

تعاطي المخدرات وإدمانها: منظور نفسي اجتماعي

مريامة بريشي *

مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة، الجزائر

Drug abuse and addiction: Psychosocial view

Meriama Berrichi*

meriama.berrichi@yahoo.com

Developing Psycho-educational Practices Lab, Kasdi Merbah University, Ouargla, Algeria

تاريخ الاستلام: 2020/03/13؛ تاريخ القبول: 2020/06/13؛ تاريخ النشر: 2020/06/30

Abstract. This article aims to understand the behavior of drug abuse and addiction from a psycho-social perspective. It begins with a definition of drugs, drug abuse and addiction, followed by showing the psycho-social side of factors, effects and interpretations of this complex phenomenon. Finally, the consideration is given to most important treatment based on psychosocial perspective.

Keywords: Drugs ; substance abuse ; addiction ; psychosocial perspective.

ملخص. يهدف هذا المقال إلى محاولة فهم سلوك تعاطي المخدرات وإدمانها من وجهة نظر نفس اجتماعية، بداية بالتعرف على ماهية المخدرات وتعاطي المخدرات والإدمان، بعدها بدأ تناول النفس الاجتماعي لهذه الظاهرة المعقدة وذلك بالتعرض للعوامل والآثار والتفسيرات النفس اجتماعية المتعلقة بسلوك التعاطي والإدمان، وفي الأخير تم التطرق إلى أهم العلاجات المبنية على التوجه النفسي الاجتماعي، حيث تم التفصيل في واحدة من أهم هذه العلاجات. الكلمات الدالة. المخدرات؛ التعاطي؛ الإدمان؛ التوجه النفس اجتماعي.

* corresponding author

1. مقدمة.

تعد مشكلة تعاطي المخدرات أو المواد ذات التأثير النفسي قديمة، رغم أن بدايات استعمال هذه المواد لم يكن لغرض الحصول على الآثار النفسية، كما أن استعمالها قديماً كان يقتصر على المواد الطبيعية. وبعد أن تتدخل الإنسان واستخرج المواد الفعالة منها، أصبحت مشكلاً حقيقياً تعاني منه كل الدول، رغم أن هذه الخطوة كانت في البداية ذات أهداف نبيلة وهي الاستعمال الطبي، ولكن الإنسان أساء استعمالها وعادت عليه بأضرار جسيمة على صحته البدنية والنفسية والاجتماعية، من هنا، تأتي أهمية هذا المقال؛ فلخطورة التي ينطوي عليها سلوك تعاطي المخدرات وإدمانها على الفرد والأسرة والمجتمع يتطلب منا بذل العديد من الجهود من أجل فهم الظاهرة وبالتالي محاولة وضع برامج وقائية وعلاجية للتصدي لها ولحماية المجتمع منها.

يستعمل الناس عدة أنواع من المواد النفسية، لا لغرض مواجهة ضغوطات الحياة ولكن للحصول على الآثار النفسية التي تسببها كالنشوة والسعادة والفرح... وهي حالات مؤقتة. هذا الاستعمال غير العقلاني أدى إلى تعلق الناس بهذه المواد وما عادوا قادرين على العيش من دونها وهذا ما يسمى بالإدمان والذي بدوره يرتبط بمجموعة كبيرة من المشكلات الاجتماعية.

قدر تقرير لمكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة أنه في سنة 2017؛ أكثر من 350 مليون شخص والذين تتراوح أعمارهم ما بين (5 ± 64 سنة) تعاطوا المخدرات (تعاطي أو إدمان) خلال السنة الماضية وأن 35 مليون منهم يعانون من اضطراب استعمال المخدرات "Drug use disorders" أو ما يعرف بـ "الإدمان" (UNODC¹, 2019)، ومن خلال نفس التقرير يلاحظ الزيادة في عدد المستعملين والمدمنين عبر العالم، وفي نفس النهج تسير الجزائر فحسب تقارير الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها فالجزائر تسجل أرقاما لا يستهان بها من حيث الكميات المحجوزة أو القضايا المعالجة في المحاكم ذات الصلة بالمخدرات أو عدد الحالات التي تعالج.

وفي تحقيق ابيمولوجي قام به نفس الديوان سنة 2010، استهدف 9240 أسرة تمثل 48708 شخصا منهم 44387 يعيشون في المناطق الحضرية، توصل إلى نتائج لا يستهان بها؛ فباعتقاد مرجع الاستهلاك على مدى 12 شهر الأخيرة كانت نسبة الاستهلاك 1,67% للرجال و0,67% للنساء. أما نسبة الاستهلاك على مدى 30 يوما الأخيرة فكانت 1,18% للرجال و0,52% للنساء. وكانت الشريحة العمرية الأكثر استهلاكاً هي من 20 إلى 39 سنة بنسبة 1,48% تليها شريحة العمر من 40 إلى سنة فأكثر بنسبة 1,11%، ثم شريحة العمر من 16 إلى 19 سنة بنسبة 0,85% وفي الأخير شريحة العمر من 12 إلى 15 سنة بنسبة 0,12% (خطار، 2014، ص10).

¹ United Nations Office on Drug and Crime

أبرزت نتائج التحقيق المدرسي الذي أجراه الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها بأن نسبة تعاطي المخدرات في الوسط المدرسي سجلت في السنوات الأخيرة ارتفاعاً قياسياً، كاشفاً أن حوالي 54 ألف تلميذ يتعاطون المخدرات في الوسط المدرسي. وكشفت النتائج الميدانية لهذا التحقيق حول انتشار المخدرات في الوسط المدرسي مست 426 متوسطة وثانوية على المستوى الوطني باستثناء ولايتي إليزي وتيندوف أن من بين ما يزيد عن 2 مليون تلميذ معني بالاستبيان، تم إحصاء 54 ألف تلميذ في الجزائر يستهلكون الحشيش وما نسبته 8.5% يتعاطون الشيشة و1.95% يتناولون الكحول، و1.97% مهلوسات، ونسبة 0.42% كوكايين، و0.33% مدمنين على الهيروين، ولعل التغييرات الكبيرة التي يشهدها المجتمع الجزائري وعلى جميع الأصعدة وكون الجزائر كذلك مستهدفة لأن تكون منطقة استهلاك بعدما كانت منطقة عبور هو ما جعل هذه الأرقام تكون بهذه الدرجة المقلقة.

تؤكد شعبة المخدرات التابعة لهيئة الأمم المتحدة في كتابها الذي نشرته سنة 1982 عن (الأمم المتحدة ومراقبة العقاقير) أن الأسباب التي تؤدي إلى إساءة استعمال المواد المخدرة كثيرة ومتباينة. ولعل أكثرها تأثيراً حسب الاستطلاع لدى الشباب هي تأثير الشبان الآخرين عليهم، وضغط الجماعة وسوء الصحبة، والأفكار الخادعة بقدرة المخدرات على زيادة الإشباع الجنسي وإتاحة المتعة والسرور والانتشراح، كما أن الهجرة والتحضر السريع والبطالة ونمو الأحياء الفقيرة تمثل مجموعة عوامل متشابكة مؤدية إلى اختلال النظام الاجتماعي ونفسي المشاكل الاجتماعية؛ ومن أمثلة هذه المشاكل تفسخ النسيج الاجتماعي للمجتمع، وتفكك الأسر وضعف الإشراف الأبوي، وانعدام المواقف الإيجابية اتجاه المجتمع، وحالات الإحباط والاستلاب لاسيما بين الشباب الذين واجهوا مخاطر البطالة (أبو العزائم، 2003، ص40).

من خلال ما سبق يتضح جلياً أن العوامل النفس اجتماعية لها الدور الأكبر في مشكلة تعاطي المخدرات أو إدمانها؛ إنطلاقاً من مسببات تفشي الظاهرة والنتائج والأضرار التي تتبثق منها. سيحاول هذا المقال عرض النظرة النفس اجتماعية لهذا السلوك ابتداءً من المراحل الأولى لاكتسابه إلى نتائجه وتفسيره وعلاجه.

وعليه يهدف هذا المقال إلى توضيح رؤية علم النفس الاجتماعي لسوك تعاطي المخدرات وإدمانها من خلال التعرف على ماهيته والعوامل المساهمة في تعزيز هذا السلوك والآثار الناتجة عنه، ثم التطرق إلى تفسير اكتسابه، وبعدها عرض أهم علاج قائم على هذا التوجه، وتجدر الإشارة إلى أن هذا المقال حاول إضافة بعض التأصيل النظري الذي لا يتوفر في المراجع العربية (على حد اطلاع الباحثة).

2. تعاطي المخدرات وإدمانها: أي تصور وأي مفهوم؟

يعد مفهوم تعاطي المخدرات وإدمانها من المفاهيم التي عرفت تطوراً ملحوظاً خلال فترة وجيزة، وقبل التطرق إلى توضيح ذلك لابد من عرض وجيز لتاريخ ظهور المخدرات وكيف كان ينظر إليها في الحضارات القديمة.

1.2. المخدرات رحلة أولها تقديس وآخرها تحريم وتجريم.

إن تاريخ استخدام الإنسان للمخدرات يمتد لآلاف السنين، "فما من مجتمع... عبر القرون أو عبر مستويات التغيير الحضاري المتعدد إلا وجدنا بين سطور هذه السيرة ما ينبئ بشكل مباشر أو غير مباشر عن التعامل مع مادة أو مواد محدثة لتغيرات بعينها في الحالة النفسية بوجه عام، أو في الحالة العقلية بوجه خاص، لدى المتعامل" (سويف، 1996، ص13)؛ فالإنسان كان يتناول نبات الخشخاش "نبات الأفيون" منذ مدة طويلة قبل أن توجد مواد المخدرات مثل "المورفين والهروين"، وكان الإنسان يمضغ أوراق نبات الكوكا، وذلك منذ مدة طويلة قبل أن يستخلص الكوكايين من نبات الكوكا في أمريكا الجنوبية. ولجأ الإنسان إلى تجفيف نوع من الصبار في أمريكا يحتوي على مادة مخدرة يعرف بنبات صبار البيوت منذ مدة طويلة قبل تصنيع عقاقير الهلوسة، وقد استخدمت المخدرات في هذه العصور لأغراض طبية ودينية، وكلا هذين الاستخدامين كان بغرض التنشيط الجسمي ولفرع الخبرات الدينية (الهورنة، 2018، ص8). ومع مرور الزمن وتطور العلم تحول الاهتمام الاجتماعي والديني لهذه المواد إلى رفض وتحريم وتجريم اجتماعي وديني وقانوني والأهم إلى مشكل صحي على جميع الأصعدة (الجسدي والنفسي والاجتماعي)، وجاء "هذا منذ منتصف الستينات على الصعيد العالمي ومنتصف السبعينات على الصعيد العربي" (سويف، 1996)، لتدخل هذه المواد حيز التحريم والتجريم الدولي وفق قوانين ومواثيق دولية، كما اهتم بها الأكاديميون لغرض فهم الظاهرة مسبباتها والعمل على الوقاية منها والتخلص من آثارها.

2.2. تعريف المخدرات.

المخدر في اللغة من الخدر وهو الضعف والكسل والفتور والاسترخاء، يقال تخدر العضو إذا استرخى فلا يطبق الحركة. وعرف الفقهاء المخدر أو المفسد بأنه تغطية العقل، أي هو ما غيب العقل والحواس، وذكروا الحشيش مثالا عليه. والحقيقة أن هذا التعريف لا ينطبق تماما على واقع المخدرات، والأولى أن تعرف بأنها ما يشوش العقل والحواس بالتخييلات و الأهلـاس بعد نشوة وطرب وتؤدي بالاعتیاد عليها إلى الإذعان لها (المشرف و الجوادي، 2011، ص).

يقصد بالمخدرات من جهة، مواد التخدير الخاضعة للرقابة الدولية وفقا لاتفاقية عام 1961م كما أكدته اتفاقية عام 1971م، والمادة المخدرة ذات تأثير دعائي، حيث تنبه الشخص المتعاطي لأن يطلب اللذة والنشوة والانعزال التام عن مجريات الحياة اليومية.

وتعرف كذلك، أنها مواد مخدرة يتعاطاها الشخص بصورة منتظمة، وتؤدي إلى كثير من المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية لما تحدثه من تأثير شديد في وظائف الجهاز العصبي المركزي، ولما تحدثه من الاضطرابات في الإدراك أو المزاج أو السلوك. وهي مواد وعقاقير تختلف وظائفها وتأثيراتها باختلاف مكوناتها الكيميائية في الجهاز العصبي، وتسبب اعتمادا جسيما أو نفسيا عليها (الهورانة، 2018، ص 11).

ويعرف المخدر علميا بأنه: مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم، وكلمة مخدر ترجمة لكلمة "Narcotic" المشتقة من الإغريقية "Narkosis" التي تعني يخذر أو يجعل مخدرا. لذلك لا تعتبر المنشطات ولا عقاقير الهلوسة مخدرة وفق التعريف العلمي (الدمرداش، 1982، ص 10).

وتستخدم "منظمة الصحة العالمية" تعبير "المواد النفسية" بدلا من المخدرات لأن الأخير يشمل مواد واستخدامات علمية أو أخرى عادية غير محظورة أو خطيرة. عندما نستخدم تعبير "المخدرات" نعني به المواد التي تحدث الاعتماد (الإدمان) والمحرم استخدامها إلا لأغراض طبية أو علمية، أو إساءة استخدام المواد والعقاقير المتاحة للحصول على التأثيرات النفسية. وبعض المخدرات مواد طبيعية وبعضها مصنعة، وتشمل المهدئات والمنشطات و المهلوسات أو المستخرجة من نباتات طبيعية كالحشيش والأفيون والهيروين و الماريخوانا والكوكايين أو المواد التي تستنشق مثل: "الأسيتون" و "الغازولين" (المشرف و الجوادي، 2011، ص).

3.2. أنواع المخدرات بحسب إنتاجها.

يتناول هذا العنصر تصنيف المخدرات حسب كيفية إنتاجها، ويساعد هذا التصنيف على تبيان بعض الأبعاد العلمية في تكوين المخدرات كما يتيح لنا تغطية كامل أنواع المخدرات، وتنقسم حسب هذا التصنيف إلى: مخدرات طبيعية، ومخدرات مصنعة، ومخدرات تخليقية (كيميائية) (المشرف والجوادي، 2011، ص 27)، أو كما جاءت في "الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية " DSM IV " طبيعية، نصف مصنعة و مصنعة.

1.3.2. المخدرات الطبيعية. هي المواد الطبيعية التي تحتوي على عناصر منبهة أو مسكنة والتي من شأنها إذا استعملت بشكل متكرر في الأغراض الطبية الموجهة أن تؤثر بحكم طبيعتها الكيميائية على بنية الجسم ووظائفه إلى الإدمان، وتسبب أضرار بدنية وعقلية وتغير في السلوك الإنساني الطبيعي ومزاجه وانفعالاته وعواطفه وأحاسيسه وأسلوب تفكيره، وتنتج من نباتات طبيعية مثل الحشيش والأفيون و الكوكا والقات، والتي تحتوي أوراقها وأزهارها وثمارها على المادة الفعالة المخدرة، كما يمكن أن يتم تناول هذه الأوراق والأزهار والثمار مباشرة (المشرف و الجوادي، 2011، ص 27)؛ ومن هذه المخدرات الطبيعية: الحشيش (القنب cannabis)، والأفيون (الخشخاش pavot)، و الكوكا coca، والقات khat، وبعض النباتات الفطرية (كفطر لامانيت أو قاتل الذباب tue

le kawa، ونبته الكاوا (le peyotl البيوتل)، وبعض نباتات الصبار (مثل: البيوتل le peyotl)، ونبته الكاوا le kawa، نبتة البيلادون Belladone ونباتات أخرى عديدة... (Hostettmann, 2002).

2.3.2. المخدرات نصف مصنعة. يتم إنتاجها عن طريق معالجة أو تصنيع تقني للمخدرات من النباتات الطبيعية مثل: المورفين والهيروين ومشتقات الأفيون الأخرى، أو الكوكايين المشتقة من نبات الكوكا (المشرف والجوادي، 2011).

3.3.2. المخدرات المصنعة. هي مواد لا ترجع إلى أصل المخدرات الطبيعية أو إلى أصل المواد المصنعة، وإنما هي مواد من عناصر كيميائية، لغرض التخدير والتهديئة أو التنبيه والحفز، زمن هذه المواد المخدرة الكيميائية: المنومات والمهدئات و المهلوسات ك LSD، والمذيبيات الطيارة مثل: الاثير، والكلوروفورم، والبنزين، أو أوكسيد الأزوت (المشرف والجوادي، 2011).

وتجدر الإشارة إلى أن البعض من هذه العقاقير اكتشف لغرض الاستعمال الطبي، ولكن الإنسان أساء استعمالها وأصبح يأخذها لغرض الحصول على النشوة ونسيان المشاكل... ومن هنا جاءت مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها وهو ما سنتعرف عليه في العنصر الآتي.

4.2. تعاطي المخدرات. Drug Abuse

يشير مصطلح 'تعاطي المخدرات' "Drug Abuse" إلى الاستخدام المفرط للعقاقير، سواء كانت موصوفة قانونياً (مثل المواد النفسية "Narcotics" الموصوفة للألم المعتدل إلى الشديد) أو العقاقير غير القانونية؛ ومع ذلك، فإن هذا التعاطي لا يرتفع إلى مستوى الاعتماد أو الإدمان على المخدرات. على الرغم من هذا، قد يطور متعاطي المخدرات إدماناً على المخدرات لاحقاً (Gwinell & Adamec, 2008, p1) ويعرف كذلك بأنه أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي للمادة المخدرة بالصدفة أو للتسلية أو لتقليد أصدقائه (المشاقبة، 2007، ص21).

بشكل عام، يكون لدى متعاطي المخدرات لهفة بالعقار وأحياناً قد يطور حالة التحمل اتجاه هذا العقار (المخدر)؛ وبالتالي يحتاج إلى كميات أكبر من العقار (المخدر) من أجل تحقيق نفس التأثيرات التي يريدتها المتعاطي (مثل: النشوة والتسمم والنسيان، أو غيرها من الآثار). ومع ذلك، فإنه عادة ما لا يواجه المتعاطي آثاراً جديّة تدل على أعراض الانسحاب من المخدرات. بالإضافة إلى ذلك، فإن متعاطي المخدرات لا يركز حياته على جلب الدواء واستعماله (Gwinell & Adamec, 2008, p1)، وتعد الحالة الأخيرة من عوامل تشخيص الإدمان على المادة كما سيوضح ذلك لاحقاً.

5.2. الإدمان. Addiction.

يعرف الإدمان حالة تسمم مزمن نتيجة للتعاطي المتكرر والمستمر للعقاقير، ويعني التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية حتى إن المدمن يكشف عن عجزه أو رفضه للانقطاع أو لتعديل تعاطيه، بل تصبح حياته تحت سيطرة المادة المخدرة حتى استبعاد أي نشاط آخر، غير الإهتمام بكيفية الحصول على المخدر ثم تعاطيه (الهوارنة، 2018، ص11).

في سنة 1964، أدخل خبراء منظمة الصحة العالمية مصطلح "الاعتماد" "Dependence"² ليحل محل المصطلحين الآخرين "الإدمان" "Addiction" و "التعود" "Habituation".

6.2. الاعتماد. Dependence.

يدل عموماً على حالة الاحتياج أو الاعتماد على شيء ما أو أحد ما للحصول على الدعم أو البقاء فاعل (فعال) أو البقاء على قيد الحياة. وبإسقاط المعنى على الكحول والمخدرات الأخرى؛ يدل هذا المصطلح على الحاجة المنكرة لجرعات من المخدر للشعور بالراحة أو تجنب الشعور السيئ أو الشعور بالسوء (WHO, 1994, p28).

ويعرفه "كرامر وكامرون" "Cramer & Cameron" على أنه حالة نفسية وأحياناً عضوية كذلك، تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية؛ وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاط الكائن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو دوري (أي من حين لآخر) وذلك لكي يخبر الكائن آثارها النفسية، وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها. وقد يصحبها تحمُّل أو لا يصحبها. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر (عن: سويف، 1996، ص18).

ويعرف الاعتماد حسب الـ DSM III R على أنه: "مجموعة من الأعراض المعرفية والسلوكية و الفيزيولوجية التي تشير إلى الشخص الفاقد للتحكم في استعمال المواد ذات التأثير النفسي، ويواصل في استعمالها رغم الآثار السلبية الناجمة عن ذلك (WHO, 1994, p28).

كما نجد مجموعة من التسميات المرتبطة بمصطلح "الاعتماد" كـ "زملة أعراض الاعتماد" (سويف، 1996، ص19) أو "متلازمة الاعتماد" "Dependence syndrome" باعتبارها واحدة من فئات التشخيص السيكياتري لمجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المواد النفسية. ونجد كذلك "Dependence potential" إمكانية الاعتماد" أو "الإمكانية الاعتمادية" (سويف، 1996، ص20)؛ وأضيف ترجمة محتملة "الاعتماد الكامن" والذي يعبر عن "ميل المادة لإثارة الاعتماد عليها بسبب تأثيراتها الفارماكولوجية على الوظائف الجسمية والنفسية "

² كما يمكن أن نجد مصطلح "التبعية" كترجمة لـ "Dependence"

(WHO, 1994, p28). إضافة إلى "الاعتماد النفسي" "psychic dependence" و "الاعتماد العضوي" "physical dependence" و "احتمالات الاعتماد" "dependence liability" و "المواد المحدثة للاعتماد" (سويف، 1996).

7.2. معايير كشف تعاطي أو اعتماد مادة.

1.7.2.1. معايير كشف تعاطي مادة (مخدرات). Critères de l'abus d'une substance.

يوضح الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM IV)، معايير تشخيص تعاطي المخدرات (مادة Substance)، ويكون ذلك حسب مايلي:

(a) نمط استعمال غير تكيفي لمادة يؤدي إلى خلل وظيفي أو معاناة دالة إكلينيكية، ويتميز بظهور واحدة على الأقل من العلامات التالية خلال مدة 12 شهر:

(1) الاستعمال المتكرر للمادة يؤدي إلى العجز عن الوفاء بالالتزامات الرئيسية في العمل، في المدرسة أو في المنزل (مثال: غياب متكرر أو أداء ضعيف في العمل بسبب استعمال المادة. غياب، طرد مؤقت أو كلي من المدرسة. إهمال الأبناء أو الأعمال المنزلية).

(2) استعمال متكرر للمادة في وضعيات يمكن أن تكون خطيرة جسدياً (مثال: عند قيادة السيارة، أو تشغيل آلة).

(3) مشاكل قانونية متكررة لها علاقة باستعمال المادة (مثال: توقيفات بسبب سلوكيات غير طبيعية لها علاقة باستعمال المادة).

(4) استعمال المادة رغم المشاكل الشخصية والاجتماعية المستمرة أو المتكررة، والتي تسببت فيها أو فاقمتها الآثار الناتجة عن استعمال المادة (مثال: خصامات مع الزوج حول عواقب التعاطي، شجارات).

(b) الأعراض لم تصل أبداً -بالنسبة لهذا النوع من المادة- إلى معايير التبعية. (Guelfi et Crocq, 2005, p230)

إن ظهر أحد الأعراض على الأقل الموضحة في المعيار (a) على مدار مدة 12 شهر وعدم تجاوز هذه الأعراض إلى أعراض "التبعية" يشخص تعاطي الفرد لمادة مخدرة ما. وفيما يلي كيفية التعرف على الشخص إن كان في حالة تبعية أم لا.

2.7.2.2. معايير كشف التبعية أو الاعتماد لمادة. Critères de dépendance à une substance.

حسب الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية الرابع (DSM IV) ذلك، تتمثل معايير تشخيص التبعية أو الاعتماد لمادة (المخدرات) (مادة Substance)، في ما يلي:

نمط استعمال غير تكيفي لمادة يؤدي إلى خلل وظيفي أو معاناة لها دلالة إكلينيكية، تتميز بظهور ثلاثة أو أكثر من الأعراض التالية في أي وقت خلال فترة ممتدة من 12 شهر:

(¹) التحمل "tolérance": ويعرف بأحد الأعراض التالية:

(a) الاحتياج إلى كميات أعلى بكثير من المادة للحصول على "التسمم" أو التأثير المرغوب.

(b) انخفاض كبير في تأثير نفس الكمية المستعملة للمادة المتعاطاة منذ مدة.

(²) الانسحاب "sevrage" ويتميز بأحد المظاهر التالية:

(a) متلازمة الانسحاب الخاصة بالمادة.

(b) أخذ نفس المادة (أو مادة قريبة جداً) لتخفيف أو تجنب أعراض الانسحاب.

(³) تؤخذ المادة بكميات أكبر أو لفترة زمنية أطول مما كان متوقعا.

(⁴) وجود رغبة ملحة أو بذل جهود غير مثمرة في خفض استخدام المادة أو السيطرة عليها.

(⁵) إنفاق الكثير من الوقت على الأنشطة اللازمة للحصول على المادة (مثال: التشاور أزيارة العديد من

الأطباء)، أو التنقل (لمسافات طويلة)، أو استعمال المادة (مثال: التدخين دون توقف)، أو للاسترجاع من آثار المادة.

(⁶) الإنقاص أو التخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية الهامة بسبب استعمال المادة.

(⁷) تواصل استعمال أو تعاطي المادة رغم علم الشخص بوجود مشكل نفسي أو جسدي مستمر أو متكرر

(مثال: مواصلة أخذ جرعات من الكوكايين رغم اعتراف الشخص بالاكئاب المرتبط بالكوكايين، أو مواصلة أخذ

الكحوليات رغم اعتراف الشخص بتفاقم القرحة بسبب الكحول) (Guelfi et Crocq, 2005, p228).

هذه المظاهر وتواتر ظهورها تخبرنا إن كان الشخص يتعاطى أو تابع للمخدرات، وقد يتبادر إلى الذهن ما

الذي يجعل هذا الشخص يلجأ إلى تبني مثل هذا السلوك والزج بنفسه في دوامة يصعب الخروج منها. فيما يلي

توضيح لبعض الأسباب التي تدفع بالشخص إلى براثن التعاطي والتبعية.

3 عوامل تعاطي المخدرات وإدمانها، أسباب متعددة لنتيجة واحدة.

هناك العديد من الأسباب المؤدية إلى تبني سلوك تعاطي المخدرات وإدمانها لدى الأفراد ويصطلح عليها

علمياً "بعوامل الخطر" أو "عوامل الضعف"، هذه العوامل مستقاة من حقول علمية وتوجهات نظرية مختلفة.

وتجدر الإشارة إلى أن العديد من الطرق يمكنها أن تؤدي إلى التعاطي أو الإدمان، فلا يمكن أن نرجع سبب

تعاطي مراهق أو راشد للمخدرات لعامل واحد فقط، ولكن الأصح أن لعدة أسباب متفاعلة فيما بينها تنتج فرداً

قابلاً للتعاطي أو فرداً ضعيفاً في مواجهة إجراءات استعمال المواد المخدرة.

وكما هو مبين في عنوان الورقة سيتم التركيز على العوامل النفس اجتماعية المساعدة أو المساهمة في

تبني سلوك التعاطي وبالتالي الإدمان:

يرى علماء النفس والاجتماع أن حاجات الإنسان النفسية والاجتماعية لا تقل عن حاجاته البيولوجية العضوية؛ وتتخلص الحاجات النفسية والاجتماعية في الحاجة إلى الشعور بالقيمة والكرامة الإنسانية، والحاجة إلى الحرية، والحاجة إلى الهوية، والحاجة إلى إيديولوجية متكاملة واضحة الحدود والمعالم والقيم، والحاجة إلى الانتماء، والحاجة إلى وجود سلطة ضابطة (أبو العزائم، 2003، ص40). وانطلاقاً من الحاجة إلى الانتماء تبدأ مشكلة بعض الأفراد مع التعاطي والإدمان، فقد أثبتت العديد من الدراسات تأثير جماعة الرفاق على تعاطي الأطفال والمراهقين للمواد المخدرة فقد " توصل " Davies et Kandel " أن هناك علاقة ايجابية بين درجة الألفة والمودة عند جماعة الأصدقاء وتعاطيها للمخدرات ولكن في حقيقة الأمر لا يكفي تأثير الجماعة بجلب الشاب إليهم، وتموين المنخرط الجديد بالمخدرات وأعضائها القدامى، وإيجاد الوسائل والسبل السليمة للحصول عليها، بل تقوم بتقديم نماذج لأشكال سلوكية، عادات، ولغة جديدة، إلى درجة أننا نستطيع الكلام على ثقافة جديدة، أو كما يتم تسميتها من طرف علماء الاجتماع بالثقافة الفرعية culture-sub، وتملك هذه الثقافة الفرعية نظاماً للقيم، وقوانين اجتماعية، وتنظيم العلاقات بين المدمنين، وتفرض عليهم درجة كبيرة من الامتثال لهذه القوانين. إن هذه الثقافة تشمل على جميع الطقوس، العادات وحتى القواعد التي يتم بها تسيير الجماعة، وأي خطأ أو مخالفة لقواعدها يتم معاقبة العضو المخطئ، إن هذه الثقافة الفرعية تعمل كمجموعة من الآليات الدفاعية التي تزيّف صورة الذات، وأهداف الحياة حسب قواعد وإيديولوجيات الجماعة، فعندما يشعر المدمن بالاكئاب، فحتى يخفف عنه هذه الحالة، وحتى لا يشعر بالذنب، فإنه يتهم المجتمع بأنه السبب في كل ما حدث، وما يحدث، إن الجماعة في هذه الحالات تلعب دور السند، كما تبرر له موقفه، وبأنه لا يعمل، وإيجاد السكن من المستحيلات، وبالتالي لا زواج، فكل الظروف تساعد على تعاطي المخدرات والاستمرار فيها، وبهذه الطريقة فالتعاطي للمخدرات تكون هويته الساخطة على المجتمع السبب في مشكلاته" (قماز وبوسنة، 2009، ص52 بتصرف)، ويعزز الحاجة للولاء للجماعة رغم انحرافها نقص المهارات الاجتماعية ونقص مهارات حل المشكلات وتدني تقدير الذات. من جهة أخرى يلعب الرفض من قبل الرفاق نفس الدور فيما يخص تعاطي المخدرات (قماز وبوسنة، 2009 ; Grégoire, 2005)، حيث يعتبر التعلق المنخفض من طرف الأصدقاء عامل خطر يؤدي إلى مشاكل مدرسية وجرامية عند المراهقين وبالتالي خطوة نحو تعاطي المخدرات وإدمانها.

وفيما يتعلق بالسياق العائلي فتعاطي الوالدين للمخدرات ونقص الإشراف الوالدي والمعاناة الوجدانية للوالدين والشجارات العائلية وانفصال الوالدين تعد عناصر لا يمكن تجاهلها ويجب أخذها بعين الاعتبار (Grégoire, 2005, p19).

و يعود كل هذا الفشل عادة إلى وجود خلل أو اضطراب أو فساد في البيئة الأساسية التي يقوم عليها المجتمع، والتي تتمثل في نظامه الاقتصادي والاجتماعي والسياسي، ومنظّماته الثقافية التي يعيش في ظلها والمنوط بها وعن طريقها تحقيق الحاجات المشار إليها.

ومن أهم المشاعر الناتجة عن الفشل في الإشباع، مشاعر الحرمان والإحباط، والشعور بالضياع والاعترا ب، والشعور بالمذلة والمهانة، والشعور بالدونية والعجز عن الكفاية (أبو العزائم، 2003، ص40)، والشعور بالسخط والغضب والتمرد والعصيان، هذه المشاعر مجلبة للتوتر والقلق والألم، مما يدفع الفرد أو الجماعة إلى الفرار منها أو التخفيف منها بالسلبية والانسحاب الذي يأخذ شكل تعاطي الخمر أو المخدرات. ولذلك فتعاطي الخمر والمخدرات يجد علته في الإحباط، وما يترتب على ذلك من عدوان، وشعور دفين بالعجز وعدم الاعتبار للذات وشعور بالاعترا ب وفقدان الهوية وشعور بذاتية خالية من القيمة والقوة (بو العزائم، 2003، ص41)، كما تساهم الانتهاكات بجميع أشكالها في تبني سلوك التعاطي وبالتالي الإدمان (Grégoire, 2005, p19).

وما يزيد المشكلة عمقا وعنفا أن الدخول في عالم التعاطي والإدمان سيكون بداية لمشكلات واضطرابات على أصعدة عديدة، ولعل ما يتقل كاهل المتعاطي أو المدمن هو تعدي هذه المشكلات وتأثيرها على محيطه الاجتماعي القريب.

4. الآثار النفس اجتماعية الناتجة عن تعاطي المخدرات وإدمانها.

عادة ما يبدأ استخدام المواد المخدرة في سن المراهقة أو في مرحلة البلوغ المبكر ويرتبط عادة مع مجموعة متنوعة من المشاكل، منها الجسمية والنفسية والعائلية والعلاقات الشخصية أو الاجتماعية أو الأكاديمية أو المهنية أو القانونية أو روحية.

والأضرار الاجتماعية المرتبطة باستخدام مادة ذات تأثير نفسي تتضمن المشكلات الشخصية التي تؤثر بشكل سلبي على العلاقات مع أفراد العائلة والأصدقاء وزملاء العمل وأعضاء آخرين في المجتمع (Poudel et al, 2016, p2)

كما تقع على المجتمع أضرار كبيرة من جراء المخدرات لا حد لها، فالمخدرات تثبط أو تعدم الرغبة أو الحماس لدى المدمن في خدمة ذاته وأسرته وعمله وإنتاجه، وفي رفع مستوى حياته أو حياة أسرته، ويزداد هذا الخطر بالنسبة للشبان الذين يمرون بمراحل حرجة من نموهم النفسي والاجتماعي، وتتضاعف الآثار الضارة للمخدرات في البلاد النامية؛ حيث الموارد محدودة لمواجهة مشاكل إساءة استعمال المخدرات (أبو العزائم، 2003، ص21). ولقد أكدت العديد من الدراسات على مجموعة من المشكلات الناتجة عن تناول المخدرات وخاصة المشكلات والأضرار التي تتحملها أسر المدمنين؛ حيث توصلت دراسة (سليمانى و بولجراف، 2012)، والمعنونة بـ "الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري" إلى أن إدمان أحد الأبناء على المخدرات يؤثر على الوسط الأسري وخاصة الوالدين: فعلى المستوى النفسي يصبح الوالدين يعانون من القلق والخوف ويعيشون حالة الاكتئاب وفقدان الأمل واليأس والشعور بالإحباط والشعور بالذنب، وعلى المستوى العائلي تضطرب العلاقات بين

والوالدين ويقل الحوار بينهما، وقد يتخذ كل طرف منهما طريقة خاصة في علاج المشكل، وقد تتعدم فرص المناقشة بينهما، أما على المستوى الاجتماعي تنتقل العلاقات الخارجية للآباء حيث يضطر بعضهم إلى التغيب عن العمل، كما ينقطع بعض الآباء عن الزيارات المألوفة للأهل والأقارب كما يتجنب البعض الاجتماع مع الأصدقاء والأقرباء (سليمانى و بولجراف، 2012).

و لما كانت ظاهرة الإدمان مشكلة لا تنحصر في سببها أو في المعنى وتتعدى إلى خلق الكثير من المشاكل الاجتماعية والأسرية كالانفصال والطلاق وتشرد الأولاد واللجوء إلى الجريمة... كانت الحاجة لفهم هذه الظاهرة واقتراح العلاج منها ضرورة اجتماعية وإنسانية، ولقد اقترح العديد من الباحثين العديد من النظريات والتفسيرات محاولة منهم لفك أسرار هذه الظاهرة التي تفتك بالمجتمع كما عملوا على اقتراح الخطط العلاجية ويمتدحى متعددة ومتكاملة، وفيما يلي عرض لبعض التفسيرات والعلاجات ذات المنحى النفسى الاجتماعى.

5. التفسير النفس اجتماعي لسلوك تعاطي المخدرات والإدمان.

تعد نظرية التعلم الاجتماعى لـ "باندورا" Bandura من أهم النظريات التي ركزت على تدخل عدة جوانب أو عوامل في تفسير السلوك الاجتماعى، حيث أبرزت تفاعل عدة عوامل (نفسية، اجتماعية، بيئية) في تعلم السلوكيات. حيث تصف هذه النظرية تأثير العمليات المعرفية على السلوك الموجه نحو الهدف للبشر، وتعتبر أن قدرة الأفراد على التعلم ضمن محيط اجتماعى يكون من خلال الملاحظة أو الاستماع للآخرين... ويعد عنصر التعلم في "نظرية التعلم الاجتماعى" هو "التعلم الفعال البسيط" حيث يكرر الفرد أي سلوك يؤدي إلى مكافأة. بالتطبيق على تعاطي المخدرات، يمكن تعريف "الحدث الإيجابي (المكافأة)" بأنه أثر النشوة الذاتية التي تلي مباشرة أخذ جرعة من المخدر. كما تؤدي بعض تجارب التعاطي إلى آثار سلبية (مثل الغثيان أو استرجاع ذكريات مزعجة من الماضي)؛ ويفترض أن خبرة "حدث سلبي" بعد تعاطي المخدرات سيعزز تجنب التعاطي مستقبلاً؛ ووفقاً لنظرية التعلم الاجتماعى كلما كانت تجربة تعاطي المخدرات أكثر تكرار أو كثافة (intense) كلما كانت إمكانية الاعتماد عليها أكبر، وبالمثل كلما زاد تواتر أو كثرة الخبرات السلبية المرتبطة بالمخدرات كلما زاد احتمال تجنبها وتحاشيها (West & Brown, 2013, p131).

كما تؤكد هذه النظرية على أهمية الموارد الشخصية في التغلب على الضغوط التي تلح على استخدام المخدرات أو التخلص من الإدمان ومن هذه الموارد أو العوامل: القدرة على عدم استعمال المخدر، ومعرفة استراتيجيات بديلة للتعامل مع الوضع، ومستوى الكفاءة الذاتية.

في نفس السياق تذهب نظرية التعلم الاجتماعى إلى أن الإنسان يمتلك قدرة على تعديل سلوكه وعلى التحكم في أفعاله، وعلى تغيير مواقفه ذاتياً، حتى مع غياب الرقابة الخارجية (العيسى، 2018، ص26)، ولعل

أهم هذه العوامل المساعدة على تعديل السلوك إيجاباً أو سلباً هي "خاصية تنظيم الذات" والتي أشار إليها "بنورا" وقال بأنها من المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم الاجتماعي.

ويعتقد "بومايستر" "Baumeister" أن التحكم الذاتي "Self-Regulation" له دور كبير في أغلب الأمراض الاجتماعية؛ حيث يرى أن أصل هذه الأمراض هو الفشل في "التنظيم الذاتي". ويعرفه "كوب" "Kopp" المشار إليه في (عبد الهادي، 2018، ص153) "أن التنظيم الذاتي بناء مركب يمثل القدرة على الامتثال مع المطالب الموقفية والعمل على تعديل شدة أفعال لفظية وحركية وتكرارها و استمراريتها في المواقف المهنية والاجتماعية، والعمل على تأجيل التصرف والفعل بناء على هدف مرغوب به، مع القدرة على توليد سلوك مقبول اجتماعياً في غياب الرقابة الخارجية... ويعتمد التنظيم الذاتي على ثلاث عناصر رئيسية هي: الالتزام بالمعايير، ومراقبة الذات والسلوك، والقدرة على عمل التغييرات التي نحتاج إليها لتغيير استجابات الذات".

فالعناصر الهامة للتنظيم الذاتي أقحمت في مختلف مراحل الإدمان بما فيها السلوكيات المرضية الأخرى؛ كالقمار القهري، والأكل بشراهة. يمكن أن يؤدي الفشل في التنظيم الذاتي إلى الإدمان على المخدرات أو إدمان مشابه لسلوكيات لا تستعمل فيها المخدرات. فالتنظيم المنخفض- والذي يعكسه عجز كبير، وفشل في إنشاء معايير، ومعايير متضاربة، وفشل في الانتباه وسوء التنظيم (محاولات خاطئة أو فاشلة لتنظيم الذات) يمكن أن يساهم في تطوير أنماط سلوكية شبيهة بالإدمان؛ حيث أن الإدمان يمكن أن يُسهلَ بالأنماط السببية المنشّطة أو المُفعّلة للانهايار؛ وهي أنماط سلوكية تساهم في الانتقال من الانهايار الأولي في التنظيم الذاتي إلى انهيار واسع النطاق، مما يؤدي إلى دوامة من الضيق والمعاناة. وفي بعض الحالات يمكن لأول فشل لتنظيم الذات أن يؤدي إلى اضطرابات انفعالية مهيئاً المناخ لدورة من الإخفاقات المتكررة في التنظيم الذاتي، حيث يجلب كل انتهاك تأثيراً سلبياً إضافياً مما يؤدي إلى ضغوط متزايدة، فمثلاً: الفشل في القوة (strength failure) قد يؤدي إلى البدء بتعاطي المخدرات أو حدوث الانتكاس الأول، وفشل آخر في تنظيم الذات يمكن أن يكون السبب في الدخول إلى دائرة الإدمان أو منع الخروج منها (Koob & al, 2014, p11).

6. علاج التعاطي: بين الممارسة والتناول.

تجدر الإشارة إلى أن العلاجات المبنية على التوجه النفسي الاجتماعي قد تكون مصاحبة للعلاجات النفسية الأخرى، كما يكون العلاج الطبي مرافقاً لأي تدخل يهدف للتخلص من الإدمان. ولنجاح التدخلات الهادفة لعلاج الإدمان أو "اضطراب استعمال المواد" "Drug use disorder" يشترط مشاركة الشخص المعني والتزامه "غالبا ما يصاحب الغرق الشديد في سلوك الإدمان، الاعتراف من جانب "المدمن" بالضرر البدني أو الاجتماعي

أو النفسي الذي يتعرض له، ورغبة صريحة في الحد من سلوك الإدمان أو وقفه، ولكن التغيير ليس بالأمر السهل" (McMurrin, 1994, p1).

ولعل خصوصية العلاجات النفس اجتماعية الفعالة تقوم عادة على معالجة عناصر البيئة التعليمية والاجتماعية لمساعدة المدمنين على تحقيق أهدافهم في الاستغناء عن المواد المخدرة.

وهناك العديد من العلاجات ذات التوجه نفسي اجتماعي ونذكر منها: "الإدارة الطارئة" "Contingency Management"، "الوقاية من الانتكاس" "Relapse Prevention"، "الإرشاد الجمعي للمخدرات" "Group Drug Counseling"، "الإدارة غير طارئة" "Non Contingency Management"، و "الرعاية العادية" "Standard Care"، و "العلاج السلوكي الجدلي" "Dialectical Behavioral Therapy"، و "تدخل تعزيز الدافع" "Motivational Enhancement Interviewing"، و "العلاج المعرفي السلوكي" "Cognitive-Behavioral Therapy"، وعلاجات أخرى كما جاءت في (Dutra et al, 2008).

حسب الدراسات المتوفرة لدينا على المستوى المحلي (سائل، 2009؛ بوخنوفة، 2011؛ بوخاري، 2011؛ طلحي، 2016؛ طيايبي، 2016؛ رتاب، 2018) فإن التوجه النفسي الاجتماعي لعلاج الإدمان طغى على الدراسات الأكاديمية، حيث ركزت كلها على بناء أو اقتراح برامج علاجية جمعية حسب المنحى الانفعالي العقلاي أو المعرفي السلوكي؛ حيث أظهرت كلها نجاعتها في تعديل سلوك الإدمان والحد من شدة اللهفة على العقار وكذا التخفيف من حدة أعراض الانتكاسة؛ فيما يلي بعض الشرح لإحدى أهم الطرق العلاجية ذات المنحى النفس اجتماعي.

7. العلاج المعرفي السلوكي. Cognitive-Behavioral Therapy.

يعد العلاج السلوكي المعرفي تقريبا أكثر أشكال العلاجات النفس اجتماعية انتشارا (Roll et al, 2013, 194)؛ حيث تم استخدام هذا العلاج لأول مرة كطريقة لمنع الانتكاس عند معالجة مشكلة الإدمان على الكحول. ومنذ ذلك الحين تم تكييفه للاستخدام في علاج معظم الإدمان على المخدرات، بما في ذلك إدمان الكوكايين والماريجوانا و الميثامفيتامين. وتستخدم برامج العلاج المعرفي السلوكي نهجاً يركز على الهزيمة الذاتية للأفكار (self-defeating thoughts) التي تؤدي إلى أنماط السلوك غير المتكيفة (Smith, 2015, p21).

كما تهتم هذه الطريقة من العلاج بتعليم المدمنين حول اضطرابهم وتدريبهم على المهارات المعرفية والسلوكية اللازمة لغرس الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة، والعودة إلى الامتناع عن التعاطي في حالة الانتكاس أو إعادة الانتكاس ومنع أو الوقاية من الانتكاس.

ينطوي أحد عناصر العلاج السلوكي المعرفي على تحليل وظيفي، الإجراء الذي بواسطته يحدد المدمن والمعالج أشخاصاً وأماكن وأشياء خاصة وأفكار ومشاعر معينة والتي لها علاقة بتعاطي المواد؛ الهدف من هذا الإجراء هو تحديد السلوكيات والأفكار التي قد يستخدمها المدمن لتجنب تعاطي المخدرات وتحسين مزاجه. بالإضافة إلى ذلك يركز العلاج المعرفي السلوكي على تدريب المدمن على كيفية منع الانتكاس لتعاطي المخدرات من أن يصبح انتكاسة كاملة (أي كيفية إعادة الامتناع بعد مدة من الانتكاس ومعاودة تعاطي المخدرات). الإجراء تعليمي للغاية، وينظر للمعالج كمدرس أو مدرب حيث يتم تعليم المدمنين مهارات للتنفيذ خارج الجلسات كما يشاركون في ممارسة بعض المهارات الأخرى خلال الجلسات (Roll et al, 2013, 194). وليتم ذلك، يركز العلاج السلوكي المعرفي على مساعدة العملاء على تطوير استراتيجيات فعالة للتكيف بدلاً من الاعتماد على سلوكيات سابقة، كتعاطي المخدرات أو المشاركة في نشاطات إدمانية كالمقامرة أو الإنفاق المفرط. وهنا يتم التأكيد على خاصية "الضبط الذاتي" أو "التحكم الذاتي" "Self Control"؛ فيتم تعليم الأفراد كيفية التعرف على الرغبة الشديدة "اللهاة" "Craving" والتعرف كذلك على عمليات التفكير المرتبطة بها. وذلك من أجل أن يتم استخدام أساليب معينة لتعطيل التفكير والشغف.

من هنا، يتم استدخال عمليات تفكير جديدة لدى العملاء كما يتم تطويرها، هذه "العمليات الفكرية الجديدة" "new thought processes" يمكن أن تقود الأفراد المعنيين لأنماط سلوك جديدة. كما يتم تعليمهم أيضاً ليصبحوا على دراية بمحيطهم، بما في ذلك أقرانهم الذين يمكنهم أن يؤثروا عليهم في موضوع تعاطي المخدرات (Smith, 2015, p22).

من خلال ما سبق يمكن أن نستنتج أن هذه الطريقة في علاج الإدمان تعتمد أو تركز على الشخص المدمن في حد ذاته وتحاول تعديل بعض الخصائص فيه لتمكّنه من مواجهة الرغبات الداخلية أولاً المتعلقة بالإدمان، وكذا مواجهة التأثيرات الخارجية التي تساهم في التعاطي أو الانتكاسة.

خلاصة.

تم في هذا المقال تناول مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات من وجهة علم النفس الاجتماعي؛ حيث تعرض لمختلف جوانب الظاهرة بغية فهم أكثر وأعمق لهذه الآفة حيث حاولت الباحثة إضافة بعض المعلومات التي رأتها مهمة في فهم الظاهرة خاصة ما يتعلق بدور متغير "التنظيم الذاتي" في تفسير سلوك الإدمان، ومن هنا نوصي بأخذ هذا المتغير في الحسبان من خلال الدراسات الأكاديمية التي تتناول موضوع المخدرات.

و التركيز على الجانب النفس اجتماعي في تناول هذه الظاهرة كما يبينه العنوان، ليس لتزكية وتفضيل هذا الجانب في تناول هذه الظاهرة، وإنما جاء من باب فهم جانب من جوانب هذه الظاهرة التي تفتك بالفرد جسدياً ونفسياً واجتماعياً وكذا بالمجتمع ككل وعلى جميع الأصعدة؛ وعليه فالإطلاع على الجوانب الأخرى للظاهرة

(النفسية والطبية وحتى الكيميائية) لا تحتاج مني لا إلى تنبيه أو توصية، فكل هذه جوانب متكاملة وتمنح نظرة شاملة وفهم أكثر دقة لمواجهة هذا الخطر.

المراجع.

- أبو العزائم، جمال ماضي. (2003). *الإدمان: أسبابه وآثاره والتخطيط للوقاية والعلاج*. فينيسيا للإعلان: مصر.
- بوخاري، سهام. (2011). *فعالية العلاج العقلاني الانفعالي للإدمان على المخدرات*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2.
- بوخونوفة، نهة. (2011). *الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى المعرفي السلوكي*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري، قسنطينة، الجزائر.
- خطار، فضيلة. (2014). *تعاوي المخدرات في الجزائر. الوقاية والمكافحة*، العدد 00، ص ص 10 14، الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها، متوفر على الرابط: https://onlcdt.mjustice.dz/onlcdt_fr/documents/document10.pdf
- الدمرداش، عادل. (1982). *الإدمان مظاهره وعلاجه. عالم المعرفة*، العدد 56. لمجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب: الكويت.
- رتاب، وسيلة. (2018). *فاعلية برنامج علاجي جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى المدمنين على المخدرات*. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغيت سطيف 2، الجزائر.
- سايل، حدة وحيدة. (2011). *التدريب على حلّ المشكلات و على الاسترخاء لدى المدمنين على المخدرات في طور العلاج فعالية التدريب- دراسات نفسية و تربوية*، عدد 6، جوان 2011. ص ص 376 432.
- سليمان، فتيحة وبولجراف، بختاوي. (2012). *الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري*. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر. متوفرة على الرابط: <https://theses.univ-oran1.dz/document/THA3018.pdf>
- سوييف، مصطفى. (1996). *المخدرات والمجتمع -نظرة تكاملية عالم المعرفة*، العدد 205. المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب: الكويت.
- طلحي، فريدة. (2016). *فاعلية برنامج علاجي عقلاني انفعالي في تعديل الأفكار الخاطئة لدى المدمنين على المخدرات*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغيت سطيف 2، الجزائر.

- طيايية، عبد الغاني. (2016). *مساهمة في بناء برنامج إرشادي مقترح لعلاج بعض حالات الإدمان على المخدرات*. رسالة دكتوراه غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد لمين دباغين سطيف2، الجزائر.
- عبد الهادي، سامر عدنان شوقي. (2018). *التنظيم الذاتي لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة أبو ظبي في دولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات التربوية والنفسية، العدد 21، ص ص 51 ± 164.*
- العبيسي، أحمد سعيد محمد. (2018). *فاعلية برنامج إرشادي في تنمية مهارات التنظيم الذاتي لدى طلبة الثانوية العامة وأثره على دافعية الإنجاز*. رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة الأقصى، غزة.
- قماز، فريدة وبوسنة، محمود. (2009). *عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات*. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة: الجزائر.
- المشاقبة، محمد أحمد خدام. (2007). *الإدمان على المخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي*، ط1. دار الشروق للنشر والتوزيع: عمان.
- المشرف، عبد الإله بن عبد الله و الجوادي، رياض بن علي. (2011). *المخدرات والمؤثرات العقلية - أسباب التعاطي وأساليب المواجهة* ، الطبعة الأولى. جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية: الرياض.
- الهورنة، معمر نواف. (2018). *عالم المخدرات والجريمة - بين الوقاية والعلاج* . الهيئة العامة السورية للكتاب: دمشق.

- Dutra, Lissa., Stathopoulou, Georgia., Basden, Shawnee L., Leyro, Teresa M., Powers, Mark B., Otto, Michael W. (2008). A Meta-Analytic Review of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders. *Am J Psychiatry*, 165:2. Pp. 179–187.
- Grégoire, Martin., (2005). *Facteurs personnels et environnementaux liés à la gravité de la consommation de produits psychotropes à l'adolescence*. Mémoire de la maîtrise en psychoéducation. Université du Québec à Trois-Rivières: Canada.
- Guelfi, Julien Daniel., Crocq, Marc-Antoine. (2005). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, DSM-IV-TR*. HI MASSON.
- Gwinnell, Esther., Adamec, Christine., (2008). *The Encyclopedia of Drug Abuse*, 1st ed. Facts On File: New York.
- Hostettmann, K. (2002). *Tout savoir sur les plantes qui deviennent des drogues*. Editions favre: Lausanne
- Koob, George F., Arends, Michael A., Le Moal, Michel., (2014). *Drugs, Addiction, and the Brain*. Academic Press, Elsevier.

- McMurrin, Mary., (1994). The Psychology of Addiction. *Contemporary Psychology Series*:10. Psychology Press Ltd.
- Poudel, Anju., Sharma, Chandrakala., Gautam, Sital., Poudel, Amrit. (2016). Psychosocial problems among individuals with substance use disorders in drug rehabilitation centers, Nepal. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 11:28.
- Roll, John M., Rawson, Richard A., Ling, Walter., Shoptaw, Steven. (2009). Methamphetamine Addiction, From Basic Science to Treatment. The Guilford Press: NY.
- Smith, Robert L., (2015). *Treatment Strategies for Substance and Process Addictions*. American Counseling Association: Alexandria, VA, USA.
- UNODC. (2019). World Drug Report 2019. UNODC Research. Available on: https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/pre-launchpresentation_WDR_2019.pdf
- West, Robert., Brown, Jamie. (2013). *Theory of addiction*, 2nd Ed. Wiley Blackwell: UK.
- World Health Organization. (1994). Lexicon of alcohol and drug terms. Library Cataloguing in Publication Data: Geneva. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39461/9241544686_eng.pdf;jsessionid=74219EDBCCBAE9230226CD.C69540438C?sequence=1