**استمارة المشاركة**

**اسم ولقب المشترك:**معروف صفاء .

**الدرجة العلمية:** طالبة دكتوراه

**التخصص:**علم النفس المرضي للراشد و التوافق .

**المؤسسة:** قسم علم النفس / جامعة وهران.

**اسم ولقب المشترك:** شيبان ليلى .

**الدرجة العلمية:** طالبة دكتوراه

**التخصص:**علم النفس المرضي للراشد و التوافق .

**المؤسسة:** قسم علم النفس / جامعة قسنطينة

**الهاتف:** 0540888972\_0782779907

**البريد الإلكتروني:** safaamarouf2@gmail.com

**محور المشاركة: المحور الرابع** **آليات الوقاية والعلاج من المخدرات .**

**عنوان المشاركة:** **إستراتيجية الوقاية و التكفل بالمراهقة المدمنة**

**-دراسة عيادية لحالة باستخدام العلاج المعرفي السلوكي**

**ملخص**

هدفت هذه الدراسة إلى دراسة حالة وفق علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض تعاطي على مخدرات لدى إناث مراهقين متعاطين (الحبوب المهلوسة)من المتمدرسين. وتبرز إشكالية هذه الدراسة في التساؤل التالي: ما فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض أعراض تعاطي المخدرات عن تعاطي المخدرات عند المراهقين المدمنين المتمدرسين؟

تألفت حالات الدراسة من ثلاثة اناث مراهقين المدمنين على والمواد ذات التأثير النفسي، من رواد المركز الوسيط لعلاج الإدمان بولاية الشلف، وقد اهتمت الدراسة بمعرفة مدى أهمية الاستراتجيات العلاجية المعرفية والسلوكية كمتغير مستقل، وخفض أعراض التعاطي كمتغير تابع، ولتحقيق هذا الهدف تم استخدام قائمة تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة وسوء الاستخدام (DSM/IV) كتطبيق قبلي وبعدي لتحديد مستوى الخفض في أعراض الإدمان.

ولأغراض الدراسة تم استخدام المنهج العيادي بأدواته المختلفة، (دراسة الحالة، والمقابلة العيادية، والملاحظة العيادية)، حيث خضعت حالات الدراسة للتدريب على البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وقد استغرقت الدراسة نحو شهر ونصف بواقع جلسة كل أسبوع ومدة كل جلسة ساعة ونصف تقريبا (6) جلسات علاجية من الفترة الممتدة ما بين 09/01/2016 و15/02/2016، وشهر للمتابعة يتم فيها التطبيق التتابعي للقائمة التشخيصية.

وكان من أهم نتائج الاستراتجيات العلاجية السلوكية والمعرفية، أن له فعالية لدى معظم الحالات الثلاثة (3) في مساعدتهم على الامتناع عن التعاطي وانخفاض في مستوى الاعراض الإدمانية والانسحابية وتجنبهم من الانتكاسة. فالزيادة المتدرجة بالتحسن كان ملحوظ أثناء وبعد الجلسات العلاجية. ويشير هذا إلى تأثير البرنامج الذي تم تطبيقه في تخفيض سلوك الإدمان لدى حالات من المراهقات المتمدرسات.

**الكلمات المفتاحية: العلاج السلوكي المعرفي الجماعي، خفض أعراض عن التعاطي، المخدرات، المراهقات المتمدرسات.**

**مقدمة:**

تعد مشكلة الادمان وتعاطي المخدرات من أهم المشكلات التي تسبب خطرا بالغا يهدد مستقبل المجتمع لما يترتب عليها من أضرار جسيمة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع. فالإدمان على المخدرات يسبب مخاطر ومشاكل عديدة في أنحاء العالم، وتكلف البشرية فاقدا يفوق ما تفقده أثناء الحروب المدمرة، حيث أنها تخلف المشاكل الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، والتي تحتاج إلى جهود مكثفة لمعالجتها ناهيك عن إعاقة هذه المجتمعات في مسيرة نموها الاقتصادي والإنتاجي وتعطيل طاقاته والكثير من قدرات أفراده. بل أنها توجهها إلى مشارب مهلكة تجليها المظاهر المشاهدة والمسموعة عن جرائم تعاطي تلك المواد أو مدمنيها أو تجارها ومهربيها. وتقدر بعض الإحصائيات إلى أن حوالي نصف ما يرتكب في المجتمع من جرائم يقوم به الأفراد في حالات تعاطيهم أو من أجل الحصول على المال اللازم للإنفاق على إدمانهم.

ولقد استفحل هذا الداء في السنوات الأخيرة إلى حد تجاوز تحريك أجهزة الأمن من الدول لمحاربتها وحصارها والتقليل منها إلى حد تحريك الجيوش وأجهزة الدفاع ومعدات الحرب المدمرة خارج المجتمع المحلي أو الدولة. فالمخدرات سموم مهلكة تدمر الأفراد والجماعات فلا تبقي لهم أجساما ولا عقولا إلا الحطام الذي لا يرجى منه نفع. لذا وجبت محاربتها وحصرها وتحجيم انتشارها ورواجها وضررها وذلك بوضع البرامج المناسبة للتحكم فيها.

وفي هذا الإطار تم تنظيم التحرك الدولي في المواجهة من خلال المنظمة الدولية (هيئة الأمم المتحدة) ومنظماتها الإنسانية التي أنشأت العديد منها في هذا المجال بالذات. ومنها الصندوق الدولي لمكافحة إساءة استخدام المخدرات والذي أنشئ في عام 1971. وتنحصر بعض أهدافه في القيام بدور فعال في حد من مشكلة المخدرات عن طريق التأثير في عرض المواد المخدرة:

1- عمل برنامج للوقاية من خطر المخدرات وذلك للحد من دخول أشخاص جدد في دائرة الطلب.

2- تمويل مشروعات علاج المدمنين وإعادة تأهيلهم بهدف إخراجهم من دائرة الطلب على المواد المخدرة وذلك بالتعاون مع هيئات أخرى مثل منظمة الصحة العالمية. (مركز ابحاث الجريمة، 1985: 19)

تنفيذا لهذه التوصية الدولية ابتدأت غالبية الدول الخطوات التنفيذية للبرامج العلاجية لمدمني المخدرات، واحتل الموضوع القائمة الإهتمامية في برامج الصحة الوطنية بحثا ودراسة تجريبية.

ومن تلك البداية زادت الأهمية الموجهة إلى تحسين أساليب العلاج لمدمني المخدرات، ويعود السبب في ذلك إلى ضعف النتائج التي تم التوصل لها، بالإضافة إلى زيادة نسبة الانتكاس والعود للتعاطي. وقد اختلفت المؤسسات والهيئات التي تقوم على علاج المدمنين ومشاكل الإدمان في المجتمعات الحالية عن مؤسسات وهيئات الأمس وتطورت الأساليب النفسية في المعالجة Psychothérapie بطرقها المختلفة، وتنوعت الأخيرة في أساليبها حتى بلغت في بعض الإحصائيات أكثر من 13 طريقة نفسية. ولعلَّ الافتقار الحالي في معرفة طبيعة الإدمان على المخدرات معرفة تامة يعكس سر ذلك التنوع في أساليب العلاج، حيث لا تزال هناك فجوة كبيرة في معرفة الأسباب وان كانت مرضا أم لا؟ ومدى كون الحالة جسمانية أم نفسية؟ فالمختصون لا يزالون مواصلين في مناقشة هذه القضايا، في الوقت نفسه يحاول الباحثون زيادة معلوماتنا عن هذه المشكلة المعقدة.

وعلى الرغم من أن برامج المعالجة في مختلف أنحاء العالم لا تشفي بعض المدمنين شفاء مطلقا إلا أن هذه البرامج بالنسبة للأكثرية تعطي دعما ودرجة بينة وملحوظة من التأهل لأداء حياة أفضل.

ولما تعذر وجود أسلوب واحد للعلاج يوفر حلا لمشكلة الإدمان فإن الأبحاث والتجارب تجرى الآن على أنواع مختلفة من أساليب العلاج تتخذ عدة مسارات. وبالرغم من ذلك كله فإنه لابد أن نعترف بأن مسألة علاج المدمنين بالطرق النفسية الدوائية والإرشاد النفسي الفردي مازالت متعثرة ويعترضها الفشل نتيجة الانتكاس الذي يصيب المريض.

وأن الأمل بصفة عامة في الشفاء التام ليس كبيرا، فقد بلغت نسبة الانتكاسة حدا يتراوح بين 78% و 95%، والسبب في ذلك يعود إلى وجود العديد من العوامل والمسببات الفاعلة في ديناميكية عملية الإدمان، ومن هنا تكمن مشكلة العلاج بل وخطورة الإدمان ذاته. إلا أن هذه النسبة في الانتكاسة نجدها تضمحل لدى استخدام بعض الأساليب العلاجية الحديثة وتصل إلى مستوى مشجع للاستمرار في بحثها وتطويرها. (ريتشارد، 1989: 73)

ولا شك أن الإدمان على ما فيه من سلبية فهو ظاهرة جماعية بشكل أو بآخر، وسواء أخذت المادة والمدمن منفردا أم في جماعة، فإن السلوك الإدماني يجذب أفراد هذه الفئة بعضهم إلى بعض، سواء رجع ذلك إلى تماثل في الصفات قبل التورط إلى طريقة الحصول على المواد، وأماكن التعاطي والمشاركة في التجربة، أو فرص التجمع في مراكز العلاج، كل ذلك يخلق منهم جماعة خاصة بالضرورة، ومن هذا المنطلق فإن معظم برامج العلاج والتأهيل تتم في جماعة، ويقع العلاج النفسي الجماعي من بين أهم الوسائل التقليدية لعلاج المدمن. (الرخاوي، 2000: 7)

ونوَّه عدد من الباحثين إلى العلاج السلوكي المعرفي بوصفه أفضل الوسائل لعلاج الاعتماد على المواد، ويرجعون ذلك لقدرة تقنياته على كسر دفاعات المعتمد التي تعوقه عن التقدم في العلاج، كما أن تقنياته تقدم نماذج للتعافي بما يزيد من دافعية المعتمد، كما أنها تعود بيئة جديدة للتدريب على المهارات الاجتماعية التي يفقدها المدمن.

ولهذا سيتم فحص كفاءة العلاج السلوكي المعرفي وقدرته في علاج وانطفاء سلوك التعاطي لدى حالات من المراهقات المدمنات على المخدرات من المتمدرسين.

فتحاول الدراسة الحالية أن تبين بوضوح مدى فاعلية العلاج النفسي في علاج حالات من المدمنات المراهقات في إحدى المراكز العلاجية. ويمكن باختصار إيجاز أهداف الدراسة كما يلي:

1ـ التعرف على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في التقليل من حدة الإدمان، والتخفيف من أعراضه، عند عينة البحث من مدمني المخدرات المراهقات المتمدرسات.

2ـ تعليم مرضى الإدمان من المراهقين المتمدرسين بعض التقنيات من مهارات وأساليب في الفهم والتفسير والتحاور، تجعلهم قادرين على مواجهة ردود الفعل النفسية لهذا المرض، واختبار مدى أثر هذه التقنيات العلاجية النفسية الجماعية في التحكم عند انتكاسته.

3ـ تبصير المدمن المراهق المتمدرس بحالته قبل العلاج؛ ليتسنى له إدراك أثر البرنامج العلاجي النفسي وتطبيقه.

**الإشكالية:**

نتيجة لمرحلة النمو السريع التي يشهدها المجتمع سواء من الناحية الاقتصادية أو الاجتماعية أو العمرانية، نجد كثيرا من شبابنا -وحتى الأطفال والمراهقين- أصبحوا هدفا سهلا للوقوع في تعاطي المواد المخدرة. وتعد الجزائر من بين الدول التي تعرف ارتفاعا في معدلات الترويج والاستهلاك للمخدرات، حيث أوضحت التقارير الصادرة عن الديوان الوطني لمكافحة المخدرات، ارتفاعا في عدد المستهلكين سنويا، أضف إلى ذلك انخفاض سن المستهلك للمخدرات؛ فقبل سنوات لم يكن يقل عن (25 سنة)، وفي الـخمس(05) سنوات الأخيرة تم تسجيل أقل من ذلك، حيث أن هناك حالات لا يقل سنها عن (13 سنة)، وخاصة في الأوساط المدرسية التي تنتمي إلى فئة المراهقين. (بويدي، 2012: 43)

وفي هذا الإطار أولت الدولة اهتماما كبيرا لفئة المدمنين الذين وقعوا ضحية الإدمان على المخدرات، حيث قامت بإنشاء مراكز للعلاج، خاصة لعلاج الإدمان، في أغلب ولايات التراب الوطني ذات التجمع السكاني الكبير، أطلق عليها اسم - المركز الوسيط لعلاج الإدمان – التابعة لوزارة الصحة والسكان، بهدف العلاج الطبي والنفسي والوقاية من الانتكاسة لدى مدمني المخدرات.

يثير علاج الإدمان العديد من القضايا والإشكالات، لعل أهمها كثرة الانتكاسات بعد المرور بالخبرة العلاجية، إضافة إلى وجود العديد من المفاهيم الخاطئة التي تسود الساحة العلاجية؛ منها مثلا أن تطهير الجسم من الأعراض الانسحابية يقود إلى التعاطي، وهنا يؤكد "**وكلر**" **Wiklar** وآخرون على تكرار حدوث الانتكاسات عقب الخروج من المؤسسات العلاجية التي يتم فيها تحرر المتعاطي من المخدر لفترة أو لأخرى، ناهيك عن أن الرغبة في التعاطي تظل رغبة قهرية، تدفع المتعاطين إلى الانتكاس، خاصة مع توفر المثيرات كالأقران، ورائحة المخدر، وأماكن التعاطي، وأدوات التعاطي.(غانم،2003: 198)

ومن ثمة أصبحت المشكلة بحاجة إلى علاج نفسي فعال، نظرا لكل هذه التحولات التي تمت في السنوات الأخيرة، من حيث ازدياد عدد المتعاطين، وتعدد أنواع المخدرات المستخدمة وانتشارها بين فئات لم تكن قد انتشرت بينها من قبل، خاصة فئة المراهقين، وفتح مراكز جديدة للعلاج، ولأن العلاج الطبي وحده لا يقوم بإشباع احتياجات المدمن النفسية الداخلية، فإنه لابد من إدراج العلاج النفسي ضمن دائرة المعالجة النفسية المتكاملة، إذ أصبحت الحاجة تدعو إلى إجراء دراسات، ووضع برامج علاجية نفسية حديثة، قصد محاولة التعامل مع المدمن علاجيا، وصولا إلى مرحلة الشفاء التام، مع استبعاد أي نسب عالية في الانتكاسة، أو العودة للتعاطي.

لذا فإن إخضاع مدمني المخدرات من المراهقات ضمن برنامج علاجي سلوكي معرفي سيؤدي إلى تعدد الزوايا والقنوات التي تستطيع المراهقة المدمنة المتمدرسة من خلالها الحكم على الأمور، وتقييمها بطرق صحيحة، نتيجة للتغيرات التي تحدث في شخصيتها عن طريق تحسين نظرتها لنفسها وللآخرين.

وعلى ضوء ذلك، تنحصر مشكلة الدراسة في التساؤل التالي:

- ما فاعلية العلاجي السلوكي المعرفي الجماعي في الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقات المدمنات المتمدرسات؟

وبناء على هذا التساؤل كانت فرضية الدراسة كالتالي:

* هناك فاعلية للعلاجي السلوكي المعرفي في الامتناع عن تعاطي المخدرات عند المراهقات المدمنات المتمدرسات؟

**الحدود الإجرائية للبرنامج:**

**أ‌. الحدود الزمانية:** لقد اتضح للطالب من خلال الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت العلاج المعرفي السلوكي الجماعي أن أفضل زمن للجلسة هو الساعة ونصف، وبناءا على ذلك فقد كان زمن الجلسة هو الساعة ونصف الساعة وذلك غالبا في الفترة ما بين (14:00-15:30) مساءا يومي السبت والثلاثاء من كل أسبوع إذ إن هذه الفترة الزمنية لا تتضارب مع نشاطات المتعالجات سواء من حيث التوقيت أم من حيث الأيام.

ويتكون البرنامج من (12) جلسة مدة كل جلسة (90) دقيقة وتم تطبيقها على مدى (06) ستة أسابيع بمعدل جلستين في كل أسبوع باستثناء الأسبوعين الأخيرين فقد تضمن (03) جلسات في الأسبوع، اعتبارا من 07/01/2016 إلى تاريخ 09/03/2016، وشهرين للمتابعة يتم بعدها التطبيق التتبعي للقائمة التشخيصية للاعتماد واستنتاج الملاحظات الاكلينيكية. وقد تضمنت كل الجلسات التقنيات العلاجية الموصوفة في البرنامج.

**ب‌. الحدود المكانية:**

طبق البرنامج في حجرة كبيرة، جيدة الإضاءة والتهوية وتتسع لجلسات عينة البحث بالمركز الوسيط لعلاج الإدمان بالشلف.

**ت‌. الحدود البشرية:**

تتضمن عينة الدراسة سبعة (03) أفراد من البنات المراهقات المتمدرسات المدمنات على المخدرات الراغبين في العلاج بالمركز.

**- أدوات ومنهج الدراسة:** لما كانت هذه الدراسة تتعلق بظاهرة الإدمان على المخدرات وعلاجها، ولصعوبة إجراء وضبط أجواء تجريبية أو شبه تجريبية بأعداد يتيسر من خلالها المعالجة الإحصائية المناسبة(فئة المراهقات الراغبين في العلاج)، ولما للموقف الإكلينيكي من صفة تشابك المتغيرات والعلاقات به، إلى الحد الذي يجعل المعالجة التجريبية أمرا صعبا في غالب الأحوال، فقد شارك الطالب نفس الرؤية التي وجدها الباحثون من قبل؛ في أن دراسة أمثلة قليلة تؤدي إلى استبصارات قد لا تصل إليها دراسة أعداد كبيرة، ومن هنا رأى الطالب أيضا ملاءمة المنهج الإكلينيكي ومناسبته لجوانب دراسته؛ باعتباره مركزا على الفرد، ويهدف إلى التوصل إلى فروض، أو الحكم عليها بواسطة فنيات العمل الإكلينيكي المتمثلة في:

**أ‌ - دراسة الحالة:** تعتمد دراسة الحالة في إطار المنهج الإكلينيكي على حالات إدمان المخدرات عند المراهقين في الدراسة الحالية، نظرا لصغر حجم عينة الإدمان عند هذه الفئة الراغبة في العلاج، كما أن هذه العينة -لكي يتم علاجها أو تخفيف الأعراض الإدمانية لديها- تتطلب دراسة مستفيضة ومتعمقة، حول ماضي أفراد الدراسة وحاضرهم، وما يمكن التنبؤ به من خلال مشروعات في مستقبلهم، ولا يمكن القيام بذلك إلا من خلال دراسة الحالة في إطارها الإكلينيكي.

وقد قامت دراسة الحالة عند الطالب على استخدام ما يسمى بــ(تصميمات بحث الحالة الواحدة)، على حالات الإدمان على المخدرات في الدراسة.

**ب‌ - المقابلة العيادية:** اعتمدنا في دراستنا على المقابلة العيادية كأداة رئيسية ملائمة، لما لها من أهمية في تحقيق الأهداف التالية:

**1/جمع البيانات**: من خلال المقابلة استطعنا الحصول على المعلومات اللازمة لغرض العلاج النفسي، وتقويم الأعراض المرضية، وانطلاقا من هذا التقويم اخترنا الأساليب العلاجية الملائمة، وقد أجريت المقابلات مع الطالب (أخصائي نفساني بالمركز)، وطبيب الأمراض العقلية.

**2‌ / تطبيق العلاج**: حيث تم الاعتماد على الأنواع التالية من المقابلة عند تطبيق العلاج النفسي:

- **المقابلة الحرة**: وقد تم استخدمها في أول مراحل العلاج بهدف تقويم مشكلات الحالة وتهيئتها نفسيا لتقبل العلاج النفسي.

- **المقابلة نصف الموجهة**: تم استخدامها خلال المراحل اللاحقة من العلاج بهدف تطبيق التقنيات العلاجية التي تم انتقاؤها، وقد تمت المقابلة في دراستنا مع الحالة، ومع بعض أفراد الأسرة.

**ج- الملاحظـــة العيادية:**

من أهم العناصر التي لوحظت في الدراسة الحالية عن طريق الطالب: طريقة الحديث، والعلاقة بالمرضى الآخرين والمشرفين، والمظهر الخارجي، والرغبة في مغادرة المركز، ودافعية المدمن نحو العلاج، والسلوك الشخصي داخل الجناح، والنشاط اليومي، والسمات النفسية والاجتماعية.

**د- قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على المواد المخدرة:** بناء على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسيةDSM-IV تعتبر هذه القائمة أساسية في تشخيص الاعتماد على المواد المخدرة من الجمعية الأمريكية للطب النفسي.

**هــ - مسار البرنامج العلاجي النفسي الجماعي:** يعتبر البرنامج العلاجي النفسي المعد خصيصا في هذه الدراسة، الجانب التطبيقي لها؛ حيث تم صممه الطالب على أساس استخدامه مع الحالات الثلاثة (03)، المنتقاة بشكل عشوائي من بعض مدمني المخدرات من المراهقات المتمدرسات رواد المركز الوسيط لعلاج الادمان بمدينة الشلف، من الذين يعانون من أعراض الادمان على المواد النفسية التأثير.

وقد تم استخدام برنامج العلاج السلوكي المعرفي المنتمي للمدرسة السلوكية المعرفية؛ الذي يدعو إلى تغيير السلوكيات الادمانية والأفكار السلبية لدى المدمن، وذلك من خلال تبصيره بمرضه وبسلوكياته التي تؤثر عليه.

**الهدف من البرنامج:** يهدف البرنامج الحالي إلى التعرف على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الادمان، وفي الوقاية من الانتكاس، من خلال العمل على تحقيق ما يلي:

1- تقوية الدافعية العلاجية لدى المريضات، وكيفية الحفاظ على التفاعل مع البرنامج.

2- تعليم المدمن كيفية منع الانتكاسة؛ من خلال المهارات الاجتماعية التي يكتسبها من البرنامج.

3- تحسين وتنمية المهارات الاجتماعية، وتشجيع المدمنة على المشاركة الفكرية في حل المشكلات، وتعديل أنماط التفكير السلبية المرتبطة بالإدمان على المخدرات.

4 - التدريب على أسلوب حياة أكثر صحة، بعيدا عن الانغماس في التعاطي.

5 - تدريبه على كيفية تحمل المسؤولية؛ وذلك من خلال معرفة وحساب درجة المسؤولية الملقاة على عاتق المتعالج نفسه، وفق كل حدث قد يواجهه، أو هدف يسعى إليه.

6- المساعدة على الامتناع عن التعاطي لحالات الدراسة من المراهقات، لما لهما من أثر في تغيير نمط حياة الأفراد، وإيجاد طرق جديدة للحياة بدون مخدرات.

7 - مساعدة المدمنين على الشعور بأنهم قادرون على العيش، وعلى تقبل الآخرين لهم، دون اللجوء إلى المخدرات.

8 - التخلص من المشكلات النفسية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

9- مساعدة المدمنة على تجنب الانتكاسة؛ من خلال المهارات التي يكتسبها من البرنامج، وتطوير مفهوم الذات لديه.

10- مساعدة المدمنين على تكوين أسلوب جديد للتفاعل مع الآخرين، من خلال المهارات التي تعلموها.

11- يتم تطبيق العلاج في المرحلة الثانية بعد الانتهاء من مرحلة العلاج الدوائي، وهي مرحلة مهمة في العلاج والتأهيل النفسي.

- **الفنيات والأساليب المستخدمة في البرنامج العلاجي:**

- الحوارات المتبادلة (يثير الطالب الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).

- الاسترخاء النفسي.

- الواجب المنزلي.

- التدريب على تمرين المفكرة وخطة الطوارئ.

- مهارة حل المشكلات،

- ومهارات الاتصال.

- التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).

- التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.

**- عرض الحـالة**

**1- المعلومات الأولية عن الحالة**

. **السن:** 18 سنة.

. **الحالة الاجتماعية والاقتصادية:** متوسطة.

. **الترتيب بين الإخوة:** هو البنت الأوسط من (04) إخوة.

. **المستوى التعليمي:** الرابعة متوسط.

. **سن التعاطي:** 15 سنة.

. **المادة الإدمانية:** الحبوب المهلوسة.

. **النمط الإدماني:** مستهلك استجابي تطور إلى استهلاك طبيعي.

**. مصدر الإحالة:** الأم.

. **الأم:** الأم غير عاملة وتتقاضى أجر زوجها المتوفى.

. **الشكــوى:** سرقة من المنزل، شجارات دائمة مع الأم والأخت، الكذب وخلق مشاكل، هروب من المنزل، تعاطي منذ سنة على الحبوب.

2- **تاريخ الحالة**

عاشت (ف.ب) حياة أسرية غير مستقرة، حيث تم الانفصال بين والده ووالدته في سن مبكرة وهي في العاشرة من عمرها. وكان الأب كما يصفه شخصية متسلطة ويفرض سيطرته على البيت كله، وكان له تاريخ طويل بالانحرافات السلوكية مثل السهر مع أصدقاء السوء وتعاطي الحشيش والحبوب المنبهة، والسفر المتكرر إلى خارج الولاية للصرف على ملذاته حيث يملك حجرة في عمارة سكنية في موقع هام، كل أجرته كانت تذهب في اللعب واللهو، وهذا بدوره أدى إلى الانفصال، ومن ثم وفاة الأب بسبب حادث مرور. وبقيت الحالة (ف. ب) وإخوتها مع جدتهم لأبيهم التي كانت تقيم مع ابنها الآخر الذي يعمل شرطيا الذي بدوره كان يتعاطى الكحول في الأسرة جميعها مظهر شبه عادي إلى حد ما. هذه الأجواء الأسرية أثرت كثيرا في شخصية (ف.ب) وتجلت مظاهره في كبرها الآن.

**3- رحلة المفحوص مع تعاطي المخدرات (حسب وصفه)**

تقول أن مشكلتها مع الحبوب[[1]](#footnote-1) "تقلاق اوو زعاف هذا مكان ناكلهم زعاف"، بدايته كانت مع صاحبي في وسط المدينة وعند نهاية السنة كانت لها أول تجربة مع التعاطي " صبت صحابي يتكيفو عطاوني نتكيف معاهم من الزعاف لي عندي" ... " اوو من بعد غيير يزعفوني فالدار الأم نروح نزيد نتكيف"، ثم تلتها بعد ذلك عدة تجارب مع أصدقاء المدرسة "نروحو نحوسو على الدراهم نشاركو او نشرو باطة نقسمووها حنا مع بعض كل واحد يدي حقو" وبعد شهور على هذه الحالة انتقلت الحالة إلى نوع آخر من التعاطي وهذا عن طريق تناول العقاقير الطبية "خطرة واحد جابنا الكاشيات اوو قالنا هذا خير من الكيف ايآ عطانا حبّا شربتها أنا... أوو صح تخليني مليح اوو مبعد بديت نشرب لارطان او ليزونكسيا"، وعن مصدر حصولها على الأموال تقول "نسرق كل مرة اوو كيفاش خاطرات حتى نسلف ولا صاحبي يمدلي"، وعن نظام تعاطيها للمخدرات يقول أنه اعتيادي التناول " لازم نتكيفها كل يووم الصباح كي نروح برى اوو فالعشي مع صاحبي"، وعن أحاسيسها بعد التعاطي تقول "الدوا يريحني يخلني مليح ننسى بيه الزعاف اوو الهموم" كما تعتبره مصدر قوة بالنسبة لها " الحاجة لي تبانلي صعيبة نقدر نديرها" كما أنها قلقا جدا على مستقبلها بهذه الحالة "بصح مانيش عارف ويين توصلني". وعن علاقتها بأمها تقول " ما تفهمنييش انا امّا تزعفني بزااف" ثم تقول "بصح هي ملييحة اوو تغيضني اوو راني عاذرهتا ... بصح أنا مانبغيهاش كيما هاكذى".

**4- وصف المشكلة والمشكلات المصاحبة**

تعتمد المفحوصة (ف.ب) على تعاطي الكيف والعقاقير اعتمادا نفسيا وجسديا حيث ترى المفحوصة (ف.ب) أنه لا يستطيع الاستغناء عن العقاقير ولكنها في الوقت نفسه لا تعترف أن تعاطي الحبوب أوقعها في الكثير من المشكلات وترى أن تعاطي هذه المواد ليس مشكلة إدمانية ينبغي التخلص منها أو التخفيف من حدتها.

ونتيجة لإساءة الاستخدام المتكرر والمتعود على هذه المواد فقد وقعت المفحوصة (ف.ب) في عدة مشكلات قانونية وعائلية واجتماعية وصحية، حيث قبض عليه عدة مرات بسبب المشاجرات المتكررة كما أنه كثيرا ما كانت تقوم بجرح جسدها بآلة حادة ودخل عدة مرات المستشفى.

ورغم أن المفحوصة (ف.ب) أتت إلى المركز برغبتها بصحبة أمها وأحد إخوته إلا أن ذلك الموقف لا يعني تبصر المفحوصة (ف.ب) بمشكلتها وما نتج عنها إنما هو حيلة دفاعية لإرضاء أمها كما تقول.

وحين دخول المفحوصة (ف.ب) المركز كانت تعاني من الأعراض الانسحابية للتعاطي وما يصاحب ذلك من صحة جسمية ضعيفة وإضافة إلى ذلك كانت تعاني من ضعف وبعض الاضطرابات النفسية والفسيولوجية وقت دخولها وهي بمثابة أعراض انسحابية مثل: الأرق والصداع والاكتئاب وحركة الرجل السريعة والكثيرة، بالإضافة إلى فقدانه للشهية وقلة النوم. أما المشكلات الاجتماعية فهي المشاجرات المستمرة مع أمها وإخوتها وأقاربها وصديقاتها ورجال الأمن وعدم مراعاة القيم الاجتماعية.

**5- التشخيص الإكلينيكي**

* تمت الإجابة على قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والمخدرات، بناءا على الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM-IV

**الإسم: (ف.ب)** **الســن: 18سنة**

**التعليميــــــات:**

اقرأ كل عبارة من العبارات الدالة على الأعراض في الجدول التالي وضع علامة صح تحت كل مادة ينطبق عليها العرض، اجمع عدد الأعراض الخاصة بكل مادة حتى تصل إلى التشخيص كالآتي:

**في فترة (12) شهراً الماضية:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **أعــــــــــراض الاعتماد** | **القنب الحشيش** | **المنبهات** | **المهدئات** | **المواد الأخرى** |
| 1. هل غالبا عندما تبدأ في التعاطي ينتهي بك الأمر إلى تناول كميات أكبر مما كنت تنوي. | صح | صح |  |  |
| 1. هل لديك رغبة مستمرة في التعاطي وحاولت التوقف أكثر من مرة ولم تنجح. |  |  |  |  |
| 1. هل تقضي كثيرا من الوقت في التعاطي أو تحت تأثير مادة الإدمان. | صح | صح |  |  |
| 1. هل تتعاطي مادة الإدمان باستمرار بطريقة تؤثر على أداء واجباتك الاجتماعية وعملك. | صح | صح |  |  |
| 1. هل تضطر بمرور الوقت إلى زيادة الجرعة للحصول على نفس التأثير. | صح | صح |  |  |
| 1. هل تعاني من أعراض انسحابيه عند التوقف عن التعاطي أو محاولة تقليل الكمية وغالبا ما تتعاطي مادة الإدمان لتجنب وعلاج تلك الأعراض الانسحابية. | صح |  |  |  |
| 1. هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان على الرغم من معرفتك بأضراره النفسية والاجتماعية والصحية. | صح | صح |  |  |
| * **أعراض سوء الاستخدام**  1. هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان باستمرار بصورة تؤدي إلى فشلك في أداء واجباتك في عملك أو في المدرسة أو في المنزل. | صح | صح |  |  |
| 1. هل تتعاطي مادة الإدمان في موقف تعرض حياتك للخطر مثل أثناء قيادة السيارة. | صح | صح |  |  |
| 1. هل تعاني من مشاكل قانونية متكررة نتيجة التعاطي. |  | صح |  |  |
| 1. هل تستمر في تعاطي مادة الإدمان رغم ما تسببه لك من مشاكل مستمرة ومتكررة في علاقتك مع الآخرين. | صح | صح |  |  |

**التشخيص: (ف.ب) مدمنة تعاني من أعراض الاعتماد النفسي وفيزيولوجي وسوء الاستخدام.**

بدأت المفحوصة (ف.ب) التعاطي منذ حوالي سنة، أي عندما كان عمرها سبع عشر (17) سنة وهي المرحلة الوسطى من المراهقة مرحلة الاستعداد للرشد، وهذه المرحلة هي من أصعب المراحل التي تمر على الإنسان في نموه، حيث إنها تنقل الفرد من عالم الأحلام والخيالات والتناقضات إلي عالم حقيقي يواجهه ويتعايش معه، حتى يحتل مكانا في هذا العالم، وذلك بعد أن أصبحت تملك جميع المقومات التي تأهلها لذلك، فتوجه سلوكها إلى أي طريق ترتضيه لنفسها، والمفحوصة (ف.ب) قد اختارت طريق التعاطي والوقوع في خطورته لمدة لا يستهان بها وهي فترة معتبرة من التعاطي، مرت فيها بمراحل من تعاطيها بقصد تخفيف الآلام الجسمية والانفعالية، وهي المرحلة باعتدال إلى مرحلة أصعب، وهي ظهور الأعراض العضوية والفسيولوجية على المتعاطي، ثم مرحلة مكثفة للغاية وفيها أصبحت اعتمادية والإدمان الفسيولوجي لدرجة عليا وأصبحت الخلايا العصبية قادرة على تحمل كميات أكبر من هذه المواد المخدرة، وأصبحت القدرة على التحكم في التعاطي والكف ضعيفة جعلها تتصرف بسلوك عدواني وجرح جسمه بآلة حادّة، ثم وصلت المفحوصة (ف.ب) أخيرا لدرجات معتبرة من التعاطي وهي درجة يصعب فيها الامتناع عن المخدرات بدون علاج. وفي المرحلة الأخيرة وصلت المفحوصة إلى التعاطي لدرجة معتبرة، بعد زيادة التحمل وسوء الاستخدام والاعتماد عليها نفسيا وفسيولوجيا وظهور الأعراض الانسحابية والاضطرابات والآثار الناتجة عن التعاطي.

أما عن أسباب تعاطي المفحوصة (ف.ب) العقاقير فيصعب تحديدها ولكن ربما ترجع إلى الحاجة للتخفيف من شعور الإحباط أو الصراع الناتج عن حاجة الاعتماد على غيرها، ويتضح ذلك في طفولتها، عند حديثها عن وفاة والدها وضغط أمها القاسية عليها التي كانت مسيطرة على البنت وسوء التعامل من أبيه، وهذه كلها اضطرابات في تنشئة الفرد الأسرية قد تكون سببا في اتجاه المفحوصة (ف.ب) إلى طريق التعاطي، كذلك ربما لا نستثني دور جماعة الأقران التي كانت سببا في استمرار التعاطي حتى وصل إلى درجة عليا في التعاطي، كما أن شعورها ببعض الاضطرابات النفسية، كالشعور بالعزلة واضطهاد وعدم الانتماء إلى أسرتها والصراعات الشخصية مع ضعف الرقابة الأسرية والأمنية، حينما كانت المفحوصة صغيرة في السن، وعدم الاستبصار لخطورة الحدث من قبلها والأسرة، وهذه كلها قد تدفع الفرد للانحراف السلوكي وتعاطي المخدرات أو الإدمان عليها.

ومن هنا فإننا نستطيع القول أن السلوك الإدماني عند المفحوصة (ف.ب) سلوك متعلم ناتج عن تعلم خاطئ بأن الكيف سيساعده على التخلص من الاضطرابات الأسرية والاجتماعية والنفسية، ولأنه قد وجدت شعورا بالنشوة والتخدير من جراء تعاطي الكيف والعقاقير (تدعيم سلبي)، فقد استمرت في تعاطيه حتى وصل إلى درجة الاعتماد عليه فسيولوجيا خصوصا في السنوات الأخيرة من التاريخ الإدماني وأصبح الامتناع أمرا شبه مستحيل، لذلك فإن المفحوصة (ف.ب) تحتاج إلى علاج نفسي، باستخدام تقنيات العلاج السلوكي المعرفي في برنامج علاجي نفسي.

**6- البرنامج العلاجي في الدراسة الحالية:**

**6-1- المقابلة الإكلينيكية (الجلسة المبدئية/فردية)**

بدأ الطالب بتحديد الأهداف العلاجية والعقد العلاجي مع الحالة وشرح طبيعة المسار وتحديد الأهداف العلاجية من الاتفاق بين الطالب والحالة على الأهداف المرجوة في البرنامج العلاجي النفسي، وإنشاء عقد علاجي بينهم من خلال كيفية سير العملية العلاجية.

قام الطالب بتقديم نفسه للمفحوص وتوضيح الهدف من العلاج وتأكيد مبدأ السرية في العلاج ثم – بعد استئذان المفحوصة (ف.ب) – افتتحت الجلسة الأولى كما هو الحال، فإن كل جلسة كانت تبدأ باستقباله المفحوصة ببشاشة وزيادة مستوى الألفة، ثم أخذت اتفاق مع المفحوص على التسجيل الكتابي ( كل الجلسات) وأخذ بعض البيانات عن المفحوصة، تتعلق بعنوانها وتاريخ ميلادها وعمرها الزمني وحالتها الاجتماعية ومستواها التعليمي والاسري، ومصدر إحالتها ورغبتها في العلاج بالمركز، مع بعض المعلومات عن أسرته وترتيب المفحوص بين إخوتها.

في هذه الجلسة استعرض تاريخ المفحوصة الإدماني لما له من دلالة إكلينيكية في العلاج حيث استطاع الطالب أن يكتسب معلومات عن تاريخ المفحوصة المرضي والعقاقيري.

وقد أعطي المفحوصة في المركز مضادات الاكتئاب لمعالجة حالة الاكتئاب، كما وصف له (Nozinan, Lysanxia Kietyl,) وذلك لإخراج السمية وتخفيف الآلام الناتجة عن الأعراض الانسحابية، ولم يحظى بعلاج نفسي.

طريقة المفحوصة (ف.ب) في الحديث يمكن وصفها بأنها تتحدث أحيانا باستعلاء، وعدم منطقية، وتراودها بعض الأفكار الغير واقعية "راني قرييب نرووح للخارج اوو نعييش لاباس"، وهذا يعكس ضعفه في المواجهة وقلة الثقة بالنفس، كما يعكس ضعف جهاز الأمن في الدولة لمقاومة الفساد ومن أبرز صوره تعاطي كل أنواع المواد المخدرة أو بيعها أو تصنيعها أو تداولها إلا لأغراض طبية.

الحالة (ف.ب) في البداية لم يحترم مواعيد المقابلة ويتحجج بعدة أسباب وكثير الشكوى من الأم والمجتمع " هذا وراهم يحوسو يدوني للحبس". ولكن بعد الاستماع للحالة والأم بالاهتمام والإصغاء والجدية في العمل والعلاج تم الاتفاق على الرغبة في المشاركة في البرنامج العلاجي النفسي مع الطالب.

**6-2- الجلسات العلاجية النفسية مع الحالة (ف.ب)**

طبقت الجلسات العلاجية مع المفحوص (12) جلسة علاجية. واقتصرت الدراسة على إجراء تقنيات التعديل السلوكي المعرفي على النحو التالي:

* الحوارات المتبادلة (إثارة الحوار بين اثنين من المتعالجين لتوضيح فكرة معينة).
* الاسترخاء النفسي.
* الواجب المنزلي.
* التدريب على تمرين المفكرة وخطة الطوارئ.
* مهارة حل المشكلات
* ومهارات الاتصال.
* التدريب على مهارة رفض المخدرات والعقاقير (منع الانتكاسة).
* التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ.

**6-3 الملاحظات الإكلينيكية أثناء تطبيق العلاج:**

حاولت المفحوصة (ف.ب) الهروب من العلاج والتعذر لفترات متكررة لاقتناعها بأن المخدرات ليست مشكلة إدمانية. وقد أظهرت ضعف الدافعية نحو العلاج وسلوكا غير تعاوني، وحديث المفحوصة يتسم بالاستعلاء والأسلوب التقليدي غير الناضج.

أما سلوك المفحوص أثناء تطبيق أدوات الدراسة: فقد كانت متوترة وتحاول إنجاز الإجابة بسرعة وبدون تفكير أحيانا، رغم المحاولات لتهدئته والتأكيد على أهمية الجدية في الإجابة. وكانت الحالة عنيدة المزاج تحب الظهور والسيطرة، وتظهر سلوكا تحكميا تسلطيا مما يعكس شخصية تهوى القيادة بأسلوب غير ناضج، ويكمن خلف مظهرها التحكمي حساسية مفرطة وشكوك وعداء تسبب في منعها من تكوين علاقات طيبة مع الآخرين.

وبعد أن طبق البرنامج العلاجي النفسي، فقد التزم المفحوصة بالجدية وأظهرت الرغبة في العلاج بعد الاتصال بأخيها الأكبر بأهمية الاستمرار في العلاج. فقد أحدث نتائج إيجابية وبخاصة أن معظم المدمنين على المخدرات يتعاطون في بيئة جماعية مثيرة للانتكاسة، وقد استمر في كل الجلسات العلاجية الجماعية واستغرق في كل جلسة المدة كاملة.

**6-3- تقويم البرنامج العلاجي**

بعد الانتهاء من جلسات البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي قام الطالب بمتابعة الحالة (ف.ب) بعد شهرين من مغادرة المركز واطمأن على صحته عن طريق الاتصال بأحد إخوته، وأوصي بضرورة مراجعتها للمركز لمقابلة الطالب، وبعد ذلك تم إعادة تطبيق أداة الدراسة الإكلينيكية القائمة التشخيصية للمرة الثانية، ثم نوقشت نتائجها مع المفحوص (ف.ب) حيث لم تحدث انتكاسات لاحقة، وتم التأكد من أثر البرنامج العلاجي في الامتناع على المخدرات.

واختتم البرنامج بالشكر والتقدير للمفحوص (ف.ب) على استمراره في مثل هذه البرامج العلاجية وتوديعه بعد التأكيد على ضرورة المتابعة في المركز بفترات منتظمة.

**6-4- التوصيـات الخاصـة بالحالـة (ف.ب)**

1. تحتاج المفحوصة (ف.ب) إلى تقويم للأعراض الاكتئابية والسمات المضطربة التي لم تتقدم كثيرا بأثر العلاج المعرفي السلوكي ومنها التي كانت ناتجة عن الإدمان المزمن ثم يأتي دور العلاج بعد ذلك.
2. تحتاج إلى برنامج تأهيلي لمواجهة البيئة الخارجية، ومواجهة مثيرات الانتكاسة الخارجية وكيف تتعامل مع انفعالاتها.
3. تحتاج إلى الدعم والمساندة والتشجيع على المتابعة في المركز من وقت لآخر.
4. العلاج الأسري له أهمية في حل المشكلات الأسرية.

**قائمة المراجع:**

**أولا: بالعربية:**

1. . ابراهيم عبد الستار وعبد الله عسكر: **علم النفس الإكلينيكي في الطب النفسي**، ط4، الانجلو مصرية، القاهرة، 2008.
2. . الباز راشد، **الأداء المهني لمدمن المخدرات**، شؤون اجتماعية، العدد (62 )، 1999.
3. . الجوير أحمد: **أساليب وإجراءات مكافحة المخدرات**، مركز البحوث والدراسات الأمنية، الرياض، 1996.
4. . الحراشة أحمد حسن: **ادمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج**، دار الحامد، عمان، 2012.
5. . الحسيني أكرم فتحي زيدان: **في الديناميات النفسية للمقامر كما تتبدى في العلاج الجماعي**، رسالة مقدمة للحصول على شهادة الدكتوراه في علم النفس، جامعة المنصورة، كلية الآداب قسم علم النفس، 2002.
6. . الخطيب جمال: **تعديل السلوك القوانين والإجراءات**، ط2، الرياض، 1990.
7. . الدرمداش عادل، **الادمان مظاهره وعلاجه**، عالم المعرفة، الكويت، 1982.
8. . الديدي عبد الغني: **المراهقة والتحليل النفسي**، بيروت، 1997.
9. . الرخاوي يحيى: **ملف الإدمان**، إصدار شبكة العلوم النفسية العربية، لبنان، 2000.
10. . الشربيني مروة ساحر: **المراهقة وأسباب الانحراف**، دار الكتاب الحديث، بدون طبعة، 2006.
11. . الشناوي محمد محروس: **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، 1998.
12. . العامري منى محمد صالح علي: **دراسة فاعلية الارشاد العقلاني الانفعالي والعلاج المتمركز على العميل في علاج بعض حالات الادمان،** مذكرة تخرج للحصول على درجة الدكتوراه في الفلسفة، جامعة القاهرة، معهد الدراسات والبحوث التربوية، 2000
13. . العيداني آمال: **مفهوم الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى المدمنين وغير المدمنين من المساجين**، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجيستر في علم النفس، قسم العلوم الاجتماعية، شعبة علم النفس، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010-2011.
14. . القذافي رمضان محمد، **علم نفس النمو والطفولة والمراهقة**، المكتبة الجامعية، الإسكندرية 2000.
15. . القطان سامية: **كيف تقوم بالدراسة الإكلينيكية**، القاهرة، مكتبة الأنجلو مصرية، 1979.
16. . القناوي هدى محمد: **سيكولوجية المراهقة**، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة، 1992.
17. . المحارب ناصر بن ابراهيم: **ممارسة العلاج الجمعي**، النشر العلمي والمطابع، السعودية، 1998.
18. . المغربي سعد زغلول: **تعاطي الحشيش**، دراسة نفسية اجتماعية، القاهرة، دار المعارف، 1963.
19. . أوزي أحمد: **المراهق والعلاقات الأسرية**، مطبعة النجاح الجديدة. الرباط، دون سنة.
20. . أومليلي حميد: **اثر الأحداث الصدمية داخل الأسرة في ظهور الادمان على المخدرات عند المراهق**، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة منتوري، قصنطينة، 2010-2011.
21. . بول سون وآخرون: **سیكولوجیة الطفولة والمراھقة**، ترجمة أحمد عبد العزیز سلامة الكویت، 1986 .

. تيسير حسون: المرجع السريع الى الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، جمعية الطب النفس الامريكية، دمشق، 2004.

1. . حافظ أحمد خيري وحسن مجدي محمود: **أثر العلاج النفسي الجماعي في تخفيض القلق والسلوك العدواني وازدياد الثقة بالنفس وقوة الأنا لدى جماعة عصابية**، مجلة علم النفس، العدد الرابع عشر، 1989.
2. . حبيب أحمد علي: **المراهقة**، مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع. القاهرة، 2006.
3. . حداد ربوح: **مفاهيم الإدمان وتعاريفه في التكفل بالمدمنين**، ملتقيات تكوين الأطباء في الجزائر، 2008.
4. . خريبة صفاء صديق: **مدى فاعلية العلاج الجمعي بالتحليل النفسي في علاج مشاعر الذنب والخزي لدى مرضى الإدمان**، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، كلية الآداب، قسم علم النفس، عين شمس، 1998.
5. .خيريحافظأحمد ومجدي حسن محمود: **أثر العلاج النفسي الجماعي في ازدياد تأكيد الذات وتقديرها وانخفاض الشعور بالذنب وانعدام الطمأنينة الانفعالية لدى جماعة عصابية**، مجلة علم النفس، العدد 14، الهيئة العامة للكتاب، القاهرة، 1990.
6. . دردار فتحي: **الادمان على المخدرات**، مكتبة بغدادي، دار حسين، الجزائر، 2000 .
7. . دولامية بويدي، **واقع تعاطي المخدرات في المجتمع الجزائري**، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد (03)، 2012.
8. . رشاد محمد عبد اللطيف: **الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات**، المركز للدراسات والتدريب، الرياض، السعودية، 1992.
9. . زهران حامد عبد السلام: **الصحة النفسية والعلاج النفسية**، ط2، عالم الكتب، القاهرة، 1978.
10. . زهران حامد عبد السلام: **علم نفس النمو الطفولة والمراهقة**، ط5، عالم الكتب، القاهرة، 1995.
11. . زرواتي رشيد: **تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية**، دار هومة، الجزائر، 2002.
12. . زيدان محمد مصطفى: **النمو النفسي للطفل والمراهق ونظريات الشخصية**، دار الشروق، ط3، جدة،1990
13. . زيور مصطفى: **تعاطي الحشيش مشكلة نفسية**، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية، 1973.
14. . ساسي سفيان**: الجزائر والمخدرات**، المجلة الالكترونية الحوار المتمدن، عدد 1027 (اطلاع مباشر)، **(**24/11/2004 ).
15. . صابر احمد عبد الموجود: **جماعة المدمنين المجهولين ما لها وما عليها،** القاهرة، ايتراك للطباعة والنشر، 2010.
16. . صالح عبد النور: **سياسة الجزائر في مكافحة المخدرات والإدمان عليها**، ملتقيات تكوين الإطفاء في مشروع Mednet، الجزائر، 2008.
17. .. صفوت وفيق مختار: **مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة**، القاهرة، 2005.
18. . صقر نبيل: **جرائم المخدرات في التشريع الجزائري**، موسوعة الفكر القانوني، دار الهدى، عين ميلة، الجزائر، 2006.
19. . طالب حسن: **علاج المدمنين على المخدرات**، المجلة العربية للدراسات الأمنية، عدد 17، المركز العربي للدراسات الأمنية، 1994.
20. . عباس محمد: **المخدرات والإدمان**، المواجهة والتحدي، القاهرة، 1989.
21. . عرموش هاني: **المخدرات إمبراطورية الشيطان**، دار النفائس، بيروت، لبنان، 1993.
22. . عفاف محمد عبد المنعم: **الادمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه**، دار المعرفة الجامعية، الاسكندرية، 2003
23. . غانم محمد حسن: **الدافعية للعلاج لدى المدمنين**، دراسة نفسية مقارنة، المجلة المصرية للدراسات النفسية، عدد 25، مجلد 10، 2000.
24. . غانم محمد حسن: **العلاج النفسي الجمعي بين النظرية والتطبيق**، مصر، 2003.
25. . غباري محمد سلامة: **الادمان – اسبابه، نتائجه، علاجه**- المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية، 1991.
26. . فاخر عاقل: **معجم العلوم النفسية**، دار الرائد العربي، بيروت، لبنان، 1988.
27. . فايد حسين: **سيكولجية الادمان**، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر، 1994.
28. . فايد حسين: **علم النفس المرضي**، مؤسسة طيبة للنشر، جمهورية مصر العربية، 2004.
29. . فتحي عيد محمد: **مسؤولية الدولة عن علاج متعاطي المخدرات**، المجلة العربية للدراسات الامنية، العدد 10، الرياض، 1990.
30. . فرغلي بدوي وآخرون: **الادمان ورحلة الشفاء**، مؤسسة مطابع المنار، الرياض، 1997.
31. . فطيم لطيف: **العلاج النفسي الجماعي**، الانجلو مصرية، القاهرة، 1994.
32. . قرني محمد: **الادمان**: المركز العربي الحديث، القاهرة، مصر، 1986.
33. . متولي فؤاد بسيوني: **التربية وظاهرة انتشار وإدمان المخدرات**، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
34. . مشابقة محمد أحمد: **الادمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي**، دار الشروق، عمان.
35. . مصباح عبد الهادي: **الادمان**، دار المصرية اللبنانية، 2004.
36. . مكتب الإنماء الاجتماعي: **سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، اضطرابات التعاطي والإدمان**، الكويت، 2000.
37. . منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، **المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض النفسية والسلوكية: الأوصاف السريرية (الإكلينيكية) والدلائل الإرشادية التشخيصية**، ترجمة احمد عكاشة، 1999.
38. . هنري شابرول: **الادمان في سن المراهقة**، ترجمة فؤاد شاهين، عويدات للنشر والطباعة، بيروت، لبنان، 2001.

**ثانيا: الأجنبية**

1. . Bensmail Belkacem: **Psychiatrie d’aujourd’hui**, Office de publication universitaire, réim- Pression, Alger, 1994.

. Bergeret Jean, LeblancJean: **Précis des toxicomanies**, 2 édition, Masson: Paris, 1988.

 . Schiffer F: **psychothérapie de neuf cocaïnomanes traités avec succès, techniques et dynamique**, le journal de la toxicomanie traitement, Harvard Médical School, Hôpital McLean, Belmont, Massachusetts, 1988.

. Cooper & Mccrmack: **short – term – Group Treatment children of Alcohlics**, J. of counseling Psychologg, u3, 1992 .

. Debesse Maurice: **L’adolescent**, PUF, Paris, 1964.

. Ey Henri, Bernard P,Brisset CH: **Manuel de psychiatrie**, 6 édition, Masson, Paris, 1989.

. Fesian Hocine: Y-aurait –il une question du père à l’adolescence dans l’éclosion de la violence en Algérie, département de psychologie, Oran.

. Girard Michel: **Consommation et abus de drogues chez les adolescents**, In PRISM : Ecole et santé mentale. vol.7, n 3-4.Hôpital sainte Justine, 1997.

. Goodman Aviel: **Addiction, Définition and implication**, British, journal Addiction, 1990;1990.

. Hélène Harcel-Biraud: **Manuel de psychologie à l’usage des soignants**, 2ème édition, Masson, Paris, 1994.

. Isabelle Varescon: **Les addiction comportementales**, Paris, 2007.

. Marc Valleur et Jean chaude Matysiak: **Les addiction**, Armand colin, Paris.2006.

. Merdaci Mourad: **Une psychologie du champ Algérien**, Office de la publication

. Varescon Isabelle :**les addiction comportementales**, Paris, 2007.

1. . نقلنا كلام المفحوص نصا دون الالتزام بقواعد اللغة العربية لما في ذلك من دلالة إكلينيكية. [↑](#footnote-ref-1)