

# الفصل الثاني

## إدمان الأفيون

مقدمة

تعريف العقار

الآثار المترتبة على تناول العقاقير .

إدمان الأفيون :

نظرة تاريخية .

نظرة اجتماعية .

نظرة قانونية تشريعية .

نظرة طب نفسية وفارماكولوجية .

نظرة نفسية

الخصائص النفسية للمدمن

الوظائف النفسية للإدمان

التفسير النفسي للإدمان .

أصحاب الاتجاه السلوكي .

النظرة النفسية الداخلية .

الإدمان كعملية المدمن

أصحاب التحليل النفسي .

نظرة علاجية .

خاتمة وتعليق .

مقدمة :

يقوم الباحث في هذا الفصل بتناول إدمان الأفيون من أكثر من وجهة نظر . وذلك لأن هذا النوع من الدراسات لم يعالج بكثرة في علم النفس ، كما أن المشتغين بالدراسات النفسية - في مصر على الأقل - ليس لديهم إلمام كاف بمثل هذا النوع من الدراسات . كذلك فإن الدراسات التي أجريت في هذا الصدد تعد على أصابع اليد الواحدة .

ولذا فإن الباحث قد تعرض في هذا الفصل بشيء من التفصيل لمعظم جوانب مشكلة بحثه ، ألا وهي الإدمان ،

## تعريف العقار :

تدرف منظمة الصحة العالمية (W.H.O. 1969) العقاقير بأنها أى مواد يتعاطاها الكائن الحى بحيث قد تعدل وظيفة أو أكثر من وظائفه الحيوية ، وقد حددتها لجنة المخدرات المنعقدة (W.H.O. 1973) فى سنة ١٩٧٣ بأنها جميع المواد التى حددت فى جداول اجتماعات سنة ١٩٦١ ، ١٩٧١ وما تراه الحكومات الأخرى أن يضاف من مواد(١). كذلك فإننا نجد أن لورى (Lauri 69) يعرفها على أنها المواد الكيماوية التى تغير المزاج والإدراك والشعور والتى قد يساء استخدامها بحيث تسبب ضررا بالغا للفرد والمجتمع ، أما قاموس اكسفورد المختصر فإنه يعرفها بأنها المواد الأصلية البسيطة الطبية : عضوية كانت أو غير عضوية التى تستخدم وحدها أو كمادة فعالة ؛ ويرى كانون (Canon 1971) أن العقاقير هى تلك المواد التى تستخدم فى علاج الأمراض ، ويحددها علماء الفارماكولوجى بأنها أى مواد تستطيع أن تحدث فى الكائن الحى تغيرات وظيفية أو بنائية وذلك بفعل طبيعتها الكيماوية. وطبقاً لهذا التعريف فإن كل أنواع الطعام والفيتامينات والهورمونات والنباتات وسم الثعابين وإفرازات الحشرات ونواتج التعفن والهواء الملوث والمعادن والكيماويات الصناعية وكل المواد التى توجد فى الجسم تعد عقاقير . وعادة ما تستخدم هذه العقاقير من قبل الأطباء لمقاومة الأمراض والشفاء منها وتخفيف الألم وتحسين الصحة . ولكن العقاقير أيضاً تضم الحبوب والنباتات والمساحيق والسوائل والكيماويات التى يتعاطاها الأفراد بشتى الصور من بلع وحقن وشرب وشم ليغيروا من الواقع المحيط بهم أو ليهربوا منه .

ويتضح لنا من التعريفات السابقة أن العقاقير هى مواد طبيعية أو مواد مركبة تركيبياً معملياً Synthetic لها تأثيرات كيميائية على الوظائف الحيوية للكائن الحى . وما يهمنى فى هذا البحث هى تلك العقاقير التى يساء استخدامها

أو ما تطلق عليه منظمة الصحة العالمية (W.H.O. 1969) العقاقير التي تستحضر الاعتماد Dependence induced سواء كان هذا الاعتماد نفسياً أم فسيولوجياً أم الاثنين معاً . وهناك أربعة مبادئ أساسية تتصل بهذه العقاقير هي :

(Ray 1972)

١ - أن هذه العقاقير في حد ذاتها ليست حسنة أو رديئة ، ولكن سلوك من يستخدمها هو الذى يحدد ما إذا كانت رديئة أم طيبة ، فالاستخدام غير الطبي للمورفين يؤدي إلى الإدمان ، على حين أن استخدامه بعد العمليات الجراحية يجنب الفرد العديد من أحاسيس الألم المبرحة .

٢ - أن هذه العقاقير لها تأثيرات متعددة على من يستخدمها ، فهما حاول من يستخدمها أن يركز على إحداث أثر معين ، فان ذلك لا يمنع من تأثيراتها على جوانب أخرى ، وهذا ناتج من الحقيقة التي تقول أنها تؤثر في مناطق مختلفة في الدماغ .

٣ - أن تأثيرات هذه العقاقير تعتمد على الكمية التي يتعاطاها الفرد ، فكلما ازدادت الكمية التي يتعاطاها الفرد . زادت طاقته للعقار . هذا بالإضافة إلى أن جرعات من كميات معينة قد تؤدي بفرد ما إلى الإدمان بينما لا تؤدي نفس هذه الكميات بفرد آخر إلى ذلك .

٤ - أن تأثيرات هذه العقاقير تعتمد جزئياً على تاريخ الفرد وتوقعاته ، فحيث إن هذه العقاقير تؤثر على الشعور وعمليات التفكير : فان هذا التأثير يتوقف إلى حد ما على ما سبق أن توقعه الفرد منها ، أى أن للخبرة السابقة أثراً فيما يشعر به الفرد من آثار .

وتؤثر العقاقير التي تستحضر الاعتماد أو ما تسمى عادة بالعقاقير ذات التنشيط النفسى Psycho active drugs على الجهاز العصبى المركزى أو المخ ، وتباين تأثيراتها وتختلف من عقار إلى عقار آخر (Canon 1971, Ray 1972)

ويهمنا أن نشير هنا إلى أنواع العقاقير ذات التنشيط النفسى (W.H.O. 1973) ، أن منظمة الصحة العالمية تقسمها إلى ثمانية أنواع رئيسية هي :

١ - الأفيونيات : كالأفيون والمورفين والهروين والكودين ومثيلات المورفين الصناعية مثل الميثادون والبيثيدين Methadone & Pethidine

٢ - الحشيش Cannabis

٣ - الكوكا وتشمل الكوكايين وأوراق الكوكا .

٤ - المثبرات للهلاوس أو المغيبات (Psychedelics) مثل (ل . س . د )

واليسكالين (mescaline) والبيسلوسين (Psylocylin)

٥ - الأامفيتامينات (١) Amphetamines مثل الأامفيتامين والديكسامفيتامين

والميثامفيتامين . والمثيل فينيدات والفينمترازين .

٦ - الباربيتورات والمهدئات مثل سيكوباريتال (٢) والميبرومات

والميثاكلون والجلوتوثوميد .

٧ - القات Khat

٨ - فولانيل (٣) سولفانت مثل الأسيتون وتتراكلوريد الكربون :

وهذا التقسيم يقوم فى أساسه على الأصل الكيمائى لهذه المواد . وبما أن معظم هذه العقاقير تؤثر على الجهاز العصبى المركزى سواء بزيادة التنبيه أو بالتهدئة أو التسكين أو التخدير ، فإن التقسيم الأكثر ملاءمة هو تقسيمها حسب نوع التأثير الذى تقوم به على الجهاز العصبى المركزى ، فيقسمها كانون (Canon 1971) إلى :

١ - عقاقير منبهة .

٢ - عقاقير مهدئة .

Amphetamines, Dexamphetamine, Mathamphetamine, methylphenidate and phenmetrozine (١)

secobarbital mebrobamate, methaqualane and glutethimide. (٢)

Volanil-Sulvant, Aceton and carbon tetrachloride (٣)

٣ - مخدرات .

٤ - مغيبات أو عقاقير مثيرة للهلاوس .

أما روتر (Rotter 1967) فيقسمها إلى أقسام ثلاثة رئيسية هي :

١ - المهذئات : وتشمل ما يلي Depressants :

( أ ) الكحول .

( ب ) المخدرات وتشمل المورفين والهروين ... إلخ .

( ج ) المركبات وتشمل الميثادون ، الدميرول ... إلخ .

( د ) الباربيتورات وتشمل الاميتال والنبوتال ... إلخ .

( هـ ) المسكنات وتشمل الاكوانيل والميتاؤون .

٢ - المنبهات : (Stimulants)

وتشمل الكافيين والنيكوتين والكوكايين .

والامفيتامينات وتشمل بنزيدرين ودكسى درين والميثادرين .

٣ - المثيرات للهلاوس (المغيبات) (Psychedelics)

وتشمل المساريجوانا والبسيلوساين والمسكالين و ( ل . س . د ) . وعلى الرغم من أن هذا التصنيف قائم على أساس التأثيرات الدائمة التي يتركها في الكائن الحي . إلا أن هناك تصنيفات أخرى متعددة مثل التصنيفات التشريعية والارماكولوجية والطبية والكيميائية . والتصنيف السابق لا يخلو من العديد من المشاكل ، ذلك أن تأثير العقاقير على الأفراد ليس واحدا ، بل إنه متباين تبائنا شديدا يصل إلى حد التضاد ، فالعقاقير المهذئة مثلا عادة ما يكون لها تأثير منه على بعض وظائف الجسم ، كذلك فإن الأطفال وكبار السن لا يمكن أن تعطى لهم الباربيتورات لكي يناموا إذ أن تناولهم هذه العقاقير له أثر معاكس ويجعلهم أكثر تنبها ويقظة ،

والماريجوانا لها العديد من التأثيرات فهي قد تنبه البعض وتهدىء معظم الناس وليس لها أى تأثير على البعض الآخر (Canon 1971) .

ويمكن القول أن المدى العام للمنبهات وللمهدئات يمتد على متصل يبدأ في حالة المنبهات من السواء وينتهى بالموت في مراحل متعددة هي :

السواء - استثارة مفرطة - استثارة مفرطة حادة - تشنجات معتدلة  
تشنجات حادة - الموت .

أما في حالة المهدئات فإن المتصل يكون على النحو التالى :

التخدير - النوم - تخدير عام - الغيبوبة - الموت (Canon 1971)  
وهذا ما يدعوننا إلى دراسة ماهية الآثار المترتبة على تناول العقاقير .

#### الآثار المترتبة على تناول العقاقير : (Rotter 1967)

١ - المهدئات : المواد التى تدرج تحت هذا الصنف من العقاقير هي وحدها القادرة على أن تولد اعتمادا جسيما ، كما أن الكحول في هذه المجموعة هو الذى يمكن إساءة استخدامه بدرجة كبيرة جدا ، ذلك أن عدد من يتركون وظائفهم أو يواجهون الانفصال عن زوجاتهم أو ينتهون إلى مستشفيات الأمراض العقلية نتيجة سوء استخدام الكحول في الولايات المتحدة الأمريكية يعد أكثر من عدد من يتعرضون إلى سوء استخدام أى عقار آخر . ويقدر عدد مدمنى الكحوليات بما يزيد على خمسة ملايين ملمن ، بالإضافة إلى ستة ملايين من مكثرى الشراب (Heavy drinker) ويحدث الكحول خلافا ملحوظا في التفكير وسوء إدراك للزمان والمكان ، فاذا ازداد التعاطى حدث تلف في المخ . والانسحاب من إدمان الكحول خبرة عنيفة تحمل إمكانية الخطر ، فهي تتميز بالارتعاشات الهذائية والحلط ونوبات من نمط الصرع والملاوس المفزعة .

أما إدمان المخدرات فان الاعتماد الجسمى يتم فيه على نحو أسرع من الكحول، وتصف أعراض الانسحاب بارتشاحات الانف والعيون الدامعة وظهور حبات الأرز على سطح الجلد وتقلصات عضلية عنيفة والغثيان والقيء .

أما الباربيتورات وهى ما تعرف باسم (downers reddevils, yellow jacks) فى الحضارة الغربية فانها تحدث استرخاء وإحساسا بالسعادة ويؤدى الاستخدام المزمّن لها إلى اعتماد جسمى يدل عاىه ظهور زملة أعراض الامتناع (abstinence syndromes) التى تشبه فى جوهرها أعراض الامتناع المرتبطة بالكحوليات .

### ٢ ، ٣ المنهات والمغيبات : —

لا توجد مادة واحدة منهما قادرة على أن تحدث الاعتماد الجسمى ، على الرغم من أنه يمكن إساءة استخدامها ، فى طائفة المنهات نجد أن أقربها إلى أن يحدث الاعتماد الجسمى هو المواد من نوع الامفيتامينات وهى تستخدم للارتفاع بالحالة المزاجية ولزيادة التيقظ وعادة ما يستخدمها الطلاب لتعبيهم على السهر بالليل ، والرياضيون لتعبيهم على حسن الأداء ، ويؤدى استمرار استخدامها إلى القابلية للتوتر وعدم الاستقرار والأرق ثم أن استخدامها بجرعات كبيرة يعجل من ظهور « ذهان الامفيتامين » وهو مجموعة من أعراض التسمم تتميز بالقلق والهلاوس والشعور القوى بالاضطهاد .

وفى طائفة المغيبات (Psychedelics) فان عقار الماريجوانا أكثرها استخداما فى الحضارة الغربية . وقد كان يستخدم فى أمريكا خلال القرن التاسع عشر لعلاج أنواع السعال والصداع وأوجاع الرأس وتقلصات الحيض إلا أنه يستخدم اليوم بصفة أساسية للترويح .

ولبعض العقاقير المغيبة القدرة على إحداث خبرات حسية غير مألوفة شبيهة بالهلاوس ولهذا سميت بالعقاقير المؤدية إلى الهلاوس (hallucinogens) L. S.D.

(Lysergic Acid Diethylamide) وأكثرها استخداما هو عقار  
(ل. س. د.) .

وكما سبق أن ذكرنا ، فإن تأثير العقاقير على الأفراد ليس واحداً ،  
فهناك العديد من العوامل التي تحدد تأثير العقار مثل البنيان الفسيولوجي  
وتاريخ الفرد وكمية العقار وأنواع العقاقير الأخرى التي يتعاطاها الفرد ،  
وتوقعات الفرد من العقار ، وطريقة التعاطي ، والقيم والمعتقدات التي  
يعتقد فيها الفرد عن العقار . وعلى ذلك فاننا لا نجد للعقار الواحد آثارا  
واحدة على الأفراد المختلفين .

ولما كان الهدف من البحث هو دراسة العوامل النفسية والاجتماعية  
المتصلة بادمان الأفيون ومشتقاته ، ولما كان الأفيون ومشتقاته يدخل ضمن  
المهدئات تحت جزء مستقل منها هو المخدرات (١) Narcotics فان  
الباحث سيتناول فيما يلي إدمان الأفيون من أكثر من منظور ، فسوف  
يتعرض الباحث إلى إدمان الأفيون من وجهة النظر التاريخية ، ثم الاجتماعية ،  
ثم القانونية التشريعية ، ثم وجهة نظر الطب النفسي والفارماكولوجي ووجهة  
النظر النفسية والعلاجية .

ما هو الأفيون (٢) ؟ (Krantz et al. 1961, Fraser 1972,

Anslinger et al 1961, Canon 1971.

الأفيون عقار قوى أبيض اللون يشبه اللبن يتم الحصول عليه من الثمار  
غير الناضجة لشجرة الخشخاش المعروفة علمياً باسم (Papaver somniferam)  
أى زهرة النوم . وطريقة الحصول عليه تتلخص في إحداث خلوش في

(١) كلمة Narcotics تأتي من الكلمة اليونانية Narkotikos التي تعني مانع

الأم .

(٢) أفيون كلمة مصرية . مشتقة من الكلمة اليونانية «أوبيون» وهي تصغير «أوبوس»  
ومعناها عصير نباتي ، والأفيون هو العصير الرتينجي المحفف لأغلفة نبات الخشخاش غير الناضج  
« دائرة المعارف الإسلامية » المجلد الرابع النسخة العربية .

المثار غير الناضجة للخشخاش يخرج منها سائل أبيض اللون يجف بعد ذلك ويتحول إلى مادة لدنة مطاطة بنية اللون هي الأفيون .

أهم مشتقات الأفيون : ( Canon 1971, Anslinger 1961 )

## ١ - المورفين :

قلوى كريستالى أبيض ويعد أقوى مانع للألم ، وقد فصله عن الأفيون شيرتونر سنة ١٨٠٣ وهو أقوى مخدر ممانع للألم عرفه الإنسان ، ولا يوجد ألم لا يستطيع إنهاءه . وتقاس قوة أى عقار صناعى مانع للألم إلى قوة المورفين، ويؤثر المورفين بصفة رئيسية على الجهاز العصبى المركزى وعلى الأحشاء . وقد استخدم اعدة قرون لعلاج الاسهال من قبل أن يستخدم لإزالة الآلام ، وينتج المورفين عادة تأثيرات مخدرة تحتوى على عدم الاحساس بالألم والحمول والتغيرات فى المزاج . وإذا أعطى المورفين لشخص لديه بعض الآلام فان الألم يخفئ على الرغم من أن الألم فى بعض الأحيان يكون أقل شدة فقط ، ولكن المريض يكون أقل ضيقا به ، وفى بعض الحالات فان المرضى يشعرون بمشاعر الابتهاج الزائد . وإذا أعطى المورفين لفرد ليس عنده آلام فانه قد يشعر ببعض الأحاسيس غير السارة مثل الإحساس بالقلق أو الرعب ودائما ما يصاحب ذلك شعور بالغثيان والقيء . وتتكون تأثيرات المورفين العقلية من الحمول وعدم القدرة على التركيز كذلك فان المورفين يسبب البلادة (Apathy) والاقلال من النشاط العام الفسيولوجى وتقليل حدة الإبصار والسبات (lethargy) وصعوبة التفكير بانتظام ، وتستمر هذه التأثيرات النفسية فترة أطول من تأثيره الخاص بإزالة الألم . وتزداد الاطاقة للمورفين بسرعة هائلة بحيث يجب زيادة الجرعة زيادة هائلة لتحقيق نفس الأثر . كما أن الاعتماد الفسيولوجى يبدأ فى الظهور مبكرا .

## ٢ - الكوديين :-

وهذا العقار ليس في خطورة المورفين وهو يستخدم طبيياً للتقليل من الإحساس بالألم كما أنه يدخل في معظم أدوية الكحة .

## ٣ - الهيروين :-

واسمه العلمي هو دياستيل المورفين أو الديامورفين .

وقد اكتشفه هنريش دريسر العالم الألماني سنة ١٨٨٩ وهو نفس العالم الذي قدم الاسبرين للطب وكان يبحث عن قاتل للألم له قوة المورفين وغير قابل للإدمان . وهو عبارة عن بوحرة بيضاء لارائحة لها متبلورة مرة المذاق تنوب في الماء ، وقد سميت هذه البوحرة بالهيروين من الكلمة الألمانية Heroisch بمعنى بطولى . ولم يكتشف الأطباء أن الهيروين أسرع وأقوى في إدمانه من المورفين إلا بعد اثنتى عشرة سنة من استعماله . كذلك فان أربعة ملايين من الهيروين تساوى في تأثيرها عشرة من المورفين ، كما أن الجرعة المتوسطة للمدمن عادة ما تساوى أربعة من مليون من وزن الجسم إلا أن تأثيرها فوق الاحتمال (over powering) . وعند تعاطى الهيروين فان الجسم يحوله إلى مورفين وأن المورفين هو المسئول عن التأثيرات الفارماكولوجية للهيروين . ويقرر جاف (Jaffe 1970) أنه عند اختبار جماعة من المدمنين في التمييز بين الهيروين والمورفين في حالة حقنهما تحت الجلد فانهم لم يستطيعوا أن يميزوا الاثنين ، ولكنهم تمكنوا من التمييز في حالة الحقن في الوريد . هذا وعلى الرغم من قوة الهيروين إلا أنه لا يحدث انتشاء للمدمنين أكثر مما يحدثه المورفين . والهيروين غير مسموح باستخدامه الآن طبيياً في الولايات المتحدة وخسين دولة أخرى إلا أن فرنسا وإيطاليا وانجلترا يستخدمونه في هذه الأغراض . ويتفاوت لون الهيروين ما بين الأبيض الناصع إلى الرمادى أو البنى . وعند تعاطيه فان ارجاعاته شديدة

وهي تتكون من الأخيطة والإحساس بالقوة والسعادة والميل إلى النوم ، كما أنه يقلل من الرغبة الجنسية وقد تؤدي الآلام الناتجة عن عدم التعاطي إلى الكذب أو السرقة أو أعمال العنف ، وهو قد يؤخذ عن طريق الشم أو الحقن الوريدي أو تحت الجلد (Anslinger 1961)

### الديلوديد : Dilodid

والاسم العلمي هو : دى هيدروموربينون هيدروكلوريد .  
di hydromorpinone hydrochloride ويستخدم كبديل للأفيون في منع الألم.

٥ - الدبونين : واسمه العلمي هيدروكلوريد الاسيل مورفين وله نفس قوة الكوديين .

٦ - باريجورك : مركب أفيوني يستخدم كمخدر يمكن إدمانه ويستخدم طبيياً على أوسع نطاق في علاج الاسهال عند الاطفال .

٧ - اللودانوم : مركب آخر كان يستخدم على نطاق طبي قبل المورفين .

٨ - الثيين : مشتق أفيوني سام له كل آثار التيتانوس ويشبه الاستركنين .

٩ - بابافرين : مشتق أفيوني ومنبه للقلب .

### المواد شبيهات الأفيون المحضرة معملياً : -

ونذكر منها الميثادون وهو يستخدم للعلاج من إدمان الأفيون في مستشفى لكسنجتون وله كل خصائص المورفين ، والدولفين ، والاميدون ، والديميرول ، والبروبوكسفين ، التورميتادون ، والترى مبيدرين ، كذلك يوجد أكثر من ٦٠ عقاراً صناعياً آخر .

## ( أ ) إدمان الأفيون - نظرة تاريخية :-

إن التاريخ المكتوب للأفيون يبدأ منذ أربعة آلاف سنة قبل الميلاد حيث كان السومريون يسمونه نبات الفرح (Fraser 1972) كما وصفوا بالتفصيل كيفية حصاده . كذلك فإن استخدام الأفيون كان شائعاً لدى قدماء المصريين واليونانيين. ففي البرديات ( ١٥٠٠ سنة قبل الميلاد ) إشارة إلى استخدامه في العلاج لكي يمنع الصراخ الزائد للأطفال ، وقد جاء ذكره في الأوديسا التي كتبها هوميروس قبل الميلاد بألفى سنة ، كذلك فإن إله النوم اليوناني هيبنوس (Hypnos) وإله النوم الروماني (Somnus) كانا دائماً يحملان سلة بها ثمار الخشخاش ، وتحكى الأسطورة الصينية أن شجرة الخشخاش نبتت من الأرض حينما وقعت جفون بوذا وذلك لتساعده ثمارها على النوم . وقد كان جالينوس (Scott 1969) الطبيب اليوناني الشهير يعتقد أن الأفيون هو الشفاء لكل الأمراض ، وساعد ذلك على انتشار الأفيون في اليونان في تلك الحقبة . ويقال أن الإمبراطور الروماني ماركوس اورليوس كان ملماً للأفيون ، وفي القرن العاشر أدخل التجار العرب الأفيون إلى الشرق بعامة وإلى الصين بخاصة حيث كان يستخدم أساساً للقضاء على الدوسنتاريا . وقد كان الأطباء العرب يستخدمونه في أنواع العلاج المختلفة ، وفي هذه الفترة من ازدهار الحضارة العربية فإن اثنين من أعظم أطبائها قدما مساهمات جديدة للطب ولتاريخ الأفيون ، ففي حوالي سنة ( ١٠٠٠ ) ألف البيروني كتاباً في الفارماكولوجي وصف فيه الأفيون ووضع أول توصيف للإدمان (Ray 1972) كذلك فإن ابن سينا كان يستخدم مستحضرات الأفيون بنجاح في العلاج الطبي .

وفي منتصف القرن السادس عشر بدأ الاكلينيكيون الأوروبيون في استخدام الأفيون بنفس الصورة المستخدم بها طيباً الآن تقريباً ، وقد قام باراسيلص (Paracelsus) بتحضير اللودانوم (Laudanum) وهو ناتج

من تقطير الأفيون ويستخدم حتى الآن . ولم تظهر حالات الإدمان وأعراض الامتناع كما هي معروفة الآن إلا قرب نهاية القرن السادس عشر . وفي القرن الثامن عشر قام سيدنام (Sydenham) أبو الطب الاكلينيكي في إنجلترا باستخلاص اللودانوم ( وهو يخلف عما حضره باراسيلص ) كما أن توماس دوفر قام بتحضير الدوفر (Dover) وهي مادة مركبة من الأفيون ومواد أخرى . وقد كان تدخين الأفيون شائعا ومقبولا اجتماعيا في منطقة الشرق ، كما أنه كان متاحا في أوروبا مما سبب بعض أنواع سوء الاستخدام (Fraser 1972) .

وفي سنة ١٨٠٣ عزل الصيدلي الألماني شيرنر (Sertuner) قلوئى أفيونى أسماه المورفين نسبة إلى مورفيوس إله الأحلام عند اليونانيين . كذلك اكتشف روبيكويه (Robquet) قلوئى أفيونى آخر سنة ١٨٣٢ هو الكودين ، وفي منتصف القرن التاسع عشر كان استخدام المورفين والكودين علاجيا قد حل محل الأفيون الخام . وقد عجل اختراع الإبرة الوريدية بسوء استخدام المورفين واستخدامه عن غير طريق القناة الهضمية . فالأثر الذاتى القوي الذى يعقب الحقن به ينتج استخدما قهريا له . وقد انتشر استخدام المورفين فى الولايات المتحدة نتيجة لاستخدامه الواسع ولمدة طويلة لعلاج الجرحى من جنود الحرب الأهلية حيث كان المبدأ الطبى السائد هو منع الألم أولا ، كما ساهمت بذلك أيضاً الحرب البروسية النمساوية والحرب البروسية الفرنسية (Ray 1972) وقد زاد استخدام الأفيون بعد ذلك لتدقق العمال الصينيين الذين كانوا من معتادى تدخين الأفيون ، ولأن الأفيون كان يباع فى محال البقالة والصيدليات . وقد ظل الأفيون مباحا حتى سنة ١٩١٤ حيث صدر قانون هاريسون للمخدرات . وكان للاستخدام الطبى الواسع للمورفين أثر كبير فى ظاهرة الإدمان وسوء الاستخدام . وقد انتقل الأفيون إلى أوروبا عن طريق أناس مشهورين ، فالشاعر الأنجليزى صمويل تايلور كولريديج كان مدمنا للأفيون وقد كتب

قصيدته الشهيرة (Koblai Khan) بينما كان تحت تأثير العقار . كذلك فان توماس دى كوينسى كاتب تراجم الحياة الشهير كتب اعترافات آكل أفيون انجليزى وهو لم يكن يأكل الأفيون وإنما كان يشرب اللودانوم (Kaplan 1964) . ومع بداية القرن العشرين فان استخدام الأفيون كان موجودا على جانبي الأطلنطى . كذلك كان يستخدم فى العلاج فى كل من أوروبا وأمريكا . ولم تكن هناك أى دلائل تشير إلى إساءة استخدامه ولم يكن هناك أى ضغط اجتماعى ضد استخدامه ، فالسيدات يستخدمنه لعلاج مشكلات الحيض كما يستخدم لعلاج الاسهال ، وقد ذكر سيدنى كوهين (Cohen 1969) أنه مع مطلع القرن العشرين كان واحد من كل ٤٠٠ مواطن فى أمريكا يستخدم الأفيون ، أما الآن فلا يوجد إلا استخدام ضئيل أوسوء استخدام ضئيل للأفيون فى أمريكا وذلك لأن اثنين من مشتقاته وهما المورفين والهيريون - وهما أكثر فاعلية وأسهل فى النقل وأوفر فى الربح - أصبحتا عقار الإدمان المفضل .

## ( ب ) إدمان الأفيون : نظرة اجتماعية

عادة ما يفسر الإدمان من الوجهة الاجتماعية البعثة على أنه نتيجة ضغوط المجتمع الذي يعيش فيه الفرد كالفقر وإحباطات الأقليات والقوى المدمرة التي قد تعمل مع الفقر على إظهار دوافع عدم الرضا لدى الشباب ، والأسر المفككة ، والفراغ الخالي من الأهداف (Saltman 1970) فنجد أن شر (Scher 1968) يقول أن الإدمان نتاج لمزيج من توافر العقار وضغط جماعة الأتراب والانسجام مع اتجاهات اجتماعية مقبولة ورغبة ملحة في الاستكشاف ، وفورت (Fort 1967) يعتبر استخدام العقاقير كالطعام وسيلة للتخلص من التوتر ، ومن الملل المستمر وللمشاركة الاجتماعية مع الأتراب وللحصول على النشوة الوقية وللهرب ولعدم وجود ما يملأ الفراغ وللاتجاهات الجنسية والمعتقدات وتناقص التكامل الاجتماعي وتأثير الثقافات الخارجية أو للمسايرة لعرف جماعات ثقافية فرعية . كذلك فان ديفيز (Davies 1970) يرى أن الإدمان ينتشر كالوباء وذلك عن طريق المصابين به ، وأنه قد ينتشر نتيجة للاتجاهات الثقافية والاجتماعية لجماعات الشباب ، وقد تكون هناك أسباب عميقة في المجتمع تساعد على ذلك ، فالتعاطى السرى ينتشر عادة بين المراهقين ، وعموما قد يلجأ المراهق إلى المخدرات حبا للاستطلاع أو مسايرة لجماعات الأتراب أو للمغامرة أو للتمرد على المجتمع . أما رادو (Rado 1963) فانه يرى أنه ليس من الضروري أن يأتي المدمنون جميعا من بيوت مهتمة أو غير مهتمة أو من بيوت فقيرة أو غنية وأن بعضهم قد يكونون أذكياء والآخرين غير ذلك .

هذه التفسيرات تعتمد أساسا على حقيقة في العلوم الإنسانية مؤداها أن الفرد نتاج للظروف الاجتماعية الاقتصادية التي يولد وينشأ فيها . فليس من المتصور وجود فرد ما بمعزل عن المجتمع الذي يعيش فيه أو أن هناك فردا ما يستطيع أن تكون قدراته وأفكاره واتجاهاته وخصائصه الشخصية وبنياه

الكلية خالية من تأثيرات المجتمع عليها . فالإنسان نتاج لتاريخ اجتماعي ،  
وعليه ، فإن دراسة لتحديد الظروف الاجتماعية قد تساعد على فهم  
تصرفاته (Krech et al 1962) .

ونستطيع أن نحدد أهم الاتجاهات الاجتماعية لتفسير الإدمان في الآتي :

- ١ - الدور الاجتماعي .
- ٢ - الخلل الوظيفي .
- ٣ - العوامل الأيكولوجية .
- ٤ - التعلم الاجتماعي
- ٥ - السلوك محصلة للتفاعل بين الفرد والمجتمع .

#### ١- الدور الاجتماعي : (Becker 1955, Benedict 1946 Elliot et al 1970)

أصحاب هذا الاتجاه يرون أن الانحرافات السلوكية بعامة وإدمان  
المخدرات والكحوليات بخاصة ناتجة عن مشاعر القلق المتزايدة التي تشيع لدى  
بعض الأفراد الذين يفشلون في أداء أدوارهم الاجتماعية بالطريقة التي  
يتوقعها منهم المجتمع . فمن المعروف أن للدور شأنا كبيرا في شعور الفرد  
بذاته وتقديره لها . وكلما أدى الفرد أدواره الاجتماعية بالطريقة التي يتوقعها  
منه المجتمع ، قلت كمية القلق لديه وبالتالي قل احتمال الانحرافات السلوكية  
لديه . وهذه الظاهرة ونعني بها الفشل في تحقيق أداء الدور كما يتوقعه المجتمع  
لا تكون موجودة في المجتمعات البدائية البسيطة حيث إن الأدوار فيها منسقة  
ومتكاملة ، بينما نجد المجتمعات المعقدة لا تسير فيما الأدوار وفق تناسق  
أو تكامل كما في المجتمعات البدائية ، وهذا بالتالي ينعكس على طبيعة أداء  
الأفراد لأدوارهم ودرجة نجاحهم في تحقيق ما يتطلبه المجتمع .

## ٢ - الخلل الوظيفي : (Elliot et al) (Mal Fonctionning)

المشايعون لهذا الاتجاه يرون أن وجود مشكلة اجتماعية في قطاع ما يعنى بالضرورة وجود خلل وظيفي في النظام (Malfuncotionning in the system) وعليه فان كل اهتماماتهم تنصب نحو دراسة الآثار المترتبة على أى انحراف أو جناح أو خلل اجتماعي . فاذا كان ذلك يسبب خللا وظيفيا للمجتمع فعلا فانهم يعلمونه مشكلة اجتماعية وهم لذلك يركزون في دراساتهم عن الإدمان على أعداد المدمنين وتوزيعهم الجغرافي وفتاتهم العمرية وإنتاجيتهم في العمل ونفسي البطالة بينهم ... إلخ .

## ٣ - العوامل الايكولوجية : (Elliot et al. 1970, Shaw et al 42)

ويهتم أنصار هذا الاتجاه بالربط بين انحرافات السلوك المختلفة وبين البيئة الفيزيقية التي يحيا فيها ، والتي قد تتضمن ضغوطا مختلفة سيئة بوأوضاعا قاصرة حضاريا بحيث تساعده على اكتساب أنواع شتى من السلوك المرضى أو المضاد للمجتمع والقانون ، وتتميز هذه المناطق كما تبين في العديد من الدراسات الاجتماعية المختلفة بالتالى :

- ( أ ) شيوع المساكن المهتمة والضيقة والمزدحمة التي لا تتوافر فيها الشروط الصحية والتي عادة ما تكون في أطراف المدن (Slum area) الأزقة :
- ( ب ) انتماء السكان إلى أنماط ثقافية مختلفة فمنهم النازحون إلى المدينة من الريف ومنهم المهاجرون الذين أغراهم رخص إيجارات هذه المناطق بالسكن فيها .
- ( ج ) ارتفاع نسبة البطالة ومن ثم انخفاض المستوى الاجتماعي الاقتصادي :
- ( د ) وجود صراع ثقافي (cultural conflict) بين هذه المناطق والمناطق التي تجاورها .

( ه ) عدم استقرار قواعد الضبط الاجتماعي فيها .

٤ - التعلم الاجتماعي : - (Sutherland 1964)

مؤدى هذا الاتجاه أن السلوك بعامة هو سلوك متعلم عن طريق التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين وأن معظم أنواع السلوك يتم تعلمها من خلال جماعة ما قد تكون الأسرة أو المدرسة أو جماعات الأتراب . وأن الفرد يكتسب مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات المؤيدة أو المعارضة حيال الموضوعات المختلفة ، وذلك طبقاً لما تملبه عليه البيئة المحيطة به .

وعلى ضوء ما سبق يفسر بيكر (Becker 1955) سلوك ملغنى الماريجوانا بناء على التعلم الاجتماعي للسلوك ، فهو يرى أن خطوات تعلم الإدمان تم في خطوات ثلاث هي :

- ( أ ) تعلم الطريقة الصحيحة للتعاوى .
- ( ب ) الخبرة التخديرية وربطها باستخدام المخدر .
- ( ج ) تعلم الاستمتاع بآثار المخدر .

وهذه الخطوات الثلاث تم عن طريق التعلم الاجتماعي ، إذ من المتعذر على فرد ما أن يتعاوى مخدراً لم يسمع عنه من الجماعة ، كما أن ممارسة الخبرة التخديرية وتعلم الاستمتاع بها يتم وسط جماعة أيضاً .

٥ - السلوك محصلة للتفاعل بين الفرد والمجتمع : (Becker 1955)

يعتمد هذا الاتجاه على دراسات علم النفس الاجتماعي والطب النفسى وعلم النفس العام ، والفرد والمجتمع وجهان مختلفان لعملة واحدة هي التفاعل الاجتماعي ، فالقوى الدينامية التي تنتج التفكك والانحلال الاجتماعي هي بعينها القوى الدينامية التي تنتج الانحلال وعدم السواء الشخصى . فاذا كانت

الشخصية تقوم في أساسها على تبادل العلاقات بين الفرد والجماعة سواء في طفولته أو في رشده فان المجتمع المضطرب المفكك ينتج شخصيات مفككة مضطربة ، أو بمعنى آخر أن سواء وقوة الفرد ترتبط إيجابيا بسواء وقوة العلاقات التي تتضمنها الجماعة التي ينتمى إليها . فالعلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع هي الأساس في سواء السلوك أو عدم سوائه . ويفسر الاجتماعيون اضطراب هذه العلاقات على النحو التالي :

- ( أ ) فشل عملية التطبيع الاجتماعي .
- ( ب ) صراع الاتجاهات الفردية مع القيم الاجتماعية .
- ( ج ) الفشل في أداء الدور الاجتماعي المتوقع من الفرد .

فعدم نجاح عملية التطبيع الاجتماعي يجعل العلاقات المتبادلة بين الفرد والمجتمع في صورة فجوة ، كما أنه يساهم أيضاً في خلق الصراع بين ما يعتنقه الفرد من قيم واتجاهات ، وبين ما هو موجود في المجتمع ، وذلك يؤدي بالتالي إلى فشل أداء الفرد لأدواره الاجتماعية (Kramer 1955)

(ج) إدمان الأفيون - نظرة قانونية تشريعية :-

كان الاتفاق الذي عقده بريطانيا والصين سنة ١٩٠٨ والذي وافقت فيه بريطانيا على عدم تصدير الأفيون إلى الصين من الأسباب التي دعت الولايات المتحدة الأمريكية إلى طلب عقد مؤتمر للأفيون (Ray 1972) ، وبالفعل عقد أول مؤتمر دولي في شنغهاي سنة ١٩٠٩ وكان يضم أربع عشرة دولة ومن أهم نتائجه تكوين اللجنة الدولية للأفيون سنة ١٩٠٩ ثم تلا ذلك العديد من المؤتمرات والمعاهدات (أحمد الحادقة ١٩٧١) .

نذكر منها ما يلي :

(أ) اتفاقية الأفيون الدولية الموقعة في لاهاي سنة ١٩١٢ : التي فرضت بموجبها الرقابة الدولية على المخدرات ، كما وضعت المبادئ الأساسية للرقابة التي استخدمت فيما بعد أساسا للاتفاقيات التي مازالت منفذة حتى الآن مثل نظام التراخيص أو الأذون على كافة المستويات التجارية ، وإعداد السجلات لدى كل من يعمل في تجارة المخدرات ، ومنع حيازة المخدرات دون ترخيص ، ومنع تجارة المخدرات ٥

وفي خلال نفس السنة أنشئت اللجنة الاستشارية للتجار بالأفيون والمواد الخطرة الأخرى والتي عرفت باسم لجنة الأفيون بعصبة الأمم .

(ب) الاتفاقية الخاصة بصناعة الأفيون المستخرج والاتجار فيه داخلها واستعماله ، الموقعة في ١١ فبراير ١٩٢٥ والمعدلة بالبروتوكول الموقع في نيويورك في ١١ ديسمبر ١٩٤٦ .

(ج) الاتفاقية الدولية للأفيون الموقعة في ١٩ فبراير ١٩٢٥ والمعدلة بالبروتوكول الموقع في نيويورك في ١١ ديسمبر ١٩٤٦ .

وأهم ما نصت عليه هاتان الاتفاقيتان ما يلي :

١ - تكوين اللجنة المركزية الدائمة للأفيون ، وذلك لتلقى البيانات والإحصاءات السنوية الخاصة بانتاج الأفيون وصناعته وتوزيعه وتقارير كل ثلاثة أشهر عن استيراد وتصدير المواد المخدرة

٢ - إدخال أوراق الكوكا ضمن المواد المخدرة التي تنطبق عليها أحكام الرقابة والتجارة الخارجية .

٣ - منع تصدير المادة الصمغية المستخرجة من القنب الهندي واتخاذ الإجراءات اللازمة لمنع الاتجار غير المشروع فيه .

(د) الاتفاقية الخاصة بتقييد صناعة المواد المخدرة وتنظيم توزيعها

---

الموقعة في ١٣ يوليو ١٩٣١ والمعدلة بالبروتوكول الموقع في نيويورك في ١١ ديسمبر سنة ١٩٤٦ ، وأهم ما نصت عليه :

---

١ - إدخال نظام التقديرات وإلزام الدول المتعاقدة باخطار اللجنة المركزية الدائمة للأفيون باحتياجاتها من المواد المخدرة سنوياً .

٢ - تكوين هيئة الرقابة على المخدرات لفحص هذه التقديرات .

٣ - إلزام الدول بضرورة إنشاء مصلحة خاصة يكون مهمتها تنظيم استعمال العقاقير المخدرة ومكافحة الاتجار غير المشروع فيه .

(هـ) معاهدة سنة ١٩٣١ لرقابة استهلاك الأفيون المعد للتدخين بالشرق

---

الأقصى والمعدلة بالبروتوكول الموقع في نيويورك في ١١ ديسمبر سنة ١٩٤٦ ؛

---

(و) الاتفاقية الخاصة بمكافحة الاتجار غير المشروع في المواد المخدرة

---

الموقعة في ٢٦ يونيو سنة ١٩٣٦ ، وأهم ما نصت عليه :

---

١ - تحديد الأفعال التي يجب على الدول اعتبارها من الجرائم المعاقب عليها بالنسبة للتجار غير المشروع بالمخدرات .

٢ - الاعتراف بأحكام الإذانة الصادرة من الدول الأجنبية في اعتبار المجرم عائدا في جرائم المخدرات .

٣ - اعتبار جرائم المخدرات من الجرائم الموجبة قانونا لتسليم المجرمين بين الدول التي تربطها معاهدات تسليم المجرمين أو تأخذ بمبدأ التعامل بالمثل .

٤ - تنظيم الاتصالات المباشرة بين السلطات المختصة بالبلدان المختلفة بعيدا عن تعقيدات الاتصالات الدبلوماسية .

(ز) البروتوكول الموقع في نيويورك في ١١ ديسمبر سنة ١٩٤٦ :

ريتضمن الأحكام الخاصة ببيع الأفيون بالتجزئة وتلخيصه بمنطقة الشرق الأقصى وضرورة قيد أسماء الممننين بسجلات خاصة .

(ح) البروتوكول الموقع في ١٩ نوفمبر سنة ١٩٤٨ باختصاص المواد

المخدرة غير الخاضعة لأحكام اتفاقية جنيف لسنة ١٩٣١ إلى الرقابة الدولية

وفيها تم السماح لإخضاع المخدرات التخليقية التي أشارت منظمة الصحة العالمية إليها تحت الرقابة ، تلك المخدرات التي لم تكن خاضعة لاتفاقية ١٣ يوليو سنة ١٩٣١ .

(ط) البروتوكول الموقع في ٢٣ يونيو سنة ١٩٥٣ الخاص بتحديد

وتنظيم زراعة الخشخاش وإنتاج الأفيون الخام والاتجار الدولي أو الاتجار

بالجملة واستعماله ، وأهم ما نص عليه :

١ - إنشاء هيئة حكومية تختص بإصدار التراخيص الخاصة بزراعة

الأفيون والمساحات التي تزرع به ومباشرة استلام هذه المحاصيل بعد حصرها مباشرة والقيام بجميع الأعمال التجارية الخاصة به ٥

٢ - منح اللجنة المركزية للأفيون سلطة طلب المعلومات الإيضاحية من الدول التي تتعرض فيها أغراض الاتفاقية للخطر ودعوتها إلى اتخاذ إجراءات علاجية حسب ما تقتضيه الحالة في هذه الدولة . كما منح اللجنة الحق في فرض الحظر الإجباري على استيراد وتصدير المخدرات من وإلى هذه الدولة .

(ى) الاتفاقية الموحدة للمواد المخدرة لسنة ١٩٦١ وقد جمعت

هذه الاتفاقية أحكام معظم الاتفاقيات السابقة وصيغت بطريقة تتفق مع رغبات جميع الدول بما يبعد أحكامها عن كل ما يتعرض لسيادة الدول . إلا أن ما تجدر الإشارة إليه بالنسبة لهذه الاتفاقية أنها نصت على أن يقصر استعمال المخدرات على الأغراض الطبية والعلمية . وقد امتدت هذه التدابير إلى أوراق الكوكا والحشيش ٥

(ك) الاتفاقية الخاصة بالمواد المؤثرة على الحالة النفسية لسنة ١٩٧١ .

وتنص على إخضاع المواد المؤثرة على الحالة النفسية للرقابة الدولية بعد أن انتشر استعمالها انتشارا خطرا في أنحاء متفرقة من العالم .

والمتبع لكل الاتفاقيات يجد أنها تهتم بناحيتين أساسيتين ، هما الإنتاج والاتجار غير المشروع في المخدرات ، والرقابة الدولية لمكافحة الاتجار غير المشروع وذلك عن طريق توسيع نطاق الرقابة على كل العقاقير المخدرة ، وقصر إنتاج الأفيون على دول معينة والرقابة على الاتجار ، والرقابة على التهريب ، والتعاون الدولي وتبادل الخبرات في هذا المجال (سعد المغربي ١٩٦٦)

والنشاط الدولي لا يقدم سوى مقترحات وتوصيات يكفى ألا تلتزم بها دولة ما فتصبح مقرا للزراعة والاتجار والتهريب والإدمان .. كذلك فان

التشريعات الخاصة بالمواد المخدرة قد تركت لكل دولة على حدة بحيث تتخذ ما يلائم ظروفها من تشريعات .

وإذا نظرنا إلى الجهود الدولية من زاوية كميات الأفيون المستهلكة في غير الأغراض الطبية لوجدنا أن هذه الكميات كانت سنة ١٩٢٩ أربعة أطنان ، وفي سنة ١٩٦٦ ألف ومائتي طن (أحمد الحادقة ١٩٧١) ، أما سنة ١٩٧٢ فقد كانت الكمية تعادل ٩٠٪ من المنتج في هذه السنة (W.H.O. 1973)

ولم تهتم الجهود الدولية الاهتمام الكافي بالجانب الإنساني في الإدمان ، ألا وهو الملمن نفسه إلا في وقت قريب جدا منذ سنة ١٩٧٠ وذلك عن طريق التوصية بعمل بحوث عن الملمنين أنفسهم وعقد مؤتمرات لمختلف العاملين في هذا المجال من أطباء سيكياتريين وعلماء نفس واجتماعيين بقصد تبادل الخبرات (W.H.O. 70)

( د ) إدمان الأفيون : نظرة طب نفسية و فارماكوأوجية : -

ترى نيسواندر (Nyswander 1959) أن الإدمان لا يتبع نمطا عصابيا واحدا ، إذ أظهرت الدراسات أن نسبة حدوث الاضطرابات الذهانية بين المدمنين ليست أكثر منها لدى غيرهم ، كما أنها قامت بتقسيم شخصيات المدمنين بناء على دراساتها وبحوثها في هذا المجال إلى فئات ثلاث هي :

- ١ - شخصيات غير كفؤ (Inadequate Personalities)
- ٢ - اضطرابات خلقية .
- ٣ - مختلف أنواع العصاب .

كذلك فإن التشخيص السيكايتري ليس على درجة كبيرة من الفائدة في التنبؤ بطرق العلاج ، فهناك مجموعات من الحديين (Border) من الذهانيين عادة ما يخبرون الإدمان ثم يتحررون منه . كما أن أصحاب الاضطرابات الخلقية عادة ما يكونون مدمنين غير دائمين . فالإدمان قد يكون في أى بنیان سيكولوجى كما أن المدمن قد يشفى من مرضه دون حاجة إلى تغيير عميق في شخصيته . ومما لا شك فيه أن العوامل السيكولوجية هى التى تحدد ارجاعات الفرد للعقار ، وبخاصة لماذا يختار العقار . إذ تبين أن الأفراد الذين تخلصوا من الألم عن طريق المواد البلاسيبو (Placebo) يفضلون الافيونيات على العقاقير الأخرى (Felsing et al 1955) وقد بين شين (Chien 1957) في دراسته مع المدمنين من الأحداث وجود اضطرابات سيكايترية أولية سابقة على تعاطى العقار تساعد على قيام الفرد بالإدمان ، كذلك أوضح جيرارد أن الأحداث المدمنين هم أفراد مضطربون ويحتاجون المساعدة في حل مشكلاتهم سواء أخذوا العقار أم لا ، كما أن تصورهم لذواتهم هو تصور غير واقعى ولا يستطيعون تحقيقه إلا من خلال المخدر والاستخدام المتكرر له .

أما وكلر (Wikler 1959) فإنه يكون نظريته عن الإدمان على أساس دراسته على الحيوانات والبشر وهو يرى أن الدور الذي تقوم به المخدرات يقوم على أساس الحاجات الأولية للكائن الحي وهي الجوع والحاجات الجنسية والعدوان وإزالة القلق والألم . فعنما يقول المدمن أنه سوى Normal بالمخدرات فإنه فعلا كذلك ، إذ أنه يشعر بالرضى الجنسي والأشباع الغذائى والخلو من القلق والألم وعدم نزعات للعدوان . ويرى وكلر أنه مهما اختلفت التقسيمات التقليدية للشخصية ، فإن المصدر الرئيسى لدى المدمنين هو القلق الذى يرتبط عندهم بالألم والجنسية والتعبير عن العدوان ، فالصورة الدينامية للمدمن تتضمن :

- ١- احتمال وجود مشاكل شخصية أولية .
- ٢- حفزات جنسية وعدوانية عادية .
- ٣- قلق لا يحتمل عند إرضاء هذه الحفزات بالطرق المعتادة .
- ٤- معرفة بالعقار الذى يرضى فارماكولوجيا هذه الحفزات .
- ٥- خلق حاجة جديدة «هى الحاجة إلى المخدر» عند استخدام العقار .
- ٦- كل الإرجاعات الثانوية العامة والمكاسب الناتجة عن استخدام المخدر .

رر زكلر (Wikler 1971) أنه من الوجهة الدينامية فإن آثار الافيونات رجع إلى الدوافع السابقة وإن كان التخلص من الألم والمتاعب الفسيولوجية هما أهم تلك الدوافع ، كما أن الاعتماد الفسيولوجى الناتج عن التعاطى المتكرر يضيف حاجة عضوية جديدة هى استحضار الدافع إلى تعاطى العقار الذى يؤدى خفضه إلى تعزيز إيجابى وهذا الدافع الجديد يجعل المدمن موجها نحو هدف أساسى هو الحصول على الأفيونات وتعاطيها بصورة متكررة . أى إن الإدمان يخلق مصدرا جديدا للتعزيز ، مصدر لا يستطيع مصدرا آخر مشاركته . وفى دراسة له مع رازر (Wikler et al 1953) فإنه يقسم المدمنين إلى عصبيين يبحثون عن النشوة السلبية لتخفيف

القلق وسيكوباتيين يبحثون عن النشوة الايجابية وذهانين يبحثون التخفف من الاكتئاب وقمع الهذات .

أما رادو (Rado 1963) فيعزو الاستهداف للإدمان تخمينا إلى وجود استعدادات ذات أصول جينية (genetically rooted predisposition) تجعل الذات فيما بعد تشعر بأن لها اقتدارا وقوة أولية أكثر من الغالبية العظمى من بقية أفراد المجتمع . وتبعاً لهذا الاستعداد فان سعادة التخدير تظهر استجابة الشعور بالعظمة . ومفهوم العظمة هذا هو الذى يجعل اللهفة لا يمكن التحكم فيها . وتؤكد ذلك نيسواندر (Nyswander 1959) فتقول : إن أحلام يقظتهم مليئة بالاحساس بالاقتدار والعظمة والأفكار السحرية ودأماً ما تظهر فى اسقاطاتهم البارانويدية مشاعر عدم الثقة وعدم القدرة على التعامل مع الغير دون نمط نرجسى .

ويصفهم هوفان (Hoffman 1969) بأن لديهم انخفاضا شديدا فى تقديرهم لنواتهم ، فهم بدون العقار يعانون من الاكتئاب الشديد الذى لا ينتهى إلا بالزهو الفارماكولوجى (Pharmacological elation) الناتج عن التعاطى والذى يتميز بنقطتين أساسيتين هما :

١ - أن الأنا هو الذى يستحضره وبارادته وعلى ذلك يعطى المدمن إحساسا بالاقتدار والسيطرة على مزاجه .

٢ - ما يسمى بالإنعاط الغذائى (alimentary orgasm) فالدمن إذا كان يشعر بالاكتئاب فانه يحتاج إلى أداة تثير لديه النشوة وتعمل أطول فترة ممكنة .

كذلك فالاتصال الجنسى هو فترة قصيرة جدا خالية من الاكتئاب لذا فهو يحتاج إلى ما يطيل فترة النشوة وهذا ما يجده فى الأفيون . إن المدمنين إذا تلقوا أنباء حزينة فانهم سرعان ما يتملكهم الإحساس بالاكتئاب ولأنهم

يعززون اكتئابهم لعدم وجود قيمة لهم فانهم يظهرن بعض مشاعر العداة للانتقام غير أن عدوانيتهم تثير لديهم الخوف . وحلا لهذا الموقف المولم فانهم يخرجون منه تماما بالهيروين الذي يعطيهم الحل المثالي فهو يساعد على تهييط العدوان وزيادة احترام الذات .

أما رازار (Rasor 1959) فيرى أن تعاطى المخدرات نوع من المرض العقلي وأن الدافع إلى التعاطى هو دافع قهرى يدعمه الاعتماد الجسمى على العقار ، كما أنه يرى أن اعتبار الذات لدى المدمنين منخفض وأن الإدمان قد يكون وسيلة لتصريف العدوان سواء كان هذا العدوان موجها نحو الذات أم نحو الموضوع أم نحو المجتمع . كذلك فإن الاضطرابات المشتركة الشائعة بينهم هى المزاج المبتئس والاضطرابات الجنسية والاضطرابات فى العلاقات الجنسية .

ويقسمهم شين وآخرون (Chien et al. 1964) إلى أربعة أنماط رئيسية هى :

١ - الفصام البسيط .

٢ - الفصام الظاهر .

٣ - اضطراب خلقى عدوانى .

( أ ) إجرام سيكوباتى مزيف .

( ب ) خلق فى .

٤ - قصور وعدم كفاية فى الشخصية (inadequate personality)

وقد بينت دراسة رادو (Rado 1957) أن الإدمان قناع لمداراة الاكتاب

أو هو وسيلة لتفادي الاكتئاب ، كما أن زمرنج (Zimering et al 1951) بين أنهم غير قادرين على تحمل الاحباط . كما أوضحت دراسة كولب (Kolb 1952) أنه لا توجد علاقة بين ارتكاب الجرائم والإدمان، أى أنه لا يمكن القول أن الإدمان من الممرات المؤدية إلى ارتكاب الجرائم ، فانتشار الجرائم بين المدمنين لا يختلف عن انتشارها بين غير المدمنين .

وقد أشارت كل دلائل هذه الدراسة على أنهم يعانون من اضطرابات عميقة الجذور في الشخصية ، على الرغم من أن التشخيص السيكيكاتيرى يميل إلى تصنيفهم في مجموعة واحدة من المدمنين هم المدمنون الأحداث . كذلك فهم لا يستطيعون تكوين علاقات طويلة وقوية من الصداقة مع أقرانهم أو مع الراشدين ، ولديهم صعوبات في أدائهم لدورهم الذكري ويفغروهم الاكتئاب العام والاحساس بعدم النفع وتوقع الفشل ومن السهل وقوعهم في الاحباط والقلق . إن الهيروين لديهم له دور وظيفى فهو يخلصهم من الضغوط الواقعة عليهم ويجعل من السهل عليهم أن ينكروا أو يتحاشوا مواجهة مشكلاتهم الشخصية العميقة ، وعلى العكس من المفهوم الشائع من أن العقار يقدم المزيد من السعادة الايجابية ، ففي الحقيقة أنه يقدم الخلاص من الشقاء فقط . ففي ٥٢ حالة التى درسها « كولب » كان نصفها يصنف كاضطرابات خلقية . وكانت الأنماط السائدة لدى الاناث منها هى النمط السادى المازوخى ، والغضب والعدوان والنمط السيكيوباتى البارد . أما الذكور فكانوا يتميزون بالاعتماد الفمى والجناح شبه السيكيوباتى . وقد كان ربع الحالات فصامية حدية ، وسدس الحالات فصام ظاهر والباقي شخصيات غير متلائمة . وكانت اضطراباتهم الذهنية تتمثل في إقلاهم لاعتبار ذواتهم والنشوة السلبية والاكتئاب كما أن لديهم تناقضا وجدانيا واضحا حيال الأم .

ويعد العرض السابق عرضا لأهم الدراسات والاتجاهات التى تمت

إلى بداية الستينات وعلى ذلك فإن العديد منها أصبح تقليديا وغير حديث ، هذا بالإضافة إلى زيادة اهتمام العاملين في حقل الطب النفسى الدينامى بديناميات الشخصية وبخاصة المبادئ الخاصة بالتحليل النفسى . والدراسات والانجماآت التالية تعد أحدث اتجاهات الطب النفسى حيال الإدمان .

ففى دراسة قام بها شين وآخرون (Chien et al. 1964) لم يتساءلوا عن السبب الذى يدفع الفرد لإدمان العقاقير وهل هو تحد للمخاطرة ، أو هل هى جاذبية الممنوع أو تحدى السلطة أو قوة الحاجات الذاتية المدمرة أو الانتماء إلى جماعات المهريين أو محاولة لإثبات الوجود أو لإحساس الفرد بأنه وحيد فى مجتمع عدائى إلى آخره من الأسئلة التقليدية ، وإنما قاموا بدراسة لديناميات الشخصية لدى الأحداث الملمنين من جوانب مختلفة . وقد تبين لهم أن 1/3 هؤلاء الجانحين قادمون من بيئات محرومة حضاريا ويمكن وصفهم بأنهم جانحو التوجه للحياة ومتشائمون وسلبيون وغير واثقين فى الغير ، كما أنهم ينحدرون من أسر يشيع فيها المهجر أو الطلاق وعدم وجود ذكر أكبر ، كما يشيع فيها العدوان ولا يوجد الدفء ويكثر الاحباط .

وقد ركز هارتمان (Hartman 1969) أساسا على جانب الدفاع لاستخدام العقار ، الرغبة فى تحاشى الآثار المؤلمة (الاكتئاب) والحاجة إلى تغيير الموضوع المفقود ، فشخصيات المدمنين القهريين عادة ما يكون لديها تثبيت فى أو نكوص فى بينما يكون الإدمان لدى الملمنين العرضيين عرضيا لتحد ناشب وقائم .

ومن الوجهة البنائية فإن الملمن القهرى إما أن لديه كفا عاليا (سلبية شديدة) بالنسبة للعدوان أو أن لديه دفعات من انفجارات العدوان لا يستطيعون السيطرة عليها، وتظهر وظائف الأنا والأنا الأعلى لديهم محطمة وهم تحت تأثير العقار ، كما أن معظمهم تعرض للاكتئاب قبل استخدام العقار وقلل استخدام العقار من اكتابه .

أما ويدر وكابلان (Waeder and Kaplon 1969) فريان أن الاستخدام المزمّن للعقاقير الذي يعتقد أنه يحدث نتيجة لمرضية الأنا إنما يضيف لهذه المرضية من خلال سعى شعورى أو لا شعورى نكوص الأنا . فالدافع الشعورى الرئيسى ليس هدفه الاستمتاع الجنسى ولكن هدفه الرئيسى هو استحضار خزنض فارماكولوجى للضغوط التى لا يستطيعون التعامل معها بمجهوداتهم السيكولوجية . كذلك فإن العقاقير المختلفة تتيح حالات من النكوص مختلفة تماثل أوجها محددة من أوجه النمو المبكرة . ويرسو المدمن يرغباته وميوله إلى حل نكوص معين لصراعاته توصله إليها فارماكولوجية العقار .

فالخبرة المتكررة للرضا تكون مبدأ التفضيل للعقار . وكلما زادت الحاجة إلى استمرار الحصول على الآثار الفارماكوجية كانت المرضية أكبر . فالعقاقير إذن تعمل كمنشطات للتعديل وإعادة توزيع الطاقة والترقيع البنيانى . فوجود مادة كيميائية تسهل للمدمن تغيير مزاجه وطريقة مواجهته لصراعاته فإنها تصبح عقاره المختار . أى أن العقار يقدم حالة النكوص بينما يقدم المدمن نفسه الميول النكوصية . فالعقار يقدم الشكل النكوصى الذى يرغبه الفرد بينما ديناميات الشخصية هى التى تحدد الميل النكوصى . فالمدمن إذن فرد يعانى من تفكك نكوصى حقيقى وبيانات خاطئة فى طفولته المبكرة ، وهذا من قبل أن يفكر فى تعاطى المخدرات .

أما كريستال وراسكين (Krystal and Raskin 1970) فريان أن علة استخدام العقاقير تقع فى البنيان السيكولوجى ووظيفية الكائن الحى ، أكثر مما تقع فى الآثار الفارماكولوجية للعقار . فالعقار ليس مشكلة ولكنه محاولة لمساعدة الذات غير المتوافقة على التوافق . إن الاعتماد على العقاقير وظيفة ظاهرة للذات فهو نوع من التكيف وقد يكون الميكانيزم التوافقى الوحيد لمشاكل الفرد المتاح أمامه فى هذه اللحظة . ويعتمد تفسيرهم للإدمان على ثلاثة جوانب من تفاعل شخصية المدمن هى :

١ - الوجدان (affect) .

٢ - تصور الموضوعات (object representations)

٣ - تعديل الشعور .

فالملمنون لديهم وجدان خليط من الاكتئاب والقلق بصورة مضطربة تجعل من الصعب عليهم التمييز بين القلق والاكتئاب ، كما أنهم أحيانا لا يستطيعون ممارسة هذا التمييز بنجاح أبدا ويبدو أن وجدانهم ينكص إلى مرحلة الطفولة الأولى والتي كان يعبر فيها الكائن الحي بكليته عن مشاعره وأحاسيسه :بخاصة التعبير الجسدى الكلى .

أما بالنسبة لتصور الموضوعات فان لديهم تناقضا وجدانيا يتمثل فى الجمع بين الاعتماد القمى والاحساس غير العادى بالذنب ، فتوجد لدى الملمنين ظاهرة توأمية هى الالهفة على إعادة الانماج فى الحياة والحاجة الملحة للانفصال فهم لفشلهم فى تمثيل الموضوعات يلجأون للعقار الذين يستطيعون بسهولة أن يتحكموا فيه ويستدجوه مرات ومرات كما أنه يقلل من خطر الموضوع ، ويحل محل الموضوع الرئيسى للحب أو كما تقول « دورسى » أنه صورة متطرفة من صور الطرح .

وأخيرا فإنها يصفان تغير الشعور وخاصة عدم التوجه وعدم الترابط كدفاعات رئيسية تقف سدا حائلا أمام المواجهة أو التخلص من الحفزات الخطرة . فهم يتعاملون مع مشكلاتهم عن طريق معالجة (Manipulating) وظائفهم الحسية والأدراكية بدلا من التعامل مع المصادر الحقيقية لمشاعرهم غير السارة عن طريق حل المشكلات أو عمل تغيرات كيفية . إن الملمن يمدح نظامه الإدراكى ، فاذا كانت لديه أفكار وآراء مخيفة فإنه يبحث عن النكوص إلى مرحلة مبكرة وإلى تجارب ذات صبغة هلاوسية مرئية أو مسموعة . أى إنه يميل إلى تعديل شعوره أساسا كطريقة لتعديل حالته الحسية. وتؤكد النتائج التى توصل إليها كروول وآخرون (Kroll et al. 1974)

في دراستها سنة ١٩٧١ حول ديناميات جماعة من ملغني الهيروين من الطبقة المتوسطة أنهم ذوو شخصيات سلبية وأنهم اتكاليون وأقل اعتبارا لذواتهم ، وأن تاريخهم التحصيلي سيء إذا ما قورنوا باتراهم وأن آباءهم يعملون عنهم وسلبيون ومنهمكون في أعمالهم كما أن أمهاتهم تتصف بالحماية الزائدة ، كما أن أسرهم كانت تفتقر إلى الدفاء وعدم وجود نمط ذكري للتوحد .

ونعرض فيما يلي إلى فارماكولوجية الإدمان من نواح رئيسية ثلاث هي الآثار الفارماكولوجية للأفيون ، التفسير الفارماكولوجي للإدمان ، بعض الدراسات الفارماكولوجية للإدمان .

( أ ) الآثار الفارماكولوجية للإدمان

(Krontz et al. 1961, Roy 1972 Rashad Helmy.)

لما كان المورفين هو العنصر الرئيسي الفعال في خام الأفيون ، وأنه يشكل نسبة ١٠ ٪ منه فسوف نعرض إلى الآثار الفارماكولوجية للمورفين فقط ، وخاصة أن جميع مستحضرات الأفيون الطبيعية والمحضرة تحضيرا معمليا تماثل في آثارها تلك الخاصة بالمورفين .

ينصب الأثر الفعال للمورفين على الجهاز العصبي المركزي والقناة الهضمية والعضلات المساء والجلد وعمليات الأيض وإنتاج الهيستامين ، فكل الدلائل تشير إلى أنه يعمل على خفض الألم والتخلص من الدوسنتاريا والاسهال . والنوام (Narcosis) وانهاط مراكز التنفس وهذا ناتج أساسا من تأثيره على الجهاز العصبي المركزي ، كذلك فإن إدراك عتبة الألم ترتفع ويختفى الألم المتوسط الحدة ، أما الألم الشديد الحدة فإنه يصبح محتملا وبالإضافة إلى ذلك فإن النوم يساعد على منع الاحساس بالألم ، وقد وجد أن جرعة من ٥ - ١٠ ميليجرام تصيب الفرد بالنوام وتخلصه من الآلام وتجعله يشعر بالنشوة ، ويستدل على النوام بعدم القدرة على التركيز وفساد

العمليات العقلية والسيولوجية وكل مشاعر الألم غير السارة إلى الهرش الناتج عن زيادة إفراز الهيستامين وانهاط النفس الناتج عن انهاط مراكز التنفس والمخ وضيق الحلققات الشديد .

وتقول بعض التقارير العملية أنه لا يؤثر على عتبة الألم . ومن المحتمل أن يكون المورفين مخفضا للألم عن طريق عمليتين أساسيتين في المخ إحداهما انهاط تأثير جهاز الاستثارة في المخ، وما زالت هناك مناقشات حول ما إذا كان ذلك عن طريق جهاز التنشيط الشبكي (reticular activating system) وثاني هذه العمليات هي تأثيره الانهباطى على جهاز الأطراف الذى له عدة مناطق ضرورية في الرأس للاستجابة الانفعالية ، فالمورفين يقلل من النشاط الكهربى لجهاز الأطراف . وهاتان العمليتان معاً ، النقص العام في مراكز الاستثارة والألم والنقص في المراكز الانفعالية في المخ قد يكونان الأساس في نقص المعانة وإنهاء الوعي بالألم بعد أخذ المورفين .

ويجعل المورفين التنفس بطيئاً وضحلاً عن طريق تأثيره الانهباطى على مراكز التنفس في المخ ، وهذا الأثر من الخطورة بمكان إذ أنه قد يودى بحياة المريض أو المدمن في حالة الجرعات الكبيرة (Over doses) وذلك على أساس أن مراكز التنفس تكون أقل استجابة لمستويات ثانی أكسيد الكربون في الدم فتقضى بذلك تماماً على الأكسجين .

وتكون حدقة العين ضيقة جداً كراس الدبوس حتى لو تعرضت لإظلام شديد أو ضوء متوسط وهى تستجيب لتغيرات الضوء في أدنى صورة ممكنة .

وينبه المورفين مراكز التحكم في القيء والغثيان فعادة ما يحدث الغثيان في نصف الحالات التى تم إسعافها ، وبعض المدمنين يضبطون جرعاتهم على أساس قدرتها على إثارة القيء والغثيان (feeling good sick) (Elliott 1972)

وتقل استجابة الهيونثلاموس للموثرات الخارجية مما يفسد تنظيماته

لوظائف التوازن الحيوى فتقل درجة حرارة الجسم قليلا. وتستبقى السوائل داخله بالإضافة إلى نقص واضح في إفرازات الغدة النخامية .

وبينما تؤدي الممرات الحسية وظائفها بصورة عادية فان الاستجابة للألم هي التي تنتهي وينهبط التنفس ويحدث الغثيان عن طريق التأثير على مراكز المخ الدنيا وتقل استجابة الهيوثلاموس ويقل نشاط الغدة النخامية .

وفي بعض الحالات وبخاصة عند النساء فان المورفين يسبب استثارة بعض الهذات والاضطرابات . كما يؤثر الأفيون على مراكز الكحة تأثيرا انهباطيا وعلى الحبل الشوكي وعلى الجهاز الحشوي مما يجعل ظاهرة الإمساك التي نجدها عادة عند المدمنين كثيرة الشيع ، كذلك فان له تأثيرا انهباطيا على العضلات المساء .

كذلك فان المريض أو المدمن عادة ما يميل إلى حك جلده وهرشه بعد فترة من تناول الجرعة . وذلك لأن المورفين يساعد على اطلاق الهيستامين مما يجعل الفرد يشعر بوخز في أنحاء الجسم يشبه وخز الإبر والدبايس ، وهذا يساعد المدمنين على أن يتبينوا أن ما أخذوه هو العقار فعلا .

### (ب) التفسير الفارماكولوجي للإدمان :

يمكن أن نتبين العديد من التفسيرات الفارماكولوجية لظاهرة الإدمان فنجد أن فيكتور (Victor 1950) يذكر ثلاثا منها هي :

١- نظرية التغير الكيميائي ، وتعلل ذلك بان طاقة العقار تنشأ عن زيادة هدم وإفراز المورفين في الجسم ، كما يرى من يشايعون تلك النظرية أن المورفين في الجسم يتحول إلى مضاد مورفين . وعلى ذلك تنشأ زيادة الحاجة للمزيد من العقار .

٢- نظرية الفعل المزدوج للعقار : فلما كانت الأفيونيات بعامة لها بعض

الآثار الانهباطية وبعض الآثار المنبهة على الجهاز العصبي المركزي ،  
ولما كانت آثار التنبيه هي التي يكون لها صفة السيادة ، فان ذلك يخلق  
الاطاقة وطلب المزيد من الجرعات .

٣- نظرية احتمال الخلايا ويرى من يشابع هذه النظرية أن خلايا الجسم  
يحدث فيها تغير دائم يجعلها أكثر حساسية لآثار التنبيه مما يجعلها تحتاج  
المزيد من المورفين لكي تعود إلى حالة التوازن الأولى .

وإذا كانت هذه الاتجاهات الثلاثة السابقة تركز على الأسباب التي تساعد  
على خلق الطاقة فان هناك العديد من النظريات والافتراضات التي وضعها  
العاملون في مجال الفارماكولوجي لتفسير عمل المورفين نذكر منها :

١- نظرية المستقبلات (Ray 1972) - ويؤمن بها العديد من  
الباحثين وهي تقوم على أساس أن هناك مستقبلات معينة في الخلايا العصبية  
لديها حساسية للمواد المخدرة ، وهذه المواد المخدرة لا تؤدي تأثيراتها إلا نتيجة  
لاتحادها مع تلك الخلايا ، ولا تتأثر هذه المستقبلات بالمحاولات العصبية ،  
وأنها في حالة غياب المخدرات فانها لا تستخدم مدى الحياة . وهذا الاتحاد  
بين المستقبلات والمواد المخدرة لا يؤثر على عمليات الأيض ، إلا من خلال  
بعض نقط التقاء الموصلات ، ولا يظهر الإطاقة نتيجة لهذه العملية ولكن  
عن طريق التأثير الأيضي . وقد استخلصت موانع البروتين المركبة  
(Proteine synthesis inhibitors) في فصل الآثار التخديرية ونمو  
الاطاقة ، فكانت هذه الموانع تعدل في عمليات الأيض للخلايا العصبية  
عن طريق منع بنيان البروتين . وهذه الموانع نفسها لم تؤثر في القوة  
التخديرية للمورفين أو ما شابهه ولكنها منعت الإطاقة . ومن الممكن القول  
أن التغير العام في عمليات الأيض للخلايا العصبية مسئول مباشرة عن الإطاقة  
والإدمان الفسيولوجي وليس الأثر التخديرى مسئولاً عن ذلك .

٢- نظرية التأثير الانزيمي : وهم يرون أن المخدرات تؤثر في

الانزيمات المستولة عن تركيب واحد أو أكثر من الموصلات العصبية ومازالت هذه النظرية في دور الافتراضات والتجريب .

### (ج) بعض الدراسات الفارماكولوجية :

لم تحظ دراسة السيوفارماكولوجي بالاهتمام من قبل علماء النفس القدامى من أمثال كرييلين وريفرز وغيرهم . ولم تبدأ مؤتمرات السيوفارماكولوجي إلا منذ سنة ١٩٥٢ (Trouton et al. 1961.) وقد بلغ عددها ١٢ مؤتمرا ، واشترك فيها العديد من أصحاب التخصصات المختلفة من أمثال الصيادلة والكيميائيين والبيوكيميائيين والفسولوجيين والسيكاتيريين والسيكولوجيين . ذلك أن موضوع العقاقير يعد أرضا مشتركة حدية بين مختلف العلوم ولا يستطيع أحد بعينه أن يزرع فيه وحده وأن يجني منه شيئا مفيدا .

وقد أورد وكلمر (Wikler 1950) تفصيلات عن أثر المورفين على الجهاز العصبي المركزي ، كما أن هاردي وولف وجوديل قاموا بتجارب رائدة في مجال القياس التجريبي لأثر المخدرات على عتبة الألم ، وأضاف هاردي سنة ١٩٤٦ أنه لا توجد فروق في عتبة الألم راجعة إلى الجنس أو السن أو السلالة أو الخلفية الثقافية ، واختلفت نتائجه مع نتائج بيتشرز سنة ١٩٥٦ . كذلك فقد تبين لولف وهاردي وجوديل سنة ١٩٤١/٤٠ أن المورفين والاسبرين والمخدرات ترفع عتبة الألم ، ولكن هاريس وبلوكس سنة ١٩٥٢ لم يجدوا فروقا في رفع عتبة الألم من الاسبرين والكوديين من جهة مقابل البلاسيبو من جهة أخرى .

وفي التجربة التي قام بها كلاردرج سنة ١٩٦٠ (Claridge 1961) تبين له أن أداء من أخذوا حبوب الميرونات والبلاسيبو أسوأ بكثير ممن لم يأخذوا أى شيء .

## ( ٥ ) إدمان الأفيون - نظرة نفسية :

### الخصائص النفسية :

اختلفت آراء علماء النفس حول الخصائص النفسية ونوع الشخصية التي يتميز بها المدمن عن غير المدمن . فبرى هارمس (Harms 1973) أن الاكتئاب هو العامل الأساسي للإدمان سواء عند الخبرة الأولى أم عند العودة إليه بعد الانقطاع . ويتفق معه سميث (Smith 1971) الذي يقول أن المدمن لديه اكتئاب مزمن من قبل استخدام المخدر مع عدم القدرة على إرجاء الاشباع وعدم النضج وعدم القدرة على تحمل الضغوط ، هذا مع وجود أنماط متعددة لشخصيات المدمنين تتميزهم عن غير المدمنين .

أما كولمان (Coleman 1972) فبرى أن الخصائص النفسية تختلف تبعاً لنوع المدمن ذلك أنه يرى أن المدمنين أنواع ثلاثة ، الأول هو فئة المرضى الذين تحولوا إلى مدمنين لارتباط الإدمان لديهم بالتخلص من الألم ، والأطباء الذين أدمنوا المخدرات . ويتسم هؤلاء المرضى بعدم النضج وعدم تحمل الاجباط والرغبة في الهروب من الواقع إلى سحر المخدرات . أما الأطباء فيتسمون بالقلق والاكتئاب الناتج عن الضغوط البيئية والهروب من الواقع وعدم الرضا الانفعالي وتؤكد الدراسات التي قام بها كوين (Quinn 1970) بوتنام (Putnam 1966) أن أفراد هذه الفئة عادة ما يقلعون عن الإدمان في حالة انتهاء الواقع السيء غير المرغوب الذي يحيط بهم .

أما النوع الثاني فهو الإدمان المرتبط باضطرابات الشخصية أو بالمرض النفسي ويتسم هؤلاء بأن لهم خصائص سيكوباتية (الاكتئاب - التوتر - عدم الأمن - الشعور بعدم الكفاءة - الفشل في إقامة العلاقات مع الآخرين) وهذا ما أكدته دراسة جلبرت (Gilbert et al 1967) ، هكيميان (Hekimian et al. 1968) إذ بينت دراساتها أن مستخدمي الهروين عادة

ما يكونون سيكوبانيين وتنسق هذه الدراسات مع ما وجدته اوزوبل (Ausubel 1961) كما لا توجد فروق راجعة إلى الجنس . فقد بين شينلند (Chinlund 1969) في دراسته على مدمنات المخدرات المراهقات أنهم سيكوباتيات .

ويرى كولمان أن وجود عصابيين أو ذهانيين في هذه الفئة يكاد يكون نادرا ، وعلى الرغم من أن جلبرت-٦٧ وجد أن العديد منهم له سمات عصابية أو ذهانية وسمات سوسيوباتية ، إلا أن الذى يرتبط بالإدمان هي السمات السوسيوباتية ، كذلك فان شر (Schar 1966) يرى أن الخصائص السوسيوباتية نشأت بين المدمنين نتيجة للتعاطى الطويل ولم تكن موجودة من قبل . وهذا يمكن تفسيره بالقول بأن العلاقة بين الإدمان وهذه الخصائص هي علاقة تبادلية .

والنوع الثالث هو الإدمان المتصل بالعوامل الاجتماعية والثقافية ولم يرد كولمان أى خصائص خاصة بهم سوى القول بأن تفضيل عقار ما تحدده تلك العوامل وذلك كما أظهرته دراسات ويسترماير (Westermayer 1971) على قبائل الميو في جنوب شرقى آسيا التى تحرم الخمر وتبيح الأفيون . وتقديرات هيكيميان / ٦٨ لتكاليف الهيروين في الولايات المتحدة والى تقدر بعشرة ملايين دولار يوميا وملاحظات ليبسكومب (Lipscomb 1971) الذى وجد أن المدمنين من مناطق الجيتو يفضلون الكحوليات على الهيروين .

ويتفق ورمسر (Wurmser 1974) مع كولمان في أن للمدمنين أنماطا مختلفة . إلا أنه يرى أنهم ينتمون إلى جميع التصنيفات النفسية ، فهم مرضى نفسيون وعصابيون وقد يكون البعض منهم ذهانيون كما يرى أنهم عادة ما يكونون مزعجين وغير راضين عن أنفسهم أو عن المجتمع ، دائمى الاكتئاب والقلق ، ذوى ضمير غير متسق ، يتسم بعضهم بخشونة الطباع والجمود ، بينما يتسم البعض الآخر بالاستكانة والقابلية للإغراء ، مستوى

الأمانة لديهم ضئيل جدا ومعظمهم قد ارتكب الجرائم من قبل التعاطى .

وتتسق العموميات التي ساقها إلينا « ورمسر » مع عدد من الدراسات يذكر الباحث منها دراسة كولب . (Kolb 1962) التي بينت أن ٨٦ ٪ من عينة المدمنين التي قام بدراستها تعاني من اضطرابات انفعالية ، ١٣ ٪ منهم مجرمون سيكوباتيون ، ١٣,٥ ٪ منهم عصايون ، ٢١,٥ ٪ من السكيرين ، ٣٨,٠ ٪ من الأعماط غير المستقرة التي تهدف إلى الاشباع المباشر . كذلك فإن دراسة اوزبل . (Ausubel 1958) بينت أن هناك تعاقبا بين إدمان المخدرات وبين النظرية الفسيولوجية الاجتماعية التي قال بها لند سميث فهو يميز بين :

( أ ) الإدمان الأولي ويظهر فيه الأفيون وله قيمة توافقية لبعض نواحي القصور في الشخصية .

(ب) الإدمان كعرض من الأعراض وفيه يستخدم الأفيون دون وجود قيمة توافقية له وإنما كعرض من أعراض اضطرابات السوك أى أنه بمثابة إدمان رجعي ، فيكون استخدام الأفيون إذن ظاهرة تمت لدى أفراد عادين تأثروا بمعايير جماعات أتراب منحرفة .

وفي المجموعة الأولى نستطيع أن نميز بين فئتين أساسيتين :

الأولى : هي الشخصية غير المتسقة (inadequate) ، والثانية هي حالات القلق والاكتئاب الرجعي (Reactive depression) وينتمي معظم المدمنين إلى الفئة الأولى الخاصة بعدم الاتساق السيكوباتي فهم سلبيون غير قادرين على تأجيل الاشباع ، ولا يتحملون المسئوليات . ويبين تاريخهم السيكاتيري والاختبارات السيكولوجية التي تجرى عليهم أنهم ذوو قصور دافعي ، وتحمل ضئيل للاحباط والقلق . وعدم القدرة على التركيز وقلة الاهتمام والسلبية والرجسية والارتباط الشديد بالألم . ووجود اتجاهات

انسحابية من المجتمع . كذلك ، فانه عندما قام اوزبل بتصنيف ١٠٣٦ حالة إدمان من البالغين تصنيفا لإكلينيكيًا فان ٥٥ ٪ منهم صنفوا على أنهم سيكوباتيون، وتتسق هذه النتيجة مع ما وجدته لمبرت (Lambert 1958) من أن ٥٨ ٪ من ٣١٨ مدمن أفونيات بالغًا صنفوا على أنهم غير مستقرين انفعاليا وغير متمسكين وذوو شخصيات بدائية ، وعادة ما يظهر الخلل في الشخصية في فترة الطفولة المبكرة والوسطى وقبل المراهقة ، كما أن الحماية الزائدة والسيطرة المفرطة من الوالدين ساهمت في ظهور ذلك الخلل . أما الشخصيات العصابية التي تستخدم العقاقير لمداراة القلق أو الاكتئاب فهي نادرة وتبلغ نسبتها ٦ ٪ فقط .

أما جاف (Jaffe 1965) فيرى أن مستخدمي العقاقير عموما لهم مجموعة من الخصائص العامة التي تقع في مختلف التشخيصات الاكلينيكية وأنه يجب التصنيف على أساس الشخصية الإدمانية ، والشخصية الكحولية . وهو يرى أن الشخصيتين لها خصائص متشابهة مثل الفصامية والاكتئاب والعدائية وعدم النضج الجنسي ، وأن الفارق بينهما في كيفية التعامل مع المشكلات ، فبينما نجد أن مدمني الكحوليات يتسمون بالتعامل الخارجي بمعنى أن « تعاطى الكحوليات يقلل من الكف » ، إذ يملئ المخدرات يتعاملون سلبيا وذلك بالتحاشي بدلا من العدوان بمعنى أن تعاطى الأفيون يمحو الدافع ، فيبدو مدمنو الكحوليات أكثر عدوانية بينما يكون مدمنو الأفيون أكثر سلبية وانسحاباً من المجتمع .

رتسير على نفس النهج نتائج دراسات وكلر و رازور (Wikler and Rasor 1952) فهما يريان أن مصدر القلق لمدمن المخدرات هو الألم والجنسية والتعبير عن العدوان ، فالأنبيونات تدمع مصادر القلق وتجعل المدمن متوافقا سلبيا مع موارثه الداخلية . ومهما كان نوع الإدمان فان الاضطرابات السيكولوجية عادة ما تكون عميقة وممتدة الجذور .

## ثانياً : الوظائف النفسية للإيمان :

ومن أهم الميكانزمات النفسية للاستمرار في الإيمان تحويل حياة المدين إلى نظام ذاتي معزق يستطيع فيه أن يمد نفسه باللذة والسعادة وأن يعزل نفسه وراء أى حاجة إلى المساعدة الإنسانية أو الرضا فهو لا يعتمد على أحد إطلاقاً ، كذلك فإن نظام حياته يبدو متوازناً لما بين التناوب المنتظم للنشوة والتعاسة ، فإليه عقاب ذاتي يمارسه دائماً منذ لحظة محاولته الحصول على العقار إلى إحساسه بمشاعر الانسحاب . ولأنه يفضل الإشباع العاجل على الإشباع الآجل فإن العقار يحقق له ذلك باستمرار ، مما يجعل أسلوب حياته مضبوطاً ذاتياً . وفي نفس الوقت فإن الإيمان يقلل من كفاءته سواء بإحساسه بأنه مريض أم لأنه مشغول بالبحث عنه . كذلك فإن المخدر يقوم بوظيفة هامة في حياته تنقذه من مشاعر الضمة الطاغية ومن إحساسه بأنه محتقر وأزه لا يستطيع تحمل المناسبة أو النقد (Laurie 1971) ، وبذلك تقول نيسواندر (Nyswander 1956) أن الأفيون يحقق له إشباع الاعتداء والتحدى الجنسي ، بينما هو في حقيقة الأمر يمارس ذلك سلبياً .

ولأن مفهومه عن نفسه أنه لا يساوى شيئاً ، ولوجود القلق المستمر لديه ، فإن العقار يبني له جسوراً للتغلب على هذا القلق عن طريق انسحابه من التفاعل الاجتماعي ، فقد يستمر في مهنته أو وظيفته ولكنه لا يعتمد عليها في إحساسه بقيمة حياته ، إن القيمة الأساسية يستمدّها من عالمه المغلق وإشباعاته الذاتية ومشاعر الانتشاء الكلية التي يستطيع بها أن ينفصل تماماً عن العالم المحيط به . (Haffman 1964) .

وقد كانت وجهة النظر القديمة ترى أن الإيمان يحقق الإرضاء ويشبع الرغبات كما كان ينظر إلى البحث عن العقار واستخدامه ، باعتباره بحثاً مكلفاً لسعادة رخيصة أى أن النظرة هنا تنصب على اعتبار الإيمان وسيلة إشباع وتحقيق رغبات ، وقد اتقاد وراء هذه النظرة أيضاً العديد من التحليليين

فما عدا هؤلاء الذين رأوا في استخدام العقار ارضاء لرغبات لا شعورية شأنه في ذلك شأن الأعراض النفسية ، كما قامت دراسات أخرى في هذا الاتجاه أيضاً تركز على المعنى الرمزي للإدمان (تحقيق الرغبة) في صورة (امدادات فية ، أو القضيبي الوهمي ، أو تدمير الذات ، أو العقاب الذاتي) مع اهتمام ضئيل بالجانب السيكولوجي الدينامي الناتج من الآثار الفارماكولوجية.

أما النظرة الحديثة لوظيفة الإدمان السيكولوجية فلا تنكر دور الإشباع وتحقيق الرغبات كجانب من جوانب الإدمان ، ولكنها تؤكد أيضاً على الإدمان كوسيلة دفاع ، فالقول بأن الإدمان هروب من المواقف الخارجية التي لا تحتل ، قول له صدى لدى الجميع ، أما مفهوم الحاجة إلى العقار كدفاع ضد العوامل الداخلية التي لا تحتل وبصفة خاصة العوامل الوجدانية فلم يلق الكثير من الاهتمام (Wurmser 1974).

ومن بين من نظروا إلى وظيفة الإدمان الدفاعية « فرويد » في وصفه المخدرات كوسائل للتعامل مع الألم وإبعاد الأوهام ، و « جلوفر » الذي قال أن من أهم وظائفها الدفاعية هي التحكم في القوى السادية ، كما أن الإدمان يعمل بصورة وقائية ضد الارجاعات الذهانية في حالات النكوص ، أما « فينيكل » فينظر إلى الإدمان كوسيلة أخيرة لتحاشي الانهيار الاكتئابى ، كذلك فان « هارتمان » يشير إلى أن الدوافع اللاشعورية للإدمان هي الرغبة في تحاشي المشاعر المؤلمة والتخلص من بعض الأعراض ، ويرى وايدر وكابلان أن الدافع الشعورى المسيطر للإدمان ليس البحث عن المباح الجنسية ولكن الرغبة في الحصول على تخفيض فارماكولوجى للاحساس بالكآبة التى لا يستطيع الفرد أن يتعامل معها بمجهوداته الذاتية (Wurmser 1974)

ومن الممكن إذن القول بأن للإدمان وظيفةين أساسيتين، الأولى هي الهروب من الواقع الضاغظ الذى لا يستطيع أن يواجهه المدمن ، والثانية هي أنه ميكائزيم دفاعى يمنع ظهور الأعراض النفسية التى قد تدمر الذات

ولكنه من الميكانيزمات الدائرية ، إذ أن الاستخدام المزمّن للعقاقير يزيد من مرضية الأنا ، وخاصة إذا نظرنا إلى الآثار الفارماكولوجية للعقار وما يسببه من تغيرات بيوكيماوية في الجسم ، كذلك يذهب بعض الاطباء النفسيين إلى أبعد من ذلك فهم يرون أن الدفعات النفسية والنمط السيكلوجي لبنية الفرد من المحددات في اختيار العقار ، فالذين يتسمون بالميل للتحاشي وكف العدوان وعدم التعامل مع الموضوعات يميلون إلى الأفيونيات والمغيبات ، أما من يميلون إلى العدوانية وتدمير الموضوعات فيميلون إلى الكحوليات . وإن كان ذلك من وجهة نظرنا يصلح كفروض قابلة للدراسة والتحقيق .

ونعرض فيما يلي لآراء المدارس النفسية المختلفة في تفسير الإدمان :

أولا : أصحاب الاتجاه السلوكي : (Rotter 1967)

يرى من يشايع هذا الاتجاه أننا إذا نظرنا إلى التماس العقاقير بوصفه عادة شرطية لوجدنا أن هناك عدة أنواع من التعلم يمكن أن تكون متضمنة في بقاء تلك العادة . ذلك أنه يكمن تحت أكثر صور الإدمان تأثير الانتشاء (The effect of high) الذي هو نوع من الاثابة المدعمة المرتبطة باستخدام العقار، وأن التدعيم الإيجابي قادر على خلق عادة قوية هي عادة اشتها العقار ، لكنه يوجد بالنسبة للمهدئات بعامة والأفيونيات بحاصة عامل قوى آخر هو الخوف الفعلي من الامتناع عن العقار أو ما يتوقعه الفرد من آثار الامتناع ، بحيث إن الفرد إذا خبر الامتناع عدة مرات نشأ عنده نمط من استجابة التجنب الشرطية ، فاذا أضيف إلى ذلك ما يحدثه العقار أول الأمر من آثار التدعيم وجدنا أنه قد نشأت عادة الإدمان بوصفها نمطا سلوكيا يستعصي على التغير في أكثر الأحيان . وقد أثبتت التجارب التي أجريت على الحيوان والإنسان أن الحصول على النشوة كدافع إلى الإدمان أقوى من الخوف من أعراض الامتناع . كما أن بعض السيكايريين من أمثال وكلر (Wikler

(1952) يسيرون في تفسيرهم للإدمان على نفس هذا الاتجاه أى على التفسير الشرطى للإدمان .

ثانياً : النظرة النفسية الداخلية : (intera psychic-view)

يمكن النظر إلى إدمان العقاقير على أنه نمط سلوكى يظهر عند الأشخاص الذين يتميز تكوين شخصيتهم بالانكالية والنقص فى القدرة على إطاقه الاحباط والاعتماد على الغير فى تزويدهم بالرعاية والتأييد . ويكون اتجاههم نحو العقاقير هو الملجأ الأخير بعد فشلهم فى الوسائل الأخرى لاشباع حاجاتهم . أى إن إدمانهم عرض يدل على سوء قيام الشخصية بوظائفها (Rotter 1967)

ثالثاً : النظر إلى الإدمان كعملية المدمن :

(Addiction as addictoperation Laurie 1971).

ويفسر أصحاب هذا الرأى الإدمان على أنه إزجاء للفراغ الزائد عن الحد الذى يشعر به المدمن الناتج عن عدم القدرة أو الرغبة فى التعامل مع الواقع ، فيقوم المدمن حينئذ بمحاولة الحصول على إطار جامد لحياته ، إطار يحول حياته إلى انشغال مستمر عن العالم المحيط به ، فكل دقيقة من يوم مدمن الهيروين لها حسابها فهو إما باحث عن العقار أو آخذ له أو منتش أو خارج من تأثيره . . . وهكذا . وقد يفسر ذلك تلك الدراسات التى وجدت أن المدمنين كمساجين من أكثر المساجين انتظاما وامثالاً لنظام السجن (Bejerot 1972)

رابعاً : نظرية التحليل النفسى :

يرى فينيكل (١٩٦٩) أن المدمنين يمثلون أكثر أنواع الاندفاعيين وضوحاً فى العالم ، فالحاجة إلى الحصول على شىء ليس مجرد إشباع جنسى بل هو أيضاً أمن وطمأننة على قيمة الذات ومن ثم فهو أساس لوجودهم .

وإدمان المخدرات يجعل الأمر أكثر تعقيدا وذلك للتأثيرات الكيميائية للمخدر التي يصاب بها الملمن . وهؤلاء الملمنون يستخلمون المخدر لكي تشبع تأثيراته الاشتهاءات الفمية الأولية التي هي اشتهاات جنسية ، وحاجة إلى الأمن وحاجة إلى الابقاء على تقدير الذات في نفس الوقت ، وهكذا فان منشأ الإدمان وطبيعته لا يحددها التأثير الكيميائي للمخدر بل البيئة السيكولوجية للمريض . وعليه فان أصحاب تلك الشخصيات يستجيبون لتأثير العقاقير عليهم بدلالة خاصة هي تحقيق رغبة عميقة وأولية يشعرون بها وتلح عليهم أكثر من إلحاح الصبابت الجنسية عند الاسوياء ، مما يؤدي إلى أن يقل اهتمامهم بالجنسية الإنسالية ويبدأ نكوصهم إلى نقط تثبيت مختلفة مثل العقدة الاوديبية ، الصراعات الاستمنائية ... إلخ . وهم عادة ما يكونون مثبتين على هدف نرجسي سلبي ولا يحفلون إلا بالحصول على إشباعهم فقط دون الاهتمام بإشباع الرفيق أو نوعيته ، وعادة ما تكون المناطق المتزعمة هي المنطقة الفمية والجلد ، فالزعامة الانسالية لديهم تنهار ، وتشبه في أوجه كثيرة الوجهة الفمية للرضيع الذي يتطلب الإشباع دون أية قدرة على العطاء ودون أى اعتبارات للواقع ، فالنزعات الفمية والجلدية تكون عادة صريحة ، ويحقق الفم والجلد لذة سلبية استقبالية .

( و ) إدمان الافيون - نظرة علاجية :

كما أن الإدمان مشكلة لها العديد من الأوجه والكثير من التصورات فان العلاج من الإدمان يعد إلى حد كبير مشكلة أيضاً . إننا نستطيع أن نرى العديد من صور العلاج المقترحة التي تصل إلى حد التناقض والتعارض مع بعضها البعض سواء في المجال التطبيقي أو في المجال الاكاديمي أو المجال الحكري ، هناك منشآت السينانون والفينيكس التي تقول بالعلاج بدون أي كيموايات (Synanon and Pheniv No. Chemicals.) وهناك العلاج القائم على مضادات الأفيون الصناعية والتي اكتشفته نيسواندر وهو العلاج بالميثادون ، وهناك العلاج بالسيكلازوكين (Cyclazocine) الذي تبناه فلك (Fink 1972).

وهناك ما يمكن أن نطلق عليه التجربة الانجليزية التي سمحت فيها قوانين الدولة للأطباء بصرف الهيروين لمرضاهم من المدمنين ، والتي اسماها (Jaffe) باتجاه المدامة محاولا الدفاع عنها كوسيلة علاجية .

ونعرض فيما يلي لأهم هذه الاتجاهات ميين الأساس التي تقوم عليها:

١ - منشآت سينانون في الولايات المتحدة ، فينكس في إنجلترا :  
(Saltman 1970, Phoenix House)

أول من فكر في منشآت سينانون هو مدمن كحول سابق ، ولا يتبع فيها أي نوع من العلاج الطبي للإدمان، فالمبدأ الأساسي فيها هو لا كيموايات، ومواجهة تامة مع الواقع . كذلك فان المدمن عند دخوله يتلقى نوعا من العلاج يسمى العلاج الهجومي (Attack therapy) يعتمد على الفهم وعلى التحليل التفصيلي لبيان نقط ضعفه الشخصية وذلك من المدمنين الآخرين ومن المدمنين السابقين عادة ما يكون هذا العلاج جمعيا من نوع جماعات المواجهة «Encounter group» فاذا استطاع . واجهة العلاج ، فانه

سيعمل على مواجهة مشكلاته الانفعالية وأن يساهم في النظام ، بالإضافة إلى النظام الذاتي للجماعة الذين عاشوا كل مرحلة من مراحل تجربته والذين يعتقدون أن لديه الفرصة للاقلاع عن العقار .

وقد حققت منشآت سينانون التي يوجد منها خمسة في الشاطئ الغربي وواحدة في مدينة نيويورك نجاحا هائلا مع الممنين جعلها تطبق نفس المنهج مع غير الممنين من الذين يأملون اكتساب المزيد من المعرفة الذاتية حتى يعيشوا حياة أفضل وأن يحققوا فهما أفضل لمشكلاتهم .

وتوجد منشآت أخرى في الولايات المتحدة تقوم على نفس هذه الأفكار إلا أنها تختلف عنها بعض الاختلافات البسيطة من حيث التمويل أو قبول الاعانات ... إلخ . نذكر منها منشآت (Daytop houses) (Narcoticomonymous) , (Neighborhood Projects.)

ولقد سارت منشآت فينكس (١) في إنجلترا على نفس النهج الخاص بالسينانون ويضمون أسسا ثلاثة رئيسية هي :

١ - أن اعتماد الفرد على مواد كيميائية يمنعه من الوصول إلى حلول لمشاكله الحقيقية الذي يعد تعاطى العقار فيها مجرد عرض ، وعلى ذلك فإن الانسحاب الكلى من حالة التسمم يعد أمرا هاما ، كما أنه خطوة أولية نحو تتبع المشاكل نفسا .

٢ - على الرغم من وجود أوجه عديدة ومختلفة للسلوك المشكل ، فإن المشكاة الشخصية الشائعة بين مدمني العقاقير هي عدم التضج الانفعالي . وهي

---

(١) فينكس حيوان مصرى أسطوري حرق نفسه في الصحراء الغربية وتحول إلى رماد ثم قام بتجميع هذا الرماد مرة أخرى عبر سنين من الصبر وأخذ يجمعه حتى ردت إليه الحياة مرة أخرى ، وهم يشبهون المدمن بأنه ذلك الرجل الذي حول وجوده إلى رماد وأن عليه بنفسه أن يجيل هذا الرماد إلى وجود إنساني مرة أخرى .

تتمثل في الاتجاهات الاعتمادية اللامسئولة ، والابتعاد عن الواقع غير السار ، وعدم القدرة على التعامل بكفاءة . كل هذه المشكلات يجب أن يواجهها المدمن حتى يستطيع أن يتحمل المسؤولية وتصبح له القدرة على التعامل وأن يكون واقعياً .

٣- أن الفرضية القائلة بأن المدمن لا حول له ولا قوة وأنه شخص غير قادر على شيء ، هذه الفرضية تسحب منه أى فرصة لمساعدة نفسه بنفسه ، إذ أن عليه أن يشترك في شفاء نفسه وأن يتحمل مسؤولية حياته ، وعلى ذلك فمن المهم أن نضطر المدمن أن يقابل التحدى الخاص بمساعدة نفسه والآخريين والمساهمة في شفاؤه .

وتتفق الفينيكس مع السيناتورون في المنحى العلاجى فكلاهما لا يستخدم الكيماويات وكلاهما يستخدم أسلوب جماعات المواجهة ، كما أن المنشأة تدار أساسا بوساطة المدمنين أنفسهم ، كذلك فان الفينيكس تشترط أن يكون قد مضى على تناول المدمن لآخر جرعة هيروين - حيث إنها تقبل مدمنى الهيروين فقط - أسبوعا كاملا .

العلاج هنا يتمد أساسا على المدمن نفسه وعلى محاولة لزيادة استبصاره بمواطن ضعفه وبمشكلاته ، ومحاولة إعادة تنظيم شخصيته بحيث يساعده ذلك على الاقلاع عن الإدمان .

٢- العلاج بالعقاقير المضادة للأفيونيات :

( أ ) العلاج بالميثادون (Wikler 71) , (Dupont et al. 1971) , (Wurmser 1974).

اكتشف هذا النوع من العلاج كل من فنسنت دول ، مارى نيسواندر سنة ١٩٦٤ ، ويعده برنامجهما العلاجى من أهم الاكتشافات الطبية فى القرن العشرين، ولا يقل أهمية عن اكتشاف فلمنج للبنسايين، واندرز للفيروسات ،

لقد ساعد هذا الاكتشاف على حل مشكلة صحية كان من الصعب حلها ،  
كما شجع الأطباء على الدخول في بحث وعلاج مشكلة إدمان الهيروين .

وتحقق فكرة العلاج هدفين اثنين هما :

- ( ١ ) الاقلال من استخدام العقاقير غير القانونية وبخاصة الهيروين .
- ( ٢ ) تحسين الممارسة الشخصية للفرد في حياته الأسرية والاجتماعية .

والميثادون مخدر صناعي له معظم خصائص المورفين والميردين والهيروين  
والأفيونيات الأخرى ، وهو من العقاقير ذات التأثير في رفع الألم . والجرعة  
المعتادة منه تتراوح ما بين ١٠ - ٣٠ ملليجرام سواء عن طريق الفم أو في  
العضل . وعند استخدامه في حالات إدمان الهيروين الزمنة فانه يمنع أعراض  
الانسحاب لمدة تتراوح ما بين ٢٤ - ٣٦ ساعة . ومدمنو الميثادون على  
عكس مدمنى الهيروين لا يخبرون أعراض الانسحاب أو التشنج ، وهذا  
مما دعا نيسواندر لاستخدامه كعلاج لإدمان الهيروين ، إذ أن المدمن لن  
يستمر انتباهه طويلا بالأفكار المتعلقة بالعقار كما يفعل مدمن الأفيونيات .

فالفرد المعتمد على الميثادون يمكن أن يوجه اهتماماته لحياته ولن حوله ،  
وإذا تكونت لديه إ طاقة للعقار فان استجابته للأفيونيات المسكنة للألم إذا  
احتاج الأمر هي استجابة عادية ، كما أنه ينام ويأكل ويعمل كالفرد العادى ،  
ولديه ارجاعات زمن عادية ، وشفاء ذهن عادى ، وحياة جنسية عادية ،  
كذلك فان الأطفال الذين يولدون لآباء معتمدين على الميثادون هم أطفال  
عاديون ، وهذا بالطبع على العكس ممن يعتمدون على الهيروين .

إن فكرة نيسواندر في استخدام الميثادون علاجيا تقوم على أساس  
فارماكولوجى بحث ، فهو لا يصلح إلا للمدمنى الهيروين ، ويقول وكلر أن  
اكتشاف دول - نيسواندر ليس عملية إبدال إدمان بادمان . إذ أن البرنامج  
عبارة عن استراتيجية معقدة لإعادة التأهيل يتضمن بالإضافة إلى إعطاء

جرعات الميثادون محاولة حل مشكلات المدمن المرتبطة بالهيروين وتبصيره بمخاطر الهيروين ، وتشتمل هيئة العلاج على أطباء وأخصائيين اجتماعيين ومرشدين نفسيين ، وعادة ما يكون المرشد النفسى مدمناً سابقاً .

يتبين إذن أن نيسواندر تفترض نظرية ايضية (Metabolic) لإدمان الهيروين وأن النموذج الأيضى المناسب يمكن الحصول عليه عن طريق العلاج بالميثادون .

(ب) العلاج باستخدام السيكلازوكين . (Fink and Freedman 72)

وهنا لا تقوم فكرة العلاج - على الرغم من استخدامها لمضاد أفيونى على أساس فارماكولوجى أبيض بحث - ولكنها تقوم على أساس فكرة الانطفاء فى التعلم الشرطى . فالحقن أو التعاطى القمى بهذا العقار لن يسبب له النشوة ولكن سيعطى كل آثار المخدر .

فاذا كان الفرد يستجيب للضغط الاجتماعى بسلوك البحث عن المخدرات . فمن الوجهة النظرية البحتة يكون الاستخدام المتكرر للعقار دون الحصول على النشوة مؤديا إلى انطفاء سلوك البحث عن العقار . وقد بدأت هذه الفكرة باستخدام الميثادون، ونظرا للاحساس بالنشوة الذى يسببه الميثادون أحيانا ، فقد استخدم هذا العقار الذى يستمر أثره ٢٤ ساعة ، ومازال استخدامه هو والنالوكسون ناجحا مع العديد من المدمنين .

ونتيجة للعلاج فقد أصبح المرضى أكثر إيجابية وقدرة على التعامل مع الآخرين دون العودة إلى الإدمان ، إن مضادات الأفيونيات أقل كفاية فى خفض سلوك البحث الشرطى عن العقار إذا استخدمت فرديا ، أما فى حالة الاستخدام ضمن إطار برنامج علاجى فإنها تحقق نجاحا أفضل . فالاندماج فى برنامج للعلاج يجعل من الممكن إجراء عملية الإرشاد وإعادة التعلم والخدمات الاجتماعية الأخرى . كما أن منع الاطاقة وأعراض الانسحاب

يساعدان المرضى على الاندماج اجتماعياً دون العودة إلى الإدمان مرة أخرى .  
يتبين إذن أن فكرة العلاج هنا تم باستخدام مضاد أفيوني ، وبفكرة  
الانطفاء في التعلم الشرطي في نفس الوقت .

٣ - التجربة الانجليزية واتجاه المداومة (Stater et al. 1969).  
(Jaffe 1972).

كان الاتجاه الرسمي للحكومة البريطانية بالنسبة لإدمان العقاقير نابعا  
من اللجنتين اللتين اجتمعتا سنة ١٩٢٦ ، سنة ١٩٦١ . وهو اتجاه يعتبر  
علاج الإدمان مسألة طبية فردية بحتة ، يعطى فيها الطبيب لمرضاه المخدرات  
دون أى مخالفات قانونية بالنسبة للطبيب أو المريض .

ومنذ الخمسينات بدأ عدد المدمنين في الارتفاع من ٣٥٩ في سنة ١٩٥٧  
إلى ١٣٤٩ سنة ١٩٦٦ وقد لوحظ أن ٣٪ من المدمنين قد حصلوا على  
عقاقيرهم بأسلوب غير قانوني وذلك عن طريق ملمنين كتبت لهم هذه  
المخدرات طبياً وزادت عن حاجاتهم . وقد أدى هذا الموقف إلى عقد لجنة  
من الهيئات المختلفة برئاسة اللورد برين (Brain) سنة ١٩٦٤ وقد أوصت  
هذه اللجنة بضرورة الإبلاغ الاجباري عن أى ملمن ووضع حدود للعلاج ،  
ووضع شروط لكتابة هذه العقاقير طبياً ، وألا تصرف إلا من مراكز طبية  
معينة ، وقد صدر قانون ببعض هذه التوصيات في أبريل سنة ١٩٦٨ .

أى أن ما يسمى بالتجربة الانجليزية لم يحقق نجاحا في الاقلال من عدد  
المدمنين ، بل أدى ذلك إلى زيادة عدد المدمنين ، وعلى الرغم من ذلك  
فاننا نجد أن « جاف » Jaffe يدافع عن ذلك بقوله أن هناك جماعة من  
الأفراد تتناول المخدرات قهريا وأنا يجب أن ندمهم بالمخدر حتى يمكن أن  
يظلوا منتجين اجتماعياً . لأن عدم امدادهم بالمخدر سيجعلهم يبدأون في  
البحث عنه بأسلوب يضرهم ويضر المجتمع ، ويستند في ذلك إلى ما ذكره

كولب (Kolb) من أن هناك ثمان شخصيات انجليزية شهيرة عاشت حتى سن السبعين وهي تتعاطى الأفيون وهي تحظى باحترام الآخرين ؟

ويرى « جاف » أن إمداد الفرد بالأفيونيات تختلف درجة الموافقة عليه من بلد إلى آخر وفي البلد ذاتها من وقت إلى آخر ، ففي بداية هذا القرن لم يكن الأفيون مشكلة طبية في الولايات المتحدة وبعد عدة سنوات تغير الموقف وأصبح الطبيب الذى يمد المدمن بالأفيون يعد مجرماً .

كما يرى أن اتجاه المداومة مازالت فيه العديد من علامات الاستفهام مثل :

- ١- ما الأهداف الأساسية لهذا الاتجاه ؟
- ٢- ما المحركات التى تحدد ما إذا كان فرد ما يجب أن يعطى أفيونيات أو يجبر على الموافقة على علاج معين لا يتضمن إعطائه أفيونيات .
- ٣- ما الأفيونيات ؟ وما طرق الاستخدام الأكثر ملاءمة ؟ وما المزايا ؟ وما العيوب ؟
- ٤- لأى عقار ما الجرعات المثلى للحصول على أهداف مختلفة لأفراد متعددين ؟
- ٥- كيف توازن أنظمة الرعاية الصحية بين الاستعداد لإناحة العلاج وبين ظهور الأفيونيات المهربة ؟
- ٦- ما الخدمات الأخرى - غير توفير الأفيونيات - التى تعد هامة ؟ وما الاسهامات التى يمكن أن تجعل لها تأثيراً فى العلاج ؟
- ٧- ما الأهداف الاجتماعية التى يمكن توقع وصول المجتمع إليها عن طريق هذا الاتجاه ؟

إن قضية الانتكاس هى قضية التحدى لاي برنامج علاجى والانتكاس قد يفسر على أساس اجتماعى أو بيوكيماوى أو نفسى ... إلخ . ويعتقد

« جاف » أن الانتكاس يمكن رده لعاملين هما السلوك الاندفاعي القهري  
إعادة التجربة للوصول إلى النشوة (Euphoria, rush, flash)

والثاني هو التخلص من حالة عدم السواء . وعلى ذلك فإن اتجاه المداومة  
باستخدام العقار نفسه « الهيروين » يحقق هذين الهدفين بالإضافة إلى أنه  
مقبول من جانب مجتمع المدمنين أنفسهم . أما إذا استخدمنا أى مضادات  
أخرى « الميثادون مثلا » فإنه لا يحقق النشوة وإنما يحقق الامل الثاني فقط  
وهو التخلص من حالة عدم السواء .

وقد يستند من ينادى بأسلوب المداومة إلى أن مضادات الأفيونيات  
عادة ما يختلف تأثيرها الفارماكولوجي لها حسب طبيعة الاستخدام ، بمعنى  
أنها لو أعطيت لفرد لا يوجد في أنسجته أية أفيونيات . فأنها تستحضر نفس  
التأثير التخديري للتنفس وضيق حدة العين وأحيانا الاحساس بالنشوة .  
أما إذا أعطيت لفرد حاصل على جرعة من الأفيونات فأنها تعمل كمضادات  
للمخدر بحيث تنبه التنفس وتمنح السبات أو النوم ، وبعامه فأنها تعمل كعلاج  
للتسمم الناتج عن المخدر : كذلك فإذا أعطيت لفرد لديه إ طاقة للعقاقير فأنها  
تستحضر أعراض الانسحاب المتوسطة الأجل ، وتشبه في تأثيرها سحب المخدر  
فجأة من المدمن ، كما أنها في هذه الحالة توسع من حدة العين بعد مرة واحدة  
من الحقن . وعلى الرغم من أن المخدرات ومضاداتها تنتمي إلى أنماط مختلفة  
كياويا : المورفين من مشتقات فينانترين (Phenanthrene) والميردين  
من مشتقات فينيل بيردين (Phenyl piperidine) والميثادون مشتق من  
Aliphatic chain compound heptane) فأنها تختلف كيا فقط في  
تأثيراتها الكياوية وأن مضاداتها تصلح لها جميعا . (Elliot 1972).

وعلى ذلك فإن من ينادون باعطاء المخدر نفسه إنما يستندون إلى هذه  
الحقائق السابقة وإلى أن ذلك يجنب المدمن اللجوء إلى الأساليب غير  
القانونية وتعريضه للعديد من المشكلات الطبية الأخرى كالتلوث وزيادة

الجرعة والاحساس بعدم احترام الذات ، والوقوع في الجريمة ... إلخ . ونرى أن هذا الاتجاه يعد قضية محتاجة إلى تناول من جوانب متعددة ومختلفة . إن الاقدام عليها دون وعى ودراسة علمية، يمثل خطورة أكثر من تحاشيها وعدم الانتباه لها ، وخاصة أن البرامج الأخرى التي منعت استخدام الكيماويات قد حققت نجاحا ملحوظا في علاج الإدمان .

يتبين إذن أن أسلوب المداومة والتجربة الانجليزية قد أثار من المشكلات أكثر مما قدما من الحلول ، ففي التجربة الانجليزية وجدنا أن عدد المدمنين تده زاد . وأما ما يقترحه « جاف » فن العسير التعليق عليه إلا إذا وضعنا في اعتبارنا فشل التجربة الانجليزية . إن الإدمان وباء دائما ما ينتشر عن طريق المدمنين أنفسهم ولما كانت مثل هذه الأنظمة تتيح الفرصة لوجود « مدمنين رسميين » إذا جاز التعبير فان ذلك يساعد على انتشار الوباء وزيادة ضحاياه .

يمكن إذن أن نميز نوعين أساسيين من العلاج أحدهما يرفض بستدة استخدام أية كيماويات من مضادات العقاقير للتخلص من الإدمان ، والذوع لآخر يرى بضرورة أن يتم العلاج من خلال مضادات العقاقير مع وجود برامج نفسية واجتماعية وتأهيلية للمريض ، ويأخذ هذا النوع صورة متطرفة حينما ينادى البعض بأسلوب المداومة أو إعطاء العقار نفسه للمدمن كجزء من برنامج علاجي له ، وتتفق كل هذه الأنواع - مع تباينها - على أهمية الجانب النفسي وأهمية العلاج النفسى وضرورة واجهة المريض مع مشاكله الشخصية واضطراباته النفسية ، والقائمون بالأنواع المختلفة من العلاج عادة ما يلجأون إلى أسلوب العلاج الجمعى بعمامة وأساليب جماعات المواجهة خاصة ( ١ ) .

---

( ١ ) لقد عرف العلاج الجسمى لأول مرة سنة ١٩٠٥ على يد « برات » (Pratt) ثم تطور على يد « هادن » (Hadden) التي استخدمت فيه العديد من الوسائل كذلك قام =

ومن الوجهة الإجرائية البحتة فان كامبرون (Cameron 69) يرى أن القبول العاجل للمدمنين في المنشآت العلاجية أيا كان نوعها من المسائل الهامة جدا حيث إنهم عرضة للانغماس في المخدر خلال فترة الانتظار، ويوجد اتفاق عام بين العاملين في هذا المجال على أن المريض يجب أن يظل بالمستشفى مدة تزيد عن أربعة شهور وأن يكون تحت الرقابة الاكلينيكية بعد الخروج .

كذلك فان اوسنوس وفريدمان (Osmos and Freedman 1969) يميزان بين خمس مراحل علاجية للمدمن الممنى المخدرات هي :

- ١ - مرحلة ما قبل المستشفى وفيها يتم اقناع المريض بالدخول إلى المستشفى .
- ٢ - مرحلة الانسحاب (والهدف منها هو الامتناع الكامل ويتم ذلك أحيانا بعقار بديل) .
- ٣ - إعادة التأهيل النفسيولوجي والانفعالي .

٤ - المرحلة الانتقالية وهي التي يؤهل المريض فيها لإدارة شؤونه في البيئة الخارجية .

---

= كل من « وندر » (Wender) وشيلدر (Schilder) باجراء التجارب والبحوث المبكرة على هذا النوع من العلاج (Frank et al. 1967) ويمكن تقسيم الجماعات العلاجية إلى :

- (١) الجماعات التحليلية Analytic groups وهي التي يتبع في علاجها أساليب التحليل النفسي الكلاسيكي .
  - (٢) جماعات أداء الدور (Role Playing groups) وهي الجماعات التي يستخدم في علاجها عادة أسلوب السيكودراما .
  - (٣) جماعات المواجهة (Encounter groups) وهي النموذج الأكثر انتشارا في العلاج الجمعي ويكون الهدف الأساسي منها الحصول على خبرة شخصية مركزة من خلال الجماعة وتشجيع الانفتاح والامانة والحساسية الانفعالية والتعبير . وعادة ما يتراوح عدد أفراد هذه الجماعة من ٦ - ١٢ فردا . (Ruch et al) 1971 .
- وهذا النوع من الجماعات هو الأكثر شيوعا عند علاج حالات الإدمان .

٥ - مرحلة الرعاية اللاحقة وهي تتضمن العلاج النفسى والتعاون مع أسرة المريض وطيبه ورجال الخدمة الاجتماعية .

ويرى أوسنوس أن أهم مرحلة من هذه المراحل الخمس هي مرحلة إعادة التأهيل الفسيولوجى والانفعالى ، ففيها يحتاج المريض إلى علاج نفسى وارشاد. وأن يتعلم كيف يواجه قلقه ومخاوفه فى حياته بدون عقار . كذلك تعد الرعاية اللاحقة الطويلة الأمد من الأمور التى تساهم فى عدم انتكاس الملزم .

## خاتمة وتعليق

إن النظر إلى الإدمان من منظور كلي (Holistic) جشطالتي (Gertalt) يسهم في رؤية هذه الظاهرة المتشابكة المعقدة بصورة أكثر وضوحاً ، إذ لا يمكن لأحد من المتخصصين في مجال بعينه أن يدعى أنه يستطيع أن يتفهم طبيعة الإدمان من زاوية تخصصه فقط .

فالأفيون من أقدم العقاقير التي استعملها الإنسان للعلاج أو لطلب السعادة . وقد كان يحظى بالتأييد من قبل الثقاة من الأطباء على مر العصور حتى أن جالينوس - كما سبق أن أشرنا - اعتقد أنه شفاء لجميع الأمراض ، أما ظاهرة الإدمان بصورتها الحالية فهي حديثة جداً بالقياس إلى معرفة البشر للأفيون ، ونعوض هذه الظاهرة في النقاط العشر التالية :

١ - على الرغم من استخدام الأفيون منذ ٤٠٠٠ سنة قبل الميلاد إلا أن إدمانه على المستوى الواسع لم يعرف إلا منذ القرن التاسع عشر والعشرين حيث تخلى الأطباء عن تأييدهم المطلق له وحيث تبين العديد من حالات سوء استخدامه والاعتماد عليه .

٢ - أن الموافقة الاجتماعية على استخدام الأفيون إلى عهد قريب كان مردها الأساسي الإيمان المطلق به من قبل الأطباء على أنه شفاء لجميع الأمراض وعدم وجود أية قوانين تحول دون استخدامه .

٣ - أن الحروب وبخاصة الحرب الأهلية الأمريكية والحرب الروسية الفرنسية والحرب الروسية التساوية قد ساهمت في الاستخدام الواسع لواحد من أخطر مشتقات الأفيون وهو المورفين وذلك لاتباع المبدأ الطبي القائل بمنع الألم أولاً من الجنود الجرحى حتى أن الإدمان كان يسمى « بمرض الجنود » ومن ناحية أخرى فإن حرب الأفيون (Ray 1972) التي قادتها

انجلترا ضد الصين سنة ١٨٠٥ والتي قتل فيها مئات الألوف والتي تجددت ! مرتين كان السبب الرئيسي وراءها هو استيراد الشركة الشرقية للأفيون لتوزيعه في الصين ، ولم تتفق بريطانيا مع الصين حول منع استيراد الأفيون إلا سنة ١٩٠٨ حيث كان ربع سكان الصين من مدمني الأفيون .

٤ - أن استخراج المواد الفعالة الطبيعية من الأفيون مثل المورفين واختراع المواد الصناعية مثل الهيروين بالإضافة إلى اختراع المحقن الوريدي قد أتاح الفرصة كاملة أمام انتشار وباء الأفيون ، ذلك أن الحقن الوريدي يستحضر الاعتماد على العقار بصورة أسرع .

٥ - أن انتشار استخدام عقار معين بصورة مرضية لا يبرره فقط توافر زراعته أو تصنيعه ولكن يحدد ذلك أيضاً العديد من المحددات الدينية والثقافية والاجتماعية ، فانتشار تدخين الأفيون في جنوب شرق آسيا لاشك راجع إلى انتشار زراعته في هذه المناطق بالإضافة إلى الموافقة الاجتماعية على استخدامه وإلا فكيف نفسر عدم وجود حالات للإدمان في الصين . كذلك فإن عدم انتشار عادة تدخين الأفيون في الولايات المتحدة راجعة أساساً إلى رفض حضارى من الأمريكيين حيث إن مدمني الأفيون من الأمريكيين ذوو أصل صيني ، وبعد انتشار الأفيون في الدول الإسلامية دون الخمر راجعاً إلى تحريمات دينية صريحة للخمر .

٦ - أن وجهة النظر الاجتماعية التي تفسر الإدمان على أساس الضغوط الاجتماعية والفقر والبيوت المهتمة وضغوط جماعات الاقران وفشل عملية التطبيع ... إلخ . لا تستطيع أن ترد على سؤال هام هو : لماذا كانت هذه الأسباب السوسولوجية واقعة على كل من الذكور والاناث ، فام لا نجد الإدمان عادة إلا بين الذكور فقط سواء في الحضارات الشرقية أو الغربية؟ هذا من ناحية ومن ناحية أخرى فإن أنماط المدمنين - من الوجهة الاجتماعية - قد مرت بتغيرات عبر التاريخ ، ففي مطلع القرن التاسع عشر

Ray 72 كانت نسبة النساء إلى الرجال ممن يستخلصن الأفيون ٣ : ١ .  
ثم تغيرت هذه النسبة بعد ذلك وأصبح الذكور هم الأكثر شيوعاً . وإذا  
كانت نوعية الذكور في البداية من مجرمين وداعرات فإن النوعية بعد ذلك  
أصبحت من كل طبقة اجتماعية ومن كل مهنة ومن كل مذهب ديني ومن كل  
خلفية ثقافية . إن وجهة النظر الاجتماعية لاتصلح من وجهة نظرنا إلا من  
حيث إنها عوامل مهينة لأي سلوك منحرف أو جانح ومنه الإدمان .

٧ - ان الاتفاقيات الدولية لم تبدأ إلا في مطلع القرن العشرين ، وهذه  
الاتفاقيات لا تعد من الوجهة العملية ذات فائدة كبرى في محاربة هذا الوباء ،  
فالأفيون يعد مصدر ثروة رئيسي لبعض الدول ، وهو أيضاً مصدر من  
مصادر الضغط السياسي ( نذكر هنا ضغط تركيا على الولايات المتحدة بقصد  
مساعدتها وبخاصة بعد تخفيض عدد المناطق التي يزرع فيها الأفيون ) . هذا  
بالإضافة إلى أن السوق السوداء الأفيون وأسعارها المرتفعة تجعل من السهل  
لإغراء الأفراد الزراعين له بالبيع لهم ، لقد اتبعت الهند نظاما يقضى بزيادة  
السعر كلما زادت الكمية الموردة من الزراع . وهذا يشجع هؤلاء الزراع  
بعدم البيع في السوق السوداء (W.H.O. 1974) ويعد نظاما ناجحا لمحاربتها .

٨ - ان اتجاه الطب النفسي الدينامي باستناده إلى الجانب العلاجي  
الفسولوجي وإلى الجانب الدينامي من الشخصية يشكل رؤية من منظور  
أوسع بحيث يمكن القول أنه يقدم تفسيرات مقبولة سواء في التصنيف أو  
العلية (Etiology) أو العلاج ، وإن كانت التجارب في هذا المجال عادة  
ما تنحو أحد منحبين الأول هو التفسير الفسولوجي البحت للإدمان ،  
والثاني هو التفسير الدينامي المبني عادة على نظرية التحليل النفسي . إن التقاء  
التفسيرات قد يساعد أكثر على فهم هذه الظاهرة وخاصة أن كلا من التفسير  
الفسولوجي والتفسير الدينامي قائم على تخمينات منطقية في معظم الأحوال ،  
فالقول بوجود استعدادات جينية أولية أو استعدادات شخصية أولية أو وجود

مستقبلات للأفيونيات في الخلايا العصبية لا يعدو أن يكون تخمينات منطقية ، والقول أيضاً بالنكوص إلى مراحل ولادية وقبل ولادية ومراحل مبكرة جدا من النمو هو أيضاً تخمينات منطقية .

٩ - ان تجارب « البلاسيبو » ( ١ ) ( Placebo ) وما أثبتته من وجود إرجاعات من قبل المفحوصين كما لو كانوا قد أخذوا عقاقير فعلية تضع سؤالا هاما هو : هل هناك فارما كولوجيا نفسية للمواد ؟ وبمعنى آخر هل التأثير الفارما كولوجي ليس مطلقا وانما يتم من خلال نفسية الفرد . لقد وجد العديد من الباحثين أن آثار الأفيونيات تختلف من فرد إلى آخر بحسب كمية الجرعة ومدة الاستخدام والعمر الزمني وأيضاً ما يعتقد الفرد وما يتوقعه من آثار للعقار . ولعل في ذلك ما يدعو إلى أن تكون التجارب والدراسات من أكثر من منظور بحيث تكمل كل رؤية الرؤية الأخرى . وعلى سبيل المثال فقد وجد ناولس ولوكاس ( Knowles and Lucas 1960 ) أن من يستجيبون لمواد « البلاسيبو » على أنها أفيونات هم أفراد أكثر عصابية وأكثر تعرضا للوقوع في الإدمان ، ويطرح السؤال نفسه : أى تفسير نسلك هل بناء الشخصية هو الذى حدد هذه الاستجابة ؟ أم أن هناك استعدادات فيسيولوجية كما يقول أصحاب الطب النفسى ؟ أم هى فارما كولوجية العقار ؟ وإذا كانت كل هذه العناصر مشتركة فهل من الممكن التوصل إلى نقاط اتفاق أساسية يحدد الظروف الواجب توافرها في هذه العوامل مجتمعة لتحدث ذلك ؟

١٠ - من الوجهة النفسية البحتة فان النظر إلى الإدمان من خلال الإطار النفسى الداخلى وحده أو الإطار السلوكى وحده لا يزودنا إلا بصورة ناقصة فن المهم أن نتدبر عادة الإدمان كما هى بغض النظر عن السبب الذى من أجله يبدأ الفرد هذه العادة ، فكثير من المدمنين يعودون إلى العقار بعد أن

---

(١) مواد تقدم للمفحوص على أنها مخدرات أو أفيونات أو منبهات وهى ليست كذلك .

يكونوا قد نجحوا في الامتناع عنه لفترة طويلة وهذا يجعل من الضروري، دراسة عوامل الشخصية كذلك . وهذا مما يؤكد الاعتماد على كل من النموذجين معاً حيث أن كل واحد منها يكمل الآخر بالنسبة لهذا الموضوع ..

إدمان العقاقير بعامة وإدمان الأفيون بخاصة مشكلة متشابكة الأطراف ، معقدة العوامل ، فان تعاطى أحد الأفراد لحقنة مورفين أو قطعة أفيون أو قليل من الهيروين للشم نتاج لعملية سياسية واقتصادية واجتماعية وفسولوجية وطبية وفارماكولوجية وبيوكيماوية وسيكولوجية وقانونية. وعوامل أخرى عديدة ، وهذا قل أن نجده في تعرضنا لأي ظاهرة أخرى .

وهذا يؤدي بنا إلى تساؤل هام هو : كيف تطورت النظرة المصرية للأفيون ، وما هي ملامحها التاريخية والاجتماعية والتشريعية والسيكولوجية . ذلك لأن التصدى لهذا السؤال إنما يظهر بصورة أكثر وضوحاً مشكلة الإدمان في مصر وهذا ما نتناوله في الفصل القادم .