

الإدمان السلوكي: التطور في المفهوم والأشكال

Behavioral Addiction: Evolution of Concept and Typesإيمان بوكراع^{1*}¹ جامعة محمد الصديق بن يحيى - جيجل (الجزائر)

تاريخ الاستلام: 22 ماي 2020؛ تاريخ المراجعة: 16 جوان 2020؛ تاريخ القبول: 11 جويلية 2020

ملخص:

شغل الإدمان اهتمام العديد من الباحثين نظرا للتنوع في العقاقير المخدرة وتطور أشكالها نتيجة للتقدم العلمي الذي عرفه العالم على مر السنوات، وظهور أنماط جديدة من المخدرات المصنعة الحديثة. لكن الاهتمام لم يقتصر على استخدام العقاقير المخدرة والكحول بل تعداه إلى ما يعرف بالإدمان السلوكي، والذي سيكون الهدف الأساسي من هذا المقال.

الإدمان السلوكي يعتبر مصطلحا لم يتم تطويره إلا حديثا بعد انتشار مجموعة من السلوكيات القهرية، التي ظهرت وتعمّرت نتيجة لنوعية الحياة التي أصبح يعيشها الأفراد. ونظرا لذلك فإن مفهوم الإدمان عرف تطورا على مر السنوات محاولة لضبطه ليشمل بذلك الإدمان على المواد والإدمان دون مواد. كما أنّ أشكال الإدمان السلوكي تنوعت وأخذت اهتماما واسعا في السنوات الأخيرة نتيجة لآثارها السلبية (الإدمان على الانترنت، على التسوق، على العمل، على الأكل...).

الكلمات المفتاحية: الإدمان السلوكي؛ المفهوم؛ الأشكال.

Abstract:

Addiction has occupied the attention of many researchers due to the variety of drugs and the development of their forms as a result of the scientific progress that the world has known over the years and also the emergence of new types of modern synthetic drugs. The interest has not been limited to the use of narcotic drugs and alcohol but has also gone beyond what is known as a behavioral addiction, which will be the basic goal of this article.

Behavioral addiction is a term that was developed recently after the spread of a set of compulsive behaviors, which have emerged and been reinforced as a result of the quality of life that individuals have. In view of this, the concept of addiction has developed over the years in an attempt to control it and include substance addiction and addiction without substances. Also, the types of behavioral addiction have diversified and taken wide attention in recent years as a result of their negative effects (addiction to the Internet, to shopping, to work, to eating ...).

Keywords: Behavioral Addiction; concept; Types.* Corresponding author, e-mail: boukraimene@univ-jjel.dz

1- مقدمة:

استخدم البشر المخدرات منذ القديم، فهي ليست حديثة النشأة وإنما تم استخدامها منذ قرون في العديد من الحضارات القديمة. فاستعمل الإنسان في بادئ الأمر المواد المخدرة الطبيعية كالحشيش والحنبل الهندي وأوراق الكوكا. حيث استعمل السومريون والآشوريون نبات الحشيش وأطلقوا عليه أسماء مختلفة. وقد ظهر في لوحة سومرية تعود إلى 4000 سنة قبل الميلاد وصف لنبات الأفيون أطلقوا عليه اسم نبات السعادة (عبد المنعم، 2003، صفحة 52). كما نقشه قدامى الرومان على عملاتهم ووضعوه في أيدي آلهتهم، والمورفين هو أحد مشتقات الأفيون، وقد سمي كذلك نسبة إلى "مورفيوس" إله الأحلام في أساطير الإغريق. أما الحشيش فقد ظهر في كتاب صيدلية ألفه الإمبراطور الصيني "شنج يانج" سنة 2737 قبل الميلاد (عبد المنعم، 2003، صفحة 66). أما بالنسبة للكوكايين فقد عرف عن طريق هنود الأنكا 500 سنة قبل الميلاد. ويشير المؤرخون إلى أن الإسبان هم الذين أدخلوا ظاهرة مضغ أوراق الكوكا للهنود الحمر لكي تجعلهم أقل تكلفة في الأكل والشرب وأكثر استعداداً لبذل المجهود العضلي اللازم للعمل في المناجم (مياسا، 1997، صفحة 39). أما الكحول فقد بدأ استعماله منذ العصر الحجري وتم استخدامه لأغراض طبية ويعتبر من أقدم المواد المخدرة استخداماً. ونتيجة للتطور العلمي والتكنولوجي أظهرت البحوث الطبية بعض المواد المصنعة المخدرة، كالباربيتورات والأمفيتامينات والتي جاء ترتيبها الثاني بعد الأسبرين من حيث انتشارها.

الاستخدام الكبير للمواد المخدرة تطور في العصور الحديثة مع تطور أشكالها وأنواعها (خاصة الأنواع التخيلية الحديثة) وبدأت إساءة الاستخدام تظهر على المتعاطين وتؤثر سلباً على حياتهم الشخصية والعائلية والأكاديمية والمهنية، الأمر الذي ساهم في معرفة وتأكيد خصائصها الإدمانية وسارعت الدراسات والأبحاث إلى دراسة خصائص تأثيراتها على الحالة الجسدية والنفسية. ونتيجة لانعكاساتها السلبية على الفرد وعلى المجتمع وعلى الاقتصاد وعلى النظام الصحي سارعت الدول إلى وضع السياسات الرذعية وتجريم استخدامها تفادياً لتداعيات تعاطيها، على الرغم من أن العديد من الباحثين يرون أن بعض المواد الممنوعة يمكن أن تكون لها استخدامات إيجابية على الصحة النفسية للأفراد.

والإدمان هو حالة "نفسية وأحياناً عضوية" تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة (صادقي، جوان 2014، صفحة 193)، والاعتماد مصطلح يشير أيضاً إلى الحالة النفسية وأحياناً العضوية، تنسم هذه الحالة بصدور استجابات سلوكية تحتوي دائماً على الرغبة القاهرة في أن يتعاط الشخص المادة المخدرة، وذلك من أجل آثارها النفسية وأحياناً لكي يتحاشى المتعاط المتربته عن افتقادها، وهذا المصطلح بدأ يأخذ مكان مصطلح الإدمان (عبد المنعم، 2003، صفحة 24).

ومع التطور العلمي والتكنولوجي ظهرت أشكال جديدة من المخدرات الكيميائية والمخدرات الرقمية وهي أيضاً من بين أهم المشاكل التي يواجهها العالم لخاصيتها الاعتمادية. لكن هذا التطور العلمي والثقافي والاقتصادي ساهم في ظهور أنماط جديدة من الإدمان، ولا يقتصر الإدمان حالياً على المواد أو العقاقير (المخدرات والكحول) بل ظهر ما يعرف بالإدمان السلوكي، الذي بدأ يأخذ حيزاً واسعاً من الاهتمام بالنظر على انعكاساته السلبية على الفرد وعلى المحيطين به

والسبب في مشاكل صحية واجتماعية وأكاديمية ومهنية. ولذلك نهدف من خلال هذا المقال إلى تحديد ما المقصود بالإدمان السلوكي؟ وما هي أهم أشكاله؟

2- الإدمان السلوكي: تطور المفهوم

المدمن « addict » في اللغة الأجنبية هو مصطلح مشتق من الكلمة اللاتينية الكلاسيكية "addictus" أو "addico"، والتي تعني "التكريس أو الاستسلام". ومصطلح « Addiction » يأتي من الأصل « ad-dicere » أي "القول إلى" بمعنى نسب شخص إلى شخص آخر، وقد نشأ هذا المصطلح في القانون الروماني القديم وظل مستخدماً في نفس السياق القانوني حتى العصور الوسطى في أوروبا الغربية. فإذا لم يعد الشخص قادراً على تحمل المسؤوليات والديون المتعاقد عليها مع صاحب الشكوى، تتم إتاحتها للمدعي بحكم القاضي الذي يمنح "للمدعي الحق في التصرف لمصلحته الشخصية، وبذلك يكون قيماً حقيقياً من قبل الهيئة (الإكراه بالجسد) (Varescon, 2009, p. 11). بمعنى أن مصطلح « ad-dicere » يشير إلى "الاستسلام، والاستعباد، والتكريس، والحكم أو الإدانة" (Pociluyko & MacMillan, 2018, p. 10).

تم استخدام مصطلح الإدمان في اللغة الإنجليزية اليومية والقانونية قبل وقت طويل من تطبيقه على مشاكل المخدرات. في القرن السادس عشر، تم استخدامه لتحديد حالة الالتزام القانوني أو التنازل (كعبودية خادم لسيد) أو بشكل مجاز، يتم التنازل عنه بشكل اعتيادي لبعض الممارسة أو العادة؛ في الحالتين، يعني ضمناً فقدان حرية العمل. في بداية القرن العشرين، تم استخدامه بشكل أكثر تحديداً لحالة التخلي عن الاستخدام المفترض المعتاد للدواء، وتم وصف الشخص الذي قام بالتخلي عن استخدام العقاقير بأنه مدمن. ومن المعاني الأصلية، كان إدمان المخدرات يعني ممارسة تعاطي المخدرات التي لم يستطع المستخدم التوقف طوعاً عنها، واعتبر فقدان السيطرة على الشرب سمة أساسية لإدمان الكحول. وقد تم التركيز على الدرجة التي سيطر فيها تعاطي المخدرات على حياة الشخص، في أشكال مثل الانشغال المستمر بالحصول على الدواء واستخدامه، وعدم القدرة على التوقف عن استخدامه حتى عندما تكون الآثار الضارة ضرورية أو مستحسنة بشدة للقيام بذلك (Kalant, 2001, p. 23).

وبذلك؛ على مر القرون، تغير معنى الكلمة ليعني أولئك الذين يضطرون إلى التصرف المتكرر للسلوكيات المعتادة مثل الشراهة أو التفاني في مهنة. خلال القرن التاسع عشر، بسبب ظهور حركات الاعتدال في معاورة الكحول والحركات المضادة للأفيون، تم استخدام الإدمان للربط بأي استخدام للكحول والمخدرات والرذائل، وبالتالي أخذ إشارة سلبية وغير مرغوب فيها (Pociluyko & MacMillan, 2018, p. 10).

خلال النصف الأول من القرن العشرين، أصبحت العواقب الدوائية والاجتماعية لهذا الاستخدام هي المعايير المحددة بشكل أكبر. في سنة 1957، حددت لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية الإدمان على أنه "حالة من التسمم الدوري أو المزمن الناتج عن الاستهلاك المتكرر لعقار (طبيعي أو اصطناعي). وتشمل خصائصه (1) حاجة ملحة (إجبارية) لمواصلة تناول العقار والحصول عليه بأي وسيلة؛ (2) ميل إلى زيادة الجرعة (التحمّل)؛ (3) اعتماد نفسي وعموماً اعتماد جسدي على آثار الدواء؛ و(4) تأثير ضار على الفرد والمجتمع" (Kalant, 2001, p. 23).

وبذلك فقد تغيرت طريقة تصور الإدمان بمرور الوقت، وعلى الرغم من هذا التطور لا يوجد تعريف مقبول (أو مستخدم) عالميًا. في الأوقات السابقة، كان الإدمان معادلًا للاعتماد الفسيولوجي. تقليديًا، اعتبر الإدمان بمثابة استجابة لمادة يأخذها الشخص - كتأقلم فسيولوجي لعقار-، والذي بدونه سيختبر الشخص الانسحاب. أي أن الإدمان كان يُنظر إليه على أنه حالة يتطلب فيها وجود مادة أو عقار (أي مخدر) في محاولة للاستمرار الوظيفي دون ردود فعل جسدية ونفسية لغيابه، والتي غالبًا ما تنطوي على التحمل والاعتماد (Preyde & Adams, 2008, p. 4).

والاعتماد الجسدي هو حالة فسيولوجية متغيرة تنشأ عن الاستخدام الكثير والمنتظم للعقار (المخدر)، بحيث لا يستطيع الجسم العمل بشكل طبيعي إلا إذا كان العقار موجودًا. لا يمكن التعرف على هذه الحالة إلا من خلال الاضطرابات الجسدية والعقلية التي تحدث عندما يتم إيقاف تعاطي المخدرات أو "الانسحاب" فجأة، وتعرف مجموعة هذه الاضطرابات باسم متلازمة الانسحاب. يختلف النمط المحدد لمتلازمة الانسحاب وفقًا لنوع المخدر الذي تم استخدامه ويتكون عادة من تغييرات عكسية عن تلك التي تم إنتاجها في الأصل من خلال عمل العقار (المخدر). على سبيل المثال، إذا كانت الأدوية الأفيونية تسبب الإمساك، فإن انسحابها يؤدي عادة إلى الإسهال. إذا تسبب الكوكايين في الاستيقاظ والنشوة لفترة طويلة، فستشمل متلازمة الانسحاب النعاس الشديد والاكئاب؛ إذا قلل الكحول من تفاعل الخلايا العصبية، فستشمل متلازمة الانسحاب علامات فرط التفاعل، مثل ردود الفعل أو التشنجات المبالغ فيها. ومع ذلك، في جميع الحالات، يتم إلغاء متلازمة الانسحاب بسرعة من خلال استئناف إعطاء الدواء أو عقار بديل بنمط مماثل من الإجراءات (Kalant, 2001, p. 23).

على الرغم من أن هذا المصطلح اقتصر تقليديًا على تعاطي المخدرات، فقد كان موضوعًا لجدل علمي كبير للنظر في ما إذا كان سيتم تضمين سلوكيات إدمانية أخرى تحت تصنيف الإدمان. تشمل الإدمان السلوكي المقترح بشكل شائع المقامرة المرضية، والشراء القهري، والتمرينات القهرية، وإدمان العمل، وإدمان الكمبيوتر، وإدمان الإنترنت، والإدمان الجنسي (Levesque, 2011, p. 57). وقد تطور مفهوم الإدمان ليشمل أنماطًا أخرى غير تلك المرتبطة بالعقاقير والمواد المخدرة، ومن أهم المفاهيم المقدمة ما أورده «Goodman» بحيث "يشير مصطلح الإدمان، المستخدم بشكل وصفي، إلى تكرار الأفعال التي من المحتمل أن تسبب متعة ولكن تتميز بالاعتماد على شيء مادي أو موقف مطلوب واستهلاكه بجشع" (Varescon, 2009, p. 10).

وقد وضّح Levesque (2011, p. 57) أنّ الإدمان هو اضطراب سلوكي يتميز بالتبعية الجسدية أو النفسية التي تؤدي إلى اضطرابات سلبية كبيرة في نوعية حياة الفرد. رسميًا ارتبط الإدمان بتعاطي المخدرات (بما في ذلك الكحول)، على الرغم من أن المصطلح غالبًا ما يستخدم بالعامية ليشمل السلوك القهري الواضح والتفاني في الأنشطة. العلامة الهامة للإدمان هي الانخراط المستمر في السلوك المدمر للذات على الرغم من العواقب السلبية. تتضمن سلوكيات الإدمان التدمير الذاتي وفقدان السيطرة، والسعي القهري، والتعرض للانتكاس. الأهم من ذلك أن التبعية والإدمان غالبًا ما يستخدمان بالتبادل، ولكن التبعية تتعلق بالفعل بالتأثيرات الفسيولوجية بينما يرتبط الإدمان بالسلوكيات. عادة ما يؤدي التوقف عن الاستخدام للمخدرات اعتمادًا (ولكن ليس دائمًا) ويؤدي إلى الانسحاب ويسبب متلازمة الامتناع.

فالإدمان هو الحاجة العاطفية والجسدية في كثير من الأحيان لأداء سلوك معين، سواء أكان يستهلك كميات كبيرة من الكحول، أو يتعاطون المخدرات غير المشروعة، أو يتصرفون في حالات إكراه أخرى. الإدمان لا يعني فقط الحاجة الجسدية لمادة أو الحاجة النفسية لأداء السلوك ولكن أيضًا سلسلة من السلوكيات المرتبطة بالحاجة الجسدية أو النفسية. يمكن أن تتسبب هذه السلوكيات في عواقب سلبية خطيرة، ليس فقط للفرد، ولكن أيضًا للآخرين الذين يحيطون بالفرد، مثل عائلته وأصدقائه وزملائه في العمل. يمكن للبالغين أن يصبحوا مدمنين على المواد القانونية، مثل الكحول، والسجائر، أو مسكنات الألم الموصوفة بالإضافة إلى مجموعة متنوعة من المواد غير القانونية، مثل الهيروين. كما يمكن أن يصبحوا مدمنين على السلوكيات القانونية، مثل المقامرة والتسوق (Gwinnell & Adamec, 2006, p. 3).

حسب ما قدّمه « Reynaud » (2016, p. 5) الإدمان يتميز بما يلي:

- الاستحالة المتكررة للسيطرة على السلوك الذي يهدف إلى إثارة المتعة أو التخلص من الشعور بالانزعاج الداخلي؛

- استمرار هذا السلوك رغم علمه بعواقبه السلبية.

الإدمان السلوكي يكون "بالتركيز على شيء ذي اهتمام فريد (أو منتشر للغاية)، والذي يصبح عبارة عن حاجة حقيقية أكثر منه رغبة فقط، واستمرار هذا السلوك على الرغم من عواقبه السلبية على الحياة الاجتماعية أو العاطفية أو على الصحة. لذلك يجب مراعاة أن السلوك يصبح مرضيًا عندما تتفوق العواقب الضارة على المتعة التي يتم الحصول عليها، وعلى الرغم من ذلك، يستمر الأمر" (Varescon, 2009, p. 11).

وفي نفس السياق يعرف الإدمان السلوكي على أنه "النمط المتكرر للسلوك على الرغم من العواقب السلبية، وانخفاض ضبط النفس، والانخراط القهري، والحاجة الملحة أو الرغبة الشديدة قبل الانخراط في السلوك. والإدمان السلوكي بكل أشكاله له حالة خلل مشابهة للانسحاب، وعادة ما تنطوي على التهيج والأرق والقلق والرغبة الشديدة. مع ذلك وعلى عكس انسحاب المخدرات، لا توجد أعراض انسحاب جسدي مهددة للحياة منه. الخلل في العلاقات المالية والتعليمية والمهنية والزوجية شائع في هذا النمط من الإدمان. ينتج عن المشاركة غير المتكيفة والمتكررة لهذه السلوكيات ضعفًا و/أو اضطرابًا كبيرًا إكلينيكيًا على المستوى الوظيفي للشخص، على غرار اضطرابات تعاطي المخدرات (Colon-Rivera, 2020, pp. 231 - 232). وبذلك الإدمان السلوكي يأتي نتيجة لعملية تفاعلية بين شخص ونشاط خارجي يكون متوفرًا للجميع، مما يؤدي إلى تجربة يتطور فيها الاعتماد النفسي بشكل رئيسي بسبب التأثيرات اللطيفة التي توفرها النشاطات. يمكن أن يكون لهذا الاعتماد، الذي ينتج عنه سلوك متكرر، وفقدان السيطرة، والتركيز والحاجة، عواقب سلبية على الشخص ومن حوله (Varescon, 2009, p. 12).

وقد وضع Goodman مجموعة من المعايير لتعريف "الاضطراب الإدماني":

أ. استحالة مقاومة النزوات لتحقيق هذا النوع من السلوك.

ب. شعور متزايد بالضغطة/التوتر الذي يسبق مباشرة بداية السلوك.

ج. المتعة أو الراحة خلال مدة الاستخدام (القيام بالسلوك).

د. الإحساس بفقدان السيطرة أثناء السلوك.

هـ. وجود خمسة معايير على الأقل من أصل التسعة التالية:

- الاهتمام المتكرر بموضوع السلوك أو التحضير له.

- شدة ومدة النوبات أكثر أهمية مما هو مطلوب أصلاً.

- محاولات متكررة للتخفيف من السلوك أو السيطرة عليه أو التخلي عنه.

- الوقت الذي يستغرقه التحضير للحلقات أو التعهد بها أو التعافي منها.

- تكرار حدوث الحلقات عندما يتعين على الشخص الوفاء بالالتزامات المهنية أو المدرسية أو الجامعية أو العائلية أو الاجتماعية.

- التضحية بالأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية الرئيسية بسبب السلوك.

- إدامة السلوك بالرغم من معرفة الشخص أنه يسبب أو يفاقم مشكلة اجتماعية أو مالية أو نفسية أو نفسية بشكل مستمر أو متكرر.

- التحمل الملحوظ: الحاجة إلى زيادة الشدة أو التكرار لتحقيق التأثير المطلوب، أو تقليل تأثير السلوك بنفس الشدة.

- التملل أو التهيح عندما يكون غير قادراً على الانغماس في السلوك.

و. بعض عناصر المتلازمة تستمر لأكثر من شهر وتكرر لفترة أطول (Couteron, 2015, p. 80).

3- الإدمان السلوكي والإدمان الإدماني:

يجب التفريق بين المقصود من الإدمان السلوكي ومن السلوكيات الإدمانية، فالإدمان السلوكي يقصد به الإدمان على نمط سلوكي محدد غير مادي (ليس بعقار مخدر) وإنما على ممارسة أو نشاط أو سلوك معين كاللعب المرضي أو الشراء أو تصفح المواقع الإباحية.... وهي "مجموعة من السلوكيات القهرية المستمرة والتي يشعر الناس برغبة ملحة في القيام بها، والتي بدونها يخشون من فقدان السيطرة أو نتيجة سلبية للغاية (Gidron, 2013). بينما السلوكيات الإدمانية أو الممارسات الإدمانية – أو بأكثر دقة، يجب أن يقال "الممارسات الاستهلاكية التي من المحتمل أن تؤدي إلى الإدمان" - تشمل جميع السلوكيات الإدمانية، وجميع سلوكيات الاستهلاك: وهذا يعني أن مفهوم الاستخدام يجب تضمينه حتى في التفكير (Reynaud, 2016, p. 6). أي أنها كلّ سلوك يقوم به الفرد من شأنه أن يؤدي إلى الإدمان كتدخين مجموعة من السجائر بشكل متتالي دون توقف أو كالتحضير الدائم للطعام أو شراء كميات كبيرة منه...

توجد العديد من العناصر الرئيسية في الإدمان، سواء كان الإدمان على المخدرات أو التسوق أو الجنس أو أشكال أخرى من السلوك. أولاً، يشعر الأفراد بانجذاب لا يقاوم لأداء السلوك، ويشعرون عمومًا أنهم لا يستطيعون مقاومة هذا الدافع. بعد ذلك، السلوك له عواقب سلبية. في كثير من الحالات، تكون صحة الشخص معرضة للخطر، مثل عندما يدخن أو يشرب عند الإدمان. في معظم الحالات، يتأثر الوضع المالي للفرد. ونتيجة لذلك، قد يلجأ الشخص إلى القيام بأعمال إجرامية من أجل الحصول على الأموال اللازمة لأداء السلوك الإدماني، أو لعروض مواقع الويب الإباحية مقابل دفع على الإنترنت، أو شراء المخدرات غير القانونية، أو المقامرة في المسار. عنصر آخر من الإدمان هو أن الفرد لا يمكنه القيام بهذا الإجراء مرة واحدة أو مرتين فقط ولكنه يستمر في رغبته في تكرار الفعل. العواقب المؤلمة من السلوك الإدماني لا تردع الفرد عن الإدمان.

يبدو أن العديد من الأشخاص الذين يعانون من الإدمان يندرون بمحفزات معينة. غالبًا ما تكون هذه الإشارات خفية ولا يفهمها الأفراد المتأثرون بها (كالرغبة في تدخين سيجارة بعد الأكل). يمكن للأفراد تعلم كيفية التعرف على سلوكياتهم الخاصة وإعادة برمجتها، على الرغم من أن القيام بذلك قد يكون صعبًا ولكن ليس مستحيلًا. تركز العديد من برامج العلاج على تعليم الأفراد المدمنين على التعرف على هذه الإشارات القوية والتغلب على استخدام عقار أو أداء سلوك. يمكن أن تساعد مجموعات الدعم المكونة من أفراد آخرين يواجهون نفس المشاكل. كما يمكن أن تساعد الأدوية في بعض الأحيان، اعتمادًا على طبيعة المشكلة. وقد يكون العلاج المتنوع مفيدًا أيضًا (Gwinnell & Adamec, 2006, p. 3).

4- أشكال الإدمان السلوكي:

1.4- القمار المرضي:

غالبًا ما يبدأ القمار المرضي في الظهور في مرحلة المراهقة عند الرجال، وبعد الرشد عند النساء. التبعية يمكن أن تحدث من أول اتصال مع اللعبة، وتتأسس غالبًا على مدى عدة سنوات من التطور الخبيث. ظاهرة الكسب الكبير (الفوز الكبير) تساهم في إشراك المقامر بقدر أكبر، وتعتبر كرمز لإمكانية الفوز الكبير عن طريق الرهان بالقليل. (Bonnaire & Coueron, 2015, p. 193). وحسب Adès & Lejoyeux (2001) تُعرّف المقامرة المرضية بأنها سلوك اللعب المتكرر والمستمر الذي له عواقب اجتماعية ومهنية وشخصية سلبية (Bonnaire, 2009, p. 50). وتكون المقامرة عادة في ألعاب الحظ، وهذه الأخيرة تتوافق مع نشاط تعتمد نتائجه بشكل رئيسي أو كلي على الصدفة وينطوي مسبقًا على استثمار لا رجعة فيه للمال أو في شيء ذي قيمة. و"فعل الرهان" هو الذي يحدد ممارسة الألعاب العشوائية (ألعاب الحظ) ويتميز بالالتزام بهذا الرهان. يجب استيفاء ثلاثة شروط في هذا النوع من الألعاب: يراهن اللاعب بالمال أو بشيء ذي قيمة؛ لا يمكن استرجاع هذه الحصة بمجرد وضعها؛ وتعتمد نتيجة اللعبة على الصدفة (Bonnaire, 2009, p. 49). وهناك عدة أنواع من المقامرة التي تعتمد على وضع الرهان والصدفة في النتائج نذكر منها اللعب بالأوراق وبالآلات المختلفة (الموجودة عادة في الكازينوهات وصالات القمار) والمراهنة على السباقات (الخيول والسيارات) وعلى نتائج المباريات...

أ. معايير تعريف المقامر المرضي:

يعدد Bergler (1957) ستة معايير تحدد اللاعب المرضي (Bonnaire & Couteron, 2015, p. 193):

- المخاطرة المعتادة؛
- الاهتمام الحصري باللعبة؛
- لا تؤخذ العبرة من الهزيمة.
- لا يتوقف عندما يفوز، ويمثل هذا المكسب عقدا مع القدر الذي سيسمح له بالفوز بشكل دائم؛
- على الرغم من القرارات الأولية العقلانية، ينتهي دائمًا بالمرهنة بمبالغ كبيرة؛
- بين بداية اللعبة ونهايتها، يعاني من توتر/ضغط مؤلم لطيف يسعى المقامر دائمًا إلى إيجاد.

ب. المراحل المختلفة لتطور القمار المرضي:

حسب (Valleur & Matysiak, 2006) المقامر المرضي يمر بسلسلة من المراحل النمطية:

- مرحلة المكاسب الأولية (مرحلة الفوز) وتصعيد اللعب، يتكوّن لدى المقامر وهم إتقان اللعبة. تثبت التبعية مع الاعتقاد بأن اللعب سيعيق التأثيرات المزعجة (كالملل، الحزن، القلق...);
- مرحلة الخسارة، التي تتميز بخيبة أمل تدريجية وفشل استراتيجيات المقامر ومعتقداته. يتناوب الاكتئاب والإثارة مع الخسارة والريح. التفاؤل المرضي يجعل المقامر يشترك في مرحلة يلعب فيها "للتعويض". سلوك المقامرة في الحياة اليومية يتم استشعاره من خلال: التغيب الأسري والمهني، الأكاذيب، واستخدام الحيل وإخفاء الموقف؛
- مرحلة اليأس وتحديث بعد فترة طويلة من الخسارة. غير قادر على التوقف عن القمار ومقتنعًا بأنه يمكنه دائمًا الفوز بفوز كبير، يستخدم المقامر السلوك الإجرامي للحصول على المال. فتظهر عليه اضطرابات في النوم وفي الأكل، التهيج والانفعالات الارتبابية. اليأس والعزلة، مهددا بفقدان الوظيفة والزوجة، مليء بالديون، وحتى المشاكل القانونية، تتجلى أمام المقامر أربعة "خيارات": إما الانتحار، أو السجن، أو طلب المساعدة أو الهرب (Bonnaire & Couteron, 2015, pp. 193 - 194).

2.4- الإدمان الإلكتروني:

يمكن تعريف الاعتماد الإلكتروني (السيبراني) على أنه التبعية للعالم الافتراضي عبر شبكة الإنترنت الذي يترجم بالحاجة إلى الاتصال الذي لا يتوافق مع المتطلبات الحقيقية للشخص. هذه الضرورة إلى الاتصال تفي بالحاجة، وتوفر الارتياح وتكون لها وظيفة. وقت الاتصال يزداد طولًا، والقلق بشأن الحاجة إلى الاتصال تكون له تداعيات أكثر أو أقل سلبية على حياة الشخص. في الواقع، في بعض الحالات يمكن اعتبار الإنترنت وسيلة لإشباع إدمان من نوع آخر (المقامرة، الجنس...). حسب (Nayebi, 2007) هذا هو السبب في تحديد أنواع عديدة من الإدمان الإلكتروني: التبعية

ذات الطبيعة الجنسية؛ التبعية للألعاب الإلكترونية؛ الإدمان الإلكتروني ذو الطابع العلائقي (الدردشة، المنتديات...): أيضاً ما يسمى بالإدمان الإلكتروني "العام" أين تكون الحاجة إلى الاتصال بالإنترنت بحيث لا يكون المحتوى مميزاً بشكل خاص؛ التجميع السيبراني أو "التجميع الإلكتروني" الذي يتعلق بسلوك جمع المحتوى والمعلومات على الشبكة؛ الإدمان الإلكتروني المتعلق بالإنفاق، الذي يقابل الإنفاق على القمار والتسوق والمضاربات التجارية (البورصة) القهرية (Bonnaire & Varescon, 2009, pp. 107 - 108).

كشفت الدراسات حول استخدام الهاتف المحمول عن بعض أكثر الأعراض المميزة للاعتماد لدى المراهقين، وتشمل هذه الأعراض الاستخدام المفرط؛ مشاكل مع الوالدين بسبب الاستخدام المفرط؛ التداخل مع الأنشطة المعتادة؛ زيادة في الاستخدام للوصول إلى نفس مستويات الرضا، بما في ذلك الجهود المبذولة للحصول على نماذج إلكترونية وأجهزة جديدة؛ والحاجة إلى استخدام الهاتف بشكل متكرر (Levesque, 2011, p. 57).

إن طول الوقت الذي يستغرقه مستخدم الإنترنت ليعتبر مدمناً على الإنترنت يكون حوالي 40 ساعة في الأسبوع. لكن لا تحتسب في هذه الساعات الأربعين الوقت الذي يقضى على الإنترنت للعمل. أشارت بالفعل Young (1996) إلى أن متوسط الوقت الذي يقضيه على الإنترنت الأشخاص المدمنون إلكترونياً يبلغ 38.5 ساعة مقارنة بـ 4.9 ساعات للمستخدمين غير المدمنين. بالإضافة إلى وقت الاتصال، تحتفظ Young بمعيار نوع الاتصال. وتوصلت إلى الاستنتاج التالي: يستخدم المدمنون التطبيقات التي تنطوي على المعاملة بالمثل في التواصل (ألعاب الشبكة، والبريد الإلكتروني، والدردشات...) بينما يستخدم الأشخاص غير المدمنين الإنترنت في المقام الأول للبحث عن المعلومات (Bonnaire & Varescon, 2009, p. 109).

3.4- إدمان التسوق Oniomania:

يختلف التسوق القهري وإدمان الشراء عن الجمع (collectionnisme) والشراء المرتبط باضطراب عقلي (نوبة الهوس أو الهذيان). إنه اتجاه سلوكي مليء باللذة مدعوم برغبة لا يمكن كبحها، يؤدي إلى الشراء المندفع لأشياء مفيدة أو غير مفيدة، في عدة نسخ، وقليلة الاستخدام وتكادس ليتم التخلي عنها. لا يقبل الإحباط ولا يمكن تأجيل الرغبة، فكل رغبة يجب تلبيتها. يتشكل رفضاً للنقص كما لو أن هناك جشع دائم، ليسيطر التوتر على السلوك عند غياب سلوك الشراء. حسب Charry & Bobet (1997) يوفر المال متعة فورية، ويوفر الإنفاق غير المحدود والمتهور "حالة من الثمالة دائمة" ومن النشوة. هذا التخفيف يكون قصير الأمد، فتجديد المشتريات يتم مع عواقب مالية كبيرة، وديون وحتى شعور بالبؤس، وأحياناً القيام بالأعمال الإجرامية والسرقات والاختلاس...

حسب Adès & Lejoyeux (2002) الهدف من الشراء هو "الاستمتاع" و"الإمتاع" لملء الحاجة وملء الفراغ الداخلي وتعويض الفشل النرجسي من خلال الشراء والحيازة. الحمى والإثارة، والنشوة والفرحة في وقت الشراء يعقها الفراغ، والتعب، والقلق، والعزلة، والوحدة، مما يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي، وفي أعقاب ذلك، فقدان شديد لاحترام الذات (Bonnaire & Couteron, 2015, p. 217).

سنة 1994، وصفت Susan McElroy الشراء القهري باستخدام المعايير التالية (Romo, 2009, p. 20):

- تتشكل الأفكار المسيطرة والمحرجة حول التسوق أو حول سلوكيات شرائية غير الملائمة، مع نزوات من تسوق يعيشها الفرد وكأنتها طفيلية لا يمكن كبحها، وشراء متكرر لأشياء غير ضرورية ويفوق القدرات المالية، واستغراق وقت أكثر من اللازم في التسوق الاحتكاري.

- تثير هذه الأفكار والسلوكيات انزعاجًا ملحوظًا على المستوى الاجتماعي والأسري، مصحوبًا بصعوبات مالية.

- لا يحدث هذا السلوك الشرائي المفرط خلال فترات الهوس أو الهوس الخفيف.

4.4- إدمان الجنس:

حدد CIM-10 مجموعة معايير لتشخيص "النشاط الجنسي المفرط"، وهنا يجب التمييز بين الإدمان الجنسي عن اضطرابات الوظيفة الجنسية (العجز الجنسي على سبيل المثال) والانحرافات الجنسية (التعري، الولع الجنسي بالأطفال) التي يمكن أن يكون لها بعد إدماني، الفرد يحاول إيقاف سلوكه دون أن ينجح في ذلك. فحسب Matysiak & Valleur (2003) "الإدمان على الجنس لا يعني الانحراف في اختيار الموضوع أو في طريقة الممارسات الجنسية. بل هو تبعية قهرية للفعل الجنسي، سواء كان حقيقيا أو متخيلا، والذي يصبح مركز الوجود للفرد، وتصبح له الأسبقية على الاستثمارات الأخرى دون تحقيق الرضا الحقيقي. هناك عدّة مراحل غير إدمانية ومرحلتين إدمانيتين: مرحلة يعتقد فيها الشخص أنه يستطيع استعادة السيطرة بمفرده وأخرى يدرك فيها أنه لا يستطيع القيام بذلك ما ميز الإدمان".

ويحدد Matysiak (2007) نوعين من الأشخاص، بعضهم قريب من الإدمان على الحب، ويقوم بمغامرات جنسية متكررة، والبعض الآخر لديه سلوكيات استمناة متكررة أثناء الاستخدام الكبير للمواقع الإباحية.

شبكة الإنترنت أدت إلى ظهور شكل معاصر للإدمان الجنسي يبدأ في سن مبكرة ويتطور بسرعة. يتخوف المختصين من حقيقة أنه مقارنة بالجنس غير المتصل بالإنترنت، فإن الأفراد الذين يشاركون على الإنترنت سيكون لديهم سلوكيات جنسية أكثر خطورة، بالإضافة إلى ذلك، فإن التعرض المبكر للصور الإباحية من شأنه أن يعطل التطور الكيميائي العصبي والجنسي والاجتماعي للشباب (Bonnaire & Coueron, 2015, p. 219).

5.4- إدمان العلاقات العاطفية:

تكون العلاقات العاطفية الإدمانية إما في شكل تبعية صاخبة ومحفوفة بالمخاطر تغزو حياة الشخص بأكملها، أو تبعية مخدرة وروتينية. حسب Audibert (2011) الحاجة القهرية للآخر هي مصدر المعاناة، لكن هذا السلوك يتميز باستمراره على الرغم من العواقب السلبية. والآخر يستهلك بجشع، إنه يشفي معاناة النقص والوحدة ولكن يجب أن يكون متاحًا بشكل دائم. يقترح العديد من الباحثين معايير لتحديد الحب المرضي أو إدمان الحب. حسب Poudat (1997) يجب التمييز بين العلاقة الإدمانية مع شريك ثابت (زوجان مدمنان) والاستهلاك العاطفي للشركاء من أجل البحث عن أحاسيس قوية. الأول هو علاقة من النوع النشط حيث يتغذى كل منهما على الآخر ويوجد فقط من خلال الآخر. والثاني هو البحث عن علاقة مكثفة وقصيرة العمر، تتكرر مع شركاء مختلفين على خطى الشره المرضي العاطفي والرفض.

يميز Valleur (2007) بين شغف الحب والاعتماد المتبادل. فشغف الحب، هو شغف مشترك بعد حب متبادل من النظرة الأولى. ويوضح جانبا لاختيار موضوع الحب، الذي يصبح نوعاً من التحدي. مدمني الحب هم من يبحثون عن الإحساس القوي بالحب من النظرة الأولى وعلى حقيقة الوقوع في الحب بحماس. لكنهم يتعدون عن العلاقة بمجرد أن تصبح مستقرة إلى حد ما، مفضلين شدة اللقاء الذي يمنحها أول مرة. أما الاعتماد المتبادل هو علاقة الاعتماد على الآخر، يقوم الزوجان بتحسين أنفسهما ضد التغيير ويبحثان عن العزلة. يمكن أن تكون التبعية للزوج المدمن على الكحول أو المخدر أو الجنس وبالتالي يكون هذا الزوج مسيئاً (Bonnaire & Couteron, 2015, p. 221).

6.4- الإدمان على الأكل:

هنالك العديد من السلوكيات التي تربط بين الأكل وبين الإدمان، منها اضطرابات الأكل التي تتطور بشكل رئيسي في فترة المراهقة ويمكن أن تحدث أيضاً أثناء التقاعد أو الشيخوخة (Bonnaire & Couteron, 2015). وما يعرف "بفقدان الشهية العصبي والشهية العصبية" هي أمراض مزمنة تتطور بشكل رئيسي في مرحلة المراهقة. الأشكال السابقة للبلوغ والمتأخرة (بعد خمس وعشرين سنة) تكون أكثر ندرة. في الوقت الحاضر، لا يزال أصل هذه الاضطرابات غير معروف كما هو الحال مع العديد من الاضطرابات النفسية" (Brouwer, Mirabel-Sarron, & Pham-Scottez, 2009, p. 136).

فقدان الشهية وهو مرض يخص النساء، من بين أهم أعراضه: تقييد الطعام (إنقاص كمياته المسموحة للأكل) وفقدان الوزن. القيود الغذائية تكون طوعية مع الحفاظ على الشعور بالجوع (Bonnaire & Couteron, 2015). وفقاً لـ DSM IV-TR (2000)، فقدان الشهية العصبي (anorexia nervosa) هو اضطراب تقييدي للسلوك الغذائي، يتناقض استمراره وشدته مع الغياب الواضح لاضطرابات عقلية كبرى. يتميز برفض تناول الطعام كاستجابة للصراع النفسي، ورفض الحفاظ على الحد الأدنى الطبيعي للوزن، والخوف الشديد من اكتساب الوزن واعتلال كبير في إدراك شكل أو حجم جسده. ويعتبر CIM-10 أن الشخص يعاني من فقدان الشهية من بين أمور أخرى، عندما يكون مؤشر كتلة الجسم (BMI مؤشر كتلة الجسم) مساوياً أو أقل من 17.5. الذي تم تطويره بواسطة Quetelet (1835) ويتم حسابه بقسمة الوزن على الطول (يكون مؤشر كتلة الجسم الطبيعي بين عشرين وخمسة وعشرين). من الواضح أن هذا المؤشر يجب أن يكون مدعوماً ببيانات إكلينيكية أخرى مثل الخوف الشديد من اكتساب الوزن بينما يستمر الوزن في الانخفاض (Brouwer, Mirabel-Sarron, & Pham-Scottez, 2009, p. 136).

الشهية المرضية هو الإفراط في سلوك الأكل مما يثير فقداننا للسيطرة على الأكل ما يحدد السلوك الإدماني (Bonnaire & Couteron, 2015). والشهية العصبي (bulimia nervosa) تم تعريفه من قبل Russell (1979) على أساس ثلاث خصائص إكلينيكية أساسية: نزوات لا تقاوم ومقنعة لتناول الطعام بإفراط، واستراتيجيات للسيطرة على زيادة الوزن، والخوف المرضي من اكتساب الوزن. أضاف كل من Fairburn and Gardner (1986) إلى هذه المظاهر المرضية "تقييداً غذائياً صارماً" من أجل تعويض نوبات الشره، وتم إعطاء أزمة الشره المرضي "الشعور بفقدان السيطرة على النظام الغذائي" الذي يعطي قيمة كبيرة في التشخيص. ووفقاً لـ DSM IV-TR (2000)، يتميز الشره المرضي بشكل رئيسي بحدوث الإفراط في تناول الطعام واستخدام طرق تعويضية غير مناسبة لتجنب زيادة الوزن. بالإضافة إلى ذلك، يتأثر احترام الذات كثيراً بشكل الجسم والوزن (Brouwer, Mirabel-Sarron, & Pham-Scottez, 2009, p. 136).

7.4- الإدمان على الحركة الجسدية:

الإدمان على النشاط البدني يعني المشاركة في النشاط البدني (المعتدل إلى النشط) مما يؤدي إلى سلوك قهري مفرط ولا يمكن السيطرة عليه تجاه هذا التمرين البدني. يتجلى من خلال الأعراض الفسيولوجية والنفسية. تتم ممارسته بإفراط في تكراره وفي المدة. غالبًا ما يكون مرتبطًا برغبة لا يمكن كبحها لمواصلة ممارسة الرياضة البدنية على الرغم من الإصابة أو المرض أو التعب أو الالتزامات الشخصية الأخرى. يتم تعريف الإدمان على النشاط البدني على أنه حاجة شديدة للتمرين الذي ينتج عنه نشاط بدني شديد ويولد أعراض فسيولوجية و/أو نفسية. في الواقع، أثناء الحرمان من التمارين، تظهر أعراض الانسحاب مثل القلق، والتعب، والتهييج، والإجهاد، أو إنتاج سلوك الاستبدال (Bonnet & Bréjard, 2009, pp. 239 - 240).

بحيث تؤدي الحاجة الشديدة إلى سلوك قهري ومفرط وممارسة بدنية كثيفة في التواتر والمدة، مرتبطة بدافع لا يقاوم للاستمرار على الرغم من الإصابات أو التعب أو الالتزامات الشخصية. يولد أعراض فسيولوجية (إصابات متكررة) ونفسية (يؤثر سلبيًا عند عدم القدرة على ممارسة). ولقد أثارت أهمية العواقب السلبية للممارسة المفرطة موضع تساؤل حول مصطلح "الإدمان الإيجابي" الذي قدمه Glasser (1976). يجب إجراء التشخيص التفريقي لاضطراب الأكل، ويجب تمييز هذا الاعتماد الأساسي عن الاعتماد الثانوي حيث يتم استخدام التمارين البدنية للتحكم في الوزن أو تغيير الحجم (Bonnaire & Couteron, 2015, p. 224).

8.4- إدمان العمل:

ظهر هذا النوع من الإدمان في السبعينيات، حسب Burke (2006) يمكن إدراك إدمان العمل بشكل إيجابي (مدمني العمل المتحمسين الذين يشعرون بالرضا ولديهم ميل قهري إلى العمل) أو بشكل سلبي (إنهم غير راضين، ولديهم مشاركة عالية وسلوك شديد). في حالة الإدمان يتم تحويل العمل عن هدفه الموضوعي، الفرد يسعى دائمًا إلى العمل بمزيد من الطاقة. وهو إكراه دائم يستمر على الرغم من العواقب السلبية على الصحة البدنية أو الحياة الاجتماعية. على الرغم من الزيادة في الدراسات التجريبية لإدمان العمل، لا يوجد إجماع على تعريفه. ومع ذلك، نظرًا لتأثيرها على الأسرة والحياة الشخصية للفرد، فإن العديد من الكتاب يصوره على أنه إدمان حقيقي وإدراكه كإدمان إيجابي أصبح اليوم أمرًا قديمًا (Bonnaire & Couteron, 2015, p. 225).

وقد عرف إدمان العمل على أنه علاقة مرضية بين الفرد وبين عمله. يتميز هذا بالقهر (compulsion) على تكريس المزيد من الأهمية والوقت والطاقة للعمل. إنها ليست ظاهرة مؤقتة بعد عبء العمل الثقيل في وقت محدد؛ على العكس من ذلك، هذه الظاهرة متكررة ودائمة، مهما كانت الظروف المهنية والتداعيات من حيث الصحة وعلاقات الزمالة والصداقة، الودية والعاطفية (Bouteyre, 2009, p. 205).

المضاعفات متكررة: اضطرابات اكتئابية وأمراض جسدية مرتبطة بالضغط وأمراض القلب التاجية وأحيانًا الإرهاق، وخاصة في حالة البطالة، ومن الشائع ملاحظة استهلاك كبير للكحول. يمس هذا الاضطراب الطبقة الاجتماعية المتوسطة أو العليا. عوامل الخطر هي عوامل فردية (مثل: التماس الاعتراف من خلال العمل، التحكم في القلق)، مهنية

(مثل: طرق الإدارة الجديدة) والاجتماعية-الثقافية (مثل: ثقافة الأداء، تكنولوجيا المعلومات والاتصالات). عنصران إكلينيكيان يجب النظر فيهما، إنكار الاضطراب والانتكاسات المتكررة (Bonnaire & Couteron, 2015, p. 226).

5- الخاتمة:

بطبيعة الحال أشكال الإدمان السلوكي ولا تقتصر فقط على الأشكال المذكورة سابقا في هذا المقال، بل هناك أشكال أخرى كالإدمان على الجريمة، والإدمان على العلاج النفسي، والإدمان على عمليات التجميل والإدمان على الإثارة والمغامرات... وكلها غيرها تشترك في الرغبة القهرية التي تدفع بالفرد نحو القيام بالسلوك للتخفيف من حدة التوتر والقلق والضغوط الذي يشعر به الفرد، والسلوك الذي يقوم به تكون له نتائج سلبية عليه (على صحته وعلى علاقته وعلى وضعيته الاقتصادية والمهنية)، وعند انتهاء السلوك يشعر الفرد بحالة من الاكتئاب والعزلة، وقد يقدم الفرد على القيام بسلوكيات إجرامية وسلوكيات منحرفة لتحقيق هذا السلوك.

وبذلك فالاعتماد على العقار (كحولا كان أم مخدر) ليس فقط ما قد يؤثر سلبا على الفرد وعلى المحيطين به، وإنما هناك نمط آخر من السلوكيات يؤدي إلى الإدمان (خاصة عند التكلم من الناحية النفسية) وتكون له نتائج سلبية كثيرة ليست بأهمية أقل من تلك التي تسببها المواد. وظهور الإدمان السلوكي كان نتيجة للتقدم العلمي والتكنولوجي والانفتاح الثقافي والاقتصادي، وأصبح هناك سوء في الاستهلاك والاستخدام لسلوكيات معينة. لكن على الرغم من العواقب السلبية لهذا الاضطراب إلا أنه يمكن معالجته بعدة طرق مختلفة وذلك حسب طبيعة الشخص وطبيعة الإدمان، ويبقى الدعم من المحيطين من أهم عوامل الحماية.

6- المراجع:

1. عفاف محمد عبد المنعم. (2003). الإدمان: دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
2. فاطمة صادقي. (جوان 2014). الآثار النفسية للإدمان على المخدرات. دراسات نفسية وتربوية، 191 - 202.
3. محمد مياسا. (1997). مأساة الإدمان: الإدمان سيكولوجيا وقاية وعلاج. بيروت: دار الجيل للنشر والطباعة والتوزيع.
4. Bonnaire, C. (2009). L'addiction aux jeux de hasard et d'argent: casino, champs de courses et jeux de grattage. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 49 - 106). Belgique: Mardaga.
5. Bonnaire, C., & Couteron, J.-P. (2015). Autres addictions comportementales. Dans A. Morel, J.-P. Couteron, & P. Fouilland, *Addictologie* (éd. 2, pp. 216 - 233). Paris: Dunod.
6. Bonnaire, C., & Couteron, J.-P. (2015). Jeu pathologique. Dans A. Morel, J.-P. Couteron, & P. Fouilland, *Addictologie* (éd. 2, pp. 193 - 203). Paris: Dunod.
7. Bonnaire, C., & Varescon, I. (2009). La cyberdépendance. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 107 - 132). Belgique: Mardaga.
8. Bonnet, A., & Bréjard, V. (2009). Addiction à l'activité physique. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 237 - 266). Belgique: Mardaga.

9. Bouteyre, É. (2009). L'addiction au travail. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 205 - 235). Belgique: Mardaga.
10. Brouwer, A.-C., Mirabel-Sarron, C., & Pham-Scottez, A. (2009). Les troubles des conduites alimentaires. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 133 - 203). Belgique: Mardaga.
11. Colon-Rivera, H. A. (2020). Behavioral Addiction. In C. Marienfeld, *Absolute Addiction Psychiatry Review* (pp. 231 - 244). Switzerland: Springer Nature.
12. Couteron, J.-P. (2015). Le concept d'addiction. Dans A. Morel, J.-P. Couteron, & P. Fouilland, *Addictologie* (éd. 2, pp. 79 - 89). Paris: Dunod.
13. Gidron, Y. (2013). Addictive Behaviors. In T. J. Gellman M.D., *Encyclopedia of Behavioral Medicine*. New York: Springer.
14. Gwinnell, E., & Adamec, C. (2006). *The Encyclopedia of Addictions and Addictive Behaviors*. New York: Facts On File.
15. Kalant, H. (2001). Addiction: concepts and definitions. In R. Carson-Dewitt, *Encyclopedia of drugs, alcohol, and addictive behavior*. New York: Macmillan Reference.
16. Levesque, R. J. (2011). Addiction. In R. J. Levesque, *Encyclopedia of Adolescence*. New York: Springer.
17. Pocilyko, P. J., & MacMillan, T. (2018). Evolution of Addiction Terminology. In T. MacMillan, & A. Sisselman-Borgia, *New Directions in Treatment, Education, and Outreach for Mental Health and Addiction* (pp. 9 - 24). Switzerland: Springer.
18. Preyde, M., & Adams, G. (2008). Foundations of Addictive Problems: Developmental, Social and Neurobiological Factors. In C. A. Essau, *Adolescent Addiction: Epidemiology, Assessment and Treatment* (pp. 3 - 16). London: Elsevier.
19. Reynaud, M. (2016). Comprendre les addictions: L'état de l'art. Dans M. Reynaud, L. Karila, H.-J. Aubin, & A. Benyamina, *Traité d'Addictologie* (pp. 3 - 28). Paris: Lavoisier Médecine Science.
20. Romo, L. (2009). L'addiction aux achats. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 19 - 47). Belgique: Mardaga.
21. Varescon, I. (2009). Introduction: Les addictions comportementales : définitions, évolution du concept et questions. Dans I. Varescon, *Les addictions comportementales* (pp. 11 - 18). Belgique: Mardaga.

كيفية الاستشهاد بهذا المقال حسب أسلوب APA :

بوكراع إيمان (2020)، الإدمان السلوكي: التطور في المفهوم والأشكال ، مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، المجلد 11(العدد 01 م)، الجزائر: جامعة زيان عاشور الجلفة، ص.ص 207-220.