

نموذج رقم ٨

جامعة أم القرى
كلية التربية بمكة المكرمة

قسم علم النفس
الدراسات العليا

**أجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية
بعد إجراء التعديلات المطلوبة**

القسم / علم النفس
التخصص / إرشاد نفسي

الاسم الرباعي / علي حسن ابراهيم الفقيه
الدرجة العلمية / ماجستير

عنون الأطروحة / فاعلية العلاج المعرفي في علاج حالات الادمان على الهيروين

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على أشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين ... وبعد ...
فبناءً على توصية اللجنة المكونة لمناقشة الأطروحة المذكورة عالية والتي تمت مناقشتها بتاريخ
١٨ / ٨ / ١٤١٦ هـ بقبول الأطروحة بعد إجراء التعديلات المطلوبة . وحيث تم عمل اللازم
فإن اللجنة توصي بإجازة الأطروحة في صيغتها النهائية المرفقة كمتطلب تكميلي للدرجة العلمية المذكورة
أعلاه ،،،،

والله الموفق ،،،

أعضاء اللجنة

مناقش من خارج القسم

الاسم : د. زهير أحمد الكاظمي

التوقيع

رئيس قسم علم النفس

د. جمال أسعد قزاز

مناقش من القسم

الاسم : د.زايد عجير الحارثي

التوقيع

المشرف

الاسم : د. جمال أسعد قزاز

التوقيع

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

ملخص الرسالة

إسم الباحث: علي حسن ابراهيم الفقيه

عنوان الدراسة: "فعالية العلاج المعرفي في علاج الإدمان على الهيروين"

أهداف الدراسة:

- ١ - إعطاء تفسير لظاهرة الإدمان من زاوية معرفية.
- ٢ - التعرف على تأثير الأساليب العلاجية النفسية على اختلافاتها وذلك في التقليل من حدة الإدمان والتخفيف من أعراضه.
- ٣ - التعرف على فعالية الأسلوب المعرفي وأسلوب برنامج مستشفى الأمل في العلاج وأكثرهما أهمية في التأثير العلاجي ومستوى التحسن من الأعراض الإدمانية.

تساؤلات الدراسة:

- أولاً: هل هناك فروق في نتيجة القياس النفسي قبل العلاج وبعده للمدمنين توضح تأثير العلاج المعرفي والعلاج ببرامج الأمل في خفض مستوى أعراض الإدمان والإمتناع عن التعاطي.
- ثانياً: هل هناك فرق في الصورة الإكلينيكية أكبر وفي إتجاه أفضلية المعالجين ببرنامج المعرفي وبرنامج الأمل مجتمعين على المعالجين ببرنامج الأمل فقط.

عينة الدراسة:

لقد أحرقت هذه الدراسة في عام ١٤١٥هـ - ١٤١٦هـ على حالتين من نزلاء مستشفى الأمل يجده مستخدمة منهج الدراسة الإكلينيكية.

أدوات الدراسة:

- ١ - مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء
 - ٢ - قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة.
 - ٣ - استبيان معتقدات الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطي
 - ٤ - مقياس التنبؤ بالإنتكاسة.
- لرصد مستوى حدة الإدمان والصورة الإكلينيكية للأعراض نتيجة التعاطي.

نتائج الدراسة:

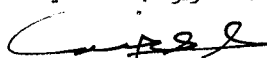
بينت نتائج هذه الدراسة أن العمليات المعرفية تلعب دوراً مهماً في نشوء السلوك الإدماني وأن الأساليب العلاجية النفسية تلعب دوراً هاماً في خفض الأعراض الإدمانية والتقليل من فرص حدوث البواعث المحركة للرغبة والتشوق نحو التعاطي بالإضافة إلى تنوع أساليب المعالجة النفسية والتركيز على الأسلوب المعرفي بالذات قد حققت تحسناً أكبر من التركيز على أسلوب واحد في العلاج ويتجلى ذلك من خلال الزيادة المضطربة بتسارع عند استخدام الأسلوب المعرفي بعد الأساليب الأخرى.

توصيات الدراسة:

أوصت هذه الدراسة بإجراء مثلها على فئات عمرية مختلفة ونوعية مواد ومؤثرات عقلية مختلفة وأجناس مختلفة ودراسة علاقة متغيرات أخرى على مستوى التحسن للمدمنين بالإضافة إلى التوسع في خدمات العلاج النفسي عموماً والمعرفي خصوصاً في مجال الإدمان خصوصاً وباقي الاضطرابات النفسية عموماً والعمل على تقنين ووضع دساتير ومواثيق أخلاقية للممارسة مع إثراء لأدوات قياسه في ما يخص رصد مستوى التحسن من قبل الجهات الأكاديمية.

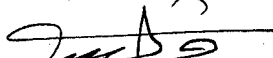
عميد كلية التربية

د. عبد العزيز عبد الله خياط



المشرف

د. جمال أسعد قزاز



الطالب

علي حسن ابراهيم الفقيه



إهداء

- إلى من: أذكى روح البحث فى نفسى . وقدوة الباحث
 تضحية وجدية . (والدى)
- إلى : التى وقفت برضاها عنى ودعائها الى .
 (والدى)
- إلى من: وقفت مؤازرة لى وأعانتنى كثيراً .
 (زوجتى)
- إلى : فلذات كبدى حفظهم الله .
 (سماهر و إبراهيم)

﴿إليهم جميعاً أهدي ثمرة جهدى المتواضع﴾

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين منزل الكتاب العظيم الذى لا يأتيه الباطل من بين يديه ولا من خلفه تنزيل العزيز الحكيم والصلاة والسلام على أشرف الخلق والمرسلين سيدنا محمد عليه أفضل الصلاة وأتم التسليم وعلى آله وصحبه أجمعين وبعد :-

فإن هذه الدراسة التى أتقدم بها فى هذا الميدان ما كان لها أن تتم بهذا الشكل لولا فضل الله تعالى وإحسانه وتوفيقه وعونه أولاً ثم بفضل من أتقدم له بالشكر والإمتنان والعرفان بالجميل سعادة الدكتور / جمال أسعد قزاز المشرف على هذه الرسالة والذى أمدنى بجهده وعلمه ولم يبخل على بوقته فكان نعم المربى علماً وعملاً .

كما أتوجه بخالص الشكر والتقدير إلى سعادة الدكتور / زايد عجير الحارثى الذى أولانى كل رعايته أثناء غياب المشرف على هذه الرسالة فى أجازة تفرغه العلمى وما كنت بحاجة إليه من متابعة وتبصير ومعلومات وإرشاد وتوجيه فى هذا الجانب .

كما أتوجه بخالص الشكر والعرفان إلى كل من سعادة الدكتور / لويس كامل مليكه و سعادة الدكتور / صفوت فرج على حسن توجيههما لى أثناء إستشارتهم فى بعض الجوانب المنهجية لهذه الدراسة.

ج

وأتوجه بخالص عميق شكرى لسعادة الدكتور/ كريستن باديسكى والدكتور/ كاتلين ماهونى فى مركز العلاج المعرفى فى نيوبورت بالولايات المتحدة الأمريكية اللذان أمدانى بالتدريب العملى وبالمراجع اللازمة فى مجال الدراسة " الأسلوب العلاجى " .

كما أتوجه بالشكر لكل من الدكتور / فريد رايت والدكتور/ كورى نيومان والدكتور/ بروس ليس اللذان وقفوا معى بسعة بال وتحمل أثناء حضور بعض الورش العملية فى مجال إستخدام العلاج المعرفى وفتياته فى علاج حالات الإدمان على المخدرات فى كل من بنسلفانيا فى الولايات المتحدة الأمريكية وكوبنهاجن فى الدنمارك ولندن فى بريطانيا.

كما لايفوتنى أن أشكر منسوبى مستشفى الأمل بجده إداريين وطاقم طبى اللذان قدما لى العون الكثير أثناء تطبيقات الدراسة وكذلك الأخوة فى المركز العربى للدراسات الأمنية والتدريب بالرياض ومركز أبحاث مكافحة الجريمة ومدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية لما قدموه لى من مساعدة غير محدودة.

وأتقدم بالشكر الجزيل والعرفان لكل أساتذتى فى قسم علم النفس لما تعلمته منهم خلال دراستى وأدعوا الله أن يجعل ذلك فى ميزان حسناتهم.

كما أشكر الأستاذ / محمد البشير عبدا لله " ناسخ الرسالة " والأخ/ قنعى عزيز لجهوده الخاصة فى مساعدتى .

وأخيراً أقدم شكرى وتقديرى إلى كل من قدم لى العون والمساعدة وفاتنى ذكر أسمه .

الباحث

(٥)

فهرس البحث

رقم الصفحة	الموضوع
١٣ - ١	الفصل الأول خطة الدراسة
٣	تقديم
٦	المقدمة
١١	مشكلة الدراسة
١٣	أهمية الدراسة
١٤	أهداف الدراسة
١٢٣ - ١٩	الفصل الثاني الإطار النظري والدراسات السابقة
١٩	أولاً : الإطار النظري
٢٢	إدمان المخدرات
٢٤	الهيروين
٣٢	العلاج المعرفي
٣٧	الدراسات السابقة
٤٧	التمودج المعرفي للإدمان
٨٧	الإدمان (النظرية والعلاج)
١١٤	مصطلحات الدراسة
١٢٢	حدود الدراسة
١٢٣	فروض الدراسة

رقم الصفحة	الموضوع
١٤٨-١٢٦	الفصل الثالث اجراءات الدراسة
١٢٦	منهج الدراسة واجراءات التطبيق.....
١٢٨	خطوات الدراسة الاكلينيكية
١٢٨	مجتمع الدراسة
١٣٠	أدوات الدراسة
١٤١	الاسلوب المعرفي العلاجي المستخدم في الدراسة
٢٥٨-١٥١	الفصل الرابع
١٥١	الدراسة الاكلينيكية والنتائج
٢١٥	قائمة المراجع العربية
٢١٨	قائمة المراجع الأجنبية
٢٢٢	الملاحق

المدخل إلى الدراسة

تمهيد

المقدمة

مشكلة الدراسة

أهمية الدراسة

أهداف الدراسة

المدخل إلى الدراسة

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

تقديم :-

إن الحمد لله نحمده ونستعينه ونستهديه ونستغفره ونتوب إليه ونعوذ بالله من شرور أنفسنا وسيئات أعمالنا . من يهده الله فهو المهتد . ومن يضلل فلن تجد له ولياً مرشداً . وأشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له . وأشهد أن سيدنا محمد عبده ورسوله صلى الله عليه وعلى آله وأصحابه وأزواجه وسلم تسليماً كثيراً .

أما بعد :

فإن مشكلة تعاطى المخدرات أصبحت من أهم المشاكل التي تسبب خطراً بالغاً يهدد مستقبل المجتمع . لما يترتب عليه من أضرار بالغة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع . والإدمان على المخدرات بأنواعها المتعددة وطرق إستعمالها المختلفة يدفع بالفرد المدمن إلى الإساءة إلى جسمه وعقله ونفسه ويؤدى به إلى أن يكون فرداً منحرفاً يرفضه المجتمع ويعرضه إلى الموت البطيء .

ولقد أدرك الباحثون الخطورة المتعاظمة لتعاطى المخدرات الأمر الذى دفعهم إلى إجراء العديد من البحوث المتعمقة لإستجلاء أبعاد هذه المشكلة وآثارها . حتى يمكن مواجهتها بأسلوب علمى . فنشطت الدراسات العربية والأجنبية حولها ولقد ركزت تلك الدراسات بشكل أكثر وضوحاً على أسباب التعاطى والعوامل النفسية والإجتماعية والفسىولوجية التى تدفع إلى التعاطى ومن ثم الآثار الناجمة عن هذا الإدمان (نفسياً وأجتماعياً وأقتصادياً وأمنياً) . وكان

الإهتمام بطرق العلاج وتقويم فاعليتها لهذه العضلة . قليلاً جداً إن لم يعدم . الأمر الذى لفت نظر الباحث وكان حافزاً له لمحاولة الإضافة إلى الجهود السابقة وتكتملتها بدراسة بعض أساليب المعالجة النفسية لإدمان مادة الهيروين وتقويم فاعليتها وتحديد النجاح على وجه الخصوص لهذه الأساليب فى البيئة الحضارية العربية السعودية . راجياً من ذلك أن تكون هذه الدراسة ومخرجاتها عاملاً مساعداً للمهتمين برعاية هؤلاء الأفراد من المجتمع فى تقديم خدماتهم العلاجية المناسبة .

والدراسة الحالية قسمت إلى عدة فصول عالج كل منها جانباً خاصاً من جوانب المشكلة وفق ما يلي :-

الفصل الأول وفيه تمت معالجة - مقدمة شاملة عن مشكلة الإدمان ثم عرضاً لمشكلة البحث وأهميته وأهدافه والتساؤلات والفرضيات الخاصة بالدراسة .

وتناول الفصل الثانى الجوانب النظرية للدراسة وفق ما يلي :-
تعريف إدمان المخدرات وتفسيراته النظرية مع التركيز على مادة الهيروين ووصفها بإعتباره متغير الدراسة . ثم تناول الباحث العلاج المعرفى ثم عرض الباحث علاج الإدمان بالوسائل النفسية المعرفية ومع تركيز للنموذج المقترح والمستخدم من قبل الباحث تناول بعد ذلك الدراسات السابقة فى هذا المجال ونتائجها ثم حدد مصطلحاتها وحدود أدواتها .

وتناول الفصل الثالث التصميم الإجرائى للدراسة من حيث إجراءات تطبيقها ووصف مجتمعها وعينتها والمنهج البحثى المستخدم فى هذه الدراسة .

وأفرد الباحث بعد ذلك فصلاً خاصاً بدراسة نتائج البحث وخلاصته ومناقشته تلى ذلك قائمة بالمراجع العربية والأجنبية التى تمت الإستفادة منها فى هذه الدراسة وأرفقت صور من المقاييس والنفسية التى مثلت أدوات الدراسة فى الجزء الخاص بالملاحق .

مقدمة :- Introduction

تعد مشكلة تعاطى المخدرات من أهم المشكلات التى تسبب خطراً بالغاً يهدد مستقبل المجتمع لما يترتب عليها من أضرار بالغة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع . فالخمر والمسكرات والمخدرات والعقاقير المخدرة تسبب مخاطر ومشاكل عديدة فى أنحاء العالم . وتكلف البشرية فاقداً يفوق ما تفقده أثناء الحروب المدمرة حيث أنها تخلف المشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية والأقتصادية التى تحتاج إلى جهود مكثفة لمعالجتها ناهيك عن إعاقة هذه المجتمعات فى مسيرة نموها الإقتصادى والإنتاجى وتعطيل طاقاته والكثير من قدرات أفرادها . بل أنها توجهها إلى مسار مهلكة تجليها المظاهر المشاهدة والمسموعة عن جرائم متعاطى تلك المواد أو مدمنيها أو تجارها ومهربيها وتقدر بعض الإحصائيات إلى أن حوالى نصف ما يرتكب فى المجتمع من جرائم يقوم به الأفراد فى حالات تعاطيهم أو من أجل الحصول على المال اللازم للإنفاق على إدمانهم .

ولقد أستفحل شر هذا الداء فى السنوات الأخيرة إلى حد تجاوز تحريك أجهزة الأمن فى الدول لمحاربتها وحصارها والتقليل منها إلى حد تحريك الجيوش وأجهزة الدفاع ومعدات الحرب المدمرة خارج المجتمع المحلى أو الدولة .

وذلك على النحو الذى قامت به القوات المسلحة الأمريكية من غزو عسكري لدولة بنما فى عام ١٩٨٩ م وذلك بهدف إعتقال رئيس

«دولة بنما الجنرال " مانويل نورييجا " لمحاكمته فى الولايات المتحدة الأمريكية بتهمة الإتجار فى المخدرات والتستر على تهريبها وترويجها . بل أنه وللتدليل على أهمية هذه المشاكل وخطورتها كانت من جملة الطروحات الدعائية للتنافس فى الإنتخابات الأمريكية ولأول مرة فى تاريخها للفوز بمقعد الرئاسة تنافس خصوم الترشيح على قطع الوعود لمكافحة المخدرات وأساليب الإتجار بها . ولعل الحديث يطول فى هذا الجانب إلا أن ما أود التركيز عليه هنا هو أن المخدرات سموم مهلكة تدمر الأفراد فلا تبقى لهم من جسم أو عقل إلا الحطام الذى لا يرجى منه نفع ولا يتقى منه ضرر .

ولذا وجبت محاربة المخدرات وحصرها وتحجيم إنتشارها ورواجها وذلك بوضع البرامج المناسبة للتحكم .

وفى هذا الإطار تم تنظيم التحرك الدولى فى المواجهة من خلال المنظمة الدولية (هيئة الأمم المتحدة) ومنظماتها الإنسانية التى أنشأ العديد منها فى هذا المجال بالذات . ولما له علاقة بموضع دراستنا وبمبحثنا ننوه فيه عن إحدى تلك المنظمات وهو (الصندوق الدولى لمكافحة إساءة إستخدام المخدرات) الذى أنشئ فى عام ١٩٧١م وتنحصر بعض أهدافه فى القيام بدور فعال فى الحد من مشكلة المخدرات عن طريق التأثير فى :

أولا : عرض المواد المخدرة .

ثانيا : والطلب عليها وفى هذا يتحقق الهدف من خلال .

١- عمل برامج للوقاية من خطر المخدرات وذلك للحد من دخول أشخاص جدد فى دائرة الطلب .

٢- تمويل مشروعات علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم بهدف إخراجهم هؤلاء المعالجين من دائرة الطلب على المواد المخدرة وذلك بالتعاون مع هيئات أخرى مثل منظمة الصحة العالمية (سلسلة كتب مركز أبحاث الجريمة ، وزارة الداخلية) ١٩٨٥م ص .

وتنفيذاً لهذه التوصية الدولية إبتدأت غالبية الدول الخطوات التنفيذية للبرامج العلاجية لمدمنى المخدرات وإحتل الموضوع قائمة الإهتمامية فى برامج الصحة الوطنية بحثاً ودراسة تجريبية .

والحديث عن علاج مدمنى المخدرات يعود إلى بدايات الثلاثينيات من هذا القرن التاسع عشر حيث بدأت المعاملة العلاجية لهؤلاء الأفراد من خلال برامج المعالجة الدوائية العقاقيرية لبعض الحالات من خلال مستشفى لكسنجتون LICKSINGTON فى ولاية كنتيكى بالولايات المتحدة الأمريكية ١٩٣٥م ومستشفى فوت ورت FOOT WORTH وفى ولاية تكساس ١٩٣٨م (سوين ١٩٧٩م) .

ومنذ بداية تلك البداية زادت الأهمية الموجه إلى تحسين أساليب العلاج لمدمنى المخدرات والكحولات ويعود السبب فى ذلك إلى ضعف النتائج التى تم التوصل لها بالاضافة إلى زيادة نسبة الانتكاس والعود للتعاطي وقد إختلفت المؤسسات والهيئات التى تقوم على علاج المدمنين ومشاكل الإدمان فى المجتمعات الحالية عن مؤسسات وهيئات الأمس وتطورت الأساليب العلاجية من الدوائية العقاقيرية البحتة إلى الأساليب

النفسية فى المعالجة PSYCHOTHERAPY بطرقها المختلفة وتنوعت الأخيرة فى أساليبها حتى بلغت فى بعض الإحصائيات إلى أكثر من ١٣ طريقة نفسية ولعل الإفتقار الحالى فى معرفة طبيعة الإدمان على المخدرات معرفة تامة يعكس سر ذلك التنوع فى أساليب العلاج . حيث لاتزال هناك فجوة كبيرة فى معرفة الأسباب وإن كانت مرضاً أم لا ؟ ومدى كون الحالة جسمانية أو نفسية ؟ فالمتخصصون لا يزالون مواصلين فى مناقشة هذه القضايا فى الوقت نفسه يحاول الباحثون زيادة معلومتنا عن هذه المشكلة الإجتماعية المعقدة .

وعلى الرغم من أن برامج المعالجة فى مختلف أنحاء العالم لاتشفى بعض المدمنين شفاءً مطلقاً إلا أن هذه البرامج بالنسبة للأكثرية توفر دعماً ودرجة بينة وملوحظة من التأهل لأداء و حياة أفضل . ولما تعذر وجود أسلوب واحد للعلاج يوفر حلاً لمشكلة الإدمان فأن الأبحاث والتجارب تجرى الآن على أنواع مختلفة من أساليب العلاج تتخذ عدة مسارات وبالرغم من ذلك كله فإنه لابد أن نعترف بأن مسألة علاج المدمنين بالطرق الطبية النفسية الدوائية والإرشاد النفسى والإجتماعى مازات متعثرة ويعترضها الفشل نتيجة الانتكاس الذى يصيب المريض .

وأن الأمل بصفة عامة فى الشفاء التام ليس كبيراً فقد بلغت نسبة الانتكاسة حداً يتراوح بين ٧٥ ٪ و ٩٥ ٪ ، والسبب فى ذلك يعود إلى وجود العديد من العوامل والمسببات الفاعلة فى ديناميكية عملية الإدمان . وهنا تكمن مشكلة العلاج بل وخطورة الإدمان ذاتة .

(سوين ١٩٧٠ م) . إلا أن هذه النسبة فى الإنتكاس نجدها تضحل لدى إستخدام بعض الأساليب العلاجية وتصل إلى مستوى مشجع للإستمرار فى بحثها وتطويرها .

وقد نوهت العديد من الدراسات والأبحاث (ميلر وهستر ١٩٨٠ م ، بيك وزملاءه ١٩٩٣ م . ، فايلانت ١٩٨٣ م.) للأهمية البالغة للعلاج المعرفى ومرورته وفاعليته للشفاء من الادمان حيث توصلوا إلى أن أفضل صورة لمظاهر الشفاء من الادمان هى فى التبدل المعرفى الذى يضمن مساعدة الفرد المدمن مساعده نوعيه فى التعرف على مشكلته وقبول وجود هذه المشكله ثم عقد النيه والعزم الصادق على تبديل تفكيره ومشاعره وسلوكه ، بلاضافه ألى أن هذا العلاج المتفاعل القائم على التعاون بين المعالج والمدمن هو الذى يسهل الشفاء والتخلص من سلوك الادمان .

وهذا يعنى أن العلاج النفسى المعرفى اليوم هو الرائد الأول الطليعى الذى يغطى كافة الإستراتيجيات العلاجية والنفسية الأخرى. ولعل تلك النجاحات والنسب المشار إليها وما قد تحققه من فوائد فى برامج التأهل هو ما دعا الباحث إلى تسلط الضوء بغرض زيادة الوعى لأهمية مثل هذا العلاج والعمل على إبراز الخطوط العامة لفيئاته راجياً من ذلك أن تكون أيدي الكوادر العلمية المختصة بالعلاج فى المصححات الخاصة لعلاج المدمنين مليئة بما يحقق الغرض وفق ما تهدف مستفيداً من التراث الدينى والحضارى المتوفر لدينا دونما أى مجتمعات أخرى فيما يخص مكونات بعض الأساليب والتقنيات العلاجية .



مشكلة الدراسة :-

إن المتبع للتائج والدراسات التى تتحدث عن معدلات النجاح لمراكز الإدمان يدهش لمستوى تلك النتائج التى لا يتجاوز بعضها ١٠٪. ويتقدم بعضها ليتخطى حدود الـ ١٥٪ فقط فى بعض الدول الغربية الأمر الذى يزيد من علامات الاستفهام حول مصداقية الأساليب العلاجية المتبعة فى رعاية هؤلاء المدمنين فى فترة العلاج التى يخضعون لها فى تلك المراكز العلاجية ولعل ذلك مرده إلى تنوع وتعدد الأساليب العلاجية المستخدمة وذلك لإختلاف وجهات نظر العلماء فى هذا المجال فى تفسيرهم لسلوك المدمن وأنجح الوسائل للتعامل معه . الأمر الذى أدى إلى ظهور عدة اتجاهات علاجية لكل منها منهجه وطرقه ووسائله الخاصة وتنظيره الخاص فى مشكلة الإدمان .

إلا أن الهدف المشترك لكل تلك الوسائل هو محاولة التعامل مع حالة المدمن علاجياً وصولاً إلى مرحلة الشفاء وأعنى هنا الشفاء التام مع إستبعاد أى نسب عالية فى الإنتكاسة أو العودة إلى التعاطى . وحيث أن الأسلوب العلاجى المعرفى منه بالذات بحكم النتائج الغربية المسجلة كان أهم وأنجح أسلوب فقد بدت نتائجه مشجعة فى هذا المجال ذلك أنه يعد من الإتجاهات الحديثة التى تعتمد على أسس علمية فى تعديل السلوك الخاطيء منه أو تغيير بعض العادات غير صحيحة للكائن البشرى .

فلقد أدت نتائج هذا الأسلوب وتطبيقاته العلمية مؤخراً فى دول أوروبا وأمريكا الشمالية للتوصل إلى معدلات نجاح عالية تعتبر علامة بارزة فى مجال العلاج والإرشاد النفسى وذات أهمية تستحق المزيد من

التركيز والبحث والدراسة والتطبيق لاسيما عبر ثقافات مختلفة ، أما النتائج المحققة فى مثل هذا المجال فى مجتمعاتنا فلا تكاد تكون ذات أثر لقلة تطبيقها ولعدم الإهتمام الأكاديمى والتجريبى لها . الأمر الذى أفقد التجربة العربية وجود أى نتائج حقلية تطبيقية يعتمد عليها لتقييم فاعلية هذه الأساليب لتبيان معدلات نجاحها للحكم على مصداقيتها أو فشلها وخصوصاً فى مجال علاج حالات الإدمان خصوصاً إذا أدر كنا المدى الذى تشكل به شخصية المدمن عبر الثقافات الحضارات وما تجلى به نفسية المدمن من حضارة إلى أخرى ومن ثقافة إلى أخرى .

وبالتالى ينعكس على طبيعة الأعراض المتمثلة فى حالة المدمن مما يدعونا للجزم بعدم مصدقته نتائج الحضارات الأخرى على حضارتنا وثقافتنا لاسيما وأن أسلوب العلاج وفاعليته تعتمد على العديد من المتغيرات الفكرية والحضارية والثقافية والدينية الأمر الذى يدفعنا إلى البحث والدراسة لتطبيق وإجراء محاولات تستوفى الشروط المنهجية المناسبة لتغوص فى خصوصيات المدمن العربى السعودى وخصوصية الأسلوب العلاجى وما يضاف إليه من تعديل وما يحذف منه من نقاط ليتلائم مع المدمن فى البيئة العربية على العموم والسعودية على وجه الخصوص .

أهمية الدراسة : Importance of The Research

إن أهمية الدراسة تتجلى إذا ما عرفنا أنها الدراسة الأولى العربية والسعودية فى هذا المجال . والتي توضح وتبين مدى فاعلية العلاج المعرفى فى علاج حالات إدمان " الهيروين " لاسيما وأنها ستكون مستوفية بقدر الإمكان بالشروط المنهجية . وخصوصاً وأن هذا الأسلوب يعد من أنجح أساليب علاج الإدمان فى المجتمعات الغربية ولإعتمادة على العمليات والقدرات الفكرية العقلانية فى التعامل مع المدمن .

ونظراً لظروف التنشئة الإجتماعية والقاعدة الفكرية للمدمن فى المملكة العربية السعودية وما تركز عليه من أساس دينى يتعامل مع العقل وفطرة الله التى خلق الإنسان عليها فإنها من المتوقع أن تكون النتائج ذات نسبة عالية فى النجاح خصوصاً إذا تم التعامل على تعديل التشوهات المعرفية التى تحدد معتقد المدمن إذا المواد المخدرة وتكون وفقاً لإطارنا النظرى فى هذه الدراسة سبباً رئيسياً من ضمن أسباب التعاطى إذا تم التعامل معها من خلال نصوص الدين الإسلامى مستفيدين بذلك من النتيجة التى توصل لها أحد الباحثين فى هذا المجال على مدمنى المخدرات من السعوديين من أنهم جميعاً يدركوا بوعى كامل أنهم مذنبون . (أبالرقوش ١٩٨٤ م) .

ولكون المحافظة على عدم التعاطى والعودة له هى فى الأساس تدعيم وتقوية لمرحلة التأهيل التى تتوج العملية العلاجية . ولكون الأسلوب العلاجي المعرفى العقلانى أهم وسائله فإن النتائج المتوقعة تشجع على جعله فى رأس قائمة الأساليب العلاجية الفاعلة فى حالات

الإدمان ومن خلال سردنا فى الجزء التالى من هذه الخطة فى توضيح أهداف هذه الدراسة ستزداد أهمية هذه الدراسة وضوحاً .

أهداف الدراسة : Purposes Of The Research

تحاول الدراسة الحالية من خلال ما تتوصل إليه من نتائج أن تبين بوضوح مدى فاعلية العلاج المعرفى فى علاج مدمنى " الهيروين " فى المملكة العربية السعودية حيث ثبت من خلال العديد من الدراسات أن القيمة العلاجية لهذا الأسلوب وفاعليته فى معالجة العديد من الإضطرابات السلوكية . تكاد تفوق مثيلاتها من الأساليب العلاجية الأخرى .

كما تهدف الدراسة من خلال نتائجها على تقليل التكلفة الاقتصادية لعلاج المدمنين ، ومحاولة سد العجز الكبير فى القوى البشرية الوطنية ذات التأهيل الغير مكلف زمنياً ومالياً . للعمل فى مراكز ومستشفيات علاج الإدمان وذلك من خلال زيادة مدى المساهمة الفعالة وذات الأهمية من قبل الأخصائين النفسين Psychotherapist فى الدور العلاجى الحيوى لمرضى الإدمان ، وتفريغ الكفاءات من طاقم الخدمة الطبية النفسية لإهتمام بمجالات أخرى من مجالات الأمراض النفسية " السيكوباتولوجيا " بالإضافة إلى توسيع مجال الخدمة الصحية فى إطار علاج الإدمان .

وبما أن العديد من المدارس العلاجية الأخرى تكاد تكون سطحية في أسلوبها العلاجي ومركزه في إهتمامها على إزالة الأعراض فقط . فإن مثل هذه الدراسة بإذن الله ستوضح وتوجه أساسيات العلاج إلى العمل على دراسة وتفسير أصل الإدمان ومسبباته منذ الجذور .

وفى محاولة لتحقيق أى مساعدات تعين فى الوصول إلى نتائج علاجية أفضل ، كما أنه وفى ظل محاولة إستيفاء الشروط المنهجية للدراسة فستكون مخرجاتها بمثابة حقائق تجريبية ذات مصداقية عالية مما يعزز قوة الإسهام للأخصائين النفسين فى عملية العلاج وبأدوار رئيسية وهامة وذات فاعلية .

وأخيراً فيما أن فئة المدمنين هم بلا شك خسارة لمجتمعهم من حيث أنهم قوى عاملة معطلة أو محدودة الانتاج ، ولكن بعلاجهم وعودتهم إلى مجتمعاتهم بعد العلاج سالمين ، فسيكونون فى مستقبل حياتهم من أهم عوامل البناء والإنتاج بدلاً من أن يكونوا من عوامل الهدم والإعاقه .

وفى ذلك تحقيق عائد أفضل للمجتمع ناتج عن تخفيف عبء رعاية هذه الفئة من المرضى وإسهامهم فى الإنتاج بوصفهم مواطنين أصحاء .

ويمكن تلخيص أهداف الدراسة فيما يلي :

أ - التعرف على تأثير الأساليب العلاجية النفسية على إختلافاتها وذلك فى التقليل من حدة الإدمان والتخفيف من أعراضه وفقاً لبعض المقاييس النفسية .

ب - التعرف على أى الأسلوبين العلاجيين موضع الدراسة أكثر أهمية فى التأثير العلاجى ومستوى التحسن من الأعراض الإدمانية .

الإطار النظري

إدمان المخدرات

الميرورين

العلاج المعرفي

الدراسات السابقة

النموذج المعرفي للإدمان

الإدمان النظرية والعلاج

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

فروض الدراسة

الإطار النظري

الإطار النظري :- Theoretical Framework

يعتبر الإطار النظري لأي دراسة بمثابة الحدود الطبيعية لها أو الأسس والقواعد التي يعتمد عليها الباحث في دراسة موضوعه . ذلك أنها السند العلمي لأجزاء الدراسة مثل مقدمة البحث أو فروضه أو أهدافه أو أهميته . إذ أن هذه العناصر جميعها لا بد وأن تستند إلى خلفية علمية تستمد منها المعلومات اللازمة لبنائها .

إنه تعبير يشير إلى إختيار نظرية معينة أو مجموعة من المفاهيم أو القوانين يتم من خلالها صياغة وحل المشكلة (العساف، ١٤٠٩هـ، ص ٥١) وفي موضوع دراستنا تم إختيار الأطر النظرية ذات العلاقة والتي سيهتدى بها بعد توضيحها لتحقيق أهداف الدراسة . ولما كان الأمر كذلك فإن هذا الجزء من الدراسة سيحوى عرضاً للموضوعات التي يتضمنها البحث وذات العلاقة بالمفاهيم المختلفة والتي توضح الأبعاد المختلفة لأدبيات الدراسة وستكون على النحو التالي :

أولاً- (إدمان المخدرات) : ويحوى على عرض مشتمل على :

- مقدمة وتشمل نبذة تاريخية .
- تعريف إدمان المخدرات ومراحله .
- الإطار العام لمشكلة الإدمان - مع شرح للحجم المحلي والحجم العالمي مدعماً ببعض الإحصائيات الحديثة والموثوقة .

ثانياً - (الهيروين) :

الهيروين ويشمل على وصف مادة الهيروين من عدة نواحي مع التركيز على مصدره وإستعمالاته الطبية - جرعاته - طريقة تعاطيه - آثار تعاطيه - كثرة سوء إستخدامه .

ثالثاً - العلاج المعرفى :

ويركز الحديث عن العلاج المعرفى على وجه العموم بإعتباره أسلوبنا العلاجى فى هذه الدراسة وستكون خطة العرض فيه على النحو التالى :-

- مقدمة عامة وإستعراض تاريخى لهذا المنحنى العلاجى وتوضيح لعلاقة أساليب التفكير والإعتقاد بإضطرابات الشخصية والسلوك .
- شرح المناهج المعرفية - البنيان المعرفى ونماذج التفكير السلوكية المعرفية .
- شرح الفلسفة والتصورات .
- مبادئ العلاج المعرفى وتشمل على (الأهداف والأغراض - التشوهات المعرفية الملموسة والمباشرة - التفكير غير المنطقى - التعاون والمشاركة العلاجية - بناء الثقة - تخفيف المشكلات)
- شرح لفنيات العلاج المعرفى عموماً (رصد لعمليات التفكير الغير سوية - ملء الفراغ الفكرى - التباعد والتركيز - توثيق الإستنتاجات - تغيير القواعد الغير واقعية)

رابعاً - (الدراسات السابقة) :

وسيتم خلالها عرض الأبحاث السابقة وخصوصاً ماله علاقة بموضوع دراستنا قدر الإمكان .

خامساً - (النموذج المعرفى المستخدم فى الدراسة) :

هذا الفصل يشرح النموذج المعرفى المستخدم فى هذه الدراسة وهو أسلوب أو النموذج المقترح من " بيك " Beck وزملاءه ١٩٩٣م بإعتباره نموذج التعامل فى حالات الإدمان فى مستشفى الأمل بجده المطبق من قبل الباحث .

سادساً - (الإدمان بين النظرية والعلاج) :

ونتحدث فيه عن الإدمان " النظرية والعلاج " على ضوء وجه نظر " بيك وزملاءه " من خلال ترجمة وتعريب جزء من مؤلفهم " العلاج المعرفى لسوء إستخدام العقاقير ، ١٩٩٣م " .

أولاً - إدمان المخدرات Drug Addiction

تعاطى المخدرات والإعتماد عليها مشكلة قديمة حديثة . قديمة لأنها لازمت الإنسان منذ آلاف السنين . حيث دلت بعض الكتابات التاريخية على وجود مشروبات كحولية فى مصر منذ أكثر من أربعة آلاف سنة . وفى الهند منذ ألفى سنة قبل الميلاد . وحديثة لأن الإهتمام بها متجدد من أجل مزيد من إستخدام أساليب عصرية فى فهم أبعادها والتحكم فيها وتخليص الأفراد من آثارها .

بل أنها أصبحت فى العقد الحالى من أكبر المشاكل التى تواجهها المجتمعات وذلك دون إستثناء لأمة من الأمم أو طبقة إجتماعية أو فئة عمرية أو جنس . (Gawin & Ellinwood, 1988) .

وفى تقرير منظمة الصحة العالمية ورد أن مشكلة المخدرات والمسكرات قائمة فى جميع البلاد ولكن معدلها هو الذى يختلف . فعلى سبيل المثال فى أمريكا أن كل ١ من ٣ أفراد بالغين يشرب الخمر . وفى فرنسا نجد ٢٨٥٠ شخص متعاطياً من بين كل مائة ألف .

وفى العالم العربى فالمشكلة فى تعاطى مستمر سواء كان ذلك فى عدد المتعاطين أو عدد أنواع العقاقير المستخدمة أو عدد حالات الجنوح بفعل المخدرات .

فلقد أوضحت الإحصائيات الحديثة فى العالم العربى أن ١٢٪ من الأطفال و ٢٢٪ من المراهقين يمثلون أمام محاكم الأحداث وأن وراء ذلك تعاطى المخدرات بكل أنواعها وأشكالها . (التركى ، ١٩٨٩ م) .

وقد أمتدت المخدرات إلى كافة أقطار العالم العربى وأخذت المشكلة تتفاقم منذ السبعينات . ففى إحصائية تصف معدل الإدمان لكل مائة ألف من السكان فى بعض دول العالم العربى تبين أن معدل الإدمان فى مصر عام ١٩٧٠م كان ٦, ٣ وفى المملكة العربية السعودية ٥, ٢ ولبنان فى عام ١٩٨٢م كان ٨, ١٢ (التركى ١٩٨٩م) .

وتزداد خطورة الإدمان إذا أدركنا أن نسبة كبيرة من متعاطى المخدرات من المراهقين والشباب . فقد بينت دراسة (التوهامى) فى المغرب بأن تعاطى المخدرات ينتشر بين الشباب فى مستقبل العمر (١٩٨٢م) وبينت دراسة فى جامعة قطر أن أكثر من ٥٠٪ من المتعاطين هم من الشباب (القبادى وآخرون ، ١٩٨٤م) . وفى دراسة سيف الإسلام إبن سعود عن تعاطى المخدرات فى دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية تبين أن معظم المتعاطين كانوا ما بين ١٥ - ٣٥ سنة (آل سعود ١٩٨٨م) ولا يخفى على أحد مخاطر التعاطى على قدرات وطاقات الشباب وقيمهم . فالشباب مستهدف بقوته وإرادته وفكره . وما المخدرات إلا حرب على هذه الطاقات الخلاقة والمنتجة .

وعلى وجه الخصوص شباب دول الخليج العربية التى تعد من المناطق المستهدفة لمهربى المخدرات ومروجيها . لأهميتها الإقتصادية وموقعها بين قارات العالم . حيث تزرع فى بعض أقطار أسيا كإيران والباكستان وتايلاند وتركيا ولبنان . وبلدان الخليج منطقة عبور (آل سعود، ١٩٨٨م) وبدأت الدول الخليجية تشعر بالقلق البالغ لتزايد عدد الشباب المتعاطين وكذلك الزيادة الملحوظة فى حجم الإتجار بالمخدرات المضبوطة

ودخول أنواع جديدة لم تكن معروفة مثل الهيروين الذى أصبح الهاجس الكبير للأجهزة المعنية فى هذه الدول .

ففى إحصائية عام ١٤١٢هـ تبين أن أكثر أنواع الإدمان شيوعاً فى مستشفيات الأمل فى المملكة هو مادة الهيروين . فقد بلغت نسبة متعاطيه ممن دخلوا مستشفى الأمل بجده للعلاج أكثر من ٨٥ إلى ٩٠٪ من مجموع الحالات الأخرى (منشورات مستشفى الأمل بجده) .

وفى دراستنا هذه نتعرض بشكل خاص إلى الهيروين نظراً لإنتشاره الواسع وخطورته الكبيرة ، كما أنه أحد متغيرات هذه الدراسة .

ثانياً الهيروين Heroin

المجموعة التى ينتمى إليها العقار :

ينتمى إلى مجموعة خافضات الآلام المخدرة : **Narcotic Analgesics**

مقدمة :

الهيروين من المركبات الشبه صناعية المخففة للآلام ويستخلص من الموروفين بعد إدخال بعض التعديلات الكيميائية عليها . ولفاعليته فى تخفيف الآلام وإكتساب الشعور بالمرح والسرور ، لذا فإن له قابلية أكثر للإدمان مقارنة بالمركبات المخدرة الأخرى الخافضة للآلام . وبالرغم من أن طرق إستعمال العقار عديدة ومتنوعة (الحقن ، الإستنشاق ، التدخين أو البلع) فإن مدمنى الهيروين الأمريكىين يفضلون تعاطيها عن طريق الحقن الوريدى وهذه الطريقة تعطى التأثير المنشود بسرعة وبفاعلية أكثر عن الطرق الأخرى وعلى كل حال فإن معظم المبتدئين فى تناول هذا

العقار يبدأون بالإستنشاق عن طريق الأنف أو حقنه تحت الجلد ، وفى عدة حالات فإن المبتدئين يواجهون بعض المشاكل مثل الغثيان والإستفراغ ، وعلى العموم فإن التأثير المنشود يأتى بعد إكتساب قوة التحمل ضد الأعراض المضادة التى تؤثر على المبتدئين .

بعد إكتساب قوة التحمل عند بعض التأثيرات المنشودة كالشعور بالمرح والسرور وتخفيض الألم فإن الذين يتناولون هذا العقار يلجأون إلى زيادة الجرعة أو تغير طريقة الإستعمال وكلا الحالتين تؤدي إلى إزدياد إحتمال الإدمان .

وبالرغم من المضايقة الشديدة التى يعانى منها المريض بعد التوقف الفجائى من الهيروين ، فنادرًا ما تكون تلك المضايقة مهلكة أو مميتة وفى بعض الحالات تصاحبها الإصابة بالإنفلونزا ومعظم هذه الأعراض تختفى فى خلال ٧ - ١٠ أيام . ثم أن حالات الوفاة الناتجة من تعاطى جرعة عالية من الهيروين سببها إنقباض التنفس أو عدم القدرة على التنفس وهذا سببه الهبوط الشديد فى المركز المسئول عن التحكم فى التنفس فى المخ .

مصدر العقار :-

الهيروين عقار شبه صناعى وينتج بعملية كيميائية عن طريق تعريض الكالويد المورفين الطبيعى لحمض الأستيك . ينتج بترخيص خاص وبكميات قليلة لأغراض الأبحاث ، وهو عبارة عن مسحوق أبيض ليست له

رائحة ، بلوري الشكل ، يذوب في الماء كما أنه مر المذاق ويتميز بنعومته (عبدالسلام ، ١٩٧٧م).

الهيروين فى بعض الأحيان يعرض فى أسواق غير مشروعة ، ويخلط مع الأمفيتامين أو الكوكايين .

الإستعمالات الطبية :-

كان فى السابق يستعمل فى أمريكا الشمالية كخافض فعال للآلام ولكن بسبب قابليته الكبيرة للإصابة بالإدمان فقد أستبدل بخافضات مخدرة أخرى . فى بعض الدول مازال يستعمل كمسكن لآلام السرطان ، وما زال يستعمل فى بريطانيا فى برامج علاج ورعاية المدمنين .

وكان أول من أشار اليه هو الدكتور رايت (Wright) الكيميائى بمسشفى سانت مارى فى لندن عام ١٨٧٤ ، والذي تمكن من استخلاص مركبات المورفين الاستيلية ، ومنها مادة الدياستيلورفين ، ولم يحظ هذا الاكتشاف بإهتمام كبير فى الأوساط الطبية.

وفى عام ١٨٩٠ تمكن العالم الألماني دانك وارت (W. Dank Watt) من أن يحصل على الهيروين بعد تسخين المورفين اللامائي مع كمية من كلور الاستيل (Chlorid Acetylene).

واسم الهيروين مشتق من كلمة (Heroisch) ، وهى فى القاموس الطبي الألماني تعنى : الدواء ذو التأثير القوى ، حتى لو تم تعاطيه بجرعات صغيرة ، وقد انتشر استعمال الهيروين فى بادىء الأمر للعلاج غير أن استعملاته الطبية محدودة للغاية فى الوقت الحاضر.

وقد تزايد الاقبال على ادمانه منذ صيف عام ١٩٦٩ ، ونشر مكتب المخدرات فى الولايات المتحدة : أن عدد المدمنين للهيروين بالنسبة للمواد الأخرى يصل الى ٩٨٪ من عدد المدمنين ، ووفقا للدراسة التى قام بها بادن (M.Baden) المفتش العام للصحة فى نيويورك : كان الهيروين السبب الرئيسى للوفيات بالنسبة للمدمنين الشباب ، الذين لا تتجاوز اعمارهم (٢٠) عشرين عاما ، وقد وصلت الوفيات عام ١٩٨٥ الى حوالى ٥٤٨ مراهقا ودعا حين ذلك المسئولين فى مدينة نيويورك على سبيل المثال الى وضع تشريعات صارمة بالنسبة لحيازة الهيروين ، فمن يتم ضبطه وبجيازته ١/٨ أوقية، بقصد التعاطى ، يسجن لمدة لا تزيد عن سبع سنوات ، أما من يضبط ومعه ١٦ أوقية فيحكم عليه بالسجن مدى الحياة.

أما فى بريطانيا فقد أحصيت حالات الادمان ، وكانت تشير أيضا الى أن أكبر نسبة من الشباب فى عمر (٢٤) أربعة وعشرين عاما ، يدمنون الهيروين ، وفى فرنسا عام ١٩٨٠ كانت نسبة مدمنى الهيروين ، تمثل أيضا أكبر النسب بين الأنواع الأخرى.

وهذه الظاهرة لم تقتصر على هذه المجتمعات فقط ، بل كانت هى الصفة الغالبة على باقى المجتمعات الأخرى ، من حيث ادمان الشباب لهذه المادة السامة. ولهذا أوصت منظمة الصحة العالمية ، ولجنة الأمم المتحدة ، بحظر صناعته ، واستبداله بمسكنات أخرى أقل خطورة منه ، وقد أصدرت الولايات المتحدة ، وعدد كبير من الدول الأخرى ، حظرا باستعماله فى النواحي الطبية المشروعة ، واستبداله بأى عقار آخر. وذلك بسبب آثاره الضارة بالفرد والمجتمع.

وبيع الهيروين عادة بواسطة المروجين على شكل مسحوق أبيض اللون يستنشقه المدمن ، أو يحقن به بعد تذويبه .

أنواع الهيروين :-

هناك أنواع عديدة من الهيروين ، فهو لا يفتصر على المسحوق الأبيض فقط ، بل هناك منه كبسولات للبلع ، وتحتوى هذه الكبسولات على مادة الهيروين ، ممزوجة بمواد أخرى كالكافيين ، وأحيانا يمزج بمادة اللاكتوز (نوع من السكر) وهذه النوعيات تعتبر أقل جودة من المسحوق الأبيض ، ولذلك تكثر الوفيات بين مدمنيها .

كما تنتشر حاليا فى أوساط المروجين والمدمنين أنواع من الحبيبات الرمادية اللون ، التى تحتوى على نسبة ٣٠٪ ثلاثين فى المائة من الهيروين ممزوجة مع الكافين ، ومصدر هذه النوعية أقاصى آسيا .

وقد ثبت طبيا أن المسحوق الأبيض ، نقى بدرجة كبيرة ، بحيث لا يحتوى عادة الا على بعض الشوائب القليلة ، وغالبا ما تخفف هذه المادة عند بيعها للمدمنين . لأن الجرام من هذا المسحوق الخام أصبح سعره يتراوح بين (٥٠) خمسون الى (٨٠) ثمانين دولارا أمريكياً ، وفى بعض الأوقات التى تشتد فيها الرقابة الأمنية ، يصل الجرام منه الى ما يزيد على المائة دولار .

طريقة تعاطى الهيروين :-

هناك طريقتان لتعاطى الهيروين:

الأولى : عن طريق الحقن تحت الجلد ، وهى أن يقوم المدمن بالحقن فى الوريد ، ومن أهم أسباب الحقن ، غش الهيروين ، ولهذا لا يؤثر على الفرد الا اذا تعاطاه عن طريق الحقن ، ويعتبر غش الهيروين أسهل طريقة لزيادة ربح

التجار والمهربين، وفي الوقت نفسه يعتبر من أخطر العوامل المؤثرة على صحة المتعاطي ، نفسيا وعقليا وجسميا، وقد دلت كثير من التحاليل أن نسبة الهيروين فيما يتعاطاه المدمنون على أساس أنه هيروين لا تتجاوز أكثر من ٣٪ الى ٥٪ من المادة النقية، ولهذا تأتي الرغبة الشديدة من جانب المدمن لزيادة الجرعة، لاحداث النشوة، ومن ثم تزداد المواد الغريبة السامة فى الدم، وتكون آثارها مدمرة، أكثر من آثار تدمير الهيروين للجهاز العصبى، وفى كثير من الحالات تحدث مضاعفات نتيجة حقن الهيروين تحت الجلد أو فى الوريد، بسبب المواد التى يتم غشه بها، وهذه المضاعفات تعتبر اضافة، لما يتعرض له مدمن الهيروين.

الثانية : عن طريق الاستنشاق، وهذه الطريقة منتشرة فى بلاد شرق آسيا، حيث يضيفون كمية من الباربيتورات الى عينة الهيروين ويسخن المزيج بلطف على شريحة من الصفيح، وعندما ينصهر المخلوط، يستنشق المدمن الأبخرة المتصاعدة منه، وتبدو هذه الأبخرة على شكل ذيل التين، ومن هنا أطلق على هذه الطريقة، مطاردة التين.

ويمكن استنشاق هذه الأبخرة مباشرة من خلال قطعة من القش، أو ورقه ملفوفة، ومن الممكن أيضا استنشاقها مباشرة من خلال علبة ثقاب مربعة الشكل، وهذه الطريقة تسمى بطريقة (عزف الأرغن) وأحيانا يوضع طرف "السيجارة" المشتعلة فى مسحوق الهيروين، وتدخن السيجارة، وطرفها مرفوع الى أعلى، لمنع تساقط جرعة الهيروين.

الآثار الجسمية والنفسية للهيروين :-

يشعر متعاطى الهيروين بسعادة زائفة، وفتور، وتهدا نفسه، بحيث يشعر بالتحليق فى عوالم أخرى، بعيدا عن المشاكل، ولكن بعد ساعات قليلة، سرعان ما يشعر بجمول، وييدا أحساسه بالحاجة الى النوم.

كما أنه يسبب نوعا من الاعتماد النفسى والعضوى، أى أنه فى حالة تركه يؤدى بالمدمن الى كابة كبيرة، وقلق نفسى، وعدم استقرار وعصبية، وارق ورغبة ملحة فى الحصول عليه، بالاضافة الى أنه يشعر بآلام جسدية مبرحة فى عضلاته ومفاصله.

ويمكن القول أن الآثار المترتبة على الهيروين هى نفس الآثار المترتبة على المورفين، ولكنها تكون شديدة، بالاضافة الى بعض المؤثرات الأخرى، مثل ضعف القدرة الجنسية للرجال، مما يؤدى الى حدوث خلافات زوجية مستمرة، بسبب شعور المدمن بالعجز والنقص، بالاضافة الى شكوكه المستمرة فى سلوك زوجته وتوجيه التهم اليها، الأمر الذى يؤدى الى هدم كيان الأسرة وتدميرها بالطلاق.

وقد أجريت العديد من التجارب لبيان أثر المخدرات المختلفة على الناحية الجنسية ففى بحث أجراه (سيفرز) ، وجد أن النشاط الجنسى عند القروء المدمنة على تعاطى الهيروين، يضعف ثم ينشط ثانية، وبشكل كبير عند منع المخدر عنها.

وفى بحث آخر (لتشيزيك) أثبت فيه أن الدافع الجنسى عند الرجل والأثنى يضعف بحقن الهيروين فى الوريد.

كما كتب العالم (شيك ، ١٩٦٠) مقالة علمية هامة، نشرت فى جميع انحاء العالم، حدد فيها العلاقة بين الهيروين والجنس قال فيها : " ان الهيروين يؤدى الى حالة النشوة الدوائية، حيث يشعر الانسان بالسمو والتعالى، وعدم الرغبة الجنسية، فهذا العقار يعطيه آفاقا بعيدة عن عالم الجنس، الذى يعانى منه، وهذا يوضح عكس ما هو مفهوم عن علاقة الهيروين بالجنس، فمدمنو الهيروين يدعون كذبا: أن هذا المخدر، يقوى رغبتهم الجنسية، والحقيقة العلمية تؤكد عكس ذلك، لأن الهيروين يدمر هذه الرغبة فى عقل الأنسان الباطن، لأنه يجعل المدمن يعيش فى هذيان واضح، وهلوسة شبه مستمرة، ترفعه الى آفاق بعيدة.

كما أن ادمان الهيروين يؤدى الى حدوث تغييرات خطيرة فى أخلاقيات المدمن وسلوكه الشخصى، وانحراف القيم والمبادئ الاخلاقية عنده، وفى كل تصرفاته وسلوكياته. وينتاب المدمن حالة من الاحساس بالنقص والخجل ويشعر فى داخله بأنه انسان حقير، فينطوى على نفسه ولا يحاول الظهور فى المجتمعات العامة بشكل طبيعى.

عند احتياج مدمن الهيروين للجرعة فإنه يفعل أى شىء، ويمكنه أن يضحى بأى شىء ، حتى ولو كان شرفه وعرضه، مما يؤدى به الى السقوط فى الرذيلة. كما للهيروين آثار ضارة على الجنين، فى حالة ادمان المرأة الحامل، لأن الطفل يولد متخلفا عقليا ومشوها.

وقد قام العديد من العلماء ، أمثال (بلينيك G.Blinck) ووالاش (Re-Wallch)، وجيريز (Ejerez) وغيرهم بالعديد من الأبحاث التى أثبتوا فيها: أن الهيروين له تأثيره على الطفل المولود من أم مدمنة ، فقد حدث : أن امرأة وضعت طفلتها فى احدى المستشفيات بنيويورك ، فأخذت الطفلة ترتعش،

وتتنفس بصعوبة ، وتبكي بشدة ، ومن التحاليل التى أجريت لها ثبت : أن المولودة متسمة بالهيروين، الذى كانت تتعاطاه أمها.

وبهذا أصبحت هذه الطفلة مدمنة نتيجة لادمان أمها ، ويوضح هذا التأثيرات الخطيرة للهيروين ، حيث يصل الى الأبناء ، بغير رغبتهم ، ولكن لأخطاء أمهاتهم. ويمكن القول : بأنه من السهل أن يتحول الانسان العادى الى مدمن للهيروين ، ولكن ليس من السهل ، بل من الصعب علاجه ، الا من خلال برنامج علاجى طبي نفسى باهظ التكاليف. كما أن المدمن اذا زاد فى الجرعة ، فيمكن أن تؤدى به الى الموت ، وعادة ما يلجأ مدمن الهيروين الى الانتحار ، لأنه يكون باستمرار مصابا بالاكتئاب النفسى.

ج- العلاج المعرفى : Cognitive Therapy

نظرة تاريخية :

يشير إستخدام المفهوم الشامل (العلاج المعرفى) إلى المناهج والأساليب النفسية المختلفة فى الشرح والعلاج والتي تشترك فى إفتراض نظرى هو أن (التصورات والمعتقدات الخاطئة والمستعملة) هى العوامل الحاسمة التى يتعين ويتوجب تعديلها أو إزالتها لكى يكون العلاج ناجحاً ومن هذه المعرفيات مثلاً هى إفتراض الفرد مطالب غير واقعية على ما يسمى الثالث المعرفى على النفس و على الآخريين و على العالم وأنه يطلب الكمال فى ذاته . (مليكه ، ١٩٩٠ ، ص ٢٢٥ - ٢٥٠) .

ويشمل هذا المفهوم (العلاج المعرفى) مناهج عديدة منها : منهج

" البرت اليس " Albert Alice فى العلاج العقلانى الإنفعالى " ومنهج بيك "

Beck فى العلاج المعرفى ومنهج " ويسلر وهانكين " COGNITIVE APPRAISAL العلاج التقويى المعرفى الذى حاول فيه الجمع بين العلاج العقلانى الإنفعالى ومكتشفات التعلم الإجتماعى وعلم النفس الإجتماعى المعرفى ومنهج كىلى ، ومنهج باندورا فى التعليم الإجتماعى ومنهج " لازاروس " فى العلاج متعدد النماذج ومنهج " ماهونى " فى علاج التعلم المعرفى ومنهج " ميكنبوم " فى " تعديل السلوك المعرفى " وبالرغم من أن هذه العلاجات المعرفية قد نشأت مستقلة عن العلاج العقلانى الإنفعالى إلا أن كل المناهج يمكن أن تعتبر منهج " البرت اليس " الفكرى رافداً أولاً من روافدها .

وقد أظهر مسح أجرى عام ١٩٨٢م أن البرت اليس يعتبر أحد أهم إثنين الأكثر تأثيراً فى العلاج النفسى كما يمارس اليوم فى أمريكا والآخر هو " كارل روجرز " . وذلك بالرغم من أن (٢٪) فقط ممن إستجابوا للمسح ذكروا أنهم يتمون إلى مدرسته (ويسلر ، ١٩٨٨م) .

وعلى العموم فإن كل التدخلات العلاجية تتضمن بعض عمليات معرفية ولكن بعض الإجراءات توجهه بشكل خاص إلى أحداث تعديلات فى معرفيات غير توافقية محددة . وتكون هذه الإجراءات ما يسمى بالعلاج المعرفى وهو يعرف بأنه منهج علاجى يحاول تعديل السلوك الظاهر من خلال التأثير فى عمليات التفكير لدى العميل وذلك بواسطة تصحيح التصورات الخاطئة والإشارات الذاتية (مليكة ، ١٩٩٠ ، ص ١٨٢) .

الأساس الفلسفى والمبادئ للعلاج المعرفى :-

وعلى النحو الذى ورد سابقاً فإن الأساس الفلسفى لهذا المنحنى العلاجى هو الأسلوب العقلانى ، فالعلاج المعرفى يرفض وجهات النظر التقليدية الثلاث .

" التحليل النفسى الذى يعتبر اللاشعور المصدر الوحيد للإضطراب الإنفعالى . والعلاج الذى يهتم فقط بالسلوك الظاهرى . والأسلوب الطبى العصبى التقليدى الذى يعتبر الإضطرابات الجسمية والكيميائية السبب فى الإضطرابات الإنفعالية . فالعلاج المعرفى مبنى على فكرة عقلانية تعنى ما يفكر فيه الناس أو ما يقولونه عن أنفسهم وعن إحتياجاتهم وتطوراتهم . (الفقى ، ١٩٩٠ ، ص ٢٨) .

فخلال النمو يكتسب الناس مخزوناً واسعاً من المعلومات والمفاهيم والمعادلات التى يستخدمونها فى التعامل مع المشكلات النفسية الحياتية وتستخدم هذه المعرفة أثناء ملاحظة الفروض وتطويرها وإختبارها أثناء إصدار الأحكام وهى تجعل الفرد يتصرف بالضرورة كعالم عملى . فمن خلال الميراث الثقافى ومن خلال التربية والخبرة يتعلم الناس إستعمال أدوات المنطق أو التفكير المنطقى فيشكلون الفروض ويختبرونها ويقومون بعمليات التمايز والتعقل لحل الصراعات وليروا ما إذا كان منفعلين بالمواقف بطريقة واقعية .

أن صياغة المشكلات النفسية فى صور من المقدمات الخاطئة والنزوع إلى الخبرات الحالية المشوهة يبرز الإنحراف الحاد عن الصياغات المقبولة بصفة عامة للإضطرابات النفسية .

فالعلاج المعرفى لا يتطلب مفهوم اللاشعور لأن المشكلات النفسية قد تحدث نتيجة للعمليات الموقفية العامة مثل التعلم الخاطيء وعمل الإستنتاجات غير الصحيحة على أساس من المعلومات غير الكافية أو الصائبة . ونتيجة لعدم التميز الكافى بين الخيال والحقيقة .

وفضلا عن ذلك فإن التفكير يمكن أن يكون غير واقعى بسبب أنه مشتق من مقدمات خاطئة ، كما أن السلوك يمكن أن يكون قاصراً ومؤدياً للفشل بسبب أنه مبنى على إتجاهات غير معقولة .

فالعلاج المعرفى يساعد المرضى على إستخدام الطرق العلمية لحل المشكلات هذه الطرق يستخدمونها فى الفترات العادية من حياتهم . وصيغة العلاج يمكن توضيحها فى مصطلحات بسيطة فالعلاج يساعد المريض على إكتشاف وتعديل تفكيره المشوه وعلى تعلم طرق أكثر واقعية فى صياغة خيالاته . وهذا الأسلوب يبدو معقولاً للمرضى بسبب إستخدامهم المبكر لمعارفهم فى تصحيح تصوراتهم وتفسيراتهم الخاطئة .

هذا العلاج ملائم لنوعية المرضى القادرة على الإستبطان وإعادة النظر والتأمل ومن يقدر على التفكير المناسب فى نواحي حياتهم الأخرى غير تلك التى تقع فيها المشكلة وذلك لتركيزه على مساعدة المرضى فى التخلص من التشوهات المعرفية والإدراك العشوائى ومن خداع الذات والبقع المظلمة المؤدية إلى الأحكام غير الصحيحة . ولما كانت ردود الأفعال الإنفعالية التى تؤدى بالمرضى إلى طلب العلاج نتيجة لتفكيره الخاطيء فإنه يمكن تهدئتها بتصحيح التفكير . ولتطبيقه كأسلوب علاجى فإن مبدأ التعاون والمشاركة العلاجية يعد من أساسيات ذلك

المنهج حيث يجب أن يتفق المريض والمعالج على المشكلة التي سوف يركز عليها وتكون موضوعاً للمناقشة على الهدف من العلاج وطرق تحقيق هذا الهدف ومدة العلاج ويكون التأكد على حل المشكلة وليس على تغيير خصائص شخصية المريض أو نواقصه . الأمر الذي يستوجب ضرورة أن يكون المعالج مرهف الحس لحاجة المريض أو رغبته فى مناقشة موضوعات معينة فى كل جلسة . وكمعاون أو مشارك فى العلاج فإن المعالج يجب أن يتصف بالتقبل والدفء والتفاهم . أما بناء الثقة بين طرفى العملية العلاجية المعالج والمريض فهو أمر له أهميته الشديدة حيث يجب أن يتجنب المعالج الطرق التسلطية التى تقود من ناحية إلى تقبل أعمى من جانب بعض المرضى للتفسيرات والإقتراحات . ومن ناحية أخرى تقود إلى المقاومة والرفض من جانب البعض الآخر . والأسلوب الأكثر ملائمة لبناء الثقة هو أن ينقل المعالج إلى المريض رسالة مثل هذه " إن لديك أفكاراً معينة هى التى تحزنك وتؤلمك وتسبب لك بعض المعاناة وقد تكون صحيحة أو خاطئة فدعنا نفحصها (الفقى ١٩٩٠ م ، ص ٣٧) .

ثم يبدأ بجرص شديد بأسلوب المحاولة والخطأ وخاصة مع الجوانب التى لا يصح مواجهتها مباشرة بغية الوصول إلى تخفيف المشكلات التى ينطوى تخفيفها على ثلاث خطوات :

- ١- التعرف على المشكلات ذات الأسباب المتشابهة وتجمعها معاً .
- ٢- التركيز على العناصر التى تشكل المفتاح إلى الأضطراب .
- ٣- تحديد الحلقة الأولى فى سلسلة الأعراض والتأكد عليها (المرجع السابق ص ٣٩) .

الدراسات السابقة : Related Research

تشكل الدراسات السابقة تراثاً هاماً ومصدراً غنياً لإثراء الباحثين بالخبرات والمعلومات الهامة التي يستطيعون من خلالها تكوين رؤية جلية تضع دراساتها في قالب سليم والإستفادة من أخطاء سابقهم ومن خلال إطلاعهم على ما إحتوته من أساليب متنوعة تم إتباعها . كما أنها تعرفهم بالصعوبات التي غالباً ما تواجه أى دراسة علمية أو باحث .

ومن منطلق هذه الأهمية فقد حاول الباحث جاهداً الإطلاع على أكبر قدر ممكن من الدراسات السابقة حول موضوع إدمان المخدرات عن طريق إتصاله بالمؤسسات التخصصية فى المجال ذاته سواء من الناحية الطبية والعلاجية أو الناحية الأمنية والقانونية أو حتى التربوية منها والإعلامية . أما ما يخص الجانب الأكاديمي منها فقد تم الزيارة والإتصال بالعديد من المراكز العالمية ذات العلاقة سواء فى الولايات المتحدة الأمريكية أو فى أوروبا . بالإضافة إلى مطالعته فى الدوريات والكتب المتخصصة ولقد حاول الباحث قدر الإمكان مطالعة ما يعتبر له صلة بموضوع الدراسة ، إلا أن الملاحظ أن غالبية الدراسات المبدئية أو البحوث والتقارير التي عاجلت هذا الموضوع (إدمان المخدرات وسوء إستخدام العقاقير) كانت مهتمة باستقصاء الأسباب والدوافع والنتائج الإجتماعية والصحية وقسم آخر إهتم بخصائص شخصية المتعاطين وأنماطهم وسماتهم . وهناك دراسات غلب عليها الطابع النظرى البحت .

وجزاء آخر من الدراسات تناول الوسائل العلاجية النفسية لمتعاطي المخدرات وأثر العلاج وإستجابة المدمن للشفاء وأغلب هذه الدراسات أجنبية .

وفى حدود علم الباحث فإن هناك إفتقار شديد فى الدراسات التى تجمع بين متغيرات دراستنا هذه ماعدا دراسة لازالت قيد البحث يجريها المعهد الوطنى للإدمان N.I.D.A فى الولايات المتحدة الأمريكية . أما الدراسات العربية فلم نجد أى دراسة تناولت تقويم العلاج المعرفى للإدمان عموماً أو الهيروين على وجه الخصوص ، وكان ذلك مدعاة الباحث للقيام بهذه الدراسة لتغطية هذا القصور .

ونورد فيما يلى بعض الدراسات التى تطرق إلى حد ما بموضوعنا لإستعراض بعض نتائجها وخصوصاً ما تناول أساليب المعالجة للإدمان .

كدراسة تودا TODA (١٩٦٤م) لعلاقة إنتكاس الهيروين بالوسط الأسرى على مجموعة من ٣٠ مدمن هيروين منتكسين و ٣٠ مدمن هيروين فى فترة الإمتناع ، وقد طبق عليهم إختبارات بيولوجية وإختبار العلاقة بين الطفل والأم . وإختبار التقييم لروث ، وإختبار اليأس للتوافق مع الأسرة . وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن مدمنى الهيروين المنتكسين نتاج لأسر تمثل الأم فيها السلطة فى المنزل كما أنها شخصية معاقبة سواء على النشاط أم التعبير الذاتى وتأكيد الذات وذلك كما أنها عن طريق إنكار الحاجة للإنجاز . وعدم الموافقة الظاهرة لإحتياجات ، كما أن فكرة المدمن عن نفسه هو بأنه مجرد إنسان خطير متعب لاحتاجة إليه . تودا TODA (١٩٦٤م) .

ودراسة شاسر SCHASRE (١٩٦٦م) للمدمنين الممتنعين عن الإدمان والمدمنين المنتكسين وقد أجراها على ٤٠ مدمناً لمعرفة علاقة الظروف

الإجتماعية بإنتكاس الإدمان وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الظروف الإجتماعية تلعب دوراً هاماً فى تحديد ما إذا كان المدمن السابق مستمر فى الإمتناع أم يعود إلى تعاطى العقار مرة أخرى بالإضافة إلى أنه وجد أن المتنعين عن التعاطى أكثر ثقة فى أنفسهم من المدمنين المتكسين (SCHASRE ١٩٦٦ م) .

دراسة جاكسون ورتشمان Jackson and Richman (١٩٧٢ م)

عن مدمنى الهيروين وعددهم ٤٧١ مدمن لدراسة العلاقة بين إدمانهم للهيروين. مدة الإدمان ومرات دخولهم المستشفى للعلاج ومعدل الإستخدم اليومى للكحول وبعض العوامل الديموجرافية مستخدماً جميع البيانات الخاصة بالبحث ، وقد أسفرت النتائج عن أن إدمان الكحول يرتبط ارتباطاً شديداً بزيادة مدة إدمان الهيروين ، كما قد تبين أن ٥٣٪ من عينة الدراسة يعدون متعددى الإدمان أى يستخدمون أكثر من عقار وأن ذلك يخلق مشكلة متزايدة يجب إعتبارها عند إعادة تأهيلهم .

دراسة سوتكر Sutker (١٩٧٤ م)

وهى دراسة لخصائص الشخصية لدى مدمنى الهيروين المتطوعين للعلاج ومقارنتهم بأولئك الذين أرغموا على العلاج على عينة من مدمنى الهيروين مستخدماً إختبار الشخصية المتعددة الأوجه وقد أسفرت الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمنى الهيروين المتطوعين للعلاج وأولئك الذين أرغموا على العلاج فى المقاييس الكلينية إختبار منيسوتا المتعدد الأوجه .

دراسة روبنوتز. وبينك Robinwitz and Penk (١٩٧٦ م) .

بعنوان الفروق فى الشخصية بين المتطوعين من مدمنى الهيروين وغير المدمنين مستخدماً إختبار مينسوتا المتعدد الأوجه على عينة من ٢٤ حالة فى أربع مجموعات :

- ١- مجموعة من المتطوعين للعلاج من متعاطى الهيروين .
- ٢- مجموعة من المتطوعين من غير المدمنين للهيروين .
- ٣- مجموعة مدمنى الهيروين غير المتوطعين .
- ٤- مجموعة غير المتطوعين غير المدمنين للهيروين .

وقد أسفرت نتائج البحث عن ثبوت صحة فرضى البحث حيث حصل المتطوعين على درجات أعلى من غير المتطوعين فى إختبار MMPI المقاييس الكليينكة من مينسوتا المتعددة الأوجه لصالح المتطوعين .

دراسة رولف ويل ROLFWILLE (١٩٨٣ م) :

موضوعها : الشفاء من الإعتماذ على الهيروين وعلاقته بالعلاج .
 هدف الدراسة : إبراز الطرق التى يتبعها مدمن الهيروين للإقلاع عن الإدمان .
 عينة الدراسة : تكونت العينة من (٢٥) شخص من الأفراد الذين إمتنعوا عن المخدرات فى لندن وجنوب إفريقيا .
 أدوات الدراسة : المقابلة والتى تضمنت ثمان أسئلة (محددة مفتوحة) السجلات الطبية .

الأسلوب الإحصائى : إستخدم الباحث النسب المئوية فى تحليل البيانات .
 نتائج الدراسة : توصل الباحث إلى النتائج التالية :

* ثبات الإمتناع عن المخدرات حيث أن العودة الى تعاطى المخدرات بين العينة تعد نادرة الحدوث جداً .

* توجد فترة إنتقال بين التعاطى والإمتناع لحوالى ١٠٪ من العينة حيث إزداد إعتقاد الأفراد فيها على الأدوية المهدئة واللجوء أحياناً الى المسكرات والحشيش ، والمشكلة الكبرى التى واجهت هؤلاء الأفراد هى مشكلة الأرق وعدم النوم .

* متوسط إستخدام الهيروين فى العينة بلغ ٣, ٦ سنوات ومتوسط العمر الذى توقف عند الأفراد عن التعاطى ٦, ٢٥ سنة .

* توقف نصف الممتنعين عن التعاطى بدون دخولهم فى العيادات التخصصية وهؤلاء الأشخاص يعتمدون على أنفسهم .

* تبين أن النصف الآخر الذين تم توقفهم عن الإدمان لم يستطع أن يصل إلى تلك النتيجة إلا بعد دخولهم المستشفى لسوء أحوالهم الإجتماعية .

دراسة أبيلوف ABELOVE (١٩٨٧) :

وقد عالجت العوامل التى تتنبأ بنجاح متعاطى الكوكايين فى مصحات العلاج الخاص بإستخدام العلاج الطبيعى البيىء وأستخدمت عينة من متعاطى الكحوليات والهيروين وبمجموعة ضابطة لاتتعاطى وكانت عينة البحث ١٠٠ حالة كلهم من البيض ٥٦٪ منهم أمريكيون والباقى من أصل يهودى . ولم يتوصل البحث إلى نتائج مؤداها أن هذه العينة أقل إضطراباً ، وكان الإضطراب الواضح يتضافر مع قلة فرص العلاج الناجمة وقد نجح العلاج مع ٦٧٪ من الحالات ، والبحث متفائل بعلاج هذه الفئات إذا توافر الأخصائىون المهرة .

وهناك دراسات عن علاقة الإنتكاس (إنتكاس الهيروين) بالوسط
الأسرى .

دراسة ستانتون بيل (١٩٨٨ م) : S. BELL

موضوعها : هل يمكن علاج إدمان المسكرات ومشاكل المخدرات ؟ أم
أن ضجيج العلاج الحالى أضراره أكثر من منفعة .

وإستعرض الباحث فى دراسته تاريخ الإدمان فى الولايات المتحدة
والأراء المتعددة بين المهتمين بهذا المجال ، إضافة الى إبرازه بعض جهودات
بعض الجمعيات مثل المجلس القومى لإدمان المسكرات واللجنة القومية للتوعية
بأضرار المسكرات والتي أسستها مارتى MARTY فى عام (١٩٤٤ م) . كما
يبرز الباحث الإتجاه العلمى للمشكلة والدعاية الكبيرة حول تفكير العلاج
للمدمنين فى الولايات المتحدة الأمريكية ، ويلخص دراسته فى
النقاط التالية :

- * أن بعض أنواع العلاج التى يمكن أن يكون لها تأثير إيجابى على المريض
يتم تجاهلها ، أو أنها لاتجد دعاية كافية بين الجمهور .
- * أن أكثر التدخلات العلاجية شعبية لاتعطى نتائج إيجابية كافية .
- * لا يوجد تأثير كاف عن العلم بأسباب المشكلة .

وبالرغم من ثبوت فشل العلاج الطبى إلا أن اصراراً على تقديمه
للمدمنين سواء رغبوا أم لم يرغبوا ، ويجب إجبار المدمن على التغلب على
مشكلة إنكاره للمشكلة وأن يلتزم بالعلاج الذى قد يقنعهم بأنهم مدمنون
يحتاجون إلى العلاج والمتابعة مدى الحياة .

دراسة جيروم ج . بلات وآخرون (١٩٨٨ م) .

موضوعها : إمكانات النجاح للعلاج الإجبارى لأدمان المخدرات وحدوده .
 عقدت ندوة فى فرجينيا بالولايات المتحدة فى عام ١٩٨٥ م بين
 خبراء من الولايات المتحدة الأمريكية وجمهورية ألمانيا الإتحادية والمتعلقة
 بعلاج مدمنى المخدرات .

وكان الهدف من إنعقادها هو دراسة إستخدام أنواع متعددة من
 الضغوط التى تؤثر على سلوك المدمن وكيفية توظيف تلك الضغوط لحمل
 المدمنين على طلب العلاج ولتعديل سلوكهم أثناءه وأخيراً للمحافظة على
 هذا التعديل بعد إنتهائهم من فترة العلاج . وهذه الدراسة تلقى الضوء على
 نتائج الندوة التى عقدت بين الجانبين التى تحددت بالنقاط التالية :

* يتعرض المدمن إلى ضغوط هائلة نابعة من شخصيته ومن النظام
 الإجتماعى ويجب التعامل معها فى علاجه .

* يحتاج بعض المدمنين الى ممارسة بعض الضغوط عليهم لبدء العلاج .
 * يمكن للضغوط إذا ما أحسن إستخدامها أن يكون لها تأثيراً فعالاً فى
 مرحلة العلاج .

* هناك حاجة لتقييم الضغوط التى يمكن تطبيقها بهدف توضيح هذا
 التطبيق ولوضع الضوابط اللازمة لإستخدامها إذا ما كانت ملائمة .

* يخضع المدمن (تحت العلاج) لنظامين - القضائى والصحى - ولذا يجب
 زيادة التعاون والتنسيق بين هذين النظامين .

دراسة نيوكومب NEWCOMB (١٩٨٩م) .

موضوعها : دراسة لعلاج المشكلات الإجتماعية بين الشباب المتعاطى للمخدرات :

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على مجموعة المشكلات الإجتماعية التى تنشأ بين الشباب الذين يتعاطون المخدرات ، وفى سبيل التحقيق من هذا الهدف فقام الباحث بمسح عن المشكلات الإجتماعية التى توجد بين الشباب الذين يتعاطون المخدرات وقد أثبتت هذه الدراسة فيما يلى :

* وجود مشكلات إجتماعية خاصة بالفرد المتعاطى للمخدرات ينعكس أثرها على حياته وصحته ووضع الإجتماعى .

* وجود مشكلات إجتماعية ينعكس أثرها على المجتمع حيث يخسر المجتمع طاقات الشباب من جراء هذا السلوك المدمر .

دراسة هناء يحيى أبو شهبه (١٩٩٠م)

وموضوعها " علاقة الذكاء والسمات المرضية بالذكاء والسمات المرضية بإدمان الهيروين وقد تكونت عينة دراستها من ٦٠ مدمناً للهيروين إستطاعت الحصول عليها من بعض المستشفيات الخاصة بعلاج الإدمان ومضاهاتهم بعينة من غير المدمنين مستخدمة مقياس (وكسلر بيلفيو) لذكاء الراشدين والمراهقين بمقياسه اللفظى والعلمى مع حساب نسبة التدهور العقلى وحساب نسبة الدلالات الكلينيكية للذكاء كما أستخدمت إختبار مينسوتا المتعدد الأوجة للشخصية كاملا مع رسم البروفيلات لكل مجموعة لمقارنة دلالاتها الكلينيكية وقد أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق جوهرية بين مدمنى الهيروين وغير المدمنين فى الأعراض العصبية

والذهانية وشيوع الإنحراف السيكوباتى والإنطواء الإجتماعى بين المدمنين وكذلك وجدت فروق جوهريّة بين مدمنى الهيروين وغير المدمنين فى نسبة الذكاء اللفظى والعلمى والكلّى لصالح غير المدمنين فى نسبة الدلالات الكلينيكية ونسبة التدهور لصالح المدمنين .

كما أن هناك دراسة أخرى لنفس الباحثة (١٩٩٠ م) بعنوان علاقة بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية لإنتكاس الإدمان وكانت عينة دراستها مكونة من ثلاثين مدمن هيروين منتكس وثلاثين مدمن هيروين غير منتكس وثلاثين شخص غير مدمن . وأستخدمت إستمارة مقابلة مقيدة من أعدادها تحوى على تسع أبعاد لقياس بعض المتغيرات النفسية والإجتماعية لدى المدمنين ، بالإضافة إلى مقياس وكسلر بلفيو لذكاء الراشدين وإختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية وقد أسفرت نتائج الدراسة عن إختلاف أسباب التعاطى لمدمن الهيروين لأول مرة عن أسباب إنتكاسه فقد تمثلت أسباب تعاطى الهيروين لأول مرة فى حب الإستطلاع والرغبة فى التجربة فى الفرفشة ، ومجارة الأصدقاء ، قتل الفراغ ، مرض أحد الوالدين بمرض نفسى أو عقلى ، إنفصال الوالدين أو غيابهم ، قسوة الوالدين أو أحدهما ، التخفيف من القلق لزيادة النشاط الجنسى .

أما عن أسباب إنتكاس مدمن الهيروين فقد تمثلت فى (١) ضعف الإرادة (٢) القابلية للإستهواء (٣) والتخفيف من القلق النفسى (٤) والإكتئاب النفسى الذى حدث بعد العلاج (٥) ورجوعه للصحة السيئة من الأصدقاء (شلة المدمنين) (٦) كما كانت هناك علاقة بين إنتكاس مدمن الهيروين والوسط الأسرى بما فيه من معاملة والديه وأساليب تربية خاطئة ، هذا

بالإضافة إلى عدم مصداقية الآباء لأبنائهم . وعدم متابعتهم ورقابتهم كما أسفرت نتائج البحث عن وجود علاقة بين إنتكاس إدمان الهيروين والضعف الجنسي (سرعة القذف) لدى المدمن .

وهناك دراسة ثالثة لنفس الباحثة (١٩٩٠) بعنوان " دينامية شخصية مدمن الهيروين " على عينة مكونة من عشرة حالات من مدمنى الهيروين المتكسين وعشرة حالات من غير المدمنين مستخدمة المنهج الكلينيكى المتمثل فى المقابلة الكلينيكية والقياس النفسى وقياس الجانب الشعورى بإستخدام إختبار تفهم الموضوع مستعيناً بإستمارة بيلاك لتفسير القصص بعد قيامها بدراسة إستطلاعية لإختيار أكثر الأبعاد ذات الدلالة والمعنى فى إستجابات العينة وقد دلت نتائج الدراسة أن شخصية مدمن الهيروين غير متوافقة نفسياً وإجتماعياً وهى من علامات تمتعه بالصحة النفسية .

وهناك دراسة إكلينيكية متعمقة لمدمن هيروين لنفس الباحثة (١٩٩٠) حاولت من خلالها الكشف عن العوامل اللاشعورية والتي تكمن خلف الإدمان وأنتكاس الإدمان من الهيروين ، وأستخدمت فى ذلك منهج دراسة الحالة بما فيه من مقابلات إكلينيكية حرة وتاريخ حالة ونتائج إختبارات سيكولوجية إكلينيكية وتحليل لإختبار (TAT) تات تحليلاً نفسياً طليقاً . منطلقة من الفرصتين الآتيتين :

- أ - هناك خصائص دينامية تميز مدمن الهيروين المتكس من غير المتكس .
- ب- هناك خصائص دينامية مشتركة بين مدمن الهيروين المتكس وغير المتكس وذلك من خلال دراسة مريضين ذكور ووصلت إلى أن لمدمن الهيروين غير كفاء وأنه يحتاج لأشباع بعض الحاجات النفسية مثل الإنتماء

الأسرى والزواجى . وكان المدمن فى هذه الدراسة يعانى من مشاعر إزدواجية من الحب والكراهية للوالدين . وكان يعانى أيضاً من تعطل فى النمو النرجسى وشيوع السمات المرضية وأظهرها عدم الأمن الإنفعالى والإكتئاب والميل إلى عقاب الذات وتدميرها بالإضافة إلى إستخدام الإنسحاب بإعتباره ميكانيزماً أساسياً لمواجهة المواقف .

النموذج المعرفى للإدمان Cognitive Model Of Addiction

لماذا يستخدم الناس المخدرات ؟

الملاحظ لنماذج متعاطى المخدرات أنهم يندرجون تحت فئتين من حيث نوعية المادة المستخدمة الأولى يطلق عليها (العامه) (العموميه) وهم أولئك المتعاطون اللذين لايركزون على نوع واحد من المخدرات وإنما يستخدمون تشكيله واسعه على نحو يكاد يكون عشوائياً. أو طبقاً لتوفرها فى لدى فئات الترويج، أما الفئة الأخرى الثانية فتعتبر (متخصصه) أى أنهم موقوفون أنفسهم على نوع واحد من المخدرات وذلك عائد الى الخصائص الصيدلانيه لذلك المخدر أو المعنى الاجتماعى الذى يعكسه ذلك المخدر أو بتعبير آخر نجد أن المدمنين يرون الكحول له علاقه بالرياضه. والهيروين يعد ذوصله بالقبول الاجتماعى والنشاط الجنسى، والكوكائين والأمفيتامينات كمنشطات نفسيه ومنبهه، وقد يكون السبب فى تفضيل هذا النوع أو ذاك من هذه المواد راجع إلى الاعتقاد المسلم به افتراضاً بأن لهذه المواد أثر فى تخفيف الضغوط النفسيه ومشاعر الكبت النفسى.

وهناك العديد من التفسيرات التي توضح لماذا يستخدم الناس المخدرات ويصبحون في فئة المدمنين على هذه المواد؟ فبصفه عامه يتم فهم عمليه الادمان على ضوء بعض الامثله الواضحه والبسيظه. فالسبب الرئيسى للبدائيات عموماً (مخدرات او كحول) هو الحصول على السرور والمتعه والاحساس بالإبتهاج وتجربه الشعور بالنشوه او ما يسمى "بالتحليق تحت تأثير المخدر" ورغبه الحصول على هذه الأثاره بمشاركه الأصدقاء. (Stimmel 1991) هذا بالإضافة الى التوقعات المفترضه من هولاء المتعاطين حيال تأثيرات هذه المواد، مثل أن الكوكائين يزيد الكفاءه الجنسيه ويحسن من طلاقه اللسان ويعزز من قوه الابداع والمرح والمشاركه الاجتماعيه فى الحفلات وخلافه.

وقد يطرح هنا تساؤل عن الطريقه التى يتحول بها الفرد من تعاطى المخدر كحاله ترفيهيه أو مؤقتة أو عرضيه على نحو ما سبق الى عاده مستديمه ومنتظمه وقهريه؟ وللإجابة على ذلك نوضح أنه مع مرور الزمن تسهم عوامل إضافيه فى جعل الفرد معتمداً على هذه المواد. فبعض الافراد يجد فى ماده الهيروين أو المسكنات والمهدئات مثل "الفاليوم" وسيله مؤقتة لتخليصهم من مشاعر القلق والتوتر والحزن والملل الذى قد يعانون منه، فيتولد لديهم اعتقاداً بأنهم فى مقدورهم تحمل احباطات الحياه وضغوطها بصورة أفضل لوهم لجأوا إلى المخدرات كوسيله للنسيان والهروب من الواقع، وبحكم الخصائص الصيدلانيه والتركيبيه الكيمائيه لمثل هذه المواد نجد أنه لزمناً محدد ولفتره بسيطه يخيل للمتعاطين هدوء مشاكل الحياه الفعلية وتلاشيها تدريجياً، وتصبح من وجهه نظرهم غير ذات دلالة أو أهميه، وتبدو لهم الحياه نفسها أكثر جاذبيه ومتعه بحكم غياب تفكيرهم السوى بفعل المخدر. وبالإضافه الى

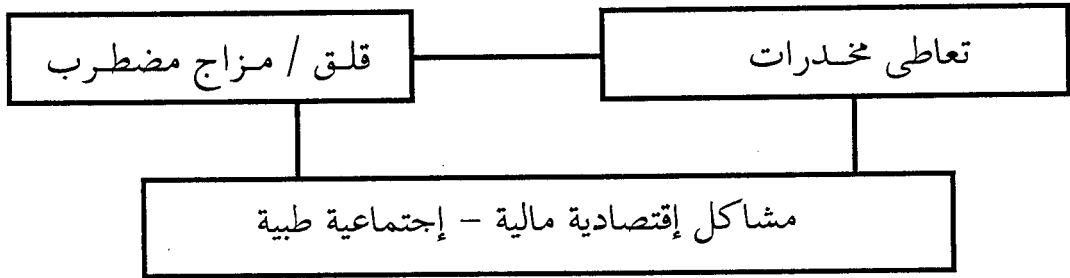
ذلك فأن الاشخاص اللذين تكون ثقتهم بأنفسهم ضعيفه، قد يجدون أن المخدر على المدى القصير يعزز ويقوى من معنوياتهم، ويكشف كثير من المتعاطين أن تعاطى هذه المواد قد يتيح لهم فرصه ولوح مجموعات اجتماعيه جديده وشلل أصدقاء جدد. حيث يكون كل ما هو مطلوب منهم للانضمام لهذه الشلل وقبولهم فيها هو كونهم متعاطى مخدرات فقط.

إذن ، إذا ما كان لتعاطى المخدرات كل هذه الميزات العديدة ، فلماذا نحن معنيون ومهتمون لهذه الدرجة ، بضرورة إقلاع الناس عن عادة تعاطى المخدرات والكف عنها ؟ أن الدلالات العميقة لمخالفة القانون بالإستخدام الغير مشروع للمخدرات (وبيعها للإبقاء على عاداتهم ودعمها) ، واضحة جداً ، لدرجة لا تحتاج إلى مزيد من التفصيل المحكم المدروس . وبغض النظر ، عما إذا كانت المخدرات ، مثل الكحول فى بعض المجتمعات مشروعة أو غير مشروعة ، فإن سوء إستخدام المواد المخدرة ، تنشأ عنه مشاكل شخصية وإجتماعية وطبية ، (Frances & Miller, 1991; Kosten & Kleber, 1992) . ثم إن المشكلة الرئيسية الناجمة عن سوء الإستخدام ، تكمن فى أن المخدر يستحوذ على الأشخاص المدمنين ويسطر عليهم ، وتصبح تبعاً لذلك ، أهدافهم وقيمهم وإرتباطاتهم خاضعة لإستخدام المخدر ، وعليه يعجزون عن تسيير وإدارة حياتهم بصورة فعالة ، ويصبحون فريسة حلقة مفرغة من التوق الشديد والرغبة الملحة والحاجة الماسة للمخدر ، وتتابعهم حالات هبوط مزاجى متهور مندفع شديد التدهور ، وتعاسة أكبر لايمكن تخفيفها وزوالها إلا بالإستعمال الفورى للمخدر والرجوع إليه .

أن نسيج المشاكل الداخلية والخارجية الذى يقود إلى الإستعمال القهرى للمخدرات هى ميزة تعريفية لتقصى وتعريف الإدمان . وبإستثناء تخفيفها لآلام الحياة ، فإن المخدرات ، تولد مجموعة جديدة من المشاكل مثل إنفاق مالى كبير ، فقدان الفعلى للوظيفة ، والصعوبات التى يواجهها المتعاطى للمخدر ، فيما يتعلق بالعلاقات والروابط الإجتماعية والأسرية . ويصبح الشخص كذلك ، موصوماً فى المجتمع ، بإعتباره سكيراً أو مدمناً . وفى النهاية ، فإن الإستعمال المزمّن بالطبع قد يسبب مشاكل طبية خطيرة أو حتى يؤدى إلى الموت .

وكما أشار (Peele, 1989) ، فإن الإستعمال القهرى لهذه المواد المخدرة ، تعتمد على تشكيلة واسعة من العوامل الشخصية والإجتماعية . فإذا ما كانت البيئة ذات ظروف إجتماعية صعبة ، ومع وجود دعم ومساندة جماعية لإستعمال المخدرات ، فمن المحتمل أن يكون هناك إستعمال واسع وكبير للمخدرات . وعندما يكون الوسط أقل توتراً نسبياً ، (فإن الناس يكفون عن الإستخدام المفرط للمخدرات فيما عدا أولئك الذين كانوا قد أفرطوا فى تعاطيها من قبل (Robins, Davis, & Goodwin, 1974). وهناك عدد من الخصائص التى تميز الأشخاص المدمنين من المستعملين بالمصادفة ، فالفرق الرئيسى بينهما ، كما أشار (Peele, 1985) أنه بينما يقلل المدمنون من أهمية القيم ، فإن المستعملين بالمصادفة يتمنون بعض القيم الأخرى لاسيما المتعلقة بالأسرة أو الأصدقاء أو الوظيفة أو التسلية أو الضمان الإقتصادى وغير ذلك ، بالإضافة إلى ذلك ، بالإضافة إلى ذلك قد يكون لمستعملى المخدرات

خواص معينة مثل المقدرة الضعيفة التي تجعلهم أكثر تعرضاً . لهذا قد تكون العوامل النفسية والإجتماعية هي العوامل الحاسمة على العكس من الخواص الدوائية يجد ذاتها التي تحول مستعمل العقار المخدر إلى مفرط فى إستعماله .



يوضح الشكل (١) نمط الإستعمال أو التعاطى - للمدمن الذى يشعر بالقلق بعد تناول سيجارة أو البدء فى الشم ، فالراحة الوقتية القصيرة المحققة تليها عواقب سلبية على سبيل المثال مشكلات تتعلق بحرق القوانين والمشكلات المالية الخطيرة والمشاكل العائلية وربما مشاكل صحية . كل هذه المشكلات تؤدى فى نهاية المطاف إلى مخاوف الوقوع فى الإفلاس وفقدان الوظيفة وتفكك العلاقات الحميمة والوقوع فريسة المرض . هذه المخاوف تولد كثيراً من القلق وتؤدى إلى الرغبة الشديدة والرغبة الملحة لتعاطى المخدرات أو الإكثار من شرب الخمر لتحديد هذا القلق وبهذا تتأسس دائرة غير محمودة العواقب فى ذلك الشخص .

وقد تنشأ حلقات سيئة أخرى - سيتم وصفها - وتشتمل هذه الحلقات السيئة على عدد من العوامل النفسية مثل إضمحلال إحترام الذات والضغط العاطفية والقيود واليأس (Beck et.al . 1993) .

لماذا لا يتوقف المتعاطى إذا كانت المخدرات تخلق له العديد من المشاكل؟

يمكن تعريف المدمنين بأنهم أولئك الأشخاص الذين يواجهون صعوبات وعدم مقدرة فى التوقف نهائياً ، فهم ربما يكونوا قد بدأوا التعاطى طوعياً إلا أنهم ربما كانوا يعتقدون بأن فى إستطاعتهم التوقف أو أنهم لم يختاروا التوقف من تلقاء أنفسهم ، فى العلاقة الأولى التى تنطوى على مشكلات صحية ومالية وشخصية ، يتجاهل العديد من المستعملين هذه المشاكل والتقليل من شأنها أو إنكارها وإعادة أسبابها إلى أشياء أخرى بخلاف المخدرات التى يتعاطونها ، على سبيل المثال فإنهم ربما كانوا يعلمون بهذه المشاكل لكنهم يقدرون المنافع التى قد يتحصلون عليها من جراء الإستعمال بأنها أكثر من تلك التى قد يحصلون عليها فى حالة عدم الإستعمال . إن جل هذا التقويم مبنى على تحاشى التقويم الحقيقى لمساوىء التعاطى (Gawin & Ellinwood, 1988; Gawin & Kleber, 1988) ويزداد حدة المشاكل يصبح معظم المتعاطين بأنهم ناقصون وجدانياً وأكثر تردداً فى قراراتهم المتعلقة بالتعاطى .

وأحد أسباب المحافظة على التعاطى وعدم المقدره على التوقف هو الإعتقاد السائد بأن التخلّى عن المخدرات يسبب أعراضاً جانبية لا يمكن تحملها (Horvath, 1988) إلا أن هذه الأعراض تختلف بشكل كبير من

شخص لآخر ومن مادة لأخرى - كما أن هذا التأثير يكون مدعوماً بشكل كبير بالآثار النفسية المرتبطة بأعراض التوقف عن التعاطى ، ففي (برنامج إزالة التسمم) يشعر على سبيل المثال العديد من المفرطين فى تعاطى المخدرات المشاركين فى هذه البرامج بأنهم شعروا براحة فى المراحل الأولى من توقفهم . (Ziedonis, 1992) .

ثم أن العقبة الأساسية للقضاء على التعاطى أو الشرب هى شبكة الإعتقاد بعدم المقدره الوظيفية للحياه الذى يتركز حول المخدرات أو المشروبات الكحولية ، هذه المعتقدات على سبيل المثال هى " إننى لا أشعر بالسعادة مالم أتعاطى) . " وأكون أكثر سيطرة على نفسى إذا شربت قليلاً من الخمر " .

إن الشخص الذى يكون فى حالة تأمل دون إستعمال المخدرات أو المشروبات الكحولية قد يشعر بالحزن أو القلق ، كما أن التوقف أو الإعتماد على المخدرات أو الكحول قد ينظر إليه كنوع من الحرمان أو السلوان أو التهديد لرفاهية الفرد وأدائه لعمله (Jennings, 1991) وقد يعنى التوقف عند البعض الآخر كشكل من أشكال " إزالة غطاء الأمان " التى تستخدم لتغليف القلق النفسى .

وكثيراً ما يحاول الأشخاص المدمنون التوقف والإقلاع عن تعاطى المخدرات أو المشروبات الكحولية بطريقتهم الخاصة ، إلا أنهم يشعرون بالتشوق والرغبة الملحة الشديدة بالتعاطى التى تستثار عندما يكون المزاج متدنئاً أو عندما يتعرضون للمخدرات أو المنشطات المشابهة الأخرى ، فأنهم يشعرون بالإجباط إذا كبخوا جماع هذه الرغبة فى

التعاطى ، لأنهم يدركون بأن هذه المشاعر المزوجة بالقنوط والقلق النفسى لا يمكن تحملها كما أن الإعتقاد السائد " لأستطيع تحمل هذا الشعور " يسبب لهم المضايقة ولهذا السبب فإن المتعاطين يشعرون بأنهم منساقون نحو رغباتهم لطرد الشعور بالضياح ولتخفيف أحزانهم وآلامهم . وعادة ما يكون عند المدمنين مجموعة معتقدات تبدو أكثر قوة عندما يقرر هؤلاء المتعاطون بالتوقف عن الإستعمال وتتركز هذه المعتقدات حول الحرمان المتوقع مثال " إذا لم أتعاطى فأنى لا أستطيع تحمل الألم " " ليس شىء باقى لى فى هذه الحياة " " سأكون غير سعيد " أو " سأفقد أصدقائى " .

وتتركز مجموعة أخرى من المعتقدات حول شعور المدمنون باليأس فى التحكم فى رغباتهم " الرغبة قوية جداً " ، " ليس عندى القدرة على التوقف " ، وبعضهم يقولون (حتى لو توقفت فسوف أبدأ من جديد مرة أخرى) ، أن هذه الإعتقادات تنبىء عن ذاتها . وطالما أن المرضى يعتقدون بأنهم لا يستطيعون السيطرة على دوافعهم فمن غير المحتمل أنهم سيحاولون السيطرة عليها ومن ثم يؤكدون إعتقاداتهم بالتعاطى واليأس من التخلص من الإدمان .

لماذا يحتاج الأفراد إلى المساعدة ؟

هناك خمس مراحل تقريباً يسعى الأفراد خلالها للحصول على المساعدة (Prochaska et al., 1992) ، ففى مرحلة ما قبل التأمل لايعترف هؤلاء الأفراد فى قرارة أنفسهم حتى بوجود مشكلة لديهم بل على العكس فأنهم يعتبرون التعاطى أكثر أهمية من المشاكل التى تسببها أما

فى المرحلة التأملية فأنهم يكونوا مستعدين للتفكير فى مشاكلهم إلا أنهم من غير المحتمل التوقف عن التعاطى من تلقاء أنفسهم ، وفى مرحلة الإعداد يسعى الأشخاص لإتخاذ موقف لإيقاف تعاطى الخمر والمواد الأخرى التى يتعاطونها ، إلا أنهم يكونوا غير متأكدين على قدرتهم فى المواصلة ، أما فى مرحلة العمل يكون سلوك المدمنون متجه نحو التقليل من تعاطى المخدر والتسكين العلاجى لمعتقداتهم فى التعاطى .. وهكذا فأن من ينجح كما ينبغى فى الوصول إلى مرحلة " المحافظة " يكونوا قد خطوا خطوات واسعة نحو التمتع بحياة خالية من هم تعاطى المخدرات والمسكرات ، ويعملون بهمة للمحافظة على هذا المسعى على مر الشهور والسنين .

ويلجأ الناس إلى العلاج لعدة أسباب ، حيث أن بعض المستعملين يكونوا قد إعتقلوا بسبب الترويج وحياسة المخدرات وتتم إحالتهم للمحاكم ويرى البعض الآخر أن حياتهم فى تدهور مستمر نتيجة للعواقب المالية والنفسية والشخصية التى تكون بسبب هذا التعاطى - كما أن هناك آخريين يتعرضون لضغوط شديدة من الأصدقاء والأسرة .

فى الوقت الذى يتم فيه تصنيف هؤلاء المرضى بعبارة مفرطون فى إستخدام المخدرات سواء كانوا من متعاطى المخدرات أو الكحوليات ، فأنهم عادة ما يحرزون نقطة متدنية فيما يتعلق بمجموعة هذه الأشياء وهى الصحة والتكيف الإجتماعى والوظيفى والإقتصادى والرفاه النفسى .

وقد حاول الكثيرون من أصحاب المشاكل المرتبطة بالكحول أو المخدرات التخلص من هذه العادة ولكنهم فى نهاية المطاف يتكسوا .
وتعاطى المخدر لبعض الناس دليل على مشاكلهم المتعددة ، وللآخرين يمثل نوعاً من العلاج النفسى (Castaneda, Galanter, & Franco, 1989) لمعالجة إحساسهم بالضيق والحزن أو القلق ونتيجة لذلك فمن المهم إعتبار هذه المشكلة بأبعادها الإجتماعية والإنسانية والنفسية بالإضافة إلى خواص المخدر العقاقيرية .

والمادة المخدرة أو التى تسبب الإدمان يمكن تعريفها بالتعاطى ألاً إرادى أو القصرى الذى يوقع فى مصيدة متشابكة من المشاكل الإجتماعية والإقتصادية والقانونية وفوق ذلك لاتبقى للمريض قوة أو إرادة .

ويعترف هؤلاء بالإدمان فكثير منهم يصلون إلى قناعة تامة بأن الطريق الوحيد لتدبير حياتهم أو إنقاذ أرواحهم من مشكلة الإدمان هو تلقى المساعدة المهنية العلاجية أو خلافها .

كيف يمكن للعلاج المعرفى أن يساعد ؟

العلاج النفسى المعرفى طريقة سيكولوجية تحاول أن تقلل أو تخفف الإنعكاسات السلوكية الإنفعالية الزائدة وأن تقلل من الشعور بالإجباط ، ويكون ذلك بتصحيح التفكير الخاطىء والإعتقادات الغير صحيحة التى تكون هذه الإنعكاسات :

(Beck , 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979)

ومعرفة حالة مريض معين تستند وتعتمد على تصور صحيح لحالته المعينة أو الخاصة ونوعية تلك الإضطرابات التى يعيشها .
 والتصور الصحيح يشمل نمط الحياة المبكرة ويفضل العلاج النفسى المعرفى على غيره منذ المراحل الأولى لظهور الحالة المعينة .
 والطريقة هى :

١- تقوية الثقة بالنفس .

٢- الحيوية أو النشاط .

٣- مناقشة تطور الأحوال .

٤- الرؤية الصحيحة .

هذه الطريقة تساعد الأشخاص على تفهم مشكلاتهم الشخصيه التى تقود إلى الإضطراب النفسى والأنفعالات العاطفيه غير المريحه كما تساعد على تصحيح نظرتهم الخاطئة فى أن المخدرات تجلب البهجة وتعالجهم من القلق إضافة إلى ذلك فالإستراتيجيات المعرفية تساعد على تقليل المؤثرات الخارجية التى تثير لديهم التشوق والرغبة للتعاطى وفى نفس الوقت تعمل على خلق نظاماً قوياً من السيطرة والتحكم الداخلى للفرد .

وفوق ذلك فالعلاج المعرفى يساعد المرضى على مقاومة إكتئابهم وقلقهم أو غضبهم الذى يثير السلوك الإدمانى . وأن دفعة قوية من العلاج المعرفى للإدمان تساعد المريض فى ناحيتين .

١- تضعف شدة المؤثرات التى تنتج السلوك الإدمانى وتقلل من تكرارها وذلك بإزالة الإعتقادات الخاطئة والكامنة خلفها .

٢- تعلم المريض أساليب خاصة للسيطرة على دوافعه وخلق فنيات مواجهة لهذه الضغوط .

وبإيجاز فالغاية هي تقليل الضغوط النفسية وزيادة أساليب السيطرة والتحكم، وعندما يكون إدمان الشخص له علاقة بإضطرابات نفسية مثيرة وعندما يؤدي إدمان المريض إلى الإضطراب النفسى فتلك الحالة تستدعى العلاج النفسى المعرفى . فطريقة العلاج المعرفى تكون فى عدة طرق فالمعالج المعرفى يساعد المريض فى التعرف على المشاكل وتسلسل الأحداث التى تقوده وتدفعه إلى تعاطى المخدرات والمسكرات والنيكوتين وفى نفس الوقت فإن المعالج المعرفى يدرب المريض على مراعاة الفكر الخاطيء الذى يسبب القلق والضييق .

والمعالج المعرفى يساعد المرضى على التصحيح والتحسين لأفكار المدمنين مما يكسبهم فهما أفضل لمشاكلهم الحقيقية وتجاهلاً تاماً لمشاكلهم الزائفة والناجحة عن تفكيرهم الخاطيء إضافة إلى ذلك فالتمارين والبروفات والتمارين الصحيح تساعد المريض على تكوين نظام من التحكم ملؤه القوة والإرادة التى يجابه بها الرغبات الملحة والمؤثرات القوية التى تواجهه .

والأساليب الفنية التى يتبعها المعالج النفسى المعرفى تشمل تقويماً كبيراً للفوائد قصيرة المدى وطويلة المدى وأيضاً مساوىء الإستخدام وما يسمى تحليل المحاسن والمساوىء أو الإيجابيات والسلبيات وهو أحد فنيات العلاج المعرفى .

والمعالج النفسى المعرفى يساعد المريض على إيجاد وسائل مقنعة لمواجهة المشكلات الواقعية والحقيقية والمشاعر السيئة من غير العودة للمخدرات والمسكرات كعلاج .
وجميع هذه الوسائل والطرق تعمل معاً على تكوين شخصية المريض التى تيسر لها بدائل أخرى من المتعة :

(Havassy, Hall, & Wasserman, 1991)

وبما أن كثيراً من المرضى لهم مقدرة ضعيفة على مقاومة الإحباط فإنهم يظهرون مواقف دفاعية تجاه أنفسهم وقدراتهم وهذه المواقف الدفاعية تقود إلى التراجع عندما يواجهون عقبات أو معوقات (Beck , et , 1993) .

والمعالج النفسى المعرفى يوضح كيف يمكن للمرضى أن يواجهوا العقبات كمشكلات يمكن التغلب عليها وليس مشكلات تحول دون تحقيق أهدافهم . وكثير من المرضى الذين يعانون من صعوبات فى الدفاع عن حقوقهم بطريقة مناسبة يمكن أن يقفوا تحت سيطرة أو إستغلال الآخرين وبالتالى يكونون عرضة للضيق المفاجئ والغضب والإحباط .

وتتعلم مهارات شخصية جديدة يستطيع المرضى أن يدافعوا عن حقوقهم بطريقة فعالة .

ونفس النوع من خاصية الدفاع عن الحقوق يساعد المرضى بالأستجابة لإغراء الآخرين ويرفضوا أى محاولة منهم لإعادتهم لتعاطى المخدرات .

ويمكن أن يأخذ هذا الرفض معنى آخر فيكسبهم الثبات تجاه ضغوط ويجعلهم يقدمون المنافع المستمرة على غيرها فلا يأبهون بإزدراء الآخرين لهم .

ومن أهم سمات هذا الأسلوب العلاجي إتباعه أسلوب الحوار وعن طريق الأسئلة المقتنة حيث يستطيع المعالج النفسى المعرفى معرفة الجوانب التى أخفاها المريض مثل : مدة تعاطى المخدر وكميته والخسائر الحقيقية التى سببها له الإدمان وتأثير الإدمان على العلاقات الشخصية .

والحوار يجعل المرضى يتفاعلون مع المقدمات والنتائج التى لم يراعوها من قبل وتقارن هذه الطريقة بين وضع المرضى فى الطريقة الحوارية وطريقة التأثير التلقائى مما يجعلهم أكثر موضوعية فى تقويم نظراتهم وإعتقاداتهم .

والإمتناع عن تعاطى المخدر أو المسكر يعتبر مسألة ذات جوانب فنية والمرضى يطلبون المساعدة ولا يدرون كيف يكون ذلك . وكثيراً منهم حاولوا عدة مرات ولم ينجحوا فى ذلك . وطريقة العلاج المعرفى تقدم لهم الوسائل التى تمكنهم من الإقلاع ويستطيعون أن يستفيدوا من هذه الوسائل فى حل مشاكلهم اليومية فيعيشون حياة أكثر متعة وبهجة .

هل للذين يتعاطون المخدرات مشاكل نفسية أخرى ؟

كثير من المرضى بالإدمان لهم تشخيص مزدوج :

(Mirin & Weiss, 1991; Regier et al., 1990)

ونعنى بذلك أنهم يعانون من أعراض مرضية أخرى كالقلق والإضطراب النفسى أو الإثنين معاً . والطريقة العلاجية هذه هى تلك التى تأخذ فى الإعتبار الأعراض الأخرى التى يعانى منها المرضى .

فوجود مريض يعانى من الإضطراب النفسى مع آخر ذى مفهوم ضيق ربما يصاب بالكآبة فيتجه للمخدرات أو المسكر .

وربط هذه المؤثرات يكون فكرة عامة مثل : " أنا ضعيف جداً ولأستطيع أن أودى هذا العمل بنفسى " . وهذا المفهوم السلبي ربما يقود إلى الكآبة عندما تنعدم المساعدات الشخصية كما يساعد هذا المفهوم على تعاطى المخدرات عندما تواجهه المريض مشكلة صعبة أو موقف عصيب وربما يقول : " لآ أستطيع أن أتغلب على هذه المشكلة من غير مسكر أو مخدر " .

لماذا ينتكس الأشخاص بعد الإمتناع لمدة طويلة ؟

كثير من الناس يتحملون أعراض الإنقطاع عن تعاطى المخدرات ويظلون كذلك لفترات طويلة ولكنهم ينتكسون أحياناً من غير سبب واضح (Carrol, Rounsaville, & Keller, 1991) ويبدو أن المشكلة تقع فى أن هؤلاء لم يتعرفوا على الظروف والعوامل الخارجية والداخلية التى تثير الرغبة لديهم وتدمر السيطرة على هذه الرغبات .

وتصنف هذه الظروف وتقسم لتشمل الآتى : الناس ، الأماكن والأشياء ، ويشمل هذا التصنيف مواقف مثل : مرافقة أصدقاء السوء أو زيارة الأماكن المشبوهة التى سبق أن تعاطى فيها .

وربما تحتاج هؤلاء الأشخاص رغبة قوية لتعاطي المخدرات إذا أحسوا بالضيق والقلق وعندما يجابهون مواقف صعبة مثل موت عزيز أو قريب أو فقدان وظيفة .

وأحد أسباب إنتكاس هؤلاء هو أن تصوراتهم للمشكلة ومساوىء الإدمان لم تتغير ولم يغيروا الأفكار التى تساعد على إشعال الرغبة القوية للتعاطي وبالتالي تضعف سيطرتهم وتثار دوافعهم فيكونون عرضة للإنتكاس الذى يصاحب بخيبة الأمل . وبوقوع هؤلاء فى دائرة متعاطي المخدرات يتحول السقوط إلى نكسة تامة . وأحياناً ربما ينتكس المريض من غير سبب دافع ويزداد إحتمال حدوث هذا الإنتكاس عندما تضعف السيطرة على الرغبات والنزعات نتيجة للإجهاد العصبى وضعف الأفكار البناءة . وربما تقل درجة الإمتناع بمرور الوقت بسبب تلاشى تذكر الآثار السيئة لتعاطي المخدرات .

وفى هذا الوقت فالدرجة العادية من مشاعر الرغبة فى التعاطي ربما تؤدى إلى الإنحراف أو الإنتكاس ، وإذا إستسلم المريض لرغبة ولو بصورة بسيطة فهذا دليل على أنه ضعيف الإرادة .

هناك أفكاراً أساسية ساكنة تتحرك لإرادياً نتيجة للتعرض لمواقف مؤثرة مثل : (إذا تعاطيت المخدر أستطيع أن أتغلب على مشكلاتي بسهولة) و (تدخين سيجاره أو شرب مسكر يجعلني سعيداً) (أو أريد شراباً للتخلص من القلق) وبمجرد ظهور هذه الأفكار يصبح المريض أكثر إثارة لرغباته ونزواته .

وتزول محاولات المريض لكسب السيطرة الذاتية بحدوث الأفكار المتساهلة والمبيحة مثل : (أستطيع أن أفعل هذا ثم أتوقف عن فعله) . (لا يوجد سبب يجعلنى أستمر فى حرمان نفسى) وهكذا تتضارب النظرات بين السيطرة على الرغبات والدوافع والإستسلام لها .

ظواهر الإدمان

لمساعدة من وقعوا فى دائرة الإدمان هنا عدة أمور لا بد من الإلمام بها وهى عادة تخص المادة نفسها أو ما تتعلق بظاهرة الإدمان عموماً ونورد فى مايلى بعد الظواهر والمفاهيم المعرفيه المصاحبه للإدمان .

التشوق والرغبة الملحة للتعاطى : Craving and Urges

(فالرغبة Craving) هنا تشير إلى طلب المخدر بينما يعنى (الدافع القهرى Urge) الضغط الخارجى وبإيجاز فالرغبة تتعلق بالطلب والدافع يتعلق بالفعل .

والرغبات تمثل حاجة معينة مثل : المتعة من الأكل - الراحة والإسترخاء من الدخان أو الإشباع من الجنس .

وتحقيق الرغبة يدل على إكتمال الفعل والوسائل .

وإذا لم يكن هنالك إعتباراً لميول العمر فيمكن للشخص أن يحصل على قطعة حلوى أو شراب مسكر بدلاً عنها .

والدافع هو النتيجة المادية للرغبة ، يرغب الشخص فى التخلص من

الضيق ويشعر بجهد كبير لتحقيق ذلك وعرف (Marlatt & Gordon, 1985)

الرغبة الملحة بأنه مفهوم سلوكى يتحول إلى سلوك تام ، والدوافع تصير قوية إذا لم تقاوم .

إن الهدف الأساسى وراء تحقيق المطلب الملح هو تخفيف حالة التحريض والحث التى ربما تكون ناتجة عن الرغبة الملحة للإثارة أو الإسترخاء ، وتسمح الفترة بين المرور بتجربة الرغبة الملحة وتنفيذ المطالب بالتدخل العلاجى - وذلك لإجراء تطبيق فنيات للتحكم فى الرغبات والذى يطلق عليه فى اللغة العامة " قوة الإرادة التى يتم تعريفها بأنها تمليّة نشطة لتطبيق الفنيات الخاصة بمساعدة الفرد لنفسه وليس مجرد أن يركن إلى السلبية التى تحتم الضيق والمعاناة فقط ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الفترة التى تنقضى بين الشعور بالرغبة الملحة وتعاطى المخدرات تسمح بالتلاشى الطبيعى لهذه الرغبة (Horvath, 1988) وبهذا تقل فرص إتخاذ المريض لإجراء يحقق رغبته (Carrol, Rounsaville, & Keller, 1991).

وتحكم الرغبة الملحة بواسطة النتائج المتوقعة وكمثال لذلك المكافأة التى يحصل عليها الشخص لفعل ما أو الألم الذى يتعرض له نتيجة لعدم قيامه بنفس العمل ، ويجوز أن يصاحب الرغبة الملحة شعور إيجابى عندما يكون الدافع لها هو التوقع الإيجابى أو شعور سلبى عندما ترتبط هذه المطالب بتوقعات يكتنفها الضيق الذى يستمر إلى أن تتحقق . إن البعض يخلطون بين (الرغبة) الملحة و (الحاجة) فيقولون " إننى أحتاج إلى التدخين " أو " أننى أحتاج إلى تناول بعض المشروبات " وكأنهم بقولهم هذا لا يطبقون الحياة أو لا يستطيعون تأدية أعمالهم المناطة بهم على أقل تقدير بدون تحقيق هذا المطلب .

لقد أصبح مثل هذا الاعتقاد على الرغم مما ينطوى عليه من زيف
مشاركاً للإهتمام ونقطة إنطلاق نحو التدخل العلاجي .

أن الرغبات والمطالب الملحة إحساسان تلقائيان ومن الممكن أن يتحول
كل منهما إلى شعور مستقل ومعنى آخر فإنهما ربما يستمران على الرغم
من المحاولة التي يبذلها الفرد لكبحها أو التخلص منهما نهائياً ويمكن أن
يتخذنا الصفة الإلزامية المقيدة حتى فى الحالات التي لايمكن الفرد من
تحقيقها ، ومن هنا يمكننا أن نصفها بأنسب تعبير لذلك وهو (القوة
المكرهة على فعل شىء) التي تتضح بصورة جلية فى الإضطراب الذى
يستحوذ على الشعور ويكون له الصفة الإلزامية فى نفس الوقت . وفى
مثل هذه الحالة يعانى الشخص من الضغط الذى يلزمه بمواصلة تكرار
ما قام به مسبقاً ليذهب عن نفسه شيئاً يخشاه وتجدد الإشارة إلى أن
السلوك المرتبط بالإدمان يتضمن نفس هذه الخصائص .

الدور الذى تلعبه المعتقدات : The Role Of Beliefs

تلعب معتقدات الإختلال الوظيفى دوراً مهماً فى نشوء الرغبة الملحة
للتعاطى وهذه المعتقدات تساعد على تشكيل نوع التوقعات التي تضع
القلب الذى تكون عليه المعتقدات ثم تصدر كالتالى : (إذا كنت مُسلياً
ومرحاً فأنتى سوف أنال الكثير من المدح والثناء) و (إذا تناولت
مشروباً روحياً ، فأنتى سوف أكون مسلياً بدرجة أكبر) . وقد قام
هذا الشخص بتحويل هذه المعتقدات إلى توقع محدد يمكن أن ينال الثناء
عليه عند تحقيقه ويتأتى ذلك عندما تسنح الفرصة بتسليته ندمائه
وأصدقائه والترفيه عنهم ، وبالتالي التوقع يسمح للرغبة الملحة بالظهور

وعلى الرغم من ذلك فإنه يشك فى نجاحه فى هذا الأمر ما لم يتعاطى قبل ذلك المخدرات على سبيل المثال : الكوكايين من نوع الكراك . كما أن توقع نجاحه يزداد نتيجة لإعتقاده وإيمانه الراسخ بالإثارة والتأثير الذى يحدثه مفعول الكوكايين وكما يحدث دائماً فإنه (يتجاوز حد المستوى الطبيعى فى الترفيع) ويصبح على درجة كبيرة من الإثارة فيعتبره الآخرون مصدر سخرية) .

لقد قام (Bandura, 1982) ، (Marlatt & Gordon, 1985) بإعطاء مدلول جديد للمفهوم المتعلق بـ (المعتقدات السائدة عن التأثير الإيجابى لتعاطى المخدرات) لتغيير هذا المفهوم على النحو التالى ليصبح (توقعات النتائج الإيجابية) كما أوضح البحث الذى قام به كل من (Brown, Goldman, Inn, & Anderson, 1980) أن توقعات مدمنى المسكرات تقع ضمن خمسة عوامل وهى أن شرب المسكرات سوف :-

- ١- يحول تجربة الشرب إلى وضع إيجابى عملى .
- ٢- يزيد الكفاءة الجنسية والرضا الذى يعقب ذلك .
- ٣- يزيد القوة ويتسبب فى أن يصبح الشخص أكثر عدوانية وشجاعة .
- ٤- يرفع المكانة الإجتماعية للفرد .
- ٥- يخفف التوتر العصبى .

وتوجد مجموعة مماثلة لهذه المجموعة خاصة بتعاطى المخدرات (وهى مرفقة فى (ملاحق الدراسة) وتم إستخدامها فى جلسات العلاج لمعرفة مدى الإعتقادات الموجودة لدى المدمن حول المخدرات والهيروين على وجه الخصوص .

عادة تعاطى المخدرات : The Drug Habit

تختلف عادة تعاطى المواد المخدرة من أجل الشعور بالراحة أو للحصول على المتع الحسية عن الطريقة العامة التى يتم بها فهم مصطلح (العادة السيئة) كما تعتبر بعض (العادات) المعنية مثل عادة تقطيب الجبين والتجهم عندما يشعر الشخص بالإحباط أو عادة ترك الملابس على الأرض ذات نمط يتسم بالتركرارية ولكنها عادات لاتتضمن رغبات أو حاجة ملحة لفعالها أما بالنسبة لمتعاطى المخدرات فأن هنالك علاقة موضوعية للحالة الخاصة بالتجاوب المباشر والتى تتمثل بالتحديد فى الرغبات والمطالب الملحة والفترة بين التنبية ببدائيتها وتنفيذها وكمثال لذلك فترة تجهيز الحقنة أو مسحوق البودرة . أن الرغبات والمطالب الملحة مرتبطة إرتباطاً قوياً مع درجة التحفيز والإستشارة التى تصبح أقوى مما كانت عليها نتيجة لعملية التكرار المستمر . وتجدر الإشارة إلى أن العادات التى ينبغى توفر مهارات فيها مثل قيادة السيارات تكون فى إتجاه واحد مضاد للنمط المتبع فى تعاطى المخدرات لأن العادة الأخيرة (تعاطى المخدرات) تستوجب الإكراه والإلزام والإختلال الوظيفى ، وبالإضافة إلى ذلك فإن الأعمال التى تتطلب مهارة تتم بصورة إرادية بينما الرغبات والمطالب الملحة تكون لا إرادية (على الرغم من أن التحكم فى المطالب الملحة تتوفر فيها النواحي الإرادية) ، وربما يكون المصطلح " عادة تعاطى المخدرات " مصطلحاً مغلوطاً نتيجة للفرق الموجود بين تعاطى المخدرات والعادات الخاصة بمتطلبات الحياة اليومية .

ويجوز أحياناً أن يستجيب المدمن إستجابة تتضمن تنفيذ رغباته الملحة نتيجة للتزايد المستمر فى عدد حالات التحفيز والإستثارة ويتم ذلك بواسطة سلسلة من عمليات " تعميم عوامل التحفيز " وحيث أن الشخص ربما يشعر برغبة ملحة متأصلة نحو تناول المسكرات أو التدخين عندما يكون بصحبة مجموعة من الناس ، فإنه ربما يمارس ذلك وحيداً عندما يكون مضطرباً أو فى حالة شعوره بالملل أو الوحدة . وعند إرتباط الرغبة الملحة بالعديد من العوامل المحفزة فإن ذلك يلازمه إزدياد فى المعتقدات المتعلقة بتعاطى المخدرات والتي ينتج عنها إختلال وظيفى .

يجوز أن تكون الصياغة الأصلية للإعتقاد كالاتى " يتحتم على أن أدخن سيجارة حتى أنسجم مع المجموعة " وبالتالى ربما يتغير هذا الإعتقاد ليصبح " إننى أحتاج لسيجارة حتى أكون مقبولاً لدى المجموعة " ومن ثم يتحول إلى " يجب أن أتناول شراباً مسكراً حتى أتخلص من العزلة التى أعيشها والضيق الذى أعانى منه " وبهذا تصبح الدوافع أكثر عمومية وإلزاماً لتتماشى مع ماهية المعتقدات التى تتسع دائرتها .

معادلة التحكم / والرغبة (The Control/ Urge Equation)

هناك قول شائع أن الأفراد المدمنون لديهم مستوى متدنئ أولاً يملكون قدراً جيداً من إمكانية التحكم فى رغباتهم وسلوكياتهم أو أن شعور الحاجة الملحة للتعاطى أمر مقاومته ليس باليسير ومن وجهة النظر العامة قد يكون ذلك مقبولاً وذلك لأن هؤلاء الأشخاص مدفوعون بتلك القوة التى دمجتهم فى السلوك الإدمانى . وبالرغم من ذلك هم

يدركون أن هذا أمر غير منطقى . والعديد من قام بمحاولات كثيرة للتحكم فى سلوكياتهم ويعبرون بأنهم يتمنوا ذلك ولكن بكل بساطة لا يستطيعوا .

هذه الملاحظة العامة لرغباتهم الملحة فى التعاطى بدون أى مقاومة تؤدى إلى المبادئ المبلغة من جماعات الكحول والمخدرات المجهولون " أنا أعرّف بأنى غير قادر " قناعتهم بأننا غير قادرين على التحكم فى سلوكهم الإدمانى لها مميزاتا الإيجابية فى إقناعهم بأهمية الإقلاع بواسطة الفرق العلاجية وأن ذلك أمر مهنى تماماً وليس محاولات عشوائية تخبطية . كما يعملون هم فى محاولاتهم الغير ناجحة لوقف إستمرارهم فى التعاطى أو التحكم فى ما يدفعهم للتعاطى من رغبة ملحة .

فخلق إمكانية تحكم فى هذه الرغبات أمر فى المستوى الغالب فتعلم فنيات خاصة للتقليل من حدوث مشاعر الرغبة وفرض تدابير للتحكم فى العادات وينطبق هذا بصفة خاصة على المدمنين الحقيقيين كما أنه يجب البحث عن مصادر هذه الرغبة الملحة من ناحية ومن ناحية أخرى فإن كانت فكرة عدم المقدرة على التحكم كليا فكرة مبالغ تبسيطها ولاتوافى المصادر الداخلية المحتملة والمتوفرة للفرد حقها من الأهمية . وفى الحقيقة فإن الغالبية العظمى من مدمنى المخدرات يحاولون التحكم فى هذه العادة فى أغلب الأوقات .

وفى الحالات التى يكون فيها الطلب ملحاً والمادة المخدرة غير متوفرة حالياً ، فإنهم يقلعون عن تعاطى المخدرات . ومثل هؤلاء

الأشخاص لا يستوعون سعياً حثيثاً للحصول على المخدر عندما يحسون برغبتهم تجاهه للمرة الأولى لأن هنالك فرق نوعى بين الرغبة فى تعاطى المخدر (لإكتشاف " مزايا " المخدر) والرغبة فى التحكم فى هذه الرغبة .

تعود الرغبة الملحة إلى زيادة فعالية الروتين الخاص بتعاطى المخدر بإتباع النهج التالى : يتم فحص مصادر الشخص الخاصة بتحقيق مطالبه الملحة ثم تظهر الخطة بعد ذلك ويبدأ الجسم فى التعبئة للقيام بدور عملى بينما تتحول وظائف الأعضاء إلى حالة إستقبال (وكمثال لذلك يتحول الجهاز العصبى نظير السمبتاوى إلى حالة النشطة) . وبما أنه يمكن تعريف الرغبة الملحة على أساس أنها " حالة من حالات الشهية " فإنها تكون مصحوبة بأحاسيس بدنية شبيهة بالأحاساس بالجوع أو حنين غير محبب إلى الشخص أو إلى شىء ما ، وتعمل مثل هذه الشهية بناءً على مبدأ المتع الحسية على العكس من الرغبة فى التحكم فى المطالب الملحة التى تعمل متبعةً المبدأ الواقعى . كما أنه لا يتم التعبير عن الرغبة فى عدم الإستعمال والتى تعنى التحكم بصورة عميقة (كما هو الحال عند التعبير عن الرغبة الملحة) ولكنه يحدث كنوع من الحالة العقلية ويكون ذو عنصر إدراكى قوى خاصة عند إتخاذ القرار الذى يستمد قوته من الشعور بالتصميم على إتخاذ قرار أو الإلتزام الذى يحسه الشخص يظهر هذا الإحساس على العضلات (على العكس من الرغبة الملحة والتحكم " أو قوة الإرادة " - يتميزون بوجود فوارق نوعية بينهما .

أن قرار عدم الإستعمال (حالة الرفض) وقرار الإستجابة (إعطاء الإذن) قراران متماثلان وبالتالي فإن إعطاء الإذن والرفض ميزتان يمكن تحقيقهما وتحدد قوتها النسبية درجة القبول أو الرفض ، بينما تكون هنالك مشاركة أكبر فى الإضطلاع بمسئولية التحكم عند مقارنة ذلك بتحقيق الرغبة الملحة . وبالتالي يمكن القول أنه بمقدور الشخص إتخاذ قراره وإبداء رغبته فى الدخول فى مثل هذا النوع من العمل أم لا . وتجدر الإشارة إلى أنه عندما تكون الرغبة الملحة قوية فإن قرار الرفض / الإقلاع عن هذه العادة ربما يكون ضعيفاً جداً ولا يقدر على الوفاء بمتطلبات التحكم فيها . أما إذا كان الميزان فى صالح الرفض ، فإن تعاطى المخدر سوف لن يحدث .

من المحتمل أن يقلع المدمنون عن تعاطى المخدرات أحياناً حتى فى الحالات التى يكون فيها الإلحاح فى الطلب قوياً خاصةً إذا كان المخدر غير متوفر بصورة مباشرة كما أنه من المهم أن ندرك أن سلوك المدمن يرتبط بمقارنة التحكم مع الحاجة الملحة ، للتعبير عن هذا المفهوم فى شكل يتسم بالتجريدية بصورة أكبر فإن نسبة قوة التحكم إلى الإلحاح فى الطلب تؤثر على تعاطى الشخص للمخدر أو التخلّى عنه . بالتالى يمكن إستخدام نسبة أو معادلة قوة التحكم / قوة الإلحاح فى الطلب كمؤشر للتدخل بينما يركز العلاج على الزيادة التى تطرأ على هذه النسبة . كما أن تغيير القوة النسبية المضمنة فى المعادلة لا يحتاج إلى جهد كبير ويمكن القيام بتغييرها ببساطة بتخفيض المقام (الإلحاح فى الطلب أو زيادة البسط (التحكم) ، أو يفضل القيام بكلا العمليتين .

إن المغزى الذى يتضمنه هذا التناظر يكمن وراء عدم أهمية حذف الرغبات الملحة أو إقامة ومساعدة التحكم المطلق ويكفى إحداث تغيير فى القوى النسبية لعنصرى المعادلة ، كما أنه يجوز أن يعوق التغيير الذى يتضمن تخفيض الرغبة الملحة أو زيادة التحكم درجة تعاطى المخدرات على المدى القريب . وبما أن الهدف يكون عادة هو الإقلاع النهائى التام عن تعاطى المخدرات ، فإن التحسن الثابت والمستمر يتطلب تغييراً جذرياً فى النسبة لكى يقدم حداً كافياً للإدمان وبهذا يمكننا القول أن العلاج سوف يكون موجهاً نحو جانبي المعادلة معاً وذلك بواسطة زيادة درجة التحكم وتخفيض الرغبة الملحة فى التعاطى .

زيادة درجة التحكم : Increasing Control

لم تطور الغالبية العظمى من المدمنين قدراتها للتحكم فى إغراء تعاطى المخدر ، وفى حالة توفر مثل هذا العجز فإنه يتم توجيه أحد أساليب العلاج نحو زيادة مهارات ضبط النفس ويمكن إستخدام طرق وفتيات عديدة فى عيادات أخصائيو العلاج النفسى . أما الطريقة الأساسية فإنها تتلخص فى إحداث وسط يوجد فيه نوع من الإثارة يمكن إستنباط الرغبة الملحة . ويلى ذلك تكرار لسلوكيات مثل هذا التحكم . وكمثال لذلك يطلب من المدمن أن يتخيل أن الهيروين قد تم تقديمه له ثم يتخيل الطرق التى يمكن أن يرفض بها هذه الهدية ، أو يتخيل أن لونه قد أصبح أزرقاً أو أصيب بقلق يرغب فى أن يخلص نفسه منه . وبالتالي فإن هذا المدمن سوف يضع فى مخيلته التصرف الذى يمكن أن يقوم به عندما تسيطر عليه الرغبة الملحة فى حالة تعاطى

المخدر وذلك يشمل الآتى : إقناع نفسه بعدم الإتصال بأحد أصدقائه أو يشغل نفسه بممارسة أحد الأنشطة المحببة إليهم أو يقوم بقراءة بطاقة مضيئة مكتوب عليها تفاصيل الإستجابات تجاه الأشياء المحسوسة المتعلقة بالرغبة الملحة .

وهناك طريقة أخرى تتضمن التعامل المباشر مع أفكار إعطاء الإذن أو السماح ويتم أداء هذا التمرين على شكل مناظرة يقوم فيها المريض بالنطق بالأسباب التى دفعته بتعاطى المخدرات مع إعادة ذكر هذه الأسباب وفى نفس الوقت يقدم المدمن البيانات على هذه الحجة . ونشير هنا إلى أهمية تحديد وتقويم المعتقدات الضمنية المتعلقة بقبول ورفض تعاطى المخدرات كما يحتاج الطبيب الأخصائى فى نهاية الأمر إلى مساعدة المريض بتخفيض مستوى الرغبة الملحة فى التعاطى وذلك بالتعامل مع مصادرها النفسية والإجتماعية المختلفة التى يمكن أن تشمل نواحي عديدة خاصة بحياته تبدأ من التحمل المتدنئ بالإجباط وتندرج إلى المشاكل الزوجية للمدمن . وسلوكياتهم (Washton, 1988) حتى تحدث تغييرات إيجابية على أسلوب حياتهم وتكوين شخصياتهم . هذا وسوف يشعر المرضى بالإرتياح تجاه مقاومة تعاطى المخدرات على المدى الطويل عند مقارنته مع الشعور بالحرمان والألم ، وقد تم الوصول إلى هذه النتيجة بشكل مباشر مما تقدم ذكره نتيجة للإندفاع وراء الرغبات الملحة والإنغماس فيها .

حسب ما جاء فى أسطورة " الرجل المفكر " ، (كمثل لذلك مجال القانون أو الإقتصاد) يقوم الشخص بموازنة المخاطر والمزايا الخاصة بعمل

معين ثم يتخذ قراراً معقولاً تجاه ذلك . أما بالنسبة للشخص المدمن فإنه يتخلى عادة عن التحليل الموضوعى المتعلق بالتكلفة والفائدة أو حسابات المحاسن والمساوىء والسلبيات والإيجابيات نتيجة للإنبهار والإعجاب الوقتى بتعاطى المخدرات أو شرب المسكرات أو التدخين ، بالإضافة إلى ذلك فإن عوامل السرعة ودرجة الإعتدال الكبيرة على تأثير المخدر والتأكد الموضوعى من الحصول السريع المباشر على التأثير المحبب لنفسه لا تتناسب مع النتائج المستقبلية الغير مؤكدة وغير مرغوب فيها ، ويتناسى بعض المدمنين النتائج السلبية عندما تتباهم حالة الرغبة الملحة فى تعاطى المخدر (Gawin & Ellinwood, 1988) بينما لا يبالون بالتأثيرات طويلة الأمد ويتخذون هذا الموقف " سوف آخذ كل الفرص المتاحة لى " أو يكونون أكثر عقلانية ويقولون " أن تعاطى المخدر لمرة واحدة لن ينتج عنه أى أضرار " .

ومن ناحية أخرى فإن بعض الأشخاص يتمتعون بالشجاعة التى تمكنهم من إسترجاع ذكرياتهم الأليمة التى تردعهم عن الإنسياق وراء التيار والإستجابة لإغراءات تعاطى المخدرات . كما أن التعارض الذى ينشأ فى كل الحالات عندما يحاول الأشخاص إستخدام قوة الإرادة لتقف حائلاً دون إنسياقيهم وراء مطالبهم الملحة ، كمشال لذلك عندما تتاب الشخص رغبة ملحة أو (الراحة المتوقعة أو البهجة) يسمع لصوت العقل والتحفظ أما عندما تحدث العديد من حالات المعاناة ، فربما يتمكن الشخص من تحذير نفسه من المخاطر المتعلقة بالإنغماس فى تعاطى المخدرات خاصةً عندما يتعرض لحالة تنطوى على خطورة كبيرة

أو عندما يدرك الشخص تدنى درجة المقاومة لديه كما تعتمد درجة المبالاة بهذه التحذيرات على معرفة الشخص بعدد من الفنيات التي يمكن أن يطبقها بمعرفة ومهارة عالية .

قوة الإرادة : Will Power

فى سياق الكلام عن تعاطى المخدرات فإن " قوة الإرادة " تشير إلى القرار المتعمد الواعى (بالإضافة إلى الدافع الكافى والنواحي التقنية الخاصة بمعرفة كيفية المساعدة للقيام بهذا العمل) المتعلق بالتوقف عن أو تأخير إشباع هذه الرغبة الملحة . وعندما تكون الرغبة فى تعاطى المخدرات متدنية أو منعدمة ، فإنه يجوز أن تظهر رغبة قوية للمقاومة أو الإقلاع عن التعاطى ، ولكن عندما يكون الإغراء قوياً فسوف توهن قوة الإرادة التى ينظر إليها (Marlatt & Gordon, 1985) على إنها قوة الإلتزام الذى يقاوم تعاطى المخدرات أو شرب المسكرات ، وفى نفس الوقت يعنى الإلتزام تركيز الإهتمام على هدف معين تكون له المقدرة على إبطال مفعول الأهداف الأخرى ، وبهذا فإننا نشير إلى أهمية الإقلاع عن تعاطى المخدرات الذى يطغى على الحل المتمثل فى مقاومة الرغبة الملحة .

يعتمد التطبيق الناجح لقوة الإرادة عند إثارة الرغبة الملحة على عدد من العوامل وكمثال لذلك إمكانية إلتزام الشخص إلتزاماً جاداً بالإقلاع عن التدخين أو شرب المسكرات أو تعاطى المخدرات ولكنه لايمكن المهارة الفنية للوفاء بهذا الإلتزام وسوف يزيد تطبيق المعرفة الفنية مقدار الفاعلية زيادة كبيرة عندما يتعارض قرار التوقف عن تعاطى

المخدرات مع الرغبات الملحة . بالإضافة إلى ذلك فإنه يجوز أن تؤثر المعتقدات الجوهرية عن الذات (مثال : إذا كان الفرد يتمتع بشخصية مؤثرة فى الغير أم أنه شخصية عاجزة وعديم الحيلة) على مقدرة المدمن على تطبيق قوة إرادته وبالتالي التحكم فى مطالبه الملحة ، ويجب أن نحذر من أن المرضى يفسرون قوة الإرادة تفسيراً خاطئاً ويرون أنها أقرب لأن تصبح حرباً ماسوشية لتعذيب النفس ليصبح المدمن فى حالة قلق وعدم راحة دائمة عند مواجهته لإغراءات المخدرات (Tiffany, 1990) بالتالى يجب أن يؤكد الأخصائيون المعالجون للمرضى على أنه سوف يتم تعليمهم كيفية تغيير معتقداتهم .

المعتقدات المتعلقة بالإدمان : Addictive Beliefs

هناك معتقدات خاصة بالإدمان تميز الأشخاص المدمنين (بمعنى آخر أنه يتم إعتبار هؤلاء مدمنين بوجود إحدى خصائص هذا الإختلال الوظيفى أو العلقى) الذين لا يمكن أن نصفهم بأنهم ذوى قابلية أو إستعداد لتعاطى المخدرات إلا بتوفره .

ولكن على الرغم من ذلك فإن المعتقدات المتعلقة بالإدمان تساهم فى إستمرارية تعاطى المخدرات وتمثل الأساس الذى تتم بواسطته إنتكاسة المدمن .

من الممكن وضع إعتبار للمعتقدات المتعلقة بالإدمان بواسطة مجموعة من الأفكار التى تتمركز حول البحث عن المتع الحسية ، حل المشاكل ، الشعور بالراحة والهروب من المشاكل . وسوف تتغير المواضيع

المحددة على حسب نوع المادة المخدرة ومن بين أمثلة المعتقدات المتعلقة بالإختلال الوظيفي ونورد التالي :

١- الإعتقاد بأن الشخص يحتاج إلى المادة المخدرة للحفاظ على التوازن النفسى والعاطفى .

٢- التوقع بأن مثل هذه المواد سوف تساعد على تحسين الأضطلاع بالدور الإجتماعى والثقافى .

٣- التوقع بأن الشخص سوف يحصل على البهجة والمرح والإثارة نتيجة تعاطيه للمخدرات .

٤- الإعتقاد بأن المادة المخدرة سوف توفر طاقة وقوة للشخص المدمن .

٥- التوقع بأن المادة المخدرة سوف يكون لها تأثيراً مهدئاً ولطيفاً .

٦- الإفتراض بأنه عند تعاطى المخدر فإن المدمن سوف يشعر بالراحة ويتخلص من الملل ، القلق ، الشد العصبى والتوتر والكآبة .

٧- الإقتناع بأنه ما لم يتم إتخاذ إجراء معين لإشباع هذه الرغبة الملحة أو العمل على معادلة الشعور بالضيق ، فإن هذه الرغبة والشعور بالضيق سوف يستمران لفترة غير محددة أو ربما يكون هنالك إحتمال بأن تزداد الحالة سوءً .

وبالإضافة إلى ما سبق ذكره من توقعات / إعتقادات ، فإن للمرضى أنواع متباينة من الإعتقادات تتعلق بالتبرير والدخول فى المخاطر والمسئولية الخاصة بذلك ، كما أنه يمكن إدارج هذه المواقف السابقة الذكر فى مجموعة واحدة وهى مجموعة " معتقدات إعطاء الإذن " التى تعتمد على مثل هذه الأقوال " أن شعورى بالضيق يبرر دخولى إلى

عالم الإدمان " أو " لقد مررت بوقت عصيب ، لذا فأنتى أستحق أن
أنال بعض الراحة أو " إذا تمكنت من الحصول على جرعة ، فإنه يمكننى
إخفاء ذلك " أو " إن الرضى والإرتياح الذى يعقب الجرعة المخدرة
يستحق المغامرة بالشعور بالانتكاسة التى سوف أعانى منها " أو " عندما
أرضخ لرغبتى فى هذه المرة فإننى سوف أتمكن من مقاومة الإغراء
فى المرة القادمة " .

الإطار النظري

خصائص استعداد القابلية للإدمان

الإدمان النظرية والعلاج

مصطلحات الدراسة

حدود الدراسة

فروض الدراسة

الإطار النظري

خصائص إستعداد القابلية للإدمان: Predispositional Characteristics

ومع ذلك فإنه يمكننا أن نلخص وجود عدد من الصفات التي يتصف بها مدمن المخدرات قبل تصنيفه ضمن مجموعة المدمنين ، ولذا فإنه يجوز أن ندرج هذه المميزات ضمن خصائص القابلية أو الإستعداد للإدمان والتي تتمركز حول الآتى :

١- حساسية عامة فيما يتعلق بالشعور أو الأحاسيس الغير محببة وكمثال لذلك إنخفاض درجة تحمل مدمنى المخدرات للتغيرات الدورية العادية فى المزاج .

٢- نقصان فى الدوافع المتعلقة بالتحكم فى السلوكيات ، وبالتالى فإن الرضى الفورى عند التعاطى يكون ذو قيمة أعلى عند مقارنته بالتحكم فى عدم التعاطى .

٣- إستخدام فنيات غير كافية للتحكم فى السلوك والتغلب على المشاكل والمصاعب - ونتيجة لهذا يمكننا القول بأنه حتى فى الحالات التى يتم فيها حث المدمنين على بذل الجهد فى كبح عواطفهم فإنهم تعوزهم المعرفة الفنية بمقتضيات الأمور ليتسنى لهم متابعة الأمر حتى النهاية .

٤- يتميزون بنمط إذعان تلقائى لا إنعكاسى تجاه النزوات .

٥- تعزيتهم نزعة للبحث عن الإثارة بينما تكون مقدرتهم على تحمل الضجر والملل قليلة .

٦- مقدرة متدنية على تحمل الإحباط (أن المقدرة المتدنية على تحمل الإحباط تعتمد على مجموعة معقدة من المعتقدات والمعرفة المشوهة) .

٧- تصبح نظرتهم تجاه المستقبل أكثر قتامة بينما يتركز إهتمام الفرد منهم على عواطفه الحالية ورغباته الملحة ويطالب بالحاح للحصول على المخدر حتى يتمكن من إشباع هذه الرغبات وليست لديهم أى إهتمامات موجهة تجاه نتائج هذه الأفعال .

ويبدو أن التحمل المتدنى للإحباط عنصر هام من العناصر المساعدة على تعاطى المخدرات (Beck, 1993)

ويمكن تحديد عدد المواقف غير سوية التى تضخم وتزيد من حدة الإحباطات اليومية العادية مما يؤدي إلى المزيد من خيبة الأمل والغضب ، ونورد أدناه العناصر التالية كمكونات لهذا الإعتقاد المعقد :

١- (يجب أن تتوافق كل أمور الحياة ومع ما أصبوا إليه وأتمناه أو بمعنى آخر يجب أن لا يكون هناك احتمال لوجود الخطأ) .

٢- يتتابنى شعور بالإختناق عندما أكون محصوراً فيما أقوم به من أعمال .

٣- لا يمكننى تحمل الشعور بالإحباط نهائياً .

٤- يجب أن ينال الآخرون نصيبهم من اللوم تجاه ما آعانيه من إحباط مع مراعاة حصولهم على العقاب اللازم .

٥- يتعمد الناس أن يزجوا بى فى هذه المواقف العصبية .

إن الأشخاص الذين تكون درجة احتمالهم للإحباط متدنية عندما يكتشفون أن هناك عوائق تقف في طريق الأنشطة التي يمارسونها وأن خيبة الأمل كانت نتيجة حتمية لتوقعاتهم ، فإنه من المحتمل أن :

- ١- تكون لديهم مبالغة كبيرة لدرجة الخسارة الناتجة من الإحباط .
- ٢- هناك تضخيم للنتائج الناجمة عن هذه الخسارة .
- ٣- يلوموا أى شخص يعتقدون أنه قد يكون مسئولاً عما يشعرون به من إحباط .
- ٤- تتنابه حالات غضب عنيفة .

٥- لهم رغبة ملحة فى إنزال العقوبة الرادعة على الشخص المتسبب .

٦- من الأهمية بمكان أنهم يتجاهلون كل السبل الأخرى الكفيلة بتحقيق أهدافهم ومرايهم وإحدى هذه السبل هى حل مشاكلهم .

وتكون النتيجة الحتمية لتسلسل هذه الأحداث هى أن مثل هؤلاء الأشخاص يصبحون ذوى حركة ونشاط وافر يوحى إليهم بمهاجمة الشخص المتسبب ، ونسبة لعدم توفر سبل سليمة لإستخدامها للتعبير عن النزعة العدوانية بإستثناء حالات نادرة ، فإن هذا الشخص يظل على درجة عالية من النشاط والطاقة ويصبح متوتراً وممتلئاً بالغيظ والغضب .

وقد تنتاب مثل هؤلاء الأشخاص بعض الأفكار التى توحى لهم بأن تعاطى المخدرات يمكن أن يحد من حالة الهياج التى تملكهم وتخفف من التوتر العصبى الذى يعانون منه . وتجدر الإشارة إلى أن تعاطى المخدرات

نتيجة للأسباب الآنفة الذكر يمكن أن يكون علاجاً مؤقتاً فى أفضل حالاته ، أما على المدى الطويل فإنه دمار للنفس لأن الشخص لا يتعلم أبدا الطرق المباشرة للتغلب على الإحباط وحل المشاكل والمعضلات التى تسهم بدورها فى تغذية هذا الإحباط . وبالتالي فإن المشكلة المتدنية على تحمل الإحباط سوف تكون دائماً مثلما هو الحال بالنسبة للإعتقاد السائد تجاه الضعف وعدم المقدرة على مواجهة الواقع .

بإختصار فإن نمط تسلسل ظاهرة الإدمان يتبع حلقة مفرغة من القلق أو المزاج السىء وتنتهى بشراب المسكرات أو تعاطى المخدرات ، وينتج عن هذا النوع من السلوك تفاقم العديد من المشاكل المالية ، الإجتماعية والطبية التى تقود بدورها إلى المزيد من القلق والشعور بالدونية . علاوة على ذلك فإن المرضى يصفون تعاطيهم للخمور والمخدرات بأنه رغبات ملحة خارجة عن إرادتهم ولا يمكنهم التحكم فيها ، وعلى الرغم من ذلك فإن هنالك نوعاً معيناً من المعتقدات متعلقة بالإختلال الوظيفى يميل إلى شحن هذه الرغبات الملحة ، وبالتالي فإن المدمنين يميلون إلى التجاهل والتقليل أو نكران المشاكل التى تنشأ نتيجة لتعاطيهم المخدرات أو المسكرات . كما أن هناك عاملاً مهماً للحفاظ على الإعتقاد الفسيولوجى للمدمن على المخدر ، وهذا العامل هو ما يزعمه المدمن بأن عدم تعاطيه للمخدر سوف يعود عليه بآثار جانبية لا يقدر على إحتمالها وفى الحقيقة نجد أنه بالإمكان تحمل هذه الآثار الجانبية عند تطبيق العلاج

الإكلينيكي الدقيق . وتجدر الإشارة إلى مجموعة أخرى من المعتقدات الجوهرية الهامة التي تتركز حول شعور المدمن بأنه عديم الحيلة ولا يقوى على كبح جماح رغباته الملحة التي تعتريه .

أن هذه الرغبات الملحة ترتبط بالحاجة إلى الإشباع أو الشعور بالراحة وتهيء الفترة التي تنقضى بين حدوث الرغبة الملحة وتنفيذ الرغبات مدة زمنية يتم إستغلالها فى التدخل العلاجي . أن الرغبات الملحة والحث عنصران تلقائيان ومستقلان بذاتهما بينما يتم إقحام العلاج النفسى لتقديم طرق إختيارية لإستخدامها ، ويميل المرضى إلى الموازنة بين الرغبات الملحة القوية مع الحاجة الأساسية الملحة والمطالب الملحة التي لايمكن التحكم فيها . وعلى الرغم من أن الرغبة الملحة التي تقود إلى معاقره الخمر وتعاطى المخدرات تنتهج نهجاً لا إرادياً فأن التحكم فى المطالب الملحة يكون إرادياً ويمكن اللجوء إلى إختياره على الرغم من شعور المريض بالعجز والضعف . ومع ذلك فإنه يمكن إستخدام إضافة نسبة القوة الذاتية للتحكم إلى القوة الذاتية للمطالب الملحة كبديل يستعان به فى التدخل العلاجي .

أن العلاج المعرفى نظام للعلاج النفسى يحاول التخفيف من حدة السلوك المتعلق بخداع الذات ويتأتى ذلك بتعديل التفكير الخاطيء والمعتقدات التي تنتج عن سوء التكيف مع الجو المحيط ، وكذلك بواسطة تعلم تقنيات التحكم . ويجدر بنا أن نشير هنا إلى أن صياغة حالة محددة

فى العلاج المعرفى لتعاطى المخدرات تشكل أساساً للنظام السائد فى العلاج ، وتعتمد هذه الصيغة بدورها على النموذج المعرفى للإدمان . تتضمن طريقة العلاج أضعاف المطالب الملحة بواسطة إضعاف المعتقدات التى تغذى الرغبة الملحة ، وفى نفس الوقت يستلزم ذلك بيان وعرض طرق مختلفة للتحكم فى رغبات المريض وتعديل سلوكياته ، كما أن العلاج المعرفى المتعلق بتعاطى المخدرات يمتاز بأنه :

- ١- علاج تعاونى يأخذ بمبدأ المشاركة (لبناء الثقة فى النفس) .
- ٢- علاج نشط وفعال .
- ٣- يعتمد إلى درجة كبيرة على الإكتشاف الموجه والإختبار التجريبي للمعتقدات .
- ٤- مبنى على أسس متينة وذو درجة تركيز عالية على المواضيع المعروضة .
- ٥- يحاول أن ينظر إلى مسألة تعاطى المخدرات ومعاقره الخمر كمشكلة ذات جوانب فنية ويتم حلها بإتباع الطرق الفنية . (Beck et al , 1993)

الإدمان النظرية والعلاج : Theory and Therapy Of Addiction

بناءً على وجهة نظر المدرسة المعرفية فإن الطريقة التي يفسر بها الناس حالات معينة لديهم تسهم في التأثير على مشاعرهم ودوافعهم وأفعالهم . وبالنسبة لتشكيل صيغة التفسيرات فإنها تكون في حالات عديدة بواسطة المعتقدات ذات العلاقة التي تنشط في مثل هذه الحالات . وكمثال لذلك نجد أن إحدى الحالات الإجتماعية ربما تبعث في النفس معتقداً ذو خاصية معينة مثل القول بأن " المخدرات تجعل من المدمن شخصاً يتمتع بمزايا إجتماعية أكبر " أو " يمكن من أن يتحرر من التوتر العصبى بصورة أكبر عندما يتناول كمية من البيرة (أو أدخن سيجارة) وتقود مثل هذه المعتقدات إلى الرغبة في تعاطى المخدرات والمسكرات أو التدخين وفى نفس الوقت تشكل مثل هذه المعتقدات المحددة مجالاً لأن يكون هؤلاء الأشخاص عرضة لأن يسيئوا إستخدام هذه المواد الضارة فى الحالات التى يتعرض فيها الشخص إلى ظروف معينة يمكن التنبوء بها ، فإن هذه المعتقدات تزيد من احتمال إستمراره فى تعاطى المخدرات أو المسكرات (وبمعنى آخر فإن هذه المعتقدات تثير الرغبة الملحة وتنبهها) .

أن المعتقدات تشكل أيضاً تفاعلات الفرد تجاه الأحاسيس الفسيولوجية المرتبطة بالقلق والرغبة الملحة (Beck, Emery, with Greenberg, 1985) وتؤثر عليها ونورد الآتى من بين هذه المعتقدات : " إننى يجب أن أفعل

شيئاً تجاه هذا الجوع الذى أشعر به ، كما أن الأشخاص الذين يؤمنون بصحة مثل هذه المعتقدات يمكن أن يولوا إهتماماً مفرطاً لهذه الأحاسيس ويتمثل ذلك فى إمكانية أن يقود الإحساس بالقلق أو الرغبة الضعيفة إلى تصديق بعض المعتقدات التى تؤثر على تعاطى المخدرات مثل " يجب على أن أتعاطى جرعة من المخدر (أو مشروب روى مسكر) حتى إرتاح من هذا الشعور بالقلق (أو أشبع رغبتى) .

لقد تم توضيح تنشيط المعتقدات الخاصة بتعاطى المخدرات فى المثال الذى يوضح لتجربة خاضها أحد مدمنى المخدرات لفترة طويلة وسنرمز لأسمه بـ (س) لقد شعر المدمن (س) برغبة ملحة ومفاجئة تتابه تجاه تعاطى المخدر عندما كان يشارك فى إحدى الحفلات . ويتضمن محتوى الموضوع أن رغبته الملحة فى تعاطى المخدرات تكمن فى شعوره بالعزلة الإجتماعية داخل مجموعته مما حدا به إلى تصديق إعتقاده " بأنه لا يستطيع تحمل هذه العزلة الإجتماعية دون الحصول على مخدرات " وقد عمق هذا الإعتقاد فى ذهنه شعوره بالحزن عندما يرى الناس يستمعون بأوقاتهم وهم يتعاطون المخدرات . أن المدمن (س) يعيش فى منطقة سكنية مجاورة تنتشر فيها المخدرات إلى حد ما ويؤمن إيماناً قاطعاً بأنه سوف لا يغادر هذا المكان المروع السىء والمثير أبداً . وبالتالى قاده إعتقاده هذا (وليس الجو المحيط فى حد ذاته) إلى شعور دائم بالحزن وفقدان الأمل ، ويندرج ضمناً تحت هذا الإعتقاد طلب ملح ودائم على

تعاطى المخدرات " أننى أحتاج إلى بعض المخدرات حتى أستطيع أن أقضى هذا اليوم " أن هذه الحالة توضح تواجد رغبات ومطالب ذات درجة كبيرة من الأهمية للمدمن وتختص هذا الرغبات والمطالب بحالة معينة ، هذا بالإضافة إلى توفر هذين الاعتقادين لأن يكون السيد (س) عرضة للإدمان .

أنواع المعتقدات : Layers Of Beliefs

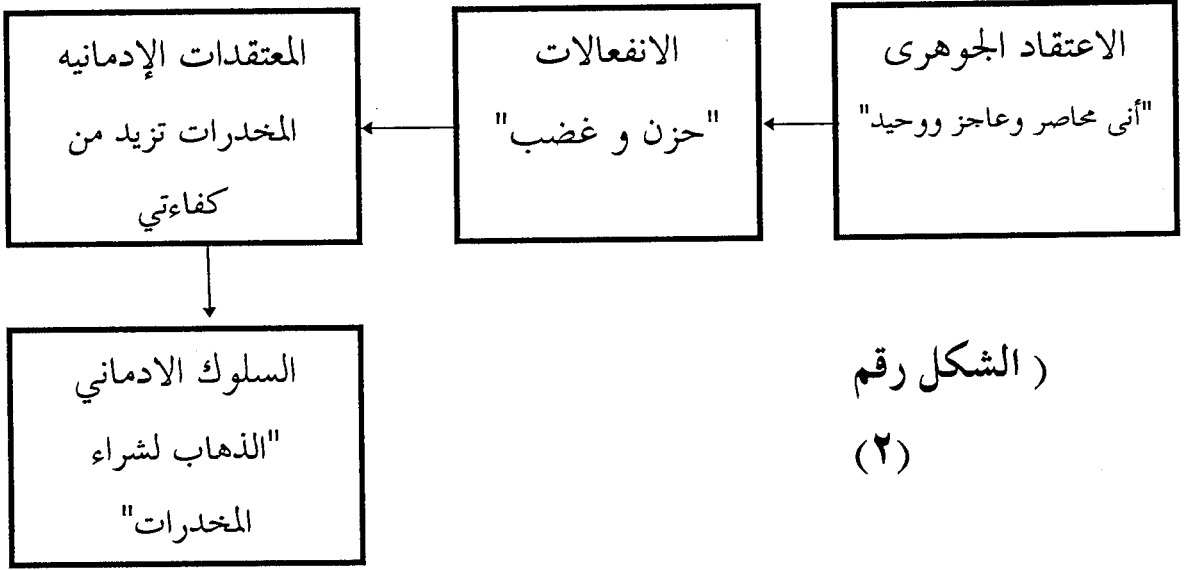
هناك العديد من أنواع المعتقدات مضمنة فى سلوك المدمن (س)
المتعلق بالإدمان :

١- إعتقاده الأساسى العام بأنه " محاصر " فى هذه البيئة السيئة والمتوترة والمضطربة والمفسدة لسلوكياته .

٢- إعتقاده بأن السبيل الوحيد إلى تخلصه من هذه البيئة وشعوره بالضيق والضجر يمكن تعاطيه للمخدرات .

٣- الإعتقاد بأنه " يحتاج " إلى المخدرات ليرتاح من إحساسه بالملل والضيق . وبالإضافة إلى ما سبق ذكره فإنه يعتقد إعتقاداً راسخاً بأنه لايمتنى وليس مقبولاً كعضو فى المجموعة المكونة من زملاءه . وقد جعلت هذه التشكيلة من المعتقدات الحالة (س) عرضة للإدمان لأنها كانت تغذى رغبته فى التخلص من الألم والحزن وذلك عن طريق تعاطى المخدرات . وتوضح الأهمية لتلك النسبة الكبيرة من السلوكيات المرتبطة

بالإدمان التي تحتوى على أنواع المعتقدات العامة والمحددة التي يؤمن بها هذا المدمن من خلال (الشكل رقم ٢) .



فهناك مايسمى بالمعتقدات المتعلقة بالإدمان (Beck et al, 1993) والتي يتم إستنباطها من أحد المعتقدات الجوهرية أو من إتحاد مجموعة من هذه المعتقدات الجوهرية . النوع الأول من المعتقدات بالإختلال الوظيفى تخص الجانب الشخصى مثل : الإنجاز ، الحرية والإستقلال الذاتى . وعند الرجوع إلى الطبيعة المحددة لقابلية المريض لتعاطى المخدر فإنه يجوز التعبير عن محتوى الإعتقاد بأحد الأساليب التالية :

" لقد فقدت الأمل ، أننى محاصر ، وضعيع ، ضعيف ، غير كفؤ ، لافائدة ترجى منى أو أننى مثال من أمثلة الفشل " .

وينصب إهتمام النوع الثانى من أنواع المعتقدات الجوهرية المتعلقة بالإختلال الوظيفى على المجموعات ، تتعلق هذه المجموعة من المعتقدات بحب الناس عموماً أو قبولهم لشخص معين على المستوى الإجتماعى .

وقد تتخذ التعبيرات المتنوعة فى الإعتقاد الجوهري الصورة التالية :

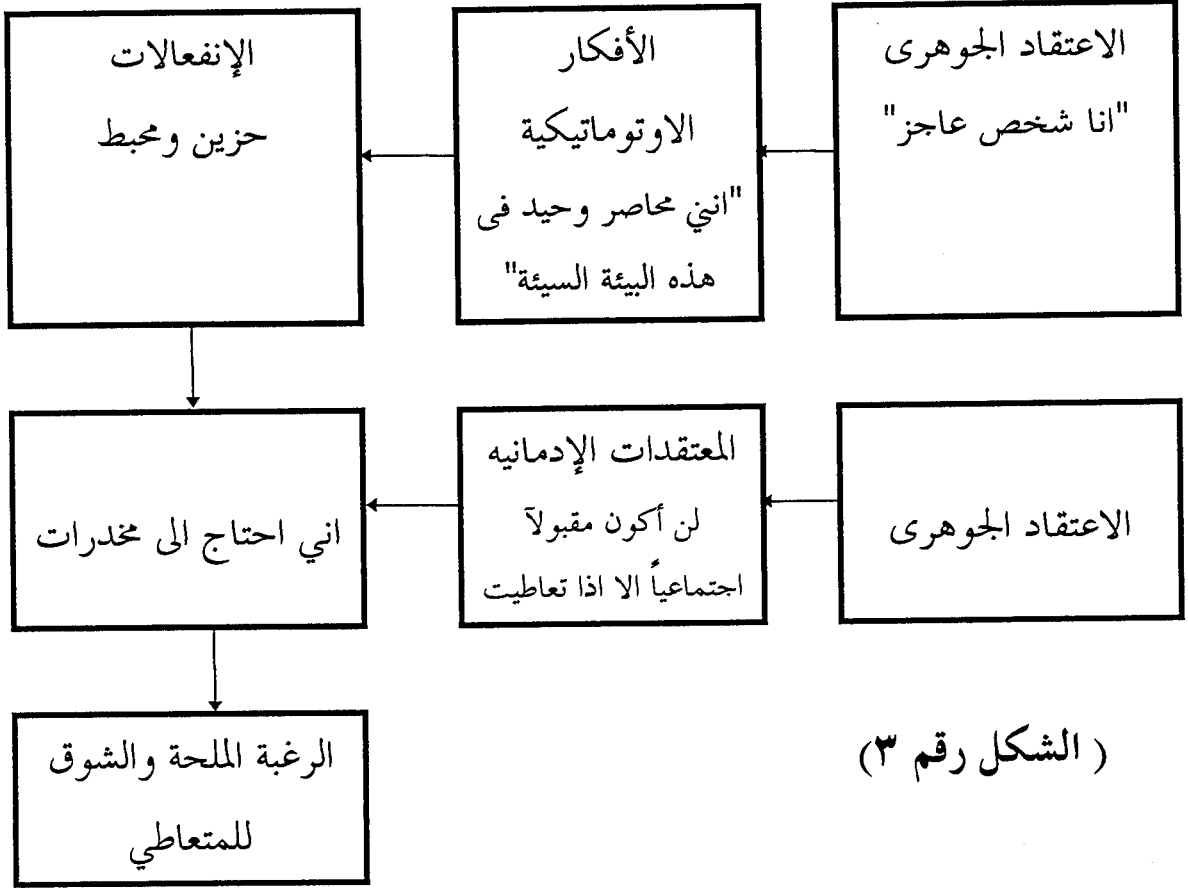
" إنى محبوب ، غير مرغوب فيه ، منفر ، مرفوض ، مختلف ، غير إجتماعى " مثل هذه الإعتقادات الجوهرية تكون حساسية نوعية أو تجعل المرء عرضة للمؤثرات : عندما تمر بالإنسان ظروف (مثلاً رفض إجتماعى) تتناسب مع الإعتقاد الراسخ لدى المرء فإنها تقوم بإيقاظ ذلك الإعتقاد (مثلاً غير طبيعى إجتماعياً) ويؤدى ذلك إلى الضيق .

كان لدى الحالة (س) مجموعة من الإعتقادات الجوهرية التى تحوم حول " أفكار أنا عاجز " " أنا غير مرغوب " ولذلك عندما لاحظ الأحوال الصعبة فى جواره إستيقظ الإعتقاد الأول فى صورة " إنى متورط " وفور تمكن هذه الفكرة منه إعتقد أنه غير قادر على تحسين وضعه ورأى اليأس فى مستقبله وشعر بالحزن والإحباط . وهنا تولد الإعتقاد المحدد بفكرة الإدمان " إن السبيل الوحيد للراحة هو تناول شىء ما " وإذا كان الوضع فى جماعة فإن الفكرة التلقائية الأوتوماتيكية هى الشعور بعدم الإلتواء وتأتى هذه الفكرة من إعتقاده الجوهري الآخر " إنى غير مقبول " وتتلاقى هذه الأفكار فى الإعتقاد الإدمانى " أن السبيل الوحيد لكى أكون مقبولاً هو تناول المخدرات .

والعلاقة بين إعتقادية الجوهرين وأفكاره الأتوماتيكية وإعتقاده الإدمانى وتشوقه ملخصة فى الشكل (٢) ويمكن تطبيق نفس الأسلوب من تجميع الإعتقادات الجوهرية والإدمانية والتشوق على جميع العوامل المحرضة وسواء كانت صورة الراحة هى الكحول أم العقاقير غير المشروعة (المخدرات) أم المشروعة أو حتى الدخان .

وعادةً مايتخذ التسلسل تدرجاً يبدأ بالخطوة (١) : بالإعتقاد الجوهري مثل النظرة النفسية إلى النفس (العجز ، عدم الرغبة فى المرء) أو النظرة السلبية إلى الجو المحيط أو البيئة (الضرر ، الإضطهاد) أو النظرة السلبية للمستقبل (اليأس) .

ثم تأتى الخطوة الثانية (٢) :- الأحاسيس غير السارة مثل القلق وعدم الإرتياح . ومن ثم يعيش الفرد المعرض للإدمان تجارب الخطوة (٣) وهى التشوق والرغبة الملحة والإعتماد النفسى على المخدرات مثلاً " إنى أحتاج إلى المخدرات لكى أشعر أنى أفضل حالاً " .



يجب ملاحظة أن الإدراك الحسى لضرر البيئة المحيطة لا يقتصر على سكان المدن الداخلية .

فحتى الأفراد الذين ينعمون بالإستقرار فى العمل والوضع العائلى والزوجى ولكنهم يعتقدون أنهم لا يجدون الود المفترض والذين يعيشون نفس التسلسل المثبط فى ظروف الحياة ، وينظرون نظرة سلبية إلى أنفسهم ومستقبلهم قد يلجأون إلى المخدرات كمهرب .

أما فى الإكتساب فإن النظرة السلبية إلى النفس والظروف المحيطة والمستقبل دائماً مايكون فيها مبالغة .

ويلاحظ المعالجون أن المرضى الذين يعدلون تفكيرهم الإكتسابى عادة مايتضاءل ويختفى لديهم الإستخدام القهرى للمخدرات (Woody et al., 1983) .

يصبح الأفراد مثل (س) من المتعاطين لأنهم يعتقدون أن هذا أحد سبل إكتساب القبول الإجتماعى . ولديهم أفكار إدمانية مثل " لايمكن أن أخذل أصدقائى . إنهم سيرفضوننى مالم أتعاطى " قد يكون هذا التخوف حقيقياً ولذلك فإن أحد أهداف العلاج هو مساعدة المريض على تكوين صداقات مع أشخاص لايتعاطون المخدرات وقد أبدى أحد المدمنون إعجابه الشديد بقريه الذى يتعاطى الكوكايين . وكان يتعاطى " الكراك " بإستمرار عندما يكون مع قريه وكان العامل الحافز لديه دائماً هو إسعاد قريه وأخيراً تغلب خوفه من أن يكون منبوذاً إجتماعياً على رغبة التعاطى .

تسلسل الإعتقادات : Sequence Of Beliefs

على الرغم من أن الإعتقادات الجوهرية تمثل خلفية الإعتقادات الإدمانية ، فإنها لاتظهر مباشرة مالم يكون المرضى فى حالة من الإكتساب وقد تسهل ملاحظة الإعتقادات الإدمانية أكثر . وتنشط هذه الإعتقادات الإدمانية فى تسلسل خاص .

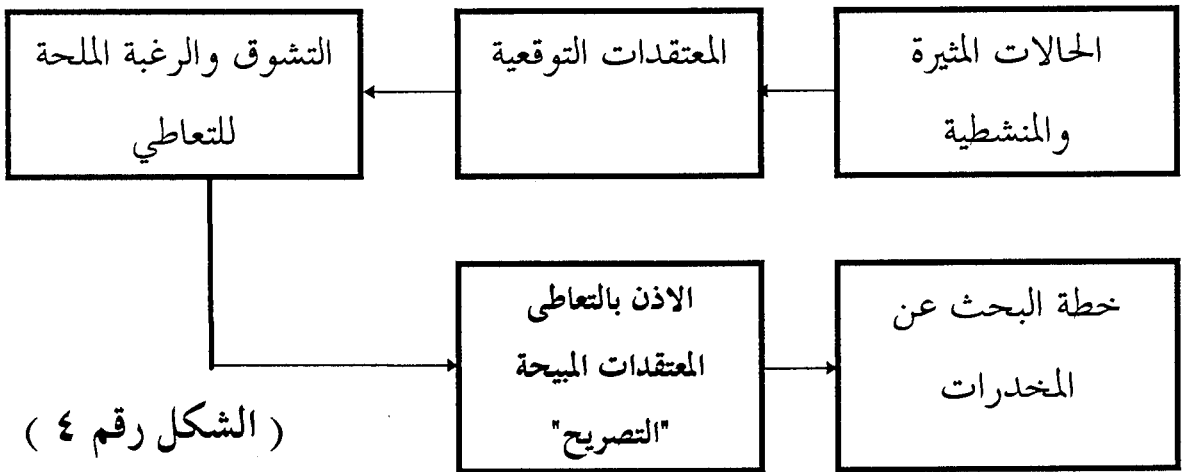
ويأتى فى أول التسلسل الإعتقادات التوقعية :

وتأخذ بصورة مبدئية شكلاً مثل " سيكون ممتعاً أن أجرب ذلك . . . لابس من أن فعل ذلك من وقت لآخر " حيث أن المريض يكتسب شعوراً بالرضى من التعاطى فإنه عادةً ماتولد لديه إعتقادات رومانسية تنبىء عن الإشباع أو الهروب : " سأعيش ساعة أو أكثر من الشعور الصافى . وسيقل شعورى بالحزن أو القلق وسيكون نسياناً ممتعاً " كما أن بعض الإعتقادات توحى بزيادة الفاعلية والمعيشة الإجتماعية :

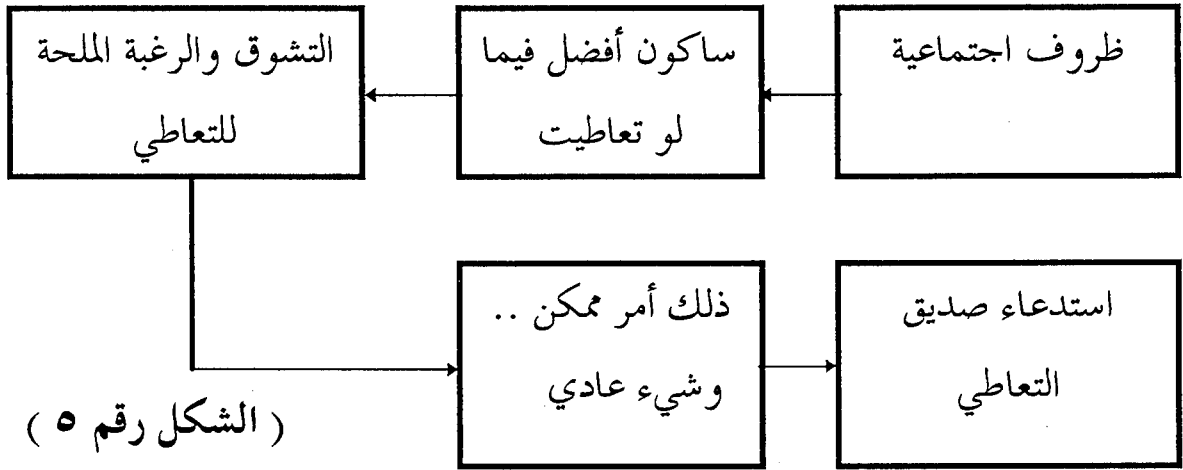
" سيكون أدائى أفضل ... سأكون أكثر خفة دم ومقبول لدى المجتمع أو الجماعة " .

بما أن الأفراد يبدأون فى الإعتماد على المخدرات فى محاربة الشعور بالضيق فإنهم يكونون إعتقادات يوجهها الإحساس بالرغبة فى الراحة ، مثل : " إنى أحتاج إلى المخدرات لكى أعمل ... لأستطيع أن أستمر دونه ... سيعاودنى الشعور بالراحة مرة أخرى إن تعاطيته ... إنى أحتاج إليه ... إنى لأستطيع مقاومة الرغبة ... لابد أن أحصل عليه وإلا فإنى سأنهار " لاحظ الطبيعة الآمرة لهذه الإعتقادات : " لابد من أن أدخن لكى أفضى هذا اليوم " ويؤدى تنشيط هذه المعتقدات إلى الرغبات الملحة فى التعاطى .

حيث أن الأفراد المعرضين للإدمان قد يواجهون بعض الصراع بشأن تعاطي المخدرات (مثلاً نواحي طبية ، مالية ، إجتماعية أو نتائج قانونية) فإنهما عادة ما يتولد لديهم إعتقادات إباحية أو تساهلية مثل : " إنى أستحق ذلك " أو " لا بأس فإن بمقدورى تحمل ذلك طالما أنى أشعر بالضيق ، لا بأس من التعاطي فليس هناك ما يسير بالصورة الصحيحة المطلوبة وهذا هو الشئ الوحيد الصحيح فى حياتى العلاقة بين هذه الإعتقادات موضحة فى (الشكل رقم ٤) .



أما تسلسل هذه الاعتقادات كما حدثت مع الحالة (س) فهي موضحة في
(الشكل رقم ٥)



فقد حرك عدم إنسجامه الإجتماعي في حالة معينة الاعتقادات التوقعية " سأكون أفضل حالاً إن تعاطيت " والتي تلاها مباشرة الشعور بالرغبة ثم خطة البحث عن مخدر ومقابلة قريبه أو صديقه من أجل التعاطي .

الإعتقادات المتنازعة : Conflicting Beliefs

قد يمر المدمن خلال المراحل المختلفة من تعاطيه للمخدرات بمجموعات متنازعة من الإعتقادات مثل : " يجب أن لا أتعاطي المخدرات " ضد " لا بأس من تعاطيه هذه المرة فقط " .

من الممكن تحرك كل إعتقاد فى ظل ظروف مختلفة وأيضاً فى وقت واحد .

وتحدد الموازنة بين القوة النسبية لكل إعتقاد فى وقت معين ومحدد الذى بدوره يؤثر ويؤدى بالمرء إما إلى التعاطى أو الإحجام عن التعاطى . (وبالطبع فإن توفر المخدر يعتبر عاملاً محددًا أيضاً) . وأحياناً يواجه المرء صراعات الرغبة فى التعاطى أو الإمتناع والتحرر من المخدرات .

وقد تتخذ هذه الإزدواجية والتضارب شكل الصراع بين إعتقادين :
١- " لابس " وهو (إباحى) ٢- هذا خطأ وهو (مانع أو ضد) .
وينتج النزاع بين هذه المعتقدات شعور بالضيق وقد يزيد من ضيق وعدم إرتياح الفرد الحالى والأساسى .

وبالتناقض مع ذلك فقد يحدث للفرد إنجذاب أكبر نحو التعاطى من أجل التخلص من الضيق الناتج عن الصراع .

فإن الإعتقاد " أحتاج إلى راحة من هذه الأحاسيس " قد يتغلب ويرجح كفة الميزان لصالح التعاطى .

ويتعلم المرضى خلال العلاج كيفية مواجهة الضيق والمهارات اللازمة لذلك وإختبار وإعادة تكوين وتعديل إعتقاداتهم بأن التعاطى هو أكثر الأساليب فائدة للتعامل مع الضيق .

تنشيط المعتقدات فى الحالات المثيرة للتعاطى

Activation Of Beliefs in Stimulus Situations

يبحث التنشيط لإعتقادات ورغبات تعاطى المخدرات فى أحوال محددة وعادةً ماتكون متوقعة والتي نطلق عليها إصلاحاً (حالات الإثارة) أو الدلالات (Moorey, 1989) . وعلى كل حال فمع الإعتماد على المزاج الحالى للمريض وتحكمه الشخصى فإن درجة المخاطرة تتفاوت تفاوتاً ملحوظاً من وقت لآخر .

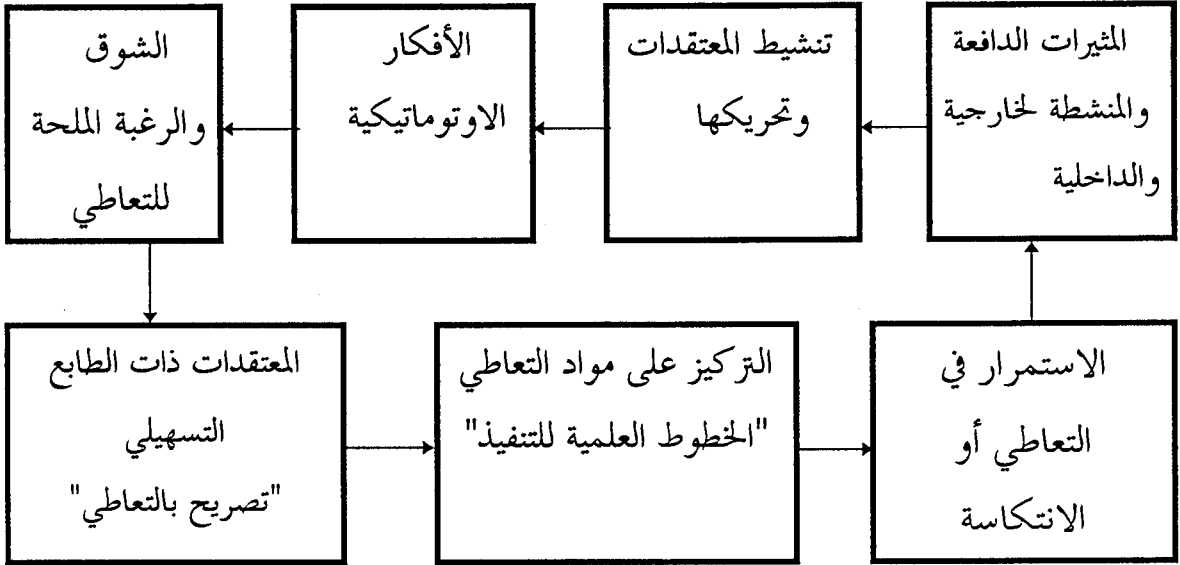
فإن الحالة التى قد يمكن التحكم فيها فى وقت ما قد تكون كافية لدفع الإنسان إلى التعاطى فى وقت آخر .

وتتوافق الظروف والتي قد تكون داخلية أو خارجية مع مصطلح (Marlatt & Gordon, 1985) " الحالات الأكثر تعرضاً " .

وتؤدى هذه الحالات إلى تنشيط الرغبة والتشوق " للتدخين مثلاً أو الحقن أو الشم " .

من أمثلة حالات الإستشارة الخارجية تجمع بعض الأصدقاء الذين يتعاطون المخدرات ، للإتصال مع أحد بائعى المخدرات ، أو إستلام المرتب الشهرى . أما الإستشارات الداخلية أو الدلالات فتشمل العديد من الأحوال العاطفية مثل الإكتئاب والقلق والملل والتي قد تحرك إعتقادات تعاطى المخدرات وبالتالي الرغبة فى المخدرات .

كما هو موضح فى (الشكل رقم ٦) فإنه يمكن إعتبار أن تعاطى المخدرات هو نهاية طريق تحريك مجموعة من الإعتقادات التى سبق ذكرها .



(الشكل رقم ٦)

ويهدف العلاج المعرفي إلى تعديل هذه الفئات من المعتقدات : التوقعية والإباحية بالإضافة إلى الإعتقادات الجوهرية التالية مثلاً : " إنى متورط " والتي تعزز هذه الإعتقادات المتعلقة بالمخدرات .

وتتعلق الأساليب الأخرى بالتعامل مع المشاكل الحياتية الكبيرة أو الصعوبات الشخصية من الغضب أو عدم الإرتياح وسوء التوافق المؤدية إلى تعاطي المخدرات . (Beck et al , 1993)

كما أشير إليه مسبقاً تتم إثارة التشوق في حالات معينة ويبدو ظهوره كرد فعل منعكس للمثير .

وعلى كل حال فإن الحالة لا تؤدي إلى حدوث التشوق بصورة مباشرة ، ويدخل الإعتقاد المتعلق بالمخدرات بين المثير والتشوق والذي يجره الحالة والفكرة التلقائية الناتجة عن هذا الإعتقاد .

مثلاً عندما يشعر الحالة (س) بالحزن كانت تتابيه فكرة " إذا تعاطيت شيئاً الآن فساكون أحسن حالاً " وكان إعتقاده المخفى " لا أستطيع تحمل هذا الضيق .. إنى أحتاج إلى إزالة هذا الإحساس " .

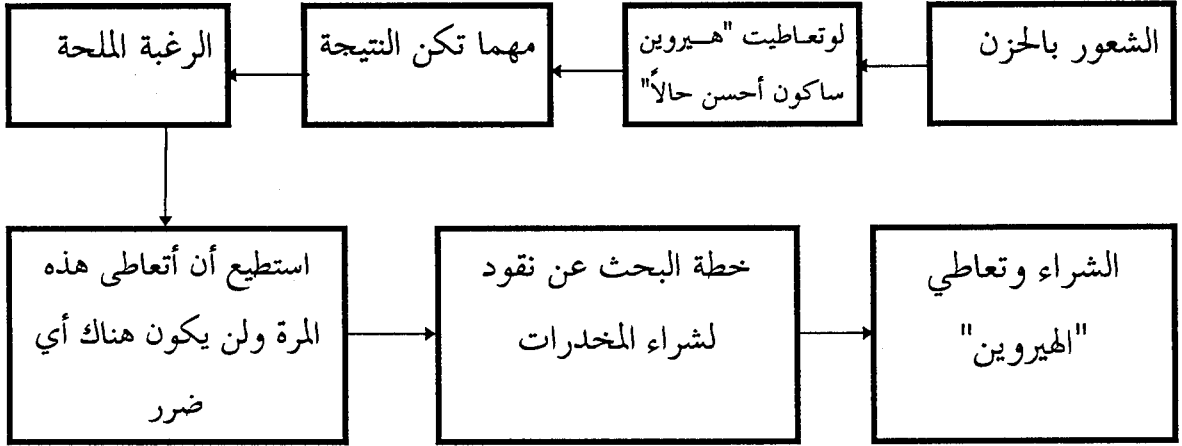
ثم يتواصل التسلسل فى التقدم حتى مرحلة التشوق ثم الإعتقادات الإباحية (لابس بهذه المرة) ثم إلى خطة فعليه للحصول على المخدر وأخيراً تعاطيه .

يمكن التحقق من هذه الإعتقادات عن طريق السؤال المباشر أو عن طريق الإستطلاعات (Beck 1993) والإستيبيانات مثل المستخدمة فى هذه الدراسة فى أغراض العلاج " راجع ملاحق الدراسة " .

ثم يأخذ التسلسل صورة أسرع حتى أنه يتم إعتباره " كإنعكاس شرطى " (O'Brien, 1992) .

تبدو الفكرة التلقائية بصفة خاصة كفكرة وقتية تقريباً ويمكن ملاحظتها عندما يتعلم المريض التركيز على سلسلة الأحداث .

يوضح الشكل رقم ٧ التسلسل من الباعث الدافع وحتى تنفيذ خطة الحصول على المخدر .



(الشكل رقم ٧)

وينبغي أن يتضح أن كل خطوة من الخطوات السابقة تقدم فرصة جيدة للمداخلة العلاجية المعرفية . فيقوم المعالج بإستخدام طريقة الإستنتاج الموجه (Beck et al, 1979) مثلاً لبحث المعنى الدافع ، والإعتقاد الذى توجهه الراحة يمثل القاسم المشترك فى معظم الأحوال المرغوبة ، والإعتقاد الموحى بالإباحة " أستطيع تعاطى ذلك دون ضرر " وخطة التنفيذ (قرار البحث عن المال) .

كان (س) ضعيف التحمل للأحاسيس غير السارة سواء كانت حزناً أم قلق أم مجرد الملل .

وتحرك إعتقاده بضرورة التخفيف عن مشاعر الضيق لديه عند حضوره لإحدى الحفلات ، وتركزت إعتقاداته بتعاطى المخدرات نتيجة للتوقع بالراحة . من أحاسيس سلبية ، وهنالك أمثلة لإعتقاداته المهياة مسبقاً والواردة فى حد قوله : لدى طريقة أسلوب واحد للإحساس بالسعادة

(ولا أستطيع احتمال أعراض الإنسحاب) (وأشعر بإحساس جميل عندما أعلم أن " الجرعة " موجودة) ، (وإذا لم أتعاطها بانتظام تتابى مشاعر مؤلمة وسيئة) .

وهنا يجب أن ملاحظة أن معتقدات المريض السماحية المقررة لعدم ضرر المخدر تتفرع عن مجموعة معتقدات بسيطة ومضللة ، كما أنه بجانب الإعتقاد بأنه طالما تجرع المخدرات دفعة واحدة فإنه لا يصبح " مدمناً " لقد رأى فى نفسه أنه على منأى من الإدمان طالما أنه لم يستخدم المخدرات وعلى سبيل الواقع جاءت مقولة تصوراته السماحية كحد تعبيره : (أننى بخير طالما لا أستخدم المخدرات) .

وكثيراً ما رصدت ظاهرة التشوق التلقائى أو الرغبة الملحة للتعاطى أو بعبارة أخرى إستقطاب الرغبة الملحة فى غياب المثير الخارجى المعلوم . ومثالاً لذلك وجد أن هناك مدمناً مارس تعاطى المخدرات لمدة خمس سنوات تراوده أحلام التعاطى أثناء النوم ، وعند إستيقاظه يتتابه الإحساس بالنشوة ، وتلى ذلك إستغراقه فى أحلام اليقظة متذكراً فيها آخر مرة تعاطى فيها المخدرات . لقد نشط هذا الحوار التخيل جذوة إعتقاده حسب قوله : " أن الحياة أكثر متعة عند إستخدام المخدرات - وتلى ذلك ورود الأفكار الأوتوماتيكية " أننى أحب هذه المواد " .

كما نشط أيضاً إعتقاد مجيز يظهر فى مقولته : (لا ضرر فى هذا) . ثم بدأ يذكر إهتمامه فى التأكد من ما إذا كانت لديه كمية نقود كافية لشراء المخدرات . ورغم أن التشوق يبدو تلقائياً فى هذه الحالة فإن الحالة العقلية للمريض أثناء النوم والإستيقاظ تهيىء لمرحلة الإستغراق فى أحلام اليقظة الدائرة حول تعاطى المخدر . لقد ساعدت هذه التخيلات بدورها كحافز مساعد لظهور تصورات التصريح أو السماح بالتعاطى . وهنا يتركز إنتباه المريض على تنفيذ تشوقه ورغبته مع عدم إعطاء أى إعتبار إلى الآثار السيئة المترتبة عن التعاطى .

معالجة المعلومات

المعانى والرموز والقواعد

بالإشارة إلى طبيعة الظروف ، سواء كانت داخلية أم خارجية ، التى تثير حالة الرغبة الملحة للتعاطى ودورها تستخدم بصفة عامة إصطلاح " حالات الإثارة " أو " المثيرات " أكثر من مصطلح " التعرض الأكثر خطورة " التى أدلى بها كل من (Marlatt & Gordon, 1985) ورغم أن الأثر هناك يختلف كثيراً من المواقف التى من المحتمل أن تؤدى إلى إثارة الرغبة الملحة نجد أن الأثر يختلف من شخص لآخر أو حتى بالنسبة للشخص نفسه مع مرور الوقت .

ومن خلال تصورنا تفهمنا المواقف فى صيغ خصائص مثيراتها ومعانيها ، يمكننا إستجماع تصورنا حول تعاطى المخدر والإفراط فيه

وتوحيده مع التصورات المتعلقة بإضطرابات نفسية (Beck, 1993) وإضطرابات الشخصية (Beck, & Freeman, 1990) .

وبينما ينطبق إصطلاح " الموقف الأكثر خطورة للتعرض " تماماً فى نموذج وصفى ، نجد أن تشكيل النموذج المعرفى متناسب مع ملاحظتنا فى النموذج التفسيرى . هذا النموذج يتضمنه لتصورات تنشيط المعتقدات والرموز ومعالجة المعلومات والخوافز .

إطار عمل جيد لتفهم المداخلة النفسية :

ورغم أننا نستخدم المصطلحين " مواقف المثير " و " خصائص المثير " ، يجب مراعاة أن الموقف الحقيقى يتسم بالحياد وبألا يتحول إلى مثيراً إلا إذا أقرنه الفرد المدمن بمعنى خاص . فعلى سبيل المثال ينظر الشخص المدمن إلى أدوات التعاطى وأنبوب الشم والمعدات الشخصية الأخرى فيشعر بالإثارة والقلق ، ثم يبدأ فى الإحساس بالتشوق والرغبة الملحة " بينما نجد أن شخصاً آخر غير ملم بالمعدات الشخصية الملحقة بالتعاطى ينظر إليها كأدوات عادية . فهى بالنسبة للشخص الأول تقترن برمز ، وبرسالة مقننة بشفرة ومغلقة بمعنى . والمعنى فى حد ذاته ليس متأسلاً فى الأدوات نفسها بل فى التقنين الرمضى الشخصى للفرد بحكم تجذره فى معلومات الشخص أو فى نظام معالجته الإستعدادات الإدراكية . ويقوم الشخص تلقائياً بتطبيق هذا التقنين أو الشفرة عندما يبدأ فى تصور المعدات

الشخصية للتعاطى فيياشر الإحساس بممارسة الإستمتاع والتشوق والرغبة الملحة .

وتقع مهمة أخصائى العلاج المعرفى فى نطاق مساعدة المريض فى حل شفرة الرموز ، وإذا إستطاع شخص أن يكشف عن معانيها ، فإنها ترد قولاً على هذا النمط : (الأدوات تعنى تعاطى الجرعة التى ستوفر لى اللذة أو الإستمتاع) . وهنا نجد أن هذه الأدوات وتصور اللذة قد صارا متلازمان ، بحيث أن توقع اللذة مستقبلاً يمنح اللذة الآن ويفضى إلى التشوق والرغبة الملحة للتعاطى .

ويبدو أن المفرط فى تعاطى المخدرات قد وقع أسيراً لقوة المثير ، ومثال ذلك فإن أى وصف أو إشارة الى المخدرات عن طريق الوسائل الإعلامية كالإذاعة والتلفزيون أو الصحف قد تكون كافية لإثارته أو إقلاله . فالشخص المدمن بالفعل " مدفوعاً بمخططات محتوية على معتقدات معينة " منبعثة من بناء معرفى للحالات الداخلية أو المخططات المعرفية التى تتضمن التقنين الرمزى والمعادلات والمعتقدات التى تقرن المعانى بالموقف (Beck, 1967) فيما يتعلق بالوصف الكامل للمخططات) .

وعليه فإن المخطط الإعتقادى أو المنبنى على إعتقاد ، كالقول بأن " التعاطى ضرورى لسعادتى سيقع فى الصدارة عندما يتعرض الشخص لموقف مثير أو مناسب " .

وبنفس القدر ، فإن المخطط المتضمن للإعتقاد القائل : (أننى لا أستطيع أن أكون سعيداً إذا لم أكن محبوباً سينشط إذا تصور الشخص الذى أعرض عنه محبوبه أنه سيتتابه الحزن . وتمر تجربة الأثر المحزن بدورها بمعالجة معرفية تنبنى على تصورات مثل ، (أننى لا أحتمل الحزن) ، (أننى أحتاج إلى الراحة بممارسة التعاطى) . ومن هنا يبدأ الشخص فى ممارسة التشوق والإحساس بالرغبة الملحة .

ويتضمن التطبيق العلاجى لهذا النموذج التفسيرى إقران أهمية زائدة لتعديل ، نظام إعتقاد الشخص بنسبة تفوق مجرد مساعدته على تجنب أو التغلب على مواقف الخطر الأكثر إثارة . وبما أن بعض المواقف مثل (الحالات الداخلية) لا يمكن تجنبها ، والمواقف الأخرى (مثل التعرض للمواقف المتعلقة بالمخدرات) قد تكون حتمية:

(Childress, Hole, & DePhilippis, 1990; Moorey, 1989) ،

(O'Brien, McLellan, Alterman, & Childress, 1992) ، نجد أن أفضل نتيجة الحصول عليها من خلال الإعتقادات التى تجعل هذه المواقف محفوفة بالخطورة وذات أثر عالى .

وعلى سبيل المثال نجد أن الحالة (س) قد قارن نفسه دائماً بتلميذ آخر يفوقه نجاحاً ، وكان حينما يشاهد هذا التلميذ تنشط معتقداته السلبية : " أننى ناقص وأنا لست بمستوى جيد " وعليه فإن المعنى المقرون بالتصور المرافق بالشخص الآخر كان منقصاً للذات وسبب له الشعور

بالحزن . كما أنه أقرن بالحزن مايعنى : (حياتى لاتطاق) (أننى لأتحمل الألم) . وعقب تنشيط الإعتقاد بقول : أننى فى حاجة إلى مخدر لتخفيف الألم . لقد مارس (س) التشوق وأحس بالرغبة الملحة فى التعاطى وكلا الإعتقادين قد أخضعا علاجياً للإستكشاف .

كما أن الطريقة المقترحة للتغيير العلاجى تتمثل فى تصحيح نظام الإعتقاد ليكون أكثر واقعية ليلتصق بالواقع . وبما أن المعتقدات لديه مشوة ، ومثالها : (أننى فى حاجة إلى مخدر أو خمر لأعمل) ، فإنه من الضرورى إما أن تعدل هذه الإعتقادات أو تستبدل بأخرى أكثر فاعلية أو بتنفيذ كلا الأمرين .

وتتضمن عملية التغيير فى معظم الأحوال أكثر من مجرد تعديل بسيط فى المعتقدات ، ويحتاج كل من المعالج والمريض أن يعمل معاً لتحسين نظام تحكم المريض . ومثال ذلك ممارسة تأجيل الإشباع وتعلم التعامل مع أساليب المبادرة وحل المشاكل .

وعليه فإن الأهداف العلاجية هى :

- ١- التغيير التصورى .
- ٢- تطوير مهارات المواجهة .

العقبة المعرفية : Cognitive Block

عندما يتوقف المرضى عن ممارسة التشوق والرغبة الملحة فى التعاطى فإنهم ، بصفة عامة ، يدكون الآثار المأسوية التى يحدثها المخدر فى حياتهم .

و بمجرد أن تنشط معتقدات الرغبة فى التعاطى مرة أخرى تقوم (العقبة الإدراكية Cognitive Blockade) بمنع وإيقاف الوعى والحرص أو الإهتمام إلى نتائج التعاطى المخدر الطويلة الأجل اللاحقة . (Gawin & Ellinwood, 1988; Velten, 1986) وهذا بجانب زيادتها لعملية التركيز على إستراتيجيات الذرائع المباشرة ، مثل البحث عن النقود لشراء المخدرات . وعندما تأخذ هذه المعتقدات شكل الإفراط المرضى يتخلخل إدراك الشخص بمساوىء تعاطى المخدرات ويضعف . فعندما كان (س) لايشعر بالحزن نجد أنه كان مقتنعاً بأن تعاطى المخدرات أمر يضر به ، ولكن بمجرد أن نشط تشوقه ورغبته للتعاطى نشأت لديه صعوبة فى تذكر الأسباب المانعة لعدم تعاطيه لها . وهنا نجد أن عملياته الإنتباهية قد إستغرقت بكلياتها وصارت رهن للتعاطى .

فحضور المثير والمعانى المنشطة كلها مجتمعة قد أغلقت فحوى الإعتبارات الخطيرة للنتائج البعيدة المدى .

وهذا النوع من الرؤيه المحدوده وضيق الأفق التى يكرس خلالها
جُل إنتباه الشخص إلى الموقف المباشر أو الحالى قد تم توضيحه فى تجارب
علم النفس المعرفى (Beck, 1991) .

فعلى سبيل المثال تتاب الأشخاص المصابين بجوع شديد حساسية
مفرطة قبل المثيرات المتعلقة بالطعام أو الأكل ، بينما يتأثرون نسبياً أقل
بالإشارات والمثيرات الأخرى ، تصرف بالضرورة الإنتباه عن الطعام إلى
الخطر ، فصدور مثيرات الخطر مثل هذا الأمر يتضح فى الحالات المرضية
وبنفس النمط ورغم أن المعلومات المطابقة للحالة الإكلينيكية تعالج بسرعة
متناهية والذكريات المطابقة للحالة يمكن إسترجاعها بسرعة أيضاً ، ولكن
المرضى يعانى من صعوبة الوصول إلى المعلومات المخزنة التى لا تطابق
الحالة الإكلينيكية السريرية .

وعلى سبيل المثال يستوعب المرضى المصابين بالإحباط المعلومات السلبية
الواردة عن أنفسهم ولكنهم يغفلون الإيجابى منها . كما يسترجعون
المعلومات السلبية بصورة أفضل (Beck, 1991) .

وكذلك يلاحظ أيضاً أن المرضى المصابين بنوبة ذعر يستجيبون بسهولة
للإفتراضات المؤدية إلى أنهم يعانون من مشكلة فى إسترجاع التفسيرات
المخففة لإصابتهم أو حتى فى تطبيق المنطق للتغلب على التفسيرات المخيفة
التي يأخذون بها (Beck, 1986) .

وإلى حد ما هناك ظاهرة مشابهة يمكن رصدها بين الكثير من الأشخاص المصابين بإدمان المخدرات أو الكحول أو النيكوتين . ورغم أنهم فى وعيهم قد يتمتعون بمقدرة جيدة على سرد أسباب عدم التعاطى بصدق وإقتناع ، نجدهم يعانون من الصعوبة فى إسترجاع أو إقران نفس الأهمية لهذه الأسباب بمجرد ترديهم فى نوبة الإنفعال الناجمة عن تأثير تعاطى مخدر معين . وطالما أن كل إنتباههم متركزاً فى طريق الحصول على المخدر فإن أسباب التعاطى حين ذاك تبدو جلية للغاية ، بينما تصير الأسباب النقيضة صعبة البلوغ والتذكر وغير ذات أهمية لديهم فى تلك اللحظة .

وتسمى هذه الظاهرة إصطلاحاً بالعقبة المعرفية ، وذلك بسبب حجز المعلومات اللاتطابقية وتكون المهمة العلاجية فى فتح الحجز فى حد ذاته خلال مهام متنوعة ومن ناحية يلجأ إلى التعمد فى تنشيط دورة التشوق والرغبة داخل المكتب ، على سبيل المثال من خلال التخيلات وإلى جانب إستعراض أسباب عدم التعاطى حينما يكون التشوق قوياً وبالطبع لا بد من تخصيص وقت كاف لمثل هذه المناورة لمنع التشوق المتبقى عقب الجلسة (Childress et al., 1990) . وهناك إستراتيجية مشابهة تتضمن إعداد بطاقات مضيئة ويجدول فيها عدم التعاطى ، حيث يقوم المرضى بقراءتها عندما تنتابهم نوبات ممارسة التشوق والإحساس بالرغبة فى البيئة الطبيعية وسيتم توضيح تلك المصطلحات عند الحديث عن فنيات العلاج المعرفى .

وباختصار أن جوهر مشكلة الشخص المدمن تتمثل فى مجموعة معتقدات إدمانية تبدو أنها مشتقة من المعتقدات الأساسية مثل : " أنا يائس " ، " أنا مكروه " ، " أنا حساس " ، نجد أن هذه المعتقدات تتفاعل مع المنقصات الحياتية ليتمخض عنها القلق المتزايد والشعور بعدم الارتياح أو الغضب . ولاتسبب هذه المواقف المجهدة أو المثيرة للتشوق بشكل مباشر ولكنها تنشط المعتقدات اللصيقة بالمخدر والتي تقود إلى التشوق . ورغم أننا نستخدم الإصطلاح " موقف المثير " يجب مراعاة أن الموقف فى حد ذاته يتسم بالحياد ، إذ أن المعانى المشتقة من المعتقدات المقترنة بالموقف هى التى تسبب تشوق المريض . فعلى سبيل المثال نجد أن الأشخاص الذين يعتقدون أنهم لايتحملون القلق وعدم الارتياح أو الإحباط يميلون إلى فرط الإنتباه إلى مثل هذه الإحساسات وقد يبنى لديهم التوقع بإمكانية الترويح عنها بمجرد التعاطى أو الشرب . ومن ثم عندما يثور الأثر الغير السار يقوم الشخص بتطبيقه عن طريق التعاطى أو الشرب .

ويمكن تخطيط تسلسل معين لمعتقدات الإدمان المؤدية إلى التشوق ، فأوله يبدأ بتنشيط المعتقدات التوقعية المتصلة بالحصول على اللذة أو المتعة من الشرب أو التعاطى . وهذه المعتقدات التوقعية تضطرد عادة لتهىء إنطلاق معتقدات أمارة ، والتي تقوم بدورها بتحديد أو تعريف التعاطى أو الشرب كضرورة ملحة وتشرط أن التشوق لايمكن التحكم فيه

ويجب إشباعه . كما أن توقع اللذة يقود إلى التشوق وبروز المعتقدات
المجيزة مثل :

" أنا أستحقه ، لا ضرر هذه المرة " والتي من شأنها إيجازة مشروعية
الشرب أو التعاطى . وأخيراً تندفع الخطط الذرائعية للصيقة بخطط
وإستراتيجيات الحصول على المخدرات أو الخمر ، وذلك بفعل التشوق
والرغبة الملحة للتعاطى .

وهناك كثير من الأشخاص يحملون معتقدات متضاربة حول فوائد
ومضار التعاطى أو الشرب ، فأحياناً تجدهم فى صراع حول هذه المعتقدات
المتناقضة . بحجة أنهم قد يطلبون المخدرات لمجرد الترويح عن القلق
المتولد من الصراع .

ويتمثل التطبيق العلاجى لهذا النموذج فى تعديل نظام الإعتقاد
الشخصى ويهدف إلى ما وراء مجرد تعليم الأشخاص كيفية تجنب المواقف
الأكثر خطراً للتعرض والتعامل معها . (Beck et al, 1993) .

مصطلحات الدراسة : Important Terms

بالرغم من إيضاح بعض مفاهيم الدراسة من خلال " أدبيات الدراسة " أو الإطار النظرى . إلا أننا نرى من الضرورة أن ننوه إلى بعض المفاهيم من ناحية معجمية قاموسية وذلك كمدخل للسير فى الجانب العملى للدراسة وفيما يلى بعض المصطلحات :

١- الفاعلية : Efficiency

يفسر (إبراهيم وزملاؤه ، ص ٦٩٥) الفاعلية على أنها كل ما هو فاعل وهو مقدرة الشئ على التأثير وهذا ما أقره مجمع اللغة العربية فى القاهرة بإعتباره أحد المصطلحات الحديثة الموجودة فى معاجم اللغة العربية . ويعرفها مختار (١٤٠٩ هـ) بأن العمل الذى يكون له تأثير إيجابى هو ما يعرف بالفاعلية فى الأداء أو الإنتاج الجيد ، فقد يصف البعض الدواء الذى يستعمله المريض بأنه دواء فاعل لأنه ذو أثر قوى وسريع فى علاج المرض الذى يعانى منه ، ويقصد بالفاعلية فى هذه الدراسة بأنها طريقة العلاج المعرفى ذات أثر قوى وسريع فى علاج المدمنين على الهيروين مقارنة بأساليب العلاج الأخرى .

٢- العلاج السلوكى : Behavioral Therapy

نوع من العلاج النفسى يقوم على نظرية أن السلوك الخاطىء يرجع إلى تعلم وتكيف خاطئين ومن ثم يهدف العلاج السلوكى إلى إزالة السلوك

الخاطيء وإعاد التعلم والتكيف وينجح فى علاج اضطرابات السلوك
" الحفنى ١٩٧٨ م ، ص ٩٣ . "

ويعرف " ولبى " العلاج السلوكى بأنه " التطبيق العيادى لإستخدام
أسس ومبادئ التعلم التى تم التوصل إليها تجريبياً للتغلب على العادات غير
المرغوبه أما " سوين " فىرى أن العلاج السلوكى هو نوع من العلاج النفسى
يقوم على أساس أن مراحل المرض النفسى إنما راجع لسوء توافق الإنسان فى
حياته ويمكن القضاء على هذا الأمر بإستخدام مبادئ التعلم .

٣- المعرفة : Cognition

هى تقييم للأحداث الماضية أو الحاضرة أو المستقبلية . وهى عبارة عن
أفكار وتصورات المرء التى لا يدركها إلا إذا ركز إنتباهه عليها وهى تعتمد
على الإتجاهات والفرضيات التى طورها المرء من خلال خبراته السابقة
(Beck, 1979)

أما " الحفنى " فيعرفها بأنها العملية العقلية التى يصبح الفرد بمقتضاها
واعياً ببيئته الداخلية والخارجية وعلى إتصال مستمر بها . والعمليات المعرفية
هى الإحساس ، الإدراك والإنتباه ، والتذكر ، الربط ، الحكم ، التفكير والوعى
(الحفنى ١٩٧٨ ص ١٤٣) .

٤- العلاج المعرفى : Cognitive Therapy

يشمل العلاج المعرفى فى أوسع معانيه ، كل الأساليب التى يمكن أن
تخفف الحزن والألم النفسى والسلوك غير التوافقى وذلك بواسطة تصحيح

التصورات الخاطئة والمعتقدات غير الصحيحة تصحيحاً فكرياً لدى المريض . (الفقى ، ١٩٨١ ، ص ٣٦)

٥ - الأفكار الأتوماتيكية : Automatic Thought

وهي أفكار تظهر بصورة تلقائية وتنطبع بذهن المرء ، وقد لا يشعر بها إلا إذا ركز انتباهه عليها . وينظر المرء عادة إلى معارفه على أنها تعبير واقعي عن الحقيقة ، ولذا فهو يميل إلى تصديقها . وبما أن هذه المعارف متواترة (أوتوماتيكية) وهي جزء مما اعتاد الفرد عليه وصدّقه ، فإن المرء نادراً ما يقيم صلاحيتها أو مصداقيتها . ولأن هذه المعارف متعلمه ومكتسبه ، فقد تكون مشتقة من خبرات الطفولة ، أو الاتجاهات ، أو آراء وأفكار بعض الأشخاص إنها بإيجاز عبارته عن مختصرات تلقائية لعلميات معرفية مشتقة من المعتقدات الأساسية للأفراد وفى مجال دراستنا فإن محتوى المعتقدات الأساسية ذو العلاقة بالمخدرات يعبر عنه بشكل تلقائي لا إرادي بواسطة أفكار مختصره أو تخيلات ذهنية . فإذا كان معتقد المدمن الأساسي حول المخدرات هو " الهيروين يحقق لي السرور " أو " الكحول مصدر المتعة لدي " فإن أفكاره الأتوماتيكية قد تأخذ الشكل الآتي " أحقن إبره " أو أشرب كأس كحول " أو قد تأخذ شكل تخيلات ذهنية مثل تخيل اعداد الحقنه للتعاطي أو تخيل شكل كأس كحول مثلج .

٦ - الدراسة الإكلينيكية : Clinical Study

هى جل ما يقوم به الأخصائى النفسانى " المعالج " فى أثناء فترة العلاج من تسجيل للمشكلات النفسية لدى المريض أو الإستبصارات لديه

أو أفكاره أو أساليب توافقه وما يندرج معها من سلوكيات لما تقدمه من مساعدة للأفراد في تجاوز مشاكلهم النفسية وذلك للمكانة المهمة التي تحتلها أثناء فترة العلاج وهي ماتعنى أيضاً تقارير تاريخ الحالة الإكلينيكية . (ويتج ، ص ٢٩) .

فحينما يقوم الباحث بجمع كل البيانات المتاحة من إجتماعية ونفسية وجسمية وحياتية وبيئية ومهنية بهدف فهم وتفسير سلوك فرد ما ، يقوم في هذه الحالة بدراسة إكلينيكية .

ونظراً لأن الدراسة الإكلينيكية تركز بعمق على كل جوانب سلوك الفرد ، لذا فإنه يؤدي إلى الحصول على بيانات أكثر تفهماً من تلك التي نحصل عليها بواسطة الطرق الأخرى .

فإذا كان الأخصائي النفسي يرغب مثلاً في تحديد العوامل المساهمة في حالة من حالات السلوك الجانح " الإدمان " ، يصبح المنحى الإكلينيكي هو الطريقة الملائمة لأن البيانات الإكلينيكية تعكس جوانب النموذج الكلي للسلوك .

وبعد الحصول على البيانات الإكلينيكية وتحليلها غالباً ما يؤدي الإستبصار الذي يصل إليه الباحث إلى توصية لتعديل سلوك المفحوص في سبيل الوصول به إلى رفاهية أكثر من الناحية الإجتماعية الشخصية . وعلى ذلك فيمكن للفريق الإكلينيكي أن يوصى بتغيير المهنة أو تعديل العلاقة

الزوجية أو العلاج السلوكى المعرفى لمدمن الهيروين . بعد تحليل كل الظروف المؤدية لحالة الإدمان .

وللبينات الإكلينيكية قيمة أخرى من ناحية أنها تخرج لنا أفكاراً يمكن إختبارها بعد ذلك بالطريقة التجريبية ، والواقع أن الكثير من الفروض القوية التى أختبرت بالبحوث التجريبية كانت نتيجة لأفكار خرجت من نتائج البحوث الإكلينيكية .

وعلى الرغم مما تقوم به الدراسات الإكلينيكية من إسهامات ذات قيمة فى البحوث ، إلا أن لها حدود لا تتعداها ، فمثلاً لاينبغى القيام بتعميمات على أساس حالة واحدة أو عدة حالات غير منتقاه بطريقة علمية وعلى ذلك لاينبغى أن تعمم نتائج دراسة حالة لأحد مرضى المخدرات على كل مدمنى المخدرات .

كما يجب على الباحث أن يندل جهده لإستبعاد تعصباته وتحيزاته الخاصة عن التأثير فى تقريره الإكلينيكى . فحينما يستخدم أخصائى نفسى فى إحدى المدارس الطريقة الإكلينيكية فى دراسة مشكلة طفل ، كان بينه " أى المعالج " وبين الطفل من قبل صراع شخصى فى المجال المدرسى ، فربما يجد صعوبة فى إستبعاد تعصبه وتحيزه الشخصى .

إذاً ما هى الدراسة الإكلينيكية ؟ " بإختصار " هى جمع كل البيانات المتاحة حول فرد ما (عيسى ، ص ٦٧) .

وهناك وظائف خاصة للطريقة الإكلينيكية منها : توفير البيانات التي لاتيحها الوسائل الأخرى ، تهدف إلى محاولة تعديل السلوك ، تخرج أفكاراً تصلح للبحوث التجريبية .

وهناك حدود للطريقة الإكلينيكية تتمثل فى عدم بناء التعميم عن السلوك على أساس حالة واحدة ، وربما يصعب إستبعاد التحيز والتعصب الشخصى .

٧- الإدمان : Drug Addiction

وهو حسب تعريف منظمة الصحة العالمية W . H . O ١٩٧٣ حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحى مع العقار . ومن خصائصها إستجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة فى تعاطى العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بأثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التى تنتج من عدم توفره .

وللإدمان عدة خصائص من أهمها :-

١- الإلحاح والرغبة فى الإستمرار على تعاطى المخدر والحصول عليه بأى وسيلة والحاجة هنا مكرهة للمتعاطى فى الحصول على المخدر بجميع الطرق والوسائل .

٢- الرغبة فى زيادة الجرعات وأن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة .

٣- الإعتماذ النفسى والعضوى على المخدر بمعنى الخضوع والتبعية النفسية والعضوية لمفعول المخدر .

- ٤- ظهور أعراض نفسية وجسمية عند الإمتناع المفاجيء أو الإنقطاع الفورى عن المخدر سواء تم ذلك بطريقة إجبارية أم إختيارية .
- ٥- الآثار الناجمة الضارة والمؤذية على الفرد والمجتمع . (منصور، ١٩٨٦م، ص٢٤)

٨- الإعتاد النفسى : Physiological Dependence

وهو حالة تكيف الجسم وتعوده على المادة المخدرة بحيث تظهر على المتعاطى إضطرابات نفسية وعضوية شديدة عند إمتناعه عن تناول العقار فجأة . (منصور ، ١٩٨٦ ، ص ٢٣)

٩- الهيروين : Heroin

مسحوق أبيض مر الطعم يحضر من المورفين وهو أكثر المخدرات فعالية حيث تعادل فعاليته ٥-٦ مرات فعالية المورفين ويسبب الإدمان بسرعة ويؤدى تعاطيه إلى الشعور بالخفة والنشاط أو النعاس وهبوط فى التنفس وإتساع بؤبؤ العين والغثيان وهو من المخدرات الكبرى وله العديد من الأسماء الدارجة التجارية ويستخدم كحقن وإستنشاق وتدخين وبلع . (منصور ١٩٨٦ ، ص١٧٤)

١٠- مدمن الهيروين " فى الدراسة " : Heroin Addicts

هو الشخص الذى أدخل مستشفى الأمل للعلاج وذلك لتعاطيه الهيروين فعلياً أكثر من مرة وظهرت لديه حالة إعتاد نفسية أو عضوية أو أعراض إنسحابية نتيجة عدم التعاطى .

١١- العلاج الدوائى : Pharmacotherapy

وهو أحد الأساليب الطبية المستخدمة فى علاج السلوك الشاذ وهو يتمثل فى إستخدام العقاقير للتأثير فى وظائف المخ وفعاليتها وينتج عن هذا تعديل أساليب السلوك الشاذ . وتهيئة المدمن لإستخدام أساليب العلاج الأخرى . ويتيج ، ١٩٨٣ ، ص ٣٠٠) .

١٢- علاج الإبر الصينية : Accupuncture

وهو عبارة عن وخز فى مواضع محددة بالأذنين بواسطة الأبر الصينية وذلك بغرض سحب المخدرات وفقاً لبروتكول الجمعية الوطنية الأمريكية لإزالة السميات بواسطة الأبر الصينية والهدف من هذا الوخز العلاجى هو تنشيط هذه المناطق على التقليل من الرغبة فى المخدر وإزدياد الشعور بالإسترخاء وذلك عن طريق إثارة الكيماويات العصبية .

١٣- السيكودراما : Psychodrama

التمثيلية النفسية وهى عبارة عن تصوير تمثيلى مسرحى لمشكلات نفسية فى شكل تعبير حر فى موقف جماعى يتح فرصة التنفيس الإنفعالى التلقائى والإستبصار الذاتى . (زهران ، ١٩٨٤ م ، ص ٣١٥) .

حدود الدراسة : Limitation Of The Research

ستجرى الدراسة على عدد (٢) مريضان من مدمنى مادة الهيروين ضمن طالبي العلاج بمسشفى الأمل بجده لعلاج المدمنين بصفته المكان الذى يضم مثل هذه العينة ولإعتبرات إجتماعية ستقتصر هذه الدراسة على الذكور فقط وسيتم التركيز على عامل المستوى التعليمى حيث أن نوعية المرضى المستفادين من العلاج المعرفى يجب أن يكون الحد الأدنى للتعليم لديهم هى المتوسطة . حتى تتم عملية التواصل بين الباحث والمرضى فى المستوى المعرفى .

كما سيتم الإلتزام لإختيار المرضى فى هذه الدراسة بعدد من الشروط وذلك بهدف تحقيق أكبر قدر من التجانس والبعد عن تأثيرات بعض المتغيرات الدخيلة التى قد تكون ذات تأثير مباشر على النتائج وهذه الشروط هى :-

- أن يكون المريض ذكراً سعودياً .
- أن لا يقل عمره عن ١٧ سنة ولا يزيد عن ٤٠ عاماً .
- أن لا يقل المستوى التعليمى عن الشهادة المتوسطة .
- أن لا يكون مصاب بأى خلل عصبى .
- أن لا يكون مصاب بأى تلف فى المخ .
- أن لا يكون يعانى من أمراض ذهانية .
- عدم وجود خلل هرمونى غدى .

فروض الدراسة : Research Hypotheses

الفرض الأول :

هل هناك فروق فى نتيجة القياس على مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء بصورتيه ومقياس الإعتقاد حول المواد المخدرة ومقياس معتقدات الرغبة والإشتياق قبل العلاج وبعده فى حالات المرضى المعالجين توضح تأثير العلاج بنوعيه " برنامج الأمل " و " العلاج المعرفى " فى خفض مستوى أعراض الإدمان والإمتناع عن التعاطى .

الفرض الثانى :

هل هناك فرق فى الصورة الإكلينيكية على مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء بصورتيه ومقياس المعتقدات حول المواد المخدرة ومقياس معتقدات الرغبة الملحة والإشتياق أكبر وفى إتجاه أفضلية المعالجين ببرنامجى العلاج السلوكى المعرفى وبرنامج الأمل مجتمعين على المعالجين ببرنامج الأمل فقط .

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة

خطوات الدراسة الإكلينيكية

مجتمع الدراسة

أدوات الدراسة

الأسلوب العلاجي المعرفي المستخدم في الدراسة

إجراءات الدراسة

منهج الدراسة :

يشير "حنا" وآخرون (١٩٩١م) إلى أن المنهج العلمى فى البحوث له العديد من الإنتشارات (الأشكال المتباينة) عند التطبيق على مشكلات متنوعة فيختلف الأسلوب ويتعد عن التطبيق الحرفى عند تناول مشكلة فى العلوم الفيزيائية عنه عند تناول مشكلة فى العلوم التربوية أو الإنسانية . وذلك أن طبيعة المشكلة داخل سياقها تحدد مدى التطوير المطلوب إدخاله على المنهج ليتلاءم وخصوصيات الظاهرة مشار البحث .

وحيث أن الدراسة الحالية تهدف إلى التعرف على فاعلية نوعية معينة من العلاجات النفسية على ظاهرة الإدمان من زاوية إكلينيكية علاجية . ولما يتميز به المنهج الإكلينيكي من مجال رحب حيث يعتمد أساسا على الدراسة العميقة للحالة الفردية وتشخيص وعلاج مظاهر سوء التوافق وذلك بقصد مقارنتها ببعض الآخر من ناحية ومن ناحية أخرى التوصل إلى بعض القوانين التى تحكم سلوكياتها ذلك أن الدراسة المتعمقة لحالة فردية ومقارنتها ببعض الآخر ، يمد الكلينيكي بكم من المعلومات النظرية المهمة والتي قد توصله لبعض القوانين العملية التى تحكم السلوك المرضى ، وبالإضافة الى القوانين التى تحكم السلوك السوى - باعتبار أن السواء حالة مثالية أو نمط مثالى - وينظر المنهج الكلينيكي الى السواء والمرض باعتبارهما مشكلة واحدة هى " التوافق مع الحياة عند الشخص " . ولا يفهم المرض الا على أرضية من السواء ، كما لا يفهم السواء الا على أرضية من اللسواء ، فكلاهما السواء والمرض (اللاسواء) يفهمان على نسق

واحد ، أحدهما انجح فى توافقه مع معطيات البيئة المادية والاجتماعية ، وثانيهما اعجز فى توافقه مع معطيات البيئة المادية والاجتماعية .
وتتحد نوعية المشكلات التى يتناولها المنهج الكلينى فى ضوء ثلاث مبادئ أو مسلمات أساسية هى :-

١- النظر الى الشخصية بتصور دينامى ، أى أن سلوك الشخص ، أو ما ينتج عن الشخص من اداءات ظاهرة Overt أو مضمرة Covert ما هى الانتاج لتفاعل أو صراع بين منظومات الشخصية وفق الاطار النظرى الذى يتبناه المعالج .
٢- النظر الى الشخصية نظرة كلية ، بعدها وحدة نظام خاص (منظومة) System تتضمن الكثير من المنظومات الفرعية Sub-System لا يمكن فهم هذه الشخصية باللجوء الى شرائح أو أجزاء منها ، فالجزء لا تحدد قيمته الا بالكل الذى ينتمى اليه ، ومن ثم فمجموع الأجزاء لا يساوى الكل ، إذ أن الكل أكبر من مجموع أجزائه ، اذن النظرة هنا لابد وأن تكون نظرة "جشطلتية" . والمهم عند الكلينى البحث عن دلالة كل أو كافة الاستجابات التى تنتج عن الشخص سواء الملاحظ منها أو المضمرة .

٣- النظرة الى الشخصية بعدها مفهوماً "زمكانيا" أى محكوما بزمن معين ، ومكان معين فاستجابة الشخصية ازاء موقف مشكل يتم فى زمان وفى مكان ما (موقف مشكل) ، ولا يمكن تفهم هذا الأمر دون الرجوع الى تاريخ الشخص حامل المشكلة ، فالغوص فى ماضى الشخص - يمكن الكلينى من التعرف على لحظة ما فى حياة الشخص كانت المعين الحاسم فى تشخيص الحالة . وتعد المقابلة

الشخصية الكلينيكية Clinical Interview بأسلوبها المقيد أو المطلق وكذلك الاحلام ورموزها وميكانيزماتها ، وفلتات اللسان ، والأفعال العارضة كلها أدوات هامة فى تناول المشكلات التى يستخدم فيها المنهج الكلينيكى . كما قد يستعين هذا المنهج أيضا بالاختبارات المقننة ، هذه الإختبارات الى يشيع استخدامها فى البحوث التى تستخدم المنهج التجريبي ، أو المنهج شبه التجريبي ، وتكون الاختبارات فى هذه الحالة بمثابة اداة معينة فى تحديد المشكلة المراد تناولها .

وحيث أن هذه الدراسة هنا تتعلق بظاهرة الإدمان على الهيروين . ولصعوبة إجراء وضبط أجواء تجريبية أو شبه تجريبية بأعداد يتيسر من خلالها المعالجة الإحصائية المناسبة ولما للموقف الإكلينيكى من صفة تشابك المتغيرات والعلاقات به إلى الحد الذى يجعل المعالجة التجريبية أمر صعباً فى غالب الأحوال . فقد شارك الباحث نفس الرؤية التى وجدها الباحثون الإجتماعيون من قبل فى أن دراسة أمثلة قليلة قد تؤدى إلى إستبصارات قد لاتصل إليها من دراسة أعداد كبيرة . من هنا رأى الباحث أيضا ملاءمة المنهج الإكلينيكى ومناسبته لجوانب دراسته بإعتباره مركزاً على الفرد ويهدف إلى التوصل إلى فروض أو الحكم عليها بواسطة فنيات العمل الإكلينيكى المتمثلة فى :-

- ١- دراسة الحالة .
- ٢- المقابلات الإكلينيكية ذات البناء المحدد .
- ٣- الإختبارات والمقاييس النفسية .

فدراسة الحالة تساعدنا بجميع أكبر كم من المعلومات عن الحالة المراد دراستها ،
ويستخدم عادة لفض " العميل Client " . وهو المريض المراد دراسة تاريخ حياته
وأحياناً يسمى هذا التكنيك بتاريخ الحياة Life History أى جميع المعلومات عن
تاريخ الحالة موثقة فى سجلات ، كالبطاقات المدرسية التراكمية ، وقد تكون هناك
معلومات يتحصل عليها من شهود ، أفراد الأسرة ، الأصدقاء ، الأقارب ، الأقران
فى المدرسة أو فى العمل المهم كلما كثرت مصادر جميع هذه المعلومات
كلما أفاد ذلك فى عملية التشخيص .

وتساعد دراسة " تاريخ الحالة " فى فهم سلوك المريض ، وتطور هذا السلوك
فالأضطراب فى السلوك الحالى ، لن يتأتى فهمه إلا بالرجوع الى خبرات المريض
السابقة .

وفى كل الأحوال فدراسة تاريخ الحالة - مع كل ميزاته من توافر فى
المعلومات - الا أن هذه الفنية تكتنفها بعض المآخذ منها : " ضيق الوقت " بحيث
يصعب استيفاء كل ما نود الحصول عليه فى فترة زمنية محدودة ، و " عدم صدق
المعلومات " فقد نحصل على معلومات عن تاريخ الحالة من أفراد لا يعرفون العميل
معرفة كافية .

وأما المقابلات الإكلينيكية فيقول " روس " Ross (١٩٦٤) فى كتابه " الطفل غير
العادى فى أسرة " The exceptional child in the family يقول أن الأساس المبدئى الذى
تقوم عليه المقابلة هو " الأمانة والصدق " . والمقابلة عملية تتم من خلال " ديالوج "
حوار بين شخصيتين عادة ما تتسم العلاقة بينهما بالدينامية . وتعد المقابلة

الكلينيكية أحد الأدوات المهمة فى التشخيص ، وتهدف الى فهم المعالج لديناميات سلوك المريض ، وبالنتيجة فهم المؤثرات التى كونت الصورة التى يظهر عليها المريض فى حياته وممارساته . وحتى تتم " المقابلة " بنجاح لابد من توافر مجموعة شروط :-

١ - أن يكون المعالج ودوداً "امبائياً" Empathetic (يستطيع أن يتعاطف مع مشاعر المريض ويحس بها ويشاركه فيها). حتى يطمئن المريض اليه ويثق فيه ، وأن يكون طبيعياً هادئاً وجاداً فى الوقت نفسه .

٢ - أن يكون المعالج قد تعرض هو نفسه للتحليل حتى يكون مستبصراً بمشكلاته الخاصة (الشخصية) التى قد تعوق عمله كمعالج ، لأنه ربما يسقطها لا شعوريا على مريضه ، أو حتى فى تفسير نتائج بعض الفنيات التى طبقها على المريض ، ولذا يتعد عن الموضوعية والحيادية .

٣ - أن يكون المعالج متيقظاً ومنصتاً جيداً ، بحيث لا يكتب ما يقوله المريض أمامه حتى لا يسبب للمريض بعض الشك ، كما ينبغى أن لا يطرح أسئلة ، سبق أن طرحها وأجاب عنها المريض من قبل فى مقابلة سابقة أو فى نفس المقابلة .

٤ - أن يكون المعالج " ملاحظاً جيداً " Good Observer " لإستجابات المريض خلال المقابلة فقد يكون المريض قلقاً أو مكثباً أو باشاً أو مضطرباً ، كذلك على المعالج أن يلاحظ حركات المريض ، نظرات عينيه ، حركة اليدين ، النشاط الكلى للمريض ، زائد النشاط - متكاسل ، معدل سرعة الكلام ، كذلك أفكار المريض

وما اذا كانت منسقة ومترابطة أم مفككة ، وكذلك مدى انتباه المريض للمثيرات من حوله بما فيها المعالج وما إذا كان إنتباهه مشتتاً ، شارداً أم مركزاً . وهكذا .

وأما الإختبارات والمقاييس النفسية فتكمل عملية التشخيص فهى تضيف الى المعلومات المتحصل عليها من تاريخ الحالة ، ومن المقابلة الكلينيكية ، أبعاداً أخرى أكثر تفصيلاً و ثراءً ، فهناك إختبارات متعددة لقياس نسبة ذكاء الفرد (I. Q) أو عمره العثلى ، كمقياس ستانفورد بينيه و كسلر بلفيو ، اختبار الذكاء المصور ، اختبار رسم الرجل ... وغيرها الكثير . كذلك هناك بطارية للإختبارات لقياس القدرات العقلية ، كالقدرة اللفظية ، القدرة المكانية ، والقدرة العديدة والميكانيكية الخ. كما توجد مجموعة كبيرة من مقاييس الشخصية بعضها مقاييس الورقة والقلم مثل إختبار الشخصية متعدد الأوجه ، إختبار التوافق و إختبار كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية . وإختبار جيلفورد ، وإختبار برنرويتز ، وإختبار بل وغيرها الكثير . كما أن هناك مجموعة أخرى كلينيكية الطابع وفى دراستنا تم توضيحها فى " أدوات الدراسة " . بالإضافة إلى الفحوص الطبية وتمت هذه الدراسة وتطبيقها وتجربتها بواسطة دراسة حالتين دراسة فردية متعمقة وفق الخطوات الآتية : -

خطوات الدراسة الإكلينيكية :

أولاً : إختيار الحالتين من مدمنى مادة الهيرويين بعد إنتهائهم من مرحلة المعالجة السمية فى القسم المخصص لذلك فى مستشفى الأمل وهو القسم (A) وفق شروط معينة على النحو الذى ورد فى الجزء الخاص

بحدود الدراسة وفق ما تقدم فى ص (١٢٢) مع التركيز على شرط المستوى التعليمى والمستوى المرضى (الباثولوجى) .

ثانيا : تطبيق بطارية الإختبارات النفسية المختلفة التى تمثل أدوات الدراسة وهى :-

أ- مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء بصورتيه التقويم الإكلينيكى والإستبيان الأولى .

ب- إستبيان معتقدات حول المواد المخدرة .

ج- إستبيان معتقدات الرغبة والتشوق للتعاطى .

د- مقياس التنبؤ بالإنتكاسة والعودة للتعاطى . وذلك بغرض الحصول على صورة إكلينيكية كمية وكيفيه تمثل مستوى حدة الإدمان قبل مراحل العلاج عموماً .

ثالثا : إخضاع الحالات لبرنامج مستشفى الأمل العلاجى حسب خطته ولمدة تتراوح بين ٨-١٠ أسابيع بغرض المعالجة بواسطة الأساليب العلاجية الموضحة فى ملاحق الدراسة وذلك بواسطة الفريق العلاجى للمستشفى مع العمل على إستبعاد الجوانب المعرفية التى قد يحويها أحد هذه الأساليب ضمناً سواء فى جلسات جماعية أو فردية .

رابعا : إعادة القياس لبطارية الإختبارات السابقة لمعرفة الصورة الإكلينيكية التى تم التوصل إليها من خلال برنامج الأمل .

خامسا : البدء فى تنفيذ المداخله العلاجية المراد تبيان مدى تأثيرها وهى العلاج السلوكى المعرفى وفق مايلى :-

أ- إجراء مقابلات إكلينيكية ذات بناء خاص وفق الإطار النظرى المرجعى (الأسلوب المعرفى) بعدد ٣ جلسات تمثل فى مجملها المقابلات التقييمية اللازمة لعمل التصور المعرفى للحالتين وصياغتها من وجهة النظر المعرفية CASE CONCEPTUALIZATION . ثم إجراء التحليل والتفسير وشرح الصورة الإكلينيكية المعرفية والتعليق عليها .

٢- إجراء الجلسات العلاجية بمعدل ١٢ جلسة تطبق من خلالها الأساليب المعرفية والفنيات العلاجية السلوكية (سيتم شرح ذلك فيما بعد) لكل حالة.

سادسا : إجراء تطبيق نهائى لكامل بطارية الإختبارات النفسية المقترحة لرصد مدى التحسن الذى طرأ على مستوى حدة الإدمان لديهم وتفسير ذلك بالرجوع إلى مفردات الجلسات العلاجية ومعطيات المقابلات الإكلينيكية مستندا الى مفاهيم النظره المعرفية للإدمان لتبيان ووصف ورسم الصورة الإكلينيكية النهائية للحالتين مما يفضى إلى الأثر المحقق من خلال المعالجة السلوكية المعرفية لمدمنى الهيرويين .

أدوات الدراسة :

استخدمت الدراسة مجموعة من المقاييس النفسية للوفاء بأغراض الدراسة حيث تستخدم هذه المقاييس فى التقويم الأساسى لأفراد العينة قبل بدء برنامج العلاج . ثم يعاد تطبيقها بعد البرنامج وهكذا على الأساليب

العلاجية المختلفة حسب التصميم المنوه عنه سابقاً فى الإجراء التطبيقى وخطوات تنفيذ الدراسة الإكلينيكية.

وهذه المقاييس هى :-

١- مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء " التقويم الإكلينيكى " R.A.A.T.E (CE)

(ملحق رقم ١) RECOVERY ATTITUDE AND TREATMENT EVALUATOR

٢- مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء " إستبيان أولى " R.A.A.T.E. QI

(ملحق رقم ٢) RECOVERY ATTITUDE AND TREATMENT EVALUATOR

٣- مقياس المعتقدات حول المواد المخدرة .

BELIEFS ABOUT SUBSTANCE USE

٤- مقياس معتقدات الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطى .

CRAVING. BELIEFS. QUESTIONNAIRE

٥- مقياس التنبؤ بالإنتكاسة .

RELAPSE . PREDICTION . SCALE

وفيما يلى وصف لهذه المقاييس :-

أولاً : مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء :

يعتبر المنطلق الأساسى لمقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء بصورتيه

(التقويم الإكلينيكى + الإستبانة الأولى) من الأعمال الإكلينيكية

للدكتور " ديفيد ملي " وما لاحظته من أن عدد قليل نسبياً من

الأبعاد الأساسية التى تكون مشكلة المدمن يتم تضمينها فى القدرات

الإكلينيكية . فأنطلق إلى إجراء دراسات أولية مسحية للسياسات والمعايير المستخدمة فى رعاية المدمنين وذلك فى العديد من مصحات ومراكز علاج الإدمان وكذلك عمق إطلاعاته على كثير من المراجع والأبحاث فى هذا المجال . وقد توصل من ذلك كله إلى أن الأبعاد الخمسة الآتية التى يمكن أن تقدم صورة إكلينيكية واضحة وذات فائدة عن مدى حدة الأعراض الإدمانية التى تمثل درجة الإدمان ومدى التحسن أو التغير الذى طرأ عليها نتيجة أى مداخلات علاجية .

١ - درجة المقاومة للعلاج .

٢ - درجة المقاومة فى الإستمرار لعملية العلاج .

٣ - حدة المشاكل الطبية الحيوية .

٤ - حدة المشاكل النفسية .

٥ - درجة تأثير البيئة النفسية والإجتماعية والمحيط الأسرى .

وقد قدمت صورة أولية لهذه الأبعاد فى مقياس من خمس نقاط وأثبت جدواها إلا أن هناك تعديل وتطوير وتتبع لإعتبرات أخرى تم أخذه فى الحسبان لزيادة فاعلية المقياس . وفى هذا الصدد تم التعاون بين د . " ديفيد ملى " والدكتور " نورمان هوفهمان " وأستطاعوا تطوير وسيلتين أو أداتين إستطاعاً بها تكوين أساس أدوات قياس برنامج المعالجة والإتجاه للشفاء (R.A.A.T.E)

الأولى : هى التقييم الإكلينيكي (Clinical Evaluator) وهو مقياس يتكون من خمسة وثلاثون سؤالاً ٣٥ فقرة تركز تفكير الأخصائى الإكلينيكي على العناصر المطلوبة لتقييم الخمسة أبعاد التى تغطى البرنامج بطريقة محكمة .

الثانية : الإستييان الأولى I - QUESTIONNAIRE

وهى عبارة عن ٩٤ فقرة تتم عليها الإجابة بنعم أو لا ويتم تعبئتها بواسطة المريض نفسه ويغضى هذا الإستييان طرق وقضايا وظروف يتعين على المريض أن يبدى وجهة نظره فيها .

أ - التقييم الإكلينيكي : (RAATE - CE)

وقد تم تصميم هذا النوع من التقييم ليركز على أهمية العوامل المختلفة التى تمكن الأخصائى الإكلينيكي من إتخاذ قرارات التخطيط للعلاج المناسب للمرضى المعتمدين على المواد الكيماوية وقياسها ، حيث أن مثل هذا الخطط ليست مقصورة فقط على قرارات وضع العلاج بالرغم أن هذا قد يكون ذو أهمية بالغة فى معظم الأحيان .

والتقييم الإكلينيكي (RAATE - CE) يغضى معلومات ذات أهمية بالغة فيما يخص التخطيط لإستراتيجيات تخطيط العلاج للفرد والتى لا تخص المريض فقط ولكن تخص أيضاً القضايا الأسرية وخلاصة العمل الإجتماعى وبيئته العملية التى يعيها المريض .

ويتكون هذا النوع من التقويم (RAATE - CE) من خمسة وثلاثون فقرة تغطي الخمس أبعاد المشار إليها سابقاً حيث كل فقرة يتم تسجيلها على المقياس ذو النقاط الأربعة - بمعنى أن الإجابة على سؤال تتدرج درجاته من ١ - ٤ ويتم تقدير كل فقرة حسب عدد النقاط التي سجلها المريض في إجابته وكلما إرتفع الرقم كلما زادت خطورة الحالة .

وكلما زادت ألفة الأخصائي الإكلينيكي للوسائل والأدوات المستخدمة كلما أمكن إنهاء مقابلة التقويم الأولية فى مدة تتراوح ما بين المرضى الذى يعرفهم جيداً فى مدة ١٠ دقائق .

لذلك يمكن تسجيل النتائج فى الحال لأن نقاط التسجيل موجودة فى نموذج (التقويم الإكلينيكي RAATE - CE) .

كما أن التقويم الإكلينيكي (RAATE - CE) يمكن فريق العمل من مراجعة وتقييم حالة المريض بإكمال التقديرات اللاحقة خلال فترة العلاج أو مراجعة التقديرات الأولية وذلك لملاحظة التغيرات التى تطرأ على حالة المريض ، وسرعة وسهولة إكمال التقويم الإكلينيكي حيث يجعله أداة قابلة للتطبيق فيما يخص المراجعة الزمنية للحالة خلال فترة العلاج . كما أن سهولة العمل وتسجيل النقاط تجعل من السهل مقارنة إنطباعات أعضاء فريق العمل عن المريض حيث يستطيع كل واحد من أفراد الفريق المعالج أن يعطى تقديرات مستقرة لنقطة معينة فى العلاج من أجل وضع وتبنى إجماع فيما يخص حالة المريض . فعلى سبيل المثال فإن طبيب الأسرة الذى يرغب فى

مقارنة إنطباعته مع الإستشارى بإستخدام التقويم الإكلينيكى لعمل تقييماتهم المستقلة فإنهم يستطيعون تحديد المرضى الذين يختلف سلوكهم من موقف إلى آخر ، كما أن تطبيق التقديرات المستقلة الأخرى يكون بالتدريب الإكلينيكى .

وهنا فإن الأخصائى الإكلينيكى ذو الخبرة الواسعة والمتدرب الذى يعمل معه يستطيعون تقدير حالة نفس المريض فى نفس الوقت ويستخدمون تلك المقارنة كتمرين تعليمى .

الإستبيان الأولى : (RAATE - QI)

ويتكون هذا الإستبيان من ٩٤ فقرة وهو عبارة عن الإجابة على الأسئلة المعطاة بطريقة صح وخطأ تتكون من خمسة مقاييس تكافىء أو تساوى نفس الأبعاد المستخدمة فى التقويم الإكلينيكى (RAATE - QI) والتي تسمح بجمع إنطباعات هذه الأبعاد مباشرة من المريض نفسه .

ويتميز الإستبيان الأولى (RAATE - QI) بأنه يعتبر وسيلة للحصول على المعلومات مباشرة من المريض بدون أى إنحياز من جانب الشخص المعالج . وعلى أى حال فإنه من المساوىء الكامنة لهذا الإستبيان أنه قد يكون موضع تحريف وتزييف من جانب المريض نفسه . والأبحاث الحديثة تشير إلى نسبة مئوية ضئيلة من المرضى الذى يتعرضون لنفس المواقف الإكلينيكية يفشلون فى إعطاء معلومات صحيحة كما فى هذا الإستبيان حيث يبدو قصير لدرجة لا تمكن من إستخدامات عديدة خلال العلاج لتقدير التغيرات التى تطرأ على المريض .

الأبعاد الخمسة لبرنامج (الإتجاه نحو المعالجة والشفاء RAATE بصورتيه " البعد أ (مقاومة العلاج) :

يقيم هذا البعد أو هذا الإختبار الثانوى إدراك المريض وقبوله لمشاكل الإدمان وإطلاعه بطريقة محددة فى العلاج .

نتائج الإختبار الثانوى الأولى المتدنية المسجل على RAARE - CE OR QI يشير إلى أسلوب مفتوح تجاه الشفاء حيث أن المريض يحتاج إلى مستوى أقل من شدة العلاج وقليل من الإستراتيجيات الدافعة كما أن الإختبار الثانوى المرتفع والمسجل على RAATE - CE OR QI يؤدي إلى أسلوب ذو إنتاج مضاد للعلاج (الرفض) وفى هذه الحالة يحتاج المريض إلى مستوى أعلى من شدة العلاج وكثير من الإستراتيجيات الدافعة .

البعد ب (مقاومة الإستمرار فى العلاج)

أن هذا البعد أو الإختبار الثانوى يقيم مدى إدراك المريض وقبوله لمشاكل الإدمان وتعهدده لطريقة شفاء مستمرة وإدراكه أن عملية الشفاء ليست فقط حدث علاجى وحيد ، ومستوى الشخصية والمسئولية الشخصية تجاه الشفاء وتألف المريض مع الإستمرارية فى برامج الشفاء والبعد (ب) يحاول أيضاً أن يقرر إلى أى مدى تكون طموحات المرضى واقعية بعد إنهاء الجزء الأولى من العلاج .

نتائج الإختبار الثانوى المتدنية RAATE - CE OR QI يشير إلى أنه قد يكون لدى المريض شعور واقعى بالمجهود والمحاذير المستمرة المطلوبة لشفاء ناجح مع هذا الأسلوب فى العلاج يحتاج المريض إلى قوة علاج ومعرفة أقل عن الشفاء ربما يكون هناك حاجة إلى وجود إستراتيجيات دافعة لمساعدة المريض على التقدم فى الشفاء .

نتائج الإختبار الأوى الثانوى المرتفع والمسجل على RAATE - CE OR QI يشير إلى وجهة نظر سالبة تجاه الشفاء حيث يحتاج المريض إلى قوة علاج قوية وتعليم مركز حول الإدمان والشفاء منه والتقدم النشط لبرنامج الشفاء المتضمنة خلال مجموعات مساعدة النفس مثل AA - NA

ALCOHOLIC ANONYMOUS مدمنى الخمر المجهولين

NARCOTIC ANONYMOUS مدمنى المخدرات المجهولين

(وهى مجموعات المدمنون التائبون ومجموعات مدمنوا الخمر المجهولين)

والتدخل النشط والإستراتيجيات الدافعة .

البعد ج : حدة المشاكل الحيوية الطبية :

والهدف من هذا البعد أو الإختبار الثانوى هو تقييم حالة المريض الطبية الحيوية لتقرير مدى حدة وقوة العلاج الطبى إذا كان هناك حاجة إلى ذلك نتائج هذا الإختبار الثانوى الأوى والمسجل على برنامج RAATE - CE OR QI تشير إلى إنخفاض فى حدة المشاكل الطبية حيث لا يوجد هناك حاجة إلى العلاج الطبى الحيوى ونتائج الإختبار الثانوى

الأولى المرتفع والمسجل على RAATE - CE OR QI يشير إلى إرتفاع حدة المشاكل الطبية الحيوية وتمائل الصعوبات الخاصة بالمريض لكي يتبنى وجهة نظر مركزة نحو الشفاء .

وسجل النقاط المرتفع فى هذا البعد ربما يشير أيضاً إلى الحاجة والإستراتيجيات الدافعة ذات القوة الطبية الحيوية المركزة وذات تركيب أكبر لأن النتائج الطبية ذات إستعمال مستمر .

البعد د : حدة المشاكل النفسية :

حدة المشاكل النفسية وقيم هذا البعد أو هذا الإختبار حالة المريض النفسية لتقرير حدة وقوة العلاج النفسى المطلوب ومدى سهولة وصعوبة تركيز المريض على العلاج من الإدمان الأولى .

ونتائج الإختبار الأولى الأدنى المسجل على RAATE - CE OR QI يشير إلى قلة حدة المشاكل النفسية وقليل من الإضطرابات العقلية التى قد تسمح للمريض أن يكون إتجاه مركز نحو الشفاء وقد يكون من الضرورى قليل من العلاج النفسى .

ونتائج الإختبار الثانوى الأولى المرتفع المسجل على RAATED - CE OR QI يشير إلى إرتفاع حدة المشاكل النفسية ومثيلاتها التى تجعل من الصعب على المريض أن يتبنى أسلوب مركز للشفاء ، كما قد يكون هناك حاجة إلى إستراتيجيات نفسية دافعة ذات تركيب أكبر . وسجل النقاط المرتفع فى هذا البعد يشير إلى حاجة المريض إلى مزيد من التدعيم النفسى .

كما أن تشخيص الظروف النفسية قد يشير إلى الحاجة لخدمات إضافية فيما وراء البرنامج التقليدي الخاص للأشخاص المعتمدين على المواد الكيماوية أو التحويل إلى برنامج يصمم خصيصاً للتعامل مع المرضى ذوى المشاكل العقلية وقضايا الإعتماد على المواد الكيماوية . وهكذا فإن السجل المرتفع على هذا البعد قد يشير إلى الحاجة المتزايدة إلى التوفيق النفسى .

البعد هـ : الوضع البيئى الأسرى الإجتماعى :

والهدف من هذا البعد أو الإختبار هو تقييم نوعية المساندة الإجتماعية المؤدية للشفاء ومدى قوة هذه الأنظمة الإجتماعية ومدى التداخل الضرورى الذى يعزز الشفاء .

ونتائج الإختبار الأولى الأدنى فى برنامج RAATE - CE OR QI تشير إلى التباين الصحى للدعائم الإجتماعية وإستقرار العمل والظروف الحياتية الداعمة للشفاء .

وطبقاً لهذا الإختبار فإن التداخل الأسرى والصدقة تكون محدودة ومتعلمة كما أن الإختبار المرتفع الفرعى الأولى على مقياس RAATED - CE OR QI تشير نتائج دعائم إجتماعية ضعيفة ومشوشة وعمل غير مستقر ومواقف إجتماعية تمثل خطورة على الشفاء وتهدد بإنتكاسة مبكرة هذا إذا لم يكن المريض غير معد للتغلب على مشاكل هذه البيئة ويجب أن تكون هذه التدخلات نشطة . قوية ومركزة وشاملة ويجب أن تشمل هذه التدخلات كل من الأسرة والموظف ووكالات الخدمة الإجتماعية والجهات القانونية .

- مقياس الإعتقادات حول المواد المخدرة :-

وهو مقياس تقدير ذاتى يتركب من " عشرين " بنداً والتي تتم الإجابة عليها من خلال مدى يتراوح من درجة ١ إلى درجة ٧ حيث الدرجة ١ تعطى مؤشراً بأن المستجيب أجمالاً وأطلاقاً غير متفق مع الجملة التقديرية الواردة . أما الدرجة ٧ تعنى وتدل على أن المستجيب " المفحوص " متفق تماماً مع الجملة التقديرية وفيما بينهم تراوح فى درجات الإتفاق من عدمه .

وهو يقيس العديد من الإعتقادات الشائعة حول إستخدام المخدرات . ويستخلص من خلاله المضمون الإعتقادى للمدمن عموماً ومدى درجة التشوه المعرفى الحاصل .

الملاحق صفحة " ٢٣٩ "

- مقياس " إستبيان معتقدات الرغبة الملحة والتشوق للتعاطى .

وهو أيضاً مقياس تقدير ذاتى يقيس مدى الإعتقادات حول ظاهرة التشوق الملح والرغبة فى التعاطى لمادة الهيروين ويتكون من ٢٠ عشرين بنداً تتراوح الإستجابات فيها من درجة ١ وهى الموافقة التامة حول الجملة التقديرية أو درجة ٧ التى تعنى عدم الموافقة الكلية حول العبارة التقريرية .

الملاحق رقم " ٢٤٠ "

مقياس التنبؤ بالانتكاسة :

وهو مقياس تقدير ذاتى يتكون من ٤٢ حالة من تلك الأحوال التى تم تسجيلها لمطابقتها وتمائلها مع أهم بواعث حدوث التشوق الملح والرغبة والدافعية للتعاطى لموقف محفز للبدء فى إستخدام الهيروين وكل حاله أو موقف من تلك يستجاب لها من خلال بعدين :

البعد الأول " مدى الرغبة والتشوق للإستخدام " والبعد الثانى " مدى الإحتمال الأرجح للإستخدام " هذه المواقف والأحوال وضعت فى مدى من درجة صفر إلى درجة ٥ حيث أن الصفر يعنى النفى أو عدم حدوث الإستخدام ودرجة " ٥ " تعنى المستوى العالى جداً للإستخدام .

الملاحق صفحه " ٢٤٧ "

وجميع هذا الثلاثة المقاييس ثم تصميمها إستناد إلى المفهوم النظرى للمدرسة السلوكية المعرفية فى تفسيرها لظاهرة الإدمان والتعاطى . كما أن هناك العديد من المقاييس تم إستخدامها للأغراض العلاجية ولم يتم تضمينها ووصفها فى هذا الفصل

الأسلوب المعرفى العلاجى المستخدم فى الدراسة :

إعتمد الباحث فى تنظيم وجدولة الجلسات العلاجية على طريقة " بيك " Beck " وزملاؤه فى تسلسل تطبيق خطوات العلاج . كما أنه أجرى

نوعاً من التعديل حسب ما تتطلبه ظروف العلاج وذلك للخصوصية المتفردة للعينة ، لإختلاف الخلفية الدينية والإجتماعية لهم عن الأفراد الآخرين . ونورد فيما يلي " تصور عام لما سيكون عليه الأداء العملى " وذلك كإستطلاع عام شامل دون الخوض فى التفاصيل التى ستم فى كل مقابلة من المقابلات المقترح تنفيذها وعددها من ١٢ إلى ١٥ مقابلة . وستكون الجلسة العلاجية كما يلي :

الجلسة العلاجية للأسلوب المعرفى لمدمن المخدرات .

الجلسة العلاجية بواسطة الأسلوب المعرفى تحكمها عدة نقاط لها عدة ملامح حيث أنها تعد حسب بعض التسميات هى الجلسة العلاجية ذات البناء الخاص . ذلك أنها محددة حسب بعض المعايير لـ ٥٠ دقيقة وخصوصاً لمن يعالجون من سوء إستخدام العقاقير وإدمان المخدرات . وضرورة البناء المحدد لهذه الجلسة العلاجية له عدة أسباب منها على سبيل المثال أن المدمن يعتمد إلى إعطاء حجم هائل من المعلومات دونما قيود . ولكن هذه الخاصية فى الجلسة العلاجية تمنح المعالج أقصى إستخدام مثالى لغرض الجلسة لتغطية الجوانب المحددة . بالإضافة إلى جعل التركيز منصب فقط على المشكلة موضوع العلاج دون أى تشعبات . بالإضافة إلى أنها تساعد على تعليم المدمن مهارات معينة مثل مهارة حلول المشكلات وأخيراً أن هذا البناء المحدد للجلسة يمنع حدوث أى تراكمات فى المعلومات دون

التعامل معها وبالتالي ترحيلها من جلسة إلى أخرى . أنه جو عملى جاد يضعه طرفى المعالجة معاً ويشاركان فى معاشته .

وكانت جلساتنا العلاجية للمرضى الذين سيخضعون للعلاج بالأسلوب المعرفى . مكونة من ثمانية عناصر تشكل فى مجموعها بنية الجلسة العلاجية وهذه العناصر هى ما يلى :

- ١- الإتفاق بين المعالج والمريض على وضع أجندة أو بنود الجلسة .
 - ٢- فحص وتقويم الحالة المزاجية .
 - ٣- التواصل مع معطيات الجلسة السابقة .
 - ٤- مناقشة بنود الجلسة العلاجية الحالية .
 - ٥- التساؤل والمحاولة السقراطية لدمج المريض فى الإستبطان والتأمل والتقييم وتركيب أفكاره وتأليفها حول مصادر المعلومات المتوفرة من خلال الجلسة .
 - ٦- العمل على ضغط المختصرات لمواضيع الجلسة .
 - ٧- تنفيذ بعض الواجبات المنزلية بغرض جعل المريض على تواصل جيد بموضوع المعالجة فى الفترة بين جلسات العلاج .
 - ٨- ضرورة وجود تغذية راجعة من المريض طوال جلسة العلاج مع المعالج .
- ويلاحظ من تعريف العلاج المعرفى أو البناء السابق للجلسات أن الأمر يتعلق بتعليم المريض وتثقيفه . وأول أمر يجب أن يقوم به المعالج تجاه المريض كجانب علاجى هو ضرورة تدريبه وتعليمه على النموذج المعرفى فى علاج

الإدمان والأساس المرتكز عليه لدمج المريض فى معرفة الأسس التى بنى عليها السلوك الخاطىء وبالتالى ما يتم لإزالة هذا السلوك .

وتتم عملية التثقيف والتعليم هذه فى المراحل الأولية من العلاج وتنفذ بواسطة التفسيرات والشرح من قبل المعالج لبعض الأصول المكونة لهذه العملية والتى تغطى ما يلى :

١- توضيح للمريض للعلاقة بين الوضع والحالة المحيطة بالشخص وبين معارفه وأفكاره وتأثيراته ومعتقداته ورغباته وسلوكياته التى تنتهى فى الأخير بسلوك التعاطى والتناول والإستخدام .

وفى هذا الجزء العلاجى قام الباحث بتسليط الضوء لإستنتاج الحوادث الهامة فى حياة المدمن عموماً وكذلك بعض الملاحظات التى تعد مهمة وتظهر فى جلسات العلاج وهنا يتعلم المريض أن الأمر يتعدى مجرد معرفته للمشكلة بكل بساطة . أو فقط تواجهه ضمن مجموعة راغبين فى الإقلاع . بل إلى أمر تعليم المريض أن مشكلته مع الإدمان تتضمن سلسلة من المفاهيم حول مشيرات وحوادث وظروف داخلية تتعلق بالفرد نفسه أو خارجية ممن حوله . لا يعيها ولا يدركها بنفسه ولم تتكشف له أو يتعامل معها بغرض أن يتحكم فى أساس مادفعه وقاده إلى التعاطى والإستخدام تلقائياً ولاتزال بالنسبة له غير واضحة أو مستوعبة . وأهم هذه الأمور هى تفهم المرضى أن أفكارهم التلقائية تستثار دائماً بسبب معتقداتهم الأساسية عن المخدر وهى تلعب دوراً هاماً فى إستمرار تعاطيهم للمخدرات .

وكتيجة لكل ماسبق نجد أن هؤلاء المرضى يتعلمون كيفية تفسير هذه الأفكار والمعتقدات بمساعدة أنفسهم فى تسوية أمورهم ويعتبر الحوار الذى يتم مع النفس لحظات الإحتياج والرغبة الملحة للتعاطى خير وسيلة فى شرح التأثيرات الخارجية للأحداث وتعتبر الإستبيانات من الأدوات المفيدة وذلك مثل (إستبيان الإعتقادات حول المخدرات) الذى يساعد المرضى فى إدراك بعض المعتقدات الكامنة التى تزين لهم التعاطى بالإضافة إلى الأسئلة الهامة التى يقوم الباحث بتوجيهها للمريض والتى تساعد فى توضيح الدور الأساسى لتفكيرهم وخاصة فى المواقف التى لها صلة وثيقة بمخاطر تعاطى المخدرات .

وفى النهاية فإن المرضى أنفسهم يصبح لديهم القدرة على التغيير من أنفسهم وأسلوب تفكيرهم الذى يعد من أهم الخطوات العلاجية .

تحديد الأهداف العلاجية :

وبالطبع فإن الأهداف العلاجية من السمات المميزة لجلسات العلاج

المعرفى وتنبع الأهمية لها بحيث أنها تعمل :

- ١- خلق الإحساس بالذات .
- ٢- تساعد المدمن على الإحساس بمزيد من الأمل فى الشفاء .
- ٣- تمنع تراكمات المعلومات العلاجية دون إتخاذ أى إجراء علاجى عليها .
- ٤- تدعم طبيعة المشاركة التعاونية بين المعالج والمريض .
- ٥- وأخيراً أنها تقوم مدى التطور العلاجى والفوائد المحققة من تلك الجلسات .

ويحكم تحقيق هذه الأهداف العلاجية مبادئ معينة لطبيعة العمل لعل من أهمها التعاون والمشاركة بين طرفي العملية العلاجية وضرورة تحديد أهداف ذات عناصر فعالة متميزة وأخيراً محاولة تسليط الضوء على العوائق التي تكتنف تنمية مهارة حل المشاكل بطريقة إيجابية .

ونحن في جلساتنا العلاجية سنركز ونأخذ بعين الاعتبار معيار وهدف التقليل من الاعتماد على المخدرات . والآخر هو هدف تعليم مهارة حل المشكلة بصورة أفضل في نفس الوقت الذي سنساعد المرضى على التعرف على تناقضاتهم السلبية التي تجعلهم غير راغبين في الإقلاع أو المساعدة على ذلك .

الغنيات العلاجية المستخدمة :

حاول الباحث الاستفادة من العدد الأكبر المقدم من غنيات العلاج السلوكي المعرفي سواء منها السلوكية أو المعرفية لمحاولة الوصول إلى أقصى فائدة مرجوة تسهم في خفض حدة الأعراض الإدمانية .

وسبق أن أوضحنا بعض عناصر صياغة وتشكيل الحالة ، ونوضح هنا ماسيقوم الباحث بإستخدامه من غنيات في الجلسات العلاجية المتوسطة أو المتأخرة أو النهائية .

الغنيات المعرفية :

- ١- تحليل السلبيات والإيجابيات .
- ٢- التعرف على المعتقدات ذات العلاقة بالإدمان وطرق تعديلها .
- ٣- فنية تنكيس الأسهم .

٤- إعادة تحمل المسؤوليات .

٥- سجل التفكير اليومي .

٦- التخيل والتأمل .

الفنيات السلوكية :

١- جدول مراقبة النشاطات .

٢- تجارب سلوكية .

٣- تمثيل الدور وإعادة تمثيل الدور (البروفة) .

٤- تدريبات الإسترخاء .

٥- واجبات الأهداف المجدولة .

٦- حلول المشاكل .

٧- التمرينات الرياضية .

٨- التحكم فى المثيرات .

ولعل عامل الرغبة الشديدة والتوق والإشتهاء للتناول والتعاطى يعد أمراً هاماً للمحافظة على عدم فشل العلاج وبالتالي يقود إلى الإنتكاسة والعودة للتعاطى . فإن هذا الجانب ستركز عليه عدة جلسات علاجية بكافة أنواعه الأربعة الآتية :

١- الإستجابة لأعراض الإنسحاب .

٢- الإستجابة لعدم الشعور بلذة السرور .

٣- الإستجابات الشرطية لإستخدام المخدرات .

٤- الإستجابة لرغبات المتعة Hedonic Desires

وسيتم خلالها تعلم المريض على عملية مواجهة لحظات الرغبة والتوق والإشتهاء للتعاطى بواسطة الآتى :

- فنية التسلية والترويح . Distraction

- فنية البطاقات المضيئة . Flash Cards

- فنيات التخيل . Imagination

- فنية الإستجابة العقلانية للرغبات ذات العلاقة بالأفكار الأتوماتيكية .

- النشاطات المجدولة .

- تدريبات الإسترخاء .

- التركيز على المعتقدات .

أما المعتقدات التى تشكل البناء المعرفى للمريض فسيكون علاجها بشيء من التركيز ذلك أن الأساس لهذا المنحنى العلاجى الذى يوضح أهمية النظرة السلبية للشخص تجاه ماسبق أيضا (بالثالوث المعرفى) .

وقام الباحث بتقويم هذه المعتقدات وذلك من خلال الإستعانة ببعض المقاييس الخاصة .

ثم فحص وإختبار المعتقدات ذات العلاقة بالإدمان منها والتى تسمى المعتقدات الإدمانية . والعمل على تطوير نظام التحكم فى هذه المعتقدات . بالإضافة إلى إجراء عملى لإثارة التحكم فى المعتقدات وتركيز الواجبات والنشاطات المنزلية فى هذه المرحلة على جانب المعتقدات .

الدراسة الإكلينيكية والنتائج

الحالة الأولى (النتائج والصياغة المعرفية)
الحالة الثانية (النتائج والصياغة المعرفية)
المناقشة والتفسير
الخلاصة

الدراسة
الإكلينيكية
والنتائج

الحالة الأولى

معلومات ديموغرافية

الإسم : ح . س . ك السن : ٣١ سنة

الحالة الإجتماعية : متزوج ومنفصل حالياً عن زوجته ولم يطلق .

المستشفى الذى أجريت فيه المقابلة : مستشفى الأمل بجده .

المؤهل التعليمى : دبلوم ثانوى عسكرى .

المهنة : عسكرى سابق ورياضى مشهور .

ترتيب الحالة بين أخوانه : الأكبر حيث عددهم ثلاثة .

مصدر الإحالة : دخول بنفسه .

الأم : مطلقة من والد الحالة وتعيش مع زوجها الحالى منذ ٢٠ سنة .

الوالد : متزوج ويقيم مع زوجته الجديدة بعد طلاق والدة الحالة (ح)

الشكوى : إدمان الهيرويين منذ ٣ سنوات بالإضافة إلى الحشيش وتعاطى عقاقير

السيكونال .

الدخول للمستشفى : دخل المستشفى وكان متعاطى لجرعة مقدارها ٤ جرام

بواسطة الحقن وذلك للمحافظة على عدم التعرض للآم " القطعة " الإنسحاب

وذلك قبل الدخول للمستشفى بنصف ساعة .

تم تقييم الحالة فى عيادة الأخصائى PSYCHIATRIST وأمر بالتنويم فى قسم

السمية DETOXIFICATION وأمر بالتنويم فى القسم قرابة الأسبوعين بدأت

عليه أعراض إنسحابية شديدة بعد مضي ٦ ساعات من الدخول وبدأ فى معالجة عقاقيرية للتحكم فى تلك الأعراض وبعد مضي أسبوعين كانت الحالة مستقرة الى حد ما حيث تم تحويله فى قسم " D " الخاص بالمعالجة النفسية والتأهلية .

التشخيص : إدمان هيرويين .

تاريخ الحالة وملخص المقابلات الإكلينيكية :

التاريخ الطبى للأسرة :

هناك أمراض مزمنة لدى الوالد مثل السكر وضغط الدم .

الأفراد الذين يتعاطون فى الأسرة :

الوالد : يتعاطى الحشيش والكحول منذ عدة سنوات .

العم : كذلك يتعاطى الكحول .

الأخ الأصغر : كان يتعاطى الحشيش أثناء دراسته خارج المملكة والآن متوقف

منذ ٣ سنوات .

تاريخ طفولة الحالة :

عاش (ح) حياة أسرية غير مستقرة حيث تم الانفصال بين والده والدته

فى سن مبكره وهو فى الرابعة من عمره . وكان الأب كما يصفه شخصية

متسلطة ويفرض سيطرته على البيت كله وكان له تاريخ طويل بالإنحرافات

السلوكية مثل السهر مع بنات الهوى وتعاطى الحشيش والكحول والسفر

المتكرر إلى خارج البلاد للصرف على ملذاته حيث يملك عمارة سكنية فى موقع هام وتدر عليه دخل مادي ضخم كله كان يذهب فى اللعب وهذا بدوره أدى إلى الانفصال ومن ثم زواج الأم من شخص آخر وزواج الأب من امرأة أخرى وبقي الحالة (ح) وأخيه وأخته مع جدتهم لأبيهم التى كانت تقيم مع أبنها الآخر الذى يعمل دبلوماسياً فى إحدى الدول العربية الذى بدوره كان يتعاطى الكحول وكان تعاطى الكحول فى الأسرة جميعها مظهر شبه عادى إلى حد ما . هذه الأجواء الأسرية أثرت كثيراً فى شخصية (ح) وتجلت مظاهره فى كبره فيقول الحالة (ح) أول جلسة لى مع والدى بعد سن السابعة عشر كانت فى شقة خاصة به وأظهر وجاهر أمامى بمظاهر إنحرافاته السلوكية . بل وطلب منى المشاركة فيها . باعتبارها مصدر لنسيان همومه .

رحلته مع عالم المخدرات :

أول مرة تعاطى فيها كانت فى حفل خاص لفريقه بعد فوزهم فى إحدى البطولات الكروية التى تقام فى الأحياء حيث كان جميع أصدقائه معهم على البحر وبعضهم تعاطى كحول والبعض الآخر حشيش . ويقول " وكان جواً مرحاً إلى أقصى درجات المرح وخصوصاً للمتعاطين " . الأمر الذى دعانى لتعاطى سيجارة حشيش فى وسط هذه الزحمة حيث أنى أذخن سجائر سابقاً . أحسست بعد ذلك بنشوة ولحظات مرح عجيبة وكنت أكثر وناسة من قبل ما أستخدم وحتى منظر الجلسة أكلو بالنسبة لى حيث بعد ذلك توالى جلساتى مع زملائى فى التعاطى وخصوصاً إذ حدثت لى مشاكل مع جدتى أو

كنت فى زياره لوالدتى وتأثرى النفسى بوضعها حيث هى قلقة جداً فى حياتها حتى مع زوجها الآخر بالرغم من أن لى أخوة منه عددهم ٤ ثلاث بنات وولد واحد .

دائماً كنت عند عودتى من زيارتها أهوجس بحاجات كثيرة وتفتح على وتقلب كل المواجه . ولنسيانها أقوم بالتحشيش مع الشباب . وإستمرت بعد الحشيش فى الحبوب المنشطة حيث نتناول أنا وزملائى فى الفريق جوبساً منشطة قبل المباريات وكانت تمنحنا نشاطاً غير عادى وتحقق نتائج لفريقنا أكثر من اللاعبين الأخرين بعد ذلك إلتحقت بالعمل وذلك عسكرى فى إحدى القوات العسكرية وكنت مسؤولاً عن النشاط الرياضى فى هذه الوحدة العسكرية .

بدايته مع الهروين:

أثناء عملى فى القاعدة تعرفت على العديد من الأفراد العسكريين الذين تتولى تدريبهم فى النشاط الرياضى وكنا نقيم بطولات مع الوحدات العسكرية الأخرى وكان بعض هؤلاء الأفراد يتعاطون جميع أنواع المخدرات ومنها الهيروين حيث تعلموه أثناء دورات عسكرية فى البلدان الآسيوية وطبعاً جو بطولات ومنافسات ومباريات وتحديات وشباب وأنا أساساً بتاع حشيش . فأشارو إلى بالبودة " الهيروين " وكنت لا أحبذها وقاومت فى البداية حيث كنت ألاحظهم فى بعض الأحيان فى حالة نفسية سيئة ألا أنى كنت أحس دائماً إنى غير متقبل لديهم بشكل أكثر وكثيراً ما كنت

أتساءل أو ألاحظ مدى رغبتهم فى دخولهم . وأنا أود الدخول معهم بشكل أكثر ولكن ذلك مرهون بأنى لا بد أن أكون " مهرون " أى متعاطى هيروين .

أثناء العمل تزوجت بعد قصة حب عنيفة وعشت حياة زوجية مستقرة إلى حد ما رزقت من خلالها بطفل ثم حصل بعض المشاكل الأسرية التى كانت سبب فى تغيير حياتنا العائلية وتحويلها إلى حياة زوجية تعيسة بعد إكتشافى عدم نزاهة سلوكيات زوجتى وكان ذلك أمر أوقف كثير من الهموم والماضى الزفت اللى عشته وتذكرت كل شىء من اللى حسبته راح . وبدأت فى سلسلة مشاكل كنت كثيراً ما أغادر المنزل على أثرها والتقى فى أصدقائى الذين كانوا يبحثون معى عن وسيلة للتخلص من السام والقلق الذى أعيشه وفى هذه الأثناء كان الحشيش لا يحقق رغبتى كلياً فى نسيان همومى وحل مشاكلى فأشاروا بالبودرة وكنت كما فى البداية أقاوم وكان الموقف قاسياً وعشت مدة من التفكير الشديد فى ذلك وأقنعت بأننى عاجز فى التحكم بمشاعر الرغبة فى نسيان الألم والصدمة وما لحقها . فعلا تعاطيت الهيروين بعد ذلك وحسيت بسعادة غامرة لا لها أول ولا آخر وإستمرت على ذلك لما تحققه من نسيان لمشاكلى وأهمها مشاكلى العائلية مع زوجتى التى أكدت لى بهذه الحادثة إنى أنا فاشل وعاجز وما يثير لدى هذا الأمر من آلام نفسية لأستطيع التغلب عليها إلا بالهيروين ومن ثم تعودت عليها البودرة فى جلب المتعة والسرور والتخليق

والتسريح . وتطور الأمر إلى الحقن بعد الإستنشاق إلى أن تملكنى الهيرويين تماماً وأصبحت لا أتمكن من حياتى اليومية إلا فى وجود الهيرويين وأستنزف مواردى المالية وتسبب لى العديد من المشاكل الأسرية التى إنتهت بإنفصالى مؤقتاً عن زوجتى ما طلقتهما وفصلى من عملى وبقيت عالة على أخى الذى يصغرنى حيث والدى يقيم فى مدينة وأنا فى مدينة أخرى ولا أود أن أستعين به لأنه لم يكن يوماً والدى بمعنى الأبوه لأننى لم أحسها ولم أشعر بها وحرمانى منها دونما باقى أصدقائى من هنا بدأت أبدأ للجأ للعلاج وبمساعدة أخى الأصغر وحضرت إلى مستشفى الأمل للعلاج .

المقاييس النفسية المطبقة على الحالة عند الدخول للمعالجة النفسية.

أولاً : مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء .

الإسم : ح . س . ك

مرتفع	منخفض					
٥	٤	٣	٢	١		
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)		أ- بعد المقاومة للعلاج .
الدرجة الخام =						
٥	٤	٣	٢	١		
(٢٠-١٧)	(١٦-١٤)	(١٣-١١)	(١٠-٧)	(٧-٥)		ب- بعد المقاومة لإستمرار الرعاية العلاجية .
الدرجة الخام =						
٥	٤	٣	٢	١		
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)		ج- حدة المشاكل الطبية الحيوية .
الدرجة الخام =						
٥	٤	٣	٢	١		
(٣٢-٢٨)	(٢٧-٢٣)	(٢٢-١٨)	(١٧-١٣)	(١٢-٨)		د- بعد حدة المشاكل النفسية .
الدرجة الخام =						
٥	٤	٣	٢	١		
(٤٠-٣٤)	(٣٣-٢٨)	(٢٧-٢٢)	(٢١-١٦)	(١٥-١٠)		هـ- بعد الوضع البيئي الأسرى الإجتماعى .
الدرجة الخام =						

درجات البروفيل	مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء	
	الدرجة الخام	البعد
٣	٨	أ
٢	٩	ب
٥	٢٢	ج
٥	٢٦	د
٤	٣٠	ح

تحليل نتائج القياس والدلالات الكلينية له :

هناك توجه مفتوح تجاه الشفاء وبالتالي ضرورة التركيز على الإستراتيجيات التي تحقق دافعية عالية لرغبة المريض فى الإستشفاء وتقبل العلاج . كما أن هناك إدراك من قبل (ح) وقبول لمشاكل الإدمان وتجارب عالية لطريقة العلاج والأستشفاء بالرغم من علمه أنها عملية مستمرة . وهناك نسبة عالية فى الإحساس بالمسؤولية الشخصية تجاه الشفاء . وظهر لدى (ح) شعور واقعى بالمجهود والمخاضير المستمرة المطلوبة لشفاء ناجح . وأظهرت نتائج القياس الأولى فى البعد (ح) أظهرت درجة عالية من المشاكل الطيبة الحيوية والأعراض الجسمية والمرضية التي منها المزمّن ومنها العرض والتي تحتاج إلى متابعة وإشراف طبي مستمر وفق سلاسل زمنية قصيرة . كما أن نتائج درجات البعد (د) أوضحت إرتفاع ملحوظ فى المشاكل النفسية والأعراض النفسية التي تحتاج إلى تركيز ومجهود عالي وقد تمثلت فى قلق عالي وإكتئاب وسوء توافق نفسى وأعراض إنفعالية مما يتطلب التركيز على هذه الجوانب فى مراحل العلاج لما تعلبه من دور هام فى التأثير على قرار العودة للتعاطى . أما نتائج البعد (هـ) كما يتضح فقد ظهر من خلالها أن (ح) يستند إلى دعائم الإجتماعية ضعيفة ومشوشة وأسرة مضطربة وأصدقاء مدمنين وعمل غير مستقر ومواقف إجتماعية تمثل خطورة عالية على البقاء بعيداً عن المخدرات وتهدد بإنتكاسات مبكرة إذ لم يكن المريض معد لها مسبقاً للتغلب عليها وبالتالي ضرورة تركيز المرحلة العلاجية الخاصة بهذا

الجانب على إستغلال مصادر البيئة الإجتماعية المتاحة له إستغلالاً جيداً لمساندته فى مواجهة مراحل العلاج وما بعد العلاج .
 هذا المستوى العالى من الدرجات على جميع الأبعاد يبين مدى تأثير كامل شخصية العميل وإضطرابها الناتج عن إستخدام المواد المخدرة وعلى رأسها " الهيرويين " .

ثانياً : مقياس قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة .

مجموع النقاط = ٩٢

التفسير :

أظهر (ح) نتائج عالية تشير إلى الموافقة التامة على الإعتقاد القوى فى المواد المخدرة وبتائج إستخدامها والتوقعات التى يحصل عليها نتيجة التعاطى سلباً وجميعها معتقدات خاطئة ولكنها شائعة فى أوساط المدمنين فقد أوضح فى الجمل التقريرية إعتقاداً حول الهيرويين ونتيجة السلبية إعتقاداً عالياً مما يلعب دوراً فى تسيير سلوكه الإدمانى الناتج عن هذه المعتقدات المترسبة لبنائنه المعرفى ودلالة ذلك تشوه معرفى ظاهر وإعتقادات خاطئة تجاه المواد المخدرة .

ثالثاً : إستبيان معتقدات الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطى

مجموع النقاط = ١٠١ موافقة تامة

التفسير :

أظهرت نتائج هذا المقياس عن وجود إعتقادات قوية جداً لدى (ح) عن ظاهرة الرغبة الملحة والشوق للتعاطى وأنها أمر غير متحكم فيه وغير قابل للضبط من قبله مما يدفعه إلى التعاطى رضوخاً لهذه الرغبة القوية من وجهة نظره . وهذا ناتج عن الخلل المعرفى لديه تجاه هذه الظاهرة وتشويهه للإعتقاد مما يجعله إعتقاداً مصرحاً له بالتعاطى .

بدء المعالجة النفسية وفق برنامج الأمل :

بعد أن تم تحديد الصورة الإكلينيكية لـ (ح) على نحو ما أفرزته المقاييس السابقة وطبقاً لسياسة العمل وإجراءاته الرسمية فى مستشفى الأمل وصعوبة حرمان المريض من جميع الوسائل المتاحة للعلاج فقد خضع (ح) ولمدة ٨ أسابيع لبرنامج المعالجة النفسية الذى تكون من :-

أ- العلاج الدوائى العقاقيرى بأستخدام بعض الأدوية العقاقير النفسية للتأثير فى وظائف المخ بغية علاج السلوك الشاذ وتعديله أو تهيئة المدمن لإستخدام أساليب العلاج الأخرى .

ب- علاج الإبر الصينية يفرغ إثارة الكيماويات العصبية لتحقيق التقليل من الرغبة تجاه المخدر والشعور بالإسترخاء .

ج- الإمتناع عن التدخين .

د- العلاج الفردى والجماعى .

هـ- العلاج الأسرى .

و- مجموعة التائبين . مجموعة التثقيف .

ز- العلاج المهنى .

ح- العلاج الرياضى .

ط- الترفيه الإجتماعى .

وسبق وصف هذه المداخلات العلاجية فى الملحق الخاص بوصف

مجتمع الدراسة . كل ذلك تم وفق برنامج زمنى يومى على النحو

التالى :

النشاط	الزمن
الإستيقاظ من النوم والنظافة الشخصية .	٧, ٣٠ - ٧
تمرينات صباحية .	٨ - ٧, ٣٠
الأفطار .	٨, ٣٠ - ٨
ورشة + مكتبة + كمبيوتر + تنسيق حدائق وزراعة .	٩, ١٥ - ٨, ٣٠
إستراحة .	٩, ٣٠ - ٩, ١٥
الإجتماع مع كامل الفريق الطبي .	١٠, ١٥ - ٩, ٣٠
علاج جماعى .	١١, ٣٠ - ١٠, ٣٠
جماعات دينية .	
المرور الطبي .	
علاج إسترخائى + إبر صينية + صلاة الظهر .	١٢, ٣٠ - ١١, ٣٠
غذاء .	٢ - ١
سيكودراما + نشاطات رياضية داخل الصالة +	٣ - ٢
علاج أسرى .	
جماعات تثقيف .	٣, ٤٥ - ٣, ١٥
صلاة العصر .	٤, ٤٥ - ٣, ٤٥
جمانزيوم .	٥, ١٥ - ٤, ٤٥
ترفيه الوحدة " داخلى "	٦, ١٥ - ٥, ١٥

مناقشة حالة (ح) على ضوء المعلومات المقدمة فى سرد الحالة
وعند بدء المداخلة المعرفية .

المناقشة العامة والتحليل والتفسير المعرفى للحالة (ح) :

الرؤية المعرفية للحالة (ح) صياغة الحالة معرفياً CASE FORMULATION
وفق الإطار النظرى المقدم من الباحث وتحليل للصورة الإدمانية لدى
الحالة (ح) .

مرحلة الطفولة : من واقع المقابلات الإكلينيكية الأولية والتي وصلت إلى
ثلاث مقابلات مدة كل منها تجاوز الخمسين دقيقة ظهر أن (ح) يعانى
من إعتقاد على الهيرويين بالرغم من نوعية المخدرات الأخرى التي يستعملها
مثل الحشيش أو الحبوب المنشطة أو المخدرة . وحيث أن معدل التعاطى وصل إلى
٩-١١ جرام هيرويين خلال ٢٤ ساعة ولكن يعتقد أن نوعية الهيرويين
المستخدم غير نقى ١٠٠٪ حيث الجرعة عالية جداً .

يتضح من مقابلة (ح) أن سلوكه الإدمانى متأثراً جداً بالعمليات المعرفية
لديه حيث أنه يحمل العديد من المعتقدات الأساسية والأفكار التلقائية
الإرادية التي تلعب دوراً هاماً فى حدوث الإشتياق . وتسهم فى حدوث
الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطى وقد ظهر أن هذه المعتقدات والأفكار
تنشط من خلال التعرض لمواقف بيئية ونفسية معينة لديه . بالإضافة إلى
أن هذه المعتقدات تشكلت خلال مراحل نموه تبعاً فى مرحلة الطفولة نجد
أنه عاش تجارب فى بيئة أسهمت فى تنمية معتقدات جوهرية لديه

هذه التجارب وإن لم تتخذ شكل صدمات نفسية معينة لديه إلا أنها كانت عن عبارة رسائل مبكرة غير مباشرة تلقاها من والده وعمه ومن حوله ف (ح) يعود إلى أسرة أفرادها يتعاطون الكحول . وغير محددة سلوكياتهم . سمع أن السعادة لديهم وشاهدها مقترنة بشرب الكحول والتعاطى وأقترن الشرب والتعاطى والحشيش فى مواقف المرح والسرور والمناسبات الخاصة السرية وملذات الهوى . هذه الأجواء لقتته رسالة واضحة مفادها أن الكحول هو الوسيلة للتأقلم ومواجهة المشاكل فى الواقع المعاش هذا أسهم فى نشوء المعتقد الخاص بتخفيف الآلام وتحقيق السعادة وطرده مشاعر الضياع والمبنى على التوقعات السارة الممكن تحقيقها من خلال تأثير المخدرات وإستخدامها فهو يشاهد والده ينفق مبالغ طائلة على المخدرات لأنها سبب سعادته وتحقيق البهجة والسرور لديه ومصدر طرد الهموم . فحتى عند كبره يقول (ح) عزم على والدى بكأس وفتاه وقال لى " خلىنا ننسب وشيل الهم عنك " فازداد وتطور هذا الإعتقاد والمشوه لديه . هذا من ناحية ومن ناحية أخرى عند الإحتفال بفوز فريقه إقترن الفرح لديه وتأكد عندما تعاطى الحشيش مع زملائه اللاعبين فى تلك الفترة وحدث وعاش تجربة من المرح والإنبساط المؤقت مما عزز هذا المعتقد قوة . الأمر الذى دعاه لتنويع إستخدام المواد المخدرة فأتجاهه إلى الحبوب المنشطة PSYCHOACTIVE الأمفيتامينات كان لزيادة النجاح الرياضى الذى حدث له وأصبح عطائه الكروى الناجح مرهون بوجود المنشطات الدوائية . هذه

الشبكة من الإعتقادات تظهر بشكل جلى ويسهم فى تنشيطها لدى (ح) مواقف نفسية معينة . فكيف تسهم هذه المواقف ؟ تلك الظروف النفسية والمشاكل الحياتية التى تشكل مصاعب المعيشة لديه وتشمل المشاكل الصحية ، والمشاكل القانونية الأمنية ، عدم إستقرار الأوضاع المعيشية مشاعر اليأس ، مشاكل العلاقة العائلية والزواجية والأسرية ، فهو تعاطى الهيرويين بالرغم من معارضته له مبدئياً عندما تعرض لموقف عائلى صعب أثار لديه مشاعر عدم الإستقرار النفسى والأجباط وكانت بداية إستهلاله لإستخدام الهيرويين ومن ثم إعماده عليه . وتلك ذلك المواقف الخارجية الأخرى . ففى لحظات فصله من عمله وبقاءه عاطلاً كان هذا الموقف قد سبب له إثارة لمشاعر الإشتياق والرغبة الملحة فى التعاطى . ونظرته الدونية لنفسه فى حالة فشله الرياضى والزواجى كانت تثير لديه الرغبة فى التعويض عن طريق المخدرات فهو بنى ونظر لنفسه نظرة أولية ودونية مستمدة من الإعتقاد الجوهري لديه . ومن خلال التعامل العلاجى توصلنا إلى أن جوهر الإعتقاد عن نفسه لديه ونظرته لها أو بمعنى آخر الكيفية التى ينظر بها إلى ذاته " أنا شخص عاجز ومغلوب على أمرى " أو أن لم يعبر عنها نصاً إلا أنها قد إستوعبت من خلال معانى ذات صلة بها مثل قوله " أنا غير محبوب ومحروم من ما عاشه الآخريين من أقرانى " ويرمز بذلك لحياته الغير معاشة مع والده وأمه وقوله " أنا غير مؤثر وغير فعال " عندما تعرض لمشكلته مع زوجته . وهو هنا فى نموه المعرفى

المبنى على إعتقاداته السابقة وبشكل أساسى إعتقاده الجوهرى يضع
 أفتراضات تأخذ صفة الشرطية وهى تساعد فى التكيف مع إعتقاده
 الأساسى . وهنا لدى (ح) أخذت هذه الإفتراضات الشرطية الشكل
 السلبي فمضمون قوله " أنا منبوذ وغير محبوب إذا لم أكسب صداقة كافة
 أفراد عملى " كان مسيطراً عليه وهذا كان مرهون لديه بدخوله فى عالم
 الهيرويين . الحالة (ح) كان مدفوعاً لتعاطى الهيرويين تحت ضغط إعتقاده بأن
 التعاطى هو الوسيلة المثلى لطرد الهموم وتنشأ لديه فى ظل المواقف
 التحريضية للتعاطى أفكار لا إرادية تحثها المعتقدات الأساسية والإفتراضات الشرطية
 لديه وكلها تصب فى قالب الطاقة التحفيزية لإستعمال المخدر . فهو يعيش
 مرحلة قاسية من التفكير . يعجز عن التحكم فى مشاعر الألم النفسى قبل
 تعاطى الهيرويين ثم تعذبه بأعتقاده أن المخدرات هى وسيلة التخفيف . ففى
 أكثر من لقاء يجيبنى عن حوار فى تلك اللحظات مع نفسه عند سؤاله
 فىوضح بأنه عاجز عن مقاومة إستشارة ومشاعر الرغبة والإشتياق . أو
 بصيغة أخرى " قليلاً من الهيرويين تبسط ولا تؤثر " أو " أنت تستحق أى
 شىء ينسبك همومك " أو " ما عليك هم يتعبوا لأنهم يزودوا " وهى التى
 تقوده بعد ذلك دون معرفته لا إرادياً إلى وضع الخطط التى من خلالها
 يحصل على الهيرويين أو تفرز السلوك الذى يكون على شكل الذهاب
 لشراء مخدرات أو زيارة صديق يتعاطى أو المشاركة فى أى نشاط يختص
 بالمخدرات ومن ثم التعاطى مثل ما حدث للحالة (ح) فى تماديها

بالإنغماس فى الهيرويين وتوفيره للأصدقاء والتعويل والإعتماد عليه كمصدر من مصادر الإرتياح النفسى بالرغم من المشاكل التى يسببها . كفضله من عمله . وإنفصاله مؤقتاً عن زوجته إلا أنها تظل مصدر السعادة والتحليق ويقول (تملكتنى المخدرات تماماً) .

بأختصار عاش (ح) طفولة فى بيئة غير مستقرة نفسياً وحرماً من توجيه الأب وبها عوائق وعقبات متكررة وسلوكيات غير مقبولة إجتماعياً ومقبولة وسط أسرته ومنها سلوك الإدمان والتعاطى فأمن وأعتقد بأنه هو السبيل الوحيد لتخفيف الآلام ولنسيان المشاكل وبدونه الحياه ممله . ناهيك عن إعتقاده بأنه غير محبوب ومحروم ولازمته هذه الإعتقادات الجوهريه حتى بلوغه مرحلة الرشد حيث قام بتطبيقها ووضعها موضع التنفيذ . وهو يحس بعدم إتزان فكرى ونفسى فى مواقف نفسية معينة حيث يعتقد بأن لا حل لها إلا بالمخدرات وهكذا يلجأ إلى المخدرات ويتعود على تعاطيها إعتقاداً منه بأنها ستجعله يشعر بأنه واثق من نفسه محبوب ومقبول لدى الأصدقاء . إلا أن هذه الإستراتيجية التعويضية المتخذة من قبله خاطئة وأدت إلى إنقياده إلى تعاطى الهيرويين إستعمالاً جبرياً أدى إلى تعريض حياته الزوجية للفشل والحياة العملية بالنهايه ونجم عن هذه المشاكل تغذية سلبية المشاعر الدونية وإعتقادات العجز عن مواجهة المشاكل إلا بالمخدرات . وأن سبيل القبول لدى الأصدقاء بشكل تام هو الدخول فى شلة التعاطى

أدت إلى أن يكون مدمناً غير متحفظاً للهيرويين وفي الحقيقة كانت حالته بعد ذلك زيادة من العجز واليأس والمشاكل العائلية والمالية .

نتائج المقاييس النفسية بعد هذه المرحلة العلاجية " برنامج الأمل "

الإسم : ح . س . ك

		مرتفع					منخفض				
		٥	٤	٣	٢	١					
أ- بعد المقاومة للعلاج .		(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)					
		الدرجة الخام =									
ب- بعد المقاومة لإستمرار الرعاية العلاجية.		(٢٠-١٧)	(١٦-١٤)	(١٣-١١)	(١٠-٧)	(٧-٥)					
		الدرجة الخام =									
ج- حدة المشاكل الطبية الحيوية .		(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)					
		الدرجة الخام =									
د- بعد حدة المشاكل النفسية .		(٣٢-٢٨)	(٢٧-٢٣)	(٢٢-١٨)	(١٧-١٣)	(١٢-٨)					
		الدرجة الخام =									
هـ- بعد الوضع البيئي الأسرى الإجتماعى .		(٤٠-٣٤)	(٣٣-٢٨)	(٢٧-٢٢)	(٢١-١٦)	(١٥-١٠)					
		الدرجة الخام =									

درجات البروفيل	قياس الإبتجاده نحو المعالجة والشفاء	
	الدرجة الخام	البعد
٢	١١	أ
٣	١٣	ب
٤	١٩	ج
٣	١٨	د
٣	٢٣	ح

٢- قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة . الدرجة النهائية ٦١ أقل من المتوسط .

٣- استبيان معتقدات الرغبة الملحة والتشوق للتعاطي . الدرجة النهائية ٦٧ أقل من المتوسط .

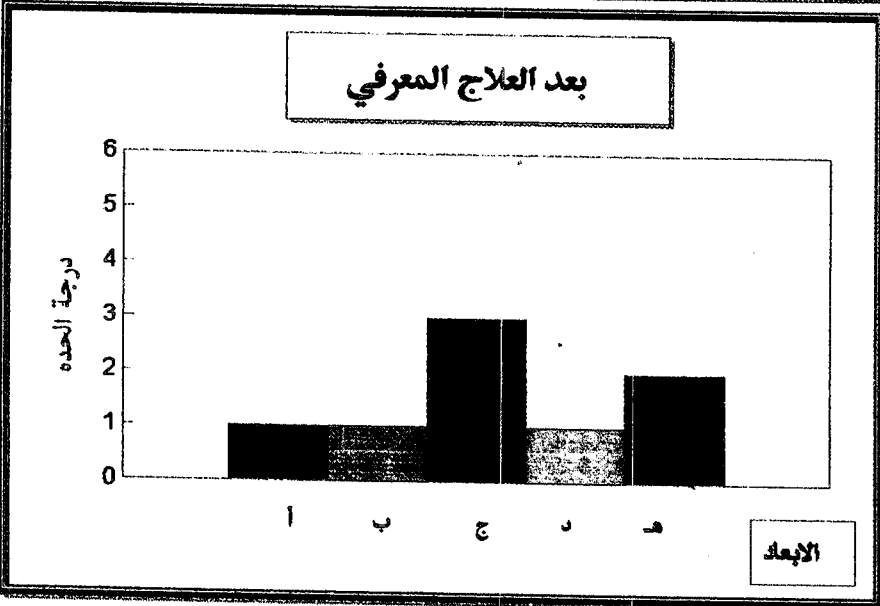
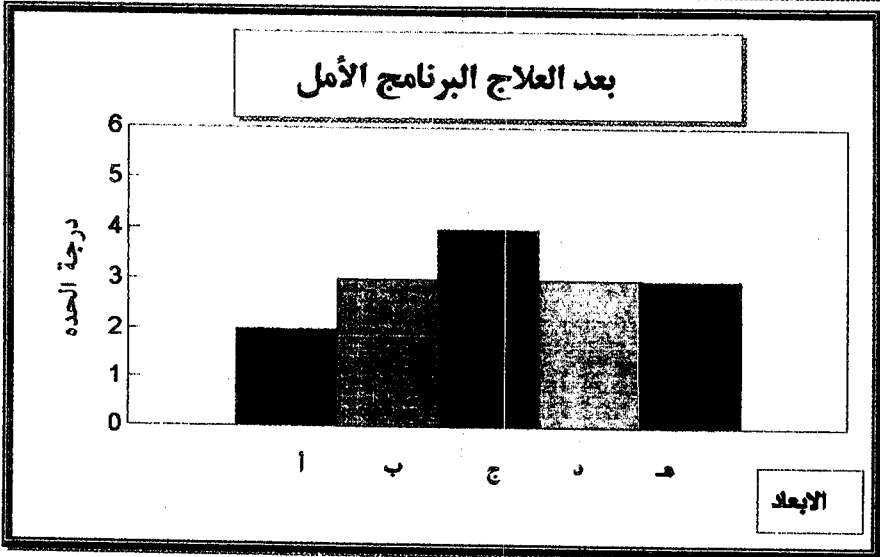
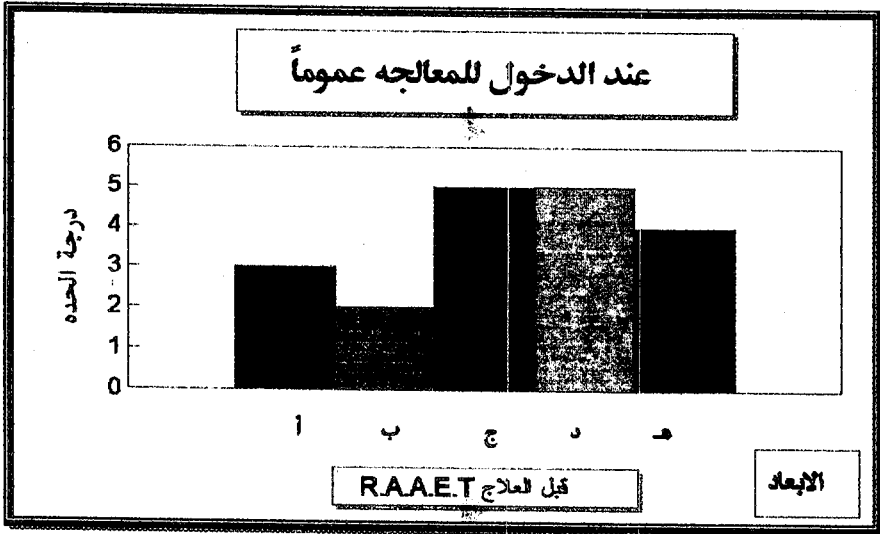
مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء "بعد العلاج المعرفي"

الإسم :

		مرتفع					منخفض				
		٥	٤	٣	٢	١					
أ- بعد المقاومة للعلاج .		(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)					
		الدرجة الخام =									
ب- بعد المقاومة لإستمرار الرعاية العلاجية.		(٢٠-١٧)	(١٦-١٤)	(١٣-١١)	(١٠-٧)	(٧-٥)					
		الدرجة الخام =									
ج- حدة المشاكل الطبية الحيوية .		(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)					
		الدرجة الخام =									
د- بعد حدة المشاكل النفسية .		(٣٢-٢٨)	(٢٧-٢٣)	(٢٢-١٨)	(١٧-١٣)	(١٢-٨)					
		الدرجة الخام =									
هـ- بعد الوضع البيئي الأسرى الإجتماعي .		(٤٠-٣٤)	(٣٣-٢٨)	(٢٧-٢٢)	(٢١-١٦)	(١٥-١٠)					
		الدرجة الخام =									

درجات البروفيل	مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء	
	الدرجة الخام	البعد
١	٦	أ
١	٦	ب
٣	١٣	ج
١	٩	د
٢	١٨	هـ

الحاله
"ح"



البعد أ - مقاومه العلاج	■	البعد د - حده لمشاكل التنسيه	■
البعد ب - مقاومه الأستمرار فى علاج	■	البعد هـ - لوضع البيئى الأسنره	■
البعد ج - حده المشاكل الطبيه	■		

الحالة الثانية (ع . ش)

الإسم : ع.ص.ش
 الجنس : ذكر
 المؤهل : كفاءة متوسطة+دبلوم فنى
 الحالة الإجتماعية : أعزب
 السن : ٣٠ سنة
 المهنة : فنى على مكنه فى مصنع
 ترتيبه بين أخوانه : الأكبر فى خمسة ٣ أولاد و ٢ بنات
 مصدر الإحالة : دخول بنفسه .

الشكوى : إدمان هيرويين وحبوب منشطة بالإضافة الى الحشيش " الكنشا "
 وهو مخدر يصنع فى تايلاند .

الدخول للمستشفى :

دخل (ع) إلى المستشفى فى حالة طوارئ حيث كان يعانى أعراض
 إنسحابية لتركه التعاطى يوم وليله ٣٦ ساعة ماضية . تم فحص الحالة فى
 الطوارئ وأمر بدخولها للتتويم مباشرة فى قسم إزالة السمية
 DETOXIFICATION وتمت مساعدته عقاقيرياً للتخفيف من أعراض
 الإنسحاب وكان بالرغم من ذلك فى شكل مقبول من حيث الملبس
 والمظهر . يدخن .

التشخيص : إدمان الهيرويين .

تاريخ الحالة : ولد (ع) فى جده فى أسرة بسيطة متواضعة
 متوسطة الدخل تملك محلاً للأعمال التجارية البسيطة . الأم : غير متعلمه

نهائياً حنونه سلبية فى إتخاذ القرارات داخل المنزل غير سعودية الأصل والمنشأ .

الوالد: غير سعودى الأصل وحصل على الجنسية السعودية عندما كان (ع) فى سن الرابعة وبالتالى حصوله أتوماتيكياً على الجنسية بحصول والديه . الأب ذو شخصية عادية متعلم بنسبة ضئيلة تعليم قديم غير نظامى .

الحالة الإقتصادية : متوسطة وإن كانت أقرب إلى جيد جداً .
السكن :

يملك منزلاً فى حى تجارى يقطنه كثيراً من أبناء دولته الأساسية .

التاريخ المرضى للأسرة :

لا يوجد أمراض وراثية أو أمراض نفسية فى حياة الأسرة لا يوجد أحد من أفراد الأسرة يتعاطى المخدرات .

من تاريخ الطفولة عاش (ع) طفولة عادية فى حى تجارى يكثر فيه الناس من جنسيات تجارية وموظفون يعملون بالتجارة ويسكنون بنفس الحى وهم عازيين كنت محل تدليل جداً من أمى وأبى حيث أنهم الأول وطلباتى كلها مجابة وكنت محل إهتمام لتحقيق طموحات أبى الذى كان لا يخل على بأى شىء وكان كل أمله أن أتفوق وأنجح دراسياً لتحقيق أمر جديد فى حياة الأسرة التى لا يوجد بها متعلمين ولكى أتابع أعمال والدى التجارية وأستطيع أن أقول أننى مدلل جداً جداً للدرجة أن أبى

يستشيرنى فى أمور كثيرة وأنا فى سن مبكرة جداً وكان رأى فى تسيير أمور البيت هو المرجح بالرغم من صغر سنى . فما أريده أنا هو الذى يتم دون مراجعة ولا أذكر أننى تعرضت لأى معارضة من أبى أو أمى فى أى أمر وكنت أتصرف بشكل أكبر من سنى .

رحلته مع المخدرات :

أول مرة واجهت فيها المخدرات كانت مع جيران لنا فى السكن وهم يتعاطون (القات) فى جلسة جميلة وبها أحاديث مسلية وكنت فى الرابعة عشرة من عمري وبدون أى رفض عرض على القات وأكلته حيث أنه يبعث النشاط وله صفة الرجولة وهذه فائدته . ومن يومها وأنا أتناول القات الذى حقق لى صفة رجولية وعرفت ناس آخرين يتناولون القات وعرف عنى فى الشارع وفى الحى أنى أتعاطى القات وكان شباب الحارة فى سنى (١٥-١٧) سنة يهابوننى وكنت عدوانياً معهم حيث أننى منذ سن الثانية عشرة تركت الدراسة وأنا فى المرحلة المتوسطة " أولى متوسط " بدأت أتجه بسلوكياتى إلى أشياء بطالة وغير مقبولة وعرفت أسرتهى ذلك ولم يحدثنى أحد ولم يعاقبنى والذى على ذلك وفى نفس الوقت لم يشجعنى بل كان دائماً يدعو لى بالصلاح . حيث أن سلوكياتى العدوانية سببت له العديد من المشاكل مع سكان الحى وكنت مشهور بأننى فى الحارة . إستمررت كذلك وبدأت أشرب الخمر " العرق " فى سن ١٦ سنة .

كيف شربت " العرق " ولأول مرة ؟

مع زملائي كنا منصرفين من المدرسة الليلية المتوسطة حيث فى الصباح أقعد مع والدى فى الدكان أيضاً فى العصر وبعد ذلك أروح المدرسة الليلية وهناك تعرفت على شباب أكبر منى سنأً وكنا نشترك فى أمور كثيرة سيئة جنسية وعاطفية وعشت خلالها تجربة عاطفية فاشلة علاوة على فشلى فى الدراسة وزملائي صاروا ماشاء الله مستمرين ومتفوقين المهم تعرضت فيها لشرب العرق معهم فى بيت أحدهم ثم عرفت بعد ذلك أن أحدهم إعتدى على جنسياً وأنا سكران . وبعدها شربت العرق والكولونيا يمكن ٤ مرات فقط وبطلت نهائياً منه حيث لم يعجبنى . ورجعت أكل القات وأدخن الحشيش وكان الحشيش مع صاحب لى صادقته وأحبته وكنت أشوفه أكثر من أخويا (ط) وكنت أحدثه بكل شىء وصحبتنا كانت بالمره حلوة وخصوصاً بعد ما عرفنا الحشيش وكانت أحلى الليالى فى تعاطى الحشيش وكان ذلك مرة كل أسبوع أو أسبوعين لأنى كنت مركز على الدراسة وأبغى أعوض فشلى فيها وصار عمرى ١٨ سنة وأنا لازلت فى الكفاءة المتوسطة .

هل هناك إستخدام المخدرات من أنواع أخرى ؟

نعم شربت حبوب "بازوكا" وأحبها جداً جداً صاحبى (ط) قلت له عن الموقف اللى حصل لمن كنت شارب عرق مع الشباب وأنا من زمان أود أن أود

كرامتى حيث هذا الأمر كان ما تذكرته يسبب لى حالة نفسية سيئة جداً وأنفعل وأصبح عصبي ولكن قدرتى الجسمية لا تساعدنى فى رد أعتبارى منهم حيث أكبر سناً وجسماً منى ومالى قدرة وإستطاعة. فقال لى صاحبى أنت تقدر تغلبه لو أخذت " بازوكا " هى تخليك تحس أنك عنتر وتقدر تأخذ حقلك منه لأنها تعلم الشجاعة والجرأة وتخليك ماتحسب حساب لأحد وفعلا جاب لى بازوكا وإستخدمتها مرتين وعجبتنى وبعدها حصل مضاربة بينى وبين الشخص الذى إعتدى على و كنت " مبزك " " أى تحت تأثير البازوكا " وبالفعل قدرت ألقنه درس لاينساه وكان أمام شباب كثيرون من يومها البازوكا عندى أقوى سلاح أستخدمه فى حالات الطوارئ .

ولكن الا تعتقد أنها رجولة وشجاعة وهمية ؟

لا من يقول كدا ما يعرف البازوكا أنا شخصياً تعرضت لمواقف كثيرة وفعلا كنت تحت تأثير البازوكا وما أحد يقدر يقف لك فى سكه . وبعدين هى مو بس تخليك جرىء وشجاع لاهى كمان لها بسط ولها ترويق مزاج وتسطيع .

بعدهما جبت الكفاءة المتوسطة وأنا عمرى يمكن ١٩ أو ٢٠ سنة تعلمت السفر للخارج و كنت أشتغل مع صائغ ذهب وأودى طليبات ذهب إلى أماكن كثيرة من المملكة وكان صاحب العمل يجبنى ويشق فى وهو صديق لوالدى اللى ما وافق على هذه الشغلة إلا بعد تعب و كنت أكسب من

وراءها مبالغ حلوة . كنت أسافر بها خارج المملكة وأول السفرات على دولة عربية مجاورة وهناك أقدر أقول لك حبيت المخدرات والسهر والغناء وكل شىء وكثرت سفرات لها وكلها حشيش بالنسبة لى وكحول لزملائى وحشيش أنا ما أحب الخمرة بالمرة وأقدر أقول عدد مرات شرب ما تتعدى ٤ أو ٥ مرات وأنا من يمكن عدة سنوات ما شربت خمرة . حشيش وبس ومن حبى فى الحشيش مرة لقيت نوع بالمرة ممتاز ولعبى الشيطان وأخذت حاجة بسيطة فقط إستخدام فترة بسيطة ودخلت بها وأنا راجع المملكة ولكن حصل اللى حصل فى المطار وإنسجنت لمدة ٦ شهور وكانت فترة ماهى سهلة على أسرتى ما زارنى إلا أمى وواحد من أخوانى مرتين أو ثلاث وأبويه ما شفته وأثرت هذه المسألة جداً فى والدى وأنا كمان تأثرت لكن فى السجن عرفت كل شىء وتعرفت على نوعيات غريبة المهم خرجت من السجن وطلب منى والدى أن أروح أى مدينة بعيدة لأن الناس عرفوا وعيب فى العائلة . المهم إتفقنا وأرسلنى والدى إلى مدينة صناعية لنا أقارب فيها ودرست فى معهدا على صنعة مهنية وجلست سنة كاملة منضبط إلى حد ما . ولكن أصحابى وزملاء فى المعهد أغرونى مرة ثانية وكانوا يذهبون إلى دولة مجاورة لهذه المدينة ويحدثونى بكل تفاصيل رحلتهم فى نهاية الأسبوع وما كانت تكلفهم مادياً كثير . حديثهم هذا كان ينكش على رحلات زمان وما يحدث فيها وكنت ناوى ما أتجاوب معاهم ولكن إحساس خاص بالمغامرة

وحب الإستطلاع ما كنت أقدر أقاومه إلى أن حصل وسافرنا وشفنا كل البسط ونرجع للدراسة وما حصل شىء للدراسة لأنها كانت ورشة فى ورشه المهم فى أثناء الدراسة تعرفنا على شباب يستخدموا الحشيش . وأصبحت أنا رئيس الشلة ما يجلسوا إلا بعلمى وبعض الأحيان أنا أوفر لهم الحشيش وهم يجيوا الشراب وكانت هذه الجلسات هى لحظات الإنسباط عندى وغيرها كله نكد فى نكد وكنت أنتظرها بفارغ الصبر لأنى كل ما أتذكر نزولى إلى جده فى الأجازة أذكر المشاكل والعائلة والحاره وفى جده كنت أظن أنى مراقب بعدما دخلت السجن ولذلك من تخرجت لقيت شغل فى جده ولقيت شغل فى المدينة اللى أنا فيها وفعلا إشتغلت هنا .

**هل والدك وافق على العمل بعيدا عنه وأنت كبير أولاده ويمكن
بيغاك بجواره ؟**

سبق أن أوضحت إن أبويه ماله دخل وما كان يدخل فى كذا أنا اللى أبغاه أسويه من زمان ما قلت لك إنه ما عمره كلمنى فى شىء إلا عندما قال لى روح عند أقاربنا اللى فى المدينة الصناعية هذه فقط .

بدايتك مع الهيرويين :

بعد ما إشتغلت وصار لى مرتب كويس جداً كنت مستأجر شقه لأن الفترة السابقة نحن فى سكن المعهد . وفى هذه الشقه كان يأتى كل أصحابنا اللى يعملوا بعيدا عن جده عسكريين . مهنيين . طلاب فى الجامعة . وكانت أشبه بقرزة للحشيش والخمرة ومن هنا أحد الشباب كان

يجيب هيرويين وكنت ما أستخدمه وكنت أجلس أحشش وأشوفهم هم يضربوا إبر ويشموا ولى نفس فيه لكن المهم هم يضربوا ويدخلوا فى مزاج بالمره غريب وشفتهم مرتين وكانوا يعزمون على . المهم رفضت وقالوا لى أنهم تعلموه " الهيرويين " برا فى " بانكوك " ومن هنا بدأت أنا فى سكة ثانية بالمره كانوا يحدثونى عن " بانكوك " بشكل ما تتصوره وأنا رغبان سفر وأقنعونى . وسافرنا إلى بانكوك وأنا ما إستخدمت هيرويين . ولكن من أول ليلة كنا فى جلسة فى بانكوك وفيها كل شىء حشيش - كنشياء - خمرة - هيرويين - بنات . وهناك شفت كل الشباب يستخدموا هيرويين وتعرفت على فتاة وكانت تستخدم هيرويين والشباب يكلمونى عن الهيرويين ويقولوا أنه يزيد القدرة الجنسية والبنت تقول كمان يزيد القدرة الجنسية وكنت أشوف الشباب لمن يستخدموا هيرويين ينبسطوا من كل ناحية جنسياً ونفسياً وغيره المهم قلت " يعنى مافيه بسط بزيادة إلا بهيرويين " وأحسست برغبة مفاجئة تتابنى لأستخدم فى خضم هذا الجو ونسيت ساعتها كل المشاكل اللى يسويها الهيرويين ما أدرى كيف . فأستخدمت شم وعشت ليلة ما أنساها حسيت أنى فى دنيا غير الدنيا وسعادة ما لها أول ولا آخر وسهر ورقص وإستمريت فى سكة الهيرويين " شم " فى هذه الرحلة وبعدين رجعنا إلى السعودية وكنا نلاقى كمان هيرويين هنا نستخدم . لكنى معلق ببانكوك وكنت كلما أجمع شوية فلوس على طول رحلة إلى

بانكوك وصرت أضرب هيرويين حقن بالإبرة . وبعدين صحتى تغيرت
وفلوسى صرت أجيبها بطرق ملتوية الراتب ما يكفى لهيرويين وأنا فى
البلد منين أسافر ومنين أشترى وفين أشوف لى صرفه المهم لاتسألنى
أيش كنت أسوى حتى أجيب الفلوس . المهم قررت أن أبطل هيرويين لأن
العمل هددنى بالفصل وفعلاً فصلت من العمل . قررت أرجع جده
ورجعت جده وعندى أخبارها من ناحية الهيرويين ولكن قلت أبطل لكنى
ما فى فائدة البودرة جاتنى إلى عندى وكنت أستخدم داخل البيت وأبوى
وأمى موجودين وكانوا مايدرون أيش اللى يحصل مايسألوا عن شىء
رغم أن أمى كانت تشوف أبر وملاعق محروقة وليمون لكن ماتسأل ولا
حتى أخوانى . المهم دبروا لى أصدقائى عمل لأن الجوفى البلد موزى
بانكوك وهذه يبقى لها مصاريف وكنت أروح الشغل الجديد ما قعدت
فيه ولا حتى شهر واحد لأنى خربت ماكينه مهمه جداً فى المصنع
وفصلت . وصرت أسرق من دكان الوالد وأجيب بودرة . الحقيقة إشتغلت
موزع لواحد من البياعين فى الهيرويين ولكن بس لفترة بسيطة رغم أنى
كسبت كويس وسافرت بانكوك بفلوسها يمكن ٤ مرات . وكان رحلات
ما بينها فرق يمكن بين كل رحلة والثانية أسبوع أسبوعين بس المهم
تملكتنى البودرة وصارت كل شىء فى حياتى . ولأستطيع نهائياً البقاء
بدونها الأسرة عندى لاوجود لى فى حياتهم وحياتى أصبحت أسيرة
لهيرويين وأنا صرت معروف أنى موزع هيرويين ومرة تعرض أحد

أصحابنا ممن يتعاطون معنا لحادثة سيارة ومات وهو ضارب هيرويين . هذه الحادثة جعلتني أسأل نفسي إلى متى سأكون كذلك ولكن لفترة بسيطة ثم أعود وأضرب أبرة . لأنى ما أتحمّل أقعد بدون هيرويين . وفى هذه الفترة أنا صرت فى الثلاثين أو أكثر الشباب فى جلسى التعاطى نفقد بعضهم فى الجلسات ويقولوا راحوا الأمل يتعالجوا . المهم عرفنا بالأمل وفى ظل أملى فى أن أبطل هيرويين وبين الرغبة الجامحة والشوق للتعاطى كنت أود أن أدخل الأمل للعلاج . وكم كنت خائف كمان أنسجن مرة ثانية المهم قررت العلاج لوحدى وقعدت ٢٤ ساعة ما إستخدمت ولا إبرة وتعبت بالمرّة وما قدرت أتحمّل وقررت أروح للمستشفى واللى يحصل يحصل المهم أنى أتعالج وجئت المستشفى بنفسى فى حالة بالمرّة سيئة ولكن الأمل كبير .

المقاييس النفسية المطبقة على الحالة "عند الدخول للمعالجة النفسية
أولا مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء .
الإسم :

مرتفع		منخفض			
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)	أ- بعد المقاومة للعلاج .
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٠-١٧)	(١٦-١٤)	(١٣-١١)	(١٠-٧)	(٧-٥)	ب- بعد المقاومة لإستمرار الرعاية العلاجية.
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)	ج- حدة المشاكل الطبية الحيوية .
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٣٢-٢٨)	(٢٧-٢٣)	(٢٢-١٨)	(١٧-١٣)	(١٢-٨)	د- بعد حدة المشاكل النفسية .
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٤٠-٣٤)	(٣٣-٢٨)	(٢٧-٢٢)	(٢١-١٦)	(١٥-١٠)	هـ- بعد الوضع البيئي الأسرى الإجتماعى.
الدرجة الخام =					

درجات البروفيل	مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء	
	الدرجة الخام	البعد
٣	١٤	أ
٢	٧	ب
٥	٢٣	ج
٥	٣٢	د
٤	٣٠	ح

ثانياً : قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة .

درجة نهائية = ٩٧

التفسير :

أظهرت نتيجة هذه المقياس النفسية أن (ع) شخصية ذات تكوين وبنيان معرفي مشوة يحكمها نظام إعتقادي مبنى على نتائج خاطئة ويقرر (ع) من خلال هذا المقياس موافقة تامة على العديد من المعتقدات الشائعة حول إستخدام المخدرات إعتقاداً يظهر درجة التشوه المعرفي لديه حولها فهو يرى أن المخدرات هى الركن الأساسى لتسيير عجلة حياة الشخص بعيداً عن المشاكل وضغوط الحياة وهى قارب النجاة الوحيد للسير به إلى بر الهدوء والإستقرار النفسى وهذا يحثه على إثارة مشاعر الرغبة والتشوق مما يقوده إلى تكرار عملية التعاطى للتعزيز المؤقت الذى يحدث له نتيجة الخواص الدوائية للهيرويين مما يحتمل من خلاله أنه شخصية ذات بنيان معرفي مشوه حول المخدرات وخصوصاً الهيرويين .

ثالثاً : إستبيان معتقدات الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطى .

تؤكد نتائج هذا المقياس ما وصل إليه المقياس السابق وما تم تحليله من نتائج المقابلات الإكلينيكية من وصف شخصية (ع) أنها شخصية ذات بنيان معرفي مشوه ففى هذا المقياس تبين أن هذا التشوه المعرفي إنطبق أيضاً على معتقداته تجاه أحاسيسه ورغبته وتشوقه للتعاطى وأورد فى جمل تقريرية من

موافقة تامة . أن حالات الرغبة الملحة والشوق للتعاطى للمخدرات التى تكون شرارة البداية فى تناول أو أى مواد مخدرة هى أمر غير متحكم فيه وضبطه أمر خارج عن إرادة الفرد لأنها متطلبات جسيمة وهذا ما يؤيد شدة ودرجة الإعتقاد فى هذه المواد المخدرة وظواهرها المصاحبة والنتائج الإيجابية المتوقع حدوثها من خلالها مما ولد لديه القناعات بعدم وجود حلول توفيقية فى بدائل أخرى . الأمر الذى تفرز من خلاله معتقدات أخرى ذات طابع تسهيلي وسمح وتصريح بإعطاء إذن بالتعاطى مما يغذى دورة التكرار بشكل أكثر وإستمرار نهج السلوك العملى للبحث عن مخدرات وتعاطيها . بمجرد إثارة المعتقدات الرغبة الملحة والإشتياق بمعتقدات التصريح بالبدء .

المناقشة العامة وفق سرد تاريخ الحالة (ع):

التحليل والتفسير .

أستغرقت المقابلات الإكلينيكية الخاصة بجانب التشخيص وتفهم الحالة Case Conceptualization لتحقيق غرض صياغته Formulation مع الحالة (ع) عدد ٣ جلسات بمعدل ساعة لكل جلسة تم خلالها التقييم الأولى والقياسات السابقة حتى تم الوصول إلى صياغة حالته الإدمانية معرفياً والتي تم وصفها بأنها شخصية ذات سلوك إدمانى وفق ما تقدم واقع تحت تأثير العمليات المعرفية لديه أو أن سلوكه للتعاطى خضع للطريقة المعرفية لديه فى تقييم الأحداث والتي بدورها كانت خاطئة نتيجة تكوينها المشوه .

ففى مرحلة الطفولة عاش (ع) طفولة بها إفراط ملموس فى التدليل مما جعله يكون رأى خاص به أو إعتقاد أولى بأنه مسئول عن كل تصرفاته فموقف السلطة الوالدية فى المراحل الأولى كان مفقوداً بل معزراً للجانب السلبى منها .

تحميله مسؤوليات أكبر من سنه وجعله صاحب رأى هام فى حياة المنزل اليومية عزز ذلك سلبية الأم الزائدة فى عدم وجود رأى لها من ناحية ومن ناحية أخرى طموح الأب الزائد فى الأمل بتفوق ابنه مما جعله غير معارض فى تصرفاته وقد صرح عنها (ع) فى حديثه " الذى أريده أنا هو الذى يتم ولاأذكر أنى تعرضت إلى أى معارضة من أبى وأمى " هذه الظروف المحيطة أبلغته مبكراً أنه يعمل ما يعمل فلن يكون هناك ضوابط لسلوكياتك مما غدى لديه شعور فقدان الضبط والتحكم وغياب الرادع المطلوب لتقويم السلوك . فلقد إستخدم القات وعرفت أسرته ولم ينهر أو يعاقب فزرعت البذرة الأولى لديه فى تشكيل أرضية إعتقادية مؤداها فقدان معايير الخطأ والصواب وتركها لشخصه يقيمها كيف يشاء عزز هذا الإعتقاد لديه خضوعه لأول تجربة فى القات فدافعه الرئيسى هو الحصول على السرور والمتعة الحسية والإحساس بالإبتهاج والإنتعاش ومشاركة الأصدقاء (جيران المنزل) فى الإثارة وتأكيد صفة الرجولة التى لم يحدثها القات وحدث أيضاً التوقع المفترض من ذلك وهو أنه سينشط ويقوى مما ثبت له عدم قدرته على تحمل إغراء الأصدقاء الذين فى الحقيقة يكبرونه سناً ويبرهن المدى الذى لعبته البيئة المحيطة من تسهيل ودعم ومساندة جماعية (قناعة شخصية بزيارة الجيران

وعدم معارضة من الأهل والدعم منهم والمساندة) حيث جلسة تعاطى القات تكون جماعية ولها طقوس تشجيعية كل هذا أضاف إلى ما سبق فرصة إستعمال القات لاحقاً ما سواه من باقى المخدرات بشكل أوسع مقارنة بأجواء بيئية أخرى . وحيث أن بداية تعاطيه القات لم يكن مخطط لها بقدر ما كانت إستعمالاً بالمصادفة جعلت (ع) غير قادر على تحمل الأغراء وبالتالي الثبات والسيطرة فبسرعة شديدة كان قد إتخذ قرار الإذن بالإستعمال وأيضاً النتائج التى حققتها له فى البداية أسست لديه دائرة سيئة من الرغبة فى تكرارها . ففى تجارب التعاطى اللاحقة لاتزال إعتقادات النتائج المتوقع حدوثها من تعاطى المخدرات هو محرك أساسى وإنحصرت لديه فى العبارات التالية " القاط يقوى الجسم وينشطه " وهو يلحظ جيرانه تزداد إنتاجيتهم العملية بشكل ملحوظ فى الأوقات التى تعقب عملية التعاطى . " القات له صفة الرجولة " وهو يرى بالرغم من صغر سنه الا أنه مع رجال كبار ويجاريهم .

ثم إن سلوكياته العدوانية تجاه زملاء الحارة والمدرسة هى محك إختبار للرجولة التى تحققت من خلال تعاطى القات مما عززها وأكسبها صفة التكرارية فى ظل عدم ردعها . كل ذلك كون بشكل جوهرى أساسى معتقداته فى مكاسب التعاطى ثم أن سلوكه الإدمانى فى تعاطى العرق ومن ثم بالبازوكا والحشيش كان مدفوعاً ببنائه المعرفى حول المخدرات التى يحمل عنها معتقدات أساسية وأفكار لا إرادية أتوماتيكية ذات إسهام رئيسى فى الإستخدام يتم

تنشيطها من خلال مواقف وظروف معينة وهى ما تعرف بالمواقف والظروف الأكثر إثارة لخطر التعرض لفرص التعاطى سواء " أ " خارجية من البيئة المحيطة كوجوده مع أصدقاء تعاطى قديمون ورؤية مصدر شراء هذه المخدرات أو أى ماديات ثبتت لديه واقتزنت شرطياً بالرغبة وموقف التعاطى مثل الحقن أو أدوات التعاطى . أو " ب " مواقف وظروف داخلية مثل ظروف شخصية عاطفية إنفعالية أو مؤثرات جسمية صحية تدعوه وتثير لديه الرغبة .

وقد تجلت الثلاث النماذج للمعتقدات الإدمانية لديه بصورة أو بأخرى وهى ما يتماشى مع رأى وملخصات نتائج أبحاث الإكلينيكين المختصين فى هذا المجال سواء ما يتعلق بـ :

أ- معتقدات تسكين وإزالة مشاعر عدم الراحة أو تخفيف المعاناه (إنهاء وتحقيق مشاعر عدم الراحة) .

ب- معتقدات ما يخص التوقعات المحققة من خلال التعاطى (المعتقدات التوقعية) .

ج- المعتقدات التسهيلية أو المصرحة .

فالمعتقدات الخاصة بإزالة المشاكل وتخفيف وتفريج الهموم والكرب تشمل ضمن ما تشمل التوقعات أو الأمل أن المشاكل وتخفيف وتفريج الهموم والكرب تشمل ضمن ما تشمل التوقعات أو الأمل أن المشاكل أو عدم الراحة أو الإستقرار النفسى سوف تحل وتنتهى ويتم القضاء عليها بواسطة تعاطى الهيرويين ومثال ذلك " أنا بروق مزاجى وأنبسط بالهيرويين " " أنسى كل المشاكل لمن أطعز إبرة " " لن أكون بمثل هذا الطفش لو أنى ضربت حقنة " .

أما معتقدات التوقعات التى تتحقق بالتعاطى فهى تشمل التوقعات بأن هناك مشاعر لذة وإرتياح يتم تحقيقها من خلال إستخدام الهيرويين مثال ذلك " بعدما أحقن هيرويين أحس بنشوة وإنبساط " بعدما أخذ بازوكا أحس انى عنتر وما أحد يقدر يقف أمامى " " لمن تسطح من الهيرويين تحس أنك فى دنيا غير هذه الدنيا وسعادة ما لها أول ولا آخر " .

أما المعتقدات التسهيلية تأخذ شكل إعطاء الإذن أو التصريح والموافقة وكانت لدى (ع) على الشكل الآتى " ليه يعنى بس هم اللى ينبسطو أكثر ما أنا أخذ هيرويين مثلهم وتزيد قدرتى على الجنس وكله " " مو مشكلة إنك تطعز ما بيحصلك شىء ولا بتضرك " " أقدر أستخدمها هذه المرة بدون ما تسبب لى أى شىء " .

هذه المعتقدات الإدمانية عبرت عن نفسها لدى (ع) ظهرت على شكل أفكار أتوماتيكية لا إرادية هى الصورة المختصرة لمحتوى المعتقد نفسه فنجده فى حديثه أخذت شكل تعابير قصيرة مثل " ما عليك " " البسط كله بانكوك " " دنيا غير الدنيا " " البسط بس لهم هم وحدهم " " أيه اللى بيحصل " مما ينشط لديه وتثير مشاعر الرغبة الملحة والتشوق للتعاطى .

وإذا أعدنا ذلك كله لمصدر فسنجد أنها مستمرة من المعتقد الجوهرى الأساسى لـ (ع) نفسه والذى نرى أن يدور حول محور " أنا على طول فى خطر " ومن ثم فجملة ما يحدث له مدفوعاً برؤيته الأساسية لنفسه والتى يرى أنه دائماً هكذا فى خطر وتجدد يندفع بسلوكه فى شتى مسالك الحياة بصورة مقبولة

كنتيجة لتفاعل هذا المعتقد الجوهري مع مشاكل الحياة وهذا في رأى تفسيري
في سلوكه الذي هو في جملة أخرى مدفوعاً بعملياته الفكرية أو المعرفية .

مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء "بعد برنامج الأمل"

الإسم :

مرتفع		منخفض			
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)	أ- بعد المقاومة للعلاج .
الدرجة الخام =					
٥		٣	٢	١	
(٢٠-١٧)	(١٦-١٤)	(١٣-١١)	(١٠-٧)	(٧-٥)	ب- بعد المقاومة لإستمرار الرعاية العلاجية .
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)	ج- حدة المشاكل الطبية الحيوية .
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٣٢-٢٨)	(٢٧-٢٣)	(٢٢-١٨)	(١٧-١٣)	(١٢-٨)	د- بعد حدة المشاكل النفسية .
الدرجة الخام =					
٥	٤	٣	٢	١	
(٤٠-٣٤)	(٣٣-٢٨)	(٢٧-٢٢)	(٢١-١٦)	(١٥-١٠)	هـ- بعد الوضع البيئي الأسرى الإجتماعى .
الدرجة الخام =					

درجات البروفيل	مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء	
	الدرجة الخام	البعد
٢	٩	أ
٣	١١	ب
٣	١٥	ج
٤	٢٦	د
٣	٢٤	ح

مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء بعد العلاج المعرفي

الإسم :

مرتفع		منخفض			
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)	أ- بعد المقاومة للعلاج .
= الدرجة الخام					
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٠-١٧)	(١٦-١٤)	(١٣-١١)	(١٠-٧)	(٧-٥)	ب- بعد المقاومة لإستمرار الرعاية العلاجية.
= الدرجة الخام					
٥	٤	٣	٢	١	
(٢٤-٢١)	(٢٠-١٧)	(١٦-١٣)	(١٢-٩)	(٨-٦)	ج- حدة المشاكل الطبية الحيوية .
= الدرجة الخام					
٥	٤	٣	٢	١	
(٣٢-٢٨)	(٢٧-٢٣)	(٢٢-١٨)	(١٧-١٣)	(١٢-٨)	د- بعد حدة المشاكل النفسية .
= الدرجة الخام					
٥	٤	٣	٢	١	
(٤٠-٣٤)	(٣٣-٢٨)	(٢٧-٢٢)	(٢١-١٦)	(١٥-١٠)	هـ- بعد الوضع البيئي الأسرى الإجتماعى .
= الدرجة الخام					

درجات البروفيل	مقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء	
	الدرجة الخام	البعد
١	٦	أ
١	٥	ب
٢	١٠	ج
٢	١٥	د
٢	١٧	هـ

٢- قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة . الدرجة النهائية ٦٥

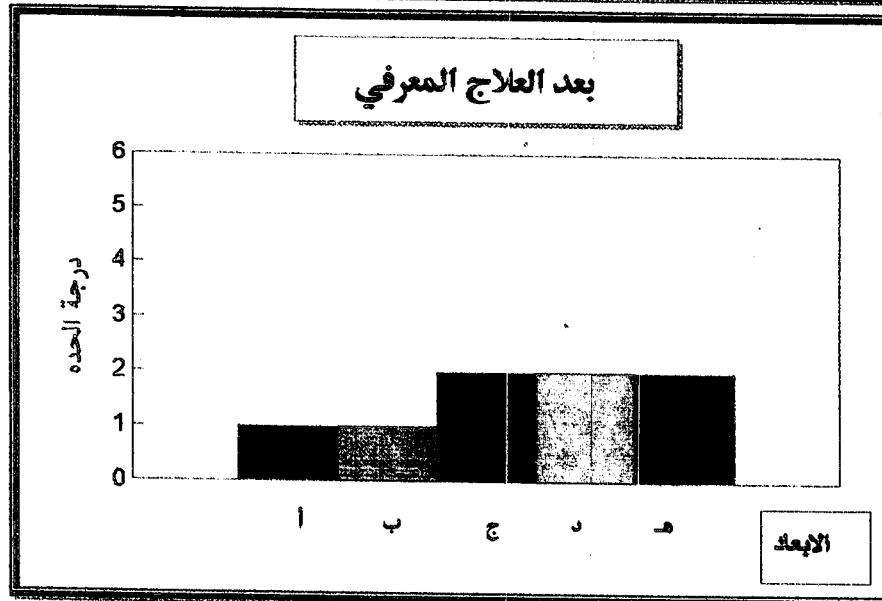
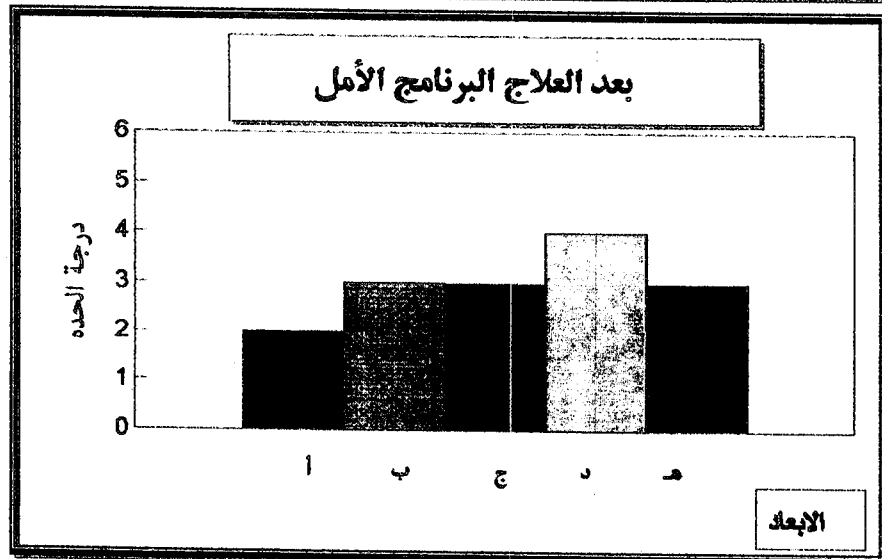
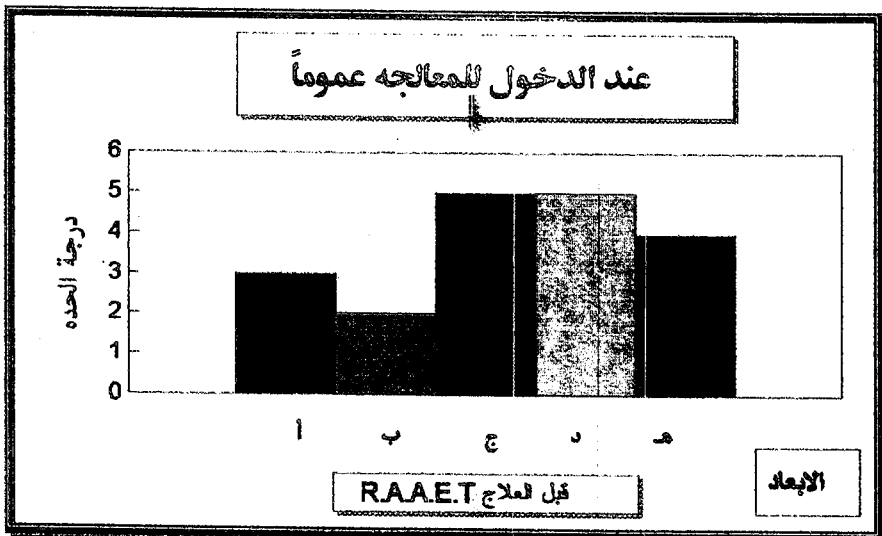
أقل من المتوسط .

٣- استبيان معتقدات الرغبة الملحة والتشوق للتعاطى . الدرجة

النهائية ٧٠ أقل من المتوسط .

- ٢- قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة . الدرجة النهائية ٢٦
متدنية .
- ٣- استبيان معتقدات الرغبة الملحة والتشوق للتعاطي . الدرجة
النهائية ٣٠ متدنية .

الحالة
"ع"



■	البعد أ - مقاومه العلاج	■	البعد د - حده المشكل لتفسيه
■	البعد ب - مقاومه الأستمرار في عا	□	البعد هـ - الوضع البيئي الأمره
■	البعد ج - حده المشكل الطبيه		

نتائج الدراسة :

المناقشة النهائية والتفسير :

أولاً : فيما يخص نتائج الفرض الأول وتفسيره فقد تحقق صحة هذا الفرض حيث أن النتائج فى فروق القياسات النفسية لكل مرحلة دلت على ظهور تحسن فى الشكل العام للصورة الإكلينيكية للحالتين عما كانت عليه سواء بعد خضوعهم للمداخلة العلاجية الأولى " برنامج الأمل " والمداخلة العلاجية الثانية " العلاج السلوكى المعرفى " مما يوضح تأثير العلاج بنوعيه فى خفض مستوى الأعراض الإدمانية والإمتناع عن التعاطى . وذلك منسوباً لإستجابات الحالتين على المقاييس المستخدمة والتي ظهرت على كل مقياس على النحو التالى :

١ - مقياس " الإتجاه نحو المعالجة والشفاء " (ح)

دل القياس ما قبل علاج برنامج الأمل على أن (ح) فى البعد " أ " لم يكن ذلك الشخص المتطرف سلباً أو إيجاباً تجاه العلاج ومقاومته وكانت درجته متوسطة وموقفه متقبل للعلاج ولكن سلبيته تجاه بعض أجزاء برنامج علاج " الإنسحاب " تدل على تردد واضح نحو العلاج مما جعل هذه المرحلة تركيز على زيادة الدافعية والإنتفاع للعلاج وهو ما تحقق حيث أن حصوله على درجة ٢ فى نهاية المرحلة العلاجية الأولى يدل على تدنى درجة المقاومة وظهر ذلك من خلال الإنتظام فى جميع مكونات علاج برنامج الأمل . تم إستمرار إنخفاض درجة مقاومته للعلاج وزيادة التقبل

وإنتظام إندماجه فى جميع المراحل العملية للعلاج المعرفى ومبادرته فى تقبل الأداء للواجبات المنزلية وهو ما مثله درجة ١ التى حصل عليها فى نهاية علاجه المعرفى وتقبل خروجه من المستشفى لتفسر مدى وعيه بأهمية العلاج للخروج من مشكلته مما يعنى حصوله على مكاسب متدرجة فى الإتجاه الإيجابى من البرنامجين العلاجيين وقد إنسحب نفس ذلك الوصف على البعد " ب " وهو ما يتعلق بمقاومته فى إستمرارية الرعاية العلاجية له . فمن توجه وإستعداد سلبى وتوقع غير متفائل بنجاح العلاج فى البداية إلى تذبذب ما بين السلبى والإيجابى فى نهاية علاج الأمل وأخيراً إلى قناعة وإعتقاد تام بنجاح هذه الرعاية العلاجية مما خلق لديه سلوك إندماجى نشط ساهم كثيراً فى التخطيط له .

وفى البعد " ج " فقد أظهر لدى دخوله عدة مشاكل طبية حيوية هامة تمثلت فى أعراض الإنسحاب وضعف البنية والهزال وخلافه من المشاكل الطبية الجسمية تم متابعتها بشكل جيد وإن لم تكن بشكل مستمر على مدار ٢٤ ساعة إلا أنها كانت لها أهميتها فى ما لبث أن إنخفضت إلى مستوى لا يستدعى متابعتها ضرورة البقاء والتنويم . من قبل الفرد نفسه أو قليلا من الزيارات للعيادات الخارجية ذلك لإختفاء المشاكل الرئيسية فيها وإنحصارها فى مايتبع الإدمان من علل جسمية وإرهاق وضعف بنية وهزال وكان ذلك فى نهاية المرحلتين العلاجيتين حيث لم يكن هناك فارق فى الأعراض سواء فى نهاية علاج الأمل أو فى نهاية العلاج المعرفى .

البعد د : حدة المشاكل النفسية :

عند القياس والتقييم الأولى تجلت حدة المشاكل النفسية لدى (ح) بصورة عالية وهى ما مثلته الدرجة التى حصل عليها فى هذا البعد (٥) حيث كان يعانى من زملة أعراض سلوكية وإنفعالية وإكتئاب وإن لم يكن مصحوباً ببعض السلوكيات الانتحارية النشطة وهى ما تتوافق مع مشاكل الإدمان وما يتصف به من أنه ثنائى التشخيص والإضطراب . تم التعامل معها من خلال برنامج الأمل مما أدى إلى إنخفاضها نهائياً إلى (٣) فى نهاية تلك المرحلة مما جعلها ذات صفة تستدعى فقط مستوى متوسط من المتابعة وإن كانت لاتزال مسببة لقليل من التذبذب فى متابعته خلال هذه المرحلة جميع مكونات البرنامج العلاجى . هذه الدرجة تحسنت إلى أقصى درجة إنخفاض وليس إزالة نهائية بعد تجربة العلاج المعرفى وأخذت الصورة الرقمية (١) .

هذه الصورة الإكلينيكية العالية فى هذا البعد تفسر على أنها تتماشى مع نتائج أبحاث الإكلينيكين الذين يجمعون فى أن جميع المرضى الذين يحالون للعلاج من الإدمان لديهم تشخيص ثنائى أو مزدوج DUAL DIAGNOSIS . بمعنى أنه إضافة إلى تشخيصهم كحالة إدمان إلا أن لديهم بعض أعراض القلق أو الإكتئاب أو إضطرابات الشخصية (Regier et al, 1990) وقد تركزت لدى (ح) أعراض الإكتئاب مما صرف جزء من الوقت فى جلسات العلاج

المعرفى للتركيز على هذا الجانب وإن لم يركز عليه بشك هائل وهذا ما يفسر حصوله على إنخفاض هذا البعد وليس غيابه نهائياً .

البعد هـ : (ح) لديه مشاكل بيئية وإجتماعية وأسرية متعددة تمثلت فى عمل غير مستقر ، تبعته بطالة ، مشاكل قانونية ، أصدقاء مدمنون ، أسرة إجتماعية متهاكة ذات تأثير هادم غير ذلك يسبب تاريخ الأسرة والعمل فى الإدمان مما جعل (ح) معزول إجتماعياً ومن خلال المداخلات العلاجية الأولى والثانية وبما إحتوته من تدريبات بمهارات إجتماعية فقد أظهر تحسن فى هذا الجانب تدرج رقمياً من (٣ إلى ٢) فى نهاية العلاج حيث أصبح محيطه الإجتماعى الجديد يعد مساعداً فى إزالة الإمتعاض والإستياء وينظر بواقعية إلى المدمن وقد تمثل فى أخيه وجماعات التائبون حتى إنهاء التعامل مع الحالة .

كذلك الأمر كان فيما يخص الحالة (ع) وإن كانت الفروق فى الأبعاد ج . د . هـ من حيث مجموع الدرجات الخام إلا أنها لم تكن لها دلالتها الإكلينيكية وخصوصاً فى مجال ما يتعلق بهذا الفرض وهى نسبة التحسن ماعدا البعد (د) الذى كان نسبة التحسن فيه بطيئة مقارنة بالحالة (ح) ولعل ذلك يفسر من قبلنا بأن (ع) كان يعانى من تشخيصه الثائى مع " إدمان الهيرويين " على درجة عالية من إضطرابات الشخصية PERSONALITY . DISORDER وهو ما يتماشى مع سلوكيات (ع) الذى توجهت إلى إنحرافات السرقة وتضاد المجتمع فى

العدوانية التي تميزه وأخيراً فى سلوكه بتهريب المخدرات أو القيام بتوزيعها لفترة مع أحد المهربين وإجمالاً فإن (ع) أظهر تحسناً ملموساً فى إنخفاض مستوى أعراضهم الإدمانية بفائدة العلاجات المقدمة جميعها . مما يتحقق صحة الفرض الأول فى المقياس الأول .

ثانياً : مقياس قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة .

مقياس معتقدات الرغبة والإشتياق :

أظهرت فروق الأداء على هذين المقياسين صحة الفرض الأول من درجة الاعتقاد القوى منذ الدخول للعلاج إلى تدنى وتغيير درجة الاعتقاد فى المواد المخدرة عنها فى وقت إنتهاء المداخلات العلاجية مما يعنى الإستفادة من البرنامجين فيما يعبر عنه رقمياً كما يلى :-

١- الإعتقاد حول المواد المخدرة معتقدات الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطى

(ح)	(ع)	(ح)	(ع)
٩٢	٩٧	١٠١	١١٨
٦١	٦٥	٦٧	٧٠
٣٠	٢٦	٣٢	٣٠

وإن كان هناك تحسن ملحوظ فى المرحلة العلاجية الأخيرة سنأتى لتفسيره عند مناقشة الفرض الثانى للدراسة .

ثالثاً: مقياس التنبؤ بالانتكاسة .

لما كان الهدف العلاجى يركز على المحافظة على الإبتعاد عن التعاطى مع الإعتبار لمبدأ تقليل لفرض العودة إلى ذلك . فإن نتائج هذا المقياس فى مراحلها المختلفة أفضى إلى تنبؤ متوسط ينخفض تدريجياً فى إمكانية الإنتكاس والعودة إلى التعاطى بعد كل مرحله مما يعنى التحسن التغير الإيجابى الذى يأتى فى الإتجاه الموافق لصحة الفرض . وإن كان الفرق فى درجة التنبؤ بالانتكاسة زادت درجته فى الإنخفاض بنسبة وتسارع أكثر فى مرحلة ما بعد العلاج المعرفى عنه فى مرحلة ما بعد العلاج الأولى ببرنامج الأمل وله تفسير فى صورة أوسع من خلال مناقشة الفرض الثانى .

إجمالاً كان إنخفاض درجات الأبعاد الخمسة لمقياس الإتجاه نحو المعالجة والشفاء ملموساً بشكل أعلى من باقى المقاييس الأخرى فى مرحلة العلاج بالأمل وذلك لتركيز وتنوع البرامج العلاجية وإهتمامها بكل الجوانب التى يغطيها المقياس والتى تمثل فى مجملها مفردات برنامج الأمل بجميع جوانب شخصية المريض . وأيضاً سبب آخر أن المقاييس الأخرى كانت تركز بشكل رئيسى حول الجوانب المعرفى فى شخصية المدمن . ومع ذلك فإن الصورة الإكلينيكية واضحة المعالم بين حالتهم قبل العلاج وبعده والتى تبين إستفادتهم من برنامج الأمل بكافة عناصره وبرامجه مستمراً فى الإتجاه نحو زيادة مدى الإستفادة من بعد

إضافة برنامج العلاج السلوكى المعرفى . مما يشير ويؤكد فاعلية البرامج العلاجية لحالات الإدمان على إختلاف أطرها المرجعية فى تحقيق نتائج جيدة والوصول إلى فوائدها من الأساليب المعرفية أو السلوكية أو الدينامية بمستوى ملحوظ لجميعها فيما لو لم تخضع هذه الأعراض الإدمانية إلى أى مداخله علاجية . وهذا يتماشى مع ما توصل إليه بعض الباحثين " براند سما Prund Sma 1980 " وجد من خلال مراجعته لعلاجات مرضى تعالجوا أنه رغم وجود متغير حدى هام فى أنواع المعالجة وفى سمات المرضى المعالجين إى أن هذه المعالجة لها مردودها الإيجابى وتبدو أكثر فاعلية من لو لم تطبق أى مداخله علاجية . وتأثير هذه المعالجة يضعف مع مرور الزمن وتقادمه . ويضيف إلى أن جميع أنواع العلاج النفسى تعطى حدوداً يتراوح بين درجة متوسطة إلى عالية فى تحسين حالة المريض المدمن . كما وجد براند سما " Prund Sma 1980 " أيضاً نتائج مماثلة حيث قارن العلاج السلوكى المعرفى مع العلاج النفسى الإستبصارى ومع مجموعات ضبط تجريبى لم تعالج وأظهرت هذه النتائج تفوق جميع العلاجات على إختلافاتها على تلك المجموعات التجريبية التى لم تعالج .

عرض نتائج الفرض الثانى وتفسيره :

أسفرت نتائج الدراسة الإكلينيكية عن التحقق من صحة الفرض الثانى للبحث إذ دلت المقابلات الإكلينيكية ونتائج القياس بأدوات الدراسة أن دور النظام المعرفى وبنائه كان فاعلاً فى سلوك الحالتين الإدمانى ومصدراً

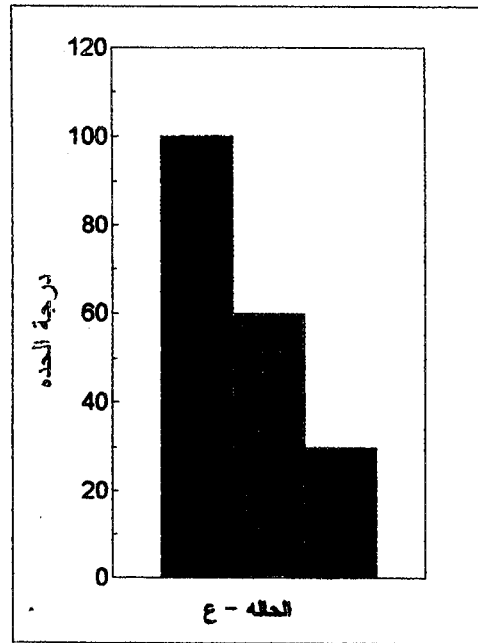
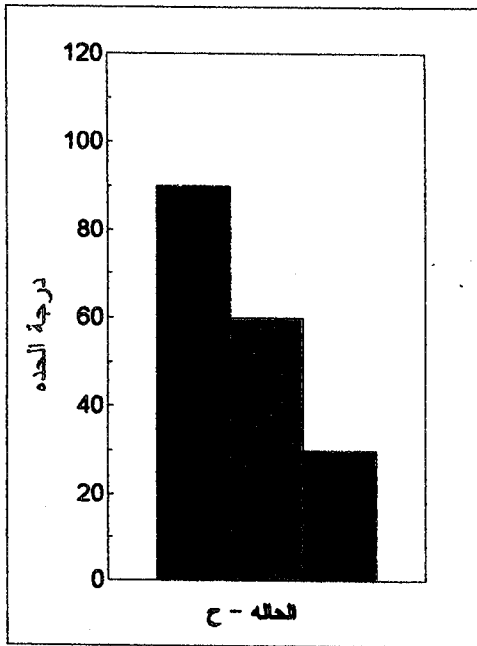
رئيسياً فى دافعية هذا السلوك الإدمانى بتأثير العمليات المعرفية لديهم فالزيادة المتدرجة فى التحسن بشكل ملحوظ أثناء وبعد جلسات العلاج السلوكى المعرفى تؤيد أهميته فاعليته عند مزجه وإضافته لعلاج برنامج الأمل عنه فيما لو إقتصر الأمر على برنامج الأمل مفرداً . فتقدير مقياس المعتقدات حول المواد المخدرة والمعتقدات حول الرغبة الملحة والإشتياق للتعاطى العالية فى مرحلة الدخول للعلاج عموماً يتماشى مع الأساس النظرى المستند إليه فى تفسيره ظاهرة الإدمان لديهم . ثم أن إنخفاضه بشكل متوسط بعد علاج برنامج الأمل وميله للزيادة باتجاه التحسن يتسارع بعد جلسات العلاج المعرفى يدل على المدى الذى كانت تلعبه المعتقدات فى إثارة السلوك الإدمانى لديهم . وهو ما كان التركيز عليه بشكل موسع من خلال جلسات إمتدت إلى (١٣) جلسة علاجية إكلينيكية .

فالصورة الإكلينيكية فى نهاية هذه المرحلة العلاجية أظهرت الزيادة فى التحسن لديهم عما كانت عليه بعد إنتهاء برنامج الأمل بمفرده ولعل مدد ذلك إلى مزايا الأسلوبين مجتمعين عنه فيما لو أوقف العلاج فقط بعد برنامج الأمل دون إضافة العلاج السلوكى المعرفى الذى سيكون هو الأسلوب الوحيد المستخدم خلال فترات المتابعة القادمة التى نأمل لأغراض بحثية أخرى أستمرارها لفترات تتبعية قد تصل إلى سنوات

للتحقق من فرضيات جديدة تدور حول محور فاعلية العلاج السلوكى
المعرفى لمدمنى الهيرويين .

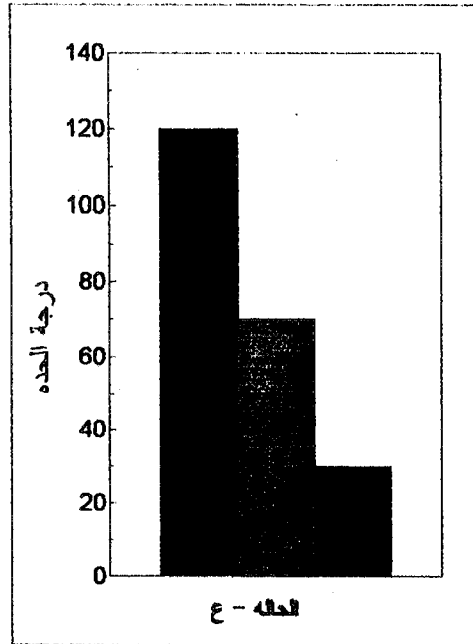
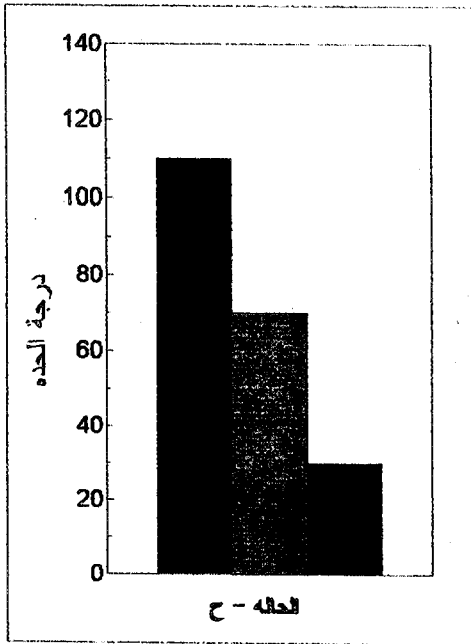
هذه النتيجة والفرق فى الصورة الإكلينيكية الملحوظ يسير وفق تأييد
وصحة الفرض الثانى الذى يرى أن التحسن بأستخدام الأسلوبين أكبر من
المدى الذى يتحقق من خلال أسلوب واحد ومرد تلك الزيادة فى
التحسن عما كانت عليه سابقاً فاعلية العلاج السلوكى المعرفى .

مقياس المعتقدات حول المواد المخدرة



■ قبل العلاج عموماً ■ بعد العلاج البرنامج الأمل ■ بعد العلاج المعرفي

مقياس المعتقدات حول الرغبة الملحة للتعاطي



■ قبل العلاج عموماً ■ بعد العلاج للبرنامج الأمل ■ بعد العلاج المعرفي

الخلاصة :

إن ما دلت عليه المقابلات الإكلينيكية التقييمية منها والعلاجية والتفسير الكيفي للتائج الكمية للمقاييس أثبتت الدور الذى تلعبه العمليات المعرفية فى إنتاج السلوك الإدمانى لكلا الحالتين والتى يجب أن تكون مجال التركيز فى حالة المداخلة الهادفة لإطفاء ذلك السلوك الإدمانى علاجياً . سواء كان ذلك فيما يتعلق بالمعتقدات على نحو ما سبق شرحه فى التفسير للمقابلات الفردية أو خصائص الأفراد أنفسهم . التى نضيف هنا بأنها كانت لدى العينة محل الدراسة متمثلة فى حساسية عامة مفرطة فيما يتعلق بالشعور والأحاسيس الغير سارة مثل إنخفاض درجة تحملهم للتغيرات الدورية التى تعد عادية فى المزاج . نقصان دوافعهم الخاصة بالتحكم فى سلوكياتهم فنجدهم يعطون قيمة أعلى وفائدة للرضا الذى يحققه الهيرويين فور تعاطيه عند مقارنته بتحكمهم فى عدم التعاطى . ثم أن شخصياتهم كانت تفتقر إلى الفنيات ذات الأثر الفعال التى تحكم السلوك وتساعد فى التغلب على المشاكل . ويتميزون بنمط إذعانى تلقائى تجاه النزوات التى تعترتهم . ثم إن مقدرتهم على تحمل الإحباط متدنية وذلك لإعتمادها " أى مقدرتهم " على مجموعة من المعتقدات والمعارف المشوهة . وأيضاً تتابهم نزعة للبحث عن الإثارة بينما تجد مقدرتهم على تحمل الضجر والملل بسيطة ومحدودة ونظراتهم للمستقبل قائمة ويتركز إهتماماتهم على عواطفهم الحالية

ورغباتهم الملحة فتجدهم يطالبون بإلحاح للحصول على الهيرويين حتى يتمكنوا من إشباع هذه الرغبات . مع فقدان الإهتمام تجاه نتائج هذا الإشباع . ولعل التغيير الحاصل على هذه الخصائص على نحو ما بدأه مقياس التنبؤ بالإنتكاسة الذى أعتمد على تخيل مواقف تمثل فى مجملها ما يثير مثل هذه الخصائص والإختلاف فى صورته بشكل ملموس بعد مرحلة العلاج المعرفى التى إندرجت بدورها فى خلق رؤية جديدة لديهم ليعد من المؤشرات على مدى الفاعلية التى تتحقق من خلال تبنى وتطبيق هذا المنحى العلاجى الهام . يسهم فى ذلك أن تطبيق مقياس المعتقدات حول المواد المخدرة ومقياس التنبؤ بالإنتكاسة ونتائجهم المسجلة لنسبة عالية فيما قبل مرحلة العلاج النفسى عموماً والعلاج السلوكى المعرفى خصوصاً يسهم فى زيادة التفسير بأن طبيعة الأعراض الإدمانية لدى أفراد العينة تعود إلى وجود التشوه المعرفى تجاه المخدرات فى تسيير ودفع ونشوء السلوك الإدمانى بإعتباره محركاً أساسياً لهم فى التعاطى (على نحو ما ورد سابقاً فى إنتاج تفسير ومناقشة المقابلات الإكلينيكية للحالتين) من هنا وعندما تركزت مرحلة العلاج هنا فقط تجاه الجوانب المعرفية السلوكية أظهرت النتائج اللاحقة بعد ذلك إلى زيادة فى سلوكيات الضبط وقلّة فرص حدوث البواعث المحركة للرغبة والتشوق للتعاطى وتبيان لأهمية وفاعلية هذا الأسلوب العلاجى أكثر من العلاج السابق . ولعل هذا يتماشى مع توصل إليه " تيسدل 1984, Teasdale et al "

من أن العلاج المعرفى مناسب فى حالات التشوه المعرفى على وجه الخصوص لقدرته على تصحيح التشوهات المعرفية . ونتائج هذا الفرض المؤكدة لفاعلية العلاج السلوكى المعرفى أيضا تتماشى مع ما توصل اليه (Miller, & Hester, 1980) وفايلانت 1983 Vaillant وبراون Braown من أهمية العلاج السلوكى المعرفى ومرونته وفعاليتها وتوجيهه من الشفاء من الإدمان حيث توصلوا إلى أن أفضل صورة لمظاهر الشفاء فى الإدمان هى فى التبدل السلوكى والمعرفى اللذين يتضمنان مساعدة الفرد المدمن مساعدة نوعية فى التعرف على مشكلته بكونه مدمناً وقبول وجود هذه المشكلة ومن ثم عقد النية الصادقة والعزم الأكيد على تبديل تفكيره ومشاعره وسلوكه التى هى نتيجة إدمانه المرضى على المخدرات وإستمرار تعاطيها ويضيفون بأن هذا العلاج المتفاعل القائم بين المعالج والمدمن هو الذى يسهل الشفاء والتخلص من الإدمان .

وأخيراً فإن العلاج السلوكى المعرفى الذى يعطى نموذجاً وتفسيراً للإضطراب الذى يعترى الفرد هو فى الوقت نفسه الطريقة الفعالة التى تساعد المرضى المدمنين على تعلم مساعدة أنفسهم من خلال إيقاف تعاطى الهيروين والإبقاء على هذا الإيقاف والإمتناع والكف . هذا المنحى العلاجى يسهم إسهاماً فعالاً فى تنمية عملية الشفاء من الإدمان ودفعها قدماً إلى الأمام . مما يمكننا فى الختام أن نقول أن الفرد المدمن الذى صمم على تبديل موقفه من تعاطى المخدرات وثابر يجد

وإنتظام فى مكافحة ومواجهة أفكار الإنهزامية التى تحثه على الرغبة والتشوق لتعاطى الهيروين وتوحى له وتزينها كأفضل وسيلة ومتعة ومسرة وبتدليلها بأخرى إيجابية . ووقف صامداً فى وجهه الإجباط الذى يراوده بفعل توقف تعاطى المخدر وكابر بقوة وتحمل وصمم على تصدى المعتقدات الخاطئة المشوهة التى تثيرها وتؤججها الميول الإدمانية . نقول أن مثل هذا الفرد هو المرشح حقيقة ليكون المستفيد الحقيقى من العلاج الذى يقربه من الشفاء والتخلص بشتى ألوانه وضروبه .

توصيات الدراسة :-

أن مشكلة الإدمان ورعاية المدمنين علاجياً أمر له من الأهمية ما يفوق ما سبق أن نوهنا عنه في ثنايا هذه الدراسة وذلك في مجال الفكر النفسى الحديث عموماً ، ومما سبق إتضح لنا ما تبنته المنظمة الدولية " الأمم المتحدة " من قرارات ودعم لما يخص برامج رعاية وعلاج المدمنين ، مما أصبح لزاماً لدى العديد من الدول فى تخصيص جزء كبير من ميزانيات سياستها للرعاية الصحية لجانب " رعاية وعلاج المدمنين " .

وبعد أن بحثنا فى هذه الدراسة فاعلية أحد أساليب رعاية وعلاج المدمنين مما يتبع فى المراكز العلاجية فى المملكة ومما ظهر لنا ، أستعرض فيما يلى أهم التوصيات التى يوصى بها الباحث فى مجال علاج الإدمان على المخدرات بصفة عامة وعلى الهيروين بصفة خاصة .

أولاً : المستوى التطبيقى المهنى :-

١ - الإستمرار فى إنشاء مصحات وبرامج علاج ورعاية المدمنين مع الأخذ بتطوير تلك المراكز أولاً بأول للأخذ بالحديث فى برامج المعالجة للتطور السريع فى هذا التخصص ، وذلك لما يتحقق من هذه المراكز من مشجعة فى مجال التقليل والتحكم فى السلوك الإدمانى بغض النظر عن أسلوب العلاج المستخدم .

٢ - التوسع فى خدمات العلاج المعرفى فى مصحات الإدمان بتخصيص وتقنين أسلوب موحد مبنى عملياً بشكل مسبق .

٣ - فتح المجال أمام الأخصائيين النفسيين لفرص التدريب على أسلوب العلاج المعرفى فى المراكز المتخصصة عالمياً لتأهيلهم على إستخدام وتطبيق هذا الأسلوب العلاجى وخصوصاً فى مجال علاج الإدمان وذلك لندرة المختصين حالياً .

٤ - الإستمرار فى برامج التوعية الموجهة للفئات الأكثر تعرضاً والتركيز فى الجانب التوعوي على تصحيح المفاهيم الخاطئة عن المخدرات لدى هؤلاء الأفراد تصحيحاً يتناسب مع المحتوى الفكرى لهم ، وذلك لتأثر الكثيرين فى سلوكهم الادمانى بما يحملونه من معلومات حول هذه المواد المخدرة وما كان سبباً رئيسياً فى نشوء سلوك الإدمان لديهم . (على أن تتعدد وسائل التوعية بما يتناسب وظروف العصر . مقروءة . مشاهدة . مسموعة . منبرية وخلافه) .

٥ - اجراء تعديلات على محتوى البرنامج العلاجى المعرفى لمدمنى المخدرات يقوم أساساً على العقيدة الدينية والتقاليد وقواعد السلوك التى تتوافق مع مجتمعاتنا الإسلامية والعربية .

٦ - التوسع فى تطبيقات العلاج المعرفى لباقي مجالات الأمراض النفسية " السيكوباتولوجى " لتناسب هذا البرنامج العلاجى مع طبيعة تكوين الشخصية فى البيئة السعودية .

٧ - استحداث درجة علمية معينة فى مجال العلاج النفسى عموماً تكون شرطاً فى مزاوله مثل هذا الأسلوب والعمل على تقنين ميثاق أخلاقى ودستور لمزاوله مهنة العلاج النفسى فى المملكة .

٨ - الإستمرار فى سياسة منع التدخين فى مراكز العلاج لتشابه دوافع السلوك الإدمانى Addictive Behaviour لدى الأفراد بغض النظر عن مادة الإدمان .

ثانياً : المستوى الأكاديمى :-

- ١ - يوصى الباحث بإجراء دراسات تستخدم عينات أكبر حجماً من حجم عينة البحث الحالى حتى تعميم النتائج بشكل مقبول .
- ٢ - يوصى الباحث بإجراء دراسات مقارنة بين فئات عمرية مختلفة (شباب ، كبار) وفئات جنسية مختلفة (ذكور و إناث) وفئات تعليمية مختلفة (تأهيل متوسط - تأهيل عالى) للوقوف على مدى إختلاف تأثير هذه المتغيرات .
- ٣ - ضرورة إجراء دراسات مقارنة بين أنواع المخدرات بعضها البعض وبين المخدرات والمسكرات (الكحول) من جانب آخر لتوضيح التباين فى الفاعلية لنفس الأسلوب العلاجى طبقاً لنوع المادة المخدرة .
- ٤ - يوصى الباحث بتبنى أقسام علم النفس فى الجامعات السعودية والمهنيين بمراكز علاج ورعاية المدمنين . يبذل الجهود فى مجال القياس النفسى وتقنين الإختبارات المختلفة اللازمة فى مجال الإدمان ، حتى يتسنى للباحثين النفسيين سهولة الحصول على أدوات القياس المناسبة لموضوع وبيئة الدراسة .
- ٥ - دراسة فاعلية العلاج المعرفى بإختلاف مستوى التطبيق فردى أو جماعى حيث أن الدراسات الحديثة أبدت إهتماماً شديداً فى الأونة الأخيرة بتطبيقات العلاج الجماعى المعرفى .



المراجع

المراجع العربية

- إبراهيم ، أنيس وآخرون : المعجم الوسيط المجلد الثاني ، الطبعة الثالثة ، دار الفكر .
- أبا الرقوش (جمعان) دراسة لبعض عوامل السواء النفسى لمعطى المخدرات فى المملكة العربية السعودية ، رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية : جامعة أم القرى ١٩٨٤ م .
- أبو شهبة (هناء) دراسة إكلينيكية متعمقة ، دراسة حالة مدمن الهيروين ، مجلة علم النفس ، القاهرة ١٩٩٠ م .
- أبو شهبه (هناء) دينامية شخصية مدمن الهيروين ، جامعة الزقازيق - كلية التربية ١٩٩٠ م .
- آل سعود ، سيف الإسلام بن سعود " ظاهرة تعاطى المخدرات فى المملكة والبحرين والكويت " رسالة ماجستير غير منشورة - كلية الآداب - جامعة الملك سعود ١٩٨٨ م .
- باترسون (س . هـ) نظريات الإرشاد والعلاج النفسى ، ترجمة حامد الفقى : الكويت دار القلم ١٩٩٠ م .
- التركي ، سعود عبدالعزيز " العوامل المؤدية إلى تعاطى المخدرات والمنظور الإسلامى لمواجهتها " مجلة جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية - العدد الأول ١٩٨٩ م .

- التوهامى ، المكى " ظاهرة تعاطى المخدرات فى أوساط الشباب
بالمغرب ، رسالة دكتوراه ١٩٨٢ م .
- الحفنى ، (عبدالمنعم) موسوعه علم النفس والتحليل النفسى ،
القاهره - مكتبه مديولى ١٩٧٨ .
- حنا ، عزيز وآخرون " مناهج البحث فى العلوم السلوكية ، دار
الوزان ١٩٩١ م .
- زهران (حامد) الصحة النفسية والعلاج النفسى ، القاهرة : عالم
الكتب ، ١٩٨٤ م .
- سوين (ريتشارد م) علم الأمراض النفسية والعقلية ، ترجمة أحمد
سلامه القاهرة ، ١٩٧٩ م . دار النهضة العربية .
- سليم (سلوى على) الأسلام والمخدرات - مكتبه وهبه ،
القاهره ١٤٠٩ هـ
- العساف (صالح) المدخل إلى البحث فى العلوم السلوكية ، الرياض :
دار العبيكان ١٤٠٩ هـ .
- عيسى ، حسن وآخرون : مدخل إلى علم النفس بطريقة التعليم المبرمج
نورمان بيل ، جيمس هينت ، دار القلم ، الكويت .
- مختار ، على حسن : الفاعلية فى المناهج وطرق التدريس ، مكة
المكرمة ١٤٠٩ هـ .

- مليكه (لويس) العلاج السلوكى وتعديل السلوك ، الكويت . دار القلم ١٩٩٠ م .
- منصور (عبدالمجيد) الإدمان الإدمان أسبابه - مظاهره - الوقاية والعلاج ، الرياض : مركز أبحاث مكافحة الجريمة ١٩٨٦ م .
- ويتج ، آرنو . ترجمة عادل عز الدين الأشول وآخرون : مقدمة فى علم النفس ماجروهيل . دار المريخ ، ١٩٨٣ م .

Bibliography

- # Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 97, 122-147
- # Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper & Row.
- # Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- # Beck, A. T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- # Beck, A. T. (1986). Theoretical perspectives on clinical anxiety. In A.H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- # Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- # Beck, A.T. (1993) Cognitive approaches to stress. In R. Woolfolk & P. Lehrer (Eds.), *Principles and practice of stress management* (2nd ed.) (pp. 333-372). New York: Guilford.
- # Beck, A.T., & Emery, G. (with Greenberg, R.L.). (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- # Beck, A.T., Freeman, A., & Associated. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford.
- # Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- # Brown, S.A., Goldman, M.S., Inn, A., & Anderson, L.R. (1980). Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 419-426.

- # Carroll, K.M., Rounsaville, B.J., & Keller, D.S. (1991). Relapse prevention strategies for the treatment of cocaine abuse. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 249 - 265.
- # Castaneda, R., Galanter, M., & Franco, H.(1989). Self - medication among addicts with primary psychiatric disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 80-83.
- # Childress, A.R., Hole, A.V., & DePhillippis, D. (1990). The Coping with craving program: Active tools for reducing the craving / arousal to drug-related cues. Unpublished treatment manual. Philadelphia, PA: Addiction Research Center, University of Pennsylvania.
- # Frances, R.J., & Miller, S.I. (1991). Addiction treatment: The widening scope. In R.J. Frances & S.I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (pp. 3-22). New York: Guilford.
- # Gawin, F.G., & Ellinwood, E.H. (1988). Cocaine and Other stimulants: Actions, abuse and treatment. *New England Journal of Medicine*, 318(18), 1173 - 1182.
- # Gawin, F.H., & Kleber, H.D. (1988). Evolving conceptualizations of cocaine dependence. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 61, 123 -136.
- # Havassy, B.E., Hall, S.M., & Wasserman, D.A. (1991). Social support and relapse: Commonalities among alcoholics, opiate users, and cigarette smokers. *Addictive Behaviors*, 16, 235 - 246.
- # Horvath, A.T. (1988). Cognitive therapy and the addictions. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4, 6 - 7.
- # Jennings, P.S.(1991). To surrender drugs: A grief process in its own right. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 221 - 226.
- # Kosten, T.R., & Kleber, H.D. (Eds.). (1992). *Clinician's guide to cocaine addiction*. New York: Guilford.

- # Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- # Miller, W.R., & Hester, R.K. (1980). *Treating the problem drinker: Modern approaches*. In W.R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity* (pp. 11-141). Oxford, England: Pergamon.
- # Mirine, S.M., & Weiss, R.D. (1991). *Substance abuse and mental illness*. In R.J. Frances & S.I. Miller (Eds.), *Clinical textbook of addictive disorders* (pp. 271-298). New York: Guilford.
- # Moorey, S. (1989). *Drug abusers*. In J. Scott, J.M.G. Williams, & A.T. Beck (Eds.), *Cognitive therapy in clinical practice: An illustrative casebook*. London: Routledge.
- # O' Brien, C.P. (1992). *Conditioned responses, craving, relapse, and addiction*. *Facts About Drugs and Alcohol*, 1, 1 - 3.
- # O' Brien, C.P., McLellan, A.T., Alterman, A., & Childress, A.R. (1992). *Psychotherapy for cocaine dependence*. *Cocaine: Scientific and social dimensions* (Ciba Foundation Symposium 166). Chichester, England: Wiley.
- # Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington, MA: Lexington Books.
- # Peele, S. (1989). *Diseasing of America: Addiction treatment out of control*. Lexington, MA: Heath.
- # Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). *In search of how people change: Applications to addictive behaviors*. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- # Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L., & Goodwin, F.K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study*. *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511 - 2518.

- # Robins, L.N., Davis, D.H., & Goodwin, D.W. (1974). Drug use by U.S army enlisted men in Vietnam: A follow-up on their return home. *American Journal of Epidemiology*, 99, 235-249.
- # Tiffany, S.T. (1990). A cognitive model of drug urges and drug - use behavior: Role of automatic and non-automatic processes. *Psychological Review*, 97, 147-168.
- # Vaillant, G.E. (1983): *The natural history of alcoholism: Causes, patterns, and paths to recovery*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- # Valten, E. (1986). Withdrawal from heroin and methadone with rationalemotive therapy: Practice and theory. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 4, 19-24.
- # Washton, A.M. (1988). Preventing relapse to cocaine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49, 34-38.
- # Wolpe, J. psychotherapy by reciprocal inhibition "Journal of Psychitry, Volume 3, November 1987.
- # Woody, G.E., Luborsky, L., Mclellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I., & Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 1081-1086.
- # Ziedonis, D.M. (1992). Comorbid psychopathology and cocaine addiction. In T.R. Kosten & H.D. Kleber (Eds.), *Clinician's guide to cocaine addiction: Theory, research, and treatment* (pp. 335-358). New York: Guilford.

الملاحق

مقياس المعالجة والأثر الجاه للشعاب

الاستبيان الأولي "Q1" R.A.A.T.E

" لمدعني المخدرات "

التاريخ :

اسم المريض :

أنثى :

ذكر :

الجنس :

العمر :

المهنة :

الوسطى

الشرقية

الغربية

المنطقة الإدارية :

الجنوبية

الشمالية

الثانوية

المتوسطة

الابتدائية

المستوى التعليمي :

مستوى تعليمي

دراسات عليا

الجامعية

آخر / يذكر

من ١٥٠٠٠ الى ٢٠٠٠٠

أقل من ٥٠٠٠

مستوى دخل الأسرة :

من ١٠٠٠٠ الى ٢٠٠٠٠

من ٢٥٠٠٠ الى ٢٠٠٠٠

من ١٠٠٠٠ الى ١٥٠٠٠

من ٢٥٠٠٠ فما فوق

اسم الأخصائي :

تعليمات :

- ١ - تأكد أنك تمت بتسجيل كامل المعلومات العامة السابقة .
 - ٢ - استخدم قلم رصاص قدر الإمكان .
 - ٣ - اقرأ فقرة واختر ما إذا كانت الجملة صحيحة أو غالباً صحيحة أو خاطئة أو في الغالب خاطئة وأشر حول الدائرة المناسبة . ضع ما يتناسب معك تماماً . وإذا كنت غير متأكد تماماً . أكمل الإجابة التي تغطي أحسن وصف عنك في معظم الأوقات .
 - ٤ - لا تخطئ أو تحذف أي فقرة .
 - ٥ - إذا وجدت أي صعوبة في قراءة أو فهم فقرة معينة . اطلب المساعدة من الأخصائي الفاحص .
- شكراً لتعاونك ...

** من فضلك اجب على كل فقرة بوضع علامة

على أحسن اجابة عن كل جملة :

(خطأ)

(صح)

- ١ - أتوقع أن يأخذ العلاج كثير من العمل الشاق من جانبي .
- ٢ - استعمال الهيروين ليس شيئاً طبيعياً.
- ٣ - أعتقد أنني مدمن هيروين
- ٤ - معظم الناس تشرب مثلي .
- ٥ - كان عندي مشاكل منعزلة خاصة بشربي أو استعمال المخدرات ولكني لاأحتاج الى علاج .
- ٦ - لقد تسبب شربي أو استعمال الهيروين في مشاكل في حياتي .
- ٧ - من السهل نسبياً لأي شخص أن يتوقف عن استعمال الهيروين اذا كان حقيقي يريد ذلك .
- ٨ - يضايقني أن يقول الناس إنني أحتاج إلى علاج .
- ٩ - لاأتوقع أن أحصل على فائدة على المدى الطويل من العلاج .
- ١٠ - أحتاج الى العلاج من الهيروين .
- ١١ - أعتقد أنني مدمن الهيروين
- ١٢ - لاأستطيع استخدام مواد تبدل الحال المزاجية بدون أن يحدث لي فقدان الضبط والتحكم ؟
- ١٣ - لو لم أكن قد تعرضت لكل هذه الضغوط كان من الممكن ألا أتعاطى الهيروين.
- ١٤ - لأنهم لماذا يعتقد الناس أنني لدي مشكلة من الهيروين.

(يتبع)

(خطأ)

(صحيح)

- ١٥ - لا أتوقع أن يكون لدي مشكلة مع الهيروين في المستقبل حتى بدون أي علاج .
- ١٦ - لو لم أكن لدي كثير من المشاكل الحياتية الأخرى فإنه كان من الممكن ألا يمثل تناولي للهيروين أي قضية .
- ١٧ - أعتقد أن مشكلتي مع الهيروين قد انتهت .
- ١٨ - أحتاج بالتحديد الى مساعدة للتغلب على مشكلتي أو الهيروين .
- ١٩ - أستطيع أن أفكر على الأقل في ثلاث مشاكل ناتجة عن استعمال الهيروين .
- ٢٠ - عندي مشاكل أكثر أهمية من استخدام الهيروين
- ٢١ - أستطيع التوقف عن استخدام الهيروين عندما أرغب في ذلك .
- ٢٢ - أستطيع التوقف عن الهيروين في أي وقت أرغبه .
- ٢٣ - لو رفضت العلاج قد أشعر بالذنب .
- ٢٤ - إن عملي يجعل من المستحيل تجنب المواقف التي يكون فيها تناول الهيروين .
- ٢٥ - أعتقد أن الاعتدال والإستقامة وعدم التعاطي يجب أن تكون أسهل الآن .
- (يتبع)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

(خطأ)

(صح)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

٢٦ - أحتاج الى العديد من الناس على الأقل أستطيع أن أستدعيهم لمساعدتي في البقاء مستقيماً وبعيداً عند التعاطي

٢٧ - من الصعب على مدمني الهيروين تجنب الشرب ان كان أصدقائهم يتعاطون.

٢٨ - بقاء علاقات مع اناس يستعملون الكحول أو المخدرات يجعل من الممكن أن تسايرهم اجتماعياً مادامت لاتستخدم أو تستعمل الهيروين.

٢٩ - أحتاج الى تطوير خطط أحسن تساعدني على كيفية بقائي مستقيماً وبعيداً عن الإدمان .

٣٠ - قد أعاني من مشاكل نتيجة الهيروين.

٣١ - من الممكن لأي شخص يقابل نفس المشاكل التي واجهتها أن يستعمل الهيروين.

٣٢ - عندما انهي العلاج سوف أحل كل مشاكلني مع الهيروين.

٣٣ - لأحتاج لأي شخص أستدعيه عندما أحس برغبه لتعاطي الهيروين وذلك لمساندتي على عدم التعاطي .

٣٤ - عندما ينتهي الهيروين من حياتني سوف أكون في حالة جيده .

٣٥ - أرفض فكرة حضور كثير من الإجتماعات واللقاءات .
(يتبع)

(خطأ)

(صح)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

٣٦ - عندما تتحسن علاقاتي في الحياة فإن مشاكلتي مع الهيروين سوف تنتهي .

٣٨ - أخطط لحضور جلسات علاجية أو مجموعات علاجية أخرى مرة واحدة في الإسبوع على الأقل .

٣٩ - أسرتي وأصدقائي مسئولين الى حد كبير عن استخدامي الهيروين .

٤٠ - سوف أحتاج الى جلسات علاجية أو مجموعات مساعدة أخرى بانتظام لفترة طويلة قبل أن أحس بالأمان من الإمتناع من تعاطي الهيروين .

٤١ - أخطط للحصول على راعي للجلسات العلاجية المساندة لمساعدتي على البقاء مستقيماً بعيداً عن الهيروين .

٤٢ - جلسات العلاج والمجموعات المساعدة الأخرى كانت ذات أهمية كبرى بالنسبة لي .

٤٣ - لم أذهب الى الطبيب خلال الشهر الماضي .

٤٤ - لا تتداخل مشاكلتي الجسمية مع قدرتي على التركيز .

٤٥ - مشاكلتي الجسمية سوف تجعل من الصعب التركيز على العلاج من الهيروين .

٤٦ - ليس لدي أعراض جسمية تتطلب عناية طبية .

٤٧ - ليس لدي أمراض تتطلب الإشراف الطبي المستمر .

٤٨ - خلال الإسبوع المنصرم نصحتني الطبيب بالعلاج من مرض طبي .

(يتبع)

(خطأ)

(صح)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

٤٩ - خلال اليومين الماضيين أحسست بتوسعك الصحة وقلق ونفاضه " ورجفه " .

٥٠ - أتناول علاج موصوف لي لظروف صحية جسمية .

٥١ - غالباً ما أعاني من آلام جسمية حاده .

٥٢ - أعاني من مرض جسيمي يتداخل مع قدرتي على الأداء .

٥٣ - ليس لدي أي مرض مزمن .

٥٤ - لا أتناول أدوية خاصة بمشاكل نفسية أو عاطفية .

٥٥ - لا أعاني في الوقت الحالي من القلق أو العصبية .

٥٦ - لا أتناول هيروين للتعامل مع أحوالي العاطفية .

٥٧ - نصحتني الأخصائي بعلاج مشاكلي العاطفية خلال الأسبوعين الماضيين .

٥٨ - لا أحتاج الى مساعدة لحل حالتي العاطفية .

٥٩ - لدي من المشاكل العاطفية ما يجعل من الصعب تركيزي في عملي أو في وظائف اليومية .

٦٠ - خلال الإسبوع الماضي أحسست برغبة في قتل نفسي .

٦١ - لدي مشاكل عاطفية حاده ذات علاقة بتناولي للهيروين .

٦٢ - في الفترة الأخيرة لم أكن محبباً .

٦٣ - أזור الأخصائي بانتظام لحل مشاكلي العاطفية .

(يتبع)

(خطأ)

(صحيح)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

٦٤ - ليس لدي مشاكل عاطفية خطيرة .

٦٥ - معظم أصدقائي لا يتعاطون الهيروين .

٦٦ - الناس المؤثرة في حياتي غاضبون ومستأؤون من مشاكلي مع الهيروين .

٦٧ - عندما شعرت برغبة في تناول الهيروين في المستقبل هناك الشخص الذي كان يمكن أن يساعدي كي أبقى سليماً وبعيداً عن الهيروين .

٦٨ - ليس لدي مشاكل أعمال خطيرة .

٦٩ - لقد قام شخص أعرفه بالإعتداء علي جسماً وجنسياً وأخاف أن تتكرر .

٧٠ - لدي من المشاكل العائلية والقانونية ومشاكل العمل ما تحتاج اعطاؤها اهتمامي قبل أن أركز في العلاج من الهيروين .

٧١ - نظام حياتي قد يجعل من الصعب العمل في حل مشكلة الهيروين .

٧٢ - لدى العائلة والأصدقاء الذين يستطيعون امدادي بالمساعدة العاطفية خلال برنامج الشفاء .

٧٣ - على الأقل هناك شخصان في حياتي يشجعونني على العلاج من تعاطي الهيروين .

٧٤ - لدي صراعات خطيرة مع بعض الناس ذو الأهمية في حياتي .

(يتبع)

(خطأ)

(صحيح)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

٧٥ - أفراد أسرتي يتعاطون بكثرة .

٧٦ - ليس هنا أحد ممن أعرفهم يريد أن يؤذيني جسدياً .

٧٧ - أحتاج للإبتعاد عن الأسرة والأصدقاء لبعض الوقت حتى أستطيع أن أقيم حياتي .

٧٨ - لدي بعض المشاكل العائلية الخطيرة التي أحتاج للمساعدة في حلها الآن .

٧٩ - لست بحاجة الى الإبتعاد عن الأسرة والأصدقاء لكي أتعامل مع مشاكل الهيروين .

٨٠ - أستطيع بسهولة اختيار أصدقاء جدد لا يتناولون الهيروين .

٨١ - أنا مقتنع بوظيفتي الحالية .

٨٢ - ليس لدي الوقت للذهاب كثيراً الى جلسات العلاج .

٨٣ - لا يوجد أحد من الناس ذو التأثير في حياتي يرغب في المشاركة في علاجي من الهيروين .

٨٤ - لدي دخل ثابت معقول .

٨٥ - لو كنت قضيت هذه الليلة مع أصدقائي لكانوا شجعوني على الهيروين .

٨٦ - فيما عدا مشاكل الهيروين وتعاطي المخدرات فإن حياتي مرضية .

٨٧ - ليس لدي أي مشاكل قانونية أو خطيرة .

(يتبع)

(خطأ)

(صح)

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

()

٨٨ - بعض ذوي التأثير في حياتي قد يرفضون حضوري
جلسات العلاج أو مجموعات أخرى مساعدة كل
أسبوع .

٨٩ - قليل ان وجد من أصدقائي يتعاطون كثيراً .

٩٠ - معظم أصدقائي يتعاطون .

٩١ - تقابلني صعوبات في الحضور الى جلسات العلاج أو
مجموعات مساعدة أخرى كل اسبوع .

٩٢ - أسرتي تشجعني بقوة على البقاء مستقيماً بعيداً عن
الهيروين .

٩٣ - معظم أصدقائي سوف يساعدوني على الإمتناع عن
تناول الهيروين .

٩٤ - عملي يضعني في مواقف من المستحيل تجنبها حيث
يشرب الناس .

RAATE-A
مناقشة العلاج

بديداً
(لا)

بديداً
(نعم)

* * ضع دائرة حول الرقم المناسب :

(٤) (٣) (٢) (١)

١ - هل المريض يدري ويلم بمشاكل الإدمان .

(٤) (٣) (٢) (١)

٢ - هل المريض يظهر قبول مشكلة الكحول والمخدرات ؟

(٤) (٣) (٢) (١)

٣ - هل المريض قادر على أن يحدد بنفسه المشاكل المرتبطة بالكحول / المخدرات ؟

(٤) (٣) (٢) (١)

٤ - هل المريض منفتح ومقبل على العلاج من الإدمان ؟

(٤) (٣) (٢) (١)

٥ - هل المريض يحتاج إستراتيجيات دافعة متتابعة للتطبيق أو الإستمرار في برنامج الشفاء والمعالجة ؟

(٤) (٣) (٢) (١)

٦ - هل المريض يظهر اتجاه لطلب المساعدة أو للعلاج ؟

مجموعة النقاط للمجموعة (أ)

--	--

(مجموع نقاط كل فقرة)

تعليقات

RAATE-B

مقاومة الإستممرار في العلاج

نجدد
(لا)

نجدد
(نعم)

(٢) (٤)

(٢) (١)

ب - ١ هل يدرك المريض أن الشفاء هي عملية مستمرة
وتحتاج مسؤولية شخصية ؟

(٢) (٤)

(٢) (١)

ب - ٢ هل طموحات المريض فيما يخص الشفاء واقعية وواضحة
فيما يخص أخطار الإبتكاسة والعودة للتعاطي؟

(٢) (٤)

(٢) (١)

ب - ٣ هل المريض مهتم بالإستممرار في الشفاء والمعالجة ؟

(٢) (٤)

(٢) (١)

ب - ٤ هل كان المريض نشطاً في التخطيط للإستممرار في
العلاج ؟

(٢) (٤)

(٢) (١)

ب - ٥ هل المريض على تواصل جيد مع مجموعات المساعدة
الذاتية ومواظب على الحضور لها ؟

مجموع النقاط للمجموعة (ب)

(مجموع نقاط كل فقرة)

تعليقات

--	--

RAATE-A

حده المشاكل الجسوية الطبية

تدريجاً
(ل)تدريجاً
(ع)

* ضع دائرة حول الرقم المناسب *

(١) (٢)

(٢) (٤)

ج - ١ هل المريض يظهر مشاكل جسدية تحتاج الى عناية ؟

(١) (٢)

(٢) (٤)

ج - ٢ مشاكل المريض الجسدية تحتاج على الأقل الى زيارة

للطبيب اسبوعياً ؟

(١) (٢)

(٢) (٤)

ج - ٣ مشاكل المريض الجسدية تحتاج الى زيارة المريض

ثلاث مرات على الأقل أسبوعياً ؟

(١) (٢)

(٢) (٤)

ج - ٤ - مشاكل المريض الجسدية تتطلب التواجد اليومي

للطبيب ؟

(١) (٢)

(٢) (٤)

ج - ٥ المشاكل الجسدية للمريض تتطلب عناية طبية

وملاحظة تقيضية على مدار ٢٤ ساعة ؟

(١) (٢)

(٢) (٤)

ج - ٦ يعاني المريض من ظروف مرضية جسدية مزمنة أو

عدم قدرة وعجز التي تتداخل وتؤثر على الجهد

المبدول في عملية العلاج والشفاء ؟

مجموع النقاط للمجموعة (ج)

(مجموع نقاط كل فقرة)

--	--

ملحوظة : إذا لم تنطبق إحدى هذه الفقرات فيسجل (١)

لتلك الفقرة

RAATE A
 وحدة المشاكل النفسية

تحدد
 (ل)

تحدد
 (نعم)

** ضع دائرة حول الرقم المناسب

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ١ هل يبدو المريض خالياً من أعراض الأمراض النفسية ؟ .

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٢ هل الأعراض العاطفية لهذا المريض (ان وجدت) تعتبر جزء متوقع من الإدمان والشفاء ؟ .

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٣ - هل سيقبل المريض أن تكون مشاكله العاطفية جزء طبيعى من الإدمان والشفاء ؟ .

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٤ - هل المريض قادر على التركيز على العلاج من الإدمان حتى ولو كان لديه أعراض مرض نفسي .

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٥ هل أعراض المرض النفسي لدى المريض تحتاج الى زيارة واحدة للطبيب على الأقل ؟

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٦ هل أعراض المرض النفسي عند المريض تتطلب خدمات صحية عقلية ثلاث مرات على الأقل أسبوعياً ؟

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٧ - هل أعراض المرض النفسي عند المريض تتطلب عناية أو ملاحظة نفسية على مدار الساعة ؟ .

(٤) (٣) (٢) (١)

د - ٨ - هل المريض يعاني من ظروف نفسية مزمنة أو عدم قدرة معرفية تتداخل في مجهودات العلاج والشفاء ؟ .

مجموع النقاط المسجلة للمجموعة (د)

(مجموع النقاط للفقرة الواحدة)

--	--

RAATE-A

الوضع البيئي الأسرة / الوضع الاجتماعي

تجددًا
(ل)تجددًا
(نعم)

* ضع دائرة حول الرقم المناسب

(٢) (٤) (١) (٢)

١ - هل يتلقى المريض المساعدة من أسرته لتلقي العلاج والشفاء ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

٢ - هل أصدقاء المريض ومحيطه الأسري والاجتماعي تظهر وكأنه من مصادر المريض لتلقي العلاج و / أو الشفاء /

(٢) (٤) (١) (٢)

٣ - هل أفراد الأسرة والآخرين ذوي التأثير بدون الرغبة بالمشاركة في عملية العلاج / الشفاء ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

٤ - هل أفراد الأسرة أو محيطها يستفيدون من التثقيف حول الإدمان الى درجة عدم الحاجة الى علاج أسري مكثف ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

٥ - يستطيع المريض أن يعيش في البيئة الحالية بدون أي خطر في العودة للتعاطي ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

٦ - هل يستطيع المريض أن يبقى مركز على موضوع الشفاء بغض النظر عن المشاكل الأسرية ومشاكل العمل والمشاكل القانونية التي يواجهها "

(٢) (٤) (١) (٢)

٧ - هل يستطيع المريض أن يتحول الى مستوى أقل من العناية بدون خطر الإنتكاس الوشيك ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

٨ - هل المريض يظهر قدرات اجتماعية كافية لإيجاد أصدقاء جدد ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

٩ - هل المريض يظهر القدرة على استغلال وقت الفراغ والأنشطة الترفيهية ؟

(٢) (٤) (١) (٢)

١٠ - هل النظام المدرسي يساعد على برنامج العلاج / الشفاء ويسهم في حسن سيره ؟

مجموع النقاط المسجلة للمجموعة (هـ)

(مجموع النقاط للفقرة الواحدة)

--	--

قائمة المعتقدات حول المواد المخدرة

التاريخ :

الاسم :

في هذه القائمة بعض المعتقدات الشائعة حول استخدام المخدرات ،
المطلوب قراءة كل جملة تقريرية في هذه القائمة وتسجيل الى أي مدى توافق أو
لاتوافق مع كل واحدة .

٧	٦	٥	٤	٣	٢	١
موافقة تامة	موافقة الى حد ما	موافقة بنسبة ضئيلة	حيادية	عدم موافقة بنسبة ضئيلة	عدم موافقة الى حد ما	عدم موافقة تامة

- ١ - الحياة بدون تعاطي للمخدرات مملة .
- ٢ - استخدام المخدرات هو السبيل الوحيد لزيادة الإبداعات والانتاجية .
- ٣ - لا أستطيع القيام بأي عمل بدون مخدرات .
- ٤ - هي السبيل الوحيد لمواجهة آلام ومتاعب الحياة .
- ٥ - أنا لست مهيباً للتوقف عن التعاطي .
- ٦ - الرغبة الملحة والاشتياق تدفعني للتعاطي .
- ٧ - حياتي تعيسة وستظل حتى لو أقلعت عن التعاطي .
- ٨ - السبيل الوحيد للتعامل مع حالات غضبي هو التعاطي .
- ٩ - الحياة كئيبة ومملة لو أنني أقلعت عن التعاطي .
- ١٠ - لا أستحق أن أعالج لأخرج من دائرة الادمان .
- ١١ - أنا لست الرجل القوي الذي يقرر أن يقلع عن المخدرات .
- ١٢ - لن أكون اجتماعياً ومرحاً بدون أن أستخدم المخدرات .
- ١٣ - تعاطي المخدرات واساعة استخدامها ليست مشكلة عندي .
- ١٤ - الرغبة الملحة والاشتياق لن تزول حتى أستخدم المخدرات .
- ١٥ - اسباب تناولي للمخدرات هو صديقي ورفقائي وهم وراء ذلك .
- ١٦ - اذا كان هناك شخص لديه مشاكل من الادمان فذلك أمر وراثي .
- ١٧ - لا أستطيع الاسترخاء بدون مخدرات .
- ١٨ - اعتبر شخص سيء من وجهة نظر الناس لكوني مدمن مخدرات .
- ١٩ - لا أستطيع التحكم في مشاعر القلق التي تنتابني بدون تناول المخدرات .
- ٢٠ - لا أستطيع اضعاء المرح على حياتي مالم أتناول مخدرات .

استبيان معتقدات الرغبة الملحة والاشتياق للتعاطي

Craving Beliefs Questionnaire

الاسم : _____ التاريخ : _____

في هذه القائمة بعض المعتقدات الشائعة حول استخدام المخدرات المطلوب قراءة كل جملة تقريرية في هذه القائمة وتسجيل الى أي مدى توافق أو لاتوافق مع كل وحدة :

٧	٦	٥	٤	٣	٢	١
موافقة تامة	موافقة الى حد ما	موافقة بنسبة ضئيلة	حيادية	عدم موافقة بنسبة ضئيلة	عدم موافقة الى حد ما	عدم موافقة تامة

- ١ - الرغبة الملحة والتشوق للتعاطي ربود فعل جسمية . ولهذا لا أستطيع () عمل أي شيء تجاهها .
- ٢ - إذا لم أتوقف عن التشوق والرغبة الملحة للتعاطي سيكون الوضع () أسوأ فأسوأ .
- ٣ - الرغبة الملحة والتشوق للتعاطي قد تجعل منك شخصاً غير طبيعي . ()
- ٤ - الرغبة الملحة والتشوق للتعاطي جعلت مني مدمن للمخدرات . ()
- ٥ - سوف يكون لديّ دائماً شوق ورغبة ملحة لتعاطي المخدرات . ()
- ٦ - لا أملك أي امكانية للتحكم في تشوقي ورغباتي الملحة للتعاطي . ()
- ٧ - طالما أن مشاعر التشوق والرغبة الملحة بدأت تتتابني فليس هناك () أي امكانية للتحكم في سلوكياتي .
- ٨ - سيكون لديّ رغبات ملحة للتعاطي طول حياتي . ()
- ٩ - لا أرتاح من الأعراض الجسمية في لحظات الشوق والرغبة الملحة () للتعاطي .
- ١٠ - مشاعر الالاح الشديدة الغير محتملة هي عقوبتي من جراء () استخدامي للمخدرات .

الدرجة

- ١١- إذا لم تستخدم المخدرات نهائياً فلن يكون لديك أي فكرة عن
مشاعر الالاح الشديدة التي أعيشها . ولن تقدر أو تتوقع
مقاومتي لهذه الرغبة الملحة .
- ١٢ - التخيل والافكار التي اعيشها لحظات الشوق والرغبة الملحة
خارجة عن امكانية تحكمي فيها .
- ١٣ - مشاعر الالاح والرغبة للمخدرات تجعلني عصبياً بدرجة غير
محتملة .
- ١٤ - لن أكون مهياً اطلاقاً للتعامل مع مشاعر الالاح والرغبة الشديدة
للمخدرات .
- ١٥ - بما أن الشوق والرغبة الملحة للمخدرات ستبقى معي بقية حياتي
فيمكنني أن استمر وأستخدم المخدرات .
- ١٦ - عندما أكون مشتاقاً ولديّ رغبة ملحة لها « المخدرات » لا استطيع
أن أقوم بأي عمل .
- ١٧ - سواء لديّ رغبة في التعاطي أو لا فالأمر سيان ولاشيء بينهما .
- ١٨ - عندما تشتد مشاعر الرغبة الملحة للتعاطي فليس هناك أي حل
سوى التعاطي لمواجهتها .
- ١٩ - عندما تشعر بالرغبة الملحة في تعاطي المخدرات فلا بأس من
استخدام الكحول كبديل .
- ٢٠ - مشاعر الرغبة الملحة في التعاطي أقوى بكثير من قوى إرادتي .

إيجابيات التعاطي

- ١- تجعلك أشبه بالرجل الخارق .
- ٢- تجعلك ملك الكل .
- ٣- تزرع فيك الثقة .
- ٤- أكثر قوة من الناحية الجنسية .
- ٥- تجعلني أشعر بإرتياح .
- ٦- تكثر أصدقائك .
- ٧- تجعلك أكثر إجتماعية .
- ٨- تقلل من قلق ورهبة المجتمع .
- ٩- هي مزاج ومنتعة .
- ١٠- تطرد مشاعر الوحدة .
- ١١- لا شيء يزعجك وأنت مروق " مسطح " .

سلبيات عدم التعاطى

- ١- عدم القدرة على الخروج من المشاكل .
- ٢- سأكون وحيداً .
- ٣- مشاعر الرغبة فى الشرب تحطمنى .
- ٤- عدم القدرة على النوم فى الليل .
- ٥- متوتر ومتهيج .
- ٦- إضطراب عائلى .
- ٧- فقدان الأصدقاء .
- ٨- عدم الإحساس بالنشوة " السكره " أو " التسطيحة " .
- ٩- عدم الإرتياح فى الأماكن العامة .
- ١٠- الحياة ليست ممتعة كالإحساس بها وقت التسطيحة .
- ١١- لازم أتابع كل الأمور بنفسى .
- ١٢- زهق بسبب التفكير فى المستقبل والإنتكاسة والرغبة الملحة للتعاطى .

سلبيات التعاطي

- ١- تعب جسمي ونفسي .
- ٢- ديون كثيرة .
- ٣- تغيب عن العمل .
- ٤- إمكانية الموت .
- ٥- معزول عن الناس .
- ٦- فقدان شهيه .
- ٧- إنعدام الدافعية لكل شيء .
- ٨- ضعف جنسى .
- ٩- توتر في الأسرة والعائلة .
- ١٠- تصبح أكثر عدوانية .
- ١١- فقدان بإحترام من الآخرين .
- ١٢- فقدان المنزل والأسرة .
- ١٣- فقدان التحكم في اللسان .
- ١٤- إمكانية الفصل من العمل .
- ١٥- حياة وهمية أساسها الكذب .
- ١٦- فقدان في الذاكرة القريبة .
- ١٧- عدم التحدث في أى شيء له أهمية .
- ١٨- إصابات بجسمي أو في الآخرين بسببي .
- ١٩- غثيان في بعض الأحيان .
- ٢٠- كثرة النوم غالب ساعات اليوم .
- ٢١- معاناة في العلاقات الأسرية والاجتماعية .
- ٢٢- الحوادث المرورية خصوصاً إذا كنت " مسطح " .
- ٢٣- مشاعر ذنب قاسية أمام أولادى وأسرتى .
- ٢٤- دائماً أكون في خطر أو من تبعات ذلك خصوصاً مع مكافحة المخدرات .

إيجابيات عدم التعاطى

- ١- تحسن علاقاتك الأسرية والزوجية .
- ٢- الإحساس بقدرة جسدية جيدة .
- ٣- توفير للمال .
- ٤- أحسن بنظرة جيدة لنفسى .
- ٥- التكبير بصورة جيدة .
- ٦- مشاعر بالرغبة فى الذهاب إلى العمل .
- ٧- أدفع كل الديون التى على .
- ٨- عدم الكسل .
- ٩- عدم الإعتاد على الأسرة .
- ١٠- وقت أكثر للإستماع بالهوايات .
- ١١- الذهاب لأداء الصلاة بشكل منتظم .
- ١٢- تحسن فى المظهر العام لشكلى وجسى .
- ١٣- ثقة بالنفس بشكل أكثر .
- ١٤- سعة جيدة بين الناس .
- ١٥- إنتظام النوم .
- ١٦- التخطيط لمستقبلك .

سجل التفكير اليومي

النتيجة :	الإستجابة العقلانية :	الإنفعال	الأفكار الأتوماتيكية :	الحالة :
ضع نسبة للمشاعر التي تتناوبك بعد هذه الإجابة وضع لها نسبة	ماهي الإستجابة العقلانية التي يمكن تقوّلها لنفسك في هذه اللحظة كيف ترد بطريقة واعية مثل هذه المشاعر .	التي أعقبت ذلك وضع له نسبة معينة من %١٠٠	ماذا دار في خاطرك قدر حدوث أو أحساسك بهذه المشاعر	أوصف حدث معين سبب لك مشاعر عدم إرتياح أو أحلام يقظة أو تذكر لأي شيء سبب لك عدم إرتياح
ملل زهق %٣٠ قلق %٢٠	في الحقيقة فيه حاجات كثيرة أقدر أسويها يمكن أروح أحضر محاضرة في المسجد . يمكن أخرج أنا وزوجتي والأطفال الملاهى أقدر أتصل بالعالج وأستشير أقدر أروح أشتري حريذة رياضية وأقرأها	زهق ملل قلق %٩٥	مافي شيء أسويه " ما أقدر أتحمّل هذا الملل	جالس في البيت بعد ما إستلمت الراتب من العمل وهو مبلغ جيد أفكر في أصدقائي اللمنين وآخر مرة طعونا فيها بداية إحساس برغبة التعاطي والحقن

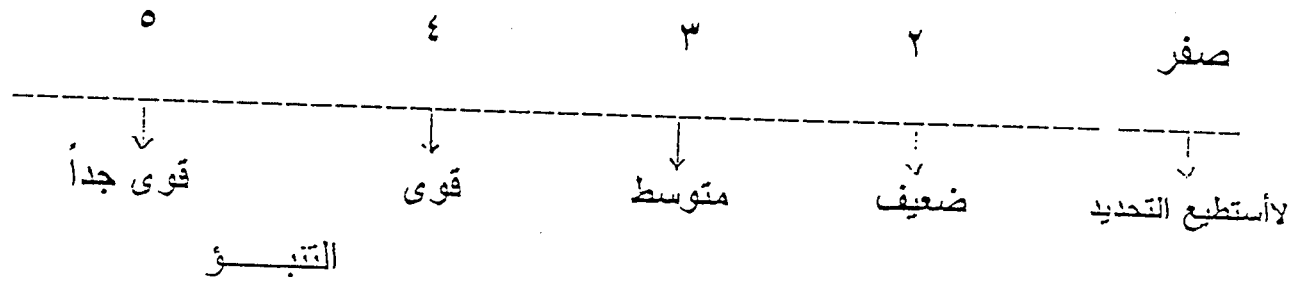
من الأسئلة التي يمكن طرحها حتى الحصول على إجابة عقلانية :-

- ١- ماهي أبتائاتك أن أفكار الأوتوماتيكية صحيحة أو غير صحيحة ؟
- ٢- هل هناك تفسير آخر أو بديل ؟
- ٣- ما أسوأ شيء ممكن يحدث ؟
- ٤- لو كان صديقك في مثل هذا الأمر والموقف ماذا تعتقد أن تكون أفكاره . وماذا يمكن أن أقول له ؟

مقياس التنبؤ بالإنكاسة RELAPS PREDACTION SCALE .

الإسم :

كما هو معروف هناك العديد من المواقف والحالات التي تثير لديك الرغبة في تعاطي الهيرويين ففي هذا المقياس جزئين يحويان قائمة بالمواقف المتعددة التي تثير الرغبة والتشوق للتعاطي (الهيرويين) والمطلوب قراءة كل عبارة وتخيل نفسك أنك تعيش نفس الموقف . في العمود الأول (مدى قوة الرغبة) والمطلوب منك أن تقرر المدى الذي تعتقد أن تكون عليه رغبتك وتشوقك . وفي العمود الثاني (حدد الإحتمال الأرجح) أن تتعاطي لو كنت في مثل هذه المواقف .



مدى الرغبة والتشوق الإحتمال الأرجح أن تستخدم

- ١- أنا في موقع سبق أن تعاطيت فيه هيرويين .
- ٢- أنا في وسط شله سبق أن تعاطيت هيرويين معهم .
- ٣- أنا الآن إستلمت الراتب .
- ٤- أشوف أحد زملائي في العمل يتعاطي .
- ٥- أنا خارج من الدوام ومروح .
- ٦- الليلة ليلة خميس أجازة .
- ٧- أنا في حفلة غنائية مختلطة .
- ٨- أنا أفكر في آخر ليلة تعاطيت فيها .
- ٩- بديت أتكلم مع شخص ما عن الحقن والطعز .

التبؤ

مدى ترغبة والشوق الإحتمال الأرجح أن تستخدم

- ١٠- أحس بملل .
- ١١- أحسن أنى عظيم ومنتشى .
- ١٢- شايف صديقك .
- ١٣- أنا سكران .
- ١٤- بعض أصحابى يقدموا لى كمية هيرويين .
- ١٥- أشعر أنى حزين .
- ١٦- شايف واحدة من البنات المنحرفات اللى أعرقيم قبل كده .
- ١٧- أحس برغبة فى ممارسة الجنس .
- ١٨- أتذكر التسطيح وفوائده قد أيه حلو .
- ١٩- أحس أنى غضبان أو فى حالة غضب .
- ٢٠- حاسس بمشاكل وضغوط نفسية .
- ٢١- أحس أنى مذنب .
- ٢٢- الآن إستخدمت هيرويين .
- ٢٣- الآن خرفت المحافظة على عدم التعاطى بعد فترة طويلة .
- ٢٤- أنا جاهز ولايس ورايح للعمل .
- ٢٥- أحس بتعب جسمى شديد .
- ٢٦- أحس بإحباط .
- ٢٧- أمامى لوحة من لوحات مكافحة المخدرات الدعائية .
- ٢٨- أشوف برواز "حقنه" .
- ٢٩- صيحت بعد حلم إنى أحقن هيرويين .
- ٣٠- أنا أتفرج على مباراة رياضية .
- ٣١- أنا فى عز مشاكل العمل وضغوطه .
- ٣٢- أنا أفكر أروح أعمل علاقة جنسية .



Winter Workshop in Cognitive Therapy

February 7 through 11, 1994
Palm Desert, CA

The Center for Cognitive Therapy
Newport Beach, California
certifies that

Ali Hassan Al-Fageeh

has completed 24 hours of group training in cognitive therapy focusing on essential skills of cognitive therapy and their application to complex cases.

Issued this 11th day of February, 1994.

Christine A. Padesky, Ph.D.
Director
Workshop Instructor

Kathleen A. Mooney, Ph.D.
Associate Director
Workshop Instructor/Organizer

Center for Cognitive Therapy
1101 Dove Street Suite 240, Newport Beach CA 92660-2828
Clinic: (714) 646-3390 Training Office: (714) 964-7312



EABT '93
59 Revelstoke Road
Wimbledon Park
London SW18 5NJ
United Kingdom
Tel 081 947 8775
Fax 081 879 3326

"Relapse Prevention & Harm Reduction Approaches
to Alcohol Problems" - G Alan Marlatt

This is to certify that ...ALI...H...AL...FAGEEH.....
attended a workshop at the European Congress of Behaviour
Cognitive Therapies on Tuesday 21st...September 1993.

Rod Holland
Congress Organiser



EABT '93
59 Revelstoke Road
Wimbledon Park
London SW18 5NJ
United Kingdom
Tel 081 947 8775
Fax 081 879 3326

"Cognitive Therapy & Substance Abuse"
Fred Wright

This is to certify that ...ALI...H...AL...FAGEEH.....
attended a workshop at the European Congress of Behaviour
Cognitive Therapies on Monday 20th...September 1993.

Rod Holland
Congress Organiser

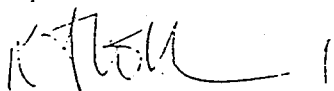
Workshops & Conferences

25th September 1993

TO WHOM IT MAY CONCERN

This letter confirms that ALI H AL-FAGEEH attended
the European Congress of Behaviour Therapy on 20-25 September

Signed



Rod Holland
Congress Organiser



World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies

10-15 July 1995

Copenhagen, Denmark

Certification Workshop no. 2

It is hereby certified that:

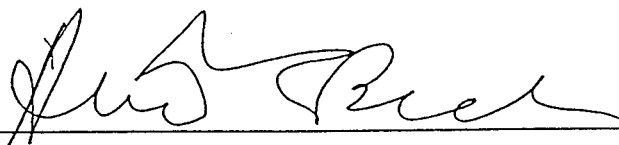
Mr/~~Mrs/Ms~~ ALI HASSAN AL-FAGEEH

Participant no. 90

has attended the following FULL-DAY WORKSHOP on July 11th:

“Masterclass: Cognitive Therapy with difficult Problems in difficult Disorders”

Presenter: Aron T. Beck and Judith S. Beck
Beck Institute for Cognitive Therapy
and Research, Philadelphia, USA





EABCT
XXIVTH CONGRESS
OF THE
EUROPEAN ASSOCIATION
FOR
BEHAVIOURAL AND COGNITIVE
THERAPIES
SEPTEMBER 6-10 1994 CORFU-GREECE

CERTIFICATE OF ATTENDANCE

THE ORGANIZING COMMITTEE
CERTIFIES THE PARTICIPATION
OF

ALI HASSAN AL-FAGEEH


D.A. Christidis, PhD
President


A. Kalantzi-Azizi, PhD
General Secretary