الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم

_ كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية _

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص:علم النفس العيادي

مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات

دراسة ميدانية عيادية شبه تجريبية لخمس حالات من25الى30سنة بالمركزالوسيطى لعلاج الإدمان

مقدمة من طرف

الطالبة:كاسل فاطيمة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.بوريشة جميلة	أستاذة محاضر(أ)	ممتحنا
د.موصدق أسامة	أستاذ محاضر(أ)	مشرفا ومقررا
د. صالحي فاطمة الزهراء	أستاذة محاضر(أ)	رئيسا

السنة الجامعية 2024-2025

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم

_ كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية _

شعبة علم النفس

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص:علم النفس العيادي

مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات

دراسة ميدانية عيادية شبه تجريبية لخمس حالات من25الى30سنة بالمركزالوسيطى لعلاج الإدمان

مقدمة من طرف

الطالبة:كاسل فاطيمة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	الصفة
د.بوريشة جميلة	أستاذة محاضر (أ)	ممتحنا
د.موصدق أسامة	أستاذ محاضر (أ)	مشرفا ومقررا
د. صالحي فاطمة الزهراء	أستاذة محاضر (أ)	رئيسا

السنة الجامعية 2024-2025

تاريخ الإيداع: إمضاء المشرف بعد الإطلاع على التصحيحات

تم الإطلاع على التصحيحات أ. موصدق أسامة

الإهداء

إلى من ربياني صغيراَ أمي وأبي

أهدي تخرجي وثمرة تعبي إلى أبي الغالي وإلى من وهبتني الحياة وضحت دائماً لأجلي أمي الغالية

في ختام رحلتي الجامعية المكللة بالجد والاجتهاد، أتوجه بالشكر والتقدير إلى أساتذتي الأفاضل وزملائي الأعزاء الذين أثروا تجربتي... وإلى عائلتي الكريمة، عائلة كاسل، وإخوتي الغاليين، وعلى رأسهم نصفي الآخر أمال، لكم جميعاً أهدي فرحة هذا الإنجاز

أهدي تخرجي هذا إلى روح جدي وجدتي الذين لم يشاهداني ولم يشاركا فرحتي فكم كنت أتمنى أن تكونوا بجانبي في هذه اللحظة الجميلة من حياتي، رحمكم الله وأنار قبركم يا أغلى سند وأغلى جد وجدة رحلوا عن الدنيا

رحم الله أرواحًا نقية كسرني غيابهما وأوجعني رحيلهما اللهم ارحم جدي وجدتي واغفر لهم

وإلى كل من علمني وأخذ بيدي وأنار لي طريق العلم والمعرفة

إلى كل من شجعني في رحلتي إلى التميز والنجاح

شكراً

كاسل فاطيمة

كلمات شكر وتقدير

الحمد لله الذي بحمده تتم النعم و الشكر

أولا شكر الله عز وجل ثم والداي على كل مجهوداتهما منذ ولادتي إلى هذه اللحظات

يسرني أن أوجه شكري لكل من نصحني أو أرشدني أو وجهني أو ساهم معي في إعداد هذا البحث

أتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى الأستاذ الفاضل موصدق أسامة لقبوله مشكورًا مهمة الإشراف على بحثي هذا ومساندتي وإرشادي،

ولا أنسى شكري للمركز الوسيطي لعلاج الإدمان الذي فتح لنا أبوابه وشكر خاص للأخصائي النفساني قويدرات زكريا وكل طاقم المركز على وقوفهم معنا وبفضلهم أخذنا حقيبة من المعلومات الكافية عن الحالات المدمنين وشكر للحالات على قبولهم التعامل معنا متمنياً لهم جميعاً الصحة والعافية.

ملخص الدراسة:

تُعالج هذه الدراسة موضوعًا شديد الأهمية في ميدان علم النفس العيادي، يتمثل في "مدى فعالية البرنامج العلاجي المقترح في خفض التبعية النفسية لدى الراشد المدمن على المخدرات".وقد جاءت هذه الدراسة استجابةً للحاجة الملحة إلى تطوير تدخلات علاجية تلامس البعد النفسي العميق للإدمان، ولا تكتفي فقط بالجوانب السلوكية أو الدوائية.

سعت الدراسة إلى التحقق من مدى قدرة برنامج علاجي قائم على مبادئ معرفية وسلوكية على خفض مستوى الاعتماد النفسي لدى مدمنين راشدين. وقد تم الاعتماد على المنهج التجريبي ذو التصميم شبه التجريبي و الأدوات المستعملة هي المقابلة النصف الموجهة والملاحظة باستخدام مقياس تقييم درجة الإدمان في مرحلتين: قبليًا وبعديًا. وشملت العينة خمس حالات راشدة تخضع للعلاج في المركز الوسيطي لعلاج الإدمان بحي 300مستغانم.

أظهرت نتائج القياس البعدي تحسنًا ملحوظًا في مستوى التبعية النفسية لدى جميع الحالات، حيث انتقلت معظمها من مستوى "الإدمان الشديد" إلى "الإدمان الخفيف"، في حين أظهرت حالة واحدة انخفاضًا كبيرًا إلى درجة تشير إلى غياب مظاهر الإدمان تقريبًا. وقد عكست هذه النتائج فعالية البرنامج في تعديل البنية النفسية المرتبطة بالتبعية، وتعزيز قدرة المرضى على المواجهة والتكيف.

خلصت الدراسة إلى أن البرنامج العلاجي المقترح يُعد أداة فعالة في خفض التبعية النفسية وتحسين التوازن النفسي لدى المدمنين الراشدين، كما أوصت بضرورة تعميمه في المراكز العلاجية، مع اقتراح إجراء دراسات مستقبلية على عينات أوسع، واعتماد متابعات طويلة المدى لفحص استدامة النتائج.

الكلمات المفتاحية :المدمن على المخدرات – التبعية النفسية – البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

Study summary:

This study addresses a highly important topic in the field of clinical psychology, namely: "The effectiveness of a proposed therapeutic program in reducing psychological dependence among adult drug addicts." The study was conducted in response to the urgent need to develop therapeutic interventions that target the deep psychological dimensions of addiction, rather than relying solely on behavioral or pharmacological approaches.

The objective of the study was to examine the extent to which a therapeutic program based on cognitive and behavioral principles could reduce the level of psychological dependence among adult addicts. The research adopted an experimental method with a quasi-experimental design, and the tools used included a semi-structured interview, observation, and the Addiction Severity Assessment Scale, applied in two phases: pre-treatment and post-treatment. The sample consisted of five adult cases undergoing treatment at theIntermediate Center for Addiction Treatment in the 300 Housing Districtof Mostaganem**.**

The post-treatment results revealed a noticeable improvement in the level of psychological dependence among all cases. Most of them shifted from a state of “severe addiction” to “mild addiction,” while one case showed a significant reduction indicating the near absence of addiction symptoms. These results reflect the program’s effectiveness in modifying the psychological structure associated with dependency and in enhancing patients' ability to cope and adapt.

The study concluded that the proposed therapeutic program is an effective tool for reducing psychological dependence and improving the

psychological balance of adult addicts. It also recommended the generalization of this program in treatment centers and suggested conducting future studies on larger samples, with long-term follow-up assessments to evaluate the sustainability of the results.

قائمة المحتويات

إهداء	أ
كلمة شكر وتقدير	ب
ملخص الدراسة	ت
ملخص الدراسة بالإنجليزية	ث
قائمة المحتويات	ج
قائمة الجداول	خ
قائمة الملاحق	خ
مقدمة البحث	01
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
-الإشكالية الدراسة	3
- فرضيات الدراسة	7
- أهداف البحث	7
- أهمية البحث	8
-أسباب اختبار الموضوع	8
- المفاهيم الإجرائية	9
- الدراسات السابقة	10
الفصل الثاني:المخدرات	
- تمهيد	15
-لمحة تاريخية عن المخدرات	15
- تعريف المخدرات	16
- مفهوم التعاطي	17
- أنواع المخدرات	18

– أسباب تعاطي المخدرات	20
– مفهوم الإدمان	21
– بعض المفاهيم المتعلقة بالإدمان	22
– أنواع الإدمان	26
– النظريات المفسرة للإدمان	27
– أثار تعاطي المخدرات على المدمن	31
– البروفيل النفسي للمدمن	33
– الخلاصة	34
الفصل الثالث: التبعية النفسية والانسحاب عن تعاطي المخدرات	
– تعريف التبعية النفسية والانسحاب	36
– أعراض انسحاب المخدرات من الجسم	38
– الأعراض النفسية للانسحاب	39
– الاضطرابات العاطفية في مرحلة انسحاب المخدرات	41
– استمرارية ومدة انسحاب المخدرات من الجسم	42
– التحديات السلوكية لأعراض انسحاب المخدرات	43
– أهم 4 عوامل مؤثرة على أعراض انسحاب المخدرات	44
– الخلاصة	45
الفصل الرابع:النماذج العلاجية مع المدمنين	
– تعريف البرامج العلاجية	47
– العلاج النفسي	47
– أهداف العلاجات النفسية	48
– معايير DSM–IV–TR الخاصة بالتبعية النفسية	49
–التشخيص	51
– علاجات الإدمان والتبعية (الاعتماد)	51

– نماذج من العلاجات النفسية الفردية التي من الممكن استخدامها مع المدمنين العلاج النفسي التدعيمي	54
– العلاج العقلاني الانفعالي	55
– العلاج بالاسترخاء	58
– العلاج المعرفي السلوكي	59
– أهم 4 تقنيات تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي للإدمان	62
– البرنامج العلاجي المقترح في خفض التبعية النفسية	64
–مضمون البرنامج العلاجي المقترح وآليات تطبيقه	65
– خلاصة	71
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس:الإجراءات المنهجية للدراسة	
الدراسة الاستطلاعية	74
الدراسة الأساسية	75
النظام الهيكلي للمؤسسة	76
عينة الدراسة	77
الأدوات المستخدمة في الدراسة	77
- الملاحظة العيادية.	78
- المقابلة العيادية.	78
- مقياس الإدمان	80
- البرنامج العلاجي	82
الخلاصة	83
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج البحث	
– عرض الحالة الأولى	85
–ملخص مقابلات الحالة الأولى	88

– ملخص مقابلات الحالة الثانية	93
– ملخص مقابلات الحالة الثالثة	97
– ملخص مقابلات الحالة الرابعة	101
– ملخص مقابلات الحالة الخامسة	105
– نتائج مقياس الإدمان القبلي للحالة الأولى	106
– نتائج مقياس الإدمان القبلي للحالة الثانية	106
–مقياس الإدمان القبلي للحالة الثالثة نتائج	107
– نتائج مقياس الإدمان القبلي للحالة الرابعة	107
– نتائج مقياس الإدمان القبلي للحالة الخامسة	108
– نتائج مقياس الإدمان البعدي للحالة الأولى	108
– نتائج مقياس الإدمان البعدي للحالة الثانية	109
– نتائج مقياس الإدمان البعدي للحالة الثالثة	109
– نتائج مقياس الإدمان البعدي للحالة الرابعة	109
– نتائج مقياس الإدمان البعدي للحالة الخامسة	110
– تحليل نتائج الحالة الأولى	110
– تحليل نتائج الحالة الثانية	111
– تحليل نتائج الحالة الثالثة	113
– تحليل نتائج الحالة الرابعة	114
– تحليل نتائج الحالة الخامسة	115
– المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للحالة الأولى	116
– المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للحالة الثانية	116
– المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للحالة الثالثة	116

– المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للحالة الرابعة	116
– المقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي للحالة الخامسة	117
– مناقشة الفرض على أساس النتائج المتحصل عليها	117
– الخاتمة	120
– الصعوبات والاقتراحات	120
– قائمة المراجع	123
– الملاحق	123

قائمة الجداول:

رقم جدول	العنوان	الصفحة
01	مستوى درجة الإدمان	81

قائمة الملاحق

رقم ملحق	العنوان	الصفحة
01	مقياس الإدمان	132
02	طلب تسهيل المهمة	134
03	استمارة تسجيل موضوع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر	135
04	إحصائيات المدمنين في المركز الوسيطي لعلاج الإدمان لسنة2025	136
05	تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية لانجاز البحث	146

مقدمة البحث

مقدمة البحث:

تُعتبر مشكلة الإدمان على المخدرات من أبرز القضايا النفسية والاجتماعية التي تواجه المجتمعات الحديثة، لما تسببه من آثار سلبية على الفرد والأسرة والمجتمع بشكل عام. إذ لا يقتصر الإدمان على التأثيرات الجسدية فقط، بل يمتد ليشمل التبعية النفسية، التي تعد من العوامل الأساسية التي تعيق التعافي وتزيد من احتمالية الانتكاس (الحموي، 2015). لذا، أصبحت الحاجة ملحة لتطوير برامج علاجية نفسية تتناول هذا البعد النفسي العميق للإدمان، وتعزز مهارات التكيف لدى المدمنين وتسعى هذه الدراسة إلى تقييم مدى فعالية برنامج علاجي مقترح يعتمد على مبادئ العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى التبعية النفسية لدى الراشدين المدمنين على المخدرات. ويعتمد هذا البرنامج على تعديل أنماط التفكير والسلوك، ودعم المرضى في مواجهة الضغوط النفسية المرتبطة بالإدمان (النجار 2017)في هذا السياق، برزت الحاجة إلى تطوير برامج علاجية نفسية متكاملة، تستهدف الجانب النفسي للمدمنين الراشدين، وتعتمد على مبادئ معرفية وسلوكية تساعد في تعديل أنماط التفكير والسلوك، وتقوية مهارات التكيف والمواجهة لديهم. ومن هنا، جاءت أهمية هذه الدراسة التي تركز على تقييم مدى فعالية برنامج علاجي مقترح في خفض التبعية النفسية لدى المدمنين الراشدين على المخدراتوتستعرض الدراسة في فصلها الأول الإطار النظري العام للإشكالية، متضمنًا تعريفات أساسية، فرضيات الدراسة، أهدافها، وأهميتها، إلى جانب مراجعة الدراسات السابقة ذات الصلة. في الفصل الثاني، تُقدم لمحة تاريخية شاملة عن المخدرات، وأنواعها، وأسباب التعاطي، فضلاً عن شرح مفهوم الإدمان وآثاره النفسية والاجتماعية. أما الفصل الثالث فيتطرق إلى التبعية النفسية وعلامات الانسحاب، موضحًا التحديات النفسية والسلوكية التي تواجه المدمنين خلال مرحلة الانسحاب ويتناول الفصل الرابع النماذج العلاجية المختلفة، مع التركيز على البرامج النفسية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي، والتي تشكل أساس البرنامج العلاجي المقترح. بعد ذلك، يعرض الفصل الخامس الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية، بما في ذلك تصميم البحث، اختيار العينة، والأدوات المستخدمة لجمع البيانات. وأخيرًا، يتناول الفصل السادس عرض وتحليل الحالات الخمس،

ومناقشة نتائج القياسات القبلية والبعدية، لتقييم مدى تأثير البرنامج العلاجي على مستوى التبعية النفسية.

من خلال هذه الدراسة، نأمل في تقديم مساهمة علمية وعملية تعزز من فاعلية البرامج العلاجية النفسية في مراكز علاج الإدمان، وتفتح آفاقًا لمزيد من البحوث التطبيقية التي تستهدف تحسين جودة حياة المدمنين وتحقيق تعافي مستدام.

الجانب النظري

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

1-1-إشكالية الدراسة

1-2-الفرضيات

1-3-أهداف الدراسة

1-4-أهمية الدراسة

1-5-أسباب اختيار الموضوع

1-6-التعاريف الإجرائية

1-7-الدراسات السابقة

1-1-إشكالية الدراسة:

في وقتنا الحاضر، نجد كثيرًا من شبابنا وحتى الأطفال والمراهقين أصبحوا هدفًا سهلاً للوقوع في تعاطي المواد المخدرة. وأصبحت مشكلة المخدرات وإدمانها من المشاكل الشائعة جدًا، حيث إنها الآن تواكب العصر وتتطور وتتنوّع، وتستهلك من قبل جميع الأعمار وكلا الجنسين، نتيجة مرحلة النمو السريع التي يشهدها المجتمع سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية أو العمرانية كما يعد الإدمان على المخدرات من القضايا الاجتماعية والصحية الخطيرة التي تؤثر على الأفراد والمجتمعات، ويتسم بالاعتماد القوي على المواد المخدرة. يبدأ الإدمان عادةً بتجربة استخدام المخدرات، سواء لأغراض الترفيه أو التخفيف من الألم أو الهروب من الواقع. مع مرور الوقت يتطور الاستخدام إلى اعتماد جسدي ونفسي، حيث يحتاج الشخص إلى زيادة الجرعة لتحقيق نفس التأثير.

تشمل المخدرات مجموعة واسعة من المواد مثل الكحول، والماريجوانا، والهيروين، والكوكايين، والمواد المنشطة، مما يؤدي إلى تأثيرات سلبية ومشاكل على الصحة النفسية والجسدية للفرد، مثل الأمراض المزمنة والتدهور العقلي. كما يؤثر الإدمان على العلاقات الأسرية والاجتماعية، ويساهم أيضًا في زيادة التكاليف الاقتصادية، حيث ينفق الأفراد المدمنون مبالغ كبيرة على المخدرات.

يرتبط الإدمان بزيادة معدلات الجريمة، إذ يلجأ بعض المدمنين إلى السرقة أو الجرائم الأخرى للحصول على المال لشراء المخدرات. ويعتبر الشباب أكثر عرضة للإدمان، مما يؤثر على مستقبلهم التعليمي والمهني. وتتعدد العوامل التي تسهم في الإدمان، بما في ذلك العوامل الوراثية، والبيئية والنفسية.

ويُعد الإدمان ظاهرة اجتماعية تؤثر على الأفراد وعائلاتهم والمجتمع بشكل عام.

يعرف مصطفى سويف الإدمان بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية (مخدرات أو مسكرات)، لدرجة أن المدمن يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو تعديل تعاطيه، وغالبًا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما انقطع عن التعاطي، بالإضافة إلى رغبة قهرية ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المتعاطاة بأي وسيلة، وتأثير مدمر على الفرد والمجتمع (محمد فتحي محمد، 2011، ص 33)

ويعرف مصطفى سويف المدمن بأنه الشخص الذي يتعاطى المخدرات أو المسكرات بشكل قهري يعجز معه عن الانقطاع أو التعديل في فعل التعاطي؛ حيث يكشف عن اعتماد نفسي أو نفسي وعضوي على المادة المخدرة أو المسكرة، كما يظهر ميلًا نحو زيادة الجرعة المتعاطاة، ويعاني من مجموعة من الأعراض النفسية أو النفسية العضوية عند الامتناع عن التعاطي أو تقليل الجرعة المتعاطاة (نفس المرجع، ص 33-34)

يمكننا أن نستخلص من التعريفين أن مصطفى سويف يرى الإدمان كمرض معقد يتضمن أبعادًا سلوكية، نفسية، وعضوية. فالمدمن هو شخص فقد السيطرة على تعاطيه وأصبح أسيرًا لهذه المادة يؤثر هذا المرض بشكل كبير على حياة المدمن وعلاقاته، ويسبب له معاناة شديدة.

أما الإدمان على المخدرات فهو حالة من الاعتماد النفسي والجسمي ناتجة عن تفاعل الفرد مع المادة المخدرة (مثل الحشيش والعقاقير)، وتؤدي إلى استخدام قهري لهذه المادة بصورة دورية أو مستمرة، وينتج عنها آثار سلوكية ونفسية وعقلية واجتماعية. يشعر المراهق برغبة ملحة وقهرية للعقار تدفعه إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير، حيث يعاني المدمن من أعراض تُسمى أعراض الانسحاب (شيهان عبد المالك، 2017، ص 184)

أي أن الإدمان على المخدرات هو حالة معقدة تحدث عندما يصبح الشخص معتمدًا بشكل كبير على مادة معينة، مثل الحشيش أو العقاقير الأخرى. هذا الاعتماد ليس نفسيًا فحسب، بل جسديًا أيضًا، مما يعني أن الجسم يعتاد على هذه المادة ويحتاج إليها ليعمل بشكل طبيعي.

وأعراض الانسحاب عبارة عن أعراض تصيب الشخص جسديًا، منها: إحساس بقشعريرة، ورجفة وتقيؤ، بينما في الحالات الخطرة يشعر الشخص بهذيان وضيق تنفس، مما قد يسبب له تشنجًا وأحيانًا الموت. وتجدر الإشارة إلى أن عوارض الانسحاب تختلف بحسب نوع العقار المستخدم والكمية المتعاطاة، والمدة الزمنية لفترة التعاطي. سبب هذه الأعراض هو أن الجسم تعوّد على وجود العقار، وعندما يُسحب العقار يعاني الجسم من رد فعل تلك الأعراض (بريك بن عائض القرني 2010، ص 68)

وعند تقليل أو التوقف عن استخدام المواد المخدرة تظهر على المدمن آثار الانسحاب، وهي مجموعة من الأعراض النفسية والجسدية مثل القلق، الاكتئاب، التوتر، تقلب المزاج، وصعوبات التركيز. علاوة على ذلك، قد يعاني الأشخاص من مشاعر العزلة والقلق الاجتماعي، مما يصعّب عليهم بناء علاقات صحية. وقد يشعر البعض بالذنب أو الندم بسبب أفعالهم السابقة المرتبطة بالمخدرات، مما يعزز مشاعر الاكتئاب.

ومما سبق، نستخلص أن الإدمان ظاهرة تؤثر سلبًا على المجتمع، وتجعل الشخص يعيش في معاناة مستمرة. هذا يستدعي جهدًا متكاملاً للتوعية والوقاية والعلاج، خاصة أن العديد من المدمنين يواجهون عقبات في الحصول على العلاج.

من النماذج العلاجية التي أثبتت نجاحًا في التعامل مع المدمنين نموذج العلاج المعرفي السلوكي الذي يقوم على الدمج بين العلاج المعرفي والعلاج السلوكي من خلال منظور ثلاثي الأبعاد: معرفيًا وانفعاليًا، وسلوكيًا (زيدان وآخرون، 2015، ص 76)

يُعرف هذا البرنامج أيضًا باسم "العلاج بالكلام"، ويُستخدم من قبل الأطباء النفسيين. من اسمه يمكننا فهم معناه، حيث أن الجزء الأول "السلوكي" يشير إلى سلوك الفرد وردود أفعاله التي تنبع من الأفكار السلبية، والجزء الثاني "المعرفي" يرمز إلى الأفكار التي يفكر بها الفرد، وبالتالي يحاول تغييرها إلى الأفضل (ليون الطبية، 2021)

يهدف هذا العلاج إلى تغيير أنماط التفكير والسلوكيات التي تساهم في الإدمان، وتكون جلساته فردية أو جماعية تساعد الفرد على التعرف على الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية وتعلم مهارات جديدة للتعامل مع المواقف الصعبة.

من الدراسات التي أكدت فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع المدمنين دراسة (Rawson, 2006)التي استهدفت معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول. تكونت عينة الدراسة من 18 مدمن مخدرات ومنبهات، وشملت أدوات الدراسة مقاييس الاضطرابات الجسدية واستعمال الكحول والمخدرات. وتوصلت الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول.

تقدم دراسة روسون إسهامًا قيمًا في مجال البحث حول فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، ومع ذلك، فإنها تخضع لتقييم نقدي. فقد كانت عينة الدراسة صغيرة نسبيًا (18 مشاركًا) مما يحد من تعميم النتائج على مجتمع أكبر من المدمنين. كما غابت المجموعة الضابطة، مما يصعب مقارنة نتائج المجموعة التي تلقت العلاج مع مجموعة أخرى لم تتلق العلاج، ويجعل من الصعب تحديد ما إذا كان التحسن ناتجًا عن العلاج نفسه أو عوامل أخرى.

وأشارت دراسة يسرا الأحمري (2020) إلى أثر البرنامج العلاجي الانتقائي التكاملي المحوسب في خفض مواقف الانتكاسة لدى عينة من المدمنين، حيث تكونت العينة من 23 حالة في مرحلة التعافي. تكونت أدوات الدراسة من مقياس مواقف الانتكاسة (إعداد عسكر وآخرون، 2005) وتوصلت الدراسة إلى أثر إيجابي مرتفع للبرنامج في خفض الانتكاسة لدى المجموعة التجريبية.

تشير الدراسة إلى نتائج إيجابية، ومع ذلك هناك نقائص، تتمثل في صغر حجم العينة، ونقص تنوع العينة مما يحد من تعميم النتائج على مجموعات مختلفة من المدمنين مثل المدمنين على أنواع مختلفة من المخدرات أو من خلفيات ثقافية واجتماعية متنوعة. كما ركزت الدراسة على

خفض مواقف الانتكاسة فقط، بينما هناك جوانب أخرى مهمة للإدمان مثل جودة الحياة، وظائف العمل والعلاقات الاجتماعية.

لا يمكن الاطمئنان إلى تعافي المدمن نهائيًا إلا بعد فترة زمنية، يحتاج فيها المدمن المعافى إلى دعم وإعانة من المحيطين به. يعاني المدمنون المتعافون بعد إتمام علاجهم من صعوبات تعترض طريق استمرار تعافيهم، وقد تكون سببًا في الانتكاسة والعودة إلى التعاطي مجددًا، خاصة إذا شعر المعافى بعدم تقبل المجتمع له ومعاملته كمنبوذ (ابن حميد، 2019، ص 57)

وهذا ما أشارت إليه دراسة صبيح (2006) التي هدفت إلى تحديد العوامل المرتبطة بالعودة إلى الإدمان، وبينت أن هناك عوامل تتعلق بالمحيط الاجتماعي للمعافى من الإدمان، تتمثل في الضغوط التي يتعرض لها في المجتمع والأسرة والتي تهدد تعافيه، حيث أن نظرة المجتمع للمدمن تجعله لا يستطيع التخلص من شعور الوصمة، فيتعامل معه المحيطون كمدمن وليس كمعافى .

وعلى هذا الأساس، طرح التساؤل الإشكالي التالي:
ما مدى فلعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات؟

1-2- فرضيات الدراسة:

- البرنامج العلاجي المقترح فعال في خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات

- البرنامج العلاجي غير فعال فيخفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات

1-3- أهداف الدراسة:

- إثراء البحث العلمي

- لنيل شهادة الماستر

– مقارنة نتائج قياس الإدمان القبلي والبعدي للتعرف على أثر البرنامج

– رفع مستوى الوعي العام بمخاطر الإدمان وتوفير المعلومات الدقيقة حول هذا الموضوع

– تطوير أساليب علاجية جديدة وفعالة لمعالجة الإدمان

– تقييم فعالية البرامج العلاجية الحالية وتحسينها

– تطوير برامج العلاج السلوكي المعرفي :تطوير برامج تساعد المدمنين على تغيير أنماط تفكيرهم وسلوكهم

1-4- أهمية الدراسة:

– تسليط الضوء على أهم موضوع الذي لازال ينتشر وبشكل كبير وسريع وأصبح يتطور مع تطور التكنولوجيا ألا وهو الإدمان على المخدرات والذي أصبح يمس كل فئات المجتمع

– الكشف عن أنواع البرامج العلاجية التي تساعد المدمنين على تغيير أنماط تفكيرهم السلبية وتطوير نظرة إيجابية للحياة

– بناء خطة علاجية تساعد المدمن في خفض التبعية النفسية عند الراشد المتعاطي للمخدرات

– معرفة أهمية العلاج السلوكي المعرفي **الذي**يساعد المدمنين على تغيير أنماط تفكيرهم وسلوكهم المرتبطة بالإدمان

1-5- أسباب اختيار الموضوع:

اختيار هذا الموضوع البحثي يعدّ خطوة بالغة الأهمية في سياق مكافحة الإدمان وتعزيز الصحة العامة فنحن نرى مدى انتشاره ويعاني العالم من أزمة إدمان متصاعدة، مما يجعل فهم آليات الإدمان والعلاج أمراً ملحاً و محاولة مساعدة المدمن في خفض التبعية النفسية و التخلص من

أعراض الانسحاب المؤلمة جسدية ونفسية شديدة، مما يجعل عملية التعافي صعبة حيث تتطلب هذه الأعراض برامج علاجية متخصصة قادرة على تخفيف المعاناة وتحسين فرص التعافي حيث تتوفر العديد من البرامج العلاجية لعلاج الإدمان، مما يثير تساؤلات حول أيهما أكثر فعالية في التعامل مع التبعية النفسية و أعراض الانسحاب ولا تزال هناك فجوة معرفية كبيرة حول فعالية البرامج العلاجية المختلفة في التعامل مع التبعية النفسية و أعراض الانسحاب وتساهم هذه الدراسة في سد هذه الفجوة وتطوير برامج علاجية أكثر فعالية و ذلك بتحسن جودة حياة المدمنين وأسرهم والمجتمع ككل **و** باختصار، اختيار موضوعي يساهم في تعزيز فهمنا للإدمان ويساعد في تطوير استراتيجيات علاجية أكثر فعالية، مما يؤدي إلى تحسين حياة ملايين الأشخاص حول العالم .

1-6- التعاريف الإجرائية:

- **البرامج العلاجية** :برامج علاج الإدمان هي خطط مدروسة ومخصصة لمساعدة الأفراد الذين يعانون من إدمان المخدرات على التغلب على هذا الإدمان والعودة إلى حياة صحية وطبيعية. هذه البرامج تجمع بين مجموعة متنوعة من العلاجات النفسية والسلوكية والدوائية، وتستهدف معالجة الجذور النفسية والسلوكية للإدمان، بالإضافة إلى توفير الدعم اللازم للتعافي.

- **الإدمان على المخدرات** :الإدمان على المخدرات هو حالة مرضية معقدة تتضمن الرغبة القهرية في استمرار تعاطي مادة مخدرة معينة، مع وجود صعوبة في التحكم في هذا التعاطي، وذلك على الرغم من العواقب السلبية التي قد تنتج عنه.

- **التبعية النفسية** : هي حالة تتميز برغبة قوية أو حاجة قهرية لاستخدام مادة أو الانخراط في سلوك معين للحصول على المتعة أو الراحة النفسية. على عكس التبعية الجسدية التي تتضمن أعراض انسحاب جسدية عند التوقف عن المادة، تتميز التبعية النفسية بالاشتياق الشديد، والضيق العاطفي، والحاجة القهرية للانخراط في النشاط

- **الانسحاب النفسي** :الانسحاب النفسي من المخدرات هو حالة معقدة يعاني منها العديد من الأشخاص الذين يحاولون التوقف عن تعاطي المواد المخدرة. يتميز هذا النوع من الانسحاب بظهور مجموعة من الأعراض النفسية المؤلمة التي تنتج عن توقف الجسم والدماغ عن تلقي المادة المخدرة التي اعتادا عليها.

- **الراشد:**هو العمر الذي يعتبر فيه القانون الشخص بالغًا ومسؤولًا عن أفعاله وقراراته ويختلف هذا السن من بلد إلى آخر، ولكنه يمثل عمومًا المرحلة التي يتمتع فيها الشخص بالحقوق الكاملة ويتحمل المسؤوليات الكاملة ويحدد القانون المدني في الجزائر سن الرشد بـ 19 سنة كاملة. هذا يعني أنه بمجرد بلوغ الشخص هذا العمر، يصبح مؤهلاً لممارسة جميع حقوقه المدنية.

1-7- الدراسات السابقة:

- دراسة لعلي الفقيه 1996 مدى فعالية برامج العلاج المعرفي في علاج إدمان الهيروين في المملكة العربية السعودية

فهذه الدراسة تناولت برامج إرشادية نفسية لعلاج الإدمان: بحيث هدفت إلى اختبار مدى فاعلية برامج العلاج المعرفـي في علاج إدمان الهيروين فى المملكة العربية السعودية لعلى الفقيه (1996م) وقد تكونت عينة الدراسة من حالتين من المرضى المنومين بمستشفى الأمل بجدة (ن= 2).وقد استخدم الباحث نموذج بيك المعرفىBeck الذي لا يتعارض مع الوسائل المعرفية الأخرى بقدر ما يتكامل مع تلك الوسائل العلاجية فصياغة نسق اعتقادات المريض الفردية من خلال العلاج المعرفى السلوكي يتواءم بصورة جيدة مع العلاج الدوائى وبرنامج الخطوات الاثنى عشر أو النموذج النفسى البيولوجى الاجتماعى.

وقد أظهرت النتائج أن هناك فروقاً بين التطبيق القبلى والتطبيق البعدى على مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء بصورتيه. كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقاً بين التطبيق القبلى

والتطبيق البعدى حول مقياس الاعتقاد حول المواد المخدرة ومقياس اعتقادات الرغبة والاشتياق قبل العلاج وبعده ما يشير إلى فاعلية العلاج المعرفى للإدمان. وتؤكد الدراسة انخفاض مستوى أعراض الإدمان والامتناع عن التعاطى نتيجة تأثيرات العلاج المعرفى السلوكى بالإضافة إلى أن فاعلية العلاج المعرفى مضافاً إليه العلاجات المقدمة من مستشفى الأمل بجدة كان لها الأثر الأكبرفى التعامل مع النظام المعرفى وبنيت هو التى بدورها تحسن من مستوى السلوك الإدماني للمدمن وتقلل من مستوى الاشتياق والرغبة إلى التعاطى. ؛ إن هذه الدراسة تناولت إعداد برنامج إرشادي نفسي لعلاج الإدمان، فقد تم التركيز على البرامج الإرشادية النفسية التى استخدمت برامج العلاج المعرفى السلوكىCPT وتتفق هذه الدراسات فى استخدام المنهج التجريبى أو شبه التجريبى للتأكد من فاعلية هذه البرامج والتدليل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلى والبعدى لأفراد العينة، حيث أن استخدام المنهج التجريبى بشكله العلمى الصحيح من الدلائل القوية على صدق النتائج وصحتها بالرغم من صغر حجم العينات المستخدمة فيها. فدراسة الفقيه 1996م لاختبار مدى فاعلية العلاج المعرفى فى علاج إدمان الهيروين بينت أن هناك فروقا فى التطبيق القبلى والبعدى على مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء بصورتيه، كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروقا بين التطبيق القبلى والبعدى حول مقياس الاعتقاد حول المواد المخدرة ومقياس اعتقادات الرغبة والاشتياق قبل العلاج وبعده مما يشير إلى فاعلية العلاج المعرفى للإدمان.

<u>– دراسة محمد حسن محمد عبيد 2020 فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة</u>

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات بمدينة أسوان، وشملت الدراسة(20)من مرضى الإدمان بمستشفى الصحة النفسية وعلاج الإدمان بمدينة أسوان وتم تقسيم هذه العينة عشوائي إلى مجموعتين متساويتين: تجريبية وأخرى ضابطة وتكونت كل مجموعة من(10) مرضى الإدمان وطبق عليهم مقياس الدعم

الاجتماعي بالإضافة إلى البرنامج العلاجي وتوصلت نتائج البحث إلى فعالية البرنامج المستخدم في تحقيق الدعم الاجتماعي والوقاية من الانتكاسة لدى عينة البحث. حيث بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي للمجموعة التجريبية، كما بينت عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وإبعاده الفرعية، كما أشارت إلى وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث لصالح المجموعة التجريبية، كما بينت عدم وجود فروق ذات دلاله إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعاده لدى عينة البحث ، أظهرت النتائج أن المجموعة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي شهدت زيادة ملحوظة في مستوى الدعم الاجتماعي مقارنة بالمجموعة الضابطة تشير النتائج إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قد ساهم في تقليل احتمالية عودة المدمنين إلى تعاطي المخدرات ومن نقاط القوة للدراسة استخدام المجموعة الضابطة والتقسيم العشوائي يعزز من قوة الدراسة و استخدام مقياس الدعم الاجتماعي يضمن دقة قياس المتغير المدروس أما نقاط الضعف تتمثل في حجم العينة الصغير الذي كان (20 فردًا) قد يحد من تعميم النتائج على مجتمع أكبر و التركيز على مدينة واحدة قد لا تكون النتائج قابلة للتعميم على مناطق أخرى ذات ظروف اجتماعية واقتصادية مختلفة.

<u>– دراسة د. محمد أحمد خدام "المشاق به 2013 فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات</u>

هدفت هذه الدراسة للتعرف إلى فاعلية برنامج إرشاد جمعي في تحسين مستوى المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات .تألف مجتمع البحث من جميع الأفراد النزلاء في المركز الوطني لتأهيل المدمنين في عمان، بينما تألفت عينة البحث من (20)فرداً من المدمنين وهم الأفراد المتواجدون في المركز أثناء فترة إجراء البحث وقد اهتمت الدراسة بمعرفة أثر برنامج إرشادي جمعي سلوكي كمتغير مستقل، وسلوك الإدمان والمهارات

الاجتماعية كمتغيرات تابعة ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام مقياس سلوك الإدمان ومقياس المهارات الاجتماعية كقياس قبلي وبعدي لتحديد مستوى الانخفاض في سلوك الإدمان والتحسن في المهارات الاجتماعية، وقد قسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين المجموعة الضابطة(10)أفراد والمجموعة التجريبية (10) أفراد. وقد تم تحليل البيانات إحصائياً باستخدام اختبار (ت) لمجموعة واحدة لمعرفة أثر المعالجة التجريبية على سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية، واستخدم اختبار (ت) لمجموعتين للتعرف على دلالات الفروق بين متوسطات مجموعتي الدراسة وللأبعاد الفرعية لمتغيرات الدراسة .وقد أظهرت نتائج اختبار (ت) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية بين المجموعتين التجريبية والضابطة، وبينت النتائج وجود فروق في سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت تدريباً على البرنامج، حيث انخفض سلوك الإدمان وتحسنت المهارات الاجتماعية للمجموعة التجريبية ؛توصلت الدراسة إلى نتائج واضحة حول فعالية البرنامج الإرشادي استخدام مقاييس سلوك الإدمان والمهارات الاجتماعية يضمن دقة قياس المتغيرات المدروسة أما نقاط ضعفها تكمن في صغر حجم العينة التي كانت 20 فرد و لم يتم ذكر مدة المتابعة بعد انتهاء البرنامج الإرشادي، مما يجعل من الصعب تقييم استدامة النتائج

يتضح من خلال استعراض الدراسات السابقة أن هناك اهتمامًا واضحًا باستخدام العلاج المعرفي السلوكي كمدخل فعّال في علاج الإدمان، وقد تناولت كل دراسة من الدراسات الثلاث زوايا مختلفة ومتكاملة لهذا الموضوع، ما يثري الخلفية النظرية لمشكلتي البحث.

فمن جهة أولى، **تشترك الدراسات الثلاث** في اعتمادها على المنهج التجريبي أو شبه التجريبي، وفي استخدام مقاييس نفسية مقننة لتقييم مدى فعالية البرامج العلاجية المطبّقة، كما اتفقت جميعها على التأثير الإيجابي للعلاج المعرفي السلوكي في تقليل مؤشرات الإدمان وتحسين الجوانب النفسية والاجتماعية للمستفيدين.

أما من جهة ثانية، فقد **اختلفت هذه الدراسات** من حيث الأهداف والمتغيرات التابعة المدروسة.

فقد ركزت **دراسة علي الفقيه (1996)** على فاعلية العلاج المعرفي في علاج **إدمان الهيروين**، باستخدام نموذج بيك المعرفي، معتمدة على عينة صغيرة من حالتين فقط. وهي بذلك أعمق من حيث التركيز على الجانب المعرفي الإكلينيكي، لكنها محدودة التعميم.

في حين تناولت **دراسة عبيد (2020)** العلاقة بين العلاج المعرفي السلوكي وتحقيق **الدعم الاجتماعي والوقاية من الانتكاسة** ، مع استخدام تصميم تجريبي مضبوط وتوزيع عشوائي للعينة، ما يمنحها قوة إحصائية أعلى.

أما **دراسة خدام (2013)**، فقد ركزت على **تحسين المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان** ، مما يضيف بُعدًا سلوكيًا تواصليًا مهمًا لعملية التعافي، لكنها لم تُقدّم معلومات كافية حول استدامة النتائج بعد انتهاء البرنامج.

وفيما يخص **الاستفادة من هذه الدراسات في البحث الحالي** ، فقد ساهمت بشكل كبير في بلورة التصميم المنهجي، حيث استعنت بالمنهج شبه التجريبي المتبع في معظم الدراسات السابقة، كما استفدت من الأساليب المعرفية والسلوكية المتكررة، كإعادة البناء المعرفي، وتعديل الأفكار المشوهة، والتدريب على المهارات الاجتماعية، في بناء البرنامج العلاجي المقترح .
كما دعّمتني هذه الدراسات في اختيار **المقياس النفسي المستخدم** ، وفي التأكيد على أهمية جلسات العلاج الجماعي المنظم، الذي أثبت فعاليته في عدة تجارب سابقة. ومع ذلك، فقد تميزت الدراسة الحالية **بتركيزها الدقيق على "التبعية النفسية" كمتغير مستقل** ، وهو ما لم تتناوله الدراسات السابقة بشكل مباشر، ما يمنح هذا البحث طابعه الخاص من حيث التخصص والطرح.

الفصل الثاني

المخدرات

تمهيد

2-1- لمحة تاريخية عن المخدرات

2-2- تعريف المخدرات

2-3- مفهوم التعاطي

2-4- أنواع المخدرات

2-5- أسباب تعاطي المخدرات

2-6- مفهوم الإدمان

2-7- بعض مفاهيم متعلقة بالإدمان

2-8- أنواع الإدمان

2-9- النظريات المفسرة للإدمان

2-10- أثار تعاطي المخدرات على المدمن

2-11- البروفيل النفسي للمدمن

الخلاصة

تمهيد:

الإدمان آفة العصر ومشكلة عالمية وتعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات والإدمان من أخطر المشكلات التي تواجه المجتمعات المعاصرة، وتشكل تهديدًا خطيرًا لصحة الفرد والمجتمع على حد سواء. تتجاوز هذه الظاهرة حدود الجنس والعمر والطبقة الاجتماعية لتؤثر بشكل كبير على التنمية المستدامة والاستقرار الاجتماعي ولهذا نحن بصدد تقديم في هذا الفصل لمحة تاريخية عن المخدرات وتعريف المخدرات وبعض المفاهيم خاصة بالإدمان وأسبابه وأنواعه وأثاره النفسية والجسدية على الفرد والنظريات المفسرة للإدمان.

2-1- لمحة تاريخية عن ظاهرة المخدرات:

تشير سلوى علي (1989: 22) إلى أن كلمة المخدرات اشتقت من الكلمة اليونانية Mark ومعناه النوم، استخدمت المخدرات في العصور القديمة لجلب النوم ولعل هذا هو الذي حدد الاصطلاح، فالمخدرات تؤدي إلى حالة من الاسترخاء والنوم.

ويرى محمد نزار (2007) أن استخدام المخدرات قديم قدم البشرية، وعرفتها أقدم الحضارات في العالم، فقد وجدت لوحة سومرية يعود تاريخها إلى الألف الرابعة قبل الميلاد تدلُّ على استعمال السومريين للمخدرات، وعرفها الهنود والصينيون منذ الألف الثالث قبل الميلاد كما ورد في كتاب الإمبراطور شينغنانج كما كانت المخدرات معروفة في أمريكا اللاتينية منذ 500 عام قبل الميلاد، وكان الهنود الحمر يمضغون أوراق نبات المخدرات في طقوسهم الدينية أما القات فقط عرفه الأحباش قديما و نقلوه إلى اليمن عام 525 ميلادي (خالد المختار الفار 2016 ص26-63)

وفي العصر الحديث تزعمت بريطانيا وفرنسا تجارة المخدرات في العالم، ويذكر علوي آمال (2003: 11-10) أن بريطانيا تكسب من هذه التجارة أرباحاً خيالية، لذلك زرعتها في مستعمراتها خاصة في الهند ونشرت عادة تدخين المخدرات بين شعوب جنوب آسيا وشرقها خاصة في الصين، وعندما تنبه إمبراطور الصين لهذا الخطر منع تدخين المخدرات وقاومت بريطانيا حكومة الصين مقاومة كبيرة لأن الصين هي السوق الأكثر ربحاً مما دفعها إلى

خوض معركتين كبيرتين بينهما وقد خسرت الصين في كلتا المعركتين التي ساندتها فيهما فرنسا، وقد انتشر تعاطي المخدرات وبيعها حتى في البلدان العربية والإسلامية، وعندما اكتشف الأطباء والعلماء والمثقفون خطورة المخدرات والأضرار الجسيمة التي يصاب بها المتعاطي أكدوا على ضرورة مكافحتها ومنعها (خالد المختار 2016ص63)

أما في الجزائر فإن بعض الدراسات أشارت إلى أن معرفة الجزائريين بالمخدرات تعود إلى ما قبل الاحتلال الفرنسي معتمدة على رواية للرحالة **هاينريش فون مالستان** التي تحمل عنوان "مدخنوا الحشيش في مدينة الجزائر" وما يدعم هذا الطرح هو انتشار زراعة الحشيش في كافة أنحاء الدولة العثمانية أين كان يستعمل كعرق، وبعد قدوم الاستعمار الفرنسي أدخل ما يعرف بالأبسنث الذي يحدث سكرا شديدا خاصة إذا لم يمزج بالماء، كما أن الحشيش لم يكن ممنوع من الناحية القانونية في تلك الفترة حيث كان الجزائريون يتعاطونه في المقاهي، وبعد الاستقلال أصبحت الجزائر تعد من الدول التي تعاني من ظاهرة المخدرات التي ألقت بظلالها على المجتمع الجزائري خاصة طاقاته الشبابية، وقد سجل أول إنذار سنة 1975 بعد حجز 3 طن من القنب وتوقيف 25 شخص أغلبهم أجانب. (زليخة 2018 ص3).

2-2- تعريف المخدرات:

2-2-1-التعريف اللغوي:

إن أصل كلمة مخدرات في اللغة العربية من الفعل خدر، وتعني الستر ويقال جارية مخدرة إذا لزمت الخدر أي استترت ومن هنا استعملت كلمة مخدرات على أساس أنها مواد تستر العقل وتغيبه (شاكر سوسن 2008،ص172)

2-2-2- التعريف الاصطلاحي: تعريف المخدرات على أنها كل مادة طبيعية أو مصنعة تذهب العقل البشري جزئياً أو كلياً، وتجعل صاحبه غير مدرك لما يفعل أو يتصرف، كما أنها تهيئ للشخص بعض الأمور غير الحقيقية، وقد يتم استخدام بعض الأنواع من المخدرات في المجالات الطبية تحت إشراف طبي وللحاجة الماسة وبكميات قليلة لا تسبب الإدمان (محمد فتحي حمادة 2004 ص23)

2-2-3- التعريف العلمي: هو مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم وغياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، لذلك لا تعتبر المنشطات ولا العقاقير المهلوسة وفق التعريف العلمي من المخدرات. بينما يعتبر الخمر من المخدرا ت (محمد فتحي حماد ،،2004،ص 23)

2-2-4- التعريف القانوني: المادة التي تشكل خطرا على صحة الفرد وعلى المجتمع و هي مجموعة من المواد التي تسبب الإدمان وترهق الجهاز العصبي، ويحضر تداولها أوُ زراعتها أو صنعها إلا لأغراض يحددها القانون، ولا تستعمل إلا بترخيص لذلك...علما بأنه ليس هناك تعريف عام متفق عليه وضح مفهوم المخدرات . (الدمرداش عادل ،1983ص 10)

فالمخدرات هي مادة طبيعية أو صناعية تؤثر علي الجسد وخاصة الجهاز العصبي وتسبب اختلالات بالوعي نتيجة التخدير. بحيث تؤثر على سلوكه وأفعاله إذ تؤدي به إلي حالة من التعود والإدمان (زهيرة مخامرة 2018 ص10)

وتعتبر المخدرات والمسكرات بالنسبة للمدمن وسيلة لتبديل حالته النفسية كخفض الكدر المرتبط بالقلق، والغضب، والاكتئاب، وتحقيق التكيف النفسي أو اللذة؛ لذلك يعتبر الإدمان بمثابة نوع من العلاج الذاتي، وهذا ما يذهب إليه فرج أحمد بأن المدمن يسعى إلى إعادة بناء عالمه بشكل وهمي عن طريق المخدر لتحقيق التوافق مع نفسه (محمد فتحي محمد ، 2011 ص29)

2-3- مفهوم التعاطي: ويعني استخدام أي عقار مخدر بأيّ صورة من الصور المعروفة في مجتمع ما للحصول على تأثير نفسي أو عقلي معين. وهناك من يعرف تعاطي المخدرات بأنه: رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف، إراديا أو عن طريق المصادفة، على آثارها المسكنة والمخدرة أو المنبهة والمنشطة، وتسبب حالة. والتعاطي هو حالة نفسية وأحيانا الإدمان واجتماعيا ونفسيا، تضر بالفرد والمجتمع جسميا عضوية تحدث عند الإنسان نتيجة التفاعل بينهوبين العقار، وتتميز هذه الحالة بردود أفعال

تؤكد وجود رغبة قوية لديه لتعاطي العقار بطريقة مستمرة ليشعر بآثار العقار النفسية وليبعد عن نفسه الضيق و الخوف.(شاكر2008،ص172)

- تعريف المدمن على المخدرات:

يعرف المدمن على أنه " كل فرد يتعاطى مادة مخدرة أيا كانت فيتحول تعاطيه إلى تبعية نفسية أو جسدية أو الاثنين معا، كما ينتج عن ذلك تصرفات وسلوكيات لا اجتماعية ولاأخلاقية من جانب المدمن".(عبد العزيز2006ص46)

كما يعرف بأنه "الشخص الذي يتعود على تعاطي عقار معين مثل الكحول أو المخدرات وفي حالة توقف تعاطيه يشعر بحالة من الاضطراب النفسي والجسمي حتى يتناول جرعة من المادة التي تعود عليها". (ذياب 2011ص 80)

وصنفت (orem 1984)المخدرات التي تؤثر على السلوك إلى ثلاث فئات وه ي:

1- المهبطاتDepressants :تشمل الأفيون، المورفين، الهيروين، المسكنات الموجودة في ألسبرين، والكحول.

2- المنشطاتStimulantsn:تشمل الامفيتامين، الكافيين، النيكوتين، الكوكايين، البنزين الريتالين، والميثادون

3- المهلوساتHallucinogens :وتشمل المسكالين، البسيلوكسيبين. (الخزاعلة2003بدون صفحة)

2-4- أنواع المخدرات:

أنواع المخدرات كثيرة وأشكالها متعددة، وهي خطيرة، سواء ذات المصدر الطبيعي أو ذات المصدر الاصطناعي.

2-4-1- من حيث المصدر:

-**مخدرات طبيعية:** هي من أصل نباتي أي هي من مستخلصة من النباتات سواء نباتات برية أي تثبت بدونزراعة أو نباتات تمت زراعتها والمخدرة كالأفيون المستخرج من شجرة الخشخاش والحشيش مستخلص من القنب الهندي ونبات الكوكا والقات.(رتاب ،2018 ص71)

- مخدرات التصنيعية:

هي المخدرات المستخلصة من المواد والنباتات الطبيعية، ولكنها أقوى تركيزا منها وأشد فتكا بالإنسان مثل المورفين المستخلص من الأفيون ولكنه أشد قوة منه، والهيروين المشتق من المورفين وهو أيضا أشد قوة من المورفين، ولعل هذه المواد المصنعة لها تأثير صحي بال الخطورة لما تسببه من فقدان للشهية، وزيادة في ضربات القلب،والقشعريرة وتوسيع حدقة العين، وقصور في ووظائف الكلية، ولعل أشد هذه الأعراض هو مرض نقص المناعة المكتسب (إيدز) الذي ينتقل عادة عن طريق تلوث الحقن التي يستخدمها المدمنون (رتاب ، 2018، ص 71)

-مخدرات تركيبية (تخليقية):

هي المخدرات الناتجة عن تفاعلات كيميائية وهي مخدرات تمت جميع مراحل صنعها في المعامل من مواد كيميائية لا يدخل فيها أي نوع من أنواع المخدرات الطبيعية،خاصة الإدمان ومنها المهلوسات والامفيتامينات، الباربيتوراتوالكبتاجون . (محمد المشابقة،2007ص47)

وحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية O.H.W أنواع المخدرات إلى:

عقاقير منبهة: منهم الكافين.النيكوتين. الكوكايين. المفيتامينات.

عقاقير مهدئة: كالأفيون. المورفين. الهيروين. الكحول.

عقاقير مثيرة: تعرف أيضا بالمهلوسات مثل القنب الهندي الذي يستخرج منه الماريجوان ا والحشيش. (الدوسري، 2022، ص 324)

2-5- أسباب تعاطي المخدرات: تتعدد أسباب تعاطي المواد المخدرة إذ يمكن تقسيمها إلى ما يلي:

2-5-1- أسباب معرفية: مثل (اضطراب إدراك الذات – عدم القدرة على حل المشكلات – قصور الفهم الديني، وعدم الكفاية العقلية – اضطراب الذاكرة) .

2-5-2- أسباب انفعالية (نفسية): مثل العدوانية عدم القدرة على الحب – الهروب إلى حلم اليقظة – التوتر النفسي – التوتر العصبي – اضطراب العلاقة العاطفية بالجنس الآخر – الاغتمام – عدم الشعور باللذة الجنسية – القذف المبكر – الرغبة في تسكين الألم الجسدي – الإحساس بعدم القدرة على التعامل مع الواقع.(عبد الرزاق المقران، 2012 ص116)

2-5-3- الأسباب الاجتماعية:

- التفكك الأسري.
- الزواج الغير موفق.
- تأخر الزواج والمشاكل العاطفية.
- جماعة الرفاق
- افتقاد المعنى الحقيقي للحياة نفسها.
- الفجوة الكبيرة بين جيل الآباء والأبناء.

2-5-4- الأسباب الثقافية:

- البعد عن الدين وعدم التمسك به.
- التمرد على القيم وعادات وتقاليد المجتمع.
- الإعلام سلاح ذو حدين.
- اختفاء الدور التربوي للمدارس والجامعات.

– ظهور سمات ثقافية جديدة لا تتوافق والقيم والعادات الأصلية وعدم التوعية بأضرارها.

(أبو زيد، 2003،ص147،145)

2-6-مفهوم الإدمان: Addicitioوهو التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة أن المتعاطي يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي، وعجز أو رفض للانقطاع، أو لتعديل تعاطيه.

ويظهر عليه أعراض الانسحاب إذا انقطع عن التعاطي، وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر. ومن أهم أبعاده :
ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة (التحمل)، والإدمان له مظاهر فسيولوجية واضحة وحالة تسمم عابرة أو مزمنة، ورغبة قهرية قد ترغم المدمن على محاولة الحصول على المادة المخدرة المطلوبة بأي وسيلة، بالإضافة إلى تأثيره المدمر على الفرد والمجتمع. (عبد الإله بن عبد الله المشرف 2011 ص35)

– **لغويا :** كلمة إدمان مشتقة في اللغة العربية من الفعل أَدمن، يدمِّن، أَدمِّن، إدمانا يقال أدمن الشئ، بمعنى أدامه والاستمرارية أو الملازمة من غير انقطاع(بن هادية وآخرون،1995 ص25.)

– **اصطلاحا** : عرفته منظمة الصحة العالمية بأنه: حالة نفسية وعضوية تنتج عن تفاعل الفرد مع المخدر، ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي المخدر، بصورة مستمرة أو دورية للشعوره بآثاره النفسية ولتجنب الآثار المهددة أو المؤلمة التي تنتج عن عدم توافره، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة ومن أنواع التي تحدث الإدمان هي الكحوليات والمخدارت كالأفيون ومشتقاته والكوكايين والحشيش والعقاقير، وبعد أن يحصل المدمن على هذه اللذة تنتابه حالة من المعاناة والتعب ما يدفعه إلى البحث من جديد على الإشباع مرة أخرى (1977p478 " WorldOrganization Health)

– **تعريف طبي:**

يعرف الإدمان بأنه حالة تسمم دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد والمجتمع وتنتج منتعاطي العقار طبيعي أو مصطنع.

- تعريف نفسي:

هو حالة من الخضوع والحاجة المستمرة إلى المواد المخدرة بحيث لا يمكن الاستغناء عنها

ويجعل الشخص يتعاطى بصورة مستمرة بلا انقطاع ولا تحكم حتى يصل الفرد إلى مرحلة غير قادر على التخلص من تلك المادة. (وسيلة 2018 ص 75).

2-7- مفاهيم متعلقة بالإدمان:

2-7-1-الاشتياقCraving:

ونقصد بهذا المصطلح أن المدمن بعد فترة من تعاطيه المواد المخدرة، أو المادة المخدرة التي يفضل تعاطيها .فإذا تعاطاها بطريقة منتظمة ومستمرة لا توجد أي مشكلة من وجهة نظر الشخص المدمن.

إلا أن هذا الاستمرار في التعاطي يكون قد ارتبط في ذهن المتعاطي بالعديد من العلامات التي تجعله يشعر بالسرور في حالة استمرار التعاطي.

2-7-2-التحملTolerance:

وهو مصطلح يقصد به في مجال إدمان المواد المخدرة أن الشخص الذي قد اعتاد على تعاطي جرعة محددة من مادته المخدرة (المفضلة لديه)، وكان يحصل على آثار نفسية وجسدية ترضيه). وهذا الاعتياد (لنفس الجرعة)، لم يعد يرضيه ويشبعه كما كان من قبل. ولذا يميل الشخص إلى زيادة الجرعة المتعاطا ة وقد يقوده ذلك إلى ما يمكن أن نسميه الجرعة الزائدة والتي تقوده إلى الوفاة نتيجة أن الشخص (يجهل) الكمية والتأثير الذي بإمكان جسده أن يتحمله. (د.محمد حسن غانم ص38)

2-7-3-الانتكاسRelapse:

ويشير مصطلح الانتكاس إلى الفشل في المحافظة على نمط التغيرات الذي طرأ على السلوك ولا تشير الانتكاسة فقط إلى الحدث الذي تم من خلاله التعاط ي، وعدم الالتزام بقواعد التعافي وإنما أيضا الجهل) بمجموعة العلامات المنذرة والتي تظهر قبل وقوع الشخص في فعل التعاطي، سواء أكانت هذه العلامات مثيرات من البيئة الخارجية أو بعض الاشتياق واللهفة craving من داخل الشخص المتعافي(أي المتوقف حاليا عن فعل التعاطي).(نفس المرجع سابق ص 39)

2-7-4- زملة الانسحاب Symptômes Withdrawal:

وتسمى أيضا متلازمة الحرمان أو الإقلاع وهي أعراض شديدة الوقع على المدمن وخطورة العواقب لدرجة أنها تسبب الوفاة أحيانا ، وهي ترتبط بنوع العقار ومدة الإدمان وتظهر هذه الأعراض إذا توقف عن التعاطي فجأة أو بشكل تدريجي أي إما بنقص المادة أو عدم توفر المادة وتكون هذه الأعراض كالرجفة أو التعرق أو خفقان في القلب ، الأرق واضطرابات في الذاكرة ...الخ

2-7-5- الاعتماد dépendance:هو حالة نفسية وفي بعض الأحيان جسمية تنتج عن تفاعل بين الفرد والمخدر متميزة باستجابات سلوكية وغير سلوكية تحتوي دائما على شعور قسري لتناول المخدر على أساس استمراري أو فتري من خصائصه عدم تضمنه ألي أثار غير مرغوبة

وينقسم إلى نوعين:الاعتماد النفسي. الاعتماد الجسمي

2-7-6- الاعتماد النفسي(Psychological Dependence) :

ويتعلق بالمشاعر والأحاسيس، ولا علاقة له بالجسد، ويعني تعود الفرد على تناول عقار ما لما يسببه هذا العقار من الشعور بالارتياح والإشباع للحاجات النفسية، والفكرية، والعاطفية حيث يشعر الفرد بأن تعاطي العقار سيجعله أحسن حالا، لأنه يضعف مشاعر القلق والتوتر

أو الرهبة لديه، وباختصار فإن الفرد يتعاطى العقار من أجل الإبقاء على الراحة النفسية ويصبح. ضروريا للفرد لأنه يولد لديه خبرة إن هذا العقار سيؤدي إلى التخلص من الخوف والتوتر والقلق، كما سيؤدي إلى الراحة النفسية، وإن الانقطاع المفاجئ عن هذا العقار سيؤدي إلى عدم الراحة النفسية. ويوجد لدى المتعاطي رغبة قوية في تكرار الجرعة وزيادتها بانتظام ولكن هذا الاعتماد لا يؤدي إلى آثار جسدية بالغة عند التوقف عن العقار فجأة، مثل الإسهال والقيء الذي يحدث عند التوقف عن الأفيون أو مشتقاته، أو الصرع الذي ينتج عند التوقف عن الباربيتورات أو الكحول للمدمنين عليها (محمد احمد مشاقبة 2007ص24).

2-7-7- الاعتماد الجسدي(Physical Dependence) :

هو حالة تصبح فيها المادة المخدرة ضرورية لاستمرار وظائف الجسم بشكل عادي، وبحيث يصبح منع هذه المادة عن الجسم مضرا بالجسم وبالوظائف الحيوية، ويعرض الفرد المدمن إلى أعراض ومخاطر كبيرة قد تدفعه إلى ارتكاب جريمة للحصول على العقار المنشود أو ربما يسبب له الموت المفاجئ ، يعتبر اشد خطورة من الاعتماد النفسي، إذ أن التوقف المفاجئ عن تعاطي المخدر المسبب للاعتماد الجسدي يؤدي إلى علامات سحب العقار والتي قد تؤدي إلى الوفاة، وهو أخطر ما يكون في الهيروين الذي تكفي منه ثلاث حقن متتالية لإحداث الإدمان، يليه المورفين الذي يعتبر أهم مكونات الأفيون.

وعندما يتوقف مدمن الأفيون أو مشتقاته مثل الهيروين والمورفين لعدة ساعات عن تعاطي هذه المواد تظهر عليه أعراض سحب العقار التي تبدأ بالتثاؤب الشديد، وسيلان اللعاب في الفم، وانسكاب الدموع، وانسياب الإفرازات من الأنف، مع إسهال شديد متكرر، وقيء لا يتوقف وآلام في الساقين، وقد يؤدي ترك الأفيون إلى الموت، ويكون ذلك أكثر في المورفين والهيروين حيث أن المورفين أقوى بعشر مرات من الأفيون، والهيروين أقوى من الأفيون بثلاثين إلى أربعين مرة.

ويؤدي سحب عقار (الكحول والباربيتيورات) للمدمن عليها إلى أعراض اشد من أعراض الأفيون ومشتقاته، إذ تصل الوفيات إذا لم تعالج إلى (25%) من الحالات، وتحدث نوبات صرع شديدة، وارتفاع في درجة الحرارة، مع هلوسات سمعية وبصرية واعتقادات زائفة ثم فقدان الوعي لكن آثار سحب الكحول والباربيتيورات لا تحدث إلا بعد فترة طويلة من الإدمان، على عكس ما يحدث في الهيروين والمورفين، حيث تظهر آثار سحب العقار بعد فترة وجيزة من الاستعمال (نفس المرجع السابق ص 25).

2-7-8- الاعتماد الاجتماعي Social Dependence :

وهو الاستمرار في تعاطي مادة معينة في مناسبات اجتماعية معينة، وغالباً ما يكون دافعها الشعور بالسعادة والمتعة.

وثمة فرق ظاهر بين الإدمان والتعود حيث إن التعود ظاهرة نفسية مزاجية تنشأ عن رغبة إرادية واعية في الحصول علي الأثر الناجم عن التعاطي، أما الإدمان فهو ظاهرة بدنية تنشأ عن رغبة لا إرادية في تعاطي المخدر بسبب حدوث ما يسمي بالتواكل البدني على هذا العقار(محمد الخطيب1990 ص34)

2-7-9- اللهفة craving:الاشتياق أو اللهفة Craving وهو مصطلح يشير إلى حالة الرغبة في التعاطي، وللهفة بعض الخصائص الوسواسية، فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن، وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة. (د. عبد الإله بن عبد الله المشرف 2011 ص36)

2-7-10- سوء استخدام العقاقير:

هو الإسراف في تناول العقاقير دون اخذ رأي الطبيب، وغالبا ما يؤدي سوء الاستعمال هذا إلى إدمان على العقار المستعمل. وبمعنى آخر هو سوء الاستعمال الذي يتم دون رأي

الطبيب والذي يؤدي إلى الاعتماد النفسي والجسدي أو كليهما معا. (د.محمود موسى شديفات 2017 ص 86)

2-7-11- سحب العقار:

يصاب المدمن الذي أدمن عقارا يسبب اعتمادا جسديا، إذا توقف طوعا أو قسرا عن أخذ المخدر الذي أدمنه، بمجموعة من الاضطرابات الجسمية والنفسية والعقلية، تشكل بمجموعها أعراضا خاصة تسمى ظاهرة سحب العقار، وهي أعراض شديدة الوقع على المدمن، وقد تكون وخيمة العواقب لدرجة أنها تسبب وفاته أحيانا، كما أنها ترتبط بنوع العقار الذي أدمنه المتعاطي (نفس المرجع السابق ص 90)

2-7-12- التوقف عن الإدمانAddiction Abstinence Syndrome :

تعرف الدراسة المتوقف عن الإدمان بأنه كل من قام بتعاطي أي مادة مخدرة وخضع للعلاج واستمر توقفه عن الإدمان بعد العلاج لفترة تجاوزت السن ة.(حسين عمر الخزاعي 2010 ص15)

2-7-13- شخصية المدمن: وقد صنفت الشخصية الإدمانية إلى :

أ- غير الناضج: وهو العاجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين، ولا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن أبويه .

ب- المتفاني في ذاته:وهو الذي لا يستطيع أن يؤجل إشباع رغباته ويريد إشباعها في التو والحال.

جـ- الضعيف جنسياً: وهو الذي يعاني شذوذ أو ضعف جنسي وخاصة الجنسية المثلية.

د- المضطهد لذاته: وهو الذي يعاني القلق عند التعبير عن غضبه ولذلك يلجأ إلى الخمر أو المخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان.(عفاف محمد 2003ص80)

2-8- أنواع الإدمان: ينقسم الإدمان إلى نوعين هما :

2-8-1-إدمان نفسي: أي تعود نفسي على عمل شيء ما، كالتعود على التدخين، ومن أعراضه الشعور بفقدان شيء ما أو حنين إلى شيء والرغبة في الهروب من الواقع؛ لعدم إمكانية التكيف معه .

2-8-2-إدمان جسدي فسيولوجي: ناتج عن تعود أعضاء الجسم على تناول مادة معينة وهذا أخطر أنواع الإدمان؛ لأنه يجد صاحبه الحصول على المخدر من دون وعي منه ولا تفكير، وإلحاح جسمه في طلب المخدر، قد يؤدي إلى ارتكاب جرائم أخرى في سبيل توفير المخدر (شاهين1989 ص30)

2-9- النظريات المفسرة للإدمان:

الإدمان هو مرض معقد يتطلب فهمًا شاملاً لآلياته وأسبابه. على مر السنين، قدم العلماء والباحثون العديد من النظريات لتفسير هذه الظاهرة المعقدة. هذه النظريات تختلف في تركيزها لكنها جميعًا تسعى لفهم أسباب الإدمان وكيفية علاجه.

2-9-1- نظرية التحليل النفسي : ترجع مدرسة التحليل النفسي في أن الأصل في ظاهرة الإدمان ، هو تحقيق النشوة و السرور عن طريق المخدر أو بعبارة التخفيف عن حالة الاكتئاب التي يعاني منها المدمن وليس مجرد إزالة التوترات الفيزيولوجية الناشئة عن تأثير المخدر و تنظر مدرسة التحليل النفسي إلى متعاطي المخدرات على أنه شخص له ميل و استعداد نحو تعاطي المخدرات وهذا الاستعداد سابق لخبرة مفعول المخدر ، كما أن استعداد ليس إلا عرضا للاضطراب رئيس في شخصية المتعاطي .و تفسر مدرسة التحليل النفسي الإدمان أنه تعبير وظيفي لذات عليا ناقصة ، تعويض عن إشباع شديد نتج عن حرمان من إشباع بعض الحاجات الأساسية ، ناشئ عن تنشئة اجتماعية ناقصة أو خاطئة ، سلوك

شخصي يشكل عصابا و يعبر عن فقد معايير الاجتماعية و مظهر من مظاهر الاضطراب سلوك الشاذ (صيام 2015.ص 35).

2-9-2- النظرية السلوكية :تشير العديد من الدراسات المتنوعة حول ظاهرة التعاطي على أن العديد من المتعاطين للمخدرات كانوا يعيشون غربة وانعزالية، ويعتقد أن الأسباب المؤدية إلى التعاطي والإدمان هي أسباب مركبة، وغالبا ما تكون ذات صلة متبادلة مع عوامل أخرى. (MacGrath and Scarpitti, 1970, p2)

فوفقا للنظرية السلوكية هناك عوامل متعدد خارجية وداخلية تدفع الفرد للإقبال على تعاطي المخدرات منها: الأماكن التي تثير رغبة الشرب، المناسبات التي تلعب دور عوامل اشراطية الظروف العائلية والمهنية المرتبطة بالتعاطي، العوامل الانفعالية كالقلق والضغط والعوامل المعرفية كانخفاض تقدير الذات، فكلها مميزات قد تدفع الفرد لتعاطي المخدرات بغرض البحث عن الإثارة أو خفض التوتر والضج . وقد أوضح أصحاب هذا الاتجاه أسباب سلوك تعاطي المخدرات كما يلي:

2-9-3- نظرية التعلم: إن التدعيم الايجابي لقادر على أن يخلق عادة قوية هي عادة اشتهاء أي عقار، لكننا نجد بالنسبة للمهدئات مع ذلك عاملا قويا آخر هو الخوف الفعلي من الامتناع عدة مرات، نشأ عنه نمط من استجابة التجنب الشرطية، فإذا أضفنا ما كان يحدثه العقار لأول الأمر من آثار لتدعيم ذلك وجدنا أنه قد نشأ لدينا عادة إنعماس العقار بوصفها نمطا سلوكيا يستعصي تغييره.(شيلونكاشدان، 1984، ص 82).

2-9-4- النظرية المعرفية: يرتكز الاتجاه المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للدوافع والانفعالات والسلوك، بحيث تتحدد الاستجابات الانفعالية والسلوكية الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية إدراكه وتفسيره والمعنى الذي يعطيه لحدث معين.

ويرى الحجار (1992، ص 46) أن هذه النظرية تعطي أهمية كبرى للدور الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور اضطراب النفسي للكائن البشري، بحيث أن هذه النظرية لا

تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية.

كما يرى إليس وآخر (1988) (Ellis) إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقى على استمرار "التحمل المنخفض للإحباط" تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتقيه وهي الانسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة الانسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيرا نموذج الحاجة إلى الإثارة.

في حين ليز (Liese) وفرانز (Franz) يريان أنه لايمكن نفي دور تعديل المزاج في سلوك تعاطي المخدرات أو الإدمان، فالمدمنون يملكون معتقدات قوية حول قدرة المخدر على تعديل المزاج، فهم يرون أن بعض المخدرات تخفت الضجر، وأخرى تساعد على الاسترخاء وأخرى تمنح الطاقة والإحساس بالقوة.

وفي دراسة على (211) من المدمنين ذوي السلوكيات الإدمانية المختلفة وجدت جماعة مرلات (Marlattet al) ثلاث مواقف عالية الخطورة: فالمجالات الانفعالية السالبة مثل : القلق أو الإحباط أو الغضب، أو الاكتئاب مسؤولة عن 35% من حالات الإدمان، والصراع الداخلي مسؤول عن 16% والضغوط الاجتماعية (مثل أن يقدم المخدر للشخص نظرا لوجوده مع متناولي المخدرات حتى ولو لم يتناوله) 20% من العينة، ويقول مالات :"إنه إذا كان لدى الأفراد إحساس بالكفاءة الذاتية واستجابة تكيفية فإنه يمكن مواجهة تلك المواقف عالية الخطورة، ولكن إذا لم يكن لديهم استجابة للتكيف فإنهم يشعرون بالضعف أمام المخدر، وهذا يزيد من احتمال الاستسلام بالإغراء لاستخدام المخدر، مما يمثل استجابة تكيف سيء لمواقف مثل الصراع أو الإحساس بالإحباط، وإذا كان لدى الشخص توقعات إيجابية لآثار المادة فإن استخدامها يعزز بشكل أكبر".(آرون بيك وآخرون، 2002، ص 251-254).

كما يرى عالم النفس الأمريكي مؤسس نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي آلبرتإليس التي ترى (هذه النظرية) بأن كثيرا من الاستجابات السلوكية والوجدانية والاضطرابات النفسية

تعتمد على معتقدات فكرية خاطئة يبديها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به، ويميز آلبرت بين نمطين من التفكير:

- **أفكار عقلانية:** وهي واقعية ومرغوبة، تحقق للإنسان مزيدا من التوافق والصحة النفسية.
- **أفكار لا عقلانية:** وهي خيالية سلبية، تصحبها عواقب انفعالية وأنماط سلوكية مضطربة وغير مرغوبة كالقلق، الاكتئاب...

-تنشأ هذه الأفكار اللاعقلانية حسب إليس في مرحلة الطفولة المبكرة، حيث يكون الطفل حساسا للمؤثرات الخارجية، وأكثر قابلية للإيحاء، والطفل في هذه المرحلة يعتمد على الآخرين وخاصة الوالدين في التخطيط واتخاذ القرارات، وإذا كا ن بعض أفراد الأسرة يميلون إلى الغضب والقلق، ويطالبون الطفل بأهداف وطموحات لا تصل إليها ميكانيزماته، فسوف يصبح الطفل مضطرب ولاعقلاني، وقد يصبح عدوانيا أو شاعرا بالذنب أو بعدم الكفاءة، أو بالقصور الذاتي والضبط الذاتي.

ويرى اليس ان السلوك المضطرب ومن ضمنه سلوك تعاطي المخدرات وهو نمط من الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات الانفعالية.(L. Chalout, 2008).

2-9-5- النظرية البيولوجية:

تعتبر النظريات البيولوجية أولى النظريات التي حاولت تفسير التعاطي الضخم والم رتظم انطلاقا من ميكانيزمات بيوكيمائية أو فسيولوجية. وشكلت الدراسات الانسانية محور الأعمال المصممة لاختبار النظريات الجينية ذات الصلة بالإدمان في بني البشر، لأنه إذا كان للجينات تأثيرها في الإمان، فإن أولئك الذين لديهم جزء من المادة الوراثية الخاصة بهم التي توارثوها عن متعاطين، فإن هذا الموروث سيصل إليهم وسيعانون من تلك الحالة وتلك الظروف التي كان عليها آبائهم، ويرى "أمارك" أن هناك عنصرا وراثيا أسريا ذا صلة بالإدمان الكحولي. وقام بحساب إمكانية إدمان المسكرات بين الإخوة المعروف بأنهم من آماء مدمنين، فكانت نسبتهم في الإصابة بالإدمان 21%وبين الأخوات من 05% وبين الآباء26 %، وبين الأمهات 2% (Robinson, 1976, p50-51)

وقد قامت التقنيات البيولوجية الجزيئية بعزل وتحديد الجينات التي قد تثير الرهبة للإدمان،إذ من الممكن أن تكون أنزيمات "المونو أمين" المؤكسدة و "الغد اللمفاوية" هي المؤشرات البيوكيماوية للنزعات والميول الموجهة نحو الإدمان، وتؤدي الكحول والعقاقير المخدرة الأخرى إلى تغييرات في طبيعة الدماغ وتركيبته وإلى أمراض مزمنة تصيبه، ذلك أن مجرد رؤيته أو شمه يمكن أن يثير الدوائر الكهربائية في الدماغ والتي تتغير نتيجة لسوء استخدام العقار، ففي دراسة قامت بها مجموعة من طلبة كلية الطب في جامعة "بيل" استنتجت بأن بروتين "دلتا فوس ب" يثير أدمغة الفئران وجيناتها التي تعزز اللهفة لتعاطي الكوكايين، وعندما تحدث هذه العملية لدى بني البشر، فهذا أمر يساعد على تفسير الإدمان على الكوكايين والذي يصعب علينا تحديده ومعرفته.

وهناك مجموعة من العادات من أمثلتها: عادة التسوق المرضي، الإدمان الجنسي، وتجاهل الأوامر التي تتفاعل وبصورة سلبية مع القدرة على اتخاذ القرارات، ومن ضمنها القدرة على الاختيار السليم والعقلاني لاستخدام العقاقير وعواقبها.

ويعاني المتعاطين المدمنون من الشره والقلق الدائم، ويمكن التخفيف منه بشراب آخر أو بعقار آخر أو بسلوكيات أخرى، فتكون تأثيراته لذيذة للدماغ، أي أن الفرد يشعر ويخف القلق لديه فالشراب الكحولي واستعمال أي مخدر أو القيام بسلوكيات إدمانية مثل: لعب القمار، التسوق ممارسة الجنس أو تجاهل المخظورات، فكلها تزيد من اللذة أو تخفف من الألم، وعادة ما يقول مدمنو الهيروين بأنهم يستعملونه "لكي يشعروا بأنهم طبيعيون فقط لا غير.(Rasmussen, 2000, p31-32)

2-10- أثار تعاطي المخدرات على المدمن:

2-10-1- الآثار النفسية : يتسبب تعاطي المخدرات في أضرار جسيمة للمدمن على جميع المستويات، بدءًا من الصحة الجسدية والنفسية وصولًا إلى العلاقات الاجتماعية والمهنية وهناك العديد من الآثار منها:

– الإصابة بالأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب النفسي المزمن وفقدان الذاكرة، وقد تبدر من المتعاطي صيحات ضاحكة وبسمات عريضة، ولكن في الحقيقة حالة غيبوبة وضبابية كما يترتب على تعاطي المخدرات أن يتخيل المدمن ما ليس بواقع ويسبح في بحر الأحلام والأوهام غير الواقعية ومستحيلة الحدوث، ولعل هذا من أهم الأسباب التي تجعل متناوليها يسعون لتعاطيها، ويمكن إبراز الآثار النفسية لتعاطي المخدرات إلى ما يلي:

–الشعور بالقلق و الاكتئاب

–الشعور بالتوتر العصبي و النفسي

–الهلاوس السمعية و البصرية و الحسية كسماع أصوات أو رؤية أشباح لا وجود لها

–البلادة أو ضعف التركيز و الإدراك ، اضطراب الذاكرة و كثرة النسيان ، وقد يصاب المدمن قي بعض الحالات بفقدان الذاكرة أو الجنون

–ضعف الاستجابة و المؤثرات الخارجية

– سوء تقدير الزمان والمكان وتقدير المسافات والسرعة

–الانطواء والعزلة،والشعور بالإحباط

–انفصام الشخصية

2–10–2– الآثار الجسمية:يترتب على تعاطي المخدرات العديد من الآثار الصحية منها

– يصاب بالنزلات الشعبية و الرئوية ، وكذلك بالدرن الرئوي و انتفاخ الرئة و السرطان الشعبي

– تزيد من سرعة ضربات القلب ،تؤثر علي الشرايين و مرونتها ، تؤدي إلى إصابة بأمراض القلب و جلطات أو شلل تتسبب في الإصابة بالأنيميا الحادة وخفض ضغط الدم تتلف الكبد

– فقدان الشهية و سوء الهضم ،الشعور بالتخمة.

– تؤثر على الناحية الجنسية: تضعف القدرة عند الرجل وتصيب المرأة بالبرود الجنسي.

– تؤدي المخدرات إلى الخمول الحركي لدى متعاطيها وارتعاشات عضلية في الجسم مع إحساس بالبرودة في الأطراف والسخونة في الرأس.

–قصور كلوي و الآلام شديدة مشابهة للحصوه.

– تختل وظيفة المخ ككل و تختل جميع الأجهزة التي يتحكم فيها المخ

– تصيب قواه العقلية و قدراته الفكرية و طاقته المدركة ،كما يصيب المتعاطي بالتبلد والعزوف عن الواجبات الموطنة له و يؤثر على مهاراته اللغوية و الحسابية.

2-10-3- الآثار الاجتماعية :

–تحطيم إرادة الفرد

–تقلل الإنتاجية الفرد و نشاطه اجتماعيا و ثقافيا

– ضعف الوازع الديني والأخلاقي

– التبلد ويفقد الشعور بالمسؤولية. (سعدات 2016. ص 7)

2-11- البروفيل النفسي للمدمن :لقد توصل(wink)من خلال دراساته على المدمنين بأنه يوجد بعض السمات التي تميز المدمنين عن الآخرين من بين هذه السمات هي:

_انه شخصية غير ناضجة و يعجز عن تكوين علاقات و يكون غير مستقل عن والديه ولا يستطيع الاعتماد عن نفسه.

– المتفاني عن ذاته ولا يستطيع كبح رغباته.

- الضعيف جنسيا ويعاني من شذوذ.

- المضطهد لذاته ويكون يتسم بالقلق عند التعبير.

- انه شخصية اكتئابية وذو شخصية قلقة.

- كما أضاف (wink) إن الشخصية الادمانية تتميز بالاكتئابية و الفصامية السيكوباتية. (وسيلة 2018ص .102)

الخلاصة:

تعد المخدرات من أكبر المشاكل التي يواجهها المجتمع والإدمان على المخدرات يعد مرض مزمن معقد يؤثر على الدماغ والجسم والسلوك. يتسبب في رغبة قوية لا يمكن مقاومتها في تعاطي المخدرات، بغض النظر عن العواقب السلبية. تبدأ هذه الرغبة كاختيار، ولكنها تتحول تدريجياً إلى سلوك قهري يفقد الشخص معه السيطرة على نفسه. يؤدي الإدمان إلى تغيرات في الدماغ تجعل التوقف عن تعاطي المخدرات أو الانسحاب عنه صعباً للغاية، ويسبب العديد من المشاكل الصحية والنفسية والاجتماعية، مثل الأمراض المزمنة، الاضطرابات النفسية وتدمير العلاقات.

الفصل الثالث

التبعية النفسية والانسحاب عن تعاطي المخدرات

تمهيد

3-1- تعريف التبعية النفسية والانسحاب

3-2- أعراض انسحاب المخدرات من الجسم

3-4- الأعراض النفسية للانسحاب

3-5- الاضطرابات العاطفية في مرحلة انسحاب المخدرات

3-6- استمرارية ومدة انسحاب المخدرات من الجسم

3-7-التحديات السلوكية لأعراض انسحاب المخدرات

3-8-أهم 4 عوامل مؤثرة على أعراض انسحاب المخدرات

الخلاصة

تمهيد:

في سياق الإدمان على المخدرات، تعد التبعية النفسية مكونًا محوريًا وأساسيًا في تطور هذه الحالة المعقدة واستمرارها. فهي تتجاوز مجرد الرغبة العابرة في تعاطي المخدر، لتصبح حاجة قهرية ومُلحة تسيطر على تفكير الفرد وسلوكه و عند محاولة الإقلاع عن تعاطي المخدرات يواجه الشخص مجموعة من الأعراض الإنسحابية التي تختلف في شدتها وطبيعتها بناءً على نوع المخدر ومدة التعاطي وكمية الجرعات وبهذا سوف نقدم في هذا الفصل تعريف التبعية النفسية والانسحاب وأعراضه النفسية والسلوكية ومدة الانسحاب من الجسم وكم تستمر بالإضافة إلى التحديات السلوكية لأعراض الانسحاب و العوامل المؤثرة عليها.

3-1- التبعية النفسية:

الاعتماد النفسي هو اعتماد العقل على المخدر، ويرتبط به أعراض انسحاب نفسية مثل الرغبة والتهيج، والأرق، والاكتئاب، وفقدان الشهية وغيرها). الادمان من الناحية النظرية يمكن أن يستمد من أي مكافأة، ويعتقد أنه يرتبط بقوة بنظام إفراز الدوبامين في جهاز المكافأة في المخ (كما هو الحال بالنسبة للكوكايين والأمفيتامينات). يزعم البعض أنه هو وسيلة اعتيادية لتجنب النشاط غير المرغوب فيه، ولكن عادة لا يكون كذلك إلا في الأفراد الذين لديهم اختلالات عاطفية أو اجتماعية، أو نفسية (كما هو تعريف الاعتماد النفسي)، ليحل محل المنشطات الطبيعية.

والشخص الذي يعاني من الاعتماد الجسدي فقط وليس الاعتماد النفسي، فيمكن تقليل الجرعة تدريجيا ببطء حتى يتخلص من هذا الاعتياد. أما إذا كان يعاني من الاعتماد النفسي، فإنه لا يزال معرض لخطر العودة مرة أخرى للاعتماد الجسدي (كينانة أونلاين، 2012) (teenhealth 2012)

الاعتماد هو نسق يدفع فردًا معينًا لابتلاع مادة، أو عدد من المواد، بشكل تكراري لاستعادة تأثيراته النفسية اعتماد أو تبعية نفسية). لكن أيضًا، في بعض الحالات، لتجنب الانزعاج الذي يسببه الحرمان منها «تبعية فيزيقية»: تتميز التبعية النفسية بذلك المظهر الاضطراري (القهري) للرغبة، أو بتلك الحاجة لتناول المادة، أما التبعية الفيزيقية فتتلاءم مع اعتماد خلايا الجسم وأنسجته على مخدر معين، وهي تتمثل في ظاهرة «نقص» مكثف نسبيًا، تبعًا للمادة، أثناء الانسحاب (الفطام) Sevrage، أي أثناء إيقاف تناولها

ويتميز «التعودL'assuetude «بالتجاذب على مستوى الاعتماد الفيزيقي والنفسي (أي زملة الانسحاب)، ويؤدي إلى زيادة الجرعات.(كريستن نصار باحثة أكاديمية من لبنان).

3-1-1- الانسحاب Withdrawal:

وهو الحالة الناجمة عن منع أو امتناع الفرد عن تعاطي المواد المخدرة بعد إدمانها وتعود الجسم على المخدر ولا يستطيع أن يؤدي وظائفه بدون مخدر وتتكون الأعراض الانسحابية من زيادة في ضربات القلب، ورعشة جلدية وفي العضلات والأطراف، والغثيان والتقيؤ والإسهال، والتعرق، وقلة النوم، ورشح الأنف وفقدان الشهية، وهلوسة أحياناً. (د. عبد الإله بن عبد الله المشرف 2011 ص36)

وتنجم هذه الأعراض عن محاولة الجسم التخلص من آثار سموم المخدر، وتختلف حسب نوع المخدر . وتبلغ هذه الأعراض أشدها في الأفيون ومشتقاته وبالأخص الهيروين حيث تتراوح مدتها بين يومين وأربعة أيام، ويمكن أن تنتهي ببعض المتعاطين إلى الوفاة. ومن أمثلة أعراض الانسحاب في حال إدمان الأمفيتامينات (المنشطات والمنبهات مزاج مكتئب وشعور بالتعب واضطراب في النوم وأحلام مزعجة. وبالنسبة إلى الانسحاب الكحولي تتمثل الأعراض في الارتعاشات الشديدة والغثيان والتقيؤ والشعور بالضيق والتوعك والضعف

وسرعة ضربات القلب والعرق المتزايد، إضافة إلى المزاج المكتئب والتهيج (د. عبد الإله بن عبد الله المشرف 2011 ص37)

3-2- أعراض انسحاب المخدرات من الجسم:

خلال فترة انسحاب المخدرات، يواجه المدمن مجموعة متنوعة من الأعراض الجسدية التي تعكس عملية تكيّف الجسم مع غياب المخدرات. تختلف شدة هذه الأعراض ومدتها بناءً على نوع المادة المخدرة ومدة الاعتماد عليها. تشمل أبرز الأعراض:

-**اضطرابات النوم**:يعاني المدمن غالبًا منالأرق أو النوم المفرط، وذلك نتيجة للتأثير المباشر لانقطاع المخدرات على الجهاز العصبي. خلال هذه الفترة، يواجه المدمن صعوبة في الحصول على نوم مريح

-**ألام العضلات والمفاصل** :نتيجة لتعاطي المخدرات لفترة طويلة وتأثيرها على الأعصاب يشعر المدمن بآلام شديدة في العضلات والمفاصل، والتي تكون أكثر حدة خلال الأيام الأولى من الانسحاب.

- **الإرهاق المستمر** :يرافق هذه الفترة شعور بالتعب الشديد، حتى مع الراحة وعدم القيام بأي مجهود بدني. هذا يحدث نتيجة استنزاف طاقة الجسم أثناء محاولة التخلص من السموم

- **الغثيان والتقيؤ** :تعد اضطرابات الجهاز الهضمي مثل الغثيان والتقيؤ شائعة خلال فترة الانسحاب، حيث يحاول الجسم التخلص من السموم المخزنة

- **التعرق والرجفة** :يظهر على المدمن أعراض التعرق الزائد والرجفة نتيجة استجابة الجهاز العصبي المركزي للتغيرات الحادة التي يمر بها الجسم.

كل هذه الأعراض تتطلب رعاية طبية دقيقة لضمان مرور المرحلة بسلام وتقديم العلاجات المناسبة للتخفيف من حدة هذه الآلام

3-2-1- أعراض انسحاب الإدمان من الجسم :خلال مرحلة التخلص من المخدرات، قد تحدث تغيرات جسدية واسعة تشمل:

- **تقلبات في الوزن** :قد يفقد المدمن وزنه بسبب انخفاض الشهية أو العكس، وذلك بناءً على نوع المادة المخدرة

- **جفاف الجلد وظهور علامات التعب** :يمكن أن يعاني المدمن من بشرة جافة ومتعبة نتيجة لتأثير المخدرات على النظام الغذائي والرعاية الذاتية.

3-2-2- أعراض انسحاب المخدرات من الدم : بعد التوقف عن تعاطي المخدرات، يبدأ الجسم في التخلص من السموم التي تراكمت في الدم. قد تظهر أعراض مثل:

- **الصداع الحاد**:نتيجة لانخفاض مستوى المخدرات في الدم

-**التعرق المفرط**:كجزء من عملية تخلص الجسم من السموم

3-4- الأعراض النفسية للانسحاب؟

إلى جانب الأعراض الجسدية، يواجه المدمن تحديات نفسية معقدة خلال فترة الانسحاب، حيث تحدث تغيرات في كيمياء الدماغ نتيجة التوقف عن تعاطي المخدرات. هذه الأعراض يمكن أن تكون أكثر حدة وتستمر لفترات أطول، مما يجعلها من أصعب الجوانب التي يتعين التعامل معها. ومن أبرز الأعراض النفسية التي تصاحب عملية الانسحاب:

– **القلق والتوتر** :القلق هو أحد أكثر الأعراض النفسية شيوعًا خلال الانسحاب. قد يشعر المدمن بحالة من التوتر الدائم والقلق المفرط، والتي قد تتصاعد إلىنوبات هلع. تشير التقارير الطبية إلى أن نسبة كبيرة من المدمنين يعانون من مستويات عالية من القلق خلال هذه المرحلة

– **الاكتئاب والحزن العميق** :يمكن أن يؤدي الانسحاب إلى انخفاض في مستويات الدوبامين والسيروتونين في الدماغ، مما يؤدي إلى الشعور بالحزن والاكتئاب. تستمر هذه الأعراض لفترة أطول من الأعراض الجسدية، وقد تحتاج إلى علاج نفسي متخصص للتخفيف منها، خاصة إذا استمرت لأسابيع أو أشهر.

– **الرغبة الشديدة في التعاطي** :واحدة من أخطر الأعراض النفسية هي الرغبة الملحة في العودة إلى تعاطي المخدرات. هذا الشعور يكون ناتجًا عن رغبة المدمن في تخفيف الألم الجسدي والنفسي الناجم عن الانسحاب، مما يجعل هذه الفترة حرجة لمنع الانتكاس.

– **التهيج والعصبية**:يمكن أن يكون الانسحاب مصحوبًا بحالة من التوتر والتهيج الزائد. المدمن قد يصبح عصبيًا وسريع الانفعال، وذلك نتيجة للتغيرات الكيميائية التي تحدث في الدماغ بعد التوقف عن المخدرات

– **صعوبة في التركيز** :بسبب الضغط النفسي الذي يمر به المدمن، يجد صعوبة في التركيز والتفكير بوضوح، مما يؤثر سلبًا على أداء الأنشطة اليومية ، هذه الأعراض النفسية قد تستمر لفترة طويلة بعد انتهاء الأعراض الجسدية، مما يجعل الدعم النفسي والعلاج السلوكي أمرًا ضروريًا لضمان التعافي الكامل. برامج مثل العلاج السلوكي المعرفي والدعم الاجتماعي تساعد في تقليل احتمالية الانتكاس وتحسين حالة المريض النفسية على المدى الطويل(cliniclesalpes.com)

-3-4-1-الأعراض السلوكية:

فقدان الشهية أو الإفراط في تناول الطعام

الانسحاب الاجتماعي والعزلة

العدوانية أو انخفاض مستويات الطاقة

انخفاض الدافع وانخفاض القدرة على الاستمتاع

3-4-2- تغيرات الحالة العقلية:

جنون العظمة أو المخاوف

الهلوسة (في بعض الحالات)

التشوش الذهني والأفكار المضطربة (npistanbul.com)

3-5- الاضطرابات العاطفية في مرحلة انسحاب المخدرات:

تعد هذه الفترة من أكثر الفترات صعوبة خلال عملية الانسحاب من المخدرات، حيث يتعرض المدمن لتقلبات مزاجية شديدة تتراوح بين الانفعال والقلق والاكتئاب. يمكن للمدمن أن يعاني من نوبات من الغضب المفاجئ والاضطراب العاطفي الشديد، ويمكن أن تتسبب هذه العواطف في تدهور حالته النفسية وتأثير سلباً على علاقاته الاجتماعية والعائلية (info@darnaqaa.com)

3-6- كم تستمر أعراض الانسحاب من المخدرات؟

أعراض الانسحاب تتفاوت في مدتها وشدتها بناءً على نوع المخدر المستخدم، ومدة التعاطي، حالة الشخص الصحية. تبدأ هذه الأعراض عادةً خلال ساعات قليلة بعد التوقف عن التعاطي، حيث قد تظهر الأعراض الجسدية خلال 6 إلى 24 ساعة من آخر جرعة .

تصل الأعراض الانسحابية إلى ذروتها في غضون يومين إلى ثلاثة أيام. أما الأعراض النفسية مثل القلق والاكتئاب، فقد تستمر لفترات أطول تتراوح بين أسابيع إلى عدة أشهر .

ووفقًا لتقارير طبية، فإن هذه الأعراض النفسية، بما في ذلك اضطرابات المزاج والرغبة الشديدة في التعاطي، قد تستمر لفترة طويلة بعد انتهاء الأعراض الجسدية، خاصة في حالة عدم تلقي الدعم النفسي المناسب. لذلك، ينصح بضرورة الحصول على علاج نفسي مستمر للمساعدة في السيطرة على هذه الأعراض وتجنب الانتكاس.

3-6-1- ما هي مدة انسحاب المخدرات من الجسم؟

مدة انسحاب المخدرات من الجسم تختلف بشكل كبير من شخص لآخر بناءً على عدة عوامل بما في ذلك نوع المخدر، مدة التعاطي، الجرعات المستخدمة، والحالة الصحية والنفسية للفرد .

بحسب الأبحاث العلمية، فإن مدة انسحاب المواد المنبهة مثل الكوكايين تبدأ عادة خلال 1-3 ساعات بعد آخر جرعة، وتستمر أعراض الانسحاب لمدة تتراوح بين 3 إلى 5 أيام. أما المواد الأفيونية مثل الهيروين، فتبدأ أعراض الانسحاب بعد 6-12 ساعة من آخر استخدام وتستمر لفترة تتراوح بين 5 إلى 10 أيام، مع إمكانية بقاء بعض الأعراض النفسية مثل الاكتئاب والرغبة الملحة في التعاطي لعدة أشهر .

ووفقًا لدراسة نُشرت في Journal of Substance Abuse Treatment ، فإن الأدوية المهدئة والمنومة مثل البنزوديازيبينات تحتاج إلى فترة انسحاب أطول قد تصل إلى عدة أسابيع أو حتى شهور، وذلك بسبب تراكمها في الجسم وتأثيرها العميق على الجهاز العصبي المركزي.(cliniclesalpes.com)

3-7- التحديات السلوكية لأعراض انسحاب المخدرات:

تعد هذه التحديات الثالثة في فترة الانسحاب، حيث يواجه المدمن صعوبة في الحفاظ على عاداته الصحية ومقاومة الرغبة في تعاطي المخدرات. يمكن أن يشمل ذلك الرغبة الشديدة في العودة إلى التعاطي، والتفكير المستمر في الحصول على المخدرات، والشعور بالإغراءات المستمرة للتسامح مع الوضع الجديد. تتطلب هذه التحديات التركيز والإرادة القوية للتغلب عليها، وتطبيق استراتيجيات تحافظ على استقرار المدمن وتمنعه من الانزلاق مرة أخرى إلى الإدمان.

3-7-1- التحديات في التحكم بالرغبة في تعاطي المخدرات: قد يواجه الشخص صعوبة كبيرة في التحكم في رغبته المفرطة في استخدام المخدرات، مما يؤدي إلى التمرّد على الخطط العلاجية والانخراط في سلوكيات مخاطرة، وهذا يتطلب الاستعانة بطرق تحفيزية لتعزيز الانضباط وتقوية الإرادة.

3-7-2- تغيرات في السلوك الاجتماعي: قد يلاحظ الشخص تحولات في سلوكه الاجتماعي بسبب الانسحاب من المخدرات، مثل الانعزال عن الأصدقاء والعائلة، وفقدان الاهتمام بالأنشطة الاجتماعية التي كان يشارك فيها سابقًا. ينبغي للمدمن أن يستخدم استراتيجيات التواصل الفعّال مع المحيط الاجتماعي والانخراط في أنشطة ترفيهية بديلة للحفاظ على الروابط الاجتماعية الصحية.

3-7-3- الصعوبات في إدارة العواطف: قد يواجه المدمن صعوبة في مواجهة وتحمل العواطف المتقلبة التي تصاحب فترة الانسحاب، مما يزيد من احتمالية التصرفات العدائية أو الانفعالية. ينبغي للفرد تعلم تقنيات إدارة العواطف، مثل التنفس العميق والتأمل، والبحث عن دعم نفسي من الأصدقاء أو المعالجين.

3-7-4- اضطرابات النوم والأنشطة اليومية: قد تتأثر عادات النوم والنشاط اليومي للشخص خلال فترة الانسحاب، حيث يمكن أن تتسبب الانتكاسة في اضطرابات النوم مثل الأرق أو النوم المتقطع. لذا، ينبغي للفرد تبني نمط حياة صحي ومنتظم، بما في ذلك ممارسة الرياضة والحفاظ على الروتين اليومي.

3-7-5- السلوكيات الضارة: قد يلجأ المدمن إلى سلوكيات ضارة أو تجاهل المسؤوليات اليومية خلال فترة الانسحاب، مما يؤثر سلبًا على جودة حياته الشخصية والمهنية. من المهم أن يتلقى الفرد الدعم اللازم من الأهل والأصدقاء والمعالجين للتغلب على تلك السلوكيات الضارة واستعادة السيطرة على حياته.

3-8- أهم 4 عوامل مؤثرة على أعراض انسحاب المخدرات:

3-8-1- النوع المخدر: يُعتبر نوع المخدر من أهم العوامل التي تؤثر على تجربة الانسحاب، فكل مادة مخدرة تعمل بطريقة مختلفة على الجسم وتؤدي إلى ظهور أعراض متفاوتة. على سبيل المثال، قد يواجه الأشخاص الذين يعانون من أعراض انسحاب المخدرات المحفزة مثل الكوكايين، تجارب أعراض أكثر حدة مثل الهياج والقلق، بينما قد يشعر الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات المهدئة مثل الهيروين بأعراض أقل توترًا وتهيجًا .

3-8-2- الجرعة والتركيز: يُعتبر حجم الجرعات والتركيزات التي يتم تناولها من المخدرات واحدة من العوامل الرئيسية التي تؤثر على شدة ومدة فترة الانسحاب. فكلما كانت الجرعات

أكبر والتركيزات أعلى، زادت شدة الانسحاب وتطورت الأعراض. على سبيل المثال، قد يعاني الأفراد الذين يتعاطون جرعات كبيرة من الهيروين من انسحاب أكثر حدة مما يعانيه الذين يتعاطون جرعات أقل.

3-8-3- الصحة العامة: يلعب الحالة الصحية العامة دورًا هامًا في تأثير فترة الانسحاب، حيث يكون للحالات الصحية المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم أو السكري تأثير ملحوظ على استجابة الجسم لعملية التخلص من المخدرات. فعلى سبيل المثال، قد يواجه الأشخاص الذين يعانون من أمراض صحية مزمنة تجربة انسحاب معقدة أكثر نظرًا لتأثير هذه الحالات على نظام الجسم وقدرته على التكيف.

3-8-4- طريقة الانسحاب: تختلف طرق الانسحاب من المخدرات بين الأفراد، فهناك من يفضل الانسحاب التدريجي لتجنب الانتكاسات وتخفيف شدة الأعراض، بينما يفضل آخرون الانسحاب المفاجئ للتخلص من التعاطي بشكل فوري. من الجدير بالذكر أن الطريقة المناسبة للانسحاب يجب أن تختار بعناية وتحت إشراف طبي متخصص، حيث يمكن أن تكون النصائح والإرشادات المقدمة من الفريق الطبي أساسية لنجاح عملية الانسحاب والتعافي. (info@darnaqaa.com)

الخلاصة:

إن الإقلاع عن تعاطي المخدرات ليس نهاية المطاف بل بداية رحلة جديدة مليئة بالتحديات وهي خطوة شجاعة نحو حياة أفضل. فبعد اعتاد الجسم على وجود المخدر، يواجه صعوبات كبيرة عند التوقف عنه، مما يؤدي إلى ظهور مجموعة من الأعراض الانسحابية التي تختلف في شدتها وطبيعتها حسب نوع المخدر ومدة التعاطي ولحسن الحظ، هناك علاجات فعالة للإدمان، ولكن الشفاء يتطلب التزاماً قوياً من المدمن ودعمًا من العائلة والأصدقاء ولهذا يجب أولا امتلاك الرغبة في ترك المخدر والبدء في أول خطوة من علاج الإدمان.

الفصل الرابع

النماذج العلاجية والبرنامج العلاجي المقترح لعلاج التبعية النفسية

تمهيد

4-1- تعريف البرامج العلاجية

4-2- العلاج النفسي وأهدافه

4-3- معايير DSM-IV-TR الخاصة بالتبعية للمخدرات

4-4- علاجات الإدمان والتبعية (الاعتماد)

4-5- نماذج من العلاجات النفسية الفردية التي من الممكن استخدامها مع المدمنين

4-6- أهم التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي للإدمان

4-7- البرنامج العلاجي المقترح في خفض التبعية النفسية

خلاصة

تمهيد:

تلعب العلاجات النفسية دورًا حاسمًا في علاج الإدمان على المخدرات والتغلب على التبعية النفسية وآثار الانسحاب. فهي لا تقتصر على معالجة الأعراض الجسدية والنفسية التي يعاني منها المدمن، بل تستهدف جذور المشكلة النفسية التي أدت إلى الإدمان في المقام الأول ولذلك تطرقنا في هذا الفصل إلى تعريف البرامج العلاجية والعلاج النفسي وأيضا أهداف العلاجات النفسية بالإضافة إلى نماذج من العلاجات النفسية الفردية التي من الممكن استخدامها مع المدمنين وزد على ذلك العلاج المعرفي السلوكي واهم التقنيات التي تستخدم في العلاج المعرفي السلوكي للإدمان بالإضافة إلى مضمون البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح.

4-1- البرامج العلاجية : عادةً ما توفر البرامج العلاجية لاضطراب استخدام العقاقير ما يلي:جلسات علاجية فردية أو جماعية أو عائلية والتركيز على فهم طبيعة الإدمان والتخلص منه ومنع الانتكاس بالإضافة إلى مستويات من الرعاية والتجهيزات تتفاوت حسب الاحتياجات الفردية، مثل برامج العلاج في العيادات الخارجية وداخل المستشفى والعلاج مع الإقامة (مايو كلينيك 2022)

4-2- العلاج النفسي:Psychotherapy

أن كلمة علاج نفسي يقابلها الكلمة الإنجليزية Psychotherapy مكونه من مقطعين إغريقيين، يعنى الأول المقابل لكلمة Therapy علاج أما كلمة Psycho فهي مستمدة من كلمة إغريقية تعنى العقل أو العمليات والمناشط العقلية. أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر في مجال العمليات

العقلية أو بمعنى آخر أن العلاج النفسي هو «علاج العقل» وفى هذا المعنى يمكن أن يشمل المصطلح كل الطرق التي تؤثر في السلوك الإنساني بما في ذلك الجراحات واستخدام العقاقير بالرغم من شيوع الفكرة الذائعة – حتى لدى المعالج بأن العلاج النفسي هو علاج بالكلام talking cure (محمد حسن غانم2005 ص128)

تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي إلا أننا سنتبنى التعريف الذي قدمه أنطون ستور بأن العلاج النفسي هو: فن تخفيف الهموم الشخصية بواسطة الكلام والعلاقة الشخصية المهنية أنطون ستور، 1991 ص (4) ويمكن أن نضيف بعد تخفيف الآم الشخص وتعديل سلوكه. إلا أننا يجب أن نعى هذه الحقائق جيدا حين نتحدث عن العلاج النفسي(نفس المرجع السابق ص127)

– أهداف العلاجات النفسية:

بالرغم من أن لكل منهج من مناهج العلاج النفس ي أهداف خاصة، أن كافة الاتجاهات العلاجية تشترك في الأهداف العامة والتي تتلخص في:

– زيادة وعي الفرد واستبصاره وفهمه.

–حل أو تصفية الصراعات التي تسبب عجزه.

– زيادة قبول الفرد لذاته.

– توفير أساليب أكثر كفاءة في التعامل مع المشاكل والأزمات.

– تقوية عامة لدفاعات الشخص.

- إطلاق إمكانيات النمو والتطور لدى الشخص.

- تعديل البناء المعرفي وأساليب التفكير الخاطئة.

- تغيير العادات المرضية ومساعدة الشخص على تكوين عادات ومهارات أكثر كفاءة للتعامل مع الذات والآخرين.

- زيادة تقبل وتحمل المسؤلية الشخصية

-العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث أي انتكاسةRelaps(نفس المرجع السابق ص130-131)

4-3- معايير DSM-IV-TR الخاصة بالتبعية للمخدرات:

هناك نمط من تعاطي المخدرات لا يوفر التكيف الملائم (غير قادر على التأقلم) مما يؤدي إلى ضعف (اعتلال) إكلينيكي كبير أو ألم، مثلما يتضح (يتجلى ذلك من خلال ثلاثة جوانب (أو أكثر) من الجوانب التالية التي تحدث في أي وقت في فترة الاثني عشر شهراً:

التحمل (التجاوز)، مثلما تم تحديده بواسطة أحد الأمرين التاليين:
الحاجة إلى زيادة ملحوظة من المواد المخدرة لتحقيق التأثير المطلوب.

تضاؤل التأثير بشكل ملحوظ مع الاستمرار في استخدام نفس الكمية من المادة المخدرة.

مثلما يتضح (يتجلى ذلك من خلال ثلاثة جوانب أو أكثر)

- من الجوانب التالية التي تحدث في أي وقت في فترة الاثني عشر شهراً:
- التحمل (التجاوز)، مثلما تم تحديده بواسطة أحد الأمرين التاليين:
- الحاجة إلى زيادة ملحوظة من المواد المخدرة لتحقيق التأثير المطلوب.

– تضاؤل التأثير بشكل ملحوظ مع الاستمرار في استخدام نفس الكمية من المادة المخدرة. (شيراز محمد خضر2022 ص20)

– الانسحاب، مثلما يتضح (يتجلى) بواسطة أحد الأمرين التاليين:
أعراض الانسحاب المميزة للمخدرات تختلف من مادة مخدرة إلى أخرى)، وإن نفس المادة المخدرة أو التي ترتبط بها ارتباطاً وثيقاً) يتم أخذها لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب.

غالباً ما يتم أخذ المواد المخدرة بكميات أكبر وعلى مدى فترة أطول مما كان مقصود (مُراد)وهناك رغبة مستمرة أو جهود فاشلة بشأن خفض أو السيطرة على تعاطي المخدرات.وإن الأنشطة اللازمة للحصول على المواد المخدرة تستغرق الكثير من الوقت على سبيل المثال زيارة العديد من الأطباء أو القيادة لمسافات طويلة، وتعاطي المخدرات (مثل سلسلة التدخين "التدخين باستمرار من خلال أن يقوم شخصاً ما بإشعال سيجارة من عقب سيجارة أخرى كان يُدخنها للتو") أو التعافي من آثارها.

– وإن الأنشطة الاجتماعية والمهنية، أو الترفيهية (الترويحية) الهامة يتم التخلي عنها أوتخفيضها بسبب تعاطي المخدرات. (نفس المرجع ص21)

– ويستمر تعاطي المخدرات رغم معرفة وجود مشكلة مادية أو نفسية مستمرة والتي من المرجح أن تكون ناجمة عن المواد المخدرة أو قد زادت بسببها (مثل التعاطي الحالي للكوكايين على الرغم من الاعتراف بالاكتئاب الناجم عن الكوكايين، أو استمرار شرب الكحول على الرغم من الاعتراف بأن القرحة قد أصبحت أسوأ من استهلاك الكحول.

حدد ما إذا كان– :

مع الاعتماد الفسيولوجي (التبعية الفسيولوجية) – دليل التسامح أو الانسحاب أي إما أن يكون البند 1 أو 2 موجوداً.

مع الاعتماد النفسي (التبعية النفسية) – لا يوجد دليل على التسامح أو الانسحاب أي لا يوجد البند 1 أو 2 (نفس المرجع ص 22)

4-4-1-التشخيص:

ينطلق التشخيص من بنية افتراضية تسمى «زملة Syndrome de dependance الاعتماد Gross 1976, وهي عبارة عن مجموعة من الأنماط والنماذج والمشكلات السلوكية الناتجة عن تعاطي المخدرات أو شرب المسكرات أو التدخين.. إلخ. ويعتمد التشخيص الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية APA في هذا الإطار، على تسعة معايير أو محكات) لن تتوقف عندها كلها تحاشيًا للتطويل، بل سنكتفي بذكر أكثرهاعندها كلها تحاشيًا للتطويل، بل سنكتفي بذكر أكثرها دلالة عيادية: فقد الضبط والسيطرة على السلوك والتصرف التحمل الجسمي وأعراض الانسحاب، التأثير السلبي للشرب أو التعاطي على أداء الفرد المهني وسوء استخدام المادة استخدامها بطرق فوضوية يعرضه، أو غيره لمخاطر جسمية.

ويمكن تصنيف الاعتماد على أنه بسيط ومعتدل وشديد، كما يمكن تصنيفه على أنه جزئي أو كلي. وسيتضمن التشخيص، كما يبدو عبر مقدمات الطبعة الخامسة للدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الصادر عن رابطة الطب النفسي الأمريكية، زيادة المؤشر التشخيصي المتصل بحدة المشكلة وشدتها بالإضافة إلى زيادة مؤشر أو محك الشفاء بتقسيمه إلى «شفاء مؤقت» و «شفاء مستمر».. إلخ.

4-4- علاجات الإدمان والتبعية (الاعتماد):

هناك الآن أنواع من العلاجات، وإن شكل ظهور جماعات المساعدة الذاتية أولى الطرق التمهيدية في هذا المضمار:

هناك العلاجات الطبية أو الفارماكولوجية، والعلاجات النفسية الشديدة التنوع إنما تأتي في مقدمتها العلاجات السلوكية – المعرفية التي بدت قدرتها على الجمع بين الأساليب العلاجية المتنوعة، وبشكل متناغم، لافتة للانتباه.. هذا، إلى جانب العلاج الجمعي، العلاج الثنائي أو الزواجي، العلاج الأسري (أو العائلي).. إلخ.

4-5-1- العلاج النفسي:

استخدم هذا المصطلح، في البداية، للإشارة إلى العلاج بالكلام الذي يعتمد مبادئ الديناميات النفسية أو التحليل النفسي، وقد Miller&Heaster, 1985استخلص ميلر وهيستر من مراجعتهما الشاملة للاختيارات العلاجية، أن العلاج النفسي ذا التوجه التحليلي ليس من العلاجات المختارة للمدمنين، وأنه يتسم بقدر أكثر انخفاضًا في الفعالية من الطرق العلاجية البديلة أو هو، في أحسن الأحوال، مساو لها في الفعالية.

4-5-2- العلاج السلوكي المعرفي:

لهذه الطريقة مكانتها الخاصة في مجال علاج المدمنين، إذ تعددت التطبيقات، ضمن إطارها، وتنوعت لتشمل كل ما تم اعتماده من مفاهيم وأساليب العلاج الإدمان بمختلف أنواعه القديم منه والجديد من إدمان المخدرات والمسكرات إلى إدمان الإنترنت وغير ذلك من إدمانات حديثة الطابع.

تعود أهمية هذا العلاج، في الحقيقة، إلى ميزات عدة تجعل منه واعدًا كعلاج للإدمان والتبعية للمواد السامة بشكل عام: إنه علاج قصير الأمد ويتلاءم جيدا مع متطلبات معظم البرامج الإكلينيكية، يتم تقييم نتائجه العيادية بخصوص العلاج بشكل علمي ودقيق. وقد سجل، بشكل خاص، نجاحًا واضحًا بخصوص مسألة استمرار النتائج، هو جيد البناء Bien Structure محدد الأهداف ويركز بشكل مباشر على المشكلات التي يواجهها المدمنون

ويضبط عملية استخدامهم له، يعتمد على تشخيص دقيق يتم عبر تحقيق التحليل الوظائفيAnalyseFonctionnelleالذي يتم استكمال معطياته في ضوء المعطيات الناتجة عن تطبيق قياس نفسي متخصص وملائم لكل اضطراب وفي ضوء المعطيات المقابلة والتاريخية، إنه علاج مرن، كما أنه التماس يمكن تكييفه مع مجموعة واسعة من المرضى في مختلف الوضعيات داخل المستشفى وخارجه) والأشكال اجماعيًا وفرديًا وعائليًا..) هو علاج قابل للدمج مع علاجات أخرى كالعلاج العقاقيري وغيره.. إلخ.

4-5-3- برامج العلاج النفسي المكثف:

وهي تلك التي تتضمن كلا من العلاج الجمعي، والتربية والمساعدة الذاتية، والعلاج النفسي الفردي (Cook 1988 1988)، أول وأهم ممثل لهذه العلاجات هو تصور جامعة مينسوتا التي ركزت على ضرورة تحدي عمليات الرفض والإنكار، ضرورة رفع دافعية المدمن ليدرك أن باستطاعته التحمل والتوقف عن الشرب بإرادته وأنه ليس ضعيفا وضرورة الالتحاق بإحدى جماعات المدمن المجهول.

أ- العلاج الفردي:

قد يتم تحقيقه بأشكال متعددة من الأطر العلاجية داخل المستشفى في العيادات الخارجية.. إلخ). وقد يختلف تبعا للتوجهات الالتماسات العلاجية المتنوعة تحليلي، سلوكي – معرفي بينشخصي .. الخ، إنما هناك ميزات مشتركة بينها، من أهمها تمحور العلاج، عموما، حول العمل لتنفيذ أهداف متنوعة، إعلامية، سلوكية، معرفية، ما بينشخصية.. الخ، كما يتم العمل على مجالات حياتية أخرى أصابها الاعتماد على المخدرات والمسكرات كمشكلات العمل والعلاقات مع الآخرين، والصحة الفيزيقية نظرا لأهمية كل ذلك، كما في أي مجال اضطرابي نفسي آخر.

وغالبا ما يحدث العلاج المعرفي – السلوكي، في المقابلة الفردية بالتناوب مع العلاج الجمعي والعلاج العائلي أو مع الشخص المهم بالنسبة للمدمن). ويستخدم العلاج الفردي وحده كعلاج في حال كان المدمن مترددا تجاه أي التماس جمعي أو عائلي أو حين لا تتواجد العائلة أو حين لا تكون مستعدة أو متعاونة أيضا.

ب- العلاج الجمعي:

هو من التدخلات غير العقاقيرية الشائعة الاستخدام في مجال علاج التبعية (الاعتماد) للكحول والمخدرات، من أهم حسناته أنه اقتصادي ويسمح بلقاء عدد من المدمنين ضمن إطار جلسة معينة، إنه أكثر اقتصاداً في النفقات وأقل تكلفة بالمقارنة بالعلاج الفردي وبالوقت نفسه يؤمن للمدمن لقاء أمثاله من الأفراد، الأمر الذي يساعده على تجاوز الوصمة الاجتماعية المرتبطة بالإدمان.. إلخ. لكن، مهما يكن من أمر يمكن اعتباره بمنزلة مكمل للعلاج الفردي.

4-5- نماذج من العلاجات النفسية الفردية التي من الممكن استخدامها مع المدمنين

4-5-1-العلاج النفسي التدعيمى:Supportive therapy

تعريفه: هو ذلك العلاج الذي يقوم أثناءه المعالج بدور إيجابي نشط توجيهي المساعدة المريض ورفع كفاءة قيامه بوظائفه السيكولوجية، وزيادة مهاراته في المجابهة ومحور اهتمام هذا النوع من العلاج ك تحسين السلوك والمشاعر الذاتية دون اكتساب الاستبصار

- أهداف العلاج النفسي التدعيمي:

- تخفيف اختلال السلوك- تخفيف المعاناة النفسية - تدعيم وتشجيع أوجه القوة في المريض تدعيم قدرته على استخدام وسائل التدعيم البيئية - حل الأزمات الحادة مثل: الفجيعة،الصدمة الكوارث محاولة الانتحار ... إلخ - الالتزام بالنظام العلاجي - تقليل نسبة

حدوث السلوك غير المناسب – تحسين المهارات الاجتماعية –حل الصراعات الخارجية . منع الانتكاس والتدهور– إقناع المدمن بالبقاء في المستشفى لاستكمال البرنامج العلاجي . دعم احترام الذات–تحسين القدرة على اختبار الواقع.

–الفنيات المستخدمة في العلاج النفسي التدعيمي:

المناقشة– النصيحة– الإقناع– حث قوة الإرادة – التطمين –الإيحاء –التنويم–الاسترخاء– دخول المستشفى للعلاج – الاعتراف والتنفيس – توفير منافذ مقبولة للمخاوف ومشاعر النقص– تدعيم الثقة في النفس– إقناع المدمن المريض بممارسة الهوايات التي كان يمارسها من قبل (أي قبل دخوله في عالم الإدمان).(نفس المرجع السابق ص 131–132)

4–5–2– العلاج العقلاني – الانفعالي:

تعريفه: لعل العنصر الجوهري في نظرية العلاج العقلاني الانفعالي Ration al – Emotive Teherapyهو أن السلوك المضطرب ينتج من خلال حوار الشخص الداخلي مع نفسه (الجانب الوجداني)، إلا أن هذا الحوار يؤثر بدوره في مسار الأفكار والاتجاهات (العقل)، ثم يؤثران هذان الجانبين في السلوك.

ومن هنا فأن الجهد العلاجي ينصب في الأساس على أن تكون بداية العلاج هو تغيير الأفكار والتصورات والإدراكات الذاتية الخاطئة والتي تنتج عنها وتترتب عليها الانفعالات السلبية وبالتالي السلوك المضطرب.

وتعد هذه الطريقة العلاجية من أشهر الطرق استخداما في مجال علاج الإدمانلأن المريض من خلال إدمانه قد أصبح (أسيرا) لمجموعة من الأفكار والتصورات والاعتقادات الخاطئة

حيث ربط كافة أنشطته بالتعاطي. فبدون التعاطي لا يكون دماغ)، وبالتالي لا يكون قادرا على اتخاذ أي خطوة إيجابية سواء تجاه الذات أو تجاه الآخرين.

كما أن طريقة العلاج العقلاني الانفعالي قد أدخل عليها العديد من التطورات، حيث أنها أصبحت فى الوقت الراهن تكون من المكونات الآتية:

A -ويرمز إلى الأحداث المنشطة Activatingevents

B -وترمز إلى منظومة.....belief system

C -وترمز إلى العواقب أو النتائج Consequences

D -وترمز إلى التفنيد أو ال .....dispute

E -وترمز إلى الأثر أو النتيجة Effect

F -وترمز إلى التغذية المرتده أو تصحيح المسار Feed – bact (نفس المرجع السابق ص132-133)

- أهداف العلاج العقلاني – الانفعالي:

الهدف الرئيسي: إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية، ويشمل ذلك على هدفين:

أ – تقليل القلق إلى أقل حد ممكن وكذا الغضب والعدوان.

ب– تزويد الفرد بطريقة تمكنه من أن يكون لديه أدنى مستوى من القلق ومن الغضب وذلك من خلال (رهن) مجموعة الأفكار غير العقلانية الموجود لدى الفرد (المدمن) في حالتنا.

- خطوات العلاج:

-التعرف على أفكار الشخص غير المنطقية وكتابتها وتحديد المنطقي وغير المنطقي فيها

-إخبار الشخص بأن استمرار اضطرابه أو حتى إدمانه إنما يعود في جزء منه.

إلى تمسك الفرد يمثل هذه الأفكار غير العقلانية بشرط أن تدعم هذا الحديث بالكثير من الأدلة والبراهين من واقع حياة الشخص.

- تغيير أفكار المريض / المدمن غير العقلانية من خلال الكثير من الفنيات مثل: المناقشة

- الواجبات المنزلية - حسن الظن بالآخرين

- التنفيس عن الانفعالات - العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين

- التبصير بالطرق الفعالة لتغيير السلوك - ضبط النفس وترويضها

- الإقناع - تبسيط الإهانة.

- تعلم مهارة الكفاح رغم الشدة والتهديد (بث الثقة في الشخص)

- إعطاء المعلومات (أما من خلال سرد معلومات معينة على الشخص، أو إعطاء بعض الكتب لقراءتها ثم مناقشته فيها)

- تقليل قابلية الفرد للتأثير بإيحاءات الآخرين.

- التدريب على المهارات

- تبصير الفرد بنماذج من السلوكيات الجيدة (القدوة) وأن يقوم بتقليد هذه السلوكيات.

-إلغاء الأفكار غير العقلانية، وأن يحل محلها أفكار عقلانية جديدة تحل محل الأفكار غير العقلانية والتأكيد على تسليحه بمنظومة من (المهارات و التقنيات)تفيده مستقبلا في أن لا يقع ضحية أفكار لا عقلانية جديدة.

ومن خلال الخبرة نستطيع القول أن: العلاج النفسي التدعيمي يصلح في الحالات التي تعاني من عديد من الاضطرابات المتشابكة والمعقدة، كما يصلح كذلك في بدايات تحويل المدمنين إلى العلاج النفسي. حيث يكون للتو قد أنهى مرحلة الأعراض الانسحابية، في حين أن العلاج العقلاني – الانفعالي يصلح مع المدمنين الذين يتمتعون بدرجة ذكاء عالية، إضافة إلى القدرة على الاستبصار، ودافعية جيدة لعدم الوقوع مرة أخرى في براثن الإدمان (نفس المرجع السابق ص133-134)

4-5-3-العلاج بالاسترخاءRelaxation therapy :

تعريفه: تتعدد التعريفات التي قدمت لمفهوم الاسترخاء، ويمكن تلخيص هذه التعريفات في الملامح الآتية:

أ- أن الاسترخاء هو تدريب الفرد على أن يقوم بهذا العلاج بنفسه أي أن العلاج بالاسترخاء يندرج ضمن العلاج النفسي الذاتي.

ب- أن الاسترخاء يعني توقف كامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للقلق.

جـ – الاسترخاء يختلف عن الهدوء الظاهري أو حتى النوم لأنه من الصعب أن نجد فردا مستلقيا على السرير وهو قادر على منع أفكاره من الانسياب والتحليق في أفق وموضوعات متعددة.

د – أن استرخاء العضلات وإتقان الفرد لهذه المهارة يمكنه من التوتر الانفعالي والعقلي

هـ – أن الاسترخاء يمكن الفرد من دخول حالة نفسية تخلو فيها العضلات من التوتر والانفعالات من الاضطراب، والعقل من التشتت مما يؤدى ذلك إلى دخول الفرد في حالة من الهدوء، خالية من التوتر والصراعات الداخلية.

و – في الاسترخاء نجعل الفرد يصل بنفسه إلى معرفة الفروق ما بين طرفي المعادلة (الاسترخاء في طرف وفى الطرف المقابل التوتر والقلق) (نفس المرجع السابق ص 134-135)

– أهداف الاسترخاء:

إن نظرية الاسترخاء المعرفي السلوكي تفترض أن التدريب على الاسترخاء يمكن أن يتم تلخيص أهدافه في:

– التقليل من المثيرات الفيزيولوجية التي تتولد عن القلق

– يصرف ذهن الفرد عن مسببات القلق وما يقود إليه من تعاطي للمخدرات

– دخول الشخص في حالة من الهدوء والصفاء الذهني وإحداث تعديلات في بنية الشخص القلق والمتوتر والمدمن إلى بنية أخرى جديدة قادرة على التحكم في توترها وقادرة على التخطيط واتخاذ القرار المناسب في الظرف والموقف (نفس المرجع السابق ص 136).

وتختلف أنواع العلاج النفسي للإدمان عن بعضها، لكن جميعها تهدف إلى نفس الغاية وهي إعادة تأهيل الفرد والمساعدة على إيجاد حلول تمكنهم من العودة إلى الحياة، ومن أبرز أنواع العلاج النفسي المتبعة العلاج السلوكي المعرفي (سيما أبو الزيت2021)

4-5-4-فالعلاج المعرفي السلوكي: يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه "أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية ويعتمد على علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليات المعرفية مثل الإحساس والإدراك والذاكرة واللغة التفكير (أشرف عبده ص3)

كما يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتبع السلوك ويركز هذا المدخل على تطور وتكييف السلوك ويتم من خلاله تعديل العديد من المشكلات مثل: القلق، الاكتئاب، العدوان، وتعديل سلوكيات الأطفال والمراهقين والكبار، وهناك تداخل بين كل من الأساس المعرفي والعلاج السلوكي وهما يعتمدان على العمليات المعرفية وتأمل السلوك المشكل، ويتم تغيير السلوك بعدة طرق مثل: التعزيز الايجابي للسلوك والتدخل المعرفي (منى الشرقاوي)

فالعلاج السلوكي Therapy Behaviour شكل من أشكال العلاج النفسي، ينهض في الأساس على المبادئ السلوكية، ويحاول المعالج فيه أن يغير الظروف المدعمة للسلوك غير المتكيف، ومع ذلك فقد اهتم المعالجون السلوكيون مؤخرا وبدرجة متزايدة بالأفكار والعمليات العقلية، وأصبح العلاج السلوكي يعد نوعا من العلاج المعرفي (جون سكوت 022)

- العلاج السلوكي المعرفي (Cognitive behavioraltherapy):

هو أحد أشهر أنواع العلاج النفسي اتباعًا في مكافحة الإدمان، إذ يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى تغير أنماط التفكير الضارة، والسلوكيات المكتسبة السلبية التي تحفز على الإدمان ذلك من خلال تدريب وتأهيل الفرد على كيفية التعامل مع هذه الأفكار والفهم الدقيق لمحفزات الإدمان، وإعادة صياغة هذه الأفكار لتطوير الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية.

إذ يركز هذا العلاج على الحد من بعض الاضطرابات العقلية المصاحبة مع الإدمان، مثل: الاكتئاب والقلق، ويستغرق العلاج السلوكي المعرفي ما يقارب 16 جلسة تمتد من 60 – 90 يومًا.(سيما أبو الزيت 2021)

- العلاج السلوكي الجدلي (DialecticalBehaviorTherapy):

هذا النوع من العلاج يتبع العلاج السلوكي المعرفي، إذ يهدف إلى مساعدة الفرد للتغلب على السلوكيات المدمرة للذات مثل محاولة الانتحار، ذلك من خلال تعليمهم كيفية التعايش والتأقلم من غير إدمان، وإيجاد طرق صحية للتعامل مع التوتر، وتنظيم عواطفهم، وتحسين علاقاتهم مع الآخرين.

4-5-5- العلاج الأسري:

تشمل خطة هذا العلاج الفرد وعائلته المتضررة من عواقب الإدمان، إذ إن سلوك وتصرفات الفرد تؤثر على البيئة العائلية، والعائلة عامل أساسي في إنجاح العلاج النفسي للإدمان.

إذ يساعد مشاركة العائلة في خطة العلاج تخفيف مشاعر الغضب والتوتر والخوف والارتباك بين أفراد الأسرة، وتطوير المهارات والاستراتيجيات للتعامل مع السلوكيات المسببة للإدمان وعملية التعافي.(سيما أبو الزيت 2021)

4-5-6- العلاج الدوائي:

ويعد العلاج الدوائي من بين العلاجات الإدمان بحيث قد يتم صرف الأدوية لبعض الأشخاص بشكل مستمر عند التعافي من اضطراب معين بجانب العلاجات السلوكية، كما تستخدم الأدوية على المدى الطويل في تقليل الرغبة الشديدة، ومنع الانتكاس أو العودة إلى استخدام المادة بعد التعافي من الإدمان. لكن غالبًا تصرف الأدوية للتحكم بأعراض الانسحاب، وتختلف الأدوية المستخدمة اعتمادًا على نوع المادة المسببة للإدمان، ومن أبرز هذه الأدوية الآتي: لنالتريكسون (Naltrexone) وأكامبروسيت (Acamprosate)

وديسفلفرام (Disulfiram) ومضادات القلق والاكتئاب (سيما أبو الزيت الخميس 31 آذار 2022)

4-5-7- العلاج الجماعي:

وبالإضافة إلى العلاج الجماعي فـالعلاج الجمعي يُعتبر الأداة الأساسية في تغيير سلوك وشخصية المدمنين؛ لأنه كما قال ألونسو (1989م) – في دراسة كلاسيكية – هو الأداة الأساسية لتغيير طباع الشخصية. ففي الجروب كلفة دفاعات الطباع توضع تحت الضوء وتشكل صراعًا يجعل هذه الطباع مصدر إزعاج لصاحبها بما يتيح فرصة فهم تفسيري لها وتغييرها داخل الجروب». وأكد يالوم في دراسته مع زميله ماتانو (1991م) أن المجموعات العلاجية هي العلاج المفضل لإدمان المواد المخدرة لأنها توفر معادلة ضغوط ثقافة التعاطي وأيضا الدعم والمساندة للاغتراب في التعافي و القوة و التغلب على الإنكار (ايهاب الخراط) "حيث العلاج الجماعي يوفر الدعم والتشجيع من قبل أشخاص يشاركونك نفس التجربة و تكون في جلسات عائلية تساعد على تحسين التواصل و تقوية العلاقات الأسرية "كما أن العلاج الحديث للإدمان يقتضي أن تعي الأسر طبيعة الإدمان و أن هناك علاجا نفسيا يسمى «العلاج الأسرى، وأن على الأسرة أن تتعلم كيف تتعامل مع ابنها المدمن . إلا أن العديد من الأسر ترفض بطريقة شعورية وكثيرا بطريقة لا شعورية فكرة المشاركة مع الفريق العلاجي فالابن هو المدمن ولسنا نحن ومن هنا تلجأ العديد من الأسر إلى رفض ابنها المدمن (طالما) سيدخلها في متاهات مع الآخرين. ولا شك أن الرفض هذا من جانب الأسرة لعضوها المدمن يكون شعورا جد مؤلم بالنسبة للمدمن وقد يدفعه إلى الانتكاس (محمد حسن غانم 2005 ص383)

4-6- أهم التقنيات المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي للإدمان هم:

4-6-1-إعادة التأهيل المعرفي:

يتم فيه التعرف على أنماط التفكير السلبية، حيث ربما يميل الشخص إلى التعميم في بعض السلبيات، أو افتراض الأسوأ دائمًا، أو وضع أهمية كبيرة على بعض الأشياء التي لا تستحق وكل ذلك يؤدي إلى التأثير على سلوكيات الفرد ويحولها إلى سلبية.

لذا يسأل المعالج النفسي عن كيفية تفكيرك في مواقف محددة، لكي يستطيع تحديد الأنماط السلبية، وهو ما يجعلك على معرفة بها، ويساعدك على تعلم كيفية إعادة تهيئة تلك الأفكار لتكون إيجابية وفعالة.

4-6-2-رؤية الأشياء من منظور آخر:

بواسطة هذه التقنية يقوم المعالج بمعرفة وجهة نظر المريض حول شئ ما، ثم يطرح عدة أسئلة تم تصميمها خصيصًا لتحدي معتقداتك وتوسيع تفكيرك، وتغيير وجهة نظرك للأمور وهنا قد يطلب منك تقديم بعض الأدلة التي تدعم وجهة نظرك، وكذلك الأدلة التي لا تدعمها، وهو ما يساهم في رؤية الأشياء من منظور أخر.

4-6-3-مواجهة الخوف:

يستخدم المعالج تقنية مواجهة الخوف لتمكين المريض من مكافحة القلق والخوف تجاه بعض الأشياء، حيث يعرض المدمن لبعض الأشياء التي تسبب له الخوف الشديد، ويقدم له بعض التوجيهات حول كيفية التعامل معها بطريقة صحيحة.

4-6-4-تدوين الأفكار يوميًا:

الكتابة من أهم الطرق التي تساعدك على التواصل مع ما يدور داخل ذهنك، وقد يطلب منك المعالج تدوين الأفكار السلبية التي راودتك بين الجلسات، وكذلك الأفكار الإيجابية التي يمكن التطلع إليها بدلًا من السلبية والتركيز على تحقيقها، ثم تدوين مدى التقدم الذي أحدثته. (مستشفى بريق 2020 info@bareeqeg.com)

4-7-البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض التبعية النفسية عند المدمن على المخدرات:

- يُنفذ البرنامج في المرحلة الثانية بعد استكمال العلاج الدوائي، ويمثل جزءًا حيويًا من عملية التعافي والتأهيل النفسي، معتمدًا على أسلوب العلاج النفسي الجماعي بفنيات وتقنيات العلاج المعرفي السلوكي.

أ- الخطة العلاجية الحالية تتضمن المراحل التالية:

ب- المرحلة التمهيدية (جلستان):تمثل هذه المرحلة نقطة الانطلاق وتهدف إلى التقييم الأولي، بناء الثقة والاتفاق على مسار العلاج قبل البدء الفعلي بالعلاج المعرفي السلوكي الجماعي مع تطبيق القياس القبلي للإدمان.

ج- مرحلة التعريف (جلستان) :يتم خلال هاتين الجلستين تقديم معلومات شاملة حول الإدمان، أسبابه المختلفة، وتأثيراته المتنوعة على الفرد والمحيطين به.

د- مرحلة التدخل والعلاج (من الجلسة 4 إلى الجلسة 15): تعتبر هذه المرحلة الأساسية حيث يتم تطبيق تقنيات العلاج المعرفي السلوكي الجماعي بشكل عملي ومنظم

هـ- مرحلة إنهاء البرنامج والمتابعة (3 جلسات):تركز هذه المرحلة الختامية على تقييم مدى استفادة المشاركين والتغيرات التي طرأت عليهم نتيجة البرنامج العلاجي. كما يتم الاتفاق على موعد الجلسة الأخيرة لضمان تحقيق أهداف البرنامج واستدامتها.

- مضمون البرنامج العلاجي المقترح وآليات تطبيقه:

مضمون الجلسة	هدف الجلسة
الجلسة التمهيدية: القياس القبلي وإعداد الأعضاء للانخراط في البرنامج	- جمع البيانات الأولية من الأفراد باستخدام أدوات القياس القبلي وتطبيقه - تهيئة المشاركين في المجموعة العلاجية للانخراط الفعال في البرنامج
الجلسة الأولي بناء العلاقة والثقة والتعاقد والتعريف بالبرنامج (مدعومة بنظرية العلاقة العلاجية عند Carl Rogers)	- تعريف الأعضاء ببعضهم البعض وبالباحث. - بناء جو إيجابي من الثقة والتعاون بين الباحث والمشاركين. -تعرف الأعضاء على الأسس والمعايير المنظمة لعمل المجموعة وصياغة اتفاق جماعي. تعريف الأعضاء بمفهوم العلاج المعرفي السلوكي الجماعي وأهميته وأهدافه وخطوات البرنامج العلاجي.
الجلسة الثانية استكشاف آمال المشاركين من التفاعل الجماعي وتحديد أهداف يسعى الجميع لتحقيقها.	- استكشاف رؤى المشاركين حول دورهم في البرنامج العلاجي - وتنمية الشعور بالانتماء والعمل المشترك نحو تحقيق غايات مشتركة

الجلسة الثالثة مرحلة إدراك المشارك لجوانب مشكلة الإدمان لديه.	مساعدة المشارك على فهم أعمق لمشكلته الإدمانية لتسهيل العملية العلاجية. – اعتراف المشارك بمشكلة الإدمان وتحديدها بوضوح. – استكشاف الأسباب الشخصية التي أدت إلى التعاطي من منظور المتعافي. – إعلان المشارك عن حاجته للعلاج.
الجلسةالرابعة مرحلة تعزيزالدافعية (مدعومة بنموذج مراحل التغيير لـ Prochaska & DiClemente (1983)).	–تعريف الأعضاء بمفهوم الدافعية وأهميتها في الامتناع عن التعاطي. – استكشاف الأسباب الداخلية التي تدفع الأعضاء نحو التغيير. – تعريف كل فرد بمراحل التغيير المختلفة وتحديد موقعه الحالي فيها
الجلسة الخامسة مواجهة التحديات وأهمية الإرادة مرحلة التدخل وبناء العلاج	تمكين المشارك من مواجهة المواقف والتحديات التي تؤثر على سير العملية العلاجية بجدية وفعالية. – استكشاف أهمية المثابرة والإرادة في تحقيق الأهداف العلاجية.

الجلسة السادسة الاسترخاء والتحكم في التنفس. (مدعومة بتقنيات Beckللعلاج المعرفي السلوكي ومبادئ Albert Ellis)	– تدريب أعضاء المجموعة العلاجية على ممارسة الاسترخاء بنوعيه (البطيء والسريع) والتحكم في التنفس. – استخدام الاسترخاء للسيطرة على بعض الأعراض الجسدية للتعاطي. – تكليف المشاركين بممارسة الاسترخاء والتنفس مرة واحدة يوميًا.
الجلسة السابعة **مهارة رفض المخدرات**	–التدريب على مهارة رفض المخدرات لمنع الانتكاسة. – تمييز الطرق والوسائل والأنشطة التي تساعد في التغلب على الرغبة في التعاطي ورفض المخدرات.
الجلسة الثامنة التحكم في المحفزات	– تحديد المحفزات المحفزة على التعاطي وهي محفزات داخلية مثل الشعور بالرغبة الشديدة أو أعراض الانسحاب. – آو الخارجية مثل وجود أشخاص مدمنون آو آماكن محددة مرتبطة بالاستهلاك

الجلسة التاسعة متابعة تطوير حلول للتحكم في المحفزات	– تتضمن هذه الجلسة تحديد العوامل الرئيسية المسببة للتوتر التي أدت إلى سلوك التعاطي من خلال إعداد قائمة بها – وبالتعاون مع المعالج، يقوم أعضاء المجموعة بتحليل الاستراتيجيات السابقة للسيطرة على هذه المحفزات، مما يسمح بتقييم الأساليب الناجحة وغير الناجحة لفهم أفضل لما هو فعال – تقييم المحفزات الأكثر تهديدًا لحدوث الانتكاس لتحديد أهم عوامل الخطر التي يجب التركيز عليها، ويجري التعاون مع المعالج لوضع استراتيجيات مخصصة للتعامل مع هذه المحفزات
الجلسة العاشرة (العلاج الجماعي) تحمل المسؤولية الشخصية (مدعومة بمفاهيم العلاج السلوكي الجدلي والعلاج القائم على القبول والالتزام **(ACT)** و **(DBT).**	–تعزيز قدرة أعضاء المجموعة العلاجية على تحمل المسؤولية الذاتية عن أنفسهم وسلوكهم وتجاربهم. – تدريب الأعضاء على الاعتراف بمشاعرهم تجاه سلوكهم الحالي وتقبله. – استخدام المهارات المكتسبة لحل الصراعات والمشاكل بطرق ناضجة بعيدًا عن التعاطي.

الجلسة الحادية عشر مهارة حل المشكلات (مدعومة بنموذج Meichenbaumفي التدريب على مهارات المواجهة السلوكية)	–تدريب المشاركين على مهارة حل المشكلات وممارستها. – تنمية أسلوب فعال في حل المشكلات واتخاذ القرارات.
الجلسة الثانية عشر التوجه نحو المستقبل والتخطيط للأهداف.	–بناء اتجاه إيجابي نحو المستقبل لدى الأفراد. – تخطيط المستقبل من خلال وضع أهداف واقعية. – اكتشاف أهمية التخطيط للمستقبل ووضع أهداف قصيرة وطويلة المدى.
الجلسة الثالثة عشر وضع استراتيجيات لتجنب الاشتياق الشديد والعودة إلى التعاطي والانتكاس	–فهم طبيعة الاشتياق الشديد والانتكاس، وتهدف إلى تطوير خطة طوارئ مستقبلية للتعامل معهما، بالإضافة إلى التدرب على استخدام المفكرة كأداة مساعدة في تطبيق هذه الخطة
الجلسة الرابعة عشر مهارة استغلال وقت الفراغ	–تعريف الأعضاء بمهارات استغلال وقت الفراغ والشعور بأهمية الوقت. – التدريب على الأنشطة الصحية والممتعة التي يمكن ممارستها في أوقات الفراغ. – تكليف الأعضاء بواجبات منزلية لتطبيق ما تعلموه.

الجلسة الخامسة عشر تطوير القدرة على إظهار سلوكيات حضورية إيجابية وداعمة أثناء التفاعل	–تدريب المشاركين على مهارة السلوك الحضوري الإيجابي التفاعلي. – تذكير المشاركين بالسلوكيات الحضورية اللفظية وغير اللفظية الإيجابية والسلبية. – التدرب على مهارة التفاعل الإيجابي في المواقف المختلفة.
الجلسة السادسة عشر اكتساب استراتيجيات فعالة لإيجاد فرص عمل	– تزويد الأعضاء بمهارات واستراتيجيات فعالة لإيجاد فرص عمل . بفاعلية من خلال تعريفهم بالطرق والأساليب الناجحة.
الجلسة السابعة عشر استعراض شامل لمحتوى البرنامج العلاجي والإعلان الرسمي عن اختتام الجلسات	– استعراض نهائي وتثبيت لأهم المفاهيم والمبادئ التي اكتسبها الأعضاء خلال البرنامج العلاجي مع تقديم ملاحظات ختامية،
الجلسة الثامنة عشر القياس البعدي	–إجراء القياس البعدي للمجموعة من خلال استيفاء الاستمارة الخاصة بذلك والاستماع إلى انطباعات المجموعة. – ثم توديع الأعضاء وإعلان انتهاء الجلسة والبرنامج بشكل كامل. – إنهاء البرنامج العلاجي كاملا.

الخلاصة:

الإدمان هو حالة مرضية معقدة تؤثر على الدماغ والسلوك يتطلب علاجه مقاربة شاملة ومتنوعة تشمل تدخلات طبية ونفسية واجتماعية. تهدف البرامج العلاجية للإدمان إلى مساعدة الأفراد على التغلب على إدمانهم واستعادة حياتهم الطبيعية و تتنوع البرامج العلاجية للإدمان لتلبية احتياجات الأفراد المختلفة تهدف إلى تخليص الجسم من المواد المخدرة أو الكحول تتم تحت إشراف طبي لخفض التبعية النفسية و لتخفيف الأعراض الانسحابية قد تتطلب استخدام أدوية معينة و هناك العلاج السلوكي فهو يركز على تغيير الأفكار والسلوكيات المرتبطة بالإدمان بالإضافة إلى العلاج الدوائي لتقليل الرغبة في المخدر أو الكحول يعتمد اختيار البرنامج العلاجي المناسب على عدة عوامل بما في ذلك نوع وشدة الإدمان و وجود مشاكل صحية أخرى و التوفر المالي كما أن العلاج الفعال للإدمان يمكن أن يحدث فرقًا كبيرًا في حياة الأفراد وأسرهم يمكن أن يؤدي إلى تحسين الصحة الجسدية والنفسية و تحسين العلاقات الاجتماعية والمهنية و تقليل خطر الانتكاس بالإضافة إلى زيادة جودة الحياة .

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

5-1-الدراسة الاستطلاعية

5-2-الدراسة الأساسية

5-3-النظام الهيكلي للمؤسسة

5-4-عينة الدراسة

5-5-أدوات الدراسة

الخلاصة

تمهيد:

هدفت الدراسة في الأساس إلى تبيان مدى فعالية برنامج علاجي المعرفي السلوكي في خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات وفي هذا المبحث سوف نتطرق إلى أهم خطوات التي على كل باحث إتباعها لتنظيم معطياته وموارده وأدواته علمية ويحتوي على الحدود الزمنية والمكانية ومنهج المستخدم ألا وهو المنهج العيادي وأدوات البحث المقابلة العيادية والملاحظة الإكلينيكية ومقياس ومجتمع الدراسة والعينة التي تكونت من خمس حالات.

5-1-الدراسة الاستطلاعية:

تُعدّ الدراسة الاستطلاعية خطوة تمهيدية أساسية تُبنى عليها الدراسة الميدانية في البحث العلمي، وتمثل مرحلة محورية لما تتيحه من فرص للباحث لتحقيق مجموعة من الأهداف المهمة. إذ تساهم هذه المرحلة في توضيح وتحديد موضوع البحث بشكل أكثر دقة، واختبار مدى ملائمة الفرضيات، والتحقق من فعالية أدوات جمع البيانات وصلاحيتها للتطبيق، مما يسهل تنفيذ الدراسة على أرض الواقع. وانطلاقاً من هذه الأهمية، قمنا بمجموعة من الإجراءات ضمن إطار الدراسة الاستطلاعية، نعرضها فيما يلي:

أولا تم التوجه مباشرة إلى المكان الذي ستتم فيه الدارسة الميدانية واستكشاف المكان المتمثل في المركز الوسيط لعلاج الإدمان بحي 300بمدينة مستغانم تمت الدراسة لمدة 3 أشهر ويعتبر المركز مصلحة تابعة للمؤسسة الاستشفائية للأمراض العقلية ويعتبر المركز الوحيد على مستوى المدينة. و يستقبل كل حالات الإدمان سواء على المخدرات أو الكحول أو الانترنت وكل الفئات العمرية وكال الجنسين من الإناث و الذكور وقمنا بالاطلاع المبدئي على الفئة المستهدفة تم إجراء زيارات استطلاعية إلى مركز لعلاج الإدمان، والتواصل مع المختصين من أطباء ومعالجين نفسيين للتعرف على خصائص الفئة المستهدفة من الراشدين

المدمنين، وظروفهم النفسية والاجتماعية، مما ساعد في فهم طبيعة التبعية النفسية لديهم بشكل أولي وتم تحليل ردود المشاركين الأوائل في التجربة المبدئية لاكتشاف أية صعوبات.

أو إشكاليات محتملة قد تواجه الباحث أثناء التطبيق الفعلي ساعدت الدراسة الاستطلاعية في مراجعة الفرضيات الموضوعة للبحث، سواء بتأكيد صلاحيتها أو تعديلها بناءً على النتائج الأولية وساعدت هذه المرحلة في اختيار العينة الأنسب للدراسة الأساسية من حيث العدد والصفات بما يتناسب مع طبيعة البحث وأهدافها ستُخلص من التجربة الاستطلاعية عدد من المؤشرات التي ساعدت في تنظيم الجدول الزمني والخطوات العملية لتنفيذ الدراسة الميدانية.

5-1-1-الغرض من الدراسة الاستطلاعية:

- تصميم برنامج علاجي معرفي سلوكي يستهدف خفض مستوى التبعية النفسية لدى هذه الفئة.

- التعرف على مدى تأثير البرنامج في خفض مستوى التبعية النفسية الذي يحدث نتيجة لتطبيق البرنامج العلاجي.

- قياس فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في خفض التبعية النفسية بعد تطبيقه على عينة من الراشدين المدمنين.

-تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية والانفعالية الناتجة عن تطبيق البرنامج العلاجي.

5-2-الدراسة الأساسية:

5-2-1مكان إجراء الدراسة الأساسية:

بالمركز الوسيطي لعلاج الإدمان بولاية مستغانم « CISA »: أنشأ مركز الوسيطي لعلاج الإدمان المتواجد بحي 300 مسكن تجديت مستغانم سنة 2010

هذا المركز الذي يقدم العلاج الطبي، النفسي والاجتماعي وهو الوحيد على مستوى ولاية مستغانم التابع لمديرية الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وهو واحد من مجموع 53 مركز متواجد على مستوى الوطني.

يهدف المركز إلى علاج حالات الإدمان بجميع أنواعه (المخدرات، الكحول، التبغ، الإدمان بدون مخدرات كالانترنت.... الخ) ، إذ يشمل جميع شرائح المجتمع كما يستقبل كل من يرغب في الاستعلام حول موضوع الإدمان.

5-3-النظام الهيكلي للمؤسسة:

_ ويضم هذا المركز البسيط في مبناه الكبير في اهتمامه وإعطائه حيث هناك بوابة كبيرة مكتوب أعلاها المركز الوسيطي لعلاج الإدمان ثم باب الاستقبال الذي يستقبلك هناك الشخص التي له هذه المهمة وهو يوجهك فالمركز الوسيطي لعلاج المدمنين يفتح أبوابه لاستقبال كل شخص أراد الحصول على معلومات أو الاستفسار عن ظاهرة المخدرات وإدمانها وفي حالة ما إذا كان الشخص مدمنا وله الرغبة في العلاج، فإن المركز يتكفل بمتابعة حالته عن طريق إتباع الخطوات التالية:

1 يتوجه إلى **مكتب الاستقبال:** حيث تضمن له المكلفة بالاستقبال العلاج في سرية تامة وذلك بخلق جو من الطمأنينة والراحة بغرض تحفيزه على متابعة العلاج.

2 **الطبيب المتكفل:** الذي يقوم بفحص المدمن وبتشخيص حالته الصحية وبعدها تعطى له بطاقة خاصة بالمواعيد للمتابعة ويتم فتح له ملف خاص به من قبل المكلفة بالاستقبال.

3 **الطبيب الأمراض العقلية:** الذي يقوم بفحص المدمن وعلاج بعض الاضطر ابات العقلية الناتجة عن الإدمان.

4 **الأخصائي النفساني:** يتمحور دوره في الإصغاء إلى المشاكل النفسية للمدمن ويعمل على خلق نوع من الاستقرار النفسي لديه، كما يعمل على علاج الحالات باستخدام بعض تقنيات العلاج النفسي.

-زمان إجراء الدراسة:

المدة التي أجريت فيها الدراسة كانت ما بين03فيفري 2025 إلى29ماي 2025

5-4-عينة الدراسة:

فئة المدمنين الراشدين المتواجدين في المركز من اجل العلاج واعتمدنا في دراستنا على خمس حالات ذكور سنهم مابين 25 و 30 سنة المقبلين على العلاج في المركز والاختيار كان عشوائي لكل فرد مدمن مؤهل فرصة متساوية ليتم اختياره.

- متغيرات البحث:

المتغير المستقل:البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

المتغير التابع:التبعية النفسية للمخدرات لدى الراشد المدمن

- المنهج المستخدم في هذه الدراسة هو:

المنهج شبه تجريبي وذلك لأنه الأنسب لقياس مدى ف اعلية برنامج علاجي مثل البرنامج المعرفي السلوكي، في خفض التبعية النفسية لدى الراشدين المدمنين على المخدرات.

والمنهج العيادي: هو منهج بحث يهدف إلى الفهم العميق والشامل لحالة فردية أو مجموعة صغيرة من الأفراد .يعتمد على جمع معلومات متعمقة ونوعية حول تاريخ الفرد، وخبراته، وسلوكه، ومشاعره، وعلاقاته. يتم ذلك من خلال أدوات مثلا لمقابلات المتعمقة، والملاحظات، ودراسة الحالة، والاختبارات النفسية .يركز المنهج العيادي على فهم الديناميات النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الفرد أو المجموعة، وغالبًا ما يستخدم في التشخيص والعلاج النفسي، وكذلك في البحث العلمي لفهم الظواهر النفسية المعقدة.

5-5-أدوات الدراسة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على مجموعة من الوسائل والأدوات تمثلت في البرنامج العلاجي والمقياس (مقياس الإدمان) المقابلة والملاحظة.

1- الملاحظة observation :هي ملاحظة الوضع الحالي للعميل في قطاع محدود من قطاعات سلوكه، وتسجيل الموقف من مواقف سلوكه، ولها دور بارز في مجال دراسة حالة بحيث تتناول جوانب عدة من الشخصية منها المظهر الجسمي، أسلوب الكلام، الملابس، الاستجابات جزئية الانفعالية (خضر 2014ص 193) .

ستستهدف ملاحظاتنا مظاهر التبعية النفسية لدى الحالات، والتي قد تتجلى في ملاحظة تكرار الحديث عن النشوة أو المتعة التي يشعر بها عند التعاطي و زيادة في الحركة، العصبية، أو صعوبة الاسترخاء وأيضا ملاحظة تعهده بالتوقف أو التقليل ثم العودة إلى نفس النمط زد على ذلك ملاحظة التقصير في العمل آو لالتزامات العائلية بسبب التعاطي.

2- المقابلة العيادية clinique Entretien:تعتبر المقابلة من الأدوات الأكثر انتشارا وشيوعا في مجال البحوث النفسية والسلوكية كونها اتصال مباشر بين المختص النفسي والمريض، وذلك بهدف تسهيل الاتصال مع حالات موضوع الدراسة، وجمع المعلومات والمعطيات حول الحالات من شتى الجوانب. (خضر 2014، 189).

- اعتمدنا في دراستنا على المقابلات شبه موجهة

دليل المقابلة:

محور 1:الخلفية العامة للمبحوث

- متى بدأت تجربتك مع تعاطي المخدرات؟

- ما الدوافع أو الأسباب التي دفعتك إلى التعاطي؟

- كيف أثّر التعاطي على حياتك الشخصية والاجتماعية؟

محور 2:التبعية النفسية وأسباب العلاج مع تطبيق القياس القبلي

كيف تصف حاجتك النفسية لتعاطي المخدرات؟

كيف يكون شعورك عند الامتناع عن التعاطي؟

هل هناك مواقف معينة تحفز لديك الرغبة في التعاطي؟

كيف تصف تجربتك الشعورية عندما لا تكون تحت تأثير المخدرات؟

ماذا تفعل عندما تبدأ أعراض الانسحاب بالظهور؟

ما الذي جعلك تتخذ قرار القدوم إلى هنا لتلقي المساعدة العلاجية؟

ما الذي تطمح إليه في المستقبل وما هي أهدافك؟

ما هي رؤيتك لمستقبلك بعد هذه المرحلة وما الذي تسعى لتحقيقه في حياتك المستقبلية؟

محور 3:تجربة البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي

كيف تصف تجربتك مع البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي؟

ما أكثر الجلسات أو الأنشطة تأثيرًا فيك؟

هل شعرت بتغير في طريقة تفكيرك أو سلوكك تجاه المخدرات؟ كيف؟

المحور4:

التغير في مستوى التبعية النفسية مع تطبيق قياس الإدمان البعدي

هل لاحظت انخفاضًا في حاجتك النفسية للمخدرات بعد العلاج؟

ما التغيرات التي طرأت على نمط حياتك أو علاقاتك؟

ما التحديات التي واجهتك أثناء العلاج؟

3- مقياس درجة الإدمان على المخدرات إعداد "موصدق أسامة 2018":

- وصف المقياس:

يهدف المقياس لقياس درجة إدمان المخدرات في البيئة الجزائرية، حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى شدة تعاطي المخدرات، وقد اشتمل المقياس على (31)عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد وهي:

- **اضطراب العمليات العقلية العليا** :وتظهر في فقر مهارات تنظيم وإدارة الوقت، تشتت وضعف الانتباه ضعف القدرة على استيعاب التعليمات والتركيز لمدة طويلة، ويشتمل على (11) عبارة.

- **الحالة الانفعالية** :وتظهر في فقدان الثقة بالنفس، وجود أفكار انتحارية، سلوك عدواني وعنف عدم القدرة على السيطرة على المشاعر، ويشتمل على (12) عبارة.

- **التكيف الانسحابي** :ويظهر في عصبية وقلق واكتئاب عند تقليل المادة المخدرة، الخمول والكسل، صعوبة في التعبير باستعمال صيغ لغوية مناسبة، الشعور بعدم الاحترام، ويشتمل على (8) عبارات.

- طريقة تصحيح المقياس:

تتم الإجابة على المقياس من خلال مقياس رباعي تتدرج كما يلي موافق جدا تعطى أربعة درجات، و موافق تعطى ثلاثة درجات ، ومحايد تعطى درجتين ، ومعارض درجة واحدة،ومعارض جدا صفر.

فكلما ارتفعت درجة استجابة المفحوص دل ذلك على شدة الإدمان، وكلما انخفضت درجة استجابة المفحوص دل ذلك على انخفاض شدة الإدمان وبذلك يتراوح المجموع الكلي لدرجات

المقياس مابين (100–124 درجة) كحد أعلى و (0–31 درجة) كحد أدنى ويدرس مستوى درجة الإدمان ونوضح من خلال الجدول رقم (1) ما يلي :

الفئة	الدرجة	مستوى الإدمان
أ	من 0 إلى 31	لا يوجد إدمان
ب	62–31	إدمان خفيف
ج	93–62	إدمان شديد
د	124–93.	إدمان شديد جدا

جدول (1) يوضح درجة الإدمان (موصدق أسامة 2018 ص305)

تعليمة المقياس:عزيزي المشارك

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على بعض الجوانب المرتبطة باستخدام المواد المخدرة وتأثيرها على حياتك اليومية.

يرجى قراءة كل عبارة بعناية، ثم اختيار الإجابة التي تعكس تجربتك بأكبر قدر ممكن من الدقة خلال الشهور/الفترة الماضية.

نرجو منك الإجابة بكل صدق وصراحة، فإجاباتك مهمة لأغراض البحث العلمي، وسيتم التعامل معها بسرية تامة دون الكشف عن هويتك أو استخدامها لأي غرض آخر .لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة، المهم هو ما تعبر عنه تجربتك الخاصة.

4- البرنامج العلاجي:

هو برنامج من إعداد الباحثة يستهدف فئة خاصة ومعينة يعتمد على تقنيات تدخل وعلاج موزع على مجموعة من الجلسات يهدف إلى خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات.

- تضمن البرنامج العلاجي المقترح الخطوات والمراحل التالية:

- مرحلة القياس القبلي

- مرحلة التدخل العلاجي (البرنامج)

- مرحلة القياس البعدي

- البرنامج العلاجي المقترح:

عنوان البرنامج : برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض التبعية النفسية عند المدمن الراشد على المخدرات

الهدف من البرنامج: خفض التبعية النفسية عند المدمن على المخدرات

طبيعة العلاج: معرفي سلوكي

عدد الجلسات:18 جلسة

تواتر الجلسات:3 جلسات في الأسبوع

مدة الجلسة: لا تتجاوز الجلسة 45د

مدة المتابعة :12 أسبوع (ثلاثة أشهر)

عدد الجماعة العلاجية :5 حالات يطبق عليها البرنامج العلاجي وهذا بالمركز الوسيطي لعلاج المدمنين بولاية مستغانم

مكان إجراء العلاج: مكتب العلاج الخاص بالأخصائيين النفسانيين بالمركز.

الخلفية النظرية لتصميم البرنامج العلاجي :

المرحلة التمهيدية (جلسات بناء العلاقة والثقة) : مدعومة بنظرية العلاقة العلاجية عند Carl Rogers، حيث يعتبر بناء الثقة والأمان أحد أهم عناصر نجاح العملية العلاجية .

جلسات التعرف على الذات والدافعية :مدعومة بنموذج مراحل التغيير لـ Prochaska & DiClemente (1983).

تقنيات الاسترخاء ومهارات المواجهة :مدعومة بتقنيات Beckللعلاج المعرفي السلوكي ومبادئ .Albert Ellis

مهارات حل المشكلات والتخطيط للمستقبل :مدعومة بنموذج Meichenbaumفي التدريب على مهارات المواجهة السلوكية .

تقدير الذات وتحمل المسؤولية :مدعومة بمفاهيم العلاج السلوكي الجدلي والعلاج القائم على القبول والالتزام(ACT) و.(DBT)

<u>أهداف البرنامج :</u> يهدف إلى **خفض التبعية النفسية** من خلال تعديل التفكير والسلوك المرتبطين بالإدمان **و** تعزيز الوعي المعرفي بخطورة الإدمان .

تعديل الأفكار التلقائية والمشوهة المرتبطة بالمخدرات .

اكتساب مهارات التعامل مع الضغوط والمثيرات .

تنمية الدافعية للامتناع والاستمرار في العلاج.

يعتمد على تقنيات معرفية وسلوكية مثل: إعادة البناء المعرفي، التدريب على المهارات

أهم التقنيات المستخدمة :

- إعادة البناء المعرفي
- حل المشكلات
- التوقف عن التفكير السلبي
- التدريب على المهارات الاجتماعية
- تمارين الاسترخاء والتنفس العميق

خلاصة

يهدف هذا الفصل إلى توضيح الإطار المنهجي الذي سيتم إتباعه للإجابة على التساؤل الرئيسي للدراسة: ما مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي المقترح في خفض التبعية النفسية لدى الراشد المدمن على المخدرات؟ لتحقيق هذا الهدف، فمبحث الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية هو من أهم الإجراءات والخطوات التي يتبعها الباحث في انجاز الدراسة لتكون متكاملة من كل الجوانب وتعتمد الدراسة على المنهج شبه التجريبي باستخدام القياس القبلي والبعدي.

الفصل السادس

عرض الحالات ومناقشة نتائج الدراسة

تمهيد

6-1-عرض الحالات

6-2-نتائج القياس القبلي

6-3-نتائج القياس البعدي

6-4-تحليل نتائج الحالات

6-5- مقارنة بين القياس القبلي والقياس البعدي

6-6- مناقشة الفرض على أساس النتائج

الخاتمة

تمهيد:

في هذا الفصل تم تقديم خمس حالات وتحقيق صحة الفرضية التي تم طرحها بالاستعانة بالمقابلات العيادية والملاحظة الإكلينيكية ومناقشة النتائج التي توصلنا إليها.

6-1- عرض الحالات

1- الحالة الأولى:

الاسم :ك.ي

الجنس: ذكر

السن :27 سنة

المستوى الدراسي : السنة الثانية متوسط

المستوى الإقتصادي : متوسط

مكان الإقامة : مستغانم

الحالة الاجتماعية : أعزب

عدد الإخوة :4

الرتبة: 03

الأب : متوفي

الأم : ماكثة في البيت

السوابق العائلية : يوجد

سوابق عدلية : يوجد

سوابق مرضية: لا يوجد

بداية التعاطي : 15سنة

مادة المتعاطاة : التدخين–ليريكا – حشيش – الكيف – مهلوسات – ترامادول – كيتين

علاقة مع الأم : جيدة

علاقة مع الأخت : كانت متوترة قليلا و الآن جيدة

السميائية العامة :المظهر الخارجي: لون البشرة أسمر و طويل القامة نحيف الجسم و رأس كبير عينين بنيتين وجه شاحب و العينين منتفختين و توجد كدمات على اليدين كان اللباس نظيف و منظم و طريقة المشي بطيئة.

التوجه المكاني و الزماني : واعي

عند التعاطي أول مرة : الإحساس بالراحة و السعادة و التواصل مع الناس بسهولة و بعد ذلك زيادة الجرعة للإحساس بالنشوة و السعادة أكثر

سبب الإقلاع :الأم ونظرة المجتمع له الاعتناء بصحته و تحسين المستقبل

مدة الإيقاف: 3 أيام حب العزلة و البقاء لوحده خلال مدة الإيقاف و عدواني مع الذات ومع الآخرين و ذلك من غير وعي بتصرفاته العدوانية وظهور أعراض إنسحابية له و كوابيس و هلاوس.

تأنيب الضمير : يوجد الشعور بالذنب و الندم

محاولات الانتحار : توجد أفكار انتحارية وذلك خلال مدة التعاطي

أعراض الانسحاب : تعرق زائد – ضربات القلب – ضيق التنفس – ألام في العضلات – الأرق – فقدان الشهية – صداع و آلام الرأس قلق و اكتئاب – النسيان و عدواني زائد في هذه الفترة وظهور كوابيس و هلاوس

مدى وعي الشخص بمخاطر الإدمان : لا لم يكن يعرف بمخاطرها و خطورتها و كان يظن أنه يستطيع التحكم فيها و إيقافها وقت ما يريد

عدد مرات محاولة التوقف عن التعاطي : عدة مرات أراد ذلك و التفكير في الأمر و لكن لم يتجرأ وفكرة التوقف له من عامين

نظرته المستقبلية عند التوقف من الإدمان : العمل و يؤسس عائلة (الزواج) و الصلاة

وجود إرادة ورغبة للعلاج : نعم يوجد

الآثار السلبية للمواد المخدرة : خسارة الوالدين و خاصة الأم و عدم قضاء وقت معها

الإيجابية : السعادة و الراحة و التكلم مع الناس بسهولة و النوم

هل يوجد دعم من طرف الأسرة و الأصدقاء : يوجد صديق له الذي كان يتعالج بالمركز أيضا و تحسن

النشاط العقلي:

اضطراب الإدراك:

اضطرابات الذاكرة : يوجد خلل على مستوى الذاكرة

الانتباه : متشتت نوعا ما

التفكير : يوجد له أفكار اضطهادية وغير سليم التفكير

اللغة : سهلة و بسيطة

طريقة الجلوس : كان يتحرك كثيرا و يستعمل الإيماءات

الاتصال : كان الاتصال مع الحالة سهل و كان يتجاوب معنا

اضطرابات الأكل : يوجد فقدان الشهية

اضطرابات النوم : يوجد الأرق

السلوك:

الهروب : لا يوجد

العدوان : يوجد نحو الذات حيث تظهر عليه جروح على الأذرع و كي السجائر على الأيدي

وعدوان نحو الآخر : وذلك بتحطيم الأشياء في البيت و سرعة التفاعل مع الناس مما سبب له عدة مشاكل و توجد أفكار انتحارية .

أ- تقديم الحالة الأولى:

الحالة ك.ي شاب يبغ من العمر 27سنة وقد بدا التعاطي في سن 15سنة وهو عمر مبكر جدا للبدء في هذا النوع من السلوكيات يعزى هذا إلى عدة أسباب محتملة قدم الحالة طلب المساعدة للمركز من اجل التخلص من الإدمان وكان صديقه الداعم الرئيسي له وكان الحالة تريد للتقليل من التبعية النفسية و حدة الأعراض الإنسحابية و جاء لوحده كما اتضح أن السبب الرئيسي إلى الدخول في عالم الإدمان بدافع التجربة و الاستمتاع بالإضافة إلى المشاكل و الضغوطات الأسرية التي تعرض لها الحالة مما دفعه إلى الدخول إلى عالم الإدمان و كان برغبة منه و الصحبة السيئة .

ب-ملخص المقابلات للحالة الأولى:

تم إجراء ثلاث مقابلات مع شاب يعاني من سلوك الإدمان، وذلك ضمن إطار علاجي بمكتب الأخصائي النفسي. هدفت الجلسات إلى استكشاف الشكوى الرئيسية، الدوافع النفسية والاجتماعية للتعاطي، طبيعة الأعراض الانسحابية والتبعية النفسية، ومدى الدافعية للعلاج.في المقابلة الأولى، اتسم اللقاء بالتحفظ النسبي من قبل الحالة، خاصة عند الحديث عن أسباب تعاطيه الأولى، حيث اكتفى بالقول: "بغينا نسيو أنا وصاحبي"، ما يدل على غياب وعي واضح بخطورة السلوك أو محاولة إنكار الدوافع العميقة. رغم ذلك، كان التواصل غير اللفظي غنيًا؛ إذ ظهرت عليه علامات الحزن والإرهاق والبؤس، مع سلوكيات جسدية تعكس التوتر والقلق كضم الأرجل، هزّ القدمين، واستخدام مفرط للإيماءات. وبالنظر إلى مؤشرات الانفعال المرتفعة، تقرر إنهاء المقابلة مبكرًا لتفادي أي ضغط نفسي إضافيأما المقابلة الثانية، فقد شهدت انفتاحًا أكبر من قبل الحالة، مما أتاح فرصة لفهم أعمق لدوافع السلوك الإدماني. أقرّ المبحوث بأنه بدأ التعاطي بدافع الفضول والتجريب، إلا أن الأزمة الأسرية، خاصة بعد وفاة والده، شكلت منعطفًا حادًا في مسار حالته، حيث عبّر عن شعور بالعزلة والانطواء، وعدم القدرة على التكيف مع محيطه دون اللجوء للمخدرات. قال في هذا

السياق: "أنا ملي تعلمتها وليت غايا، وليت نخرج و درت صحاب و نهدر غايا"، ما يعكس استخدام المادة كوسيلة للهروب والتأقلم الزائف مع تقدم الحالة في سلوك التعاطي، ظهرت مظاهر العدوانية بشكل بارز، سواء في شكلها الخارجي (تحطيم ممتلكات، نوبات غضب)، أو الداخلي (إيذاء الذات: جروح وآثار كيّ بالسجائر على اليدين). كما أبدى أفكارًا اضطهادية، تظهر في قوله: "عمامي ميبغوناش... يبغو يحقرونا"، مع اتهامهم بأنهم سبب إدخاله السجن أكثر من مرة بسبب الشكاوى المتكررةكما عبّر عن مخاوفه الشديدة من أعراض الانسحاب التي تظهر عليه عند التوقف، مثل: الهلاوس، الكوابيس، آلام الرأس، واضطرابات النوم، مما يدفعه لزيادة الجرعات بشكل قهري، كما أشار بقوله: "كي ناكل حبة نرقد كيما دراري صغار". هذه المؤشرات تدل على درجة متقدمة من التبعية النفسية للمادة، ومقاومة نفسية لمحاولات التوقف خلال المقابلة الثانية، تم تطبيق المقياس القبلي للإدمان من أجل تحديد شدة الاعتماد ووضع خطة علاجية ملائمة. وقد أظهر تفاعلًا جيدًا أثناء الجلسة، رغم حركاته الجسدية المفرطة التي تعكس توتره الداخلي أما المقابلة الثالثة فركّزت على فهم الجانب العاطفي والعائلي من حياة المريض، خاصة علاقته بوالديه. تبيّن أن العلاقة كانت متوترة خلال المراهقة، اتسمت بسوء الفهم وقلة الدعم العاطفي، ما أدى به إلى البحث عن "بديل شعوري" وجده في المخدرات، خصوصًا بعد فقدان الأب. ومع ذلك، أظهر المريض ارتباطًا عاطفيًا قويًا بوالدته، معبّرًا عن رغبته في استعادة ثقتها، واعتبر ذلك أحد أبرز دوافعه للإقلاع عن المخدرات. في نهاية الجلسة، تم شرح الخطة العلاجية المقترحة والتي تشمل العلاج السلوكي المعرفي، والجلسات النفسية الفردية والجماعية، والدعم الطبي، مع التأكيد على أن أهداف العلاج تتجاوز التوقف عن المادة، لتصل إلى بناء شخصية متوازنة، خفض التبعية النفسية، وتعزيز الثقة بالنفس، بما يضمن تعافيًا مستدامًا بناءً على المعطيات السريرية، تعكس هذه الحالة صورة معقدة لسلوك إدماني ناتج عن تراكمات أسرية، صدمات نفسية غير معالجة، واستجابات غير تكيفية مع الواقع. يُوصى بمتابعة الحالة ضمن برنامج علاجي نفسي مكثف، يشمل: علاج معرفي سلوكي لتعديل الأفكار المشوهة والعدوانية، دعم

عاطفي للتعامل مع الفقد الأسري، وعمل متكامل مع الأسرة لتفكيك مصادر الضغط المزمنة وتوفير بيئة مساندة.

2- الحالة الثانية :

الاسم :ب.أ

الجنس: ذكر

السن : 29 سنة

المستوى الدراسي : السنة الثانية متوسط

المستوى الإقتصادي : متوسط

مكان الإقامة : مستغانم

الحالة الاجتماعية : أعزب

عدد الإخوة : له أخت واحدة

الرتبة: 01

الأب : متوفي

الأم : كانت تعمل و الآن ماكثة في البيت

السوابق العائلية : يوجد

سوابق عدلية : يوجد

سوابق مرضية: لا يوجد

بداية التعاطي : 11سنة

مادة المتعاطاة : التدخين – ليريكا – حشيش – مهلوسات

علاقة مع الأم : جيدة

علاقة مع الأخت : كانت متوترة قليلا و الآن جيدة

السميائية العامة :المظهر الخارجي: لون البشرة أسمر و طويل القامة نحيف الجسم و رأس

كبير عينين بنيتين وجه شاحب و العينين منتفختين و توجد كدمات على الوجه كان اللباس نظيف و منظم و طريقة المشي بطيئة.

التوجه المكاني و الزماني : واعي

عند التعاطي أول مرة : الإحساس بالراحة و السعادة و التواصل مع الناس بسهولة و بعد ذلك زيادة الجرعة للإحساس بالنشوة و السعادة أكثر

سبب الإقلاع : الأم

مدة الإيقاف: 7 أيام حب العزلة و البقاء لوحده خلال مدة الإيقاف و عدواني مع الذات ومع الآخرين و ذلك من غير وعي بتصرفاته العدوانية وظهور أعراض إنسحابية له.

تأنيب الضمير : يوجد الشعور بالذنب و الندم

محاولات الانتحار : توجد أفكار انتحارية وذلك خلال مدة التعاطي

أعراض الانسحاب : تعرق زائد – ضربات القلب – ضيق التنفس – ألام في العضلات – الأرق – فقدان الشهية – صداع و آلام الرأس قلق و اكتئاب – النسيان و عدواني زائد في هذه الفترة

مدى وعي الشخص بمخاطر الإدمان : لا لم يكن يعرف بمخاطرها و خطورتها و كان يظن أنه يستطيع التحكم فيها و إيقافها وقت ما يريد

عدد مرات محاولة التوقف عن التعاطي : عدة مرات أراد ذلك و التفكير في الأمر و لكن لم يتجرأ

نظرته المستقبلية عند التوقف من الإدمان : العمل و يؤسس عائلة (الزواج) و الصلاة

وجود إرادة ورغبة للعلاج : نعم يوجد

الآثار السلبية للمواد المخدرة : خسارة الوالدين و خاصة الأم و عدم قضاء وقت معها

الإيجابية : السعادة و الراحة و التكلم مع الناس بسهولة و النوم

هل يوجد دعم من طرف الأسرة و الأصدقاء : يوجد كانت الأم و صديق له الذي كان دائما ينصحه

النشاط العقلي:

اضطراب الإدراك:

اضطرابات الذاكرة : يوجد خلل على مستوى الذاكرة

الانتباه : متشتت نوعا ما

التفكير : يوجد له أفكار اضطهادية وغير سليم التفكير

اللغة : سهلة و بسيطة

طريقة الجلوس : كان يتحرك كثيرا و يستعمل الإيماءات

الاتصال : كان الاتصال مع الحالة سهل و كان يتجاوب معنا

اضطرابات الأكل : يوجد فقدان الشهية

اضطرابات النوم : يوجد الأرق

السلوك:

الهروب : لا يوجد

العدوان : يوجد نحو الذات حيث تظهر عليه جروح على الأذرع و كي السجائر على الأيدي

وعدوان نحو الآخر : وذلك بتحطيم الأشياء في البيت و سرعة التفاعل مع الناس مما سبب له عدة مشاكل و توجد أفكار انتحارية .

أ- تقديم الحالة الثانية :

شاب يبلغ من العمر 29 سنة و بدأ التعاطي في عمر صغير جدا و هو 11سنة و الحالة بسبب أمه تقدم لطلب يد المساعدة في المركز لخفض التبعية النفسية و التقليل من حدة الأعراض الإنسحابية و جاء رفقة والدته التي دائما ما تدعمه كما اتضح أن السبب الرئيسي إلى الدخول في عالم الإدمان هو المشاكل و الضغوطات الأسرية التي تعرض لها الحالة مما دفعه إلى الدخول إلى عالم الإدمان و كان برغبة منه و الصحبة السيئة و كان الحالة

عند التقدم إلى المركز في فترة من الانقطاع عن المخدرات لمدة 7 أيام ونتيجة لذلك ظهرت لديه أعراض الانسحاب كاضطرابات النوم الأرق و العدوانية و اضطرابات جسدية.

ب- ملخص المقابلات الحالة الثانية :

تم إجراء مقابلتين عياديتين مع شاب يعاني من إدمان المخدرات، في إطار التقييم النفسي لمعرفة الأسباب والدوافع النفسية والاجتماعية المرتبطة بحالته، بالإضافة إلى رصد الأعراض الانسحابية ومدى استعداد المريض للعلاج .في المقابلة الأولى التي دامت 30 دقيقة، كان الهدف التعرف على الحالة الأساسية، معرفة شكواه، ونسبة الإرادة والدافعية لديه. لوحظ تواصل جيد لكنه كان متحفظًا في الحديث عن مشاكله الشخصية، مكتفيًا بالقول: "مشاكلي أنا منبغيش نهدر عليهم بزاف". ظهر عليه توتر وحركات جسدية مثل ضم الأرجل واليدين، بالإضافة إلى أعراض انسحابية واضحة مثل الأرق، قلق، كثرة التثاؤب، ونسيان، مع علامات تعبيرية تعب وبؤس ظاهرة، مما استدعى إنهاء المقابلة حفاظًا على توازنه النفسيأما في المقابلة الثانية التي استمرت 40 دقيقة، فقد تم التعمق في أسباب الإدمان وعلاقاته الأسرية، كما تم تطبيق المقياس القبلي للإدمان. تبين أن العوامل الأسرية، وبالأخص تعنيف الأب، ورفقاء السوء، كانت المحفزات الرئيسية لدخول المريض عالم الإدمان منذ سن الحادية عشرة. عبر المريض عن معاناته من العزلة والانطواء، وصعوبة التكيف الاجتماعي، مما دفعه لتعاطي المخدرات لتسهيل التواصل. كان يعاني من أعراض انسحابية شملت صداعًا شديدًا، اضطرابات نوم، قلة شهية، ارتفاع في ضربات القلب، وعدوانية موجهة نحو الذات (إيذاء النفس). كما أبدى أفكارًا اضطهادية وشعورًا بالرفض من قبل إخوته، مع انخفاض في المزاج ورغبة في العزلة الاجتماعية. وكان التفاعل خلال الجلسة أفضل مقارنة بالمقابلة الأولى، مع استمرار بعض حركات التوتر كاهتزاز الأرجل.

3- الحالة الثالثة:

الاسم :م.ي

الجنس: ذكر

السن : 25 سنة

المستوى الدراسي : السنة الثالثة ثانوي

المستوى الإقتصادي : متوسط

مكان الإقامة : مستغانم

الحالة الاجتماعية : أعزب

عدد الإخوة : 04

الرتبة: 02

الأب : موجود

الأم : ماكثة في البيت

السوابق العائلية : لا يوجد

سوابق عدلية : لا يوجد

سوابق مرضية: لا يوجد

بداية التعاطي : 16سنة

مادة المتعاطاة : التدخين – ليريكا – الكيف – مهلوسات

علاقة مع الأم : جيدة

علاقة مع الأخت : كانت متوترة قليلا و الآن جيدة

السميائية العامة :المظهر الخارجي: لون البشرة أسمر و طويل القامة ذو بنية جسدية جيدة و عينين بنيتين وجه شاحب و العينين منتفختين و لا توجد كدمات على الوجه كان اللباس نظيف و منظم و طريقة المشي بطيئة ذو أفكار منظمة بشكل جيد .

التوجه المكاني و الزماني : واعي

عند التعاطي أول مرة : الشعور بالنشوة الإحساس بالراحة و السعادة والاسترخاء انخفاض التوتر و التواصل مع الناس بسهولة و بعد ذلك زيادة الجرعة للإحساس بالنشوة و السعادة أكثر

سبب الإقلاع :فقدان العلاقات الاجتماعية و العائلية و مشكلات اقتصادية

مدة الإيقاف: 3 أيام حب العزلة و البقاء لوحده خلال مدة الإيقاف الم جسدي و معاناة نفسية نوبات الهلع وظهور أعراض إنسحابية له.

تأنيب الضمير : يوجد الشعور بالذنب و الندم

محاولات الانتحار : لا توجد أفكار انتحارية

أعراض الانسحاب : أعراض جسدية تتمثل في التعرق الزائد – الرجفة – الصداع – ضربات القلب –الغثيان – ضيق التنفس – ألام في الجسم – الأرق – فقدان الشهية – صداع و آلام الرأس واضطرابات نفسية تتمثل في قلق و اكتئاب – حزن عميق – فراغ داخلي ويتقد الملاذ الذي كانت توفره له المادة المخدرة.

مدى وعي الشخص بمخاطر الإدمان : لا لم يكن يعرف بمخاطرها و خطورتها و كان يظن أنه يستطيع التحكم فيها و إيقافها وقت ما يريد.

عدد مرات محاولة التوقف عن التعاطي : التفكير في الأمر عدة مرات يتوقف ليومين أويوم ولم يتحمل الأعراض الانسحابية و الرجوع إلى التعاطي مرة أخرى.

نظرته المستقبلية عند التوقف من الإدمان : العمل و يؤسس عائلة (الزواج) و الصلاة

وجود إرادة ورغبة للعلاج : نعم يوجد

الآثار السلبية للمواد المخدرة : خسارة الوالدين وعدم قضاء وقت معهما

الإيجابية : السعادة و الراحة والنشوة و النوم

هل يوجد دعم من طرف الأسرة و الأصدقاء : يوجد الوالدين و صديق له

النشاط العقلي:

اضطراب الإدراك:

اضطرابات الذاكرة : النسيان

الانتباه : متشتت نوعا ما

التفكير : لا يوجد سليم التفكير

اللغة : سهلة و بسيطة

طريقة الجلوس : كان يتحرك كثيرا و يستعمل الإيماءات

الاتصال : كان الاتصال مع الحالة سهل و كان يتجاوب معنا

اضطرابات الأكل : يوجد فقدان الشهية

اضطرابات النوم : يوجد صعوبة في النوم الأرق

السلوك:

الهروب : لا يوجد

العدوان :لا يوجد

وعدوان نحو الآخر: يوجد بنسبة قليلة

أ- تقديم الحالة:

شاب يبلغ من العمر 25 سنة وبدأ التعاطي في عمر 16سنة والحالة بسبب والديه تقدم لطلب يد المساعدة في المركز لخفض التبعية النفسية والتقليل من حدة الأعراض الإنسحابية وجاء رفقة والده الذي دائما ما يدعمه كما اتضح أن السبب الرئيسي إلى الدخول في عالم الإدمان هو الصحبة السيئة مما دفعه إلى الدخول إلى عالم الإدمان وكان برغبة منه وكان الحالة عند التقدم إلى المركز في فترة من الانقطاع عن المخدرات لمدة 3 أيام ونتيجة لذلك ظهرت لديه أعراض الانسحاب كاضطرابات النوم والأرق والعدوانية واضطرابات جسدية.

ب- ملخص المقابلات الحالة الثالثة:

أُجريت مقابلتان مع مريض شاب يبلغ من العمر 25 سنة، أعزب، ينتمي إلى أسرة متوسطة المستوى الاقتصادي، ويقيم مع والديه الذين تربطه بهما علاقة جيدة. كان الهدف من المقابلات جمع المعلومات الأولية وفهم دوافع الإدمان، إلى جانب التعرف على الأعراض النفسية والانسحابية التي يعاني منها حيث في المقابلة الأولى التي دامت 30 دقيقة، تم التركيز على بناء الثقة وجمع المعلومات الأساسية. أفاد المريض أنه بدأ تعاطي المواد

المخدرة في سن 16، بداية بالتدخين ثم تعاطي ليريكا، الكيف، والمهلوسات. ذكر أن سبب التعاطي الرئيسي كان تأثير الصحبة السيئة، ولم يتوسع في الحديث. لوحظ عليه انطواء نسبي وحركات جسدية مستمرة مثل ضم الأيدي والأرجل، مع أعراض انسحابية مثل اضطرابات النوم (الأرق)، القلق، التوتر، كثرة التثاؤب، والنسيان. بدت عليه علامات التعب والبؤس، مما استدعى إنهاء المقابلة لحمايته من الإجهاد النفسي أما في المقابلة الثانية التي استمرت 45 دقيقة، فقد تم التعمق في الأسباب النفسية والاجتماعية التي أدت إلى الإدمان ومسار تطور التعاطي. أشار المريض إلى أن البداية كانت بهدف الحصول على النشوة والراحة والتواصل الاجتماعي، لكنها تطورت إلى تعاطٍ مكثف بسبب الاعتياد وزيادة الجرعة. حدد التوتر النفسي، الفراغ العاطفي، وضغط الأقران كأسباب رئيسية لتعاطيه. تحدث عن رغبته في الإقلاع بسبب تدهور علاقاته الاجتماعية والأسرية، والمشكلات الاقتصادية، وتأنيب الضمير. يعاني من أعراض انسحابية شديدة منها التعرق، الرجفة، الصداع، تسارع ضربات القلب، الأرق، والاكتئاب. بالرغم من محاولاته المتكررة للإقلاع، إلا أن حدة الأعراض حالت دون نجاحه. تم شرح خطة علاجية تشمل العلاج السلوكي المعرفي، جلسات نفسية جماعية، ودعم طبي لتخفيف أعراض الانسحاب، بهدف التوقف التام عن التعاطي، استعادة التوازن النفسي والاجتماعي، وبناء حياة صحية بدعم الأسرة.

4- الحالة الرابعة :

الاسم :ح.ن

الجنس: ذكر

السن : 26 سنة

المستوى الدراسي : السنة الثانية متوسط

المستوى الإقتصادي : متوسط

مكان الإقامة : مستغانم

الحالة الاجتماعية : أعزب

عدد الإخوة : 3ذكور و أخت واحدة

الرتبة: 01

الأب : موجود

الأم : موجودة

السوابق العائلية : يوجد

سوابق عدلية : يوجد

سوابق مرضية: لا يوجد

بداية التعاطي : 18سنة

مادة المتعاطاة : التدخين – ليريكا – حشيش – ترامادول 35

علاقة مع الأم : جيدة

علاقة مع الأخت : جيدة

السميائية العامة :المظهر الخارجي: لون البشرة أسمر و طويل القامة نحيف الجسم و رأس كبير عينين بنيتين وجه شاحب و العينين منتفختين و توجد كدمات على الوجه كان وضربات بسبب الشجار تدهور صحة الفم والأسنان نتيجة التعاطي المزمن للمواد المخدرة اللباس نظيف و منظم .

التوجه المكاني و الزماني : واعي

عند التعاطي أول مرة : فقدان الوعي والشعور بموجة من السعادة و الراحة المفاجئة و الهروب من الواقع و بعد ذلك زيادة الجرعة للإحساس بالنشوة و السعادة أكثر

سبب الإقلاع : دعم الأم

مدة الإيقاف: 10 أيام بشكل متقطع حب العزلة و البقاء لوحده خلال مدة الإيقاف و عدواني مع الآخرين و ذلك من غير وعي بتصرفاته العدوانية و كثرة التفاعل و الشجارات في العمل

وظهور أعراض إنسحابية له.

تأنيب الضمير : يوجد الشعور بالذنب و الندم

محاولات الانتحار : لا توجد أفكار انتحارية

أعراض الانسحاب :أعراض جسدية تتمثل في التعرق المفرط –الرعشة و الارتجاف – ضربات القلب – ضيق التنفس – ألام في العضلات و المفاصل وخاصة أسفل الظهر – الأرق – فقدان الشهية – صداع و آلام الرأس وأعراض نفسية تتمثل في قلق و نوبات اكتئاب حادة – تقلبات مزاجية حادة – عصبية و انفعال شديد –رغبة شديدة في التعاطي – النسيان و عدواني زائد في هذه الفترة

مدى وعي الشخص بمخاطر الإدمان : لا لم يكن يعلم بمخاطرها و خطورتها و كان يظن أنه يستطيع التحكم فيها و إيقافها وقت ما يريد

عدد مرات محاولة التوقف عن التعاطي : عدة مرات وتراوده فكرة التوقف منذ عامين

نظرته المستقبلية عند التوقف من الإدمان : العمل و يؤسس عائلة (الزواج) و الصلاة والمشاركة في عدة نشاطات

وجود إرادة ورغبة للعلاج : نعم يوجد

الآثار السلبية للمواد المخدرة : العصبية الزائدة و كثرة الانفعال و فقدان الوعي واتخاذ قرارات غير صائبة

الإيجابية : السعادة و النشوة والراحة و التكلم مع الناس بسهولة و القدرة على النوم والاسترخاء الجسدي و النفسي كأن ضغوط الحياة اختفت مؤقتا

هل يوجد دعم من طرف الأسرة و الأصدقاء : يوجد الأم هي المحفزة الأولى للدخول إلى المركز وصديق له فقط

النشاط العقلي:

اضطراب الإدراك:

اضطرابات الذاكرة : يوجد خلل على مستوى الذاكرة

الانتباه : متشتت نوعا ما

التفكير : يوجد له أفكار اضطهادية وغير سليم التفكير

اللغة : سهلة و بسيطة

طريقة الجلوس : كان يتحرك كثيرا و يستعمل الإيماءات

الاتصال : كان الاتصال مع الحالة سهل و كان يتجاوب معنا بشكل جيد

اضطرابات الأكل : لا يوجد

اضطرابات النوم : يوجد الأرق

السلوك:

الهروب : لا يوجد

العدوان : يوجد نحو الأخر و ذلك من خلال المشاجرات مع الزملاء في العمل و ظهور خدوش على الوجه بسبب الضرب

وعدوان نحو الآخر : وذلك بتحطيم الأشياء في البيت و سرعة التفاعل مع الناس مما سبب له عدة مشاكل والدخول إلى السجن

أ- تقديم الحالة:

شاب يبلغ من العمر 26 سنة وبدأ التعاطي في عمر 18سنة والحالة بسبب دعم أمه تقدم لطلب يد المساعدة في المركز لخفض التبعية النفسية والتقليل من حدة الأعراض الإنسحابية وجاء رفقة والدته التي دائما ما تدعمه كما اتضح أن السبب الرئيسي إلى الدخول في عالم الإدمان هو بدافع التجربة والاستمتاع زد على ذلك المشاكل والضغوطات في العمل التي تعرض لها الحالة مما دفعه إلى الدخول إلى عالم الإدمان وكان برغبة منه والصحبة السيئة ولديه إرادة ودافعية قوية للعلاج.

ب- ملخص المقابلات الحالة الرابعة:

أُجريت المقابلتان في مكتب الأخصائي، حيث استغرقت الأولى حوالي 30 دقيقة والثانية حوالي 45 دقيقة. كان الهدف من الجلسات جمع المعلومات الأولية عن الحالة النفسية والاجتماعية بناء علاقة ثقة، وفهم دوافع التعاطي وأعراض الإدمان، بالإضافة إلى شرح خطة العلاج حيث ح.ن شاب أعزب يبلغ من العمر 26 سنة، ينتمي إلى أسرة ذات مستوى اقتصادي متوسط ويقيم مع والديه. هو أكبر إخوته ويجمعه علاقة جيدة مع والدته وأخته، رغم وجود سوابق عدلية ناجمة عن كثرة المشاجرات. تم ملاحظة أعراض جسدية مرتبطة بالتعاطي المزمن، منها شحوب الوجه، انتفاخ العينين، وكدمات، لكن كان إدراكه الزماني والمكاني سليمًا ومتعاونًا بدأ التعاطي في سن 18 بدافع الفضول والرغبة في الهروب من الواقع، مما أدى إلى تعاطي متكرر لمواد مثل التبغ، الحشيش، ليريكا، والترامادول. يعاني من أعراض انسحابية واضحة تشمل اضطرابات النوم، فقدان الشهية، رعشة، تقلبات مزاجية حادة، وعدوانية مفرطة. بالرغم من هذه التحديات، أبدى ح.ن وعيًا واضحًا بحالته ورغبة حقيقية في التغيير، مع محاولات للتخفيف من التعاطي في فترات سابقة. أشار إلى صراع داخلي بين الاستمرار في التعاطي والرغبة في استعادة السيطرة على حياته، معبرًا عن ذلك بقوله: "هاد الخطرة عفست على قلبي"تم خلال الجلسات شرح الخطة العلاجية المقترحة التي تعتمد على العلاج السلوكي المعرفي الجلسات النفسية الفردية والجماعية، مع التأكيد على أهمية احترام مواعيد العلاج. كما تم تطبيق القياس القبلي لمقياس الإدمان.

5- الحالة الخامسة:

الاسم: ح. ب

الجنس: ذكر

السن: 28 سنة

المستوى الدراسي: السنة الثالثة متوسط

المستوى الإقتصادي: متوسط

مكان الإقامة: مستغانم

الحالة الاجتماعية: أعزب

عدد الإخوة: 2 ذكور وله أخت واحدة

الرتبة: 02

الأب : موجود عمره 57

الأم: كانت ماكثة في البيت العمر 53

السوابق العائلية: يوجد

سوابق عدلية: يوجد

سوابق مرضية:لا يوجد

بداية التعاطي: 13سنة

مادة المتعاطاة: التدخين – ليريكا – مهلوسات – الكيف

علاقة مع الأم: جيدة

مع الأب: سيئة لا يتكلم معه كثيرا

علاقة مع الأخت: سيئة قليلا مع الذكور جيدة

السميائية العامة :المظهر الخارجي: لون البشرة أسمر و طويل القامة نحيف الجسم طريقة الجلوس عادية عينين بنيتين وجه شاحب و توجد كدمات على الوجه نظيف اللباس و منظم متقلب المزاج متردد في الكلام .

التوجه المكاني و الزماني : واعي

عند التعاطي أول مرة :تحقيق الشعور بالنشوة أو السعادة المؤقتة يشعر بأن المخدر يوفر له مخرجًا مؤقتًا من مشكلات الحياة والشعور بالمتعة والجرأة

سبب الإقلاع : تدهور صحته وعتاب الأم مما سبب له شعور بالندم

مدة الإيقاف: 4 أيام ظهور أعراض التبعية النفسية كفقدان القدرة على الشعور بالمتعة و الانشغال المستمر بالتفكير في المادة أو السعي للحصول عليها سلوكيات قهرية، مثل الكذب أو السرقة، بهدف الحصول على المخدر مقاومة ضعيفة للمثيرات (أماكن، أشخاص، مشاعر) المرتبطة بالتعاطي مع ظهور أعراض إنسحابية له.

تأنيب الضمير: يوجد الشعور بالذنب والندم.

محاولات الانتحار: توجد أفكار انتحارية وذلك خلال مدة التعاطي

أعراض الانسحاب: تعرق زائد – ضربات القلب – الإسهال – ضيق التنفس – ألام في العضلات – اضطرابات في النوم الأرق وكوابيس – فقدان الشهية – تشنجات – صداع وآلام الرأس قلق واكتئاب – النسيان وعدواني زائد في هذه الفترة

مدى وعي الشخص بمخاطر الإدمان: لا لم يكن يعرف بمخاطرها وخطورتها وكان يظن أنه يستطيع التحكم فيها.

عدد مرات محاولة التوقف عن التعاطي: جرب مدة يوم فقط ولم يستطع خوفا من أعراض التبعية النفسية وأعراض الانسحاب.

نظرته المستقبلية عند التوقف من الإدمان: العمل ويؤسس عائلة (الزواج) والصلاة ورياضة

وجود إرادة ورغبة للعلاج: نعم يوجد

الآثار السلبية للمواد المخدرة بالنسبة للحالة: خسارة الوالدين وخاصة الأم وعدم قضاء وقت معها الغضب الشديد وكثرة الانفعال كثرة دخوله في شجارات بين الأصدقاء .

الإيجابية: السعادة والراحة والنشوة والتكلم مع الناس بسهولة والنوم نسيان المشاكل والضغوطات.

هل يوجد دعم من طرف الأسرة والأصدقاء: الأم فقط

النشاط العقلي:

اضطراب الإدراك:

اضطرابات الذاكرة : يوجد خلل على مستوى الذاكرة

الانتباه: متشتت نوعا ما

التفكير: سليم التفكير

اللغة: سهلة وبسيطة

طريقة الجلوس: كان يتحرك كثيرا و يستعمل الإيماءات

الاتصال: كان الاتصال مع الحالة سهل و كان يتجاوب معنا

اضطرابات الأكل: يوجد فقدان الشهية

اضطرابات النوم: يوجد الأرق و كثرة الكوابيس

السلوك:

الهروب : لا يوجد

العدوان : يوجد نحو الذات حيث تظهر عليه جروح على الأذرع و تشريطها

وعدوان نحو الآخر : وذلك بتحطيم الأشياء في البيت و سرعة التفاعل مع الناس مما سبب له عدة مشاكل و تراوده أحيانا أفكار انتحارية .

أ- تقديم الحالة:

شاب يبلغ من العمر 28 سنة و بدأ التعاطي في عمر صغير جدا و هو 13سنة و الحالة بسبب أمه تقدم لطلب يد المساعدة في المركز لخفض التبعية النفسية و التقليل من حدة الأعراض الإنسحابية و جاء رفقة والدته التي دائما ما تدعمه كما اتضح أن السبب الرئيسي إلى الدخول في عالم الإدمان هو المشاكل و الضغوطات الأسرية التي تعرض لها الحالة مما دفعه إلى الدخول إلى عالم الإدمان و كان برغبة منه و الصحبة السيئة و كان الحالة عند التقدم إلى المركز في فترة من الانقطاع عن المخدرات لمدة 7 أيام ونتيجة لذلك ظهرت لديه أعراض الانسحاب كاضطرابات النوم الأرق و العدوانية و اضطرابات جسدية.

ب- ملخص المقابلات للحالة الخامسة:

تم إجراء سلسلة من المقابلات الإكلينيكية مع حالة شاب بالغ يعاني من سلوك الإدمان، بهدف جمع المعطيات الأولية، فهم الدوافع النفسية والاجتماعية للسلوك الإدماني، وتحديد

ملامح التدخل العلاجي. أجريت المقابلات في إطار عيادي ضمن مكتب الأخصائي النفسي، وشملت جلستين فرديتين مع الحالة، وجلسة ثالثة مع والدته، وذلك لضمان نظرة شمولية للحالة من مختلف الزوايا خلال المقابلة الأولى، ظهر على المبحوث تحفظ واضح في التعبير، حيث اتسم تواصله بالاختزال في الردود، مع غياب المبادرة في السرد، مما يُرجَّح وجود صعوبة في التعبير عن المعاناة النفسية، أو مقاومة أولية للحديث عن الذات. بدا المبحوث في وضعية جلوس هادئة ومستقرة، دون علامات اضطراب حركي، لكنه أظهر ملامح حزن وندم، خاصة عند التطرق إلى ماضيه وتجربة التعاطي، ما يدل على حالة من الانسحاب النفسي والمزاج المكتئب. بناءً على ذلك، تم إنهاء الجلسة مبكرًا حفاظًا على استقراره النفسي، أما المقابلة الثانية، فقد اتسمت بقدر أكبر من الانفتاح والتجاوب، مما أتاح الفرصة للغوص في الأسباب العميقة لسلوك الإدمان. أشار المبحوث إلى أزمة عاطفية مر بها نتيجة فشل علاقة حب تلتها مشاعر الوحدة والخذلان، كأحد المحفزات الأساسية لبدء التعاطي. كما أظهر وصفًا لتجربة أسرية مضطربة، يتجلى فيها عنف الأب، والتمييز بين الأبناء، وغياب التواصل الإيجابي، مما ساهم في تعزيز شعوره بالرفض داخل محيطه العائلي. في المقابل، أبرزت العلاقة مع الأم طابعًا إيجابيًا، إذ تمثل له مصدر دعم نفسي ومادي، رغم عدم قدرتها على ضبط سلوكياته. كما تَبيَّن أن المبحوث يعتمد جزئيًا على التدخين أو المواد المهدئة للحصول على نوع من التوازن المؤقت. خلال الجلسة، تم تقديم شرح أولي حول العلاج النفسي وأهدافه مع تطبيق القياس القبلي كبداية لخطة المتابعة .في المقابلة الثالثة، التي خُصصت لوالدة الحالة، ظهرت معاناة الأسرة بشكل جلي، حيث عبّرت الأم عن قلق عميق تجاه تدهور ابنها النفسي والسلوكي، مشيرة إلى مظاهر انسحاب اجتماعي، فقدان شهية، وسلوك عدواني عند طلب المال. كما عبرت عن شعورها بالأسى والتعب النفسي، إلى جانب خوفها من فقدان ابنها وضياع مستقبله، مما يُبرز الحاجة الماسة إلى إشراكها كطرف فاعل في المسار العلاجي بالنظر إلى دورها المحوري في توفير الدعم العاطفي اللازم للحالة .من خلال تحليل المقابلات يظهر أن العوامل المساهمة في السلوك

الإدماني متعددة، وتتراوح بين الضغوط العاطفية البيئة الأسرية السلبية، ضعف آليات التكيف النفسي، والحاجة إلى الانتماء والدعم .بناءً على هذه المعطيات، تقترح خطة تدخل نفسي فردي مرفقة بمقاربة داعمة للأسرة، مع التركيز على تطوير مهارات التواصل والتعبير، وتدعيم الشعور بالكفاءة الذاتية لدى الحالة، وذلك ضمن إطار علاجي شامل ومتدرج.

6-2- نتائج مقياس الإدمان القبلي:

6-2-1 الحالة الأولى: أجريت المقياس للحالة في ظروف ملائمة خضع لمقياس تقييم درجة الإدمان وجاءت النتيجة بنسبة 68%، وهي نسبة تشير بوضوح إلى وجود حالة إدمان شديدة هذه النتيجة لم تكن مجرد رقم، بل كانت انعكاسًا لواقع مرير عاشه المريض، وتعبيرًا دقيقًا عن مدى الاعتماد النفسي والجسدي الذي وصل إليه تجاه المواد المخدرة أظهرت هذه النسبة حجم التأثير الذي تركته المخدرات على سلوك المريض وحياته العامة، بدءًا من تدهور صحته وانتهاءً بتأثيرها على علاقاته وأهدافه وتوازنه النفسي. لكنها في الوقت ذاته كانت نقطة بداية في رحلة العلاج، ووسيلة لزيادة وعيه بحجم المشكلة.

6-2-2- الحالة الثانية :أجريت المقياس للحالة في ظروف ملائمة وقد أظهرت نتيجة المقياس أن نسبة الإدمان بلغت 75%، وهي نسبة تقع ضمن فئة الإدمان الشديد، مما يدل على وجود اعتماد نفسي وجسدي قوي على المخدرات، وصعوبة واضحة في التحكم أو الإقلاع دون تدخل علاجي متخصص وخلال تطبيق المقياس، لاحظنا وجود عدة مؤشرات دالة على عمق المشكلة، منها فقدان السيطرة على التعاطي، استمرار الاستخدام رغم الأضرار الصحية والنفسية، وشعور دائم بالحاجة إلى المخدر كوسيلة للهروب من الواقع أو التعامل مع الضغوط . وهذا ما أدى بالحالة إلى طلب العلاج للتخلص من التبعية النفسية والإدمان وللتكيف مع محيطه وقمنا بشرح عن فكرة العلاج الجماعي وتهيئته لها وتبيان أهمية التفاعل والتأثير المتبادل بين أعضاء الجماعة وتقديم صورة للحالة عن الأفراد المشاركين في جلسات العلاج الجماعي وعددهم وتوضيح عن الأمور الغامضة له وتحديد تاريخ جلسات العلاج الجماعي مع ضرورة احترام المواعيد.

6-2-3- الحالة الثالثة:

تم إجراء مقياس الإدمان للمريض ضمن مراحل التقييم الأولى داخل البرنامج العلاجي، بهدف تحديد شدة الإدمان ونوع الاعتماد (النفسي أو الجسدي)، ووضع خطة علاجية مناسبة لحالته. أظهرت نتائج المقياس أن نسبة الإدمان بلغت 44%، وهو ما يُصنَّف ضمن مستوى الإدمان الخفيف.تشير هذه النتيجة إلى أن المريض لا يزال في مرحلة مبكرة من الاعتماد على المادة المخدرة، حيث توجد أنماط سلوكية مرتبطة بالاستخدام المتكرر، ولكن دون وجود فقدان كامل للسيطرة أو أعراض انسحاب حادة. كما أوضحت النتيجة أن المريض لا يزال قادرًا على أداء بعض وظائفه اليومية، وإن كانت بدرجة أقل من المعتاد .ورغم أن النسبة لا تُعد مرتفعة، فقد تم التأكيد على أهمية التدخل العلاجي في هذه المرحلة لتجنّب تطور الحالة إلى مراحل أكثر خطورة. وتمت مناقشة مع المريض الدوافع التي قادته إلى الاستخدام، والتي تمثلت في ضغوط نفسية ومؤثرات اجتماعية، أكثر منها ارتباط جسدي بالمادة ،تم توضيح أن هدف العلاج في هذه المرحلة هو خفض التبعية النفسية ومنع الانتكاس، وتقوية الإرادة الذاتية، وتفكيك السلوكيات المرتبطة بالإدمان قبل أن تصبح أكثر ترسخًا، مما يوفّر فرصة حقيقية للتعافي الكامل في وقت قصير نسبيًا.

6-2-4- الحالة الرابعة:

أظهرت نتائج القياس القبلي الذي طُبّق على الحالة "ح.ن" نسبة بلغت 84%، مما يشير إلى درجة إدمان شديدة وفق سلم التقدير المعتمد. وتُعزز هذه النتيجة الملاحظات الإكلينيكية والنفسية المسجلة خلال المقابلتين، حيث تم رصد علامات جسدية ونفسية واضحة على التأثير العميق للمواد المخدرة على بنية الشخصية والسلوك اليومي. فقد كانت الأعراض الانسحابية الجسدية والنفسية شديدة، وتجلت في اضطرابات النوم، المزاج، والعدوانية، إضافة إلى تراجع في الأداء المعرفي كضعف التركيز واضطراب الذاكرة. ورغم هذه الصورة السريرية المعقدة، فقد لوحظت لدى الحالة رغبة صادقة في التوقف ومحاولات متكررة للتقليل من التعاطي قبل إجراء المقابلتين ، مما يُعد مؤشرًا إيجابيًا يجب دعمه خلال المسار العلاجي.

وتشير هذه الإرادة الأولية إلى وجود استعداد نفسي للتحسن، وهو عنصر بالغ الأهمية في تصميم الخطة العلاجية وتحديد مداخل التدخل النفسي والسلوكي.

6-2-5- الحالة الخامسة:

أظهرت نتائج المقياس القبلي للإدمان على المخدرات بالنسبة للحالة نسبة 82%، مما يشير إلى درجة إدمان شديدة وفق التصنيف المعتمد. وتنسجم هذه النتيجة مع المعطيات النوعية التي تم جمعها خلال المقابلة، حيث كشفت الحالة عن مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المعقدة التي ساهمت في الانخراط المبكر والمتكرر في تعاطي المواد المخدرة، من بينها فشل العلاقة العاطفية، وبيئة أسرية يسودها التوتر والصراع، خاصة العلاقة الصعبة مع الأب، والتي تميزت بالقسوة وانعدام الدعم العاطفي. كما تم تسجيل مظاهر تفضيل وتمييز داخل الأسرة، وهو ما زاد من شعور الحالة بالعزلة والإقصاء. هذا السياق المتشابك شكّل بيئة خصبة لظهور السلوك الإدماني وتعزيزه مع مرور الوقت، مما يُبرز أهمية التدخل النفسي العلاجي المتكامل الذي لا يقتصر على معالجة السلوك الإدماني فحسب، بل يشمل كذلك إعادة بناء التوازن النفسي والعلاقات الأسرية الداعمة.

6-3- نتيجة مقياس الإدمان البعدي:

6-3-1 الحالة الأولى:أجري القياس في بيئة علاجية مستقرة، وبعد نهاية البرنامج العلاجي خضعت الحالة لإعادة تقييم درجة الإدمان، فجاءت النتيجة بنسبة 38%، وهي نسبة تُصنّف ضمن مستوى الإدمان الخفيف. هذا الرقم لم يكن مجرد مؤشر إحصائي، بل كان شاهدًا على التحوّل الإيجابي الذي بدأ يظهر في سلوك المريض وتفكيره. فقد بدأت مظاهر التبعية النفسية تنحسر، وظهرت بوادر استعادة السيطرة على الذات، ما شكّل خطوة مهمة نحو إعادة بناء التوازن النفسي والاجتماعي.

6-3-2- الحالة الثانية:

بعد مرور فترة العلاج، تم تقييم الحالة مرة أخرى، حيث أظهرت النتيجة نسبة 45%، مما يشير إلى تراجع من مستوى إدمان شديد إلى خفيف. هذا التغيير يعكس بداية انفكاك الارتباط النفسي القهري بالمادة المخدرة، حيث أصبح المريض أكثر وعيًا بسلوكياته وأكثر قدرة على التعامل مع الضغوط دون اللجوء للتعاطي. مثل هذه النتيجة تعتبر دليلاً مشجعًا على استجابة المريض للعلاج واستعداده للاستمرار في مسار التعافي.

6-3-3- الحالة الثالثة:

عند إعادة تطبيق مقياس الإدمان بعد انتهاء البرنامج العلاجي، حصلت الحالة على نسبة 20%، وهي نسبة تُعبّر عن تراجع كبير في مستوى الإدمان لدرجة تُشير إلى شبه غياب لأعراض التبعية النفسية. عكست هذه النتيجة تقدمًا نوعيًا في حالة المريض، حيث أظهر قدرة متزايدة على تحمل الفراغات النفسية ومواجهة الضغوط دون الحاجة إلى التعاطي، ما يعزز فرص الحفاظ على التعافي طويل المدى.

6-3-4- الحالة الرابعة:

بعد استكمال الحصص العلاجية، خضعت الحالة لقياس بعدي أظهر نتيجة قدرها 48%، وهي نسبة تُصنّف ضمن الإدمان الخفيف بعد أن كانت في خانة الشديد. هذه النتيجة تُعد تحولًا لافتًا في مسار العلاج، حيث بدأت المؤشرات السلوكية والنفسية تُظهر تحسنًا ملموسًا، وتمكن المريض من إدراك آثار الإدمان والتحكم بدرجة أكبر في دوافعه، وهو ما يُبشر بإمكانية تحقيق استقرار نفسي مستقبلي.

6-3-5- الحالة الخامسة:

في مرحلة القياس البعدي، أظهرت الحالة نسبة 42%، وهو ما يعكس تحسنًا واضحًا يُخرجها من خانة الإدمان الشديد إلى الخفيف. هذه النتيجة تُجسد أثر البرنامج العلاجي على مستوى الوعي النفسي والانفعالي، حيث بدا المريض أكثر توازنًا وأقل انجرافًا وراء الدوافع القهرية للتعاطي. كانت هذه النسبة بمثابة نقطة ضوء تدل على بداية تشكّل نمط حياة أكثر صحة واستقرارًا.

6-4-تحليل نتائج الحالات:

6-4-1- الحالة الأولى:

من خلال المقابلات التي أجريت مع الحالة "ك.ي"، الذي يبلغ من العمر 27 سنة وبدأ في تعاطي المخدرات في سن 15 سنة، يتضح أن دوافعه للتعاطي كانت متعددة ومعقدة حيث أن بداية التعاطي في سن المراهقة ترتبط غالبًا بعوامل نفسية واجتماعية وبيئية متشابكة العوامل العائلية والنفسية : حيث عانى "ك.ي" من مشكلات عائلية أثرت سلبًا على صحته النفسية، مما شكل الدافع الأكبر لتعاطيه المخدرات. تؤكد الدراسات أن الصراعات الأسرية والتفكك الأسري من أبرز العوامل التي تزيد من خطر الإدمان لدى المراهقين (Hawkins et al., 1992) (46) كما أن انخفاض تقدير الذات والاضطرابات النفسية كالعزلة والانطواء من العوامل النفسية التي ترفع من احتمال اللجوء إلى المخدرات كوسيلة للهروب أو التكيفللتطور المرضي للحالة : كما أظهر "ك.ي" قبل التعاطي أعراضًا نفسية كالعزلة والكلام مع النفس، مما استدعى زيارة طبيب نفسي. ومع ذلك، فإن توقفه عن العلاج بعد وفاة والده أدى إلى تفاقم حالته. هذا يتماشى مع ما أوردته منظمة الصحة العالمية (WHO, 2019)حول أهمية استمرارية العلاج النفسي لمنع الانتكاسات حيث بعد تعاطي المخدرات، ظهرت على "ك.ي" أعراض نفسية حادة كالهلاوس، التصرفات العدوانية غير الإرادية،

وإيذاء الذات (جروح في اليدين وآثار حروق بالسجائر). هذه الأعراض تتوافق مع ما ورد في الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) ، حيث يُصنف الإدمان كمجموعة من الاضطرابات النفسية التي تؤثر على التفكير والسلوك والعلاقات الاجتماعية وأفاد "ك.ي" بمحاولاته العديدة للإقلاع عن المخدرات لكنه كان ينتكس بسبب التبعية النفسية والأعراض الانسحابية الحادة. الأدلة العلمية توضح أن الأعراض الانسحابية، مثل القلق والاكتئاب والرغبة الشديدة في التعاطي (craving) ، تشكل عائقًا رئيسيًا أمام التعافي.(Koob & Volkow, 2016 760) كما بيّن "ك.ي" أن غياب الدعم من العائلة والأصدقاء، بالإضافة إلى عودته إلى نفس البيئة الاجتماعية القديمة (أصدقاء السوء وأماكن التعاطي)، كان من الأسباب الرئيسة للانتكاس. العديد من الدراسات أكدت أن البيئة الداعمة عامل حاسم في نجاح العلاج والوقاية من الانتكاس (مارلات 2005)ورغم المعاناة، أعرب "ك.ي" عن رغبته القوية في التعافي وبدء حياة جديدة، معترفًا بأن الإدمان مرض يحتاج إلى علاج متخصص، وليس مجرد ضعف في الإرادة. هذا يتفق مع التوجهات الحديثة في علم الإدمان التي تعتبر الإدمان مرضًا دماغيًا مزمنا(Leshner, 1997 (45) ، Volkow et al., 2016 (363); وتؤكد على أهمية إزالة وصمة العار المرتبطة به وأظهرت نتائج القياس البعدي فعالية البرنامج العلاجي في خفض مستوى التبعية النفسية بشكل واضح، حيث ساعد المريض على الانتقال من مرحلة الإدمان الشديد إلى الإدمان الخفيف، مما يدل على استجابته الإيجابية للعلاج وتحسّن قدرته على التحكم في الرغبات القهرية.

6-4-2- تحليل الحالة الثانية :تُعدّ بداية تعاطي المخدرات في سن مبكرة (أقل من 15 عامًا) من أخطر عوامل الخطورة المرتبطة بتطور اضطرابات الإدمان المزمنة. فخلال مرحلة الطفولة والمراهقة المبكرة، يكون الدماغ في طور النمو والتطور، مما يجعله أكثر عرضة للتأثيرات العصبية والسلوكية طويلة الأمد للمخدرات (Squeglia et al., 2009 (31)أشارت الأبحاث إلى أن التعاطي المبكر يرتبط بزيادة احتمال الإدمان المزمن، واضطرابات الصحة النفسية، وصعوبة التعافي لاحقًا وفي حالة هذا الشاب، شكّلت العلاقة

الديناميكية مع الأسرة، وخاصة مع الأم، عاملًا معقدًا. فعلى الرغم من أن الأم تمثل مصدر دعم إيجابي حاليًا في رحلة التعافي، إلا أن الضغوطات الأسرية المزمنة (كالعنف، النزاعات المستمرة، إهمال الأب) لعبت دورًا رئيسيًا في دفعه إلى التعاطي كآلية للهروب والتكيف مع بيئة مؤلمة (Anda et al., 2006 (174) تشير الدراسات إلى أن سوء المعاملة والإهمال في الطفولة يرتبطان بارتفاع خطر الإدمان لاحقًا وإلى جانب العوامل الأسرية، ساهم تأثير الأصدقاء "الصحبة السيئة" والرغبة الفردية في تجربة المخدرات في تعميق المشكلة. يُعد ضغط الأقران من أبرز العوامل الاجتماعية التي تؤثر على سلوكيات التعاطي لدى المراهقين (Steinberg, 2008 (78)حيث وصل الشاب إلى مركز العلاج بعد 7 أيام من التوقف عن التعاطي، وظهور أعراض انسحابية كالأرق، العدوانية، واضطرابات جسدية، يعكس الاعتماد الجسدي والنفسي المتطور على المواد المخدرة. تُعد هذه الأعراض شائعة في حالات الإدمان المزمن، وتتطلب تدخلات طبية ونفسية لإدارتها بفعالية والعدوانية، بشكل خاص، تمثل تحديًا في المراحل المبكرة من العلاج، حيث تشير إلى اضطرابات في التنظيم الانفعالي تتطلب استراتيجيات علاجية متخصصة (Volkow et al., (2016 (363) وإبداء الشاب لرغبته في التخلص من الإدمان وسعيه للحصول على مساعدة متخصصة يعكس درجة من الوعي الذاتي، وهو مؤشر إيجابي على الاستعداد للتغيير. يُعد الدعم الأسري، وخصوصًا دعم الأم في هذه الحالة، عاملًا وقائيًا مهمًا في تعزيز فرص النجاح في برامج العلاج(ميدوز 2011) كما أن التعاطي منذ سن مبكرة يؤثر سلبًا على تطور الدماغ، خاصة في المناطق المرتبطة بالتنظيم الانفعالي، اتخاذ القرار، والمكافأة، مما يعقد عملية التعافي ويجعلها تتطلب برامج علاجية مكثفة وطويلة الأمد (Lubman et al., 2015 (792) و يعد الانضمام إلى مجموعات دعم من الأدوات الفعالة لمساعدة الأفراد على التعامل مع محفزات الانتكاس وتطوير استراتيجيات التأقلم كما ساهم البرنامج العلاجي بشكل فعّال في تقليل شدة الاعتماد النفسي، وهو ما عكسته نتيجة القياس البعدي التي بيّنت

انخفاضًا كبيرًا في درجة التبعية، مما يشير إلى تطور واضح في وعي المريض بمشكلته وبداية استعادته للتوازن النفسي.

6-4-3- تحليل الحالة الثالثة:

تظهر حالة الشاب م.ي (25 سنة) نمطًا شائعًا في سلوكيات الإدمان المبكر، حيث بدأت التجربة مع التدخين في سن 16، ثم تطورت تدريجيًا نحو تعاطي مواد أكثر خطورة مثل ليريكا(Pregabalin) ، الحشيش، والمهلوسات حيث يعد تأثير الصحبة السيئة (peerpressure) من العوامل المعروفة والمؤثرة في بداية التعاطي خاصة في مرحلة المراهقة والشباب، وهي مرحلة تتسم ببحث الفرد عن الهوية والانتماء كما ظهرت العوامل النفسية بوضوح، كالتوتر النفسي، الفراغ العاطفي، والاكتئاب، تتماشى مع النموذج التفسيري الذي يربط بين الإدمان واضطرابات المزاج (Khantzian, 1997 (231) يشير نموذج "self-medication hypothesis"إلى أن الأفراد قد يلجؤون إلى المخدرات كوسيلة للتخفيف من الأعراض النفسية غير المعالجة و الأعراض الانسحابية التي ظهرت (الأرق، القلق، التعرق، الرجفة، تسارع ضربات القلب، الاكتئاب) هي أعراض موثقة في الأدبيات العلمية، وتعكس الاعتماديين النفسي والجسدي (كوستن 2003) رغم تصنيف م.ي في مرحلة إدمان خفيفة 44 %حسب المقياس القبلي، إلا أن وجود الأعراض الانسحابية يشير إلى بدء ترسخ أنماط الاعتماد، مما يجعل التدخل العلاجي المبكر ضروريًا . والعلاج، يجمع بين العلاج السلوكي المعرفي (CBT) والجلسات الجماعية والتدخل الطبي لإدارة الأعراض الانسحابية، يتماشى مع الإرشادات العلاجية الدولية (National Institute on Drug Abuse - (NIDA, 2018).يعزز العلاج السلوكي المعرفي قدرة المريض على التعرف إلى المحفزات السلبية وتطوير استراتيجيات بديلة للتكيف كما أن الدوافع الإيجابية مثل تدهور العلاقات الاجتماعية وتأنيب الضمير تشكل حوافز قوية للتغيير، وفقًا لنموذج "مراحل التغيير (Prochaska & DiClemente, 1983 (390-395)، مما يزيد من احتمالية نجاح العلاج و كانت استجابة الحالة الثالثة متميزة حيث مكّنها البرنامج من تحقيق انخفاض كبير

في درجة التبعية النفسية، وصولًا إلى مستوى يكاد يخلو من مظاهر الإدمان، وهو ما يدل على فعالية المقاربة العلاجية في الحد من التعلق بالمادة المخدرة وتعزيز الاستقلال النفسي.

6-4-4- تحليل الحالة الرابعة:

تمثل حالة "ح.ن" نموذجًا للإدمان متعدد العوامل، حيث تداخلت العوامل النفسية، الاجتماعية، والسلوكية في تشكيل مسار تعاطيه. أظهرت نتائج المقابلتين أن بداية التعاطي كانت مدفوعة بالفضول والهروب من ضغوط الواقع، وهو نمط شائع في المراحل المبكرة للإدمان، خاصة في بيئات يغيب فيها الدعم النفسي الكافي (Hawkins et al., 1992 (105-64)رغم انتمائه لأسرة ذات مستوى اقتصادي متوسط وعلاقته الإيجابية بأمه وأخته، إلا أن وجود سوابق عدلية وكثرة الشجارات يعكس خللًا في مهارات إدارة الغضب والتكيف مع الضغوط الاجتماعية ما يعزز فرضية وجود سمات اندفاعية وعدوانية (Moeller et al., 2001) (1783-1793) بالإضافة إلى أعراض الاعتماد الجسدي كانت واضحة (شحوب، رعشة، كدمات اضطرابات النوم والشهية)، ما يشير إلى تطور التعاطي إلى مرحلة الإدمان الشديد وهذا تأكد من خلال نتيجة مقياس الإدمان القبلي (84%)، المصنّفة في نطاق الإدمان الشديد و رغم تعقيد الحالة السريرية، فإن بروز مشاعر الندم وتأنيب الضمير، إلى جانب محاولات المريض للحد من التعاطي بجهود ذاتية، يعكس وجود دافع داخلي نحو التغيير. وتُعتبر عبارة المريض "هاد الخطرة عفست على قلبي" تعبيرًا عاطفيًا صادقًا يُشير إلى بداية تشكّل وعيه الذاتي بحجم المشكلة (Insight) بناءً عليه، يُوصى باتباع خطة علاجية شاملة تتضمن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي، بالإضافة إلى جلسات دعم جماعي لتعزيز التعافي حيث بيّنت نتائج القياس البعدي تحسنًا كبيرًا بعد تطبيق البرنامج، حيث انخفضت حدة التبعية النفسية إلى مستوى أقل خطورة، مما يدل على أن التدخل العلاجي ساهم في التخفيف من الارتباط النفسي الشديد بالمخدرات وساعد المريض على إعادة بناء توازنه الداخلي.

6-4-5- تحليل الحالة الخامسة:

تعكس نتائج المقابلات حالة "ح.ب" البالغ من العمر 28 سنة حالة إدمانية معقدة ناتجة عن تداخل عوامل نفسية واجتماعية وبيئية .في المقابلة الأولى، ظهر بوضوح التحفظ والصمت الدفاعي، وهو مؤشر يرتبط بآليات الدفاع النفسي اللاشعوري مثل الكبت (Repression) والإنكار (Denial) التي تعتبر من الخصائص الشائعة لدى المدمنين في المراحل المبكرة من العلاجأما في المقابلة الثانية، فقد برزت العوامل المهيئة للإدمان مثل الأزمات العاطفية غير المعالجة والعنف الأسري، وهو ما يتماشى مع نظرية Bandura في التعلم الاجتماعي (Social Learning Theory)التي تفسر تبني السلوكيات الإدمانية كرد فعل لنماذج سلبية في البيئة الاجتماعية (Bandura, 1977) كما أظهرت المقابلة مع الأم بروز الاعتماد المشترك (Co-dependency) ، وهو نمط يتصف بتداخل الأدوار داخل الأسرة وتأثر أفرادها بإدمان أحد الأعضاء، مما يؤدي إلى دائرةمعقدة من المشاعر السلبية والاضطرابات التكيفية (بيتي م 1992)الأعراض التي وصفتها الأم (كالعدوانية، فقدان الشهية، الانسحاب الاجتماعي) تتماشى مع معايير اضطراب استخدام المواد (Substance Use Disorder)حسب التصنيف التشخيصي (American Psychiatric Association, 2013) (DSM-5)من ناحية أخرى، كشفت نتائج مقياس الإدمان القبلي عن نسبة مرتفعة بلغت 82%، مما يعكس مستوى عالياً من الاعتماد النفسي والجسدي، وهو ما يشكل مؤشراً مقلقاً يستدعي التدخل العلاجي المناسب. بناءً عليه، يصبح من الضروري تفعيل البرنامج العلاجي المخصص للحد من التبعية النفسية والسيطرة على أعراض الانسحاب بشكل تدريجي ومنهجي حيث عكست النتيجة البعدية للحالة فعالية البرنامج العلاجي في إحداث نقلة نوعية في مستوى التبعية، حيث تم خفض حدة الإدمان من مستوى شديد إلى خفيف، وهو ما يشير إلى قدرة البرنامج على التخفيف من الضغوط النفسية المرافقة للإدمان ودعم فرص التعافي.

6-5- المقارنة بين القياس القبلي والبعدي:

6-5-1- الحالة الأولى:

انخفضت درجة الإدمان من 68 إلى 38، بفارق 30 نقطة، ما يمثل تحسّنًا ملموسًا من إدمان شديد إلى خفيف. هذا التراجع الكبير يشير إلى فعالية البرنامج العلاجي في تقليل الاعتماد النفسي، حيث تُظهر الدراسات أن انخفاض درجات التبعية بمثل هذا الحجم يرتبط بتحسن في القدرة على مقاومة الرغبات القهرية والحد من أعراض الانسحاب النفسية.

6-5-2- الحالة الثانية:

شهدت الحالة الثانية انخفاضًا بمقدار 30 نقطة (من 75 إلى 45)، مما يدل على تخفيض كبير في الإدمان والتبعية النفسية. هذا النوع من التغير يعكس نجاح التدخل العلاجي في تعديل أنماط التفكير والسلوك المرتبطة بالإدمان، مما يُعزز قدرة المدمن على التكيف النفسي ويقلل من احتمالية الانتكاس.

6-5-3-الحالة الثالثة:

حدث تراجع بمقدار 24 نقطة (من 44 إلى 20)، وهو انخفاض مهم يعكس تراجعًا شبه كامل في مظاهر التبعية النفسية. مثل هذا الانخفاض يشير إلى تحسن في التنظيم العاطفي وتقليل التوتر المرتبط بالاعتماد النفسي، وهو أمر أساسي لتعزيز الاستقلالية النفسية والتعافي المستدام.

6-5-4-الحالة الرابعة:

انخفضت درجة الإدمان بمقدار 36 نقطة (من 84 إلى 48)، وهو أكبر فرق بين الحالات الخمس. هذا الانخفاض الكبير يشير إلى أثر إيجابي قوي للبرنامج العلاجي، حيث يؤدي تخفيض التبعية النفسية بمثل هذا القدر إلى تحسين القدرة على اتخاذ قرارات واعية ومواجهة الضغوط النفسية بدون اللجوء للمخدرات.

6-5-5-الحالة الخامسة:

تم تسجيل انخفاض بمقدار 40 نقطة (من 82 إلى 42)، مما يعكس تحسنًا جوهريًا من إدمان شديد إلى خفيف. هذا التغير الكبير يبرهن على قدرة البرنامج على تقليل الاعتماد النفسي بشكل فعال، وهو مؤشر على احتمالية عالية لاستقرار الحالة النفسية ومنع الانتكاسات في المستقبل.

6-6- مناقشة الفرض على أساس النتائج المتحصل عليها:

أظهرت النتائج المتحصل عليها بعد تطبيق البرنامج العلاجي انخفاضًا ملحوظًا في درجات التبعية النفسية لدى جميع الحالات الخمس، حيث انتقل أغلبها من مستوى "الإدمان الشديد" إلى "الإدمان الخفيف"، ووصلت حالة واحدة إلى درجة تُشير إلى غياب شبه تام لمظاهر التبعية النفسية وهذا التغير الكمي، والذي تراوح بين انخفاضات من 24 إلى 40 نقطة، يُعد مؤشرًا قويًا على فعالية البرنامج العلاجي. علميًا، يُعتبر هذا الحجم من الانخفاض دالًا إحصائيًا وسلوكيًا على حدوث تغيير فعلي في البنية النفسية المرتبطة بالإدمان، كالتعلق بالمادة، ضعف الضبط الذاتي، وصعوبة مقاومة الإغراءاتكما أن هذا التحسن لم يقتصر على الجانب الرقمي فقط، بل رافقه تحسن ملحوظ في المؤشرات النوعية للسلوك، مثل زيادة الوعي الذاتي لدى المرضى، القدرة على تحمل الفراغ الانفعالي، وتراجع الحاجة القهرية للتعاطي. هذه الجوانب تؤكد أن البرنامج لم يُعالج فقط الأعراض، بل استهدف البنية العميقة للتبعية النفسية وبالتالي فإن هذه النتائج تدعم الفرضية الأساسية للمذكرة، وتُبرهن على أن البرنامج العلاجي المقترح كان له أثر فعّال في خفض مستوى التبعية النفسية لدى الراشدين المدمنين على المخدرات مما يجعله نموذجًا قابلاً للاعتماد عليه أو تطويره في مراكز علاج الإدمان.

كما تتوافق النتائج المتحصل عليها في هذه الدراسة مع ما تؤكده الأدبيات النفسية الحديثة حول فعالية البرامج العلاجية المتكاملة في خفض التبعية النفسية لدى المدمنين، خصوصًا

تلك التي تعتمد على المقاربة النفسية المعرفية السلوكية .(CBT) إذ تشير هذه النظرية إلى أن الإدمان ليس فقط اضطرابًا في السلوك، بل هو أيضًا نتيجة لأنماط تفكير مشوّهة ، واستجابات انفعالية غير سوية، وضعف في المهارات النفسية الاجتماعية، وهو ما استهدفه البرنامج العلاجي المقترح كما تدعم النتائج ما ذهبت إليه نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا والتي ترى أن السلوك الإدماني يتم تعلمه من خلال النمذجة والتعزيز، وبالتالي يمكن تعديله أيضًا من خلال التعليم والملاحظة وإعادة تشكيل أنماط التفاعل. فالتغيرات التي لوحظت في سلوكيات الحالات بعد العلاج تدل على اكتسابهم لاستراتيجيات جديدة في التعامل مع الضغوط والمواقف المثيرة للتعاطي ومن جهة أخرى، فإن التحسن الملحوظ الذي طرأ على الحالات يتماشى مع ما توصّلت إليه العديد من الدراسات السابقة (مثل دراسة "مارلات&غوردون" 1985، ودراسة "هاريسون" 2012)، التي أكدت أن البرامج العلاجية التي تدمج بين العلاج النفسي، والتدريب على المهارات، وإعادة بناء الصورة الذاتية، تؤدي إلى خفض واضح في مستويات التبعية النفسية والوقاية من الانتكاس وبالتالي، فإن فعالية البرنامج العلاجي الذي طُبّق في هذه الدراسة لا تتجلى فقط في نتائجه الإحصائية، بل تنسجم أيضًا مع الإطار النظري الذي يفسر كيف يتشكل الإدمان وكيف يمكن التدخل فيه بفعالية. هذا ما يعزز من صدقية الفرضية، ويمنح البرنامج مشروعية علمية ومهنية تدعم إمكانية اعتماده في الأوساط العلاجية.

ومن خلال تحليل الحالات الخمس بعد تطبيق البرنامج العلاجي المقترح، تبيّن بوضوح أن جميع المشاركين أظهروا تحسنًا ملحوظًا في مستوى التبعية النفسية، حيث انخفضت درجات الإدمان من مستويات "شديدة" إلى "خفيفة"، بل وصلت إحدى الحالات إلى مستوى لا يُظهر علامات إدمان تُذكر. هذه النتائج لا تمثل مجرد نجاح فردي، بل تُجسد دليلاً ملموسًا على فعالية البرنامج العلاجي في إحداث تغيرات حقيقية وعميقة في البناء النفسي للمُتعاطين و لقد ساهم البرنامج في تمكين المرضى من إدراك مشكلاتهم بشكل أعمق، وتطوير مهارات جديدة

في التعامل مع الضغوط والمحفزات النفسية التي كانت تساهم في استمرار السلوك الإدماني وهو ما يُظهر أن التغيير لم يكن سطحيًا أو مؤقتًا، بل شمل تحولات جوهرية في آليات التفكير والانفعال والاستجابة، مما عزز من قدرة المشاركين على مقاومة دوافع التعاطي والاعتماد على ذواتهم كما أن الاتساق الظاهر في التحسن بين الحالات، رغم اختلاف الخلفيات والسمات الفردية، يعكس مرونة البرنامج وملاءمته لمستويات متعددة من الإدمان، مما يجعله قابلاً للتطوير والتطبيق على نطاق أوسع في مختلف المراكز العلاجية.

الخاتمة:

بيّنت هذه الدراسة أهمية التكامل بين الجوانب المعرفية والسلوكية والعاطفية داخل البرنامج العلاجي، وهو ما يدعونا إلى إعادة النظر في بعض الأساليب التقليدية التي قد تقتصر على العلاج الدوائي أو التوجيهي فقطو في ضوء هذه النتائج، يمكن التأكيد أن البرنامج العلاجي المقترح لا يكتفي بخفض أعراض الإدمان الظاهرة، بل يُعد أداة فعالة في إعادة بناء التوازن النفسي للفرد، وتقوية مناعته النفسية ضد الانتكاس، ما يجعله مساهمة قيمة في ميدان علم النفس العيادي، خاصة في مجال علاج الإدمان وعلى الرغم من محدودية العينة وصعوبات التطبيق، فإن النتائج تفتح آفاقًا جديدة للبحث والتجريب، وتشجع على مزيد من الدراسات التي قد تدمج هذا البرنامج مع تدخلات أخرى، أو تطبّقه في سياقات مختلفة (مثل فئة المراهقين أو النساء المدمنات)، كما تؤكد ضرورة مواصلة العمل على تطوير برامج علاجية شاملة ومتكاملة تستند إلى الأسس العلمية وتراعي خصوصية كل حالة على حدة.

الصعوبات:

واجهت الدراسة عددًا من الصعوبات التي كان لها تأثير نسبي على سير العمل، من أبرزها محدودية عدد الحالات المشاركة، والتي اقتُصرت على خمس حالات فقط، مما يحدّ من إمكانية تعميم النتائج على فئات أوسع. كما تمثلت بعض التحديات في صعوبة ضمان استمرارية التزام المشاركين بجميع مراحل البرنامج العلاجي، نتيجة لظروفهم النفسية أو الاجتماعية. هذا بالإضافة إلى بعض القيود المتعلقة بجمع البيانات، حيث تطلّب الأمر تنسيقًا مستمرًا مع المركز العلاجي والالتزام بسرية المعلومات، وهو ما استلزم وقتًا وجهدًا إضافيين. أيضًا، ظهرت صعوبات في القياس الذاتي، كون بعض المفحوصين قدّموا إجابات متأثرة بالضغوط أو الرغبة في إرضاء الفريق العلاجي.

الاقتراحات:

1- **توسيع حجم العينة** :يُنصح مستقبلاً بإجراء دراسات على عينات أكبر وأكثر تنوعًا من حيث العمر، الجنس، ونوع المادة المخدرة، وذلك لتعزيز صدقية النتائج وتعميمها.

2- **دراسات مقارنة** :إجراء دراسات مقارنة بين أنواع مختلفة من البرامج العلاجية (سلوكية، معرفية، جماعية...) لتحديد الأكثر فعالية في خفض التبعية النفسية.

3- **اعتماد أدوات قياس متعددة** :يُستحسن إدماج مقاييس إضافية (نوعية أو موضوعية) لتقييم مدى التحسن النفسي، مثل اختبارات القلق، الاكتئاب، أو مؤشرات الانتكاس.

4- **متابعة طويلة المدى** :إجراء دراسات تتضمن متابعة بعدية لعدة أشهر أو سنة بعد انتهاء العلاج، لفحص مدى استقرار التحسن ومقاومة الانتكاس.

5- **دمج برامج الدعم الأسري** :اقتراح بناء برامج علاجية تدمج الأسر في العملية العلاجية، نظرًا للدور الهام الذي تلعبه البيئة الاجتماعية في دعم أو عرقلة التعافي.

6- **الاهتمام بالجانب الوقائي** :تطوير برامج وقائية موجهة للشباب المعرضين لخطر الإدمان، تستفيد من معطيات هذه الدراسة وتطبق مبادئها على صعيد التوعية والتدخل المبكر.

قائمة المراجع

الكتب:

1- أبو الفتح، عفاف عادل. (2019). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تخفيف حدة مواقف الانتكاسة شديدة الخطورة للمتعافين من إدمان الهيروين (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، مصر.

2- أبو زيد، مدحت عبد الحميد. (2003). لهفة الإدمان: تشخيصها وعلاجها. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

3- أشرف، علي عبده. (2011). سيكولوجية الإدمان من منظور علاجي حديث. القاهرة: المركز الدولي للاستشارات النفسية.

4- الأحمري، يسرا بنت سعد. (2020). فعالية برنامج علاجي انتقائي تكاملي محوسب لخفض الانتكاسة لدى المدمنين (رسالة دكتوراه). جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

5- الغريب، عبد العزيز بن علي. (2006). ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي. الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

6- الفقيه، علي حسن. (1416هـ). فعالية العلاج المعرفي في علاج حالات الإدمان على الهيروين (رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية، جامعة أم القرى.

7- القرني، بريك بن عائض. (2010). المخدرات: الخطر الاجتماعي الداهم. الرياض: مكتبة القانون والاقتصاد.

8- الحموي، ع. (2015) الإدمان وتبعاته النفسية والاجتماعية .دمشق: دار الفكر المعاصر.

9- النجار، س. (2017)برامج علاج الإدمان النفسي: مدخل عملي .بيروت: المركز العربي للنشر والتوزيع.

10- بن حميد، لطيفة بنت محمد بن عبد الرحمن. (2019). الضغوط المرتبطة بانتكاسة المدمن بعد التعافي. مجلة الخدمة الاجتماعية، الجمعية المصرية للأخصائيين الاجتماعيين.

11- بن هادية، علي، البليشي، الحسن، والجيالني، بن الحاج يحيى. (1995). القاموس الجديد للطالب (ط7). الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.

12- جمال، مارلات، ودونوفان، د. م. (2005). الوقاية من الانتكاس: استراتيجيات المحافظة في علاج السلوكيات الإدمانية (ط2). نيويورك: دار جيلفورد للنشر.

13- جون، سكوت، وجوردون، مارشال. (2000). موسوعة علم الاجتماع (ترجمة محمد الجوهري وآخرون، مج6، ط6). القاهرة: المركز القومي للترجمة.

14- حيمر، زليخة. (2018). مفهوم المخدرات وتطور تعاطيها عالمياً. جامعة 08 ماي 1945.

15- حسن، محمد فتحي. (2011). إدمان المخدرات والمسكرات بين الواقع والخيال من منظور التحليل النفسي اللاكاني. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.

16- حماد، محمد فتحي. (2004). الإدمان والمخدرات. القاهرة: دار فجر للنشر والتوزيع.

17- الحجار، محمد حمدي. (1992). الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

18- الخزاعلة، عبد العزيز. (2003). الجوانب الاجتماعية لظاهرة تعاطي المخدرات في الأردن: دراسة ميدانية. أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية.

19- خدام المشاقبة، محمد أحمد. (2013). فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، 21.

20- خضر، شيراز محمد. (2022). علم نفس السلوك الإدماني (تعريب فريق دار الأكاديمية للطباعة والنشر والتوزيع، ط1). القاهرة: دار الأكاديمية.

21- الدوسري، نايف عبد العزيز هذال. (2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدخنين (ورقة علمية، رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الدمام.

22- الدمرداش، عادل. (1983). الإدمان ومظاهره وعلاجه. الكويت: منشورات خاصة.

23- الدوسري، نايف عبد العزيز هذال. (2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالإدمان على المخدرات (ورقة علمية). كلية علم النفس الجنائي.

24- رتاب، وسيلة. (2018). فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسية.

25- سعد، محمد فتوح، وإبراهيم، أمينة. (2016). الآثار الصحية والنفسية لتعاطي المخدرات لدى شباب جامعة المواد المخدرة، فلسطين.

26- سعدات، محمد فتوح، وبدوي، أمينة إبراهيم. (2016). الآثار الصحية والنفسية لتعاطي المخدرات لدى الشباب الفلسطيني. جامعة المواد المخدرة.

27- سوسن، شاكر. (2008). المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والصحية على الشباب الجامعي. عمان: كنوز المعرفة.

28- سعدات، محمد فتوح. (2016). الآثار الصحية والنفسية لتعاطي المخدرات لدى شباب جامعة المواد المخدرة. فلسطين.

29- سعدات، محمد طارق. (2015). هوية الذات والتوافق النفسي لدى سجناء متعاطي المخدرات وأبنائهم في قطاع غزة (رسالة ماجستير غير منشورة). فلسطين.

30- شديفات، محمود موسى. (2017). الإدمان وأثره على المجتمعات: الأسباب – الوقاية – العلاج. دار الخليج.

31- شاهين، سيف الدين حسين. (1989). المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض: مكتبة العبيكان.

32- صبيح، آيات إبراهيم. (2006). العوامل المرتبطة بالعودة إلى إدمان العقاقير المخدرة ونموذج مقترح للتدخل المهني معها (رسالة دكتوراه غير منشورة). كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.

33- عبد الباسط، متولي خضر. (2014). أدوات البحث العلمي وخطة إعدادها. القاهرة: دار الكتاب الحديث.

34- عبد المنعم، عفاف محمد. (2003). الإدمان: دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

35- عبد الله، عبد الإله بن، والجوادي، رياض بن علي. (2011). المخدرات والمؤثرات العقلية: أسباب التعاطي وأساليب المواجهة (ط1). الرياض.

36- عبد الرزاق، أمقران، ماهر مسيحة، بسطا زكري. (2012). اتجاهات الطلاب إزاء تعاطي المخدرات. المؤسسة العربية للاستشارات العلمية وتنمية الموارد البشرية.

37- محمود، مخامرة زهيرة. (2018). فاعلية برنامج إرشادي جماعي وقائي من الإدمان على المخدرات لدى طلبة المرحلة الثانوية في مدارس البلدة القديمة في مدينة الخليل (رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة الخليل.

38- محمد، الخطيب. (1990). حكم تناول المخدرات والمفترات. مجلة الهداية، البحرين.

39- مشاقبة، محمد أحمد. (2007). الإدمان على المخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي. عمان: دار الشروق للنشر والتوزيع.

40- مشرف، عبد الإله بن عبد الله، والجوادي، رياض بن علي. (2011). المخدرات والمؤثرات العقلية: أسباب التعاطي وأساليب المواجهة (ط1). الرياض.

41- موسى، دياب، البداينية. (2012). الشباب والإنترنت والمخدرات. الرياض: مركز الدراسات والبحوث، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

42- هذال، نايف عبد العزيز الدوسري. (2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالإدمان.

43- ويب طب. (2021). أهمية العلاج النفسي للإدمان. تم الاسترجاع في 28 يونيو 2021 من https://www.webteb.com

مراجع إلكترونية عامة:

1- Mayo Clinic. (2022) إدمان المخدرات: اضطراب تعاطي المواد المخدرة.

2- منظمة الصحة العالمية (WHO). (2019). الصحة النفسية وتعاطي المواد. تم الاسترجاع من https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use

3-(2022) .npistanbul.com ما هي متلازمة الحرمان.

4-(2022) .cliniclesalpes.com مدة انسحاب المخدرات من الجسم.

5- دار نقاء للطب النفسي. (2022). أعراض انسحاب المخدرات: كل ما تحتاج إلى معرفته.

6- (2021) .Medical.com برنامج العلاج المعرفي السلوكي ليون الطبية.

المراجع باللغة الأجنبية :

1. **American Psychiatric Association**. (**2013**).Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. **Anda**, **R**. **F**., **Felitti**, **V**. **J**., **Bremner**, **J**. **D**., **et al**. (**2006**).Theenduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256(3), 174-186.
3. **Bandura**, **A**. (**1977**).Social Learning Theory. EnglewoodCliffs, NJ: Prentice Hall.
4. **Chalout**, **L**.Thérapie comportementale et cognitive (TCC).
5. **Hawkins**, **J**. **D**., **Catalano**, **R**. **F**., **& Miller**, **J**. **Y**. (**1992**).Risk and protective factors for alcohol and other drug problems

inadolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. Psychological Bulletin, 112(1), 64–105.

6. **Khantzian, E. J. (1997).**The self–medication hypothesis ofsubstance use disorders: A reconsideration and recent applications. Harvard Review of Psychiatry, 4(5), 231–244.
7. **Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016).**Neurobiology of addiction: A neurocircuitry analysis. The Lancet Psychiatry, 3(8), 760–773.
8. **Leshner, A. I. (1997).**Addiction is a brain disease, and itmatters. Science, 278(5335), 45–47.
9. **Lubman, D. I., Yücel, M., & Hall, W. D. (2015).**Substance use and the adolescent brain: a toxic combination? Journal of Psychopharmacology, 21(8), 792–794.
10. **McGrath, J. P., & Scarpitti, F. R. (1970).**
Youth and Drugs: Perspectives on a Social Problem. Illinois: Scott Foresman and Company.
11. **Moeller, F. G., et al. (2001).**
The relationship between impulsivity and substance abuse: What is the evidence? The American Journal of Psychiatry, 158(11), 1783–1793.
12. **National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2018).**
Principles of Drug Addiction Treatment: A Research–Based Guide (Third Edition).

13. **Prochaska, J. O., &DiClemente, C. C. (1983).**
Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 390-395.

14. **Rasmussen, S. (2000).**
Addiction Treatment: Theory and Practice. London: Sage Publications, Inc.

15. **Rawson, R. A. (2006).**
A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches for stimulant-dependent individuals. Matrix Institute on Addictions, CA, USA, 101(2), 267-274.

16. **Squeglia, L. M., Jacobus, J., & Tapert, S. F. (2009).**
The influence of substance use on adolescent brain development. Clinical EEG and Neuroscience, 40(1), 31-38.

17. **Steinberg, L. (2008).**
A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. Developmental Review, 28(1), 78-106.

18. **Volkow, N. D., Koob, G. F., &McLellan, A. T. (2016).**
Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. New England Journal of Medicine, 374(4), 363-371.

19. **World Health Organization. (1977).**
The Use of Cannabis: Technical Report. USA.

الملاحق

الملحق رقم (1)
مقياس الإدمان على المخدرات من إعداد "موصدق اسامة"

الأبعاد	العبارات	موافق جدا	موافق	محايد	معارض	معارض جدا
البعد الأول "اضطراب العمليات العقلية العليا"	افتقر إلى مهارات التنظيم وإدارة الوقت					
	لدي تشتت فكري وضعف الانتباه					
	لدي ضعف القدرة على حل المشكلات					
	لدي ضعف في القدرة على استيعاب التعليمات					
	لا أستطيع التركيز لمدة طويلة من الزمن					
	لدي ضعف القدرة على التذكر					
	أعاني من النسيان وضياع الأشياء					
	أعاني من صعوبات في الإدراك					
	يضطرب لدي الإحساس ولا أتحمل الأصوات والضوء					
	يصبح لدي هلوسة مع بعض الحركات نمطية غير اعتياديا عند الابتعاد عن المادة لفترة طويلة					
	أرى بأني شخص غير محبوب لا قيمة له					
البعد الثاني "الحالة الانفعالية"	فقدت الثقة في نفسي					
	اعتقد بأن معظم محاولاتي للنجاح في الحياة فاشلة					
	أتوقع بأن مستوى أدائي سيكون منخفض في شتى المجلات					
	تراودني وتسيطر علي أفكار انتحارية					
	إن سلوكي عدواني وعنيف اتجاه الآخرين					

	لا أستطيع السيطرة على مشاعري وما يصاحبها من عدم السيطرة على سلوكي					
	كثيرا ما أحزن وأتشاءم دون سبب					
	لا أهتم بالنشطات والهويات					
	لدي توتر و أستثار بسرعة					
	أشعر بآلام على مستوى الجسد وخاصة الرأس نتيجة عدم التعاطي					
	تعاطي المادة أو شربها يجنبني الشعور بالقلق					
	لدي تصورات غير واقعية وخيالية					
البعد الثالث "التكيف الانسحابي"	عند الانقطاع أو التقليل من المادة يظهر لدي قلق وعصبية الحادة					
	تصبح لدي اضطرابات في النوم (نوم بكثرة، عدم النوم) بمجرد التوقف عن التعاطي					
	أصبح مكتئبا لدرجة كبيرة عند الانقطاع أو التقليل من المادة					
	أصبحت شخصا خمولا وكسولا					
	أستهتر ولا أراعي الآخرين					
	أجد صعوبة في التعبير باستعمال صيغ لغوية مناسبة					
	لا أستطيع الامتناع عن التعاطي أو شرب المادة					
	اشعر بأني غير جدير بالاحترام					

الملحق رقم (02)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس – مستغانم-

كلية العلوم الاجتماعية

مصلحة التربصات رقم...212...

مستغانم: في 24/06/2025

الى السيد: رئيس المركز الوسيطي لعلاج الإدمان

الموضوع: طلب تسهيل مهمة

نحن مسؤول مصلحة التربصات ، نتقدم الى سيادتكم المحترمة بهذا الطلب المتمثل في تسهيل مهمة طلبة الماستر ، للقيام بالبحث الميداني المرتبط بمذكرة التخرج المعنونة بـ..مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض التبعية النفسية عند الراشد المدمن

ب(المكان).المركز الوسيطي لعلاج الإدمان.....من .....2025/05/29 الى 2025/02/03.....

الطالب (ة):

1-...كاسل فاطيمة.....

الأستاذ المؤطر: أ. مرصاع أسامة

£

تقبلوا سيدي فائق الاحترام والتقدير

المؤسسة المستقبلة

مسؤول مصلحة التربصات

ف.زوبير سوح اسيا ايقب

مسؤول تربصات قسم العلوم الاجتماعية

كلية العلوم الاجتماعية

Scanné avec CamScanner

ملحق رقم (03)

الجمهوريّة الجزائريّة الدّيمقراطيّة الشّعبيّة
وزارة التّعليم العالي والبحث العلمي
جامعة عبد الحميد بن باديس . مستغانم .

كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
شعبة علم النفس /

السنة الجامعية: 2025/2024

استمارة تسجيل موضوع مذكرة التخرج لنيل شهادة الماستر

في تخصص:

علم النفس العيادي (علم النفس) [✓]
علم النفس المدرسي (علم النفس) [ ]

العنـــوان:

مدى فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي
في خفض حدة التجنب الغفلية عند الراشد
المدمن على المخدرات

من إعداد الطالب(ة):
كاسل فاطمة
.....

تحت إشراف:
د. مسعودي
أسامة

الإمضاء

الإمضاء

مستغانم في:.....

مسؤول(ة) اللجنة البيداغوجية

رئيس الشعبة

Scanné avec CamScanner

الملحق (04)

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De Janvier 2025

DATE	CONSULTATION Dr boucedra		CONSULTATION Dr Mehdi		CONSULTATION PSYCHOLOGIE			
					Par Rendez-vous		Nouveau Cas	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/01/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
02/01/2025	8	/	/	/	2	/	2	/
03/01/2025								
04/01/2025								
05/01/2025	/	/	8	/	1	1	2	/
06/01/2025	8	/	8	1	3	/	3	/
07/01/2025	8	/	1	/	3	/	1	/
08/01/2025	/	/	13	1	1	/	2	/
09/01/2025	8	1	/	/	5	/	/	/
10/01/2025								
11/01/2025								
12/01/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
13/01/202/	/	/	5	1	2	/	1	/
14/01/2025	6	/	/	/	3	/	1	/
15/01/2025	/	/	13	/	1	/	2	/
16/01/2025	11	1	/	/	5	/	2	/
17/01/2025								
18/01/2025								
19/01/2025	/	/	9	/	1	/	5	/
20/01/2025	4	/	9	1	3	/	2	/
21/01/2025	1	/	/	/	1	/	3	/
22/01/2025	2	/	/	/	/	/	1	
23/01/2025	3	/	/	/	1	/	1	/
24/05/2025								
25/01/2025								
26/01/2025	12	/	/	/	2	/	2	/
27/01/2025	2	/	3	/	/	/	/	/
28/01/2025	12	/	/	/	/	/	4	/
29/01/2025	/	/	11	/	2	/	1	/
30/01/2025	11	/	/	/	3	/	1	/
31/01/2025								
total	96	2	80	4	39	1	36	/
Total Global	182				76			

Le Chef de service

D.S.S

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De janvier 2025

DATE	05ans à 15ans		16ans à 25ans		26ans à 40ans		41ans à +	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/01/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
02/01/2025	/	/	2	/	3	/	3	/
03/01/2025								
04/01/2025								
05/01/2025	/	/	2	/	5	/	1	/
06/01/2025	/	/	6	/	6	/	4	1
07/01/2025	/	/	5	/	4	/	/	/
08/01/2025	/	/	7	/	5	1	1	/
09/01/2025	/	/	3	1	5	/	/	/
10/01/2025								
11/01/2025								
12/01/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
13/01/2025	/	/	1	/	4	/	/	1
14/01/2025	/	/	4	/	1	/	1	/
15/01/2025	/	/	5	/	5	/	3	/
16/01/2025	/	/	6	1	5	/	/	/
17/01/2025								
18/01/2025								
19/01/2025	/	/	3	/	5	1	1	/
20/01/2025	/	/	6	/	5	/	2	/
21/01/2025	/	/	1	/	/	/	/	/
22/01/2025	/	/	/	/	2	/	/	/
23/01/2025	/	/	1	/	1	/	1	/
24/01/2025								
25/01/2025								
26/01/2025	/	/	7	/	4	/	1	/
27/01/2025	/	/	/	/	3	1	/	1
28/01/2025	/	/	7	/	4	/	1	/
29/01/2025	/	/	7	/	3	/	1	/
30/01/2025	/	/	8	/	3	/	/	/
31/01/20325	/							
Total	/	/	81	2	73	3	20	3
Total global	182							

Le Chef de service

D.S.S

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De Février 2025

DATE	05ans à 15ans		16ans à 25ans		26ans à 40ans		41ans à +	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/02/2025								
02/02/2025	/	/	4	/	2	/	1	/
03/02/2025	/	/	2	/	3	/	/	/
04/02/2025	/	/	1	1	3	/	/	/
05/02/2025	/	/	2	/	8	/	2	/
06/02/2025	/	/	4	/	2	/	1	/
07/02/2025								
08/02/2025								
09/02/2025	/	/	4	/	3	1	/	1
10/02/2025	/	/	4	/	5	/	2	/
11/02/2025	/	/	5	/	3	/	1	/
12/02/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
13/02/2025	/	/	2	1	6	1	/	/
14/02/2025								
15/02/2025								
16/02/2025	/	/	5	/	1	/	3	/
17/02/2025	/	/	3	/	1	/	/	/
18/02/2025	/	/	3	/	7	/	/	/
19/02/2025	/	/	4	/	6	/	2	/
20/02/2025	/	/	4	/	6	/	/	/
21/02/2025								
22/02/2025								
23/02/2025	/	/	1	/	3	1	/	1
24/02/2025	/	/	2	/	2	/	1	/
25/02/2025	/	/	6	/	5	/	/	/
26/02/2025	/	/	4	/	6	1	1	1
27/02/2025	/	/	6	/	5	/	/	/
28/02/2025								
Total	/	/	66	2	77	4	14	3
Total global	166							

Le Chef de service

D.S.S

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De Févrer 2025

DATE	CONSULTATION Dr boucedra		CONSULTATION Dr Mehdi		CONSULTATION PSYCHOLOGIE Par Rendez-vous		CONSULTATION PSYCHOLOGIE Nouveau Cas	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/02/2025								
02/02/2025	/	/	7	/	3	1	2	/
03/02/2025	5	/	/	/	2	/	2	/
04/02/2025	4	1	/	/	3	/	3	1
05/02/2025	/	/	12	/	/	/	5	/
06/02/2025	7	/	/	/	2	/	4	/
07/02/2025								
08/02/2025								
09/02/2025	/	/	8	1	2	/	4	/
10/02/2025	1	/	10	/	2	/	3	/
11/02/2025	9	/	/	/	6	/	/	/
12/02/2025	/	/	/	/	/	/	2	/
13/02/2025	9	/	/	/	3		3	/
14/02/2025								
15/02/2025								
16/02/2025	/	/	9	/	3	/	2	/
17/02/2025	4	/	/	/	2		3	/
18/02/2025	10	/	/	/	7	/	2	/
19/02/2025	/	/	12	/	4	/	5	2
20/02/2025	10	/	/	/	7	/	1	/
21/02/2025								
22/02/2025								
23/02/2025	/	/	4	2	1	1	2	/
24/02/2025	/	/	5	/	/	/	1	/
25/02/2025	11	/	/	/	5	/	2	/
26/02/2025	/	/	11	2	1	2	/	/
27/02/2025	11	/	/	/	7	/	3	/
28/02/2025								
total	81	2	78	5	60	4	49	3
Total Global	166				116			

Le Chef de service

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

.N°08 / C.I.S.A / Mois De Mars 2025

DATE	05ans à 15ans		16ans à 25ans		26ans à 40ans		41ans à +	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/03/2025								
02/03/2025	/	/	/	/	2	/	/	/
03/03/2025	/	/	3	/	2	/	/	/
04/03/2025	/	/	/	/	1	/	/	/
05/03/2025	/	/	5	/	1	/	/	/
06/03/2025	/	/	2	/	1	/	1	/
07/03/2025								
08/03/2025								
09/03/2025	/	/	3	/	1	/	1	/
10/03/2025	/	/	3	/	2	/	/	/
11/03/2025	/	/	1	/	3	/	/	/
12/03/2025	/	/	/	/	1	/	/	/
13/03/2025	/	/	1	/	/	/	/	/
14/03/2025								
15/03/2025								
16/03/2025	/	/	/	/	/	/	1	/
17/03/2025	/	/	3	/	2	/	/	/
18/03/2025	/	/	/	/	1	1	/	/
19/03/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
20/03/2025	/	/	/	/	1	/	/	/
21/03/2025								
22/03/2025								
23/03/2025	/	/	3	/	3	/	/	/
24/03/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
25/03/2025	/	/	1	/	/	/	/	/
26/03/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
27/03/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
28/03/2025								
29/03/2025								
30/03/2025								
31/03/2025								
Total	/	/	25	/	21	1	3	/
Total global	50							

Le Chef de service D.S.S

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De Mars 2025

DATE	CONSULTATION Dr boucedra		CONSULTATION Dr Mehdi		CONSULTATION PSYCHOLOGIE			
					Par Rendez-vous		Nouveau Cas	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/03/2025								
02/03/2025	/	/	2	/	/	/	1	/
03/03/2025	3	/	2	/	2	/	1	/
04/03/2025	1	/	/	/	/	/	1	/
05/03/2025	/	/	6	/	2	/	1	/
06/03/2025	4	/	/	/	/	/	1	/
07/03/2025								
08/03/2025								
09/03/2025	/	/	5	/	4	/	1	/
10/03/2025	4		1	/	4	/	/	/
11/03/2025	4	/	/	/	3	/	/	/
12/03/2025	/	/	1	/	/	/	/	/
13/03/202/	1	/	/	/	/	/	2	/
14/03/2025								
15/03/2025								
16/03/2025	/	/	1	/	/	/	/	/
17/03/2025	2	/	3	/	3		/	/
18/03/2025	1	1	/	/	/	1	/	/
19/03/2025	/	/	/	/	2	/	2	/
20/03/2025	1	/	/	/	/	/	/	/
21/03/2025								
22/03/2025								
23/03/2025	/	/	6	/	2	/	/	/
24/03/2025	/	/	/	/	/	1	/	/
25/03/2025	1	/	/	/	/	/	/	/
26/03/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
27/03/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
28/03/2025								
29/03/2025								
30/03/2025								
31/03/2025								
total	22	1	27	/	22	2	10	/
Total Global	50				34			

Le Chef de service

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De Avril 2025

DATE	05ans à 15ans		16ans à 25ans		26ans à 40ans		41ans à +	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/04/2025	عيد الفطر							
02/04/2025	عيد الفطر							
03/04/2025	/	/	/	/		/	/	/
04/04/2025								
05/04/2025								
06/04/2025	/	/	2	/	1	1	2	1
07/04/2025	/	/	7	/	8	/	1	/
08/04/2025	/	/	2	/	2	/	/	/
09/04/2025	/	/	/	/	5	/	2	/
10/04/2025	/	/	4	/	1	/	/	/
11/04/2025								
12/04/2025								
13/04/2025	/	/	5	/	4	/	/	1
14/04/2025	/	/	/	/	3	/	1	/
15/04/2025	/	/	/	/	1	/	3	/
16/04/2025	/	/	4	/	8	/	/	/
17/04/2025	/	/	2	1	1	/	1	/
18/04/2025								
19/04/2025								
20/04/2025	/	/	3	/	/	1	4	/
21/04/2025	/	/	4	/	4	/	1	/
22/04/2025	/	/	1	/	/	/	1	/
23/04/2025	/	/	2	/	5	1	/	/
24/04/2025	/	/	4	/	2	/	1	/
25/04/2025								
26/04/2025								
27/04/2025	/	/	2	/	2	/	1	/
28/04/2025	/	/	5	/	5	/	/	/
29/04/2025	/	/	2	/	2	/	/	/
30/04/2025	/	/	5	1	5	/	3	1
Total	/	/	54	2	59	3	21	3
Total Global	142							

Le Chef de service

D.S.S

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°08 / C.I.S.A / Mois De Avril 2025

DATE	CONSULTATION Dr boucedra		CONSULTATION Dr Mehdi		CONSULTATION PSYCHOLOGIE			
					Par Rendez-vous		Nouveau Cas	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/04/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
02/04/2025	/	/	/	/	/	/	/	/
03/04/2025	/	/	/	/	1	/	3	/
04/04/2025								
05/04/2025								
06/04/2025	/	/	5	2	/	/	2	/
07/04/2025	8	/	8	/	6	/	/	1
08/04/2025	4	/	/	/	/	/	2	/
09/04/2025	/	/	7	/	2	1	/	/
10/04/2025	5	/	/	/	2	/	1	/
11/04/2025								
12/04/2025								
13/04/2025	/	/	9	1	/	/	1	/
14/04/2025	4	/	/	/	/	/	1	/
15/04/2025	4	/	/	/	3	/	2	/
16/04/2025	/	/	12	/	/	/	/	/
17/04/2025	4	1	/	/	/	/	2	2
18/04/2025								
19/04/2025	4							
20/04/2025	/	/	7	1	1	/	/	/
21/04/2025	5	/	4	/	3	/	/	/
22/04/2025	2	/	/	/	1	/	/	/
23/04/2025	/	/	7	1	1	/	3	/
24/04/2025	7	/	/	/	2	/	1	/
25/04/2025								
26/04/2025								
27/04/2025	/	/	10	/	3	/	3	/
28/04/2025	5	/	/	/	5	/	2	/
29/04/2025	/	/	4	/	3	/	1	/
30/04/2025	/	/	13	2	1	/	/	/
total	48	1	86	7	34	1	24	3
Total Global	142				62			

Le Chef de service

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

N°05 / C.I.S.A / Mois De Mai 2025

DATE	CONSULTATION Dr boucedra		CONSULTATION Dr Mehdi		CONSULTATION PSYCHOLOGIE			
					Par Rendez-vous		Nouveau Cas	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/05/2025	عيد العمال							
02/05/2025								
03/05/2025								
04/05/2025					04		02	
05/05/2025	09		09		10		01	
06/05/2025	07		01		01		01	
07/05/2025			07	01	03	01		
08/05/2025	07				05		02	
09/05/2025								
10/05/2025								
11/05/2025			08	01			01	
12/05/2025			02				03	01
13/05/2025	09	01					04	02
14/05/2025			09	01	01		04	
15/05/2025	09				08		01	
16/05/2025								
17/05/2025								
18/05/2025			09		03	01	04	
19/05/2025	02	01	03		04	01	02	/
20/05/2025			03				06	01
21/05/2025			10	/	01		02	
22/05/2025	06				03		03	
23/05/2025								
24/05/2025								
25/05/2025					04	01	03	
26/05/2025			11		09	01	03	
27/05/2025	09		06		05		02	
28/05/2025			07		06		04	01
29/05/2025	09	01			07		01	
30/05/2025								
31/05/2025								
total	67	03	85	03	62	05	49	07
Total Global	158				123			

Le Chef de service

Scanné avec CamScanner

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE

ETABLISSEMENT HOSPITALIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE DE MOSTAGANEM

Bilan mensuelles des activités de consultation

Du centre intermédiaire De Soins En Addictologie.

.N°05 / C.I.S.A / Mois De Mai 2025

DATE	05ans à 15ans		16ans à 25ans		26ans à 40ans		41ans à +	
	H	F	H	F	H	F	H	F
01/05/2025	عيد العمال							
02/05/2025								
03/05/2025								
04/05/2025			01		02			
05/05/2025			09		14		01	
06/0/2025			08		08			
07/05/2025			07	02	03			
08/05/2025			04		08		02	
09/05/2025								
10/05/2025								
11/05/2025			04	01	04		01	
12/05/2025			05		01			
13/05/2025			05	01	03		02	
14/05/2025			07	01	05		03	
15/05/2025			03		06		04	
16/05/2025								
17/05/2025								
18/05/2025			07		06		05	
19/05/2025			05		07		01	
20/05/2025			03		05	01	01	
21/05/2025			07		06			
22/05/2025			05		04		03	
23/05/2025								
24/05/2025								
25/05/2025			02	01	01		01	
26/05/2025			07		05	01	05	
27/05/2025			08	01	04		04	
28/05/2025			05		07	01		
29/05/2025			07	01	04		01	
30/05/2025								
31/05/2025								
Total								
Total global								

Le Chef de service

D.S.S

Scanné avec CamScanner

الجمهورية الجزائرية الديموقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة عبد الحميد بن باديس-مستغانم-
كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية

تصريح شرفي خاص بالالتزام بقواعد النزاهة العلمية
لإنجاز البحث

أنا الممضي أدناه،

الطالب(ة): كاسل فاطيمة ..... رقم التسجيل الجامعي: 202037034862

الحامل لبطاقة التعريف الوطنية رقم: 100218670011004 والصادرة بتاريخ: 2020.02.18

عن بلدية حاسي ماماش مستغانم

المسجل بـ كلية العلوم الاجتماعية و الإنسانية/ قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس ..... / التخصص علم النفس العيادي .....

والمكلف بإنجاز مذكرة ماستر بعنوان:

مدى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض التوجهات النفسية عند الراشد المدمن على المخدرات

أصرح بشرفي أني ألتزم بمراعاة المعايير العلمية والمنهجية ومعايير الأخلاقيات العلمية والنزاهة الأكاديمية المطلوبة في إنجاز البحث ، وأتحمل المسؤولية الشخصية عن كل المحتوى المتضمن في البحث المذكور أعلاه .

التاريخ: 2025/04/29

إمضاء المعني

* ملحق القرار الوزاري رقم 933 المؤرخ في 28 جويلية 2016 الذي يحدد القواعد المتعلقة بالوقاية من السرقة العلمية ومكافحتها.