

## مقاربة نفسية لظاهرة تعاطي المخدرات

أ. إبتسام غانم  
جامعة زيان عاشور الجلفة

### مقدمة:

لقد أصبحت ظاهرة إدمان المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها، حيث وصل الإنتاج العالمي من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة، وتمثل ظاهرة إدمان المخدرات محاولة يائسة لدى الفرد الذي يسعى وراءها للتخلص من المآزق والتغلب على المشاكل التي تعترض سبيله، وعلى الحالات المزاجية المضطربة.

وسأتناول في هذه الورقة العلمية الموسومة بمقاربة نفسية لظاهرة تعاطي المخدرات، من خلال التعرض إلى الشخصيات الأكثر تعرضا للوقوع في ظاهرة الإدمان، وأهم النظريات النفسية التي حاولت تفسير هذه الظاهرة، مع ذكر بعض أساليب ومستويات الوقاية منها وأهم الطرق النفسية المستخدمة في علاجها.

### 1. شخصية المدمن على المخدرات من المنظور النفسي:

إن أسباب الإدمان ولو تنوعت فهي لا تعدو أن تكون ذات دلالة على أن المدمنين يتميزون بخلل واضطراب في الشخصية حيث يرى "رأفت عسكر" أن هناك علاقة وثيقة بين اضطرابات الشخصية وتعاطي الأشخاص للمخدرات ليخففوا من حدة اضطراباتهم أو ربما ليزيدوا من تفاعلهم مع البيئة التي يعيشون فيها كي تساعد المخدرات على توافق أكثر مع حياتهم، وفيما يلي عرض لأهم الشخصيات التي تتميز المدمنون:

أ- الشخصية المتهيبة اجتماعيا: السمة الرئيسية في هذه الشخصية نمط من الانزعاج الاجتماعي والجبن والخوف من التقييم السلبي الذي

يسود حياة أصحاب هذا النوع من الشخصية. (عبد الرحمن إبراهيم، 2007، ص 99)، فالمتهيب اجتماعيا شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات، ولا يقوى على مواجهتهم، أو على التعبير عن رأيه، ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس، وقد يكتشف أن إحدى المواد المخدرة تزيل خجله وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه، فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة ودون خجل، ويجد نفسه مضطرا لاستعمال هذه المادة كلما اضطرت الظروف لمواجهته مسئولياته مع الناس، ويلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا علاج لحالته إلا هذه المادة، التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس. (مدحت أبو النصر، 2004، ص ص 220-221)

**ب- الشخصية الاكتئابية:** يمتاز صاحب هذه الشخصية بمزاج هابط معظم ساعات النهار، والشعور الدائم بالتعب وفقدان الطاقة، كذلك بتناقص في القدرة على التركيز، والتردد وعدم القدرة على اتخاذ القرارات الحاسمة، وتكون لديه مشاعر من اليأس والإحباط الدائم. (عبد الرحمن إبراهيم، 2007، ص ص 93-94)، وهذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يقوده سوء الاستعمال لمثل هذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي يعرف أنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم. (مدحت أبو النصر، 2004، ص 22)، والمدمن عموما مكتئب ويلجأ للمخدرات للتخفيف من حدة اكتئابه. (أمزيان الوناس، 2007، ص 226)

**ج- الشخصية السيكوباتية:** من سمات هذه الشخصية أنها اجتماعية بشكل واضح، تحمل مشاعر العدوانية نحو الآخرين، وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع، ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب أي إنسان آخر وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه فهو يسرق ويؤذي... إلخ. (مدحت أبو النصر، 2004، ص 21)، وهذه الشخصية نظرا لأنها تسعى نحو اللذة السريعة

فإنها تتعود وتدمن إحدى المواد المخدرة أو المنبهة، ومن الجائز أن نقول إن معظم السيكوباتيين يلجأون لمثل هذه المواد المخدرة. (عادل صادق، 1999، ص32)

**د- الشخصية القلقة:** تعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر، وسهولة الاستثارة والعصبية والاندفاع وعدم الصبر مما يعرضه للخطأ، وغالبا ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة، حيث يكتشف أن بعض المواد المخدرة تزيل كل التوترات وتجعله هادئا باردا ومسترخيا ومتأنيا، ويجد نفسه مضطرا لاستعمال مثل هذه المواد ومن ثمة التعود عليها أو إدمانها، ولكن لا خلاص له من عذابه إلا بهذه المواد المخدرة التي تمحو كل مشاعر القلق والتوتر وتحل محلها الاسترخاء والطمأنينة. (عادل صادق، 1999، ص31)

**هـ- الشخصية البينية (الحدية):** تتسم هذه الشخصية بعدم الاستقرار أو الثبات في العلاقات الشخصية المتبادلة مع الاندفاعية الواضحة، كذلك التهديد بالانتحار، وكذا عدم الثبات الانفعالي. (محمد حسن غانم، 2006، ص207)، كما تمتاز بعدم تحمل الوحدة واضطراب الهوية بين الاندماج والتفكك، فالمخدرات أصبحت البديل للموضوع لفقدانهم القدرة التوافقية في العلاقة بالآخر، حيث المخدرات تزودهم براحة وقتية من الألم النفسي نتيجة ذلك. (رأفت عسكر، 2004، ص ص55-56)

**و- الشخصية النرجسية:** تتصف هذه الشخصية بالانشغال المفرط بما يتعلق بتقدير الذات، وتطالب بالحصول على الإعجاب الشديد، وتفترق إلى التعاطف مع انشغال دائم بخيالات النجاح الذي لا يعرف حدودا. (محمد حسن غانم، 2006، ص 208)، ومن ثمة الاعتماد على المخدر لكي يعوض المدمن ضعف النرجسية، لكون معظم المدمنين متمركزين حول ذواتهم. (رأفت عسكر، 2004، ص56)

**ز- الشخصية الاعتمادية (الاتكالية):** يتصف صاحب هذه الشخصية، بالشعور بصعوبة اتخاذ قرارات الحياة اليومية دون اللجوء إلى نصح الآخرين، كذلك يحتاج في أحيان كثيرة أن يتولى غيره المسؤولية ويجد مشقة في التعبير عن اختلافه في الرأي مع الآخرين لخوفه من

فقدان دعمهم إلى غيره من الصفات. (محمد حسن غانم، 2007، ص343)، لذلك تكون لديه حاجة مستمرة للاعتمادية، وبتعاطيه للمخدرات يشبع تلك الحاجة وذلك بتزويد نفسه عن طريق تأثيرات المخدرات السارة وإن كانت مؤقتة بمشاعر الدفء والراحة. (أمزيان الوناس، 2007، ص214)

**ح- الشخصية الماسوشية:** تتسم بشعورها بالسعادة عندما تكون هي الضحية، وتجد لذة في تعذيبها لنفسها، كما تجد اللذة في أن يقوم الآخرين بتعذيبها وإيلاها سواء أكان هذا الإيلا جسدياً أم نفسياً إلى غيره من السمات. (محمد حسن غانم، 2007، ص346) لذلك يلجأ صاحب هذه الشخصية إلى المخدرات لأنها تجعله يستمر في العذاب ويستسيغ القلق والتمزق الذي يشعر به من جراء المخدرات.

**ك- الشخصية غير الناضجة:** تتسم هذه الشخصية بالعجز عن إقامة علاقات هادفة مع أشخاص آخرين (عفاف عيد المنعم، 2003، ص80)، فصاحب هذه الشخصية يثور بسرعة وينفعل لأتفه الأسباب ويضخم الأحداث البسيطة لضيق أفعه، ثم يهدأ ويعتذر، وبعد ندمه يعود فيكرر نفس الأسلوب، ولذلك يلجأ إلى المواد المخدرة ليتحكم في انفعالاته.

**ي- الشخصية البارانونية:** ويشعر صاحب هذه الشخصية أن مستواه أرقى من مستوى باقي الناس، فإذا عاملته على أنه إنسان عادي فإنه يشعر بأنه مضطهد ومهان لذلك لا يربط أية علاقات مع الناس وتكون المواد المخدرة أعز صديق له. (صبيح عمران شلش، 2004، ص23)

## **II. النظريات النفسية المفسرة لإدمان المخدرات:**

لقد تعددت المقاربات النظرية النفسية التي اهتمت بتفسير ظاهرة إدمان المخدرات كل حسب وجهتها ومجال اهتمامها وذلك بغية تأصيل مرجعية لفهمه ومن أهم هذه النظريات :

**1) نظرية التحليل النفسي:** اهتمت بمشكلات الإدمان منذ بداياته الأولى حيث أن "فرويد" يعتبر أن الاستمناء أول وأضخم عادة يمكن إدمانها وأسمائها (الإدمان الأولي)، ويرى أن الادمانات الأخرى مثل



إدمان المورفين... إلخ كلها بدائل لعادة الاستمنا. (رشا عبد الفتاح الديدي، 2001، ص71)

وتتظر مدرسة التحليل النفسي للإدمان على أنه عرض أكثر من كونه سببا لمشكلات سلوكية أو انفعالية، فبعض التفسيرات ترجعه إلى التثبيت الفمي، مع ضعف الأنا الأعلى مما يسمح لاندفاعات الهو أن تتم بدون رادع أو لوم، وثمة تفسير آخر نشأ في هذه المدرسة يرى أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة، وبذلك فإن الطفل لا يطور القدرة على تأجيل الإشباع، وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في صورة سلوك اندفاعي مثل الغضب أو في صورة إدمان للمواد المخدرة. (محمد السيد عبد الرحمن، 2002، ص94-95)

كما يوجد تفسير آخر تأتي به هذه النظرية ترى فيه أن الإدمان ناتج عن اضطراب العلاقة مع الموضوع حيث أن المخدر يعوض هذا الموضوع، كما تؤكد هذه النظرية على الارتباط بين الإدمان وبعض سمات الشخصية كالنرجسية، وانخفاض مستوى تقدير الذات والاعتمادية. (Pierre Angel et Denis Richard et Marc Valleur, 2000, p146)

**(2) النظرية السلوكية:** ترى المدرسة السلوكية بأن غالبية سلوك الإنسان متعلم، لذا فهي تسمى بنظرية التعلم وعلى ذلك فتعاطي المخدرات من وجهة نظرها، ما هو إلا عادة شرطية تتكون بواسطة التعلم في بادئ الأمر وبين مفعول المخدر، وتستمر هذه العادة عن طريق ما يسمى بالتدعيم الإيجابي في نظر المتعاطي، كأن يكون المخدر جالبا للسعادة، أو منسيا لهم، أو مخفضا للقلق، أو مزيلا للخوف، ومع استمرار التعاطي، يدخل المتعاطي في دائرة الإدمان، وبهذا فإن الإدمان يفسر سلوكيا بالعائد الذي يحدثه مفعول المخدر والذي يدفع المتعاطي لأن يكرر التجربة مرة أخرى ثم مرات عديدة، بحيث يحول العائد دون التفكير في الامتناع عن تعاطي المخدر وبهذا يحدث الإدمان، وهو الخوف الفعلي من الامتناع عن التعاطي، وعليه تتكون لديه استجابة

التجنب الشرطي الداعية للاستمرار وهو ما يسمى بمبدأ الثواب الذي يحدثه المخدر. (عبد العزيز بن عبد الله البريشن، 2002، ص116)

**(3) النظرية المعرفية:** تؤكد النظرية المعرفية على أن الناس لا يقعون فجأة وبشكل لا يقبل التفسير ضحايا لإدمان المخدرات، حيث أنهم يتطورون بشكل نشط في استخدامهم للمخدر، وتلعب اتجاهاتهم ومعتقداتهم ونواياهم وتوقعاتهم دوراً مهماً في هذا التورط مع المخدر. (س لنيديزي وج. بول، 2000، ص440) ويؤكد أصحاب هذه النظرية على دور التوقعات الايجابية من تعاطي المخدر على استمرار التعاطي وزيادة الجرعة منه، أيضاً المعتقدات غير الواقعية تلعب دوراً كبيراً في حدوث الإدمان، حيث يعتقد البعض أن المخدرات تزيد من القدرة الجنسية، وأنها تجعل الفرد يستطيع التعبير عن مشاعره بصورة أفضل. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص214)

أيضاً إحكام السيطرة على التوتر والحزن والمشاعر المؤلمة التي تعترى الفرد وتوفير مشاعر الراحة... إلخ من المعتقدات غير المنطقية التي تعترى ذهن الفرد والتي تؤدي به إلى استخدام المواد المخدرة ومن ثمة الوقوع في الإدمان، كذلك فالإدمان هو ناتج عن الطريقة التي يفسر بها الفرد المواقف الحياتية التي يمر بها، والأفكار التي تراود الأفراد بشأن هذه المواقف، هذه الأفكار التي تؤدي بالأفراد إلى الشعور بالألم والكدر والحزن والقلق، فتجدهم يلجأون إلى المخدرات كحل للحصول على الراحة والتخلص من كل تلك المشاعر المؤلمة. (ويندي دارين ووالتر ماتويتشك، 2006، صص19-26)

**(4) النظرية النفسية الاجتماعية:** يهتم أصحاب هذه النظرية بالتركيز على الجوانب الاجتماعية في تفسير اضطراب الشخصية وانحراف السلوك، حيث تكون العمليات التي تحدث السلوك هي في الغالب عمليات خارجة عن إطار الشخصية وقوى اللا شعور، بمعنى أن هذه النظرية تنظر إلى الإدمان على أنه وسيلة دفاع، أو وسيلة هروب من المواقف الخارجية التي لا تحتمل، وبناء على هذه النظرية، يمكن القول بأن الإدمان يؤدي إحدى وظيفتين: الأولى هي الهروب من الواقع الضاغط، الذي لم يتمكن المدمن من مواجهته، والثانية أن الإدمان

ميكانيزم دفاعي يمنع ظهور الأعراض النفسية التي قد تدمر الذات، وفي الوقت نفسه تعاطي المخدرات ميكانيزم ذو صفة دائرية بمعنى أن الاستمرار في التعاطي يزيد من مرضية الأنا، وترتكز النظرية النفسية الاجتماعية في تفسير الإدمان بشكل عام على الفرضيات التالية:

1- إن الإدمان قد يكون عدوانا موجهها نحو الذات نتيجة الشعور بفقدان الأمن.

2- إن الإدمان قد يكون عدوانا موجهها نحو الغير يتمثل في تهريب المخدرات وترويجها.

3- إن الإدمان قد ينتج عن اضطراب في العلاقة بين الأهداف الشخصية والحاجات الاجتماعية.

4- إن الإدمان قد يكون سلوكا تعويظيا لإثبات الذات التي عجزت عن إثبات نفسها بالشكل السوي، بمعنى أن الإدمان ناتج عن اضطراب التفاعل بين الذات والآخرين. (عبد العزيز بن عبد الله البريشن، 2002، ص 120-121)

**5) النظرية التكاملية:** نظرا لوجود عدد من النظريات المختلفة لتفسير الإدمان، ظهرت النظرية التكاملية التي تجمع بين العناصر النفسية والسلوكية المتنوعة والنظريات البيولوجية ذات العلاقة بتفسير هذه الظاهرة، وهي تستند على وجود دليل يشير إلى أن التعاطي يحدث نتيجة التفاعل المعقد بين العوامل النفسية والعلاقات الاجتماعية والتأثيرات البيئية الأخرى والعوامل البيولوجية التي تؤدي إلى مستوى إمكانية حدوث التعاطي، من هنا نرى أن كل نظرية من النظريات المفسرة للإدمان حاولت استكشاف جزء من الخلل الذي يؤدي بالفرد إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها. (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص 67)

**تعليق عام على النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:** إن النظريات الخاصة بتفسير الإدمان على المخدرات قد ركزت كل واحدة منها على بعد معين، فنظرية التحليل النفسي ترجع الإدمان إلى البنين السيكلوجي غير السوي للمدمن وإلى سوء العلاقة مع الموضوع، وعلى أساليب التنشئة الخاطئة كذلك إلى انخفاض تقدير الذات والاكتئاب واضطرابات القلق، أما النظرية السلوكية فقد أعطت تفسيراً للإدمان

على المخدرات في ضوء محكات متعددة من أهمها التدعيم الايجابي وتناسي الألم وتخفيض التوتر، والعائد الذي يحدثه مفعول التوتر والذي يؤدي إلى تكرار سلوك التعاطي ومبدأ الثواب، أما النظرية المعرفية فترجع الإدمان على المخدرات إلى مجموع الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية الخاطئة لدى الفرد حول المخدرات.

أما نظرية التعلم الاجتماعي فقد ركزت على الجماعة المرجعية وأثرها في تعلم سلوك إدمان المخدرات أما بالنسبة للنظرية النفسية الاجتماعية فهي تعتبر أن الإدمان ناتج عن الهروب من الواقع كذلك ناتج عن اضطراب العلاقة مع البيئة الاجتماعية والأهداف الشخصية. ومن خلال عرض هذه النظريات نلاحظ أن كل واحدة منها ارتكزت على بعد معين في تفسير ظاهرة إدمان المخدرات، وبالتالي لا يمكن الاكتفاء بإحدى هذه النظريات، لأنه لا يمكن إرجاع سبب تعاطي المخدرات وإدمانها إلى سبب واحد حتى وإن ظهر لنا ذلك حيث لا بد أن تكون هناك عوامل أخرى مستترة، ساهمت بشكل مباشر أو غير مباشر في اللجوء إلى إدمان المخدرات، فغالبية السلوكيات تحدث نتيجة عوامل متعددة (نفسية، سلوكية، معرفية، اجتماعية) توافقت مع بعضها في صورة ديناميكية داخلية معقدة، لذلك تبقى النظرية التكاملية أحسن النظريات التي تقدم لنا تفسيراً مقنعاً إلى حد ما لظاهرة الإدمان على المخدرات.

### III. الوقاية من المخدرات ومستوياتها:

تقوم الأمم المتحدة والصحة العالمية على تصنيف إجراءات الوقاية في ثلاث فئات على النحو التالي:

أ- الوقاية من الدرجة الأولى: في هذا المستوى من الوقاية يتم العمل على تحسين نوعية الحياة بتعديل الظروف والمؤسسات الاجتماعية، وكما يشير " دافيسون نيل " « Davison Neal » إلى أن هذا المستوى يركز على تغيير ظروف الحياة المثيرة للمشقة، بمعنى آخر العمل على منع وقوع الإصابة أصلاً، أي منع وقوع التعاطي المؤدي إلى الإدمان أصلاً، ويتم ذلك عادة من خلال الإجراءات التالية:

**\* تحديد الجماعات المستهدفة:** يقصد بالجماعات المستهدفة الجماعات المحدودة داخل المجتمع والذي يرتفع في حالتها احتمال تورط أفرادها في إدمان المخدرات، حيث يسهم في ارتفاع الاحتمال عدة عوامل من بينها وجود تاريخ للإدمان في الأسرة، الانهيار الأسري، الدخل المنخفض، ضعف الوازع الديني، تدخين السجائر قبل بلوغ سن الثانية عشر، مصاحبة أقران مدمنين...إلخ.

**\* استخدام الأساليب التربوية:** حيث أن التربية والتعليم إحدى القنوات التي ينبغي استغلالها لممارسة العمل الوقائي من الدرجة الأولى لإدمان المخدرات، حيث تستغل المناهج والمقررات الدراسية للتوعية بالأضرار الصحية والاجتماعية للمخدرات، على أن يتم ذلك بطريقة مدروسة وواقعية بحيث تتناسب طرق عرضها مع المرحلة الدراسية المستهدفة.

**\* العناية المبكرة بالحالات تحت الاكلينيكية:** يعاني عدد غير قليل من الناس من أشكال ودرجات معينة من الاضطرابات والأعراض التي لا ترقى لأن تشخص بأنها أعراض إكلينيكية تضعهم في عداد المرضى، لذلك تسمى بالحالات تحت الإكلينيكية المهيئة للدخول في عالم إدمان المخدرات، ولهذا فإنه من بالغ الأهمية تحديد هذه الحالات والعناية بها. (جمعة سيد يوسف، 2005، ص ص38-40)

**ب- الوقاية من الدرجة الثانية:** ويقصد بها التدخل العلاجي المبكر، بحيث يمكن وقف التماذي في التعاطي لكي لا يصل الشخص إلى مرحلة الإدمان، أي أن هذا المستوى من الإجراءات الوقائية يقوم على أساس الاعتراف بأن الشخص أقدم فعلا على التعاطي، ولكنه لا يزال في مراحله الأولى، ومن ثم نحاول إيقافه عن الاستمرار فيه. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص80)

**ج- الوقاية من الدرجة الثالثة:** مرادفة للعلاج وتركز فيها على التقليل من المترتبات طويلة المدى لإدمان المخدرات ويهدف هذا المستوى إلى تقليل احتمالات الانتكاس، أو العودة إلى التعاطي مرة أخرى، وتقليل دواعي البقاء بالمؤسسات العلاجية لفترات طويلة. (جمعة سيد يوسف، 2005، ص46)



#### IV. علاج الإدمان على المخدرات:

تعددت الاتجاهات والعلاجات المختلفة، التي حاولت أن تقدم تصورا لكيفية التعامل مع الإدمان، كما أن المجال يتسع ليس لإسهامات علماء النفس فقط، بل يمتد المجال ويتسع ليشمل عددا كبيرا من العلوم الإنسانية وغيرها وذلك بهدف التصدي لهذه المشكلة المعقدة، وفيما سيلي عرض لأهم العلاجات النفسية التي تمارس في ميدان العلاج:

##### (1) أنواع العلاج النفسي:

إن للعلاج النفسي عدة أنواع أذكر منها:

(1(1) العلاج بالتحليل النفسي: العلاج النفسي لمرضى الإدمان يعتبر من الأساليب الأساسية في العلاج خاصة العلاج الفردي، ومن الضروري أن يلم من يقومون بالعلاج بطريقة التحليل النفسي، تلك الطريقة التي اكتسبت على مر الزمن تقديرا من كافة الأوساط وهناك اعتراضات متعددة على مدرسة التحليل النفسي، مثلما توجد بالنسبة للمدارس الأخرى كالسلوكية والوجودية وغيرهما، إلا أن ذلك لم يقف حائلا دون انتشار التحليل النفسي وتطوير أفكاره وأساليبه. ويمكن القول بأن وجهة نظر التحليل النفسي في تفسير الإدمان تشتمل على فكرتي: الأولى، الصراع بين القوى الغريزية والأنا والأنا الأعلى، والثانية، الأنا المعيبة أي نقص أو ضعف تكوين الأنا، مما يضطرها إلى البحث عن وسائل تدعم موقفها في مواجهة الحياة، ويجب النظر إليهما باعتبارهما متكاملتين، فنقص الأنا وسوء استخدام الميكانيزمات الدفاعية يخلقان دفاعات عصابية، ومن ثم يجب تحليل تلك الميكانيزمات بدقة للوصول إلى تكيف صحي، ولذا يعتبر البعض أن فاعلية العلاج بالتحليل النفسي للإدمان أو الاضطرابات الناتجة عنه تكون ضئيلة. (محمد حسن غانم، 2006، ص ص 49-51)

##### (2(1) العلاج السلوكي: إن العلاج السلوكي يركز على المسلمات

الآتية:

1. إن المعالج السلوكي يركز على الأعراض التي يعانيها الشخص، دون أن يتطرق إلى دراسة أو السؤال عن تفسيرات تبعده عن الأعراض.
2. إن عمليتي التشخيص والعلاج في طرق العلاج السلوكي شيئان ملتزمان، وإن المعالج السلوكي عندما يقوم بعملية التشخيص فإنه يبحث عن الشروط التي أحاطت بعملية التعلم المرضي، وهي الأسباب التي إذا أمكن إزالتها تحقق الشفاء وبالتالي العلاج.
3. ينظر المعالج السلوكي إلى جميع أنواع السلوك الشاذ واللاسوي على أساس أنها متعلمة ومن ثم أيضا عن طريق التعلم يمكن تعديل السلوك.

وتتهض غالبية المدارس السلوكية العلاجية في التعامل مع مشكلة الإدمان على عدة حقائق:

- إن الإدمان يؤدي إلى اكتساب سلوكيات جديدة.
  - إن هذه العادات قد أخذت (مع التكرار) شكلا أكثر رسوخا وبل وتخدم استمرار تعاطيه الإدماني.
- لابد تمن التعاون بين المدمن والمعالج.
- ولعل من أشهر الطرق في هذا الصدد طريقة: "بودن Boudin"، والتي تعتمد على ثلاث أسس وهي:

1. لابد من تدريب المدمن على كيفية ملاحظة ذاته، وأن يسجل كل ما يصدر عنها من سلوكيات.
2. لابد أن يدرب على كيفية تقييم الذات، بناء على ما يصدر عنها.
3. وضع برامج تهدف إلى تعديل السلوك، تكون مبنية وقائمة على أساس الخطوتين السابقتين. (محمد حسن غانم، 2006، ص 64-65)
4. يستغرق هذا البرنامج بضعة أشهر، مع الأخذ في الاعتبار أن هذا العلاج يقتضي توافر مجموعة من الشروط في الشخص مثل: التعاون، الدافعية، درجة من التعليم، إتقان مهارة وصف المشاعر وكيفية التعبير عنها، وجود دعائم مشجعة في البيئة الخارجية، وجود مساندة اجتماعية من الأسرة أو الرفاق.

(3) العلاج النفسي الفردي: إن كلمة علاج نفسي يقابلها الكلمة الانجليزية Psychotherapy مكونة من مقطعين إغريقيين، يعني الأول

المقابل لكلمة Therapy علاج أما كلمة Psycho فهي مستمدة من كلمة إغريقية تعني العقل أو العمليات العقلية، أي أن العلاج النفسي يشير في أصله اللغوي إلى عملية يقوم فيها شخص بدور المساعدة لشخص آخر في مجال العمليات العقلية، بمعنى آخر العلاج النفسي هو "علاج العقل". (محمد حسن غانم، 2006، ص128)

**(14) العلاج النفسي التدميمي:** هو ذلك العلاج الذي يقوم أثناءه المعالج بدور إيجابي توجيهي لمساعدة المريض، ورفع كفاءة قيامه بوظائفه السيكولوجية، ومحو اهتمام هذا النوع من العلاج تحسين السلوك والمشاعر الذاتية، أما هدفه فهو تخفيف اختلال السلوك، وتدعيم قدرته على استخدام وسائل التدعيم البيئية، وحل الأزمات الحادة مثل: الصدمة، محاولة الانتحار... الخ، الالتزام بالنظام العلاجي، وتحسين المهارات الاجتماعية، ومن الفنيات المستخدمة في العلاج النفسي التدميمي، أذكر: المناقشة، الإقناع، تدعيم الثقة بالنفس، الإيحاء، دخول المستشفى للعلاج، وأخيرا إقناع المدمن المريض بممارسة الهوايات التي كان يمارسها الإدمان.

**(15) العلاج العقلاني-الانفعالي:** إن العنصر الجوهرى في نظرية العلاج العقلاني-الانفعالي هو أن السلوك المضطرب ينتج من خلال حوار الشخص الداخلي مع نفسه، إلا أن هذا الحوار يؤثر بدوره في مسار الأفكار والاتجاهات (العقل)، ثم يؤثران في السلوك، ومن هنا فإن الجهد العلاجي ينصب على أن تكون بداية العلاج هو تغيير الأفكار والتصورات الذاتية الخاطئة والتي تنتج عنها الانفعالات السلبية و السلوك المضطرب، والهدف الرئيسى من هذا العلاج إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات الانفعالية، ويشمل ذلك هدفين: تقليل القلق، وتزويد الفرد بطريقة تمكنه من أن يكون لديه أدنى مستوى من القلق. (محمد حسن غانم، 2006، ص-ص130-134)

**(16) العلاج بالاسترخاء:** تعددت التعريفات التي قدمت لمفهوم الاسترخاء، ويمكن تلخيص هذه التعريفات في الملامح الآتية:

- إن الاسترخاء هو تدريب الفرد على أن يقوم بهذا العلاج بنفسه، أي إن العلاج بالاسترخاء يندرج ضمن العلاج النفسي الذاتي.
- إن الاسترخاء يعني توقفا كاملا لكل الانقباضات العضلية المصاحبة للقلق.
- يمكن أن ندرب الأفراد على جلسات الاسترخاء إما بصورة فردية أو بصورة جماعية.
- إن نظرية الاسترخاء المعرفي السلوكي تفترض أن التدريب على الاسترخاء يمكن أن يتم تلخيص أهدافه في:
  - التقليل من المثيرات الفسيولوجية المثيرة التي تتولد عن القلق.
  - إن الاسترخاء، وتركيز الذهن على العضلات، لاشك أنه يصرف ذهن الفرد عن مسببات القلق، وما يقود إليه من تعاطي للمخدرات مثلا.
  - إن مواصلة تمارين الاسترخاء، وما يستتبعها من صرف الذهن، ودخول الشخص في حالة من الصفاء الذهني، وغيره من آثار إيجابية إنما يقود في نهاية الأمر إلى حدوث تعديلات في بنية الشخص المتوتر، والمدمن إلى بنية أخرى جديدة قادرة على التحكم في توترها. (محمد حسن غانم، 2006، ص134)
- (71) العلاج النفسي الجمعي:** تعددت التعريفات التي قدمت لمفهوم العلاج النفسي الجمعي، ويمكن تلخيص أبرز هذه الخصائص في:
  - أن العلاج النفسي الجمعي نوع من العلاج يتم من خلاله علاج الفرد داخل جماعة.
  - أن مدة الجلسة العلاجية الجماعية تتراوح بين الساعة ونصف الساعة.
  - أن الجلسات العلاجية الجماعية من الممكن أن تستمر في فترة زمنية من ستة أشهر حتى عام، وربما أكثر وفقا لطبيعة المشاكل المطروحة في الجلسات.
  - يهدف العلاج النفسي الجمعي إلى إعادة توافق الفرد مع نفسه أولا، ثم مع البيئة ثانيا.
  - العلاج الجمعي للمدمنين عبارة عن مناقشة لقضية من القضايا المتعلقة والمرتبطة بالإدمان، مثل:

• يذكر كل عضو من أعضاء الجماعة البدايات الأولى لكيفية الإدمان.

• المشاعر التي استشعرها حينما دخل في تجربة التعاطي للمرة الأولى.

• مرات التردد على العلاج، كيفية مواجهة الضغوط، وعدد مرات الانتكاسة وأسبابها.. الخ. (محمد حسن غانم، 2006، ص-ص 134-146)

**(1) 8) العلاج السلوكي المعرفي:** يشكل العلاج السلوكي المعرفي الحديث أحد الأساليب التي تتعامل بكفاءة جزئية مع المدمنين وفيما يلي خطة هذا العلاج لمدمني المخدرات:

1. **جذب المريض:** حيث يجب أن يكون المعالج يقظاً، ويبيدي فهماً دقيقاً لوجهة نظر المدمن تجاه ظروفه، لكي تحدث علاقة تعاونية.

2. **تحليل الملامح المزاجية :** هناك مجموعة من المثيرات تعمل كدوافع لتناول المخدر وينظر النموذج السلوكي المعرفي لتلك المثيرات كعوامل تؤدي إلى الردة واستمرار تعاطي المخدرات .

3. **حل المشكلة وتعديل المزاج :** وتتمثل هذه الخطوة في جزئين:  
أ- تعليم الفرد مهارات حل المشكلات الفعالة، واستراتيجيات التوافق للتعامل مع الإدمان.

ب- تغيير الميول الكامنة، قدر المستطاع، لاستعمال العقاقير المخدرة. (جان سكوت ومارك وليامز وأروبيك، 2002، ص ص 257-266- 269)

على العموم يركز هذا العلاج على تغيير الأفكار اللاعقلانية والمتوهمة عن التأثيرات الإيجابية للمخدرات، بالإضافة إلى تدريب المدمن على التحكم في استخدام أو تعاطي العقار، وهو أسلوب يجمع بين تعليم المدمن المهارات المعرفية والسلوكية التي تساعد على التوقف عن التعاطي. (عبد المنعم عبد الله حسيب، 2006، ص 222)

**(1) 9) العلاج الجماعي:** يعتمد العلاج الجماعي على فكرة أن العديد من مشكلات الأفراد السلوكية والاجتماعية والعقلية تتعلق بالآخرين، ويفيد كثيراً في حالات الإدمان بشكل كبير، حيث يفيد في حالات توكيد



الذات، وتعلم المهارات الاجتماعية وحالات الخجل عند المدمنين، والاستبصار بمشكلة الإدمان. (محمد أحمد مشاقبة، 2007، ص109)

وفيما يلي مثال عن العلاج الجماعي لمدمني المخدرات :  
أ- أن يذكر كل عضو من أعضاء الجماعة البدايات الأولى لكيفية الإدمان .

ب- المشاعر والأحاسيس التي استشعرها حينما دخل في تجربة التعاطي للمرة الأولى.

ج- ما هي الأشياء التي خسرها من جراء مواصلة الإدمان.

د- مرات التردد على العلاج، سواء أكان هذا التردد في مستشفى حكومي أو مستشفى خاص.

هـ- كيفية مواجهة الضغوط والأزمات والمشاكل.

و- عدد مرات الانتكاسة وأسبابها.

هذه القضايا تطرح للمناقشة، حيث يذكر كل فرد التجربة التي

مر بها ثم نقوم بتعديل هذا السلوك. (محمد حسن غانم، 2005، ص149)

**(10) العلاج الأسري:** يهدف العلاج الأسري لحالات تعاطي

المخدرات أو الإدمان عليها إلى تدريب الأسرة على وسائل الاتصال الصحيحة والسليمة مع الابن المدمن، وإدراك الدوافع التي أدت إلى حالة الإدمان، وإعداد الأسرة لكي تستقبل المدمن بعد شفائه طبياً منعاً لانتكاسه إلى جانب علاج المناخ الأسري الذي جاء منه المدمن، بالإضافة إلى علاج شبكة العلاقات الاجتماعية بين المتعاطي وباقي أفراد الأسرة. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص89)

**(11) العلاج الديني (الإسلامي):** يزداد الإحساس بأهمية العلاج

الإسلامي بالنسبة إلى تزايد انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات التي ثبت فيها أن العلاج الحقيقي، لا يتحقق إلا بتنمية الجوانب الروحية والمعنوية في شخصية الإنسان، سواء في العلاج المباشر للمتعاطين، أو للوقاية من التعاطي. (أحمد عبد العزيز الأصفر، 2004، ص134)

حيث يهدف هذا النوع من العلاج إلى إعادة تربية المدمن وبناء شخصيته على أساس الإيمان المطلق بالعقيدة الدينية السليمة ومن ثم

الاعتراف بينه وبين نفسه أنه ارتكب خطيئة بإمكانه أن يكفر عنها، ثم يبدأ بأداء الواجبات الدينية وعلى رأسها الصلاة والصوم، وحضور جلسات إرشادية جماعية يتبين فيها رأي الدين بشأن المخدرات. (حسن مصطفى عبد المعطي، 2002، ص89)

**(12) العلاج المؤسسي المتكامل:** يمثل العلاج المؤسسي المتكامل ذروة ما وصلت إليه الجهود العلاجية في ميدان الإدمان ويطبق هذا النوع من العلاج داخل المؤسسات العلاجية، ويعتمد هذا النوع من العلاج على برامج علاجية مرحلية وتكاملية حيث يتم الجزء الأساسي منها داخل المستشفى ثم تتوالى المراحل في العيادات الخارجية والمنزل وأماكن الدراسة والعمل ونظرا لتعدد مرض الإدمان، فإن هذه المؤسسات تحتوي على فريق علاجي متخصص يسعى لإغلاق ثلاث حلقات أساسية في وجه المتعاطي، الحلقة البدنية العصبية ويقوم بها فريق من الأطباء المتخصصين باطنيا وعصبيا ونفسيا، ثم الحلقة النفسية ويقوم بها فريق من الأخصائيين النفسيين، والحلقة الاجتماعية يقوم بها أخصائيو الخدمة الاجتماعية والعلاج الأسري ويؤازرهم في ذلك فريق من الاستشاريين ومرشدي علاج الإدمان والمعالجين بالأنشطة مثل العلاج بالعمل والأشغال اليدوية والفنية والمسرحية والرياضية، مع أخصائي التوعية الصحية والمرشدين الدينيين.

ويشترط لنجاح هذا البرنامج بناء الفريق العلاجي الذي يتطلب تأهيلا أكاديميا وتدريبيا خاصا، وتحديد المهام والأدوار، ومساندة الأعضاء بعضهم البعض واتخاذ القرارات الايجابية لصالح البرنامج والمهام العلاجية. ويتطلب إعداد البرنامج العلاجي إلى الأخذ في الاعتبار تنوع التعاطي وأساليبه والفروق الفردية في البعد الثقافي والسن والجنس والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي والبعد الاقتصادي ومستوى الإدمان وتاريخه. (عبد الله عسكر، 2005، ص ص 91-93)

والمختصين في مجال علاج الإدمان يؤكدون مجموعة من الحقائق التي يجب أخذها في الاعتبار مثل:

1. لا توجد شخصية إدمانية واحدة، وأن مدمني المخدرات و مدمني الكحوليات مجتمعات غير متجانسة بشكل واضح، وبالتالي لا يجب أن نصب كل مدمن في قالب علاجي واحد.

2. لابد من الوقوف على معتقدات واتجاهات الشخص تجاه المخدرات، ويتعين هنا-على أعضاء الفريق العلاجي للإدمان-أن يكشفوا معا المعنى الاجتماعي والنفسي لتعاطي هذا المخدر تحديداً، لأن تجاهل إدراكات المدمن حول استخدامه للمخدر يؤدي إلى تفجر المقاومة أو العداء من جانب المستخدم، إضافة إلى إمكانية التأثير في جهود المعالجين.

3. ضرورة تحديد الظروف المحيطة بالشخص ومقدار مسؤوليتها عن الإدمان وفشل العلاج وبالتالي لا نستطيع أن نتحدث عن إمكانية وجود نموذج واحد للعلاج يطبق بلا استثناء على جميع المدمنين بل الأقرب إلى التفكير المنطقي والنظرة العلمية الموضوعية.

4. أن يكون التقييم شاملاً للفرد، وأن يحدد هذا التقييم:

- حجم وطبيعة المشكلة، مدى معاناة الفرد من أي اضطرابات نفسية أو عقلية.
- هل هذه الاضطرابات- إن وجدت- كانت سابقة أو مصاحبة أو ناتجة عن الإدمان.
- ما دوافع الشخص للتعاطي، وما حجم المشكلات الاجتماعية التي ترتبت على الإدمان.
- مرات التردد للعلاج والدوافع في كل مرة، مرات الانتكاسات للعلاج والدوافع في كل مرة. (محمد حسن غانم، 2006، ص-ص82-86)

## (2) المحاور الخاصة بعلاج الإدمان:

لا نستطيع الاعتماد على محور واحد فقط من العلاج في الإدمان، لأن الاقتصار مثلاً على تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية يقود إلى التعاطي، حيث يؤكد "وكلر وزملاؤه" تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي تم فيها للمتعاظمي التحرر من المخدر لفترة أو لأخرى. لذا لابد من نظرة متكاملة لمشكلة كيفية التعامل

مع الإدمان والانتكاسات، فالإدمان هو المرض الذي يجب أن يعالج من خلال فريق علاجي، وهذا الفريق لابد أن يحتوي على تخصصات متعددة. وأن يحدث نوع من التكامل بين هذه التخصصات المختلفة.

1. أن الانتكاسة جزء من الإدمان، وقد أشارت بعض الدراسات إلى حقيقة مؤداها أنه على الرغم من فريق علاجي يتعامل مع المدمن، إلا أن نسبة نجاح هذه البرامج العلاجية في منع الانتكاسة يقدر نجاحها بنسبة 15% من مجموع المدمنين الذين التحقوا فعلا بالبرامج العلاجية.

2. أن من أكثر الأمراض صعوبة أمام الطبيب النفسي هو مرض الإدمان، لأنه يشتبك مع عديد من الاضطرابات النفسية.

3. أن العلاج في الإدمان يجب أن يتم في مؤسسات علاجية لها مواصفات محددة للتعامل مع الإدمان، خاصة حين نتعامل مع مواد مخدرة إدمانية أكثر خطورة من المخدرات الطبيعية ونقصد الهيروين، الكوكايين.. الخ

4. أنه في علاج الإدمان، لابد من مشاركة الأسرة في العملية العلاجية. (محمد حسن غانم، 2006، ص-ص 77-78)

### (3) مراحل العلاج:

تتعدد مراحل الإدمان وتشمل ما يلي:

#### (1) مرحلة التقييم:

(1) دور الطبيب النفسي: ويتلخص دور الطبيب النفسي في:

- إجراءات تطهير الجسم من سموم المخدرات.
- إجراءات طبية لمواجهة بعض حالات الإرجاع الذهانية الحادة المصاحبة لأنواع التسمم التخييري.
- إجراءات طبية لمواجهة حالات الإفراط في الجرعة. ولمواجهة مضاعفات الإدمان بصفة عامة لأنه يشيع بين غالبية المدمنين مثلاً سوء التغذية، الأمراض المعدية، الإصابات البدنية، الاضطرابات النفسية الجسمية

• إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان والمرتبطة بنوع المخدر الذي كان المدمن يتعاطاه.

والخلاصة أن النظرة التي يجب أن تسود تجاه العلاج الطبي في مجال علاج الإدمان أنه لا يزيد عن أن يكون المرحلة الأولى من التدخل العلاجي المتكامل، بهدف إيقاف مجموعة من العمليات البيولوجية التي استثيرت في المدمن بفعل الخصائص الكيميائية و الفارماكولوجية للمخدر.

## (2) دور الأخصائي النفسي الإكلينيكي: ويتلخص دوره في:

- معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذاك.
- معرفة ما إذا كان الشخص يعاني من اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه.
- معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته. شكل علاقاته الاجتماعية وما إذا كانت لديه مهارات اجتماعية أم لا.
- تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلال حسه الإكلينيكي أنها تجيب عن عديد من التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط التشخيص.

## (3) دور الأخصائي الاجتماعي: ويتلخص دوره في:

- معرفة طبيعة التكوين الأسري للمدمن، ومعرفة مقدار الأضرار التي لحقت به من جراء الإدمان، وانعكاس ذلك على شبكة علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة أو العمل.
- تعرف مقدار التدعيمات الأسرية أو عدمها لدى المدمن. والاشتراك مع الأخصائي النفسي في العلاج الأسري، ومعرفة شبكة العلاقات الضاغطة للمدمن.

## (4) دور المرشد الديني: ويتلخص دوره في:

- التعرف على طبيعة الاعتقاد تجاه الدين (الذي يعتنقه الشخص).
- التعرف على التزام أو عدم التزام الشخص في السابق، أو في الوقت الحالي بإجراء العبادات الدينية.
- حث الشخص على أداء طقوس الدين، باعتباره مدخلا للعلاج.
- يجب الأخذ بعين الاعتبار أن الدين يحدد القيم السلوكية والاتجاهات العامة، ومنها: الاتجاه نحو المخدرات، مثلاً نجد أن تناول الخمر في الديانة اليهودية يتم السماح بها في بعض الاحتفالات



الشعبية، بينما نجد الإسلام وبعض الطوائف المسيحية التقليدية يحرمان نهائياً تناول الكحوليات بل وعدها من الكبائر. (محمد حسن غانم، 2006، ص-ص 86-89)

### (3/2) مرحلة التشخيص:

حيث يتوصل الأخصائي النفسي الإكلينيكي إلى تحديد مشاكل المريض، وما لم يتم التعامل مع هذه المشاكل فسوف تستمر الانتكاسات، والركيزة الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة هي العوامل الشخصية المرضية لدى المدمن.

### (3/3) وضع خطة العلاج:

بعد تحديد مشاكل المريض، نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف لكيفية التعامل معه عن طريق الخطوات التالية:

**الخطوة الأولى: اختيار المشكلة:** حيث يتناول الإكلينيكي أهم المشاكل الأساسية والثانوية، التي يعاني منها المريض المدمن، ولكي تكون الخطة فعالة لابد من تناول المشاكل الأساسية وبصورة مركزة.

**الخطوة الثانية: تعريف المشكلة:** حيث يتباين المدمنون في عرض مشاكلهم، لذا تحتاج كل مشكلة نختارها لتركيز العلاج عليها إلى تعريف مفصل.

**الخطوة الثالثة: تطوير الأهداف:** حيث نحدد في هذه الخطوة الأهداف العريضة لحل مشاكل محددة، وكل ما نحتاجه هو وصف عام للأهداف البعيدة.

**الخطوة الرابعة: الأهداف المرحلية:** على عكس الأهداف البعيدة تستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس، إذ ينبغي توضيح إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها، كما يراعى عند تصميم كل هدف مرحلي أن يشكل خطوة باتجاه الهدف العلاجي الأشمل.

**الخطوة الخامسة: اختيار التدخل:** التدخلات هي الأفعال التي يأتي بها الإكلينيكي لمساعدة مريضه على استكمال تحقيق الأهداف المرحلية، ويجب أن يكون لكل هدف مرحلي تدخل واحد على الأقل، وفي حالة عدم تحقيق المريض الهدف بعد أول تدخل تضاف تدخلات أخرى جديدة

إلى الخطة، كما يتم اختيار التدخلات وفق احتياجات المريض وإمكانات المعالج.

**الخطوة السادسة: تحديد التشخيص:** يعتمد تحديد التشخيص المناسب على التقويم الإكلينيكي والكامل لحالة المريض، إضافة إلى مقارنة ما يظهر على المدمن من أعراض سلوكية أو معرفية أو انفعالية، كما أن الأهداف التي نسعى إلى تحقيقها من العلاج تنقسم بدورها إلى:

**أولاً: أهداف بعيدة المدى:** وتكون كالاتي:

- الاعتراف بأنه مدمن وشروعه في المشاركة في برنامج خاص بالتعافي.
- التوصل إلى تعاف مستمر والبعد عن استعمال كافة أنواع المواد المخدرة، التي تؤثر على الانفعال. ثم التوصل إلى الامتناع التام والاستمرار فيه.

**ثانياً: الأهداف متوسطة المدى:** وتكون كالاتي:

- تعرف الآثار السلبية للتعاطي، والتي أثرت على حياته.
- أن يوضح له المعالج الآثار الإيجابية للإقلاع والتعافي.

**ثالثاً: الأهداف قريبة المدى:** وتكون كالاتي:

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة، حدد وجهة نظر المدمن المريض في المشكلة.
- حدد العوامل التي تساعد على الانتكاسة، اشرح للمريض التغيرات الأساسية التي يحتاج إلى إدخالها على حياته، حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوافرة في الوقت الحاضر. (محمد حسن غانم، 2006، ص-ص90-93)

## خاتمة :

إن ظاهرة تعاطي العقاقير كانت ومازالت موضوعا للدراسة والبحث، لأنه على مر العصور كان يظهر الخطر القائم من جراء تعاطي المخدرات وإدمانها، وفي الوقت الحالي نلاحظ أن الاهتمام بالمشكلة أصبح بشكل كبير ومكثف، من خلال دور التوعية والجمعيات ووسائل الإعلام التي تعمل على مكافحة المخدرات خاصة بين الشباب، ولذلك فإن التعرف على النظريات والأسباب التي تكمن وراء تعاطي المخدرات يعطى صورة أوضح عن هذا الموضوع بشكل علمي ودقيق وموضوعي.

## قائمة المراجع:

- (1) أحمد عبد العزيز الأصفر، عوامل انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات في المجتمع العربي، الرياض، مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2004.
- (2) جان سكوت ومارك وليامز وأرون بيك، العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية، ترجمة مصطفى عبد المعطي، القاهرة، مكتبة زهراء الشرق، 2002.
- (3) جمعة سيد يوسف، الوقاية من تعاطي المخدرات، ط2، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 2005.
- (4) حسن مصطفى عبد المعطي، الأسرة ومواجهة الإدمان، القاهرة، دار قباء للنشر والتوزيع، 2002.
- (5) رأفت عسكر، تعاطي المخدرات في السينما المصرية دراسة في الخطاب السينمائي المصري، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2004.
- (6) رشا عبد الفتاح الديدي، المرأة والإدمان دراسة نفسية اجتماعية من منظور التحليل النفسي، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2001.
- (7) س لنيدزاي وج. بول، مرجع في علم النفس الإكلينيكي للراشدين، ترجمة صفوت فرج، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2000.
- (8) صبحي عمران شلش، السموم الاجتماعية، ط2، الأردن والجزائر مؤسسة المجلس العربي للعلوم والطب والتكنولوجيا، 2004.

- (9) عادل صادق، الإدمان له علاج، ط2، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، 1999.
- (10) عبد الرحمن إبراهيم، فكرة وجيزة عن اضطرابات الشخصية، ط2، سوريا، شعاع النشر والتوزيع، 2007.
- (11) عبد العزيز بن عبد الله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال المخدرات، الرياض، مركز الدراسات والبحوث في جامعة نايف للعلوم الأمنية، 2002.
- (12) عبد الله عسكر، الإدمان بين التشخيص والعلاج، ط5، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2005.
- (13) عبد المنعم عبد الله حسيب، مقدمة في الصحة النفسية، الإسكندرية، دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر، الإسكندرية، 2005.
- (14) عفاف عبد المنعم، الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2003.
- (15) محمد أحمد مشاقية، الإدمان على المخدرات (الإرشاد والعلاج النفسي)، عمان، دار الشروق، 2007.
- (16) محمد السيد عبد الرحمن، علم الأمراض النفسية والعقلية الأسباب - الأعراض - التشخيص - العلاج، القاهرة، دار قباء ،، 2000.
- (17) محمد حسين غانم، العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، 2005.
- (18) مدحت أبو النصر، الإعاقة الاجتماعية المفهوم والأنواع وبرامج الرعاية، القاهرة، مجموعة النيل العربية، 2004.
- (19) ويندي درايدن، والترما تويتشك، كيف تتخلص من الإدمان، ترجمة خالد العامري، القاهرة، دار الفاروق للنشر والتوزيع، 2006.
- (20) أمزيان الوناس، إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير وتعديل السلوك (دراسة ميدانية أجريت على مساجين مؤسسة إعادة التأهيل بتازولت ولاية باتنة)، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، جامعة الإخوة منتوري، الجزائر، 2007.

21) Pierre Angel. Denis Richard et Marc Valleur,  
**Toxicomanies**, Paris, Masson, 2000.