

## المؤسسات العلاجية ودورها في إعادة إدماج متعاطي المخدرات اجتماعيا د. خالدي مسعودة، جامعة الجلفة- الجزائر

### Therapeutic institutions and their role in the social reintegration of drug abusers

Dr. KHALDI Messaouda, Ziane Achour University of Djelfa, Algeria

**ملخص:** المخدرات آفة خطيرة تهدد كل شرائح المجتمع الجزائري وبشكل خاص الشباب الذي يمر باضطرابات جراء الصراع الداخلي مع نفسه ومع المحيط الأسري والاجتماعي الذي يعيش فيه، وحتى تؤمن لهذه الفئة الاتزان والسلامة الجسدية والنفسية قامت الدولة الجزائرية بإنشاء مؤسسات علاجية هدفها إعادة التأهيل من التعاطي والإدمان ووضع الخطط الإستراتيجية اللازمة لتنفيذها وتوفير وتطوير برامج متخصصة في هذا المجال وذلك وفق أفضل الممارسات العالمية المطبقة.

سنتناول في بحثنا هذا أهمية هذه المؤسسات في العلاج والوقاية من الإدمان ودورها في إعادة إدماج المتعاطين اجتماعيا.

**الكلمات المفتاحية:** المؤسسات العلاجية، المخدرات، إعادة الإدماج، الإدمان، متعاطي المخدرات.

**Abstract:** Drugs are a serious scourge that threatens all segments of Algerian society, especially the youth, who suffer from internal conflict with themselves and with the family and social environment in which they live. In order to provide this group with balance and physical and psychological integrity, Dealing with addiction and developing the strategic plans necessary to implement them and provide and develop specialized programs in this field according to the best international practices applied. We will focus on these institutions and on their role in the reintegration of social users.

**Keywords:** therapeutic institutions, drugs, reintegration, addiction, drug abusers.

## مقدمة:

إن التطورات التي يشهدها العالم اليوم في مختلف جوانب الحياة والتي تعد نتاجا طبيعيا للتقدم الذي توصل إليه العقل البشري وللتقنيات الحديثة التي رافقت الثورة العلمية والتكنولوجية والمعلوماتية فرضت سلسلة من الضغوطات ونمطا من العيش الذي ضاعف أعباء الناس وقلل من فرصة اكتسابهم الراحة النفسية وسط دوامة من المتطلبات الحياتية التي لا تنتهي. وتتباين مواقف الأفراد وسلوكياتهم تجاه هذه الضغوطات بتباين درجة تأثير هذه الأخيرة على حياتهم، تتراوح في معظمها بين الصلابة في المواجهة أو التكيف على مضض أو الانكسار والإحباط والاستسلام القدرى وإعلان الهزيمة لتبدأ حالة من الانطواء والانزعال والاكتئاب الذي ينمو على نار هادئة ليصبح مع الوقت مزمنًا. وهنا يبدأ الفرد في البحث عن الحلول السريعة وإن كانت مكلفة للخروج من هذه الحالة المرضية والقضاء على الأحاسيس السلبية وتحقيق التوازن.

لقد أصبحت ظاهرة تعاطي المخدرات في اعتقاد الكثيرين إحدى الحلول السحرية السريعة التي تنتقل الفرد وفي ظرف قياسي من عالمه المرهق والمقلق إلى عالم أكثر راحة وبهجة وسعادة لا تنتهي، فإلى جانب ظهورها بين صفوف الشباب الذي يمثل القوة العاملة والمنتجة ظهرت بين صغار النشئ كما ظهرت أيضا بين الطبقات الفقيرة والغنية على حد سواء.

في ضوء اتساع دائرة التعاطي والاتجار بالمخدرات وتهريبها وانتشار جرائم العنف والسرقة والشذوذ الجنسي ومشاكل أخرى من هذا النوع أكثر خطورة تعيق كل الجهود الخاصة بالتقدم الاجتماعي والتنمية الشاملة في أي مجتمع.

وإيماننا منا بالدور الذي يمكن أن تقدمه المؤسسات العلاجية في إعادة ادماج المتعاطين اجتماعيا ارتأيت أن أقدم هذا البحث للتتويه بأهمية هذه المؤسسات في العلاج والوقاية من الادمان على المخدرات، أو حتى التقليل منها وتشجيع الفرد على معرفة نفسه وفهمها وقدراته الكامنة فيحدد مشكلاته وحاجاته ويمكن بذلك من اتخاذ القرار بنفسه دون الحاجة إلى أي تبعية نفسية أو جسدية. مشكلة الدراسة:

يعاني من الادمان على المخدرات اليوم ملايين الأشخاص في العالم حسب تقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة حيث بلغ عدد الأفراد المتعاطين للمخدرات عالميا سنة 2015 إلى 183 مليون نسمة للقنب و37 مليونا للأفيونامينات والمنشطات الموصوفة طبيا و35 مليون للمؤثرات العقلية، وتعد فئة المتعاطين بالحقن الأكثر عرضة للإصابة بمرض نقص المناعة البشرية والذي قدر ب 1.6 مليون والتهاب الكبد من نوع C ب 6.1 مليون، لذا فإنه على الصعيد العالمي تسبب المخدرات ما لا يقل عن 190.000 حالة وفاة مبكرة وخاصة بسبب المؤثرات الأفيونية، هذه الأخيرة التي تضاعف إنتاجها سنة 2016 بمقدار الثلث مقارنة بسنة 2015 (بورى فيداتوف، مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة، 2017).

وكباقي الدول العربية التي أصيبت بهذه الآفة خاصة مع تنامي موجات العولمة وما رافقها من تطورات هائلة في مجال المعلوماتية وما أحدثه ذلك من تأثير في النسيج الاجتماعي والثقافي للمجتمع بشكل عام والنسق القيمي بشكل خاص، تعد الجزائر وبحكم موقعها الاستراتيجي - منطقة عبور بين الشرق والغرب ، بين الشمال والجنوب - واحدة من الدول التي انتقلت إليها

عدوى المخدرات وانتشرت فيها بشكل ملحوظ خاصة في أوساط شبابها هذه الفئة المهمة التي تعتبر القلب النابض والعمود الفقري لهذا المجتمع فأصبحت تتخر في جسدها بصورة تدعوا إلى القلق والخوف من آثارها المدمرة ، كما أنها أصبحت تهدد أمنها الفردي والمجمعي.

من أجل هذا أقر المجتمع الجزائري حق علاج هذه الفئة والتكفل بها بهدف ادماجها اجتماعيا فما هو الدور الذي تقوم به المؤسسات العلاجية حيال الشخص المدمن وما طبيعة العلاج الذي يتلقاه وكيف يتم تأهيله وادماجه اجتماعيا.

### 1. نبذة عن المخدرات في الجزائر مع بعض المؤشرات عن تنامي هذه الظاهرة:

كتب لويس ليفن سنة 1927 " أن العرب في شرق بسكرة يقومون باستهلاك معتبر للقنب الهندي والذي انتقل نحو الشرق الجزائري، وأن استهلاك هذه المادة أكثر في الأرياف منها في المدن. فالاستهلاك التقليدي لمادة القنب الهندي ليس بالشيء الجديد، فقد وجد دائما في أوساط مجموعات الصيادين والفنانين وعمال التعبئة بالميناء، أين الشعائر والتقاليد الخاصة بالمجتمع تمنع كل إفراط في الاستهلاك (عفاف عبد المنعم، 2003، ص71).

كانت هذه بداية رحلة المخدرات في الجزائر، لكن استهلاك هذه المادة لم يشكل ظاهرة مرضية في بلادنا إلا بانتشارها المهول الذي لم تقلت منه أي دولة في العالم، فلا يخلو تجمع بشري اليوم من هذه الظاهرة ومن عصابات ترويج السموم وتجار الموت، ما عدا مناطق معدودة قد لا تتعدى أصابع اليد الواحدة، ولأن الجزائر لا تدخل ضمن الاستثناء فقد شهدت بين سنوات السبعينات ونهاية القرن انتشارا تدريجيا لها، واليوم يتكلم المختصون عن أرقام الحجز بالأطنان وعن زراعة القنب الهندي والأفيون محليا في بعض ولايات الوطن، كما أن الظاهرة لم تعد مقتصرة على فئة الكبار بل مست أيضا المراهقين وفئات السن الصغرى كأطفال المدارس.

ففي حديث مع السيد صالح عبد النوري مدير دراسات التحليل والتقييم بالمركز الوطني لمكافحة المخدرات وإدماجها الكائن مقره بالعاصمة والذي أنشئ بمقتضى مرسوم تنفيذي رقم 97.212. أكد أن واقع المخدرات في الجزائر أخذ منزلقا خطيرا وأن هذه الآفة تتقدم بسرعة مذهلة حتى أنها انتشرت بين الذكور والإناث من مختلف الأعمار والمستويات والكارثة أنها تمس فئة الشباب، الفئة الأكثر حيوية في المجتمع حيث أن متوسط أعمار المتورطين يتراوح بين 19 و53 سنة بنسبة 81 % من المتورطين إجمالا وأضاف الأستاذ عبد النوري قائلا: " في الجزائر لدينا رواج كبير للقنب الهندي أو ما يسمى بالحشيش أو الكيف وهو يضبط بالأطنان ففي سنة 2002 تم ضبط 6 أطنان ليرتفع إلى ما يفوق 8 أطنان من القنب سنة 2003 بنسبة زيادة وصلت إلى 32 % مع الإشارة إلى أنه يصعب تحديد ما يروج فعلا في الواقع لأن هناك طرق ملتوية عديدة يسلكها المروجون والتجار لا تطالها مصالح مكافحة أما الأنواع الأخرى مثل الكوكايين والهيروين فهي تضبط بكميات محدودة لا تتجاوز بعض الكيلوغرامات لخطورتها وغلانها ولا يمكن أن تجد لها سوقا في الجزائر علما أن نسبة مضبوطات بين 2001 و2003 فاقت 65 % وحدد عدد الأشخاص المتورطين بين سنتي 1994 و2001 بـ 59804 شخص دون تجاهل المؤثرات العقلية (المهلوسات) والتي يتعاطاها الآلاف بطريقة غير مشروعة وقد تم ضبط 452086 قرص لعام 2002 ووصل عدد الأقراص في عام 2003 إلى 571138 قرص أي

بنسبة زيادة وصلت 62 % في حين سجلت وزارة العدل على المستوى الوطني عام 2002 ( 4227 قضية) معالجة مرتبطة بجرائم المخدرات وفي عام 2003 سجلت 5161 قضية ونسبة الزيادة هنا 22.1 % وكل هذه الأرقام تشير إلى أن الوضع خطير جدا وسيزداد خطورة إذا لم نعط الظاهرة حقها من الاهتمام، لذلك لابد من بحث يواكب التوجه نحو الاتجار أو التعاطي بين الشباب ومحاولة الاحتواء الجدي لهذا الوباء الخطير وتقديم العلاج الفعال، ولن يتم هذا إلا بتعاون الأسرة والمدرسة والمجتمع وكذا الهيئات المعنية فلا حل في المخدرات ما يتوهم المتورطون بل إنها طريق سريع نحو الانحراف والجريمة والموت وهذه مسؤولية الجميع فعلى كل معني أن يأخذ دوره". والحديث بلغة الأرقام لا يتوقف عند الحد الذي تكلم عنه الديون الوطني لمكافحة المخدرات والإدمان عليها فالظاهرة مستمرة وفي كل يوم تسجل قضايا تضاف إلى القائمة وقد كشف تقرير ميداني للمؤسسة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث العلمي في الجزائر أن الظاهرة لم تعد تختص بفئة الذكور فقط بل تعدتهم إلى الإناث خاصة في الأوساط الجامعية حيث نجد 13% من الطالبات يتعاطين المخدرات وفي دراسة ميدانية أجرتها المؤسسة وتناولت 1110 من الطالبات المقيمت في الأحياء الجامعية بالعاصمة تأكد أن 22 % ممن شملتهن الدراسة يتناولن المخدرات يوميا وبصورة منتظمة وأن 39 % منهن يفعلن ذلك داخل الإقامة فيما ذكرت أن 56 % يتناولن المخدرات بصفة فردية وضبطت الدراسة نسبة الطالبات اللاتي لا يعرفن الكثير عن المخدرات في الوسط الجامعي وكذا الإدمان ب 20 % ويأتي القنب الهندي على رأس أنواع المخدرات المنتشرة بين الطالبات بنسبة 68 % وتليه الأقرص أو المؤثرات العقلية مثل الفاليوم وأرتان بنسبة 17 % وتشكل المخدرات المصنفة قوية بنسبة 5 %.

وفي تقرير مماثل لذات المؤسسة تبين أن 34 % من تلاميذ الثانويات بالعاصمة يستهلكون المخدرات وأن 28 % منهم إناث وهذه سابقة خطيرة تنبئتها إليها المؤسسة الوطنية لترقية الصحة وحذرت من أن تتحول الظاهرة إلى وباء حقيقي بين الطلبة في الجامعات وتلاميذ المدارس إذا لم تلتفت السلطات العمومية إلى الأمر بجدية وحزم وإذا لم تتخذ في مواجهته أسباب مكافحة بالطرق العلمية والتوعية المطلوبة كما جاء في التقرير.

كما أكدت أيضا الدكتورة أمينة أمالو، الأخصائية النفسانية بمستشفى فرانس فانون، بأن نسبة النساء اللواتي يدمن على المخدرات في ارتفاع مستمر سنة بعد أخرى، وهو ما تشير إليه الأرقام التي تكشف أنه في سنة 2012 قدر عدد النساء المدمنات ب 400 وقفز الرقم سنة 2015 إلى 1882 مستهلكة، مشيرة إلى أن النسوة المدمنات عادة تتراوح أعمارهن بين 26 و35 سنة، أغلبهن غير عاملات ويتعاطين مختلف أنواع المخدرات وعلى رأسها القنب الهندي، وأن أغلب أسباب التعاطي عند 80 من المائة من الحالات راجعة إلى مختلف أشكال العنف التي تسلط عليهن.(www.networkdz.com).

وبالإضافة إلى إستهلاك المخدرات بأنواعها يشير المختصون في مركز الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات بمستشفى البليلة بالجزائر أن هناك انتشار واسع لاستهلاك الأدوية والكحول والمذيبات العضوية أو كما يسمى بالاستهلاك المتعدد، أي استهلاك أكثر من مادة مخدرة، كالجمع بين الكحول والحشيش أو الحشيش وأغراض الأدوية، وهو أخطر أنواع

التعاطي، وفي هذا الشأن يقول " إن المخدرات لم تعد مشكلة المغتربين الذين يعودون إلى الوطن ويجلبون معهم الهيروين، وإنما هناك الكثير من الجزائريين لا يسافرون إلى الخارج لكنهم مدمنين على المخدرات ومن ثمة فإن وجود هذا المركز في فترة كهذه هو أكثر من ضروري، لاسيما وأنا أمام خطر ظاهرة الإدمان الثلاثي، الكحول، الأقراص المهلوسة والشيرة (القنب) وأشير إلى أن معظم الشباب الذين يلجئون إلى المراكز هم متعدّدو التعاطي -Poly toxicomanes.

إن أفة المخدرات اليوم تعتبر من أكبر التحديات التي تواجهها بلادنا تهدد بسمومها الفاتلة كل الشرائح الاجتماعية فبعدما كانت الجزائر منطقة عبور لأنواع شتى من المخدرات أصبحنا اليوم سوقا للاستهلاك، زبائننا هم مختلف الفئات في المجتمع ومن مختلف الأعمار، والكميات المحجوزة خلال العشر سنوات الماضية تبرز بوضوح التطور المذهل لكميات المخدرات المحجوزة سنويا والتي لا تبين إلا جزءا من الكمية الإجمالية المسوقة (سمير الزاوي، 2009، ص5).

إن هذا بمثابة دق ناقوس الخطر ودعوة لتكثيف الجهود من أجل التقليل من حجم الظاهرة والحد من انتشارها ودعوة للرفع من كفاءة الأجهزة العاملة في مجال مكافحة المخدرات وتطوير مهارتها بالإضافة إلى انشاء ادارات متخصصة لمراقبة المخدرات وتحديد جميع أوجه الوقاية المحلية من خلال تنمية الشعور الديني والوطني والاجتماعي بين أفراد المجتمع.

## 2. أسباب انتشار ظاهرة المخدرات في المجتمع الجزائري:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من الظواهر الاجتماعية المرضية التي تدفع إليها عوامل عديدة بعضها يتعلق بالفرد والبعض الآخر بالأسرة والثالث بالبناء الاجتماعي ككل. وعلى أية حال فقد قمنا بتصنيف أسباب انتشارها في المجتمع الجزائري إلى:

### أولاً. العوامل الداخلية:

-أزمة السكن وما يترتب عليها من مضاعفات وصعوبات، أمام تفهقر دور الأسرة وعدم قدرتها على أداء مهامها وتحمل مسؤولياتها.

-الرسوب المدرسي وما ينجر عنه من أشكال الانحراف.

-فقدان المعايير الأخلاقية إضافة إلى الكم الهائل من الصور المؤثرة والمغرية التي تبثها وسائل الإعلام الغربية وانعكاساتها المدمرة على شبابنا.

-الركود الاقتصادي والبطالة التي يعاني منها شبابنا.

-الشعور بالإحباط واليأس الذي ينتاب فئات واسعة من فقراء هذا الشعب.

-عوامل جغرافية متمثلة في اتساع رقعة التراب الوطني ونقص وسائل الحراسة والرقابة عبر الحدود الوطنية التي يبلغ طولها أكثر من 7000 كلم، منها 1200 كلم ساحل، بالإضافة إلى قرب الجزائر من مناطق الإنتاج بالمغرب من جهة ومن أسواق الاستهلاك في الشمال من جهة ثانية.

-عوامل تشريعية وتتمثل في عدم تكيف التشريع الوطني مع المستجدات في ميدان المخدرات، وغياب تنظيم ملائم فيما يخص مراقبة تنقل رؤوس الأموال.

-توفر كميات هائلة ومتعددة من المواد السامة على مستوى السوق المحلية، بالإضافة إلى ضعف الإجراءات الخاصة برقابة المخدرات المشروعة المتداولة في الصيدليات والمستشفيات.  
-العشرية السوداء وما نجم عنها من نزوح ريفي وجروح ورواسب أخرى. وعليه فلا شك أن لظاهرة المخدرات وزيادة انتشارها علاقة قوية بظاهرة العنف الإرهابي الذي شهدته الجزائر خلال فترة التسعينات وهو ما تؤكد العمليات التي تشنها قوات الأمن ضد معازل الجماعات الإرهابية والتي مكنت من اكتشاف كميات هامة من المواد المخدرة، بما فيها المخدرات الصلبة(كريم جاوت، 2005، ص115).

**ثانيا. العوامل الخارجية:** تتمثل العوامل الخارجية أساسا في الموقع الجغرافي للجزائر، من ناحية باعتبارها من دول القارة الإفريقية تتأثر لا محالة بما يميز هذه القارة من منطقة إنتاج مهمة ( المغرب). من جهة ثانية القرب من منطقة استهلاك مهمة أيضا ( أوروبا )، وهو الشيء الذي جعل الجزائر بمثابة منطقة عبور لهذه المواد بين الدول المنتجة والمستهلكة، ومما ساعد على ذلك فتح الحدود الجزائرية المغربية سنة 1986 الأمر الذي صعب من مهام الجمارك الجزائرية في مراقبة الحدود(نور الدين ب، 1999، ص06).

من خلال ما سبق ذكره يمكننا القول أن لعوامل البيئة والوسط الجغرافي والوسط الاجتماعي الذي يتحرك فيه الفرد أثر على تشكيل ونمو شخصية الفرد وتحديد حيل دفاعه النفسي عن طريق التربية والضغوط والمطالب التي تسود خاصة في البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها فإذا زاد ما بينها من تناقضات ساء توافقه الاجتماعي والنفسي وأدى به إلى الانحراف والميل إلى التعاطي والادمان.

وتمثل كذلك العوامل الحضارية والاتجاهات الثقافية عوامل هامة في إنتاج الانحراف وتدل بعض الشواهد على أن بعض الأمراض النفسية تميل إلى الانتشار في المجتمعات المتحضرة أكثر منها في المجتمعات البدائية.

### 3. المؤسسات العلاجية ودورها في إعادة ادماج المتعاطين اجتماعيا:

تعد المصحات الخاصة بالمدمنين من أهم المؤسسات الواجب على الدولة إنشاءها والاهتمام بها خصوصا مع تفاقم مشكلة الإدمان وانتشار ظاهرة المخدرات بجميع أوجهها بحيث نجد أن معظم هذه المصحات العلاجية تابعة لمستشفيات الأمراض العقلية كما أن العلاج فيها لم يعد يعهد لشخص واحد وإنما يشترك ويساهم فيه عدد من المختصين منهم الطبيب البشري والطبيب النفسي والأخصائي الاجتماعي الطبي وسنتناول في هذا الجزء من البحث أهداف هذه المؤسسات ودور الفريق العلاجي داخل هذه المؤسسات العلاجية في إدماج المتعاطين للمخدرات اجتماعيا.

**1.3 أهداف المؤسسات العلاجية للمدمنين:** تهدف جل المؤسسات العلاجية إلى التوصل إلى نتيجة واحدة وهي مساعدة المريض على الإقلاع التام عن المخدرات بتصفية دمه منها ثم توجيهه نفسيا بمساعدة أخصائيين نفسانيين ودعمه على الاندماج الاجتماعي خصوصا بعد العلاج، وتركز الجلسات العلاجية على أربعة أهداف منها:

**الهدف الأول: الاستمرار نظيفا من المخدرات وذلك من خلال:**

1- التوقف عن الإدمان ومواجهة الإلحاح والرغبة في العودة إليه

- 2- تفهم مواقف ومواطن الخطر التي قد تدفع إلى الإدمان مرة أخرى
- 3- الاستبصار بخطورة العودة إلى ما يعتبره البعض بسيطا ( بمعنى أن أتناول قرص أو سيجارة فهذا لن يؤثر علي)
- 4- كيف يتعامل الناقهون مع الألام والأعراض التي قد تظهر في الفترة الأولى؟
- 5- كيفية التعامل مع ضغوط من يتعاطون المخدرات من الأهل والأصدقاء في الفترة الأولى للنقاهاة

6- كيفية التغلب على الإلحاح للعودة الى المخدرات

#### الهدف الثاني: كيف تتعامل مع الأحداث الحزينة والمفرحة:

إن التدريب على مواجهة هذه المواقف هام جدا فهناك من يعود للمخدرات فورا بعد أول مشكلة أو طارئ وآخرون قد يعودون إلى المخدرات نتيجة لأحداث سعيدة، كالأفراح وذلك من خلال تدريبهم على:

1- كيفية الحصول على السعادة والاطمئنان بدون مخدرات

2- كيف تواجه أوقات ومواقف الشدة بدون مخدرات

3- كيف تواجه الألم

**الهدف الثالث: العلاقات الاجتماعية:** والهدف من التدريب هنا هو مواجهة المشاكل الاجتماعية التي تواجه الناقهين من المخدرات خاصة في الأيام الأولى بعد التوقف وذلك من خلال تدريبهم على:

1- تدعيم علاقاتهم الاجتماعية الناضجة

2- تكوين صداقات جديدة

3- مراجعة علاقاتهم المختلفة وانتقاء الصالح منها

4- الأسرة وأهميتها للنقاهاة وأهمية النقاهاة للأسرة

5- كيف تكون أفضل الجماعات

6- مواجهة الأصدقاء أو الأهل المتعاطين للمخدرات

7- الناقه وتطوعه لخدمة مجتمعه في فترة النقاهاة

8- كيف نغرس أهداف وسلوكيات مجموعة الإدمان

#### الهدف الرابع: العودة والعمل والنضوج:

والهدف من هذا التدريب هو إظهار أن العمل والنضوج هو الوسيلة الصحية للسعادة والاطمئنان وأن العكس يؤدي إلى الإدمان وذلك من خلال مناقشة المجموعة في:

1- مناقشة النقاهاة من المخدرات كخطوة أولى في العودة للعمل والانتباه والنضوج.

2- حسن اختيار مجالات العمل من واقع الخبرات العملية القديمة وخبرات الآخرين

3- كيفية التغلب على مشاكل العمل.

وقد كان من بين أهم أهداف المؤسسات ضمن الإستراتيجية الوطنية لمكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية بتطوير الخطط والبرامج العلاجية الحالية وذلك بـ:

- 1- فتح ما يلزم من الأقسام الطبية وإنشاء ما يلزم من المستشفيات لضمان علاج المتعاطين والمدمنين.
  - 2- دراسة البرامج العلاجية السابقة وتقويمها وتطويرها
  - 3- وضع برنامج تأهيلي علاجي نفسي موحد الأهداف متنوع الأساليب
  - 4- وضع خطط وبرامج التأهيل الاجتماعي للمتعاطين وتنفيذها
  - 5- مشاركة القطاع الخاص والعام في تأهيل المدمنين والمتعاطين والمتعافين ودمجهم في المجتمع.
- ثم أن هناك التخطيط للمستقبل وتحقيق الأهداف ضمن حلقات المناقشة للوقاية من الانتكاس من خلال:

- مراحل النقاهة.
- كيف نتخلص من أعراض التوقف عن إدمان وإلحاح الرغبة للعودة له.
- مواطن الخطر في فترة النقاهة.
- كيف نواجه التوتر وضغوط الحياة.
- كيف نسعد بدون مخدرات.
- مشاكل الأسرة أثناء النقاهة.
- أهمية العلاقات الاجتماعية أثناء العلاج.
- مخاطر التعاطي للمخدر البديل الذي يضمن أنه أقل ضررا مثل الحشيش.
- الزلات البسيطة أثناء النقاهة وكيفية الاستفادة منها.
- لا تخجل وناقش مشاكلك بحرية.
- تعلم أن تقول لا لكل من يقدم لك المخدرات.
- كيف يتعامل الناقهون مع زملائهم المدمنين الذين لم يبدؤوا طريق العلاج.
- كيف تعيد تقييم حياتك الاجتماعية.
- كيف تكسب أصدقاء جدد.
- كيف تستفيد من ثقة الناس بعد النقاهة.
- كيف تختار وظيفة تناسبك.
- كيف تتخلص من مشاكل عمك.
- كيف تتخلص من الألام بدون استعمال عقاقير.
- كيف تختار مجموعة مثالية تأنس بها.
- كيف تقوي رابطة الحب والانتماء مع الآخرين.
- النقاهة وأهمية الإنتماء إلى جماعات الناقهين.
- التطلع للمستقبل والأهداف والأحلام.
- قصص النجاح في النقاهة من المخدرات (<https://ar.wikipedia.org/wiki>).
- من خلال الأهداف التي سبق ذكرها يمكننا القول أن المؤسسات العلاجية قد أخذت على عاتقها مسؤولية علاج المدمن وتعزيز سلوكه الايجابي وإعطائه الحق في التعبير عن آلامه وأحاسيسه

وكذلك التقليل من اضطراباته الجسمية، وهذا لن يتأتى إلا باتباع خطط موجهة لعلاج فعال بداية بالمتابعة الطبية ثم العلاج النفسي والتأهيل الاجتماعي بالتوازي (principles of drug addiction treatment, 2012, p 13).

بحيث يتعذر أن يتخلص المدمن من الادمان إذا اقتصر على علاج الجسم دون النفس أو النفس دون الجسم أو تغاضى عن الدور الذي يقوم به المجتمع في العلاج وهذا ما أكدته أيضا نتائج الأبحاث العلمية الصادرة عن المعهد العالمي للصحة بالولايات المتحدة الأمريكية سنة 1970 (<https://www.drugabuse.gov>).

وقد أعتبر علاج الادمان في هذه المؤسسات من أشق أنواع العلاجات حيث يقع الجانب الأعظم منه على عاتق المريض المدمن نفسه وأهله فهو لا يقتصر على مجرد علاج كيميائي أو نفسي بقدر ما يعتمد على ارادة المدمن وحالته النفسية ونظراته لنفسه وتفاعله مع دائرة معارفه ومجتمعه وكذلك تفاعلهم معه

**2.3. أدوار الفريق العلاجي في المؤسسات العلاجية للمدمنين:** أثبتت الدراسات أن العلاج الداخلي في المراكز الإدمانية، والمؤسسات العلاجية يعد مناسباً وملائماً بشكل أفضل لمعالجة اللهفة والإدمان مقارنة بالعلاج الخارجي مثل العيادات الخارجية OPD، ففي روما بايطاليا توصل كاجوزي CAGOSSIM، مع آخرين 1982 إلى أن العلاج الداخلي أفضل في التعامل مع اللهفة من العلاج الخارجي حيث استفاد المرضى الداخليين أكثر وسجلوا معدلات أقل في اللهفة عن المخدر من المرضى الخارجيين.

وفي نيوهيفن (1984) توصل هيربرت كليبر Kleber.H.D بالاشتراك مع توماس كوستين Kosten.T.R إلى أن العلاج الداخلي يعد أفضل من العلاج الخارجي في التعامل ولعل السبب في ذلك يرجع إلى:

-في العلاج الداخلي يكون المريض تحت رعاية صحية وإشراف نفسي على مدار الساعة.  
-في العلاج الداخلي تمنح للمريض فرصة أطول وأفضل للتأمل وتدارك مشكلاته.  
-في العلاج الداخلي يتم تجنب المريض عوامل الإثارة والإغراءات المتوفرة خارج نطاق المؤسسة العلاجية حتى يشتد عوده ويمكنه أن يقوي عزمته ومقاومته لكي يواجه الحياة الخارجية(مدحت عبد الحميد أبو زيد، 2003، ص125).

**1.2.3. التوجيه وغير التوجيه في العلاج:** هناك فروق فردية واسعة بين سيكولوجي وآخر من أصحاب نفس المدرسة الواحدة وهناك كثير من مظاهر كثيرة من مظاهر المرونة بحيث تتفق أساليب العلاج من حاجات المريض وظروفه. من أهم هذه الاتجاهات العلاج النفسي المتمركز حول المريض أو العلاج النفسي غير التوجيهي الذي يضع مسؤولية العلاج نحو التكيف والنمو والصحة، ذلك الدافع الذي هددته الصراعات والسدود الانفعالية ولذلك يستهدف العلاج إزالة هذه السدود الانفعالية وتحرير الفرد للوصول إلى نمو الشخصية الطبيعية، ولذلك فإن هذا المنهج يستخدم مع المرضى المترنين اترانا معقولا والذين يتمتعون بقدر من الذكاء(عبد الرحمن العيسوي، 1993، ص221).

وتسير عملية العلاج في خمس خطوات يحددها روجرز على النحو التالي:

**1. رغبة المريض في الشفاء وسعيه للحصول على المساعدة:** ولذلك فهو يأتي طواعية واختيارا مستهدفا الحصول على حل لمشكلاته ، ولذلك فهذا النمط من العلاج أكثر نجاحا عندما يعاني المريض من الضيق والألم الذي يدفعه إلى اتخاذ موقف ايجابي في الحصول على المساعدة، وأثناء المقابلة الأولى يشرح المعالج للعميل أن دوره ينحصر في توفير الجو الذي يساعد المريض على حل مشاكله بمساعدة المعالج.

**2. التعبير عن المشاعر:** عن طريق توفير جو التسامح والقبول يشجع المعالج العميل لكي يعبر تعبيراً حراً عن مشاعره ومما تخرج المشاعر السلبية والعدوانية التي كانت حبيسة داخل المريض، تخرج في العلن وعندما تطفو على السطح مشاعر العميل العدوانية والسلبية على المعالج أن يتقبلها وان يتعرف عليها وان يوضحها، ويساعد المريض على تقبلها كجزء من طبيعته بدلا من قمعها أو إخفائها في داخله وبخروج هذه الانفعالات السلبية يحل محلها انفعالات ايجابية وبالتالي يصبح على المعالج أن يتعرف عليها وان يقبلها دون مدح أو ذم

**3. نمو الاستبصار:** يؤدي التعرف المتزايد والقبول للذات إلى نمو الاستبصار أو الفهم كما لو كان المريض قد خلع عن عينيه ذلك المنظار الملون الذي كان ينظر به إلى الأشياء، وهنا يستطيع العميل أن يرى نفسه ويرى البيئة بمنظار أكثر واقعية ومن عناصر الاستبصار التعرف والقبول الانفعالي لرغبات الذات والفهم الواضح لأسباب السلوك والمفاهيم الجديدة لمواقف الحياة حيث تفسر الحقائق القديمة في ضوء جديد مع توضيح للقرارات التي ينبغي اتخاذها وخطوات العمل التي ينبغي القيام بها(عبد الرحمن العيسوي، 1993، ص222).

**الخطوات الايجابية:** بعد نمو الاستبصار يأتي توضيح القرارات والأفعال المحتمل القيام بها وإن كان هذا الشعور مازال مختلطا بالشعور بعدم القدرة، وهنا على المعالج أن يتعرف على هذه القرارات ويوضحها ، ولكنه يحاول قيادة العميل نحوها.

**4. إنهاء الاتصالات:** عندما يصل المريض إلى الشعور بالثقة بالنفس ويتخذ قرارات ايجابية ومتكاملة ويصبح قادرا على توجيه ذاته هنا تقل الرغبة في الحاجة إلى المساعدة ويأتي انتهاء العلاقة العلاجية، ويجب أن يأتي قرار انتهاء العلاقة من العميل وبتخاذ هذا القرار يصل إلى آخر خطوات الاستقلال، وبذلك يكون قد تحمل كامل المسؤولية عن مواقف حياته.

يتضح من هذا العرض التكميلي لخطوات العلاج النفسي غير التوجيهي الخصائص الأساسية لهذا الأسلوب من العلاج والفروق الأساسية بينه وبين غيره من الأساليب ويمكن تلخيص هذه الخصائص فيما يلي :

- أ-إلقاء مسؤولية كبرى للعلاج وتوجيهه ونتائجه على عاتق المريض.
- ب-تحديد دور المعالج تحديدا صارما في القبول والاعتراف وتوضيح مشاعر المريض.
- ج-خفض التحويل إلى أقصى درجة بين المعالج والعميل وبذلك يخف عبء معالجة التحولات المعقدة.

د- التقليل من أهمية تطبيق الاختبارات النفسية التشخيصية حيث يعتقد روجرز أن الاختبارات النفسية غير ضرورية وتستغرق وقتا يمكن استغلاله مباشرة في حل مشاكل العميل.

هـ- تجري وتتقدم عملية العلاج طبقا لحدود العمل وإمكاناته فالمريض هو الذي يتخذ موقف المبدأ وهذا أفضل من أن يتخذ المعالج (عبد الرحمان العيسوي، 1993، ص223).

ما سبق ذكره من خطوات علاجية ما هو إلا نموذج اقترحه روجرز لما ينبغي أن يقوم به الفريق الطبي داخل المؤسسات العلاجية حيال المدمن، الذي يدخل للمرة الأولى الى هذه المؤسسات، وبين امكانية دخول وتعاون أفراد أسرة الشخص المدمن كطرف في العملية العلاجية، فضلا عن إعداد الكثير من خطوات البرنامج العلاجي الخاص به، وأن يقوم المدمن وقيم حياته قبل الإدمان وبعد الإدمان وما تصوره أو توقعاته لما سيحدثه من عقبات ومثيرات قد تدفعه مرة أخرى للإنتكاس، مما يؤكد حقيقة سبق وأن ذكرناها وهي "أن الاقتصار على التدخل الطبي فقط لا يفيد في علاج الإدمان وأن العديد من الدراسات قد وجدت أن الاكتفاء بالتدخل الدوائي أو الطبي يعجل حدوث الانتكاس وهذا يؤدي إلى:

-السمعة السيئة للمؤسسة في علاج الإدمان.

-يأس الوالدين من شفاء أبنائهم وسيطرة الانتكاسة كواقع على الجميع.

-إصابة الفريق الطبي باليأس والاحباط.

إن هذا البرنامج العلاجي يشبه إلى حد ما برنامج التحكم (UNDCP) الذي تقدمت به الأمم المتحدة الدولية للمخدرات - united nations office on drugs and crime Vienna - كدليل عملي لبرنامج تخطيط وتنفيذ علاج تعاطي المخدرات وخدمات إعادة التأهيل وقد تم تصميمه كدليل للحكومات ومخططي السياسات ومفوضي الخدمة ومقدمي العلاج (Drug Abuse Treatment and Rehabilitation, 2003,p07)

**2.2.3. الفريق العلاجي كل حسب اختصاصه: لعل أول مرحلة في العلاج هي:**

**أولاً. مرحلة التقييم (محمد حسن غانم، 2005، ص86):**

**1. دور الطبيب النفسي/ويتلخص دور الطبيب النفسي في:**

-إجراء تطهير الجسم من السموم.

-إجراءات طبية لمواجهة بعض الحالات الإرجاع الذهنية الحادة المصاحبة لأنواع التسمم التخديري.

-إجراءات طبية لمواجهة حالات الإفراط في الجرعة.

-إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان بصفة عامة لأنه يشيع بين أغلبية المدمنين مثلا: سوء التغذية الأمراض المعدية، الإصابات البدنية، الاضطرابات النفسية والجسمية.

-إجراءات طبية لمواجهة مضاعفات الإدمان والمرتبطة بنوع المخدر الذي كان المدمن يتعاطاه. والخلاصة هي أن النظرة التي يجب أن تسود تجاه العلاج الطبي في مجال علاج الإدمان انه لا يزيد عن أن يكون المرحلة الأولى للتدخل العلاجي المتكامل بهدف إيقاف مجموعة من العمليات البيولوجية التي استثيرت في المدمن بفعل الخصائص الكيميائية والفارماكولوجية للمخدر، بحيث بدأت تهدد مبدأ الحياة نفسه ومن ثم فقد وجب المبادرة إلى تعطيلها.

**2. دور الأخصائي النفسي الاكلينيكي: ويتلخص دوره في:**

-معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذلك.

-معرفة ما إذا كان هذا الشخص يعاني من أي اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه.

-معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته.

-معرفة شكل علاقاته الاجتماعية وما إذا كانت لديه مهارات اجتماعية أم لا.

-التعرف على سمات شخصيته، وهل يعاني مثلا من أي اضطرابات وما شدة ذلك وتأثيره على السلوك.

-تطبيق بعض الاختبارات النفسية التي يستشعر من خلال حسه الإكلينيكي أنها تجيب عن عديد التساؤلات أو تؤكد بعض خطوط (التشخيص).

-العلاجات الفردية والجماعية للمدمن.

**3. دور الأخصائي الاجتماعي:** ويتلخص دوره في التعرف على طبيعة التكوين الأسري للمدمن (سواء أسرته أو أسرة الميلاد).

-التعرف على مقدار الأضرار التي لحقت به من جراء الإدمان، وانعكاس ذلك على شبكة علاقاته الاجتماعية داخل الأسرة أو العمل.

-التعرف على مقدار الدعم الأسري أو عدمه لدى المدمن.

-التعرف على شبكة العلاقات الضاغطة على الفرد المدمن والتي قد تكون محرضة له على استمرار التعاطي (حتى وان مر بتجربة علاج).

-التعرف على مقدار انعكاس فعل الإدمان على الأسرة وهل هذا المدمن كان المعبر وكبش الفداء عن جو أسري غير صحي سائد أم أن الشخص هنا بادمانه قد فجر العلاقات الهشة داخل الأسرة.

-الاشتراك مع الأخصائي النفسي في العلاج الأسري (محمد حسن غانم، 2005، ص88).

**4. دور أخصائي أو مرشد التأهيل:**

-التعرف على هوايات الشخص التي كان يمارسها قبل أن ينخرط في الإدمان.

-التعرف على كيفية قضاء هذا الشخص لوقت الفراغ.

-التعرف على الميول والاهتمامات.

-توجيه الشخص إلى نوع الهوايات التي تحقق له الإشباع بعيدا عن المخدرات

-إمكانية تدريب الشخص على هوايات جديدة حتى يشغل بها وقت فراغه أو تحقق له السعادة بعيدا عن السعادة الزائفة والمتوهمة الناتجة عن تعاطي المخدرات.

-هذه كانت أبرز واجبات كل عضو من أعضاء الفريق العلاجي.

**ثانيا. مرحلة التشخيص:**

بعد خطوة التقييم تأتي الخطوة الثانية وهي التشخيص حيث يتوصل الأخصائي النفسي

الإكلينيكي إلى تحديد مشاكل المريض ، والتي نتجت أو رافقت أو كانت السبب في إدمان المدمن

، وإذا لم يتم التعامل من الأساس مع هذه المشاكل فسوف تستمر الانتكاسات ، بل إن الركيزة

الأساسية لاختيار نوع المادة المخدرة هي العوامل الشخصية المرضية لدى المدمن(محمد حسن

غانم، 2005، ص90).

ويقدم لنا مونرو 1992 بعض العناصر الأساسية ، التي يتم على ضوءها النظر إلى المشكلة وكيفية التعامل معها خاصة تلك المشاكل المترابطة مع الإدمان وهي:  
-إن تقدم برامج علاجية وتأهيلية مناسبة للمدمنين الذين يعانون من اضطرابات نفسية مصاحبة لإدمانهم.

-أن تفسر الاضطرابات النفسية كنتيجة للإدمان.

-حدوث بعض الاضطرابات النفسية أثناء التعامل مع الأعراض الإنسحابية.

-تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان في وقت واحد وأن يستمر ذلك لفترة طويلة.

-تواجد كل من الاضطرابات النفسية والإدمان معا لدى الأشخاص ، ودون وجود أي علاقة بينهم. وعموما فإن عدد من المدمنين قد يعاني من المشكلات الآتية: القلق الشديد، الاكتئاب، نقص المهارات الاجتماعية، عدم القدرة على حل المشكلات، نقص في توكيد الذات، الاعتمادية والسلبية، المخاوف الاجتماعية، العجز عن اتخاذ القرارات، عدم القدرة على تحمل المسؤولية، عدم القدرة على التعبير عن الغضب، الإحساس بالدونية.

وغيرها من المشاكل، والتي قد نجد واحدة من هذه المشاكل أو غيرها أو أكثر من مشكلة يعاني منها المريض المدمن، وبما أن دوافع الإدمان تكون متعددة ومختلفة، إذا لابد من الأخذ في الاعتبار تعدد الأسباب النفسية والاجتماعية الدافعة إلى التعاطي.

### ثالثا.وضع خطة للعلاج:

بعد تحدي مشاكل المريض نبدأ بوضع مجموعة من الأهداف والخطط لكيفية التعامل مع المشاكل عن طريق الخطوات الآتية:

**الخطوة الأولى:** اختيار المشكلة: حيث يتناول الإكلينيكي من خلال التقييم أهم المشاكل الأساسية والمشاكل الثانوية التي يعاني منها المريض المدمن، ولكي تكون الخطة فعالة لابد من تناول المشاكل الأساسية وبصورة مركزية (محمد حسن غانم، 2005، ص91).

**الخطوة الثانية:** تعريف المشكلة: حيث يتباين المدمنون في عرض مشاكلهم لذا تحتاج كل مشكلة نختارها إلى تعريف مفصل، وكذا إمكانية الربط بين نمو الأعراض وتشخيصية وأرقام كودية مثل تلك الموجودة في الدليل التشخيصي الرابع، أو التصنيف الدولي للأمراض.

**الخطوة الثالثة:** تطوير الأهداف: حيث نحدد في هذه الخطوة عريضة لحل مشاكل محددة، ولا يحتاج الأمر هنا إلى صياغة قابلة للقياس، بل كل ما نحتاجه هو وصف عام للأهداف البعيدة، مع توضيح إمكانية تحديد المآل الايجابي المتوقع من آليات العلاج.

**الخطوة الرابعة:** الأهداف المرحلية: على عكس الأهداف البعيدة تستخدم صياغات سلوكية قابلة للقياس إذ ينبغي توضيح ما إذا كان المريض قد تمكن من تحقيقها، ولذا تصر منظمات الإدارة الصحية والرعاية الموجهة على أن يكون مآل العلاج النفسي قابلا للقياس، كما يراعى عند تصميم كل هدف مرحلي أن يشكل خطوة باتجاه تحقيق الهدف العام.

**الخطوة الخامسة:** اختيار التدخل: التدخلات هي الأفعال التي يأتي بها الإكلينيكي لمساعدة مريضه على استكمال تحقيق الأهداف المرحلية، فيجب أن يكون لكل هدف مرحلي تدخل واحد

على الأقل، وفي حالة عدم تحقيق المريض الهدف بعد أول تدخل، تضاف تدخلات أخرى جديدة إلى الخطة، كما يتم اختيار التدخلات وفق احتياجات المريض وإمكانات العلاج.

**الخطوة السادسة:** تحديد التشخيص: يعتمد تحديد التشخيص المناسب على التقييم الإكلينيكي الكامل لحالة المريض إضافة إلى مقارنة ما يظهر على المدمن من أعراض سلوكية أو معرفية أو انفعالية أو في علاقته بالغير بمحكات تشخيص الأمراض النفسية الموصوفة في الدليل الرابع، إضافة إلى إمكانية اللجوء إلى التشخيص الفارق، على الرغم من صعوبته المعروفة في مجال التشخيص (محمد حسن غانم، 2005، ص92).

كما أن الأهداف التي يسعى المختصون إلى تحقيقها من العلاج تنقسم بدورها إلى:

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

- الاعتراف بأنه مدمن وشرعه في المشاركة في برنامج خاص بالتعافي.

- التوصل إلى تعاف مستمر والبعد عن استعمال كافة انواع المواد المخدرة التي تؤثر على الانفعال.

- التوصل إلى الامتناع التام والاستمرار فيه، مع زيادة معلوماته عن طبيعة المرض وطبيعة حياة المدمن بالمحافظة على التعافي.

**ثانياً. الأهداف متوسطة المدى:**

- اكتب له خطة للتعامل مع المشكلة.

- حدد وجهة نظر المدمن المريض في المشكلة.

- حدد العوامل التي تساعد على الانتكاسة.

- اشرح للمريض التغيرات الأساسية التي يحتاج إلى إدخالها على حياته.

- حدد نوع ومصادر دعم الامتناع المتوفرة في الوقت الحاضر.

ولذا فان التدخلات العلاجية في الادمان وفق خطوات محددة تكون كالاتي(عفاف محمد عبد المنعم، 2003، ص95):

- جمع بيانات كاملة عن تعاطي الخمر أو المخدرات تشمل: الكمية وطريقة الاستعمال والأعراض والعلامات، والنتائج... الخ.

- قوم وظائفه الذهنية المعرفية وشخصيته ودور كل منها في إصابته بالإدمان.

- ابحث عن وجود مدمنين آخرين في الأسرة، وبين علاقة نمط تعاطيهم بتعاطي المريض (المدمن الحالي الذي تتعامل معه).

- أدرس المواقف الضاغطة التي قد تشجع على الإدمان (أو الاستمرار فيه).

- بين للمدمن آثار الإقلاع أو التعافي الايجابية ( بعيدا عن الخطب والمواعظ).

- حدد العوامل التي من الممكن أن تدفع المدمن إلى الانتكاس.

- اشرح للمدمن التغيرات الأساسية التي يحتاج إلى إدخالها على حياته، حتى يحافظ على وعيه وامتناعه عن التعاطي.

- اكتب خطة للرعاية اللاحقة حتى يستمر (المدمن المتعافي) محافظا على التوقف عن التعاطي.

-اشرح له كيف تساهم ظروفه البيئية في استمراره في الإدمان، والطريقة أو الطرق التي تعوق بها التعاطي.

-وضح له حاجته إلى ظروف معيشية أكثر استقرارا وسلامة، حتى يتم تعزيز تعافيه.  
-قم بعمل الترتيبات اللازمة لإنهاء الظروف المعيشية الحالية، والانتقال إلى مكان يدعم التعافي بشكل أفضل.

-ساعد المريض(المدمن) على اكتساب الاستبصار بالتغيرات التي عليه إجراؤها في حياته حتى يحافظ على تعافيه على المدى البعيد.

-كلف المريض بكتابة خطة خاصة بما سيقوم به بعد الخروج من المستشفى وراجعها معه، للتأكد من أنها تفي بالغرض المطلوب.

-انصح المريض بحضور اجتماعات المدمن المجهول، ثم القيام بشرح هذه الاجتماعات على شخصه.

-كلف المريض بمقابلة عضو من أعضاء جمعية المدمن المجهول، قام بتنفيذ برنامج الإثنتي عشرة خطوة لعدة سنوات، حتى يكتشف المريض الطريقة التي استفاد بها ذلك العضو من البرنامج في المحافظة على تعافيه، ثم ابحث نتائج المقابلة مع المريض.

-حرر عقدا مع المريض حول عدم استخدام مادته المخدرة (المفضلة)، ثم ناقش انعكاس العقد على حالته الانفعالية.

-استكشف مع المريض مصادر الدعم الشخصي الايجابية المتوافرة أثناء الامتناع وناقش معه وسائل تنمية وتعزيز نسق تدعيمي ايجابي.

-قدم دور ظروف معيشية في تشجيع نمط إدمانه المواد المخدرة والمسكرة.

-كلف المريض بتحرير قائمة تحتوي على الآثار السلبية للإدمان على ظروف حياته الحالية.

-أطلب من المريض عمل قائمة بأثار التعافي الايجابية على حياته، واستعرض القائمة وادرسها معه.

من خلال العناصر التي سبق ذكرها يتلخص دور الفريق العلاجي في:

-معرفة الدوافع التي دفعت الشخص إلى إدمان هذا العقار أو ذلك.

-معرفة ما إذا كان هذا الشخص يعاني من أي اضطرابات نفسية أو عقلية كانت المحرض للإدمان أو ترتبت عليه.

-معرفة مدى توافق الشخص مع ذاته.

-معرفة شكل علاقاته الاجتماعية وما إذا كانت لديه مهارات اجتماعية أم لا.

-التعرف على سمات شخصيته، وهل يعاني مثلا من أي اضطرابات وما شدة ذلك وتأثيره على السلو.

أهم نتائج الدراسة: بما أن محور هذه الدراسة هو علاج المدمن وإدمانه من طرف المؤسسات العلاجية للإدمان إدماجا يتيح له فرصة العودة لاستئناف أدواره التي فقدتها أثناء التعاطي للمخدرات توصلنا إلى النتائج التالية:

-للمخدرات تأثيرات سلبية على الصحة الجسمية للمتعاطي وهو ما جعل الفريق العلاجي يبدأ بالعلاج طبي أولا ثم تأتي العلاجات الأخرى كعلاجات مكملة لاحقا.

-للمخدرات تأثيرات سلبية على الصحة النفسية للمتعاطي وهو ما يؤثر سلبا على أدائه الاجتماعي ما يؤدي إلى تهيمشه وانعزاله لذلك حرص الفريق العلاجي على المتابعة النفسية من طرف الأخصائي النفسي بالتعاون مع أسرة الشخص المدمن لمساعدته على حل بعض مشاكله وتشجيعه على التوقف عن التعاطي هذا أولا ثم معاودة استرجاع حياته بالقضاء على العقد التي خلفها تعاطي المخدرات ثانيا.

-من أصعب الأمور على متعاطي المخدرات الحفاظ على حياته الاجتماعية لذلك من أولويات العلاج داخل المؤسسات العلاجية هو التأهيل الاجتماعي لهذه الفئة بغرض تمكينها من تحديد مكانتها من جديد واتقان أدوارها وممارستها لتصبح فاعلة في المجتمع وكذلك ضمان حقوقها التي فقدتها أثناء تعاطي المخدرات حين أدرجت في خانة الخارجة عن القانون.

### خاتمة:

لقد تناولنا المؤسسات العلاجية ودورها في إعادة تأهيل المتعاطين للمخدرات وبعد تأهيل مدمني المخدرات من أهم مراحل علاج الإدمان على المخدرات، فهو بمثابة ترتيب الأفكار والسلوكيات وتحديد النشاط والحيوية وتحديد أهداف جديدة في الحياة، ويكون لبرامج مثل العلاج المعرفي السلوكي، والدعم الذاتي أولوية في إدارة تلك المرحلة وتتم هذه العملية تحت إشراف طبي متخصص، وتكمن هنا قوة هذه المرحلة في خلق بيئة جديدة للمريض أو ما يسمى "المجتمع العلاجي" للابتعاد عن البيئة التي تسببت له أو كانت أحد العوامل الرئيسية في وقوعه في الإدمان على المخدرات.

لكن برغم كل الجهود التي تبذلها الدولة للأخذ بيد هؤلاء المدمنين داخل المراكز العلاجية إلا أننا نجدها قليلة بالنظر للإقبال الواسع لهذه الفئة على تعاطي المخدرات وإدمانها بحكم موقع الدولة الجغرافي الذي يربط بين القارة الإفريقية والقارة الأوروبية -الدول المنتجة والدول المستهلكة.

### قائمة المراجع:

1. عبد الرحمن العيسوي(1993)، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان
- 2.مدحت عبد الحميد أبو زيد(2003)، لهفة الإدمان تشخيصها وعلاجها، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 3.عفاف عبد المنعم(2003)، الإدمان دراسة نفسية أسبابه ونتائجه، الطبعة الأولى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 4.محمد حسن غانم(2005)، العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين، الطبعة الأولى، مطبعة محمد عبد الكريم حسان، مصر.
- 5.سمير الزاوي(2009)، واقع أفة المخدرات في الجزائر، مجلة الدركي، العدد 20، نوفمبر، الدرك الوطني الجزائري، الجزائر.
- 6.كريم جاوت(2005)، تعاطي المخدرات عند الشباب الجزائري دراسة ميدانية في الجزائر العاصمة، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر. الجزائر.

---

7. نور الدين ب (1999)، الخطر القادم من الغرب، جريدة الخبر، العدد 2876، مجمع الخبر للصحافة، مكان النشر غ.م، الجزائر.

8. Marsden J., Mankanjuola B.A (2003), Drug Abuse Treatment and Rehabilitation, National Institutes of Health U.S., Department of Health and Human services, United Nations Publication. New York, United States.

9. Volkow N.D (2012), principles of drug addiction treatment, third edition, National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services ,united nations publication. New York, United States.

10. (www.networkdz.com).

11. <https://ar.wikipedia.org/wiki>).

12. <https://www.drugabuse.gov>).