**نظام الاعتقادات الخاص بمستهلكي القنب وعلاقته بطبيعة الاستهلاك: دراسة ميدانية**

 **د/ حمزة مزياني**

 **جامعة الجزائر02**

* **ملخص الدراسة:**

 تقدم لنا النظرية المعرفية نظام من الاعتقادات غير وظيفية الخاصة بسلوكات الإدمان والذي يطلق عليه عادة بمصطلح المعتقدات الإدمانية، تعمل هذه المعتقدات على تكوين نسق من التفكير يسيطر على المدمن فيرى أن احتياجه للمخدر يحدث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر، بالإضافة إلى قدرة المخدر على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل، ومن هذا المنطلق نهدف هنا لدراسة هذه المعتقدات عند حالات تدخن الحشيش لمعرفة مدى ارتباطها بشدة سلوك الإدمان كما نبحث في دلالة الفروق فيها حسب متغير عدد محاولات الإقلاع عن التعاطي.

 وقد تمت الدراسة على عينة من 53 متعاطي للقنب، أين توصلنا إلى مجموعة من النتائج تتلخص في وجود ارتباط موجب بين شدة سلوك الإدمان مع نوعين من المعتقدات الإدمانية، كما انتهت إلى تميز المتعاطين الذين حاولوا الإقلاع عن التعاطي بمحاولتين فأكثر عن الذين لم يحاولوا، بمعتقدات إدمانية أقل شدة. وعليه انتهت الدراسة بالتوصيات أهمها؛ ضرورة تقييم وتغيير المعتقدات الادمانية في كل عملية علاج أو تحسيس وتوعية في سبيل محاربة ظاهرة تعاطي القنب.

**الكلمات المفتاحية**: المعتقدات الادمانية، سلوك الادمان، القنب

* **مقدمة البحث:**

 يعتبر تدخين الحشيش والإدمان عليه واقع مر يعيشه كثير من أفراد المجتمع، سواء من قريب كضحية أو من بعيد كأخ أو ابن أو صديق أو جار، وكل منا ينظر إليها بطريقة مختلفة. ولكن في مجال البحث العلمي نحاول دائما فهم وحصر الظاهرة عن طريق تحديد المفاهيم، وتناول المكونات بشكل دقيق وإعادة تركيبها بمنهجية علمية تسمح لنا للوصول إلى فهم جيد للظاهرة، بهدف كشف أفضل الطرق للتحكم فيها وعلاجها. فيعتبر القنب من المواد العقلية الأكثر استهلاكا في الجزائر بنسبة تقدر بـ (1.30℅) من السكان، وتقدر نسبة استهلاكها لوحدها فقط بـ (54.48℅) مقارنة بالاستهلاك العام للمخدرات والذي يقدر بـ (2.15℅) (CENEAP,2010). واستنادا إلى حصيلة نشاطات مكافحة تهريب واستعمال المخدرات الوطنية فإن كمية القنب المحجوزة في الجزائر سنة 1999 هي (4,452 طن) وسنة 2003 هي (8,069 طن) وسنة 2012 (157,382 طن) وقد بلغت في الأربع الأشهر الأول لسنة 2018 بـ (59.710 طن)، وحسب مصالح الأمن الوطنية فإن حوالي 5 بالمائة منها موجهة إلى السوق المحلية. وتشير هذه الأٍرقام إلى تطور خطير يدفعنا إلى محاولة فهم هذه الظاهرة ودراسة عوامل الضعف التي قد تساهم في تفاقمها واستمرارها وبالذات العامل المعرفي الانفعالي من وجهة نظر نموذج بيك في المعتقدات الإدمانية .

 يرتكز نموذج بيك على المحتوى المعرفي للفرد من أفكار ومعتقدات لاعقلانية غير وظيفية تلعب دورا أساسيا في استهلاك الفرد لهذه المواد والاستمرار في تناولها أو الإدمان عليها. حيث يرى أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه ايجابي نحو سوء استهلاك المخدرات، يملكون معتقدات مميزة، والتي تنشط تحت تأثير بعض الظروف والتي أسماها بالظروف ذات الخطر المرتفع، والتي يمكن أن تكون خارجية كتأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطى المخدرات، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات، أو ظروف داخلية تتمثل في مختلف حالات التوتر الانفعالي، مثل: الاكتئاب، القلق والتشاؤم .وكل هذه الظروف يمكن أن تلعب دور المنشط، حيث تستثير معتقدات الفرد الايجابية نحو المخدرات، أو الرغبة الملحة إلى تعاطي المخدرات إن لم يكن من المتعاطين (فريدة قماز، 2009). وقد صنف بيك هذه المعتقدات (المعتقدات الإدمانية) إلى ثلاثة أنواع هي: المعتقدات التوقعية، المعتقدات التسكينية، المعتقدات الإباحية (Liese & Franz, 1996 ; Wright & al, 1993)

 ومن خلال ما سبق نحصر مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

1. هل هناك علاقة بين سلوك الإدمان والمعتقدات الإدمانية لدى متعاطي القنب ؟
2. هل هناك اختلاف في عدد محاولات الإقلاع عن تعاطي القنب ترجع لشدة المعتقدات الإدمانية ؟
* **أهداف البحث:**

 يهدف البحث الحالي إلى دراسة ظاهرة تعاطي مادة القنب أو تدخين "الزطلة" كما يطلق عليها في المجتمع الجزائري، وذلك بالتركيز عن العلاقة الموجودة بين شدة استهلاك القنب وشدة نشاط المعتقدات الإدمانية، وعلاقة هذه الأخيرة بمحاولات الإقلاع عن التعاطي، ومن أجل ذلك سنسعى للتحقق من وجود علاقة الارتباط بين كل من شدة سلوك الإدمان وكل من المعتقدات التوقعية والتسكينية والإباحية والتي تشكل النسق المعرفي الذي يحدد طبيعة الاستهلاك. كما نهدف أيضا إلى دراسة طبيعة التفاعل الموجود بين هذه المتغيرات وربطه بالطرح النظري المعرفي لبيك الذي يفسر هذه الظاهرة، ونسعى أيضا إلى التحقق من علاقة الارتباط بين هذه المتغيرات حتى تتكون لدينا صورة شاملة للتفاعل الذي يحدث بين المعتقدات الادمانية وطبيعة تعاطي القنب. كما نهدف لمعرفة دور وعلاقة هذه المتغيرات في تكرار محاولات الإقلاع عن تعاطي القنب.

* **أهمية البحث:**

 تظهر أهمية هذا البحث كونه يتناول ظاهرة خطيرة في المجتمع وهي الزيادة الكبيرة جدا في تعاطي مادة القنب عند الشباب والتي انعكست سلبيا في اتجاهاتهم نحوها، بحيث يمكن ملاحظتها جليا في أحاديثهم وسلوكاتهم المقللة من خطورتها بل وتهين وتتساهل من استعمالها. وعليه ركزنا اهتمامنا في هذا البحث على دور هذه الأفكار ومعتقدات خاطئة التي انتشرت حول استهلاك هذه المادة، وذلك من أجل المساهمة في التقليل منها. وعليه سندرس المعتقدات الإدمانية التي حددتها دراسات سابقة، كما سنحدد مدى ارتباطها بطبيعة سلوك الادمان وشدته، وبالتالي ستقدم لنا الدراسة معلومات جديدة في فهم ظاهرة التعاطي والتي قد تفيدنا في توجيه الحملات التحسيسية الوقائية وبناء برامج إرشادية علاجية للتخفيف من تناول المخدرات.

* **تحديد المفاهيم**

**1)- المعتقدات الإدمانية:** هي مجموعة من المعتقدات غير وظيفية تلعب دورا أساسيا في استهلاك الفرد للمواد النفسية والإدمان عليها قدمها "**بيك"** في دراساته لتفسير ظاهرة الإدمان على الكحول أين صنفها إلى ثلاثة أنواع هي:

* المعتقدات التوقعية: هي معتقدات ترتبط بتوقعات إيجابية بعد استعمال المخدر، كزيادة الفعالية الاجتماعية وزيادة مردود الفرد...الخ مثال: " سأكون أفضل عندما أتناول المخدر".
* المعتقدات التسكينية والتي يرى من خلالها الفرد أن العقار يعمل على تسكين أو خفض من استجابته الجسدية للضغوط. مثال: " إذا تعاطيت المخدر، قلقي يزول"
* المعتقدات الإباحية: وهي اعتقادات تسهل و تبرر استعمال المخدر " أنا موافق على التعاطي في هذا الوقت" (Liese et Franz, 1996 ; Wright et al., 1993 )

**3)- سلوك الإدمان**: ويعرفه جودمان "Goodman" (1990) أنه نتاج "العملية التي يتم من خلالها استخدام سلوك-لديه القدرة على إحداث المتعة أوالتخفيف من المعاناة- كوسيلة لها طابع الفشل المتكرر في السيطرة على هذا السلوك واستمراره، على الرغم من وجود تبعات سلبية كثيرة له" (ص137). ويجمع هذا المفهوم من الناحية الإكلينيكية والنظرية كل سلوكات التعاطي والتبعية للمواد ذات التأثير النفسي كالقنب والكحول والتبغ والأدوية العقلية. كما يدخل أيضا تحته مجموعة من السلوكات التبعية غير مرتبطة بمواد نفسية مثل اللعب المرضي والشراء أو التسوق المرضي.

 ويمكن تمييز الإدمان فى ثلاثة مستويات من ناحية استهلاك المواد النفسية عموما:

* **الاستعمال البسيط غير مرضي**: ويقصد به الاستعمال الذي لا تترتب عليه أضرار
* **الاستعمال المضر أو المفرط**: وهو يناسب المرحلة التي يكون فيها الاستهلاك مصدر لعدة مشاكل وأضرار (اجتماعية أو صحية)، ولكن بدون أن يكون الفرد قد وصل إلى مرحلة التبعية.
* **التبعية:** وهنا تتميز بمجموعة من الإضرابات الهامة والمستمرة للوظيفة النفسية للفرد والتي تترجم في ظهور أعراض التحمل، الانسحاب، الاستهلاك القهري والأضرار الخطيرة. (DSM-IV ; CIM-10)

 وإجرائيا نقيسه باستبيان يقيس شدة السلوك الإدمان (QMICA) من إعداد ديكمبس"Décamps" وآخرون (2010) (ترجمة الباحث).

* ***إجراءات الدراسة الميدانية:***
1. **منهج البحث:** من خلال طبيعة موضوع الدراسة لجأنا إلى المقارنة وبحث العلاقات، وبالتالي تحدد لنا المنهج في المنهج الوصفي الذي يعتمد على دراسة الظاهرة كما هي في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، كما يعبر عنها تعبيرا كيفيا أو كميا. ومن بين طرق وتصميمات المنهج الوصفي والذي يناسب متغيرات بحثنا، هو التصميم الذي يبحث في مدى وجود الارتباطات بين المتغيرات، وهذا لكون متغيرات بحثنا قابلة للقياس ولكنها غير قابلة للتحكم، وبالتالي ستلاحظ وتقاس دون أن تعالج تجريبيا بحضور متغير آخر (مستقل)
2. **عينة الدراسة:**  قمنا بتطبيق أدوات جمع البيانات على عينة قوامها 53 متعاطي للقنب كانوا يدخنون الحشيش بشكل مستمر أو متقطع أو حتى بالمناسبات. وتم اختيارهم بالاعتماد على العينة القصدية بشرط توفرهم على مجموعة من الخصائص هي؛ أن يكون الفرد مستهلك للحشيش، أن لا يكون الفرد مستهلك لمخدرات أخرى، أن لا يكون الفرد مصابا بمرض عقلي، أن لا يكون متابعا لأي برنامج علاجي (نفسي، أو دوائي)، أن يكون حرا في المشاركة من عدمها في هذه الدراسة. وتتراوح أعمارهم ما بين 16 إلى 48 سنة.

**3)- أدوات الدراسة:**

* **استبيان المعتقدات الادمانية:** صمم هذا الاستبيان من قبل **تيزون وأتيكيت** سنة (1998)، وذلك لغرض قياس شدة المعتقدات الادمانية التي وصفها الباحث **أرون بيك** Beck Aron وزملائه في مجموعة من دراسات حول موضوع الإدمان. يحتوي هذا الاستبيان على ثلاثون (30) بندا، مقسمة على ثلاث أبعاد تعكس الأنواع الثلاث لهذه المعتقدات وهي: المعتقدات التوقعية "Anticipatoires"، التسكينية"Soulageantes" والإباحية"Permissives"، ويرمز لها باختصار (ASP)، ويحتوي كل نوع على عشرة (10) بنود موزعة بدورها على خمسة (05) بنود سلبية وخمسة (05) إيجابية، وهذا من أجل تجنب الإجابات النموذجية. ويجيب المفحوص على بنود الاستبيان وفق سلم من خمس درجات.
* **مقياس شدة سلوكات الإدمان-الحشيش:** أعد ديكومبس" Décamps " وآخرون سنة (2007) استبيان لقياس شدة سلوكات الإدمان والذي يرمز اله بـ " QMICA " وهو اختصار لـ " Questionnaire des Mesures de l’Intensité des Comportements Addictifs " (Décamps & al, 2010 )

 يحتوي هذا المقياس على (12) نسخة، تقيس كل واحدة منها سلوك إدمان محدد، منها ستة (06) استبيانات تحدد الإدمان على المواد النفسية ( الكحول، القهوة/الشاي، القنب، المخدرات القوية، الأدوية النفسية، التبغ) وستة (06) أخرى تحدد الإدمان على سلوكات مختلفة (الانترنت، ألعاب الحظ، ألعاب الفيديو، سلوكات الأكل، الرياضة، العمل)

 بنيت بنود هذا المقياس لتستجيب لمعايير تشخيص الإدمان التي وضعها الباحث جودمانGoodman" سنة (1990)، وتتكون كل نسخة من المقياس على 14 بند يجيب عليها المفحوص على شكل تقييم ذاتي، تطبق كل نسخة بشكل فردي لتحديد درجة سلوك إدمان معينة، ولكن يمكن تطبيق نسخ أخرى أو كل النسخ جملة (12 نسخة) عند الحاجة، مثلا التحليل شامل لمختلف سلوكات الإدمان عند نفس الفرد.

 ونكتفي في هذه الدراسة بالنسخة التي تقيس شدة سلوك الإدمان على القنب (الحشيش) والذي بدوره يتكون من 14 عبارة، يجيب المبحوث على كل عبارة بإجابة واحدة وفق سلم متدرج في الشدة من سبع درجات بين قطبين (**لا** على الإطلاق / و **نعم** على الإطلاق). ويعني هذا أنه كلما حصل المفحوص على درجة كبيرة على المقياس كانت سلوكات التبعية عنده أكثر شدة .

* **المقياس المختصر للمخططات المبكرة غير المكيفة لجيفري ليونغ.**

 وضع هذا المقياس من طرف الباحث جيفري يونغ "Jeffrey Young" سنة (1990) احتوى في البداية على (205 بندا) موزعة على ستة عشر مخططا، ويشار إليه بحروف اختصار(YSQ-L2)، ويستخدم عادة في المجال الإكلينيكي. تم طويره في سنة (1994) إلى صيغة مختصرة يشمل على (75 بندا) تحت تسمية مقياس المخططات المبكرة غير المكيفة- الشكل المختصر- ويشار إليه بحروف اختصار (YSQ-S1) وتستخدم هذه النسخة عادة في البحوث والدراسات العلمية (In : Young & al ,2005) .

 وضعت البنود على شكل تقييم ذاتي يختار درجته المفحوص، ويحتوي المقياس على خمسة عشر (15) مخططا ضمن خمسة مجالات.

* **عرض ومناقشة النتائج:**
1. **عرض نتائج الفرضيات:**

جدول رقم (7-1): نتائج العلاقة بين المعتقدات الادمانية وشدة سلوك الإدمان لدى متعاطي القنب (الحشيش).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| المتغيرات | معامل الارتباط | مستوى الدلالة |
| شدة سلوك الإدمان/المعتقدات الإدمانية. | شدة سلوك الإدمان/المعتقدات التوقعية | **0.258** | **دالة عند مستوى 0.05** |
| شدة سلوك الإدمان/المعتقدات التسكينية | **0.381** | **دالة عند مستوى 0.01** |
| شدة سلوك الإدمان/المعتقدات الإباحية | **0.315** | **دالة عند مستوى 0.05** |

 يظهر من خلال الجدول رقم (7-1) الذي يبين نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الأولى، أنه توجد علاقة ارتباط دالة إحصائيا بين شدة سلوك الإدمان ودرجة المعتقدات الادمانية، حيث تشير درجة معامل ارتباط سبيرمان بين درجة شدة سلوك الإدمان ودرجة المعتقدات الإباحية إلى (0.325) وهي قيمة تدل على علاقة موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.05). وفي حين تشير درجة معامل ارتباط سبيرمان بين درجة شدة سلوك الإدمان ودرجة المعتقدات التسكينية إلى (0.381) وهي علاقة موجبة ودالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01). وأما قيمة معامل ارتباط سبيرمان بين درجة شدة سلوك الإدمان ودرجة المعتقدات التوقعية فتشير إلى (0.258) وهي قيمة تدل على علاقة موجبة ولكنها غير دالة إحصائيا وبهذا تتحقق الفرضية الأولىا.

جدول رقم (7-6): الفروق في المعتقدات الادمانية حسب متغير عدد محاولات الإقلاع عن التعاطي

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| عدد المحاولات | التكرار | المتوسط الحسابي | الانحراف المعياري | قيمة(F ) | مستوى الدلالة |
| ] 00 [ | **18** | **97.14** | **11.98** | **13.16** | **0.00\*\*** |
| ] 01 [ | **33** | **91.81** | **13.87** |
| ] 02 [ فأكثر | **12** | **79.58** | **14.74** |

يظهر لنا من خلال الجدول رقم (7-6) والذي يشير إلى نتائج المعالجة الإحصائية للفرضية الثانية، أنه توجد فروق في المعتقدات الادمانية ترجع لعدد محاولات الإقلاع عن تعاطي القنب. حيث يقدر المتوسط الحسابي للمعتقدات الادمانية عند متعاطي القنب الذين لم يحاولوا الإقلاع بـ(97.14)، ويقدر عند الذين قاموا بمحاولة واحدة بـ(91.81)، وأما الذين قاموا بمحاولتين فأكثر فيقدر بـ (79.58)، وقد بلغت قيمة "ف" بـ(13.16) وهي درجة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.01) وبهذا تتحقق الفرضية .

جدول رقم (7-7): نتائج الفروق في المعتقدات الادمانية حسب متغير عدد محاولات الإقلاع عن تعاطي القنب باستخدام الاختبارات البعدية .

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| محاولات الإقلاع (ج) | محاولات الإقلاع (ن) | الفروق بين (ج) و(ن) | مستوى الدلالة |
| بدون محاولة (00) | محاولة (01)محاولتين فأكثر | **5.33****17.56\*\*** | **0.081****0.000** |
| محاولة (01) | بدون محاولة (00)محاولتين فأكثر | **5.33-****12.22\*\*** | **0.081****0.001** |
| محاولتين فأكثر | بدون محاولة (00)محاولة (01) | **17.56\*\*-****12.22\*\*-** | **0.000****0.001** |

**2)- مناقشة عامة للنتائج:**

 حاولنا في هذه الدراسة أن ندرس المعتقدات الادمانية وعلاقتها بشدة سلوك الإدمان، ومن جهة أخرى حاولنا معرفة طبيعة تأثير كل هذه المتغيرات في عدد محاولات الإقلاع عن التعاطي وبعد تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات التابعة لهذه الدراسة تبين لنا أن المعتقدات الادمانية عند المتعاطين للقنب ترتبط إيجابيا بشدة سلوك إدمانهم،. وتبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه توجد علاقة دالة إحصائيا بين شدة سلوك الإدمان والمعتقدات الإدمانية وهذا عند كلا من المعتقدات الإباحية والمعتقدات التسكينية، والمعتقدات التوقعية، وبالتالي جاءت النتيجة عموما وفق توقعاتنا ووفق كثير من الدراسات التي انطلقنا منها، وهذا لكون سلوك الفرد عامة في تناسق وتوازن مع معتقداته وأفكاره، بحيث أن كل منهما ينعس في الآخر، ونفس القاعدة تنطبق في سلوك الإدمان كما تأكده نتائج هذه الدراسة، وفي هذه النقطة يؤكد الباحث "**بيك"** إلى أن تفاعل المخططات غير الوظيفية مع وضعيات الخطر المرتفع للإدمان يعمل على تنشيط المعتقدات الادمانية (Beck et al. 1993) ويضيف "**كابرول"** "Chabrol" وآخرون (2001) أن شدة المعتقدات الادمانية يزيد من احتمال تعاطي القنب، وعلى نفس هذه النتيجة ما توصل إليها "**تيسون"** Tison**"** و"أوتكيت" Hautekeete" (1998) عندما قارن بين المدمنين على الحشيش والمدمنين على الهيروين، حيث خلص إلى أنه كلما كانت المعتقدات الادمانية قوية ونشيطة كلما كان التعاطي أكبر. ومن هذا المنطلق يظهر لنا الدور الأساسي الذي تلعبه هذه المعتقدات في عملية الإدمان، وبالتالي يتوجب تعديلها أثناء وبعد عملية العلاج. وعموما يمكن عزو هذه العلاقة -دائما حسب بيك- إلى الآثار المتمثلة في استعمال المخدرات والمتمثلة في الحفاظ على التوازن الانفعالي والنفسي للفرد، تحسين النشاط الفردي والاجتماعي، المتعة والإثارة، التهدئة، الطاقة والقوة، تحويل وتجنب الوحدة والقلق والاكتئاب، وأيضا قدرتها على تخفيف التوتر والضغط. وعلى كل هذه الآثار تتمحور وتبنى المعتقدات الادمانية.

 وبالعودة إلى النتائج نلاحظ أيضا أن المعتقدات الإباحية هي القوى ارتباطا مع شدة سلوك الإدمان، وفي هذه النقطة توضح دراسة "**غرازيني**"Graziani" (2010) الدور الأساسي الذي تلعبه المعتقدات الإباحية في مشكلة تكرار سلوك الإدمان رغم معرفة الفرد بسلبياته، بحيث تعمل هذه المعتقدات على إزالة المعوقات التي تحول أمام هذا السلوك، وذلك عن طريق تقزيم المرور للفعل، واعتقاد الفرد أنه ضحية حتمية لهذا السلوك، وأنه يقوم به بشكل خارج عن رغبته أو مسؤوليته، وبالتالي يضعف قدرته في التحكم بهذا السلوك. ولكن في حالات أخرى قد يحدث العكس، أي اعتقاد الفرد بأنه متحكم في هذا السلوك قد يتحول ويصبح معتقد إباحي كأن يقول "أستطيع التوقف متى أريد".

 وتشير النتائج أيضا أن درجة ارتباط المعتقدات التسكينية كان أقل من الإباحية وهذا يمكن أن يكون راجع للتسلسل الذي تظهر فيه هذه المعتقدات، حيث يؤكد بيك أن أول المعتقدات التي تتشكل هي المعتقدات التوقعية والتسكينية ثم يليها المعتقدات الإباحية (Beck et al. 1993 )، أي أن درجة شدة المعتقدات التوقعية والتسكينية يكون أصلا مرتفع مع بداية التعاطي، ثم تأتي المعتقدات الإباحية فتزداد مع شدة الإدمان وبالتالي ستنعكس في علاقة ارتباط خطية قوية أكثر من النوعين الأولين كونها مرتفعة الشدة منذ أول تعاطي للحشيش، وربما هذا ما يفسر عدم دلالة العلاقة الارتباط مع المعتقدات التوقعية. ولتوضيح هذه النتيجة نرجع إلى دراسة **أوتكيت** أين قارن بين مجوعة من غير المتعاطين للمخدرات والمجموعة من المتعاطين بدون تبعية ومجموعة من المدمنين بتبعية، فوجد أن المعتقدات التوقعية تميز بين مجموعة الأولى وبين الثانية والثالثة بينما لم تميز بين المجموعة الثانية والثالثة (1998 Tison& Hautekeete, )، وهذا يعني أن المعتقدات التوقعية تكون مرتفعة قبل بداية التعاطي وتستمر مع كل مراحل الإدمان، وبالتالي ينعكس هذا في علاقة ارتباط مع شدة سلوك الإدمان، وربما هذا ما يفسر عدم دلالة هذه العلاقة في دراستنا.

 وعموما يمكن أن نلخص إلى الدور الأساسي الذي تلعبه المعتقدات الادمانية في حدوث عملية التعاطي على القنب، كما تلعب أيضا دورا في الاستمرار على التعاطي والانتكاس، وفي عدة دراسات تجريبية أشارت أن الأفراد الذين تم وضعهم في برامج لتعديل هذه المعتقدات، قد أظهروا رغبة أقل في تعاطي المخدرات (Graziani, 2000)، وبالتالي يجب تحديدها والعمل على تعديلها في أي عملية تهدف لمعالجة هذه الظاهرة.

وتنص الفرضية الثانية على وجود فروق في المعتقدات الادمانية ترجع لعدد محاولات الإقلاع عن تعاطي القنب. وتبين لنا من خلال المعالجة الإحصائية أنه توجد فروق دالة إحصائيا في درجة المعتقدات الادمانية عند متعاطي القنب حسب عدد محاولات الإقلاع لصالح الذين قاموا بمحاولتين فأكثر، وهذه النتيجة تتفق إلى ما توصلت إليه دراسة تيسون"Tison" وهوتكيت"Hautekeete" (1998) التي خلصت إلى أنه كلما كانت المعتقدات الادمانية قوية ونشيطة كلما كان التعاطي أكبر وبالتالي كانت محاولات الإقلاع أقل، وعكسيا كلما كانت المعتقدات الادمانية أقل كان التعاطي أقل والذي يرافقه محاولات الإقلاع أكثر. ويشرح "**بيك"** هذه العلاقة على أن المتعاطي يتعامل مع معتقدين متناقضين وهما: اعتقاد الامتناع مثلا "يجب أن لا أتعاطى المخدرات" والمعتقد الاباحي مثلا "أنا موافق على تعاطي المخدرات في هذا الوقت" وبالتالي كلما تقدم الشخص في هذه السيرورة، أصبح من غير الممكن أن يتراجع، فإذا لم يصل إلى مرحلة الرغبة الملحة، فإنه غالبا ما يكون قادرا على الاعتراف بالأضرار الخطيرة للمخدرات على حياته، ولكن بمجرد أن تنشط معتقدات تعاطي المخدرات ويتبعها تناولها، تصبح الرغبة في تعاطيها ملحة، لا يمكن بأي حال من الأحوال مقاومتها، فيحدث " العائق المعرفي"، فينقص إدراك الفرد واهتمامه بكل ما يخص الجانب الصحي والاجتماعي والاقتصادي، فيصبح شغله الشاغل منحصرا في استراتيجيات التنفيذ، وفي هذه الحالة تصبح معتقدات الامتناع غير فعالة، تنطفئ شيئا فشيئا، حتى أنه يتعذر عليها التأثير في الشخص(Beck & al, 1993). وهذا ما انعكس في محاولات الإقلاع عن التعاطي، كما ينعكس أيضا في تكرار حالات الانتكاس.

 ويضيف كابرول "Chabrol" وآخرون (2001) أن شدة المعتقدات الادمانية ما هي إلا محصلة من معتقدات ايجابية وسلبية نحو موضوع التعاطي، وبالتالي فإن انخفاض شدة المعتقدات الادمانية عبارة عن ارتفاع المعتقدات السلبية وانخفاض المعتقدات الايجابية، وهذا ما ينعكس في اتجاهات الفرد نحو سلوك الإدمان والذي يظهر في محاولات الفرد التوقف عن التعاطي.

 وتبين النتائج أيضا أنه لا يوجد اختلاف بين من حاول الإقلاع مرة واحدة ومن لم يحاول أبدا، وهذا قد يعزز فكرة جمع هاتين المجموعتين في مستوى واحد يعبر عن قلة محاولات الإقلاع على التعاطي أو عدمها ، بينما تعبر المجموعة الموازية على كثرة المحاولات. ويمكن أيضا تفسير هذه النتيجة بكون الأفراد الذين أجابوا بأنهم قاموا بمحاولة إقلاع واحدة فقط قد حدثت في بداية التعاطي أي قبل وقوعهم في التبعية والرغبة الملحة، وقد أشارت كثير من الدراسات إلى أن طبيعة بداية التعاطي المخدرات هو الذي يحدد إدمان الفرد عليها أو الانصراف منها، فإذا تكررت محاولات الفرد التوقف عن التعاطي انخفضت إمكانية حدوث التبعية لها والعكس صحيح، وفي هذا السياق تشير دراسة فونتا "[Fontaa](https://www.google.be/search?hl=fr&tbo=p&tbm=bks&q=inauthor:%22Vincent+Fontaa%22)" (2003) إلى أن (90 ℅) من الأفراد يتوقفون عن التعاطي في هذه المرحلة (بداية التعاطي). وتتفق أيضا هذه النتيجة مع ما توصلت له كل من دراسة كريستوف"Christophe" (2013) ودراسة العنزي(2010).

* **قائمة المراجع:**
* نشوان، عماد (2005): **الدليل العملي لمقرر الإحصاء التطبيقي SPSS**، جامعة القدس المفتوحة، فلسطين.
* بيك، جون آرون (2000): **العلاج المعرفي والاضطرابات المعرفية** ، ترجمة عادل مصطفى، مراجعة غسان يعقوب، دار النهظة العربية، بيروت.
* العايش، نواصر (1998): **استهلاك المخدرات ورد فعل الاجتماعي**، مطبعة عمار قرفي، باتنة، الجزائر.
* مشاقبة، محمد أحمد (2007): **الإدمان على المخدرات**، دار الشروق، عمان.
* الجوهي، عبد الله عمر سالم (2013): الكفاءة السيكومترية لبطارية قياس المعتقدات المعرفية لدي مدمني المخدرات، مجلة كلية الأدب جامعة سويف، 28، 211-285

#### الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها (2016) التقرير الإحصائي السنوي لاستعمال المخدرات (2009-2016)، الجزائر (http://www.onlcdt.mjustice.dz/ )

* سها، العاقل (1998): **دراسة حول فعالية الإعلام في وقاية الشباب من المخدرات**، رسالة ماجستير غير منشورة، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر.
* عيشوني، شهرزاد (2012): **المخططات المبكرة غير المكيفة عند المدمنين على المخدرات**، رسالة ماجستير في الإرشاد والصحة النفسية، جامعة الجزائر 02
* غانم، محمد حسن؛ محمود، السيد أبو النيل (2005): **سيكولوجية الإدمان والمدمنين،** دار غريب للطباعة والنشر، القاهرة.
* قماز، فريدة (2009): **عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات**، رسالة ماجستير غير منشورة في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة.
* مركز علاج الإدمان البليدة (2010): تقرير إحصائي لنشاط المركز ما بين سنة 2005 و2008، تقرير غير منشور معد من طرف الدكتور عبد الرحمان حبيباش والبروفيسور ريدوح بشير ، الجزائر
* American Psychiatric Association(2003) [Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux](http://fr.wikipedia.org/wiki/Manuel_diagnostic_et_statistique_des_troubles_mentaux) **(DSM-VI-R)**. édition Masson, paris.
* Cottraux Jean (2004) : **Les thérapies comportementales et cognitives**, [Elsevier Masson](http://books.google.fr/url?id=WB8ppmV-HlIC&pg=PA185&q=http://elsevier-masson.fr&linkid=1&usg=AFQjCNEPn5tcvQwyu7n3ssu5ObyV_GvTuA&source=gbs_pub_info_s&cad=3), paris.
* Fontaine Okulbértis (1984) : **Clinique des thérapies comportementales**, édition mardaga. france
* Organisation Mondiale de la Sante(1996) **classification internationale des maladies, dixièmes révision ( CIM-10 )**, Edition Masson, paris
* RUSINEK Stéphane (2006): **Soigner les schémas de pensée**. Dunod, Paris
* Gérald Bronner (2003) **: *L'empire des croyances***, PUF, paris
* Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980). Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.
* Jean cottraux (2001.A), les thérapies comportementales et cognitives .3em edtion, Masson. Paris
* TIJUS Charles. (2001). *Introduction à la psychologie cognitive*, Paris, Nathan Université.
* Jean cottraux , Ivy Marie BLACKBURN (1995), thérapies cognitives des troubles de personnalités, Masson. Paris
* Dilts Robert (2006): changer les systèmes de croyance avec la LNP, Dunod, Paris
* Jean Cottraux,(2001.B) :  La Répétition des scénarios de vie. Demain est une autre histoire, Odile Jacob.Paris
* [Aaron T. Beck](http://www.amazon.fr/Aaron-T.-Beck/e/B001IQZG72/ref%3Dsr_ntt_srch_lnk_1?qid=1432653284&sr=1-1-catcorr), A. John Rush, Brian F. Shaw et Gary Emery, Cognitive Therapy of Depression , Editeur : Guilford Press , New Ed (25 décembre 1987) new york
* Aaron T. Beck,Fred D. Wright,Cory F. Newman,Bruce S. Liese (1993): Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press . New York London
* Wright, F.D., Beck, A.T., Newman, C.F., Liese, B.S., 1993. Cognitive therapy of substance abuse: theoretical rationale. In: Onken, L.S., Blaine, J.D., Boren, J.J. (Eds.), Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence. National Institute on Drug Abuse Research, Washington DC.
* Liese, S., Franz, R.A., 1996. Treating substance use disorders with cognitive therapy: lessons learned and implications for the future. In: Salkovskis, P.-M. (Ed.), Frontiers of Cognitive Therapy. Guilford Press, New York, NY, US, pp.470–508.
* *E. Grebot, J. Dardard / 2010 :* Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l’addiction au cannabis de jeunes adultes *Psychologie française 55 (2010) 373–387*(
* Hautekeete, M., Cousin, I., Graziani, P., 1999. Pensées dysfonctionnelles de l’alcoolo-dépendance. Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 9 (4), 108–112.
* [TISON P.](http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=author_see&id=9575) ; [M. HAUTEKEETE](http://bdoc.ofdt.fr/index.php?lvl=author_see&id=33040) (1998) : Mise en évidence des schémas cognitifs dysfonctionnels chez des toxicomanes. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 1998 8(2) : 43–9.
* Daniela Eraldi-Gackiere (2006) : Production cognitivo émotionnelle au cours d’une prise en charge par exposition de patients dépendants en cure alcoologique. Analyse des pensées liées au craving, Thèse pour l’obtention du titre de Docteur en Psychologie. Université Charles de Gaull
* Aviel GOODMAN, Addiction : Definition and Implications, British Journal of Addiction n°85, 1990. Eric LOONIS, L'article d'Aviel Goodman : 10 ans après, Academia sur le site academia.edu.
* Pascal COURTY ( 2007 ) : Usages et représentations du cannabis chez les futurs acteurs de l’éducation pour la santé, Thèse présentée pour obtenir le grade de Docteur. Université de Lyon
* Male-female differences in the effects of cannabinoids on sexual behavior and gonadal hormone function. Gorzalka BB, Hill MN, Chang SC. Horm Behav. 2010. 58:91-9. Epub 2009 Sep 3. Review.
* Reynaud, M. et al., 2004. Cannabis et santé, vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge. Médecine-Sciences, Flammarion : Paris
* CENEAP- Centre National d'Etudes & d'Analyses pour la Population (2010) : Enquête épidémiologique nationale et globale sur la prévalence de la **drogue** en Algérie/ONLCDT.
* UNDOC- **UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (2010):** World Drug Report 2010.( Website: www.unodc.org )
* Chabrol, H, Massot, E, Chouicha, K, Montovany, A & Rogé, B. (2001). Étude du questionnaire des croyances anticipatoires, soulageantes et permissives pour toxicomanies dans l’usage du cannabis à l’adolescence. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, *11*, 105-112.
* Décamps, G., Battaglia, N., Idier, L., inpress. Élaboration du Questionnaire de mesure de l’intensité des conduites addictives (QMICA) : évaluation des addictions et co-addictions avec et sans substances, Psychologie française, in press (doi:10.1016/j.psfr.2010.06.001).
* Young, J.E., Klosko, J.S., Weischaar, M.E., 2005. La thérapie des schémas : approche cognitive des troubles de la personnalité. De Boeck, Belgique.
* Beck, A.T., Freeman, A., 1990. Cognitive Therapy of Personality Disorders. The Guilford Press, New York.