

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

رقم التسجيل:.....

الرقم التسلسلي:.....

جامعة منتوري قسنطينة

كلية العلوم الانسانية و الاجتماعية

قسم علم النفس و العلوم التربوية

الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى المعرفي السلوكي

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي

تخصص علاج نفسي

إشراف الأستاذ الدكتور:

موسى هاروني

تناقش يوم:...../...../.....

إعداد الطالبة:

نهى بوخروفة

أعضاء لجنة المناقشة :

جامعة منتوري قسنطينة	رئيسا	الهاشمي لوكيا
جامعة منتوري قسنطينة	مشرفا ومقروا	موسى هاروني
جامعة منتوري قسنطينة	عضوا	فاطمة الزهراء سلاحي
جامعة خنشلة	عضوا	عبد القادر باديس

السنة الدراسية 2010 – 2011

ملخص الدراسة

يتمحور موضوع الدراسة الحالية حول "الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى المعرفي السلوكي"، حيث هدفت الدراسة:

إلى تحديد الأفكار الخاطئة لدى المدمن على المخدرات.

العمل على تغيير الصيغة المعرفية للأفكار.

وللإجابة على تساؤلات الدراسة تم افتراض الفرضيات التالية:

1- الأفكار المعرفية الخاطئة عامل أساسي لتمسك المدمن بالمخدرات.

2- تغيير الصيغة المعرفية لها عن طريق تصحيح الأفكار يساعد المدمن على التخلص من الإدمان.

وتم استخدام المنهج الاكلينيكي الأنسب لموضوع الدراسة و الذي أدواته الأساسية دراسة الحالة، وذلك بالاعتماد على المقابلة العلاجية وتطبيق قائمة المكونات المعرفية حول الإدمان على المخدرات التي تم إعدادها من قبل "أمزيان الوناس" وتقنية تصحيح الأفكار وتعديل السلوك وفق المنحى المعرفي السلوكي لأرون بيك كأدوات أساسية للدراسة، على عينة مكونة من أربع حالات من المدمنين على المخدرات بغض النظر عن نوعية المادة المتعاطاة.

وقد تمت إجراءات الدراسة الحالية في العيادة النفسية التابعة للباحثة في الحدود الجغرافية لولاية "باتنة".

وبعد البحث النظري و التطبيق الميداني أسفرت النتائج عن تحقق فرضيات الدراسة.

فهرس المواضسع

المواضوع	الصفحات
مقدمة.....	09.....

الجانب النظرس

الفصل الأول : إشكالية الدراسة وتساؤلاتها

1- الإشكالية	13.....
2- أهداف الدراسة.....	15.....
3- أهمية الدراسة.....	15.....
4- الدراسات السابقة	16.....
5- فرضيات الدراسة	24.....
6- التحدس الإجرائس لمتغسرات الدراسة	24.....

الفصل الثاني : الإدمان

تمهس	26.....
1- تعرف الإدمان.....	27.....
2- مصطلحات الإدمان	29.....

- 3- النظريات المفسرة للإدمان 32
- 4- الأسباب المؤدية للإدمان 39
- 5- مضاعفات الإدمان 43
- 6- البروفيل النفسي للمدمن 47
- 7- مراحل الإدمان 50
- خلاصة 56

الفصل الثالث : العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد 58
- 1- التعريف بأرون بيك 59
- 2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي 60
- 3- تاريخ وتطور العلاج المعرفي السلوكي 63
- 4- النموذج العلاجي لأرون بيك 66
- 5- أسس ومبادئ العلاج المعرفي السلوكي 67
- 6- المميزات والخصائص العامة للعلاج المعرفي السلوكي 69
- 7- أهداف العلاج المعرفي السلوكي 72
- 8- أوجه الاختلاف و التمايز بين "بيك" و "أليس" 73
- 9- الأفكار الأوتوماتيكية حسب "بيك" 74
- 10- الحالة التي يستعمل فيها العلاج المعرفي السلوكي 79

80.....خلاصة

الفصل الرابع : التقنية العلاجية

82..... تمهيد

83..... 1- أسس العملية العلاجية حسب "بيك"

88..... 2- فنيات تحديد الأفكار الخاطئة الأوتوماتيكية

90..... 3- سجل مراقبة الأفكار الذاتية

92..... 4- صعوبات تحديد الأفكار السلبية الخاطئة

96..... 5- مراحل العلاج المعرفي السلوكي للإدمان

98..... 6- تركيب وبناء جلسة العلاج المعرفي السلوكي

99..... 7- بروتوكول الجلسات العلاجية المقترح للعلاج

106..... خلاصة

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

108..... 1- منهج الدراسة

109..... 2- عينة الدراسة

109..... 3- حدود الدراسة

110..... 4- أدوات الدراسة

الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج

116.....	1- عرض حالات الدراسة
116.....	1-1- الحالة الأولى
116.....	1-1-1- تقديم الحالة
118.....	1-1-2- عرض وتحليل الحالة
142.....	1-2- الحالة الثانية
142.....	1-2-1- تقديم الحالة
145.....	1-2-2- عرض وتحليل الحالة
153.....	1-3- الحالة الثالثة
153.....	1-3-1- تقديم الحالة
155.....	1-3-2- عرض وتحليل الحالة
162.....	1-4- الحالة الرابعة
162.....	1-4-1- تقديم الحالة
164.....	1-4-2- عرض وتحليل الحالة
167.....	2- مناقشة النتائج
167.....	2-1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
169.....	2-2- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة
171.....	3- مناقشة عامة

174..... إقتراحات -4

175..... الخاتمة

قائمة المراجع.

الملاحق.

فهرس الجدول

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
85	سجل المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية حسب "بيك"	1
89	جدول الأفكار الآلية وكيفية تجاوزها "بيك" 1995	2
93	جدول تحديد الأفكار الأوتوماتيكية	3
95	سجل المتابعة اليومية	4
96	جدول تغيير الأفكار الأوتوماتيكية	5
97	جدول استقراء المسلمات	6

فهرس الأشكال

الصفحة	عناوين الأشكال	رقم الشكل
27	مخطط تمثيل الواقع	1
28	نموذج التفاعل باندورا 1977	2
30	التداخل بين المعرفي و السلوكي في حالة الإدمان حسب النموذج المعرفي لبيك	3
45	الدورة الإدمانية	4
81	رسم تخطيطي للمفهمة المعرفية لجوديت بيك 1995	5
99	مخطط العمل مع المدمن على المخدرات	6

مقدمة

تعتبر مشكلة الإدمان على المخدرات في الوقت الراهن من أكبر المشكلات التي تعاني منها دول العالم بأكمله على اختلاف أنظمتها السياسية وتوجهاتها الاجتماعية و الاقتصادية، فلم تقتصر تداعيات وآثار هذه الظاهرة على الفرد (المدمن) فحسب بل تجاوزتها إلى المجتمع ومؤسساته المختلفة نظرا لما تسببه من خسارة للجهد الفردي الذي يفترض به المشاركة الفعالة و المثمرة في عملية التنمية الاجتماعية و الاقتصادية، مما يكلف المجتمع عناء الرعاية النفسية و الصحية به عوض أن يكون فردا منتجا يفيد مجتمعه ويستغل جهده وطاقته في عملية البناء و التنمية، فالإدمان مرض مزمن يؤثر على أداء الفرد لوظائفه في العائلة و العمل و المجتمع، ويصاحب بوجود اشتياق قهري غير مسيطر عليه، وبحث مستمر عن المخدر و الاستمرار في استخدامه رغم العواقب السلبية التي يسببها .

فالطريق إلى الإدمان و الاعتماد على المواد المخدرة يبدأ بتناول المخدر، ومع مرور الوقت فإن قدرة الشخص على الاختيار بين تناوله أو عدم تناوله تتأثر، إذ يصبح البحث عن المخدر فعلا قهريا ويرجع هذا وبجزء كبير منه إلى تأثير الاستخدام الطويل للمخدر على وظائف الدماغ وبالتالي السلوك، وبما أن الرغبة الملحة لاستخدام العقاقير يمكن أن تستمر طوال حياة الفرد، فإن الإدمان يشمل بالإضافة إلى الرغبة الشديدة لاستخدام المخدر طيف واسع من اضطرابات السلوك، وبالتالي التأثير على أدائه الوظيفي داخل الأسرة و العمل و المجتمع، و يمكن أن يضع الإدمان الأشخاص في مواجهة الإصابة بأمراض كثيرة ويكون هذا نتيجة التغيير الذي يطرأ على سلوكهم و العادات الصحية و الظروف المعيشية المصاحبة للإدمان، أو نتيجة التأثير السام للعقاقير، ولأن الإدمان يعطل جوانب عدة من حياة الفرد فعلاج هذا الاضطراب ليس سهلا ويجب أن يشتمل على عوامل عديدة كل واحد منها يتعامل مع جانب معين من الاضطراب وآثاره السلبية، وفي المحصلة يجب أن يساعد الفرد عن التوقف عن استخدام العقاقير ومنع حدوث الانتكاس واستعادة قدراته و العودة إلى المجتمع بقوة وفعالية، ولأنه مشكلة متعددة الجوانب و العوامل أين تلعب كل

من العوامل الاجتماعية و الفيزيولوجية و النفسية دورا هاما في إحداث الاعتماد البدني أو النفسي على المخدرات بما في ذلك العوامل المعرفية التي تعتبر عاملا هاما يدفع بالفرد للتمسك بالإدمان على المخدرات ويفسح له المجال لتبني أسلوب إدماني للحياة، فإن ذلك تطلب مجالا أوسع للتفكير في وضع استراتيجيات علاجية أكثر تطورا لعلاج المدمن على المخدرات، و لن يأتي ذلك إلا من خلال رسم تصور متكامل على المسببات الأساسية في الإدمان وهذا إجراء يجب أن نلم به قبل الشروع في أي إجراء علاجي إذ أن نجاح العملية العلاجية أو فشلها يتوقف عليه بصورة كبيرة.

وقد أصبح من غير الممكن في الوقت الراهن الحديث عن مساهمات علاجية للتكفل بالمدمن دون الإشارة إلى الاتجاهات التي تطورت في العلاج المعرفي السلوكي للمدمنين، حيث يؤمن أصحاب هذا الاتجاه بحقيقة مداها أن القلق هو المحرك الأساسي للإدمان و الاستمرار فيه، ولذا فإن التركيز على الإدمان في حد ذاته لا يفيد ، بل يجب التصدي أولا للتعامل مع القلق ومن ثمة سوف نجد مباشرة أن جمع سلوكيات الإدمان قد اختفت معتمدين في ذلك على أساس أن القلق و التمسك بالإدمان راجع إلى الأفكار و التصورات و الإدراكات الذاتية الخاطئة التي يتبناها المدمن كنظام للتفكير ناتج عن بناء معرفي خاطئ ومشوه ومنحرف و الذي ينتج عنه ويترتب عليه كل الانفعالات السلبية و بالتالي السلوك المضطرب و على مدى السنوات العشر الأخيرة نظر إلى العوامل المعرفية في الإدمان باهتمام متزايد، وتم استبدال النموذج المعرفي القديم الذي كان ينظر للمدمنين على أساس أنهم يعانون من مرض حد من سيطرتهم على أفعالهم، بنموذج التحكم(الضبط الذاتي) الذي يؤكد على مساهمة الأفراد من خلال أفكارهم وأفعالهم في اعتمادهم على المخدرات، وبالتالي كل الهدف للعملية العلاجية هنا هو إزالة أو خفض ودحض الأفكار الخاطئة غير المنطقية و اللاعقلانية وتعديل السلوك الإدماني، وضمن هذا الإطار يندرج موضوع هذه الدراسة الذي يركز على محاولة دراسة البناء المعرفي للمدمن وتحديد الأفكار الخاطئة لديه التي دفعته للتمسك بالمخدرات، ومعرفة مدى فعالية تقنية دحض الأفكار وتعديل السلوك الإدماني في علاج المدمن، ولهذا الغرض قسمت الدراسة إلى جانبين:

جانب نظري يضم منهجي يحتوي على إشكالية الدراسة ، أهدافها، أهميتها، الدراسات السابقة، الفرضيات و التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة، وفصل ثان

يتناول الإدمان على المخدرات بالدراسة من حيث المفهوم ، النظريات المفسرة، الأسباب و المضاعفات و مراحل الإدمان ، ثم فصل ثالث عن العلاج المعرفي السلوكي يحتوي على تعريف آرون بيك صاحب هذا الإتجاه وتعريف وتاريخ وتطور العلاج المعرفي السلوكي ، ثم النموذج العلاجي لـ "بيك" و الأفكار الأوتوماتيكية، وفي الأخير الحالات التي يستعمل فيها. أما الفصل الرابع من الجانب النظري فيشرح التقنية العلاجية المستخدمة ومراحل العلاج .

أما الجانب التطبيقي فينقسم إلى فصلين: فصل إجراءات الدراسة الميدانية يحدد المنهج ، العينة، الأدوات و حدود الدراسة ، وفصل عرض وتحليل ومناقشة النتائج ثم ختمنا الدراسة بمجموعة من الاقتراحات.

الفصل الأول

إشكالية الدراسة وتساؤلاتها

1- الإشكالية:

الإدمان على المخدرات آفة اجتماعية خطيرة رافقت البشرية منذ القدم وتطورت بتطورها، وأصبحت من إحدى المشكلات المعاصرة التي تمثل قمة المعاناة و المأساة التي وصلت إليها المجتمعات الإنسانية ، فاجتاحت بلدان نامية ومتطورة، وانتشرت بين زمر وجماعات متباينة، ثم بدأت بالانتقال من إقليم إلى آخر زراعة وتصنيعا وتعاطيا و إدمانا، وما النداءات العالمية التي تتعالى و الاتفاقيات التي تبرم والمؤتمرات الدولية التي تعقد و البحوث و الدراسات الاجتماعية التي تجرى بصفة دورية إلا دلائل واضحة على حدة المشكلة وشموليتها، وما يزيد من خطورتها كونها تصيب الفئة الفعالة في المجتمع وهي فئة الشباب، ناهيك عن آثارها السلبية على الفرد المدمن وعلى المجتمع، وبقدر تزايد درجة تعقيد المشكلات المرتبطة بالإدمان على المخدرات وصعوبتها، يزداد تعدد المشكلات المصاحبة لها وتباينها، فمن أوضح الأدلة على تعقد مشكلات الإدمان تلك النسبة المشتركة من انتشار جملة من الاضطرابات الطبية و النفسية والاجتماعية منها. فظاهرة الإدمان تعد ضمن ميدان الأعراض التي تنبئ بانتمائها إلى الأزمة الاجتماعية - الثقافية و التي تعبر عن نفسها من خلال العواقب المترتبة عليها من قبيل تفكك العلاقات الاجتماعية ومشكلات الصحة الجسمية، الأمر الذي دفع الباحثين في الميدان للبحث عن المصادر النفسية و المعرفية و المحددات البيئية التي تسهم جميعها بأوزان متباينة في تكوين ظاهرة الإدمان وصياغتها بشكل محدد دون أن يبتعدوا في ذلك على التعريف بالمدمن على المخدرات في حد ذاته .

فقد كشفت بحوث عديدة في الميدان أن ظاهرة الإدمان هي ظاهرة سيكولوجية (بارلو، د.2002، ص:04) بالدرجة الأساس وأن المدمن هو شخص مضطرب يحتاج إلى تدخل علاجي، وقد أظهرت مبادرات عديدة في الميدان تسعى للتكفل بهذه الشريحة، ولم تكتفي الدراسات بهذا المدمن التعرف على هذه الظاهرة بل تواصلت البحوث و الدراسات الإكلينيكية، و التي أسفرت نتائجها عن وجود تغيير في السياق الاجتماعي حيث نتج عن هذا التغيير حدوث تغيرات في التركيبة الإكلينيكية لجمهور المدمنين وخاصة فئة الذين يطلبون العلاج، كما أنه سبب الحاجة لوجود معالجين يأخذون في اعتبارهم عند الممارسة توظيف عدد من المفاهيم العلمية الجديدة ومع

تحول الاتجاهات إزاء مشكلة تعاطي المخدرات فقد شهد مسميات جديدة للمدمن والإدمان على المخدرات ومن أهم مظاهر هذا التغيير دخول أنماط علاجية جديدة لمعالجة هذه الظاهرة وتقديم المساعدة لهذا الفرد بدل تعريضه للعقاب، ولا زال حتى الآن ينظر إلى المدمن باعتباره فرد يحتاج إلى مداخلة علاجية كبديل لأساليب العقاب، هذه المداخلة التي ستزيد من فرص عودته للحياة السوية.

وفي إطار الحديث عن إحدى النتائج التي ترتبت على التحولات المجتمعية تشير الدراسات الميدانية إلى وجود تغيير في البرامج العلاجية، حيث انطلقت من عبارة التصورات الطبية حول الإدمان أو الاعتماد على المخدرات باعتباره مرض، واتسعت شبكتها اتساعاً سرطانياً في كل الاتجاهات، ونتج عن ذلك حركة شفاء ضخمة و الجدير بالذكر أن وضع البرامج العلاجية مرتبط بنوعية التصور و الظاهرة محل الدراسة، ومما هو واضح أن النظرة الجديدة لهذا الموضوع تخرج من تحت ظل التغيير المعرفي للإدمان حيث قامت البرامج العلاجية وصممت بناء على اعتقاد مفاده أن المدمن على المخدرات شخص منحرف معرفياً يعاني الأفكار الخاطئة و الانحرافات المعرفية (بارلو، د. 2002، ص: 08) ومنه اتضح أن علاج الإدمان على المخدرات يحتاج إلى إستراتيجية علاجية تعتمد أساساً على تصحيح الأفكار وتعديل السلوك لدى المدمن وذلك عن طريق تصحيح أفكاره الخاطئة حول الإدمان، وتعليمه طرق التفكير العقلاني و السليم وزيادة التبصر بالمشكلات وبالتالي اكتساب القدرة على مواجهتها (أمزيان، و. 2006، ص: 08). وعليه فإن إشكالية الدراسة تتمحور حول التساؤل التالي:

- هل يعود تمسك المدمن بالمخدرات إلى أفكار خاطئة ؟

- هل يؤدي تعديل هذه الأفكار إلى التخلي عن المخدرات ؟

2- أهداف الدراسة:

- يهدف هذا البحث، حسب حدوده وفروضه و الوسائل المستخدمة إلى الكشف عن:
- 1- عن مدى وجود أفكار معرفية خاطئة كعامل أساسي ليتمسك المدمن بالمخدرات.
 - 2- عن مدى فعالية تقنية تغيير الصيغة المعرفية عن طريق تصحيح الأفكار في مساعدة المدمن في التخلص على الإدمان .

3- أهمية الدراسة:

يكتسي موضوع الدراسة على حد اعتقاد الباحثة أهمية بالغة:

3-1- أهمية نظرية:

- 1- يساهم ويفتح المجال لبحوث أوسع وأعمق في مجالات واسعة تخص التكفل بالمدمنين من خلال تدريبهم على مهارات معرفية سلوكية بديلة للتغلب بدل التعاطي .
- 2- يتناول موضوعا شائكا متعدد الأسباب و الاتجاهات، فهو يحاول تناول هذه الظاهرة من وجهة نظر معرفية سلوكية واقتراح تقنية علاجية حسب هذا المنحى أثبت فعاليته في الو.م.أ و البلاد الأنجلوساكسونية.

3-2- أهمية تطبيقية:

- 1- من شأن هذه التقنية فتح مجال تحسين واقع التكفل النفسي بالمدمن على المخدرات من خلال تطبيق البرامج المعرفية السلوكية لفعاليتها و الوقاية من الانتكاس.
- 2- صممت هذه التقنية خصيصا كدليل علاجي يساعد الأخصائي النفسي المعالج في عملية التكفل بالمدمن وفق أهداف ومدة زمنية محددة.

4- الدراسات السابقة:

إن الدراسات التي سنتطرق إليها بالعرض ليس لها كلها صلة مباشرة بموضوع الدراسة " الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى المعرفي السلوكي " إلا أنها تمس متغيرات الدراسة حيث يتعلق بعضها بظاهرة الإدمان على المخدرات، وبعضها الآخر حول استخدام العلاج المعرفي السلوكي وطريقة تعديل الأفكار الخاطئة كطريقة علاجية وهذا ما سنتعرض له بالتفصيل .

4-1- الدراسات المحلية:

1- دراسة أمزيان وناس:

1-1- موضوع الدراسة: العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي .
2-1- مشكلة الدراسة: ما مدى فعالية العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي .

1-3- فروض الدراسة: طرحها الباحث كالاتي :

الفرضية العامة: العلاج النفسي للمساجين المدمنين على المخدرات عن طريق تصحيح تفكيرهم وتعديل سلوكهم يساعدهم على التخلص من الإدمان .
الفرضيات الفرعية:

1-تملك المساجين المدمنين على المخدرات مكونات معرفية خاطئة حول المخدرات و الإدمان عليها .

2- يتميز المساجين المدمنين على المخدرات بسلوكيات مضطربة يمكن ملاحظتها .

3- العلاج النفسي الفردي و الجماعي للمساجين المدمنين على المخدرات يساعدهم على تصحيح تفكيرهم .

4- تصحيح تفكير المساجين المدمنين على المخدرات يؤدي إلى تعديل سلوكهم اتجاه الإدمان .

5- تدعيم تعديل سلوك المساجين المدمنين على المخدرات يساعدهم على التخلص من الإدمان .

1-4-4- مصطلحات الدراسة:

1-4-4-1- الإدمان على المخدرات: تم الاعتماد على تعريف منظمة الصحة العالمية التي تعرف الإدمان : حالة نفسية وعضوية تنتج عن تفاعل الفرد مع العقار ومن نتائجه ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي المخدر بصورة مستمرة أو دورية لأجل الشعور بآثاره النفسية ولتجنب الآثار المهددة أو المؤلمة التي تنتج عن عدم توافره، وقد يدمن التعاطي على أكثر من مادة واحدة وبعد انتهاء اللذة التي يحصل عليها المدمن تنتابه مباشرة حالة المعاناة و التعب وهو ما يدفعه للإشباع مرة أخرى .

1-4-4-2- المكونات المعرفية تجاه الإدمان على المخدرات: هي عبارة عن مجموع الخبرات و المعلومات و المعارف و المعتقدات التي اكتسبها المسجون وتتطوي عليها وجهة نظره حول الإدمان على المخدرات و التي تحدد إدراكه تجاه الإدمان وما يصاحبه من سلوك، فكلما زادت هذه المعلومات و الحقائق حول الموضوع كانت دقيقة وصحيحة .

1-4-4-3- السلوك المضطرب: هو سلوك يعبر عن سوء التكيف ويظهر بعدة أشكال منها ما يمس المظهر خصوصا اللباس و الجسم، ومنها ما يتعلق بالسلوك اليومي كالنظافة و النوم والأكل و الاتصال مع الآخرين كالكشك فيهم ، معارضتهم وعدم الاهتمام و الإهمال أو تتعلق بتحقيق الرغبات القهرية كمختلف الانحرافات و الانتحار .

1-5- عينة الدراسة:

- تم اختيار العينة بطريقة قصدية.

- تكونت العينة من 25 فرد.

- مواصفات العينة:

- السن لا يتجاوز 35 سنة.

- السلامة من الأمراض المستعصية مثل الصرع و الأمراض العقلية.

- المدة الباقية من العقوبة أكبر من أو تساوي سنة ونصف من الزمن.

- أن يكون كل فرد من العينة مدمنا على المخدرات منذ أكثر من 5 سنوات.

1-6- أدوات الدراسة:

- الملاحظة .
- المقابلة .
- المحاضرة .
- المقاييس النفسية :
- قائمة المكونات المعرفية .
- شبكة الملاحظة .
- اختبار تقدير الذات .
- قائمة حالة التعلق .
- مقياس حدة اللهفة نحو الإدمان .

1-7- نتائج الدراسة:

بالنسبة للتحقق الإيجابي من فرضيات الدراسة يمكن القول أن إستراتيجية العلاج النفسي للمدمنين على المخدرات في الوسط العقابي قد ساعدت عينة من المساجين على التخلي أو التقليل من التعاطي .

4-2- الدراسات العربية :

1-دراسة مدحت عبد الحميد أبو زيد:

1-1- موضوع البحث : قياس فعالية برنامج علاجي نفسي جماعي معرفي سلوكي باستراتيجيات ضبط الذات في خفض الاندفاعية لدى جماعة علاجية من معتمدي العقاقير .

1-2- أهمية الدراسة: تكتسي هذه الدراسة أهمية لكونها لا تكتفي بإيجاد علاقة بين متغير وآخر وإنما تقوم بالتعديل والتغيير والاكْتساب والتعليم والتصحيح فيما يتعلق بأفكار ومعتقدات واتجاهات وسمات شخصية المدمن، وبذلك فهي تسد ثغرة لا تتفق وثغرات العلم، وكذلك إضافة مقياس تقويمي إلى المكتبة السيكوميتريّة.

1-3- مشكلة الدراسة: حددها الباحث في ندرة الدراسات التدخلية الخاصة بضبط

الذات مع فئات الاعتماد العقاقيري في الوطن العربي.

1-4- مفاهيم الدراسة:

الاندفاعية : هي ميل مزمن للتصرف باندفاع أو دون تدبر أو تفكير في عواقب الفعل، وهي ميل للفعل بطريقة غير عقلانية غير متوقعة ومفاجئة ترجع لعدم كفاية وظائف الكف و الضبط و التحكم، وهي تشمل الأفعال و الأفكار و الدوافع و السلوكيات، ثم استعراض الباحث ارتباط الاندفاعية ببعض السلوكيات و الاضطرابات كالاضطرابات السلوكية للأطفال .

1-5- أدوات البحث: تلخصت أدوات البحث في أدتين فقط وهما :

1-5-1- مقياس تقويم ضبط الذات: وهو من وضع المؤلف ويتكون من 30 مفردة استفهامية يجاب عنها بمقياس خماسي الإجابة : لا مطلقا، قليلا، متوسط، كثيرا، كثيرا جدا ، ويتم تقدير درجات المقياس على كل مفرداته فيما عدا المفردة رقم 23 معكوسة التقدير على النحو التالي : لا مطلقا 4، قليلا 3، متوسط 2، كثيرا 1، كثيرا جدا 0، وبناء على ذلك فإن الدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين (صفر و 120) درجة، و الدرجة المرتفعة تشير إلى ضبط ذاتي مرتفع و العكس صحيح .

1-5-2- مقياس الاندفاعية: وهو مقياس فرعي من مقياس الانبساط/ الانطواء الذي يتكون Eysenk H & Wilson G وضعه كل من هانز إيزنك وجلين ولسون (1986) من 30 مفردة يجاب عنها بمقياس ثنائي (نعم - لا) بعد حذف بديل الإجابة (؟) وتتراوح الدرجة الكلية لهذا المقياس الفرعي ما بين (صفر و 30) درجة وتشير الدرجة المرتفعة إلى ارتفاع الاندفاعية و العكس صحيح، وقد قام المؤلف بترجمته إلى العربية (أمزيان، و. 2006، ص: 25).

1-6- نتائج الدراسة:

أفرزت نتائج تطبيق البرنامج العلاجي أن فعاليته تقدر بحوالي 43% تقريبا وهي نسبة تقترب من 1/2 وتعد مقبولة جدا في مجال العلاج النفسي بصفة عامة وبذلك يصدق الفرض الأول مثلما صدق الفرض الثاني (أمزيان، و. 2006، ص: 26).

2- دراسة ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقهان سنة 2005:

2-1- موضوع الدراسة:

تقييم فعالية العلاج العقلائي الانفعالي في خفض درجة القلق و الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات.

2-2- مشكلة الدراسة:

تحدد مشكلة الدراسة في الإجابة على السؤال التالي:

هل تؤدي طريقة العلاج العقلائي الانفعالي إلى خفض درجة القلق و الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات عند نزلاء مركز التأهيل النفسي؟

2-3- فروض الدراسة:

1/- لا توجد فروض ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني و ذلك للقياس القبلي.

2/- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس القلق و ذلك للقياس القبلي.

3/- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني و ذلك للقياس البعدي.

4/- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية و المجموعة الضابطة على مقياس القلق و ذلك للقياس البعدي.

5/- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس التفكير اللاعقلاني لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

6/- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

7/- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لصالح القياس البعدي لدى المجموعة التجريبية.

8/- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياس القبلي و القياس البعدي على مقياس القلق لدى المجموعة الضابطة.

2-4- أهداف الدراسة:

1/- معرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة القلق لدى عينة من مدمني المخدرات.

2/- معرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لخفض درجة الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات.

2-5- عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة في البداية من 22 مدمن على المخدرات من نزلاء مركز التأهيل النفسي، وقد تم اختيار هؤلاء كعينة للدراسة عن طريق التشخيص الطبي (سيكاتري) بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس القلق المستخدم في الدراسة الحالية بالإضافة إلى مستوى درجاتهم على مقياس الأفكار اللاعقلانية، وقد قام الباحث بتوزيع أفراد العينة على مجموعتين إحداهما تجريبية مكونة من 10 أفراد، مراعيًا تحقيق التجانس قدر الإمكان بين كلتا المجموعتين من حيث العمر والحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي والمهنة.

2-6- أدوات الدراسة:

اعتمد الباحث في دراسته على مجموعة من الأدوات وهي:

1- مقياس القلق.

2- مقياس الأفكار اللاعقلانية.

2-7- منهج الدراسة:

قد استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي وكونه الأنسب للدراسة.

2-8- نتائج:

أسفرت الدراسات على النتائج التالية:

- تحققت فرضيات الدراسة كلها حيث كانت نتائج الفرض 1 و 2 تؤكد بعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المج الضابطة والتجريبية لمقياس القلق.

ونتائج الفرض 3 و 4 التي تؤكد بوجود فروق بين المجموعتين على مقياس التفكير اللاعقلاني.

و بالتالي فقد أكدت الدراسة على وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية و القلق لدى المدمنين على المخدرات، كما أسفرت نتائجها على فعالية العلاج العقلائي الانفعالي. في خفض القلق وذلك عن طريق تصحيح الأفكار اللاعقلانية.

3-دراسة الفخراني سنة 1993:

3-1-الموضوع:

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تعديل السلوك عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة لخفض حدة الأعراض النفسية المصاحبة (قلق-اكتئاب).

وقد هدفت الدراسة إلى:

1-معرفة ملائمة العلاج المعرفي السلوكي في تعديل السلوك عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة.

2-معرفة مدى ملائمته لخفض حدة الأعراض النفسية المصاحبة.

و استخدام الأدوات التالية:

-المقابلات الإكلينيكية الحرة.

-تاريخ الحالة.

-اختبار وكسلر لذكاء البالغين.

-اختبار مينسوتا المتعدد الأوجه للشخصية

و توصل الباحث إلى النتائج التالية:

أسفرت نتائج الدراسة على فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض حدة الأعراض المصاحبة عن طرفي البرنامج العلاجي المتمثل في تصحيح الأفكار الخاطئة و تعديل السلوك (الصفهان، ن. 2005، ص: 62).

4-3- الدراسات الغربية:

1- دراسة "كمينجس وآخرون" Commingest al : سنة 1970م قامت

هذه المجموعة بدراسة حول السلوكيات الإدمانية المختلفة و المجالات الانفعالية السالبة المرفقة لها .

وقد اعتمدت جماعة الباحثين على عينة مكونة من 311 مدمن وتم استخدام المنهج الإكلينيكي الذي أدواته العلاج المعرفي السلوكي .
وتوصلت جماعة مارلات إلى النتائج التالية:
ثلاث مواقف عالية الخطورة:
المجالات الانفعالية السالبة مثل: القلق ، الإحباط ، الغضب، الاكتئاب مسؤولة عن 35% من حالات العودة للإدمان ، و الصراع الداخلي مسؤول عن 16% ، والضغوط الاجتماعية 20% من العينة .
نتيجة : إذا كان لدى الأفراد إحساس بالكفاءة الذاتية واستجابة تكيفية ، فإنه يمكن مواجهة تلك المواقف العالية الخطورة ، ولكن إذا لم يكن لديهم استجابة للتكيف السليم فإنهم يشعرون بالضعف أمام المخدر ، وهذا يزيد من احتمال الاستسلام بالإغراء باستخدام المخدرات (فرغلي،ع. 2008، ص ص: 187 - 188) .

5- فرضيات الدراسة:

5-1- الفرضية العامة:

الأفكار المعرفية الخاطئة عامل أساسي لتمسك المدمن بالمخدرات، وتغيير الصيغة المعرفية لها يساعده على التخلص من الإدمان .

5-2- الفرضيات الجزئية:

1-الأفكار المعرفية الخاطئة عامل أساسي ليمسك المدمن بالمخدرات .

2- تغيير الصيغة المعرفية عن طريق تصحيح الأفكار يساعد المدمن على التخلص من الإدمان .

6- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

6-1-الأفكار الخاطئة:

هي الفكرة الأوتوماتيكية المشوهة معرفيا التي تدفع المدمن للتمسك بالمخدرات، و التي تم رصدها خلال الفترة العلاجية من خلال تطبيق جداول المراقبة الذاتية للأفكار المختلفة وظيفيا .

6-2- المدمن على المخدرات:

هو الفرد الذي يتعاطي مادة مخدرة في مدة لا تقل عن سنة بغض النظر عن نوع المادة المتعاطاة .

6-3- العلاج المعرفي السلوكي:

هو التقنية العلاجية التي تم الاعتماد عليها للتكفل بالمدمن على المخدرات عن طريق تصحيح الأفكار الخاطئة وتعديل السلوك الادماني و التي تم تصميمها من قبل الباحثة حسب التوجه النظري "لأرون بيك".

الفصل الثاني الإيمان

تمهيد:

إن المستقرئ لأدبيات موضوع الإدمان يجد انه من الآفات الاجتماعية الخطيرة التي بقية تنخر جسد المجتمعات حتى الآن , إلا أنها عرفت تطورا مذهلا بتطور المجتمع, وما أفرزته الساحة الاجتماعية من ظواهر انحرافية خطيرة تمس بأمن و سلامة الفرد و المجتمع , و الانحراف في شكل تعاطي المخدرات أو أي مادة إدمانية يعود بالدرجة الأولى إلى ضعف الضبط الاجتماعي , لذا نجد الإدمان مشكلة اجتماعية بالدرجة الأولى تتعلق بمؤسسات التنشئة الاجتماعية , أين يظهر التباين واضحا في مظاهر الخلل البنائي و الوظيفي الذي يظهر في خلل النظام الأسري , هذا بالإضافة لما يخلفه الإدمان من مظاهر نفسية و انفعالية في نفسية المدمن و محيطه .

لذا سنحاول من خلال صفحات هذا الفصل الوقوف على ماهية هذه المشكلة التي تعرض حياة أفراد المجتمع اليوم إلى تهديد أكثر من أي وقت مضى.

1- تعريف الإدمان:

قبل أن نلج في الحديث عن ماهية المخدرات و عن التأثيرات النفسية و العضوية لها يحسن بنا أن نعيد إلى الذهن أولاً التعريف بالإدمان , هذا المصطلح الذي تعددت و اختلفت فيه التعاريف نتيجة اختلاف المنطلقات الفكرية و الإيديولوجية للعلماء و الباحثين، ومنه ينظر إلى الإدمان على أنه:

1-1- لغة:

كلمة إدمان مشتقة في اللغة العربية من الإدامة و الاستمرارية أو الملازمة من غير انقطاع (المنجد الأبجدي. 1996، ص: 62)

1-2- اصطلاحاً: ينظر إليه:

1-2-1- تعريف منظمة الصحة العالمي:

O.M.S "Organisation mondiale de la santé"

تعرف منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج عن تفاعل الفرد مع العقار مما يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة تشمل الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة مستمرة (Schilit.R &Gonberg.f.1991,p:12).

كما يعرف بأنه حالة تسمم منقطع أو مزمن تحدث نتيجة استهلاك أو تناول متكرر لمخدر ما سواء كان طبيعياً أو اصطناعياً (أمزيان، و.2006، ص:191).

1-2-2- تعريف ألبرت باندورا: "Albert Bandura"

يعرف الإدمان على أنه اضطراب يتميز بحاجة أو رغبة مرضية قهرية أو ملحة على فقدان الرقابة على الذات , حيث تدفعه هذه الرغبة الملحة لتجرع المخدر أين يفقد الشخص الرقابة الكلية على الذات، وهذه الأخيرة التي تدل على ضعف الفعالية الذاتية للفرد على مقاومة الضغوط.(Bandura ,A. 2003, P : 543)

1-2-3- التعريف الطبي :

الإدمان حالة نفسية وفي بعض المرات جسدية، تتميز بتغيرات في السلوك الذي يتزامن مع نزوة تناول المخدر من أجل تحصيل آثاره أو مرات أخرى لتجنب الانزعاج من عدم تناوله، وله جملة من الخصائص : التبعية النفسية، الجسدية، الاعتياد، Accoutumance ، الاحتمال (Soussan,P. 1998,p : 80)

1-2-4- النظرية المعرفية السلوكية:

ينظر إلى الإدمان حسب المنحى المعرفي السلوكي على أنه اندفاع Impulsion غير قابل للمقاومة لخضوع سلوك غير مرغوب، ويمر بمرحلتين :

المرحلة 1 : مرحلة الإعداد (معرفية) cognitive

المرحلة 2:مرحلة الاستهلاك(السلوك) comportement (Michel,F.2004,P :163)

1-2-5-تعريف نوربار سيلامي:"Norbert sillamy"

الإدمان هو رغبة قوية في تناول مادة مخدرة من أصل نباتي أو حيواني ,معدني أو تركيبى قادر على أن يغير السلوك من يستهلكه و يولد تبعية.

(Sillamy ,N.1983,p :681).

1-2-6- تعريف هنري آتي:

إن سيرورة الإدمان تعني حالة شاذة يشبع فيها المدمن حاجاته النفسية (البحث عن اللذة تجنب الألم) عن طريق امتصاص المبالغ فيه لمادة أو عدة مواد نفسية

(EY,H .1989,p :396)

و هذه الحالة بمثابة نكوص باللذة لشكلها البدائي و عند انقضائها يعود المدمن للألم من جديد و بالتالي البحث عن اللذة من جديد. (EY,H .1989,p :399)

1-2-7- تعريف ليزاسيمون و جاك بلان:

الإدمان تبعية نفسية و أوفيزيولوجية للمخدرات أو مواد أخرى بشكل منظم و لها مجموعة من الآثار السلبية على الجانب النفسي و العضوي للفرد, و المجتمع

(Dictionary of psychological testing assessment and treatment ,2007,p:21)

1-2-8- تعريف مصطفى السوييف :

يقصد به التعاطي المتكرر لمادة مخدرة لدرجة أن المتعاطي يكشف عن إنشغال شديد و لهفة بالتعاطي, كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع عن التعاطي و من أهم أبعاد

الإدمان ما يأتي:

• ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة و هو ما يعرف بالتحمل tolérance

• الاعتماد على المادة اعتماد نفسي و/أو عضوي

Dépendance psychique et/ou physique

• حالة تسمم عابرة أو مزمنة

- رغبة قهرية قد ترغب المدمن على محاولة الحصول على المادة المخدرة بأي وسيلة.
 - تأثير مدمر على الفرد و المجتمع (السويف،م.1996،ص:13)
 - القدرة على الاحتمال حيث أن هناك تأثير متناقص لعملية تكرار الجرعة نفسها للعقار نفسه، و بالتالي تصبح زيادة الجرعة ضرورة للحصول على نفس النشوة.
- (دردار،ف.2005،ص:09.)

ومما سبق يمكننا تعريف الإدمان على أنه حالة نفسية و أحيانا عضوية تنتج عن استهلاك الفرد لمواد تتوافر فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي،وتتسم هذه الحالة بصدور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائما على عنصر الرغبة القهرية في تعاطي مادة معينة على أساس مستمر أو دوري وقد بصحبها تحمل.

2- مصطلحات الإدمان على المخدرات:

باعتبار ميدان الحديث عن الإدمان و المواد النفسية المحدثة له،من أبلغ ميادين الفكر العلمي احتياجا لدقة المصطلحات ، و تحاشيا مع المستجدات العلمية العملية لذا فلا غنا عن ضبط المصطلحات المتعلقة به.

2-1- الاعتماد "Dépendance" بدل الإدمان "Addiction":

تفضل منظمة الصحة العالمية استخدام مصطلح الاعتمادية على العقار المخدر بدلا من الإدمان لما يثيره من مشكلات منهجية ، فليس شرط أن يعاني الفرد من ألام جسمية عند التوقف عن تعاطي المادة المخدرة ، ففي بعض الحالات تكون المعانات نفسية و ليست عضوية ،ومن هذا المنطلق دعت منظمة الصحة العالمية إلى استخدام مصطلح الاعتماد كبديل عن مصطلح الإدمان لكونه يستوعب كل الآثار العضوية و النفسية الناتجة عن سحب المادة المخدرة أو الكف عن تناولها

(مختار،ص.2005، ص ص: 12,13)

ومن هذا المنطلق يعرف الاعتماد على أنه حالة نفسية و أحيانا تكون عضوية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية و مادة معينة ، و يتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية و أخرى تتضمن صفة الجبر أو الرغبة القاهرة في تعاطي المادة المخدرة تناولا مستمرا أو متقطعا و ذلك لتحاشي أو تجنب الفرد الانزعاج النفسي

قد أثارته النواقل العصبية أو تأخير تجددتها , مما يخفض من فعالية المادة المخدرة, وهو ناتج عن الاستهلاك المتكرر للمخدر ,ويكون التعود مصحوبا بحاجة نفسية غير فيزيولوجية و رغبة قوية لتعاطي بغية الحصول على اللذة و الراحة.

(أمزيان ،و.2006,ص:194)

2-3- التحمل: "la tolérance"

هو تغيير عضوي (فيزيولوجي) يتجه نحو زيادة جرعة مادة محدثة للإدمان بهدف الحصول على نفس الأثر الذي أمكن تحصيله من قبل بجرعة أقل فيصبح من الضروري الاستمرار في تعاطي جرعة أكبر من المادة المخدرة.

(الحجار،م.2007,ص:12)

ومن هذا المنطلق فإن التحمل يشير إلى تغيير في الخلايا المستقبلية بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة المخدرة .

(السويف،م. 1996,ص ص:17,18)

2-4- مرحلة الانسحاب "syndrome d'abstinence":

هي مجموعة من الأعراض تختلف في شدتها و تنوعها حسب نوع المادة التي يعتمد عليها المدمن و كميتها و طول فترة طول الاعتماد (أمزيان ،و.2006,ص:194) تحدث للفرد نتيجة الانقطاع المفاجئ عن تعاطي المادة المخدرة , أو التخفيف في الجرعة, شريطة تكرر و استمرار تعاطي هذه المادة لفترة طويلة بجرعات كبيرة (مختار،ص.2005, ص: 18) .قد تظهر الأعراض و هي مصحوبة باضطرابات فيزيولوجية ,وتعتبر حالة الانسحاب دليلا على أن الفرد المدمن في حالة اعتماد.

(Semple ,D .2005,P : 523)

3- النظريات المفسرة للإدمان:

لقد حاولت العديد من النظريات النفسية تفسير الإدمان على المخدرات بالإجابة على سؤال لماذا ينخرط الإنسان في نمط من السلوك الإدماني؟

3-1- الإدمان من وجهة نظر التحليل النفسي:

اختلفت آراء علماء النفس حول الخصائص النفسية ونوع شخصية المدمن، فنشأة الإدمان وطبيعته لا ترجعان من وجهة نظر التحليل النفسي إلى المواقف الخارجية الضاغطة، ولا ترجعان إلى التأثير الكيميائي للمخدر، بل ترجع إلى البنيان السيكولوجي للمدمن، فالشخصية التي لديها الاستعداد للإدمان هي القوة الدافعة حيث أن هذا البنيان السيكولوجي راجع إلى الاضطرابات التي يعيشها المدمن في طفولته المبكرة و التي تعود أساسا إلى اضطراب العلاقات الحبية بينه وبين والديه

(إبراهيم، ع.1997، ص: 363، 371)

وإلى ظاهرة التثبيت FIXATION في المرحلة الفمية Stade orale حيث يفسر أنصار التحليل النفسي ذلك بأن معظم المدمنين قد توقف نموهم النفسي الجنسي أو أن المدمن يعيش حالة نكوص إلى مراحل الطفولة المبكرة بسبب الفشل في العلاقات الأولى، ومنه تسقط هذه العلاقة على المخدر الذي يصبح رمزا لموضوع الحب الأصلي.

و الصورة العامة السيكولوجية للإدمان على المخدرات في ضوء النظرية التحليلية تعتمد أساسا على المفاهيم الأصلية التي قال بها "فرويد"، حيث تتمثل هذه الصورة في أن دورية المرح و الاكتئاب عند المدمن ترجع في أساسها إلى دورية الجوع و الإشباع حيث يمثل الجوع هنا الألم، أما الإشباع فيمثل الراحة و اللذة .

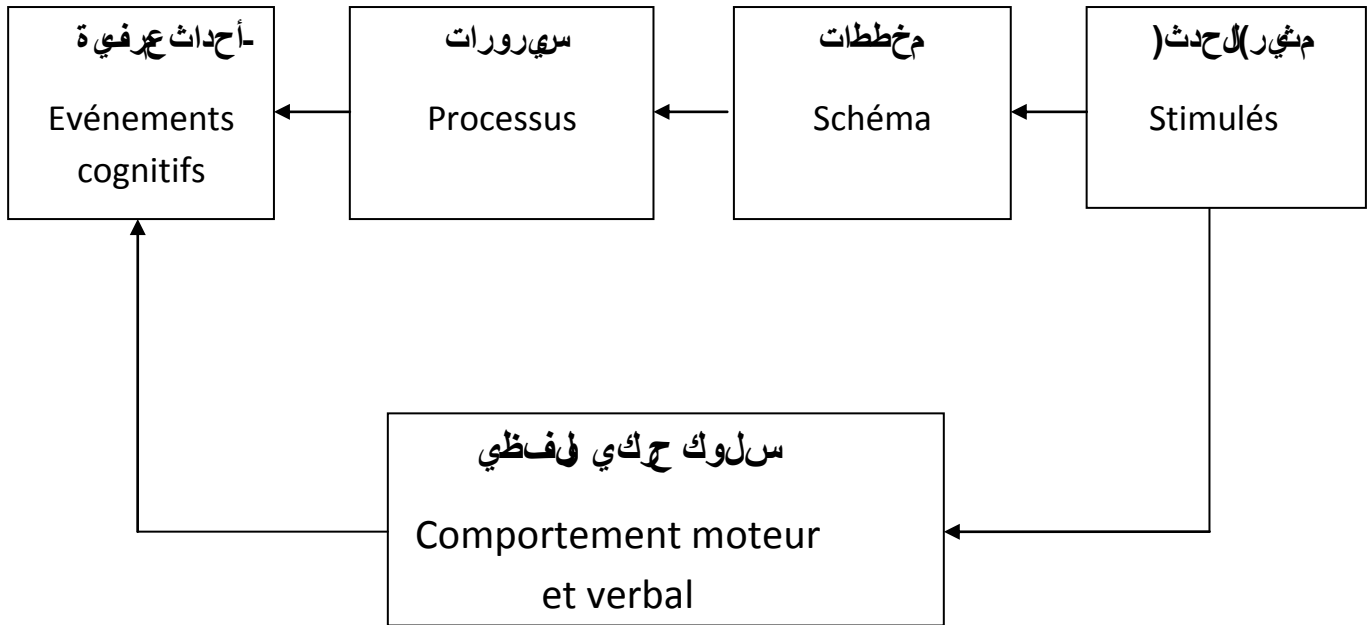
كما ذهب المحللون إلى أن الإدمان ناتج عن الشعور المستمر بالتهديد و الاكتئاب من الخبرات السابقة المليئة بالإحساس بالفشل و الإحباط مما يولد لديه مشاعر العدوانية، هذا الفشل الذريع الذي يسقطه المدمن على المخدر نظرا لاضطراب نموه النفسي الجنسي وتثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم، سيلجأ المدمن لتفادي الشعور بالعجز و السلبية وعدم القدرة على تحمل التوتر النفسي، و الألم و الإحباط للمخدر كحل لعدم استطاعته الوصول إلى الإشباع من خلال القنوات العادية (أمزيان، و.2006، ص: 198)

فسيكولوجية الإدمان حسب النظرية التحليلية تقوم على أساسين:

يتمثل الأساس الأول في وجود صراعات نفسية تعود إلى الحاجة إلى إثبات الذات و الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي، أما الأساس الثاني فيتشمل في الآثار الكيميائية للمخدر، وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات يلجأ لتعاطي المخدرات بدافع التخفيف من الألم و الحصر مما يولد لديه لهفة مستمرة لتعاطي المادة المخدرة (عبد المنعم، ع.2003، ص: 84) ، والمدمن على المخدرات يلجأ هنا للمادة المخدرة من أجل طلب إعادة التوازن بينه وبين الواقع الذي فقد السيطرة عليه فيجد في المخدر السند الذي يساعده في حفظ التوازن، وحسب مدرسة التحليل النفسي المدمن يلجأ إلى استخدام العقاقير من أجل الوصول إلى تحقيق اللهفة الفموية و التي ترجع أساساً إلى الحاجة الماسة للشعور بالأمن وإثبات الذات. (عبد المنعم، ع.2003، ص: 87)

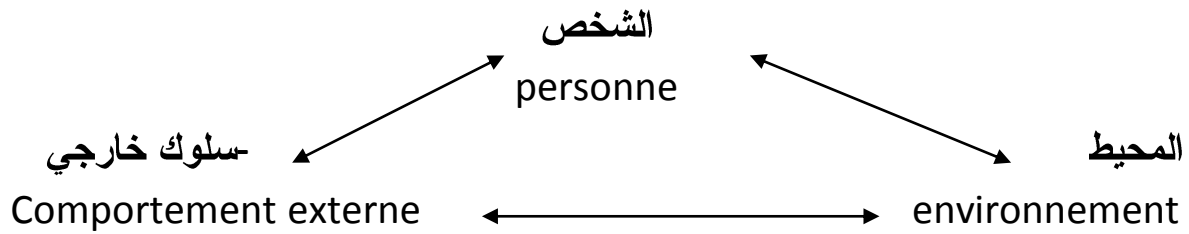
3-2- الإدمان حسب النظرية المعرفية السلوكية:

تقوم هذه المدرسة على فكرة معالجة المعلومة، أين تنشط المخططات المكتسبة عن طريق التفاعل بين الأحداث الخارجية و الجهاز العصبي المركزي للفرد، كما هو موضح في الشكل، حيث أن هذه المخططات اللاشعورية مخزونة في الذاكرة الطويلة المدى و تعمل آليا خارج إرادة ووعي الفرد لتعطيه جملة من المعارف المكتسبة حول العالم، كما يمكنها أن ينشط جملة من الانفعالات هاته الأخيرة التي تنتج و تتحكم مباشرة في السلوك (Fernandez,H,S ztulnan H .2002 ,pp :128 ,129)



شكل 1: مخطط تمثيل الواقع

بعد هذه الرؤية المختلفة للمصطلحات القاعدية للنظرية المعرفية السلوكية و التي يرى أصحابها أن السلوك المضطرب و الذي من ضمنه سلوك تعاطي المخدرات هو نمط من الأفكار الخاطئة و اللاعقلانية التي تسبب نوعا من الاستجابات السلوكية اللاتوافقية حيث أن هذا الأخير يتم اكتسابه من خلال التفاعل مع العالم الخارجي و نموذج التعلم الاجتماعي و قد أوضح ألبرت باندورا-"Bandura"- أهمية العوامل المعرفية كأفكار الناس و معتقداتهم في تنظيم السلوك و اعتبر أن التفكير هو المتغير الوسيط أو الدخيل بين المثير و الإستجابة (أمزيان،و.2006،ص:203)



شكل 2: نموذج التفاعل باندورا 1977

فسلوك الإدمان يشرح عن طريق نموذج الإشراف و التعلم الاجتماعي، و سيرورة التكرار، أي تكرار السلوك الإدمان الذي يتسم بالاندفاع impulsion غير القابل للمقاومة لخوض سلوك غير مرغوب فيه وله خاصيتان أساسيتان :

1-يستدعي دور ظواهر لتعلم و معالجة بعض الانفعالات

2-يوقف دور الإشراف الإجرامي (النتائج السلبية للاستهلاك)

كما له مرحلتان يمر بهما:

المرحلة الأولى: مرحلة الإعداد "مرحلة معرفية" cognitive

المرحلة الثانية: مرحلة الاستهلاك "السلوك" comportement

و العلاقة الموجودة بين " المرحلة السلوكية "تثير الانفعالات التي لها علاقة مع الوسط إن النموذج المعرفي السلوكي يأخذ بعين الاعتبار السيرورات العقلية، فالفرد تنشط لديه البنية المعرفية (اللاشعورية) التي تعالج المعلومة، ثم بمساعدة السيرورات المعرفية

الخاصة (طريقة التفكير) يحول المعلومة إلى أحداث معرفية (تصورات داخلية- صور....) هاته التي توجه لديه السلوكات التي يقوم بها الفرد.

إذا نصل إلى التحليل الوظيفي للدوافع المؤدية للإدمان تربط أنماط الشخصية بالبنية المعرفية , و استراتيجيات التفكير , كما أن هناك العديد من المتغيرات التي تساعد على الوقوع في سلوك الإدمان مثل :

•المعارف السابقة

•الإحباط

•الفقد

•الظواهر المثيرة للقلق

فتحليل ظاهرة الإدمان تستند على مظهرين هما: السلوك التاريخ

تحليل السلوك: يهتم بالمركبات المعرفية السلوكية و الانفعالية للإدمان حيث أن هذه النتائج تعود على الفرد و المحيط.

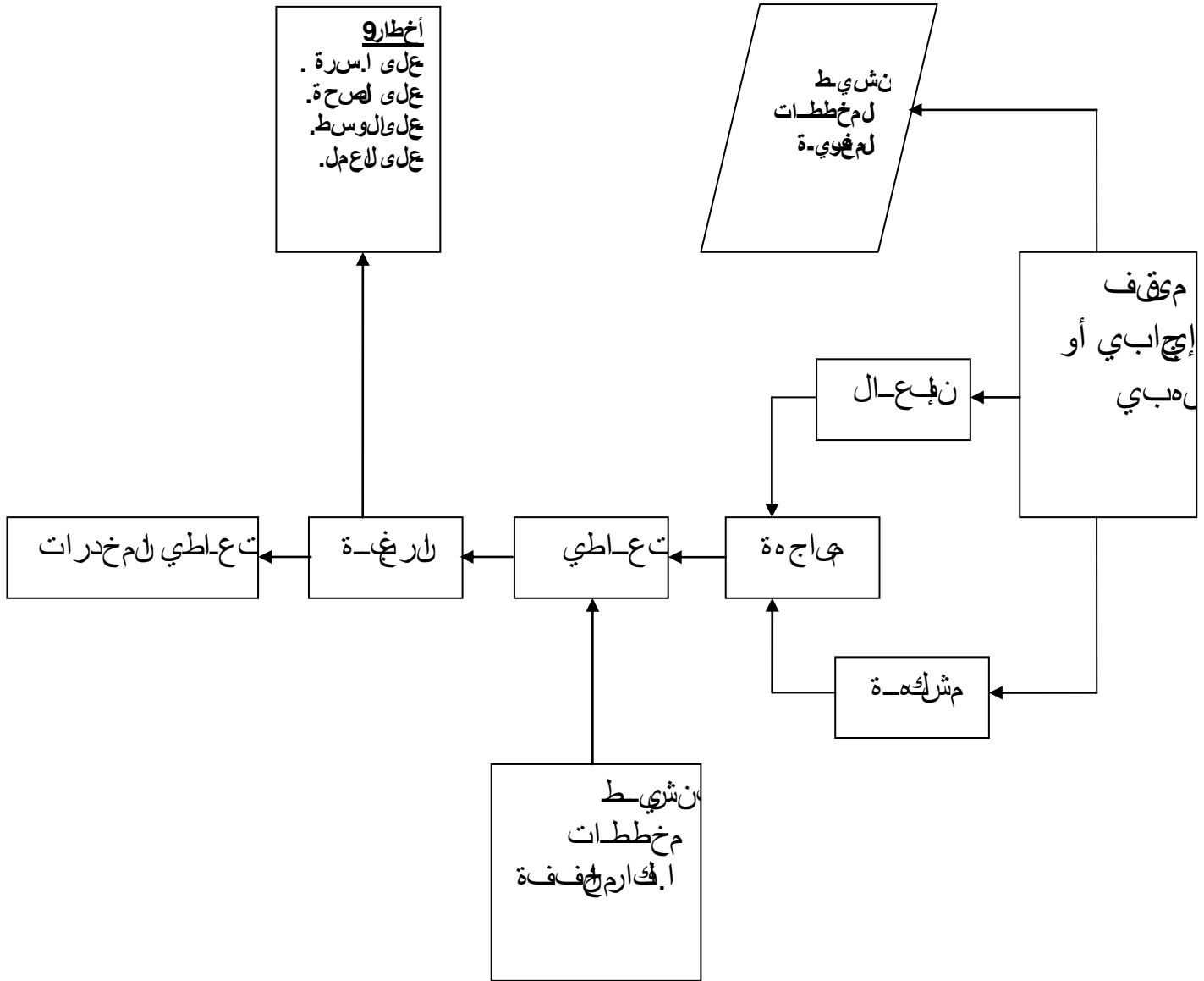
تحليل التاريخ: وهو من الضروريات أي نجد أن هذا الفرد له تاريخ هش يمتاز فيه بالقابلية للتأذي و الوقوع في هذه التجربة هاته التي تعتبر من عوامل الخطر (Facteurs de risques) و التي تسهل ظهور السلوك.

فالتفاعل بين وضعيات الضعف مثل: (حالات الحصر-الصعوبات النفسية-صعوبات التواصل-الوضعيات الإكتئابية-ضعف تقدير الذات-الاندفاعية-صور الذات السلبية). و العوامل الشخصية (داخلية)(ما بين شخصية)مثل(علامات من الشخصيات المضادة للمجتمع-تبعية-نرجسية),و الوضعيات المفجرة(فقد-صراع-فشل-ظاهرة انفعالية، فراغ....) يؤدي إلى ظهور سلوك الإدمان.

و منه فالإدمان يعتبر من النتائج الانفعالية السلوكية والاجتماعية.

وفي الأخير نلخص إلى أن نمط شخصية الفرد من الأشياء المهمة المسؤولة عن تنشيط معالجات معينة للمعلومة و التي تستند على بنية معرفية معينة.

(Fernandez,H,S ztulnan H .2002 ,pp :192,193)



شكل 3: التداخل بين المعرفي و الانفعالي و السلوكي في حالة الإدمان
حسب النموذج المعرفي لبيك

انطلاقاً من الشكل السابق تفسر ظاهرة التعاطي عن طريق العلاقات الإشرافية بين العناصر السالفة الذكر، إلا أن تفسير هذه الظاهرة يكمن في إدخال المخططات التي يكونها المدمن عن العناصر المرتبطة بفعل التعاطي، فالمتغيرات التي تؤدي إلى فعل الإدمان (اكتئاب - القلق...) تتحول بالتدريج إلى مخططات تسمى في النموذج المعرفي "مخططات الأفكار المخففة"، أما نتائج فعل التعاطي (الهدوء - الإسترخاء العضلي...) فتتحول إلى مخططات الإنتظارات الإيجابية من فعل التعاطي، في حين أن المتغيرات التي ترافق التعاطي (الزمان - المكان...) فتتحول بالتدريج إلى مخططات الأفكار المرخصة، تنشط هذه المخططات لدرجة أنها تصبح أفكاراً آلية غير واضحة المعالم يستحضرها الوعي بمجرد تعرض الفرد لأحد العناصر المكونة لها، فمثلاً يؤدي التوتر إلى تنشيط المخططات المخففة والتي ستنشط بدورها بشكل آلي المخططات الباقية، وبذلك لا يصبح فعل التعاطي مقترناً بعناصر واضحة، بل مقترناً بأفكار آلية غير واعية.

(علوي، إ، زغبوش، ب. 2009، ص ص: 84، 85)

3-3- الإدمان من وجهة النظر السلوكية :

يفضل السلوكيون استخدام مفهوم طبيعي يتمثل في خفض التوتر، حيث تذهب هذه النظرية إلى القول بأن الأشخاص الذين يدمنون على المخدرات دائماً في حالة قلق و توتر ويشعرون بالهدوء و السكينة مباشرة بعد تناولهم للمخدرات، مما يدفعهم لتكرار العملية بسبب ما يحصلون عليه من تعزيز كيميائيزم دفاعي إيجابي ضد القلق .

(عبد المنعم، ع. 2003، ص: 77)

ومنه فالإدمان لدى السلوكيون يكون نتيجة ارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات إيجابية متمثلة فيما يحدثه من آثار مبتهجة، وإنهاؤها لحالات متفاوتة من الضيق و اليأس و القلق و يكون القضاء عليها بمثابة مكافأة، و كذلك وجود مثيرات شرطية تدفع لتعاطي المخدر تثير في المتعاطي الرغبة في المادة المخدرة، عن حدوث مثل البيئة وما ينتمي إليها من أشياء متعلقة بالمخدرات، ناهيك عن حدوث آلام عن مقاطعة المادة المخدرة وزوالها بتعاطي جرعات متزايدة من المخدر، و بذلك يعتبر السلوكيون الإدمان

سلوك متعلم من البيئة التي يعيش بها، فالشخص الذي يعاني من القلق بعد تعاطيه جرعة من الخدر يشعر بالارتياح، و تكرار هذا الإحساس بمثابة تعزيز إيجابي لتناول جرعات متزايدة مرات متتالية، ومنه يتعلم الشخص تناول المادة المخدرة للقضاء على الأعراض

الانسحاب التي تحدث له بعد انقطاعه عن المخدر (Rose, M. 1980, P : 318)

و هذا ما أكدته ليند سميث سنة (1968) Linde Smith في أن سلوك الإدمان يعتبر كغيره من السلوكات المكتسبة، وبالتالي فهو متعلم عن طريق تجارب شرطية في البيئة التي يعيش فيها الفرد (رفعت، م، ص: 138).

إذا للبيئة المحيطة بالفرد تأثير على تشكيل سلوكه و توجيهه، و أن السلوك ما هو إلا نتاج لعملية التعلم وانطلاقاً من هذين المبدئين يرى رواد المدرسة السلوكية أن الإدمان نتاج لعملية التعلم التعزيز، ففي بداية الأمر يتعلم الفرد تناول المادة المخدرة و من ثم يكشف تخفيضها للآلام و التوتر و القلق فيسعى لتكرار هذه العملية كما يلعب أسلوب النمذجة و التعلم الدور الكبير لاكتساب سلوك الإدمان عن طريق التعرض لنماذج سلوكية مماثلة. (walker & Kenon . 1980, p : 270)

أما الأساس الثاني فيتمثل في الآثار الكيميائية للمخدر، وعليه ففي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات يلجأ لتعاطي المخدر بدافع التخفيف من الألم و الحصر، مما يولد لديه لهفة مستمرة لتعاطي المادة المخدرة (عبد المنعم، ع. 2003، ص: 84) و المدمن على المخدرات هنا يلجأ للمادة المخدرة من أجل طلب و إعادة التوازن بينه و بين الواقع الذي فقد السيطرة عليه، فيجد في المخدر السند الذي يساعده في حفظ التوازن، و حسب مدرسة التحليل النفسي أن المدمن يلجأ إلى استخدام العقاقير من أجل الوصول إلى تحقيق اللهفة الفموية و التي ترجح أساساً إلى الحاجة الماسة للشعور بالأمن و إثبات الذات (عبد المنعم، ع. 2003، ص: 87)

4- الأسباب المؤدية للإدمان على المخدرات :

رغم الجهود العلمية الكبيرة التي بذلت لم يتم حتى الآن اكتشاف سبب واحد رئيسي حاسم يعزى إليه ظاهرة السلوك الإدماني وذلك خلال خمسين سنة تقريباً من البحوث و الدراسات، أي لم يتمكن الباحثون في هذا الميدان من عزل عامل أو سبب بيولوجي أو جيني أو سيكولوجي أو اجتماعي يكون مسؤولاً لوحده

عن الإدمان على المخدرات و لعل الاتجاه الأوفق في مجال البحث والكشف في هذا الميدان المعاينات العميقة السابرة للعوامل المسببة المتعددة الجوانب و المتبادلة التأثير للإدمان على المخدرات (الحجار،م.2007،ص:41) ومن هذه العوامل :

4-1- العامل الجيني أو الإرثي:

أثبتت نتائج الدراسات على التوائم أن العنصر الوراثي أو التركيبي يعتبر عامل مهم في الإدمان،حيث برهنت دراسة "فيلانت" سنة1983 على أن وجود أحد أفراد الأسرة مصاب بالإدمان هو مؤشر قوي بالعامل الإرثي، وليس بالضرورة أن يكون أحد الوالدين مدمنا بقدر ما يكون الإدمان موجود في أفراد الأسرة إذ كلما يكون تاريخ الأسرة عند المدمن مليئا بالمدمنين كان الإدمان أو الاستعداد للإدمان أكثر خطورة عند المدمن.

كما وقد أثبتت نتائج الدراسة السيكولوجية ل "كاتلين ميركا نجاس " سنة 1989 أن أولاد أبوين مدمنين لديهم الاستعداد ليصبحوا مدمنين باحتمال مقدار ثلاثة أضعاف بالمقارنة مع الأبوين أحدهما فقط مدمن ،ولم يتمكن حتى الآن علم الهندسة الوراثية من تحديد نوعية الجينات (المورثات) التي تنقل الاستعداد من الآباء نحو الأبناء.

(الحجار،م.2007، ص ص :43،44)

4-2- أثر تركيب الشخصية و العامل الانفعالي:

تلعب الأسباب الداخلية المرتبطة بشخصية الفرد دورا مهما في تحديد ملامح الشخصية الإدمانية (مختار،و.2005،ص:97) وفي تحديد سمات الطبع لدى الفرد المدمن على المخدرات و المؤثرات العقلية له.

4-2-1- اضطراب السلوك:

يرى "جيسور" سنة1980 أن احتمال الوقوع في الإدمان على المخدرات يمكن التنبؤ به بدرجة المشكلة السلوكية أو بالنزوح نحو الاضطراب السلوكي،فالمشكلة السلوكية تشير إلى السلوك المحدد بالمشكل،حيث أن حدوث مشكلات السلوك يحدد بعوامل متداخلة تتمثل أساسا في: السلوك

الشخصية

البيئة الاجتماعية.

4-2-2- اضطراب الشخصية:

تعود الأبحاث السيكولوجية بنتائج توضح أن لاضطراب الشخصية علاقة وثيقة بالإدمان على المخدرات، حيث أن الشخصية المضادة للمجتمع تحمل عامل تكون به ذات استعداد لتعاطي المخدرات تعاطيا مفرطا لدرجة الإدمان.

كما وأسفرت نتائج الدراسات عن أن الشخصيات المضادة للمجتمع تتعاطي المخدرات و تتخرط في ترويجه، وأن سمات هذه الشخصيات تتسم بالعدوان و اللاأخلاقية في السلوك و الأهداف، و الانخراط في الإدمان إما للتخفيف من التوترات و الإحباطات، أو في اتخاذ المخدرات وسيلة في التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة.

(الحجار، م. 2007، ص: 47)

4-2-3- أثر العامل البيئي:

ويقصد به الوسط أو المجتمع الذي يعيش فيه الفرد المتعاطي و يدخل ضمن هذا عامل الأسرة (مختار، و. 2005، ص: 95)، كل هذه توفر للفرد الفرص التي تأهب للعوامل الأخرى (الاستعداد الوراثي و الانفعالي) أن تتشارك في عملية الإدمان، وهذا ما أثبتته نظرية التعلم الاجتماعي التي طرحها "ألبرت باندور" و التي هي امتداد لنظرية السلوك مشكلة، حيث ينظر "باندورا" إلى التأثيرات الاجتماعية على السلوك من خلال إسهاماتها في تثبيته، فالإثباتات التي يتلقاها الفرد إزاء سلوك معين صادر عنه تؤثر مباشرة على احتمال تكرار هذا السلوك و العكس في حالة السلوك المشكلة.

(Bandura, A. 2003, p : 430)

فحسب نظرية التعلم الاجتماعي الإدمان سلوك اجتماعي متعلم نتيجة لتفاعل العوامل الشخصية و البيئية الاجتماعية، حيث تثبت الدراسات السيكولوجية أن الجماعة و المؤثرات العقلية لها تعتبر العامل الأهم و الأكثر خطورة في تعلم السلوكات الاجتماعية فيما يتعلق بالإدمان على المخدرات (الحجار، م. 2007، ص: 55)

4-2-4- أثر المحيط الأسري:

طرح الباحثون في مؤتمر المؤسسة الوطنية الأمريكية للإدمان على المخدرات عام 1989 أفكارا و معطيات جديدة تناولت جوانب تأثير العوامل التربوية في النشأة

الاجتماعية للإباء على أولادهم في خلق الاستعدادات لتعاطي المخدرات، وأهم هذه التأثيرات هي:

- التربية الخاطئة القائمة على لقسوة و العنف الجسدي و النفسي.
- استخدام أساليب تربوية خاطئة كالضبط العدواني أو الضبط من خلال الشعور بالذنب.

• تهميش الأبناء و ضعف احترام الذات (عبد لوهاب عبد السلام, 1989, ص:76)

• التفكك الأسري، حيث أشار كل من "إليكور و شيلدون" (elekor.chelden)

أن متعاطي المخدرات من الأحداث المنحرفين غالبا ما يكونون من أسر لا يتوفر فيها وجود الأبوين، أو يسودها التفكك بانشغال الوالدين عن أبناءهم .

(طويلة، ع.1989، ص:77)

4-2-5- أثر العامل الاقتصادي:

تلعب العوامل الاقتصادية دورا إيجابيا و فعالا في إدمان المخدرات، فمعظم الدراسات و البحوث أشارت إلى أن تعاطي لمخدرات يكون أكثر انتشارا بين الطبقات الفقيرة عنه بين الطبقات الفنية، حيث وجدت الدراسات النفسية ترابط بين ضعف الدخل الاقتصادي و تعاطي المخدرات، وتعطي هذه الدراسة أمثلة عن انتشار المخدرات في كثير من بلدان العالم الثالث ذات الدخل القومي للفرد المتدني.

رغم أن معظم الدراسات بينت أن النسبة الأكثر انتشارا لتعاطي المخدرات تكون بين الطبقات الفقيرة إلا أن دراسات أخرى أثبتت عكس ذلك حيث توصلت دراسات "محمد شفيق" إلى أن نسبة كبيرة من أفراد العينة كان لديهم قدرات مالية عالية و تقدر هذه النسبة ب: 47.7% و بالتالي لا يمكن اعتبار الحالة الاقتصادية دليلا ثابتا و مؤشرا قاطعا (طويلة، ع.1989، ص:77)

ومما سبق الحديث عنه نصل إلى أن عوامل الإدمان على المخدرات معقدة و متداخلة فالإدمان يصعب إسناده إلى عامل ارثي أو تركيبى أو نفسي أو اقتصادي.

5- مضاعفات الإدمان على المخدرات:

من المتفق عليه علمياً أن المخدرات تدمر الفرد المتعاطي، و لها آثار و مضاعفات خطيرة جدا على الفرد نفسه وعلى المجتمع غير أن هذه المضاعفات تختلف من عقار إلى آخر و تؤدي إلى حدوث العديد من الاضطرابات والآثار، ويمكن تفصيل مضاعفات الإدمان في أربع مجموعات رئيسية:

5-1- مضاعفات تتعلق بالفرد المدمن:

و نوجزها فيما يلي:

5-1-1- تأثير الإدمان على الصحة الجسمية:

إن تعاطي الفرد للمخدرات يحطم جسده ويستنفذ قواه ويستهلك جسده ويؤثر تأثيراً سلبياً على قدراته الجسدية، ويمكن أن نلخص فيما يلي أهم الآثار الجسدية التي تظهر لدى المدمن على المخدرات :

- فقدان الشهية للطعام مما يؤدي إلى النحافة والهزال والضعف العام.
- اصفرار الوجه أو اسوداده.
- قلة النشاط و الحيوية و ضعف المقاومة.
- الدوار و الصداع المزمن المصحوب باحمرار في العينين.
- اختلال التوازن و التآزر العصبي في الأذنين.
- تهيج موضعي للأغشية المخاطية في الجيوب الأنفية و الشعب الهوائية
- التهابات الرؤية مزمنة
- اضطراب الجهاز الهضمي (عرموش، هـ. 1993، ص: 322)
- الإصابة بالإسهال أو الإمساك خاصة عند تناول مخدر الأفيون
- التهابات المعدة المزمنة و غدة البنكرياس.
- التهاب و تضخم الكبد وتوقف عمله بسبب السموم المخدرة .
- التهاب المخ و تحطيم و تآكل ملايين الخلايا العصبية.
- اختلالات في الذاكرة.
- اضطرابات في عمل القلب و الأوعية الدموية، و مرض القلب الحولي، و الذبحة الصدرية.

- ارتفاع ضغط الدم الأساسي، و انفجار الشرايين.
 - فقر الدم و تكسر كريات الدم الحمراء
 - التهاب الأنابيب القصور الكلوي
 - تأثر النشاط الجنسي و حدوث العجز الجنسي لدى الرجل و البرود لدى المرأة.
- (أمزيان، و. 2006، ص: 218)

5-1-2- تأثير الإدمان على الصحة النفسية :

يحدث تعاطي المخدرات تأثيرات متباينة الخطورة تعود على الوظائف النفسية بالعديد من الآثار و الاضطرابات .و يمكن أن نورد ذلك فيما يلي :

5-1-2-1- اضطراب الإدراك الحسي:

حيث أن تعاطي المخدرات يحدث اضطرابا في الإدراك الحسي العام ,حيث يحدث تحريف عام في المدركات,خاصة فيما يتعلق بإدراك الزمان و المكان.

5-1-2-2- اختلال في التفكير العام:

يؤدي تعاطي المواد المخدرة إلى اختلالات في التفكير العام , وفساد الحكم على الأمور في الأشياء,و يصاحب ذلك عادة تصرفات و سلوكات غريبة ,إضافة إلى الهذيان و الهلوسة و عدم التركيز و قد يصل الأمر إلى فقدان الذاكرة.

5-1-2-3- الإضطرابات الوجدانية :

يعيش المتعاطي عدم الاتزان الوجداني, حيث ينقلب من حالة المرح و النشوة و الشعور بالرضا إلى الندم و الفتور و الإرهاق و الخمول والاكنتاب و يبقى في حالة الانتقال هذه فيعيش واقعا مؤلما تضطرب فيه الأفكار و يختل فيه السلوك .

5-1-2-4- الاضطرابات الانفعالية:

يتسبب المخدر في حدوث العديد من الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد المتعاطي و من ذلك:

*القلق:

حيث يعيش المتعاطي حالة من الخوف والتوتر و عدم الاستقرار و الشعور الدائم بالعصبية الشديدة و الحساسية الزائدة, و التوتر الانفعالي الدائم و الذي ينتج عنه بالضرورة ضعف القدرة على التكيف و التوافق الاجتماعي و يظهر هذا القلق في جملة

من الأعراض مثل : جفاف الحلق، تسارع دقات القلب ، تصبب العرق، ضيق التنفس، ارتجاف الأطراف .(امزيان،و.2006،ص:220)
*الاكتئاب:

حيث ينتاب المتعاطي أفكار غير عقلانية و مشاعر سوداوية بما يسمى بالثالوث المعرفي الأسود، إذ يتسم المتعاطي بانخفاض تقدير الذات و اتخاذه لأسلوب التهويل و التهوين الأمور كأسلوب أساسي للتفكير مما يقوده إلى الإقدام على الانتحار.
(السويف،م.1996، ص:127)

*تصدع الجانب الأخلاقي:

يؤدي تعاطي المخدرات إلى فساد الأخلاق، و الإقدام على قبيح السلوك، فالشخص الذي تحت تأثير المادة المخدرة لا يراعي الأخلاق حيث تهتز لديه المعايير الاجتماعية و تتصدع الأخلاق العامة .
*تحطيم الشخصية و الإرادة النفسية:

يؤدي ارتباط المدمن بالعقار إلى أن يصبح إنسانا مسلوب الإرادة يسعى فقط من أجل الحصول على العقار، فيلجأ إلى كافة الأساليب للحصول عليه (الإحتيال ، القتل، ممارسة الشذوذ...).

5-2- مضاعفات تتعلق بالمجتمع:

المخدرات مشكلة و ظاهرة معاصرة رغم وجودها على مراحل متسلسلة من التاريخ الإنساني، حيث أصبحت بذلك خطرا يهدد البناء المجتمعي العام حيث أسفرت جميع الدراسات على أن الإدمان على المخدرات بوابة لظهور ظواهر اجتماعية سمتها الأساسية مبدأ الانحراف هذا من جهة و من جهة أخرى ظواهر متعلقة بالبناء العام للمجتمع مثل: التفكك و الانهيار و الانعزال عن المجتمع و البيئة المحيطة.
و من تلك الآثار نذكر مايلي:

- الانعزالية و عدم المشاركة الوجدانية و عدم القدرة على الابتكار و الإنتاج لأن المخدر بالنسبة للمدمن مجال للهروب من الواقع المعاش.
- الإدمان يؤثر سلبا على الحياة المعيشية و التعليمية و الأخلاقية بحيث ينعدم الوازع الديني و الذي يؤثر على سلوك الفرد التعليمي و الأخلاقي.

- تزايد حوادث المرور بسبب تعاطي المخدرات
- تزايد عصابات تهريب المخدرات.
- تهديد الإدمان لمنظومة القيم الاجتماعية مما يؤثر على العلاقة الاجتماعية فيظهر التفكك الأسري و تنصهر القيم، و تختل الأدوار الاجتماعية .
- ازدياد نسبة الإجهاض بين المدمنين و المدمنات مع زيادة نسبة الأطفال غير الشرعيين(دردار،ف.2000،ص:115)
- ارتفاع معدل الجزعة تحت تأثير الإدمان و ازدياد عدد الضحايا.
- (السويف،م.1996،ص:141)
- تأثر المدمن بجماعة الإدمان و انخراطه فيها فتعمل على تعزيز سلوكه الإدماني و تمثل قيمتها ومفاهيمها اتجاه الحياة و الارتباط الاجتماعي (الحجار،م.2007،ص:59)
- 5-3- مضاعفات تتعلق بالأسرة:
- إن الأسرة هي النواة الأولى التي يتعلق فيها الفرد سنوات عمره الأولى و مراحل تكوينها النفسي و الجسدي ، كما تعتبر ذات التأثير الأساسي على الفرد، و ما ينجم عليها من تعقيدات فيما بعد، إذ يعتبر تعاطي المخدرات من قبل أي فرد من أفراد الأسرة و خاصة أحد الوالدين سببا كافيا لتفكك الأسرة و فسادها في معظم الحالات.
- وفيما يلي أهم المضاعفات التي تصيب الأسرة:
- انخفاض و تدني المردود المادي للأسرة و ذلك راجع لعدم قدرته على العمل وإنفاق دخله على المخدرات و انحراف الأبناء بالسرقة و النصب و الاحتيال و الإجرام و قوتهم في ذلك الأب (عرموش،هـ.1993، ص:322)
- انخفاض المستوى الصحي و الغذائي و الاجتماعي و التعليمي للأسرة.
- يسود جو الأسرة العام توتر و شقاق و خلافات مستمرة بين أفرادها مما ينعكس على مردود الأبناء دراسيا.
- تعرض الأبناء للكثير من المشاكل النفسية كالقلق و الاكتئاب و الخوف الاجتماعي وكذا التشرد و الانحراف.
- وقوع أحد أفراد الأسرة في التعاطي تقليدا نتيجة مشاهدة المتعاطي داخل الأسرة أو حتى خارجها(أمزيان،و.2006، ص:222).

• فساد العلاقات الزوجية الأسرية بسبب إدمانها أحد الزوجين و احتمالات وقوع الطلاق ,فتسود الخصومات و يهددها التفكك وانزلاق أفرادها في مهاوي الإجرام و الرذيلة (الحجار،م. 2007,ص:59).

4-5- مضاعفات تتعلق بالإقتصاد:

إن الإنسان هو عماد الاقتصاد في جوانبه المتعددة سواء ما يتعلق منها بالتخطيط أو الإرادة ,و تشير الدراسات إلى أن المدمنين يمتازون بازدياد مشكلات العمل من خلال المظاهر التالية:

• تضائل الإنتاج نظرا لغياب العمال المدمنين أو بذل جهد أقل نظرا لضعف أجسامهم و عدم قدرتهم على التحكم وسائل الإنتاج.

• عرقلة النمو الاقتصادي بسبب تهريب العملة الصعبة لتسديد ثمن ما يهربونه من السموم (رشاد،أ. 1999,ص:9).

• تزايد احتمالات التعرض لإصابات العمل.

• التسبب في الخسائر المادية بسبب قلة الالتزام و عدم الشعور بالمسؤولية.

• علاوة على أن الفرد المدمن غير منتج فإنه يلحق بمجتمعه خسارة كبرى في علاجه.

• كثرة إنفاق الأموال في مجال مكافحة تهريب و تعاطي المخدرات.

6- البر وفيل النفسي للمدمن على المخدرات :

عندما يطرح التحليل النفسي مشكلة الإدمان ,إنما يطرحها كما يطرح غيرها من مشكلات السلوك الإنساني السوي منه و المرضي على حد سواء,وهو أن لكل سلوك علة وأنه يخضع لحتمية تكمن في التفاعل الدينامي بين الفرد و بيئته على اختلاف أشكالها و صورها,كما أن للسلوك الإنساني دلالة ومعنى يفصح عن تكوين الفرد و بناء شخصيته كذلك له وظيفة تحقق للفرد إشباعا معيناً و خفض لتوتراته و إعادته لحالة التوازن التي يسعى إليها كل فرد .

و على هذا الأساس يصوغ التحليل النفسي مشكلة الإدمان بالتساؤل التالي:

لماذا يتعاطى الناس المخدر دون البعض الآخر؟وماذا يعني المخدر بالنسبة للمدمن؟
و للإجابة على هذا التساؤل المترابطة يقدم التحليل النفسي المسلمة الأولى و هي أن المشكلة ليست في المخدر و إنما هي في الدافع إلى استعماله.

كما يقدم المسلمة الثانية و هي أن نوع المخدر المستخدم ليس في المقام الأول من الأهمية و إنما الأكثر أهمية هو تحريف إدراك الواقع الذي تخلفه هذه المخدرات,ومن ثم فإن من السهولة أن يتحول المدمن من تعاطي نوع معين من المخدرات إلى نوع آخر.

كما يرى التحليل النفسي أن الاستعداد لتعاطي المخدرات يعتبر سابقا على خبرة التخدير,والتعاطي المتكرر يرجع إلى نفس الاستعداد نفسه و التفاعل الشديد بين حالة النشوة و المرح التي يخلفها المخدر و حالة الاكتئاب التي تعقبه لانتهاء تأثيرات المخدر,كذلك يرجع ميل المخدر إلى الانتكاس نحو الاضطراب الأساسي في شخصيته فأغلب المدمنين ينتمون إلى الشخصيات السيكوباتية, و يتميزون بقابلية الوقوع في تعاطي المخدرات و ذلك لما تعكسه سلوكياتهم من اضطراب التوازن النفسي بسبب عدم الاستقرار النفسي و الاندفاعي و غياب المعنى الأخلاقي لديهم,ناهيك عن عدم القدرة على التكيف و تحمل الإحباط (ردار،ف.2005،ص:15)

و يرجع الكثير من الباحثين الإدمان إلى أسباب تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها , فالمدمن شخص توقف نموه النفسي الجنسي أو نكص إلى مراحل أو مستويات طفلية ابتدائية بسبب خبرات الفشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه,ويتلخص هذا الفشل في تصنيفهم ضمن الشخصيات المضادة للمجتمع Anti social والتي تتميز ببعض الملامح المعبرة عن سوء التوافق الشخصي والاجتماعي ,وتتلخص في سلوك عدم التكيف المتأصل وغير المرن فيما يتعلق بالإدراك والتفكير في الذات وفي البيئة ويعرف عنهم الخروج عن القانون والأنظمة الاجتماعية والأعراف السائدة ,وعدم الشعور بالمسؤولية والأخلاقية وعدم القدرة على تأجيل أو الامتناع عن تحقيق المتعة الأنية والعجز عن خلق علاقات متوازنة مع الآخرين(أمزيان،و.2006،ص:211)

كما يشير "مصطفى زيور" إلى أن شخصية المدمن تتميز بالطابع الإكتئابي و حالة الاكتئاب هذه من زاوية العلاقة بالموضوع , وصفة الإدماج العدوانية كموضوع لم يتم تمييزه,فشخصية المدمن شخصية إتكالية لا تملك القدرة على تحمل التوتر النفسي و الألم والإحباط و هي عاجزة على مواجهة الواقع.

ويرجع هذا العجز إلى:

1- البناء النفسي الداخلي للمدمن من حيث هو بناء هش يفتقر إلى القوة و التماسك الداخلي و المتكامل.

2- الواقع الخارجي من حيث مرونته و قسوته و ما يمثله من إحباط و مصاعب تعترض ظروف تحقيق إشباع المطالب الأساسية (زيور، م. 1973، ص: 36) وما يمكن ملاحظته هنا هو أن شخصية المدمن تتميز بجملة من الخصائص النفسية تدفعه إلى الإدمان تتمثل في:

• ارتفاع سمة العصبية و التوتر و القلق.

• الشعور بالنقص و عدم تقدير الذات.

• عدم التوافق النفسي و الاجتماعي الجيد (عرموش، ه. 1993، ص: 298)

و كان قد توصل "وينيك winik" إلى وجود بعض السمات التي تظهر على شخصية المدمن على المخدرات، حيث توصل إلى ذلك باستخدام أسلوب التحليل النفسي وتحليل الاختبارات النفسية، وقد أسفرت نتائجه على أنه يمكن تصنيف المدمنين إلى:

1- المدمن غير الناضج: هو العاجز عن إقامة أي علاقة هادفة مع أشخاص آخرين حيث يعتبر شخص اتكالي يعتمد على الآخرين، وعاجز عن تحمل مسؤولياته.

2- المدمن المتفاني في ذاته: و يسمى المدمن الأناني، وهو الشخص الذي يصر على إشباع رغباته و لا يستطيع تأجيلها.

3- مدمن غير ناضج جنسيا : و هو الشخص الذي يعاني من مشاكل جنسية واضحة

4- المدمن المكتئب: و هو شخصية قلقة متوترة يلجأ صاحبها للمخدرات لتسكين قلقه و توتره.

و في الدراسات التي طبقت فيها الاختبارات النفسية أوضحت أن الشخصية الإدمانية تتسم بالإكثابية و السكونية (walker & Kenon .1980,p :23) هذا من الناحية النفسية ، أما من الناحية المعرفية فيتمثل نمط الإدراك لدى المدمن في النظرة السلبية نحو الذات، والنظرة السلبية اتجاه العالم، والنظرة السلبية اتجاه المستقبل، ففعل الإدمان على المخدرات يرمي إلى محاولة إلحاق الضرر بالذات سواء أكان ذلك عن قصد أو دون قصد، ويكون سبب ذلك على المستوى النرجسي لم يجد له المدمن حل، كما تتجلى نظرات النبذ و التشاؤم من المحيط الخارجي تجعل المدمن لا يستحسن العلاقات

مع الآخرين و يرفضها، بعدما يكون قد رفض نفسه وأصبح لا يرى في المستقبل تحسنا و لا تفاؤلا (أبو الروس، 1996، ص: 91)، ناهيك عن ما يعتريه من إعاقة معرفية و تشوش في الإدراك و فساد بعض العمليات العقلية كالتذكر و الإحساس البصري السمعي و الذوقي، واضطراب التفكير و جموده و انحطاطه فهو عاجز مثلا على التفكير المنطقي المؤدي إلى أسباب الأمور ونتائجها، ويتصرف اجتماعيا بطريقة غير ملائمة و كأنه أقل قدرة على التحكم في انفعالاته. (أمزيان، و. 2006، ص: 215)

7- مراحل الإدمان:

ولأن الإدمان يتطور فإنه يصبح أسلوبا للحياة، وبدلا من أن يكون جامدا فإنه يتغير باستمرار، ولأنه يتغير فإنه يحدث تغيرات للفرد الذي يعاني فهو رحلة ذات بداية وتتحرك في اتجاه. هذا الاتجاه قد لا يكون واضحا تماما لكنه موجود.

ولأننا سنتناول بالدراسة مراحل الإدمان ، فإن هذا الأخير يتكون من ثلاث مراحل هي:

7-1- المرحلة الأولى : التغير الداخلي

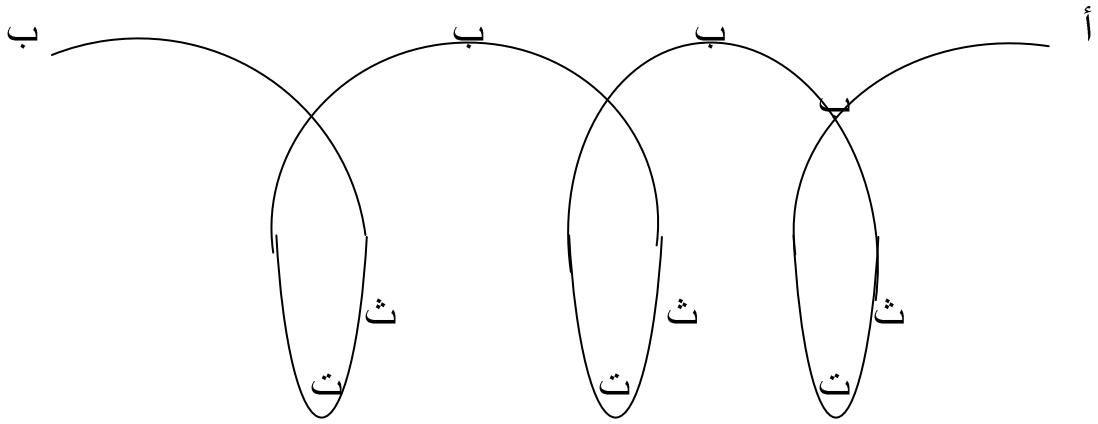
الإدمان يغير الناس بأساليب دائمة و مستمرة، ففي المرحلة الأولى ستتحول الشخصية باستمرار، لأن له من القوة ما يجعله يبذل شخصية الفرد والآخر لكن هذا التغير على مراحل:

حيث يبدأ الإدمان بمرور الشخص بخبرة الانتشاء (تجرع المادة المخدرة) فيحدث له تغير في الحالة المزاجية (كرايج، ن.ت. قاسم، أ، كامل، س. 2008، ص: 36) ، وغالبا ما تكون خبرات تغير الحالة المزاجية هذه شديدة جدا بالنسبة للمدمن، حيث توضح البحوث أن الخبرات الإدمانية القليلة الأولى للشخص غالبا ما تكون ممتعة جدا وشديدة، ومن ثم تجلب له المعرفة بأنه يمكن من خلال العلاقة بالمادة المخدرة أن تتغير المشاعر وبالتكرار يجد الفرد الوهم الأساسي الذي يقوم عليه الإدمان وهو الراحة من خلال المادة المخدرة.

هذا عندما يفشل في تنمية علاقات ايجابية من خلال الجماعات الأربعة (الأسرة، و الأصدقاء، القوى الروحية العليا الذات ، المجتمع المحلي) فيلجأ إلى أنماط أخرى من العلاقات، وهنا يحدث الإدمان، إذ هو علاقة بشيء أو حدث تتم داخل الشخص.

(كرايج، ن.ت. قاسم، أ.كامل، س.2008، ص: 40)

وتكون البداية الحقيقية للعلاقة الإدمانية عندما يعاود الشخص البحث مرارا عن وهم الراحة و التخفيف ليتجنب مشاعر أو مواقف غير سارة وهذا هو التعزيز من خلال التجنب، وعند هذه النقطة يبدأ المدمن في التخلص من العلاقات الطبيعية ويبدأ استبدال هذه العلاقات بالعلاقة الإدمانية بالمادة المخدرة، وتلك هي البداية للدورة الإدمانية، و الشكل التالي يبين أن هناك حركة لولبية تتحدر لأسفل عدة انحدارات و انخفاضات . (كرايج، ن.ت. قاسم، أ.كامل، س.2008، ص: 41)



شكل 4: الدورة الإدمانية

أ: ألم، ب: شعور بالحاجة إلى التفعيل، ت: التفعيل، وبداية شعور بالتحسن، ث: ألم ناشئ من التفعيل، ب: شعور بالحاجة إلى التفعيل، ت: تفعيل وبداية الشعور بالتحسن وهكذا.
* الشخصية الإدمانية:

إن العنصر الأكثر أهمية في المرحلة الأولى هو ظهور الشخصية الإدمانية التي تشكل في النهاية علاقة إعتما مع المادة ورغبة شديدة في تحقيق أقل قدر ممكن من الألم وأكبر قدر ممكن من المتعة من خلال المادة المتعاطاة، وبمرور الوقت يصبح الشخص مستغرقا في المادة المخدرة ومبتعدا انفعاليا عن الآخرين، وهنا تبدأ الشخصية الإدمانية تبدي السيطرة أكثر على الحياة الداخلية للشخص، وعند هذه المرحلة يبدأ المدمن في الشعور بعدم الراحة الانفعالية أو وخزات ضمير، وهنا يحدث الخجل فيلجأ المدمن للبحث عن الراحة و التخفيف من خلال الإدمان و التعاطي، أي كلما يشعر بالخزي و الخجل كما يشعر بالحاجة إلى تبرير العلاقة الإدمانية.

(كرايج، ن.ت. قاسم، أ.كامل، س.2008، ص: 45.46)

ويترتب لديه على هذا الخجل فقدان احترام الذات، وتقدير الذات و الثقة بالذات، وتأديب وضبط الذات، وحب الذات، ويبدأ الشخص يستشعر الخجل و الخزي من جراء علامات فقدان السيطرة التي تتبدى داخله على المستوى الانفعالي فيلجأ للانسحاب الداخلي من الآخرين و الارتباط بالمادة المخدرة وهذه هي بدايات الانسحاب الانفعالي التدريجي من العلاقات بالناس .

واستبدالها بالمادة المخدرة التي تعمل على خلق التفعيل وتغيير المزاج و المتعة و الاستثارة في المرحلة الأولى، ولا يحدث أن يفقد التفعيل بعضا من إغرائه قبل المرحلة الثانية، إذ يحتفظ دائما بقدرته على تغيير الحالة المزاجية للفرد، بيد أنه بمرور الوقت تبدأ كثير من المتعة في الزوال و التلاشي ويكتسب التفعيل صفة الدوام، وهنا يضطر الفرد المدمن للقيام بالتفعيل أكثر وأكثر ليتغلب ويهرب من الألم و الإحباط .

7-2- المرحلة الثانية :

ما إن تكون الشخصية الإدمانية في وضع أكثر رسوخا حتى تصبح العناصر السلوكية للإدمان أكثر تفشيا وانتشارا، وجميع هذه السلوكيات دلائل على أن الشخص فاقد للسيطرة داخليا ، ويظهر ذلك بوضوح في المرحلة الثانية.

- ففي المرحلة الأولى يكون الشخص قادرا على أن يكبح رغبته في المادة المخدرة، أما في المرحلة الثانية فمظاهر انعدام السيطرة سلوكيا تصبح متكررة أكثر فأكثر ويصبح الفرد أكثر انشغالا بالمادة المخدرة وتظهر لديه الاعتمادية السلوكية على المادة المخدرة.

*سلوك المدمن في المرحلة الثانية:

يصبح سلوك الشخص ملتزما بالعملية الادمانية من خلال طرق عديدة، مسببا أسلوب حياة إدماني .

- يكذب على الآخرين.

- يلوم الآخرين رغم علمه بعدم تورطهم.

- يجعل من سلوكياته الادمانية طقس له.

- يبدأ في الانسحاب من علاقاته مع الآخرين.

(كرايج، ن.ت. قاسم، أ، كامل، س. 2008، ص ص: 51.52)

وهنا نجد الشخص يقيم عالما سريريا يسحب إليه انفعاليا وعقليا وتكون الغلبة للشخصية الإدمانية وفقدان السيطرة سلوكيا على الذات.

* أمثلة للوعود الإدمانية:

المدمن: المدمن داخل الشخص: أحضر لي آلامك، وسوف أمنحك الراحة.

التفسير: المعني: أحضر لي آلامك وسوف أمنحك وهم الراحة.

المدمن: سوف أحررك وأطلق سراحك.

التفسير: سوف أمتلكك.

المدمن: اقضي وقتا معي، يمكنك أن تثق بي، لا يمكنك أن تثق بأي شخص آخر.

التفسير اقضي وقتا معي، وسوف أعلمك أن تكون عديم الثقة بالآخرين.

المدمن: سأعلمك أسلوبا لا تضطر معه لمواجهة المشكلات.

التفسير: ليس هناك تفسير، فالجملة كذبة من الأكاذيب .

(كرايج، ن.ت. قاسم، أ.كامل، س.2008، ص:62)

* الصراع الداخلي :

يعتقد المدمن أنه ينبغي أن يكون قادرا على التحكم و السيطرة على الإدمان، ولكنه

غير قادر على إيقاف هذه العملية نظرا لفقدانه السيطرة الداخلية، ويحدث ذلك

في المرحلة الثانية حيث يشعر الشخص ويستسلم في النهاية للقوة الهائلة للإدمان عندما

يحاول جاهدا أن يضع حدود سلوكية ولكنه لا ينجح ويرجع ذلك إلى توجيه المدمن

أكبر طاقاته نحو العلاقة الإدمانية بالمخدر و هذا ما يدفعه للعزلة، فالمدمن المتمرس

شخص منعزل انفعاليا) . (كرايج، ن.ت. قاسم، أ.كامل، س.2008، ص:72)

يعيش أسلوب حياة إدماني، حيث يسحب كل طاقاته من الأنشطة و الناس إلى المادة

المخدرة لذا يجد صعوبة في أن يحيا حياتين فتنسحب الطاقة من الحياة العادية

إلى الحياة الإدمانية و العلاقة بالمخدر، ويستمر الصراع الداخلي الذي يتطلب مزيدا

من الطاقة، ونظرا لأن الفرد المدمن عاجزا وفاقدًا للتحكم، فإن عليه أن يرضخ للأمر

الواقع، وهو أمر الإدمان (كرايج، ن.ت. قاسم، أ.كامل، س.2008، ص:81)

7-3- المرحلة الثالثة:

بحلول المرحلة الثالثة تكون الشخصية الإدمانية في تحكم تام تسعى فقط لتحقيق وإيقاء التحكم التام في الشخص و الحصول على الانتشاء و التفعيل، وسميت المرحلة الثالثة بمرحلة انهيار الحياة لأن هنا ستبدأ حياة الشخص تنهار تحت وطأة الضغط الناتج عن الألم، حيث بحلول هذه المرحلة يصبح التفعيل يحدث لذة كبيرة على الرغم من أن الشخص يشعر بابتعاد أكثر عن الألم أثناء التفعيل ، إلا أن المدمن يستشعر وجود الألم دائما الآن تقريبا، وهنا يبدأ سحر الإدمان بالانهيار تحت وطأة الضغط الانفعالي الذي يعجز المدمن أمامه على المواجهة لعدم توفر مهارات المواجهة كافيًا للتعامل معه فيبدأ المدمن ينهار انفعاليا، وقد يدخل في نوبات من الغضب دون سبب مع فقدان السيطرة عليه.

ويمتد الانهيار إلى جانب التفاعل الاجتماعي نظرا لارتباط المدمن انفعاليا مع المادة المخدرة وليس مع أشخاص. فإنه في هذه الحالة يدفع ضريبة تلك العلاقة حيث يشعر بأمن أقل عند التفاعل مع الناس حتى على المستوى الاجتماعي، وإن حدث التفاعل يكون من أجل استخدام المدمن الآخرين لإشباع حاجاته الإدمانية نتيجة فقدان المدمن الثقة بنفسه و بالتالي فقدان قدرته على التفاعل، ويكون الحل لدى المدمن هو الانسحاب من الآخرين و الوحدة، وهنا يكون من الطبيعي تطور الشخصية الإدمانية وسيطرتها على الفرد. وفي هذه المرحلة من عملية الإدمان قد يبدأ الشخص يفكر ويحاول بجدية في الانتحار وذلك لسببين هما:

1- أن الألم الداخلي يكون شديد الدرجة وأن المدمن يتمنى توقيفه، بيد أن الوعد الإدماني بالتخفيف و الراحة لا يكون أكثر من مجرد وعد.

2- يصبح المدمن خجولا ويكره الجانب الإدماني بداخله لدرجة كبيرة، ويريد أن ينهي العلاقة الإدمانية بأي ثمن. لدرجة القيام بفعل القتل ضد المدمن (داخله) فلا أحد يكره المدمن أشد من الشخص الذي يعاني من الإدمان.

(كرايج، ن. ت. قاسم، أ. كامل، س. 81: 2008)

3- ويتجاوز الإدمان هذه المرحلة بعد أن يكون قد مر بمرحلة ثرية بالدلائل الجسمية على الإنهيار.

فقد يتطور مرض الإدمان إلى حد أن ينمي الفرد دلائل جسمية على الانهيار، فالإدمان مولد شديد للضغط ونتيجة لذلك ينمي الفرد مشكلات جسمية ويرجع ذلك إلى أن أجهزة الشخص الانفعالية و النفسية تعمل باستمرار بطاقة أكبر من قدرتها أغلب الوقت سوف تؤثر على أجزاء الجسم المختلفة.

خلاصة:

على مدى السنوات العشر الأخيرة نظر إلى الإدمان باهتمام متزايد بما في ذلك العوامل المعرفية المؤدية له، وينظر العاملون في هذا المجال إلى مشكلة الإدمان على أنها مشكلة متعددة العوامل في تصنيفها وعليه فإن المدخل إلى المواجهة و العلاج لا بد أن يكون مدخلا إنتقائيا يقوم على الاختيار الأنسب لوضع تشخيص وبناء المنهج العلاجي وينتأى ذلك من خلال تعيين وتحديد معايير النجاح بدقة لأن الإدمان في واقعه اضطرابا انتكاسيا ، لذا يتطلب منهاجا إنتقائيا مرنا لعلاجه.

الفصل الثالث العلاج المعرفي السلوكي

تمهيد:

تختلف أساليب تعديل السلوك باختلاف المدارس النفسية من حيث تنوع تفسيراتها للسلوك, ومن حيث طرق ترتيب أولوياتها في تفسيرها المعرفي و بناء على ذلك إختلفت توجيهاتهم في العلاج.

ويعتبر أسلوب تعديل السلوك المعرفي بمثابة رد فعل على المعالجين النفسانيين الذين بالغوا في تغاضيهم عن الاعتبارات الذاتية للفرد المريض, وعلى رأسهم الجوانب المعرفية التي تكمن وراء السلوك الإنساني.

يعتبر حجر الأساس في تعديل السلوك المعرفي الذي يعتمد على أهمية العمليات المعرفية التي تلعب دورا هاما في تشكيل السلوك الإنساني الظاهر و لذلك ينبغي أخذها في الحياة حتى ولو لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة.

يقوم تعديل السلوك المعرفي على افتراض أن الإنسان ليس سلبيا, فهو لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب, بل يتفاعل معها و يكون مفاهيم, وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه, حيث يعتقد معدلوا السلوك المعرفيون أن هناك تفاعلا متواصل بين المؤثرات البيئية و العمليات المعرفية و السلوك, ويتفق معظم المعالجين على اختلاف اتجاهاتهم أن الاضطرابات النفسية لا يمكن عزلها عن طريقة تفكير المريض عن نفسه وعن العالم أو اتجاهاته في الحياة بشكل عام

1- التعريف بأرون بيك:

"أرون بيك" "Beck.A" من مواليد 18 جويلية 1921م من أصل أمريكي، ولد في مدينة رود أيلاند "Rhode Island"، حصل على شهادة الطب من جامعة ييل "Yale" الأمريكية (كلية الطب) في سنة 1946 و قضى الفترة الممتدة من 1946م-1947م في التدريب العملي و الإقامة الدائمة بمستشفى "رود أيلاند" "Rhode Island" و عقب هذه الفترة قضى مدة من الزمن في العمل في مصلحة الطب العصبي و الطب النفسي في مستشفى المحاربين القدماء بمدينة "فرانجهام" بولاية "ماساتشوستس"، وقد وضع ضمن قائمة أعضاء هيئة التدريس بجامعة بنسلفانيا-كلية الطب منذ سنة 1954، كما شغل منصب أستاذ بمنصب بجامعة أوستن ريجز بمدينة "ستوكبريدج" بولاية "ماساتشوستس"، وكذا مستشار بمستشفى إدارة المحاربين القدماء بولاية "فلاديفيا"، وعين عضو لجنة مديري اتحاد الصحة العقلية، وأمين الأكاديمية الأمريكية للتحليل النفسي، وفي الأخير رئيس جمعية البحث العلاجي (باترسون، ت. الفقي، ح. 1990، ص: 27).

حصل "بيك" على العديد من الجوائز و الدرجات العلمية، فهو الطبيب الوحيد الذي تلقى جوائز على بحوثه، فقد منح شهادة الطب النفسي من الهيئة الأمريكية للطب النفسي، و حصل على جائزة "سارنات" الدولية في مجال الصحة النفسية عام 2003 (الهادي، أ. 2008)

أسس "بيك" العلاج المعرفي السلوكي في أوائل الستينيات من القرن الماضي بعد ممارسة التحليل النفسي، حيث صمم ونفذ العديد من التجارب اختبار مفاهيم التحليل النفسي للاكتئاب التي توقع أن تثبت صحة مبادئها، تفاجأ بالنتائج العكسية لها، وكانت هذه النتائج هي التي قادتته إلى البدء في البحث عن طرق أخرى لعلاج الاكتئاب و بالعمل مع مرضي الاكتئاب وجد أنهم يعانون من تيارات فكرية سلبية تبدوا تلقائياً أطلق عليها اسم "الأفكار الأوتوماتيكية"، ومنذ هذه المبادرة بدأ البحث عن فعالية هذا الشكل من العلاجات النفسية في معالجة طائفة من الاضطرابات منها الاكتئاب، اضطرابات الأكل، تعاطي المخدرات، اضطرابات القلق، اضطرابات الشخصية

ويتركز عمله حديثا على تطوير العلاج المعرفي لمرض الفصام و اضطراب الشخصية.

له عدة مؤلفات ومقالات منشورة في العديد من المجالات, كما أنه ألف بالإشتراك كتاب "الاكتئاب إكلينيكي و تجريبي و مظاهره التنظيرية" سنة 1967 وقد أعيدت طباعته سنة 1972 تحت عنوان "الإكتئاب أسبابه و علاجه" كما ألف كتاب "تحليل إدارة الاكتئاب" سنة 1973, و كتاب العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية سنة 1976, و كتاب العلاج المعرفي للاكتئاب سنة 1979 كما نشر أكثر من 500 بحث, وحاضر في جميع أنحاء العالم. (باترسون, ت. الفقي, ح. 1990, ص: 27).

2- تعريف العلاج المعرفي السلوكي "tcc":

هو شكل من أشكال العلاجات الفردية التي تعتمد على طريقة معينة لعلاج الفرد المريض حسب خبرته المرضية وتأثير هذه الخبرة على حياته، وهو تقنية تعتمد على الحديث المتبادل في شكل حوار يعني أنه يعتمد على مناقشة أفكار وأحاسيس وأفعال المفحوص (Dobson, K.D. 2002.p: 03) . كما ركزت على كيفية تفكير الفرد و التي هي سبب في الاستجابة الانفعالية ومدى تحديدها للسلوك .

فالعلاج المعرفي يساعد الفرد على التعرف على أفكاره وتقييم مدى واقعية هذه الأفكار كما ينظر للعلاج المعرفي بأنه ذاك العلاج الذي يهتم بسيرورة الأفكار، حيث أن التقنيات العلاجية كلها تركز على تغيير بنية الأفكار ذات التأثير المباشر على الانفعالات و الأفعال، هذا التأثير الذي ينتج كردة فعل المعالجة المنبهات الخارجية بطريقة ما وهذا ما يوضحه الشكل الاتي: (palazzolo, J. 2004.p :24)

مثير خارجي	مخطط معرفي	استجابة انفعالية + سلوكية
------------	------------	---------------------------

فالنظام المعرفي يعالج أو يترجم ذاك المثير الخارجي بتوظيف المخطط المعرفي المكتسب عن طريق التفاعل بين الأحداث واستجابات الجهاز العصبي المركزي إذا المخططات هي مخططات غير واعية مخزنة في الذاكرة طويلة المدى وتوظف

بشكل آلي خارج الإرادة ووعي الفرد، وتظهر في شكل مجموعة من المعارف المكتسبة من العالم، وتقوم هذه المعارف بتنشيط الانفعالات التي توجه السلوك مباشرة

(palazzolo, J. 2004. p :34)

أما من الناحية الميدانية فالعلاج المعرفي السلوكي يستعمل بهدف علاجي اعتماداً على مبادئ نظريات التعلم، هذه المبادئ التي تعتمد على علم النفس التجريبي و التي تعمل على تغيير سلوك غير ملائم أو شاذ في سياق التحسن بالنسبة للمفحوص (التصرفات السيئة غير التكيفية تعدل، و التصرفات التكيفية تقوى عن طريق العلاج المعرفي السلوكي) مثل هذا التدخل العلاجي يتمثل أساساً في معالجة المعلومة (سياق التفكير الواعي وغير الواعي) وتصحيح وتنظيم ادراكاته .

كما أن السيرورات المعرفية للفرد هي التي تجنب طبيعة السلوك، فإن هذا الأخير مرتبط بالانفعال وردود الأفعال النفسية و التجارب العاطفية السارة وغير السارة، ولتعديل هذه السيرورات تكون التقنيات المستعملة للتدخل العلاجي على مستويات

ثلاث: (cottraux, J . 1996. P :14)

المستوى السلوكي

المستوى المعرفي

المستوى الانفعالي

إذا المداخلة العلاجية التي تخرج من تحت التصور المعرفي تساعد الفرد على تعلم أساسيات تغيير طريقة التفكير و الاستجابة السلوكية في الوضعيات الضاغطة ذاك لأن العلاج المعرفي السلوكي يرى أن نسق الأفكار لدى الفرد عن الأحداث التي تواجهه هي المتغير الجوهرية في تحديد استجاباته السلوكية و الانفعالية .

- أما "بيلاك" فيعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه طريقة علاجية شاملة

تطرق مجال واسع و تنطوي على افتراضات

أولها أن العوامل المعرفية المتمثلة في (التفكير، الصور الذهنية، الذكريات، التخيلات)

تشكل أساس العلاقة بالسلوك المختل وظيفياً.

ثانيها تعديل تلك العوامل يكون ميكانيزما هاما لإحداث التغيير في السلوك ويستطرد "بيلاك" أن العلاج المعرفي الفعال عليه المهام التالية.

1- تعليم المريض تحديد و تقييم أفكاره و تخيلاته التي لها علاقة بالأحداث و السلوكيات المؤلمة.

2- تعليم المرضى أن تقييم تلك المعارف مقابل الدليل الموضوعي و التشويهات المعرفية.

3- أن يمارس المرضى استراتيجيات سلوكية و معرفية متنوعة.

أما "بيك" فينظر العلاج المعرفي السلوكي في كتابه "العلاج المعرفي للاكتئاب" سنة 1979 بأنه طريقة مركبة بنائية و محددة الوقت،توجيهية و فعالة يتم استخدامها في علاج بعض الاضطرابات النفسية منها،**القلق،الاكتئاب،الغضب،العدوان....**و يستند العلاج المعرفي حسب "بيك" إلى أساس منطقي نظري مداه أن سلوك و وجدان الفرد يكونان محددين بشكل كبير بالطريقة التي يتبنى بها الفرد العالم من معارف مختلفة

فبالنسبة للمعالج السلوكي عملية تعديل السلوك هي النهاية بحد ذاتها، بينما للمعالج المعرفي تعني النهاية له هي التغيير المعرفي، أي أن العلاج المعرفي يركز على تعديل البناء المعرفي للفرد بواسطة تصحيح المدركات الخاطئة و عادات التفكير السالبة مما ينتج عنه تعديلا حتميا للسلوك العام.

لذا يسلم "بيك" بأن العلاج المعرفي السلوكي يساعد الفرد على توقيف الطريقة التي يدرك بها الأشياء أو على توقعه للأشياء، أي أن سلوك الفرد تحكمه إلى حد بعيد عوامل معرفية و فكرية كالتوقع و طريقة التنبؤ بحدوث الأشياء فضلا عن الاتجاهات و المعتقدات التي يحملها عن العالم و الأشياء وعن ذاته، فهناك أهمية كبيرة لتأثير العوامل المعرفية و الإدراكية على آثار الاضطراب في السلوك.

(العقاد، ع.2001.ص:33)

في حين "ويليامز" Williams سنة 1984:

ينظر للعلاج المعرفي السلوكي على أنه ذلك العلاج الذي يستخدم كل من الأساليب السلوكية و المعرفية ، ويعتمد على ثلاث نقاط أساسية :

أولا : أن العلاج المعرفي يظم كل من التدخلات المعرفية و السلوكية .

ثانياً: أنه في أشكال كثيرة من أشكال العلاج المعرفي يكون التقدم من استخدام نسبة أكبر من الأساليب السلوكية في بداية العلاج أو عندما يكون المريض في حالة اضطراب شديد، نحو ضم أساليب معرفية أكثر ظهوراً.

ثالثاً: أنه خلال كل من الأجزاء المعرفية و السلوكية يتقدم العلاج من الأيسر إلى الأعمق، وفي ثانياً الجزء السلوكي يتضمن ذلك تقدماً من مهام محددة متدرجة إلى تحديد مهام كاملة ، وفي ثانياً الجزء المعرفي يتضمن ذلك تحولاً من مناقشة الأحداث المعرفية " أفكار، صور، تفسيرات خاصة" إلى التعامل مع معتقدات كامنة و اتجاهات و صور . (فرغلي، ع. 2008، ص: 16)

3- تاريخ و تطور العلاج المعرفي السلوكي:

3-1- الجذور التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي:

ظهرت انطلاقة الثورة الجديدة في علم النفس و التي أطلق عليها (الثورة المعرفية) و التي يتزعمها رواد المنظور المعرفي (آرون بيك - ألبرت أليس ..) حيث في هذا التيار المعرفي قدراً كبيراً من القوة الدافعة بفضل هؤلاء الرواد، وجوهر هذه الثورة قائم على أساس أن هناك علاقة وثيقة بين المعرفة و الانفعال و السلوك، فعندما يفكر الإنسان فهو ينفعل ويسلك وعندما ينفعل الإنسان فهو يفكر ويسلك.

(مصطفى، ع. 2000، ص: 13)

ويشير "بيك" إلى أن الاضطراب الانفعالي لا يمكن فصله عن طريقة تفكير الفرد وإدراكه وتفسيره، حيث يؤكد أن الاضطراب الانفعالي يعود إلى اضطراب في التكوين المعرفي للفرد بين (الأفكار - التفسيرات - التخيلات)، كما يؤكد أن المعرفة تلعب دوراً أساسياً في إحداث واستمرار علاج الاضطرابات الانفعالية.

(العقاد، ع. 2001، ص: 29)

إن الفكرة الأساسية التي ينادي بها العلاج المعرفي السلوكي ظهرت قبل مئات السنين من ظهور العلاج نفسه، حيث هي ليست وليدة اليوم فلقد تنبه الفلاسفة و الرواقيون إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء و ليست الأشياء في حد ذاتها هي التي تؤثر على سلوكنا ، كما تنبه العلماء المسلمون للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان و في سعادته و في شفاؤه وقد اتصفت أداؤهم في هذا

الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية و العوامل التي تتأثر بها و تؤثر فيها وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد في الظروف للمحيطة به. (فرغلي، ع. 2000، ص:13)

وهكذا مثلت هذه الآراء الجذور التاريخية الأولى التي استند إليها المنظور المعرفي في تفسيره للاضطرابات النفسية، ومع بداية النصف الأخير من النصف الأخير من القرن الماضي بدأ الاهتمام بالجوانب المعرفية و دورها الاضطرابات و العلاج النفسي، و قد استمدت فكرة العلاج المعرفي من محصلة علم النفس التجريبي و العلاج السلوكي و العلاج التحليلي، وكان من رواد العلاج المعرفي السلوكي "أليس" Alliss و الذي جاء بنظريته في العلاج العقلاني الانفعالي حيث يهدف إلى تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية مما يؤدي إلى معظم الاضطرابات النفسية. و في نفس الوقت توصل "بيك" beck إلى وضع النموذج المعرفي للاكتئاب حيث بدأ عمله قبل هذه الفترة في محاولة للتوصل إلى تفسيرات و قواعد علمية للتحليل النفسي و لكنه انتهى بوضع أساسيات و خصائص العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حك المشكلات و المهارات الاجتماعية و مهارات التكيف و السيطرة على الذات (فرغلي، ع. 2008، ص:14)

و مما سبق التعرض إليه نصل إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قد صبغت مفاهيمه من قبل الفلاسفة و المحللين ، حيث أن "أليس" انطلق من دراسته للفلسفة ثم التحليل الذي وجد أنه يتعرف وقتاً طويلاً و نتائج غير أكيدة و مع خبرته الإكلينيكية التي اكتشف من خلاله أن تغيير الأفكار السلبية التي تؤدي إلى مشاعر غير منطقية يؤدي إلى اختفاء الأعراض، و قد حدد إحدى عشر فكرة خاطئة لدى الفرد تتسم كلها بطابع

الوجهة الاجتماعية مع انطوائها على مشاعر سلبية (Hersen, M. 2002, p: 483)

و كما يعتبر "أليس" الأفكار اللاعقلانية سبب في ظهور الاضطراب الانفعالي فإن "بيك" جاء بنموذج من أكثر النماذج المعرفية أصالة و تأثيراً حيث يرى أن الاضطراب الانفعالي ناتج أساساً عن اضطراب في تفكير الفرد و ما يعتقد و كيف يفسر الأحداث من حوله.

ويقوم العلاج في هذا المضمار على أساس نظري و هو أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد بنية حياتهم تحدد كيف يشعرون و كيف يسلكون(العقاد، ع. 2001، ص:34) هذا التحديد الذي يظهر من خلال الأفكار الأوتوماتيكية التي تؤثر مباشرة في السلوك الإنساني، ويكون الاستراتيجيات المعرفية السلوكية في العلاج متمثلة في الكشف عن العتبات المعرفية وتعليم المفحوص خبرات نوعية وبالتالي تعديل السلوك .

(Palazzolo,J. 2004.p :13)

3-2- تطور العلاج المعرفي السلوكي:

نعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا ، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة و العلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات ، كما يعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد، إذ يتعامل معها معرفيا و انفعاليا وسلوكيا مستخدما العديد من الفنيات السلوكية .

ولم يكن العلاج المعرفي معرفيا بحثا منذ بدايته، سواء على المستوى النظري أو على المستوى التطبيقي ، فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار بقصد تغييرها حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة، وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف بيك عند استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم إلى جانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكده "بيك" بنفسه في كتابه الذي نشره عام 1979 " العلاج المعرفي للاكتئاب" ومن هنا بدأت تبرز معالم العلاج المعرفي السلوكي .

ويعتمد الإطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي على تلك الأساليب التي قدمها كل من "دونالد ميكنبوم" Michenbaum,D ، و "ألبرت اليس" Eliss,A و"آرون بيك" Beck,A و "فيكتور رايمي" Raimy,V وقد أصدر "بيك" كتابا عام 1970 بعنوان: "العلاج المعرفي طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي": « Cognitive thérapy Nature and relation behavior thérapy »

أوضح فيه كيفية تغيير المعارف و الأفكار من خلال نماذج اشتراطيه ، وهو ما يعتبر بمثابة استراتيجيات سلوكية .

ويعد النموذج الذي قدمه "بيك" من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعا، ففي الوقت الذي يركز فيه على المعارف واعتقادات الفرد في مبدأ "هنا والآن"

كسبب أساسي في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضا ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم وعن المستقبل ، ويرى "بيك" أن الشخصية تتكون من مخططات معرفية « Schémas » تشمل على المعلومات و الاعتقادات و المفاهيم و الافتراضات و الصيغ الأساسية لدى الفرد و التي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويرى أن الناس تتفاعل بالأحداث وفقا لمعانيها لديهم ، ويهتم "بيك" بالأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي تظهر وكأنها منعكسات آلية وتبدو من وجهة نظر المريض بأنها معقولة جدا. ويذهب "بيك" إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثله التمثل الشخصي أي "Personnalisation" أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، وأيضا التفكير المستقطب أي المتمركز عند أحد الطرفين المتناقضين، و الاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي و المبالغة و التعميم و التهويل و التهوين ، و العجز المعرفي.(فرغلي،ع.2008.ص:16)

4-النموذج العلاجي لبيك:

يقرر "بيك" أن منهجه عبارة عن نسق علاجي يقوم على أساس نظري سيكوباتولوجي، ومجموعة من الأسس و الأساليب العلاجية و المعارف المستمدة من البحوث الميدانية، كما أنه علاج نشط محدد البنين و التوقيت، يقوم أساسا على أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون، فإذا فسروا موقفا على أنه خطر، فإنهم يشعرون بالقلق ويريدون الهرب، وتستمد معارفهم من الاعتقادات و الاتجاهات و الافتراضات، ويضيف "بيك" إلى أنه قد صمم منهجه العلاجي بسبب ما وجده من الاضطرابات السيكلوجية التي تتبع غالبا من أخطاء معينة في عادات التفكير، وتفسيرات خاطئة للمواقف، أو قفز إلى نتائج خاطئة، أو عجز عن التخطيط الفعال لمواجهة المشكلات الخارجية. (Beck,A ,wright. 1993, p :17)

وهنا يتدخل العلاج المعرفي، حيث تتمثل الإستراتيجية العامة للعمل المعرفي في مزيج من الإجراءات اللفظية وأساليب تعديل السلوك وهي أساليب تصمم بقصد مساعدة المريض على التعرف على التصورات المحرفة و الاعتقادات غير الوظيفية

الكامنة وراء هذه المعارف، واختبار مدى واقعيها وتصحيحها، وعن طريق التفكير و الفعل بواقعية أكبر وبأسلوب توافقي في مواجهة المشكلات السلوكية الحالية في الموقف، يتوقع أن يخبر المريض قدرا من التحسن في الأعراض وذلك عن طريق تعديل السلوك، ويتمثل التأثير في بنية المقابلة وتحديد جدول الأعمال وإرجاع الأثر وتحديد الأفعال وترجمة المشكلات وتحديد ما يتعين على العميل القيام به خارج الجلسة.

إذا كان العلاج وفقا لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ و التشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة و السعي إلى القضاء عليها فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصادقية مع المريض، وتقليل أو اختزال المشكلة، أي تقسيمها إلى وحدات ليسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، و المراقبة الذاتية، و التباعد الذي يجعل تفكير المريض وتقييمه للواقع موضوعيا، وإعادة التقييم المعرفي، و العلاج البديل (مناقشة الأسباب) ، وبعضها تجريبي كالاستكشاف الموجه و التعريض، وبعضها الآخر سلوكي كالواجبات المنزلية، و التخيل، ولعب الأدوار.

ويرى "بيك" أن التقنيات السلوكية ذات فعالية لأنها تؤدي إلى تغيرات اتجاهية ومعرفية لدى الحالات المرضية . (مليكه،ل.1990، ص: 226)

5- أسس و مبادئ العلاج:

5-1- أسس العلاج حسب بيك:

يستند النموذج المعرفي عند "بيك" إلى عدد من الأسس تتمثل في:

* إن الطريقة التي يشكل بها الفرد بنية الموقف هي التي تحدد كيف يشعر وكيف يسلك.
* تفسير الفرد للموقف يحمل في طياته مكامن الضغط، فالتفسير عملية نشطة مستمرة تشمل على تقديرات متتابعة للموقف الخارجي و على مدى قدرة الشخص على مواجهة الموقف و المخاطر و التكلفة، ومن هذا المنطلق يتم تحديد البنية المعرفية للفرد في موقف هذا البنين المعرفي يكون مسؤولا عن الاستثارة الوجدانية وتعبئة الكائن للفعل أو لشل الفعل .

* لكل فرد حساسيته الفريدة التي تميل به إلى المعاناة السيكلوجية فما يشكل ضاغط لشخص قد لا يكون كذلك بالنسبة لشخص آخر .

* تؤدي الضغوط إلى خلل في النشاط العادي للتنظيم المعرفي، فحتى تكون المصالح الحيوية للفرد مهددة فإن النظم المعرفية البدائية و المميّزة للفرد تنشط وينزع الفرد إلى إصدار أحكام متطرفة ومطلقة ومنحازة وشمولية إلى جانب واحد .

* تتكون الاضطرابات النفسية من مخططات « Schémas » معرفية تشتمل كل اضطراب على نسق معرفي ونزعات سلوكية ووجدانية ناتجة .

5-2-المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي:

يتألف العلاج المعرفي السلوكي بمعناه الواسع من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف من الاضطراب النفسي عن طريق تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة و الإشارات الذهنية المغلوطة، ولا يعني تركيزنا على التفكير أن نلغي أهمية الاستجابات الانفعالية التي هي مصدر القلق، إنما يعني ببساطة أننا نقارب انفعالات الشخص من خلال معرفته أو عن طريق تفكيره، وبتصحيح الاعتقادات الخاطئة يمكننا أن نغير الاستجابات الانفعالية بطريقة المناسبة (بيك، آ. 2000. ص: 227)

ومن هذا المنطلق نجد أن المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي تقوم على:

* يعتمد العلاج المعرفي السلوكي في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة ومنها تحديد الأفكار الحالية للمريض، و الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض و التعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها، ثم العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض ، والأسلوب المعرفي الذي يفسر به المريض المواقف التي يتعرض لها .

* يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج و المريض تجعل المريض يثق في المعالج، ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف و الاهتمام بالمريض، بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية .

* يشدد المعالج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون و المشاركة النشطة وتعمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

*يسعى المعالج إلى تحقيق أهداف معينة لحل مشكلات معينة.
*يركز العلاج المعرفي على الحاضر وعلى المواقف التي تثير القلق و الاكتئاب لدى المريض .

*العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجا لنفسه عن طريق تعليمه مهارات التفاعل اللازمة .

*تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل معين.

(فرغلي،ع. 2008 .ص: 34)

*يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيفية التعرف على الآثار و الاعتقادات غير الصحيحة، وكيف يعدلها ويغيرها .

*يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير في نمط التفكير و المزاج وبالتالي السلوك.

*يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحا مع المريض يناقش معه وجهة نظره حول المشكلة ويتعرف على أخطائه المعرفية، ويسمح للمريض بمناقشتها وبالتالي تعديلها ودحض أخطائها . (فرغلي،ع. 2008 .ص:35)

6- المميزات و الخصائص العامة للعلاج المعرفي :

1-6- المميزات:

العلاج المعرفي هو علاج نفسي مبني أساسا لتحسين الأعراض التي يعاني منها الفرد وذلك عن طريق الاعتماد على تقنيات أكثر فعالية لمواجهة الاضطراب وتعديله. فهذا النوع من العلاج يتمركز أساسا على المشكلات النفسية الداخلية، حيث أن النظرية المعرفية تركز على فكرة أن المشكلات النفسية مرتبطة بأخطاء وانحرافات في عملية التفكير، فمصطلح العلاج المعرفي يطبق على جملة أخطاء التفكير، حيث يساعد المعالج الفرد على إتباع نمط التفكير العقلاني و المنطقي بنظرة واقعية للأحداث الحياتية، وذلك باستعمال كل الوسائل الضرورية من أجل التقليل من معاناته أو حلها بطريقة أكثر فعالية (Cottraux,J. 2001, P : 58).

فالعلاج المعرفي تقنية قصيرة المدى حيث يبلغ معدل الجلسات من 15 إلى 22 جلسة في مدة العلاج تتراوح من 3 إلى 4 أشهر، كل جلسة بمعدل ساعة واحدة.

أما عن نوعية العمل العلاجي فهو تفاعلي بين المعالج و المتعالج، حيث يعمل كل طرف بصيغة مشتركة للتخلص من أخطاء التفكير و بالتالي انحرافات السلوك، يلعب في هذه العلاقة دور إيجابي ومباشر طيلة مدة العلاج هذا من جهة المعالج.

أما من جهة أخرى فمنهجية العمل المتبعة فهي تجريبية لاعتماده على معطيات واقعية يستند إليها في العلاج (المشكلات النفسية، الأفكار ، الاتجاهات اللاكيفية للسلوك....) و التي تساعد المعالج على وضع افتراضات للعمل العلاجي، مع الاعتماد على الاختبارات من أجل الإحاطة بالتغيرات و النتائج .

ناهيك عن أن العلاج يتمركز حول فكرة " هنا و الآن"، وبهذا المعنى العمل يتمركز حول المشكلات الحالية، فالماضي يمكن اعتباره كعامل مساعد للفهم الجيد للحالة محل الدراسة أو العلاج، لكن العلاج يتمركز حول السلوك الحالي للفرد.

إن المعالج المعرفي لا يستعمل أبدا مفاهيم وافتراضات التحليل النفسي من أجل فهم السلوك فبدل الحديث عن "النكوص" و "التثبيت" تكون الإشارة إلى "الاختلال الوظيفي للسلوك" الناتج عن "التعلم الخاطئ" و "الادراكات" و "التصورات الخاطئة"، ومنه ينطلق العمل العلاجي من أجل "إعادة التعلم" Réapprentissage .

التقنية الأساسية التي يعتمد عليها العلاج المعرفي هي التقنية السقراطية، حيث يطرح المعالج جملة من الأسئلة أساسا من أجل استدراج الفرد نحو تغيير أداء و إدراكات الفرد. (Cottraux, J. 2001, P : 58)

6-2- الخصائص:

هناك الكثير من الخصائص التي تميز العلاج المعرفي السلوكي عن غيره من أساليب العلاج النفسي الأخرى و التي يمكن تعيينها في:

6-2-1- العمل المشترك المتعاون:

و تعني أن تقوم العلاقة العلاجية بين المعالج و المتعالج على أساس التعاون أي قيام كل منهما بدور فعال في العملية العلاجية و يتطلب ذلك تحديدا مشتركا لأهداف العلاج (فرغلي، ع. 2008، ص: 40)، كما يتوقف على أن يعمل المعالج على تحديد الإستراتيجيات التي تعمل على إحداث التغيير العلاجي و تحديد المتعالج للأفكار الأوتوماتيكية لديه بالتعاون مع المعالج، أي أنهما يعملان معا في إعداد الإستراتيجية

التي تعين على حل مشكلة المعالج و صعوباته (حسن، ط. 2007، ص: 188).

ومن خلال هذه العلاقة العلاجية التعاونية يستطيع المتعالج ان يعرف على طبيعة الاضطراب و أن يعي الأفكار و التفسيرات الخاطئة و المواقف و الأحداث .

(حسن، ط. 2007، ص: 190)

6-2-2- العلاج القصير المدى:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي مقارنة قصيرة المدى ,حيث يحقق هذا النوع من العلاج نتائجه بسرعة ,إذ يلمس المتعالجون تغييرات إيجابية في أنماط تفكيرهم ومشاعرهم و سلوكياتهم في خلال مدة تمتد بين 15 و 25 حصة,و تستغرق الجلسة ساعة واحدة(حسن، ط. 2007، ص: 191) ، و يتم بناء كل جلسة من خلال استخدام أجندة عمل لأن مسار العلاج مختصر و الوقت محدد مقارنة مع الأشكال الأخرى من العلاج النفسي,وحتى عندما تطول مدة العلاج فإنها تبقى محددة زمنيا بناءا على المنهجية العلمية التي تحدد العلاج , حيث أن تحديد مدة العلاج تكون بمثابة محفز سواء بالنسبة للمعالج أو المتعالج و تزيد من دافعية كلا الطرفين للانخراط بفاعلية في العلاج.

(علوي، إ، زغبوش، ب. 2002، ص: 71)

6-2-3- علاج استراتيجي و مقنن:

يوصف العلاج المعرفي السلوكي بأنه علاج استراتيجي لأنه يرتبط أساسا بتحديد الأهداف و الوسائل و معايير تقييم النتائج المتحصل عليها , فالعلاج المعرفي السلوكي منظم حسب خطة للعمل , فهو نوع من برنامج مرن للعلاج يسمح بملائمته مع خصوصيات كل حالة, كما أن خاصية التقنين تسمح ببلورة بروتوكولات قابلة إعادة الإنتاج على مستوى خطوطها العام. (علوي، إ، زغبوش، ب. 2002، ص: 71، 72)

6-2-4- العلاج المعرفي السلوكي موجه نحو المشكلة:

يركز العلاج المعرفي السلوكي على موضوع المشكلة الحالية و الراهنة التي يعاني منها المتعالج و على الأعراض الحالية، وهذا لا يعني أن هذا النوع من العلاج يلغي ثقل الماضي على الصعوبات النفسية الحالية، ولكنه ينظر إليه من زاوية التعلم على اعتبار أن الفرد يكتسب من خلال الإشراف عددا من الاستجابات السلوكية أو المعرفية غير الملائمة (علوي، إ، زغبوش، ب. 2002، ص: 72).

فمن هذا المنطلق يهتم المعالج بزمن بداية المشكلة و في أي المواقف و ما هي الأفكار السلبية المرتبطة بذلك، بمعنى أن معارف (هنا و الآن) تكون هي الهدف في التعبير العلاجي و على ذلك يتعين المعالج المعرفي معرفة الصياغة المعرفية عن مشكلة المتعالج التي تحدث نتيجة التعلم الخاطئ و بناء استنتاجات غير صحيحة، وفضلا عن ذلك فإن التفكير يمكن أن يكون غير واقعي بسبب أنه مشتق من مقدمات معرفية خاطئة، ويكون الهدف الأساسي في حل المشكلة هو إعادة البناء المعرفي للمتعالج. (حسن، ط. 2007، ص: 192)

6-2-5- استخدام الحوار السقراطي:

يستخدم العلاج المعرفي السلوكي الحوار السقراطي الذي يقوم التساؤل باعتباره أداة أساسية في العلاج، وتعتبر طريقة الحوار السقراطي هي الطريقة الأفضل للتساؤل وتهدف هذه الأسئلة إلى:

- 1- تحديد و توضيح المشكلة.
 - 2- المساعدة على التعرف على الأفكار، التخيلات و الفروض.
 - 3- تمحيص معاني الأحداث بالنسبة للمتعالج.
 - 4- تقدير نتائج الإبقاء على الأفكار و السلوكيات غير التكيفية.
- كما تهدف إلى إيصال المتعالج إلى خلاصات منطقية قائمة على أساس منهجي و ذلك لتوجيه المتعالج نحو النظر بموضوعية و بغير دفاعية. (فرغلي، ع. 2008، ص: 41)
- ### 6-2-6- الإستكشاف الموجه:

فالمعالج يعدل اعتقاداته و أفكاره غير التكيفية، ويعمل المعالج هنا كدليل يعين السلوكيات غير سوية و الخطأ في المنطق بإعداد خبرات جديدة (تجارب سلوكية) تؤدي إلى اكتساب مهارات جديدة.

ومن خلال الطريقة المعرفية و السلوكية و فإن المتعالج يكتشف أساليب أكثر تكيف للتفكير و السلوك، و هذا هو الاكتشاف الموجه نحو حل مشكلة.

7- أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

- المعالج المعرفي موجه نحو ست أهداف في اتجاهه العلاجي :
- 1- لا بد أن يعين الفرد أفكاره الأوتوماتيكية السلبية.

- 2- لا بد أن يستوعب الفرد المتعالج طبيعة العلاقة بين أفكاره و انفعالاته و سلوكياته.
- 3- تعلم المتعالج كيفية دحض أفكاره الأوتوماتيكية واختبار مدى ايجابيتها .
- 4- استبدال الأفكار الأوتوماتيكية بتفسيرات أكثر واقعية وعقلانية.
- 5- في المرحلة الأخيرة من العلاج يكون المتعالج قد تقمص كل التغيرات وغير المخططي اللاتكيفي لأفكاره وبالتالي انفعالاته وسلوكياته .
- 6- تركيز المتعالج على مهام تحديد المشكلة وتعديلها .

(Cottraux ,J .2001,pp : 59.60)

8-أوجه الاختلاف و التمايز بين أسلوب إليس وبيك :

إن تغيير نظرة الإنسان للعالم تمكنه من التحكم في ذاته وهذا ما يمكن اعتباره جانبا مهما من اهتمامات جميع مدارس وتيارات العلاج النفسي ، بالطبع تبعا للأسلوب المتبع في كل مدرسة حيث يمكن اعتبار أن التغيير المعرفي هو في النهاية هدف مشترك تسعى إلى بلوغه جميع تيارات العلاج النفسي تقريبا، وعلى أساس هذه المنطلقات ظهر أسلوب "إليس Eliss" و "بيك Beck" في العلاج النفسي اللذان يركزان على أسلوب تغيير الأفكار اللاعقلانية و الخاطئة لدى الفرد كما هو وسيلة للعلاج السلوكي تساعد الفرد على مواجهة مختلف أحداث أو مواقف الحياة اليومية ، لكن كأى اتجاه سيكولوجي له ما يميزه ويجعله يختلف على الاتجاه الآخر في مدارس علم النفس ، ومن هنا يمكن تلخيص أوجه الاختلاف والتمايز بين أسلوب "إليس Eliss" وأسلوب "بيك Beck" في النقاط التالية:

8-1- نموذج إليس :

*إن منطلق الاتجاه العقلاني المعرفي لإليس Eliss هو أن المشاكل النفسية و الاضطرابات العقلية ناتجة عن المعتقدات الخاطئة و الأفكار السلبية عن الذات وهدف هذا التوجه العلاجي هو الكشف عن تفسيرات الأفراد للواقع ، ورصد المعتقدات و الأفكار التي تسبب لهم المعاناة و القلق و بالتالي محاولة تغيير هذه الأفكار.

*لاحظ إليس أن معظم الصعوبات و المعاناة التي يعاني منها الفرد ترجع إلى تمسكه بأفكار مثالية وغير واقعية وانتظارات غير عقلانية لا مبرر لها.

*يتمثل العلاج المعرفي السلوكي حسب إليس Eliss في جعل الأشخاص يقبلون العالم

كما هو وليس كما يجب أن يكون ، أي تقبل الواقع و الاقتناع به.

*العلاج النفسي حسب اليس يعلم الفرد كيفية توظيف المنطق السليم في مواجهة أفكاره غير العقلانية ووضع كافة الانفعالات و ردود الأفعال التي قد تصدر عنه في سلوكياته اليومية - على محك العقل - لذا يمكن نعت هذا العلاج بالعلاج العقلاني الوجداني.

*يتمحور العلاج المعرفي حول هذه الأفكار غير العقلانية التي تتميز بما يلي:

- لها صيغة الأمر : يجب أن.
- عبارة عن إزامات و/أو مسلمات.
- تتسم بطابع الواجهة الاجتماعية لكن تطبيقها خاطئ.

(علوي،إ، زغيوش،ب. 2009، ص ص:61، 62)

8-2- نموذج بيك :

*إن منطلق الإتجاه العلاجي لدى "بيك" Beck هو ممارسته للتحليل النفسي قبل أن يتبنى العلاج المعرفي السلوكي لما اقتنع بأن تقنيات التحليل النفسي و المبادئ القائمة عليه لا تفضي إلى نتائج سريعة و إيجابية ، كما اقتنع بضرورة اعتماد مقاربة علاجية جديدة .

*العلاج المعرفي الذي أسسه "بيك" ينصب خصيصا على معالجة الاكتئاب من خلال الكشف عن المعتقدات و الأفكار الخاطئة في إدراك الأفراد لمشاكلهم .

*الفكرة الجوهرية لهذا الاتجاه تبني على أساس أن الصعوبات النفسية ناجمة عن فهم خاطئ يجهله الفرد عن ذاته وعن علاقته بمكونات المجتمع .

*يترافق التوتر و الاكتئاب مع تحريف/ تشوه في التفكير ، مما يؤدي إلى سيل من الأفكار الآلية السلبية في تجربة المفحوص الواعية .

*تعكس الأفكار السلبية الآلية القناعات و الإقرارات الضمنية المخزنة في الذاكرة البعيدة المدى للمفحوص . (علوي،إ، زغيوش،ب. 2009، ص:63)

*إن القناعات و الإقرارات عبارة عن تمثلات معرفية مستقرة نسبيا، وهي ما يسمى الخطاطات (علوي،إ، زغيوش،ب. 2009، ص:63)

9- الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة حسب "بيك":

9-1- مفهومها: طبقا لهذا الاتجاه في العلاج، فإن هذا الأخير يمنح للفرد طريقة

التفكير الصحيح و العقلاني، و التخلي عن المعتقدات و الأفكار الخاطئة، وله مفاهيم قاعدية يقوم عليها، حيث استخدم "بيك" عددا من المصطلحات المعرفية الرئيسية التي تعين على فهم الشخصية و الطريقة التي تتكون بها الاضطرابات الانفعالية، ويعتبر مصطلح الأفكار الأوتوماتيكية (الخاطئة) أهم مفهوم يرتكز عليه العلاج المعرفي السلوكي عند "بيك" إذ أن الهدف الأساسي للعلاج هو مساعدة الفرد على تحديد أفكاره اللاتكيفية و التي تحدد له ردود أفعاله الانفعالية وسلوكاته، تسمى بالحدث المعرفي (Cottraux, J. 2001, p : 72) . ويعرفها "بيك" بأنها : "سياق من الأفكار و التأويلات التي ترد إلى العقل لإراديا و دون وعي من الفرد , و تظهر أحيانا مع السياق الظاهري للأفكار و ما هي إلا المحصلة النهائية للعملية المعرفية , حيث هي الأفكار التي يشعر بها الفرد نتيجة التفاعلات بين المعلومات الواردة للفرد و الأبنية المعرفية له بمعنى وجود مجموعة الأفكار التي تطرأ بين الأحداث الخارجية و استجابة الفرد الانفعالية , كما تعتبر جزء من نمط التفكير المتكرر لدى الفرد سريعا و بشكل دائم و يتحكم في نمط انفعالاته ومشاعره . (حسين، ط. 2008، ص: 100)

و لها العديد من الخصائص المشتركة , فهي واضحة متميزة بصفة عامة , وبعيدة عن الغموض و الهلامية و مصوغة فيما يشبه الأسلوب الاختزالي أو التلغرافي الذي يقتصر على الكلمات الضرورية , خالية من التسلسل المنطقي و تحدث تلقائيا كما لو كانت إنعكاسية , وتنشأ دون أي جهد من الفرد و بل إنه لا يملك القدرة على إيقافها خاصة في حالات الاضطراب (بيك، أ.ت. مصطفى، ع. 2001، ص: 49)

كما ينظر لها على أنها تلك الأفكار و التصورات و التخيلات و الاعتقادات و المعاني السلبية التي يكونها الفرد عن نفسه و المواقف و الأشياء من حوله و عن العالم وهي بهذه الصفة تحدث بسرعة خاطفة لذا سماها "بيك" (الأفكار الأوتوماتيكية) التي تؤدي إلى التحريف المعرفي، حيث هذا التشويه يظهر في أساليب التفكير الخاطئة في شكل سلسلة من الأفكار و الصور العقلية التي تتوسط الحدث و الانفعالات السلبية الناجمة عنه. (حسين، ط. 2008، ص: 102)

9-2- طبيعتها و خصائصها:

- لها العديد من الخصائص و تتمثل في:
- * واضحة و بعيدة عن الغموض و الهلامية.
 - * مصاغة في أسلوب اختزالي مكونة من كلمات جوهرية قليلة , تشبه الأسلوب التلغرافي الذي يقتصر على الكلمات الضرورية لوصف المشكلة .
 - * بعيدة عن التدبر و التفكير و خالية من التشكل المنطقي الذي يتصف به التفكير الموجه نحو الهدف أو نحو حل المشكلات .
 - * يصاغ هذا النوع من الأفكار في ظل قواعد الينبغيات أي أنها مطابقة و تأخذ تعابير تفرض مطالب على الفرد مما يولد لدى الفرد إحساسا لذنب أو فقدان تقدير الذات.
 - * تميل أكثر نحو التنبؤ بالكوارث و إدراك الخطر , وتوقع المستقبل.
 - * تحدث بطريقة تلقائية كما لو كانت انعكاسية من دون أي تأمل أو استدلال و تتمتع بنوع من الاستقلالية حيث تنشأ دون أي تمهيد من جانب الفرد بل لا يملك إيقافها. (Robert,L.2003.p :17)
 - * هذه الأفكار مقبولة من طرف الفرد حتى و إن كانت مستحيلة من وجهة نظر الآخرين بل يسلم بصحتها دون شك , أو اختبار لواقعيتها أو منطقيتها , رغم أنها بالنسبة للآخرين بعيدة الاحتمال لا يقبلها العقل.
 - * تكون سابقة للانفعالات و تتضمن تحريف للواقع و تشويها له , و هي التي تتولد الاضطراب و ليست الأحداث الخارجية , و الدليل هو التفاعل القائم بين الأفكار و الانفعالات و السلوك ,حيث أن الحوادث الخارجية تنشط العمليات التفكيرية , إذ يعمل الفرد على إدراك و تفسير و تقويم هذه الحوادث .(الصفهان،ن.2005.ص ص:10،15)
 - * تقاوم التغيير بالرغم من وجود المنطق و الدليل الذي يقتضي تغييرها و تعديلها لأنها انعكاسية، على الرغم من أنها تبدو معقولة و مقبولة ظاهريا و تتسم بطابع الوجاهة الاجتماعية , حيث يظهر أنها تتماشى وإرادة الفرد و رغبته.
 - * تختلف الأفكار الخاطئة أو "الأوتوماتكية" عما يعبر به الفرد للآخر , حيث أنها تعتبر مونولوج داخلي يختلف عن الطريقة التي يتحدث بها للآخرين.

*الأفكار الاتوماتيكية مكتسبة "متعلمة" حيث أن الفرد في سياق نموه يتعلم أنماط من التفكير سلبية كانت أم إيجابية. (التي تتوسط الحدث و الانفعالات السلبية الناجمة عنه , كما يسميها "بيك" "النقر في نسق التواصل الداخلي للفرد.

(Robert.L,2005.pp :7.8)

10- أساليب التفكير الخاطئة:

لقد حدد "بيك" العديد من أساليب التفكير الخاطئة وهي:

10-1- التعميم الزائد:

و هو الميل إلى الحكم المطلقة والتعميمات المتطرفة, كما يقصد بهذا النوع من التفكير التوصل إلى استنتاجات كلية على أساس حدث واحد أي القفز إلى تعميمات غير منطقية بناء على واقعة واحدة(حسن،ط.2007،ص:146) و التعميم الزائد هو أسلوب من أساليب التفكير الخاطئة يرتبط بكثير من الأنماط المرضية لدى لناس.

(ابراهيم،ع. 1998،ص:181)

10-2- التهويل و التهوين:

و تتمثل في الميل إلى المبالغة في إدراك الأشياء و الخبرات الواقعية و اضافة دلالات مبالغ فيها (إبراهيم،ع.1998،ص:180) و التقليل من الجوانب الإيجابية التي ينطوي عليها الموقف. و التهويل كأسلوب خاطئ في التفكير يسمى أيضا بالمبالغة أو التفكير الكوارثي،أو ما يعرف بالتقليل من الإيجابيات. (إبراهيم،ع.1998،ص:206)

10-3- الكل أو لا شيء:

و تسمى أيضا التفكير المستقطب ,حيث يميل بعض الأشخاص إلى إدراك الأشياء على أنها إما بيضاء أو سوداء ,حسنة أو سيئة(إبراهيم،ع.1998،ص:183) و يعني الميل للتفكير في صورة مطلقة مثل النجاح الكامل أو الفشل التام أي التطرف في التفكير و الحكم على الوقائع و الأحداث بطريقة متطرفة,و يطلق على هذا النوع من التفكير اسم"التفكير الثنائي",والمصاب بهذا النوع من التفكير يميل غالبا إلى استخدام كلمات مثل:"مطلقا أبدا -دائما....". (حسين،ط.2007،ص ص:147,146)

10-4- القفز إلى الاستنتاجات:

هي استنتاجات خاطئة تنتج عن القراءة الخاطئة للموقف,و التي تجعل الفرد يقرأ أفكار

الآخرين بطريقة سلبية، و أخطر ما في هذا النوع من التفكير هو النزوع إلى الاستنتاجات السريعة، حيث يدفع إلى أنماط خاطئة من السلوك و التصرفات فينسحب الفرد وينزوي في بعض المواقف و مع بعض الأشخاص بطريقة غير ملائمة، أو يندفع في تصرفات عدوانية، و مصدر السلوك في الحالتين واحد، يستند إلى الاستنتاج السلبي السريع، و ربط الأحداث بعضها ببعض الآخر من دون ما يشير إلى صحة هذه العلاقة بين الأشياء. (إبراهيم، ع.1998، ص:190)

10-5- التأويل الشخصي للأمور:

هو نوع آخر من الاستنتاج يسميه "بيك" بالتفسيرات الشخصية للأمور أي نوع من الحالة الذاتية، وهو ميل الفرد نحو التورط في تحمل مسؤولية الأخطار الخارجية، والنتائج السلبية في المواقف التي يمر بها. (إبراهيم، ع.1998، ص:190)

10-6- عزل الأشياء عن سياقها:

يطلق عليه التجريد الانتقائي، أي عزل الشخص لخاصية معينة عن سياقها العام، و يؤكد لها في سياق الآخر (إبراهيم، ع.1998، ص:186)، كما أنه يتوصل إلى نتيجة استنادا إلى عنصر واحد من عناصر الموقف أي أن الفرد يبني استنتاجاته على العناصر السلبية في حين يتجاهل الجوانب الإيجابية للموقف.

(حسين، ط.2007، ص:145)

10-7- التفسير السلبي لما هو إيجابي:

في هذا النوع من التفكير و الإدراك لا يقتصر الفرد على انتقاء ما هو سلبي، بل يتجاوزه ليفسر حتى الأمور الإيجابية تفسيراً سلبياً، وتعتبر هذه الخاصية من التفكير من أكثر الخصائص تدميراً للذات، لأنها تضع الفرد دائماً موضع الخاسر، فإذا كانت الأمور سيئة فهي تثبت ما كان يحمله من أفكار سلبية عن نفسه من قبل، أما إن كانت الأمور إيجابية فهي لا تعدوا إلا حدثاً بسيطاً (إبراهيم، ع.1998، ص:188)

10-8- قراءة الأفكار:

هي افتراض الشخص أنه يعرف ما يفكر فيه الناس دون أن، يكون لديه دليل كاف على أفكارهم، و في هذا النوع من التفكير يفترض الأفكار الأوتوماتيكية أسوأ ما يفكر فيه الآخر نحو الناس (Dobson, k. 2001, p :12).

10-9- التفكير المثالي:

و يسمى أيضا تعبيرات الينبغيات و هو نوع من الالزام، وهو تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه الأشياء بدلا من التركيز على ماهية الأشياء، وبهذا يكون الفرد قد وضع قواعد صارمة على الطريقة التي يسلك بها هو و الآخرون.

(حسين، ط. 2007، ص: 149)

13- الحالات التي يستعمل فيها العلاج المعرفي السلوكي (Tcc):

- الاكتئاب و تغيرات المزاج.
- الحصر النفسي و القلق الاجتماعي , و القلق العام.
- صعوبات إدارة الضغط.
- نوبات الهلع.
- الخواف.
- الضغوط التالية للصدمة P.T.S.D.
- اضطراب الوسواس القهري TOC.
- الشراهة العصبية , فقدان الشهية العصبي .
- الأرق.
- تعاطي المخدرات.
- الألم المزمن.
- فقدان الثقة بالذات. (Cottraux , J. 2001,p:20)

خلاصة:

لا زعم أنه لا يوجد اليوم من المتخصصين و أصحاب الثقافة الجادة ممن لا يعرفون مثلاً بأن هناك تطورات في العلاج النفسي، ومن لا يعرفون بأن هذه التطورات تأخذ سبيلاً مختلفاً عن العلاجات التقليدية، حيث أن النظرة العلمية للعلاج النفسي تؤكد على التفاعل القائم بين الأفكار و الانفعالات و السلوك وأنها لا تعمل بصورة منعزلة عن بعضها البعض، كما أنها شددت على التفاعل بين الحوادث المنشطة للعمليات الفكرية حتى أظهرت كيف يدرك الفرد ويفسر هذه الحوادث مع تقويماتها المعرفية و انفعالاته وسلوكاته، فهي قادرة على التمييز بين الأفكار الخاطئة و الأفكار الصائبة، ويكون تغيير علاقة الفرد بالأفكار و المشاعر السلبية أفضل تدخل علاجي في العصر الحالي.

الفصل الرابع التقنية العلاجية

تمهيد:

من المهم أن يؤكد المعالج أن خطة العلاج تتطلب إلزاماً طويلاً المدى بتغيير نمط الحياة، والاتجاهات وديناميات العائلة، بل وأحياناً تغيير الموقع الجغرافي، وكلها قرارات يتعين أن تصدر من المريض.

والمعالج هنا يكفي بتشخيص الاعتمادية على المادة النفسية، بل يقوم بتقييم شامل ودراسة مفصلة لتاريخ التعاطي، ومن الأهمية أثناء العلاج المعرفي السلوكي اكتشاف أي اضطرابات مصاحبة للإدمان مثل: الاكتئاب، القلق، التفكير البارانويدي، أو بعض المخاوف المرضية، وكذلك من الضروري معرفة بعض أنواع المواد النفسية المعتمد عليها.

وتتحدد الفلسفة العلاجية للبرنامج المعرفي السلوكي في الإدمان بوصفه أحد أنماط السلوك المتعلم أكثر من كونه مرضاً فقط، فمتعاطي المواد النفسية يتعلم استعمالها عبر مجموعة من العمليات ولكنها مشتركة وعامة عبر معظم مجالات الحياة، ويوضح "توبر" في هذا الصدد عدداً من الطرق التي تتضمنها عملية التعلم عند حدوث Tober التعاطي بما في ذلك الاعتماد على المادة المخدرة إذ يستمر المتعاطي في تعاطيه ليس لأنه مريض، ولكن لأن ذلك النشاط له نواتج مفضلة قصيرة المدى تفوق مجموعة النواتج السلبية طويلة المدى من وجهة نظر المتعاطي، فسلوك التعاطي في هذه الحالة يحدث ويقوى لما يجلبه من نواتج إيجابية ويستمر لما يمنعه من نواتج سلبية، وباستمرار عملية التعاطي تنشأ حالة من الخلل الذي يعترى مستوى دافعية الفرد المتعاطي، وتعرف على أنها ارتفاع في مستوى دافعية الفرد المتعاطي حيال استمرار سلوك التعاطي، دون الرغبة في تعديله أو تغييره، بمعنى أن النواتج الإيجابية المتحصلة عليها من سلوك التعاطي تفوق نظيرتها من النواتج السلبية المتحصلة عليها من التعاطي.

1- أسس العملية العلاجية حسب "بيك":

تقوم العملية العلاجية عند "بيك" على مجموعة من المراحل يمر بها العلاج لبلوغ الأهداف المسطرة من قبل المعالج و العميل، تتمثل أساسا في:

1-1- العلاقة العلاجية:

تقوم العلاقة العلاجية في العلاج المعرفي على أساس من التعاون بين المعالج و العميل في تحديد المشكلة و الهدف من العلاج ومدة العلاج، ويكون التأكيد على حل المشكلة الحالية للعميل وليس على تغيير خصائص شخصيته.

ويشير "بيك" إلى أن العلاقة بين المعالج و العميل علاقة تعاونية، فالعميل يسهم في العلاج حيث يعطي معلومات عن أفكاره ومشاعره وعلى المعالج أن يستخدم مهارات الإصغاء التي تركز على مشاعر العميل، كما يجب أن يتسم بالتعاون و الدفء و التقبل غير المشروط بأحكام، و التفهم المتعاطف. حيث يلعب المعالج في هذه العلاقة دورا نشطا في مساعدة العميل في التحديد الدقيق لمشكلاته و التركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معرفية وسلوكية معينة. (مليكه، ل. 1990، ص: 236)

كما يكون الأسلوب المناسب في إدارة العملية العلاجية هو بناء الثقة بين المعالج و العميل ليساعده في خلق جو من التحاور تكون فيه معظم التعبيرات اللفظية للمعالج تأخذ شكل أسئلة تعكس التوجه الامبريقي الأساسي فالهدف القريب لتحويل نظام الاعتقادات المثقل لدى العميل إلى نظام مفتوح مع المحافظة على الدفء الأمتل و العلاقة الطيبة خلال العلاج، إلا أن جهد المحافظة لا يجب أن يحول دون الكشف عن الاستجابات السلبية ن قبل العميل ومقاومته للعلاج. (مليكه، ل. 1990، ص: 237).

فالعلاقة العلاجية هامة وكجزء من التعاون بين المعالج و العميل في العلاج المعرفي، يعمل كليهما معا على تحديد الأفكار و الاعتقادات و الافتراضات غير الواقعية التي يكونها العميل عن ذاته وعن الآخرين وعن المستقبل و التي تؤدي إلى ظهور الأفكار الخاطئة و التعرف عليها، كما أن المعالج المعرفي من خلال العلاقة العلاجية لا يهتم بالأعراض فقط لدى العميل بل ينصب اهتمامه على التفسيرات التي يعطيها العميل للموقف. (حسين، ط. 2007، ص: 232).

وحسب "بيك" فإن المعالج يقوم بالوظائف التالية في علاقته مع العميل:

- 1- إرشاد العميل لتمكينه من كسب الفهم الذي يمكنه من القيام بمجابهة أكثر فعالية لمشكلاته وتسمى عملية " الاستكشاف المرشد " .
- 2- العمل بوصفه عاملا وسيطا لتحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج و التي يمكن أن تحسن من المهارات التوافقية للعميل .
- كما عليه أن يقوم بجملة من السلوكات لبناء علاقة علاجية تسودها الثقة وتمثل أساسا في :

- 1- تجنب النصح الأخلاقي .
- 2- النظرة الجدية للمفحوص على الدوام .
- 3- أن يثبت المعالج أنه في جانب المفحوص حتى لو لم يوافق على الوسائل التي يستخدمها للحصول على ما يريد .
- 4- أن يكون المعالج مرنا في تحديد المواعيد .
- 5- أن يكون المعالج موضع ثقة حتى و لو لم يكن المفحوص كذلك .
- 6- إذا ثبت أن المفحوص كذب على المعالج، فليستخدم المعالج ذلك كحجوب لطاحونة العلاج ولا ينظر إليها كرفض شخصي. (فرغلي،ع. 2008، ص: 188) .

1-2- المقابلة في العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف المعالج المعرفي في التقييم الأولي إلى تكوين نظرة عن مختلف الجوانب الخارجية للموضوع وفي نفس الوقت يركز على ربط علاقة عمل جيدة مع المفحوص. إن الإحاطة بهذه الجوانب الخارجية للموضوع، مشابهة لتلك التي يقوم بتقييمها معالجين آخرين في علاجات أخرى غير العلاج المعرفي السلوكي، وتضم أساسا الإحاطة بمشكل المعالج، و تاريخ نموه بما في ذلك (العلاقات العائلية، المدرسية، المهنية، الاجتماعية) و الصدمات الماضية التي تعرض لها، وتاريخه الطبي و النفسي، وأهدافه من العلاج، وللقيام بهذا التقييم بشكل سليم اقترحت دراسة "كاندل"

سنة 1981 طرح الأسئلة الخاصة أكثر من الأسئلة العامة فضلا عن أن Kendal الأسئلة المفتوحة المغلقة يمكنها أن تقضي إلى إنتاج معلومات دقيقة، كما وآخرون سنة 1990 أهمية الحصول على Freeman أوضح "فريمان"

تقارير مفصلة عن الأحداث واحذروا من الأسئلة التوجيهية.

قد يحتاج المعالج إلى تدريب المعالج على التمييز بين التفكير و الإحساسات أثناء تقييم التفكير، وأن يعمل المعالج على تسجيل الملاحظات أكثر من أن يقوم باستدلالات حولها، كما يتم تشجيع المعالج على تذكر المعطيات بكل دقة

(علوي، ا. زغبوش، ب. 2009، ص ص: 89، 90)

كما عليه أن يكون في حالة إصغاء لكل ما يقوله المعالج دون أن يصدر أحكاما عليه حول مشكلاته مما يساعد هذا الأخير على التعبير و الإفصاح عن مشكلته بوضوح هذا الذي يساعد المعالج على بناء صياغة معرفية عن الحالة وصياغة الخطة العامة للعلاج ولقد أعد " بيك" شكل تخطيطي عن الصياغة المعرفية للحالة محل العلاج، وذلك لتنظيم المعلومات التي يحصل عليها من المعالج حيث من خلاله يستطيع المعالج مساعدة المعالج على تحديد الأفكار الخاطئة التي ترد إلى ذهنه إزاء الأحداث و المواقف الحياتية التي يمر بها، وتحديد المعاني التي تكمن وراء هذه الأفكار و التي بدورها تولد جملة الانفعالات السلبية و السلوكات المرتبطة بهذه الأفكار.

(حسين، ط. 2007، ص ص: 202، 205)

1-3- تنظيم المعلومات المنتقاة من المقابلة :

أعد " بيك" شكلا تخطيطيا للصياغة المعرفية للحالة، ثم قامت سنة 1995 بتطويره تحت اسم **المفهمة المعرفية** بهدف تنظيم المعلومات و المعطيات الخاصة بالمفحوص فيما يتعلق بالأفكار الآلية ودلالاتها و الانفعالات Beck.J "جوديت بيك" المرتبطة بالوضعية و السلوك، وعندما يتوافر المعالج على ما يكفي من المعلومات للولوج إلى جوهر المعتقدات بدمج معها المعلومات التي سجلها عن الحالة في الأداء. و بالرغم من أن المقابلة هي على الأرجح الطريقة الأهم لجمع المعلومات فإن المعالج المعرفي يطلب من المفحوص أن يجمع هو نفسه معلومات خاصة به.

(علوي، ا. زغبوش، ب. 2009، ص ص: 90، 91)

وفي جملة المعلومات التي يجمعها المعالج عن المفحوص يجد أن هذا الأخير قد أتى وهو يشكو من أعراض ومشكلات عديدة ومتداخلة من حيث الأعراض، لكن هذا لا يمنع وجود قاسم مشترك بين الأعراض مما يساعد على وضع التشخيص

الفارقي (مليكّة، ل. 1990، ص: 237)، وفي هذه الخطوة يتم التعاون مع المفحوص على تقسيم المشكلة التي يعاني منها إلى وحدات وعناصر يسهل تناولها و التعامل معها، وهذا ما يسمى "باختزال المشكلة" و الذي يقصد به تحديد المشكلات التي يعاني منها المفحوص ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معا، ثم يحدد المعالج الفنيات العلاجية الملائمة لكل مجموعة من المشكلات. (حسين، ط. 2007، ص: 225).

ويصف الشكل التالي المفهمة المعرفية التي تصور العلاقة الجوهرية بين الاعتقادات الوسيطة (القواعد، الافتراضات، الاتجاهات) و الأفكار الخاطئة ولذلك فهي تساعد على تنظيم المعلومات الضخمة و المعقدة التي تقدمها الحالة . ومن خلال هذه المفهمة يسعى المعالج إلى تحديد الاعتقادات الكامنة و الافتراضات و القواعد التي تفسر بوضوح سلوك الحالة و المشكلة التي تعاني منها. (حسين، ط. 2007، ص: 203).

البيانات المتعلقة بالطفولة		
ما هي التجارب التي ساهمت في تطوير جوهر المعتقدات و المحافظة عليها؟		
جوهر المعتقدات		
ما هي معظم المعتقدات المركزية حول ذات المفحوص؟		
اشتراطات الافتراضات أو المعتقدات أو القواعد		
ما هي الافتراضات التي تساعد على مواجهة جوهر الاعتقادات؟ ما هو المقابل السلبي لهذه الافتراضات؟		
الاستراتيجيات التعويضية		
ما هي السلوكيات التي تساعد على مواجهة جوهر المعتقدات؟		
الموقف 3	الموقف 2	الموقف 1
		ما هي الوضعية الإشكالية
التفكير الآلي	التفكير الآلي	التفكير الآلي ماذا مر بذهنه؟
دلالة التفكير الآلي	دلالة التفكير الآلي	دلالة التفكير الآلي ماذا يعني له التفكير الآلي
الانفعال	الانفعال	الانفعال ما هي الانفعالات المرتبطة بالتفكير الآلي
السلوك	السلوك	السلوك ماذا كان يفعل المعالج أثناء ذلك

شكل 5: رسم تخطيطي للمفهمة المعرفية "جوديت بيك" 1995

(علوي، ع، زغبوش، ب. 2009، ص: 92)

2- فنيات تحديد الأفكار الاتوماتيكية الخاطئة:

إن الهدف الرئيسي للمعالج هو مراقبة الفرد لأفكاره السلبية بطريقة عقلانية و لهذا الهدف كانت طريقة المعالج مهمة جدا في هذه المرحلة من العلاج، إذ لا بد أن يتمتع باتجاه نقدي لتقوية "النقد الذاتي" لدى المعالج مع الاعتماد على الحوار السقراطي و التقبل و التعاطف وبهذا يكون المعالج قد عمل على مساعدة الفرد لتحديد وتعديل (Cottraux, J. 2001, p :72) الأفكار الخاطئة خلال الجلسات العلاجية .

لذلك يخصص معظم وقت الجلسات العلاجية و الواجبات المنزلية لتدريب المريض على تحديد أفكاره السلبية الآلية وافتراضاته الخاطئة وعلى تفحصها واختبارها ومن ثم يتيح إعادة صياغتها بالطريقة الصحيحة واستبدال السلوك المرضي بالسلوك السوي، وهنا يمكن القول بأن أهم تدخل مبكر في العلاج (Robot, I . 2003, p : 11) المعرفي السلوكي هو أن يطلب من المعالج أن يسجل الأفكار السلبية وأن يناقشها، كما تعتبر فكرة تحديد الأفكار باستخدام سجل التفكير غير السليم قد يكون مفيدا للعمل في الجلسات المقبلة . (علوي، إ، زغبوش، ب. 2009، ص: 94).

و الجدير بالذكر أنه لا توجد طريقة محددة وإنما سيتم عرض الخطوات الأساسية لاصطياد الأفكار الخاطئة وكيفية دحضها .

*الأسئلة المباشرة.

*الأسئلة السقراطية.

*تحديد الانفعالات القوية.

*تحديد الصور الذهنية .

*لعب الأدوار.

*الوعي بالأحداث.

*معايشة الأحداث بواقعية و الانتباه إلى الأفكار الواردة .

(Cottraux, J. 2001, p :72) *تسجيل الأفكار الخاطئة في كراسة.

كما قد يعتمد المعالج أثناء سير المنظومة العلاجية على خطوات أخرى تساعد في دحض الأفكار الخاطئة لدى المعالج، و الجدول الآتي يعرض قائمة لتقنيات يمكن استعمالها من قبل المعالج .

- * اختبار الوضوح.
- * إيجاد تفسيرات بديلة.
- * إثبات احتمالات كل تفسير .
- * إعطاء معطيات كافية .
- * اختبار الفرضيات واقعيًا.
- * وضع مسافة في العمل العلاجي.
- * وضع تعريفات للمصطلحات المستخدمة .
- * تحسين المزاج من طرف المعالج.
- * لعب الأدوار.
- * وضع مخطط للتسجيل الذاتي للأفكار اللاعقلانية الخاطئة.

(Cottraux,J. 2001, p :78)

3- سجل مراقبة الأفكار الذاتية:

وهي طريقة أخرى تستخدم في قياس تفكير المعالج وانفعالاته و سلوكاته سواء في الجلسات أو خارجها، حيث يقوم المعالج بتدوين الأحداث و الأفكار و المشاعر ويتم ذلك في مفكرة يومية، كما قد يتم من خلال التسجيل على شريط أو ملء استبيانات يمكن من خلالها التعرف على الأفكار الخاطئة لديه، ويعتبر سجل الأفكار الخاطئة أحد الطرق الأكثر شيوعاً كما أنه إستراتيجية هامة في التعرف على الأفكار التلقائية ويطلق ، وذلك بمساعدة المعالج « l'échelle d'auto-enregistrement de beck » عليه على اصطياد الأفكار السالبة بين الجلسات، وهو جدول مكون من عدة أعمدة يسجل المعالج من خلالها الأحداث و المواقف المؤلمة التي تعرض لها وكذلك الأفكار الأوتوماتيكية . (حسين، ط. 2007، ص ص: 211، 212)

يمكن أن يستخدم المعالج سجل المراقبة الذاتية كواجب منزلي على أن يتم مناقشة في كل جلسة قادمة، ومن خلال هذا السجل يستطيع المعالج التعرف على المخططات الجوهرية التي يستخدمها المعالج بشكل معتاد في حياته اليومية، كما يساعد المعالج على أن يصبح أكثر وعياً بأفكاره الخاطئة فضلاً عن أن استخدامه يعطي مادة للمناقشة في الجلسة القادمة بين المعالج و المعالج، فقد كان "بيك" يشجع عملاءه على استخدام سجل المراقبة الذاتية ويؤكد على أهميته من خلال إدراك المعالج للعلاقة بين الأفكار التلقائية و الانفعالات و السلوك كما يساعده على تقويم أفكاره السلبية ووضعها داخل (Cottraux, J. 2001, p : 7) سياقات خاصة من التفكير العقلاني.

الموقف	الأفكار الأتوماتيكية	العواطف	رد الفعل المنطقي	النتيجة
وصف موقف حقيقي (سلسلة أفكار أدى مشاعر سارة أحاسيس جسدية مزعجة)	أكتب الأفكار الأوتوماتيكية التي سبقت العواطف. سجل مدى اعتقادك بصحة الفكرة (0-100%)	حدد عاطفتك أثناء الموقف. أعطها درجة (0-100%)	حدد أخطاء التفكير. أكتب رد فعل منطقي للأفكار الأوتوماتيكية. سجل اعتقادك برد الفعل المنطقي. (0-100%)	حدد وقس العواطف المترتبة على ذلك (0-100%) صف التغيير في السلوك

جدول 1: سجل المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية حسب "بيك"

(Cottraux, J. 2001, p :7)

4- صعوبات تحديد الأفكار السلبية الخاطئة الآلية:

- قد يلاحظ المعالج وجود أفكار سلبية في المواقف الحياتية.
 - عدم قدرة المعالج على ملاحظة الأفكار المهمة وبالتالي من الضروري التأكيد على معرفة الأفكار أو الخيالات أو المعاني الكافية لأحداث المعاناة الإنفعالية .
 - يطلب من المعالج شرح الفكرة وليس سببها .
 - قد يعتقد المعالج أنها أفكار معقولة واعتاد على استخدامها بشكل آلي كبت الأفكار أو الصور المرتبطة بخطر متوقع .
 - الافتراضات الخاطئة تكون متصلبة، معقدة، متطرفة، لا تتأثر بالخبرات العادية.
- (فرغلي، ع. 2008، ص ص: 60، 61)

4-1- الفنيات المعرفية السلوكية لتعديل الأفكار الأتوماتيكية:

يخصص معظم وقت الجلسات العلاجية وحتى الواجبات المنزلية لتدريب المعالج على تحديد أفكاره الخاطئة وتفحصها و اختبارها و بالتالي إعادة صياغتها، ويحدد "بيك" أربع خطوات رئيسية لذلك:

4-1-1- تحديد الأفكار الأتوماتيكية الخاطئة وقياس مدى صحتها:

تؤثر الأفكار الأتوماتيكية بطريقة سلبية على الفرد و على قدرته في مواجهة المواقف الحياتية، كما تحدد استجابته الانفعالية ولهذا لا بد من التعرف على هذه الأفكار وتعديلها ويتم ذلك عن طريق مراقبة الأفكار وتسجيلها إزاء المواقف عن طريق سجل المراقبة الذاتية للأفكار الخاطئة في شكل واجبات منزلية ، كما تتحدد أيضا إزاء الجلسات العلاجية فيما يلي :

4-1-2- مناقشة الخبرات الانفعالية و الأحداث:

أن نطلب من العميل تذكر أحداث مرتبطة بالمشكلة ووصفها مع طرح أسئلة إستراتيجية بهدف تحديد الأفكار الخاطئة تتمثل في :

- 1- ما الذي خطر في ذهنك أثناء الحادثة ؟
- 2- هل تخيلت شيئا في تلك اللحظة ؟
- 3- ما هو أسوأ ما توقعته حدوثه؟

هذه الأسئلة تساعد المعالج في كشف عدم معقولية أفكار العميل

(فرغلي، ع. 2008، ص: 61)

4-1-3- لعب الأدوار:

تستخدم للتعرف على الأفكار الأوتوماتيكية للعميل، كما تساعد في اكتساب خبرات جديدة تساعد في تغيير الأفكار السلبية و السلوكات السيئة .

4-1-4- إعادة العزو :

تستخدم هذه الفنية عندما يعزو العميل المشكلة بشكل غير واقعي إلى جهة خاطئة، وتكون هذه الفنية مساعدة للعميل لتصحيح أخطاء التفكير و بالتالي السلوك وانساب

المشكلة لأسبابها الحقيقية (حسين، ط. 2007، ص: 273)

4-1-4- الواجبات المنزلية :

هي تقنية اصطياد الأفكار بين الجلسات حيث تقدم للمعالج مهام منزلية تكون موضع مناقشة في كل جلسة كما يتم تطوير مهام أخرى في كل جلسة حسب حاجة الحالة و العلاج . (علوي، إ. زغبوش، ب. 2009، ص: 95)

4-2- وضع أفكار بديلة إيجابية لتحدي الأفكار الخاطئة:

ويتم ذلك عن طريق وضع بدائل واقعية للأفكار الخاطئة، أين هذه البدائل تتعارض مع الفكرة المؤثرة .

4-3- مقاومة المطلقات - تغيير القواعد:

غالبا ما يعرض المعالج المشكلة في صورة مطلقة تحت تأثير نظام الينبغيات حيث تعبر عن الاعتقادات المشروطة وعن القواعد الكامنة لديه، ومن ثم يتعين على المعالج أن يعمل على مقاومة هذه التعبيرات المطلقة و التي تعمل كقواعد منظمة للسلوك لديه وذلك بتعليم المعالج وضع قواعد بديلة لذلك تكون أكثر توافقية ومنطقية .

(حسين، ط. 2007، ص: 227)

كما قد يلجأ المعالج إلى طرح الأسئلة المنظمة مثل : ما هو الدليل على؟! وفي الغالب يكون الدليل الذي يلجأ إليه المعالج ليدعم به الأفكار السلبية مشوه كأن يلجأ لتذكر المعلومات السلبية التي تدعم الفكرة بسهولة أو أن يفسر المعلومات تفسيراً سلبياً مرتبطاً بالخبرات السلبية لديه. (فرغلي، ع. 2008، ص: 63).

4-4- إقامة التجارب السلوكية أو التدريب السلوكي:

يحتاج المعالج بعد اصطياد أخطاء التفكير لديه إلى تدريب سلوكي يساعده على تبني سلوكيات ومهارات جديدة تتناسب مع المواقف الحياتية مثل: توكيد الذات، حل المشكلة، مهارات التواصل و التكيف، مما يساعده على السيطرة الذاتية نتيجة تعلم أساليب سلوكية جديدة، وهذه التجارب السلوكية تعرف إجرائيا بأنها أنشطة تجريبية مخططة ومبنية على مبدأ التجريب، الهدف الأساسي منها هو مساعدة المعالج على:

- بناء اعتقادات جديدة أكثر توافقية وفحصها أيضا.

- التحقق من الصياغة المعرفية، فصياغة المعارف عند بيك هي عبارة عن فروض يتم فحصها عبر التجارب السلوكية و التي تعطي أسلوبا جديدا للمعالج لتغيير معارفه و بالتالي سلوكه. (حسين، ط. 2007، ص ص: 283، 285)، وهذا ما أثبتته التجارب، سنة 1991 Salkovskis فلقد أشار العديد من الباحثين منهم "سالكوفيسكي" إلى أهمية التجارب السلوكية باعتبارها طريقة أكثر قوة لتغيير المعارف (الأفكار) وبالتالي السلوك.

ويمكن تجميع الخطوات التي يلتزم بها المعالج لتطبيقها كتمارين خارج الحصص العلاجية في الجدول الذي وضعه "بيك" 1995، و الذي يمثل كيفية تسجيل الأفكار الخاطئة وكيفية تجاوزها بوضع أفكار بديلة .

التاريخ و الساعة	الموقف	التفكير الآلي	الانفعال	التفكير البديل	النتيجة
	1- ما هو الموقف أو الحدث الذي جعلك تشعر بانفعال شديد؟ 2- ما هي الإحساسات الجسدية التي شعرت بها؟	1- ما هي الأفكار أو الصور التي خطرت بذهنك آنذاك؟ 2- إلى أي حد تثق في كل واحدة من هذه الأفكار على حدة؟	1- بماذا شعرت هذا الوقت (حزن، قلق، غضب،...) 2- ما هي كثافة الانفعال (0-100%)	1- ما هو التحريف المعرفي الذي قمت به؟ مثال: الكل أو اللاشيء... 2- استعمل الأسئلة أعلاه للإجابة عن التفكير الآلي 3- ما مدى ثققتك في كل إجابة؟	1- ما مدى ثققتك في الأفكار الآلية؟ 2- ما هو الانفعال الذي تشعر به الآن؟ ما هي الدرجة (0-100%) 3- ما الذي ستفعله الآن أو ستفعله في المستقبل؟

Beck1995 "جدول 2: جدول الأفكار الآلية وكيفية تجاوزها "بيك

4-5- استخدام المقاييس و الاستبيانات:

بالإضافة إلى الطرق السابقة يستخدم المعالج المعرفي في القياس استبيانات التقرير الذاتي أو مقاييس التقدير و التي يمكن أن تستخدم في قياس الاعتقادات و الأفكار الخاطئة السلبية لدى المعالج، وهناك العديد من الاستبيانات التي أعدت خصيصا لهذا الغرض مثل: قائمة بيك للإكتئاب سنة 1961، وهناك استبيان الأفكار الأوتوماتيكية سنة 1970 وكذلك مقياس اليأس Kendall & Hollon الذي أعده "هولون وكندال" الذي أعده "بيك"، وإلى جانب هذا هناك مقاييس عدة توجد على الصعيد العربي تستخدم في قياس الأفكار الأوتوماتيكية و القلق و الاكتئاب وغيرها من المتغيرات النفسية .
(حسين، ط. 2007، ص ص: 216، 217)

5- مراحل العلاج المعرفي السلوكي للادمان:

من الملاحظ أن العلاج المعرفي السلوكي لا يهتم بأسباب الاضطراب ولا بتاريخ المفحوص وطفولته، فهو يسعى إلى تحقيق هدف محدد يتمثل أساسا في الوصول بالمعالج إلى الشفاء في حدود ستة أشهر (6 أشهر)، تتوزع على جلسات وحصص علاجية تدوم في الغالب 45 دقيقة، لكن كل حصة تختلف عن سابقتها ما دام الأمر يتعلق بالتدرج على المستوى العلاجي. (علوي، إ، زغبوش، ب. 2009، ص: 95).

وفي ضوء ما تقدم يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي يمر بثلاث مراحل متصلة هي:

5-1- المرحلة الأولى من العلاج:

وتبدأ بمقابلة المعالج وتحديد طبيعة المشكلة التي جاء إلى العلاج من أجلها، كما يتم في هذه المرحلة بناء علاقة علاجية تعاونية تساعد في بناء الصياغة المعرفية للمعالج وتعريفه بأسلوب العلاج وتحديد أهدافه، فالمرحلة الأولى من العلاج تنطوي على عدة أهداف هي:

- بناء علاقة تعاونية بين المعالج و المعالج .
- تحديد وتقييم المشكلة التي يعاني منها المعالج وتاريخ المشكلة لديه.
- تكوين صياغة معرفية عن الحالة وعن المشكلة.
- تحديد الهدف من العلاج ومدته .

- تقديم وشرح النموذج المعرفي.
- تحديد الواجبات المنزلية.
- إثارة التغذية الراجعة .

وبما أن النموذج المعرفي السلوكي يهدف إلى مساعدة المعالج على تعلم العلاقة بين الأفكار و المشاعر و السلوك، فإنه يكون على المعالج توضيح العلاقة المتداخلة بين الأفكار و المشاعر و السلوك بأسلوب بسيط في تناول المعالج .

(حسين، ط. 2007، ص ص: 237، 239)

5-2- المرحلة الوسطى من العلاج:

وتعتبر هذه المرحلة العملية الأساسية في العلاج إذ تتضمن مساعدة المعالج في التعرف على الأفكار الأوتوماتيكية وذلك من خلال الاعتماد على سجل المتابعة اليومية للأفكار الخاطئة، كما يركز المعالج في هذه المرحلة من العلاج على المفاهيم التي يعطيها المعالج للأحداث لما لها من ارتباط بمشاعره وسلوكه، كما يتم فيها تحديد وفحص صدق ودقة وصحة أنماط التفكير والأفكار الخاطئة لديه واستبدالها بأفكار إيجابية وعقلانية ، ناهيك عن تدريب المعالج على أساليب من البدائل التوافقية و مهارات جديدة من التفكير و الاستجابات التي تساعده على حل المشكلات .

5-3- المرحلة الأخيرة من العلاج:

تتضمن مهمة الوقاية من الانتكاسة وذلك عن طريق فحص واختبار ما إذا كان المعالج يستطيع تكوين أساليب بديلة لمواجهة أحداث الحياة، كما يتم تدريب المعالج في هذه المرحلة على استراتيجيات المواجهة، لأن تدريب المعالج على مواجهة أي مشكلة قد تواجهه بعد العلاج هو أمر هام يساهم في منع حدوث الانتكاسة .

(حسين، ط. 2007، ص : 241)

و الجدير بالذكر بأن في هذه المرحلة يكون تاريخ إنهاء العلاج قد اقترب إذ لا يأتي فجأة حيث يمكن التخطيط له في أقرب وقت ممكن انطلاقاً من الجلسة الأولى طبعاً حسب طبيعة مشكلة المعالج وخصوصية المقاربة العلاجية المستخدمة للحالة .

(علوي، إ، زغبوش، ب. 2009، ص : 97).

ويكون الهدف الأساسي من العلاج في هذه المرحلة أن يكتسب المعالج المدمن خلال العلاج المهارات السلوكية و المعرفية بكيفية التعامل مع المؤثرات و المشكلات الحياتية الفاعلة في الانتكاسة، كما يتعلم كيف يصحح أفكاره الخاطئة المحرصة للنزوح الإدماني ومع الشدات النفسية و المؤثرات البيئية المسؤولة دوماً على الانتكاس .
(الحجار،م. 2007، ص: 78).

6- تركيب وبناء جلسة العلاج المعرفي السلوكي:

تستغرق الجلسة العلاجية حسب العلاج المعرفي السلوكي حوالي ستين دقيقة بنظام (20 - 20 - 20 د) موزعة كالآتي:

*العشرين دقيقة الأولى:

يتم فيها وضع أجندة وجدول أعمال الجلسة مع تركيز المعالج على استيعاب مشكلة المعالج ونوعها (عاطفية، اجتماعية، أسرية، سلوكية، معرفية، مهنية، جسدية) ومدى التأثير الذي تسببه المشكلة في جوانب أخرى من حياة العميل .

*العشرين دقيقة الثانية:

يتم العمل فيها بمناقشة موضوع حسب احتياج المعالج، مع التركيز على تدريبه على مهارة جديدة والتأكد من أن المعالج استوعب الجلسة وهذا ما يعرف بالتغذية الراجعة .

*العشرين دقيقة الثالثة:

يتم فيها الإصغاء للمعالج، واكتشاف مدى استجابته لتغيير الأفكار الخاطئة ودحضها و بالتالي تعديل السلوك مع إعطاء الواجب المنزلي الجديد (فرغلي،ع. 2008، ص:47) وعادة ما يتفق المعالج و المعالج على جدول أعمال الجلسة العلاجية الجارية واستعراض الأحداث التي وقعت في الأسبوع ومراجعة المهام المنزلية، وتناول الصعوبات المختلفة التي واجهت المعالج أثناء تنفيذه للمهام المتفق حولها، وعليه فبإمكان المعالج إعادة النظر في البعض منها أو تبسيطها .

(علوي،إ، زغبوش،ب. 2009، ص: 96)

7- بروتوكول الجلسات العلاجية المقترح للعلاج:

خاصة بكل جلسة على حدى وتعتبر مهمة أساسية لتنظيم الوقت و العمل داخل "الجلسات العلاجية الخاصة **Agenda** تبدأ الجلسات العلاجية بوضع كراسة تسجيل " بالمدمن على المخدرات، كما تساعد المعالج على تلخيص النقاط المهمة في نهاية " حيث يطالب **Feed Back** الجلسة بشكل مستمر وهذا ما يعرف بالتغذية الراجعة المعالج من المدمن تلخيص ما فهمه في الجلسة ومقارنته بما كان يفكر فيه من قبل، وفي حالة وجود نقاط معينة لم تعالج تترك في المذكرة لمعالجتها في الجلسة القادمة (Cottraux,J. 1996, p : 168)

و العمل داخل الجلسات كآلاتي :

7-1- من الجلسة الأولى إلى الخامسة:

في الجلسات الأولى يركز المعالج على تحديد انفعالات العميل وآثارها على السلوك " حيث أن هذا السبر المعرفي **Jeu de role** لويستعمل في ذلك تقنية لعب الأدوار " يسمح بتحديد تفاصيل المونولوج الداخلي أين يمكن المعالج **Sondage cognitive** من إيجاد الروابط بين أفكار، انفعالات و سلوكيات المعالج وذلك عن طريق رصد العلاقة الموجودة بينهم، معتمدا في ذلك على جدول التسجيل الذاتي لـ " بيك" الذي يتكون من ثلاث خانات يملؤها المعالج خارج الجلسة طيلة 5 جلسات الأولى، متبعا في ذلك المثال التالي :

الموقف	الانفعالات المصاحبة	الأفكار الأوتوماتيكية
-الموقف الذي كان سببا في مشاعر القلق.	-تحديد نوعية الانفعال المصاحب (حزن، قلق، عداة). قيم شدة الانفعال.	-أكتب الفكرة الأوتوماتيكية التي سبقت الانفعال. قيم مستوى اعتقادك في الفكرة الأوتوماتيكية .

جدول 3: جدول تحديد الأفكار الأوتوماتيكية

(Cottraux,J. 1996, p : 1)70

كما يقدم المعالج للمعالج العديد من الواجبات المنزلية من بينها جدول النشاطات اليومية خلال الأسبوع، حيث يقوم بتسجيل يومي لكل نشاطاته على مدار ساعات اليوم طيلة الأسبوع بين الجلسة و الأخرى مع وضع درجة شعوره بالرغبة أو عدمها في ذاك النشاط و التي تقدر قيمتها من 0- 5 درجات .

سجل النشاطات للأسبوع:

ملاحظة : ضع ر للرجبة وقيم من 0 إلى 5 (0 لا توجد رجبة و 5 رجبة كبيرة)

الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت	
							6سا - 7سا
							7سا - 8سا
							8سا - 9سا
							9سا - 10سا
							10سا - 11سا
							11سا - 12سا
							12سا - 13سا
							13سا - 14سا
							14سا - 15سا
							15سا - 16سا
							16سا - 17سا
							17سا - 18سا
							18سا - 19سا
							19سا - 21سا
							21سا - 00سا
							00سا - 6سا

جدول 4: سجل المتابعة اليومي
(Cottraux, J. 1996, p : 170)

وبتقنية لعب الأدوار وجدول المراقبة الذاتية اليومي وجدول متابعة النشاطات اليومي يكون المعالج قد كون فكرته عن طبيعة أفكار العميل.

7-2- من الجلسة 5 إلى 10:

انطلاقاً من الجلسة الخامسة و أحياناً قبل ما يبدأ المعالج في تقنية تعديل الأفكار الخاطئة لدى المعالج يطلب منه اختيار هذه الأفكار و الفروض في مدى واقعيتها إذ من الضروري إيجاد بدائل إيجابية لهذه الأفكار السلبية، حيث عن طريق هذا العمل يتعلم الفرد ألا يلقي اللوم على معطيات ليست مسؤولة عن إحداث المشكلة، وهنا يبدأ المعالج تدريجياً في استقطاب أفكاره الأوتوماتيكية حسب الشكل التالي:

أفكار بديلة	أفكار أوتوماتيكية	وضعية انفعال
أكتب الأفكار البديلة عن الأفكار الأتوماتيكية وهي أفكار عقلانية أكثر	أكتب الأفكار الأوتوماتيكية التي سبقت أو صاحبت الانفعال	أكتب الحدث أو ما كان سبب في توليد الانفعال

جدول 5: جدول تغيير الأفكار الأوتوماتيكية

7-3- من الجلسة 10 إلى 20 :

انطلاقاً من الجلسة 10 يقوم المعالج باستخراج سيرورة الاختلالات الوظيفية و المسلمات المختلة وظيفياً (الالتواءات المعرفية)

Distorsions cognitives * الإلتواءات المعرفية:

وهي تلك الميكانيزمات الأساسية التي يتعامل بها المعالج أو المعاني و الأفكار التي يكونها عن الحدث أو الموقف وتكون خاطئة ولا تمثل الواقع ومكوناته. وتعتبر الالتواءات المعرفية همزة الوصل بين المخططات و الأفكار الأوتوماتيكية لدى المعالج، فأني تفكير لديه ينعكس في تشويه معرفي واحد أو أكثر، حيث عندما يفكر في حل مشكلة معينة أو فهمها تحدث لديه أفكار في الفهم و التفسير مما يشوه صورة الواقع (Cottraux, J. 1996, p : 170) لديه و بالتالي يظهر الاضطراب الانفعالي ولقد بحث "بيك" العلاقة بين الأفكار و المشاعر وأشار أن معظم أفكارنا عن الأحداث

لم تكن منطقية وواقعية بل هي أفكار أوتوماتيكية كما يشير "بيك" إلى أن التشويه المعرفي يظهر في العديد من الالتواءات المعرفية مثل : (التعميم، الكل أو لا شيء، الاستنتاج التعسفي،) . (حسين، ط. 2007، ص ص: 142، 146)

Postulats dysfonctionnel*المسلمات:

تعرض محتوى الأفكار الخاطئة التي قاعدتها الالتواءات المعرفية حيث يناقشها المعالج مع المعالج داخل الجلسة تحت ما يسمى بالحوار السقراطي مع العلم أنه على المعالج ألا يقدم فلسفة جديدة للحياة وإنما يطرح عليه أسئلة سقراطية في شكل حوار ي دون فرض أجوبة عليه.

إن أي عميل يخضع لقواعد داخلية جامدة ومسلمات خفية تحكم حياته، وهنا يلجأ المعالج لدحض هذه المسلمات باستخدام الاستفهام، كما قد يستعين بتقنية تقليص المشكلة من أجل اختبار الحقائق و الفروض ويساعده في ذلك الاستعانة بجدول "استقراء المسلمات" .

المعارضة	المؤيدة	الحجج
		على المدى البعيد على المدى القريب على المدى المتوسط

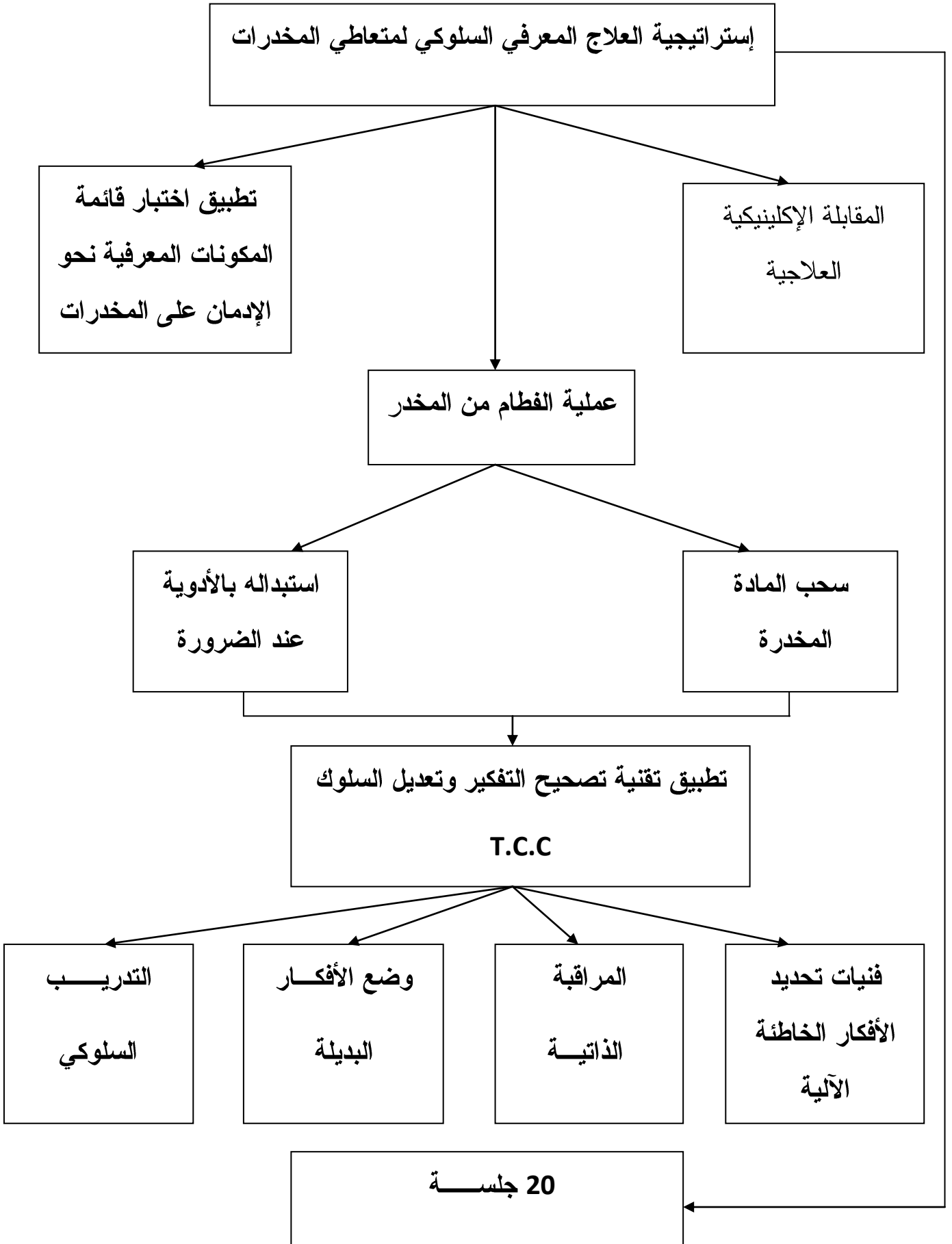
جدول6: جدول استقراء المسلمات

وفي الأخير يصل المعالج إلى استدخال هذه الطريقة في التعامل مع الأفكار الأوتوماتيكية و الالتواءات المعرفية و المسلمات، و في الأخير يتم إيجاد التوازن بين الأفكار السلبية و الايجابية .

7-4- جلسة نهاية العلاج:

يتم في هذه المرحلة المهمة من العلاج وضع برنامج الصيانة المعرفي السلوكي حيث يتبعه المعالج فيما يقل عن ستة أشهر ، بعدها يمكن أن يحدد مع المعالج جلسة
Contrôle (Cottraux, J. 1996, p :170) مراقبة

شكل 6: مخطط العمل مع المدمن على المخدرات



خلاصة:

كما لاحظنا من خلال صفحات هذا الفصل احتواءه على تقنية العلاج المعرفي السلوكي المخصصة لعلاج الإدمان على المخدرات، كما يمكن استخدام هذه التقنية في علاج اضطرابات انفعالية أخرى، ذلك كون تفسير أسباب الاضطرابات يرجع إلى الأخطاء المعرفية و الأفكار الأوتوماتيكية التي تؤثر مباشرة في السلوك و تتحكم فيه و تحده و منه بات من الضروري استخدام مثل هذه التقنيات لتحديد هذه الأفكار و العمل على دحضها و بالتالي تعديل السلوك و التحكم فيه.

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

1- منهج الدراسة:

يقصد بالمنهج الأسلوب والطريقة التي تؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة التي تهيمن على سير العقل وتحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة (عساف، أ. 1989، ص: 191)

ويعرف أيضا على أنه الخطوات التطبيقية للإطار الفكري الذي يتبناه الباحث والطريقة المنظمة التي تقتضي الجمع المنظم للبيانات واختبارها (منسي، ع. 2003، ص: 201) واختيار هذا الأخير تقتضيه وتحدده مجموعة من العوامل الطبيعية موضوع البحث، أهميته، أهدافه، فروضه، وكذا الوسائل المستخدمة لجمع البيانات وفي موضوع هذه الدراسة يعد " المنهج الإكلينيكي " هو المنهج الأنسب حيث هو أحد المناهج العلمية التي تركز على دراسة الحالات الفردية التي تمثل الظاهرة المراد دراستها، حيث يقوم الباحث باستخدام أدوات البحث النفسي المختلفة والتي تمكنهم، من دراسة الحالة الفردية دراسة شاملة وعميقة وقد يصل إلى فهم العوامل العميقة في شخصية الفرد والتي تؤثر في الظاهرة محل الدراسة (grawitz, M. 2001, p : 385)

ويهدف إلى مساعدة الفرد المضطرب سلوكيا بغض النظر عن مجال الاضطراب في حل مشكلته وذلك بتطبيق مبادئ علم النفس وقوانينه ونظرياته وفنياته (يسري، م. 1990، ص: 13)

لأنه يسمح بدراسة الحالات بصفة فردية من أجل الوصول إلى التعميمات المبررة عن طريق ملاحظة اتجاهات كل حالة واضطراباتها ملاحظات موضوعية باستخدام وسائل عدة؛ الملاحظة، المقابلة، الاستبيان وغيره... فهو المنهج المناسب لهذه الدراسة.

2- عينة الدراسة:

يعتبر اختيار الباحث للعينة من الخطوات والمراحل الهامة للبحث، ولا شك أن الباحث يفكر في عينة بحثه منذ بدء تحديد أهدافه لأن طبيعة البحث وفروضه وخطته تتحكم في خطوات تنفيذه واختيار أدواته، فالعينة ووسائل جمع البيانات، هذه الأهداف والإجراءات التي يستخدمها الباحث ستحدد طبيعة العينة التي سيختارها. فالعينة مجموعة من الأفراد يفترض فيها تمثيل خصائص موجودة في المجتمع الأصلي.

وانطلاقاً من أسباب هذه المعايير والتزاماً بحدود الدراسة فقد تكونت عينة الدراسة من 10 حالات من مدمني مخدرات، من أعمار مختلفة تراوحت أعمارهم ما بين 18 إلى 32 سنة، كلهم رجال، ثم تقلص حجم العينة إلى 4 حالات للدراسة بسبب عدم تحقق شروط الدراسة.

أمّا متغيرات المستوى الدراسي الاجتماعي و الوضعية الاجتماعية والاقتصادية فلم تؤخذ بعين الاعتبار.

اختيار العينة تم بشكل قصدي، من ضمن المترددين على العيادة والمتقدمين طلباً للعلاج النفسي، أو الموجهين من قبل الأطباء خارج العيادة لكن الباحثة احتفظت فقط بالحالات التي تحقق شروط البحث وفي الأساس الرغبة في العلاج النفسي والتخلص من الإدمان على المخدرات.

3- حدود الدراسة:

تحدد الدراسة جغرافياً بمدينة باتنة بعيادة الصحة النفسية للعلاج النفسي التابعة للباحثة.

زمنياً بدءاً باختيار الموضوع وجمع المصادر والمراجع إلى التطبيق الميداني الذي جرى على مدار السنة من 2008 – 2009.

أما بشرياً فتحددت الدراسة بمجموعة من المدمنين على المخدرات يتابعون علاجهم بالعيادة النفسية

كما تحدها طبيعة الأدوات المستخدمة

4- أدوات الدراسة:

إن طبيعة الموضوع، فروضه، أهدافه جعلت من استخدام المقابلة كأداة أساسية أمر ضروري، وحيث أن المنهج الأنسب لهذه الدراسة هو المنهج الإكلينيكي الذي يعتمد على دراسة حالة الفرد دراسة متعمقة، فإن المقابلة تعتبر أداة بارزة فيه خاصة في مجال التشخيص والعلاج، ولهذا الغرض تعرفها "كولات شيلون" collet chiland: بأنها إطار أو نسق علائقي يجمع شخصين: أحدهما المختص والثاني العميل أو طالب المساعدة عبر أسئلة وأجوبة تمكن المختص من العمل على مشكلة العميل. (chiland,C. 1982,p : 12)

كما تعرف على أنها: " حوار دينامي أو محادثة موجهة لغرض محدد مؤطر بالزمان والمكان" ولنجاحها اشترط "شيمو" sheimo شرطين هما: "الأمانة" "الموضوعية" وهي وسيلة هامة في هذه الدراسة لأنها خطوة أساسية تسمح بمقابلة المفحوص والعمل معه بغرض علاج المشكلة التي يعاني منها، وتكون هنا علاقة الباحث بالمفحوص علاقة علاجية، والمقابلة مقابلة إكلينيكية هدفها علاجي وتعرف هذه الأخيرة بأنها: " وسيلة مساعدة للتعلم لأن من خلالها يتم التفاعل بين الباحث والمفحوص ويعتبر موقف تعلم إذ يحدث تغيير تدريجي في سلوك العميل" (إسماعيل،م. 1982، ص: 422)

4-1- الاستبيان:

وسيلة أخرى لا تقل أهمية عن الوسائل المستخدمة في هذه الدراسة والتي حددتها طبيعة الموضوع وفروضه وأهدافه، وهو الاستبيان الذي يتكون من مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين. يتم وضعها في استمارة توزع على الأشخاص المعنيين للحصول على أجوبة حيث بواسطتها يمكن التوصل إلى حقائق جديدة عن الموضوع أو التأكد من معلومات متعارف عليها ولكنها غير مدعمة بحقائق (بوحوش،ع. الذنبيات،م.1999، ص: 66) ويتمثل الاستبيان الذي تم الاعتماد عليه في: " قائمة المكونات المعرفية حول الإدمان على المخدرات" والتي تم إعدادها من قبل الباحث الدكتور " أمزيان وناس"، وتم تطبيقها على عينة الدراسة لقياس المكونات المعرفية لأفرادها والتعرف على الأفكار والمعتقدات حول المخدرات، وقد احتوت القائمة عددا من المحاور والتي يتناول كل منها جانب من الإدمان، وكل محور

مكون من بنود، وقد تم تنظيم هذه البنود في خمسة عشرة (15) محورا بحيث يحتوي كل محور على ثمانية (8) عبارات كما يبينه الجدول التالي:

الرقم	المحاور	أرقام العبارات
01	كيفية تعريف المخدرات	1- 16- 31- 46- 61- 76- 91- 106
02	التوقعات حول القدرة على التخلي عن تعاطي المخدرات	2- 17- 32- 47- 62- 77- 92- 107
03	التوقعات حول صعوبة الاتسحاب من المخدرات	3- 18- 33- 48- 63- 78- 93- 108
04	التوقعات حول مرحلة النقاهاة من الإدمان على المخدرات	4- 19- 34- 49- 64- 79- 94- 109
05	التوقعات حول الرغبة في العودة إلى الإدمان على المخدرات	5- 20- 35- 50- 65- 80- 95- 110
06	تعميم الخبرات السابقة للإدمان على المخدرات	6- 21- 36- 51- 66- 81- 96- 111
07	التوقعات حول رد فعل المحيط حول المدمن	7- 22- 37- 52- 67- 82- 97- 112
08	المعارف حول رأي الدين في الإدمان على المخدرات	8- 23- 38- 53- 68- 83- 98- 113
09	المعارف حول رأي القانون في الإدمان على المخدرات	9- 24- 39- 54- 69- 84- 99- 114
10	المعارف حول الأضرار الجسمية للإدمان على المخدرات	10- 25- 40- 55- 70- 85- 100- 115
11	المعارف حول الأضرار النفسية للإدمان على المخدرات	11- 26- 41- 56- 71- 86- 101- 116
12	المعارف حول الأضرار الجنسية للإدمان على المخدرات	12- 27- 42- 57- 72- 87- 102- 117
13	المعارف حول الأضرار الأسرية للإدمان على المخدرات	13- 28- 43- 58- 73- 88- 103- 118
14	المعارف حول الأضرار الاجتماعية للإدمان على المخدرات	14- 29- 44- 59- 74- 89- 104- 119
15	المعارف حول أضرار الإدمان على المخدرات على العمليات العقلية	15- 30- 45- 60- 75- 90- 105- 120

الخصائص السيكومترية للأداة:

وتتمثل الخصائص السيكومترية القائمة: «المكونات المعرفية حول الإدمان على المخدرات» في حساب ثبات وصدق القائمة، فقد تم حساب معاملات الثبات بالاعتماد على حساب معامل الارتباط بين نتائج التطبيقين (test - retest) وذلك باستعمال معامل ارتباط كارل بيرسون، الذي ظهر بقيمة (0.99) بالنسبة للدرجة الكلية للقائمة وهو معامل ثبات مرتفع جدا.

— أما بالنسبة لصدق القائمة فقد اعتمد معدّ القائمة على صدق المحكمين أو لصدق المنطقي، بحيث اعتمد درجة 0.7 كمؤشر للقبول، وتم تحديد معيار قبول واعتماد العبارات عندما تكون الدرجة المحصل عليها تفوق أو تساوي 70% (أمزيان وناس، 2007، ص: 113)

4-2- الأدوات العلاجية:

أداة أساسية أخرى تقوم عليها هذه الدراسة باعتبارها تستند أساسا لاقتراح مشروع علاجي لعينة الدراسة، وقد برزت ضرورة تصميم الأداة المتمثلة في التقنية العلاجية لتصحيح الأفكار وتعديل السلوك المرتبط بالإدمان على المخدرات لمساعدة المدمنين على التخلص من التعاطي عن طريق العلاج المعرفي السلوكي بدل العلاج الدوائي أو اقترانه بهذا الأخير مؤقتا.

وقد سعت الباحثة من خلال هذه التقنية إلى مساعدة الفرد المدمن على تغيير نمط حياته عن طريق اصطيد الأفكار الخاطئة وبالتالي تعديل السلوك الإدماني في وقت محدد بدل الالتزام الطويل المدى في العلاجات النفسية الأخرى. ولتصميم هذه التقنية تطلب ذلك من الباحثة الإطلاع على الطر النظرية المتاحة التي تعرضت لمتغير الأفكار الخاطئة ودحضها وكيفية تعديل السلوك، وحتى الدراسات السابقة التي تناولت بالدراسة مدى ناجعة العلاج المعرفي السلوكي في اعتماده على فكرة تصحيح الأفكار في علاج الاضطرابات الانفعالية والسلوكية، وذلك بهدف الاستفادة منها في تصميم التقنية العلاجية التي وضعت خصيصا لغرض علاج المدمن على المخدرات ومساعدته في التخلص من الإدمان عن طريق تصحيح أفكاره الخاطئة عن المخدر.

وقد استتدت الباحثة من الناحية النظرية على نظرية "آرون بيك" في علاج الاضطرابات الانفعالية، ولعل أهم ما ميز هذه النظرية تطبيقاتها الميدانية بما فيها التجارب السلوكية خاصة في علاج الحالات الاكتئابية والتي تعتبر إحدى أهم المشكلات التي يعانيها المدمن على المخدرات، ناهيك عن كون هذا النوع من العلاج أصبح أهم تقنية علاجية لفاعليته في علاج الاضطرابات رغم اختلاف مشاربه ويرجع هذا النجاح للتقدم السريع الذي يحرزه المعالج أثناء تطبيق الإستراتيجية العلاجية مع قلة نسبة الانتكاس لدى أفراد العينة.

ومراعاة لهذه الأسباب والخصائص وبصفة خاصة النتائج الإيجابية التي أفرزتها هذه التقنية مع حالات من المدمنين يرغبون في التوقف عن التعاطي، قامت الباحثة بمقابلات شخصية مع أفراد عينة الدراسة وذلك من أجل معرفة أبعاد التفكير ومحددات المكونات المعرفية لديهم مستعينة في ذلك بقائمة المكونات المعرفية للباحث "أمزيان وناس"، فأثمرت هذه المقابلات بوضع تشخيص فارقى للحالات كونه متعاطي مخدرات مستتدة في ذلك بالدليل "التشخيصي الرابع" "DSM4" وقائمة المكونات المعرفية والتي أسفرت بوجود أفكار خاطئة لدى المدمنين دافعة لتمسك المدمن بالمخدرات، ومن هذه المنطلقات تم بناء التقنية العلاجية والتي تركز أساسا على أسس معرفية حسب نظرية "بيك" في تعديل الأفكار الأوتوماتيكية يمر فيها العلاج بعدة مراحل، تبدأ المرحلة الأولى منه ببناء الباحثة لعلاقة علاجية تقوم على أساس التعاون بينها وبين المدمن وتتسم بالثقة المتبادلة. كما أنها تستند إلى فنيات لتحديد الأفكار الخاطئة عن طريق تدريب المدمن فن النقد الذاتي والوعي بالأحداث وبالتالي الانتباه للأفكار الواردة.

مع تدريبه على الاستمرار في رصد الأفكار حتى خارج الجلسات العلاجية عن طريق الواجبات المنزلية وأجندة المراقبة الذاتية وهي جداول يتم بناءها وتقديمها للمدمن. يصل فيها العلاج للمرحلة الوسطى أين تقوم الباحثة مع المدمن بإقامة تجارب سلوكية وتدريبات لتعلم مهارات جديدة لتقويم السلوك، أما المرحلة الأخيرة من تطبيق الإستراتيجية العلاجية فتنتهي بتقديم برنامج صيانة.

وقد اعتمدت الباحثة في وضع الإستراتيجية العلاجية على مراجع نظرية كثيرة، ولعل

أهم المراجع في مجال علم النفس المعرفي والسلوكي وتقنيات العلاج كانت (آرون بيك A. beek وجون كوترو jean cottraux) ودون أن ننسى بالذكر مشاركة الباحثة في عدة دورات تدريبية لتعلم مهارة العلاج المعرفي السلوكي بقيادة مكوّنين أجنب وكانت آخر دورة تدريبية للمدرب الدكتور "محسن إبراهيم ديغم"، حيث ساعدت الباحثة في وضع الإستراتيجية العلاجية بما يتناسب والحالات محل الدراسة، ولاستيعاب تفاصيل الإستراتيجية العلاجية نرجع عفاً عن صفر اربع ملان جان ب لظري.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض حالات الدراسة:

1-1- الحالة الأولى:

1-1-1- تقديم الحالة:

(س.هـ) ميكانيكي سيارات يبلغ من العمر 36 سنة، مطلق منذ 2 سنة، يقطن في الحدود الجغرافية لولاية باتنة .

زار (س.هـ) عيادة الصحة النفسية للعلاج النفسي التابعة للطالبة بقرار شخصي ورغبة منه في الإقلاع عن تعاطي المخدرات التي دمرت حياته على حد قوله. يروي (س.هـ) قصة تعرفه على المخدرات وتاريخه معها، ففي سن 12 تعاطى أقل جرعة مخدر (حشيش) حينما طرده أبوه من المنزل بعد مشادات عنيفة بينه وبين ابن عمه، أين انتهت ببقاء هذا الأخير مدة تزيد عن 15 يوم بالمستشفى .

غادر (س.هـ) مقاعد الدراسة في سن 15 سنة بسبب صراعاته المتكررة مع زملائه و التي كانت تنتهي معه باستعمال السلاح الأبيض، وضبط كمية معتبرة من المخدرات معه في الفصل الدراسي. لم يجد (س.هـ) إلا الشارع وهو يحتضنه بكل قسوة يحمل معه كل المآسي، هناك احترق شرب المواد المخدرة بأنواع متعددة فلسان حاله يقول: " اشربت الديازي، الريفو، الزطلة، وحتى الكحول...".

ما ميز حياة (س.هـ) كثرة صراعاته ومشاداته مع أهله وحتى جيرانه خاصة مع الأخ الأكبر وزوجته، اشتدت أزمته وزاد تعاطيه للمخدرات عند وفاة أمه الفجائي وهو ابن 13 سنة . كان بعدها يتعرض للطرد المستمر من المنزل من طرف والده. وتزامنا مع هذه الأحداث تناول الكثير من المواد المخدرة ذكر منها قائلا: "شربت الزطلة، الكاشيات، الرنقيلة، الديليون وحتى الغبرة" واستقر به الحال مع " الكيف، الديازي، وحتى الريفو" هذه المواد و التي صاحبت له لمدة طويلة تخللتها فترات يحاول الإقلاع فيها عن التعاطي.

(س.هـ) و يحكم تعلقه بالمادة المخدرة أسرف الكثير من المال مقابل حصوله على المخدرات مما أثر على عمله وما يجنيه من مال .

سافر عدة مرات خارج المدينة قصد العمل ، ومع ذلك باءت كل محاولاته بالفشل حيث يرجع إلى مسقط رأسه مفلس ليعود إلى بؤرة الصراع من جديد ويكون تعاطي المخدرات المنفذ الوحيد له على حد قوله (س.هـ).

التحق (س.هـ) بالخدمة الوطنية مع أول استدعاء له من الجهات المعنية وهناك تعرف على جماعة كانت تساعد في الحصول على المواد المخدرة، وبعد إنهاء المدة عاد إلى المدينة وقرر الإقلاع عن تعاطي المخدرات كمحاولة جدية من (س.هـ) للتخلص من الإدمان. هنا بدأ العمل كميكانيكي سيارات وقرر أيضا الزواج .

تزوج (س.هـ) ودام زواجه حوالي 2 سنة، حيث أصبح في هذه المدة أب لطفلة، بعد إتمام ابنته السنة الأولى و النصف تعرضت لحادث سيارة وتوفيت وهي متأثرة بجروحها، فكانت صدمة وفاتها شديدة على (س.هـ) لم يستطع استيعابها وكانت النتيجة عودته لتعاطي المخدرات مرة أخرى وحتى تناول الكحول.

طلبت زوجته الطلاق منه بعد سنة من الإدمان على المخدرات و الكحول على مرأى من زوجته في عش الزوجية أين كان ينهكها ضربا وهو تحت تأثير الكحول و المخدرات.

طلق (س.هـ) زوجته وتخلص من كل ممتلكاته وأنفق ما تحصل عليه من مال في شراء المخدرات وعاد من جديد إلى بيت والده.

محاولات توقف تعاطي المخدرات:

كانت له محاولات عديدة للإقلاع وكانت تنتج بالنجاح المؤقت ولكنه يعود للمخدرات عند أول مشكلة تصادفه أو إحباط يتعرض له أو حادثة يفقد فيها شخص معين يتعاطي المخدرات بشغف أكبر. لكن كل محاولاته كانت فردية لم يسانده فيها أحد. وقد أبدى استعدادا ورغبة جادة في الإقلاع عن تعاطي المخدرات من أول زيارة له للعيادة النفسية طلبا المساعدة العلاجية .

1-1-2- عرض و تحليل الحالة:

المقابلة التمهيديّة:

كان(س.هـ) قد اتصل بهاتف العيادة وطلب موعدا من الممرضة، وعند قدومه إلى أول مقابلة دخل مكتب الفحص النفساني طالبا من الممرضة أن ترافقه، كان مرتبكا وقد سأل الممرضة خارجا عن مدة المقابلة وعن شكل مكتب الفحص وعن سن الأخصائية المعالجة .

ألقي العميل التحية وبعدها أضاف: " وأخيرا، قدأش وأنا نحاول انكسر هذا الحاجز و " Psychologue الحمد لله راني مع

قلت له : "حاولت كثيرا إذا ..."، قال: " عندي حوالي 3 سنوات "

حاب **ai beaucoup de chose** لبادر العميل مباشرة قائلا: " حكيمة حاب نحكي ما لقيتش ألي يسمعهم " **Mais** أنقولهم

طبعا كان جوابي : "أنا هنا لأسمعك، وتأكد كل ما سنتحدث فيه في هذه الجلسة و الجلسات القادمة، سيبقى بيننا".

كل حاجة راح أتقولها أعلاي بها، ومتأكد منها، أنا **Je sais bien** لقاطعني:

محتاج نرتاح ونتخلص من الإدمان إل دمرلي حياتي ..."

وطبعا ككل مقابلة تمهيدية يكون لها بروتوكول خاص حيث بدأت بطرح بعض الأسئلة المتعلقة بالبيانات الشخصية، تتمثل أساسا في الاسم و اللقب و السن ومدة تعاطي المخدرات، و التأكد من وجود محاولات الإقلاع من قبل، كما سبق التقديم له في تقديم الحالة .

واصل بعدها العميل كلامه بانسياب يروي قصته مع الإدمان دون انقطاع ومتى كانت أول تجربة له مع المخدرات، وهكذا كل ما كان يتعلق بحياته وعلاقاته الاجتماعية و الأسرية منها، كنت أتدخل بين الحين و الآخر لطرح بعض الأسئلة التي تخدم المقابلة وتساعدني في جمع المعلومات الضرورية المتعلقة بالحالة ومشكلة تعاطي المخدرات، أو لأوجهه نحو هدف معين أثناء الجلسة .

أثناء كل هذا كنت بدوري أدون بالملف الخاص بالحالة كما جرت العادة على مستوى العيادة كل ما يتعلق بتاريخه ومشكلة التعاطي، أي كل معلومة تخدم

العلاج .

وخلال هذه المقابلة لمست رغبة العميل في العلاج وإقباله عليه ورغبته في التخلص من المخدرات وقد بدى ذلك في قوله: "أنا قررت باش انحبسها بإذن الله ما نزيدش نكتيف الزطلة ولا نشرب الحبوب خلاص، أنا لازم نبدأ حياتي من جديد، شوفي حياتي أكل راحت، داري رابت قدامي..." كان يقول هذه العبارة وهو يذرف دموعا ويتحسر . كنت أغتتم مثل هذه المواقف أثناء المقابلة لبناء الثقة ك معالجة بيني وبينه كما تساعدني في تحديد مشكلته بدقة وبالتالي بناء الصياغة المعرفية للحالة.

بادرته بسؤاله: "كنت قد قلت أن حياتك انهارت، ما الذي انهار في حياتك بالضبط" هنا انفجر العميل باكيا ووضع رأسه على المكتب، وساد الصمت الجلسة مدة من الزمن قاطعت ذلك الصمت قائلة: "يبدو أنها أشياء مهمة تلك التي أضعتها؟" قال: نعم . أكيد...

وبدأ يروي قصة موت ابنته وطلاق زوجته وفقده لكل شيء بعدها، المنزل، العمل... ثم أضاف: "وكل ذلك بسبب المخدرات ذاك الوحش الكاسر"

كان كلامه كله حول مشاعر الذنب و تأنيب الضمير، إذ كان يرى في نفسه المذنب و المجرم في آن واحد وقال: "اني استحق العقاب، باش انحبس هذا السم..." كونه تخلى عن مسؤولياته كزوج وأب لذا عاقبه الله حيث قال: "اتخليت على داري و انشغلت بالكيف و الحبوب، عاقبني ربي نحالي بنتي وأدى زوجتي، نستاهل"

تدخلت لأهدأ من روعه وطمأنته أنني سأساعده حتى يتخلص من تعاطي المخدرات نهائيا خاصة ورغبته في العلاج موجودة، وبعدها قمت باستعراض البرنامج العلاجي خاصة محتوياته ومختلف المراحل التي سنمر بها خلال العلاج كما شرحت له طبيعة الأعراض الانسحابية التي يعيشها عند التوقف عن التعاطي تركت له حرية اختيار طريقة الفطام، أي التوقف الكلي أو الجزئي عن المادة المخدرة وهنا أبدى العميل رغبته في العلاج واستعداده للتعاون، وفي هذه الأثناء بدت خيوط الثقة تمتد بيني وبينه خاصة عندما قال: "أنا فرحت كي لقيت أخصائي نفساني، راهم حكاولي عليك بزاف ناس، وعندي بزاف وأنا أنحوس عليك،حتى جبت الهاتف نتاعك من الإذاعة..."، بعدها أكدت له أنه من الضروري بمكان المواصلة وعدم التراجع وبينت له أنه قد

يواجه صعوبات عند توقفه عن التعاطي المخدرات بعد أن اعتمد عليها جسمه، كما أكدت له بأنه يستطيع أن ينجح كلما كان متعاوناً.

تحمس العميل للفكرة و الهدف وأبدى استعداداً كبيراً لذلك، وقبل أن ينصرف من المكتب أكدت بأنه مرتاح، وضربت له موعداً آخر خلال الأسبوع القادم، وغادر المكتب .

المقابلة الثانية:

جاء العميل بعد أسبوع في الموعد المحدد له بالضبط من طرف الممرضة حسب المعمول به في نظام العيادة. دخل قاعة الانتظار بعد أن مر على مكتب الاستقبال وسأل الممرضة إن كانت الأخصائية موجودة في العيادة أم لا؟ لتجيبه بأن الأخصائية موجودة في مكتب الفحص، حيث كانت الباحثة تحضر بعض الأوراق الخاصة بجدول مساعدتها في تنظيم المعلومات المستقاة من المقابلة كونها مقابلات علاجية كهدف أساسي .

حيث كانت الباحثة قد ركزت في الجلسة الأولى على الإصغاء لمشكلة العميل مما يساعده على الإفصاح عن مشكلته بكل وضوح، مع تسجيل الملاحظات عن كل ما يتعلق بتاريخ الحالة و الأحداث و الصراعات ناهيك عن كل التفاصيل عن المشكلة محل الدراسة.

وذلك بهدف بناء صياغة معرفية عن العميل و بالتالي صياغة الخطة العلاجية وهذه الصياغة لا تتأتى إلا من خلال تنظيم المعلومات للكشف وتحديد الأفكار الآلية الخاطئة لدى العميل إزاء الأحداث و المواقف و بالضبط تعاطي المخدرات.

دخل (س.هـ) مكتب الفحص للمرة الثانية، وعلامات الشوق بادية على وجهه يلتفت ذات اليمين وذات الشمال، ألقى التحية وجلس على الكرسي.

بادرته بالسؤال عن أحواله فأجاب بصوت خافت: "ما نيش مليح خلاص، محتاج نوصل لنتيجة مليحة هذا مكان" كانت نبرات صوته وكلماته كلها مملوءة بمشاعر الذنب و الحسرة و تأنيب الضمير و الألم، سكت مدة من الزمن وقال: "أمنين راح نبدا نحكي..." أجبته بكل اطمئنان، تفضل كلي آذان صاغية لك ولكل معاناتك وفتحت له المجال لكي يتحدث بحرية ودون قيود، وحاولت منذ بداية اللقاء إقناعه بالصراحة

و الحرية مع الثقة المتبادلة .

بدأ العميل يسرد تفاصيل عن تاريخ حياته مع المخدرات وحتى مشاكل أخرى، وكان يقفز من مشكلة إلى أخرى مع وجود قواسم مشتركة بين كل المشكلات يربط العميل خيوطها بكل كفاءة مرضية ليجد تبريرا يقبله هو في نهاية المطاف، وكون الباحثة قد حددت منذ بداية المقابلة الهدف وهو تفصيل المشكلة واختزالها إلى وحدات ليسهل التعامل معها، وتحديد أي المشكلات لا بد أن نبدأ بها. هنا فقط كنت أستوقفه بين الحين و الحين لنحدد معا المشكلة، ثم تفاصيلها، بعدها نوعها، وفي الأخير عزلها في سياق واضح معرفيا ليسهل على الباحثة التعامل معها بفنيات علاجية محددة وملائمة لطبيعتها.

وما قد تم تحديده من خلال المقابلة الثانية مع العميل كمشكلة أساسية يتمثل خصوصا في تعاطي المخدرات وبعض الحبوب الأخرى، حيث يظهر جليا ذلك من خلال ما ورد على لسان العميل، اذ كانت كل تصريحاته في هذه المقابلة تدور حول تأثير المخدرات، ومدة تناوله لها، ومتى كانت أول جرعة له، وما إلى ذلك من التطورات التي عايشها وهو بين أحضان المخدر.

كان يروي لي هذه التفاصيل ودموعه تنهمر دون انقطاع وأصابع يديه تتشابك بين الحين و الآخر، ليتوقف في كثير من المرات ويشخص ببصره إلى السماء وكأنه يتذكر مشهدا دراميا مؤلما . "في يوم من أيام الشتاء المظلم رجعت للدار لقيت الناس

قدام الباب، وبابا وخاوتي يبكيو كي دخلت فهمت بلي أما ما عاتش نزيد نشوفها

، اظلمت الدنيا في وجهي، cancer 'اكانت مريضة ب malheureusement

كنت في عمري 13 سنة مازال ما شبعتش من أما... " يبكي العميل طويلا، ولم تجرأ

الباحثة على أن تستوقفه حتى بسؤال ثم أضاف: " كي ماتت أمي ما ابقالي حتى واحد

في هذاك الوقت، كرهت روعي و الناس و الدنيا. وحتى بابا الي عاد يضربني بسبب

وبغير سبب، واهنا دارو بيا ولات الحرام، كانت البداية مع التدخين، وانهار حكمني

خويا لكبير نتكيف رب ايسامحو أربطني واضربني وطفالي القارو في وذنيا ونيفي"

سكت مدة من الزمن دون أن يحرك ساكنا وكأنه تذكر الحدث من جديد، ثم قال:

"لا هي مكرة في روعي" أدري نقول رب يهديه ولا كثر خيرو" قاطعته قائلة: وكيف Mais دخلت عالم المخدرات؟ ضحك ساخرًا: " دخلت من الفراغ ومكرة في الناس هي مكرة في روعي".

كان اهتمام الباحثة من خلال هذه المقابلة جمع كل ما يتعلق بالمخدرات لدى العميل، وانصب العمل على هذا الهدف.

سألته : ومتى كانت أول مرة تناولت فيها المخدرات؟

قال: "تكلحت. كنت نتكيف الدخان، ومرة كنت ما نيش مليح حاوزني بابا بعد ما ضربني كي لقاني مانيش نروح نقرا. ريحت مع صحابي أعطولي قارو هو تاع زطله وأنا ما علاباليش، وما فقتش حتى فات الوقت، هذيك هي السجارة الأولى..." وعن اللي حسيت بيه هو لي Le plaisir الظروف التي جعلته يستمر في التعاطي يقول : " كنت كل ما c'est vrai خلاني انعاود، وهكذا قالولي راهي تنسيك في همومك نهرب عندها، انحسها هي أما وهي الدنيا نتاعي". **Problème** يصرالي. واصل العميل سرد كيفية تناوله للمخدرات، و الشراهة التي عرف بها وسط أصدقائه، لكنه أقلع عن التعاطي ونجح في هذه التجربة خاصة في بداية حياته الزوجية أين تغيرت أحواله وظروفه حيث يقول: "وليت عبد عندي دار وامرأة وهدف في الدنيا نعيش على جالوا، هي بنتي" وهنا بدأ صوته يمتزج بنبرات بكاء وحسرة تارة وتارة أخرى بنبرة فرحة كلما تحدث عن ابنته، الى أن جاء اليوم المشؤوم كما يصفه (س.هـ) يوم الحادث الذي ماتت ابنته ضحيته يقول: "وهنا فقط عرفت بلي السعادة pour la 2em fois تهرب مني حتى لو كان نجري أنا وراها، زادت نحاتلي الدنيا بكري أدوات أما وضرك أدوات بنتي، و أو مبعد أدوات زوجتي" ثم أضاف: "أنا هو المسؤول وعلى هذا الأساس لازم نتغير لازم مهما كان الثمن".

وصلت الباحثة مع العميل إلى تحديد المشكلة بدقة وعزلها في سياق واحد بعيد عن المشكلات الأخرى، ليتم تناولها بالتحليل و العلاج كمشكلة أساسية لدى العميل، وهنا كانت المقابلة قد قربت على نهايتها، وكما جرت العادة أن في نهاية كل جلسة نطلب من العميل أن يقدم لنا نتائج هذه الجلسة وهذا ما يعرف بالتغذية الراجعة

في العلاج المعرفي السلوكي، وذلك لمساعدة العميل على تعلم إدراك النتائج من كل جلسة، ومن ثم تحديد الأهداف.

ثم شرحت له الباحثة أن العلاج سيتم بثلاث مراحل، وأنه الآن بصدد المرحلة الأولى منه، كما وضحت له ما سيتم العمل عليه في الجلسة المقبلة بعد تطبيق استمارة تساعد الباحثة على تحديد الأفكار الخاطئة لدى العميل عن المخدرات مما يسهل العمل على اصطياها وبالتالي دحضها كما ستكون الجلسة المقبلة كأول جلسة لشرح النموذج المعرفي و تحديد الواجبات المنزلية التي تعتبر حجر الزاوية في العمل العلاجي، وكل ذلك سيكون تزامنا مع إيقاف العميل لما يتعاطاه من مواد مخدرة خاصة وأنه قد اختار التوقف الكلي كونه يستطيع ذلك حسب تصريحاته وحجته في ذلك أنه كم من المرات أوقفها ثم عاد للتعاطي مرة أخرى بمحض إرادته، وهذا إن عكس فإنما يعكس الاعتماد النفسي وغياب الاعتماد الفيزيولوجي كون هذا الأخير يسبب الأعراض الانسحابية عند أول وقف للتعاطي .

وتعتبر هذه خطوة ايجابية تساعدنا في العلاج النفسي للحالة بعيدا عن طلب العون من أخصائي آخر يمكنه أن يساعد العميل في التخلص من الاعتماد العضوي عن طريق الأدوية.

وبناء عليه، كان العميل قد قرر على مرأى من الباحثة في نهاية الجلسة أن لا يتعاطى المخدرات مرة أخرى، وأنه سيكون متعاوناً حتى النهاية، وهنا عملت الباحثة على شكره وتشجيعه على صراحته ووضحت له أنه سوف لن يخسر أي شيء بمجهوده الذي سوف يبذله ليتحرر من الإدمان على المخدرات.

غادر (س.هـ) غرفة الفحص و مر إلى مكتب الممرضة لتحديد له موعد آخر بعد أسبوع من تاريخ هذه المقابلة، تعمدت الباحثة أن تكون مواعيد الجلسات الخمسة الأولى مرة كل أسبوع لتتيح للعميل فرصة التكيف مع واقع المعالجة النفسية واعتياده على هذا النمط الجديد من الحياة، وتهيئته للمرحلة الوسطى من العلاج و التي تتميز عادة في العلاج المعرفي السلوكي بكثافة الجلسات العلاجية التي قد تصل إلى 2 أو 3 جلسات أسبوعياً .

المقابلة الثالثة:

بعد أسبوع من تاريخ آخر مقابلة عاد (س.هـ) إلى العيادة، لكن هذه المرة قبل مواعده المحدد في أجددة مواعيد العيادة بساعة من الزمن، استقبلته الممرضة وشرحت له أن مواعده بعد ساعة، وأن عليه الانتظار في القاعة حتى تنتهي جلسة عميل آخر، استجاب لذلك ورد قائلا: "لا بأس، فقط أردت المجيء باكرا".

دق موعد المقابلة مع (س.هـ) الذي دخل مكتب الفحص وعلامات السرور بادية على محياه، وقبل إلقاء التحية قال للباحثة وقد عهد أن يناديها بـ: "حكيمه، تخيلي عندي سمانه (أسبوع) ما اتكيفتش حتى قارو نتاع الزطلة (حشيش). شفتي (س) كان قادر، برك محتاج اللي يعاونوا" ردت الباحثة على العميل بعبارة تشجيع تحمل ضمنا إحياء يدفعه للمواصله و الاستمرار .

ثم استفسرت الباحثة عما إذا كان يعاني من أي أعراض انسحابية كأثر عن توقف التعاطي، فلم يذكر (س.هـ) ما يتعلق بالأعراض الفيزيولوجية عدى أوجاع الرأس، وزيادة ضربات القلب بين الحين و الآخر، أما عن الأعراض النفسية فقد ذكر (س.هـ) جملة منها تمثلت في:

- أزماة قلق متواصله.
- الشعور بالعياء النفسي العام.
- صعوبات النوم.
- فقدان الشهية.
- تراجع الثقة بالنفس.
- فقدان الرغبة في الكثير من الأنشطة اليومية الاعتيادية .

هذا مع ذكر عرض مهم متعلق مباشرة بالمشكلة محل الدراسة، حيث (س.هـ) يخاف مواجهة نفسه بحقيقة أنه لا يتعاطى المخدرات خوفا من أنه لا يستطيع التخلص منها أو أن يعود لها مرة أخرى، وقد ظهر ذلك جليا في قوله: "ما نيش ثابت في روعي، خايف ما نقدرش نعيش بلا الزطلة، ولا نزيد نرجعلها مرة أخرى" وهنا تدخلت الباحثة وطمأنته كون مع وجود الإرادة و الرغبة في التخلص من الإدمان حتما سينجح، كما عملت على غرس الأمل في نفسية (س.هـ) لتساعده في بناء الإحساس

و الثقة بأنه يمكنه التخلص من هذه المشكلة كلية، وهنا بدأت الباحثة مع العميل في تحديد الأهداف العلاجية وأساسيات العملية العلاجية التي سيتعاون بها العميل مع الباحثة تعاوناً حثيثاً على تحقيقها، وكانت أول خطوة. العمل على تحديد الأفكار الخاطئة وتوضيح طبيعة العلاقة بين الأفكار والمشاعر والسلوك.

أبدى العميل تعاوناً واستعداداً كبيرين، يظهر ذلك من عبارته: "راني مستعد تماماً لأي حاجة مهما كانت، المهم نجاح في العلاج، ونبني حياتي من جديد"، وهنا أبدت الباحثة تفهماً متعاطفًا للعميل مع الإنصات الفعال له و النظرة الإيجابية لسلوكه و الهدف الأساسي من وراء ذلك هو رفع دافعية العميل ودفعه نحو المواصلة، وكانت الخطوة الموالية هي تحديد المفهمة المعرفية للعميل خلال هذه المقابلة، وبالرغم من أن المقابلة هي على الأرجح الطريقة الأهم لجمع المعلومات، فإن في العلاج المعرفي يطلب من المعالج أن يجمع هو نفسه معلومات خاصة به.

كانت الممرضة قد أعدت الرسم التخطيطي للمفهمة المعرفية الخاصة ب (س.هـ) قبل الجلسة طبعاً بطلب من الباحثة كما جرت العادة في العيادة وبدأ (س.هـ) و المعالجة في عملية ملئ هذه الاستمارة كما هو موضح في الشكل التالي .

كل ما يتعلّق بالطفولة من صراعات وآثار سيّئة دعت ظهور كل المشكلات الانفعالية
و السلوكية لدى، الحالة (س.هـ)

جوهر المعتقدات
أنا لست حدد بما فيه الكفاية

اشتراطات الافتراضات أو المعتقدات أو القواعد
إذا كنت مضطراً لأز، أكون له حدى، سأضع كل شيء

الاستراتيجيات التعويضية
عندما أكون مع الآخرين أكون بخير، وبالتالي التواجد مع جماعة لتعاطي المخدرات أفضل من أن أكون لوحدي

الموقف '3'

التوقف المفاجئ عن تعاطي

التوقف يخلف آلام لا تطاق

سأنهار تحت الضغط

التوتر

العودة إلى تعاطي المخدرات

الموقف '2'

تكرار التعاطي مرّات عديدة

المخدرات مادة تدخل البهجة و
السرور على الإنسان وتنسيه

لا بد من مواصلة التعاطي

الراحة

تكرار تعاطي المخدرات

الموقف '1'

تحديّة أول سحابة مخدرات

المخدرات مسكنة للألم

لن أستطيع التخلي عنها

النشوة

مصاص تعاطي ان مخدرات

المفهمة المعرفية للحالة (س.هـ)

وبعد تحديد المفهمة المعرفية ل (س.هـ) قدمت الباحثة له المكونات المعرفية بغية تحديد المكونات المعرفية لديه حول المخدرات و الإدمان، ومعرفة أبعاد التفكير حول هذه الظاهرة وجملة المذكرات و المعتقدات و التوقعات و المعارف التي اكتسبها سواء عن طريق تجاربه الخاصة أو عن طريق التعلم بمختلف الطرق، وبعد تطبيق القائمة المكونة من بنود موزعة على محاور في ظروف عادية، حيث قدمت القائمة لـ (س.هـ) بعد شرح الطريقة التي سيجيب بها على بنود القائمة، وقد أثار أن يجيب هو بنفسه على بنود الاختبار، كما أضاف أنه سيطلب مساعدتي إن احتاج الى ذلك، أجاب (س.هـ) على كل البنود وكان يقف عند بعضها مستغربا ومستفسرا حول الفكرة التي يتضمنها البند، ومع نهاية تطبيق القائمة وضعها جانبا، ثم قال: "ما كنتش أعلابالى بلى"، ثم أضاف أنه أصبح الآن مصرا **Le plaisir** المخدرات كما هك، كنت نشوف غير على التخلص منها لأنها تدمر الروح و الجسد و الحياة معا، ولا بد أن يتخلص منها في أقصى سرعة ممكنة، تدخلت حينها موضحة له بأن لا يستعجل ويترك كل شيء لأوانه، كما شرحت له بأن الأمر يتطلب منه المثابرة و التمسك بالعلاج كخيار أساسي ومهم في حياته.

غادر (س.هـ) غرفة الفحص وعلامات عدم الراحة بادية على وجهه، بعد أن حددنا أهداف الجلسة القادمة و التي تتمثل أساسا في بداية تحديد الأفكار الخاطئة عن طريق المراقبة الذاتية بعد أسبوع من تاريخ الجلسة الحالية.

تحليل عام لقائمة المكونات المعرفية :

على أساس الهدف الذي طبقت لأجله قائمة المكونات المعرفية والمتمثل في رصد المدركات و المعارف و المعتقدات لدى (س.هـ) حول المخدرات و الإدمان. وبعد تحليل القائمة المكونة من 5 محاور الهدف من ورائها تحديد الأفكار و التوقعات. كانت توقعات ومعارف (س.هـ) حول الإدمان على المخدرات تنعكس في:

1- محور كيفية تعريف المخدرات:

من خلال إجابات (س.هـ) على بنود هذا المحور يظهر التناقض الواضح في تعارض أفكاره حول تعريف المخدرات، حيث بقي يتأرجح بين إدراكه لها كمادة سامة مهلكة وبين كونها مادة تجلب البهجة و السرور و النشاط للمتعاطي .

2- محور التوقعات حول القدرة على التخلي عن تعاطي المخدرات :

بدا واضحا من استجابات (س.هـ) حول هذا المحور الذي يدور أساسا حول فكرة إمكانية التخلي عن تعاطي المخدرات أنه يشك في قدراته ولا يملك من الإرادة ما يجعله يقدم على ذلك دون خوف من الفشل، فهو يعيش تحت سيطرة الفكرة الأوتوماتيكية التي تدور حول خوف من الفشل في التخلي عن المخدر أو العودة له بعد تجربة الفطام، وأن هذا الأخير يحتاج إلى إرادة قوية وتغيير نمط الحياة بشكل كامل .

3- التوقعات حول صعوبات الانسحاب من المخدرات:

أما عن مدركاته حول صعوبات الانسحاب من المخدرات فتتمثل أساسا في جملة من الأعراض الانسحابية التي يخشى (س.هـ) الوقوع فيها عند التوقف عن المخدر، حيث يعتقد جازما في أن الآلام التي سيعيشها لا تطاق ولا تقاوم ولا يمكن تحملها.

4- التوقعات حول مرحلة النقاهاة من الإدمان على المخدرات :

(س.هـ) في إجابته على بنود هذا المحور ظهرت توقعاته في شكل خوف من الفشل و العودة إلى التعاطي مرة أخرى نتيجة الآلام الجسمية و النفسية التي تلم بالمدمن في هذه المرحلة ناهيك عن وجود الرغبة الملحة في العودة إلى الإدمان و التي تحتاج إلى إرادة قوية لتخطيها .

5- التوقعات حول الرغبة في العودة إلى الإدمان على المخدرات:

تتعارض رغبة (س.هـ) في التخلي عن المخدر ورغبته في العودة نتيجة شكه في قدرته على الاستمرارية خاصة مع الآلام المصاحبة لمرحلة الإقلاع عن التعاطي مما يدفعه لمعايشة مشاعر الإحباط و اليأس و الألم النفسي، ناهيك عن المحيط الذي يعيش فيه المدمن وعلاقاته فيه قد تكون سببا في العودة للإدمان مرة أخرى.

تعميم الخبرات السابقة للإدمان على المخدرات:

إجابات (س.هـ) توحى بأنه قد لجأ للمخدر رغبة منه في الهروب من الهموم و الآلام، ولكنها توقعه بدورها في ألم أكبر، فتكون سببا في خلق أزمات لديه بل في دخوله في صراعات، ورغم ذلك فانه من خلال إجاباته على البنود يصرح بعدم قدرته على التخلي على المخدر كونه سيتألم نتيجة التخلي، ناهيك عن اعتقاده أنها تسبب إحساسه للمتعة في الحياة.

التوقعات حول رد فعل المحيط حول المدمن:

يرى (س.هـ) أن المخدرات تساعده في بناء ثقته بنفسه وتزيد من تقدير الذات لديه كما تساعده في خلق جماعة مرجعية له يشعر فيها بالانتماء و الأمان أكثر من الجماعات الأخرى، كما يشعر أنه متقبل من طرفهم في حين يعتقد أنه منبوذ من قبل الآخرين.

المعارف حول رأي الدين في الإدمان على المخدرات:

من خلال إجابات (س.هـ) حول بنود الاختبار يظهر بوضوح معارفه الخاطئة حول رأي الدين في الإدمان على المخدرات، فهو لا يراها حرام أو مفسدة للإنسان، ولا يعاقب من يتناولها، في حين يقر بكونها آخر سيئة تؤذي الإنسان لكن ذلك لا يسيء لتعاليم ديننا الحنيف في شيء.

المعرف حول رأي القانون في الإدمان على المخدرات:

كانت بنود هذا المحور تدور حول فكرة العقوبات التي يمكن أن تسلط على من يتعامل مع المخدرات سواء الاستهلاك أو الترويج، ومدى تشديد العقوبة في ذلك، ورغم علم (س.هـ) ببعض العقوبات إلا أنه يقدم على التعاطي مع خوفه الشديد من العقوبة .

المعارف حول الأضرار الجسمية للإدمان على المخدرات:

من خلال إجابات (س.هـ) اتضح أنه له بعض المعارف السطحية إن صح القول و التعبير حول الأضرار الجسمية التي تصيب الإنسان من جراء تعاطيه للمخدرات، لكنه يجهل الكثير من هذه الأضرار التي قد تؤدي بحياته.

المعارف حول الأضرار النفسية:

يدرك (س.هـ) طبيعة الأضرار التي تلحق بالفرد المدمن من الناحية النفسية و المتمثلة أساسا في جملة من الأعراض النفسية القلق، التوتر، المزاج المتقلب وغيرها.

المعارف حول الأضرار الجنسية:

معارف (س.هـ) حول الأضرار الجنسية للمخدرات ضعيفة جدا فهو لا يدرك مدى التأثير السلبي الذي تحدثه المخدرات مثل إصابته بالعجز الجنسي.

المعارف حول الأضرار الأسرية:

(س.هـ) له مدركات واقعية معاشة حول الأضرار الأسرية لما لحقه وأسرته من أضرار جسيمة نتيجة المخدر و الإدمان عليه، فهو يدرك أنها سبب مباشر في انهيار الصرح الأسري وذاك ما ظهر بوضوح من خلال إجاباته.

المعرف حول الأضرار الاجتماعية:

توحي استجابات (س.هـ) حول بنود الاختبار على أن الإدمان وباء خطير يهدد كيان المجتمع، وذلك من خلال كونه مرض اجتماعي ينتقل بالتقليد مع كثرة الجرائم المرتبطة به، كما أنه يعتقد بأن المخدرات سبب في اهتزاز القيم الأخلاقية لدى المدمن كون هذا الذي يصبح عالة على المجتمع .

المعارف حول أضرار الإدمان على العمليات العقلية:

تتأثر طريقة المدمن في التفكير أثناء تناوله المخدرات مما يدفع لظهور أعراض تظهر في اضطراب الوعي و الإدراك، وهذا ما وضحته إجابات (س.هـ) حول البنود المتعلقة بهذا المحور .

ومن خلال إجاباته حول بنود قائمة المكونات المعرفية حول الإدمان على المخدرات ظهر المستوى المعرفي له حول هذه الظاهرة و الذي كان يتأرجح بين المعارف السطحية إلى بعض المدركات حول حقيقة هذه الآفة، وعلى الرغم من كونها آفة لا يدرك مخاطرها إلا أنه وجد صعوبة في التخلص منها.

المقابلة الرابعة:

على اعتبار أنّ نتيجة المقابلة الثالثة انتهت بالإجابة على بنود قائمة المكونات المعرفيّة حول الإدمان على المخدّرات؛ فإنّ المقابلة الرابعة سطرت أساساً بهدف البدء في تحديد الأفكار الخاطئة والعمل على دحضها وتعديلها.

دخل (ه.س) غرفة الفحص كعادته ولكن هذه المرة، ألقى التحيّة مضيفاً مباشرة: " راني فرحان puisk مانيش نشرب في الكيف، mais راني خايف نرجع". كانت علامات التعب بادية على وجهه لكنّه كان يبتسم وهو يقول تلك العبارات، وأكّد بأنّه سيستمر على هذا الحال حتى يتخلص منها تماماً مضيفاً أنه تخالجه مخاوف شديدة من الرجوع للمخدّرات مرة أخرى بعد أن أقلع عنها.

الباحثة: بيّنت له الفوائد التي تعودّ عليه من جرّاء تخليّهِ عن الإدمان، وبالتالي عليه أن يعي جيّداً بأنّ الفطام عمليّة متبعة جسدياً ونفسياً، كما شجّعته على الاستمراريّة، وأكدت له أنّها تدرك مخاوفه لكن طمأنته بأن المواصلّة وإتباع خطّة العلاج المقترحة سيساعدانه، ووضّحت له أنّ المجهودات التي يبذلها يجب ألاّ يصاحبها أيّ محاولة لاختبار نفسه على قدرتها في التوقّف عن المخدّرات؛ لأنّ القيام بمثل هذه الأفعال يضعف قدراته، ثم شرحت له بأنّه سيتم التركيز في هذه الجلسة على تحديد الأفكار حول الإدمان على المخدّرات فقال: " راني أنشوف بلي راح أنكون إنسان محروم حرمان قاسي إذا لم أتناول المخدّر".

الباحثة: ما طبيعة الحرمان الذي يمكن أن تعيشه دون مخدّر؟

(س.هـ): أنخاف ما نقدرش أنعيش؟

الباحثة: ما هي الدلائل على ما تعتقده؟

(س.هـ): يعني ماذا؟

الباحثة: يعني كيف لا تستطيع العيش من دون مخدّر، ألا ترى أنّك تعيش من دون مخدّرات مدة ثلاث أسابيع.

كيف يمكن أن تفسّر هذه الوضعيّة؟

(س.هـ): يسكت مدّة من الزمن، ثم يبتسم ويقول: « سبحان الله كيفاش ما تولهتش

(لم أنتبه) أني فعلا مانيش نشرب في الزطلة».

ثم أضاف: « واش يظهر لك أحكيمة، نقدر نكمل؟».

الباحثة: ما هي افتراضاتك أنت؟

(س.هـ): إنني أعرف بأنني سأفشل، ثم تردّد وقال: أو ربما سأفشل.

الباحثة: ما هو دليلك على هذا الاعتقاد؟

(س.هـ): ليس لديّ أيّ دليل، شعرت فقط بهذه الحالة.

الباحثة: أنت شعرت فقط بهذه الحالة (تفكير)، كيف يمكن أيضا أن تفسر وضعيّة أنّك

لم تتعاط المخدّر مدة ثلاث أسابيع؟

(س.هـ): أتوقع فقط أني سأفشل، مجرد فكرة.

الباحثة: قلت مجرد فكرة ليست واقعا بعد.

ماذا سيعني ذلك بالنسبة لك، إن لم يحدث.

(س.هـ): أظنّ أنه لن يحدث، لا أدري لما أتوقّع الفشل، أنا لم أفكر في العودة للإدمان

منذ ثلاث أسابيع.

إذا، بإمكانني المواصلة.

شرحت الباحثة ل (س.هـ) هذا النوع من التفكير الخاطئ وهو أسلوب

من أساليب التفكير الخاطئة المتداولة بين الكثيرين ونخصّ بالذكر بين المدمنين

على المخدّرات ولو ميكانيزم معرفي يعرف بـ "القفز إلى الاستنتاجات بشكل سريع"،

أي توقع الفشل قبل وقوعه، وقبل الخوض في التجربة، كما وضحت له بأنّه قد توقع

الفشل على الرغم من أنّه خاض غمار تجربة التوقّف عن التعاطي لمدة زمنية ليست

بالبسيطة،

فكل ما كان ينقصه هو أن ينتبه لهذا العمل البطولي الذي يستحق فعلا التشجيع،

فهو سلوك إيجابي مع قليلا من الإرادة والاستمرار تمكن أن يواصل.

(س.هـ): يقفز من الكرسي، قائلاً: يحيا العدل-، هذا هو LE VICTOIR.

الباحثة: حيّته بدورها، وشكرته على صنيعه.

(س.هـ): يتشجّع أكثر، ويظهر ذلك بوضوح في قوله: "حكيمة، متقلقيش مني، راني

حاس بلي نقدر ننجح، كمي معايا برك، ربي يخليك".

الباحثة: ما الذي أرشدك إلى الافتراض بأنني سأشعر بالقلق؟
(س.هـ): لا أدري، دائماً مجرد فكرة.

الباحثة: من أين لك بهذه الفكرة؟

(س.هـ): آه. فكرة أخرى خاطئة.

الباحثة: ما دليلك على وجودها؟

(س.هـ): لأنك لم تبتسمي عندما قفزت، فقط تنظرين إليّ.

الباحثة: وهل لأنني لم أبتسم، تستنتج أنني سأشعر بالقلق، هل الأمر هكذا؟

(كان الهدف من وراء هذا الطرح هو العمل على تصوّر تفسيرات أخرى ممكنة).

الباحثة: أليست هناك تفسيرات أخرى لعدم الابتسام؟

(والهدف هنا هو التحفيز على جمع معطيات أكثر).

(س.هـ): بلى. يعني ليس من الضرورة أن تبتسمي.

يكفي أنك قمت بتشجيعي.

الباحثة: جيد. يعني عدم ابتسامي ليس دليلاً على كوني سأشعر بالقلق.

كانت الجلسة قد قربت على نهايتها. ومن المتبع أن نطلب من العميل إعادة

تلخيص ما تمّ العمل عليه أثناءها (التغذية الراجعة).

(س.هـ): اليوم تعلّمت حوايج بزّاف، وعرفت بلي راني غالط في حياتي كامل وزادت

عندي الرغبة باش نعدّل حياتي وأفكاري باش نقدر نعيش *alaise*.

الباحثة: لا بدّ أن ندرك أنّه لا يضطرب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء

التي يحملونها عنها.

ولهذا سنقوم بمراقبة طريقة التفكير لديك، سأقدّم لك جدولاً (أجندة) تقوم بملاه خارج

الجلسة وسيتمّ مناقشة محتواه في الجلسة القادمة. ومع تقديم الجدول الذي أعدّ من قبل

قامت الباحثة بشرح الطريقة التي ستمكّن (س.هـ) من رصد أفكاره وانفعالاته

المصاحبة للمواقف التي سيعايشها خلال الأسبوع طبعاً كلّها متعلّقة بمشكلة تعاطي

المخدرات، على أمل مناقشتها في الجلسة المقبلة، وتمّ إنهاء المقابلة، ثمّ غادر (س.هـ)

غرفة الفحص وعلامات الارتياح بادية على وجهه.

المقابلة الخامسة:

اتصل (س.هـ) خلال الأسبوع بين الجلستين مرة واحدة طالبا موعدا قريبا، لكن كان قد تعذّر ذلك، وعند قدومه لموعده المعتاد وبعد دخوله والانتهاه من حديث الترحاب والاستقبال، قال مباشرة: «تمنيت لو كان جيت قبل puisk كنت محتاج جلسة مانيش قادر نصبر حتى على حاجة». "تعميم".

(استخدم العميل هنا سيرورة معرفية باعتبارها ميكانيزم يقوم بعملية تحريف المعلومة وبالتالي تقديم قراءة خاطئة للوقائع وهو "التعميم")

الباحثة: كل شيء لم تستطع الصبر معه (العمل على تحديد التعميم).

(كان الهدف هنا هو دفع العميل بوضوح لقراءة خاصة ونسبية للأحداث، وليس قراءة تعميمية وتبسيطية، كما يفعل ذلك من خلال الالتجاء إلى سيرورات التحريف المعرفي).

(س.هـ): لا، على الأرجح مانيش قادر نصبر حاب نوصل لنتيجة بأسرع ما يمكن.

الباحثة: إذا إنك تستطيع الصبر على أشياء أخرى، فقط تريد نتيجة سريعة.

(س.هـ): نعم. أكيد.

الباحثة: إذا، يمكننا أن نركّز على الأشياء التي استطعت الصبر معها، لنحدّدها.

(س.هـ): طبعا. أقدرت نصبر مانشر بش الكيف في الأسبوع الرابع، ومانيش مستعد نرجعوا أبدا.

الباحثة: جميل جدا وهذا أهم شيء نسعى إليه.

(قامت الباحثة هنا بتدعيمه ووضّحت له أهمية موقفه من المخدّر والعودة لتعاطيه)

أمّا بالنسبة لجدول المراقبة الذاتي فقالت:

وكيف كنت مع الواجب المنزلي؟

(س.هـ): ألقبت شويّ صعوبات puisk مانيش معتاد أنراقب أفكارى ولا منت نعرف بلي الأفكار قادرة أدير هك.

Mais راني أخدمتوا هو و سجل المتابعة اليومي.

قام (س.هـ) بتقديم سجل المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية وسجّل المتابعة اليومية، لمتابعة كفيّة أو مدى قدرته في التحكم في رغبته اتجاه تعاطي المخدّرات اليومية خلال

الأسبوع الرابع من تاريخ التوقف عن تعاطي المخدرات.

سجل المتابعة اليومية

سجل النشاطات للأسبوع الرابع:

ملاحظة: * ضع "ر" للرجبة، وقيم من "0" إلى "5" ('0' لا توجد رجبة، و'5' رجبة كبيرة).

	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت
65 سا إلى 66 سا	0	0	0	1	2	04	2
66 سا إلى 67 سا	0	0	0	1	2	40	2
67 سا إلى 68 سا	0	0	0	1	2	40	2
68 سا إلى 06 سا	0	0	0	1	2	40	2
10 سا إلى 00 سا	0	0	0	1	2	40	2
11 سا إلى 01 سا	0	0	0	1	2	40	2
12 سا إلى 02 سا	0	0	0	1	2	40	2
13 سا إلى 03 سا	0	0	0	1	2	40	2
14 سا إلى 04 سا	0	0	0	1	2	40	3
15 سا إلى 05 سا	0	0	0	1	2	40	3
16 سا إلى 06 سا	0	0	0	1	2	40	3
17 سا إلى 07 سا	0	0	0	1	2	40	3
18 سا إلى 08 سا	0	0	0	1	2	40	3
19 سا إلى 10 سا	0	0	0	1	2	40	3
21 سا إلى 66 سا	0	0	0	1	2	40	3
00 سا إلى 65 سا	0	0	0	1	2	40	3

سجل المراقبة الذاتية للأفكار الأتوماتيكية

النتيجة	ردّ الفعل المنطقي	العواطف	الأفكار الأتوماتيكية	الموقف
- الندم.	- تناول المخدرات هو الحل الوحيد الذي ينسيني همومي	*حزين-تعيس على وشك البكاء 044%.	- ها أنا من جديد وحيد في المنزل دون أسرتي	- مساء بعد العودة من العمل.
- الندم الشديد.	- تناول المخدرات من جديد.	*حزين- كئيب 044%.	- لا أحد يهتم بي ؛ لأنني مدمن، ودمرت حياتي بيدي.	- ليس هناك من يتصل بي ولا يأتي لزيارتي.
- أتناول المخدر بكثرة كحل للمشكلة.	- أغلق الورشة ثم أعود للمنزل.	*محبط-منهار 044% .	- لن أنجح أبدا في حياتي كلّها.	- أمام عدم وجود عمل في الورشة.

وأثناء سير هذه الجلسة وعلى مدار 60 دقيقة تمّ مناقشة سجل المتابعة اليوميّة وسجل مراقبة الأفكار لـ (س.هـ)، وكان تقسيم الجلسة كالآتي:

20 دقيقة الأولى: فقد تمّ فيها التركيز على طبيعة الأفكار، ومدى تأثيرها في حدوث الإنفعال وبالتالي التحكم في إدارة السلوك نحو المخدر كحل مرضي لدى (س.هـ).

20 دقيقة الثانية: يتم العمل فيها على مناقشة موضوع الفكرة الأوتوماتيكية مع التركيز على تدريب (س.هـ) على مهارة جديدة لحل المشكلة، وطبعا وقد اعتمدت الباحثة في ذلك على التغذية الراجعة لاستيعاب العمل العلاجي داخل الجلسة.

20 دقيقة الثالثة: فقد خصصتها الباحثة للإصغاء لمشكلات العميل واكتشاف مدى استجابته لتغيير الأفكار الخاطئة ودحضها، كما تحدّث (س.هـ) على الصعوبات التي واجهته في تنفيذ المهمة المنزلية المتفق عليها في الجلسة السابقة.

أمّا عن سجل المتابعة اليومية لرغبة (س.هـ) نحو المخدّر فقد لوحظ أنّها تتناقص تدريجيًا على مدار الأسبوع إلى أن وصلت في نهاية الأسبوع إلى درجة الصفر (0) أين أكد (س.هـ) على عدم وجود الرغبة في تناول المخدّر كليّة.

وبهذا يكون العمل أثناء الجلسة العلاجية بمناقشة الأفكار والعمل على دحضها معتمدة الباحثة في ذلك على الفنيات المعرفية الأساسية لتعديل الأفكار وذلك بمناقشة الخبرات الإنفعالية والأحداث اليومية، أيضا تقنية لعب الأدوار التي ساعدت كثيرا الحالة في تحديد واستقطاب أفكاره الخاطئة بما في ذلك اكتساب خبرات جديدة أيضا، كما اعتمدت الباحثة على تقنية إعادة العزو وإرجاع أسباب تعاطي (س.هـ) للمخدّرات لأسبابها الحقيقية، هذا الذي ساعده في المرحلة الأولى من العلاج والتي تضمّنت الخمس جلسات الأولى. أن يخطوا خطوة أساسية نحو النهوض بأفكاره الخاطئة، واكتساب مهارة دحض الأفكار ومواجهة السلوك الإدماني، وما جعل من (س.هـ) يستوعب التقنية العلاجية و يخطو خطوة ناجحة هو رغبته الأكيدة في الشفاء والتخلّص من السلوك الإدماني.

ناهيك عن أنّ هذه المرحلة كانت كانطلاقة نحو المرحلة التالية ليتعلم فيها (س.هـ) بعد إدراكه لأفكاره الخاطئة وكيفية تصحيحها، وضع لأفكار بديلة إيجابية لتحدي الأفكار الخاطئة مع التدرّب على تجارب سلوكية مساعدة، طبعا قد قامت الباحثة بالشرح المستفيض لـ (س.هـ) تحت طبيعة العمل في المرحلة الثانية من العلاج في الجلسة الأخيرة من المرحلة الأولى. وانتهت الجلسة بتحديد الواجب المنزلي للحالة، وقد تضمن ذلك الاستمرار في ملء استمارة سجل الأفكار الخاطئة الأتوماتيكية، وغادر (س.هـ) مكتب الفحص وعلامات الارتياح والرضى والأمل بادية على وجهه.

الفصل السادس عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الجلسات من 6 إلى 10:

بالجلسة السادسة يكون العلاج قد دخل المرحلة الوسطى وهي مرحلة أساسية يعمل فيها العلاج على تدريب العميل على استبدال الأفكار الخاطئة بأخرى إيجابية وعقلانية. ولقد بدأت الجلسات بمراجعة الواجب المنزلي وفحص عدد من الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة المرتبطة بتمسك (س.هـ) بالمخدرات كبديل عاطفي، فلقد كان قلقا بشأن خوفه من الرجوع للإدمان مرة أخرى وعدم قدرته تحمل الإمتناع عن تعاطي المخدرات واعتقاده بأنّ المخدر يساعده للتغلب على مصاعب الحياة اليومية ومواجهة الوحدة، وفي هذه الجلسات تمّ فحص الأفكار المرتبطة بذلك بالتفصيل بهدف مساعدة (س.هـ) على توضيح أفكاره اتجاه المخدرات والإدمان وكانت أحد الأساليب المستخدمة لحدوث تغيير في تقييمات (س، هـ) عن الإدمان هو أسلوب لعب الأدوار لتعلم مهارة حل المشكلات ومواجهة صعوبات الحياة دون الهروب واللجوء للمخدر كحل مرضي و هكذا تضمنّ التدريب على تعلم أنماط جديدة من السلوك التوكيدي للذات وإعادة بناء الثقة من جديد، ولقد تضمنت استراتيجيات العلاج تحديد الأفكار المصاحبة والتنبؤات وفحصها وتفسير المزايا طويلة المدى لأنماط السلوكية الجديدة والاشترك في اختيار الوضع.

الجلسات من 11 إلى 19:

لقد تكونت أجندة الجلسة 11 (الحادية عشر) من مراجعة الواجب المنزلي ومراجعة ما تمّ إنجازه في العلاج، فمن المهم في هذه المرحلة من العلاج تقييم الأهداف العلاجية الموضوعية في الجلسة الأولى ومراجعة التقدّم، ومن خلال المراجعة اتّضح مايلي:

تمّ تحسن حالة (س.هـ) بشكل ملحوظ فلقد اختفت الأعراض، ولم يعد (س.هـ) يفكر في المخدرات كبديل لحلّ المشكلات ولا يبحث عن التفعيل وإعادة التفعيل من خلال المخدر. وقد تمّ التركيز في الجلسات (12 إلى 19) على العمل لتدريب (س.هـ) على استبدال الأفكار الخاطئة لأخرى إيجابية وعقلانية في إطار (الأفكار البديلة)، إذ ساعدت هذه الاستراتيجيات في تعديل بعض الاعتقادات والافتراضات

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

الأساسية التي كونها (س.هـ) حول المادة المخدرة والتي كانت تتمثل أساسا في:

- أن المخدر يجعله أكثر نشاطا ومرحا.
 - أن التوقف عن تعاطي المخدرات سوف يدخله في جحيم الأعراض الإنسحابية.
 - أنه لا يستطيع أن يحيا دون مخدر.
- كما تضمنت هذه الجلسات العمل على مقاومة التغييرات المطلقة والتي تعمل كقواعد منظمة للسلوك؛ حيث تمّ تركيز العمل العلاجي على وضع قواعد بديلة تكون أكثر توافقية ومنطقية تتناسب وطبيعة المواقف المعاشة. وذلك كنتيجة لتعديل الميكانيزمات المعرفية الأساسية والعمل على تعديلها من خلال تكييفها مع الواقع وأحداثه.

أمّا عن الافتراضات الأساسية والتي كانت مسجلة في سجل الأفكار الخاطئة فقد تمّ مناقشتها، وفي ذلك قالت الباحثة:

لقد قضينا كثيرا من الوقت في فحص أفكارك وتفسيراتك السلبية عن نفسك وعن حياتك وعن مستقبلك، ولقد تحدثنا عن اعتقاداتك وآرائك حول المخدر والآن؛ فإنّ ما أودّ فعله هو مناقشة بعض الآراء الأخرى التي ربما تسببت في المشكلات، وأريد أن أقرأ عليك بعض الأمثلة ممّا قمت بتسجيله في سجل الأفكار الخاطئة والمختلة وظيفيا، وهنا سنحاول استخلاص رأي عام منها، ثم قرأت عليه الباحثة القائمة.

(س.هـ): أفهم ما تعني راني حاب كلش Bien " الكمال" في كل شيء، وإذا كان معوّج، مانكونش مليح ونرجع 'la drogue' أي لا أستطيع التوافق.

الباحثة: هذا صحيح فهل يعني ذلك أنّ كل شيء ينبغي أن يكون كاملا؟

(س.هـ): نعم. راني غلط و أناني sur ؟

الباحثة: لا بل أعتقد أنه أمر يمكن معالجته.

(س.هـ): jamais فكّرت أعلاش راني نصرّف هك.

الباحثة: هذا هو السبب لتسميتها الافتراضات الصامتة؛ لأنها قواعد تنظّم السلوك تؤثر في تفسيرك للمواقف وتجعلك تتصرّف بطريقة معينة دون إدراك.

(س.هـ): ولكن واش لازم اندير. كيفاش نقدر نبدلها؟

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

الباحثة: حسناً، لا ينبغي أن تتغيّر بشكل كامل، بل إنّنا نتحدّث عن مواقف محدّدة؛ لأنّ البحث عن الكمال أمر غير ممكن، ولهذا سنرى كيف سنقوم ببعض التغييرات. ومن الأساليب التي تمّ استخدامها لتعديل الموقف -وضع جدول- الحجج والأدلة المؤيِّدة والمعارضة للحجّة.

الجلسة العشرون:

وقد تمّ التركيز في الجلسة الأخيرة على تلقين سلوك التوافق إذا نشأت مشكلة، وهذا شمل تخطيط الأنشطة ووضع برنامج الصيانة لمراقبة وتصحيح الأفكار الخاطئة.

المتابعة:

لقد كشفت المتابعة عن شفاء (س.هـ) وعدم عودته لتعاطي المخدّرات وأصبح أكثر توكيداً لذاته، واستطاع توظيف الأساليب التي تعلّمها أثناء العلاج إضافة إلى أنّه رجع إلى العمل مرة أخرى وبحزم أكبر ودقّة واضحة دون أن ننسى بالذكر أنّه خطى خطوة إيجابيّة في حياته وقام بعقد قرانه مرة ثانية مع زوجته التي طلقها ورجعت لعش الزوجية.

1-2-1- الحالة الثانية:

1-2-1- تقديم الحالة:

(م.أ) تاجر يبلغ من العمر 38 سنة، متزوج وأب ل 3 أطفال يعيش في منزل منفرد مع زوجته وأطفاله، ترك مقاعد الدراسة في سن مبكرة لكي يلتحق بالعمل مع الأب، كنه مل هذا العمل وتركه. تنتقل بين العديد من الأعمال واستقر به الحال كتاجر.

بدأت قصة (م.أ) مع الإدمان على المخدرات منذ مراهقته حيث لسان حاله يقول: "أتعاطي الديازي والريفو وآخرون..." كما كان يتعاطى في مرات عديدة المهدئات وحتى الكحول.

تزوج (م.أ) وعمره 27 سنة، ولم يخبر زوجته بمشكلة تعاطيه للمخدرات وبعد مرور 5 سنوات من الزواج اكتشفت زوجته إدمانه على المخدرات، أين مرت العلاقة الزوجية بتدهور كبير واستحالت معه الحياة، وكانت النتيجة مغادرة الزوجة المنزل طالبة الطلاق.

دامت مدة انفصال (م.أ) عن زوجته حوالي 4 سنوات أين تضاعفت مشكلة (م.أ) وتزايد تجرعه للمخدرات بما في ذلك المهدئات.

حاول (م.أ) لمرات عديدة التوقف عن التعاطي لكنه أخفق بسبب التعود النفسي الشديد للمخدر الذي تجلى في صورة جبر لا يقاوم بالاستمرار في التعاطي بحكم التحمل أصبحت زيادة مقادير الجرعة مستمرة للحصول على التأثير المطلوب، ناهيك عن التعود الفيزيولوجي على المواد المخدرة بأنواعها سبب له تزايد شدة أعراض الانسحاب مع زيادة حجم الجرعة التي اعتاد تناولها، حيث أخذت هذه الأعراض الصورة الإكلينيكية لها بظهور القلق والشوق الشديد للمادة تتبعها أعراض أخرى متزايدة في الشدة والقوة، هذه الأعراض تبدأ بتزايد سرعة التنفس مصحوبة بالتثاؤب، و التعرق وفرط إفراز الدموع، وزيادة سيلان الأنف، الارتجاج والانتفاضات العضلية، وفقدان الشهية العصبي وغيرها من الاضطرابات الجسدية المزعجة التي كان (م.أ)

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

يخاف حدوثها لذا يلجأ دائماً إلى إبقاء المادة في دمه.

حاول (م.أ) لعلاج مشكلة تعاطي المخدرات عدة محاولات، بسبب الأثر السيئ الذي تركته المخدرات في حياة (م.أ) العائلية والاجتماعية وحتى الجانب الاقتصادي منها، بما في ذلك تصدع علاقاته الاجتماعية وتفكك أسرته برحيل زوجته وأطفاله حيث أصبحت تشكو عدم إحساسه بالمسؤولية وإهماله العائلي لها ولأطفالها ولواجباته كزوج وأب نتيجة انشغاله بتعاطي المخدرات.

وصل (م.أ) لمرحلة حرجة مع المخدرات تصدعت معها كل علاقاته الاجتماعية والأسرية وعادت عليه بالألم على صحته، وفقد معها عمله.

محاولات التوقف والعلاج:

قام (م.أ) بمحاولات عديدة للإقلاع عن التعاطي، بدأت بالمحاولة الفردية لإقلاع عن المخدر دامت عدة أيام حيث سبب له التوقف المفاجئ للمادة المخدرة أعراض انسحابية مع وجود الرغبة الشديدة في العودة للتعاطي، ناهيك عن محاولات أخرى باءت كلها بالفشل، وكانت آخر محاولة للإقلاع عن المخدر زيارة مكتب طبيب عام في الحي الذي يسكن فيه، هذا الأخير الذي بعثه للعيادة النفسية برسالة توجيهية. وبعد المعاينة النفسية استعنت بدوري بأخصائي في الطب العقلي Psychiatre لمساعدة (م.أ) في عملية الفطام Sevrage والتخلص من الاعتماد الجسدي على المادة، وقد انصب اهتمام أخصائي الطب العقلي على وصف بعض المهدئات، كما هو مبين في الجدول الآتي:

اسم الدواء	عدد العلب	مدة العلاج
Lexomil Surmentil	3 علب علبتين	30 يوم

جدول يوضح كمية البانزوديازيبينات التي وصفها الطبيب المعالج

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

الفطام: Sevrage

قبل الدخول في تطبيق إستراتيجية العلاج النفسي للاعتماد على المخدرات كان البدء بالفطام بسحب المخدر من المدمن وتطلب ذلك تدخل طبي وتقديم العلاج الدوائي الذي استمر مع الحالة (أ) تقريبا طيلة المدة التي استغرقها العلاج النفسي وتطبيق إستراتيجية تصحيح الأفكار وتعديل السلوك.

فبعد معاينة الطبيب -Psychiatre- للحالة (أ) بدأ الفطام بالسحب الفوري للمخدر وتم استبداله بالأدوية لإزالة التسمم من الجسم نهائيا، وتبقى التبعية النفسية حيث تم التكفل بعلاجها عن طريق العلاج النفسي.

العلاج الدوائي:

خلال تطبيق إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات تم خضوع الحالة (أ) لعلاج دوائي بسبب مضاعفات سحب المادة المخدرة، وكانت الأدوية التي وصفها للحالة في العموم أدوية مضادة للألم مع بعض الفيتامينات.

1-2-2- عرض و تحليل الحالة:

دخل (م.أ) مكتب الفحص في أول مقابلة له مع الباحثة، واقتصرت الجلسة الأولى على التعرف على العميل، ومعرفة تفاصيل الأعراض التي يعاني منها (م.أ) ومراجعة رسالة التوجيه من طرف الطبيب العام، معتمدة الباحثة في ذلك على بروتوكول الجلسة التمهيديّة والتي تستند إلى طرح الأسئلة المتعلقة بالبيانات الشخصية الخاصة ب(م.أ) وكل ما يتعلق بتاريخه والصدمات الماضية التي تعرض لها مع تركيز الباحثة على تاريخ تعاطيه للمخدرات ومدته والتأكد من وجود محاولات الإقلاع لديه، كما تم التركيز على فتح المجال للحديث الحر والإصغاء إلى المشاكل التي تعاني منها الحالة وكل الهدف معرفة مشكلة العميل وعزلها في سياق محدد معرفي محدد مع التركيز على إقامة وبناء علاقة علاجية تعاونية أساسها الثقة والتعاون.

أما في الجلسة الثانية فقد بدأ التركيز على تنظيم المعومات المستقاة من المقابلة الأولى، والعمل على عزل المشكلة الأساسية وهي الإدمان على المخدرات كمشكلة تتطلب علاج، وذلك بهدف بناء الصياغة المعرفية عن المشكلة والعمل، مع مراعاة العمل على دافعية العميل نحو الإقلاع عن التعاطي والتعبير وتوضيح ما يمكن أن يعانيه من أعراض انسحابية في هذه المرحلة عند الإقلاع على المخدر واستمرارية الامتناع.

واستمر العمل في بقية الجلسات إلى الجلسة الخامسة بنفس الوتيرة إذ تم تطبيق استمارة تحديد الأفكار الخاطئة لدى (م.أ) عن المخدر والإدمان واعتمادا على نتائجها، وضحت الباحثة للعميل طبيعة العلاقة الموجودة بين الأفكار والانفعال والسلوك كتحصيل حاصل وأن طبيعة العلاج تتضمن العمل على اصطياح الأفكار الخاطئة وبالتالي دحضها وتعديل السلوك المصاحب وركزت على فكرة أن العمل العلاجي المعرفي السلوكي حجر الزاوية فيه هو الواجبات المنزلية وأجندة المراقبة الذاتية

والتي تعتبر المادة الخام للجلسة العلاجية.

وخلال الجلسات الأولى تم التعامل مع أخصائي الطب العقلي لمساعد (م.أ) على التخلص من المواد المخدرة هذا الأخير الذي وصف له بعض الأدوية كبديل عن المخدر المتعاطى، والتي سبق الإشارة إليها في تقديم الحالة ثم تم بناء المفهمة المعرفية كما هو موضح في الشكل التالي:

وعقب البناء المعرفي الخاص بالعمل، تم تحليل نتائج قائمة المكونات المعرفية المطبقة عليه.

تحليل عام لقائمة المكونات المعرفية:

من خلال إجاباته على بنود قائمة المكونات المعرفية حول الإدمان على المخدرات وتحليل الاستجابات ظهر أن معارف (م.أ) حول الإدمان سطحية تتمركز كلها حول البحث عن النشوة والتفعيل ثم إعادة التفعيل دون التركيز على سلبيات وأخطار المخدرات مع اعتقاده بعدم قدرته على التخلي حيث يشك في قدرته على التخلي عن المخدرات مع انعدام الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات لديه، والخوف من مواجهة الأعراض الانسحابية والآلام التي تصاحب سحب المخدر، ناهيك عن اعتقاده الخاطئ بأن المخدر ينسيه همومه ويدخل عليه البهجة والسرور.

وقبل الدخول في الجلسة السادسة كان العميل قد استوعب التقنية العلاجية وبدأ العمل العلاجي بتطبيق تقنية لعب الأدوار وجدول المراقبة الذاتية اليومية وجدول متابعة النشاطات اليومية لمراقبة الأفكار والعمل على تعديلها.

من الجلسة 5 إلى الجلسة 10:

خلال المرحلة الوسطى، من العلاج وتكوين فكرة عن طبيعة أفكار (م.أ) بدأ العمل على تعديل الأفكار الخاطئة لدى (م.أ)، وذلك من خلال اختيار هذه الأفكار والفروض في مدى واقعيتها مع وضع أفكار بديلة ايجابية.

وقد تم الاعتماد في هذه المرحلة على جدول المراقبة الذاتية لرصد الأفكار الأوتوماتيكية كما هو مبين في الجدول التالي:

النتيجة	رد الفعل المنطقي	العواطف	الأفكار الأوتوماتيكية	الموقف
الاستسلام للفكرة الأوتوماتيكية والشعور بالضعف	تناول المخدرات	قلق، حزن، غضب 100%	الرجل يتحمل مسؤولية وأنا لم أتحمّل المسؤولية إذا لست رجلاً	لم أستطع حماية أسرتي بشكل جيد
الشعور بالضياع والاعتقاد في الفكرة الأوتوماتيكية	تناول المخدرات لنسيان الهموم والوحدة	إحساس بالوحدة حزن 100%	هي لا تهتم بي إنها لا تحبني	زوجتي لم تسأل عني منذ زمن بعيد
عدم تحقق ذلك إلا مؤقتاً وعودة للألم من جديد	تناول المخدرات يجعلني أشعر بالقوة وبالتالي أكون جديراً بالاحترام	توتر، قلق.	يكرهونني ويريدون التخلص مني.	مشادة مع الأهل والجيران

سجل المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية حسب بيك

واستمر العمل العلاجي على تحديد الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة حيث يتم مناقشة الواجب المنزلي عند كل جلسة، كما يتم مناقشة سجل المتابعة اليومي والذي كانت نتائجه توحى بالتناقص التدريجي لرغبة (م.أ) في تعاطي المخدرات وطبعاً بدأ تطبيق سجل المتابعة اليوم بعد إقلاع (م.أ) عن تناول المخدر خلال الأسبوع الثاني من بدء العلاج النفسي، وذلك بمساعدة أخصائي الطب العقلي الذي وصف له بعض الأدوية كبديل عن المادة المخدرة (كما سبق التطرق لذلك في تقديم الحالة) لمساعدته على مقاومة الأعراض الإنسحابية.

د- سجل المتابعة اليومية:

سجل النشاطات للأسبوع: الأسبوع الثاني

ملاحظة: ضع للرغبة/ وقيم من 0 إلى 5 (0 لا توجد رغبة، و5 رغبة كبيرة).

	الجمعة	الخميس	الأربعاء	الثلاثاء	الاثنين	الأحد	السبت
6سا-7سا	01	03	03	04	05	05	05
7سا-8سا	01	03	03	04	05	05	05
8سا-9سا	01	03	03	04	05	05	05
9سا-10سا	01	03	03	04	05	05	05
10سا-11سا	01	02	03	04	05	05	05
11سا-12سا	01	02	03	04	05	05	05
12سا-13سا	01	02	03	04	05	05	05
13سا-14سا	01	02	03	04	05	05	05
14سا-15سا	01	02	03	04	05	05	05
15سا-16سا	01	02	03	04	05	05	05
16سا-17سا	01	02	03	04	05	05	05
17سا-18سا	01	02	03	04	05	05	05
18سا-19سا	01	02	03	04	05	05	05
19سا-20سا	01	02	03	04	05	05	05
20سا-21سا	01	02	03	04	05	05	05
21سا-00سا	01	02	03	04	05	05	05
00سا-6سا	01	02	03	04	05	05	05

واستمر العمل مع (م.أ) في هذه المرحلة من العلاج باستخدام الفنيات الأساسية لتعديل الأفكار وذلك بمناقشة الخبرات الانفعالية والأحداث اليومية، وأيضاً اعتماداً على تقنية لعب الأدوار التي ساعدت الحالة في تحديد واستقطاب الأفكار الخاطئة واكتساب مهارة جديدة في مواجهة صعاب الحياة ومواجهة السلوك الإدماني.

ناهيك عن تدريب العميل على استبدال الأفكار الأوتوماتيكية بأخرى إيجابية وعقلانية. وما ميز هذه المرحلة في علاج (م.أ) إصراره على مواصلة العلاج للتخلص من الإدمان على المخدرات رغم ما عايشه من أعراض انسحاب والآلام المصاحبة لها وانضباطه بالبرنامج العلاجي ومواعيد الجلسات العلاجية، إضافة إلى تعاونه لتطبيق البرنامج بما في ذلك استخدام الجداول للمراقبة الذاتية للأفكار طيلة مدة العلاج ومحاولاته الجادة أثناء التدريب على تعلم أنماط جديدة من السلوك التوكيدي وفحص الأفكار والاشترك في اختبار الواقع.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها في هذه المرحلة من العلاج كانت قد حققت نجاحاً للنتائج التي أحرزها (م.أ) فقد توقف عن تعاطي المواد المخدرة، وكان يباشر علاجه إلى أن دخلت المرحلة الأخيرة من العلاج.

من الجلسة 10 إلى الأخيرة:

كانت هذه المرحلة تتركز على مراجعة الواجب المنزلي ومراجعة ما تم انجازه في العلاج مع تقييم الأهداف العلاجية ومراجعة التقدم الذي أحرزه (م.أ) في المدة العلاجية، كما تم التركيز على استبدال الأفكار الخاطئة بأخرى إيجابية، إذ ساعدت هذه التقنية على تعديل اعتقادات والافتراضات الأساسية التي كونها (م.أ) حول المادة المخدرة والتي تمثلت أساساً في:

- أنني لا أستطيع أن أحيأ دون مخدر
- أنا ضعيف أمام المخدر.

- أنا غير قادر على تحمل الامتناع عن تعاطي المخدرات.
- للتغلب على مصاعب الحياة تكون المخدرات هي الحل الوحيد.
- أنا إنسان حساس-ذكي-لا أستطيع تحمل صخب الحياة بدون مخدر لكي أقتل الألم.

- المخدر يجعلني أقوى في مواجهة الحياة ومسؤولياتها وبالتالي أكون جديرا بالاحترام

كما تضمنت هذه المرحلة العمل على مقاومة وتعديل التعبيرات المطلقة لدى (م.أ) واستبدالها بقواعد منطقية تتناسب وتتكيف مع الواقع المعاش.

وقد وصلت هذه المرحلة إلى نهايتها بعد زيارات عديدة لأخصائي الطب العقلي الذي كان يعاين الحالة إلى آخر مرحلة في العلاج، حيث وصف له بعض المهدئات لتساعده بعد العلاج النفسي بشكل مؤقت، وكانت آخر جلسة ل(م.أ) تم التركيز فيها على تلقين السلوك التوافقي إذا نشأت مشكلة، وهذا شمل تخطيط الأنشطة ووضع برنامج الصيانة لمراقبة الأفكار الخاطئة .

المتابعة:

لقد كشفت المتابعة عن نجاح البرنامج العلاجي وعدم حدوث أي انتكاس ل(م.أ) وقد أصبح أكثر تحررا في سلوكياته، وتغيرت معتقداته التي كانت مرتبطة بفرض "لا بد أن أكون رجلا لكي أستحق الحياة وأكون جديرا بالاحترام" أين أصبح يحقق احترامه لذاته من خلال سلوكيات توكيدية بعيدة عن الإدمان، ويحافظ على هذه المكانة بعد ما استجاب بشكل ايجابي لفكرة مناقشة فروضه وأفكاره الخاطئة واقتنع أن تلك المعتقدات كانت تضره أكثر مما تفيده.

1-3-1- الحالة الثالثة:

1-3-1- تقديم الحالة:

(ج.و) شاب يبلغ من العمر 31 سنة، أعزب، يعمل ككحّام-حدّاد- لدى أحد مقاولي مدينة باتنة، يقطن في العاصمة.

دخل مدينة باتنة منذ حوالي 3 سنوات باحثا عن عمل ورغبة منه في الابتعاد عن مسقط رأسه، كان يعيش مع أبيه الذي يشغل منصب محامي لدى مجلس قضاء المحكمة العليا بالجزائر العاصمة، وأمّه الماكثة بالبيت، وهو الابن الوحيد لهما.

عايش (ج.و) أول تجربة انفصال قاسية عليه وهو ابن 15 سنة متى انفصلت أمّه عن أبيه بالطلاق، وبقي يعيش مع أبيه لمدة سنة مع أنّه كان يتردّد على أمّه بين الحين والآخر في ولاية بسكرة، لكنّه كان يقيم وبشكل دائم مع أبيه في العاصمة. أين قرّر هذا الأخير (أبوه) الزواج مرّة ثانية، وكانت كل هذه الأحداث دافع مساعد يدفع (ج.و) ليتعاطى المخدّرات خاصة (الحشيش)، كما كانت له جملة من الانحرافات السلوكيّة مثل: السرقة، شرب الكحول،.. وكانت النتيجة إيداعه أكثر من مرة في المراكز المتخصّصة لجرح الأحداث، وانتهى به المطاف إلى دخوله السجن وكان الأب هو محامي الدفاع عن المجني عليه الذي تعرّض للضرب من قبل الجاني (ج.و) الذي كان تحت تأثير الكحول والمخدّرات، قضى مدّة العقوبة و التي قدرت بسنة سجن نافذة، وعند خروجه لم يوفّق في إقناع والده بالبقاء معه في المنزل، وفي هذه الأثناء لم يجد (ج.و) غير الشارع ليحتضنه ويمدّه بكل تسهيلات تعاطي المخدّرات والإدمان عليها.

بعد تجربة السجن انتقل للعيش مع أمّه في مدينة بسكرة، لكن لم يدم بقاءه طويلا هناك ليلتحق بالعمل في مدينة باتنة؛ حيث ساعده صاحب العمل في توفير المأوى، وأقنعه بالعلاج للتخلّص من تعاطي المخدّرات بعدما اكتشف مشكلته معها، حاول (ج.و) لعدّة مرات التوقّف لكنّه كان يعجز أمام الأعراض الإنسحابية التي كان يعيشها. ترك عمله الأول وانتقل إلى عمل ثانٍ كحارس لمستودع سيارات، هناك ازداد تجرعه للمادة المخدّرة. ومع كل هذه الأحداث والحوادث زار (ج.و) أخصائي الطب العقلي بعدما شعر بتدهور كبير في صحته وصل به حد عدم قدرته على مغادرة الفراش، فقام الأخصائي بكتابة بعض المهدئات لـ (ج.و).

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

وكانت هذه هي البدايات الأولى للعلاج والإقلاع عن المخدرات.

محاولات التوقف والعلاج:

(ج.و) له عدّة مبادرات منذ المراهقة إلى الآن، لكن باءت كلّها بالفشل عند أول إحباط أو مشكلة تصادفه، وكانت أول مبادرة دامت أكثر من 6 أشهر عندما التحق بالعمل في ولاية باتنة.

وعند معاينة أخصائي الطب العقلي لـ (ج.و) وجهه لمكتب الأخصائية النفسانية (الباحثة) مرفق برسالة توجيهه يدور محتواها حول ضرورة المتابعة النفسية لمساعدة (ج.و) للتخلص من التبعية النفسية للمخدر واعتماده عليه.

1-3-2- عرض وتحليل الحالة:

خلال الجلسات الأولى من العلاج لـ (ج.و) تعرّض بمقدار كبير من القلق والغضب وقد ارتبط ذلك بإبعاده عن المخدّرات (الحشيش) في الأسبوع الأول من العلاج النفسي على مستوى العيادة، ممّا اضطرّه لتناول بعض المهدّئات ومضادات القلق لمدة ليست بالطويلة أثناء العلاج؛ حيث خصّصت الجلسات الخمس الأولى لتوضيح جميع الجوانب المتعلّقة بمشكلة تعاطي المخدّرات وأسبابها وآثارها، وبناء الصياغة المعرفيّة لـ (ج.و) وذلك من خلال بناء المفهمة المعرفيّة له كما هو موضّح في الشكل التالي:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

كل ما يتعلّق بالطفولة من صراعات وآثار سيّئة دعّمت ظهور كل المشكلات الانفعالية والسلوكية

لده، الحالة (ج.و)

بعد بناء المفهمة المعرفية للعميل وتوضيح أهم المعتقدات والافتراضات والقواعد المعرفية التي يركز عليها التفكير الآلي لـ (ج.و) تم تحليل نتائج قائمة المكونات المعرفية المطبقة على العميل.

تحليل عام لقائمة المكونات المعرفية:

إن نتائج تحليل إجابات (ج.و) على بنود قائمة المكونات المعرفية حول الإدمان على المخدرات ظهر أن معارفه حول الإدمان عميقة رغم تركيزه على سلبياته و أخطاره مع اعتقاده بعد قدرته على التخلي و التي ترجمت أساسا في انعدام الثقة بالنفس، كما ويظهر التحليل انخفاض تقدير الذات لديه الذي عاد سلبا على علاقاته مع العالم الخارجي . وعقب البناء المعرفي لـ (ج.و) كان العلاج في مرحلته الأولى التي ساعدت في بناء علاقة علاجية تعاونية، وقد خصصت لتعريف العميل بتفاصيل التقنية العلاجية وشرح نموذج العمل الذي استجاب له (ج.و) بشكل سريع وملفت للانتباه، كما ركز العمل خلال الخمس جلسات الأولى تحديد الواجبات المنزلية وتوضيح كيفية العمل بمقتضياتها، هاته الخطوة التي رفضها العميل في بداية الأمر ثم استجاب بعدها وضحت له الباحثة كيفية العمل وطريق ملء جداول المراقبة الذاتية وسجل الأفكار اليومية، وبالتالي الهدف من وراء استخدامها في رصد العلاقة الموجودة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وانتهت المرحلة الأولى من العلاج بتوضيح معالم العلاقة العلاجية، فقد استوعب (ج.و) كيفية العمل فكان مرتاحا للدخول في المرحلة التالية للعلاج، بل كان يطلب بالتعجيل خاصة بعد أن قطع عدة أسابيع من توقفه عن تعاطي المخدرات، والجدير بالذكر أن (ج.و) دخل في المرحلة الوسطى وهي مرحلة بداية اصطياد الأفكار الخاطئة في الجلسة الرابعة، من المرحلة الأولى وكان قد طبق أول سجل لمراقبة الأفكار الأوتوماتيكية الذاتي وحددها بدقة لا متناهية.

لكن ما ميّز العمل العلاجي مع (ج.و) أنه كان صعب المواجهة بسبب معاملته المهذّدة؛ حيث كانت قضية من الذي يتحكّم؟ قضية أساسية بالنسبة له، وقد أعاق ذلك العلاقة التعاونية، ومع بداية الأسبوع الثاني من المرحلة الوسطى من العلاج أحضر (ج.و) قليلا من الواجب المنزلي مدّعيًا أنّ المشكلة الأساسية التي تمّ تحديدها في بداية العلاج قد اختفت كليّة، ولم يعد لديه الرغبة في تعاطي المخدرات كما صرّح أنه لا داعي

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

لنتاول الأدوية المهدئة.

وما تبين خلال هذه المرحلة حول أفكار ومعتقدات (ج.و) أنّ لديه معتقدات خاطئة؛ حيث يعيش سوء التوافق مع نفسه ومع الآخرين، فقد كان ينساق بسهولة إلى النزاعات وكان ينتهي به الأمر إلى التوتر الشديد والغضب أين يلجأ إلى المخدرات كحل لتخفيف المعاناة، وكان الصراع يتولد لديه عن فكرة أساسية خاطئة مداها: «أنه كان يعامل بطريقة سيئة من قبل الآخرين».

أمّا عن سجل الأفكار الأوتوماتيكية لـ (ج.و) فقد حدّد الأفكار التالية:

النتيجة	رد الفعل المنطقي	العواطف	الأفكار الأوتوماتيكية	الموقف
- إيمان العقاقير للتخفيف ثمّ الشعور بالندم.	- الدخول في مجادلة مع صاحب العمل مع استخدام العنف.	- توتر - غضب %100	- أوقفوني لأنني سيئ، إذا أنا لست جديرا بالاحترام.	- توقيفه عن العمل.
- إيمان العقاقير.	- استخدام العنف مع الأم ومغادرة المكان.	- الحزن %100	- لم تستقبلني لأنني لست جديرا بالاحترام.	- زيارة الأم المطلقة في المدينة التي تسكنها ولم يتم استقباله.
- العودة إلى إيمان العقاقير. وأحيانا تناول الكحول.	- الإنكباب على الذات ومغادرة مكان العمل دون تقديم مبررات أو استفسارات	- توتر - غضب - حزن %100	- أوقفوني لأنني عديم الإحساس بالمسؤولية ولا أستحق الاحترام والثقة.	- توقيفه عن عمله كحارس مستودع سيارات وإدماجه في عمل آخر.

سجل الأفكار الأوتوماتيكية:

بعد عرض عينة من الأفكار الأوتوماتيكية لـ (ج.و) والتي تعتبر العمود الفقري للافتراضات الكامنة التي لديه والتي تحدّد انفعالاته وبالتالي طبيعة سلوكياته وردود أفعاله في علاقته بالآخر وفي نظرتة لذاته وللعالَم من حوله.

تميّزت المرحلة العلاجية مع (ج.و) برغبة من التخلّص من الإدمان، وإرادته القويّة لذلك، وأيضا ببعض الصعوبات التي واجهت الباحثة في تطبيق البرنامج العلاجي، نتيجة أفكار (ج.و) الخاطئة عن تصوّره للمسؤولية والطريقة التي يجب أن يعامل بها؛ حيث كان يتوالد لديه التفكير بأنّه من أجل استعادة احترامه لذاته لا بدّ أن يقوم بأيّ شيء حتّى لو اضطرّ لاستعمال القوة والعنف إذا لزم الأمر، والفكرة الأوتوماتيكية الخاطئة التي بني عليها سلوكه هي: « لا يمكن أن أعطي الفرصة لأحد أن يعاملني معاملة سيّئة دون أن أعرضه للعقاب».

أمّا عن الصعوبات التي واجهت العلاج نتيجة رغبته لإدارة العلاج بنفسه ترجع للفكرة الأوتوماتيكية: « لكي أكون جديرا بالاحترام و متحملا للمسؤولية بشكل ظاهر لا بدّ أن أقوم بكل مسؤولياتي»، وكان يشعر بضرورة التّدخل في كل شاردة وواردة فيما يتعلّق بحياة أسرته التي هجرها بسبب صراعات عائلية قد تمّ ذكرها في تقديم الحالة، مع أنّه يشعر بالتهديد ومشاعر القلق كلّما تذكر أنّ أمّه المطلقة تعيش لوحدها ويتهّم نفسه بعدم المسؤولية، وبالتالي لا بدّ أن يعرض نفسه للعقاب.

ومع العلاج الذي دام حوالي 14 جلسة كانت تركز كلّها حول اصطيات الأفكار ودحضها وما يتبعها من إقامة تجارب سلوكية لتعديل السلوك وتعلّم مهارات جديدة لمواجهة الأحداث وكيفية التفاعل معها بشكل ايجابي كما تركز العمل على وضع أفكار بديلة إيجابية.

استطاع (ج.و) أن يدرك أنّ المشكلة الأساسية كانت تعكس عدم إحساسه بالثقة في العالم بشكل عام نتيجة صراعات الطفولة لديه وعلاقاته المرضية وتكوينه لأفكار خاطئة عن الأحداث والعلاقات. وبالتالي اكتشف أنّ إيمانه للمخدرات و سلوكات اللاتكيف تنبع من محاولاته للمحافظة على احترامه لذاته من خلال أدوار اجتماعية كالصراحة والقسوة والتحكّم، هاته الأدوار التي تساعده لجلب الاحترام كرجل،

عرض وتحليل ومناقشة النتائج الفصل السادس

وفي هذه المرحلة فقط من العلاج والتي قاربت على النهاية أصبح من الممكن أن نقول أنّ (ج.و) استجاب بشكل إيجابي لكلّ تلك المناقشات؛ حيث أصبح يستطيع القيام بعملية فرز أفكاره ومعتقداته وحدّد المعتقدات التي كانت تضرّه أكثر ممّا تفيدّه.

مع العلم أنّه قد توقّف عن تعاطي المخدّرات في المرحلة الأولى من العلاج وحقّته في ذلك أنّه لا يستطيع أن ينتظر الأمر من أحد وبالتالي عليه القيام بذلك بملى إرادته. وطبعاً حتّى هذا السلوك رغم فائدته في التخلّص من الإدمان إلاّ أنّه ينبع من صميم معتقداته وأفكاره الخاطئة عن الحكم ومدى استرجاعه للاحترام الضائع.

وبهذا قد وصل العلاج لنهايته المرجوة رغم الصعوبات التي واجهت سير المنظومة العلاجية، خاصة و أنّه يعتقد في فكرة إدارته للبرنامج العلاجي بنفسه. في حين العلاج المعرفي السلوكي يتطلّب التعاون، كما يفرض أن يسيّر التقنيّة المعالج لتعديل البنيات المعرفية وتصحيح افتراضات وأفكار العميل.

المتابعة:

بعد نهاية العلاج بقي (ج.و) يتردّد على العيادة في جلسات شهرية بطلب منه، وكان الهدف الأساسي من ورائها طلب الاسترشاد. وقد أثبتت المتابعة أنّ (ج.و) لم يتعرّض للانتكاس مطلقاً.

1-4-4- الحالة الرابعة:

1-4-1- تقديم الحالة:

(ب.ر) شاب يبلغ من العمر 25 سنة، عاطل عن العمل رغم أنّ لديه شهادة تقني سامي في الإعلام الآلي، ومختص في تصليح آلات الخياطة بالمصانع.

(ب.ر) كان في مطلع حياته يعيش في هدوء وسلام مع أمّه وأبيه وأخوه الأكبر منه بسنة، إلى أن جاء ذلك اليوم الذي تعرّف فيه (ب.ر) على جماعة من رفقاء السوء الذين يقطنون في ذات الحي الذي يسكن فيه؛ حيث كان (ب.ر) يسهر معهم لوقت متأخر خارج المنزل، في تلك المرحلة بدأت تتغيّر سلوكاته نحو السهر ليلا والنوم نهارا، ناهيك عن فقدّه شهيتّه للطعام، واضطرابه عن الذهاب للصف الدراسي، وفي هذه الأثناء بدأ الصراع يزداد بينه وبين أهله ، فلجأ (ب.ر) - على حدّ قوله وقول أهله- للسرقة من المنزل، فقد كان يسرق بعض الأشياء ذات القيمة ليبيعها لأسباب كانت مجهولة لدى أهله، هنا فقط كان قد بدأ يتجرّع سم المخدرات مع رفقائه في أحد مستودعات الحي إضافة إلى الكحول وحتى بعض الأدوية المهلوسة.

وفي أحد أيام الأسبوع استفاق سكّان الحي على دوي صفارات إنذار الشرطة كانت قد جاءت إلى الحي بحثا عن جماعة من الشباب يتعاطون المخدرات في مستودع الحي، وفعلا تمّ العثور على الجماعة وكان من بينهم (ب.ر) الذي أخذ إلى التحقيق معه وهو تحت المخدر وتأثير المهلوسات، قضى عقوبة قدرت بسنة سجن نتيجة تورّطه مع الجماعة في عدّة قضايا سرقة مست الحي وأحياء أخرى مجاورة، إضافة إلى مشادات عنيفة كانت دائما تنتهي بتدخل الشرطة ، ما دفع (ب.ر) للتمرد أكثر هو سلوك والده التدعيمي؛ حيث كان يقف دائما إلى جانبه أثناء حدوث سرقة في الحي ويشتبه به، فيسدّد والده عنه ليتنازل صاحب الدعوى عن القضية في قسم الشرطة ليخرج هذا الأخير دون أن يتعرّض لأيّ عقاب.

تواصل غيابه عن المنزل لعدّة شهور، لكنه كان يعود بعد الحين والحين وهو غائب عن الوعي؛ حيث كان سبب قدومه إلى المنزل فقط ليهدد أمّه وهو يحمل السلاح الأبيض لتمدّه بالمال أو قطعة من الذهب من ممتلكاتها الشخصية، وقد كان يحصل

الفصل السادس
عرض وتحليل ومناقشة النتائج

عليها نتيجة خوف الأم من مغادرة ابنها المنزل من جديد.

وفي أحد الأيام استفاق سكان الحي على صراخ (ب.ر) وبكائه طالبا أمه وأباه فخرج الجميع ليجدوه مُرمى على الأرض في حالة مزرية يتكلم كلاما غير مفهوم ممزوج بالبكاء تارة والضحك تارة أخرى.

نقل على إثرها إلى مشفى الأمراض العقلية -المعذر- بولاية باتنة وبقي هناك مدة 15 يوم، غادر (ب.ر) المشفى ليعود مرة أخرى إلى أصدقائه وبالتالي إلى تناول المخدرات بكثرة، وهنا فقط ظهرت عليه بعض أعراض النفخة الهذيانة **une bouffé délirante** نتيجة جرعات متزايدة من المخدرات والمهلوسات، فتدخلت الأسرة لتقله للمصحة العقلية مرة أخرى، زاول علاجه هناك لمدة 40 يوم لإزالة التسمم و التبعية الفيزيولوجية للمخدر.

غادر (ب.ر) المصحة العقلية وكله أملا في مواصلة العلاج النفسي خارجها رغبة منه في التخلص كلية من التبعية للمخدر سواء الفيزيولوجية أو النفسية، ما ميّزه تغيير جميع سلوكياته من شدة الإثارة إلى هبوط كلي في جميع النشاطات، بالإضافة إلى أعراض أخرى أثارت انتباه المحيط وقلقه تتمثل أساسا في:

- الانعزال الاجتماعي.

- قلّة الحركة.

- المخاوف الاجتماعيّة.

- فقدان الشهية.

ومع ظهور هذه الأعراض بدأت محاولات الأهل للبحث عن علاج لـ (ب.ر).

محاولات العلاج:

لم يسجل تاريخ الحالة أيّ محاولات للتوقف عن تعاطي المخدرات، بل تحت تأثير التحمل كان يزيد من الجرعات يوما بعد يوم، اقتصرت محاولات العلاج فقط في المرتين اللتين التحق فيهما بالمصحة العقلية.

وما يمكن اعتباره كمحاولة جادة لعلاج الأعراض الانسحابية والقضاء على التبعية النفسية ومخلفات الإدمان هي المرة التي التحق فيها بالعيادة النفسية طالبا العلاج النفسي.

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

1-4-2- عرض و تحليل الحالة:

بعد التحاق (ب.ر) بالعيادة النفسية اثر خروجه من المصلحة الاستشفائية - المعذر - بولاية باتنة؛ حيث تلقى هناك العلاج الدوائي للتخلص من التبعية الفيزيولوجية للمادة المخدرة، ومع ظهور مجموعة من الأعراض التي تتوجب المتابعة النفسية، تقدم (ب.ر) للعيادة النفسية طالبا العلاج النفسي لكنه كان مترددا وخائفا من الرجوع لعالم المخدرات، وبقي هذا الشعور ينتابه طيلة الثلاث جلسات الأولى، لكنه كان يرغب في مواصلة العلاج؛ حيث يقرّ أنّ حياته قبل دخوله المشفى والعلاج كانت غمامة سوداء من المخدرات، وكان هو الآخر عاجزا عن التصدي لها ولا لأيّ موقف اجتماعي، وبالتالي كان تناول المخدرات يبدو له كطريقة للهروب من هذه المواقف خاصة التي تتطلب منه التعامل بمسؤولية.

والجدير بالذكر أنّ (ب.ر) قد بدأ العلاج النفسي بعد تخلصه من المخدرات وهذا ما ساعدنا على الدخول مباشرة في شرح النموذج العلاجي بعد بناء الصياغة المعرفية له، وذلك من خلال بناء المفهمة المعرفية كما هو موضّح في الشكل التالي:

وبعد بناء المفهمة المعرفية لـ (ب.ر) و توضيح أهم المعتقدات والقواعد المعرفية التي يركز عليها التفكير الآلي لدى الحالة، وبهذه الخطوة كان العلاج في مرحلته الأولى التي تعتمد أساسا على بناء العلاقة العلاجية وشرح النموذج المعرفي السلوكي للعلاج وتوضيح أهمية الواجبات المنزلية في مساعدة العميل على رصد أفكاره والعمل على دحضها.

وما يجدر الإشارة إليه أنه عند الجلسة الرابعة مع (ب.ر) دخل مكتب الفحص وعلامات التعب والحزن الشديد باقية على وجهه، فبعد إلقاء التحية، جلس وقد انفجر بالبكاء وهو يروي تفاصيل أسبوع مليء بالمفاجآت غير السارة والأحداث المؤلمة الصدمية؛ حيث عزم والدا (ب.ر) على السفر لعدة أيام وقبل موعد السفر بحوالي ساعة، اشتد الصراع بينه وبين والده وانتهى النزاع بمغادرة والديه وهما غاضبان من سلوكه الانسحابي وهروبه من المواجهة، وبعد مدة لا تزيد عن نصف يوم بلغهم أنهما تعرضا لحادث خطير أودى بحياتهما.

(ب.ر) الذي كان يتألم لهذا الخبر ، قال أثناء الجلسة بأنه المسؤول عن وفاتهما نتيجة سلوكه وإيمانه المخدر، وكانت النتيجة أن غادر غرفة الفحص مقرا بأنه قد تجرّع كل هذا الأسبوع كل أنواع المخدرات والحبوب وحتى الكحول، وأنه لا يرغب في العلاج.

وقرر توقيف العلاج نهائيا.

2- مناقشة النتائج:

2-1- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

بعد هذا العرض المبسط للنتائج، تحاول الباحثة تحليل النتائج المتحصّل عليها وفق فرضيات البحث المطروحة والمعالجة التحليلية المستخدمة من خلال التقنيّة العلاجيّة المتّبعة.

الفرضية العامة:

"الأفكار المعرفيّة الخاطئة عامل أساسي لتمسك المدمن بالمخدرات وتغيير الصيغة المعرفيّة لها يساعده على التخلّص من الإدمان".

من خلال خضوع عينة البحث لتقنيّة تحديد الأفكار والعمل على دحضها وتعديل السلوك الإدماني إلى سلوك توافقي؛ أسفرت نتائج تطبيق التقنيّة عن وجود أفكار خاطئة تعمل بشكل أوتوماتيكي لديهم تتحكم في السلوك الإدماني وتعمل على تحديده، وبالتالي فإن دحض هذه الأفكار واستبدالها بأفكار بديلة إيجابيّة تساعد المدمن على المخدرات في تعديل السلوك الإدماني و التخلّص من التبعية للمادة المخدرة واكتساب سلوك توافقي، وهذا التقرير يؤكّد فرضيّة البحث العامة و التي مفادها أن الأفكار الخاطئة عامل أساسي لتمسك المدمن بالمخدرات وتغيير الصيغة المعرفيّة لها يساعده على التخلّص من الإدمان.

الفرضيات الجزئية:

الفرضيّة الأولى:

"الأفكار المعرفيّة الخاطئة عامل أساسي ليمسك المدمن بالمخدرات".
أثبتت نتائج هذه الدراسة أنّ العامل الأساسي لتمسك المدمن بالمخدرات يرجع إلى الأفكار المعرفيّة الخاطئة والتي تعتبر أساس البناء المعرفي لديه إذ تدفع لظهور و تمسك المدمن بالسلوك الإدماني ، وانطلاقاً من هذه المعطيات يمكن القول أنّ الأفكار المعرفيّة الخاطئة عامل أساسي ليمسك المدمن بالمخدرات ممّا يؤكّد فرضيّة البحث.

الفرضية الثانية:

"تغيير الصيغة المعرفية عن طريق تصحيح الأفكار يساعد المدمن على التخلص من الإدمان".

نتائج الدراسة الحالية أسفرت عن أنه بمساعدة المدمن للتخلص من الإدمان لابد من تغيير الصيغة المعرفية له، وذلك عن طريق تصحيح الأفكار التي تمّ اصطياها والتي تعمل كمحدّد للسلوك الإدماني، ولتصحيح هذه الأفكار يقتضي عملية دحضها و استبدالها بأفكار إيجابية بديلة وإقامة تجارب سلوكية تساعد المدمن على اكتساب السلوك التوافقي بدل السلوك الإدماني، وهذا ما يثبت ويؤكد فرضية البحث القائلة بأنّ تغيير الصيغة المعرفية عن طريق تصحيح الأفكار يساعد المدمن على التخلص من الإدمان.

2-2- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

من خلال ما سبق عرضه في الدراسات السابقة والتي كانت تدور حول كيفية علاج المدمن على المخدرات من خلال فعالية برنامج العلاج النفسي حسب المنحى المعرفي السلوكي، وبما أن موضوع الدراسة يدور حول: « الأفكار الخاطئة الدافعة لتمسك المدمن بالمخدرات مع اقتراح مشروع علاجي حسب المنحى المعرفي السلوكي » فإنّ الدراسة الحالية تتفق مع كل من دراسة الباحث "أمزيان وناس" من حيث المتغيرات، فهذه الأخيرة استخدمت متغير الإدمان على المخدرات وهو نفس متغير الدراسة الحالية، أمّا عن متغير العلاج النفسي، فقد اعتمدت الدراسة الحالية على متغير العلاج المعرفي السلوكي، أمّا دراسة الباحث "أمزيان وناس" فقد ارتكزت على متغير العلاج النفسي مستخدماً عدّة تقنيات علاجية.

أمّا من حيث المنهج، فقد اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة الباحث " أمزيان وناس" الذي اعتمد على المنهج الإكلينيكي والمنهج التجريبي. أما الدراسة الحالية اعتمدت على المنهج الإكلينيكي وهو الأنسب لموضوع الدراسة .

كما اتفقت كل من الدراسة الحالية ودراسة الباحث "أمزيان وناس" من حيث العينة المستخدمة، حيث تم الاعتماد على عينة المدمن على المخدرات، ومن حيث النتائج المتحصل عليها ، إذ أسفرت على أن تحديد الأفكار الخاطئة وتصحيحها و العمل على تعديل السلوك يساعد الفرد المدمن على التخلص من الإدمان على المخدرات .

كما اتفقت الدراسة الحالية مع كل من دراسة الباحث "مدحت عبد الحميد أبو زيد" ودراسة "ناصر عبد العزيز بن عمر الصفهان" من حيث متغيرات الدراسة والعينة المستخدمة إذ تم الاعتماد على متغير الإدمان على المخدرات وتطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي لمعتمدي العقاقير كعينة أساسية وقد تم التوصل لفعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للمدمن على المخدرات، أما عن الأدوات المستخدمة و المنهج فقد اختلفت دراسة "مدحت عبد الحميد أبو زيد" مع الدراسة الحالية إذ اعتمدت هذه الأخيرة المنهج شبه التجريبي و مقياس تقويم الضبط الذاتي ومقياس الاندفاعية لعينة الدراسة، أما الباحث " ناصر عبد العزيز بن عمر الصفهان" فقد اختلف مع الدراسة الحالية من حيث الأدوات، إذ اعتمد على المقابلات الإكلينيكية واختبار

عرض وتحليل ومناقشة النتائج الفصل السادس

وكسلر للذكاء واختبار منيسوتا المتعدد الأوجه للشخصية، واتفق معها من حيث المنهج.

3- مناقشة عامة:

في البداية ترى الباحثة أنه من المهم تحديد الإطار و النسق الذي ستم فيه مناقشة الدراسة، انطلاقا من أهدافها، فروضها، مرجعيتها النظرية و الدراسات السابقة وكذا النتائج المتحصل عليها.

لذا ينبغي التنويه إلى أن الدراسة الحالية بصدد التعامل مع متغير الإدمان على المخدرات وأهم الفنيات العلاجية لهذه الظاهرة، انطلاقا من جملة المفاهيم و التعريفات تحديدا مفهوم منظمة الصحة العالمية له: "بأنه حالة نفسية وعضوية تنتج عن تفاعل الفرد مع العقار مما يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة تشمل الرغبة الملحة في تعاطي ،كمفهوم واسع يشمل جميع عناصر الإدمان (1991) OMSالعقار بصورة مستمرة" على المخدرات حيث يؤثر بشكل معقد على الصحة النفسية و الجسمية للفرد وحتى علاقاته الاجتماعية ودرجة استقلاليتها. إذ أن البداية الحقيقية للعلاقة الادمانية تكون أكثر من مجرد علاقة ارتياح مع المادة المخدرة، فهي علاقة عاطفية مرضية نهايتها الانسحاب إلى الداخل لأن الإدمان يدفع الفرد للارتباط بالمادة المخدرة فيستغرق في علاقة ادمانية داخلية مما يضطره إلى الانعزال على الآخرين، فيشعر المدمن بأن الحياة موحشة وبالتالي يخلق لديه مزيدا من الحاجة إلى التفعيل الذي هو انغماس المدمن في سلوكيات أو وساوس عقلية ادمانية ليس بيده الهروب منها لأنه سيقع في فخ البحث عن إعادة التفعيل مرة أخرى، وتلك هي البداية للدورة الادمانية التي تسبب له اشتياق انفعالي (رغبة انفعالية شديدة) تظهر في صورة انشغال عقلي (معرفي) ثم سلوكي، مما يسبب اعتيادا لدى المدمن، وتظهر في الأعراض الجسدية و النفسية في حال الانسحاب.

إن هذه الدورة الادمانية هي شكل سلبي من السيادة من خلال سيادة الجانب السلبي للفرد المدمن على حساب الذات التي تشهد دائما جملة من الطقوس الادمانية وتشارك فيها وتصبح أسيرة لها بفعل الإدمان، ويكون الغرض من ورائها دفع المدمن نحو العملية الادمانية بشكل أعمق طبعا داخل الجماعة الادمانية، حيث تكون هذه الطقوس دليل عضوية داخل هذه الجماعة التي يفقد كل عناصرها القدرة على إيقاف عملية تعاطي المخدرات نظرا لفقدانهم السيطرة الذاتية لإقامة حدود سلوكية

الفصل السادس عرض وتحليل ومناقشة النتائج

فيتم الاستسلام للقانون الداخلي للجماعة الادمانية بالانعزال الانفعالي و التوجه نحو الداخل بشكل أعمق وتظهر المقاومة كسلوك دفاعي نتيجة عدم ثقة المدمن بالآخرين إلا في أعضاء الجماعة الادمانية لتمسكهم بنفس النظم و القيم الادمانية التي يسلم أفرادها زمام السيطرة للمادة المخدرة وتلك هي التبعية و الاعتماد على المادة، وهنا فقط يكون الفرد قد فقد السيطرة في إيقاف البحث عن التفعيل بسبب التحمل الذي يدفع لتكرار التفعيل بأساليب أكثر خطورة، فتصبح الدورة الادمانية و السلوك الادماني و المادة المخدرة كدعائم أساسية لأسلوب حياة المدمن على المخدرات، وبحلول هذه المرحلة يكون الإدمان على المخدرات قد استفحل وتكون الشخصية الادمانية في تحكم تام فيصبح البحث عن المخدر فعلا قهريا، ويرجع هذا وبجزء كبير منه إلى تأثير استخدام العقاقير على وظائف الدماغ و بالتالي على السلوك، وبما أن الرغبة الملحة لاستخدام العقاقير يمكن أن تستمر طوال الحياة فان تأثير الإدمان يشمل بالإضافة إلى الرغبة الشديدة لاستخدام المخدر طيفا واسعا من اضطرابات السلوك التي هي محصلة نظام التفكير و الاعتقاد وجملة من الافتراضات الكامنة لديه، إذ يفترض أن الأفكار الخاطئة لدى المدمن على المخدرات و التي تعمل بشكل أوتوماتيكي تولد ما يسميه "ألبرت أليس" التحمل المنخفض للإحباط وهذا الإحباط يولد بدوره ما أسماه بقلق "Albert Eliss" الانزعاج، ويتصف هذا الأخير بتوقع المدمن حدوث الألم و الكرب بفعل عدم تعاطيه المخدر، وكل هذه المشاعر هي محصلة الافتراضات المعرفية المختلفة وظيفيا باعتبارها خطاطات معرفية قاعدية سلبية لدى المدمن متجذرة في نظام التفكير لديه، تظهر في شكل أفكار خاطئة أوتوماتيكية (آلية) غير واعية لكنها تفرض نفسها بقوة وتعمل كمحددات للسلوك الخارجي، فتعود بالتأثير على أدائه الوظيفي داخل الأسرة و العمل و المجتمع، كما يمكن أن يضع الإدمان على المخدرات الأشخاص في مواجهة الإصابة بأمراض كثيرة و يكون هنا نتيجة التغير الذي يطرأ على سلوكياتهم و العادات الصحية و الظروف المعيشية المصاحبة للإدمان.

ولعل الدعوة السابقة يمكن أن تشكل أساسا يهدف إلى الإقرار بأن المشكلة الأساسية للمدمن على المخدرات ترجع إلى نمط من الأفكار الخاطئة اللاعقلانية التي تسبب نوعا

الفصل السادس
عرض وتحليل ومناقشة النتائج

من الاستجابات السلوكية اللاتوافقية وهذا ما أوضحه كل من "ألبرت أليس" و "آرون بيك" و "ألبرت باندورا" عن أهمية العوامل المعرفية و المعتقدات في تحديد الانفعال وتنظيم السلوك الادماني، وبذلك يصبح فعل التعاطي مقترن بعناصر واضحة بل بافكار محددة بشكل خاطئ وآلي ولعل ما يثبت ذلك ما توصل إليه كل من الباحث "أمزيان وناس" و "مدحت عبد الحميد أبو زيد" و "ناصر عبد العزيز ابن عمر الصفهان" في دراساتهم السابقة حول أسباب تمسك المدمن بالمخدرات، حيث أكدت النتائج على أن تحديد البنيات المعرفية التي تجعل الفرد أكثر عرضة لاستعمال المخدرات كاستراتيجية لحل المشكلات وذلك عن طريق تقنية اصطياد الأفكار الخاطئة و العمل على دحضها وتعديلها ووضع أفكار بديلة ايجابية و اختبار الواقع بواسطة إقامة تجارب سلوكية تساعد المدمن للتخلص من السلوك الادماني واكتساب سلوك توافقي .

و إلى جانب ذلك جاءت هذه الدراسة للإجابة على فرضيات وضعت في البداية من أجل التحقق منها، ومن خلال عرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية اتضح أن استمرار المدمن في التعاطي إنما يعود إلى تمسكه بالأفكار الخاطئة الأوتوماتيكية و بالتالي العمل على تبصيره بهذه الأفكار و التصورات و الادراكات الذاتية أو الخاطئة و التي تنتج عنها تترتب عليها الانفعالات السلبية و بالتالي السلوك المضطرب، ويتم العمل العلاجي هنا على إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية باصطياد الأفكار الخاطئة و العمل على دحضها وتدريب الفرد المدمن على مهارات بديلة لتعلم استخدام مهارات التغلب بدلا من التعاطي.

واستئناسا لما سبق يمكن القول أنه يتوجب على المعالج السلوكي المعرفي عند تعامله مع المدمن على المخدرات تفسير أساس الارتباط الوثيق بين الأفكار و الانفعالات و بالتالي السلوك، وعندما يصبح كشف حساب المدمن واضحا هناك فقط يمكن النظر إلى دور التفكير و التفكير المشوه في الإبقاء على استعمال المخدرات.

4- اقتراحات:

انطلاقاً من هذه التجربة المتواضعة توصي الباحثة بما يلي:

- 1- إلقاء الضوء على العوامل الأساسية التي تؤدي إلى الإدمان على المخدرات.
- 2- تحديث خدمات الرعاية الصحية لتنماشى وطبيعة المشكلات الراهنة لمدمني المخدرات.
- 3- تحديث مراكز علاج الإدمان وتعميمها.
- 4- تحديث المراكز الوسيطة للصحة العقلية و النفسية وتفعيلها لمكافحة هذه الظاهرة.
- 5- إنشاء أجنحة متخصصة للمدمنين على مستوى المصالح الاستشفائية الجامعية و المصالح الاستشفائية المتخصصة و العامة .
- 6- توفير وتكثيف مراكز التدريب و التكوين المستمر للأخصائيين و المهنيين في ميدان التكفل بالمدمنين وفق البرامج العلاجية ذات الفعالية.
- 7- استخدام البرامج ذات المنحى المعرفي السلوكي التي تعتمد على إعادة البناء المعرفي و فنيات تعديل السلوك الادماني لزيادة تحصين الفرد من العودة إلى الإدمان.
- 8- وضع استراتيجيات أكثر نضجا و تطورا لعلاج المدمن على المخدرات وذلك بالاعتماد على المقاربات العلاجية ذات الصبغة التكاملية.
- 9- وفي الأخير ولتعدد الأسباب المؤدية للإدمان على المخدرات فان الباحثة تقترح تبني مقارنة بيومعرفية سلوكية اجتماعية للتكفل بالمدمن ولتحقيق نتائج أفضل.

خاتمة

لقد احتلت مشكلة الإدمان بسبب آثارها السلبية المتشعبة مكانا ملموسا في اهتمام العديد من الدول المتقدمة و المتخلفة على حد سواء، فمشكلة الإدمان و رغم عدم تفاقمها بذات المستويات التي وصلت إليها في المجتمع و مع احتمال تزايد تأثيراتها السلبية مستقبلا، أصبحت ظاهرة ملحة تستوجب التدخل العلاجي السريع و الفعال باعتماد أساليب علاجية حديثة و تطوير و بناء رزم علاجية، حيث بدأ الاهتمام يتزايد في العشرية الأخيرة بالعوامل المعرفية للإدمان لبناء استراتيجيات التدخل المبني على التصور المعرفي للمشكلة، ولعل العلاج المعرفي السلوكي توجهها جديدا لا يزال في مهده، و لكن هناك دلائل مشجعة على أنه قد يصبح وسيلة مفيدة مع المدمنين، حيث تؤكد هذه الطريقة على أهمية جذب المدمن للعلاج و تحديد الأفكار الدافعة التي تحفزها لتناول المخدر

إن العلاج الذي تم وصفه في البداية يتعامل مع عوامل بيئية و نفسية خاصة من التلميحات و المدركات المعرفية، ثم ينتقل إلى الجوانب العامة للمعتقدات و الأدوار التي يفترض أهميتها في استمرار الإدمان، و بالتالي لا بد من اكتشاف إسهام تلك العوامل و البنيات المعرفية الكامنة في الإدمان.

و هذا ما أثبتته نتائج الدراسة الحالية التي بينت وجود أفكار معرفية خاطئة تعمل بشكل أوتوماتيكي تدفع المدمن ليتمسك بالإدمان على المخدرات.

قائمة المراجع

مراجع باللغة العربية:

- 1- إبراهيم، عبد الستار. (1990). *العلاج النفسي الحديث*. الكويت: عالم المعرفة.
- 2- إبراهيم، عبد الستار. (1998). *الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه*. الكويت: عالم المعرفة .
- 3- أبو الروس. (1996). *مشكلات المخدرات و الإدمان*. مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- 4- إجلال، محمد سري. (1990). *علم النفس العلاجي* . مصر: عالم الكتب.
- 5- آرون، بيك. (2001). *العلاج المعرفي و الاضطرابات الانفعالية* (ط.1) (عادل مصطفى، مترجم) . بيروت: دار النهضة العربية .
- 6- آرون، بيك، مارك، ويليامز، و جان، سكوت. (2002). *العلاج المعرفي و الممارسة الإكلينيكية*. (عبد المعطي حسن مصطفى، مترجم). القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
- 7- أمزيان، وناس. (2006). *إستراتيجية العلاج النفسي للإدمان على المخدرات عن طريق تصحيح التفكير و تعديل السلوك*: دراسة أجريت على مساجين مؤسسة إعادة التأهيل تازولت. أطروحة دكتوراه، جامعة منتوري قسنطينية، الجزائر .
- 8- باترسون، س. (1990). *نظريات الإرشاد و العلاج النفسي* (ط.1) (حامد عبد العزيز الفقي، مترجم) . الكويت: دار القلم.
- 9- بوحوش، عمار، و محمد محمود ذنبيات. (1999). *مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث* (ط.2). الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- 10- الحجار، محمد حمدي. (2007). *الإدمان على المخدرات* (ط.1). دمشق: دار اليقظة الفكرية .
- 11- حسين، طه عبد العظيم. (2007). *العلاج النفسي المعرفي - مفاهيم وتطبيقات-* (ط.1). الإسكندرية: دار الوفاء لنديا الطباعة و النشر.
- 12- خير الزراد، فيصل محمد. (1984). *علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكية* (ط.1) . بيروت: دار الملايين .
- 13- الدردار، فتحي. (2005). *الإدمان - التدخين ، الخمر، المخدرات-* (ط.5). الجزائر: الإلتقان للتصنيف.

- 14- الدمرداش، عادل.(1990). *الإدمان مظهره وعلاجه*. الكويت: عالم المعرفة.
- 15- ديفيد، بارلو. (2002). *الاضطرابات النفسية (صفوت فرج، مترجم)*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
- 16- رفعت، محمد. (د.س). *إدمان المخدرات -أضرارها وعلاجها-*. بيروت: دار المعرفة.
- 17- رشاد، أحمد عبد اللطيف. (1999). *الجوانب الاجتماعية و السياسة الوقائية لمواجهة مشكلة تعاطي المخدرات*. القاهرة: المكتب الجامعي الحديث.
- 18- زيور، مصطفى. (1973) *تعاطي الحشيش مشكلة نفسية*. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية .
- 19- السويف، مصطفى. (1996). *المخدرات و المجتمع*. الكويت: عالم المعرفة.
- 20- الصفهان، ن. (2005). *تقييم فعالية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض درجة القلق و الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات*. رسالة ماجستير. جامعة الملك فهد، السعودية.
- 21- طويلة، عبد الوهاب عبد السلام. (1989، 14 ماي). *ظاهرة انتشار المخدرات وطرق علاجها*. مجلة منار السلام مجلة شهرية إسلامية ثقافية: الأهرام للتوزيع.
- 22- عبد المنعم، عفاف محمد. (2003). *الإدمان دراسة نفسية أسبابه ونتائجه*. مصر: دار المعرفة الجامعية .
- 23- عرموش، هاني. (1993). *المخدرات إمبراطورية الشيطان*. بيروت: دار النفائس.
- 24- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). *سيكولوجية العدوانية وترويضها-منحى علاجي معرفي جديد-*. القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
- 25- العساف، صالح. (1989). *مدخل الى البحث في العلوم السلوكية*. السعودية: دار المريخ.
- 26- علوي، إسماعيل، و بن عيسي، زغبوش. (2009). *العلاج النفسي المعرفي (ط.1)*. عمان: عالم الكتب الحديث.
- 27- فرغلي، علاء. (2008). *مهارات العلاج المعرفي السلوكي (ط.2)*. مصر: مكتبة النهضة المصرية.

- 28- مختار، وفيق صفوت. (2005). *مشكلة تعاطي المواد النفسية المخدرة (ط.1)*. القاهرة: دار العلم و الثقافة للنشر و التوزيع.
- 29- مليكة، لويس كامل. (1990). *العلاج السلوكي وتعديل السلوك (ط.1)*. الكويت: دار القلم للنشر و التوزيع.
- 30- المنجد الأبجدي. (1996). لبنان: دار الشروق.
- 31- منسي، محمود عبد الحليم. (2003). *مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية و النفسية*. مصر: دار المعرفة الجامعية.
- 32- ناكين، كرايج. (2008). *الشخصية المدمنة (أنسي محمد أحمد قاسم، سهير كامل أحمد، مترجم)*. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.

مراجع باللغة الأجنبية:

- 33- Arthur , s., & Mark . (2004). *In Encyclopedia of cognitive behavior therapy*. England : Springer.
- 34- Bandora, A.(2003). *Auto efficacité de sentiment d'efficacité personnelle* (2em Edition). Paris : Deboeck.
- 35- Beck,A& wright.(1993).*cognitive therapy substance abuse*.new york :the guilford press.
- 36- Bond,F.,& Dreyden, W.(2004). *HandBook of Brief cognitive behavior therapy*. England : British Library.
- 37- Chiland, C. (1992). *L'entretien clinique* . Paris : Puf.
- 38- Cottraux, J.(1996). *Les thérapies comportementales et cognitives* (3em Edition). Paris : Masson.
- 39- Cottraux, J. (2001). *Thérapie cognitive de la dépression*(2em Edition). Paris : Masson.
- 40- *Dictionnary of psychological testing assessment and treatment*. (2007).(2end Edition). England :Lan stuart- humilton.
- 41- Dobson, K. D. (2001). *HandBook of Brief cognitive behavior therapy*. (2end Edition). New york : The Guilford press.
- 42- Ey,H.1989. *Manuel de psychiatrie*(6em Edition).Paris : Masson.
- 43- Fernandez, L., & Sztelman, H. (1998). *Les modeles Psychologiques de l'addiction*.New york : Combridge university Press.
- 44- Gazzanig, I. M.(2001). *Neurosciences cognitives* (Tradition par Jean Marie cokuery) . Paris : DeBoeck University.
- 45- Hersen,M.(2002).*in Encyclopedia of Psychotherapy* .USA : Elseviev Science.
- 46- Lauri,P. (1967).*Drugs Medical, Psychological and social facts*. England : Penguin Books Middlese.
- 47- Leahy,R.(2003).*Cognitive Thyrapy Technique a pratique guide*.England : Guilford publication.
- 48- Marlatt,R.(1980).*Addictive disorders ;New perspective in abnormal psychology*. New york : University Press.
- 49- Plazzolo,J. (2004). *Cas clinique en thérapies comportementales et cognitives*.Paris :Masson.

- 50- Schilit,R & Gomberg,F. (1991).***Drugs and behavior source book for the helping professious.*** London.
- 51- Semple,D.(2005).***Oxford hand book of psychiatry*** (1st Edition). Oxford University Press.
- 52- Sillamy, N. (1983).***Dictionnaire Usuel de la psychologie.*** Paris : Bordas.
- 53- Simon,L & Blain,J. (1990). ***Psychotherapy and conseling in the treatment of drug abuse.*** USA : Nida research monograph.
- 54- Soussan, L.(1998). ***Psychiatrie . Paris : Med Him.***
- 55- Stricker,G & Widiger,T.(2003). ***Hand Book of psychology*** (Vol 8) America : John Wiley.
- 56- Walker& Kenon.(1980). ***Aspects of alcohol and drug dependence.*** England : Guilford publication.

المواقع الالكترونية:

57- عبد الهادي، أ. (2008). <http://www.cbtarabia.com/index.php.action>.

الملاحظ

قائمة المكونات المعرفية تجاه الإدمان على المخدرات

الاسم:..... السن:.....

الحالة الاج:.....

التعليمة:

سوف تجد في هذه الكراسة عددا من العبارات المتعلقة بالمعلومات الخاصة بالإدمان على المخدرات، المطلوب منك قراءتها جيدا، ووضع علامة (x) في إحدى الخانتين المتقابلتين لكل عبارة وذلك حسب ما يتوافق مع معلوماتك ومعارفك ومعتقداتك وتجاربك الخاصة، أجب بكل صراحة وموضوعية، إجابتك تبقى سرية وشكرا على حسن تعاونك

مثال تطبيقي:

الرقم	العبارات	نعم	لا
01	تناول الطعام ساخنا يضر بالأسنان		
02	غسل الأسنان مفيد لصحة الأسنان		

الرقم	العبارة	نعم	لا
-------	---------	-----	----

01	المخدرات مصيبة للإنسان		
02	التوقف عن الإدمان يتطلب إرادة كبيرة من المدمن		
03	التوقف عن تعاطي المخدرات شيء ممكن		
04	الأيام الأولى بمباشرة العلاج من الإدمان يشعر الشخص بآلام جسدية ونفسية		
05	الرغبة في العودة للإدمان شعور قد يستمر بعدة أشهر بعد العلاج		
07	يلجأ الإنسان لتعاطي المخدرات هرباً من الهموم		
08	المخدرات تشعر المدمن بالقيمة التي يبحث عنها لنفسه بين الآخرين.		
09	المخدرات مفتاح كل المصائب		
10	القانون يراقب الصيدالة لكي يبيعون المهدئات إلا بوصفة طبية.		
11	الإدمان يسبب للشخص الهزال وهبوط الوزن		
	المدمن يفضل الوحدة على أن يجلس مع الناس		
12	مع طول الإدمان يشعر الشخص بثلاثين رغبة في ممارسة الجنس.		
13	المخدرات قد تجعل المدمن عدوانياً مع أفراد أسرته		
14	الإدمان يعتبر أكبر عائق لعملية إعادة التربية في المؤسسات العقابية		
15	عندما يكون المدمن تحت تأثير المخدر يرى الأشياء التي بقربه وكأن عليها غشاوة		
16	المخدرات هي كل مادة تدخل البهجة والسرور للنفس		
17	بإمكان المدمن أن يتوقف عن تناول المخدرات لوحده.		
18	تبدأ معاناة الشخص بعد 72 ساعة من تناوله لآخر جرعة من المخدرات		
19	يجب على الشخص الذي عالج من الإدمان على		

	المخدرات أن لا يبقى مع أصدقائه من المدمنين.		
20	في بداية التوقف عن الإدمان يفقد الشخص لذة العيش التي كان يحصل عليها من قبل عن طريق تناول المخدرات		
21	الإدمان يسبب الكثير من الأمراض للإنسان		
22	المدمن غير مندمج جيدا بين أفراد المجتمع		
23	المخدرات ليست خمرال لكنها حرام		
24	الغرامة المالية التي يدفعها الشخص الذي يستعمل وصفات طبية مزورة تحتوي على المخدرات تقدر ب 50000دج		
25	الإدمان يؤدي إلى الإصابة بتلف الأسنان وأمراض المعدة		
26	المخدرات تسبب الأرق وصعوبة النوم للمدمن		
27	يفضل المدمن ممارسة الجنس مع بني جنسه بدلا من الجنس الآخر		
28	كثيرا ما يضحى متعاطي المخدرات بواجباته العائلية في سبيل تحقيق رغباته		
29	الإدمان يعتبر وباء يهدد كيان المجتمع		
30	عندما يكون المدمن تحت تأثير المخدر يرى الأشياء العادية بطريقة ملونة		
31	المخدرات هي مواد مسكنة للألم.		
32	التوقف عن الإدمان يحتاج فقط إلى رغبة صادقة		
33	عندما لا يتناول الشخص مادته المخدرة يصبح عصيبا جدا		
34	إن مجرد العودة إلى ذكريات الإدمان يولد رغبة التعاطي لدى المدمن من جديد.		

35	المشاكل التي يواجهها الشخص قد يدفع به إلى العودة إلى الإدمان من جديد		
36	للتخلص من الإدمان يجب استبدال استهلاك المخدر بعادة أخرى		
37	المدمن ليس لديه أصدقاء إلا من بين المدمنين مثله		
38	الدين الإسلامي يحرم إقامة الصلاة على من مات وهو تحت تأثير المخدر		
39	يعاقب بالإعدام من يعرض صحة الشعب الجزائري للخطر		
40	الإدمان يسبب للإنسان التهاب الكبد		
41	ساعات وأيام المدمن كلها قلق وتوتر		
42	مع مرور الوقت يصاب المدمن بالعجز الجنسي		
43	المدمن يسبب الكثير من المشاكل لأهله		
44	المدمن غير متسامح مع الآخرين حتى وإن كان أقرب الناس إليه		
45	المدمن لا يستطيع أن يتذكر أموره المهمة بسهولة		
46	المخدرات جلاء وشر تقود الإنسان إلى التهلكة		
47	الإدمان هو المرض الوحيد الذي يمكن أن يشفى بإرادة المريض		
48	التوقف عن تعاطي المخدرات يخلق آلاما لا تطاق		
49	من أجل التغلب على الرغبة في تناول المخدر يتطلب النظر إلى مضارها		
50	التوترات والآلام التي تلي التوقف عن الإدمان قد تدفع بالشخص إلى اليأس والإحباط والعودة إلى تناول المخدرات		
51	المدمن يمكن أن يغامر بحياته في سبيل الحصول على المخدر		

52	كثيرا ما يسرح الأفراد من عملهم بسبب إيمانهم على المخدرات		
53	لا يتناول الإنسان المخدرات وهو مؤمن		
54	سبق لي وأن اطلعت على قانون المخدرات		
55	الإدمان يسبب إصابة بمرض السرطان والسيدا		
56	المخدرات تجعل المدمن معظم الوقت ضائعا		
57	المدمن يشعر برغبات جنسية شاذة		
58	رغبة الإدمان تجعل المدمن يضحى بالكثير من واجباته العائلية		
59	تصرفات متعاطي المخدرات تعبر عن عدم احترام أصول المجتمع		
60	تحت تأثير المخدر الوقت بالنسبة للمدمن تمر بطريقة سريعة		
61	المخدرات هي مواد منشطة للإنسان		
62	الاستعانة العلك أو الشاي مثلا يساعد المدمن على التوقف عن تناول المخدرات		
63	عندما لا يتناول الشخص مادته المخدرة يصاب بفقدان الشهية		
64	تحسن حالة الشخص تساعده على البقاء بعيدا عن المخدر		
65	إن تعاطي أي جرعة مهما كان نوعها تؤدي إلى انتكاسة ويعود الشخص إلى الإدمان بقوة أكبر		
66	المدمن يمكن أن يدفع أي ثمن من أجل الحصول على المخدر		
67	معظم الناس يتفادون الحديث مع المدمنين على المخدرات		
68	من يدمن قد يرتكب جريمة دون وعي منه		

69	يعفى من المتابعة الجزائية كل مدمن ثبت أنه تابع العلاج من الإدمان		
70	الإدمان يسبب للإنسان زيادة دقات القلب		
71	تعاطي المخدرات يؤدي إلى كثرة الضحك ونسيان الهموم أيا كان نوعها		
72	الإدمان يسبب اضطرابات جنسية مزمنة		
73	المدمن يرتكب أخطاء جسيمة في حق زوجته وأبنائه		
74	المدمن عموماً لا يستحي من الآخرين في كثير من المواقف		
75	عندما يكون المدمن تحت تأثير المخدر تبدو له الأماكن التي يسير فيها بعيدة عن أرجله		
76	المخدرات هي نبات خلقه الله ككل النباتات الأخرى		
77	التوقف عن تعاطي المخدر هو تغيير لنظام حياة المدمن كلها.		
78	فترة التوقف عن تناول المخدر تتلوها آلام يمكن مقاومتها		
79	التغلب على الرغبة في العودة على إلى الإدمان يتطلب تقوية الإرادة		
80	المشاكل التي يعيشها الفرد في محيطه العائلي أو الاجتماعي أو المهني قد ترجعه إلى الإدمان من جديد.		
81	إذا زادت فترة الحرمان من المخدر عن يومين تصيب المدمن آلام شديدة		
82	المدمن ليست لديه الثقة في نفسه		
83	المخدرات تدخل ضمن (أم الخبائث) التي حرمها الدين الإسلامي		
84	تسحب رخصة السياقة من أي شخص متلبس بالسياقة وهو تحت تأثير المخدر		

85	الإدمان يسبب للإنسان التهاب الحنجرة وآلام في الصدر ومرض السل		
86	المدمن يصاب بحالات أشبه بمرض العقل		
87	تعاطي المخدرات يجعل العملية الجنسية للمدمن طويلة وممتعة.		
88	أبناء المدمن يعيشون وكأنهم يتامى		
89	المدمن يفضل البقاء لوحده بدل أن يكون مع الناس		
90	في بعض الأحيان لا يفرق المدمن بين القطع النقدية		
91	المخدرات تحتوي على الأفيون والحشيش والكوكايين		
92	من يريد يستطيع، هذه الحكمة تنطبق على من يريد التوقف عن تناول المخدرات		
93	أعراض الامتناع عن تناول المخدرات تدوم بين شهرين وثلاثة أشهر		
94	يجب على الشخص الذي عالج من الإدمان أن لايجرب نفسه		
95	الاتصال بأصدقاء الإدمان يعيد الشخص المعالج إلى تناول المخدرات من جديد		
96	تناول المخدرات تجعل المدمن يرى الأشياء القبيحة جميلة.		
97	المدمن غالبا ما يعتقد أنه مظلوم من طرف الجميع		
98	كل مسكر خمر وكل مخر حرام		
99	القانون الجزائري يفرض على المدمن متابعة العلاج المضاد للإدمان		
100	الإدمان يسبب احمرار دائم للعينين		
101	متعاطي المخدرات غالبا هو شخص سريع التقلب من حالة الفرح إلى الحزن.		
102	تعاطي المخدرات يجعل العملية الجنسية للمدمن فاشلة في		

	كثير من الأحيان		
103	كثير من الأطفال المنحرفون هم ضحايا آبائهم المدمنين		
104	المدمن عالة على المجتمع		
105	المدمن كثيرا ما يظن أن أحلامه حقيقية.		
106	المخدرات عبارة عن سم قاتل.		
107	يحتاج الشخص الذي توقف عن تناول المخدرات إلى علاقات جديدة يشعر فيها بالأمان		
108	عندما لايتناول الشخص مادته المخدرة يصاب بالأرق والتعب		
109	التغلب على الرغبة في العودة إلى الإدمان يتطلب الإرادة والصبر		
110	يمكن التغلب على عادة البحث عن المخدرات		
111	تناول المخدرات يجعل المدمن يرى الحرام حلالا والممنوع مباحا.		
112	عقوبة تناول المخدرات في الدين الاسلامي هي التعزير		
113	الغرامة المالية التي يدفعها الشخص الذي يستعمل المخدرات تقدر ب 5000 دج		
114	الإدمان يسبب للإنسان تشحم الدم وتقيح الجلد		
115	متعاطي المخدرات تكون لديه أفكار غريبة		
116	الإدمان يسبب الضعف الجنسي للذكور		
117	من بين عواقب تناول المخدرات هو الطلاق بين الزوجين		
118	الإدمان يغير القيم الأخلاقية للمدمن.		