

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

رقم التسجيل:

جامعة منتوري قسنطينة

الرقم التسلسلي:

كلية العلوم الإنسانية 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

إشرافه الأستاذ الدكتور:

إعداد الطالبة:

موسى هاروني

نهى بوخوفة

مناقشة يوم: ...../...../.....

أعضاء لجنة المناقشة :

جامعة منتوري قسنطينة	رئيسا	الهاشمي لوكي
جامعة منتوري قسنطينة	مشرفا ومقدرا	موسى هاروني
جامعة منتوري قسنطينة	محضوا	فاطمة الزهراء سلامي
جامعة خنشلة	محضوا	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 أداته 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 لآرون بيak 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 المحتويات

الصفحات	الموضوع
09.....	مقدمة.....
	<b>الجانب النظري</b>
	<b>الفصل الأول : إشكالية الدراسة وتساؤلاتها</b>
13.....	- الإشكالية .....1
15.....	- أهداف الدراسة.....2
15.....	- أهمية الدراسة.....3
16.....	- الدراسات السابقة .....4
24.....	- فرضيات الدراسة .....5
24.....	- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة .....6
	<b>الفصل الثاني : الإدمان</b>
26.....	تمهيد ..... تمهيد
27.....	- تعريف الإدمان .....1
29.....	- مصطلحات الإدمان .....2

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

### **الفصل الثالث : العلاج المعرفي السلوكي**

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

خلاصة.....80

## الفصل الرابع : التقنية العلاجية

تمهيد .....82

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

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

3- سجل مراقبة الأفكار الذاتية .....90

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

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

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

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

خلاصة .....106

## الجانب التطبيقي

### الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

1- منهج الدراسة .....108

2- عينة الدراسة .....109

3- حدود الدراسة .....109

4- أدوات الدراسة .....110

## **الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة النتائج**

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

174.....- إقتراحات .....4

175..... الخاتمة .....

قائمة المراجع.

الملاحق.

## فهرس الجداول

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	عنوان الأشكال	رقم الشكل
27	مخطط تمثيل الواقع	1
28	نموذج التفاعل باندورا 1977	2
30	التدخل 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 والاقتصادية، فلم تقتصر تداعيات وآثار هذه الظاهرة على الفرد (المدمن) فحسب بل تجاوزتها إلى المجتمع ومؤسساته المختلفة نظراً لما تسببه من خسارة للجهد الفردي الذي يفترض به المشاركة الفعالة والمثمرة في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية، مما يكلف المجتمع عناصر الرعاية النفسية والصحية به عوض أن يكون فرداً منتجاً يفيد مجتمعه ويستغل جهده وطاقته في عملية البناء والتنمية، فالإدمان مرض مزمن يؤثر على آداء الفرد لوظائفه في العائلة والعمل والمجتمع، ويصاحب بوجود اشتياق قهري غير مسيطر عليه، وبحث مستمر عن المخدر والاستمرار في استخدامه رغم العواقب السلبية التي يسببها .

فالطريق إلى الإدمان والاعتماد 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 فعلاً قهرياً ويرجع هذا وجاءه 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 والعمل والمجتمع، ويمكن أن يضع الإدمان الأشخاص في مواجهة الإصابة بأمراض كثيرة ويكون هذا نتيجة التغيير الذي يطرأ على سلوكهم وعادات الصحية والظروف المعيشية المصاحبة للإدمان، أو نتيجة التأثير السام للعقاقير، ولأن الإدمان يعطى جانب عدّة من حياة الفرد فعلاج هذا الاضطراب ليس سهلاً 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 الانكماش واستعادة قدراته وعودته إلى المجتمع بقوة وفعالية، وأنه مشكلة متعددة الجوانب والعوامل 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 عاملة هاما يدفع بالفرد للتمسك بالإدمان على المخدرات ويفسح له المجال لتبني أسلوب إدماني للحياة، فإن ذلك تطلب مجالاً أوسع للتفكير في وضع استراتيجيات علاجية أكثر تطورا للعلاج المدمن على المخدرات، و لن يأتي ذلك إلا من خلال رسم تصور متكامل على المسارات 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 للت�포ف 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 أولاً للتعامل مع القلق ومن ثمة سوف نجد مباشرةً أن جمع سلوكيات الإدمان قد اختفت معتمدين في ذلك على أساس أن القلق و التمسك بالإدمان راجع إلى الأفكار و التصورات و الادراكات الذاتية الخاطئة التي يتبعها المدمن كنظام للتفكير ناتج عن بناء معرفي خاطئ ومشوه و منحرف و الذي ينتج عنه ويترب عليه كل الانفعالات السلبية و بالتالي السلوك المضطرب و على مدى السنوات العشر الأخيرة نظر إلى العوامل المعرفية في الإدمان باهتمام متزايد، و تم 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 منهجهي 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.

الْفَصْلُ الْأُولُ  
يُكَانِيَ الدِّرْسَ وَشَلَوْنَ

## 1- الإشكالية:

الإدمان على المخدرات آفة اجتماعية خطيرة رافقت البشرية منذ القدم وتطورت بتطورها، وأصبحت من إحدى المشكلات المعاصرة التي تمثل قمة المعاناة والأسرة التي وصلت إليها المجتمعات الإنسانية ، فاجتاحت بلدان نامية ومتقدمة، وانتشرت بين زمر وجماعات متباعدة، ثم بدأت بالانتقال من إقليم إلى آخر زراعة وتصنيع وتعاطياً و إدماناً، وما النداءات العالمية التي تتعالى و الاتفاقيات التي تبرم والمؤتمرات الدولية التي تعقد و البحوث و الدراسات الاجتماعية التي تجري 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. ظاهرة الإدمان تعد ضمن ميدان الأعراض التي تتبع بانتمائها إلى الأزمة الاجتماعية - الثقافية و التي تعبّر عن نفسها من خلال العوائق المترتبة عليها من قبيل تفكك العلاقات الاجتماعية ومشكلات الصحة الجسمية، الأمر الذي دفع الباحثين في الميدان للبحث عن المصادر النفسية و المعرفية و المحدّدات البيئية التي تسهم جميعها بأوزان متباعدة 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 للت�팲 بهذه الشرحية، ولم تكتفي الدراسات بهذا المدمن التعرف على هذه الظاهرة بل توالت 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 شهدت 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 ترتب 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 اتساعا سرطانيا في كل الاتجاهات، ونتج عن ذلك حركة شفاء ضخمة و الجدير بالذكر أن وضع البرامج العلاجية مرتب بنوعية التصور و الظاهرة محل الدراسة، وما 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 معرفيا يعاني الأفكار الخاطئة و الانحرافات المعرفية (بارلو، د. 2002، ص: 08) ومنه يتضح أن علاج الإدمان على المخدرات يحتاج إلى إستراتيجية علاجية تعتمد أساسا 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 التخلص من المخدرات ؟

## **2- أهداف الدراسة:**

يهدف هذا البحث، حسب حدوده وفرضيه و الوسائل المستخدمة إلى الكشف عن:

- 1- عن مدى وجود أفكار معرفية خاطئة كعامل أساسى 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 أثبتت فعاليته في الو.م.أ و البلاد الأنجلوسаксونية.

### **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 الانهيار.
- 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 ستنطرق 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 .

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

1-3- فرض الدراسة: طرحتها الباحث كالتالي :

**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 .

#### ٤-٤- مصطلحات الدراسة:

**٤-٤-١ 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 دائماً 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 .

**٤-٤-٢ المكونات المعرفية تجاه الإدمان على المخدرات:** هي عبارة عن مجموعة الخبرات و المعلومات و المعرفات و المعتقدات التي اكتسبها المسجون و تتطوّر 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 و صحيحة .

**٤-٤-٣ السلوك المضطرب:** هو سلوك يعبر عن سوء التكيف ويظهر بعدة أشكال منها ما يمس المظهر خصوصاً اللباس و الجسم، ومنها ما يتعلّق بالسلوك اليومي كالنظافة و النوم والأكل و الاتصال مع الآخرين كالشك فيهم ، معارضتهم و عدم الاهتمام و الإهمال أو تتعلق بتحقيق الرغبات القهريّة كمختلف الانحرافات و الانتحار.

#### ٥- 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 الباقيّة من العقوبة أكبر من أو تساوي سنة ونصف من الزمن.

- أن يكون كل فرد من العينة مدمناً 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 اللھفة 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 التخلّي أو التقليل من التعاطي .

**1-4- 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 والاكتساب والتعليم والتصحيح فيما يتعلق بأفكار ومعتقدات واتجاهات وسمات شخصية المدمن، وبذلك فهي تسد ثغرة لا تتفق وثغرات العلم، وكذلك إضافة مقياس تقويمي إلى المكتبة السيككوميتريّة.

**1-3- مشكلة الدراسة:** حددها الباحث في ندرة الدراسات التدخلية الخاصة بضبط الذات مع فئات الاعتماد العقاقيري في الوطن العربي.

**4-1- 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 والضبط والتحكم، وهي تشمل الأفعال والأفكار والدافع والسلوكيات، ثم استعراض الباحث ارتباط الاندفاعية ببعض السلوكيات والاضطرابات كالاضطرابات السلوكية للأطفال .

**1- أدوات البحث: تلخصت أدوات البحث في أداتين فقط وهما :**

**1-5-1- مقياس تقويم ضبط الذات:** وهو من وضع المؤلف ويكون من 30 مفردة استفهامية يجاب عنها بمقاييس 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، وبناءا 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 ووضعه كل من هانز إيزنک وجلين ولسون (1986) من 30 مفردة يجاب عنها بمقاييس ثبائي (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 ½ و تعد مقبولة جدا في مجال العلاج النفسي بصفة عامة وبذلك يصدق الفرض الأول مثلا صدق الفرض الثاني(أمزيان، و. 2006، ص: 26).

**2- دراسة ناصر بن عبد العزيز بن عمر الصقovan سنة 2005:**

## 2-1- موضوع الدراسة:

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

## 2-2- مشكلة الدراسة:

تتعدد مشكلة الدراسة في الإجابة على السؤال التالي:

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

## 2-3- فرض الدراسة:

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

2/- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك لقياس القبلي.

3/- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس التفكير اللاعقلاني وذلك لقياس البعدى.

4/- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس القلق وذلك لقياس البعدى.

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

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

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

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

**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.

**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 (سيكاطري) 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، مماعيا تحقيق التجانس قدر الإمكان بين كلتا المجموعتين من حيث العمر والحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي والمهنة.

**6-أدوات الدراسة:**

اعتمد الباحث في دراسته على مجموعة من الأدوات وهي:

1-مقياس القلق.

2-مقياس الأفكار اللاعقلانية.

**7-منهج الدراسة:**

قد استخدم الباحث المنهج شبه التجريبي وكونه الأنسب للدراسة.

**8-نتائج:**

أسفرت الدراسات على النتائج التالية:

-تحقق فرضيات الدراسة كلها حيث كانت نتائج الفرض 1 و 2 تؤكد بعدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين الماج الضابطة والتجربي 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 كما أسفرت نتائجها على فعالية العلاج العقلي 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 ملائمتها 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).

#### **3-4- الدراسات الغربية:**

1- دراسة "كمينجس وآخرون" Commingest al : سنة 1970م قامت هذه المجموعة بدراسة حول السلوكيات الادمانية المختلفة و المجالات الانفعالية السالبة المرفقة لها .

وقد اعتمدت جماعة الباحثين على عينة مكونة من 311 مدمn وتم استخدام المنهج الإكلينيكي الذي أداته العلاج المعرفي السلوكي . وتوصلت جماعة مارلات إلى النتائج التالية: **ثلاث موافق 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 أساسى لتمسك المدمن بالمخدرات، وتغيير الصيغة المعرفية لها يساعد على التخلص من الإدمان .

**5-2- الفرضيات الجزئية:**

1-الأفكار المعرفية الخاطئة عامل أساسى ليتمسك 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 السلوكى:**

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

الْأَفْسَان  
الْأَنْجَام

تمهيد:

إن المستقر لآدبيات موضوع الإدمان يجد انه من الآفات الاجتماعية الخطيرة التي بقية تخر جسد المجتمعات حتى الآن ، إلا أنها عرفت تطورا مذهلا بتطور المجتمع، وما أفرزته الساحة الاجتماعية من ظواهر انحرافية خطيرة تمس بأمن وسلامة الفرد والمجتمع ، والانحراف 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 والوظيفي الذي يظهر في خلل النظام الأسري ، هذا بالإضافة لما يخلفه الإدمان من مظاهر نفسية وانفعالية في نفسية المدمن ومحبيه .  
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 نلجم في الحديث عن ماهية المخدرات و عن التأثيرات النفسية و العضوية لها يحسن بنا أن نعيid إلى الذهن أولا التعريف بالإدمان ، هذا المصطلح الذي تعددت و اختلفت فيه التعريفات 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- اصطلاحا: ينظر إليه:**

#### **1-2-1- تعريف منظمة الصحة العالمية:**

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 متقطع أو مزمن تحدث نتيجة استهلاك أو تناول متكرر لمخدر ما سواء كان طبيعيا أو اصطناعيا (أمزيان، و.2006,ص:191).

#### **1-2-2:تعريف ألبرت باندورا:**

يعرف الإدمان على أنه اضطراب يتميز بحاجة أو رغبة مرضية قهريّة أو ملحّة على فقدان الرقابة على الذات ، حيث تدفعه هذه الرغبة الملحة لتجرب 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، (Soussan,P. 1998,p : 80 ) Tolérance ، الاحتمال Accoutumance

**٤-٢-٤- النظرة المعرفية السلوكية:**

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

المرحلة ١ : مرحلة الإعداد (معرفية) cognitive

المرحلة ٢: مرحلة الاستهلاك (السلوك) (Michel,F.2004,P :163) comportement

**"Norbert sillamy":**

الإدمان هو رغبة قوية في تناول مادة مخدرة من أصل نباتي أو حيواني ،معدني أو تركيبي قادر على أن يغير السلوك من يستهلكه و يولد تبعية .  
(Sillamy ,N.1983,p :681)

**٤-٢-٥- 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 وبالتالي البحث عن اللذة من جديد. (EY,H .1989,p :399)

**٤-٢-٦- 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 لفرد، و المجتمع  
Dictionary of psychological testing assessment and treatment ,2007,p:21 )

**٤-٢-٧- تعريف مصطفى السويف :**

يقصد به التعاطي المتكرر لمادة مخدرة لدرجة أن المتعاطي يكشف عن إشغال شديد و لهفة بالتعاطي، كما يكشف عن عجز أو رفض لانقطاع عن التعاطي و من أهم أبعاد الإدمان ما يأتي :

- ميل إلى زيادة جرعة المادة المتعاطاة و هو ما يعرف بالتحمّل tolérance
- الاعتماد على المادة اعتماد نفسي و/أو عضوي Dépendance psychique et/ou physique
- حالة تسمم عابرة أو مزمنة

- رغبة قهريّة قد ترحب 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 متناقض لعملية تكرار الجرعة نفسها للعقار نفسه، وبالتالي تصبح زيادة الجرعة ضرورة للحصول على نفس النشوة.
- (دردار، ف. 2005، ص: 09.)

ومما سبق يمكننا تعريف الإدمان على أنه حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن استهلاك الفرد لمواد تتوافق فيها القدرة على التفاعل مع الكائن الحي، وتتسم هذه الحالة بتصور استجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القهريّة في تعاطي مادة معينة على أساس مستمر أو دوري وقد بصحبها تحمل.

## 2- مصطلحات الإدمان على المخدرات:

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

### 2-1- الاعتماد "Addiction" "Béld l'addiction" "Dépendance"

تفضل منظمة الصحة العالمية استخدام مصطلح الاعتمادية على العقار المخدر بدلاً من الإدمان لما يثيره من مشكلات منهجية ، فليس شرط أن يعني 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 وأحياناً تكون عضوية تتجم عن التفاعل الذي يتم بين العضوية الحية و مادة معينة ، و يتصرف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكيّة و أخرى تتضمن صفة الجبر أو الرغبة القاهرة في تعاطي المادة المخدرة تناولاً مستمراً أو متقطعاً و ذلك لتحاشي أو تجنب الفرد الانزعاج النفسي

أو البدني الناجمين عن التوقف عن تناوله و قد يحدث المخدر التحمل و قد لا يحدثه (الحجار، م. 2007، ص: 12). و هناك نوعان من الاعتماد العضوي ،الاعتماد النفسي .

### **"dépendence physiologique": 1-1- الاعتماد العضوي**

إن بعض المخدرات تحدث تعوداً أو تعلقاً فزيولوجياً عضوياً فقد يتضمن حدوث تبدلات بيوكيميائية-عصبية عند المدمن بفعل التعاطي المنتظم للمادة المخدرة لذا فإن المدمن يشعر بالجبر أو القهر للاستمرار في التعاطي المخدر من أجل الإحتفاظ بالتوازن العصبي البيولوجي الجديد الذي خلقه المخدر و تظهر أعراض الانقطاع البدنية الشديدة على المدمن إذا ما توقف عن تعاطي المخدر المحدث للتبدلات البيولوجية فجأة لسبب من الأسباب(الحجار، م. 2007، ص: 13)

و بناءً عليه فإن الاعتماد العضوي حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة مخدرة، حيث تسمى الأعراض "أعراض الانسحاب" وهي ذات طبيعة عضوية و نفسية و الأمر الذي يستدعي استمرارية التعاطي للتخلص من الأعراض ،و يعتبر الاعتماد العضوي عاملاً قوياً في دعم الاعتماد النفسي و تأثيره في الاستمرار في تعاطي المواد النفسية أو الانتكاس إلى تعاطيها بعد الانسحاب (مختار، ص. 2005، ص ص: 14، 15)

### **"dépendence psychique": 1-2- الاعتماد النفسي**

التعلق النفسي أو السيكولوجي بالمخدر لا يتضمن النشوة التي يسعى على إيقائها و التي يحدثها المخدر في نفسية المدمن فقط و لكن هذا التعلق بالمخدر ينجم أيضاً عن الخوف من انتهاء مفعول المادة المخدرة في جسمه و بالتالي تعرضه للكدر النفسي أو التوتر أو الاكتئاب(الأعراض النفسية لتوقف المخدر)، إذا هو موقف يوجد فيه شعور بعدم بالرضى مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري للمخدر مع الرغبة الملحة و القوية للحصول على نفس التأثير و الحالة المزاجية السابقة و تجنب عدم الارتياح (السويف، م. 1996 ، ص: 14)

### **" Accoutumance-habituation": 2-2- التعود**

يتمثّل في التحمل المكتسب تدريجياً حيث يصبح المخ أقل حساسية للمادة المخدرة إذ يتعود عليها، حيث يقوم المخ طبيعياً بتخفيض عدد المستقبلات النشطة التي كانت

قد أثارتها النواقل العصبية أو تأخير تجدها ، مما يخفض من فعالية المادة المخدرة، وهو ناتج عن الاستهلاك المتكرر للمخدر ويكون التعود مصحوباً بحاجة نفسية غير فيزيولوجية ورغبة قوية لتعاطي بغية الحصول على اللذة والراحة.

(أمزيان ، و. 2006, ص: 194)

### "la tolérance" 3-2 التحمل:

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 المستقبلة بحيث يتضاءل أثر جرعة المادة المتعاطاة حتى بقاء هذه الخلايا معرضة لنفس تركيز المادة المخدرة .

(السويف، م. 1996, ص ص: 17, 18)

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

هي مجموعة من الأعراض تختلف في شدتها وتنوعها حسب نوع المادة التي يعتمد عليها المدمن وكميتها وطول فترة طول الاعتماد (أمزيان ، و. 2006, ص: 194) تحدث للفرد نتيجة الانقطاع المفاجئ عن تعاطي المادة المخدرة ، أو التخفيف في الجرعة، شريطة تكرر واستمرار تعاطي هذه المادة لفترة طويلة بجرعات كبيرة (مختار، ص. 2005, ص: 18 ) . قد تظهر الأعراض و هي مصحوبة باضطرابات فيزيولوجية، وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً 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 الأدمني؟

#### 3-1- الإدمان من وجهة نظر التحليل النفسي:

اختلفت آراء علماء النفس حول الخصائص النفسية ونوع شخصية المدمن، فنسبة الإدمان وطبعه 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

(ابراهيم، ع. 1997، ص 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 رمزاً لموضوع الحب الأصلي.

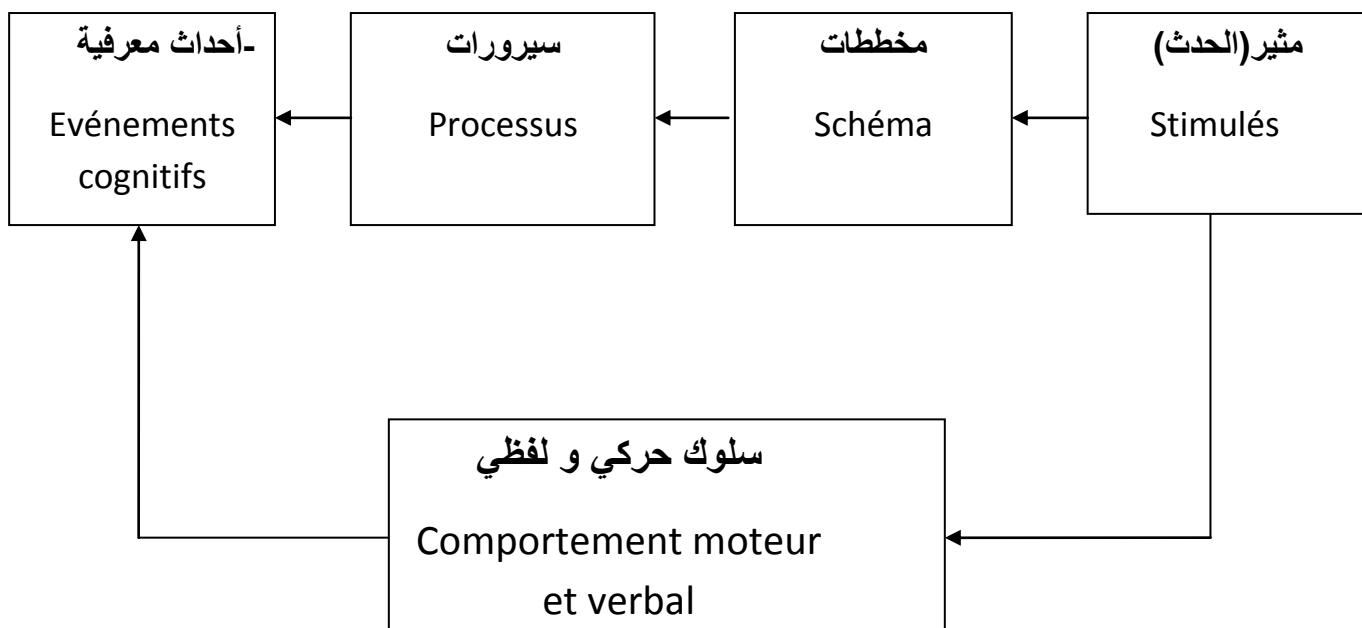
و الصورة العامة السيكولوجية للإدمان على المخدرات في ضوء النظرية التحليلية تعتمد أساساً على المفاهيم الأصلية التي قال بها "فرويد"، حيث تتمثل هذه الصورة في أن دورية المرح و الاكتئاب عند المدمن ترجع في أساسها إلى دورية الجوع والإشباع حيث يمثل الجوع هنا الألم، أما الإشباع فيمثل الراحة و اللذة .

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 نظراً لاضطراب نموه النفسي الجنسي و تثبيت الطاقة الغريزية في منطقة الفم، سيلجأ المدمن لتفادي الشعور بالعجز و السلبية و عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي، و الألم و الإحباط للمخدر كحل لعدم استطاعته الوصول إلى الإشباع من خلال الفنون العادمة (أمزيان، و. 2006، ص: 198)

فيسيولوجية 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 فيتمثل في الآثار الكيميائية للمخدر، و عليه 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 يساعد 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)

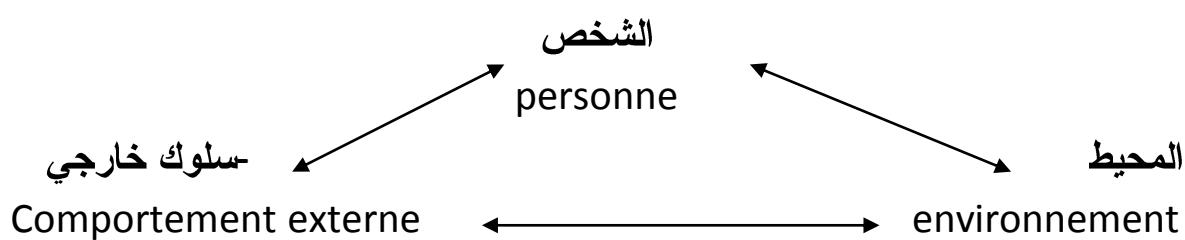
### 3-2- الإدمان حسب النظرية المعرفية السلوكية:

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 آلياً خارج إرادة ووعي الفرد لتعطيه جملة من المعارف المكتسبة حول العالم، كما يمكنها أن ينشط جملة من الانفعالات بهذه الأخيرة التي تنتج و تتحكم مباشرة في السلوك (Fernandez,H,Sztulman 2002, pp :128,129)



**شكل 1: مخطط تمثيل الواقع**

بعد هذه الرؤية المختلفة للمصطلحات القاعدة للنظرية المعرفية السلوكية و التي يرى أصحابها أن السلوك المضطرب و الذي من ضمنه سلوك تعاطي المخدرات هو نمط من الأفكار الخاطئة و الاعقابانية التي تسبب نوعا من الاستجابات السلوكية الالاتوافقية 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

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

1- يستدعي دور ظواهر لتعلم و معالجة بعض الانفعالات

2- يوقف دور الإشراط 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 السلوكيات التي يقوم بها الفرد.  
إذا نصل إلى التحليل الوظيفي للد الواقع المؤدية للإدمان تربط أنماط الشخصية بالبنية المعرفية ، و استراتيجيات التفكير ، كما أن هناك العديد من المتغيرات التي تساعده على الوقع في سلوك الإدمان مثل :

•المعارف السابقة

•الإحباط

•الفقد

•الظواهر المثيرة للقلق

فتحليل ظاهرة الإدمان تستند على مظاهرین هما: السلوك التاريخ

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

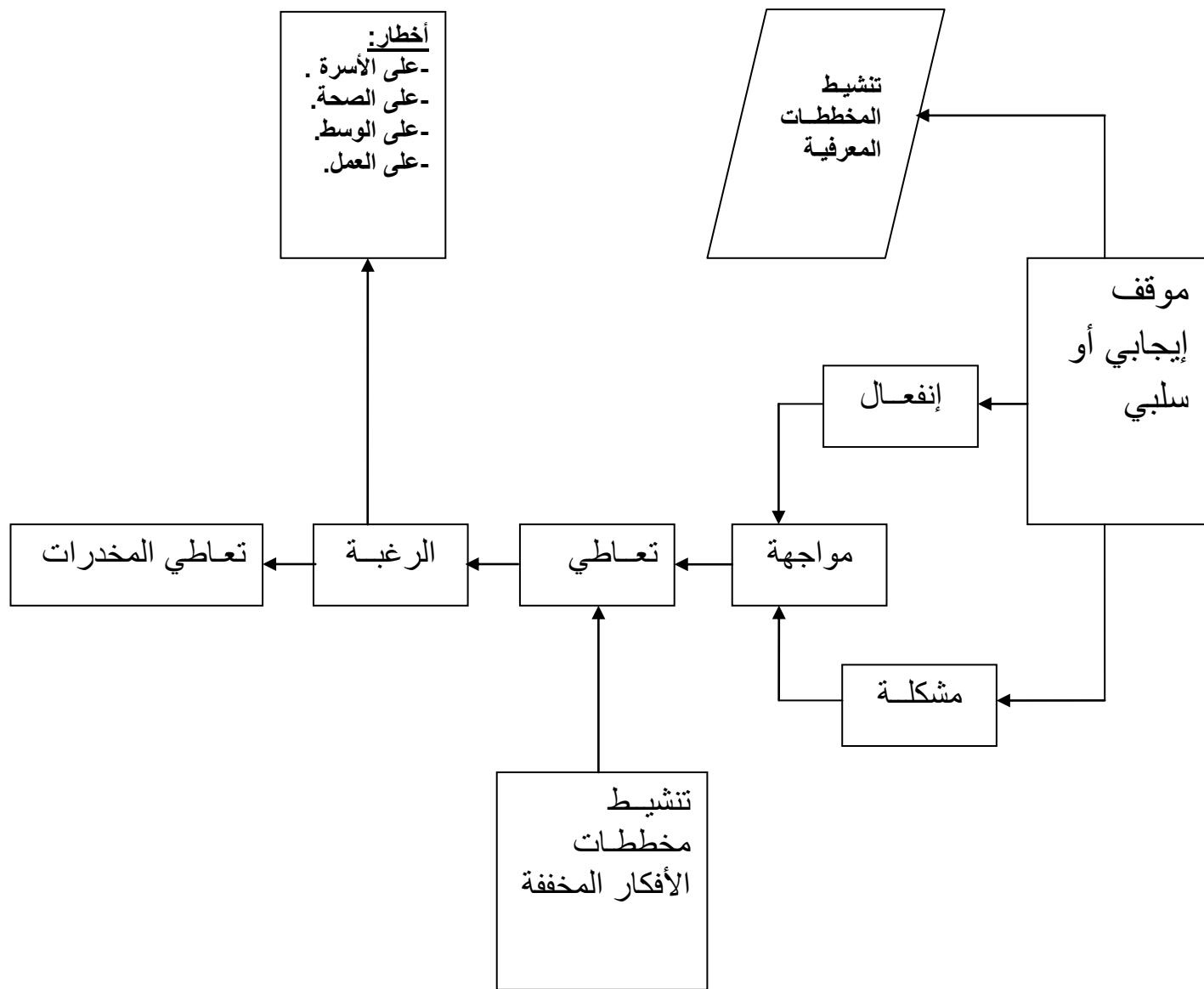
**تحليل التاريخ:** وهو من الضروريات أي نجد أن هذا الفرد له تاريخ هش يمتاز فيه بالقابلية للتأدي و الواقع في هذه التجربة هاته التي تعتبر من عوامل الخطر (Facteurs de risques) و التي تسهل ظهور السلوك.

فالتفاعل بين وضعيات الضعف مثل:(حالات الحصر-الصعوبات النفسية-صعبات التواصل-الوضعيات الإكتئابية-ضعف تقدير الذات-الاندفاعية-صور الذات السلبية ).  
و العوامل الشخصية (داخلية)(ما بين شخصية)مثل(علامات من الشخصيات المضادة للمجتمع-تبعدية-نرجسية) و الوضعيات المفجرة(قد-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 الإشراعية 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 (كتئاب - القلق...) تتحول بالتدريج إلى مخططات تسمى في النموذج المعرفي "مخططات الأفكار المخففة"، أما نتائج فعل التعاطي (الهدوء - الاسترخاء العضلي ...) فتحول إلى مخططات الإنظارات الإيجابية من فعل التعاطي، في حين أن المتغيرات التي ترافق التعاطي (الزمان - المكان ...) فتحول بالتدريج إلى مخططات الأفكار المرخصة، تتشكل هذه المخططات لدرجة أنها تصبح أفكاراً آلية غير واضحة المعالم يستحضرها الوعي بمجرد تعرض الفرد لأحد العناصر المكونة لها، فمثلاً يؤدي التوتر إلى تشغيل المخططات المخففة و التي ستتشكل بدورها بشكل آلي المخططات الباقية، و بذلك لا يصبح فعل التعاطي مقترناً بعناصر واضحة، بل مقترباً 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 يدمون على المخدرات دائماً في حالة قلق و توتر ويشعرون بالهدوء و السكينة مباشرةً بعد تناولهم للمخدرات، مما يدفعهم لتكرار العملية بسبب ما يحصلون عليه من تعزيز كميكيانيزم 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 وإنهاوها 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 السلوكيات 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 و انتلاقاً 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 للألام 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 يساعد في حفظ التوازن، وحسب 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 سبباً واحداً رئيسيّاً 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 الأول في مجال البحث والكشف في هذا الميدان المعينات العميقية السابقة 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 التركيبية يعتبر عامل مهم في الإدمان، حيث برهنت دراسة "فيلانت" سنة 1983 على أن وجود أحد أفراد الأسرة مصاب بالإدمان هو مؤشر قوي بالعامل الإرثي، وليس بالضرورة أن يكون أحد الوالدين مدماناً بقدر ما يكون الإدمان موجود في أفراد الأسرة إذ كلما يكون تاريخ الأسرة عند المدمن مليئاً بالمدمنين كان الإدمان أو الاستعداد للإدمان أكثر خطورة عند المدمن.

كما وقد أثبتت نتائج الدراسة السيكولوجية لـ "كاثلين ميركا نجاس" سنة 1989 أن أولاد أبوين مدمنين لديهم الاستعداد ليصبحوا مدمنين باحتمال مقدار ثلاثة أضعاف بالمقارنة مع الآباء مع الأبوين أحدهما فقط مدمن، ولم يتمكن حتى الآن علم الهندسة الوراثية من تحديد نوعية الجينات (المورثات) التي تنتقل 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 دوراً مهماً 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- إضطراب السلوك:

يرى "جيسور" سنة 1980 أن احتمال الواقع في الإدمان على المخدرات يمكن التنبؤ به بدرجة المشكلة السلوكية أو بالنزوح نحو الإضطراب السلوكى، فال المشكلة السلوكية تشير إلى السلوك المحدد بالمشكل، حيث أن حدوث مشكلات السلوك يحدد بعوامل متداخلة تتمثل أساساً في: السلوك

الشخصية

البيئة الاجتماعية.

**4-2-2- اضطراب الشخصية:**

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

كما وأسفرت نتائج الدراسات عن أن الشخصيات المضادة للمجتمع تتبع تعاطي المخدرات و تخرط في ترويجه، وأن سمات هذه الشخصيات تتسم بالعدوان و اللاأخلاقية في السلوك و الأهداف، و الانحراف في الإدمان إما للتخفيف من التوترات والإحباطات، 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 فرص التي تأهب للعوامل الأخرى (الاستعداد الوراثي و الانفعالي) أن تشارك في عملية الإدمان، وهذا ما أثبتته نظرية التعلم الاجتماعي التي طرحتها "البرت 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 المشكلا.

(Bandura,A.2003,p :430)

فحسب نظرية التعلم الاجتماعي الإدمان سلوك اجتماعي متعلم نتيجة لتفاعل العوامل الشخصية و البيئية الاجتماعية، حيث ثبتت الدراسات السicolوچية أن الجماعة و المؤثرات العقلية لها تعتبر العامل الأهم و الأكثر خطورة في تعلم السلوکات 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 أفكاراً 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 العدوانى 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 غالباً ما يكونون من أسر لا يتوفرون فيها وجود الأبوين، أو يسودها التفكك باشغال الوالدين عن أبناءهم .

(طويلة، ع. 1989، ص: 77)

#### 4-2-5- أثر العامل الاقتصادي:

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

رغم أن معظم الدراسات بينت أن النسبة الأكثري انتشاراً 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 بـ 47.7% و وبالتالي لا يمكن اعتبار الحالة الاقتصادية دليلاً ثابتاً و مؤشراً قاطعاً (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 تركيببي أو نفسي أو اقتصادي.

## 5- مضاعفات الإدمان على المخدرات:

من المتافق عليه علمياً أن المخدرات تدمر الفرد المتعاطي، و لها آثار و مضاعفات خطيرة جداً على الفرد نفسه وعلى المجتمع غير أن هذه المضاعفات تختلف من عقار إلى آخر و تؤدي إلى حدوث العديد من الأضطرابات 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 و يؤثر 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.
- تهييج موضعى للأغشية المخاطية في الجيوب الأنفية و الشعب الهوائية
- التهابات الرؤية مزمنة
- اضطراب الجهاز الهضمي (عمروش، 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 تأكل 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
  - تأثير 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 متباعدة 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 المدركـات، خاصة فيما يتعلق بإدراك الزمان و المكان.

#### **5-1-2-2- اختلال في التفكير العام:**

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

#### **5-1-2-3- الاضطرابات الوجدانية :**

يعيش المتعاطي عدم الاتزان الوجداني، حيث ينقلب من حالة المرح و النشوة و الشعور بالرضا إلى الندم و الفتور و الإرهاق و الخمول والاكتئاب و يبقى في حالة الإنقاـل 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 بالثالث المعرفي الأسود، إذ يتسم المتعاطي بانخفاض تقدير الذات و اتخاذه لأسلوب التهويل و التهويين الأمور كأسلوب أساسى للتفكير مما يقوده إلى الإقدام على الانتحار.

(السويف، م. 1996، ص: 127)

\***تصدع الجانب الأخلاقي:**

يؤدي تعاطي المخدرات إلى فساد الأخلاق، والإقدام 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 إنساناً مسلوب الإرادة يسعى فقط من أجل الحصول على العقار، فيلجأ إلى كافة الأساليب للحصول عليه (الاحتيال ، القتل ، ممارسة الشذوذ...).

**5-2- مضاعفات تتعلق بالمجتمع:**

المخدرات مشكلة و ظاهرة معاصرة رغم وجودها على مراحل متسللة من التاريخ الإنساني، حيث أصبحت بذلك خطاً 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 الانزعال عن المجتمع و البيئة المحيطة.

و من تلك الآثار نذكر مايلي:

- الانعزالية و عدم المشاركة الوجданية و عدم القدرة على الابتكار و الإنتاج لأن المدمر بالنسبة للمدمن مجال للهروب من الواقع المعاش.
- الإدمان يؤثر سلباً 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 تتصهر 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 الجرعة 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 تعقيبات فيما بعد، إذ يعتبر تعاطي المخدرات من قبل أي فرد من أفراد الأسرة و خاصة أحد الوالدين سبباً كافياً 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 قدوتهم في ذلك الأب (عمروش، 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 دراسياً.
- تعرض الأبناء للكثير من المشاكل النفسية كالقلق و الاكتئاب و الخوف الاجتماعي وكذا التشرد و الانحراف.
- وقوع أحد أفراد الأسرة في التعاطي تقليداً 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 مهافي الإجرام و الرذيلة (الحجار، م. 2007، ص: 59).

#### 5-4- مضاعفات تتعلق بالاقتصاد:

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

- تضاؤل الإنتاج نظراً لغياب العمال المدمنين أو بذل جهد أقل نظراً 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 وعدم 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 لاحتمالية 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 وضيفة تحقق للفرد إشباعاً معيناً و خفض لتوتراته و إعادة حالة 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 التساؤلات 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 الانكسار 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 (دردار، ف. 2005، ص: 15)

و يرجع الكثير من الباحثين الإدمان إلى أسباب تتعلق بشخصية المدمن بحد ذاتها ، فالمدمن شخص توقف نموه النفسي الجنسي أو نقص إلى مراحل أو مستويات طفالية ابتدائية بسبب خبرات الفشل في العلاقات الأولى بين الطفل ووالديه، ويتلخص هذا الفشل في تصنيفهم ضمن الشخصيات المضادة للمجتمع Anti social والتي تتميز ببعض الملامة 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 الأخلاقية وعدم القدرة على تأجيل أو الامتناع عن تحقيق المتعة الآنية والعجز عن خلق علاقات متوازنة مع الآخرين (أمزيان، و. 2006، ص: 211)

كما يشير "مصطفى زبور" إلى أن شخصية المدمن تتميز بالطبع الإكتئابي و حالة الاكتئاب هذه من زاوية العلاقة بالموضوع ، وصفة الإدماج العدواني 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 التماสک الداخلي و المتكامل.

2-الواقع الخارجي من حيث مرونته و قسوته و ما يمثله من إحباط ومصاعب تعرّض 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(عموش،هـ.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، و عاجز 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 طبّقت فيها الاختبارات النفسية أوضحت أن الشخصية الإدمانية تتسم بالإكتئابية 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، و النظرة السلبية اتجاه العالم، و النظرة السلبية اتجاه المستقبل، ففعل الإدمان

على المخدرات يرمي إلى محاولة إلهاق 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 يجعل المدمن لا يستحسن العلاقات

مع الآخرين و يرفضها، بعدهما يكون قد رفض نفسه وأصبح لا يرى في المستقبل تحسناً و لا تفاؤلاً (أبو الروس، 1996، ص: 91)، ناهيك عن ما يعتريه من إعاقة معرفية و تشوش في الإدراك و فساد بعض العمليات العقلية كالذكر و الإحساس البصري السمعي و الذوقي، و اضطراب التفكير و جموده و انحطاطه فهو عاجز مثلاً على التفكير المنطقي المؤدي إلى أسباب الأمور ونتائجها، و يتصرف اجتماعياً بطريقة غير ملائمة و كأنه أقل قدرة على التحكم في انفعالاته . (أمزيان، و. 2006، ص: 215)

## 7- مراحل الإدمان:

ولأن الإدمان يتطور فإنه يصبح أسلوباً للحياة، وبدلاً من أن يكون جاماً فإنه يتغير باستمرار، وأنه يتغير فإنه يحدث تغيرات للفرد الذي يعني فهو رحلة ذات بداية و تتحرك في اتجاه. هذا الاتجاه قد لا يكون واضحاً تماماً لكنه موجود.

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

### 7-1- المرحلة الأولى : التغيير الداخلي

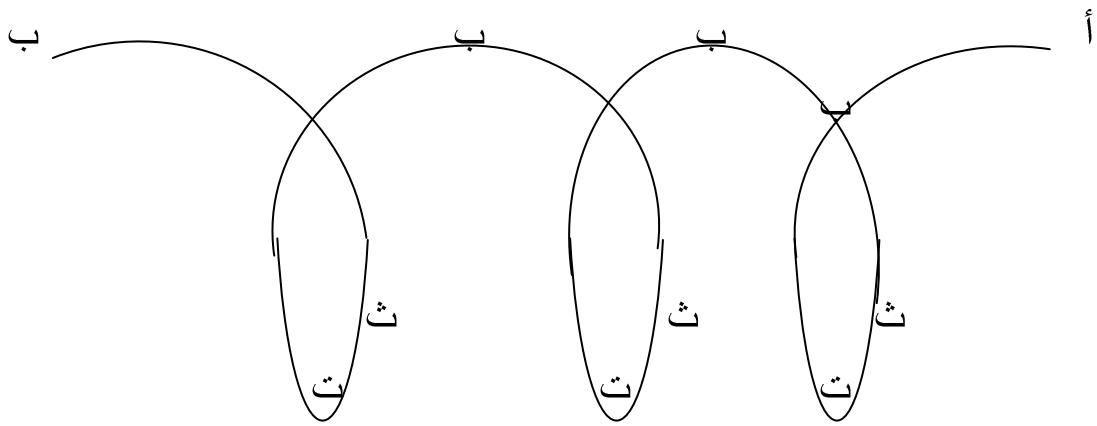
الإدمان يغير الناس بأساليب دائمة و مستمرة، ففي المرحلة الأولى ستتحول الشخصية باستمرار، لأن له من القوة ما يجعله يبدل شخصية الفرد الآخر لكن هذا التغيير على مراحل:

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

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

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

وتكون البداية الحقيقة للعلاقة الإدمانية عندما يعاود الشخص البحث مراراً عن وهم الراحة و التخفيف ليتجنب مشاعر أو موافق غير سارة وهذا هو التعزيز من خلال التجنب، وعند هذه النقطة يبدأ المدمن في التخلص من العلاقات الطبيعية ويبداً استبدال هذه العلاقات بالعلاقة الإدمانية بالمادة المخدرة، وتلك هي البداية للدورة الإدمانية، و الشكل التالي يبين أن هناك حركة لولبية تحدّر لأسفل عدة اندادات و انخفاضات . (كرياج، 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 إعتماد مع المادة ورغبة شديدة في تحقيق أقل قدر ممكن من الألم وأكبر قدر ممكن من المتعة من خلال المادة المتعاطاة، وبمرور الوقت يصبح الشخص مستغرقاً في المادة المخدرة ومبعداً اجتماعياً 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.

(كرياج، 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 فيلجاً للانسحاب الداخلي من الآخرين و الارتباط بالمادة المخدرة وهذه هي بدايات الانسحاب الانفعالي التدريجي من العلاقات بالناس .

و استبدالها 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 بقدراته 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 رسوحا حتى تصبح العناصر السلوكية للإدمان أكثر تفانيا وانتشارا، وجميع هذه السلوكيات دلائل على أن الشخص فقد للسيطرة داخليا ، ويظهر ذلك بوضوح في المرحلة الثانية.

- في 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 اشغالا بالمادة المخدرة و تظهر لديه الاعتمادية السلوكية على المادة المخدرة.

### \*سلوك المدمن في المرحلة الثانية:

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

- يكذب على الآخرين.
- يلوم الآخرين رغم علمه بعدم تورطهم.
- يجعل من سلوكياته الإدمانية طقس له.
- يبدأ في الانسحاب من علاقاته مع الآخرين.

(كرايج، ن.ت. قاسم، أ، كامل، س. 2008، ص ص: 52.51)

وهنا نجد الشخص يقيم عالماً سرياً يسحب إليه انفعالياً وعقلياً وتكون الغلبة للشخصية الإدمانية وفقدان السيطرة سلوكيًا على الذات.

#### \*أمثلة لـلّوّعود الإدمانية:

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

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

المدمن: سوف أحرك وأطلق سراحك.

التفسير: سوف أتملكك.

المدمن: اقضى وقتاً معي، يمكنك أن تثق بأي شخص آخر.

التفسير: اقضى وقتاً معي، وسوف أعلمك أن تكون عديم الثقة بالآخرين.

المدمن: سأعلمك أسلوباً لا تضطر معه لمواجهة المشكلات.

التفسير: ليس هناك تفسير، فالجملة كذبة من الأكاذيب.

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

#### \*الصراع الداخلي :

يعتقد المدمن أنه ينبغي أن يكون قادراً على التحكم والسيطرة على الإدمان، ولكنه غير قادر على إيقاف هذه العملية نظراً لفقدانه السيطرة الداخلية، ويحدث ذلك في المرحلة الثانية حيث يشعر الشخص ويستسلم في النهاية للقوة الهائلة للإدمان عندما يحاول جاهداً أن يضع حدود سلوكيّة ولكنه لا ينجح ويرجع بذلك إلى توجيه المدمن أكبر طاقاته نحو العلاقة الإدمانية بالمُخدِر و هذا ما يدفعه للعزلة، فالمدمن المتمرس شخص منعزل انفعالياً . (كرياج، ن.ت. قاسم، أ، كامل، س. 2008، ص: 72)

يعيش أسلوب حياة إدماني، حيث يسحب كل طاقاته من النشطة والناس إلى المادة المُخدِر لذا يجد صعوبة في أن يحيا حياته فتتسحب الطاقة من الحياة العاديَّة إلى الحياة الإدمانية و العلاقة بالمُخدِر، ويستمر الصراع الداخلي الذي يتطلب مزيداً من الطاقة، ونظراً لأنَّ الفرد المدمن عاجزاً وفاقداً للتحكم، فإنَّ عليه أن يرضخ للأمر الواقع، وهو أمر الإدمان (كرياج، 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 وإبقاء التحكم التام في الشخص و الحصول على الانتشاء و التفعيل، وسميت المرحلة الثالثة بمرحلة انهيار الحياة لأن هنا ستبداً حياة الشخص تتنهار 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 دائماً الآن تقريباً، وهنا يبدأ سحر الإدمان بالانهيار تحت وطأة الضغط الانفعالي الذي يعجز المدمن أمامه على المواجهة لعدم توفر مهارات المواجهة كافياً للتعامل معه فيبدأ المدمن ينهار افعاًلياً، وقد يدخل في نوبات من الغضب دون سبب مع فقدان السيطرة عليه.

ويمتد الانهيار إلى جانب التفاعل الاجتماعي نظراً لارتباط المدمن افعاًلياً مع المادة المخدرة وليس مع أشخاص. فإنه في هذه الحالة يدفع ضرورة 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 توقفه، بيد أن الوعد الإدماني بالتخفيق و الراحة لا يكون أكثر من مجرد وعد.

2- يصبح المدمن خجولاً 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 الانهيار.

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 العاملين في هذا المجال إلى مشكلة الإدمان على أنها مشكلة متعددة العوامل في تصنيفها وعليه فإن المدخل إلى المواجهة والعلاج لا بد أن يكون مدخلاً إنتقائياً يقوم على الاختيار الأنسب لوضع تشخيص وبناء المنهج العلاجي ويتأتى ذلك من خلال تعين وتحديد معايير النجاح بدقة لأن الإدمان في واقعه اضطراباً انتكاسياً ، لذا يتطلب منهجاً إنتقائياً مرجناً لعلاجه.

الصلب المثلث

الملاعج 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 النفسيين الذين بالغوا في تغاضيهم عن الاعتبارات الذاتية لفرد 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 ينبغيأخذها 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 معدلو السلوك المعرفيون أن هناك تفاعلا متواصلا 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 بـآرون بيك:

"آرون 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 الأمريكية (كلية الطب) في سنة 1946 و قضى الفترة الممتدة من 1946-1947 في التدرب 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 "ولاية ماساتشوستس" وقد وضع ضمن قائمة أعضاء هيئة التدريس بجامعة بنسليفانيا- كلية الطب منذ سنة 1954، كما شغل منصب أستاذ بمنصب بجامعة أوستن ريجز بمدينة "ستوكبريدج" بولاية "ما ساتشوستس" ، وكذا مستشار بمستشفى إدارة المحاربين القدماء بولاية "فلاديفيا" وعيّن عضو لجنة مديرية إتحاد 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 السبعينيات من القرن الماضي بعد ممارسة التحليل النفسي، حيث صمم ونفذ العديد من التجارب اختبار مفاهيم التحليل النفسي للكتاب التي توقع أن تثبت صحة مبادئها، تفاجأ بالنتائج العكسية لها، و كانت هذه النتائج هي التي قادته إلى البدء في البحث عن طرق أخرى لعلاج الإكتئاب و بالعمل مع مرضى الإكتئاب 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 الإضطرابات منها الإكتئاب، اضطرابات الأكل، تعاطي المخدرات، اضطرابات القلق، إضطرابات الشخصية

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

له عدة مؤلفات ومقالات منشورة في العديد من المجلات، كما أنه ألف بالإشتراك كتاب "الاكتئاب إكلينيكياً و تجريبياً ومظاهره التظيرية" سنة 1967 وقد أعيدت طباعته سنة 1972 تحت عنوان "الاكتئاب 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 وأحساس 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 وتقدير مدى واقعية هذه الأفكار كما ينظر للعلاج المعرفي بأنه ذاك العلاج الذي يهتم بسيطرة الأفكار، حيث أن التقنيات العلاجية كلها ترتكز على تغيير بنية الأفكار ذات التأثير المباشر على الانفعالات والأفعال، هذا التأثير الذي ينتج كردة فعل المعالجة المنبهات الخارجية بطريق ما وهذا ما يوضحه الشكل الآتي: (palazzolo,J.2004.p: 24)

مثير خارجي	مخيط 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 فإذا 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 اعتمادا على مبادئ نظريات التعلم، هذه المبادئ التي تعتمد على علم النفس التجاري 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 أساسا في معالجة المعلومة (سياق التفكير الوعي وغير الوعي) وتصحيح وتنظيم ادراكته .

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 ثلات: (cottraux, J . 1996. P:14)

المستوى السلوكي

المستوى المعرفي

المستوى الانفعالي

إذا المداخلة العلاجية التي تخرج من تحت التصور المعرفي تساعده 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 الجوهرى في تحديد استجاباته السلوكية و الانفعالية .

- أما "بيلاك" فيعرف العلاج المعرفي السلوكي على أنه طريقة علاجية شاملة تطرق مجال واسع و تتطوّي على افتراضات أولها أن العوامل المعرفية المتمثلة في (التفكير، الصور الذهنية، الذكريات، التخيلات) تشكل أساس العلاقة بالسلوك المختل وظيفيا.

ثانيها تعديل تلك العوامل يكون ميكانيزما هاما لإحداث التغيير في السلوك و يستطرد "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 "بيلاك" 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، العداون...، و يستند العلاج المعرفي حسب "بيلاك" إلى أساس منطقي نظري مفاده أن سلوك و وجdan الفرد يكونان محدودين بشكل كبير بالطريقة التي يتبنى بها الفرد العالم من معارف مختلفة بالنسبة 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 تعديلاً حتمياً للسلوك العام.

لذا يسلم "بيلاك" 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 فضلاً 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.

(العقد، ع. 2001. ص: 33)

في حين "ويليامز" Williams سنة 1984:

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

أولاً : أن العلاج المعرفي ينظم 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 الأبسط إلى الأعقد، وفي ثالياً الجزء السلوكية يتضمن ذلك تقدماً من مهام محددة متدرجة إلى تحديد مهام كاملة ، وفي ثالياً الجزء المعرفي يتضمن ذلك تحولاً من مناقشة الأحداث المعرفية " أفكار، صور، تفسيرات خاصة" إلى التعامل مع معتقدات كامنة و اتجاهات وصور . (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 يترعماها رواد المنظور المعرفي (آرون بيك - ألبرت أليس ..) حيث في هذا التيار المعرفي قدراً كبيراً من القوة الدافعة بفضل هؤلاء الرواد، وجوهر هذه الثورة قائماً 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 فقد تتبه الفلسفه و الرواقيون إلى أن الطريقة التي ندرك بها الأشياء و ليست الأشياء في حد ذاتها هي التي تؤثر على سلوكنا ، كما تتبه العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان و في سعادته و في شفائه وقد اتصفت أداؤهم في هذا

الموضوع بالفهم المتمكن لطبيعة النفس البشرية و العوامل التي تتأثر بها و تؤثر فيها وقد سبقو 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، وقد استمدت فكرة العلاج المعرفي من محصلة علم النفس التجريبي و العلاج السلوكي و العلاج التحليلي، وكان من رواد العلاج المعرفي السلوكي "آليس" 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 محلولة للتوصيل إلى تفسيرات و قواعد علمية للتحليل النفسي و لكنه انتهى بوضع أساسيات و خصائص العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى فنيات أخرى مثل تعلم مهارات حل 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 "آليس" انطلق من دراسته للفلسفة ثم التحليل الذي وجد أنه يتعرف وقتا طويلا و نتائجه 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 بطبع الوجاهة الاجتماعية مع انطوائها على مشاعر سلبية (Hersen,M.2002,p:483)

و كما يعتبر "آليس" الأفكار اللاعقلانية سبب في ظهور الاضطراب الانفعالي فإن "بيك" جاء بنموذج من أكثر النماذج المعرفية أصالة و تأثيرا حيث يرى أن الاضطراب الانفعالي ناتج أساسا عن اضطراب في تفكير الفرد و ما يعتقده 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 العقبات المعرفية وتعليم المفحوص خبرات نوعية وبالتالي تعديل السلوك .  
(Palazzolo, J. 2004.p :13)

### 3-2- تطور العلاج المعرفي السلوكي:

نعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاهها علاجيا حديثا نسبيا ، يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة و العلاج السلوكي بما يضمه من فنيات ، كما يعتمد 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 بحتا منذ بدايته، سواء على المستوى النظري أو على المستوى التطبيقي ، فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار بقصد تغييرها حتى يتسمى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة، وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف بيک عند استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم إلى جانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكدہ "بيک" بنفسه في كتابه الذي نشره عام 1979 " العلاج المعرفي للاكتئاب" ومن هنا بدأت تبرز معايير العلاج المعرفي السلوكي .

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

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

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

كسبب أساسي في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض الفنون السلوكية لتعليم الفرد المهارات التي يجب أن تتغير بتغيير معارفه ومدركاته عن ذاته وعن العالم وعن المستقبل ، ويرى "بيك" أن الشخصية تكون من مخططات معرفية «Schémas» تشمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيم والافتراضات و الصيغ الأساسية لدى الفرد و التي يكتسبها خلال مراحل النمو، ويرى أن الناس تنفعل بالأحداث وفقاً لمعانيها لديهم ، وبهتم "بيك" بالأفكار الأوتوماتيكية السلبية التي تظهر وكأنها منعكفات آلية وتبدو من وجهة نظر المريض بأنها معقولة جدا. ويذهب "بيك" إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثلته التمثيل الشخصي أي "Personnalisation" أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، وأيضاً التفكير المستقطب أي المتمرّكز عند أحد الطرفين المتناقضين، و الاستنتاج التعسفي أي الاستدلال اللامنطقي و المبالغة و التعميم و التهويل و التهويل ، و العجز المعرفي.(فرغلي، ع. 2008. ص: 16)

#### 4- النموذج العلاجي لـ بيك:

يقرر "بيك" أن منهجه عبارة عن نسق علاجي يقوم على أساس نظري سيكوباتولوجي، ومجموعة من الأسس و الأساليب العلاجية و المعرف المستمدة من البحث الميداني، كما أنه علاج نشط محدد البنية و التوقيت، يقوم أساساً على أن الطريقة التي يحدد بها الأفراد أبنية خبراتهم تحدد كيف يشعرون، فإذا فسروا موقفاً على أنه خطر، فإنهم يشعرون بالقلق و يريدون الهرب، و تستمد معارفهم من الاعتقادات و الاتجاهات و الافتراضات، و يضيف "بيك" إلى أنه قد صمم منهجه العلاجي بسبب ما وجده من اضطرابات السيكولوجية التي تتبع غالباً من أخطاء معينة في عادات التفكير، و تفسيرات 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** و**أساليب تعديل السلوك** وهي **أساليب تصمم** بقصد مساعدة المريض على التعرف على التصورات المحرفة و الاعتقادات غير الوظيفية

الكامنة وراء هذه المعارف، واختبار مدى واقعيتها وتصححها، وعن طريق التفكير و الفعل بواقعية أكبر وبأسلوب توأمي في مواجهة المشكلات السيكولوجية الحالية في الموقف، يتوقع أن يخبر المريض قدرًا 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 يتبع على العميل القيام به خارج الجلسة.

إذا كان العلاج وفقاً لهذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير الامتناعي الخاطئ و التشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفة و السعي إلى القضاء عليها فإنه يعتمد على عدة أسس أو مبادئ هي المشاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية 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 وتقديره للواقع موضوعيا، وإعادة التقييم المعرفي، و العلاج البديل (مناقشة الأسباب) ، وبعضها تجربى كالاستكشاف الموجه و التعرض، 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 . ( مليكة، لـ 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 مisman 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 البنيان المعرفي يكون مسؤولاً عن الاستثارة الوج다ية وتعبئة الكائن للفعل أو لشن الفعل .

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

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

\*تكون الأضطرابات النفسية من مخططات « Schémas » معرفية تشتمل كل اضطراب على نسق معرفي ونزعات سلوكية ووجودانية ناتجة .

## 5-2-المبادئ العامة للعلاج المعرفي السلوكي:

يتتألف العلاج المعرفي السلوكي بمعناه الواسع من كل المداخل التي من شأنها أن تخفف من الأضطراب 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 المرتبطة 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، ويطلب 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 و تعمل 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 والاكتئاب لدى المريض .
  - \* العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه عن طريق تعليميه مهارات التفاعل اللازم .
  - \* تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل معين.
- (فرغلي، ع. 2008. ص: 34)
- \* يعلم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيفية التعرف على الآثار والاعتقادات غير الصحيحة، وكيف يعدلها ويغيرها .
  - \* يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات ومهارات متعددة لإحداث تغيير في نمط التفكير والمزاج وبالتالي السلوك.
  - \* يؤكّد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً 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 :

### 6-1- المميزات:

العلاج المعرفي هو علاج نفسي مبني أساساً لتحسين الأعراض التي يعاني منها الفرد وذلك عن طريق الاعتماد على تقنيات أكثر فعالية لمواجهة الاضطراب وتعديلها. فهذا النوع من العلاج يتمركز أساساً على المشكلات النفسية الداخلية، حيث أن النظرية المعرفية ترتكز 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 والمنطقى 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 المتعامل، حيث يعمل كل طرف بصيغة مشتركة للتخلص من أخطاء التفكير و بالتالي انحرافات السلوك، يلعب في هذه العلاقة دور إيجابي و مباشر 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 اللاتكيفية للسلوك....) و التي تساعد المعالج على وضع افتراضات للعمل العلاجي، مع الاعتماد على الاختارات من أجل الإحاطة بالتغييرات و النتائج .

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

إن المعالج المعرفي لا يستعمل أبداً مفاهيم وافتراضات التحليل النفسي من أجل فهم السلوك فبدل الحديث عن "النکوص" و "الثبت" تكون الإشارة إلى "الاحتلال الوظيفي للسلوك" الناتج عن "التعلم الخاطئ" و "الإدراكات" و "التصورات الخاطئة" ، ومنه ينطلق العمل العلاجي من أجل "إعادة التعلم" Réapprentissage .

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

## 6-2-2- الخصائص:

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

### 6-2-1- العمل المشترك المتعاون:

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

التي تعين على حل مشكلة المعالج و صعوباته (حسن، ط. 2007، ص: 188). ومن خلال هذه العلاقة العلاجية التعاونية يستطيع المعالج أن يعرف على طبيعة الاضطراب وأن يعي الأفكار والتفسيرات الخاطئة والموافق والأحداث . (حسن، ط. 2007، ص: 190)

## 6-2-2- العلاج القصير المدى:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي مقاربة 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 15و 25 حصة، و تستغرق الجلسة ساعة واحدة(حسن، ط. 2007، ص: 191) ، و يتم بناء كل جلسة من خلال استخدام أجنده عمل لأن مسار العلاج مختصر و الوقت محدد مقارنة مع الأشكال الأخرى من العلاج النفسي، وحتى عندما تطول مدة العلاج فإنها تبقى محددة زمنياً بناءاً على المنهجية العلمية التي تحدد العلاج ، حيث أن تحديد مدة العلاج تكون بمثابة محفز سواء بالنسبة للمعالج أو الم التعالج و تزيد من دافعية كلا الطرفين للانخراط بفاعلية في العلاج.

(علوي، إ، زغبوش، ب. 2002، ص: 71)

## 6-2-3- علاج استراتيжи و مقنن:

يوصف العلاج المعرفي السلوكي بأنه علاج استراتيجي لأنه يرتبط أساساً بتحديد الأهداف و الوسائل و معايير تقييم النتائج المتحصل عليها ، فالعلاج المعرفي السلوكي منظم حسب خطة العمل ، فهو نوع من برنامج من العلاج يسمح بملائمة مع خصوصيات كل حالة، كما أن خاصية التقنيات تسمح ببلورة بروتوكولات قابلة إعادة الإنتاج على مستوى خطوطها العام. (علوي، إ، زغبوش، ب. 2002، ص 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 المعالج و على الأعراض الحالية، وهذا لا يعني أن هذا النوع من العلاج يلغى ثقل الماضي على الصعوبات النفسية الحالية، ولكنه ينظر إليه من زاوية التعلم على اعتبار أن الفرد يكتسب من خلال الإشراط عدداً 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 يتبع المعالج المعرفي معرفة الصياغة المعرفية عن مشكلة المتعامل التي تحدث نتيجة التعلم الخاطئ و بناء استنتاجات غير صحيحة، وفضلاً 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 للمتعامل. (حسن، ط. 2007، ص: 192)

#### 6-2-5- استخدام الحوار السocratic:

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

1- تحديد و توضيح المشكلة.

2- المساعدة على التعرف على الأفكار، التخيلات و الفروض.

3- تمحيق معاني الأحداث بالنسبة للمتعامل.

4- تقدير نتائج الإبقاء على الأفكار و السلوكيات غير التكيفية.

كما تهدف إلى إيصال المتعامل إلى خلاصات منطقية قائمة على أساس منهجي و ذلك لتوبيخه المتعامل نحو النظر بموضوعية و غير 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 المتعامل 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 سلوكاته.
- 3 تعلم المتعالج كيفية دحض أفكاره الأوتوماتيكية و اختبار مدى ايجابيتها .
- 4 استبدال الأفكار الأوتوماتيكية بتفسيرات أكثر واقعية و عقلانية.
- 5 في المرحلة الأخيرة من العلاج يكون المتعالج قد تقمص كل التغيرات وغير المخططي اللاتكيفي لأفكاره وبالتالي انفعالاته وسلوكاته .
- 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 جانباً مهماً من اهتمامات جميع مدارس وتيارات العلاج النفسي ، بالطبع تبعاً للأسلوب المتبّع في كل مدرسة حيث يمكن اعتبار أن التغيير المعرفي هو في النهاية هدف مشترك تسعى إلى بلوغه جميع تيارات العلاج النفسي تقرّيباً، 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 السينکولوجي تساعد الفرد على مواجهة مختلف أحداث أو مواقف الحياة اليومية ، لكن كأي اتجاه سينکولوجي له ما يميزه و يجعله 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 العقلي المعرفي إليس Eliss هو أن المشاكل النفسية و الأضطرابات العقلية ناتجة عن المعتقدات الخاطئة و الأفكار السلبية عن الذات و هدف هذا التوجّه العلاجي هو الكشف عن تفسيرات الأفراد ل الواقع ، ورصد المعتقدات و الأفكار التي تسبّب لهم المعاناة و القلق و وبالتالي محاولة تغيير هذه الأفكار .

\* لاحظ إليس أن معظم الصعوبات و المعاناة التي يعاني منها الفرد ترجع إلى تمسكه بأفكار مثالية و غير 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 سلوكاته اليومية – على محك العقل – لذا يمكن نعت هذا العلاج بالعلاج العقلاني الوجوداني .

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

- لها صيغة الأمر : يجب أن .

- عبارة عن إلزمات و/أو مسلمات .

- تتسم بطابع الوجاهة الاجتماعية لكن تطبيقها خاطئ .

(علوي، إ، زغيوش، ب. 2009، ص ص: 61، 62)

## 8-2- نموذج بيك :

\* إن منطق الإتجاه العلاجي لدى "بيك" Beck هو ممارسته للتحليل النفسي قبل أن يتبنى العلاج المعرفي السلوكي لما اقتضى بأن تقنيات التحليل النفسي و المبادئ القائمة عليه لا تفضي إلى نتائج سريعة و إيجابية ، كما اقتضى 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 الوعائية .

\* 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 التخلی عن المعتقدات و الأفكار الخاطئة، وله مفاهيم قاعدية يقوم عليها، حيث استخدم "بيك" عددا من المصطلحات المعرفية الرئيسية التي تعین 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 الاتكية و التي تحدد له ردود أفعاله الانفعالية وسلوكياته، تسمى بالحدث المعرفي (Cottraux, 2001,p : 72) . و يعرفها "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 مصوحة فيما يشبه الأسلوب الاختزالي أو التلغافي الذي يقتصر على الكلمات الضرورية ، خالية من التسلسل المنطقي و تحدث تلقائيا كما لو كانت إعكاسية ، وتتشاء 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 الاعتقدات 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 الهمامية.

\* 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 حالية من التشكيل المنطقي الذي يتصرف به التفكير الموجه نحو الهدف أو نحو حل المشكلات .

\* يصاغ هذا النوع من الأفكار في ظل قواعد اليينجويات أي أنها مطافة و تأخذ تعبير تفرض مطالب على الفرد مما يولد لدى الفرد إحساساً 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 وإن 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 الواقع و تشويهاً 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 وتفسير و تقويم هذه الحوادث . (صفهان، ن. 2005. 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 ظاهرياً و تتسم بطابع الواجهة الاجتماعية ، حيث يظهر أنها تتماشى وإرادة الفرد و رغبته.

\* تختلف الأفكار الخاطئة أو "الأوتوماتيكية" بما 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 والتعيميات المتطرفة، كما يقصد بهذا النوع من التفكير التوصل إلى استنتاجات كافية على أساس حدث واحد أي القفز إلى تعليمات 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 الناس.

(ابراهيم،ع. 1998,ص:181)

##### 10-2- التهويل و التهويين:

و تتمثل في الميل إلى المبالغة في إدراك الأشياء و الخبرات الواقعية و اضفاء دلالات مبالغ فيها (ابراهيم،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 بالتشكيك من الإيجابيات. (ابراهيم،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(ابراهيم،ع.1998,ص:183) و يعني الميل للتفكير في صورة مطلقة مثل النجاح الكامل أو الفشل التام أي التطرف في التفكير و الحكم على الواقع 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:"مطلقاً أبداً - دائمًا....". ( حسين،ط.2007,ص ص:147,146)

##### 10-4- القفز إلى الاستنتاجات:

هي استنتاجات خاطئة تنتج عن القراءة الخاطئة للموقف،و التي يجعل 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 بالبعض الآخر من دون ما يشير إلى صحة هذه العلاقة بين الأشياء. (ابراهيم، 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 . (ابراهيم، ع. 1998، ص: 190)

#### 10-6- عزل الأشياء عن سياقها:

يطلق عليه التجريد الانتقائي، أي عزل الشخص لخاصية معينة عن سياقها العام، و يؤكدها في سياق الآخر (ابراهيم، 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 تفسيرا سلبيا، وتعتبر هذه الخاصية من التفكير من أكثر الخصائص تدميرا للذات، لأنها تضع الفرد دائمًا في موقف 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 حدثا بسيطا (ابراهيم، 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 المثالى:**

و يسمى أيضاً تعبيرات الينبغيات و هو نوع من الالزام، وهو تفسير الأحداث في ضوء ما ينبغي أن تكون عليه الأشياء بدلاً 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 الوساوس القهري TOC.
- الشراهة العصبية ، فقدان الشهية العصبية .
- 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 من 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 وانفعالاته وسلوكياته، فهي قادرة على التمييز بين الأفكار الخاطئة والأفكار الصائبة، ويكون تغيير علاقة الفرد بالأفكار و المشاعر السلبية أفضل تدخل علاجي في العصر الحالي.

الْأَنْجَلِيَّةُ الْعَادِيَّةُ  
الْأَنْجَلِيَّةُ الْمُهَاجِرَةُ

**تمهيد:**

من المهم أن يؤكد المعالج أن خطة العلاج تتطلب إزاماً طوياً المدى بتغيير نمط الحياة، و الاتجاهات وديناميّات العائلة، بل وأحياناً تغيير الموقع الجغرافي، وكلها فرارات يتبعين أن تصدر من المريض.

و المعالج هنا يكتفي بتشخيص الاعتمادية على المادة النفسيّة، بل يقوم بتقدير شامل ودراسة مفصلة لتاريخ التعاطي، ومن الأهمية أثناء العلاج المعرفي السلوكي اكتشاف أي اضطرابات مصاحبة للإدمان مثل: الاكتئاب، القلق، التفكير البارانيدي، أو بعض المخاوف المرضية، وكذلك من الضروري معرفة بعض أنواع المواد النفسيّة المعتمد عليها.

وتتحدد الفلسفة العلاجية للبرنامج المعرفي السلوكي في الإدمان بوصفه أحد أنماط السلوك المتعلّم أكثر من كونه مرضًا فقط، فمتعاطي المواد النفسيّة يتعلم استعمالها عبر مجموعة من العمليات ولكنها مشتركة وعامة عبر معظم مجالات الحياة، ويوضح "توبير" 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 المتحصل 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 أساساً 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 و مدة 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 و مشاعره وعلى المعالج أن يستخدم مهارات الإصغاء التي ترتكز على مشاعر العميل، كما يجب أن يتسم بالتعاون و الدفء و التقبل غير المشروط بأحكام، و التفهم المتعاطف. حيث يلعب المعالج في هذه العلاقة دوراً نشطاً في مساعدة العميل في تحديد الدقيق لمشكلاته و التركيز على المجالات الهامة واقتراح أساليب معرفية وسلوكية معينة. ( مليكة، ل. 1990 ، ص: 236)

كما يكون الأسلوب المناسب في إدارة العملية العلاجية هو بناء الثقة بين المعالج و العميل ليساعد 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 الأمثل و العلاقة الطيبة خلال العلاج، إلا أن جهد المحافظة لا يجب أن يحول دون الكشف عن الاستجابات السلبية ن قبل العميل و مقاومته للعلاج. ( مليكة، ل. 1990 ، ص: 237).

فالعلاقة العلاجية هامة و كجزء من التعاون بين المعالج و العميل في العلاج المعرفي، يعمل كليهما معاً 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 عاملًا وسيطًا لتحسين نوع الخبرات التصحيحية خارج العلاج و التي يمكن أن تحسن من المهارات التواؤمية للعميل .

كما عليه أن يقوم بجملة من السلوكيات لبناء علاقة علاجية تسودها الثقة وتمثل أساسا في :

1- تجنب النصائح الأخلاقية .

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 ولو لم يكن المفحوص كذلك.

6- إذا ثبت أن المفحوص كذب على المعالج، فليستخدم المعالج ذلك كحبوب لطاحونة العلاج ولا ينظر إليها كرفض شخصي . (فرغلي، ع. 2008، ص: 188) .

## 2-1- المقابلة في العلاج المعرفي السلوكي :

يهدف المعالج المعرفي في التقييم الأولى 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"

Kendal سنة 1981 طرح الأسئلة الخاصة أكثر من الأسئلة العامة فضلا عن أن

الأسئلة المفتوحة المغلقة يمكنها أن تفضي 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 والإحساس 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، إ. زغبوش، ب. 2009، ص ص: 89، 90)

كما عليه أن يكون في حالة إصغاء لكل ما يقوله المعالج دون أن يصدر أحکاما عليه حول مشكلاته مما يساعد هذا الأخير على التعبير والإفصاح 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 المعانى التي تكمن وراء هذه الأفكار و التي بدورها تولد جملة الانفعالات السلبية و السلوكيات المرتبطة بهذه الأفكار.

(حسين، ط. 2007، ص ص: 202، 205)

### 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 بالمحووس فيما يتعلق بالأفكار الآلية ودلائلها و الانفعالات Beck "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 المحووس أن يجمع هو نفسه معلومات خاصة به.

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

وفي جملة المعلومات التي يجمعها المعالج عن المحووس 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

الفارقى ( مليكة، 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 الذى يقصد به تحديد المشكلات التي يعاني منها المفحوص ذات الأسباب المتشابهة وتجميعها معاً، ثم يحدد المعالج الفنیات العلاجية الملائمة لكل مجموعة من المشكلات . ( حسين، ط. 2007 ، ص: 225 ) .

ويصف الشكل التالي المفهمة المعرفية التي تصور العلاقة الجوهرية بين الاعتقادات الوسيطية ( القواعد، الافتراضات، الاتجاهات ) و الأفكار الخاطئة ولذلك فهي تساعده 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 ) .



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

(علوي، ع، زغبوش، ب. 2009، ص: 92)

## 2- فنیات 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 لابد أن يتمتع باتجاه نقيدي لقوية "النقد الذاتي" لدى المعالج مع الاعتماد على الحوار السocraticي 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 يتاح إعادة صياغتها بالطريقة الصحيحة واستبدال السلوك المرضي بالسلوك السوي، وهنا يمكن القول بأن أهم تدخل مبكر في العلاج( Robat, 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 مفيدة للعمل في الجلسات المقبلة . ( علوى، 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 السocrative.

\*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 واقعيا.
- \* وضع مسافة في العمل العلاجي.
- \* وضع تعاريفات المصطلحات 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 معتمد في حياته اليومية، كما يساعد المعالج على أن يصبح أكثر وعياً بأفكاره الخاطئة فضلاً عن أن استخدامه يعطي مادة لمناقشة 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 يساعد على تقويم أفكاره السلبية ووضعها داخل سياقات خاصة من التفكير العقلاني. (Cottraux,J. 2001, p :7)

الموقف	الأفكار الأوتوماتيكية	العواطف	رد المنطقى	الفعل	النتيجة
وصف موقف حقيقى (أو سلسلة أفكار) أدى إلى غير أو أحاسيس جسدية مزعجة	أكتب الأفكار الأوتوماتيكية التي سبقت العواطف.	حدد عاطفتك أثناء الموقف.	حدد أخطاء التفكير	حدد رد فعل منطقى للأفكار الأوتوماتيكية .	وقد وقى العواطف على المترتبة على ذلك (%)100-0 صف التغير 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 الانفعالية .
  - يتطلب من المعالج شرح الفكرة وليس سببها .
  - قد يعتقد المعالج أنها أفكار معقولة واعتماد على استخدامها بشكل آلي كبت الأفكار أو الصور المرتبطة بخطر متوقع .
  - الافتراضات الخاطئة تكون متصلة، معممة، متطرفة، لا تتأثر بالخبرات العادية.
- (فرغلي، ع. 2008، ص ص : 60، 61)

#### **4-1- الفنون المعرفية السلوكية لتعديل الأفكار الأوتوماتيكية:**

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

##### **4-1-1- تحديد الأفكار الأوتوماتيكية الخاطئة وقياس مدى صحتها:**

تؤثر الأفكار الأوتوماتيكية 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 شيئاً في تلك اللحظة ؟
- 3- ما هو أسوأ ما توقعت 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 الآوتوماتيكية للعميل، كما تساعد في اكتساب خبرات جديدة تساعد في تغيير الأفكار السلبية و السلوكيات 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 موضوع 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:

غالباً 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 و منطقية .

(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 يلتجأ لتنكر المعلومات السلبية التي تدعم الفكرة بسهولة أو أن يفسر المعلومات تفسيراً سلبياً مرتبط بالخبرات السلبية لديه. (فرغلي، ع. 2008، ص: 63).

#### ٤-٤- إقامة التجارب السلوكية أو التدريب السلوكي:

يحتاج المعالج بعد اصطياد أخطاء التفكير لديه إلى تدريب سلوكي يساعد على تبني سلوكيات ومهارات جديدة تتناسب مع المواقف الحياتية مثل: توكيذ الذات، حل المشكلة، مهارات التواصل و التكيف ....، مما يساعد على السيطرة الذاتية نتيجة تعلم أساليب سلوكية جديدة، وهذه التجارب السلوكية تعرف إجرائيا بأنها أنشطة تجريبية مخططهة 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 للمعالجة لتغيير معارفه و بالتالي سلوكه. (حسين، ط. 2007، ص ص: 283، 285)، وهذا ما أثبتته التجارب، سنة 1991 Salkovskis فقد 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 .

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

جدول 2: جدول الأفكار الآلية وكيفية تجاوزها "Beck 1995"

#### 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 خصيصاً لهذا الغرض مثل: قائمة بيك للاكتئاب سنة 1961، وهناك استبيان الأفكار الأوتوماتيكية سنة 1970 وكذلك مقياس اليأس Kendall & Hollon الذي أعدد هولون وكندال" الذي أعدد "بيك"، وإلى جانب هذا هناك مقاييس عدّة 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 للأدمان:

من الملاحظ أن العلاج المعرفي السلوكي لا يهتم بأسباب الاضطراب ولا بتاريخ المفحوص وطفولته، فهو يسعى إلى تحقيق هدف محدد يتمثل أساساً 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 سابقاتها ما دام الأمر يتعلق بالتدريج 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، فالمراحل الأولى من العلاج تتضمن 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 متناول 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 ومهارات جديدة من التفكير والاستجابات التي تساعده على حل المشكلات .

#### 5-3- المرحلة الأخيرة من العلاج:

تتضمن مهمة الوقاية من الانكasa 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 الانكasa .

(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 الانكasaة، كما يتعلم كيف يصحح أفكاره الخاطئة المحرضة للنزوح الإدماني ومع الشدات النفسية و المؤثرات البيئية المسؤولة دوما على الانكاس .  
 (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) موزعة كالتالي:

### \*العشرين دقيقة الأولى:

يتم فيها وضع أجذدة وجدول أعمال الجلسة مع ترکيز 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 تدرييه على مهارة جديدة والتأكد من أن المعالج استوعب الجلسة وهذا ما يعرف باللغوية 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 يتყق 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 المقترن للعلاج:

خاصة بكل جلسة على حد 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 يطلب Feed Back" الجلسة بشكل مستمر وهذا ما يعرف بالתغذية 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 كالآتي :

### 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 ويستعمل في ذلك تقنية لعب الأدوار " " Sondage cognitive يسمح بتحديد تفاصيل المونولوج الداخلي أين يمكن المعالج من إيجاد الروابط بين أفكار، انفعالات و سلوكيات المعالج وذلك عن طريق رصد العلاقة الموجودة بينهم، معتمدًا في ذلك على جدول التسجيل الذاتي لـ " بيك " الذي يتكون من ثلاثة خانات يملؤها المعالج خارج الجلسة طيلة 5 جلسات الأولى، متبوعا في ذلك المثال التالي :

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

جدول 3: جدول تحديد الأفكار الأوتوماتيكية

(Cottraux,J. 1996, p : 170)

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 والأخرى مع وضع درجة شعوره بالرغبة أو عدمها في ذاك النشاط و التي تقدر قيمتها من 0 - 5 درجات .

## سجل النشاطات للأسبوع:

**ملاحظة :** ضع ر للرغبة وقيم من 0 إلى 5 (0 لا توجد رغبة و 5 رغبة 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 وأحياناً 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 الأوتوماتيكية 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) **\*الالتواءات المعرفية : Distortions cognitives**

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

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

### \*المسلمات: Postulats dysfonctionnel

تعرض محتوى الأفكار الخاطئة التي قاعدها الالتواءات المعرفية حيث يناقشها المعالج مع المعالج داخل الجلسة تحت ما يسمى بالحوار السocratic مع العلم أنه على المعالج ألا يقدم فلسفة جديدة للحياة وإنما يطرح عليه أسئلة سocratique في شكل حواري دون فرض أجوبة عليه.

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

المعارضة	المؤيدة	الحج
		على المدى البعيد على المدى القريب على المدى المتوسط

جدول6: جدول استقراء المسلمات

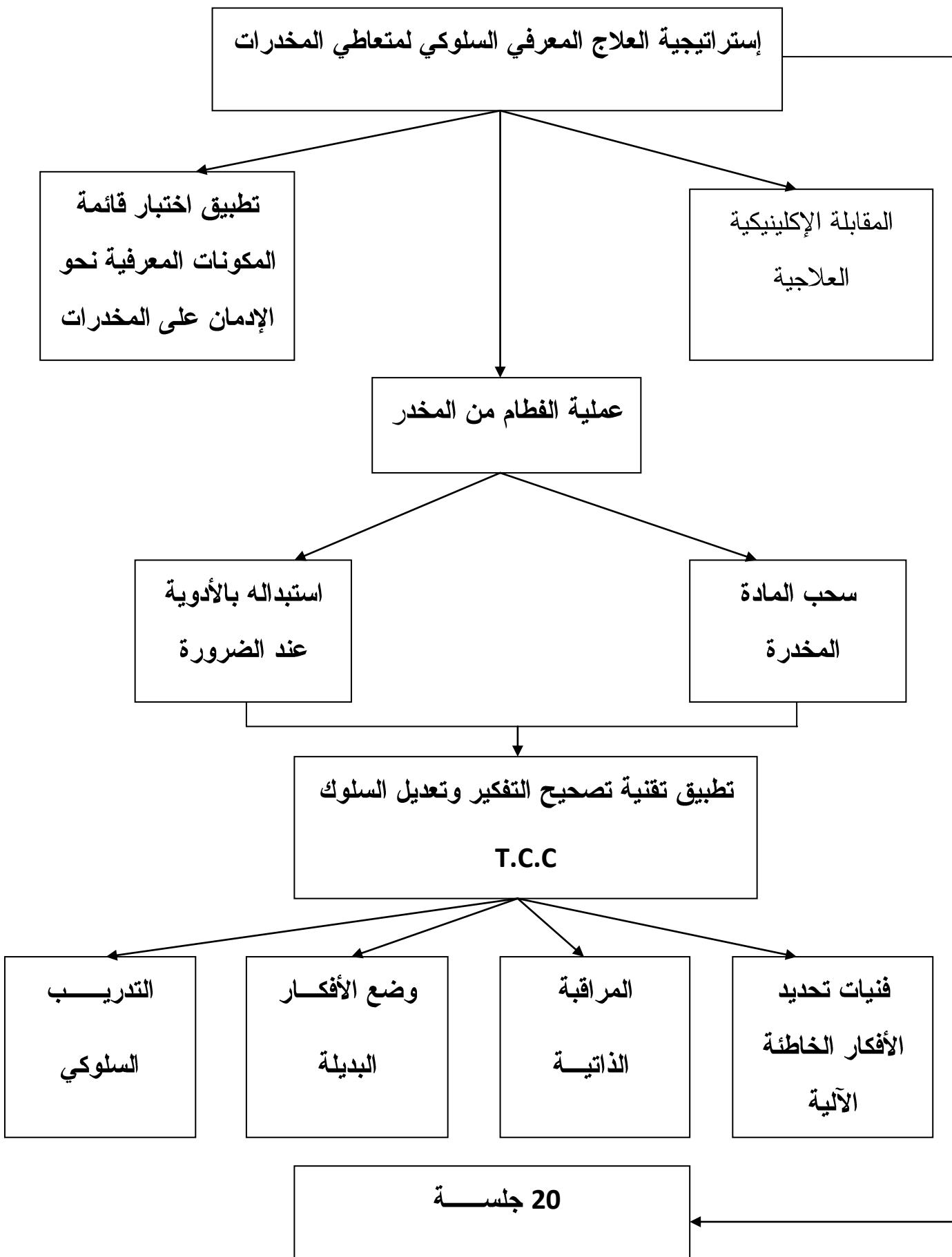
وفي الأخير يصل المعالج إلى استدخال هذه الطريقة في التعامل مع الأفكار أوتوماتيكية و الالتواءات المعرفية و المسلمات، و في الأخير يتم إيجاد التوازن بين الأفكار السلبية و الإيجابية .

#### **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

مراقبة(Cottraux,J. 1996, p :170) .Contrôle

## 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، ذاك كون تفسير أسباب الاضطرابات يرجع إلى الأخطاء المعرفية والأفكار الأوتوماتيكية التي تؤثر مباشرة في السلوك وتحكم فيه وتحده ومنه بات من الضروري استخدام مثل هذه التقنيات لتحديد هذه الأفكار و العمل على دحضها وبالتالي تعديل السلوك و التحكم فيه.

**الفصل الخامس**

**ابدأ بآيات القدر لسنة الميلاد**

## 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 أيضاً على أنه الخطوات التطبيقية للإطار الفكري الذي يتبعه الباحث والطريقة المنظمة التي تقتضي الجمع المنظم للبيانات واختبارها (منسي، ع. 2003، ص: 201) و اختيار هذا الأخير تقتضيه وتحده 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 تمكّنهم، من دراسة الحالة الفردية دراسة شاملة وعميقة وقد يصل إلى فهم العوامل العميقه في شخصية الفرد والتي تؤثر في الظاهرة محل الدراسة ( grawitz,M. 2001, p : 385 )

ويهدف إلى مساعدة الفرد المضطرب سلوكياً بغض النظر عن مجال الاضطراب في حل مشكلته وذلك بتطبيق مبادئ علم النفس وقوانيينه 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 وأضطراباتها ملاحظات موضوعية باستخدام وسائل عدّة؛ الملاحظة، المقابلة، الاستبيان وغيرها... 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.

أما 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 يتبعون علاجهم بالعيادة النفسية كما تحددها طبيعة الأدوات المستخدمة

## 4- أدوات الدراسة:

إن طبيعة الموضوع، فرضه، 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، والم مقابلة إكلينيكية هدفها علاجي وتعرف هذه الأخيرة بأنها: "وسيلة معايدة 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 وفرضه وأهدافه، وهو الاستبيان الذي يتكون من مجموعة من الأسئلة المرتبة حول موضوع معين. يتم وضعها في استماراة 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. الذنوبات،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 عدداً من المحاور والتي يتناول كل منها جانب من الإدمان، وكل محور

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

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

### **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 لقائمة 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 أساساً 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 اقتراحه بهذا الأخير مؤقتاً.

وقد سعت الباحثة من خلال هذه التقنية إلى مساعدة الفرد المدمن على تغيير نمط حياته عن طريق اصطياد 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 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 خصيصاً لغرض علاج المدمن على المخدرات ومساعدته في التخلص من الإدمان عن طريق تصحيح أفكاره الخاطئة عن المخدر.

وقد استندت 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"، فأثرت هذه المقابلات بوضع تشخيص فارقي للحالات كونه متعاطي مخدرات مستندة في ذلك بالدليل" التشخيصي الرابع "DSM4" وقائمة المكونات المعرفية والتي أسفرت بوجود أفكار خاطئة لدى المدمنين دافعة لتمسك المدمن بالمخدرات، ومن هذه المنطقات تم بناء التقنية العلاجية والتي ترتكز أساساً 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) دون أن ننسى بالذكر مشاركة الباحثة في عدة دورات تدريبية لتعلم مهارة العلاج المعرفي السلوكي بقيادة مكونين أجانب 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 للفصل الرابع من الجانب النظري.

الفصل السادس  
عمرك ونطليون وما يقتضيه النتائج

## 1- عرض حالات الدراسة:

### 1-1-1- الحاله الأولى:

#### 1-1-1-1- تقديم الحاله:

(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 احترف شرب المواد المخدرة بأنواع متعددة فلسان حاله يقول : "اشربت الديازى، 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. وترزمنا مع هذه الأحداث تناول الكثير من المواد المخدرة ذكر منها قائلا: "شربت الزطلة، الكاشيات، الرنقبية، الديليون وحتى الغبرة" واستقر به الحال مع "الكيف، الديازى، وحتى الريفو ...." هذه المواد و التي صاحبته لمدة طويلة تخلتها 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 باعت 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 تساعدته في الحصول على المواد المخدرة، وبعد إنتهاء 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 متاثرة 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 ينهاها ضربا وهو تحت تأثير الكحول والمخدرات.

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 تتوج بالنجاح المؤقت ولكنه يعود للمخدرات عند أول مشكلة تصادفه أو إحباط يتعرض له أو حادثة يفقد فيها شخص معين يتعاطى المخدرات بشغف أكبر. لكن كل محاولاته كانت فردية لم يسانده فيها أحد. وقد أبدى استعداداً ورغبةً جادةً في الإقلاع عن تعاطي المخدرات من أول زيارة له للعيادة النفسية طلبا المساعدة العلاجية .

## 1-2- عرض و تحليل الحالة:

### المقابلة التمهيدية:

كان (س.هـ) قد اتصل بها تلفون العيادة وطلب موعداً من الممرضة، وعند قدومه إلى أول مقابلة دخل مكتب الفحص النفسي طالباً من الممرضة أن ترافقه، كان مرتبكاً وقد سأله الممرضة خارجاً عن مدة مقابلة وعن شكل مكتب الفحص وعن سن الأخصائية المعالجة.

ألقى العميل التحية وبعدها أضاف: " وأخيراً، قد أتيت وأنا حاولت انكسر هذا الحاجز و " Psychologue الحمد لله رأني مع قلت له : " حاولت كثيراً إذا ... " ، قال: " عندي حوالي 3 سنوات " حاب ai beaucoup de chose l'بادر العميل مباشرة قائلاً: " حكيمه حاب نحكى ما لقيتش ألي يسمعهم Mais أنقولهم " طبعاً كان جوابي : " أنا هنا لأسمعك، وتأكد كل ما سنتحدث فيه في هذه الجلسة و الجلسات القادمة، سيبقى بيننا ".

كل حاجة راح أتقوليها أعلالي بها، ومتأند منها، أنا Je sais bien لفاظعني: " يحتاج نرتاح ونخلص من الإدمان إل دمرلي حياتي ... "

وطبعاً كل مقابلة تمهيدية يكون لها بروتوكول خاص حيث بدأت بطرح بعض الأسئلة المتعلقة بالبيانات الشخصية، تتمثل أساساً في الاسم واللقب والسن ومدة تعاطي المخدرات، وتأكد من وجود محاولات الإقلاع من قبل، كما سبق التقديم له في تقديم الحالة .

وأصل بعدها العميل كلامه بانسياب يروي قصته مع الإدمان دون انقطاع ومتى كانت أول تجربة له مع المخدرات، وهكذا كل ما كان يتعلق ب حياته وعلاقاته الاجتماعية والأسرية منها، كنت أتدخل بين الحين والآخر لطرح بعض الأسئلة التي تخدم المقابلة وتساعدي 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 ورغبتة في التخلص من المخدرات وقد بدی ذلك في قوله: "أنا قررت باش انحبسها بإذن الله ما نزيدش نتکيف الزطة ولا نشرب الحبوب خلاص، أنا لازم نبدأ حياتي من جديد، شوفي حياتي أكل راحت، داري رابت قدامي..." كان يقول هذه العبارة وهو يذرف دموعاً ويتصرّ. كنت أغتنم مثل هذه المواقف أثناء المقابلة لبناء الثقة كمعالجة 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 باكياً ووضع رأسه على المكتب، وساد الصمت الجلسة مدة من الزمن قاطعت ذاك الصمت قائلة: ""يبدو أنها أشياء مهمة تلك التي أضعتها؟"" قال: نعم . أكيد... .

وببدأ يروي قصة موت ابنته وطلاق زوجته وفقدة لكل شيء بعدها، المنزل، العمل... ثم أضاف : "وكذلك بسبب المخدرات ذلك الوحش الكاسر"

كان كلامه كلّه حول مشاعر الذنب وتأنيب 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: "اتخلت على داري و انشغلت بالكيف و الحبوب، عاقبني ربي نحالي بنتي وأدى زوجتي، نستاهل"

تدخلت لأهدأ من روعه وطمأنته أنني سأساعدك حتى يتخلص من تعاطي المخدرات نهائياً خاصة ورغبتة 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 تأكّدت بأنه مرتاح، وضررت 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 وسائل الممرضة إن كانت الأخصائية موجودة في العيادة أم لا؟ لتجيبه بأن الأخصائية موجودة في مكتب الفحص، حيث كانت الباحثة تحضر بعض الأوراق الخاصة بجداول تساعدها في تنظيم المعلومات المستقة من المقابلة كونها مقابلات علاجية كهدف أساسي .

حيث كانت الباحثة قد ركزت في الجلسة الأولى على الإصغاء لمشكلة العميل مما يساعد ее على الإفصاح عن مشكلته بكل وضوح، مع تسجيل الملاحظات عن كل ما يتعلّق بتاريخ الحالة والأحداث 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 نحكـي..." 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 تفصيص المشكلة واحتزالها 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 تتهمر دون انقطاع وأصابع يديه تتتشابك بين الحين و الآخر، ليتوقف في كثير من المرات ويشخص بيصره إلى السماء وكأنه يتذكر مشهدا دراميا مؤلما . "في يوم من أيام الشتاء المظلم رجعت للدار لقيت الناس قدام الباب، وبابا وخاوتى يبكيو كي دخلت فهمت بلـي أما ما عاتش نزيد نشوفها ، اظلمت الدنيا في وجهي، **cancer** 'اـكـات مـريـضـة بـ malheureusement'

كنت في عمري 13 سنة مازال ما شبعـتـش من أما..." يبكي العميل طويلا، ولم تجرأ الباحثة على أن تستوقفه حتى بسؤال ثم أضاف: " كـيـ مـاتـتـ أمـيـ ماـ اـبـقـالـيـ حتىـ واحدـ فيـ هـذـاـ الـوقـتـ، كـرـهـتـ روـحـيـ وـالـنـاسـ وـالـدـنـيـاـ . وـحتـىـ بـابـاـ اليـ عـادـ يـضـرـبـنيـ بـسـبـبـ وبـغـيرـ سـبـبـ، وـاهـنـاـ دـارـوـ بـيـاـ وـلـاتـ الـحـرـامـ، كـانـتـ الـبـداـيـةـ مـعـ التـدـخـينـ، وـانـهـارـ حـكمـيـ خـوـيـاـ لـكـبـيرـ نـتـكـيفـ رـبـ اـيـسـامـحـوـ أـربـطـنيـ وـاضـرـبـنيـ وـطـفـالـيـ القـارـوـ فـيـ وـذـنـيـاـ وـنـيـفـيـ" سـكـتـ مـدـةـ مـنـ الزـمـنـ دونـ أـنـ يـحرـكـ سـاـكـنـاـ وـكـانـهـ تـذـكـرـ الحـدـثـ منـ جـدـيدـ، ثـمـ قـالـ:

"لا هي مكرة في روحي" أدرى نقول رب يهديه ولا كثر خيره" قاطعته قائمة: **Mais** وكيف دخلت عالم المخدرات؟ ضحك ساخرا: "دخلت من الفراغ ومكرة في الناس هي مكرة في روحي".

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 ماتيش نروح نقرأ. ريحـت مع صاحبي أعطاولي قارو هو تاع زطة وأنا ما علـباليـش، وما فقتـش حتى فـاتـ الـوقـتـ، هـذـيـكـ هيـ السـيـجـارـةـ الأولىـ..." وعن اللي حسيـتـ بيـهـ هوـ ليـ Le plaisir الظروف التي جعلـتـهـ يستمرـ فيـ التعـاطـيـ يقول : " كنت كلـ ماـ c'est vrai خـلـانـيـ انـعاـودـ، وهـذـاـ قالـوليـ رـاهـيـ تـنسـيـكـ فيـ هـمـوـكـ نـهـرـبـ عـنـهـاـ، اـنـحـسـهاـ هيـ أـمـاـ وـهـيـ الدـنـيـاـ نـتـاعـيـ". Problème يـصـرـالـيـ واصل العميل سرد كيفية تناوله للمخدرات، و الشراهة التي عرف بها وسط أصدقائه، لكنه أفلـعـ عنـ التـعـاطـيـ وـنـجـحـ فيـ هـذـهـ التـجـرـبـةـ خـاصـةـ فيـ بـدـاـيـةـ حـيـاتـهـ الزـوـجـيـةـ أـيـنـ تـغـيـرـتـ أـحـوالـهـ وـظـرـوفـهـ حـيـثـ يـقـولـ: "ولـيـتـ عـبـدـ عـنـديـ دـارـ وـأـمـرـأـ وـهـدـفـ فيـ الدـنـيـاـ نـعـيـشـ عـلـىـ جـالـواـ، هيـ بـنـتـيـ" وـهـنـاـ بـدـأـ صـوـتـهـ يـمـتـزـجـ بـنـبرـاتـ بـكـاءـ وـحـسـرةـ تـارـةـ وـتـارـةـ أـخـرىـ بـنـبـرـةـ فـرـحةـ كـلـماـ تـحدـثـ عـنـ بـنـتـهـ، إـلـىـ أـنـ جـاءـ الـيـوـمـ المـشـؤـومـ كـمـاـ يـصـفـهـ (سـ.ـهـ)ـ يـوـمـ الـحـادـثـ الـذـيـ مـاتـ اـبـنـتـهـ ضـحـيـتـهـ يـقـولـ: "وـهـنـاـ فـقـطـ عـرـفـتـ بـلـيـ السـعـادـةـ pour la 2em fois تـهـرـبـ مـنـيـ حـتـىـ لوـ كـانـ نـجـريـ أـنـاـ وـرـاهـاـ، زـادـتـ نـحـاتـلـيـ الدـنـيـاـ بـكـرـىـ أـدـاتـ أـمـاـ وـضـرـكـ أـدـاتـ بـنـتـيـ، وـ أـوـ مـبـعدـ أـدـاتـ زـوـجـتـيـ"ـ ثـمـ أـضـافـ: "أـنـاـ هوـ الـمـسـؤـولـ وـعـلـىـ هـذـاـ الـأسـاسـ لـازـمـ نـتـغـيـرـ لـازـمـ مـهـمـاـ كـانـ الثـمنـ"ـ.

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، وهذا 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 باللغوية 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 بصدور 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 اصطيادها 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 تصریحاته وحاجته 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 بعيداً عن طلب العون من أخصائي آخر يمكنه أن يساعد العميل في التخلص من الاعتماد العضوي عن طريق الأدوية.

وبناءً 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 بجهوده 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 واعتباره على هذا النمط الجديد من الحياة، وتهئته 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 موعده المحدد في أجندة مواعيد العيادة بساعة من الزمن، استقبلته الممرضة وشرحت له أن موعده بعد ساعة، وأن عليه الانتظار في القاعة حتى تنتهي جلسة عميل آخر، استجاب لذلك ورد قائلاً: "لا بأس، فقط أردت المجيء باكراً".

دق موعد مقابلة مع (س.هـ) الذي دخل مكتب الفحص وعلامات السرور بادية على محياه، وقبل إلقاء التحية قال الباحثة وقد عهد أن يناديها بـ : "حكيمة، تخيلي عندي سمانة (أسبوع) ما اتكيفتش حتى قارو نتاع الزطة (حشيش). شفتي (س) كان قادر، برک محتاج اللي يعاونوا" ردت الباحثة على العميل بعبارة تشجيع تحمل ضمنياً إيحاءاً يدفعه للمواصلة والاستمرار .

ثم استفسرت الباحثة عما إذا كان يعاني من أي أعراض انسحابية كأكثر 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:

- أزمات قلق متواصلة.

- 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 خوفاً من أنه لا يستطيع التخلص منها أو أن يعود لها مرة أخرى، وقد ظهر ذلك جلياً في قوله : "ما نيش ثايق في روحي، خايف ما نقدرش نعيش بلا الزطة، ولا نزيد نرجع لها مرة أخرى" وهنا تدخلت الباحثة وطمأنته كون مع وجود الإرادة والرغبة في التخلص من الإدمان حتماً سينجح، كما عملت على غرس الأمل في نفسية (س.هـ) لتساعده في بناء الإحساس

و الثقة بأنه يمكنه التخلص من هذه المشكلة كلياً، وهنا بدأت الباحثة مع العميل في تحديد الأهداف العلاجية وأساليب العملية العلاجية التي سيعمل 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 و استعداداً كبيرين، يظهر ذلك من عبارته: "رانى مستعد تماماً لأى حاجة مهما كانت، المهم نجح في العلاج، و بنى حياتي من جديد"، وهنا أبدت الباحثة تفهمها متعاطف 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 بـ (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 يتعلق بالطفولة من صراعات وأثار سيئة دعمت ظهور كل المشكلات الانفعالية  
و السلوكية لديه، الحالة (س.هـ)

### جوهر المعتقدات

أنا لست حدد بما فيه الكفاية

اشتراطات الافتراضات أو المعتقدات أو القواعد

إذا كنت مضطراً لأن أكون له حدي، 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

سانهار تحت الضغط

#### الموقف '2'

#### الموقف '2'

تكرار التعاطي، مرات عديدة

المخدرات مادة تدخل البهجة و السرور على الإنسان وتتسيء

لا بد من موصلة التعاطي

#### الموقف '1'

#### الموقف '1'

تحريه أول سحابة مخدرات

المخدرات مسكنة للألم

لن أستطيع التخلص منها

#### النشوة

العودة إلى تعاطي المخدرات

تكرار تعاطي المخدرات

موصلة تعاطي المخدرات

وبعد تحديد المفهمة المعرفية لـ (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 أثر أن يجيب هو بنفسه على بنود الاختبار، كما أضاف أنه سيطلب مساعدتي إن احتاج إلى ذلك، أجاب (س.هـ) على كل البنود وكان يقف عند بعضها مستغرباً ومستفسراً حول الفكرة التي يتضمنها البند، ومع نهاية تطبيق القائمة وضعها جانباً، ثم قال: "ما كنتش أعلبالي بلي "، ثم أضاف أنه أصبح الآن مصرًا Le plaisir المخدرات كيما هك، كنت نشوف غير على التخلص منها لأنها تدمر الروح و الجسد و الحياة معاً، 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 تمثل أساساً 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 و معارف (س.هـ) حول الإدمان على المخدرات تتعكس 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 يتآرجح بين إدراكه لها كمادة سامة مهلكة وبين كونها مادة تجلب البهجة و السرور و النشاط للمتعاطي .

## 2- محور التوقعات حول القدرة على التخلّي عن تعاطي المخدرات :

بدا واضحًا من استجابات (س.هـ) حول هذا المحور الذي يدور أساساً حول فكرة إمكانية التخلّي عن تعاطي المخدرات أنه يشك في قدراته ولا يملك من الإرادة ما يجعله يقدم على ذلك دون الخوف من الفشل، فهو يعيش تحت سيطرة الفكرة الأوتوماتيكية التي تدور حول الخوف من الفشل في التخلّي عن المخدر أو العودة له بعد تجربة الطعام، 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 أساساً في جملة من الأعراض الانسحابية التي يخشى (س.هـ) الوقوع فيها عند التوقف عن المخدر، حيث يعتقد جازماً في أن الآلام التي سيعيشها لا تطاق ولا تقاوم ولا يمكن تحملها.

## 4- التوقعات حول مرحلة النقاهة 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 لتخفيتها .

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

تتعارض رغبة (س.هـ) في التخلّي 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 و علاقاته فيه قد تكون سبباً في العودة للإدمان مرة أخرى.

## تعريم الخبرات السابقة للإدمان على المخدرات:

إجابات (س.هـ) توحّي بأنه قد لجأ للمخدر رغبة منه في الهروب من الهموم و الآلام، ولكنها تقعه بدورها في ألم أكبر، فتكون سبباً في خلق أزمات لديه بل في دخوله في صراعات، ورغم ذلك فإنه من خلال إجاباته على البنود يصرّح بعدم قدرته على التخلّي على المخدر كونه ستألم نتيجة التخلّي، ناهيك عن اعتقاده أنها تسبّب إحساسه للسعادة في الحياة.

## **التوقعات حول رد فعل المحيط حول المدمن:**

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

## **المعارف حول رأي الدين في الإدمان على المخدرات:**

من خلال إجابات (س.هـ) حول بند 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 تؤدي الإنسان لكن ذلك لا يسيء لتعاليم ديننا الحنيف في شيء.

## **المعرف حول رأي القانون في الإدمان على المخدرات:**

كانت بند 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 المعرف 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 المنقلب 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 معاشرة حول الأضرار الأسرية لما لحقه وأسرته من أضرار جسيمة نتيجة المخدر والإدمان عليه، فهو يدرك أنها سبب مباشر في انهيار الصرح الأسري وذاك ما ظهر بوضوح من خلال إجاباته.

## **المعرف حول الأضرار الاجتماعية:**

تؤدي 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 والإدراك، 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 يتراوح 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 المعرفية حول الإدمان على المخدرات؛ فإنّ المقابلة الرابعة سطرت أساساً بهدف البدء في تحديد الأفكار الخاطئة والعمل على دحضها وتعديلها.

دخل (هـ.س) غرفة الفحص كعادته ولكن هذه المرة، ألقى التحية مضيفاً مباشرة: "راني فران puisk مانيش نشرب في الكيف، mais راني خايف نرجع". كانت علامات التعب بادية على وجهه لكنه كان يبتسم وهو يقول تلك العبارات، وأكد بأنه سيستمر على هذا الحال حتى يتخلص منها مضيفاً أنه تخالجه مخاوف شديدة من الرجوع للمخدرات مرة أخرى بعد أن أفلع عنها.

**الباحثة:** بينت له الفوائد التي تعوّد عليه من جرّاء تخلّيه عن الإدمان، وبالتالي عليه أن يعي جيداً بأنّ الطعام عملية متّعة جسدياً ونفسياً، كما شجّعته على الاستمرارية، وأكّدت له أنها تدرك مخاوفه لكن طمأنته بأنّ المواصلة وإتباع خطّة العلاج المقترحة سيساعده، ووضّحت له أنّ المجهودات التي يبذلها يجب ألاّ يصاحبها أيّ محاولة لاختبار نفسه على قدرتها في التوقف عن المخدرات؛ لأنّ القيام بمثل هذه الأفعال يضعف قدراته، ثم شرحت له بأنه سيتم التركيز في هذه الجلسة على تحديد الأفكار حول الإدمان على المخدرات فقال: "راني أنشوف بلي راح أكون إنسان محروم حرمان قاسي إذا لم أتناول المخدر".

**الباحثة:** ما طبيعة الحرمان الذي يمكن أن تعيشه دون مخدر؟

(س.هـ): أخاف ما نقدرش أتعيش؟

**الباحثة:** ما هي الدلائل على ما تعتقد؟

(س.هـ): يعني ماذ؟

**الباحثة:** يعني كيف لا تستطيع العيش من دون مخدر، ألا ترى أنّك تعيش من دون مخدرات مدة ثلاثة أسابيع.

كيف يمكن أن تفسّر هذه الوضعية؟

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

(لم أنتبه) أني فعلاً مانيش نشرب في الزطة».

ثم أضاف: «واش يظهر لك أحكيمه، نقدر نكم؟».

**الباحثة:** ما هي افتراضاتك أنت؟

(س.هـ): إبني أعرف باني سأفشل، ثم تردد وقال: أو ربما سأفشل.

**الباحثة:** ما هو دليلك على هذا الاعتقاد؟

(س.هـ): ليس لدى أي دليل، شعرت فقط بهذه الحالة.

**الباحثة:** أنت شعرت فقط بهذه الحالة (تفكير)، كيف يمكن أيضاً أن تفسر وضعية أباً لم تتعاط المخدر مدة ثلاثة أيام؟

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

**الباحثة:** قلت مجرد فكرة ليست واقعاً بعد.

ماذا سيعني ذلك بالنسبة لك، إن لم يحدث.

(س.هـ): أظن أنه لن يحدث، لا أدرى لما أتوقع الفشل، أنا لم أفك في العودة للإدمان منذ ثلاثة أيام.

إذا، بإمكانني المواصلة.

شرح الباحثة ل (س.هـ) هذا النوع من التفكير الخاطئ وهو أسلوب من أساليب التفكير الخاطئة المتداولة بين الكثرين ونخص بالذكر بين المدمنين على المخدرات ولو ميكانيزم معرفي يعرف بـ "القفز إلى الاستنتاجات بشكل سريع"، أي توقع الفشل قبل وقوعه، وقبل الخوض في التجربة، كما وضحت له بأنه قد توقع الفشل على الرغم من أنه خاض غمار تجربة التوقف عن التعاطي لمدة زمنية ليست بالبسيطة،

فكل ما كان ينقصه هو أن ينتبه لهذا العمل البطولي الذي يستحق فعلاً التشجيع، فهو سلوك إيجابي مع قليلاً من الإرادة والاستمرار تمكن أن يواصل.

(س.هـ): يقفز من الكرسي، قائلاً: يحيا العدلـ، 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، كملي معايا برك، ربى يخلبك".

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

**الباحثة:** من أين لك بهذه الفكرة؟  
**(س.هـ):** آه. فكرة أخرى خاطئة.

**الباحثة:** ما دليلك على وجودها؟  
**(س.هـ):** لأنّك لم تبتسمي عندما قفزت، فقط تنتظرين إليّ.

**الباحثة:** وهل لأنّي 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 أنّك 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 تم العمل عليه أثنائها (التغذية الراجعة).**

**(س.هـ):**اليوم تعلّمت حوايج بزاف، وعرفت بلي راني غالط في حياتي كامل وزادت عندي الرغبة باش نعدّ حياتي وأفكاري باش نقدر نعيش alaise.

**الباحثة:** لابد أن ندرك أنه لا يضطرّب الناس من الأشياء، ولكن من الآراء التي يحملونها عنها.

ولهذا سنقوم بمراقبة طريقة التفكير لديك، سأقدم لك جدولًا (أجندة) تقوم بملاهه خارج الجلسة وسيتم مناقشة محتواه في الجلسة القادمة. ومع تقديم الجدول الذي أعدّ من قبل قامت الباحثة بشرح الطريقة التي ستمكن **(س.هـ)** من رصد أفكاره وانفعالاته المصاحبة للمواقف التي سيعايشها خلال الأسبوع طبعاً كلّها متعلقة بمشكلة تعاطي المخدرات، على أمل مناقشتها في الجلسة المقبلة، وتم إنتهاء المقابلة، ثم غادر **(س.هـ)** غرفة الفحص وعلامات الارتياب بادية على وجهه.

### المقابلة الخامسة:

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

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

الباحثة: كل شيء لم تستطع الصبر معه ( العمل على تحديد التعيم ).  
 ( كان الهدف هنا هو دفع العميل بوضوح لقراءة خاصة ونسبة للأحداث، وليس قراءة تعليمية وتبسيطية، كما يفعل ذلك من خلال الاتجاه 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. أقدر نصبر مانشربس الكيف في الأسبوع الرابع، ومانيش مستعد نرجلوا أبدا.

الباحثة: جميل جدا وهذا أهم شيء نسعى إليه.

( قامت الباحثة هنا بتدعميه ووضحت له أهمية موقفه من المخدر والعودة لتعاطيه )  
 أما بالنسبة لجدول المراقبة الذاتي فقالت:  
 وكيف كنت مع الواجب المنزلي؟

(س.هـ): أقيت شوي صعوبات puisk مانيش معتاد أنراقب أفكاري ولا منت نعرف بلي الأفكار قادرة أدير هك.

Mais راني أخدمنوا هو و سجل المتابعة اليومي.

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

الأسبوع الرابع من تاريخ التوقف عن تعاطي المخدرات.

**سجل المتابعة اليومية****سجل النشاطات للأسبوع الرابع:**

**ملاحظة:** \* ضع "ر" للرغبة، وقيم من "0" إلى "5" ("0" لا توجد رغبة، و"5" رغبة كبيرة).

	السبت	الأحد	الإثنين	الثلاثاء	الأربعاء	الخميس	الجمعة
06 سا إلى 07 سا	2	04	2	1	0	0	0
07 سا إلى 08 سا	2	04	2	1	0	0	0
08 سا إلى 09 سا	2	04	2	1	0	0	0
09 سا إلى 10 سا	2	04	2	1	0	0	0
10 سا إلى 11 سا	2	04	2	1	0	0	0
11 سا إلى 12 سا	2	04	2	1	0	0	0
12 سا إلى 13 سا	2	04	2	1	0	0	0
13 سا إلى 14 سا	2	04	2	1	0	0	0
14 سا إلى 15 سا	3	04	2	1	0	0	0
15 سا إلى 16 سا	3	04	2	1	0	0	0
16 سا إلى 17 سا	3	04	2	1	0	0	0
17 سا إلى 18 سا	3	04	2	1	0	0	0
18 سا إلى 19 سا	3	04	2	1	0	0	0
19 سا إلى 20 سا	3	04	2	1	0	0	0
20 سا إلى 21 سا	3	04	2	1	0	0	0
06 سا إلى 00 سا	3	04	2	1	0	0	0

## سجل المراقبة الذاتية للأفكار الأوتوماتيكية

الموقف	الأفكار الأوتوماتيكية	العواطف	رد الفعل المنطقي	النتيجة
- مساءاً بعد العودة من العمل.	- ها أنا من جديد على وشك دون أسرتي	*حزين-تعيس على البكاء .%100	- تناول المخدرات هو الحل الوحيد الذي ينسيني همومي	- الندم.
- ليس هناك من يتصل بي ولا يأتي لزيارتني.	- لا أحد يهتم بي ؛ لأنني مدمن، ودمرت حياتي بيدي.	*حزين- كئيب .%100	- تناول المخدرات من جديد.	- الندم الشديد.
- أمام عدم وجود عمل في الورشة.	- لن أنجح أبداً في حياتي كلها.	*محبط-منهار .%100	- أتناول المخدر بكثرة ثم أعود للمنزل.	- أتناول المخدر بكثرة ثم أعود للمنزل. كحل للمشكلة.

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

**20 دقيقة الأولى:** فقد تم 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، وطبعاً وقد اعتمدت الباحثة في ذلك على التغذية الراجعة لاستيعاب العمل العلاجي داخل الجلسة.

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

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

وبهذا يكون العمل أثناء الجلسة العلاجية بمناقشة الأفكار والعمل على دحضها معتمدة الباحثة في ذلك على الفنون المعرفية الأساسية لتعديل الأفكار وذلك بمناقشة الخبرات الإنفعالية والأحداث اليومية، أيضاً تقنية لعب الأدوار التي ساعدت كثيراً في تحديد واستقطاب أفكاره الخاطئة بما في ذلك اكتساب خبرات جديدة أيضاً، كما اعتمدت الباحثة على تقنية إعادة العزو وإرجاع أسباب تعاطي (س.هـ) للمخدرات لأسبابها الحقيقية، هذا الذي ساعد في المرحلة الأولى من العلاج والتي تضمنتخمس 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 ويخطو خطوة ناجحة هو رغبته الأكيدة في الشفاء والتخلّص من السلوك الإدماني.

ناهيك عن أنّ هذه المرحلة كانت كانطلاقه نحو المرحلة التالية ليتعلم فيها (س.هـ) بعد إدراكه لأفكاره الخاطئة وكيفية تصحيحها، وضع لأفكار بديلة إيجابية لتحدي الأفكار الخاطئة مع التدرّب على تجارب سلوكيّة معايدة، طبعاً 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 استماره سجل الأفكار الخاطئة الأوتوماتيكية، وغادر (س.هـ) مكتب الفحص وعلامات الارتياح والرضى والأمل بادية على وجهه.

## **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 قلقاً بشأن خوفه من الرجوع للإدمان مرة أخرى وعدم قدرته تحمل الإمتاع عن تعاطي المخدرات واعتقاده بأنّ المخدر يساعد على التغلب على مصاعب الحياة اليومية ومواجهة الوحدة، وفي هذه الجلسات تم 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 تضمن التدريب على تعلم أنماط جديدة من السلوك التوكيدية للذات وإعادة بناء الثقة من جديد، ولقد تضمنت استراتيجيات العلاج تحديد الأفكار المصاحبة والتأثيرات وفحصها وتفسير المزايا طويلة المدى لأنماط السلوكية الجديدة والاشتراك في اختيار الوضع.

## **الجلسات من 11 إلى 19:**

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

تم تحسن حالة (س.هـ) بشكل ملحوظ فلقد اختفت الأعراض، ولم يعد (س.هـ) يفكّر في المخدرات كبديل لحل المشكلات ولا يبحث عن التفعيل وإعادة التفعيل من خلال المخدر. وقد تم 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 الاستراتيجية في تعديل بعض الاعتقادات والافتراضات

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

- أن المخدر يجعله أكثر نشاطاً ومرحاً.
- أن التوقف عن تعاطي المخدرات سوف يدخله في جحيم الأعراض الإنساحية.
- أنه لا يستطيع أن يحيا دون مخدر.

كما تضمنت هذه الجلسات العمل على مقاومة التغييرات المطلقة والتي تعمل كقواعد منظمة للسلوك؛ حيث تم تركيز العمل العلاجي على وضع قواعد بديلة تكون أكثر توافقية ومنطقية تتناسب وطبيعة المواقف المعاشرة. 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 تم مناقشتها، وفي ذلك قالت الباحثة:

لقد قضينا كثيراً 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 مما قمت بتسجيله في سجل الأفكار الخاطئة والمختلة وظيفياً، 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 معوج، مانكونش مليح ونرجع 'la drogue' أي لا أستطيع التوافق.

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

(س.هـ): نعم. راني غالط و أناي sur ؟

الباحثة: لا بل أعتقد أنه أمر يمكن معالجته.

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

الباحثة: هذا هو السبب لتسميتها الافتراضات الصامتة؛ لأنّها قواعد تتنظم السلوك تؤثر في تفسيرك للمواقف وتجعلك تتصرف بطريقة معينة دون إدراك.

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

**الباحثة:** حسنا، لا ينبغي أن تتغير بشكل كامل، بل إننا نتحدث عن مواقف محددة؛ لأنّ البحث عن الكمال أمر غير ممكّن، ولهذا سنرى كيف سنقوم ببعض التغييرات.

ومن الأساليب التي تم استخدامها لتعديل الموقف -وضع جدول- الحجج والأدلة المؤيّدة والمعارضة للحجّة.

#### **الجلسة العشرون:**

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

#### **المتابعة:**

لقد كشفت المتابعة عن شفاء (س.هـ) وعدم عودته لتعاطي المخدرات وأصبح أكثر توكيداً ذاته، واستطاع توظيف الأساليب التي تعلمها أثناء العلاج إضافة إلى أنه رجع إلى العمل مرة أخرى وبحزم أكبر ودقة واضحة دون أن ننسى بالذكر أنه خطى خطوة إيجابية في حياته وقام بعقد قرانه مرة ثانية مع زوجته التي طلاقها ورجعت لعش الزوجية.

## ١-٢-٢- الحالة الثانية:

### ١-٢-١- 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. تنقل بين العديد من الأعمال واستقر به الحال كتاجر.

بدأت قصة (م.أ) مع الإدمان على المخدرات منذ مراهقته حيث لسان حاله يقول: "أتعاطي الديازى 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 بظهور 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 جير لا يقاوم بالاستمرار في التعاطي بحكم التحمل أصبحت زيادة مقدير 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 بالثاؤب، و التعرق وفرط إفراز الدموع، وزيادة سيلان الأنف، الارتجاف والانتفاضات العضلية، وقدان الشهية العصبي وغيرها من الاضطرابات الجسدية المزعجة التي كان (م.أ)

يُخاف 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 تشوّك 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، فقد معها عمله.

### محاولات التوقف والعلاج:

قام(م.أ) بمحاولات عديدة للإقلاع عن التعاطي، بدأت بالمحاولة الفردية للإقلاع 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 باهت كلها بالفشل، وكانت آخر محاولة للإقلاع عن المخدر زيارة مكتب طبيب عام في الحي الذي يسكن فيه، هذا الأخير الذي بعثه للعيادة النفسية بر رسالة توجيه. 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

## **الفطام: Sevrage**

قبل الدخول في تطبيق إستراتيجية العلاج النفسي للاعتماد على المخدرات كان البدء بالفطام بسحب المخدر من المدمن وتحتاج ذلك تدخل طبي وتقديم العلاج الدوائي الذي استمر مع الحالة (أ) تقريباً 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 نهائياً، 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 التمهيدية والتي تستند إلى طرح الأسئلة المتعلقة بالبيانات الشخصية الخاصة بـ(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 المعلومات المستقة من المقابلة الأولى، والعمل على عزل المشكلة الأساسية وهي الإدمان على المخدرات كمشكلة تتطلب علاج، وذلك بهدف بناء الصياغة المعرفية عن المشكلة والعميل، مع مراعاة العمل على دافعية العميل نحو الإقلاع عن التعاطي والتغيير 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 واعتماداً على نتائجها، ووضحت الباحثة للعميل طبيعة العلاقة الموجودة بين الأفكار والانفعال والسلوك كتحصيل حاصل وأن طبيعة العلاج تتضمن العمل على اصطياد 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:

## عرض وتحليل ومناقشة النتائج

## الفصل السادس

كل ما يتعلّق بالطفولة من صراعات وأثار سيئة دعمت ظهور كل المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى، الحالة (م.أ)

## الفصل السادس

### عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وَعَقب البناء المعرفي الخاص بالعميل، 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 تتمرّك كلها حول البحث عن النشوة والتفعيل ثم إعادة التفعيل دون التركيز على سلبيات وأخطار المخدرات مع اعتقاده بعدم قدرته على التخلّي حيث يشك في قدرته على التخلّي عن المخدرات مع انعدام الثقة بالنفس وانخفاض تقدير الذات لديه، والخوف من مواجهة الأعراض الانسحابية والألام التي تصاحب سحب المخدر، ناهيك عن اعتقاده الخاطئ بأن المخدر ينسيه همومه ويدخل عليه البهجة والسرور.

وَقبل 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 والفرض في مدى واقعيتها مع وضع أفكار بديلة إيجابية.

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

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

### 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 بالتناقض التدريجي لرغبة (م.أ) في تعاطي المخدرات وطبعا 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 الانسحابية.

د- سجل المتابعة اليومية:

سجل النشاطات للأسبوع: الأسبوع الثاني

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

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

واستمر العمل مع (م.أ) في هذه المرحلة من العلاج باستخدام الفنون 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 الادمانى.

ناهيك عن تدريب العميل على استبدال الأفكار الآوتوماتيكية بأخرى ايجابية وعقلانية. وما ميز هذه المرحلة في علاج (م.أ) إصراره على مواصلة العلاج للتخلص من الإدمان على المخدرات رغم ما عاشه 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 التوكيدى وفحص الأفكار والاشتراك 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 ايجابية، إذ ساعدت هذه التقنية على تعديل اعتقدات والافتراضات الأساسية التي كونها (م.أ) حول المادة المخدرة والتي تمثلت أساساً في:

- أني لا أستطيع أن أحيا 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 تتاسب وتنكيف 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 لـ(م.أ) تم التركيز فيها على تلقين السلوك التوافقى 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 لـ(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 إيجابي لفكرة مناقشة فرضه وأفكاره الخاطئة واقتنع أن تلك المعتقدات كانت تضره أكثر مما تفيده.

### **3-1- الحالة الثالثة:**

#### **3-1-1- تقديم الحالة:**

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

دخل مدينة باتنة منذ حوالي 3 سنوات باحثاً 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 أنه كان يتردّد على أمّه بين الحين والآخر في ولاية بسكرة، لكنه 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) ليعاطي المخدرات خاصة (الحشيش)، كما كانت له جملة من الانحرافات السلوكية مثل: السرقة، شرب الكحول،.. وكانت النتيجة إيداعه أكثر من مرة في المراكز المتخصصة لجنه الأحداث، وانتهى به المطاف إلى دخوله السجن وكان الأسباب هو محامي الدفاع عن المجنى عليه الذي تعرض للضرب من قبل الجاني (ج.و) الذي كان تحت تأثير الكحول والمخدرات، قضى مدة العقوبة و التي قدرت بسنة سجن نافذة، وعند خروجه لم يوفق في إقناع والده بالبقاء معه في المنزل، وفي هذه الأثناء لم يجد (ج.و) غير الشارع ليحتضنه ويمده بكل تسهيلات تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

بعد تجربة السجن انتقل للعيش مع أمّه في مدينة بسكرة، لكن لم يدم بقائه طويلاً هناك ليتحقق بالعمل في مدينة باتنة؛ حيث ساعدته صاحب العمل في توفير المأوى، وأقنعه بالعلاج للتخلص من تعاطي المخدرات بعدهما اكتشف مشكلته معها، حاول (ج.و) لعدة مرات التوقف لكنه 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 بعدهما شعر بتدھور كبير في صحته وصل به حد عدم قدرته على مغادرة الفراش، فقام الأخصائي بكتابة بعض المهدئات لـ (ج.و).

وكانت هذه هي البدايات الأولى للعلاج والإفلال عن المخدرات.

### محاولات التوقف والعلاج:

(ج.و) له عدّة مبادرات منذ المراهقة إلى الآن، لكن باعث 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) وجّهه لمكتب الأخصائية النفسانية (الباحثة) مرفق برسالة توجيه 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) تعرض بمقدار كبير من القلق والغضب وقد ارتبط ذلك بإبعاده عن المخدرات (الحشيش) في الأسبوع الأول من العلاج النفسي على مستوى العيادة، مما اضطرّه لتناول بعض المهدئات ومضادات القلق لمدة ليست بالطويلة أثناء العلاج؛ حيث خصّت الجلسات الخمس الأولى لتوضيح جميع الجوانب المتعلقة بمشكلة تعاطي المخدرات وأسبابها وآثارها، وبناء الصياغة المعرفية لـ (ج.و) وذلك من خلال بناء المفهمة المعرفية له كما هو موضح في الشكل التالي:

### عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### الفصل السادس

كل ما يتعلّق بالطفولة من صراعات وآثار سلبيّة دعّمت ظهور كل المشكلات الانفعالية والسلوكية لدى، الحالة (ج.و)

## الفصل السادس

### عرض وتحليل ومناقشة النتائج

بعد بناء المفهمة المعرفية للعميل وتوضيح أهم المعتقدات والافتراضات والقواعد المعرفية التي يرتكز 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 عميقه رغم تركيزه على سلبياته وأخطاره مع اعتقاده بعد قدرته على التخلص والتى ترجمت أساساً في انعدام الثقة بالنفس، كما ويظهر التحليل انخفاض تقدير الذات لديه الذي عاد سلباً 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 المنزليّة 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 الموجدة بين الأفكار والمشاعر والسلوك، وانتهت المرحلة الأولى من العلاج بتوضيح معلم العلاقة العلاجية، فقد استوعب (ج.و) كيفية العمل فكان مرتاحاً للدخول في المرحلة التالية للعلاج، بل كان يتطلب بالتعجيل خاصةً بعد أن قطع عدة أسابيع من توقفه عن تعاطي المخدرات، والجدير بالذكر أنّ (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 وحدّدتها بدقة لا متناهية. لكن ما ميّز العمل العلاجي مع (ج.و) أنه كان صعب المواجهة بسبب معاملته المهدّدة؛ حيث كانت قضيّة من الذي يتحكم؟ قضيّة أساسية بالنسبة له، وقد أعاد ذلك العلاقة التعاونية، ومع بداية الأسبوع الثاني من المرحلة الوسطى من العلاج أحضر (ج.و) قليلاً من الواجب المنزلي مدعياً أنّ المشكلة الأساسية التي تم تحديدها في بداية العلاج قد اختفت كلية، ولم يعد لديه الرغبة في تعاطي المخدرات كما صرّح أنه لا داعي عرض وتحليل ومناقشة النتائج

### **الفصل السادس**

لتناول الأدوية المهدئه.

وما تبيّن 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 لتخفيض المعاناة، وكان الصراع يتولّد لديه عن فكرة أساسية خاطئة مداها: «أنّه كان يعامل بطريقة سيئة من قبل الآخرين».

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

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

## **سجل الأفكار الأوتوماتيكية:**

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

تميّزت المرحلة العلاجية مع (ج.و) برغبة من التخلص من الإدمان، وإرادته القوية لذلك، وأيضاً 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 يتّوّال لديه التفكير بأنّه من أجل استعادة احترامه لذاته لابدّ أن يقوم بأيّ شيء حتّى لو اضطرّ لاستعمال القوة والعنف إذا لزم الأمر، وال فكرة الأوتوماتيكية الخاطئة التي بني عليها سلوكه هي: «لا يمكن أن أعطي الفرصة لأحد أن يعاملني معاملة سيئة دون أن أعرضه للعقاب».

أما عن الصعوبات التي واجهت العلاج نتيجة رغبته لإدارة العلاج بنفسه ترجع للفكرة الأوتوماتيكية: «لكي أكون جديراً بالاحترام ومتّحملّاً للمسؤولية بشكل ظاهر لابدّ أن أقوم بكل مسؤولياتي»، وكان يشعر بضرورة التدخل في كل شاردة وواردة فيما يتعلق بحياة أسرته التي هجرها بسبب صراعات عائلية قد تمّ ذكرها في تقديم الحالة، مع أنه يشعر بالتهديد ومشاعر القلق كلّما تذكر أنّ أمّه المطلقة تعيش لوحدها ويَتّهم نفسه بعدم المسؤولية، وبالتالي لابدّ أن يعرض نفسه للعقاب.

ومع العلاج الذي دام حوالي 14 جلسة كانت ترتكز كلّها حول اصطياد الأفكار ودحضها وما يتبعها من إقامة تجارب سلوكيّة لتعديل السلوك وتعلم مهارات جديدة لمواجهة الأحداث وكيفيّة التفاعل معها بشكل ايجابي كما ترکّز العمل على وضع أفكار بديلة إيجابيّة.

استطاع (ج.و) أن يدرك أنّ المشكلة الأساسية كانت تعكس عدم إحساسه بالثقة في العالم بشكل عام نتيجة صراعات الطفولة لديه وعلاقاته المرضيّة وتكوينه لأفكار خاطئة عن الأحداث وال العلاقات. وبالتالي اكتشف أنّ إدمانه للمخدّرات و سلوكيات الالاتكّيف تتبع من محاوّلاته 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 مما تفيده.

مع العلم أنّه قد توقف عن تعاطي المخدرات في المرحلة الأولى من العلاج وجّهه في ذلك أنّه لا يستطيع أن ينتظر الأمر من أحد وبالتالي عليه القيام بذلك بملئ إرادته. وطبعاً حتّى هذا السلوك رغم فائدته في التخلّص من الإدمان إلاّ أنه ينبع من صميم معتقداته وأفكاره الخاطئة عن الحكم ومدى استرجاعه لاحترام الضائع.

وبهذا قد وصل العلاج لنهايته المرجوة رغم الصعوبات التي واجهت سير المنظومة العلاجية، خاصة وأنّه يعتقد في فكرة إدارته للبرنامج العلاجي بنفسه. في حين العلاج المعرفي السلوكي يتطلّب التعاون، كما يفرض أن يسير التقنية المعالج لتعديل البنية 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 للانكاس مطلقاً.

## ٤-١- الحالة الرابعة:

### ٤-١-١- تقديم الحالة:

(ب.ر) شاب يبلغ من العمر 25 سنة، عاطل عن العمل رغم أنّ لديه شهادة تقني سامي في الإعلام الآلي، ومحترف 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 سلوكياته نحو السهر ليلاً والنوم نهاراً، ناهيك عن فقده شهيته للطعام، واضطرابه عن الذهاب للصف الدراسي، وفي هذه الأثناء بدأ الصراع يزداد بينه وبين أهله ، فلجاً (ب.ر) - على حدّ قوله وقول أهله- للسرقة من المنزل، فقد كان يسرق بعض الأشياء ذات القيمة لبيعها لأسباب كانت مجحولة لدى أهله، هنا فقط كان قد بدأ يتجرّع سوء الممارسات مع رفقاءه في أحد مستودعات الحي إضافة إلى الكحول وحتى بعض الأدوية المهدّمة.

وفي أحد أيام الأسبوع استفاق سكان الحي على دوي صفارات إنذار الشرطة كانت قد جاءت إلى الحي بحثاً عن جماعة من الشباب يتعاطون المخدرات في مستودع الحي، وفعلاً تم العثور على الجماعة وكان من بينهم (ب.ر) الذي أخذ إلى التحقيق معه وهو تحت المخدر وتأثير المهدّمات، قضى عقوبة قدرت بسنة سجن نتيجة تورّطه مع الجماعة في عدة قضايا سرقة مست الحي وأحياء أخرى مجاورة، إضافة إلى مشادات عنيفة كانت دائماً تنتهي بتدخل الشرطة ، ما دفع (ب.ر) للتمرّد أكثر هو سلوك والده التدعيّي؛ حيث كان يقف دائماً إلى جانبه أثناء حدوث سرقة في الحي ويُشتبه به، فيسدد والده عنه ليتازل صاحب الدعوى عن القضية في قسم الشرطة ليخرج هذا الأخير دون أن يتعرّض لأيّ عقاب.

تواصل غيابه عن المنزل لعدّة شهور، لكنّه كان يعود بعد الحين والحين وهو غائب عن الوعي؛ حيث كان سبب قدومه إلى المنزل فقط ليهدّد أمّه وهو يحمل السلاح الأبيض لتمدّه بالمال أو قطعة من الذهب من ممتلكاتها الشخصيّة، وقد كان يحصل عرض وتحليل ومناقشة النتائج

الفصل السادس

عليها نتيجة خوف الأم من مغادرة ابنها المنزل من جديد.

وفي أحد الأيام استفاق سكان الحي على صرخ (ب.ر) وبكائه طالبا أمّه وأباء فخرج الجميع ليجدوه مرمى على الأرض في حالة مزرية يتكلّم 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 أصدقاءه وبالتالي إلى تناول المخدرات بكثرة، وهنا فقط ظهرت عليه بعض أعراض النفة الهذانية **une bouffé délirante** فتدخلت الأسرة لتنقله للمصحة العقلية مرة أخرى، زاول علاجه هناك لمدة 40 يوم لإزالة التسمّم والتبعيّة الفيزيولوجية للمخدر.

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

- الانعزال الاجتماعي.
- قلة الحركة.
- المخاوف الاجتماعيّة.
- فقدان الشهية.

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

## محاولات العلاج:

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

وما يمكن اعتباره كمحاولة جادة لعلاج الأعراض الانسحابيّة والقضاء على التبعيّة النفسيّة ومخلفات الإدمان هي المرّة التي التحق فيها بالعيادة النفسيّة طالبا العلاج النفسي.

## ٤-٢-١ 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 متربدا 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 غمامه 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 ساعدها على الدخول مباشرة في شرح النموذج العلاجي بعد بناء الصياغة المعرفية له، وذلك من خلال بناء المفهمة المعرفية كما هو موضح في الشكل التالي:

## الفصل السادس

### عرض وتحليل ومناقشة النتائج

وبعد بناء المفهمة المعرفية لـ (ب.ر) و توضيح أهم المعتقدات والقواعد المعرفية التي يرتكز 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 بادية على وجهه، وبعد 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 قبل موعد السفر بحوالي ساعة، اشتَدَّ الصراع بينه وبين والده وانتهى النزاع بمعادرة والديه وهما غاضبان من سلوكه الانسحابي وهروبه من المواجهة، وبعد مدة لا تزيد عن نصف يوم بلغهم أنهما تعرضاً لحادث خطير أودى بحياتهما.

(ب.ر) الذي كان يتآلم لهذا الخبر ، قال أثناء الجلسة بأنه المسؤول عن وفاتهما نتيجة سلوكه وإدمانه المخدر ، وكانت النتيجة أن غادر غرفة الفحص مقرراً بأنه قد تجرع كل هذا الأسبوع كل أنواع المخدرات والحبوب حتى 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 المتحصل عليها وفق فرضيات البحث المطروحة والمعالجة التحليلية المستخدمة من خلال التقنية العلاجية المتبعة.

#### **الفرضية العامة:**

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

من خلال خضوع عينة البحث لتقنية تحديد الأفكار والعمل على دحضها وتعديل السلوك الإدماني إلى سلوك توافقى؛ أسفرت نتائج تطبيق التقنية عن وجود أفكار خاطئة تعمل بشكل أوتوماتيكي لديهم تتحكم في السلوك الإدماني وتعمل على تحديده، وبالتالي فإن دحض هذه الأفكار واستبدالها بأفكار بديلة إيجابية تساعده على التخلص من المخدرات في تعديل السلوك الإدماني و التخلص من التبعية للمادة المخدرة واكتساب سلوك توافقى، وهذا التقرير يؤكّد فرضية البحث العامة و التي مفادها أن الأفكار الخاطئة عامل أساسى لتمسك المدمن بالمخدرات وتغيير الصيغة المعرفية لها يساعده على التخلص من الإدمان.

#### **الفرضيات الجزئية:**

##### **الفرضية الأولى:**

"الأفكار المعرفية الخاطئة عامل أساسى ليتمسّك المدمن بالمخدرات".

أثبتت نتائج هذه الدراسة أنّ العامل الأساسي لتمسك المدمن بالمخدرات يرجع إلى الأفكار المعرفية الخاطئة والتي تعتبر أساس البناء المعرفي لديه إذ تدفع لظهور و تمسك المدمن بالسلوك الإدماني ، وانطلاقاً من هذه المعطيات يمكن القول أنّ الأفكار المعرفية الخاطئة عامل أساسى ليتمسّك المدمن بالمخدرات مما يؤكّد فرضية البحث.

## **الفرضيّة الثانية:**

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

نتائج الدراسة الحالّية أسفرت عن أنّه بمساعدة المدمن للتخلص من الإدمان لابد من تغيير الصيغة المعرفية له، وذلك عن طريق تصحيح الأفكار التي تمّ اصطيادها والتي تعمل كمحدّد للسلوك الإدماني، ولتصحيح هذه الأفكار يقتضي عملية دحضاً و استبدالها بأفكار إيجابيّة بديلة وإقامة تجارب سلوكيّة تساعد المدمن على اكتساب السلوك التوافقي بدل السلوك الإدماني، وهذا ما يثبت ويؤكّد فرضيّة 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 أنّ 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، أما عن متغير العلاج النفسي، فقد اعتمدت الدراسة الحالية على متغير العلاج المعرفي السلوكي، أما دراسة الباحث "أمزيان وناس" فقد ارتكزت على متغير العلاج النفسي مستخدما عدّة تقنيات علاجية.

أما 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

وكسر 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، انطلاقاً من أهدافها، فروضها، مرجعيتها النظرية و الدراسات السابقة وكذا النتائج المتحصل عليها.

لذا ينبغي التوجيه إلى أن الدراسة الحالية بصدق التعامل مع متغير الإدمان على المخدرات وأهم الفنون العلاجية لهذه الظاهرة، انطلاقاً من جملة المفاهيم و التعريفات تحديداً مفهوم منظمة الصحة العالمية له: " بأنه حالة نفسية وعضوية تتوج عن تفاعل الفرد مع العقار مما يؤدي إلى أنماط سلوكية مختلفة تشمل الرغبة الملحة في تعاطي ،كمفهوم واسع يشمل جميع عناصر الإدمان (1991) العقار بصورة مستمرة" على المخدرات حيث يؤثر بشكل معقد على الصحة النفسية و الجسمية للفرد وحتى علاقاته الاجتماعية ودرجة استقلاليته. إذ أن البداية الحقيقية للعلاقة الادمانية تكون أكثر من مجرد علاقة ارتباط 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 الانزوال على الآخرين، فيشعر المدمن بأن الحياة موحشة وبالتالي يخلق لديه مزيداً 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 افعالي (رغبة افعالية شديدة) تظهر في صورة انشغال عقلي (معRFي) ثم سلوكي، مما يسبب اعتياداً 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 دائماً جملة من الطقوس الادمانية ومشاركة فيها وتصبح أسيرة لها بفعل الإدمان، ويكون الغرض من ورائها دفع المدمن نحو العملية الادمانية بشكل أعمق طبعاً داخل الجماعة الادمانية، حيث تكون هذه الطقوس دليلاً عضوية داخل هذه الجماعة التي يفقد كل عناصرها القدرة على إيقاف عملية تعاطي المخدرات نظراً 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 وجزء كبير منه إلى تأثير استخدام العقاقير على وظائف الدماغ و وبالتالي 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 إليس" 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 متجلزة في نظام التفكير لديه، تظهر في شكل أفكار خاطئة أوتوماتيكية (آلية) غير واعية لكنها تفرض نفسها بقوة وتعمل كمحددات للسلوك الخارجي، فتعود بالتأثير على آدائه 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 عرض وتحليل ومناقشة النتائج

## الفصل السادس

من الاستجابات السلوكية اللاتوافقيّة وهذا ما أوضّحه كل من "أيلرت أليس" و "آرون بيك" و "أيلرت باندورا" عن أهميّة العوامل المعرفية و المعتقدات في تحديد الانفعال و تنظيم السلوك الادمانى، وبذلك يصبح فعل التعاطي مقترن بعناصر واضحة بل بافكار محددة بشكل خاطئ وآلبي 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 البنية 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 إيجابية و اختبار الواقع بواسطة إقامة تجارب سلوكيّة تساعد المدمن للتخلص من السلوك الادمانى واكتساب سلوك توافقى .

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 بدلاً من التعاطي.

و استئنافاً 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 واضحاً 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 وتعديمهها.
- 4- تحديث المراكز الوسيطية 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 و تكثيف 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 الادمانى لزيادة تحصين الفرد من العودة إلى الإدمان.
- 8- وضع استراتيجيات أكثر نضجا وتطورا 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 مقاربة بيومعرفية سلوكية اجتماعية للتكميل بالتكفل بالمدمن و لتحقيق نتائج أفضل.

## خاتمة

لقد احتلت مشكلة الإدمان بسبب آثارها السلبية المتشعبه مكاناً ملماساً في اهتمام العديد من الدول المتقدمة و المختلفة على حد سواء، فمشكلة الإدمان و رغم عدم تفاقمها بذات المستويات التي وصلت إليها في المجتمع و مع احتمال تزايد تأثيراتها السلبية مستقبلاً، أصبحت ظاهرة ملحة تستوجب التدخل العلاجي السريع و الفعال باعتماد أساليب علاجية حديثة و تطوير و بناء رزم علاجية، حيث بدأ الاهتمام يتزايد في العشرينة الأخيرة بالعوامل المعرفية للإدمان لبناء استراتيجيات التدخل المبني على التصور المعرفي للمشكلة، ولعل العلاج المعرفي السلوكي توجهاً جديداً لا يزال في مده، 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 تحفزه لتناول المدر.

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 لابد 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). *الكتاب 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 قسنطينة،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 حمي. (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 لدنيا الطباعة و النشر.
- 12- خير الزراد، فيصل محمد. (1984). *علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكيّة* (ط.1) . بيروت: دار الملايين .
- 13- الدردار، فتحي. (2005). *الإدمان -التدخين ، الخمر، المخدرات-* (ط.5). الجزائر: الإتقان للتصنيف.

- 14- الدمرداش، عادل. (1990). *الإدمان مظاهره 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- زiyor، 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 ونتائجها*. مصر: دار المعرفة الجامعية .
- 23- عرموش، هاني. (1993). *المخدرات إمبراطورية الشيطان*. بيروت: دار النفائس.
- 24- العقاد، عصام عبد اللطيف. (2001). *سيكولوجية العدوانية وترويضها-منحي علاجي معرفي جدي*- . القاهرة: دار غريب للطباعة و النشر و التوزيع.
- 25- العساف، صالح. (1989). *مدخل الى البحث في العلوم السلوكية*. السعودية: دار المريخ.
- 26- علوى، إسماعيل، و بن عيسى، زغوش. (2009). *العلاج النفسي المعرفي* (ط.1). عمان: عالم الكتب الحديث.
- 27- فرغلي، علاء. (2008). *مهارات العلاج المعرفي السلوكى* (ط.2) . مصر: مكتبة النهضة المصرية.

- 28- مختار، وفيق صفت. (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- ناكلين، كرایج. (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*.Englend : Springer.
- 34- Bandora, A.(2003). *Auto efficacité de sentiment d'efficacité personnelle* (2em Edition). Pris : Deboeck.
- 35- Beck,A& wright.(1993).*cognitive therapy substanse abuse*.new york :the guilford press.
- 36- Bond,F.,& Dreyden, W.(2004). *HandBook of Brief cognitive behavior therapy*. Englend : 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- *Dictionary of psychological testing assessment and treatment*. (2007).(2end Edition). Englend :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).Pris : 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 Thryapy 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.

**الموقع الالكتروني:**

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

الله  
لهم  
لهم اسْمُكْنِي  
فِي مَنْزَلٍ  
مَنْزَلٌ لِّهٗ مَنْزَلٌ

## قائمة المكونات المعرفية تجاه الإدمان على المخدرات

السن: .....

الاسم: .....

الحالة الاج: .....

التعليمية:

سوف تجد في هذه الكراسة عدداً من العبارات المتعلقة بالمعلومات الخاصة بالإدمان على المخدرات، المطلوب منك قرائتها جيداً، 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 وشكراً على حسن تعاونك

مثال تطبيقي:

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

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

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

	المخدرات أن لا يبقى مع أصدقائه من المدمنين.	
20	في بداية التوقف عن الاندeman 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 جيداً بين أفراد المجتمع	
23	المخدرات ليست خمراً لكنها حرام	
24	الغرامة المالية التي يدفعها الشخص الذي يستعمل وصفات طبية مزورة تحتوي على المخدرات تقدر بـ 50000 دج	
25	الإدمان يؤدي إلى الإصابة بتلف الأسنان وأمراض المعدة	
26	المخدرات تسبب الأرق وصعوبة النوم للمدمن	
27	يفضل المدمن ممارسة الجنس مع بني جنسه بدلاً من الجنس الآخر	
28	كثيراً ما يضحي 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 عصبياً جداً	
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	للخلص 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 لليسان 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 بإراده المريض		
48	التوقف عن تعاطي المخدرات يخلق آلاماً لا تطاق		
49	من أجل التغلب على الرغبة في تناول المخدر يتطلب النظر إلى مسارها		
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	كثيراً ما يسرح الأفراد من عملهم بسبب إدمانهم 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 ضائعاً		
57	المدمن يشعر برغبات جنسية شاذة		
58	رغبة الإدمان تجعل المدمن يضحى بالكثير من واجباته العائلية		
59	تصرفات متعاطي المخدرات تعبّر 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 مثلًا يساعد المدمن على التوقف عن تناول المخدرات		
63	عندما لا يتناول الشخص مادته المخدرة يصاب بفقدان الشهية		
64	تحسن حالة الشخص تساعد على البقاء بعيداً 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 مدمn 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	المدمn يرتكب أخطاء جسيمة في حق زوجته وأبنائه		
74	المدمn عموما لا يستحي من الآخرين في كثير من المواقف		
75	عندما يكون المدمn تحت تأثير المخدر تبدو له الأماكن التي يسir فيها بعيدة عن أرجله		
76	المخدرات هي نبات خلقه الله ككل النباتات الأخرى		
77	التوقف عن تعاطي المخدر هو تغيير لنظام حياة المدمn 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 فتره الحرمان من المخدر عن يومين تصيب المدمn آلام شديدة		
82	المدمn ليست لديه الثقة في نفسه		
83	المخدرات تدخل ضمن(أم الخائث) التي حرمتها 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 والحسيش والكوكايين		
92	من يريد يستطيع، هذه الحكمة تتطبق 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 لا يجرب نفسه		
95	الاتصال بأصدقاء الإدمان يعيد الشخص المعالج إلى تناول المخدرات من جديد		
96	تناول المخدرات تجعل المدمن يرى الأشياء القبيحة جميلة.		
97	المدمن غالباً ما يعتقد أنه مظلوم من طرف الجميع		
98	كل مسكر حمر وكل مخر حرام		
99	القانون الجزائري يفرض على المدمن متابعة العلاج المضاد للإدمان		
100	الإدمان يسبب احمرار دائم للعينين		
101	متعاطي المخدرات غالباً 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 كثيراً ما يظن أن أحلامه حقيقة.	
106		المخدرات عبارة عن سم قاتل.	
107		يحتاج الشخص الذي توقف عن تناول المخدرات إلى علاقات جديدة يشعر فيها بالأمان	
108		عندما لا يتناول 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 حلالاً والممنوع مباحاً.	
112		عقوبة تناول المخدرات في الدين الإسلامي هي التعزير	
113		الغرامة المالية التي يدفعها الشخص الذي يستعمل المخدرات تقدر بـ 5000 دج	
114		الإدمان يسبب للإنسان تشحّم 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.	