الفصل الخامس

المنحى الإبيديميولوجى
فى تقييم قدرة بعض المواد النفسية على استثارة الاعتماد(*)

١ – فيما يلى تعريف الاعتماد كما وضعته هيئة الصحة العالمية :

« الاعتماد(١) حالة نفسية ، وأحيانا جسمية أيضا ، تنتج عن التفاعل بين كائن حى ومادة بعينها ، وتتسم هذه الحالة بصدور سلوكيات واستجابات أخرى تنطوى دائما على نوع من التناول القهرى(٢) لمادة ما بصورة مستمرة أو دورية ، وذلك لكى يمر الشخص بخبرة آثارها النفسية ، وأحيانا لكى يتحاشى متاعب الابتعاد عنها . وقد لا تظهر ظاهرة التحمل(٣) ، وقد يعتمد الشخص على أكثر من مادة واحدة » . (WHO report no. 407) .

ولما كانت حالة الاعتماد تختلف (فى بعض جوانبها) باختلاف المادة التى يتناولها الشخص ، وهو ما يحتم الإشارة دائما إلى نوع الاعتماد (Eddy et al. 1965) فقد ترتب على ذلك ضرورة ابتكار طرق مختلفة لتقدير إمكانات المواد المختلفة لاستثارة الاعتماد . ولما كانت هناك اعتبارات أخلاقية للحدود التى يمكن الوصول

(*) يعتمد هذا الفصل فى معظم مادته العلمية على ورقة قدمها المؤلف بالإنجليزية لهيئة الصحة العالمية فى جنيف ، فى نوفمبر سنة ١٩٧٤ .

(1) Dependence.
(2) Compulsive consumption.
(3) Tolerance.

إليها فى التجريب على الإنسان ، فقد اتجهت الجهود إلى استغلال التجريب على الحيوان كحل بديل ، وخاصة إجراء التجارب على إقدام الحيوان على تناول المواد المحدثة للاعتماد (Teasdale 1973; Committee NAS/NRC 1973) . غير أن نقل نتائج التجارب التى أجريت على الحيوان والامتداد بها إلى الإنسان كان وسيظل دائما محل نظر ومراجعة كمغامرة منهجية . وهذا صحيح بالنسبة للاعتماد العضوى والنفسى على حد سواء . وفى هذا الصدد يقرر الدكتور هالباخ (بمناسبة تعليقه على إمكانية قياس الاعتماد العضوى على المورفين عند القردة) ما يأتى : « إن التعميم على الإنسان لما لاحظناه من فاعلية للمورفين فى حالة القردة ، أمر غير ممكن أو جائز » . ويقول عن المهبطات من نوع الباربيتورات : « إن الاختبارات المناسبة لهذه المواد لا تزال حديثة العهد . ومن ثم فإن قيمتها التنبؤية بالنسبة للإنسان أقل يقينية مما هو الحال مع المورفين » . ثم يعقب الدكتور هالباخ على موضوع الاعتماد النفسى فيقول ما يأتى :

> « ولقياس قدرة مادة معينة على استحداث اعتماد نفسى ، فقد ابتكرت تقنيات بعينها (كذلك) باستخدام بعض الحيوانات ، وبوجه خاص القردة . ولكن نظرا للحداثة النسبية لخبرتنا المكتسبة من هذا المصدر ، فنحن لا نعرف إلى أى مدى يمكننا اعتبار هذه التجارب منبئة بإمكان أن تستحدث هذه المواد نفسها الاعتماد النفسى فى حالة الإنسان » . (Halbach 1974) .

لا شك أننا بصدد معضلة ؛ فالحاجة ماسة إلى المعرفة المستندة إلى أسس تجريبية سليمة ، ولكننا لا نملك حرية التجريب على الإنسان فى هذا المجال ، ولا نملك حرية الامتداد إلى الإنسان بالنتائج المستخلصة من التجريب على الحيوان . ها هنا تكمن القيمة الحقيقية للدراسات الإكلينيكية والإبيديميولوجية التى يمكن تشبيهها بتجارب طبيعية ، ولا يحول دون الأخذ بهذا التشبيه أخذا كاملا إلا كون الشروط التى أجريت تحتها هذه التجارب لم تكن بتصميم مسبق من وضع الباحث . ومع ذلك فهناك كثرة

من تقنيات التحليل الإحصائى (للعينات الصغيرة والكبيرة على حد سواء) وقواعد الاستنباط، مما يسمح بالتغلب على الصعوبات المثارة فى هذا الصدد.

وفى هذا المقال سيكون تركيزنا على المنحى الإبيديميولوجى ، وكيف أنه يمكن أن يجيب عن كثير من الأسئلة حول إمكانيات الاعتماد القائمة فى بعض المواد النفسية.

٢ – الإطار الإبيديميولوجى

يمكن تعريف الإبيديميولوجيا بأنها رسم الخريطة الاجتماعية لاضطراب مرضى بعينه . ومن أهم أهدافها ما يأتى :

أ - تحديد معدلات الانتشار ، والإصابة ، أو تحديد التوزيع الاجتماعى لاضطراب مرضى بعينه .

ب - تحديد التاريخ الطبيعى للاضطراب .

جـ - إلقاء الضوء على منشإ وطبيعة العوامل المرسبة أو المشكلة للاضطراب . (WHO Rep No. 526).

فى هذا الإطار يمكن أن تسند إلى المنحى الإبيديميولوجى مهمتان لهما ارتباطان نوعيان بالمجال الذى نحن بصدده ، وهما :

١ – التأكد من وجود الاعتماد

١ - أ : إذا ما كانت الإفصاحات الأساسية للاعتماد تصحب تناول هذه المادة .

١ - ب : نوع الاعتماد .

١ - جـ : تحت أى الظروف تزداد شدة الاعتماد :

(أ) خصائص الجماعة أو الجماعات التى تتناول هذه المادة .

(ب) العوامل المرسبة للاعتماد :

أ - عوامل كيانية (الفروق الفردية فى الهشاشة) .

ب - عوامل بيئية .

٢ – تقدير درجة الاعتماد (أو قياس الاعتماد)

(أ) إلى أى مدى يبدو التناول قهريا .

(ب) النتائج السيكولوجية ، والسيكولوجية الاجتماعية ، المترتبة على الحرمان من تناول هذه المادة .

٣ – كيفية التصدى لإنجاز مهام الإبيديميولوجيا

لإنجاز مهام الإبيديميولوجيا هناك عملان أساسيان يمكن القيام بهما ، وهما : البحث ، والرصد .. ولا شك أن هناك تداخلا بين العملين . ولكن يحسن إبراز أوجه الاختلاف بينهما ؛ فالبحث يكون دائما مرهونا بمشكلة ما ، وهو عبارة عن مجموعة من الإجراءات المختلفة التى تؤدى بنا إلى إجابة أو إجابات قابلة للاختبار عن سؤال أو أسئلة محددة . ومن ثم فللبحث دائما بداية ونهاية . وهكذا يمكن للباحث أن يخطط لإجراء بحث على واحد من الموضوعات الآتية : « هل توجد مؤشرات على حدوث نوع ما من الاعتماد مصاحب لتناول مادة بعينها قدمت فى السوق حديثا ؟ » ، « ما مؤشرات الاعتماد النفسى المصاحبة للتناول غير الطبى لهذه المادة؟ » ، «ماذا عن التفاعل بين بعض أبعاد الفروق الفردية والاعتماد من هذا النوع أو ذاك ؟ » .. إلخ .

هذا عن البحث . أما الرصد فهو فى العادة موجه إلى وصف ظاهرة أو مجموعة من الظواهر . والرصد عادة أقل تركيبا أو تعقيدا من البحث ، ويمكن للرصد أن يستمر إلى ما لا نهاية . (مثال ذلك : وصف توجهات الظاهرة عبر سنوات) . والرصد فى مجال تعاطى المواد النفسية يمكن أن يمد الباحث بثروة كبيرة من البيانات الخام القابلة للاستعمال فى أنواع منوعة من البحوث المصممة للإجابة عن عديد من الأسئلة .

٣ - أ : لا يوجد سبب يمنع من استخدام أى نوع من البحوث الإبيديميولوجية فى إلقاء الضوء على الإمكانية الاعتمادية (أى إمكانية إثارة الاعتماد) لمادة ما . نأخذ مثلا المسح المقطعى[1] ، هذا النوع من المسوح يقصد منه الوصول

(1) Cross- sectional.

إلى معلومات ، فى نقطة زمنية محددة ، عما إذا كان هناك ارتباط بين أحد أو بعض عوامل الخطر وظرف أو شرط بعينه . أما المقاربة الاسترجاعية[1] فتنظر فيما إذا كانت أحداث ماضية أو تأثيرات ماضية بعينها لها علاقة بالوضع الراهن لشخص ما . فى حين أن المقاربة الاستقبالية[2] تحاول القيام بدراسة طولية أو تتبعية لمجموعة من الأفراد كانوا فى البداية خاليين من الإصابة بالاضطراب ، ثم يجرى قياس ما يمكن أن يكون للعوامل موضع الدراسة من دور فى منشإ الاضطراب ، ويتم ذلك على امتداد الفترة الزمنية التى يظهر فيها الاضطراب بين عدد من أفراد المجموعة . ثم هناك المنحى أو المقاربة الشبيهة بالاستقبالية[3] ، وتتمثل فى مسح يجرى على مجموعة من الأشخاص يختارون من بين جماعة معرضة لعوامل الخطر، ويتم اختيار المجموعة موضع الدراسة بناء على معلومات متوافرة عن أفرادها منذ وقت مبكر (WHO rep. No. 526) .

ها هنا توجد مشكلة منهجية تقوم كمقام مشترك وراء المقاربات الأربع التى ذكرناها ، وهى مدى جدارة مصدر المعلومات الذى يعتمد عليه الباحث .

جدير بالذكر فى هذا الصدد أن إحدى لجان الخبراء بهيئة الصحة العالمية أوضحت أنه تظل شهادات الوفاة ، وتقارير التشريح بعد الوفاة ، وسجلات المرضى ، مصادر معترفا بقيمتها فى تحصيل المعلومات اللازمة للدراسة الإبيديميولوجية لكثير من الأمراض .. فإن هذه الوثائق نفسها تعتبر ذات قيمة محدودة عندما نأتى إلى دراسات التعاطى والاعتماد، وذلك لأسباب نوعية تتعلق بمشكلات التعاطى (WHO rep. No. 526) . والمشكلة هنا ليست فى كون هذه المصادر على درجة

(1) Retrospective.
(2) Prospective.
(3) Quasi- prospective.

عالية من الثبات أم لا ، ولكن فى كونها تحمل أصلا أية معلومات عن سلوكيات التعاطى .

وقد ذكرت لجنة الخبراء نفسها مصادر أخرى للمعلومات يمكن أن تكون مهمة بالنسبة لموضوعنا ، من ذلك مثلا بعض مؤشرات النتائج الاجتماعية المترتبة على التعاطى فى مجال العمل مثلا كسجلات الغياب ، وسجلات المعونة لمواجهة البطالة. كذلك ذكرت اللجنة بعض المؤشرات التى قد تعطى معلومات مهمة عن بعض التغيرات التى وقعت فعلا أو قد تقع فيما يتعلق بالأنماط الشائعة محليا للتعاطى ، من هذا القبيل بعض ما ينشر فى الصحف ، وبعض الشائعات وبعض المعلومات المتوافرة لدى عدد من المتعاطين الحاليين والسابقين (المرجع نفسه) . ومثل هذه المصادر يمكن أن تكون ذات قيمة كبيرة بالنسبة للباحثين المهتمين بموضوع الإمكانية الاعتمادية لبعض المواد . ولكن تظل المسألة الرئيسية التى لابد للباحثين من استمرار الاهتمام بها هى مسألة جدارة هذه المصادر ؛ بمعنى : إلى أى مدى تكون متسقة مع نفسها (مشكلة الثبات) ؟ وإلى أى مدى تعنى ما تقول (مشكلة الصدق) ؟

٣ - ب : ويمكن للباحث أن يستخدم بعض المصادر سالفة الذكر ، أو يستخدمها كلها ، فى إطار دراسة استطلاعية تهدف إلى التحقق من القيمة البحثية لعدد من مؤشرات الاعتماد أو الإدمان ، على أن تقدر القيمة الحقيقية لهذه المصادر فيما بعد ، وذلك أثناء تقدمه فى إجراء مشروعه البحثى الأساسى . ومع ذلك ففى معظم الأحوال ، سواء كان الباحث لا يزال فى المراحل الإعدادية للبحث أو كان قد تقدم على طريق الإنجاز ، فسيجد نفسه دائما بحاجة إلى تكوين أداة يستخدمها فى جمع ما يلزمه من بيانات ، وهو الأمر الذى لا يقدمه جاهزا أى من المؤشرات أو المصادر التى ذكرناها فى الفقرة السابقة . وتكون هذه الأداة فى العادة مجموعة من الأسئلة مصممة لاستدعاء عدد من الإجابات اللفظية . ومع ذلك فقد تتكون الأداة من مجموعة من البنود التى يريد الباحث مشاهدتها (هذا إذا كانت الظاهرة أو الظواهر

موضوع الدراسة يمكن مشاهدتها من الخارج) . ونذكر هنا بعض المواقف التى تتاح مشاهدتها عادة (مثال ذلك : بعض عنابر المستشفيات ، وقاعات الاستقبال فى العيادات الخارجية) ، أو مواقف تنتمى إلى ما يسمى « المشاهدة بالمشاركة »[1] .. وقد تكون البنود بنودا أدائية[2] (بعض الاختبارات الأدائية البسيطة) . من هذا القبيل أن يضع الباحث ضمن خطته البحثية تطبيق بعض الاختبارات الأدائية فى المواقع التى توجد فيها بعض الجماعات المعرضة للعوامل المحرضة على التعاطى ، كالمدارس ، والمصانع ، ومراكز التدريب الصناعى ، ومكاتب التوظيف . وهى أماكن قد يختارها الباحث إذا كان بصدد التحقق من نشوء نمط أو أنماط جديدة للتعاطى فى بعض الأحياء أو المناطق .

٣ - جـ : وتعتبر الدراسات التى قام بها هل H.E. Hill وزملاؤه مثالا لما يمكن أن تقوم به مجموعة من الباحثين ؛ إذ تستخدم الاستبيان كأداة لجمع البيانات عن الأرجاع[3] أو ردود الأفعال التى تستثيرها مجموعة من المواد الإدمانية (المورفين ، والأمفيتامين ، والكلوربرومازين ، والسكوبولامين ، والكحول ، والبنتوباربيتال ، والحامض الليسيرجى) . (WHO rep. No. 407; Hill et al. 1963; Teasdale 1973) . أما عن البنود التى احتوى عليها الاستبيان فقد اختيرت على أساس قدرتها على التفرقة الجوهرية (عند مستوى ٥٪) بين تأثير مادة إدمانية بعينها وتأثير عقار وهمى[4] . وفى مرحلة تالية من مراحل صناعة هذا الاستبيان جمعت البنود ، وحسبت معاملات الارتباط بينها وجرى تحليل المصفوفات عامليا (ن = ١٠٠) ، وذلك لاستخلاص العوامل الشائعة وراء تأثيرات المواد المختلفة . وعلى هذا النحو أمكن

(1) Participant observation.
(2) Performance tests.
(3) Reactions.
(4) Placebo.

استخلاص عشرة عوامل ، ولكن اعتبر الباحثون اثنين فقط هما اللذان يمكن اعتبار كل منهما ذا معنى : العامل الأول اعتبر عامل « رد الفعل »[1] ، والثانى «الكفاءة»[2] . واعتبر الباحثون هذين العاملين يكونان معا إطارا للدلالة[3] يمكن استخدامه لإضفاء نظام منطقى على مختلف الأرجاع التى تصدر ردا على مجموع المواد الإدمانية .

٣ - د : مراعاة النقاط التالية بالغة الأهمية عند التصدى لتكوين استبيانات تسمح بتقدير الإمكانيات الإدمانية للمواد المختلفة :

١ - يعتبر المتعاطون مصدرا بالغ الأهمية نستمد منه البنود التى يمكن تضمينها فى الاستبيان ؛ ولذلك يجب اتخاذ كافة الإجراءات التى تسمح باستبار أعرض تشكيلة من المتعاطين ، على جميع الأبعاد التى نتصور أن لها علاقة بالتعاطى ، ويمكن التعبير عنها فى ألفاظ .

٢ - يحسن بالمستبر أن يبدأ الاستبار بأسئلة أقرب إلى الإجمال منها إلى التفصيل ؛ فهى أقدر على دفع المفحوص إلى الكشف بصورة تلقائية عن كثير من جوانب خبرته . ومع ذلك فهناك عدد كبير من المفحوصين يحتاج إلى مزيد من الحث على الاستمرار فى الإجابة خشية أن يتوقف عن الاسترسال فى سرد ما لديه ، أو خشية أن يتجه إلى الإجابات المقبولة الشائعة . وفى هذا الصدد ينبغى للمستبر أن يتأكد من أنه سبر المفحوص على أوسع نطاق من الخبرة بالتعاطى .

٣ - فى هذه المرحلة المبكرة من إجراء الاستبار ، يحسن استبعاد الأشخاص ذوى التعاطى المتعدد ، خاصة إذا كان الباحث يتجه إلى تكوين استبيان مستقل لكل مادة نفسية على حدة . ومما يؤيد هذا التوجه أننا وجدنا فى بحوثنا التى تركزت على المتعاطين المزمنين للقنب أن المتعاطين الذين أضافوا الأفيون إلى تعاطيهم

---

(5) Reactivity.
(1) Efficiency.
(2) Frame of reference.

القنب (ن = ٢٦١) كانوا يختلفون جوهريا عمن اقتصروا فى تعاطيهم على القنب (ن = ٥٧٣) بالنسبة لبعض الأرجاع التى أمكنهم التعبير عنها لفظيا . من هذا القبيل مثلا أننا طرحنا السؤال الآتى :

« وانت مخدر .. يا ترى بتبان لك المسافة (يعنى مثلا المسافة من الحتة اللى شربت فيها لغاية بيتكم) بتبان لك طويلة ولا قصيرة ولا عادية » ؟

وقد أجاب عن هذا السؤال متعاطو « القنب + الأفيون » على الوجه الآتى : ٤٣,٩٪ قالوا « أطول » ، و١١,١٪ قالوا أقصر ، و٤٥٪ قالوا عادية . وجاءت الإجابات المناظرة من متعاطيى الحشيش فقط على النحو الآتى : ٣٧٪ ، و٧,٥٪ ، و٥٥,٥٪ . وكان الفرق بين هذين النمطين من الإجابة جوهريا عند مستوى ٠,٠٢ (كاى تربيع = ٨,٤٢ ، د. ح = ٢) .

مثال آخر :

« وانت مخدر .. هل حجم الأشياء (زى الترابيزة مثلا) بيبان لك كبير ، ولا صغير، ولا عادى » ؟

وقد أجاب عن هذا السؤال متعاطو « القنب + الأفيون » على الوجه الآتى : ٢٤,٢٪ أكبر، ١,٥٪ أصغر، و٧٤,٣٪ عادى. وجاءت الإجابات المناظرة من متعاطيى الحشيش فقط على الوجه الآتى : ١٦٪ ، و٢٪ ، و٨٢٪ . وكان الفرق بين هذين النمطين من الإجابة جوهريا عند مستوى ٠,٠٢ (كاى تربيع = ٨,٣٪ ، د. ح = ٢) .

من هذين المثالين يتضح أن أصحاب التعاطى المتعدد يمكن أن يعطوا إجابات مختلفة عن متعاطى الحشيش فقط .

٤ - إذا سئل المتعاطون المنتظمون أن يقارنوا بين أحوالهم النفسية وهم لا يتعاطون المخدر (ودون أن يكونوا فى حالة لهفة عليه) ، وحالهم وهم تحت تأثيره ، وحالهم وهم محرومون منه (من حيث بعض الوظائف النفسية، مثل: الذاكرة، ودقة الإدراك البصرى ، ودقة السمع .. إلخ ، أو من حيث بعض الحالات المزاجية ، مثل الاستخفاف ، أو الاندفاعية .. إلخ) ، فإن إجاباتهم تكشف عن

تذبذبات واسعة المدى بما يتناسب وعلاقاتهم بالمخدر . ويمكن القول بأن نمط التذبذب وحجمه معا إنما يعبران عن درجة الاعتماد ، وتحديد هذه الدرجة يمكن للباحث أن يعتبرها ضمن مهام المقاربة الإبيديميولوجية ؛ إذ تتناول دراسة الإمكانية الاعتمادية (أو الإدمانية) لمادة ما .

فى سنة ١٩٦٧ أجرينا دراسة على ٨٥٠ شخصا من متعاطيى القنب المزمنين كانوا جميعا من المسجونين فى سجون الجمهورية ، و٢٤٥ شخصا من المتعاطين الطلقاء (غير المسجونين) . وفى هذه الدراسة استخدمنا استمارة استبار ، كان من بين بنودها عدد من الأسئلة من النوع الذى أشرنا إليه فى الفقرة السابقة .

وفيما يلى عينة من هذه الأسئلة (وتدور حول التغيرات المزاجية)(*) :

١ - أ - وانت فى حالتك العادية (يعنى وانت مش مخدر) بتكون : مرح (يعنى غالبا مفرفش) ولا منقبض (يعنى مقبوض) ولا لاكده ولا كده ؟

١ - ب- طيب وانت مخدر ، مرح ، ولا منقبض ، ولا لا كده ولا كده ؟

١ - جـ - طيب وانت خرمان ، مرح ، ولا منقبض ، ولا لا كده ولا كده ؟

٢ - أ - وانت فى حالتك العادية (يعنى وانت مش مخدر) بتتحكم (يعنى تفرض رأيك على غيرك) ، ولا بتستكين (يعنى تتنازل عن رأيك بسهولة) ، ولا لا كده ولا كده ؟

٢ - ب- طيب وانت مخدر ، بتتحكم ، ولا بتستكين ، ولا لا كده ولا كده ؟

٢ - جـ- طيب وانت خرمان ، بتتحكم ، ولا بتستكين ، ولا لا كده ولا كده ؟

وفيما يلى عينة أخرى من أسئلة تدور حول التغير فى مستوى أداء الوظائف الإدراكية(**) :

١ - أ - وانت مخدر بتحس إن الوقت بيفوت بسرعة ولا ببطء ولا عادى ؟

(*) تحمل هذه الأسئلة الرقمين (٩٦) و(٩٧) فى النص الأصلى للاستمارة .

(**) هذه الأسئلة تحمل الأرقام (٧٢) و(٧٣) و(٨٦) و(٨٧) فى النص الأصلى للاستمارة .

١ - ب- طيب وتانى يوم : بسرعة ولا ببطء ولا عادى ؟

٢ - أ - وانت مخدر بتبان لك الألوان مزهزهة ولا عادية ولا بهتانة ؟

٢ - ب- طيب وتانى يوم بتبان مزهزهة ، ولا عادية ، ولا بهتانة ؟

جدير بالذكر فى هذا الموضع أن هذه الأسئلة جاءت نتيجة لعملية طويلة قمنا بها فى مرحلة الإعداد ، بدأناها بتحليل المضمون لإجابات مجموعة من المتعاطين ردا على أسئلة مفتوحة النهايات ، تلت ذلك خطوة من التجريب حاولنا فيها أن نختار بين صياغات لغوية مختلفة لهذه الأسئلة . وجدير بانتباه القارئ هنا أن يلاحظ أن النقاط المرجعية التى اخترناها لنقدم وصفا محددا للتغيرات المزاجية ، تختلف عن النقاط المرجعية التى اخترناها لوصف التغيرات فى مستوى أداء الوظائف الإدراكية . وقد جاء ذلك نتيجة لما وجدناه فعلا من إشارات ومعان فى إجابات المفحوصين فى خطواتنا التمهيدية . وقد شعرنا أنه من غير المجدى أن نسأل المفحوصين فى حالة إدراك الوقت وإدراك الألوان عن هذا الإدراك تحت شرط اللهفة إلى المخدر . ومع ذلك فربما لزم اتخاذ قرار مختلف فى حالة إجراء البحث على تعاطى مخدر آخر غير القنب ، فهذا النوع من القرارات يجب اتخاذه على أساس واقعى .

٥ - وقد يرى الباحث طرح أسئلة أخرى على المفحوصين حول جوانب أخرى لخبرة التعاطى والاعتماد . من هذه الجوانب ما يتناول الوجه القهرى للتعاطى . ولما كان هذا الوجه يمثل واحدا من أبعاد الاعتماد (النفسى) ، فالغالب أن السؤال حوله سوف يمد الباحث بوسيلة للمقارنة بين عدد من المواد التى يفترض فيها إحداث الاعتماد .

وفيما يلى بضعة أسئلة من هذا الطراز مستمدة من دراستنا التى سبق الإشارة إليها :

أ - انت بتتعاطى الحشيش فى أوقات محددة ؟

ب - هل سبق إنك انقطعت عن التعاطى ؟

جـ - عندك رغبة تبطل الحشيش دلوقت ولا ماعندكش[*] ؟

وقد ذكرنا من قبل أنه كان بين مفحوصينا مجموعة يتعاطون الحشيش والأفيون (ن= ٢٦٢) . وقد سألنا هؤلاء عما إذا كانوا يتعاطون الحشيش فى أوقات محددة ، فأجاب ٤٢٪ منهم بـ « نعم » . ثم سألناهم : هل يتعاطون الأفيون فى أوقات محددة؟ فأجاب ٨٩,٧٪ منهم بـ « نعم » . ويلاحظ هنا أن الفرق بين هاتين النسبتين المئويتين عالى الجوهرية إحصائيا ، وهذه النقطة تبدو ذات معنى واضح إذا كاملنا بينها وبين مجموعة من المعلومات تدور حول المقارنة بين الإمكانية الاعتمادية لكل من المخدرين (الحشيش والأفيون) .

٦ - وثمة صيغ لغوية مختلفة للصورة التى يجب أن تكون عليها أسئلتنا كما نوجهها إلى المفحوصين . وعلى الباحث أن يختار من بين هذه الصور أنسبها . (Rundquist 1940) ، والسبيل إلى اتخاذ القرار السليم فى هذا الصدد هو أن يقوم على أساس عملى (إمبيريقى) .

وفى دراستنا المصرية على تعاطى الحشيش ، كان علينا أن نجرى التجارب فى هذا الصدد على كل بند من بنود استمارة البحث . وكان علينا أن نختار الصورة الملائمة من بين ما يتراوح بين ٣ و ٥ صور مختلفة .

وفيما يلى ثلاث صياغات مختلفة كان علينا أن نختار واحدة من بينها لكل بندين يتعلقان بإدراك الزمن :

الصيغة أ :

١ - أثناء التعاطى أشعر بأن الوقت يمر :

بطيئا جدا .

سريعا جدا .

عاديا .

٢ - فى اليوم التالى للتعاطى أشعر أن الوقت يمر :

(*) أرقام هذه الأسئلة فى استمارة البحث هى : ٢٣ و٤٨ و٥٧ على التوالى .

بطيئا جدا .

سريعا جدا .

عاديا .

الصيغة ب :

١ - كيف تشعر بمرور الوقت أثناء التعاطى ؟

بطيئا جدا .

سريعا جدا .

عاديا .

٢ - كيف تشعر بمرور الوقت فى اليوم التالى للتعاطى ؟

بطيئا جدا .

سريعا جدا .

عاديا .

الصيغة جـ :

١ - وانت مخدر بتحس إن الوقت بيفوت بسرعة ( ) ولا ببطء ( ) ولا عادى ( ) ؟

٢ - طيب وثانى يوم : بسرعة ( ) ولا ببطء ( ) ولا عادى ( ) ؟

وتعتبر الصيغة مقبولة إذا توافر لها الحد الأمثل من البساطة (بحيث تقع بكل أجزائها داخل سعة الذاكرة المباشرة للمفحوص) ، وتكون مفهومة ، ولا تبدو مصطنعة ، وتكون ذات درجة ثبات معقولة .

٧ - وإذا أراد الباحث أن يستخدم كل بند بمفرده (الاستبيان كاملا) باعتباره وحدة التحليل ، فلابد له من حساب درجة ثبات البنود كل على حدة ؛ ذلك أن درجة ثبات البند هى وسيلتنا الوحيدة لتقدير حجم الخطإ الذى يحتمل أن يتسرب إلى عملنا . وتوجد فى هذا المجال عدة طرق لحساب ثبات البنود ،

وبإمكان الباحث أن يختار من بينها ما يناسب مهمته . وقد كان تقدير ثبات البند هو الأساس الذى اعتمدنا عليه عندما كنا نقرر هل ندخله فى الاستبيان فى صورته النهائية أم لا.

٨ - وعلى أساس ما قلناه فى القسم الثانى من هذا الفصل ، يمكن للباحث أن يكون عددا من الاستبيانات بحيث يناسب كل منها مادة بعينها من المواد المحدثة للإدمان. ثم يأتى تحليل الدرجات المستحقة على كل بند أو على كل حزمة من البنود للإجابة عن السؤال الآتى : هل المادة التى يتعاطاها البعض فى قطاع مجتمعى ما ، يمكن تصنيفها على أنها تندرج تحت الطراز س من الاعتماد ؟ وقد يرغب الباحث فى أن يكون لديه استبيان أكثر تعميما ؛ أى أداة تصلح لتصنيف المادة التى يعنيه أمرها فى إطار للدلالة تعتبر محاوره أساسية للاعتماد من حيث هو اعتماد . فى هذه الحالة يلزمه أن يحسب معاملات الارتباط بين البنود ، ثم يقوم بإجراء التحليل العاملى للمصفوفة الناتجة من ذلك . ولما كان الاحتمال الغالب هو أن الباحث سوف يبدأ مثل هذا المشروع البحثى باستخدام عدد من الاستبيانات التى تم تكوينها لبحث مادة نفسية بعينها وقد تم تطبيقه على عينة بذاتها ، فسينتهى الأمر به إلى أن يكون لديه عدد من العينات المختلفة . ولأنه يريد أصلا أن يتوصل إلى إطار واحد عام للدلالة ، فلابد له من أن يكامل بين الحلول المتعددة التى انتهى إليها . هنا سوف يجد أن هناك أساليب متوافرة تيسر له المقارنة الإحصائية بين التحليلات العاملية التى أجريت على عينات مختلفة من المتعاطين ، وهو ما سوف يساعده على تحديد العوامل المتشابهة أو الأساسية وراء الاعتماد أيا كان طرازه . (Kaiser *et al* 1969. White 1966) . ثم تأتى بعد ذلك منطقيا خطوة مهمة هى أن يتقدم نحو تكوين استبيان عاملى عام[1] ، مسترشدا بما كشفت عنه تحليلاته العاملية من عوامل أساسية أو عامة . وسوف يكون هذا الاستبيان العاملى أداة مهمة فى يد الباحث الإبيديميولوجى يصف

(1) Generalized factorial questionnaire.

بوساطتها (كيفيا وكميا) عددا كبيرا من المواد النفسية التى قد لا يكون بعضها درس من قبل من هذه الزاوية .

٩ - يعتبر تنوع الاستجابة للمواد النفسية من فرد لآخر مسألة موثقة بحثيا (أى تؤيدها بحوث إمبيريقية متعددة) (Teasdale 1973; Haerzen & Hill 1959; von Felsinger et al. 1955). وتزخر أدبيات المجال بدراسات على الاعتماد لدى الأفراد البشريين ، وقد انتهت إلى نتائج متعارضة (قارن مثلا بين نتائج واسكو وزملائها ونتائج ملجس وزملائه حول الآثار الحادة لتعاطى القنب (Waskow et al. 1970; Melges et al. 1970). وفى كثير من هذه الحالات كان تضارب النتائج راجعا إلى أن الفروق الفردية على متغيرات بعينها لم تؤخذ بعين الاعتبار بصورة نظامية منذ المراحل الأولى لتصميم هذا البحث أو ذاك . هنا نجد أن الدراسات الإبيديميولوجية بما تحويه عادة من عينات كبيرة ، ومن معلومات مفصلة عن أنواع المجموعات البشرية التى تجرى عليها هذه الدراسات ، إنما تساعدنا على تفتيت المعلومات حسب أبعاد لها معناها ؛ وذلك بهدف الكشف عن أنماط مختلفة للاستجابة لهذه المادة النفسية أو تلك . جدير بالذكر هنا أننا فى دراستنا على التعاطى المزمن للقنب ، وجدنا أن المتعاطين الأميين القادمين من الريف لا يختلفون جوهريا عن نظرائهم من غير المتعاطين على عدد من المقاييس التى كنا نطبقها .

وهذه النتائج تشبه نتائج بومان M. Bowman وبيل R.O. Pihl ، فقد وجد هذان الباحثان أنه لا توجد فروق جوهرية بين متعاطيى القنب والأفراد غير المتعاطين الذين ينتمون إلى المناطق الريفية ونصف الريفية ، والذين توجد بينهم نسبة عالية من الأمية فى جامايكا (Bowman & Pihl 1973) . وفى مقابل ذلك وجدنا أن الأفراد المتعاطين من ذوى التعليم رفيع المستوى و/ أو المقيمين فى المدن يختلفون اختلافا جوهريا عن نظرائهم من غير المتعاطين على معظم اختباراتنا الموضوعية (Soueif

(1971; 1974 a; 1974 b) . والمغزى من وراء هذا الكلام أن الباحثين الذين يقصدون إلى دراسة الاعتماد على المواد النفسية عند الأفراد البشريين يلزمهم أن يتنبهوا إلى تدخل الفروق الفردية كمتغيرات معدلة لتأثير المواد النفسية . ودون أن يدخلوا فى حسابهم هذا الدور للفروق الفردية ، ودون أن يزودوا تصميماتهم البحثية بما يسمح بتحليل البيانات للكشف عن إسهام هذا الدور فى الصورة التى يخرجون بها ، فإن قدرا كبيرا من الخلط سوف يشوب نتائجهم . من هذا المنطلق يجب العمل على تحديد أبعاد الفروق الفردية التى يمكن أن تكون ذات معنى فى بحوث المخدرات . جدير بالذكر هنا أن بعض البحوث المنشورة فعلا يمكن أن تعطينا إيحاءات قيمة فى هذا الصدد (أمثلة على ذلك : العمر ، والخبرة السابقة بالمخدرات ، ومستوى الذكاء ، ومستوى التعليم.. إلخ) .

١٠ - يمكن للباحث ، بدلا من تكوين استبيان للاعتماد عليه فى بحثه ، أن يكون قائمة بما يسمى مؤشرات التعاطى (انظر القسم ٣ - أ فى هذا الفصل) ، على أن يتبع فى تصميم هذه القائمة خطوات شبيهة بالخطوات اللازمة لتكوين الاستبيان ، فيختار الصيغة المناسبة لكل بند من بنود القائمة ، ويحسب درجة ثبات هذا البند (بحساب درجة الاتفاق بين مصححى القائمة) ، ويقوم بإجراء التحليلات العاملية لمصفوفة الارتباطات بين البنود حتى يمكنه استخلاص المحاور الأساسية للدلالة ، وقد يرى أن يتقدم فى تحليلاته خطوة نحو تكوين قائمة عاملية معممة[1] .

وكذلك يمكن اتباع المنهج نفسه فى خطوطه العريضة إذا ما أراد الباحث أن يكون أداة يستخدمها فى جمع الملاحظات السلوكية الخاصة بالتعاطى . (راجع القسم ٣- ب من هذا الفصل) .

(1) A Generalized factorial check list.

ومعنى ذلك فى نهاية الأمر أنه من حيث المبادئ الرئيسية لتكوين الأداة ، سواء كانت استبيانا أو قائمة بالمؤشرات أو قائمة ببنود للمشاهدة المنظمة ، فالمبادئ الرئيسية هى هى فى الأحوال الثلاثة .

ومع ذلك فهذا القول لا يجوز أن يجعلنا نغفل عن وجود مشكلات نوعية خاصة بقوائم المؤشرات والملاحظات . من هذه المشكلات مثلا تصنيف الاستجابات ، فهناك دائما سؤال هام مؤداه : هل يصنف الباحث السلوك (أو الاستجابة) الذى يهتم به مباشرة (أى فى لحظة العمل الميدانى وفى لحظة ملء القائمة) أم يلزمه أن يكتفى أولا بتسجيل السلوك تسجيلا وصفيا خالصا ، على أن يتم التصنيف فى خطوة تالية ؟ هناك عدد من الباحثين يفضلون أن يتم التصنيف فيما بعد (Heyns & Lippitt 1954). وللحسم فى هذا التساؤل ، لابد للباحث من أن يأخذ فى اعتباره درجة ثبات التصنيف . وتوجد مشكلة أخرى لصيقة بهذا التساؤل ، وهى تتعلق بقدرة الباحث على التسجيل الوصفى للاستجابات دون التورط فى أى تأويل . ثم هناك مشكلة ثالثة ، وهى تتعلق بما يمكن اعتباره الوحدة الأساسية[1] للسلوك الذى نحاول تسجيله. هذه المشكلات وأمثالها لابد من إيجاد الحلول الإبداعية لها ، دون إغفال الاعتبارات المنهجية الأساسية .

خلاصة القول أن الإبيديميولوجيا يمكن أن تكون عظيمة الفائدة فى دراسة الإمكانية الاعتمادية للمواد النفسية . ونظرا لأنها تتناول عادة أعدادا كبيرة من الأفراد لكى تصل إلى ما يمكن أن نسميه بالمظاهر الجماعية للاضطراب (الذى ندرسه) ، فهى قادرة على أن تبرز أمامنا أنماطا ضعيفة أو مرهفة من السلوك ومن الارتباطات، وهذه إحدى مزاياها (Reid 1960; Lin & Standley 1962). ولكن الوجه الآخر لهذه الحقيقة هو أنها يمكن أن تستنزف جهد الباحث فى مسارب غير مجدية ، أو ضعيفة العائد . ومن ثم فإن الإبيديميولوجيا إذا كان لها أن

(1) Basic unit.

تضاهى التجريب المعملى على الحيوان فى دراسة الإمكانية الاعتمادية للمواد النفسية ، فيجب ألا تقل عن ذلك التجريب صـــرامة فى أمور المنهج . وفى هذا الصدد لابد للباحث من أن يتبنى القاعدة القائلة بأن الطرق المتبعة فى دراسة الظواهر (السلوكية) ذات الأبعاد الكبيرة[1]، لا يجوز أن تقل فى صرامتها عن الطرق اللازمـــة لدراســـة الظـــواهر الدقيقة (أو الجزيئية)[2] .

المصادر العربية

- لجنة بحث تعاطى الحشيش (١٩٦٠) **تعاطى الحشيش ، التقرير الأول : استمارة الاستبار ؛ تأليفهـــا وحساب صدقها وثباتها** ، منشورات المركز القومى للبحوث الاجتماعية والجنائية . القاهرة : دار المعارف .

المصادر الأجنبية

Bowman, M. & Pihl, R.O. (1973) Cannabis: Psychological effects of chronic heavy use, *Psychopharmacologica*, 29, 159- 169.

Committe on problems of drug dependence, NAS/NRC, (1973) Testing for dependence liability in animals and man, Bull Narcotics, 25/2, 25-40.

Eddy, N.B., Hallbach, H., Isbell, H. & Seevers, M.H. (1965) Drug dependence: Its significance and characteristics. *Bulletin of the world health organization*, 32, 721- 733.

Edwards, G., Poglaze, J. & Mac cofferty, M.M. (1973) Guidelines for existing information on the non- medical use of drugs. Paper submitted to

(2) Molar phenomena.

(3) Molecular.

WHO working Group on guidelines for collaborative reporting on the non- medical use of dependence producing drugs. Geneva, (13- 18 August).

Haertzen, C. A. & Hill, H.E. (1959) Effects of morphine and pentobarbital on differential MMPI profiles, *J. clin. Psychol.*, 15, 434- 437.

Hallbach, H. (1974) Testing and evaluating risk of dependence and abuse, *Controlling drugs*, R.H. Blum, D. Bovert, J. moore et al. eds., Washington: Jossey- Bass, 132- 143.

Heyns, R.W. & Lippitt, R. (1954) Systematic observational techniques, *Handbook of social psychology*, G. Lindzey ed., cambridge (Mass.) 370- 404.

Hill, H.E., Heatrzen, C.A., Wolbach, A.B. & Miner, E.J. (1963) The Addiction Research Center Inventory: Standardization of scales which evaluate subjective effects of morphine, amphetamin, pentolarbital, alcohol, LSD- 25, Pyrahexyl and chlorpromazine, *Psychopharmacologica*, 4, 167- 183.

Kaiser, H.F., Hunka, S. & Bianchini, J. (1969) Relating factors netween studies based upon different individuals. Appendix in : *Personality structure and measurement*, H.J. Eysenck & S.B.C. Eysenck eds., London: Routledge & Kegan Paul.

Lin, T. & Standley, C.C. (1962) *The scope of epidemiology on psychiatry*, Geneva: WHO.

Melges, F.T. Tinklenberg, J.R., Hollister, L.E. & Gillespie, H.K. (1970). Marihuana and temporal disintegration, *Science*, 168, 1118- 1120.

Reid, D.D. (1960) *Epidemiological methods in the study of mental disorders*, Geneva: WHO.

Rundquist, E.A. (1940) Form of statement in personality measurement, *J. educ. Psychol.*, 135- 147.

Soueif, M.I. (1967) Hashish consumption in Egypt: with special reference to psychosocial aspects, *Bull. Narcotics*, 19/2, 1-12.

Soueif, M.I. (1971) The use of cannalis in Egypt: a behavioural study, *Bull. Narcotics*, 23/4, 17- 28.

Soueif, M.I. (1972) The epidemiology of drug dependence: A discussion of some technical problems; paper submitted to WHO Expert Committee on Drug Dependence, Geneva 21- 27 November.

Soueif, M.I. (1974a) Psychomotor and cognitive deficits associated with long- and- short- term cannabis consumption: comparison of research findings and discussion of selected extrapolations: paper read at the third International cannalis conference, London 30 April- 2 May.

Soueif, M.I. (1974b) some findings realting to the psychology of long- term cannabis consumption: a statement. *Hearings before the subcommittee to Investigate the Administration of the Internal Security Act and other Internal Security laws of the committee on the Judiciary United States Senate. May 17th*, 177- 128.

Teasdale, J.D. (1973) Drug dependence, *Handbook of abnormal psychology*, H.J. Eysenck ed., London: Pitman Med., 2nd ed., 97- 130.

Von Felsinger, J.M., Lasagna, L. & Beecher, H.K. Drug induced mood changes in man: 2. Personality and reaction to drugs, *J. Amer. Med. Assn.*, 157, 1113- 1119.

Waskow, I.E., Olsson, J.E., Salzman, C., Katz, M.M. & Chase, c. (1970) Psychological effects of tetrahydrocannabinol, *Arch. Gen, Psychiatry*, 22, 97- 107.

White, P.O. (1966) A Fortran program for rlating factors (Abstract), *Brit. J. math. Stat. Psychol.*, 19, 282.

WHO (1969) *Technical report series no. 407*, Geneva.

WHO (1973) *Technical report series no. 526*, Geneva.

Yanagita, T. (1973) An experimental framework for evaluation of dependence liability of various types of drugs in monkeys, *Bull. Narcotics*. 25/4, 57-64.