

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران -2-

محمد بن احمد

قسم علم النفس و الارطوفونيا



كلية العلوم الاجتماعية

مذكرة لنيل شهادة الماستر في العلاجات النفسية

فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في التكفل بالمدمن

على التدخين

"دراسة حالة عيادية"

تحت اشراف الاستاذة:

ا/د. محزني مليكة

إعداد الطالب:

عبيدي هديل

السنة الجامعية

2015-2014

إهداء...

إن الحمد لله نحمده ونشكره وصلى الله على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه وسلم أما بعد:
أهدي عملي هذا لقررة عيني أُمي التي كانت سندا لي منذ نعومة أظفاري حتى اشتد عودي،
أسأل الله أن يحفظها ويطيل عمرها.

ولا أنسى أبي وإخوتي (هيثم - هالة - هيفاء - منى - هدى - هبة - عبد الرحمان) وباقي
أفراد عائلة عبيدي.

كما أوجه إهدائي إلى عائلة بوهلال من كبيرها إلى صغيرها وزملائي في العمل عمي لخضر
وأمال وكل عائلة أوكبدان وأصدقائي سليمان وزاكي وبوسيف

كما لا أنسى الذين كانوا سندا لي طوال هذه السنة وهم زملائي رضا - علي - عبد القادر -
عبد الرحمان - سهيلة - علياء - بدرة - ميمي - نادية - خليدة - عائشة، أهديهم كامل
التقدير والاحترام فلقد كنا كإخوة خلال هذا المسار الدراسي وأرجوا من الله أن يوفقني وإياهم.

كما أهدي هذا العمل إلى كل أساتذة القسم علم النفس وطاقم الإدارة.

شكر..

أتوجه بالشكر والحمد إلى الله عز وجل الذي رزقني التوفيق

كما أتقدم بكل الشكر والتقدير والاحترام للأساتذة مليكة محرزى الذي كان لها الدور في اختيار هذا الموضوع وعلى كل النصائح والتوجيهات التي قدمتها لي طوال مدة الماستر وأتقدم بشكر للأساتذة طباس نسيمه على المساندة ونصائح التي قدمتها لي وأشكر كل أساتذة قسم علم النفس وأتقدم بجزيل الشكر إلى لجنة المناقشة

ملخص البحث:

الكلمات المفتاحية

التدخين- العلاج السلوكي المعرفي – الإدمان على التدخين

إشكالية البحث

التدخين هو الاعتقاد أو الإدمان على نبتة التبغ والتي هي تعتبر المكون الأساسي للسيجارة واهم المكونات الكيميائية لهذه النبتة "القطران والنيكوتين و CO2 " وللإنارة فقط إن ارتفاع نسبة النيكوتين في الدم تزيد من التبعية والإدمان والتدخين يستهلك بعدة وسائل ولكن الوسيلة الأكثر انتشارا هي السجائر.

لقد تعددت الأسباب المؤدية للتدخين أهم هذه الأسباب هي العوامل النفسية والاجتماعية

إن العلاقة الوثيقة بين ظهور التدخين والعوامل النفسية والاجتماعية يجعل من المدمنين على التدخين في حاجة إلى إرشاد أو العلاج النفسي.

إن العلاج السلوكي المعرفي أظهر فعالية على العديد من حالات الإدمان فقد أجرى كل من "سيذر ذات" و"كافانا" وساير في استراليا تجربة على عينة مكونة من (121) مدمنًا وقد أعطيت نتائج من خلال ستة أشهر بالإضافة إلى دراسة "شارك كيللي" 1994 ودراسة أزين وآخرون (1994) ودراسة محمود عبد الرحمان 2010 بجدة آلية هذه الدراسات قدمت نتائج ايجابية مع حالات الإدمان وهذا ما نتطرق إليه بالتفصيل خلال دراستنا .

العلاج السلوكي المعرفي هو علاج نفسي يتميز بأنه مختصر ويأخذ السلوك من جانبيه الجانب المعرفي والسلوكي فهو يهدف إلى التطابق بين الأفكار ومشاعر وسلوك

ومساعدة الفرد على تغيير أفكاره الأثر ما تيلة وتغيير سلوكياته وهذا ما سنتطرق إليه في دراستنا ومن خلال هذا نطرح إشكالنا:

– ما مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بالتكفل بالمدمنين على التدخين؟

فرضية البحث

يساهم العلاج السلوكي المعرفي في علاج الإدمان على التدخين

النتائج

توصلنا إلى إثبات فرضية بحيث أن العلاج السلوكي المعرفي أظهر فاعلية في التكفل بالمدمنين على التدخين وهذا ما ظهر من خلال الحالة "ع"، كما أن مدة التكفل بالمدمنين على التدخين ليس بالطويلة فالحالة "ع" لم تتجاوز 7 أسابيع من أجل الإقلاع عن التدخين، كما أن الفنيات العلاجية المعرفية والسلوكية لها أثر إيجابي على سلوك التدخين.

كما أن عند معالجة المدمن على التدخين يجب عزل الروابط بين هذا السلوك والمعانات الشخصية للفرد تساعد في التقدم في العلاج والابتعاد إلى النظر للأمور بطريقة درامية.

قائمة المحتويات

الإهداء	
الشكر	
ملخص البحث	
المقدمة	1

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

إشكالية البحث	3
فرضية البحث	3
أهمية البحث:	4
الهدف من البحث:	4
تعريف المفاهيم والمصطلحات	4

الفصل الثاني

العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:	7
تعريف العلاج المعرفي السلوكي:	7
مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :	7
نظريات العلاج المعرفي السلوكي	9
النظرية العقلانية الانفعالية(ألبرت أليس)	9
نظرية التدريب على تعليم الذات	9
نظرية التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية	10
العلاج المعرفي السلوكي لبيك :	11
مدة العلاج السلوكي المعرفي	11
فنيات العلاج المعرفي السلوكي	12

18.....	أهم المفاهيم في العلاج السلوكي المعرفي
21.....	العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية
22.....	مراحل العلاج المعرفي السلوكي:
25.....	مهام العلاج المعرفي السلوكي:
25.....	أهداف العلاج المعرفي السلوكي:
26.....	تحليل الوظيفي في العلاج السلوكي
27.....	خلاصة

الفصل الثالث

التدخين

29.....	تمهيد
30.....	مركبات التبغ
34.....	أسباب البدء بالتدخين
35.....	الإدمان والاعتیاد على التدخين
36.....	أقسام المدخنين
37.....	أنواع التدخين
38.....	إعتقاد خاطئ للتدخين
38.....	الأضرار الصحية للتدخين
38.....	الأضرار الخارجية
39.....	الأضرار الداخلية
43.....	الأخطار الاجتماعية و الاقتصادية للتدخين:
44.....	خلاصة

الفصل الرابع

منهج البحث وأدواته وإجراءاته

46.....	تمهيد
47.....	المنهج العيادي
48.....	دراسة الحالة
48.....	الملاحظة العيادية

49.....	اختبار فحص الهيئة العقلية
50.....	مكان إجراء الدراسة الميدانية
50.....	الحالة العيادية

الفصل الخامس

التقرير السيكولوجي للحالة

52.....	التقرير السيكولوجي للحالة "ع"
---------	-------------------------------

الفصل السادس

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

63.....	مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
---------	---------------------------------

65.....	الخاتمة
	قائمة المراجع
	الملاحق

المقدمة

مقدمة:

إن أي سلوك يعتبر سوي أو غير سوي قياسا بالنتائج المترتبة عنه بحيث تأثر على الفرد ومحيطه الاجتماعي بالإيجاب أو السلب وهذا على عدة مستويات النفسية وجسدية والبيولوجية والاجتماعية وهذا السلوك هو نتيجة عدة عوامل أهمها الجانب المعرفي و المثير المحفز لظهور هذا السلوك.

والتدخين من أهم الظواهر التي عرفت انتشارا واسعا في جل أقطار العالم وانتقل من سلوك عادي إلى عادة ثم إدمان وقد شملت فئة كبيرة من المجتمع على اختلاف فئاتهم العمرية بحيث أن أغلبية المدمنين على التدخين كونوا فكرة معينة عن التدخين مما جعلهم يرتبطون نفسيا به بالإضافة إلى ارتفاع نسبة النيكوتين في الجسد مما يجعلهم في تبعية وإدمان.

وانطلاقا من هذا اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج المقاربة السلوكي المعرفي لدراسة الإدمان على التدخين ومساعدة الحالة بعلاجها على الطريقة السلوكية المعرفية ومن هذا فإننا قد ركزنا على أن التدخين هو مجرد سلوك ناتج من فكرة أو تصور أو إدراك غير سوي متميز بالسلبية وشذوذ وبهذا فإننا سنطبق أساليب تعديل المفاهيم و الإناءات الذاتية والإدراكات الخاطئة بالإضافة إلى الأساليب التعلم السلوكي من أجل قطع العلاقة والارتباط بهذا السلوك.

ومن خلال هذه الدراسة قمت بتطبيق العلاج السلوكي المعرفي من أجل تغيير التصور عن فكرة التبعية للتدخين ومن أجل إطفاء هذا السلوك وهذا ما سنتطرق إليه بالتفصيل من خلال الفصول الآتية بجانبها التطبيقي والنظري بحيث تطرقنا في الجانب النظري للعلاج السلوكي المعرفي وأهم نظرياته وفنياته ومراحله كما تطرقنا لموضوع التدخين بشتى جوانبه أما في الجانب التطبيقي فقد قمنا بدراسة حالة عيادية وقمنا بمناقشة النتائج على ضوء الفرضيات.

الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

– إشكالية البحث

– فرضية البحث:

– أهمية البحث:

– الهدف من البحث:

– تعريف المفاهيم والمصطلحات

إشكالية البحث

التدخين هو الاعتقاد أو الإدمان على نبتة التبغ والتي هي تعتبر المكون الأساسي للسيجارة واهم المكونات الكيميائية لهذه النبتة "القطران والنيكوتين و CO2 " وللإنارة فقط إن ارتفاع نسبة النيكوتين في الدم تزيد من التبعية والإدمان والتدخين يستهلك بعدة وسائل ولكن الوسيلة الأكثر انتشارا هي السجائر.

لقد تعددت الأسباب المؤدية للتدخين أهم هذه الأسباب هي العوامل النفسية والاجتماعية

إن العلاقة الوثيقة بين ظهور التدخين والعوامل النفسية والاجتماعية يجعل من المدمنين على التدخين في حاجة إلى إرشاد أو العلاج النفسي.

ان العلاج السلوكي المعرفي أظهر فعالية على العديد من حالات الإدمان فقد أجرى كل من "سيذر ذات" و"كافانا" وساير في استراليا تجربة على عينة مكونة من (121) مدمنًا وقد أعطيت نتائج من خلال ستة أشهر بالإضافة إلى دراسة "شارك كيلبي" 1994 ودراسة أزين وآخرون (1994) ودراسة محمود عبد الرحمان 2010 بجدة آلية هذه الدراسات قدمت نتائج ايجابية مع حالات الإدمان وهذا ما نتطرق إليه بالتفصيل خلال دراستنا .

العلاج السلوكي المعرفي هو علاج نفسي يتميز بأنه مختصر ويأخذ السلوك من جانبيه الجانب المعرفي والسلوكي فهو يهدف إلى التطابق بين الأفكار ومشاعر وسلوك ومساعدة الفرد على تغيير أفكاره الأثر ما تيلة وتغيير سلوكياته وهذا ما سنتطرق إليه في دراستنا ومن خلال هذا نطرح إشكالنا:

– ما مدى فاعلية العلاج السلوكي المعرفي بالتكفل بالمدمنين على التدخين؟

فرضية البحث:

يساهم العلاج السلوكي المعرفي في علاج الإدمان على التدخين.

أهمية البحث:

هو دراسة علمية منهجية تعتمد على ما أدلى به الباحثون في الاتجاه السلوكي المعرفي بحيث نحاول إختبار فاعلية العلاج السلوكي المعرفي عن تطبيقه على المدمنين على التدخين وذلك بمحاولة فهم التدخين على أساس أنه مكتسبات معرفية وسلوك .

الهدف من البحث:

لا يمكننا العمل على هدف واحد فغاية البحث توصلنا إلى عدة أهداف أهمها:

مختصر عن العلاج السلوكي المعرفي.

دراسة التدخين كسلوك.

دراسة التدخين كفكرة أو تصور أو مكتسبات معرفية.

إختبار فعالية العلاج السلوكي المعرفي على فئة المدخنين.

تعريف المفاهيم والمصطلحات:**البرنامج:**

1. يعرف على أنه نموذج تعليمي يكتسب الأفراد من خلاله المعرفة والمهارات ليتمكنوا من تغيير معرفتهم وسلوكياتهم وانفعالاتهم. Academy of psychology
2. **العلاج المعرفي السلوكي إجرائيا:** في هذه الدراسة: الأسلوب العلاجي الذي تم تطبيقه بهدف تنمية تأكيد الذات وخفض متوسط التدخين لدى المدخنين وفق الأساليب المعرفية و السلوكية التالية (الأفكار التلقائية السلبية –إعادة البناء المعرفي – الاسترخاء-.....). Academy of psychology

برنامج معرفي سلوكي:

هو الأسلوب الذي تم تطبيقه بهدف تنمية الذات والتخفيض من متوسط الإدمان لدى المدمنين على التدخين وهو البرنامج من إعداد الطالبتين.

التدخين: هو أثر تراكمي في جسم المدخن يزداد يوما بعد يوم فلا تظهر أعراضه فجأة ولكنها ستظهر حتما بالاستمرار بالتدخين وإذا ما ظهرت فإنه يصبح من الصعب علاجها ويتوقف الضرر على مدة التدخين وعدد السجائر المستهلك يوميا وطريقة التدخين وحالة المدخن الصحية ونظرا لأن معظم المدخنين يبدؤون التدخين في سن مبكرة فقد تمر سنوات قبل ظهور أعراض المرض عليهم فيظنون أن صحتهم لم تتأثر بالتدخين ولكن هذا غير صحيح، فكل سيجارة يدخنونها تترك أثرها في الجسم وتنقص العمر المفترض للمدخن. قازان (2008)

المدمن على التدخين :

هو الشخص الذي ينعاطى التدخين بصفة دائمة بدرجة الاعتماد على النيكوتين بحيث يؤثر عليه اجتماعيا و نفسيا و صحيا و بصفة ادق فان المدمن على التدخين تكون له رغبة قوية قهرية للتدخين قازان (2008)

الفصل الثاني

العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:
2. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :
3. نظريات العلاج المعرفي السلوكي
أ - النظرية العقلانية الانفعالية (ألبرت أليس)
ب - نظرية التدريب على تعليم الذات
ج - نظرية التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية
د - العلاج المعرفي السلوكي لبيك :
4. مدة العلاج السلوكي المعرفي
5. فنيات العلاج المعرفي السلوكي
6. أهم المفاهيم في العلاج السلوكي المعرفي
7. العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية
8. مراحل العلاج المعرفي السلوكي:
9. مهام العلاج المعرفي السلوكي:
10. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:
11. تحليل الوظيفي في العلاج السلوكي

خلاصة

تمهيد:

سننظر في هذا الفصل إلى أحد أهم متغيرات الدراسة ألا وهو العلاج المعرفي السلوكي الذي بدأ يهيمن على ساحة العلاج النفسي في السنوات الأخيرة، إذ يعتبر من أنجح طرق العلاج النفسي الحديث، فما هو العلاج المعرفي السلوكي؟

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

مفهوم العلاج السلوكي، مفهوم متعدد الأوجه ويمتد ليشمل كل الوسائل الممكنة لتحقيق تغيير مباشر في السلوك المضطرب، ولكي يكون هذا التغيير علاجياً. أي فعالاً وحاسماً. فإن العلاج السلوكي يتطلب صياغة الخطط العلاجية وتنفيذها بهدف إحداث تغيير في البيئة المباشرة المحيطة لظهور السلوك المضطرب، وفي أنماط تفكير الفرد ومهاراته الاجتماعية.

ويهتدي المعالج السلوكي بالحقائق العلمية والتجريبية في العلوم السلوكية، وبتركيز خاص على نظريات التعلم التي ترى أن الاستجابة المرضية والشاذة شيء أمكن اكتسابه بفعل خبرات خاطئة.

ولهذا نجد أن مناهج العلاج السلوكي. على تنوعها وثرائها. تتفق فيما بينها على هدف موحد وهو أن ما أمكن اكتسابه يمكن التوقف عنه، أو استبداله بسلوك أو استجابات أخرى بعبارة أخرى، فإن المعالج السلوكي يطبق القواعد العلمية نفسها في تشجيع الطفل على التوقف عن المشكلة (المرض) وتشجيعه على اكتساب سلوك صحي بديل يجعل حياته وحياة المحيطين به أكثر فعالية وأكثر إيجابية. عبد الستار إبراهيم (ص 265 1994).

2. مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :

إن ما يميز العلاج المعرفي السلوكي هو صبغته التعليمية التي تظهر من خلال سيرورة العمل العلاجي بدء بالتعلم النفسي للمريض وإقناعه بمنطق العلاج ومسؤوليته فيه، وتوضيح العلاقة بين الاعتقادات اللاعقلانية وما يعانیه من اضطراب، ويتم هذا في إطار

علاقة تعاونية مهنية توجهها مجموعة من الضوابط تمثل تصميم مبادئ المنحى العلاجي المعرفي السلوكي وهي:

- يرتبط كل من المعرفة والسلوك ببعضهما البعض.
- تعلم معظم البشرية يتم من خلال الجانب المعرفي.
- إن الاتجاهات والإسهامات المعرفية هي محاور هامة في فهم الفرد وسلوكه والتنبؤ به من أجل دمج المعرفة والسلوك لظهور فنيات علاجية ناجحة.
- التركيز على فهم الفرد للجزء المراد تعديله.
- يعمل كل من العميل والأخصائي بشكل متعاون لتقدير المشاكل ووضع الحلول.
- تقديم الخبرة المتكاملة للفرد بكافة الجوانب المعرفية والانفعالية والسلوكية حيث يستطيع الكثيرون من الأفراد التأثير في سلوك الآخرين من خلال الكلمة والمعلومة وردود أفعالهم تجاه المواقف، وذلك يمكن تقديم الخبرة المتكاملة . آمال اباطة (ص 273 1999).
- ومن ثم فإن العلاج المعرفي-السلوكي يعمل على :
- تعلم البناء المعرفي وإيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
- تعلم وتعميم بعض المهارات الجديدة وتدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبياً، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة. ويشير العلاج المعرفي السلوكي إلى مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية.

3. نظريات العلاج المعرفي السلوكي:

أ- النظرية العقلانية الانفعالية (ألبرت أليس):

قدم أليس نظرية العلاج العقلاني مشتملة على الجانبين الأساسيين في الشخصية، وهو الجانب العقلاني الذي اعتبره هو المسؤول عن الجانب الانفعالي أي أن الاضطرابات الانفعالية والنفسية ترجع بدرجة كبيرة إلى التفكير غير المنطقي وغير العقلاني ويرى أن تعاسة الفرد وتوتره ترجع إلى إدراكه المشوه وتفكيره اللامنطقي، حيث يعتبر أن التفكير والانفعال عمليتان متكاملتان وأساسيتان.

يهدف العلاج العقلاني الانفعالي إلى:

– مساعدة المريض في التعرف على أفكاره غير العقلانية التي تسبب ردود الفعل غير المناسبة.

– حث المريض على الشك والاعتراض على أفكاره غير العقلانية.

– محاربة الأفكار والمعتقدات غير العقلانية والخاطئة لدى المريض.

– التخلص من الأفكار والمعتقدات غير العقلانية بالإقناع العقلي المنطقي، إعادة تنظيم نظام المعتقدات لدى المريض.

– إزالة أو تقليل النتائج الانفعالية غير العقلانية لدى المريض بصفة خاطئة، تقليل

القلق (لوم الذات) وتقليل العدوان أو الغضب (لوم الآخرين والظروف).

– تحقيق المرونة والانفتاح الفكري وتقبل التغيير، وإعادة المريض إلى التفكير العلمي

والتحكم في انفعالاته وسلوكه عقلياً. امال باضة (1999)

كما يستخدم هذا العلاج في مجالات مختلفة ومتعددة مثل :

– الأمراض العصبية مثل: الخوف، الاكتئاب.

– الأمراض السلوكية مثل: الجناح، السيكوباتية، الإدمان.

– المشكلات مثل: المشكلات الزوجية، الأسرية، مشكلات الشباب.

ب - نظرية التدريب على تعليم الذات :

قام بتطوير هذه النظرية دونالد ميكنبوم (1977) وينحدر هذا المنحنى من مصدرين هما:

- العلاج العقلاني الانفعالي لألبرت أليس.
- دراسات لوريا (1961) على النموذج الناتج عن النمو الحديث الداخلي للأطفال والتحكم في الرمز اللفظي على سلوكهم.

ويقوم ميكنبوم على تعليم العملاء على إعاقة سلوكياتهم غير التكيفية وإنتاج استراتيجيات وسلوكيات متناسبة مع الموقف والمهمة المتطلبة منه، ويتضمن مجموعة من العلاج السلوكي مثل النمذجة المعرفية (التي يقوم بها المعالج)، المهام المتدرجة، تمرينات محددة على مهام تدريبية يتم اختيارها بعناية، الاستظهار الظاهري والتدعيم الذاتي أو التغذية الراجعة للأداء.

ولكي تتحقق هذه الأهداف يجب إتباع الخطوات التالية:

- تدريب العميل على تحديد الأفكار غير التكيفية لديه ويكون واعيا بها.
- تحديد المعالج العلاج من خلال معرفة المشكلة التي يعاني منها العميل، التغيرات الذاتية الإيجابية أو المرغوبة في زيادتها لدى العميل.
- يؤدي العميل المهمة تحت توجيهات وتعليمات النموذج.
- يؤدي العميل المهمة بينما يقول التعليمات لنفسه بصوت عالي.
- يؤدي العميل المهمة، بينما توجيه الأداء يكون داخليا. حامد عبد السلام زهران (1997).

ج نظرية التدريب على التحصين ضد الضغوط النفسية:

هذه النظرية تشبه العملية البيولوجية ضد الأمراض العامة، وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم العميل كيف يواجه أو يتعامل مع المواقف

المتدرجة للانضغاط، وهذا الأسلوب متعدد الأوجه نظرا لما يحتاجه من مرونة في مواجهة المواقف المتنوعة وكذلك لوجود فروق فردية وثقافية وأيضا أساليب المواجهة.
محمد عبد العزيز (2001)

د-العلاج المعرفي السلوكي لبيك :

يقوم أسلوب بيك العلاجي على أسس نظرية فحواها أنه لا يوجد لدى الفرد أبنية معرفية ثابتة وقد سماها "مخططات معرفية" وهي التي تحدد كيف يسلك الفرد وكيف يشعر، وتعتبر الأحداث اللفظية والمصورة في شعور الفرد مستمدة من اعتقاداته وافترضاته المتضمنة في المخططات المعرفية وبالتالي فإن الاضطرابات السيكلوجية هي نتاج أخطاء معينة في عادات التفكير أو المعرفة مما يؤدي إلى تفسيرات خاطئة للمواقف المشكلة أو الانعصابية الهام خليل، (2004) .

إن أهم أهداف العلاج المعرفي السلوكي من وجهة نظر "بيك" هي تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقي والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيفها معتمدا على عدة أسس أهمها:
المشاركة العلاجية، توطيد المصدقية مع المريض، اختزال المشكلة التي يعاني منها المريض، ومعرفة كيفية التعلم في حل المشكلة التي يعاني تواجه المريض ومن ثم فإن فنيات العلاج المعرفي عند بيك تعتمد على اتجاه عقلاني، وآخر تجريبي وثالث سلوكي من خلال صد عمليات التفكير غير السوي وملئ الفراغ المعرفي، وصولا إلى رؤية الواقع بصورة إيجابية. عبد المعطي (1998).

4. مدة العلاج السلوكي المعرفي :

1. قد تأخذ مدة العلاج المعرفي السلوكي من ستة أسابيع إلى ستة أشهر و هذا يعتمد على نوع المشكلة و مدى الاستجابة للعلاج والمعالج . [Psychologie. Com](http://Psychologie.Com)

5. فنيات العلاج المعرفي السلوكي:

لقد اعتمدنا على الفنيات التي ذكرها إبراهيم عبد الستار بحيث انه جمع أهم المفاهيم عن راود العلاج السلوكي على غرار جون كوترو و ارون بيك تنقسم الفنيات إلى أقسام ثلاث:

فنيات معرفية مثل: التعليم النفسي Psychoéducation، والمناقشة والتعرف على الأفكار اللاعقلانية وتعديلها، وإعادة البنية المعرفية، والعلاج الموجه بالاستبصار، والمقابلة الإكلينيكية، والمراقبة الذاتية، والتحكم الذاتي، والتدريب على حل المشكلات Problem Solving Skills training، والتعبير عن الذات بطريقة لفظية Self Verbalization، وفنيات البناء المعرفي Cognitive-Restructuering... الخ.

فنيات انفعالية مثل: النمذجة، لعب الدور – الحوار – المناقشة – الوعظ العاطفي... إلخ. فنيات سلوكية: الاسترخاء، القصص، الواجبات المنزلية، التمثيل، الأشرط الإجرائي كالتعزيز والعقاب، أشرط التخفيف من القلق، التحصين التدريجي، التعريض ومنع الاستجابة... إلخ. إبراهيم عبد الستار (ص 265 1994)

فيما يلي عرضا لبعض الفنيات الهامة :

- **التحكم الذاتي: Self control:** وهو الإقرار بأنشطة إيجابية وتحديد أهداف طويلة المدى، ثم العمل على أخذ خطوات تجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها، ويتضمن مجموعة عمليات يمكن للفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من ظهور الاستجابة في وجود أو غياب التدعيم الخارجي للاستجابات، حيث يتم من خلال ثلاث عمليات هي مراقبة (رؤية) الذات Self-Monitoring:

تقييم الذات Self-Evaluation:

تدعيم الذات Self-Reinforcement: إبراهيم عبد الستار (ص 266 1994)

● **التدريب على أسلوب حل المشكلات Problem Solving Skills**
:training

أي إعداد برامج لتدريب المرضى على حل المشكلات، بهدف تحديد المشكلة، وتحديد نوعية الاستجابات البديلة، وتوقع النتائج المختلفة لكل بديل، ثم اختبار الاستجابة الأكثر احتمالاً. ابراهيم عبد الستار (ص 267 1994)

● **إعادة البناء المعرفي Thought-Cotshing**

حيث يسجل المريض أفكاره السلبية مما يساعد على قدرته على اختبار الواقع، وتهدف إلى جعل العميل قادراً على مراقبة أفكاره وأحاديثه الذاتية بصورة صحيحة عندما يشعر باضطراب نفسي (كالإكتئاب) ومن نماذج تسجيل الاستجابة استمارة بيك وآخرون. اختبار الواقع بإيجاد استجابات بديلة للتفكير السلبي: وإذا تمكن العميل من إجراء التسجيل للأفكار البديلة، فإن ذلك يساعد في أن يباعد بينه وبين أخطاء تفكيره، ومن ثم تمهله في الوقوع في مثل هذه الأخطاء مرة أخرى.

: Alternative Therapy العلاج البديلي

حيث يشجع العميل على إفراز أكبر قدر ممكن من الحلول، وإمكانية تطبيق أو دعم هذا الأسلوب من التفكير، عندما يتعرض لمشكلات أخرى

:Cognitive-Rrhearsal التدريب المعرفي

إذا توقف طريق عن أداء أنشطة كان يقوم بها فإنه يواجه صعوبة في عمل المهام بنجاح، دون وعي منه بمصدر الصعوبة، والتدريب المعرفي يعطيه إجابات على نوع الصعوبة ومصدرها، ويساعده في اكتشاف العوائق التي تواجهه عن طريق تخيل المريض إتمام المهمة بنجاح وشعوره بإنجاز بعض الأشياء.

:Reattribution Training التدريب على إعادة العزو

تأثير الأحداث إلى نفسه، وإلى الظروف المحيطة به، أي إعادة تشكيل الإدراك الشخصي لأسباب حدث ما، بهدف تدريب العميل على رؤية نتائج عزوه على سلوكه، وكيف حدث تقدم في سلوكه. ابراهيم عبد الستار (ص 268 1994)

جدول الأنشطة السارة **Pleasant Event Schedul**: حيث تستخدم هذه الجداول

في علاج تشخيص الاكتئاب وغيرها من الاضطرابات النفسية، فهي تقوم بدورها في قياس النقص في ممارسة النشاط، كما أنها تستخدم كعنصر هام في تقدير المرض ذاته، وذلك عن طريق إقرار الفرد بنفسه لمدى ممارسته اليومية للأنشطة وقدرته على تسجيلها.

النمذجة **Modeling**: يعتبر التعلم بالنمذجة من أهم الأساليب الإرشادية والعلاجية

التي تعمل على تدريب الطفل على العديد من المهارات الاجتماعية، والتي من الممكن أن يكتسب الطفل السلوك من خلال التعلم الاجتماعي، ومن خلال التعرف على النماذج السوية والافتداء بها أي ما يسمى التعلم بالقدوة، حيث يعرض على الأطفال النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم من خلال قصص يعرضها المعالج على الأطفال، مع الشرح والتعليق على القصة، ويتم ذلك في حوار بين المعالج والأطفال (في حضور المعلمة أو الأم أو الاثنين معا). والنموذج المطلوب هو بطل القصة الذي دائما يلقي الإثابة على سلوكه ويتصف هذا السلوك دائما بالإيجابية في الموقف الاجتماعية، وأن يكون شخص غير عدواني، غير مندفع، جيد في تركيز انتباهه، مطيع، وفي نفس المرحلة العمرية للعينة الحالية، ويهتم المعالج الباحثة بالتركيز على إثابة بطل القصة دائما حتى تدعم سلوكه ويعززه عند باقي الأطفال. ثم يطلب من الطفل أن يقلد هذا السلوك فوراً، وتصلح هذه الفنية للتعلم الفردي والجماعي، وتعتمد هذه الفنية على نظرية التعلم الاجتماعي **Social Learning Theory** لصاحبها ألبرت باندورا، والذي أولى اهتماما خاصا للتعلم عن طريق النمذجة، ويرى أنه لا بد من وجود أربع عمليات أساسية متسلسلة لحدوث التعلم بالنمذجة تتمثل في:

عمليات الانتباه **Attentional Processes**

عملية الاحتفاظ **Retention Processes**

عمليات الأداء الحركي **Motor Reproduction Processes**

عمليات الدافعية **Motivational Processes** ابراهيم عبد الستار (ص 270 1994)

• التمثيل (لعب الأدوار) **Role Play**:

مما لا شك فيه أن التمثيل يكشف عن قدرات التلاميذ وتنميتها، وينمي العمل الجماعي بين التلاميذ، وينمي اتجاهات اجتماعية مرغوب فيها، ويساعد على التوعية والتوجيه وتحسين الحياة في البيئة بين التلاميذ، كما ينمي ميول التلاميذ لاستخدام وقت الفراغ المثمر، ولهذا يسعى المعالج إلى استخدام هذا الأسلوب كأحد الفنيات المتضمنة في البرنامج العلاجي، علاوة على أنه يتيح الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات العدوانية المكبوتة وغير ذلك، ويتم من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المعالج بدور الطرف الآخر في التفاعل، ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب، مسترشدا بالتعليمات التي يقدمها له المعالج بالقصة التي سبق أن عرضها المعالج، وبالحوار والمناقشة الجماعية حول بطل القصة، وإذا عجز الطفل عن لعب الدور يمكن أن يقوم المعالج بلعب الدور هو بنفسه (لعب الدور المعكوس)، أي يقوم المعالج بدور النموذج، بمعنى أن يؤدي هو الاستجابة الصحيحة أمام العميل لكي يلاحظه العميل، ويعرف كيفية الأداء السليم عن طريق الملاحظة، هذا ويفيد لعب الأدوار في مواجهة الشحنات الأسرية وبعض القصور في السلوك الاجتماعي. ابراهيم عبد الستار (ص 272 1994)

● الاسترخاء العضلي Muscular Relaxation:

صاحب هذه الفنية هو جاكبسون Jacobson وهي عبارة عن مجموعة من التمارين أو نظام معين من التمارين، بحيث يصبح المريض قادرا على التمييز بين حالتي التوتر العضلي والاسترخاء العضلي بوضوح، ثم تدريجيا يتدرب المريض على الوصول إلى حالة من الضبط والسيطرة الشديديتين على عضلاته. وتقوم هذه الفنية على وجود علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي وبين إدراك الفرد لأية حالة وجدانية عاطفية، إذ زال التوتر العضلي فإن الفرد لم يعد يحتمل معاناة الشعور الوجداني السابق، وبذلك نجد أن حالة التوتر النفسي التي يتعرض لها الإنسان في مواقف الانفعالات تصاحبها حالة من التوتر العضلي، حتى يستطيع الإنسان أن يحتمل الموقف الانفعالي، وعند قيامه بتدريبات الاسترخاء، فإنه يعمل على خفض حالة التوتر العضلي الذي يؤدي إلى خفض حالة التوتر النفسي، وبذلك تقوم تدريبات الاسترخاء على ضبط حالة التوتر النفسي من خلال ضبط حالة التوتر الجسمي،

وقد أثبتت العديد من الدراسات أنها أكثر الفنيات العلاجية الهامة التي تؤدي إلى نتائج مفيدة في مجال العلاج مع ضرورة الاستمرار والتتابع في العمليات الاسترخائية المستخدمة، قد أشارت العديد من الدراسات إلى فعالية هذه الفنية في خفض سلوك فرط النشاط لدى الأطفال، والوصول بهم إلى حالة من الاستقرار والاتزان السلوكي الظاهر، وأيضا الاختزال الكيميائي الحيوي داخل الجسم، و طريقة الاسترخاء التي اعتمدنا عليها كانت كالتالي
شد قبضة اليد اليمنى لمدة خمسة ثوان ثم ارخاء القبضة لعشرة ثوان و تكرير المحاولة مع غلق العينين و التكرار يكون بالتداول بين اليد اليمنى و اليسرى . علي عسكر (ص 190 2003)

• التعزيز (التدعيم):

عندما يصدر عن الفرد سلوك سار أو مرغوب فيه ونرغب في استمرار ممارسة هذا السلوك، فإننا نسعى إلى تعزيز وتدعيم وتشجيع هذا السلوك (تعزيز إيجابي)، وعندما نسعى إلى إبعاد أو إيقاف سلوك غير سار أو غير مرغوب فيه، فإننا نسعى إلى عدم تعزيز هذا السلوك أو إلى عقابه (تعزيز سلبي) حتى يتم التوقف عن ممارسة السلوك غير سار. وهناك ثلاث أنواع من المعززات هي:
معززات مادية ملموسة تكون قيمتها مرتبطة بإرضاء حاجة حيوية، ويصلح هذا النوع من المعززات بشكل أفضل مع الأطفال (الحلوى، الطعام، اللعب، ... إلخ).
معززات اجتماعية وتنقسم إلى:
تقديم الانتباه والاهتمام من خلال سلوك يوجه للطفل مثل الابتسامة والإيماءة والنظر إلى الطفل.

الحب والود الذي يظهر من خلال تقبل الطفل وحمله.

الاستحسان باستخدام الألفاظ والحركات الدالة كالكلمات والتقبيل.

تنفيذ رغبات الطفل والامتثال لبعض طلباته.

معززات نشاطية تشمل الأنشطة المحببة إلى الطفل مثل مشاهدة التلفزيون، والخروج

للنزهة، ولعب كرة القدم، ولعب الأتاري. ابراهيم عبد الستار (ص 273 1994)

• الواجبات المنزلية Home Work:

تتمثل في تحديد مجموعة من السلوكيات والمهارات التي يتعين أدائها من قبل المريض سواء في المنزل أو المدرسة، ويتم تحديدها في نهاية كل جلسة، كما يتم تقييمها مع بداية الجلسة التالية، على أن يتم التدريب عليها في بداية جلسات العلاج، وأن تتم بصورة تدريجية من الأسهل البسيط إلى السلوك المركب، على أنه لا يتم الانتقال من نمط سلوكي معين إلى آخر حتى يتم التأكد من نجاح تنفيذ السلوك السابق، ولا بد من اختيار نوع الواجبات المنزلية بما يتناسب مع هدف العلاج، كما أنه يتحدد نوع الواجب المدرسي أو المنزلي في نهاية كل جلسة.

وقد ثبتت كفاءة هذه الفنية في خفض فرط النشاط لدى الأطفال لما للدور الفعال للمنزل وكذلك للمدرسة في العلاج، حيث الجو المدعم بالألفة والمحبة، مع ضرورة استخدام المدعمات والمعززات المادية والمعنوية، جوديث بيك طلعت مطر (ص 375 2008).

• فنية تحديد الأفكار التلقائية والعمل على تصحيحها:

والمقصود بالأفكار التلقائية هي تلك الأفكار التي تسبق أي انفعال غير سار، وما يميز هذه الأفكار أنها تأتي بسرعة وبصورة تلقائية وغير معقولة وتكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين، وتكون ذات الصفة سلبية لحدث معين مما يؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة، وهدف هذه الفنية التعرف على تلك الأفكار وتبديلها بأفكار إيجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، ولهذا يطلب من المريض أن يسجل يوميا على ورقة تلك الأفكار التلقائية، التي تمر بذهنه وهذا جزء من العلاج. ابراهيم عبد الستار (ص 275 1994)

• فنية المتصل المعرفي:

في هذه الفنية نطلب من المريض أو يوضح كيف يرى نفسه مقارنة مع الآخرين، مثلا المريض الذي يرى نفسه أو يعتقد أنه عديم الفائدة، نطلب منه أن يعرف ما يقصد بعديم الفائدة

ونطلب منه أيضا أن يشير أين سيكون بعض الناس الذين يعرفهم على معيار متدرج لهذه الصفة بداية الصفر " 0 " بالمئة عديم الفائدة تماما، إلى " 100 " بالمئة فعال جداً، وهذه الفنية مفيدة جدا في استبدال الأفكار التلقائية والاعتقادات الأساسية . عبد الستار إبراهيم (ص 276 1994).

6. أهم المفاهيم في العلاج السلوكي المعرفي

الأفكار التلقائية

تسمى بالحدث المعرفي و هي مجموعة من الافكار ترد للفرد لا إراديا قد تظهر احيانا خلال الخطاب الذي يقدمه الفرد فهي تلك الافكار المتكررة و الافكار التلقائية او الاوتوماتيكية قد تكون إيجابية كما يمكن ان تكون سلبية و حسب <إريك بيك> فهي تتضمن "احاديث" الذات و هذا الحديث عبارة عن حديث داخلي حول الموقف او الفرد واذا كانت هذه الافكار سلبية فانها تاتر على التصورات و السلوك العام و تتميز هذه الافكار بأنها بانها تكون مستوعبة في أسلوب إختزالي

و هي خالية من اي تشكّل منطقي و تعتبر مقبولة من طرف صاحبها و لو كانت مستحيلة كما انها تمتاز بانها تدور حول موضوع واحد و تكون سابقة للانفعالات و هي تولد الاضطرابات الانفعالية

كما انها تحارب التغيير رغم توفر الدليل و المنطق كما انها تتميز بالخصوصية فكل فرد لديه الافكار الاوتوماتيكية الخاصة به . طه عبد العظيم حسين (ص 2007.92)

المخططات المعرفية

في منطق بياجيه هي تلك البنيات المعرفية لدى الطفل فهي من تنظم عملية الاستجابة للمواقف و الخبرات فهي تقرر الطريقة التي يدرك بها الفرد البيئة كما انه يرى ان هذه المخططات تتغير و تتعدل من خلال احتكاك و تفاعل الفرد مع البيئة و ذلك عن طريق التنظيم و التكيف و تعتبر المخططات من اهم المفاهيم في العلاج السلوكي المعرفي كاهمية بنية الشخصية في العلاج التحليلي و حسب "بيك" فهي تتضمن الاعتقادات و الافتراضات و

التوقعات و المعاني و القواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث و الآخرين و المحيط فهي تعتبر الطريقة التي التي يستخدمها الفرد لفهم الذات و العالم و العلاقات الاجتماعية مع الآخرين فهي تؤثر على كيفية إدراكنا على مختلف المستويات وهي تعتبر المسؤولة عن ظهور الأفكار التلقائية و هي تشكل اساس المعتقدات و الافتراضات و القواعد و يمكن ان تكون ظاهرة او ضمنية و هي تختلف من شخص الى اخر .

لقد تكلم "ارون بيك" عن المخططات المعرفية السلبية او المختلة وظيفيا بسبب خبرات قاسية في سن مبكرة بحيث تعمل على استبعاد كل ما هو ايجابي و تتميز هذه المخططات بانها تكون كامنة

في المراحل الغير ضاغطة و تصبح نشطة عند تداخل الظروف و المثيرات و الضغوط و قد توافقية او غير توافقية ، و هذه الاخيرة لديها اهمية كبيرة في تحديد الدافعية الوجدانية المعرفية و عندما تكون غير توافقية تؤثر على بناء الشخصية لأنها تؤثر على صياغة الاتجاهات و القيم و العتقادات و بذلك تظهر السلوكيات و الانفعالات السلبية من أهم العوامل المساعدة على ظهور المخططات المعرفية الخبرات المؤلمة معالجته المخططات بطريقه خاطئه وتأثير التعلم الاجتماعي

هناك خمسة أنواع من المخططات المعرفية حسب "ارون بيك"

*المخططات المعرفية الادراكية وتشمل كل ما يتعلق التخزين التفسير والمعاني اللتي يكون والفرد عن العالم

*المخططات الادراكية تتضمن كل المشاعر الموجبه والسالبه

*المخططات الفيزيولوجيه تضمن الادراك ولاء الوظائف الجسميه الفيزيقيه مثل استجابته الالم التي تتضمن زياده سرعه التنفس

*المخططات السلوكيه مثل الغروب عند الشخص الخائف

*المخططات الدافعيه و هي الرغبه في تجنب الالم والرغبه في الاكل

ولاعب..... الخ . طه عبد العظيم (ص118-119. 2007)

التوقعات المعاني الافتراضات

هي مجموعه من الافتراضات موجوده لدى الفرد تسبق مواجهه الاحداث وقد تكون ايجابيه او سلبيه وهي تعتبر انعكاس للخبرات الانفعالية فيه مجموعه من التوقعات مرتبطه بذات والآخرين و هي ذات تاثير على الانفعالات و سلوك كما انها تحدد رؤيته لذاته و لعالمه و لمستقبله

ان اكل الاستجابة انفعالية عند الفرد سواء كانت ايجابيه وسلبيه يكمن وراءها ابنية معرفية (معاني تخيلات افكار قواعد توقعات)

ومن هنا فان الاستجابات الانفعالية اتجاه اي مثير فهي تعتمد بالاساس على المعنى الشخصي الذي يعطيه الفرد لهذا الحدث

و يرى "ارون بيك" ان المخططات المعرفيه تكون جوهرية في استنباط المعلومات المريض لما يدرك الخطر او التهديد المخططات المعرفيه المرتبطه بهذا الحدث تعمل من خلالها بحيث تحدد معنى الحدث و الموقف . طه عبد العظيم (ص 122 2007)

النماذج السلوكية

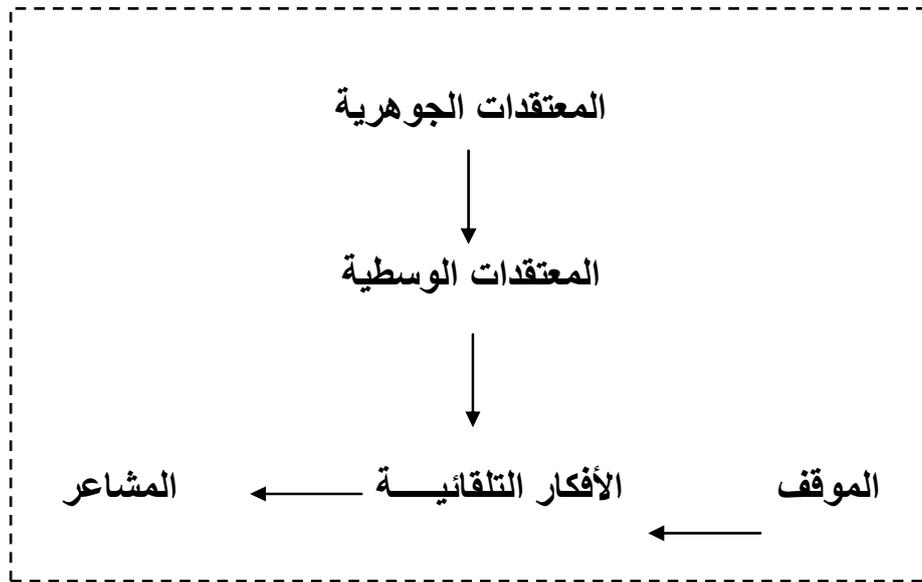
تتمثل في اربعة نماذج اساسيه للتعلم يعتمد عليها في العلاج السلوكي المعرفي وفيه اسلوب علاجي يعتمد على استخدام قوانين ونظريه التعلم الشرطي بحيث نحاول حل المشكلات واضطربات السلوك عن طريق تعديل السلوك المرضي وتتجلى هذه النماذج كالتالي :

*نموذج الاشتراط الكلاسيكي علي الديك للمنبه القديمه منبهات تثير سلوكا جديدا

- * نموذج اشتراط الاجرائي تعتمد بالاساس على على دور العواقب المعينة و يتحقق تعديل السلوك عن طريق التغيير المباشر في عواقب السلوك
- * نموذج التعلم عن طريق الملاحظه استخدم اساليب تيسر التعلم عن طريق التدرب على سلوك جديد بعد ملاحظة ادائه بواسطة اشخاص آخرين
- * نموذج التنظيم الذاتي البحث عن السلوكيات اللتي توائم المعايير التي يضعها الفرد لنفسه و خاصة في المواقف التي تحدث فيها صراعات قويه . لويس كاملة (ص 20
1994)

7. العلاقة بين السلوك والأفكار التلقائية:

ويمكن أن يوضح النموذج المعرفي – كما تم شرحه – هذه النقطة، كالتالي:



ففي مواقف معينة تؤثر المعتقدات التحتية لشخص ما في إدراكه، والتي يعبر عنها بالأفكار التلقائية المرتبطة بموقف معين، وهذه الأفكار بدورها تؤثر في مشاعر الشخص، وإذا خطونا خطوة أكثر، فإن الأفكار التلقائية تؤثر كذلك في السلوك، وغالبا ما تؤدي إلى استجابة فسيولوجية كما هو مبين في الشكل.

فالقارئ الذي لديه الأفكار " هذا صعب جدا، لا يمكن أن أفهمه" لا يشعر بالحزن، ويشعر ببعض الثقل في معدته، ويطوي الكتاب بالطبع، وبالطبع إذا استطاع أن يقيم أو يحكم على أفكاره فإنه يمكن لمشاعره وسلوكه وفسولوجيته أن تتغير بطريقة إيجابية، وربما يستجيب لأفكاره كالتالي: "انتظر لحظة إنه يمكن أن يكون صعب الفهم، ولكنه غير مستحيل، أنا كنت قادرا على فهم هذا النوع من الكتب من قبل، وإذا ما تابرت عليه فربما سوف أفهمه بطريقة أفضل...، في استجاب بهذه الطريقة، ربما قلل من الشعور بالحزن واستمر في قراءة الكتاب.

ولكي نخلص ذلك نقول إن القارئ شعر بالحزن بسبب أفكار معينة، لماذا هذا القارئ بالذات لديه هذه الأفكار، بينما قارئ آخر لا يفكر بهذه الطريقة إن معتقدات جوهرية غير منطوقة عن عجزه قد أثرت في إدراكه لهذا الموضوع، وكما شرحنا في بداية هذا الفصل، فإنه من اللازم للمعالج أن يكون لديه مفهوم رؤية صعوبات مريضته، ويضعها في مصطلحات معرفية لكي يقرر كيف سيتقدم في العلاج عندما يعمل بهدف معين سواء كانت الأفكار تلقائية أو المعتقد أو السلوك، ثم يقرر ما الوسيلة التي سوف يستخدمها، ثم كيف يحسن العلاقة العلاجية. جوديث بيك طلعت مطر (ص 41 2008).

8. مراحل العلاج المعرفي السلوكي:

يحتوي العلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من المراحل نلخصها في:

المرحلة الأولى: تتكون هذه المرحلة من مقابلة تشخيصية في مسار عمل المعالج،

لجمع المعلومات الأساسية المتعلقة بالاضطراب الأساسي.

كما أن المعالج يحصل على المعلومات المهمة لأنها تحدد التقنيات العلاجية. تعتبر المرحلة الأولى بأنها أساسية، حيث يهدف المعالج النفسي من خلالها إلى جمع المعلومات الأساسية عن الحالة، والتي تخص علاقته الشخصية، حالته الاجتماعية وكذا محيطه العام، وهذه المعلومات تتعلق بسلوكه المضطرب، بهدف تشخيصه وتحديد التقنيات العلاجية التي تتناسب معه. (J.swendson1996).

المرحلة الثانية: تتكون هذه المرحلة من الفحص من "إعادة البنية المعرفية"، وتعتبر هذه المرحلة ضرورية على العموم فهي فترة "تربوية"، والعلاجات المعرفية السلوكية تشجع الحالة لأن يكون خبيراً بالأسباب المؤدية لاضطرابه، وأن يفهم قاعدة العلاج المعرفي السلوكي، هذه المرحلة قلما نجدها في الأشكال العلاجية الأخرى، لديها دور أساسي في الإستراتيجية العلاجية المعرفية السلوكية.

بعد السلوك المضطرب تأتي المرحلة الثانية وتشمل فحص الأعراض الخاصة بهذا السلوك، وذلك بهدف علاجه، وهي تعتمد في ذلك على مجموعة من التمارين المتتابعة منها إعادة البنية المعرفية بخطواتها، وهذه المرحلة أساسية لأنها تعتبر مرحلة تعليمية فهي فترة "تربوية"، ولها هدف يتمثل في تشجيع الحالة على أن يكون خبيراً بسلوكه المضطرب وماهي الأسباب المؤدية إليه، وتهدف إلى التعريف بالعلاج المعرفي السلوكي للحالة، وإفهامهاهي آلياته وما هو هدفه.

(J.swendson1996).

المرحلة الثالثة: تعتبر هذه المرحلة الجزء الأساسي من العلاج ومن التقنيات والتمارين الشرطية وإعادة البنية المعرفية المطبقة، فهي تهدف إلى التخفيف من الأعراض ذلك أثناء الحصة وخارجها لأجل تحقيق آثار إيجابية، خلال هذه المرحلة يضع المعالج مخطط علاجي بتأسيس انطلاقاً من المعلومات الدقيقة إلى جمعها حول الحالة، والتي تحدد طبيعة أعراضه وهي مهمة كذلك لأن لها فعالية علاجية.

إن المرحلة الثالثة هي جزء أساسي في هذا النوع من العلاجات، لأن المعالج يضع مخططاً علاجياً انطلاقاً من المعلومات التي حصل عليها من طرف الحالة، ثم يطبقه أثناء الحصة وخارجها، والتي تتمثل في تقديم واجبات منزلية والهدف من ذلك كله هو التخفيف من أعراض سلوك المضطرب وعلاجه، فهذه المرحلة عملية تطبيقية وذات فعالية علاجية.

(J.swendson).

المرحلة الرابعة: تعتبر هذه المرحلة هي الأخيرة من العلاج، وهي الوقت الذي يقوم

فيه المعالج باختبار تقدم البرنامج العلاجي وماهي احتمالات المتوقع حدوثها، مما يسمح بمواصلة الشكل العلاجي أو اللجوء إلى الشكل الأخير.

المرحلة الأخيرة هي الرابعة، يتمثل هدفها في اختيار المعالج للبرنامج العلاجي الذي تطبيقه على الحالة، لرؤية مدى فعاليته في التأثير على العميل وتغيير سلوكه، ليتم استخدام تقنيات علاجية أخرى كما يحدث في الاحتمالات التي من الممكن توقع حدوثها.

حسب جول فريد (JolFread 1980)، أن الاضطرابات النفسية تنتج عن عجز القدرات لحل المشاكل وفي مواجهة مواقف ووضعيات جديدة أو صعبة، وفي نفس المساق نجد فكرة ميكنبوم (Mekanbom1977) تتعلق بشأن إعداد منهجية علاجية تكون في نظر الحالة قائمة في التعاون مع المعالج وتتمثل في:

- تحديد أو التعريف بالمشكل.
- الكشف عن الحلول الممكنة.
- تقييم هذه الحلول.
- تقييم النتائج المتوصل إليها. (J.Swendson1996 p46).
- يمكن في الأخير استنتاج مراحل الإرشاد المعرفي السلوكي:
- تحديد المشكل.
- وضعاً لحلول.
- تقييم الحلول.
- أخذ القرار.
- تنفيذ القرار.

إعادة تطبيق سيرورة هذه المراحل بدءاً من المرحلة الأولى وإعادة تحديد وبناء المشكل الذي تم حله والتخلص منه، هذا في حالة ما إذا كانت النتائج المتوصل إليها غير مرضية.

إن ما يمكن استخلاصه من هذه المراحل، أن المعالج المعرفي السلوكي يقوم أولاً بتحديد المشكل الذي يعاني منه المفحوص ثم تضع حلولاً تتناسب مع المشكل، ليتم تقييم هذه الحلول ويخرج المفحوص بأحدها، حيث يعمل المرشد على تقييم النتائج التي تم التوصل إليها، ليعاود تطبيق هذه المراحل كلها للمشكل الذي لم يتم حله ولم يتم التخلص منه، ويكون بعد في حالة ما إذا كانت النتائج المتوصل إليها مرضية. (J.Swendson 1996 p53).

9. مهام العلاج المعرفي السلوكي:

يمكن إجمالها وإدراجها في:

تعليم المرضى أن يحددوا ويقيموا أفكارهم وتخييلاتهم، وخاصة تلك التي ترتبط بالأحداث والسلوكيات المضطربة أو المؤلمة
تعليم المرضى تصحيح ما لديهم من أفكار خاطئة وتشويهات فكرية.
تدريب المرضى على استراتيجيات وفنيات سلوكية ومعرفية متباينة، مماثلة لتلك التي تطبق في الواقع خلال مواقف حياتية جديدة أو عند مواجهة ضغوط طارئة، ومن هذا الاتجاه أليس (Eliss)، الذي نعرف طريقته بالعلاج العقلاني والانفعالي و"بيك"، و"ميكنبوم"، و"رايمي"، و"لازاروس"، و"كيللي" وغيرهم. محروس محمد الشناوي (2000).

10. أهداف العلاج المعرفي السلوكي:

يرى رواد الاتجاه المعرفي أن الاضطرابات النفسية تنشأ كنتيجة للأفكار والمعارف المرتبطة بها، بمعنى أن الأفكار والمعارف تعتبر عوامل تؤثر على السلوك، وأن تغيير السلوك يتطلب تغيير الأفكار والمعتقدات، لذلك فهدف العلاج المعرفي السلوكي هو التغيير من الأفكار والمعتقدات اللاتكيفية للمريض، مما ينتج عنه تغيير في السلوك المضطرب.
يهدف كذلك إلى مساعدة الفرد على التطابق بين أفكاره ومشاعره وسلوكياته.
مساعدة الفرد على الشعور بالثقة اتجاه نفسه وأنه في صورة أحسن، وذلك في مراحل متقدمة من العلاقة الإرشادية.

مساعدة الفرد على تغيير سلوكياته والتي قد يحصل من خلالها نتائج إيجابية.
مساعدة الفرد على الاستفادة من جميع القدرات والأدوات المتاحة له من حوله في بيئته. (Jean Cottreaux 1990).

11. التحليل الوظيفي للعلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر التحليل الوظيفي مرحلة أساسية في العلاج المعرفي السلوكي، بحيث يهتم بدراسة العلاقات ما بين السلوكات المضطربة والتفكير والانفعالات وكذا المحيط الاجتماعي، والتحليل الوظيفي كذلك هو عبارة عن محاولة لفهم معنى السلوكات في البيئة، ويتضمن جمع الشروط والمواصفات السابقة المحددة للسلوك الحالي وعلاقته بالبيئة. وللتوضيح أكثر في عملية التحليل الوظيفي التالي:

SECCA والذي يتضمن مايلي:

المنبه = S ، الانفعال = E ، المعرفة = C ، (التفكير العقلاني الاعتقادات والمخطط المعرفي)

السلوك = C ، A=Anticipation.

يبين لنا هذا الدليل الحالة الآتية للعميل وذلك بتحليل السلوك من حيث إتباع خطوات هذا الدليل، وعلاقته مع المحيط الاجتماعي، ويوضح الحالة الماضية أو السابقة (أي العوامل التاريخية)، التي ممكن أن تكون السبب في إحداث المرض.

يتضح من خلال ذلك أن التحليل الوظيفي هو من أهم مراحل العلاج المعرفي السلوكي، لكونه يهتم بتفسير ودراسة العلاقة بين السلوك المضطرب والتفكير والانفعالات، وذلك بعلاقته مع المحيط الاجتماعي ويهتم ذلك بالحالة الماضية والآتية للعميل. صمويل (1976)

الخلاصة

إن العلاج السلوكي المعرفي من أهم العلاجات النفسية المختصرة كما انه امتاز بفاعلية كبيرة في علاج عدة اضطرابات نفسية و سلوكية و قد بدء ظهور هذا العلاج في فرنسا قبل ان ينتشر و يصبح تيارا علاجيا في باقي الدول بحيث لا تتجاوز المدة العلاجية 20 حصة و هو يعتمد على إجراء تغييرات على المستوى الفكري ثم المستوى السلوكي للفرد بحيث يهدف المعالج الى مساعدة الفرد على إحداث تطابق فكري و نفسي و سلوكي

الفصل الثالث

التدخين

تمهيد

1. مركبات التبغ
2. أسباب البدء بالتدخين
3. الإدمان والاعتیاد على التدخين
4. أقسام المدخنين
5. أنواع التدخين
6. إعتقاد خاطئ للتدخين
7. الأضرار الصحية للتدخين
 - أ - الأضرار الخارجية
 - ب - الأضرار الداخلية
8. الأخطار الاجتماعية و الاقتصادية للتدخين:

خلاصة

تمهيد

دلت الدراسات و الحفريات الأثرية في المكسيك على أنه كان للتبغ دورا كبيرا في الإحتفالات الدينية عند الشعوب التي كانت تقطن هذه البلاد و كانوا يرون بأن عملية التدخين تعتبر مصدرا للإستماع و وسيلة للتسلية كما كانوا يعتقدون أنها مشجعة على العمل و مريحة للأعصاب، نتيجة للإستماع برائحة و نكهة دخان هذا النبات التي تسبب إعتدال أمزجتهم.

و كانت عادة التدخين منتشرة في المكسيك قبل أكثر من 500 سنة ق م، و لما اكتشف كريستوف كولمبوس القارة الأمريكية سنة 1492م وجد الهنود الحمر يدخنون هذه النبتة معتقدين أنها تحتوي خصائص جيدة و لما قام برحلته الثانية نتج عنها ظهور التبغ في كثير من دول العالم، و كانت اسبانيا أول البلاد الأوروبية التي زرعت هذا النبات 1518 بواسطة بعض مكتشفي العالم الجديد أمثال القس الإسباني "رومانو بانو" الذي كتب رسالة عام 1497 أوضح فيها عادات سكان المناطق المكتشفة و الطريقة التي كانوا يستخدمونها في تدخين أوراق التبغ إضافة إلى "توليدو" الذي يعتبر أول من نقل البذور التي تزرع من أجل استعمال زهورها للزينة في الحدائق و أوراقها في الطب. و من اسبانيا انتقلت زراعة التبغ و استعماله و تعاطيه إلى البرتغال ومنها إلى فرنسا بفضل سفيرها في البرتغال " جان نيكوت" عام 1558-1559م ثم انتقل إلى إنجلترا عام 1584م بفضل ویتلر ويلي الذي جاء به من فرجينيا بأمريكا.

أما ألمانيا فقد انتقل إليها الجنود العائدون من الحرب و عن طريق جنوة و فينيسيا، وصل إلى الشرق

كما وصل عن طريق تركيا إلى النمسا و روسيا و إلى اليابان بواسطة البرتغاليين أثناء نشرهم للدين

المسيحي في القرن 16. و كان أول ظهور للتبغ بمصر عام 1601-1603م و استورد بكثرة عام 1737م. و من مصر إلى الحجاز ثم إلى اليمن فالشام و منه إلى الهند و غيرها من بلاد الإسلام. وهكذا انتقلت نبتة التبغ من منطقة توباكو بالمكسيك إلى أقصى جزء في الأرض. دراري فتحي (ص 148 (2000)

1. مركبات التبغ:

إن نبات التبغ المؤلف من أوراق خضراء لطيفة المظهر و من أزهار جميلة بألوان متعددة فيها متعة للناظرين، حولته الصناعة إلى نبات قاتل و سلاح فتاك تستغله شركات التبغ العالمية للإساءة إلى صحة الإنسان و أظهرت الدراسات الحديثة التي قامت بتحليل أوراق التبغ أن هذه الأوراق تحتوي على العديد من المواد الكيميائية التي تقدر بحوالي 500 مركب أكثرها أهمية هو القطران، النيكوتين، غاز أول أوكسيد الكربون.

أ- التحليل الكيميائي لأوراق التبغ:

–الماء: يشكل 5-10% من الوزن، وقد وجد أنه كلما زادت نسبة الماء في التبغ زادت

فيه نسبة النيكوتين، فالتبغ الرطب (الثقيل) أشد وطأة على جسم المدخن من التبغ الجاف.

–الأزوت: و يشكل من 3-4% و هو في حد ذاته ليس له أهمية من الناحية الصحية

بعكس المواد الزلالية التي تحوي في تركيبها عنصر الأزوت و التي عند حرقها في التبغ تكون غاز "سيان هيدريك" السام.

–حمض الأزوت: و نسبته 0,5% في التبغ الجاف المخمر جيدا و 1-2% في التبغ

المخمر و تخميرا ناقصا و منه يتولد الأمونياك و هو المادة المخرشة للأغشية المخاطية للعين و الفم و المجاري الهوائية التنفسية و المجاري الهضمية و يبدو أن التخمير غير الكامل يزيد في أضرار التدخين الصحية لأنه يرفع نسبة حمض الأزوت في التبغ.

- الأحماض العضوية: و منها حمض التفاح، حمض الليمون و هي تؤثر في رائحة الدخان ومذاقه، و درجة تأجج جمره، و ليس لها أهمية صحية تذكر.
- عناصر معدنية و يشبه معدنية (أرماد التبغ) نسبتها من 10-25% و منها البوتاسيوم، الكالسيوم، الصوديوم، المغنزيوم و الحديد و الكلور و هي تبقى في رماد التبغ بعد حرقه و تجعله متماسكا فوق الجمرة، كمية هذا الرماد تتناسب عكسا مع الكمية النيكوتين الموجود في التبغ المحترق.
- المواد البكتينية: نسبتها من 4-6 % ينتج عن احتراقها الكحول المثيلي و إليه و بسببه تنتج النشوة التي تنسب إلى التدخين.
- السيليلوز: تشكل 10% و يتولد عنها بعد احتراقها مواد قطرانية و كحول مثيلي.
- زيوت طيارة و مواد شمعية: ليس لها أهمية صحية تذكر و هي تفسد عند حرقها نكهة التبغ.
- مواد صمغية: نسبتها 15% في تبغ فرجينيا و هي تشعر المدخن برائحة التبغ و نكهته.
- مواد نشوية و سكرية: تقل نسبتها بالتخمير الجيد للتبغ، و قد تضاف صناعيا لتحسين مذاقه و تلطيف حدته و ينتج عن احتراقها الماء و غاز الفحم.
- النيكوتين: هو المادة السامة الأساسية للتبغ، ينتج عن احتراق أوراقه، تتراوح كميته وسطيا من 1-3 % و تختلف نوع التبغ و طريقة زراعته و موضع الأوراق من النبتة و التسميد و التخمير. عبد الغني عرفة (ص 35 1997)
- ب- النيكوتين أهم مكونات التبغ:
- النيكوتين هو مادة شبه قلوية، شديدة السمية على جميع المخلوقات إذ يكفي وضع 50 إلى 100 ملغ على لسان انسان لتقتله فورا، و النقي منه عديم الرائحة و اللون، و تختلف نسبته بين نوع و آخر من أنواع التبغ إلا أن نسبه بشكل عام كما يلي:
- من 2 إلى 10% في الأوراق الخضراء
- من 0,5 إلى 5 % في الأوراق المجففة.

—من 1 إلى 3 % في تبغ السجائر.

و كل سيجارة تحتوي حوالي 20 ملغ من النيكوتين، تحترق معظمه أثناء التدخين و ينتشر جزء منه مع دخان التبغ المتصاعد و الضائع في الهواء، و بالتالي فمن حيث النتيجة النهائية لا يمتص جسم المدخن أكثر من 1 ملغ، فإذا استهلك الإنسان 40 سيجارة أثناء النهار فإنه يتعرض لحالة تسمم شديدة و لكنها لا تؤدي إلى الوفاة إلا نادرا و هذا يعود إلى ما يلي:

—يبدأ جسم المدخن سريعا بتحطيم و طرح النيكوتين بمجرد و صوله إلى الدم بحيث لا يسمح له بالتراكم بكميات كبيرة فيفرز جزء منه مع البول و جزءا آخر مع العرق كما يطرح بعضا منه مع الغائط، و تحلل القسم الباقي و يحوله إلى مواد غير ضارة بالإنسان إذا لم يدمن الشخص على التدخين حيث تكفي مدة 24 ساعة من التوقف عن التدخين لطرح كل كمية النيكوتين داخل الجسم.

—يعتاد جسم الإنسان المدخن على النيكوتين بحيث يستطيع تحمل كميات كبيرة مع تكرار الإستعمال و هو ما يعرف بظاهرة التحمل المتعلقة بالإدمان و كل ذلك يؤدي إلى تكرار التدخين و الإدمان على النيكوتين بحيث يتحمل الجسم كميات كبيرة منه دون أن يصاب المدمن بالتسمم المميت و بمرور الوقت فإن كل أعضاء الجسم تتعرض بحالة من التسمم المزمن البسيط. عبد الغني عرفة (ص 39 1997)

—طرق استعمال التبغ:

—تختلف طرق التدخين باختلاف الأمزجة و باختلاف المناسبات، و الشكل الأكثر رواجاً هو السيكارة ثم الأركيلة ثم الغليون فالسيغار و النشوق و المضغ و لكل من هذه الطرق ميزاتها بالنسبة للمدخن

— -أولاً: استعمال التبغ مضغاً: أصبحت هذه الطريقة نادرة في وقتنا الحاضر، لكن مازالت بعض البيئات تستعملها و في هذه الطريقة يمزج التبغ مع مواد مخدرة أو غيرها و يجعل بشكل كتل صغيرة تسمى الواحدة منها مضغة هذه الأخيرة بين اللسان و الشفة أو الباطن الخذ أو تحت اللسان.

—ثانياً: استعمال التبغ بشكل نشوق (عطوس أو سعوط): و التبغ المستعمل لهذه الغاية يكون مسعوقاً بشكل ناعم و دقيق جداً و يكون استعماله بأخذ القليل منه بين السبابة و الإبهام و وضعه في فتحة الأنف ثم يأخذ المدخن شهيقاً عميقاً من أنفه فيتطاير المسحوق و ينتشر على الغشاء المخاطي للفم و البلعوم.

—ثالثاً: استعمال التبغ تدخيناً: ويكون ذلك بعدة وسائل:

السجائر: و مفردها سيجارة (سيكارة) أو لفافة و تصنع بوضع أوراق نبات التبغ بعد تجفيفها و سحقها في أنابيب ورقية أو لفافات ثم اشعال هذه اللفائف من طرف و امتصاص دخانها من طرف آخر ثم بلعه كما يبلع الطعام و الشراب و اخراجه بعد ذلك من الأنف أو الفم.

و السجائر هي أكثر وسائل التدخين انتشاراً، تختلف كمية النيكوتين الموجودة فيها باختلاف طولها و حجمها و نوع التبغ فيها، فالسجائر الطويلة و الرفيعة تنتج عنها كمية من النيكوتين أقل من السجائر القصيرة و الغليظة أو نصف السيجارة الأخرى يحتوي على كمية من النيكوتين أكبر من نصفها الأمامي.

السيجار: و هو عبارة عن أوراق التبغ نفسها يتألف من طبقات:

الحشو، الغطاء الداخلي و الغطاء الخارجي، فالحشو عبارة عن أوراق التبغ منزوع الساق التي في داخل اللفافة، و أوراق الغطاء الداخلي غالباً ما تكون من نفس أوراق الحشو على شرط أن تكون مستوية جداً و تكون جيدة الإحتراق و التوهج و ذات رائحة جيدة و الغطاء الخارجي للسيجار عبارة عن أوراق التبغ منزوع الساق و له مواصفات خاصة، فيجب أن يكون من لون جيد خال من العيوب، جيد الإحتراق، عطري و مرن.

الغليون (البابب): عبارة عن قالب بشكل معين يحوي حفرة يوضع فيها التبغ، و أنبوب يتصل

بالحفرة من جهة و إلى فم المدخن من جهة أخرى و هو من خشب أو معدن أو فخار.

الترجيلة (الأركيلة أو الشيشة): أصل هذه التسمية جاء من جوز النرجيل (جوز الهند)، إذ أن هذا

الجوز كان يستخدم لوضع ماء النرجيلة ثم حرفت الكلمة و أصبحت تعرف بإسمالأركيلة، و يمكن اعتبارها نوعا من أنواع الغليون كما يمكن تسميتها بالغليون المائي، و الفرق بينهما أن دخان التبغ في النرجيلة يمر في الماء و يخرج منه بواسطة خرطوم إلى الفم، و دور الماء هنا كمرشح يخفف من حدة التبغ المستخدم الذي يحتوي على كمية كبيرة من النيكوتين تتراوح ما بين 4 إلى 8 %.

الجوزة: و هي عبارة عن جهاز يشبه النرجيلة لحد كبير إلا أنها تختلف عنها في كون جهاز الماء

من المعدن وذراعها من الغاب و يمكن حملها باليد بخلاف النرجيلة. عبد الغني عرفة (ص 47 1997)

2. أسباب البدء بالتدخين:

يفرق الدكتور "فوازسعد" بين نظريتين تفسر أسباب التدخين و هي:

– النظرية الأولى: هناك من يقول أن العوامل الوراثية تلعب دورا أساسيا في بدء التدخين و لقد أجريت تجارب عديدة على التوائم الحقيقية (المتماثلة) للتأكد من ذلك إذ ترك بعضهم في نفس الظروف الإجتماعية المحيطة و الأخر وضع في ظروف اجتماعية مختلفة فتبين أن سبب التدخين لا يرجع لعوامل وراثية بقدر ما يرجع للمحيط الإجتماعي الذي يعيش فيه الفرد.

– النظرية الثانية: يرى أصحابها أن العوامل النفسية الإجتماعية تلعب الدور الأساسي في بدء عادة التدخين إذ هناك علاقة كبيرة بين التدخين و الظروف العائلية المحيط و المرتبة الإجتماعية للفرد.

– "و قد دلت الإحصائيات على أن 20 % ممن يدخلون بشكل منتظم بدأو التدخين بعد سن العشرين و الباقي منهم بدأوا هذه العادة السيئة في سن الطفولة و المراهقة بحيث للآباء و كبار الأولياء دور في تلقينهم الدروس الأولى في التدخين و ذلك منذ أرسلوهم لبيتاعوا لهم علب السجائر أول مرة ثم استمروا بعد ذلك في اشعالها و تدخينها على مرآهم و مسمعهم.

–"و بهذا تكون بداية مرحلة التدخين عبارة عن فترة تجربة قائمة على الفضول و مسايرة الأصدقاء أو ليظهر المراهق شخصيته سواء لأهله أو لأصدقائه، فالتدخين قد يكون عند بعضهم دليلا على التقدم و رمزا للتخلص من مخلفات الماضي و من سلطة الوالدين بمعنى الشعور بالرجولة و حرية التصرف نضال عيسى (ص 160 1994)

3. الإدمان واعتياد التدخين

يتم الاعتياد على التدخين خلال بضع سنوات من البدء به، حيث يعمل الدخان عن طريق زيادة نسبة النيكوتين في الدم على زيادة سوية لمادة بيتا أندورفين Beta Androfen الذي يولد داخليا النوربيد و هي المادة التي تنقص حسب الألم و تخلق اجمالا حالة من الراحة، و في العادة يدخن الأشخاص لخلق مثل هذا الوضع الذي يبعدهم عن الغضب و التوتر و يهيئهم لمواجهة مشاكل الحياة اليومية.

و بمجرد أن تطول مدة التدخين حتي يبدأ المدخن بالإهتمام بمضار التدخين و خاصة من الناحية المادية و الصحية و لكن رغم ذلك يستمر بالتدخين و بدون انقطاع.

و الإستمرار في التدخين بعد البدء به يشبه تماما الإعتياد الدوائي، الذي يحصل عند الفرد بعد أن يتناول أحد الأدوية المسببة للإعتياد، فتظهر قوى مختلفة غريزية و كيميائية و إجتماعية تدفعه إلى الإستمرارية عبد الغني عرفة (ص 52 1997)

4. أقسام المدخنين:

يلعب التدخين دورا هام في الحياة المدخنين، وقد انتشر بين الناس بشكل واضح و هناك ستة أنواع من المدخنين:

المعتدلون: هم الذين يدخنون حوالي 5 سجائر يوميا أو 5 غرام من تبغ الغليون أو يمشغون 2 غ من تبغ المضغ و بذلك يتناولون حوالي 15 ملغ من النيكوتين في اليوم.

المتوسطين: هم الذين يدخنون 10 سجائر يوميا أو سيغارين أو 10 غ من تبغ الغليون أو يمشغون 4 غ من تبغ المضغ و بذلك يتناولون حوالي 30 ملغ من النيكوتين.

المكثرون : و هم الذين يدخنون 20 سيجارة أو 3 الى 4 لفائف من السيجار أو 20 غ من تبغ الغليون أو يمضغون 8 غرامات من تبغ المضغ و بذلك يتناولون أكثر من 40 ملغ من النيكوتين في اليوم.

المفرطون : ويشكلون زمرة المدمنين و هم يدخنون أكثر من 20 سيجارة أو أكثر من 60 ملغ من النيكوتين يوميا. ويمكن الإشارة إلى أن درجة التأثير بالنيكوتين تختلف باختلاف الإستعداد الشخصي فما يعتبر معتدلا عند أحدهم قد يكمن أن يكون إفراطا بالنسبة لغيره.

العامل بالتبغ : يتعرض من كان على تماس بالتبغ سواء كان في الزراعة أو في الصناعة إلى أضراره بسبب قدرة النيكوتين على اختراق الجلد و الوصول من خلاله إلى الدم، و هناك مدخن له وضع خاص ، و هو الذي يعمل عند شركات التبغ ، كخبير لمعرفة نكهة التبغ . وكما هو معلوم فإن تدخين أنواع متعددة من التبغ أشد ضررا من الثبات على نوع واحد.

المدخن السلبي: و هو شخص لا يدخن لكنه بحكم عمله أو حياته يضطر للمكوث فترة طويلة في جو مشبع بدخان التبغ كعمال المطاعم و المقاهي و النوادي، و أفراد العائلة الذين يعيشون في غرفة واحدة فسد هواءها بتأثير ما يدخنه رب العائلة. فهذا الشخص يتضرر من التدخين كالمدخنين تماما، إذ يقدر ما يستنشقه عن طريق الهواء المملوء بالغازات السامة الناتجة عن التدخين بعشر سجائر في اليوم. نضال عيسى(ص 35 1994)

5. أنواع التدخين:

يقسم المختصون التدخين على نوعين رئيسيين:

- أولا: التدخين الذي يتعلق بنسبة النيكوتين في الدم:

يقوم بهذا النوع من التدخين المدخنون الحقيقيون، أي المدمنون على التدخين، و يكون

للتدخين هنا عدة أهداف تختلف باختلاف المواقف، نذكر منها:

-التدخين الحصول على متعة أكثر أو للتكيف مع متعة يعيشها المدخن

–التدخين لتهدئة أو لتحرير الأعصاب

–التدخين لتنبيه الأعصاب

–التدخين بسبب حاجة المدمن إلى كمية اضافية من النيكوتين

–التدخين لمجرد التدخين "تدخين غير هادف".

–ثانيا: التدخين الذي لا يتعلق بنسبة النيكوتين في الدم:

هذا النوع من التدخين يلجأ إليه المدخنون إما لياحفظوا على المظاهر الاجتماعية و

العصرية أو إرضاء للنفس و رغباتها أو لمجرد القيام بحركات التدخين أو لمشاركة الجلساء.

هاني عمروش (ص 179 1990)

6. إعتقاد خاطئ للتدخين:

يعتبر التدخين ظاهرة بيولوجية كالأكل و الشرب و ظاهرة اجتماعية نفسية، فالسجائر قابلة للتبادل

بين شخص و آخر و ترمز إلى التودد و التحبب الاجتماعي، ومن البديهي أن السجارة أسهل شيء

للاستهلاك بسرعة برفقة شخص آخر مهما يكن وضعه و طبيعته و هناك عاملان أساسيان يساعدان

على تعيين الأثر البالغ لظهور حادثة التدخين .

–حفلات تجعل من التدخين طقوسيا بمختلف أنواعه ومظهرا من مظاهر الإحتفال

–التدخين ترف، ولايوجد مدخن واحد يفترض أن التدخين ضروري للحياة و أن تبادل

السجائر هو عملية رمزية كتبادل الأنخاب. ناصر فضل الله (ص 6 2000)

7. الأضرار الصحية للتدخين

–تأثير التدخين على جسم الإنسان:

– أصبح من الثابت اليوم أن أضرار التدخين كثيرة لا تعد ولا تحصى، وقد تأسست في مختلف أنحاء العالم مراكز علمية و أنشأت هيئات عالمية مهمتها دراسة موضوع التدخين واضراره على الجنس البشري.

– وقد تبين أن للتدخين تأثيرات خارجية وداخلية على جسم الإنسان و مختلف وظائفه:

أ - الأضرار الخارجية:

الشعر: يصطبغ ببقع صفراء أو يرتسم خط أصفر اللون كما يمتص رائحة دخان السجائر، ويحتفظ بها فيصبح ذو رائحة كريهة.

العيان: كثيرا ما تصاب بالتهيج لأن الجفاف و الحك يزعجهما كما أن فركهما يشد البشرة الناعمة المحيطة بها و يؤدي إلى ظهور التجاعيد حولها.

البشرة: تصبح باهتة اللون، جافة، كما تظهر عليها التجاعيد المبكرة خاصة حول الفم و العينين.

الأظافر: تصطبغ ببقع صفراء. هاني عمروش (ص29 1990)

ب - الأضرار الداخلية:

–تأثيرات التدخين على الجهاز العصبي:

إن التبغ يسبب أضرار بليغة على الجهاز العصبي، وهذا بفعل النيكوتين الذي يصل إلى الدماغ بعد 7 ثواني من تدخين السيكارة.

إن انتقال النبضات العصبية من خلية إلى أخرى في الدماغ أو في أي جزء من الجهاز العصبي يتم بانطلاق مواد كيميائية في النهايات العصبية و هي الأستيل كولين والأدرينالين والنورالأدرينالين.

والنيكوتين يلعب دور الناقل العصبي، إلا أنه يكون في البداية بجرعات صغيرة منبهان أو محرزا وفي النهاية بجرعات كبيرة مثبطا و مانعا لإنتقال السيالة العصبية، ويتوقف تأثير النيكوتين على كميته و على حالة المدخن و نشاطه، فهو منبه في حالة الإنحطاط الجسمي والفكري مهدئ في حالة توتر.

ويؤثر التدخين على شرايين الدماغ مؤديا إلى تشنجها وتقل كمية الدم في الأوعية التي تمر عبرها، ويصاب الدماغ من جراء ذلك بوهن عام في طاقته وقد يبلغ التضيق في الأوعية الدموية درجة الإنسداد التام، وتوقف الدورة الدموية فيها لبرهة وجيزة يفقد المصاب خلالها وعيه وهذا ما يدعى بهجمات نقص التروية العابرة، كما يخفض من نسبة النشاط العقلي، فيبدوا الشخص أقل يقظة و يميل إلى الراحة و الإسترخاء، و تدخين السجائر المستمر كثيرا يسبب الصداع، والدوار واضطراب الذاكرة و النظر و الأرق و يزيد من أعراض الوهن العصبي (نوراستينيا) نضال عيسى (ص144)

تأثير التدخين على الرؤية والسمع:

التدخين وأمراض العين: يؤثر التدخين على العين بطريقتين:

الطريق الخارجي: بواسطة الدخان المنتشر في الهواء مسببا لإلتهاب حواف الأجفان فتهاجمها

الجراثيم وتضعف مقاومتها مما يؤدي في النهاية إلى زوال الأهداب ، كما تلتهب الملتحمة و يزداد إفراز الدمع من الغدد الدمعية.

الطريق الداخلي: يسبب التسمم الحاد بالنيكوتين عادة، توسعا في الحدقة، اما التسمم المزمن فإنه

يضيقها و يفسد استدارتها، كما يؤثر على حركة العدسة و يفسد حسن تجاوبها مع النور الداخل عبرها إلى داخل العين.

كما يؤثر النيكوتين أيضا على العصب البصري مسببا فيه إلتهابا الذي ينتج عنه نقص بسيط في الرؤية (خاصة عند حلول الظلام) وعدم تمييز الألوان خاصة الأحمر والأخضر ثم تمتد الحالة حتى اللون الأبيض. نضال عيسى (ص 145)

التدخين وأمراض الأذن:

يحدث التبغ المستعمل بشكل عطوس إلتهابا مزمننا في الغشاء المخاطي الأنفي وقد يمتد هذا إلتهابا إلى الأذن الداخلية المسؤولة عن حفظ التوازن ثم ينتقل إلى الأذن الوسطى فتلتهب و تمتد منها إلى الأذن الخارجية فيفقد الجسم توازنه.

ويسبب النيكوتين في البداية تهيجا في العصب السمعي ، يجلب للمدخن إنزعاجا شديدا نتيجة سماعه لأصوات غريبة طفيلية ثم ينتهي التهيج بعد مدة بالإنعكاس إلى الإرتخاء فتضعف قدرة العصب على السمع و قد يصل ذلك في بعض الأحيان إلى الصميم.

أصف إلى ذلك أن التدخين يسئ إلى عدد من الأمراض الأذنية كمرض منيير الذي يشكو فيه

المصاب من دوران وطنين ونقص السمع و ثقل في الأذن. نضال عيسى (ص 147)

- تأثيرات التدخين على الجهاز التنفسي:

التدخين واضراره على الأنف و الجيوب: يؤثر التدخين تأثيرا على حاسة الشم وذلك عندما يعتاد المدخن على إخراج الدخان من أنفه وعندما يستعمل التبغ بشكل عطوس، لأنه يسبب إلتهابا مزمننا للغشاء المخاطي الأنفي وهذا يؤثر على منطقة الشم فتضعف حساسيته كما يسبب له اختناقا، حيث تتضخم قرنيات الأنف فتؤدي إلى انسدادها، ولهذا يشكوا أغلب المدخنين من الشخير الليلي، كما يسبب التدخين إلتهابا الجيوب المزمن و ذلك بشله الأهداب التنفسية، التي تظف المجاري التنفسية، فتتراكم داخلها مفرزات الغبار وهذا يؤدي إلى التهاب الجيوب.

التدخين وتأثيره على الرئة: إن التدخين يضعف من وظائف الرئة حيث أنه يؤثر على مقاومة الطرق الهوائية، فالمواد الناجمة عن تدخين السجائر من نيكوتين وقطران تخرب الطبقة من الأسناخ الرئوية و تلك أولى درجات تناقص الوظيفة التنفسية و قد يتضاعف تأثير التدخين على الجهاز التنفسي عند بعض الناس بتأثير عوامل أخرى كالإصابة بمرض الحساسية وضيق التنفس فينتهي المدخن بقصور تنفسي شديد. نضال عيسى (ص 69)

- تأثير التدخين على الجهاز الهضمي:

التدخين وتأثيره على الفم: للتدخين أثر سيء على الفم و رائحته، حيث تتلون الأسنان في المناطق التي يضع فيها الغليون أو السجارة بلون أسود أو بني و كثيرا ما ينتشر هذا التلوث في بقية الأسنان في الفم كله، و رائحة زفير المدخن النفاذة تفسد رائحة الفم، و لا يشعر بها غالبا لأن خلايا الشم عنده تعتادها في ثواني معدودة.

التدخين وتأثيره على المعدة والأمعاء: يؤثر التدخين على عضلات المعدة محدثا فيها تشنجات مؤلمة تعيق حركتها و تمنع الأطعمة التي فيها من الخروج منها بسهولة، وهذا ما يؤدي إلى الشعور بالثقل في المعدة عسر الهضم.

التدخين يزيل الشعور بالجوع لأنه ينقص من الحركات الحيوية المعدية التي تحدث بشكل طبيعي أثناء الجوع و هذا بدوره يؤدي إلى تناقص وزن المدخنين بشكل عام لقلة ما يتناولونه من غذاء. ويؤثر التدخين على الأمعاء من خلال تأثيره على العصبين الوري الذي يبسط حركة الأمعاء ونظير الوري الذي يسرعها.

فعندما يدخل الشخص أول مرة، ينبه النيكوتين العصب نظير الوري فتسرع حركة الأمعاء ويحدث إسهال. فيظن المدخن أن التدخين مفيد في معالجة الإمساك و لكن في الوقت ذاته إذا استمر هذا

الشخص في التدخين فإن تأثير النيكوتين على نظير الوري يزول و يبقى تأثيره على العصب الوري فيحدث إمساك. نضال عيسى (ص71)

- تأثير التدخين على الجهاز البولي:

النيكوتين يطرح قسم كبير منه عن طريق الكليتين مما يؤدي إلى تصلب شرايينهما و تسممها بشكل بطيء مع مرور الزمن، لهذا يحدث إتهابا مزمنًا في الكليتين لينتهي بظهورهما و بالتالي وفاة الشخص المصاب.

كما تتأدى المثانة بسبب التخرش الدائم الذي يحدثه البول المحمل بالنيكوتين و القطران و المواد الأخرى التي يتألف منها دخان التبغ. نضال عيسى (ص 72)

8. الأخطار الاجتماعية و الاقتصادية للتدخين:

- الأخطار الاجتماعية:

عندما يدخن الشخص أو مجموعة من الأشخاص في جو محصور فمن تأثيرات التدخين تتضاعف، فزيادة عن التأثيرات المباشرة على صحة المدخن تتولد هناك تأثيرات أخرى بطريقة غير مباشرة عبر الهواء و البيئة التي تكون مشبعة بالدخان التي تنعكس سلبا عليه و على غير المدخنين و يبدو تأثير الهواء المشبع بالدخان أكثر وضوحا على الأطفال و الرضع، فعندما يدخن الأهل في الغرفة الموجودة فيها الطفل فإن هذا الأخير يستنشق الدخان فيضعف جسمه و يصاب بالهزال و قلة الشهية للطعام و يكون أكثر استعدادا للنزلات الصدرية المتكررة و إتهاب الأذن و البلعوم نظرا لضعف بنيته و مناعته.

ناصر فضل الله (ص 37 2000)

– الأخطار الاقتصادية:

ينفق الفرد الكثير من الأموال من أجل إقتناء حاجته إلى التدخين، وبهذا تخلق مشكلة اقتصادية، فزيادة على ذلك المدخن باعتباره ضعيف البنية هو أكثر استعدادا للإصابة بالأمراض مما ينتج عنه انفاق من أجل المعالجة و تعطيل عن العمل و بهذا تكون الخسارة كبيرة على الفرد المتضرر من جهة و من جهة أخرى المجتمع الذي تقل نسبة الإنتاج فيه.

ناصر فضل الله (ص 39 2000)

خلاصة

نرى أن التدخين عرف لدى الإنسان منذ القدم، و هو الآن يعد من بين أخطر الأفات الاجتماعية إذ يؤدي بالشخص المدخن مهما كانت نوعية و كمية السجائر التي يتناولها إلى الإصابة بأمراض عديدة تمس كل أعضاء جسده ، كما و تجعله مقلسا نتيجة لما يبذره من أموال من أجل إقتناء السجائر تم لما ينفقه بغية وجود العلاج النافع لما أصابه من علل و لإسترجاع صحته التي ضاعت بسبب تهوره و جهله أو تجاهله لما سيحدث له.

و إضافة إلى الضرر الذي يلحقه التدخين بمتعاطيه فإن الأشخاص غير المدخنين أيضا لهم من ذلك الأذى نتيجة إستنشاقهم لهواء مشبع بالدخان المتناثر من السجائر، و بهذا يصبح التدخين

يهدد حياة البشرية جمعاء من خلال الإختلاط الدائم بين المدخنين و تواجدهم المستمر مع بعض في نفس الأماكن عرضة للخطر.

و بالرغم مما للتدخين من أخطار صحية و اجتماعية و اقتصادية إلا أن العديد من الأشخاص و من مختلف الأعمار يجدون فيه أشياء إيجابية و ممتعة و من بين هؤلاء نجد صنف المراهقين الذين يمثلون نسبة لا بأس بها في مجال التدخين و هذا راجع لوجود أسباب تدعوهم إلى تعاطي التدخين سنعرض لها في فصل لاحق، و فيما يلي و على ذكر المراهقين لابد لنا من وقفة للحديث عن المراهقة كمرحلة نمو و ما تتميز به من خصائص و حاجات و مشاكل.

الفصل الرابع

منهج البحث وأدواته وإجراءاته

تمهيد

1. المنهج العيادي
2. المقابلة العيادية
3. دراسة الحالة
4. الملاحظة العيادية
5. اختبار فحص الهيئة العقلية
6. مكان إجراء الدراسة الميدانية
7. الحالة العيادية

تمهيد:

من أجل إتمام الدراسة يجب الاعتماد على منهج علمي يحتوي العديد من التقنيات والطرق المصممة لفحص الظواهر والمعارف وللاستكشاف فهو إدراك منظم ومعمق قائم على التجربة وهو ينشأ عن طريق الدراسة والتجارب والملاحظة من أجل التفسير والوصف والتنبؤ بحيث أنه لا يعتمد على الإدراك السطحي والبديهي ويتبع بذلك منهج معين بحيث يكون الطريق المؤدي للكشف عن الحقيقة في شتى المجالات عن طريق حملة من القواعد والأسس.

1. المنهج العيادي:

هو أهم المناهج البحثية والتشخيصية وهو من أهم الأعمدة في البحث العلمي في علم النفس العيادي ويعتمد عليه الأخصائيون النفسيون في الأبحاث العلمية ودراسات الموسعة ويستخدم للتشخيص وكشف الاضطرابات الذي يعاني منها المفحوص وهو يدرس السلوك السوي والمرضي فهو يستخدم من أجل دراسة جميع أنواع السلوك ومن أحد مقومات هذا المنهج هو أخذ الإنسان في موقف معين بحيث يعود إلى المعاش الشخصي للحالة بكل جوانب ومحاولة تفسير كل الاستجابات الصادرة عن الفرد محمد مسلم (ص 41 2001)

2. المقابلة العيادية:

هي علاقة بين الطرفين الطرف الأول هو الأخصائي النفسي أما الطرف الثاني هو المفحوص وهذه العلاقة تتم على أسس مهنية إحترافية وتعتبر الثقة أهم أسس هذه العلاقة ونجاحها من أجل جمع البيانات بهدف الوصول إلى حل للمشكلة وهي ثلاث أنواع:

- المقابلة الموجهة.
- المقابلة غير الموجهة أو الحرة.
- المقابلة النصف المقيمة: عبد الفتاح (ص 191 1998)
- وفي هذه الدراسة اعتمدنا على المقابلة النصف الموجهة وذلك من أجل التركيز على مشكل الإدمان على التدخين الذي كان موضوع هذه الدراسة بالإضافة إلى العقد العلاجي الذي تم الاتفاق فيه على معالجة الإدمان على التدخين.

3. دراسة الحالة:

هي محاولة لجمع وتقديم معلومات من أجل الفهم المعمق لحالة ما فهي عبارة عن ملاحظة تغوص في أعماق الحالة بحيث تهتم بكل ما هو مرتبط بالحالة المحيط أهم الأحداث الإجتماعية التي مر بها

إن دراسة الحالة هي المجال الذي يسمح بجمع أكبر وأدق قدر من المعلومات وذلك من أجل الوصول إلى تشخيص ومن أجل فهم الحالة أو من أجل تحقيق أهداف دراسة ما فهي من أهم الخطوات في العمل الإكلينيكي والبيداغوجي فهي تسمح لنا بالتعرف على تاريخ الحالة وصياغتها بأسلوب علمي منظم جلال محمد السري (ص75 2000)

4. الملاحظة العيادية:

يمكننا القول أنها هي عملية تسجيل أو توثيق الظواهر كما تقع في البيئة الطبيعية مع الأخذ بعين الاعتبار العلاقة بين الأسباب والنتائج وتتميز الملاحظة العيادية عن العادية بأنها هادفة وتشير وفق قواعد ومخطط معين وملاحظة تنقسم لعدة أنواع المباشرة وغير مباشرة والمقننة والحررة وفي هذا البحث العلمي اعتمدنا على الملاحظة الحررة محمد مزيان (ص187

(1999)

5. اختبار فحص الهيئة العقلية :

هذا الفحص يستعمل كوسيلة تحليلية للحصول على تشخيص ملائم خاص بكل حالة ،
للدكتور نصره قويدر

يتركز هذا الفحص على الملاحظة المباشرة للاستجابات السلوكية التلقائية و اللفظية و
الحركية ، كما يمكن الحصول على معلومات اساسية من المحيط ، كما يمكن ان يحصل
الفاحص على المعلومات من المفحوص عندما يطرح مشكلته و اهم النقاط المعتمد عليها
في اختبار فحص الهيئة العقلية هي كالتالي :

① الاستعداد و السلوك العام

② النشاط العقلي

③ المزاج و العاطفة

④ محتوى التفكير

⑤ القدرة العقلية

⑥ الاستبصار و الحكم

⑦ التشخيص

⑧ الملخص

6. مكان إجراء الدراسة الميدانية:

تم إجراء الدراسة الميدانية بدار الشباب عين الترك وهران بحيث سمح لي مدير المؤسسة باستغلال قاعة مجهزة بمكتب وكراسي.

7. الحالة العيادية:

إعتمدنا في دراستنا على حالة من جنس ذكر مدمنة على التدخين من نوع السجائر وقد تم الاختيار بطريقة مقصودة بحيث حولت إختيار حالة تكون ذات مستوى تعليمي وثقافي معين وكذلك نفس الأمر بالنسبة للسن فالحالة عمر 24 سنة وذلك من أجل تسهيل إجراء المقابلات.

الفصل الخامس

التقرير السيكولوجي للحالة

التقرير السيكولوجي للحالة (ع):

اللقب: "ب"

الإسم: "ع"

السن: 24 سنة

مدمن على التدخين

المستوى التعليمي: 3 ثانوي

الحالة الاجتماعية: اعزب

الحالة الاقتصادية: جيدة فوق المتوسط

مكان الدراسة: دار الشباب، عين الترك

تاريخ الفحص النفسي:

2015/04/30 –

2015/05/03 –

2015/05/05 –

2015/05/10 –

2015/05/13 –

2015/05/24 –

– الدافع من الفحص النفسي:

– تحضير مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في العلاجات النفسية

– الفاحص:

- عبيدي هديل
- الإختبارات المطبقة
- فحص الهيئة العقلية

إختبارات فحص الهيئة العقلية

الاستعداد والسلوك العام:

- الحالة "ع" تبلغ 24 سنة، متوسط القامة، بنية عادية، خمري البشرة، العينين ذات لون عسلي، شعر أسود خفيف.
- لباس نظيف ومرتب يتماشى مع الوقت الحالي.
- ملامح عادية لا يظهر من خلالها أي قلق أو توتر لكن بعد الغوص في المقابلات تظهر بعض الملامح الحزينة والتوتر.

النشاط العقلي:

لديه تلقائية عند الاستجابة ولا تظهر عليه أنه لا يستطيع الإجابة فدائماً إجاباته مت تكون على قدر السؤال وأكثر أحياناً.

محتوى التفكير:

تظهر نوع من العدوانية بوجهه نحو والديه من خلال خطابه كما أنه يظهر لديه إحباط ويشعر بنوع من الاضطهاد من قبل المجتمع وهذا يظهر من خلال محتوى التعبير الخاص بالحالة.

المزاج الفكري "المزاج والعاطفة":

يمكن القول أن لديه مزاج متقلب من حين إلى آخر فهو مزاجي يظهر عليه بعض التوتر والقلق لكن في غالب الأحيان نجده متفائل بالمستقبل لكنه سريع الغضب والانفعال.

القدرة العقلية:

لغة واضحة لديه قدرة جيدة على الفهم والاستيعاب فكل شيء كان واضح بالنسبة للحالة وقد أبدى مستوى جيد من الانتباه والتركيز تقريبا في كل الحصص وتتبع أدق التفاصيل، كما أنه ليس لديه مشاكل مع الذاكرة فهو يظهر ملما بكل الأحداث التاريخية المهمة في حياته البعيدة والقريبة كما أنه مدرك للتوجه الزماني والمكاني.

الاستبصار والحكم:

الحالة "ع" مدركة تماما للمشكلة التي يعاني منها وهي الإدمان على التدخين ويرى أن الظروف الاجتماعية من أهم العوامل التي ساهمت في ظهورها وهو الآن يرى التدخين كمعيق له في حياته ويجب تخطيه بحيث يرى أن التدخين كان مجرد وسيلة خاطئة لتعامل مع مشاكل كانت عالقة.

التشخيص:

الحالة "ع" لديها إدمان على التدخين من النوع السجائر بشكل متوسط.

الجوانب الأساسية للتاريخ النفسي والاجتماعي للحالة "ع"

ولدت الحالة سنة 1991 بولاية وهران والديه مطلقين وكلاهما متزوج للمرة الثانية لديه 3 أخوة من الأب وأخوين من الأم فنستطيع أن نقول أنه هو الوحيد في العلاقة الزوجية التي جمعت والديه وهو يعتبر من عائلة ميسورة الحال.

الحالة قضت بل حياتها في انتقال من بيت إلى آخر فمنذ انفصال والديه في سن الخامسة وهو يقضي أشهراً عند الأب والأخرى عند الأم لكن يمكن أن نقول أن أطول مدة قضاها في بيت جدته وهذا ما جعله يعاني من نوع من الحرمان العاطفي، وتقطع في العلاقات.

الحالة لم تعرف أي مشاكل في المرحلة الابتدائية، فقد كان متفوق في الدراسة وكانت حياته عادية نقطة التغيير بالنسبة للحالة كانت عند انتقاله إلى 7 أساسي أو أولى متوسط بحكم أنه استقر عند جدته والمحيط هناك مشجع على كل أنواع الانحراف من تدخين ومخدرات ومهلوسات وكحول ورغم السن المتقدمة فالإكتمالية التي كان يدرس بها شاع سيطها بالأمور المماثلة بالإضافة إلى أنه كان مغروماً - "RAP" والذي هو معروف في وسطه بشتى المحفزات على الانحراف وهذا كان من أهم الأسباب في إدمانه على التدخين حتى أنه كان يتعاطى المخدرات لكن ليس لدرجة الإدمان فقد كان يتعاطاها في أوقات متباعدة بالإضافة إلى أنه أحيانا كان يستهلك الكحول.

الحالة "ع" دائماً ما يرجع سبب دخوله في هذه الدوامة بسبب انفصال والديه بحيث أنهما اعتما ببناء حياة جديدة دون أن يهتمتا بتتبعه بحيث يقول أنه كلما واجهت مشكلة أو شكلت مشكلة لأحدهما يرسلني عند الآخر"، وهذا ما طور شعوره بنوع من الإحباط والحرمان العاطفي.

خطوات البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي:

*المرحلة الأولى

الجلسة الأولى: محاولة وضع عقد علاجي 40دقيقة

تكلّمنا عن العلاج السلوكي المعرفي بشكل مختصر بحيث وضحت للحالة أن العلاج السلوكي المعرفي يمكن من خلاله استهداف سلوك وتصور معين من أجل إطفاءه وذلك من أجل وضع أسس ومبادئ للاتفاق الذي سوف يعقد بحيث أكدت له بأنني خلال هذا التدخل العلاجي سوف أستهدف الإدمان على التدخين لأن الحالة من خلال سردها لتاريخها الشخصي أظهر طلب غير مباشر، بحيث أنه يريد أن يفهم ماذا حدث معه ويريد أن يتجاوز الأزمات التي مر بها، ومن أجل هذا وضحت له أهداف هذا التدخل العلاجي.

لقد تطرقنا إلى الوضعيات التي يدخن فيها الحالة سيجارة بحيث أنه كلما شعر بالملل يدخن كما أنه يباشر يومه بفنجان قهوة وسيجارة، المواقف الانفعالية سواء كانت غاضبة أو مفرحة يدخن سيجارة.

كما أنه أحيانا يبدأ في استهلاك السيجارة بشكل متكرر واحدة تلو الأخرى خاصة عند شعوره بالفراغ، مصحوب بشعوره أن حياته غير عادية بعكس الآخرين وأحيانا لا يجد ما يشغل به وقته وهذا ما يولد لديه نوع من الإحباط وأحيانا يقول أنه يشعر أنه مكروه من طرف الجميع ويشعر أنه يشكل عبئاً على الآخر.

الحالة تقول أن هذه الفترات تمر كالأزمة فأصبح أدخن كثيراً بحيث يمكن أن يتجاوز عتبة 15 سيجارة في اليوم عندما يدخل في هذه الدوامة لكن في الأيام العادية يستهلك من 10 إلى 15 سيجارة في اليوم.

انتهت الجلسة بالاتفاق على عقد علاجي معنوي وينص على التالي:

وضع برنامج علاجي سلوكي معرفي يهدف إلى علاج الإدمان على تدخين السيجارة.

الحالة ترى أنها لديها مشاكل نفسية عالقة وتحتاج إلى متابعة نفسية فهو يطلب بطريقة غير مباشرة لذلك سوف أقوم بتحويله إلى أخصائي نفساني زميل من أجل أن يتكفل به بعد الانتهاء من هذا التدخل.

*المرحلة الثانية

الجلسة الثانية: أهم الأفكار الأتوماتيكية السلبية 30دقيقة

من خلال الجلسة الأولى تم رصد العديد من الأفكار السلبية والمشجعة على التدخين وقمت بسردها على الحالة من أجل مناقشتها.

- كل الناس لديهم حياة عادية إلا أنا.
- لا أدري ماذا أفعل الآن عقلي مشوش.
- في كل صباح فنجان القهوة وسيجارة أمر مفروغ منه.
- صديقه يستشيريه في أمر ما مثلا يقول "قارع (انتظر) نكمي قاروا (سيجارة) ونهدروا عليها".
- خبر أو موقف مفرح يحتفل بسيجارة.
- خبر أو موقف يغضبه قليل سيجارة.

من خلال هذا حاولنا الإشارة إلى الروتين والحياة اليومية من أجل وضع أسس ترتكز عليها في عملية التغيير بحيث نقوم بتغيير هذه الأفكار بأخرى إيجابية وذلك بالمساعدة الحالة "ع" بحيث حاولت دفعه هو لوضع و يهدا اختتمت الجلسة بمجموعة من التعليمات على شكل واجبات منزلية و هي البحث عن أفكار بديلة و أكثر منطقية

الجلسة الثالثة : أهم البدائل للأفكار الاتوماتكية السلبية 40 دقيقة

كانت بداية الجلسة مراجعة لما حدث في الجلسة السابقة أهم الأحداث ثم انتقلنا مباشرة إلى النظر في أهم البدائل الفكرية الممكنة و كانت النتائج كالتالي و قد ساهمت الحالة ع في تطور الأحداث بصفة ايجابية

سلبى 1 : كل الناس لديهم حياة عادية إلا أنا

إيجابي 1: اتفقنا على أن الحياة العادية لا يمكن الحكم عليها بالظاهر فالحياة العادية مليئة بالمشاكل وكل إنسان وله أسرار ومشاكل وبدل هذا التحسر يجب العمل على بناء نمط حياة خاص بك.

- سلبى 2: لا أدري ماذا أفعل الآن عقلي مشوش
- **إيجابي 2:** عدم الاستسلام للفراغ يجب دائما فعل شيء إيجابي كدورات تدريبية المهم أي عمل يتم بالإيجابية
- **ملاحظة:** بعد ثلاث أيام من الجلسة الثانية اشتركت الحالة "ع" في دورة تدريبية لتعلم اللغة الفرنسية.
- سلبى 3: في كل صباح فنجان القهوة وسيجارة أمر مفروغ منه
- **إيجابي 3:** كل صباح سنحت الفرصة القيام بتمارين رياضية أو القيام بها بعد العصر، كما أنه ليس من شروط احتساء فنجان قهوة تدخين سيجارة.
- سلبى 4: صديقه يستشيريه في أمر ما مثلا يقول "قارع (انتظر) نكمي قاروا (سيجارة) ونهدروا عليها"
- **إيجابي 4:** بالنسبة للمواقف المبهمة يجب إعطاء نفسك الفرصة للتفكير دون اللجوء للسيجارة للهروب من الموقف وتجنب التوتر الذي أحدثه السؤال المفاجئ أو الموقف المفاجئ، فيجب إذن التركيز والانتباه للموقف وبهذا يمكن التعامل مع الموقف أو تجنبه بطريقة سليمة.
- سلبى 5: خبر أو موقف مفرح يحتفل بسيجارة

- **إيجابي 5:** إن المواقف المفرحة يجب استغلالها بشكل إيجابي من أجل تطوير هذا التصور والذي هو من عوامل الراحة النفسية فأحسن شيء يكون عبر مشاركة الفرحة مع العائلة أو المعنيين بالأمر كدعوة عشاء مثلاً.
- **سلبى 6:** خبر أو موقف يغضبه قليل سيجارة
- **إيجابي 6:** بالنسبة للمواقف المحزنة يجب فهم الوضعية والتعامل معها على حسب شدتها وليس الهروب فيمكن المشاركة مع أصدقاء أو عائلة من أجل تخفيف من حدة الموقف.
- ومع نهاية الحصة قمنا بتدريب الحالة "ع" على تقنية الاسترخاء شد قبضة اليد اليمنى لمدة خمسة ثوان ثم ارخاء القبضة لعشرة ثوان و تكرير المحاولة مع غلق العينين و التكرار يكون بالتداول بين اليد اليمنى و اليسرى . علي عسكر (ص 190 2003)

وقدمنا له واجبات منزلية وهذه الواجبات كانت كالتالي:

- القيام بتطبيق الأفكار البديلة وفي نهاية كل يوم يقوم بتسجيل نجاحاته في ورقة.
- كلما شعر بالفراغ والتوتر يقوم بعملية الاسترخاء من مرة إلى مرتين في اليوم.

*المرحلة الثالثة

الجلسة الرابعة : مناقشة مدى فاعلية الأفكار البديلة والاسترخاء والواجبات المنزلية في إطفاء سلوك التدخين. 35 دقيقة

تكلما عن مدى فاعلية الاسترخاء بحيث ساعد على تخفيف التوتر أثناء الحاجة للنيكوتين كما أنه أعطى الفرصة للحالة من أجل التفكير والبحث عن حلول دون الهروب كما أن ممارسته للرياضة ساعدته في الابتعاد عن السجارة كما أنه أصبح يحتسي القهوة دون سجارة التي استبدالها بلعب الكلمات المتقاطعة أو قراءة جريدة.

وبهذا فإن لعملية إعادة البناء المعرفي أثر كبير على إطفاء الإدمان على التدخين.

الحالة "ع" اشتركت في دورة لتعلم اللغة الفرنسية بالإضافة إلى أنه أصبح يبحث في أفاق أخرى من أجل بناء نسق جديد لحياته اليومية وفي كل مرة يقول أنه لو فكرنا بطريقة منطقية نعرف أن الوقت الفارغ نحن من نتحكم به وليس هو كما أنه يجب علينا التعامل مع الواقع بمنطق أقل الأضرار.

الحالة "ع" أظهر تجاوب مع النتائج التي ظهرت بعد الحصة الثانية لذلك قمت بإعطائه نفس الواجبات المنزلية وذلك من أجل تثبيت الأفكار البديلة بالإضافة على المداومة على القيام بالاسترخاء كلما واجه مواقف ضاغطة على الأقل مرة في اليوم.

الجلسة الخامسة: تقييم البرنامج العيادي. 30 دقيقة

إن البرنامج العلاجي المتبع مع الحالة "ع" بسيط جدا بحيث اعتمدنا على عملية إعادة البناء المعرفي وتقنية الاسترخاء من أجل إطفاء سلوك الإدمان على التدخين وذلك بالإضافة إلى الإدارة التي كان يتمتع بها بحيث أنه توقف عن التدخين منذ وضعنا العقد العلاجي وذلك كخطوة إيجابية منه .

كما أنه تفاعل بشكل إيجابي مع كل المتطلبات المخطط العلاجي، بحيث لم يبدي أي مقاومة خاصة على مستوى الأفكار البديلة.

استطاعت الحالة "ع" وضع الإدمان على التدخين في خانة لوحدها كسلوك شاذ وفصلها عن معاشه النفسي والأزمات التي تعرض وتعامل مع التدخين بمبدأ أقل الأضرار بحيث أنه قال لي: "أنحبس الدخان وبعد ذلك ربي اسهل".

في نهاية الحصة أخبرت الحالة "ع" أن هذه الجلسة هي ما قبل الأخيرة، وطلبت منه أن يحاول مراقبة نفسه بحيث يسجل ملاحظات في مذكرة وذلك من أجل إعطاء الفرصة لنفسه لإعادة صياغة أفكاره مما يقلل من احتمال سقوطه في سلوكيات شاذة وبهذا قد أنهيت هذه الجلسة بتدريبه على فنية المراقبة الذاتية وبإعطائه نفس الواجبات المنزلية السابقة.

المرحلة الرابعة*الجلسة السادسة: متابعة**

الجلسة دامت 25 دقيقة ناقشنا خلالها كل ما قمنا به في الجلسات السابقة ومدى تقدمنا وتعتبر آخر جلسة، بحيث أعلمت الحالة أنها هي أخيرة لكنه يمكن أن يطلب استشارة نفسية في أي وقت من أجل متابعة تطور العلاجي.

الحالة "ع" توقفت عن التدخين وقد قال لي في بداية كنت أقول دائما يجب أن أبتعد عن السجارة كي لا أعود لها، لكن الآن أشعر حقيقة أنني لا أحتاجها في هذه الحصة قمت بتقديم جملة من النصائح وهي المواظبة على نفس الواجبات المنزلية وكلما استلزم الأمر فالاسترخاء يمثل منفذ كما أكدت على مراقبة الذاتية بشكل متواصل وذلك حتى موعد جلسة المتابعة النفسية في أواخر جوان.

La gris secca

للحالة ع

① المثير

1. تفكير داخلي يسوده التوتر
2. فنجان قهوة كل صباح
3. موقف مربك او محير (صديق يستشير في موضوع).
4. موقف مفرح (خبر مفرح مثلا اخبروه ان جدته كانت في مستشفى و خرجت بخير)

② وضع المزاج

1. حيرة وتوتر
2. عادي لكن السجارة لازمة
3. ارتباك السجارة لربح بعض الالوقت
4. فرحة

③ المخطط المعرفي

1. كل الناس لديهم حياة عادية الا انا
2. كل صباح و كل ما اشرب قهوة السجارة لازمة .
3. يجب ايجاد حل لهذا الموقف و الآن
4. خبر يستحق اشعال سجارة

④ الاستنتاج يجب تعاطي سجارة لكي تمر الامور بسلاسة

الفصل السادس

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

مناقشة نتائج البحث على ضوء الفرضيات

نص الفرضية

يساهم العلاج السلوكي المعرفي في علاج الإدمان على التدخين

من خلال الفحص النفسي للحالة "ع" ظهر طلب غير مباشر من الحالة "ع" يطلب فيها نوع من المرافقة أو التكفل من أجل فهم وضعيته النفسية الذي يظهر من خلالها نوع من الحرمان العاطفي والتقطع في العلاقات كما ظهرت الحالة "ع" أن لديها إرادة قوية للتوقف عن التدخين وهذا ما ساعد وضع عقد علاجي.

و من خلال اختبار فحص الهيئة العقلية لم نلاحظ أي مشاكل على مستوى الاستعداد والسلوك العام نشاطه وقدرته العقلية عادية باستثناء بعض العدوانية اتجاه الوالدين التي تظهر في خطابه بالإضافة إلى أنه انفعالي ومزاجي وقد تبين من خلال الاختبار أنه يعاني من الإدمان للتدخين بصفة متوسطة

من خلال البرنامج العلاجي استطاع العميل فصل الرابط الذي وضعه هو بين مشاكله النفسية وسببها في التدخين

استطاعت الحالة "ع" الإقلاع عن التدخين في ظرف قياسي 7 أسابيع.

نستطيع نقول ان هناك اجماع على ان الادمان على التدخين يمكن التخلص منه ومن رواسبه في فترة ليست بالطويلة فنسبة النيكوتين في الدم تبدأ بالانخفاض تدريجيا بعد الاقلاع عن التدخين فالتدخين ليس ارتباط فيسيولوجي فقط فهو لديه جانب فكري يعزز الرابط مع السجارة فهو لديه جانب معرفي و جانب سلوكي و هو يعتبر من الاضطرابات السلوكية

العلاج السلوكي المعرفي ابرز نجاعته في التكفل بالمدمنين على التدخين و هذا ما برز في عدة دراسات سابقة كدراسة محمود عبد الرحمان سنة 2010 بحيث حقق نتائج

ايجابية في ظرف 90 يوما و كذلك دراسة سيذرذان و كافانا في سيدني على 121 حالة مدمنة على الكحول و حققوا نتائج ايجابية في ظرف 6 اشهر قواقنة (2007) و دراسة قام بها مارك كيلي على عينة من 811 طالب للتكفل بالمدمنين على الكحول و الماريخوانا و التدخين بحيث توصل الى نتائج ايجابية العامري (2000)بالاضافة الى عدة دراسات اخرى كلها تجمع على فاعلية العلاج السلوكي في التكفل بحالات الادمان بشتى انواعها الكحول المخدرات التدخين و هذا ما اشار اليه ارون بيك بحيث يرى ان الفنيات المعرفية و السلوكية لديها اثر ايجابي على الاضطرابات السلوكية و هذا ما توصلنا اليه في تطبيقنا العلاج على الحالة "ع" بحيث رصدنا عدة افكار تلقائية سلبية و التي هي بذاتها نتاج عن المخططات المعرفية و قمنا بايجاد (بالاشتراك مع الحالة) افكار بديلة و ذلك باستخدام فنيات معرفية و سلوكية و كانت النتائج جد ايجابية

الخاتمة

تبرز أهمية الدراسة بانها توضح لنا الاثر الايجابي للعلاج السلوكي المعرفي في التكفل بالمدمنين على التدخين بحيث ان الفنيات المعرفية و السلوكية لها اثر كبير على السلوك التدخين بحيث ان الصورة المكونة عن التدخين كلما تغيرت وتعدلت تنخفض التبعية للتدخين فالتدخين ما هو الا سلوك مشبع بافكار مسبقة و تبعية للنيكوتين و للتكفل به يجب الاخذ بعين الاعتبار كلا الجانبين و هذا ما توضح من خلال دراستناو على ضوء هذه الدراسة وضعنا مجموعة من الوصايا و النصائح

- عند التكفل بالمدمن على التدخين يجب التركيز عليه كسلوك دون التوغل في دراما المشاكل اليومية
- اجراء دراسة لوضع برنامج علاجي سلوكي معرفي لتكفل بالمدمنين على التدخين خاص بالمجتمع الجزائري
- احداث مراكز او نقاط للتكفل و علاج المدمنين على التدخين في مختلف القطاعات (جامعات، ثانويات، دور الشباب ، مستوصفات الخ)
- على الخصائي النفسي ان يفرق بين الطلب الموجه من اجل التكفل النفسي و الطلب الموجه للتكفل بالتدخين

قائمة المراجع

1. إلهام خليل، علم النفس الإكلينيكي المنهج والتطبيق، دار الإبتدار، القاهرة، مصر، طبعة 2004.
2. أمال عبد السميع أباطة، الصحة النفسية، جامعة طنطا، مصر، الطبعة الأولى، 1999.
3. جلال محمد السري، علم النفس العلاجي عالم الكتب، القاهرة، مصر، طبعة 2000.
4. جودين بيك، أرون بيك، العلاج المعرفي أسس وأبعاد، ترجمة طلعت مطر، إيهاب الخراط، المركز القومي للترجمة القاهرة، مصر، الطبعة 2008.
5. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، مكتبة العبيكان، الرياض، م.ع سعودية، الطبعة الأولى 1997.
6. حس مصطفى عبد المعطي، علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر 1998.
7. دردار فتحي، الإدمان المخدرات الخمر، التدخين، دون دار نشر طبعة 5، 2004.
8. صامويل أوزيما – بروس وولث، استراتيجيات الإرشاد النفسي لتعديل السلوك الإنساني، ترجمة عباس محمود عوض، داغرت عبد العظيم الطويل، دار المطبوعات الجديدة السكندرية، الإسكندرية، مصر، الطبعة سنة 1983.
9. طه – عبد العظيم، العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات، دار الوفاء لنديا، الإسكندرية مصر – الطبعة الأولى، 2007.
10. عبد الستار إبراهيم، العلاج النفسي السلوكي المعرفي، الجديد أساليبه وميادين تطبيقه، طبعة 1990.
11. عبد الفتاح محمد، رويدا، مناهج البحث العلمي في علم النفس، دار المعرفة، مصر طبعة 1998.
12. عرفة عبد الغني، التدخين هاجس العصر، دار الفكر، سوريا، الطبعة 1، 1997.
13. علي عسكر، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها "الصحة النفسية والبدنية، في عصر التوتر والقلق" دار الكتب الحديثة، القاهرة، مصر الطبعة 3، 2003.
14. قزان عبد الله، "إدمان المخدرات والتفكك الأسري دراسة سيكولوجية"
15. لويس كامل مليكة، العلاج السلوكي وتعديل السلوك، دار القلم، الكويت، الطبعة الثانية، 1994.

16. محمد عبد العزيز، علم النفس العلاجي واتجاهاته الحديثة، دار الطباعة للنشر والتوزيع القاهرة مصر ط 1، 2011.
 17. محمد محروس شناوي، نظريات الإرشاد والعلاج النفسي، دار غريب للطباعة والنشر القاهرة مصر، 2000.
 18. محمد مزيان، مبادئ البحث النفسي والتربوي، دار الغرب وهران، الجزائر، 1999.
 19. محمد مسلم منهجية البحث العلمي، دار الغرب للنشر والتوزيع، وهران، الجزائر، طبعة 2001.
 20. ناصر فضل الله ناصر الدين، التدخين والشباب، دار علاء الدين، دمشق، سوريا، الطبعة 1، 2000.
 21. نضال عيسى "الجديد في أمراض التدخين" دار المكتب سوريا، الطبعة 1، 1994.
 22. هادي عرموش، المخدرات إمبراطورية الشيطان، دار النفائس، الطبعة 2، 1990.
- المراجع باللغة الفرنسية:

23. J. Swendson , CBlatier. Psychopathologie et modèles cognitives comportementaux, les recherches récents universitaires de Grenoble- Paris 1996.
24. Jean Cottraux- les thérapies comportement a les cognitives Masson 3 éme éd, Paris – 1990.

المذكرات

25. حازم محمد صالح قواقنة، 2007، فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية المهارة الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى المدمنين على المخدرات.
26. بلحد وردة، 2011، أثر البرنامج المعرفي السلوكي في علاج، الرهاب الاجتماعي لدى عينة من الطلبة، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
27. محمود عبد الرحمان، 2010، دراسة عن اثر العلاج السلوكي المعرفي على الإيمان، مستشفى الأمل، جدة السعودية.

مواقع الإلكترونية

28. مارك كيلي، 1994، برنامج تربوي للوقاية من تعاطي المخدرات.

Arabica.com.www.cbt

www.Saress.com/emayh/733 .29

[Psychologie. Com](http://Psychologie.Com) .30

<http://www.psychologies.com/Therapies/Toutes-les-therapies/Psychotherapies/Articles-et-Dossiers/Les-therapies-cognitives-et-comportementales/4Indications-et-contre-indications>

Academy of psychology .31

<http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=349>

الملاحق