الآثـــــــار النفســـــية للإدمان على المخدرات

د/ فاطمة صادقـــــــــي
المركز الجامعي تمنراست (الجزائر)

Abstract:

This study aimed to know the psychology of addiction to drugs. Some psychiatric disorders and the personality traits can be seen as reasons to the intemperance of drugs, as that drug addiction gives psychological impact on an addict, so we have to look at the behavior of the addiction on drugs and its impact on the individual with wider view, and we must intensify the interest on this category and integrate them to the community and reduce the psychological and social consequences of drug addiction

الملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على سيكولوجية الإدمان على المخدرات، حيث نجد أن بعض الإضطرابات النفسية والسمات الشخصية يمكن أن ينظر لها كأسباب للإدمان على المخدرات، وبالمقابل فإن إستعمال المخدرات يمكن أن يخلــق آثــاراً نفسية لدى المدمن، لذا من المفيد النظر إلى سلوك تعاطي المخدرات وأثره في حياة الفرد بمنظار أوسع، فقد وجد فــي الحــالات الشديدة أن الإدمان يكون ناتجاً عن إضطراب مزمن في الشخصية، خاصة الإضطراب السيكوباتي، وبالمقابل فإن الإدمان يــؤدي إلى إختلالات نفسية أخرى ويجعلها أشد ظهوراً، ومن هنا لا بد من تكثيف الإهتمام بهذه الفئة من أجل دمجها في المجتمع والتقليل من العواقب النفسية والإجتماعية للإدمان على المخدرات

مقدمة:

إن عوامل الخطر لتعاطي المخدرات لا يمكن أن تنحصر في الأسباب الإجتماعية، الإقتصاديـــة والثقافية فقــط، وإلا كيف نفسر وجود نسبة معينة من المدمنين في المجتمع بأكمله، في حين أن كل أفراده معرضين إلى نفس الظروف، وحتى على مستوى العائلة الواحدة نجد الإخوة معرضين إلى نفس الوضع الإجتماعي، الإقتصادي والثقافي، لكــن قــد يتعاطى أحد أفرادها المخدرات في حين لا يتورط فيها الآخر، مما يبين أن تعاطي المخدرات مرتبط كذلك بالبنية النفسية للفرد وبما يعترضه من إضطرابات.

وبالمقابل نجد أن الإدمان على المخدرات يُظهر لدى الفرد إنحرافات أخرى، تترجم في شكل إضطرابات نفسية قد تخلق عدوانية تجاه الآخرين أحيانـــــا، وأحيانا أخرى قد تصل بالفرد إلى مستوى المرض العقلي، أو قد تدفع بـــه إلى محاولة الإنتحار أو إلى الإنتحار الفعلي.

فالسلوك أو النشاط الذي يقوم به الفرد إستجابة لدوافعه وحاجاته ورغباته، لا يخلو من أحد الأمرين:

- إما أن ينجح في تحقيق أغراض الفرد، وبذلك يشبع الدافع و ترضى الحاجة، ويتحقق التكيف النفسي لهذا الفرد.
- وإما أن يفشل في تحقيق أغراض الفرد لأسباب وعقبات ترجع إلى الفرد نفسه أو إلى البيئة والظروف المحيطة به.

نتيجة لهذا الفشل يبدأ لدى الفرد الصراع النفسي، وتظهر على سلوكه أعراض سوء التكيف النفسي، التي قد تأخذ أشكالاً متنوعة تختلف حسب طبيعة الشخص وحسب طبيعة المجتمع الذي يعيش فيه، وقد يكون من بين أعراض هــذا الفشل أو الإحباط الإنطواء على النفس،التوتر النفسي والشعور بالنقص، أو قد يعمد الشخص إلى الجنوح، النظرة السلبية للحياة، أو تعاطي المواد المخدرة....

وهكذا يمكن القول بأن إرضاء حاجات الفرد هي عامل مساعد على تحقيق التكيف والصحة النفسية، وإهمال هذه الحاجات هو أهم أسباب الإنحراف والمشاكل النفسية، التي لا يقف أثرها على الفرد بل يتعداه إلى المجتمع الذي يعــيش فيه.

ولذا نقرر جازمين أنه ما من إنحراف في سلوك الفرد إلا وتكمن وراءه حاجة لم تحقق ودافع لم يشبع. (محمد التومي الشيباني، ب س: 121)

لذلك ومن كل ما سبق وجدنا أنه من الضروري تسليط الضوء على ظاهرة الإدمان على المخدرات من ناحيــة إرتباطها بالإضطرابات النفسية ، فهذه الأخيرة قد تدفع بالفرد إلى الإدمان على المخــدرات كحــل للصــراع والتــوتر النفسيين من جهة، ومن جهة أخرى نجد أن الإدمان على المخدرات يُخلف بدوره عواقب نفسية لم تكن واردة سابقا في السجل النفسي للفرد، وكل هذا يتوقف على شخصية الفرد، البيئة التي يعيش فيها ونوع المادة المتعاطاة.

1- تعريف الإدمان على المخدرات:

لغة تدور معاني كلمة خدر حول الستر، وهو ما يستر الجهاز العصبي عن نشاطه المعتاد. (محمد علــي بــار، 1988: 33)

أما علميا فالمخدر هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، كما أن هــذه المادة تسمم الجهاز العصبي وتجعل الفرد غير قادر على التحكم في أفعاله وتصرفاته. (عادل الدمرداش، 1982 :19)

في حين يشير الإدمان إلى الإعتماد أو الإعتياد، وهو حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحــي مع العقار، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (عادل الدمرداش، 1982: 23)

فالإعتياد نقصد به الحاجة النفسية والإنفعالية التي يشبعها المخدر. (سعد جلال، 1985 : 432)

2- النظريات النفسية المفسرة لسلوك الإدمان على المخدرات:

2-1- النظرية المعرفية:

ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهــور الإضــطراب النفســي للكــائن البشري، وهذه النظرية لا تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية. (محمد حمدي الحجار، 1992 : 46)

فالعنصر المعرفي حسب هذه النظرية يعتبر العامل الوسيط في ترجمة الحــوادث الخارجيــة وخلــق رد فعــل إنفعالي، على هذا فالإضطراب النفسي تسببه التأويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن النفس أو عن المحيط الخارجي.

ويعتبر الفرد حسب أنصار هذه النظرية عن الإضطراب بعدة طرق، فقد يصاب بالقلق أو بالإكتئاب أو قد يدمن على المخدرات.

إمتداداً لهذه الأفكار يشير إليس (ELLIS) وآخرون (1988) إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على إستمراره هي" التحمل المنخفض للإحباط" تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتبقيه، وهي الإنسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الإنسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيراً نموذج الحاجة إلى الإثارة.

كما أنه وحسب ليز(Liese) وفرانز (Franz) لا يمكن نفي دور تعديل المزاج في سلوك تعاطي المخــدرات أو الإدمان، فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج، فهم يرون أن بعــض المخــدرات تخفت الضجر، وأخرى تساعد على الإسترخاء، وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة.

ولقد حاول بيك (Beck) وآخرون (1993) تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان علــى المخــدرات، حيــث إفترضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المخدرات، وهي معتقدات التوقع، معتقــدات متعلقــة بالتوجيــه للتخفيف من التوتر والألم و معتقدات للإباحة. فقد يقبل بعض الأفراد الذين لديهم الإستعداد، إستناداً لهذا النموذج علــى تعاطي المخدرات نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضــغوطات أطلــق عليها غوردان ومارلات (Gordon , Marlat,1985) إسم وضعية الخطر العالي، التي تعرف على أنها" كل وضــعية تهدّد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الإنتكاس". (سايل حدة وحيدة، 2001 : 70،67)

2-2- النظرية السلوكية:

هناك عوامل متعددة وفقا للنظرية السلوكية خارجية وداخلية تدفع الفرد للإقبال على تعاطي المخـــدرات منهـــا: الأماكن التي تثير رغبة الشرب، المناسبات التي تلعب دور عوامل إشراطيـــــــة، الظروف العائلية والمهنية المرتبطة بالتعاطي، العوامل الإنفعالية كالقلق والضغط والعوامل المعرفية كإنخفاض تقدير الذات، فكلها مميزات قد تدفع الفـــرد لتعاطي المخدرات بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر والضجر، وقد وضح أصحاب هذا الإتجاه أسباب السلوك الإدماني وفقا لما يلي:

- **نظرية التعلم:** إن التدعيم الإيجابي لقادر على أن يخلق عادة قوية هي عادة إشتهاء أي عقار، لكننـــا نجـــد بالنســـبة للمهدئات مع ذلك عاملاً قويًا آخر هو الخوف الفعلي من الإمتناع عدة مرات، نشأ عنه نمـــط مـــن إســـتجابة التجنـــب الشرطية، فإذا أضفنا ما كان يحدثه العقار لأول الأمر من آثار لتدعيم ذلك وجدنا أنه قد نشأت لدينا عادة إلتماس العقار بوصفها نمطاً سلوكياً يستعصي تغييره. (شيلدون كاشدان ، ب س : 82)

حيث يحدد أنصار المدرسة السلوكية وجود ثلاث طرق لتعلم السلوك الإدماني و هي:

أ- التعلم عن طريق الإشراط الكلاسيكي:

تنطبق ميكانيزمات الإشراط الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل إشتهاء المخدر والتحمل، وقـــد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما:

- **نموذج إستجابة الإشراط التعويضي:** وضعه سيجل (Seigle . 1978) حيث يرى أن المثيرات البيئيـــة المرتبطـــة بتعاطي المخدرات تقترن بآثار المخدر في الجسم، لإنتاج إستجابة شرطية مناقضة أو مخالفـــة لتـــأثير العقـــار، وهـــذه الإستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي للجسم، حيث تزداد إستجابة التوازن الحيـــوي الإشـــراطي مـــع إستمرار تعاطي العقار.

- **نموذج دافعية الإشتهاء الإشراطي للمخدر:** وضعه ســـتيوارت وآخـــرون (Stewart et al,1984) ، طبقـــا لهـــذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المرتبطة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار، أو الأضواء التي تـــزين المكان الذي يتم فيه التعاطي للخمر أو الحقن بالهيروين، يمكن أن تصبح قادرة على إستدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته، و هذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار و إستخدامه.

ب- التعلم عن طريق الإشراط الإجرائي:

يهتم الإشراط الإجرائي بالآثار التي تعقب السلوك، والفاصل الزمني الذي يفصل بين الســـلوك وآثـــاره، فمـــن المعروف أن تعاطي الكثير من المواد المخدرة يرتبط بالشعور بالنشوة والراحة بعد التعاطي بفترة قصـــيرة، ولا تـــأتي النتائج السلبية والضارة إلا بعد فترة طويلة أو بعد الامتناع عن المخدر، وهو ما يدفع المدمن إلى الإستمرار في التعاطي أو العودة بعد الإقلاع.

ج - النمذجـــــــــــة:

تفترض نظرية التعلم الإجتماعي أن كل صور إستخدام المواد تحكمها القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما فـــي ذلك العوامل المعرفية، حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمي لديهم إتجاهاً إيجابياً نحو إساءة إستخدام العقاقير. لذلك يـــرى باندورا (Bandura) أن السلوك ليس دائما في حاجة إلى تعزيـــــز ، وأغلب ما يتعلمه الإنسان يـــتم عـــن طريـــق

الملاحظة الدقيقة لسلوك الآخرين، وما يترتب على هذا السلوك من إثابة أو عقاب، حيث أن التعرض للعقاقيـــر غالبا ما يصاحبه تعزيزات إيجابية أو سلبية على النموذج مثل خفض التوتر أو خفض الإنضغاط لذا يمكن تفسـير الإدمـان وخاصة في بدايته من خلال عملية النمذجة.

كما أن خفض التوتر يقوم أساسا على قواعد التعلم التي ينظر فيها لسلوك الإدمان علـى أنـه سـلوكاً يكافـأ، فالعناصر الأساسية التي تحكم خفض التوتر تقرر أن الكحول يخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف، القلق، الصـراع والإحباط.

أما إخماد وخفض الإنضغاط فهو منحى يبين أن الفرد يتعلم بأن العقاقير يمكن أن تخفض من إستجابته الجسـدية للضغـوط، وتشتمل العمليات المعرفية بما فيها التوقعات وخصائص الفرد، مثل الإستجابة والحساسية للضـغط الأمـر الذي يساعد على تحديد الأشخاص المستهدفين.

فالتوقعات عمليات معرفية تتعلق بتوقع النتائج المترتبة على أحداث معينة، وعلى هذا يفسر الإدمان علـى أنـه العلاقة بين إستخدام المادة وتوقع النتائج المعززة. (محمد السيد عبد الرحمان ، 1999 : 62،67)

2-3- نظرية التحليل النفسي:

أجمع أنصار نظرية التحليل النفسي على عدم وجود شخصية إدمانية موحدة، حيث يرى بارجوري (Bergeret, 1981)وألفنستاين (Olivenstie ,1991) أن مشكل الإدمان يخص كل البنيات النفسية الذهانية والعصابية والحـالات الحدية.

ولذا تفسر ظاهرة إدمان المخدرات في ضوء الإضطرابات التي تعتري المدمن في طفولته الأولـى، ومن هنـا فإن ظاهرة الإدمان ترجع في أساسها إلى إضطراب العلاقات الحبّية بين المدمن ووالديه، إضـطراباً يتضـمن ثنائيـة العاطفة أي الحب والكراهية للوالد في نفس الوقت، هذه العلاقة المزدوجة تنقل للمخدر الذي يصبح رمـزاً لموضـوع الحب الأصلي. (سعد زغلول المغربي، 1963: 408،421)

علاوة على ذلك فإن المدمن يقبل على المخدر بحثاً عن التوازن بينه وبين واقعـــه، فالعقار هنا هو وسـيلة علاج ذاتي يلجأ إليها الشخص لإشباع حاجات طفلية لا شعوريـــة، فنمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيـت الطاقة الغريزية في الفم، وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت منها : السلبية والإتكالية، عدم القدرة علـى تحمل التوتر النفسي والإحبـــاط. (عفاف محمد عبد المنعم ،2003 : 08)

وباللجـوء إلى المخدرات نجد أن سمات الإكتئابيـة والإنسحابية والإنطوائية التي تتسم بها شخصـية المـدمن بدرجات متفاوتة تتحول إلى شيء مغاير، فتغدو الإكتئابيـــة والإنسحابيـــة إقبالاً والإنطوائية إنبساطاً ، وهذا الأمر لا يتحقق بصورة نموذجية عند كل المتعاطيـــن، فهناك فروق فردية ترجع إلى تكوينات نفسـية أو مزاجيـة متباينـة. (مصطفى زيور، ب س :21) لذا فإن التبعية الفارماكولوجية – مهما كان نوع المخدر – بإمكانها أن تتطور علـى أي نوع من البنيات النفسية هذا من جهة، ومن جهة أخرى يمكن أن تظهر في أي مرحلة من مراحل النمـو إذا تـوفرت شروط معينة.

فالإدمان حسب هذه النظرية يعتبر نكوصاً إلى المرحلة الفمية، والمدمن هو فرد يلجأ للمخدر بسـبب صـعوبة مواجهة الصراعات التي تعبر عن الشعـــور بفقدان الموضوع، فالتنظيم العقلي للمدمن يشير إلى نرجسيته الهشة وإلى التقدير المنخفض للذات. فنجد بارجوري (Bergeret) يشير إلى أن معظم المدمنين ينتمون إلى شخصية ذات طبيعـة إكتئابية (Bergeret .J, 1990 :166)

كما أن الإلتقاء بالمادة السامة مهما كان نوعها لا يعني الإستمرار في تعاطيها والتمسك بها إلا إذا توفرت شروط تتمثل في عوامل خطر من بينها العنف أو العدوانية الطبيعية البدائية. فالمتعاطي حين يستعمل المخدر في تجاربه الأولى فإنه لا يبحث عن تحقيق رغبة في إستعماله، وإنما التجربة الأولى هذه تثيرها الحاجة الملحة للتعبير عن العدوانيــة أو العنف تجاه المحيط، وإرضاء نزوة العنف هذه تجعل الفرد يحقق نجاح نرجسي تعذّر عليه تحقيقه من قبل ، وتصبح هذه التجربـــة مبرمجة في خيال المدمن وتجعله سعيداً لهذا يطمــح إلـــى تجديــدها وهنـــا تبــدأ بــوادر التبعيــة فـــي الظهور.(Bergeret .J., et coll , 1984 : 65)

3- الإضطرابات النفسية كسبب للإدمان على المخدرات:

يذكر يحي الرخاوي (1993) أن "المدمن عادة ما يقبل على الإدمان بإعتباره إجهاضاً للمرض قبــل أن يكــون إعلاناً لمرض بديل"،فكأن الإدمان من هذا المنطلق هو بديل المرض النفسي أكثر منه مرضًا في حد ذاته. وعن نوع هذا المرض يشير أحمد عكاشة (1998) إلى أن المدمنيـــــن يعانون من مرض نفسي مثل القلق والإكتئاب، ويحاولون علاج أنفسهـــم بعيـــــداً عن الذهاب لطبيب نفسي حتى لا يصفهم الآخرون بالجنون. (حسين فايد، ب س : 227)

ويشير نوينسكي(Nowinski,1990) إلى أن عامل الضغوط يلعب دوراً كبيراً فـــي تعــاطي المراهقيـــــن للمـــــواد المخـــــدرة، وتتمثـــــل أعراض الضغوط في العصبية ، القلق، ســرعة الإســتثارة، الهيـــــاج، الأرق، صعوبة التركيز، إضطراب النوم، إضطراب الشهية وتعاطي مادة تعويضية. (حسين فايد، ب س : 142)

ومن هذا المنطلق نجد أن بعض الإضطرابات النفسية والسمات الشخصية يمكن أن يُنظر لها كأسباب للإدمـــان على المخدرات، فالتساؤل حول الإرتباط الموجود بين الشخصية وبين إستعمال المواد المخدرة يبقى معقداً، كمـــا أنـــه بالمقابل نستطيع القول بوجود محدّدات سيكوباثولوجية قوية ومُمهّدة عند أغلب متعاطي المخدرات.

فالإدمان يرجع إلى إضطراب كامن في شخصية الفرد، والعوامل الإجتماعية ماهي إلا عوامل مُهيّئة أو مساعدة لظهور الإضطرابات الكامنة على شكل سلوك شاذ .

من المفيد أيضا أن ننظر إلى السلوك المتعلق بتعاطي العقاقير وأثرها في نمط حياة الفرد، وليس الإقتصار فقــط على قابلية ذلك الفرد للإعتمـــاد على تلك العقاقير، فقد لوحظ على سبيل المثال عدم إقتصار الشباب على تعاطي عقار واحد، بل يتعاطون مجموعة كبيرة من العقاقير، وحتى مع الزعم بأن تعاطي العقاقير مرتبط بنوع من الفضول وتجربة شيء جديد، فإنه في الحالات الشديدة يكون نتيجة إضطراب مزمن في الشخصية، خصوصاً الإضــطراب الســيكوباتي الذي لوحظ في أغلب الحالات، ويتعاطى بعضهم العقاقير من أجل التخلص من القلق و الإكتئاب، أو لتكون حاجـــــزاً بينهم وبين العالم الذي يرفضونه. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003: 330)

ولأكثر تفصيـــــل سنتطرق إلى ما يلـــي:

3-1- إضطرابات الشخصية:

إن بعض إضطرابات الشخصيـــــــة من الممكن أن تُحرّض تعاطي المواد المخدرة والإدمـــان عليهـــا، إمـــا بسبب أن شخصية الفرد تكون أكثر قابلية هنا للعطب وتعاطي المخدرات، أو لأن هذه الشخصية تجد في المواد المخدرة سبيلا لتغيير وتعديل الحالة النفسية. (جيمس ويليامس، 1999 : 162)

حيث نجد أن شخصية متعاطي العقاقير تتسم بمجموعة من السمات سواء كانت هذه السمات سببا أو نتيجة، وتشتمل هذه السمات على العدوانية، الإندفاعية، السيكوباتية إنخفاض تقدير الذات ، الإكتئابية، والإنطوائية.

من هنا يرى البعض أن الإدمان يرجع إلى البنية الشخصية للفرد، إذ أن هناك شخصيات مضطربة تميل أكثر إلى الإدمان، والذي يُعتبر تبعا لذلك عرضا لعدم التوافق العام للشخصية، كما يُعتبر طريقة من الطرق التي تعبر بها الشخصية عن إضطرابها. (سعد جلال، 1985 : 125)

وفيما يتعلق بشخصية المدمن يشير (عادل صادق، 1986) إلى أن التعود والإدمان على المواد المخدرة والمنشطة أكثر إنتشاراً بين أربع أنواع من الشخصيات وهي:

أ – الشخصية الإكتئابية: صاحب هذه الشخصية هو إنسان أميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن، وإفتقاد الرغبة والحماس، هذا الشخص معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات والإحساس القوي بالإكتئاب لعدة أيام، قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الإستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي يعرف أنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفتقده بشكل دائم. (حسين فايد، ب س:131)

فالإكتئاب يُعتبر سمة مميزة لمدمني المخدرات، وقد يكون هذا الإكتئاب ملازماً للفرد قبل تعرضه لخبرة الإدمان، كما يكون ناتجاً عن الإستمرار في إدمان المخدرات، حيث تنتاب المدمن نوبات من اليأس والقلق مع وجود عجز في مواجهة المواقف، وهذا ما أكدته دراسات سعد المغربي، فاروق عبد السلام، رشاد كفافي، ودراسات كل من فوجل (vogel) وماري نيسواندر(Mary Nyswander) وديهل (Dihell) حيث وصفوا شخصية مدمن المخدرات بالإنهباطية والإكتئاب وضعف الإرادة. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003: 335)

ب – الشخصية الفصامية: صاحب هذه الشخصية يتسم بالخجل والإنطوائية ويفضل العزلة ويهرب من الناس، كما أنه لا يقوى على التعبير عن رأيه فيشعر بإضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الغير في ظروف إضطرارية، وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد المخدرة تُزيل خجله وتُلغي توتره وتُطلق لسانه، كما تهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل.

ج – الشخصية المكروبة: هي شخصية يتسم صاحبها بالقلق والتوتر الدائم دون أي سبب أو أي ضغوط، وهو في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد الإرهاق لنفسه ، فهو يتميز بدرجة عالية من التوتر والقلق وعدم الإستقرار، مع سهولة الإستثارة ، العصبية ، الإندفاع وحالة دائمة من المعاناة، ويكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل كل هذه التوترات وتجعله هادئاً بارداً مسترخياً.

د – الشخصية السيكوباتية/ المضادة للمجتمع: يتسم صاحبها بالعدوانية والعنف منذ أن كان صغيراً طفلاً أو على أعتاب المراهقة، فهي شخصية تبدو ملامحها منذ الصغر نظراً لأنها تسعى دائما إلى اللذة السريعة، لذا نجد أن صاحبها يتعود أو يدمن إحدى المواد المخدرة أو المنشطة، وهو يتعاطى ويدفع غيره للتعاطي. (حسين فايد، ب س:134)

فسلوك السيكوباتية هو عرض أساسي في شخصية المدمن على المخدرات، وقد أكد ذلك نتائج أبحاث مثل دراسة جن سميث (Gen Smith)، نايت (Knight) ، ودراسة إيستون (Easton) حيث أكدوا جميعاً أن مدمني المخدرات تشيع بينهم الإنحرافات السيكوباتية وعادة ما يكونوا ذوي شخصية سيكوباتية. (عفاف محمد عبد المنعم، 2003 : 335)

فالشخصية السيكوباتية تهيئ مسبقاً للإدمان، كما أن المدمنين ذوي الشخصية المضادة للمجتمع يبدؤون تعاطيهم للمخدرات في فترة الشباب، أيضا ينتكسون سريعاً بعد الإنقطاع عن التعاطي، ومن الممكن أن تظهر لديهم مشاكل عدة ومسيرتهم الإدمانية تكون طويلة. (Pierre .A et al , 2000 : 154)

نضيف هنا شخصية باثولوجية أخرى تعتبر أكثر تواجداً هي الشخصيات الحدّية، فهذه الفئة لديها خطر سيكاتري عالي، وتتطور عندها بصفة خاصة حالات إكتئابية فتلجأ للمخدرات، كما أن خطر الإنتحار يرتفع عندها بشدة، أيضا نجد الشخصية النرجسية قد تدفع بالفرد إلى تعاطي المخدرات خاصة منها الكوكائين. (Pierre .A et al , 2000 : 155)

3-2-إضطرابات المزاج، القلق، الهستيريا: الإكتئاب هو الإضطراب العقلي الأكثر إرتباطا بالإدمان ، خاصة وأنه في علاقة مع مستوى التبعية العالية والإستعمال المتعدد للمواد المخدرة، فعند عدد من الأفراد توجد علاقة تبادل فعلي بين حالات القلق، الإكتئاب وتناول الكحول والمخدرات، فالإكتئاب والإدمان يتبادلان التأثير أحدهما على الآخر لأن الإكتئاب قد يسبق، يترافق أو يعقب تعاطي المخدرات، والمعايير التشخيصية للحالة الإكتئابية تتسم بالأرق، الوهن، القلق، إنعدام الإرادة، سلوكات العنف والعدوانية....

كلها إضطرابات تدفع بالشخص إلى تناول إحدى المواد المخدرة، بحثاً عن النشوة والغبطة والراحة حتى ولو كانت وهمية وغير مستمرة، كما نجد أن الإضطرابات تكون مرتبطة بإستعمال المنشطات النفسية عند الأفراد الذين يعانون من تناذر الهوس الإكتئابي بغرض تعظيم وزيادة حالة الإبتهاج والغبطة التي تترافق مع هذه الفترة، كما أن إستعمال الأدوية المعدّلة للمزاج ممكن أن تدفع بالشخص إلى الإدمان، أيضا نجد أن عدد من الأفراد يعالجون قلقهم بالكحول، بالأدوية المضادة للقلق أو بالمخدرات، حيث يظهر عند الأفراد الذين يُبيّنون إضطرابات القلق من نوع هجوم الإرتعاب، فوبيا إجتماعية، قلق عام أو حالة الضغط ما بعد الصدمة(P.T.S.D) اللجوء لمواد مستعملة بغرض علاج ذاتي، ممكن أن تثير وبالأساس خفض لأعراض القلق، لكن الأدوية التي تخلق تبعية فارماكولوجية خطرها يتطور ثانويًا (Denis Richard et Al , 2000 : 154,155)

كما أشارت بعض الدراسات إلى شيوع الإضطرابات العصابية بوجه عام لدى مدمني المخدرات، ومن هذه الدراسات دراسة سعد زغلول المغربي حين أوضح أن عينة المتعاطين للحشيش قد حصلت على درجة عالية في مقياس الهيستيريا، وكذلك دراسة فاروق عبد السلام الذي أكّد على وجود مظاهر السلوك السيكوباتي والميول العصابية لدى مدمني الأفيون، كما أن توهم المرض حسب الباحثة عفاف محمد عبد المنعم هو سمة من سمات شخصية المدمن، فقد يكون هذا العرض موجوداً قبل الإدمان، ونتيجة لضعف الأنا ونقص النضج يلجأ الشباب للمخدر كوسيلة للقضاء على هذه الآلام، أو قد تنتج هذه السمة عقب الإدمان لما يعانونه من أعراض الإنسحاب، فيغالون في وصف هذه الأعراض لتكون بمثابة تبرير لعودتهم لسلوك تعاطي المخدرات . (عفاف محمد عبد المنعم ، 2003 : 76)

3-3 – الفصـــــام: التلازم الموجود بين الفصام وتعاطي المخدرات يطرح التساؤل حول العلاقة السببية بين الإضطرابين، فالعديد من الدراسات تُبين أن مرضى الفصام يلجأون للعلاج الذاتي، ويتميزون بالتناول المفرط للقنب، أيضا يستعملون الهيروين من أجل التخفيف من الأفكار الهذائية والهلاوس، كما أن المظاهر العجزية لديهم من الممكن أن تقنع بمنشط ما، أو تهيج بمادة مخدرة (كوكايين، أمفيتامين)، فالمخدرات تقنع الباثولوجيا الذهانية. (Pierre Angele et al, 2000 :155,156)

وعليه فإن أكثر الإضطرابات تسبباً في تعاطي المخدرات والإدمان عليها هي عــادة الإكتئــاب، إضــطرابات الشخصية، الفصام، إضطرابات القلق وإضطرابات النوم. وفي رأي خنتزيان (1985) أن إختيار العقار أو المادة التــي تستخدم يتم بناءاً على قدرتها على ضبط حالات وجدانية معينة، فبعض المدمنين يستخدمون العقاقير المنشطة للتعامل مع الإكتئاب والضجر أو الخوف، بينما آخرون يستخدمون المهدئات لعلاج أخطار الغضب أو الهياج (محمد الســيد عبــد الرحمن، 1999: 68)

كما أنه يمكن القول أن الأدلة التجريبية المتاحة تبين أنه غالبا ما يسبق سوء إستخدام المواد المخدرة بشكل منتظم سلوك لا إجتماعي، وأن الإكتئاب غالبا ما يسبق ويلي في الوقت ذاته سوء إستخدام المواد تاركــا دوره الســببي غيــر محدد، وهو الحال بالنسبة لإضطرابات النوم وحتى الفصام، كما أنه وعلى الرغم من أن بعض العلمــاء مثــل شــير وترول (Sher et Trull) يرفضون فكرة الشخصية المدمنة، إلاّ أنهما يؤمنان بأن عوامل الشخصية تلعــب دوراً فــي الإصابة بالإدمان. (محمد السيد عبد الرحمن، 1999: 70،71)

4- الإضطرابات النفسية الناتجة عن الإدمان على المخدرات:

4-1-الإضطرابات النفسية الملازمة للإدمان: يتضمن هذا المجال مجموعة من الإضطرابات التي تختلف في شدتها، ولكنها تشترك في مرجعهــــا إلى سوء إستخدام عقار واحد أو عدة عقاقير، وتتمثل تلك الإضطرابات فيمــا يلــــي:

أ- الإضطرابات الإكتئابية:

يشير التراث النفسي في مجال الإدمان إلى وجود علاقة قوية بين سوء إستخدام العقاقير والإكتئاب، حيث يُعــد الإكتئاب شكوى عامة لدى هؤلاء المرضى، فيعتقد المحللون النفسيون قول سيمل (Simmel) بأن المرح هو ضــرب من الهوس (Hipomania) ، وهذا يعني أن مرح الإدمان إنما هو ميكانيزم دفاعــي للتغلب على الإكتئاب والتخلص منه.

وقد دعمت الدراسات الأمبريقية ما أقره التراث النظري من وجود علاقة قوية بين تعاطي العقاقير والإكتئــاب، فقد توصل الدكتور حسين فايد في دراستين له (1992 ، 1994) إلى وجود علاقــــة جوهريــــــــــة بين الإكتئاب وسوء إستخــدام كل من الهيروين، الحشيش،الكحوليات، الباربيتورات والأمفيتامين.

ب- إضطرابات القلق: يعاني متعاطوا العقاقير المخدرة من أعراض القلق، وقد ترجع هذه الأعراض إلى حالة التســمم أو حالــة الإنسحــاب، فالمرضى بإضطرابات القلق قد يصبحوا معتمدين على العقاقير المنومة كالباربيتورات، ويضع هؤلاء المرضى قضايا تشخيصية معقدة بالنسبة للقلـــــق.

ويشير بولو (BOLO ,1991) إلى أن إضطرابات الذعر والخوف من الأماكن المتسعــــة شائع لدى مدمني الكحول، وهذا يؤدي بدوره إلى مشاعر طويلة من القلق والتوتر، مما يؤدي إلى إستعمال الكحول كعلاج ذاتــي لهــذا القلق، كما أوضح ميلر (Miller,1991) أن الإنسحاب الكحولي الحاد يشمل بطريقة نموذجية القلق، الإكتئاب، التهــيج والأرق.

بالإضافة إلى ما سبق يؤدي التسمم بكل من الكوكايين، الأمفيتامين والماريجوانا إلى أعراض قلق وذعر، وتتمثل هذه الأعراض في خفقان القلب والتوتر الشديــد، العرق وشدة الحرارة مع تمدد حدقة العين.

وقد أشار الكتيب التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM IV,1994) إلى أن الإنقطاع عن تعاطي الأمفيتامين أو تقليل الكمية المتعاطاة يتبع بمزاج قلق كالإكتئاب، الإنفعال الهياجي مع وجود أرق شديد وهياج نفس حركي.

كما توصل الدكتور حسين فايد في دراسة له (1994) إلى وجود أعراض القلق لدى متعاطي كل من الكحوليات، الباربيتورات والأمفيتامين.

ج- إضطراب الوسواس القهري: إن المرضى بإضطراب الوسواس القهري قد تكون لديهم مشكلات ترتبط بإدمان العقاقير المسكنة التنويمية والمثبطة للجهاز العصبي المركزي، فأعراض الوسواس القهري شائعة لدى متعاطي الباربيتورات خاصة في حالة التسمم، حيث يشير جرنسبون وباكالار Grinspon et Bakalar ,1988) إلى أن تسمم الباربيتورات يؤدي إلى صعوبة في التفكير، ضعف الذاكرة وبطء الفهم، كما يذهب محمود حمادة (1990) إلى القول أن تعاطي الباربيتورات يؤدي إلى إضطراب الإنتباه والذاكرة مع إضطراب الحكم على الأمور، مما يؤدي إلى فشل المتعاطي في تحمل مسؤولية الوظيفة الإجتماعية.

كما نجد أعراض الوسواس القهري سائدة لدى مدمني الكحول، علاوة على ذلك يعاني متعاطوا الأمفيتامين من أعراض الوسواس القهري، حيث يؤدي تعاطي الجرعات العالية من الأمفيتامين إلى نمط ذهاني يتمثل في الإضطراب النفسي والسلوك غير المنظم والتكرار الإجباري لأفعال دون معنى، وقد توصلت الدراسات الإمبريقية إلى وجود أعراض الوسواس القهري لدى متعاطي كل من الكحوليات، الباربيتورات والأمفيتامين.

د- الإضطرابات الذهانية: قد ترجع هذه الأعراض الذهانية إلى حالة التسمم أو الإنسحاب الخاصة بتعاطي المواد المخدرة، فتعاطي جرعات عالية من المنشطات كالأمفيتامين يؤدي إلى نمط ذهاني يتمثل في الإضطراب النفسي والسلوك غير المنتظم، والهلوسات السمعية مع وجود إضطرابات في التفكير، كما يؤدي التسمم المزمن حسب كيتي وماتيس(Kety et Mathyss , 1998) إلى الذهان البارانويدي ،الهذيان والهياج، تشوش الوعي والضلالات الاضطهادية.

أما بالنسبة لسوء إستخدام المثبطات فيؤدي إلى أعراض ذهانية شديدة، فإدمان الكحول يؤدي إلى مضاعفات عقلية أهمها تدهور الشخصية، الإتيان بسلوك شاذ مضاد للمجتمع، مع ظهور الذهان إما في حالة حادة مثل حالة كورساكوف أو الهذاءات البارانوية الإضطهادية، وهذا حسب أحمد عكاشة(1998).

علاوة على ذلك يرى كل من جرانسبون وباكالار (Grinspon et Bakalar ,1988) أن التسمم بالباربيتورات يؤدي إلى أعراض ذهانية تتمثل في العدوانية والميل إلى المشاجرة، والأفكار البارانوية والهذيان.

كما يقرر الكتيب التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM IV,1994) بأن تعاطي المهلوسات يؤدي إلى بعض الأعراض الذهانية البارانوية والإنسحاب الإجتماعي.

ويؤكد أحمد عكاشة(1998) أن تعاطي المهلوسات خاصة عقار الـ L.S.D يؤدي إلى أعراض هوسية أو إكتئابية أو فصامية، أو مزيجاً من الأعراض الثلاثة، إضافة إلى ذلك توجد علاقة بين المهلوسات عامة والمرض العقلي، حيث أنها قد تؤثر في من يحملون إستعداداً وراثياً للفصام في أحد الإتجاهات التالية:

- قد تتسبب في أن يفصح إستعداد المرض عن نفسه مبكراً.
- قد ترسب مرضاً كان من الممكن أن يظل خامداً لولا تعاطي العقار.
- قد تؤدي بالشخص إلى الإنتكاس في مرض عقلي كان قد أُصيب به أو شُفي من قبل.

وقد توصل حسين فايد في دراستين له (1992، 1994) إلى وجود أعراض ذهانية لدى متعاطي كل من الهيروين، الحشيش، الكحوليات، الباربيتورات، والأمفيتامين.

كما أوضح الكتيب التشخيصي الإحصائي الرابع (DSM IV,1994) معايير تشخيص الإضطراب الذهاني الناتج من الإعتماد على المادة المؤثرة نفسياً وبيّن أنه يضم هلوسات وهذاءات بارزة. (حسين فايد، ب س: 236)

كما أن إدمان الخمور والمخدرات يؤدي إلى أوهام مرضية، حيث لوحظ من نتائج الدراسات أن مدمني الخمور والمخدرات من كلا الجنسين هم أكثر من غيرهم عرضة للأوهام المرضية المميزة للبارانويا أو الإضطراب الضــلالي وفقا للتصنيف الحديث للأمراض النفسية، و هذه الأوهام هي:

- أوهام الغيرة المرضية
- الأوهام الجسمية و الجنسية
- أوهام العظمة و الإضطهاد المرضي. (عز الدين جميل عطية، 2003 : 57)

يمكن القول أخيراً أن هناك صعوبات في تمييز الإرتباطات السببية بين الإضطرابات النفسيـــة والإدمان على المخدرات، أيضا إضطرابات الشخصية المصنفة قد ترتبط بإستعمال المخدر حسب الأفراد والإتجاهات النظرية، وتؤخذ كأسباب أولية أو ثانوية لتعاطي المخدرات أو تكون عامل خطر أو عواقب للإدمان، كما أنه وعند الأغلبية فإن تعاطي المخدرات يُمثل محاولة علاج ذاتي لإضطرابات نفسية سابقة كإضطرابات القلق، الــذهان، الإكتئــاب، الإضــطرابات الهوسية الدورية.... لذا من المفيد النظر إلى سلوك تعاطي المخدرات وأثره في حياة الفرد بمنظار أوسع وهذا بســبب أبعاده المستقبلية، فقد وُجد في الحالات الشديدة أن الإدمان يكون ناتجاً عن إضطراب مزمن فــي الشخصــية خاصــة الإضطراب السيكوباتي، وبالمقابل فإن الإدمان يؤدي إلى إختلالات نفسية أخرى ويجعلها أشد ظهوراً، لذا يجب تكثيــف الإهتمام بهذه الفئة، وإنشاء مراكز لرعايتها بدلاً من تهميشها أو معاقبتها.

المراجع المعتمدة:

- جيمس ويليامس، ترجمة د.طارق بن علي الحبيب، " الطب النفسي المبسط"، النشر العلمي والمطابع، جامعة الملــك ســعود، الرياض، 1999
- سعد جلال، " في الصحة العقلية، الأمراض النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية" ، دار الفكر العربي، القاهرة، 1985
- سعد زغلول المغربي، " تعاطي الحشيش، دراسة نفسية إجتماعية" ، دار المعارف، القاهرة، 1963
- شيلدون كاشدان ، " علم نفس الشواذ" ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، بدون سنة
- عادل الدمرداش، " الإدمان، مظاهره وعلاجه"، مطابع الإنماء، الكويت، 1982
- عز الدين جميل عطية، " الأوهام المرضية والضلالات في الأمراض النفسية " ، عالم الكتــب للنشــر والتوزيــــــــــــع و الطباعة، ط 1، 2003
- عفاف محمد عبد المنعم، " الإدمان، دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه" ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية،2003
- محمد التومي الشيباني، "الأسس النفسية والتربوية لرعاية الشباب" ، الدار العربية للكتاب، بدون سنة
- محمد علي بار، " المخدرات الخطر الداهم" ، دار القلم، دمشق، 1988
- محمد حمدي الحجار، " العلاج النفسي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية" ، المركــز العربــي للدراســات الأمنيــة والتدريس ، الرياض، السعودية، 1992
- محمد السيد عبد الرحمان، " علم الأمراض النفسية والعقلية " ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 1999
- مصطفى زيور، " تعاطي الحشيش مشكلة نفسية " ، المركز القومي للبحوث الإجتماعية، القاهرة، بدون سنة

- Bergeret .J., et coll , "Precis des toxicomanies ", Masson . paris, 1984
- BERGERET.j, "Les toxicomanes parmis les autres", Odil Jacob, paris, 1990
- Denis Richard et Al, " Toscicomannies ", Masson, paris, 2000
- Pierre .A et al , "Toxicomanies" , Masson, paris, 2000 .