جـــــــامـــعـــــة وهـــــــران

كـــلـيـة الـعـلـوم الإجـتـمـاعـيـة

قسم علم النفس و علوم التربية

عدم فعالية العلاج وتأثيره على إنتكاس المدمنين

مذكرة لنيل شهادة ماستر في الإرشاد والتوجيه

من إعداد:

بلعالم زوليخة.

تحت إشراف:

أ. بن عبد الله محمد.

السنة الجامعية:2013/2012

الإهداء

أهدي عملي المتواضع هذا إلى:

من سهر على تربيتي وتحمل متاعب السنين...إلى السند الذي أتكئ عليه لأرقى إلى تحقيق طموحي و كل ما أنا عليه الآن إلى من علمني السعي إلى العمل بجد وإتقان إلى أعز ما أملك رمز الصمود و الصبر...

"أبي العزيز"

إلى من حملتني و تعبت على تربيتي والتي كانت الشمعة في حياتي تنير دربي لأكون من أحسن الفائزين...الى من كانت تاجا على رأسي افتخر به التي أتمنى رضاها في الدنيا و الآخرة....

"أمي الحنونة"

كل سماء ليل لها قمرها ونجومها وأنا لي إخوتي حفظهما الله.....قمر حياتي أخي الوحيد **"فوزي"** و نجوم حياتي أخواتي **"أمال ،نبيلة، سهيلة"....**

إلى كل صديقاتي العزيزات**"صباح،كهينة،سمية،صارة".**

الى كل صديقاتي اللواتي رافقنني في مشواري الدراسي الجامعي **"خيرة،بشرى،فاطمة"** وكل زملائي دفعة ماستر إرشاد والتوجيه للسنة الجامعية 2013/2012.

كلمة الشكر

شكري الأول والأخير إلى الله سبحانه وتعالى الذي منحني الصبر و القدرة على إتمام هذا العمل ووفقني في مشواري الدراسي الجامعي.

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل من ساهم من قريب أو بعيد في إعداد هذه المذكرة وأخص بالذكر:

الأستاذ المحترم الذي أشرف على إنجاز هذه المذكرة **و** الذي قدم لي الجهد المعتبر و النصائح و التوجيهات لإنجاز المذكرةٍ

الأستاذ**"بن عبد الله محمد"**

كما أشكر رئيس مشروع ماستر إرشاد و التوجيه الأستاذ المحترم

"منصوري عبد الحق"

كما لا أنسى الفريق العامل بمصلحة علاج الإدمان بمستشفى سيدي شحمي بوهران و تعاونهم معي و الشكر الجزيل لكل المرضى في المصلحة.

ملخص البحث

لقد تناول هذا البحث موضوع عدم فعالية العلاج و تأثيرها على انتكاس المدمنين وللبحث في هذا الموضوع طرحت الإشكالية عامة التالية:

- هل عدم فعالية العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين؟ ولتحديد المشكل بصورة دقيقة صغنا الاشكاليات الجزئية التالية :

- هل عدم كفاءة القائمين على العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين؟

- هل عدم فعالية البرنامج العلاجي تؤثر على انتكاس المدمنين؟

- هل المكان المخصص للعلاج يؤثر على انتكاس المدمن؟

ومن خلال هذه الإشكاليات استنبطت الفرضية التالية:

- عدم فعالية العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين.عرضت الفرضيات الجزئية التالية:

- عدم كفاءة القائمين على العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين.

- عدم فعالية البرنامج العلاجي تؤثر على انتكاس المدمنين.

- المكان المخصص للعلاج يؤثر على انتكاس المدمنين.

-وللبحث في هذا الموضوع خصصت بحثي الميداني الذي دام مدة شهرين لدراسة مركز

علاج الإدمان بمستشفى الأمراض العقلية سيدس شحمي بالإضافة إلى دراسة ثلاثة حالات يعانون من حالة الانتكاس المتكرر.

-ومن خلال النتائج توصلت إلى أن الفرضيات التي طرحتها قد تحققت وذلك من خلال الفراغ الواسع للموجود في المركز حول العلاج النفسي الغائب تماما ودور الأخصائية النفسانية المنعدم ،وعدم توفرالأماكن المخصصة للعلاج(العلاج الجماعي و العلاج بالعمل).وبالنسبة للعلاج والتأهيل الإجتماعي للمدمنين لا توجد حتى في البرنامج العلاجي.

قائمة المحتويات

1. الإهداء.....

2. كلمة الشكر.....

3. ملخص البحث.....

4. محتويات البحث.....

5. مقدمة البحث.....

6. الإشكالية.....

7. الفرضيات.....

8. أهمية البحث.....

9. دوافع البحث.....

10. أهداف البحث.....

الجانب النظري

الفصل الأول:الإدمان

I. *]] الإدمان.....*

1. لغة.....

2. إصطلاحا.....

3. منظمة الصحة العالمية (O.M.S).....

4. مفهوم عام.....

II. الإعتماد.....

1. تعريف الإعتماد.....

2. أصناف الإعتماد.....

III. مراحل الإدمان.....

1. مرحلةالتعاطي التجريبي.....

2. مرحلة ما قبل الإدمان.....

3. مرحلة إنذاربالإدمان.....

4. مرحلة الإدمان.....

5. مرحلة الإدمان المزمن.....

IV. أسباب و عوامل الإدمان.....

1. العوامل المتعلقة بالعقار المستعمل.....

2. العوامل المتعلقة بالفرد نفسه.....

3. العوامل التي تتعلق ببيئة ومجتمع المدمن.....

V. أنواع مواد الإدمان و أضرارها.....

1. الأفيون.....

1) أهم المواد المشتقة من الأفيون.....

2) الأضرار الصحية للإدمان الأفيون.....

2. الحشيش.....

1) الأضرار الصحية للحشيش.....

3. القات.....

1) أضرار تعاطي القات.....

4. الكوكايين.....

1) أضرار إدمان الكوكايين.....

5. المنشطات.....

6. المنبهات.....

7. الأدوية ذات تأثير نفسي.....

1) المهدئات.....

2) مضادات الإكتئاب.....

3) المنومات.....

4) المهلوسات.....

5) المواد المتطايرة.....

6) الكحوليات.....

الفصل الثاني:الوقاية والعلاج من الإدمان

I. 7الوقاية.....

1. لغة.....

2. إصطلاحا.....

3. مستويات الوقاية.....

1) الوقاية من الدرجة الأولى.....

2) الوقاية من الدرجة الثانية.....

3) الوقاية من الدرجة الثالثة.....

4) الوقاية بالتربية الدينية.....

II. العلاج.....

1. مفهوم العلاج.....

2. المكان المناسب للعلاج الإدمان.....

3. حصائص القائمين بالعلاج.....

4. طرق العلاج.....

1) العلاج الطبي.....

2) العلاج النفسي.....

العلاج النفسي الفردي.....

1. العلاج النفسي الجماعي.....

3) العلاج الإجتماعي.....

4) العلاج الزواجي و الأسري.....

5) علاجات أخرى.....

6) المتابعة.....

الفصل الثالث: الإنتكاس

I. الإنتكاس.....

1. لغة.....

2. إصطلاحا.....

II. مراحل الإنتكاس.....

III. اسباب الإنتكاس.....

الجانب التطبيقي

I. منهجية البحث.....

1. الدراسة الإستطلاعية.....

2. العينة.....

3. مدة البحث.....

4. مكان البحث.....

5. الأدوات المستعملة في البحث.....

1) الملاحظة.....

2) المقابلة.....

3) دراسة حالة.....

II. الدراسة الأساسية.....

1. دراسة المركز.....

2. دراسة الحالات.....

III. مناقشة وتحليل النتائج.....

- المراجع.....
- الملاحق.....

مقدمة

أتطرق في بحثي هذا إلى ظاهرة خطيرة و التي انتشرت انتشارا كبيرا و بصفة سريعة وأصبحت لا تخص فئة المهمشين فحسب بل كل فئات المجتمع و مع ذلك تبقى ظاهرة الإدمان واقعا صعبا و علاجها أصعب وخاصة في الجزائر الآن نظرا للصعوبات الاجتماعية و الصراعات النفسية التي يعيشها المدمن.

- لذلك يجب أن يكون التكفل بالمدمنين في مراكز المعالجة متكاملا من كل النواحي سواء الطبي أو النفسي أو الاجتماعي لأن المدمن أصبح يجد نفسه في دوامة الإدمان و العلاج و الانتكاس. وبالتالي فالعلاج الفعال أصبح هو المطلوب لتكون الخدمة و التكفل جيدين للمدمنين و لتفادي مشكلة الانتكاس المتكرر بعد العلاج. وهذا الذي تناولناه في بحثنا هذا. وقد عمدنا إلى تقسيمه إلى أربعة فصول بدءا بالجانب النظري والذي تناولنا في فصله الأول الإدمان و تعريفه،والاعتماد و مفهومه و تصنيفاته. وأوضحنا ضمنه أيضا مراحل الإدمان و أسبابه وعوامله، مع تفصيل أنواع مواد الإدمان و الأضرار الناجمة عن كل مادة سواء الصحية أو النفسية أو الاجتماعية. أما الفصل الثاني فقدمنا فيه كيفية الوقاية من كل الدرجات إلى جانب العلاج المخصص للإدمان في مراكز العلاج من حيث المكان المناسب و خصائص القائمين على العلاج كما ركزنا على طرق العلاج المختلفة الطبية و النفسية و الاجتماعية و علاجات أخرى.أما الفصل الثالث فكان مخصص للانتكاس فقمنا بتعريفه وتعريف المراحل التي يمر بها المدمن ليصل إلى الانتكاس مع ذكر أهم الأسباب التي تؤدي إلى الانتكاس.

- أما الجانب التطبيقي الميداني فقمت بتعريف وجيز للأدوات التي استعملتها في البحث وبعدها قدمت دراسة للمركز من كل النواحي و الإمكانيات سواء المادية أو البشرية مع دراسة لثلاثة حالات يعانون من مشكلة الانتكاس المتكرر.

- الإشكاليـــــة

يعد الإدمان من الأمراض النفسية المصنفة عالميا التي تصيب الوظائف النفسية و الاجتماعية و البيولوجية . و نظرا لخطورته أصبح علماء النفس و الأطباء يصنفونه على أساس الدرجة و النوع كل سنة و يبدلون مجهودا كبيرا في الكشف و البحث عن طرق الوقاية و العلاج لهذا المشكل و ذلك نظرا لفشل العلاج المتكرر. كما أصبح مصطلح الوقاية من الانتكاس مستعملا كثيرا في مجال العلاج من الإدمان و هذا ما أعده marlatt الذي طور هذا المفهوم على مسار 70 سنة بعد أن وجد الانتكاس أكثر شيوعا من جميع نتائج العلاج الإيجابية. و قد لخص hant و زملاؤه 1971 نتائج تقيمية لعلاج المدمنين على الكحول و التدخين و الهروين و كانت نتائج متشابهة بشكل ملحوظ بعد ستة أشهر. بعد نهاية العلاج كان أغلبية المدمنين قد انتكسوا بعد ثلاثة أشهر من العلاج. كما أكدت شاني shani 1978 على نموذج الوقاية من الانتكاس و فعاليته و ركزت على تطوير المهارات الاجتماعية .و قدأسفرت عن هذاالعمل نتائج ايجابية مع الوقت. و كانت ل prochaska 1986 إسهامات مهمة بالنسبة للوقاية من الانتكاس و مراحل التغيير.

و أكد أحمد عكاشة في كتابه الطب النفسي المعاصر أنه و حسب الأبحاث العالمية يوجد 20 % أي 30 % من المدمنين الذين يشفون و يتخلصون من الإدمان و حوالي الثلث يتحسنون مع نوبات انتكاسية و البقية تفشل و هذا ما لاحظته من خلال الزيارة الاستطلاعية لمستشفى الأمراض العقلية بمصلحة العلاج من الإدمان أنه يوجد 11 حالة تعاني من حالة الانتكاس من أصل 24 مريض. وقد تتكرر حالات الانتكاس إلى خمسة مرات .فمن هنا نطرح الإشكال التالي:

◄ هل عدم فعالية العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين؟

و من هنا نقترح الإشكاليات الجزئية التالية:

- **هل عدم كفاءة القائمين على العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين؟**

- **هل عدم فعالية البرنامج العلاجي تؤثر على انتكاس المدمنين؟**
- **هل المكان المخصص للعلاج يؤثر على انتكاس المدمن؟**

فرضيات البحـــــث:

بعد طرح الإشكالية العامة و الجزئية سأقوم بتقديم بعض الفرضيات التي تساعدنا على البحث في هذا الموضوع:

الفرضية العامة:

- عدم فعالية العلاج تؤثر على انتكاس المدمن.

الفرضية الجزئية:

- عدم كفاءة القائمين على العلاج تؤثر على انتكاس المدمن.
- المكان المخصص للعلاج يؤثر على انتكاس المدمن.
- البرنامج العلاجي المطبق يؤثر على انتكاس المدمن.

أهمية البحـــــث:

- تكمن أهمية البحث في التعرف على الإدمان و أنواعه و أسبابه و أنواع المخدرات و العلاج المتبع في المراكز و التعرف على المدمن عن قرب و طرق علاجهم الواقعية و البحث في أسباب الانتكاس الأخرى غير التي درست من قبل.

دوافع البحـــــث:

من الأسباب التي جعلتني أبحث في مجال الإدمان و العلاج و الانتكاس هو التعرف عن قرب عن العلاج المطبق للمدمن.

- التقرب من المدمنين أثناء الفترة العلاجية و التعرف على حالتهم النفسية.

- عدم دراسة موضوع الانتكاس من قبل في البحوث الجامعية.

الأهـــداف:

من الأهداف التي أرجوها من هذا البحث:

- التعرف إلى برنامج علاجي للإدمان يكون فعالا.
- التوصل إلى إيجاد برنامج للوقاية من الانتكاس.
- إفادة الأجيال القادمة من بحثنا هذا.

المفاهيم الإجرائية:

- الإدمان**:**هو التعود على تناول مادة مخدرة حيث أن الشخص يحس بنقص المادة من جسمه عند مرور وقت معين بعد تناولها.
- العلاج:هو تقديم المساعدة أو حلول الممكنة من أجل تخفيف المعانات على المدمنين أثناء الفترة العلاجية وتخليصهم من الإدمان.
- الإنتكاس:هو عودة المدمن إلى الإدمان بعد فترة العلاج أي رجوع المدمن إلى المادة المخدرة بعد الفترة العلاجية .

صعوبات البحث:

- ضيق مدة البحث النظري و التطبيقي وإنجاز المذكرة.
- عدم توفر المراجع في المكتبة الجامعية .
- نقص مراجع والدراسات السابقة حول الموضوع الإنتكاس

الجانب النظري

الفصل الأول

I. الإدمان :

1) لغة :

الإدمان مصدر الفعل أدمن و المقصود به اعتياد و تعود و اعتياد و تعود و اعتماد الإنسان على شيء معين بغض النظر عن نفع أو ضرر هذا الشيء. (فرج عبد القادر طه- شاكر عطية قنديل – 1976- ص31)

2) اصطلاحا :

هو اعتماد فسيولوجي نفسي و اعتياد و استخدام قهري و تعاطي متكرر لعقار طبيعي أو مركب، يؤثر على الجهاز العصبي تنشيطا أو تثبيطا، تهدئة أو تسكينا أو تحذيرا أو تغييبا أو تنبيها أو تنويما. و إذا منع أدى إلى أعراض منع نفسية و جسمية (اجلال محمد السرى - 2003 – ص60).

3) تعريف منظمة الصحة العالمية سنة 1969 :

الإدمان أسمته بالتبعية للعقاقير و عرفته بأنه حالة نفسية و أحيانا جسمية ناتجة عن التفاعل ما بين جهاز الجسم الحي و عقار ما. و تتسم هذه الحالة بتغيرات و انفعالات تؤدي دائما إلى تعاطي العقار بصورة مستمرة و متتالية و ذلك بغية إعادة توفير الآثار البدنية و أحيانا لتلافي العناء الذي يورثه الحرمان. و قد يخضع الفرد لتبعية أكثر من عقار .(حارث سليمان الفاروني -1988 – ص312).

4) المفهوم العام :

الإدمان هو المداومة على تعاطي مادة أو مواد معينة بقصد الدخول في حالة من النشوة أو إبعاد الحزن و الاكتئاب.

و يعني أيضا الاعتماد الفسيولوجي (العضوي) على المواد الكيميائية التي تؤدي بالشخص إلى عدم القدرة على مقاومة الامتناع عن تناولها.

II. الإعتماد

1. تعريف الاعتماد :

هو حالة من الاعتماد الجسمي و النفسي. ينتج عن الاستخدام المزمن للعقار بشكل متقطع أو مستمر[1]. و تتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى المدمن مادة نفسية معينة على أساس مستمر أو غير منتظم. كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر. و تستخدم أحيانا عبارة "زملة أعراض الاعتماد " باعتبارها واحدة من فئات التشخيص الطب النفسي لمجموعة من الاضطرابات المصاحبة لتعاطي المواد النفسية و المخدرة (جلال محمد السري - 2003 - ص61)

2. أصناف الاعتماد :

1) الاعتماد الفسيولوجي (الجسدي) :

هي حالة تعني تكيف الجسم و اعتماده على عقار معين. و يسمى اعتمادا عضويا. حيث يؤدي الانقطاع عنها إلى ظهور أعراض أليمة على الجسم تعرف بأعراض الانسحاب.

2) الاعتماد النفسي :

حالة تعني الشعور النفسي بالارتياح نحو عقار معين ينتج منها دافع نفسي لتناول ذلك العقار لتحقيق الارتياح و الشعور باللذة أو لتجنب القلق. كما أن هناك علاقة وثيقة بين الاعتماد الجسمي و النفسي. و عادة ما يحدث الاعتماد النفسي قبل الجسمي.

3) الاعتماد الاجتماعي :

هو استمرار تعاطي مادة معينة في المناسبات الاجتماعية كالزواج و الأعياد أو ما شابهها و غالبا ما يكون دافعها الشعور بالسعادة و المتعة.

4) الاعتماد الجبري :

الاستمرار في تعاطي عقار معين لسبب طبي خارج عن إرادة الشخص المتعاطي و هو يعمل على إحداث الشغف بالمادة المخدرة و كذلك الاحتمال لزيادة الجرعة. و عند التخفيف أو التوقف عن المادة المخدرة تظهر أعراض انسحابية (عبد العزيز بن عبد الله البريثن-2002 - ص18.19).

Ⅲ) مراحل الإدمان :

يبدأ الاعتماد عادة في صورة اعتماد نفسي. حيث يشتاق المتعاطي إلى تخفيف من التوتر إلى الشعور بالسعادة. و مع استمرار التعاطي ينشأ الاعتماد النفسي. و فيما يلي المراحل التالية للإدمان :

1. مرحلة التعاطي التجريبي :

حيث يحاول الفرد أن يجرب إحدى مواد التعاطي و ذلك وفق ما تسمح به عوامل الإتاحة أو التوافر و التعلم الاجتماعي من باب حب الاستطلاع و المجاراة و التداوي من الألم الجسمية و الاضطرابات النفسية و طلب المتعة و الرغبة في زيادة القدرة الجنسية.

2. مرحلة ما قبل الإدمان :

حيث يكثر الفرد من تعاطي العقار عن الاستعمال العادي. فينشأ لديه تحمل لتأثير العقار. فنجده يتعاطى جرعات متزايدة لكي يحصل على تأثيره المطلوب.

3. مرحلة الإنذار بالإدمان :

حيث يتعاطى الفرد العقار منفردا و دون الصحبة العادية و قبل الأحداث و المواعيد الهامة وفي الصباح لخفض التوتر،وبالرغم من ذلك يحدث التعاطي رغم المقاومة الشديدة.

4. -مرحلة الإدمان :

يكون من الصعب التوقف عن التعاطي لمدة أربع و عشرين ساعة مع عدم القدرة على التحكم في الكمية التي يتعاطاها.

5. مرحلة الإدمان المزمن :

حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل التهاب المعدة و الرئتين و مضاعفات عقلية من الهذيان أو النسيان و مضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسري و نقص الإنتاج و على الرغم من حدوث هذه المضاعفات لا يستطيع الفرد التوقف عن التعاطي و إن حاول فشل .(إجلال محمد السري - 2003 - ص61).

IV. أسباب الإدمان :

إن أسباب الإدمان عديدة و تختلف من حالة إلى أخرى. و لتحديدها قسمها الباحثون إلى ما يلي :

1. عوامل متعلقة بالعقار المستعمل :

1) تركيب العقار و خواصه الكيميائية :

كل مادة توجد في الطبيعة لها تركيبة خاصة. و عند تناول أي عقار تطرأ عليه تغيرات مختلفة أثناء عملية امتصاصه و وصوله إلى الجهاز العصبي. و عند وصول جزيئاته إلى الخلايا العصبية تستقبلها أجزاء خاصة تسمى مستقبل العقار (Récepteur de drogue). فإن لم تتطابق جزئيات العقار مع مستقبلاتها في الخلية العصبية يكون العقار غير فعال. و بالتالي فإن أحد العوامل الرئيسية المساعدة على تفاعل العقار مع الخلية العصبية هو تركيبه الكيمائي و تطابق جزيئاته مع مستقبلاتها في تلك الخلية.(شاريف نجاة -مذكرة– 2002 - 2003- ص11).

2) كيفية استعمال العقار :

تختلف طرق التعاطي من مدمن إلى آخر. فيأتي تبيانها و ترتيبها حسب الخطورة كالتالي :

أ) التعاطي عن طريق الحقن الوريدي أو العضلي .

ب)التعاطي عن طريق الفم (جهاز الهضم).

ج) التعاطي عن طريق الفم (الاستنشاق).

د) التعاطي عن طريق التدخين. و هو أقل الطرق تأثيرا و إحداثا للإدمان لأن الجزء الأكبر من الغازات يطرحه الإنسان مع الزفير

3) سهولة الحصول على العقار :

يتعلق تعاطي العقار أساسا بسهولة الحصول عليه على سبيل المثال : إدمان الوالدين على عقار ما و جلبه إلى المنزل. و بالتالي يسهل على أولادهم الحصول عليه أو شخص في صيدلية أو مستشفى ..... إلخ.(عادل الدمرداش – 1982 - ص27. 29.28).

2. العوامل التي تتعلق بالفرد نفسه :

إن أسباب الإدمان تتعلق بشخصية الفرد نفسه. و فيما يلي تصنيف (Kessel et Walton) اللذان قسما شخصية المدمن إلى الأصناف التالية:

مدمن أناني : هو الشخص الذي يصر على إشباع كل رغباته دون تأخير و ذلك باللجوء إلى الإدمان للتعويض على اصطدام أنانيته بواقع الحياة.

مدمن ناقص النضج : هو شخص يعتمد على الآخرين و لا يمكنه أن يعتمد على نفسه و لا يستطيع تحمل أعباء الآخرين، فيلجأ إلى تعاطي المخدرات ليخفف من شعوره بمرارة و صعوبة الحياة.

مدمن غير ناضج جنسيا : قد يكون مصابا بضعف القدرة الجنسية أو أن خجله شديد من ممارسة الجنس أو لديه ميل للشذوذ الجنسي أو معقد من الجنس لأسباب ترجع إلى مرحلة الطفولة. و تؤدي به هذه الأسباب إلى الإدمان لتخدير الشعور بالمشكلة الجنسية.

مدمن مضطرب : هذا الصنف يلجأ إلى المخدرات ليتجاوز حالتي الاضطراب و التوتر الدائمين.

حب الاستطلاع : بهدف اكتشاف المجهول يندفع الكثير من الشباب إلى تجربة المخدرات و ما تحدثه من نشوة و لذة و بتكرار التجربة لتحقيق المزيد من النشوة يجدون أنفسهم قد وقعوا في شباك المخدرات و أصبحوا مدمنين.

أصدقاء السوء : من يجالس المدمنين أو يعاشرهم يصبح منهم خاصة إذا كان ضعيف الشخصية و أميا لا يعرف أضرار الإدمان .(عادل الدمرداش-1982- ص42 .44).

3. العوامل التي تتعلق ببيئة و مجتمع المدمن :

1) العوامل الأسرية :

قد يكون إدمان أحد الوالدين أو كلاهما مدمنان على مخدر ما فيعد هذا عاملا يساعد على اتجاه الأبناء نحو الإدمان،ذلك لأن في أغلب الأحيان فإن الأبناء يقلدون أبناءهم في الكثير من الأفعال. كما أن التفكك الأسري عامل أساسي في إدمان الأبناء ". في دراسة أجراها الباحث ماكورد عام 1960 وجدان 97 % من الشباب المدمنين ينتمون إلى أسر مفككة "

بالإضافة إلى إهمال الآباء لأبنائهم و عدم اهتمامهم بهم لمشاكلهم يدفع الإدمان بالأبناء لنسيان ما يعانون منه من مشاكل و تعويض لفقدان الرعاية و الحنان.

2) العوامل الحضارية و الاجتماعية :

تختلف المجتمعات في دياناتها و مبادئها و كذلك تختلف بينهم مظاهر الحضارة فنجد مثلا بعض الدول تسمح ببيع مقدار محدد من المواد المدمنة (الحشيش) مما يسمح بازدياد عدد

المدمنين و ازدياد تجارة المخدرات. أما الدول الإسلامية فلا تسمح ببيع أي كمية مما يجعل عوامل الإدمان قليلة.

3) العوامل الاقتصادية:

كلما كان دخل الفرد مرتفعا كلما سهل عليه الحصول على المخدرات و اختيار الأفضل منها و الأكثر تأثيرا. أما إذا كان دخله بسيطا فيلجأ إلى الأنواع المنخفضة الثمن و تصعب عملية الحصول عليها.

4) العوامل الثقافية :

يعتبر العامل الثقافي أساسيا لأن الفرد المثقف يعلم بمضاعفات و مساوئ المخدرات. و حتى إذا أدمن فسرعان ما يتدارك نفسه و يحاول الذهاب إلى مختص للمعالجة بغية المحافظة على مركزه الاجتماعي.

5) غياب الوازع الديني :

يؤثر ضعف الوازع الديني على شخصية الإنسان. إذ تترسخ لديه عدم المبالاة بقضايا التحريم و التحليل. و قلب المؤمن إذا لم يمتلئ بالإيمان فإنه ينصرف إلى المحرمات التي يأخذها بشكل متدرج. و تعتبر المخدرات من أكبر الأشياء حرمة و أكثرها ضررا على الإنسانية.

V. أنواع و مواد الإدمان :

1) الأفيون :

يستخرج الأفيون من ثمار نبات الخشخاش و بالتحديد من بذورها قبل نضجها تماما.

و الخشخاش نبات حولي ينمو و ينبت سنويا.

أهم المواد المشتقة من الأفيون و المتشابهة له التي يستعملونها المدمنون :

1-1) الأفيون :

هو مادة مطاطية لدنة داكنة اللون تتماسك و تصبح لدنة صمغية. و قد يتعاطى الأفيون خاما أو تصنع منه حبوب صغيرة تذاب في الماء أو القهوة أو العصير و تشرب. و قد تجزأ إلى قطع و تدخن أو تستحلب تحت اللسان.و بشكل عام الأفيون يرفع الشعور تجاه جميع المؤثرات و يسكن الألم بشكل فعال و يؤدي إلى الاسترخاء و النعاس و يعطي شعورا بالنشوة و السرور.

2-1) المورفيين :

إذا أخذ حسب وصفة طبية، فإنه لا يؤثر على الأحاسيس (الرؤية،السمع،النطق، الذوق). يؤدي تناوله إلى الهدوء و الاسترخاء و عدم الميل للحركة و التفكير و الشعور بالنعاس الشديد. وقد يشعر المتعاطي بالسعادة و الانشراح و النشوة المؤقتة و يضعف التنفس بشكل واضح بسبب تثبيط المورفين للمراكز العصبية البصلية و يسترخي العضلات الملساء فتضعف حركة الأمعاء و يصاب المرء بالإمساك.

3-1) الهيروين :

هو ثاني استيل المورفين من أخطر مواد الإدمان يحضر من معالجة المورفين بحمض الخل اللامائي. يصنع حاليا و يسوق بشكل سري. و هو عبارة عن مسحوق أبيض اللون. نسبة المادة المخدرة (30 %) و غالبا ما يباع مغشوشا لكسب المزيد من المال. يستعمل عن طريق الشم و الاستنشاق و الحقن الوريدي أو العضلي أو تحت الجلد . يحدث تعاطي الهروين الشعور القوي بالنشوة، و الانشراح و السعادة و الدفء في كامل الجسم والتحليق في الخيال. كما يحدث بطئا في ضربات القلب و حركات الأمعاء بسبب شعور قوي بالنعاس و يضعف التركيز و الوعي. و يحتاج المدمن إلى حقنتين يوميا أما إذا أخد جرعات كبيرة فيؤدي إلى تثبيط نفسي شديد، يؤدي إلى السبات العميق فالموت نتيجة لتوقف التنفس. (عادل الدمرداش ص42 . 44).

2) الأضرار الصحية لإدمان المورفين :

1) مرض السيدا (الايدز) : غالبا ما يصاب المدمنون بهذا المرض نظرا لتكرار استعمال حقنة واحدة و ينتقل المرض بينهم.

2) التهاب الكبد الفيروسي :

هو مرض يتسبب في تليف الكبد نتيجة الالتهاب الشديد و يمكن أن يتحول المرض إلى مرض سرطان كبدي قاتل. و ينتقل هذا المرض بواسطة استعمال شخص مصاب بحقنة المخدر و بما أن المدمنين يستعملون نفس الحقنة مما يؤدي إلى اتساع و انتشار الفيروس.

التسمم :إن الأفيون و مشتقاته من المواد السامة التي ينتج عن سوء استعماله (زيادة الجرعة) التسمم و الموت في كثير من الأحيان .(عادل الدمرداش ص42 – 44).

3)الحشيش :

- يستخرج من زهور أوراق القنب. و ينمو هذا النبات بشكل طبيعي كما يمكن زرعه. متوسط ارتفاعه بين 0.6 و 4.60 م ينمو بكثرة في المناطق المعتدلة و الحارة.

الأضرار الصحية لإدمان الحشيش :

1) الجهاز التنفسي : يتسبب في تضيق الشعب الهوائية، كما يصاب المدمن بالتهاب رئوي مزمن بالإضافة إلى ضيق التنفس و السعال المتكرر.

2) الجهاز الهضمي : يتمثل في قصور الكبد، سوء الهضم، الشعور بالتخمة (فقدان الشهية) رغم الجوع، إسهال متكرر.

3) الجهاز العصبي : يتسبب في ضعف الذاكرة و اضطرابها. عدم القدرة على تقدير الزمان و المسافات. الكسل و البلادة و بطء الانفعال و الإصابة بمرض البرانويا الذي يشبه مرض انفصام الشخصية.

4) الجهاز التناسلي و الجنس : يؤدي إلى خفض الإنتاج هرمون تستروسترون (Testostérone) المسؤول عن علامات الذكورة مما يؤدي إلى نقص القدرة الجنسية.

و قلة إنتاج الحيوانات المنوية، أما عند النساء المدمنات فتضطرب عندها الدورة الشهرية و يتكرر حدوثها. (اجلال محمد السري - 2003 - ص77.78.)

5) جهاز المناعة : الذي تنحصر وظيفته في التصدي للأمراض و مقاومتها. فالمدمن يتعرض باستمرار للتسمم و ما يصيب جهازي الهضم و التنفس من الالتهابات و اضطرابات و غير ذلك من مضاعفات سلبية مما يؤثر مباشرة في الخلايا اللمفوية من النوع (T) المسؤولة عن مناعة الجسم. فبإتلافها أو تدمير جزء منها يصبح جسم متعاطي الحشيش أقل مقاومة و مناعة اتجاه الأمراض الفيروسية و الجرثومية.

6) العيون : التهاب دائم في ملتحمة العين، يصعب الشفاء منها و يعتبر هذا الالتهاب من العلامات المميزة لمتعاطي الحشيش.(اجلال محمد السري - 2003 -. ص77.78).

4) القات :

هو نوع من الأشجار ذات أوراق دائمة الخضرة. اسمها العلمي (Catha edulis) تنمو في المناطق الحارة و المعتدلة .أوراق الشجرة بيضاوية مدببة و هي تتناول للإدمان.

أضرار تعاطي القات :

1) الأضرار الصحية :

منع الشعور بالجوع، فيصاب المدمن بفقدان الشهية للطعام.

الإمساك المزمن بسبب مادة التانين المتواجدة في القات و بالتالي تجمع الغازات في الأمعاء فينتفخ البطن.

الأضرار النفسية :

تحدث مادة الكاتين (Katine) الموجودة في القات الأرق الشديد للمتعاطي و الشرود الذهني مما يؤدي إلى التوتر فيلجأ بعض المدمنين إلى شرب الخمر و تكرار القلق و الانقباض. و قلة النوم و التوتر النفسي و العصبي عند المدمنين قد يؤدي إلى الجنون الفعلي في بعض الحالات النادرة و حتى الانتحار.(إجلال محمد السري - 2003 - ص77.78)

الكوكايين :

هو عبارة عن مادة بيضاء منبهة للجهاز العصبي تستخرج من أوراق شجرة الكوكا التي اسمها العلمي (Erythroxylon coca) تزرع خاصة في أمريكا الجنوبية و الوسطى بالإضافة إلى الهند. كانت أوراق الشجرة تمضغ و تستحلب للحصول على النشوة و النشاط. (اجلال محمد السري - 2003 - ص77.78).

أضرار إدمان الكوكايين :

خمسة غرامات (5 غ) تعتبر جرعة مميتة و الجرعات الصغيرة تفقد مفعولها بعد ثلاثين إلى خمسة و أربعين دقيقة فيطلب المدمن المزيد فيخسر ماله و صحته و غير ذلك.

- اتساع حدقة العين بشكل واضح.

- ينتقب حاجز الأنف عند المتعاطي شما بعد طول فترة الاستعمال.

- الهلوسات السمعية و البصرية و الحسية لدى المدمن.

- حكة جلدية شديدة بالإضافة إلى الأرق المستمرين اللذين قد يدفعان إلى الانتحار.

- تقلصات عضلية و حركات لاإرادية و ارتعاشات في عضلات الوجه و اليدين.

- فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى سوء التغدية.

- تؤدي إلى تدهورالقوى العقلية التي قد تدفع إلى الجنون أو ان يرتكب المدمن جرائم مختلفة (القتل، السرقة، الاغتصاب) دون وعي منه (عادل الدمرداش -1982- ص117 .118).

المنشطات :

المنشطات عقاقير إذا أعطيت للإنسان بالمقادير المسموحة بها طيبا أدت إلى تنشيط عملية التنفس و تنظيمها بالإضافة إلى تنشيط و تقوية القلب و تنظيم ضرباته. كما تؤدي إلى تنبيه الجهاز العصبي المركزي و هي تستعمل لزيادة اليقظة و لتفادي النوم مفعولها يؤدي إلى فقدان الشهية.(جابر بن سالم آخرون-2005-ص13.14.15)

المنبهات :

توجد مركبات يطلق عليها اسم مركبات الزانيتين (Zanthines) يمكن تصنيفها على أنها منبهات و ليست منشطات. لأنها تنبه الجهاز العصبي : منها الكافيين، التيوفين، الثيوبرومين. و يتناولها الانسان من مصادرها الطبيعية[2] و أحيانا يستعملها مع الأدوية المتداولة في السوق مثل : البن، الشاي، الكاكاو)

الأدوية ذات التأثير النفسي :

1) **المهدئات :** و ينقسم إلى مجموعتين :

المهدئات الصغرى : و تحتوي على مجموعة قصيرة المدى (المفعول) و تتصف بأن مفعولها يبدأ سريعا (20 إلى 30 دقيقة) و ينتهي سريعا (حوالي 06 ساعات)، و أخرى متوسطة المفعول تشبه السابقة الذكر لكن مفعولها يدوم (08 إلى 10 ساعات)، أما المجموعة الأخيرة فهي طويلة المفعول يستمر مفعولها من (12 إلى 14 ساعة).

المهدئات العظمى:

هي مجموعة من مشتقات الفينوثيازين (Phénothiazine) يستعمل لعلاج الأمراض العقلية مثل الفصام، و لعلاج حالات الغثيان و القيء. و ضد الحساسية و علاج التشنجات. و لكن استعمالها أصبح قليلا نظرا للأعراض الجانبية الكثيرة التي تسببها. و هي تسبب

الإدمان إلا نادرا منها على سبيل المثال عقار كلوربرومازين (Chlorpromazine). .(جابر بن سالم آخرون-2005-ص12).

2) مضادات الاكتئاب :

أصبحت الكآبة سمة من سمات هذا العصر نظرا للمشاكل التي تعترض أي شخص. مما دفع شركات صناعة الأدوية إلى تسابق في طرق عقاقير مختلفة. و تروج لها بشكل كبير على أنها مزيلة للكآبة و مفرحة للنفس فكثر استعمال هذه العقاقير مع أنها ليست من المخدرات لكنها أصبحت مستعملة بشكل واسع بين الشباب لذلك تطرقنا لذكرها حتى تكون لدينا فكرة واسعة عن الأدوية المستعملة في أوساط الشباب.

3) المنومات :

هي عقاقير تسبب الهدوء و النعاس و النوم، و تقسم إلى فئتين هما :

1) منومات مشتقة من حمض الباربيتوريك (Acide Barbiturique) :

هي عقاقير مركبة منومة مشتقة من حمض الباربيتوريك لكن استخدامها في المجال الطبي محدود و هي تقسم حسب سرعة مفعولها و سرعة تحطيمها الجسم و طرحه لها إلى ثلاثة مجموعات رئيسية :

أ) مجموعة قصيرة المدى : تأخذ على شكل حبوب تبلع مع الماء، يستمر مفعولها مباشرة خلال خمسة (15) ثانية، و يستمر مفعولها حوالي نصف ساعة.

ب) مجموعة متوسطة المدى : تأخذ على شكل حبوب تبلع مع الماء يستمر مفعولها (08 إلى 10 ساعات).

ج) مجموعة طويلة المدى :

يستمر مفعولها لمدة طويلة بين (16 إلى 24 ساعة) و يؤدي سوء استعمالها إلى الإدمان عليها لكن المدمنين لا يتعاطونها كثيرا نظرا لطول مدة مفعولها.

2) المنومات من غير الباربيتورات :

هي عقاقير منومة كثيرة تختلف في تركيبها عن تركيب الباربيتورات و غير مشتقة من حمض الباربيتوريك و هي تستعمل كمنوم أو مهدئ حسب كمية جرعاتها. .(جابر بن سالم آخرون-2005-ص).

3) المهلوسات :

يمكن تصنيف المواد التي تسبب الهلوسة إلى صنفين أساسين هما :

3-1) العقاقير المهلوسة الموجودة في النباتات :

و نذكر منها :

فطر مانيتامسكاريا :(Amanita Muxaria)

فطر بيسيلوسبين : (Psilocybine)

صباربيوت :(Cactus de Peyote)

الحرمل : (Harmal)

الكابي : (Caapi)

2) العقاقير المهلوسة المصنعة :

عقار (أل . أس .دي) L . S . D :

هو حمض ليسرجيك ايثيل اميد (Acide Lysergique Diéthylamide)

و يعتبر أشهر العقاقير المحدثة للهلوسة، و من الآثار المباشرة لتعاطي هذا العقار فبعضها عضوي كالدوخة و الضعف و الارتعاش و بعضها إدراكي كالتغيرات البصرية و السمعية، و بعضها نفسي كتغير المزاج و تغير إدراك الزمن و يكون بسبب توسع حدقة العين و ارتفاع ضغط الدم و زيادة سرعة نبضات القلب و ارتفاع درجة حرارة الجسم.(جابر بن سالم سالم وآخرون– 2005 – ص 15- 16.)

عقار (دي . أم . تي) D . M . T :

هو اختصار لاسمه الكامل دي مثيل تريبتامين Dimethyltryptamine

يستعمل عن طريق الحقن الوريدي أو الشم أو الرش فوق التبغ و يدخن. كمية 70 ملغ عن طريق الحقن الوريدي تكفي لأحداث الهلوسات السمعية و البصرية التي تستمر لمدة ساعة.

عقار دي . أو . أم D . O . M :

هو اختصار لتسمية Dimethoxymethy Lamphatamine

يؤدي إلى هلوسات شديدة حتى لو أخذ بكميات قليلة. يحس المتعاطي بنشوة و سرور و يصاب بهلوسات سمعية و بصرية و حسية و تستمر إلى حوالي (10 ساعات)

عقار بي .سي . بي P . C . P :

هو اختصار لتسمية الكاملة Pipedrine HCL

يستعمل عن طريق الحقن أو الاستنشاق و الكمية المهلوسة منه تتراوح بين (01 إلى 05 ملغ)

و يؤدي استعماله إلى تهييج الأحاسيس، تثبيط الأعصاب، ارتفاع ضغط الدم زيادة نبضات القلب، الخمول، و الشعور بتباطؤ الزمن[3]

المواد المتطايرة :

هي مواد تتطاير ذراتها في الهواء إذا تركت مكشوفة، لذا يجب أن تحفظ دائما في أواني مغلقة. و أهم هذه المواد : (سوائل التنظيف، البنزين، مزيل طلاء الأظافر، مخففات الأصبغة، وقود الولاعات، مزيل الحبر، الصموغ الصناعية بمختلف أنواعها.

و تستعمل بطرق مختلفة منها :

- الاستنشاق مباشرة من العلبة أو القارورة أو الإناء.

- وضع المواد فوق قطعة من القماش ثم تستنشق بعمق.

- وضع المواد في كيس بلاستيكي و يستنشق من فتحة صغيرة.

أثر المواد المتطايرة على جسم الإنسان :

تضر الجهاز العصبي وقد تسبب التهاب الأعصاب الطرفية و الشلل. كما تحدث إصابات دماغية تؤدي إلى الجنون و تكرر الإغماءات أحيانا.

- إصابات كلوية

- تضرر و التهابات في العضلات عموما

- فقدان الاتزان العقلي لدى المدمن. (عادل الدمرداش -1982- ص164.165).

الكحوليات :

هي جميع المواد الفعالة الموجودة في كل أنواع المشروبات الذى يؤدي تعاطيها إلى السكر، و هو الكحول الايثيلي الموجود في الكثير من النباتات و الفواكه المتخمرة و التي تحتوي المسكرة أو النشوية أو الاثنين معا.

[3] عادل الدمرداش . الإدمان مظاهره و علاجه – ص 163.153.152 .

أثر الخمر على جهاز الانسان :

التسمم الكحولي الحاد (السكر) التلعثم و الكلام المتثاقل، نقص التركيز و الانتباه، اختلال الذاكرة و النسيان سهولة الاستثارة فقدان التوازن و المشي تماما، الشعور بالنعاس و ربما فقدان الوعي نهائيا.(جابر بن سالم سالم موسى و آخرون-2005-ص73.74.75)

الفصل الثاني

- الوقاية والعلاج من الادمان:

1. مفهوم الوقاية :

1. لغويا :

الوقاية تعني صيانة الثني من الأذى و حمايته و حفظه و وَقْياً ، و وُقْياً الأمر، أُصلحه.(علي بن هادية- بلحسن البليش- الجيلاني بن الحاج يحيى،1991، ص341-342)

2. اصطلاحا :

الوقاية هي اتخاذ إجراءات فعالة تحسبا لظهور مشكلة أو مضاعفات لمشكلة ما، و نقصد بها في هذا المجال مكافحة و اتخاذ إجراءات من أجل الوقاية من المخدرات و الإدمان و النتائج التي تحدث من جراء الإدمان.

2. مستويات الوقاية :

1. الوقاية من الدرجة الأولى :

و تهدف إلى ظهور المشكلة، أي منع حدوث التعاطي أصلا و يتضمن ذلك :

- تحديد الجماعات المستهدفة أو الهشة، و دلالات عوامل الخطر و الحد من تأثيرها، و العناية المبكرة بها.

- الأساليب التربوية المناسبة للتوعية ضد التعاطي.

- إجراءات مكافحة الشرطية.

- وضع القوانين و التشريعات الرادعة.

- عقد الاتفاقات الدولية لتنسيق خطط المكافحة الوقائية مع الدول المجاورة (جلال محمد السري - 2003 - ص 93).

2. الوقاية من الدرجة الثانية :

و تهدف إلى الاكتشاف المبكر لحالات التعاطي حتى يمكن التدخل العلاجي المبكر. و التالي يمكن الوقاية من التمادي في التعاطي و الوصول إلى مرحلة الإدمان. و من الضروري اكتشاف حالات التعاطي المبكر من خلال التعرف على أعراض التعاطي.

3. الوقاية من الدرجة الثالثة :

تهدف إلى وقف المزيد من التدهور المحتمل للمضاعفات العضوية و النفسية المترتبة على الإدمان. و منع العودة إلى التعاطي و الانتكاس.(جلال محمد السري - 2003 - ص 93.)

4. الوقاية بالتربية الدينية :

لقد حرم الإسلام تناول جميع المسكرات سواء كانت خمرا أو مخدرات و سواء كانت كمية كبيرة أو صغيرة، و ذلك لما تسببه من أضرار للفرد و المجتمع الإسلامي بصفة عامة . و أدلة التحريم تستمد من القرآن و السنة.

II) العلاج :

1. مفهوم العلاج :

يقصد بمصطلح العلاج جميع إجراءات التدخل الطبي و النفسي و الاجتماعي التي تؤدي إلى التحسن الجزئي أو الكلي للحالة.

1) المكان المناسب للعلاج من الإدمان :

1) مستشفيات الأمراض العقلية و المصحات النفسية :

هي المكان الطبيعي و المناسب للعلاج و الاستشفاء من الإدمان حيث تتوفر الهيئة الطبية و التمريضية المختصة و ذات الخبرة و الإمكانية الجيدة و بهذا تكون فرص نجاح العلاج أكبر.

2) الشروط التي تراعى عند إنشاء المصحات النفسية للعلاج من الإدمان :

1) في هذا النوع من المصحات يجب أن يراعى الاستقلال التام للمصحة من الإدارة. و من حيث المبنى و أي تهاون في توفير هذا الشرط من شأنه أن يخل إخلالا شديدا بكفاءة تشغيل المصحة.

2) في هذه المصحات يجب أن يكون هناك فصل تام بين أقسام استقبال الحالات المحولة من المحكمة، و أخرى لاستقبال الحالات الواردة على أساس التطوع.

3) يجب أن يخطط للعمل في هذه المصحات، على أساس تكون عملية تطهير الجسم من السموم جزء من البرنامج الشامل، و تكون هذه العملية كلها أي التطهير و التقدير بمثابة الخطوة الأولى في برنامج علاجي و تأهيل متكامل.

4) يجب إعطاء الأولوية في مخطط إنشاء المصحات للمدن الكبرى،وذلك نظرا لما كشفت عنه البحوث العلمية الميدانية عن زيادة نسبة مشكلات التعاطي و الإدمان في المدن الكبيرة عنه في الريف. (جلال محمد السري - 2003 – ص 93).

3) خصائص القائمين بالعلاج :

إن علاج الادمان يختلف عن غيره من الأمراض الأخرى، لابد من وجود هيئة طبية وتمريضية لديها المهارة التي تمكنها من التعامل مع المدمنين و طريقة بناءها و الاستمرار بها تختلف في نوعها مع المرضى العاديين، لذا يجب أن يكون الفريق العلاجي المكون من الطبيب النفسي، الأخصائي الاجتماعي، الأخصائي النفسي، الممرضين المختصين دوي إرادة قوية و لديهم دراسة كافية بعلاج الإدمان بمختلف العقاقير و الأساليب العلاجية.

- الأخصائي عليه أن يقوم بالعديد من الواجبات الأخرى، منها:

1) المرور اليومي على المقيمين لإشعارهم بالاهتمام بهم و تدعيمهم نفسيا.

2) العمل على حل المشاكل التي يصادفها المرضى خلال إقامتهم بالمستشفى.

3) توجيه الحالات التي تحتاج إلى مساعدات اجتماعية أو طبية.

4) اطلاع الأطباء المعالجين و كذا الأخصائيين الاجتماعيين و الممرضين المختصين على نتائج التقرير النفسي. و كذا الاستفادة من تقارير باقي أعضاء الفريق العلاجي تمهيدا لمصلحة المريض.

5) تنظيم برامج ترفيهية و شغل أوقات فراغ المرضى بأنشطة مناسبة لحالتهم النفسية، و نعرف أن هناك علاجات نفسية متنوعة مثل: العلاج بالقراءة و الفن و الموسيقى و العمل.

6) تنظيم ندوات و لقاءات للتثقيف الصحي و النفسي للمرضى لزيادة الوقاية و الوعي. (محمد حسن غانم – 2007– ص25.26.27)

2. طرق العلاج :

1) العلاج الطبي :

يهدف العلاج الطبي إلى تخليص الجسم من السموم و التخفيف من آلام الانسحاب و علاج الأعراض الناتجة، طريقة منع العقار المفاجئ عن المتعاطي تجعله يعاني من أعراض الانسحاب (الهيجان، الاصفرار، الإرهاق، التشنج) لذلك يتم استبدال المخدر بعقاقير تمنع ظهور هذه الأعراض و لا تشكل خطر الاعتياد أو الإدمان ثم تنخفض تدريجيا حتى تتوقف عملية التعاطي تماما. لكن الفطام ليس إلا مرحلة من العلاج لأنه لا يشفى المريض إلا من التبعية الجسمية و لا يؤثر على التبعية النفسية. و تقدر مدة العلاج تحت مراقبة في المستشفى أسبوعا أو أسبوعين و من أهم هذه المواد المستبدلة هي :

- فاليوم Valium و ليبريوم Libirium في حالة الإدمان على الكحول.

- كودبين Codpein و الميثادون Methadone في حالة الإدمان على الهيروين.

- فينوباربيتال Phenobarbital في حالة الإدمان على باربيتوري.

- كاتابريزان Catanpressan هو مهدئ أو مسكن يستعمل في مراحل العلاج.

2) العلاج النفسي :

و يقصد به نوع من العلاج يستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض و يؤثر في سلوكه.(محمد حسن غانم – 2007– ص25.26.27).

1. العلاج النفسي الفردي :

العلاج السلوكي :

أ) العلاج بالتنفير :

الفكرة وراء استخدام العلاج بالتنفير مع مدمني المخدرات هي أن نقرن بين مثير مناسب للمادة التي يتعاطاها الشخص مع منفر مثلا: أدوية المسببة للغثيان، مما يؤدي إلى إحداث إشراط تنفيري للمثير المتصل بالمادة. و يفترض أن يتوقف الخفض التالي لاستخدام المادة على قوة المشروط. و في استخدام هذه الطريقة ينفر الفرد من المادة المخدرة و يمتنع عن تعاطيها.

ب) التدريب السلوكي على الضبط الذاتي :

يعتبر التدريب السلوكي على الضبط الذاتي علاجا قائما على المكافأة يلاءم بشكل خاص المرضى المترددين على المصحات و تتميز هذه الطريقة بأسلوبها التعليمي في تدريب المرضى على أن يصبحوا محللين سلوكيين فعالين للترابطات التي تبقي على اختلالات الإدمان لديهم. و يتم التدخل على ثلاث مستويات، و يمكن تطويعه ليلاءم حاجات المرضى كأفراد.

1) أسلوب ضبط المثير التي تهدف إلى استبعاد المثيرات البيئية المرتبطة بإساءة استخدام العقار.

2) تعديل نمط الوقت الخاص باستخدام المادة بطريقة تقلل بحد بعيد من التسمم أو غيره من الإثارة السلبية.

3) تعديل نتائج استخدام العقار و السلوكيات المرتبطة به لتدعم إنقاص استخدام العقار و زيادة الانخراط في السلوكيات التكيفية . (محمد حسن غانم – 2007– ص25.26.27)..

ج) بعض أساليب العلاج النفسي المساند :

- نستخدم في هذا المجال الكثير من أساليب العلاج النفسي الفردي و الجماعي، و نظرا للتنوع الشديد في الصورة الاكلينيكية لكل حالة و لذلك يحتاج الأمر إلى قدر كبير من المرونة من جانب المعالج بحيث يكون على استعداد دائما لاعادة النظر في الوسائل التي يمارس العلاج على أساسها.

- و يعد Bodin بودن من أشهر المؤيدين لهذا العلاج و الذي يعتبر سلوكيا خالصا.

و أهم عنصر في الأسلوب هو اعتماد المعالجين المحترفين على متطوعين ليسوا معالجين بحكم المهنة و لكن يجري تدريبهم على عدد محدود من العمليات العلاجية اللازمة بهدف إحداث جو أقرب إلى جو مواقف الحياة العادية خارج المصحات أي حيث يوجد مغريات و مثيرات الرغبة في هذا المخدر أو ذاك.

مما يعني أن العلاج يتصدى مقدما لمشكلة احتمال الانتكاس التي يشكو منها الجميع.

- و في هذا الإطار يعتمد أسلوب بودن على عدد من الإجراءات الفنية، نجمل أساسياتها. فيما يلي :

1. تدريب المريض على ملاحظة الذات و رصده ما يصدر عنها.
2. التدريب على تقييم الذات بناء على ما يصدر عنها.
3. برمجة تعديل السلوك بناءا على المعطيات التي تصل من هذين السابقين.

- ثم تأتي أخيرا مرحلة تقويم أثر العلاج،و قد أشار بودن إلى أنه استخدام لهذا الغرض أربعة محكات محددة، و هي :

1. مستوى الأداء في العمل (أو المدرسة).
2. مستوى التعامل الشخصي و الاجتماعي.
3. عدد مرات الاصطدام بالقانون أيا كانت نوعية الاصطدام (أحمد عكاشة . 2009 – ص 586.585).

2. العلاج النفسي الجماعي :

- العلاج الجماعي هو نوع من العلاجات النفسية يهدف إلى علاج مشكلات التوافق الاجتماعي و الاضطرابات النفسية عن طريق جمع فردين أو أكثر تحت توجيه أخصائي. تعتمد هذه الطريقة على عملية التفاعل بين أعضاء الجماعة التي تظهر من خلال الحوار و النقاش و تبادل الخبرات و المعلومات .و يطلب من أعضاء الجماعة عادة القيام بالعمليات التالية :

1) اشراك الأعضاء الآخرين في مشكلاتهم بعضهم و التي تكون عادة متشابهة.

2) الحديث عن أساليب التعامل مع مشكلاتهم و حلها.

3) تبادل المعلومات و الخبرات و الموارد المتاحة و التي يمكن الاستفادة منها في حل مشكلاتهم.

4) تعبير الأعضاء عن مشاعرهم الايجابية و السلبية المرتبطة بالمشكلة بطريقة هادفة تساعدهم على التعامل معها.

- و يتراوح عدد أعضاء الجماعة غالبا من خمسة إلى ثمانية (05 – 08) أفراد، يجتمعون مع الأخصائي لمدة 90 دقيقة تقريبا كل أسبوع، و للجماعات العلاجية أشكال مختلفة منها:

أ) **الجماعات العلاجية المغلقة:** لا يسمح لأي فرد بانضمام أفراد جدد إليها متى بدأت العلاجات.

ب) **الجماعات العلاجية المفتوحة**: تسمح بانضمام أفراد جدد إليها متى انقطع عضو أو أكثر عن الجلسات (عبد العزيز بن عبد العزيز البريثن – 2002 – ص214).

- كما يسمح العلاج الجماعي للمدمن بالشعور و الاستبصار بحالته عندما يقارنها بحالة زملائه، و يقلل لديه الشعور بالعزلة و الوحدة.

3. العلاج الاجتماعي :

- يهتم الأخصائي الاجتماعي، مستعينا بكل من يهمهم أمر المدمن بإجراءات المناسبة في الأسرة و العمل و تفسير طبيعة الإدمان بالأسرة و توجيه المدمن إلى الابتعاد عنها و ترشيد أوقات الفراغ مع الاهتمام بالتأهيل لمدة كافية قبل الخروج من المستشفى قبل مناقشة خططه المستقبلية.

1) التأهيل و الدمج الاجتماعي :

- التأهيل عملية مهمة في سلسلة التدخلات العلاجية لإعادة الشخص إلى حالته الجيدة جسميا ، نفسيا، و اجتماعيا، و مهنيا، بعد اضطراب أدواره في أسرة و المجتمع و العمل، و يعتمد عادة برنامج إعادة تأهيل و الدمج و الاستعذاب الاجتماعي بهدف صياغة أسلوب جديد لحياة المدمن المعافى، و يتم ذلك عبر المحاور التالية : (عبد العزيز بن عبد العزيز البريثن – 2002 – ص214).

2) التأهيل الاجتماعي :

عن طريق دمج المدمن في النوادي المخصصة للمدمنين (الجماعات المجهولة) لمساعدة المدمن الذي يتوقف عن الإدمان و راودته الرغبة للعودة فهنا يتصل بالنادي الذي يرسل له فورا من يشاركه الصحبة و يشجعه على المقاومة بدل الاستسلام، دون أن يعرف أحد اسم الآخر حتى تصبح السرية مضمونه.(أحمد عكاشة- 2009- – ص550- 588).

3) في التأهيل المهني :

ويتمثل في

1. الإرشاد المهني.
2. قياس الاستعدادات المهنية للمدمن.
3. التوجيه المهني.
4. التدريب على الوظائف المختارة.
5. المتابعة

4. العلاج الزواجي و الأسري :

يركز العلاج الزواجي و الأسري على تعزيز التخلي عن الإدمان و تعديل سلوك الأسرة و العلاقة و الاتصال بينهم، و إشراكهم في أنشطة ممتعة تعتمد على تفاعلات الأسرة دون وجود المواد المخدرة أو التعاطي. في برنامج أعد للعمل مع مدمني الكحول بواسطة أوفاريل و أوفاريل Ofarrell 1986. Ofarell et Cutter قدمت التدخلات بشكل متتابع لحفز المريض للاشتراك في السلوكيات الخطيرة مثل العنف الأسري ثم بعد ذلك تحسين التخاطب الأسري.(محمد محروس الشناوي – محمد سيد أحمد عبد الرحمان – 1997– ص 453 – 454).

5. علاجات أخرى :

العلاج و الإرشاد النفسي الديني: لتدعيم المفاهيم و السلوك الديني في حالات الإدمان.

العلاج بالموسيقى : يفيد العلاج بالموسيقى في حالات الذين يدمنون لتجنب خبرات انفعالية مؤلمة.

بالإضافة إلى العلاج بالعمل، ، العلاج المائي، الرياضة، تربية الأحصنة.

6. المتابعة :

يجب الاهتمام بالمتابعة و الرعاية اللاحقة، حسب نظام المخطط لاجتناب النكسة، و ذلك بمتابعة الأسباب المحتملة التي قد تعيد المريض الذي تم علاجه إلى الإدمان مرة ثانية.

الفصل الثالث

I. الانتكاس :

1) التعريف اللغوي:

انتكس ، انتكاسا، المريض عاودته العلة بعد الشفاء.(علي بن هادية- بلحسن البليش- الجيلاني بن الحاج يحيى،1991، ص 108)

2) اصطلاحا:

الانتكاس في الطب يعني إعادة ظهور المرض بعد عودة الصحة.و في الحقوق يعني تكراره لمخالفة جديدة تقترف بعد الحكم .لكلمة الانتكاس معنى سلبي أي الوقوع مجددا, و يذكر بعدم فعالية المعالجة أو الإجراء الجزئي المطبق على الجسم أو الفرد المعرض. ويجب تمييز هذا التعبير عن التكرار العادي من حيث أنه يتضمن فشل تدخل معين. (فرنسواز بارولان دورون ترجمة فؤاد شاهين 1997 – ص 916)

- الانتكاسية هي العودة مرة أخرى إلى تعاطي نفس المخدر بعد فترة من التوقف أو الانقطاع عن المخدر بعد فترة من العلاج. فهي إخفاق في العلاج ، و ليس في الشفاء و التعافي. (عبد العزيز بن عبد البريثن- 2002 –ص 220).
- الانتكاسية هي عودة المعتمد إلى المواد المخدرة (المدمن) أي استعمال هذه المواد بعد نجاحه في الانقطاع عن استعمالها لفترة محدودة.

II. مراحل الانتكاس:

– الانتكاسية لا تحدث عندما يقوم المدمن بأخذ أول جرعة من المادة المخدرة بل هي عملية تبدأ قبل فترة طويلة .و يمر المدمن بمراحل فبل حدوث الانتكاس و هي كالتالي:

1. المرحلة الأولى: العودة إلى الإنكار.

في هذه المرحلة يحس المدمن بعد الارتياح و صعوبة في إدارة إجهاده و التعامل مع العواطف و يصعب عليه التعرف على ما سيشعر به و يصبح قلقا

على سلامته و بقاءه حزينا و يدوم هذا الانزعاج لوقت قصير لأن المدمن ينفي مصدر قلقه و ينكر مشاعره نحو حاجته للمادة المخدرة.

2. المرحلة الثانية: الهروب و السلوك الدفاعي.

خلال هذه المرحلة المدمن لا يريد أن يفكر في أي مشاعر الألم غير المريحة .و يتجنب أي موقف أو شخص يجبره على التفكير بموضوعية .و خاصة عندما يسأل عن سلامته يميل إلى أخد الموقف الدفاعي .و من الأعراض الأكثر شيوعا هي:

-يعتبر أنه لن يتناول المادة المخدرة بعد الآن و انه بحاجة إلى متابعة برنامج التأهيلي الذي يتبعه يوميا و لكنه يبدو أقل اهتماما.

-الاهتمام بالآخرين بدلا من الاهتمام بنفسه بمعنى أنه لا يتكلم عن مخاوفه و قلقه لكنه يقوم بتشكيلها كأحكام يحكم بها عن أصدقاءه و أقرباءه.

-يميل إلى الدفاع عن نفسه عندما يتحدث عن مشاكله الشخصية حتى عندما لا يحتاج للدفاع عن نفسه.

-الميل إلى السلوك القهري أي يقوم بفعل الشيء مرارا و تكرارا دون أي سبب و السيطرة على المحادثات .التحدث الكثير و لا يتحدث مطلقا و يميل أيضا إلى العمل بشكل أكثر من اللازم و المشاركة في العديد من الأنشطة و مع ذلك فإنه يتجنب المواجهات الودية و الحميمية مع الناس.

-السلوك الدفاعي و التسرع في اتخاذ القرارات من شأنها أن تؤثر على حياته و إعادة تأهيله.

-الميل إلى العزلة و قضاء الوقت الكثير لوحده.

3. المرحلة الثالثة:نشأت الازمة

يعاني المدمن في هذه المرحلة سلسلة من المشاكل و تنشأ الأعراض التالية:

-رؤية الأشياء مع غمامات يرى الشخص جزءا صغيرا من حياته دون أن يكون قادرا على أن يكون لمحة عامة.

-الاكتئاب الخفيف (الشعور بالحزن اللامبالاة، النوم لوقت طويل.

-فقدان القدرة على التفكير بطريقة إيجابية.

-تصبح كل الخطط التي رسمها فاشلة لأن الخطط ليست واقعية كما أن كل فشل يخلق مشاكل جديدة في حياته و بعض هذه المشاكل كانت لديه عندما يتناول المادة المخدرة.

4. المرحلة الرابعة : الجمـــــود

خلال هذه المرحلة يصبح المدمن غير قادر على اتخاذ الإجراءات اللازمة و الشعور بأن كل المشاكل لا تحل.

-الإحساس بالفشل يبدأ بتطور و يكون حقيقي أو وهمي.

5. المرحلة الخامسة: الارتباك و رد الفعل المبالغ فيه

-لا يستطيع التفكير بوضوح و غير راض على نفسه و الآخرين و يصبح سريع الانفعال و التوتر و الشعور بالغضب ضد نفسه لأنه لا يستطيع معرفة و إدراك ما يحصل له و تصبح علاقته مع العائلة و الأصدقاء متوترة.

-المرحلة السادسة: الاكتئاب

خلال هذه المرحلة يصبح المدمن يعيش حالة من الاكتئاب و يصل به الأمر إلى التفكير في الانتحار و العودة إلى المادة المخدرة لوضع حد لحالة الاكتئاب.

و أكثر الأعراض شيوعا هي:

-عدم الانتظام في الغداء سواء كان ذلك بكثرة الأكل أو التوقف عن الأكل بمعنى أنه يزيد في الوزن أو ينقص .

-عدم القدرة على اتخاذ قرارات و تنفيذها.

-عدم الانتظام في النوم.

-فقدان للروتين اليومي الذي كان متعودا عليه.

-فترات اكتئابية شديدة.

6. المرحلة السابعة: فقدان السيطرة على السلوك

المدمن في هذه المرحلة لا يقوى على السيطرة على سلوكا ته و الحفاظ و السير على الجدول الزمني المعتاد. و تصبح حياته اليومية فوضوية و تنشأ الكثير من المشاكل في مختلف مجالات حياته و خاصة العلاج و الأعراض الأكثر شيوعامايلي

- المشاركة الغير المنتظمة في جماعات العلاج.

- رفض المساعدة.

-عدم الرضا عن الحياة التي يعيشها.

-الشعور بالعجز

7. المرحلة الثامنة: الاعتراف بفقدان السيطرة

- يصبح يحس بالشفقة على حياته و يستخدم أساليب جدب انتباه أصدقاءه و عائلته و يصبح يفكر بالعودة إلى المادة المخدرة و يصبح يقدم أكاذيب و أعذار لحالته و بعدها يفقد القدرة و الثقة في نفسه.

8. المرحلة التاسعة: الحد من الحلول الممكنة.

-يشعر المحيطين به بالألم الذي يعانيه و عدم قدرته على التحمل و يبدأ بإعطاء البدائل إما الجنون أو الانتحار أو العودة إلى المادة المخدرة و تصبح لديه مشاعر الاستياء ، الانقطاع عن العلاج أو مشاركات جماعية للعلاج و يطغي عليه الشعور بالإحباط و الغضب و التوتر و الإحباط.

9. المرحلة العاشرة: المرحلة الحادة من الانتكاس.

-يصبح المدمن في هذه المرحلة غير قادر على العمل بشكل طبيعي و تصبح لديه مشاكل في جميع مجالات حياته و الأعراض الأكثر شيوعا هي:

-فقدان السيطرة على السلوك

-صعوبة السيطرة على أفكاره و العواطف و الأحكام (L.marcotte et M. r.lecavalie p.73 a 80)

III. أسبـــــاب الانتكـــــاس:

- أصبح العلاج من الإدمان متوفر في وقتنا الحالي و يكون في مراكز العلاج و المستشفيات و لكنه لسوء الحض أصبح هذا العلاج فاشلا. و الأسباب كثيرة منها:
- عدم علاج الأسباب التي جعلت المدمن يلجأ للإدمان.
- الاعتماد فقط على عزل المريض و سحب مواد التخدير من جسمه و الاكتفاء بإعطائه مسكنات و مهدئات بديلة فقط مما يتسبب في كثرة الانتكاس.
- عدم التشخيص الدقيق الذي يشمل دراسة شخصية المريض و الاضطرابات النفسية المصاحبة أو المسببة للإدمان ثم تقديم علاج متكامل يتضمن علاج دوائي و نفسي بأساليب مختلفة تحت إشراف أطباء نفسيين متخصصين و مدربين.
- لا بد بأن يكتمل العلاج ببرنامج للتأهيل النفسي المدروس و الجاد و الذي يعد وفقا لحاجة المريض و ظروفه ليساعده على ضبط ذاته و اكتساب الثقة بالنفس و القدرة على تحمل الظروف الصعبة.
- العلاج بالتوعية عن طريق الشرائط السمعية البصرية و القصص و النصائح.
- عدم وجود علاج نفسي عائلي الذي يعالج الصراعات و المشاكل العائلية النفسية.

- تدريب الأسر على اكتشاف المبكر لعلامات الإدمان و بوادر الانتكاس.
- تساهل بعض الأطباء و الصيادلة في صرف المؤثرات العقلية.
- توفير فرص العمل للشباب و ممارسة الأنشطة و الهوايات.
- إدراك الحقائق هامة تخدع الكثير و تؤدي إلى فشل العلاج.
- ضعف إيمان المتعاطي.
- الأخطاء التي يرتكبها بعض هواة العلاج.(www.energika org/toxicomani- a 02413605.htm toxicomanie).

الجانب التطبيقي

1. منهجية البحث:

1) الدراسة الاستطلاعية:

لقد قمت بدراسة استطلاعية للمركز الخاص بمعالجة الادمان بسيدي شحمي قصد التعرف على المركز و البحث عن العينة البحث و الحالات التي تعاني من حالة الانتكاس و التقرب من الطاقم الذي يتكفل بالمرضى في المركز و التأكد من أنه يوجد مشكلة لدى المدمنين بعد خروجهم من المركز و انتكاس حالتهم و العودة إليه مرة ثانية.

2) العينة:

إخترت عينة المدمنين الذين يعانون من مشكلة الانتكاس المتكرر و التي تتكون من ثلاثة حالات.

3) مدة الدراسة:

دامت الدراسة الميدانية مدة شهرين حيث قمت بدراسة للمركز من جميع النواحي و الامكانيات المادية و البشرية المقدمة من أجل تقديم العلاج الفعال للمرضى.

4) مكان الدراسة:

لقد قمت بالدراسة التطبيقية للبحث في الموضوع بمصلحة معالجة الإدمان بمستشفى الأمراض العقلية بسيدي الشحمي وهران.

5) الأدوات المستعملة في الدراسة:

1) الملاحظـة

الملاحظة وسيلة هامة و أساسية في الحصول على المعلومات اللازمة بشأن الطرق المستعملة في المركز للمعالجة و طريقة معاملة المدمنين من طرف الطاقم و خاصة الأخصائي النفسي و دوره في المركز. و هذه الوسيلة تعد من أقدم الوسائل التي تسمح بجمع المعلومات و تسجيل الحقائق الخاصة بواقع العلاج في مركز معالجة الإدمان.

2) المقابلـــــة:

تعتبر وسيلة هامة لجمع المعلومات التي تسمح للأخصائي النفسي بالوصول إلى المعلومات عن الحالة التي يدرسها. و يرى بعض علماء النفس أنها تمثل علاقة فنية حساسة يتم فيها تفاعل اجتماعي هادف و تبادل للمعلومات و الخبرات و المشاعر و الاتجاهات. و يتم خلالها التساؤل عن كل شيء. و من ثم فإن المقابلة تعتبر نشاطا مهنيا هادفا و ليست محادثة عادية.

3) دراســـة الحالـــــة:

6) دراسة الحالة وسيلة هامة لجمع و تلخيص أكبر عدد ممكن من المعلومات عن الحالة التي هي موضوع الدراسة، و حسب قول العالم "جون روكر" فإن دراسة الحالة هي المجال الذي يوفر للأخصائي النفساني أكثر و أدق قدر من المعلومات و ذلك حتى يتمكن من إصدار تشخيص وافي عن الحالة والحصول على معلومات كافية عن الحالة و عن المحيط الذي يعيش فيه . فدراسة الحالة في أساسها طريقة استطلاعية في منهجها.

1. الدراسة الساسية:

1. دراســـــة المركـــــز:

تاريخ المركز:

فتح مركز العلاج الإدمان الموجود بمستشفى الأمراض العقلية بسيدي الشحمي أبوابه يوم 11 سبتمبر 1998 و هو الجناح 05 و لقد تم تدشينه من طرف السيد وزير الصحة يحي قيدوم يوم 18 مارس 1999 و كان دخول أول مدمن في يوم 11 نوفمبر 1998.

الدراسة الآنية: يتكون مركز معالجة الإدمان من :

الهياكل المادية:

-مكتبة استقبال.

- قاعة انتظار.

- مكتب المسؤول المراقب

- مكتب الأخصائية النفسانية.

- مكتب الطبيب.

- مكتب الأخصائية البيداغوجية.

- صيدلية المصلحة.

- مساحة للعلاج بالعمل.

- ساحة مفتوحة للجلوس.

- ملعب للرياضة.

- مساحة خاصة لغرس النباتات

- الجانب الخاص بالرجال:

-غرفة واسعة تحتوي على 22 سرير

-06 غرف منفردة

- حمام (في حالة مزرية و بدون ماء)

-الجانب الخاص بالنساء فيه:

- 05 غرف

- حمام

- مطبخ صغير.

-مساحة خاصة لتناول الأكل (موائد و كراسي)

الهيكل البشـــــــري:

- طبيب مسؤول.

- طبيب عقلي.

- أخصائية نفسانية (تخصص علم نفس عيادي).

- أخصائية بيداغوجية.

- طبيب عام.

- صيدلي

- سكرتيرة عامة

- 06 ممرضين (02مناوبة بالنهار نساء) (02 مناوبة بالليل رجال)

- أخصائية للعلاج بالعمل.

- 06 عمال مهنيين (رجال و نساء)

2. القانون الداخلي للمركز:

3. الرغبة في العـــــلاج: يجب أن يكون لدى المدمنين إرادة قوية للتخلص من هذا الإدمان.

-احترام مدة العلاج التي تتراوح من 21 يوم إلى شهر.

-احترام قانون المجلس الذي يحتوي على:

- ♦ تطبيق البرنامج الموضوع من طرف المعنيين.
- ♦ احترام الإطار الطبي ، الأطباء ، الموظفين.
- ♦ زيارة الأصدقاء ممنوعة و للأولياء الأسبوع الأول ممنوعة أيضا.
- ♦ الاتصال بالهاتف مسموح مرة واحدة في النهار.

الالتحاق بالمركز للعلاج:

1- يمر المريض بعدة مراحل ليستطيع الالتحاق بالمركز للعلاج من الإدمان الذي يعاني منه و يبدأ أولا:

- وثيقة من طرف طبيب مختص توجهه إلى المركز و يكون من مختلف الولايات في الجهة الغربية.
- يتم استقباله من طرف الأخصائية لتقوم بتشخيص حالته ما إذا كان يعاني من الاضطرابات عقلية.
- التأكد بأنه مهتم و لديه إرادة قوية.
- توجيهه للقيام بتحاليل تثبت المادة المدمن عليها.

- ينصح بالعلاج عن بعد أي دون الدخول إلى المركز إذا وافق المريض على الطبيب لإتباع علاج طبي و يواظب عليه لمدة تتراوح ما بين06 إلى 09 أيام.

- يعود بعد هذه المدة المريض للمركز مع تحاليل فورية إذا وجدناه منضبطا و يهتم بالعلاج دون العودة للإدمان.و يواصل العلاج معه عن بعد و إذا حدث العكس ينصح على الالتحاق بالمركز.

- يلتحق بالمركز و يطلب العلاج برفقة الأولياء أو الزوجة ولا يقبل شخص دون وجود عائلته.

- تقوم الأخصائية النفسانية بمقابلة المريض مع العائلة للتعرف عليهم و بعد المقابلة التي تتم مع الحالة يشرح لها القانون الداخلي و البرنامج العلاجي.

البرنامج العلاجـــــي:

1) <u>العلاج الطبـــــي:</u>

- يكون من طرف طبيب مختص و أطباء مقيمين يقومون بوصف الأدوية للمقيمين و الحالات التي تتابع عن بعد و الحالات التي تعالج و تخرج من المركز. و تكون المتابعة مدة واحدة في الشهر.

- بالنسبة للمدمنين داخل المركز تكون المقابلة عند دخولهم للمركز و عندما يكون المريض يشكو من قلة النوم أو القلق أو الألم أو مرض عضوي أخر يتم استقبالهم من طرف الطبيب.

- و حضرت معاينة لأحد المرضى الذين يعانون من الانتكاس لثماني مرات و سأله الطبيب عن حالته و سبب انتكاسه فأجابه (تنارفيت) و سأله عن المادة التي تناولها فأجابه (كل شيء) (شراب، الكيف، كاشيات). قام الطبيب بفحصه إذ كانت لديه مشاكل أخرى و وصف له الأدوية التالية .TEGRETOL-NOZINOU

- عندما خرج الحالة سألت الطبيب عنه فأجابني أنه مدمن على الكحول فقط لكنه يكدب علي لأنه يريد أن يدخل المركز ليبقى فيه أحسن من العيش في بيته و هو مدمن يعاني حالة الانتكاس الكثير.

- فسألته عن سبب الانتكاس الحقيقي، فقال أن المدة قليلة 21 يوم أو شهر قليلة جدا.

2) <u>العلاج النفســـــــــي:</u>

- تقوم الأخصائية النفسانية التي تكونت في علم النفس العيادي بالعلاج النفسي للمدمن و هي المسؤولة عنه فقمت بمقابلة معها:

- سألتها عن الإجراءات التي تقوم بها عند دخول الحالة: فقالت أنها تقوم بالمقابلة مع العائلة و الحالة للتعرف عليها و على أسباب الإدمان عند الحالة.

- سألتها عن عدد المقابلات في الأسبوع التي تقوم بها مع الحالات قالت: ليس كثيرا و في بعض الحالات أراها مرتين عند دخولها و عند خروجها (بمعنى أنها لا تهتم بالحالات كلها و لا تمارس معهم أي نوع من العلاج النفسي).

- ما هي الأساليب العلاجية المستعملة؟

- قالت النصائح و لا استطيع التطبيق عليهم بحجة كثرة المرضى و لكن و لا حالة قامت معها بعلاج سلوكي أو سلوكي معرفي أو أي نوع من العلاج.

- هل تستعملي العلاج الجماعي؟ قالت مرات .

- أين؟ قالت هنا في المكتب و المكتب يحتوي على كرسيين و لا يوجد مكان حتى لجلوس 4 أشخاص.

- على أي أساس تختارين الجماعة العلاجية؟ قالت عشوائيا.

- هل تستعملي العلاج الأسري؟ بلا و لا العلاج الزواجي؟ قالت : لا.

- ما هو رأيك عن حالة الانتكاس الكثيرة؟
- قالت: المشاكل العائلية و الاجتماعية فالشخص يدخل المركز و يخرج يجد نفس المشاكل تنتظره.
- هل قمت بتطبيق برامج منع الانتكاس للحالات التي تعاني منه؟
- قالت : لا.
- هل قمت بأي بحث عن هذا الموضوع .ألم يثر انتباهك؟
- قالت: لم أقم بأي بحث.
- هل يوجد علاج اجتماعي أو تأهيل مهني أو أي محاولة من طرف المركز لحل المشاكل اجتماعية للمقيمين مثل البطالة.
- قالت: لا، نحن لا نقوم بهذا العمل.
- هل تقومين بالمتابعة بعد خروج الحالات من المركز؟
- أحيانا.
- ما هي أهداف المركز النفسية؟
- قالت: علاج المدمنين و متابعتهم.

- لاحظت ان الأخصائية النفسانية من خلال تربصي هذا لم تقم بأي مقابلة علاجية نفسية للمرضى الملتحقين بالمركز وفي أول يوم لي للتربص دخلت حالتان, الأول مدمن على الكحول و الحبوب و الثاني الكوكايين و الكحول. و عرفت ذلك من خلال التقرب من عائلتهم. و الحالتان لأول مرة تدخلان المركز, بقيتا شهرا فيه و كل أسبوع أسألهم هل دخلت عندكم الأخصائية قالوا مرة واحدة عند دخولنا نحن هنا نأكل و ننام و فقط كأنه (حبس) كما قال أحد الحالات.

- الحالة المدمن على الكوكايين و الكحول هو محامي و من عائلة مرموقة قال : لن أعود للإدمان لكي لا أعود إلى هذا المركز كنت أظن أنه أحسن من ذلك.

- حالة الأخرى قبطان سفينة و شخصية مثقفة لكنه مدمن على الكحول طلب من الأخصائية أن تقوم معه بمقابلة كما قال هو أنا حالتي تحتاج إلى psychanalyse فهو مطلع على برامج علاج المدمنين و قال لي أن thérapie de groupe لا يوجد في هذا المركز كنت أظن أنه علاج نفسي أكثر مما هو طبي..

- سألت كل الحالات في المركز بحكم تقربي منهم لفترة طويلة بهدف التعرف على نوع العلاج النفسي التي تمارس الأخصائية. فوجدت أنها لا تمارس أي أسلوب و لا حتى مقابلة إلا في بعض الأحيان عندما يطلب الحالة.

- سألتهم عن المدة التي بقوا فيها هنا قالوا قليلة جدا، و المكان ليس في مستشفى الأمراض العقلية. ومدة شهر لا تكفي لذلك. و ليس أكثر إلا إذا كان المركز في مكان أخر لأنه يوجد حالات لهم مكانة في المجتمع لا يمكن أن يقول الناس عندئذ كان في مستشفى أمراض عقلية.

العلاج بالعمـــــل:

- تمارس العلاج بالعمل مع المرضى أخصائية معالجة بالعمل للصحة العمومية.

- المكان هو طاولتان للعلاج بالعمل فقط و لا يوجد مكان مخصص لذلك.

- المدة الزمنية: كل يوم ساعتان من 10 صباحا إلى 12 زوالا.

الأعمـــــال:

- أعمال الرسم

- القراءة

- الكتابة

- غرس النباتات و الاهتمام بها jardinage

- الشطرنج
- الألعاب الورق
- العاب تركيبية
- أعمال يدوية بالجير و الطين (لكنهم لا يمارسونها)
- النقش على اللوح (لا تمارس).
- العلاج بالموسيقى.
- الأشرطة السمعية البصرية لمشاهدتها (لا يوجد هذا النوع من العلاج).
- الرياضة.
- كل هذه الأعمال هي مبرمجة و الأخصائية المعالجة تقوم بدفع المرضى إلى ممارستها لكن بعض الحالات لا تقوم حتى بالجلوس في المكان المخصص للعلاج بالعمل فهم غير مقتنعين بهذا العلاج .
- بالنسبة للرياضة تمارس بشكل جيد ولكن دون مدرب برفقة المعالجة بالعمل. بعض الحالات لا تمارسها بالرغم من إلحاح المعالجة.

2. دراسة الحالـــــــة

الحالة الأولـــــــى:

I. تاريخ الحالـــــة:

الاســـم: ب.أ

الجنـــس: ذكر

الســـــن: 27 سنة

مكان الميلاد: وهران

المستوى التعليمي: التاسعة أساسي

المهنة: خراطة و زخرفة

الحالة المدنية: أعزب

عدد الإخوة: 04

الترتيب الميلادي : الرابع.

عدد أفراد الأسرة: ستة أفراد

المادة المدمنة: الكحول، الكيف الكوكايين.

مدة الإدمان : 14 سنة.

II. الدراسة الآنيـــــة:

الشكل العام: نحيف، طويل القامة، أبيض البشرة، أشقر الشعر، عينان خضراوان.

الملامح: كثير الالتفات و الحركة

اللباس: نظيف

الاتصال: صعب نوعا ما.

الإطار الفكري: اللغة مفهومة و التكلم بتفكير و صعوبة.

القدرة العقلية: التوجه المكاني و الزماني الجيد.

الذاكرة: جيدة.

- الحالة يعيش في عائلة ذات مستوى معيشي اقتصادي متوسط متكونة من الأب الذي يعمل تاجرا و أم ماكثة بالبيت و 04 أولاد (02 إناث) متزوجتان و أخ في المنزل معهم.

- الحالة يعاني نوعا من عدم الثقة بالناس و ذلك ما صعب علينا عملية الاتصال معه فتارة يتكلم بكل صراحة و تارة أخرى لا يحب أن يتدخل أحد ما في حياته و يبدو أنه رافضا للمقابلات و التحدث معه بصفة عامة و يستأذن بالانسحاب بدون تقديم أي مبرر لذلك.

- لا تعاني الحالة من أي أمراض، و عاش طفولة هادئة عادية خالية من المشاكل و الاضطرابات, ترعرع في حالة كاملة منسجمة سعيدة في ظروف عادية تلقى الطفل كل الحنان و العطف و الأمان اللازمين للطفولة، عندما دخل الحالة في بداية سن المراهقة بدأت تظهر عليه نوع من الاضطرابات السلوكية ، الانعزال عن العائلة عندما بلغ سن 13 سنة أصبح يتأخر عن البيت حيث بدأت تظهر عليه علامات الانحراف فأصبح يسهر إلى أي ساعات متأخرة من الليل خارج البيت و صرح أنه كانت لديه جماعة من أصدقاء السوء الذين أعطوه المادة المخدرة ليجربها.

III. المقابلة الثانيـــــة:

كان الهدف من المقابلة الثانية هو الكشف عن أهم الأسباب التي جعلت الحالة يتعاطى المخدرات و ينتكس.

- تحدث الحالة عن أصدقاءه الذي أصبح يجالسهم و يجرب معهم سيجارة الكيف و بعدها سجائر حتى أصبح هو يطلبها من أصدقاءه و يشتريها بماله و بدأت دراسته تتدهور شيئا فشيئا و توقف عن الدراسة و ظهرت مشاكل كثيرة في المنزل مع الأب خاصة و بدأ بعد ذلك يفكر في الحرقة و قام بها و ذهب إلى اسبانيا و بقي هناك ثلاثة أشهر فتعلم الكحول و الكوكايين و قال أنه يوجد فرق بين الكوكايين الذي يوجد هنا و كوكايين في اسبانيا و عاد إلى الجزائر و أدخله والده المركز ليعالج من الإدمان للمرة الأولى سنة 2007 و بقي شهرا كاملا في المركز و بعد خروجه من المركز بتسعة أشهر انتكس و عاد للإدمان فسألته عن العلاج كيف كان و المرة الأولى قال أنه قابل الأخصائية النفسانية في أول يوم دخوله للمركز و المقابلة الثانية عند خروجه العلاج بالأدوية هو الذي صبرني للبقاء داخل المركز.

- و بعد الانتكاس للمرة الأولى عاد للمركز و بقي 21 يوم و لم يقم بأي علاج طبي ، فعندما سألته عن العلاج بالعمل لأنه يرفض أن يشارك فيه قال أنه "شكيل" أي ألعاب تع أطفال" و الرياضة أيضا أحيانا يقوم بها و أحيانا أخرى لا يشارك لأنه لا يحب أن يقوم بتنفيذ أوامر شخص ما لا يحب أن يأمره أي أحد.

IV. المقابلة الثالثـــــة:

- البحث في أسباب الانتكاس و العودة للإدمان، ذكر الحالة أنه دخل للمركز خمسة مرات و كل مرة ينتكس بعد خروجه أنه دخل للمركز خمسة مرات و كل مرة ينتكس بعد خروجه بثلاثة أشهر، أسبوع لأنه غير مقتنع أو لا يستطيع و عندما يدخل المركز لا يشارك كثيرا في الأعمال و لا يقوم بأي علاج نفسي فأصبح معتاد على هذه الحياة و كان أخر يوم له في المركز بعد يوم من المقابلة الثالثة فقال أنه لا يريد العودة للإدمان و لا للمركز لأنه مثل السجن الأكل و النوم فقط.

V. الاستنتاج العـــام عن الحالة:

الحالة شاب في مقتبل العمر لديه مظهر حسن و لم يعاني من أي مشاكل عائلية بل سوء الرفقة التي جعلته يجرب المواد المخدرة و التفكير في الحرقة و هو مقتنع أنه مخطئ لكنه لا يستطيع التوقف عن الإدمان و ضبط نفسه أمام المادة المخدرة و أصبحت حياته غير مستقرة فكل مرة يدخل المركز للعلاج و بعدها يخرج فينتكس و العلاج في المركز هو طبي فقط بمعنى سحب المادة المخدرة من الدم فقط فالعلاج النفسي لا يطبق و هو لا يحب المشاركة في العلاج بالعمل لأنه ذو شخصية عنيدة و يحب التمرد و لا يحب من يقدم له الأوامر فهذه الحالة انتكست 05 مرات و كل مرة لا يطبق عليه العلاج للوقاية من الانتكاس و لا أي علاج نفسي فهو مجرد علاج طبي فقط.

الحالة الثانيـــــة:

I- تاريخ الحالـــــة:

الاســـم: ع.ز

الجنـــس: ذكر

الســـــن: 38 سنة

مكان الميلاد: وهران

المستوى التعليمي: الثامنة أساسي

المهنـــــــة: عون أمـــن

الحالة المدنية: متزوج

عدد الإخوة: 08

الترتيب الميلادي : الثامن.

عدد أفراد الأسرة: 10

المادة المدمنة: الكحول، الكيف.

مدة الإدمان : 21 سنة.

II- الدراسة الآنيـــــة:

الشكل العام: طويل القامة، أبيض البشرة، أسود الشعر، أسود العينين.

الملامح: حركة ثقيلة.

اللباس: نظيف

الاتصال: سهل.

الإطار الفكري: اللغة مفهومة و التكلم المطلق.

القدرة العقلية: التوجه الزماني و المكاني جيد.

الذاكرة: جيدة.

السوابق العدلية: لا توجد

- الحالة يعيش في عائلته في منزل كبير بالرغم من أنه متزوج في مستوى معيشي متوسط، الأب عامل كسائق، الأم ماكثة بالمنزل و الزوجة لا تعمل ، ليس لديه أولاد

- الحالة يعيش باللامبالاة عما يحصل حوله فهو يحس أن حياته فارغة لأن زوجته لا تنجب الأولاد و هو لا يحس أنه يعيش في هذه الدنيا.

- يعاني الحالة من مرض عرق لسان xiatique nerf و هو يعالج منه منذ مدة طويلة، يقول أنه عاش طفولة هادئة عادية خالية من المشاكل بالرغم من حالتهم الاقتصادية العادية

- بدأ الإدمان في سن 17 و كانت المراهقة صعبة بعض الشيء ، الحالة بدأ يتناول الكيف بحب منه عن الاستطلاع و بعدها الكحول و أنه يتناول المواد المخدرة لوحده دون رفقة أي شخص فإنه يحب نفسه عندما يكون في حالة إدمان و خاصة بعد زواجه و مشكلة عدم الإنجاب لأن عائلته تريده أن ينجب الأولاد و الزواج مرة ثانية و هو لا يستطيع أن يتزوج على زوجته قال لأنه يحبها، فهذا الصراع بين العائلة و الزواج للمرة الثانية.

III- المقابلة الثانيـــــة:

الهدف من هذه المقابلة هو الكشف عن الأسباب التي جعلت الحالة يتعاطى المخدرات و ينتكس.

- تحدث الحالة عن عائلته و محبته لزوجته الصالحة و أنه لا يستطيع أن يتسبب لها بالأذى لأنها لم تطلب منه أن يتزوج ، قال أنه أحيانا يفكر في الزواج من أجل الأولاد و فقط و لكنه عندما يشرب و ينسى مشاكله يعود للمنزل و هو في حالة جيدة.

- دخل الحالة للمركز سنة 2008 بإرادة لطلب العلاج و المساعدة بقي لمدة شهر في المركز كان يتبع العلاج الطبي و قال أنه يجد نفسه بدون مادة مخدرة و لكن بالعلاج الطبي و قام بمعاينة طبيب المركز عندما دخل المركز و مرة عندما خرج.

- استدعته الأخصائية النفسانية مرة عندما قضى 20 يوما في المركز و كان يشارك في الأعمال مع المعالجة بالعمل.

- خرج من المركز و بعد سنوات إلى غاية 2013 عاد للمركز طالبا أيضا للعلاج بعد انتكاسه قال أنه "زعف" و بعد خروجه من المركز و بعد ستة أشهر انتكس, قال أنه لم يستطع التحمل و ليس المادة المخدرة هي التي استهوته لأنه يشرب لوحده و ليس مع أصدقائه.

IV- المقابلة الثالثـــــة:

- ذكر الحالة أنه لن يعود للمركز لأنه لا يريد العودة للإدمان و قال أنه سيبقى يتبع العلاج الطبي فهو يجد نفسه بأحسن حال يعاني مرات من قلة النوم فيعاينه الطبيب و يعطيه منومات تساعده على النوم، لكن يبقى قلقا أن يعود للمنزل و يجد نفس المشاكل، سألته عن العلاجات النفسية التي تستعملها معه الأخصائية ، قال استقبلتني في أول مرة سنة 2008 و فقط و الآن قمت بالتحاليل و دخلت المركز و سوف أخرج دون أن أقوم باي مقابلة.

V- الاستنتاج العـــام عن الحالة:

الحالة يعاني من قلق في حياته العائلية و خاصة مع الزوجة و والديه فأصبح يلجأ للإدمان للهروب من المشاكل و الصراع الذي يعيشه فهنا كان و لا بد على الأخصائية البحث في أسباب الإدمان و تقديم له العلاج الأسري و الزواجي فهي لم تحاول حتى الكشف عن الأسباب و المساعدة و حتى بعد الانتكاس لم تحاول أن تساعده.

يتمتع بالإرادة في كل مرة يأتي للمركز بمحض إرادته و يشارك في أوقات العلاج بالعمل و ممارسته الرياضة، إذن هذه النقطة كانت على الأخصائية أن تأخذها بعين الاعتبار و لكنه أصبح يتلقى العلاج الطبي و فقط.

الحالة الثالثـــــــة:

I- تاريخ الحالـــــة:

الاســـم: ح.ر

الجنـــس: ذكر

الســـــن: 35 سنة

مكان الميلاد: فرنسا

المستوى التعليمي: الثاسعة أساسي

المهنـــــة: تجارة.

الحالة المدنية: مطلق

عدد الإخوة: 04

الترتيب الميلادي : 02.

عدد أفراد الأسرة: ستة أفراد

المادة المدمنة: الكحول،

مدة الإدمان : 14 سنة.

II- الدراسة الآنيـــــة:

الشكل العام: قصير القامة، قليل البنية،أبيض البشرة، أسود الشعر، و العينين.

الملامح: كثير الحركة و يرتجف كثيرا

الاتصال: سهل جدا

الإطار الفكري: اللغة مفهومة و التكلم بسهولة و طلاقة.

القدرة العقلية: التوجه الزماني و المكاني جيد.

الذاكرة: جيدة.

السوابق العدلية: 03 مرات (أسبوع، 03 أشهر، 03 أشهر)

- الحالة يعيش في عائلته في مدينة تلمسان بعد أن ولد و عاش لمدة 05 سنوات في فرنسا، يعيش في مستوى اقتصادي جيد بحكم مهنة والده (تاجر) أمه ماكثة في البيت.

- يعاني الحالة من قلق شديد و قال أنه يحس بالضعف أمام الجنس اللطيف (النساء) و لم أجد معه صعوبة في الاتصال، كان يتكلم بشكل جيد و تسلسل زماني جيد.

- بعد أن توقف عن الدراسة ذهب لفرنسا بحكم أن جنسيته فرنسية تزوج بفرنسية و أنجب معها ولد و بعدها طلقها و بعدها تزوج بمغربية لمدة سنة و طلقها و بعدها تزوج بجزائرية بقي معها أيضا لمدة سنتين و بعدها تزوج أيضا مرتين و طلق و الآن يبحث عن زوجة أخرى لأنه يضعف أمام النساء.

- علاقته مع النساء جيدة، الأكل عنده ليس بجيد، النوم حتى ساعات الصباح، قلق مع نفسه.

III- المقابلة الثانيـــــة:

- دخل الحالة للمركز لثلاثة مرات، المدة الأولى سنة 2010 بقي لمدة شهر لم يقم بأي مقابلة علاجية نفسية إلا العلاج الطبي و العلاج بالعمل و عندما خرج من المركز انتكس مباشرة و ذهب لشرب الخمر و بعدها أحضره أبوه للمركز للمرة الثانية و بقي لمدة 21 يوم، و ذكر أنه أدخل معه هاتف نقال و كان على علاقة مع أحد المنظفات و كانت تشحن له الهاتف و في يوم من الفترة العلاجية اتصل بصديقه و طلب منه أن يحضر له زجاجة خمر و بالفعل لقد انتكس بداخل المركز و شرب الخمر في غرفته بدون أن يراه أحد و في الصباح اكتشف أحد الأعوان الزجاجة و بلغ عند المسؤولين و أحضروا والده و أخرجوه من المركز لعدم احترام القوانين الداخلية.

- و في الفترة العلاجية لم تقم الأخصائية بدورها و العلاج النفسي.

IV- المقابلة الثالثـــــة:

- دخل الحالة للمركز للمرة الثالثة ليبقى مدة 21 يوم كانت لديه الإرادة ليتوقف عن الإدمان لكنه يرى أن النساء هن السبب في إدمانه يجب عليه أن يتزوج بفتاة متدينة لكي تجعله يتوب و أن هذه المدة لن يعود للشرب لأنه يجد نفسه على العلاج الطبي، أما العلاج النفسي فهو لا يوجد بتاتا و العلاج بالعمل مرات يقوم به و مرات أخرى لا يحبذ ذلك.

V- الاستنتاج العـــام عن الحالة:

الحالة يعاني من قلق شديد و ضعف أمام النساء فهن من يجعلنه يقلق ، ولد بفرنسا و أصبح يذهب إلى هناك كثيرا .من الصعب عليه التأقلم و التمسك بالحياة في الجزائر و ضبط نفسه أمام الكحول لأنه متوفر بشدة في فرنسا، لذلك هو يعيش حالة من عدم الاستقرار الوجداني فكثرة زواجه و طلاقه جعلته لا يستقر عاطفيا بالرغم من العيشة الاقتصادية الجيدة التي يعيشها.

و تهاون أعوان الأمن و الأخصائية جعلته ينتكس داخل المركز، فكيف لا ينتكس خارجه فهو يتبع علاجا طبيا فقط.

مناقشة وتحليل النتائج::

- بعد جمع كل المعلومات من خلال الملاحظات الدقيقة و المقابلات مع الأخصائية النفسانية و الطبيب المختص و جميع القائمين على علاج المدمنين ودراسة الحالات الثلاثة و التقرب من المدمنين داخل المركز منذ أول يوم تربص لي توصلت إلى النتائج التالية:

- بالنسبة للفرضية الأولى عن كفاءة القائمين على العلاج وتأثيرها على انتكاس المدمنين فهي تحققت من خلال دراسة الحالات الثلاثة بالرغم من دخولهم للمركز لأكثر من مرتين فلم تقم الأخصائية بأي علاج نفسي مع أي حالة حتي مع الحالات التي تدخل لأول مرة وهذا ما لاحظته خلال فترة التربص بمعنى أن الأخصائية لا تقوم بأي عمل أو دورها للعلاج النفسي في المركز إلا المقابلات الأولية.بالنسبة للطبيب فهو يقوم بوصف الأدوية مع معاينات كل أسبوع ،أما المعالجة بالعمل فهي تؤدي دورها بالرغم من نقص الإمكانيات فبعض الحالات يرفضون تماما العلاج بالعمل فهنا تكمن كفاءة المعالجة بإقناعهم بالمشاركة في العلاج.أما العلاج الاجتماعي فلا يوجد على مستوى المركز ولا حتى مساعدة اجتماعية إذن فالطاقم القائم على العلاج غير مكتمل .

- الفرضية الثانية عن عدم فعالية البرنامج العلاجي المقدم في المركز فهو عبارة عن برنامج علاجي طبي محض تخليص المدمن من المادة المخدرة من جسمه وفقط وإهمال الجانب النفسي و الاجتماعي للمدمن والاهتمام بأكل و نوم المريض ومدى احترامه للقانون الداخلي للمركز وبالرغم من ذلك يوجد حالة انتكست داخل المركز إذن عدم تكامل البرنامج العلاجي من كل النواحي لأنه يهتم بالمدمن أثناء تواجده بالمركز وفقط دون ادماجه وتأهيله للمجتمع فهو برنامج غير متكامل وبالتالي يؤثر على انتكاس المدمن.

-الفرضية الثالثة وهي عن المكان المخصص للعلاج فالعلاج في مستشفى الأمراض العقلية هو مرفوض وغير مقبول من كل الحالات بالنسبة لهم مدة شهر كافية وليس أكثر.أما عن المكان المخصص للعلاج بالعمل فهو كارثي فهو مكان للجلوس وفقط لا يوحي بأي منظر آخر فلا تتوفر فيه أدنى شروط ممارسة العلاج بالعمل فهو في وسط الساحة ولا يفتح المجال للمدمن بالتركيز وهذه مشكلة كل المدمنين.كما لا يوجد مكان مخصص للعلاج الجماعي أو

الأسري فمكتب الأخصائية يسع لشخصين لا أكثر إذن فالفرضية تحققت من حيث مكان المركز إلى الفضاء المخصص للعلاج

- من هنا نستطيع القول بأن عدم فعالية العلاج تؤثر على انتكاس المدمنين وذلك ما توصلنا إليه في بحثنا الميداني على مستوى مستشفى الأمراض العقلية سيدي شحمي مصلحة علاج الإدمان نظرا للنقص الواضح لدور العلاج النفسي بالإضافة إلى الإمكانيات القليلة للوسائل التي تساهم في العلاج بالرغم من أنه مركز جهوي والغياب التام للإدماج والتأهيل الاجتماعي للمدمنين.

المراجع

الكتب بالعربية:

- أحمد عكاشة ،الطب النفسي المعاصر،دار انجلو المصرية،مصر،2009 ،الطبعة الأولى.
- إجلال محمد السرى ،الأمراض النفسية الاجتماعية ،عالم الكتب للنشر، مصر،2003،الطبعة الأولى.
- حارث سليمان الفاروني . المعجم القانوني. مكتبة لبنان، لبنان ،الطبعة الأولى.
- حامد زهران ،الصحة النفسية و العلاج النفسي ٍ عالم الكتب ،مصر ،2005 ، الطبعة الرابعة.
- عادل الدمرداش ،الإدمان مظاهره و علاجه ،عالم المعرفة ،الكويت،1982،الطبعة الأولى.

- عبد العزيز بن عبد الله البريثن، الخدمة الاجتماعية في مجال الإدمان على المخدرات،أكادمية نايف العربية للعلوم الأمنية ،الرياض ،2002 ،الطبعة الأولى.
- محمد حسن غانم ، دليل التدريب العمل في مجال الخدمة النفسية، المكتبة المصرية للنشر

والتوزيع،مصر، 2007 ،الطبعة الأولى.

- محمد محروش الشناوي ، محمد سيد عبد الرحمن ،العلاج السلوكي الحديثٍ، دار قباء للنشر ، مصر، 1997 ،الطبعة الأولى

الكتب بالفرنسية:

- L.marcotte et M. lecavalier Connaissances et habiletes en relation d’aide p.73 a 80 traduire de la littérature américaine destinée aux forces dans le cadre de leur programme d’aide aux employes redaction et adaptation de raymond cardin conseiller en toxicomanie.

القواميس و المعاجم :

- علي بن هادية و بلحسن البليش و الجيلاني بن حاج يحيى،القاموس الجديد المؤسسة الوطنية للكتاب،الجزائر،1991 ،الطبعة السابع

- فرج عبد القادر طه- شاكر عطية قنديل ،معجم علم النفس و التحليل النفسي ،دار النهضة العربية للنشر، بيروت ،1976،الطبعة الأولى .

- جابر بن سالم موسى و آخرين ،المعجم العربي للمواد المخدرة و العقاقير النفسية ،الرياض ،2005 ،الطبعة الأولى.

- فرنسواز بارولان دورون ترجمة فؤاد شاهين موسوعة علم النفس المجلد الثالث منشورات العويدا مع مطبوعات الجامعية الفرنسية،1997،الطبعة الأولى.

المذكرات:

- شاريف نجاة ،صعوبة العلاج عند المدمنين على المخدرات ،مذكرة لنيل شهادة الدراسات التطبيقية،الجزائر،السنة الجامعية 2002 - 2003.

موقع الأنترنيت:

www.energika org/toxicomanie-toxicomanie a 02413605.htm

الملاحق

مكتب الأخصائية النفسانية

مكان الخاص للعلاج بالعمل

قاعة النوم الجماعية

قاعة الجلوس

جناح معالجة الإدمان

مدخل المركز