



**دراسة الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي
المخدرات لدى كل من المعتمدين والمتعافين
على المواد المؤثرة في الحالة النفسية**

د. امال حسين محمد محمد

مدرس بكلية الدراسات العليا والبحوث البيئية

جامعة عين شمس

DOI: 10.21608/qarts.2022.129193.1398

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - العدد (٥٦) يوليو ٢٠٢٢

الترقيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة ISSN: 1110-614X

الترقيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية ISSN: 1110-709X

<https://qarts.journals.ekb.eg>

موقع المجلة الإلكتروني:

دراسة الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات لدى كل من المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية

المخلص:

هدفت الدراسة الحالية الى دراسة الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات لدى عينة من المعتمدين وأيضًا المتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وأجريت الدراسة الراهنة على عينة مكونة من مجموعتين، المجموعة الأولى هي المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وتضمنت (١٢) فردًا من المعتمدين على جميع المواد النفسية ممن يترددون على عيادات الخط الساخن لعلاج الإدمان، أما المجموعة الثانية وهي المتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وتضمنت (١٢) فردًا من المتعافين على جميع المواد النفسية والذين خضعوا لبرنامج علاجي تأهيلي تابع لعيادات الخط الساخن لعلاج الإدمان لمدة على الأقل ٦ شهور كاملة دون العودة للتعاطي السابق قبل العلاج، وتتراوح أعمارهم في كلاً من المجموعتين من (٢٠-٤١) سنة، وقد استخدم في هذه الدراسة، قائمة المعتقدات اللاعقلانية حول المواد المؤثرة في الحالة النفسية والتي تشمل جميع الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات، وتم استخدام المنهج الوصفي الارتباط المقارن، وقد توصلت نتائج الدراسة الى وجود فروق دالة إحصائية فيما يتعلق بالأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وكانت في اتجاه المعتمدين، وأيضًا تسهم الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات بالتنبؤ بالاعتماد والاستمرار فيه لدى المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وتسهم الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث الانتكاس لدى المتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وتوصي الباحثة بزيادة

البرامج العلاجية التي تهتم بطرق التفكير وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية.

الكلمات المفتاحية: الأفكار اللاعقلانية، المعتمدين، المتعافين، المواد المؤثرة في الحالة النفسية.

مقدمة:

يعد الاعتماد بوجه عام أحد الاضطرابات العقلية والسلوكية (يتجه لاستخدام مواد نفسية الفاعلية) المعوقة للمدمن بشدة والمؤثرة على المحيطين به.

لهذا يعرف الاعتماد بأنه حالة نفسية وأحياناً تكون عضوية تنتج من التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية، وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القهرية في أن يتعاطى الكائن مواد نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري من حين لآخر، وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها، وقد يصاحبها تحمل أو لا يصاحبها، كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر وتتوقف الإمكانية الاعتمادية على تلك الخصائص التي تتوفر في أية مادة نفسية، بناء على ما لها من تأثير فارماكولوجي على الوظائف النفسية أو العضوية، مما يرفع من حدوث احتمالات الاعتماد (محي الدين حسين، ٢٠٠٧، ٤).

لهذا هناك تعريفات اهتمت بالتركيز على العوامل اللاحقة للاعتماد فقط، كظهور حالات الانسحاب والتحمل وتغير العوامل الفسيولوجية والسلوكية والاجتماعية والمعرفية عقب حدوث الاعتماد، ولكنها لم توضع دور العوامل السابقة على حدوث الاعتماد، خاصة إرادة، واستبصار، ووعي الفرد، والتي قد تسهم بشكل أو بآخر في دفع الفرد نحو تعاطي مادة مخدرة بعينها.

مما دعى إلى الاهتمام بالاعتماد بأنه عبارة عن تضافر عدة عوامل معرفية ونفسية واجتماعية مختلفة ذات طابع لا توافقي بمقتضاها يميل الفرد نحو السعي بشكل مستمر ومنظم أو دوري لتعاطي مادة نفسية معينة ذات تأثير فعال من أجل تجنب

وتحاشي المتاعب والمواقف الضاغطة ولتحقيق إشباع مؤقت للشعور بالرضا سرعان ما يزول لتبدأ الدورة من جديد، وفي حالة تراجع تأثير تلك المادة النفسية وفي حالة معاكسة تأثيرها يبدأ في أعراض الانسحاب العضوية والنفسية في التناقم.

مما يؤدي إلى زيادة الجرعة أو اللجوء لمادة أخرى مصاحبة أو غير مصاحبة، ووفقاً لهذا يتضح لنا ان الاعتماد كمفهوم أعم وأشمل من مفهوم الإدمان (سويف، ١٩٩٦، ١٨).

وقد أوضح كلاً من كوللر Koller ولوفيز Lovez أن منظومة الأفكار المكتسبة نحو تعاطي المواد النفسية إنما تنقسم إلى جزئين رئيسيين جزء أطلق عليه الأفكار الدافعة وهي تلك الأفكار اللاتوافقية المكتسبة عبر خبرات الفرد والتي تيسر له الإقدام على تعاطي المواد النفسية بدافع التجربة أو المشاركة ثم في مرحلة لاحقة عقب حدوث الاعتماد تكون بدافع كف الشعور بالقلق والتوتر والرغبة في التخفيف من وطأة المشقة الحياتية والجزء الآخر أطلق عليه الأفكار المتقبلة وهي تلك الأفكار التوافقية من منظور المعتمد والتي من خلالها نستطيع طرح العديد من الأسباب والتبريرات نحو استمرار سلوكه الخاص بتعاطي المادة النفسية مما يسمح له ويجعله قادراً على تقبل النقد الذاتي أو اللوم من قبل الذات والآخرين (Koller, 2004).

مشكلة الدراسة:

لقد زاد الاهتمام في السنوات الأخيرة بدراسة العلاقة المتبادلة بين الاعتماد على المخدرات والاضطرابات النفسية، وقد قام العديد من المتخصصين بدراسة معتمدي المخدرات الذين يعانون من اضطرابات عديدة، وقد بينت الدراسات وجود أفكار لاعقلانية لدى مدمني المخدرات مقارنة بالمتعافين (رشا الديدي، ١٦، ٢٠٠٠).

ويرى Ellis (2010) أن الأفكار غير العقلانية هي المسبب الأساسي لأي اضطرابات نفسية وانحرافات سلوكية خاصة الاعتماد، مثل هذه الأفكار والاعتقادات غير العقلانية تتضمن معاني ومفاهيم ومخططات ومشاعر وسلوكيات تخرج في صورة غير توافقية يسودها التفكير الاحترازي، والتمادي، والاستمرارية في إصدار الاضطرابات الانفعالية المتكررة بما يشمل تطويل الفترة الزمنية المستغرقة فيها وشدة حدثها حيث تكون مثل هذه الأفكار غير العقلانية موجّهة نحو تعاطي مادة ذات طبيعة اعتمادية معينة يتمركز حولها الفرد ومن ثم تسوقه للاعتماد عليها وعزله عن محيطه الاجتماعي والأسري والوظيفي مما ينجم عنه خلل وقصور في منظومة المهارات الاجتماعية والتوافقية عبر الحياة اليومية، بالإضافة إلى تدهور في الأداء المعرفي العقلي، أما الأفكار والاعتقادات العقلانية فهي تقوم بإلغاء المشاعر السلبية وبالتالي تقليل استمرارية الاضطرابات الانفعالية المتكررة، وتقصير الفترة الزمنية المستغرقة فيها وتخفيف حدثها لدرجة معينة تحقق عندها التوافق والابتعاد عن أية مادة نفسية ذات طبيعة اعتمادية.

وبناءً على ذلك نجد أن دراسة العلاقة بين منظومة الأفكار اللاعقلانية وبين الاعتماد تعد إحدى الركائز الأساسية لتفسير الاعتماد كانحراف معرفي سلوكي، لكن على الرغم من هذه الجهود المبذولة، فإنها اقتصرت على الربط بين الاعتماد من ناحية وبعض الاضطرابات النفسية الأخرى من ناحية أخرى خاصة الاكتئاب والقلق والمشقة ولم يعط الباحثون المهتمين بدراسة الاعتماد النفسي القدر الكافي من الاهتمام لدراسة كم الأفكار اللاعقلانية وأنواعها لدى المعتمدين، وهذا التوجه من الممكن أن يكشف لنا عما إذا كان الفرد مستهدفاً للاعتماد نتيجة أفكاره اللاعقلانية أم لا.

فعلى سبيل المثال، تعد الأفكار الميسرة أو المحرّضة أحد المكونات المهيئة للتعاطي ومن ثم الاعتماد، ففي سياق العلامات النفسية التقليدية تعرف هذه الظاهرة باسم

التبرير، والتي من خلالها يحتج المعتمد ضمناً وصراحة في بعض الأحيان بان هناك سبباً معقولاً لتعاطي المخدرات أو لا يوجد سبب معقول يكفي للإقلاع عنها في الوقت الراهن، وهذه العملية المعرفية تعمل على توضيح الطريق أمام متعاطي المخدرات لكي يتعاطى المادة النفسية دون الشعور بالذنب على الأقل في تلك اللحظة (ليهي، ٢٠٠٦، ٣٢٠).

لذلك نجد أن للاتجاه المعرفي دور هام في تفسير الاعتماد كأحد الانحرافات التي تقوم العوامل المعرفية بدور فعال في نشأتها واستمرار تفاقمها وحدوث الانتكاسات بشكل متكرر فيه، وهذا ما أشار إليه بيك Beck أن اضطراب التفكير هو أساس الاضطرابات الانفعالية، وأن المشكلات النفسية لا تنشأ بالضرورة من قوى غيبية لا يمكن الإفصاح عنها ولكنها تنتج من عمليات مألوفة مثل أخطاء التعلم والتفكير أو تلك الاستنتاجات غير الصحيحة اعتماداً على معلومات خاطئة (Beck, 1985, 19).

لهذا يوضح كل من ميللر Miller وفولي Folly أن أفكار المعتمد وسلوكه نحو تعاطي مادة مخدرة بعينها، إنما هي نتاج مجموعة من العوامل المتعددة بعضها عوامل معرفية كالأفكار والمعتقدات والتوقعات، وبعضها وجدانية كالانفعالات والحالة المزاجية ومن هنا انطلق المنظور المعرفي ليشير إلى وجود عدد من المعتقدات والإدراكات والأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي أي مادة مخدرة تتمثل في الخبرات المكتسبة والمترابطة في مرحلة الطفولة نحو سلوك تعاطي المادة المخدرة وأثارها، كما تتمثل في الأفكار اللاعقلانية الخاصة بالمنافع والتوقعات والمرتبات الناجمة عن استمرار الاعتماد على المادة المخدرة وحدث الانتكاسات المتكررة (Miller & Folly, 2003).

ومن ثم فإن الأفكار اللاعقلانية لها دوراً جوهرياً لدى المعتمدين في اتخاذ القرار نحو التعاطي ومن ثم الاعتماد على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وأن الأفكار العقلانية الواقعية قد يكون لها الدور الأكبر في اتخاذ قرار التوقف عن التعاطي وبدء البحث عن العلاج وطلبه والوصول إلى التعافي.

أي أن الأفكار اللاعقلانية لها تأثير ودوراً جوهرياً في نشأة عامل اللهفة وتقاومه أو التوق لتعاطي المخدر، ومن ثم حدوث الاعتماد في حالة التعاطي، وحدث الانتكاس في حالة التوقف عن التعاطي أي في مرحلة التعافي.

وتتحدد مشكلة الدراسة في المحاولة على الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. هل توجد فروق جوهرية بين المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة

النفسية في الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات؟

٢. ما مدى إسهام الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث

الاعتماد على المواد المؤثرة في الحالة النفسية؟

٣. ما مدى إسهام الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث

الانتكاس لدى المتعافين من المواد المؤثرة في الحالة النفسية؟

أهداف الدراسة:

يهدف البحث الحالي لدراسة الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات لدى كلاً

من المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية.

أهمية الدراسة:

١. تعتبر مشكلة الإعتدال على المواد المؤثرة في الحالة النفسية من المشكلات التي تهدد أمن المجتمع واستقراره وتؤدي إلى تعطيل الطاقات الشابة، لذا كان من الضروري أن نتصدى لهذه المشكلة بشيء من الدراسة والتحليل.
٢. التعرف على الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات الشائعة لدى المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وكذلك مدى تأثيرها في عملية الانتكاسات المتكررة لدى المتعافين من المواد المؤثرة في الحالة النفسية.
٣. إمكانية توظيف نتائج هذه الدراسة في إعداد برامج وقائية توجه المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وكذلك المتعافين الذين يملكون أفكاراً لاعقلانية نحو تعاطي المخدرات إلى تغييرها لأفكار عقلانية.

مصطلحات الدراسة:

١. الأفكار اللاعقلانية Irrational ideas

ويعرفها إيليس Ellis بأنها معتقدات غير منطقية تتميز بعدم الموضوعية، وليس لها دعم إمبريقي، أو هي مجموعة من المعتقدات غير الصحية والخاطئة وغير التكيفية والمختلة وظيفياً، يترتب عليها عواقب سلوكية لا تكيفية، وانفعال غير صحي أو سلبي، مثل القلق والاكتئاب والغضب (Ellis et al., 2010, 10-19).

٢. المواد النفسية:

تعرف المواد النفسية بأنها: كل مادة تحدث تأثيراً على الحالة النفسية للمتعاظم سواء أكانت مخدرة أم منشطة أم مسكنة أم منومة أم مهدئة أم مهلوسة، وتسبب الاعتماد البدني أو النفسي، طبيعية كانت أم مخلقة (مصطفى يوسف، ١٩٩٦).

الإطار النظري:

١. الأفكار اللاعقلانية:

يتضمن هذا الجزء عددًا من المتغيرات المتصلة بعملية التفكير حيث يتم توضيح بعض المحاولات المتعددة لتعريف عملية التفكير بما تتضمنه من أفكار لاعقلانية:

أ. تعريف عملية التفكير:

أشار عدد من الباحثين إلى عملية التفكير على أنها المكون المعرفي الضمني والثابت نسبيًا لدى الكائنات الحية، والذي ينعكس تأثيره على سلوك الكائن الحي، أي أن التفكير هو ما يحدث في خبرة الكائن الحي سواء كان إنسانًا أو حيوانًا حين يواجه مشكلة أو يتعرف عليها أو يسعى لحلها، وعادة ينظر لعملية التفكير على أنها عملية مركبة ذات استخدامات واسعة النطاق تحتوي على عدة معالجات (Ellis, 2010, 12).

ومن أبعاد التفكير:

- التفكير العقلاني في مقابل التفكير اللاعقلاني: يشير التفكير العقلاني إلى قدرة الفرد على إدراك واستيعاب المفاهيم المجردة بشكل يساهم إلى حد كبير في تقليل التفكير الاحترازي غير العقلاني وبالتالي تقليل استمرارية الاضطرابات الانفعالية المتكررة وتقصير الفترة الزمنية المستغرقة فيها وتخفيف حدتها، أما التفكير اللاعقلاني فهو يشير إلى مجموعة الأفكار الخاطئة وغير المنطقية التي تتسم بعدم موضوعيتها وهي في الغالب مبنية على توقعات وتعميمات خاطئة تنطوي على الظن والمبالغة، ومثل هذا النوع من التفكير من شأنه أن يؤدي إلى اضطرابات انفعالية

شديدة تعوق وصول الفرد للهدف وتقلل الشعور بالرضا ويؤدي إلى لوم الذات وللآخرين والشعور بالقلق والغضب.

- التمييز بين الأفكار اللاعقلانية والمخططات: المخطط لدى المرضى مجموعة من الأنماط اللاتوافقية التي تكونت في مراحل الفرد العمرية المبكرة- المخططات اللاتوافقية المبكرة والتي تتمثل في بدء تصدع البناء المعرفي والوجداني للفرد وتستمر معه عبر دورة الحياة.

أي أن سلوك الفرد اللاتوافقي لا يعد جزءاً من هذه المخططات المختلفة في ذاتها، وإنما يمثل استجابة لها، أي أن هذه المخططات تعد أدوات دافعة لهذا السلوك، وقد يتولد عنها مجموعة من الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية ذات ثلاثة اتجاهات، يتمثل أولها في الأفكار اللاعقلانية الموجهة نحو الذات، والاتجاه الثاني الأفكار اللاعقلانية الموجهة نحو الأفراد المحيطين والبيئة المحيطة والاتجاه الثالث في الأفكار اللاعقلانية الموجهة نحو العالم بأسره (Young, Klosko, 2003, 22).

تعريف الأفكار اللاعقلانية:

يعرف معتر سيد عبدالله ومحمد السيد عبدالرحمن الأفكار اللاعقلانية بأنها "تلك المجموعة من الأفكار الخاطئة وغير الموضوعية التي تتميز بابتغاء الكمال والاستحسان، وتعظيم الأمور المرتبطة بالذات والآخرين، والشعور بالعجز والاعتمادية" (معتر سيد عبدالله ومحمد السيد عبدالرحمن، ٢٠٠٢، ٨).

كما يعرفها Barbra & Weinstein باعتبارها "أحد المكونات الأساسية للمخططات المعرفية، والتي من شأنها أن تسفر عن سوء مفهوم الذات، وانخفاض الكفاءة الذاتية، وضعف تقدير الذات، فيمكن لكل هذا أن يساهم في خلق بعض الأفكار والمعتقدات

اللاعقلانية المعينة التي ترتبط بالقضايا والمشكلات التي يواجهها الفرد" (Barbra & Weinstein, 2000, 76).

ويعرف إليس Ellis الأفكار اللاعقلانية بأنها معتقدات غير منطقية تتميز بعدم الموضوعية، وليس لها دعم إمبريقي، أو بعبارة أخرى هي مجموعة من المعتقدات غير الصحية والخاطئة وغير التكيفية والمختلة وظيفيا، يترتب عليها عواقب سلوكية لا تكيفية، وانفعال غير صحي أو سلبي، مثل القلق والاكتئاب والغضب (Ellis et al., 2010, 18-19).

وقد عرفها ضياء الدين محمد علي أنها بناءات معرفية ثابتة نسبياً ذات مضمون خاطئ أو مبالغ فيه بكونها المعتمد منذ مرحلة مبكرة من مراحل حياته حول عقار أو مادة مخدرة ذات تأثير اعتمادي معين، ويعتمد محتوى هذه البناءات على نوعية الخبرات البيئية السائدة خلال مرحلة تنشئة المعتمد، وقد تظل هذه البناءات المعرفية كامنة تنشط حين يتعرض الفرد لخبرة تعاطي مادة أو عقار معين، ثم تتحول هذه البناءات إلى كيان معرفي نشط يرتبط به عدد من التوقعات والتعميمات الخاطئة المتأثرة بالأهواء الشخصية والتي تتسم بعدم الموضوعية حول طبيعة هذه المادة أو العقار المخدر (ضياء الدين محمد، ٢٠١٠، ٨٦).

أنواع الأفكار اللاعقلانية:

وفقاً لإليس يتم وصف هذه الأفكار في إطار أربع فئات من العمليات والمعالجات المعرفية غير التوافقية اللاعقلانية والمختلة وظيفياً، وتتمثل هذه الفئات في:

- **الينبغيات:** وهي عبارة عن الرغبات والطلبات المطلقة في شكل الضروريات، كما تتضمن عناصر تقييمية (ما مدى الرغبة فيه؟)، وعناصر واقعية (ما ينبغي أن أتوقعه؟)، فتعتبر هذه الفئة نمطاً رئيساً من الأفكار اللاعقلانية، والذي يتفرع منه بقية الأفكار اللاعقلانية الأخرى.
- **التفكير الكارثي والفضاعة:** فتعد هذه الفئة عبارة عن تقييمات الفرد للحالات والمواقف على أنها الأكثر سوءاً ويمكن أن يحدث له أسوأ شيء.
- **عدم تحمل الإحباط:** فهو عبارة عن معتقدات الفرد حول الإحباط، حيث يعتقدون بأنهم لا يستطيعون تحمل الإحباط، أو يتصورون بأنهم غير قادرين على تحمل حالة معينة، فضلاً عن اعتقادهم بأنهم لن يكونوا سعداء أبداً إذا لم يتوفر لهم ما يطلبونه.
- **التقييمات الشاملة(العامة)/الإسقاط الذاتي:** حيث تشير هذه السمة إلى ميل الفرد إلى انتقاد الذات والآخرين وظروف الحياة، عندما يقوم بالتقييم السلبي الشامل لذاته والآخرين أو العالم حوله (Ellis et al., 2010, 75).

خطورة الأفكار اللاعقلانية:

تكمن خطورة الأفكار اللاعقلانية من خلال ما ذكره (خالد بن الحميدي، ٢٠١٠،

:٥٠)

- باعتبارها مصدرًا من مصادر الاضطراب النفسي، فقد أشار إليس Ellis إلى أن الاضطراب الانفعالي يرتبط ارتباطًا وثيقًا باعتناق الفرد لمجموعة من الأفكار غير الواقعية وغير المنطقية، وأن هذا الاضطراب يمكن أن يستمر ما لم يغير الفرد هذه الأفكار بأفكار أخرى واقعية منطقية.
- كما تكمن خطورة الأفكار اللاعقلانية باعتبارها مسؤولة عن ظهور العديد من المظاهر السلوكية المرفوضة، فقد أشار نيلسون Nelson إلى أن الأفكار اللاعقلانية التي يتم غرسها في نفوس الأبناء تؤدي إلى مظاهر سلوكية مرفوضة كالتعالي، والتكبر واللامبالاة، والسخرية، والنقد الهدام، والتمركز حول الذات، وتهويل المواقف والأحداث البسيطة، بالإضافة إلى بناء الاستنتاجات الخاطئة من المقدمات الخاطئة التي يؤمن بها هؤلاء الأبناء.
- وتعتبر الأفكار اللاعقلانية مؤشرات للضغوط الحياتية الناجمة عن الطلاق أو فقدان الوظيفة أو وفاة المقربين، حيث أسفرت دراسة كيلي وبنيامين " Kelly & Benjamin" التي أجريت على طلاب الجامعة أن الأفكار اللاعقلانية مسؤولة عن الضغوط الحياتية التي تعرضت لها عينة البحث مما أدى إلى ارتفاع نسبة الإحباطات التي يعاني منها بعض أفراد العينة، ووجود علاقة ارتباطية بين الأفكار اللاعقلانية وأحداث الحياة الضاغطة، فسرها بأنها عندما يتبنى الفرد أهدافًا غير واقعية ولا يستطيع تحقيقها يتعرض للإحباط أو التوتر والقلق وبتزايدهم يرتفع مستوى الشعور بأحداث الحياة الضاغطة لديه.

تفسير إليس للأفكار اللاعقلانية:

وفقاً لإليس فإن الأحداث المنشطة غير المرغوبة التي تحدث في النقطة (A) ويتعرض لها الفرد ويتفاعل معها، حيث يكون الفرد معتقداته العقلانية أو اللاعقلانية حول هذه الأحداث في النقطة (B)، ومن ثم تؤدي هذه المعتقدات إلى العواقب المعرفية والسلوكية والانفعالية في النقطة (C)، وإذا كانت هذه المعتقدات عقلانية فيترتب عليها عواقب وظيفية سليمة، وأما إذا لجأ الفرد إلى تكوين المعتقدات اللاعقلانية حول هذه الأحداث فسوف يؤدي ذلك إلى عواقب مختلفة سلبية (Ellis et al., 2010, 4).

ومن ثم طرح إليس Ellis مجموعة من الأفكار اللاعقلانية التي تطرأ على نسق الفرد الفكري والتي تشير إلى ما يتبناه الأفراد من وجهات نظر وأفكار ومعتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين وعما يحدث حولهم، وأطلق عليها أنماط التفكير اللاعقلاني والذي يتمثل في مجموعة من الأفكار هي:

١. طلب التأييد والاستحسان "Seeking Approval": ينمو اتجاه لدى الفرد نحو الحصول على تأييد واستحسان الآخرين بصفة يغلب عليها الاستمرارية ودون فعل إيجابي منه، ويمثل هذا أحد الأفكار اللاعقلانية التي أشار إليها كل من إليس ويونج بوصفها عاملاً دالاً على ضعف مفهوم تقدير الذات لدى الفرد، الأمر الذي يجعله في حالة سعي متواصل نحو تحصيل التقييم الإيجابي الخارجي للذات، هذه الفكرة تنشأ من مجموعة معتقدات يكونها الشخص عبر مراحل حياته نتيجة مجموعة من المواقف الجوهرية أفتقد فيها الدعم الاجتماعي المرغوب، ومن ثم أخذ في تركيز تفكيره على البحث عن الدعم والتأييد لكل ما يصدر عنه من سلوكيات حتى وإن كانت سلبية، وذلك بفعل افتقاده للتدعيم عندما كان يصدر منه سلوكيات إيجابية،

ان الاعتماد يعد اختيار من جانب المعتمد يسعى من خلاله لدعم ذاته نتيجة افتقاده للدعم الاجتماعي، ومن ثم تتكون لدى المعتمد مجموعة من الأفكار نحو طلب التأييد والاستحسان من قبل المحيطين، تظهر في صورة عبارات لفظية، والتي في ذات الوقت ينكرها المعتمد في حال الحصول عليها نتيجة الشعور المستمر بالذنب جراء تعاطيه الذي وصل به إلى حد الاعتماد. (المرجع السابق)

٢. الرغبة في ابتغاء الكمال الشخصي "Personal perfection": قد أشار إليها كل

من ميلر Miller وميرفي Murphy على أنها مجموعة من المعايير المعرفية التي يضعها الفرد لذاته، ولا يحاول الوصول إليها فقط بل يحاول الحفاظ على استقرارها بشكل مستمر، ويقيم ذاته وفقاً لها، وتلك المعايير إنما تمثل أسساً وقواعد مبالغ فيها وغير قابلة للتحقق من الوصول إليها في الواقع، وعلى الرغم من معرفة الفرد بذلك، فإنه يظل متمسكاً بها فهي ذات طابع قهري، ولذلك يشيع تواجدها لدى مرضى اضطراب الوسواس القهري بكافة أنماطه (Miller & Murphy, 1999, 98).

وقد لاحظ لامبرت (Lambert, 2001) أن معتمدي الأفيونات والكحوليات والأمفيتامينات يتسمون بنزعة نحو بلوغ الكمال على المستويين الشخصي والأدائي، فقد يتعاطى الشخص المعتمد الأمفيتامينات حتى يصبح معتمداً عليها بدافع إمكانية بلوغ أقصى مستويات الأداء البدني والعقلي، لما لهذه المواد من قدرة على رفع طاقة الفرد (Lamert, 2001, 320).

٣. اللوم الزائد للذات والآخرين "Self & Other blam": يشير كل من جولمان

ولامبرت Gwillman & Lambert إلى أن الفرد يُكون معارفه وفقاً لما يمليه عليه النظام الوجداني، فإذا قام بسلوكيات ذات طابع سلبي وهو على وعي بذلك اتجه نحو تعميم شعور اللوم المباشر للذات على الآخرين، لأنهم لم يمنعه عن هذا الفعل من البداية، وقد يبالغ الفرد في اعتقاده بأنه نكره وشعوره بالعجز، حتى تتفاقم هذه

الأفكار نحو عدم استحقاق الحياة، ولذلك فإن مريض الاعتماد يتشابه مع الشخص المكتئب في هذا البناء المعرفي الذي يسبق فيه النظام الوجداني معالجة البناء المعرفي للواقع، فيتجه الفرد نحو مزيد من اللوم المبالغ فيه للذات والآخرين وحتى العالم من حوله، حتى يأخذ قرار الانتحار، ثم يأتي الفعل بشكل آلي ومنظم، وقد يشيع ذلك لدى معتمدي الكحوليات، ولذلك ترتفع نسبة الانتحار كمصاحب لهم عن غيرهم من المعتمدين على أية مواد مخدرة أخرى (Gwillman & Lambert, 201, 2000).

٤. التفكير الكارثي "Catastrophizing": أشار جولمان ولامبرت Gwillman & Lambert إلى أن التفكير الكارثي إنما هو عبارة عن مبالغة الفرد في تقدير مستوى شدة الأحداث إما الواقعة بالفعل في الحاضر أو التي يحتمل وقوعها في المستقبل، ومن ثم يتجه تفكير الفرد نحو توقع احتمالات حدوث الأذى، وبأنه عرضه للإصابة بالأمراض الخطيرة والأزمات غير القابلة للحل، كفقدان الأشخاص الأعزاء والحوادث، وذلك ينسب المعتمدين فيما يعرف بالتهديد المبالغ فيه. (Gwillman & Lambert, 210, 2000).

٥. اللامسئولية أو ما يعرف باللامبالاة الانفعالية "Un responsibility": وهذا ما أوضحه فيلمور وكيلسو Fillmore & Kelso خاصة لدى المعتمدين، حيث أوضحنا أن سلوك المعتمد يقاد بواسطة انفعالاته والتي تتوقف على حالته المزاجية، ومن ثم تنشيط مجموعة من الأفكار اللاعقلانية تتجه نحو عدم تحمل المسؤولية، والميل إلى تجنب المشكلات والهروب من المواقف الضاغطة، وتنسب انفعالات المعتمد بالاندفاعية وعدم النضج، وفي حالات كثيرة يحدث أن يبالغ المعتمد في استجاباته الانفعالية، دون أن يهتم بالعواقب سواء أكانت إيجابية أم سلبية (Fillmore & Kelso, 2001, 310).

٦. القلق الزائد "Abxious over concern": وفي هذا الإطار أشار فيلمور وكيلسو Fillmore & Kelso إلى أن القلق هذا يحدث كسمة نتيجة التفكير غير العقلاني للفرد، ويرى فيلمور أن البناء المعرفي للفرد قد يتضمن مجموعة نمطية من الأفكار اللاعقلانية يتجه بعضها نحو المبالغة في تفعيل الاهتمام الزائد بالذات أو بالآخرين، ومن ثم يعد هذا النمط هو معكوس لنمط اللوم الزائد للذات وللآخرين والذي قد يبرز في شكل إهمال أو يعبر عنه الفرد في صورة عدم اهتمام (Fillmore & Keslo).

٧. تجنب المشكلات: خلال هذه الفكرة اللاعقلانية يكون الفرد اعتقاده حول مواجهة المسؤوليات والمشكلات، حيث يفضل تجنب صعوبات الحياة والمسئوليات والأحداث غير السارة؛ لأن هذه الأمور تعد أكبر من قدرته على تحملها، فالأفراد الذين يعتقدون هذه الفكرة يتصورون أن المرء لا يستطيع تحمل حدث أو مجموعة من الظروف، فهذا يجعل الأمر لا يطاق أو لا يحتمل، ويكون اعتقاده حول عدم تحمل الإحباط الناتج عن تلك الظروف، حيث يعيق هذا الاعتقاد الفرد عند تعامله مع الظروف غير السارة، ويضيق دوائر قدرته على مواجهة العراقيل وعقبات تحقيق الهدف، فيترتب على هذا النمط من التفكير بعض السلوكيات الهادمة للذات، مثل الاعتماد على المواد المخدرة، ويحدث هذا الاعتماد عندما يكون الفرد اعتقاده حول المصاعب، ويستنتج بأنه لا يمكنه التعامل مع الصعوبات والمشاكل دون تعاطي بعض المواد مثل المواد المخدرة والكحوليات والنيكوتين، فلذلك يسعى للحصول على هذه المواد ويستعين بها لتخفيف مشاعره السلبية حول هذه الصعوبات أو المشكلات الحياتية (المرجع السابق).

٨. الاعتمادية "Dependency": تتمحور هذه الفكرة حول تصور الفرد بأنه لا يمكنه تحمل المسؤولية بنفسه، وينبغي أن يكون هناك شخص أقوى منه يعتمد عليه يساعده في أمور، فيشير الباحثون إلى وجود هذا النمط لدى الأفراد المعتمدين على المواد،

حيث يتسم الفرد المعتمد على المواد بعدم قدرته على مواجهة المشكلات، وتجنب الصعوبات والاعتماد على الأشخاص المحيطين بسبب عدم قدرته على حل هذه المشكلات (صندوق مكافحة و علاج الإدمان، ٢٠١٣).

٩. **الشعور بالعجز "Helplessness"**: وهو يمثل الشعور الناتج عن التفكير اللاعقلاني المتجه نحو انخفاض تقدير الذات، وعدم القدرة على تحمل الإحباط، ويرى العديد من الباحثين أن الشعوب بالعجز ينشأ لدى المعتمد نتيجة كثرة الوقوع في الانتكاسات المتكررة ذات الفواصل الزمنية القصيرة، فتنشأ لدى المعتمد مجموعة من الأفكار اللاعقلانية نحو فقدان الأمل في التحسن والتوقف عن التعاطي، والميل نحو العجز عن مقاومة اللهفة للتعاطي (Miller & Murphy, 1999, 98).

١٠. **المبالغة في الانزعاج لمتاعب الآخرين**: ويصنفها جولمان ولامبرت Gwillman & Lambert إلى نمطين من التفكير اللاعقلاني، يتمثل النمط الأول في المبالغة على المستوى الوجداني الخارجي في زيادة إبراز حالة التوحد الانفعالي عند مواجهة متاعب الآخرين، أما النمط الثاني فيتمثل في المبالغة على المستوى المعرفي الداخلي بتحمل مسؤولية متاعب الآخرين ومسئولية اقتراح الحلول لها وتنفيذها، وكلا النمطين إنما يمثلان جانباً للاعقلانياً من تفكير الفرد، وقد يظهر لدى الشخص المعتمد خاصة في مراحل العلاج (Gwillman & Lamber, 2000,) (43).

١١. **الرغبة نحو بلوغ المثالية وكمال الحلول**: و هي "مجموعة معتقدات الفرد المتهجة نحو المبالغة في التقييم الذاتي، ووضع المعايير المثالية لكافة احتياجات الفرد في ضوء متغيرات واقعية غير قابلة لتحقيق أو بلوغ تلك المعايير" ويرى بعض الباحثين أن الميل إلى بلوغ المثالية قد يأخذ شكلين أحدهما داخلي نحو الذات والآخر خارجي نحو الأفراد المحيطين والعالم المحيط، وفي هذا النمط من التفكير اللاعقلاني ينشأ

نمط التفكير الكلي في مقابل الصفري فيما يعرف بالكل أو اللاشيء، ويذكر أن الاضطرابات الانفعالية والاضطرابات النفسية هي نتيجة أساليب التفكير الخاطئة والتي من بينها الاستنتاج الخاطئ (Gwillman & Lamber, 2000, 43).

وأضافت دراسة ضياء الدين عادل (٢٠١٠، ٨٦-٨٧) أربعة أفكار لاعقلانية

أخرى لدى معتمدي المخدرات:

١. التعميم الزائد "Over generalization": وفيه يتجه الفرد نحو تعميم أحكامه من

خلال مقدمات وخبرات سلبية محدودة، ليمتد بها إلى الخبرات الحاضرة والمستقبلية ليست فقط الخاصة به بل والخاصة بغيره كذلك، فالمعتمد يقوم بفرض أحكام كافة خبرات الاعتماد السلبية والانتكاسات التي مر بها على الخبرات العلاجية التي يحاول السعي لها والمرور بها، مما يشكل صعوبة أمام المعالجين خاصة في إطار العلاج المعرفي السلوكي للاعتماد.

٢. تضخيم الأمور "Exaggeration": هو المبالغة المفرطة في تقدير حجم المترتبات

الموقفية، الأمر الذي يجعل الفرد يغالي في الاستجابة لها أو في تحمل مسئولية معالجتها، فعلى سبيل المثال قد يستجيب الشخص المعتمد استجابة انفعالية مبالغ في شدتها تتسم بالغضب والعدوان اللفظي والبدني عند مواجهة مشكلة بسيطة، أو صدور خطأ ما.

٣. أخطاء التفسير والعزو "Attributional errors": ويفترض الباحثون أخطاء

التفسير والعزو إنما تنشأ نتيجة ارتقاء الخبرات السلبية للفرد، بحيث يتكون لديه نمطاً معرفياً شبه ثابت يجعله يتشابه مع المكتئب في إرجاع مسببات النجاح إلى علل غيبية خارجية، وإرجاع مسببات الفشل إلى علل معلومة داخلية ترتبط بمدى كفاءة

الشخص وقدراته وإمكاناته، ويرى الباحثون وجود علاقة ارتباطية بين هذا النمط من التفكير اللاعقلاني وبين الشعور بالعجز.

٤. **الينبغيات "Shoulds"**: وهو تناول الحتمي لأساليب التفكير اللاعقلاني الخاطئة، والتي تظهر في التعبير اللفظي للأفراد في صيغة ينبغي ويجب، مع تعميم مفرط للأحكام الذاتية على الفرد ذاته وعلى الآخرين، ومثل هذه الأفكار اللاعقلانية تتسم بالتركرارية.

دور الأفكار اللاعقلانية في مجال الاعتماد على المخدرات في ضوء تفسير النموذج المعرفي:

إن النموذج المعرفي هو أحد أهم النماذج المناسبة لتفسير الاضطرابات النفسية بشكل عام واضطرابات الاعتماد على وجه الخصوص، وذلك نظرًا لما يتميز به هذا النموذج من قوة ونجاح في تفسير العديد من الاضطرابات النفسية، ومن أسباب نجاح هذا النموذج هو اعتماده على الجانب المعرفي الذي يمكن من خلاله الربط بين الظواهر النفسية والعمليات المعرفية، وذلك لأن للعمليات المعرفية دورًا هامًا في علاج هذه الاستجابات الانفعالية والسلوكية السلبية من خلال تصحيح الأفكار، ومن الأمور التي تدفع إلى تبني النموذج المعرفي هو ذلك الارتباط بين الاعتماد والعمليات المعرفية وما يرتبط بها من معتقدات معرفية خاطئة حيث أن العوامل المعرفية المتمثلة في المعتقدات والأفكار الخاطئة ذات الطبيعة غير التوافقية تُعد أولى المخططات التي تعمل على دفع الفرد نحو تركيز مشاعره وانفعالاته حول عقار أو مادة بعينها، ومن ثم اتجه سلوكه الفعلي نحو هذه المادة متمثلًا في محاولات الحصول عليها (ضياء الدين محمد، ٢٠١٠، ٦٦).

وأوضح Bechara & Reger حيث يميل المعتمد إلى تبني مجموعة من المعتقدات شديدة الصلابة وفي بعض الأحيان تتعارض مع بعضها البعض، مثل هذه المعتقدات يتبناها المعتمد بهدف التبرير الذي من خلاله يوضح المعتمد طوال فترة اعتماده سواء لذاته أو للآخرين من حوله، أنه مجرد ضحية وأن هناك عدة أسباب دفعت من أجل التخفيف من وطأة الضغوط الحياتية المتتابة، ومن ثم لا يشعر بمسئوليته نحو هذا السلوك الاعتمادي، وبالتالي يجد المبرر لكي يستمر في تعاطي المادة المخدرة دون الشعور بالذنب (Bechara & Reger , 1985).

فقد افترض بيك Beck وفقاً للمنظور المعرفي، أن طريقة تفسير الفرد للمواقف التي تؤثر على مشاعره وسلوكه ودوافعه وتصرفاته، وتتشكل تفسيراته في أغلب الأحيان بواسطة المعتقدات ذات الصلة بالمواقف والحالات، فهناك عدة مستويات من المعتقدات التي تكمن وراء سلوك الفرد المعتمد:

- مستوى المعتقدات الجوهرية، حيث يعتقد الفرد فيه بأنه يعيش في بيئة مؤذية.
- مستوى معتقداته الوسيطة، والذي يعتقد الفرد فيه بأن التعاطي للمواد المخدرة يعد سبيلاً وحيداً للهروب من هذه البيئة ومشاعره السلبية.
- المستوى الثالث والأخير هو مستوى الأفكار التلقائية، وفي يعتقد الفرد بأنه بحاجة إلى العقار أو المواد المخدرة، لتخفيف معاناته ومشاعره السلبية.

ويطلق على هذه المعتقدات الرئيسية "المخططات الأساسية" وهكذا يتشكل لدى الفرد حلقة مفرغة من الرغبة واللهفة للتعاطي، وانخفاض شديد في المزاج وقد يزيد من معاناته، ويجعله يلجأ للتعاطي لكي يشعر بالارتياح، ولذلك يتسم هؤلاء المعتمدون بأنهم لا يستطيعون السيطرة والتحكم في التعاطي، ويجدون صعوبة في التوقف والامتناع عن

تعاطي المواد المخدرة، ومن المشكلات والعقبات الرئيسية التي تكمن وراء عدم قدرة المعتمد على التوقف عن التعاطي هي وجود شبكة من المعتقدات المختلة التي تتمركز حول تعاطي الكحول والمواد المخدرة (Beck, 1993, 94).

وفي هذا الصدد قسم النموذج المعرفي الأفكار اللاعقلانية المسؤولة عن أية مادة نفسية مخدرة إلى مجموعتين هما:

المجموعة الأولى: وهي تشمل ثلاث معتقدات تتمثل في:

١. الاعتقاد بأن الامتناع أو الكف عن استخدام الكحوليات أو المواد المخدرة خاصة الأمفيتامينات كالكبتاجون والترامادول، إنما من شأنه أن يزيد من التأثيرات أو المترتبات غير المرغوبة مثل الرفض أو النبذ.
٢. الشعور أو الاعتقاد بسرعة التأثير والحساسية العالية بالمترتبات غير المرغوبة الناجمة عن الامتناع عن تعاطي الكحوليات أو تعاطي أية مادة مخدرة.
٣. الاعتقاد بأن المترتبات غير المرغوبة الخاصة بكف تعاطي الكحوليات والمواد المخدرة، ومن ثم الاعتماد عليها إنما يتجاوز بكثير تلك المخاطر الخاصة بالاستمرار في تعاطيها والاعتماد عليها، حتى لو طالقت فترة الاعتماد عليها.

المجموعة الثانية تتمثل في مجموعة المعتقدات الخاصة باستخدام الكحوليات والمواد المخدرة وهي تتمثل في الاعتقاد بأن استخدام الكحوليات والمواد المخدرة سوف يزيد بالتأكيد من المنافع مثل الشعور بحالة مزاجية عالية كما في حالات الاعتماد على الأمفيتامينات، والشعور بالانفصال عن الواقع كما في حالات الاعتماد على الكحوليات، والاعتقاد بأن المنافع المترتبة على استخدام الكحوليات والمواد المخدرة تفوق بكثير في

أهميتها حجم تكلفة استخدامها، والشعور أو الاعتقاد بأن المعتمد قادر فعلا على الحصول على الكحوليات والمادة المخدرة واستخدامها (Ellis, 2010, 31).

وبناءً على ذلك تستنتج الباحثة أن دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاعتماد تعد إحدى الركائز الأساسية لتفسير الاعتماد كانهرف معرفي سلوكي، فعلى سبيل المثال، تعد الأفكار الميسرة أو المحرصة أحد المكونات المهيئة للتعاطي ومن ثم الاعتماد، ففي سياق العلامات النفسية التقليدية تعرف هذه الظاهرة باسم التبرير، والتي من خلالها يحتج المعتمد ضمناً وصراحة في بعض الأحيان بأن هناك سبباً معقولاً لتعاطي المخدرات أو لا يوجد سبب معقول يكفي للإقلاع عنها في الوقت الراهن.

٢. الاعتماد على المواد النفسية:

وهناك عدة مصطلحات ترتبط بمفهوم الاعتماد ويجدر التفرقة بينهما وأهمها:

١. التعاطي Abuse:

هو تناول المتكرر لمادة نفسية إلى الحد الذي يوقع المتناول في أضرار ناجمة عن تأثير هذه المادة أو عن نتائجها الاجتماعية أو الاقتصادية ويستخدم تعبير التعاطي على نطاق واسع للإشارة إلى التناول الضار أو الخطر أي سوء استعمال العقار، وهناك عدة أنواع للتعاطي:

١. التعاطي التجريبي أو الاستكشافي Experimental abuse: أي محاولة

تجريب المادة النفسية لاستكشاف آثارها وقد يترتب على ذلك الاستمرار في تعاطيها أو الانقطاع عن التعاطي.

٢. **التعاطي بالمناسبة (المتقطع) Occasional Abuse**: أي التعاطي في المناسبات الاجتماعية كالحفلات والأفراح وغيرها وتختلف هذه العملية باختلاف الوضع الاجتماعي الاقتصادي للفرد باختلاف البيئة الحضرية وهي مرحلة متقدمة عن مرحلة التعاطي التجريبي من حيث ارتباط المتعاطي بمادة التعاطي.
٣. **التعاطي المنتظم Regular Abuse**: أي التعاطي المتواصل على فترات منتظمة يتم تحديدها بحسب إيقاع سيكوفسيولوجي داخلي خاص بمدى احتياج الشخص لمادة التعاطي (لويس كامل مليكة وآخرون، ٢٠٠٧: ١٥٤).

٢. الإدمان Addiction:

ويقصد به التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو غير نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد ولهفة للتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، وكثيرًا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى ابتعاد أي نشاط آخر (لويس كامل مليكة وآخرون، ٢٠٠٨: ١٥٠).

٣. بالإضافة إلى مصطلح الاعتماد، ويندرج تحت هذا المصطلح العام عدة مصطلحات نوعية هي:

١. **الاعتماد النفسي Psychological Dependence**: الاعتماد النفسي هو الدافع النفسي الملح للتعاطي الدوري المستمر للمادة النفسية بغرض استثارة المتعة الحسية، والشعور بالارتياح، أو لتجنب الألم النفسي، ويعد الاعتماد النفسي من أقوى العوامل في حالات الاعتماد العقاقيري، غير أن الاعتماد

النفسي قد لا يكون مصحوبًا بأي اعتماد جسدي، إلا أن الاعتماد النفسي أدموم أكثرًا من الاعتماد العضوي، بل قد يستمر مع المتعاطي طوال حياته .

٢. **الاعتماد العضوي Physical Dependence**: هو التعود على تناول الدواء أو المادة المخدرة التي تسبب الاعتماد مع وجود رغبة قوية على الاستمرار في تعاطيها، ليبقى المعتمد في راحة نفسية وجسدية تامة، ويؤدي الانقطاع المفاجئ عن تناول الدواء إلى ظهور أعراض انسحابية خطيرة، تظهر في شكل اختلالات فسيولوجية تشمل: الألم مع تعب عام، قشعريرة، إسهال، قلة النوم، صداع، وقد تكون خطيرة تؤدي إلى الموت، والسبب في ظهور مثل هذه الأعراض هو تكوين علاقة وثيقة بين مادة الإدمان ووظائف أعضاء الجسم، وهنا يصبح الإدمان ضروريًا كالغذاء حتى يؤدي الجسم وظائفه.

٣. **الاعتماد المتعدي**: مصطلح فارماكولوجي يستخدم للإشارة عن إمكانية أن تحل مادة نفسية محل مادة نفسية أخرى محدثة الاعتماد، ويكون ذلك بأن تمنع المادة الجديدة ظهور الأعراض الانسحابية التي تترتب على التوقف عن تعاطي المادة السابقة عليها (مصطفى سويف، ١٩٩٦: ٢٧).

أنواع المواد المخدرة: يمكن تصنيف المواد المخدرة كالاتي:

١. المواد الكحولية وتتضمن البيرة والخمور بأنواعها.
٢. القنب ويقصد به الحشيش والبانجو والماريجوانا.
٣. المواد الأفيونية وتتضمن الأفيون والهيريون والبيثدين والترامادول وبعض أدوية الكحة.
٤. المنبهات مثل الأمفيتامين والكوكايين والاكستاسي والقات.
٥. عقاقير الهلوسة مثل الفينكليدين وبعض مشتقات الأتروبين.

٦. المهدئات والمنومات مثل البنزوديازيبين ومنها الغاليوم والزولام.

٧. المواد المذيبة المستنشقة مثل الغراء والكلأ والغاز المنزلي.

التعافي والتأهيل النفسي للمدمنين:

وهي مجموعة الإجراءات التي تتخذ كسبيل لتمكين المدمن من الإقلاع عن إدمانه واتخاذ مسار له في الحياة يباعد بينه وبين حدة الإدمان، وكذلك معاونته على الوصول إلى وضع بدني ونفسي واجتماعي يمكنه من مواجهة مواقف الحياة المختلفة بقدر من الفاعلية كفيل أن يحقق به فرصًا في الحياة، ومرحلة التأهيل تلحق بمرحلة إزالة السموم من الجسم وهي ما تعرف بمرحلة الأعراض الانسحابية للمخدر حيث يعد التأهيل بمثابة مرحلة الإعداد النفسي للمعتدين للوصول إلى مرحلة التعافي من خلال إخضاعهم إلى مجموعة من الخطوات والمراحل العلاجية باستخدام العديد من الأساليب العلاجية والتي تشمل العلاج الدوائي ثم العلاج السلوكي والمعرفي وفيها يتم تقديم الدعم النفسي للمدمنين من خلال الكشف عن الصراعات والدوافع اللاشعورية المكبوتة لديه وكذلك تعديل السلوكيات والمعتقدات الخاطئة المسيطرة عليه وتنمية المهارات اللازمة لمنع الانتكاس (أي الرجوع مرة أخرى للتعاطي)، وتحقيق الاستمرارية في التعافي (جواد فطاير، ٢٠٠١).

النظريات التفسيرية للتعاطي والإدمان:

يشيع في ميدان التعاطي والإدمان العديد من النظريات والنماذج والمناحي المختلفة التي تسعى إلى تفسير، وفهم طبيعة ظاهرة الإدمان واضطرابات الإدمان. ويميل بعض الخبراء إلى تقسيم المناحي المختلفة للنظريات والنماذج النظرية للتعاطي والإدمان إلى:

المنحى الوراثي البيولوجي^(١):

وهي تلك النظريات التي تشترط وجود ميكانيزمات، تتعلق بالجسم متصلة في أفراد معينين، إذ تؤثر عليهم وتدفعهم الى تعاطي المخدرات، إذا ما أُتيحت لهم الفرصة، وتعاطوا بعض الأدوية النفسية القادرة على استثارة الاعتماد. وعلى سبيل المثال فإن الأدوية النفسية المعروفة باسم البنزوديازيبينات، والتي تصنف تحت عنوان المهدئات الصغرى تستثير الاعتماد عند متعاطيها، ومن أهم الطرائق التجريبية التي يستخدمها العلماء للتحقق من كون مادة نفسية ما قابلة او غير قابلة لاستثارة الاعتماد إجراء تجارب معملية في هذا الصدد، لأنه هناك فارماكولوجية في بعض الأدوية النفسية دون البعض الآخر تجعلها تحدث الاعتماد، ويفسر لنا ذلك كون الإنسان استطاع منذ آلاف السنين أن يكتشف تلقائياً ما للكحوليات والقنب والأفيون من قدرة على استثارة عمليات نفسية تؤدي الى الاعتماد (مصطفى سويف، ١٦٩٦، ٦٧).

ولا يسعنا المجال هنا لكي نتحدث عن هذا النوع من النظريات بالتفصيل، وذلك لأن محور اهتمامنا سوف ينصب على المنحى المعرفي والمنحى الاجتماعي الثقافي، ومنحى التحليل النفسي، ولكننا سوف نذكر بإيجاز أحد أهم النظريات في المنحى الوراثي فيما يلي:

أ. نظريات أمراض الدماغ^(٢):

تذهب هذه النظريات في بعض الأحيان الى أن هناك حالة في لحاء المخ، تعمل كاستعداد للتعاطي والإدمان، وتذهب في أحيان أخرى إلى أن إصابة الدماغ هي نتيجة

(1) Biophysical and genetic approaches.

(2) Brain Pathology.

للتعاطي الشديد، وما يصاحبه من نقض غذائي، وهذه الحالة ترتبط بفقدان التحكم في التعاطي (بشير الرشيدى، طلعت منصور، محمد النابلسي، إبراهيم الخليفة، فهد الناصر، بدر بورسلي، ٢٠٠٠: ٨٨).

ب. نظرية العوامل الوراثية:

هناك اتجاه فكري يرى أن البنية الوراثية للفرد هي التي تدفعه الى تعاطي المخدرات إذ توجد مجموعة من الجينات تؤثر في الخواص الحيوية ذات الصلة بالتعاطي. إذ أن الشخص الذي لديه تاريخ عائلي سابق في الإدمان قد ينمو عنده احتمال دخوله في الإدمان بمعدل أربع مرات أكثر من الشخص الذي ليس لديه هذا التاريخ العائلي (بشير الرشيدى، طلعت منصور، محمد النابلسي، إبراهيم الخليفة، فهد الناصر، بدر بورسلي، ٢٠٠٠: ٩٠).

المنحى السلوكي^(٣):

ويندرج تحته عدة نماذج ونظريات مثل:

أ. نموذج فرض خفض التوتر^(٤):

يتضمن هذا النموذج عدة مفاهيم هي: التوتر (حالة حافظة عالية، وحالة مؤلمة)، والقلق، والتعزيز. فالتعاطي للمخدرات يصبح هو المعزز لأنه يؤدي الى خفض التوتر. والواقع أن الافتراض أن تعاطي المخدرات يختزل التوتر اختلفت بشأنه نتائج البحوث التجريبية، وفقاً لنوع وطول مدة الضغوط التي يفترض أنها أساس التوتر، ولمقدار

(3) Behavioral approach.

(4) Tension-reduction hypothesis.

الكحوليات المتعاطاة، ولفروق الفردية في الاستهداف للضغوط. (بشير الرشيدى، طلعت منصور، محمد النابلسي، إبراهيم الخلفي، فهد الناصر، بدر بورسلي، ٢٠٠٠: ٩٨).

ب. نظرية التعلم الاجتماعي^(٥):

تؤكد نظرية التعلم الاجتماعي أهمية العمليات الرمزية وعمليات المحاكاة والتنظيم الذاتي في السلوك الإنساني، وأهمية المعرفة التي تؤدي دوراً رئيسياً في التعلم الإنساني، وتقدم هذه النظرية لذلك تفسيراً لسلوكيات التعاطي والإدمان من منظور نفسي-اجتماعي.

وتعزى بداية التعاطي وفقاً لهذه النظرية، الى عدة أسباب:

- التأثيرات المباشرة لتعاطي المخدر قد تحدث عند الفرد شعوراً بالذلة (تعزير إيجابي).

- اعتقاد الفرد أن للتعاطي فائدة تتفق مع معايير شخصية (توسيط معرفي).

إن الفرد قد يتعلم التعاطي من خلال ملاحظته للآخرين وتقليدهم (النمذجة) (بشير الرشيدى، طلعت منصور، محمد النابلسي، إبراهيم الخلفي، فهد الناصر، بدر بورسلي، ٢٠٠٠: ١٠٢).

ج. نظريات الإشرط^(٦):

و هي أن عوامل الإشرط تؤدي دوراً مهماً في إدمان العقاقير والمخدرات. ولذلك لوحظ أن الحيوانات يزيد عندها معدل الاستجابات القائمة على الإشرط الإجرائي، حينما تتبع هذه الاستجابات بالحقن بمشتقات الأفيون او منبهات الجهاز العصبي مثل

(5) Social learning theory.

(6) Conditioning theories.

الأمفيتامينات أو الكوكايين، أو بالمسكنات مثل الباربيتورات. إلى أن الأنماط السلوكية والأشياء المتعلقة بتعاطي العقاقير والمخدرات تصبح معزرات ثانوية، نتيجة للتزواج المتكرر مع التعزيز الأولي المتعلق بتعاطي العقاقير والمخدرات (بشير الرشيدى، طلعت منصور، محمد النابلسي، إبراهيم الخليفي، فهد الناصر، بدر بورسلي، ٢٠٠٠: ١٠٠).

المنحى المعرفي: ويتضمن:

النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات^(٧) والانتكاسة لمارلات:

إن الشيء المهم هنا، هو أن النموذج المعرفي لتعاطي المخدرات ليس نموذجًا لنشأة المرض، فالأسباب العميقة لتعاطي المخدرات متعددة، ومتباينة ومتفاعلة فالاستعداد الوراثي، والتكيف الخاص بالخلايا ومحاكاة الوالدين والأصدقاء، والعوامل الاجتماعية الاقتصادية، وضغوط الأصدقاء، والمعتقدات الخاطئة عن تأثير المخدرات، وضعف صورة الذات والتقديرية المتضخمة للسيطرة الشخصية على المادة المخدرة، وسهولة الحصول على المخدرات والتجنب من خلال التداوي الذاتي، وعوامل أخرى عديدة يمكن أن تفسر حدوث تعاطي المخدرات (روبرت ليهي، ٢٠٠٥: ٣١٥).

ومع ذلك، فالنموذج المعرفي بوجه خاص هو نظام تصوري، نفهم من خلاله استمرار سلوكيات تعاطي المخدرات، والميل إلى الانتكاس، فهو يركز على استجابة الفرد في المواقف عالية الخطورة، فإذا كان الفرد يمتلك استجابة تعایش فعالة، فإن ذلك يزيد من فاعليته الذاتية وثقته في التعامل مع هذه المواقف، ومن ثم تقل احتمالية حدوث الانتكاس، وعلى العكس من ذلك إذا كان لدى الفرد استجابة تعایش غير فعالة في التعامل مع تلك المواقف، فإن فاعليته الذاتية تكون منخفضة، ومع توافر توقعات إيجابية

(7) The cognitive Model substance Abuse and Relapse.

للتعاطي السابق، فإن احتمالية الوقوع في هفوة وما يعقبها من أثر لانتهاك الامتناع يزيد احتمالية الانتكاس التام (هبة شفيق عبدالجواد، ٢٠١٧: ٣٧).

ويقسم النموذج المعرفي ظاهرة تعاطي المخدرات إلى سبعة مكونات، يمثل كل منها حلقة في سلسلة الأحداث التي تديم السلوك المشكل، ويوصي كل منها بمجال ممكن للتدخل العلاجي، وتتنظم تلك المكونات كالتالي:

١. **المثيرات عالية الخطورة^(٨) (الميسرة):** وتشمل المثيرات الخارجية مثل "الأشخاص- الأماكن- الأشياء"، ومثيرات أخرى تقع خارج الشخص، أما المثيرات المعرفية الداخلية، فتتمثل في الحالات الانفعالية والفسولوجية، والتي تذكر متعاطي المخدرات بالأوقات التي تعاطي فيها هذه المخدرات في الماضي وتستثير الرغبة في التعاطي (روبرت ليهي، ٢٠٠٥: ٣١٧).

٢. **المعتقدات غير التكيفية عن المخدرات:** وهي وجهات النظر الخاطئة التي يحتفظ بها العديد من المتعاطين للمخدرات عن المخدرات نتيجة للمعلومات الخاطئة، وفي بعض الأحيان يختلقون أساطير ذاتية تمكنهم من الاستمرار في تجاهل الآثار الضارة لسلوك تعاطي المخدرات، وفي هذه الحالة يحتاجون أن يتعلموا ويطبّقوا مهارات توجيه الذات وإعادة التقييم المنطقي لمعتقداتهم (روبرت ليهي، ٢٠٠٥: ٣١٩).

(8) High- risk stimuli.

٣. الأفكار الآلية: وهي الأفكار والصور اللحظية التي تكون لدى المرضى عندما يكونون على شفا الشعور بتعاطم الرغبة الفسيولوجية، ويسعون إلى استخدام المواد الكيميائية النفسية الفعالة^(٩) (روبرت ليهي، ٢٠٠٥:٣٢٢).

٤. اللهفة والرغبات الملحة^(١٠): وهي الإحساسات الفسيولوجية التي تذكر متعاطون المخدرات أنها تجعلهم يشعرون بعدم الارتياح وتصبح عليهم مهمة الإقلاع عن تعاطي المخدرات (روبرت ليهي، ٢٠٠٥:٣٢٤).

٥. الأفكار الميسرة^(١١) (المحرضة): في سياق العلامات النفسية التقليدية تعرف هذه الظاهرة باسم التبرير^(١٢)، والتي من خلالها يرى المريض ضمناً (وصراحة في بعض الأحيان) أن هناك سبباً معقولاً لتعاطي المخدرات، ولا يوجد سبب معقول يكفي للإقلاع عنها في الوقت الراهن (روبرت ليهي، ٢٠٠٥:٣٢٧).

٦. الاستراتيجيات الأدائية^(١٣): يشير ذلك إلى الخطط السلوكية التي يتخذها متعاطو المخدرات من أجل توفير وتعاطي المخدر، وتشمل الأمثلة الذهاب إلى الأماكن الخاصة للحصول على الأشياء السرية المخبأة (روبرت ليهي، ٢٠٠٥:٣٣١).

٧. تعاطي المواد الإدمانية^(١٤): المرحلة الأخيرة في النموذج سباعي الخطوات، هو تعاطي المريض الفعلي للمخدرات أو الخمر، ويعد ذلك مرحلة في عملية تعاطي المخدرات، وليس مجرد ناتج. إن النموذج المعرفي، مثله في ذلك مثل نماذج

(9) Psychoactive.

(10) Cravings and urges.

(11) Permission-giving Thoughts.

(12) Rationalization.

(13) Instrumental strategies.

(14) Using the Addictive substance.

التعليم الاجتماعي إذ لا يعود فيها المريض إلى نقطة البداية بمجرد استخدامه للمخدر، وإنما كل رشفة من زجاجة خمور، وكل نفثة دخان من غليون، وكل حبة دواء تبتلع ينظر إليها على أنها نقطة جديدة على متصل اتخاذ القرار لدى المريض (روبرت ليهي، ٢٠٠٥: ٣٣٣).

الدراسات السابقة:

أولاً : دراسات تناولت الأفكار اللاعقلانية و علاقتها ببعض المتغيرات النفسية:

دراسة منيرة عبدالله محمد الشمسان ٢٠٠٣م (بعنوان التفكير اللاعقلاني وعلاقته بالأعراض المرضية لدى الطالبات الجامعية) وهدفت الدراسة لمعرفة التفكير اللاعقلاني وعلاقته بالأعراض المرضية لدى طالبات الجامعة، وأسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود تفكير لاعقلاني منتشر أو شائع لدى طالبات الجامعة وعدم وجود علاقة بين متغيري البحث فقد وجدت علاقة ارتباطية دالة بين التفكير اللاعقلاني والأعراض المرضية لدى طالبات الجامعة وأنه لا يوجد فروق في التفكير اللاعقلاني بين الأقسام الأدبية والكليات العملية. (منيرة عبدالله: ٢٠٠٣، ٢٧).

أظهرت دراسة زكريا أحمد الشربيني (٢٠٠٥م): بعنوان (الأفكار اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها دراسة على عينة من طالبات الجامعة) وهدفت الدراسة للتعرف على الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض مصادر اكتسابها حيث طبق مقياس معد للأفكار اللاعقلانية ومصادر اكتسابها على عينة حجمها ٢٢٨ طالب وطالبة بجامعة الإمارات العربية المتحدة، في الفئة العمرية من ٢٠-٢٧ وأظهرت النتائج بعد استخدام النسب المئوية أن النسبة المتوسطة لانتشار الأفكار اللاعقلانية هي ٦٠.٦٨٪ وشاعت

هذه الأفكار حول الكمال الشخصي وفي الآخرين وطلب الاستحسان والقلق الزائد وعدم القدرة على التحكم في الأحزان والمصائب.

وفي دراسة فهد بن حامد بن صباح (٢٠٠٧م): بعنوان (علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في مدينة الرياض). أجريت الدراسة بهدف التعرف على علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية لدى الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين حيث تم تطبيقها في مدينة الرياض على الأحداث المنحرفين المودعين في دار الملاحظة وغير المنحرفين في بعض المدارس الثانوية الواقعة في مدينة الرياض، وأسفرت نتائج الدراسة عن انخفاض مستوى القلق لدى الأحداث غير المنحرفين وارتفاع مستويات القلق لدى الأحداث المنحرفين المودعين في دار الملاحظة وانخفاض مستويات الأفكار اللاعقلانية لدى الأحداث غير المنحرفين وأسفرت النتائج أيضاً عن وجود علاقة بين القلق والأفكار اللاعقلانية.

ثانياً : دراسات تناولت الأفكار اللاعقلانية و علاقتها بالاعتماد علي المواد المؤثرة في الحالة النفسية :

أظهرت دراسة كريستوفر و أليسون و ليسلي (Christopher, Allison & Leslie 2004): تهدف إلى معرفة ما إذا كانت هناك فروق جوهرية بين الجنسين في معدل استهلاك الكحول وعلاقة هذه الفروق، إن وجدت، بالمعتقدات الصحية والسلوكيات الصحية الوقائية المتبعة، وذلك على عينة عددها ٢٧٠ معتمداً، تكونت مجموعة الذكور من ١٨٨ معتمداً وبلغت مجموعة الإناث ٨٢ معتمدة. وقد أشارت النتائج إلى وجود فرض دال وجوهري بين الجنسين في معدل أو كمية الكحول المستهلك، حيث وجد أن الإناث أقل اعتماداً على الكحول من الذكور بنسبة (٥:١)، كما أن الذكور يستهلكون

الكحول بمعدلات أكثر بكثير من الإناث حيث كان استهلاك الذكور يزيد بنسبة ٣٨٪ عن استهلاك الإناث له، في كافة المناسبات الشخصية وغير الشخصية لكن معدل استهلاكهم لإيثانول الكحول كان أقل من استهلاك الإناث له، وترجع هذه النتيجة إلى أن لدى الذكور معتقدات صحية أكثر سلبية عنها لدى الإناث نحو الكحوليات والمخاطر الصحية الناجمة عنها، وبالتالي وجدوا أنهم أقل إتباعاً للسلوكيات الصحية الوقائية مقارنة بالإناث.

وفي دراسة جريلي وسويفت هيثر (Greely, Swift & Heather, 2005) وحاول دراسة فرض أن هناك علاقة حول تأثير المزاج الاكتئابي للقدرة على التوقف عن الاعتماد عن الكحوليات والعقاقير المنبه وبين متغير إدراك المعوقات وإدراك الخسائر المترتبة على التعاطي، لدى عينة من معتمدي الكحوليات والعقاقير المنبه بلغت (٣١٤) معتمداً، وتراوحت أعمارهم ما بين (٥٢/١٨) سنة. وقد أشارت نتائج الدراسة إلى أن تفاقهم الأعراض الاكتئابية من قبيل التشاؤم والمزاج السوداوي والقابلية للتعب وعدم الاهتمام بالذات والآخرين، بجانب عديد من الأفكار الآلية المختلفة واللاتوافقية من شأنها أنها ساهمت في خفض الاعتماد على الكحوليات والعقاقير والمواد المنبه بنسبة (٤١٪) من أفراد العينة، بينما أدت تلك الأعراض إلى زيادة الاعتماد الكحولي بشكل جوهري لدى بقية أفراد العينة. وقد فسرت هذه النتيجة بأن الأفكار اللاعقلانية المختلة لدى معتمدي الكحوليات من شأنها أن تدفعهم للمزيد من الاعتماد الكحولي اعتقاداً منهم بأن ذلك سيساعدهم على التخلص من وطأة تلك الأعراض الاكتئابية أو سيجعلهم لا يشعرون بجدتها، كما تبين أنه لا توجد علاقة بين تفاقم المزاج الاكتئابي كعرض مرضي وبين مدى إدراك المتعمد للعواقب والخسائر المترتبة على التعاطي، ورأى الباحثون أن المزاج

الاكتتابي عمل على رفع دافعية المعتمدين نحو إدراك مبالغ فيها للمكاسب المترتبة على التعاطي والمتمثلة في التخصص من أكثر من إدراك الخسائر.

أظهرت دراسة ابشتين وهاوكينز (Epstein, David & Hawkins, 2006) ركزت على دراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي أثناء عمليات المتابعة العلاجية الممتدة عبر اثني عشر شهراً على تعديل الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من معتمدي الكوكايين ومعتمدي المواد النفسية بلغت ٢٨٦ معتمداً وتراوحت أعمارهم ما بين (١٨ و ٦٥) سنة وقد تم قياس الأفكار اللاعقلانية بمقياس تقييم الأفكار العقلانية وهو مكون من ٤٠ بند تقيس أنواع متعددة ومتباينة من التفكير اللاعقلاني وقد أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل عديد من الأفكار اللاعقلانية لدى معتمدي المواد النفسية والكوكايين وكانت الدرجات مرتفعة على عديد من فئات التفكير اللاعقلاني منها المبالغة والتعميم والتعبير عن الصراعات الشخصية مع الآخرين والصراعات البيئية مع المجتمع بأكمله بالإضافة إلى التعميم المفرط للانفعالات الحادة السالبة والتي كان من شأنها دفع المعتمدين نحو عديد من الانحرافات السلوكية الأخرى كما أشارت نتائج الدراسة إلى وجود ارتباط موجب بين طول التاريخ السابق للاعتماد وكم الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين بشكل ليس له علاقة بنوع المادة المتعاطاة.

وفي دراسة جنيفر وآخرون (Jennifer et al., 2006) جينيفر وكوهار وكريستوفر فقد أجريت دراسة تهدف إلى دور الأفكار اللاعقلانية في علاقتها في مشكلات الحياة لدى عينة من طلاب جامعة بلغت (٣٨٨) من مستخدمي الكحوليات، حيث تم اختبارهم على بطارية مكونة من عدة استخبارات تقيس المشكلات الحياتية المختلفة وتؤدي دوراً مهماً في زيادة الدوافع لاستخدام الكحول وفي زيادة توقعات استخدامه

والاعتماد عليه فيما بعد، كما أوضحت نتائج الدراسة تزايد مشكلات الحياة اليومية لدى معتمدي الكحوليات مع تزايد كم الأفكار اللاعقلانية.

أظهرت دراسة مارجريت وآخرون (Margaret et al., 2006) وتهدف إلى مرجريت وزملائها إلى دراسة كيفية الوقاية من الأضرار الصحية الناجمة من الكحوليات والاعتماد عليها. وكان من ضمن إجراءات الدراسة دراسة المعتقدات الصحية، لدى عينة من معتمدي الكحوليات بلغت (٤٤٠) معتمداً، وتراوح أعمارهم ما بين (١٧/١٢) سنة، وعينة أخرى من غير المعتمدين بلغت (١١٠) مفحوصاً وأشارت نتائج الدراسة إلى أن (٥٩%) من أفراد عينة المعتمدين يدرك العديد من المخاطر الصحية للكحوليات، والتي تمثلت في إدراكهم أن معظم معتمدي الكحوليات يتوفون نتيجة الأضرار الصحية البالغة من جراء تعاطيهم للكحول، بالإضافة إلى إدراكهم أن للكحول أضرار بالغة الخطورة على وظائف الكبد والكلى والصدر والقلب والقولون والنم والحلق والبلعوم والمعدة حتى أنه يؤدي إلى سرطان المعدة، كما أنهم يدركون أن تلك الأضرار بالغة الخطورة على وظائف المخ المعرفية خاصة الذاكرة، بالإضافة إلى إدراكهم لتأثير الكحوليات على ضعف الاستجابة للاستشارة الجنسية، بالإضافة إلى تدهور العلاقات الاجتماعية في محيط العمل والأسرة، وتدهور كفاءة الأداء الوظيفي في العمل، إلا أنه في المقابل أشارت النتائج إلى أن لديهم اعتقاداً قوياً أن تلك الأضرار المختلفة يصاب بها فقط المزمنين من معتمدي الكحوليات من جرعات زائدة، مما يفسر استمرار استخدامهم للكحوليات نتيجة هذا المعتقد الصحي السلبي. كما أظهرت النتائج معدلات أقل وبصوره جوهرية لإدراكات حجم الخسائر المترتبة على الاستمرار في التعاطي مقارنة بالمجموعة السابقة من غير المعتمدين على المواد النفسية.

وفي دراسة ضياء الدين (٢٠١٠): بعنوان (الفروق في أداء المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على المواد النفسية المختلفة الأمفيتامينات والأسوياء في الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية) حيث قدم دراسة تهدف إلى معرفة الفروق بين المعتمدين على المواد الكحولية والمواد النفسية المختلفة الأمفيتامينات والأسوياء من غير المعتمدين على اختبار الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية لدى عينة من المبحوثين بلغت ١٨٠ مبحوثاً قسمت إلى ثلاث مجموعات المجموعة الأولى بلغت ٦٠ معتمداً على الكحوليات الذين تم تشخيصهم طبياً بأنهم معتمدين اعتماداً فسيولوجياً ونفسياً على الخمر بمختلف أنواعها المهبطة للجهاز العصبي، أما المجموعة الثانية فبلغت ٦٠ معتمداً على الأمفيتامينات الذين تم تشخيصهم طبياً بأنهم معتمدون اعتماداً فسيولوجياً ونفسياً على المنشطات بمختلف أنواعها المنشطة للجهاز العصبي، أما المجموعة الثالثة قبلت ٦٠ فرداً من غير المعتمدين وقد تراوح المدى العمري للمجموعات الثلاثة ما بين (٢٠ إلى ٤٥) وقد قسمت العينة إلى ثلاثة مجموعات مجموعة الأسوياء كمجموعة ضابطة ومجموعة معتمدي الكحوليات ومجموعة معتمدي الأمفيتامينات بواقع ٦٠ فرداً لكل مجموعة وقد جاءت نتائج الدراسة بوجود فروق بين مجموعتين المعتمدين وبين الأسوياء في نوعية الأفكار اللاعقلانية وكما من ناحية ونوعية المعتقدات الصحية السلبية وكما من ناحية أخرى كما أوضحت نتائج الدراسة بوجود علاقة ارتباطية موجبة بين الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية لدى مجموعتين الاعتماد، وقد أشارت النتائج إلى القدرة التنبؤية لكل نوع من أنواع الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية بتباين نوع المادة المتعاطاه.

كما أجرى كل من "محمد نجيب الصبوة وضياء الدين عادل، ٢٠١٣" دراسة هدفت إلى معرفة دور كل من الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية في

التنبؤ بنوع المادة المتعاطاة لدى عينة من معتمدي الكحوليات والأمفيتامينات والأسوياء. أجريت الدراسة على عينة قوامها ١١٠ ذكور، قُسمت إلى ثلاث مجموعات بحيث بلغت مجموعة الأسوياء ٤٠ فردًا ومجموعة من معتمدي الكحوليات، بلغت ٣٥ فردًا ومجموعة من المعتمدين على الأمفيتامينات، بلغت ٣٥ فردًا ممن تراوحت أعمارهم بين (٢٠ إلى ٤٥) سنة. استُخدم كل من استخباري الأفكار اللاعقلانية، واستخبار المعقدات الصحية السلبية، وتوصلت الدراسة إلى تباين القدرة التنبؤية لكل نوع من أنواع الأفكار اللاعقلانية، والمعتقدات الصحية السلبية بتباين نوع المادة المتعاطاة والاستمرار في الاعتماد على المواد المخدرة.

كما أجرى "رفاعي صالح، ٢٠١٣" دراسة هدفت إلى التعرف على دينامية العلاقة بين المعقدات اللاعقلانية والأساليب المعرفية لدى المعتمدين على المواد النفسية، تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وقد استعان الباحث بمجموعتين من الذكور إحداهما من المعتمدين والأخرى من غير المعتمدين، تكونت كل مجموعة من ٤٠ فردًا ممن تراوحت أعمارهم من (١٩ إلى ٤٥) سنة كما تم مراعاة أن تكون هاتان المجموعتين متكافئتين في جميع المتغيرات التي رأى الباحث إمكانية تأثيرها في النتائج، وهي السن والحالة الاجتماعية، ونوع التعاطي، ومدى الاعتماد والتشخيص والمستوى التعليمي، استُخدم عدد من الأدوات وهي مقياس المعقدات اللاعقلانية، إعداد سليمان الريحاني، ومقياس الوجماتية إعداد محمد عبد الرسول، ومقياس تزواج الأشكال المألوفة (ت أم ١٢) لقياس الاندفاع- التروي إعداد حمدي الفرماوي. وتوصلت الدراسة إلى عدد من النتائج المهمة، ومنها أن العلاقة بين المعقدات اللاعقلانية، وبين الأساليب المعرفية علاقة دالة لدى المعتمدين على المواد النفسية، بمعنى أنه كلما ارتفعت درجة اختبار المعقدات واللاعقلانية ترتفع في المقابل درجة اختبار الأساليب المعرفية لدى

المرضى. كما وجد أن زيادة السن لا تؤدي إلى زيادة الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات اللاعقلانية، كما تم إيجاد فروق بين غير المعتمدين والمعتمدين في الدرجة الكلية لمقياس المعتقدات اللاعقلانية والدرجة الكلية لمقياس الأساليب المعرفية.

كما حاول كل من "عبيدي وزملائه، ٢٠١٥" معرفة العلاقة بين المعتقدات اللاعقلانية، وشدة الإدمان لدى عينة من المدمنين الذين تم علاجهم بالميثادون في مدينة شهورود في إيران. تكونت عينة الدراسة من ٥٦ مدمناً ممن تم علاجهم بواسطة الميثادون، تم تقييمهم من خلال مقياس المعتقدات اللاعقلانية ومقابلات شبه مفتوحة لتقييم شدة الإدمان. أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية ودالة بين الدرجة الكلية للمعتقدات اللاعقلانية وشدة الإدمان. كما أوضحت النتائج وجود علاقة دالة في معتقدات قلق الاهتمام الزائد واليأس ومتغيرات قلة المساعدة، وعدم وجود علاقة دالة في معتقدات طلب الحصول على المساعدة والتوقعات الذاتية المرتفعة، والتعرض للنقد، ورد الفعل المحبط، وعدم المسؤولية الوجدانية، وتجنب المشكلات والنزعة إلى الكمال. لذا ترى الدراسة أن التدريب والتعريف بالمعتقدات اللاعقلانية له تأثير دال في تقليل شدة الإدمان (Abedi, Borjali & Ezzatolah, 2015).

تعليق على الدراسات السابقة :

من خلال عرض الدراسات السابقة يتضح أن :

- ١- يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة وجود أفكار لا عقلانية متباينة قد تزيد أو تنقص لدى المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية عموماً.
- ٢- كما إتضح من خلال بعض الدراسات مثل دراسة جريللي و سويغت (٢٠٠٥) و كذلك دراسة جينيفر و كريستوفر (٢٠٠٦) و غيرها من الدراسات دور الأفكار

اللاعقلانية في دفع المعتمدين على الكحول بشكل خاص و المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية عموماً نحو مزيد من الاعتماد كما أنها ربطت بين دوافع المعتمدين على المواد النفسية نحو التعاطي و أفكارهم اللاعقلانية.

٣- لن نتطرق أية دراسة من الدراسات السابقة إلى الكشف عن القدرة التنبؤية للأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بالدخول للتعاطي لدى الأشخاص المعتمدين و التنبؤ بحدوث الانتكاس لدى المتعافين و هو ما ستسعى إليه الدراسة الراهنة إلى التحقق منه.

فروض الدراسة:

١. توجد فروق جوهرية بين المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية في الأفكار اللاعقلانية نحو التعاطي.
٢. ما مدى إسهام الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث الاعتماد على المواد المؤثرة في الحالة النفسية؟
٣. ما مدى إسهام الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث الانتكاس لدى المتعافين من المواد المؤثرة في الحالة النفسية؟

إجراءات الدراسة:

أولاً: منهج الدراسة:

يتوقف اختيار الباحثة لمنهج معين على أساس طبيعة مشكلة الدراسة ونوع البيانات المستخدمة، وقد فرضت مشكلة الدراسة إتباع المنهج الوصفي الارتباطي المقارن،

وهو أحد مناهج البحث المستخدمة في علم النفسي والذي يهتم بدراسة العلاقات بين المتغيرات والمقارنة بين العينات المختلفة ويعد من أكثر الأساليب البحثية واسعة الانتشار.

ثانيًا: عينة الدراسة:

١. عينة الدراسة الاستطلاعية: وتكونت من (٥) من المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، و٥ من المتعافين الذين خضعوا لبرنامج علاجي مدته على الأقل ٦ شهور كاملة). وقد روعي أن تكون متشابهة مع عينة الدراسة الأساسية من حيث العمر والتعليم، وذلك للتحقق من وضوح التعليمات، وفهم المفحوصين للبنود. وقد كان الهدف من تلك التجربة الاستطلاعية هو التحقق من وضوح التعليمات وفهم المفحوصين للبنود وتقدير الوقت المستغرق للتطبيق.

٢. عينة الدراسة الأساسية: اختير أفراد المجموعتين وفقًا للمحكات الآتية:

١. أن يشخصوا من قبل طبيب نفسي، إذ يستبعد من يعاني من أي إصابات أو أمراض عضوية بالجهاز العصبي أو أي أعراض ذهانية.

٢. أن يكونوا جميعهم من الذكور، ويرجع سبب اختيار عينة الدراسة من الذكور فقط إلى تزايد عدد الذكور المعتمدين على المواد المخدرة، إذ أن ظاهرة تعاطي المخدرات في مجتمعنا هي ظاهرة ذكورية في الأساس لطبيعة الثقافة والتقاليد التي توفر حماية أعلى للإناث، إذ وصلت نسبة الذكور المتعاطين إلى ٩٧.٦% (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٩: ١٠٠).

٣. أن يتم اختيارهم من المدى العمري الذي يتراوح بين ٢٠-٤٠ عامًا إذ تتركز الغالبية العظمى من المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية في تلك الفئة العمرية (المرجع السابق).

٤. أن يتعاطى جميع المواد المخدرة أي لا يوجد نمط من التعاطي الأحادي.

٥. أن يكون المؤهل المتوسط هو المستوى التعليمي للمشاركين وذلك لضمان درجة مناسبة من الفهم للتعليمات وبنود المقاييس.

وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين:

١. مجموعة المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية في بداية التعاطي، وتضمنت هذه المجموعة ١٢ فردًا من المعتمدين الذكور على جميع المواد المؤثرة في الحالة النفسية ممن يترددون على عيادات الخط الساخن لعلاج الإدمان.

٢. مجموعة المتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وتضمنت هذه المجموعة ١٢ فردًا من المتعافين الذكور الذين خضعوا لبرنامج علاجي تأهيلي تابع للخط الساخن لعلاج الإدمان مدته على الأقل ٦ شهور كاملة دون العودة للتعاطي السابق قبل العلاج.

اختير أفراد المجموعتين وفقًا للمحکمات الآتية:

١. أن يُشخصوا من قبل طبيب نفسي، إذ يستبعد من يعاني من أي إصابات أو أمراض عضوية بالجهاز العصبي أو أي أعراض ذهانية.
٢. أن يكون جميعهم من الذكور؛ ويرجع سبب اختيار عينة الدراسة من الذكور فقط إلى تزايد عدد الذكور المعتمدين على المواد المخدرة، إذ أن ظاهرة تعاطي

المخدرات في مجتمعنا هي ظاهرة ذكورية في الأساس لطبيعة الثقافة والتقاليد التي توفر حماية أعلى للإناث، إذ كانت نسبة الذكور المتعاطين ٩٧.٦٪ عام ٢٠١٣ (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٣: ١٠).

٣. أن يتم اختيارهم من المدى العمري الذي يتراوح بين ٢٠-٤٠ عاماً، إذ تتركز الغالبية العظمى من المعتمدين على المواد النفسية في تلك الفئة العمرية، إذا كانت نسبة ٥٣.٨٢٪ ممن بدأوا التعاطي في الفئة العمرية (٢٠-٣٠ عاماً) عام ٢٠١٣، وذلك من خلال التقرير الصادر عن صندوق مكافحة وعلاج الإدمان (صندوق مكافحة وعلاج الإدمان، ٢٠١٣: ١٧).

٤. أن تكون المرحلة الثانوية هي الحد الأدنى للمستوى التعليمي للمشاركين، وذلك لضمان فهم تعليمات بنود المقياس.

الوصف الإحصائي لعينة الدراسة:

جدول رقم (١)

توزيع عينة الدراسة تبعاً للبيانات الأساسية

النسبة المئوية	التكرار	المتغيرات	البيانات الأساسية
٤.٢٪	١	٢٠ سنة	السن
٤.٢٪	١	٢٤ سنة	
٤.٢٪	١	٢٥ سنة	
٨.٣٪	٢	٢٦ سنة	
٤.٢٪	١	٢٧ سنة	
١٢.٥٪	٣	٢٨ سنة	

البيانات الأساسية	المتغيرات	التكرار	النسبة المئوية
	٢٩ سنة	٣	%١٢.٥
	٣٠ سنة	١	%٤.٢
	٣٢ سنة	٢	%٨.٣
	٣٣ سنة	١	%٤.٢
	٣٦ سنة	١	%٤.٢
	٣٧ سنة	٢	%٨.٢
	٣٨ سنة	١	%٤.٢
	٤٠ سنة	٢	%٨.٣
	٤١ سنة	٢	%٨.٣
الإجمالي	٢٤		%١٠٠
الحالة الاجتماعية	أعزب	٦	%٢٥
	متزوج	١٢	%٥٠
	مطلق	٦	%٢٥
الإجمالي	٢٤		%١٠٠
المستوى التعليمي	مؤهل متوسط	١٢	%٥٠
	مؤهل فوق متوسط	٤	%١٦.٧
	مؤهل جامعي	٨	%٣٣.٣
الإجمالي	٢٤		%١٠٠

جدول رقم (٢)

حالة الشخص وفقاً لمفردات عينة الدراسة

حالة الشخص	التكرار	النسبة المئوية
المتعاطين	١٢ متعاطي	%٥٠
المتعافين	١٢ متعافي	%٥٠
الإجمالي	٢٤	%١٠٠

جدول رقم (٣)

تكرار الانتكاسات من المواد المؤثرة في الحالة النفسية للمعافين قبل الوصول إلى التعافي التام

الانتكاسات	التكرار	النسب المئوية
مرة واحدة	١	%٨.٤
مرتين	٣	%٢٥
٣ مرات	٤	%٣٣.٤
٤ مرات	٢	%١٧.٦
٦ مرات	٢	%١٧.٦
الإجمالي	١٢	%١٠٠

جدول رقم (٤)

فترات التوقف عن التعاطي بالشهور لمفردات عينة الدراسة

النسبة المئوية	التكرار	فترات التوقف
٨.٣%	٢	أقل من شهر
٢٩.٢%	٧	شهر
٨.٣%	٢	شهرين
٤.٢%	١	ثلاثة شهور
٤.٢%	١	٧ شهور
٤.٢%	١	٨ شهور
٤.٢%	١	٩ شهور
٨.٣%	٢	١٠ شهور
٤.٢%	١	١١ شهر
٤.٢%	١	١٨ شهر
٤.٢%	١	٣١ شهر
٤.٢%	١	٣٦ شهر
٤.٢%	١	٤٨ شهر
٤.٢%	١	٥٤ شهر
٤.٢%	١	٢٢٨ شهر
١٠٠%	٢٤	الإجمالي

ثالثاً : أدوات الدراسة:

مقياس المعتقدات اللاعقلانية بشأن المواد المؤثرة في الحالة النفسية:

أعد المقياس دكتور (هشام جمعة يوسف) وهو أحد المختصين والمعالجين لحالات الاعتماد على المواد النفسية في المستشفيات التابعة للخط الساخن بصندوق مكافحة وعلاج الإدمان، وقام بإعداده عام (٢٠١٣) ثم تطبيقه في عيادات الخط الساخن، في البيئة المصرية ويتكون المقياس من ٥٤ بنداً تدور حول خمسة أنواع من المعتقدات، وكل بعد من أبعاد هذه المعتقدات يشمل مجموعة من الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات وهي:

١. معتقدات بشأن الآثار السلبية للمخدرات:

وتشمل الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالأضرار النفسية والاجتماعية التي يمكن أن تلحق بالمعتمد سواء من خلال إحساسه الداخلي أو من خلال المجتمع من حوله نتيجة لاستمراره في التعاطي ويمثلها البنود (٤- ٧- ٩- ١٣- ١٨- ٢١- ٢٤- ٣٥- ٣٦- ٣٩- ٤١).

٢. معتقدات بشأن فوائد المخدرات:

وتعبر عن الأفكار اللاعقلانية عن الفوائد التي تعود عليه من تعاطي المواد المخدرة، ومنها الإحساس بزيادة النشاط أو الاسترخاء بدرجة كبيرة، أو زيادة التركيز، أو الثقة بالنفس، أو القدرة على حل المشكلات بسهولة، أو الإحساس الشديد بالسعادة ويمثلها البنود (٨- ١٠- ١٢- ١٤- ١٦- ١٧- ٢٠- ٢٦- ٢٩- ٣٠- ٣٣- ٣٨- ٤٠- ٤٢- ٤٤- ٤٥- ٤٧- ٤٩- ٥٠- ٥١- ٥٢- ٥٣).

٣. معتقدات بشأن عدم المسؤولية عن الوقوع في الإدمان أو معتقدات العزو السببي:

وتشمل الأفكار اللاعقلانية لدى الفرد عما إذا كان هو المسئول شخصيًا عن تعاطيه وإدمانه بسبب رغبته الشخصية أم أن إدمانه يرجع إلى الظروف الاجتماعية والأسرية السلبية التي تحيط به، ويمثلها البنود (٢-٣-٥-١٥-١٩-٢٧-٣٤-٣٧-٤٣-٤٨).

٤. معتقدات بشأن الضبط الذاتي أو التحكم:

وتشمل الأفكار اللاعقلانية عن مدى إدراك الفرد لقدرته على العلاج أو عدم قدرته على العلاج من مرضى الإدمان، ويمثلها البنود (٦-١١-٢٢-٢٥-٢٨-٣١-٤٦-٥٤).

٥. معتقدات تتعلق بالتمركز حول الذات:

وهي الأفكار اللاعقلانية التي تعبر عن انشغال الفرد برغباته وعالمه الخاص وعدم القدرة على إدراك أفكار الآخرين بشكل كامل أو التعايش معها، ويمثلها البنود (١-٢٣).

وتتم الإجابة عن المقياس من خلال خمسة بدائل للإجابة، إذ تشير الدرجة (١) غير موافق بشدة، والدرجة (٢) غير موافق، والدرجة (٣) محايد، والدرجة (٤) إلى أوافق، والدرجة (٥) إلى أوافق بدرجة كبيرة، وتتراوح الدرجة الكلية على المقياس بين (١-٢٧٠).

التحقق من الكفاءة السيكومترية للمقياس:

ثبات المقياس: تم حساب ثبات المقياس من خلال معامل (ألفا كرونباخ) وقد كانت قيمة معامل الثبات مرتفعة حيث بلغت قيمة معامل ألفا كرونباخ للمقياس ككل .٠٠٩٣

جدول رقم (٥)

ثبات أداة الدراسة ثم الاعتماد على المعامل الإحصائي ألفا كرونباخ لكل فقرات
المقياس

قيمة الفا كرونباخ	العبارات
.939	يجب أن يتعامل معي الآخرون باحترام فإدماني أو عدم إدماني أمر خاص بي
.936	أعتقد أنني وقعت في الإدمان بسبب ظروف الحياة القاسية التي أمر بها
.940	أعتقد أن فشلي في الحب هو السبب وراء إدماني
.938	أعتقد أنني شخص لا استحق أي اهتمام من المحيطين بي لأنني مدمن
.939	أعتقد أن عدم قدرتي علي قول لا لأصدقائي هو سبب إدماني
.938	أعتقد أنه ليس هناك أمل في الخروج من دائرة الإدمان بعد الدخول فيها
.940	أعتقد أن الأفعال التي أقوم بها تحت تأثير المخدر أفعال سيئة بدرجة كبيرة
.937	المخدرات تساعدني علي تحمل الآلام الجسمية التي أشعر بها
.939	اعتقد أنني المسئول الوحيد عن كل ما يحدث للمحيطين بي من أمور سيئة بسبب إدماني
.937	المخدر شئ ضروري يساعدني علي القيام بعلمي ومهام الحياة اليومية
.936	الشخص المدمن سيظل مدمنا مهما حاول التوقف
.936	اعتقد أن المخدرات كانت السبيل الوحيد للخروج من بعض المشكلات التي قابلتها في حياتي
.938	إذا توقفت عن التعاطي فمن المؤكد أن هناك عدة كوارث سوف تحدث لي
.937	تساعدني المخدرات علي إدخال السرور في حياتي

قيمة الفا كرونباخ	العبارات
.937	اري أن إدماني هو بسبب الآخرين
.937	إذا اراد الانسان السعادة فسوف يحصل علي عليها في كل مرة يتعاطي فيها
.939	لا استطيع التخلص من القلق بدون التعاطي
.941	اشعر أن المجتمع ينظر إلي المدمنين نظرة سيئة مبالغ فيها
.940	اعتقد أن ضعفي أمام متع الحياة هو الذي دفعني لتجربة المخدرات والاستمرار في هذا الطريق
.938	سوف تكون قراراتي خاطئة إذا اتخذتها قبل التعاطي
.940	إذا تماديت في طريق الادمان سوف أصبح اسوء شخص علي الأرض
.937	لن استطيع العلاج من الإدمان بشكل كامل حتي نهاية حياتي
.937	لا بد من تجربة كل الاشياء الممتعة لأن الإنسان يعيش مرة واحدة فقط
.942	يمكنني تغيير فكرة الناس عني بتوقفي الفعلي عن التعاطي
.936	يجب أن يكون التوقف عن التعاطي تدريجيا وليس مرة واحدة
.936	تساعدني المخدرات علي مواجهة المشكلات التي تحيط بي
.936	ظروف الحياة هي التي دفعتني لهذا الطريق
.936	يجب أن تتغير الظروف المحيطة بي اولا قبل أن اتوقف عن التعاطي
.936	تجعلني المخدرات أكثر تركيزا في العمل
.936	اعتقد ان المخدرات تجعل المشكلات تحل من تلقاء نفسها
.937	اعتقد انني قادر علي التوقف عن المخدرات عندما اريد ذلك
.936	يحتاج كل منا ان يضبط دماغه بالمخدر حتي يستطيع أن يحل مشكلاته

قيمة الفا كرونباخ	العبارات
.937	أري ان المخدرات تحسن من إدائي في الاشياء التي لا استطيع القيام بها بشكل جيد
.936	اذا لم أقع في نفس الظروف التي وقعت فيها لكنت الان شخص غير مدمن
.936	اذا توقفت عن التعاطي سوف تصبح حياتي مملة
.939	اذا اقلعت عن المخدرات سوف تحدث لي كوارث في المستقبل
.940	أنا الشخص الوحيد المسئول عما انا عليه الان
.935	ينبغي علي الشخص أن يتعاطي لكي يستطيع أن يكون علاقات اجتماعية ناجحة
.939	ستظل نظرة الناس الي الشخص المدمن كما هي حتي عندما يبطل ويقلع عن الادمان
.937	بدون المخدرات سوف يحدث نوع من الصدام مع الاخرين
.940	اعتقد أن كل من حولي سوف يتخلون عني لأنني مدمن
.936	اذا اقلعت عن المخدرات سوف أفقد كل مقومات النجاح التي تجعل مني شخصا ناجحا
.937	اعتقد ان الادمان ابتلاء من الله
.935	اعتقد أن المخدرات تقوي العلاقات الاجتماعية للفرد
.937	اشعر انني اصل إلي أفضل قراراتي بعد تعاطي المخدرات
.937	اعتقد انني شخص ضعيف الارادة ولن استطيع التوقف ابدًا عن التعاطي
.938	اعتقد ان المخدرات تزيد من تقني في نفسي
.936	افراد أسرتي هم السبب في ادماني أو تناولتي للمخدرات

قيمة الفا كرونباخ	العبارات
.937	تساعدني المخدرات علي تحقيق الهدوء والاسترخاء في حياتي
.936	المخدرات تجعلني أقل أنفعالا في المواقف الحرجة
.936	انسى اخطائي السابقة عن طريق التعاطي
.936	اري أن الاعتماد علي المخدرات أفضل دائما من الاعتماد علي الاخرين في حل ما يواجهني من مشكلات
.940	العمر قصير ويجب التمتع بكل لحظة فيه، والمخدرات هي الشئ الوحيد الذي يحقق لي ذلك
.939	أعتقد أن الله سوف يساعدني لاني لم أقم بأذي أي شخص في حياتي
.939	قيمة الف كرونباخ الكلية

الصدق: تم حسابه بطريقة "صدق المحكمين" حيث تم عرض المقياس على أساتذة مناهج البحث وعلم النفس والتربية بجامعة عين شمس وبعض المراكز البحثية، وتم إجراء التعديلات المقترحة من قبل السادة المحكمين.

نتائج الدراسة ومناقشتها:

توصلت هذه الدراسة إلى عدد من النتائج التي كشفت عنها التحليلات الإحصائية، وسيتم عرض هذه النتائج فيما يلي:

- نتائج الفرض الأول ونصه: "توجد فروق جوهرية بين المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية النفسية في الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات".

جدول رقم (٦)

الاختلافات بين مفردات عينة الدراسة (المتعاطين والمتعافين)

فيما يتعلق بالأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات

الدلالة	قيمة ت	متعافي		متعاطي		المحور
		الانحراف	المتوسط	الانحراف	المتوسط	
٠,٠١٤	2.669	19.47	125.41	35.94	156.91	الأفكار اللاعقلانية
.471	-.733	6.71272	32.8333	6.65833	30.8333	معتقدات بشأن الآثار السلبية للمخدرات
٠,٠٠٢	3.491	12.11185	44.1667	17.76530	65.8333	معتقدات بشأن فوائد المخدرات
٠,٠٥٦	2.021	4.03301	26.4167	7.23784	31.2500	معتقدات بشأن عدم المسؤولية عن الوقوع في الإدمان أو معتقدات العزو السلبي
٠,٠٠٤	3.239	2.58785	16.8333	6.35503	23.2500	معتقدات بشأن الضبط الذاتي أو التحكم
.376	.903	1.91288	5.2500	2.94906	6.1667	معتقدات تتعلق بالتمركز حول الذات

تبين من الجدول السابق أن قيمة اختبار T تساوي (٢.٦٦٩) وتعني نسبة

الاختلاف المشاهد بين متوسطات العينات، والقيمة الاحتمالية المصاحبة لقيمة T تساوي

(٠٠٠١٤) وهي أصغر من مستوى الدلالة ٠.٠٠٥، وبناء على ذلك يتضح أنه يوجد فروق دالة إحصائية فيما يتعلق بالأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات لدى كلاً من المعتمدين والمتعافين وكانت في اتجاه المعتمدين وهذا يتفق مع أشار إليه (محي الدين حسين، ٢٠٠٧) إلى أن الإدمان وراءه مجموعة كبيرة من الاضطرابات التي تغذيه وتسانده بمعنى أن المدمن ليس مدمناً من خلال تعاطيه لمواد تقوده إلى الاعتماد فحسب إنما يوجد العديد من الاضطرابات المختلفة مثل اضطراب التفكير لديه والذي يؤثر على سيكولوجية المدمن وتوجهاته في الحياة واستمراره في الاعتماد.

وفيما يتعلق بوجود فروق بين المعتمدين والمتعافين وفقاً للبنود الفرعية للمقياس، يتضح من الجدول السابق ما يلي:

١. بالنسبة للأفكار اللاعقلانية بشأن الآثار السلبية لتعاطي المخدرات، يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المعتمدين والمتعافين، وهذا ما قد أوضحه لنا (Miller, 2003) على الرغم من الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالأضرار النفسية والاجتماعية التي تلحق بالمعتمد والمتعافي على المواد المؤثرة في الحالة النفسية إلا أن المواقف التي تنطوي على قدر عال من الخطورة مثل الآلام البدنية وعدم الارتياح وأعراض الانسحاب تعرض الشخص المعتمد على المواد المؤثرة في الحالة النفسية إلى الاستمرارية في التعاطي وكذلك تعرض الشخص المتعافي من المواد المؤثرة في الحالة النفسية إلى حدوث انتكاسات متعددة.

٢. فيما يتعلق بالأفكار اللاعقلانية بشأن فوائد تعاطي المخدرات، يتضح أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وكانت في اتجاه المعتمدين وهذا ما أشار إليه (محمد غانم، ٢٠٠٥) بأن

الأفكار اللاعقلانية التي يبنها الفرد عن أسباب استخدامه للمخدرات وفوائدها وقدرته على التعامل معها هي التي تدفع الفرد في تعاطي المواد المخدرة والاستمرار فيها نتيجة استحسان تعاطيه للمخدرات.

٣. فيما يتعلق بالأفكار اللاعقلانية بشأن عدم المسؤولية عن الوقوع في الإدمان والعزو السلبي وكذلك الأفكار اللاعقلانية بشأن الضبط الذاتي أو التحكم، يتضح إنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية كانت في اتجاه المعتمدين، حيث أوضح (Koller, 2004) أن منظومة الأفكار المكتسبة نحو تعاطي المواد النفسية إنما تنقسم إلى جزئين رئيسيين جزء أطلق عليه الأفكار الدافعة وهي الأفكار اللاتوافقية المكتسبة عبر خبرات الفرد والتي تيسر له الإقدام على تعاطي المواد النفسية بدافع التجربة أو المشاركة ، و الجزء الآخر أطلق عليه الأفكار المتقبلة و هي تلك الأفكار التوافقية من منظور المعتمد والتي من خلالها نستطيع طرح العديد من الأسباب والتبريرات نحو استمراره لسلوك تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية النفسية وعدم قدرته على التحكم في ذاته عن التوقف عن تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية النفسية ورفضه للعلاج، مما يجعله قادرًا على تقبل النقد الذاتي أو اللوم من قبل الذات والآخرين.

٤. فيما يتعلق بالأفكار اللاعقلانية بشأن التمركز حول الذات، يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعة المعتمدين والمتعافين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية وذلك يوضح طبيعة الأفكار اللاعقلانية لديهم إما ان تكون خاصة بانشغالهم في الاستمرارية في التعاطي أو بحدوث الانتكاسات المتكررة للمتعافين مع عدم القدرة على إدراك أفكار الآخرين بشكل كامل أو التعايش معها.

نتائج الفرض الثاني ونصه: "تسهم الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث الاعتماد على المواد النفسية".

جدول رقم (٧)

الانحدار المتعدد للتنبؤ بدور الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات لدى المعتمدين

الدلالة	قيمة ف	قيمة بيتا	معامل الانحدار	
٠.٠١٤	٧.١٢٥	٢.٥٩٦	٠.٤٩٥	الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات
٠.٤٧١	٠.٥٣٧	١.١٢١	٠.١٥٤	الأفكار لآثار المخدرات
٠.٠٠٢	١٢.١٨٥	٢.٤٠٥	٠.٥٩٧	الأفكار بفوائد المخدرات
٠.٠٥٦	٤.٠٨٣	٢.٤٣٤	٠.٣٩٦	الأفكار بعدم المسؤولية
٠.٠٠٤	١٠.٤٩٤	٢.٥٠٩	٠.٥٦٨	الأفكار بعدم المقدرة
٠.٣٧٦	٠.٨١٦	١.٧٢٣	٠.١٨٩	الأفكار بالتمركز حول الذات

تنبئ الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية بـ ٤٩٪ لدى عينة المعتمدين على المواد المؤثرة في الحالة النفسية، وبالنسبة لأبعاد الأفكار اللاعقلانية كانت الأفكار حول فوائد المخدرات تسهم بدور كبير بنسبة ٥٩٪ وكذلك الأفكار حول عدم المقدرة على التوقف والعلاج والاستمرار في التعاطي بنسبة ٥٦٪، ويتفق هذا مع ما وجدته الباحثة في الدراسات السابقة كدراسة (ضياء الدين عادل، ٢٠١٠) ودراسة (مارجريت وآخرون، ٢٠٠٦) حيث أن خبرات الفرد البيئية والثقافية العلاجية السائدة في المجتمع المصري لدى مرضى الاعتماد، هي التي تشكل الأفكار اللاعقلانية لديهم أي نحو تعاطي المواد

النفسية والاستمرار في التعاطي، مثل الأفكار اللاعقلانية بفوائد المخدرات وكذلك الأفكار اللاعقلانية بالآثار السلبية للمخدرات على أنه لا يمكن التحكم والسيطرة عليها بل إن المخدرات هي التي تتحكم في المعتمد، من ثم المستوى المرتفع من كم ونوعية الأفكار اللاعقلانية بشأن فوائد المخدر وآثاره السلبية يترتب عليه درجة من الصعوبة لدى الشخص المعتمد في عدم قدرته أن تكون لديه دافعية للتغيير وطلب العلاج والتوقف عن تعاطي المواد المخدرة.

نتائج الفرض الثالث ونصه "تسهم الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات في التنبؤ بحدوث الانتكاس لدى المتعافين من المواد النفسية".

جدول رقم (٨)

الانحدار المتعدد للتنبؤ بدور الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات وحدوث الانتكاس لدى المتعافين

الدلالة	قيمة ف	قيمة بيتا	معامل الانحدار	
٠.٠١١	٧.٧١٥	٥.٩٩٠	٠.٥١٠	الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المخدرات
٠.٧٤٠	٠.١١٣	٠.٩٤٦	٠.٠٧٢	الأفكار لآثار المخدرات
٠.٠٠٣	١١.٦٣٨	٥.٠٧٠	٠.٥٨٨	الأفكار بفوائد المخدرات
٠.٠٤٦	٤.٤٧٨	٥.٣٧٧	٠.٤١١	الأفكار بعدم المسؤولية
٠.٠٠٤	١٠.٦٦٧	٥.٥٤٥	٠.٥٧١	الأفكار بعدم المقدرة
٠.٤٣٩	٠.٦٢١	٢.٣٧٩	٠.١٦٦	الأفكار بالتمركز حول الذات

تتبنى الدرجة الكلية للأفكار اللاعقلانية بـ ٥١٪ لدى عينة المتعافين من المواد المؤثرة في الحالة النفسية النفسية، وبالنسبة لأبعاد الأفكار اللاعقلانية كانت الأفكار بعدم المقدرة على الحفاظ على التعافي وحدث الانتكاس تسهم بدور كبير بنسبة ٥٧٪ وكذلك الأفكار حول فوائد المخدرات بنسبة ٥٨٪ وأيضاً الأفكار حول عدم المسؤولية والالتزام بخطوات التأهيل للوصول للتعافي التام بنسبة ٤١٪، ويتفق هذا مع دراسة كلاً من "كريستوفر وأنيسون ٢٠٠٤ وكذلك دراسة جنيفر وآخرون ٢٠٠٦" ان المتعافين من المواد المؤثرة في الحالة النفسية أثناء مرحلة العلاج داخل المستشفى بيتعلموا الانفصال عن كل الأحداث والمواقف والأشخاص المرتبطة بتعاطي المواد النفسية، وكبح لجميع الأفكار اللاعقلانية الخاصة بتنشيط دلائل المخدرات من أماكن وأشخاص ومواقف وأفكار، وقد يكون بعض المتعافيين غير قادرين على كبح هذه الأفكار او تغيير هذه الأفكار اللاعقلانية أي ليس لديه القدرة على السيطرة على ذاته وأفكار مرضه وكيفية التعامل مع المواقف عالية الخطورة بالتعاطي، مما يؤدي الى زيادة مشاعر الخوف واليأس والشعور بالعجز ويشعر بأنه غير قادر على العيش مع التعافي وأنه يخاف من الحياة ومن نفسه وأفكاره وأن التعافي صعب عليه وهذا يؤكد بأن الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المواد المخدرة تؤثر على التعافي وتجعله عرضه أكبر للوقوع في الانتكاس و في بعض الحالات قد يحدث الانتكاس أكثر من مرة الى أن يصل الى التعافي التام وهو التمسك بمبادئ التعافي المكتسبة خلال البرنامج التأهيلي داخل المستشفى، مع القدرة على التعرف على جميع المحفزات سواء الداخلية او الخارجية التي تثير أفكار التعاطي اللاعقلانية، وتثير اللهفة والاشتياق للمخدر، والقدرة على الوصول الى حالة السلام الداخلي النابعة من داخله ومن إحساسه بذاته وإحساسه بقدرته على السيطرة على أفكاره اللاعقلانية، بالإضافة الى زيادة وعيه وقدرته على التفرقة بين الفكرة العقلانية والفكرة اللاعقلانية نحو

تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية حتى في أوقات حدوث مشكلات كثيرة له بعد خروجه من المستشفى.

ومن ناحية أخرى تضيف الباحثة الى ما سبق أن من أهم الأسباب التي ساعدت المتعافين على الحفاظ على التعافي وسرعة الاندماج في الحياة وتقبل الحياة بشروطها بعد الخروج من المستشفى هي جلسات المتابعة التي كانت تتم كل أسبوع داخل عيادات الخط الساخن لعلاج مرضى الإدمان، فمشاركة كل متعافي بكل ما حدث له على مدار الأسبوع بجميع الأفكار والمشاعر سواء الإيجابية او السلبية التي شعر بها على مدار الأسبوع، بالإضافة الى تلقي المشاركة من زملائه في دائرة التعافي والتحفيز والتشجيع داخل المستشفى يساعده على اندماجه في الحياة وهو متصلح مع ذاته ويعرفها جيداً، ويعرف من أين تأتي أحاسيسه ومشاعره وأفكاره وكيف تستطيع أن تؤثر عليه او يؤثر عليها، ويعرف نقاط قوته وضعفه ويعرف كيفية استعمالها والتصالح معها , و كل ذلك بدوره يساعده على السيطرة على الأفكار اللاعقلانية نحو تعاطي المواد المؤثرة في الحالة النفسية و من ثم عدم الوقوع في أى إنتكاسات و الوصول و الاستمرارية في التعافي .

توصيات الدراسة:

١. ضرورة الاهتمام بتحديد الأفكار اللاعقلانية وما تعكسه من مخططات ومعتقدات جوهرية وحالات مزاجية مرتبطة بالمادة المتعاطاه، عند تصميم أي برنامج علاجي لعلاج الاعتماد.
٢. عمل برامج توعوية وقائية تعتمد على تنمية المهارات الشخصية لدى أفراد المجتمع ولزيادة الوعي بالوقاية من تعاطي المواد المخدرة.

٣. زيادة البحوث والدراسات التي تهتم بطرق التفكير وعلاقتها بتعاطي المخدرات وعلاقتها بحل المشكلات.

البحوث المقترحة:

١. إجراء دراسات تختبر القدرة التنبؤية لمتغيرات مثل النوع والمستوى التعليمي والحالة الاقتصادية للتنبؤ بالأفكار اللاعقلانية لدى المعتمدين على المواد النفسية.
٢. إجراء دراسات لتحديد العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وبعض المتغيرات الأخرى كسمات الشخصية ومدة التعاطي وعدد مرات العلاج.
٣. الوقاية من الانتكاس وعلاقتها بتحقيق التعافي طويل الأمد لدى المعتمدين على المواد النفسية.

المراجع:

أولاً : المراجع العربية :

- بشير الرشيدى , طلعت منصور , محمد النابلسي , ابراهيم الخليفة , فهد الناصر , بدر بروسلي , و آخرون (٢٠٠٠) . سلسلة الاضطرابات النفسية , الكويت : مكتب الإنماء الاجتماعي ٤٠ (١) .
- جواد فطير (٢٠٠١)، "الإدمان أنواعه ومراحله وعلاجه"، القاهرة، دار الشروق.
- رشا عبدالفتاح الديدي (٢٠٠٠)، "ديناميات اختلاف الوظيفة الجنسية لدى الإناث المتعاطيات للمواد ذات التأثير النفسي"، دراسة استكشافية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس، القاهرة.
- زكريا أحمد الشربيني (٢٠٠٥)، "الأفكار اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها دراسة على عينة من طالبات الجامعة"، مجلة الدراسة النفسية، المجلد الخامس عشر، العدد الرابع، أكتوبر.
- ضياء الدين عادل محمد (٢٠١٠)، "الفروق في أداء المعتمدين على الكحوليات والمعتمدين على المواد النفسية المختلفة (الامفيتامينات) والأسوياء في الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية"، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- فهد بن صباح العنزي (٢٠٠٧)، "علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية"، دراسة مقارنة بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في مدينة الرياض، رسالة ماجستير، جامعة نايف العربية، كلية الدراسات العليا للعلوم الاجتماعية.

- لويس كامل مليكة وآخرون (٢٠٠٧)، "دليل الأخصائي النفسي في الوقاية من الإدمان"، القاهرة، صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي.
- ليهي روبرت (٢٠٠٦)، "دليل عمل تفصيلي لممارسة العلاج النفسي المعرفي في الاضطرابات النفسية"، ترجمة جمعة سيد يوسف، محمد نجيب، القاهرة، دار ايتراك للنشر والتوزيع.
- محمد حسن غانم (٢٠٠٥)، "العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين"، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- محمود السيد عبد الرحمن، معتز عبدالله (١٩٩٤)، "الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة القلق وسمة القلق ومركز التحكم"، مجلة دراسة نفسية، المجلد الرابع، العدد الثالث.
- محي الدين حسين (٢٠٠٧)، "الوقاية من تعاطي المخدرات وإدمانها في فئاتها الثلاثة"، القاهرة، المجلس القومي لمكافحة وعلاج الإدمان.
- منيرة عبدالله ومحمد الشمسان (٢٠٠٣)، "التفكير اللاعقلاني وعلاقته بالأعراض المرضية لدى الطالبات الجامعية"، القاهرة، مجلة الدراسات العربية في علم النفس، مج ٢، ع ٤٤، أكتوبر.
- صندوق مكافحة وعلاج الإدمان (٢٠١٣). تقرير فني عن أنشطة صندوق مكافحة وعلاج الإدمان من يناير حتى إبريل، القاهرة: صندوق مكافحة وعلاج الإدمان.

- ضياء الدين عادل محمد، محمد نجيب الصبوة (٢٠١٣). الفروق بين الأفكار اللاعقلانية والمعتقدات الصحية السلبية في التنبؤ بنوع المادة المتعاطاة لدى عينات من معتمدي الكحوليات والأمفيتامينات والأسوياء، المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، ١(٢)، ٢٠٩-٢٣٦.

- رفاعي صالح سيد. (٢٠١٣). العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والأساليب المعرفية لدى المعتمدين على المواد النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة حلوان.

المراجع الأجنبية:

- Abedi.S, Borjali. A & Ezzatolah. K. (2015). The Relationship between Ten of Irrational Beliefs And Severity of Addiction, **Indian Journal of Fundamental And Applied Life sciences**, 5, 354-358.
- Beck, A, Emery, G., & Greenberg, R., (1985), Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective, New York, Basic Books. New York, Guilford press.
- Christopher Rice, Allison Minugh, Leslie young, (2005): Gender, health beliefs, health behaviors, and alcohol consumption, American Journal of Dreg and alcohol Abuse, 24 (5), 451-463.
- Ellis, A. (2010 B), The Evaluation of Rational – Emotive Therapy and cognitive Behavior Therapy. In K. zeig (Ed.) the Evaluation of Psychotherapy. New York.
- Epsteing R, David H & Hawkins T Wesly E, Covi, Zino, Umbricht Annie, Preston, Kenziel. (2006), Congnitive behavior

- therapy for cocaine and alcohol use: Findings during treatment and across 12 month flow-up, journal of addictive behaviors, vol. (17), (1) March, 73-82.
- Greely, Swift W & Healthier N (2005), Depressed affect as a predictor of increased desire for alcohol in current drinkers of alcohol British, journal of addiction, vol. (87), (4) 1005-1012.
 - Gwillman, W, & Allen, J. (1999), counseling, France: Agzi Communication.
 - Gwillman, W, & Lambert, M., (2000), The Psychopathological perspective of suicidal addictive patients, journal of Dreg issues, vol. (16), 201-213.
 - Herbert, C & Wetmore, A (2003), overcoming traumatic streets a cognitive behavioral self-help guide, London: constable and Robinson.
 - Jennifer, P., Jahler, H., Christopher, W., Wood & Maddock, jay E., palfai, Tibor, P., (2006), Examining the re of maladaptive thinking and drinking motives in college student alcohol use and problems, journal of psychology of Addictive behaviors, vol. (17) (1), 13-23.
 - Koller J & Lovers E. (2004), Attitudes and believes in diverse populations: Drunk driving, alcohol use, cannabises, amphetamine like use, journal of health psychiatry, vol. (3) (9), oct., pp 519-522.
 - Lambert, M., (2001), Memta-analysis of self-report addicts groups: A study for alcoholic, opium, and methamphetamine patients, American Journal of drug and Alcohol abuse, Vol. (31), 312-327.

-
- Margret, Peter & Anton E., Wash Kadden, Jaffe, (2006), How to protect from damage of alcohol/ Alcholism. Journal of Psychology, vol. (3). Pp. 31-34.
 - Miller E & folly S. (2003); Psychotherapy for ambulatory cocaine and alcohol abusers, national institute in drug absue, vol. (7), (3), 25-43.
 - Miller, W., & Murphy, S., (1999), Models of Alcholism used in treatment, journal of studies on Alcohol, Vol. (55), 159-166.
 - Oliver, Milhabet & jean, Desrichared, Sabelle, Verchic. (2007), Examing the believes about average healthy risks-influence self perceived efficacy in drug use, journal of review international psychology social, vol. (14) (a) Des, 105-128.
 - Weinstein, Barbara, Aviv, Law Forqus, Myles, Judy, Nutt, David J. (2000), the processing of irrational automatic thoughts of drug use and craving in alcohol and opiate dependent individuals, journal of psychopharmacology, vol. (3) (4). Pp. 549-553.
 - Young, J., Kolosko, J., Weishaar, M., (2003), Schema Therapy: A Practitioner's Guide, New York, Guilford press.

Irrational thoughts towards drug use among psychoactive and recovering substance Dependents

Abstract

The aim of the current research is to study irrational thoughts towards drug use among psychoactive and recovering substance dependents, the research sample consisted of (12) psychoactive and (12) Recovering, ages ranging (20-41) years, the research tools included a measure of irrational thoughts towards drug use, the results of the research found that there was statistically significant correlation between irrational thoughts towards drug use and psychoactive, also the irrational thoughts towards drug use predictive ability for a dependents among psychoactive substance dependents and the irrational thoughts towards drug use predictive ability for relapse among recovering substance dependents.

Keywords: irrational thoughts- psychoactive- Recovering- substance dependents.