**جامعة محمد خيضر بسكرة**

**كلية العلوم الانسانية والاجتماعية**

**قسم العلوم الاجتماعية**

**شعبة علم النفس**

**محاضرات في مقياس المخدرات والمجتمع مقدمة لطلبة سنة ثالثة علم النفس تنظيم وعمل**

**الدكتور :** محمد بن خلفة

تعريف المخدرات:

لغة:

من خدر بمعنى –استرخى-كسل-ضعف.

(قرقر,144:1999)

-يعرفه ابن منظور (:2010 )

الحذر من الشراب ,والدواء فقد ايعترى الشارب وضعف والحذر والكسل والفتور ,وفتر فتور الانت مفاصله وضعفه

وتوضح سواس(34:2011) ان اصل اشتياق كلمة مخدرات يرجع الي مادة خدر وهي بكسر الخاء ,البيت نحوه وماراك ,وكل ما يستر الشئ.

خدر العضويبفتح الخاء اذا استرحن فلا يطيق الحركة, وخدرت عينه ثقلت من قذى او غيره , والخدرة و الضعف والفتور يصيب الاعضاء.

وحسب عبد المعطى (1142:2004) فان كلمة مخدر Narcoticas مشتقة من كلمة الاغريقية Nartasisبمعنى يتخذ راو يجعله مخدرا.

-ويعرفها في المعجم الوسيط :خدر خدرا : استتر يقال خدر الهودج الفس عليه الستر ,وخدر المراة : الزمها خدرها وصائها عن الخدمة لقضاء الحوائج

-خدر خدرا:عراه فتور واسترخاء , ويقال خدر الشارب او الدواء , وخدر جسمه ,وخدرت عظامه ,وخدرت يده او رجله , وخدرت عينه اثقلت من قذى يصيبها (مجمع اللغة العربية : 220:2004)

من خلال التعريفات اللغوية المسابقة للمخدر باللغة العربية يتضح انه:

-يمكن ان يكون المخدر شرابا اودواء.

-ان اثار تعاطي المخدر هي الفشل ,الفتور والكسل ,وكل اثار السابقة ما هي الا اعراض للمخدرات المسكنة , وهنا ممكن النقص في هذه التعريفات , فالمخدرات لها انواع متعدد اخرى منها ,المنشطات , المهلوسات , مضادات القلق المستنشقات سراع.

في اللغة الفرنسية :

كلمة Drogueتعني شيئا ذو نوعية سيئة او شيئ قليل الفائدة – وهذا ما يؤكد ان كلمة Drogue بالفرنسية ترتبط بكل ما هو سيئ وغير صالح ولا يوجد بالثقة .

-وفي القرن العشرين اصحة كلمة Drogue في الكلام العام تعني المواد السامة او المخدرات . (695:1981 :Webster)

في اللغة الانجليزية :

كلمة Drug او Narcotic تحمل معنى واحد وهي المادة التي تستعمل كبيا والتي تؤثر على بنية ووظيفة الجسم .(1981:695) Webster

اصطلاحا :

يعرف بازوود دورون (357:1997) بانه:

"المخدر هو المادة لها خصائص عقاقيرية خاصة من حيث انها تؤدي الي تحمل والتبعية بشكل عام الي الادمان "

-وتعرضه جباري (58:2006) بانه :

"المخدر هو عقار يحدث الخذر في كامل الجسم" .

-ويعرفه العلماء المعاصرون في قزقز (144:1999) بانه :

"كل مادة خام او مستحضرة تحتوي على العناصر منبهة او مسكنة من شانها اذا استخدمت في غير الاعراض الطبية ان تؤدي الي الحالة من التعود , او الادمان عليها مما يضر بالفرد نفسيا او جسميا او اجتماعيا "

-ويعرفها غرموش (13:دت) بانها :

"كل المستحضرات او المستخلصات من النباتات او المشتقات منها, وتؤثر بطيرقة سلبية او ايجابية على كل الكائنات الحية من إنسان – النبات – وحيوان"

التعريف القانوني للمخدرات:

يعرف المشرع المخدرات على انها :" كل مادة مسكرة او مفترة ,طبيعية او مستحضرة كيميائية , من شانها

ان تنزيل العقل جزيئا او كليا وتناولها يؤدي للادمان بما ينتج عنه تسمم من الجهاز العصبي فتضر الفرد ,والمجتمع, ويحضر تداولها او زراعتها او ضعها الا اعراض يحددها القانون , وبما لا يتعارض مع الشريعة الاسلامية " حوارى (511:2003)

-كما ورد في المادة رقم 02 من القانون الجزائري المتعلق بالواقع من المخدرات والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها ان :

المخدر كل مادة طبيعة او الاصطناعية من المواد الواردة في الجدولين الاول والثاني من التفاقية الوحيدة للمخدرات سنة 1961 بصيغتها المعدلة بموجب بروتوكول 1972.

(وزارة العدل ,قانون الوقاية من المخدرة والمؤثرات العقلية وقمع الاستعمال والاتجار غير المشروعين بها (03:2005)

-كما يوضح فارح وغلاب (24:2015) ان فقهاء القانون الجنائي واستناد المبدأ شرعية الجرائم والعقوبات يرون ان مصطلح المخدر يتضمن كل المواد التي يضف عليها المشرع هذا الوصف غير انه يوجد مقتح لتعريف اكثر دقة المخدرات على انها "مجموعة من العقاقير النباتية او الكيميائية او الصناعية تقوم بحضرها هيئة الصحة العالمية والمشرع

المحلي لإدراجها في جداول قابلة للإضافة او اتغير نظرا لاثارها أضارة على الفرد والمجتمع ,حيث تؤدي إلي خلل في نشاط الجسمي ,والحالة النفسية لمتعاطيها وينجم عن استهلاكها مشاكل صحية و اقتصادية و اجتماعية وسياسية وامنية للفرد والمجتمع ,ويحضر الاتصال بها الا في الاحوال التي يحددها المشرع في كل دولة ,ووفقا لما يتماش مع قواعد قانون الدولي الي تنظم الاتصال المادي او القانوني يمتلك المواد الكافة لدول العالم .

التعريف الاجتماعية للمخدرات :

تعرف بانها تلك المواد التي تؤدي بمتعاطيها ومتناولها الي سلوك الجانح , وهي تلك المواد التي تذهب العقل وتدفع بمتعاطيها السلوك المنحرف (الغريب: 33:2006 )

التعريف العالمي للمخدرات:

-تعرف انها مادة كميائية يؤدي تناولها الى النعاس والنوم او غياب الوعي المرفوق بالألام .(الركابي :82.2011)

وفقا لهذا التعريف فان العقاقير المنشطة و المهلوسة لا تدخل ضمن المواد المخدرة،بينما يندرج الكحول تحت صنف المخدرات .

-وتعرف بانها مادة كيميائية تعمل عند تناولها و بكميات قليلة على احداث واحد او اكثر من التغيرات التالية :

-التأشير على حالة الشخص الفيزيولوجية بما في ذلك المستوى النشاط ,الوعي,التوازن

.التاثير على الاحساس الواردة من المخ

.التاثير على مستوى الادراك و القدرة على تحليل المشيرات الواردة او تغييرها .القذافى (58:1999)

-حيث يؤكد الزين (596:2011) ان المخدرات تشوش العقل و الحواس بالتخيلات والهلاوس بعد نشوة تؤدي الي الاعتياد عليها.

من خلال ما سبق يتضح ان المخدرات هي مجموعة المواد التي تسبب.

.الادمان .

.تسمم الجهاز العصب.

.تحضر زراعتها وتداولها الا الاعراض يحددها القانون .

.لا تستخدم الا من قبل من يرخص له ذلك .

المواد النفسية :

لقد اصبح من الافضل ,استعمال مصطلح المواد النفسية بدلا من مصطلح تعاطي المخدرات ,لان كلمة المخدرات في صيغتها العربية تشير الي ما يؤثر تاثير مهبطا في الجهاز العصبي المركزي في حين ان مصطلح المواد النفسية يشمل كل المواد المهبطة والمواد المنشطة على السواء .(83:2011:الركابي )

2/تصنيف المخدرات (المواد النفسية )

تصنف المخدرات تبعا لاحد المعايير التالية :

معايير اللون:

-مخدرات سوداء :وهي التي يميل الونها الي سواد كالافيون والحشيش

مخدرات بيضاء:كالهروين و الكوكايين ... الخ

معيار المصدر او المنشأ:

.مخدرات طبيعية : من اصل نباتي .

وهي كل ما يؤخذمباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على المواد مخدرة سواء كانت سرية اي تنبت دون زراعة الحشيش ,الافيون ,القات , او تزرع

.مخدرات مصنعة :

مستخلة من المواد والنباتات الطبيعية ,ولكنها اقوى تركيز منها واشد فتكا (ضررا) بالفرد مثل المورفين المستخلص من الافيون,ولكن اشد من الهرويين المشتقة من المورفين ,وهو اشد من المورفين

.المواد نصف المصنعة :

ناتجة عن التفاعلات كيميائية ,حيث يتم صنعها في المعامل من المواد الكيمياوية لا يدخل فيها اي نوع من انواع المخدرات و تشمل عقاقير منومة عقاقير منشطة . عقاقير مهلوسة عقاقير مهلوسة ، عقاقير مهدئة .( ابو نجاح 2000.ص16)

معايير نوع الاعتماد

-المواد التي تتسبب الاعتماد نفسيا و عضويا :

مثل الافيون و مشتقاته كالمورفين و الكوكايين و الهروين

المواد التي تتسبب الاعتماد نفسيا فقط :

مثل الحشيش و العقاقير المهلوسة .(فارح و غلاب :(27.26:2015)

معايير التاثير ك

تنقسم المخدرات من حيث تاثيرها الى مجموعات لكل مجموعة منها تاثيراتها المتشابهة على الفرد المدمن و المتعاطي و التي تتسبب مشاكل متنوعة تشمل المشكلات الجسدية و النفسية و الاجتماعية

المهبطات :

تشمل الكحول البارتيورات ، منومات ، مسكنات الصناعية .

المهلوسات :

هي مجموعة من المواد الغير متجنسة التي تحدث اضطراب في النشاط الذهني و خلل في التفكير و الادراك و تنتج عنه هلوسة ، تخيلات ، حيث يتصور المتعاطي انه لهو قدرة خارقة او العكس حيث يصاب احيانا بفزع شديد او اكتئاب بسبب ما يراه في اوهامه و تخيلاته مما قد يؤدي به الى الانتحار اما اذا تعاطاه بجرعةعالية فانه يصاب بخلل دائم في المخ ، وهي تنقسم الى مهلوسات طبيعية او نصف صناعية او صناعية .

عقاقير منشطة :

تتصف بتاثيراتها المنشطة على الجهاز العصبي ( الامفيتامينيات ) مشابقة (55-46،2007)

معيار الصلابة

المخدرات الصلبة و مشتقاتها المستخرجة زراعيا

و تشمل الافيون و الكوكايين و الهيروين .

مشتقات المخدرات الصلبة المحضرة كيميائيا :

و تشمل الامفيتامينات و الباربيورات و الاكستازي

المخدرات اللينة المنتجة زراعيا :

مثل الحشيش و القات .

معيار التحريم القانوني :

المخذرات الغير محضورة

مثل التبغ و الكحول و القات في بعض البلدان كاايمن و الصومال

المخدرات الممنوعة :

مثل المورفين و الكوكايين و الافيون

تصنيف منظمة الصحة العالمية :

يعتمد على التركيب الكيميائي للعقار و ليس على تاثيره و يضم .

مجموعة الحشيش

و تشمل نبات قنب المستحضراته كالراتنج و زيت قنب و الماريخوانا .

مجموعة الافيون :

و تشمل الافيون و المورفين و الهيروين و كذا العقاقير المختلفة كيميائيا ذات تاثير المشابه لتاثير المورفين مثل الميثادون .

مجموعة الكوكايين :

و تشمل اوراق الكوكا و الكوكايين و الكراك و كافة المركبات الكيميائية المشتقة من املاح الكوكايين

مجموعة القات

و تشمل نبات القات و مستحضراته .

مجموعة الامفيتامينات :

و تضم العقاقير ذات تاثير المنشطة مثل الامفيتامين و الميتافيتامين

مجموعة الباربيتورات :

و تضم العقاقير ذات تاثير المسكن او المهبط مثل الميثاكوالون

مجموعة المهلوسات :

مثل المسكالين (فارح و غلاب ،29-28 .2015)

المعيار الدولي

هذا المعيار اقرته المواثيق و الاتفاقيات الدولية لتفادي الوقوع في اشكالية التحديد الدقيق للمخذرات وهو توجه يتميز بالمرونة لمسيارته و الاستحداث المتسارع لانتاج المخدرات و المؤثرات العقلية نظرا لتطور الكبير الذي يشاهده الابحاث الكيميائية .

يعرف معيار النظام الدولي لرقابة على المخدرات على النحو التالي

المواد المخدرة

و تشمل مواد المدرجة في جداول الاربعة الملحقة بالاتفاقية الوحيدة للمخدرات لسنة 1961 بصيغتها المعدلة ببروتكول 1972

و عرفة اتفاقية (مادة 1-ي) المخذر بانه : كل مادة طبيعية او كيميائية من المواد المدرجة فيجدولين الاول و الثاني المرافقين بالاتفاقية مثل القنب و الخشخاش الافيون و الكوكا

الماثرات العقلية

و يقصد بهاكل مواد سواء كانت طبيعية او تركيبية و كل منتجات الطبيعية المدرجة بالجداول الاربعة الملحقة باتفاقية الماثرات العقلية لسنة 1971 ( المادة 1 –ه) ومن بين هذه المواد الامفيتامينات و البربيوترات .

السلائف و الكيماويات :

وهي المواد التي تستخدم في الصنع غير مشروع للمخذرات و المؤثرات العقلية ، وهذه المواد ليست مخذرة في حد ذاتها و درجة في جدولين مرفقين باتفاقية الامم المتحدة لمكافحة الاتجار الغير مشروع بالمخذرات و المؤثرات العقلية لسنة 1988

على ضوء المعيار السابق سلكت التشريعات المتعلقة بالمخذرات في تحديدها لها الى اتباع النظام الجداول الذي سمي بالاسلوب الحصري ، وهو يستمد مرونته من امكانيات اخضاعه لتعديل ، زيادة او نقصان او تحويل من جدول الى اخر ، وذلك بناءا على مبررات علمية ثبتت من تقريرها الهيئة الدولية المراقبة للمخذرات عن طريق اجراءات محددة في اتفاقية 1988 ( ملاح و غلاب : 31-29:2015)

تعاطي المخدرات (المواد النفسية )

تعريف التعاطي :

يعرف على انه : "رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الاشخاص نحو مخدرات او مواد سامة اراديا او عن طريق الصدفة – تعرف على اثارها المسكنة و المخدرات او المنبهة و المنشطة ، تسبب حالة من الادمان تضر بالفرد جسميا ، نفسيا ، و اجتماعيا .(احمد 1992: 40)

التعريف التعاطي السابق لاينطبق على المجرب .

* اخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة و غير دورية .
* ياخذ المتعاطي المادة بالصدفة او التسلية او التقليد على اصدقائه .
* غيابها لايسبب له مشاكل نفسية او جسدية .
* التعاطي يكون في اوقات مختلفة و اماكن مختلفة .(الغول ، 201:2011)

مراحل تطور تعاطي المخدرات (المواد النفسية ) :

هناك اربعة مراحل لتطور تعاطي المخدرات هي :

مرحلة التجريب :

وهي مرحلة مركزية لفهم مشكلة تعاطي المخدرات .

مرحلة التعاطي العرض او الاجتماعي :

عند توفر بعض الظروف المناسبة لتناول العقار المخدر .

مرحلة التعاطي المنظم :

و البحث عن العقاقير الملائمة .

مرحلة الاعتماد :

او الادمان على المخدرات باشكالها المختلفة .

التجريب التعاطي العرض التعاطي المنتظم الادمان .(زيدي 2011:19)

انواع التعاطي :

ليس كل متعاطي للمخدرات في بعض المناسبات او التجريب مدمن عليها ، ومن هذا المنطق فقد قسم المتعاطون من ثلاث فئات وهي :

التعاطي التجريب أو الاستكشاف :

دوافعه غالبا ما تكون فضولية لاستكشاف المخدر وقد يتوقف المجرب عن التعاطى من اول مرة او مرتين

وقد يتريب عن ذلك استمرار تعاطيه الغول (2011:101)

التعاطى اعرضى أو او الطرفى

يتعاطى الفرد المخدر من وقت لأخر ، وقد لايزيد عن مرة أو مرتين في الشهر فالا يشعر بتبعية نحوه ، ولا يتعاطاه الا في حالة توفره بسهولة ، ويكون تعاطى المخدر عادة عفويا او أكثر منه مدبرا ، وقد يستمر في التعاطى اذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية .(هيلين.1988)

المتعاطي المنتظم :

يقصد به التعاطي المتواصل والمنتظم للمخدرات وتعتبر مرحلة متقدمة من التعاطى .(الغول ،2011 ، 101)

اسباب التعاطى :

-ا ألاسرة وعمليات التنشئة الاجتماعية

-الشجار بين الوالدين مما يفقد الطفل الشعرو بالأمن

-عدم رقابة الوالدين

- القسوة في التعاملة

-انحفاض المستوى التعليمي للوالدين .

-الطالاق

- اهمال الاطفل وعدم توجيههم ( محيسن 2012.303 )

- ضعف الوازع الدين .

- العوامل الشخصية الاجتماعية المحصيته للتعاطى .

- الفشل الدراسي

- الاحباط .

- العوامل السياسية 0 ( الركابي ، 2011 . 77 )

الادمان :

لغة :

لفظ مشتق من الفعل ادمن ، يدمن ،ادمانا ،يقال أدمن الشئ بمعن وواضب عليه . (الركابى ، 2011 .81 )

04/الادمان على المخدرات (المواد النفسية ):

تعريف الادمان (الاعتماد ):

تعريف منظمة الصحة العالمية :

حالة من التسمم الدوري او المزمن الضار للفرد والمجتمع ، ويتصف بقدرته على احداث رغبة او حاجة ملحة لايمكن قهرها او مقاومتها لاستمرار تناول العقار ، والسعي الجاد للحصو عليه باي وسيلة ممكنة لتجنب الاثار المزعجة المترتبة على عدم توفره ، كما يتصف بالميل نحو زيادة الكمية او الجرعة ، وبسبب حالة من الاعتماد العضوي او النفسي على العقار وقد يدمن المتعاطي على اكثر من مادة واحدة ، كرموش (دت: 29)

* ويعرف سويف(1996:13) ادمان المخدرات والكحوليات ب: تعاطي المتكرر لمادة نفسية او لمواد نفسية لدرجة ان المتعاطي يكشف عن انشغال جديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز او رفض للانقطاع ، او تعديل تعاطية وكثير ماتظهر عليه اعراض الانسحاب اذا مانقطع عن التعاطي ، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي الى درجة تصل الى استبعاد اي نشاط اخر .
* ويعرفه اسعد (1996:456) بانه:

حالة من الانقياد لعقار طبيعب او تركيبي التي تؤدي الى حاجة ملحة وتعلق نفس

* ويعرفه نفطاير(2001:34) بانه:

رغبة مرضية جامحة(ولع) من الفرد نحو الموضوع الادمان ، وقد يكون هذا الموضوع الادمان موضوعا ماديا كالمواد المخدرة والخمر والحبوب والسجائر وغيرها ، وقد يكون حدثا كالقمار والجنس والحب والعمل والكومبيوتر ، والهاتف المحمول والانترنت ...، وهنا نشير الى مسالة الرغبة المرضية على انهار رغبة قمرية ومدمرة .

* ويعرفه الحجازي دت: 128) على انه:

يعبرعن ادمان الفرد على اثار عقار مع طلب الزيادة المستمرة من جرعاته ، ويتعرض الفرد الى حالة من التوتر اذا حيل بينه وبين تعاطي المخدرات.

* ويعرفه العسوي (1993:112) على انه :

حالة من التسمم المزمن ذات الاثار الضارة والمدمرة لحياة الفرد والمجتمع .

* يعرفه هنري اي (1978:194) hemrie ecf etbris etعلى انه:

حالة شاذة تتمثل من النكوص الى الشكل البدائي بحثا عن اللذة كما هي من صورتها الاولية عند الضيع بعد الحصول على اللذة تعقبها مباشرة حالة معاناة شديدة وتعب، الامر الذي يجعل المدمن يبحث عن اللذة من جديد.

من خلال التعريفات السابقة نستنتج ان الادمان على المخدرات هو:

. حالة من التسمم بالعقاقير .(عابرة ومنزمنة)

. حالة من المداومة على تعاطي مادة مخدرة معينة

. عادة سيئة لتناول العقاقير .

.علاقة مرضية مع المخدر او العقار.

.اضطراب سلوكي يترجم في السعي للحصول على العقار.

.غياب المحدر او التخفيف من جرعته بسبب القلق والتوتر وعدم الهدوء .

.الحاجة الى مضاعفة الجرعات للشعور بالراحة و الهدوء .

.اعتماد له مظاهر فيزيولجية واضحة التاثير المدمر على الفرد والمجتمع

وقد تستخدم عدة مراوغات لمصطلح الدمن كالتعهد – الاعتماد – سوء الاستخدام للمواد المضرة – الاستعمال غير المشروع – السلوك الادماني الاانه في اوائل الستينات تم اسقاط مصطلحي الادمان والتحمل ليحل محلهما مصطلح الاعتماد (عبد المنعم:1999:34)

مراحل الادمان :

لايمتع الادمان بسببتعاطى المحدر لمرة واحدة ، بل لابد له من مراحل انصلاقا من التعود مرورا بالاشتياق ، ثم النشوة و الشعور بالراحة ،وصولا الى الاعتماد الجسمي

مراحلة ماقبل الادمان : ( مرحلة التحمل )

يكون بدايته باتعاطى التجريبي ، وهو اكثار من تعاطى المخدر ، ومن تم يحدث تعاطى جرعات زايدة ليحصل عللى التأ ثير المرغوب فيه ( ،

مرحلة الانذار بالادمان (مرحلة التعود ):

يتعود الفرد تعاطى صعوبة في التوفق على تناول المحدرات لمدة تزيد عن 24 ساعة ، وهذا مايسمى با لاعتماد الجسمي .( 2007 :2012 ).

اسباب الادمان :

من خلال مجموعة من الدراسات التى عالجت موضوع الادمان حدد العيسوى (1999 :136 ) الاسباب التالية الادمان :

.الرغبة في خوض غمار التجربة

. الرغبة في النشوة الزائفة و الابتهاج

.الحرمان من متابعة الوالدين ولاشراف الوالدين.

. قلة الوعى بأخطار المخدرات .

. المشاكل الاسرية كا لطلاق ، التعدد و الخيانة الزوجية ....الخ

ويلخص walt ter في ( 1999 :97) اسباب الادمان على المخدرات في عاملين أساسين هما :

. مجموعة من الفرغات الخاصة برغبة الفرد في الاشكالية :

وتتمثل في :

.تربية الام

.التذبذب في معاملة الطفل ( حب . )

. العدوانية من قبل الاب على الام .

. انحراف سلوك الام ( شرب الخمر مثالا ) .

. تهرب الام من الا زمات الاسرية .

.عدم تقبل الام لدورها الامومي .

وجود صعوبة لدى الفرد في ادراكه لدوره في المجتمع : بسبب .

. نبذة من طرف الوالدين .

.انعدام الطموحات الوالدين بخصوص مستقبل الطفل .

. ضعف الظوابط المفروضة على سلوك الطفل من قبل الام بالاضافة الى الاسباب السابقة هناك اسباب اخرى منها :

.ضعف الوازع الدين . الحزانثة . ( 2012 :35 ).

. مجالسة رفاق السوء .

. الشعور بالفراغ ،حيث تعد أ نشطة الفراغ و الترويج من العوامل المهمة الواقية من الانتحراف و السام الفكر.

العباجي ( 2008 :34 )

* الحب التقليد .
* -انحفاض المستوى التعليمي .
* توافر المواد الادمان وسهولة الحصول عليها .
* - الانفتاح الاقتصادى .
* ضعف دور وسائل الاعلام في مكافحة الادمان .
* -التساهل في استخدام العقا قير .

ورن زيدى ( 2011 : 12 ) ان من اهم اسباب الادمان مايلي :

.ان هذا المحدرات تجعله يرى وجوده بطريقة اخرى .

-ان تساعد ه على الهروب من المشاكله .

.انها تساعده على تحقيق ذاته واستقلاليته .

.انها تمنحه السعادة .

-انها تساعده على الاسترخاء وتمنحه القوة و الطاقة .

- انها تساعده على المغامرة والجولة .

-وتضيف الركابي (2011 : 84 ) .

-خصائص وسمات الشخصية المتعاطى مثل ارتفاع سمة العصبية والتوتر و القلق ن ، كما تتفق الشخصية المدمن بالخحل والشعور با سوء التوافق النفسي و الاجتماعي

. التعرض لثقافة المخدرات عن طريق ال عن المخدرات والرؤية المباشرة للمخدرات ووجود اصدقاء متعاطين .

05/ البروفيل النفسي للمدمن :

مفهوم المدمن : يعرفه 1999 : 52.يعرضه (Richard et loubs) على انه:

"ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير ستعود عليه رآوآي مادة من المواد المخدرة او المنبهة والتي لا تستطيع الامتناع عليها وعن تعاطيها بل ويبحث عنها في الحالة النفسية سيئة ومضطربة "

يعرضه زهران (29,1997) بانه:

"اي فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا , بحيث يضر بصحته, كما تفقده القدرة على ضبط النفس بالنسبة الادمان"

فما يميزه هو التعاطي اليومي, كما قد يتمثل في تعاطي مقادير كبيرة لعدة ايام .

-كما يعرف على انه :

"كل فرد يتعاطى مادة مخدرة ايا كانت فيتحول تعاطيها الى تبعية نفسية او جسمية او الاثنين معا , كما ينتج عن ذلك تصرفات وسلوكات لا اجتماعية ولا اخلاقية من طرف المدمن ".(الغريب,46:2006)

-كما يعرف الحجار (26:1992)بانه :

-الشخص الذى يتعود على تعاطى عقار معين مثل الكحول او المخدرات ،وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بالحالة من الاضطربات النفسي والجسمي حتى يتناول جرعة من المادة التى تعود عليها .

ويضيف ايضا : "هو الشخص الذي يستهلك المادة بصفة منتظمة ،وبعد مرتهنا لها اما نفسي او بدنيا ، ويكون الارتهان البدني عند تعاطى مستحضرات الافيون والباربيورات ".

صفات المدمن :

-الانطوائية والانعزال عن الاخرين بصورة غير عادية .

-الاهمال وعدم الاهتمام او العناية بالمظهر.

- الكسل الدائما

-التثاوب المستمر.

- شحوب الوجه .

-عرق .

-فقدان الشهية .

-الهزال والامساك .

-اهمال الهويات المختلفة .

-اللجوء الى الكذب والجمل الخادعة للحصول على المزيد من المال .

-نضرته العدائية للمجتمع وتمرده قيمه ومعاييره,وآعرافه وقوانينه , من خلال قيامه بسلوكات غير آخلاقية يرفضها المجتمع ويعاقب عليها القانون .

-التهرب من تحمل المسؤولية.

-تدنى مستوى تقديره الذات لقدراته .

-الانفعال لاتفه الاسباب .(73-72: 2008).

-الحزن الشديد.

-لوم الذات (احمر,103:2006).

-كما توصل (08 :2009) ان المعتمد عللى العقار بتميز بمتغيرات مزاجية سالبة منها :

.نقص دافعية التغير .

.الشعور بالعجز.

.المزاج الاكتئابي .

.الاتجاه المؤيدلاللتعاطى و العقاقير .

.الضعف و السلبية .

.الميول الانتحارية .

.القلق .

.عدم الثبات الانفعالى .

.الاندفاعية .

.الاغتراب .

.نقص التدعيم .

.الشعور بالام .

.الشعور بالكد .

.مفهومللذات اسالب .

.الاحباط .

.نقص الدافعية الانتحار

.سؤالتوافق .

.العدائية .

. الشعور بالوحدة

.تقلب المزاج

البروفيل النفسىعلى المخدرات :

-شخصية اشكالية لاتملك القدرة على تحمل التوتر النفس و الالم و الاحباط وهى عاجزة عن مواجهة الواقع .

- الاكتئاب . وهذا راجع الى :

.البناء النفس الدلخلى للمدمن من حيث هو بناء هش يفتقد الى القوة و التماسك الداخل المتكامل .

. الواقع الخارجي من حيث مرونته و قسوته ويمثله من احباط ومصاعب تعترضه ظروف لتحقيق اشباع المطالب الاساسية .

ويمكن ملاحظة ان شخصية المدمن تتميز ب مجموعة من الخصائص النفسية تدفعه الى الادمان منها :

.ارتفاع سمة العصبية والتوتر و القلق .

. الشعور بالنقص

.تدنى تقدير الذات .

وقد توصل wimik الى وجود بعض السمات التى تظهر على شخصية المدمن على المحدرات ،باستخدان اساليب التحليل النفسي وتحليل الاختبارات النفسية الى صنيف المدمينين الى :

المدمن غير ناضج :

هو العاجز عن اقامة اى علاقة هادفة مع اشخاص اخرين حيث يعتبر شخص اتكالي يعتمد على الاخرين وعاجز عن تحمل المسؤولية .

المدمن المتفاقى في ذاته :

ويسمى المدمن ، وهو الشخص الذى يصر على اشباع حاجاته ولا يستطيع تاجيلها .

المدمن الغير ناضج جنسيا:

وهو الشخص الذى يعانى من المشاكل جنسية واضحة

المدمن الممكتئب

هو الشخصية قلقة متوترة يلجأ صاحبها للمخدرات لتسكين قلقه وتوتره . (بوضتوف .43-41-2011 )

وقد اتفق علماء النفس والاجتماع والحزمة الاجتماعية على ان الادمان من الشخصيات .هي :

الشخصية الاكتئابية :

يستحدم المخدر للرفع من المعنويات وجلب السرور الذى يفقده بشكل دائم. المهندى .(50:2013 )

الشخصية الارتيابية ( شبه قصامية ) :

شخص خجول يفضل العزلة ويحرب من المواقف الاجتماعية فقد يستخدم احدى المواد المخدرة لازالة قلقه وخجله فيتعود على استعمالها في مثل هذه المواقف ( عطاوة 144:2208)

-الشخصية المضادة للمجتمع : (المنصور 110:2014)

-شخصية النرجسية :

يريد ان يحقق ما يريد فورا .(احمد 102:2006)

6/اضرار الادمان على المخدرات:

الاثار الجسمة (الصحية):

-فقدان الشهية .

-نحافة والهزال .

-الضعف العام المصحوب باصفرار الوجه او اسوداده .

-زيادة نسبة السكر.

-التهاب وتضخم الكبد وتوقف عملها بسبب السموم التي تعجز الكبد عن التخلص منها .

-التاثر انشطة المخ .

-رجفة الاطراف .

-فقدان الذاكرة .

-تقليل من القدرة الجنسية .

-نقص افرازات الغدد الجنسية .(الزين 712:2011).

-قلة النشاط الحيوية .

-دوار وصداع مصحوب باحمرار العين .

-اختلال في توازن وتاثر العصب في الاذنين.

-تهيج موضعي للاغشية المخاطية والشعب الهوائية نتيجة تكون مواد كربونية وترسبها باشعب .

الهوائية: اذ ينتج عنها التهابات رئوية مزمنة قد تصل الى اصابة باتدرن رئوي.

-اضطراب فب الجهاز الهضمي والذي ينتج عنه سوء الهضم و كثرة الغازات واشعور بالانتفاخ ولامتلاء والتخمة والتي عادة تنتهي الى حالات الاسهال .

-اتلاف الكبد وتليفه حيث يحلل المخدر خلايا الكبد ويحدث بها تليفا وزيادة في نسبة السكر, مما يسبب عجز الكبد عن تحليل الجسم منها.

-التهاب من المخ وتحطم وتآكل ملايين الخلايا العصبية التي تكون المخ مما يؤدي الى فقدان الذاكرة والهلاوست السمعية والبصرية و الفكرية .

-اضطرابات في القلب , ومرض القلب الحولى وذبحة الصدرية.

-ارتفاع ضغط الدم .

-انفجار الشاريين .

- تكسر الكرات الحمراء .

-تسمم نخاع العظام.

-ارتفاع ضغط الدموي في الشريان الكبدي .

-الاصابات السرطانية .

-الانتحار المحتمل.

- الاصابة بنوبات صرعية بسبب استبعاد للعقار , وذلك بعد ثمانية ايام من الاستبعاد .

-احداث العيون الخلقية في الاطفال حديثة الولادة .

-مشاكل صحية لدى المدمنات الحوامل مثل فقر الدم,مرض القلب, السكري, التهاب الكبد , الاجهاض.

-وضع مقلوب للجنين الذي يولد ناقص النمو , هذا اذ لم يمت في رحم الام .الركاب (88:2011).

-تصدع الروابط الاسرية .

-تدني قدرة الفرد عن العمل.

-عجز الشباب عن مواجهة الواقع ولارتباد بمتطلباته .(الروماني 58:2004).

-الابطالة.

-حوادث المرور.

-التسرب المدرسي.

-ارتفاع معدلات الهجرة.

-ارتفاع معدلات الجريمة (العنف,السرقة,التزوير ,الاغتصاب,القتل).

-سيفري (12:2009).

الاضرار النفسية:

-اضطراب حس العام , وخاصة اذا تعلق الامر بلحواس السمع و البصر اذ يحدث نزيف عام من المدركات .

-خلل في ادراك الزمن بالاتجاه نحو البطء .

-اختلال ادراك المسافات نحو الطول .

-ااختلال او ادراك الحجم نحو التضخم .

-اختلال في التفكير العام وصعوبة وبطء بها .

-فساد الحكم على الامور ولاشياء.

-حدوث الكثير من التصرفات الغريبة .

- الاهذيان والهلوسة .

-القلق .

- التوتر المستمر .

- الشعور بعدم الاستقرار .

- الشعور بالانقباض .

- الهبوط .

-عصبية وحدة مزاج.

-اهمال النفس والمظهر.

-صعوبة المشي .

-اختلال في التزان الذي يحدث بعض التشنجات وصعوبات في النطق والتعبير مما يدور بذهن المتعادي .

-اضطراب في الوجدان حيث ينقلب المتعاطى من حالة المرح والنشوة وشعور برضى وراحة بعد التعاطي ,ويتبع هذا ضعف على مستوى الذهن وذلك لتضارب الافكار لديه , فهو بعد التعاطي يشعر بسعادة ونشوة والعيش في جو خالي وغياب الوجودزيادة النشاط والحيوية , ولك سرعانما يتغير الشعور ونشوة الى ندم وواقع مؤلم وارهاق مصحوب بخمول واكتئاب .

-العصبية الزائدة .

-الحساسية الزائدة.

-التوتر الانفعالي الدائم الذي ينتج عنه سوء التوافق الاجتماعي (الركابي 89:2011).

الاثار الاقتصادية:

-اقتطاع جزء من الدخل لشراء المخدر .

-تكاليف الكبيرة لمكافحتها على مستوى العلاج ورعاية المدمن.

-يؤثر التعاطي حركة الراس المال داخل الدولة الواحدة لخلل في البنية الاقتصادية .الاصفر(114:2004).

-كره العمل .

-قلة الانتاجية .

-قلة التركيز قلة النوم.

-سوء الحكم على الاشياء .

-لجوء الاطفال الى العمل وترك التعليم .(احمد، 2006 : 108 :109 )

-اهدار الاموال دون وجه حق في سبيل الحصول على المواد المخدرة

- السبب الرئيسي للفقر وتفكك الاسرى والمجتمعي

(الركابي 2011:89)

الاثار السلوكية : -اعتماد على الغير .

-التهرب من المسؤولية

-عدم الثقة بالنفس والاخرين

- تدهور شخصية المدمن واضطراب معالمها

-توجهات عدوانية لتدمم الذات والاخرين في آن معا.

-خلل واضح في التعامل مع الذات مع الاخرين على.(14:2012).

-زيادة النسيان .

-بطء الادراك.

-بطء الاستجابة .( احمد104:2006).

-التحرش الجنسي.

-السرقة.

-الخطف.

-تهديد الامن الجتماعي

-الشعور بلحماية من الضغوطات الشتماعية والاسرية التي يشيرها ارتفاع مستوى الدفعية التي تحضر الفرد عن اشباعها فيلجأ الى الحروب منها.

-الاقتصاب.

-القتل .(الركاب78:2011 -77).

-الضرار الامنية:

-انحرا بعض الموظقين القائمين بلخدة العامة للعمال لتجارة المخدرات الرغبة في الشراء السريع ,او من اجل الحصول على الرشاوي لقاء سكوتهم على مرور مواد المخدرة .

-في بعض الحالات العدو الحصول على اسرار الدولة العسكرية عن طريق دفع المسؤولين لتعامل والاستخلاص المعلومات منهم .

-يتم نشر المخدرات من اجل اضعاف نفوس الشباب , وجعلهم عاجزين عن العمل وتحطيم الروح المعنوية لديهم . (الركابي89:2011).

اضرار الدينية:

-العرف عن ذكر الله ولكل الديانات .

-تضاعف الايمان .

-التفكك الايماني .

-تذهب الحياء.

-تعمل على تفشي الكبائر والفواحش والمعاطي .

-سبب في زوال النعمة وانتشار النقم .الركابي ( 90:2011)

اولا: بعض المصطلحات المرتبطة بالادمان

2الاعتماد :

-حالة نفسية و احيانا تكون عضوية تنتج عن التفاعل بين الكائن الحي و المادة النفسية

-تتسم هذه الحالة بصدور استجابات تحتوي دائما على عنصر الرغبة في ان يتعاطى الكائن المادة النفسية المعينة على اساس مستمر او دوري ، و ذلك كي يخبر الكائن باثارها النفسية او لكي يتحاشى المتاعب المرتبة على افتقادها ، وقد يصاحبها تحمل او لايصاحبها ، كم ان الشخص قد يعتمد على مادة واحدة او اكثر ( )

1الاعتياد

-و عرفته لجنة الخبراء التابعة لمنظمة الصحة العالمية بانه : حالة تنتج جراء الاستهلاك المستمر لعقار ما ، و تتصف بالخصائص التالية :

-رغبة غير قهرية للاستمرار في التعاطي .

-ميل ضئيل لزيادة الجرعة ، و قد لا ينشاء هذا الميل اطلاقا

-درجة من الاعتماد النفسي مع عدم وجود اعتماد الجسمي او اعراض الانسحاب ، و تقتصر اثار الاعتياد عللى الفرد فقط .الركابي (82.2011)

-التعود او الاعتياد هو حالة تشوق تعاطي المخدر او عقار او مادة طبيعية او صناعية ، وهو حالة تنشأ من تكرار تعاطي و يمثل مرحلة سابقة للادمان يمر بها كل مدمن . ومن مواد التي تحدث التعود عند الافراد : التدخين ، القهوة ، بعض الادوية المنبهة ، (زيدي 17:2011 )

3-الاعتماد النفسي :

-موقف يوجد فيه شعور بالرضاء مع الدافع النفسي يتطلب التعاطي المستمر او الدوري لمادة النفسية يعينها للاستشارة المتعلقة او لتحاش المتاعب .

.تعتبر هذه الحالة هي الاقوى العوامل التي تنطوى عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية ,وفي بعض هذه المواد تكون الحالة هي العامل الاوحد الذي ينطوى عليه الموقف . (سويق:19924)

4/تسمم :

.حالة تعقب احدى المواد النفسية وتنطوى اضطرابات على مستوى الشعور ,والتعرف والادراك والوجدان او السلوك بوجه عام ,وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفيزيولوجية الحادة للمادة النفسية المتعاطاة ,ثم تتلاش بمرور الوقت ويبرا الشخص منها تماما , الا اذا كانت بعض الانسجة قد اصيب او ظهرت مضاعات اخرى ,وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن تسمم على طبيعة المادةالمتعاطاة واسلوب التعاطي

(1988 : W H O)

5/ التحمل :

-يشير اما الي تناول جرعات كبيرة من المادة لتؤدي التاثير المرغوب ,ا وان تصبح تاثيرات المادة قليلة بشكل واضح اذا تم تناول الكمية المعتادة (جونسون ودافيدسون كرينغ ونيال , 566:2017)

-تفسير عضوي(فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعةمادة محدثة الادمان بهدف الحصول على نفسي الاثر الذي مكن تحصيله من قبل بجرعة اقل .

-يمكن ان يحدث التحمل بفعل عوامل فيزيولوجية او عوامل نفسية اجتماعية .

-قد يكون التحمل عضويا او سلوكيا

-التحمل العضوي عبارة عن تغيير في الخلايا المستقبلة حيث يتضاءل اثر جرعة المادة المتعاطاة مع بقاء الخلايا موضة لنفس تركيز المادة

-التحمل السلوكي هو تغير تاثير المادة النتعاطاة ينجم عن تغيير في بعض قيود البيئة .

-التحمل العكسي : يشير الي تفسير يصحبه زيادة الاستاجبة لنفس الجرعة من المادة المتعاطاة .

-التحمل المتعدي O S S-Toleramce ,يشير الى انتقال اثر التحمل من المادة المتعاطاة اصلا الي المواد نفسية اخرى من الفئة نفسها او من فئة قريبة

Koromer and lomzrom.1975. 16

6/الانسحاب :

الاثار السلبية الجسمية والنفسية التي تظهر عندما يتوقف الفرد عن تعاطي المادة او يقلل من الكمية التي يتم تعاطيها , ويشمل اعراض انسحاب المادة

.الام العضلات

-التعرق .

-الارتعاش .

-الاسهال .

-الارق.

ويوجه عام ,يشبط الاعتماد الجسمي على المواد بمشكلات شديدة الخطورة جونسون واخرون (599:2017)

ويوضح سويف (18:1996) ان انسحاب عبارة عن :

-مجموعة من الاعراض تختلف في بعض مفرداتها وفي شدتها تحدث للفرد على اثر الانقطاع المفاجئ عن التعاطي او التخفيف جرعتها ,يشرط ان يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيرا واستمر هذا التكرار لمدة طويلة او بجرعات كبيرة ,وقد تاتي هذه الاعراض مصحوبة بعلامات على الاضطراب الفيزيولوجي.

-تعتير حالة الانسحاب دليلا علىانه كانت هناك حالة اعتماد.

-حالة الاعتماد تستخدم للتعريف السيكو فار ماكولوجي الضيق بمعنى الاعتماد.

-يتوقف منشا الانسحاب على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع او قبل تخفيف هذه الجرعة مباشرة .

-يمكن القول ان مظاهر الانسحاب عكس مظاهر التسمم الحاد.

7/اللهفة : 17 تعريف اللهفة :

-رغبة قوية في الحصول على اثار المخدر او شروب كحولي , للهفة بعض الخصائص الوسواسية مثل السيطرة على التفكير المدمن , وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر(308 :Arif ou westermeger 1988)

-ويعرفها كل من كوزلوزكي korzloki

وبلكنسون wilnisonبانها :

رغبة ملجة , مكدرة تمتد عبر عتبة ذاتية من الشدة والكثافة , وهي ايضا رغبة عارمة للمادة المخدرة وفي الحصول على تاثيراتها النشوية (النشوة والممتعة .)

(ابو زيد 34:2203)

من خلال التعريفات السابقة يتضح ان

-اللهفة رغبة ملحة وقهرية تجبر المدمن على تكرار التعاطي

7-2-خصائص لهفة الادمان

-تحمل معاني عديدة منها:الرجاء ,التمن , الالتماس , الطلب , المقصد , التطلع , التوسل , الاحتياج , العوز ,التوق , الاشتيهاء , الاشتياق , الرغبة , الاستحسان , الميل ....الخ

-تحدث على كافة المستويات الوظيفية :الوحدانية , المزاجية , المعرفية , الفيزيولوجية والاجتماعية .

-عملية ديناميكية ومتطورة

-مقاومة للتغيير والتبديل والتعديل (المغربي :1986:305)

-ذات طبيعية دورية وتكرارية .

-شديدة وملحة وقهرية ومؤثرة وفعالة وذات مقري .

-يمكن ان تحدث ذاتيا

-غالبا ما تكون مشروطة بمثيرات وعوامل ومواقف وضروف معينة .

ذات طبيعة وسواسيةوقهرية وجبرية

-لا تنتهي باشتياه الادمان بل تستمر نوباتها بعد التوفق لسنوات عديدة

(Negrete g . c Emit . s. nd p 1987-1992)

7-3- اعراض لهفة الادمان:

للهفة الادمان عدة اعراض اهمها

7-3-1- اعراض الجسمية:

.زيادة افراز اللعاب .

.زيادة معدل التنفس عن معدل العادي .

.زيادة افراز العرق .

.اضطراب النشاط الحركي

.اضطرابات النوم وخاصة الارق .

.زيادة التثاوب .

زيادة افراز الدموع .

.فقدان الشهية .

.الشعور بالاجهاد والتعب لابسط جهد مبذول

7-3-2-الاعراض السلوكية :

.الاندفاعية

.الكذب والموارغة والتحايل .

.الانانية .

.اضطراب القدرة على الضبط والتحكم والسيطرة .

.الاكثار من تناول المنبهات كالشاي والقهوة .

7-3-3- الاعراض الوجدائية والمزاجية :

-القلق .

-التهيجلا.

-سرعةالغضب

-الخوف والتردد.

-الشعور بالتهديد.

-التوقعات السلبية

-الصراع بين مواصلة التوقف او الاستجابة للهفة

-الشعور بعدم الاستقرار

-الشعور بعدم الارتياح

-نوبات البكاء

-الضيق و الفجر (ابو زيد ، 71:2003)

7-3-4 : الاعراض الموضية

-حالة التوتر الذهني الناتجة عن الاتحاد المؤثرات الداخلية و الخارجية مع الذكريات السارة ، فكل لهفة تبدا بمثير خارجي اوداخلي يثير الذكريات السابقة خاصة السارة.

-الخيال يلعب دورا هاما في التخلص من التوتر و زيادته حيث تظهر حالة من الصراع الذهني بين المقاومة و الاستسلام للمادة النفسية ، بين السماح و الرفض ، بين نعم و لا ، و يستمر الصراع بين النقيضين و هنا يحدث مايلي:

\*اذا كانت الغلبة للافكار الايجابية و الكفاءات الذاتية و المقاومة و استخدام المهارات المعرفية للتأقلم ، سيواجه المعتاد اللهفة بعد حالة من الاجهاد الذهني حتى بعد تلاش اللهفة .

\*اذا كانت الغلبة للافكار السلبية ، و الافكار الادمانية الانهزامية و ضعف الكفاءة

الذاتية و ضعف المقاومة وضعف المهارات المعرفية لتاقلم ، ويستبدالمعتاد بالاتجاه المايد و الاتجاه المسامح والاعتقاد بانه لاظرر في ذلك .و تهوين ، كل ذلك من شانه ان يجعل المعتاد في حالة حصر التركيز و التهيؤ الذهني و التعاطي ، و هذا يلهب حالة التحفر لديه ، ثم ياتي دور اتخاذ القرار بعد القيام بكل الموازنات اللازمة ، ثم تعاطي المعرفي ثم التعاطي الفعلي ثم تلاشي اللهفة (53:1992، Baure )

7-4-ابعاد اللهفة الادمان :

صنفت لهفة الادمان وفقا لعدة ابعاد نذكر اهمها اوردها ابو زيد (52:2003)

7-4-1-بعد الشيوع :

وتصنف اللهفة وفقا لهذا البعد الي :

حالة ذاتية :

تكون متميزة وخاصة نسبيا ,وتختلف من شخص لاخر

حالة موضعية :

وهي حالة عامة وشائعة تحدث لدى كل مدمن باعتبارها قاسما مشتركا

7-4-2- بعد الشدة:

وتصنف اللهفة وفقا لهذا البعد الي :

حالة يمكن مقاومتها :

خاصة اذا كان لدى المدمن القدرة على المقاومة ولديه مهارات للتغلب عليها , وتكون هنا نوبة اللهفة متوسطة او ضعيفة .

حالة لا يمكن مقاومتها :

خاصة ادا كان المدمن خاثر القوى , وليست لديه القدرة على المقاومة ,ولا يتوفر على المهارات الازمة لتغلب عليها ,وفي هذه الحالة تكون اللهفة شديدة وعالية

7-4-3- بعد الانسحاب :

تصنف اللهفة وفقا لهذا البعد الي

لهفة الانسحاب :

وهي اللهفة المصاحبة للانسحاب وهي عرض من اعراضه,وتنشا بعد الانقطاع عن التعاطي مباشرة ,وهي محدودة لعدة ايام ,و عادة ما تكون حادة جدا

لهفة ما بعد الانسحاب :

وهي اللهفة المصاحبة لمتلازمة ما بعد الانسحاب الحاد ,وهي وثيقة العلة لما يسمى متلازمة الامتناء او الاقتلاع ويضيف فطاير (34:2001)

مجموعة من ابعاد اللهفة وهي :

7-4-4- بعد الوضوح :

.وتصنف اللهفة حسب هذا البعد الي :

اللهفة الظاهرة :

وهي اللهفة التي يلاحضها الاخرون على المذمن قد يلاحضها المدمن ذاته ,فهي ضظاهرة واضحة يمكن التعرف عليها وتسجيلها ,وقد يعترف بها المدمن .

اللهفة الكامنة :

وتعن اللهفة الخفية غير الظاهرة وغير الصريحة فقد يشعر المدمن بهدوء وسكينة ويظن انه تخلص تماما من المشاعر الاعتماد , ثم ما يلب ثان يواجه مشكلة او موقفا ما ,فتظهر اللهفة مرة اخرى في اقوى صورها واشكالها (تعويض اللهفة).

7-4-5- بعد الاتجاه :

وتصنف اللهفة حسب هذا البعد الى :

اللهفة نحو المادة النفسية :

اي البحث الدائم عن المادة النفسية التي ادمن عليها ,وعدم الرضى يبديل اخر عنها ,وعلم التلهف لسواها,حيث يكون التعلق بالمادة النفسية تعلقا شديدا ,فالمعتاد لا يعيش الا من اجل المادة النفسية

اللهفة نحو نشوه المادة النفسية :

المعتادلا يتلهف للمادة النفسية في حد ذاتها بل يتلهف نحو المتعة والنشوة , فهناك حالات ادمانية اثبتت ان الاعتماد ما هو الا محاولة حادة ووسيلة للوصول الى تناغم النفس والادراك في الحياة المعتادعن طريق الوسائل الادمانية المختلفة فهم يصفون هذه الحالة بانها لحظة تناغم مميزة او هي قمة السعادة .

ويرى ابو زيد (122:1998) ان النشوة المقصودة هنا تنقسم الى :

النشوة الفعلية :

وهي التاثير الحقيقي والفعلي والواقعي الخاص بالمواد النفسية المراد تعاطيها , حيث يلاحظ ان المعتاد يتلهف الى المادة النفسية من واقع خبراته السابقة مع المادة النفسية ذاتها :

النشوة المتوقعة :

وهي التاثير الذي يتوقعه المعتاد, ففي حالة توقفهعن تعاطي فترة من الوقت نجده يتلهف للنشوة من خلال توقعات خاصة تتميز بصورة رائعة ,فالنعتاد يتلهف للنشوة , يتوقعها وليس كما هي بالفعل بل كما يجب ان تكون

النشوة المضافة :

وهي التاثير الناتج عن اعمال الخيال , فالمعتاد يضيف من خياله الى النشوة لتصبح اكثر جاذبية او اكثر تاثيرا فنراه يسبح بخياله فيظن انه لو تعاطى الان فسوف يشعر كانه في الجنة .

اللهفة نحو الخبرة السابقة او الموقف الخبري:

المقصود هو اللهفة نحو عناصر مجال الخبرة السابقة الخاصة بالتعاطي وهي: الطقوس والموقف , الصحبة , فاللهفة لا تتضمن المواد النفسية فقط, بل هي ايضا اجراءات وطقوس والعمليات المرتبطة بالتعاطي , فالمعتاد يتلهف للجلسة الادمانية والاصدقاء المشاركون في هذه الجلسة , والظروف والجو الادمانيي المصاحب للتعاطي ,فهذا الجو هو بمثابة النمط الثقافي الذي يدخل في تكوين البناء النفس للمعتاد على المواد النفسية.

8/الانتكاس الادماني :

8-1-تعريف الانتكاس : Relapse

-الانتكاس هو العودة الى الحالة السابقة او الرجوع الى المرحلة نشطة من المرضى بعد تعافي جزئي , وهدا يعني انه مالم يكن الشخص قد تحقق فترة من التعافي من المرض فانه لا يمكن الحديث عن الانتكاس . غانم (174:2005)

من خلال التعريف السابق يتضح انه يتعلق بالادمان خاصة انه يركز على مثيرات الانتكاس الادماني( مواقف ، افكار ، مشاعر ).

-هو عرض عام وشامل من اعراض الادمان او الاعتماد عموما ، والادمان او الاعتماد الكيميائي والعقاقير خصوصا ، وهو عملية دينامية ومتطورة ، ومؤثرة وهو حدث مباشر او غير مباشر ، هو قرار بشكل او باخر ، وهو نتيجة لعوامل كثيرة ومتشابكة ،وهو هدف يسعى المدمن المتوقف او المعتدل مع معالجيه الوصول اليه ، والوقاية منه .

-وللانتكاس نوبات دورية تهاجم المدمن المتوقف او المعتدل بين الحين والاخر ، وقد تكون ذات علاقة شرطية م بمايناسبها معينة ، واوقات معينة اعتاد المريض الانتكاس فيها .ابو زيد ( 2005 :05 – 06 )

من خلال ماسبق يتضح ان الانتكاس :

* اخفاق من المحافظة على تغيير السلوك ، وليس فشل في التغيير السلوك .
* اخفاق في المحافظ على تغيير السلوك القديم عبر الوقت والزمن .

8-2- مراحل الانتكاسة :

يعرفها مارلت marlatt 1985 على انها \* سلسلة من الاحداث التي يعقبها اولا يعقبها عودة الى المستويات الاولية للسلوك الهادف .

8-2-1- الهفوة :

وتعرف بانها نوبة اولية لتعاطي العقار بعد فترة انقطاع ، وتشافى استخدام معتدل ، وتكرار الهفوة يعني الانتكاس ، وهي ايضااول تعاطي او استخدام للمادة النفسية بعد فترة انقطاع .

8-2-2- الكبوة المامية :

وهي مرحلة تعقب مرحلة الهفوة ، وتتميز مرحلة وسطى بين الانتكاس والتشاف ويمكن تجاوزها الى مرحلة التشافى اذا استطاع الفرد استجماع قواه مرة ثانية .

8-2-3- وهي مرحلة متاخرة من مراحل الادمان تتميز بتكرار حدوث الانتكاس ، وفقدان السيطرة ، وقد تحتوي على الاصابة بمرض خطير او الموت .

ابوزيد ( 1998 : 13)

8-3- مؤشرات الانتكاس :

مؤشرات الانتكاس هي علامات منذرة او ناقوس انذار على احتمال حدوث الارتكاس ، وفي مايلي اهم هذهالمؤشرات :

8-3-1- المشرات العلاجية :

وتشمل :

* انخفاض الدافعية للعلاج .
* الحضور غير المنتظم للاجتماعات العلاجية .
* تناول عقاقير للتاقلم او للتخفيف من الام الانسحاب التدريجي .
* توليد الاشتياق الذاتي .( لارى واخرون : 2002 : 395 )

8-3-2- المؤشرات النفسية : وتشمل مايلي :

* عودة او زيادة السلوك القهري : حيث تنتاب المتوقف بنوبات من السلوك القهري كانت تنتابه في الماضي ، وتظهر لديه مرة ثانية بشكل اكثر ومتكررة ، ويظهر ذلك في الافراط في تناول الطعام ، الافراط في العمل، الافراط في الجنس ، الافراط في كل شيء حتى يصبح تفريط
* تجدد المعاناة النفسية :

بعد تعثر المعتاد عن اقتلاع على العقار لاي سبب من الاسباب يشعر ان معاناته قد بدات من جديد على شكل زيادة الاحباط ، زيادة لقلق ، زيادة الانعصاب ، زيادة الخوف ، زيادة الضيق ، زيادة الحصر، زيادة الالم ، زيادة الاكتئاب ،زيادة الانزعاج ،زيادة الياس ، زيادة نوبات الهلع .

* تغيرات المزاج وتقلباته الفجائية :

من العلامات المنذرة للانتكاسة ـ تغيرات المزاج وتقلباته ، تذبذبه ، تارجحه ، وهذا ما يدفعه للتفكير في التعاطي للتخلص من تلك الحالة وتحسين لمزاجه العام .

* فقدان ضبط السلوك :

حيث تزداد الاندفاعية المتوقف وتقل رؤيته ، واتزانه ، ويبدا فعله في استباق فكرة ، وينجم عن ذلك شعور بالاسف والندم والحسرة والكابة .

* الميول والمشاعر الخاصة بالوحدة والعزلة :

تظهر لدى المتقف ميولا تعكس مشاعره ونحو الوحدة والعزلة ، والانسحاب والتحاشى ، والانفراد بالذات ، والهروب من الاخرين ، والانطواء المبالغ فيه والانزواء ، والتقوقع .....اخ

* الرفض العلني لأي مساعدة :

حيث يحاول المتوقف اقناع نفسه بانه لن يعود للتعاطي مرة اخرى ، لكن التشدد والصلابة التي قد تصاحب ذلك قد تكون ظاهرية ، وغير اصلية ، وهذا ما يدفع بعض المتوقفين الى عدم مناقشته اسباب التوقف ، وطبيعة قرار الاقلاع مع معالجيهم .

* زيادة الاستشارة :

من فرط معاناة المتوقف تزداد معدلات الاستشارة لديه وهو عامل قوي للتنبؤ بالانتكاس .

* زيادة مشاعر الضعف والعجز :

يشعر المدمن المتوقف بانه حائر ، ضعيف ، منهل القوى ، ويشعر بقوة خفية تدفعه الى معاودة التعاطي .

8-3-3- مؤشرات الاجتماعية :

* محاولات الاتصال مع الاصدقاء قدامى لازالوا مدمنين .
* ضعف اداء الواجبات الاجتماعية .
* كثرة المشكلات مع الاخرين .
* مشكلات العمل .
* الفشل في التوصل الى الانظمة تدعيمية بين شخصين ، حيث يتوقف المدمن امتعافى عن ود الاصدقاء وافراد الاسرة ولقاءات العائلة ويبدا في الاختفاء عن الانظار (176 : 1982 mihbre and croski )

8-3-4- المؤشرات المعرفية :

وهي العلامات التي تطرا على المجال المعرفي الفرد.

-ضعف القدرة على اتخاذ القرار الايجابي :

حيث تضعف قدرة المتعافى على اتخاذ اي قرار صائب ايجابي بشان اي موقف يتطلب ذلك ، حيث يكون في حالة تردد ، تشوش ـضعف ، وحيرة وصراع ...الخ ممايؤدي الى الانتكاسة .

* الافكار الانتحارية :

يمكن ان تتوارد بعض الافكار الانتحارية الى ذهن المتعاطى في لحظات صراعه بين ماصلة الاقلاع او الانتكاس .

* ضعف القدرة على التخطيط البناء :

يجد المتعافى نفسه غير قادر على اجراء اي تخطيط لحياته، او تحديد اولوياته.

* الافكار الانهزامية :
* تظهر هذه الافكار حين يتحدث المتعافى عن ملله وشعوره بالضيق ، وتعبيره عن ياسه وقنوطه ، وقطع الامل في الشفاء وانخفاض روحه المعنوية ، وضعف قوة الانالديه ، مما قد يؤدي به الانتكاس .
* زملة اعراض لو : ( الرغبة )

حيث يكثر المتعافى من التمنى ، والتفكير المرتبط برغبات خاصة .

* التفكير الانتكاس:

في حالة الادمان يقوم المعتاد بتخزين المشاعر والاحاسيس المشوهة والافكار والمعتقدات الخاطئة عن نفسه ، وعن تاثير المادة النفسية ، وعند الشفاء والاقلاع تصبح الافكار الايجابية هي السائدة ، وعند بداية ظهور علامات الانتكاس يتم استدعاء تلك الافكار المشوهة والاحاسيس المرتبطة بها مرة ثانية .

* الخيال الانتكاس :

الخيال السلبي المفرط والذي يتعلق بنشوة المادة النفسية وسلطتها ، ومذاقها وتاثيرها ....الخ .

* سيطرة ذكريات التعاطي :

استدعاء ذكريات التعاطي الاولى والتي يعتبرها المتعافي سارة يعد من علامات الانتكاس ، والاستسلام لتلك الذكريات مؤشر على انتكاس قريب .

* الافكار الهروبية :

تعد الافكار الهروبية من العلامات المنذرة بحدوث الانتكاس ، والافكار الهروبية تاخذ عدة اشكال منها الهروب من المسؤولية ، الهروب من السلطة ، الهروب من الواقع ، الهروب من الذات ، الهروب من المواجهة الهروب من الحقيقة .

8-4- اسباب الانتكاس :

يمكن تحديد اسباب الانتكاس في مايلي :

8-4-1- حالات المزاج السالبة :

* الشعور بالغضب .
* الشعور بالالم .
* الشعور بالاحباط والياس .
* الشعور بالخجل .
* الملل.
* الشعور بالظلم والقهر .
* القلق ( 15-9 : lobouty and all .1999 )

8-4-2- حالات المزاج الايجابية :

* الثقة الزائدة .
* الشعور بالسيادة فالفرد اذا نحج في تجاوز ازمة موقف مخاطر الانتكاس تبين له انه يستطيع مواجهة مواقف التعافي ، فيشعر بحاجة الى المكافئة و افضل مكافئة هي جرعة من المادة النفسية الوفضلة لديه ( 371: Smith 199 )

8-4-3- الانهزامية وضعف تقدير الذات :

يشعر المدمن انه مهزوم مقهور بلاقيمة وينخفض تقديره لذاته تدريجيا ، ويشعر بالم شديد لايستطيع مقاومته فيلجا الى المادة النفسية لتخفيف الامه ومن المتفق عليه ان المدمن اذا لم يتعلم مهارات التاقلم المناسبة في مرحلة الاقلاع فانه يواجه شعور بعدم الكفاءة زيادة عن افتقاده للخبرات الايجابية ، وقد يضاف الى ذلك عدم قيام المدمن باي هوايات مما يجعلة يقع بسهولة في الملل والضيق وعدم تاكيد الذات ، وهو في هذه الحالة لديه هوايه وحيدة وهي تعاطي الماود النفسية (marlatt and crodon 1985- 140)

8-4-4- مواقف الضغوط الاجتماعية :

* يواجه المدمن الضغوط عن طريق التضخيم والانفعال الزائد ، لذلك فان مشكلة الحقيقة في كيفية التعامل مع الضغوط .(غانم 2005 : 318 )

وعلى هذا الاساس يمكن القول ان المدمن المتعافي ان يتعرض للانتكاسة في الحالات التالية :

* الخروج من اجهاد الضغوط ثم التفكير الحدي في جلب السرور والمواد النفسية افضل وسيلة لذلك
* تواجده لمختلف الاسباب مع رفاقه المدمنين .
* الذهاب الى الحفلات وتوفر الاجواء التي تبعث على اثارة نشوة التعاطي مما يلهب لهفة الادمان فيصعب على المدمن المتعافي مقاومة هذا الضغط ويقع في الانتكاس
* المراقبة المستمرة للاسرة للمدمن المتعافي وتقييد حريته ، والشك المستمر فيه ، وسؤ معاملته ولومه المستمر وتعتمد احراجه امام الاخرين كل ذلك قد يؤدي به الى الانتكاس .

8-4-5- : مواقف ذات طبيعة علاجية :

ومنها :

الشعور المبكر بالشفاء :

هو شعور وهمي خاطئ بتمام الشفاء والتعافي ، يشعر به المعتاد بعد فترة قصيرة من اقلاعه عن التعاطي وبعد فترة ازالة السمية ، وزوال الاعراض الانسحابية ، وهذا الموقف غير ناضج الكاذب يعد سببا من اسباب الانتكاس .

-الشعور بعدم جدوى العلاج :

هو شعور موقفي قد يعتري المعتاد قبل بداية العلاج ، او بعد نهايته بفترة ما قد تقصر او تطور وفقا لدافعية المعتاد ، وقد يعتبر هذا الشعور عن انخفاض الدافعية وارتفاع مقاومة المعتاد للعلاج ، وازدياد اشتياقه لتناول المادة النفسية ،مع شعور موقف بالياس والضجر ، مما قد يدفع المعتاد المتعافى للانتكاس .

-تقبل العلاج بشروط :

يتقبل المعتاد العلاج بشروط مسبقة ، وهذا يعبر عن المقاومة والدفاعية الزائدة من المعتاد ، فقد يذهب الى المركز طلبا للعلاج ، ويقوم بتحديد البرنامج العلاجي ومدته بنفسه ، ويجبر معالجه على تقبل شروطه

-عدم اتباع الخطة العلاجية ( سلوك عدم الملائمة العلاجية ):

ويكون هذا السلوك عن قصد او غير قصد ، حيثيعبر عن انخفاض دافعية المعتاد للعلاج ومقاومته وعدم وضوح الدور العلاجي الخاص به ، ويكون هذا السلوك مقصودا معتمدا في حالة رفض المعتاد العلاج او الدواء ، او اختيار ما يناسبه من علاج ورفض بقية الخطة العلاجية ، او التدخل في ما يجهلة حول العلاج . ويكون هذا السلوك غيلر مقصود من المعتاد فنجده ينسى مواعيد الجلسات العلاجية ، او تنتابه رغبة شديدة في النوم لساعات طويلة ، وغيرها من المؤشرات التي تتنبا باحتمال حدوث الانتكاس .

-الاقامة غي المناسبة في المؤسسة العلاجية :

ويقصد به الاقامة القصيرة جدا او الطويلة جدا في المؤسسة العلاجية ، وكلاهما خطا علاجي من المعتاد او المؤسسة العلاجية فان قدم المعتاد لطلب العلاج لايام معدومة فانه بهذا لم يكمل علاجه مما يعرضه للانتكاسة .

اما المعتاد الذي يقيم في المؤسسة العلاجية لفترة طويلة جدا قد يكون معرضا عند الخروج لخطر الانتكاس لانه لم يعتاد الواقع الخارجي بضغوطه المختلفة (persuo-1991.79-86)

8-4-6- المواقف المتعلقة بالمادة النفسية :

من بين اسباب الانتكاس التي لها علاقة مباشرة بالمادة النفسية مايلي :

* توفر المادة النفسية في الشارع :

توفر المادة النفسية في الشارع يؤدي إلى سهولة الحصول عليها ، ولقد توصل "لانج " lange"

وماكيم "macumo " إلى إثبات فعالية مدى توفر المادة النفسية في الشارع على انتكاس المعتاد المتعافى .( 51-1990:( lange and mucume

-الاشتياق او الشعور باللهفة :

يعد الاشتياق من المواقف المهمة بدرجة فائقة في حدوث الانتكاس ، وهو يظهر موقفا ، حتى ان كان موجودا طوال الوقت الا انه يكون بسيكا او خافتا ، ثم تعلو موجاته وترتفع في مواقف معينة ، تظهر على شكل نوبات تهاجم المعتاد المتعافى وقد تدفعه الى الانتكاس ، وقد ينتج الاشتياق عن المعتاد نفسه من خلال سعيه الى توليد الاشتياق باستدعاء معتمد لذكريات التعاط ، او قد يكون غير مباشر او قد يكون الرغبة لتناول المادة النفسية ولو لمرة واحدة ، وهنا يحدث ما يسمى انتهاك الامتناع عن تناول المادة النفسية ، ويتبع هذا الانتهاك حالة من الصداع والشعور بالذنب ولوم الذات وقد يشعر بالفشل في المحافظة على الاقلاع فيقع في الانتكاس ) marlatt and breet – 1994-290)

-مدى الاعتماد على المادة النفسية :

ان المعتاد الذي لديه خبرة طويلة في الاعتماد على الموادالنفسية يكون اكثر عرضة للانتكاس ، وهذا راجع كون جزء كبير من حياته قد اعتاد على المادة النفسية واعتمد عليها وتاقلم معها ، وعند اقلاعه عن تعاطي المادة النفسية تضطرب حياته ، بالاظافة الى اعتقاده بان انتكاسةه لن تظهره، وبسبب ضعف عزيمته لا يتحمل الالم وينتكس .(ابو زيد 1998-74)

8-5- مثيرات الانتكاس الادماني :

المثير هو شيء او معنى بسبب الاثارة بشكل او اخر لمعتاد على المواد النفسية ، قد يكون حسيا او معنويا ، مجرد او عيانيا ، داخليا او خارجيا ، والفرق بين المثير والموقف الانتكاس يكمن في ان الاول شيء فردي في الغالب ، ام الثاني فهو مركي ومعتدد ، فالموقف يمكن ان يحتوي على اكثر من مثير واحد .

وتنقسم المثيرات الى مثيرات بصرية ، وسمعية ، دوقية ، شمية ، لمسية ، ابو زيد (1998-74)

8-5-1- المثيرات البصرية :

وهي المثيرات التي تلتقطها حاسة البصر ، ومن ابرزها المتعلقة بادوات التعاطي ، الاماكن التي يتعاطى فيها ، او رؤية رفاقه المدمنين ، رؤية بائع المواد النفسية ، كل هذا المثيرات تولد في نفسه رغبة عارمة و تعتظ فيه اللهفة الى الاعتماد ، وقد يقع في الانتكاس .

8-5-2- المثيرات الشمية :

تعتمد على حاسة الشم ، مثل شم رائحة المادة النفسية ، مادة طيارة .الخ.

8-5-3- المثيرات الذوقية :

تعتمد على حاسة الذوق ، مثل تذوق مادة تشبه المادة النفسية المتعاطاة سابقا .

8-5-4- المثيرات السمعية :

تعتمد على حاسة السمع مثل سماع موسيقى قد الف ان يسمعها خلال فترة الاعتماد ، او كانت ترافق ترافق عملية التعاطي ، او حديث عن المواد النفسية وقصص التعاطى ، اوالاجتماع مع رفاق الاعتماد وسرد قصص ومغامرات الاعتماد على المواد النفسية .. الخ

وكلها من المثيرات التي تستدعي ذكريات الاعتماد ، وتوليد لدى المعتاد واشتياق ولهفة للعودة الى الاعتماد فيقع في الانتكاس

8-5-5- المثيرات اللمسية :

تشمل كل المثيرات التي تحدث اثر من خلال لمس اي شيء ذو صلة بالمواد النفسية ، لاري واخرون (2002 : 360 )

8-6- البروفيل النفسي للمنتكس :

يتميز البروفيل النفسي للمنتكس بما يلي :

* اللامبالاة بالعواقب .
* الهروب من المشؤولية.
* السلبية
* الاننية المفرطة .
* التعامل مع الواقع ، والحقيقة من خلال المادة النفسية .
* الانهزامية .
* العدائية .
* ضعف الارادة .
* ضعف الانا.

كما بينت دراسة ميلر 1991 ان البروفيل النفسي للمنتكس يتميز ب:

* الاندفاعية .
* الشخصية المضادة للمجتمع .
* اضطرابات وجدانية .
* نقص التوجه نحو الهدف . ابو زيد ( 1998 -31 )..

ثانيا: الاضطربات المتعلقة بمادة والادمانية:

-يشمل عشر فئات منفصلة من العقاقير , وهذه الفئات ليست متمايزة بشكل كامل

-تشترك جميعالعقاقير التي توخذ بشكل مفرط في تنشيط المباشر لجهاز المكافاة في الدماغ والذي يشارك في تعزيز السلوكيات وانتاج الذكريات

-تنتج التنشيط المكثف لجهاز المكافاة ,مما يجعل من الانشطةالعادية مهملة .

-عوضا من تفعيل نظام المكافاة خلال السلوكات التكيفية تعمل مواد مساؤة استخدامها على تفعيل سلب المكافاة مباشرة .

-الاليات الدوائية هي التي تجعل كل فئة من العقاقير تنتج مكافاة المختلفة.

-هذه العقاقير عادة تفعل النظام تنتجمشاعر الحيوي وعالبا ما يشار اليها على انها نشوة .

-الافراد ذو المستوى الدنى من ضبط النفس ,والتي قد تعكس ضعف اليات الدماغ المشبطة ,قد يكونون ميالين بشكل خاص لتطوير اضطراب استخدام المواد ,مما يوحي بان جذور اضطرابات استعمال المواد لبعض الافراد يمكن ان تلاحض في السلوكياتهم قبل فترة طويلة من البداية الفعلية اللاستعمال .(الحمادى 170:2014).

-الاضرابات المرتبطة بالمواد اوصاف اكلينية متعددة منها :

-زيادة الانتباه (القهوة +الشاى)

-اليقظة طوال اليوم (السجائر,المشروبات الخفيفة والطبات ).

-الاسترخاء (الكحول).

-التخفيف من الالم (الاسبرين).(جونسون واخرون,563:2017).

-هناك نوع من الاضطرابات الادمان هو اضطراب السلوك الادماني,مثل الكذب,القمار ,الانترنات, الالعاب الاكترونية ,التسوق ,الجنس,هذه السلوكيات تفعل نظام المكافاة بشكل مماثل لتكل المفعلة من خلال اساءة استخدام المواد ,وتنتج بعض الاعراض السلوكية التي قد تكون مماثلة لتكل التي تنتجها اضطراب استخدمام المواد. (الحمادى 170:2014).

-قبل الدليل اتشخيصي والاحصائي الاضطرابات النفسية الخامس ,كان الاستخدام المرض للمواد ينقسم الى فئتين :

سؤ استخدام مواد والاعتماد على المواد ,حيث تم دمجهما في فئة واحدة هي فئة اضطراب استخدام المواد .

-كل من الدليل التشخيص الرابع المعدل والخامس يحتوى على فئات تشخصية فرعية تشمل الكحول الامفيتامينات ، القنب ، الكوكيان ،المهلوسات ،المنومات ، مزيلات القلق ، التبغ ( جونسون وازون 565.2017)

-معايير الدليل التشخيص والاحصائى الخامس لا ضطراب استخدام المواد :

-نمط مشكلات الاستخدام التى تسبب خللا وظيفيا .

- لابد من عاملين او اكثر خلال سنة .

-الفشل في الوفاء بالالتزامات .

-تكرار الاستخدام في مواقف تنقسم با لخطورة الجسمية.

-تكرار مشكلات العلاقات .

-الاستمرار في الاستخدام بالرغم من المشكلات التى يسببها الاستخدام .

- التحمل

-الا نسحاب .

-تناول المادة لمدة اطول او بكمية اكبر من المعتاد .

-عدم فعالية محاولات التقليل او التحكم في الاستحدام .

-اهدار الكثير من الوقت من محاولة الحصول على المادة .

-التوقف او التقليل عن ممارسة الانشطة الاجتماعية الترفيهية والمهنية او التقليل منها .

-اللهفة او الرغبة القوية في استخدام المواد.(جونسون واخرون,565:2017).

1-الاضطرابات المتعلقة باكحول :

يشيع مصطلح الكحولية alcoholic بشكل مالوف لدى معظم الافراد الا انه لا يكون معنى دقيقا ,فالافراد الذين يعتمدون جسميا على الكحول يعانون بشكل خطير اعراض التحمل او الانسحاب مقارنة بمن لا يعتمدون على الكحول ,وللكحول مجموعة من الاضطرابات هي: اضطراب استخدام الكحول ,الانسمام باكحول ,سحب الكحول,الاضطرابات الاخرى المحدثة باكحول ,اضطراب متعلق باكحول غير محدد.

1-1اضطراب استخدام الكحول (حسب d s m 5)

P-نمط اشكاليمن استعمال للكحول مما يؤدي الى احباط وضعف سريري هام يتجلى باثنين على الاقل مما يلي والتي تحدث خلال فترة 12شهرا.

1-غالبا ما ياخذ الكحول بكميات اكبر ولفترة اطول مما كان مقصودا.

2-هناك رغبة مستمرة او جهود غير ناجحة لتغفي ضاو ضبط استخدام الكحول.

3-يهدر قدرا كبيرا من الوقت في الانشطة الضرورية للحصول على الكحول وتعاطي الكحول ,او لتعافي من اثاره .

4-اشتياق او رغبة قوية او الحاح لاستخدام الكحول .

5-استعمال الكحول المتكرر مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل .

6-استمرار استخدامالكحول مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات في الدور الرئيسية في العمل.

7-تخلي ان انشطة اجتماعية ومهنية وترفيهية هامة او التقليل منها بسبب استخدام الكحول .

8-تكرار استخدام الكحول في الحالات التي فد تشكل خطرا فيزيائيا .

9-استمرا استخدام الكحول رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة والتي من المرجح ان تكون نتجت وتفاقمة بسبب الكحول.

10-التحمل كما هو محدد باي الاعناصر التالية :

-الحاجة لزيادة ملحوضة في كميات الكحول للوصول الى الانسمام او تاثير المرغوب .

-تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الكحول .

11-الانسحاب كما يتجلى باي مما يلي :

-متلازمة الانسحاب المتميزة للكحول (يرجى الرجوع الى المعايير .pب من المعايير المحدد الانسحاب من الكحول)

-يؤخذ الكحول او مادة ذات صلة وثيقة مثل البنزود يازبين لتخفيض او تجنب اعراض الانسحاب.

ولكي يكون التشخيص دقيقا لا بد من تحديد ما يلي :

اذا كان في هداة مبكرة :

بعداستيفاء المعايير الكاملة للاضطراب استخدام الكحول من وقت سابق ,لمتتحقق ايا من المعايير للاضطراب استخدام الكحول بمدة 03اشهر على الاقل ولكن اقل من 12شهرا ,مع استثناء المعايير 4p اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام الكحول والذي قد يتواجد .

في هداة مستمرة :

بعد استفاء المعايير الكاملة لاضطراب استخدام الكحول في وقت سابق ,لم تتحقق ايا من المعايير لاضطراب استخدام الكحول لمدة 12شهرا .

-تحديد ما اذا كان في بيئة مسيطر عليها:

ويستخدم هذا المحدد الاضافي اذا كان الفرد في بيئة تقيد الوصول الي الكحول فيها .

-تحديد الشدة الحالية :

10.10f خفيف:وجودعرضيا الي ثلاثة .

10.20fمتوسط:وجود 04-05 اعراض.

10.20fشديد:وجود06اعراض او اكثر .

(الحمادي--171:2014 – 172)

كمايمكن اعتبار اضطراب استخدام الكحول جزء مما يسما بسوء الاستخدام المتردد للعقاقير , وهو استخدام اكثر من عقار في المرة الواحدة ,مثلا الكحول+التبغ او كحول+مادة نفسية اخرى.

-يحدث الارتفاع في الترابط بين الكحول والنيكوتين لانهما يتسمان بتحمل الشامل,اي ان النيكوتين يؤدي الي زيادة التحمل للحصول على تاثيرات ايجابية , والعكس صحيح ومن ثم فان استهلاك النيكوتين يزيد من الحفاض على التاثيرات الايجابة لهما .

-تتزامن اضطرابات الكحول مع اضطرابات الشخسية المتعددة,واضطرابات المزاج,واضطرابات القلة و القصام بالاضافة الى استخدام مواد اخرى

جونسون واخرون (2017-570:568 )

1-2-الانسمام باكحول حسب d s m 5

-pتناول حديث للكحول .

ب-تغيرات سلوكية او نفسية هامة سريريا مثل السلوك الجنس غير الملائم,او السلوك العدواني,اضطراب المزاج تطورت اثناء تناول الكحول او بعد تناول بفترة قصيرة.

ج-واحد او اكثر من العلامات التالية بتطورت اثناء استخدام الكحول او بعد استخدامه مباشرة.

1-كلام متثاقل.

2-عدم التناسق الحركي.

3-مشية غير متزنة.

4-راراة.

5-اختلال في الانتباه او ذاكرة.

6-ذهول او سبات.

7- لا تعزى الاعراض الى حالة طبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر.

ملاحظة:

التميز من 11c-10-i c d

-اضطراب استخدام الكحول الخفيفة مع انسمام باكحول برمزه ب f10.299

اضطراب استخدام الكحول المتوسط او شديد مع انسجام الكحول الرمز f1.299

الحمادى (173:2014)

بعد تناول المشروبات الكحولية امر مقبول من معظم المجتمعات ,لذلك من النادر اعتبار الكحول مادة نفسية (مخدر) ,خصوصا من الجانب الافراد الذين يمارسون الشراب ,لكنه في الواقع بعد مادة نفسية ,حيث ان له مايطلق عليه التاثير ثنائى الطور ،التأثير الاول وهو التنبيه ،حيث يشعلر الشارب شعور الجيدا بالمخالطة الاجتماعية والسعادة كلما ارتفع مستوى الكحول في دمه ، لكن بعد ان يصل مستوى الشعور بالهبوط ، ويعمل كادة للاكتئاب

وقد تعصف بالفرد موجهة من العواطف السلبية .

وتناول كميات كبيرة من الكحول يؤدى الى :

-صعوبات في عملية التفكير المعقدة .

-يتعارض مع الناسق الحركي .

-يتعارض مع التوازن والكلام .

-تتعرض والرؤية كضعف .

-يصاب بعض الافراد بالاكتئاب والانسحاب .

-التحذير والنوم (جونسون واخرون 571:2017)

1-3- الانسحاب من الكحول :

P : الاقلاع او التقليل من استخدام الكحول والذي كان يستخدام بكميات كبيرة ولفترات طويلة

ب : اثنان او اكثر من الاعراض التالية : تتطور في لحضور عدة ساعات الى بضعة ايام بعد الاقلاع او التقليل من استخدام الكحول الموصوف في المعيار p.

1-فرط نشاط ذاتي مثل التعرق,ارتفاع الضغط الاكثر من 100

2-ازدياد ارتعاش اليد

3-ارق.

4-غثيان اوتقيء.

5-حلوسة بصرية او لمسية عابرة او خيالاة.

6-هياج نفسي حركي .

7-قلق نوبات اختلاجية معممة .

8-تسبب اعراض معيارة بتدنيا او اهباط المحوضين في مجالات الاداء الاجتماعية او المهنية او محالات اداء المهمة الاخرى .

5 – لا تعزى الاغراض الى حالة طبية اخرى ولا تفسير بشك افضل بالاضطربات اخرى .

ولتشخيص الدقيق يجب التحديش ما اذن كان اضطراب انسحاب من الكحول مع اضطرابات ادراكية حيث يمكن ان يسجل هذا المحدد في حالة نادرة ولذلك حين تحدث هلوسة مع سلامة اختيار الواقع او الخيالات السمعية او البصرية او اللمسية في غياب الهذيان

-كما يمكن تسجيل ملاحضات التالية حول الترميز في tc d10-cm

.رمز الانسحاب من الكحول دون اضطرابات ادراكية f10-23g

.رمز الامسحاب الكحول مع اضطرابات ادراكية f10-232

.لاحظ ان رمز tcd-10-cm يعتمد على وجود اضطرابات استعمال الكحول المتوسط او شديد مرافق مما يعكس ان الانسحاب من الكحول يمكن ان يحدث مرافق للاضطرابات استخدام الكحول متوسط او الشديد

.غير مسموح ترميز تشارك مرض الاضطرابات استخدام الكحول الخفيف مع انسحاب من الكحول الحمادى (174-2014)

-من خلال ما سبق يتضح ان التاثيرات الانسحاب للمفرطين في تناول الكحول قد تكون شديدة بدرجة واضحة وذلك لان الجسم اصبح معتاد على الكحول مثل

-القلق.

-الاكتئاب وضعف.

-ضياق الصدر.

-اضطربات النوم.

-ارتعاشات عضلية خاصة في الاصابع الوجه الجوفين والشفتين و لسان .

-زيادة النبض.

-ارتفاع ضغط الدم .

-ارتفاع درجة تالحرارة

وفي حالات نادرة يصاب الافراد المفرطون في تناول الكحول لعدة سنوات با

لهذيان والارتعاش عند انخفاض مستوى الكحول في الدم بشكل مفاجئة ,الفرد يصبح هذيانيا ورتعش ولديه حلوسة بصرية في غالب الاحيان واحيانا لمسية ,حيث يشعر الفرد بزحف مخلوقات كريهة ومتحركة مثل الثعابين و العناكب ,على الجدار غرفة او جسمه او تملا حجرته ,مما يجعله مشوشا ومرعوبا .

-وقد تحدث اعراض الانسحاب لزيادة نشاط المسارات العصبية كرد الفعل لخفض الكحول وتاثيرات المخ,التفسيرات في عدد او حساسية gaeaاو مستقسيلات جلو تمات والتغيرات الحادثة في انزيمات الكبد. جونسون واخرون (568-567: 2017)

1-4-الاضطرابات الاخرى المحدثة باكحول :

الاضطرابات التالية المحدثة باكحول:الاضطراب الذهاتي المحدث باكحول ,الاضطراب الاكتئابي المحدث باكحول ,اضطراب القلق المحدث بالكحول ,اضطراب النوم المحدث بالكحول ,اختلال الوظيفية الجنسية المحدثة بالكحول ,اضطراب عصبي معرفي محدث باكحول ,هذيان الانسمام بالكحول او هذيان الانسحاب من الكحول

جدول يوضح ترميزالاضطرابات المحدثة بالكحول :

1-5-اضطراب متعلق بالكحول غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة الاضطرابات المتعلقة بالكحول والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعف في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية او غيرها ,ولكن لا تستوفى المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطراب المتعلقة بالكحول او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد .

الحمادى (175:2014).

الاثار النوعية للكحول :

-يحدث الكحول تاثيراته من خلال تفاعلاته مع العديد من الانظمة العصبية في المخ ,حيث انه يقوم بتنشيط مستقبلات gabaوهو ما قد يفسر قدرته على تخفيف الضغط والتوتر gaba موصل عصبي مشبط ,والبنزوديازيبنة مثل الفاليوم لها تاثير على مستقبلات gaba يشبه تاثير الكحول

-الكحول يزيد من مستويات السرتورين و الدوبامين ,وقد يكون ذلك سبب قدرةه على احداث تاثيرات النشوة و للذة.

-تثبت الدراسات ان التاثيرات الكحول في المخ كانت في مناطق مصحوبة باخطاء في التحكم و اتخاذ القدرات ,اسي القشرة الامامية المستديرة والليفة المقوسةالداخلية.جونسون واخرون (572-571: 2017)

-كما يمكن التلخيص التاثير الكحول على مناطق الدماء المختلفة كا التالي:

-الفص الجبهي :فقد القدرة على التفكير والاستدلال المنطقي انخفاض الذكاء /قلة الحيطة والحذر /الانعزالية /نقص القدرة الكلامية .

-الفص الجداري :نقص المهارات الحركية ,الاهتزاز ,بطئ الاستجابة .

-الفص الصدري:ضعف السمع وسوء الحديث .

-الفص القفوي:غشاوة الرؤية ,سوء تقدير المسافات.

-المخيخ:ضعف القدرة في التحكم في العضلات واتزان الجسم

(شتوى ,155:2003)

-ومن اثار استخدام الكحول الاضطراب العصب المعرفي المسمى زملة الكورساكوف والذي يتميز باعراض التالية :

.اختلال الذاكرة وخاصة ذاكرة الوقائع الحديثة .

.اختلال الاحساس بالزمن

.تبلد الشعور

.فقدان الارادة

.الاهمال الشديد

.انعدام النظافة.

.تزيف الذاكرة (يتصور وقوع وقائع لم تقع اصلا )

.النوبات الاندفاعية .

.الغضب او السرور .

.فقدان الاستطلاع سواء لانسبة للحاضر او الماضي او المستقبل رجعية (15:2009)

-يكون الكحول منشط عند الافراد ويؤدي الى العنف وسوء السلوك

-عند مستويات عالية يعمل الكحول على ارتخاء وتوسعة الاوعية الدموية ,واذا ما ارتفع اكثر من ذلك يؤديالى العكس ضيق الاوعية مما يسبب في الصداع نصفي .

-للكحول تاثير على الجنين ,فقد وجد بعض الباحثون ان حوالي ثلث المواليد من الامهات الاتي يتعاطين المشروبات الكحولية يصابون بالمتلازمة الكحولية للجنين والتي تحدث امر اضافي في الجهاز العصبي المركزي مثل مرض نقص الانتباه .ونقص معامل لذكاء .لاضافة الى تشوهات في الوجه .

شتوى(155:2003)

-الافراد المفرطون في شرب الكحول يقللون من مقدار السعرات الحرارية التي ياكلونها ,مما يتسبب في اصابتهم بسوء التغذية .

تناول الكحول يتسبب في حدوث خلل هضم الغذاء و امتصاص الفيتمينات ,بالكبار السن من ذوي السوءاستخدام الكحول المزمن يصابون بخلل ملحوض في فيتامينات Bالمركبة المسبب لزملة فقدان الذاكرة ,وهي فقدان شديد لذاكرة الحديثة والماضية للاحداث .

-الافراط في تناول الكحول يتسبب في انخفاض استهلاك البروتينات التي تادي الي تطور التليف الكبدي ,وهو مرض تحاط فيه الخلايا الكبدية بدهون ,بتالي يحدث تصور في اداء الخلايا او قد تموت ,ومع تطور المرض تحدث صعوبة في تدفق الدم الداخل الكبد مما يؤدي الى امراض الكبد المزمنة والتلفيف.

-خلل غدد الصمام والبكرياس .

-فشل قلبي.

-السكتة الدماغية .

-نزيف الشعيرات الدموية التي تعتبر مسؤولة عن تورم واحمرار الوجه ,وخصوصا الانف.

-بعدالافراط في الكحول بانسبة للحامل من اهم اسباب الاعاقة العقلية .

-ضعف التعلم والذاكرة .

-شرب الكحول ليلا قد ارتبط بالتقليل من خطر الاصابة بمرض القلب التاجي والجلطة ,وقديقلل ما يسمى الكلوسترول السيئ ,ويزد ما يسمى الكلسترول الجيد.جونسون واخرون (574-572: 2017)

-من الاضطرابات العصبية المعرفية المحدثة باكحول نجد الته الكحولي ,حيث يتميز هذا المرض بمجموعة من الصفات :

-الاعراض تبدا باتدريج ولا تاخذبشكل تدهور المفاجئ

-درجات منخفضة على الاختبارات الفرعية (اللفظية والادائية ) الاختبار الذكاء وكسكر.

وقد حدوث جمعية الامريكية الطب النفسي ثلاث شروط رئيسية لتصنيف العته الكحولي هي :.تدهور عقلي واضح يشمل معظم الوظايف العقلية حيث يعوق قدرة الفرد على اداء مهامه الاجتماعية والمهنية .

.استمرار هذا التدهور رغم ثلاثة اسابيع او اكثر عن اقلاع الفرد عن شرب الكحول .

.عدم وجود اي عوامل اخرى غير شرب الكحول من مسببات العه.

وبناء على المحكات السابقة فان المصاب بالعته الكحولي يكشف عن خلل في اربع مقاييس نفسية عصبية ,ويشير الى اختلال عمليات التعلم ,التذكر ,حل المشكلات ,التازر الحركي البصر والمهارات التركيبية

رجيعة (16-15: 2009)

2/ الاظترابات المتعلقة بالكافيين :

* يعتبر الكافيين المنشط الاقل خطورة واكثر انتشار اه
* تعتمد المنشاطات على والجهاز العصبي السميثاوي في زيادة اليقضة ونشاط الحركي . جونسون واخرون( 591 :2017)
* -قد يساعد فينجان للقهوة على التفكير والعمل بكفاءة اكثر ، لكن الافراط في شربها يؤدى الى ضعف التفكير وتوتر العصبي
* بعد شرب القهوة يبقى الكافيين في الجسم لما يقارب خمسة عشرة ساعة وهذا مايفسر بقاء الفرد مستيقضا حتى ساعة متاخرة من اليل .
* بينت الدراسات ان شرب من فنجانين الى ثلاثة من القهوة يوميا لايضر بصحة ، بلا قد يفيد لوجود مواد مضادة للاكسيدة تلعب دور مهما لحماية الجسم من الخطر الشوارد الحرة ، كما تساعد على تحسين المزاج والقدر الفكرية التخلص من الكآبة عند معظم الاشخاص .
* اشارات الدراسية الي ان شرب القهوة يوميا يخفف من خطر الاصابة بمرض باركينسون بنسبة من 50الي 80 بالمئة
* ويعتقد ان السبب في ذلك يرجع الى وجود الكافيين وعناصر كميائية اخرى في القهوة تساعد على منع خسارة الدوبامين في الدماغ ، الان الكافيين يقلل الاستفادة من فيتامين b1 –c،لذلك ينصح الخبراء بعدم شرب اكثر من ثلاثة فناجين قهوة يوميا على ان يكون ذللك بين الوجبات . شتيوى (153 -152 : 2003)

ورغم فوائد الكافيين الا انه بسبب مجموعة من الاضطرابات هي :

2-1- الانسمام بالكافيين حسب D S M 5:

P- استهلاك حديث للكافيين ، مايزيد عن 250 ملغ .

ب- خمسة او اكثر من الاعراض والعلامات التالية ، تتطور اثناء استهلاك الكافيين ، اوبعد ذللك مدة قصيرة

1. تململ (عدمالاستقرار )
2. عسبية
3. الاستثارات
4. وجه متوهج
5. ارق
6. زيادة اتبول
7. اضطراب معدي معوي
8. اضطرابات تفكير والكلام
9. رعشات عقلية
10. زيادة نبض القلب
11. فترات من عدم والاجهاد
12. هياج نفس حركية

ج-تسبب الاعراض والاعلامات في المعيارات تدنيا واضحا او احباط ملحوضين في مجالات الاداء الاجتماعية و المهنية اوالمجالات الاداء المهمة الاخرى

5-لاتعزى الاعراض وعلامات الي حالة طبية اخرى ولا تفسر بكل افضل باضطراب عقلي اخر منتظما الانسمام بمادة اخرى. الحمادى (176:2014)

-من المعروف ان مركب c a m p ( الادينوسين احاوى الفوسفات الدائري هو الوسيط لعمل كثير من الهرمونات هذا المركب ينتج من تحليل الA T Pالعالي الطاقة ثم تقوم الخلية بنقل رسالة الهرمونية من الخارج الخلية الى داخلها ,لذلك يسمى بامرسل الثاني , لان المرسل الاول هو الهرمون نفسه.

-يقوم c a m pبتاثيرات تشمل نواحي عديدة مثل تمثيل البروتين ,الدهن ,الكربوهيدرات وانقسام الخلايا ونفاذية الاغشية والافراز واذا ما تم تنشيطه لاداء مهمة معينة معينة فانه لا بد من ايقاف نشاطه بعد انتهاء المهمة والانزيم الذي يوقف نشاطه يسمى P D E

Phosophodieserase.، حيث يحوله الى مركب غير نشطيسمى A M P 5-

-وقد اثبتت الدراسات ان مركبات المثيل زانثين مثل الكافيين والثيوفلاين الموجودة في القهوة والشاي والكولا والشيكولاته تقوم بتنشيط انزيم P D E وباتالي يظل C A M P نشطا ومفعوله مستمر . ويظهر هذا المفعول المضاد لعمل الانزيم بمجرد شرب فينجان من القهوة ويشعر بعدها الفرد المتعطي باليقضة والانتباه

-والفراد المعتاد على شرب ضئيل من القهوة اذا شرب ثلاثة فناجين منها فانه يصاب ب:

.التوتر

.زيادة التنفس .

.كثرة التبول .

.زيادة افرازات العصارة المعدية

.وقدبينت الابحاث ان الافراط في شرب القهوة (500ملغ كافيين) يؤدي الى اصابة :

.الارق.

.التوتر.

.الاكتئاب

-شرب الكمية السابقة (500ملغ) مع معدة خالية من الطعام يؤدي الى :

.الاهتزاز.

.الرعشة.

-اذا ارتفعت الكمية الي عشرة فناجيين يوميا تزداد الاعراض سوء مثل :

.حمى .

.ارتعاش .

.زيادة معدل التنفس.

.زيادة معدل ضربات القلب.

.التبول .

.الغثيان.

.فقدان الشهية . شتيوى (154-153: 2003)

.الصداع .

.الاسهال

.حالة الهياج الحاد

.العصبية جونسون واخرون (593:2017)

2-2-الانسحاب من الكافيين :حسب D S M 5

P-الاستخدام اليومي المطول للكافيين .

ب-الاقلاع عن الكافيين المفاجة او التقليل من استعماله متبوعا بثلاثة او اكثر من الاعراض والعلامات التالية :

1-صداع

2-تعب واضح او نعاس

3-مزاج منزعج,مزاج مكنئب او تململ .

4-صعوبة في التركيز.

5-اعراض تشبه الانفلونزا (الغثيان ,التقيء, الم,صلابة العضلات )

ج-تسبب الاعراض والعلامات في المعيار ب تدنيا او احباطا ملحوظين في محولات الاداء الاجتماعية والمهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى.

5-لاتصاحب الاعراض والعلامات مع التاثيرات الفيزيولوجية كحالة طبية اخرى مثل الشقيقة ,مرض فيروس ,ولا يفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر منتضمنا الانسمام ,والانسحاب بمادة اخرى . الحمادى (177:2014).

يؤدي الامتناع عن الشرب القهوة لمن تعود عليها الى ظهور اعراض الانسحاب مثل :

.الشدالعضلي.

.التوتر.

.الصداع.شتيوي (154:2003)

.التعب

.القلق بسب سحب الكافيين من انظمتهم الغذائية .

جونسون واخرون (593:2017)

كما يمكنا اضافة الملاحظات التالية :

-الاعتماد على الكافيين يبدا في الستة اشهر من العمر الطفل ,الا ان شكل من المرحلة الطفولية الى مرحلة البلوغ

-يحتوي فنجان القهوة على نسبة من الكافيين تتراوح بين150 الي 200 ملغ جونسون واخرون (593-592: 2017)

2-3-الاضطرابات الاخرى المحدثة باكافيين :

مثل : اضطراب القلق المحدث باكافيين ,اضطرابات النوم المحدث باكافيين .

جدول ( ) يوضح ترميز I C D-10- C I Mللاضطرابات المحدثة بالكافيين:

2-4-اضطرابمتعلق بالكافيين غير محدد:

بنطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطرابات النتعلقة بالكافيين والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعف الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية او غيرها,ولكن لا تستوفى المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات المتعلقة بالكافيين او اي من الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد ،الحمادى (177:2014)

3/الاضطرابات المتعلة باحشيش :

-يحضر الحشيش من نبات القنب ،حيث يعتبر من المواد النفسية الطبيعية ,والتي ينتج عنها مجموعة من الاضطرابات هي:

3-1-اضطرابات استخدام الحشيش حسب D S M 5:

P-نمط اشكالي من استخدام الحشيش مما يؤدي الى الاحباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي ,والتي تحدث خلال فترة (12) اثنى عشرة شهرا .

1-غالبا ما يؤخذ الحشيش بكميات اكبر او لفترة اطول مما كان مقصودا .

2-رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام الحشيش .

3-يهدر وقتا كبيرا في الانشطة الضرورية للحصول على الحشيش وتعاطي الحشيش او للتعافي من اثاره.

4-اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام الحشيش

5-استخدام الحشيش المتكرر مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل ,المدرسة او المنزل .

6-استمرار استخدام الحشيش على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات الحشيش.

7-التخلي عن انشطة اجتماعية ومهنية ,او ترفيهية هامة ,او التقليل منها بسبب استخدام الحشيش .

8-تكرر استخدام الحشيش في الحالات التي قدتشكل خطرا فيزيائيا .

9-استمرار استخدام الحشيش رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمت او تفاقمت بسبب الحشيش.

10-التحمل ,كما هو محدد باي من العناصر التالية :

.الحاجة لزيادة ملحوظةفي كميات الحشيش للوصول الى الانسماماو التاثير المرغوب

.تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الحشيش .

11-الانسحاب كما يتجلى باي مما يلي

.متلازمة الانسحاب المميزة للحشيش

.يؤخذ الحشيش او مادة ذات صلة وثيقة لتخفيف او تجنب اعراضه الانسحاب .

وللتشخيص الدقيق لا بد من تحديد اذا كان الاضطراب في بيئة مسيطر عليها ,ويستخدم هذا المحدد الاضافي اذا كان الفرد في بيئة تقيد الوصول الي الحشيش

-كما يجب تحديد الشدة الحالية للاضطراب

F12;10 خفيف : وجود عرضين الى ثلاثة

F12;10 متوسط:وجود من اربعة الى خمسة اعراض

F12;10شديد :وجود ستة اعراض او اكثر الحمادى (179:2014)

يؤدي الانسمام الحشيش الى :

.اضطراب التازر الحركي

.زيادة الانشراح

.القلق

.الاحساس ببطئء الزمن

.اضطراب الحكم علىالامور

.الانسحاب الاجتماعي

.اضطراب الادراكي

.اضطراب الذاكرة

.اضطراب التفكير (تتابع الافكار) . رجيعة (12:2009)

الاستخدام اليومي للحشيش يؤدي الي

.فقدان مهارات الانتباه

.فقدان مهارات التركيز

.بيطيل الوقت الازم الافعال العصبي العضلي

رجيعة (12:2009)

3-2-اضطراب الانسمام باحشيش:

P-استخدام حديث للحشيش

ب- تغيرات سلوكية اشكالية او تغيرات نفسية مهمة سريريا ,مثل اختلال التناسق الحركي ,انشراح ,قلق ,احساس,تباطئ الزمن ,اختلال المحاكمة ,انسحاب اجتماعية تطورية اثناء استخدام الحشيش او بعد استخدامه بمدة قصيرة .

ج-تطور اثنين او اكثر من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام الحشيش

-احتقان ملتحمة

2-ازدياد الشهية

3-جفاف الفم

4-تسارع القلب

5-لاتنجم الاعراض عن حالة طبية عامة ولا يفسرها اضطراب عقلي اخره .

وليكن التشخيص دقيق يجب تحديد اذا كان اضطراب الانسمام باحشيش مع اضطراب ادراكيه,مثل الهلاوس مع سلامة اختبار الواقع او اختلالات سمعية او بصرية او لمسية من غياب الهذيان

ملاحظة ترميزية :

-الرمز في i c d-10-c mيعتمدعلى وجود او عدم وجود تشارك مرض بين اضطراب استخدام الحشيش والاضطرابات الادراكية.

-الانسمام باحشيش دون اضطرابات ادراكية :ان الرمز في i c d-10—cmالاضطراب استخدام الحشيش المتشارك مرضيا هو f12.129

-اضطراب اتخدام الحشيش المتوسط او شديد مع تشارك مرضي فالرمزهو هو f12.229

اذا لم يوجد تشارك مرضى مع اضطراب استخدام الحشيش فالرمز هو f12.929

-الانسمام بالحشيش مع اضطرابات ادراكية :ان رمز في i c d-10-cm الاضطراب استخدام الحشيش هو f12.122

-في حين استخدام الحشيش المتوسط او شديد مع تشارك مرضى فالرمز هو f12.299

اذا لم يوجد تشارك مرض مع اضطراب استخدام الحشيش فالرمز هو f12.922.الحمادى (180,2014)

الانسمام بالحشيش يؤدي الاعراض التالية :

.يفقد الفرد حقيقته ويصاب بحالات متفاوته من اوهم

.الثرثرة

.النوح بالاسرار.

.يفقد القدرة على تمييز الزمن والمسافة

.قد يشعر بالجوع نتيجة تمدد المعدة واحتلااق السكر في الدم .

.قد يتقمصى شخصية جديدة ويتصرف تصرفات شاذة

.التاثير باموسيقى والغناء .

قد تدفعه شدة تاثره الى البكاء

.زيادة سرعة النبض

.انخفاض ضغط الدم

.الميل للقئ

.التهاب قرنية العين واتساع حدقتهما القحطاني (41:دت)

3-3-الانسحاب من الحشيش :

p-الاقلاع او تقليل من استخدام الحشيش والذي كان بمقدار كبير ولفترة طويلة ,مثلا استعمال يومي لعدة اشهر .

ب-ثلاثة اواكثر من الاعراض و العلامات التالية تتطور بعد اسبوع المعيار p

1-زيادة الانفعال ,غضب ,عدوانية .

2-عصبية ,او قلق

3-صعوبة النوم مثل الارق ,الاحلام المزعجة .

4- فقدان الشهية او نقص الوزن

5- التملل

6-مزاج مكتئب

7-واحد على الاقل من الاعراض الجسدية التالية بسبب انزعاج كبيرا

.الم بطني

.ارتعاش.

.ارتجاف

.حمى -

.صداع

.تستعشريرة

ج-تسبب الاعراض والعلامات في المعيار تدنيا او احباط ملحوظين في مجالات الاداء الاجتماعية والمهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى .

5-ولا تعزى الاعراض والعلامات الى حالة طبية اخرى ولاتفسر بشكل افضل باضطراب عقلي يتضمن الانسمام او الانسحاب من مادة اخرى.

ملاحضة رمز اضطراب الانسحاب من الحشيش في i c d-10-cm هوf12-288

الحمادى (181:2014)

3-4- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالحشيش:

الاضطرابات التالية المحدثة بالحشيش هي:

.اضطراب الدهاني المحدث بالحشيش

.اضطراب القلق المحدث بالحشيش

.اضطراب النوم المحدث بالحشيش.

.هذيان الانسمام بالحشيش.

جدول ( ) يوضحالاضطرابات المحدثة حسب i c d 10

الحمادى (2014)

3-5-اضطراب متعلق بالحشيش غير محدد :

ينطبق هذا التشخيص على الحالات التى تسيطر فيها الاعراض للاضطرابات المتعلقة بالحشيش والتى تسبب الاحباطا سرير هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية او غيرها . ولكن لاتستوفى المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات المتعلقة بالحشيش ،او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد . للحمادى (182..2014)

4- الاضطرابات المتعلقة بالهلوسات :

المهلوسات عقاقير صنعت حديثا , وهي غلى درجة عالية من الخطورة عقار L.S.Dومادة المسكالين حيث يحدث العقار لمتعاطيه هلوسية بصرية وسمعية شديدة لذلك تسمى مولدات الهلوسة . (القحطاني دت :43)

-في عام 1949 صنع الكيميائي اليرت هوفمان Albert Aofmam مادة مكونة من مليزمات حاسيا باسم L.S.D

- استخدم مصطلح الهلوسة للتاكيد على زيادة في الوعي التى يمر بها مستخدموا العقاقير L.S.D

-كلمة عقاقير مهلوسة تشير الى التاثيرات الرئيسية لهذه العقاقير وهي الهلاوس .

-هذه الهلاوس عادة ما يدرك الفرد ان يسبب فيها هو العقار عكس الهلاوس الموجودة في الحالة الصام .

جونسون واخرون (599:2017)

-والاستخدام المهلوسات عدة اضطرابات منها :

4-1-اضطراب استخدام الفيسيكليدين :

P-نمط من استخدام فينسكليدين او مادة شبيهة دوائيا مما يؤدي الى احبط او ضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي التى تحدث خلال فترة /12. اثنى عشر شهرا :

1-غالبا ما يؤخذ فينسكلدين بكميات اكبر او لفترات اطول مما كان مقصودا .

2-هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام فينسكلدين.

3-هدر قدر كبير من الوقت في الانشطة الضرورية للحصول على فينسكلدين او للتعافي من اثاره

4-اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام الفينسكادين

5-استخدام الفينسكلدين مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل المدرسة او المنزل لا مثلا تفيب متكرر عن العمل , او اداء منحفض في العمل متعلقب استخدام الفنسكلدين اهمال الاطفال او اعمال المنزل .

6-استمرار استخدام الفينسكلدين على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات الفنسكلدين مثل الجدل مع الزوج حول عواقب الانسمام , العراك الجسدي .

7-التخلي عن الانشطة اجتماعية ومهنية او ترفيهية هامة او تقليل منها بسبب استخدام الفنسكلدين .

8-تكرار استعمال الفنسكلدين في الحالات التى قد تشكل خطرا فيزيائيا ,مثل قيادة مركبة او الة عمل عندما يكون تحت تاثير المحل للفنسكلدين .

9-استمراراستخدام الفنسكلدين رغم العمل بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتى من المرجح ان تكون قد نتجت او تفاقمت بسبب الفنسكلدين

10-التحمل , كما هو محدد باي من العناصر التالية :

.الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات الفنسكلدين للوصول الى الانسمام او التاثير المرغوب .

.تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الفينسكلدين .

وللتشخيص الدقيق لا بد من التحديد ما اذا كان اضطراب استخدام الفينسكلدين :

في هداة مبكرة :

بعد استشفاء المعايير الكاملة للاضطراب استخدام الفينسكلدين في الوقت سابق , لم تتحقق ايا من المعايير اضطراب استخادام الفينسكلدين لمدة (3) ثلاثة اشهر ولكن اقل من (12) اثنى عشرة شهرا , مع استثناء المعيار P4 , اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام الفينسكلدين والذي قد لا يتواجد.

في هداة مستمرة :

بعد استفاء المعايير الكاملة للاضطراب استخدام الفينكسيدين في الوقت سابق , لم تتحقق ايا من المعايير لالضطراب استخدام الفينكسدين لمدة (12)اثنى عشر شهرا او اكثر مع استثناء المعيار P4

-تحديد ما اذا كان في بيئة مسيطر عليها ,ويستخدم هذا المحدد الاضافي , اذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول الى الفينسكلدين فيها .

-يجب تحديد الشدة الحالية كالتالي :

.F16-10:خفيف : وجود غرضين الى ثلاثة.

.F16-20: متوسط : وجود من اربعة الى خمسة اعراض .

F16-20: شديد : وجود ستة اعراض او اكثر

-اضطراب استخدام الفينسكلدين خفيف مع اضطراب محدث بفنسكلدين F16-159.

-اضطراب استخدام الفينسكلدين متوسط او شديد مع اضطراب محدث بالفنسكلدين F16-259. الحمادى (2014 :183-182)

-يطلق على الفينسكلدين PCP في الغالب تراب الملائكة.

-بسبب استخدام الفينسكلدين ردود فعل سلبية خطيرة منها البارانويا الحادة والعنف .

-قد يؤدي استخدام الفينسكلدين الى الاغمام والوفاة .

يؤثر الفينسكلدين على عدة موصلات عصبية في المخ .

-الاستخدام المزمن للفينسكلدين يكون مصحوبا بحدوث اضرار عصبية بيولجية . جونسون واخرون (604-603 :2017)

4-2-اضطراب استخدام المهلوسات الاخرى :

P-نمط اشكالي من استخدام المهلوس غير الفيسكلدين مما يؤدي الى احباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي ,والتي تحدث خلال فترة (12) اثنى عشرة شهرا .

1-غالبا ما يؤخذ المهلوس بكميات اكبر او لفترات اطول مما مان مقصودا .

2-هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام المهلوس .

3-هدر قدر كبير من الوقت في الانشطة الضرورية للحصول على المهلوس وتعاطي المهلوس , او للتعافي من اثاره .

4- اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام المهلوس .

5-استخدام المهلوس المتكرر مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامة الدور الرئيسية في العمل, المدرسة او المنزل , مثلا التغيب المتكرر عن العمل , اداء منخفض في العمل متعلق باستخدام المهلوس , اهمالالاطفال او اعمال المنزل .

6-استمرار استخدام المهلوس على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات المهلوس

7-التخلي عن الانشطة اجتماعية ومهنية او ترفيهية هامة ، او التقليل منها بسبب استخدام المهلوس.

8- تكرار استخدام المهلوس من الحالات التي قد تشكل خطرا فيزيائيا .

9- استمرار استخدام المهلوس رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمت او تفاقمت بسبب المهلوس .

10- التحمل ،كما هو محدد باي من العناصر التالية :

-الحاجة لزيادة ملحوظة من كميات المهلوس للوصول الى الانسمام او التاثير المرغوب .

-تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المهلوس.الحمادى(184:2014)

يؤدي استخدام العقار lds إلى :

-يمكن أن يغير عقار LDS إحساس الفرد بالوقت فيبدوله ليتحرك ببطء.

- ليبدوا الافراد الذين يستخدمن عقار lds حادون في تقلب المزاج

- وجود تجربة ممتدة من الوعى مثل رؤية مشاهدة او سماع اصوات لم يسبق لها مثيل .

- هناك الكثير من المستخدمين يشعرون بالقلق بعد تناول عقار lsd بسبب الخيرات الحسية والهلاوس التي تثار من تناول العقار وتسبب لهم مخاوف كلما تم ايصن العقار

- هناك عدد قليل من الافراد ينخرطون في حالة ذهانية قد تستلزم الاحتجاز في المستشفى او الخضوع لعلاج ممتد .جونسون واخرون (600-599: 2017)

استخدام الاكستاس :

اصبحت مادة الاكستاس – التي تشبه العقاقي المهلوسة ممنوعة

قانونا عام 1985ذ.

-يعمل الايكستاس على تحرير السيروتونين واعادة امتصاصه بعد ذلك .

-له تاثيرات عصبية متنامية على الجهاز السير وتونين

-ذكر المستخدمون ان الاكستاس يؤدى الى :

.زيادة المودة والفهم .

.يحسن العلاقات الشخصية .

.زيادة على الادراك الجمالى .

.توتر العضلات .

.حركات سريعة للعين.

.اغلاق الفكين وتصلبهما .

. الغثيان .

.الاعياء

.نوبات ارتعاش .

.التعرق

.القلق .

.الاكتئاب .

.انعدام الشخصية .

. الارتياك . جونسون واخرون (2017:601 .603)

-استخدام اكسيد النيتروز :

-هو غاز عديم اللون من ثواني معدودة يؤدي الى :

.الترنح .

.فقدان الوعى .

. الشعور بالنشوة والسعادة .

.الكثير من الافراد يرون الاحدلث الصبيعية مثير للضحك على نحولا يمكن مقاومته ، لذلك اخذ اسمه الشهير الفاز المضحك .

.عند بعض الافراد تتولد الاكار المهمة في الذهن بعد استخدام هذا الغاز . جونسون (602 .2017)

-هناك عقاقير مهلوسة اخرى مثل الميسكالين mescalineوالبسيلوسيينpsilhcybin ويعتقد ان تاثير اتها ناتجة عن تنشيط مستقبلات السيروتونين .

-المسكالين مسكن قوى وفعال ونشط المادة بيوتي ثم تزعه من اعلى نبات الصبار بيوتي .

-البسيلوسيين عبارة عن مسحوق بلوري استخلص من قطر (عش الغراب) السيلوسب والمكسيكن .

جونسون واخرون (2017:600-601)

4-3-اضطراب الانسمام بالفنسكلدين :

p-استخدام حديث للفنسكلدين اومادة شبيهة دوانيا .

ب-تغيرات سلوكية اشكالية هامة مثل العراك العدوانية الاندفاعية ،انعدام التوقع ،هياج نفسي حركي ،اختلال المحاكمة ،تطورت اثناء استخدام الفينسكلدين اوبعد استخدامه بمدة قصيرة

ج-تطور ت اثنين او اكثر من العلامات التالية في عضون ساعة .

1-راراة عمودية اوافقية

2- ارتفاع الضغط او تسارع قلب .

3- الحذر او تناقص الاستجابة للالم.

4-رنح

5-اختلال الكلام .

6-صلابة العضلية

7-اختلاجات او سبات .

8-فرط الاحساس يالمنبهات الحسية .د- لاتنجم الاعراض عن حالة طبية عامة ولايفسرها اضطراب عقل اخر متظمنا الانسمام بمادة اخرى .

* عندما يدخن العقار \*يستنشق\* او يستعمل وريديا ،نالبدء يكون سريعا بشكل خاص .
* -اذا وحد تشارك مرض بين استخدام الفينسكلدين الخفيف والانسمام بالفكنسكلدين فالرموز هز f16-129
* اذا وجد تشارك مرضى بين اضطراب استخدام الفينسكلدين المتوسط او الشديد او الانسمام بالفينسكلدين فالرمز هو f16-229
* اذا لم يوجد اضطراب استخدام الفينسكلدين مشارك فالرمز هو f 16-929 . الحمادى (186-2014)
* 4-4 اضطراب الانسمام بهلوس اخرا :
* P- استحدام حديث للمهلوس غير الفينسكلدين .
* ب- تغيرات سلوكية اونفسية اشكالية هامة مثل :قلق او اكتئاب واضح ،افكار الاشارة ، الخوف من ان يفقد المرء عقله ، بتفكير اضطهادي ، اختلال المحاكمة تطوريتا ثناء استخدام المهلوس او بعد استخدامه بمدة قصيرة .
* ج- تغير ادراكي يحدث في حالة الوعى و القطة الكاملين مثل الشعور الذاتي بتكاثف الادراكات ، تبددالواقع ،الميالات ،الهلاوس ، الحس المتزامن ،تطورت اثناء استخدام المهلوس او بعد استخدامه بمدة قصيرة .
* 5-تطور اثنيناو اكثر من العلامات التالية اثناء استخدام المهلوس او بعد استخدامه بمدة قصيرة
* 1- توسع الحدقات.
* 2-تسرع القلب .
* 3- تعرق
* 4- الخفقان
* -5 رؤية ضبابية
* 6-رجفان
* 7-عدم الاتساق
* ه- لاتنجم الاعراض عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي اخرا منتضما الانسمام بمادةاخرى .

الحمادى (187:2014)

ويؤدى الانسمام بالمهلوسات الى:

.حالات اكتئابية

.مشاعر اضطهادية

.- الاحساسات الاسترجاعية ، والتى تحدث بصورة تلقائية اذ يعيش المتعاطى حياة سبق اي عايشتها تحت تاثير العقار رغم انه قد لايكون لحظة الاسترجاع تحت تاثير العقالر بل قد يكون انقطع عنة لاسابيع او شهور . رجيعة ( 19 :2009)

4-5 الاضطراب الادراكي المستمر بالمهلوسات :

p- بعد توقف استعمال المهلوس ، عودة اختبار عرض او اكثر من العراض الادراكية التى اختبرت عند الانسمام بالمهلوس مثل : هلاوس الاشكال الهندسية ، ادراكات حركية زائفة فى الحقوق البصرية المحيطة ومضات لونية ،الون حادة ، تتابع الخيالات اجسام متحركة خيالات صريحة متبقية في الذهن ،هالة حول الاشياء رؤية مصغرة او مكبرة .

ب- تسبب الاعراض في المعيار p احباط سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية او مجالات الاداء الهامة الاخرى .

ج- لا تعزى الاعراض لحالة طبية اخرى مثل مشاكل تشريحية اورام في الدماغ، حالات بصرية من الصرع ولا يفسرها بشكل افضل اضطراب عقل اخر مثل : الهذيان ، اضطراب عصب معرفى جسم ، الفصام او الهلاوس الصحو من النوم ، الحمادى(188.2014)

-يشار الى الومضات العقلية بانها اضطراب المهلوسات الادراكية المستمرة ، وهي تكرار الخيرات البصرية المهلوسة بعد حدوث الاثار الفيزيولوجية الناتجة عن تناول المادة المهلوسة .

- يبدو ان للومضات العقلية قوة خاصة حيث قد تصل الى الاستحواذ على الافراد لاسابيع او شهور بعد تناولهم العقار ، كما انها تسبب حالة من الازعاج لدى اولئك الذين يمرو ن بها .جونسون واخرون (600.2017)

4-6- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالفينسكلدين :

من بين هذه الاضطرابات :

* الاضطراب الذهاني المحذث بالفينسكلدين.
* اضطراب القلق المحدث بالفينسكلدين
* اضطراب ثنائي القطب المحدث بالفينسكلدين –هذيان الانسمام بالفينسكلدين

جدول الاضطرابات المحدثة بالفنسكلدين حسب icd-10-cm

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ICD-10-CM | | | |
| دون استعمال مادة | اضطراب استعمال مادة متوسط او شديد | اضطراب استعمال مادة خفيف | الاضطراب |
| F16.959 | F16.259 | F16.159 | اضطراب ذهاني |
| F16.94 | F16.24 | F16.14 | ثنائي القطب |
| F16.94 | F16.24 | F16.14 | الاكتئاب |
| F16.980 | F16.980 | F16.180 | القلق |

الحمادي (2014)

4-6- الاضطرابات الاخرى المحدثة بمهلوس اخر ومنها :

* الاضطراب الذهاني المحدث بمهلوس اخر .
* الاضطراب الثنائي القطب المحدث بمهلوس اخر .
* الاضطراب الاكتئابي المحدث بمهلوس اخر
* اضطراب القلق المحدث بمهلوس اخر .

جدول () الاضطرابات الاخرى المحثة بمهلوس اخر حسب ICD-10-CM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ICD-10-CM | | | |
| F16.959 | F16.259 | F16.159 | الاضطراب الذهاني |
| F16.94 | F16.24 | F16.14 | ثنائي القطب |
| F16.94 | F16.24 | F16.14 | الاكتئاب |
| F16.980 | F16.980 | F16.180 | القلق |

الحمادى (2014)

4-7- اضطراب متعلق بالفينسكلدين غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاغراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالفينيسكلدين والتي تسبب احباطا سريريا هاما اوضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية او المهنية وغيرها .

ولكن لا تستوفى كامل المعايير لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالفينسكلدين ، او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد. الحمادى (189:2014)

4-9-اضطراب متعلق بمهلوس غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاغراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بمهلوس غير الفينسكلدين والتي تسبب احباطا سريريا هاما اوضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية او المهنية وغيرها .

ولكن لا تستوفى كامل المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات صلة بالمواد الحمادى (189:2014).

5- الاضطرابات المتعلقة بالتبغ :

* النيكوتين هو مادة المسببة للاعتياد في التبغ .
* المسارت العصبية تصبح نشطة تقوم بتنبيه اغصاب الدوبامين في المنطقة تجويف الوسط والتي يعتقد انها تشترك في احداث التاثيرات المدعمة لمعضم المواد
* جونسون واخرون (574:2017)
* وللتبع مجموعة من الاضطرابات حسب D S M 5 وهي
* 5-1- اضطراب استخدام التبغ :

P- نمط اشكالي في استعمال التبغ مما يؤدي الى احباط وضعف سريرى هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي , والتي تحدث خلال فترة (12) اثنى عشر شهرا :

1. غالبا ما يؤخذ التبغ بكميات اكبر او لفترات اطول مما كان مقصودا

2. هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام التبغ .

3. هدر قدر كبير من الوقت في الانشطة الضرورية للحصول على التبغ وتعاطي التبغ او للتعاش من اثاره .

4.اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام التبغ .

5.استخدام التبغ المتكرر مما يؤدي الي عدم الوفاء بالتزامات الذورا الرئيسية في العمل , المدرسة او المنزل .

6. استمرار استخدام التبغ على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة و الناتجة او المتفاقمة بتاثثيرات او التقليل منها بسبب استخدام التبغ .

7التخلي عن الانشطة اجتماعية ومهنية , او ترفيهية

8. تكرار استخدام التبغ في الحالات التي قد تشكل خطرا فيزيائيا مثل التدخين في الرير

9.استمرار استخدام التبغ رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمة او تفاقمة بسبب التبغ .

10.التحمل, كما هو محدد باي من العناصر التالية :

.الحاجة لزيادة ملحوظة مع استمرار استخدام نفس من التبغ

.تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية منالتبغ .

11. الانسحاب , كما يتجلى بأي مما يلي :

. متلازمة الانسحاب المميزة للتبغ .

.يؤخذ التبغ او مادة ذات صلة وثيقة بالنيكوتين لتحفيف او تجنب اعراض الانسحاب .

ولتشخيص اكثر دقة لابد من تحديد ما اذا كان الاضطراب مع هداة مبكرة ,او هداة تامة .

-تحديد اذا كان مع بيئة مسيطرا عليها .

- تحديد ما اذا كان مع علاج محافظ , ويستخدم هذا المحدد الاضافي اذا كان الفرد يتبع علاج موصوفا مشابعا كانيكوتين التعويض ولم تتحقق اي من المعايير الاضطراب استخدام التبغ لهذه الفئة من الادوية عدا التحمل او الامسحاب من النيكوتين للتعويض .

-تحديد الشدة الحالية كاتالي :

-720 Z خفيف : وجود عرضين الي الثلاثة

-17.200 Z متوسط: وجود من اربعة الي خمسة اعراض

- 17.200 Z شديد: وجود ستة اعراض او اكثر

الحمادى (208-207: 2014)

-العناصر الضارة الناتجة عن حرق التبغ واول اكسيد الكربون والقطران تتكون اساسا من بعض الهيدروكربونات والمغروف كثير منها بامسرطنات لذلك بعد السرطان بانواعه من اهم الناتج الصحية للاستخدام التبغ ومنها

.سرطان الرئة .

.سرطان الحنجرة.

. سرطان البنكرياس

سرطان المثانة

سرطان عنق الرحم

سرطان المعدة

-كما يؤدي استخدام التبغ الى مضاعفات اثناء الحمل

- متلازمة الموث المفاجئ للرضيع

- التهاب الغشاء المريتوني PERODOMTITS

-اضطرابات الاوعية الدموية

-كما ان الاضرار الناتجة عن النيكوتين تختلف باختلاف معدلات تكسير النيكوتين في الجسم , وعلى هذا لا تظهر السرطانات بنفس السب في كل المجالات ومنها سرطان الرئة

جونسون واخرون (576-575: 2017)

-النتائج المرتبطة عن التدخين السلبي :

-لا تقتصر اضرار استخدام التبغ على اولئك الذين يخنون ويسمى باتدخين السلبي او دخان التبغ البيئ ,

وهو يحتوي على تركيزات عالية من الامونيا , اول اكسيد الكربون , النيكوتين والقطران تفوق تلك الموجودة في التبغ الذي يستنشقه المدخن فعلياه

وتمثل تاثيرات التدخين السلبي في ما يلي :

-مشكلات الرئة وقد تكون مزمنة ,جراء التعرض المستمر لدخان السجائر

-سرطان الرئة

-امراض الاوعية الدموية .

-امراض القلب

-ردود افعال تتسم بالحساسية تجاه الدخان المنبعث من حلاق التبغ .

-اطفال الامهات الاتي يتعرضن للتدخين السلبي اثناء فترة الحمل اكثر عرضة لان يولدوا مصابين بعيوب خلقية .

-زملة الوفاة المفاجئة للاطفال

-يعد اطفال الافراد المدخنين اكثر عرضة للاصابة بعدوى الجهاز التنفس العلوي , والربو ,النزلات الشعبية والامراض المعدية او الالتهاب التي تصيب الاذن الداخاية بدرجة تفوق اقرانهم الذين يولدون الاباء غير مدخنين .

-افضل وسيلة للوقاية للوقاية من التغرض للتدخين السلبي هي التشجيع على الخلق بيئات خالية من التبغ .

جونسون واخرون (577-576: 2017)

5-2-الانسحاب من التبغ :

P-استخدام يومي النيكوتين لعدة اسابيع على الاقل .

ب- قلاع مفاجئ الاستخدام التبغ او التقليل الكمية المستخدة , متبوعا باربعة او اكثر من الاعراض و العلامات التالية وذلك خلال اربعة وعشرون (24) ساعة

1-زيادة الانفعال ,غضب ,احباط

2-قلق .

3-صعوبة التركيز.

4-زيادة الشهية .

5-تململ .

6-مزاج مكتئب

7-ارق

ج-تسبب الاعراض والعلامات في المعيار بتدنيا او احباطا ملحوظين في المجالات الاداء الاجتماعية والمهنية او المجالات الاداء المهمة الاخرى

د-لا تعزى الاعراض والعلامات الى حالة طبية طبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلى اخر بما يتضمن الانسمام او الانسحاب من مادة اخرى .

-يرمز الاضطراب الانسحاب من التبغ في I C D-10-CM

F17.203. الحمادى (209:2014)

5-3- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالتبغ :

منها اضطرابات الاخرى المحدثة بالتبغ :

منها اضطرابات النوم المحدثة بالتبغ F17.208

الحمادى (209:2014)

5-4-اضطراب متعلق بالتبغ غير محدد :

بنطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للضطرابات المتعلة بالتبغ والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في المجالات الاجتماعية والمهنية , او غيرها , ولكن لا تستوفي المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالتبغ ,او اي من الضطراباتمن فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد

(الحمادى 210:2014)

6-الاضطرابت المتعلة بالانيونيات :

-تحتوى الانيونيات على الافيون ومشتقاته من المرفين والهروين

-تعتبر المواد السالفة الذكر من المهدئات .

-الدليل التشخيص ولاحصائي للاضطرابات النفسية الاصدار الخامس D S M 5 ادرج اضطرابات استخدام الافيونيات في فئة مشتقة من اضطراب المسكنات رمنوم مزيل القلق

-الافيونيات هي مجموعة منالمسكنات الادمانية التي تعمل على تخفيف الالم اذا تم تناولها بجرعات معتدلة وتستجلب النوم

-ياتي في المقدمة هذه المواد الافيون (الخشخاش) , واسم الافيون كلمة تعني نبات البهجة .

-المرفين شبه قلوى تم فصله من الافيون الخام , وقد ثبت ان هذا المسحوق ذو الطعم المر مسكن قوى وملطف الالم , يتم تناوله عن طريق الحقن المباشر في الوريد .

-اكتشف العلماء ان المورفيين يمكن تحويله الى مادة نفسية مهدئة للالم تتسم بالقوى وهو ما اطلقوا عليه اسم الهرويين , قد تم استخدامه في البداية لعلاج ادمان المورفين , ثم تم استخدامه في ادوية الكحة وعقاقير اخرى مرخصة .

-ثبت ان الهروين اكثر قوتا وتاثيرا وادمانا من المورفين

-غالبا ما يتم تناول الهرويين عن طريق الحقن , على الرغم من انه يمكن تناوله عن طريق التدخين والاستنشاق ايضا ويمكن تناوله عن طريق الفم .

-حديثا تم وصف الافيونيات كادوية مهدئة للالم بما في ذلك الهيدروكودون و الكسيكودونى والتي اصبحة عقاقير يتم اساءة استخدامها او تعاطيها .

-في الغالب يتم مزج الهيدروكودون HYDROCODOME مع عقاقير اخرى مثل الاسيتامينو في Arebaminphen

وهو مادة فعالة في التايليول Tylenol

وذلك من اجل ايجاد وصفة من الادوية المخففة لالم مثل عقاقير زيدون zydom ,فيكدين vredin ,لورتاب lortab.

-قد وجد الاوكسيكدون في الادوية مثل البيركودون percodon , وتيلوكسtylox , والكسيكونتين oxycontin

-اما عقار الفيكودين vicobin , فانه يعد احدى اكثر العقاقير التي يتم اساءة استخدامها على نطاق واسع , والذي يحتوي على الهيدروكدون او الاكسيكونتين فانه بعد من اكثر العقاقير التي تحتوي على الكسيكودوني والتي يتم اساءة استخدامها. جونسون واخرون (587-585: 2017)

والافيونيات مجموعة من الاضطرابات حسب d s m 5 هي :

6-1- اضطراب استخدام الافيون :

p-نمط اشكالي من استعمال الافيون مما يؤدي الى احباط وضعف سريرى هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يؤدي

1-غالبا ما تؤخذ الافيونيات بكميات اكبر او لفترة اطول مما كان مقصودا .

2-هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام الافيون .

3-هدرة قدر كبير منالوقت في الانشطة الضرورية للحصول على الافيون , والتعاطي الافيون او للتعافي من اثاره

4-اشتياق , او رغبة قوية او الحاح في استخدام الافيون .

5-استخدام الافيون على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات الافيون .

6-استخدام الافيون المتكرر مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل , المدرسة , او المنزل

7- التخلي عن الانشطة اجتماعية ومهنية , او ترفيهية هامة او تقليل منها بسبب استعمال الافيون

8- تكرر استخدام الافيون في الحالات التي تشكل خطرا فيزيائيا

9-استمرارا استخدام الافيون رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمت او تفاقمت بسبب الافيون .

10-التحمل , كما هو محدد باي من العناصر التالية :

. الحاجة لزيادة ملحوظة في الكميات الافيونيات للوصول الي الانسمام او التاثير المرغوب

. تاثير متناقص ملحوظ مع استمرارا استخدام نفس الكمية من الافيون

لا يعتمد هذا المعيار متحققا لالولئك الذين يستخدمون الافيونات تحت الرقاية الطبية المناسبة حصرا .

11-الانسحاب كما يتجلى باي مما يلي

.متلازمة الانسحاب المميزة للافيون

.يؤخذ الافيونات او مادة ذات صلة وثيقة لتخفيف او تجنب اعراض الانسحاب

لا يعتبر هذا المعيار محققا لاولئك الذين يستخدمون الافيونات تحت الوقاية الطبية المناسبة حصرا .لاكثر دقة يجب تحديد ما اذا كان في هداة مبكرة او في هداة مستمرة .

-تحديد اذا كان في بيئة مسيطر عليها

-تحديد ما اذا كان مع علاج محافظ , ويستخدم هذا المحدد الاضافي , اذا كان الفرد يتبع علاجا موصوفا متشابها كاممثادون او البوبريوفين ولم تتحقق اي من المعايير الاضطراب استخدام الافيون لهذه الفئة من الادوية عدا التحمل والانسحاب من المشابه , وتنطبق هذه الفئة على الافراد الذين استمروا على مماثل جزئي او مماثل مضاد او مضاد بشكل كامل مثل التاكتركسون الغموى او التالتركسون مديد المفعول

-تحديد الشدة الحالية حسب cd -10 cim

F11.10خفيف : وجود غرظين الى ثلاثة

F11.20متوسط :وجود من اربعة الى خمسة اعراض

F11.20شديد : وجود ستة اعراض او اكثر

الحمادى (194-193: 2014)

-يحضر الافيون من نبات الخشخاش ,واثاره تختلف خسب طريقة التعاطي او الحقن , حيث يؤدي التعاطي المنتظم الى زيادة القدرة على التحمل , ويحتاج الجسم الى مضاعصة الجرعات ليصل الى نفس النتيجة مع مرور الوقت , اذا لم يحصل على كمية الازمة لاشباع حاجاته ينتج

.تدهر الصحة تدريجيا .

.زيادة الاعتماد على الافيونيات .

.ظهور العضلات .

.ضعف الشهية .

.ضعف الذاكرة .

.اضطرابات الكبد القحطاني (41,د ت )

.تولد الافيونيات الشعور بالبهجة .

.احلام اليقضة .

.عدم التوازن احيانا .

.الوفاة بسبب تناول جرعات زائدة .

.الانتحار.

.السرقة.

.بيع المواد.

. التعرض للامراض المعدية بسبب الاشتراك في الابر .

جونسون واخرون (590:2017)

6-2- الانسام بالافيون :

p-استخدام حديث للافيون

ب-تغيرات سلوكية او نفسية اشكالية مهمة سريريا مثل زهو بدئي يتبعه فتور انفعالي او سؤ المزاج او هياج او بطء نفس حركى او اختلال المحاكمة تطورت اثناء استخدام الافيون او بعد استخدامه بمدة قصيرة

ج-تضيق حدقة او توسع حدقة ناتج عن عور او اكسجين بسبب فرط الجرعة الشديد مع العلاقة او اكثر من العلامات التالية , تطورت اثناء استخدام الافيون , او بعد ذلك بفترة قصيرة

1. نعاس او سبات .

2.كلام متثاقل

3.تدنى الانتباه او الذاكرة

د- لا تنجم الاعراض او العلامات عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي اخر متضمنا الانسمام بماذة اخرى

-يجب تحديد اذا ما كان مع اضطرابات ادراكية , حيث يستخدم هذه المعدد في حالات نادرة حيث تحدث الهلاوس مع سلامة اختبار الواقع اوخيارات سمعية او بصرية او لمسية في غياب الهذيان .

-اضطراب استخدام الافيون الخفيف مع تشارك مرضى في اضطرابات ادراكية يرمز له ب f11.129

-اضطراب استخدام الافيون الشديد او المتوسط مع تشارك مرضى دون اضطرابات ادراكية يرمز له ب : f11.229

-اذا لم يوجد تشارك مرض يرمز له ب : f11.929

-اضطراب استخدام الافيون الخفيف المتشارك مرضيا مع اضطرابات ادراكية يرمز له ب:f11.122

-اضطراب استخدام الافيون المتوسط او شديد المتشارك مرضيا مع اضطرابات الادراكية يرمز له ب : f11.222

-اذا لم يوجد تشارك مرض مع اضطرابات استخدام الافيون يرمز له ب : f11.922 الحمادى (195:2014)

الانسمام بالافيونيات اثار عديدة منها :

.اعراض اكتئابية .

.تدهور القدرات العقلية وخاصة التفكير العقلاني الواقعي .

.معاناة في اتخاذ القرارات السليمة وحل المشكلات والحكم الصائب. رجيعة (12:2009)

.تولد شعور بالنعاس

-الهرويين والكسيكوني تؤدي الى

. الانطلاق .

.الشعور بادفئ .

.الشعور بادفئ .

.الشعور العام بالسعادة بعد الحقن الوريدي المباشر .

.يتخلص من همومه ومخاوفه .

.يكون لديه درجة من الثقة بالنفس لمدة من اربع الى ستة ساعات .

يتعرض لخيبة كلما تجاوز المادة النفسية جونسون واخرون (589:2017)

6-3- الانسحاب من الافيون :

p-الاقلاع او التقليل من الفيون والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة ,مئل استخدام على فترات لعدة اسابيع او اكثر .

ب-ثلاثة او اكثر من الاعراض والعلامات التالية ,تتطور خلال دقائق الى عدة ايام بعد المعيار p

1.سوء المزاج

2. غثيان اوقى .

3.الام عضلية .

4.دماع او ثر انفي

5.توسع حدقة العين او انتصاب الشعر او تعرق

6-اسهال

7-تثاؤب

8- حمى

9-ارق

ج-تسبب الاعراض والعلامات في المعيار ب تدنيا او احباطا ملحوظين في المجالات الاداء الاجتماعية والمهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى .

د- لا تعزى الاعراض والعلامات الى حالة طبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر بما يتضمن الانسمام او الانسحاب من مادة اخرى

-يرمز له ب: Icd 10 , f11.23. الحمادى (196:2014)

-المركبات الافيونية ادمانية لان مستخدميها تظهر عليهم اعراض التحمل والانسحاب

-قديبدا الانسحاب من الهرويين من خلال ثماني ساعات من اخر جرعة تم حقن بها , وعلى الاقل بعد تعود شديد , في اثناء الساعات القليلة التالية بعد الانسحاب يشعر الفرد ب:

.الم عضلي .

.العطس.

. تصيب العرق .

.انهمار الدموع.

.كثرة التثاوب .

وخلال 36 ساعة تشتد اعراض الانسحاب مثل :

.رعشة في العضلات لا يمكن السيطرة عليها والتحكم فيها

. نوبات تشنج شديدة .

.انقباطة تتحول الى احمرار وعرق .

. ارتفاع معدل ضربات القلب .

ارتفاع ضغط الدم .

. عدم القدرة على النوم .

. التقيؤ .

. الاسهال .

تستمر هذه الاعراض لفترة تقارب 72 ساعة , ثم تقل باتدريج على فترة بين 5-10ايام . جونسون واخرون (590:2017)

6-4- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالافيون :

ومنها:

.اضطراب القلق المحدث بالافيون .

.الاضطراب الاكتئابي المحدث بالافيون .

.اضطراب النوم المحدث بالافيون .

. اختلال الوظيفي الجنسية المحدثة بالافيون .

.هذيان الانسمام بالافيون .

جدول الاضطرابات المحدثة حسب icd-10-cm

6-5-اضطراب متعلق بالالفيون غير محدد

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التى تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالافيون والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية اوغيرها ولكن لا تستوش المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالافيون ,او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد . الحمادى (197:2014)

-تحدث الافيونيات اثارها من خلال تنشط المستقبلات العصبية للجهاز الافيوني في الجسم فالجسم يفرز الافيونيات بشكل طبيعي , هذه المركبات الافيونية يطلق عليها الاندروفين ENDRRPHIMS والانكيفالينات Enkephalins

-الهرويين يتم تحويله في المخ الى مورفين ثم يتجه الى مستقبلات المتوزعة غير المخ

-تشير الأدلة الى ان هناك ارتباطا بين هذه المستقبلات وبين نظام الدوبامين , هذه العلاقة من الارتباط هي المسؤولة عن التاثيرات السارة للمادة النفسية الافيونية .

-على الرغم من ذلك هناك أدلة كشفت عنها الدراسات التي تم إجراؤها على الحيوانات , تشير الي ان الافيونيات قد تحقق تاثيرات سارة من خلال حركتها في المنطقة من المخ يطلق عليها النواة المكتئبة , وربما بشكل مستقل عن الدوبامين .

جونسون واخرون (590-589: 2017)

7- الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات

من بين انواع المنشطات الامفيتامين والكوكايين

الامفيتامينات :

* اول مركب تم صنعه عام 1927 هو البنر يدين benredrine ، يتم استنشاقه عن طريق الانف لتخفيف انسداد الانف .
* تم اكتشاف تاثير المنبه ليتم وصفه في ما بعد للسيطرة على الاكتئاب الخفيف ، وفتح الشهية ، ومنع الاحساس بالتعب .
* تقوم الامفيتامينات مثل البنزيدرين وديكسيدرين والميثدرين باحداث تاثيراتها عن طريق التسبب في افراز النور ادريالين والدوبامين ومنع اعادة امتصاص هذه المواصلات العصبية
* -يتم تناول الامفيتامينات عن طريق الفم او عن طريق الحقن في الوريد . جونسون واخرون (591:2017)
* تستعمل طبيا في العلاج الانهيار العصبي , وزيادة الوزن .
* -من اكثرها استخدامها الامفيتامين اسمه التجاري بتدرين والديكسا مفتامين واسمه التجاري ديكسدرين و ميتامفتامين الذي يكون على شكل اقراص او محلول حقن والاخير اقوى مفعول . القحطاني (42: دت)
* الميثامفتامين :
* -بعد الميثامفيتامين من احد مشتقات الامفيتامينات
* يمكن احده عن طريق الفم او عن طريق الوريد , او يمكن استخدامه عن طريق الاستنشاق داخل الانف (الشم مثلا)
* -عندما ما يكون في شكله البلورى الناصع يطلق عليه الميثا النبلورى
* -تعد الرغبة او اللهفة على الميثا مفيتامين قوية على نحو خاص وغالبا ما تستمر لعدة سنوات بعد التوقف عن استخدامه العقار
* جونسون واخرون (594:2017)
* الكوكايين :
* -يحضر من نبات الكوكا الذي يحتوي اوراقه على مادة المخدرة للكوكايين مسحوق ابيض ثلجي الشكل وبلوراته دقيقة ولامعة ذات مذاق مر ولا رائحة لها , تذوب بلور عند فركها بالاصابع , ويسبب ذلك تحذير اوضعيا عند ملامسته للجلد والانسجة المخاطية (القحطاني 41:د ت )
* في منتصف ثمانيات القرن العشرين ظهر شكل جديد من الكوكايين الكراكى crack الذي ياتي على شكل كريستال صخري يتم تسخينه , ثم يجفف , ويتم تدخينه

-اسم الكراك مشتق من الفرقعة اي الصوت الذي تحدثه الصخرة عند تسخينها . جونسون واخرون (597:2017)

وينتج تعاطي المنشطات مجموعة من الاضطرابات هي حسب d s m 5

7-1- اضطراب استخدام المنشطات :

p- نمط اشكالي من استخدام مادة ذات نمط الامفيتامين الكوكايين او المنشطات الاخرى مما يؤدي الي احباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي , وااتي تحدث خلال فترة 12 شهرا

1-غالبا تؤخذ المنشطات بكميات اكبر او لفترات اطول مما كان مقصودا.

2-هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة لتقليل او ضبط استخدامها المنشطات

3-هدر وقت كبير في الانشطة الضرورية للحصول على المنشطات وتعاطى المنشطات , او للتعافي من اثارها .

4-اشتياق او رغبة قوية او الحاح في استخدام المنشطات

5- استخدام المنشطات المتكرر مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل , المدرسة او المنزل

6-استمرار استخدام المنشطات على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات المنشطات.

7- التخلي عن انشطة اجتماعية و مهنية ، او ترفيهية هامة او التقليل منها بسبب استخدام المنشطات .

8- تكرار استخدام المنشطات في الحالات التي قد تشكل خطرا فيزيائيا .

9- استمرار استخام المنشطات رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمت او تفاقمت بسبب المنشطات .

10- التحمل ، كما هو محدد باي من العناصر التالية :

* الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المنشطات للوصول الى الانسمام او التاثير المرغوب .
* تاثير متناقص مع استمرار اساخدام نفس الكمية من المنشطات .
* لايعتبر هذا المعيار متحققا للذين يستخدمون المنشطات تحت الرقابة الطبية المناسبة خطر ، مثل الادوية المستخدمة للاضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة او النوم الانتيابي .

11- الانسحاب كما يتجلى باي مما يلي :

* متلازمة الانسحاب المميزة للمنشطات .
* تؤخذ المنشطات او مادة ذات صلة وثيقة للتخفيف او تجنب اعراض الانسحاب
* لا يعتبر هذا المعيار متحققا للذين يستخدمون المنشطات تحت الرقابة الطبية
* يجب تحديد ما اذا مكان هذا الاضطراب مع هداة مبكرة او هداة مستمرة .
* تحديد ما اذاكان مع البيئة مسيطرة عليها .
* تحديد الشدة الحالية كالتالي :
* خفيف وجود عرضين الى ثلاثة

F15.10 مادة ذات نمط الامفيتامين

F14.10 كوكايين

-متوسط : وجود اربعة او خمسة اعراض

F15.20 مادة ذات نمط الامفيتامين .

F14.20. كوكايين

F15.20 منشط اخر او غير محدد .

-شديد : وجود ستة اعراض او اكثر

F15.20 مادة ذات نمط الامفيتامين

F14.20 كوكايين .

F15.20 منشط اخر او غير محدد . الحمادى (2014: 202-204)

-بالنسبة للامفيتامينات باستخدام جرعات زائدة يؤدي الى :

\* العصبية.

\* الارتباك .

\* الهيجان.

\* نوبات الصرع

\*الترنخ .

\* المبلل الى النعاس .

- يصبح الذين يتناولون كميات كبيرة

\* شكاكين.

\* عدواني جدا .

- في حالة تناول جرعات لمدة طويلة قد يخلق حالة مشابهة تماما لحالة الفصام ( البارانويا ).

- يظهر التحمل للامفيتامينات بشكل سريع ،ذلك فان متعاطى العقار يكون في حاجة الى احداث المزيد من التاثيرات ، وهكذا قد يتوقف الفرد على تناول الاقراص ويبدا حقن الميثدرين وهو اقوى نوع من الامفيتامينات في الوريد مباشرة .

- قد يلي المتعاطون لحقن انفسهم عدة مرات لبظلوا متحفظين بحالة النشاط المكثف و السعيد لايام قليلة دون ان ياكلوا او يناموا، ثم بعد ذلك يسقطون من التعب والاكثئاب ، ويغظون في النوم او الاحباط لعدة ايام .

- تستمر الدورة من جديد حتى يتدهور الاداء الجسمي او الاجتماعي للفرد بدرجة مثيرة ، حيث يصبح السلوك غريبا وعدائيا ، كا قد يصبح المتعاطي خطر على نفسه وعلى الاخرين – جونسون واخرون (592:2017)

\* التعب الشديد.

\* السلوكيات النمطية.

\* لزيادة الحساسية .رجيحة (20:2009)

-عادة ما يتسبب الميثامفيتامين الاعتماد الجسمي الذي يشمل كلا من التحمل والانسحاب .

- اثبتت الدرايات التي اجريت على الحيوانات ان الايتخدام المزمن لليثامفيتامين يسبب خللا للمخ من التاثير على كل من نظام الدوبامين ونظام البيروتنين .

- وقد وجدت الدراسات الحيثة تاثيرات مشابهة في المخ البشري وخاصة في نظام الدوبامين ، خاصة منطقة قرن امون .

- صغر حجم قرن امون في المخ لدى مستخدمي الميثامفيتامين كان مقرونا بضعف الاداء على اختبارات الذاكرة .

- في دراسة اخرى اظهرت ان مستخدمي الاميثامفتامين قد كان بهم تناقص خطير في الجين الموصل للدوبامين (الجين الموصل هو جين اما ان يدع المادة النفسية تدخل الى الخلية واما يمنعها من الدخول اليها).

- وفي الدراسة مختلفة تم اختبار مهمة صنع القرار معلميا لدى عينة من الذكور الخاضعين للعلاج من الاعتماد على الميثامفيتامين وذلك باستخدام مسح الرنين والمغناطيس الوظيفي ، وقد وجد الباحثون ان انخفاظ النشاط في المناطق متعددة المخ ( القشرة الخلفية للفص الجبهي ، مناطق الفص الصدغي والجداري ، خلال عملية صنع القرار .ويبدو ان الانخفاض يرجع الى سوء استخدام الامفيتامين ، وما اظهرته هذه الدراسة ايضا هو الخلل في مناطق المخ التي تسهم في اتخاذ قرارات سليمة لدى بعض الافراد الذين يعتمدون على الامفيتامين .

جونسون واخرون (2017: 595-596)

-اساءة استخدام الكوكايين تؤدي الى :

\* تهيج عام للجسم .

\* هلوسة .

\* قد يصل الى حالة ذهان شبيهة بالفصام مصحوبة باوهام وهلوسة .

\* السلوك المندفع الاجرامي .

\* السلوك المندفع الاجرامي .

\* المبالغة تقدير قدراته الحقيقية . القحطاني (د ت :42 )

- الجرعات الزائدة من الكوكايين تؤدي الى :

\* حدوث نوبات الرعشة .

\* الارق .

\* مشاعر البارانويا القوية .

\* الهلاوس المرعبة بوجود حشرات تزحف تحت الجلد .

- الاستخدام المزمن للكوكايين يؤدي الى :

\* الهياج .

\* افساد العلاقات الاجتماعية .

\* التفكير الضلالي .

\* اضطرابات النوم .

-هناك بعض المستخدمين يظهرون التحمل للكوكايين مما يستلزم اخد جرعاتاكبر لاحداث نفس التاثير .

-هناك مستخدمون اخرون قد يصبحون اكثر حساسية لتاثيرات الكوكايين ، وهو ما يعتقد انه احد العوامل التي تسهم في الوفاة بعد اخذ الجرعة صغيرة بشكل واضح .جونسون واخرون (2017: 597-598).

7-2- الانسمام بالمنشطات :

P – استخدام حديث لمادة ذات نمط الامفيتامين ، الكوكايين او منشط اخر .

ب – تغييرات سلوكية او نفسية اشكالية مهمة سريريا مثل ، تبلد وجداني او تغييرات في العلاقات الاجتماعية ، او فرط التيقظ او الحساسية الشخصية او القلق او التوتر او الغضب او السلوكيات نمطية او اختلال المحاكمة .

ج- اثنان او اكثر من الاعراض او العلامات التالية تطورت اثناء استخدام المنشط او بعد الاستخدام مباشرة :

* تسارع او بطئ قلبي .
* توسع الحدقة .
* ارتفاع او هبوط التوتر الشرياني .
* تعرق او قشعريرة .
* غثيان او قرع .
* دليل على فقدان الوزن .
* هياج او بطء نفس حركي.
* ضعف عقلي او تنشيط تنفس او الم صدري .
* نوبات اختلاجية او سوء الحركة او سبات.

د- لا تنجم الاعراض او العلامات عن حالة طبية عامة ولا يفسرها بشكل افضل اضطراب عقلي اخر متضمنا الانسمام بمادة اخرى .

-يجب تحديد المادة المسببة للانسما مادة ذات نمط الامفيتامين كوكايين ، منشط اخر .

- يجب تحديد ما اذا كان الانسمام مع اضطرابات الادراكية .الحامدى (2014: 204-205 )

-الانسمام بالامفيتامينات يؤدي الى :

\* درجة عالية من اليقظة .

\* وظائف الامعاء متوقفة .

\* الشهية قليلة .

- تم استخدامها في الانظمة الغذائية .

\* زيادة معدل نبضات القلب .

\* انكماس الاوعية الدموية في الجلد والاغشية المخاطية ، فيصبح الفرد يقظا و منتشيا .

\* الشرود .

\*الطاقة الزائدة .

\* الثقة في النفس – جونسون واخرون ( 2017: 591)

- كما يحصل مستخدموا الميثامفيتامينات على :

\* درجة عالية من اليقظة تستمر لساعات

\* ارتفاع درجة الحرارة .

\* زيادة في تدفق الدم الى القلب وباقي الاعضاء .جونسون والاخرون ( 2017: 591)

- كما يحصل مستخدوا الميثاميتامينات على :

\* درجة عالية من اليقظة تستمر لساعات .

\* مشاعر بالنشوة .

\* ارتفاع درجة الحرارة .

- كما ان الانسمام باكوكايين يؤدي الى :

\* ضعف التركير .

\* ضعف الانتباه .

\* تبلد الانفعال .

\* سوء الحكم على الامور .

\* اضطراب الادراك .

\* سوء تقدير الزمن والمسافة .

\* زيادة معدلات الاصابة الاضطرابات الانشقاقية .

رجيعة( 2009: 10)

\*تخفيف الالم حيث يمنع امتصاص الدوبامين مما يؤدي الى السرور .

\* زيادة الرغبة الجنسية .

\* الشعور بالسعادة .

\* عدم الشعور بالتعب .

\* صعوبة التذكر .

\*زيادة الاستهداف للاصابة بالجلطة

\*ازمة قليية

\*ايقاف امداد الجنسية بالدم . جونسون واخرون (2017:597-598)

7-3- الانسحاب من المنشطات :

P- الاقلاع او تقليل من استخدام مادة ذات نمط الامفيتامين كوكايين , منشط اخر والذي كان بمقادير كبيرة ولفترة طويلة .

ب- سوء مزاج مع اثنين او اكثر من التغيرات الفيزيولجية التالية تتطور في غضون بضع ساعات الي عدة ايام بعد تحقق المعيار P

1-تعب

2- احلام نشطة مقلقة (مزعجة )

3- ارق او فرط النوم

4-ازدياد الشهية

5-ابطاء نفس حركي او هياج

ج- تسبب العراض والعلامات في المعيار ب تدنيا او احباطا ملحوظين في المجالات الاداء الاجتماعية والمهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى .

د- لاتعزى الاعراض والعلامات الي الحالة الطبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر بما يتضمن الانسمام او الانسحاب من مادة اخرى

-يجب تحديد المادة المسببة لمتلازمة الانسحاب لمادة ذات نمط الامفيتامينات , كوكايين منشط اخر .

-يرمز لاضطراب الانسحاب من الامفيتامين او منشط اخر في I C D –N-CUN

F15.23

-يرمز لاضطراب الانسحاب من الكوكايين F14.23 الحمادى (206-205: 2014)

7-4- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالمنشاطات :

جدول يوضح الاضطرابات المحدثة بالامفيتامينات او منشطات اخرى حسب I C D – 10- CIM:

جدول يوضح الاضطرابات المحدثة بالكوكايين حسب I C D 10-CIM :

الحمادى (2014)

7-5-اضطراب متعلق بالمنشطات غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالمنشطات والتي تسبب احباطا سريري هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية , او غيرها , ولكن لا تستوفى المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات المتعلقة بالمنشطات , او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد .

-يرمز للاضطراب المتعلق بالمفيتامين او منشط اخر غير محدد في I C D -10- C IM ب F15.99

-يرمز للاضطراب المتعلق بالكوكايين غير محددبF14.99

الحمادى (206:2014)

8-1- اضطرابات المتعلقة بالمستنشقات :

\*المستنشقات (المذييبات المتضايره ) هي مجموعة من المواد التي ادرجتها منظمة الصحة العالمية مع المواد المسببة الاعتماد عام 1973 , وهي تحتوي على فحوم مائية متطايرة مثل :

القولوين , الترايكور , ايثلين , البترين , وتوجد هذه المواد المستعملة لازالة طلاء الاضافر مزيلات البقع وسوائل التنظيف . (الدمرداس 244:182)

لتناول المستنشقات مجموعة من الاضطرابات حسب D S M 5هي

8-1- اضطراب استخدام المستنشقات :

P-نمط اشكالي من استخدام الموادالمستنشقة ذات الاساسي الهيدروكربون مما يؤدي الي احباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي والتي تحدث خلال فترة 12 شهرا .

1- غالبا ما تؤخذ المادة المستنشقة بكميات اكبر او لفترة اطول مما كان مقصودا .

2- هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام المادة المستنشقة .

3-هدر كبير من الوقتفي الانشطة الضرورية للحصول على المادة المستنشقة او تعاطي المادة المستنشقة , او لتعاطي من اثارها

4-اشتياق او رغبة قوية او الحاح من استخدام المادة المستنشقة

5-استخدام المادة المستنشقة المتكرر مما يؤدي الي عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل , مدرسة او منزل .

6-استمرار استخدام المادة المستنشقة على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرها.

7- التخلي عن انشطة اجتماعية ومهنية او ترفيهية هامة , او تقليل منها بسبب استخدام المادة المستنشقة .

8-تكرار استخدام المادة المستنشقة في الحالات التي قد تشكل خطرا فيزيائيا .

9- استمرار استخدام المادة المستنشقة رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمت او متفاقمت بسبب المادة .

10-التحمل , كما هو محدد باي من العناصر التالية :

\*الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المادة المستنشقة للوصول الي الانسمام والتاثير المرغوب .

\*تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المادة المستنشقة .

-يجب تحديد المادة المستنشقةعندما يكون بالمكان مثلا اضطراب استخدام المذيبات

-تحديد ما اذا كان الاضطراب في هداة مبكرة او هداة مستمرة

- تحديد ما اذا كان في بيئة مسيطر عليها

- تحديد الشدة الحالية كاتالي

F18.10 خفيف : وجود عرضين الي ثلاثة

F 18.20 متوسط: وجود اربعة الي خمسة اعراض

F18.20 شديد : وجود ستة اعراض او اكثر . الحمادى (150-189: 2014)

من اهم مضاعفات استخدام المذيبات المتطايرة ما يلي :

.الوفاء المفاجئة .

.تلف الكبد

.تلف المخ.

.تلف الكليتين

.النتحار .

.العنف .

.حوادث السيارات

\*بسبب الاعتماد على المذيبات المتطايرة الاعتماد النفس دون الاعتماد الجسمي . القحطاني (45:دت )

8-2- اضطراب الانسمام بالمستنشقات :

P- تعرض حديث متعمد او غير متعمد قصير المدة لجرعات عالية من المادة المستنشقة , بما في ذلك الهيدروكربونات الطيارة مثل البنزين والتولوين

ب- تغيرات سلوكية او تغيرات نفسية اشكالية مهمة سريريا مثل , الميل العراك , الامبالاة الشعورية , اختلال المحاكمة تطورت اثناء التعرض للمستنشقات او بعد ذلك بمدة قصيرة .

ج- تطور اثنين او اكثر من العلامات التالية في غضون ساعتين من استخدام المستنشقات :

.دوار

.رأرأة

.عدم التناسق

.كلام متثاقل

.مشية غير متزنة

.تنشيط المنعكسات

.بطئ نفس حركي

.رعاش .

.عدم وضوح الرؤية او ازدواج الرؤية

.ذهول او سبات

. زهو

د- لا تنجم الاعراض والعلامات عن حالة طبية عامة ولا يعللها اضطراب عقلي اخر متضمنا الانسمام بمادة اخرى

-الترمير حسب I C D -10-CIM كالتالي :

. اضطراب استخدام المستنشقات الخفيف المتشارك مرضا يرمز له F F18.129

.الاضطراب استخدام المستنشقات المتوسط و الشديد مع تشارك مرض يرمز له ب F18.229

.اذالم يوجد تشارك مرض مع اضطراب استخدام المستنشقات فالرمز هو F18.929. الحمادى (191:2014)

8-3- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالمستنشقات : وهي :

. الاضطراب النهائي المحدث بالمستنشقات

.الاضطراب الاكتئابي المحدث بالمستنشقات

.اضطراب القلق المحدث بالمستنشقات

.اضطراب معرفي معتدل او جسم محدث بالمستنشقات

. هذيان الانسمام بالمستنشقات

جدول يوضح الاضطرابات المحدثة بالمستنشقات حسب I C D -10- CIM

الحمادى (2014)

8-4- اضطراب متعلق بالمستنشقات غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية , او غيرها , ولكن لا تستوفى المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات المتعلقة بالمستنشقات , او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات الصلة بالمواد . الحمادى (192.2014)

9-الاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق:

-العقاقير المنومة :

وتنقسم الي مشتقات حمض الباتوتوريك ومنها هيدرات كلورال والتي استخدمت لعلاج الارق .والمجموعة الثانية هي مستنشقات غير البابوتريك , وهي عقاقير جاءت كبديل لمجموعة البابوتريك ومنها معيل بنتنيول , مثيل بريلون دي كلور فينازون , ملركب الماندركس .

العقاقير المهدئة :

يستخدم معضمها للاعراض الطبية , وتشكل خطورة على مستخدمها دون استشارة الطبيب .

. توصف الاقلاع من القلق , منها الميلتون , الفاليوم ,الليبريول

. تسبب النوم وتزيل القلق دون احداث النعاس . القحطاني (42:دت )

وتحدث المواد السابقة مجموعة من الاضطرابات حسب D S M 5 هي :

9-1- الاضطراب استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق :

P- نمط اشكالي من استعمال المهدئات والمنومات ومضادات القلق مما يؤدي الي احباط وضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي , والتي تحدث خلال فترة 12 شهرا :

1-غالبا تؤخذ المهدئات والمنومات ومضادات القلق بكميات اكبر او لفترة اطول مما كان مقصودا .

2- هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام المهدئات والمنوات ومضادات القلق .

3- هدر وقت كبير في الانشطة العزورية للحصول على المهدئات والمنوماتومضادات القلق , تعاطى المهدئات والمنومات ومضادات القلق , او للتعافي منها .

4- اشتياق , او رغبة قوية او الحاح في استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق .

5-المهدئات والمنومات ومضادات القلق على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات المهدئات والمنومات ومضادات القلق مثل الجدل مع الزوج حول عواقب الانسمام العراك الجسدي

6- استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق المتكرر مما يؤدي الي عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل , المدرسة , او المنزل مثل التفسيب المتكرر عن العمل اداء منخفض في العمل متعلق بالستخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق , غيابات او تعليقات او طرد من المدرسة متعلق بالمهدئات والنمومات ومضادات القلق , اهمال الاطفال و اعمال المنزل .

7-التخلى عن انشطة اجتماعية ومهنية ،والمنومات زمضلدات القلق .

8-تكرار استخدام النهدئات والمنومات ومضادات القلق في الحالات التى قد تشكل خطرا فيز ياثيامثل قيادة مركبة او الة عمل عندما تحت تاثير المنومات والمهدئلت ومضادات القلق .

9- استمرار استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق رغم العلم لوجود مشكلة جسدية او نقسية مستمرة او متكررة والتي من المرجح ان تكون قد نجمت او تفاقمت بسبب المهدئات والمنومات و المضادات القلق .

10-التحمل كما هو محدد باي منالعناصر التالية .

. الحاجة لزيادة ملحوظة في كمية المهدئات والمنومات والمضادات القلق للوصول الي الانسمام او التاثير المرغوب .

.تاثير المنتناقص الملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المهدئات والمنومات والمضادات القلق

-لا يكمن اعتبار هذا المعيار متحققا للذين يستعملون المهدئات و المنومات و مضادات القلق تحت الراقابة االطبية المناسبة حصرا .

11-الانسحاب كما يتجلى باي مما يلي :

.متلازمة الانسحاب المميزة للمهدذئات او منومات و مضادات القلق .

. تاخذ المهدئات ومنومات ومضادات القلق او مادة ذات صلة وثيقة لتخفيف او تجنب اعراض الانسحاب

-يجب تحديد ما اذ كان هداة مكبرة او في هداة مستمرة .

-تحديد اذا كان في بيئة مصيدرا عليها

-يجب تحديد الشدة الحالية للاضدرابات التالية :

F13.10 خفيف :وجود عرضين الي ثلاثة

F13.20 متوسط : وجود اربعة الي خمسة اعراض

F 13.20 شديد : وجود ستة اعراض او اكثر . الحمادى (199-197:2014)

وللعقاقير المنومة عدة القشرة المخبة .

.تثبيط مراكز القلب .

.نوبات من السلوك الشاذ

. الهياج العصب . القحطاني (42: د ت )9-2- اضطراب الانسمام بالمهدنات والمنومات ومضادات القلق :

P- استخدام حديث للمهدئات والمنومات ومضادات القلق

ب- تغيرات سلوكية اشكالية اة تغيرات نفسية مهمة سريريا مثل سلوك جنس غير مناسب او سلوك عدوان , عدم استقرار المزاج , اختلال المحاكمة , تطورت اثناء استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق او بعد استخدامها بمدة قصيرة .

ج- تطور اثنين او اكثر من العلامات التالية اثناء استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق او بعد استخدامها بمدة قصيرة .

1-كلام متثاقل

2-عدم التناسق الحركي

3-مشية غير متوازنة

4-رأرأة

5-تدني القدرات المعرفية مثل الانتباه او الذاكرة

6-ذهول او سبات .

د-لا تعزى الاعراض والعلامات لحالاتالطبية اخرى ولا يفسرها بشكل افضل اضطراب عقلي اخر متضمنا الانسمام بمادة اخرى

-يرمز الاضطراب استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق الخفيف المتشارك مرضيا في I C D -10- C I M بالرمز F 13.129

-يرمز الاضطراب استخدام المهدئات والمنومات ومضادات القلق المتوسط او الشديد المتشارك مرضيا ب F 13 .229

-اذا لم يوجد تشارك مرضمع اضطراب استخدام المنومات والمهدئات ومضادات القلق فالرمز هو F13.929 . الحمادى (200-199: 2014)

يؤدي الانسمام بالمهدئات الي :

.بطء التفكير

. السهو

. ضعف التركيز

.افتقاد القدرة على حسن تقديرالامور .

. تقلبالانفعالات

. سرعة الاثارة

.تدهور الكفاءة الذهنية .

.تدهور المهارات الحركية (بطء الحركة , الترنح, ثقل اللسان في الحديث )

رجيعة (14:2009)

يؤدي الانسمام بالمنومات الي :

. عدم الاتزان الحركي.

. الاصابة بالتشنجات المفاجئة .

.ضعف التركيز .

.صعوبات الانتباه .

.تؤثر الابصار والسمع

. الشعور بسرعة مرور الزمن

. السلوك العدواني

. الهياج العصب .

.النسيان .

.اختلال الحكم على الامور . القحطاني (42: د ت).

9-3- اضطراب الانسحاب من مهدئات والمنومات ومضادات القلق :

P – الاقلاع او التقليل من استخدام المهدئات والمنومات ومضادات والقلق والذي كان مطولا.

ب- اثنان او اكثر مما يلي : تتطور خلال ساعات الى عدة ايام بعد التقليل او الاقلاع عن المهدئات و المنومات و مضادات القلق الموصوف في المعيار p .

1- فرط نشاط ذاتي مثل التعرق او زيادة سرعة دقات القلب اكثر من 100 .

2- رماش اليد .

3- ارق.

4- غثيان او تقيء .

5- هلاوس بصرية اة لمسية لو سمعية عابرة او خيالات .

6- هياج نفس حركي.

7- قلق .

8- نوبات اختلاجية كبرى .

ج- تسبب الاعراض والعلامات الى حالة طبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر بما يتضمن الانسمام او الانسحاب من مادة اخرى .

-يجب تحديد ما اذا كان اضطراب الانسحاب مع اضطراب ادراكية ، حيث يوجد هذا المحدد عند حدوث عند حدوث هلاوس مع سلامة اختيار الواقع ، او حدوث خيالات سمعية او بصرية او لمسية في غياب الهنيان .

-يرمز لاضطراب الانسحاب من المهدئات او المنومات ومضادات القلق دون اضطراب ادراكية بــ F13.239

-يرمز لاضطراب الانسحاب من المهدئات والمنومات ومضادات القلق مع اضطراب ادراكية بالرمز F13.232 . (200:2014)

9-4- الاضطرابات الاخرى المحدثة بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق : ومنها :

* الاضطراب الذهاني المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق .
* اضطراب ثنائي القطب المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق .
* اضطراب اكتئابي المحدث بالمهدئات او المنومات ومضادات القلق .
* اضطراب القلق المحدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق.
* اضطراب النوم المحدث بالمهدئات ومضادات القلق .
* اختلال الوظيفة الجنسية محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق .
* اضطراب معرفي جسم او معتدل محدث بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق .
* هذيان الانسمام بالمهدئات المنومات ومضادات القلق .

حسب icd -10-

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عدم استخدام مادة | استخدام مادة متوسط او شديد | استخدام مادة خفيف | الاضطرابات |
| F13.959 | F13.159 | F13.159 | الاضطراب الذهاني |
| F13.94 | F13.24 | F13.14 | ثنائي القطب |
| F13.94 | F13.24 | F13.14 | اكتئاب |
| F13.980 | F13.280 | F13.180 | القلق |
| F13.982 | F13.282 | F13.182 | اضطرابات النوم |
| F13.981 | F13.281 | F13.181 | خلل جنسي |

الحمادى ( 2014)

9-5- اضطراب متعلق بالمهدئات والمنومات ومضادات القلق غير محدد :

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض امميزة للاضطرابات المتعلقة بالمهدئات والمنومات ومضاد القلق والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية ، او غيرها والتي تستوفى المعايير التشخيصية الكاملة لان من اللاضطرابات من فئة الاضطرابات بالمهدئات والمنومات ومضاد القلق او اي من ااضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات صلة بالمواد . الحمادى (201:2014).

10- ااضطرابات المتعلقة بمادة اخرى – او غير معروفة

10-1- اضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة)

P –نمط اشكاليمن استخدام مادة مسممة مع عدم القدرة على تصنيفها ضمن فئات : الكحول ، كافيين ، الحشيش ، المهلوسات ( الفينسكلدين وغيره )، المستشقات ، الافيون ، المهدئات والمنومات ومضادات القلق ، والمنشطات ، او التبغ مما يؤدي الى احباط او ضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على الاقل مما يلي ، والتي تحدث خلال فترة شهرا :

1- غالبا ما تؤخذ المادة بكميات اكبر او لفترة اطول مما كان مقصودا.

2- هناك رغبة مستمرة او جهود فاشلة للتقليل او ضبط استخدام المادة

3- هدر وقت كبير في الانشطة الضروريةللحصول على المادة ، وتعاطي المادة ، او للتعافي من اثارها .

4- اشتياق ، او رغبة قوية والحاح في استخدام المادة .

5- استخدام المادة المتكررة مما يؤدي الى عدم الوفاة بالتزامات الدور الرئيسية في العمل .

6- استمرار استخدام المادة على الرغم من المشاكل الاجتماعية او الشخصية المستمرة او المتكررة الناتجة او المتفاقمة بتاثيرات المادة .

7- التخلي عن الانشطة اجتماعية ومهخنية ، او ترفيهية هامة هامة او التقليل منها بسبب استخدام المادة .

8- تكرر استخدام المادة في الحالات التي قد تشكل خطرا فيزيائيا .9

9- واستمر استخدام المادة رغم العلم بوجود مشكلة جسدية او نفسية مستمرة او متكررة والتي من المرجع ان تكون قد نجمت او تفاقمت بسبب المادة .

10- التحمل ، كما هو محدد باي من العناصر التالية .

* الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات المادة للوصول الى الانسمام او التاثير المرغوب .
* تاثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من المادة .

11- الانسحاب يتجلى باي مما يلي :

* متلازمة الانسحاب المميزة للمادة الاخرى ( او غير المعروفة ) يرجى الرجوع الى

المعايير .

P – من المعايير المحددة لسحب المادة الاخرى ( او غير المعروفة ).

* تؤخذ المادة ( او مادة ذات صلة وثيقة ) لتخفيف او تجنب اعراض الانسحاب .
* يجب تحديد اذا كان في هداة مبكرة اة هداة مستمرة .
* يجب تحديد اذا كان في بيته مسيطر عليها .

يجب تحديد الشدة الحالية كمايلي :

(F19.10) خفيف : وجود عرضين الى ثلاثة .

(F19.20) متوسط : وجود اربعة الى خمسة اعراض .

(F19.20) شديد وجود ستة اعراض أو اكثر .

10-2- الانسمام بمادة اخرى ( او غير معروفة )

A – تطور متلازمة عكوسة محددة للمادة والتي تعزى لاستهلاك ( او التعرض) لمادة غير مدرجة في مكان اخر او غير معروفة .

B – تغيرات سلوكية اشكالية او غير تغيرات نفسية مهمة سرية والتي تعزى لتاثيرات المادة على الجهاز العصبي المركزي ( مثلا ضعف في التناسق الحركي ، هياج او بطء نفسي حركي زهو ، قلق ،الميل للعراك ، عدم استقرار المزاج ، انخفض معرفي ، اختلال المحاكمة ، الانسحاب الاجتماعي ) تطورت اثناء استخدام المادة او بعد استخدامها بمدة قصيرة .

C – لاتعزى الاعراض او العلامات لحالة طبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر متضمنا الانسمام بمادة اخرى.

ملاحطة ترميزية : ان الرمز في ICD -10- CM يعتمد على وجود تشاركي مرضي مع اضطراباستعمال مادة اخرى ( او غبر معروفة ) ويتضمن نفس المادة .

ان الرمز في ICD-10-CM لاضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة ) الخفيف المتشارك مرضيا هو F19.129 ، على حين اضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة ) المتوسط او الشديد مع تشارك مرضي فالرمز هو F19.229 ، اذا لم يوجد تشارك مرضي مع اضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة )فالرمز هو F19.929 .

10-3- الانسحاب مادة اخرى ( او غير معروفة )

A – ايقاف ( او نقص ) استخدام مادة والذي كان كثيفا ومطولا .

B – تطور متلازمة محددة للمادة بعد ايقاف ( او انقاص ) استعمال المادة بفترة قصيرة .

C – تسبب المتلازمة محددة للمادة تدنيا او احباطا ملحوظين في مجالات الاداء الاجتماعية والمهنية او مجالات الاداء المهمة الاخرى .

D – لاتعزى الاعراض الى حالة طبية اخرى ولا تفسر بشكل افضل باضطراب عقلي اخر بما يتضمن السحب من مادة اخرى .

E – المادة المتهمة لا يمكن تصنيفها تحت اي من فئات المواد الاخرى : ( كحول ، كافيين ، الحشيش ، المهلوسات ( الفينسكلدين وغيره ) ، المستشفيات ، الافيون ، المهدئات والمنومات ومضادات القلق ، والمنشطات ، او تبغ ) او غير معروفة .

ملاحظة ترميزية : ان الرمز ICD-10-CM الانسحاب مادة اخرى ( او غير معروفة ) هو F19.239 .لاحظ ان الرمز في ICD-10-CM يعتمد على وجود او عدم وجود تشارك مرضي بين اضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة ) متوسط اوشديد وسحب مادة اخرى ( او غير معروفة ) مما يعكس حقيقة ان الانسحاب مادة اخرى ( او غير معروفة ) يمكن ان يحدث فقط بوجود اضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة ) متوسط او شديد . ومن غير المسموح ان نضع رمزا لتشارك اضطراب استعمال مادة اخرى ( او غير معروفة ) الخفيف مع السحب مادة اخرى ( او غير معروفة ).

4- الاضطرابات الاخرى المحدثة بمادة اخرى( او غير معروفة )

Or unknown substance-induced disorder (other)

لان فئة من مادة اخرى ( او غير معروفة ) غير محددة بطبيعتها ، فمدى وشد الاضطرابات المحدثة غير محددة . ومع ذلك فالاضطرابات الاخرى المحدثة بمادة اخرى ( او غير معروفة ) قد جرى وصفها في الفصول الاخرى من الدليل مع الاضطراب التي تشترك معها بالمظهر : ( انظر الى الاضطرابات العقلية المحدثة بمادة /دواء في هذه الفصول ) الاضطرابات الذهاني المحذث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) ، اضطراب ثنائي القطب المحث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) ، اضطراب اكتئابي محدث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) ، اضطراب القلق المحدث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) ، اضطراب الوسواس القهري المحدث بمادة اخرى (او غير معروفة ) ، اضطراب النوم المحدث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) اختلال الوظيفة الجنسية المحد بمادة اخرى ( او غير معروفة ) ، اضطراب عصبي معرفي عصبي معتدل او جسيم المحدث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) .بالنسبة لهذيان الانسمام بمادة اخرى ( او غير معروفة ) وهذيان السحب من مادة اخرى ( او غير معروفة ) فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية .هذه الاضطرابات المحدث بمادة اخرى ( او غير معروفة ) تشخص عوضا عن تشخيص الانسمام بمادة اخرى ( او غير معروفة ) او سحب مادة اخرى ( او غير معروفة ) فقط عندما تكون الاعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماما سرسريا .

10-4- اضطراب متعلق بمادة اخرى ( او غير معروفة ) غير محدد

ينطبق هذا التصنيف على الحالات التي تسيطر فيها الاعراض المميزة للاضطرابات المتعلقة بمادة اخرى ( او غير معروفة ) والتي تسبب احباطا سريريا هاما او ضعفا في الاداء في المجالات الاجتماعية والمهنية , او غيرها , ولكن لا تستوفى المعايير الكاملة لتشخيص اي من الاضطرابات المتعلقة بمادة اخرى ( او غير معروفة ) , او اي من الاضطرابات من فئة الاضطرابات الادمانية وذات صلة بالمواد .

10- الاضطرابات الاخرى المحدثة بمادة اخرى او غير معروفة منها :

* الاضطراب الذهاني المحدث بمادة اخرى او غير المعروفة .
* اضطراب ثنائي القطب المحدث بمادة اخرى او غير المعروفة .
* اضطراب اكتئابي المحدث بمادة اخرى او غير المعروفة ..
* اضطراب الوسواس القهري المحدث بمادة اخرى او غير المعروفة .
* اضطراب النوم المحدث بمادة اخرى او غير المعروفة .
* اختلال الوظيفة الجنسية محدث بمادة اخرى او غير المعروفة .
* اضطراب عصبي معرفي معتدل او جسم المحدث بمادة اخرى او غير معروفة .
* هذيان الانسحاب محدث بمادة اخرى او غير معروفة .

جدول ( ) يوضح الاضطرابات المحدثة بمادة اخرى او غير المعروفة حسب ICD -10-CM

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| عدم استخدام مادة | استخدام مادة متوسط او شديد | استخدام مادة خفيف | الاضطراب |
| F19.959 | F19.159 | F19.159 | الاضطراب الذهاني |
| F19.94 | F19.24 | F19.14 | ثنائي القطب |
| F19.94 | F19.24 | F19.14 | اكتئاب |
| F19.980 | F19.280 | F19.180 | القلق |
| F19.982 | F19.282 | F19.182 | اضطرابات النوم |
| F19.981 | F19.281 | F19.181 | خلل جنسي |
| F19.959 | F19.288 | F19.188 | الوسواس القهري |

الحمادى (2014)

اضطراب استخدام الماريجوانا ( القنب الهندي )

* تتكون الماريجوانا من الاوراق اليابسة والمطحونة من قمم زهور حشيشة الكيف ، ويطلق عليها ايضا القنب ، وفي الغلب يتم استخدامه عن طريق التدخين .
* يستخدم عن طريق المصنع احيانا ، واعداده في الماء المغلى كالشاي ا واكله في الاطعمة المخبوزة .
* يعد الحشيش اقوى من الماريجوانا ، ,يتم انتاجه عن طريق ازلة وتجفيف المواد الصمغية والمنتشرة على قمم نباتات القنب .
* في الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية الخامس تم تحديد هذه الفئة باسم الماريجوانا . جونسون واخرون ( 578:2017)

تاثيرات الماريجوانا ومنها :

* التاثيرات النفسية :
* تعتمد جزئيا على قوتها ومقدار الجرعة التي يتم تناولها .
* الشعور بالهدوء والاسترخاء .
* جعلهم اكثر قدرة على المخالطة الاجتماعية .
* الجرعات العالية تؤدي الى حدوث تغييرات سريعة في العواطف وتجعلها تميل الى اللامبلاة او المبلادة او الافكار المشتتة .
* ضعف الذاكرة .
* الشعور بان الوقت يمر ببطئ .
* الجرعات الزائدة بدرجة المبالغة تؤدي الى الهلاوس مثل تاثيرات العقاقير المهلوسة ، ومنها الرعب الشديد الذي يؤدي الى بعض الاحيان الى الاعتقاد بان تجربة مرعبة معينة لن تنتهي ابدا .
* قد يكون من الصعب تنظيم جرعة ، وذلك يرجع الى ان التاثيرات الناتجة عن التدخين الماريجوانا قد تستغرق نصف ساعة حتى تظهر ، وهو ما يدفع بعض مستخدمي الماريجوانا الى تناول كميات اكبر ( اعلى ) من التي كانو يعتزمون تناولها .
* بعد انشط العناصر الكيميائية الموجودة في الماريجوانا عنصر كيميائي يسمى THC tetrahydro connabional - 9 delte وتتفاوتكمية عنصر ال thc في الماريجوانا .
* اكدت العديد من الدراسات ان ارتفاع درجة الماريجوانا يؤدي المهارات النفسية الحركية الضرورية للقيادة .

جونسون والاخرون ( 579:2017 – 580).

التاثيرات الجسمية :

تشمل الاثار الجسمية القربية المدى لاستخدامالماريجوانا :

* احتقان الدم .
* حكة في العينين .
* جفاف الفم والحلق .
* زيادة الشهية .
* انخفاض الضغط داجل العينين .
* زيادة ضغط الدم . جونسون والاخرون (580:2017)
* الاستخدام طويل المدى للماريجوان تؤدي الى اضرار بالغة الخطورة على بناء الرئة ووضيفتها.
* يعتبر تدخين سيجارة واحدة من الماريجوانا في الظروف او بالطريقة النموذجية معدلا لتدخين خمسة سجائر من التبغ في مكان اول اكسيد الكربون ، واربع سجائر تبغ تحتوي على كمية مماثلة من القطران ، وما يعادل عشر سجائر تبغ من حيث الاضرار التي تصيب الخلايا المبطنية للمرات الهوائية .
* في البداية التسعينات من القرن العشرين استطاع الباحثون تحديد اثنين من مستقبلات القنب في المخ ، تسمى cb1 ، cb2 ، وقد وجد ان مستقبلات ال cb1 ممتدة على طول الجسم والمخ مع وجود كبير عدد كبير في قرن امون بوجه خاص ، وهي منطقة لها دور في عدد من القدرات التعلمية وقدرات الذاكرة .
* خلص الباحثون ان المشكلات الثابتة التي تعانيها الذاكرة قريبة المدى والمصاحبة لاستخدام الماريجوانا تكون مرتبطة بتاثيرات الماريجوانا على هذه المستقبلات cb1 الموجودة في قرن امون
* كما توصلت ل bel الى ان التدخين الماريجوانا كان مصحوبا في زيادة في تدفق الدم الى مناطق معينة في المخ غالبا ما تكون مترتبطة بالعواطف منها اللوزة ، واللفيفة الامامية المستديرة .
* كما لوحظ انخفاظ تدفق الدم في المانطق الفص الصدغي ، وكان مصحوبا بانخفاض في السمع . جونسون والاخرون ( 582:2017).

التاثيرات العلاجية :

* التقليل من الغثيان وفقدان الشهية المصاحب بالعلاج الكيميائي لمرض السرطان .
* الالم المزمن .
* المياه الزقاء .
* نوبات الصرع .
* التشنجات العضلية .
* علاج الازعاج والالم الناتج عن الايدز جونسون والاخرون (583:2017).

اعراض الانسحاب من استخدام الماريجوانا :

* الارق .
* القلق .
* التوتر .
* الام المعدة . جونسون والاخرون (583:2017).

اولا : النظريات المفسرة للاضطرابات الادمانية ذات الصلب بالمواد :

هناك العديد من النظريات المفسرة للاضطرابات الادمانية ذات الصلة بالمواد ومنها :

1- النظريات البيولوجية :

ركزت الابحاث والدراسات المهتمة بوجهة النظر البيولوجية المفسرة للاضطرابات الادمانية ذات الصلة بالمواد على :

1-1- التفسير الحيوي الكيميائي :

يركز في تفسير والاضطرابات الادمانية على انه عرض لاضطراب نفسي تؤدي فيه مادتان منشطتان تحتويان على الكولين وهو مادة منبهة مشبعة تحتوي على فيتامين وتعمل على اداء الكبد لوظيفته وعلى منع تكديس الدهن في الكبد ، ويطلق عليها مادة توتر ومادة التقزز ، ويؤدي تعاطي الكحول الى تقليل هذين المادتين بوضوح .( الحفار 1993).

* يعتقد ان الاجهزة العصبية المهمة للحافز او الثواب تشمل ممرات الدوبامين ، والسيروتونين والجلوتامين والتي تمر كلها خلال القشرة الامامية .
* مسارات الدوبامين في المخ ترتبط باللذة او الاثابة او المكافاة .
* استخدام المواد يؤدي الى اثارة مشاعر المكافاة او المشاعر السارة المثيرة للذة ، ويتم توليد هذة المشاعر عبر نظام الدوبامين .
* تظهر الدراسات ان كل المواد تقريبا بما فيها الكحول تقوم بتنشيط انظمة الدوبامين في المخ وبصفة خاصة المسار الميزوليمبي.
* تشير احد الادلة الى ان الافراد المعتدمدين على الكحول يعانون وجود عينة او خلل في المستقبل الدوبامين المسمى DRD2 .
* وقد قام الباحثون يطرح نظرية العصبية البيولوجية والتي يطلق عليها الدافع ، زيادة الحساسية ، والتي تهتم بكل من اللهفة على المواد والتي يطلقون عليها الولع ، واللذة التي تنتج عن اخذ وتناول المواد.
* نظام الدوبامين المرتبط بالمكافاة او الولع ، يصبح شديد الحساسية للتاثيرات المباشرة للمواد ، بل المثيرات او الاشياء المرتبطة بالمواد ايضا ،وهذه الحساسية للمثيرات تسبب اللهفة ، وتدفع الافراد الى بذل جهود كبيرة في البحث عن الماود ومحاولة الحصول عليها، ومع مرور الوقت يتناقص حب المواد ، ولكن الارادة تظل قوية وشديدة للغاية ، والتحول من الحب الى الارادة القوية ، الذي تسبب تاثيرات المواد على مسار المخ التي تحتوي على الدوبامين هو الذي يعمل على استمرار الاعتماد . جونسون واخرون (2017 : 606 - 610 ).

1-2- نظريات نقص التغذية :

تركز هذه النظرية على فكرة اساسية مضمونها ان الدوبامين مادة منشطة للجهاز العصبي للادمان سببه نمط وراثي لبعض الخصائص الايضية الفردية التي تؤدي الى الحاجة المتزايدة الى الفيتامين مثلا الادمان الكحولي يرجع الى نقص الفيتامين في الجسم وهو فيتامين B1 .

* كما اكدت الدراسات ان تناذر فرنيك –كورساكوف هي نتيجة لنقص الثيامين بسبب التعاطي المستمر او التقليل للكحوليات ،حيث يؤدي نقص الثيامين الى الاصابة في المنطقة ما حول البطين في الدماغ تظهر اساسا في اختلال الذاكرة عند الفرد المعتاد على الكحوليات ( مكتب الانماء الاجتماعي ، 2000 )

1-3- النظرية الوراثية :

هناك العديد من الابحاث التي قامت بدراسة امكانية ان تكون هناك نزعة وراثية لاضطراب استخدام الكحول والمواد .

* وقد اظهرت العديد من الدراسات ان الاقارب والاطفال لاشخاص يمارسون الشراب تبلغ معدلات استخدامهم واعتمادهم على الكحول اعلى من المتوقع.
* الدليل على وجود استعداد وراثي ياتي من دراسة التوائم ، والتي كشفت عن وجود توافق بين التوائم المتطابقة اكثر من التوافق الموجود بين التوائم الاخوة وذلك بالنسبة للاضطراب التبغ والكحول والاستخدام الكثيف للماريجوانا ، واضطراب استخدام المواد بصفة عامة .
* تشير الدرايات علم الوراثة السلوكي الى ان العوامل الوراثية تتقاسم مع عوامل الاستهداف البيئة للاضطراب استخدام المواد ، وتظهر هذه العوامل الوراثية المشتركة مع عوامل الاستهداف البيئية لتكون هي نفسها بغض النظر عن نوع المادة .
* يمكن ان يورث اضطراب استخدام الكحول من خلال القدرة على تحمل كميات كبيرة من كحول ، اي وجود تحمل تحمل فيزيولوجي فعدم التحمل الفيزيولوجي ينتج عن قصور وراثي في احد الانزيمات التي تتضمنها كملية ايضا الكحول ويعرف باسم alcohol dehydorogrenanses(AAH) والذي يؤدي لتاثيرات غير سارة عند تعاطي الكحول مما يؤدي الى حماية الفرد من تعاطي الكحول والاعتماد عليه .
* وقد وجد دليل اخرون الافراد الذين يعانون خلل الجينات يطلق عليها CP2a6 يكون مصاحبا بابيض النيكوتين ،

هؤلاء الافراد يدخنون عدد اقل من السجائر ، كما انهم اقل عرضة لان يصبحوا معتمدين على النيكوتين .

* كما بيتن الابحاث وجود ارتباط يبن التدخين والجين والمنظم لاعادة امتصاص الدوبامين ويسمى SLC6A3 ، حيث وجد ارتباط بين هذا الجين وانخفاض التدخين الى حد ما وارتفاع ااقلاع عن التدخين
* كما وجد الباحثون ان الجينات مثل CYP2A6 تسهم في قدرة الجسم على ايض النيكوتين سواء بشكل سريع او بطئ ، ويقصد بايض النيكوتين بشكل بطيئ ان النيكوتين يبطئ لفترة اطول في المخ ، جونسون واخرون (2017 : 606 – 608 ).

1-4- نظريات مواضع المستقبلات المواد النفسية في الدماغ :

* ترتبط هذه النظريات بما حققته البحوث العلمية من تقدم في اكتشاف مواقع مستقبلات مشتقات الافيون في الجهاز العصب ، وما يحدث من تغيرات كيميائية نتيجة لذلك .
* واضحت الدراات ان المواد النفسية ترتبط بمواضع الارتباط الموجودة على سطح الخلية العصبية او جدارها .
* اثبتت الدراسات ان المخ يفرز مادة انكيفالين ، وان الغدة النخامية تفرز مادة الاندروفين حيث يعتقد ان المادتان تؤثران في مراكز الالم والسرور والعواطف في المخ تاثيرا مشابها للنتائج المرتبطة عن تعاطي الافيون .
* وقد اثبتت الدراسات ان تعاطي المواد النفسية يؤدي الى انخفاض نسبة مادتي الانكيفالين و الاندروفين في الجسم ، ( الحفا 1993 )

2/ النظريات الاجتماعية والثقافية :

تركز هده النظريات على دور الاسرة والبيءة والثقافة و العوامل الاجتماعية ، ومن بين النظريات المفسرة للاضطرابات الادمانية ذات بالمواد :

2-1- نظرية العائلة /الاسرة :

حيث تعارض هذه النظرية ان يكون المرضى او صعوبات الفرد هي متقدمة الادمان ونركز على اسهامات كل عضو من الاسرة كوحدة متماسكة .

* تفترض هذه النظرية ان الادمان هو احد الطرق التي يستخدمها الاسرة لتلبية حاجات الاسرة وتحدياتها ، فان الادمان وسيلة تكيفية مع ظروف الحياة ، والسلوك المسموح به وغير المسموح بها في الاسرة التي تدعم سلوك الادمان ، والطقوس التي تتبناها الاسرة والقوانين التي تفوضها كلها تساهم في مشكلة الادمان .
* كما ان الاتصال غير الفعال والتعبير المحدود عن المشاعر داخل الاسرة هي خصائص وصفات الاسرة التي تعاني من الادمان وان تفاعلات الاباء وتوقعاتهم غير المتسقة وسلوكهم القهري مع الاطفال تدفع الى سلوك الادمان .
* كما ان السلبية والاهمال والغضب هي من مسببات الادمان ( مشابقة 2007 : 64)
* قد يساهم تطور البيئة العائلية بتشجيع استعمال المواد النفسية من قبل المراهقين ، فالتحول الذي مس الاسرة وتغيرها من اسرة نووية الى اسرة صغيرة جعلها تعتمد على احد الوالدين فقط ، مع اضعاف الحاجز بين الاجيال يزيدان التبعية ومازم الاستقلالية التي يضعف حلها نتيجة التبخيس الاجتماعي لللاباء ،ازمة القيم التربوية ، فالاهل الذين يعيشون مصاعب اقتصادية واجتماعية وزوجية او شخصية يشككون بقيمهم ودورهم وبالاهداف التربوية التي ينشذونها يستطعون التوصل الى تجنب النراعات مع المراهقين بدلا من تحملها فيحرمونهم من الحدود المعالم والنماذج المطمئنة. ( شابرول 2001 : 91 )

2-2- نظرية الانظمة :

تؤكد هذه النظرية على التفاعل والاعتماد وتكامل او انسجام الاعضاء في النظام ، وبناء عليه فان كل الاعضاء الذين يعيشون معا هم عبارة عن انظمة مفتوحة .

* النظام المفتوح يحافظ عل استمرارية ومرتبط مع البيئة ، والنظام المفتوح اكثر تميزا واختلافا وسيطرة .
* النظام المغلق مستقل عن البيئة ويتحرك باتجاه زيادة الاضطراب
* وتصف هذه النظرية الافراد بانهم اجتماعيون اكثر من اهتمامها بالناحية النفسية او البيولوجية ، والتفاعل بين البيئة والافراد امر مهم حساس في هذه النظرية . مشابقة (207 :65).

2-3-منحنى النسق النمائي :

ترتكز تفسيرات منحنى النسق النمائي على الاسرة كمنظومة كلية وكتنظيم متوازن تعتمد فيه نظام العلاقات بين الزوجين وحدود الصراع في الاسرة ، وكذلك كحدود حياة تنمو الاسرة في نسقها من مرحلة نمائية الى اخرى ، وهذا يعتبر الادمان وفق هدا المنحنى بمثابة "رمرض الاسرة " او اضطراب اسري في الاساس . مكتب الانماء الاجتماعي ( 2000 : 105 ).

2-4- النموذج الاجتماعي الثقافي :

* يركز هذا النموذج على عوامل خارج الفرد في تفسير التعاطي والادمان ، حيث تشمل عدة متغيرات سكانية او الايثنية و العمرية والمستوى الاجتماعي والاقتصادي والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ونظم المعتقدات والتقاليد .

يقترح هذا النوذج ثلاثة فرضيات وهي :

* ان تعاطي المواد النفسية يعتبر عرضا للثقافة فرعية .
* الفرضية الثانية تفرض ان تعاطي المواد النفسية يحاول بتعاطيه ان يخلق ضد الثقافة السائدة في المجتمع الاتي الذي اصبح يفتقر الى روح الانسانية .
* الفرضية الثالثة : مفادها ان التعاطي الفرد للمواد النفسية ماهو الا محاولة منه لخلق ثقافة جديدة ، وهذا النفسير يتميز بثلاثة ابعاد .
* بعد معرفي : فالفرد بتعاطيه المواد النفسية يحاول اثارة قدراته الفكرية والابداعية .
* بعد ديني : ان تعاكي المواد النفسية محاولة لايجاد ( معانى الاتصال ) الاخوة ..
* الللذة : يحاول ان يتجاوز الموانع الروحية .

اضافة : الى ماسبق فالمنحنى الاجتماعي الثقافي له تفسيرات اخرى، تدور حول الضغط الذي يمارس على شباب ، كالفقر ، الاحباطات اليومية ، البطالة ، السمن ، الاسرة المفككة ، المستقبل الخالي من الاهداف ، تغيير القيم كل هذه العوامل تجعل الشباب يعيش حالة اغتراب اتجاه القيم السائدة في المجتمع .

2-5- المنحنى الثقافي :

* يركز هذا المنحنى على العوامل الثقافية التي تشيع في جماعة من الجماعات وتميل اسلوب حياة تلك الجماعة ، لدلك تؤكد التفسيرات الثقافية لتعاطي والادمان على المواد النفسية اهمية دور التجاهات والمعتقدات والقيم السائدة في المجتمع .
* ان تعاطي بعض العقاقير قد ينطوي على بعض المعتقدات التي يتشاركها ابناء المجتمع او قطاعات كبيرة منه مثل تعاطى الكحوليات في الدول الاوروبية ، تعاطي الافيون في الصين وتعاطي القات في اليمن ...

واجمالا يمكن القول ان اغلب علماء الاجتماع اتفقوا على ان الادمان جريمة وانحراف اجتماعي . فالادمان على المواد النفسية سلوك انحرافي خطير تضر المدمن واسرته ومجتمعه .

ويجد علماء علم الاجتماع العوامل الاساسية المؤدية للادمان كما يلي

* التدريب الخاطئ او الناقص وضعف الرقابة .
* وجود بعض الجماعات التي تزين الانحراف وتجعله قانونيا في المجتمع .
* خبرات الفرد الضعيفة بالنسبة للامتثال . متولى ( 2003 : 57)

3- التفسير النفسي الاجتماعي :

يهتم التفسير النفسي الاجتماعي بتاثير الجماعة بجميع انواعها ووضائفها ، ولكن في ما يخص التعاطي المواد النفسية فانها تركز على جماعتين مهمتين وهما :

* جماعة الاسرة : والتي تمثل الاب والام ، والاخوات ، الجد ، والجدة .
* جماعة الاصدقاء : والدور الكبير الذي تلعبه لدفع بعض الشباب لتعاطى المواد النفسية وسلوكات انحرافية اخرى ،واصبح من المسلم ب هان مرافقة المنحريفين يشارك في ظهور سلوكات انحرافية ،تعاطى النفسية،ارتفاع حظر السلوكات الجنسية
* وقد توصل الى ان تاثر الشباب بالجملة المنحرفة يشترط فيه اربعة شروط وهي:
* تمسك الشباب بجماعة الاصدقاءالمنحريفين.
* مقدار الوقت الدي يقتضيه الشباب مع الرفاق .
* مدى استحسان او موافقته على السلوك المنحرف.
* مدى ضغط الاصدقاء عليه.مكتب الانماء الاجتماعي (2000).

4- نظارية السيمات :

ترى هده النظرية ان هناك سيمات شخصية و خصائص معينة تفرض على الافراد و تحفزيهم نحوى الادمان ،فقد حدد"بيلين"بعض سيمات الشخصية المدمنة ،تتضمن هذه الميزات :

حالة الكابة المتدنية الدرجة .

حب الاختلاط بالاخرين .

مشاعر الوضاعة (الشعور بوضاعة النفس و هوائها ) المختلطة بالتجاهلت السمو .

الفزع.

الاعتماد به على غيره.

(الركابي ،2011 :92)

5- النظرية المعرفية :

* ترتكز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه التفكير او المعتقد في ظهور الاظتراب النفسي لدى الفرد.
* هذه النظرية لا تغفل اهميت العوامل المؤشرة على السلوك و العاطفة عند الفرد،سواء كانت هذه العوامل بيئية او كيميائية .
* يعتبر العنصر المعريفي حسب هذه النظيرة العامل الوسيط في ترجمة الحوادث الخاريجية و خلق ردت فعل انفعالي ، وعلى هذا الاساس فالاضطراب النفسي سببه التاويلات الداخلية للمنبهات الصادرة عن نفس او المحيط الخارجي .
* يعتبر الفرد حسب انصار هذه النظرية عن اللاظطراب بعدة طرق فقد يصاب بالقلق او الاكتئاب او قد يعتاد المواد النفسية.
* امتداد لهذه الافكار يشير " اليس " ellis واخرون 1988 الى ان الدين ميكية المعرفية الاولية التي تؤدي الى الاعتياد ( الادمان)

وتبقى على استمراره هي " التحمل المنخفظ للاحباط " تضاف اليها ثلاث نماذج نظرية اخرى تعتبر السلوك الادماني وتبقيه ، وهي الانسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة ، الانسمامالكحولي يعادل فقدان قيمة الذات واخيرا نموذج الحاجة الى الاثارة .

-وحسب " ليز" liese وفرانز franz لا يمكن نفي دور تعديل المزاج ، في سلوك تعاطى المواد النفسية ، فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المواد النفسية على تعديل المزاج ، فهم يرون ان بعض المواد النفسية تخفت الضجر ، واخرون تساعد على الاسترخاء واخرون تمنح الطاقة والشعور بالقوة .

-ولقد حاول " بيك " beuk واخرون 1993 تطوير نموذج لفهم وعلاج الادمان على المواد النفسية ، حيث افتروضوا وجود سياقات معرفية خاصة بسلوك تعاطي المواد النفسية ، وهي معتقدات التوقع ، معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والالم ومعتقدات الاباحة ، فقد يقبل بعض الافراد الذين لديهم الاستعداد ، استنادا لهذا النموذج على تعاطي المواد النفسية نتيجة تعرضهم لبعض الميزات المنشطة ، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية او ضغوطات اطلق عليها غوردان ومازلات 1985 marlat ، cordon

اسم وضعية الخطر العالي ، التي تعرف على انها تعمل وضعية تهدد قد الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الانتكاس " صادقى ( 2014 : 93)

-يؤكد باندورا ( 1980) ان القدرة على تصور النتائج المستقبلية الفعل هو مصدر معرفي للدافعية .

وهناك نوعين من التصورات :

* التصور العقلي السلبي : يؤدي الى انخفاض او غياب باحتمال حدوث السلوك .
* التصور العقلي الايجابي : وغالبا ما يؤدي الى تجسيد السلوك وقد تحدث تجربة التعاطى كما يلي :

ادارك المنبهات ــــــــــ بناء الاعتقدات ــــــــــ تكوين التصورات .

* للتوقعات السابقة الاثر البالغ في استقرار المعتقدات المرتبطية بتعاطى المواد النفسية مما يؤدي الى استمرار هذه السلوك ( التعاطى المنتظم ) ثم الادمان . زيدي ( 2011 : 28 – 21 )

6- النظرية السلوكية :

هناك عوامل متعددة حسب هذه النظرية الخارجية وداخلية تدفع الفرد للاقبال على التعاطى للمواد النفسية منها :

الاماكن التي تثير رغبة الشرب ، المناسبات التي تلعب دور عوامل اشتراطية ، الظروف العائلية و المهنية المرتبطة بالتعاطي المواد النفسية بهدف البحث عن الاثارة او خفض التوتر والفجر . كاشدان (1984 : 82 )

-لقد فضل اصحاب هذه النظرية استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر ينسبون اليه ادمان المواد النفسية ، فالافراد يتعاطون المواد النفسية ليخففوا مشاعر الالم ، والغضب والضيق ، وخاصة القلق ، وبالتالي يحصلون على قدر من التعزيز الايجابي ، فهم يميلون الى تعاطي المواد النفسية مرات عديدة متتالية (عبد المنعم ( 2007 :77) ط

وقد وضح اصحاب هذه النظرية اسباب السلوك الادماني وفقا لما يلي .

6-1- التعلم :

ان التدعيم الايجابي قادر على ان يخلق عادة قوية هي عادة اشتبهاء العقار ، ولكننا نجد بالنسبة للمهذئات مع ذلك عاملا قويا اخر هو الخوف الفعلي من الامتناع عدة مرات ، نشا عنه نمط من استجابة التجنب الشرطية ، فاذا اضفنا ما كان يحدث العقار لاول مرة من اثار لتدعيم ذلك وجدنا انه قد نشات لديه عادة التماس العقار بوصفها نمط سلوكيا يستعصى تغييره / صادقى (2014 : 94 )

وعلى هذا الاساس يعتبر السلوك الادماني سلوك تعلم ومكتسب عن طريق الاستمرار و المداومة على اخذ الجرعات و الكميات من المادة النفسية ، وقد يلي المدمن الى التعاطي للشعور بالهدوء والسكينة ، مما يدفعه الى تكرار ، لأيحصل على نفس الشعور . عزموش ( د ت : 311)

* فحسب نظرية التعلم فتن السلوك الادماني يكون عن طريق التكرار فتلك رغبة القاهرة في حصول عل المادة النفسية لتخفيف الاثار المزعجة تجعل المدمن يكرر تناول المادة التي اعتاد عليها ،وبالتالي يصبح السلوك متعلم ،قايد ( 2000 : 359 )

وحدد انصار المدرسة السلوكية ثلاث طرق لتعلم السلوك الادماني وهي :

6-1-1- التعلم عن طريق الاشتراط الكلاسيكي :

وقد تم تفسير هذه العملية من خلال نموذجين هما :

* نموذج استجابة الاشتراط التعويضي :

وضعه " سجل " seigle سنة 1978 ، حيث نرى ان المثيرؤات البيئية المرتبطة بتعاطى المواد النفسية تقترن باثارة المواد النفسية في الجسم لانتاج استجابة شرطية متناقضة او مخالفة لتاثير العقار ، وهذه ااستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي ، حيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الاشتراطي مع استمرار تعاطى المادة النفسية .

* نموذج دافعية الاشتيهاء الاشتراطي للمادة النفسية :
* وضعه " ستيوارن " واخرون stewart et all سنة 1984 طبقا لهذا النوذج فان المثيرات الشرطية المرتبطة بالاثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار او الاضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه تعاطي الخمر او الحقنن بالهروين ، يمكن ان تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار نفسه ، وهده الحالة تدفع بقو ه الى البحث عن العقار واستخدامه .صادقى ( 2014 : 194 )

6-1-2- التعلم عن طريق اشتراط الاجرائي :

* ويؤكد اصحاب هذا التجاه على الدور التعزيزي الذي تلعبه المواد النفسية في تطوير السلوك الادماني ودعمه ، بالمواد النفسية لها خصائص تعزيزية يتضح من خلال تعاطيها مرة اخرى ، فالمدمنون يتعاطون المواد النفسية بغيةالنشوة والاسترخاء والسعادة

وفي ذلك تعزيز ايجابي ، فهم يتعاطون كذلك بغية تجنب الاعراض الانسحابية ولخفض الالم والقلق وفي ذلك تعزيز سلبي .( الخطيب، 1992 : 30 )

* ولقد ميز سميث 1968 smith بين ادمان المواد النفسية واعتيادها ، فالادمان سلوك متعلم اساسا من خلال التعزيز السلبي الناتج عن اعراض المنع ، وايضا التعزيز الايجابي الناتج عن الاثر المريح للمادة النفسية المرتبط باحكام مع الاعتياد على استخدام المادة النفسية ، فالسلوك المتعلم مع اقتران الاستجابة مع تعزيز موجب مكافاة او اثار مبغضة ( تعزيز سالب)

فالادمان المواد النفسية مرتبط بخبرات الفرد عن المادة النفسية والام المنع والتعرف عليها .

* ويحدث الادمان مفقا للسلوكين نتيجة لارتباط تعاطى المادة النفسية بتعزيزات ايجابية متمثلة فيما يحدثه من اثار مبهجة ، وانهاء لحالات متفاوتة من الضيق والياس والقلق ، ويكمن القضاء عليها بمثابة المكافاة ، وكذلك وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المادة النفسية مثل البيئة كذلك حدوث الالم عند الاقلاع عن المادة النفسية وزوال هذه الالام بتعاطى جرعة في المادة النفسية عبد المنعم ( 2003 : 81 - 82 )

6-1-3- النمذجة :

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي ان كل صور استخدام المواد تحكمها لتواعد الاجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك العوامل المعرفية حيث يتعرض الشباب لنماذج تنمى لديهم اتجاها ايجابيا نحو اساءة استخدام المواد انفسية .

* يرى " باندوار " bandura ان السلوك من اثابة او عقاب ، حيث ان التعرض للمواد النفسية غالبا ما يصاحبه تعزيزات ايجابية او سلبية عن نموذج مثل خفض التوتر او خفض الانضغاط لذا يمكن تفسير الادمان وخاصة في بدايته من خلال عملية النمذجة .
* كما ان خفض التوتر يقوم اساسا على قواعد التعلم التي ينظر فيها للادمان على انه سلوك يكافا ، فالعناصر الاساسية التي تحكم خفض التوتر تقرر ان الكحول يخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف القلق الصراع والاحباط .
* اما اخماد وخفض الانضغاط فهو منحنى يبين ان الفرد يتعلم بان المواد النفسية يمكن ان تخفض من استجابته الجسدية للضغوط ، وتشمل العمليات المعرفية بما فيها التوقعات وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط الامر الدي يساعد على تحديد الاشخاص المستهدفين ، فالتوقعات عمليات معرفية تتعلق بتوقع النتائج المرتبطة عن احداث معينة ، وهذا ما يفسر الادمان على انه العلاقة بين استخدام المادة وتوقع النتائج المعززة . صادقى( 2014 : 359 )

فالمعتاد الذي يسعى وراء الحصول على المواد النفسية ، يحاول الحصول على المتعة والانشراح وتجنب الالم والقلق والتوتر الناجمين عن انسحاب المادة النفسية .

7- النظرية السلوكية المعرفية :

تركز علىالعوامل البيئية المتنوعة المرتبطة بتطور واستمرار تعاطى المواد النفسية ، وقام المتخصصون بتطوير مجموعة من الطريق السلوكية لعلاج الاضطرابان الادمانية ذات الصلة بالمواد بااعتماد على النظرية السلوكية المعرفية ، وتشمل عل المهارات حل المشكلات والتدريب على التحكم في الغضب ، والعلاج المعرفي والوقاية من الانتكاس والعلاج بالتنفير ، طريقة حالة الطوارئ والتدريب على الادارة الوالدية .

* يشمل اسلوب ادارة الطوارئ على التعلم الاسرة كيفية التعرف على المشكلات السلوكية والتحكم في المتغيرات التي تؤدي الى حدوثها وتقليل الطلبات والاوامر السلبية والتدريب المنظم على السلوك الرغوب والعمل على تجاهل السلوك السلبي غير المرغوب فيه ، وبشكل محدد فان خفض حالة الطوارئ هو بمثابة تعاقد سلوكي يهدف الى تعليم الاسرة كيفية وضع عقود سلوكية محددة حيث يتم دعم النتائج التي يتم الحصول عليها من قبل اعضاء الاسرة ، كما تركز مهارات الاتصال على خفض ازالة التفاعلات الاسرية السلبية والالزامية .
* تعتبر الطرق السلوكية والسلوكية المعرفية فعالة في علاج الاضطرابات الادمانية ذات الصلة بالمواد .
* تلعب العوامل السلوكية المعرفية مثل الوعي بالذات وتوقعات الفرد حول نفسه ويلعب العزو دورا هاما في مساعدة المتخصصين والمدمنين على فهم الادمان .
* تفسر نظرية الوعي بالذات التاثير النفسي للادمان الى وعي الفرد بذاته خصوصا في ما يتعلق بالعمليات المعرفية ، مثل : اعتقاد بان تعاطي الاريجوانا يحسن الذاكرة قصيرة المدى ويخفض التوتر ، ويزيد من الدافعية ، ويعطي احساسا بقيمة الوقت قد يفسر تعاطى المراهقين المواد النفسية .
* كما تسرح بنظرية التوقع تفسر العلاقة بين تعاطي المواد النفسية والسلوك الشخصي والوظائف الاجتماعية . مشابقة ( 2007 :61 ).

8- نظرية الارشاد العقلاني والانفعالي السلوكي :

تسمى بنظرية( A.B.C.D.E) حيث استمد " اليس " ELISS هذه النظرية من عبارة الفيلسوف اليوناني " ابقتتيطس " التي مضادها " ليست الحوادث الخارجية هي التي تزعجنا وتنكدرنا ولكن تاويلاتنا ومعتقداتنا ازاء هذه الحوادث هي التي تجلب لنا الهم والكدر واقلق والغم "

* وبصورة اكثر وضوحا فان العنصر المعرفي الادراكي هو العامل الوسط في الترجمة الحوادث ، وبالتالي تفسيرها يرد الفعل الانفعالي عليه . ابو الخير (2013 : 82)
* ويقدم " اليس " ELISS هذه النظرية على النحو التالي :

P –حدث نشط (A)

ب- نظام معتقدات الفرد .(B)

ت- نتيجة انفعالية سلوكية( C)

ب- دحصن ومناقشة ( D)

ج- الاثر ( الصحة النفسية ) احلال افكار اكثر عقلانية .E عبد الله (2008 : 27 )

اما فيما يخص الاضطرابات اادمانية ذات الصلة بالمواد حسب وجهة نظر الارشاد العقلاني والانفعالي السلوكي نسجل مايلي :

* يتم تفكير المدمن بما يسمى الفكر المنقسم على ذاته ، اي ان المتعاطي يعتقد اما انه مدمن فيستمر على ادمانه او انه غير مدمن فيتوقف نهائيا عن تعاطي فلا يوجد وسط بين الاثنين . فان انتكس بعد محاولة التوقف يؤمن بانه ليس باستطاعته العودة ثانية ال الكف لانه خرق هذا الامتناع ، وهكذا بفقد ثقته في نفسه وامكانية السيطرة على ذاته .
* ترى نظرية الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ان مثل هذا التفكير المتسم بالتصرف ( اما الامتناع او الانغماس في الادمان ) هو جوهر ااضطراب النفسية عند المدمن وغيره ، لهذا تركز هذه النظرية على تبديل نعتقدات المتعاطى للمواد النفسية لجعله ياخذ بالمفهوم المرن الذي يتخلى بموجبه عن المعتقد الجامد المتطرف الدي يذهب الى حدين متطرفين .حجار (1992 : 37 )
* من جهة اخرى دلت دراسات باندورا BENDURA ان سؤ استخدام الكحول والمواد النفسية يقود الى تعود فيزيولوجي ونفسي وهذا السلوك التعودي المتعلم لاياتي من خلال التعزيز المباشر لاضعاف المادة النفسية والتوتر الذي يعانيه المدمن ، ولكن نتيجة معتقداته وتوقعاته بما يفعله المادة انفسية في نفسيته ، واضافة الى تفكيره الخاطئ حيال المادة النفسية (122 : 1982 BONDURA )
* الارشاد العقلاني السلوكي يركز على تبديل التوقعات والفكر الخاطئ حيال ما تفعله المادة النفسية في نفسية المدمن فالمعتقدات ان المادة النفسية تخفف توتر النفسي وتزيد التعامل والتكيف الاجتماعي ، او تمنع الانزعاج انفسي،

هذه المعتقدات ان المادة النفسية تخفف التوتر النفسي وتزيد التعامل والتكيف الاجتماعي ، وتمنع الانزعاج النفسي ،

هذه المعتقدات هي التي تسهم اسهاما واضحا في اقبال الافراد على المواد النفسية وتثبت التفكير الادماني .

* الافراد الذين يعانون من اظطرابات الادمان ذات الصلة بالمواد
* قصة تعلم يترتب عنها الاعتماد على المادة النفسية او التعود النفسي كوسيلة للتخفيف من التوتر النفسي والحصول على النشوة المطلوبة السارة .
* ااستمرار في استخدام المواد النفسية بشكل مزمن رغم الاثار الجسمية السلبية الناتجة عن هذا الاستخدام .
* مجموعة من المعتقدات الخاصة يتعاطى المواد النفسية التي تجعلهم في صراع مع ذواتهم او مع غيرهم ، الامر الذي ينتج عنه تعزيز النزوع نحو الاستمرار في تعاطي المواد النفسية (208 : 1976 ، BECK )
* يؤكد الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي ان المدمنين الذين في مكوناتهم الاستعداد الوراثي المسبق البيولوجي الواراثي للمشكلة .

هذا التفجير معناه ان يواجه المدمن الانتكاسات المتكررة مرارا وتكرارا بروح القدرة على اعادة السيطرة على نوعه وسلوكه الادماني : وعلى المرشد النفسي رفعرغبته تحمله لهذا الانتكاسات بمزيد من الجلسات العلاجية الداعمة للكف والامتناع ، وان يعلم المدمنين ذوي الاستعداد الوراثي للادمان ات يتوقعوا الشفاء التام والتخلص نهائيا من هذا النزوع الملح نحو المادة النفسية .

وان يواجهوا النزوع طوال حياتهم ويتغلبوا عليه ليجعلوه في حد ادنى من النشاط والدافعية وذلك وفقا لما يتعلمونه من وسائل وسلوكية وعلاج ارشادي وقائي .حجار ( 1992 : 76)

* سبب ااضطرابات الادمانية ذات الصلة بالمواد حسب هذه النظرية هي المعتقد الخاطئ الدي يفسربه الفرد الاحداث الخارجية (B ) ، وهذه المعتقدات الخاطئة تولد عند متعاطى المواد النفسية تحملا ضعيفا للاحباط ، اي ان المدمن عندما تنفد المادة النفسية ، او ينتهى تاثيرها في الجسم او يقلع عن تناول المادة لاي سبب من الاسباب بعد في هذه الحالة احباط ، نظر لعدم حصوله على المادة النفسية التي تعيد توازنه النفسي – البيولوجي . هذا الاحباط يحرص عند المعتقدات الخاطئة التي تضعف كثيرا من تحمله للاحباط لتولد لديه ما يسمى قلق الانزعاج وتتمثل هذه الاحاديث الذاتي لدى المدمن والتي تعكس معتقداته الخاطئة حول المادة النفسية حجار ( 1992 : 76 )
* كما ترى هذه النظرية ان المدمن ينكر وجود مشكلة عنده هذا الانكار يقف حاجزا لكشف عن الافكار الخاطئة التجنبية الكامنة خلف الانكار " اسرة المدمن والمرشد يعرفان بوجود المشكلة "
* هذا الانكار لا ينتج عن افكار مشوهة للواقع فقط ، ولكن لان المدمن ما ان يعاني من قلق الانزعاج حتى يلجا الى ازالته عن طريق المادة النفسية ، لهذا فان تحمله الضعيف للاحباط وعلاج القلق بالتعاطي يجعلانه لا يشعر بوجود مشكلة لديه انتهاء مفعول .
* كما ترى هذه النظرية ان المدمن اسير نوع من السلوك غير قادر على الافلات منه وهذا السلوك يضعف شعوره بقيمته و احترامه لها ويحط من ادراكي لقيمته الاجتماعية ،فهو يشعر بالنقص ، وهذا المشاعر تقوده الى الشعور بالاثم ولوم الذات والاكتئاب ، لذاك يتناول المواد النفسية لازالة ضواغط لوم الدات وتحفيرها فهي وسيلة هروبية من محاسبة ذاته .

9- نظرية التحليل النفسي :

* اهتم التحليل النفسي بمشكلات الادمان ، حيث اعتبر " فرويد " في بداية اعماله ان الاستمناء او ل واضخم عادة يمكن ادمانها ويرى ان الادمانات الاخرى كلها بدائل لعادة الاستمناء . الديدي ( 2011 : 71 )
* ترى مدرسة التحليل النفسي ان سيكولوجية الادمان تقوم على :
* الحاجة الى اشباع النفس جسمي النرجسي الذي يرجع الى اضطرابات في علاقات الحب والاشباع العضوي وخاصة في المرحلة الفمية .
* الحاجة الى الامن .
* الحاجة الى اثبات الذات وتاكيدها ، ويرى التحليليون ضرورة ارجاع السلوكيات السوية ، المرضية في الرشد الى الخبرات الطفولة المبكرة .( محسنسن ، 2012 : 306 )
* ويربط اصحاب التحليل النفسي بين الادمان على المواد النفسية ودورة الجوع والعطش عند الطفل في مرحلة الطفولة ، فغياب المادةالنفسية معناه الحرمان من الطعام ، وبالتالي يؤدي الي ضيق واكتئاب ، وليست المسالة قاصرة على الطعام فقط ، وانما يتعدى ذلك الى اشياء اخرى ، فالطفل يدرك العقاب وفقدان حب الوالدين واهمالهما له على انهاما حالات او مواقف موازية للجوع ،اي فقدان الطعام والعطس في حالة حب والاهتمام ، حيث ان الطفل يتقمص والديه في تكوين الذات العليا ، فان هذا النموذج نفسه يتكرر في علاقة الانام بالانا الاعلى فان رضا الانا الاعلى ( اي الوالدين )عن الانا تحدث حالة من اللذة والراحة والسرور . وهذا يمثلها ابتلاع او تعاطي المادة النفسية ، ومعنى ذلك ان الرغبات الفمية قد تحققت ، اما في حالة الاكتئاب فان الانا يشعر بانه غير محبوب ومهجور من الانا الاعلى ، وهذا ما يفسر لنا الم المدمن من غياب المادة النفسية ، لذا يحرص المدمن على حفظ المادة النفسية في جوبه ، وهذا يعني تحقيق الشعور بالامن وغياب المادة النفسية يعرض المدمن للشعور بالخطر ، وبالتالي يزيد شعور بالقلق وهذا هو شعور الطفل ازاء امه حين تكون بجواره ، وحين تغيب عنه ، فوجودها يعني الطمانينة وغيابها يعني القلق والخطر والحرمان من اشباع الحاجات ، لذلك نجد ان المدمنين هم الاشخاص الذين لديهم استعداد للاستجابة لتاثيرات المادة النفسية نتيجة التثبيت على المرحلة الفمية ، والحاجة الى الامن الحاجة الى الحفاظ على الذات في الوقت نفسه ، وهكذا فان نشاة الادمان لا يحددها التاثير الكيمياءي بل البيئة السيكولوجية للمرضى ( المحيسن ، 2012 :306)
* وقد اوضح " زيغور " 1963 ان سلوك مدمن المواد النفسية او متعاطيها ينتمى الى مرحلة مجاورة لتلك المرحلة التي ينتمي اليها المرضى بالهوس والاكتئاب اي المرحلة الفمية المتاخرة ، وان حالة النشوة التي يحققها التخذير تتميز بانطلاق اخليه هزلية لما تحفل به من مفارقات مؤدية اللى قهقهة تفرغ قدرا كبيرا من التوتر مما يؤدي الى زهو ( فرنسة ) من نوع فريد ومرح الادمان هذا بمثابة ميكانيزم دفاعي للتغلي على الاكتئاب والخلاص منه وبذلك فهو هوس صناعي مقابل الهوس التلقائي في ذهان الهوس والاكتئاب .
* ويتميز مرح الهوس باستخدام ميكانيزم الانكار على نطاق واسع وهدف الانكار تفادي الشعور بالعجز والملائمة والنقص مما يخدش شخصية الذات اعتبار الذات وتقديرها . زيدي '( 2011 : 23 )
* واجمع انصار التحليل النفسي على عدم وجود شخصية ادمانية موحدة حيث يرى بارجوزي " BERGERET و " الفنستاين " 1991 OLEWENSTIE ان مشكل الادمان يخص كل البنيات الذهانية والعصبية والحالات الحدية صادقى :2014 : 195 )
* لذا يفسر الادمان ضوء الاضطرابات على انه اضطراب في العلاقات الحبية في الطفولة المبكرة بين المدمن ووالديه التي تتضمن ثنائية العاطفية اي الحب والكراهية للوالد في الوقت نفسه عندها تصبح المادة النفسية رمزا الموضوع الحب ااصلي الذي كان سابقا بمثل الخطر والحب معا عبد المنعم ، ( 2007 : 84 -85)
* اضافة الى ذلك فان المدمن يقبل على المادة النفسية بحثا عن التعازن بينه وبين واقفه ، فالمادة النفسية هنا هي وسيلة علاج ذاتي يلجا اليها الفرد لاشباع حاجات طفلية لا شعورية فنمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب اتثبيت الطاقة الغريزية في الفم ، وعندما يكبر تظهر على شخصيته صفات التثبيت منها السلبية والاشكالية عدم القدرة على التحمل التوتر النفسي وااحباط صادقي ( 2014 : 195 )
* يؤكد اصحاب التحليل النفسي على ان مدمن المواد النفسية ذو شخصيات فمية نرجسية سلبية استقبالية مما ادى الى وجود احباطا فمي في الطفولة ، وبالتالي تثبيتات فمية ارست التبعية تجاه الموضوعات كمواد الامدادات نرجسية كما ان الشقية الفمية هذه تميزت كمورد الامدادات نرجسية مان ان الشقية الفمية هذه تميزت اخيلة ثلاثة اطلق عليها PRETRAN الفمية الثلاثية وهي :
* الرغبى في الالتهام الايجابي الاخر
* الرغبة في الالتهام الايجابي من طرف الاخرين
* الرغبة في الاستغراق في النوم والاستسلام له
* ومدمن المواد النفسية شخص يعيش في حالته العادية هذه الثلاثية السالبة ، اي يعيش الاكتئابية والانسحابية الانطوائية

واثناء التخذير تنقلب الثلاثية السالبة الى نقيضها الموجبي ، فتصبح الاكتئابية مرحا دافعا والانسحابية اقبالا ، والانطوائية انبساطا ، محيسن ( 2012 : 307 )

* لكن الامر السابق لا يتحقق بصورة نموذجية عند كل المتعاطين فهناك فروق فردية ترجع الى تكوينات او مزاجية منبتينة لذا فان التبعية الفارما كولوجية مهما كان نوع المادة النفسية بامكانها ان تتطور على اي نوع من البنيات النفسية هذا من جهة ومن جهة اخرى يمكن تظهر في اي مرحلة من مراحل النمو اذا توفرت الشروط المعينة . صادقي ( 2014 :195 )
* بشكل عام بقوم المنظور النفسي على فرضية ان القلق والاحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة فيالحياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدئ التعاطي فاذا استمرت وزادت فانها المخلص الوحيد في الالام النفسية او وسيلة لاشباع حاجات لا تشبع الا بتعاطيه لهذه المادة النفسية حيث انه لتركيبة الفرد دورا مؤ ثرا في الميل والاعتماد به على سلوك معين ، فالشخصية القلقة اة التي لديها نزعة القلق ، او الشخصية المنقادة يمكن ان تتجنب الادمان عند مواجهتها لاي مشكلة او عند تاثرها بالاصدقاء . الغريب ( 2002 : 70 – 72 )
* كما ترجع مدرسة التحليل النفسي اصل الادمان الى تحقيق النشوة والسرور عن طريق المادة النفسية ، اي التخفيف من حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن وليست مجرد ازالة التوترات الفيزيولوجية الناتجة عن المادة النفسية فالاتجاهات الشخصية لتعاطى المادة النفسية مشحونة بشحنات انفعالية شديدة وتفسر الادمان بانه :
* تعبير وظيفي لدات عليا ناقصة
* تعويض عن احباط شديد ينتج عن حرمان من اشباع بعض الحاجات الاساسية .
* ناتج عن تنشئة اجتماعية ناقصة او خاطئة.
* سلوك يعبر عن فقد المعايير الاجتماعية .
* وتوضح هذه النظرية ان الادمان يتطور عندما يتعاطى الافراد الكحول والعقاقير لتتولد لديهم مشاعر السعادة ومشاعر الهروب من الالم . ويمكن ان يدفع الصراع بين الهوم الانا والانا الاعلى لتعاطي المواد النفسية من اجل التخلص من القلق ومن مطالب الانا والاهتمام بالذات وحفظها من الاذى ، فالاضطرابات الذاتية وهدم الذات من خلال الادمان هي اشارات لاضعاف مطالب الانا ، الحراثية ( 2012 : 43) – وهناك تفسير اخر طوره مننجر MENNINGER الذي يرى انه طالما ان الحاجات الشخصية لم تشبع فان الفرد يصبح غاضبامن والديه ، ولانه غير قادر على تغيير عن هذه الرغبات العدائية نحوهما فان غضبه يتجه داخليا ،ويظهر في شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام المواد النفسية ، حيث يرى الكثير من انصار التحليل النفسي انالمدمنين يشتركون في بعض الخصائص مثل ، الاعتمادية ، الاندفاعية ، النرجسية ، الانفعال العاطفي ومشاعر الاكتئاب ، محيسن '( 2012 :307 )
* كما يصف علماء التحليل النفسي الادمان على انه عصاب اندفاعي ناشئ عن ظروف اسررية صعبة ادت الى نشؤ احباطا فمية في الطفولة ، لذلك يوصف المدمن بالنرجسية وكثرة المطالب .

فالتعطى يحقق للمدمن ادوارا متعددة فيعمل كمسكن للاحباط والغضب ،ووسيط للتنفيس عن العدائية لدى المدمن وكذالك وسيلة للتخلص من احتقار الذات المازوشي واشباع رمزى الحاجة الحب والعطف ، الحراشة ( 2012 : 43 )

10- نظرية علم النفس الفردي ( ادلر)

يرى " ادلر "ADLER في تفسيره للادمان انه ان ناتج عن نقص عضوي وعدم قدرة الفرد على النجاح الاجتماعي فالفشل الذي قد يلحق بكثير من الافراد انما يرجع اساسا الى افنقارهم الى عامل الشعور بعدم النجاح الاجتماعي في حياتهم ويذهب " ادلر : الى ان جميع الذين يفشلون في حياتهم كالعصابيناو الذهانيين او المدمنين او الناجحين او المنحرفين او الذين يقدمون على الانتحار ، انمايفشلون لافتقارهم للشعور بالود والمحبة نحو الاخرين وعدم اهتمامهم بمصالح المجتمع ( الاجتماعية) ونقص عامل المشاركة الوجدانية في علاقاتهم مع الاخرين فاسلوب حياتهم يقوم محل الانانية ، وهدف النجاح عندهم هو هدف الوصول الى مجرد تفوق شخصي وهمي ونجاحهم لا يتعدى حدود الشخصية فقط وبمعنى اخر فان المدمن على المواد النفسية في نظر " ادلر " هو هو شخصية لديها نقص عضوي ما او لديه نقص في علاقات الاجتماعية او الثقافية او الاقتصادية لهدا فهو يقوم بتعويض هذا النقص بتعاطي مادة نفسية تعطيه الثقة بنفسه وتنسيه عيوبه . محيسن ( 2012 : 308 )

11- النظرية التكاملية :

تجمع بين العناصر النفسية والسلوكية والبيولوجية ذات علاقة بتفسير الادمان . وهي التي تستند على وجود دليل يشير الى ان التعاطى يحدث نتيجة التفاعل المعقد بين العوامل النفسية والعلاقات الاجتماعية والتاثيرات البيئية الاخرى والعوامل البيولوجية التي تؤدي الى وجود ومستوى لامكانية التعاطي ، وقد تتفاوت نسبة تاثير العوامل ويتضح ذلك من خلال النتائج فالبيئة المناسبة مع وجود عجز بيولوجي شديد قد يؤدي الى احتمالية حدوث التعاطى والادمان ( مشابقتة 2007 : 67).

ثانيا : علاج اضطراب الادمانية ذات صلة بالمواد :

في ما يلي اهم العلاجات المستخدمة للاضطرابات ذات صلة بالمواد .

1- علاج اضطراب استخدام الكحول :

هناك عدة طرق لعلاج اضطراب استخدام الكحول منها :

1-1- العلاج المرضي داخل المستشفى :

* في كثير من الاحيان ، تعد الخطوات الاولى في علاج الاضطراب استخدام المواد هي ازالة السموم ، فالاعراض الانسحابية للمواد التي تشمل الكحول تكون صعبة سواء من الناحية الجسمية او النفسية بالرغم من ان ازالة السموم ليست بالضرورة ان يتم داخل المستشفيات الا انها ستكون خبرة اقل تعاسة في البناءات التي تخضع للرقابة .
* العلاج في المستشفى قد يكون ضروريا لبعض الافراد ومنخفض مصادر مساندة اجتماعية ، ويعيشون في بيئات تشجع على استخدام الكحول خاصة الافراد الذين يعانون من مشكلات نفسية خطيرة بالاضافة الى مشكلات اضطراب استخدام الكحول .جونسون واخرون ( 2017 : 622 – 623 )

1-2- جماعة الكحوليين المجهولين :

* تعد مجموعة الكحوليين (AA) من اكبر واشهر المجموعات على النطاق العالم للمساعدة الذاتية تم تاسيسها عام 1935 على يد اثنين من الكحوليين الذين تماثلا للشفاء
* برامج المساعدة الذاتية ، من خلال تقديم المساندة الوجدانية والتفهم والارشاد بااضافة الى توفير شبكة علاقات اجتماعية مع التشجيع الى عدم الانتكاس مرة اخرى للشراب . يتضح الجابن الروحي " فيكحوليين المجهولين " في الخطوات الاثني عشرة التالية

1- نعرف بان قوانا قد خارت امام الكحول ، وان حياتنا قد خرجت عن نطاق السيطرة .

2- جئنا لنؤمن بان هناك قوة اكبر منا في وسعها ان تعيدنا الى رشدنا

3- اتخذنا قرار بان نسلم ارادتنا وحياتنا لعناية الله كما عرفناه .

4- قمنا بفحص انفسنا ومحاسبتها اخلاقيا بلا خوف .

5- اعترفنا لله وانفسنا ولاي كائن بشري اخر بالطبيعة الدقيقة لاخطائنا .

6- كن مستعدين تماما لان يقوم الله بتطهير شخصيتنا من هذه النقائص .

7- دعونا متضرعين ان يمحو الله خطايانا .

8- كتبنا بقائمة كل الافراد الذين اذيناهم ، واصبحت لدينارغبة في اصلاح كل الاخطاء التي ارتكبناها .

9- قمنا باصلاحات مباشرة لهؤلاء الافراد حيثما امكن ذلك الا اذا كان القيام بذلك سوف يلحق بهم ضررا او بالاخرين .

10- نواصل عمل محاسبة فردية ، واذا كان هناك خطا ارتكبناه واعترفنا به على وجه السرعة .

11- نسعى من خلال الصلاة والتوسل من اجل تحسين علاقتنا الواعية بالله ، كما نعرفه وان نصليفقط لحكمه ارادته بالنسبة لنا وسلطة تنفيذها .

12- ان نشعر بالضعف الروحي منتيجة لهذه الخطوات ونحاول ان نتقبل هذه الرسالة للكحوليين وان نطبق هذه المبادئ في كل امورنا .

* هناك برامج اخرى تعتمد على المساندة الاجتماعية واعادة الطمانينة والتشجيع واقتراحات العيش في الحياة بلا كحول واحد هذه المناهج يطلق عليه الشفاء العقلاني تركز على تحديد اعتمادا الفرد على ذاته اكثر من اعتماده على نفسه اعلى . جونسون واخرون ( 2017 : 623 – 625)

1-3- علاج الازواج :

* يحقق بعض الانخفاض في مشكلة الشراب بعد سنة من توقف العلاج بالاضافة الى : بعض التحسن في مشقة الازواج عامة . جونسون واخرون ( 2011 :625 )

1-4- العلاجات السلوكية المعرفية :

* يعد العلاج بارادة الطوارئ علاجا سلوكيا معرفيا لاظراب استخدام الكحول والمواد .
* يشتمل تعليم المرضى والافراد المقربين منهم ان يعززوا السلوكات التي تعوق الشراب مثلا اخذ عقار مضاد لسوء الاستخدام وتجنب المواقف التي كان يصاحبها شراب في الماضي .
* يعتمد على الاعتقاد بان الطوارئ البيئية او الاحداث الطارئة يمكن ان تؤدي دوراهاما في تشجيع او عدم التشجيع على الشراب .
* يتم توفير مستندات لعدم استخدام مواد ( كحول ، الكوكايين ، الهروين ، الماريجوانا ، التحقق من عينات البول امام نظام الرموز فهو استبدال للاشياء التي يرغبها الفرد بدرجة اكبر .
* بالنسبة للافراد المنعزلين اجتماعيا يتم مساعدتهم وتشجيعهم على اقامة تواصل الاخرين الذين لايشريون جونسون والاخرون ، ( 2017 622)
* الوقاية من الانتكاسة الى مساعدة الافراد على تجنب العودة مرة اخرى للشراب او استخدام المادة بمجرد الاقلاع .
* طوره كل من " مارلات " MARLATTE وجوردون GORDON سنة 1985 ، في هذا المنهج يتم تشجيع الأفراد المعتمدين على الكحول على الايمان بأن الانتكاس ليس من الضروري أن يترتب عليه انتكاسة كلية بل يجب أن ينظر اليه على انه تجربة يجب الاستفادة منها وليس على م معركة خاسرة .
* هذه النظرة للانتكاسة بعد العلاج على انها لا تمثل كارثة تعد مهمة لان الغالبية العظمى من مدمنى الكحول الذين بدأو الاقلاع عن الشراب يرون بانتكاسة او اكثر على مدار السنوات الاربعة .جونسون واخرون (2017 :626).
* التداخلات التحفيزية :تعتمد على اجراء تقييم شامل يحتوي على مقابلة لمتابعة الجدول الزمني لقياس معدل الشراب في الثلاث اشهر الماضية .
* يشمل العلاج التحفيزي المختصر على استجابات الافراد للشراب بالنسبة الى المجتمع والمعدل القومي ،وتعليم تأثيرات الكحول ونصائح لتقليل الشراب الكثيف والمعتدل.
* أضهرت النتائج ان المقابلة لمتابعة الجدول الزمني السابق والتدخل التحفيزي ارتبط مع استمرار الحد من السلوك تناول الكحول لمدة قد تصل الى سنة بعد المقابلة والتدخل .جونسون واخرون (2017 :627 -628).

1-5- الاعتدال (الوسطية ) في الشراب:

* تم ادخال مسطلح الشراب المحكم في مجال العلاج الكحول من قبل مارك سوبيلل mark sobill وليندا سوبيلل .
* تشير الى وجود نمط معتدل من استهلاك الكحول وتجنب الامتناع الكلي وحالة السكر .
* يسمى منهج السوبيلل والسوبيلل في تعليم الاعتدال للافراد من ذوي الاظطراب استخدام الكحول ،لتغيير الموجة الذاتية .
* الافتراض الاساسي في هذا المنهج هو ان الافراد لديه المزيد من التحكم والسيطرة في شرابهم المعتدل اكثر مما يعتقدون ،فزيادة الوعي الذاتي بكل من تكاليف الافراط في الشرب،وفوائد الاقلاع والتخفيف من الشراب من الامور المساعدة .جونسون واخرون (2017 :629 ).

1-6- العلاج بالأدوية :

* يأخذ بعض الافراد المعالجين من سوء استخدام الكحول دواء ديسقلغرام DISLFIGRAM ،أو مضاد لسوء الاستخدام ASTABUSE الذي ينشط الشراب من خلال حدوث القي العنيف اذا تناول الكحول .
* من اجل حدوث فعالية يجب على الفرد أن يكون مستعدا للتغيير بالفعل .
* وافقت ادارة الغذاء والدواء FDA على تناول المضادات الافيونية بالتركسون لعلاج اظطراب سوء استخدام الكحول ،ويعمل هذا الدواء على منع نشاط الاندروفينات التى يحفزها الكحول وبالتالي تقليل اللهفة .
* تم استخدام اكمبر وسيت ACAMPROSATE بشكل منتظم تحت اسم كامبرال CAMPRAL .جونسون واخرون (2017 :629 -630 .) .

2- علاج التدخين : هناك مجموعة من العلاجات منها

2-1 العلاجات النفسية :

* علاج جدولة التدخين ، تعتمد استراتجية هذا العلاج على التقليل من كمية النيكوتين بالتدريج على مدار فترة لا تتجاوز اسابيع قليلة ، وذلك عن طريق جعل المدخنين من الفاصل الزمني بين السجارة والاخري .
* يتم تجديد السجائر التي سوف يتم تدخينها او التي يجب تدخينها من قبل فريق العلاج ،وليس عندما يشعر الفرد برغبة ولهفة شديدة وملحة .
* بهذه الطريقة يتم التحكم في سلوك الفرد في التدخين بمرور الوقت وليس عن طريق الدوافع او الحوافز والحالات المزاجية او الموقف .
* يوجد برنامج مدرس يطلق عليه يتكون من التدريب على مهارات التعايش ومكون تعليمي حول الاثار الظارة للتدخين .جونسون واخرون .(2017: 632 – 633).

2-2 علاجات استبدال النيكوتين والادوية .

* تهدف الى تقليل لهفة المدخن على النيكوتين عن طريق تقديمه بطريقة مختلفة .
* يمكن تقديم النيكوتين على شكل علك لبان وفي الرقعات ،السجائر الالكترونية .
* والفكرة هي مساعدة المدخنين على تحمل اعراض انسحاب النيكوتين عند الاقلاع عن التدخين .
* بالرغم من استبدال النيكوتين بما يخفف الانسحاب في شدة الانسحاب ليس سوى الحد الادنى للنجاح في الاقلاع عن التدخين .
* تشمل بعض العلاجات الدوائية الواعدة دون النيكوتين التوقف عن التدخين على دواء الكلونيدين CLONIDINEوخلات الفضة ودواء الفاريميكلين VARENYLINE جونسون واخرون .(2017 : 633- 635).

3- علاج اظطراب استخدام العقاقير :

* من الاشياء المركزية لعلاج الافراد الذين يستخدمون العقاقير غير المشروعة مثل الهروين والكوكايين هو التخلص من السمية .
* ازالة السمية هي الطريقة الاولى التي يحاول المعالجون مساعدة الافراد المعتمدين على العقار من خلالها ، وانها قد تكون اسهل جزء في عملية اعادة التاهيل .

3-1 علاجات استبدال العقاقير والعلاج بالادوية :

* من اكثر البرامج لعلاج الهروين برنامجان يتظمننان استخدام بدائل الهروين ،وهي عقاقير تتشابه كيميائيا من شانها ان تستبدل اشتياق الجسد لها .
* مظادات الافيون عبارة عن عقاقير المستخدم من تجريب الهروين بشكل مفرط ،وتشمل الفئة الاولى الميثادون ،خلال بيفوميتاديل 1 ، البوبرينورفين وهي مواد نفسية صناعية مصنعة لتحل محل الهروين .
* بما ان هذه العقاقير في حد ذاتها ادمان ،فالعلاج الناتج يقوم في الاساس بتغيير اعتماد الفرد على الهرويين ليتحول الى الاعتماد على مادة مختلفة ،ليحدث هذا التحول لان هذه المواد الصناعية ،يتم الاعتماد عليها بدلا من الهرويين بمعنى انه عن طريق عمل هذه المواد الصناعية نفس مستقبلات الجهاز العصبي المركزي ، فانها تصبح بديلا للاعتماد الاصلي .
* يؤدي الانقطاع المفاجئ عن اخذ الميثادون الى ردود الافعال انسحابية خاصة ،ولكن لان هذا النوع من ردود يعد اقل حدة من الاعراض المصاحبة للانسحاب من الهرووين ، فان الميثادون من المحتما ان يؤدي الى فصام .اقلاع مستخدمي الهرويين من الاعتماد على المواد بشكل تام .
* يشمل علاج لمضادات الافيون على عقار يسمى النالتريكسون NALITRIKSON
* يتم منع فصم الافراد من الهروين بالتدريج ثم اعطاؤهم جرعات متزايدة من عقار النالتر يكسون ، مهو ما يمنعهم من الشعور باية نشوة في حال تناولهم للهروين في مابعد .
* عقار البوبرينورفين BUPermorphine اسمه التجاري suboscome فعالا في تخفيف الاعراض الانسحابية ، لانه يستمر اطول من الميثادون جونسون واخرون (2017 : 639 – 642 )

3-2- الارشاد العقلاني الانفعالي السلوكي :

يرى " اليس " ان مدمني المواد النفسية في الاغلب فاقدين الثقة بانفسهم ويعانون من عدم تقدير الذات ، ويرون انهم افراد غير جديرين بالتقدير والاحترام .

ودور العلاج النفسي الانفعالي العقلاني يهدف الى اعادة ثقة المدمن بذاته وتنمية تقديره لها ، والعمل على تعديل سلوكه تدريجيا حيث يصبح قادرا على نبذ سلوك الادماني الذي يسود في حياته السابقة ، ومن ثم استبداله بسلوك مرغوب فيه دينيا واجتماعيا يرتبط بحياة التعافي التي انتقل اليها والتي يقوم على اساس دفعه لتغيير نظرية للحياة والمجتمع المحيط به .

وعندما طرح " اليس " نظريته الانفعالية العقلانية اوضح ان المعتقدات الخاطئة التي يحملها المدمن تولد لديه تحملا منخفضا للاحباط ، وقد وصف " اليس " هذه الحالة بتغيير اسماه القلق الانزعاج نتيجة لتفكير اللاعقلاني الذي يقوم على مقولة " انا لا استطيع " انا غير قادر على التحمل الم الانسحابية والامها النفسية والجسدية ".

ويؤكد " اليس " ان المدمنين يتمسكون بانفعال شديد بمعتقداتهم الخاطئة وهم يعملون على تعزيز هذه المعتقدات تعزيزا قويا من خلال ممارستها . ابوالخير (2013 :88 ).

وفي مايلي اهم التقنيات الميتخدمة في علاج الاضطرابات الادمانية ذات صلة بالمواد.

التقنيات المعرفية : منها

الكشف :

يسعى المرشد العقلاني الانفعالي الى البحث عن المعتقدات اللاعقلانية وما يرتبط بها من مفاهيم والفاظ مثل : لابد ، من المفروض ، حتما ، يجب على...، والتي تؤدي الى انهزامية الذات ، ويحاول المرشد ان يكتشف الافكار الخاطئة التي ادت الى انتكاس وجعلت المدمن يخرق قرارا الامتناع عن تناول المواد النفسية .

الحوار :

يقوم المعالج بتوجيه مجموعته من الاسئلة للعميل بهدف توضيح خطا هذه المعتقدات اللاعقلانية ، مما يؤدي بالمسترشد الى التخلي عن هذه المعتقدات ، وكذلك جعله يستبصر بالكلام السلبي الذي غالبا ما يكون غائبا عن وعيه ومدركاته والذي عادة يضعف تحمله للاحباط ويثيرعنده قلق الانزعاج ، ويعمل المرشد النفسي من خلال الحوار على تعليم المسترشد كيفية التدرب على تحليل افكاره ورصد الكلام مع ذاته ازاء اي منبهات او محرضات (a )خارجية او داخلية ومن ثم رصد هذا الكلام في لائحة كتدريب على تنفيذه ، ومن ثم مناهضة هذا الكلام وتبديله ليكون ايجابيا يعزز فيه الصمود في وجه نزوعه واضعاف قلق الانزعاج ، ويقائه ممتنعا مسيطرا على ذاته .

* وتعمل هذه التقنية ايضا على ربط المرشد بالمسترشد بعلاقة ارشادية تسودها الثقة التي بنيت على اساس :
* ان يقدم البرهان على انه سيبذل قصار جهدة لفهم المدمن .
* ان يقدم البرهان على تصميم المرشدعلى مساعدة المدمن على تغيير سلوكه الادماني .
* القبول غير مشروط للمدمن .

ان هذه الامور الثلاثة غالبا ما تكسر مقاومة المدمنفينفتح على العلاج الارشادي من خلال الاقصاح عن مشاعره الخاصة وسلوكاته وافعاله ( 10 : 1988 ) ellis

التمييز :

ويتضمن مساعدة المرشد للمسترشد على التمييز بوضوح بين القيمة غير المطلقة لماذا يريده ؟ ماذا يفضل ؟ ما رغباته ؟ ماذا يحب ؟ وبين القيم المطلقة ( احتياجاته ، متطلباته والاوامر الحتمية ).

* وفق ما يتعلق بمساعدة المسترشد على اتباع فلسفة عقلانية جدية يستخدم المعالج العقلاني عدة وسائل معرفية تتضمن :
* العلاج بالقراءة : وفيه يتم اعطاء المسترشد كتيبات ومواد اخرى موجهة للقراءته .
* العلاج بالاستماع : حيث يتم الاستعانة باقراص سمعية او مرئية تتعلق بمحاضرات تتضمن العلاج بالارشاد العقلاني ، الانفعالي السلوكي ، وموضوعات اخرى توضف لخدمة العلاج .

* استخدام الارشاد العقلاني الانفعالي بين المسترشدين\*حيث يقوم بعض المسترشدين بمساعدة اصدقائهم واقاربهم على حل مشكلاتهم ، وبذلك يكتسب هؤلاء المسترشدين الخبرة في ممارسة استخدام المناقشات العقلانية .

تقنيات عاطفية :

يتم استخدام مجموعة من التقنيات العاطفية من اجل مساعدة المسترشد على تحدي مشاعره العقلانية ومنها :

اساليب مرحة :

يتم يتم استخدامها لتشجيع المسترشد على التفكير العقلاني دون النظر الى الامور بشكل جاد مما يؤدي الى نتائج سلبية .

-طرح نموذج فلسفي عقلاني :

يكتشفه المسترشد بنفسه وقد يعترف المرشد للمسترشد في التغلب على هذه المشاعر السيئة باستخدام السليم للارشاد العقلاني .

استخدام عدد من القصص :

والشعارات الدعابات و الاشعار كعناصر مساعدة لتجسيد الاساليب المعرفية لمقاومة المعتقدات اللاعقلانية .

كتابة عدد من الانايد المرحة : العقلانية على نحو يقدم فلسفته العقلانية بصياغة يسهل تذكرها .

تقنيات سلوكية :

* يركز المرشد القلاني علىمساعدة المسترشد على زيادة قدراته لتحمل مشاعر الاحباط .
* كما يشجع المسترشد على اداء الواجبات المنزلية وذلك من خلال فنية الغمر والتقليل من الحساسية المفرطة ، مثل تعريض المدمن للموقف الذي يثير توتره دفعة واحدة ودون تدرج عوضا عن التدريبات التدريجية لازالة الحساسية المفرطة العامري ( 2000: 27 )
* يمكن ايضا تدريب المسترشد على الاسترخاء بعد شرح أهدافه وفوائده في تغيير السلوك التوتري واضعاف المنبهات الخارجية المؤثرة التي تحرض الافكار الادمانية على نشاط ، ويمكن ان يزود بشريط صوتي يتضمن تعليمات الاسترخاء ، وبتعليمات مكتوبة عن كيفية تطبيق الاسترخاء ، ويتطلب منه ان يتدرب بنفسه على تعليمات الاسترخاء وجعلها على مستوى العادة في استجاباته.

3-3- العلاجات النفسية السلوكية المعرفية :

* الدواء المضاد للاكتئاب " ديسبير امين desperminl و العلاج المعرفي السلوكي يميزان بفاعلية نوعا ما بتقليل استخدام الكوكايين ، وكذلك تحسين الوظيفة الاسرية والاجتماعية والوظيفة النفسية بوجه عام .
* اظهر العلاج المسمى بالمقابلة التحفيزية او العلاج بالتعزيز نتائج واعدة .
* تعد بيةت الاقامة للمساعدة الذاتية احد طرق العلاج النفسي لعلاج سؤ استخدام الهروين وانواع اخرى من المواد وهي الاعتماد عليها .
* تشترك بيوت اعادة التاهيل للعقاقير مثل قرية داسيتوب بيت مونيكس ، بيت اوديس في الخصائص التالية :
* فصل الافراد فيالعلاقات الاجتماعية السابقة ، على اعتبار ان هذه العلاقات كانت عاملا مهما في استمرار الاعتماد على المواد .
* توفر بيئة شاملة لا يتوفر فيها اي عقار مع تقديم الدعم باستمرار لتسهيل عملية الانتقال من شخص يستخدم اعقاقير بشكل منتظم الى شخص خال منها .
* وجود نماذج لها دور مؤثراو كاريزمي ، وهو اشخاص كانوا في السابق يعتمدون على المواد ولكن استطاعوا مواجهة تحديات الحياة دون استخدام المواد .
* المواجهة المباشرة ، والتي كثيرا ما تكون بشدة في العلاج الجماعي ، والذي يحدث المرضى على قبول تحمل مسؤولية المشكلات التي يعانونها ، وكذلك عاداتهم في ادمان المواد ، كما يتم تشجيعهم على تحمل مسؤولية حياتهم .
* تتعامل المؤسسة المرضى باحترام كامل بوضعهم كائنات بشرية ، لا ان يتم وصفهم بالعار باعتبارهم اشخاصا فاشلين او وجرمين . جونسون واخرون ( 2017 : 635 – 638 ).