

السلوك الإدماني وسلوك الخطر (الآثار النفسية للإدمان على المخدرات)

د. خديجة بن سالم

جامعة أدرار

الملخص :

إن انتشار مشكلة الإدمان والمخدرات له تأثيرات غاية في الخطورة على الصحة النفسية والعقلية حيث أن تأثير المخدرات على الصحة النفسية اخطر من تأثيره على الصحة العامة، وللأسف فإنه حتى بعد علاج الإدمان على المخدرات تظل معايير الصحة النفسية لدى المريض ليست جيدة، ولذلك فان تجنب المخدرات والإدمان وكذلك العلاج المبكر للإدمان هو خير وسيلة للحفاظ على الصحة النفسية وتجنب الكثير من الأمراض النفسية والعقلية التي تسببها المخدرات والإدمان.

Résumé :

Certes Le problème de la toxicomanie et la drogue, devenu repandu, a des effets très dangereux sur la santé psychique et psychologique car ses impacts sont plus graves que ses effets sur la santé en général, et malheureusement , malgré le traitement de la toxicomanie, les normes de la sécurité psychologiques du malade restent toujours risqués. Pour cela, il faut mieux éviter la drogue et la toxicomanie. Le traitement precauce est le meilleur moyen pour la préservation de la santé psychologique et éviter les maladies psychiques et psychologiques causé par les drogues et la toxicomanie.

مقدمة :

تؤثر العديد من العقاقير، والمخدرات، تأثيراً كبيراً على الحالة النفسية، والعقلية للفرد، حيث تسبب له في حالات عديدة توتراً كبيراً وتعيق قدرته على الأداء الوظيفي الملائم، ويمكن رؤية هذه الآثار، ليس فقط فيمن يتعاطون هذه السموم، ولكن أيضاً فيمن يمرون بمرحلة الانسحاب، وفي بعض الحالات، يمكن أن يؤدي التعاطي، إلى أضرار نفسية، وفسيولوجية مستديمة، ولكن يمكن التغلب على هذه الآثار لدى العديد من المدمنين عن طريق العلاج، والدعم.

ويمثل الإدمان التأثير الأقوى للمخدرات على عقلية، ونفسية المتعاطي، وهذا ينطبق بصورة خاصة على الأفيونات، مثل الهيروين، والذي يسبب اعتماداً كيميائياً، وأيضاً المنشطات، مثل الكوكايين، والذي يشعل مراكز الاستمتاع، والسرور في المخ، والمرتبطة بالسلوك الانتعاشي، وكما في حالة الاشتياق الجسدي الحقيقي للمخدر، فإن الإدمان النفسي، يمكن أن يتسبب في أن يبحث الفرد باستمرار عن المخدر، وذلك برغم الآثار السلبية الملحوظة.

وعليه نركز من خلال هذه الورقة البحثية على الإدمان (الاعتماد) من زاوية نفسية، ويعني ذلك أن التركيز يتم على تلك الجوانب الأكثر ارتباطاً بالسلوك الشخصي للمدمن ومتعلقاته الاجتماعية والثقافية والشخصية والبيئية، ويتلو ذلك إشارة إلى الآثار النفسية والعقلية لبعض المواد المسببة للإدمان (العقاقير النفسية). وعليه يمكن تصاغ مشكلة البحث في ما يلي:

ما هي حدود المواد التي يمكن القول أن تعاطيها المتكرر هو من باب الاعتماد (الإدمان) ؟

ما هي حدود الفصل بين ما هي نفسي وما هي عضوي في قضية الإدمان أو بتعبير أكثر مباشرة : إلى ماذا يرجع فشل المدمن في الإقلاع عن التعاطي ؟ هل للاعتماد العضوي أساساً ، أم أن الاعتماد النفسي هو الأكثر خطورة ؟

1/- مفهوم السلوك الإدماني :

من حيث المبدأ يمكن لكل توجه إنساني أن يصبح إدماناً ، ونحن نعرف عددا كبيرا من المواد اليومية الإدمانية مثل : التدخين ، القهوة ، التلفزيون ، اللعب ، الكمبيوتر ... ، وأشياء أخرى كثيرة والتي غالبا ما يتم التقليل من أهميتها مقارنة بإدمان الهيروين مثلا .

فالسُّلوك الإدماني لا يقتصر على ذلك السلوك الذي ارتبط مفهومه كلاسيكيا بمخدر ما ، كما هو الحال في إدمان المخدرات أو الكحول ، بل يضم أنواع متعددة من السلوك ، يتعود الفرد من خلالها المداومة على عادة التعاطي أو القيام بنشاطات لمدة معينة بقصد الدخول في حالة من النشوة والاستعداد ، نذكر من ذلك أيضا : إدمان قيادة سيارات السرعة ، إدمان المحاولات الإنتحارية ، إدمان أفلام الرعب ... ، فهي كذلك تحقق حالات النشوة ، الذهول ، والراحة والتبعية أو التعلق .

ويغطي السلوك الإدماني وظائف متعددة كالتغلب على كل أنواع التعب النفسي ، الصراعات الداخلية والخارجية للفرد ، تجنب القلق ، امتصاص الانتباه .

ومن أهم الميكانيزمات النفسية للاستمرار في الإدمان تحويل حياة المدمن إلى نظام ذاتي مغلق يستطيع فيه المدمن أن يمد نفسه باللذة والسعادة وأن يعزل نفسه وراء أي حاجة إلى المساعدة الإنسانية .

يختلف السلوك الإدماني من البسيط إلى المعقد ، حيث يكون في البداية مجرد ميل أو هواية ليتحول إلى سلوك إدماني يحتوي على الضرر ويفقد التوازن ، ولا نقصد هنا أن كل الميولات أو المبالغات تؤول إلى السلوك الإدماني ، حيث أن بعض الميول يتحول إلى إبداع¹ .

أ/- الإدمان وسلوك الخطر :

يعتبر السلوك الخطر واسعا تماما كمفهوم السلوك الإدماني ، فهو يتحدد بنوعية التجارب التي تصعد من إمكانية التعرض للخطر ، الذي يهدد الذات

¹ - سامر جميل رضوان ، العلاج النفسي ، دار الميسرة للنشر والتوزيع ، عمان ، 2002 ، ص 19 .

ويحطمها ، يتصاحب هذا مع وعي الفرد بالخطر الذي ينتظره يقترب المراهق من دائرة السلوك الخطر كاقترابه من اختبار الشجاعة أمام الجماعة ليبرهن على قدرته على الاستقلال والتحدي خرق قانون الراشد ، واعتراف هذه الجماعة هو وسام التميز الرجولية ، من جهة أخرى تعبر هذه السلوكات على دوافع لا شعورية لتحطيم الذات .

هذه الذات التي تم التقصير في حمايتها أو العكس الإفراط في حمايتها سابقا ، الصدمات النفسية ، الحرمان العاطفي ، وغيرها قد يدعمون مثل هذه الدوافع عند الفرد ، قيادة السيارات المشتعلة ، المشي فوق الزجاج والنار القفز من الطائرة من ناطحات السحاب ، والجرعات الزائدة عند المدمنين كلها تعتبر سلوكات خطر يقوم باللعب بالموت من خلالها¹ .

يتحدث المختصون كذلك عن عوامل الخطر كالتواجد في بيئة من المدمنين ، الإفراط في استعمال المهدئات ، درجة سمية المخدر ، ما يشكل بسرعة خطر الاعتماد ، العوامل البيولوجية ، اضطرابات التكيف ، كلها تساعد على بروز وتطور سلوكات الخطر عند هذه الفئة من الأفراد .

بهذا المعنى يصبح السلوك الإدماني سلوكا خطر لما يتمخض عنه من خطر يهدد المدمن ، الأفراد والمجتمع ، فإدمان الخمر مثلا يتسبب حسب دائرة معارف الإدمان الكحولي في حدوث الانتحار بضعف 60 مرة الشخص العادي ، وفي نجاح المحاولات بوسائل أشد فتكا وقسوة .

كما أن هناك نوعية أخرى من سلوكات الخطر في الإدمان وهي : الإدمان المتعدد كإدمان الكحول والمخدرات معا ، أو إدمان المخدرات والمهدئات معا ، الذي يضاعف من احتمال الموت بنسبة هائلة .

يعتبر السلوك الإدماني سلوكا خطر نظرا لنوعية الإفرازات التالية :

-انتشار الأمراض الخطيرة كمرض فقدان المناعة المكتسب .

¹ - عبد الرحمن العيسوي ، في الصحة العقلية والنفسية ، دار النهضة العربية ، 1992 ، ص 22

-انتشار جرائم السرقة والتهريب والاغتصاب وزنى المحارم

-انحراف الأحداث، الهروب، محاولات الانتحار المتاجرة بالجسد...¹

ب/- مفاهيم مرتبطة بالإدمان :

استمرت محاولات التفرقة بين الإدمان والتعود منذ العشرينات وحتى أوائل الستينات، بوصف التعود صورة من التكيف النفسي أقل شدة من الإدمان، إلى أن انتهت هيئة الصحة العالمية (WHO) بإسقاط المصطلحين : **الإدمان والتعود**، على أن يحل محلهما **مصطلح الاعتماد**.

1/- **الإعتماد** : وهناك نمطان للإعتماد : الإعتماد النفسي وهو موضوع البحث، والإعتماد العضوي .

أ/- **الاعتماد العضوي** : وهو حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة، أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول عقار مضاد، وتعرف هذه الأعراض بأعراض الانسحاب، ويعتبر الاعتماد العضوي عاملا قويا في دعم الاعتماد النفسي .

ب/- **الاعتماد النفسي** : موقف يوجد فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب.²

ج/- معايير الحكم بوجود اعتماد على المواد ذات المفعول النفسي :

وهي كما وردت في دليل تصنيف الاضطرابات النفسية الأمريكي الرابع تعطي صورة كاملة، وهي كما يلي :

¹ - العويرضي، عبدالعزيز، **مكافحة المخدرات والمسكرات**، الطبعة الأولى، وزارة الدفاع والطيران، الرياض، 2004، ص 55

² - الحربي، سعدى، **دراسة مقارنة لبعض الخصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين**، رسالة ماجستير، الرياض، جامعة الملك سعود، كلية التربية، 2009، ص 43

1/- وجود تحمل كما يعرف بواحد من :

- أ- وجود احتياج لزيادة كميات المادة المتعاطاه من أجل الوصول للأثر المطلوب .
ب- انخفاض ملحوظ في الأثر مع استمرار استعمال نفس المقدار من المادة النفسية
 - 2/- وجود أعراض الانسحاب ، كما تظهر إما في أعراض الانسحاب نفسها أو في الاستمرار في التعاطي من أجل تحاشي حدوثها .
 - 3/- كثيرا ما يتم تعاطي المادة بكمية أكبر ، أو لفترة أطول مما كان الفرد ينوي في البداية .
 - 4/- توجد رغبة حاضرة أو جهود فاشلة في التحكم في تعاطي المادة (أو وقفها) .
 - 5/- قضاء وقت كبير في النشاطات الضرورية للحصول على المادة أو تعاطيها ، أو للشفاء من أعراضها .
 - 6/- التخلي عن ممارسة الأنشطة الاجتماعية أو الوظيفية أو الترفيهية (أو تقليلها بدرجة ملحوظة) بسبب تعاطي المادة
 - 7- / الاستمرار في تعاطي المادة ، رغم معرفة المدمن أن مشاكله النفسية أو الصحية يغلب أن يكون سببها أو سبب إظهارها هو تلك المادة ¹ .
- د- / المواد المسببة للاعتماد :
- تتباين هذه المواد تباينا شديدا من حيث طبيعتها وآثارها العضوية والنفسية ودرجة الاعتماد التي يمكن أن تحدثها ، وحجم الضرر المترتب عليها ...

¹ -أبا الرقوش, جمعان رشيد، دراسة لبعض عوامل السوء النفسي لمتعاطي المخدرات في المملكة , رسالة ماجستير , جامعة أم القرى , كلية التربية، 1984، ص 65.

وبعض هذه المواد متفق على تصنيفها بشكل عام وشائع وهو ما يطلق عليه (المخدرات) ، وإن كان بعضها يتميز بآثار تنشيطية أكثر منها مخدرة . والمواد المتفق عليها عموما هي تلك المواد التي تحدث حالات غير طبيعية في الإدراك أو المزاج أو التفكير أو الحركة ، وتنقسم إلى فئات كبيرة منها : فئة الكحوليات ، فئة الأفيونات ، فئة الامفيتامينات ، فئة الباربيتورات ، فئة القنب وفئة الكوكايين ، وفئة المهلوسات ، وفئة القات .

وهناك فئتان يثور خلاف كبير حول تصنيفهما كمواد محدثة للاعتماد ، وهما التبغ (ومادته الفعالة النيكوتين) ، وفئة البن والشاي (ومادتهما الفعالة هي الكافيين)¹ .

هـ- حدود الفصل بين الاعتماد النفسي والعضوي :

إلى جانب الأهمية العلمية البحتة لهذا الأمر، إلا أن له جانبه التطبيقي الهام، فمعرفة طبيعة الاعتماد تساهم في اختيار الاستراتيجيات المناسبة للتعامل معه. وهناك عدد من الدلائل التي تشير إلى أن الاعتماد العضوي أخف أثراً في إحداث مشاكل الإدمان من الاعتماد النفسي. وأول هذه الدلائل ما هو معروف لدى الأطباء النفسيين وفي مراكز علاج السموم من سهولة نسبية وخطوات محسوبة لتخطي مخاطر مرحلة أعراض الانسحاب العضوي، بينما يختلف الأمر كلية بالنسبة لتغيير عادات المدمن السلوكية أو احتياجاته النفسية أو لهفته على تعاطي المادة النفسية رغم غياب الداعي الجسماني الواضح، وهناك دليل آخر، هو أنه بالنسبة لمرضى العمليات الجراحية والذين يضطر الأطباء إلى حقنهم بالمورفين عقب العمليات، فإنهم يعانون من أعراض الانسحاب العضوي وآلامه،

1 - البار، محمد علي ، المخدرات الخطر الدايم، دار القلم، دمشق ، 2000، ص 77.

إلا أنهم لا يشعرون بالحاجة النفسية إلى تعاطي تلك المادة بعد زوال تلك الأعراض. مما يعد دليلاً على أن الاعتماد العضوي ليس سبباً جوهرياً في مشاكل الإدمان.

كما أن الثابت، إحصائياً، أن المدمنين ليسوا كغيرهم من غير المتعاطين في كثير من الخصال النفسية، على الرغم من عدم اختلافهم العضوي عنهم. مما يشير كذلك إلى أن مشكلة الإدمان ليست مشكلة عضوية بقدر ما هي مشكلة نفسية.¹

و- بعض العوامل أو المتغيرات والمصاحبات النفسية للاعتماد:

ليست هناك وسيلة أكيدة في العلوم الإنسانية يمكن التأكد بها من وجود علاقة سببية بين عامل وظاهرة بشكل نهائي وحاسم، ولذلك يكون الكلام عن علاقات المصاحبة والتي تسمى إحصائياً علاقات الارتباط، أكثر صدقاً من الإشارة إلى العوامل ونتائجها.

ومن أهم المتغيرات ما يأتي

1/- إيجابية أو سلبية المدمن:

ويقصد به اعتراف المتعاطي بأنه هو نفسه كان له دور إيجابي قبل البدء الفعلي للتعاطي. وهذا يشمل (ولا يقتصر على) حب الاستطلاع بما يدفع لارتداد الخبرة، أو الرغبة الشخصية في تقليد المحيطين ومجاراتهم، أو الرغبة في معاندة الكبار بأي شكل.. الخ. أما السلبية فيقصد بها شعور المتعاطي بأنه بدأ مسيرته في طريق التعاطي تحت ضغط الغير من المحيطين به، أي كانت طبيعة هذا الضغط بالترغيب أو الترهيب والتهديد.

¹ - زيدان، وجدي عبداللطيف ، التحقق من التفسير السيكودينامي لسيكولوجية مدمني المخدرات، رسالة دكتوراة، جامعة الزقازيق، كلية التربية ، 1990، ص 78.

ويمتد دور الأقران لكي يؤثر (ودائماً بالسلب) على مداومة الإقلاع كذلك. فعودة المتعاطي إلى لقاء نفس مجموعات الأشخاص الذين كان يمارس التعاطي معهم يحمل مخاطرة شديدة من الأرجح أن تؤدي إلى عودته للتعاطي مرة ثانية، ومن أجل ذلك، ينصح كثير من المعالجين بمراعاة تجنب المدمن الذي يحاول الإقلاع من لأي احتكاك بالسياقات التي كان يتم فيها التعاطي، بما في ذلك ويشكل خاص الأقران.

وتشير الأبحاث أن نسبة المتعاطين الذين يقررون أن بداية تعاطيهم كانت سلبية هي نسبة سائدة إحصائياً على نسبة المتعاطين الذين يقررون العكس سواء بالنسبة للتدخين أو تعاطي الأدوية النفسية أو تعاطي المخدرات الطبيعية كالحشيش أو البانجو أو الأفيون أو شرب الكحوليات.

2/- دور جماعات الأصدقاء:

وكما يشير تقرير اللجنة القومية لبحث تعاطي القنب الصادر في 1972 إلى أنه: من أهم العوامل المؤثرة في تحديد سلوكيات المراهقين وصغار الراشدين في الولايات المتحدة في الوقت الحاضر تأثير جماعة الأقران، فصحة آخرين يتعاطون الماريوانا يهيئ الشخص لتعاطيها، ووجود أصدقاء متعاطي ماريوانا يمد من كان محباً للاستطلاع بالفرصة الاجتماعية المواتية . كما تقرر الأبحاث من أن تأثير الأقران أقوى من تأثير الآباء في هذا الصدد، وتشير بحوث سوييف إلى نفس النتائج المتعلقة بأهمية الأقران، وأنهم كثيراً ما يكون لهم الدور الأول والمباشر في رؤية المتعاطي للمادة المتعاطة للمرة الأولى.¹ (1)

¹ - التركي، سعود عبدالعزيز، العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود، العدد الأول، 1989، ص.ص (417-484).

3/- سلوكيات جماعات المدمنين مع بعضهم، حيث يلاحظ أن المدمن يستمتع بالتعاون في التحايل على السلطة العلاجية (بالهرب مثلاً) من المصحة، وخاصة في مساعدته لغيره في ذلك. وكأنه بذلك يتشفى فشل السلطة من ناحية، ويمارس الشهامة من ناحية أخرى، ويعمل لعودته إلى سابق عهده بالمخدر من ناحية ثالثة إلا أن هذا لا يعني أن العلاقات بين هؤلاء الأفراد المدمنين علاقات إنسانية حقيقية، حيث أنه رغم مظاهر التواصل ودفئه بين أفراد هذه الفئة وبعضهم، وبينهم وبين غيرهم من المرضى، إلا أن هذا الدفء قصير العمر وبلا جدوى.¹

4/- الأسرة ودرجة إسهامها في إقبال الشباب على التعاطي :

وقد توصلت بعض البحوث إلى عدم وجود علاقة إحصائية بين مستوى تعليم الآباء واحتمال تعاطي الأبناء إلا في حالة شرب الكحوليات، وهو الأمر الذي يمكن إرجاعه، خاصة في ظل المجتمعات العربية، إلى درجة احتكاك الأسر الأرفع تعليماً بالثقافات الغربية التي يشيع فيها شرب الكحول دون عوائق عقائدية. كما أظهرت نفس الأبحاث المشار إليها إلى أن وجود أقارب يتعاطون المواد ذات المفعول النفسي هو من المصاحبات المرتبطة بتعاطي الشباب. وقد يرجع ذلك إلى عدة عوامل منها عامل الوراثة كاحتمال بيولوجي، قد يؤدي إلى استثارة الحاجة البيولوجية أو النفسية لتلك المواد أو للسياقات المؤهلة لتعاطيها، ومنها فاعلية عمليات الاقتداء بهؤلاء الأقارب كمؤشر اجتماعي. كما أظهرت أبحاث هينت أنه في الأسر التي يسود فيها التسبب يزداد احتمال متوسط، أما إذا

¹ - الدكتور رشاد أحمد عبد اللطيف، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض ، 2000، ص 96.

كانت العلاقة ديموقراطية (أي يسودها الحب والتفاهم جنباً إلى جنب مع التوجيه والحزم). فإن احتمال إقبال الأبناء على التعاطي احتمال ضئيل.¹

5/- بحوث السمات المزاجية والقدرات العقلية والأساليب المعرفية التي تفرق بين المتعاطين وغيرهم من الصعوبة بمكان التعرف على ما إذا كانت الفروق في هذه الخصال بين المجموعتين من الأفراد هي التي أدت إلى سلوك التعاطي أم أنها نتيجة لذلك السلوك وما يصاحبه من مواقف اجتماعية واستراتيجيات اعتمادية وآثار كيميائية وفسولوجية. ويشير دوزنبيج وآخرون إلى أن من المستحيل التنبؤ الدقيق بالكيفية التي تتفاعل بها صفات الشخص المستهدف لتنتج مشكلة تعاطي خطيرة، لذلك يقبل معظم الباحثين تفسير مشكلة التعاطي في إطار تعدد الأسباب المؤدية إليها.

ولم تحمل نتائج البحوث التي حاولت أن تربط بين أنماط الشخصية والإدمان أي نتائج حاسمة في اتجاه ارتباط نمط معين للشخصية لسلوك الإدمان أو بالاستهداف له، ومن ثم لا يتوفر دليل على أن هناك نمط للشخصية المدمنة، وإن كان الإدمان كثيراً ما يجتمع مع بعض الأمراض النفسية.

ويرى أدرج أن مشكلة الإدمان تبدأ في مرحلة المراهقة وأن الخصال الشخصية للمتعاطين تتضمن انخفاضاً في كل من توكيد الذات وفي تقديرها وفي الثقة فيها، وأنهم يميلون إلى أن يكونوا أكثر قلقاً واندفاعية من أقرانهم غير المتعاطين، وأنهم منشغلون بالظهور بمظاهر الناضجين ويحتاجون أكثر من غيرهم للموافقة الاجتماعية، أما كريج (Craig 1982) فقد وجد أن دراسات كثيرة

¹ - عبدالله، عادل علي، علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين.

رسالة ماجستير، جامعة المنصورة، كلية التربية، 1989، ص 88.

قد أظهرت لديهم الحاجة الشديدة لأن تكون المكافأة والعائد سريعين للغاية وأنهم غير صبورين ويتميزون بدرجة من العنف.¹

2-/ أعراض الانسحاب :

مجموعة من الأعراض والعلامات التي تحدث للفرد إثر الانقطاع المفاجيء عن تعاطي مادة نفسية معينة ، أو تخفيف جرعتها بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا واستمر هذا التكرار لفترات طويلة و/أو بجرعات كبيرة ، وتعتبر دليلا على أنه كانت هناك حالة اعتماد .

ومن المظاهر الأخرى لسلوك الإدمان ، والتي تجعل المدمن عاجزا عن الإقلاع عن التعاطي ما يسمى بال**اللهفة** وهي رغبة المدمن الشديدة في الحصول على آثار المادة المعتمد عليها، مما يجعل حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة قد تصل إلى تدمير حياته بنواحيها العضوية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية ، ولهذه اللهفة بعض الخصائص الوسواسية فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن وتكون مصحوبة بمشاعر سيئة².

كذلك من أهم أبعاد الإدمان **الإطاقة أو التحمل** . وهي الميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاه من أجل إحداث نفس الأثر الذي أمكنه تحصيله من قبل جرعة أقل .وقد يكون التحمل عضويا (فيزيولوجيا) نتيجة تغير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطاه حتى مع بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة .وقد يكون التحمل سلوكيا نتيجة تغير في تأثير المادة المتعاطاه ينجم عن تغير في بعض قيود البيئة .

¹ - الحازمي، صالح ، دراسة لبعض الخصائص العقلية والانفعالية والخلقية والأسرية لمدمني

المنبهات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى و كلية التربية، 1999،ص49

² - سوف، مصطفى وآخرون ،المخدرات والشباب في مصر، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية،1987،ص28

وهناك التحمل العكسي ويشير إلى زيادة الاستجابة لنفس الجرعة من المادة المتعاطاه.¹

2/- النظريات المفسرة للإدمان :

أ/- نظرية التحليل النفسي :

يرجع فرويد الإدمان إلى حدوث تثبيت في المرحلة الفمية وعدم تجاوز النمو النفسي لهذه المرحلة ، حيث يكون الفم مركز اهتمام الطفل ، حيث يضع فيه كل ما يمسك به من أشياء ، إن الفرد الذي يلجأ إلى الإدمان يكون قد عانى كثيرا من الحرمان في هذه المرحلة ، لذلك فإن النكوص إلى المرحلة الفمية يحدث لا شعوريا عن طريق اللجوء إلى الإدمان ، لأن الإدمان يؤخذ من الفم وذلك بغية الحصول على شعور بالراحة من الصراعات ، فإن الحرمان من متعة هذه المرحلة يرغم المريض على النكوص والعودة إلى الشرب كتعويض على ما فاتته من إشباع في الرضاعة ، لكنه إشباع مرضي وخاطئ وضار يعطي فرصة للمدمن كي يعاقب نفسه ويؤذي ذاته ، نوع من العدوان المرتد على الذات .

ويقول فينكيل : إن المدمنين أفراد لديهم استعداد للاستجابة للكحول والمورفين وغيرهما من العقاقير بطريقة خاصة ، هي أنهم يحاولون استخدام آثارها لإشباع الرغبة الفمية ، والحاجة للاحتفاظ بتقدير الذات.²

¹ - القرني، عائض، المخدرات: ماهيتها أنواعها أسباب تعاطيها، الرياض، بتول للنشر ، 1991 ، ص87.

² - الحربي ، سعدى ، دراسة مقارنة لبعض الخصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين، رسالة ماجستير، الرياض، جامعة الملك سعود، كلية التربية ، 1995، ص 65

ب/- النظرية السلوكية:

وفقاً لأصحاب النظرية السلوكية فإن الإدمان ليس ناتجاً عن مشاعر الحرمان ودوافع لاشعورية من الكراهية والعدوان، وإنما يفسر من خلال دافع خفض التوتر والقلق الذي يعاني منه الشخص في حياته اليومية. فبناءً على قوانين التعزيز فإن خفض التوتر والقلق الناتج من تعاطي المخدر يعتبر بمثابة نتيجة تعزيزه تتكرر باستمرار كلما شعر الشخص بالتوتر والقلق إلى أن يصل لمرحلة لا يهيمه فيها عما إذا كان المخدر يحدث حالة سيكولوجية من الانتشاح لتخفيف التوتر أو لا، وإنما يهيمه فعلاً إعادة التوازن لحالته الفسيولوجية نتيجة اعتماده الجسمي على المخدر.

وهناك تفسير آخر هو نوع من التعديل لمبدأ خفض التوتر، يتلخص في أن من يتعاطون المخدر إنما تتقصم الثقة بالنفس ويشعرون بعدم الأمن، ومن ثم فإنهم يلجئون للمخدر ليس بهدف خفض التوتر، وإنما لحماية أنفسهم من مشاعر العجز والنقص وعدم الكفاية. وبهذا فإن تعاطي المخدر يجعلهم يشعرون بسيطرتهم على الموقف وبقدرتهم على مواجهة مطالب الحياة المختلفة.¹

ج/- النظرية الاجتماعية:

يفسر علماء الاجتماع ظاهرة الإدمان على أساس أنها رغبة الإنسان الكامنة في التفوق على الآخرين والسيطرة عليهم، تدفعه هاتان الرغبتان للاتجاه لأي طريق يحققهما. فهم يرون أن تعاطي المخدر ما هو إلا نوع من الحيل الاجتماعية والتي تمثل سلوكاً لا شعورياً تتمثل في أداء سلسلة من الخطوات غير السوية المعقدة يحقق من خلالها المتعاطي رغبته. وبذلك تفسر ظاهرة الإدمان من الناحية

¹ -عبدالسلام، فاروق سيد، سيكولوجية الإدمان، عالم الكتب، القاهرة، 1977، ص 112

الاجتماعية ليس على أساس كونها مرضاً أو علة نفسية، بل على أساس حيلة أو خدعة اجتماعية .

ويصنف علماء الاجتماع المدمنين وفق هذه النظرية من خلال الحيل والخدع الاجتماعية المستخدمة إلى ثلاثة أنواع :

1/- المدمن المتحدي:

وهو الذي يضع نفسه في موقف يسمح للآخرين بالسخط عليه وعلى تصرفاته، ويتلذذ لهذا العقاب، ويتعاطيه يشعر بنفسه أنه يتحداهم، ولسان حاله يقول: امنعوني إن استطعتم، فأنا أقوى منكم ولن تستطيعوا منعي مهما فعلتم. إن الهدف من السلوك العدواني الذي يتبعه المدمن، هو دفع من حوله إلى الغضب الشديد منه، بحيث يبدو على سلوك الآخرين قلة الحيلة لإخفاقهم في كف سلوك التعاطي عنه، فسلوك المدمن هنا يمثل نوعاً من العدوانية والانتقام، وهذا في حد ذاته يعتبره مكسباً له.

2 /- المدمن الذي يستجدي العطف:

وهو الشخص الذي يشعر بأنه لا يحصل على الرعاية والاهتمام من المحيطين به، فيقوم بتدمير صحته وذلك بتعاطيه المخدر، حتى يكسب عطف الآخرين وعنايتهم به وإيوائهم له .¹

3/- المدمن المتفاني:

وهو الشخص الذي يلجأ للتعاطي حتى ينتقص من قيمته الاجتماعية ومقدرته الجسدية، لكي لا يشعر شريكته بنقص موجود بها، ظناً من أنه بهذا الأسلوب يرضي الطرف الآخر.

¹ - سري، إجلال محمد، الأمراض النفسية الاجتماعية ، عالم الكتب ، القاهرة، 2003، ص 155.

مما سبق من خلال عرض الخطوط العريضة للنظرية الاجتماعية، يتبين لنا أن هذه النظرية لم توضح السبب أو الدافع للإدمان وإنما قامت بتفسير الإدمان بعد وقوعه. لذلك عندما درس العلماء هذه النظرية، قالوا إنها تدرس علاقة المدمن بالآخرين بعد حدوث الإدمان، ولكنها لا تفسر لنا سبب الإدمان.¹

وإضافة لما سبق ذكره من نظريات للإدمان، فإن هناك العديد من التفسيرات التي تبحث عن الإدمان وعلته فهناك من يفسره على أساس **فسيولوجي** والمتعلق بحاجة الجسم عند الشخص المدمن. وهناك من يفسره من ناحية **بيولوجية** من حيث عمل الموصلات الكيميائية الموجودة في المخ وكيفية تنبيه الخلية العصبية، وهناك أيضاً من يفسره على أساس **أيكولوجي** أي الربط بين البيئة المكانية وتعاطي المخدر، وهناك من ينحى اجتماعي في تفسيره فيرده إلى الظروف والاتجاهات الاجتماعية، كفضل عملية التطبيع الاجتماعي والصراع مع القيم والفضل في الأدوار الاجتماعية والقبول الاجتماعي للمخدر وظروف الأسرة والرفاق وظروف العمل وغير ها من العوامل الاجتماعية.² (3) وبناءً على ذلك فرغم ما قدمته النظريات السابقة وغير ها من النظريات والتفسيرات التي درست الإدمان واهتمت به، من توضيح لأسبابه وعله الظاهرة من وجهة نظريها، إلا أننا لا نستطيع فهم ظاهرة الإدمان من خلال نظرية بعينها، فالإدمان مشكلة متشابكة، فهو نتاج عوامل متعددة منها: اقتصادية، نفسية، اجتماعية، وظيفية، عضوية وفارماكولوجية. فليس هناك نظرية لوحدها قادرة أن تفسر كافة العوامل المتعلقة بظاهرة الإدمان. وعلى ضوء ذلك نستنتج أن

1 - المرجع نفسه ، ص156.

2 - غياري، محمد سلامة، الإدمان أسبابه نتائج علاجه، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية ،

1995، ص89

غالبية تفسيرات الإدمان يكمل بعضها بعضاً، فلا نستطيع فهم الإدمان عن طريق نظرية واحدة فقط . وعليه فإن من المهم أن نتدبر عادة الإدمان كما هي بغض النظر عن السبب الذي من أجله يبدأ الفرد هذه العادة وأن يبحث عن السببية الحقيقية وراء ذلك رغم صعوبات تحديد السبب.

3/- الآثار النفسية للإدمان على المخدرات:

أ/-تعريف المخدرات :

1/-التعريف اللغوي للمخدرات :

يقال (تخدر _ واختر) أي استتر . والخادر هو الفاتر الكسلان . والخدر هو تشنج يصيب العضو فلا يستطيع الحركة . وعليه فإن المخدر والمسكر والخمر هو : التغطية والستر والتظلم والتعتيم والغموض والفتور والكسل .

والمخدرات والمسكرات تنطبق عليها هذه المعاني تماماً ، فهي تغطي صاحبها عن الحقيقة ، وتستر على عقله ، وتحجبه عن كل فضيلة ، وتدفعه إلى كل رذيلة ، فهي المحيرة ، فتجعل صاحبها يعيش في غموض وظلام وكسل وفتور.¹

ولقد حاول بعض الباحثين تعريف المخدرات قانونياً والآخر علمياً .

2/-التعريف القانوني للمخدر :

المادة التي تشكل خطراً على صحة الفرد وعلى المجتمع² .

¹ -ابن منظور ،لسان العرب ،المجلد الرابع ، ص232.

² - سويف، مصطفى وآخرون، المخدرات والشباب في مصر، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجناائية ، القاهرة ، 1987 ، ص 33.

و هنالك تعريف قانوني آخر: هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وترهق الجهاز العصبي، ويحضر تداولها أو زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك.¹

3-التعريف العلمي :

مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم لذلك لا تعتبر المنشطات ولا العقاقير المهلوسة وفق التعريف العلمي من المخدرات. بينما يعتبر الخمر من المخدرات.²

تعريف آخر:

المادة المخدرة هي كل مادة خام أو مستحضرة تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية والصناعية الموجهة أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان عليها , مما يضر بالفرد والمجتمع جسماً ونفسياً واجتماعياً³

ونلاحظ هذا التعريف أنه لم يأخذ في اعتباره المواد المسببة للهلوسة مثل (LSD) أو (MDD) لذا تعرف بأنها عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط أو تسبب الهلوسة والتخيلات , وتؤدي بمقتضاها إلى التعود أو الإدمان وتضر بالإنسان صحياً واجتماعياً ، وينتج عن ذلك أضرار اقتصادية واجتماعية للفرد والمجتمع.⁴

¹ -الصالح، عبدالله؛ وإسماعيل عزت، المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات ، ذات السلاسل، الكويت ، 1994 ، ص 42.

² عباس، محمد ، المخدرات والإدمان، دار الفكر العربي، القاهرة ، 1989، ص 47.

³ -عبدالمعطي. مصطفى عبد الباقي، 2006، دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى عينة من المراهقين، مجلة علم النفس، جامعة عين شمس. مجلد 71، ص121، 122.

⁴ -عسكر، عبدالله، تعاطي الأقرص المخدرة والعقاقير المهلوسة لدى الشباب المتعلم، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، 1994، ص85

ب/- أنواع المخدرات وآثارها النفسية والعضوية:

هناك عدد من المخدرات التي تتشابه في قوتها وآثارها وفيما يلي عرض لمثل هذه الأنواع:

1. الهيروين HEROINE:

وهو مخدر يتم تحضيره من المورفين الذي يشق بدوره من الأفيون والذي يستخلص من زهرة نبات الخشخاش، وهو يعتبر من المخدرات ذات التأثير المهيبط على الجهاز العصبي، والاسم العلمي له الدياستيلمورفين " Diacetyl Morphine ". وقد اكتشفه العالم الألماني (Dank-Wartt) في عام 1890م وذلك بعد تسخينه للمورفين مع كلوريد الاستيل، ومن ثم قامت شركة باير الألمانية بإنتاجه عام 1898م تجارياً تحت اسم الهيروين "Heroin" .

ويعتبر الهيروين أكثر المخدرات فعالية وتأثيراً حيث تصل فاعليته من 5-6 أمثال فاعلية المورفين. وهو عبارة عن مسحوق يتفاوت لونه ما بين الأبيض الناصع (وهو أنقى أنواعه) واللون البني، ولا يستخدم الهيروين طبياً إلا في علاج المدمنين في بريطانيا فقط وفي تخفيف الآم مرضي السرطان الميؤوس من شفائهم . وهناك شبه إجماع على حذفه من جميع دساتير الأدوية لخطورته .

ويعد الهيروين أشد العقاقير التي تسبب الإدمان لمتعاطي المخدرات، وتكفي في الغالب حقتان أو ثلاث متتاليات في جعل الشخص معتمداً عليها اعتماداً نفسياً وجسماً، وهذا هو السبب الرئيسي وراء طلب منظمة الصحة العالمية (WHO) تحريم تصنيعه واستعماله.¹

ومن خصائص الاعتماد النفسي للهيروين الاندفاع باستمرار نحو التعاطي

¹ مفتاح، علي، (1995)، دراسة مقارنة بين عينة من متعاطي الهيروين وغير المتعاطين في تقدير

الشخصية، المنوفية، مجلة البحوث النفسية والتربوية، العدد2، ص ص 95-113.

والسعي للحصول على المخدر بأية طريقة كانت، إذ أن هم المتعاطي الوحيد هو تأمين الهيروين قبل أي أمر آخر وانشغال التفكير به وبكيفية الحصول عليه مرة أخرى ، ومن الآثار النفسية والاجتماعية المرتبطة بتعاطي الهيروين "يكون المدمن متمركزاً حول ذاته لا يهتم إلا بملذاته ولا يهتم بمن حوله ولا يخشى العقاب ويصبح بالتالي متبلد الذهن والحواس والانفعالات" ¹.

كما أورد الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM VI) علامات نفسية وعصبية وتأثيرات سلوكية غير تكيفية بسبب التعاطي الحديث للمواد الافيونية والذي يعد الهيروين أخطر أنواعها، فمن العلامات النفسية الشعور بالسرور أو الضيق مع التبدل والبطء الحركي، ومن العلامات العصبية الضيق الشديد في حدقتي العين أو اتساعها عند زيادة الجرعة بصورة شديدة. وكذلك النعاس وعدم وضوح مقاطع الكلام واضطراب الانتباه والذاكرة. أما السلوكيات غير التكيفية فتشمل اضطراب الحكم على الأمور الذي يترتب عليه فشل الشخص في علاقاته الاجتماعية وأدائه الوظيفي ، ويؤثر الهيروين تأثير المورفين على الجهاز العصبي، فيما عدا انه يسكن الحبل الشوكي، على أن أثره على تسكين مركز التنفس أثر مضاعف، و يتعاطى المدمن الهيروين عن طريق الاستنشاق أو بنفس طريقة تعاطيه للمورفين، وذلك عن طريق الحقن في الوريد، ويلاحظ أن علاج متعاطي الهيروين أصعب، ونسبة انتكاسه للإدمان مرة ثانية أعلى من أي

¹ -الذويبي، نايف بن خربوش ،علاقة تعاطي المخدرات بالتوافق النفسي الاجتماعي، دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين، رسالة ماجستير ، جامعة أم القرى، السعودية، 1999،ص 122.

عقار آخر .¹(1)

2. الحشيش: (الماريجوانا): Marijuana

يستخلص الحشيش من نبات القنب الهندي واسمه العلمي "Cannabis Staive"، وكلمة حشيش مشتقة من كلمة (شيش) العبرية ومعناها الفرح. ويعرف في الدول العربية باسم الحشيش أو الكيف، وفي أمريكا يعرف باسم الماريجوانا، وفي القارة الهندية يعرف باسم شاراس أو غانجا. وعلى الرغم من أن جميع هذه الأسماء وغيرها كثيراً ما تصف النبات نفسه لكن درجة سميته وتأثيره تختلف باختلاف العوامل الجغرافية وظروف زراعته، وتعتمد كذلك على أجزاء النبات التي يتم استعمالها أو التي يتم الاستخلاص منها للماد الفعالة وهي اهيڤرو كنبايڤول²(2).

وتشير كلمة الحشيش إلى الراتج المستخرج خصيصاً من النبات، أما الماريوانا فتشير إلى الأوراق والقلم المزهرة في النبات نفسه³. ويقبل بعض فئات المجتمع على تعاطي الحشيش ظناً منهم (خطأ) أنه يمكنهم من الأداء أو الإنتاج

بدرجة أفضل، ويستثير الابتكار، وأنه يفيد جنسياً، بينما هو في الواقع لا يؤدي إلى شيء من هذا، ويؤدي تعاطي الحشيش إلى تغيرات سلوكية لا توافقية، وذلك أثناء التعاطي أو بعده قليل مثل اختلال الاتساق الحركي، والابتهاج،

¹ جون كيني، ودان بيرسون (ترجمة) كمال الحديدي، (1970)، الشرطة وجناح الأحداث، معهد الدراسات العليا لضباط الشرطة، القاهرة، ص132.

² زيور، مصطفى، (1984)، تعاطي الحشيش، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، القاهرة، ص24.

³ مركز أبحاث مكافحة الجريمة، (1985)، المخدرات والعقاقير المخدرة، الكتاب الرابع، مكتبة الطالب الجامعي، مكة المكرمة، ص70.

والقلق، والشعور ببطء الوقت، واختلال الأحكام، ويلاحظ على متعاطي الحشيش أيضاً احتقان ملحمة العين، والشهية الزائدة، والجفاف، وسرعة ضربات القلب¹. ويورد الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM VI) بعض السلوكيات المضطربة المصاحبة للتعاطي، منها الأفكار الاضطهادية ونوبات القلق الحادة واعتقاد الفرد أنه يحتضر أو أنه سوف يصبح مجنوناً، واضطراب الحكم على الأمور مما يؤثر في أدائه الوظيفي والاجتماعي، ويصاحب ذلك اختلال الآنية واختلال البيئة"، كما توجد ضلالات اضطهادية تتبع التعاطي مباشرة أو أثناءه ويصاحبها قلق ملحوظ وتقلب انفعالي واختلال الآنية ونسيان النوبة. ومن أبرز الأعراض الجسمانية التي تظهر بعد التعاطي مباشرة احتقان العين واحمرارها وعدم الاتزان الحركي وزيادة الشهية للطعام وانخفاض ضغط الدم وزيادة ضربات القلب والتي قد تؤدي إلى هبوطه في الأشخاص المصابين بأمراض القلب² (1).

3. الكبتاجون Cabtagon:

وهو أحد العقاقير ذات التأثير المشابه لتأثير الامفيتامينات المنشطة، فهو من العقاقير ذات الأثر المنشط على الجهاز العصبي واسمه العلمي (الفينثيلين) ويصنف ضمن أشباه الامفيتامينات، والكبتاجون الاسم التجاري له. وقد أدرج في عام 1986م على الجدول الثاني المرفق باتفاقية المؤثرات العقلية لعام 1971م، ويصنع هذا العقار في ألمانيا وأوروبا الشرقية، ويساء استعماله على نطاق واسع في منطقة شبه الجزيرة العربية والخليج. وعادة ما يستخدمه الطلبة أثناء

1 - سرى، إجلال محمد، الأمراض النفسية الاجتماعية، عالم الكتب، القاهرة، 2003، ص 175.

2 - عوض، عباس محمود، الموجه في الصحة النفسية، كلية الأدب، دار المعرفة الجامعة، جامعة الإسكندرية، 2000، ص 87.

الامتحانات لأثره المنشط، وكذلك أثناء السياقة، على شكل أقراص بيضاء صغيرة الحجم محفور بإحدى جهاتها قوسان متداخلان، وهذا ما جعل المتعاطين يطلقون عليه بالعامية (أبو ملف) وهو من أسمائه الشائعة ومن أسمائه الشائعة كذلك الحبوب البيضاء، ومن أبرز الأعراض على المتعاطي، وهو تحت تأثير العقار، جفاف الفم وزيادة إفراز العرق وكثرة الحركة وضعف الشهية والقيام بحركات لا إرادية كاصطكاك الأسنان أو حركات تكرارية كتقطيع شعر الشنب بالأسنان والتدخين بشراهة لمن يدخن.¹ (2)

وعند استعماله بصورة منتظمة تظهر في المتعاطي هلاوس بصرية وسمعية وحسية في صورة دبيب حشرات تحت الجلد والقلق والاكتئاب وضلالات اضطهادية واعتقادات خاطئة وغير منطقية كالشك والريبة ويسلك المتعاطي سلوك عدواني ويبرز ارتعاش اليدين وتحدث تشنجات صرعيه، كما تكثر بين المتعاطين أمراض الأوعية الدموية والقلب، وقد يحدث عطب في المخ.²

وعند التوقف عن الامفيتامينات أو المواد المماثلة المفعول يورد الدليل الأمريكي الرابع "DSM VI" بعض من الاضطرابات والتي تحدث خلال ثلاثة أيام من التوقف أو تقليل التعاطي ومنها الاكتئاب والإجهاد واضطراب النوم وزيادة الأحلام لزيادة النوم ذي الحركة السريعة في العين .

¹ - النوبي، نايف بن خربوش، علاقة تعاطي المخدرات بالتوافق النفسي الاجتماعي، دراسة مقارنة بين

أسوياء ومتعاطين، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، السعودية، 1999، ص 155.

² - عقيل، عبد الرحمن، (1997)، العقاقير المخدرة وأثارها السلبية، أبحاث ندوة أخطار المخدرات، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، الرياض، ص 97.

ويمكن اختصار الأضرار النفسية للمخدرات بصفة عامة في :

1- يحدث تعاطي المخدرات، اضطراباً في الإدراك الحسي العام، وخاصة إذا ما تعلق الأمر بحواس السمع والبصر، حيث يحدث تخريف عام في المدركات، هذا بالإضافة إلى الخلل في إدراك الزمن واختلال إدراك المسافات، واختلال إدراك الحجم.

2- يؤدي تعاطي المخدرات إلى اختلال في التفكير العام وصعوبة وبطء فيه، وبالتالي يؤدي إلى فساد الحكم على الأمور والأشياء التي يحدث معها من التصرفات الغريبة، إضافة إلى الهذيان والهلوسة.

3- تؤدي المخدرات أثر تعاطيها، إلى آثار نفسية، مثل القلق والتوتر المستمر والشعور بعدم الاستقرار والشعور بالانقباض والهبوط مع عصبية وحدة في المزاج وإهمال النفس والمظهر وعدم القدرة على العمل أو الاستمرار فيه .

4- تحدث المخدرات اختلالاً في الاتزان، والذي يحدث بدوره بعض التشنجات والصعوبات في النطق

والتعبير عما يدور في ذهن المتعاطي، بالإضافة إلى صعوبة المشي.

5- يحدث تعاطي المخدرات اضطراب في الوجدان، حيث ينقلب المتعاطي عن حالة المرح والنشوة والشعور بالرضي والراحة ويتبع هذا ضعف في المستوى الذهني وذلك لتضارب الأفكار لديه، فهو بعد التعاطي يشعر بالسعادة والنشوة والعيش في جو خيالي وغياب عن الوجود وزيادة النشاط والحيوية، ولكن سرعان ما يتغير الشعور بالسعادة والنشوة إلى ندم وواقع مؤلم وفتور وإرهاق مصحوبان بخمول واكتئاب .

6- تتسبب المخدرات في حدوث العصبية الزائدة والحساسية الشديدة والتوتر الانفعالي الدائم والذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التواؤم والتكيف الاجتماعي.¹

كما يمكن اختصارها :

1- الاضطرابات السارة:

تشمل الاضطرابات السارة الأنواع التي تعطي المتعاطي صفة إيجابية ، حيث يحس بحسن الحال والطرب أو التيه ، أو التفخيم أو النشوة .

فمثلاً حسن الحال : يحس المتعاطي في هذه الحالة ، بالثقة التامة ، ويشعر بأن كل شيء على ما يرام. وفي الطرب والتيه: يحس المتعاطي بأنه أعظم الناس وأقوى البشر وأذكى الخلق ... الخ. (ويظهر من الحالات السابقة الذكر (الطرب والتيه ، وحسن الحال ، والتفخيم) الهوس العقلي والفصام العقلي وأخيراً النشوة، ويحس المتعاطي في هذه الحالة بجو من السكينة والهدوء والسلام ويظهر فيها الهستيريا والصرع والفصام....

2- الاضطرابات الغير سارة :

وتشمل الاضطرابات الغير سارة الأنواع التي تعطي صفة سلبية ، ومنها :
*الأسى والحسرة : حيث يظهر الفرد فيها بأنه حزين يحدث حزن عميق وذلك قد يكون سببه إما الفشل

في العمل أو لفقد عزيز عليه فينشغل بالتفكير العميق في مثل هذه الأمور :

¹ البرلسي، صلاح الدين. (1984). (دور المرشدين في الوقاية من تعاطي المخدرات)، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، الكويت، العدد 58 ، ص ص (86 - 129) .

***الاكتئاب** : ويشعر الفرد فيه بأفكار (سوداوية) حيث يتردد في اتخاذ القرارات وذلك للشعور بالألم. ويقال للشخص المصاب بهذا النوع من الاضطرابات من قيمة ذاته ويبالغ في الأمور النافهة ويجعلها ضخمة ومهمة.

***القلق** : ويشعر الشخص في هذه الحالة بالخوف والتوتر.

***جمود أو تبدل الانفعال** : وهو تبدل العاطفة حيث إن الشخص في هذه الحالة لا يستجيب ولا يستشار بأي حدث يمر عليه، مهما كان ساراً، أو غير سار.

***عدم التناسب الانفعالي** : وهذا اضطراب يحدث فيه عدم توازن في العاطفة، فيرى الشخص المصاب يضحك ويبكي من دون سبب مثير لهذا البكاء أو الضحك.

***اختلال الآنية** : حيث يشعر الشخص المصاب بهذا الاضطراب وبأن ذاته متغيرة فيحس بأنه شخص متغير تماماً وأنه ليس هو وذلك بالرغم من أنه يعرف هو ذاته.¹

ج/- علاج الإدمان على المخدرات :

1/-العلاج المعرفي السلوكي :

إن هزيمة الإدمان ليس مجرد التوقف عن التعاطي، ولكن لا بد في البداية أن ينجح أي علاج تأهيلي في التعرف على الأسباب التي أجبرت المدمن على التعاطي من الأساس، وما هي السلوكيات التي تعزز من الإدمان لدى المريض، ومن ثم يبدأ البرنامج العلاجي التأهيلي في مخاطبة هذه الأنماط السلوكية، وتغييرها للأفضل، من أجل ذلك أثبت العلاج المعرفي السلوكي أنه أكثر الطرق فعالية إلى حد كبير في هذا الصدد . والعلاج المعرفي السلوكي فعال في علاج

¹ -الزهراني، طلال، (1989)، دراسة لبعض السمات الشخصية المميزة لمتعاطي المخدرات ، جامعة أم القرى ، كلية التربية ،ص145.

الإدمان، لأنه يركز على أفكار الفرد (أي الجانب المعرفي)، وكيف تؤثر هذه الأفكار على سلوكه، ولكن في حين تسعى العلاجات الأخرى إلى التعمق في الأسباب الجذرية، والأحداث الماضية وتحليلها، فإن العلاج المعرفي السلوكي يهدف إلى تغيير الأفكار، ومن ثم تغيير السلوك الناتج عنها، وعادة ما يتم تنفيذ العلاج المعرفي السلوكي بشكل فردي مع المعالج، وقد يكون جزءاً من برنامج علاجي داخلي أو خارجي أكثر شمولاً أو قد يكون علاجاً قائماً بذاته.

وفي العلاج المعرفي السلوكي، يعمل الممارس المؤهل على مساعدة المريض في إلقاء الضوء على الأفكار، والسلوكيات الأساسية التي تسببت في مشكلة التعاطي، والإدمان، والتعرف على سلوكيات بديلة صحية. وقد يكون العلاج المعرفي السلوكي قوياً إلى درجة كبيرة، ولكنه ليس العلاج السحري للإدمان، أو أي مشكلة أخرى، فالأمر يتعلق بدافع المريض وإرادته في تنفيذ ما تعلمه من خلال العلاج المعرفي السلوكي والحفاظ عليه.¹

2/- الإرشاد ومجموعات الدعم:

في حالات عديدة، ثمة سلسلة من القضايا المعقدة تكمن وراء إدمان المخدرات، وفي بعض الأحيان تكون هذه الأسباب واضحة وظاهرة للعيان، ولكن في أحيان أخرى قد تكون هذه الأسباب خفية، أو قد تكون مكبوتة كلياً، وبالإضافة إلى ذلك، قد يكون الإدمان نفسه قد أدى إلى تطور أو تفاقم العديد من القضايا العقلية، والاضطرابات النفسية. وتعد جلسات الإرشاد ومجموعات الدعم طريقتين علاجيتين هامتين، يمكن استخدامهما بجانب برنامج علاج الإدمان الأكثر شمولاً لمخاطبة هذه القضايا، ومساعدة المريض على التعامل معها والتغلب عليها.

¹ - منصور، عبدالمجيد، (1986)، الإدمان أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج، مركز أبحاث مكافحة الجريمة، مكة المكرمة، مكتبة الطالبة الجامعي، ص222.

ويعتمد مستوى الإرشاد إلى حد كبير على الفرد، ومشكلاته، ودرجة الإدمان التي وصل إليها، وفي بعض الحالات، فإن الاقتصار على العلاج الكلامي البسيط، قد يكون كافياً لمساعدة الفرد على تحقيق تكيف أفضل مع الإدمان، والتأهيل المترتب عليه، ولكن قد يكون الإرشاد النفسي المتخصص المهني، أكثر ملاءمة بالنسبة للأفراد ذوي المشكلات الأكثر خطورة وتعقيدا، ويناسب هذا الخيار المدمنين المتعاطين بكثافة لفترات طويلة، ذوي عادات التعاطي لعقاقير متعددة، وبالأخص معتادي تعاطي عقاقير الهلوسة.

وقد تكون مجموعات الدعم المنتظمة مفيدة جداً بجانب الإرشاد، والعلاجات التأهيلية الأخرى، لأن قدرة أفراد المجموعة على مناقشة صعوباتهم، والتقدم الذي أحرزوه، يحقق نتائج علاجية كبيرة، ويمنح طريقاً للدعم الوجداني، الذي هم في أمس الحاجة إليه، وقد يؤدي الاستماع إلى القصص التأهيلية للآخرين أيضاً إلى زيادة الإلهام، والدافع لدى المدمن نحو الشفاء والخلص، ومن خلال مخاطبة هذه القضايا التي تؤدي إلى سلوك البحث عن المخدرات، والتعامل معها، يمكن للإرشاد ومجموعات الدعم، مساعدة الأفراد على الإقلاع عن التعاطي، والاستمرار على ذلك.¹ (1)

ويمكن إيجاز خطوات علاج الإدمان فيما يلي :

: 1- الإدمان مشكلة معقدة لكنها قابلة للعلاج

تعقيد مشكلة الإدمان يأتي من تأثيرها المباشر على المخ والجهاز العصبي؛ حيث إن الدراسات تشير إلى أن هذا التأثير يبقى مطولاً حتى بعد علاج الإدمان، ومن هنا يأتي الخطر طويل المدى المتمثل في حدوث الانتكاسات.

¹ جبل، فوزي محمد، (2000)، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية،

2/- ليس هناك خطة واحدة تطبق على الجميع:

التعامل مع مشكلة الإدمان هو في حقيقته تعامل مع إنسان فردي بكل تعقيدات حياته الاجتماعية وصحته العضوية وكل خلفياته النفسية؛ لذا يمكن القول بملء الفم أنه من المستحيل تطبيق خطة علاج واحدة على جميع المدمنين.¹ (2)

3/- العلاج يجب أن يكون متوافر دوماً:

من أجل التحكم بشكل أفضل في انتشار مشكلة الإدمان، يجب أن تكون التسهيلات العلاجية متاحة دوماً للمريض بمجرد اتخاذ قراراً بالخضوع للعلاج؛ حيث إن الإدمان مثله مثل أي مرض مزمن كلما كان التدخل العلاجي ضده مبكراً كلما كان المخرج النهائي للحالة أفضل.

4/- علاج الإدمان يستهدف إنساناً وليس نوعاً مخدراً :

أي خطة لعلاج الإدمان ينبغي أن تراعي الطبيعة الإنسانية للمدمن وخلفياته الطبية والنفسية المتنوعة من أجل العمل بشكل متوازٍ على جميع مصادر الخلل، ولا يمكن اعتبار علاج الإدمان أنه مجرد دواء يتم وصفه بناء على نوع المخدر الذي يدمنه المريض؛ حيث إن الأمر يتجاوز تلك النظرة الضيقة بشكل كبير إتمام المشوار حتى نهايته: 5/-

ينبغي أن يفهم المدمن من اليوم الأول أن التزامه بالخطة وبرنامج العلاج من أول يوم وحتى آخر يوم هو أمر لا غنى عنه لنجاح العلاج.

6/- العلاج السلوكي أمر معتاد:

في أغلب خطط علاج الإدمان بأنواعه المختلفة تكون جلسات العلاج النفسي والسلوكي ركن أساسي في تغيير نمط حياة المريض، لذا لا يجب أن ينظر

¹ - صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، (1999) ، دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان ، القاهرة ، ص88.

المدمن لهذا الجزء من العلاج على أنه يعني شيء سلبي، ومع الوقت قد يجد الكثير من المرضى أن هذا الجزء بالذات من الخطة العلاجية هو الأفضل على الإطلاق لما يتيح لهم من التعبير عن مشاعرهم ومشكلاتهم.

7/- الأدوية تسهل الأمر في كثير من الأحيان

على الكفة الأخرى للميزان نجد الأدوية التي تساعد على تخفيف الأعراض، وهي من العوامل الداعمة للغاية في اجتياز المراحل الأولى من برنامج علاج الإدمان خاصة في مراحل انسحاب المخدر من الجسم.¹ (1)

8/- لا غنى عن المتابعة الدورية :

متابعة المريض الدورية مع طبيبه المعالج بعد انتهاء برنامج العلاج الأساسي تعتبر مسألة لا غنى عنها من أجل التقييم المستمر للحالة العضوية والنفسية للمريض والاكتشاف المبكر لأي علامات تنذر بإمكانية حدوث انتكاسات. كذلك فإن المتابعة الدورية ضرورية من أجل مراجعة الخطط الدوائية وتعديل جرعاتها أو إيقافها وفقاً لتطور الحالة.

9/- التقييم النفسي الشامل:

هناك نسبة لا يُستهان بها من مدمني المخدرات تكون لديهم أمراض نفسية أخرى مثل الاكتئاب وغيره من المشكلات الصحية التي تستدعي تقييم نفسي شامل لبناء تشخيص نهائي وعلى أساسه يتم وضع خطة علاج منفصلة.

10/- علاج الإدمان هو المرحلة الأولى فقط

يعتبر علاج الإدمان بكافة مراحل وخطواته هو مجرد مرحلة أولى في شيء أكبر يسمى (حياة بلا إدمان)، والفرق بينهما أن علاج الإدمان تكون أغلب جوانبه

¹ -المرجع السابق، ص89.

محكومة بعوامل طبية وتحت إشراف متخصص، على عكس الوصول لمرحلة الحياة بلا إدمان التي تعتمد بشكل محوري على المتعافي من الإدمان في المقام الأول.

11/- ليس بالضرورة أن يكون العلاج طوعي في كل الأحيان:

رغم أهمية اتخاذ المدمن لمبادرة شخصية في موضوع علاج الإدمان، والدور الكبير الذي يلعبه الدافع الشخصي في اجتياز مراحل العلاج، إلا أن هذا ليس هو الطريق الوحيد للتعامل مع الإدمان؛ حيث تشير التجارب الفعلية أن كثيراً من المدمنين قد خضعوا لبرنامج علاج إجباري مع نتائج نهائية جيدة.¹

الخاتمة:

يمثل الإدمان التأثير الأقوى للمخدرات على عقلية، ونفسية المتعاطي، وهذا ينطبق بصورة خاصة على الأفيونات، مثل الهيروين، والذي يسبب اعتماداً كيميائياً، وأيضاً المنشطات، مثل الكوكايين، والذي يشعل مراكز الاستمتاع، والسرور في المخ، والمرتبطة بالسلوك الانتعاشي، وكما في حالة الاشتياق الجسدي الحقيقي للمخدر، فإن الإدمان النفسي، يمكن أن يتسبب في أن يبحث الفرد باستمرار عن المخدر، وذلك برغم الآثار السلبية الملحوظة.

وفي أحيان كثيرة، فإن الأفراد المدمنين للمخدرات لا يهتمهم أي شيء في هذه الحياة، سوى الحصول على الجرعة التالية من المخدر، وفي بعض الحالات يفعلون أي شيء بما في ذلك ارتكاب الجرائم للحصول عليها، وهذا بدوره يمكن أن

¹ -المرجع السابق، ص. ص 89-190

يؤدي بهم إلى السير في طريق الدمار، والخراب، والذي قد يصعب الرجوع منه دون المساعدة المهنية، والعون.

قائمة المراجع المعتمدة :

1-الكتب :

1-الزهراني, طلال، دراسة لبعض السمات الشخصية المميزة لتعاطي المخدرات , جامعة أم القرى , كلية التربية ،،1994

2-الصالح، عبدالله؛ وإسماعيل عزت، المرجع في الإدمان على الخمر والمخدرات، ذات السلاسل، الكويت، 1994.

3-العويضي، عبدالعزيز ،مكافحة المخدرات والمسكرات، الطبعة الأولى، وزارة الدفاع والطيران، الرياض،،2004

4-القرني، عائض، المخدرات: ماهيتها أنواعها أسباب تعاطيها، الرياض، بتول للنشر ، 1991 .

5- البار، محمد علي ، المخدرات الخطر الداهم، دار القلم، دمشق ، 2000.

6-جون كيني، ودان بيرسون (ترجمة) كمال الحديدي ، الشرطة وجناح الأحداث ، معهد الدراسات العليا لضباط الشرطة ، القاهرة ،،1970

7-جبل، فوزي محمد ، الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية، المكتبة الجامعية، الإسكندرية،،2000.

8-رشاد أحمد عبد اللطيف، الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض ، ، 2000.

9-زيور، مصطفى، تعاطي الحشيش، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، القاهرة ،،1984.

10- سويف، مصطفى وآخرون ،المخدرات والشباب في مصر، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية،،1987

11- سامر جميل رضوان ،العلاج النفسي ، دار الميسرة للنشر والتوزيع ،عمان ،،2002.

- 12-سرى، إجلال محمد، الأمراض النفسية الاجتماعية ، عالم الكتب ، القاهرة ، 2003،
- 13- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، دليل الأخصائي النفسي في الوقاية والعلاج من الإدمان ، القاهرة ، 1999.
- 14- عبد الرحمن العيسوي ، في الصحة العقلية والنفسية، دار النهضة العربية، 1992 .
- 15- عوض، عباس محمود ، الموجه في الصحة النفسية، كلية الأدب ، دار المعرفة الجامعة ،جامعة الإسكندرية، 2000.
- 16-عبد السلام، فاروق سيد، سيكولوجية الإدمان، عالم الكتب، القاهرة ، 1977.
- 17-عباس، محمد ، المخدرات والإدمان، دار الفكر العربي، القاهرة ، 1989
- 18-غباري، محمد سلامة، الإدمان أسبابه نتائجه علاجه، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ، 1995.
- 19-منصور، عبدالمجيد،الإدمان أسبابه ومظاهره والوقاية والعلاج، مركز أبحاث مكافحة الجريمة، مكة المكرمة، مكتبة الطالبة الجامعي،1986.
- 2-/ المعاجم والموسوعات :
- 20-ابن منظور ،لسان العرب ،المجلد الرابع .
- 3-/رسائل الماجستير والدكتوراه :
- 21-الحربي ، سعدى ، دراسة مقارنة لبعض الخصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين، رسالة ماجستير ، الرياض، جامعة الملك سعود، كلية التربية، 2009
- 22- الحازمي، صالح ، دراسة لبعض الخصائص العقلية والانفعالية والخلفية والأسرية لدمني المنبهات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى و كلية التربية، 1999.
- 23-الحربي ، سعدى ، دراسة مقارنة لبعض الخصائص الشخصية لدى مدمني ومروجي المخدرات والعاديين، رسالة ماجستير، الرياض، جامعة الملك سعود، كلية التربية 1995.،

24-الذويبي، نايف بن خريوش ،علاقة تعاطي المخدرات بالتوافق النفسي الاجتماعي، دراسة مقارنة بين أسوياء ومتعاطين، رسالة ماجستير ، جامعة أم القرى، السعودية، 1999

25-أبا الرقوش، جمعان رشيد، دراسة لبعض عوامل السواء النفسي لمتعاطي المخدرات في المملكة ، رسالة ماجستير ، جامعة أم القرى ، كلية التربية، 1984 .

26- زيدان، وجدي عبداللطيف ، التحقق من التفسير السيكودينامي لسيكولوجية مدمني المخدرات، رسالة دكتوراة، جامعة الزقازيق، كلية التربية، 1990.

27-عبدالله، عادل علي، علاقة الحرمان المؤقت من الوالدين بإدمان الشباب على تعاطي الهيروين، رسالة ماجستير، جامعة المنصورة ، كلية التربية ، 1989 .

28-عسكر، عبدالله، تعاطي الأقراص المخدرة والعقاقير المهلوسة لدى الشباب المتعلم، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، 1994.

4/-المجلات:

29-التركي، سعود عبدالعزيز، العوامل المؤدية إلى تعاطي المخدرات، مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود، العدد الأول، 1989، ص.ص (417-484).

30-البرلسي، صلاح الدين. (1984). (دور المرشدين في الوقاية من تعاطي المخدرات)، المجلة العربية للعلوم الإنسانية، الكويت، العدد 58 ، ص ص (86 - 129

(

31-عقيل، عبد الرحمن، (1997)، العقاقير المخدرة وأثارها السلبية، أبحاث ندوة أخطار المخدرات، الإدارة العامة لمكافحة المخدرات، الرياض، ص.97

32-عبدالمعطي. مصطفى عبدالباقي، 2006 ، دراسة نفسية للكشف عن البدايات السلوكية للانحراف وتعاطي المخدرات لدى عينة من المراهقين، مجلة علم النفس، جامعة عين شمس. مجلد 71، ص121، 122.

33--مفتاح، علي، (1995)، دراسة مقارنة بين عينة من متعاطي الهيروين وغير المتعاطين في تقدير الشخصية، المنوفية،مجلة البحوث النفسية والتربوية، العدد2، ص ص 95-113.