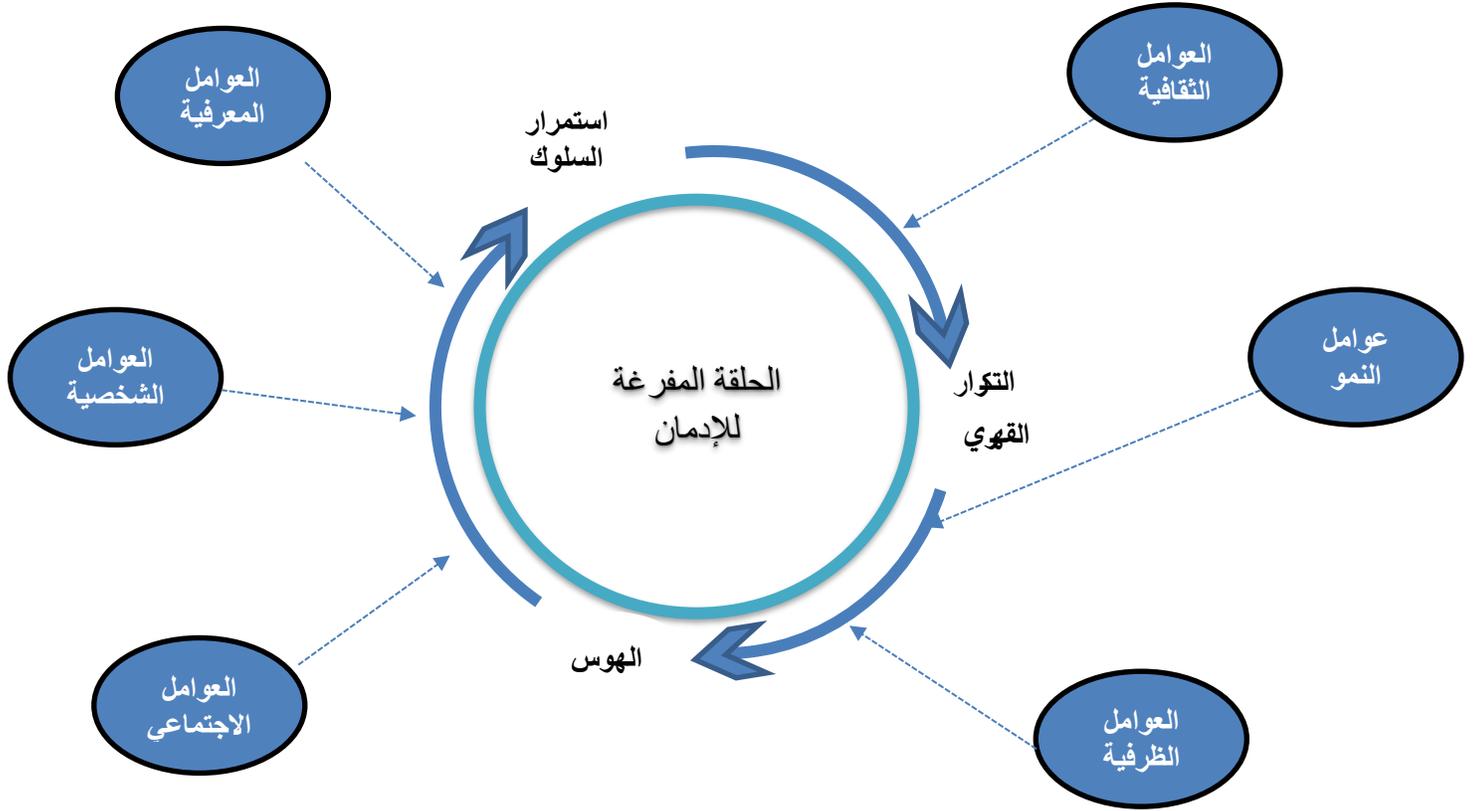
4-5- النموذج النفسي الاجتماعي:

في سبعينيات القرن العشرين، وبالاستفادة من المفاهيم السلوكية والمعرفية وبعض الأفكار المستمدة من البنائية الاجتماعية، اقترح بيل (Peel) نموذجا نفسيا اجتماعيا للإدمان، (Schauder,2007,p480) فالنسبة لبيل (Peel) فإن الإدمان كمفهوم بيولوجي بحت هو مفهوم ارتجالي، و يرى أن السلوك الإدماني لا يختلف عن جميع المشاعر والأفعال البشرية الأخرى، فهو أيضا عرضة للتأثيرات الاجتماعية والمعرفية، كما يمكن فهم الإدمان على أفضل وجه باعتباره عملية تكيف بين الفرد وبيئته، كما تتحدى العديد من الدراسات فكرة أن الإدمان هو نتيجة لآلية بيولوجية واحدة محددة، فالعديد من مستخدمي المواد الأفيونية هم من الأطباء أو غيرهم من العاملين في مجال الرعاية الصحية الذين يتمكنون من السيطرة على استخدامهم لهذه المادة لفترات زمنية تمتد لعدة أشهر، وقد كان أحد الأشخاص الذين أجريت عليهم الدراسة، وهو طبيب، قادر على تناول المورفين أربع مرات يوميا، لكنه يمتنع عن ذلك في عطلات نهاية الأسبوع وأثناء إجازته السنوية التي تستمر شهرين، وحتى أثناء متابعته لمدة تزيد عن عشر سنوات، لم يزد هذا الطبيب جرعاته أبدا، ولم يعاني من أعراض الانسحاب أثناء فترات الامتناع عن المادة الإدمانية (Eric and stanton,2000,p218)

ويرى بيل (Peel) أن الشخص المدمن قبل كل شيء هو عبارة عن موضوع اجتماعي يتفاعل مع الآخرين ويمثل عنصرا فاعلا في تنشئته الاجتماعية الخاصة، حيث أن تجربة إدمان المخدرات بالنسبة له هي بمثابة استراتيجية للتكيف بينه وبين العالم للتعامل مع الشعور بالعجز تحت تأثير المادة الإدمانية، حيث يشعر المدمن بالقبول، وأنه أفضل، وأنه حقق مشاريعه، ولكن بما أن الشعور بتقدير الذات هو مجرد وهم، فإن مشاعر العجز والمزاج السلبي تعود بسرعة، ثم يقوم المدمن بتكرار هذه التجربة الأولية بشكل قهري للتقليل من الشعور بعدم الرضى عن نفسه والحفاظ على مشاعر الرضا التي اختبرها بالفعل، حيث أن التجربة الإدمانية تلغي الشعور بالفشل وتقدم الرضا الذي لم يكن لدى المدمن، حيث يقع المدمن في فخ حلقة مفرغة حيث يتناوب الافتقار إلى احترام الذات مع الهروب نحو تجربة تلغي الاعتراف بالفشل (Schauder,2007,p 480) وقد أكدت العديد من الدراسات، سواء على الحيوانات أو البشر، أن العوامل البيئية لها تأثير حاسم على السلوك الإدماني، وهو تأثير ليس فقط على بدء السلوك، أو الميل إلى الانتكاس، ولكن أيضا على الحاجة القهرية الأساسية لاستهلاك مادة ما، (Eric and stanton,2000,p216) فالإدمان يولد الاعتماد على هذه التجربة، وهي تجربة يحددها بيل (Peel) وفقا لثلاث خصائص: التكرار القهري، واستمرار السلوك، والهوس، وبالتالي فإن موضوع الإدمان ليس هو المخدر أو أي مصدر آخر للتحفيز، بل هو التجربة التي

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

يعيشها الشخص المدمن، و هناك العديد من العوامل التي يجب مراعاتها في هذه التجربة: العوامل الثقافية، والعوامل الاجتماعية، والعوامل الظرفية، وعوامل النمو، وعوامل الشخصية، والعوامل المعرفية (Schauder,2007,p 481)



الشكل رقم (17): يوضح الحلقة المفرغة للإدمان حسب النموذج النفسي الاجتماعي لستانتون بيل

(Didier,2016,p72)

كما ينظر بيل (Peel,1975) إلى أربعة عناصر أساسية للتعرف على الشخص المنخرط في دورة الإدمان أو

الاعتماد وتتمثل هذه العناصر في:

-الإدمان هو استمرارية، أي أنه حلقة مفرغة، تبدأ مرارا وتكرارا وليس لها نهاية دون تدخل.

يؤدي الإدمان إلى تشتت انتباه الشخص عن جميع الاهتمامات الأخرى، مما يعني أن استخدام المخدرات يصبح

حاضرا في كل مكان، مما يؤدي تدريجياً إلى القضاء على جميع اهتمامات الشخص الأخرى.

-الإدمان ليس تجربة ممتعة لأن الشخص يستخدم العقاقير النفسية بشكل حصري تقريباً لتخفيف معاناته ولم يعد

هناك متعة مرتبطة بالاستهلاك كما في البداية.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

-الإدمان هو عدم القدرة على اختيار عدم القيام بشيء ما، أي أن الشخص قد وضع المخدرات النفسية في مركز حياته ويعيش من أجل ذلك فقط.

-تسيطر المادة أو المواد عليهم بشكل كامل ولم يعد الشخص مسيطرا على حياته.

وتظهر دورة الإدمان التي ابتكرها بيل كيف يتطور لدى الشخص علاقة اعتماد على المادة الإدمانية.

وإذا اتبعنا بيل، فإن كل مادة نفسية لها قيمة إدمانية (إدمانها) والتي تعتمد على التكلفة التكيفية المرتبطة باستخدامها، وهذه التكلفة نفسها تعتمد على ثلاث مجموعات من العوامل المتفاعلة أول هذه المجموعات من العوامل هي:

المعاناة النفسية التي تثير الضغط الناجم عن الحاجة إلى التخفيف من هذه المعاناة والتي تتعلق بالبنية النفسية والشخصية وظروف المعيشة، وخاصة على المستوى النفسي والاجتماعي والأسري، وتتضمن المجموعة الثانية المرافق البيئية المسببة للإدمان، والتي قد تعزز أو لا تعزز الوصول إلى المواد أو الأنشطة الإدمانية، وأخيرا فإن المجموعة الثالثة من العوامل تتعلق بالمهارات الإدمانية الشخصية، والتي تشير إلى خصائص شخصية وفسولوجية أخرى تجعل الفرد يميل إلى البحث عن أحاسيس قوية، والتحكم في بحثه عن الأحاسيس، والتخلص من ضغوط الحياة بسهولة أكبر أو أقل، وما إلى ذلك.

وبالنسبة لستانتون بيل (Stanton Peel)، فإن الإدمان على مادة ما مرتبط بالظروف المختلفة للحياة والتي تشكل

جميعها عوامل قادرة على تعديل القوة النسبية للمجموعات الثلاث من عوامل الإدمان التي تم ذكرها

وقد ذكر أن هناك عدد من العوامل التي تحدد أعراض الانسحاب، مثل الخلفية الاجتماعية، والتوقعات السياقية، والمواقف الثقافية، والشخصية والصورة الذاتية، وأسلوب الحياة، والفرص البديلة للإدمان، حيث يرى ستانتون بيل (Stanton Peel) على أن الإدمان لا يوجد بشكل كامل إلا على المستوى الثقافي والاجتماعي والنفسي، وأنه لا يمكن

اختزاله في العلاقة الوثيقة بين الفرد وإدمانه، أو بالاستناد فقط على العمليات الكيميائية الحيوية في الدماغ

(Didier,2016,p73) أما بالنسبة لكالانت (1982)، فإنه يرى أن الاعتماد الجسدي والتسامح هما مظهران لنفس الظاهرة، وأنه تكيف بيولوجي يحدث في جميع الكائنات الحية ولعدة أنواع من المحفزات، وليس فقط المخدرات. وبهذا المعنى يرى لكالانت أن الاعتماد هو سمة من سمات الشخص وليس سمة من سمات موضوع الإدمان، و أن التأثير الكيميائي الحيوي ليس معيارا للإدمان لأنه مع أو بدون المادة الإدمانية ، فإن التحفيز له في نهاية المطاف تأثير كيميائي حيوي على الدماغ، كذلك يجب علينا أن نعترف بأن أي سلوك نمطي متكرر يرتبط بتجارب متكررة من التنشيط أو التغيير الفسيولوجي، سواء كان ناتجا عن عامل نفسي أو لا، يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في التوقف لدى الفرد،

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

فالإدمان في أشكاله المختلفة، هو استثمار مرضي يتقل كاهل الشخص وأسلوب حياته ومع ذلك فإن موضوع الإدمان لا ينحصر على المادة الإدمانية ، أو أي مصدر آخر للتحفيز، بل هو تجربة المدمن مع هذا الشيء. وبالتالي، يتعين علينا أن نلجأ إلى نهج ظاهراتي للإدمان، والذي يأخذ في الاعتبار العناصر الجسدية والعاطفية والمعرفية والتمثيلية، وفي نهاية المطاف العناصر البيئية التي تحدد هذه التجربة. وكما يشير بيل، فإنه فقط من خلال قبول هذا التعقيد للإدمان سوف يكون من الممكن تجميع صورة مفهومة عنه، وفهم بعد ذلك كيف يؤدي الافراد أنفسهم من خلال سلوكهم، وكذلك كيف يتطورون في نهاية المطاف ويتجاوزون هذه الآثار المدمرة للذات (Eric and stanton,2000,p218)

إن موضوع الإدمان ليس موضوعا بيولوجيا فحسب، بل هو أيضا موضوع اجتماعي، ومن خلال البحث عن بيئة أكثر حماية، فإنه يستطيع الهروب من دائرة الإدمان: وعلى عكس ما هو متصور في النموذج الطبي، فمن الممكن التغلب على الإدمان بالنسبة لبيل (Peel) ، لأن الشخص يستطيع تحديد المشكلة والبحث عن الحلول التي تناسبه لتحسين حالته. كل ما يحتاج إليه هو أن يكون منتبها لاحتياجاته الحقيقية وأن يغير بيئته، أي أن يكون محاطا بأشخاص لا يعانون من هذا النوع من المشاكل. ينطبق هذا النموذج من الإدمان على إدمان المخدرات كما ينطبق على فقدان الشهية العصبي، والشره المرضي، والمقاومة المرضية، والإدمان الجنسي، وما إلى ذلك. أي سلوك نمطي متكرر مرتبط بتجارب متكررة من التنشيط أو التغيير الفسيولوجي، سواء كان ناتجا عن عامل نفسي أم لا، قد يؤدي إلى صعوبات في التوقف بالنسبة للفرد، وإذا اتخذ الفرد هذا الاختيار، فقد يكون مصحوبا باضطرابات في المزاج والسلوك (Schauder,2007,p483)

4-6- نظرية العلاج الذاتي:

في منتصف سبعينيات القرن الماضي، بدأ طبيب نفسي متخصص في الديناميكية النفسية يدعى إدوارد خانترزيان (Edward Khantzian) بملاحظة تناقض بين النظريات الموجودة حول تعاطي المخدرات وما كان يتعلمه عن الأسباب الكامنة وراء تعاطي المواد من مرضاه المدمنين على المواد الأفيونية. وكانت الآراء السائدة حول تعاطي المواد في ذلك الوقت منقسمة إلى أن بعض الأطباء ركزوا على الجوانب الديناميكية النفسية (البحث عن المتعة المدمرة للذات) لتعاطي المواد، بينما أعطى باحثون آخرون الأولوية للآثار الدوائية والتأثيرات المعززة للذات لتعاطي المواد على دماغ المدمن.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

أتاحت الملاحظات السريرية المبكرة لخانتزيان (Khantzian) رؤية مختلفة قليلا عن دوافع الفرد لتعاطي المواد، حيث لاحظ أن عددا كبيرا من الأفراد يصبحون مدمنين على المواد الأفيونية لأنهم يتعلمون أن المخدرات تساعدهم على التأقلم من خلال تخفيف الحالات المزعجة المرتبطة بالغضب والعدوان.

قام خانتزيان (Khantzian) لاحقا بتوسيع هذه الملاحظات إلى نظرية أكثر شمولاً تسمى نظرية العلاج الذاتي ركزت بشكل أساسي على الآليات النفسية لإدمان الكوكايين والأفيون، حيث لاحظ أن نوع المادة التي يفضلها الفرد يتحدد إلى حد كبير من خلال التأثير الدوائي للدواء المحدد على المشاعر المؤلمة المحددة التي يعاني منها ذلك الفرد، وبالتالي، أصبحت بعض الأدوية مرتبطة بتشخيصات نفسية معينة. وأشار إلى أن قابلية إدمان المواد الأفيونية ارتبطت بالغضب والعدوان واحتمال التعرض للعنف والصدمات، وارتبط إدمان الكوكايين بالاكتئاب واضطراب نقص الانتباه والاضطراب ثنائي القطب.

وبدلاً من السعي إلى مطابقة مواد معينة مع تشخيصات نفسية معينة، جادلت المراجعات اللاحقة للنظرية بأن خصوصية عقار الإدمان لدى الشخص مرتبطة بالحالة المزاجية المزعجة التي تخففها المادة. وهكذا، تم تحديد المطابقة من خلال الحالة العاطفية بدلاً من التشخيص، حيث يمكن ربط الحالة العاطفية نفسها بمجموعة متنوعة من التشخيصات. فتتمثل الأطروحة الأساسية لهذه النظرية في أن الضيق البشري والمعاناة النفسية، سواء كانت مرتبطة باضطراب نفسي معين أم لا، هي أصل معظم السلوكيات الإدمانية. وعلى وجه التحديد، فإن عدم قدرة الفرد على تحمل الحالات العاطفية وتنظيمها، وأحياناً حتى التعرف عليها، يزيد من احتمالية توجهه نحو الإدمان (Suh,2008,p520)

من خلال ما سبق ذكره من نظريات مفسرة للإدمان على المخدرات، يتبين أن سبب حدوثه يختلف من مقارنة لأخرى، فالنظرية البيولوجية ركزت في مجملها على العلاقة الكيميائية بين المادة الإدمانية وجسم الإنسان واعتماد الجسم على المخدر للقيام بوظائفه، وأكد النموذج الوراثي على دور الجينات ووجود استعداد وراثي منقول داخل الأسرة، أما نظرية التحليل النفسي ركزت على التثبيت الذي يحدث في المرحلة الفمية وعدم تطوير القدرة على تأجيل الإشباع من قبل الفرد، في حين أكدت النظرية السلوكية على دور التعزيز الإيجابي المرتبط بسلوك التعاطي في حدوث الإدمان، والمتمثل في شعور اللذة والنشوة الذي تحدثه المادة الإدمانية، أما النظرية المعرفية فترجع الإدمان على المخدرات إلى الأفكار والمعتقدات الخاصة بالفرد حول تعاطي المخدرات وما تلعبه من دور مهم في تنشيط أفكاره ذات العلاقة بالحاجة للمخدرات، في حين يركز النموذج النفسي الاجتماعي في موضوع الإدمان على التجربة التي يعيشها المدمن

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

والعوامل المحيطة وليس على المادة الإدمانية، وعلى النقيض من ذلك تركز نظرية العلاج الذاتي على المادة الإدمانية والحالة المزاجية ومشاعر المدمن.

5- عوامل الخطر المنبئة بتعاطي المخدرات بين المراهقين:

هناك عدد كبير من عوامل الخطر التي تساهم في ظهور تعاطي المواد بين المراهقين. وفيما يلي، تم تسليط الضوء على عوامل الخطر الأكثر شيوعا وخطورة.

5-1- عوامل وراثية:

وقد أظهرت دراسات علم الأوبئة الوراثية، وخاصة الدراسات العائلية، ودراسات التوائم، ودراسات التبني، تأثير العوامل الوراثية، حيث تبلغ نسبة الوراثة في إدمان الكحول 50-60% في دراسات التوائم ودراسات التبني وتبلغ نسبة الوراثة لإدمان الهيروين والكوكايين حوالي 70%. يمكن أن تكون العوامل الوراثية للتعرض للإدمان مشتركة بين جميع الإدمانات أو خاصة بكل مادة على حدة، وهو ما يتوافق مع الواقع السريري، حيث يعاني أغلب المرضى من عدة إدمانات، بما في ذلك على وجه الخصوص التبغ والكحول والقنب (Laqueille & Chassagnoux, 2017,p29).

وقد تم إثبات الأهمية المحتملة لعوامل الخطر الوراثية في دراسات التبني التي أجراها Cadoret وزملاؤه وقد وجدوا أن أبناء الآباء البيولوجيين المصابين بإدمان الكحول هم أكثر عرضة لتطوير اضطرابات سلوكية مرتبطة بالمواد الكحولية على الرغم من انفصالهم عن والديهم البيولوجيين عند الولادة، كما أن أبناء الآباء البيولوجيين المعادين للمجتمع لديهم خطر أكبر لتطوير اضطرابات سلوكية مرتبطة بالمواد الكحولية من خلال مسار العدوان في مرحلة الطفولة واضطراب السلوك. كما وجدت الدراسات التي قارنت بين التوائم الحقيقية والتوائم غير الحقيقية أن الوراثة للاعتماد على مواد غير مشروعة مختلفة تصل إلى 80% في بعض الأفراد. وباعتبار الإدمان على المخدرات اضطرابا معقدا، فهو على الأرجح وظيفة للعديد من الجينات المختلفة، ومن غير المرجح أن يتم العثور على أي جين واحد لإدمان المخدرات (Weinberg,2001,p345)

5-2- إدمان أحد الوالدين أو الإخوة:

وفقا لبعض الدراسات الأخرى، فإن تعاطي الأشقاء للمخدرات يزيد من احتمالية تعاطي المراهقين لنفس المادة التي يستخدمها إخوانهم. إذا كان الأخ ذكرا، فإن الاحتمالات تتراوح بين 49.3-50.1%؛ وبالنسبة للإناث، تتراوح الاحتمالات بين 22.4% و25%. تشير دراسات أخرى أيضا إلى أن تعاطي الوالدين للمواد هو أحد الأسباب الرئيسية التي تجعل المراهقين يبدؤون في استخدام المواد. بالإضافة إلى ذلك، إذا كان الآباء يستخدمون المواد، فمن

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

المرجح أن تمر الأسرة بمشاكل أخرى مثل سوء الرعاية الصحية، والبطالة، يمكن أن تؤدي هذه الضغوطات إلى شعور المراهقين بالعجز والانخراط في تعاطي المخدرات والكحول (Hernandez & Araiza, 2014, p9)

5-3-إساءة المعاملة:

إساءة معاملة الأطفال أو إهمالهم، يشمل أي فعل من قبل القائم على رعاية الطفل يؤدي إلى ضرر جسدي أو عاطفي، وقد ارتبط سوء معاملة الأطفال، بما في ذلك الإساءة الجسدية والإهمال، بزيادة خطر تعاطي المراهقين للمواد المخدرة، حيث أفادت إحدى الدراسات أن 29% من الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة شاركوا في عمر ما من حياتهم في تعاطي المخدرات وأفادت دراسة أخرى أن 16% من الأطفال الذين تعرضوا لسوء المعاملة يسيئون استخدام المواد المخدرة كما أشارت إحدى المراجعات لخمس وثلاثين دراسة إلى أن معظم النتائج تظهر باستمرار أن إساءة معاملة الأطفال هي عامل خطر لبدء تعاطي المواد في وقت مبكر. قد يكون هذا لأن ضحايا سوء المعاملة يستخدمون المخدرات والكحول كآليات للتكيف وليس لأسباب اجتماعية بحتة. وبالتالي، فإن بدايتهم تكون في سن مبكر مقارنة بالسن الذي يبدأ فيه المراهقون الآخرون في تعاطي المواد الإدمانية (Whitesell et al,2013, p3)

5-4-الإساءة الجسدية أو الجنسية:

بشكل عام يعد الذكور أكثر عرضة للإساءة الجسدية، في حين أن الإناث أكثر عرضة للإساءة الجنسية. وقد تم فحص آثار الإساءة الجسدية والجنسية، على وجه الخصوص، على سلوكيات المراهقين فيما يتعلق بتعاطي المواد المخدرة، حيث أكد الباحثون عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإساءة الجسدية أو الجنسية واستخدام المراهقين للنيكوتين والماريجوانا والكحول. هناك أيضا بعض الأدلة على أن تعاطي المخدرات غير المشروعة، بما في ذلك الكوكايين والهيريون والباربيتورات، مرتبطة بالإساءة الجسدية والجنسية. فكون المراهق ضحية لاعتداء جسدي أو جنسي يزيد من خطر انخراطه في تعاطي المخدرات من مرتين إلى أربع مرات.

5-5-الانخراط في مجموعات الأقران المنحرفين:

وفقا لديشيون وأوين (2002)، فإن نوع مجموعة الأقران التي يختارها المراهق لها تأثير كبير على استخدامه للمواد، وعلى نوع المادة المستخدمة، وتكرار الاستخدام، وكمية الجرعة وذلك يرجع إلى أن المراهق يمر بمرحلة نمو حيث يبحث فيها عن الشعور بالذات، وبالتالي فإن التفاعل مع الأقران مهم جدا بالنسبة له حيث تكون لديه رغبة قوية في الشعور بأنه جزء من مجموعة أقرانه، وهو ما يرتبط بمشاعر تقدير الذات، والكفاءة (Whitesell et al,2013,p4) يشير بلانتون وآخرون (1997) إلى أن المراهقين الذين يتعاطون المواد بانتظام يميلون إلى ربط أنفسهم بأقرانهم الذين يفعلون الشيء نفسه، فالمراهق الذي لديه علاقة مع شخص يشارك في نشاط المخدرات سيكون لديه احتمالية

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

كبيرة للتعاطي أيضا، فعند انخراطه في مجموعة أقران منحرفين حيث يحدث تعاطي المخدرات، يصبح المراهق ينظر إلى فكرة تعاطي المخدرات كأمر طبيعي، ويفترض أن جميع مجموعات الأقران الأخرى تشارك أيضا في نفس السلوك (Hernandez & Araiza,2014, p9) وقد أظهرت الأبحاث أن الانخراط في مجموعة أقران منحرفين ترتبط بشكل إيجابي بتعاطي المراهقين للمواد المخدرة. وقد ثبت أيضا أن الدخول في مجموعات الأقران المنحرفة يرتبط بشكل كبير بالعلاقات السلبية بين الوالدين والطفل، مما قد يدفع المراهقين إلى البحث عن علاقات منحرفة في دائرتهم الاجتماعية. وعلى العكس من ذلك، قد ارتبطت علاقة المشاركة والاحترام بين الوالدين والطفل سلبا بتعاطي المخدرات لدى المراهقين

5-6- التمر:

وقد كشفت الأبحاث أن لعب دور المتمم كان مرتبطا بشكل إيجابي بزيادة تعاطي الكحول. ومن المثير للاهتمام أن كون المراهق ضحية للتمر له علاقة عكسية مع تعاطي الكحول. وتشير هذه الدراسات أيضا إلى أن الضحية مرتبطة بشكل إيجابي بأشكال أخرى من تعاطي المواد، بما في ذلك الماريجوانا والمستنشقات وتعاطي المخدرات القوية. وهذا يتفق مع دراسة أخرى وجدت أن ضحايا التمر كانوا أكثر عرضة للانخراط في تعاطي المواد من الشباب غير المتورطين (Whitesell et al, 2013, p4)

5-7- اضطرابات الشخصية:

توصلت العديد من الدراسات، بما في ذلك دراسة NESARC، إلى أن اضطرابات الشخصية تزيد من خطر الإدمان، وخاصة اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع أو السيكوباتية واضطرابات الشخصية الحدية، وفي هذه الدراسات، تم العثور على اضطرابات الشخصية المعادية للمجتمع لدى 14% من مدمني الكحول، و15% من مدمني القنب، و37% من مدمني الأفيون، و43% من مدمني الكوكايين. وفي دراسة NESARC أيضا التي أجريت على عامة السكان، تبين أن 42% من الأشخاص المصابين باضطراب الشخصية الحدية قد أصبحوا مدمنين على الكحول في مرحلة لاحقة من حياتهم . (Laqueille & Chassagnoux, 2017, p28) كما توصلت دراسة تشوانج وزملائه أن المراهقين الذين لديهم سمات اندفاعية عالية لديهم ارتباط إيجابي كبير مع إدمان المخدرات، و أن سمة الاندفاعية وحدها كانت عاملا مستقلا في زيادة احتمالية استخدام أي مخدرات بين مرتين إلى أربع مرات لدى المراهقين مقارنة بالمجموعة غير المندفة. كما وجد ويلسون وآخرون، في دراسة شملت 112 مراهقا يخضعون لعلاج إزالة السموم من تعاطي المواد الأفيونية، أن غالبيتهم واجهوا صعوبة في التعبير عن مشاعرهم. وهذا ما توصلت إليه أيضا دراسة

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

مقارنة بين المراهقين المدمنين على القنب والغير مدمنين، حيث وجدت أن المراهقين المتورطين في تعاطي القنب لديهم سمات فقدان القدرة على التعبير مقارنة بالمراهقين الغير مدمنين (Nawi et al, 2021,p8)

5-8- الاضطرابات النفسية والعقلية:

في مرحلة المراهقة، يحدث السلوك الإدماني بسهولة أكبر في الشخصيات الهشة نفسياً. ومن ثم، فإن هذه السلوكيات غالباً ما تكون تعبيراً عن الضعف، حيث يكون بعض المراهقين أكثر عرضة للخطر من غيرهم (Morel & Coutron,2019,p281)

وقد أظهرت دراسات أجريت في الولايات المتحدة أن المراهقين الذين تم تشخيصهم باضطرابات سلوكية لديهم ارتباط إيجابي بإساءة استخدام الماريجوانا. وأظهر تشخيص اضطراب الاكتئاب الشديد (MDD) ارتباطاً إيجابياً كبيراً بإساءة استخدام الماريجوانا (Nawi et al,2021,p9) بالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من الاضطرابات النفسية ناجمة عن تأثيرات الإدمان (القلق، الاكتئاب، الذهان، الاضطرابات النفسية الجسدية) و بالتالي فإنه من الصعب التمييز بين الاضطرابات النفسية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان والاضطرابات الثانوية الناجمة عن الإدمان على المخدرات (Morel & Coutrron,2019, p284)

6-آثار الإدمان على المخدرات لدى المراهق:

6-1- الآثار الجسدية:

تختلف التأثيرات الجسدية لإدمان المخدرات باختلاف المخدرات، ولكنها تظهر عادة في جميع أجهزة الجسم. تحدث بعض التأثيرات الجسدية الأساسية لإدمان المخدرات في الدماغ حيث يغير طريقة عمل الدماغ ويؤثر على كيفية إدراك الجسم للمتعة. تحدث هذه التأثيرات لإدمان المخدرات لأن المخدرات تغمر الدماغ بشكل متكرر بالمواد الكيميائية الدوبامين والسيروتونين أثناء تعاطي المخدرات (Malleswari, Reddy & Reddy et al,2023,p806)، حيث تحفز المخدرات كالهروين والأمفيتامينات والكوكايين والكحول والنيكوتين، الدماغ على إنتاج كميات متزايدة من الدوبامين. وعندما تؤدي المخدرات إلى ارتفاع مستويات الدوبامين، تحفز الدماغ على تناولها مراراً وتكراراً. ومع استمرار الشخص في تعاطي هذه المخدرات، يحتاج الدماغ إلى المزيد من الدوبامين لتحقيق نفس المتعة التي شعر بها عند بدء تعاطيها، هذا يدفع الناس إلى زيادة جرعة المخدرات، مما يؤدي في النهاية إلى دورة تؤدي إلى الإدمان (Currie-McGhee,2011,p 37)

وتشمل التأثيرات الجسدية الأخرى لإدمان المخدرات: الإصابة بفيروس نقص المناعة والتهاب الكبد وأمراض أخرى، عدم انتظام ضربات القلب، النوبات القلبية، مشاكل الجهاز التنفسي مثل سرطان الرئة وانتفاخ الرئة ومشاكل التنفس.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

آلام في البطن، القيء، الإمساك، الإسهال، تلف الكلى والكبد، النوبات، السكتة الدماغية، تلف الدماغ، تغيرات في الشهية ودرجة حرارة الجسم وأنماط النوم (Malleswari, Reddy & Reddy et al,2023,p806) وفيما يلي آثار جسدية لبعض أنواع المخدرات:

الكحول: يمكن أن يلحق استهلاك الكحول الضرر بالدماغ ومعظم أعضاء الجسم، ومن مناطق الدماغ الأكثر عرضة للضرر الناتج عن الكحول: القشرة المخية (المسؤولة بشكل كبير عن الوظائف العليا للدماغ، بما في ذلك حل المشكلات واتخاذ القرارات)، والحصين (المهم للذاكرة والتعلم)، والمخيخ (المهم لتنسيق الحركة).

الماريجوانا: تضعف هذه المادة الذاكرة قصيرة المدى والتعلم، والقدرة على التركيز، والتنسيق الحركي. كما أنها تزيد من معدل ضربات القلب، وقد تلحق الضرر بالرئتين، وقد تزيد من خطر الإصابة بالذهان

المواد المستنشقة: قد تلحق الضرر بالقلب والكلى والرئتين والدماغ. حتى الشخص السليم قد يُصاب بقصور القلب والوفاة في غضون دقائق من جلسة واحدة من استنشاق مادة مُستنشقة لفترة طويلة

الكوكايين: قد يؤدي تعاطي الكوكايين إلى عواقب صحية وخيمة تتعلق بالقلب والجهاز التنفسي والعصبي والهضمي الأمفيتامينات، بما فيها الميثامفيتامين، وتدوم آثارها لفترة طويلة، وهي ضارة بالدماغ. كما قد تسبب ارتفاعا في درجة حرارة الجسم، وقد تسبب مشاكل قلبية خطيرة ونوبات صرع

الإكستاسي (MDMA) قد يزيد من درجة حرارة الجسم، ومعدل ضربات القلب، وضغط الدم، وإجهاد جدار القلب، كما قد يكون ساما للخلايا العصبية.

عقار إل إس دي (LSD) آثاره غير متوقعة، فقد يرى متعاطوه ألوانا وصورا زاهية، ويسمعون أصواتا، ويشعرون بأحاسيس تبدو حقيقية لكنها غير موجودة. كما قد يمرون بتجارب ومشاعر مؤلمة قد تستمر لساعات طويلة. تشمل بعض الآثار قصيرة المدى ارتفاع درجة حرارة الجسم، ومعدل ضربات القلب، وضغط الدم، والتعرق، فقدان الشهية، والأرق، وجفاف الفم، والرعشة

الهيروين: يبطئ التنفس، ويرتبط استخدامه بزيادة خطر الإصابة بأمراض معدية خطيرة، خاصة عند تناوله عن طريق الوريد (Jacobs & Dubois, 2012,p22-24)

وفيما يلي جدول يوضح الآثار الجسدية قصيرة المدى وطويلة المدى لبعض المواد الإدمانية على المراهق

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

جدول رقم (05): يوضح الآثار الجسدية قصيرة وطويلة المدى لبعض المواد الإدمانية لدى المراهق.

المادة	طريقة التعاطي	التغيرات السلوكية	الآثار الجسدية قصيرة المدى	الآثار الجسدية طويلة المدى
الكحول	عن طريق الفم/ الشرب	سلوك عدواني، الإفصاح المفرط عن الذات، سلوك جنسي غير مضبوط	تلعثم في الاكلام، نعاس، تقيؤ، إسهال، عدم الارتياح، صداع، مشاكل في التنفس، اضطرابات في الرؤية والسمع، ضعف في التحكم، ضعف في الإدراك والتنسيق، فقدان الوعي، غيبوبة	إصابات غير مقصودة، كحوادث السيارات، السقوط، الغرق، إصابات مقصودة كالعنف المنزلي والإعتداء الجنسي، ارتفاع ضغط الدم، خلل جنسي، تلف في الدماغ، اضطرابات في الذاكرة، اللامبالاة، الارتباك، التهابات المعدة، قرحات، سرطان الفم والحنجرة
القنب (الحشيش)	يدخن	هلوسة، تقلبات عاطفية، نسيان، اضطراب ثنائي القطب، فصام	استرخاء، بطء في ردود الأفعال، مشاكل في التوازن والتنسيق، صعوبات في الذاكرة	مشاكل نفسية، ذهان مزمن، التهابات متكررة في الجهاز التنفسي
الكوكايين	يشم، يدخن، يحقن	العنف والعدوانية، الاندفاعية، هلوسة، سلوك متكرر أو نمطي بسيط	توسع حدقة العين، ارتفاع حرارة الجسم ومعدل ضربات القلب وضغط الدم، آلام في البطن وغثيان، النشوة، زيادة الطاقة، الأرق،	فقدان حاسة الشم، تلف في الأنف والبلع من كثرة الشم، موت أنسجة الجلد بسبب ضعف تدفق الدم، سوء التغذية وفقدان الوزن، تلف الرئة الناتج عن التدخين.

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

	العصبية، القلق، السلوك العدواني، نوبات الهلع، نوبة قلبية، سكتة دماغية، تشنجات، غيبوبة.			
أمراض في الكبد والكلية، انهيار الأوردة (أنسجة مليئة بالقيح)، عدوى في صمامات القلب، إمساك مزمن.	النشوة، جفاف الفم، الحكمة، الغثيان، التقيؤ، الإمساك، بطء التنفس، تسارع نبضات القلب.	عزلة اجتماعية، قلة الطاقة، فقدان الاهتمام بالدراسة، السرقة، تدني مفاجئ في الأداء المدرسي	يحقن، يشم، يدخن	الهيروين
اضطراب طويل المدى في الذاكرة، اكتئاب، فقدان الاهتمام بالجنس	زيادة معدل ضربات القلب وضغط الدم، توتر العضلات، الغثيان، القيء، جفاف الفم.	حالة من الهدوء، استرخاء، نشوة، زيادة التعاطف والانفتاح الاجتماعي	يبلع، يشم	(MDMA) الإكستازي

المصدر: (Nath et al,2022,p05)

6-2- الآثار النفسية:

إن الآثار النفسية لإدمان المخدرات تأتي من السبب الذي يجعل الشخص مدمنا على المخدرات، وكذلك التغيرات التي تحدث في الدماغ بمجرد أن يصبح الشخص مدمنا للمخدرات. في البداية، يبدأ العديد من الأشخاص في استخدام المخدرات للتعامل مع الضيق أو الألم، ومن آثار إدمان المخدرات خلق حلقة مفرغة حيث يشعر المستخدم في أي

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

وقت يواجه فيه ضغوطا أو ألما بالحاجة إلى استخدام المخدرات، حيث يصبح المدمن مهووسا بالحصول على المخدرات واستخدامها، مع استبعاد كل شيء آخر (Malleswari, Reddy & Reddy et al,2023,p806)

هناك تقارير سابقة تفيد بأن تناول الإيثانول يسبب خلا في وظائف القشرة الجبهية للدماغ، مما يؤدي إلى آثار سلبية على الإدراك والسلوك لدى المدمن، كما يمكن أن يسبب انخفاضا في اللون الرمادي للمادة الرمادية (الميلين) في الدماغ حيث يؤدي الانخفاض والتغيير في بنيتها إلى ضعف معالجة الدماغ وانخفاض قدرات الذاكرة قصيرة المدى وطويلة المدى وضعف قدرات التفكير (Rehman, Mustafa & Faiz et al,2022,p316)

ويؤدي شرب الكحول إلى خلل في وظائف المنطقة الجبهية والمنطقة الحوفية الوسطى للدماغ، ينجم عنها القلق واضطراب في السلوك الإدراكي ويمكن أن يكون للكحول والإكستاسي والهيريون والمواد المؤثرة عقليا الأخرى تأثير على حالتنا المزاجية. وتشمل التأثيرات النفسية الأخرى لإدمان المخدرات: القلق وتقلبات المزاج والحزن وصعوبة النوم والذهان، الاكتئاب والفصام وثنائي القطب واضطرابات القلق واضطراب نقص الانتباه وفرط النشاط.

قد يعاني المدمنون من نوبات من القلق الشديد للغاية وزيادة في معدل ضربات القلب والتعرق وضيق التنفس والشعور بفقدان السيطرة أثناء نوبات الهلع، قد يشعرون بالغرابة وعدم الواقعية في محيطهم أو فقدان الوعي بالذات والواقع، كما يمكن أن تحدث الأوهام، وهي معتقدات غير صحيحة، والهلوسة التي تشمل رؤية أو سماع أشياء غير موجودة نتيجة للأدوية المؤثرة على الدماغ. وقد يعانون من نوبات الهوس، والتي تشمل ارتفاع الحالة المزاجية، والأوهام، والسلوك الاندفاعي، والأفكار المتسارعة، ونوبة اكتئاب تتميز بالحزن والأرق والإرهاق وفقدان المتعة. قد تكون المخدرات مثل الكوكايين والأمفيتامينات والهيريون والميثادون، فضلا عن غيرها، سببا لاضطراب المزاج هذا (Rehman, Mustafa & Faiz et al,2022,p317)

6-3- الآثار الاجتماعية:

آثاره على المجتمع:

تؤثر اضطرابات تعاطي المواد على الأداء الاجتماعي للأفراد وتشكل عبئا على المجتمع. تسهم هذه الاضطرابات في حدوث حالات طبية أو صحية، وإعاقة، ووفيات ناجمة عن حوادث، وأمراض ناجمة عن تعاطي المواد أو تنقاهم بسببه، وارتفاع معدلات الانتحار، وكلها تؤثر على المجتمع. تشمل المشاكل الاجتماعية الأخرى المرتبطة باضطرابات تعاطي المواد عدم الاستقرار السكني، والتشرد، والسلوكيات الإجرامية (سواء كضحية أو جاني) والسجن، وانتقال فيروس نقص المناعة (HIV) المرتبط بتعاطي المخدرات عن طريق الحقن الوريدي أو السلوكيات الجنسية عالية الخطورة، والبطالة. التكاليف المرتبطة بهذه المشاكل الاجتماعية باهظة، وتشكل عبئا اقتصاديا على الحكومات أو

الفصل الرابع: المراهقة والإدمان على المخدرات

الجهات الدافعة التي تنفق مبالغ طائلة على علاجات الإدمان، والاضطرابات الطبية أو النفسية، وغيرها من المشاكل ذات الصلة (مثل البطالة، والتورط في نظام العدالة الجنائية) (Daley,2013,p75)

آثاره على الأسرة:

توثق العديد من الدراسات والتقارير الآثار السلبية لاضطرابات تعاطي المواد على منظومة الأسرة وعلى أفرادها، بمن فيهم الأطفال. تؤثر هذه الاضطرابات بوضوح على العديد من الأشخاص بالإضافة إلى الفرد الذي يعاني من المشكلة، وغالبا ما تُشكّل عبئا على الأسرة وعلى كل فرد من أفرادها. قد تشمل هذه الآثار على الأسرة ما يلي:

• **العبء العاطفي:** قد يشعر أفراد الأسرة بالغضب والإحباط والحزن والخوف والقلق والاكتئاب والخجل والذنب أو الإحراج

• **العبء الاقتصادي:** قد يسبب الإنفاق على المواد أو قلة الوظائف أو الاعتماد على المساعدات العامة عبئا اقتصاديا

ضيق أو عدم رضا في العلاقات: قد تشهد العائلات معدلات عالية من التوتر والصراع المرتبط باضطراب تعاطي المواد والمشاكل التي يسببها في الأسرة عدم استقرار الأسرة. قد ينتج هذا عن سوء المعاملة أو العنف. قد يحدث تفكك الأسرة بسبب الانفصال أو الطلاق أو إخراج الأطفال من المنزل من قبل خدمات الأطفال والشباب.

الآثار على الجنين النامي والأطفال:

قد يؤثر تعاطي الكحول أثناء الحمل سلبا على نمو الجنين، مما يسبب عيوباً خلقية وصعوبات في نمو الطفل. الأطفال المولودون لآباء يعانون من اضطرابات تعاطي الكحول والمخدرات معرضون لخطر متزايد للإساءة أو الإهمال، والمشاكل الجسدية، وضعف التحكم في السلوك أو الانفعالات، وضعف التنظيم العاطفي، واضطرابات السلوك أو المعارضة، وضعف الأداء الأكاديمي، والمشاكل النفسية مثل الاكتئاب أو القلق، وتعاطي المخدرات

(Daley,2013,p73)

خلاصة:

من خلال ما تم التطرق إليه في هذا الفصل حول مرحلة المراهقة تبين لنا أنها مرحلة تتوسط مرحلتي الطفولة والرشد، لها أهمية بارزة في حياة الفرد لاحقا، تحدث فيها تغيرات وتحولات سريعة جسدية وعقلية ونفسية واجتماعية، ويعد البلوغ أولى علامات بدايتها، يواجه خلالها المراهق مجموعة من المشكلات بسبب عدم قدرته على التكيف والتوافق مع المحيطين به، من بين هذه المشكلات تطرقنا إلى الإدمان على المخدرات، حيث تبين أنه يبدأ عادة بالتجريب لينتهي به المطاف بالاعتماد على المادة الإدمانية ويصبح الاستخدام مستمرا ومتكررا، الأمر الذي يجعل من التعاطي هنا إشكاليا يخلق له عدة مشاكل (أسرية، قانونية، اجتماعية، نفسية...) بالإضافة إلى تأثيرات المادة الإدمانية الجسدية، وعلى صحته النفسية، وحتى على المجتمع من حوله، وقد اختلف العلماء والباحثين في تفسيرهم لأسباب الإدمان على المخدرات باختلاف توجهه النظري.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

1-الدراسة الاستطلاعية

1-1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

2-1 إجراءات الدراسة الاستطلاعية

3-1 نتائج الدراسة الاستطلاعية

2-الدراسة الأساسية

1-2 المنهج المستخدم

2-2 أدوات جمع بيانات الدراسة

3-2 حدود الدراسة

4-2 مجتمع الدراسة

5-2 عينة الدراسة

6-2 خصائص عينة الدراسة

7-2 الأساليب الإحصائية المستخدمة

خلاصة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

تعد الإجراءات المنهجية للدراسة هي الركيزة الأساسية في البحث العلمي، فهي البوصلة التي توجه الباحث من أجل تحقيق أهداف بحثه، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى توضيح الدراسة الاستطلاعية (أهدافها، إجراءاتها، نتائجها)، المنهج المستخدم والذي يتناسب مع طبيعة الموضوع، الأدوات التي تم الاعتماد عليها لجمع البيانات وخصائصها السيكومترية، حدود الدراسة (الزمنية، المكانية، البشرية)، مجتمع وعينة الدراسة وكيفية اختيارها، والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة المعلومات.

1- الدراسة الاستطلاعية:

للدراسة الاستطلاعية أهمية بالغة في البحث العلمي إذ أنها تعد أولى الخطوات التي يقوم بها الباحث كونها تساعده على استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب في دراستها وتعرف الدراسة الاستطلاعية بأنها "تهدف إلى استطلاع الظروف المحيطة بالظاهرة التي يرغب الباحث في دراستها والتعرف على أهم الفروض التي يمكن وضعها واخضاعها للبحث العلمي صياغة دقيقة تيسر التعمق في بحثها في مرحلة لاحقة"

(مروان عبد المجيد إبراهيم، 2000، ص38)

وقد قمنا بالدراسة الاستطلاعية بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية قلمة، خلال الثلاثي الثالث من السنة الجامعية 2022-2023 وبالتحديد في الفترة الممتدة ما بين 2023-07-04 إلى غاية 2023-08-04 على عينة استطلاعية عددها 30 فردا مدمنا على المخدرات تتراوح أعمارهم ما بين 15-20 سنة، تم اختيارها بالطريقة القصدية.

1-1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- استطلاع الظروف المحيطة بموضوع الدراسة والتعرف على الصعوبات التي يمكن مواجهتها
- التعرف على حجم مجتمع الدراسة وتحديد حجم العينة والطريقة المناسبة لاختيارها.
- إعداد الأدوات المناسبة للدراسة والتأكد من إمكانية استخدامها.
- تحديد جوانب القصور فيما يخص تطبيق أدوات الدراسة واختبار مدى صلاحيتها.
- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

1-2- إجراءات الدراسة الاستطلاعية:

- بعد تحديد واختيار مكان إجراء الدراسة، قمنا بالتنقل إلى المؤسسة المعنية (المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية قلمة) للتعرف على عدد المراهقين المدمنين على المخدرات الذين يتابعون العلاج في المركز، من خلال مقابلات مع رئيس المركز الوسيط لعلاج المدمنين الذي قدم لنا إحصاءات عن عدد المراهقين المدمنين على المخدرات.
- بعدما تحصلنا على معلومات حول عدد المراهقين المدمنين على المخدرات في المركز، قمنا بإجراء مقابلات أولية مع مجموعة من المراهقين المدمنين على المخدرات بغرض التعرف عليهم وكسب ثقتهم وجمع معلومات أولية عن مجتمع الدراسة وتوضيح أبعاد الدراسة التي سنقوم بها وبشكل مبسط.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- كانت هذه المقابلات الأولية متبوعة بمقابلات أخرى الغرض منها توزيع مقاييس الدراسة والتعرف على إمكانية وجود غموض من عدمه فيما يتعلق بالعبارات الموجودة في كلا المقياسين، لتكون لنا مقابلات أخيرة أثناء توزيع كلتا المقياسين للإجابة عليهم في إطار الدراسة الأساسية.

1-3- نتائج الدراسة الاستطلاعية:

- كانت عبارات المقاييس المستخدمة في الدراسة مفهومة وواضحة، ولم يسجل أي غموض في أي عبارة من طرف أفراد العينة الاستطلاعية.

- تم حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة.

- تم الحصول على بيانات حول مجتمع الدراسة الذي سنتعامل معه في الدراسة الأساسية.

2- الدراسة الأساسية:

1-2- المنهج المستخدم:

يعرف المنهج بأنه جملة من المبادئ والقواعد والإرشادات التي يجب على الباحث اتباعها من بداية البحث إلى نهايته بغية الكشف عن العلاقات العامة والجوهرية والضرورية التي تخضع لها الظواهر موضوع الدراسة (مصباح، 2017، ص 13) وبما أن أهداف دراستنا الحالية تتمحور حول معرفة إمكانية وجود علاقة بين متغيرين هما أنماط التعلق والألكسيثيميا، فإن المنهج الوصفي الارتباطي يعد المنهج الأنسب والملائم لموضوع دراستنا، فهو يسمح لنا بتحديد أنماط التعلق ومستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات وطبيعة العلاقة بينهما. ويعرف المنهج الوصفي بأنه "المنهج الذي يستخدم في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، وعلاقاتها، والعوامل المؤثرة في ذلك، يهتم بدراسة حاضر الظواهر والأحداث ويشمل في كثير من الأحيان على عمليات التنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها" (عليان، 2001، ص 47)

2-2- أدوات جمع بيانات الدراسة:

1-2-2- الملاحظة:

وتعد وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، تفيد الباحث في الكشف عن صفات وخصائص الظاهرة المراد دراستها وتعرف بأنها "عبارة عن متابعة السلوك الظاهري للفرد أو مجموعة من الأفراد في مواقف معينة في فترة زمنية معينة" (الفرطوسي والميداني، 2022، ص 167)

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

وهي أداة حاضرة في دراسة أغلب الظواهر نظرا لما تعطينا من معلومات واقعية عن الظاهرة المدروسة، وفي دراستنا الحالية تم استخدامها خلال توزيع مقاييس الدراسة أي تم توظيفها بشكل أساسي في الدراسة الاستطلاعية.

2-2-2- المقابلة:

تعتبر المقابلة من إحدى الأدوات الهامة التي تساعد الباحث في جمع البيانات المطلوبة للإجابة عن تساؤلات بحثه واختبار فروضه وتعرف بأنها "تفاعل لفظي في موقف مواجهة بين الباحث والمفحوص بغرض الحصول منه على معلومات شفوية يتم تسجيلها في حينها" (الفرطوسي والميداني، 2022، ص172)

وفي دراستنا الحالية تم استخدام هذه الأداة مع المراهقين المدمنين على المخدرات الذين يتابعون العلاج بالمركز الوسيط بولاية قالمة وسكيكدة، لتوفير جو مريح بغرض كسب ثقتهم والإجابة بمصداقية وجمع معلومات أولية عن مجتمع الدراسة ولتوضيح أي غموض حول عبارات المقياسين أو التعليمات في حالة ما إذا وجد، للتأكد من فهمها ووضوحها من طرف المبحوثين.

نوع المقابلة هي أولية لجمع معلومات والتعرف على أفراد العينة، تم تطبيقها في الدراسة الاستطلاعية.

2-2-3- مقياس نمط العلاقات (RSQ):

تم تطويره من قبل جريفين و بارثولوميو (Griffin & Bartholomew,1994)، وقد تم بناؤه انطلاقا من مقياس العلاقات (RQ) الذي يقيس النماذج الأربعة للتعلق، ومقياس التعلق للراشدين (AAS) الذي وضعه (Collins & Reads,1990). يحتوي المقياس على 30 بندا تتدرج على سلم ليكرت من خمس درجات، يتم استخدام 17 بندا فقط وهي البنود المحددة لأنماط التعلق الأربعة (الآمن، المنشغل، الراض، والخائف). يعد مقياس التعلق (RSQ) من أبرز الأدوات المتعلقة بتحديد أنماط التعلق لدى المراهقين والراشدين الأكثر استخداما، كونه صمم وفقا لمفهوم النماذج العاملة الداخلية لبولبي (Bowlby) والتي تعبر عن نماذج إيجابية أو سلبية للذات والآخرين (بومعزوة، 2022، ص448)

تتوزع بنود المقياس على أربعة أبعاد فرعية (أنماط التعلق) كما يوضحها الجدول التالي:

جدول رقم (06): يوضح الأبعاد الفرعية لمقياس أنماط التعلق

البنود	أنماط التعلق
28-15-10-9-3	النمط الآمن
25-16-8-6	النمط المنشغل

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

26-22-19-6-2	النمط الرفض
24-12-5-1	النمط الخائف

المصدر: (تواتي إبراهيم، 2018، ص 249)

2-2-4-مفتاح التصحيح:

يطلب من المستجيبين أن يوضحوا إلى أي حد يمكن لعبارات المقياس أن تصف شعورهم اتجاه العلاقات المقربة، وذلك بوضع اشارة على الدرجة المناسبة أما كل عبارة. يتم الاختيار حسب سلم ليكرت يتألف من خمس بدائل: من (1 = لا تنطبق على تماما) حتى (5= تنطبق على تماما)، وتتراوح درجات البند بين (1 إلى 5 درجات). وتأخذ البنود (3، 9، 28) درجات عكسية قبل حساب أنماط التعلق، ويمكن الحصول على نمط التعلق من خلال حساب متوسط الدرجات لذلك النمط والدرجات الأعلى تدل على نمط التعلق السائد (تواتي إبراهيم، 2018، ص 249) (لمزيد من الإيضاح انظر الملحق رقم (01))

2-2-5-الخصائص السيكومترية للمقياس:

- صدق المقياس:

يقصد بالصدق "صلاحية الأسلوب أو الأداة لقياس ما هو مراد قياسه، أو بمعنى آخر صلاحية أداة البحث في تحقيق أهداف الدراسة، وبالتالي ارتفاع مستوى الثقة فيما توصل إليه الباحث من نتائج بحيث يمكن الانتقال منها إلى التعميم (تواتي إبراهيم، 2018، ص 249) في البيئة الأجنبية:

يعد مقياس نمط العلاقات (RSQ) من المقاييس الأكثر استعمالا عبر العالم لتمتعه بخصائص سيكومترية جيدة، حيث أشار كل من (Griffin & Bartholomew, 1994)، إلى أن التحليل العاملي للمكونات الأساسية لبيانات عينة من طلبة الجامعة دعمت وجود نموذج سيمبسون و زملائه (النمط القلق و النمط التجنبي)، في حين تراوحت معاملات ألفا للأنماط الأربعة التابعة لهما بين (0.41) للنمط الأمن إلى (0.70) للنمط الرفض و بيرر جريفين و بارثولوميو سبب انخفاض التناسق الداخلي للمقاييس الفرعية لمقياس نمط العلاقات (RSQ) بأن كل مقياس فرعي يحتوي على بعض البنود ترتبط بعدد نموذج الذات و بعض البنود ترتبط بعدد نموذج الآخرين. كما أظهرت نتائج الصدق التقاربي لمقياس نمط العلاقات (RSQ) مع تقييم التعلق من خلال المقابلة النصف بنائية للتعلق بالأقران ارتباطات تراوحت بين

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

المنخفضة والمتوسطة حيث كان ارتباط النمط الأمن (0.25) والخائف (0.32) والمنشغل (0.34)، والرافض (0.47) بمعدل ارتباط (0.35) لعينة مكونة من (153) فردا.

وأضاف (Griffin and Bartholomew,1994) أن الصدق التقاربي بين مقياسي العلاقات (RQ) و نمط العلاقات (RSQ) أسفر عن معاملات ارتباط متوسطة (0.58) لبعد نموذج الذات و (0.57) لبعد نموذج الآخرين لعينة من (470) فردا (تواتي إبراهيم،2018،ص250)

في البيئة المحلية:

وفي البيئة الجزائرية قامت الباحثة (بومعزوزة،2016) في دراستها بعنوان تقنين مقياس أنماط التعلق (RSQ) على عينات من الطلبة الجزائريين بحساب صدق المقياس من خلال دراسة البنية العاملية للمقياس وأسفرت النتائج عن وجود أربعة عوامل وهو ما يتطابق مع تقسيمات المقياس، كما كانت دلالات الاتساق الداخلي مرتفع ودال بين البنود وأبعادها وبين الأبعاد والدرجة الكلية للمقياس، كما تمتع المقياس بصدق دال فيما يتعلق بالصدق التمييزي. كما قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس وخلصت النتائج إلى ثبات عال ودال من خلال طريقة التجزئة النصفية وطريقة ألفا كرونباخ (بومعزوزة،2022، ص449-453)

كما قام الباحث (تواتي إبراهيم،2018) بترجمة المقياس إلى اللغة العربية وقام بالتحقق من صلاحية استخدامه في البيئة الجزائرية، حيث قام بحساب صدق المحتوى من خلال تطبيق معادلة لوشي وحساب معامل صدق كل بند على حدى، ثم معامل صدق المقياس ككل، وقد بلغت قيمة صدق المقياس الاجمالية 0.88 أي أن هناك اتفاق بين المحكمين بنسبة 88%، وهي نسبة عالية يمكن الاعتماد عليها في اعتبار المقياس صادقا. كما قام الباحث بحساب الاتساق الداخلي للمقياس وقد تراوحت قيم معاملات الارتباط بين (0.56-0.66) وهي قيم تدل على تمتع بنود المقياس بدرجات عالية من التجانس والذي يغد مؤشرا جيدا لصدق المقياس (تواتي إبراهيم،2018، ص253-254)

في الدراسة الحالية:

وقد تم التأكد أيضا من صدق المقياس بالاعتماد على طريقة الصدق الذاتي ويتم حساب هذا النوع من الصدق بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، ووجدت قيمته 0.90 وبالتالي يتمتع مقياس نمط العلاقات (RSQ) بمستوى مرتفع من الصدق.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

- ثبات المقياس:

إن كلمة الثبات قد تعني الاستقرار، بمعنى أنه لو كررت عمليات قياس الفرد الواحد لأظهرت درجته شيئاً من الاستقرار، كما أن الثبات قد يعني الموضوعية، بمعنى أن الفرد يحصل على نفس الدرجة مهما اختلف الباحث الذي يطبق الاختبار أو الذي يصححه وفي هذه الحالة يكون الاختبار الثابت اختبار يقدر الفرد تقديراً لا يختلف في حسابه اثنان (المشيداني 2019، ص169)

في البيئة المحلية:

وقد قام الباحث (تواتي إبراهيم، 2018) بحساب ثبات المقياس باستخدام معامل ألفا كرونباخ وقد بلغت قيمتها 0.70 وهو معامل ثبات مقبول، وتم حساب الثبات أيضاً من خلال طريقة التجزئة النصفية وقد بلغت قيمة معامل الارتباط 0.70 وهي قيمة مقبولة تدل على تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الثبات (تواتي إبراهيم، 2018، ص255)

في الدراسة الحالية:

وقد تم التأكد من ثبات المقياس بالاعتماد على طريقة ألفا كرونباخ، ووجدت قيمته 0.82 (انظر الملحق رقم 03)، وبالتالي يتمتع مقياس نمط العلاقات (RSQ) بمستوى مرتفع من الثبات.

2-2-6-مقياس تورونتو للأكسيثيميا (TAS-20):

أعدّه تايلور وريان وباجبي (Taylor, Ryan & Bagby, 1994) وهو مقياس تقرير ذاتي، يتكون من (20) عبارة، باستخدام سلم تقديري خماسي (معارض بشدة، معارض، محايد، موافق، موافق بشدة) موزعة على ثلاثة أبعاد، وهي: صعوبة التعرف على المشاعر (DIF) وهي ضعف قدرة الفرد على التعرف على المشاعر والتمييز بين المشاعر والأحاسيس الجسمية. يتكون هذا البعد من (7) عبارات.

صعوبة وصف المشاعر (DDF) وهي عجز الفرد عن وصف مشاعره للآخرين أو التعبير عنها. يتكون هذا البعد من (5) عبارات.

التفكير الموجه نحو الخارج (EOT) وهو الاستعداد السابق للتركيز على الأحداث الخارجية، بدل التركيز على الخبرات الذاتية الداخلية والشخصية للفرد. يتكون هذا البعد من (8) عبارات. والجدول الموالي يوضح توزيع عبارات المقياس وفق أبعاده الثلاثة:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

جدول رقم (07): يوضح توزيع عبارات المقياس الألكسيثيميا في الأبعاد الثلاثة

الأبعاد	أرقام البنود	الحد الأعلى لكل بعد	الحد الأدنى لكل بعد
صعوبة تحديد الأحاسيس	01-03-06-07-09-13-14	35	07
صعوبة وصف الأحاسيس	02-04-11-12-17	25	05
التفكير الموجه للخارج	-08-10-15-16-18-19-20 05	40	08

المصدر: (بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021، ص314)

2-2-7- كيفية تصحيح مقياس الألكسيثيميا "TAS-20":

يحتوي مقياس الألكسيثيميا على خمس بدائل متدرجة وفق سلم ليكرت الخماسي من 1 (معارض بشدة) إلى 5 (موافق بشدة) ويقوم المفحوص بوضع علامة (X) أمام البنود التي تعبر عنه وهذا حسب البدائل المقدمة. ملاحظة: يتم عكس الدرجات في البنود السالبة، وهي خمسة بنود موزعة كالتالي: 04-05-10-18-19. يتم جمع جميع الدرجات المحصل عليها في كل البنود، ويكون المجموع ما بين 20 و100 درجة، وتكون الحالة مرضية إذا تجاوزت 61 درجة. وتسمح الدرجة الكلية على المقياس بالكشف عن الأفراد الذين لديهم سمات ألكسيثيميا من غيرهم على النحو التالي:

جدول رقم (08): يوضح مستويات الألكسيثيميا حسب درجات المقياس

الدرجة	مستويات الألكسيثيميا
أكبر أو يساوي 56 درجة	ألكسيثيميا مرتفعة
أكثر من 44 وأصغر من 56	ألكسيثيميا متوسطة
أقل أو تساوي 44	لا توجد ألكسيثيميا

المصدر: (بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021، ص314)

(لمزيد من الإيضاح انظر الملحق رقم (02))

2-2-8-دراسة الخصائص السيكومترية للمقياس على عينة جزائرية:

- صدق المقياس:

بعد الصدق شرطا أساسيا يجب توافره حتى يحكم على أداة القياس أنها ذات قيمة وتتصف بالموضوعية. وقد وردت عدة تعريفات للصدق منها: يعرف الصدق كما يلي: أن يكون المقياس صالحاً لقياس الظاهرة أو السمة التي يراد قياسها" (بشّته وبوعموشة، 2020، ص119).

في البيئة المحلية:

وفي البيئة الجزائرية حاولت الباحثتان (بوشوشة ونايت عبد السلام) في دراستهما بعنوان " تكييف مقياس تورونتو (TAS-20) لقياس الألكسيثيميا على البيئة الجزائرية" التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، حيث قامتا بحساب صدق الترجمة وقد بلغت قيمة الارتباط (0.75) وهي قيمة دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) والتي تدل على صدق الترجمة ولغرض التحقق من الصدق الظاهري للمقياس، تم عرض بنود المقياس على ستة أساتذة في قسم علم النفس بعد ترجمة المقياس، واعتمدتا على اتفاق الآراء بين المحكمين، وبذلك لم يحذف أي بند ولكن تم تعديل عدد من البنود وذلك بالاعتماد على نسبة (80%) من اتفاق الآراء بين المحكمين كما قامت الباحثتان بالتأكد من صدق الاتساق الداخلي وقامتا بحساب معامل الارتباط بين درجات المقياس ككل ومختلف أبعاده، وبين الأبعاد فيما بينها، وقد كانت جميع قيم معاملات الارتباط دالة احصائيا عند مستوى الدلالة (0.01)، مما يدل على تمتع المقياس بدلالات صدق الاتساق الداخلي.

في الدراسة الحالية:

وقد تم التأكد من صدق المقياس بالاعتماد على طريقة الصدق الذاتي ويتم حساب هذا النوع من الصدق بحساب الجذر التربيعي لمعامل الثبات، ووجدت قيمته 0.95 وبالتالي يتمتع مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) بمستوى مرتفع من الصدق.

- ثبات المقياس:

يعرف الثبات على أنه مدى الاتساق بين البيانات التي تجمع عن طريق إعادة تطبيق نفس المقاييس على نفس الأفراد أو الظواهر، وتحت نفس الظروف أو تحت ظروف متشابهة إلى أكبر قدر ممكن (ملحم، 2010، ص327)

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

في البيئة الأجنبية:

يعد مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)، من أكثر مقاييس التقرير الذاتي استخداماً لقياس الألكسيثيميا، وذلك لقلّة عدد فقراته وتمتعه بمعاملات صدق وثبات مرتفع، حيث بلغ معامل ثبات ألفا كرونباخ في دراسة (Bagby et al,1994) للمقياس ككل (0.81)، ولأبعاده الفرعية (0.78)، (0.75)، (0.66) على التوالي، بينما بلغ معامل ثبات المقياس ككل بطريقة إعادة الاختبار (0.88) (الحديبي، أحمد وعبد الغني، 2020، ص42)

في البيئة المحلية:

قامت الباحثتان (بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021) بحساب ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني، وكانت جميع معاملات الارتباط دالة احصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وتم حساب ثبات المقياس أيضاً من خلال حساب معامل ألفا كرونباخ، حيث بلغ قيمة (0.786) وهي قيمة تشير إلى تمتع المقياس بثبات عال، كما تم حساب الثبات بطريقة التجزئة النصفية وقد بلغ معامل الثبات لجتمان قيمة (0.805) وهذا يدل على ثبات عال أيضاً (بوشوشة ونايت عبد السلام، 2021، ص 315-322)

في الدراسة الحالية:

وقد تم التأكد من ثبات المقياس بالاعتماد على طريقة ألفا كرونباخ ، ووجدت قيمته 0.92 (انظر الملحق رقم04)، وبالتالي يتمتع مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) بمستوى مرتفع من الثبات.

2-3- حدود الدراسة:

• الحدود البشرية:

تمثل مجتمع الدراسة في جميع المراهقين المدمنين على المخدرات الذين يتابعون العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين المتواجدين بمدينتي قامة وسكيدة

• الحدود الزمنية:

تم اجراء الدراسة الميدانية خلال الثلاثي الأخير من السنة الجامعية 2023-2024 والسداسي الأول من السنة الجامعية 2024-2025

• الحدود المكانية:

تم اجراء الدراسة الميدانية بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين المتواجدين بمدينتي قامة وسكيدة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

2-4-مجتمع الدراسة:

يعد تحديد مجتمع الدراسة بصورة واضحة خطوة جد هامة في مجال البحث العلمي، فكلما كان محددا بوضوح كلما كان سهلا على الباحث سحب عينة بحثه بطريقة علمية وممثلة لكافة أفراد المجتمع.

ويعرف بأنه " مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى والتي يجرى عليها البحث أو التقصي " (أنجرس، 2006، ص298)

وفي دراستنا الحالية يتمثل مجتمع الدراسة من جميع المراهقين المدمنين على المخدرات الذين يتلقون العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين المتواجد بمدينة بولايي قالمة وسكيدة، والذين يبلغ عددهم 1750 مراهقا موزعين كما يلي: جدول رقم (09): يوضح توزيع المراهقين المدمنين بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين في كل من ولايتي قالمة

وسكيدة

عدد المراهقين المدمنين	المؤسسة
350	المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية قالمة
1400	المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية سكيدة
1750	المجموع

2-5-عينة الدراسة:

بعد ما يتم تحديد مجتمع الدراسة بدقة، وفي حالة تعذر على الباحث التعامل مع جميع مفرداته، فإنه يتعين عليه تحديد جزء منه ممثل له وهو ما يعرف بالعينة والتي تتمثل في "أنها نموذج يشمل جانبا أو جزءا من وحدات المجتمع الأصلي المعني بالبحث" (الكاف، 2014، ص94)

تم سحب عينة من مجتمع الدراسة البالغ عدده (1750) مراهقا مدمننا على المخدرات، موزعين على كل من المركز الوسيط لعلاج المدمنين بولاية قالمة وسكيدة، وقد شملت عينة الدراسة (315) مراهقا ومراهقة مدمنين على المخدرات تم اختيارهم بطريقة قصدية من خلال تطبيق معادلة " ستيفن تامبسون " (Steven Thempson) الموضحة فيما يلي:

$$n = \frac{N \times P(1 - P)}{\left[(N - 1) \left(\frac{d^2}{Z^2} \right) \right] + P(1 - P)}$$

حيث أن:

n: حجم العينة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

N : حجم المجتمع

P: القيمة الاحتمالية وهي 0.50

d: نسبة الخطأ المقبول في العينة (بما أن مستوى الثقة يساوي 95% فهي تساوي 0.05

Z: تمثل الدرجة المعيارية المقابلة لمستوى الثقة (95% تقابلها 1.96)

بالتعويض في المعادلة نجد:

$$n = \frac{1750 \times 0.50(1 - 0.50)}{\left[(1750 - 1) \left(\frac{0.05^2}{1.96^2} \right) \right] + 0.50(1 - 0.50)}$$

$$n = \frac{1750 \times 0.50 \times 0.50}{\left[1749 \left(\frac{0.0025}{3.8416} \right) \right] + 0.25}$$

$$n = \frac{437.5}{[1.138] + 0.25}$$

$$n = \frac{437.5}{1.388}$$

$$n = 315.20$$

وعليه فإن حجم العينة المناسب في دراستنا الحالية هو (315) فردا وافقوا على التعاون معنا، يتابعون علاجاً بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين والذين انطبقت عليهم شروط العينة والمتمثلة في السن (يتراوح ما بين 15-20 سنة)، المستوى الدراسي (قادرين على قراءة وفهم عبارات مقاييس الدراسة) والذين حالتهم النفسية تعرف نوع من الاستقرار تؤهلهم للتعامل معنا والاستجابة لمقاييس الدراسة، موزعين على كل من المركز الوسيط لعلاج المدمنين بمدينة قامة (63) فردا، والمركز الوسيط لعلاج المدمنين بمدينة سكيكدة (252) فردا.

2-6- خصائص عينة الدراسة:

2-6-1- حسب الجنس:

جدول رقم (10): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
79%	249	ذكور
21%	66	إناث

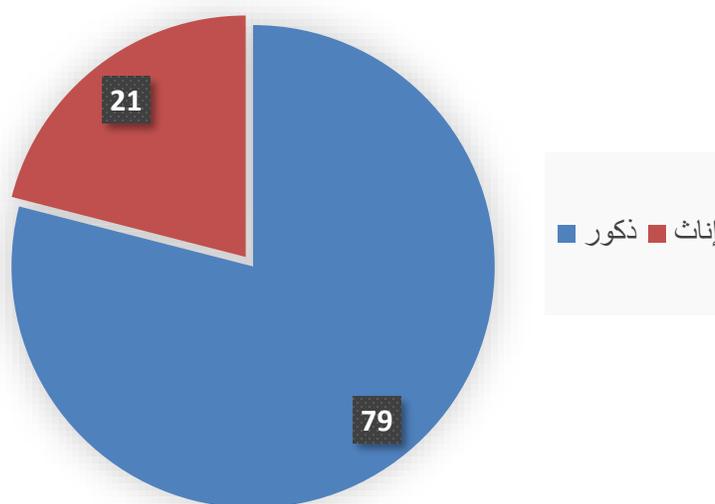
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

%100

315

المجموع

توضح معطيات الجدول رقم (10) توزيع المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لمتغير الجنس حيث نجد أن الذكور يشكلون نسبة (79%) وهم يمثلون بذلك الأغلبية من مجموع المراهقين المدمنين على المخدرات مقابل (21%) للإناث بالنسبة لعينة الدراسة.



الشكل رقم (18): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير الجنس

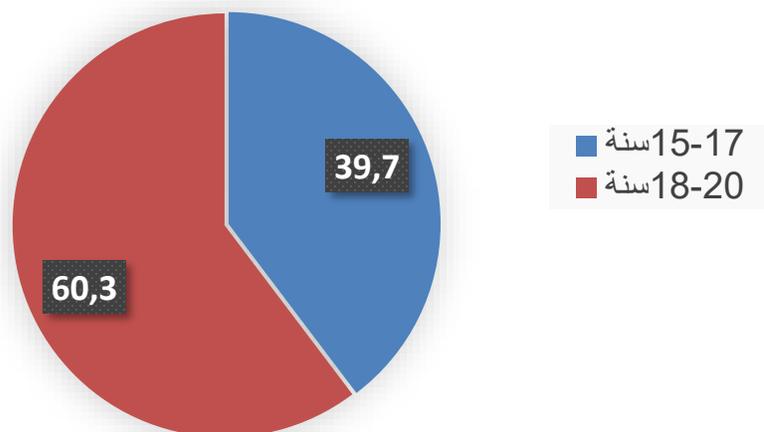
2-6-2- حسب السن:

جدول رقم (11) يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمتغير السن

النسبة المئوية	العدد	فئات السن
%39.7	125	17- 15
%60.3	190	20-18
%100	315	المجموع

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

توضح البيانات في الجدول رقم (11) توزيع المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لمتغير السن ويتبين مما سبق أن (60.3%) من أفراد العينة تراوحت أعمارهم بين (15-17 سنة) وهي أعلى نسبة تمثيل في حين نسبة (39.7%) الأخرى تخص الأعمار بين (18-20 سنة)



الشكل رقم (19): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير السن

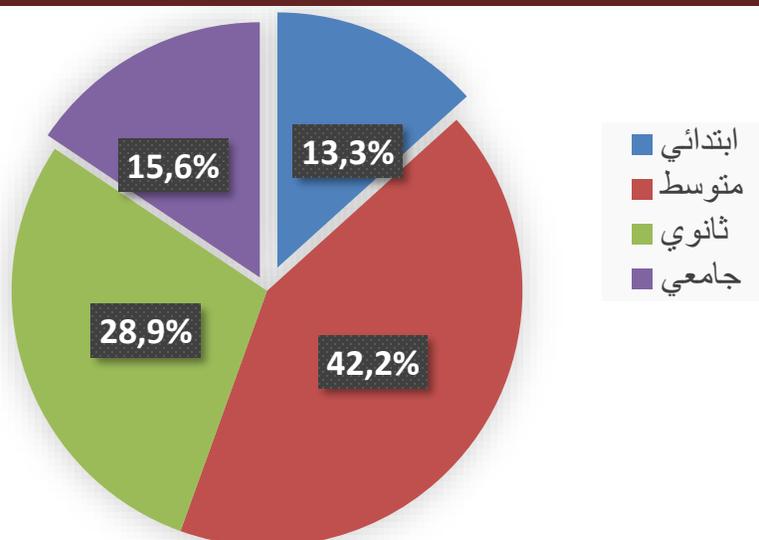
2-6-3- حسب المستوى الدراسي:

جدول رقم (12): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمتغير المستوى الدراسي

النسبة المئوية	العدد	المستوى
13.3%	42	ابتدائي
42.2%	133	متوسط
28.9%	91	ثانوي
15.6%	49	جامعي
100%	315	المجموع

تبرز معطيات الجدول رقم (12) المدون أعلاه توزيع المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً للمستوى الدراسي، ونلاحظ مما سبق أن نسبة (42.2%) من أفراد العينة مستواهم الدراسي متوسط، في حين (28.9%) لديهم مستوى دراسي ثانوي، و (15.6%) من مستوى دراسي جامعي، أما (13.3%) الباقية هم مراهقين مدمنين على المخدرات ذوي مستوى دراسي ابتدائي.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة



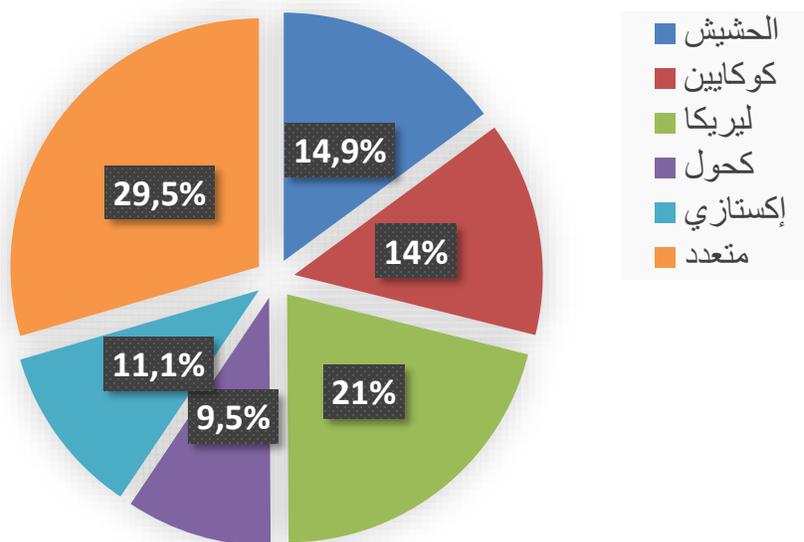
الشكل رقم (20): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب متغير المستوى الدراسي

2-6-4- حسب المادة الإدمانية المستهلكة:

جدول رقم (13): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا للمادة الإدمانية المستهلكة

النسبة المئوية	العدد	المادة الإدمانية
14.9%	47	الحشيش
14%	44	كوكايين
21%	66	ليريكا
9.5%	30	كحول
11.1%	35	إكستازي
29.5%	93	متعدد (أكثر من مادة إدمانية واحدة)
100%	315	المجموع

تبرز معطيات الجدول رقم (13) المدون أعلاه توزيع المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا للمادة الإدمانية المستهلكة، ونلاحظ مما سبق أن نسبة (29.5%) من أفراد العينة مدمنين على أكثر من مادة إدمانية واحدة (إدمان متعدد)، (21%) مدمنين على دواء ليريكا، (14.9%) من مدمني الحشيش، (14%) مدمنين على مادة الكوكايين، و(11.1%) مدمنين على حبوب الإكستازي، و(9.5%) الباقية هم مراهقين مدمنين على الكحول



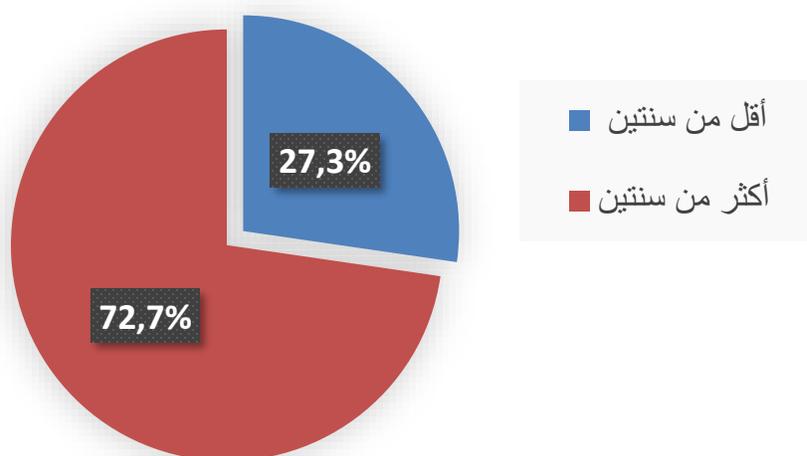
الشكل رقم (21): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المادة الإدمانية المستهلكة

2-6-5- حسب مدة الإدمان على المخدرات:

جدول رقم (14): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقاً لمدة الإدمان على المخدرات

النسبة المئوية	العدد	مدة الإدمان على المخدرات
27.3%	86	أقل من سنتين
72.7%	229	أكثر من سنتين
100%	315	المجموع

توضح البيانات في الجدول رقم (14) توزيع المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لمدة الإدمان على المخدرات ويتبين مما سبق أن (72.7%) من أفراد العينة فاقت مدة إدمانهم على المخدرات السنتين وهي أعلى نسبة، في حين (27.3%) قدرت مدة إدمانهم على المخدرات بأقل من سنتين



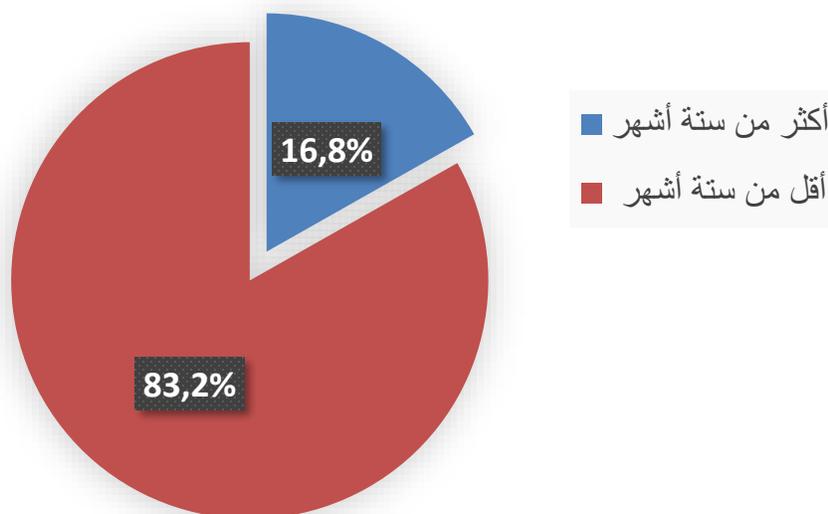
الشكل رقم (22): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة الإدمان على المخدرات

2-6-6- حسب مدة العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين:

جدول رقم (15): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة وفقا لمدة العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين

النسبة المئوية	العدد	مدة العلاج بالمركز
83.2%	262	أقل من ستة أشهر
16.8%	53	أكثر من ستة أشهر
100%	315	المجموع

توضح البيانات في الجدول رقم (15) توزيع المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لمدة علاجهم بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين ويتبين مما سبق أن (83.2%) من أفراد العينة يتابعون العلاج لمدة أقل من ستة أشهر، في حين (16.8%) يتابعون العلاج لمدة أكثر من ستة أشهر



الشكل رقم (23): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة العلاج بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين

7-2- الأساليب الإحصائية المستخدمة:

تم ادخال البيانات باستخدام البرنامج الاحصائي الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS.V28 (statistical package for social science)

وقد تم تحليل البيانات باستخدام العمليات الإحصائية التالية:

- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات البحث.
- استخراج النسب المئوية للتعرف على خصائص عينة البحث.
- اختبار (One Sample T test) لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات الأفراد والمتوسط الفرضي بالنسبة لمتغيرات الدراسة.
- معامل الارتباط بيرسون (Pearson) وذلك لإيجاد العلاقة الارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا.
- اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) للكشف عن دلالة الفروق في أنماط التعلق والألكسيثيميا تبعا لنوع المادة الإدمانية.
- اختبار اسلوب الانحدار المتعدد للكشف عن العلاقة التنبؤية بين أنماط التعلق (الآمن، المنشغل، الراض، الخائف) والألكسيثيميا.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

خلاصة:

تطرقنا في هذا الفصل إلى الاطار المنهجي الخاص بدراستنا وتناولنا فيه أهم الإجراءات المنهجية المتبعة، حيث تم عرض الدراسة الاستطلاعية واجراءاتها والتي استطعنا من خلالها التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات كما أشرنا إلى المنهج المستخدم في دراستنا الحالية، كما تمكنا خلال هذا الفصل من التطرق إلى أدوات جمع البيانات، إضافة إلى حدود الدراسة البشرية، الزمنية والمكانية ووصف مجتمع وعينة الدراسة، ثم قمنا بعرض الأساليب الإحصائية المستخدمة في دراستنا بغرض الوصول إلى أهداف ونتائج الدراسة وهو ما سنتطرق إليه في الفصل التالي.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد

- 1- عرض النتائج وفقا لفرضيات الدراسة
- 2- مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة
- 3- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة
- 4- استنتاج عام لنتائج الدراسة

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

تمهيد:

بغرض التأكد من صحة الفرضيات التي قامت عليها دراستنا، وبعد أن تعرضنا إلى الإجراءات المنهجية للدراسة في الفصل السابق سنتطرق إلى عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها بعد أن تم تطبيق أدوات الدراسة والمتمثلة في مقياس نمط العلاقات (RSQ) ومقياس تورونتو للأكسيثيميا (TAS-20) على عينة الدراسة التي شملت على 315 مراهقا مدمنا على المخدرات بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين، بولايته قالمه وسكيكده، بعد إدخال استجابات أفراد العينة إلى البرنامج الإحصائي spss ومعالجتها احصائيا.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

1- عرض النتائج وفقا لفرضيات الدراسة:

بعد تطبيق مقياس نمط العلاقات (RSQ) ومقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20) على عينة الدراسة المتمثلة في 315 مراهقا مدمنا على المخدرات بالمركز الوسيط لعلاج المدمنين، بولايي قالمه وسكيكده، وإدخال البيانات إلى البرنامج الإحصائي SPSS.V28 تم حساب:

- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري
- اختبار (One Sample T test) لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات الأفراد والمتوسط الفرضي.
- معامل الارتباط بيرسون (Pearson)
- التحليل التباين الأحادي (One-way-Anova)
- اختبار الانحدار متعدد

1-1- عرض نتائج الفرضية الأولى:

منطوق الفرضية الأولى: " نمط التعلق الأكثر شيوعا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط التعلق غير الآمن.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا الأسلوب الإحصائي التالي: اختبار (One Sample T test) لإيجاد دلالة الفرق بين متوسط درجات الأفراد والمتوسط الفرضي.

وقد أسفرت النتائج المتحصل عليها اعتمادا على برنامج (spss) ما هو موضح في الجدول التالي.

جدول رقم (16): يوضح دلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية لدرجة أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين

المقياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المتوقع	الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
النمط الآمن	315	8.35	2.41	15	-6.64	-48.79	.000
النمط المنشغل	315	14.90	3.09	12	2.89	16.64	.000
النمط الراض	315	20.32	3.66	15	5.32	25.75	.000

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

النمط الخائف	315	12.88	3.48	12	0.87	4.47	.000
--------------	-----	-------	------	----	------	------	------

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه يمكن ان نستخرج جملة من القراءات حول مستوى كل نمط من أنماط التعلق:

النمط الآمن: يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا النمط تقدر بـ: (8.35) وبانحراف معياري بلغ القيمة (2.41) وان المتوسط الفرضي للدراسة هو (15) وأن قيمة الفرق بين المتوسطات (-6.64)، وهي قيمة دالة عند (sig=.000)، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا النمط، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى منخفض لهذا النمط.

- **النمط المنشغل:** يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا النمط تُقدر بـ: (14.90) وبانحراف معياري بلغ القيمة (3.09) وان المتوسط الفرضي للدراسة هو (12) وان قيمة الفرق بين المتوسطات (2.89)، وهي قيمة دالة عند (sig=.000، t= 16.64)، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا النمط، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى مرتفع لهذا النمط.

- **النمط الراض:** يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا النمط تُقدر بـ: (20.32) وبانحراف معياري بلغ القيمة (3.66) وان المتوسط الفرضي للدراسة هو (15) وان قيمة الفرق بين المتوسطات (5.32)، وهي قيمة دالة عند (sig=.000، t= 25.75)، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا النمط، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى مرتفع لهذا النمط.

- **النمط الخائف:** يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا النمط تُقدر بـ: (12.88) وبانحراف معياري بلغ القيمة (3.48) وان المتوسط الفرضي للدراسة هو (12) وان قيمة الفرق بين المتوسطات (0.87)، وهي قيمة دالة عند (sig=.000، t= 4.47)، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا النمط، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى مرتفع لهذا النمط.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

وعليه يمكن القول أن النمط الأكثر شيوعا هو النمط الراض يليه النمط المنشغل يليه النمط الخائف

1-2- عرض نتائج الفرضية الثانية:

منطوق الفرضية الثانية: " مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع "

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا الأسلوب الإحصائي التالي: اختبار (One Sample T test) لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات الأفراد والمتوسط الفرضي.

وقد أسفرت النتائج المتحصل عليها اعتمادا على برنامج (spss) ما هو موضح في الجدول التالي.

جدول رقم (17): يوضح دلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية لدرجة الكلية الألكسيثيميا.

المقياس	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المتوقع	الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
الألكسيثيميا	315	71.56	9.23	60	11.55	22.21	.000

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي الملاحظ لمقياس الألكسيثيميا تُقدر بـ: (71.56) وبانحراف معياري بلغ القيمة (9.23) وأن المتوسط الفرضي للدراسة هو (60) وأن قيمة الفرق بين المتوسطات (11.55)، وهي قيمة دالة عند ($t=22.21$ ، $sig = .000$)، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لمقياس الألكسيثيميا، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى مرتفع في الألكسيثيميا

ولمعرفة أكثر أي من الأبعاد الألكسيثيميا الانتشار لدى المراهقين المدمنين للمخدرات يمكن أن نبينه في الجدول التالي:

جدول رقم (18): يوضح دلالة الفرق بين المتوسطات الحسابية لدرجة أبعاد الألكسيثيميا.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

الأبعاد	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط المتوقع	الفرق بين المتوسطين	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
صعوبة تحديد الأحاسيس	315	19.43	3.64	21	-1.56	-7.63	.000
صعوبة وصف الأحاسيس	315	29.93	5.62	15	14.93	47.07	.000
التفكير الموجه للخارج	315	22.19	4.14	24	-1.80	-7.74	.000

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه يمكن ان نستخرج جملة من القراءات حول مستوى كل بعد من أبعاد الألكسيثيميا:

- **بعد صعوبة تحديد الأحاسيس:** يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا البعد تُقدر بـ: (19.43) وبانحراف معياري بلغ القيمة (3.64) وأن المتوسط الفرضي للدراسة هو (21) وان قيمة الفرق بين المتوسطات (-1.56)، وهي قيمة دالة عند ($t = -7.63$ ، $sig = .000$)، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا البعد، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى منخفض لهذا البعد.

- **بعد صعوبة وصف الأحاسيس:** يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا البعد تُقدر بـ: (29.93) وبانحراف معياري بلغ القيمة (5.62) وان المتوسط الفرضي للدراسة هو (15) وان قيمة الفرق بين المتوسطات (14.93)، وهي قيمة دالة عند ($t = 47.07$ ، $sig = .000$) ، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا البعد، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى مرتفع لهذا البعد.

- **بعد التفكير الموجه للخارج:** يتبين أن قيمة المتوسط الحسابي لهذا البعد تُقدر بـ: (22.19) وبانحراف معياري بلغ القيمة (4.14) وان المتوسط الفرضي للدراسة هو (24) وان قيمة الفرق بين المتوسط (-1.80) ، وهي قيمة دالة عند ($t = -7.74$ ، $sig = .000$) ، وبما أن النتيجة المتوصل إليها من خلال البحث تدل على دلالة الفروق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لهذا البعد، ومن خلال كل ما سبق ذكره نجد أن أغلبهم - أفراد العينة - لديهم مستوى منخفض لهذا البعد.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

ومن خلال ما سبق فإننا نقبل بالفرض البديل القائل: مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع

1-3- عرض نتائج الفرضية الثالثة:

منطوق الفرضية الثالثة: " توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات ".

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا الأسلوب الإحصائي التالي: معامل الارتباط بيرسون (Pearson) وذلك لإيجاد العلاقة الارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا.

وقد أسفرت النتائج المتحصل عليها اعتمادا على برنامج (spss) ما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (19): يوضح معامل الارتباط بين أنماط التعلق والألكسيثيميا.

الألكسيثيميا				المتغيرات
مستوى الدلالة	قيمة SIG	قيمة معامل الارتباط (R)	حجم العينة	
دال	.009	.146**	315	النمط الآمن
دال	.000	.368**	315	النمط المنشغل
دال	.023	.128*	315	النمط الراض
غير دال	.151	-0.081	315	النمط الخائف
دال	.000	.208**	315	نمط التعلق الكلي

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه يمكن ان نستخرج جملة من القراءات حول العلاقة بين أنماط التعلق والدرجة الكلية للألكسيثيميا حيث نجد أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين أنماط التعلق كل من الآمن والمنشغل والراض والدرجة

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

الكلية للألكسيثيميا وهذا ما تكشف عليه الدلالة حيث أن ($\text{sig} < 0.05$) في حين نجد أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين النمط الخائف والدرجة الكلية للألكسيثيميا. كما نجد أنه هناك علاقة ارتباطية موجبة بين النمط التعلق الكلي والألكسيثيميا، وهذا ما تكشف عليه الدلالة حيث أن ($\text{sig} < 0.05$)

جدول رقم (20): يوضح معامل الارتباط بين أنماط التعلق وأبعاد الألكسيثيميا.

الألكسيثيميا							المتغير	أنماط التعلق
التفكير الموجه للخارج		صعوبة تحديد الأحاسيس		صعوبة وصف الأحاسيس				
Sig	قيمة معامل الارتباط R	Sig	قيمة معامل الارتباط R	Sig	قيمة معامل الارتباط R	العدد		
.040	.116*	.051	.110	.140	.083	315	النمط الآمن	
.406	-.047	.000	.243**	.000	.481**	315	النمط المنشغل	
.098	-.093	.403	.047	.000	.248**	315	النمط الراض	
.000	-.261**	.120	-.088	.040	.116*	315	النمط الخائف	

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه يمكن ان نستخرج جملة من القراءات حول العلاقة بين أنماط التعلق وأبعاد الألكسيثيميا حيث نجد أنه هناك علاقة ارتباطية موجبة بين النمط الآمن والتفكير الموجه للخارج وغير مرتبط مع كل من البعدين (صعوبة وصف الأحاسيس وصعوبة تحديد الأحاسيس)، كما نجد أنه هناك علاقة ارتباطية موجبة بين النمط المنشغل وكل من (صعوبة وصف الأحاسيس وصعوبة تحديد الأحاسيس) وغير مرتبط بالتفكير الموجه للخارج، كما نجد أنه هناك علاقة ارتباطية موجبة بين النمط الراض وصعوبة وصف الأحاسيس في حين لا توجد علاقة ارتباطية مع صعوبة تحديد الأحاسيس والتفكير الموجه للخارج، أما النمط الخائف فنجد أن العلاقة ارتباطية موجبة بصعوبة وصف الأحاسيس وعلاقة ارتباطية سالبة بالتفكير الموجه للخارج ولا توجد علاقة ارتباطية مع صعوبة تحديد الأحاسيس.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

ومنه فإننا نقبل الفرض البديل القائل:

- توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق كل من (الآمن، المنشغل، الراض، الخائف) والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات

1-4- عرض نتائج الفرضية الرابعة:

منطوق الفرضية الرابعة: "توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا باستخدام التحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) لكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أنماط التعلق تعزى لمتغير المادة الإدمانية.

جدول رقم (21): يوضح الفروق في مستوى أنماط التعلق تعزى لمتغير مادة الإدمانية.

المتغير	العينة	المتوسطات	قيمة الاختبار	الانحراف المعياري	القيمة المعنوية	القرار
	N	Mean	F	Std	Sig	
أنماط التعلق	الحشيش	54.26	21.84	3.70	.000	دال
	كوكايين	65.84		2.94		
	ليريكا	56.70		5.03		
	كحول	51.80		2.91		
	إكستازي	50.37		11.24		
	متعدد	57.20		9.24		

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

من خلال نتائج الجدول اعلاه يتضح أن متوسط درجات أنماط التعلق في فئة الكوكايين قدرت ب (65.84) مع انحراف يساوي (2.94) تليها المتعدد والمقدر متوسطها ب(57.20) مع انحراف بلغ (9.24)، كما تليها مادة ليريكيا بمتوسط تقدر ب(56.70) مع انحراف يساوي(5.03)، تليها مادة الحشيش بمتوسط قدره (54.26) مع انحراف معياري يساوي (3.70)، تليها مادة الكحول بمتوسط قدره (51.80) وانحراف معياري يساوي (2.91)، كما نجد أخيرا مادة الاكستازي بمتوسط قدره (50.37) وانحراف معياري يساوي (11.24) ، وبما أن القيمة المعنوية ($\text{sig} = 0.000$) أقل من 0.05 فإنه يتبين وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعات.

ونظرا لوجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعات وحيث أن الأسلوب المستخدم في التحليل للكشف عن وجود فروق كان أسلوب الإحصائي التحليل التبايني (ANOVA) فقد تم استخدام أسلوب Tukey كتحليل لاحق للتأكد من مدى الفروق بين المجموعات وهو أسلوب يستخدم بعد استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (22): يوضح المقاربات البعدية لمستوى أنماط التعلق تبعا لمتغير المادة الادمانية.

عامل الثقة % 95		Sig	الخطأ المعياري	الفرق بين المتوسطات (أ) و (ب)	المادة الادمانية (أ)	المادة (ب)
الحد الاعلى	الحد الأدنى					
-6.39	-14.79	.000	1.46	-10.586*	كوكايين	
1.38	-6.26	.446	1.33	-2.442	ليريكا	
7.13	-2.22	.661	1.63	2.455	كحول	الحشيش
8.35	-0.59	.130	1.55	3.88	إكستازي	
0.63	-6.53	.174	1.24	-2.94	متعدد	
14.79	6.39	.000	1.45	10.58*	الحشيش	كوكايين
12.04	4.25	.000	1.35	8.14*	ليريكا	

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

17.78	8.30	.000	1.65	13.04*	كحول	
19.00	9.93	.000	1.58	14.46*	إكستازي	
11.30	3.97	.000	1.27	7.63*	متعدد	
-6.26	-1.38	.446	1.33	2.44	الحشيش	
-4.25	-12.04	.000	1.35	-8.14*	كوكايين	
9.31	0.49	.020	1.53	4.89*	كحول	ليريكا
10.51	2.14	.000	1.45	6.32*	إكستازي	
2.71	-3.73	.998	1.12	-0.507	متعدد	
2.22	-7.13	.661	1.63	-2.455	الحشيش	
-8.30	-17.78	.000	1.65	-13.041*	كوكايين	
-0.49	-9.31	.020	1.53	-4.897*	ليريكا	كحول
6.41	-3.55	.963	1.73	1.42	إكستازي	
-1.20	-9.61	.004	1.466	-5.40*	متعدد	
0.59	-8.35	.130	1.55	-3.88	الحشيش	
-9.93	-19.00	.000	1.58	-14.46*	كوكايين	إكستازي
-2.14	-10.51	.000	1.46	-6.32*	ليريكا	
3.55	-6.41	.963	1.73	-1.42	كحول	

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

-2.86	-10.80	.000	1.38	-6.83*	متعدد	
6.53	-0.63	.174	1.24	2.94	الحشيش	
-3.97	-11.30	.000	1.27	-7.63*	كوكايين	
3.73	-2.71	.998	1.124	.507	ليريكا	متعدد
9.61	1.20	.004	1.46	5.404*	كحول	
10.80	2.86	.000	1.38	6.833*	إكستازي	

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك فروق بين المجموعات ذات دلالة إحصائية حيث نجد أن هناك دلالة إحصائية لصالح بعض المجاميع فهناك دلالة إحصائية بين مادة الحشيش والكوكايين حيث بلغ قيمة الفرق بين المتوسطات (-10.58) و (0.000 = sig) وذلك لصالح مادة الكوكايين، كما نجد فروق بين الكوكايين وكل من (ليريكا و كحول و إكستازي و متعدد) حيث بلغ قيمة الفرق بين المتوسطات على التوالي (*8.14) و (*13.04) و (*14.46) و (*7.63) و (0.000=sig) وذلك لصالح الكوكايين، كما نجد دلالة احصائية بين ليريكا و كوكايين و كحول وإكستازي حيث بلغ قيمة الفرق بين المتوسطات على التوالي (*-8.14) و (*4.89) و (6.32) وقيمة sig على التوالي (0.000=sig) و (0.02=sig) و (0.000=sig) وذلك لصالح الكوكايين وليريكا ، في حين نجد الدلالة الاحصائية بين مادة الكحول والمتعدد حيث بلغت قيمة الفرق بين المتوسطات (*-5.40) و (0.004=sig) وذلك لصالح المتعدد، كما نجد الدلالة الاحصائية بين إكستازي والمتعدد حيث بلغت قيمة الفرق بين المتوسطات (*-6.83) و (0.000 = sig) وذلك لصالح المتعدد

ومنه فإننا نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل:

- توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

1-5- عرض نتائج الفرضية الخامسة:

منطوق الفرضية الخامسة: "توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية "

وللتحقق من صحة هذه الفرضية، قمنا باستخدام التحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) للكشف عن الفروق بين متوسطات درجات مستوى الألكسيثيميا تعزى لمتغير المادة الإدمانية.

جدول رقم (23): يوضح الفروق في مستوى الألكسيثيميا تعزى لمتغير المادة الإدمانية.

القرار	القيمة المعنوية Sig	الانحراف المعياري Std	قيمة الاختبار F	المتوسطات mean	العينة N	المتغير		
دال	.000	7.68	9.35	73.79	47	المادة الإدمانية	مستوى الألكسيثيميا	الحشيش
		2.84		72.82	44			كوكايين
		14.84		67.18	66			ليريكا
		6.16		66.70	30			كحول
		9.53		70.00	35			إكستازي
		4.66		75.09	93			متعدد

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

من خلال نتائج الجدول اعلاه يتّضح أن متوسط درجات الألكسيثيميا في المتعدد قدرت ب (75.09) مع انحراف معياري يساوي (4.66) تليها مادة الحشيش والمقدر متوسطها بـ (73.79) مع انحراف معياري بلغ (7.68)، كما تليها مادة الكوكايين بمتوسط يقدر بـ (72.82) مع انحراف معياري يساوي (2.84)، تليها مادة الإكستازي بمتوسط قدره (70.00) مع انحراف معياري يساوي (9.53)، تليها مادة ليريكاً بمتوسط قدره (67.18) وانحراف معياري يساوي (14.84)، كما نجد أخيراً مادة الكحول بمتوسط قدره (66.70) وانحراف معياري يساوي (6.16) ، وبما أن القيمة المعنوية (sig= 0.000) أقل من 0.05 فإنه يتبين وجود اختلاف ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعات.

ونظراً لوجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات المجموعات وحيث أن الأسلوب المستخدم في التحليل للكشف عن وجود فروق كان أسلوب الإحصائي التحليل التبايني (ANOVA) فقد تم استخدام أسلوب Tukey كتحليل لاحق للتأكد من مدى الفروق بين المجموعات وهو أسلوب يستخدم بعد استخدام تحليل التباين الأحادي (ANOVA) وكانت النتائج كما يلي:

جدول رقم (24): يوضح المقاربات البعدية لمستوى الألكسيثيميا تبعا لمتغير المادة الإدمانية.

عامل الثقة 95 %		Sig.	الخطأ المعياري	الفرق بين المتوسطات (أ) و (ب)	المادة الإدمانية (ب)	المادة الإدمانية (أ)
الحد الأعلى	الحد الأدنى					
6.19	-4.25	.995	1.819	.969	كوكايين	
11.35	1.86	.001	1.655	6.605*	ليريكا	
12.90	1.27	.007	2.027	7.087*	كحول	الحشيش
9.34	-1.77	.370	1.936	3.787	إكستازي	
3.15	-5.75	.960	1.552	-1.299	متعدد	

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

1.25	-6.19	.995	1.819	-.969	الحشيش	كوكايين
10.48	0.80	.012	1.688	5.636*	ليريكا	
12.01	0.23	.036	2.054	6.118*	كحول	
8.45	-2.82	.706	1.964	2.818	إكستازي	
2.28	-6.82	.709	1.587	-2.268	متعدد	
-1.86	-11.35	.001	1.655	-6.605*	الحشيش	ليريكا
-0.23	-10.48	.012	1.688	-5.636*	كوكايين	
5.00	-5.00	1.000	1.910	.482	كحول	
2.89	-8.02	.630	1.814	-2.818	إكستازي	
-3.16	-11.91	.000	1.396	-7.904*	متعدد	
-1.27	-12.90	.007	2.027	-3.787*	الحشيش	كحول
-0.23	-12.01	.036	2.054	-6.118*	كوكايين	
5.00	-5.96	1.000	1.910	-.482	ليريكا	
2.89	-9.49	.646	2.158	-3.300	إكستازي	
-3.16	-13.61	.000	1.821	-8.386*	متعدد	
-9.34	-9.34	.370	1.936	-3.787	الحشيش	إكستازي
-8.45	-8.45	.706	1.964	-2.818	كوكايين	

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

-2.38	-2.38	.630	1.814	2.8183	ليريكا	
-2.89	-2.89	.646	2.158	3.300	كحول	
-10.02	-10.02	.039	1.720	-5.086*	متعدد	
5.75	-3.15	.960	1.552	1.299	الحشيش	
6.82	-2.28	.709	1.587	2.268	كوكايين	
11.91	3.90	.000	1.396	7.904*	ليريكا	متعدد
13.61	3.16	.000	1.821	8.386*	كحول	
10.02	0.15	.039	1.720	5.086*	إكستازي	

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن هناك فروق بين المجموعات ذات دلالة إحصائية حيث نجد أن هناك دلالة إحصائية لصالح بعض المجاميع فهناك دلالة إحصائية بين مادة الحشيش وكل من ليريكا والكحول حيث بلغ قيمة الفرق بين المتوسطات على التوالي (6.605*) و (7.087*) و (0.001= sig) و (0.007=sig) وذلك لصالح مادة الحشيش، كما نجد فروق بين الكوكايين وكل من ليريكا و الكحول حيث بلغ قيمة الفرق بين المتوسطات على التوالي (5.636*) و (6.118*) و (0.012= sig) و (0.036=sig) وذلك لصالح الكوكايين، كما نجد دلالة إحصائية بين ليريكا و المتعدد حيث بلغ قيمة الفرق بين المتوسطات (7.904*) وقيمة (0.000=sig) وذلك لصالح المتعدد، في حين نجد الدلالة الإحصائية بين مادة الكحول والمتعدد حيث بلغت قيمة الفرق بين المتوسطات (8.386*) و (0.000=sig) وذلك لصالح المتعدد، كما نجد الدلالة الإحصائية بين إكستازي والمتعدد حيث بلغت قيمة الفرق بين المتوسطات (5.086*) و (0.039= sig) وذلك لصالح المتعدد.

ومنه فإننا نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل:

-توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

1-6- عرض نتائج الفرضية السادسة:

منطوق الفرضية السادسة: "يمكن التنبؤ بمستوى الألكسثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال أنماط التعلق"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تمّت معالجة استجابات المراهقين المدمنين على المخدرات والبالغ عددهم (N=315) على مقاييس الدراسة باستخدام اختبار الانحدار المتعدد بطريقة الادخال Stepwise حيث يتبين أنّ البرنامج قام بإدخال جميع المتغيرات في معادلة الانحدار الخطي المتعدد، وذلك لأجل معرفة أي المفاهيم التي يمكن من خلالها التنبؤ بالألكسثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات، وفيما يلي عرض للنتائج التي أسفرت عنها الدراسة لهذا النوع من الاختبار، والجداول الموالية توضح ذلك:

جدول رقم (25): يوضح نتائج اختبار تحليل التباين ANOVA لنموذج الانحدار المتعدد.

متغير الدراسة	مصدر التباين	مجموع المربعات	Df	متوسط المربعات	F	Sig
الألكسثيميا	الانحدار	5252.670	4	1313.168	18.924	0.000 ^b إحصائياً
	الخط	21511.107	310	69.391		
	الكلي	26763.778	314			

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول المحصل عليه أعلاه توضح المعالجة الإحصائية للبيانات:

نتائج تحليل التباين الأحادي Anova لاختبار معنوية الانحدار ونلاحظ أنّ قيمة F قد بلغت 18.924 بقيمة احتمالية (sig=0.000) أصغر من 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية: أنّ الانحدار معنوي لا يساوي الصفر مما يؤكد القوة التفسيرية العالية لنموذج الانحدار الخطي المتعدد من الناحية الإحصائية وبالتالي توجد علاقة دالة إحصائياً بين متوسط درجتي أنماط التعلق والألكسثيميا.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

لكننا لا نعرف تحديداً أيّ الأنماط من أنماط التعلق الذي أضاف تفسيراً جوهرياً للتباين في درجة الألكسيثيميا لذلك نذهب إلى جدول تفصيل معاملات معادلة الانحدار ليتضح لنا ذلك الأمر.

جدول رقم (26): يوضح معاملات الانحدار المتعدد لأنماط التعلق والدرجة الكلية على الألكسيثيميا.

المتغير التابع	المتغيرات المنبئة	T	معامل الانحدار غير المعياري B	معامل الارتباط المتعدد R	نسبة المساهمة R^2	مستوى الدلالة أو المعنوية
الألكسيثيميا	نمط تعلق آمن	3.352	0.657	0.146	0.021	0.001 دال احصائيا
	نمط تعلق منشغل	7.569	1.409	0.368	0.135	0.000 دال إحصائيا
	نمط التعلق رافض	-1.8	-0.285	0.128	0.016	0.073 غير دال
	نمط التعلق خائف	-2.82	-0.394	-0.081	-0.0065	0.005 دال

المصدر: من تصميم الباحثة بالاعتماد على برنامج spss

من خلال الجدول المحصل عليه أعلاه توضح المعالجة الإحصائية للبيانات أنّ:

- قيمة "ت" في نمط التعلق الآمن قُدرت بـ (3.352) وقُدرت قيمة B بـ (0.657)، وقُدرت قيمة "ت" في نمط التعلق المنشغل بـ 7.569 وقُدرت قيمة B بـ 1.409، كما قُدرت قيمة "ت" في نمط التعلق الرافض بـ -1.8 وقُدرت قيمة B بـ -0.285، أما نمط التعلق الخائف قُدرت قيمة "ت" بـ -2.82 أما قيمة B فقُدرت بـ -0.394

- معامل الارتباط بين نمط التعلق الآمن ودرجة الألكسيثيميا وهو 0.146 وكذلك مربع معامل الارتباط 0.021، وبذلك يفسر نمط التعلق الآمن 2.1% من تباين درجة الألكسيثيميا وهذه النسبة ذات دلالة معنوية كما يتضح ذلك من مستوى الدلالة (sig=0.001) أصغر من 0.05.

- معامل الارتباط بين نمط التعلق المنشغل ودرجة الألكسيثيميا هو 0.368 وكذلك مربع معامل الارتباط 0.135، وبذلك يفسر نمط التعلق المنشغل 13.5% من تباين درجة الألكسيثيميا وهذه النسبة ذات دلالة معنوية كما يتضح ذلك من مستوى الدلالة (sig=0.000) أصغر من 0.05.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

- معامل الارتباط بين نمط تعلق رافض ودرجة الألكسيثيميا وهو 0.128 وكذلك مربع معامل الارتباط 0.016، وبذلك يفسر نمط التعلق الراض 1.6% من تباين درجة الألكسيثيميا وهذه النسبة غير دالة معنويًا كما يتضح ذلك من مستوى الدلالة (sig=0.073) أكبر من 0.05.

- معامل الارتباط بين نمط تعلق خائف ودرجة الألكسيثيميا وهو -0.081 وكذلك مربع معامل الارتباط -0.0065، وبذلك يفسر نمط التعلق الخائف 0.65% من تباين درجة الألكسيثيميا، وهذه النسبة ذات دلالة معنوية كما يتضح ذلك من مستوى الدلالة (sig=0.005) أصغر من 0.05.

من هذا التحليل يتبين لدينا وجود علاقة دالة بين الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات وكل من نمط التعلق الآمن والمنشغل والخائف، بالتالي النتائج التي تم استخلاصها تشير إلى أنه يمكن التنبؤ بدرجة الألكسيثيميا من خلال الدرجة الكلية لنمط التعلق الآمن ونمط التعلق المنشغل ونمط التعلق الخائف كما يتبين أنّ نمط التعلق المنشغل هو الأكثر أهمية في التنبؤ بالألكسيثيميا ثم يليه نمط التعلق الآمن يليه نمط التعلق الخائف

يمكن تفسير النتائج السابقة بـ:

نمط التعلق المنشغل يلعب دورًا أكثر تأثيرًا في تفسير التباين في درجة الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مقارنةً بالأنماط الأخرى، إذ أن:

• قيمة "ت" المرتفعة (7.569) لنمط تعلق المنشغل، مقارنةً بـ (3.35) لنمط التعلق الآمن و (-2.82) لنمط التعلق الخائف، تُشير إلى أن تأثير نمط التعلق المنشغل أكثر دلالة وقوة في نموذج الانحدار.

• معامل B لنمط تعلق المنشغل (1.409) هو الأعلى، ما يعكس تأثيرًا مباشرًا وإيجابيًا أقوى على الألكسيثيميا مقارنةً بـ معامل B لنمط التعلق الآمن (0.657) ومعامل B لنمط التعلق الخائف (-0.394).

• معامل الارتباط بين نمط التعلق المنشغل والألكسيثيميا (0.368) يدل على وجود علاقة إيجابية متوسطة القوة، في حين أن العلاقة بين نمط التعلق الآمن والألكسيثيميا (0.146) هي علاقة ضعيفة أما معامل الارتباط بين نمط التعلق الخائف والألكسيثيميا علاقة ضعيفة جدا حيث قيمة الارتباط (-0.081).

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

2- مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة والإطار النظري:

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

منطوق الفرضية: "نمط التعلق الأكثر شيوعاً لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط تعلق غير آمن" وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا الأسلوب الاحصائي اختبار ت لعينة واحدة مستقلة (One sample T test) لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة والمتوسط الفرضي والجدول رقم (16) يوضح ذلك، وقد توصلنا إلى أن نمط التعلق الأكثر شيوعاً لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط التعلق الراض هو نمط تعلق غير آمن، و بناء على نموذج بارثولوميو وهورويتز فإن هذه النتائج تشير إلى أن أغلبية أفراد عينة الدراسة يتسمون بوجود صورة ذاتية إيجابية دفاعية وعدم ثقة في الآخرين ونواياهم، يقدر هؤلاء الأفراد ذاتهم بشدة ويؤكدون على استقلاليتهم واكتفاءهم الذاتي، وفي الوقت نفسه يقللون من أهمية العلاقات الوثيقة وينكرون أي نوع من أنواع الاعتماد، وقد يعزى ذلك إلى تجارب تعلق مبكرة مع مقدم الرعاية الأساسي يسودها إهمال عاطفي واستجابة متذبذبة من قبل مقدم الرعاية لتلبية احتياجاته، الأمر الذي يجعل الطفل يكبت حاجاته العاطفية ولا يعبر عنها لضعف حساسية وتوافر مقدم الرعاية الأساسي، وبالتالي يتعلم الاعتماد على نفسه بدلاً من طلب المساعدة من الآخرين لأنه فقد الثقة في أن الآخرين سيبلون احتياجاته، وعلى هذا الأساس يتم تكوين نماذج عاملة داخلية عن الذات والآخرين (نموذج إيجابي عن الذات وسلبي عن الآخرين) نموذج الذات الإيجابي يعني تصور الفرد لنفسه كشخص يستحق اهتمام الآخرين ومحبتهم، أما النموذج السلبي للآخرين فيعني تصوره للآخرين على أنهم لا يمكن الوثوق بهم، وأنهم قد يرفضونه أو يتخلون عنه. بمجرد تكوين هذه النماذج العاملة الداخلية فأنها تميل إلى الاستمرار ويصعب تغييرها نسبياً حتى مرحلة المراهقة، وتتمثل وظيفة هذه النماذج المستقرة نسبياً في تزويد الأفراد بالمعلومات التي على أساسها يفهمون سلوكيات وردود أفعال وتوقعات الآخرين وأنفسهم، حيث يظهر هذا النمط في مرحلة المراهقة من خلال مواجهة المراهق صعوبات للانخراط في العلاقات الحميمة فهو يشعر بالراحة دون علاقات وثيقة مع أشخاص آخرين. فبالنسبة له من المهم جداً أن يشعر بالاستقلالية والاكتفاء الذاتي، لديه تقدير ذات إيجابي، لكنه يقدر الآخرين بشكل سلبي فالأفراد ذوو هذا النمط (النمط الراض) يحمون أنفسهم من أي خيبة أمل من خلال تجنب العلاقات التي تتطلب القرب والحميمية، ويحرصون على الحفاظ على الشعور بالاستقلالية، وهو ما يجعل المراهق ذو النمط الراض أكثر قابلية للبحث عن بدائل خارجية كالمواد المخدرة لتحقيق التوازن الانفعالي وتخفيف التوتر النفسي، وكطريقة للهروب من المشاعر المكبوتة والمعاناة الداخلية، وكبديل عن العلاقات التي يرفضها كمصدر بديل لتنظيم الانفعالات.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

ويتفق الطرح السابق مع ما أشار إليه بولبي (Bowlby) في أنه إذا كان نمط استجابة مقدم الرعاية غير متسق أو يتجاهل احتياجات الطفل، فإن مشاعر القيمة الذاتية تتغير. وقد تتغير توقعات الطفل تجاه الآخرين، مما يؤدي إلى نموذج عمل داخلي غير آمن، وأن أنماط التعلق تنتج من عملية استيعاب الفرد لتاريخ محدد من تجارب التعلق في مرحلة الطفولة المبكرة، مما يخلق نمطا منظما من التوقعات العلائقية والعواطف والسلوكيات في المراحل اللاحقة.

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

منطوق الفرضية: "مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية استخدمنا الأسلوب الاحصائي اختبار ت لعينة واحدة مستقلة (One sample T test) لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات أفراد العينة والمتوسط الفرضي والجدول رقم (17) يوضح ذلك، وقد توصلنا إلى أن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع، مع ارتفاع مستوى بعد صعوبة وصف الأحاسيس أو المشاعر لديهم، وهو يمثل بعد جوهري من أبعاد الألكسيثيميا، ويتمثل في أن الأفراد يواجهون صعوبة في وصف مشاعرهم ويجدون صعوبة في التمييز بين الحالة العاطفية والحالة الجسدية فيظهر الإحساس بدلا من العاطفة مثل زيادة معدل ضربات القلب، احمرار الوجه، أو شعور بخفقان في المعدة وعندما يطلب منهم تقديم وصف لمشاعرهم لا يجدون كلمات لقولها وقد يتلعثم في الإجابة ويغير الموضوع، وتعد الألكسيثيميا بشكل عام من العوامل النفسية المهمة في تفسير الإدمان على المخدرات، وهذا ما أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة (Haviland et al, 2014; Thorberg et al, 2009; Speranza et al, 2004; et al, 1988) التي توصلت إلى أن مستوى الألكسيثيميا مرتفع لدى الأفراد الذين يعانون من الإدمان على المخدرات.

فالأفراد ذوي المستوى المرتفع من الألكسيثيميا يعانون من ضعف في المعالجة المعرفية للعواطف مما يدفعهم إلى اللجوء للبحث عن وسائل بديلة للتخفيف من حدة التوتر والهروب من حالة القلق نتيجة العجز العاطفي، فالأفراد المدمنين على المخدرات يلجؤون إلى تعاطي المواد الإدمانية لمنع الحالات غير المرغوب فيها التي تنتج بشكل مباشر عن الألكسيثيميا والتي يحاولون التخلص منها عن طريق المادة الإدمانية. وتزداد خصوصية هذا الأمر في مرحلة المراهقة كونها تعد مرحلة انتقالية حساسة وحرجة لما تشهده من التغيرات السريعة والمفاجئة في الجانب الجسدي والنفسي والاجتماعي والانفعالي، فيكون فيها المراهق أكثر عرضة للضغوط الانفعالية والاجتماعية، ما يجعله يلجأ إلى سلوكيات غير تكيفية مثل تعاطي المخدرات كوسيلة لإيقاف المعاناة الداخلية.

منطوق الفرضية: " توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات "

والتي تهدف إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون (Pearson) وذلك للإيجاد العلاقة الارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا والجدول رقم (19) يوضح ذلك.

وقد توصلنا إلى أنه توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق كل من (الآمن، المنشغل، الراض، الخائف) والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات، ويمكن تفسير ذلك بأن العلاقة الأولية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي تلعب دورا أساسيا في اكتساب الفرد للقدرة على الوعي بالمشاعر وتحديدها وكذلك القدرة على وصفها والتمييز بينها وبين الاحساسات الجسدية، فعندما تكون علاقات التعلق المبكرة لشخص ما غير آمنة، فقد لا يستجيب مقدم الرعاية لنوباته العاطفية باستمرار. في بعض الحالات، قد يتعرض الطفل للسخرية أو الإساءة بسبب احتياجاته، فإذا كان مقدم الرعاية غير قادر على التعرف على مشاعر طفله والتمييز بينها، فقد يؤثر ذلك على قدرة الطفل على فهم تعبيراته العاطفية لاحقا ، نظرا لعدم الاستجابة لاحتياجات هؤلاء الأطفال العاطفية أو تلبيةها، فقد يتعلمون بمرور الوقت قمعها، مما قد يؤدي إلى انخفاض الوعي العاطفي، وفي بعض الحالات قصور في التعبير عن المشاعر، واستنادا لنظرية بولبي فإن ذلك يحدث من وذلك من خلال النماذج العاملة الداخلية التي يكونها الفرد عن ذاته وعن الآخرين بناء على حساسية وتوافر مقدم الرعاية لتلبية احتياجاته ، فالأفراد الذين يشكلون أنماط تعلق غير آمنة (منشغل، راض، خائف) غالبا ما يطورون استراتيجيات ضعيفة وغير متكيفة لتنظيم مشاعرهم كالكبت والتجنب وبالتالي يطورون عجز في مهارات التنظيم العاطفي مستقبلا الأمر الذي يسهم في ظهور خصائص الألكسيثيميا (صعوبة تحديد المشاعر، صعوبة وصف المشاعر، وتفكير موجه نحو الخارج).

وعليه يمكن القول أن الألكسيثيميا يمكن أن تتأثر بالتعلم العاطفي من شخصيات التعلق في مرحلة الطفولة المبكرة، فعدم وجود نموذج عاطفي كاف ومشبع واستجابات مناسبة لاحتياجات الطفل الانفعالية يمكن أن يؤدي إلى صعوبات في اكتساب مهارات التنظيم العاطفي، وعليه يمكن القول بأن تجارب التعلق المبكرة مع مقدم الرعاية الأساسي تتجمع في النماذج العاملة الداخلية لتصبح هذه الأخيرة بمثابة الموجه لعلاقاته الاجتماعية وكيفية تعامله مع مشاعره ومشاعر الآخرين من حوله.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

ويتوافق هذا الطرح مع ما أشار إليه كل من Bowlby,1969 ; carrère & Bowie,2012 ; Roque & (Verssimo,2011) إلى أن الدفاعات العاطفية المرتبطة بأنماط التعلق غير الآمنة تعيق معالجة المعلومات العاطفية وتعيق إدراك المشاعر والقرارات لدى الطفل نفسه ولدى الآخرين.

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

منطوق الفرضية: "توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام التحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) لكشف عن الفروق بين متوسطات درجات أنماط التعلق لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لنوع المادة الإدمانية والجدول رقم (21) يوضح ذلك، وقد توصلنا إلى أنه توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية لصالح مادة الكوكايين، هذه النتائج يمكن أن تساعدنا على فهم السلوك الإدماني بشكل أعمق بدلا من اعتباره مجرد البحث عن الهروب أو النشوة أو تدمير الذات، فيمكن تفسير النتائج على أن المدمنين على المخدرات يحاولون علاج أنفسهم من مجموعة من المشاكل النفسية والحالات العاطفية المؤلمة التي يعيشونها من خلال التأثير الخاص بالمادة الإدمانية التي يتعاطاها. فهذه الفروق التي ظهرت في النتائج تظهر بأن نمط التعلق يمكن أن يكون له تأثير على نوع المادة الإدمانية المتعاطاة على اعتبار أن كل نمط له خصائص سلوكية وانفعالية تترجم إلى دوافع لاختيار المادة الإدمانية، وقد جاءت الفروق لصالح مادة الكوكايين وتشير هذه النتيجة إلى أن المراهقين المدمنين على مادة الكوكايين يتميزون بنمط تعلق غير آمن أكثر اضطرابا بالمقارنة مع مدمني المواد الإدمانية الأخرى.

تعد مادة الكوكايين من المنشطات وتعطي للمتعاطي شعور بالنشوة والنشاط واليقظة، مع شعور بالراحة والقوة والقدرة المطلقة، كما يلاحظ تحسن في أدائه البدني، ولدى متعاطي الكوكايين المزمن، قد يسبب هياجا، وإثارة مفرطة، وهي كلها مشاعر يبحث عنها الأفراد ذوي التعلق غير الآمن، ما يجعل هذه المادة الإدمانية أكثر اقبالا على الاستهلاك من قبل المراهقين الذين يتسمون بشعور عدم الأمان الداخلي، وانخفاض تقدير الذات، ويواجهون صعوبة في التواصل العاطفي والاجتماعي وهي خصائص نمط التعلق الراض والذي يمثل نمط التعلق السائد لدى أفراد عينة دراستنا الحالية وعليه يمكن القول بأن المراهق المدمن على المخدرات يميل إلى تعاطي مادة الكوكايين كمحاولة لتعويض اضطراب أو خلل في تنظيم المشاعر والعواطف ناتج عن تجارب تعلق مبكرة غير آمنة.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

منطوق الفرضية: "توجد فروق في الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع الإدمانية" وللتحقق من صحة هذه الفرضية قمنا باستخدام التحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) لكشف عن الفروق بين متوسطات درجات الألكسيثيميا لدى أفراد عينة الدراسة تبعا لنوع المادة الإدمانية والجدول رقم (23) يوضح ذلك، وقد توصلنا إلى أنه توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية لصالح الإدمان المتعدد، ويمكن تفسير هذه النتائج بما أشار إليه خانتزيان (Khantzian) الذي اقترح أن المواد الإدمانية التي يختارها المدمنون لا يتم اختيارها عشوائيا، بل إن المادة الإدمانية التي يختارونها هي نتيجة تفاعل بين التأثير النفسي الدوائي للمادة الإدمانية والمشاعر المؤلمة السائدة التي يكافحونها. وهذا يمكن أن يعكس العلاقة بين المراهق المدمن على المخدرات والمادة الإدمانية التي يتعاطاها والتي تتمثل في أن المراهق يعاني من صعوبة في تحديد مشاعره والتعبير عنها وفهم مشاعر الآخرين، وبعض المواد الإدمانية لها تأثير مؤقت يساعده على التخفيف من التوتر الداخلي الناتج عن المستويات المرتفعة من الألكسيثيميا كوسيلة بديلة للتعامل مع العواطف، وبالتالي فإن الاختلاف في نوع المادة الإدمانية يعكس الأثر والوظيفة النفسية لكل مادة حسب مستويات الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين والمعاناة الانفعالية الداخلية التي يعيشونها مما يعني أن مستوى الألكسيثيميا قد يلعب دورا في اختيار المراهق المدمن على المخدرات لنوع المادة الإدمانية التي يستهلكها.

وقد جاءت نتائج الفروق في مستوى الألكسيثيميا لدى أفراد عينة دراستنا الحالية لصالح المراهقين المدمنين الذين يتعاطون أكثر من مادة إدمانية واحدة (إدمان متعدد)، وتشير هذه النتائج إلى أن هؤلاء المراهقين يظهرون مستويات أعلى من الألكسيثيميا بالمقارنة مع مدمني المواد الإدمانية الأخرى، ويمكن تفسير ذلك بأن المراهق المدمن يلجأ إلى تعاطي العديد من المواد الإدمانية بحثا عن التخفيف من معاناته النفسية الداخلية والصعوبة التي يواجهها في معالجته المعرفية لمشاعره ومشاعر الآخرين، فالإدمان المتعدد هنا هو بمثابة سلوك تعويضي لمحاولة تنظيم المعاناة الانفعالية الحادة الناتجة عن الألكسيثيميا، على اعتبار أن الأفراد ذوي الألكسيثيميا المرتفعة لا يستطيعون التعامل وفهم تجاربهم العاطفية ما يدفعهم إلى تعاطي وتجريب أكثر من مادة إدمانية واحدة بحثا عن تحقيق التوازن الانفعالي.

منطوق الفرضية: "يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال أنماط التعلق"

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تمّت معالجة استجابات أفراد العينة على مقاييس الدراسة باستخدام اختبار الانحدار متعدد الخطوات بطريقة الانحدار المتعدد بطريقة الإدخال Stepwise، وذلك لأجل معرفة أي المفاهيم التي يمكن من خلالها التنبؤ بالألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات والجدول رقم (25) يوضح ذلك، وقد توصلنا إلى أنه يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا من خلال الدرجة الكلية لنمط التعلق الآمن ونمط التعلق المنشغل ونمط التعلق الخائف كما يتبين أنّ نمط التعلق المنشغل هو الأكثر أهمية في التنبؤ بالألكسيثيميا، ويمكن تفسير هذه النتائج بأن نمط التعلق المنشغل هو نمط تعلق غير آمن واستنادا لنظرية التعلق لبولبي فإن الأفراد الذين يعانون من تعلق غير آمن قد يواجهون صعوبة في تحديد مشاعر معينة بسبب أن نماذج العمل الداخلية لديهم مضطربة، ونتيجة لذلك تزيد احتمالية اظهائهم لمستوى عال من الألكسيثيميا، كما أن نمط التعلق المنشغل عادة ما يكون مرتبطا بتجارب تعلق مبكرة تتميز بعدم توفر مقدم الرعاية الأساسي عاطفيا وحساسية غير منتظمة أو متناقضة من طرفه لتلبية احتياجات الطفل، ما يجعل الطفل ينمو في جو غير مستقر انفعاليا، ما يجعله أكثر عرضة لمواجهة صعوبات في تحديد و وصف المشاعر، والتي تعد من خصائص الألكسيثيميا.

وعليه يمكن القول بأن نمط التعلق المنشغل في فئات التعلق غير الآمن تساهم بشكل أكبر في العلاقة بين التعلق غير الآمن والألكسيثيميا مقارنة بالأنماط الأخرى وقد يرجع ذلك إلى أن الأفراد ذوي التعلق المنشغل من المرجح أن يطوروا أنماط استجابات عاطفية مشوهة بسبب الحاجة المفرطة للقرب، وبالتالي يظهرون مستويات أعلى من الألكسيثيميا. يسعى الأفراد ذوي التعلق المنشغل إلى القرب بشكل كبير أكثر من الأنماط الأخرى، ويكونون أكثر حرصا على تلقي ردود الفعل والدعم من الآخرين، تدفعهم هذه الخاصية إلى تبني استراتيجية استجابة عاطفية مفرطة النشاط عندما لا يتلقون استجابة من شخصيات التعلق، من خلال المبالغة في ردود أفعالهم العاطفية، وخاصة السلبية منها، لجذب انتباه الآخرين. تمنعهم هذه الاستراتيجية من توصيل حالتهم العاطفية الحقيقية بشكل صحيح للآخرين، وبالتالي عدم تلقي القرب والراحة المتوقعين، فيؤدي عدم توفر الحميمية المتوقعة، بدوره، إلى تفاقم الحالة العاطفية السلبية المؤلمة، مما يجعل من الصعب عليهم التعبير بدقة عن حالتهم العاطفية وبالتالي إظهار مستويات عالية الألكسيثيميا.

3- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

3-1- مناقشة الفرضية الأولى:

منطوق الفرضية: "نمط التعلق الأكثر شيوعا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط تعلق غير آمن" وقد تبين من خلال النتائج أن نمط التعلق الأكثر شيوعا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط التعلق الرفض.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Koulou Simliwa Dassa et al, 2013) التي توصلت إلى أن نمط التعلق السائد لدى الأفراد المدمنين على المخدرات هو نمط تعلق غير آمن. وتتفق كذلك مع نتائج دراسة (Itir Tari, 2014) التي توصلت إلى أن نمط التعلق الرفض هو الأكثر انتشارا بين المراهقين المدمنين على المخدرات.

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة كل من (أسماء عبد المنعم إبراهيم وهبة إسماعيل سري، 2022) التي تختلف عن دراستنا من حيث خصائص العينة حيث اقتصرت عينة بحثهما على المدمن العائد وقد توصلت إلى أن نمط التعلق السائد هو نمط التعلق المتذبذب والمتجنب، ودراسة (Maedeh Kamrani et al, 2023) التي توصلت إلى أن أنماط التعلق القلقة والتجنبية هي الأكثر شيوعا لدى الأفراد المدمنين على المخدرات، ودراسة (إسراء عمر عبد القادر بني لإرشيد، 2018) التي اقتصرت عينة دراستها على عينة غير إكلينيكية والمتمثلة في المراهقين المتمدرسين وتوصلت إلى أن نمط التعلق السائد لديهم هو النمط الآمن

3-2- مناقشة الفرضية الثانية:

منطوق الفرضية: " مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع"

وقد تبين من النتائج أن مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة كل من (مهند عبد المحسن منصور العيدان، 2019)، (Amany Haroun El-Rasheed, 2001)، (Farges et al , 2004)، (Shabnam Hamidi et al , 2010)، (Valeriano Raúl Garcia Aurrecochea et al, 2016) التي توصلت كلها إلى ارتفاع مستوى الألكسيثيميا لدى المدمنين على المخدرات وتختلف نتائج هذه الدراسة مع دراسة (إسراء عمر عبد القادر بني لإرشيد، 2018) التي تختلف عن دراستنا الحالية من حيث العينة، حيث اقتصرت على عينة غير إكلينيكية متمثلة في المراهقين المتمدرسين، وقد توصلت إلى أن مستوى الألكسيثيميا لديهم متوسط.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

3-3- مناقشة الفرضية الثالثة:

منطوق الفرضية: " توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات"

وقد تبين من النتائج أنه توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (ججيقة فزوي، 2022) التي اقتصر على عينة دراستها على الطلبة الجامعيين، وقد توصلت إلى وجود علاقة بين أنماط التعلق غير الآمن والألكسيثيميا، ودراسة كل من (Besharat Mohammad Ali & Salimian Rizi Mohammad, 2013)، (Mehdi, 2014) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا. وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Elżbieta Zdankiewicz-Ścigala & Dawid Konrad, 2020) التي توصلت إلى وجود علاقة بين نمط التعلق القلق والألكسيثيميا، وبين نمط التعلق المتجنب والألكسيثيميا.

3-4- مناقشة الفرضية الرابعة:

منطوق الفرضية: " توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية"

وقد تبين من النتائج أنه توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Andreas Schindler et al, 2009) وقد توصلت إلى وجود فروق في أنماط التعلق باختلاف المادة الإدمانية

3-5- مناقشة الفرضية الخامسة:

منطوق الفرضية: " توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية"

وقد تبين من النتائج أنه توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعا لنوع المادة الإدمانية

وتختلف نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (Valeriano Raúl Garcia Aurrecochea et al, 2016) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى الألكسيثيميا تبعا لنوع المادة الإدمانية لدى المدمنين على المخدرات

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

3-6- مناقشة الفرضية السادسة:

منطوق الفرضية: "يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال أنماط التعلق"

وقد تبين من النتائج أنه يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا من خلال الدرجة الكلية لنمط التعلق الآمن ونمط التعلق المنشغل ونمط التعلق الخائف كما يتبين أنّ نمط التعلق المنشغل هو الأكثر أهمية في التنبؤ بالألكسيثيميا وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة (دراسة إسراء عمر عبد القادر بني إرشيد، 2018) التي توصلت إلى أن النمط الوحيد من أنماط التعلق الذي كان له قدرة تنبؤية بالألكسيثيميا هو نمط التعلق القلق لدى المراهقين

استنتاج عام لنتائج الدراسة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل من عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة، تم التوصل إلى النتائج التالية:

- نمط التعلق الأكثر شيوعاً لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط التعلق الراض.
- مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع.
- توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
- توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية لصالح مادة الكوكايين.

• توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية لصالح الإدمان المتعدد مادة.

- يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال الدرجة الكلية لنمط التعلق الآمن ونمط التعلق المنشغل ونمط التعلق الخائف كما تبين أنّ نمط التعلق المنشغل هو الأكثر أهمية في التنبؤ بالألكسيثيميا.

خاتمة:

تلعب تجارب التعلق المبكرة مع مقدم الرعاية الأساسي أهمية بالغة في حياة الفرد العاطفية، لما لها من تأثير على اكتسابه للقدرة على الوعي بمشاعره ومشاعر الآخرين من حوله، وكذا القدرة على تحديدها ووصفها، لذلك فإن أي خلل في علاقات التعلق الأولية بين الطفل ومقدم الرعاية الأساسي قد يؤدي إلى تكوين أنماط تعلق غير آمنة ينتج عنها ظهور اضطرابات نفسية وانفعالية في المراحل النمائية اللاحقة، فإذا كان مقدم الرعاية لا يستجيب لاحتياجات الطفل باستمرار، وليس لديه القدرة على فهم مشاعره والتميز بينها، فإن ذلك يؤثر بدوره على قدرة الطفل على فهم وتحديد مشاعره لاحقاً، ما قد يؤدي به إلى تعلم قمع مشاعره وعدم التعبير عنها وفي بعض الحالات قد يؤدي إلى ظهور ما يسمى بالألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر) من خلال ما يكونه الطفل من نماذج عاملة داخلية عن ذاته وعن الآخرين والتي تصبح الموجه له في علاقاته الاجتماعية وفي تعامله مع مشاعره ومشاعر من حوله.

ومن هذا المنطلق جاءت الدراسة الحالية لتبحث في العلاقة بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات، والكشف عن مستوى الألكسيثيميا لديهم، ودلالة الفرق في المتغيرين تبعاً لنوع المادة الإدمانية، وإمكانية التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لديهم من خلال أنماط التعلق وقد توصلت النتائج إلى أن:

- نمط التعلق الأكثر شيوعاً لدى المراهقين المدمنين على المخدرات هو نمط التعلق الرفض.
- مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات مرتفع.
- توجد علاقة ارتباطية بين أنماط التعلق والألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات.
- توجد فروق في أنماط التعلق لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية لصالح مادة الكوكايين.

• توجد فروق في مستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات تبعاً لنوع المادة الإدمانية لصالح الإدمان المتعدد.

- يمكن التنبؤ بمستوى الألكسيثيميا لدى المراهقين المدمنين على المخدرات من خلال الدرجة الكلية لنمط التعلق الآمن ونمط التعلق المنشغل ونمط التعلق الخائف كما تبين أن نمط التعلق المنشغل هو الأكثر أهمية في التنبؤ بالألكسيثيميا.

الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها

التوصيات:

- عقد ندوات توعوية موجهة للأولياء لإبراز وفهم أهمية العلاقة المبكرة مع الأبناء وتأثيرها على حياة الطفل لاحقاً من طرف الأخصائيين النفسيين.
- إدماج أدوات قياس التعلق والألكسيثيميا ضمن عملية التشخيص النفسي للإدمان على المخدرات من قبل الأخصائيين النفسيين العاملين بالمراكز الوسيطة لعلاج المدمنين.
- عقد دورات تدريبية للمراهقين حول كيفية إدارة مشاعرهم وانفعالاتهم بطريقة فعالة من طرف الأخصائيين النفسيين الممارسين عبر المؤسسات التربوية والثقافية.

الاقتراحات:

- ولمزيد من الإثراء والتطوير لدراستنا الحالية نقترح جملة من الدراسات:
- اجراء دراسة حول استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بأنماط التعلق غير الآمنة لدى المدمنين على المخدرات.
 - اجراء دراسة حول فعالية برنامج علاجي لخفض أعراض الألكسيثيميا لدى المراهقين ذوي الإدمان المتعدد.
 - اجراء دراسة حول فعالية برنامج علاجي لتعزيز أنماط التعلق الآمنة لدى المراهقين في مرحلة المراهقة المبكرة.
 - اجراء دراسة حول أثر أنماط التعلق غير الآمنة على توجه المراهق نحو الإدمان على المخدرات.
 - اجراء دراسة حول التنبؤ بالإدمان على المخدرات من خلال تجارب التعلق المبكرة.
 - اجراء دراسة حول الألكسيثيميا (قصور التعبير عن المشاعر) وعلاقتها بالإدمان على المخدرات لدى المراهقين.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

- إبراهيم، أسماء عبد المنعم. سري، هبة إسماعيل. (2022). العلاقة بين أنماط التعلق الوالدي وبين مفهوم الذات لدى المدمن العائد، مجلة بحوث، 2، 3-36
- ابن منظور. (1997). لسان العرب، بيروت: دار صادر
- أبو الديار، مسعد. (2014). البناء الوجداني للطفل، الكويت: دار الكتاب الحديث
- أبو غريبة، إيمان محمد. (2007). التطور من الطفولة حتى المراهقة، الأردن: دار جريد للنشر والتوزيع
- أنجرس، موريس. (2006). منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية: تدريبات عملية (صحراوي بوزيد، مترجم)، الجزائر: دار القصة للنشر
- بدوي، محمد حسين. أحمد مختار، محمد نجم الدين. خالد رفاعي، السيد عثمان. (2016). الألكسيسيميا لدى المراهقين، مجلة العلوم التربوية، 27(27)، 205-227.
- البريثن، عبد العزيز بن عبد الله. (2002). الخدمة الاجتماعية في مجال الإدمان على المخدرات، الأردن: دار الحامد
- بن هادية، علي. البلوشي، الحسن. الحيلاني، بن الحاج يحيى. (1995). القاموس الجديد للطلاب. تقديم محمود المسعدي، ط7، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب
- بني إرشيد، إسراء عمر عبد القادر. (2018). الإسهام النسبي لأنماط التعلق في التنبؤ بقصور التعبير عن المشاعر (الألكسيسيميا) لدى المراهقين [رسالة ماجستير]، كلية التربية، جامعة اليرموك
- بهادر، سعدية محمد علي. (1980). سيكولوجية المراهقة، الكويت: دار البحوث العلمية
- بوشوشة، مريم. نايت عبد السلام، كريمة. (2021). تكييف مقياس تورنتو (TAS-20) لقياس الألكسيسيميا على البيئة الجزائرية، مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7 (2)، 306-326
- بومعزوزة، نسيم. (2022). تقنين مقياس أنماط التعلق (RSQ) على عينات من الطلبة الجزائريين، مجلة دراسات نفسية، 13(01)، 443-457
- تواتي، إبراهيم عيسى. (2018). المخططات المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بأنماط التعلق والتشوهات المعرفية لدى تلاميذ التعليم الثانوي. [رسالة دكتوراه منشورة]. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
- جماطي، نبيهة. (2021). أنماط التعلق والهشاشة النفسية عند المراهقين غير المتوافقين دراسيا وعلاقتها بحاجاتهم الارشادية. [رسالة دكتوراه منشورة]. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.
- الحديبي، مصطفى عبد المحسن. (2020). الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو للألكسيسيميا (TAS-20) لطلاب كلية التربية بجامعة أسبوط، مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي، 8(9)، 31-67.
- الحديبي، مصطفى عبد المحسن. أحمد، محمد عبد العظيم. عبد الغني، رباب محمد الصغير. (2020). الخصائص السيكومترية لمقياس تورنتو للألكسيسيميا (TAS-20) لطلاب كلية التربية بجامعة أسبوط، مجلة دراسات في مجال الارشاد النفسي والتربوي، 8(9)، ص31-68
- حمدي، أحمد عمر علي. (2022). تعاطي وإدمان المخدرات وتأثيرهما على تحقيق أهداف وبرامج التنمية، مجلة كلية الآداب بقنا، (55)، 480-609
- خليفة، أمين صلاح حسين. (2015). أنماط التعلق وعلاقتها بالتوافق النفسي المدرسي لدى الطلبة في منطقة شفا عمرو [رسالة ماجستير]، كلية العلوم التربوية والنفسية، الأردن: جامعة عمان العربية
- زهران، حامد عبد السلام. (1997). الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط3، القاهرة: دار الكتب
- زين العابدين، فارس. (2016). صعوبة التعرف على المشاعر (الألكسيسيميا)، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، (03)، 33-43.
- شناوي، رزيقة. (2023). المعاناة النفسية لدى المدمن المنتكس-الألكسيسيميا نموذجا. [رسالة دكتوراه منشورة]. كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، الجزائر.
- شويخ، هناء أحمد. (2023). الألكسيسيميا والقلق كمتغيرات وسيطة بين كل من (الكفاءة الذاتية، والرضا عن صورة الجسم، والتسامح) وأعراض الصحة الجسمية لدى هيئة التمريض، مجلة دراسات عربية، 22(04)، 449-501.
- صالح، ام علي عبد الرحيم. عبد الخالدي، حامد عاجل. (2021). سيكولوجية التعلق، العراق: دار مسامير

قائمة المراجع

- صباح عبدا الله، أكرم محمد. جرادات، عبد الكريم محمد سليمان. (2019). أنماط التعلق واضطراب ما بعد الصدمة لدى المراهقين السوريين اللاجئين [رسالة ماجستير]. كلية التربية، جامعة اليرموك، الأردن.
- صدقة بسبوني سوزان، أحمد الحاجي رحمة. (2019). أنماط التعلق الوجداني وعلاقتها بالدافعية للإنجاز، المجلة التربوية (66)، 987-1008
- الطحان، ناظم. (2007). سيكولوجية المراهقة ومشكلاتها-القسم النظري، ج1، سوريا: دار نون
- عباس، محمد خليل. (2015). أنماط التعلق وعلاقتها بالتوافق النفسي المدرسي لدى الطلبة في منطقة شفا عمرو [رسالة ماجستير]، كلية العلوم التربوية والنفسية، الأردن: جامعة عمان العربية
- عبد الحميد، جابر. كفاي، علاء الدين. (1988)، معجم علم النفس والطب النفسي، القاهرة: دار النهضة العربية
- عبد المعطي، حسن مصطفى. قناوي، هدى محمد. (2001). علم النفس النمو، ج2، القاهرة: دار قباء
- عبد المنعم، عفاف محمد. (2016). الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
- عبيد، غنية. (2022). التأصيل النظري لمفهوم الألكسيثيميا، مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية، 10(1)، 738-757.
- عليان، مصطفى. (2001). البحث العلمي (أسسه، مناهجه وأساليبه، إجراءاته)، الأردن: بيت الأفكار الدولية.
- العيان، مهند عبد المحسن منصور. (2019). الفرق في الألكسيثيميا (Alexithymia) بين المدمنين وغير المدمنين، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 9(3)، 109-131
- الفرطوسي، على سموم. الميداني، شذى فؤاد. (2022). أساسيات منهجية البحث العلمي، القاهرة: مركز الكتاب
- قزوي، ججيقة. (2022). أنماط التعلق وعلاقتها بالألكسيثيميا لدى الطلبة الجامعيين، مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 7(1)، 1315-1335
- الكاف، عبد الله عمر زين. (2014). تطبيق العمليات الإحصائية في البحوث العلمية مع استخدام برنامج spss، الرياض: مكتبة القانون والاقتصاد
- كفاي، علاء الدين. (2012). الصحة النفسية والإرشاد النفسي، الأردن: دار الفكر
- كيال، رعدة أحمد إسماعيل. (2016). التنظيم الذاتي وعلاقته بأنماط التعلق لدى الطلبة في قضاء عكا [رسالة ماجستير]، كلية العلوم التربوية والنفسية، الأردن: جامعة عمان العربية
- مجدي فهمي، سمر وآخرون. (2016). دراسة أكاديمية لمرتعي الألكسيثيميا في مرحلة المراهقة (دراسة حالة)، مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 6(3)، 331-411.
- مجمع اللغة العربية. (2004). المعجم الوجيز، القاهرة
- محمود، عبد الله. كريم، هناء. (2019). تشخيص حالات الإدمان على المخدرات عند طلبة الأقسام الداخلية في جامعة البصرة. مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية، 44(4)، 178-189
- محيسن، عون عوض. (2013). سيكولوجية تعاطي المخدرات لدى الفتاة الجامعية (دراسة حالة)، مجلة جامعة القدس المفتوحة، 1(3)، 338-299
- مصباح، عامر. (2017). منهجية البحث في العلوم السياسية والإعلام، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية
- المكينزي، عبد الرحمن بن إبراهيم. (2019). الألكسيثيميا وعلاقتها بالعدوانية والوحدة النفسية لدى ذوي صعوبات التعلم بالمرحلة الابتدائية بمدينة الدمام بالمملكة العربية السعودية، مجلة التربية الخاصة والتأهيل، 9(30)، 129-169.
- ميزاب، ناصر. (2005). مدخل إلى سيكولوجية الجنوح، القاهرة: عالم الكتب

Acier, D. (2016). les Addictions, boeck, Belgique.

Ainsworth, M.S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development, American Psychologist, 46 (4), 333-341.

Atkins, S.A.H. (2016). The relationship between shame and Attachment styles [Doctoral dissertation], University of Texas.

Bell, L., & et al. (1996). Une analyse du concept d'attachement parent-enfant. Recherche en soins infirmiers, 46, 4-13.

Benny, M., et al. (2016). Santé mentale et psychopathologie: une approche biopsychosociale, Modulo, Canada.

قائمة المراجع

- Besharat, M.A, Salimian, R, Mohammad, M. (2014). The relationship between attachment styles and Alexithymia : Mediating role of self-regulation, *International Journal of Research Studies in Psychology*, 3 (4), 89-98
- Besharat, M.A, & Khajavi, Z. (2013). The relationship between attachment styles and alexithymia : Mediating role of defense mechanisms, *Asia Journal of Psychiatry*, 6 (6), 1-26
- Besharat, M.A. (2010). Attachment styles and alexithymia. *Psychological Research* 24 (3-4) 63-80
- Bochand, L., Nandiro, J-L. (2010). Niveaux de conscience émotionnelle chez les sujets alcoolodépendants et abstinents. *L'encéphale*. 334-339
- Boisjoli, C. (2021). Alexithymie et problèmes de comportement chez les enfants d'âge scolaire victimes d'agression sexuelle, [Thèse de doctorat], Université du Québec, Canada.
- Bouchard, J. (2005). *Drogues Mythes et dépendance*, Padié, Canada
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and Loss*, vol 1, 2nd ed, Basic Books, New York.
- Bruny, J., F. (2023). Les styles d'attachement au lieu en milieu organisationnel, [Thèse de doctorat], Université de Rouen Normandie, France.
- Brust, J., Garcia, L., Gras, C. (2007). *aspects neurologiques de l'addiction*, Elsevier masson
- Cannard, C. (2019). *Le Développement de l'adolescent*, 3 ed, Belgique : boeck.
- Charpy, A. (2020). Etude de l'alexithymie chez des patients souffrant d'un trouble de l'usage d'opiacés stabilisé depuis 3 mois sous traitement substitif, [Thèse de doctorat], Université de Clermont Auvergne, France.
- Chatterjee, S. (2023). Problems faced by the adolescents in modern era : some recommendations, *Journal of the Oriotal Institute*, 72 (5), 1-8
- Cömert, I.T., Ögel, K. (2014). Attachment Styles of Adolescent Substance Users, *The Turkish Journal on Addiction*, 1 (1), 26-40
- Coulombe, A. (2021). Alexithymie et Déficits intrapersonnels et interpersonnels chez des patients vus en clinique pour une problématique d'insomnie, [Thèse de doctorat], Université du Québec, Canada.
- Currie-McGhee, L.k. (2011). *Drug Addiction, USA: Reference Point Press*
- Daley, D c. (2013). Family and social aspects of substance use disorder and treatment, *Journal of Food and Drug Analysis*, 21, S73-S75.
- Dassa, K.S., Lonozou, K., Kpelly, D.E.E & Dovi, A.G. (2013). Attachement parental et addiction aux substance psychoactives, *Perspectives Psy*, 52 (2), 371-377.
- David, R. (2002). *Theory and treatment of Alexithymia: An affect theory perspective*, [Doctoral dissertation], Michigan State University, United States.
- Delgado, E., Serna, C., Martinez, I., Cruise, E. (2022). Parental Attachment and peer relationships in adolescence : A Systematic Review, *International Journal of Environmental Research and Public*, 19(3), 1-22
- EL Rasheed, A.H. (2001). Alexithymia in Egyptian Substance Abusers, *Substance Abuse*, 22, (1), 11-21
- Eric, L & Stanton, P. (2000). Une approche psychosociale des addictions toujours d'actualité, *Bulletin de Psychologie*, 53 (446), 215-224
- Evans, Y.N., Docter, A.D. (2020). *Adolescent Nutrition*, Switzerland: springer
- Farges, F., Corcos, M., et al. (2004). Alexithymie et toxicomanie : lien avec la dépression, *L'Encéphale*, 201-2011
- Faure-Fillastre, O, Barbey-Mintz, AS, Dugravier, R. (2017). *l'attachement, de la dépendance à l'autonomie*, France : érés.
- Feeney, J., Noller, P. (1996). *Adult Attachment*, London : SAGE Publication

قائمة المراجع

- Fin,P.R.,Martin,J.,Pihl,R.O.(1987).Alexithymia in males at high genetic risk for Alcoholism.Psychother.Psychoosom,47,18-21.
- Fonagy ,p,& Luyten,P.(2009).A Developmental Mentalization-Based Approach to the Understanding and Treatment of Borderline Personality Disorder,Development and psychopathology, 21, 1355-1381.
- Gagnon,.A.(2006).les styles d'attachement,le contexte familial et les troubles de comportements sérieux chez les adolescents pris en charge par le centre jeunesse du Saguenay Y-Lac-Saint-Jean, [Thèse de doctorat],Université du Québec, Canada.
- Garcia Aurrecoche,.V.R & Kuri,.S.E.R.,et al.(2016).Alexitimia y consumo de drogas en hombres y mujeres en tratamiento,Revista Internacional de Investigación en Adicciones,2 (2),13-21
- Gentry,.J.H & Campbell,.M.(2002).Developing Adolescents : a reference for professionals,American Psychological Association.
- Guedeny,N.Guedeny,A.(2005).L'attachement concepts et applications,paris:Masson.
- Gyasi,.E.A.(2022).Exploring the world of the Adolescent : A discourse on Adolescence as a significant transition from childhood to adulthood, [Doctoral dissertation], Education Psychology,USA : Atlantic International University
- Hamidi,.S,Rostami,.R,et al.(2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people,Procedia social and behavioral science,5,1367-1370
- Haviland MG et al.(1994).Alexithymia in women and men hospitalized for psychoactive substance dependence, Comprehensive psychiatry,35(2),124-128.
- Hazan,.C,Shaver,.P.R.(1994).Attachment as an organizational framework for research on close relationship,Psychological Inquiry,5(1),1-22.
- Hemming,L.J.(2021).the association between Alexithymia,suicide, violence and dual harm in male prisoners:A mixed methods, [Doctoral dissertation], University of Manchester.
- Herbert,.M.(2005).Developmental Problems of Childhood and Adolescence, UK:BPS Blakwell.
- Hernandez, A.E., & Araiza, S.M. (2014)."Beliefs About Substance Abuse Among Adolescents: What Works?", [Doctoral dissertation], California State University: USA.
- Holmes,.J.(1993).John Bowlby & Attachment Theory , London :Routledge.
- Jacobs,.N, Dubois,.L.c.(2012). Drug Addiction: science and treatment, New York: NOVA.
- James,H.& Humphrey,ED.D.(1986).Human Stress ,New York: AMS press.
- Joukamaa,M,et al.(2007).Epidemiology of Alexithymia among adolescents, journal of Psychosomatic Reasearch,63,373-376.
- Kamrani,.M, Rouhbakhsh,.Z,et al.(2023). The Relationship Between Attachment Styles, Defense Mechanisms and Substance Use Disorder,High Risk Behav Addict ,12 (3),1-6
- Karila,L.& Benhaiem, A .(2013). Nouvelles Addiction :sexe,internet,Shopping,reseaux sociaux...toutes les clefs pour s'en sortir.France: Flammarion
- Karukivi, M., Joukamaa, M., Hautala, L., Kaleva, O., Haapasalo-Pesu, K-M., Liuksila, P.R., Saarijärvi, S., (2011). Does perceived social support and parental attitude relate to alexithymia? A study in Finnish late adolescents. Psychiatry Research ,187 (2), 254-260 .
- Kelly,P.(2013).Alexithymia, Attachment and psychological wellbeing un young adult leaving care, [Doctoral dissertation], UK: Cardiff University.
- Kumar,.V.J.L.(2013).Adolescence Behaviour Problems :How to tackleor prevent ?,i-manager's Journal on Educational Psychology,6 (4),13-17

قائمة المراجع

- Lafreniere,P.(2000). Emotional development:A biosocial perspective. London:Wadsworth
- Langevin.R. Hare,R.D.(2001). Psychopathie et Alexithymie chez un groupe de jeunes contrevenants, Revue de psychoéducation et d'orientation, 30 (2),227-236
- Laqueille.X., Chassagnoux.A.(2017). Pratiques en addictologie , France: Lavoisier
- Le,H.N, Ramos,M.A,Muñoz;R.F.(2007). the relationship between Alexithymia and perinatal depressive symptomatology, Journal of psychosomatic research, 62,215-222
- Levy,T.M,Orians,M.(2014). Attachment, Trauma, and Healing, London: Jessica Kingsley Publishers.
- Liotti,G.& Gilbert,P.(2010).Mentalizing,motivation,and social mentalities :Theoretical considerations and implications for psychotherapy,the british psychological society,84,9.
- Loas, G. (2010).L'alexithymie, Annales Médico-psychologique, 168(9) ,712-718
- Luminet,O.Vermeulen,N. Grynberg. D.(2013). L'alexithymie: comment le manque d'émotion peut affecter notre santé, Belgique: boeck
- Lyddon,.W.J, Bradford,.E, Jeanne P. Nelson,. J.P.(1993). Assessing Adolescent and Adult Attachment: A Review of Current Self-Report Measures, Journal of Counseling & Development, (71), 390-395
- Malleswari,k, Reddy,. D.R.B & Reddy,.M.S.K et al.(2023). Drug Addiction and Drug Abuse, Journal of Humanities Social Science and Management, 3,(4), 805-814
- Manaster,.G.J.(1989).Adolescent Development: a psychological interpretation,USA :F.E.Peacock
- MC Gillivry.L.(2015). Alexithymia in a psychiatric population:stability and relationship with therapeutic outcome. Edith Cowan University
- Michael.B,S,William.H,B,(1994).Attachment in Adults, New York: The Guilford Press.
- Micheaux,.C,L.(2008).pratiques addictives à l'adolescence et théorie de l'attachement,[Thèse de doctorat],université de Paris7,France.
- Mikulincer, M. Shaver, P.R. Gillath, O, & Nitzberg, R. A.(2005). Attachment, caregiving and altruism :Boosting attachment securityincreases compassion and helping.Journalof personality and social psychology,89,817-839
- Mikulincer,M.Shaver,PH.R.(2016).Attachment in Adulthood,London :The Guilford Press.
- Morel,.A, Couteron,. J.P.(2019). Addictologie , 3 eme ed , France :Dunod.
- Muller,J,& Alpers,G,W.(2006).Two facets of being bothered bodily sensations : Anxiety sensitivity and Alexithymia psychosomatic patients,Comprehensive psychiatry,47(6),489-496.
- Nath,.A.Choudhari,.S.J.,Dakhode,.S.U.,et al.(2022).Substance Abuse Amongst Adolescents : An Issue of Public Health Significance, Cureus,14 (11),01-08
- Nawi,. A.M et al. (2021). Risk and protective factors of drug abuse among Adolescents: a systematic review , BMC Public Health, 21,(2088), 1-15
- Niken,.R, Umilatul,.H.(2020). Adolescent Problem in Psychology :Areview of Adolescent Mental Health Studies,Advances in Social Science,Education and Humanities Research,395,16-20
- Ouellet,R.(2011). caractérisation de l'alexithymie chez les personnes atteintes de schizophrénie en début d'évaluation. [Doctoral dissertation], Université de Laval, Québec.
- Papalia.D, Feldman.R.(1999).Achild's worldm :infancy through adolescence, New York: the McGraw-hill company i.n.c
- Pirlot.G.(2014). Alexithymie et pensée opératoire, Hermès la revue,(68),73-81.
- Polek,.E.(2008).Attachment in cultural context : Differences in attachment between Eastern and Western Europeans, [Doctoral dissertation],University of Groningen,Netherlands.

قائمة المراجع

- Potard.,C.(2010).Attachement parental,sexualité à l'adolescence et estime de soi, [Thèse de doctorat],université De Tours ,France.
- Prior.,V.Glaser.,D.(2006).Understanding Attachment and Attachment Disorders, London : Jessica Kingsley Publishers.
- Rehman,. S, Mustafa.,E,Faiz.,A.A et al. (2022). Impacts of Drug Addiction on Psychological and Emotional Health and Role of Medicinal Plants in Treatment of Drug Addiction, journal of Innovative Science,8 (2), 311-325
- Rholes,W.S & Simpson,J.A.(2004).Adult Attachment :Theory,Research and Clinical Implications.New York :The Guildford Press.
- Saariaho,A.(2017). Alexithymia and Chronic Pain:Reflection of early maltreatment in chronic pain patients with a special focus on alexithymia with depression and early maladaptive schemas, [Doctoral dissertation] , University of Tampere, Finland.
- Saikia.,J.(2019).Emotional Development of Adolescence and Role of Parents, Journal of Emerging Technologies and Innovative Research,6(6),146-148
- Salmela-Aro.,K.(2011).Stages of Adolescence,Encyclopedia of Adolescence,(1),360-368
- Sanders.,R.A.(2013).Adolescent Psychological ,Social, and Cognitive Development ,Pediatrics in review,34(8),354-359
- Santi,E.A.(2020). Moral Development and Moral Values in Adolescence, International Journal of Educational Sciences, 3 (2),28-36
- Santrock.,J.W.(1990).Adolescence ,USA :Wm.C.Brown
- Schaffer,H.R, & Emerson,P.E.(1964) the development of social attachments in infancy.Moographs of the society for research in child development ,1-77
- Schauder.,S.(2007). Pratiquer la Psychologie Clinique auprès des enfants et des adolescents, Paris :DUNOD
- Schindler.,A ,Thomasius.,R ,Petersen.,K & Sack.,P.M.(2009).Differences in attachment representations between opioid, ecstasy and cannabis abusers, Attachment & Human Development, 11 (3), 307-330
- Sillamy.N(1999).Dictionnaire de Psychologie ,Paris: Larousse.
- Slater.,R.(2007). Attachment : theoretical development and critique, Educational Psychology in Practice, 23 (3), 205-219.
- Stalnaker.,RD.(2020).Overview of social development for adolescents, Arts and Social Science Journal,11(1),2-4.
- Steinberg,L.(2016). Adolescence,11th ed,New York :McGraw-Hill Education
- Suh.,J.J.Ruffins.,S.Robins.,E.et al.(2008).Psychoanalytic Psychology,25(03),518-532
- Swati.,P.(2022).Adolescence in India :Issues,Challenges and Possibilities,singapore :Springer
- Szpak.,M.Bialecka-Pikul.M.(2015).Attachment and alexithymia are related,but mind-mindedness does not mediate this relationship,Polish Psychological Bulletin,(2)46,217-222
- Tarabulsy.,G.M.,Larose.,S.,Pederson.,D.R.et al.(2003).Attachement et Développement ,Presses de l'Université du Québec.
- Taylor,G.J.,Bagby,R.M.,&Parker,J.D.A.(1997).Disorders of affect regulation.Alexithymia in medical and psychiatric illness.Cambridge ,England :Cambridge University Press.
- Tereno.,S.(2007).La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique,Medicine & Hygiène,2(19),151-188.

قائمة المراجع

- Troisi.A.,Pasini.A.,Saracco.M.,& Spalletta.G.,(1998).Psychiatric symptoms in mal cannabis users not using other illicit drugs.Addiction,93(4),487-492.
- Tsagem.S.Y.,(2022).The Adolescence stage,Developmental Psychology ,71-98.
- Van Buren,A.& Cooley,E.L.(2002). Attachment styles,view of self and negative affect.North American Journal of Psychology,4(3),417-430
- Wearden, A.J., Lamberton, N., Crook, N., Walsh, V.,(2005) . Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: an extension to the four category model of attachment. Journal of Psychosomatic Research, 58 (3), 279-288.
- Weinberg ,N.Z.(2001). Risk factor for Adolescent substance Abuse, Journal of learning Disabilities, 34 (4), 343-351.
- Whitesell.M, Bachand.A, Peel.J, et al.(2013). Familial, Social, and Individual Factors Contributing to Risk for Adolescent Substance Use, Journal of Addiction, 1-9.
- Zdankiewicz-Ścigala ,E & Ścigala,.D.(2020).Attachment Style,Early Childhood Trauma,Alexithymia,and Dissociation Among Persons Addicted to Alcohol :Structural Equation Model of Dependencies,Fontiers in Psychology,10,1-13
- Zimmermann.G ,Salamin.V ,Reichert.M.(2008).L'alexithymie aujourd'hui :essai d'articulation avec les conceptions contemporaines des émotions et de la personnalité ,Psychologie Française,53,115-128
- Zine El Abiddine, F. (2014). L'alexithymie, Revue des sciences sociales et humaines, (07) ,1-12.
- Žvelc,G.(2010).Object relations and attachment styles in adulthood,Horizons of Psychology,19(2),5-18.

قائمة الملاحق

الملحق رقم: 01

قائمة الملاحق

الملحق رقم (01): مقياس نمط العلاقات (RSQ):

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم النفس

مقياس نمط العلاقات (RSQ)

البيانات الشخصية:

السن: الجنس:
المستوى الدراسي: المادة الإدمانية المستهلكة:
الحالة الاجتماعية: مدة الإدمان:
مدة العلاج في المركز:

التعليمة: أمامك العبارات التالية، نرجو منك قراءة كل عبارة منها جيدا والإجابة عليها بوضع علامة (x) أمام الإجابة التي ترى بأنها تتاسبك وتتنطبق عليك، علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

الرقم	العبارات	لا تنطبق علي تماما	تنطبق علي قليلا	تنطبق علي إلى حد ما	تنطبق علي كثيرا	تنطبق علي تماما
01	من الصعب الاعتماد على الآخرين.					
02	يهمني جدا أن أكون مستقلا عن الآخرين.					
03	من السهل التقرب عاطفيا بالآخرين.					
04	أخشى أن أتأذى إذا سمحت لنفسني بالتقرب من الآخرين.					
05	أشعر بالراحة من دون علاقات عاطفية مقربة.					
06	أرغب في إقامة علاقة عاطفية حميمة مع الآخرين.					
07	أخشى من البقاء وحيدا دون علاقات.					
08	أشعر بارتياح عند الاعتماد على الآخرين.					
09	من الصعب الوثوق بالآخرين ثقة تامة.					
10	أشعر بالارتياح عند اعتماد الآخرين علي.					

قائمة الملاحق

					يقلقني عدم تقدير الآخرين لي كما أقدّهم	11
					الاستقلالية عن الآخرين مهمة جدا بالنسبة لي	12
					أفضل أن لا يعتمد علي الآخرون في الحياة	13
					لا أرتاح عندما أكون قريبا من الآخرين	14
					أجد أن الآخرين غير مستعدين للتقرب مني كما أُرغب	15
					أفضل أن لا أعتد علي الآخرين في الحياة	16
					أقلق عندما لا يتقبلني الآخرون	17

الملحق رقم 02

قائمة الملاحق

ملحق رقم (02): مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة 8 ماي 1945 قالمة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

مقياس تورونتو للألكسيثيميا (TAS-20)

التعليمية: حدد باستعمال السلم الموجود في الأسفل بأي درجة تكون موافقا أو معارضا على كل عبارة من العبارات التالية يكفي ان تضع علامة (x) في المكان المناسب، لا تعطي الا إجابة واحدة لكل عبارة.
1) معارض تماما، 2) معارض، 3) محايد، 4) موافق، 5) موافق بشدة.

الفقرة	5	4	3	2	1
1. غالبا لا أرى مشاعري بوضوح.					
2. من الصعب علي إيجاد الكلمات المناسبة لوصف مشاعري.					
3. أشعر بأحاسيس في جسمي حتى الأطباء لا يستطيعون فهمها.					
4. أستطيع وصف مشاعري بسهولة.					
5. أفضل حل المشكلة بدل مجرد وصفها أو الحديث عنها.					
6. عندما أكون منزعجا لا أعرف ما إذا كنت حزينا أم خائفا أم غاضبا.					
7. غالبا ما أكون مشوشا بشأن أحاسيسي في جسمي.					
8. أفضل أن أدع الأمور تحدث كما هي بدلا من محاولة فهم أسباب حدوثها بهذا الشكل.					
9. لدي مشاعر لست قادرا على تحديدها بشكل واضح.					
10. من الضروري للأشخاص معرفة ما يشعرون به.					
11. أجد صعوبة في وصف شعوري نحو الآخرين.					
12. يطلب مني الآخرون باستمرار أن أعبر عن مشاعري أكثر.					
13. لا أعرف ما الذي يجري داخلي.					
14. في معظم الأحيان لا أعرف لماذا أنا غاضب.					
15. أفضل الحديث مع الناس حوا روتين حياتهم اليومي بدل الحديث عن مشاعرهم.					
16. أفضل مشاهدة العروض الترفيهية الكوميدية بدل مشاهدة العروض الدرامية.					
17. أجد صعوبة في البوح بمشاعري الخاصة حتى لأقرب أصدقائي.					

قائمة الملاحق

					18. يمكنني أن أشعر بأنني قريب من شخص ما، حتى في لحظات صمته.
					19. أجد أن تحليل مشاعري يفيدني في حل مشاكل الشخصية.
					20. البحث عن معنى خفي في الأفلام أو المسرحيات يقلل من المتعة في مشاهدتها.

الملحق رقم: 03

قائمة الملاحق

الملحق رقم (03): مخرجات برنامج SPSS.V23:

معامل ألفا كرونباخ لمقياس نمط العلاقات (RSQ):

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,822	17

معامل ألفا كرونباخ لمقياس تورونتو للأكسيثيميا (TAS-20):

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,920	20

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لأنماط التعلق:

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
نمط_تعلق_آمن	315	7,00	22,00	8,3524	2,41801
نمط_تعلق_منشغل	315	8,00	19,00	14,8984	3,09033
نمط_تعلق_رافض	315	11,00	25,00	20,3206	3,66713
نمط_تعلق_خائف	315	5,00	20,00	12,8794	3,48766
N valide (liste)	315				

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري للدرجة الكلية للأكسيثيميا:

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
ألكسيثيميا_كلي	315	39,00	87,00	71,5556	9,23228
N valide (liste)	315				

قائمة الملاحق

المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لأبعاد الألكسيثيميا:

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
صعوبة_وصف_المشاعر	315	12,00	35,00	29,9302	5,62877
صعوبة_تحديد_المشاعر	315	8,00	37,00	19,4317	3,64564
التفكير_الموجه_نحو_الخارج	315	16,00	33,00	22,1937	4,13975
N valide (liste)	315				

اختبار ت لعينة واحدة (One Sample T test) للدرجة الكلية للألكسيثيميا:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
ألكسيثيميا_كلي	315	71,5556	9,23228	,52018

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 60					
	t	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
ألكسيثيميا_كلي	22,215	314	,000	11,55556	10,5321	12,5790

قائمة الملاحق

اختبار ت لعينة واحدة (One Sample T test) لبعء صعوبة تحديد الأحاسيس:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
صعوبة_تحديد_المشاعر	315	19,4317	3,64564	,20541

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 21					
	t	Ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
صعوبة_تحديد_المشاعر	-7,635	314	,000	-1,56825	-1,9724	-1,1641

اختبار ت لعينة واحدة (One Sample T test) لبعء صعوبة وصف الاحاسيس:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
صعوبة_وصف_المشاعر	315	29,9302	5,62877	,31715

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 15					
	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
صعوبة_وصف_المشاعر	47,077	314	,000	14,93016	14,3062	15,5542

قائمة الملاحق

اختبار ت لعينة واحدة (One Sample T test) لبعء التفكير الموجه نحو الخارج:

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
التفكير_الموجه_نحو_الخارج	315	22,1937	4,13975	,23325

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 24					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
التفكير_الموجه_نحو_الخارج	-7,744	314	,000	-1,80635	-2,2653	-1,3474

معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين أنماط التعلق والدرجة الكلية للأكسيثيميا:

Corrélations

	نمط_تعلق_أمن	نمط_تعلق_منشغل	نمط_تعلق_رافض	نمط_تعلق_خائف	ألكسيثيميا_كلي
نمط_تعلق_أمن	1	-,046	,069	-,023	,146**
Corrélacion de Pearson					
Sig. (bilatérale)		,417	,224	,681	,009
N	315	315	315	315	315
نمط_تعلق_منشغل	-,046	1	,566**	,212**	,368**
Corrélacion de Pearson					
Sig. (bilatérale)	,417		,000	,000	,000
N	315	315	315	315	315
نمط_تعلق_رافض	,069	,566**	1	,249**	,128*
Corrélacion de Pearson					
Sig. (bilatérale)	,224	,000		,000	,023
N	315	315	315	315	315
نمط_تعلق_خائف	-,023	,212**	,249**	1	-,081
Corrélacion de Pearson					
Sig. (bilatérale)	,681	,000	,000		,151

قائمة الملاحق

	N	315	315	315	315	315
ألكسيثيميا_كلي	Corrélacion de Pearson	,146**	,368**	,128*	-,081	1
	Sig. (bilatérale)	,009	,000	,023	,151	
	N	315	315	315	315	315

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).

معامل الارتباط بيرسون (Pearson) بين أنماط التعلق وأبعاد الألكسيثيميا:

	نمط_تعلق_آمن	نمط_تعلق_منشغل	نمط_تعلق_رافض	نمط_تعلق_خائف	
صعوبة_وص	Corrélacion de Pearson	,083	,481**	,248**	,116*
ف_المشاعر	Sig. (bilatérale)	,140	,000	,000	,040
	N	315	315	315	315
صعوبة_تحدي	Corrélacion de Pearson	,110	,243**	,047	-,088
د_المشاعر	Sig. (bilatérale)	,051	,000	,403	,120
	N	315	315	315	315
التفكير_الموج	Corrélacion de Pearson	,116*	-,047	-,093	-,261**
ه_نحو_الخاص	Sig. (bilatérale)	,040	,406	,098	,000
ج	N	315	315	315	315

تحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) لدلالة الفروق في أنماط التعلق تبعا للمادة الإدمانية:

Caractéristiques

تعلق_كلي

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
الحشيش	47	54,2553	3,70351	,54021	53,1679	55,3427	48,00	67,00

قائمة الملاحق

كوكابين	44	64,8409	2,94084	,44335	63,9468	65,7350	49,00	67,00
ليريكا	66	56,6970	5,03211	,61941	55,4599	57,9340	42,00	70,00
كحول	30	51,8000	2,91725	,53261	50,7107	52,8893	48,00	56,00
إكستازي	35	50,3714	11,24614	1,90094	46,5082	54,2346	40,00	68,00
متعدد	93	57,2043	9,24610	,95878	55,3001	59,1085	39,00	78,00
Total	315	56,4508	8,05712	,45397	55,5576	57,3440	39,00	78,00

ANOVA

تعلق_كلي

	Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	5323,136	5	1064,627	21,843	,000
Intragroupes	15060,852	309	48,741		
Total	20383,987	314			

اختبار توكي (Tukey):

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: تعلق_كلي

Différence significative de Tukey

(I) المادة الإدمانية	(J) المادة الإدمانية	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
					Borne inférieure	Borne supérieure
الحشيش	كوكابين	-10,58559*	1,46451	,000	-14,7853	-6,3858
	ليريكا	-2,44165	1,33249	,446	-6,2628	1,3795
	كحول	2,45532	1,63148	,661	-2,2233	7,1339
	إكستازي	3,88389	1,55872	,130	-,5861	8,3538
	متعدد	-2,94898	1,24945	,174	-6,5320	,6341
كوكابين	الحشيش	10,58559*	1,46451	,000	6,3858	14,7853
	ليريكا	8,14394*	1,35876	,000	4,2474	12,0405

قائمة الملاحق

	كحول	13,04091*	1,65301	,000	8,3006	17,7812
	إكستازي	14,46948*	1,58124	,000	9,9350	19,0040
	متعدد	7,63661*	1,27743	,000	3,9733	11,2999
ليريكا	الحشيش	2,44165	1,33249	,446	-1,3795	6,2628
	كوكايين	-8,14394*	1,35876	,000	-12,0405	-4,2474
	كحول	4,89697*	1,53726	,020	,4886	9,3054
	إكستازي	6,32554*	1,45982	,000	2,1392	10,5119
	متعدد	-,50733	1,12365	,998	-3,7296	2,7149
كحول	الحشيش	-2,45532	1,63148	,661	-7,1339	2,2233
	كوكايين	-13,04091*	1,65301	,000	-17,7812	-8,3006
	ليريكا	-4,89697*	1,53726	,020	-9,3054	-,4886
	إكستازي	1,42857	1,73703	,963	-3,5527	6,4098
	متعدد	-5,40430*	1,46587	,004	-9,6080	-1,2006
إكستازي	الحشيش	-3,88389	1,55872	,130	-8,3538	,5861
	كوكايين	-14,46948*	1,58124	,000	-19,0040	-9,9350
	ليريكا	-6,32554*	1,45982	,000	-10,5119	-2,1392
	كحول	-1,42857	1,73703	,963	-6,4098	3,5527
	متعدد	-6,83287*	1,38444	,000	-10,8030	-2,8627
متعدد	الحشيش	2,94898	1,24945	,174	-,6341	6,5320
	كوكايين	-7,63661*	1,27743	,000	-11,2999	-3,9733
	ليريكا	,50733	1,12365	,998	-2,7149	3,7296
	كحول	5,40430*	1,46587	,004	1,2006	9,6080
	إكستازي	6,83287*	1,38444	,000	2,8627	10,8030

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

قائمة الملاحق

اختبار تحليل التباين الأحادي (One-way-Anova) لدلالة الفروق في مستوى الألكسيثيميا تبعا لنوع المادة الإدمانية:

Caractéristiques

ألكسيثيميا_كلي

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
					الحشيش	47		
كوكايين	44	72,8182	2,84705	,42921	71,9526	73,6838	70,00	87,00
ليريكا	66	67,1818	14,84371	1,82713	63,5328	70,8309	39,00	82,00
كحول	30	66,7000	5,16720	,94340	64,7705	68,6295	62,00	75,00
إكستازي	35	70,0000	9,53014	1,61089	66,7263	73,2737	55,00	80,00
متعدد	93	75,0860	4,66172	,48340	74,1260	76,0461	67,00	83,00
Total	315	71,5556	9,23228	,52018	70,5321	72,5790	39,00	87,00

ANOVA

ألكسيثيميا_كلي

	Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
Inter-groupes	3517,930	5	703,586	9,353	,000
Intragroupes	23245,848	309	75,229		
Total	26763,778	314			

قائمة الملاحق

اختبار توكي (Tukey):

Comparaisons multiples :

Variable dépendante: ألكسيثيميا_كلي

Différence significative de Tukey

	(J)	المادة الإدمانية (I)	المادة الإدمانية (J)	Différence moyenne (I-J)	Erreur standard	Sig.	Intervalle de confiance à 95 %	
							Borne inférieure	Borne supérieure
الحشيش	كوكايين			,96905	1,81944	,995	-4,2486	6,1867
	ليريكا			6,60542*	1,65543	,001	1,8581	11,3527
	كحول			7,08723*	2,02689	,007	1,2747	12,8997
	إكستازي			3,78723	1,93650	,370	-1,7661	9,3405
	متعدد			-1,29879	1,55227	,960	-5,7502	3,1526
كوكايين	الحشيش			-,96905	1,81944	,995	-6,1867	4,2486
	ليريكا			5,63636*	1,68807	,012	,7955	10,4772
	كحول			6,11818*	2,05363	,036	,2290	12,0074
	إكستازي			2,81818	1,96448	,706	-2,8153	8,4517
	متعدد			-2,26784	1,58703	,709	-6,8190	2,2833
ليريكا	الحشيش			-6,60542*	1,65543	,001	-11,3527	-1,8581
	كوكايين			-5,63636*	1,68807	,012	-10,4772	-,7955
	كحول			,48182	1,90984	1,000	-4,9950	5,9586
	إكستازي			-2,81818	1,81363	,630	-8,0191	2,3827
	متعدد			-7,90420*	1,39598	,000	-11,9074	-3,9010
كحول	الحشيش			-7,08723*	2,02689	,007	-12,8997	-1,2747
	كوكايين			-6,11818*	2,05363	,036	-12,0074	-,2290
	ليريكا			-,48182	1,90984	1,000	-5,9586	4,9950
	إكستازي			-3,30000	2,15802	,646	-9,4885	2,8885
	متعدد			-8,38602*	1,82114	,000	-13,6085	-3,1635

قائمة الملاحق

إكستازي	الحشيش	-3,78723	1,93650	,370	-9,3405	1,7661
	كوكايين	-2,81818	1,96448	,706	-8,4517	2,8153
	ليريكا	2,81818	1,81363	,630	-2,3827	8,0191
	كحول	3,30000	2,15802	,646	-2,8885	9,4885
	متعدد	-5,08602*	1,71998	,039	-10,0184	-,1537
متعدد	الحشيش	1,29879	1,55227	,960	-3,1526	5,7502
	كوكايين	2,26784	1,58703	,709	-2,2833	6,8190
	ليريكا	7,90420*	1,39598	,000	3,9010	11,9074
	كحول	8,38602*	1,82114	,000	3,1635	13,6085
	إكستازي	5,08602*	1,71998	,039	,1537	10,0184

*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

اختبار الانحدار المتعدد:

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	5252,670	4	1313,168	18,924	,000 ^b
Résidus	21511,107	310	69,391		
Total	26763,778	314			

a. Variable dépendante : كلي_الكسيثيميا

b. Prédicteurs : (Constante), رافض_تعلق_نمط, منشغل_تعلق_نمط, آمن_تعلق_نمط, خائف_تعلق_نمط

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.	Corrélations		
	B	Ecart standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle
1 (Constante)	55,952	3,398		16,468	,000			

قائمة الملاحق

نمط_تعلق_أم ن	,657	,196	,172	3,352	,001	,146	,187	,171
نمط_تعلق_من شغل	1,409	,186	,472	7,569	,000	,368	,395	,385
نمط_تعلق_ر افض	-,285	,159	-,113	-1,800	,073	,128	-,102	-,092
نمط_تعلق_خا ئف	-,394	,140	-,149	-2,820	,005	-,081	-,158	-,144

a. ألكسيثيميا_كلي. Variable dépendante :