تعاطى المواد المتطايرة وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين فى كل من مصر والسعودية

محمد حسن غانم

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة إلى الوقوف على علاقة تعاطى المواد المتطايرة ببعض متغيرات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين فى كل من مصر والسعودية، تكونت عينة الدراسة من مجموعتين، عينة مصرية، وعينة سعودية. وبلغ عدد المتعاطين فى كل عينة (٣٠) من الذكور المتعاطين للمواد المتطايرة حيث تراوحت أعمار العينة المصرية بين ١٢-٢٠ عاماً، بمتوسط حسابى قدره (١٦,١٥)، وانحراف معيارى قدره (٢,٣٠) عاماً. فى حين تراوح العمر فى العينة السعودية بين ١٢-٢١ عاماً، بمتوسط حسابى قدره (١٦,٩١)، وانحراف معيارى قدره (٢,٤٤) عاماً. وتم تطبيق الأدوات الآتية: استبيان استنشاق المواد المتطايرة (إعداد الباحث)، اختبار بندر جشطلت، اختبار تايلور للقلق الصريح، والمقابلة الإكلينيكية المتعمقة، واختبار تفهم الموضوع. **وقد كشفت النتائج عن:** إن تعاطى المواد المتطايرة لدى بعض الأطفال والمراهقين يكون مفضل لأسباب تتعلق بالمادة المخدرة من قبيل توافرها ورخص ثمنها. وإن متعاطى المواد المتطايرة ينتمون إلى بيئات ثقافية متدنية ومستوى اجتماعى وتعليمى منخفض. وإن تعاطى المواد المتطايرة يقود إلى العديد من دروب الاضطراب الوظيفى، العضوى لوظائف المخ. والمعاناة من القلق الصريح والذى يعبر عن نفسه فى العديد من صور الاضطرابات والانحرافات السلوكية. وتشابه فى البناء الدينامى لمدمنى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية من حيث ضعف الأنا، تفجر الهو، العجز عن التواصل مع الآخرين، التشكيك فى نوايا الآخرين تجاههم.

تعاطى المواد المتطايرة وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية لدى الأطفال والمراهقين فى كل من مصر والسعودية

محمد حسن غانم(*)

مقدمة:

خصصت المجلة الدولية للعلوم الاجتماعية International Social Science Journal عدد سبتمبر ٢٠٠١ للحديث عن تعاطى الأطفال، والأبعاد الاقتصادية والاجتماعية لتجارة المخدرات. حيث أوضح ميشيل سشراى (Schiray, 2001, 351-358) عن حقيقة ارتباط المخدرات بالجريمة، وأن المشكلة الحقيقية تأتى من دخول الأطفال والمراهقين إلى عالم المخدرات والذى يقودهم حتماً إلى الدخول فى عالم الجريمة فى حين ركز جيرارس مانجردى (Mingardi, 2001, 379-386) عن التحولات فى التعامل مع المخدرات إلى حرفة أو تجارة، وأن (بارونات) المخدرات الكبار يستغلون الأطفال فى عمليات: زراعة وتهريب والاتجار فى المخدرات، ويسقط من هؤلاء الأطفال آلاف الضحايا كمدمنين من جراء ذلك وقد تم رصد ذلك فى عديد من الدول سواء المتقدمة أو النامية مثل جنوب أفريقيا، والهند، والصين، والبرازيل، والمكسيك (Laarent, 2001, 407-414; Regine, 2001, 397-406; Charele, 2001, 359-368; Shenlai et al., 2001, 415-420).

ولعل من الأمور التى لفتت نظر الباحث إبان فترة تواجده للعمل فى مستشفى لعلاج الإدمان فى المملكة العربية السعودية، ومناظرته لعشرات الحالات المدمنة. ما يلى:

الأول: دخول الأطفال (وربما قبل سن العاشرة) إلى التعاطى.

الثانى: أن تعاطى المواد المتطايرة (المستنشقات) Inhalants Abuse يكاد أن يرتبط بالأعمار الصغرى، وأن هذه المستنشقات تحتوى على مواد سمية Toxicity مثل البنزين، الطلاء (الدوكو)، ومخفف الطلاء

(*) مدرس علم النفس- كلية الآداب- جامعة حلوان.

(التنر Thinner) والأصماغ، وطلاء الأظافر، ومزيل طلاء الأظافر (الاسيتون) وغيرها، فضلاً عن معاناة هؤلاء المتعاطين العديد من الاضطرابات السلوكية من قبيل: البلادة، والميل إلى التشرد، والسلوك الجانح، والانحرافات الجنسية، والهروب من المنزل لعدة أيام، وعدم الانتظام فى الدراسة ثم الانقطاع التام، مع الأخذ فى الاعتبار صعوبة التأكد من أن هذه السمات كانت متواجدة قبل الانغماس فى التعاطى، أو رافقته أونتجت عنه، وهى القضية المعروفة فى الطب النفسى بقضية التشخيص المزدوج Dual Diagnosis (Bell & Khantizen, 1991, 195; Mahfouz et al., 1996, 69; Hafeiz, 1996, 446-447؛ على مفتاح، ١٩٩٥، ١-١٦؛ محمود رشاد، ١٩٩٧).

ولسنا فى حاجة إلى التأكيد بأن أى مجتمع يصاب فى أطفاله ومراهقيه وشبابه إنما يعد ذلك تدميراً لمستقبل هذا المجتمع، إلا أن ذلك لا يخفف من حقيقة أن هذا النوع من التعاطى (استنشاق المواد المتطايرة) قد أخذ فى الانتشار، وأن كثير من دول العالم لم تقيم المشكلة التقييم الموضوعى أو ربما لم يلفت أضرار هذا النوع من التعاطى أنظار المتخصصين بشكل كاف حتى وقت قريب (Cohen; Criderol; Rouse, 1988) خاصة وأن الخطورة التى رصدها المهتمون بهذا الأمر تكمن فى أن تعاطى هذه المواد يجذب الأطفال فى سن مبكرة، وأن نسبة من يسيئون استخدام المذيبات أو المستنشقات يصلون إلى ما يعادل ثلث الأطفال الذين يبلغون سن العاشرة (Landrer, 1993, 131). ورغم الاهتمام المتزايد بتعاطى الشباب- من قبل الدول والباحثين- إلا أن الاهتمام بتعاطى المواد المتطايرة قد جاء متأخراً بدليل أن محمد فتحى عيد قد ذكر ذلك فى معرض حديثه عن المواد المتطايرة، وأنها لم تصل إلى الدرجة التى تدفع الدول إلى التفكير فى إخضاعها للرقابة الدولية. كما لا توجد فى مصر ظاهرة استنشاق لهذه الكيميائيات المتطايرة (محمد فتحى عيد، ١٩٨٨، ١٣٨).

إلا أن الوقائع الموضوعية المتعددة تتناقض مع هذا الرأى للأسباب الآتية:

١- أن هذه المجموعة من المواد المتطايرة قد أدرجتها هيئة الصحة العالمية ضمن المواد التى تحدث الإدمان منذ عام ١٩٧٣، وبناءاً على تقارير من جهات مختلفة من دول العالم (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ٢٤٤).

٢- أن الاضطربات المرتبطة بانتشار المواد المتطايرة Inhalonto قد ذكرت فى الدليل التشخيصى الإحصائى الثالث المعدل DSM III R, 1987 وذكرت أيضاً فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع، بل وأدرجت مواد جديدة مثل المنظفات المنزلية والصناعية وأحبار الآلة الكاتبة أو الآلات الحاسبة (الكمبيوتر) (DSM IV, 1994).

٣- أن انتشار ظاهرة الاستنشاق قد انتشرت بصورة كبيرة وفى العديد من الدول العربية، على سبيل المثال فى دولة الإمارات العربية المتحدة الأمر الذى دعى محكمة استئناف أبو ظبى أن تصدر حكماً حول هذه الظاهرة التى انتشرت بين الأحداث معتبرة أن تعاطى هذه المواد يدخل فى نطاق الجرائم المخلة بالآداب العامة (ناصر ثابت، ١٩٨٤، ١٧).

٤- أن القليل من الدراسات الميدانية التى أجريت فى عالمنا العربى، والتى اطلع عليها الباحث، تشير إلى اهتمام الباحثين بهذه الظاهرة خاصة انتشارها بين الأطفال والمراهقين، على سبيل المثال دراسة ناصر ثابت عن استنشاق الغازات بين الأطفال فى دولة الإمارات (١٩٨٤)، دراسة نبيل القرشي وزملاؤه عن إساءة استخدام المذيبات الطيارة بين طلاب المدارس فى المنطقة الشرقية بالسعودية (١٩٩٣)، دراسة سامىعبدالقوى، وإيمان صبرى عن استخدام المواد المتطايرة فى مصر (١٩٩٧).

٥- ندرة الأبحاث العالمية الجادة التى تناولت إدمان هذه المواد وخاصة على المستوى العالمى حتى وقت قريب، إلا أن ذلك لا ينفى استخدام هذه المواد من قبل الأطفال والمراهقين، وإن كانت الدراسة لهذه النوعية من الإدمان قد تأخرت.. وتأخرت كثيراً (National Swedish Board of Health & Welfare, 1978).

٦- حتى هذه الدراسات القليلة قد كشفت عن عديد من العوامل التى يمكن أن تساعد على انتشار المواد المتطايرة مثل: سهولة الحصول على المواد المتطايرة وبدون رقابة، كما أن جهل الآباء بتأثيرات هذه المواد يقود إلى استمرار تعاطى أبنائهم، إضافة إلى التأثير غير المحدود الذى يمارسه المراهقون على بعضهم البعض آخذين فى الاعتبار طبيعة هذه المرحلة، كما أن تعلم الإدمان يتم بطرق متعددة (محمد شعلان، ١٩٨٦، ٥٢-٦٨).

٧- أن استنشاق المواد المتطايرة يجب أن يحظى بالمزيد من الدراسات خاصة ونحن نتفق مع ما أورده مصطفى سويف (١٩٩٦) من أن التعرض لاستنشاق المواد المتطايرة لا يقتصر على موقف التعاطى الذى يقصد إليه المتعاطى بإرادته بل يمتد إلى ما يمكن أن نسميه بالتعرض القسرى حيث أن كثيراً من هذه المواد تستخدم فى الصناعة ويتعرض لآثارها عمال لم يقصدوا إلى تعاطيها، كما أنها تستخدم فى تسيير بعض أدوات المواصلات، وفى كثير من مرافق الحياة ويعرض لها مواطنون لم يقصدوا أصلاً إلى استنشاقها، ولذا فإن آثارها المزمنة والضارة متجددة يومياً سواء بالنسبة للمتعاطى وغير المتعاطى (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٥٤).

٨- وإضافة إلى توافر المادة المخدرة (المستنشقات) وسهولة الحصول عليها ورخص ثمنها (مقارنة بالمواد المخدرة الأخرى) يجب الأخذ فى الاعتبار ديناميات الأطفال والمراهقين الذين يقبلون على هذا النوع من التعاطى والأسباب النفسية المتعددة وأهمها الرغبة فى لعب دور الرجل، ومحاولة الظهور على نحو راشد (Harms, 1983, 122) إضافة إلى ضرورة اهتمامنا كباحثين بهذا النوع من التعاطى، وبهذه الفئة العمرية تحديداً، والذى يعد الاهتمام بها جزءاً من الاهتمام بمستقبل وحاضر أى مجتمع (هادى نعمان، ١٩٨٨، ٥).

٩- إقرار المهتمين بمسائل التعاطى بوجود فقر بحثى لظاهرة استنشاق المواد المتطايرة مقارنة بالمواد المخدرة الأخرى خاصة، وأن ظاهرة الاستنشاق

منتشرة بصورة وبائية فى عديد من الدول سواء المتقدمة أو النامية (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٥٢).

مشكلة الدراسة:

لعل نتائج الدراسات الميدانية التى تناولت تعاطى الأطفال والمراهقين للمواد المتطايرة قد أثارت تساؤلات خاصة بطبيعة: خصائص البيئة الاجتماعية التى أتى منها هؤلاء الأطفال والمراهقون، الاتجاهات حول تعاطى المواد المتطايرة، سمات المتعاطين لهذه المواد مفضلين أخذ آراء هؤلاء النوعية من المتعاطين للمواد المتطايرة واستطلاع آرائهم وأخذ ذلك فى الاعتبار (محمد حسن غانم، ١٩٩٨، ٧٤-٨٦)، وبما أن هذه النوعية من التعاطى تقود إلى تلف فى وظائف المخ (سواء عضوى أو وظيفى) ومعاناتهم من القلق الشديد. وأن مجال البحث فى تعاطى المواد المتطايرة مازال متسعاً لإجراء المزيد من الأبحاث.

ولعل ما سبق قد دفع الباحث إلى تناول تعاطى المواد المتطايرة لدى الأطفال والمراهقين هذا من جهة. ومن جهة ثانية إمكانية القيام بدراسة عبر حضارية Cross Culture تشمل مجموعة من متعاطى المواد المتطايرة فى كل من جمهورية مصر العربية والمملكة العربية السعودية. حيث يسعى علم النفس- عن طريق فروع وجمعيات ومجلات علم النفس عبر الحضارى- إلى التوصل إلى كل ما هو عام ومشترك وصولاً إلى نظرية وقانون عام فى الظاهرة النفسية، مع الأخذ فى الاعتبار الخصوصية الحضارية قبل الانتقال إلى لغة التعميم (Lambert, 1980, 15; Triands, 1980؛ محمود السيد أبو النيل، ١٩٨٨).

الإطار النظرى:

(١) تاريخ المواد المتطايرة مع الإنسان:

لا يوجد تاريخ رسمى يمكن الاستناد إليه فى معرفة متى عرف الإنسان هذه المواد المتطايرة، لكن الأقرب إلى المنطق هو أن لهذه المواد تاريخ ضارب بجذوره منذ القدم "حين كان الإنسان يلجأ إلى استخدام بعض المواد ذات الروائح والأبخرة النفاذة كوسيلة إلى تغيير الحالة النفسية أو العقلية فى سياق طقوس تجرى

ممارستها لأغراض سحرية أو دينية" (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ٦٠)، وأن البداية الرسمية كانت مع اكتشاف (سير جوزيف بريستلى) غاز أوكسيد النيتروز المخدر أو الغاز الضاحك عام ١٧٧٦ والذى انتشر استخدامه مع بداية القرن التاسع عشر لإحداث حالة من النشوة واللهو والمرح والتسلية والضحك المتواصل لدرجة أنه كانت تقام حفلات لهذا الغرض (لاستنشاق هذا الغاز) والدخول فى حالة (ضحك هستيرى متواصل- إن جاز التعبير) ولتغيير الحالة المزاجية (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ٢٤٤؛ Sharp & Korman, 1981, 233-255).

ثم حدث أن تم اكتشاف مخدر الأثير، وانتشر تعاطيه ما بين الاستنشاق أو الشرب، وكانت تقام حفلات لاستنشاقه، وجلب حالة من النشوة المصطنعة، إضافة إلى ما أشاعه البعض من المثقفين وعلية القوم من تأثيرات جيدة يحدثها الاستنشاق فى الحالة النفسية والعقلية بل والجسدية للشخص الذى يحضر مثل هذه الحفلات الاستنشاقية. فى حين أن البعض فضل تعاطى هذا الغاز الأثيرى عن طريق وضع قطرة أو قطرتين على القهوة، كما أنه قد حل عند البعض محل الكحوليات وخاصة حين تكون هناك قيود على تعاطيها، أو لا يملك الشخص ثمنها، وقد استغل كل ما سبق بعض شركات الأدوية فى صناعة أدوية تحتوى على غاز الأثير وتباع بشكل قانونى خاصة وأن الوصول إلى حالة النشوة والسعادة كانت شعار الجميع (المتعاطين- شركات الأدوية) هذا من جهة. ومن جهة ثانية لم نجد حتى ذلك التاريخ أى دراسات جادة قد تنبهت إلى خطورة تعاطى مثل هذه المواد الاستنشاقية والتأثيرات الضارة التى يمكن أن تتركها فى حالة المتعاطى (Sharp & Rosenberg, 1992, 303-327).

وقد وصف بيترز عام ١٩٠٠ حالة فتاة تبلغ من العمر أربعة عشر عاماً، وكانت تستنشق أبخرة البنزين، وقد انطبق عليها علامات التعاطى، ثم توالى بعد ذلك وصف حالات مماثلة لطلبة مدارس وأطفال يتعاطون استنشاق المواد المتطايرة (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ٢٤٤). إلا أن الذى يجب الوقوف عنده هو عام ١٩٥٩ حين انتشر الاستنشاق بصورة وبائية فى العديد من المدن الأمريكية،

وكانت المادة المستنشقة هى البنزين ثم تلاها الصمغ بين الأطفال والمراهقين مما حدا بالشرطة إلى القبض على هؤلاء المتعاطين، ثم أن المتابعة قد كشفت عن انتشار وباء الاستنشاق فى العديد من الدول الأوروبية الأخرى، وتم التعامل مع متعاطى هذه المواد الاستنشاقية على أساس أنهم مجرمون وليسوا مرضى، معتقدين بذلك أن مجرد القبض عليهم وإيداعهم فى مؤسسات الرعاية سوف يحولهم إلى مواطنين صالحين (Foranazzarie, 1991, 595; Sharp & Sharp & Rosenberg, 1992, 303-327).

ونتيجة لكل ما سبق أدرجت هيئة الصحة العالمية عام ١٩٧٣ مجموعة من المواد التى تسبب الإدمان ضمن قائمة المواد التى لها صفة الإدمان نتيجة سوء استخدامها، وأهم هذه المواد التولوين Tuluene والبنزين Benzine والترايكلور وايثيلين Tricholroethe-Line وغيرها من المواد (عادل دمرداش، ١٩٨٢، ١٧).

(٢) تعاطى المواد المتطايرة وعلاقته ببعض متغيرات الشخصية:

يرتبط التعاطى بالعديد من المتغيرات نذكر منها:

أ-التعاطى وعلاقته بالواقع الأسرى، الاقتصادى، الثقافى:

أن تعاطى المخدرات لم يعد قاصراً على طبقة اجتماعية دون أخرى، ولم يعد قاصراً على الطبقات الدنيا وسكان المناطق المتخلفة حضارياً (كما كان الحال فى القرن التاسع عشر)، بل أصبح يشمل جميع الطبقات بغض النظر عن المستوى الاجتماعى والاقتصادى (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ١).

وقد ذكرت العديد من الدراسات- التى سنعرض لها فى سياق عرض الدراسات السابقة- أن متعاطى المواد المتطايرة ينحدرون من واقع أسرى يتميز بالدونية وانخفاض المستوى التعليمى والثقافى والاقتصادى، وأن هذا الواقع بتشابكاته المعقدة والمتفاعلة يفرز متعاطو المخدرات، ويكون من سمات هذه الأسر: عدم الاستقرار فى العلاقات الزوجية، ارتفاع نسبة الهجر، الأسلوب الخاطئ فى تربية وتنشئة الأبناء، مما يدفع هؤلاء الأبناء إلى السرقة وتعاطى المخدرات، وبخاصة عندما تتلقفهم عصابات الشوارع (سلوى سليم، ١٩٨٩، ١٢٦).

لذا من المهم ضرورة التعرف على: الخلفية الأسرية والحالة الاقتصادية

والثقافية لطبيعة البيئة التى ينحدر منها متعاطوا المواد المتطايرة. ولما كان المتعاطون هم المعنيون أولاً وأخيراً بقضية التعاطى، فمن المهم التعرف من المتعاطين أنفسهم على الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية، ومدى إدراكهم لأضرار الاستنشاق، ومحاولات التوقف، وكيفية العلاج. حتى تكون مثل هذه المعرفة المرتكز الأساس فى تعاملنا مع هؤلاء الفئة من التعاطى (محمد حسن غانم، ١٩٩٨، ٧٤-٨٦).

ب-تعاطى المواد المتطايرة ووظائف المخ:

أن المواد المتطايرة ما هى فى حقيقتها إلا مواد سمية Inhalants، وأنها تحدث درجة من التسمم عند استنشاقها، ما تلبث أن تتزايد مع تزايد الكمية المتعاطاة وتؤثر ليس فقط على وظائف المخ، بل تؤثر فى العديد من الجوانب النفسية والعقلية والسلوكية (Sharp & Korman, 1981, 32-36؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٥٢-١٥٤).

ولما كان من المتوقع أن استمرار الشخص فى تعاطى مثل هذه المواد فإنها بلا شك سوف تؤثر على أداء المخ لوظائفه، وهل الأضرار التى يحدثها الاستنشاق تؤثر فى أدائه أم لا؟ وهل يكون التلف الذى يصيب (أو أصاب المخ) تلفاً عضوياً أم تلفاً وظيفياً؟

ج-استنشاق المواد المتطايرة والقلق الصريح:

القلق هو أحد العوامل التى قد تدفع إلى التعاطى، ورغم تعدد وجهات النظر إلى القلق إلا أن الطابع الغالب عليها أن القلق مفهوم مرضى Pathological فهو زملة Syndrome إكلينيكية تشمل أعراضاً محددة، اذا زادت حدتها تطلب التدخل العلاجى، ولذا قد يلجأ المتعاطى إلى العلاج إما من تلقاء نفسه، أو قد يلجأ إلى العلاج الذاتى، ولذا يوجد لدينا نظريتان تفسران لنا العلاقة بين المعاناة من القلق (أو أى أعراض نفسية أخرى) وبين الاستمرار فى التعاطى. وهما:

أ- **نظرية النمط الاجتماعى للدوائى:** حيث يركز أنصار هذه النظرية على فرض العلاج الذاتى Self Medication من خلال تطابق بين التأثير الفارماكولوجى

للعقار المخدر وبين حالات الشعور أو الوجدان من جهة ثانية، وأن تعاطى الشخص لمخدر ما سوف يقود إلى حالة من التفاعل بين خصائص المادة المخدرة وخصائص شخصية الفرد المتعاطى أخذين بعين الاعتبار العديد من العوامل التى تساعد على استمرار التعاطى (محمود رشاد، ١٩٩٧، ٥٨-٦٥).

ب- **نظرية النمط الإكلينيكى النفسى:** حيث يرى أنصار هذا الاتجاه بوجود علاقة بين التعاطى ووجود اضطرابات شخصية سواء فى صورة كامنة أو فى صورة واضحة العلامات والأعراض، ولذا فإن التعاطى يعد جزءاً من مجموعة الأعراض والاضطرابات النفسية والسلوكية المتواجدة لدى فئات من الشخصيات المضطربة، وأن مثل هذه الشخصيات (بنفس هذا البناء النفسى المضطرب) إن لم تجد المخدر (لاخترعته) وأن نسبة كبيرة من المتعاطين يندرجون تحت مسمى: التشخيص المزدوج، حيث يكون الشخص لديه مشكلة تعاطٍ متداخلة مع اضطراب نفسى أو أكثر من اضطراب نفسى آخر (Winter, 1991, 9; Chantizian, 1991, 195; Stephen et al., 1993, 293-310; Wilson, 1999, 45-52)، وانظر كذلك: ماهر نجيب، ١٩٩٠، صفوت فرج، ٢٠٠٠، ٤٠٢-٤٠٣).

د-استنشاق المواد المتطايرة والديناميات النفسية للمتعاطى:

يرتبط التعاطى بالعديد من صور الاقتران بينه وبين العديد من الاضطرابات النفسية، ومن واقع التفاعل بين ما هو موجود فى الخارج (أى البيئة التى يعيش فيها المتعاطى بكافة متغيراته) وبين واقعه النفسى (بكل ما يحتويه من صراعات ودوافع ورغبات...) فإنه من الضرورى التعرف على طبيعة الواقع النفسى الداخلى الدينامى لمتعاطى المواد المتطايرة، ولعل الاستجابات على بطاقات التات تكون مدخلاً ثرياً لفهم ما يموج به الواقع النفسى الداخلى لمتعاطى المواد المتطايرة.

وفيما يتعلق بالتساؤل الثانى والخاص بالدوافع وراء اختيار مادة مخدرة، وهل هذا الاختيار يتم مصادفة أم أنه محتوم المعنى والدلالة. فالواقع أن القراءة المتأنية للإجابة عن هذا التساؤل تكشف عن وجود نظريتان تفسران لنا (السر) وراء هذا الاختيار دون غيره (وقد سبق عرضهما).

(٣) خصائص متعاطى المواد المتطايرة:

من خلال استعراض نتائج الدراسات التى تناولت فئة مدمنى المواد المتطايرة

نجد اتفاقاً بين هذه الدراسات على أنهم: من صغار السن، حيث تقع أعمارهم في فئة السن من (١٠-١٩ عاماً)، وربما قبل سن العاشرة، وانخفاض المستوى التعليمى والاقتصادى للأسرة، وأنهم يقطنون فى أماكن مزدحمة وسيئة، وأن معظم دخل الأسرة ينفق فى المخدرات، وأن التصدع الأسرى هو السمة الغالبة، كما أن عدم تعليم الأب والأم يعد علامة مميزة، وغياب القدوة الحسنة داخل الأسرة، وانتشار لغة العنف، وأسلوب البلطجة كعلامة على سوء التواصل بين هذه الأسر، والتسرب من المدرسة، أو عدم الانتظام فيها من الأساس، وأن غالبية الأطفال قد تشردوا بعيداً عن أسرهم، وأنهم يعانون من القلق والعُصابية مما يدفعهم ذلك إلى معالجة الذات المضطربة، وأن أغلبهم ينتمى إلى الشخصيات السيكوباتية من خلال الاندماج فى الفعل الإجرامى بمختلف صوره وأشكاله (Nagno, 1992, 297-312؛ ناصر ثابت، ١٩٨٤؛ سامى عبدالقوى، إيمان صبرى، ١٩٩٧، ٩٢-١٢٥؛ Denis, 2000, 412).

ويطرح كل ما سبق هذا التساؤل: هل هذه الخصائص هى التى تدفع الأطفال والمراهقين إلى تعاطى المواد المتطايرة أم أن هؤلاء الأفراد بنفس هذه السمات هم الذين يخلقون هذه البيئة؟ وإذا كان المرض النفسى اختيار فهل البيئة بدورها تختار ضحاياها؟

(٤) أضرار تعاطى المواد المتطايرة:

أن تعاطى المواد المتطايرة يقود إلى الأضرار الآتية:

أ-**أضرار نفسية:** حيث يشعر متعاطى المواد المتطايرة بعدم الاكتراث، كثرة السرحان وعدم التنبيه، احتقار الذات، العدوانية الشديدة تجاه الذات وتجاه الآخرين، الهلاوس البصرية والسمعية والشمية (Sharp, 1988, 272-282).

ب-**أضرار عقلية:** وتتمثل فى أن متعاطى هذه المواد يكون لديه بلادة انفعالية، عدم مشاركة فى الأنشطة الاجتماعية، الأنشطة الإجرامية، السلوك المنحرف أو الشاذ، ولذا فإن غالبية هذه الحالات ينتهى به الأمر إما إلى الوفاة أو الجنون أو السجن (Sharp & Foranazzarie, 1991, 403).

جـ-**الأضرار العضوية:** وتعد هذه الأضرار من أوضح الأمثلة على ذلك، لأن هذه المذيبات تتسم بسمية عالية، مما يؤدى إلى تلف أنسجة الجسم المختلفة ومنها: اضطراب الجهاز العصبى، تسمم الكليتين، تسمم عضلة القلب، تسمم الجهاز التنفسى، تسمم الدم، تليف الكبد، الوفاة المفاجئة وغيرها من الأضرار الجسدية (عادل دمرداش، ١٩٨٢؛ Ron, 1988, 283-293؛ مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٥٢-١٥٤).

د-**الأضرار الاجتماعية والأخلاقية:** حيث تقل قدرة متعاطى المواد المتطايرة على الانتظام فى الدراسة أو العمل من حيث انخفاض مستوى الدقة فى الأداء الحركى، الافتقار إلى المثابرة، عدم الالتزام بالمعايير الاجتماعية والأخلاقية، القيام بأفعال غير أخلاقية (Kaplan & Sadock, 1987).

(٥) النظريات المفسرة للتعاطى Drug Abuse Theories:

أ-**نظرية التحليل النفسى الكلاسيكى:** حيث يرى فرويد وأنصاره أن تفسير السلوك المرضى (ومنه الإدمان) تجرى كالآتى: "إحباط لا يقوى الشخص على مواجهة آثاره النفسية بحل واقعى مناسب سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الاحباط، أم لاستعداد نشوئى قوامه عدم القدرة على احتمال الاحباط والأغلب أن يكون مزيجاً من العاملين معاً، وتؤدى نتائج الاحباط الصدمى إلى توتر يؤدى بدوره إلى النكوص" ومن ثم فإن الإدمان يعد علاجاً ذاتياً لحالة القلق والتوتر أو حالة الاكتئاب التى تنتاب الشخص (مصطفى زيور، ١٩٨٦، ١٩٤-١٩٥؛ Breham & Khaantzian, 1992, 106-107).

ب-**الفرويديون الجدد:** حيث واصل الفرويديون الجدد دراسة الإدمان، وعدم الوقوف عند ما قال به فرويد، بل طرحوا وتصدوا للتساؤلات الآتية:

- لماذا يدمن بعض الأفراد دون البعض الآخر؟
- لماذا يختار الأفراد عقاقير مخدرة معينة دون أخرى؟
- لماذا ينتقل الأفراد من تعاطى مخدر إلى تعاطى مخدر آخر (الإدمان المتعدد لأكثر من مخدر)؟

- لماذا ينجح بعض المتعاطين فى الإقلاع فى حين يفشل البعض الآخر وينتكسون؟

وغيرها من التساؤلات متوصلين إلى حقيقة أن الشخص المدمن هو شخص ذو خصائص عالية من التوتر والاعتمادية والاكتئاب، وأن الخبرة الذاتية الناجمة عن التعاطى وما يعقبها من أحاسيس بالنشوة وتقدير الذات، وتحسين المزاج كل ذلك وغيره إنما يجعل الفرد (مثبتاً) على ضرورة تعاطى هذا العقار المخدر أو ذاك (Platt, 1988, 127; Denzin, 1987, 54-55; Jonathan, 1988, 3421; Mirin & Wiss, 1991, 2731؛ ماهر نجيب، ١٩٩٠).

جـ-**نظرية التعلم الكلاسيكية:** حيث أوضح الاتجاه السلوكى أهمية الدور الذى يلعبه الاشتراط الكلاسيكى Conditioning والمدعمات الإيجابية Positive-Reinforcers والاشتراط الإجرائى Operant-Conditioning دوراً فى التعاطى بل والاستمرار عليه(Stolerman, 1991, 15; Childeress et al., 1992, 57; Robert & Valeria, 2000, 119-198).

د-**الاتجاه السلوكى المعرفى:** حيث يهتم أنصار هذا الاتجاه بمبدأين هما: القهر Compulsion والذى يشير أنصاره إلى أن الإدمان يعد مشكلة جسدية تلح على الشخص، وأن هذا القهر للتعاطى مبنياً على أساس التوقعات والتعلم، وأن المدمنون يسلمون بمبدأ الخضوع للمخدر (Vellemar, 1991, 142). فى حين أن التوقعات Expectation تعد عاملاً إلحاحياً نفسياً، اشتهائياً إلى المخدر وأن الشخص يخشى عدم التعاطى حتى لا يدخل فى (جحيم) الأعراض الانسحابية Withdrawal Symptomes والتى قد يبالغ فى الإحساس بها (Marilyn, 2000, 149-160).

هـ-**الاتجاه الاجتماعى فى تفسير الإدمان:** حيث يرى أنصار هذا الاتجاه أن الإدمان إنما يعود إلى طبيعة المشاكل السائدة فى المجتمع، ولذا يجب الاهتمام بالأسرة، وتأثير الأصدقاء، وشبكة العلاقات الاجتماعية المختلفة التى ينتمى إليها الفرد، والتى قد تدفعه (وفق ظروف محددة) إلى الإدمان بل والاستمرار

فيه (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٢٥-٢٦). ويتضح التركيز على النظريات ذات الطابع السيكولوجى الدينامى والاجتماعى مع الأخذ فى الاعتبار عدم تحبيذ نظرية دون أخرى، لأن كل نظرية تكمل تفسير النظرية الأخرى وصولاً إلى فهم أعمق لديناميات مدمنى المواد المتطايرة. ويؤيد ذلك ما ذهب إليه صفوت فرج (٢٠٠٠) من خلال استقرائه للعديد من نتائج الدراسات التى تناولت الإدمان منتهياً إلى إننا إزاء فئتين رئيسيتين من الظروف والأسباب التى تؤدى إلى تعاطى المخدرات ثم إدمانها لدى نسبة من هؤلاء المتعاطين. الفئة الأولى حيث يكون الإدمان نتيجة مباشرة للتعرض المستمر فى ظروف وبيئة اجتماعية مواتية، والفئة الثانية هى الضغوط الاجتماعية بالإضافة إلى خصائص الفرد الشخصية من نقص فى القدرة على التجنب أو نقص التوكيد به أو الضبط الداخلى أو سوء التوافق... وقد يكون أحد العوامل هو السبب الرئيسى فى الإدمان، وقد يتحالف أكثر من سبب فى حدوثه (صفوت فرج، ٢٠٠٠، ٤٠٢-٤٠٣).

الدراسات السابقة:

إن المتتبع للدراسات السابقة فى مجال إدمان المواد المتطايرة أو المستنشقات يلحظ أمرين:

الأول: قلة الدراسات التى أجريت فى عالمنا العربى.

الثانى: أن غالبية الدراسات (أجنبية أو عربية) قد اهتمت برصد المتغيرات الاجتماعية دون التطرق إلى ربط هذه المتغيرات بديناميات الشخص المدمن للمواد المتطايرة.

ولعل دراسة سمير نعيم أحمد Samir Ahmed (١٩٦٧) عن تعاطى المخدرات بين الأحداث فى مدينة (أوكلاندو كاليفورنيا) بالولايات المتحدة الأمريكية قد كشفت عن عدة نتائج منها: أن استنشاق المواد المتطايرة وغيرها من أنواع المخدرات- ينتشر بين الأطفال والمراهقين، وأن القيم السائدة فى أسر هؤلاء الأطفال لا تدين مثل هذا السلوك، إضافة إلى أن جلسات الاستنشاق تتم بصورة

جماعية وتتم فى حضور الذكور والإناث معاً. وواضح أن الدراسة قد ركزت على المتغيرات الاجتماعية دون ربطها بالديناميات النفسية. وفى عام ١٩٨٢ قام عادل دمرداش وزملاؤه بدراسة ظاهرة الإدمان لدى الشباب، وتكونت العينة من (١٣٢٢) طالباً منهم (٦٩٤) طالباً كويتياً، ونفس العدد من طلاب وافدين (غير كويتين) وتم تطبيق استمارة تتكون من ثمانى أسئلة تدور حول المواد المخدرة الأكثر انتشاراً لدى هؤلاء الطلاب، وقد كشفت النتائج عن استخدام المواد المتطايرة والتدخين وبعض المخدرات الأخرى ورغم معرفة الأضرار إلا أنهم يتجاهلونها ويستمرون فى التعاطى (عادل دمرداش وآخرون، ١٩٨٢).

وفى قطر قام أحمد شوقى العقباوى وآخرين عام (١٩٨٤) بدراسة عن مشكلة تعاطى المخدرات بين المراهقين فى قطر- الجزء الأول، وهدفت الدراسة إلى إلقاء الضوء على الملامح الديموجرافية والاجتماعية لمن يتعاطون، وتحديد أنماط التعاطى والتعرف على المشاكل المترتبة على ذلك، وقد توصلت الدراسة إلى أن المواد المتطايرة تدخل فى مجال التعاطى بين المراهقين، وأن أكثر من ثلث المتعاطين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة للإدمان مثل: القلق والاكتئاب والمخاوف، كما أن أكثر من نصفهم شخصيات غير سوية، وأن أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً كانت لدى فئة إدمان المستنشقات، وأن أهم ما يشكو منه المتعاطون هو: كيفية قضاء أوقات الفراغ، وتوفير خدمات طبية لعلاجهم التعاطى (أحمد شوقى العقباوى وزملاؤه، ١٩٨٤).

وفى دولة الإمارات العربية المتحدة قام ناصر ثابت (١٩٨٤) بدراسة عن: المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات- دراسة اجتماعية استطلاعية، وتكونت عينة الدراسة من (٤٢٥) من المتعاطين للمواد المتطايرة مدمن مواد متطايرة، موزعين على مناطق مختلفة من دولة الإمارات، وتكونت العينة من الذكور والإناث، المقيمين والوافدين، وتكونت أداة الدراسة من استمارة بحث احتوت على (٥٣) سؤالاً تغطى كافة الجوانب الاجتماعية والاقتصادية لأسر هؤلاء المدمنون، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها: أن الأحداث الذين يمارسون استنشاق

الغازات الطيارة والغراء ينتمون إلى أسر الطبقة الوسطى والدنيا وأنهم ينتمون إلى أسر يقل أو يندر فيها تعليم الأباء والأمهات ويتصف وضعهم الاقتصادى بالسوء والفقر، وترتفع نسبة البطالة بينهم.

وفى دراسة أجريت فى الولايات المتحدة حيث قدم مسحاً للكشف عن مدى انتشار تعاطى المواد المتطايرة بين الأطفال والمراهقين (البيض والسود) فى الولايات المتحدة ومن خلال استبيان يحتوى على العديد من التساؤلات الخاصة بالتعاطى والكمية والجرعات، والأحاسيس التى تنتابهم عقب الاستنشاق، وتمت مقارنة استجابات الأطفال والمراهقين البيض بأقرانهم السود، وتم تفسير النتائج فى ضوء الوضع الاجتماعى والاقتصادى المتردى للأطفال والمراهقين السود المتعاطون حيث تسود ثقافة العنف، والاقتصاد إلى التوجيه والقدرة، وتعاطى الوالدين (Sharp & Foranazzari, 1991).

ثم تأتى دراسة ناجانو Nagano لتلقى الضوء على طبيعة الظروف الاجتماعية للأطفال والمراهقين المتعاطين للمواد المتطايرة وانتهت النتائج الآتية:

أ- إن متعاطى المواد المتطايرة لهم تاريخ أسرى فى التعاطى.

ب- كثرة الخلافات الأسرية والانفصال بين الوالدين.

ج- الفشل الدراسى المستمر.

د- انخفاض المستوى الاقتصادى والاجتماعى الأسرى.

ه- المعاناة من اضطرابات نفسية وعقلية سواء بين آبآء هؤلاء المتعاطين أو المتعاطين أنفسهم (Nagano, 1992, 297-312).

ودراسة تينبن Tenbien والتى هدفت إلى التعرف على تأثير تعاطى المواد المتطايرة على وظائف المخ لدى (١٥) طفلاً ومراهقاً تتراوح أعمارهم بين ٩-١٧ عاماً، وقد كشفت الدراسة عن وجود العديد من جوانب الاضطرابات العضوية والوظيفية، وكذا شيوع الهلاوس والضلالات بنسب عالية بين هؤلاء المتعاطين للمواد المتطايرة وخاصة أصحاب التعاطى الكثيف (Tenebien, 1993).

وفى المملكة العربية السعودية قام نبيل القرشى وزملاؤه عام ١٩٩٣ بدراسة عن: إساءة استعمال المذيبات الطيارة لدى طلاب المدارس فى المنطقة الشرقية من

المملكة العربية السعودية، وقد هدفت الدراسة إلى إجراء مسح مقطعي عرضي حول إساءة استخدام المواد المتطايرة لدى طلبة المدارس، وتكونت عينة الدراسة من (١٧٧٨) طالباً سعودياً، تم سحبهم من تسع مدارس متوسطة (إعدادية)، وتسع مدارس ثانوية، وقد توصلت الدراسة إلى عدد من النتائج منها أن نسبة انتشار تعاطي المذيبات الطيارة بلغت ٥,٣%، وأن بداية إساءة الاستخدام تقع ما بين ١٢ إلى ١٤ عاماً بنسبة ٥٢% وأن تعاطي مشتقات البترول قد وصلت إلى ٢٧% والمواد اللاصقة ٢٣%، وقد كشفت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية بين تعاطي المذيبات الطيارة والمشاكل الأسرية، وكذا الغياب من المدرسة بدون عذر، والانغماس في التدخين (Nabil Qurashi et al., 1993, 520-524).

وفي عام ١٩٩٤ قام سيشتيز وزملاؤه Schutzet et al بدراسة للأطفال والمراهقين المتعاطين للمواد المتطايرة ومقارنتهم بمجموعة أخرى من المتعاطين للمواد المخدرة بواسطة الحقن، وقد بلغت العينة (٥٢٥٩) ثم تقسيمهم إلى مجموعتين، وتراوح السن بين ١٢-١٥ عاماً، وقد كشفت النتائج عن أن تعاطي المستنشقات يعد عاملاً مهيئاً لدخول الشخص في مجال آخر لتعاطي المخدرات، وأن تأثير الأقران والرغبة في التمرد على الواقع الأسري ومظاهر السلطة يعد من أهم الدوافع الأساسية للتعاطي (Schutzet et al., 1994).

وأجرى رايت وسبيرل دراسة Wright & Spearle عام ١٩٩٥ من خلال تتبع مجموعة من الأطفال والمراهقين المتعاطين للمواد المتطايرة هادفين إلى التعرف على أسباب التعاطي، وطبيعة الضغوط التي يتعرضون لها، والعديد من المتغيرات الاجتماعية، متوصلين إلى النتائج نفسها التي توصلت إليها الدراسات السابقة (Wright & Spearle, 1995).

وفي دراسة لمولين وفرانسيس Mullen & Francis هدفت إلى فحص العلاقة بين المعتقدات الدينية والتعاطي عن طريق القيام بمسح لعدد (١٥٣٤) طالباً من طلاب المدارس الثانوي، وكشفت النتائج أن التدخين أكثر قبولاً واستحساناً من إدمان الهيروين واستنشاق المواد المتطايرة (خاصة الصمغ) وإن كان هذا لا يمنع

من استخدام المواد المتطايرة بين الأطفال والمراهقين لأسباب متعددة أهمها: رخص الثمن أو سهولة الحصول على مثل هذه المواد (Mullen & Francis, 1995).

وفى دراسة لبدروتى Pedrotty هدفت إلى فحص العلاقة بين إدمان المواد المتطايرة والميل إلى العنف، حيث تناول أطفال المدارس فى إحدى الولايات بأمريكا، وقد كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية بين سوء استخدامهم العقاقير وجناح الأحداث، والدخول فى (معارك) عنف مع الآخرين، وأن درجة العدوانية كانت مرتفعة مقارنة بنفس درجة العدائية لدى مجموعة الطلاب غير المتعاطين للمواد المخدرة أو حتى التدخين (Pedrotty, 1996, 65-68).

وفى دراسة لسامى عبدالقوى وإيمان صبرى (١٩٩٧) تناولت (٥٠) طفلاً من المتعاطين لأحد الأصماغ المستخدمة فى صناعة الأحذية وهى مادة الكله ومجموعة أخرى متماثلة من الأطفال غير المتعاطين، وتم تطبيق استمارة جمع معلومات، واختبار ايزنك للشخصية، وقد أشارت النتائج إلى انخفاض المستوى التعليمى والاقتصادى للأسرة نتيجة لعدم انتظام عمل الأب، وغياب القدوة الحسنة فى النطاق الأسرى، وأن الأطفال المتعاطين يعانون من صعوبات فى التكيف مما يحدو بالطفل إلى التعاطى والكذب (سامى عبدالقوى، إيمان صبرى، ١٩٩٧، ٩٢-١٢٤).

وفى دراسة لدينيز Denis عن شم الأصماغ لدى أطفال المدارس فى المرحلة المتوسطة، توصلت الدراسة إلى تأكيد الخلفية الأسرية المتدنية التى تميز أسر هؤلاء الأطفال، فضلاً عن انتشار سلوكيات الكذب والسرقة والانحرافات الجنسية، فضلاً عن أنهم وجوه مألوفة لدى إدارة المدرسة والشرطة نظراً لسلوكهم السيكوباتى العنيف (Denis, 2000, 412).

تعقيب على الدراسات السابقة:

فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة يمكن أن نستخلص ما يلى:

١- قلة الدراسات التى تناولت فئة مدمنى المواد المتطايرة خاصة تلك التى أجريت

فى التناول العربى إذ لم نعثر إلا على دراسة واحدة فقط أجريت فى مصر تناولت مدمنى مادة واحدة من المواد المتطايرة (الكله) أجراها سامى عبدالقوى، إيمان صبرى عام ١٩٩٧.

٢- أن غالبية الدراسات التى ذكرت قد أجراها علماء فى مجال علم الاجتماع وبالتالى كان الأساس فى الاهتمام التركيز على الخلفية الاجتماعية ونسب مؤية تكون بلا معنى إذا لم يتم ربطها بالواقع الدينامى للفرد المتعاطى مثل دراسة سمير نعيم (١٩٦٧)، ودراسة المعهد القومى لسوء استخدام العقاقير فى الولايات المتحدة حيث التركيز على المقارنة لدى الأطفال والمراهقين البيض والسود المتعاطين للمواد المتطايرة (Sharp & Fora ; Nazzari, 1991، ودراسة جانو، ١٩٩٢، وغيرها من الدراسات).

٣- لم نعثر إلا على دراسة واحدة قد تناولت تأثير تعاطى المواد المتطايرة على وظائف المخ مثل دراسة تينبين Tenbien, 1993.

٤- ولم تعثر فى الدراسات السابقة على دراسة قد تناولت ديناميات مدمنى المواد المتطايرة، أو ربطت بين الخلفية الأسرية والثقافية لمدمنى المواد المتطايرة وربط ذلك بواقعهم النفسى/ الدينامى.

فروض الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية للتحقق من الفروض التالية:

الفرض الأول: لا توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية فى متغيرات الخلفية الأسرية والتعليمية والاقتصادية.

الفرض الثانى: توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية فى الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية تجاه ظاهرة استنشاق المواد المتطايرة.

الفرض الثالث: توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية فى الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية تجاه ظاهرة

الاستنشاق من حيث الوعى بالأضرار، أسباب الانتشار، دوافع الاستخدام، العلاج.. إلى جانب مدمنى المواد المتطايرة السعوديين.

الفرض الرابع: لا توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية فى درجة الاضطراب العضوى والاضطراب الوظيفى والأداء الطبيعى لوظائف المخ والناتجة من خلال الاستجابة على اختبار بندر جشطلت البصرى-الحركى.

الفرض الخامس: لا توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية فى درجات القلق الصريح.

الفرض السادس: يوجد تشابه فى البناء الدينامى لمتعاطى المواد المتطايرة فى كل من مصر السعودية.

مصطلحات الدراسة:

تشتمل الدراسة على المفاهيم الأساسية الآتية:

١-التعاطى Drug Abuse:

ويقصد به التعاطى المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطى يكشف عن انشغال شديد بالتعاطى، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، وكثيراً ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطى، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطى إلى درجة تصل إلى استبعاد أى نشاط آخر. ومن أهم أبعاد الإدمان:

أ- الميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة وهو ما يعرف بالتحمل.

ب- واعتماد له مظاهر فيزيولوجية واضحة.

ج- حالة تسمم عابرة أو مزمنة.

د- رغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة النفسية المطلوبة بأية وسيلة.

ه- تأثير مدمر على الفرد والمجتمع (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ١٧-١٨).

٢-المواد المتطايرة Volatile Solrents:

ونعنى بها تلك المواد التى تحتوى فى مكوناتها على مجموعة من المذيبات المتطايرة التى تستخدم أصلاً فى الأغراض الصناعية، ولكن يساء استخدامها من قبل بعض الأفراد بغرض الحصول على تأثيرات نفسية معينة (حيث تؤدى الجرعات الصغيرة إلى الدوخة، بينما تؤدى الجرعات الكبيرة التى تشوش الوعى والغيبوبة، وسوء تقدير المسافة، فقدان الشهية، الأرق، الهلاوس) وتشمل هذه المواد البنزين وطلاء الأظافر، ومخفف الطلاء، والأصماغ الصناعية (سامى عبدالقوى، إيمان صبرى، ١٩٩٧، ١٠٠).

٣-المتغيرات الشخصية: وتقتصر فى هذه الدراسة على:

أ-الواقع الأسرى للمتعاطين: ونقصد به طبيعة البيئة الاجتماعية والثقافية والتعليمية والاقتصادية للمتعاطين، ومدى إدراك متعاطى المواد المتطايرة لدوافع وأسباب الاستمرار فى التعاطى.

ب-وظائف المخ: ونقصد به مدى تأثر وظائف المخ بتعاطى المواد المتطايرة، وهل هذا التأثير قد أدى إلى تلف عضوى أم تلف وظيفى فى المخ وانعكاس ذلك على الأداء الطبيعى لعمل المخ.

ج-القلق الصريح: ونقصد به: حالة نشاط فسيولوجى زائد أو انفعال غير سار وشعور مكرر بتهديد متوقع أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار وخبرة ذاتية تتسم بمشاعر الشك والعجز والخوف من شر مرتقب، ويصاحب القلق أعراض جسمية ونفسية شتى (أحمد عبدالخالق، ١٩٩٤، ٦).

د-الديناميات النفسية Psyho Dynamic: وهى المنظور الذى يعتبر الحياة النفسية الداخلية للفرد قوى فى حالة صراع دائم ولا تعدو العمليات النفسية أن تكون محصلة هذه القوى الدائمة التصارع (فرج أحمد؛ رشدى فام، ١٩٧٤، ٥).

٤-الأطفال والمراهقين: ونقصد بهم فى هذه الدراسة تحديداً المرحلة العمرية التى تمتد من مرحلة الطفولة المتأخرة حتى نهاية مرحلة المراهقة أى من عشر سنوات حتى إحدى وعشرون عاماً.

إجراءات الدراسة:

أولاً: عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من مجموعتين هما:

أ-**العينة المصرية:** وتكونت من (٣٠) متعاطاً للمواد المتطايرة، جميعهم من الذكور، يقومون باستنشاق المواد المتطايرة مثل: الصمغ، الكُله، البنزين، البويات، راجون، وتراوحت أعمارهم بين ١٢-٢٠ عاماً بمتوسط عمرى قدره (١٦,١٥) سنة وانحراف معيارى قدره (٢,٠٣) عاماً، وتم اختيارهم بطريقة مقصودة من منطقة حى حلوان (المعصرة، التبين، كفر العلو، عرب غنيم) وممن تنطبق عليهم شروط التعاطى كما وردت فى الكتيب التشخيصى الرابع DSM IV لجمعية الطب النفسى الأمريكية وتم اختيارهم من بين أطفال الورش والشوارع.

ب-**العينة السعودية:** وتكونت من (٣٠) مدمناً يقومون باستنشاق المواد المتطايرة مثل (طلاء الأظافر، البويات/ الباتكس (أى المواد اللاصقة)) وتم اختيارهم من منطقة الدمام والقطيف وسيهات (المنطقة الشرقية للملكة العربية السعودية)، وجميعهم من الذكور، وتراوحت أعمارهم بين ١٢-٢١ عاماً بمتوسط قدره (١٦,٩١) سنة أو انحراف معيارى قدره (٢,٤٤) عاماً. وتم اختيارهم بطريقة مقصودة، وممن تنطبق عليهم شروط التعاطى كما وردت فى الدليل التشخيصى الإحصائى الرابع الصادر عن جمعية الطب النفسى الأمريكية DSM IV, 1994. وتم اختيارهم بصورة عمدية من بين نزلاء مستشفى الأمل لعلاج الإدمان (الدمام) وقد قدموا للمستشفى إما عن طريق أسرهم أو تم إلقاء القبض عليهم من قبل إدارة مكافحة المخدرات. وحاول الباحث قدر الإمكان (تماثل) المتغيرات بين العينتين. والجدول التالى رقم (١) يوضح باقى خصائص العينتين معاً.

جدول رقم (١)

خصائص عينتى الدراسة

العينة / المتغيرات	العينة المصرية (ن٣٠)		العينة السعودية (ن٣٠)		
	ك	%	ك	%	
١-السن:					
١٢-١٤	٢١	٧٠	٢٣	٧٦,٦٧	
١٥-١٧	٦	٢٠	٢	٦,٦٧	
١٨-٢٠	٢	٦,٦٧	١	٣,٣٣	
٢١-٢٣	١	٣,٣٣	٤	١٣,٣٣	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٢-المستوى التعليمى:					
لا يقرأ ولا يكتب	٢	٦,٦٧	٤	١٣,٣٣	كا٢
يقرأ ويكتب	١١	٣٦,٦٧	٩	٣٠	٠,٣٧٨
لم يكمل الابتدائية	٧	٢٣,٣٣	٩	٣٠	غير دالة
ابتدائية	٣	١٠	٤	١٣,٣٣	إحصائياً
لم يكمل الإعدادية	٦	٢٠	٤	١٣,٣٣	
إعدادية	١	٣,٣٣	–	–	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٣-المهنة:					
بدون	١٤	٤٦,٦٧	١٧	٥٦,٦٧	كا٢
بائع متجول	١١	٣٦,٦٧	١٠	٣٣,٣٣	٠,٦٢٨
صبى ميكانيكى	٢	٦,٦٧	١	٣,٣٣	غير دالة
صبى نجار	٢	٦,٦٧	–	–	إحصائياً
أخرى	١	٣,٣٣	٢	٦,٦٧	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٤-تعليم الوالد:					
لا يقرأ ولا يكتب	٦	٢٠	٤	١٣,٣٣	كا٢
يقرأ ويكتب	٢١	٧٠	١٩	٦٣,٣٣	٠,٥٤
لم يكمل الابتدائية	١	٣,٣٣	٣	١٠	غير دالة
ابتدائية	٢	٦,٦٧	٤	١٣,٣٣	إحصائياً
إعدادية	–	–	–	–	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	

المتغيرات / العينة	العينة المصرية (ن٣٠)		العينة السعودية (ن٣٠)		
	ك	%	ك	%	
٥-تعليم الأم:					
لا تقرأ ولا تكتب	١٩	٦٣,٣٣	٢١	٧٠	كا٢
تقرأ وتكتب	٦	٢٠	٣	١٠	٠,٤٦٨
لم يكمل الابتدائية	٢	٦,٦٧	٣	١٠	غير دالة
ابتدائية	١	٣,٣٣	٢	٦,٦٧	إحصائيا
لم تكمل الإعدادية	١	٣,٣٣	١	٣,٣٣	
إعدادية	١	٣,٣٣	-	-	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٦-مهنة الوالد:					كا٢
موظف حكومى (ساعى/كاتب)	٢	٦,٦٧	٤	١٣,٣٣	٢,٧٦٤
أعمال حرفية	١٧	٥٦,٦٧	٩	٣٠	غير دالة
لا يعمل	٦	٢٠,٠	٨	٢٦,٦٧	إحصائيا
متوفى	٥	١٦,٦٧	٩	٣٠	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٧-مهنة الأم:					كا٢
ست بيت	٢٢	٧٣,٣٣	٢٥	٨٣,٣٤	٠,١٨٦
خياطة	٦	٢٠	٤	١٣,٣٣	غير دالة
موظفة (شركات خاصة)	٢	٦,٦٧	١	٣,٣٣	إحصائياً
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	

ويتضح من الجدول رقم (١) والخاص بخصائص العينة عدم وجود دلالة إحصائية بين العينة المصرية والسعودية حيث بلغت قيمة ت (٠,٤٢٢) الخاصة بالسن وهى غير دالة، وقيمة كا٢ فيما يتعلق: بالتعليم والمهنة، وتعليم ومهنة الأب، وتعليم ومهنة الأم غير دالة مما يشير إلى وجود قدر من التكافؤ بين العينتين فى هذه الخصائص.

ثانياً: أدوات الدراسة:

أ-الأدوات السيكومترية: وتشمل

١-استبانة المواد المتطايرة: من إعداد الباحث.

وقد تم إعداد هذه الاستبانة لتحقيق ثلاثة أهداف هى:

١-التعرف على الخلفية الأسرية والحالة الاقتصادية لمتعاطى المواد المتطايرة.

٢-التعرف على الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية تجاه ظاهرة استنشاق المواد المتطايره

٣-التعرف على الوعى بالأضرار، أسباب الانتشار، دوافع الاستخدام، العلاج (من وجهة نظر متعاطى المواد المتطايرة).

وقد سار إعداد الاستبانة فى الخطوات الآتية:

أ- الإطلاع على الدراسات السابقة فى مجال التعاطى بصفة عامة ودراسة المواد المتطايرة بصفة خاصة والتى تناولت الجوانب، الأهداف الثلاث السابقة.

ب- جراء مقابلات مفتوحة مع عدد من المتعاطين للمواد المتطايرة للتعرف على الخصوصية التى تميزهم.

ج- تم إعداد التساؤلات الخاصة بالخلفية الأسرية والحالة الاقتصادية للبيئة التى يعيش فى كنفها متعاطى المواد المتطايرة وقد شملت (٧) جوانب هى:

الخلافات داخل الأسرية، نوع السكن - دخل الأسرة ومدى كفايته- الديون- مصادر دخل الأسرة.

وشملت التساؤلات الخاصة بالجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية (٨) جوانب هى: السماع عن الظاهرة- الأعمار التى تتعاطى- مدى انتشار الاستنشاق- أسباب التعاطى- تفضيل الاستنشاق- مكان الاستخدام- مقارنة الاستنشاق بالمواد الإدمانية الأخرى- استخدام أو عدم استخدام مواد مخدرة أخرى.

فى حين اشتمل الجانب الثالث على (٦) جوانب تقيس: أضرار الاستنشاق- محاولات التوقف- الاستنشاق تعاطى أم لا- كيف نعالجه.

صدق الأداة:

قام الباحث بحساب صدق أداة الدراسة من خلال **الصدق المنطقى** حيث عرضت على (٥) من المحكمين (ثلاثة من أساتذة علم النفس ومن المهتمين بعلاج الإدمان، واثنان من أساتذة الطب النفسى ومن العاملين فى مجال علاج الإدمان)

وذلك للحكم على مدى ملاءمة وصلاحية مفردات الاستبيان لقياس الجوانب الذى أعدت من أجله، وقد انحصرت الملاحظات حول تحديد بعض العبارات، وإعادة صياغة بعضها الآخر. وكانت نسبة أتفاق المحكمين على صلاحية فقرات الاستبيان تتراوح ما بين ٨٩,٦% إلى ٩٨,٢%. وهذه النسبة أعلى من الحد الأدنى المعتمد فى صدق المحكمين.

ثبات الأداة:

قام الباحث بحساب معامل ثبات أداة الدراسة من خلال معامل "كرونباك ألفا"، فوصل إلى ٠,٧٩ لعينة مدمنى المواد المتطايرة ذكور (العينة المصرية ن ٣٠)، ٠,٨٢ لعينة مدمنى المواد المتطايرة ذكور (العينة السعودية ن٣٠)، ٠,٨٧، للعينتين معاً (ن:٦٠).

٢-**اختبار بندر جشطلت:** ويعد من الاختبارات الإكلينيكية والتى صممت أساساً للكشف عن التلف المخى، ويتكون فى صورته الأصلية من تسع بطاقات تتميز بأن كلاً منها يمثل نمطاً (جشطالتاً). والمبدأ الذى يقوم عليه الاختبار وفقاً للمفاهيم الجشطالتية تمثل أشكالاً أولية للإدراك الإنسانى وافتقاد التكامل فى إدراكها يكشف عن أعراض مرضية هى: التلف العضوى للمخ، التلف الوظيفى للمخ، العصاب، الفصام، التخلف العقلى. وينظر للسلوك الإدراكى فى الاختبار باعتباره يتضمن إدراكاً حسياً للأشكال يفسر فى المستويات المركزية للجهاز العصبى ويتطلب أداء حركياً، ويمكن لهذه العمليات الإدراكية الكلية أن تتعرض للتشويه نتيجة لإصابة فى المخ أو اضطراب انفعالى فى مستوى الأداء العقلى (صفوت فرج، ١٩٩٧، ٦٥٣-٦٥٨؛ لويس مليكه، ١٩٨٠، ٢٨٣-٢٩٩؛ قدرى حفنى، محسن العرقان، ١٩٨٣، ٣١١-٣٣٢). وقد استخدم هذا الاختبار فى هذه الدراسة للأسباب الآتية:

١-سهولة التطبيق والتصحيح.

٢-يناسب المستوى الثقافى والتعليمى لعينة الإدمان فى كلا الثقافتين.

٣-يمكننا من الحصول على تقدير كمى يفيد فى إمكانية وضع تشخيص للشخص.

٤-له جانب اسقاطى (من حيث طبيعة الرسم، التسلسل... إلخ) مما يمكن من فهم أعمق لديناميات الشخص المستجيب.

٥-أنه مقياس غير لفظى إذ يعتمد على نقل أو نسخ مجموعة من الأشكال والرسوم شبه الهندسية، ولذا ينتفى عامل اللغة وما قد يشوبها من أخطاء فى الفهم والتفسير.

٦-أنه اختبار ثرى بالدلالات الكمية والكيفية والتى تكشف عن العديد من الحقائق التى تنير الطريق للإكلينيكى فى التفسير واستخلاص العديد من الدلالات الإكلينيكية.

وقد نقل الاختبار إلى اللغة العربية كل من مصطفى فهمى وسيد غنيم (ب. ت) ويطبق الاختبار على مرحلتين:

أ-**مرحلة النسخ Copy** حيث تقدم البطاقات التسع، بطاقة إثر بطاقة ويطلب من المفحوص نقل النموذج فى ورقة أمامه طبقاً لما قدم له، ثم ترفع البطاقة وتقدم البطاقة التى تليها وهكذا.

ب-**مرحلة الاستدعاء أو الاسترجاع Recall** حيث يطلب من المفحوص إعادة رسم النماذج التى سبق له أن قام بنقلها دون أن توضع أمامه النماذج مرة أخرى معتمداً فى ذلك على ذاكرته.

الثبات والصدق: على الرغم من أن مصطفى فهمى، سيد غنيم (ب. ت) حين قاما بنقل الاختبار إلى اللغة العربية لم يشيرا إلى أى دراسات قد تناولت الثبات والصدق على أساس أن الاختبار وسيلة غير لفظية تعطى مؤشرات كمية وكيفية. إلا أن أنستازى قد ذكرت العديد من الدراسات التى تناولت هذا الجانب فمن حيث **الثبات** بإعادة الاختبار وجد أنه يتراوح بين ٠,٦٦، ٠,٧٤، وأن ثبات المصححين يتراوح بين ٠,٨٨، ٠,٩٦. أما من حيث حساب الصدق فقد قارنت إحدى الدراسات ما بين أداء أطفال يعانون من إصابات فى المخ بأطفال أسوياء على الدرجة الكلية، وقد أشارت النتائج إلى صدق الاختبار حيث ميز بين الأدائين (Anastasi, 1999, 487-493).

وفى إطار هذه الدراسة تم إعادة حساب الثبات مرة أخرى على عينة قوامها (٣٠) متعاطياً بواقع (١٥) فى الثقافة المصرية ومثلهم فى الثقافة السعودية، وتراوحت الفترة الفاصلة بين التطبيق وإعادته ما بين عشرة أيام وخمسة عشر يوماً، وقد تراوحت معاملات الثبات (باستخدام معامل الارتباط البسيط لبيرسون) ما بين ٠,٧٢%، ٠,٨١%، وهى معاملات مقبولة ومرتفعة. وقد اكتفينا بحساب الثبات حتى تطمئن إلى أداء العينة.

٣-**مقياس تايلور للقلق الصريح:** ويهدف هذا الاختبار إلى إيجاد وسيلة سريعة للكشف عن أعراض القلق الصريح، وهو من مقاييس التقدير الذاتى ويجاب عن عباراته من خلال وضع علامة صح أو خطأ أمام كل عبارة من عبارات المقياس الخمسين، وقد نقل المقياس إلى اللغة العربية كل من مصطفى فهمى، محمد غالى (ب. ت)، وهى مصاغة باللهجة العامية المصرية، إلا أن الباحث قد فضل أن تكون الصياغة باللغة العربية الفصحى والمفهومة فى كلا الثقافتين. وقد تم عرض هذا التعديل على بعض المحكمين من أساتذة علم النفس والطب النفسى عددهم (٥)، ٢ من أساتذة علم النفس، ٣ من الأطباء النفسيين، وكانت نسبة الاتفاق بين المحكمين تتراوح ما بين ٨٩% إلى ٩٨%. وفى إطار هذه الدراسة تم **حساب الثبات بطريقة إعادة التطبيق على (٢٥) من المدمنين للمواد المتطايرة من المصريين، و(١٥) من مدمنى المواد المتطايرة من السعوديين** وكان معامل الارتباط دالاً عند ٠,٠١ حيث بلغ ٠,٥٤٨. أما من حيث **الصدق** فقد حسب بطريقتين الأولى صدق المحكمين (السابق الإشارة إليهم) وكانت نسبة الاتفاق بين المحكمين على صلاحية فقرات الاختبار تتراوح ما بين ٨٧% إلى ٩٨%، والصدق بطريقة **الاتساق الداخلى**، حيث تم حساب معامل الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية، وكانت جميع البنود جوهرية عند مستوى ٠,٠١، حيث تراوح معامل الارتباط ما بين ٠,٤٤٠، ٠,٤٩٢.

ويلاحظ أن هذا المقياس قد استخدم فى كثير من الدراسات والبحوث العربية والمصرية فى مجال المراهقة والراشدين، الكبار الأسوياء وغير الأسوياء، كما أفاد كثيراً فى التفرقة بين الأحداث الجانحين والأسوياء. كما أشارت العديد من الدراسات إلى تمتع هذا المقياس بمعامل ثبات وصدق مرتفعين (أحمد عبدالخالق، ١٩٨١، ٣٥٦-٣٥٧).

وتصنف الدرجات التى يحصل عليها المفحوص كالآتى:

١ - ١٦	خالى من القلق
١٧ – ٢٠	قلق خفيف
٢١ - ٢٦	قلق متوسط
٢٧ - ٣٩	قلق شديد
٤٠ – ٥٠	قلق حاد (مصطفى فهمى، محمد غالى ب. ت)

ب- **الأدوات الإكلينيكية:**

١-**المقابلة الإكلينيكية الحرة المتعمقة:** من إعداد الباحث، وقد أجريت هذه المقابلة على الحالات التى تم اختيارها للدراسة المتعمقة، وقد اشتملت على حالتين من العينة المصرية وحالتين من العينة السعودية، وقد شملت البنود: تاريخ الحياة الأسرية، الأحلام والكوابيس، النشاط الجنسى، الدين، العمل، المخدرات.

٢-**التفسير الكيفى للرسوم فى اختبار بندر جشطلت:** حيث تم الاعتماد على ما ذكره (ماكس هت) من تحديده لـ٢٧ عاملاً استخدمها فى التفسير الكيفى للاختبار بعد أن صنفها إلى (٧) مجموعات تضم: العوامل التنظيمية، العوامل المرتبطة بمساحة الرسم، التغيرات فى شكل الجشطالت، العوامل الحركية، وغيرها من العوامل التى تلقى الضوء على طبيعة الأداء الكيفى (لويس مليكه، ١٩٨٠، ٢٨٨-٢٩٧).

٣-**اختبار تفهم الموضوع:** وهو من الاختبارات الإسقاطية وقد صممه هنرى أ. موارى، وقد أعد صورته العربية محمد عثمان نجاتى، إلا أن الباحث فضل استخدام الاختبار فى صورته الأجنبية وذلك لوجود غموض فى البطاقات مما يؤدى إلى ثراء فى الاستجابات. والاختبار يفيد فى الكشف عن الرغبات السائدة لدى الفرد والانفعالات والعقد والنزعات والميول المكبوتة والصراعات اللاشعورية، كما أنه طبقاً لموراى يشكل أداة مفيدة فى الدراسة الشمولية للشخصية تفسر اضطرابات السلوك والاضطرابات السيكوسوماتية والعصاب والذهان. والاختبار يتكون من (٣١) بطاقة، طبعت على كل منها (عدا بطاقة

واحدة) صورة على ورق أبيض مقوى، والبطاقات مصنفة لتناسب كل فئة (أقل من ١٤ عاماً، أكثر من ١٤ عاماً، للذكور، للإناث)، ويفترض أن القصة التى يستجيب بها المفحوص للصور هى إسقاطات لمشاعر وعواطف ودوافع وانفعالات وحاجات الشخص (لويس مليكه، ١٩٨٠، ٤٢٩-٤٨١؛ Anastasi, 1999, 602-605).

وقد استخدم الباحث (٢٠) بطاقة تناسب الذكور (فوق سن ١٤ عاماً) وهى البطاقات أرقام: 1, 2, 3BM, 4, 5, 6BM, 7BM, 8BM, 9BM, 10, 11, 12M, 13MF, 14, 15, 16, 17BM, 18MB, 19, 20. وتم تطبيق البطاقات العشرين فى ثلاث جلسات، بواقع عشر بطاقات فى الجلسة الأولى، والعشر بطاقات الثانية فى الجلسة الثانية، أما الجلسة الثالثة فقد تم تخصيصها لأى تداعيات على الاستجابات.

وقد تم تطبيق البطاقات العشرين على (٤) من متعاطى المواد المتطايرة فى العينتين المصرية والسعودية بواقع (٢) من المدمنين فى كل عينة.

وقام الباحث بتحليل الاستجابات وتفسيرها فى ضوء مفاهيم التحليل النفسى، وتم التفسير من خلال أسلوب: التأويل الطليق Free interpretation مستعيناً بطريقة بيلاك لشموليتها ونظرتها لصور التات بوصفها سلسلة مواقف اجتماعية تكشف عن العوامل المشتركة فى أنماط سلوك المفحوص (لويس مليكه، ١٩٨٠، ٢٣٨)، مع الاستعانة بطريقة (تومنكز) فى بعض الأحيان لمقارنة استجابات المفحوص على صور التات ببعضها البعض ومعرفة ما إذا كان هناك حتمية فى التسلسل أم لا (فيصل عباس، ١٩٩٠، ١٢٨). وسوف نذكر -فى النتائج- أهم ما تم استخلاصه من تفسيرات على استجابات المفحوصين الأربعة (دفعة واحدة) موضحين قدر الإمكان أى سمات مشتركة أو اختلافات بين استجابة العينة المصرية والعينة السعودية.

الأساليب الإحصائية:

سنستخدم الأساليب الإحصائية الآتية:

١-التكرارات والنسب المئوية.
٢-قيمة Z (أو دلالة النسب المئوية).
٣-اختبار ت t Test.
٤-اختبار كا٢.

نتائج الدراسة:

أولاً: نتائج الفرض الأول: ينص هذا الفرض على أنه "لا توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية فى الخلفية الأسرية والحالة التعليمية والاقتصادية".

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث التكرارات، والنسب المئوية للتكرارات، وقيمة Z.

جدول رقم (٢)

الخلفية الأسرية والحالة التعليمية والاقتصادية

لمدمني المواد المتطايرة في كل من مصر والسعودية

العينة / المتغيرات	العينة المصرية (ن٣٠)		العينة السعودية (ن٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
١-هل حدثت خلافات في الأسرة أدت إلى:					
أ-مشاجرات مستمرة بين الوالدين	٢١	٧٠,٠	١١	٣٦,٦٧	٣٣,٥٨٦**
ب-انفصال الوالد عن الوالدة	٥	١٦,٦٧	١٢	٤٠,٠	٢,٠٠٤-
جـ-زواج الأب من أخرى	٢	٦,٦٧	٥	١٦,٦٧	١,٢٠٦
د-زواج الأم من آخر	-	-	٢	٦,٦٧	١,٤٥٣
هـ-تشرد الأبناء	١	٣,٣٣	-	-	٠,٩٨٩
و-أخرى	١	٣,٣٣	-	-	١,٣٨٢-
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٢-هل تسكن حالياً:					
أ-مع أسرتك	٢٣	٧٦,٦٧	١٤	٤٦,٦٧	٢,٣٩١*
ب-بمفردك	٤	١٣,٣٣	٩	٣٠,٠	١,٥٧-
جـ-أخرى	٣	١٠,٠	٧	٢٣,٣٣	١,٣٨٢-
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٣-نوع سكن الأسرة:					
أ-حكومي	٢٤	٨٠,٠	-	-	٦,٣٢٨***
ب-ملك	٢	٦,٦٧	٢٨	٩٣,٣٣	٦,٧١١-***
جـ-مؤجر	٤	١٣,٣٣	٢	٦,٦٧	٠,٨٥٢
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	

المتغيرات / العينة	العينة المصرية (ن=٣٠)		العينة السعودية (ن=٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
٤-نوع سكنك الخاص:					
أ-حكومي	-	-	١	١٣,٣٣	-
ب-ملك	-	-	٢	٦,٦٧	-
جـ-مؤجر	-	-	٢٧	٩٠,٠	-
مجموع	-	-	٣٠	١٠٠	-
٥-هل يكفي دخل الأسرة للإنفاق:					
نعم	١٣	٤٣,٣٣	١٩	٦٣,٣٣	١,٥٥٣
لا	١٧	٥٦,٦٧	١١	٣٦,٦٧	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	-
٦-هل عليك ديون:					
نعم	١٧	٥٦,٦٧	١٩	٦٣,٣٣	٠,٥٢٢
لا	١٣	٤٣,٣٣	١١	٣٦,٦٧	
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	-
٧-مصادر دخل الأسرة:					
عمل حكومي	٢	٦,٦٧	٥	١٦,٦٧	١,٢٠٦
أعمال خاصة أو حرة	٢٧	٩٠,٠	٢١	٧٠,٠	١,٩٣٧
عائد عقارات	-	-	٣	١٠,٠	-١,٧٧٨
أخرى	١	٣,٣٣	١	٣,٣٣	-
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	

• دالة عند مستوى ٠,٠٥ •• دالة عند مستوى ٠,٠١ ••• دالة عند مستوى ٠,٠٠١

ويتضح من الجدول رقم (٢) وجود فروق جوهرية فى الجوانب الآتية:

- مشاجرات مستمرة بين الوالدين فى جانب العينة المصرية.
- انفصال الوالد عن الوالدة فى جانب العينة السعودية.
- السكن مع الأسرة فى جانب العينة المصرية.
- الأسرة تسكن فى مساكن حكومية فى جانب العينة المصرية.
- الأسرة تسكن فى مساكن خاصة بها (ملك) فى جانب العينة السعودية.

وباستثناء ما سبق لا توجد أى فروق جوهرية بين مدمنى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية.

ثانياً: نتائج الفرض الثانى: ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية فى الجوانب المعرفية

والوجدانية والسلوكية تجاه ظاهرة استنشاق المواد المتطايرة فى جانب مدمنى المواد المتطايرة من السعوديين".

ولاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية وقيمة Z. والجدول رقم (٣) يوضح نتائج الفرض الثانى الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية تجاه ظاهرة الاستنشاق بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية.

جدول رقم (٣) يوضح دلالة الفروق فى النسب المئوية
بين مدمنى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية
فى الجوانب المعرفية والوجدانية والسلوكية تجاه ظاهرة الاستنشاق

العينة / المتغيرات	العينة المصرية (ن٣٠)		العينة السعودية (ن٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
١-هل سمعت عن ظاهرة الاستنشاق:					
نعم	٤	١٣,٣٣	١٢	٤٠	-٢,٣٣٩*
لا	٢٦	٨٦,٧٦	١٨	٦٠	١,١٧٦
فى حالة الإجابة (بنعم) فقد سمعت من:					
أ-من المعارف والأصدقاء	٢٧	٩٠,٠	٢١	٧٠,٠	١,٩٣٧
ب-من زملاء الفصل أو العمل	٢	٦,٦٧	٦	٢٠,٠	-١,٥١٨
جـ-من الصحف والمجلات	-	-	١	٣,٣٣	-٠,٩٨٩
د-أخرى	١	٣,٣٣	٢	٦,٦٧	-٠,٦٠٤
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٢-الأعمار التى تتعاطى الاستنشاق من وجهة نظرك:					
أ-صغار السن	٢٤	٨٠,٠	١٧	٥٦,٦٧	١,٩٤
ب-كبار السن	٢	٦,٦٧	٦	٢٠,٠	-١,٥١٨
جـ-الاثنان معاً	٢	٦,٦٧	٢	٦,٦٧	صفر
د-لا أعرف	٢	٦,٦٧	٥	١٦,٦٧	-١,٢٠٦
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٣-هل الاستنشاق يتم على نطاق:					
أ-منتشر	٢٥	٨٣,٣٣	٢٧	٩٠,٠	-٠,٧٦٤
ب-ضيق	١	٣,٣٣	١	٣,٣٣	صفر

المتغيرات / العينة	العينة المصرية (ن٣٠)		العينة السعودية (ن٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
جـ-لا أعرف	٤	١٣,٣٣	٢	٦,٦٧	٠,٨٥٢
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٤-أسباب تعاطى الاستنشاق من وجهة نظرك:					
أ-مشاكل أسرية	١١	١٥,٠٧	١٩	٢٥,٦٨	٢,٠٦١
ب-مشاكل نفسية	١٨	٢٤,٦٦	١٤	١٨,٩٢	١,٠٣٣
جـ-حب الاستطلاع	٣	٤,١١	٦	٨,١١	١,٠٨٥
د-الفراغ	١٤	١٩,١٨	١٨	٢٤,٣٢	١,٠٣٢
هـ-البطالة عن العمل	٩	١٢,٣٣	٤	٥,٤١	١,٧٥
و-مجاراة الأصدقاء	١٢	١٦,٤٤	٤	٥,٤١	٢,٣٣٩
ط-الهروب من ضغوط ومشاكل الواقع	٤	٥,٤٨	٧	٩,٤٦	١,٠٠٢-
ظ-أخرى	٢	٢,٧٤	٢	٢,٧٠	صفر
مجموع	٧٣	١٠٠	٧٤	١٠٠	
٥-يفضل البعض الاستنشاق لأنه:					
أ-رخيص الثمن	١٠	٢٣,٢٦	١٣	٢٤,٥٣	٠,٧٩٧
ب-سهولة الحصول عليه	٨	١٨,٦	١٢	٢٢,٦٤	١,٠٩٣
جـ-مفعوله سريع على المخ (يعمل دماغ)	٦	١٣,٩٥	٦	١١,٣٢	صفر
د-تحقيق الذات (اثبات الرجولة)	٤	٨,٣	٥	٩,٤٣	٠,٣٦٩
هـ-يخلق عالماً من الهلاوس والخيال (يخليك تفصل عن الواقع)	٣	٦,٩٨	٤	٧,٥٥	٠,٣٩٨-
و-يوقف التفكير	٥	١١,٦٣	٤	٧,٥٥	٠,٣٦٩
ز-يبعد عن المشاكل	٥	١١,٦٣	٣	٥,٦٦	٠,٧٦٤
ح-أخرى	٢	٤,٦٥	٦	١١,٣٤	١,٥١٨-
مجموع	٤٣	١٠٠	٥٣	١٠٠	
٦-مكان الاستخدام:					
أ-فى المنزل فى حجرة مغلقة	٢١	٧٠	١	٣,٣٣	٥,٣٦٢**
ب-مع الأصدقاء	٦	٢٠	٢٤	٨٠	٤,٦٥-**
جـ-فى أماكن مهجورة	٢	٦,٦٧	٥	١٦,٦٧	١,٢٠٦-
د-أخرى	١	٣,٣٣	-	-	٠,٩٨٩
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٧-أفضل الاستنشاق عن المواد الأخرى المخدرة لأنه:					

المتغيرات / العينة	العينة المصرية (ن=٣٠)		العينة السعودية (ن=٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
أ-متوفر	١٢	٤٠	٢٤	٨٠	-٣,١٦٤**
ب-رخيص الثمن	١٧	٥٦,٦٧	٦	٢٠	٢,٩٢٥**
جـ-أخرى	١	٣,٣٣	-	-	٠,٩٨٩
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٨-استخدم مع الاستنشاق مواد مخدرة أخرى مثل:					
أ-الكحوليات	-	١٤	٤٦,٦٧	٤٦,٦٧	-٤,٢٨١**
ب-البانجو	٢٥	٦	٢٠	٢٠	٤,٩٠٨**
جـ-الحبوب (منشطة/ مهدئة/ منومة)	٣	٥	١٦,٦٧	١٦,٦٧	-٠,٧٦٤
د-لا استخدم مواد أخرى	-	-	٦,٦٧	٦,٦٧	-١,٤٥٣
هـ-أخرى	٢	٦,٦٧	١٠	١٠	-٠,٤٦٣
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	

ويتضح من الجدول رقم (٣) الآتى:

-جاءت قيمة Z لصالح العينة المصرية فى الجوانب الآتية:

- المكان الذى يستخدم فيه المواد المتطايرة فى المنزل وفى حجرة مغلقة.
- تفضل استخدام المواد المتطايرة لأنها رخيصة الثمن.
- يستخدم مع المواد المتطايرة مواد مخدرة أخرى مثل البانجو.

-جاءت قيمة Z لصالح العينة السعودية فى الجوانب الآتية:

- السماع عن ظاهرة الاستنشاق.
- المكان الذى يستخدم المواد المتطايرة مع الأصدقاء.
- يفضل استخدام المواد المتطايرة لأنها متوفرة.
- يستخدم مع المواد المتطايرة مواد مخدرة أخرى مثل الكحوليات.

-باستثناء ما سبق لا توجد أى فروق جوهرية.

الفرض الثالث: ينص هذا الفرض على أنه: "توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية تجاه ظاهرة الاستنشاق من حيث مدى الوعى بالأضرار، وأسباب الانتشار، ودوافع الاستخدام، والعلاج.

لاختبار صحة هذا الفرض استخدم الباحث التكرارت والنسب المئوية وقيمة Z. ويوضح جدول رقم (٤) مدى الوعى بالأضرار أسباب الانتشار، دوافع الاستخدام، العلاج، لدى متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية.

جدول رقم (٤) يوضح دلالة الفروق فى النسب المئوية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية من حيث الوعى بالأضرار، وأسباب الانتشار، والعلاج

العينة / المتغيرات	العينة المصرية (ن ٣٠)		العينة السعودية (ن ٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
١-أضرار الاستنشاق:					
أ-له أضرار	١٧	٥٦,٦٧	١٩	٦٣,٣٣	٠,٩١٧٠
ب-ليس له أضرار	١٣	٤٣,٣٣	١١	٣٦,٦٧	٠,٤٦٢
المجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٢-إذا كانت له أضرار ما هى:					
أ-توقف التفكير	١٩	٦٣,٣٣	٨	٢٦,٦٧	**٢,٨٥١
ب-هلاوس سمعية (اسمع أصوات)	٥	١٦,٦٧	١٢	٤٠	*٢,٠٠٤
جـ-هلاوس بصرية (رؤية أشباح)	١	٣,٣٣	٥	١٦,٦٧	١,٧٣١-
د-تدمير خلايا المخ	-	-	-	-	صفر
هـ-صعوبة التفاهم مع الناس	١	٣,٣٣	٣	١٠	٠,٧٦٤-
و-اضطراب السلوك	٣	١٠	٢	٦,٦٧	٠,٤٦٣
ز-أخرى	١	٣,٣٣	-	-	٠,٩٨٩
المجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٣-هل فكرت فى التوقف عن الاستنشاق:					
أ-نعم	٤	١٣,٣٣	٦	٢٠	٠,٨٣٣
ب-لا	٢٦	٨٦,٦٧	٢٤	٨٠	٠,٦٩٦-
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٤-من وجهة نظرك ما هى سمات الأشخاص الذين يستخدمون الاستنشاق:					
أ-مستواهم الاقتصادى منخفض	٨	٢٦,٦٧	٥	١٦,٦٧	٠,٩٤
ب-ذكائهم أقل	-	-	٢	٦,٦٧	١,٤٥٣-
جـ-يفتقدون إلى الرعاية الأسرية	١٠	٣٣,٣٣	٦	٢٠	١,١٦٥
د-عصبيين	١٢	٤٠	١٢	٤٠	صفر
هـ-أخرى	-	-	٥	١٦,٦٧	*٢,٣٤٦-
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٥-هل الاستنشاق (الشم) إدمان:					
أ-نعم	٤	١٣,٣٣	١٢	٤٠	*٢,٣٣٩-
ب-لا	٢٠	٦٦,٦٧	١٦	٥٣,٣٣	١,٠٦

المتغيرات / العينة	العينة المصرية (ن=٣٠)		العينة السعودية (ن=٣٠)		قيمة Z
	ك	%	ك	%	
جـ-لا أدرى	٦	٢٠	٢	٦,٦٧	١,٥١٨
مجموع	٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	
٦-إذا كان الاستنشاق إدمان فكيف نعالجه من وجهة نظرك:					
أ-العلاج بالمستشفيات	-	-	٧	١٢,٧٣	-٢,٩٠٨**
ب-المراقبة على محطات البنزين	٢	٥,٥٦	٤	٧,٢٧	-٠,٨٥٢
جـ-عدم بيع البويات للصغار	٦	١٦,٦٧	٦	١٠,٩١	صفر
د-الرقابة الأسرية	٤	١١,١١	٦	١٠,٩١	-٠,٦٩٦
هـ-رفع أسعار مواد الشم	٣	٨,٣٣	٧	١٢,٧٣	-١,٣٨٢
و-مراقبة الشرطة لهذه الأماكن	٢	٥,٥٦	١	١,٨٢	٠,٦٠٤
ز-التوعية الصحية والإعلامية	١	٢,٧٨	٣	٥,٤٥	-١,٠٣٨
ح-شغل أوقات الفراغ.	٤	٨١,١١	٧	١٢,٧٣	-١,٠٠٢
ط-توفير جو من الاستقرار الأسرى	٥	١١٣,١٨	٩	١٦,٣٦	-١,٠٣٣
ى-حل مشاكل هؤلاء المدمنين	٧	١٩,٤٤	٤	٧,٢٧	١,٠٠٢
ك-أخرى	٢	٥,٥٦	١	١,٨٢	٠,٦٠٤
مجموع	٣٦	١٠٠	٥٥	١٠٠	

- تكون قيمة Z دالة عند ٠,٠٥ وإذا كانت تتراوح ما بين ١,٩٦: ٢,٥٧
- وتكون دالة عند ٠,٠١ وإذا كانت مساوية لـ ٢,٥٨ فما فوق (محمود السيد أبو النيل، ١٩٨٤، ٢٥٨).

يتضح من الجدول رقم (٤) الآتى:

- جاءت قيمى Z لصالح العينة المصرية فى: إضرار المواد المتطايرة فى توقف التفكير، هلاوس سمعية.
- جاءت قيمة Z لصالح العينة السعودية فى: سمات أخرى تميز مدمنى المواد المتطايرة، وأن إدمان المواد المتطايرة إدمان.
- باستثناء ما سبق لا توجد أى فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية.

الفرض الرابع: ينص هذا الفرض على أنه: "لا توجد فروق جوهرية بين متعاطى المواد المتطايرة فى مصر والسعودية فى درجة الاضطراب الوظيفى والاضطراب العضوى والأداء الطبيعى للمخ والناتجة من التفسير الكمى لاختبار بندر جشطلت البصرى الحركى".

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث التكـرارات والنسـب المئويـة وقيمةZ.

جدول رقم (٥) أ

نتائج درجات الاضطراب العضوى للمخ لدى متعاطى

المواد المتطايرة فى مصر والسعودية

الدرجة	التصنيف	الاضطراب العضوى لدى العينة المصرية		الاضطراب العضوى لدى العينة السعودية		قيمة Z
		ك	%	ك	%	
صفر-٧	اضطراب عضوى	-	-	٢	٦,٦٧	-١,٤٥٣
مجموع		-	-	٢		

ويتضح من الجدول رقم (٥) أ عدم وجود فـروق ذات دلالـة إحصـائية بـين مدمنى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية فيمـا يتعلـق بالاضـطراب العضوى للمخ.

جدول رقم (٥) ب

نتائج درجات الاضطراب الوظيفى للمخ لدى متعاطى مصر والسعودية

الدرجة	التصنيف	الاضطراب الوظيفى لدى العينة المصرية		الاضطراب الوظيفى لدى العينة السعودية		قيمة Z
		ك	%	ك	%	
٨-١٥	اضطراب وظيفى	٢١	٧٠	٢٣	٧٦,٦٧	-٠,٥٨٧
مجموع		٢١		٢٣		

ويتضح من الجدول رقم (٥) ب عدم وجود فروق ذات دلالـة إحصـائية بـين مدمنى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية فيمـا يتعلـق بالاضـطراب الوظيفى للمخ.

جدول رقم (٥) ج

نتائج درجات الأداء الطبيعي لوظائف المخ لدى متعاطي مصر والسعودية

الدرجة	التصنيف	الأداء الطبيعي لدى العينة المصرية		الأداء الطبيعي لدى العينة السعودية		قيمة Z
		ك	%	ك	%	
+ ١٥	أداء طبيعي	٩	٣٠	٥	١٦,٦٧	١,٠٣٣
مجموع		٩	-	٥		

ويتضح من الجدول رقم (٥) ج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متعاطي المواد المتطايرة في كل من مصر والسعودية فيما يتعلق بالأداء الطبيعي لوظائف المخ.

الفرض الخامس: ينص هذا الفرض على أنه: "لا توجد فروق جوهرية بين مدمني المواد المتطايرة في مصر والسعودية في درجات القلق الصريح.

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث التكرارات والنسب المئوية وقيمةZ. ويوضح الجدول رقم (٦) درجات القلق الصريح (من حيث التصنيف) لدى مدمني المواد المتطايرة في كل من مصر والسعودية.

جدول رقم (٦)

نتائج الدرجات على اختبار تايلور للقلق الصريح لدى مدمني مصر والسعودية

الدرجة	التصنيف	العينة المصرية ن٣٠		العينة السعودية ن٣٠		قيمة Z
		ك	%	ك	%	
١٦-١	خالي من القلق	-	-	-	-	-
٢٠-١٧	قلق خفيف	-	-	-	-	-
٢٦-٢١	قلق متوسط	٣	١٠	٣	١٠	صفر
٣٩-٢٧	قلق شديد	٢٣	٧٦,٦٧	١٩	٦٣,٣٣	١,١٣٣
٥٠-٤٠	قلق حاد	٤	١٣,٣٣	٨	٢٦,٦٧	١,٢٩٨-
مجموع		٣٠	١٠٠	٣٠	١٠٠	

ويتضح من الجدول رقم (٦) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بدرجات القلق الشديد والقلق الحاد لدى مدمني المواد المتطايرة في كل من مصر والسعودية.

الفرض السادس: يوجد تشابه فى البناء الدينامى لمدمنى المواد المتطايره فى كل من مصر و السعوديه

وللتحقق من صحه هذا الفرض تم الاعتماد على ثلاث مصادر هى: نتائج المقابلة الإكلينيكية المتعمقة، التفسير الكيفى لبطاقات بندر جشطلت، تفسير الاستجابات الناتجة من فحص اختبار تفهم الموضوع.

مناقشة نتائج الدراسة:

أولا: مناقشة نتائج الفرض الأول: اسفرت نتائج هذا الفرض عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائيه فيما يتعلق بالعديد من الجوانب الأسرية والحالة الاقتصادية، إذ ان هؤلاء المتعاطين قد انحدروا من أسر متدنية من حيث المستوى الاجتماعى والاقتصادى والتعليمى، وقد ذكر ذلك العديد من الدراسات سواء تلك الدراسات التى تمت فى عالمنا العربى أو حتى فى العالم الغربى. فعلى سبيل المثال وجد سمير نعيم أحمد فى دراسة للأحداث المدمنين فى ولايتى أوكلاند وكاليفورنيا أن هؤلاء الأطفال والمراهقين ينحدرون من أسر متدنية. وأن الأسر لا تدين مثل هذه السلوكيات، بل إن جلسات التعاطى تتم فى حضور كلا الجنسين (Ahmed, 1967)، وهو ما أكده أيضا ناجانو (Nagano, 1992. 297-312) من خصائص تميز أسر هؤلاء المدمنين من قبيل: وجود تاريخ أسرى فى التعاطى، سيادة التفكك الأسرى، التسرب من التعليم، والفشل فيه، وعدم الاستقرار المهنى وبالتالى تدنى المستوى الاقتصادى.

وهو أيضاً ما أكدته دراسة سامى عبدالقوى، وإيمان صبرى (١٩٩٧) من حيث انخفاض المستوى الاقتصادى والتعليمى والاجتماعى (ص ص٩٢-١٢٤).

يطرح كل ما سبق تساؤل: هل هذا المستوى الاجتماعى، الاقتصادى التعليمى، الثقافى المتدنى الذى يفرز مثل هذه الحالات الإدمانية؟ أم أن هؤلاء المدمنون بسماتهم يخلقون مثل هذه البيئات المتدنية؟ ومهما كان الأمر فإن العلاقة جدلية بين مثل هذه البيئات وأفرادها بمثل هذه السمات وما تفرزه من سلوكيات انحرافيه

عديدة ومنها الانغماس فى سلوكيات الإدمان، وتحديداً إدمان المواد المتطايرة والتى لا تحتاج إلى أموال كثيرة للإنفاق على مثل هذا المخدر. إلا أن النتائج رغم تأكيدها على: الخلفية الأسرية والتعليمية والاقتصادية والثقافية المتدنية إلا أنها أبرزت بعض "الخصوصيات الحضارية" التى تميز بين مدمنى كل ثقافة فقد برز جانب: "المشاجرات المستمرة بين الوالدين فى الجانب الأسرى لدى عينة الإدمان المصرية"، وقد وجدت العديد من الدراسات التى تناولت أطفال الشوارع- على سبيل المثال- وجود مثل هذه الخلفيات الأسرية المتدنية، وكثرة الشجار والخلافات وعلناً وأمام الأطفال مما يؤدى إلى أن يكون (المنزل) بيئة طارده للأطفال ثم يجذبهم الشارع ويسيرون فى طريق الانحراف بمختلف صوره وأشكاله (انظر على سبيل المثال دراسة نشأت حسين، ١٩٩٨)، وأن تدنى المستوى الاقتصادى يجعل الأطفال والمراهقين يسكنون مع أسرهم بنسبة ٢٣% وفى مساكن حكومية، أما فيما يخص الدلالات الإحصائية المتعلقة بعينة **الإدمان السعودية** فقد وجدنا سمتين: الأولى: انفصال الوالد عن الوالدة بنسبة ٤٠%، والسكن فى أماكن خاصة بالأسرة. وفيما يتعلق بتفسير السمة الأولى حيث ينتشر الطلاق والانفصال وقد أتيح للباحث أن يطلع على أربع دراسات تناولت موضوع الطلاق فى المجتمع السعودى وهى دراسات: نوره الهمزانى (١٩٨٧)، جواهر العبد الجبار (١٩٩٠)، عبدالله الفيصل (١٩٩١)، سلوى عبدالحميد (١٩٩٣) والدراسات الأربع أكدت عدة حقائق متفاعلة ومتشابكة وتقود فى النهاية إلى الطلاق مثل: الزواج فى سن مبكرة، سوء معاملة الزوج، عدم النضج الانفعالى لدى الزوجين، الخيانة الزوجية، التدخل المحدود وغيرها من العوامل. وفيما يتعلق بالسكن فى مساكن خاصة بالأسرة فهذا شئ يميز المجتمع السعودى من حيث مساعدة المملكة للأفراد ببناء مساكن خاصة بهم (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٢١١-٢١٣). وبذلك يكون قد تحقق الفرض الأول باستثناء بروز بعض الخصوصيات الحضارية التى تميز مدمنى المواد المتطايرة فى كل ثقافة.

مناقشة نتائج الفرض الثانى: وفيما يتعلق بالجوانب المعرفية والوجدانية

والسلوكية تجاه ظاهرة استنشاق المواد المتطايرة فقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق جوهرية فيما يتعلق بالجوانب المعرفية من حيث: السماع عن الظاهرة، والأعمار التى تتعاطى، ومدى انتشار التعاطى، والأسباب، وتفضيل الاستنشاق عن غيره من المواد الإدمانية الأخرى. وكل ما سبق يفسر من خلال محورين:

الأول: الخلفية التعليمية المتدنية لمثل هؤلاء المدمنين وبالتالى تنعكس فى ضحالة معرفة العوامل المتعددة التى تفرز مثل هذه الظاهرة.

الثانى: أن مثل هؤلاء المدمنين فى الغالب يكونون مجتمعات مغلقة وأنهم فى الغالب يتعاطون بعيداً عن أعين الآخرين، فضلاً عن اعتقادهم أن التعاطى فى حد ذاته نوع من الدواء أو العلاج الذاتى Self Medication وهذا ما أكدته دراسة أحمد شوقى العقباوى وزملائه (١٩٨٤) من مدمنى هذه الفئة تحديداً من القطريين، أو نبيل القرشى وآخرين (١٩٩٣) وقد أبرزت النتائج بعض الخصوصيات الحضارية الدالة إحصائياً والتى تميز مدمنى كل ثقافة. إذ وجد معامل النسب المئوية دالاً عند البنود الآتية للعينة المصرية، أن المكان المفضل للاستخدام يكون مكاناً مغلقاً وبنسبة ٧٠% وهذا منطقى من حيث خشية (المدمن) من رؤية الآخرين له وما يجره ذلك عليه من مشاكل، وأنه يفضل المستنشقات لأنها رخيصة الثمن بنسبة ٥٦,٦٧، وأنه يستخدم مع المستنشقات مواد مخدرة أخرى مثل البانجو وبنسبة ٨٣,٣٣% ورغم أن العديد من الدراسات التى تناولت المدمنين لم تطرق إلى هذا الجانب الوجدانى- المعرفى- السلوكى، إلا أن الباحث يرى بضرورة التعرف على مثل هذه الجوانب ومن المدمنين أنفسهم على أساس أنهم المعنيون بالقضية فى الأول وفى الآخر (محمد حسن غانم، ١٩٩٨، ٧٤-٨٦).

فى حين جاءت النسب المئوية دالة فيما يتعلق بالعينة السعودية فى الجوانب الآتية: السماع عن ظاهرة الاستنشاق، وأنه يفضل استخدام المواد المتطايرة مع الأصدقاء وبنسبة ٨٠%، وأنه يفضل استخدام المواد المتطايرة لأنها متوفرة بنسبة

٨٠%، ويستخدم مع المستنشقات الكحوليات بنسبة ٤٦,٦٧%، وفيما يتعلق بتفسير استخدام المواد المتطايرة مع الأصدقاء (فى عينة الإدمان السعودية)، أو فى مكان مغلق (فى عينة الإدمان المصرية) فإن هذا فى حد ذاته يعكس العديد من السمات الشخصية التى تميز مدمنى هذه المواد من حيث: تقلب المزاج، القلق، الاكتئاب وهذه النتيجة تتفق مع العديد من الدراسات مثل دراسة سامى عبدالقوى، إيمان صبرى (١٩٩٧) على سبيل المثال، إذ وجد أن مدمنى المواد المتطايرة: أكثر قلقاً، وتقلباً فى المزاج، والشعور بالهموم، وزيادة الانفعال أو عدم التوافق أى أنهم يتميزون بسمات الشخصية غير المتزنة انفعالياً (ص١١٨). ومع دراسة تنبن (Tenbien, 1993) والذى وجد سيادة المشاعر الاكتئابية واضطرابات شخصية غير المدمنين بصفة عامة ومدمنى المواد المتطايرة بصفة خاصة. أما بخصوص تفضيله للمواد المتطايرة لأنها متوفرة وأنه يستخدم معها الكحوليات فهذا يتفق مع ما أثبتته العديد من الدراسات التى وجدت أن المدمن يسعى دوماً إلى توفير المواد المخدرة الخاصة به حتى لا يدخل دائرة القلق (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ١٧٩)، وعن تفضيل البانجو لدى عينة الإدمان المصرية، والكحوليات لدى عينة الإدمان السعودية فهذا يتفق مع ما ذكرته بعض الدراسات من حيث تفضيل بعض أنواع المواد المخدرة فى ثقافات معينة (طاهر شلتوت، ١٩٨٨، ٩٥). وكلا الإدمانين (البانجو- الكحوليات) مع المواد المتطايرة يهدفان إلى (خلق حالة من المرح أو الهوس الصناعى) خلاصاً من دائرة الاكتئاب التى تميز المدمن (مصطفى زيور، ١٩٨٦، ١١٤).

مناقشة نتائج الفرض الثالث: والخاص بمدى الوعى بالأضرار وأسباب الانتشار والعلاج. فلم نجد أى دلالات إحصائية فيما يتعلق بالأضرار، وذكر هذه الأضرار، وسمات الأشخاص الذين يستخدمون الاستنشاق (من وجهة نظر مدمنى المواد المتطايرة أنفسهم)، وما إذا كان الاستنشاق إدماناً أم لا، والعلاج من وجهة نظرهم. وقد سبق أن فسرنا ذلك بانخفاض المستوى التعليمى الثقافى لهؤلاء المدمنين، وطبيعة الأسر التى انحدروا منها. لكن وجدت بعض الدلالات التى تميز

مدمنى كل ثقافة عن أخرى. إذا وجدنا أن قيمةZ كانت لصالح عينة الإدمان المصرية فى ذكر أضرار جانب من إدمان المواد المتطايرة مثل: توقف التفكير، الهلاوس السمعية، فى حين وجدنا قيمةZ دالة إحصائياً لدى عينة الإدمان السعودية فى سمات أخرى تميز مدمنى المواد المتطايرة وأن المواد المتطايرة إدماناً. ويعكس كل ما سبق حقيقتين:

الأول: وجود (فقر) فيما يتعلق بمفاهيم الإدمان والعلاج فى الواقع المصرى مقارنة بالواقع السعودية من حيث وجود (٤) مستشفيات متخصصة لعلاج الإدمان، وما تبثه وسائل الإعلام من معلومات تجاه هذه الظاهرة، وتحويل الشعارات إلى واقع من خلال وجود مستشفيات متخصصة للعلاج وبالمجان (محمد حسن غانم، ١٩٩٦، ٢٠٨-٢١١).

الثانى: ما سبق أن ذكرناه من وجود (فقر) فى الدراسات الجادة التى تناولت إدمان المواد المتطايرة (مصطفى سويف، ١٩٩٦، ٦٢؛ مايسة أحمد النيال، ١٩٩٨، ٦٦-٩٧).

مناقشة نتائج الفرض الرابع: حيث أشارت النتائج إلى عدم وجود أى فروق ذات دلالة فيما يتعلق بجوانب اضطرابات المخ الثلاث: العضوى، الوظيفى، الأداء العادى. ولاشك أن هذه النتيجة تختلف عن النتائج التى توصل إليها Tenbienحيث كشفت دراسته عن وجود العديد من جوانب الاضطرابات العضوية والوظيفية لدى مدمنى المواد المتطايرة، ولعل الاختلاف بين هذه الدراسة ودراسة Tenbien أن الدراسة الثانية قد قارنت بين مجموعة من الأطفال (٩-١٧ عاماً) من مدمنى المواد المتطايرة ومجموعة أخرى من غير المدمنين، فى حين أن هذه الدراسة تقارن بين مجموعتين من مدمنى المواد المتطايرة فى بيئتين ثقافيتين مختلفتين. لكن من خلال النظر إلى نتائج دراستنا نجد وجود نسبة ٦,٦٧% من الاضطراب العضوى للمخ فى العينة السعودية، و٧٦,٦٧% من الاضطراب الوظيفى فى عينة الإدمان السعودية، و٧٠% فى عينة الإدمان المصرية، والأداء الطبيعى ٣٠% فى عينة الإدمان المصرية، ١٦,٦٧$% فى عينة الإدمان السعودية. ووجود اضطرابات عضوية ووظيفية للمخ متوقع من حيث أن إدمان

المواد المتطايرة يدخل فى باب السميات Toxicity وأنها تحدث العديد من الأضرار فى وظائف المخ، بل أن الجرعة الزائدةتؤدى إلى نقص أو انعدام الأكجسين المطلوب لعمل الخلايا مما يؤدى ذلك فوراً إلى الوفاة.

ولعل ما سبق يطرح قضية على جانب كبير من الأهمية: هل تعاطى المواد المتطايرة وما يؤدى إليه من اضطرابات عضوية ووظيفية فى المخ هو الذى يقود إلى التسرب من التعليم، الفشل فيه، التنقل بين أكثر من مهنة أم أن هؤلاء المتعاطون يعانون فى الأساس من اضطرابات عضوية ووظيفية فى المخ وأدت بهم إلى الإدمان بصفة عامة، وإدمان المواد المتطايرة بصفة خاصة؟

مناقشة نتائج الفرض الخامس: والخاص بدرجات القلق الصريح، حيث توصلت النتائج إلى معاناة مدمنى المواد المتطايرة من المصريين من فئة القلق الشديد وبنسبة ٧٦,٦٧% مقارنة بعينة الإدمان السعودية حيث وصلت النسبة إلى ٦٣,٣٣%، وفيما يتعلق بفئة: القلق الحاد فقد تفوقت العينة السعودية على العينة المصرية إذ كان ٢٦,٦٧% فى مقابل ١٣,٣٣% فى عينة الإدمان المصرية. وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات التى تناولت سمة القلق لدى المدمنين مثل دراسة عادل دمرداش وآخرين (١٩٨٢) ودراسة أحمد شوقى العقباوى وآخرين (١٩٨٤) ودراسة سامى عبدالقوى، وإيمان صبرى (١٩٩٧) إذ وجدت الدراسة الأخيرة مثلاً أن الطفل يلجأ إلى الإدمان لأن القلق يعد السمة الأساسية للعصاب، وأنه يلجأ إلى الإدمان لعلاج ذاته المضطربة والتى تحقق له على المستوى النفسى الانبساط والسرور والسعادة ونسيان المشاكل الأسرية العديدة التى يعانى منها. ومن ثم لا يستطيع الابتعاد عنها لأنها تحقق له العديد من الاحتياجات النفسية والجسدية (ص١٢١).

مناقشة نتائج الفرض السادس: والخاص بالديناميات النفسية لمتعاطى المواد المتطايرة فى كل من مصر والسعودية. وقد اعتمدنا فى ذلك على ثلاثة مصادر: التفسير الكيفى لرسوم بندر جشطلت، المقابلة الإكلينيكية الحرة المتعمقة فى تفسير استجابات المتعاطى للمواد المتطايرة لبطاقات التات.

التفسير الكيفى لأداء عينتى الدراسة لرسوم اختبار بندر جشطلت:

١- فيما يتعلق **بالتسلسل** والذى يعد مؤشراً إلى الطريقة التى يعمل بها الأنا فى

ضبط السلوك والوظائف الدهنيه. فنجد أن رسومات مدمنى المواد المتطايره يشيع فيها الارتباك والجمود والصلابه مما يعكس دلك قلقا شديدا، نمطا ثابتا لا يتغير (غير مرن للاستجابة للأحداث المتغيرة لأحداث الحياة).

٢- **وموضع الرسم** فيُشير إلى منهج المفحوص نحو المواقف الجديدة ونحو الاختبار ولكن من خلال النظر إلى موضع رسوم مدمنى المواد المتطايرة نجدها فى الغالب تتركز فى منتصف الورقة، ويشيع هذا لدى الأفراد الذين يتسمون بالنرجسية والتمركز حول الذات، إضافة إلى أن حجم الرسم أكبر من حجم الرسم المعروض عليهم ويشيع هذا لدى الأفراد السيكوباتيين والذين يميلون إلى تضخيم الأحداث.

٣- **المسافة بين رسمين متتاليين:** وتشير إلى الطابع الغالب فى إدراك المفحوص للعالم من حوله، وهل يعتبره ودوداً أم معادياً، وهل يكبت عدوانه أم يعبر عنه، ويتضح من خلال غالبية الرسوم أن المسافات بينها صغيرة، وهذا يشير إلى كم من العدوان المكبوت والذى قد يأخذ صورة نزعات مازوخية، فضلا عن وجود مسافات بعيدة بين كل رسم وآخر، وهذا يعبر عن إدراكه العدائى للعالم من حوله.

فضلاً عن وجود رسومات صغيرة وبينها مسافات شاسعة وهذا يعبر عن شخصية بارنودية تعبر عن انزوائها بل مناصبتها للعالم وللآخرين العداء، وإن كان العداء يرتد إلى الذات فى صورة تدميرية تتمثل فى الإدمان.

٤- **الالتصاق- التصادم:** ويعكس هذا الاضطراب الشديد فى قدرة الأنا على التخطيط وقد وجدت العديد من نماذج هذا الالتصاق/ التصادم/ التقاطع فى رسوم العديد من المدمنين للمواد المتطايرة فى كلا الثقافتين مما يعكس فوضى فى التخطيط (أو افتقاده من الأساس) وأن اللذة الحاضرة هى الأساس.

٥- وجد أن العديد من المدمنين (وإن كان ذلك يزيد فى عينة الإدمان السعودية) قد استخدموا الهامش (وخاصة الأيمن) فى الرسم ويعكس هذا حالة من القلق، والشعور بالنقص،ن والانزواء، وعدم التواصل مع الآخرين.

٦- وجود العديد من التغيرات فى شكل الجشطالت مثل: صعوبات الإغلاق/ التقاطع/ الانحناءات/ حجم الزوايا، وتعكس هذه الصعوبات العديد من الجوانب النفسية مثل: العجز عن الاحتفاظ بعلاقات آمنة مع الآخرين، وهذه ناتج لشعوره الشخصى بتواجده فى بيئة محبطة، غير ودودة، والتشكك فى الآخر، المخاوف، نقص الاستجابة لمنبهات العالم الخارجى، قمع الوجدان، النقص فى الحساسية للمنبهات والمثيرات فى العالم الخارجى.

البناء الدينامى لمدمنى المواد المتطايرة- كما يعكسه اختبار التات والمقابلة الإكلينيكية الحرة والتى استخدمت فى تفسير استجابات المتعاطين على التات- بين المتعاطين فى كل من مصر والسعودية (المجموعتين معاً):

البطاقة رقم ١: تكشف الاستجابات من عجز المفحوصين (المصرى والسعودى) عن الطموح والانزواء والإغراق فى الخيال. فقد جاءت استجابة المدمن السعودى مثلاً أن الولد يفكر- مجرد التفكير- فى أن يعزف موسيقى ولا يحول الفكر إلى واقع ويكتفى بالتفكير، فى حين جاءت استجابة المدمن المصرى بأنه سيحاول إدخال تعديلات ولكنه عاجز عن فعل أى شئ حتى عن العزف. لأن الوالد قد أرغمه على ذلك، ويشير ذلك إلى الحرمان من الحب والحنان والعطف من قبل الأسرة، وشيوع النماذج الوالدية القاسية أو المنحلة وغياب أدوارها التربوية الإرشادية.

البطاقة رقم ٢: تعبر الاستجابات عن بيئة غير ودودة وغير منبهة واضطراب فى شكل العلاقات. فالأفراد لا يعرفون بعضهم البعض، وأن (تجمعهم) مجرد صدفة وأن كل منهم مشغول بنفسه وبهمومه- حتى وأن كانوا يعرفون بعضهم البعض فالأب لا يكلف نفسه مجرد السؤال: عن أين تذهب البنت ولا متى ستعود، والبنت حزينة لذلك وتفكر فى الهروب من هذا الواقع التعس، وحتى لو هربت فلن ينشغل بأمرها أحد. ولا شك أن المقابلة والتات قد كشفا عن حقيقة الواقع الأسرى المتردى لهؤلاء المتعاطين فى كلا الثقافتين حيث يسود الخلاف والطلاق بشقيه المعنوى والمادى.

البطاقة رقم 3BM: تكشف الاستجابة عن وجود تحريف فى شكل الرجل وإدراكه على أنه أنثى ويشيع ذلك لدى الأفراد ذوى الاهتمامات الأنثوية القوية أو الذين يتوحدون بالنموذج الأنثوى. وقد وجدنا إدراكاً للمسدس فى استجابة (المدمن المصرى) وأنه قتل صديقه ويبكى ويندم، فى حين جاءت استجابة المدمن السعودى خلواً من الإدراك للمسدس، وتعكس الاستجابة الأولى عدواناً صريحاً ومباشراً واكتئاباً وندماً. فى حين تكشف الاستجابة الثانية عن كشف للعدوان وإن كان قد ارتد إلى الذات فى صورة بكاء بدون سبب مقنع (أنه يبكى على حاله ومصيره).

البطاقة رقم ٤: تكشف الاستجابتين عن وجود كشف فى العلاقة الجنسية الغيرية وانهيار صورة الأم، وسلبية الرجل، والعجز عن مواجهة مشاكل الواقع. فهذا زوجان يريد الرجل أن يترك المنزل هرباً من المشاكل (كما فى استجابة المدمن المصرى)، أو هروب الرجل من استمرار العلاقة الزواجية (كما فى استجابة المدمن السعودى) ورغبة الرجل فى الدخول فى علاقات أخرى، كما أن المدمنين قد عجزا عن إدراك صورة المراة العارية فى الخلفية ويشير ذلك إلى كف لرغبات الجنسية ومحاولة الهروب منها.

البطاقة رقم ٥: تكشف الاستجابة عن وجود علاقة عدائية بين المدمن والأم فالأم تفاجأ ابنها وهو يتعاطى وتقوم بضربه وطرده من المنزل (كما فى استجابة المدمن المصرى) فى حين أن هذه مجرد "حرمه" وأن هذا "ليس بيتها" وربما تقوم بالسرقة أو بالبحث عن زوجها الذى يخونها مع الشغالة (كما فى استجابة المدمن السعودى) مما يعكس واقعاً متفسخاً فى بيئة المدمن.

البطاقة رقم 6BM: وتتواصل كشف العلاقة العدائية بين الابن والأم سواء فى استجابة المدمن المصرى أو السعودى. فالتفاهم مستحيل بينهما، والابن يخبرها برغبته فى الاستقلال والأم ترفض، أو يخبرها بأنه قد أدمن والأم غاضبة لذلك وسوف ينتهى الأمر، وتكشف النهاية عن سطحية العلاقة بالأم، وأنه لا يوجد اهتمام حقيقى بمشاكل الابن. وأن العنوان المناسب الذى يلخص شكل العلاقات هو (التقوقع) على الذات.

البطاقة رقم 7BM: تعكس الاستجابة على هذه البطاقة اتجاهين:

الأول: أب ينصح ابنه بعدم التعاطى (كما فى استجابة المدمن السعودى). بيد أن الابن يستمع إلى نصائحه باستهتار لأن الأب مدمن ومشغول بحياته الخاصة.

الثانى: أن الرجل الكبير (الأب) قد سرق الشاب الصغير (الابن) كما جاءت فى استجابة المدمن المصرى حيث ذكر من خلال المقابلة أنه كان يعمل فى ورشة ميكانيكا سيارات وأن الأسطى كان يعطى أجره لوالده، والذى بدوره لم يكن يعطيه أى نقود مما جعله يتشاجر مع (الأسطى) لشعوره أن والده والأسطى يسرقانه.

وتعبر الاستجابة عن الاتجاهات العدائية تجاه النماذج السلطوية/ الوالدية.

البطاقة رقم 8BM: كشفت الاستجابة عن كم من العداء المتفجر تجاه الأب. فالابن قد قتل والده لأنه سيئ أو لم يهتم به أو يلبى رغباته مثله مثل آباء الأولاد الآخرين الذين ما يزالون فى المدارس ويرتدون الملابس النظيفة (كما فى استجابة المدمن المصرى) أو أن الأولاد الأربعة يضربون الأب وجاء الابن (البطل) وقتل الأب كى يخلصهم من الظلم الدائم (كما فى استجابة المدمن السعودى). وأن الطبيب الذى سيحضرونه ليعالج الأب سوف يجهز عليه بالسكين أى أن إنقاذه مهمة مستحيلة. وإحضار الطبيب مجرد حيلة لإرضاء الأنا الأعلى، وكأن لسان حالهم يقول: رغبتنا الحقيقية هى التخلص من الأب فإذا تأكدنا من موته احضرنا الطبيب حتى لا نتهم بالعقوق من قبل الآخرين، أو بتأنيب الضمير.

البطاقة رقم 9BM: وتكشف الاستجابة عن أن هؤلاء مجموعة من اللصوص قد أخذوا "يستخفون" عن أعين الشرطة حتى يواصلوا السرقة والقتل (كما فى استجابة المدمن المصرى). أو أنهم مجموعة من رجال الجيش يستريحون قليلاً ثم يواصلون القتال فيما بعد والذى لن ينتهى، ورغم العجز عن تحديد العدو إلا أن الاستجابتين تكشف عن مدى إنهاك الأنا وعجزها عن التعامل مع الواقع وقوانينه.

البطاقة رقم ١٠: وقد كشفت الاستجابة عن:

١- موقف عاطفى مزيف بين رجل وزوجته لأنه (يبوسها) ليضحك عليها حتى تقتنع بالذهاب معه إلى مجموعة من اللصوص (كما فى استجابة المدمن المصرى).

٢- رجل وخطيبته، لقد عرفا مؤخراً أنها تحب غيره بل قد خانته معه ولذا فهو يفكر جدياً فى قتلها.

ورغم أن الاستجابات فى الغالب على هذه البطاقة تكون مشبعة بعوامل عاطفية بين الرجل وزوجه إلا أن استجابات الاكتئابيين عادة تأتى محملة بالجو الدرامى لتدمير وتشويه هذه العاطفة نتيجة لكم العدوان المتفجر داخله والذى قد يرتد إلى الذات وإلى أقرب الناس إليه. فالأب قواد يغوى الأم على الانحراف، والأم خائنة ويكتشف الأب ذلك ويريد أن يقتلها وقد يفعل أو لا يفعل ومصيره أن يكون قواداً لأنه لن يقتلها.

البطاقة رقم ١١: كشفت الاستجابات عن كم المخاوف واستخدام للميكانزمات الدفاعية من قبل الانكار، الهوس، الهروب، الاحتماء بالآخر (المخدر) الهروب من الواقع لأنه مزدحم بصعوبات ومشاكل وعدم الوضوح.

البطاقة رقم 12M: وقد كشفت عن نزعات جنسية مثلية فى كلا الاستجابتين. فالرجل الواقف ساحر يريد أن يقوم بتنويم الشاب الصغير حتى يمارس معه الجنس، أو منوم مغناطيسى ينوم هذا الشاب لكى يصل إلى نفس النتيجة. وقد أكدت المقابلة الإكلينيكية المتعمقة تعرض العديد من أفراد الدراسة المتعمقة إلى الاعتداءات الجنسية المثلية إما من قبل رجال يكبرونهم فى السن، أو ممارسة الجنس بصورة تبادلية مع أفراد يماثلونهم فى السن.

البطاقة رقم 13BM: تكشف الاستجابات عن موقف عدائى تجاه الأم والمرأة عموماً وممارسة الجنس فى إطار من العدوانية. فهذا شاب يحب فتاة فدعاها عنده فى البيت ووضع لها منوم ومارس معها الجنس ومن دبرها وحين خاف من انكشاف أمره قام فقتلها ووارها التراب حتى لا تعثر عليها الشرطة (كما فى استجابة المدمن السعودى) أو رجل فوجئ بمجموعة من الرجال قد مارسوا الجنس مع زوجته وتركوها فى حالة إعياء كامل وتحير هل يبلغ الشرطة أم لا، وخشى من الفضيحة فقتل زوجته (وكفى على الخبر مجور) وتكشف الاستجابات عن أنا أعلى لم يكمل نموه عند الأشخاص السيكوباتيين (أتوفينخيل، ١٩٦٩، ٧٠٨-٧٠٩)

وتمويه على الأنا الأعلى (الشرطة) وعدم إبلاغها بالجريمة، والاغتصاب ممتزجاً بالقتل.

البطاقة رقم ١٤: تكشف الاستجابات عن نزعات عدوانية تجاه الذات فهذا شاب يهرب من السجن ليقتل الذين أبلغوا عنه (كما فى استجابة المدمن المصرى)، وهذا شاب طلب منه صديقه أن يغلق (الدريشه) ويطفئ الأنوار حتى يواصلوا استعمال المخدرات، وحتى لا ينكشف أمرهم للآخرين وتكشف الاستجابة عن قتل الذات من خلال قتل الآخر، وكأنهم يحققون مقولة (هيجل): "إنك بقتلك الآخر إنما نفسك تقتل"، أو مواصلة قتل الذات من خلال مواصلة (استعمال المخدرات) -كما فى حالة العينة السعودية- وإغلاق (الدريشة) أى النافذة إنما يشير إلى قطع أى (أمل) فى إنقاذهم من قبل الآخرين. وكلا الموقفين (قتل الآخر- مواصلة التعاطى) يكشفان عن رغبة مستترة فى إيذاء النفس بل وقتلها (وإن تعددت الطلاق).

البطاقة رقم ١٥: وقد كشفت الاستجابات عن كم الطموحات التى تريد الهو إشباعها بعيداً عن الواقع وقوانينه. فقد صور المدمن السعودى هذا الجو بأنه ساحر يستطيع أن "يسوى أى شئ دون قيود وحين يشعر بالخطر من القبض عليه يهرب إلى هذا المكان الآمن"، فى حين يصور المدمن المصرى هذا الرجل على أساس أنه "صنم" يعبده الكفار، وتكشف الاستجابة الأولى عن نزعات الهو، وتكشف الاستجابة الثانية على تحويل أوامر الأنا العليا إلى "رمز" أو أسطورة تقدس دون أن يدب فيها الحياة.

البطاقة رقم ١٦: كشفت الاستجابات عن طبيعة الظروف التى قادت كل شخص إلى الإدمان فالأول تحدث عن طفل كان أهله "يدلعونه" ويلبون له كل طلباته وخاصة من جانب الأم التى هجرها الأب، وتزوجت هى الأخرى وعاش بلا بيت يؤويه مما جعله يختنق (على حد تعبيره) بالضيق وسار فى طريق المخدرات (المدمن السعودى) وعن طفل كان يتمنى أن يكمل تعليمه- مثله مثل باقى زملاؤه لكن اختفاء والده المفاجئ- دون إبداء أسباب- واضطرار الأم إلى الخروج للعمل ثم الزواج مما دفع دفعاً إلى ترك المدرسة والالتحاق بورشة للعمل، وأن والده قد

عاد للظهور ولكن ليأخذ راتبه الأسبوعى من "الأوسطى" صاحب الورشة ومناقشة الوالدين- المنفصلين- فى أيهما أحق باستيلاء على أجره مما دفعه إلى الهروب بعيداً عن الورشة وعنهما (كما فى استجابة المدمن المصرى). ولا شك أن الاستجابات تكشف عن الخلفية الأسرية التى تدفع إلى التعاطى، فضلاً عن وجود أنا ضعيفة لا تتحمل الإحباط، فلجأت إلى الإدمان خلاصاً من هذا الواقع الكئيب، والأنا المدجج بالمخاوف والقلق والفراغ الوجدانى، وعدم الولاء لأى آخر لأنه لا يوجد آخر يأتمن له.

البطاقة رقم 17BM: وتكشف الاستجابات عن علاقة عدائية مع البيئة، واحتياجاً إلى الإشباع النفسى، والشعور بالأمن، فالاستجابة الأولى تعبر عن شاب يتسلق حبلاً حتى يصعد إلى الشقق التى بها أطفال فى مثل سنه حتى يسرق ألعابهم ثم يضعها فى حجرته البسيطة ليلعب بها بعد عودته من العمل المضنى الذى يقوم به (كما فى استجابة المدمن المصرى) أو أن هذا الشاب يريد أن "يشرد" من السجن أو من المستشفى (الذى يعالج فيه) (كما فى استجابة المدمن السعودى)، ولن يعود إلى أبويه (لأنه لا يشعر معهم بالأمان) بل يظل يهرب ويهرب بلا هدف محدد. وأنه يجد الأمان (الزائف والمؤقت) فى المخدر.

البطاقة رقم 18BM: تكشف الاستجابة عن موقفين:

الأول: أن هذا الشاب يريد أن يكون مثل: مايكل جاكسون يتمتع بالفلوس وبحياة الشذوذ التى يحياها (استجابة المدمن السعودى).

الثانى: أن هذا شاب يدلكه مجموعة من الشباب بهدف تنشيط جسمه وحثه على أن يكون جاهزاً (المدمن المصرى).

وتكشف الاستجابات عن شذوذ جنسى أو جنسية مثلية وعجز عن التعامل مع الواقع.

البطاقة رقم ١٩: تعكس الاستجابات عن رغبات دفينة فى الشعور بالأمن والدفء الأسرى. فالثلج يغطى المنزل، والابن يريد أن يتعلم الرسم من والده والأب مشغول فى مرسمه بل ويغلقه عليه ولا يسمح للابن أن يطأ قدماه أرض

المرسم (كما فى استجابة المدمن السعودى)، والابن يريد أن يتسلق المنزل لكى يزيح عنه الثلوج ولكنه عاجز والأب يمنعه ليس خوفاً عليه بل لأن الأب يحب منظر الثلج (استجابة المدمن المصرى) وتعكس الاستجابة نقص فى مفهوم الذات/ خجل/ خوف من مواجهة الآخرين.

البطاقة رقم ٢٠: تكشف الاستجابات عن اضطراب فى شخصية المفحوصين والشعور بالعجز والحزن والحرمان الأسرى، وهشاشة العلاقات الاجتماعية مع الوالدين والآخرين، فضلاً عن البيئة العدائية التى تستغلهم سواء مالياً أو جسدياً أو نفسياً أو حتى تعليمياً وترفيهياً.

- فقد كشفت استجابة المدمن السعودى عن رجل حداد وبناء يريد أن يبنى جسراً وأخذ نقوداً كثيرة من الأمير ولم يبنى الجسر ولم يعطى مساعديه من العمال أى نقود والذى يعترض يقتله.
- فى حين ذكر المدمن المصرى أنها حرب مدن وأن الكل يتربص بالكل وأن "الشاطر" هو الذى لابد أن لا تفارق جيوبه أسلحة القتال حتى يرد على أعداءه المنتشرين فى كل مكان.

مجمل تفسيرى للنتائج:

لعل من الأمور المعروفة فى مجال التعاطى والإدمان: أن مشكلة تعاطى المخدرات تعد مشكلة على كافة الأصعدة، فضلاً عن أن الوقفة الجادة مع التعاطى قد جاءت متأخرة نسبياً، إضافة إلى زيادة الأبحاث التى اهتمت بتعاطى الشباب وأهملت تعاطى الأطفال والمراهقين خاصة تعاطى المواد المتطايرة والتى لم يتم الانتباه لها وتقييم حجمها إلا فى الآونة الأخيرة. خاصة إذا عرفنا أن المواد المتطايرة ما هى إلا مواد سمية Toxicity وبالتالى فإن تأثيراتها الصحية (على جميع أجهزة الجسم) والنفسية والعقلية لا حدود لها بالإضافة إلى أنها تقود الشخص إلى العديد من الانحرافات السلوكية. وبالرغم من كل ذلك فإن الدراسات الجادة الميدانية التى تناولت مدمنى هذا النوع من الإدمان قليلة جداً سواء على المستوى العالمى، أو المستوى المحلى، فضلاً عن أن غالبية هذه الدراسات قد اهتمت

بالخلفية الأسرية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية التى انحدر منها متعاطى المواد المتطايرة دون محاولة جادة لربط هذه (الخلفية المتدنية) مع ديناميات الشخص متعاطى المواد المتطايرة. ولذا فقد هدفت الدراسة إلى التعرف على العديد من القضايا فى مجال هذا النوع من التعاطى، وعن طريق اختيار عمدى، قصدى- (٣٠) متعاطياً للمواد المتطايرة فى المجتمع المصرى، و(٣٠) متعاطياً للمواد المتطايرة فى المجتمع السعودى، وباستخدام أدوات سيكومترية كمية، وأدوات إكلينيكية حيث كشفت النتائج بأدواتها النفسية المختلفة عن العديد من الحقائق منها أن تعاطى المواد المتطايرة يكون تعاطى بعض الأطفال والمراهقين المفضل لأسباب تتعلق بالمادة المخدرة نفسها من قبيل توافرها، رخص أسعارها، عدم وجود وعى لدى الآخرين بأضرارها، إضافة إلى أن هؤلاء المتعاطين يترعرعون فى بيئات ذات ثقافة متدنية ومستوى اجتماعى منخفض، وأن تعاطى هذه المواد المتطايرة يقود إلى العديد من دروب الاضطراب الوظيفى والعضوى لوظائف المخ (كما كشف عن ذلك اختبار بندر جشطالت) فضلاً عن معاناتهم من القلق الصريح والذى يظهر فى اضطرابات النوم، والشعور بالغثيان وكافة أنواع اضطرابات الجهاز الهضمى والتنفسى، فضلاً عن أهم السمات والديناميات التى كشفت عنها المقابلة المتعمقة والاستجابة على بطاقات التات من قبيل: أنهم محرومون من العطف الأسرى، يحتاجون إلى الشعور بالأمان، يعانون من القلق والاكتئاب، عاجزون عن التواصل مع الآخرين لدرجة التشكك فى نواياهم، يعانون من ضعف الأنا، تفجر الهو، ولذا لا عجب أن نجدهم يلجئون إلى التعاطى لعلاج ذواتهم المضطربة ولتخفيف أساهم وحل صراعاتهم والتى غالباً ما تنشأ بسبب القصور فى مواجهة الواقع وإحباطاته. ورغم ذلك نوصى بإجراء المزيد من الدراسات لسبر أغوار ظاهرة التعاطى بصفة عامة، وتعاطى الأطفال والمراهقين تحديداً للمواد المتطايرة بصفة خاصة.

المراجـــع

١- أحمد عبدالخالق (١٩٨١). **استخبارات الشخصية- مقدمة نظريـــة ومعـــايير مصرية**، الإسكندرية: دار المعارف.

٢- أحمد عبدالخالق (١٩٩٤). الدراسة التطورية للقلق، الكويت: حوليـــات كليـــة الآداب، جامعة الكويت.

٣- أحمد شوقى العقباوى، محمود فهمى الكردى، قحطـــان الناصـــرى (١٩٨٤). **مشكلة تعاطى المخدرات فى قطر**، الجـــزء الأول، إشـــراف عبدالله الكبيسى، منشورات جامعة قطر، الدوحة.

٤- أتوفينخل (١٩٦٩). **نظرية التحليل النفسى فى العصاب**. (ترجمـــة) صـــلاح مخيمر/ رزق عبده، القاهرة: الأنجلو المصرية.

٥- أسامة أبو سريع (١٩٩٤). اتجاهات الفروق بين تلاميذ الثانوى العـــام مـــن أبناء الحضر وأبناء الريف فى تعاطى المخـــدرات الطبيعيـــة والأدوية النفسية. فـــى كتـــاب: **النـــدوة القوميـــة لمكافحـــة المخدرات وعلاج الإدمـــان (٢٩-٣٠ أكتـــوبر)**، القـــاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائيـــة ص ص٢٨٧-٣٠٢.

٦- جابر عبدالحميد، علاج الدين كفافى (١٩٨٨). **معجم علـــم الـــنفس والطـــب النفسى**. القاهرة: دار النهضة العربية، ط٢.

٧- سامى عبدالقوى، إيمان محمد صـــبرى (١٩٩٧). ســـوء اســـتخدام المـــواد المتطايرة لدى الأطفال- دراسة نفسية اجتماعية اســـتطلاعية، **مجلة علم النفس**، ع٤٢، السنة ١١، يونية، الهيئة المصـــرية العامة للكتاب، ص ص٩٢-١٢٤.

٨- سلوى سليم (١٩٨٩). **تعاطى الشباب للمخدرات مـــن منظـــور اجتمـــاعى**، القاهرة: مكتبة وهبة.

٩- سمير نعيم (١٩٧١). **أسباب تعاطى المخدرات الاجتماعية والاقتصادية.** الندوة العربية حول ظاهرة تعاطى المخدرات، القاهرة.

١٠- صفوت فرج (٢٠٠٠). العلاقة بين الظروف المؤدية للإدمان واستراتيجية التدخل العلاجى، **مركز الإرشاد النفسى، جامعة عين شمس** (٥-٧ نوفمبر ٢٠٠٠)، القاهرة، ص ص٣٩٣-٤١٦.

١١- طاهر شلتوت (١٩٨٨). **دراسة مقارنة حول استخدام العقاقير المؤثرة فى الحالة النفسية فى كل من مصر والولايات المتحدة الأمريكية**، دكتوراه غير منشورة، القاهرة: طب الأزهر.

١٢- عادل دمرداش (١٩٨٢). **الإدمان- مظاهره وعلاجه**. الكويت: عالم المعرفة، ع٥٦.

١٣- عادل دمرداش، عبداللطيف الروضان، حياة المسلم، سحر الفاروقى (١٩٨٢). **حول استعمال وسوء استعمال الأدوية والعقاقير- دراسة استطلاعية لدى طلاب المرحلة الثانوية**- الكويت: إدارة البحوث الاجتماعية والجنائية.

١٤- على على مفتاح (١٩٩٥). **اضطرابات الشخصية والإدمان**، دراسة إكلينيكية، **مجلة كلية الآداب والعلوم الإنسانية**، آداب المنيا، يناير، ص ص٢٥٩-٢٧٦.

١٥- فرج أحمد فرج (١٩٧١). **علاج المدمنين والمتعاطين، وتأهيلهم نفسياً واجتماعياً**. القاهرة: الندوة الدولية العربية حول ظاهرة تعاطى المخدرات.

١٦- فرج أحمد فرج، رشدى فام (١٩٧٤). **الاستجابات الشائعة لاختبار تفهم الموضوع، بحث ميدانى**، القاهرة: المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية.

١٧- فيصل عباس (١٩٩٠). **أساليب دراسة الشخصية: التكنيكات الإسقاطية**. بيروت: دار الفكر اللبنانى.

١٨- قدرى حفنى ومحسن العرقان (١٩٨٣). **القياس النفسى**. القاهرة: جى جى للطباعة.

١٩- لويس كامل مليكه (١٩٨٠). **علم النفس الإكلينيكى**. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

٢٠- ماهر نجيب إلياس (١٩٩٠). **العلاقة بين البناء النفسى ونوع المخدر- دراسة إكلينيكية**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٢١- مايسة أحمد النيال (١٩٩٨). بعض المتغيرات الوجدانية لدى بعض فئات الاعتماد العقاقيرى فى ريف مصر وحضرها، **مجلة علم النفس**، ع ٤٨، السنة ١١، ديسمبر، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب، ص ص٦٦-٩٧.

٢٢- محمد الهوارى (١٩٨٧). **المخدرات من القلق إلى الاستعباد**. قطر: مؤسسة سلسلة كتاب الأمة، ع١.

٢٣- محمد حسن غانم (١٩٩٦). **الديناميات النفسية للاحتياجات والضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات "دراسة حضارية مقارنة"** رسالة دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

٢٤- محمد حسن غانم (١٩٩٨). المدمنون وقضايا الإدمان- دراسة نفسية استطلاعية، **مجلة علم النفس**. ع٤٦ يناير، القاهرة: الهيئة المصرية العامة للكتاب ص ص٧٤-٨٦.

٢٥- محمد عبدالقادر حاتم (١٩٨٦). **السياسة العامة لمكافحة المخدرات**. القاهرة: سلسلة دراسات تصدرها المجالس القومية المتخصصة، مكتبة الجامعة الأمريكية.

٢٦- محمد فتحى عيد (١٩٨٨). **جريمة تعاطى المخدرات فى القانون المقارن**. الرياض، السعودية: المركز العربى للدراسات الأجنبية والتجريب، ط٢.

٢٧- محمد محمد شعلان (١٩٧٩). **الاضطرابات النفسية فى الأطفال**. الجزء الثانى، القاهرة: الجهاز المركزى للكتب الجامعية.

٢٨- محمد محمد شعلان (١٩٨٦). **الهناء بلا كيمياء للآباء والأبناء**، القاهرة: الناشر المؤلف.

٢٩- محمود السيد أبوالنيل (١٩٨٤). **الإحصاء النفسى والاجتماعى والتربوى**، بيروت: دار النهضة العربية، ط٦.

٣٠- محمود السيد أبوالنيل (١٩٨٨). **علم النفس عبر الحضارى**، بيروت: دار النهضة.

٣١- محمود رشاد (١٩٩٧). **الإدمان واضطرابات الشخصية**، رسالة دكتوراة غير منشورة، آداب عين شمس.

٣٢- مصطفى زيور (١٩٨٦). **فى النفس. بحوث مجمعة فى التحليل النفسى**، بيروت: دار النهضة العربية.

٣٣- مصطفى سويف (١٩٩٦). **المخدرات والمجتمع- نظرة تكاملية**. الكويت: عالم المعرفة، ع ٢٠٥، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٣٤- مصطفى فهمى، سيد غنيم (ب. ت). **اختبار الجشطالت البصرى الحركى**. القاهرة: النهضة العربية.

٣٥- مصطفى فهمى، محمد غالى (ب. ت). **اختبار تايلور للقلق الصريح**، القاهرة: دار النهضة العربية.

٣٦- ناصر ثابت (١٩٨٤). **المخدرات وظاهرة استنشاق الغازات- دراسة اجتماعية ميدانية**، الكويت: منشورات ذات السلاسل.

٣٧- نشأت حسن حسين (١٩٩٨). **ظاهرة أطفال الشوارع- دراسة ميدانية فى نطاق القاهرة الكبرى**، معهد الدراسات العليا للطفولة، دكتوراه غير منشورة، جامعة عين شمس.

٣٨- هادى نعمان (١٩٨٨). **ثقافة الطفل**. الكويت:عالم المعرفة، ع١٢٣، المجلس الوطنى للثقافة والفنون والآداب.

٣٩- يحيى الرخاوى (١٩٨٨). **معانى الإدمان ودلالاته- منظور إكلينيكى**. القاهرة: المؤتمر الأول لمواجهة مشكلة الإدمان.

40- Anastasi, A. (1988). Psychological testing, New York, The McMillan, 6th ed.

41- Aktan, G. B. (1994). Evaluation of substance abuse prevention program with inner city African-American Families, **Drud and Society,** vol.12, No.1-2, pp.39-52.

42- American Psychiatric Association (1987). **Diagnostic and Statistical Manual of Memtal Disorders** (DSMIII R)**.** Washington, D C: APA.

43- American Psychiatric Association (1994). **Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders,** (DSM- N). Washington, D C Psychiatric Association.

44- Benjamine, S. Goodman, 2, (1985). The marphalagic spectrum of halathane-induced hepatic injury: analysis of (77) cass. Hepatology, 5, 1160-1171.

45- Brooner R. K., Herlst, J. H., Schmidt, C. W. (1989). Antisocial Personality disorder amongg drug sbusers: Relations to other Personality. **Journal of Nervous & Mental Diseases,** 181, 313, 319. Cohen, S. (1977) inhalant aluse: anover view of the problem, Natl. init. Drug Abuse Clinical & Baric Aspect the Mosbby Camp.

46- Cohen, G. (1984). **Profile of Drug Abuse,** in S., Pradlen Dutto (eds.) Drug Abuse Clinical & Baric Aspect the Mosbby Camp.

47- Crider, R. Rouse, B. (1988). **Epidemiology of inhalant Abuse:** anupdate Natl. Drug Abuse Res. Monogr, 58, 1-203.

48- Deng Zhenlai et al., (2001). Drug trsfficking and consumption in China: two case studies. **International Social Science Journal.** Sep. 169, pp.415-420.

49- Denis, J. O. (2000). Glue Sniffing and Volatial Substance Abuse by School HLL DREN and Adole Scents, **Education- Guidance- and Counseling,** vol.49, No.1, 41.

50- Fahd Abd Ullah AL-Delaim (1997). Management of Substance Abuse in Saudi Arabia, **Derasat-Nafseyah,** vol. 7, No. 3, Jule, Cairo, pp. 470-484.

51- Hall, D. Ramsey, J. et al. (1966). Neuropat Halogy In a Petral Sniffer, Arch. Dis., Child 61, 900-901.

52- Heba Ibrahim EL-Kshishy (1996). Personality Characteristics Correlates in Drug Abuse, **Derasat Nafseyah,** vol. 6, No.4, October, Cairo, pp.518-558.

53- Kaplan H. Sadock, B. (1983). Modern Synapris of Snprehenriv textbook of Psychiatry. 3rd. ed, William & Witkines, Baltmore.

54- Lander, N. Social patterns of the teenage drug of user in: Harms (ed.) (1983). Drug and Routh: The Challenge of tody. Pergman Press In, N.Y.

55- Laurent Laniel (2001). Drugs in Southern Africe: business as usual, **International Social Science Journal.** Sep. 16, pp. 407-414.

56- Mark, H. (1986). Correlates of Chranic Volatile Substance Abuse, **Clinical Psychology,** vol. 53, No.2, pp. 65-68.

57- Michel Schiray (2001). Interaduction on Drug trafficking Orgnised Crime, and Public Police for drug Control, **International Social Science Journal,** Sep. 169, pp. 351-358.

58- Miller, H. J. Macpphee, D. & Fritz, J. T. (1998). DARE to be yoy; A family support early prevention

program. **Journal of Primary Prevention.** Vol. 18, No.3, pp.257-285.

59- Molly Charles (2001). The Growth and activities of arganised crime in Bombay, **International Social Science Journal,** Sep. 169, pp.359-168.

60- Nabil Qurashi et al. & Khalid AL-Umran (1993). Volatize substance abuse among school students of Eartern Saudi Arabia, Annals of Sawdi Medicine. Vol. 13, No.6, November, 520-524. K.D. Saudi.

61- Nagano K. (1992). A study on the relationship between solvent, arukuro you buseison. 27 (3), pp.297-311.

62- National Swedish Board of Health and welfare (1978). **Actions againist Sniffing,** Stokholm..

63- Pirese, L.H. & Shields. N. (1998). The beaster community based after school program development resiliency factor in high risk preadolescent youth, **Journal of Commmunity Psychology,** vol. 26, No.2, pp. 175-183.

64- Regine Schonenberg (2001). New criminal damains in the Brazilian Amazon, **International Social Science Journal,** Sep. 169, pp.397-406.

65- Samir Ahmed (1967). Patterns of Juveile Drug use, University of California, U.S.A.

66- Schulz, C. (1994). The arsaciation between sniffingh inhalants and injecting drugs, Comprehensive Psychiatry, 35 (2), pp. 99-105.

67- Sharp C. Foranzzari, L.: In halants in (1991). D. Ciraulo R. Shadeder (eds.) Clinical Mannual of Chemical dependence, American Psychiatric Press, inc. Washington.

68- Tenebein, M. (1983). Sensoryevoked Potentlals in inhalant abuse. **J. Pediatiric Child Health,** vol.29, No.3, pp. 206-208.

69- Wrigh, J. Pearl, L. (1995). **Knowledge and experience of young people regarding dryg.** Misuse 1969-1994 British Medical J. 310 (6971), pp. 20-24.