

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

١، ٢ تمهيد:

في هذا الفصل يستعرض الباحث الإطار النظري والدراسات السابقة في أربعة مباحث، وتم التحدث أولاً عن النموذج المعرفي السلوكي، حيث تبني الباحث النموذج المعرفي السلوكي؛ لأنه أنسب الطرق في علاج الإدمان حسب رأي الباحث، والذي يفسر الانتكاسة في ضوء العزلة الاجتماعية، والضغوط النفسية، وهذه النظرية تناولتها أكثر المدارس وفسرتها وحللتها بدقة، وسيتم عرضها بالتفصيل وبيان علاقتها وأسباب تبني الباحث لهذه النظرية، أما المبحث الثاني فقد تناول الباحث الضغوط النفسية، ومصادرها، وأنواعها، وأثر الضغوط النفسية بالانتكاسة مستنداً إلى الدراسات السابقة، أما المبحث الثالث فقد تناول الباحث العزلة الاجتماعية ومؤشرات حدوثها، مدعومة بالدراسات السابقة، وتحدث الباحث في المبحث الرابع عن المخدرات وأنواعها، والأفيون بشكل خاص، وتأثيره بشكل أدق كون الباحث أخذ منه العينة ممن يتعاطون صنف الأفيون ومشتقاته، ومن هو المدمني ودور الجامعة للحد من ظاهرة الإدمان، وتحدث الباحث في المبحث الخامس والأخير عن مفهوم الانتكاسة والعوامل المؤدية للانتكاسة مع بعض الدراسات العربية والأجنبية التي درست الانتكاسة.

٢، ٢ النموذج المعرفي السلوكي

يُعَدُّ النموذج المعرفي السلوكي من أهم أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة، وتفسيرات الفرد لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة، ويرى "بيك" أن هذا النموذج العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه وكذلك اتجاهاته وآرائه ومعتقداته تعد جميعاً بمثابة أمور مهمّة، وذات صلة وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي تعترض حياته (Alford, 1997: 30).

٢، ٢، ١ تعريف النموذج المعرفي السلوكي

ويوضح "بيك" أن المنهج المعرفي يجعل فهم الاضطرابات الانفعالية وعلاجها أكثر اتصالاً بخبرات الحياة اليومية للمريض، وجعله ينظر إلى اضطرابه باعتباره ضرباً من ضروب سوء الفهم التي كثيراً ما مرّ بمثلها في حياته السابقة، وكثيراً ما نجح في تصحيحها حين توافرت له المعلومات الصحيحة أو حين تنكشف له المغالطة الكامنة في الموقف، وبهذا المدخل الجديد في فهم الاضطرابات الانفعالية يستطيع الإنسان تغيير نظرتة لنفسه وإلى مشاكله، فالإنسان ليس رهينة تفاعلات كيميائية، أو مؤثرات وانعكاسات آليه، بل هو كائن عرضه للتعلم الخاطئ، وللأفكار الهدامة، كما أن لديه القدرة على تصحيحها (Beek, 1979, 33).

ويحاول هذا النموذج العلاجي حتّ المرضى على استخدام طرق وأساليب حلّ المشكلات التي يستخدمونها خلال الفترات العادية من حياتهم، "ويقوم المعالج بمساعدة المريض في التعرف على طريقة تفكيره الشخصي، وفي تعلم أكثر واقعية لصياغة خبراته، مما يتيح له الفرصة للتعرف على ما اكتسبه من

مفاهيم خاطئة للعديد من المواقف والمثيرات، مما يعطيه الفرصة لتصحيحها وتعديلها، وعلاجها بشكل يحقق له التخلص من تلك الصبغة التي سادت حياته اعتماداً على تلك الأفكار، والمفاهيم، والمعلومات والتفسيرات" (عبد الله، ٢٠٠٠م: ٢٣٣).

وقد استمدت فكرة النموذج المعرفي من محصلة علم النفس التجريبي والعلاج السلوكي، والعلاج التحليلي، وكان من رواد العلاج المعرفي السلوكي (Albert Ellis) وهو من أشهر المحللين النفسيين في ذلك الوقت في نيويورك، وقد وجد أن التحليل النفسي يستغرق وقتاً طويلاً ونتائجه غير مؤكدة، لذا ابتكر علاج أكثر نشاطاً وتوجيهاً، وأطلق عليه العلاج العقلاني الانفعالي (Rational-Emotive therapy)، والذي يرمز له "RET" ويهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية، مما يؤدي أيضاً إلى معظم الاضطرابات النفسية، وفي الوقت نفسه توصل بيك (Aron Beek) من بنسلفانيا إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب في الفترة من (١٩٦٠-١٩٦٥م)، حيث بدأ عمله قبل هذه الفترة في محاولة للتوصل إلى تفسيرات وقواعد علمية للتحليل النفسي، ولكنه انتهى بوضع أساسيات وخصائص العلاج المعرفي السلوكي كما وصفها "ألبرت اليس" بالإضافة إلى فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حلّ المشكلات، والمهارات الاجتماعية، ومهارات التكيف، ومهارات السيطرة على الذات (مصطفى، ٢٠٠٠م: ٣٣٢).

إن نموذج "بيك" المعرفي للاضطرابات النفسية لم يكن قاصراً على فئة تشخيصية بعينها، والأكثر من ذلك أنّ النموذج المعرفي يفترض أنّ الحالات المرضية النفسية المختلفة تتميز بمخططات معرفية محددة، مثل القلق فيتميز بالتهديد، والتوجس، والغضب، وتتميز البارانويا بموضوعات تتعلق بالريبة والخوف من سيطرة وتلاعب ومؤامرات الأخرى (Persons, 1992).

وقد استعان "بيك و فريمان" Freeman بالنموذج التخطيطي للاضطرابات الوجدانية، واضطرابات القلق لفحص اضطرابات الشخصية باعتبار كل اضطراب في الشخصية يتميز بمحتوى تخطيطي محدد، وأساليب معينة للمواجهة (Beek & Freeman, 1990)، إن التضمنات التي يمكن استنتاجها من ذلك أنه لا يوجد علاج معرفي واحد لكل الاضطرابات النفسية (Linehan, 1993).

وقد عرف كل من "جلاس وشيا" (Glass & Shea, 1986) العلاج المعرفي السلوكي بأنه أحد التيارات العلاجية الحديثة، والتي تهتم بصفة أساسية بالاتجاه المعرفي للاضطرابات النفسية، ويقوم هذا النوع من العلاج بإقناع المريض بأن معتقداته غير المنطقية، وأفكاره السلبية، وعباراته الذاتية الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل الدالة على سوء التكيف والتوافق، وأن هذا أكثر ملاءمةً وذلك لإحداث تغييرات معرفية وسلوكية ووجدانية لدى المريض.

وقد عرفته أيضاً موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه "تلك العملية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعياً ببيئته الداخلية والخارجية، وعلى اتصال مستمر بها، والعمليات المعرفية هي الإدراك، والإحساس، والانتباه، والتذكر، والربط، والتحكم، والتفكير، والوعي" (الحفني، ١٩٨٧م: ١٥٦).

كما يعرفه "كيندل" (Kendall & Braswell, 1993) بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، ومع الجوانب المعرفية لطالب المساعدة بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه، ويضيف المحارب (٢٠٠٠م: ١٣٤) "إن العلاج المعرفي السلوكي يهتم بالجانب الوجداني للمريض، وبالسياق الاجتماعي من حوله، وذلك من خلال استخدام استراتيجيات معرفية، وسلوكية، وانفعالية، واجتماعية، وبيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه".

وهو أيضاً نوع من أنواع العلاج النفسي الذي يساعد على تعديل المفاهيم السلبية الخاطئة،

وتصحيح الاتجاهات المشوهة وطرق التفكير (Antonio, 1998).

التعريف الإجرائي:

يعرفه الباحث على أنه: أسلوب جديد من أساليب العلاج النفسي، وهو علاج مباشر وتوجيهي

تستخدم فيه آليات وأدوات معينة، ومهارات معرفية وسلوكية لمساعدة المريض؛ لتحديد أفكاره السلبية،

ومعتقداته اللاعقلانية التي يصاحبها خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط

انفعالي وسلوكي.

٢، ٢، ٢ المبادئ العامة للنموذج المعرفي السلوكي:

وقد اجتمع كل من (يوسف و الصبوة، ٢٠٠٦م)، على أن النموذج المعرفي السلوكي يستند إلى

عدة مبادئ مهمة، وهي:

اعتماد النموذج المعرفي السلوكي في صياغة مشكلة المريض على تحديد الأفكار الحالية للمريض،

والأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض، والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها،

ثم العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض، والأسلوب المعرفي الذي يفسر به

المريض المواقف التي يتعرض لها.

تطلب النموذج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في

المعالج، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض، وكذلك الاحترام الصادق له،

وحسن الاستماع، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال السير في العملية العلاجية.

يشدد المعالج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة، والعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل الجلسات، وفي أعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات، ويسعى المعالج إلى أهداف معينة لحلّ مشكلات معينة.

يركز النموذج على الحاضر، وعلى المواقف التي تثير القلق والاكتئاب لدى المريض، ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي إذا تطلب الأمر، والنموذج المعرفي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالماً لنفسه، كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض (الانتكاس)، وتتمّ الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق أجندة (جدول عمل معين) يحاول المعالج تنفيذه قدر المستطاع.

يقوم النموذج المعرفي السلوكي بتدريب المريض على كيفية التعرف على الآثار النفسية، والاعتقادات غير الفعالة، وكيف يقومها ويستجيب لها، ويستخدم النموذج المعرفي السلوكي فنيات ومهارات متعددة؛ لإحداث تغيير في التفكير، والمزاج، والسلوك، ويؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض، يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة، ويتعرف على أخطائه، ويسمح للمريض بمعارضته ومناقشته.

٣، ٢، ٢ نماذج واتجاهات العلاج المعرفي السلوكي

بدأ الاهتمام بدور العمليات المعرفية في العلاج النفسي منذ ظهور العلوم المعرفية في الفترة ما بين (١٩٥٥ - ١٩٦٥م)، أي في النصف الثاني من القرن العشرين، وسوف نتطرق بإيجاز لأهمّ أبرز ثلاثة نماذج علاجية لها الريادة في العلاج المعرفي السلوكي، وقد أرسى دعائمها كلٌّ من: "بيك" Beck،

و"إليس" Ellis، و"ميكينبوم" Meichenbaum .

١، ٢، ٢ اتجاه أرون بيك في العلاج المعرفي:

واضع هذه النظرية هو "أرون بيك" Aaron Beck الذي ولد عام ١٩٢١م، وقد حصل على دكتوراه الطب عام ١٩٤٦م، من جامعة "ييل" Yale الأمريكية، ثم تخصص في الطب النفسي عام ١٩٨٥م، وكانت آخر مناصبه استاذاً للطب النفسي، ومدير مركز العلاج المعرفي، وأمين الأكاديمية الأمريكية للتحليل النفس (Dbson, 1989: 220).

فالنموذج المعرفي السلوكي يتحدد بافتراضين محددين وهما :-

العوامل المعرفية (المعتقدات - التخيلات - الذكريات ...إلخ) ترتبط بالسلوك المضطرب وظيفياً Dysfunctional behavior، وتعديل هذه العوامل يرتبط ارتباطاً بحدوث أي تغيير في السلوك، وتمثل الافتراضات الأساسية المسئولة عن السلوك المضطرب وظيفياً عند "بيك" فيما يلي :

١- أن الحالات السيكولوجية تنتج عن أسباب خارجية، أو عن نماذج تفكير مضطربة، ومختلفة وظيفياً.

٢- أن "التشوهات المعرفية" Cognitive distortions تعكس وجهات نظر غير واقعية وسالبة عن الذات والعالم والمستقبل.

٣- أن المعارف المختلفة وظيفياً قد تبدو للعيان غير منطقية للآخرين، ولكنها تعبر عن وجهات نظر المريض الشخصية عن الواقع .

٤- أن التحريفات المعرفية المزعجة يتم استثارها غالباً عن طريق أحداث الحياة غير الملاءمة، بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد أو المخططات (Schemata).

٥- أن المخططات هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة وذكريات

الأحداث الماضية والحكم عليها.

٦- أن المخططات غالباً ما تنمو مبكراً في الحياة، ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة

(AronBeek, 2002: 48).

أما النظرية المعرفية (Cognitive Approach) فإنها تؤكد على دور العوامل والظروف أو المتغيرات

المرتبطة بالتعبير عن سلوك الانعزال ، فترى نظرية المقارنة الاجتماعية (Social Comparison Theory)

لفستنجر (Festinger,1954) أن مدى العزلة الاجتماعية للفرد يتساوى مع مقدار ما يجده عند الآخرين

من إشباع لحاجاته (النفسية - الاجتماعية) وخاصة عندما يكون تحت عوامل الضغط والتوتر لأزمة أو

موقف كان قد مرَّ به (Show & Constanzo, 1970: 222) (Penrod, 1983: 263).

وتشير النظرية المعرفية إلى أن الإنسان ليس سلبياً، ويستجيب للمثيرات البيئية فحسب، بل يتفاعل

معها، فالعزلة من وجهة نظر أليس (Ellis, 1982) تنشأ من أفكار الفرد وليس من الأحداث؛ لأن أفكار

الفرد اللاعقلانية هي التي تسبب العزلة لدية، وكذلك يشير بيك (Beck, 1993) إلى أن سلوك العزلة

يتطور عند الفرد بسبب التشوهات المعرفية التي يتبناها، لذلك ترى هذه النظرية أن العزلة تكون بفشل

الفرد في التفكير بطريقة عقلانية، أو غير مشوهة

٢، ١، ٢، ٢ إتجاه "ألبرت إليس" Albert Ellis في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

واضع هذه النظرية هو "ألبرت إليس" (Ellis, 1982) ، ففي بداية الخمسينيات بدأت قناعة

"إليس" وثقته في التحليل النفسي في الهبوط، مما دفعه إلى البحث عن طريق جديد له في المدرسة

الفرويدية الحديثة، ومنها إلى العلاج النفسي الموجه بالتحليل، وزاد اهتمامه بعد ذلك بنظرية التعلم

والاشتراط، الأمر الذى جعله أكثر فاعلية ونشاطاً، وقد بدأ "إليس Ellis عام ١٩٥٤م طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي، وذلك تأسيساً على نموذج فلسفي أكثر منه على نموذج نفسي، وقد بدأ الكتابة عن أسلوبه الجديد في سلسلة من المقالات منذ عام ١٩٦٢م، عندما نشر كتابه "العلاج النفسي" Reason and Emotion in PsychotheraPy ويركز إليس في علاجه على التفكير، والحكم، والتقدير، والتحليل، والفعل (بتصرف) .

هذا ويحدد "إليس" عام ١٩٧٣ ثلاثة عشر محكاً للسواء النفسي، ومن خلال هذه المؤشرات والتي إذا ما توفرت في الفرد فإنه يكون في صحة نفسية وسواء نفسي وهذه المحكات هي:

١- الاهتمام بالذات:

فالفرد الذى يتمتع بالصحة النفسية لا يضحى بنفسه من أجل الآخرين على حساب نفسه، ولكن يهتم بالآخرين ويعطف عليهم، ويستمتع بالحرية، ويسعى لتحقيق أهدافه.

٢- قيادة النفس: فالفرد الذى يتمتع بالصحة النفسية يحل مشاكله بنفسه، ويتعاون مع الآخرين ويساعدهم.

٣- تقبل الإحباط وإمكانية التعامل معه بواقعية.

٤- المرونة في الأفكار والأفعال.

٥- توجيه الذات والاعتماد على النفس

٦- بقاء الفرد سعيداً على الرغم من عدم تأكده مما يحمله له المستقبل.

٧- القدرة على تحقيق الذات والسعادة على المدى الطويل.

٨- التعهد ببذل محاولات خلاقية.

٩- القدرة على التفكير العلمي.

١٠- الواقعية.

١١- تقبل الذات غير المشروط.

١٢- يجعل رغباته مقبولة على المستوى الاجتماعي.

١٣- الشعور بالمسئولية الذاتية: عن الأفعال الشخصية، وعدم لوم الآخرين، أو التبرير بسبب الظروف البيئية (عزة عبد الكريم، ٢٠٠٤م: ٥٥).

ويرى "كوري" (Corey, 1991: 234) أن "إليس" يعتبر من رواد النموذج المعرفي السلوكي، وهناك من يعتبر أن نظريته في "النموذج العقلاني الانفعالي السلوكي" النظرية الأولى في النموذج المعرفي السلوكي وأن النظريات الأخرى في هذا المجال بما في ذلك نظرية العلاج المعرفي لـ "بيك" ونظرية التعديل المعرفي للسلوك لـ "مكناوم Meichenbaum" ليست سوى نظريات معدلة من نظرية "إليس" أو حتى مجرد امتداد لها.

وقد عمل "أليس" أيضاً على الدمج بين الاتجاهين المعرفي والسلوكي بشكل واضح لا لبس فيه، وهو الأمر الذي دفعه إلى إضافة مصطلح "السلوكي" إلى مسمى أسلوبه العلاجي عام ١٩٩٣م؛ ليصبح النموذج العقلاني الانفعالي السلوكي؛ إذ يرى أن أسس وقواعد النموذج العقلاني الانفعالي

السلوكي، لا تختلف في جوهرها عن تلك التي وضعها منذ البداية لذلك الاتجاه العلاجي (Gerrow,

1991: 570).

ويُرجح "إليس" نشوء الضغط النفسي إلى ما تعلمه من أفكار غير عقلانية من ذاته وأسرته والمجتمع، أو خلال فترة الطفولة، وأشار "إليس" إلى الأفكار أنها تتكون من جزئيين، وهما:

الأفكار اللاعقلانية: وتعتبر هي المسؤولة عن إحداث الاضطرابات الانفعالية للفرد والسبب في معظم الأعراض المرتبطة بالضغط، حيث تسيطر على تفكير الفرد وتوجه سلوكه، وهي عبارة عن معارف وأفكار غير واقعية وغير مرنة في طبيعتها، وغير ملاءمة لأنها تؤدي إلى نتائج سلبية.

الأفكار العقلانية: وتكون منطقية ومتسقة مع الواقع وتساعد الفرد على تحقيق أهدافه والتوافق النفسي والتحرر من الضغوط والانفعالات، وهي تؤدي بالفرد إلى الأبداع والإنجاز والإيجابية والتفاعل الاجتماعي مع الآخرين، واستبدال الأفكار اللاعقلانية الباغته بالضغط بفكرة عقلانية تقلل من الشعور بالضغط (حسين وحسين، ٢٠٠٦م).

ويرى "إليس" أن هناك تداخلاً وتشابكاً بين الانفعال والتفكير، وأن الفرد يفكر ويشعر ويتصرف في ذات الوقت، ونادراً ما يحدث أحد هذه المكونات دون الآخر وعلى ذلك قام "إليس" بتقديم إحدى عشرة فكرة لا عقلانية هي التي تسبب الاضطرابات المختلفة، والتخلص من هذه الاضطرابات يكمن في تعديل هذا التفكير اللاعقلاني، ولذلك قدم نموذج المعروف A B C، حيث يربط بين الحدث أو المنشط (A) بالنتائج الانفعالية (C) من خلال الاعتقادات والتفكير (B). وهكذا فإنَّ العلاج العقلاني الانفعالي يهدف إلى جعل المريض واعياً بمعتقداته غير العقلانية، والنتائج الانفعالية غير المناسبة لتلك المعتقدات

(عبدالله، ٢٠٠٠م: ٧٢).

فنيات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: يمكن تقسيم الفنيات العلاجية التي تستخدم في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي التي تمارس في تعديل الأفكار اللاعقلانية، وممارسة الأساليب ذات الفاعلية كالاتي:

وأهم هذه الفنيات التي تساعد العملاء على أن يغيروا من أفكارهم ومعتقداتهم الخاطئة وغير المنطقية واستبدالها بأفكار أكثر واقعية ومنطقية وعقلانية، فالعلاج العقلاني الانفعالي يستخدم طرقاً وتكنيكات كثيرة مأخوذة من طرق العلاج المعرفي، مثل التحليل المنطقي للأفكار اللاعقلانية، والتعلم، والمناقشة، وتوقف الأفكار، والتشتت العقلاني (الفقى ، ٢٠٠٠م : ٤٤)

فنية (A-B-C) : يقوم المعالج بتدريب وتعليم المريض استخدام فنية (A-B-C) من خلال تعلم أن النشاط الذي يحدث عند (A) يساهم في الانفعال عند (C) والتفكير المسبب للانفعال عند (B)، وأن يتعلموا كيفية التعرف على الفرق بين التفكير العقلاني واللاعقلاني، وأن يعرفوا أن السبب في اضطراباتهم الانفعالية، وسلوكياتهم السلبية هي الأفكار اللاعقلانية تجاه المواقف، ثم مناقشة ودحض الأفكار اللاعقلانية، وتعديلها، وإحلال أفكار منطقية، وأكثر عقلانية محلها حتى يصل الفرد إلى استجابات سلوكية وانفعالية فعالة وبناءة، كما يستخدم في العملية العلاجية إعادة التشكيل والتصحيح اللغوي الذي يعتمد على أنه بدلاً من أن يقول المريض على سبيل المثال: (أنا شخص عصبي؛ لأن الناس تتصرف معي بغباء)، يقول اخترت أن أغضب نفسي بتلك الأفعال السيئة التي يقوم بها الآخرون Jonathan, (2003).

الأساليب الانفعالية: ومن هذه الأساليب لعب الدور، ولعب الدور المعكوس، والنمذجة، والوعظ العاطفي، ومهاجمة الخجل، والحوار الذاتي، واستخدام البشاشة والعلاقات بين الشخصية (انطون ستور، ١٩٩١م، ٢٢).

الأساليب السلوكية: ومنها الواجبات المنزلية، والاسترخاء، وأساليب الاشتراط الإجرائي كالتعزيز والعقاب، والتخيل الانفعالي العقلاني كأن يتخيل الفرد نفسه في موقف الانفعال أو موقف مخاطرة عالية وقد قام بتغيير مثل هذا الموقف أو الانفعال إلى موقف أقل حدة أو أقل انفعالاً، وما يمكن أن يتوقف على ذلك من انفعال سلبي صحي، وقدرة على المواجهة والتعامل مع الموقف السلبي (أشرف عبده، ٢٠٠٣م: ٧٤).

ومما سبق يتضح أن الإرشاد العقلاني الانفعالي السلوكي يعد طريقة شاملة لمساعدة الأفراد في أن يعيروا عواطفهم وسلوكياتهم المختلفة أولاً بإدراكها، ثم تعدل تلك المعتقدات والمواقف التي تخلق هذه الأفكار والحالات غير المرغوبة، وعملية التعديل والتغيير تتم بطريقة طبيعية في بيئته العادية، مما يمكن المسترشد من مساعدة نفسه حتى بعد توقف العلاج، وأيضاً تعليم المسترشد مجموعة من الفنيات والخطط المعرفية والانفعالية والسلوكية المتصلة والكاملة؛ لمواجهة ضغوط الحياة، بما فيها من الاضطرابات والأعراض المرتبطة بالقلق، وهكذا نجد أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يستخدم لمساعدة الأفراد على أن يطوروا أنفسهم ويتعرفوا بطريقة أكثر عملية على طريقة التعامل مع أفكارهم ونقدها فيطورون أنفسهم ويتعرفون بطريقة أكثر عملية على طريقة التعامل مع أفكارهم ونقدها (Ellis, 2003: 103)، كما أوضحت ذلك بعض الدراسات مثل دراسة (Kimberly et al., 2000)، ودراسة (Leukefeld, et al., 2002)، ودراسة (Merith, 2001)، أن النموذج المعرفي السلوكي يعطى أساليب وطرق التعامل مع القلق.

٣، ٢، ١، ٢ إتجاه ميكنيوم في التعديل السلوكي المعرفي

واضع هذا اتجاه "دونالد هربرت ميكنيوم" Meichanbaum عام ١٩٤٠م، ودرس في طفولته الأولى في مدينة نيويورك، وحصل على الدكتوراه في الفلسفة، وكانت البداية لتطور البحث والنظرية في أسلوبه المعرفي الخاص بتعديل السلوك والعلاج النفسي (سيد، ٢٠٠٤م: ٢٨).

وتتضمن عملية العلاج وفقاً لاتجاه ميكنيوم ثلاث مراحل وهي:

المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية: يقوم المريض هنا برصد وتحديد ما لديه من أحاديث سلبية ذاتية أو تخيلات غير مناسبة، ويركز على استجابته وردود أفعاله الفكرية والانفعالية والاستجابة الفسيولوجية، وما يتصل بتفاعله الشخصي من سلوكيات، وهذا يزود المريض بإعادة تصوره للمشكلة، وتعريفها بما يساعده على الفهم الدقيق لتلك المشكلة، مما يعطى مفاهيم، ومعاني جديدة، ومختلفة للأفكار، والمشاعر والسلوكيات (إبراهيم، ٢٠٠٥م: ٦٧).

المرحلة الثانية: توليد سلوكيات جديدة تتنافر مع السلوكيات القديمة: في هذه المرحلة الثانية من عملية العلاج يدرك المريض خلال هذه المرحلة أن ما يردده لنفسه من حوارات داخلية يجب أن تعمل على توليد سلوكيات جديدة تناهض السلوكيات غير المتوافقة والمراد تغييرها، على أن يؤثر هذا الحوار الداخلي على توليد سلوكيات جديدة مما يؤثر على أبنية المريض المعرفية، ويؤدي إلى تغيير السلوكيات غير المرغوب فيها (الصدقي، وعبد الخالق، ٢٠٠٢م: ٦٨).

المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية المتصلة بالتغيير: أما المرحلة الثالثة من عملية العلاج فتتلخص في أن يدرّب العميل على سلوكيات المواجهة، والأحاديث الذاتية بصفة يومية، ولا يكتفي بالتركيز على المهارات السلوكية فقط، بل يتمّ التركيز على الأحاديث الذاتية بصفة يومية، ويتمّ التركيز أيضاً على

الأحداث الداخلية، والأبنية المعرفية الجديدة، وبالتالي يحدث تطوير وتعديل للجوانب المعرفية التي تتعلق بالتغيير المطلوب (بيرمان، ٢٠٠٤م: ٩٥).

وعلى الرغم من مساهمات رواد العلاج المعرفي السلوكي "بيك وإليس وميكنيوم" في تطور العلاج المعرفي السلوكي، كان هناك أيضاً أعمال أدت بشكل أو بآخر إلى تطور هذا النوع من العلاج، على سبيل المثال وليس الحصر أعمال "مينون" Minnon عام ١٩٩٠م، و "سيدني" Sidney عام ١٩٩٦م، و "لازاروس" Lazarrus عام ٢٠٠٠، في التأكيد على أهمية التفكير في تطور السلوكيات الجديدة وأيضاً إسهامات جولتيب، "هامين" Hammen عام ٢٠٠٢م، في إضفاء صبغة استعرافية على العلاج السلوكي من خلال كتاباته عن التحكم المعرفي في السلوك.

يركز التعديل المعرفي السلوكي (Meichenbaum) لماكينيوم على تغيير الجانب اللفظي أو الشفوي (Self verbalization) وطبقاً لرؤية ماكينيوم فإن الأفكار، أو الجمل والتعبيرات التي يخاطب بها الفرد نفسه تؤثر على السلوك بنفس الأثر الذي تتركه تعبيرات شخص آخر، والتركيز الرئيسي ل (CBM) هي أن العملاء - كمتطلب لتغيير السلوك - يجب أن يلاحظوا أنفسهم كيف يفكرون ويشعرون ويسلكون وكذلك يلاحظون الأثر الذي يتركونه على الآخرين (الخطيب، ٢٠٠٧م).

ويعتمد "ماكينيوم" على الافتراض المتمثل في أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته والتي توجهه بافتراضات متنوعة، كالأستجابات البدنية، وردود الفعل الانفعالية، والمعرفية، والتفاعلات البيئشخصية، ويعتبر الحوار الداخلي الذاتي أحد هذه الافتراضات (Meichenbaum, 1974).

فالحديث الذاتي المرتبط بموقف الضغط النفسي والقدرة على المواجهة، له تأثير في سلوك الفرد في

هذه المرافق، وقد صاغ ماكينيوم طريقتين حظيت في الإرشاد والعلاج المعرفي السلوكي بأهمية كبيرة، وهما:

١- التدريب على التعليم الذاتي (Self-Instruction training)

٢- التدريب على التحصين ضدّ الضغوطات النفسية (Stress inoculation training)

وتناول الباحث عن للتدريب على التحصين ضدّ الضغوطات النفسية، وتعد هذه الطريقة مهمة من طرق التعديل المعرفي السلوكي، وقد طورها مايكيبوم سنة ١٩٨٥م بهدف مواجهة مواقف الضغوط والإجهاد بشكل عام، وبشكل خاصّ تحت مظهر المواجهة (رضوان، ٢٠٠٩م)، وذكر "ماكينيوم وتيرك" (Meichenbaum & Turk, 1987) إن التحصين ضدّ الضغوط يشبه التحصين الطبي الذي يؤدي إلى الحماية من المرض، فالتحصين ضدّ الضغوط يزيد الفرد بالمهارات التي تمكنه من التعامل مع المواقف الضاغطة المستقبلية، وهي عبارة عن تطعيم السلوكيات والمظاهر النفسية ضدّ الضغوط، حيث تعمل على تكوين أجسام مضادة تسمى مهارات المواجهة (حمدي، ١٩٩٩م)

ويتألف التحصين ضدّ الضغوط النفسية من ثلاثة مكونات: (Meichenbaum, 1974: 248)

١- تعريف المسترشد بطبيعة المواقف الضاغطة، وردود أفعاله اتجاهه.

٢- جعل المسترشد يتدرب على مهارات التكيف السلوكية والمعرفية.

٣- مساعدة المسترشد على استخدام مهارات التكيف في مواجهة المواقف الضاغطة في الواقع.

٤، ٢، ٢ خصائص النموذج المعرفي السلوكي

١، ٤، ٢، ٢ دينامية النموذج المعرفي السلوكي

تستخدم الأساليب المعرفية لتحدي الأفكار المعطلة ولتطوير تفكير تكيفي أكثر واقعية، ويهتمّ العلاج المعرفي بالتخلص من الأعراض التي تشتمل على سلوكيات سلبية تتعلق بالمشكلة، وبعض الاختلالات المنطقية.

وفي دينامية النموذج المعرفي يقوم المعالج بعملية تقدير وتصوير للمشكلة (للتشخيص)، ويحدد مع المريض الأهداف، وفي الحالات المرضية يأخذ المعالج دوره مباشرة. (Richard, 2007)

وقد أشار "ألين" (Allen, 2000) إلى أن النموذج المعرفي يقوم على ثلاثة مفاهيم أساسية، وهي: التجريب المشترك، والحوار السقراطي، والاستكشاف الموجه.

التجريب المشترك "المتعاون" Collaboration empericalism: فتكون العلاقة العلاجية تعاونية (متعاضة)، وتتطلب تحديداً مشتركاً لأهداف العلاج، ويصبح المعالج والمريض باحثين مشتركين يحصان الدليل الذي يؤيد أو يرفض الجوانب المعرفية للمريض، ويستخدم الدليل الإمريقي؛ لتحديد ما إذا كانت هناك عمليات معرفية معينة تخدم أي غرض مفيد، وتخضع الاستنتاجات الأولية للتحليل المنطقي، ويتضح التحيز في التفكير (التفكير المنحاز) مع زيادة وعي المريض بالمصادر البديلة للمعلومات، وتدار هذه العملية كمشاركة بين المريض والمعالج مع زيادة دور أي منهما حسب الحاجة.

الحوار السقراطي Socratic dialogue: فيقوم على تساؤل باعتباره أداة مفضلة في العلاج

المعرفي، وتعتبر طريقة الحوار السقراطي هي الطريقة المفضلة للتساؤل، ويعد المعالج بعناية مجموعة من

الأسئلة تهدف إلى :

١- توضيح وتحديد المشكلات.

٢- المساعدة على التعرف على الأفكار، والتخيلات، والفروض .

٣- تمحيص معاني الأحداث بالنسبة للمريض .

٤- تقدير نتائج الإبقاء على الأفكار، والسلوكيات غير التكيفية .

ويهدف الحوار السقراطي إلى أن يصل بالمريض إلى خلاصات منطقية قائمة على أساس من الأسئلة التي وجهها المعالج، ولا تستخدم الأسئلة كمصيدة للمرضى، وذلك لتوجيههم إلى استنتاجات حتمية أو لمهاجمتهم، وإنما تساعد الأسئلة المعالج على فهم وجهة نظر المريض وتوضع بحساسية بحيث يمكن للمرضى أن ينظروا لافتراضاتهم بشكل موضوعي، وبغير دفاعية (Meichenbaum, 1979: 55).

الاستكشاف الموجّه directive exploration: فإنّ العميل يعدل اعتقاداته أو أفكاره غير التكيفية، ويعمل المعالج هنا كدليل يعين السلوكيات المشكّلة، والخطأ في المنطق بإعداد خبرات جديدة (تجارب سلوكية) تؤدي إلى اكتساب مهارات، ومنظورات جديدة.

ومن خلال الطرق المعرفية والسلوكية. فإنّ المريض يكتشف أساليب أكثر تكيفاً للتفكير والسلوك، وهذا الاكتشاف الموجّه يتضمن ألا يقوم المعالج بدفع المريض على أن يستخدم المعلومات والحقائق والاحتمالات للوصول إلى منظور واقعي.

٥، ٢، ٢ أهداف العلاج المعرفي السلوكي

وقد أوضح كلٌّ من (Richard, 2007) و (Peterson, 2000) أهداف العلاج المعرفي السلوكي

وهي:

تحديد واختيار السلوك المضطرب والأفكار الآلية الخاطئة، وزيادة اهتمام المريض بنفسه وتقبله لذاته وتقبله للتفكير العقلاني المنطقي، ومساعدة المريض على التخلص من الأفكار السلبية عن طريق إيجاد أفكار بديلة صحيحة، والتدريب على الاستجابات المعرفية السلوكية الجديدة، وتغيير طريقة التفكير السلبي (الإجراء المعرفي الخاطئ) بتفكير أكثر ملاءمةً ونضجاً، والجدول ٢،١ يوضح ذلك.

جدول ١، ٢: طرق التفكير

تفكير سلبي خاطئ	يؤدي إلى	تفكير ناضج
تفكير من زاوية واحدة	يؤدي إلى	زوايا متعددة
تفكير مطلق	يؤدي إلى	نسبي
تفكير متجمد	يؤدي إلى	متغير ومرن
تفكير انفعالي	يؤدي إلى	واقعي

٢، ٢، ٦ استخدامات النموذج المعرفي السلوكي

يستخدم هذا النموذج في علاج بعض الأمراض النفسية، وهي:

١- الاكتئاب، أثبتت الدراسات أن ٧٠ - ٨٠% من مرضى الاكتئاب يتحسنون بهذا العلاج

لمدة لا تقل عن سنتين، وهذا معدل يفوق استعمال مضادات الاكتئاب، ويفضل تجنب هذا

العلاج في حالات الاكتئاب المصاحبة للفصام، والخرف الشديد، أو الهوس الحاد.

٢- حالات العصاب (القلق - الخوف - الهلع - الهستيريا - الوسواس القهري - الكرب).

٣- الاضطرابات السلوكية والانحدارات الاجتماعية .

٤- حالات البارانويا وبعض حالات الفصام المستقرة .

٥- الاضطرابات الجنسية والاضطرابات النفسجسدية .

٦- علاج الإدمان والتدخين.

٧- اضطرابات الأكل.

٨- الاضطرابات النفسية.

٩- بعض اضطرابات الشخصية خاصة البيئية (Scott, 1988).

يمكن الاعتماد على العلاج المعرفي السلوكي بمفرده في الحالات الآتية:

- في حالة عدم الاستجابة للعلاج المعرفي بمفرده.

- في حالة استجابة جزئية للعلاج بالعقاقير.

- وجود أعراض شبه جسدية شديدة .

- وجود ميول انتحارية مع الاكتئاب .

- وجود ضلالات، أو اضطرابات الذاكرة (Froggott, 2003: 202).

وأجرى عبد الرحمن (٢٠١٠م) دراسة بمستشفى الأمل بجدة، من واقع مراجعة جميع ملفات المرضى

الذين التحقوا ببرنامج وحدة تعديل السلوك (ج)، والتي يتعرضون فيها لبرنامج معرفي سلوكي، مقارنة

بالوحدة (ب)، وأوضحت النتائج أن متوسط التوقف عن التعاطي كان لدى الوحدة (ج)، يزيد خمسة

أضعاف مقارنة بالمجموعة الأخرى، وقد توقف حوالي ثلث المرضى بالوحدة (ج)، عن التعاطي لفترة

تتراوح حتى ٩٠ يوماً، مقارنة بـ ١١,٧% لدى العينة المقارنة، كذلك توقف ما نسبته ٣٣,٩%، من مرضى (مدمني) الوحدة (ج)، لفترة تتراوح من ٩٠-٣٩٥ يوم، مقارنة بـ ١,٤% فقط لدى العينة المقارنة، مع وجود توقف لأكثر من عام عند مَنْ التحقوا ببرنامج العلاج المعرفي السلوكي، يقابله فشل في التوقف الطويل لدى العينة المقارنة.

وقد أجرى "كافا وساير" (Kavaa & Saer, 2001)، دراسة في أستراليا، بهدف معرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى الإدمان، ودلت النتائج على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي خلال ٦ أشهر، وخلال ١٢ شهراً في أثناء المتابعة، أن هناك انخفاضاً ملحوظاً في الإدمان على الكحول. وقد قام (قواقنة، ٢٠٠٧م)، بدراسة لمعرفة أثر برنامج إرشادي في علاج الإدمان لدى الطلبة المدمنين، وأثر برنامج معد للطلبة ولأولياء أمورهم في الوقت نفسه، وكان الهدف من الدراسة مساعدة الطلبة في التخلي عن السلوكيات الإدمانية، والاندماج في الحياة بصورة طبيعية، وأظهرت الدراسة الفروق لصالح المجموعة الثالثة.

أيضاً قام "مارك كيلي" (Mark Keely et at., 1994)، بدراسة بعنوان العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الإدمان على المخدرات، ودلت النتائج على وجود فروق ذات دلالة بين أفراد المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة من حيث تقدم المجموعة الأولى في برنامج اكتساب عادة التوقف عن المريجوانا والتبغ. وهناك أيضاً دراسة قام بها "آزين وآخرون" (Azeen, al, et., 1994) ، بعنوان إعداد برنامج تربوي للوقاية من تعاطي المخدرات، وأظهرت النتائج على حدوث تحسن كبير نتيجة العلاج السلوكي وذلك في مقياس الاكتئاب.

وقد أشارت كلٌّ من عثمان وقطمان (٢٠١٢) في دراسة بعنوان فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية مهارات تأكيد الذات، وخفض مستوى الإدمان لدى المدمنين، أظهرت متوسطات إجابة العينة التجريبية تطوراً في تأكيد الذات، وانخفاضاً في متوسط الإدمان عن المتوسطات السابقة لتطبيق البرنامج، وبشكل دالّ إحصائياً عن متوسطات المجموعة الضابطة.

وقد قام أيضاً كلٌّ من "هال وآخرون" (Hall et al., 2001)، بدراسة عن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي لعلاج المدمنين المتكررين على العيادات الخارجية، وقد هدفت الدراسة إلى مقارنة مجموعة من المرضى المتكررين على العيادات الخارجية بأحد مراكز الإدمان، وطبق عليهم برنامج معرفي سلوكي ساعدهم على إتمام عملية التعافي، وأظهرت النتائج على المقياس التبعي أن نسبة الرجوع إلى استخدام المخدر والانتكاسة قد قلت جداً مقارنة بالمجموعة الضابطة، وقد تغيرت طريقة تفكير المجموعة التجريبية، وأظهرت المجموعة الضابطة حالات انتكاس عديدة، وأيضاً أظهرت المجموعة التجريبية تحسن في مستوى التعامل مع المواقف الضاغطة.

٧، ٢، ٢ مميزات النموذج المعرفي السلوكي

من أهمّ مزايا النموذج المعرفي السلوكي كما حددها "ألبرت إليس"، حيث إنه يستخدم فنيات سهلة مبسطة مثل القدرة على الاجتماع، والإقناع بما يناسب عقل ومنطق المريض وثقافته، ويسعى للكشف عن الأفكار السلبية، والمعتقدات اللاعقلانية التي تكمن وراء العصاب ومهاجمتها، ويسعى لتغيير فكرة المريض عن نفسه، وفحص ما يقوله لنفسه داخلياً، ويعدله، ويحلّ محلّه الفكرة الصحيحة، ويتعرض للأسئلة، والجمل الموجودة داخل المريض، ويمكنه من التخلص منها، ويحصن المريض ضدّ الأفكار غير العقلانية الأخرى التي يحتمل أن يتعرض لها مستقبلاً، ويكسبه أفكاراً عقلانية، ومهارات اجتماعية،

ونفسية جديدة، وساهم النموذج المعرفي السلوكي من خلال اهتماماته بالأفكار والمشاعر في التقارب بين العلاج السلوكي الخالص، وبين العلاجات الدينامية (Meichenbaum, 1997) ؛ محمود، ٢٠٠٣ ؛ غانم، ١٩٩٨ ؛ اليحيى، ٢٠٠٣ م).

٨، ٢، ٢ المواصفات الفنية للنموذج المعرفي السلوكي :

- ١- المعالج له دور إيجابي فعال.
- ٢- العلاج المعرفي السلوكي علاج نفسى قصير المدى، عدد جلساته حوالي ١٠ - ٣٠ جلسة مرة أو مرتين أسبوعياً بحد أقصى (أربعة - ستة) أشهر .
- ٣- مدة الجلسة ٤٥ - ٦٠ دقيقة .
- ٤- على المعالج أن يكون متفاهماً، حنوناً، صادقاً مع نفسه ومع المريض، متفاعلاً مع المريض.
- ٥- من الممكن أن يطبق العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي الفردي، والجماعي والزواجي، والأسرى، وعلاج الأطفال (Chris Williams, 2002).

٩، ٢، ٢ مواصفات المعالج الذى يستخدم النموذج المعرفي السلوكي:

- ١- أن يكون مستمعاً جيداً للمريض، وقادراً على توجيه أسئلة هادفة له.
- ٢- أن يكون قادراً على الموازنة بين ما يريد أن يعرفه من المريض وما يريد أن يقوله المريض.
- ٣- أن يجيد فنَّ المواجهة (Empathy) .
- ٤- أن يكون مرناً ومباشراً وغير سلبى .

٥- أن يكون قادراً على معرفة أزمة المريض دون التدخل لعلاج الأزمة في كل جلسة.

٦- أن يكون لديه مهارات توصيل المعلومة بما يتناسب مع المستوى الثقافي للمريض.

٧- أن يكون متدرباً على مهارات وفتيات العلاج المعرفي السلوكي لمدة سنة على الأقل قبل ممارسته

(Wahed, 2004: 78).

١٠، ٢، ٢ دور المعالج في النموذج المعرفي السلوكي:

على المعالج في هذه المدرسة أن ينتبه إلى الألفاظ التي يستعملها المرضى ويعيد استخدامها لهم بشكل يتضح منه كيف أنها كانت ومازالت مصدر اضطراباتهم العاطفية والانفعالية، وعلى المعالج أن يبين لهم أن ما يستخدمونه من جمل وكلمات إنما هي جمل وكلمات غير منطقية وغير واقعية، وعليهم أن يقنعوا أنفسهم بجمل أخرى أكثر صدقاً وأكثر عقلانية، وأقل تدميراً للذات، أي أنّ المعالج الفعال يكشف للمريض عن تفكيره غير المنطقي سواء في حاضره أو في ماضيه، ويعلمه كيف يعيد ترتيب أفكاره بصورة غير مدمرة لذاته في المستقبل، ويجب عليه أن يكون لديه القدرة والمهارة الأفكار السلبية غير العقلانية من كل مريض، ومن ثم يستطيع استبدالها بأفكار إيجابية (خليل، ٢٠٠٠م: ٤٥ - ٤٦).

يقوم المعالج بتدريب وتعليم المريض مهارات جديدة تساعد على تغيير سلوكه السلبي، وتساعد على التحكم في الذات، وعلى المعالج أن لا يأخذ دور القاضي والحكم على المريض، ويجب أن يكرر بعض النقاط بأساليب مختلفة حتى يتأكد من إيصال المعلومة للمريض، والحكم على المريض، ويجب أن يكرر بعض النقاط بأساليب مختلفة حتى يتأكد من إيصال المعلومة للمريض.

إنّ المعالج المعرفي يختلف عن المعالج السلوكي باعتبار أنّ المعالج المعرفي مهتم بالأسباب التي تجعل

لهذه الأحداث السلبية مثل هذه المعاني الحادة بالنسبة للمريض، فعلى سبيل المثال "برغم أن

الانفصال breakup، أو انهيار العلاقة يؤدي عادة إلى الحزن لدى العديد من الناس، فنحن نختلف في المعنى الذي نلصقه به أو ننسبه إليه، وقد تؤدي مخططات المريض (أو مسائل الإصابة والتعرض) به أو بما لأن يلصق أي عدد من المعاني للاختيار (أو الانفصال) مثل النخلي abandonment، وعدم الجدارة unworthiness، والعجز helplessness، والتفاهة Unlovability، وعدم الحب emptines، وفي المقابل قد ينشط مخططات إيجابية مثل التحرر liberation، أو الاستقلال autonomy "(خليل، ٢٠٠٠م: ٤٥ - ٤٦).

١١، ٢، ٢ دمج العلاج المعرفي في العلاجات النفسية الأخرى

وقد أوضح كلٌّ من (Gardenswartz & Craske, 2001) و(صبرى، ٢٠٠٨)، أن الهدف هو تطبيق أفضل أساليب العلاج النفسي بما يتناسب مع الظروف المحيطة بالمريض ونوع مرضه ومستوى ثقافته وتعليمه ودرجة استبصاره، وهذا يعني أن على المعالج النفسي استخدام خبراته ومهاراته ومعلوماته بدون التقييد بالمفاهيم الإطارية للمنهج المعرفي، وذلك بإدماج المداخل العلاجية الأخرى مثل المداخل البيولوجية، أو السلوكية، أو التحليلية، وهذا يؤدي إلى شيء من المرونة أثناء تطبيق المدخل المعرفي، ويؤكد أنّ الأسلوب العلاجي الأمثل سوف يطبق على المرضى كلٌّ على حدة.

١ - إضافة العلاج البيولوجي (Biological therapy)

بالرغم من التقدم الهائل في كيمياء الأعصاب، وعلم الوراثة، والتقنيات التي تكشف عن أغوار المخ، إلا أنّ العلاجات الدوائية الحديثة للأمراض النفسية مازالت لا تحقق الأمل المطلوب في الشفاء، ويظهر لها بعض التأثيرات الجانبية غير المرغوب فيها، مما يحتم التدخل بالعلاج النفسي الذى يحسن الأعراض

المرضية حتى بعد توقف العلاج الدوائي، وسيشير الباحث إشارة بسيطة إلى بعض المدارس التي ساهمت في علاج الإدمان .

٢- إضافة العلاج السلوكي (Behavior therapy)

الفكرة الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تعتمد على كيف يفكر المريض، وبماذا يشعر، وماذا يفعل، ففكرة العلاج المعرفي السلوكي هي المدخل التعليمي، و الفكرة الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي تعتمد على كيف يفكر المريض، وبماذا يشعر، وماذا يفعل، ففكرة العلاج المعرفي السلوكي هي المدخل التعليمي النفسي مع تدريب المريض على مهارات جديدة تساعد على التكيف في كلّ أموره الحياتية مما يتطلب إلمام المعالج السلوكي بالعديد من المهارات اللازمة لذلك (Glasser, 1981: 37).

٣- إضافة المدخل التحليلي (Psychoanalysis)

حتى لا يصبح المريض مثل الآلة التي تتلقى معلومات ومهارات من المعالج عن طريق العلاج المعرفي، أي (حتى لا تكون العلاقة بين المعالج والمريض علاقة ملقي ومتلقي)، على المعالج إدخال الجانب التحليلي في بعض الجلسات حتى تنشأ علاقة علاجية أقوى تسودها المودة، مما يجعل المريض يتقبل بسهولة المدخل المعرفي، وكذلك ربما التحليل النفسي يساعد في إخراج الأفكار السلبية الكامنة عند المريض، لذا فإدماج العلاجات النفسية له فائدة كبرى في تحسن المريض، فالعلاج الدوائي يخفف من الأعراض المرضية، والعلاج المعرفي السلوكي يساعد على تعليم المريض مهارات حلّ المشكلات، والتكيف في الأزمات والسيطرة على النفس، والعلاج التحليلي يساعد على المزيد من استبصار المريض بنفسه، وخلق علاقة ودية بين المعالج والمريض (القواقنة، ٢٠٠٧م: ١٩).

١٢، ٢، ٢ فنيات العلاج المعرفي السلوكي

وقد تبني الباحث نظرية العلاج المعرفي السلوكي كون أنه أسلوب علاجي حديث ويتسم بالواقعية وكيفية التعامل مع الأفكار الخاطئة والمشوهة، والتي تصلح بشكل كبير في تعديل السلوك، وإحلال الفكرة الإيجابية مكان السلبية، و أيضاً تهتم بصفة أساسية بالمدخل المعرفي للاضطرابات النفسية، ويهدف هذا الأسلوب إلى إزالة الألم النفسي وما يشعر به الفرد من ضيق وكرب، وذلك من خلال التعرف على المفاهيم والإشارات الذاتية الخاطئة، وتحديدتها والعمل على تصحيحها، ومن ثم تعديلها، ويتوقف تحقيق هذا الهدف على وجود علاقة علاجية دافئة بين المعالج والمريض، الذي يجب أن يتصف بالقبول والتقبل والود والدفء، والتعاون، والمشاركة الوجدانية، وأن يقوم المعالج بتدريب المريض وتعليمه على كيفية التعرف على المشكلات وحلها، وعلى مكوناتها الأساسية، وأسبابها وعلاقتها بالاضطرابات (Summerfeldt & Antony, 2002).

وهناك العديد من الأساليب العلاجية التي تستخدم لإنجاح العلاج المعرفي السلوكي منها:

١- فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها

يقصد بالأفكار التلقائية، تلك الأفكار التي تسبق مباشرة أي انفعال غير سار، وهذه الأفكار تأتي بسرعه كبيرة وبصورة تلقائية، وأحياناً وبدون أن يلاحظها الشخص، وهي أفكار غير معقولة، وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، والأفكار التلقائية هذه دائماً ما تكون ذات صفة سلبية لحدث أو حاله معينة، وبالتالي تؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة في النهاية وتهدف هذه الفنية إلى محاولة التعرف على تلك الأفكار، ومن ثم يسجل الواجبات اليومية على ورقة وبدون فيها كل الأفكار التلقائية التي مَرَّت بذهنه في كل يوم يمر به، وتعتبر هذه الواجبات اليومية جزءاً من العلاج (الجبلى و اليحيى، ١٩٩٦م)، ويرى "بيك" (Beek, 2000) أن الشخص قد يكون غير مدرك تماماً

للأفكار التلقائية التي تؤثر كثيراً على أسلوب المريض، وشعوره، ومدى استمتاعه بخبراته، غير أنه يستطيع بشيء من التدريب أن يزيد إدراكه لهذا الأفكار، ويتعرف عليها بدرجة عالية من التناسق، وفي هذه الفنية يطلب المعالج من المريض أن يركز على تلك الأفكار والصور التي تسبب له ضيقاً لا مبرر له أو تدفعه إلى سلوك سلبي انهزامي، ونجد أن الأفكار التلقائية تزداد قوة وبروزاً بزيادة شدة المرض.

ويرى "كروسنيك، كورتين" أنه في الاضطرابات النفسية الشديدة تكون الأفكار واضحة كما هو في الحالات الشديدة من الاكتئاب، والقلق، والبارانويا، ففي القلق مثلاً نجد أن هواجس المريض تتعلق بالخطر، أما الأشخاص الذين يعانون من اضطرابٍ خفيفٍ في المشاعر والسلوك فقد تخفي عليه الأفكار التلقائية، وبالتالي لا تجذب انتباهه رغم فعلها في شعوره وسلوكه، وفي هذه الحالات يستطيع الشخص بشيء من التركيز أن يظهر هذه الأفكار بسهولة ويتعرف عليها، وتبدو هذه الظاهرة بوضوح في مرضى الاضطرابات النفسية الخفيفة، وكذلك الشأن في حالة الأشخاص الذين يحاولون تجنب المواقف التي تضايقهم، وتزعجهم كالرهابيين، التي تجعل بعض المرضى يجدون صعوبة في التعرف على هذه الأفكار (Chrosniak & Cortina, 2000).

أولاً: قد يتعود المريض على استخدام هذه الأفكار بصورة آلية ويعتقد أنها أفكار معقولة مما يجعله لا يهتمُّ بها.

ثانياً: تؤدي الخيالات المرئية دوراً بارزاً في اضطرابات القلق، وقد تكون فترة ظهور هذه الخيالات قصيرة جداً (أقل من الثانية)، مما يجعل الفرد لا يعي أن يتذكرها بالإضافة إلى ذلك قد تكون الأفكار المرتبطة بالقلق غريبة (مثلاً يرى واحد نفسه وهو ميت، أو يصرخ بينما ينظر إليه الآخرون بذهول)،

وهذا يجعل بعض المرضى يترددون كثيراً في المناقشة قبل ان يعرفوا أن مثل هذه الأفكار شيء طبيعي مع القلق المرتفع.

ثالثاً: نظراً لأن الأفكار المرتبطة بالخطر تؤدي إلى القلق يحاول بعض المرضى تفاديها بطريقة ظاهرة أو باطنية، وقد يحاول المريض عندما يعي صورة أو فكرة مرتبطة بمأساة متوقعة كبت هذه الصورة، أو التخلص منها بسرعة عن طريق إشغال نفسه، أو الابتعاد عن الموقف، وهذا يجعل تذكر الصورة أو الفكرة بوضوح أمراً صعباً، وفي مثل هذه الحالات من الأفضل أن يصبرّ المعالج بلطف على طرح الأسئلة حتى تستثار الأفكار المفيدة التي يستطيع المعالج استخدامها للتعرف على دقة الخيالات، أو الأفكار التي ذكرها المريض.

وهناك العديد من الفنيات التي تساعد المرضى على تحديد أفكارهم التلقائية السلبية، ومن أشهر هذه الفنيات طريقة مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية، واستخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية:

١- مناقشة أحداث الخبرات الانفعالية

٢- استخدام التخيل لإعادة الخبرة الانفعالية

٣- فنية المراقبة الذاتية

٤- فنية المتصل المعرفي

٥- فنية الجدل المباشر

٦- فنية التعريض

٧- فنية التخيل

٨- فنية صرف الانتباه

٩- فنية ملء الفراغ:

١٠- فنية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه

١١- فنية وقف الأفكار

١٢- فنية اختبار الدليل

١٣- فنية التدريب على الاسترخاء

من خلال العرض السابق للعلاج المعرفي السلوكي نجد أن مؤسس هذا العلاج أرون بيك Beck، بدأ استخدام العلاج المعرفي مع مرضى الاكتئاب، ونظراً للنجاح الذي حققه هذا الأسلوب جعله يستخدمه مع اضطرابات أخرى غير الاكتئاب، ويعتبر هذا الأسلوب العلاج "المعرفي السلوكي" من أحدث الأساليب العلاجية وأكثرها استخداماً في مجال العلاج النفسي، فهو عبارة عن مظهر تنطوي على العديد من أنواع العلاجات التي تتشابه في جوهرها، وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات، على الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه العلاجات إلا أن أشهرها هو التصورات الشخصية لكيلي Kelly، والعلاج العقلاني الانفعالي "إليس" Ellis والعلاج المعرفي "لبيك" Beck، وأسلوب حلّ المشكلات عند "جولد فريد" Gold Fred، مع ذلك يرى بعض العلماء أن العلاج المعرفي السلوكي ارتبط باسم "أرون بيك" Beck، وهذا النوع من العلاج يقوم على نوعين من الأساليب العلاجية أحدهم أسلوب العلاج المعرفي، والآخر العلاج السلوكي، وسمي بالعلاج المعرفي السلوكي، وهذا الأسلوب يركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات الخارجية وتفسيراته لها وإعطاء المعنى، وهذا النوع من العلاج يهدف إلى تعديل الجوانب المعرفية المشوهة، والعمل على أن يخلّ محلّها طرق تفكير أكثر إيجابية، ويرى "أرون بيك" أن هذا الأسلوب العلاجي يقوم على فكرة مؤداها أن ما يفكر فيه الفرد وما يقوله حول نفسه، وكذلك اتجاهاته وآرائه ومثله، تعد جميعها بمثابة أمور مهمّة وذات صلة

وثيقة بسلوكه الصحيح أو المريض، وأن ما يكتسبه الفرد خلال حياته من معلومات ومفاهيم وصيغ للتعامل يستخدمها جميعاً في التعامل مع المشكلات النفسية المختلفة التي قد تعترض حياته، ويقوم هذا الأسلوب العلاجي أيضاً على إعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تقوم على العوامل المعرفية التي تؤثر في السلوك، وبذلك نجد أن هذا الأسلوب العلاجي منطقي وعملي في علاج الاضطرابات النفسية .

ويذكر كلٌّ من إنجرام و برايس (Ingram & Price, 2001) أن هذا الأسلوب العلاجي يتميز عن غيره من العلاجات النفسية بأنه الأكثر انسجاماً مع مستجدات البحوث التي تصدر عن الباحثين في علم النفس المعرفي، وعلم النفس الجنائي وغيرها من العلوم ذات العلاقة بالعمليات المعرفية لدى الإنسان، كما أن "بيك" وزملاءه قد طوروا نظرية معرفية يعتمد عليها العلاج المعرفي السلوكي كأساس يحدد على ضوءه نوع الفنيات التي تستخدم في هذا العلاج، وأن من نقاط القوة لهذا الأسلوب أن بيك قد أنتج لنا علاجاً ماهراً من أفضل أنواع العلاجات النفسية باختلاف منطلقات النظرية، واستفاد من العديد من الأفكار والأساليب التي يرى أنها تساعد على نجاح أسلوبه دون الإخلال بالمسلمات التي بنى عليها نظريته، ومن ذلك مفهوم فرويد حول البناء الهرمي للاستغراق (عمليات أولية، وعمليات ثانوية)، ومحاولة اكتشاف خيوط مشتركة في انفعالات وأقوال المريض، وكذلك مفهوم ما قبل الشعور.

كما استفاد من مفهوم نظرية التطورات الشخصية "الكيلوي" واستفاد أيضاً من التركيز على مشكلات محددة في اللحظة الراهنة عند ريجز وإليس Riggs, Ellis، وأسلوب روجرز Rogers في طرح الأسئلة في العلاج المتمركز حول العميل، كما استفاد أيضاً من المدرسة السلوكية في بناء المقابلة، وجدول

الجلسات واستحثاث وجهات نظر المريض، وتحديد الأهداف، وتعريف المشكلة إجرائياً، وفحص الواجبات المنزلية.

ومن مميزات هذا الأسلوب العلاجي أنه يتعامل مع كل حالة حسب ظروفها حيث تتم صياغة مشكلة كل مريض بناءً على النموذج المعرفي الخاص بالاضطرابات التي يعاني منها، كما أن فاعلية العلاج المعرفي السلوكي غير مرتبطة بالعمر أو الدخل (الحالة الاقتصادية)، أو الخلفية الاجتماعية أو المستوى التعليمي للمريض، بالإضافة إلى ذلك يطبق العلاج المعرفي في كثير من بلدان العالم كعلاج أساسي أو كعلاج مساعد لجميع الأمراض تقريباً، كما أن العلاج المعرفي السلوكي يتميز بتعدد فنياته المعرفية والسلوكية لدرجة قد يصعب عرضها جميعاً في هذه الدراسة، فبالإضافة إلى ما ذكر من الفنيات المعرفية السلوكية إلا أن هناك العديد من الفنيات لم يتم التطرق لها مثل أسلوب حل المشكلات، والتدريب على المهارات الاجتماعية، والنمذجة المعرفية وغيرها من الفنيات الأخرى.

وعن الفنيات التي تناولها الباحث الحالي فبعضها له دور في تحديد، وفحص الأفكار التلقائية لدى المريض والعمل على إيقاف أو خفض تلك الأفكار المزعجة للمريض، فالباحث الحالي يستخدم بعض هذه الفنيات في التدخلات العلاجية، وتدريب المريض عليها أثناء الجلسات العلاجية أو عن طريق الواجبات المنزلية لما لها من أهمية في إزالة أو تخفيف أعراض اضطراب القلق، أو أعراض اضطراب الذهان الاجتماعي، ولا تقل كل فنية من فنيات العلاج المعرفي السلوكي أهمية عن الأخرى، وعلى سبيل المثال، قد فحص بارلو (٢٠٠٢م) ستين مريضاً باضطراب القلق و الهلع دون رهاب الخلاء، تم توزيعهم عشوائياً على واحد من أربع ظروف علاجية هي: الاسترخاء التدريجي، والتعرض وإعادة الصياغة المعرفية، والاسترخاء المختلط مع التعرض، وإعادة الصياغة المعرفية، ومجموعة ضابطة على قائمة الانتظار، وقد

أظهرت كل مجموعة من مجموعات العلاج النشط انخفاضاً جوهرياً وأساسياً متساوياً في القلق العام، بينما ظلت درجات المجموعة الضابطة دون تغير (ديفيد دوزويس و كيث دوسون، ٢٠١٣ : ٢٨٣).

ومن خلال هذا العرض أيضاً نخلص إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي، ودوره في خفض القلق، وان العلاج المعرفي السلوكي، يفوق العلاج لدوائي وخاصة في فنيات منع الانتكاسة من حالات القلق، بما يتضمنه من طرق وفنيات للمتابعة المستمرة، وأنه علاج موجه، نحو الاستبصار، وعند مقارنة هذا النوع من العلاج بالعلاجات الأخرى كالعلاج التحليلي النفسي، والعلاج السلوكي، وُجد أنّ العلاج والإرشاد المعرفي السلوكي أكثر تفوقاً وفاعلية من أنواع العلاجات الأخرى، حيث يعتمد على إيجابية المريض، وتعديل أفكاره مما يتيح تغييره وتغيير البناء المعرفي لديه، مما يكون له أكبر الأثر في استمرار حياته وسلوكياته في ضوء ما تعلّمه من طرق المواجهة والتكيف، ميكالان وآخرون (Mclean et, al., 2001) ، ويؤكد علي (٢٠١٤م) دور العلاج المعرفي السلوكي في تنمية بعض المهارات اللازمة لتأهيل السلوكيات الإنسانية.

والبحت الحالي استخدم فيه بعض الفنيات المعرفية والسلوكية التي قدم الباحث لها شرحاً مبسطاً، وذلك حسب ظروف الجلسات العلاجية والمريض، ومدى استيعابهم لهذه الفنيات التي تمّ التركيز عليها، مثل فنية الاسترخاء، وفنية التعريض، وفنية الواجبات المنزلية، وفنية التخيل، وفنية المراقبة الذاتية، وفنية الحوار الذاتي. فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج القلق لدى المدمنين.

أشار "آرون بيك وآخرون" (Beck et al., 1993)، إلى إمكانية تطويع فنيات العلاج المعرفي السلوكي في التعامل مع المدمنين، وأن العلاج النفسي الصحيح هو الذي يأخذ في اعتباره كيفية التعامل مع مشاعر المريض خاصة تلك المتعلقة بالمدمنين القلقين (Jelly & Herny, 2002)، وأوضح (مارك

ووردن، ١٩٩٤) أن العلاج المعرفي السلوكي يساعد المدمن من التخلص من مشاعر الاكتئاب، وهو الشعور الشائع لدى مريض الإدمان، وأثبتت نتائج دراسة الأسمرى (٢٠١٧م) صحة ما افترضه الباحث حول فاعلية المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات لدي عينة من المراهقين المتعافين بالسعودية وأثره على التوافق النفسي.

ويتعامل نفس هذا النوع من العلاج مع ميكانيزم الإنكار، وأوضحت العديد من الدراسات مثل دراسة (Leukefeld & Ted & James, 2002)، ودراسة (Cosden & Risk, 2001) أن العلاج المعرفي السلوكي يعطى أساليب وطرق التعامل مع القلق، ومشاعر الذنب والحجل والغضب والضغوط، وأيضاً نوبات الانفعال والتسرع وتقلب المشاعر، وعدم القدرة على توكيد الذات، والعزلة الاجتماعية والدونية المفرطة، وتدريب المدمن في التعامل مع عيوبه وتقبلها حين السيطرة عليها، والتعامل معها.

١٣، ٢، ٢ عرض لبعض النظريات التي ساهمت مع البرنامج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان وعلاقتها .

هناك العديد من النظريات التي سعت إلى تفسير الاعتماد على العقاقير، ومنها نظرية التحليل النفسي، والنظرية السلوكية، والنظرية النفسية الاجتماعية.

١، ١٣، ٢، ٢ نظرية التحليل النفسي .
وتفسر هذه النظرية الاعتماد على العقاقير في ضوء القهر، وفي ضوء الاضطرابات التي تحدث في مرحلة الطفولة المبكرة، وتشمل هذه الاضطرابات عمليات الإشباع العضوية في المرحلة الفمية، وعملية النمو الجنسي من المرحلة الفمية حتى المرحلة القضيبية، والتي يحتل فيها نضج الأنا، وتظهر فيها مخاوف عديدة مثل: الخوف من عدم الإشباع، والخوف من الخضاء، ومن الاستمناء الطفلى وما يصاحب ذلك

من مشاعر الإثم، فضلاً عن اضطراب علاقات الحبّ بين المدمن ووالديه، وظهور ثنائية العواطف، وتحول موضوع الحبّ الأصلي إلى موضوع حبّ العقار(درويش، ١٩٩٦م: ١٠٣).

ونظرية التحليل النفسي فسّرت العزلة الاجتماعية على أنّها: سلوك سببه نقص القدرة على الاختلاط الاجتماعي والأسري، وعدم القدرة على مواجهة الحالات النفسية الفكرية، وهي تركز على الفرد بذاته وتدفعه إلى الانعزال الاجتماعي، ويترجم ذلك بالبعد عن الناس.

وقد تبني الباحث هذه النظرية لتفسير دور العزلة الاجتماعية في انتكاسة مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة، و تأثير العزلة الاجتماعية في المتغيرات (الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وعدد مرات الانتكاسة، وعدد مرات التعاطي، وعدد مرات دخول السجن، وعدد سنوات الإدمان) لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة.

وقد قامت عدّة نظريات بتفسير العزلة الاجتماعية، منها نظرية التحليل النفسي التي فسّرت دور العزلة الاجتماعية في انتكاسة مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة، وتأثير العزلة الاجتماعية في المتغيرات (الحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، وعدد مرات الانتكاسة، وعدد مرات التعاطي، وعدد مرات دخول السجن، وعدد سنوات الإدمان) لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة.

تناولت مدرسة التحليل النفسي ظاهرة الإدمان منذ نشأتها لمؤسسها الأول العالم " سيجموند فرويد"، وقد أسهم إسهامات كثيرة ومتنوعة في الكشف عن الدوافع الكامنة لتعاطي المخدرات، وألقى الضوء على صورة المدمن من وجهة نظر التحليل النفسي (عسكر، ٢٠٠٤م).

وتفسّر هذه النظرية الإدمان على تعاطي المخدرات بأنه يرتبط باضطراب في الشخصية دون أن يكون هذا الاضطراب مصحوباً بأي اعراض مرضية عقلية، ويتمثل الإدمان بهذه الصورة في المبالغة في تعاطي المخدر حتى ييطل فعل مراكز الكف في الجهاز العصبي المركزي، فيقوم الفرد بعمل أشياء وأمور غير مقبولة، من قبل القيم والتقاليد الاجتماعية، ولا تتفق هذه الأعمال، ولا تتناسب مع طبيعة الموقف الموجود فيه الفرد، إذ تتسم بالغرابة والشذوذ، وإذا وصل الفرد إلى حالة الاعتیاد أو الاعتماد الفسيولوجي في تعاطي المخدر، فإنّ هذه الظاهرة بلا شك ترجع لاضطراب في شخصية الفرد (أبو النيل ، ١٩٩٩م).

ويرى الغريب (٢٠٠٦م) في تفسير مدرسة التحليل النفسي للإدمان بأنه :

- (١) تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة.
 - (٢) تعويض عن إشباع شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية.
 - (٣) سلوك يعبر عن فقدان المعايير الاجتماعية.
 - (٤) التعاطي للمخدرات مظهر من مظاهر الاضطرابات والسلوك الشاذ.
- فتعاطي المخدرات والإدمان عليها وفق هذه النظرية "هو نتيجة إحباط لا يقوى الراشد على مواجهة آثاره النفسية بحلٍ واقعي مناسب، سواء أكان ذلك نتيجة لضخامة الإحباط، أو لاستعداد نشوئي قوامه عدم القدرة على احتمال الإحباط، والأغلب أن يكون ذلك مزيجاً من العاملين معاً، فتؤدي نتائج الإحباط الصدمي للنفس إلى توتر يؤدي إلى النكوص، وظهور أنماط من السلوك تميز مراحل الطفولة خلاصاً من الموقف المحبط، ولذا فإنّ التعاطي أو الإدمان ما هو إلا عملية هروبية، تعني تدمير جانب من جوانب الموضوعات، وجانب من المشاعر، ومن الأنا الذي يجنب هذه المشاعر، أي تزوير الواقع النفسي وإنكاره (غانم، ٢٠٠٥م).

الإدمان ما هو إلا نكوص لمرحلة الطفولة ومبدأ اللذة، والنظريات التحليلية المعاصرة تعتمد على نظرية العلاقات، والتي تفسر الإدمان كاستجابة لاحقة لقصور في بناء الذات وكميكانيزم تكيفي، وبهذا فهو يعتبر محاولة من قبل الفرد للقضاء على القصور في الشخصية منذ الطفولة، والتفاعلات المضطربة مع الوالدين من المراحل الأولى من الحياة، كما تفترض نظرية التحليل النفسي أن التعاطي والإدمان ما هو إلا محاولة ذاتية؛ لتطبيب الذات (Self medication)، وهي أحد التيارات السيكوديناميكية الحديثة، ويُعد العالم كهانتيين (Khantzian) وهو رائد هذا الاتجاه، الإدمان بالنسبة له ليس مجرد الهروب من المشاكل، أو الرغبة في الإحساس بالنشاط أو تدمير الذات، فالإدمان في هذه الحالة هو نوع من التطبيب الذاتي للتخلص من المشاكل النفسية، والألام الانفعالية، وعلى الرغم من هذه الجهود من العلاج الذاتي، إلا أنها محكوم عليها بالفشل لما لها من المشاكل والتعقيدات، والأنماط غير الثابتة من التعاطي (القضاء، ٢٠٠٤م).

ويذكر غانم (٢٠٠٥م: ٥١) "إن وجهة نظرية التحليل النفسي في تفسير الإدمان تشتمل على فكرتين: الأولى في الصراع بين القوى الغريزية، والأنا أو الأنا الأعلى، والثانية بين الأنا المعيبة أي نقص أو ضعف في تكوين الأنا، مما يضطرها إلى البحث عن وسائط تدعم موقفها في مواجهة الحياة، فإنه يجب أن ينظر إليهما باعتبارهما متكاملين، فنقص الأنا سوء استخدام الميكانيزمات الدفاعية يخلق دفاعات عصابية، ومن ثم يجب تحليل تلك الميكانيزمات بدقة وشق الطريق خلالها؛ للوصول إلى تكيف صحي، لذا يعتبر بعضهم أن فاعلية العلاج بالتحليل النفسي للإدمان أو الاضطرابات الناتجة عنه تكون ضئيلة".

"وتقوم سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي على أساسين، يتمثل الأساس الأول في صراعات نفسية تعود إلى الحاجة إلى الأمن، والحاجة إلى إثبات الذات والحاجة إلى الإشباع الجنسي

النرجسي، وعليه ففي حالة فشل الفرد في حلّ تلك الصراعات فإنّه يلجأ إلى التعاطي، ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدّر، وتفسّر نظرية التحليل النفسي ظاهرة الإدمان في ضوء الاضطرابات التي يتعرض لها الفرد في طفولته المبكرة التي لا تتجاوز السنوات الثلاث، أو الأربع الأولى، كما تفسّرها أيضاً باضطراب العلاقات الحبيبة في مرحلة الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه التي تتضمن ثنائية العاطفة، أي الحب والكراهية للوالد في الوقت ذاته، وهذه العلاقة المزدوجة تسقط وتنقل على المخدّر عندها يصبح المخدّر رمزاً لموضوع الحبّ الأصلي الذي كان سابقاً يمثل الخطر والحبّ معاً، وترى هذه النظرية أنّ المدمن يلجأ إلى التعاطي من أجل طلب التوازن بينه وبين الواقع الذي يكاد أن يتعرّض فيه، فيجد في المخدّر سنداً له يساعده في حفظ ذلك التوازن" (عبد المنعم، ٢٠٠٣م: ٨٣-٨٤).

٢، ١٣، ٢، ٢ النظرية السلوكية.

وتفسّر هذه النظرية الاعتماد العقاقيري بوصفه عادة شرطية، وأنه نوع من الإثابة المدعمة المرتبطة باستخدام عقار ما، وأن هذا التدعيم الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي اشتها العقار، وتصبح هذه العادة متلازمة من السلوكيات المتكررة، يستعصى ويصعب تغييرها في كثير من الأحيان (مُجد، ٢٠٠١م: ٦٥)، وتعتبر المدرسة المعرفية السلوكية من المدارس الحديثة في مجال علم النفس بصفة عامة، وفي مجال العلاج النفسي بصفة خاصة، حيث "بدأ الاهتمام بالاتجاه المعرفي السلوكي مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين، ولم يكن ذلك الاهتمام وليد المصادفة، ولكنه كان بمثابة تصديق لفكرة أن الناس لا يضطربون بسبب الأحداث، ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من أفكار" (الشنأوي وعبد الرحمن، ١٩٨٩: ٢١١).

ولقد تنبه علماء المسلمين للدور الذي يؤديه التفكير في توجيه سلوك الإنسان، وفي سعادته، وفي شقائه، وقد اتصفت آراؤهم في هذا الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية، والعوامل التي تتأثر

بها وتؤثر فيها، وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به. فقد أوضح "ابن القيم" قدرة الأفكار، إذا لم يتم تغييرها، على التحول إلى دوافع، ثم إلى سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد كبير، وقد أشار "الغزالي": " إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه، ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة، ولم يخلُ التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير، ليس فقط في توجيه السلوك، ولكن في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور " لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا". (المحارب، ٢٠٠٠م: ٤-٥).

ويذكر (كمال، ١٩٩٤م: ٢٨٥-٢٨٦) أنه "مع بداية النصف الأخير من القرن العشرين بدأ الاهتمام الفعلي بالجوانب المعرفية ودورها في الاضطرابات، وفي العلاج النفسي، فقد نشأ أسلوب العلاج المعرفي ضمن حدود العلاج السلوكي، وكان نشوء هذا الأسلوب نتيجة التدمير وعدم الرضا الذي ساد بين بعض العاملين من خارج أصحاب المدرسة السلوكية، وقد بُني هذا التدمير والنقد للمدرسة السلوكية وتقنياتها على أساس أنها مدرسة ميكانيكية مادية، وبأنها لا تأخذ الحياة النفسية والعقلية للفرد بعين الاعتبار، لا في فرضياتها ولا في تطبيقاتها العملية العلاجية، فجاء التطور الجديد بتوجه الاهتمام إلى ما يحمله الإنسان في ذهنه من أفكار، وما يتوجه به من مواقف نحو المحيط والأشياء، وما يستجيب به من مسالك وعواطف، وضرورة أخذ هذا كله بعين الاعتبار في العملية العلاجية".

فالعلاج المعرفي السلوكي عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع العلاج التي تتشابه في جوهرها وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات. وعلى الرغم من أنه من الممكن رصد أكثر من عشرين نوعاً من هذه الأنواع إلا الباحث سوف يتحدث عن أشهرها.

والنظرية السلوكية (Behaviourism Approach) تؤكد على أنَّ معظم مظاهر السلوك الاجتماعي وأشكاله المختلفة بما فيه سلوك العزلة الاجتماعية إنما يتَّم تعلّمه كما يتمّ تعلّم أي سلوك اجتماعي آخر (Bass, 1985: 50)، وتتركز النظرية السلوكية على كلّ أنواع السلوك المتعلّمة، فالفرد يقوم بسلوك معين؛ لأنه تعلم أنه يعزز على ذلك السلوك، فسلوك العزلة في نظرهم متعلم، فالسلوكية ترى أن الفرد عبارة عن تنظيم معين من عادات اكتسبها، وتعلّمها، حيث يرى "سكنر" (Skinner) أن السبب الرئيسي في نشوء سلوك العزلة هو البيئة، فاذا أردنا أن نتخلص من سلوك العزلة، يجب علينا أن نتأكد أن العزلة لم يلقَ تعزيزاً (الشناوي، ٢٠٠٥م).

والفرد يطور هذا السلوك في ضوء مفاهيم الدافعية Motivation ، والتعزيز Reinforcement ، والمثير Stimules ، والاستجابة Response ، وأن العزلة الاجتماعية هي العملية التي فيها يتجنب الفرد الذكريات المؤلمة التي يرى أنها من الممكن أن تتعزز أو تنشط كلّما اتسعت أو تعمقت دائرة علاقاته الاجتماعية التي كان قد كوّنّها أو سوف يكوّنّها مع الآخرين (Keneth. et. Al.,1999: 102).

ويشير باندورا (Bandura, 1973) إلى أنَّ العزلة الاجتماعية هي نتيجة لعدم امتلاك الفرد أو لفقدانه للمهارات الاجتماعية (Socials Skill) التي تعزز من ارتباطه بالآخرين، وأن هناك عوامل بيئية ، وشخصية تؤثر في هذا السلوك ، فالتفسيرات التشاؤمية ، والانهزامية ، وطرائق التفكير غير الموضوعية حول الذات ، والناس والأحداث التي يمرُّ بها مثل الصدمات العاطفية المرتبطة بحالات الانفصال، والتمل، أو فقدان شخص عزيز هي التي تُسهم في عزلة الفرد وانسحابه من العلاقات الاجتماعية (Keneth et al., 1999 ؛ المصري، ١٩٩٤) ، وأن مقدار ما يقدمه الآخرون من مساندة

ودعم اجتماعي هو الضمان الأكيد لعودة الفرد إلى دائرة علاقاته الاجتماعية (Keneth et al., 1999: 200).

يعزو أصحاب النظرية السلوكية ظاهرة تعاطي المخدرات إلى "رغبة الأفراد في التخفيف من مشاعر الألم، والغضب، والضييق والقلق، فالمخدرات تساعدهم في التخفيض كل هذه الأنواع من المشاعر، فالأفراد الذين يتعاطونها يحصلون على جانب كبير من الشعور الصادر (التعزيز الإيجابي) وبالتالي يميلون للإدمان وتعاطيه المستمر" (عبد المنعم، ١٩٩٨م: ٧٨).

كما يعتبر الاتجاه السلوكي سلوك الإدمان نتاج لتاريخ محدد من عمليتي تعلم تناول المادة المخدرة، والنمذجة وهي تأتي من خلال قيام المعنى بتقليد سلوك تناول المخدر لأحد أفراد العائلة، أو آخر خارجها في المجتمع العام (عبد الستار، ١٩٧٤م).

وقد أشارت دراسة "ولكر" (welkler) التي أكدت أن سلوك الإدمان ينتج من خلال تقليد الأفراد للمحيطين بهم، بحيث وجد أن هناك ارتباطاً تقدر نسبته (١٨,١٣%) بين تعاطي الآباء للمخدرات والمهدئات وتعاطي الأبناء إما نفس العقاقير أو غيرها وذلك بحكم أن الأب أو الأم هما النموذجان الأولان اللذان يقتديان بهما الأطفال وحتى المراهقين كما يرى "لند سميث" (lind smith) أن سلوك الإدمان مثله مثل السلوكيات الأخرى فهو متعلم من خلال الاشتراط، وهو مشابه بكثير للطريقة التي يسيل لعب كلاب "بافلوف" من صوت الجرس، فالإدمان سلوك متعلم من خلال التعزيز السلبي الناتج عن أعراض المنع، وأيضاً التعزيز الإيجابي الناتج عن الأثر المريح للمخدر، فمنه يتعلم السلوك باقتران الاستجابة مع التعزيز، فلو تحقق المدمن من أن قلقه وضيقه وتوتره ناتج عن غياب المخدر، واستطاع

الحصول على جرعة تجعله يتغلب على هذه المشاعر لازداد حباً للمخدر، وعاود الإدمان من جديد بعد فترة منع وحدوث الانتكاسة (walkler & keuon, 1980).

لقد توصل الاتجاه السلوكي إلى تفسير ظاهرة الإدمان، وذلك باعتبار الإدمان سلوك متعلم من البيئة المحيطة بالفرد، إلا أنها لم توضح لماذا يبدأ الفرد بالتعاطي من البداية؟ ولماذا يتعاطى فلان دون غيره؟ وهل بمجرد وجود المخدر يكون الإدمان نهاية حتمية؟ أن أهمّ المفاهيم الأساسية التي يتركز عليها الاتجاه السلوكي هي عملية المثير والاستجابة، وهي التي تتركز عليها عملية النمو والتعلم، ومن أهمّ النظريات التي تندرج تحت النظرية السلوكية هي:

- الاتجاه السلوكي المتعلم: وتقوم هذه النظرية على تفسير الإدمان على أساس أن المبدأ المؤكد هو أن الأشخاص سوف يكررون الأفعال التي كوفئوا عليها، وسوف يمتنعون عن الأفعال التي لم يكافئوا عليها أو عوقبوا عليها، وتعاطي العقاقير وإدمانها سلوك متعلم، فالفرد الذي يشعر بالقلق ويتعاطى المخدرات يشعر بالهدوء والسكينة، ويعتبر إحساسه هذا دعماً لتناوله هذه المواد في المرات التالية، مع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الانسحاب المرعج (فايد، ٢٠٠٦م).

ويشير المغربي (١٩٨٦م) إلى أن الشخص المتوتر أو القلق، يشعر بالهدوء والسكينة والتخدير والاسترخاء عندما يتعاطى المخدرات، مما يدفعه لتكرار الفعل عدة مرات؛ ليحصل على الشعور نفسه، ومع استمرار التعاطي يصبح الجسم بحاجة إلى مزيد من تلك المواد، حتى لا تحدث عند المرء آثار الامتناع "مضاعفات سحب العقار" فيدرك من نفسه ضرورة استمرار تعاطيه لتلك العقاقير، وفجأة يجد نفسه يوماً قد أصبح في عداد المدمنين وخصوصاً أن أصحاب هذا الاتجاه يؤكدون بأن المتعاطي في بداية التعاطي لا يشعر بأي انزعاج أو ضرر، بل ما يشعر به يكون شعوراً إيجابياً، هذا بدوره يحفز عملية تكرار

التعاطي فلو شعر بمشاعر مؤلمة لما عاد لتكرار التعاطي، وعندما يبدأ بالشعور بالمشاعر المؤلمة فإنه يكون قد دخل دائرة الإدمان، وأصبح ارتباطه بالمادة لتسكين الألم.

- الاتجاه السلوكي المعرفي: هذا الاتجاه يركز في تفسيره لظاهرة الإدمان على مبدئين أساسيين هما القهر والتوقعات، حيث يرى المعالجون (السلوكيون- المعرفيون) القهر باعتباره مبنياً على التوقعات والتعلم، إنهم يوافقون على أن مدمني المخدرات سوف يشعرون غالباً أنهم لا يستطيعون التحكم في أي شيء ومن الواضح أن الأفراد الذين يشعرون أنهم لا يستطيعون التحكم يسلكون كما أنهم لا يستطيعون التحكم، إنما يتحدد جزئياً على الأقل بالتوقعات المعرفية الخاصة بتأثير المخدرات، والأنظمة الاجتماعية التي تحكم ردود أفعال الفرد والجماعة للمخدرات (الفايد، ٢٠٠٦م).

- اتجاه خفض التوتر: هذا الاتجاه يقوم على أساس أن أي سلوك يهدف إلى خفض التوتر، وأصحاب هذا الاتجاه يرون بالنسبة لموضوع تعاطي المخدرات والعودة لها هو أن تعاطي المخدرات وسيلة متعلمة لخفض التوتر المشروط والذي يكون متضمناً في البيئات الاجتماعية، والنفسية للمتعاطي.

فالمدمن قد يكون قد تعلم الوسيلة التي من خلالها يستطيع خفض التوتر، فعندما يخضع لعلاج ويتوقف عن تعاطي المخدرات، فإنه في أول موقف حياتي ضاغط يواجهها، فإنه سوف ينتكس للتعاطي مرة ثانية ويبقى يدور في هذه الدائرة حتى يتعلم ويكتسب مهارات تساعد على مواجهة الضغوط والإحباط التي قد يعترض طريق نظافته من المخدرات (الفايد، ٢٠٠٦م).

٣، ١٣، ٢، ٢ النظرية النفسية الاجتماعية.

يقوم تعاطى العقاقير وفق المنظور النفسي الاجتماعي بعدة وظائف مثل تخفيف التوتر، والإمتاع، وتحسين التفاعل الاجتماعي، وإشباع الحاجة للشعور بالقوة، والإبطال المؤقت لتأثيرات الأحداث الضاغطة، ونسيان الذكريات المؤلمة (الزراد و أبو مغيصب، ٢٠٠١م: ٢٣).

تؤكد هذه النظرية على اضطراب علاقات الفرد الاجتماعية منذ طفولته مع الآخرين حيث شعور الفرد بالعزلة الاجتماعية يرجع إلى إساءة الوالدين له في طفولته أو حرمانه من الحب والعطف والتشجيع مما يؤدي إلى شعوره بالنقص نظراً لافتقاره إلى عامل الشعور الاجتماعي السليم كما انه يعود إلى زيادة حرمان الفرد في طفولته من إشباع حاجته للحب والأمن والرعاية من الكبار مما يؤدي إلى اضطراب علاقاته الشخصية المتبادلة فالفرد حيث يخفق في محاولاته للحصول على الدفيء، والعلاقات المشبعة مع الآخرين فإنه يعزل نفسه عنهم، ويرفض ان يربط نفسه بهم ويتحرك بعيداً عنهم (فائق، ٢٠٠٣م: ٥٥).

١٤، ٢، ٢ الإرشاد المعرفي السلوكي Cognitive Behavior counseling.

طريقة مركبة بنائية، محددة الوقت، توجيهية، فعالة يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات مثل (القلق-الغضب-العدوان... إلخ)، ويستند على أساس منطقي نظري مؤداه أن سلوك ووجدان الفرد يحددان بشكل كبير الطريقة التي يتنبأ بها العالم من معارف مختلفة (Beck, 1979,33).

ويركز المنحى المعرفي السلوكي على أنه خلال تعرض الفرد للضغط النفسي يصبح تفكير الفرد أكثر جموداً وتتحدد استجاباته بتلك التشوهات والمعتقدات الفكرية الخاطئة التي يتبناها الفرد خلال تفاعله مع المواقف الحياتية، وسيتم من خلال هذه الدراسة إلقاء الضوء على النموذج المعرفية السلوكية وأرتباطها

بالضغوط النفسية، ومع التطرق إلى بعض الدراسات التي تناولت البرامج العلاجية المعرفية السلوكية

للتخفيف من حدة الضغط النفسي

ولئن كانت الضغوط قضية العصر في كل المجتمعات فإن مجتمع السجن أكثر عرضة للإصابة بالضغوط حيث يحمل هذا الوسط مثيرات وخصوصيات تجعل المحبوس يتفاعل مع هذا المحيط بشكل سلبى كما تؤدي شخصية المحبوس من حيث كيفية مواجهته لهذه الضغوط دوراً جوهرياً في الاستجابة للأحداث الضاغطة في هذا الوسط حيث رأينا أنّ الكثير من السجناء يعانون من حالات ضغط نفسي جراء صعوبة التكيف في فترة احتباسهم، كما وجدنا أن المواجهة غير الفعالة للمواقف الضاغطة والمتمثلة في التقييم السلبى للأحداث الضاغطة في السجن تزيد من حالة الضغط لدى النزير وعليه سنحاول في دراستنا هذه تطبيق أسلوب التعديل المعرفى السلوكى، والمتمثل في إعادة التقييم المعرفى والوعى الانتقائى وكذلك التدريب على الاسترخاء للتخفيف من حالة الضغط النفسى.

ويعتبر النموذج المعرفى السلوكى أحد طرق العلاج النفسى والذي يشدد على أهميته في عملية التفكير والتأثير على المشاعر والسلوكيات، ويذكر "بيك" أن النموذج المعرفى السلوكى عبارة عن مظلة تنطوي على العديد من أنواع الأساليب التى تتشابه في جوهرها، وتختلف في مدى تأكيدها على أنواع معينة من الفنيات الإرشادية" (السواط، ٢٠٠٨م: ٢٢).

وهناك العديد من الطرق التى أدرجها النموذج المعرفى السلوكى منها: العلاج العقلانى الانفعالى السلوكى لـ "إليس" والتعديل المعرفى السلوكى لـ "ماكينبوم" وأسلوب حل المشكلات لـ "جولد فرايد" والإرشاد المعرفى لـ "بيك"، والعلاج متعدد النماذج لـ "لازاروس" ويتطرق الباحث بالتفصيل إلى كل طريقة من طرق النموذج المعرفى السلوكى للضغوط النفسية.

بشكل عام ويرى " أيريك بيك " أنه إذا حاولنا تغيير نمط الأفكار هذه نستطيع أن نساعد هؤلاء المرضى ، وفي علاج الإدمان أيضاً قد اكتشفوا أن المدمنين أيضاً لديهم نمط معين في التفكير، وقد استفاد كلٌّ من " مارليت ، جوردون " مما وصل إليه " إريك بيك " بجانب تطبيق الخطوات الـ ١٢ وقد أوضحت الدراسات أن تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بجانب الـ ١٢ خطوة قد أعطي أعلى نسبة نجاح في العلاج تصل إلى ٦٢% في حين كانت نسبة النجاح في تطبيق الـ ١٢ خطوة فقط ٤٨% والعلاج المعرفي السلوكي فقط ٢٨% .

ويرى الباحث أن التطور الأهم هو ما قدّمه " بيك " في وضع الملامح الرئيسة للعلاج المعرفي السلوكي ، من حيث تأثير الأفكار على الانفعالات والسلوكيات، كما أنه يهدف إلى إقناع العميل أن معتقداته غير المنطقية وتوقعاته وأفكاره السلبية وعباراته الذاتية هي التي تُحدث ردود الأفعال الدالة على سوء التكيف. ويهدف العلاج المعرفي السلوكي إلى تعديل إدراكات العميل المشوهة، ويعمل على أن يُحل محلّها طرقاً أكثر ملاءمةً للتفكير، وذلك من أجل إحداث تغييرات معرفية وسلوكية وانفعالية لدى العميل، وهناك العديد من الدراسات التي تناولت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الضغوط النفسية، و القلق لدى المدمنين المتعافين.

٣، ٢ الضغوط النفسية

تعتبر الضغوط النفسية سمة من سمات الحياة المعاصرة، فإنّ التسارع المتزايد في وتيرة الحياة يوماً بعد يوم يضاعف معه نوعية الضغوط التي يتعرض لها الفرد، إلى درجة تجعل الأفراد أكثر عرضةً للمشكلات والصراعات التي قد يعجز الأفراد عن تجاوزها أو التكيف معها نتيجة لعدم وعيهم بأبعاد تلك الضغوطات وعدم استخدام أساليب فعالة في مواجهتها، إذ يعبر الضغط النفسي عن ردود فعل

فسيولوجية، معرفية، انفعالية، وسلوكية، ناتجة عن تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة والتي قد تسبب خللاً في التوازن الناجم عن عدم قدرته على التواءم مع المواقف الضاغطة. وتعد الضغوط النفسية من الظواهر التي تؤدي حياة الإنسان، حيث تظهر في عدة مواقف للحياة المختلفة، وأصبحت جزءاً من حياته اليومية، ويحتم علينا أن نتعرف على مفهومها وأسبابها المختلفة، وما أعراضها، وكيفية التعامل معها، وأساليب مقاومتها، وتخفيف آثارها كي يتسنى للجميع اكتسابها، مع ذكر الدراسات السابقة ضمن الإطار النظري الذي اهتمت به.

١، ٣، ٢ مفهوم الضغوط النفسية

يعرفها "غريغوري وبوروس" (Gregory & Burroughs, 1989) على أنها العملية التي تكون بها بعض الأحداث الضاغطة التي تثير استجابات وتفاعلات في جسم الإنسان وفي سلوكياته وانفعالاته. وذكر "كانون" (Canon) من جامعة هارفرد الأمريكية الذي وضع مفهوم الضغوط النفسية، أن هنالك الكثير من التغيرات النفسية التي سببها الضغوط النفسية، وأن الإنسان عندما يستجيب لأي خطر ما تكون النتيجة إما القتال أو الهروب من الموقف، والتغيرات الفسيولوجية التي تحدث في الجهاز العصبي السمبثاوي نتيجتها إثارة للضغط النفسي، طبعاً سوف تؤدي إلى زيادة في النشاط لبعض الغدد مثل غدة الأدرينالين مع ازدياد ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وسرعة التنفس، مع زيادة كميات العرق النازلة من جسم الإنسان (Arden, 2002).

وعموماً فإن مصطلح الضغوط النفسية يستخدم على نطاق واسع من حالات الإنسان كرد فعل لتأثيرات مختلفة، وتحدث الضغوط نتيجة العوامل الخارجية والداخلية، مثل الإجهاد الانفعالي، حيث

تظهر هذه الضغوط نتيجة الخطر والتهديد، وتؤدي إلى تحولات انفعالية، وقد تتحول إلى سلوك لفظي وحركي غير متوقع.

ويذكر "لازاروس" (Lazarus, 1993) حول الضغط النفسي أنه يختلف عن مفهوم القلق، وأن بينهم تداخل في الآثار المترتبة عليه، إذ يقول إنَّ هناك علاقة مشتركة في البيئة والفرد نفسة وهذه العلاقة ثنائية في النتيجة، ويؤكد أن للضغوط النفسية موقف يقيم به في عملية التهديد والتي يختلف بها من شخص لآخر.

ويعرف الغرير وأبو أسعد (٢٠٠٩م) الضغوط النفسية هي شدة في الانفعالات أو صعوبات جسدية أو صعوبات عقلية أو صعوبات انفعالية تحدث بسبب توتر الفرد عندما يجد صعوبة في إدارة عملة أو تأخر عن اجتماع مهم وغيره من المواقف، وهناك ضغوط أخرى تبقى لدى الفرد مدة طويلة تشمل المعاناة أكبر من غيرها مثل مرض أحد أفراد العائلة مرضاً عضالاً وغيرها من المواقف، ويحدث الضغط أكثر عندما يأتي فجأةً.

يعرف "اجينوا" (Agnew, 1992) الضغوط النفسية بأنها مجموعة من المثيرات أو الحوادث أو الظروف غير المرغوبة فيها من قبل الفرد، فالانتكاسة والعودة إلى نعاطي المخدرات من وجهة نظر "اجينوا" هي نتيجة الإحباط الناشئ عن الضغوط النفسية والتي تنتج عن:

- الفشل في تحقيق الأهداف الإيجابية، وجود عوائق تمنع الفرد من تحقيق أهدافه.
- تغير مثيرات ذات قيمة إيجابية، والحرمان من تحقيق الإنجازات السابقة، أو فقدان حوافز ذات قيمة إيجابية، فقد ينتج الضغط عن فقدان مصادر الدعم الاجتماعي الإيجابي، حيث يدفع الفرد إلى

محاولة إيجاد بديل أو الانتقام، والثأر من الشخص أو الجهة المسؤولة عن ذلك بالعودة إلى تعاطي

المخدرات (Agnew & Brizena, 2001).

مواجهة مثيرات سلبية: ومن هذه المثيرات التي تشكل ضغوطاً على الفرد والتي تدفعه إلى العودة

لتعاطي المخدرات وخاصة عند الشباب وطرق رفض الوالدين والضبط الزائد عن الحدّ أو الشديداً والإيذاء

والعنف، والخبرات المدرسية السلبية، والعلاقة عند الأقران السلبيين والبطالة أو التهميش في أثناء العمل

والنزاعات الزوجية، وعدم تحقيق الأهداف المرغوب في تحقيقها والتمييز (Williams, 2008).

يعتبر "موراي" المذكور في (الصدقي وعبد الخالق ، ٢٠٠٢م) أن مفهوم الحاجة ومفهوم الضغط

مفهومان أساسيان على اعتبار أن مفهوم الحاجة يمثل المحددات الجوهرية للسلوك، ومفهوم الضغط يمثل

المحددات المؤثرة والجوهرية للسلوك في البيئة، ويعرف الضغط بأنه صفة لموضوع بيئي أو لشخص تيسر أو

تعوق جهوده للوصول إلى هدف معين، ويميز "موراي" بين نوعين من الضغوط هما :

أ- ضغط بيتا Beta Stress: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

ب- ضغط ألفا Alpha Stress: ويشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي.

ويوضح "موراي" أنّ سلوك الفرد يرتبط بالنوع الأول من الضغوط ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل

إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها، ويطلق على هذا مفهوم تكامل الحاجة، أما عندما يحدث

التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشئة فهذا ما يعبر عنه بمفهوم ألفا (الصدقي وعبد الخالق

، ٢٠٠٢م: ١٠٠).

٢، ٣، ٢ خصائص الضغوط النفسية

حدد "براون وموبيرج" (Brown and Moberg) في أربع خصائص مميزة للضغوط النفسية هي:

١- أن الضغط عملية إدراكية في المقام الأول، بمعنى أننا نستجيب لمثير واحد بمستويات متباينة من الضغط.

٢- أن الضغط المدرك يربط بين وجهة نظر الفرد بما يمتلكه من قدرات عقلية وجسدية ومتطلبات الموقف.

٣- أن الضغط محصلة لمدى أهمية الموقف وفقاً للإدراكات الذاتية للفرد.

٤- أن الضغط هو عملية تكيف قدرات الفرد مع متطلبات موقف معين. (الأشقر، ١٩٩٥م)

ولعل أهم خاصية للضغوط هي أنها موجودة في جميع جوانب الحياة، ولا يمكن إقصاؤها عن حياتنا، فلقد أشار "سيلي" إلى أن الموت هو التحرر التام من الضغوط (عبد العزيز، ٢٠١٠م).

٢، ٣، ٣ مصادر الضغوط النفسية

يتكون الضغط النفسي لدى الفرد نتيجة الأحداث التي تضمنت إعاقة الفرد إعاقة واقعية وهدامة لحاجات الفرد وأهدافه، وأن هذه الإعاقة تأخذ شكلاً من أشكال الإحباط والصراع والتضارب لدى الفرد نفسه (Davidson & Cooper, 1983)، وتنشأ الضغوط النفسية بشعور الفرد بالتهديد الذي يتوقع العجز في التعامل معه، ويصبح خطراً عندما يتعلق بذاته، وعندما تخلو حياة الفرد من المثيرات ويصبح

لديه الشعور بالتوتر الشديد (Glass & Singer, 1971)، وكشفت دراسة (Brady & Sonne, 1999)

أن الضغوط النفسية تؤدي دوراً في انتكاسة مدمني المواد الأفيونية

فالضغوط النفسية ليست كلها، بل قد يكون لها فائدة، عندما يريد أن يحقق هدف فيحققه نتيجة الضغوط على الجسم والعقل، لذا صنف العلماء الضغوط إلى ضغوط سارة، وضغوط غير سارة، وقد صنف تحليل "الازروس وآخرين" (1985م) عند ما قاموا بتحليل مقياس الضغوط النفسية ومشتقاته، ووضعها في مصادر عدة هي كالآتي:

- | | | |
|---------------------|-----------------------|---------------------|
| ١- المصادر المنزلية | ٢- المصادر الصحية | ٣- مصادر ضغوط الوقت |
| ٤- المصادر الداخلية | ٥- المصادر المالية | ٦- المصادر البيئية |
| ٧- المصادر الوظيفية | ٨- المصادر المستقبلية | |

وللضغوط النفسية ردود أفعال نفسية وجسمية عند مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة، تظهر على شكل سلوك غير مجيب لدى الأسرة والمجتمع، وبقاء الضغوط النفسية فترة من الزمن بعد العلاج، وحتى يعتبر الحدث ضاغطاً يجب أن يتصف بالخصائص الآتية: (القحطاني، ٢٠٠٧م)

- يؤدي الحدث إلى تغيير، وأن يكون على صلة بأحداث الحياة اليومية.
- يكون الحدث قابلاً للتمييز.
- يكون الحدث ملاحظاً أي بمعنى أن يكون واقعياً مدركاً ليس اعتقاداً أو شعوراً شخصياً.

٤، ٣، ٢ أنواع الضغوط النفسية

تتعدد الضغوط النفسية تبعاً لتعدد مدارس علم النفس؛ لذلك نجد عدّة تصنيفات للضغوط

النفسية، فقد ميز "كوهن ولازورس" (Cohn & Lazareus) بين نوعين من الضغوط:

أولاً: الضغوط الخارجية والتي تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد، وتمتدُّ من الأحداث

البيسيطة إلى الحادة.

ثانياً: الضغوط الداخلية والتي تعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي

والتابع من فكر وذات الفرد (العزير وأبو سعد، ٢٠٠٩م).

بينما يحرصها بعض الباحثين في نوعين هما: الضغوط الإيجابية أو المفيدة، و الضغوط السلبية أو

الضارة، ويقصد بالضغوط الإيجابية: الضغوط المعتدلة التي تؤدي إلى ردود فعل إيجابية لدى الفرد مثل:

الإنجاز والفخر والتغلب على التحديات، أما الضغوط السلبية فتحصل عندما يصل الفرد إلى الحد الذي

يشعر فيه أنه غير قادر على تحمل الضغوط؛ مما يسبب له الضرر في صحته وسلوكه (الرواس،

٢٠٠٣م).

ومن أنواع الضغوط كما يسردها (العاظمي، ٢٠٠٨م):

١- الضغوط الانفعالية والنفسية (القلق، والاكتئاب، والمخاوف المرضية).

٢- الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية والانفصال، والطلاق وتربية الأطفال... إلخ.

٣- الضغوط الاجتماعية كالتفاعل مع الآخرين، وكثرة اللقاءات أو قتلها، والإسراف في التزاور مع

الحفلات.

٤- ضغوطات العمل: كالصراعات مع الرؤساء، وضغوط الانتقال كالسفر، والهجرة والإساءة في استخدام العقاقير والكحول.

ويقسم "أبتر" (Apter) الضغوط النفسية إلى نوعين، وهما:

١- ضغوط التوتر: وهي المشاعر التي تنشأ عندما يدرك الفرد أنّ دافعيته للقيام بعمل ما منخفضة، ومستوى المثير أصبح عالياً، وهنا الفرد يحتاج إلى بذل جهد أكبر.

٢- ضغوط الجهد: ويعني أنّ الفرد يبذل جهداً أكبر للتقليل من ضغوط التوتر. فالعلاقة بين التوتر والجهد إيجابية فكلّما زاد التوتر زاد الجهد للتغلب عليه، كما أن ضغوط الجهد تحدث أحياناً في غياب ضغوط التوتر، كنتيجة للضغوط التي تؤدي إلى ضغوط التوتر، مثال: الشخص ذو المسؤوليات الكثيرة ربما يبذل جهداً أكبر لإنجاز المهام الضرورية؛ لكي يتجنب مشاعر التوتر والقلق (خليفة وعلي، ٢٠٠٨م).

وذكر "أورنيلاس وكلاينر" (Ornelas & Kleiner, 2005) أيضاً نوعين من الضغوط:

١- ضغوط حادة ومباشرة والتي تتكون نتيجة لحدث ضاغط يحدث لمرة واحدة، وغالباً ما يأتي وينتهي بسرعة، مثل التعرض لمواجهة حادة مع شخص ما، أو التعرض لحادث سيارة عنيف.

٢- ضغوط مزمنة (طويلة الأجل): والتي تكون نتيجة سلسلة مستمرة من أحداث ضاغطة مثل:

الشعور بالوحدة، وإنجاز مهام صعبة.

٥، ٣، ٢ علاقة الضغوط النفسية بالانتكاسة

للضغوط النفسية مسببات كثيرة أحياناً تكون مدمرة لحياة الفرد وسعادته، وهي ترتبط بالخبرة للحياة اليومية للفرد، وتنقسم المسببات إلى مسببات داخلية التي تحدث في أعضاء الجسم، ومسببات خارجية في الشخصية، والبيئة، وفي العمل.

ومن المسببات الداخلية للضغوط النفسية التي تحدث في جسم الإنسان الجينات الوراثية التي تؤدي إلى اختلال التوازن في القوة، وتزيد من الضعف البدني مما يصعب عليه القيام بالأعمال المكلف بها، أو الملقاة على عاتقه، أما المسببات الخارجية للضغوط النفسية فهناك مسببات شخصية تكمن في العلاقة الزوجية، والأبناء، والالتزامات المادية والدراسية، والقرين، ومشكلات قانونية، وهناك أيضاً مسببات البيئية مثل الضوضاء، والازدحام، ودرجات الحرارة، أو المكان، وأيضاً توجد مسببات العمل وهي الأعباء الملقاة على عاتقه وتغير الوظيفة، ونقص الدعم، ونقص الاحترام، وقلة التدريب والمعلومات، ونقص الراتب (الدحادحة، ٢٠١٠م).

وأظهرت نتائج دراسة (Boudy&Colello, 2008) أنّ الضغوط النفسية والاجتماعية لها تأثير في الانتكاسة لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، وأنّ مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة قد انتكسوا بعد السنة الأولى من تلقي العلاج، ويصنف الباحث الضغوط النفسية لخمسة عوامل مسببة للانتكاسة لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة وفق مقياس الضغوط النفسية المستخدم في البحث مستندا على الدراسات السابقة، وهي كالآتي:

١، ٢، ٣، ٥ العامل الشخصي

ويقصد به المؤشرات السلوكية الدالة على الضغط النفسي مثل الندم على ما فعله سابقاً فيثور لأتفه الأسباب، ويكون عدوانياً سواء بالكلام أو الأفعال، فيقع في الأخطاء بسهولة، وأوضح "كيزر و بلوك" (Keyes & Block, 1988) أن ضعف القدرة على السيطرة، والتمرد والعصيان، مرتبط بشكل كبير بشخصية المدمن نحو الانتكاسة، واتفق ذلك مع ما أشار إليه "أليسون وأدلف وماتس" (Allison, Mates & Adlaf, 1997) من أن توترات الحياة لمدمني المخدرات التي تؤدي إلى الضغوط النفسية مرتبطة بالإدمان، ووجد "مارلات ولانغ" (Marlatt & Lang, 1982) أن المدمنين عندما تكون شخصيتهم ضعيفة فإنهم يتعاطون كميات كبيرة من المخدرات، ويواجهون مستويات أعلى في الضغوط النفسية.

وعندما لا يستطيع مدمن المخدرات خلال فترة النقاهة مواجهة الضغوط الحياتية فإنه لا يستطيع التكيف مع الحياة مما يؤدي إلى الانتكاسة، وهذا ما وجد "إدوارد" (Edward, 1994) في دراسته أن مستوى الضغط النفسي لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة عندما يكون عالياً قد يسبب الانتكاسة، لأنه يبحث عن الراحة والاسترخاء والهدوء لنفسه.

ويبادر مدمنو المخدرات للعلاج عندما يريدون أن يتخلصوا من تنفيذ الحكم القضائي والخوف من الحبس كدوافع شخصية، ولكن هذه الدوافع هي دوافع مؤقتة، ويمرّ مدمني المخدرات بضغوط نفسية، كما توصل كل من "بلات" (Platt, 1986)، و"دي ليون" (De Leon, 1989) إلى أن نسبة قليلة فقط من مدمني المخدرات الذين تمت دراستهم كان لديهم حياة نفسية سوية، ويؤكد كل من "هارو وفالديراما وماتاو" (Haro & Valderrama, & Matau, 2004) أن الإصابة بالاضطرابات الشخصية الشديدة المعادية للمجتمع لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، مع الإصابة بالاكتئاب الشديد،

وأظهرت دراسة القماش (٢٠١٧م) وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوي (٠,٠١) بين الضغوط الشخصية، وأبعاد الانتكاسة لدى مدمني العقاقير المخدر.

ويرى "أبرمس ونيرا" (Abrams & Niaura) المشار إليهما في الشهري (٢٠٠٥م) أن نظرية سلوك الاجتماعي تفترض أن سلوك المتعلم المتعاطي للمخدرات يعزز إيجابياً أو سلبياً عن طريق الاستشارة، مع المعززات لخفض التوتر، والضغوط النفسية التي يعاني منها مدمنو المخدرات، أو لتحقيق الوصول إلى الإثارة المعززة، أما النظرية التفاعلية فهي تتفاعل مع عدة أنظمة داخل المتعافين، وهي: الشخصية، والبيئة المدركة، والسلوك المؤدي إلى النزاعات.

ويعاني مدمنو المخدرات من عدة أمراض نفسية متعلقة بالضغوط النفسية، منها المزاج واضطرابات النوم، وهذا ما أظهرته نتائج دراسة بركات (٢٠١١م) على أن غالبية مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة انتكسوا، وعادوا للتعاطي أكثر من مرة، ومن أهم أسباب الانتكاسة والعودة للتعاطي هي عدم القدرة على مواجهة المشكلات، والضغوط النفسية، وظهور مشكلات نفسية "القلق والاكتئاب"، وقد أظهرت نتائج دراسة حسين (٢٠١٤م) أن الضغوط النفسية لدى مدمني المخدرات بسجني الهدى، ودار التائبات تتسم بالارتفاع.

ويعتبر تعاطي المخدرات بالنسبة لـ (Mackay, 1991) كمحاولة فاشلة غير فعّالة في التعامل مع وضعيات مشكلة مختلفة، وقد تمثل هذه السلوكيات امتداداً لنمط من التعامل سابق الوجود، لهذا يعتبر الباحثون (Miller, 1992; Miller & Brown, 1997) التدخلات التي تدمج التدريب على التحكم الذاتي، والمهارات الاجتماعية، وتسيير الضغط، وحل المشكلة الذي يركّز على المميزات الاجتماعية

المعرفية ذات أهمية كبيرة في تحقيق الشفاء، والتعامل مع المشكلات التابعة الاجتماعية، الشخصية، والصحية التابعة للتعاطي، نقلاً عن (Herrick & Elliott, 2001).

٢، ٣، ٥، ٢ العامل الصحي:

يقصد به المشكلات الصحية الدالة على الضغوط النفسية، ويظهر في مشاكل وفقدان الوزن، والأرق والتعب الجسمي، والأرق المستمر، واضطرابات الجهاز الهضمي، وألم في الرقبة، والصداع المستمر. وعندما يدخل المخدر في جسم الإنسان ويمرّ بالمراحل الأساسية لتمثيل الغذائي والحيوي، ويصعب على المدمن الاستغناء عنه، ويعتمد عليه الجسم في أداء وظائفه الطبيعية للحياة، والجسم لديه إفرازات طبيعية، حيث ينتج الجسم مواد طبيعية يستخدمها للتخفيف عن الآلام الجسدية والنفسية، وعند التعاطي تتوقف هذه الإفرازات الطبيعية (الغريب، ٢٠٠٦م).

والضغوط النفسية ذات تأثير جسمي لمدمني المخدرات، مما يؤدي إلى الانتكاسة إذا بقي الفعل مستمراً في التعاطي، وهذا ما تؤكدته دراسة ربيع (٢٠١٠م) على أن الله خلق الإنسان ولديه إفرازات أفيونية طبيعية لتحمل الألم، ولكن تدخل الإنسان بإدخال مواد أفيونية مصنعة خارجياً؛ للحصول على المشاعر السارة، والإحساس الجيد الذي يريد أن يصل له تؤدي إلى فوضى وخلل، فتعمل المستقبلات السيالات العصبية مما يؤدي إلى وجود خلل في التعامل مع المعلومات التي يتلقاها المدمن، ويفقد القدر على التركيز، ويكون غير متواصل مع مَنْ حوله في المجتمع.

وأظهرت دراسة كلّ من " بودي وكوليلو" (Boudy & Colello, 2008) أنّ من أهمّ عوامل الانتكاسة هي الضغوط النفسية والاجتماعية التي يواجهها مدمنو المخدرات بعد خروجهم من مراكز العلاج، وتوضح دراسة الكندري (٢٠١٤م: ٣٩) " أن غالبية أفراد العينة المنتكسين يعانون أمراض

صحية متعلقة بالضغط النفسي، مما يؤثر في تقلب المزاج واضطرابات النوم، وذلك مقارنة بأفراد عينة المدمنين المتعافين. وأن تحديد هذه النتيجة مهم جداً للمتكسبين؛ ليتمكنوا من الحصول على الدعم".

وكما أشارت دراسة "هارو وفالديراما وماتاو" (Haro, Valderrama & Matau, 2004) إلى وجود الضغوط البدنية لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة أنفسهم تجاه الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري "الإيدز" HIV، في حين تشير بعض الدراسات إلى أن مدمني المخدرات صنف الأفيون لديهم حياة ضاغطة، ومتعبة أكثر بكثير من غيرهم (Kosten et al., 1983).

٣، ٥، ٣ العامل الاقتصادي أو المالي

يقصد به المشكلات الاقتصادية أو المالية الدالة على الضغوط النفسية، وعدم الكفاية في الأجر الشهري، والرغبة في الاستقلال الاقتصادي، والضييق من أعباء الأسرة، والتوفير والادخار.

ويمثل تعاطي المخدرات مشكلة اقتصادية لأي مجتمع يقع أبنائه في الإدمان، وما تنفقه الدولة على علاجه ومحاربه، فهو مكلف كثيراً ومستقطعاً من خطة تنمية الدولة، ولا شك أن خسارة الدولة لفئة الشباب المدمن هي خسارة كبيرة في القوة البشرية، وضعف القدرة على الإنتاجية، وتوصلت نتائج دراسة "أشرما وآخرون" (Asharma et al., 2012) إلى أن أكثر المتكسبين ضمن الفئة العمرية الأقل من ٣٠ سنة، ويكون التعليم متدني لديهم، ومن ذوي الطبقة الاقتصادية المتدنية.

والبطالة لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة هي سبب في بروز مشكلات اجتماعية كثيرة كمشكلة انتشار الجريمة، وإدمان المخدرات، والنزاعات المتطرفة، وازدياد الفقر، وهذا ما أكدت عليه دراسة "ستاك ووازرمان" (Stack & Wasserman, 2007) فقد وجدوا أن الضغوط الاقتصادية تسهم في العودة إلى التعاطي للمخدرات، وتقول زكري (٢٠٠٥م) إن تدني مستوى الدخل لدى مدمني

المخدرات خلال فترة النقاهة مع التدهور المعيشي والبطالة فهو يساعد على احتمال عودتهم إلى الانحدار، الأمر الذي يعيدهم إلى الانتكاسة مرةً أخرى.

وأجرى آل سعود (٢٠١٠م) دراسة أكدت على أهم العوامل الاقتصادية المؤدية إلى الانتكاسة لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، فتمثلت في الحاجة الملحة للمال، وقلة تكلفة بعض المواد المخدرة وتوفر، وأشارت دراسة الغريب (٢٠٠٦م) إلى أن عامل الفراغ والبطالة تؤثر تأثيراً كبيراً على الانتكاسة، ووصلت نسبة الانتكاسة إلى (٨٦,٩%) من نسبة العائدين بسبب الفراغ، والعامل الاقتصادي.

وذكرت دراسة " رايت وأولدهام وجونز " (Wright & Oldham & Jones , 2005) أن المتعاطين لصف الأفيون من المخدرات تقل لديهم المهارة في العمل، وعدم إتقان العمل، وعدم الإنجاز بالمهنية التي كلف بها، فنكثر لديهم البطالة بسبب الاعتماد الجسمي للمخدر، ووجدت دراسة " لاتكين وجلاس ودانكان " (Latkin, Glass, & Duncan , 1998) علاقة قوية بين تعاطي صنف الأفيون والفقير، حيث ترتفع نسبة الفقر لدى الأسر التي يوجد بها مدمن في الأسرة، فيقل دخلها بنسبة (٥٠%)، وكما أظهرت دراسة العود (٢٠٠٦م) أن من أسباب الانتكاسة هو عدم وجود راتب بديل للمتعاطي.

إن تلبية احتياجات مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة قد يساعد على عودته للتعاطي، وأن المال يسد حاجة المدمن ويساعده على شراء المخدرات بسهولة، وهذا ما أشارت نتائج دراسة الكندري (٢٠١٤م) أنه يمكن التنبؤ بحدوث الانتكاسة في المستقبل، وترى أن العامل الأول هو العامل المالي مع تلبية احتياجات المدمنين للمخدرات خلال فترة النقاهة، وأن الدخل الشهري المناسب التي تلي احتياجات المدمن خلال فترة النقاهة قد يساعد على عودته للتعاطي، أي أن توافر المال وعدم شعور

المدمن خلال فترة النقاهاة بالحاجة، قد يساعده على شراء المخدرات بسهولة، بالتالي يساعده على الانتكاسة.

والعامل المالي مهم جداً في تكوين الاستقرار للأسرة، والفقر يكتسب أهميته من ارتباطه بمشكلة اجتماعية أخرى كالجرمة، والاتجار بالمخدرات، وفي السودان أجرت حسين (٢٠١٤م) دراسة، أوضحت فيها بأنه لا توجد فروق ذي دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى مدمني المخدرات بسجني الهدى، ودار التائبات تعزى لمتغير المهنة، ولا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية لدى مدمني المخدرات، ومتغير العمر، وتوجد فروق ذي دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية لدى مدمني المخدرات بسجني الهدى ودار التائبات تعزى لمتغير المستوى التعليمي، ولا توجد فروق ذي دلالة إحصائية لدى مدمني المخدرات تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية.

٤، ٥، ٣، ٢ العامل الأسري

يقصد به الضغوطات الناجمة عن العلاقة مع الزوج، والأولاد، والأقارب، ويظهر في المتطلبات المستمرة للأسرة والاستقرار العاطفي والتقصير تجاه الأولاد وضيق في الوقت تجاه الأولاد، وعدم القدرة على القيام بالمسؤولية الاجتماعية، وعدم التواصل معهم وغير قادر على التعامل معهم، والخوف من مستقبلهم.

وتمثل الأسرة خطأً دفاعياً واقياً ضدّ مترتبات التعرض لأحداث الحياة الضاغطة (Guerrero et al.,

2006)، وقد وجدت دراسة "وليز وكلييري" (Wills & Cleary, 1996)، إن دعم الوالدين للمدمن خلال فترة النقاهاة يرتبط ارتباطاً عكسياً باستعمال المخدرات، وكما أشارت دراسة الغريب (٢٠٠٦) إلى أنّ الذين يأتون عن طرق الأسرة للعلاج تزيد لديهم حالات الانتكاسة.

كما وجدت دراسة "نيوكومب و بنتلر" (Newcomb & Bentler, 1988) أن للدعم الاجتماعي آثار تحسينية على مختلف أنواع المشكلات التي يعاني منها المراهقون، ولكن دراسة "هيسلر وبلانشريل وويرلن" (Hüsler, Plancherel & Werlen, 2005) تؤكد أن عوامل الحماية مثل العلاقات الأسرية تفقد قيمتها أمام التأثير السلبي للأقران، ويمكن القول إن أثر عامل الأسرة لا يمكن إغفاله كأحد المحددات المنبئة باستعمال المخدرات، وهذا ما أكدته دراسة (Asharma et al., 2012) التي أشارت إلى أن نقص الدعم العائلي يسبب الانتكاسة.

ويذكر العالم "سيلجمان" (Seligman, 1975) في نظرية العجز المكتسب "Learned Helplessness Theory" أن للضغوط النفسية أسباباً عديدة منها عجز المتعلم من قبل الأسرة، وتنقسم إلى نوعين: بيئية وذاتية، فالبيئية تؤثر على حياة الفرد من حيث الأسرة، أو الحياة الاجتماعية ككل، وأما الذاتية فهي تكون في الفرد نفسه، والتي تحدد الأحداث الضاغطة في الحياة فيحدث الانطواء، ويقلّ مركز التحكم لديه.

والضغوط النفسية التي تظهر على أفراد الأسرة كتفاعل مباشر، ومستمر مع مدمن داخل الأسرة، وتعيش الأسرة في بيئة مضطربة ومرهقة، وكما أشارت نتائج مخيمر (١٩٩٥م) إلى أن الصلابة النفسية تتفاعل مع المساندة الاجتماعية للأسرة للتخفيف من حدة وقع الضغوط النفسية، حيث إن المساندة الاجتماعية للأسرة تدعم الصلابة النفسية وتقويها وتتفاعل معها في فاعلية مواجهة الفرد للضغوط، واستمرار صحته النفسية، بينما افتقاد الفرد للصلابة النفسية، أو غياب المساندة الاجتماعية عند مواجهة المشكلات أو الأزمات، يقلل فاعلية مواجهة الفرد للضغوط.

فالأُسرة تمثل تنوعاً بيئياً يحيط بالفرد ويتفاعل مع عوامل ذاتية أخرى توجد في داخل الفرد، وأن التعاطي للمخدرات أو العودة مرة أخرى إلى تعاطيها، قد يكون نتيجة للتفكك الأسري الناتج عن الضغوط النفسية التي يعيش فيها الوالدان، وأشارت نتائج دراسة عبد السلام (١٩٨٩م) إلى أن المنتكسين بعد العلاج يعانون من سوء التوافق الأسري، ويشكون من بعض الضغوط النفسية مثل التعاسة، والعصبية، والحزي، والكراهية.

فيصبح السلوك غير المتعلم من الأسرة سلوكاً خطراً جداً كلما زاد عمر المدمن، وتؤيد هذه العبارة دراسة عزوز (٢٠٠٥م) التي أظهرت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عمر المدمن، والانتكاسة، والأشراف والمراقبة من قبل الوالدين، وهذا بسبب كونه لا يمتلك المهارة على التوقف، وأكدت دراسة القماش (٢٠١٧م) وجود علاقة طردية ذات دلالة إحصائية عند مستوى معنوي (٠,٠١) بين الضغوط الاجتماعية، وأبعاد الانتكاسة لدى مدمني العقاقير المخدرة ككل.

٥، ٣، ٢ العامل الوظيفي

يقصد به الضغوطات الناجمة عن العمل ويظهر في عدم القدرة على الإيفاء بمتطلبات العمل والغياب عن العمل والشكوى من كثرة الأعباء، والروتين اليومي، والعلاقة مع المدير غير طيبة، حيث تنقصه المسؤولية، ونظرة المجتمع المتدنية تجاه عمله.

يعد العامل الوظيفي (العمل) من أهم العوامل المسؤولة عن السلوك الإجرامي، وأن إغلاق فرصة العمل أمام مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة تمثل وجود فجوة ما بين الطموحات والتوقعات، وهذا ما أشارت إليه دراسة "ستيفنس وكوترويل" (Stephens & Collrell, 2006) التي أوضحت أن الذين تصبح لديهم الانتكاسة مرات عديدة يكون من الصعب عليهم الحصول على فرصة عمل، وهم بالأساس

يعانون من مشكلة البحث عن عمل مرتبطة بالشخصية، وفي دراسة أجراها (Vargas, 1995) أظهرت وجود علاقة تبادلية بين الانتكاسة، وتعاطي المخدرات، والضغط النفسية، والتوقف عن العمل.

وتفسر نظرية الوظيفة ظاهرة الانتكاسة لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، حيث ترى أن المدمن خلال فترة النقاهة هو الذي يبادر إلى العودة لممارسة دوره القديم، والذي كان يعمل قبل الإدمان أو يحاول أن يمارس أدواراً جديدة؛ ليعوض ما فقدته، وقد لا يُحظى بما يتوقعه من الآخرين ولا يحظى برضائهم للدور الذي قام به، فيفكر في العودة للمخدرات؛ لأنه لم يجد ما يشدّ انتباهه (ربيع، ٢٠١٠م).

وطرق الحصول على المال للأسرة يكون لها تأثير مباشر على الانتكاسة، وأشارت دراسة اليدي (٢٠٠٥م) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مواقف الانتكاسة طبقاً لاختلاف العمل، والمستوى التعليمي، وعدد مرات العلاج، ونوع المخدر، وأشارت دراسة الكندري (Al-Kandari, 2014) إلى أن أغلبية أفراد عينة المتكسبين يعانون من الضغوط النفسية، وتقلب المزاج، واضطرابات النوم، وأن العوامل التي يمكن التنبؤ بأن لها تأثيراً على انتكاسة المدمنين المتعافين في المستقبل هي: تناسب الدخل الشهري مع تلبية احتياجات المدمنين المتعافين، وأشار الباحثان "ويتز وشورت" (Watts & Short, 1990) في دراستهما إلى وجود علاقة موجبة بين الضغوط واستعمال المخدرات لدى عينة من المدرسين يعانون من ضغوط العمل.

وقد أشارت نتائج دراسة ابن حسن (٢٠٠٤م) إلى رفض أرباب العمل توظيف مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة يُعد من سباب في الانتكاسة، وتشير أيضاً نظرية "كانون" "Cannon Theory" إلى أن مفهوم الاستجابة أو الهروب (Fight or Flight)، والتي قد يقوم بها الفرد تجاه المواقف المؤلمة في البيئة

للإنسان حيث إنها كيفية فقط، وتكون هذه الاستجابة ضارة على مستوى أدائه الانفعالي والفسولوجي عندما يتعرض لهذه الضغوط النفسية، ولا يستطيع المواجهة أو الهروب (Cannon, 1932).

وأكدت دراسة عسكر (٢٠١٦م) على أن الحرفيين هم من أكثر الفئات المعرضة للانحراف والوقوع في براثن المخدرات وأكثرها عرضة للانتكاسة بعد العلاج بنسبه ٣٤,٣% وقد يرجع ذلك لوجود أفكار سلبية ومعتقدات خاطئة مرتبطة بالمهنة لدى المتعاطي، وأن الانتكاسة بوصفها إحدى مرض الإدمان لا تفرق بين الأمي والمتعلم، ولكن تبقى الأسباب، والظروف الاجتماعية، والضغوط الحياتية كالفقر، وعدم العمل والظروف البيئية من مسببات الانتكاسة، وفي دراسة أخرى اجراها الغريب (٢٠١١م) والتي أظهرت أن فئة العزاب والعاطلين عن العمل هم أكثر الفئات تعرضاً للانتكاسة.

كما أظهرت بعض الدراسات إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإدمان على المخدرات، والمؤثرات العقلية، وبين مستوى التوتر والضغوط النفسية في الحياة العامة (Moshki & Hassan, 2014; Ferguson & Meeha, 2011; Tsvetkova & Anton ova, 2013; Jennifer & Hajj, 2007 قوافنة، ٢٠٠٧)، حيث إن ارتفاع مستوى التوتر، والضغوط النفسية يقود إلى التعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، والعكس صحيح، وهذا يؤكد بدوره حاجة المدمنين على المخدرات لبرامج تدريبية تبنى بغرض تنمية مهارات التعامل مع التوترات والضغوط النفسية، وأهمية التدريب على إدارة الانفعالات الناتجة عن التوتر والضغوط، مما يسهم في خفض الرغبة في الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

٦، ٣، ٢ علاقة الضغوط النفسية بالعلاج المعرفي السلوكي

أوضحت العديد من الدراسات فاعلية استخدام العلاج المعرفي السلوكي ودوره في خفض المشاعر الضاغطة، والقلق، والاكتئاب، مثل دراسة (صالح، ٢٠٠٦م)، والتي كان موضوعها تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض مشاعر القلق والاكتئاب لدى عينة من مدمني المخدرات، وأشارت إلى تغير واضح في مستوى القلق والاكتئاب، وتغير العديد من السلوكيات الإدمانية، وتعديل المشاعر والأفكار التي يمكن أن تؤدي إلى الانتكاسة.

وقد قام "تراكك" (Trakek, 2002) بدراسة، هدفت إلى مقارنة الإرشاد الجمعي السلوكي المعرفي المتنوع الأساليب مع الإرشاد عبر الهاتف المنزلي، للمدمنين الذين يعانون اضطرابات انفعالية مثل الضغوط النفسية القلق والاكتئاب، وقد أشارت النتائج إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق والاكتئاب، والضغوط النفسية لدى مدمني المخدرات.

كما أوضحت دراسة قام بها كل من "نوكي، يوشيانج، فومايو، أوهاشين" (Naoki et al., 2013)، على أهمية العلاج المعرفي السلوكي، ودوره الواضح والمؤثر في علاج الإدمان، وأوضحت النتائج تحسن في مستوى التفاعل الاجتماعي، وخفض مستوى القلق والضغوط.

وأظهرت دراسة الأسمرى (٢٠١٧م) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين مفهوم الذات لدى عينة من مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة وأثره على التوافق النفسي، وأشارت نتائج دراسة التي أجراها "موشكي وحسن" (Moshki & Hassan, 2014) إلى أهمية التدريب على مهارات التعامل مع التوترات والضغوط التي يواجهها مدمنو المخدرات خلال فترة النقاهة، ومهارات الحياة العامة للوقاية من تعاطي المخدرات، والسلوكيات الخطرة.

في نفس الاتجاه، بينت دراسة كلّ من " كارواكي وبرادلي " (Karwacki & Bradley, 1996) و (سايل، ٢٠٠٨م) افتقار المدمنين خلال فترة النقاهة إلى استراتيجيات التعامل "Coping" الفعّالة مع مواقف الحياة الضاغطة خاصة تلك المركزة حول المشكلة، كما توصلت دراسة " أوليري & دونوفيان " (O'leary & Donovan , 1976) إلى تحديد نفس الصعوبات لدى مدمني الكحول، واستناداً إلى هذه المعطيات يبدو أن هناك ارتباطاً بين الفقر في حلّ المشكلة، وسلوك تعاطي المخدرات، وهي صعوبات قد تؤدي إلى نتائج غير مرضية في الوضعيات الضاغطة والعلائقية، وتلك المتعلقة بإنجاز المهمات، مما قد يؤدي حسب ما أشار إليه " مارلات وغوردون " (Marlatt & Gordon , 1980) إلى حالات انفعالية سلبية يمكن أن تعجّل إقدام الفرد على تعاطي المخدرات.

ويقول " بانترز " (Pentz , 1985) حين يستعمل الأفراد المخدرات للتعامل مع ضغوط الحياة يحدث لديهم كفّ في تعلم أو ممارسة سلوكيات تعامل أكثر تكيفاً وتنوعاً، ويكون هذا الأمر صحيحاً بالنسبة للمهارات العامة للتعامل كحلّ المشكلة، الذي يستعمل في وضعيات مختلفة.

٤ ، ٢ العزلة الاجتماعية "Social isolation"

تعد العزلة الاجتماعية من الأمراض النفسية التي تصيب الفرد عندما يغيب عن التواصل مع المجتمع والرغبة في العيش منفرداً، مبتعداً عن الناس بوعي أو بدون وعي، متجنباً المشاركة والتفاعل في المجتمع، وسوف يعرض الباحث مفهوم العزلة الاجتماعية ومؤشرات حدوثها، مستنداً إلى الدراسات السابقة، وسيتم التحدث عن العلاقة بين العزلة الاجتماعية، والانتكاسة.

١، ٤، ٢ مفهوم العزلة الاجتماعية

نظر الباحثون في مجال علم النفس والاجتماع أمثال "روبرت ويس" R. Weiss، "وآن بيلو" A. Peplau، "ودانيال بيرلمان" D. Perlman للعزلة الاجتماعية على أنها تقييم من جانب الفرد لوضعه الراهن، بينما نظر إليها آخرون على أنها خبر وجدانية، في حين تناولها بعضهم الآخر في ضوء الظروف المحيطة به والأمثلة كثيرة على ذلك، مثل عدم إقامة علاقات اجتماعية، إلى جانب أن آخرون قد تناولها من جانب الكم، أي عدد العلاقات التي يقيمها الفرد مع الآخرين، بينما الآخر تناولها من حيث الكيف، أي كيفية العلاقة المقامة، وقوتها وضعفها، وانحلالها.

وتعرف على أنها انعزال الفرد عن حياة الآخرين، وعدم الاتصال والانضمام لهم، والبقاء في أغلب الأحيان منفرداً، والإحساس بعدم الارتباط بمبادئ المجتمع وقيمه وثقافته (Palinka & Brouner, 1995)، ويعرفها الباحثان "جيرسون وبيلمان" على أنها: عجز الفرد عن إقامة علاقات اجتماعية مع الآخرين والذي يجعله في حالة انزعاج، وعدم ارتياح (Gerson & Perlman, 1974: 258).

ويعرف مبارك (٢٠٠٨م: ١٨٨) العزلة الاجتماعية: "سلوك يعجز فيه الفرد عن التواصل مع الآخرين والاشتراك معهم في عملياتهم الاجتماعية المختلفة، ويكون فيه الفرد ميالاً إلى تجنب أي نشاط اجتماعي يقربه منهم سواء كانوا أفراداً أو جماعات، ويقاس إجرائياً بالدرجة التي تحصل عليها المستجيبة على مقياس العزلة الاجتماعية للمرأة الأرملة".

في حين يعرفها "دي جونج جير فيلد" (De Jong – Gierfeld, 1990: 81) "أن العزلة الاجتماعية هي مدى ما يشعر به الفرد من وحدة وانعزال عن الآخرين وابتعاد عنهم، وتجنب لهم، وانخفاض معدل

تواصله معهم واضطراب علاقته بهم، وقلة عدد معارفه، وعدم وجود أصدقاء حميمين له، ومن ثم يوجد ضعف في شبكة العلاقات الاجتماعية التي ينتمي إليها".

ويرى "كويستانت" (Kubistant, 1997) العزلة الاجتماعية أنها تتضمن كلاً من الانفصال المادي، وعدم القدرة على التواصل النفسي، الأمر الذي جعل الباحثين يؤكدون على أنّ القصور في الاحتكاك الإنساني يعتبر عاملاً رئيسياً في الشعور بالوحدة والعزلة.

وتتمثل العزلة الاجتماعية في أنها ترتبط بخبرة ضاغطة وعدم إشباع الحاجيات المرتبطة بالآخرين، وعدم إقامة علاقات حميمة، وتتسم العلاقات الاجتماعية بالسطحية مع شعور باليأس (Weiss, 1993)، ويعرف "ولمان" (Wolman, 1993) العزلة الاجتماعية على أنها مستوى التوقعات المنخفضة للفرد تجاه موقف معين أو عدة مواقف، وترجم بعدها بمشاعر العزلة الاجتماعية.

٢، ٤، ٢ مؤشرات العزلة الاجتماعية

تتضمن مؤشرات العزلة الاجتماعية وفق سلوك يتخذه الفرد فيعرف بها: (Keneth.et al.,1999)

- ١- عدم القدرة على تكوين صداقات حميمة أو اجتماعية.
- ٢- يكون في ذهنه أنّ أفراد المجتمع كلّهم قد تجاهلوه، وأهملوه، بسبب الانقطاع لفترة زمنية.
- ٣- يتجنب الاتصال مع المجتمع.
- ٤- هروبه إلى عالمه الخاص.

٥- عدم القدرة على التوافق الاجتماعي مع الآخرين.

ويرى بطرس (٢٠٠٨م) بأن السلوك الانعزالي يمكن أن ينتج من عدة عوامل منها:

- ١- وجود ضعف في لحاء الدماغ، ونقص في المهارات الاجتماعية وعدم التعرض للعلاقات الاجتماعية.
- ٢- خبرات التفاعل الاجتماعي السليبي المبكر مع الأخوة والزملاء، تؤثر لاحقاً على التفاعل الاجتماعي.
- ٣- العادات والتقاليد السائدة في بيئة الفرد بالإضافة إلى نمط الحياة العائلية، وبخاصة ازدواجية المعاملة الوالدية للأبناء.
- ٤- الخجل وهو أكثر أسباب الانسحاب الاجتماعي شيوعاً، حيث يحول دون تعبير الفرد عن وجهة نظره، كما يمنع الفرد من مقابلة أناس جدد، وتكوين صداقات جديدة.
- ٥- وجود إعاقة بفروعها السمعية أو البصرية أو الجسدية عند الفرد، وقد تجعل الشخص يميل إلى الانزواء والبعد عن نشاطات الحياة، كما قد يعود ذلك إلى خبرات الفشل المتكررة ومواقف الإحباط التي يتعرض لها.

ومن مؤشرات العزلة الاجتماعية: (الاكتئاب، بعض الاضطرابات العقلية، عدم المقدرة على التواصل مع الآخرين، رفض مغادرة المنزل إلا في الحالات الطارئة، إبقاء الأبواب والأنوار مغلقة، وعدم الرد على الاتصالات لتقليل قدرة الآخرين من الوصول إليهم)

وتؤثر العزلة الاجتماعية على الصحة النفسية والبدنية:

- ١- أعراض جسدية (تدهور الحالة الطبية إن وجد، صداع وخمول).

٢- أعراض نفسية (زيادة خطر الإصابة بالاكتئاب أو القلق، ونوبات الفزع ، انخفاض في الطاقة).

٣- مشاكل في النوم (صعوبة النوم، الاستيقاظ على فترات قصيرة، النوم الكثير).

٤- مشاكل في النظام الغذائي (فقدان للشهية، أو زيادة في الوزن).

٥- استخدام المواد (كالتدخين بشراهة، أو شرب الكحول، وتعاطي المخدرات).

٦- مشاعر سلبية (إحساس بالدونية، نقص في تقدير الذات، الإحساس باليأس، أفكار حول

الانتحار) في بعض الأحيان تكون العزلة ليست اختياراً، فالفرد يريد أن يكون أصدقاء، ولكنه غير قادر

على القيام بذلك بسبب الخوف، أو بسبب توقعات سلبية ورفض.

٣، ٤، ٢ علاقة العزلة الاجتماعية بالانتكاسة

يصنف الباحث مؤشرات العزلة الاجتماعية على الانتكاسة لدى مدمني المخدرات خلال فترة

النقاهة، وفق مقياس العزلة الاجتماعية المستخدم في الدراسة كالاتي:

١، ٣، ٤، ٢ المشاعر الذاتية

يقصد بها تدني مفهوم الذات بشكل واضح لدى الفرد بحيث يشعر الفرد بالكراهية لذاته، ويصفها

بالسوء، وتدني مستوى تقديره لذاته، وإنه غير كفء وفاشل، وينظر إلى قدراته الشخصية نظرة دونية، مما

يؤثر ذلك على تفاعله الاجتماعي مع الآخرين.

ويركز الفرد على الذاتية التي تدفعه باتجاه السلبية والانعزالية عند تعامله مع المحيط الاجتماعي الذي

يميل فيه الفرد إلى عدم الاختلاط بالآخرين، ويؤكد الديدي (٢٠٠١م) على أن تعاطي مدمني المخدرات

لنوع محدد من المخدرات إنما يعود إلى الانسجام مع الآثار الكيميائية للمخدر، ويعتبر المدمن هذه الطريقة من المحاولات العلاجية لذاته؛ للخروج من القصور الذي يعاني منه، وقدرته على مواجهة العلاقات الشخصية، وهذا بدوره يؤدي إلى الانتكاسة، وأشارت دراسة محمود (٢٠٠٤) على أن من أسباب الانتكاسة لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة في حالة التعاطي الحاد العزلة الذاتية للمدمن.

وتركز نظرية التحليل النفسي "Psychoanalysis" على النموذج الانطوائي، والذي يركز فيه الفرد على ذاته التي تصل به إلى السلبية أو الانعزالية عندما يتعامل مع البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها، فيميل إلى الانعزال عن الآخرين ونتيجة خلل في الذات العليا (Keneth et al., 1999).

وسلوك العزلة الاجتماعية يتبلور من خلال خطة (الاتجاه بعيداً عن الناس) والتي يكون فيها الفرد يميل ميلاً إلى سلوك المحافظة، والتكتم، والالتزام، والارتباك، أو الخوف من الخوض في تفاصيل الاتصالات الاجتماعية المختلفة، وأشارت دراسة العنزي (٢٠١٠م) إلى أهمّ المتغيرات التي تنبئ بالانتكاسة على المخدرات، وهي السمات الشخصية (العصابية - الاتزان الانفعالي - الانبساط - العزلة)، وفي المملكة المتحدة أجرى كلٌّ من "فوستر ومورشيل وبيتس" (Foster & Marshall & Petees, 1998) دراسة، أظهرت وجود فروق فردية ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة، والعزلة الاجتماعية، والاكتئاب، والمعيشة.

وتبرز النظرية المعرفية "Cognitive" دور العوامل في الظروف المحيطة، أو المتغير المرتبط بالتعبير عن سلوك الانعزال الاجتماعي، من خلال التصور المعرفي لدى المنتكس، وعلاقتها بالعمليات العقلية، وعدم القدرة على إشباع السلوكيات، وأن الإدراك للمواقف المختلفة يختلف من شخص لآخر حسب

المشاعر (Keneth et al., 1999).

هناك عوامل بيئية وشخصية تؤثر في هذا السلوك، فالتفسيرات التشاؤمية، والانهزامية، وطرائق التفكير غير الموضوعية حول الذات، وقد أظهرت دراسة (محمود، ٢٠٠٤م) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة على مجموعة المقاييس النفسية التي تقيس ضعف الأنا، والعزلة الاجتماعية، والكبت، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات مدمني المخدرات خلال فترة النقاهاة بحالة (حادة - بسيطة) على مجموعة المقاييس النفسية التي تقيس ضعف الأنا، والعزلة الاجتماعية، والكبت، ويوجد تفاعل دالّ بين ضعف الأنا والعزلة الاجتماعية، والكبت مع متغيرات (حالة الاستنشاق، والمستوى الاقتصادي، ونوع التعليم، والعمر).

وقد أشارت نتائج الدراسات (Douglas & Jose, ; Naimah, 2001; Debra & Molly, 1993) (1992) إلى وجود علاقة قوية بين سلوك التعاطي والإدمان ومفهوم الذات، فكلّما تدنى مفهوم الذات زادت احتمالية إدمان الفرد، وكذلك انتكاسة بشكلٍ أسرع بعد العلاج، وهذا ما تؤيده دراسة العود (٢٠٠٦م) التي أظهرت أن من أسباب الانتكاسة عدم وجود الثقة بالنفس، وعدم معرفة استغلال أوقات الفراغ.

٢، ٣، ٤، ٢ العلاقات الأسرية

يقصد بها افتقاره لجوّ الدفء، والتقبل، والتشجيع داخل الأسرة، وعدم قدرته على التوافق مع محيط أسرته، وشعوره بعدم الانتماء إليها، مما يؤدي إلى نقص في الألفة والتوادّ مع الأسرة.

وتشير النظرية الاجتماعية "Social theory" إلى أن التفسيرات الاجتماعية لظاهرة الانتكاسة كثيرة جداً، وسوف نتطرق لبعض منها، ذات الصلة بالدراسة الحالية، حيث حاولت النظريات الاجتماعية

تفسير العودة للمخدرات، وتشمل النظريات الاجتماعية النظرية الأسرية التي ركزت على العلاقات الأسرية والشخصية للعائلة التي تؤدي إلى العزلة الاجتماعية.

ويميل بعض المتعاطين إلى العزلة والوحدة، ويحرص على الجلوس في غرفته، والابتعاد عن الجو العائلي، وغالباً ما يغلق عليه غرفته ساعاتٍ طويلة، يفسر هذا السلوك بعدة أسباب: منها خوف المدمن من انكشاف أمره، ومنها رغبته في الاستغراق في النشوة الزائفة الناتجة عن تعاطي المخدرات، وتكون لديه الحرية في تكرار الجرعة عندما يريد.

وتعتبر الأسرة من أهم عناصر العودة للمخدرات، وهو ما يمكن تحقيقه بالتأهيل النفسي، فيجب عليها تجنب بعض التصرفات، التي من شأنها أن تحبط الجهود التي تقوم بها الأسرة في هذا المجال، وقد وجد كلٌّ (searight et at., 1991) أن أسر المراهقين المدمنين للمخدرات بمقارنتها بالعينة الإكلينيكية (الضابطة) كانت أكثر تقيداً في التعبير عن مشاعرها وأفكارها، وأقلّ احتراماً للحدود الشخصية، وأقلّ ثقة في الآخرين، مما عمل على خلق جوٍّ أكثر سلبية في المنزل، كما أنها أكثر نقداً وأكثر معاناة فيما يتعلق بالبعد والانعزال، ولم تجد دراسة محمود (٢٠٠٤م) أثر العزلة الاجتماعية على انتكاسة لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة في المستوى الاقتصادي للأسرة.

وأن أساليب المعاملة والتنشئة الأسرية الخاطئة مثل الدلال الزائد، والحماية التي تؤثر على مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، فيظنّ أنّ الناس جميعاً يمدون له يد العون والمساعدة، وكذلك التهديد تجعل الابن يشعر بالخوف للقيام بأي شيء جديد، وتوصلت دراسة "إسلام وآخرون" (Islam et al, 2015) إلى وجود عوامل فردية، وعائلية، واجتماعية تسهل عودة المتعاطين المتعاجين إلى التعاطي، ومنها أن العائدين من المناطق الحضرية الذين لا يهتمون بالآخرين، والتغيير في البناء العائلي، وضعف القيم

الاجتماعية، والدينية، ووجود المخدرات، ووصمة العار لدى الأسرة، والاتجاهات السلبية نحو المتعاطين مما يؤدي إلى العزلة، وأظهرت دراسة عسكر (٢٠١٦م) أن المشكلات الأسرية من أحد أهم العناصر والمواقف المسببة للانتكاسة فقد جاءت بمتوسط ٨٠% مما يؤكد على أهمية الدعم الأسري في العلاج حيث الاهتمام والرقابة، والقدرة علي مواجهه مثل هذه المشكلات وتداعياتها.

٣، ٣، ٤، ٢ العلاقات الاجتماعية

يقصد به الانسحاب والابتعاد من مجرى الحياة الاجتماعية العادية، ويصاحبه عدم تعاون وشعور بالمسؤولية، وأحياناً الهرب من الواقع الذي يعيشه الفرد، ونقص في مهارات التعامل والتفاعل مع الآخرين، وأجرى كلٌّ من "كيرشتر ولارا" (Kirchner & Lara, 2011) دراسة، تبين أسباب الانتكاسة من المجتمع نفسه والعزلة الاجتماعية، والعلاقات الاجتماعية.

ويذكر "باندورا" (Paul, Secord & Backman, 1974: 218) إن العزلة الاجتماعية ما هي إلا نقص في امتلاك المهارات الاجتماعية التي تساعده على الارتباط بالآخرين، أما النظرية السلوكية فإنها "تؤكد أن معظم مظاهر السلوك الاجتماعي وأشكاله المختلفة بما فيه سلوك العزلة الاجتماعية إنما يتمّ تعلّمه كما يتمّ تعلّم أي سلوك اجتماعي آخر".

ويشير "هيرشي" (Hirshi, 1969) إلى أن نظرية الروابط الاجتماعية من المصادر التي تؤثر على السلوكيات الإجرامية التي تؤدي إلى الانتكاسة، وتكون نتيجتها الفشل عند مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة والمجموعات الاجتماعية (العائلة، والقرين، والمدرسة)، فتضعف هذه الروابط مما يؤدي إلى عزله عند قرنا السوء، وتزيد في تعاطيه للمخدرات، والمحفز البيئي المرتبط بتعاطي المخدرات سابقاً، قد يؤدي

والعمر، وعدد مرات الانتكاسة، وقد أكد (Marlatt & Gordon, 1980) على أنّ من أهمّ أسباب الانتكاسة لدى ٨٠% من المدمنين هو التعرض للصراع العلائقي والحالات الانفعالية السلبية الأخرى كالحصر، والملل، والضجر، والاكتئاب، والوحدة الانعزالية.

وتوصلت دراسة " الإسلام وآخرون" (Islam et al., 2012) إلى وجود عوامل فردية وعائلية واجتماعية تسهل عملية الانتكاسة لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة في ضعف القيم الاجتماعية ونظرة المجتمع السلبية، اتجاه المتوقفين عن التعاطي، وتفيد دراسة عسكر (٢٠١٦م) ظهور مجموعة من المتغيرات البيئية المحيطة بالفرد المتعاطي من أحداث وثورات مجتمعية، وثقافات وقيم جديدة عن المجتمع، كان لها دور كبير في حدوث الانتكاسة حيث الشعور بالعجز، والخوف من المستقبل، وثم عدم الرضا التام عن ما هو فيه.

٤، ٤، ٢ علاقة النموذج المعرفي السلوكي بالعزلة الاجتماعية.

تبني الباحث النموذج المعرفي السلوكي في تفسير العزلة الاجتماعية، وفي سياق ذلك تباينت تفسيرات علماء النفس لهذا المفهوم تبعاً لخلفياتهم النظرية في ذلك، وتشير نتائج دراسة "رينوت وآخرين" (Reinot et al., 2015) من حيث فاعلية البرامج الإرشادية على إعادة البناء المعرفي، وتصحيح الأفكار غير العقلانية للمدمنين حول سلوك الإدمان، والمواد الإدمانية.

فيرى المنظور التحليلي (Psychoanalytic Approach) أن طاقة الفرد النفسية المتوجهة نحو النمو إنما تكون متأثرة بالمحددات الاجتماعية المحيطة به، فيشير "يونغ" (Jang, 1953) إلى أنّ هناك أنموذجين لعلاقة الفرد بالمجتمع، إحدهما الأنموذج الانبساطي (Extrovert Style) والذي يعني اهتمام الفرد بما يدور حوله من أحداث خارجية، والآخر الأنموذج الانطوائي (Introvert Approach) الذي

يركز فيه الفرد على الذاتية التي تدفعه تجاه السلبية، والانعزالية عند تعامله مع المحيط الاجتماعي، والذي

يميل فيه الفرد إلى عدم الاختلاط بالآخرين (Keneth et al., 1999: 95).

أما "هورني" (Horny .1967) فيرى أنّ خبرات الحياة الاجتماعية المختلفة تؤدي بالفرد إلى تبني خططاً محددة، لإشباع حاجات معينة في إطار نمو وتطور العلاقات الإنسانية، وسلوك العزلة الاجتماعية يتبلور من خلال خطة (الاتجاه بعيداً عن الناس) والتي يكون فيها الفرد ميالاً إلى سلوك المحافظة، والتكتم، والالتزام، والارتباك، أو الخوف من الخوض في تفاصيل الاتصالات الاجتماعية المختلفة (Keneth et al., 1999: 97).

أما المنظر السلوكي (Behaviourism Approach) فإنه يؤكد على أن معظم مظاهر السلوك الاجتماعي، وأشكاله المختلفة بما فيه سلوك العزلة الاجتماعية إنما يتمّ تعلّمه كما يتمّ تعلّم أي سلوك اجتماعي آخر (Bass, 1973; Secord & Backman, 1974).

وقد تطور الفرد هذا السلوك في ضوء مفاهيم الدافعية Motivation، والتعزيز Reinforcement، والمثير Stimules، والاستجابة Response، وأن العزلة الاجتماعية هي العملية التي فيها يتجنب الفرد الذكريات المؤلمة التي يرى أنها من الممكن أن تتعزز أو تنشط كلما اتسعت أو تعمقت دائرة علاقاته الاجتماعية التي كان قد كونها، أو سوف يكونها مع الآخرين (Keneth et al., 1999; Lazaras, 1976).

ويشير "باندورا" (Bandura, 1973) إلى أنّ العزلة الاجتماعية هي نتيجة لعدم امتلاك الفرد أو لفقدانه للمهارات الاجتماعية (Socials Skill) التي تعزز من ارتباطه بالآخرين، وأن هناك عوامل بيئية، وشخصية تؤثر في هذا السلوك، فالتفسيرات التشاؤمية، والانهمامية، وطرائق التفكير غير الموضوعية حول

الذات، والناس والأحداث التي يمرّ بها مثل الصدمات العاطفية المرتبطة بحالات الانفصال، والترمل، أو فقدان شخص عزيز، هي التي تُسهم في عزلة الفرد وانسحابه من العلاقات الاجتماعية (Keneth et al., 1999؛ المصري، ١٩٩٦م)، "وأن مقدار ما يقدمه الآخرون من مساندة ودعم اجتماعي هو الضمان الأكيد لعودة الفرد إلى دائرة علاقاته الاجتماعية" (Keneth et al., 1999: 200).

أما المنظور المعرفي "Cognitive Approach" فإنه يؤكّد على دور العوامل والظروف أو المتغيرات المرتبطة بالتعبير عن سلوك الانعزال، فتزى نظرية المقارنة الاجتماعية (Social Comparison Theory) لـ"فستنجر" (Festinger, 1954) مدى العزلة الاجتماعية للفرد تتساوى مع مقدار ما يجده عند الآخرين من إشباع لحاجاته (النفسية - الاجتماعية) وخاصة عندما يكون تحت عوامل الضغط والتوتر لأزمة أو موقف كان قد مرّ به (Penrod, 1983; Show & Constanzo, 1970).

أما التبادل الاجتماعي (Social Exchange Theory) لـ"تايبوت وكيلي" (Thibaut & Kelly, 1959) فتزى أن "مقدار ما يعرضه الآخرون من مكافأة اجتماعية لها دور كبير في تعزيز العلاقات الاجتماعية التي تربط بعضهم ببعض الآخر، فسلوك المساعدة الذي يتلقاه الفرد في شبكة من العلاقات الاجتماعية الساندة والداعمة واللازمة اجتماعياً التي قد مرّ بها إنما يعزز من عمليات الاتصال بالآخرين، ويقلل من سلوك الانعزال والابتعاد عنهم" (Raven & Rubin, 1976: 41).

وفي ضوء نظرية التبادل الاجتماعي، "فإن أهم مكافأة اجتماعية يحصل عليها الفرد في اتصالاته الاجتماعية بالآخرين هي: الأسناد العاطفي، والاهتمام الاجتماعي، والاستشارة الإيجابية، والمقارنة الاجتماعية" (Keneth et al., 1999: 104).

٥، ٢ المخدرات "Drugs"

والمخدرات لها مفاهيم متنوعة وطُرق للتعاطي، وكلّ مخدر يختلف عن الآخر في الشكل والقوة، ومدة تأثيره ومفعوله، وما النتائج التي يؤدي إليها والأضرار الجسمانية التي تصيب الفرد، وسوف يتطرق الباحث لمفهوم المخدرات وأنواعها، ويتحدث بشكل مفصل عن الأفيون، كونه شرطاً من شروط اختيار العينة.

١، ٥، ٢ مفهوم المخدرات

ويعرف الدليمي (٢٠١٠: ٤٥٠) المخدرات بأنها: "المواد التي تتسبب في إدمان، وتسميم الجهاز العصبي، حيث يمنع تداولها أو زراعتها، ووصفها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له ذلك، وتشمل الأفيون ومشتقاته الحشيش، والكوكايين، والعقاقير المهلوسة، والمنشطات".

وتعرف منظمة الأمم المتحدة (٢٠٠٣م) المخدرات على أنها: أي مادة يتعاطاها الأفراد بهدف تغيير الطريقة التي يشعرون بها، أو يفكرون أو يتصرفون بها، ويشمل المخدرات الطبيعية أو المصنوعة.

وارتبطت مفاهيم المخدرات من اسم الفاعل خدر، ويعني التخدير، والكسل، والتفتير، والتخمير، بداية في تغيير تصرفاته مبتعداً عن الواقع حيث يقل نشاطه، وتسكن روحه وتختلف تصرفاته عن باقي أفراد المجتمع.

٢، ٥، ٢ أنواع المخدرات:

ويقسم علي (٢٠٠٤م) المخدرات إلى ثلاثة أنواع، وهي كالآتي:

١، ٢، ٥، ٢ مخدرات طبيعية

لقد عرف الإنسان المواد المخدرة ذات الأصل النباتي منذ أمد بعيد، والدراسات العلمية أثبتت أن

المواد الفعالة تتركز في جزء، أو أجزاء من النبات المخدر فمثلاً:

- نبات خشخاش الأفيون تتركز المواد الفعالة في الثمرة غير الناضجة.
 - نبات القنب تتركز المواد الفعالة في الأوراق، وفي القمم الزهرية .
 - نبات القات تتركز المواد الفعالة في الأوراق.
 - البانجو يحصل عليها من نبات القنب الهندي حيث يجفف النبات على حالته وتباع أجزاؤه.
 - التبغ يستخدم أوراقه بعدة طرق.
- ويمكن استخلاص المواد الفعالة من الأجزاء النباتية الخاصة بكل مخدر بمذيبات عضوية، وبعد تركيز المواد المستخلصة يمكن تصنيع المواد المخدرة مثل: زيت الحشيش، وخام الأفيون، والكوكايين، والمورفين.

٢، ٥، ٢ مخدرات نصف تخليقية

وهي مخدرات حضرت من تفاعل كيميائي بسيط من مواد مستخلصة من النباتات المخدرة التي

تكون المادة المنتجة من التفاعل ذات تأثير أقوى فعالية من المادة الطبيعية ومثال ذلك: (علي، ٢٠٠٤م)

- المورفين يستخرج من الأفيون وتأثيره أقوى منه بعشرة أضعاف.
- الهيروين الذي ينتج من تفاعل مادة المورفين المستخلصة من نبات الأفيون مع مادة كيميائية (أسيتيل كلوريد)، وتأثيره أقوى منه بثلاثين ضعفاً.

٣، ٢، ٥، ٢ مخدرات تخليقيه

وهي مواد تنتج من تفاعلات كيميائية معقدة بين المركبات الكيميائية المختلفة وليست من أصل نباتي مثل مسكنات الألم مهدئات الأعصاب كالثديين والميثادون، والمهدئات الكبرى والصغرى، ومضاد السعال مثل كودائين (علي، ٢٠٠٤م).

كما يتم تقسيم المخدرات من حيث تأثيرها على النشاط العقلي للشخص المتعاطي وحالته النفسية كالآتي: (الحفاجي، ٢٠٠٦م)

- مهبطات الجهاز العصبي المركزي، وهي تبطئ من النشاط الذهني كالباريتيوات، والعقاقير المنومة والمهدئة، والمسكنة للألم.
 - منشطات الجهاز العصبي المركزي كإلامقيتامينات، وتنتشر هذه المنشطات في الوسط الرياضي، وبين طلبة المدارس، والجامعات، وسائقي الشاحنات على الطرق الخارجية والدولية، وذلك لأثارها المنشطة على الجهاز العصبي.
 - مهلوسات : وقد سميت بهذا الاسم لآثار الهلوسة التي تحدثها على الشخص المتعاطي، وهي في الغالب تخيلات عن أصوات، وصور وهمية، وأهم هذه المهلوسات عقار (LSD) وعقار (PCP).
- وسوف يتحدث الباحث عن صنف واحد من أنواع المخدرات هو صنف الأفيون ومشتقاته بشكل تفصيلي، اعتمد الباحث على صنف الأفيون ومشتقاته، لسرعة انتشاره، وتعاطيه في مجتمع الدراسة.

٣، ٥، ٢ صنف الأفيون ومشتقاته

وأول من اكتشف الحشخاش (الأفيون) هم سكان وسط آسيا في الألف السابعة قبل الميلاد، ومنها انتشر إلى مناطق العالم المختلفة، وقد عرفه المصريون القدماء في الألف الرابعة قبل الميلاد، وكانوا يستخدمونه علاجاً للأوجاع، وعرفه كذلك السومريون وأطلقوا عليه اسم نبات السعادة، وتحديث اللوحات السومرية التي يعود تاريخها إلى (٣٣٠٠) قبل الميلاد عن موسم حصاد الأفيون، وعرفه البابليون والفرس، كما استخدمه الصينيون والهنود، ثم انتقل إلى اليونان، والرومان، ولكنهم أساءوا استعماله فأدمنوه، وأوصى حكماءهم بمنع استعماله، وقد أكدت ذلك المخطوطات القديمة بين هوميروس، وأبوا قراط، ومن أرسطو إلى فيرجيل، كما استطاعت الولايات المتحدة الأمريكية الدخول إلى الأسواق الصينية، ومناقسة شركة الهند الشرقية في تلك الحرب، فوعدت اتفاقية ماثلة عام ١٨٤٤م، وكان من نتائج تلك المعاهدات الانتشار الواسع للأفيون في الصين، فوصل عدد المدمنين بها عام ١٩٠٦م إلى ٢٥ مليوناً، وفي عام ١٩٢٠م قدر عدد المدمنين بـ ٢٥% من مجموع الذكور في المدن الصينية، واستمرت معاناة الصين من ذلك النبات المخدر حتى عام ١٩٥٠م، عندما أعلنت حكومة "مأوتسي تونغ" بدء برنامج فعّال للقضاء على تعاطيه، وتنظيم تداويه (المراشدة، ٢٠١٢م).

ويتم إنتاج الأفيون عن طريق معالجة أو تصنيع تقني للمخدرات من النباتات الطبيعية مثل: المورفين، والهيريون ومشتقات الأفيون الأخرى، أو الكوكايين المشتقة من نبات الكوكا (العول، ٢٠١١م).

ومن أشهر هذه المخدرات المصنعة:

- المورفين: وهو أحد مشتقات الأفيون، حيث استطاع العام الألماني "سير تبرز" "sayr tabruz

"عام ١٨٠٦م، من فصلها عن الأفيون، وأطلق عليها هذا الاسم نسبة إلى إلهة "مورفيوس" إله

الأحلام عند الإغريق، وقد ساعد الاستخدام الطبي للمورفين في العمليات الجراحية خاصة إبان الحرب الأهلية التي اندلعت في الولايات المتحدة (١٨٦١م)، ومنذ اختراع الإبرة الطبية أصبح استخدام المورفين بطريقة الحقن في متناول اليد (المشرف والجوادي، ٢٠١١م).

- **الهيروين:** وهو أيضا أحد مشتقات المورفين الأشد خطورة، اكتشف عام (١٨٩٨م)، وأنتجته شركة "باير للأدوية"، ثم أُسيء استخدامه وأدرج ضمن المواد المخدرة فائقة الخطورة، والهيروين هو أكثر المخدرات المسببة للإدمان المعروفة كسبب في فقدان الحواس والنوم، مثل سائر أنواع المخدرات، فقد عرف الهيروين في البداية كدواء، ولا يزال يستعمل حتى اليوم تحت رقابة طبية لتسكين الآلام التي لا يمكن احتمالها، وشكله الطبيعي هو مسحوق أبيض، وفي بعض الأحيان يخلط قبل البيع فيتغير لونه (البراشدة، ٢٠١١م).

- **الكوكايين:** عرفت أمريكا اللاتينية الكوكايين قبل أكثر من ألفي عام، ومنها انتشر إلى معظم أنحاء العالم، ولا تزال هذه القارة أكبر منتج له حتى الآن، عرف نبات الكوكا الذي يستخرج منه الكوكايين في أمريكا الجنوبية منذ أكثر من ألفي عام، وينتشر استعماله لدى هنود الأنكا، وفي عام ١٨٦٠م تمكن العالم "ألفرد نيمان" من عزل المادة الفعالة في نبات الكوكا، ومنذ ذلك الحين زاد انتشاره على نطاق عالمي، وبدأ استعماله في صناعة الأدوية نظراً لتأثيره المنشط على لجهاز العصبي المركزي، ولذا استخدم بكثرة في المشروبات الترويحية وبخاصة الكوكاكولا، لكنه استبعد من تركيبها عام ١٩٠٣م، وروجت له بقوة شركات صناعة الأدوية، وكثرت الدعايات التي كانت تؤكد على أنّ تأثيره لا يزيد عن القهوة والشاي، ومن أشهر الأطباء الذين روجوا لهذا النبات الطبيب الصيدلي الفرنسي "انجلو ماريان" واستخدمته تلك الشركات في أكثر من (١٥) منتجاً من منتجاتها،

وانعكس التاريخ الطويل لزراع الكوكا في أميركا اللاتينية على طرق مكافحته، فأصبحت هناك إمبراطوريات ضخمة تنتشر في البيرو، و كولومبيا، والبرازيل وذلك لتهدية إلى دول العالم ، وتمثل السوق الأمريكية أكبر مستهلك لهذا المخدر في العالم (المشرف والجوادي، ٢٠١١م).

١، ٣، ٥، ٢ طرق استعمال صنف الأفيون ومشتقاته

هنالك عدة طرق لتعاطي صنف الأفيون مشتقاته (Scherbaum et al., 2005):

١- إعطاء بعض الأصناف بالحقن تحت الجلد ويكون في حالة التحضير للعملية الجراحية في الليلة السابقة لإجراء العملية، وذلك في بعض العمليات الجراحية الكبيرة لحاجة المريض أن يكون هادئاً وغير متوتر حتى لا يرتفع ضغط الدم؛ لتجنب النزيف الدموي أثناء في إجراء العملية الجراحية.

٢- إعطاء بعض الأصناف بالحقن في العضل أو في الوريد (IV) ويستخدم بعد إجراء العمليات الجراحية، وبعد أن يتم إفاقة المريض من التخدير الكلي، وذلك لكي تعطي المريض قوة تحمل الألم، وذلك لتجنب حدوث صدمة عصبية للمريض بعد إفاقته من التخدير، وإحساسه المفاجئ بالألم الشديد بعد العملية الجراحية.

٣- تعطي بعض الأصناف عن طريق الشم، وذلك بالشم التلقائي للمخدرات، أو عن طريق الحرق بأي آلة (كالملقعة والألمنيوم، أو بأدوات متطورة)، ويقوم المتعاطي باستنشاق الدخان المتطاير للمخدرات.

٢، ٣، ٥، ٢ تأثيرات صنف الأفيون ومشتقاته على الجسم

يتعاطى مدمنو المخدرات الأفيون ومشتقاته؛ للتخلص من الألم والشعور بالراحة، والسعادة والتحرر، والشعور بالنشاط والسرور، ويتسبب في الاسترخاء والهدوء والشعور بالنشوة أحياناً، كما أنها تسبب النعاس والنوم، وهيجان بالنخاع العصبي الشديد، مع الآثار الجسمية كالقيء والغثيان، وانكماش بؤرة

العين، مع بعض التقلصات المعوية والإمساك وإفراز العرق بغزارة، والحكة بالجلد، مع بطء في نبضات القلب انخفاض ضغط الدم، ويصاب المدمن بالوهن والتعب، ويسبب الانسحاب من الأفيونات انزعاجاً كبيراً، ولكنه ليس مميتاً (الدمرداش، ١٩٨٢).

إن تأثير الأفيون يكون عاماً على الجسم، ويؤثر بصورة أساسية على المخ والجهاز العصبي، والعضلات، وتظهر الأعراض على متعاطيه، خلال فترة وجيزة لا تزيد عن نصف ساعة من تعاطيه، وتختلف آثار الأفيون على جسم الإنسان من الناحية الكيميائية، الفسيولوجية والنفسية تبعاً لنوع الأفيون، ودرجة نقاوته، وتركيزه، وطريقة تحضيره وتعاطيه والجرعة، والأفيون له تأثير عضوي على أنسجة الجسم يدفعها إلى الإدمان بشراسته، وعند الانقطاع أو الإقلاع فإن أعراضاً قاسية تبدأ بعد مضي ١٢ - ١٦ ساعة من آخر جرعة وتُسمى بمتلازمة الحرمان (Withdrawal Symptoms) وأهمها التوتر، تقلصات العضلات، ارتفاع ضغط الدم، فقدان التوازن، ارتفاع معدل السكر بالدم مع إفرازات غزيرة من الأنف، والعينين، والعرق إضافة إلى التبول، والإمضاء لا إراديًا، ودون التقليل من مخاطر الأفيون الخام، فإن الأخطار تزداد عند تعاطي مشتقاته المصنعة خاصة المورفين، والهروين.

ومن الآثار النفسية التي يعاني منها مدمنو المخدرات خلال فترة النقاهاة زيادة في الغضب، والقلق، والاضطرابات العاطفية فتأتي بالانتكاسة بشكل أسرع عند متعاطي مادة الأفيون (American Psychiatric)، ويؤدي تعاطي الأفيون إلى بطء في الإحساس بالمؤثرات الخارجية، وبطء في التفكير واتخاذ القرار، ومثال هذا هو الحوادث الكثيرة التي يتسبب بها المدمنون، فلا يستطيع الانتقال من دواسة البنزين إلى دواسة الفرامل مثلاً بالسرعة التي يتطلبها الأمر، وذلك بسبب بطء استجابته، مما يتسبب بحوادث كثيرة (Association, 1994)، ولها مؤشرات معينة مثل تدني الوضع الاقتصادي

والاجتماعي (SES)، واضطرابات نفسية ، وانخفاض التحصيل العلمي، وكلها ترتبط بتعاطي صنف

الأفيون، والاعتماد عليه (Astals et al., 2008).

وأشارت عدة دراسات إلى قوة تأثير المخدر صنف الأفيون ومشتقاته في سلوك المتعاطي التي تؤدي

إلى الانتكاسة أكثر من الكحول (Duke, Correia, Walsh, Bigelow, & Strain, 2010; Epstein

et al., 2010; Koob & Volkow, 2010; Preston, 2010)، وأشارت عدة دراسات بوجود تأثير قوي على

الانتكاسة لدى مدمني المخدرات بعد العلاج سببها المواد الأفيونية (Hyman et al., 2007; Gruber,

et al., 2007)، وارتبطت المواد الأفيونية بارتفاع معدلات الوفيات، والجريمة، وفيروس نقص المناعة البشرية

(الإيدز) والكثير من المشكلات الطبية، والنفسية، والاجتماعية (Knudsen, Greter & Verdicchio,

2008)، وأن المعتمدين على المواد الأفيونية في التعاطي بعد فترة من الزمن يؤدي إلى تنشيط للجسم أو

استقبال المثير للجسم، ويتسبب في تلف الخلايا العصبية وموتها في نهاية المطاف (Meyer & Quenzer,

2005).

والمواد المخدرة لصنف الأفيون قوية وعالية الإدمان، والاندفاع إلى تعاطي المواد الأفيونية يؤدي إلى

الانتكاسة، أو إلى أعراض انسحابيه غير مريحة (Flaile, Kosten & Kosten, 2008)، وعندما يتوقف

المريض عن التعاطي يصاحبه العديد من الأعراض الانسحابية مثال على ذلك: الرغبة القوية للتعاطي،

والأوجاع والآلام الجسدية، والتعرق، والتثاؤب، والحمول، وتستمر هذا الأعراض لعدة أيام مع وجود

المساعدة الطبية (Mitchell et al., 2009)، وتستمر بعض الاضطرابات النفسية والاجتماعية لدى

المتعاطين لفترة طويلة الأجل، وتؤدي بعد فترة إلى تحسن الأفراد إذا استمر في البرامج العلاجية

([SAMHSA], 2006).

وأظهرت دراسة (Wright, Oldham & Jones, 2005) أن المتعاطين لصنف الأفيون من المخدرات تقل لديهم المهارة في العمل، وعدم الإتقان، وعدم الإنجاز بمهنية عالية، فتكثر لديهم البطالة بسبب الانهيار الجسمي، كما ذكرت دراسة (Mufti et al., 2003) أن المستوى التعليمي لعينة الدراسة كان متمركزاً في المرحلة الابتدائية، والإعدادية عند مدمني المخدرات، وأظهرت دراسة حسن (Hussien, 2013) أن زيادة سن المريض تكون مصاحبة أكثر للمرضى الذين حدثت لهم الانتكاسة عن الذين استجابوا للعلاج.

زيادة وزن المريض تكون مصاحبة أكثر للمرضى الذين لهم الانتكاسة عن الذين استجابوا للعلاج، وتؤكد دراسة حسن (Hussien, 2013) أن زيادة وزن الجسم وزيادة التدهن الكبدي، وعلاج البلهارسيا يؤدي إلى تقليل نسب حدوث الانتكاسة، وتحسين نسب حدوث الاستجابة الفيروسية المستديمة.

وتؤدي أضرار صنف الأفيون ومشتقاته على الجهاز الهضمي إلى: (برهمية، ٢٠١٣م)

- ١- يؤدي إدمان صنف الأفيون ومشتقاته إلى فقدان الشهية مما يؤدي إلى الهزال، والضعف العام.
- ٢- يعمل صنف الأفيون ومشتقاته على ارتخاء القولون والمستقيم، كما أن له تأثير قابض على العضلات العاصرة كعضلة الشرج.

٣- الشعور بالإمساك المستمر مع عدم وجود رغبة في التبرز.

وتؤدي أضرار صنف الأفيون ومشتقاته على الجهاز التنفسي إلى: (عبد الحميد، ٢٠١٤م)

١- صنف الأفيون ومشتقاته يؤدي إلى ضيق شديد بالتنفس، ويصدر صوت شخير قوي مع التنفس، وزيادة جرعة الأفيون تؤدي إلى شلل مراكز التنفس بالمش مما يؤدي إلى ضيق حاد في التنفس الذي قد يؤدي إلى الوفاة.

٢- كما يؤدي صنف الأفيون ومشتقاته إلى تسارع نبضات القلب في البداية، ثم بطئها بعد ذلك، وفي النهاية تصبح ضربات القلب غير منتظمة.

وتظهر على متعاطي صنف الأفيون، ومشتقاته أعراض عدة حسب الكمية المتعاطاة، وهذه الأعراض هي:

- ١ - تؤثر على مراكز توليد الحرارة في الجسم، وتؤدي إلى انخفاض درجة الحرارة.
- ٢ - يقلل درجة الإحساس بالألم، ولذلك يستخدم في العمليات الجراحية.
- ٣ - تقلل من درجة تمييز الأشياء وعدم التعرف عليها باللمس مثلاً الإنسان الطبيعي يستطيع في الظلام أن يميز الأشياء ويتعرف عليها دون أن يراها كما يفعل المكفوفون مثلاً يستخدمون حاسة اللمس؛ للتعرف على الأشياء المحيطة وتسمى طبياً ستيريوجنوزيس (stereognosis)
- ٤ - صنف الأفيون ومشتقاته يؤثر على الجهاز الهضمي للمدمن:
- صنف الأفيون ومشتقاته يزيد اللعاب.
- المتعاطي صنف الأفيون ومشتقاته يشعر بغم النفس، والغثيان.
- صنف الأفيون ومشتقاته له تأثير على مراكز القيء بالمش، ولذلك يحدث قيء عند التعاطي.

- صنف الأفيون ومشتقاته يؤدي إلى فقدان الشهية ويؤدي إلى هزال وضعف المدمن.
- صنف الأفيون ومشتقاته له تأثير قابض على العضلات العاصرة مثل عضلة الشرج.
- صنف الأفيون ومشتقاته يعمل على ارتخاء القولون، والمستقيم.
- صنف الأفيون ومشتقاته يقلل الحركة الدودية للأمعاء وكذلك يقلل حركة المعدة، وهذا يؤدي إلى حالة إمساك وعدم الرغبة في التبرز.
- ٥ - صنف الأفيون ومشتقاته يؤثر على عين المتعاطي ويسبب له:
- احتقان، واحمرار بملتحمة العين.
- ضيق، وانقباض بحدقة العين.
- ارتخاء جفون العين، وعدم القدرة على فتح الجفون لذلك المدمن، لكي ينظر إلى أعلى يحرك رأسه كاملة إلى أعلى ولا يستطيع فتح جفونه.
- ٦ - صنف الأفيون ومشتقاته يؤثر على القلب، والأوعية الدموية:
- صنف الأفيون ومشتقاته يؤثر على مركز العصب الحائر فيؤدي إلى زيادة معدل النبض في البداية، ثم يصبح بطيئاً في النهاية، وبعد ذلك يكون غير منتظم.
- صنف الأفيون ومشتقاته يسبب بطيء في ضربات القلب.
- صنف الأفيون ومشتقاته يسبب انخفاض ضغط الدم.
- ٧ - صنف الأفيون ومشتقاته له تأثير على الجلد عند المدمنين، وزيادة الجرعة يؤدي إلى:

- شحوب الوجه.

- زرقة بالشفنتين.

- ظهور عرق غزير على الجلد.

- يظهر طفح جلدي مع أكلان، وهرش بالجلد.

٨ - صنف الأفيون ومشتقاته يؤثر على الجهاز التنفسي للمدمن، ويصبح التنفس بطيئاً سطحياً مصحوب بشخير، وزيادة الجرعة يحدث شلل لمراكز التنفس بالمخ، ويحدث هبوط حاد في التنفس يؤدي إلى الوفاة.

٩ - صنف الأفيون ومشتقاته له تأثير على عضلات الجسم يسبب تقلصات عضلية لها.

١٠ - صنف الأفيون ومشتقاته يؤدي إلى بطء في الإحساس بالمؤثرات الخارجية، وبطء في التفكير وبطء في اتخاذ قرار رد الفعل المناسب في التوقيت المناسب الفعلي أكثر من الشخص العادي، فمثلاً إذا قاد متعاطي الأفيون سيارته وظهر أمامه فجأة شخص فإنه سوف يأخذ وقتاً طويلاً حتى يأخذ قرار باستخدام الفرامل؛ لإيقاف السيارة، ويعطي إشارة إلى عضلات الساق و القدم لكي تنتقل من دواسة البنزين إلى دواسة الفرامل؛ للإيقاف يأخذ وقتاً طويلاً ويكون قد صدم هذا المار أمامه قبل إيقاف السيارة و الزمن بين حدوث الفعل ورد الفعل يسمى الزمن التفاعلي، ويكون أكثر من اللازم عند المتعاطي.

١١ - صنف الأفيون ومشتقاته يعطي إحساساً كاذباً للمتعاطي بأنه قوي مع أن قوته تكون متوسطة، أو أقل من متوسطة، أو ضعيفة جداً فهو يتصور أنه أقوى ملاكم، أو أقوى مصارع في العالم.

١٢ - صنف الأفيون ومشتقاته يعطي المتعاطي إحساساً بعيداً عن الواقع واستنتاج نتائج غير واقعية، وهو يستطيع أن يحلّ كلّ المشكلات التي تواجهه؛ لأنّ خياله يصور له أنه يستطيع حلّ مشكلات المجتمع كلّّه، وحتى مشكلات العالم، وحلوله تكون بعيدةً جداً عن الواقع الذي يحيط بالمشكلة، و يتصور أنّه يستطيع أن يحلّ مشكلة البطالة، و الفقر، والإسكان، والموصلات في لحظة.

١٣ - صنف الأفيون ومشتقاته يقلل الرغبة الجنسية إلى حدٍّ ما إذ يضعف القدرة الجنسية إلى حدّ كبير، وتضعف قدرة الانتصاب، وقد لا يحدث الانتصاب مطلقاً نتيجة للأسباب الآتية:

- لأنّ العملية الجنسية تستوجب اكتمال الحالة الصحية الجسدية، وواضح من كلّ ما سبق أن الحالة الجسدية عند المدمن تكون في حالة تدهور مستمرّ.

- لأنّ العملية الجنسية تستوجب اكتمال النشاط والطاقة، والمدمن يعاني الحمول والكسل، وعدم النشاط وضياع القدرة والطاقة.

- لأنّ العملية الجنسية تحتاج إلى هدوء البال وراحة النفس، والشعور بالاستقرار، وصفاء النفس و المدمن غالباً يعاني من تدهور في حالته النفسية بالإضافة إلى تبدّل الحسّ والمشاعر.

- لأنّ صنف الأفيون ومشتقاته المأخوذ من خارج الجسم يؤثر على إفراز هرمون مهم ينتجه المخ تلقائياً عندما يحتاج المخ إلى الطاقة و النشاط، أو في حالة ممارسة العملية الجنسية ويسمى أفيون المخ .. وهو مكون من مادتين تسمى أحدهما إندورفين، والأخرى إنكفالين، متعاطي الأفيون يقلل إفراز المخ لهذا الأفيون الطبيعي الذي يفرزه المخ، وهذا يقلل مستوي هرمون التستوستيرون، وهو هرمون الرجولة عند الرجال ممّا يؤدي إلى ضعف القدرة الجنسية، وكذلك اضمحلال الطاقة الجسدية و النشاط الجسدي.

١٤ - صنف الأفيون ومشتقاته يؤثر على جهاز المناعة الطبيعي لجسم المدمن إلى درجة كبيرة فيصبح

جسم المدمن عرضة للإصابة بالأمراض المعدية والإصابة بالسلّ الرئوي بصفة خاصة.

١٥ - صنف الأفيون ومشتقاته ومشتقاته يعمل على زيادة إفراز الهرمون المضاد لإدرار البول، وبذلك

تقلّ كمية البول التي تفرزها الكلية.

١٦ - مدمن صنف الأفيون ومشتقاته لا يستطيع أن يدير عمله عند احتياجه لجرعة الأفيون إلا إذا

تعاطى جرعة الأفيون المحتاج إليها، وعدم الحصول عليها يؤدي إلى نتائج سلبية على كمية إنتاجه وجودتها

وذلك يؤدي إلى نقص دخل المدمن مما يؤثر على أسرته، وعلى مجتمعه.

١٧ - صنف الأفيون ومشتقاته يحدث تدهور في القوى العقلية للمدمن، وتوصل حياة المدمن إلى

مستشفيات الأمراض العقلية.

٤، ٥، ٢ الإدمان: *Addiction*

إن الاعتماد على المخدر "Drug dependence" تعتبر حالة نفسية، وأحياناً تكون عضوية تنتج عن

التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، "وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحوى دائماً

على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمرّ أو دوري، وذلك

بقصد أن يخبر آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتجاشى المتاعب المترتبة على افتقادها وأحياناً قد يصحبها

تحمل أو لا يصحبها، وقد يعتمد الشخص على مادة واحدة أو أكثر، وتستخدم أحياناً عبارة (زملة

أعراض الاعتماد)، لوصف مجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطى المواد النفسية" (سويف،

١٩٩٦م: ١٨-٢٠).

من هو المدمن

شخص محبط، ومكتئب من الحياة نتيجة تعاويه لمادة ممنوعة دولياً، ويتميز بالعجز والسلبية تجاه العالم، وقد أكد "تشارلز ونيك" (Charles & Winick, 1980) في دراسته أن مدمني المخدرات بصفة عامة يميلون إلى التبرير "Rationalisation" لتعاويهم المخدر، إضافة إلى عدم تحديد الأدوار الجنسية بين الذكور والإناث والإحساس بفقدان الدور الفعال في صنع ما يجري داخل المجتمع، ولذا فإن الإدمان ما هو إلا "عملية هروبية تعنى تدمير جانب من الموضوعات، وجانب من المشاعر ومن الأنا الذى يحى هذه المشاعر، أي تزوير الواقع النفسي وإنكاره" (أحمد، ١٩٦٤م: ٤٢٢).

٥، ٥، ٢ دور الجامعة في الحد من ظاهرة انتشار المخدرات

إن أجهزة الأمن المتخصصة بمكافحة المخدرات ليس في مقدورها أن تجعل من نفسها حارس على كل متعاطي أو متجر لتضمن عدم مخالفتهم للقوانين، ومن هنا يظهر أن ثمة جانباً آخر للمشكلة يخرج عن نطاق هذه الأجهزة الأمنية، وهو جانب تتحمله كل أنظمة المجتمع ومؤسساتها، وتأتي في مقدمتها الجامعة والمسجد والبيت؛ وذلك لأن الاعتماد المطلق على قانون الردع والعقاب حتى الآن لم يحل المشكلة أو يخفف من حدتها، وتتخذ الجامعة دوراً في مواجهة انتشار المخدرات في الجوانب الآتية:

١- أساتذة الجامعة: من خلال المحاضرات التوعوية، والتي تهدف لتكثيف برامج التوعية للطلاب بمخاطر المخدرات، ودور كل كلية في عملية التعليم والتعلم، وأن يكونوا قدوة لأبنائهم الطلبة.

٢- الإرشاد الطلابي: يقدم هذا القسم التوعوية، والنصائح، وجلسات العلاج، والمقترحات العلاجية، والتواصل مع الأسرة، وتقديم المشورة الأسرية.

٣- حملات توعوية: تقوم إدارة الجامعة بعمل حملات منظمة، تستهدف الشباب من الجنسين، تحمل

شعار توعوي، يمارس الطلبة الأنشطة الرياضية، والثقافية، والاجتماعية.

٤- البحوث العلمية: تشجع إدارة الجامعة على عمل بحوث علمية؛ للتعرف على مخاطر المخدرات في

البيئات التعليمية، بالتعاون مع الكادر التعليمي (متولي، ٢٠٠٠م).

فمتعاطي المخدرات قبل أن يكون مجرمًا يلاحقه القانون هو ضحية ظروف تربوية سيئة، كما هو ضحية نشئة اجتماعية خاطئة لم تشعره بأهمية القيم الاجتماعية فخالفها ربما لجهله بأهميتها أو لعدم إدراك صحيح لأهدافها وغاياتها، ولم تستطع التربية أن تكون لديه معايير سوية، فتعاطي المخدرات استند إلى معايير خاطئة تبرر ذلك التعاطي، وأن التربية في أبسط معانيها تعني التكيف للفرد مع بيئته، وأساساليب التربية السليمة التي يتعرض لها الفرد تشكل شخصيته السوية التي يصعب أن تنزلق إلى هاوية المخدرات، هذا إلى جانب دور التربية في إعادة التكيف أو الاندماج في المجتمع للفرد الذي كف عن تعاطي المخدرات، حيث نتج عن تعاطيه اختلالات وظيفته الاجتماعية، ومن هنا تستطيع التربية أن تتخذ من الإجراءات ما يكفل لتخفيف الضغوط حيال هؤلاء الأفراد الذين كفوا عن تعاطي المخدرات، وأن تقوم بالدور اللازم في إعادة تكيفهم مع المجتمع، وتعويضهم عما فاتهم من التعليم المدرسي وتأهيلهم للحياة الاجتماعية الصحيحة (كاظم، ١٩٨٤م).

٦، ٥، ٢ المخدرات وأثرها على التحصيل الدراسي للطلاب

كثيراً ما يتوهم أبناؤنا الطلاب، أن المخدرات لها دور في تحسن مستوى الطلاب، والحقيقة الذين

يتعاطون تلك الحبوب فأغلبهم متأخر دراسي، بينما نجد أن الطلاب المتفوقين والمجيدون لا يستخدمون

أو يتعاطون هذه الآفة، ولا يوجد أي علاقة أو دراسة علمية تثبت صحة هذه الفكرة، فإذا كان الطالب أو المتعاطي يفقد عقله، فكيف يتحقق له التفوق والنجاح.

والمخدرات داء عضوي ونفسي تدمر متعاطيها، وتسلب المدمن قيمه الإنسانية، كما تقوده للانحراف في شتى مجالات الحياة ما يجعله يمثل خطراً على نفسه وأسرته ومجتمعه دينياً واجتماعياً واقتصادياً وأمنياً، لذا كان لزاماً على جميع المؤسسات الحكومية، بما فيها التعليمية التوعية بأضراره الفادحة لكل الفئات العمرية، خصوصاً المراهقة، وتمثل الجامعات أحد أهم مصادر قنوات التواصل مع شريحة هامة من المجتمع عن طريق برامج وأنشطة، ومشاريع متنوعة، وبناء فكر صحيح وقناعة تامة بعدم استخدامها حتى ولو على سبيل التجربة، ونبذ أي فكر ضال يوهم بأنها مفيدة للاكتئاب أو جالبة للسعادة والنشوة (النمر، ١٩٨١م).

وأجرى الليل (٢٠٠٥م) دراسة، هدفت إلى التحقق من وجود علاقة بين الاتجاه نحو تعاطي المخدرات، وسلوك المسايرة، والفرق بينهما لدى عينة مكونة من ٢٠٠ طالب، وطالبة في جامعة أم القرى، فقد وجدت علاقة دالة بين الاتجاه نحو تعاطي المخدرات لصالح الذكور، واختلاف المستوى الدراسي لصالح المجموعة التي تدرس في المستوى الثاني، ومن الدراسات التي حاولت الكشف عن أسباب أو دوافع التعاطي دراسة "ماثيو" (Matthew, 2010)، التي سعت إلى التعرف على الأسباب التي تدفع الطلاب في الولايات المتحدة الأمريكية إلى تعاطي المخدرات، وتوصلت إلى أهم هذه الأسباب هي الضجر (السأم)، والإحباط، وعدم قبول الشباب من قبل الآخرين أو الأهل، بالإضافة إلى بعض المتغيرات الاجتماعية الأخرى مثل الطلاق، وسوء المعاملة.

٧، ٥، ٢ دور التربية اتجاه ظاهرة المخدرات

توجد أسباب تؤثر على تكوين المتعاطي العضوي، والنفسي، والعقلي، وتنبه التربية في هذا الصدد إلى أهمية مراعاة الظروف التي يتكون فيها الفرد، وهذا التكوين له أثره في استقامة الفرد أو انحرافه، وإدمانه للمخدرات، كما أن الإنسان قد يولد في بعض الأحيان وهو يحمل بعض الصفات التي تعوق تكيفه الاجتماعي، مما يجعله يقبل على تعاطي المخدرات، وتقوم حينئذ بخفض القلق لديه، وتخفيف توتره الناتج عن مشاعر القصور والعجز.

ويتمثل دور التربية الوقائي تجاه ظاهرة المخدرات في مراعاة العوامل الآتية:

- ١- صحة الوالدين الجسمية والعقلية: فقد ثبت أن هناك أمراضاً تنفسي وتنفق بطريق الوراثة، مثل الضعف العقلي، والبلهية، والإدمان، والجنون، مما دعا بعض دول العالم إلى إصدار قوانين توجب علاج المصابين بهذه الأمراض (عاقل، ١٩٦٩م).
- ٢- عامل السن والانحباب: فعامل السن أثناء الانحباب له أثره في تحديد قدرات الطفل، وأوجه القصور لديه، وقد ثبت تأثير حياة الفرد بأعمار والديه، وثبت أن نسبة الأطفال المشوهين والمعتوهين تزداد تبعاً لزيادة عمر الأم وخاصة بعد سن ٤٥ سنة، ويصعب على المشوهين، التوافق، والتكيف، مما يسهل انقيادهم لداء الإدمان فيما بعد، والخمور والمخدرات لها آثار الضارة على صحة الأجنة الجسمية، والعقلية، ولقد ثبت أن إدمان المخدرات يحدث تغيراً كيميائياً في الدم، ويعرض سرعة نمو الجنين للتأخر (الغول، ٢٠١١م).

وتستطيع التربية أن تحد من ظاهرة المخدرات من خلال الأبعاد الاجتماعية الآتية:

١- التربية والتنشئة الاجتماعية

تعد عملية التنشئة الاجتماعية حجر الأساس في بناء ما يعرف بالشخصية المدمنة، فقد يتعلم الطفل من خلال تنشئته الاجتماعية الخاطئة قيماً ومفاهيم خاطئة، كتلك التي تتصل بالتدخين وتعاطي المخدرات وتناول الخمر، وتعد التنشئة الاجتماعية عملية تعليم وتعلم، وتربية، وتقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى إكساب الفرد سلوكاً ومعايير، واتجاهات مناسبة؛ ليكتسب أدوار اجتماعية تمكنه من الاندماج في جماعته، والتوافق الاجتماعي معها، و يتعلم الفرد سلوك الجماعة وطرائقها، يمكن أيضاً أن يتعلم تعاطي المخدرات من خلال اتصاله بجماعة تقترف هذا السلوك، وعلى الرغم من أن هناك مؤسسات كثيرة تقوم بعملية التنشئة الاجتماعية، إلا أن الأسرة تكاد تكون أهمها جميعاً، وتستمد الأسرة أهميتها وخطورتها من أنها هي البيئة الاجتماعية الأولى، بل والوحيدة التي تستقبل الإنسان منذ ولادته، وتستمر معه مدة طويلة من حياته المختلفة، وتعاصر انتقاله من مرحلة إلى أخرى (الجوهري وآخرون، ١٩٧٥).

إن كثيراً من مظاهر عدم التكيف التي تظهر في سلوك الأفراد ومن بينها تعاطي المخدرات يمكن إرجاعها إلى عدم إشباع الأفراد لحاجاتهم بالطرائق الصحيحة، وإلى أساليب المعاملة التي تلقوها من خلال مراحل حياتهم الأولى، فإن الأسرة تستطيع أن تقوم بدورها في مكافحة ظاهرة المخدرات وذلك من خلال تنشئة أفرادها تنشئة اجتماعية تتيح لهم إشباع حاجاتهم بطرائق تبتعد بهم عن التماس إشباعها بأساليب سلوكية غير سوية كتعاطي المخدرات، وتؤكد التربية في هذا الصدد على إشباع حاجات الفرد للأمن والحماية، والرعاية، والحب، والسلطة الضابطة حتى لا يشعر الفرد بالحرمان والإحباط، والشعور بالضياع فيستجيب لهذه المشاعر بالسلوك الانسحاب، والهروب عن طريق تعاطي المخدرات (غيث،

(١٩٨٤م)

إن الفرد إذا فقد الأمن في شئونه الحيوية، وفقد التقدير والاحترام، تعرض للقلق والخوف، وعدم الاستقرار، ومن ثم يسهل انحرافه إلى إدمان المخدرات؛ كملاذ للهروب من هذا الواقع الأليم، وتعلق التربية أهمية كبيرة على إشباع حاجة الفرد لتعلم المعايير السلوكية للحد من ظاهرة المخدرات، وجرى الخوالدة والخياط (٢٠١٠) دراسة، توصلت إلى أهم أسباب إدمان المخدرات؛ والتي تعود إلى المشكلات الأسرية والتعرض للقسوة الزائدة من قبل الأسرة باستخدام العقاب البدني خلال فترة الطفولة.

حيث إن هذه المعايير التي تحدد السلوك المقبول والسلوك غير المقبول في الجماعة أي أنها تنظم السلوك مباشرة، ولا يستطيع الفرد أن يتوافق مع جماعته بغير الالتزام بهذه المعايير، كذلك الحاجة إلى السلطة الضابطة المرشدة، فالإنسان في حاجة لنظام يفرض عليه أول الأمر كإطار للحياة الاجتماعية المنظمة، كما أنه في حاجة إلى بعض الأوامر الملزمة المعقولة التي تحد من نزعاته الاندفاعية بشكل يجعله يساير جو البيت والمجتمع الذي يعيش فيه كما أن فقدان الفرد للسلطة الضابطة، يؤدي إلى تكوين الغرور والثقة الزائدة بالنفس والعصيان وإذا ظهرت هذه الميول فعليًا في سلوك الأفراد فإنها تؤدي إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي، وينتهي الأمر إلى تعاطي المخدرات، لذلك لا بد من إشباع حاجات الفرد (الجوهري وآخرون، ١٩٧٥م).

٢- التعليم

إن انتشار المخدرات يزداد مع انخفاض مستوى التعليم، ويقل بارتفاعه، ومع إن انتشار التعليم وارتفاع مستواه له أثره الطيب في الحد من ظاهرة المخدرات، إلا أن التعليم في العالم العربي بصورته الراهنة لا يسهم بفعالية في الحيلولة دون إقدام الأفراد على تعاطي المخدرات؛ ذلك أنه لا يساعدهم على ممارسة حياة مليئة بالنجاح، وتحقيق الطموحات، والثقة بالنفس، والرضا في علاقاتهم الاجتماعية، وربما كان

ذلك بسبب أن معظم المناهج التي يقدمها النظام التعليمي مبنية على دراسات وبحوث أجريت على مجتمعات غير عربية، وبالتالي يشعر الشباب بالغبية نحو كل ما يقدم لهم في مراحل التعليم المختلفة، وعلى الأخص في الجامعة أو قد يكون بسبب افتقاد الهوية الفكرية النابعة من تراث الأمة، هذا إلى جانب أن كثيراً مما تقدمه الجامعة من آراء ونظريات لا تقدم وجهة نظر ذاتية، وتقديم وجهة النظر هذه ضرورة حتى لا يترك الشباب نمباً للغيرة والشك، والتردد في كل ما يقدم إليهم بالإضافة إلى أن المناخ الجامعي لا يهتم كثيراً بمطالب نمو الشباب، ولا يلي احتياجاتهم.

ويستطيع التعليم أن يسهم في الحد من ظاهرة المخدرات إذا تضمنت برامج تنمية مهارات الأفراد ومواهبهم وممارسة هذه المهارات والمفاهيم التعليمية المختلفة بجدية حتى يشعر الأفراد بسعادة حينما يحققون النجاح، وأن الجامعة يمكن أن تقوم بدور أكثر أهمية في توعية الدارسين بالمخدر بشكل عام فتوضح لهم أن كل شيء يتناوله الفرد عن طريق فمه يترك أثره على جسمه كله وعلى حياته بصفة عامة، وإذا كان الطعام والشراب الملوثين يضران بالحياة وبالصحة فإن ذلك أيضاً يشمل كل أنواع الدواء حيث ينبغي ألا يتناوله الفرد إلا بأمر الطبيب.

ومن المفيد في هذا الصدد وضع برنامج خاص عن الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية والعاطفية من بدء دخول الأطفال المدرسة الابتدائية وحتى نهاية آخر مرحلة تعليمية بحيث يؤكد البرنامج على نقاط مهمة مثل:

١- دعم الاتجاهات والأساليب السلوكية الصحيحة وضمان التفتح الجسمي والذهني والوجداني بانسجام.

٢- تقديم دراسات في العلوم الطبيعية وفي التربية الرياضية تتضمن الآثار السيئة للمخدرات.

٣- إقامة ندوات صحية تناقش فيها مشكلة تعاطي المخدرات مع الاستعانة بالوسائل السمعية

والبصرية.

٤- مراجعة المناهج التي تركز على المعارف فقط مع استبعادها في الغالب للإنسان وشخصيته ذات

الأبعاد العديدة وذلك بقصد تنمية جميع جوانب تلك الشخصية بانسجام.

وليس هنالك ما يمنع من أن تقوم الجامعات بتقديم نماذج لتلك البرامج للحد من ظاهرة المخدرات

عن طريق التعليم، على ألا تركز تلك البرامج على تعلم الحقائق المتعلقة بظاهرة المخدرات فحسب، بل

يجب أن تمد الطلاب بمهارات تمكنهم من الاستفادة من المعلومات التي حصلوا عليها، كما تنمي فيهم

ميولاً واتجاهات مضادة للمخدرات، وتغرس فيهم قيماً اجتماعية، ومعايير تحميهم من الانحراف إلى هاوية

المخدرات، وحتى إعداد هذه البرامج على النحو المطلوب للحد من ظاهرة المخدرات، فإن كل معلم

يستطيع أن يضمن منهجه شيئاً يتعلق بالظاهرة وآثارها، وواجب الأفراد نحوها، وهناك وفرة في المعلومات

والمعارف المتعلقة بما يستطيع المعلم الحصول عليها من وزارة الصحة، ووزارة التعليم العالي، ووزارة التنمية

الاجتماعية، وغيرها من المؤسسات المعنية بظاهرة المخدرات (كاظم، ١٩٨٤م).

نستخلص من ما سبق أن انتشار المخدرات يزداد بانخفاض التعليم ونستخلص أيضاً أن نوعية

التعليم في العالم العربي بصورته الراهنة لا يسهم بفاعلية دون الحيلولة من تعاطي المخدرات؛ لأن المناهج

في التعليم مبنية على دراسات وبحوث أجريت على مجتمعات غير عربية، وبالتالي يشعر الشباب بالغرابة

نحوه.

٦، ٢ الانتكاسة "Setback"

تعد الانتكاسة مشكلة تؤرق مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة وتمنعهم من الشفاء التام، وقد أُجريت عدة دراسات حول هذا الموضوع في دول أجنبية وعربية، ولها عدة تعريفات وسوف نتطرق لبعضها، وقد فسّرت عدة نظريات الانتكاسة، وهناك العديد من المواد المخدرة التي تؤدي إلى الانتكاسة حسب قوة المخدر المتعاطي لدى مدمني المخدرات (Berking et al., 2011).

١، ٦، ٢ مفهوم الانتكاسة

إنتكاسة (اسم) مصدر انتكس، انتكاسة المريض معناه مُعاودته المرض، أو حالة من حالات الإحباط كلما نهض من انتكاسة أو كِبوة، داهمته انتكاسة جديدة، عَرَفَ المريضُ انتكاساً بعدَ شفاءٍ : مُعاودة المرضِ بعدَ شعورٍ بالشفاء (ابن منظور، ١٩٨٠م).

ويعرف أبو زيد (١٩٩٨م) الانتكاسة في تعريفها العام عودة أعراض المرض بعد الشفاء، ويعرف العنزى (٢٠١٠م: ١٠) المنتكس بأنه "هو المدمن على المخدرات، يقوم بطلب العلاج بطوعه أو إجباراً، وبعد علاجه وخروجه من المستشفى يقوم بممارسة تعاطيه للمخدرات أكثر من مرة".

٢، ٦، ٢ العوامل المؤدية إلى الانتكاسة

أظهرت نتائج بعض الدراسات أن نسبة ٤٠% - ٧٠% من المتعافين قد انتكسوا خلال سنة إلى ٣ سنوات، وبعضهم بأيام بسيطة، وهذا يعتمد على نوع المادة المعطاة، وكمية الجرعات من المخدر (بركات، ٢٠١١م).

وللانتكاسة أسباب كثيرة، ويصنف الباحث العوامل المؤدية إلى الانتكاسة لعدة أسباب، مستعيناً

بمقياس الانتكاسة، وبالدراسات السابقة، وهي كالآتي:

١، ٢، ٦، ٢ الاشتياق وتلميحات العقار

يعني الحالة النفسية المصاحبة لتذكر المادة المؤثرة نفسياً ومواقف التعاطي السابقة التي تثير حالة من القلق، والتوتر كمؤشر للرغبة في التعاطي من خلال استدعاء الصورة الذهنية ورؤية رفاق التعاطي، وظهور أدوات التعاطي أو المادة نفسها والمرور بمكان التعاطي، أو الجلوس فيه، أو رؤية المروج، أو التاجر أو أي إشارات دالة على العقار.

والاشتياق للمخدرات من المواضيع التي تؤرق مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، ولقد وصف كحلٌّ من "مارلات وجوردون" (Marlatt & Gordon, 1985) في دراستهم أسباب الانتكاسة: عوامل الاشتياق، والإلحاح من الآخرين للتعاطي، ويعاني مدمنو المخدرات من الأعراض الانسحابية، وهذا ما تؤيده دراسة "هيدر وستلرد" (Heather & Stallard, 1989) التي تشير إلى إن الخبرات الذاتية مثل الحاجة الملحة للمخدر والحرمات أو الاشتياق هي التي تؤدي بدمن المخدرات خلال فترة النقاهة للانتكاسة، وأجرى "عبدالله عسكر وجريفيل جوندي" (Asker & Gundy, 1995) دراسة على ٥٣ مدمناً للمخدرات خلال فترة التعافي، وأظهرت النتائج أن العامل المؤثر الثاني للانتكاسة بعد العوامل غير السارة هو الاشتياق للمادة.

وفي مملكة البحرين أجرى "درباس والحداد" (Derbas & Al-haddad, 2001) دراسة على ٤٠ فرداً من الذكور، ومن تلقوا برنامج علاجي، وكشفت نتائج الدراسة أن عوامل الانتكاسة كانت متعلقة أولاً بالتلميحات المتعلقة بالمخدر، والمزاج السلبي.

وارتباط مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة مع المخدرات هو ارتباط نفسي، يلزم المدمن للمخدرات خلال فترة النقاهة، ولهذا فهو بحاجة إلى مهارات معينة لمواجهة هذا الارتباط، وتبين دراسة

"موريس" (Morris, 1983) العلاقة بين العودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، وارتكاب السلوك المنحرف الإجرامي، حيث تكون الرغبة القوية للتعاطي والاشتياق لها، ويعد عاملاً مساعداً على ارتكاب السلوك المنحرف الإجرامي.

وهناك آثار جسمانية يعود سببها في المستقبلات العصبية بخلايا الجسم، حيث تعد مواد مسكنة للألم، وبسبب توقف الإفرازات الداخلية لهذه المواد، ومن مسببات الاشتهاق يعود للخلل في الهرمونات العصبية داخل المخ، فيحد من نشاطه بارتفاع اللذة، فيكرر المدمن التعاطي حتى يحصل على الكيف بيولوجياً، وأظهرت دراسة عسكر (٢٠١٦م) أن من ضمن المسببات للانتكاسة الالهفة والاشتياق للمخدر بمتوسط ٩٥%، ومجموعه المشاعر السارة بمتوسط ٨٩% والتي تحدث نتيجة عرض المادة المخدرة بسهولة علي المتعاطي ، وكذلك رؤيه المواد المخدرة والتعامل معها ، وأيضا المرور بأماكن بيع المخدرات مثل الدواليب، والاستمتاع الجنسي، الشعور بالمتعة والسعادة.

ويقول "لودنج" عام ١٩٤٧م في النظرية الفسحيوية، والتي ترى أن: "أساس العودة للإدمان هو الاشتهاق أو اشتهااء للمادة المخدرة بماله من طبيعة نفسية وعصبية متعددة" (الغريب، ٢٠٠٦م: ٧١)، وأظهرت نتائج دراسة كل من "هارو وآخرين" (Haro et al., 2004) أن ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية المتزامنة مع الاشتهاق للتعاطي، وكشفت دراسته أن العلاج ضد الكحول والأفيون يتوقع بعدها إمكانية الانتكاسة لعدة مرات بسبب الضغوط بين الأقربان، والاشتياق للمخدر، ويتسبب ذلك في انخفاض مستوى التعليم، وتدني احترام الذات، وعدم القدرة على التأقلم مع أفراد المجتمع (Connors & Maisto, 1996).

إن المحفز البيئي المرتبط بتعاطي المخدرات سابقاً، يؤدي إلى استجابات داخلية ويؤدي إلى التفكير

المتعب فيرتبط بالانتكاسة، ويسميه العلماء المحفز المشروط (Stewart et al., 1984; Rohsenow et al., 1993; Childress et al., 1991).

ويرى الباحث أن هذا العامل مهم جداً في عملية الانتكاسة لمدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، بسبب ارتباطهم في الحصول على السعادة، وتقول النظرية السلوكية التي تفسر الاشتياق والتي توضح تطبيقات الاشتراط الكلاسيكي، وتبين الرغبة الملحة للتعاطي والانسحاب والتحمل، ولما له من آثار جسدية على نفسية المدمن خلال فترة النقاهة، وأغلب الذين يدخلون البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي يقل لديهم الاشتياق، ويعلمونهم بالتفكير في أمور إيجابية تشغل اشتياقهم، وتساعدهم على الهروب من الموقف الضاغط.

٢، ٢، ٦، ٢ عدم القدرة على السيطرة على التعاطي

تعني القصور في الكفاية الذاتية، وإدراك الفرد بأن عليه أن يتحكم في جرعات التعاطي؛ للوصول إلى جرعة صغيرة تؤدي أغراض الجرعات الكبيرة، وليكتشف بأنه وقع مرة أخرى في زيادة الجرعات، وعاد إلى حيث كان قبل العلاج أو الإقلاع، ويكشف هذا الموقف عن قصور الاستبصار، والدافعية المتناقصة ظاهرياً، وإنكار حقيقة طبيعية وإدمان، وأوهام الثقة في النفس، والقدرة على التغلب على التعاطي، ويشير الفايد (٢٠٠٦م) إلى أن تفكير مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة في المخدر نفسه، وهذا ما يُسمى "الاشتهاء للعقار" ويصبح لديه توقعات معرفية خاصة بالمدمن نفسه، ولا يقدر على التحكم في بأفعاله التي تؤدي إلى الانتكاسة، .

وللمدمن تاريخ أكثر عمقاً في التعاطي، والتجريب للمواد المخدرة، وارتباطه بشبكات التعاطي من الأصدقاء والمعارف، وعوامل ارتباطه بالجرعات كل هذا يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث الانتكاسة،

وهذا ما أكدته دراسة ربيع (٢٠١٠) التي أظهرت وجود فروق بسيطة في درجة اختبار القدرة على السيطرة، والمستوى الاقتصادي، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية لعامل اختبار القدرة على السيطرة يعزى للتفاعل بين الوضع ومستوى التعليم عند المتعافين، والحالة الاجتماعية.

وذكرت دراسة " ماير " (Majer, 2003) وجود علاقة موجبة بين الكفاية الذاتية للإقلاع والتفاؤل، ولكون الإغراق في التفاؤل يؤدي إلى ثقة زائفة بقدرة الفرد على التحكم في سلوك المتعاطي، والمعتمد على المواد المؤثرة نفسياً، فهو لا يستطيع اختبار قدرته على التحكم والعودة إلى الإقلاع، ويعود إلى الإدمان بنفس الشدة أو بشدة أكثر، وافادت دراسة "سامهسا" (SAMHSA, 2006) إلى أنّ السجناء الذين تمّ حبسهم عدّة مرّات بسبب المخدرات تصبح لديهم الرغبة بالتعاطي (الانتكاسة) ثلاثة أضعاف من الذين لم تسجل لديهم حالة حبس واحدة.

ويرى الباحث أنّ طبيعة المادة المخدرة بوصفها الأساس في عملية التعاطي لا تشكل عاملاً كافياً على الرغم من ضرورتها، وذلك لاختلاف الخصائص والصفات التي يحملها الناس وتباينها يجعل بعضهم يقبل بقوة على التعاطي مع ظهور المادة المخدرة، ويمنع بعضهم الآخر من ذلك على الرغم من وجود المادة نفسها، ولا شك أنّ وجود المادة المخدرة يعد أيضاً أحد العوامل المهمة في عودة المدمن للتعاطي من جديد وذلك لسهولة الحصول عليها وتوفرها.

٢، ٢، ٢، ٣ ضغوط رفاق التعاطي

وهي تشير إلى عدوى الانتكاسة التي تظهر من خلال ظهور رفيق العلاج في حالة تعاطي، أو عرض أحد رفاق السوء من ذوي التأثير المادة المخدرة على الشخص نفسه مما يؤدي به للانتكاسة، وترتبط أيضاً بقصور الكفاية الذاتية في الاستمرار في الإقلاع.

ويشير عبداللطيف (١٩٩٩م) أن عملية الاختلاط مع أصدقاء السوء المتعاطين للمخدرات هي التي تنذر بالانتكاسة، لأنه يبدأ بالتقليد، ولكن يصبح فيما بعد إغراءً من قبل أصدقاء السوء للمدمن خلال فترة النقاهة، وهذا بحّد ذاته يُعدُّ تحدياً كبيراً، وهذا ما تؤكدُه دراسة العود (٢٠٠٦) التي أظهرت أن أسباب الانتكاسة هم رفقاء السوء، وذكرت دراسة "يونيثان وآخرين" (Unnithan et al., 1992) أن معظم مدمني المخدرات يواجهون مواقف خطيرة جداً منها اللقاء مع أصدقاء السوء الذين يتعاطون عقار الأفيون، ومعاناتهم تكمن هنا في حالات الوجدان السلبي.

أظهرت الكثير من الدراسات التي اهتمت بموضوع تعاطي المخدرات أنّ من أهمّ الأسباب المؤدية إلى الإدمان هو تأثير رفقاء السوء سواء في الترغيب، أو الحثّ، أو التوريط، أو التقليد، فجماعة الرفاق بيئة اجتماعية صغيرة تؤثر بشكلٍ ما على شخصية كلِّ فردٍ وعن طريق التفاعل مع جماعة الرفاق تنتقل الأفكار، وتتعلم السلوكيات سواء كانت إيجابية، أو سلبية كتعاطي المخدرات، وهذا ما أكّده دراسة "محرم" (Moharam, 2012) على أن نسبة الانتكاس عالية بين الحالات الحاصلة على شهادة جامعية، وطلاب المدارس الثانوية.

ومروجو المخدرات يستطيعون تأمين المواد التي يتعاطونها فضلاً عن أن خسارة أحد رفاق التعاطي بالعلاج تؤدي إلى حالة من الغيظ التي تدفعهم إلى إكراه رفيقهم على الانتكاسة بشتى الطرق، وذلك بتقديم العقار بدون مقابل، وهذا ما أكّده دراسة العاسمي (٢٠٠٣م) على أنّ من أهمّ أسباب الانتكاسة بعد العلاج هي انخراط المدمن خلال فترة التعافي بأصدقاء السوء، وبينت دراسة عبد العزيز (١٩٩٢م) أن الغالبية من المدمنين المنتكسين يعزّون عودتهم للتعاطي إلى عدم القدرة على رفض إلحاح أصدقاء السوء.

وتندرج تحت هذه النظرية النفسية نظرية أخرى، وهي نظرية الاشتراط الإجرائي وهي تعتمد على السلوك المتعلم للإدمان من رفقاء السوء (الشهري، ٢٠٠٥م)، وكما جاء في دراسة "يونيثان وآخرين" (Unnithan et al., 1992) حيث وجدوا أن عوامل العلاقات الشخصية المتبادلة والإشارات المرتبطة بالعقار ارتبطت أكثر بالعودة إلى تعاطي الأفيون، وفي معظم الحالات يواجهون مواقف عالية من الخطورة مثل مداومة اللقاء مع الآخرين الذين يستعملون الأفيون، ويعرضون عليهم بعض العقار، مع معاناتهم من حالات الوجدان السلبي.

فتعاطي الفرد للمخدرات يرتبط ارتباطاً طردياً مع تعاطي الأصدقاء كنموذج للتعاطي، فعضوية الفرد في جماعة توفر الفرصة للتجربة لتعاطي المخدر والعودة إليه، بشرط إذا عاد إلى نفس المجموعة التي بدأ بالتعاطي معها، حيث إن سلوك التعاطي بين الأصدقاء، ليس سلوكاً مقبولاً فقط، ولكن سلوكاً مطلوباً، فعودة المتعاطج طبيياً إلى الإدمان مرة أخرى، سببه مجموعة الأصدقاء المتعاطين الذين يعتبرون المصدر الأساسي للمخدر والمعلومات عن التعاطي (الجوهري والسمري، ٢٠١١م).

٤، ٢، ٦، ٢ المشاعر السارة

ويقصد بالمشاعر السارة اللذة، وزيادة الاستمتاع، ورفع مستوى المزاج للانطلاق مع الآخرين، والاستمتاع الجنسي، والوصول إلى حالات الانسجام مع النفس والآخرين، والاحتفالات بالمناسبات السارة كالنجاح، والأفراح، والأعياد، والتفاؤل إزاء المستقبل، وتذكر المواقف السارة المرتبطة بالتعاطي.

وفترة النقاهة لمدمني المخدرات تكتسب خبرة سابقة بالشعور باللذة، والسرور بسبب تعاطيه، وهذا ما أشارت إليه دراسة "ميلر وآخرين" (Miller et al., 1996) التي توضح أن الوضع العاطفي، والمزاج والمشكلات العاطفية لها تأثير قوي لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة، وأظهرت دراسة السيد

(٢٠١١م) بوجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة التي يراجعون فيها

العيادة الخارجية على مقياس الدعم الأسري، والمشاعر السارة.

وارتباط مدمني المخدرات بذكريات بها أفراح، ومواقف جنسية مثيرة وعواطف طيبة، فإنه يتصف

بقصور وجداني فلا يحقق الهدوء، والارتياح النفسي، وأجرى "تشيتي" (Chetty, 2013) دراسة لمعرفة

أسباب الانتكاسة، حيث أظهرت الدراسة وجود مقاومة الإغراء والتحفيز، والرغبة، والإجهاد، والعواطف

السارة في وجود أشخاص آخرين يستهلكون المخدرات.

فالبحث عن اللذة بشكل مفرط إنما يكشف عن اضطرابات في الشخصية، وهذا ما يؤكد عليه

"فان هورن" (Van Horn, 1995) لدى الذين يعتمدون على صنف الأفيون، الذي يعمل على زيادة

الطاقة والنشاط ورفع الحالة المزاجية السارة لمدمني المخدرات، كما أنها تؤدي إلى زيادة الشعور بتوكيد

الذات، وتحمل الإحباط.

٥، ٢، ٦، ٢ المشاعر غير السارة

تعني المشاعر الغير السارة حالات المزاج السلبي مثل الشعور بالحزن، والبأس، والحنة، والسأم

والابتئاس، والتأخر النفسي الحركي، والأسى على الذات، والذكريات والهموم والشعور بالذنب، والحزي

والعار المرتبط بالتاريخ الإدماني، والشئام، وفقدان الثقة في النفس، وتفجر نوبات الغضب، وخيبة الأمل

في الحب، والشعور بالعجز، والوقوع تحت سيطرة الآخرين.

وتكشف المشاعر غير السارة عن معاناة مدمني المخدرات لمشاعر الاكتئاب والحزن، والقلق وغيرها

من المشاعر غير السارة، حيث تُسبب المزاج السلبي مما يجعلهم عرضةً للانتكاسة، ويقول آل سعود

(٢٠١٠) في دراسته أن العودة إلى رفقاء السوء للهروب من المشاكل، وعدم معرفته كيف يشغل وقت

الفراغ، أما أهمّ العوامل التي ساهمت في الانتكاسة في الإحباط والفشل المستمر، والإحساس بالنقص، وعدم الثقة في النفس، وعدم السيطرة على الجسم والآمه عندما لا يُوجد المخدر، وتؤكد دراسة السيد (٢٠١١م) على أنّ مشاعر مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة تكون ضعيفة نسبياً بمشاعر غير السارة.

وفي جنوب أفريقيا أجرى "تشيتي" (Chetty, 2013) دراسة، أظهرت وجود حالة عاطفية سلبية (مشاعر الغضب، والإحباط، والقلق)، والتعرض لضغوط الأقران، والملل المؤدية للانتكاسة، وأجرى كلٌّ من "فوستر ومرشيل وبيتس" (Foster & Marshall & Petees, 1998) دراسة أظهرت وجود فروق فردية ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة، والاكنتاب، والمعيشة غير السارة، ووجود فروق فردية ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة، وعدد مرات التعاطي، واضطراب النوم.

وتشكل المشاعر السلبية أو الانفعالات غير السارة سبباً رئيسياً في تعاطي المخدرات قهرياً أو اندفاعياً، وفي أستراليا أجرى كلٌّ من "همبرتشير وليفيرز" (Hammerbacher & Lyvers, 2006) دراسة، أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة، وحالة المزاج السلبي (الاكنتاب والقلق) والأقران والمشاكل الأسرية، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة ونوع المادة والعمر، وأجرى عبدالله عسكر وجريفيل جوندي (Asker & Gundy, 1995) دراسة على ٥٣ مدمناً للمخدرات خلال فترة التعافي، وأظهرت النتائج أنّ العامل الأكثر خطورة في الانتكاسة هو المواقف غير السارة.

وكما أظهرت نتائج دراسة الديدي (٢٠٠٥م) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة و المشاعر غير السارة، والضغوط النفسية، وأيدت دراسة (Marlatt & Gordon, 1980) ما سبق إذ أشارت إلى أن ٣٥٪ من حالات الانتكاسة داخل الفرد نفسية، بسبب المشاعر غير السارة والحالة المزاجية، و ٨٢٪ من حالات الانتكاسة كان سببها العلاقات الشخصية، والمشاعر السلبية لدى مدمني

المخدرات خلال فترة النقاهة، ومن خلال المواقف الاجتماعية، وتظهر دراسة فطائر (٢٠٠١م) أن أحد الأسباب المتعلقة في سلوك الإدمان والاستمرار فيه هي الشعور عند المتعاطي بالحاجة إلى مداواة المشاعر المؤلمة من خلال بديل تعود عليه سابقاً.

٢، ٦، ٢، ٦ اضطرابات العلاقة بالآخرين

اضطراب العلاقة الشخصية المتبادلة التي لا يستطيع فيها الشخص أن يحلّ صراعاته مع الآخرين، وخاصة الأصدقاء، وشعوره بالاضطهاد، والنبذ من الآخرين، والشعور بالوحدة، وتدخل الآخرين في قراراته على نحو تسلطي، ووجود صراعات مع زملاء العمل، والرؤساء، والرفض من الجنس الآخر، وتفجر نوبات الغيرة من الآخرين، والعجز عن مواجهة الناس.

وترتبط هذه المواقف التي ذكرت سابقاً بمستوى الكفاية الشخصية التي تشير إلى فشل الفرد في التعامل السوي مع الآخرين، مما يجعل الصراع مع الآخرين موقفاً خطراً يؤدي به إلى الانتكاسة، وأشارت دراسة "مiller وآخريين" (Miller et al., 1996) إلى ضعف التصدي لأصدقاء السوء الذين يتعاطون المخدرات حيث برهن أنه عامل أساسي للعودة للتعاطي، وتؤكد دراسة "الريس" (١٩٩٣م) على أن المدمنين العائدين من العلاج يعانون من عدم القدرة على مواجهة مشكلاتهم مع الآخرين مما يدفعهم للعودة إلى التعاطي.

وقد أشارت دراسة السيد (٢٠١١م) إلى أن مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة لا تزال علاقتهم بالآخرين مضطربة، ولا يستطيع المريض أن يعيد العلاقة للآخرين إلا بعد فترة طويلة من الانقطاع عن المخدرات، حيث يأخذ وقتاً كبيراً، وجهداً كبيراً أيضاً، وأظهرت نتائج دراسة الديدي (٢٠٠٥م) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة، و المشاعر غير السارة، والضغط النفسي، كما أظهرت نتائج

دراسة الغداني (٢٠١٤م) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في عامل يقظة الضمير تعزى لمتغير عدد مرات التعاطي لصالح ثلاث مرات في اليوم فأكثر، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لباقي المتغيرات " العمر الزمني، والمستوى التعليمي، والدخل الشهري للأسرة، وعدد مرات دخول السجن، وعدد سنوات الإدمان.

وتأتي اضطرابات العلاقات الشخصية المتبادلة كنتيجة لاضطرابات التعبير عن المشاعر والحالات الوجدانية، وكما أشارت دراسة الهبابية (٢٠١٥م) إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مستوى تأثير اضطرابات العلاقات بالآخرين مؤدية إلى الانتكاسة، ومتغير العمر عند بداية التعاطي، وأجرى "رحمان وآخرون" (Rahman et al., 2016) دراسة، أظهرت أن العامل السلبي للانتكاسة هو ضغط الأقران، والكفاءة الذاتية بين الآخرين وعدم الثقة بالآخرين، مما يسبب اضطرابات بين الآخرين.

٧، ٢، ٦، ٢ المشكلات الأسرية

تعني غياب الأمن والهدوء في المنزل، وكثرة الصراعات والشجار، وتكتل الأسرة ضد الفرد المدمن، وفقدان الدعم الأسري، والاهتمام بأحواله، وإدراك مشكلته على نحو معين يؤدي لمساندته في الإقلاع.

ونظراً لكون المدمن يعمل على تشطير أسرته، وجعلهم في حالة انقسام مستمرة في الأمور التي تتعلق بمشكلة الإدمان، فإن دعم الرعاية الأسرية للعلاج غالباً ما يتسم بالانفعال من جانب الأهل، وبينت دراسة "مجد وآخرون" (Rahman et al., 2016) التي أظهرت أن العوامل التي أدت إلى الانتكاسة تلخص في المشاكل الأسرية، وشدة الإدمان، وعدد مرات التعاطي، وشبكة الدعم المساندة للمتعافين، والأنماط الحياتية المؤثرة على المجتمع، وأكدت أيضاً دراسة (Hser, Maglione, Polisky & Anglin, 1998) على أن العوامل الأسرية لها تأثير واضح على التحاق مدمني المخدرات بالعلاج.

وللأسرة دور كبير في تشكيل شخصية الأبناء فالتقصير في ذلك يكون أحد المؤشرات التي يمكن التنبؤ من خلالها بتعاطي المخدرات، أو الانحدار بشكل عام، فالاضطراب الأسري، والخلافات الأسرية، وانعدام الضبط الأسري، تمثل صوراً قد تدفع بشكل، أو بآخر إلى تعاطي المخدرات، وأن وجود شخص في الأسرة يتعاطي المخدرات يرجح انخراط شخص آخر في التعاطي، إما تقليداً للشخص الأكبر، أو بتشجيع منه، أو يكون الترجيح عائداً إلى حالة التشابه في الظروف الداعية إلى التعاطي.

وأظهرت نتائج دراسة بركات (٢٠١١م) أن غالبية أفراد العينة قد انتكست وعادت للتعاطي أكثر من مرة، ومن أهم أسباب الانتكاسة والعودة للتعاطي: المشكلات الأسرية، كما أظهرت بأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أسباب الانتكاسة لدى عينة الدراسة بحسب متغير المستوى التعليمي.

ويلقى كل من الأب وإلام اللوم على الآخر، وقد ينكرون مشكلة ابنهم تماماً مما يجعلهم خارج المشكلة الحقيقية، وهذا ما أكدته دراسة عسكر والبراك (١٩٩٥م) عن العلاقة بين غياب الدعم الأسري، ومن خلال إنكار الأسرة لمشكلة الإدمان وارتفاع معدلات الانتكاسة، وأشارت دراسة الديدي (٢٠٠٥م) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة والمشكلات الأسرية، وضغوط الأقران.

وغالباً ما تؤدي الصراعات الأسرية إلى عدم الاهتمام بالمدمن، وتدعيمه علاجه، ومنحة الثقة، وتعد من المشكلات التي تسبب الانتكاسة لدى قطاع عريض من المدمنين خلال فترة النقاهة، وأشارت دراسة "ريميز" (Rimaz, 2013) إلى أن مدمني الأفيون والحشيش أقل احتمالاً من الانتكاس، وترتبط الانتكاسة بالمتغيرات الأسرية، والشخصية، والاجتماعية، والنفسية، والطبية، والنهج العلاجي، والرعاية الصحية في خطط العلاج من أجل الحد من الآثار السلبية لعوامل مثل النزاعات الأسرية، وضغط الأقران، والعظة المتعلقة بالمخدرات التي تؤدي إلى الانتكاس، وهذا ما تؤيده دراسة جبر (١٩٩٥م) أن البنية الأسرية

الخاصة بالمدمن لها تأثير على مدى الاستمرار، أو التوقف عن التعاطي، وقد أشارت نتائج دراسة ابن حسن (٢٠٠٤م) إلى أن ورفض الأسرة، وضعف المساندة لمدمني المخدرات خلال فترة النقاها سبب من أسباب الانتكاسة.

وغياب دور الأسرة في برنامج العلاج لمدمني المخدرات خلال فترة النقاها هو سبب في الانتكاسة بشكل أسرع، حيث أظهرت نتائج دراسة الهباهبة (٢٠١٥م) وجود علاقة طردية بين الانتكاسة والمشاكل الأسرية مربوطة بعدد مرات الانتكاسة، وفي بنغلادش أجرى "رحمان وآخرون" (Rahman et al., 2016) دراسة أظهرت أن هناك عوامل أخرى مؤثرة على الانتكاسة (المشاكل الأسرية، وشدة الإدمان، وعدد مرات التعاطي، وشبكة الدعم المساندة للمتعافين، والأنماط الحياتية المؤثرة على المجتمع، والمتغيرات التي تؤثر على الانتكاسة هي نوع المادة المعاطاة من الأفيون، والمدة الزمنية للتعاطي.

وفي لندن بالمملكة المتحدة أجرى كلٌّ من "فوستر ومرشيل وبيتس" (Foster, Marshall & Petees, 1998) دراسة أظهرت وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الانتكاسة وردود الفعل العاطفي لدى الأسرة، وأشارت دراسة الشديفات (٢٠١٠م) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تأثير تعاطي المخدرات (الانتكاسة) على التفكك الأسري تعزى لمتغير المستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة تأثير المخدرات (الانتكاسة) على التفكك الأسري تعزى لمتغير العمر، والمهنة.

وقام "دالي ومارلوت" (Daley & Marlatt, 1997) بدراسة هدفت إلى اكتشاف العوامل المؤدية إلى انتكاسة مدمني المتعافين من الإدمان لمادة الهيروين، ووجدت الدراسة أن لدى كبار السن تأثير

للهيروين على الانتكاسة وخاصة في الصراعات الأسرية، وأظهرت دراسة (Moharam, 2012) أن نسبة الانتكاس عالية في الحالات التي تاريخها الأسري سيئ، وذلك لوجود حالة إدمان نشطة في المنزل.

٢، ٦، ٢، ٨ الآلام النفسية والبدنية والوهن

تعني ظهور الآلام النفسية والبدنية لدى مدمني المخدرات خلال فترة النقاهة مثل التوتر العصبي، والأرق، واضطرابات الهضم، والإجهاد، والتعب، والصداع مع حالات الوهن التي تشير إلى عدم القدرة على التعبير عن العواطف، حيث توجد علاقة بين العناصر البدنية، والنفسية والسلوكية في أي حالة عاطفية.

وتشكل الآلام النفسية حالة من الأعراض الانسحابية على المدى القصير والمدى الطويل، وأظهرت دراسة "ماهندري" (Mahendhree, 2014) الأسباب المؤدية للانتكاسة، وهي: مشاعر الغضب والإحباط والقلق التي أثبتت في بداية التعافي، وأظهرت الدراسة أيضاً أن سبب انتكاسهم أيضاً هي الملل، والتعرض لضغوط الأقران، وتأثير الأقران له دور في عملية الضغوط النفسية للمنتكس، وأجرت "جرانت وآخرون" (Grant et al., 2004) دراسة حول عمر المدمن، والتعاطي، وأظهرت أن الفرد كلما كبر في العمر، انخفضت لديه معدلات التعاطي والاعتماد عليها.

في حالة الانسحاب للمدمن فإن الآلام تعاود الظهور بشكل أكثر، إلا أن زوال هذه الأعراض لا يستغرق أكثر من ثلاثة إلى أربعة أيام، بينما تظل الآلام النفسية محركاً للعديد من الآلام البدنية، وتؤكد دراسة السيد (٢٠١١م) أن اختلاف الآلام البدنية من مدمن إلى آخر، حيث ينتاب بعضهم مرحلة انسحاب مع زيادة في الوهن، والإحباط، وعندما تطول فترة العلاج في المستشفى تقل لديهم الآلام البدنية وكذلك الوهن، وأكدت دراسة الديدي (٢٠٠٥م) على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين

الانتكاسة والآلام البدنية، والمشاعر غير السارة، والقلق، والاكتئاب، وأن العافية والعاطفة لها دور في الحدّ من الانتكاسة، وكما بينت دراسة الدسوقي (١٩٩٥م) أن المتعاطين المنتكسين يعانون من ضعف واضطرابات نفسية، وسرعة استئارة.

وفي الولايات المتحدة الأمريكية، أجرت "كلارك" (Clarke, 2012) دراسة أظهرت فيها أن العافية والعاطفة لها دور في الحدّ من الانتكاسة، وكشفت عدة دراسات (Ahmadi et al., 2009; Hillhouse, 2007; Marinelli-Casey, Gonzales, Ang, & Rawson, 2007) أن كلما زادت عدد مرات التعاطي لدى المدمن في اليوم تصيح لديه الانتكاسة سريعة جداً خلال فترة النقاهة، وأشارت دراسة الهباهبة (٢٠١٥م) إلى وجود علاقة عكسية ذات دلالة إحصائية بين مستوى تأثير العوامل النفسية المؤدية إلى الانتكاسة ومتغير العمر عند بداية التعاطي.

وقد فسرت النظرية البيولوجية "Biological theory" ثلاث نظريات تخدم الآلام النفسية والبدنية، وهي: (Rasmussn, 2000)

١- النظرية العصبية البيولوجية "Neurophysiological theory" وهي تؤدي دوراً رئيسياً في الاستعداد الوراثي، وهي التي تتسبب في استخدام المخدرات.

٢- النظرية العصبية السلوكية "Neurophysiological theory" وهي التي تُساهم في التفسيرات التي توصل إلى المشكلة، من خلال ربطها بالاضطرابات السلوكية، والنظام العصبي.

٣- النظرية الجينية "Genetic theory" وهي تركز تركيزاً مهماً على الصفات الوراثية، وتقرب لنا تفسيراً أعمق لها وعلى استعداد الأفراد تعاطي المخدرات.

كما أظهرت دراسة "روشاني وآخرون" (Roshani et al., 2014) أن أكثر العوامل الاجتماعية لها تأثير في الانتكاسة (سوء المعاملة والقرين)، وترتيب العوامل الأكثر تأثيراً على الانتكاسة بالترتيب (العوامل النفسية، والعوامل الاجتماعية، والعوامل الاقتصادية، والعوامل الأسرية)، والأرق، والألم الجسدي، وانعدام الثقة، وأظهرت نتائج دراسة "هارو وآخرون" (Haro. al et., 2004) ارتفاع معدلات الاضطرابات النفسية المتزامنة مع الاشتياق للتعاطي، مع وجود اللوم والعتاب من قبل المتعافين أنفسهم تجاه الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري "الإيدز" HIV مع الإصابة بالاضطرابات الشخصية الشديدة المعادية للمجتمع، والاكنتاب.

وأفادت دراسات "سامهسا" (SAMHSA, 2006) أن السجناء الذين تم حبسهم عدة مرات بسبب المخدرات تصبح لديهم الرغبة في التعاطي (الانتكاسة) ثلاثة أضعاف من الذين لم تسجل لديهم حالة حبس واحدة، فالعلاقة بين الانتكاسة وارتكاب سلوك إجرامي خلال فترة النقاها قوية جداً، حيث أن الرغبة القهرية في التعاطي والاشتياق لها يعد عاملاً مساهماً، ومساعداً على ارتكاب سلوك إجرامي، أو سلوك خارج عن المؤلف (Morris, 1983).

٣، ٦، ٢ علاقة العلاج المعرفي السلوكي بمنع الانتكاسة

وجدت استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لكي تزيد فاعلية كفاءة المعالجة لمختلف مشاكل سوء استخدام المواد (Stephens, Wertz, & Roffman, 1995; Stephens, Roffman & Curtin, 2000)، حيث اشتملت طريقة "مارلات" (Marlatt, 1988) على إعادة الأبنية المعرفية التي تهدف إلى خفض وتقليل "أثر انتهاك التوقف" الذي يعيشه المريض بعد الاستخدام الأولي للعقار، والذي يعتبر نتيجة مصغرة للتغيرات المعرفية والوجدانية التي يظن أنها تحفز إلى استخدام أكبر للعقار، وإن العقاقير والمخدرات

تؤثر على العمليات المعرفية، و الوعي بالذات، ويصبح الفرد أقل قدرةً على تقويم خبراته الشخصية السليمة، بما فيها الإخفاق والنتائج السلبية للاستخدام، أو سوء التعاطي المستمر للعقار، ومن ثم فإنّ الاستخدام يمكن أن يستمرّ، وبالنسبة للشباب المدمن فإنّ إدراك الآثار السلبية للعقار هو أمر ضروري للفرد، لكي يكون قادراً على تفادي استخدام هذه العقاقير كلّها، أو لتجنبه التقدم من الاستخدام التجريبي إلى الاستخدام الحقيقي للعقار (سويف، ١٩٩٦م).

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي للإدمان بأشكاله المختلفة منهجاً تجريبياً لتعديل السلوك كتعاطي المخدرات، والمسكرات، وله خاصية مميزة بتعليم الفرد المهارات الضرورية للسيطرة على الاضطراب النفسي، دون اللجوء إلى المعالج بعد تعليمه هذه المهارات مستقبلاً، وهو تدريب ذاتي، وتحصين ضدّ التوترات، والضغوطات المسبولة عن المرض النفسي، والإدمان، والانتكاس وهو علاج بديل لتعاطي الأدوية النفسية؛ لأنه يعالج الأسباب الكامنة وراء الإدمان، وليس علاج الأعراض كما هو الحال في العلاج الدوائي، وكلفته أقل بكثير إذا ما قورنت بالأدوية باهضة الثمن، ويعتبر العلاج الأساسي وحجر الزاوية لعلاج السلوك الإدماني في معظم دول العالم، كما يمكن تطبيقه في العيادات الخارجية الخاصة، والحكومية، وفي المؤسسات الإصلاحية، والسجون، ويعد جزءاً مهماً من عملية إعادة تأهيل المدمن، والمنحرف، وذوي السلوك الإجرامي، وللحلاج السلوكي المعرفي تطبيقات وتدخلات علاجية يمكن الاستفادة منها، واستخدامها في تعديل السلوك والأفكار للمسترشد (Hughes, 1988؛ الحجار، ١٩٩٩م).

من أجل ذلك بدأ الباحثون في تطوير برامج علاجية، وإرشادية، وتثقيفية، لتكون جنماً إلى جنب مع العلاج الطبي، لمواجهة الإدمان، والعمل على إقناع المدمنين، لتغيير اتجاهاتهم الإيجابية نحو المخدرات،

وكلّ برنامج له أهداف ونظرية يستند على أفكارها، واستراتيجيات، ومهارات، يتمّ تدريب المرضى على ممارستها، ويتناول موضوعات مختلفة تتعلق بشخصية المتعاطي، ليكون أداة فعالة في المعالجة، حيث يشير "بالدين وآخرون" (Ballidin, 2003) إلى أهمية برامج العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان.

وقد أوضح "بفوست وآخرون" (Pfof et at., 1992) أنّ برنامج التدريب التوكيدي أثر إيجابياً على علاج المدمنين، وثبّن "بيتر وآخرون" (Peter et at., 2000) أهمية برنامج التدريب على مهارات التكيف ومهارات الاتصال في علاج المدمنين، واتفقت معظم البرامج على استخدام أساليب، وتقنيات متنوعة، كالتهليل، والتدريب، والنمذجة، والتعزيز، والتوجيه، وتنمية المهارات الاجتماعية، وتعديل الأفكار، ومهارات المواجهة، ومنع الانتكاس .

يعمل العلاج المعرفي السلوكي على تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض القلق، والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، وقد اعتمدت الدراسة على إعداد برنامج علاجي استناداً إلى النظرية المعرفية السلوكية خاصة ما جاء به "دونالد ميشنوم" (Meichenbaum, 1976: 2003)، وذلك من خلال جمع المعلومات التي توضح حالة المسترشد قبل بدء البرنامج لمعرفة الخبرة الشخصية المؤلمة له، مثل الشعور بالتوتر، والقلق والاكتئاب، الذي يؤثر في صحته النفسية، ومدى افتقاره للمهارات الاجتماعية، ثم العمل على إكسابه مهارات التوافق من خلال تغيير أفكاره السلبية، والتحدث مع الذات، والعمل على تنظيم المجال الإدراكي لديه، والتدريب على التعبير عن المشاعر والأفكار التي تتناسب مع مواقف حياته اليومية، ثم ممارسة هذه المهارات في مواقف الحياة، ومتابعة تطبيقها.

وأشارت دراسة "فيرجسون وهيمان" (Ferguson & Meehan, 2011) إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في البرنامج التدريبي بين القياس القبلي والبعدي في الرغبة بالتعاطي لدى أفراد

المجموعة التجريبية، وأظهرت دراسة المخيني (٢٠١٧م) أن البرنامج التدريبي كان فعالاً من حيث استمرارية فعالية البرنامج بعد الانتهاء من التدريب بشهر في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، حيث لم تظهر فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والمتابعة، وأظهرت دراسة "ميتيبيا ووراست وورن" (Methpia, Worast & Wirun, 2014) فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي في الوقاية من الانتكاسات، كما بينت نتائج دراسة "ريتشارد وآخرين (Richard et al., 2006) وجود فاعلية طويلة الأجل للعلاج السلوكي المعرفي.

وأجرى علي (٢٠١٦م) دراسة بعنوان فعالية العلاج النفسي التكاملي في خفض معدلات الانتكاسة لدى طلاب الجامعة المتعافين من إدمان المخدرات، وأظهرت نتائج الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتبعي على الدرجة الكلية لمقياس العلامات المنذرة بالانتكاس وجميع أبعاده في مستوى (المؤشرات المعرفية، والمؤشرات الانفعالية، والمؤشرات السلوكية) لصالح القياس التبعي.