

الانتكاسة عند المدمنين على المخدرات وتفسيرها وفق النظرية العقلانية الانفعالية

Relapse in drug addicts and interpretation according to rational and emotional theory

1 سهام بوخاري

جامعة الجزائر 2 ابو القاسم سعد عبد الله الجزائر sihempsy2010@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2022/9/20 تاريخ القبول: 2023/1/18 تاريخ النشر: 2023/6/10

ملخص: تعد الانتكاسة عند المدمنين من بين السلوكيات الاجتماعية التي اعتبرها بعض الباحثين والعلماء أنها سلوك سلبي، يعبر فيه الفرد عن فشله في الحفاظ عن فطامه. وعليه جاءت هذه الورقة البحثية لتحليل وفهم هذه الظاهرة من منظور آخر، وهو تلك النظرة الجديدة التي جاءت بها النظرية العقلانية الانفعالية في تفسير ذلك السلوك، باعتبار أن الانتكاسة عند المدمنين ما هي إلا خطوة من خطوات العلاج، ومن الضروري إدماجها في البرنامج العلاجي المخصص لذلك، من خلال معرفة أهم الأسباب والعوامل المؤدية والمساعدة على العودة للمخدر .

الكلمات المفتاحية: الإنتكاسة؛ المدمنين؛ المخدرات؛ النظرية العقلانية الإنفعالية.

Abstract : The relapse of addicts is among the social behaviors that some researchers and scholars considered as a negative behavior, in which the individual expresses his failure to preserve his weakness. Accordingly, this research paper came to analyze and understand this phenomenon from another perspective, and it is that new view that the emotional rational theory brought in the interpretation of that behavior, given that the relapse of addicts is only a step of treatment, and it is necessary to integrate it into the treatment program Devoted, by knowing the most important causes and factors leading and helping to return to the drug.

Keywords : relapse; addicts; drugs; Emotional rationality theory.

المؤلف المرسل: سهام بوخاري

1. مقدمة:

يعد سلوك تعاطي المخدرات والإدمان عليها من بين المشكلات الاجتماعية التي أصبح الحديث عنها بلغة الأرقام، وهذا إن دل على شيء فإنه يدل على صعوبة وخطورة هذه الظاهرة، ولكن الأصعب والأخطر منها تلك العودة لتعاطي المخدرات بعد فترة من الانقطاع، وهو أكثر الأشياء التي لفتت انتباهنا، بحكم تجربتنا الطويلة في التعامل مع هذه الفئة من خلال العلاج النفسي، إذ كانت تلك العودة للتعاطي بمثابة الحاجز لعرقلة سير العملية العلاجية، لهذا كان من الضروري البحث عن كيفية التعامل مع تلك العودة بهدف الوصول إلى نتائج مرضية.

إن النظرة الجديدة للانتكاسة تختلف عما كانت عليه من قبل وهذا من منطلق، أنها مرحلة من مراحل العلاج، ولكن للأسف مازال لحد اليوم من ينظر لها كشيء سلبي، وهذا على الرغم من أن البحوث العلمية والدراسات النفسية في مجال الإدمان اليوم، تظهر أنه من الضروري بل ومن المفيد أن يعيش هؤلاء المرضى من المدمنين، ممن هم في طور العلاج الانتكاسة. (ليش، 2013، ص 40).

وهو ما أشار إليه كل من (1985 Marlatt&Gordon)، من أن الانتكاسة تحدث بنسبة 66 % خلال الثلاثة أشهر الأولى من العلاج، وعادة ما تكون هذه الأشهر من العلاج، هي التي تفصل في الشفاء التام من الإدمان أو الانتكاسة، كما يمكن أن تحدث في أي وقت بعد بدء عملية العلاج. (خربوش، 2012، ص 2)

فيما أشارت دراسة كل من (2007) Donaihy&Stowel، Park & Daley، McIlan (2002) Kaskutas, Weisner, Matzger، إلى أنه ما بين 40 الى 90 % من الأفراد الذين لديهم اعتماد على الكحول والمخدرات عموماً يسجل عندهم على الأقل انتكاسة واحدة، وهذا بعد تلقيهم مساعدات في هذا المجال. (Gormeley .A & Laventure.N, 2012 , P72)

لهذا أصبح التركيز على دراسة أهم العوامل والأسباب المؤدية والمساعدة على العودة للمخدر، من بين الأهداف الأساسية للوصول إلى نتائج مرضية، فيما يخص الحد من السلوك الإدماني أو التخفيض منه.

وقد كان قد عاين في هذا السياق Marlatt&Gorden الكثير من الدراسات والفحوص العيادية، حيث اتضح لهما أن التفكير الثنائي أو الصفة التي يلصقها المدمن بنفسه،

يزيدان من احتمال بان أي هفوة أو زلة جديدة في العودة إلى الشرب أو تعاطي المخدر، يترتب عنها الانتكاسة الكاملة total relaps، وقد سمى اليس Ellis هذه الظاهرة الانتكاسية بتأثير خرق الامتناع عن تعاطي المخدر. (سائل، 2015، ص127).

وهو يقصد تلك الأفكار السلبية التي يؤمن بها الفرد اتجاه المخدرات، مقنعا نفسه بضرورة تعاطيه لتلك المواد، بحجة أنها تشعره بالراحة والأمان.

كما يرى مع (Harper 2007) أن تلك الأفكار التي يصفها باللاعقلانية تعتبر هي مصدر معظم الانفعالات التي تحدث للفرد، والتي يمكن أن تحدث له نوع من الخلل الوظيفي (Walburget et al, 2013,p190).

وهي ترتبط بشكل كبير بالاستجابات الانفعالية، والاضطرابات النفسية، كما تؤدي للكثير من مشكلات الصحة النفسية، وخاصة عندما لا تحقق حاجات الفرد وهو ما أشارت إليه معظم الدراسات النفسية، التي تناولت العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات النفسية، كدراسة كل من نادية رتيب (2000) التي توصلت إلى وجود ارتباط قوي، بين تلك الأفكار والقلق الاجتماعي والضغط النفسية، عند عينة من المراهقين، كما توصلت أيضا دراسة العنزي (2008)، التي هدفت إلى معرفة طبيعة الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني الحشيش والأمفيتامين لنزلاء مستشفى الأمل للصحة النفسية ومقارنتها بالعادين . كما أكدت دراسة Richard and Harnish (2010)، على الدور الفعال الذي تلعبه تلك الأفكار فيما يخص القلق والاكتئاب، إذ اعتبرتها المحرك الأساسي لهما. في حين اشارت الى نفس النتيجة دراسة المهيمزي (2012)، وذلك فيما يخص القلق عند المدمنين على المخدرات.

وهذا ما وضحته دراسة Vera Walburg، Solene Arnaul و Stacey Callaha (2013)، أن نقص الإرادة عند المدخنين ترتبط ارتباطا شديدا بنوعية وطبيعة المعتقد الذي يحمله المدخن في ذهنه، إذ أن التوقف عن التدخين يؤدي إلى الزيادة في الوزن، وبالتالي فإنه لا يمكن التوقف عنه، وهو ما تؤيده دراسة حذاق (2007)، التي هدفت إلى معرفة طبيعة المعتقدات الاعتمادية التي يتميز بها متعاطي المخدرات، ومدى تنوع مصادر تلك المعتقدات ومدى ارتباطها بشدة التعاطي، إلى أن المدمنين لديهم اعتقادات شديدة

إزاء تعاطي المخدرات، وهذا ما يدل على أهمية المعتقد الخاطئ واللامنطقي في نشوء سلوك التعاطي واستمراره .

ويؤكد اليس Ellis على ثلاث فئات أساسية من تلك الأفكار، وكل فئة تؤدي إلى نتائج معينة . تتمثل الفئة الأولى، عندما يشعر الفرد أنه يجب أن يكون محبوباً من الجميع، صاحب انجاز متميز وتام، كفؤ لكل عمل وإلا كان شخصاً لا قيمة له، وتؤدي هذه الفكرة إلى الهلع والقلق والاكتئاب. أما الفئة الثانية فتكون عندما يعتقد الفرد بوجوب معاملة الأشخاص الهامين بالنسبة له بلطف، ومحبة وعدالة وان يراعى مشاعره ولا يعرضوه للإحباط وبعبكس ذلك، فإنه يواجه لهم اللوم ويمكن أن يحاول الانتقام منهم، وتزيد هذه الفكرة من احتمالية زيادة مشاعر الغضب والسلوك العدواني والانطواء. أما الفئة الأخيرة، فتكون عندما يعتقد الفرد أن الظروف يجب أن تسير بالاتجاه الذي يرغبه، وإلا فالحياة تكون صعبة وشاقة لا تطاق، وقد تعزز هذه الحالة عدم القدرة على تحمل الإحباط والإشفاق على الذات. (حامد القضاة، 2014، ص521) .

وهذا ما يؤدي بالمدمنين للعودة إلى تعاطي المخدرات. من هنا انبثقت فكرة الموضوع الحالي للبحث في مشكلة الانتكاسة من خلال المقاربة المعرفية والوقوف على تفسيراتها .

2.أهداف الدراسة:

هدفت الدراسة إلى :

- الكشف عن أفكار ومعتقدات المدمن .
- تحليل وتفسير مشكلة الانتكاسة عند المدمنين وفق المقاربة المعرفية .
- التعرف على الدور المعرفي للفرد وأهميته في العودة للتعاطي .
- معرفة أسباب وعوامل الانتكاسة .

3.أهمية الدراسة :

1.3الأهمية النظرية:

- تتمثل أهمية الدراسة الحالية، كونها عالجت موضوع يحتل مكانة مهمة في المجتمع وفي العالم كله .
- استند على أحدث النظريات المفسرة للإضطرابات والمشكلات النفسية والسلوكية، وهي النظرية المعرفية .

2.3 الأهمية التطبيقية:

- إضافة حقائق وتفسيرات علمية حديثة للمختصين للاستفادة منها في إعادة النظر في البرامج المقترحة لعلاج المدمنين .

4. مفهوم الانتكاسة: RELAPSE

كانت الانتكاسة تعرف من قبل بإسم العود، وهو يعد من أشهر المفاهيم ثم جاء مصطلح الانتكاسة والذي يعد حديثاً نسبياً، واقتصر استعماله على الانحراف في تعاطي وإدمان المخدرات .

وتعرف لغة "إنه عاد لما فعل"، أي أنه فعله مرة أخرى، ويكفي الرجوع للشيء مرة واحدة ليسمى الفعل عوداً (بمعنى إنتكس).

كما تعني الانتكاسة **Recidivist** العود إلى إستخدام المادة الإدمانية بعد لتعافي بحيث هذا الإستخدام لمرة واحدة أو عدد محدود من المرات، فهو في هذه الحالة يعرف بالانزلاق أو الانتكاسة الصغيرة **Lapse**. (الغريب، 2006، ص 27).

وقد أطلق عليها **Ellis** إسم الظاهرة الانتكاسية، أي " تأثير خرق الإمتناع، أو الفطام عن تعاطي المسكر أو المخدر . (الحجار، 2005، ص 75) .

ويعرفه **Parker** " ذلك الشخص العائد لحالته السابقة ، أو العائد للتعاطي مرة أخرى بعد العلاج . (الغريب، 2006، ص 27) .

وبالعودة للتعريفات السابقة ، نستطيع القول أن الإنتكاسة هي ذلك الشعور الذي ينتاب الفرد، ويدفعه للعودة لتعاطي المخدرات، وهذا بغض النظر عن نوعية المخدر، أو كيفية إستعماله، أو حتى الفارق الزمني بين تاريخ التوقف وتاريخ العودة للتعاطي .

1.4 مراحل الانتكاسة :

تنقسم الإنتكاسة التي يتعرض مدمني المخدرات إلى ثلاث مراحل وهي:

أ. المرحلة الأولى : الإنتكاسة العاطفية

يكون فيها المدمن لديه رغبة شديدة نحو العودة للمخدرات، وتنتم تلك المرحلة بمعاناة المدمن من أعراض نفسية متعددة، كاضطرابات النوم والأكل وسرعة الغضب، والعصبية، التي تدفعه للعودة للتعاطي.

ب . المرحلة الثانية :الانتكاسة النفسية

وهنا نجد أن المريض قد دخل في نوع من الصراع النفسي، بين فكرة العودة للإدمان، وبين الإصرار على الاستمرار في العلاج، وتتزايد وتيرة الصراع، وتنتهي هذه المرحلة بأن المتعالج يصل لقناعة داخلية بأنه سوف يعود للإدمان مرة أخرى.

ج.الانتكاسة الثالثة : الانتكاسة الفعلية

وهنا تكون العودة الفعلية للمخدرات، أي التعاطي وبالتالي دخل في الانتكاسة. (العنزي، 2020، ص 411) .

5.النظريات المفسرة للانتكاسة :

بالرغم من تعدد المقاربات النظرية فيما يخص مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها، من خلال البحث وتفسير أهم الأسباب والعوامل المؤدية لذلك تبقى مشكلة الإنتكاسة، في حاجة إلى اهتمام أكثر، هذا ما دفعنا للتركيز على أهم المقاربات النظرية الحديثة التي تناولت مشكلة الإنتكاسة ووقع اختيارنا على المقاربة النظرية المعرفية بدليل أن الدور المعرفي يلعب دور مهم في تعاطي المخدرات والإدمان عليها وحتى في العودة للتعاطي وهو ما تم الكشف عنه من خلال دراسة سابقة قمنا بها على عينة من المدمنين. (بوخاري، 2016) .

1.5 النظرية العقلانية الانفعالية :

تقتض النظرية العقلانية الانفعالية أن المعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن في ذهنه، هي التي تولد التحمل المنخفض للإحباط، وبالتالي الشعور بالقلق أو الانزعاج وهو ما يظهر عندما يتعرض المدمن لمثيرات أو منبهات تحرض عنده الميل إلى الشرب أو تعاطي المخدرات، حيث تشير الدراسات الإكلينيكية والعلاجية، ان اعتماد المدمن على الخمر أو على المخدرات يرتبط كثيرا بقلق الانزعاج الذي يفرضه المدمن على نفسه، إذ أن الحرمان المؤقت او الكف الذي يفرضه المدمن على نفسه بعدم شرب الكحول او تعاطي المخدرات، يلحق به أو يتبعه عادة شعور بتحمل منخفض للإحباط يصدر عما يدور في ذهنه من أفكار ومعتقدات نابعة عن غواية الخمر وارتباطه بها، مثال عن ذلك رائحة الخمر أو رؤية شخص يتعاطى الخمر او أي نوع من المخدرات، الجلوس مع شارب الخمر او مدمني المخدرات الخ، وهنا يتصارع الميل مع

الامتناع عن تلبية الميل، والقرار الذي يتخذه المدمن المتعرض للإغواء يعد هنا هو الحادثة المنشطة activating event . وإذا كان قلق الانزعاج يرتبط بالتحمل المنخفض للإحباط ، فإنه يرتبط أيضا بانخفاض القدرة على الكف أو الامتناع. وكثيرا من المدمنين يخبرون عن هذا النوع من القلق عندما يتعرضون لحالة اضطراب نفسي، أو ضغوط مؤلمة تؤدي بهم إلى الغضب أو الشعور بالإثم، حيث نجدهم يتعاملون مع مشكلاتهم الانفعالية باللجوء إلى تعاطي المخدرات وهذا ما يساعدهم على إزالة مشاعرهم السلبية وخفض قلقهم ومخاوفهم و ألامهم. (الزراد، 1997، ص 19)

إن الاضطرابات النفسية التي تصيب الفرد هي مرتبطة بشكل رئيسي في عدم القدرة على معالجة المعلومات لديه، وذلك من خلال أفكار تكون مصاحبة للاضطراب، حيث تعتبر النظرية المعرفية أن للفرد القدرة في تكوين واقعه الخاص به. فالفرد حسب هذه النظرية ليس مجرد كائن حي يقوم بعمليات الاستقبال السلبي للمنبهات، إنما هو يملك العقل الذي يقوم بتجهيز المعلومات التي يستقبلها بطريقة فعالة ومن ثم تحويلها إلى سلوك ايجابي جديد. (عبد الخالق احمد، 1997، ص 78)

حيث يرى Beck أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة لعدم الاتساق بين النظام المعرفي الداخلي للفرد، وبين المثيرات الخارجية التي يتعرض لها ذلك الفرد، وتحليلها وتفسيرها عن طريق ذلك النظام المعرفي الذي يميزه، ويبدأ في الاستجابة للمواقف والأحداث المختلفة انطلاقا من تلك المعاني التي يعطيها لها، وقد تكون هناك ردود أفعال انفعالية متباينة للموقف الواحد باختلاف، وكل موقف أو حدث يكتسب معنى خاص يحدد استجابة الفرد الانفعالية اتجاهه، كما يرى أن مشكلة القلق تظهر في انشغال الفرد بالإرادي بالخطر وفي يقظته الزائدة تجاه المثيرات المتصلة به، وتحصنه الزائد في شعوره الذاتي، فكل ذلك يستهلك انتباهه، ولا يبقى له التركيز للتركيز على التذكر والتفكير إلا الجزء القليل أي أن مريض القلق سببه تثبتت معظم انتباهه على تصورات الخطر ومثيراته، وهذا ما يفقده الجانب الأكبر من قدرته على الالتفات الإرادي إلى العمليات الداخلية والمثيرات الخارجية الأخرى. (بيك، 2000، ص 165) .

وبهذا نجد أن طبيعة الإنسان، انه يتعامل مع مواقف الحياة وفق منظوره الفكري الخاص به فنجدته يشعر إما بالخوف أو بالتهديد أو بالقلق، ونجد في هذا الصدد، أي وفق هذه

النظرية نوع جديد من القلق خاص فقط بالمدمنين علة المخدرات وبالأخص المدمنين المنتكسين، وهو قلق الانزعاج .

يرجع الفضل لإعطاء هذا المصطلح الجديد للقلق إلى العالم الأمريكي Albert Ellis الذي أشار في كتابه حول العلاج العقلاني الانفعالي عام (1980) إلى أن الإستراتيجية الفعالة والمفيدة في علاج حالات الإدمان، هي أن نعتمد على ما نسميه بالأفكار أو المعتقدات الخاطئة، أي تلك الأفكار والمعتقدات التي يحملها المدمن عن إدمانه. وهذا ما يساعدهم على إزالة مشاعرهم السلبية وخفض قلقهم المرتبط بالعجز عن السيطرة عن نزواتهم اتجاه تعاطي المخدرات، هو ما يدفعهم للعودة لتعاطي المخدرات، أي الوقوع في الإنتكاسة .

6. تعريف قلق الانزعاج: Discomfort Anxiety

" هو ذلك التفكير اللاعقلاني الذي يكون متبوعا بارتفاع الضغط الانفعالي لدى الأفراد ويحدث عندما يشعرون بان حياتهم مهددة، إما بكارثة أو مصيبة سوف تقع لهم، مما تجعلهم غير مرتاحين" . (Ellis ,2003,p183) .

كما يعرف أيضا " بأنه تلك الحالة النفسية الجديدة التي تعتري المدمن نتيجة تفكيره الخاطئ ومعتقده اللاعقلاني خلال فترة الفطام أو الحرمان من المخدرات "، وهناك من الباحثين من يسميه الولع، الحرمان او الجزع، الاضطراب. والكثير منهم يسمونه بالشعور السلبي او المزعج، ولحسم هذا التباين في تسمية هذا الاحساس أطلق عليه Ellis اسم قلق الانزعاج Discomfort anxiety. (الحجار ، 2005، ص 58) .

7. العوامل المؤثرة في قلق الانزعاج :

هناك عدة عوامل تساعد على معرفة مستوى القلق الذي يعانيه المدمن، والتي أدت به لتعاطي المخدرات والعودة للتعاطي، أي مستوى تلك الأفكار المرتبطة بالمخدرات وهي كالآتي :

7. 1 خبرات المدمن السابقة :

تعتبر خبرات المدمن السابقة في التعاطي للمخدرات من بين العوامل التي تزيد من الرفع في مستوى القلق الذي يعانيه المدمن، وذلك من خلال الحالة التي قد وصل إليها جراء الامتناع أو غياب المخدرات، وكان قد أشار Ellis و Bishop (2001)

إلى هذا عندما تحدثنا عن النتائج السلوكية للأفكار اللاعقلانية، وبالأخص عندما تحدث Ellis عن مشتق التضخيم أو التهويل، ففي هذه الحالة يحاول المدمن إقناع نفسه بأن أسوأ الأمور سوف تقع له إذا لم يلبي رغباته وطلباته الإجبارية والإلزامية، أي أن تعاطي المخدرات أو شرب الكحول هي السلوكيات الوحيدة التي بإمكانها استبعاد ذلك الخطر الكارثي الذي سوف يلحق به، وبالتالي يؤدي إلى التحمل المرتفع للإحباط، وإذا لم يحدث هذا فسوف يؤدي إلى العكس. (Szentagotai & Jason, 2010, p86)

وقد أشار Beck في هذا المعنى حيث قال "انه من طبيعة البشر أنهم يتكيفون أو يتعودون مع المثيرات المتوسطة الخطر بتركرر تعرضهم لها، إما مرضى القلق الشديد فلا يعرفون هذا التكيف، بل أن قلقهم يزداد مع كل تكرار للمثير وقد تحقق Lader & Gelder & Marks (1967) من ذلك، وهذا من خلال دراستهم، حيث عرضوا كل من الأسوياء ومرضى القلق الشديد لسلسلة من الأصوات، فكان الطرفان يستجيبان في البداية بزيادة التعرق تقاس بدرجة توصيل الجلد للكهرباء) ثم يتأقلم الأسوياء بعد ذلك مع المثيرات وتتوقف استجاباتهم الفسيولوجية، أما القلقون فيتزايد تعرقهم باستمرار مما يعني أن قلقهم في ازدياد، وهذا ما يبين أن تفكيرهم مرتبط بمفهوم الخطر، وما إن يلقب مثيرا ما بلقب الخطر، فإن هذا يبقى الارتباط بينه وبين مفهوم الخطر ثابتا. (بيك، 2000، ص 167).

7. 2 معتقدات وافكار المدمن حول المخدرات :

من بين الأفكار والمعتقدات التي يحملها المدمن عن المخدرات، هي تلك الأحاديث الذاتية (Self talking) التي يحدث بها المدمن نفسه والتي تجعله مرتبطا بسلوكه الادمانى أو أسيرا لهذا السلوك وهي :

1- الشعور بالحاجة إلى الشرب أو تناول المخدرات من أجل الاسترخاء والشعور بالراحة بعد التعب.

2- الاعتقاد بأن الوقت الوحيد للشعور بالاسترخاء والراحة هو عندما يكون تحت تأثير الخمر أو المخدرات وأن هذا التناول لا يسبب أي مشكلة له.

وقد لوحظ أن معظم المدمنين يرغبون في الاستمرار في إدمانهم ولا يميلون إلى الأشياء التي تبعدهم عن ذلك، بالرغم من مشكلاتهم التي يعانون منها، تجدهم أحيانا يرفضون العلاج أو المساعدة التي تهدف إلى منعهم من الشرب أو من تعاطي المخدرات.

إن مثل هذه الأفكار أو المعتقدات الخاطئة حول الإدمان من شأنها أن تولد لدى المدمن ما يسمى " **التحمل المنخفض أو المرتفع** " الناتج عن امتناعه عن التعاطي (إما كلياً أو جزئياً). وذلك بسبب بعض الظروف الاقتصادية التي تحول دون قدرة المدمن على شراء المادة المسكرة أو المخدرة، أو بسبب ظروف العلاج داخل المستشفى وعملية سحب العقار. (الزباد 1997، ص 19)

3.7 الحوادث الصدمية :

تعتبر المشكلات المترتبة عن الإدمان وخاصة منها الحوادث الصدمية Traumatic Events التي تلحق بالمدمن جراء إدمانه مثل حوادث الطرقات، الطرد من العم والمشااكل الأسرية وغيرها، من بين العوامل المعززة لظهور القلق، فقد يعتقد الفرد أن حرمانه من تلك المواد السامة هو سبب شعوره بالضيق والانزعاج، وذلك بإنكاره التام أن تعاطيه لتلك المواد هو من سبب تلك الحوادث والصدمات. (الدمرداش، 1982، ص 96) . مستعملاً في ذلك عدة حجج وبراهين تبرر عودته وتمسكه بالمخدرات مثل أن معظم رجال الأعمال، ومعظم الرؤساء أو كبار الشخصيات في الدولة يتعاطون الخمر للاسترخاء. (الزباد 1997، ص 23) .

ودلت الملاحظات في هذا المجال على أن الكثير من الكحوليين والمدمنين على المخدرات الذين يتسمون بشخصيات عصابية، يستغلون كل عارضة من عوارض الانسجام الكحولي أو الإدماني لتكون لهم فرصة لمعاينة ذواتهم . ولعل صورة المعتقدات الخاطئة اللاعقلانية التي تحدث في هذه الديناميكية المعرفية الفكرية هي على شكلين: **الشكل الأول:** هو المطلب المطلق الذي بموجبه يقرر المدمن انه لن يتعاطى المخدر أو المسكر مهما كانت الظروف والتوترات، وهؤلاء لم يسبق لهم أن فرضوا على أنفسهم مثل هذا الجبر لذلك فهم يستنتجون أنهم أناس لا قيمة لهم، وهذه المشاعر الدونية والصغارة أنت من هذا الجبر الذي لا دليل له .

والشكل الثاني : هو من لا منطقية الأفكار والمعتقدات، إذ تصدر من التفكير الثنائي الفرع حيث ينظر المدمن إلى نفسه إما انه شارب أو غير شارب، فإذا ما اخذ جرعة من الخمر أو نفس من أي مخدر فإنه هنا يعتبر متعاطي مخدرات، وبذلك يعطي لنفسه هوية المدمن المتعاطي، وإذا ما امتنع عن التعاطي يكون قد اوقع بنفسه في المخاطر،

لذلك يصبح غير قادر على التخلي عن إدمانه..، وبالتالي يكون مؤشر للانتكاسة. (الحجار، 2005، ص 74) .

ويتصف هذا النوع من القلق (قلق الانزعاج)، أو القلق المزعج في توقع المدمن للألم والانزعاج، وعدم المسرة والكدر، الضيق، التوتر، تهديد الذات والاحساس بالضعف وهي محصلة لذلك المعتقد الخاطئ الذي يحمله المدمن كون الألم أو الانزعاج هما أمران لا يحتملان من قبله ويتعين عليه عدم تحملهما، بل ولا يستطيع ذلك. (الزباد، 1997، ص 19)

مما سبق يتضح أن النظرية العقلانية الانفعالية، استطاعت أن تقف عند أهم العوامل المعرفية والانفعالية، في تفسير سلوك تعاطي المخدرات والإدمان عليها وبالأخص مشكلة الانتكاسة، التي كان ينظر إليها على أنها سلوك سلبي يشير إلى فشل ذلك المدمن في الحفاظ على مرحلة الفطام، إلا أنه وبفضل تلك النظريات التي أعطت للدور المعرفي أهمية كبيرة، تغيرت وجهة النظر لتلك الانتكاسة وذلك باعتبارها مرحلة من مراحل الإدمان على المخدرات، وجاءت النظرية بمصطلح جديد أطلقته على تلك الحالة التي تعترى المدمن وهو في حالة الفطام، أي أثناء توقفه عن التعاطي وأسمته بقلق الإنزعاج، وهو عبارة عن مجموعة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية المتعلقة كلها بالمخدرات. كما استطاعت هذه النظرية الوقوف عند أهم العوامل المساهمة في حدوث الإنتكاسة وهي نفس العوامل التي أدت به سابقا لتعاطي المخدرات وإدمانها، وهي ذلك التحمل المنخفض للإحباط، هذا الأخير الذي يلعب دورا جد مهم في الإنتكاسة .

من هنا نستخلص نستخلص أن قلق الإنزعاج عند المدمنين على المخدرات يعتبر من بين الأسباب الأولية للعودة إلى تعاطي تلك المواد السامة، وذلك من خلال التحمل المنخفض للإحباط، كما ان للمعتقدات والأفكار الخاطئة التي يحملها المدمن عن إدمانه تلعب دورا هاما في تنشيط وتعجيل الانتكاسة.

لذا من الضروري في مجال العلاج النفسي عامة، والعلاج وفق النظرية العقلانية الانفعالية خاصة العمل على رصد وتحديد تلك الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية التي يؤمن بها المدمن في موضوع إدمانه .

9.المراجع:

1. أبوسعداحمد، عبداللطيف، (2009)، الإرشاد الجمعي، عالم الكتب ،الأردن.
2. بكيري،نجية،(2012)،أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكربين المراهقين ،اطروحة دكتوراه علوم في علم النفي العيادية ، جامعة باتنة .
3. بيك، ارون، (2000)،العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية، تعريب عادل مصطفى دار النهضة العربية للعلوم .
4. بن خليفة،فاطيمة،(2014)،أساليب التفكير السائدة لدى عينة من تلاميذ السنة الثالثة من التعليم الثانوي ،مجلة دراسات نفسية، العدد 11، ص 233-260 .
5. حامدالقضاة،محمدامين،(2014)،درجة إنتشار الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعتي مؤتة والهاشمية علاقتها ببعض المتغيرات،مجلة جامعة دمشق،المجلد30،العدد1،ص517-551.
6. حداق،جعفر، (2007) ، دراسة نفسية تحليلية لظاهرة المخدرات بالجزائر ، رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي ، جامعة الجزائر .
7. الحجار، محمد حمدي، (2005)، العلاج النفسي الحديث للمخدرات، مؤسسة الرسالة للطباعة، بيروت .
8. خربوش، عبد الودود، (2012) ، التجربة المغربية في علاج الإنتكاسة لدى المدمنين على المخدرات ، ندوة مراكش .
9. الدمرداش، عادل، (1982)،الإدمان مظاهره و علاجه ، سلسلة عالم المعرفة، القاهرة .
10. الزراد ، فيصل ، (1997) ، مقياس قلق الإنزعاج للمدمنين على الكحول والمخدرات والمؤثرات على العقل ، كتيب التعليمات ، دمشق .
11. سايل ،حدة وحيدة ،(2015)، الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، دار التنوير .
12. سهام ، بوخاري ، (2016) ، فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للمدمنين على المخدرات رسالة دكتوراه ، جامعة الجزائر .
13. عبد الخالق، أحمد،(1997)، علم النفس الإكلينيكي،دار المعرفة .
14. العنزي ، بن حامد ،(2007)، علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية للمنحرفين ، جامعة نايف للعلوم الامنية .
15. العنزي ،مناور عبيد،(2020)،العوامل الاجتماعية و الإقتصادية لمؤدية للإنتكاسة عند مدمني المخدرات ، مجلة كلية الاداب بور سعيد،العدد 15،ص 403-443
16. الغريب،عبد العزيز علي،(2006)،ظاهرة العودة للإدمان في المجتمع العربي ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض.
17. فرج،صفوت،(2000)،مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين ،مكتبة الأنجلو مصرية ،القاهرة .
18. ليش،اوتومايكل،(2013) ، الكحول و التبغ دراسة طبية ، دار الملايين للنشر ،لبنان.

- 19.نادية ،رتيب ، (2000) ، العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية و القلق الاجتماعي لدى عينة من طلبة الجامعة ، رسالة ماجستير ، جامعة دمشق .
- 20.المهيمزي،نافع،(2012)، الأفكار اللاعقلانية و علاقتها بالقلق لدى المدمنين على المخدرات و غير المدمنين في مدينة الرياض ،رسالة ماجستير في العلوم الاجتماعية و النفسية ، جامعة نايف العربية للعلوم الامنية .
21. Ellis .A; (2003) ; Discomfort Anxiety Anew cognitive –Behavioral construct (part1) . Journal of Rational Emotive & Cognitive Behavior Therapy . VOL 21,N3
22. Ellis .A. (1990) . Rational and irrational counseling British psychological association . Journal of Rational Emotive and cognitive Behavior Theory .8.(4),221-232
- 23.Robert.K, Bridges ,Richard .JHarnish . (2010) . Rol of irrational Beliefs in depression and Anxiety . Revue Health2, VOL 2,No8 (862-877)
- 24.Vera .W,Solene . A,Stacey.C (2013) . Role des cryances rationnelles et irrationnelles concernant la motivation a l'arrêt du tabac . Journal de thérapie comportementale et cognitive . vol (23) ,p 188-196
25. Szentagotai, A., & Jones, J. (2010). The behavioral consequences of irrational beliefs. In D. David, S. J. Lynn, & A. Ellis (Eds.), Rational and irrational beliefs: Research, theory, and clinical practice (pp. 75–97). Oxford University Press.