

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



كلية العلوم الاجتماعية  
قسم علم النفس و الأرتوفوني

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر تخصص علاجات نفسية بعنوان :

فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول  
دراسة لحالة عيادية

إشراف الأستاذة :

لصقع حسنية

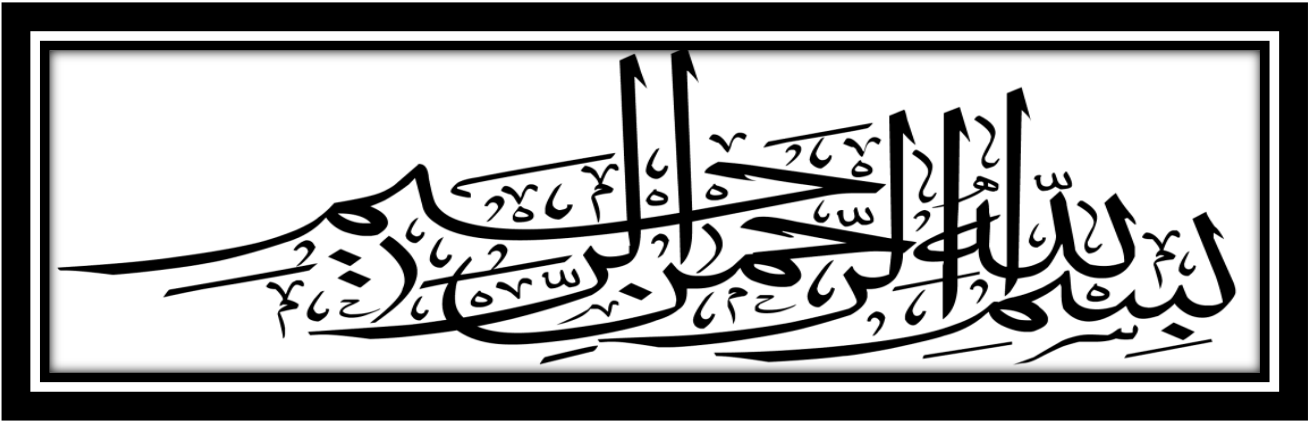
إعداد الطالب :

شبلي أسامة

لجنة المناقشة :

الإسم و اللقب	الصفة	الجامعة الأصلية
أ. محرزى مليكة	الرئيس	جامعة وهران 2
أ.د. لصقع حسنية	المُشرف	جامعة وهران 2
أ.د. طباس نسيمة	عضو مُناقش	جامعة وهران 2

2017-2016



" قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله إن الله يغفر الذنوب جميعا إنه هو الغفور الرحيم "

( الآية 53 ، سورة الزمر ) .

## الإهداء :

إلى النفس الكبيرة و اليد المعطاة ، و العين التي سهرت و ما نامت و قلب الحنان و من فتح الأبواب بالدعاء إلى العاطفة الفياضة المتجددة التي علمتني الصبر و الرضى "أختي حفصها الله".

إلى من أبتغي رضاها بعد رضا الله تعالى ... والداي العزيزين ، راجيا رضاها ، مجاهدا لبرهما ما استطعت إلى ذلك سبيلا .

إلى من مدت لي كف العطاء ، و علتها سمة الأمهات ، و في نفسي لها وفاء ، و كلي لها ثناء ، اعترافا ، اعتزازا و افتخارا بكل ما قدمته لي . أستاذتي الفاضلة "الدكتورة لصقع حسنية".

## كلمة الشكر :

الحمد و الشكر لله عزوجل الذي وفقني في هذا العمل الذي  
أتمنى من الله أن يبارك فيه و ينفع به .

- أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة "الصقع  
حسنية" التي لم تدخر جهدا معنويا أو معرفيا من أجل إنجاز  
و إتمام هذا العمل.

- كما أتقدم بالشكر إلى الأساتذة الأفاضل أعضاء لجنة  
المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل .

و الشكر و التقدير إلى كل أساتذة قسم علم النفس و  
الأرطوفونيا .

## ملخص الدراسة :

هدفت هذه الدراسة عن الكشف على اضطراب القلق لدى مدمن الكحول، و إمكانية وجود فاعلية للعلاج السلوكي المعرفي في الحد من هذا الاضطراب .

حيث انطلقنا من الإشكالية التالية :

- هل للعلاج السلوكي المعرفي فاعلية في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول ؟

و كحل لهذه الإشكالية المطروحة استخلصنا الفرضية التالية : للعلاج السلوكي المعرفي فاعلية في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول.

و بإتباعنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي و الذي يعتمد بدوره على الملاحظة العيادية و المقابلة العيادية و الاستعانة بوسيلتين هامتين هما : سلم هاملتون لتقدير القلق و شبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP)، مع تدعيمه بالدليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية الخامس DSM5.

شخص الحالة على أنه يعاني من اضطراب الهلع مع إدمان كحولي في ظل سير وتطور الاضطراب .

وبناء على هذا استخدمنا أهم التقنيات السلوكية و المعرفية التي تخدم حالتنا، فأسفرت نتائج دراستنا على التالي :

1- تسجيل انخفاض ملحوظ في ما يخص النتائج المحصل عليها حسب شبكة الملاحظة الذاتية حيث قدر الفرق بـ 44 درجة مقارنة بين القياس القبلي و القياس البعدي ، كما تم هناك قفزة نوعية فيما يخص عدد تكرار النوبة ، حيث انتابته نوبة واحدة بينما كانت في القياس القبلي تتكرر طيلة أيام الأسبوع .

2- وجود فرق كبير بين القياسات الثلاث (قبل بدء تنفيذ العلاج ، أثناء و بعد الانتهاء من تنفيذ العلاج) فيما يخص سلم هاملتون لتقدير القلق حيث لاحظنا تخلص الحالة من جل الأعراض خاصة السوماتية ، مما دل على أن الحالة قد تخلص من اضطراب الهلع.

بناء على النتائج المسجلة فقد أثبت العلاج السلوكي المعرفي فاعليته في الحد من اضطراب القلق لدى مدمن الكحول.

## فهرس المحتويات:

العنوان	الصفحة
الإهداء.....	أ.....
كلمة شكر و تقدير.....	ب.....
ملخص البحث.....	ج.....
قائمة المحتويات.....	د.....
قائمة الجداول و الأشكال.....	ز.....
مقدمة.....	1.....

## الجانب النظري

### الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

الإشكالية.....	6.....
الفرضية.....	6.....
دوافع اختيار الموضوع.....	7.....
أهمية البحث.....	7.....
أهداف البحث.....	7.....
التعريفات الإجرائية لمصطلحات البحث.....	8.....

### الفصل الثاني : اضطرابات القلق

تمهيد.....	10.....
تعريف القلق.....	10.....
أسباب القلق.....	11.....

- الاختلاط بين مفهومي الخوف و الحصر بالقلق.....16
- مستويات القلق .....17
- الاختلافات الجوهرية بين DSM4 و DSM5 .....17
- أنواع القلق وفقا للدليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة.....20
- خلاصة.....27

### الفصل الثالث: الإدمان الكحولي

- تمهيد.....29
- الكحول.....29
- خصائص الكحول.....29
- تعريف الإدمان الكحولي.....30
- العوامل.....30
- تصنيفات الإدمان الكحولي.....36
- الأشكال العيادية الأساسية و أهم أعراضها .....38
- معايير تشخيص اضطراب استعمال الكحول طبقا لـ DSM5.....39
- لفتة عن العلاج الكيميائي للإدمان الكحولي.....42
- الخصائص الوبائية في الجزائر.....42
- موقف الإسلام من مدمن الكحول.....43
- خلاصة.....43

### الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد.....45
- تعريف العلاج النفسي .....45

- العلاج السلوكي.....45
- العلاج المعرفي.....50
- تعريف العلاج السلوكي المعرفي.....51
- مبادئ العلاج السلوكي المعرفي.....52
- أهداف العلاج السلوكي المعرفي.....52
- بنية الجلسة.....53
- العلاج و تعديل السلوك .....53
- سير أو خطوات العلاج المعرفي السلوكي.....53
- مشكل التغيير .....57
- العلاقة العلاجية .....57
- التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية .....58
- خلاصة.....60

### **الجانب التطبيقي:**

#### **الفصل الخامس: الدراسة الاستطلاعية**

- تمهيد.....62
- منهج الدراسة و أدوات البحث.....62
- الحدود المكانية و الزمانية.....68
- دراسة الحالة.....72

#### **الفصل السادس: تحليل النتائج ومناقشة الفرضيات**

- تحليل النتائج.....95
- مناقشة الفرضيات.....99



- 99.....الخاتمة •
- 100.....التوصيات •
- 100.....الاقتراحات •
- 105.....قائمة المراجع

الملاحق

## قائمة الجداول:

الرقم	محتويات الجداول	الصفحة
01	يوضح أوجه المقارنة بين القلق و الخوف	16
02	يوضح الإختلافات الجوهرية فيما يخص التشخيص.	18
03	يوضح تصنيف الإدمان الكحولي على أساس النمط	37
04	يوضح تصنيف Cloninger للإدمان الكحولي	38
05	الأشكال العيادية الأساسية للإدمان الكحولي و أهم أعراضها	38
06	محتوى مقابلات الدراسة الإستطلاعية ، و كيفية تحديد الحالة المختارة	66
07	ملخص محتوى المقابلات و الجلسات العلاجية مع الحالة	72
08	يوضح نتائج إختبارات التي ساعدت على وضع التشخيص	80
09	يوضح نتائج الملاحظة الذاتية قبل البدء في تنفيذ العلاج	83
10	يوضح نتائج الملاحظة الذاتية أثناء سير العلاج	89
11	يوضح نتائج الملاحظة الذاتية بعد الإنتهاء من العلاج	92
12	يوضح النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع لدى الحالة	95
13	يبين النتائج المحصل عليها في سلم هاملتون لتقدير القلق	97
14	يبين نتائج الإدمان الكحولي من خلال إستمارة MAST وفحص التحليل الإدماني للحالة	98

## قائمة الأشكال و الرسومات البيانية

الرقم	محتويات الأشكال و الرسومات البيانية	الصفحة
01	شكل يوضح الست عوامل التي وضعها بيلك pelc لإستهلاك الكحول	30
02	شكل يوضح نموذج العلاج السلوكي المعرفي	52
03	شكل يوضح التحليل التزامني (SYNCHRONIE) لشبكة SECCA	55
04	شكل يوضح التحليل التزامني السيد(ش.خ)	84
05	الحلقة المفرغة لنوبة الهلع لدى السيد(ش.خ) نتيجة التجنب طويل المدى السلبي	90
06	رسم بياني يبين درجة القلق حسب سلم هاملتون للقلق قبل و أثناء و بعد تطبيق البرنامج العلاجي.	97

## المقدمة :

إن أي محاولة لاستنتاج واقع المشكلات التي تواجهها المجتمعات الحديثة ، تجد نفسها مجبرة عن الحديث على ظاهرة الإدمان ، التي لم تراعي أي خصوصية ثقافية أو اقتصادية أو سياسية أو حتى دينية (براهمية ، ن ، 14: 2013). لذا فقد أصبحت هذه المشكلة النفس اجتماعية من أهم المشاكل الأكثر انتشارا في عصرنا هذا ، كما أنها أصبحت تكلف ثمنا باهظا يتمثل في مصاريف متعلقة بإجراءات الشرطة و الجمارك و العدالة لمكافحة التهريب من جهة ، و للحد من الأعمال الإجرامية المرتكبة من جهة أخرى ، بالإضافة إلى التكاليف الصحية الناجمة عن العلاجات الطبية و النفسية و إعادة الدمج الاجتماعي ، و البرامج الوقائية ، و كذلك الخسائر الاقتصادية الناجمة عن نقص المردودية و فقدان الملكات لدى الأفراد المتعاطون (بقال، 2013 : 14 ). فمن بين الاختصاصات العديدة التي اهتمت بهذه الظاهرة ، نجد علم النفس الذي أجمع العديد من باحثيه على أن هذه الظاهرة تعتبر اضطراب يستوجب المساعدة و العلاج بدلا من القمع و العقاب (ميموني، ب ، 2005 : 262). و من بين هذه السلوكيات الإدمانية نجد الإدمان على الكحول أو اضطراب استعمال الكحول حسب التصنيف الإحصائي و التشخيصي DSM للأمراض العقلية الصادر عن الجمعية الأمريكية (APA) ، والذي إن تعددت أسبابه إلى أنه هناك حقيقة واحدة هي أن الفرد قد فقد السيطرة على التحكم في شربه إلى حد الوصول به إلى عواقب كثيرة ، نجد في الطب العقلي كذلك تصنيفات دولية التي اهتمت أكثر باضطراب استعمال الكحول و بمختلف الاضطرابات المحدثة بمادة الكحول (الشريني، ل ، ع ، صادق ، ع ، 2002 : 6).

كما نجد بعض الباحثين يفسره في ظل سير و تطور بعض الاضطرابات ، و التي من بين هذه الاضطرابات نجد اضطرابات القلق وهذا راجع إلى الخلفية المرجعية لكل باحث معتبرين أن شرب الكحول ما هو إلا محاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق ، مما يؤدي بطريقة إلى الإدمان أي أن أثر الكحول جزئي أو وقتي و بزواله تحدث ردة فعل في الأعراض المتعلقة بالمرض و يحس الشارب بزيادة قلقه ، الأمر الذي يدفعه إلى المزيد من الشراب ، و هكذا يتجه نحو الإدمان الكحولي، بمعنى أنهم اعتبروا مدمني الكحول هم من ضحايا اضطرابات القلق في وقت ما من سير و تطور المرض (زروالي، ل، 2014 : 85 . عكاشة ، أ ، بدون سنة : 146 . نزوي ، م ، ق ، معاينة ، خ ، ع ، 2009 : 265). فمن بين الدراسات التي بينت الصلة الوثيقة بين اضطرابات القلق و الإدمان الكحولي نجد: دراسة كل من Bolo (1991) : الذي يشير إلى أن اضطرابات القلق و بالخصوص اضطراب الهلع و الخوف من الأماكن المتسعة ، شائع لدى مدمني الكحول ، و هذا ما يؤدي بدوره إلى استعمال الكحول كعلاج ذاتي لهذا القلق. و دراسة gestenger (1983): حيث أكدت هذه الدراسة من خلال نتائج اختبار مينسوتا متعدد الأوجه MMPI ، و الذي تم تطبيقه على عينة قوامها 205 مدمن على الكحول ، أن 69% من مجموع العينة يعانون اضطرابات القلق و الاكتئاب.

كما نجد دراسة Jensen (1994): توصلت الدراسة إلى أن أهم العوامل التي تؤدي إلى الانتكاس في الحالات الإدمان على الكحول و التدخين و الإدمان على الهيروين ، و في مختلف سلوكيات الإدمان هي الحالات الانفعالية السلبية كالغضب و الخوف و القلق و الاكتئاب (صادقي، ف ، 2014 : 199).

وبما أنه وجب مساعدة و علاج و التكفل باضطرابات هذه الفئة ، و في ظل تطورات التي شهدتها العلاجات النفسية ، ظهرت العلاجات السلوكية المعرفية التي تمثل تطبيق علم النفس

العلمي في مجال العلاج النفسي . حيث تضع نقطة أساسية على استخدام المنهج التجريبي لفهم و تعديل الاضطرابات النفسية التي تعيق حياة المفحوص(j.cottraux,2001:3). فمن بين استخداماتها المتعددة نجد اضطرابات القلق بأنواعها ، و التي العديد من الدراسات حاولت إثبات فاعليتها في علاج هذه الاضطرابات ، وهذا سواء مقارنتها مع الأدوية النفسية ، أو مع علاجات أخرى فمن بين هذه الدراسات نجد:

دراسة (1995) Gould et coll حول اضطراب الهلع و رهاب الفضاء، قام فيها بمقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالأدوية النفسية ، قاموا بإحصاء 43 دراسة ، وأسفرت نتائج هذه الدراسات على الحجر الكبير ، على وجود فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع الأدوية النفسية \*

و دراسة borkovec et ruscio(2001): حيث قاما بـ 13 دراسة اشتملت على العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب القلق العام ، و قد أسفرت نتائج هذه الدراسات إلى أن العلاج المعرفي السلوكي قد أدى إلى الحد من القلق بعد العلاج أكثر من المجموعات الضابطة و كان الانحراف المعياري (1,9). و أظهرت المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي و العلاج الذي يشتمل على تناول الدواء لإرضاء المريض حجم تأثيره متوسط (1,5) بعد العلاج .(هوفمان .إس .جي ، تر عيسى م. .ع،2012: 160).

بينما دراسة borkovec et castello (1993): هدفت للمقارنة بين ثلاث أساليب علاجية هي التدريب على الاسترخاء ، و العلاج المعرفي السلوكي ، و العلاج المتمركز حول العميل في علاج اضطرابات القلق ، أظهرت نتائج الدراسة أن كلا من العلاج المعرفي السلوكي و التدريب على الاسترخاء هما الأفضل في تأثيرهما و فعاليتهما في خفض حدة القلق بالقياس مع العلاج المتمركز حول العميل ولو توجد فروق دالة بينهما في درجة التحسن (ضيف الله الغامدي،ح،أ،2013:219).

كما نجد دراسة كوتر رزق : بعنوان القلق الاجتماعي عند طلاب الجامعة (دراسة تشخيصية علاجية) بهدف عمل مقياس لتشخيص مصري عربي لقياس القلق الاجتماعي ، و أيضا لعلاج عن طريق وضع برنامج علاجي يعتمد على العلاج المعرفي السلوكي ، و أجريت الدراسة على 200 طالب ، 200 طالبة بالفرقة الثانية بكلية التربية جامعتي المنصورة و قناة السويس .

و طبقت على العينة مقياس القلق الاجتماعي ، المقابلة الإكلينيكية ، اختبار أيزنك للشخصية ، اختبار جيلفورد ، كما تم تطبيق البرنامج العلاجي على أكثر حالات الدراسة معاناة من القلق الاجتماعي . و قد أسفرت النتائج عن نجاح البرنامج في خفض درجة القلق لدى العينة التي تلقت العلاج المعرفي السلوكي (شقيير .م. ز ،2002 : 132-133).

وتوصلت الدراسة التي كانت تحت إشراف الأستاذة الدكتورة كلثوم بلميهوب و فريق عمل سنة 2014 بالجزائر: بعنوان تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات

النفسية بالجزائر . فمن خلال النتائج المحصل عليها فيما يخص فعالية العلاج المعرفي السلوكي لنوبات الهلع و رهاب الميادين ، فتبين أنه أعطى نتائج إيجابية و اعتبر أحد أنواع العلاجات نجاحا في مجال العلاج النفسي ، و ذلك بفضل التقنيات المستعملة في البرنامج ، الذي استهدفت مجموعة من المفحوصيين ، حيث كان لها تأثير إيجابي متفاوت الأثر حسب كل حالة ، و هذا ما دل عليه القياس البعدي مقارنة بالقياس القبلي مما يشير إلى تدني شدة الإضراب (بلميهوب .ك ، 2014 : 330). و نظرا لأهمية هذا الموضوع سنحاول في هذا البحث العمل مع فئة المدمنين على الكحول و التكفل باضطرابات القلق لديهم ، و هذا من خلال التعرف على فعالية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول . و قد قمنا بتقسيم هذا البحث إلى جانبين : **أولا الجانب النظري** و الذي اشتمل على **فصل كمدخل للدراسة** و تم فيه التطرق لإشكالية البحث و فرضيته ، أهميته، أهدافه ، و تحديد مصطلحات البحث . **الفصل الثاني** : تناولنا فيه اضطرابات القلق . **الفصل الثالث** : الإدمان الكحولي . **الفصل الرابع** : العلاج السلوكي المعرفي .

**ثانيا الجانب التطبيقي** للدراسة الاستطلاعية التي تحتوي على : المقابلة العيادية ، الملاحظة العيادية ، و الاختبارات المختلفة .  
أما الدراسة الأساسية فقد تناولت دراسة الحالة .  
و في **الفصل الأخير** تم عرض النتائج المتحصل عليها و تحليلها ثم مناقشتها على ضوء الفرضية المقترحة، مع الخروج بالاقترحات و التوصيات.

الجانب النظري

# الفصل الأول : الإطار العام للدراسة

## إشكالية :

يعد القلق حالة أساسية من حالات الوجود الإنساني ، و هذا ما أكد عليه ابن حزم (معمرية ب ، 135:2009)، و ما ذهب إليه فرويد ، حين أكد على أن الفرد مقدور عليه أن يعيش القلق في حياته، في قوله : " لست بحاجة إلى أن أعرفكم بالقلق ، فكل منا عانى مرة هذا الإحساس أو على الأخص هذه الحالة الانفعالية بطريقته الخاصة (بيك.أ ، تر. عادل م ، 2000 : 108).

بينما يبقى قدرا محدودا من القلق ضروريا ، فإن قدرا كبيرا منه يكون معوقا و يتسبب في المعاناة النفسية لصاحبه و هذا ما يحدد السلوك المرضي ، و مع تطور علم النفس و تعدد النظريات التي تناولت هذا الموضوع ، و تحت تأثير الرابطة الأمريكية للطب النفسي ، ظهرت تصنيفات وصفية معتمد عليها في التشخيص مثل الدليل الإحصائي و التشخيصي للاضطرابات العقلية DSM ، فقد خصصت محورا لاضطرابات القلق ، و هذا للإشارة إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية التي يتضمنها هذا الاضطراب (زروالي ل، 2014 : 82).

و فيما يخص علاقته مع الإدمان الكحولي الذي يشير هذا المصطلح على أنه هو كل مدمن على الكحول سواء رجل أو امرأة و الذي هو في الحقيقة فقد التحكم في الكمية التي يتعاطاها و عدم القدرة على الامتناع عن التعاطي لفترة طويلة ، إضافة إلى ذلك الرغبة الملحة في استهلاك أو شرب الكحول ، زيادة تحمل جسم المتعاطي لمفعول الكحول tolerance أي أن المتعاطي يضطر إلى زيادة الكمية بشكل مطرد للحصول على نفس المفعول . و ظهور أعراض الامتناع عند الفطام أو الانقطاع الفجائي عن الاستهلاك. فنجد من خلال إطلاعنا على مجموعة من الدراسات أن هناك حلقة مفرغة فيما يخص الجزم حول ما إذا كانت اضطرابات القلق هي التي تقود في ظل سير و تطورها إلى الإدمان الكحولي ، أم أن الإدمان الكحولي هو المحدث لواحد من اضطرابات القلق ، لكن تبقى حقيقة واحدة هي أنه إذا الشخص المدمن على الكحول حقا يعاني واحدا من اضطرابات القلق فهل هذا لا يستوجب العمل على علاج هذا الاضطراب للمحافظة على الفطام و عدم تسجيل أي إنتكاسة ؟

فإذا تناولنا الموضوع الأساسي المتمثل في اضطرابات القلق و الإدمان الكحولي كمتغير، فنجد أن العلاجات السلوكية المعرفية اهتمت بهذا الاضطراب و عملت بشكل كبير على إثبات فاعليتها في علاجه.

**فمن خلال هذا يمكن أن نصوغ الإشكالية التالية :**

هل للعلاج السلوكي المعرفي فاعلية في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول ؟

## الفرضية:

للعلاج السلوكي المعرفي فاعلية في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول .



## دواعي اختيار الموضوع :

- نابع عن قناعة ذاتية لدى الطالب ، حيث يرى أنه للتخلص من الإدمان الكحولي و المحافظة على الفطام في المدى الطويل و بدون حدوث أي انتكاسة يجب : العمل على مساعدة المدمن للتخلص من التبعية من جهة ، و الحد من الاضطرابات القلق من جهة أخرى .
- تسجيل مشكلة الانتكاسة لدى هذه الفئة و التعرض لمضاعفات خطيرة .
- للتدرب أكثر ميدانيا على العلاج السلوكي المعرفي ، و أيضا على تقنيات البحث العلمي .
- الفضول العلمي للبحث عن برنامج علاجي يكون ذو فاعلية و نجاعة مع ربح أكبر وقت ممكن.

## أهمية البحث :

- التعرف على واقع الإدمان الكحولي ، و ما هي العوامل المؤدية إلى حدوث الانتكاسة .
- تسليط الضوء على علاج اضطرابات القلق لدى هذه الفئة بالذات .
- استخلاص اقتراحات و توصيات ، قد تتيح للباحثين على العمل أكثر على اضطرابات القلق لدى هذه الفئة.

## هدف الدراسة :

- التأكد من الفرضية المطروحة و هذا بالوصول إلى اقتراح برنامج علاجي سلوكي معرفي يسهم في الحد من اضطرابات القلق لدى فئة مدمني الكحول .
- مساعدة هذه الفئة على تعلم إستراتيجيات علاجية سلوكية معرفية تمكنها من التخلص من اضطرابات القلق لديهم بهدف الحفاظ على الفطام في المدى الطويل ، في وقت أصبح عمل المعالج النفسي شبه معدوم إن لم نقول معدوم ، و أصبحت هذه الفئة من اختصاص الطبيب العقلي و هذا من خلال العلاج الكيميائي .
- التمكن و تطبيق العلاج السلوكي المعرفي على أرض الواقع .

## التعريف الإجرائية :

أ- اضطرابات القلق : هي عبارة عن مجموعة من الاضطرابات النفسية التي تندرج تحت هذا المسمى ، و يكون العرض الأساسي فيها هو القلق ، و الذي يمكن تعريفه بأنه خوف بدون موضوع *peur sans objet* و تم قياسه بالدرجة التي يتحصل عليها المفحوص في سلم هاملتون لتقدير القلق و شبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP) .

ب- الإدمان الكحولي : هو الإسراف في شرب الكحول ، إلى حد الوصول بشاربه إلى عدم القدرة على التحكم في كميته ، وما ينتج عنه من عواقب سوماتية ، نفسية و اجتماعية . و هو الشخص الذي يكون في حالة تبعية للكحول مما يستدعي الاستشفاء في مصلحة مكافحة المخدرات .

ج- العلاج السلوكي المعرفي : هو علاج يدمج بين العلاج السلوكي بفنياته و المعرفي بفنياته ، و حسب التقنيات المستخدمة (التربية النفسية ، ضبط التنفس ، مناورة Valsalva ، تقنية إعادة البناء أو الهيكلة المعرفية ، تقنية التخيل بالواجهة ، تقنية التعرض الواقعي).

# الفصل الثاني : إضطرار إبيات القلق

## تمهيد :

يعد القلق انفعال ضروري في التقدم و الإنجازات فمن ذا الذي لم يخبر القلق يوما ما في حياته ، لكن يبقى للقلق وظيفتين الأولى مفيدة بينما الثانية هي التي تتسبب في عرقلة و معاناة صاحبها ، و هنا يمكن تشبيه القلق بالإشعاع ، مفيد إذا تم ضبطه و توجيهه ، و لكنه ضار إلى حد بعيد إذا ترك من غير تقييد ، و هنا يصبح القلق اضطراب يعرقل تكيف الفرد، في هذا الفصل سوف نتطرق إلى مفهوم القلق ، أسباب القلق ، مستويات القلق ، الفرق بين القلق و مصطلحين يتم الاختلاط بينهما و بين القلق ، الاختلافات الجوهرية بين التصنيفين DSM4 و DSM5 و أنواع اضطرابات القلق حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DSM5 .

## القلق :

### لغويا :

القلق في لسان العرب : بأنه انزعاج يقال بأن قلقتا و أقلقه غيره ، و يقال أقلقوا السيوف في الغمد أي حركوها في إغمادها قيل أن يحتاج والي سلهما ليسهل إخراجها عند الحاجة إليها (عادل شكري .م.ك، 2005 : 102).

### اصطلاحا :

كما نجد أن مصطلح القلق يقابله مصطلح "anxiety" في اللغة الانجليزية . حيث يعرف في معجم Oxford (1989) على أنه : " إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف و عدم التأكد من المستقبل " .

و يعرف في معجم Webster (1991) على أنه : " إحساس غير عادي و قاهر من الخوف و الخشية، و هو دائما يتصف بعلامات فسيولوجية ، و ذلك بسبب الشك بسبب حقيقة طبيعة التهديد و بسبب شك الإنسان بنفسه حول قدرته على التعامل مع التهديد بنجاح " ( فرج .ع.ح، 2009 : 127).

كما يعرفه نـ . سيلامي في معجم الموسوعي في علم النفس : " على أنه حالة وجدانية تتميز بعاطفة من انشغال البال ، فقدان الأمن و الاضطراب المنتشر الجسمي و النفسي ، و توقع خطر غير محدد يقف الفرد أمامه عاجزا (نوربير سيلامي ، تر وجيه .أ، 2001 : 2087).

يعرفه فرويد : " على أنه حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يمتلك الإنسان ، و يسبب له كثيرا من الكدر و الضيق و الألم ، و يبدو متشائم و متوتر الأعصاب و مضطربا . كما أن الشخص القلق يفقد ثقته بنفسه ، و يبدو مترددا عاجزا عن البت في الأمور ، و يفقد القدرة على التركيز (سيجموند.ف ، تر نجاتي.م.ع ، 1989 : 13).

تعرف هورني القلق (1939) : " على أنه استجابة انفعالية لخطر غامض غير معروف ، و يكون هذا الخطر ذاتيا أو متوهما . يهدد أمن الفرد و طمأنينته و الخطر الذاتي يتكون من

شعور الفرد بخطر عظيم يحدق به ، مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر " (عبد الغني. ص. د ، 2000 : 120).

يعرف القلق عموما باعتباره : "توتر مؤلم مرتبط إما مع الوضع المؤلم الفعلي ، أو مع توقع خطر متعلق بشيء غير معروف". (J.Bergeret : 285).

يعرفه علاء الدين الكفافي بأنه : " خبرة انفعالية مكدره أو غير سارة ، يشعر بها الفرد عندما يتعرض لمثير مهدد أو مخيف أو عندما يقف في موقف صراعي أو إحباطي حاد ، و كثيرا ما يصاحب هذه الحالة الانفعالية الشعورية بعض المظاهر الفسيولوجية ، خاصة عندما تكون نوبة القلق حادة ، مثل زيادة إفراز العرق و الارتعاش في الأيدي و الأرجل " (الببلاوي. إ ، 2001 : 33).

يعرفه أحمد عكاشة على أنه : " شعور غامض غير سار بالتوجس و الخوف و التحفز و التوتر ، مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ، و يأتي في نوبات متكررة ، مثل : الشعور بالفراغ في فم المعدة ، أو السحبة في الصدر ، أو ضيق في التنفس ، أو الشعور بنبضات القلب ، أو الصداع ، أو كثرة الحركة (عكاشة. أ ، بدون سنة : 134).

كما يعرفه شافر و دوركس تعريفا سلوكيا هو : " أن القلق استجابة مكتسبة تحدث تحت ظروف أو مواقف معينة ثم تعمم الإستجابة بعد ذلك " (فرج. ع. ل. ح ، 2009 : 128).

يعرف جوزيف ولبي J.Wolpe القلق بأنه : " النموذج المميز لعضوية الفرد في استجابات الصادرة عن الجملة العصبية الإغاشية ردا على منبه مؤذ" (الحجار. م ، 1999 : 29).

عرفه A.Beck بيك كما أشار له موراي 1988 : " على أنه استجابة سلوكية معرفية مرتبطة مباشرة بالأفكار و التصورات غير المنطقية و السلبية و المتمثلة في شكل معتقدات فكرية مثيرة للقلق تظهر على شكل حوار داخلي يقوله الفرد لنفسه عن الحوادث و المواقف الخطرة التي يمر بها أو التي يتوقع حدوثها في حياته (شامخ. ب. ك ، 2013 ، 2013). أي أنه : " انفعال يظهر مع تنشيط الخوف الذي يعتبر تفكيراً معبراً عن تقويم أو تقرير لخطر محتمل" (فرج.ع. ل. ح ، 2009 : 128).

**تعليق :** فمن خلال التعاريف السابقة نستخلص أنه حتى و إن اختلفت وجهات النظر في تفسيرهم للقلق و هذا راجع إلى الخلفية النظرية لكل باحث إلا أنه يوجد نقطة تشابك و التي تتمثل في أن القلق هو خوف بدون موضوع .

## أسباب القلق :

نستطيع حصر أسباب القلق في العوامل التالية :

أ- الاستعداد الوراثي : لقد تأكد على انتشار هذا الاضطراب داخل بعض العائلات على فرضية الوراثة . وقد دعم هذا المنحى ببعض الدراسات التي أجريت على التوائم و التي أظهرت وجود العامل العائلي ، لكن بدون تمكنها من تحديد المكون الوراثي (زروالي .ل ، 2014 : 86).

ب- العوامل البيولوجية و العصبية : لقد تم حصرها في العوامل التالية :

- زيادة نشاط الجهاز العصبي .

- زيادة إطلاق مواد Catecholamines في الدم .

- ارتفاع نسبة نواتج أيض النورأدرينالين .

- انخفاض الفترة الفاصلة بين بدء النوم وظهور حركة العينين السريعة أثناء النوم (نوم الأحلام ) و انخفاض مدة مرحلة النوم الرابعة (النوم العميق ) كما في الاكتئاب .

- انخفاض تركيز حامض (جما بيوتيريك) مما يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي المركزي.

- ازدياد ناقل السيروتونين العصبي بسبب القلق ، و ازدياد النشاط الدوبامين المرتبط بالقلق .

- ظهور بؤرة نشطه في الفص الصدغي .

- ازدياد نشاط البقعة الزرقاء الموجودة في النخاع المستطيل (حركة العصبونات النورأدريناليه (غانم .م. ح ، 45).

ج- العوامل النفسية :

### ➤ المدرسة التحليلية :

لقد لاقت اضطرابات القلق اهتمام كبير من طرف العديد من رواد التحليل النفسي على رأسهم أب المدرسة التحليلية سيغموند فرويد الذي قدم نظريتين حول موضوع القلق و هذا بغيت معرفة أسباب نشوء القلق و كان ذلك كاتالي :

**النظرية الأولى 1917:** و كان مضمونها أن ميز بين نوعين من القلق هما " القلق الموضوعي " ، و " القلق العصابي " ، واعتبر أن القلق الموضوعي هو خوف من خطر معروف ، أما القلق العصابي فهو خوف غامض غير مفهوم و لا يستطيع الفرد الذي يشعر به أن يعرف سببه .

و في هذا الإطار حاول أن يفهم معنى القلق العصابي و حاول أن يصل إلى تفسير معقول ، و انتهى المطاف بفرويد إلى أن القلق ينشأ عن كبت الرغبة الجنسية أو إحباطها و منعها من

الإشباع . و حينما تمنع من الرغبة الجنسية من الإشباع تتحول الطاقة الجنسية (الليبدو) إلى قلق و هذا التحول يتم بطريقة فسيولوجية .

لكن عاد مرة أخرى و قدم **نظريته الجديدة 1926** و كان ذلك في كتابه " القلق " إلى دراسة موضوع القلق دراسة تفصيلية دقيقة ، حيث تعرض مرة أخرى إلى المقارنة بين "القلق الموضوعي" و "القلق العصابي" ، و معرفة العلاقة لبينهما ، و قد استطاع أخيرا أن يحدد هذه العلاقة في اعتبار كل منهما رد فعل لحالة خطر . فعتبر أن القلق الموضوعي رد فعل لخطر خارجي معروف ، أما القلق العصابي فهو رد فعل لخطر غريزي داخلي ، أي قلق حول غير معروف .

و هذه نتيجة توصل إليها فرويد انطلاقا من تحليله لبعض الحالات من المخاوف المرضية مثل حالة الطفل هانز ، و حالة الشاب الروسي الذي كان يخشى أن تعضه الذئب . فتوصل إلى أن القلق في حالات المخاوف المرضية هو القلق الأنا من حدوث الخفاء .

بمعنى أن فرويد عدل رأيه في هذه النظرية و ذهب إلى أن القلق هو الذي يحدث الكبت (فرويد.س، تر نجاتي.م.ع ، 1989: 14-33).

رأي **أدler Alfred** : ذهب أدler إلى أن القلق ينشأ في المراحل المبكرة في التربية التي يتلقاها في أسرته أثناء طفولته ، و بما أن أدler اهتم بالشعور بالنقص فهو ينسب للشعور بالنقص الدور الهام في نشوء القلق (فرويد.س، تر نجاتي.م.ع ، 1989: 36).

رأي **يونج Carlj yung** : يفسر القلق بأنه رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى و خيالات غير معقولة صادرة عن اللاشعور الجماعي . فالقلق هو خوف من سيطرة محتويات اللاشعور الجماعي الغير المعقولة التي لازالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية القديمة . و يعتبر يونج أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة و منظمة ، و أن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجماعي يعتبر تهديدا لوجوده و يؤدي إلى إحساسه بالقلق (فرويد.س، تر نجاتي.م.ع ، 1989: 37).

رأي **كارن هورني Karen Horney** : ترى أن القلق هو رد فعل لخطر غامض (غير معروف) ، و في هذا المبدأ تتفق مع فرويد ، لكن تفسره على أن العامل الذاتي يتكون من شعور المرء بخطر عظيم محقق به مع شعوره بالعجز أمام هذا الخطر ، و ترى أيضا أن بعض العوامل النفسية الداخلية تقوم بخلق الخطر أو تقوم بتعظيمه و أن شعور المرء بالعجز يكون متوقفا على اتجاه المرء نفسه و لذلك ترى هورني أن شدة القلق تكون مناسبة لمعنى الموقف عند الشخص . فالصراع النموذجي الذي يؤدي إلى القلق هو الصراع بين الاعتماد على الوالدين و بين دوافع العدوان الموجه نحوهما و هذا هو الصراع الأساسي الذي يؤدي إلى القلق الأساسي في رأي هورني (فرويد.س، تر نجاتي.م.ع ، 1989: 38).

رأي **سوليفان Harry Stack Sullivan** : يرى أن الأهمية الكبرى تكون على مفهوم الذات النامية و اعتماد الطفل على الآخرين ، و يرى بأن تنشئة الطفل الاجتماعية (التطبيع الاجتماعي للطفل) ، و تربيته و تعليمه تتلخص في اكتسابه العادات و الاتجاهات و التصرفات تؤدي إلى الاستحسان و الرضى و العطف و تنتج عنه شعور بالقناعة و الرضى كما أن بعض

الاتجاهات و التصرفات تؤدي إلى عدم الاستحسان و من ذلك ينشأ القلق ، و إذا ظهر القلق فإن الفرد لا يستطيع أن يدرك ما يحدث له بوضوح. إنه يقوم من غير وعي ببعض الأعمال التي تؤدي إلى التقليل من هذه الخبرة و على ذلك فهو يرى أن القلق هو الوسيلة التي تلجأ إليها النفس لإضعاف الإدراك (فرويد.س، تر نجاتي.م.ع ، 1989: 43-44).

### ➤ النظرية السلوكية :

يذهب أنصار هذه المدرسة على عكس ما يذهب إليه أنصار المدرسة التحليلية ، بحيث أنهم لا يركزون على الصراعات الداخلية و اللاشعورية في نشأة القلق . بل يركزون إجمالاً على عملية التعلم ، و بهذا المبدأ يؤكدون بأن الفرد يتعلم القلق كما يتعلم السلوك السوي ، إذ يركز Watson على أن عمليات التعلم تتم عن طريق الاقتران بين المثير الشرطي أو المحايد و المثير الطبيعي ، و بالتالي يستجيب الفرد لظاهرة القلق و بهذا يصبح الخوف من المؤثر الشرطي دافعا مكتسبا .

و ما يرمي إليه wolpe في أن القلق سلوك متعلم يتم اكتسابه عن طريق التعلم و من ثم صاغ تقنيته في التخلص من القلق و التي تعرف بالإزالة التحسس بالتدرج أو الكف بالنقيض أو المتبادل (طه عبد العظيم. ح، 35:2007).

كما أن أصحاب النظرية السلوكية يلخصون أسباب القلق فيما يلي :

- أ - ينتج القلق من الإحباط أو الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد .
  - ب - بمجرد المرور بخبره (ساره أو مؤلمة) فإنها تتحول إلى استجابة مشروطة ترتبط (عن طريق التعميم) بمواقف أخرى أقل شدة و إحباطا و إحداثا للضغط النفسي .
  - ج - يتم تعلم القلق من خلال التوحد بالوالدين ، أو تقليد أنماط القلق الخاصة بهما ( التعلم الاجتماعي لبيندورا).
  - د - يرتبط القلق بالمثيرات الطبيعية الخارجية المخيفة مثل الخوف من الحوادث أو التعرض لها ، ثم ينقل من خلال مثير آخر من خلال الفعل الشرطي .
- كما أكد البعض على أهمية ضرورة أخذ الضغوط البيئية في الاعتبار و هناك نوعين من الضغوط و هما :
- الضغط المباشر الذي تسببه الأشياء التي تحدث اختلالاً للفرد في بيئته الخارجية .
  - الضغط غير المباشر و الذي يرتبط بالصراع بين قوتين متعارضتين و عدم الحسم (غانم. م ح: 47).

### ➤ النظرية المعرفية :

يرى أليس A.Ellis أن المعتقدات أو الأفكار اللاعقلانية يمكن أن تؤدي إلى إحداث القلق فالفرد هو الذي يسبب لنفسه القلق و يتزايد لديه عندما يعتقد ذلك الفرد أنه يجب أن يكون على



درجة كبيرة من الكفاءة و الإنجاز و المنافسة ، حتى يمكن أن يعتبر شخصا ذا أهمية و ذلك ما يتسبب في إحداث القلق .

و يرى بيك Beck أن القلق الذي يشعر به الفرد يستدعي زيادة المنبهات و لذلك فأي حركة أو صوت أو تغيرات في الوسط الذي يعيش فيه يتم ترجمتها إلى نوع من الخطر و بالتالي يكون الفرد أفكاره عن الخطر المتوقع و يكون تفكيره مشتتا و مشوها ، و يرتبط تفكيره بمفهومه عن الخطر و علامات هذا الخطر إنه يفقد تحكمه الإرادي في المنبهات الخارجية و بالتالي يزيد القلق ، و هكذا يعتبر المعرفيين أن المكون الرئيسي لظاهرة القلق هو الجانب المعرفي الذي يشير إلى أفكار المفحوص و الصور الذهنية ( J.Boutannier,1945 : 38).

و منه فيرى بيك Beck أن هناك اضطرابا فكريا في قلب حالة مرضى القلق ، حيث أن المريض نفسه يلاحظ أن به خلا في التفكير الواقعي ، تتألف مظاهر الاضطراب الفكري المميز لمريض القلق فيمايلي:

أ- أفكار متكررة عن الخطر: فمريض القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية و صورية تدور حول حدوث وقائع مؤذية (إنذارات كاذبة).

ب- نقص القدرة على "مجادلة الأفكار المخيفة" : قد يشك المريض في معقولية هذه الأفكار ، و لكن قدرته على التقدير الموضوعي و إعادة التقييم ، و مهما بلغ هذا الشك فإن الأرجحية عنده تظل في صف هذه الأفكار.

ج- تعميم المؤثر stimulus generalization : يتسع مجال المؤثرات المثيرة للقلق بحيث يمكن لأي صوت أو حركة أو تغيير بيئي أن يدرك بوصفه خطرا(أ. بيك ، تر عادل م. ، 2000 : 122).

#### ➤ المذهب الإنساني :

يرى أصحاب هذا الإتجاه أن القلق هو الخوف من المستقبل و ما يحمله هذا الأخير من أحداث قد تهدد مسار وجود حياة الفرد . و القلق في نظرهم منشأ توقعات الفرد لما سيحدث له مستقبلا ، و ليس ناتجا عن ماضيه (عبد الله م. ق ، 2001 : 119).

كما حدد جيروم و أرنست (1986) خمسة مصادر أساسية للقلق على النحو التالي :

- الأذى أو الضرر الجسدي phisycal harm : فالعديد من الناس -حتى أولئك الذين يحترفون الرياضات الصعبة، كالسباقات السيارات و تسلق الجبال يمتلكهم الشعور بالقلق عندما تدهمهم مواقف تنذر بالأذى والإيذاء الجسدي، كما أن بعض الأفراد في مواقف معينة تسيطر عليهم فكرة الاصابة ببعض الأمراض أو القتل في الحرب.
- الرفض أو النبذ regection : فالخوف من رفض الآخر لنا ، و من أنه لن يبادلنا مشاعر المودة و الحب ، يجعلنا غير مطمئنين أو مستريحين في المواقف الاجتماعية.

- عدم الثقة **uncertainty** : حيث يعد نقص الثقة أو فقدانها سواء في أنفسنا أم في غيرنا عند خوض التجارب المواقف و الخبرات الجديدة مصدرا للقلق لاسيما إذا كان الطرف الآخر في هذه المواقف غير واضح فيما يتوقع منا أن يفعله.
- التنافر المعرفي **cognitive dissonance** : يؤدي تناقض الجوانب المعرفية كالإدراكات و الأفكار و المعلومات كل منها مع الآخر ، أو مع عدم تناسقها مع المعايير الاجتماعية إلى القلق و الشعور بعدم الارتياح فالطالب الذي يدرك نفسه على أنه موهوب أو خارق الذكاء يصاب بالانزعاج و التوتر عندما يحصل على درجة في الامتحان تفيد أنه ليس كذلك ، و الشخص الذي يفكر نفسه على أنه "كريم" غالبا ما يضطرب حينما يجد نفسه في مواقف تشعره بأنه "شحاد أو متسول" ، ويحدث الشيء نفسه لشخص آخر يرى نفسه أمينا لكن قد تضطره الظروف لأن يمارس سلوكا غير أمين : كالكذب أو الغش.
- الإحباط و الصراع : فالتوتر و القلق يعدان محصلة طبيعية لفشلنا سواء في إرضائنا لرغباتنا و دوافعنا و طموحاتنا أم في فض المواقف الصراعية.
- إضافة إلى هذا فقد أورد حامد زهران (1997) بعض الأسباب الأخرى للقلق من بينها مايلي:
- الوراثي في بعض الحالات ، كما ذكر آنفا.
- الاستعداد النفسي (الضعف النفسي العام) و الإحباطات و الصراعات بين الدوافع و الاتجاهات ، و التوتر النفسي الشديد ، و الخسائر و الأزمات المفاجئة و الصدمات النفسية ، و المخوف الشديدة في الطفولة المبكرة ، و مشاعر الذنب و النقص و العجز ، و تعود الكبت و فشله في مواجهة التهديدات و الضغوط الداخلية التي تسببها الرغبات الملحة.
- مواقف الحياة الضاغطة و الضغوط الحضارية و الثقافية الناجمة عن المدنية الحديثة و التغيرات المتتابة (عصر القلق) ، و البيئة المشيعة بعوامل الخوف و الحرمان و عدم الأمن ، و عوامل بيئية أسرية كالتفكك و الاضطراب الأسري.
- مشكلات الطفولة و المراهقة و الشيخوخة مع التأكيد على التفاعل بين مواقف الحاضر و خبراته و ذكريات الصراعات في الماضي ، و أساليب المعاملة الوالدية غير السوية ، كالعسوة و التسلط و الحماية و الحرمان ، و اضطراب العلاقات الشخصية مع الآخرين.
- التعرض للخبرات الحادة الاقتصادية أو العاطفية أو التربوية ، و الخبرات الجنسية الصادمة لاسيما في الطفولة و المراهقة ، الارهاق الجسمي و التعب و المرض ، و ظروف الحرب.
- عدم التطابق بين الذات الواقعية و الذات المثالية ، و عدم تحقيق الذات (عبد الغني . أ. م. ن. ، السحلاوة .م : 96،97،98).

## الإختلاط بين مفهومين (الخوف و الحصر) بالقلق:

أ- الفرق بين القلق و الخوف :

أوجه المقارنة	القلق	الخوف
الموضوع	غير معروف	معروف
التهديد و الخطر	داخلي	خارجي
التعريف	غامض	محدد
الصراع	موجود	غائب
الدوام و الاستمرارية	مزمن	حاد
تناسب الاستجابة الشخصية	المبالغة و التضخيم في الخطر ، و تهديد المثير موجه لكيان الشخصية بأكملها	يتناسب مع الخطر المثير موجه لجوانب محدودة
المواجهة و التكيف	شعور بالعجز عن المواجهة	غياب هذا الشعور

(عبد الخالق .أ. م ،

2000 : 21).

### -الجدول رقم 1 يوضح أوجه المقارنة بين القلق و الخوف-

الفارق الجوهرى بين القلق و الخوف هو أن الشعور بالخشية و الترقب في حالة القلق هو شعور عام هائم طليق ، كما يمكن مع الفرد في كل الأوضاع و المواقف ، بينما تتركز الخشية في حالة الخوف حول موضوع أو موقف معين فإذا ما أزيل كل منهما فإن تلك الحالة تخمد و تنتهي (العبيدي.م. ج ، 2013 : 243).

كما أن القلق تصاحبه مجموعة من التغيرات الفسيولوجية تتمثل في زيادة ضغط الدم ، ضربات القلب ، توتر العضلات ، مع تحفز و عدم الاستقرار و كثرة الحركة ، أما الخوف فيصاحبه أيضا تغيرات فسيولوجية تتمثل في انخفاض ضغط الدم و ضربات القلب و ارتخاء في العضلات مما يؤدي أحيانا إلى حالة إغماء ، بمعنى عكس أعراض القلق (عكاشة .أ ، بدون سنة : 134).

### ب - الفرق بين القلق و الحصر :

السيكولوجيون الغربيون يعتبرون أن حالة القلق هي حالة تهيم عليها الأعراض الجسمية و النفسية ، أما الحصر فهي حالة تهيم عليها الأعراض النفسية دون الجسدية ، بمعنى يكون هناك غياب التغيرات الفيزيولوجية ، كما يحتل الفكر في القلق مكانا أكثر أهمية من مكانه في الحصر . و هو الحالة الوجدانية الصرفة . فالمصاب بالقلق غير هادئ أبدا و وضعه يقلقه (سيلامي.ن ، تر وجيه.أ ، 2001 : 2087).

## مستويات القلق :

- أ. **المستوى المنخفض للقلق :** هو عبارة عن حالات بسيطة من القلق كثيرا ما تظهر في حياتنا اليومية ، و لا يخلو منها أي إنسان (ماحي زبيدة ، 2016 : 75). و هو قلق عادي موضوعي ، كما يشار إليه بأنه إنذار لخطر على وشك الوقوع و يعتبر كوظيفة تنبيه لدى الفرد (الشاذلي .ع. ح. م ، 2001 : 111).
- ب. **المستوى المتوسط للقلق :** يظهر على شكل توتر و خوف من خطر قادم وشيك الوقوع ، و لكنه غير واضح المعالم ، لذا ترافقه حالة من الضيق و الانزعاج (ماحي ز. ، 2016 : 75). و هنا يصبح الفرد أقل قدرة على السيطرة على استجاباته حيث يفقد السلوك المرونة و يستولي الجمود بوجه عام على امتحانات الفرد في المواقف المختلفة و يحتاج إلى المزيد من بذل الجهد للمحافظة على السلوك المناسب في مواقف الحياة المتعددة (الشاذلي .ع. ح. م ، 2001 : 111).
- ت. **المستوى العالي أو المرتفع للقلق :** و يطلق عليه القلق العصابي و سمي كذلك لأنه وصل في شدته إلى مرحلة العصاب أي المرض النفسي ، و هو ليس ظاهرة عامة منتشرة بين كل الناس ، و إنما هو حالة خاصة يعانيتها المرضى النفسيون و تشكل عرضا بارزا من أعراض حالاتهم الشاذة و هي تستدعي العلاج النفسي (ماحي ز. ، 2016 : 75).

## الاختلافات الجوهرية بين التصنيفين DSM4 و DSM5 :

مع ظهور الإصدار الخامسة للدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات العقلية DSM5 للجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) لقد تم إجراء عدة تغييرات هامة لفئة تشخيص اضطرابات القلق ، و التي اشتملت التوزيع من جهة و ضبط أو تحسين المعايير لاضطرابات معينة من جهة أخرى . ما وجب الإشارة إليه أولا هو أنه :

### **أ- من حيث التوزيع :**

1- تم فصل اضطراب الوسواس القهري (TOC) من فصل اضطرابات القلق بحيث خصص له فصل مستقل بحيث أصبح اضطراب قائم بذاته تحت مسمى "الوسواس القهري و الاضطرابات ذات الصلة " حيث يتضمن :

- ✓ اضطراب الوسواس القهري .
- ✓ اضطراب تشوه شكل الجسم .
- ✓ اضطراب الإكتناز .
- ✓ هوس نتف الشعر اضطراب نتف الشعر .
- ✓ نزع الجلد - اضطراب نزع الجلد .
- ✓ الوسواس القهري و الاضطرابات ذات الصلة المحدثة بمادة/دواء .
- ✓ الوسواس القهري و الاضطرابات ذات الصلة بسبب حالة طبية أخرى .
- ✓ الوسواس القهري و الاضطرابات ذات الصلة المحدد الأخرى .
- ✓ الوسواس القهري و الاضطرابات ذات الصلة غير المحددة .

2- تم نقل اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD) في فصل مستقل تحت إسم "الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد" ، و أصبح يتضمن :

- ✓ اضطراب التعلق التفاعلي .
  - ✓ اضطراب المشاركة الإجتماعية المتحلل .
  - ✓ اضطراب الكرب ما بعد الصدمة .
  - ✓ اضطراب الكرب الحاد .
  - ✓ اضطراب التأقلم .
  - ✓ الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد المحدد الأخرى .
  - ✓ الاضطرابات المتعلقة بالصدمة و الإجهاد غير المحدد .
- أما في ما يخص بعض إضافات ، فقد تم إضافة اضطرابات أخرى، كانت تصنف ضمن الاضطرابات التي عادة أول ما تشخص في سن الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة . بحيث أصبحت الآن تصنف ضمن اضطرابات القلق ، و هذه الاضطرابات هي :

✓ اضطراب قلق الانفصال .

✓ السمات الإنتقائي .

ب - من حيث الضبط : هذا ما سوف يوضح الجدول الآتي ذلك :

الإختلافات الجوهرية فيما يخص التشخيص .	DSM4 TR	اضطرابات القلق حسب DSM5
<p>- يتطلب وجود نوبات هلع متكررة ، و الخوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها .</p> <p>- تغير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع .</p> <p>- تم فصلها عن رهاب السباح agoraphobia</p> <p>- أنواع نوبات الهلع وصفها بأنها غير متوقع مقابل المتوقع .</p>	<p>Trouble panique avec ou sans agoraphobie</p>	<p>اضطراب الهلع Trouble panique.</p> <p>تم شرح الأعراض لغرض التعريف بهجمة الهلع ، و لكن تم توضيح بأن هجمة الهلع ليست اضطرابا عقليا و لا يمكن ترميزها . و بهذا فيمكن أن تحدث الهجمة في سياق أي من اضطرابات القلق و كذلك الاضطرابات العقلية الأخرى .</p>
<p>- تم فصله عن اضطراب الهلع .</p> <p>- إزالة شرط أن الأفراد الأكبر سنا من 18 سنة نتعرف بأن لديهم خوف مبالغ فيه (يجب الآن أن يكون الخوف أو القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي بعد الأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي).</p>	<p>رهاب بدون قصة اضطراب هلع</p>	<p>رهاب الفضاء AGORAPHOBIE</p>

<p>- إزالة الرهاب الاجتماعي المعمم . - محدد المعرفة حديثا (الأداء فقط). - إزالة شرط أن الأشخاص الأكبر سن من 18 سنة نعترف بأن خوفهم مبالغ فيه ( يجب الآن أن يكون القلق غير متناسب مع الخطر أو التهديد الحقيقي ، بعد الأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي). - تم توسيع معيار 6 أشهر لجميع الأعمار ، و ليس فقط للذين تقل أعمارهم عن 18 سنة.</p>	<p>الرهاب الاجتماعي Phobie sociale</p>	<p>اضطراب القلق الاجتماعي Trouble danxiete sociale .</p>
<p>- يشمل المحددات لأنواع مختلفة حول شيء أو موقف محدد (الحيوانات ، الطيور ، المرتفعات ، أخذ حقنة ، أو رؤية الدم). - ليس من الضروري أن يكون قد مضى عليها أكثر من 18 سنة حتى نعترف بأن خوفهم مبالغ فيه (يجب الآن أن الخوف و القلق لا يقارن بالخطر الفعلي الذي يمثله الشيء أو الموقف الرهابي ، بعد الأخذ بعين الاعتبار السياق الثقافي). - تم توسيع معيار 6 أشهر لجميع الأعمار و ليس فقط للذين تقل أعمارهم عن 18 سنة.</p>	<p>الرهاب النوعي phobie specifique</p>	<p>الرهاب النوعي phobie specifique</p>
<p>عدم وجود أي اختلافات .</p>	<p>عدم وجود تغيير.</p>	<p>اضطراب القلق العام trouble danxiete generalisee.</p>
<p>- يصنف الآن ضمن اضطرابات القلق ، فيما كان في السابق يصنف ضمن فئة الاضطرابات التي عادة أول ما تشخص في سن الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة . - يحدد فقط بأن سن بداية الاضطراب يجب أن تكون قبل سن 18 سنة. - تم إضافة معيار مدة 6 أشهر</p>	<p>عدم وجود أي تغيير .</p>	<p>قلق الانفصال trouble danxiete de separation.</p>

أو أكثر.	عدم وجود تغيير	الصفات الإنتقائي mutisme selectif .
- يصنف الآن ضمن اضطرابات القلق ، فيما كان في السابق يصنف ضمن فئة الاضطرابات التي عادة أول ما تشخص في سن الرضاعة أو الطفولة أو المراهقة .		

(C. Katz et al , 2013 : 1.2.3.4).

- جدول رقم 2 يوضح الاختلافات الجوهرية فيما يخص التشخيص-

## أنواع القلق وفقا لل دليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة DSM5:

بعدما تطرقنا إلى أهم التغيرات التي جاء بها الدليل الإحصائي و التشخيصي للأمراض العقلية الطبعة الخامسة DSM5 سوف نتطرق الآن إلى تعريف موجز لكل نوع مع التركيز على اضطراب الهلع الذي يخدم بحثنا هذا .

### ➤ إضطراب القلق الإجتماعي :

يمثل القلق الإجتماعي أحد أنماط لقلق ، وهذا ما يؤكد الدليل الإحصائي و التشخيصي للإضطرابات العقلية DSM5 حينما أبقى إدراجه تحت زملة إضطرابات القلق ، تحت مسمى " إضطراب القلق الإجتماعي":

تعرفه ف.ش.الكتاني : بأنع إستجابة إنفعالية و معرفية و سلوكية لموقف إجتماعي يدرك على أنه يتضمن تهديدا للذات ، و خوفا من التقييم السلبي Fear of negative evaluation من الآخرين ، الذي يؤدي إلى مشاعر الإنزعاج و الضيق ، و قد يؤدي إلى الإنشحاب الإجتماعي و التحفظ و الكف .

و يعرف في الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع معدل للإضطرابات العقلية DSM4TR تحت مسمى الرهاب الإجتماعي بحيث جعله مرادفا له : بأنه خوف واضح و مستمر من واحد أو أكثر من المواقف الإجتماعية أو الأدائية ، عندما يتعرض الفرد للفحص و التدقيق من قبل أشخاص غير مألوفين ، إضافة إلى خوفه من أنه قد يسلك أو يفعل شيئا (أو يظهر أعراض القلق) بطريقة تجعله عرضة للإهانة و الإحراج (معمرية.ب ، 2009 : 138).

### وبانيات إضطراب القلق الإجتماعي :

في دراسة حول الخوف الإجتماعي في إطار دراسة لمنظمة الصحة العالمية التي استهدفت دراسات المشكلات النفسية في مجال الرعاية الصحية العامة على عينة تكونت من 2096 مريضا مترددا بانتظام على مستشفيات الرعاية الأولية ، أوضحت النتائج أن معدل انتشار

الخوف الإجتماعي خلال شهر واحد كان مرتفعاً ، حيث بلغ 4,9% (بشير معمريّة ، 2009، ص139).

و تشير الدكتورة زروالي لطيفة إلى أن معدل إنتشاره في عامة السكان يتنوع من دراسة إلى أخرى ، بحيث يقدر على الأقل من بين 2 و3% و يمكن أن يتعدى نسبة 10% ، و تشير إلى أنه متساوي الإنتشار عند الجنسين(زروالي ل. 2014 : 92).

### ➤ رهاب الفضاء أو الخلاء :

تم تحديده لأول مرة من طرف Westphal سنة 1871 ، و هو يعتبر من الإضطرابات الرهابية الأكثر انتشاراً و الأكثر إعاقة للفرد ، و يحدث لدى المرأة بالخصوص . تكون بدايته إما بصفة مفاجئة أو بصفة تطورية ، غالباً ما بين 18 و35 سنة و نادراً قيل 16 سنة و بعد 40 سنة . تتمثل العوامل المشجعة أو التي تزيد من خطورة الحالة في حالات الحمل أو حالات وفاة أو رحيل أحد الأقارب (زروالي.ل، 2014 ، ص 91). هو مجموعة محددة نسبياً من اضطراب الرهاب ، و تشمل : مخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحلات أو الأماكن العمومية أو السفر ، و يكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية و الماضية (عكاشة .أ ، بدون سنة : 159).

### ➤ الرهابات الخاصة أو المحدودة :

يعد المظهر الأساسي لهذا النوع من الخوف أو إضطرابات القلق في انحصاره في كون الخوف أو القلق محددًا بموضوع ما أو موقف ما و الذي يستدعي حالة من القلق المباشر للتعرض لموضوع الخوف و قد يأخذ هنا الخوف شكل الهلع و لكنه لا يشخص على أنه إضطراب الهلع (عبد الستار .إ ، عسكر .ع ، 2008 : 56). وتتضمن :

رهابات الخاصة بالحيوانات .

رهابات الأماكن العالية .

الخوف من الأشياء .

رهاب وسائل النقل .

رهاب الفضاءات المغلقة الذي ينتج عنه مواقف التجنب و العقلنة .

يظهر هذا النوع من الرهابات عند المراهقين و الشباب الصغار ، و يظهر عند المرأة أكثر من الرجال بنسبة 2 إلى 2,5% . كما يقيم انتشاره في عامة السكان ما بين 7 إلى 12% . على غرار ذلك ، نجد أنه يتطور نحو الحالة المزمنة و ذلك في غياب العلاج (زروالي ل. 2014 : 94).



## ➤ إضطراب القلق العام :

السمة المميزة لإضطراب القلق العام تتمثل في القلق المفرط بشأن عدد من الأشياء .و كي يلاقي معايير الدليل الإحصائي و التشخيصي الرابع معدل للإضطرابات العقلية ، لا بد للقلق أن يقدم أيام أكثر من ستة أشهر على الأقل . و أن يصحبه توتر ، و الشعور بالإنفعال ، التعب السريع ، صعوبة في التركيز ، الهياج الشديد ، الشد العضلي ، و مشكلات النوم ، كما ينبغي أن يتسبب القلق في توتر إكلينيكي و تداخل مع الأداء الإجتماعي ، و الوظيفي ، و المجالات الأخرى لهامة . كما أنه إضطراب صعب التعيين إذا كان مرتبطاً بالإضطرابات العقلية الأخرى . كما وجدت دراسات علم الأمراض أن متوسط سن استهلاك هذا الإضطراب هو 31 سنة ، كما أعلن 50% من الحالات أن الإضطراب بدأ عندهم من سن 20 ، 47 سنة ، كما أعلنت هذه الدراسة أن شيوع هذا الإضطراب يكون لدى السيدات و منخفضي الدخل (هوفمان إسجي ، تر عيسى .م. ع ، 2012 : 145).

## ➤ اضطراب قلق الانفصال :

تتألف السمة الرئيسية لاضطراب قلق الانفصال ، بأنه قلق مفرط من الانفصال عن الأشخاص المرجعيين، نجده عند الأطفال ، كما تجده عند الراشدين الذين يشبهون الأطفال ، حيث يكون لديهم قلق مفرط إذا ما انفصلوا عن أصدقائهم أو أفراد عائلاتهم و هم يتكلمون بشكل كامل عن الآخرين (عيسوي .ع. ر، 1990 : 91).

## - الصمات الانتقائي:

### Selective Mutism (F94.0)

أ - عجز ثابت عن الكلام في مواقف اجتماعية محددة ( حيث يتوقع فيها الكلام مثل المدرسة ) رغم الكلام في مواقف أخرى ، كما يتداخل الاضطراب مع الإنجازات التعليمية أو المهنية أو في التواصل الاجتماعي ، مدة الاضطراب هي شهر على الأقل ( لا تقتصر على الشهر الأول في المدرسة) ، لا ينجم العجز عن انعدام المعرفة باللغة المنطوقة أو بالإحساس بالراحة معها وهو الأمر المطلوب في الموقف الاجتماعي ، لا يفسر الاضطراب من خلال اضطراب تواصل (مثل اضطراب الطلاقة ذو البدء الطفلي) ولا يحدث حصراً في سياق اضطراب طيف التوحد أو فصام أو اضطراب ذهاني آخر.

## - اضطراب القلق المحدث بمادة/دواء

### Substance/Medication-Induced Anxiety Disorder

أ - هجمات من الهلع أو القلق الذي يهيمن على الصورة السريرية .  
ب - هناك أدلة من التاريخ، والفحص الجسدي، أو النتائج المخبرية على وجود كلا من (1) و (2):

1- تطورت الأعراض في المعيار A خلال أو حالاً عقب التسمم بمادة أو السحب من مادة أو بعد التعرض لعقار ما.

2- المادة/الدواء المتهمة قادرة على إعطاء الأعراض في المعيار A ج - لا يُفسر الاضطراب بشكل أفضل من خلال اضطراب قلق غير ناتج عن مادة/دواء مثل هذه الأدلة على وجود اضطراب القلق المستقل يمكن أن تتضمن ما يلي: الأعراض تسبق بدء استخدام المادة/الدواء، تستمر الأعراض لفترة مهمة من الزمن (مثال، حوالي الشهر) بعد انتهاء السحب الحاد أو التسمم الشديد، أو أن هناك دليلاً آخر يقترح وجود اضطراب قلق مستقل ليس محدثاً بمادة/دواء (مثال، قصة نوبات معاودة غير ذات صلة بالمواد).

د - لا يحدث الاضطراب حصراً خلال مسار حالة هذيان هـ - يسبب الاضطراب تدنياً أو إحباطاً ملحوظين في مجالات الأداء الاجتماعية والمهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى.

يجب وضع هذا التشخيص عوضاً عن تشخيص التسمم بمادة أو السحب من مادة فقط عندما تهيمن الأعراض في المعيار A على الصورة السريرية وعندما تكون من الشدة بمكان بحيث تستجلب الاهتمام السريري.

### - إضطراب الهلع :

هو عبارة عن نوبات متقطعة لخوف أو فزع مصحوب بأعراض سوماتية و معرفية حسبما يعرف وفق محكات نوبة الهلع في الطبعة الرابعة من الدليل الإحصائي و التشخيصي للإضطرابات العقلية بأن نوبات الهلع متقطعة و يرجع السبب في ذلك لكونها مفاجئة و غير مستمرة على العكس من التصاعد التدريجي في النشاط القلق ، كما أن النوبات المتقطعة أحيانا ما تظهر على غير المتوقع ، و يظل مفهوم عدم التوقع أحيانا غير محدد المعنى في محكات التشخيص و هو يشير إلى ظهور الهلع في أوقات و أماكن غير متوقعة كما أن نوبات الهلع ترتبط بالهروب و الإلحاح به ، مع ما يرافق ذلك من إمكانية رصد للعديد من العلامات و الأعراض سواء أكانت سوماتية أو نفسية (غانم .م. ح ، 2006 : 65-66)

### وبائيات إضطراب الهلع :

تعتبر جد منتشرة حيث قد تبلغ نسبتها إلى 2% تقريبا خاصة عند النساء ، و هي تظهر في نهاية المراهقة أو عند الراشد الصغير على شكل نوبات من القلق . كما أنها تنتشر عند الأفراد ذوي المستوى الإجتماعي البسيط و الذين يعانون من مشاكل الطلاق ، و من بعض الحوادث الحياتية الضاغطة ، كوجود وفاة أحد الأقارب ، ووجود سوابق عائلية . كما نجد أنها ترتبط ببعض إضطرابات الشخصية و بتسبب كبيرة قد تصل إلى غاية 58% (زروالي .ل. ، 2014 : 83).

## معايير تشخيص اضطراب الهلع طبقاً لـ DSM5: Panic Disorder (F41.0)

أ- نوبات هلع متكررة غير متوقعة. هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق، وخلال هذا الوقت تحدث أربعة أو أكثر من الأعراض التالية:

( يمكن أن يحدث الاندفاع المفاجئ من حالة هدوء أو حالة قلق).

1. خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.
2. تعرّق.
3. ارتعاش أو ارتجاف.
4. أحاسيس بقصر النفس أو الاختناق.
5. شعور بالغصص.
6. ألم أو انزعاج صدري.
7. غثيان أو تلبك في البطن.
8. الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.
9. قشعريرة أو أحاسيس بالحرارة.
10. مذل أو تشوش الحس (إحساسات بالتمثيل أو بالوخز).
11. تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته).
12. خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
13. خوف من الموت.

قد تشاهد أعراض ثقافية محددة (مثلاً، طنين، آلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة) لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.

ب- واحدة على الأقل من الهجمات تلاها شهر (أو أكثر) لأحد أو لكلا مايلي :

1. قلق مستمر أو خوف حول هجمات إضافية من الهلع أو حول عواقبها (مثلاً، فقدان السيطرة، الإصابة بنوبة قلبية، يصبح مجنوناً).
2. تغير كبير لسوء سلوك التكيف على صلة بهجمات الهلع (مثلاً، السلوكيات تهدف إلى تجنب

حصول نوبات الهلع، مثل تجنب الحالات غير المألوفة).

ج - لا يعزى الاضطراب للتأثيرات الفيزيولوجية لمادة (مثلاً، إساءة استخدام عقار، دواء) أو لحالة طبية أخرى (مثلاً، فرط نشاط الدرقية، واضطرابات قلبية رئوية).

د - لا يفسر الاضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر، (مثلاً هجمات الهلع لا تحدث فقط كاستجابة للمواقف الاجتماعية المرهوبة، كما في اضطراب القلق الاجتماعي، وليس كاستجابة للأشياء أو الحالات المرهوبة المحددة، كما في الرهاب النوعي، وليس استجابةً للوساوس، كما في الوسواس القهري، وليس كاستجابة لما يذكر بالأحداث المؤلمة، كما في اضطراب الكرب ما بعد الصدمة، وليس كاستجابة للانفصال عن شخص متعلقٍ به، كما اضطراب قلق الانفصال).

### تحديد نوبة الهلع

يتم شرح الأعراض لغرض التعريف بهجمة الهلع، وهذا راجع إلى أن هجمة الهلع ليست اضطراباً عقلياً ولا يمكن تمييزها. هجمات الهلع يمكن أن تحدث في سياق أي من اضطرابات القلق وكذلك الاضطرابات العقلية الأخرى (مثلاً، اضطرابات الاكتئاب، واضطراب الكرب ما

بعد الصدمة، الإجهاد، واضطرابات استعمال المواد) وبعض الحالات الطبية (مثلاً، القلبية والتنفسية والدهليزية والهضمية) عندما يتم التعرف على وجود هجمة الهلع، فيشار إليها على أنها محددة(مثلاً،اضطراب الكرب ما بعد الصدمة مع نوبات الهلع)بالنسبة لاضطراب الهلع، فوجود هجمات الهلع محتوى داخل معايير الاضطراب وهجمات الهلع لا تستخدم كمحدد. هجمة الهلع هي اندفاع مفاجئ للخوف الشديد أو الانزعاج الشديد والتي تصل إلى الذروة في غضون دقائق،وخلال هذا الوقت تحدث أربعة أو أكثر من الأعراض التالية:

1. خفقان، دقات القلب الشديدة، أو تزايد سرعة القلب.
  2. تعرق.
  3. ارتعاش أو ارتجاف.
  4. إحساسات بقصر النفس أو الاختناق.
  5. شعور بالغصص.
  6. ألم أو انزعاج صدري.
  7. غثيان أو تلبك في البطن.
  8. الإحساس بالدوار أو عدم الثبات أو خفة الرأس أو الإغماء.
  9. قشعريرة أو إحساسات بالحرارة.
  10. مذل أو تشوش الحس(إحساسات بالتنميل أو بالوخز).
  11. تبدد الواقع (إحساسات باللاواقعية) أو تبدد الشخصية (أن يكون الشخص منفصلاً عن ذاته).
  12. خوف من فقدان السيطرة أو الجنون.
  13. خوف من الموت.
- قد تشاهد أعراض ثقافية محددة(كالطينين، مثلاً، وآلام الرقبة والصداع والصراخ أو البكاء الخارجة عن السيطرة)لا ينبغي أن نعتبر مثل هذه الأعراض أحد الأعراض الأربعة المطلوبة.

الفصل الثالث :

الأيمان الكحولي

## تمهيد :

مصطلح الكحولية "alcoholisme" ندين به إلى الطبيب السويدي ماغنوس هوس "magnus huss" (1849) : و الذي دل على مجموعة من الإضطرابات الجسمية و النفسية التي يسببها الاستهلاك المفرط للمشروبات الكحولية (سيلامي. ن ، تر وجيه. أ، 2001 : 2124).

لكن في حوالي منتصف القرن التاسع عشر SIECLE XIX تم التطرق إلى مصطلح "الإدمان الكحولي"، و أعطيت له تعاريف كثيرة لا تحصى و لا تعد ، قاموا فيها بإعطاء مكانة هامة للعوامل النفسية ، العضوية والإجتماعية ، في محاولة منهم تفسير هذا الإضطراب ، و أشادوا بأنه ليس على المطلق واحد من هذه العوامل يكون كافيا في أن يكون عامل يقود للإدمان الكحولي (56 : 2005 ، I. Varescon). و عليه فما هي الكحول و خصائصها ، و ما هو الإدمان الكحولي ، العوامل المؤدية إليه ، أهم الأشكال العيادية للإدمان الكحولي و الأعراض الخاصة بكل شكل و ما هو واقع الإدمان الكحولي في الجزائر.

## الكحول :

### أ- تصنيف الكحول classification:

يصنف من المهدئات (Sédatif) calmant

### ب- كيميائية chimie:

الكحول الإيثيلي ، الإيثانول (CH<sub>3</sub>-CH<sub>2</sub>-OH) (dan véléa ,2005 : 108).

و هو مادة سريعة الامتصاص في المعدة و الأمعاء الدقيقة ، و لكن بعض العوامل قد تعطل امتصاصها منها زيادة نسبة الكحول عن 20% أو تخفيفها بنسبة كبيرة من الماء أو امتلاء المعدة بالطعام ، و خاصة ما يحتوي على المواد الدهنية و النشوية ، و ما أن يمتص الكحول و يصل إلى الدم الذي يقوم بحمله إلى خلايا المخ حتى يبدأ تأثيره السريع في الجهاز العصبي المركزي ، و من ثم يؤثر و بشدة على سلوك الفرد و مزاجه . تؤدي الكمية المعتدلة إلى إحساس مقبول من الإثارة ، و إحساس بالسعادة و يتبع ذلك الرغبة في الاسترخاء و الهدوء ، و لكنها تضعف قدرته على الالتزام بالضوابط و القواعد الإجتماعية كالحياء و انتقادات الذات فيأتي المتعاطي بأفعال يستنكرها فيما بعد ، كما تضعف سيطرته على الوظائف العقلية بالمخ ، و يؤدي إلى فقدان التوازن و الكلام و التناسق الحركي بسبب تأثيرها على المخ و تهتز مقلتنا العينين و اليدين ، كما تتأثر قدرة على إصدار الأحكام و المنطق ، الذاكرة و الإدراك ، أما في حالة الجرعات الكبيرة جدا يحدث التأثير المسكن للكحول و يفقد المتعاطي الوعي و تتعطل وظائف القلب و التنفس في النخاع المستطيل و يؤدي إلى وفاة المتعاطي بسبب الفشل التنفسي (السيد. م. ع. ر. : 23).

## ج- خصائص الكحول :

الكحول هو مادة محدثة للإدمان ، و مؤثرو على العقل .

التأثيرات العقلية للكحول : هي النشوة ، و رفع الكبت *la levée de l'inhibition* أو العكس التخدير و تأثير مضاد للقلق و للإكتئاب .

بينما من بين الآثار المفيدة للكحول ، يشمل خصائصه المطهرة ، و استخدامه بمثابة مسكن .

كما أن الدراسات الحديثة تشير إلى وجود فائدة حقيقية في تناول الكحول في حالة تصلب الشرايين (d. véléa ,2005 : 110) cas d'arteriosclerose .

## تعريف الإدمان الكحولي :

✓ يعرفه هنري بيرون في معجم مصطلحات علم النفس : على أنها حالة تسمم ناتجة عن استعمال المواد الكحولية ، و التي تؤدي إلى اضطرابات عقلية ، و قد تكون حادة و تتمثل في حالة السكر العادي ، و حالة السكر الهذيان، كما قد تكون مزمنة و تتميز بالتدهور العقلي، و اضطرابات الطبع ، و بهذيان الغيرة، و يرى هنري بيرون أن هذه الاضطرابات تنقص في حالة العلاج (يقال. أ، 2013 : 35).

✓ ويعرفه **fouquet(1951):** " على أنه هو كل مدمن على الكحول سواء رجل أو امرأة ، و الذي هو في الحقيقة فقد القدرة على الإمتناع عن استهلاك الكحول . و في نظر fouquet أن الإدمان الكحولي يتمشى بتشابك ثلاث عوامل ألا و هي (العامل النفسي ، عامل التحمل و عامل التسمم *toxique*) ( I.Varescon , 2005 : 56 )

✓ كما تعرفه **هيئة الصحة العالمية سنة 1952** : الكحولية على أساس أن الفرد الكحولي بأنه هو كل متعاط مسرف بلغ اعتماده على الكحول إلى الحد الذي يسبب الاضطراب العقلي الملحوظ أو يخل بصحته الجسمية و النفسية و بعلاقته بالآخرين و أداءه لوظائفه الاجتماعية ، و يسبب تدهور حالته الاقتصادية (الدمرداش.ع :21).  
كما صاغ **جيلينيك jellinek** العالم الأمريكي تعريفا للإدمان الكحولي : " بحيث أنه فقدان التحكم في الكمية التي يتعاطها و عدم القدرة على الامتناع عن التعاطي لفترة طويلة "، و أضاف إلى ذلك الرغبة الملحة في استهلاك أو شرب الكحول ، زيادة تحمل جسم المتعاطي لمفعول الكحول *tolerance* أي أن المتعاطي يضطر إلى زيادة الكمية بشكل مطرد للحصول على نفس المفعول . و ظهور أعراض الامتناع عند الفطام أو الانقطاع الفجائي عن الاستهلاك (الدمرداش.ع :22).

**تعليق :** نلاحظ مما سبق أن مصطلح الإدمان الكحولي يشير إلى أن هناك تداخل بين عاملي التبعية النفسية ، و التبعية العضوية اللذان يساهمان في عدم تحكم المدمن في الكمية التي يشربها و، و تدهور حالته النفسية ، العضوية ، الاجتماعية ، و الاقتصادية . و هذا ما يجعل تكيفه غير سوي و يحدد سلوكاته المرضية .

## العوامل :

### أ- العوامل البيولوجية :

أكدت الكثير من الدراسات على الطابع العائلي للإدمان الكحولي ، حيث أن الخطر المرضي عند أبناء و بنات مدمني الكحول هو مرتفع بنسبة 3 إلى 4 مرات منه عند المجتمع العام .

كما أن التوائم المتطابقة منه عند التوائم غير المتطابقة . بالإضافة لذلك ، تتواجد عوامل جينية يمكن أن تتضمنها بعض أشكال الإدمان الكحولي كما تظهره الكثير من الدراسات التي أكدت على التدخل الممكن للموروث D2 الذي يلعب دورا وسيطا مهما ما بين الأنظمة الدماغية في سيرورة الإدمان الكحولي . كما يتواجد احتمال تدخل للمستقبلات الدوبامينية و للمستقبلات السيروتونينية و تلك الخاصة بـ GABA في التوصيل الجيني للإستعداد للتبعية للكحول . في كل الحالات يعتبر الإدمان الكحولي اضطراب جينيا معقدا . غير أنه ليست هناك لحد الآن أية دراسة تسمح بتأكيد الطابع الدقيق للإستعدادات المنقولة ، و طبيعة العلاقات المتبادلة مع البيئة ، و خصوصية النقل الجيني للإدمان الكحولي ضمن حالات الإدمان الأخرى . كما تشير الفرضيات الحديثة إلى دور الإحتمال المفعول الفطري اتجاه التأثيرات الناتجة عن استهلاك الحاد للكحول ، كما أظهرته الكثير من الدراسات التي أجريت على الأطفال و على آبائهم المدمنين على الكحول (زروالي ل. ، 2014 : 260). و يلاحظ الباحث ماكليرن McClearn بأن النموذج الجيني ، يمكن أن يقدم تفسيراً أكثر انتظاماً من التفسير الإجتماعي ، الثقافي ، إذ يقول : "على كل الأحوال يكون أحفاد و حفيدات المتعاطين للكحول بصرف النظر عن مشاركتهم في تعاطي الكحول نتيجة لقرابتهم لأولئك المدمنين ، و بصرف النظر عن الكثير من العوامل البيئية الكامنة في معظم التفسيرات الاجتماعية والثقافية، واعتماداً على المبادئ والقوانين الجينية الأساسية، سيكون هؤلاء المصابون وغير المصابين من السلالة نفسها ويشعر الباحث أنه في الوقت الذي يتم فيه تفسير الفروق بين الجنسين في حالة الإدمان على المسكرات، وذلك وفقاً لأدوار الجنسين وللمؤثرات الثقافية الأخرى، التي لها ميزة كبيرة لا مجال للشك فيها، فإنه ينبغي صياغة موقفين ذي صلة وثيقة بموضوع حدوث تلك الحالة التي يتفوق فيها الذكور عن الإناث (من ناحية الإدمان الوراثي). ونستطيع أن نذكر بالتحديد حالتي الارتباط الجنسي (أي أن الجنسين لهما صلة وثيقة بالحالة الوراثية)، والمحدودية الجنسية (أي أن النسبة العليا للحالة الوراثية تكون لدى الذكور أكبر. ومن إحدى المحاولات الجادة لعزل العوامل الجينية والعوامل البيئية عن بعضها البعض في حالة الإدمان الكحولي، هي محاولة القيام بدراسة الأطفال الذين تبنتهم أسر أخرى؛ لأن كل طفل منهم سيشترك في العوامل البيئية التي وفرتها له أسرته الجديدة باستثناء الرابطة الجينية، فالتشابه الأكيد للطفل مع بيولوجيات والديه الحقيقيين، يمكن الركون إليها واعتمادها كرابطة جيني أو باعتبارها عوامل جينية موروثية، ولكن مثل هذا التصميم النظري قد تم تفنيده عملياً بواسطة الفترة الزمنية التي عاشها الطفل مع والديه الأصليين قبل فترة التبني، وبواسطة السياسات التي تتبعها وكالات التبني، وبمدي معرفة الأطفال والوالدين اللذين سيتبنونهم بوجود حالة إدمان كحولي لدى الوالدين الأصليين. وكشفت دراسة رائدة في مجال التبني عن عدم وجود فرق ذا دلالة إحصائية بين سلوكيات الإدمان الكحولي للأبناء المتبنين والذين كان



آبائهم الأصليين مدمنين، وبين أولئك الوالدين الأصليين الذين لا يتعاطون الكحول أو يتعاطونها بنسبة قليلة (J. Haier,1992 : 100)

## ب - نظرية المستقبلات الساكنة :

تفترض هذه النظرية وجود نوعين من المستقبلات على غشاء جدار الحليّة العصبية بمستقبلات أخرى ساكنة و غير نشطة لا تتفاعل مع العقاقير ، و يؤدي شرب الكحول المستمر إلى تنشيط المستقبلات الساكنة بحيث تتحول إلى مستقبلات دوائية .

و يؤدي تكاثر المستقبلات الدوائية إلى الحاجة إلى جرعات متزايدة من جهة لترتبط بالمستقبلات الجديدة و تسيي نفس المفعول .

و هذه الظاهرة التي تعرف بظاهرة التحمل Tolerance و هي ضمن صفات الإدمان .

و من جهة أخرى عندما يقلع المتعاطي فجأة عن الشرب تنشط المستقبلات الزائدة الموجودة على الخلية فيؤدي ذلك إلى ظواهر غير طبيعية كالأرق و القيء و الهلوسات ... إلخ ، و التي تعرف بأعراض الإمتناع و التي تستمر لفترات إلى أن تعود المستقبلات المنشطة إلى حالة سكونها الطبيعيّة مرة أخرى (الدمرداش،ع:40).  
التفاعل مع الموصلات المخ الكيمائية :

تبت من الدراسات التي أجريت على الحيوانات في المختبر أن الكحول بعد تمثيلها في الكبد تتحول إلى مواد أخرى تؤثر على تمثيل مادة الدوبامين و نورأدرينالين الموصلتين و تتفاعل مع مشتقاتها الوسيطة لتكوين مركبات شبه قلوية لها خواص الأفيون و تسمى "تتراهدرو أيزوكينولين".

و تؤدي الكحول أيضا إلى تغيرات في نشاط خلايا المخ الكهربائي و نشاط الهرمونات و تغيرات أخرى يعتقد أن لها علاقة بالإدمان (الدمرداش،ع : 41).

## ج - العوامل النفسية المرضية :

### • نظرية التحليل النفسي :

قبل التطرق إلى رأي هذه النظرية حول الإدمان الكحولي ، و جب الإلتفاتة إلى رأي Bergeret حول اضطراب الإدمان بصفة عامة بحيث يرى أن الإدمان يخص كل البنيات النفسية ( الذهانية ، العصابية و الحالات الحدية ) (صادقي،ف، 2014 : 195).

يتلخص رأي التحليل النفسي حول موضوع الإدمان الكحولي في أنه :

علاج ذاتي يلجأ إليه الشخص لإشباع حاجاته طفالية لأشعورية . كما أن نمو المدمن النفسي الجنسي مضطرب لتثبيت الطاقة الغريزية في المرحلة الفمية .

و تصنيفات الطب النفسي للشخصية الإدمانية كثيرة أهمها تصنيف kessel and Walton اللذين قسمها إلى :

أ- غير ناضج : الذي لا يستطيع الاعتماد على نفسه و الإستقلالية بنفسه عن الأبوين و يعجز عن تكوين علاقات ثابتة و هادفة مع الأشخاص الآخرين.

ب - منغمس في الذات : الذي يصر على تحقيق ما يريد في وقت لاحق . و يؤدي الإفراط في رعاية الطفل إلى استمرار هذه السمات الطفلية في شخصيته بعد كبره .

ج - المعتدل جنسيا (الجنسية المثلية) : أشار أنصار مدرسة التحليل النفسي إلى الطابع الجنسي المثلي للحانة حيث مجتمع الذكور مع بعضهم لشرب الكحول . و فسروا عدم ممارستهم للشذوذ الجنسي بأن ميولهم نحو هذا الاتجاه كامنة فقط . و يرفض عادة أفكار الجنسية الشاذة فيخذرهما بالكحول ، أو يزيل الموانع و ضوابط هذه الأفكار الإجتماعية و الأخلاقية بالإستهلاك الكحولي ليمارس الجنس الشاذ فعلا.

د- عقابي الذات (التحطيم الذاتي) : تتكون هذه الشخصية نتيجة لأسلوب في التربية يعاقب الطفل عند إظهاره الإستياء أو الغضب المشروع ، و عندما يكبر الطفل يشعر بالقلق الشديد عند إحساسه بالرغبة في التعبير عن الغضب في موقف يتطلب ذلك فيلجأ إلى الكحول لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان .

الشخصية المكروبة : و هي شخصية قلقة و متوترة تلجأ للكحول لتسكين القلق ، الأمر الذي يؤدي تكراره إلى الإدمان الكحولي (الدمرداش.ع :35،34).

#### • النظرية النسقية العائلية :

ترتكز هذه النظرية على عنصر التواصل ، حيث تعتبر أن الإدمانات الكحولية كعرض خاص بسيرورة معقدة من التبادلات العائلية ، التي و حسب سببية من النوع الدائري تدعم الإفراط في الشرب و يمكنها أن تعارض كل محاولة للتغيير (زروالي.ل، 2014: 261).

#### • النظرية السلوكية :

تفترض هذه النظرية أن شرب الكحول و إدمانها سلوك متعلم ، فالشخص الذي يشعر بالقلق أو التوتر و يتعاطى الكحول يشعر بالهدوء و الإسترخاء ، و بالتالي يعتبر هذا الأخير كتعزيز إيجابي ناحية هذه المادة ، و مع الاستمرار في الشرب يتعلم الفرد الشرب لتخفيف آثار الإمتناع المزعجة .

و يحدد أنصار هذه المدرسة وجود ثلاث طرق لتعلم الإدمان الكحولي :

#### 1- التعلم عن طريق الاشتراط الكلاسيكي :

تتطابق ميكانيزمات الإشتراط الكلاسيكي في تفسير الأعراض الشائعة للإدمان مثل الحاجة الملحة للكحول و التحمل ، و تتمثل هذه العملية في نمودجي هما :

أ. نموذج إستجابة الإشتراط التعويضي : و هذا النموذج وضعه سيجل 1978 Seigle حيث يرى المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي الكحول ترتبط بأثار الكحول في الجسم لإنتاج استجابة شرطية متناقضة أو مخالفة لتأثير العقار ، و هذه الإستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي للجسم ، بحيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الإشتراطي مع استمرار إدمان الكحول .

ب. نموذج دافعية الإشتهاء الإشتراطي للسكر : و هذا النموذج وضعه ستيوارت و آخرون 1984 Stewart et al و طبقا لهذا النموذج فإن المثيرات الشرطية المتعلقة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل: رائحة العقار ، أة الأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه التعاطي للكحول ، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يحدثها العقار ذاته ، و هذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقارة و استخدامه .

## 2- التعلم عن طريق الإشتراط الإجرائي :

يهتم الإشتراط الإجرائي بالآثار التي تعقب السلوك ، و الفاصل الزمني الذي يفصل بين السلوك و آثاره ، فمن المعروف أن الإدمان الكثير على الكحول يرتبط بالشعور بالنشوة و الراحة يعد التعاطي بفترة قصيرة ، و لا تأتي النتائج السلبية و الضارة إلا بعد فترة طويلة ، أو بعد الإمتناع عن الكحول ، و هو ما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي.

## 3- التعلم الإجتماعي :

اعتمد نموذج التعلم الإجتماعي في تفسيره لسلوك الشرب و الإنتكاسة ، على التراكيب الذهنية و بعض مبادئه و تتوسط العوامل المعرفية كل تفاعلات فرد - محيط ، و من أهم التراكيب المرتبطة بسلوك تعاطي الكحول ، نجد فعالية الذات و توقع النتيجة التي يتخذها الفرد في وضعية ضاغطة . و بهذا ترفض نظرية التعلم ، فكرة أن السلوك يتحدد فقط بمبادئ الإشتراط الكلاسيكي و الإجرائي .

و في هذا السياق طبق Nathan و جماعته (1980) ، نظرية التعلم على المشكلات الكحولية ، و هي تبدو نافعة و مفيدة في وصف أسبابها ، و ليصبح الفرد مرتبطا متعودا مدمنا على الكحول ، بحيث يكون التعود أكثر من نتيجة لتأثير كيميائي مباشر. يقود سوء استخدام الكحول و الإفراط في شربه ، إلى تعود فيزيولوجي و سلوكي متعلم ، و لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن إنقاص التوتر النفسي و إضعافه بفعل تناول الكحول ، و لكن نتيجة معتقدات و توقعات الشارب حيال ما يفعله الكحول في نفسيته ، إضافة إلى مدركاته و تفكيره اللاعقلاني ، كلها تحولات معززة هامة في ترسيخ الإدمان و تعزيره ، و تساهم المعتقدات : أن الكحول يضعف التوتر النفسي و يزيد الفاعلية الإجتماعية أو يمنع الإنزعاج النفسي ، إسهما كبيرا في مساعدة الناس على تعلم الشرب بصورة غير تكيفية في البداية ، و من ثم الإبقاء على هذا السلوك اللاتكيفي(حطاي. ص ، 2009 : 26) .

### • النظرية المعرفية :

من رواد هذه النظرية Albert Ellis و Aaron Beck ، الذين أبرزوا البعد الفكري و الإهتمام بالمتغيرات الوسيطة بين المثير و الإستجابة و هي ما يعرف بالعمليات المعرفية .

نجد أن Albert Ellis لا يغفل على أهمية العوامل البيئية و الإرثية في تأثيرها على السلوك الإدماني ، إلا أنه يضيف أن ذلك لا يمنع أن نجد بعض الأفراد ، هم أكثر ميلا إلى التفكير اللاعقلاني من غيرهم ، أو لديهم عتبة منخفضة من تحمل القلق و الإكتئاب و الغضب و السيطرة أقل على نزواتهم ، و ضعف تحمل الإحباط و هذا ما ينطبق على الإدمان الكحولي .

واقترح Albert Ellis أربع نماذج نظرية تؤدي إلى السلوك الإدماني ، و تبقى على إستمراره و هي :

- التحمل المنخفض للإحباط .

- الإنسجام كنموذج للتعامل مع مواقف الصعبة .

- الإنسجام الكحولي يعادل تدني قيمة الذات .

- نموذج الحاجة إلى الإثارة .

و بهذا يتعرض بعض الأفراد إلى إثارة محرضة للشرب (رائحة الخمر ، حادثة منشطة) تنشيط لديهم معتقدات : " لا أستطيع تحمل الحرمان من الشرب" ، "يتعذر علي ممارسة العمل و التكيف معه بدون خمر". "لا أملك القدرة الكامنة و القوة للوقوف في وجه غواية الخمر"، "الحياة صعبة جدا بدون خمر".

و هكذا تخفض هذه المعتقدات ، من عتبة تحمل الإمتناع ، فيحدث ما سماه Albert Ellis بقلق الإنزعاج ، و يقف المدمن على مفترق الطرق ، فإما أن يضعف قلق الإنزعاج بمناهضته للأفكار الخاطئة اللاعقلانية ، و يزداد تحمله للإحباط و إما أن يستسلم لهذا القلق ، فيلجأ إلى إدمان مادته كالكحول مثلا ، من أجل تخفيفه و إزالته و بالتالي يزول القلق مؤقتا و يتعزز الميل نحو الكحول ، و يزيد ضعفه في قدرته على الكف ، و يفقد ثقته بنفسه و ما يتبع ذلك من تحقير للذات و ما يثيره من قلق ، الذي يعود ، فيعود بدوره الميل نحو الكحول بفعل هذه التغذية الرجعية .

أما Beck و أتباعه أشاروا إلى نموذج يتميز بثلاثة أنواع من المعتقدات و هي :

- معتقدات التوقع : و التي تتضمن انتظارا إيجابيا مرتبطا بالمادة المخدرة (الكحول).

- معتقدات موجهة للتخفيف : و هي تتطابق مع انتظار خفض الإنزعاج .

- معتقدات الإباحة : و التي تتيح للمتعاظم استخدام الكحول مثلا .

وذهب Beck و أتباعه إلى إضافة أن المعتقدات المرتبطة بتعاطي الكحول مثلا و التي تنشيط في ظروف الخطر العالي ، قد تكون داخلية أو خارجية ، نقول عن هذه المثيرات ، أنها منشطة ، حين تفجر المعتقدات و الأفكار الأوتوماتيكية المرتبطة بالكحول ، التي قد تؤدي إلى الرغبة الملحة للشرب ، و لا يستلزم الأمر حدوث هذا الخطر كلما تعلق الأمر بمثير منشط خاص . فيما يشكل مثيرا منشطا بالنسبة لفرد ما ، قد لا يضر بفرد آخر ، و منه ووفقا للنموذج المعرفي ، يمكن التمييز بين مثيرات داخلية و مثيرات خارجية .

المثيرات الداخلية : عبارة عن مؤشرات تحدث داخل الفرد ، تتمثل في الإنفعالات و أحاسيس جسدية .

المثيرات الخارجية : و هي مؤشرات تحدث في المحيط تشمل الصراعات مع الآخرين ، و سهولة الحصول على المخدر المفضل ، و إنجاز المهمة.

- بالإضافة إلى ما سبق لا يمكن نفي تعديل المزاج في سلوك تعاطي الكحول مثلا ، و هذا كاعتقاد أن "الشرب يجعلني في حالة إسترخاء " . ز منه فإن المدمنون يمتلكون معتقدات قوية حول قدرة الكحول مثلا على تعديل مزاجهم ، فهم متحققون و على يقين من أن الكحول تساعد على الإسترخاء و تخفف الضجر ، و بهذا تفجر المعتقدات المرتبطة بالتعاطي ، ظهور أفكار آلية ، و هي سياقات معرفية مختصرة ، متكررة و تلقائية (كالأفكار أو الصور الذهنية) ، بإمكانها أن تؤثر تأثيرا قويا على السلوكات و الانفعالات و العمليات الفيزيولوجية ، فهي إختصار للمعتقدات القاعدية .

كما توجد معتقدات متعلقة بالإباحة ، و هي أساليب معرفية تبيح إستعمال المادة ، تشمل التقليل من خطورة النتائج المترتبة و التبرير ، كما تشمل تشوهات معرفية ، تدفع المتعاطي إلى تجاهل التأثيرات السلبية لتعاطي المادة كالإعتقاد "أستحق الشرب" ، "القليل لن يضرني" ، "لا يحصل شيء إذا شربة اليوم" ( التبرير) . تثير هذه المعتقدات الإباحة أمام الرغبة الملحة في التعاطي .

و يتضح مما سبق أن مدمن الكحول يمتلك معتقدات خاطئة خاصة تنشطها ظروف معينة ، و هي معتقدات تنشط الرغبة الملحة في التعاطي ، تدريجيا تنتشوه المعتقدات و تصبح في غاية التعقيد (بلميهوب .ك، 1014: 207-214).

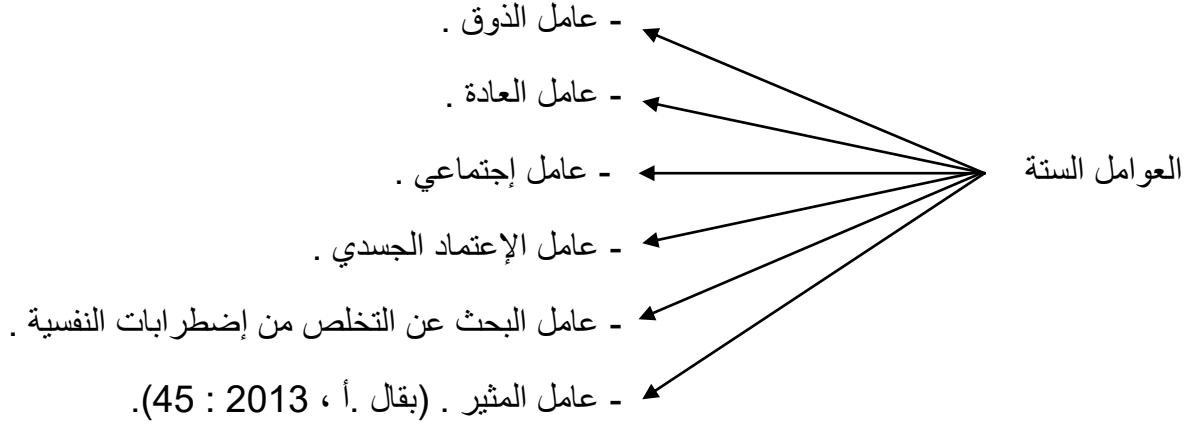
#### د- العوامل الثقافية :

تلعب العوامل الثقافية و المحيطية دورا في نشوء التعلق . ففي المجتمعات التي يعتبر فيها تناول الكحول بكثرة حتى الثمالة من علامات الرجولة و أساسيات التواصل الإجتماعي يظهر اضطراب الكحولية أكثر من تلك المجتمعات التي ترفض تناول المفرط للكحول أو تلك التي تقتصر تناوله على مناسبات محددة، أو تلك التي تمنعه قطعيا (سامر.ج.ر، 2009 : 172 ) .

كما لا يمكن إنكار الخلفية الدينية خاصة لدى المسلمين و بعض اليهود الذي يعتبر الكحول عندهم من المحرمات .

كما نجد أن الإفراط الكحولي ينتشر لدى الطبقات الفقيرة أو بعض الفئات التي تعاني من عواقب الهجرة ، و عند بعض العمال الذين يمتنون مهنا صعبة . كما قد يرتبط ببعض الأساليب التربوية الممارسة في الوسط العائلي (الأسلوب المتسيب أو الصارم) . و ببعض التجارب السلبية في الطفولة التي تساهم في الهشاشة النفسية (الحرمان العاطفي و تجارب التخلي و صراعات مع الوالدين ) (زروالي،ل، 2014 : 260).

كما أن بيلك pelc وضع سنة 1976 ، استمارة حول عادات استهلاك الكحول ، و التي تم من خلالها الكشف عن ستة عوامل مركزا pelc بيلك على دراسة الصلة بين الفرد المستهلك و المادة المخدرة.



- مخطط 1 يوضح الست عوامل التي وضعها بيلك pelc لإستهلاك الكحول -

## تصنيفات الإدمان الكحول :

أ- تصنيف مراحل الإدمان الكحولي لـ Jellinks جلينيك 1951:

- مراحل ما قبل الإدمان : و تعني الإغراق في الكحول بما يتجاوز الإستعمال العادي .
- مرحلة الإنذار بالإدمان : و تتميز هذه المرحلة بظهور :
  - نوبات من النسيان التام لما حدث أثناء الإغراق في تناول الكحول في الصباح اليوم التالي .
  - تناول الكحول على إنفراد و دون الصحبة العادية .
  - التناول قبل الحوادث أو المواعيد المهمة .
  - التناول صباحا لخفض درجة التوتر و لتقليل شدة إهتزاز الأطراف خاصة اليدين ، و التي تمنع الرجال أحيانا من التمكن من حلاقة الذقن .
  - نوبات من الإغراق في التناول رغم المقاومة الشديدة .
- مرحلة الإدمان الكحولي : و تتميز بالآتي :
  - عدم القدرة على التوقف عن التناول لمدة أكثر من 24 ساعة و بمجهود و مقاومة شديدة ، تتراوح بين أسبوع إلى ثلاثة أسابيع .
  - عدم القدرة على التحكم في كمية الكحول المتناولة ، فإن بدأ الفرد في الشرب ، فلن يتوقف إلا و هو مخمور .
- مرحلة الإدمان المزمن :
  - و هنا يتعرض المدمن لعدد من المضاعفات ، أهمها :

- مضاعفات جسمية (سوماتية) :

مثل إتهاب المعدة المزمن ، قرح المعدة و الإثني عشر ، إتهاب أطراف الأعصاب ، مع التتميل و الحرقان في الأيدي و الرجلين و تليف الكبد و عدم تمكنه من وظائفه ، و كذلك بعض الضعف في عضلات القلب .

- مضاعفات عقلية :

أهمها تدهور الشخصية و الإتيان بسلوك شاذ ضد إجتماعي ، مع ظهور الذهان إما في هيئة حادة مثل الهذيان الرعاشي ، الهذيان الشبه حاد أو مزمنة مثل حالة أو متلازمة كورساكوف korskoff ، الذهانات الهلوسية المزمنة أو الهذات البارانويدية الإضطهادية.

- مضاعفات إجتماعية : تنعكس في جميع أوجه حياة المدمن فتسوء علاقته مع العائلة ، و يصبح عنيفا في علاقاته مع زوجته و مع أفراد عائلته ، مما يشجع على الانفصال أو الطلاق ، و يهمل ذاته و عمله و يقل إنتاجه ، و تهبط الثقة بمقدرته و يبدأ في الإنعزال و يفقد كثيرا من إهتمامه و طموحه (عكاشة، بدون سنة : 543).

ب - التصنيفات الحالية للإدمان الكحولي :

○ التصنيف على أساس النمط :

النمط الأولي	النمط الثانوي
يمثل الإدمان الأولي للسلوك المرضي الإبتدائي و الأساسي .	يتضمن السلوكات الكحولية التي تظهر لدى الشخص الذي عانى من قبل إدمانه من إضطراب عقلي مؤكد أو من إضطراب ظاهر في الشخصية.

( زروالي ل، 2014 : 261).

- جدول رقم 3 يوضح تصنيف الإدمان الكحولي على أساس النمط -

○ التصنيفات المدمجة المقترحة سنة 1992 : والتي تميز ضمن الأشكال الأولية للسلوكات الكحولية أشكالا متناوبة و دائمة ، حيث نجد أن كل شكل يولد إما تبعية أو إفراط . نفس الشيء بالنسبة للأشكال الثانوية ، يمكننا أن نميز من خلالها الأشكال المتناوبة و الدائمة مع إما إفراط أو تبعية .

○ التصنيف على أساس النمط المسبب للإضطراب لـ Cloninger الذي يميز بين :

الإدمان الكحولي من النمط الأول	الإدمان الكحولي من النمط الثاني
المسمى الأوسط ، هو الذي يرتبط بالجنسين و الذي تكون بدايته متأخرة بعد سن العشرين ، و هو ذو تطور بطيء يتأثر بصفة كبيرة بالعوامل البيئية المضطربة خلال الطفولة .	هو مقتصر على الذكور فقط ، و هو ذو بداية مبكرة و ذو تطور سريع نحو التبعية الكحولية يمكن أن ينتقل جينيا خاصة بترابطه مع سلوكات مضادة للمجتمع و إضطرابات إدمانية أخرى .

( زروالي ل. 2014 : 262).

-جدول رقم 4 يوضح تصنيف Cloninger للإدمان الكحولي-

## الأشكال العيادية الأساسية و أهم أعراضها:

<p>- حالة السكر البسيطة (نسبة الكحول في الدم تتراوح ما بين 0,80 و 2 غ/ل). الذي يؤدي إلى استثارة نفسية حركية ، و إلى حدوث غبطة و ترثرة متناوبة مع فترات من الحزن و العدوانية ، و إختلالات على مستوى الوظائف المعرفية (اليقظة و الإدراك و الذاكرة).</p> <p>- مرحلة اللاتناسف (غالبا ما تتعدى نسبة الكحول في الدم إلى ما فوق 2غ/ل). حيث نجد أن اضطراب اليقظة و الإختلاجات الحركية و عدم التناسق الحركي (المتلازمة المخيخية syndrome cerebellesc)، تترايط مع اضطرابات البصر (إنخفاض الحد البصري و التيه البصري diplopie)، و مع المتلازمة الدهليزية ، و مع تسارع في دقات القلب و سرعة في التنفس.</p> <p>- الغيبوبة الكحولية : نلاحظ نقص درجة حرارة الجسم و التنفس العميق و النبض الضعيف و إنخفاض توتر المنعكسات العصبية العميقة و زرقة الجسم أحيانا (عكاشة .أ ، بدون سنة : 544).</p> <p>كما قد تصل إلى حد الوهن collapses. و مكن على كل حال هذه الغيبوبة الكحولية هي قابلة للشفاء تلقائيا في حال غياب أية تعقيدات ، كما أنها يمكن أن تتطلب عناية طبية مركزة و إنعاشا إستعجاليا (زروالي ل. ، 2014 : 263).</p>	<p><b>التسمم الكحولي الحاد</b></p>
<p>إن هذا العرض المرضي لدى بعض المصابين يشير إلى أنهم يتفاعلون مع الكحول حتى في الجرعات البسيطة ، و هذابسلوك شاذ مثل الإهتياج الشديد و العنف سواء نحو الذات أو على الغير ، إذ أن في التخطيط الدماغي لهم أظهر وجود علامات مرضية في الفص الصدغي من المخ ذلك في صورة موجات بطيئة تشبه مخطط الدماغ لدى المرضى بالصرع و عند العدوانيين(الخالدي.أ.م ، 2009 : 326).</p>	<p><b>التعاطي المرضي للكحول</b></p>
<p>تم وصفها من طرف Magnon (زروالي. ل، 2014 : 265)، و هي حالة تناب المدمن بين فترات شراب مرضية مع فترات طويلة من العودة للحالة العادية ، و التي يتشرد فيها الشخص مما تتطلبه المشاركة الإجتماعية ، أو يمتنع عن ذلك نهائيا . و عادة ما لا توجد ضغوط ما لا توجد ضغوط نفسية خاصة تدفع الشخص إلى إطلاق فترات الإنغماس ، و التي يمكن أن تبدأ بشكل إنفجاري مفاجئ.</p> <p>و تشبه هذه الحالة العصاب القهري ، في الإندفاعية للشرب ، رغم معرفته بالضرر و العواقب ، و يعتبر الآن اضطراب التحكم في الإندفاعية (عكاشة أ ، بدون سنة : 548).</p>	<p><b>الإنغماس الكحولي المتقتر أو المتتابع Dipsomania</b></p>
<p>يعد مرحلة متطورة من الإعتماد على تعاطي الكحول ، و فرط الشرب المستمر و لمدة طويلة فتؤدي إلى التدهور الجسمي و النفسي و الإنحطاط الأخلاقي و الإجتماعي فيصبح سلوك المصاب فضا و بديئا، كما يتميز باللامبالاة (الخالدي.م.أ، 2009 : 32).</p> <p><b>المضاعفات العصبية النفسية :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- النوبات الإختلاجية .</li> <li>- الهذيان الهلوسي.</li> <li>- الهذيان الكحولي شبه حاد.</li> <li>- الهذيان الرعاشي.</li> <li>- الذهانات الهلوسية المزمنة .</li> <li>- ذهانات الغيرة .</li> <li>- ذهان أو متلازمة كورساكوف Korsacoff .</li> </ul>	<p><b>الإدمان الكحولي المزمّن</b></p>



- ذهان فيرنيك أو الإعتلال الدماغي لـ Gayrt-Wernicke  
- مرض مرشيافافا أو الإعتلال الدماغي لـ Marchiafava-bignami  
**المضاعفات الجسمية :**

إلتهاب المعدة نتيجة تهيج الغشاء المخاطي لها ، وقد يصل إلى القرحة المعدية ونزيف دموي و التهاب الكبد الحاد ، أو التشميع الكبدي liver cirrhosis في الحالات المزمنة ، و قد تصل الحالة إلى الوفاة و الإلتهاب البنكرياسي ، و قد يحدث سرطان الرئ ، هذا إلى جانب اضطراب وظائف القلب و اضطرابات الغدد الصماء ، و بالتالي نقص الرغبة الجنسية ، كما يحدث الخمر التهابا في المخ ، و التهاب الأعصاب الطرفية فيقلل الإحساس بالأطراف ، كما يسبب ضمور العضلات ، و قد تظهر لديهم نوبات صرعية (بلميهوب.ك ، 2014 : 94).

-الجدول رقم 5 يبين الأشكال العيادية الأساسية للإدمان الكحولي و أهم أعراضها-

### معايير تشخيص اضطراب استعمال الكحول طبقا لـ DSM5:

أ – نمط إشكالي من استعمال الكحول مما يؤدي إلى إحباط و ضعف سريري هام كما يتجلى بإثنين على الأقل ممايلي ، و التي تحدث خلال فترة 12 شهرا :

- 1- غالبا ما يؤخذ الكحول بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصودا.
- 2- هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط إستخدام الكحول .
- 3- هناك قدرا كبيرا من الوقت للحصول على الكحول ، و تعاطيه ، أو للتعافي منه .
- 4- اشتياق أو رغبة قوية أو إلحاح و ذلك لاستخدام الكحول .
- 5- استعمال الكحول المتكرر مما يؤدي إلى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل ، المدرسة أو المنزل .
- 6- استمرار استعمال الكحول على الرغم من المشاكل الإجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات الكحول .
- 7- التخلي عن أنشطة إجتماعية و مهنية ، أو ترفيهية هامة أو الإنقاص منها بسبب الكحول.
- 8- تكرار استعمال الكحول في الحالات التي قد تشكل خطرا فيزيائيا.
- 9- استمرار استخدام الكحول رغم المعرفة بوجود مشكلة جسدية أو نفسية مستمرة أو متكرر و التي من المرجح أن تكون قد نجمت و تفاقمت بسبب الكحول .
- 10- التحمل ، كما هو محدد بأي من العناصر التالية :

أ- الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات الكحول للوصول إلى الإنسمام أو التأثير المرغوب .

ب- تأثير متناقض ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الكحول .

11- الإنسمام كما يتجلى بأي ممايلي :

أ - متلازمة السحب المميزة للكحول .

ب - يؤخذ الكحول (أو مادة ذات صلة وثيقة ، مثل البنزوديازيبين ) لتخفيف أو تجنب أعراض السحب .

تحديد ما إذا كان : في هدأة مبكرة : بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الكحول في وقت سابق ، لم تتحقق أيا من المعايير لاضطراب استعمال الكحول لمدة 3 أشهر على الأقل و لكن أقل من 12 شهرا ( مع استثناء المعيار 4 ، "اشتياق ، أو رغبة قوية أو إلحاح في استخدام الكحول " و الذي قد يتواجد ).

في هدأة ممتدرة : بعد استيفاء المعايير الكاملة لاضطراب استعمال الكحول في وقت سابق ، لم تتحقق أيا من المعايير لاضطراب استعمال الكحول في وقت سابق ، و لمدة 12 شهرا ، أو أكثر (مع اشتياق ، أو رغبة أو إلحاح في استخدام الكحول " الذي قد يتواجد ).

تحديد ما إذا كان :

في بيئة مسيطر عليها : و يستخدم هذا المحدد الإضافي ، إذا كان الفرد في بيئة يتم تقييد الوصول إلى الكحول فيها .

تحديد الشدة الحالية :

(F10.10) خفيف : وجود عرضين إلى ثلاثة .

(F10.20) متوسط : وجود 4 – 5 أعراض .

(F10-20) شديد : وجود 6 أعراض أو أكثر .

**الإنسمام بالكحول :**

أ- تناول حديث للكحول .

ب - تغيرات سلوكية أو نفسية إشكالية هامة سريريا (مثل : سلوك جنسي غير ملائم أو سلوك عدواني ، اضطراب مزاج ، محاكمة مختلفة) تطورت أثناء تناول الكحول أو بعد تناوله بفترة قصيرة .

ج - واحد أو أكثر من العلامات التالية ، تطورات أثناء استخدام الكحول أو بعد استخدامه مباشرة :

- كلام متناقل .

- لاتناسق .

- مشية غير متزنة .
- رآة .
- اختلال في الانتباه أو في الذاكرة .
- ذهول أو سبات .
- د - لا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى و لا تفسر بشكل أفضل باضطراب عقلي آخر .

### سحب الكحول :

- أ- إيقاف أو إنقاص استخدام الكحول و الذي كان بمقادير كبيرة و لفترة طويلة .
  - ب - اثنان أو أكثر من الأعراض التالية ، تتطور في غضون عدة ساعات إلى بضعة أيام بعد إيقاف أو إيقاف استعمال الكحول الموصوف في المعيار أ :
    - فرط نشاط ذاتي.
    - ازدياد ارتعاش اليد .
    - أرق .
    - غثيان أو قيء .
    - هلاوس بصرية أو لمسية أو سمعية عابرة أو إخلالات .
    - هياج نفسي حركي .
    - قلق .
    - نوبة إخلالية معممة .
  - ج - تسبب الأعراض في المعيار ب تدنيا أو إحباطا ملحوظين في مجالات الأداء الإجتماعية و المهنية أو مجالات الأداء المهمة الأخرى .
  - د - لا تعزى الأعراض إلى حالة طبية أخرى و لا تفسر بشكل أفضل بالإضطراب عقلي آخر.
- تحديد ما إذا كان :

مع اضطرابات إدراكية : يمكن أن يكون هذا المحدد في حالة نادرة و ذلك حين تحدث هلاوس مع سلامة اختبار الواقع أو إخلالات سمعية أو لمسية في غياب الهذيان(جمعية الطب النفسي الأمريكية ، تر أنور الحمادي ، 2013 : 171-174).

## لفته للعلاج الكيميائي للإدمان الكحولي:

يهدف العلاج الكيميائي إلى ضمان التوافق النفسي و بالخصوص ضمان الوقاية من حوادث الفطام ، و هو يتضمن العلاج بالمهدئات و العلاج بالفيتامينات خاصة PP ، B6 ، B1 ، هذا العلاج يتم الإحتفاظ بجرعته لمدة 15 يوما ، بعد ذلك يتم تخفيضها تدريجيا إلى غاية الإنقطاع عن العلاج في حدود أسابيع قليلة (زروالي،ل،2014 : 269).

العلاج السلوكي بالنفور : و الغرض من هذا العلاج لتكوين فعل منعكس جديد ، يربط الكحول بالإحساس بالألم و النفور ، بدلا من اللذة المعروفة ، و يستعمل هذا العلاج عدد من العقاقير (عكاشة.أ ، بدون سنة : 550)، منها (Disulfirame) lesperal (زروالي،ل،2014 : 269).

## الخصائص الوبائية في الجزائر:

في الجزائر أظهرت دراسة استقصائية قام بها المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 2005 ، أن استهلاك الكحول و صل نسبيته إلى 6,50 % من الحالات و هو أكثر أهمية عند الرجال ، و أكثر إنتشارا في المدن و في المناطق الشمالية . و بين أن من بين المستهلكين الذكور خلال 12 شهرا الأواخر، 5,47% فعلوا ذلك يوميا ، و 37,35% مرة إلى ثلاث مرات في الشهر ، و 26,88% أقل من مرة في الشهر. بحيث يقدر عدد الكؤوس المستهلكة يوميا بـ 5,83 ، و في 70,57% من الحالات ، يستهلك الذكور الكحول مع وجود خطورة أكبر (زروالي،ل،2014 : 259).

كما تحتل الجزائر المرتبة 11 عالميا في استهلاك الكحول ، و هذا راجع إلى الأرقام الرسمية الصادرة عن الدوائر المختصة للدولة فإن البلاد تخسر سنويا نتيجة التجارة الموازية و الغير الشرعية للكحول مبالغ مالية مهولة تجاوزت عتبة 2 مليار يورو أي ما يزيد عن 300 مليار سنتيم و هذا ما يجعل الجزائر تحتل بحسب الأرقام الصادرة عن المنظمة الدولية للنيبيذ سنة 2015 المرتبة 11 عالميا في استهلاك الكحول ، فالجزائريون يستهلكون سنويا أكثر من 61 مليون لتر سنويا ، و 800 لتر توجه إلى التصدير ، و بهذا فإن الجزائر تعتبر من الدول المنتجة و المصدرة للكحول إذ كشفت أرقام سنة 2015 أننا ننتج سنويا ما يزيد عن 627 ألف هيكتولتر من الكحول سنويا ، و يوجد في بلادنا أكثر من 68 مصنعا لإنتاج الكحول بمختلف أنواعها .

و تشير الإحصائيات إلى أن معدل الإستهلاك السنوي للكحول للفرد الواحد بلغ أزيد من 10,9 لترات و هذا سنة 2016 ، بعدما كانت حوالي 5 لترات سنويا في سنة 2014 ، و استنادا على دراسة بريطانية صادرة عن جامعة أوكسفورد فإن هناك أكثر من 2 مليون و 500 ألف شخص يموت كل عام من جراء تعاطي الكحول و هم يمثلون حوالي 4% من الوفيات في العالم ، و هي بذلك ثالث سبب في إضاعة عمر الإنسان بعد المرض و الإعاقة و

في غياب الأرقام الدقيقة عن عدد الوفيات في الجزائر فإن بعض الإحصائيات تعتبر أن الكحول هو المتسبب الأول في أكثر من 40% من الوفيات جراء حوادث المرور.

و على الرغم من العادات و الأعراف و الإنتماء إلى الدين الإسلامي ، إلا أن استهلاك الكحول أضحي من الأمور العادية ، و الدليل على ذلك انتشاره في كل الأوساط و في كلا الجنسين ، و هذا التفسير تم بناء على واقع أصبحت معظم الجرائم و الجنح سببها الأول يعود إلى استهلاك الكحول ، فحسب "الأستاذ إبراهيم بهلولي" و هو محامي لدى المحكمة العليا فإن المحاكم الجزائرية تحصي حوالي 60% أي أكثر من 300 قضية مطروحة للنظر ، و الذي تكون فيه الكحول هي السبب الرئيسي و منها (القتل، و الضرب العمدي ...، إضافة إلى حوادث المرور و التي يكون فيها السائق في حالة سكر ، و الأضرار الإجتماعية و الإقتصادية التي تنتج عن تعاطي الكحول (كالتفكك الأسري و الإهمال العائلي و العنف الممارس على الزوجة ...) ، و هذا ما صرح به أضاف إلى ذلك العدد الأسود الذي لا يدخل في الإحصائيات.

)  
content://com.sec.android.app.sbrowser/readinglist/0401170957.

(mhtml

## موقف الإسلام من مدمن الكحول :

في القرآن الكريم :

قال تعالى " يا أيها الذين آمنوا إنما الخمر و الميسر و الأنصاب و الأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون (90) إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة و البغضاء في الخمر و الميسر و يصدكم عن ذكر الله و عن الصلاة أنتم منتهون (91) . الآية (90-91) من سورة المائدة.

و في آية أخرى من سورة البقرة قال الله تعالى : يسألونك عن الخمر و الميسر قل فيهما إثم كبير و منافع كبيرة للناس و إثمهما أكبر من نفعهما . الآية 219 من سورة البقرة .

في السنة النبوية الشريفة:

لقد تناول رسول الله ﷺ في أحاديثه أضرار الخمر ، و وضح أن موقف الإسلام في تحريم شرب الخمر و الإتجار بها و لومع غير المسلمين ، بقوله صبي الله عليه وسلم : "لعن الله عاصرها و معتصرها ، و شاربها و حاملها ، و المحمولة إليه ، و ساقيتها و بائعها و آكل ثمنها ، و المشتري لها ، و المشتراة له" . و قال ﷺ : "ما أسكر كثيره فقليله حرام" . (أخرجه النسائي). و قال(ص): "من شرب لم يرضى الله عنه أربعين ليلة ، إن مات مات كافرا ، و إن تاب تاب الله عليه ، و إن عاد كان حقا على الله أن يسقيه من طينة الخبال" . فسأله أحد المؤمنين ما طينة الخبال يا رسول الله قال (ص): صديد أهل النار" . أخرجه الإمام أحمد .

كما ذكر أن المدمن الذي أدمن الخمر على أنه كعابد الوثن ، في حديث رواه الإمام أحمد في مسنده من حديث أبي هريرة رضي الله عنه أن الرسول ﷺ قال : " مدمن الخمر كعابد الوثن " . و ذكر أيضا أن مدمن الخمر إذا مات و لم يتب لا يدخل الجنة ، ففي حديث رواه النسائي ، من حديث ابن عمر أم الرسول (ص) قال : لا يدخل الجنة عاق و لا مدمن خمر " ، و في رواية أخرى " ثلاثة قد حرم الله عليهم الجنة مدمن الخمر و العاق لوالديه و الديوث و هو الذي يقر السوء في أهله .

نستخلص مما سبق أن موقف الإسلام في تحريم الخمر صريح وواضح وقطعي و هذا في القرآن الكريم و السنة النبوية الشريفة . و الله عزوجل أعلم بما ينفعنا و ما يضرنا (حطايي.ص ، 2009 : 43-44-45).

**خلاصة الفصل :**

تناولنا في هذا الفصل الإدمان الكحولي ، بعدما تطرقنا للكحول و خصائصها ثم مفهوم الإدمان الكحولي و من هو مدمن الكحول و ما هي أهم العوامل المؤدية إلى الإدمان الكحولي ، و أهم التصنيفات ، و الأشكال العيادية الأساسية و أعراضها ، و تشخيصه طبقا للدليل الإحصائي و التشخيصي الخامس DSM5 ، و واقع الإدمان الكحولي في الجزائر .

## الفصل الرابع :

# العلاج السلوكي المعرفي

## تمهيد :

شهدت الآونة الأخيرة تطورا للكثير من العلاجات النفسية و عرفت تنوعا كبيرا وفق لتنوع المرجعيات النظرية المتبناة (زروالي،ل،2014 : 310) ، و من بين هذه العلاجات ، نجد العلاج السلوكي المعرفي الذي أثبت فاعليته في علاج الكثير من الإضطرابات ، فمن خلال هذا التمهيد ، سوف نتطرق إلى معرفة الخلفية التاريخية للعلاج السلوكي المعرفي، وتعريفه ، مبادئه ، الأهداف الذي يرمي إلى الوصول إليها ، سير أو الخطوات المتبعة في العلاج ، و الإطلاع على مجموعة من تقنياته .

## تعريف العلاج النفسي :

يعرفه j.guyetat (1978): "على أنه مجموعة من الطرق النفسية التي تستعمل لهدف علاجي".

و يعرفه j.postet (1993): "هوكل استعمال للطرق النفسية لعلاج مرض عقلي أو عدم تكيف أو إضطراب سيكوسوماتي".

و حسب n.snllinkoff (1993) : " يتمثل في تحديد شروط العلاج النفسي ألا و هي شخص محدد و تقنيّة معروفة و مكان و عقود".

أما w.huber : " فيعتبر كل طريقة تدخل بالعلاج النفسي ، إذا توفرت فيها الشروط التالية :

- تعتمد على نظرية علمية معترف بها للشخصية و اضطراباتها .
- تستعمل العلاجات النفسية في الألام النفسية أو الأمراض النفسية و العقلية التي تستوجب تدخل علاجي.
- يمكن تقييم نتائج العلاج النفسي سواء كانت سلبية أو إيجابية .
- تمارس العلاجات النفسية من طرف متدخلين متكونيين و أكفاء .

(برحيل جويده ، 2011 : 89) .

## العلاج السلوكي المعرفي :

### أ. العلاج السلوكي :

مصطلح أدخله ج . ب . واطسن j.watson (1913) للدلالة على مذهب كان رائده و بحسبه ينبغي لموضوع علم النفس أن يقتصر على معطيات السلوك وحدها التي يمكننا ملاحظتها بحيث قرر تطبيق الطرائق التجريبية و المفردات الوصفية المستخدمة في سيكولوجيا الحيوان على الموجودات الإنسانية . و من بين مقولاته الشهيرة " لن يصبح علم النفس علميا ، إلا بمقدار ما يتقن تحديد موضوعه على دراسة الإرتكاسات التي يمكننا ملاحظتها موضوعيا " ، إرتكاسات تنفذها عضوية إستجابة لمنبهات قادمة من الوسط ، هي أيضا يمكننا ملاحظتها موضوعيا . و كان يوصي بأن نهمل المفاهيم الضبابية ، مفاهيم النفس ، الفكر و الحوادث النفسية ، وأن نتصرف كما لو أن الشعور لم يكن موجودا و كان يشير ،



متوجها إلى علماء النفس إلى الإرتكاسات المختلفة لعضوية من العضويات (الحركية ، اللفظية ، الحشوية) ، على تبنيتها الوسط . و بما أن السلوك تكيفي دائما ، فإن العضوية خاضعة لتأثير من التأثيرات تنزع إلى أن تحيد مفعولاته ، إما بالتأثير على الشيء الذي سببه ، و إما أن تعدل ذاتها .

و منه فإنه اعتبر أن السلوك هو دائما استجابة لتنبئه ، فإن من الممكن التنبؤ بما سيكون السلوك إذا عرفنا التنبئه ، كما أن بمقدورنا أن نستنتج طبيعة منبه من ملاحظة الإرتكاس (سيلامي.ن،تر أسعدو،1356:2001-1357).

من المصادر المعتمدة لإستنتاج العلاج السلوكي بالنسبة لـ **j.watson** :

أ- التعلم الكلاسيكي أو النموذج الإشتراط الكلاسيكي بالنسبة لـ "إيفان بافلوف" : ظهر إيفان بافلوف في روسيا بدراساته عن الفعل المنعكس تلك التي أكسبته تقديرا واسعا لقاء نظرياته فيه ، فمُنح جائزة نوبل بجدارة . بحث أثب أنه من الممكن أن يعلم حيوانا ما أن يسيل لعابه بمجرد سماعه لصوت الجرس أو رؤيته لضوء معين .

حيث قام بافلوف بتعليم فأر أن يستجيب لإفراز اللعاب نتيجة الربط بين المثير الأصلي (الطعام) ، و المثير الشرطي (صوت الجرس) . و مع إلغاء المثير الأصلي أو الطبيعي (الطعام) ، نتحصل على نفس الإستجابة اللاإرادية .

بمعنى : مثير أصلي (الطعام) ← استجابة لإرادية (سيلان اللعاب).

بمحايدة المثير الشرطي (صوت الجرس) ← بالتكرار ← استجابة لإرادية (سيلان اللعاب).

و مع إلغاء :

المثير الأصلي الطبيعي (الطعام) ← نتحصل على نفس الإستجابة اللاإرادية (سيلان اللعاب).

و منه فقد استطاع j.watson أن يطبق بمهارة نظريات بافلوف في الفعل المنعكس لوصف اكتساب الاضطرابات و إزالتها . و هذا حينما استطاع أن يخلق مرضا نفسيا ( الخوف المرضي أو الرهاب) ، لدى الطفل (ألبرت) بطريقة تجريبية .

لقد كان (ألبرت) في عامه الأول عندما قام j.watson بتعريضه لفأر أبيض عددا من المرات ، و في كل مرة يقرع صوتا عاليا مفزعا عندما يظهر الفأر ، لقد كان هدف "j.watson" أن يبين أن المخاوف يمكن أن نتعلمها نتيجة الربط بين ظهور المثير الأصلي أو الطبيعي (الفأر الأبيض) و المثير الشرطي المحايد (الصوت المفزع).

و قد نجح j.watson في إثبات ذلك بالفعل إذ تحول مشهد الفأر إلى مصدر فزع لألبرت ، و هذا بعد سبع مرات من التعريضه للفأر مقرونا بهذا الصوت المفزع . لقد كان "ألبرت" يصرخ كلما كان يشاهد الفأر ، و أخذت مخاوفه تعمم نحو كل الأشكال المشابهة للفئران كالأرانب... إلخ .

و هكذا أمكن بظهور هذا التصور ، بالنظر إلة كافة الأمراض النفسية على أنها إستجابات و عادات شادة تكتسب بفعل خبرات خاطئة . و لم يعد المعالجون السلوكيون ينظرون للإضطراب النفسي على أنه نتاج لغرائز أو صراعات داخلية ، بل إنه سلوك نكتسبه من البيئة بفعل سلسلة من الإرتباطات التعسة بين منبهاتها المختلفة(عبد الستار.إ : 70-71).

و كما يوضح أيزنك **eysenk** :

" أن نظرية العلاج السلوكي بأنه لا توجد أمراض وراء الأعراض الظاهرة ، فالأعراض هي المرض .

فجوانب القلق التي تملك الناس ، و حالات الإكتئاب و الوسواس القهرية ، و كل الإنفعالات و المسالك العصابية لا تزيد .

و فق هذه النظرية عن كونها إستجابة شرطية ، إنفعالية ، أو ردود فعل لتلك الإستجابات المشروطة"(عبد الستار.إ : 70-71).

و منه فإن الأعراض هي المرض ، و ليست أعراضا تخفي وراءها أي شيء. و يكون العلاج فعالا لأن إستطعنا التخلص من تلك الأعراض فإن أنت تخلصت من العرض تخلصت من المرض .

**ب - التعلم الإجرائي :**

أثبت سكينر **skinner** أننا نكسب جزءا كبيرا من سلوكنا من خلال الأثار التي يتركها على البيئة. و في تجاربه التي نفذها لإثبات هذه الحقيقة كان ينقل دجاجة إلى صندوق به وعاء من الطعام ، يسقط منه الطعام عندما ينجح الكائن في الضغط على إحدى الرافعات المثبة بداخل الصندوق . و على هذا فإن الحيوان في تجارب **skinner** لم يكن لينتظر تعلم الإستجابة لمثير يتكرر ظهوره مع مثير أصلي آخر (كما في التعلم الكلاسيكي لبافلوف)، بل كان عليه أن يتعلم أولا أن يظهر إستجابة أو سلسلة من الإستجابات الإجرائية أو الفعالة للوصول إلى الهدف . و من هنا يسمي **skinner** نظريته بإسم التشريط الإجرائي أو الفعال للإشارة إلى أنه يمكن تقوية جوانب معينة من السلوك إذا ما أعقبناها بالتدعيم (التعزيز) ، و هذا و بالتكرار ما كان يحدث بالفعل فقد كانت الإستجابة الصحيحة (أي المؤدية للطعام) ، تتزايد بوضوح و تقوى لدى الدجاجة في تجارب **skinner**.

و منه فإن تجربة **skinner** عكس تجربة بافلوف بمعنى :

إستجابة ← مثير ( عبد الستار.إ ، عسكر.ع ، 2008 : 279-280).

## مبادئ تعديل السلوك حسب J.Watson:

### - مبدأ التعزيز أو التدعيم :

هو من المفاهيم الرئيسية في العلاج السلوكي الذي يرمي إلى : تدعيم السلوك أو الإستجابات السوية ، و إعطاء صاحبها المكافئة أو الجزاء الطيب المرغوب ، حتى تتأكد هذه الإستجابة و تترسخ في الذهنه ، و تميل إلى التكرار و الحدوث في المرات القادمة .

و عندما ننكر الإستجابة لنفس المثير ، فإنها تعمم في المواقف الأخرى المتشابهة للنمط أو النموذج الذي تم تعلمه (العيسوي.ع.ر ، 1997: 64).

### و ينقسم التعزيز أو التدعيم إلى نوعين هما :

**-التعزيز الإيجابي :** و الذي يعني مختلف المكافآت أو الإهتمام أو أي فعل يؤدي ظهوره إلى زيادة في السلوك المرغوب (عبد الستار.إ ، عسكر.ع ، 2008 : 280).بمعنى أنه عبارة عن أشياء محببة للفرد ، يتم تقديمها له بطريقة مبرمجة ، بعد قيامه بسلوك مرغوب فيه ، و هذا شريطة تقديمه مباشرة ، بعد السلوك ، و عدم تأخيره حتى لا يفقد أهميته (نحوي.ع : 40).

**التعزيز السلبي :** أي التوقف عن إظهار مثير منفر عند ظهور الإستجابة المرغوبة.

و ما ينبغي الإشارة إليه إلى أن كلا من التعزيز الإيجابي و التعزيز السلبي يؤديان إلى شيوع جوانب مرغوبة من السلوك (عبد الستار.إ ، عسكر.ع ، 2008 : 280).

**- مبدأ العقاب :** حيث يعتبر هذا المبدأ إحدى المبادئ الرئيسية للتعلم حسب سكينر skinner و يعني : إظهار مثير عند ظهور سلوك غير مرغوب . و يختلف هذا المبدأ مع التدعيم السلبي في كون أن هدف التدعيم السلبي هو زيادة السلوك المرغوب ، أما مبدأ العقاب فهدفه التوقف عن سلوك غير مرغوب (عبد الستار.إ ، عسكر.ع ، 2008 : 280).

**العقاب الإيجابي :** هو نقص احتمال حدوث سلوك نتيجة زيادة في الحدث المشروط . و هذا هو ما يعنيه معظم الناس حين يستخدمون كلمة "عقاب"(لويس.ك.م : 71).

**العقاب السلبي :** هو نقص احتمال حدوث السلوك نتيجة لنقص الحدث المشروط . و هو يعادل نقص شيء مرغوب بعد وقوع سلوك ما (لويس.ك.م : 72).

**- مبدأ الإطفاء :** سيقوم على ميكانيزم كف الإستجابة الغير مرغوبة من خلال تقديم المثير الشرطي دون تعزيز(نحوي.ع ، 2010 : 43).

### - مبدأ التعليم : تعليم إستجابة جديدة .

**- مبدأ التمييز :** هي عملية التفريق بين عدة مثيرات متشابهة .

**- مبدأ ضبط المثير :** هي تعزيز سلوك و عدم تعزيز سلوكات أخرى .

## تطور العلاجات السلوكية) (comportementale) : (Développements des Thérapies

سنة 1952 جرب "وولب Wolpe" على حيوانات إفريقية الجنوبية وذلك إتباعاً لأعمال "مسرمان- Masserman (1943)" على العصابات التجريبية. وبعد سلسلة من التجارب، وضع في الحين كيفية التخفيف المنسق (المنظم) للمخاوف. إن كتابه "العلاج النفسي عن طريق الكف المتبادل" لسنة 1958 وضع في المقدمة أول علاج فعال للمخاوف مع مسلمات علمية وإحصائية ليدعم نظريته.

في إنجلترا، "مدرسة مودسلي إستشفائية" بالأخص "شبيرر و أيزنك- Shapire et Eysenck"، طورا أبحاث فيما يخص تأثير العلاجات النفسية ودراسة حالات فردية.

غير أن الحدث التاريخي الذي ترك أثر هو عمل «أيزنك- Eysenck» على تأثير العلاجات النفسية، إذ إنه هو من أطلق التطور الحقيقي لتيار السلوكيين. «أيزنك- Eysenck» (1952) حدد 24 دراسة معمقة تحمل مجموع 7000 حالة. حيث قارن حالات لم تخضع للعلاج مع حالات معالجة بطرق التحليل النفسي أو علاجات نفسية تحليلية. وبعد التحليل الإحصائي استخلص النتائج الآتية:

- لوحظ تحسن بنسبة 44 % بالنسبة للمرضى الذي أخضعوا للعلاج التحليلي.
  - المرضى الذي تم تعريضهم للكهرباء بنسبة 76 %.
  - المرضى الذي تم لستشفائهم على مستوى مستشفى الطب النفسي أو المعالجين من طرف أطباء ممارسين، لوحظ تحسن بنسبة 72 %.
- في هذه الدراسة وجدت علاقة عكسية بين الشفاء والعلاج التحليلي. التأثير الأساسي لهذا العمل ساهم في انطلاق العلاج السلوكي. أشار «أيزنك- Eysenck» على أن الإختيار لا يكون بين التحليلي النفسي ولا شيء أو بين التحليل النفسي والعلاج الكيميائي ولكن بين التحليلي النفسي من جهة والعلاج السلوكي من جهة أخرى. و مع ذلك يمكن القول بأن هذا العمل يبقى قابل للنقض ومن وجهة نظر منهجية.

طور "إيزاك ماركس-Isaac Marks" علاجات عن طريق التعريض المطول في الخيال وفي الواقع بإثارة القلق، تباعاً لأعمال الرائد "ستومفل-Stanmpfl" (1967) في الولايات المتحدة الذي وضع الحدث من خلال (مواجهة مطولة في الخيال لمثير القلق) وفي كندا، أعمال "بوم ومور - Baum et Moor". ولقد أجريت سلسلة من الدراسات مراقبة أحدثت في هولندا والولايات المتحدة وفي فرنسا. لقد أظهرت هذه الدراسات تأثير العلاجات عن طريق التعريض و مقارنتها مع مضادات الإكتئاب لوحدها أو منسقة بعلاجات.

في سنة 1969 نشر "بندورا-Bandura"، "مبادئ التعديل السلوكي" حيث وصف التعلم الإجتماعي عن طريق التقليد النموذج كتطور أساسي. لقد طور وجهة نظره في النظرية الإجتماعية للتعلم الإجتماعي (1977) حيث ركز على دور الظواهر المعرفية مثل المراقبة الذاتية، توقعات للفعالية والنتائج في ضبط السلوكات الإنسانية. إن مهمته تركيبية أكثر من أنها

أصلية ، سوف يؤثر بالممارسة والنظريات العلاجية السلوكية و الطب. ( j.cottraux, 2001:18.19 )

### المنحى الفكرى للعلاج السلوكى :

- النظر للاضطراب بصفته سلوك مكتسب .
- استخدام البحوث التجريبية للكشف عن فاعلية متغيرات معينة في إحداث التغيير العلاجي و التعديل السلوكي .
- معالجة الأعراض المرضية اللاتكيفية ، و عمل على أنها الهدف الذي يجب أن يتجه له العلاج .
- لا يبذل المعالجون السلوكيون مجهودا كبيرا في البحث عن تفسيرات لا شعورية للسلوك أو بالرجوع بالسلوك إلى غرائز أو صراعات طفلية مبكرة فمن رأيهم أن التفسيرات أمر يختلف عن لاعلاج و أن وجود غريزة أو أي شيء من هذا القبيل لا يجب أن يؤثم بأي حال في مجهوداتنا للتعبير عن أنماط السلوك الشاذ أو المشكل.

- إن جميع المعالجين السلوكيين يحددون بدقة السلوك المرغوب علاجه نوعيا فلذا فإن الإجراءات التي يقوم بها المعالج السلوكي تختلف في أهدافها عن الإجراءات التي يقوم بها المحلل النفسي ، فمثلا المعالج السلوكي يبني إهتمامه مباشرة بالظروف و الأحداث التي أحاطت بتكوين السلوك المشكل ، بينما يتجه المحلل النفسي إلى تاريخ المرض دون اهتمام بأنماط التفاعل المراهنة بين الفرد و البيئة التي أحاطت ببداية تولد الأعراض (العبيدي.م.ج ، 2013 : 46-47).

### II. العلاج المعرفي :

### تطور العلاجات المعرفية ( Développements des Thérapies ) : (Cognitives)

انطلق العديد من الباحثين في استكشاف الظواهر المعرفية منهم (ماهوني Mahoney ، مايشنبوم Meichenbaum ، بيك Beck ، و تطوير العلاج المعرفي الذي يمثل التيار الأهم حاليا.

### إيليس- Ellis والعلاج "العقلاني – الإنفعالي" :

"ألبارت إيليس – Albert Ellis" (1962) من التفرع الرواقي ( dichotomie stoïcienne ) بين السبب و الإنفعال، يعتبر السلوك العصابي، سلوكا بليد موضوع بإحكام من طرف شخص ذكي. بالنسبة له، المشكل الرئيسي هي فكرة العظمة التي يعتقدها المرضى إتجاه ذاتهم، و الهدف العلاجي هو القبول الغير الشرطي للذات. يجب على المفحوص أن لا يصدر أحكام على ذاته مثلا، لكن يعتبر حوادث وجوده نسبية.

العلاج العقلاني الإنفعالي تم نقضه بسبب طلائع الفلسفية، ومن أجل الطريقة العلاجية المباشرة و في بعض الأحيان الكاركتورية المستعملة شخصيا من قبل "إيليس- Ellis".

### "بيك- Beck " والعلاج المعرفي :

تطور العلاج المعرفي انطلاقا من أعمال التي أجراها "بيك- Beck " ابتداء من 1959. بداية بالتحليل النفسي، قام بدراسة إحصائية حيث توصل إلى أن محتوى أحلام المفحوص المكتتب تقدم مواضيع مازوشية عن العقاب، عن البشاعة (قذارة)، عدم الكفاءة ... إلخ. فمن فكرة أن أحلامه المازوشية التي توافق الأمنيات الشديدة العدوانية ( hétéragressifs ) الكامنة تنقلب ضد المفحوص، وقد قارن أحلام بعض المفحوص مع أحلام مفحوصين مراقبين. عكس فرضية التحليل النفسي، لقد وجد قلة أحلام المفحوصين المكتتبين، ذات محتوى ظاهري التي يترجم العدوانية الشديدة الكامنة المنقلبة ضد الذات.

نتائج توجي أن الأحلام المفحوصين المكتتبين تعكس نظرتهم الرمادية، اكتئابية العالم وإحساسهم للتقييم الذاتي في حالة اليقظة. لقد جانس بين المعاش الواعي والمعاش الكامن للحلم. دراسة دور المعارف الواعية ، ثم بعد ذلك قرب الشعور الذي أصبح مركز أعمال "بيك- Beck " على الإكتئاب.

وتبعاً لدراسة حالات فردية ثم أعمال المراقبة، نشر "بيك" العديد من الكتب عن الإكتئاب. لقد اقترح مجموعة من التقنيات و طرق العلاجية محددة. الأفكار الأتوماتيكية والحوار الداخلي أو الذاتي اللذان يقودان حتماً إلى طرد المسلمات الإكتئابية (dépressogènes) هم الهدفان الرئيسيان في التدخل العلاجي.

أولى الدراسات المراقبة إيجابياً في الإكتئاب أقيمت ضد مضاد الإكتئاب "ليميبرامين- imipramine". تعود إلى "روس و كول - Rush et Coll" وتمثل أول دراسة حيث أن العلاج حقق تفوق للأدوية. الدراسات الأخرى المراقبة تتتابع مع النتائج أحيانا مختلفة. فيما بعد العلاج المعرفي امتد إلى المخاوف ، الوسواس والقلق المعمم، وإلى الطب السلوكي، والمشاكل الجنسية و علاج اضطرابات الشخصية (j.cottraux, 2001:19.20).

### تعريف العلاج السلوكي المعرفي :

- العلاجات السلوكية المعرفية تمثل تطبيق علم النفس العلمي في مجال العلاج النفسي . حيث تضع نقطة أساسية على استخدام المنهج التجريبي لفهم و تعديل الاضطرابات النفسية التي تعيق حياة المفحوص (j.cottraux,2001,p3).

- هو عملية تعليم ،و تدريب ، و تعزيز السلوكات الإيجابية . حيث يساعد العلاج السلوكي المعرفي الأفراد في التعرف على الأنماط المعتقدات المعرفية و الإنفعالات التي ترتبط بالسلوكات . كما يهتم بالتفاعلات بين "كيف نفكر" ، "كيف نشعر و نتصرف" . و هو علاج محدد الجلسات ، و يركز على المشكل الحالي (الآن) و يتبع أساليب معينة في التدخل العلاجي (بلميهوب كلثوم ، 2014 : 41).

## تحديد المفاهيم :

### ✓ تعريف السلوك :

هو تسلسل منسق من الأفعال موجهة من أجل تكيف الفرد في وضعية ما حسب ما يدركها أو يتصورها و يفسرها (j.cottraux,2001:4).

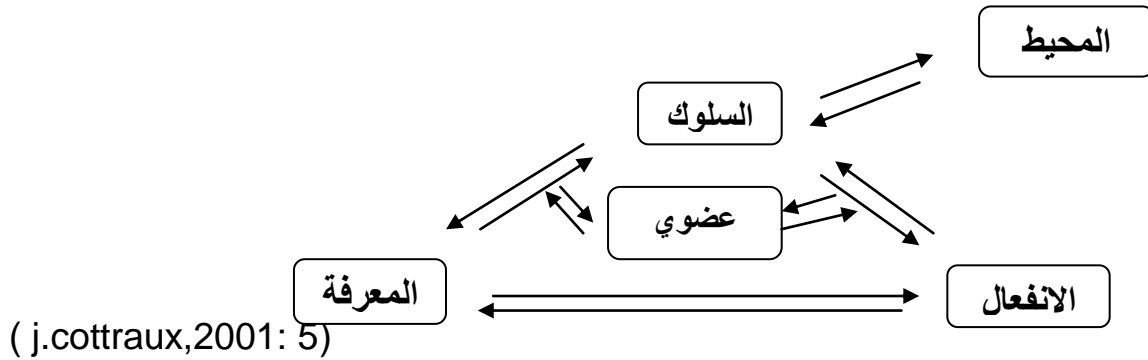
### ✓ تعريف المعرفة :

تشمل اكتساب المعلومات ، تنظيمها و إستخدامها على الذات ثم على العالم الخارجي (j.cottraux,2001: 5).

### ✓ تعريف الإنفعالات :

تتصف بأحاسيس جسمية ناتجة عن حدوث تغييرات فيزيولوجية استجابة لمنبهات المحيط بناء على إدراكه للأحداث و ليس الحدث بحد ذاته لذا فالعاطفة مرتبط بالمعرفة بالمعرفة حيث يتحول الإنفعال إلى ظاهرة جسدية تتحول بدورها إلى عاطفة التي تتحول هي الأخرى إلى ظاهرة عقلية (فرح أو لذة ، قلق ، حزن ، خوف) (j.cottraux,2001: 5).

وانطلاقا من هذه المفاهيم سوف نوضح المكونات الأساسية التي يعمل عليها العلاج ، فالعلاج السلوكي المعرفي يسلط الضوء على التفاعل بين الإنفعال ، السلوك و الأفكار ، و كذلك علاقتها مع المحيط (البيئة) ، و أيضا العوامل الفسيولوجية و الشكل التالي سوف يبين نموذج العلاج السلوكي المعرفي:



- المخطط 2 يوضح نموذج العلاج السلوكي المعرفي -

## مبادئ العلاج المعرفي السلوكي :

- موجز و محدد .
- يتطلب علاقة علاجية متينة و جهدا موحدا بين لمعالج السلوكي المعرفي المؤهل و طالب العلاج .
- توجيه العميل إلى اكتشاف جوانب جديدة من التفكير في نفسه من خلال طرح أسئلة محددة .
- بنائي ، مباشر ، و موجه لحل المشاكل .
- يستند في الغالب على النموذج التعليمي ( مثال : تفسير تأثير التصورات على الإستجابة الجسدية ) .
- يعتمد على الأسلوب الاستقرائي ، الأساليب العلمية التي تستعمل المنطق و التفكير .
- ه- يستعمل بين جلسات الممارسة ، كميزة مركزية (للأفراد كي يجسّدوا بالممارسة الأشياء التي تعلموها)، أي السلوكيات الجديدة التي قد تم فحصها مبدئيا في المواقف الآمنة (بلميهوب كلثوم، 2014:49).

## أهداف العلاج السلوكي المعرفي :

- تغيير الأفكار و المعتقدات اللامنطقية للمريض و بالتالي تغيير في السلوك المضطرب .
- مساعدة المفحوص على أن يكون واعيا بأفكاره الأوتوماتيكية السلبية .
- مساعدة المفحوص على معرفة العلاقة بين أفكار ، إنفعالاته و سلوكياته .
- طرح أسئلة حول أفكار المفحوص الأوتوماتيكية و إختبار صدقها .
- مساعدة المفحوص على تغيير الأفكار الأوتوماتيكية السلبية بأفكار أكثر واقعية .
- يساعد المفحوص على تعريف و تعديل البنيات المعرفية الغير وظيفية (ملال.ص ، 2011 : 144).

## بنية الجلسة :

إن جلسات العلاج السلوكي المعرفي عادة ما تكون لمدة ساعة على الأكثر ، يتم بنائها من خلال برنامج أو جدول عمل ، و تكون غالبا محددة سابقا بعدد ، مثلا يقوم المعالج و الفرد بإنشاء عقدا فرديا ، و من خلاله يسعى كل من المعالج و العميل إلى وضع جدولا عمليا فيما يخص الجوانب التي يخططان لتخطيتها ثم محاولة العمل من خلالها بطريقة منتظمة . يكون العمل بين الحصص محدد (بلميهوب.ك ، 2014 : 45).

## حسب نموذج بيك Beck و آخرون 1979:

- تقييم الواجبات المنزلية المنجزة من قبل المفحوص بين اللقاءات و هذا في بداية كل جلسة .
- الأجنحة أو دفتر الخاص بالحصص لتحديد موضوع الجلسة و هذا بمشاركة المفحوص .



- يقوم المعالج خلال كل 10 دقائق بتلخيص مضمون الجلسة مقترحا المناقشة مع المفحوص .
- المنهج السقراطي للإستجواب الذي يسمح بتنمية معتقدات المفحوص .
- التقنيات السلوكية ، المعرفية و الإنفعالية تستعمل لتعديل المخطط المعرفي و الأفكار الأوتوماتيكية قبل شعورية التي تسبب صعوبات علائقية للمفحوص .
- تلخيص الجلسة و مناقشتها ، و يطلب من المفحوص رأيه حول ما فعله أو ما قاله المعالج مع إعطائه الحق في تقديم نقد إن أراد ذلك .
- المهام السلوكية المعرفية تحدد من قبل المفحوص و تنفذ هذه الأعمال في الحياة اليومية لتحديد جدول أعمال و النقاط الأساسية التي سيتم تناولها في الجلسة المقبلة (J.Cottraux,2001:12)

## **العلاج وتعديل السلوك ( )** **Thérapie et modification de** **:(comportement)**

إذا تم الأخذ بعين الإعتبار العوامل البيولوجية، فإن العلاجات تبحث في تعديل العوامل المفجرة والسيطرة على الإضطرابات التي أظهرها المريض: القلق، الإكتئاب ، المشاكل العلائقية والجنسية. فهدف العلاجات هو توسيع أو زيادة إمكانيات التسيير الذاتي للمفحوص. إن نقطة الإنطلاق أو البداية هي المعاناة اليومية تقريبا البادية على المفحوص، وأحيانا من قبل المحيط وغالبا من طرف الإثنتين. إن تعديل السلوك إذا تم في إطار آخر للعقد العلاجي، فهو لا يتواجد ضمن العلاجية إذا صح القول. إن التطور الغير العلاجي للطرق المنحدرة من نظريات التعلم ونظريات المعرفية هو واسع وممتد. إذا وجدت الممارسات من قبل في التربية أو في وقاية الأمراض العضوية أو النفسية، لكانت أيضا موجودة في الإعلانات، تسيير الموارد البشرية، التسويق والبحث عن عمل(j.cottraux, 2001: 6)

### **سير أو خطوات العلاجات (Déroutement des thérapies):**

العلاجات منظمة (مهيكلة) ومسيرة في عشرة إلى خمسة وعشرين جلسة واحتمالية حصص للمراجعة : وهذا في أغلب الأحيان بالنسبة لاضطرابات القلق، المشاكل الجنسية أو الإكتئاب. كما نجد أنه قد تستلزم سنة من العلاج في حال اضطرابات الشخصية. إن العلاجات السلوكية المعرفية تتضمن على نحو نموذجي أربعة أطوار أو خطوات ألا و هي :

### **أ- التحليل الوظيفي (Analyse fonctionnelle):**

تقوم أساسا على ملاحظة السلوك بطريقة مباشرة أو غير مباشرة القابلة للتكميم. هدف التحليل الوظيفي هو تحديد الحالة الظاهرة و انفلات السلوكات. التحليل الوظيفي لا يتوقف عند الهيئة الظاهرة، ولكن يبحث في عزله عن المشاكل المفتاحية، الأداء الذي يعدل بشكل دائم ومهم السلوك. الأهمية التاريخية في إكتساب الاضطرابات تكون بالطبع مدروسة جيدا. يقوم المعالج أيضا بدراسة الأفكار والتصورات العقلية، الحوار الذاتي الذي وفي أغلب الأحيان يكون مصاحب و/أو سابق السلوكات المشكلة. في الأخير يحدد وبدقة سلوكات الحركية واللفظية.

التحليل الوظيفي لا ينجز على الفور لكن في العموم يكون في المقابلة الثانية. أما المقابلة الأولى فهي أكثر انشغالا ب: إقامة العلاقة، بناء العلاقة، وضع أو التحقق من التشخيص، وفي النهاية دراسة جدوى العلاج، وإمكانية العلاج المتبع للمرور للمرحلة المقبلة. و مقابلة التحليل الوظيفي تعتبر مقابلة مباشرة، بمعنى موجهة نحو جمع بيانات محددة بشأن سلوكيات - مشاكل الحاضرة عند المفحوص :

- منذ متى يحدث هذا السلوك المشكلة؟
- أين؟
- متى؟
- كيف؟
- كم عدد مرات، الوحدة الزمنية المختارة؟
- مع من أو ماذا؟
- ما الذي يسبق السلوك المشكلة؟
- ما الذي يخفف السلوك المشكلة؟
- ما الذي يجعلك تجادل السلوك المشكلة؟
- ما الذي يصد السلوك المشكلة؟

هذه هي الروابط الرئيسية بين المحيط والسلوك التي تحدد في كل الحالات. هذه الروابط يمكن إنشائها بصفة أكثر أو أقل مباشرة . لكن هذه هي العناصر مهمة في بناء برنامج فعال. (J. Cottraux. 2001 :77)

و للقيام بالتحليل الوظيفي يتم الإستعانة بثلاث شبكات الأكثر إستعمالا ألا و هي :

شبكة SORC .

شبكة BASIC IDEA .

شبكة SECCA .

و في هذه الدراسة تم الإستعانة بشبكة SECCA التي تهتم بالتفاعل بين كل من :

المثير (S)timulus

الانفعال (E)motion

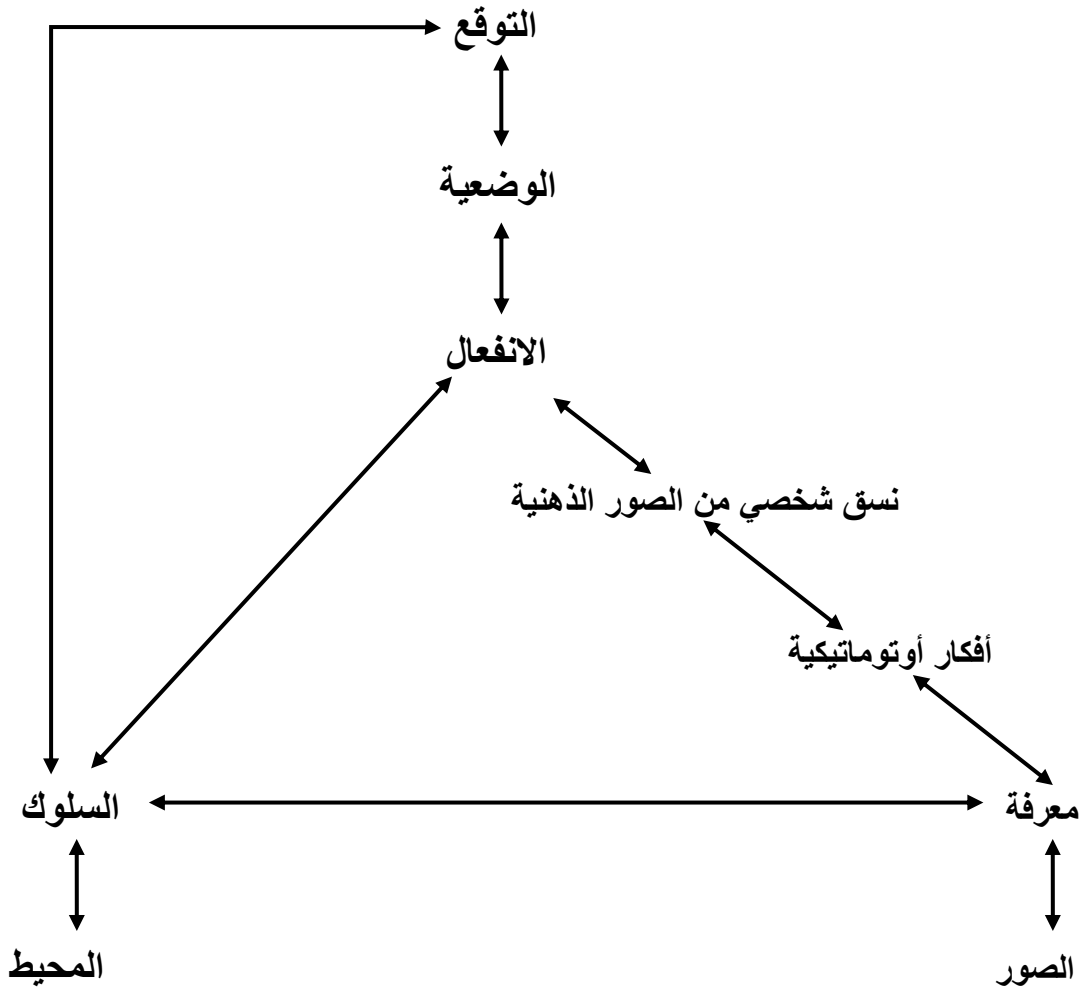
المعرفة ( أفكار، صورة عقلية، نسق من المعتقدات) , pensees (C)ognition ( images mentales , systemes de croyance)

السلوك (C)omportement

الاعتقادات (A)nticipation

كما تسمح بتحليل المشكل الحالي للمفحوص من الناحية التزامنية (الحالية) و من الناحية التاريخية (تاريخ):

## التحليل التزامني (SYNCHRONIE):



- المخطط رقم 3 يوضح التحليل التزامني (SYNCHRONIE) لشبكة SECCA -

## التحليل التاريخي (DIACHRONIE)

المعطيات النبوية الممكنة

- جينية

- شخصية

عوامل مفجرة أساسية

العوامل المفجرة

الأحداث التاريخية المحافظة للإضطراب

مشاكل أخرى

علاجات سابقة

أمراض عضوية (75-76: 2001, J. Cottraux)

## **ب - تحديد الهدف العلاجي ( Définition d'un objectif au ) (traitement):**

المعالج النفسي والمفحوص سوف يتفقان تدريجيا من أجل وضع فرضيات مشتركة للإضطرابات كسبب، عواملها المفجرة و المتبقية. فيما بعد يوضع "العقد" ما بين المعالج والمفحوص. يقوم العقد على أهداف العلاج: المشاكل تحدد بشكل ملموس وعملي. العقد يقوم أيضا على طرق العلاج. البداية تكون من الفرضية كنوع بنيوي، "التعاون العلمي-collaboration scientifique" مع المعالج، يسمح بتحرير السلوكات المتكررة التي يعاني منها المفحوص.

## **ج - بدء تنفيذ البرنامج العلاجي ( Mise en œuvre d'un ) (programme de traitement):**

إن البرنامج العلاجي يستخدم المبادئ والتقنيات المحددة من قبل مع المفحوص. المعالج ينمي لدى المفحوص قدرات التنظيم الذاتي لسلوكاته. الذي يسمح له بالتعميم التغييرات التي تم إستيعابها خارج الموقف العلاجي. وهذا ما يجنبه الإنتكاسة ويبين غياب "إحلال الأعراض-substitutions de symptômes"، في حالة ما سلوك آخر يتطور بعدما تم إقصاء السلوك المضطرب أو المشكل.

## **د - تقييم نتائج العلاج ( Evaluation des résultats du ) (traitement):**

يجرى التقييم بمقارنة الإجراءات المتكررة التي تم تنفيذها قبل، أثناء وبعد العلاج. المتابعة تكون على أقل سنة بعد نهاية العلاج، عامة مع نقاط التقييم في شهر، 06 أشهر و سنة (6.7: 2001, j.cottraux)

## **مشكل التغيير (Le problème du changement):**

من غير ممكن أن يكون هناك تغيير بدون دافعية أو حافز ، يعني التأمل بنتيجة أو انتظار فعالية العلاج الذي يكون معمول به. يكون من العيب أن يتم تغيير ما حضر في العلاج ببساطة من أجل التكفل النفسي. العلاج السلوكي يستلزم بضرورة أعلى مستوى من الدافعية ومن الأحسن تنبيه المفحوص بذلك.

التغيير ينشأ اساسا من التعلم ومن عدم التعلم مهما تكون نوعية العلاج. إدراك أو الوعي بالأسباب، الصدمات المفجرة ، المواقف البدائية الشرطية لم تكون مؤكدة ولا ضرورية ولا كافية من أجل تعديل السلوك المضطرب.

إضافة لتعديل السلوكيات، المفحوصين يتعلمون الملاحظة الذاتية، التقييم الذاتي وإستخدام الطرق التي تساعدهم في حل المشاكل الأخرى التي من أجلها إستشاروا المعالج النفسي.

حتى لو نقبل بوجود بنية للشخصية، فإن تغيير واحدة من وحدات البنية يؤدي إلى تغيير هذه الوحدة بواسطة إعادة ترتيب الوحدات الأخرى. كذلك تغيير قسم ممكن أن يؤدي إلى تغيير المجموعة. إختيار السلوك محدد من أجل التغيير سيؤدي إلى رد فعل متسلسل، وعلى هذا الأساس نستطيع مقارنة هذا التغيير البنوي بتدخل بيوكيمياوي أكثر منه جراحي (j.cottraux, 2001:7.8)

## **العلاقة العلاجية (La relation thérapeutique):**

التحالف العلاجي هو شرط ضروري ولكن غير كافي من أجل نجاح تأسيس العلاج النفسي.

إن التحويل كوسيلة لإندلاع واسترجاع المعيشة الإنفعالية و إدراك البنيات اللاشعورية العميقة ليس بالوسيلة الأساسية في العلاج السلوكي المعرفي. إن الإنفعالات، الإدراك ومشكل البنيات العقلية اللاشعورية هم معالجون من قبل وسائل أخرى.

قصر (إختصار) العلاج موقف الوجه في الوجه، بناء الجلسات بإستعمال مذكرة، الخاصية البيداغوجية للعلاقة ، الفعل الذي يقترح برنامج نشاطات خارج الجلسات غير مشجع. في الواقع التحويل يتغذى من نكوص الشعور نحو اللاشعور، من الحاضر نحو الماضي، من التفكير المنطقي نحو التفكير الخيالي. إنه غير مشجع في هذا الوضع من طرف مقارنة حقيقية مقترحة للمفحوص وتمنع النكوص.

ومع ذلك فإن العلاج المعرفي (بيك) يقدم خلاصة لمختلف أعمال التحليل النفسي والعلاج السلوكي الكلاسيكي. من التحليل النفسي توضحت فائدة التي تعرف بالمواضيع الكامنة في التفكير، الأحاسيس والسلوك. التكوين التاريخي للمخططات المعرفية. من العلاج السلوكي أتت: تنظيم الجلسات، تحديد الأهداف العلاجية، عملياتية التقنيات العلاجية والتقييم. مع ذلك، التحويل بالمعنى الدقيق للفظ ليس العنصر الأساسي للسير العلاجي : فإذا ظهر فإنه غير مشجع ويتم التغاضي عنه لأن من الممكن أن يعيق سير العلاج.

عرض المعالجين السلوكيين شروحات أكثر من المحللين النفسانيين ، ولكن شرحهم له علاقة ليس مع التحويل ولكن مع المفاهيم اللفظية للتعلم المعرفي والسلوكي لمشاكل المفحوص التي من الممكن أن تكون مجتمعة مع شروحات النظام البيولوجي وذلك تبعا لطبيعة الصعوبات الظاهرة.

إذا تم مقارنة العلاجات النفسية السلوكية والمعرفية مع العلاج بالسند، نلاحظ أن المعالجين يعرضون نصائح ويساندون مبتغيات أو طموحات المفحوصين، ولكن بالإضافة فهم يستعملون تقنيات نوعية، مبنية على أسس تجريبية والتي تم إختبارها على مدى الدراسات المدققة (j.cottraux, 2001:8.9)

## التقنيات المستعملة في الدراسة :

### (1) التربية النفسية :

إن نوبات الهلع خبرات مرعبة للغاية ، فمن الطبيعي أن تفسر أعراضها التي ليس لها تفسير حتى بعد إجراء الفحوصات الطبية السالبة المتكررة ، على أنها مشكلة صحية طبية خطيرة ، فلهذا تعتبر التربية النفسية إستراتيجية فعالة في شرح و تعليم المفوضين عن طبيعة هذه النوبة (هوفمان .إس.جي، تر عيسى.م.ع،2012: 94). و كذلك النواحي التي تديم الهلع من خلال التغذية الراجعة فيما بين الجانب الجسدي و المعرفي و نظام الإستجابة السلوكي ، و الهدف وراء هذه التقنية هو تعديل التخيلات و الإعتقادات الخاطئة العامة المتعلقة بأعراض الهلع (بلميهوب .ك،2014 : 250).

### (2) التدريب على ضبط التنفس Régulation Respiratoire :

يعتبر ضبط التنفس العنصر الأساسي الأولي في العلاج القائم على عملية الضبط و السيطرة على حالة نوبات الهلع (بلميهوب.ك ، 2014 ، 252) ، و هذا بإعتبار أن كثير من مرضى إضطراب الهلع لديهم سرعة أو فرط التنفس ، لذا تفترض بعض الدراسات أن عدم السواء في التنفس و فرط التنفس يسببان أعراض الهلع ، و افترض لي Ley (1985) أن فرط التنفس المزمن يؤدي إلى الهلع ، و افترض كلين Klein (1993) أن الهلع هو نتاج نظام الإستجابة المنبهة للإختناق الحساس .

و هذا ما تؤكد به بعض الدراسات الحديثة ، في أن إعادة تدريبات التنفس في علاج إضطراب الهلع .

حيث ينتج عن التنفس تبادل الأوكسجين و غاز ثاني أكسيد الكربون ، و الجسم تحديدا حساس للمستويات المتغيرة من ثاني أكسيد الكربون . و نتيجة لفرط أو سرعة التنفس يصبح الدم قلوي (ليس حمضي) ، و تنكمش الأوعية الدموية ، و تنقص نسبة الأوكسجين المحمول عبر الدم إلى الأنسجة ، بما في ذلك المخ ، الأمر الذي يؤدي إلى أعراض فرط التنفس مثل الدوار ، الدوخة ، الإغماء ، الشعور بفقدان الوعي (هوفمان إس جي ، تر عيسى.م.ع ،2012 : 97).

### (3) مناورة Valsalva (théchnique Vagales de valsalva) :

تعتبر هذه التقنية من أبسط الطرق لتطبيق منعكس أو ما تعرف بمناورة بارو الجيوب الأنفية Baro-Sinusien de Valsalva : وفيها يطلب من المريض لمدة ثلاث إلى خمس ثواني ، بضغط البطن من خلال تضخيم المعدة ، وهذا ما يؤدي إلى إنخفاض سريع في معدل ضربات القلب . يمكن تكرار هذه التقنية عشرات المرات . كما يمكن إستعمالها بسهولة بدمجها مع تقنيتين التعرض من خلال التخيل L'exposition En Imagination ، و تقنية التعرض الواقعي L'exposition In Vivo و هذا لما لها من تسهيلات ، و مفعول أسرع بكثير من تقنية الإسترخاء ، كما يمكن دمجها مع تقنية ضبط التنفس .

و هذا باعتبارها تقنية بسيطة و ذات شعبية لدى المرضى ، الذين يجدونها وسيلة سريعة التأثير و بشكل إيجابي على اضطراب القلب لديهم ، و هذا من خلال معتقدتهم أنها قبل كل شيء تضبط التنفس (j.cottraux,2001:5).

#### **(4) إعادة البناء أو الهيكلية المعرفية :**

بما أن جوهر العلاج السلوكي المعرفي يركز على أن الأفكار هي التي توجه السلوك و تستثير الإنفعالات ، حيث أننا نقوم بتحليل مستمر للمعلومات الواردة إلينا من الداخل أو من الخارج ، و الأفكار تمثل نتيجة معالجة تلك المعلومات ، و تعنى العمليات المعرفية بتصنيف و تقييم و تنظيم المعلومات ذات المعنى و المهمة ، فهي من يقوم بفك شفرة الواقع ، و كذلك المشاعر الداخلية للفرد ، و لكن عملية المعالجة هذه قد تتضمن أخطاء و تشوهات (بلميهوب.ك ، 2014 : 251). و بما أن المثير من المعارف اللاتكيفية لدى مرضى اضطرابات الهلع عبارة عن مفاهيم مشوهة ، بسبب الخطأ المعرفي و الذي يتعلق بسوء تقدير الإحتمالية من جهة ، و التفكير الكوارثي من جهة أخرى ، و لهذا فأثناء إعادة البناء المعرفي ، يتم معاملة الأفكار اللاتكيفية لدى هؤلاء المرضى على أنها فروض ، يتم تشجيعهم على أن يكونوا ملاحظين موضوعيين و يستكشفون طبيعة القلق لديهم بهدف إيجاد إستراتيجيات فعالة للتعامل معه . لكي يحدد و يتحدى هذه الأفكار اللاتكيفية ، و هذا من خلال مناقسة الأدلة بشكل نقدي على أو ضد إفتراض معين من خلال الحوار الشقراطي . و هذا من خلال استخدام معلومات من الخبرات السابقة للمرض ، بحيث يكون هدف هذه المناقشة هو تصويب المعارف اللاتكيفية (هوفمان إ س جي ، تر عيسى. م.ع، 2012 : 99).

#### **(5) تقنية التعرض من خلال التخيل Exposition En Imagination :**

يعتبر بالمر و ملنر (Palmer Et Milner ,1998) أن هذه التقنية تسمح للعميل بأن يتخيل نفسه يواجه موقفا صعبا متوقعا ، و يستخدم في العديد من المواقف ، حيث يتناقش المعالج مع العميل حول أي السلوكيات قد يكون أكثر ملائمة ، و يمكن استخدامه في هذا الموقف الخاص ، و بمجرد الإتفاق على ذلك يقوم العميل بإغلاق عينيه و يتخيل نفسه في الموقف منذ بدايته حتى نهايته ، و هنا تكون المواجهة هي مفتاح هذا الأسلوب ، و ليس التحكم أو التغلب على الموقف . و من المستحسن مواجهة أسئلة العميل عن جلسة التخيل بطريقة محكمة و مطمئنة و من الأمور الحاسمة أن يتم تنشيط شبكة الخوف الكامنة أثناء هذا التعرض التخيلي ، و التي تشمل المثيرات البصرية ، الوجدانية / الحسية و الحركية (بلميهوب.ك، 2014 : 256). و مدة هذه التقنية لا تقل عن 45 دقيقة ، و ذلك حتى تختفي كلية الإستجابة القلقة و يتم إستقرار سيرورة التعود (زروالي. ل ، 2014 : 317).

#### **(6) تقنية التعرض الواقعي Exposition In Vivo :**

هذه التقنية تجعل الفرد يواجه من خلال الواقع و بطريقة متدرجة الوضعيات التي يتخوف منها ، حيث نجد أن حالة التعود تولد إنطفاء متدرجا للإستجابات القلقة و تؤدي إلى تعديل السلوك (زروالي.ل، 2014 : 317). إذا يسهل التعرض على إحداث التغيير المعرفي المطلوب للمعتقدات المشوهة في حالة الهلع. و دلت العديد من الدراسات إلى أن مدة التعرض تلعب دور كبير في فعالية العلاج ، بحيث أن 60 دقيقة من التعرض تمنح وقتا كافيا لحالات الهلع لكي يدركوا أن التبعات السلبية لن تحدث (بلميهوب.ك، 2014 : 258).

## **(7) الواجب المنزلي :**

معدل طول الجلسة العلاجية حوالي 60 دقيقة ، فلو أن العميل ركز فقط أثناء الجلسة مشكلاته فذلك يعني أن هناك 167 ساعة أسبوعيا لم يتم التعرض لها علاجيا ، و يؤدي ذلك إلى نقص استمرارية العمل مع المشكلة ، لأن العملية العلاجية المتعلقة بالتسجيل ، و الملاحظة ، و تقييم الأفكار من الصعب نقلها إلى الحياة اليومية ، و هذا من أجل تخصيص وقتنا لصحتنا النفسية و العقلية ، و سبب آخر يبرر ضرورة أداء الواجبات المنزلية أو العمل خارج الجلسات ، هو بعض الأحيان أو عندما يكونوا وسط مواقف معينة أو نمط من المواقف ، فيستطعون التقاط أكثر أفكارهم الأوتوماتيكية ، و هي الأفكار التي تعرف في بعض الأحيان بأنها "المعارف الساخنة Hot Cognition".

و سبب آخر لأهمية الواجب المنزلي ، هو أنه يرفع وعي العميل بقدرته على الإستمرار في العلاج حتى بعد إنتهاء الجلسات ، ذلك لأنه بالفعل قد تعلم عدیدا من المهارات ، و أصبح على قدر عال من الكفاءة و الخيرة من خلال أداء الواجب المنزلي ، و تختلف طبيعة الواجبات المنزلية و أنواعها اختلافا كبيرا وواسعا ، و يعتمد ذلك على كل من العميل ، و طبيعة المشكلة و المرحلة العلاجية ، و كمثال شائع للواجبات المنزلية (إكمال نموذج الأفكار الأوتوماتيكية ، و الملاحظة الذاتية). ( بالمرس و آخرون ، تر محمود. ع. م ، 2008 : 49-50).

## **خلاصة الفصل :**

لقد تم التطرق في هذا الفصل إلى العلاج السلوكي المعرفي ، و كان الغرض هو محاولة منا الإلمام بمختلف جوانب العلاج ، و هذا من أجل التمكن منه نظريا ، مما سوف يساعدنا في تطبيقه على أرض الواقع .



الجانب التطبيقي

■ ■ الفصل الخامس :

الدراسة الإستطلاعية

## تمهيد:

بعدما تطرقنا في الجانب النظري لموضوع البحث محددتين إشكاليته العامة ، فرضيته و ما هي دواعي اختياره و هدفه و استعراضنا فصوله ، نتطرق الآن للجانب التطبيقي في محاولة لتحقيق هدف البحث و التحقق من صدق الفرضية و من اجل ذلك سنتناول في هذا الفصل منهج البحث و إجراءاته المنهجية و أدواته.

## منهج الدراسة :

المنهج هو الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة المشكلة ، و لإكتشاف الحقيقة ، و الإجابة عن التساؤلات التي يثيرها موضوع الدراسة . وقد اعتمدنا في هذه الدراسة على **المنهج العيادي** لكونه يتلاءم مع طبيعة الموضوع.

إذ يعرفه دانيال لاقاش على أنه : تناول للسيرة في منظورها الخاص ، و كذلك التعرف على مواقف و تصرفات الفرد اتجاه وضعيات معينة محاولا بذلك إعطاء معنى للتصرف على بنيتها و تكوينها و الكشف عن الصراعات التي تحركها ( R. PERRON, 1995 : 38 ).

## أدوات الدراسة :

### - الملاحظة العيادية :

تعرف الملاحظة في قاموس علم النفس على أنها مصطلح عام ، يرمي الى ادراك وتسجيل دقيق ومصمم لعمليات تخص موضوعات ، حوادث أو أفراد في وضعيات معينة. يكون جمع البيانات في دراسة غالبا على اثر الملاحظة المباشرة للعميل ، وذلك من خلال تطبيق الاختبارات السيكولوجية في المقابلة التشخيصية ، أو عن طريق استقاء المعلومات من الأشخاص الذين أتاحت لهم فرص مباشرة لملاحظة العميل (بوسنة.ع.و.ز. :6).

ويمكن تعريف الملاحظة بأنها عبارة عن عملية مراقبة أو مشاهدة لسلوك الظواهر و المشكلات و الأحداث و مكوناتها المادية و البيئية و متابعة سيرها و اتجاهاتها و علاقتها بأسلوب علمي منظم و مخطط و هادف بقصد التفسير و تحديد العلاقة بين المتغيرات و التنبؤ بسلوك المفحوص و توجيهه لخدمة الإنسان و تلبية احتياجاته (عبيدات.م، أبو نصار.م ، عقل.م، 1999 : 73).

### - المقابلة العيادية :

المقابلة العيادية (محور التماس و العلاج النفسي ) ، هي نوع من الحادثة تتم بين الفاحص و المفحوص في موقف مواجهة ، بقصد التعرف على مشكلات المفحوص و كشف صراعات و دلالتها .

تتخذ المقابلة إذن شكل الحوار الهادف و عبر المواجهة بحيث تفسح المجال أمام المفحوص إمكانية التعبير الحر عن ذاته ، و بالتالي فهم ما يعانيه من مشاكل (لويس.م ، 2010 : 65) .

-تستعمل المقابلة حسب " sillamy . n " كطريقة ملاحظة للحكم على شخصية المفحوص،إنها جزء لا يتجزء نجده في جميع الاختبارات السيكولوجية،حيث تسهل فهم مختلف النتائج المحصل عليها.كما أنها تستعمل في علم النفس العيادي بانتظام و تساعد في إعطاء حلول للمشاكل(بوسنة.ع.و.ز :7).

-و يرى "بنجهام وموروجستاد" بأن المقابلة هي محادثة موجهة ( الغرض فيها محدد ) غير الإشباع الذي يتم عن المحادثة نفسها(شقيير.ز.م ،2002 :70).

### - استبيان MAST :

هو استبيان يهدف للكشف عن الإدمان الكحولي ، من خلال أسئلة دقيقة و مباشرة عن موضوع شرب الكحول و عواقبه ، مأخوذ من كتاب " Toxicomanie Conduites Additives " لـ " Dan Véléa " سنة 2005.

و هو يحتوي على 13 فقرة كل فقرة ( فقرات موجبة و فقرات سالبة) يتم تنقيطها حسب سلم التنقيط الخاص بالإستبيان ، بحيث تكون بدائل الإجابة تتمثل في (نعم أو لا).فإذا كان المجموع الكلي يساوي أو أكثر من 3 فإنه يشير إلى وجود إدمان كحولي .

### - شبكة الملاحظة الذاتية للكشف عن نوبات الهلع (GAAP) :

هي شبكة تهدف للكشف على الأعراض و نوع الهجمة ، المواقف التي أدت إلى الهجمة ، بالإضافة إلى الأفكار الآلية التي تنتاب الحالة (قبل ، أثناء و بعد الهجمة)، كما تعطينا درجة تقدير الحالة لشدة النوبة حسب سلم من (1-10) و هذا كلما إنتابته النوبة و هذه الشبكة مأخوذة عن " (2013) L.CHALOULT ET J.GOULET من كتاب : GUIDE DE TRAITEMENT "PRATIQUE POUR LEVALUATION ET LE PANIQUE ".COGNITIVO-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (TPA)

### - سلم تقدير القلق لهاملتون

### Echell d'appréciation de l'anxiété de max hamilton

وضع هذا السلم الطبيب النفسي ماكس هاملتون عام 1959 ، لإستخدامه مع مرضى القلق ، حيث يعطي هذا السلم درجة كمية معتمدة على وجود بعض الأعراض السوماتية و النفسية ، و هذا إذا استخدم استخداما سليما فإن درجات تكون مؤشرا لوجود القلق من عدم وجوده.

يعتمد هذا السلم على براعة الأخصائي و إدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق إستجواب المريض و تقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض.

كل فقرة هي عبارة عن مجموعة معقدة من التظاهرات ، فمثلا فقرة الخوف تعرفه 06 أمثلة .

و السلم ككل يحتوي على 14 فقرة و هي كالتالي :

1- مزاج قلق ، 2- الضغط ، 3- بكاء ، 4- الأرق ، 5- الوظائف المعرفية ، 6- مزاج اكتئابي ، 7- أعراض سوماتية عامة ، 8- أعراض سوماتية عامة (حواسية) ، 9- أعراض

قلبية عرقية ، 10- أعراض تنفسية ، 11- أعراض معدية – معوية ، 12- أعراض تناسلية  
بولية ، 13- أعراض الجهاز العصبي الذاتي ، 14- السلوكيات خلال المقابلة

### عملية التنقيط :

يتم تقدير شدة كل فقرة من 01 إلى 04 ، و تمثل 04 علامة عرضية مرضية .

عند الحكم على أي فقرة ، لا بد للأخصائي من إعطاء تقدير كلي للفقرة ككل.

تخضع عملية التنقيط إلى العرضية الحالية للمفحوص ، أي التظاهرات الملاحظة خاصة وقت  
المقابلة . يتم تحديد نقطة كل فقرة على حدى. فإذا لم يتطرق المفحوص إلى نقطة ما في السلم  
، لا بد من أسئلة إضافية في آخر المقابلة .

من المستحسن أن تكون عملية تنقيط السلم خلال الفترة التي تلي المقابلة مباشرة أي بعد  
مغادرة المفحوص .

نقطة القلق النفسي : مجموع نقاط البنود 01 ، 02 ، 03 ، 04 ، 05 ، 06 ، 14.

نقطة القلق السوماتي : مجموع نقاط البنود 07 ، 08 ، 09 ، 10 ، 11 ، 12 ، 13.

المجموع الكلي : مجموع نقاط كل البنود .

### الدرجات :

0 = لا توجد أعراض

1 = أعراض طفيفة

2 = أعراض متوسطة

3 = أعراض شديدة

4 = شديدة جدا (بوسنة . ع .و . ز ، بدون سنة :79)

## كيفية تحديد حالة الدراسة :

قبل إجراء التربص أجرينا دراسة إستطلاعية ما بين 2017-02-20 إلى 2017-05-10. بمركز مكافحة التسمم بالمستشفى الأمراض العقلية سيدي الشحمي ، بحيث قمنا بإجراء مقابلة مع 5 من الحالات بهدف إختيار حالة واحدة تتناسب مع دراستنا. وهذا ما سوف نبينه من خلال الجدول التالي :

الحالات	السن	محتوى المقابلة	هدف المقابلة	نتيجة إستمارة MAST	الملاحظة
الحالة 1 (م.س)	17 سنة	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnaire MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة	- تحديد الدفاع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق	تحصل الحالة على الدرجة 0 فيما يخص إستمارة MAST	- فقد تبين من خلال المقابلة و الأدوات المستخدمة أن الحالة لا يعاني من اضطراب الإدمان الكحولي ، و إنما يعاني من اضطراب إستعمال عدة مواد ، و الكحول OCASIONNELL E. - لذا فهو لا يتناسب موضوع الدراسة .
الحالة 2 (م.ب)	26 سنة	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnaire MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة	- تحديد الدفاع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق	تحصل الحالة على الدرجة 0 فيما يخص إستمارة MAST	- الحالة يعاني من اضطراب استعمال الحشيش (الكيف). الكحول OCASIONNELL E. - لا يتناسب الدراسة
الحالة 3 (ب.ع)	31 سنة	- التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnaire MAST للإدمان الكحولي.	- تحديد الدفاع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب	تحصل الحالة على الدرجة 0 فيما يخص إستمارة MAST	- الحالة يعاني من اضطراب استعمال الميثامفيتامرات (ECSTASY) - لا يتناسب الدراسة

	<p>- تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p>	
<p>الحالة 4 (ق.ط)</p>	<p>38 - التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnai re MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>- تحديد الدافع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p>	<p>38 - التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnai re MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>- تحديد الدافع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p> <p>الحالة 4 (ق.ط)</p> <p>38 - التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnai re MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>- تحديد الدافع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p>
<p>الحالة 5 (ش.خ) الحالة المختارة</p>	<p>4 - التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnai re MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>5 - تحديد الدافع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p>	<p>4 - التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnai re MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>5 - تحديد الدافع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p> <p>الحالة 5 (ش.خ) الحالة المختارة</p> <p>4 - التعرف على التاريخ الشخصي المرضي . - تطبيق Questionnai re MAST للإدمان الكحولي. - تطبيق سلم هاملتون للقلق من خلال سير المقابلة</p> <p>5 - تحديد الدافع الإستشاري للحالة. - الكشف على اضطراب الإدمان الكحولي . - الكشف على اضطرابات القلق</p> <p>مع العلم أن الحالة وجه إلينا من طرف طبيب المصحة بعد ما تم تشخيصه على أنه يعاني من اضطراب استعمال الكحول. فقد أكدت النتائج المحصل عليها من خلال الوسيلتين ذلك و صنف في دائرة الإدمان الكحولي ، بالإضافة إلى معاناته من اضطراب القلق . وهذه الحالة هي التي تابعتها معنا دراستنا وهذا نظرا لأنها توافقت مع موضوعنا .</p>

- الجدول رقم 6 يوضح محتوى مقابلات الدراسة الإستطلاعية ، و كيفية تحديد الحالة المختارة -

## حدود الدراسة :

الحدود الزمانية : تمت الدراسة خلال الفترة الممتدة من 20 فيفري إلى غاية 10 ماي 2017.

## الحدود المكانية :

### لمحة عن تاريخ المؤسسة الإستشفائية مكان التربص:

يقع مستشفى الأمراض العقلية في الجهة الشرقية لمدينة وهران في بلدية "سيدي الشحمي"، حيث يعد من أهم المستشفيات وهو أكبر مستشفى في الغرب الجزائري أعيد بناءه في سنة 1947 ، كان عبارة عن منطقة عسكرية

إلى غاية 14 جانفي 1957 ، تبلغ مساحته 80 هكتارا ، وفي سنة 1973 إنضم إليه عدد من الأطباء والأخصائيين النفسيين في علم النفس ، هذا المستشفى مصنف إلى عدة أقسام.

أ- التنظيم الإداري: بما في ذلك المديرية ، ومصحة العمال، ومصحة المالية والمحاسبة.

ب- التنظيم الطبي: يحتوي كل جناح على فريق متكون من طبيب عقلي و أخصائي نفسي وعدد من الممرضين الذين يسهرون على راحة المرضى ، كما يحتوي كل جناح على قاعة استقبال الزيارات وكذلك مرقد جماعي وغرف فردية وحمام وساحة خاصة بالمرضى، يتوفر هذا في كل الأجنحة السبعة بالإضافة إلى صيدلية مركزية.

### ج- المصالح الاستشفائية:

#### المصلحة أ:

- الجناح 5 نساء.
- الجناح 7 رجال.
- جناح معالجة الإدمان.

#### المصلحة ب:

- جناح 1 رجال.
- جناح 1 نساء.
- جناح 2 رجال.
- جناح 3 رجال.

#### المصلحة ج:

- جناح 4 رجال.
- جناح 6 رجال.
- جناح 6 نساء.

- وأما الجناح الذي أجرينا فيه التربص فهو مركز مكافحة التسمم أي الجناح 5 ، إفتتح المركز في 31 أوت 1998 ، و دخل أول مدمن للمركز يوم 17 نوفمبر 1998 ، و تم تدشينه من



قبل وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات سابقا السيد قيديم في 17 مارس 1999 وسميت مصلحة مكافحة الإدمان "د.حمودة محمد".

### يحتوي المركز على :

- غرف فردية ، و تمنح هذه الغرف خلال الاستشفاء الأول للمدمن ، و يحتوي المركز على 10 غرف فردية ، 6 غرف مخصصة للذكور ، و 4 للإناث .

- المرقد الجماعي حيث يحول المريض من الغرف الفردية إلى المرقد بعد مدة 21 يوما إلى شهر للإستشفاء ، أو يوضع فيه خلال الاستشفاء الثاني ، وهو مخصص للمدمنين الذكور فقط .

- قاعة النشاطات ، و هي مخصصة للنشاطات التربوية ، و الترفيهية ، و التثقيف ، و تحتوي على مكتبة صغيرة و جهاز التلفزيون .

### القانون الداخلي للمركز :

- يمنع على المريض منعا باتا حيازة أو تناول المواد المخدرة في المصلحة ، و تتمثل هذه المواد في المشروبات الكحولية ، الحشيش ، الأدوية ذات التأثير النفسي ، المواد المتطايرة ، كل الأفيونات ، الكوكايين ، و الأدوية التي لم توصف من قبل طبيب المصلحة .

- يمنع على المريض منعا باتا تناول المواد المخدرة خارج المصلحة أثناء فترات الإجازة .

- يمنع على المريض منعا باتا حيازة الأدوات التالية في المصلحة :

السكاكين ، أدوات الحلاقة ، مقص ، مرآة .

- حضور الوالدين أساسي عند دخول المريض المصلحة ، و عند رجوعه من الإجازة .

- على المريض أن يكون مرفوقا ببطاقة التعريف الوطنية عند دخوله المصلحة .

- على المريض أخذ الأدوية الموصوفة له من قبل طبيب المصلحة و أثناء فترة الاستشفاء ، و أثناء الإجازة .

- الإحترام المتبادل بين المرضى بعضهم البعض واجب ، وكذا الأمر بالنسبة للفريق الطبي .

- يمنع على المريض منعا باتا الدخول في غرف المرضى الآخرين .

- على المريض المحافظة على نظافة غرفته .

- التدخين مسموح به في ساحة المصلحة فقط .

- يمنع على المريض منعا باتا الخروج من المصلحة بمفرده .

- يمنع على المريض منعا باتا إستقبال زيارات أصدقائه .

- على المريض الإلتزام بأوقات القيلولة .

القانون الخاص بالإينات :

- زيادة على الأمور سابقة الذكر على الإينات الإلتزام بمايلي :

- التدخين ممنوع في الساحة .

- إرتداء لباس محترم .

ملاحظة : في حالة تقبل القانون الداخلي للمصحة على المريض إبرام عقد علاجي بينه و بين الفريق العلاجي ، و يفسخ العقد و يطرد المريض في حالة إختراق قانون المصحة .

# الفصل السادس: الدراسة الأساسية

## ملخص المقابلات و الجلسات العلاجية :

رقم الجلسة	تاريخ الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	الأحد 5 مارس 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- بناء علاقة إيجابية و كسب ثقة السيد (ش.خ).</li> <li>- الدافعية إلى التغيير .</li> <li>- جمع أكبر قدر من المعلومات لوضع التشخيص.</li> <li>- تحديد نوع الطب.</li> <li>- تحديد الدفاع الإستشاري.</li> <li>- رصد الأعراض و تقدير شدتها من طرف الحالة، بالإضافة إلى الأفكار الآلية .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>إستقبال السيد (ش.خ) إستقبالا طيبا يوحى بالثقة و التقبل الغير المشروط.</li> <li>- إبلاغ السيد (ش.خ) بضرورة حصوله على الفطام للتخلص من التبعية و ماهي المظاهر الإيجابية المنتظرة من هذا .</li> <li>- التحدث عن التاريخ الشخصي و العائلي و الظروف التي ظهر فيها المشكل.</li> <li>- التعريف بالواجب المنزلي و أهميته ، و شرح تقنية الملاحظة الذاتية (GAAP)</li> <li>- تلخيص ما جرى في الجلسة و معرفة ما إذا كان هناك أي إضافات</li> <li>- إعطاءه أول واجب منزلي المتمثل في الملاحظة الذاتية.</li> </ul>	55 د
الجلسة الثانية	الأحد 12 مارس 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تحليل وظيفي للسيد (ش.خ) من خلال شبكة SECCA</li> <li>- القياس القبلي .</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- التعرف على الوضع الحالي و التحدث حول التاريخ الشخصي و العائلي بالإستفسار حول بعض الجوانب المهمة.</li> <li>- تحديد التوقعات ، الظروف ، الإنفعال، السلوكات ، المحيط ، المعنى الشخصي ، المعارف و الصور.</li> <li>- مناقشة الواجب المنزلي (بإستخراج الأعراض و شدتها و مناقشتها ، بالإضافة إلى الأفكار الأوتوماتيكية).</li> <li>- تمرير إستمارة MAST</li> <li>- تطبيق سلم هاملتن لتقدير للقلق من خلال سير المقابلة .</li> <li>- إبلاغ السيد (ش.خ) بنتائج الإختبارات و بالتشخيص و أهمية المساعدة النفسية.</li> <li>- التحدث حول النقاط الأساسية التي يتمحور حولها العقد العلاجي .</li> </ul>	60 د
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- الوصول بالسيد (ش.خ) إلى الطلب الأصلي .</li> <li>- إبرام العقد العلاجي.</li> <li>- أخذ وعي السيد</li> </ul>		

	<p>- تلخيص محتوى الجلسة و إعطاء السيد (ش.خ) الحق في إعطاء رأيه حول ما جرى أثناء الجلسة.</p> <p>- إعطاءه واجب منزلي متمثل في الملاحظة الذاتية.</p>	<p>(ش.خ) بالمشكل و تحديد أكثر للأفكار الأوتوماتيكية .</p>	
60 د	<p>- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في الملاحظة الذاتية.</p> <p>- تم وضع دفتر خاص بالحصص العلاجية و الأهداف المنتظرة من كل جلسة بمشاركة السيد (ش.خ) و التعريف بالتقنيات التي سوف تستخدم أثناء الحصص .</p> <p>- التعريف بطبيعة نوبات الهلع و أعراضه و أهمية التدخل السلوكي المعرفي المتمثل في التقنيات التالية (تقنية ضبط التنفس ، مناورة Valsalva) ، تقنية إعادة البناء أو الهيكلة المعرفية ، تقنية التعرض من خلال التخيل ، تقنية التعرض الواقعي). و كان ذلك من خلال تقنية التربية النفسية</p> <p>- إعطاءه فكرة حول فرط التنفس و إمكانية إثارته لنوبات الهلع ، شرح تقنية ضبط التنفس ، و بعد إستيعاب السيد (ش.خ) للتقنية تم تطبيقها لمدة 10 دقائق .</p> <p>- تلخيص محتوى الجلسة و إعطاء السيد (ش.خ) الحق في إعطاء رأيه حول ما جرى أثناء الجلسة.</p> <p>- إعطاء تقنية ضبط التنفس كواجب منزلي .</p>	<p>- تعديل الإنتباه و المواقف من خلال الأفكار الأوتوماتيكية .</p> <p>- بدء تنفيذ البرنامج</p> <p>- التربية النفسية اتجاه اضطراب الهلع .</p> <p>- الضبط و السيطرة على فرط التنفس لدى السيد (ش.خ) .</p> <p>- التدرب أكثر على التقنية و تعميمها في الحياة اليومية للسيد (ش.خ).</p>	الأربعاء 15 مارس 2017
50 د	<p>- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس .</p> <p>- تحديد في دفتر الحصص أهداف جلسة اليوم.</p>	<p>- رفع فاعلية و نشاط السيد (ش.خ) أثناء</p>	الأحد 19 مارس 2017
			الجلسة الثالثة
			الجلسة الرابعة

	<p>- شرح مناورة Valsalva ثم القيام بتطبيق التقنية عدة مرات لمدة 5 ثواني . - تطبيق تقنية ضبط التنفس. - إعطاء واجب منزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس و مناورة Valsalva بالإضافة إلى تقنية الملاحظة الذاتية.</p>	<p>الجلسة . - ضبط إيقاع القلب . - تنظيم التنفس و التخلص من فرط التنفس - التحكم أكثر في التقنيتين و تعميمها في الحياة اليومية للسيد (ش.خ). للقياس أثناء العلاج .</p>		
60 د	<p>- تحديد في الدفتر أهداف الجلسة بمشاركة السيد (ش.خ). - تطبيق مناورة Valsalva - بالإضافة إلى تقنية ضبط التنفس . - إعادة البناء المعرفي من خلال الحوار السقراطي . - تقديم بدائل عن المعتقدات السلبية. - مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية . - إعادة سلم تقدير القلق لهاملتون من خلال سير المقابلة . - إعطاء واجب منزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس و مناورة Valsalva.</p>	<p>- معالجة المعلومة الخاطئة عن طريق تعديل سوء تقدير الإحتمالية (القلق التوقعي) . - إقتراح بدائل لمعتقداته الخاطئة. القياس أثناء العلاج .</p>	الأحد 26 مارس 2017	الجلسة الخامسة
60 د	<p>- مناقشة الواجب المنزلي . - تحديد في الدفتر موضوع الجلسة بمشاركة السيد (ش.خ). - تحديد الحلقة المفرغة للتجنب . - القيام مناورة Valsalva و تكرارها عدة مرات قبل تنفيذ تقنية التعرض من خلال التخيل ، ثم تنفيذ التقنية. - بعدها مباشرة تطبيق تقنية التعرض الواقعي .</p>	<p>- تحقيق الإسترخاء السريع من خلال ضبط تنظيم ضربات القلق .</p>	الأربعاء 29 مارس 2017 الإثنين 3 أبريل 2017	الجلسة السادسة و السابعة

	- إخفاء سلوك التجنب	- تلخيص محتوى الجلسة و إعطاء للسيد (ش.خ) الحق في إبداء رأيه . - إعطاء واجب منزلي المتمثل في مناورة Valsalva و التعرض الواقعي .		
60 د	- تحقيق الإسترخاء السريع من خلال ضبط تنظيم ضربات القلب . - تعديل السلوك من خلال انطفاء متدرج للإستجابة المقلقة.	- مناقشة الواجب المنزلي . - تحديد في الدفتر موضوع الجلسة بمشاركة السيد (ش.خ). - القيام مناورة Valsalva لمدة 5 دقائق. - تطبيق تقنية التعرض الواقعي ، بعد موافقة السيد (ش.خ) طبعاً وكان هذا بطريقة متدرجة ، تم تطبيقها لمدة 50 دقيقة . - إعطاء واجب منزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس ومناورة Valsalva بالإضافة إلى تقنية الملاحظة الذاتية.	الأربعاء 5 أفريل 2017	الجلسة الثامنة
50 د	- القياس بعد الإنتهاء من تطبيق العلاج.	- تحليل تقنية الملاحظة الذاتية . - إعادة تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق وتحليله مع السيد (ش.خ). - الحديث عن الإنتهاء من تطبيق العلاج و الإتفاق مع السيد (ش.خ) على تحديد جلسة متابعة بعد شهر من تاريخ الجلسة اليوم لمتابعة تطور حالته .	الأحد 9 أفريل 2017	الجلسة التاسعة
45 د	- متابعة نتائج العلاج و تطور حالة السيد (ش.خ) فيما يخص اضطراب الهلع من جهة ، و محافظته على الفطام من جهة أخرى.	- مراجعة الفحوصات التي أتى بها السيد (ش.خ) إلى المركز من أجل المتابعة . - تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق وتحليله مع السيد (ش.خ).	الأربعاء 10 ماي 2017	الجلسة العاشرة

- الجدول رقم 7 يلخص محتوى المقابلات و الجلسات العلاجية مع الحالة -

**تقديم الحالة :**

**البيانات الأولية :**

الإسم : ش.خ .

الجنس : 45 سنة (1971-06-22).

الحالة الإجتماعية : متزوج و أب لطفلة .

المستوى الدراسي : الرابعة متوسط.

المهنة : عاطل.

الحالة الإقتصادية : متدهورة.

السكن : بيت الأب.

**تحديد الطلب :** تم توجيهه من طرف آخر (طبيب) ، الذي نصحه بالإلتحاق بالمركز للعلاج من الإدمان الكحولي .

و بعد تفكير طويل قرر السيد (ش.خ) الإلتحاق بالمركز ، و كان تردده في الوهلة الأولى هي أن هذا المركز هو لعلاج المجنونين ، و أنه ليس مجنون ، لكن بعد حادثة صارت معه و هي أنه ضرب إبنته التي يحبها كثير بعنف و هذا بينما كان يشرب الكحول ، و إلحاح الطفلة على أن يأخذها إلى الحضانة ، قرر السيد (ش.خ) الدخول للمركز والعلاج .

كما وجه إلينا من طرف طبيب المركز.

**الدافع الإستشاري :** العجز عن التوقف عن شرب الكحولي .

**التاريخ الشخصي و العائلي للحالة :**

يأتي السيد (ش.خ) في المرتبة الخامسة بين إخوته الثلاث عشر، ثلاثة إبنات من الأب فقط ، و أنثى واحدة من الأم فقط أما التسعة الباقون فمن الأم و الأب و المرتبة الأولى من عدد الأخوة الذين من الأب و الأم ، الوالدين على قيد الحياة ، الأب 84 سنة فلاح متقاعد ، أما الأم مأكثة في البيت ، إخوة السيد (ش.خ) كلهم متزوجين و مستقلين في بيوتهم ، الأب يملك أرض زراعية في ضواحي تيارت أي من نفس منطقة إندارهم .

السيد (ش.خ) تزوج مرتين ، طلق المرأة الأولى بسبب مشاكل بينها و بين أمه ، لكن يصرح بالحالة أنه لم تكن بينهم أي مشاكل و كانت كل شيء بالنسبة إليه (هذي هي حالة لي يسكن مع والديه ، الله غالب) ، ظل السيد (ش.خ) مدة ستة سنوات ، بعدها و برغبة من الأم تم زواجه مرة ثانية ، و هو الآن أب لطفلة في الخامسة من العمر من المرأة الثانية ، و التي هي واقفة إلى جانبه و تساعد في كل شيء.



السيد (ش.خ) لم يشكو من شيء في صغره كما عاش طفولة جيدة و مدلا، واصل دراسته حتى السنة الرابعة متوسط و كانت علاماته حسنة ، لكن السيد (ش.خ) لم يرغب في مزاولة دراسته و فضل التوجه إلى الحياة المهنية برفقة أبيه في المزرعة ، و كان ذلك حتى سن 19 سنة ، حين قرر السيد (ش.خ) الالتحاق بالجيش الوطني لأنه كان حلمه منذ كان طفلا ، إنضم السيد (ش.خ) للجيش في 1990 ، و تعاقد كجندي ليصبح أحد أفراده ، لكن لم يكن ذلك مطولا لأن السيد (ش.خ) فسخ عقده بعد مدة 5 سنوات من الخدمة ، عانى السيد (ش.خ) من البطالة بعد خروجه ، و لكن يقول أنه كان يكسب قوت يومه من خلال التجارة الحرة في الأسواق ، و حاليا السيد (ش.خ) هو عاطل عن العمل .

### التعرف على الظروف التي ظهر فيها الإضطراب :

لم يعاني السيد (ش.خ) من إضطرابات قبل إلتحاقه بالجيش ، لكن بعدما إلتحاقه و كان ذلك في 1990 بصفة متعاقد ، كانت لدى ، بفضل الضغوطات المستمرة من قبل الجيش عانى السيد (ش.خ) و التي يتحدث عنها السيد(ش.خ) و يقول أنهم كانوا يعاملونا كالحوانات، فترات من عدم النوم لعدة أيام التي يصفها على أنها كانت من أصعب الفترات التي عاشها ، و يذكر أنه في تلك الأونة تعلم تناول السجائر للتخفيف من الضغط و يشرب الكحول لكن ليس بصفة يومية بمعنى عرضية Ocasionele، أي في العطل الأسبوعية مع جماعة من رفقاءه لكي يرفهون عنهم ، و في إحدى الأيام و بصفة مفاجئة يذكر الحالة أنه عانى من الأعراض التالية :

- الشعور بالإختناق ، و ألم في الصدر.

- تزايد سرعة ضربات القلب (مع طنين في الأذن و آلام في أسفل الرقبة و صداع دائم).

- إرتفاع درجة الحرارة.

- تعرق شديد .

- الإحساس بالدوار ، و الإحساس بفقدان السيطرة .

يذكر السيد (ش.خ) أنه إنتابه خوف شديد من أن يموت(حسيت هذي ليلتي التالية).

إستقرت حالة السيد (ش.خ) بعد تلك الحالة التي يصفها بالـ (Cauchmaire)، و يذكر السيد (ش.خ) أن هذه الحالة كانت تنتابه من الحين إلى الآخر، و هذا ما جعل لديه خوف شديد بما سوف يحدث له .

عند الإستفسار حول ما إذا تعرض السيد (ش.خ) إلى أحدث تجعله يتفكرها كثيرا و ترعبه ، أو تظهر له في أحلامه ، يذكر الحالة أنه لم يتعرض إلى أي حدث ، لكن لا يدري من أين تأتيه هذه الأعراض.

يقول السيد (ش.خ) أنه كان يعاني كثيرا . و هذا ما أصبح يصعب من مهامه و يخلق لديه الكثير من المشاكل ، فقرر السيد (ش.خ) فسخ عقده نظرا إلى معاناته النفسية و عدم قيامه بعمله و شعوره الدائم بالخوف حيالة أن تنتابه الأعراض ثانية.

لكن هذه الأعراض لم تختفي و إنما كانت تظهر بصورة مفاجئة و شديدة ، حتى يشعر السيد (ش.خ) أنه سوف يموت أو يصاب بصدمة قلبية ، و هذا ما جعل السيد (ش.خ) لا يعيش في الحاضر و إنما دائم التحضير للدقيقة القادمة.

لقد كان السيد (ش.خ) دائم الذهاب إلى الرقاة ضنا منه أنه به مس ، كما كان يراجع الكثير من الأطباء لكن دون جدوى ، فكان تشخيصهم له أنه لا يعاني من إرتفاع ضغط دموي ، و لا يعاني شيء في قلبه ، ومع أنهم وصفوا له الكثير من الأدوية لكن هذا لم يساعد السيد (ش.خ) على ضبط حالته .

زادت أعراض السيد (ش.خ) شدة تزامنا مع وصوله خبر وفاة صديقه (قادة) الذي لم يكن يعاني من شيء ، و الذي كان صديقه المقرب (حيث يصفه على أنه أكثر من أخ له ، كان يتقاسم كل شيء معه حتى الهموم) ، و كان ذلك في حوالي سنة و نصف من تاريخ إجراء الفحص.

و من ثم زادت حالة السيد (ش.خ) في التدهور ، و ما زاد الطين بلة هو شربه اليومي للكحول ، إذ يقول السيد (ش.خ) أنه كان يشرب الكحول محاولة منه النسيان و الإسترخاء و التخفيف من الأعراض التي تنتابه (حتى ينام جيدا ، فقد كانت الأعراض توظفه من النوم و تفرغه).

و يذكر السيد (ش.خ) أنه عندما لا يشرب الكحول يخاف أن تنتابه الأعراض و هذا ما كان يدفعه إلى الذهاب إلى الشرب إضافة إلى كل المشاكل التي عنده من بطالة و تدهور الحالة المادية ، لكن في الأونة الأخيرة أصبحت الكحول تشكل مشكلة لدى السيد (ش.خ) حيث أصبح يقضي معظم وقته في الشرب (منذ إستيقاضه من النوم ) ، و بهذا أصبح سريع الإستثارة و العدوانية اتجاه الزوجة و الآخرين ، و بدون سبب.

### القصة الإدمانية :

كان السيد (ش.خ) يتناول السجائر فقط ، مع شرب كمية من الكحول (بمعدل كأسين إلى ثلاثة) و بصفة عرضية أثناء العطل الأسبوعية ، وهذا أثناء الفترة التي كان فيها في الجيش ، لكن بعد خروجه من الجيش و مع تفاقم حالة السيد (ش.خ) من ناحية الأعراض التي كانت تنتابه و موازاة مع وفاة صديقه المقرب (قادة) ، فإن السيد (ش.خ) أصبح مواظبا على الشرب و بصفة يومية ، محاولة منه أن يسترخي و ينسى ، و لكن بعد مرور الأيام يصرح الحالة أن الكمية التي كان يأخذها أصبحت لا تأتي بالغرض المطلوب ، فأصبح أحيانا يزيد و أحيانا ينتقل إلى ما هو أكثر تركيزا ، يقول السيد (ش.خ) بدأت الشرب لكي أنسى و لكن الآن أصبح لا يآثر في إلا عندما أسكر ، و يقول كنت أشرب كمية قليلة و أكون واعي بكل شيء و لا يآثر هذا في حياتي ، لكن ما مرور الأيام أصبحت لا أستطيع التحكم في نفسي ، و أصبح كلما أشرب الكحول و إنتهاء تزداد لديه أعراض القلق بسبب التفكير في مستقبلي و مستقبل ابنتي .

## الفحص الهيئة العقلية :

### المظهر و السلوك العام :

السيد (ش.خ) طويل القامة ، أسمر البشرة ، ذو بنية مورفولوجية نحيفة ، السيد (ش.خ) ظهر معتنى بنفسه ، لكن بدى عليه شيء من الأرق (من خلال بعض السواد و الإنتفاخ تحت العينين و شاحب الوجه)، كما لاحظنا أن السيد (ش.خ) يقوم بحركات كثيرة كهز الرجلين و رجفة اليدين ، مع تسجيل عدم الأستقرار في مكان واحد لمدة من الزمن فهو كثير الحركة .

الإتصال مع السيد (ش.خ) كان نوعا ما سهلا ، حيث كان متجاوب مع الفحص بإيجابته على الأسئلة بأجوبة دقيقة مع شيء من التفصيل .لا يخرج عن الموضوع ، مع الإشارة أن لديه فهم جيد و ذكاء جيد .

### النشاط العقلي :

لايعاني السيد (ش.خ) من إضطرابات في الكلام أو النطق ، لغته تتميز بالوضوح و سليمة (سهولة في التحوار معه)، سير الخطاب ليس متسارع و لا متباطئ .

ليس لدى السيد (ش.خ) أي خلل في التفكير (غياب الهذيانات) ، كما أن وظائفه الإدراكية سليمة (غياب الهلوس).

**التوجه المكاني و الزماني** للسيد (ش.خ) جيدين ، و أيضا التعرف على الأشخاص ، لكن لديه صعوبة في التركيز ز هذا ما ظهر عليه من حيث الشرود و السرحان ، و في هذا يقول الحالة أنه يفكر كثيرا في مشكلة الكحول التي أصبحت تشكل لديه الكثير من المشاكل و هو يخاف أن تتركه زوجته و إبنته.

**الحالة المزاجية** يتسم بالقلق و هذا من خلال ما ظهر عليه من خوف من المجهول كأن يسأل : هل سوف أصاب بنوبة قلبية ، هل هذه الأعراض دليل على أنني سوف أموت ، هل لدي مرض خطير (السرطان مثلا).

**الوظائف الغريزية** : نوم السيد (ش.خ) متناقض من خلال صعوبته في الدخول في النوم و اليقظة في منتصف الليل سواء كان ذلك من جراء أعراضه المرضية في بعض الأحيان أو في الأيام الأخرى و إذا إستيقظ يجد صعوبة في الرجوع إلى النوم ثانية ، و أحيانا عدم النوم إطلاقا لمدة يومين على الأقل خوفا من أن تنتابه الأعراض و هو نائم .

**الأكل** : لدى الحالة ضعف في الشهية و هذا ما نلاحظه أول ما نرى الحالة من خلال نحافته .

**الإنفعالات** : الخوف خاصة من الموت و أو الإصابة بصدمة قلبية .

**ذاكرة الحالة** : جيدة بالنسبة للأحداث القديمة و الجديدة و هذا ما نستدل عليه من خلال الإستفسارات التي كنا نطلبها منه حول المقابلات السابقة ، و من خلال سؤاله أسئلة بسيطة ثم إعادة السؤال ثانية بعد مدة قصيرة من الزمن .

**الإستبصار :** الحالة لديه إستبصار جزئي ، حيث أن السيد (ش.خ) يدرك مشكلته المتعلقة بالإدمان الكحولي ، و لكن ليس مستبصر بمشكلة القلق لديه التي عانى منها قبل الإدمان ، فالحالة يرجعها إلى أنها مشكلة عضوية.

#### سوابق الطب العقلية :

لم نسجل عند الحالة (ش.خ) أي سوابق الطب عقلية ، عدا الأخيرة التي كانت في مصلحة مكافحة الإدمان بسيدي الشحمي . و هذا لغرض علاج الفطام أو التخلص من السموم لمدة 21 يوم ، و كان هذا من خلال الأدوية التالية :

Tegretol 200 mg CP

Nozinon 25 mg CP

Deroxat 20 mg CP

Tranxene 10 mg Gel

Vitamine B1, B6

#### السوابق الطب الجراحية :

لم نسجل عند الحالة أي مرض عضوي أو صدمة دماغية جراء أي حادث ، كما لم نسجل أي نوبة من نوبات الصرع.

#### السوابق العدلية :

لم نسجل أي متابعة قضائية من أي نوع من القضايا.

#### السوابق العائلية :

لا توجد أي أمراض جسمية أو عقلية عند أي من أفراد العائلة ، عدا أن الأب مدمن على التدخين .

#### نتائج الإختبارات :

أداة القياس	النتيجة	تعليق
إستبيان MAST	28 درجة .	صنفته هذه الدرجة في دائرة الإدمان الكحولي و كان ذلك حسب سلم التنقيط الخاص بالإستبيان.
		تمثل هذه الدرجة مجموع تقييم السيد (ش.خ) طيلة أسبوع من الملاحظة الذاتية

شبكة الملاحظة الذاتية لنوبات الهلع (GAAP).	54 درجة .	لنوبات الهلع ، و هذا حسب السلم (1-10) ، و هو دليل واضح على ظهور أعراض نوبة الهلع و تكرارها طيلة أيام الأسبوع .
سلم هاملتون لتقدير القلق	45 درجة .	تحصل السيد (ش.خ) على الدرجة 45 من مجموع تقدير السلم ككل ، كما أنه يلاحظ سيطرة الأعراض السوماتية و التي قدرة بـ 28 ، أما الأعراض النفسية فتمحورت حول سوء تقدير الإحتمالية والخوف من حدوث الأعراض السوماتية.
القلق السوما	القلق النفسي	28 درجة
القلق النفسي	17 درجة	28 درجة

- الجدول رقم 8 يوضح نتائج الإختبارات التي ساعدت على وضع التشخيص -

### تحديد اللوحة الاكلينيكية للحالة (ش.ش):

#### التشخيص 1 :

بعد إتمادنا على المقابلة و الملاحظة العيادية ، ونتائج إختبار هاملتن Hamilton و تقنية المراقبة الذاتية الذي قدر شدتها السيد (ش.خ) على سلم (1-10) خلال أسبوع كامل من الملاحظة الذاتية لحالته فقدرته بـ 54 درجة، كما تحصل في سلم هاملتون على مجموع كلي قدر بـ ( 45 ) ، مقسم إلى مجموع القلق النفسي الذي قدر بـ (17) ، بينما مجموع القلق السوماتي قدر بـ (28) ، و هذا ما يدل على وجود أعراض نوبة الهلع و تكرارها طيلة أيام الأسبوع .

و حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM5 ، الصادر من الجمعية الأمريكية للأطباء العقليين (APA) ، الذي أظهر بأن السيد (ش.خ) يعاني من اضطراب الهلع المرمز بـ (F41.01) ، و هذا بناء على الأعراض التالية :

- قدم السيد (ش.ش) في المعيار (أ) نوبات هلع متكررة غير متوقعة ، و هذا من خلال الأعراض التالية:

1- تزايد سرعة ضربات القلب (مع طنين و ألم في أسفل الرقبة و صداع دائم).

2- تعرق شديد.

3- الشعور الدائم بالإختناق مع ألم في الصدر.

4- الإحساس بالدوار.

5- الإحساس بفقدان السيطرة .

6- الإحساس بالتنمل .

7- غثيان .

8- إحساس بالحرارة .

9 – الشعور بأنه منفصلا عن ذاته (تبدد الشخصية).

10-الخوف من الموت .

و في المعيار (ب) أظهر :

1- خوف مستمر حول هجمات إضافية من الهلع و حول عواقبها.

2- تغير كبير لسلوك التكيف و هذا على صلة بهجمة الهلع (سلوك شرب الكحول لتجنب نوبات الهلع).

المعيار(ج) :

لا يعزى الإضطراب لتأثيرات فيزيولوجية لمادة (و هذا من خلال أنه هناك قصة نوبات معاودة غير ذات صلة بالكحول).

المعيار (د):

لا يفسر الإضطراب بشكل أفضل بمرض عقلي آخر.

## التشخيص 2 :

و لتشخيص إضطراب إستعمال الكحول إعتدنا على Questionnaire devaluation MAST ، الذي تحصل السيد (ش.خ) فيه على مجموع 28 ، و هذا ما صنف حالته على أنها إدمان كحولي .

و على الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية الخامس DSM5 ، حيث تبين أن السيد (ش.خ)، يعاني من إضطراب إستعمال الكحول شديد (F10-20) و هذا بناء على الأعراض التالية :

قدم السيد (ش.خ) في المعيار (أ) نمط إشكالي في إستعمال الكحول خلال فترة أكثر من 12 شهرا ، مما أدى إلى إحباط سريري هام و تجلى ذلك في مايلي :

1- أخذ الكحول بكميات أكبر و لفترات أطول مما كان مقصودا .

2- رغبة مستمرة وجهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط إستخدامه للكحول.

3- إهدار وقت كبير للحصول على الكحول و تعاطيه .

4- إشتياق و رغبة قوية لإستخدام الكحول .

5- عدم الوفاء بالتزاماته في العمل و في المنزل ، وكان ذلك بسبب شربه للكحول .

6- الإستمرار في شرب الكحول على الرغم من مشاكله الإجتماعية و الشخصية المتكررة و هذا نتيجة تأثير الكحول .

7 التخلي عن أنشطة إجتماعية و مهنية بسبب الكحول.

8 التحمل كما حدد ب- :-

أ- الحاجة لزيادة ملحوظة في كمية الكحول ، و هذا للوصول إلى التأثير المرغوب.

9- الإنسام كما تجلى بمايلي :

ب- أخذ الكحول لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

## عرض ملخص عن الجلسات :

### الجلسة الأولى :

- إقامة علاقة إيجابية من خلال استقبال السيد (ش.خ) استقبالا طيبا ، يوحي بالثقة و التقبل الغير مشروط و كان ذلك لكسب ثقة ، و المساعدة على إبرام عقد علاجي .
- إبلاغ السيد مبدأ ضرورة حصوله على الفطام و هذا للتخلص من التبعية للكحول .
- فتح مجال التحدث عن التاريخ الشخصي و العائلي و الظروف التي ظهر فيها المشكل .
- شرح تقنية المراقبة الذاتية و تقديمها كأول واجب منزلي.

### الجلسة الثانية :

- تم الترحيب بالسيد (ش.خ) ، بعدها تم الإستفسار عن أحوله و كيف كان الأسبوع الفارط.
- تم مناقشة الواجب المنزلي (بإستخراج الأعراض و شدتها و مناقشتها ، بالإضافة إلى الأفكار الأوتوماتيكية) . فكانت النتائج كالتالي:

مراحل القياس.	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تتناوب	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 1. قبل تطبيق البرنامج العلاجي	طيلة الأسبوع	1. نجمت من خلال التفكير في الوضع الذي يقلق و أخشى أن يكون مشكل و الذي من شأنه أن يحدث 2. نجمت عن أحاسيس سوماتية	1. إختناق 2. الدوخة 3. خفقان 4. إرتعاشات 5. التعرق 6. غثيان 7. الوهمية/أ نك منفصلا على ذاتك	أ- قد تأتيني النوبة في أي وقت ب- هذه أعراض دليل على أنني سوف أصاب بصدمة قلبية أو تنتهي بموتي. ج- سوف تهاجمني نوبة أخرى.	54

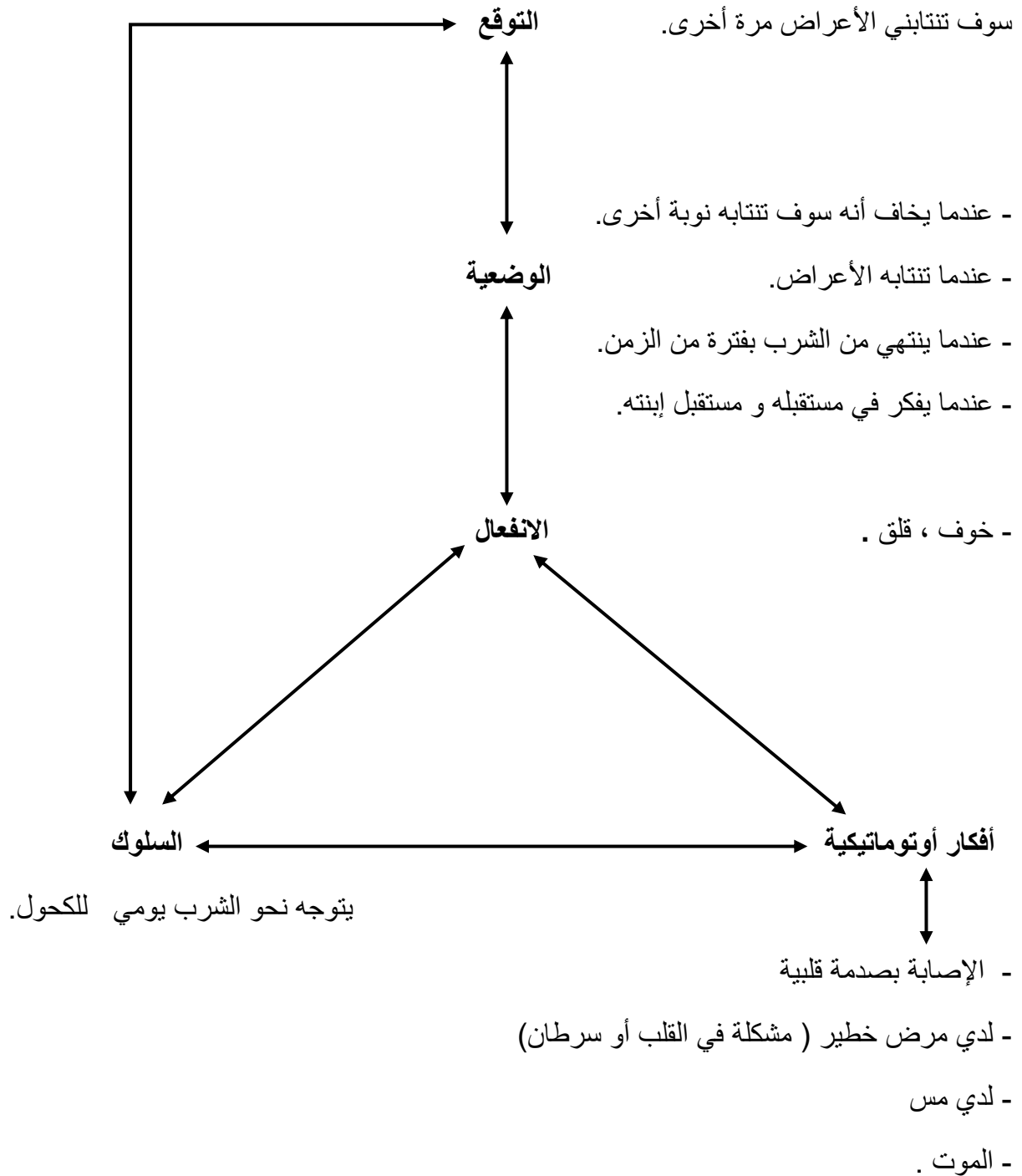
-الجدول رقم 9 يوضح نتائج الملاحظة الذاتية قبل البدء في تنفيذ العلاج-



تعليق : نلاحظ أن النوبة تكررت طيلة الأسبوع ، كما أن الأعراض كانت بارزة ، مع تقدير قدر بـ 54 حيث تعتبر درجة مرضية .

- تقنية التحليل الوظيفي للحالة باستخدام شبكة "SECCA" لـ J.COTTRAUX و كان ذلك كالتالي :

### التحليل التزامني (Synchronie):



المحيط: يراني على أي مدمن كحول و يحاولون مساعدتي على التوقف لكن لا يبالون بما أعاني  
- المخطط رقم 4 يوضح التحليل التزامني للحالة -

## التحليل التاريخي (Diachonique) :

### المعطيات البنيوية الممكنة:

معطيات جينية : لا يوجد أي معطيات جينية .

طبيعة الشخصية : (حسب Dsm5 ، شخصية تابعة F60.7).

- صعوبة في إتخاذ القرارات دون أن ينصح من طرف الآخرين .
- إيجاد صعوبة في البدء أو القيام بأعمال لوحده بسبب إنعدام الثقة في النفس .
- الإعتماد على الغير (أب،أم،زوجة).
- الخوف من فقدان السند العائلي .
- الخوف من التخلي و الهجران .
- الخوف من المجهول .

### العوامل التاريخية المثبتة و المحافظة للسلوك :

- مشكلة البطالة التي عانى منها السيد (ش.خ).
- عدم وجود أهداف مستقبلية بعد فسخ عقده مع الجيش.

### العوامل المفجرة :

- الضغوطات التي كان يعيشها في فترة خدمته في الجيش.
- طلاقه من الزوجة الأولى (التي كانت كل شيء في حياته).

### حوادث معجلة و مسرعة في ظهور السلوك المضطرب :

- وصوله خبر وفاة صديقه (قادة).

### مشاكل أخرى : لاتوجد

### علاجات سابقة :

- السيد (ش.خ) كان دائم الذهاب عند الرقاة ضنا منه أنه به مس أو عين .

### أمراض عضوية :

السيد (ش.خ) لا يعاني من أي مرض عضوي و هذا ما أكدته الفحوصات الطبية داخل المركز.

- تمرير إستبيان MAST وتطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق من خلال سير المقابلة بالإستفسار حول الأعراض و ملاحظتها أثناء الجلسة كان الهدف منه وضع التشخيص و القياس القبلي .

- إبلاغ السيد (ش.خ) بنتائج الإختبارات و بالتشخيص .

- التحدث حول مشكلة الإدمان الكحولي الذي كانت نتيجة سير و تطور اضطراب الهلع لديه ، و أهمية المساعدة النفسية و هذا بالإعادة طلب الحالة **Reformulation De La Demande** ، من أجل الوصول بالسيد إلى الطلب الأصلي.

- إبرام العقد العلاجي : شرح شروط العقد و الإتفاق حول أهم النقاطها ثم إبرام العقد العلاجي مع السيد(ش.خ) و هذا ما سوف نراه في (الملحق 1).

- تلخيص محتوى الجلسة و إعطاء الحالة الحق في إعطاء رأيه حول الجلسة ، وبالتالي كانت هناك ردة فعل إيجابية حيث أبدى وعي كبير بمشكلته و رغبته في المساعدة النفسية لمشكلته ، و يقول أنه متفائل بهذا العلاج.

- إعطاء واجب منزلي متمثل في شبكة الملاحظة الذاتية.

### الجلسة الثالثة :

- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في شبكة الملاحظة الذاتية من خلال تعديل الإنتباه و المواقف و هذا بتوضيح للسيد (ش.خ) المواقف التي تنتابه فيها أعراض هجمة الهلع و تحافظ على إستمرارها .

- تم وضع مع الحالة دفتر خاص بالحصص و التي تم فيه تدوين التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية المستخدمة مع وضع الأهداف التي ترمي إليها كل تقنية و هذا بمشاركة الحالة في ذلك .

- تطبيق تقنية التربية النفسية : و التي تم فيها الشرح للحالة طبيعة نوبات الهلع التي تنتابه ، و الأعراض الأساسية لها ، و توضيح أن هذه الأعراض ليست بسبب أي مرض عضوي و أنها حالة نفسية ، و أن ضررها محدود و لا يعمل على أي ضرر عضوي ، كما يمكن مساعدته من خلال التدخل السلوكي المعرفي ، و المتمثل في العلاج السلوكي المعرفي و هذا من خلال التقنيات التالية (تقنية ضبط التنفس ، مناورة Valsalva ، تقنية إعادة البناء المعرفي ، تقنية التعرض من خلال التخيل ، و التعرض الواقعي).

- تقنية ضبط التنفس : تم شرح للحالة قبل البدء في تنفيذها عملية فرط التنفس تكون مسؤولة بنسبة كبيرة الأعراض التي تنتابه. و بعدها تم التعريف بالتقنية و أهميتها و تعليماتها ، من خلال الجلوس على الكرسي ، و أخذ وضعية مريحة ، و التعليمات كانت كالتالي : ضع يدك اليمنى على صدرك ، و يدك اليسرى على بطنك .تنفس ببطئ و برفق و تجنب التنفس العميق ، سوف تلاحظ أن الطريقة الصحيحة للتنفس سوف تجعل يدك اليمنى التي هي على صدرك

تبقى كما هي ، في حين اليد اليسرى التي على بطنك ترتفع و تنخفض ، في الشهيق سوف يدخل الأكسجين من أنفك برفق و ببطئ ، أمسك نفسك لمدة ثانية واحدة ثم في الزفير يخرج ثاني أكسيد الكربون من فمك لا تحتاج إليه، و كانت مدة هذه التقنية هي 15 دقيقة.

- إعطاء واجب منزلي المتمثل وتقنية ضبط التنفس .

### الجلسة الرابعة :

- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في تقنية ضبط التنفس : لوحظ أن الحالة لم يهمل الواجب و قام بممارستها ، و يقول السيد (ش.خ) أنه كلما كان يمارسها كان يشعر بالراحة و يقول أنه كان يسترخي و لا يشعر بالأعراض .

- بعدها قمنا بتحديد في دفتر الحصص تقنيتان بناء على طلب الحالة ألا و هي تقنية ضبط التنفس ، و مناورة Valsalva و كان الهدف منها هو ضبط إيقاع القلب .

- تطبيق مناورة Valsalva و هذا بشرح الطريقة الصحيحة للقيام بها ، من خلال الجلوس على الطاولة و في وضعية مريحة ، العمود الفقري مستقيم ، قمنا بتفحص الوضعية ، ثم إملاء عليه التعليمات و التي تتمثل في : سوف تقوم بحبس نفسك و في نفس الوقت سوف تقوم بدفع بطنك بتفخ معدتك و هذا عندما نبدأ العدد من 1 إلى غاية 5 ثم استرخي و قمنا بتكرار ذلك عدة مرات.

- تطبيق تقنية ضبط التنفس : و كان تطبيق التقنية لمدة 15 دقيقة .

-إعطاء واجب منزلي تطبيق مناورة Valsalva وتقنية ضبط التنفس .و هذا بهدف تعميمها في الحياة اليومية للسيد (ش.خ).

### الجلسة الخامسة :

- مناقشة الواجب المنزلي المتمثل في المراقبة الذاتية . و كان ذلك بهدف تحديد الأفكار الآلية و ما مدى شدة معتقد الحالة نحو هذه الأفكار ،و الذي اتضح من خلالها أن الحالة لديه أفكار آلية و معتقدات خاطئة ، و هذا ناتج عن سوء تقدير الاحتمالية لأعراض نوبة الهلع ، و تم ذلك كالتالي :

-إعادة البناء المعرفي : (تعديل سوء تقدير الاحتمالية من خلال الحوار السقراطي)

المعالج : ما هي الأفكار السلبية المسيطرة على تفكيرك اتجاه النوبة التي تنتابك .

السيد : أنني سوف أفقد السيطرة وأصاب بصدمة قلبية أو الموت.

المعالج : لماذا تفكر في هذا بالضبط .

السيد : لأنه هناك أعراض تنتابني و أكثرها خطورة هي سرعة ضربات القلب و الدوار الكبير.

المعالج : لماذا تعتقد أن هذه الأعراض سوف تعمل على إصابتك بنوبة قلبية أو موتك.

السيد : أليست هذه أعراض الصدمة القلبية ؟

المعالج هل أصبت من قبل بنوبة قلبية أو أغمي عليك .

السيد : لا

المعالج : إذن تعتقد أن هذه الأعراض مرتبطة بحالة طبية .أريد منك أن تقدر لي إحتمالية إرتباط هذه الأعراض بصدمة قلبية أو أغمي عليك ، مستخدما مقياس من (1-100) .

السيد : طبيب المركز قال لي أتي لا أعاني من شيء ، فسوف أقدرها بـ 50.

المعالج : أعطيتها 50 ، دعنا نجد دليلا بناءا على خبراتك السابقة ، كم مرة مررت بنوبة الهلع منذ ظهور الأعراض .

السيد : لا أدري بالضبط لكن كثيرا.

المعالج : جيد ، هذا وفقا على تقديرك أي بمعنى ينبغي أنك قد تعرضت لكثير من الصدمات القلبية أو يفترض أنه قد تم حذفك . و لكن كم مرة أصبت حقيقة فيها بصدمة قلبية أو الإغماء أو مت .

السيد : ضحك ، و لا مرة.

المعالج : و الآن كيف ترى صحة معتقدك لاحتمالية ارتباط هذه الأعراض بالنوبة القلبية أو بالموت بناءا على خبراتك السابقة.

السيد : صفر .

- و من خلال مناقشتنا لشبكة الملاحظة الذاتية تحصلنا على النتائج التالية :

مراحل القياس.	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تتناوب	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 2. أثناء تطبيق البرنامج العلاجي.	ثلاث مرات في الأسبوع	1.نجمت من خلال التفكير في الوضع الذي يقلق و أخشى أن يكون مشكل و الذي من شأنه أن يحدث	1.الدوخة 2.التعرق 3. غثيان	8.أحاسيس بالحرارة 9.ألم في الصدر	25

## -الجدول رقم 10 يوضح نتائج الملاحظة الذاتية أثناء سير العلاج-

و تم تطبيق سلم هاملتن لتقدير للقلق من خلال سير المقابلة لغرض القياس أثناء سير العلاج :  
و كانت نتائج أن تحصل على مجموع 26 (10 للقلق النفسي و 16 للقلق السوماتي) نلاحظ  
أن الدرجة لازالت مرتفعة لكن مقارنة بالقياس القبلي فهذا لا يمنع من القول أن السيد (ش.خ)  
أظهر تحسن ملحوظ ، يتنبأ بأن السيد (ش.خ) في طريق التخلص من اضطرابه إذا ما إستكمل  
البرنامج العلاجي بإيجابية .

-إعطاء واجب منزلي تطبيق مناورة Valsalva وتقنية ضبط التنفس .و هذا بهدف تعميمها  
في الحياة اليومية للسيد (ش.خ).

### من الجلسة السادسة و السابعة :

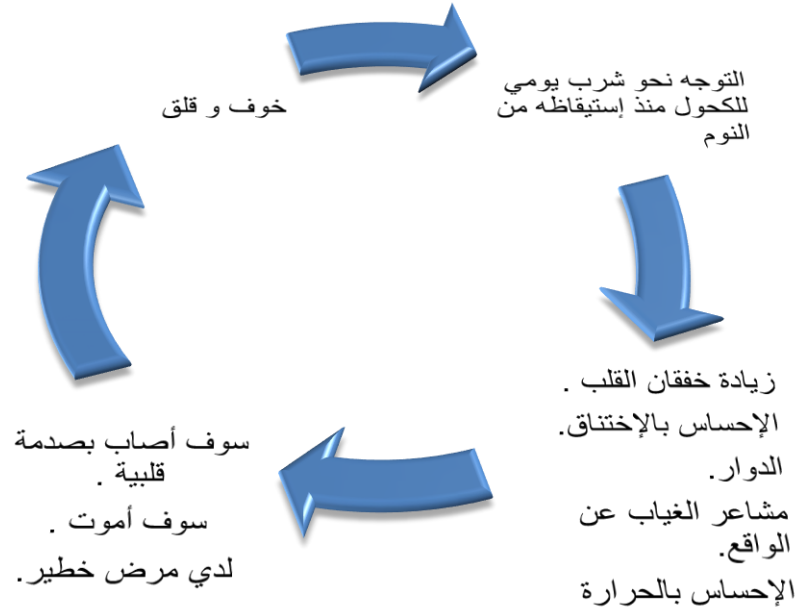
- مناقشة الواجب المنزلي و الإستفسار حول ما هي الصعوبات التي واجهته لكن السيد  
(ش.خ) كان مواظب على القيام بهذان التقنيتان و يقول أنهم يريحونه كثيرا .

- تم شرح للسيد (ش.خ) تقنية التعرض و ما أهميتها و في الأخير وضع السيد ثقته فينا و تم  
قبول البدء في تطبيق التقنية .

- تطبيق مناورة Valsalva لمدة 5 دقائق.

-تطبيق تقنية التعرض من خلال التخيل:

فمن بين سير الجلسات يمكن أن نستنتج المثيرات التي تستثير نوبات الهلع لدى السيد (ش.خ)  
والمتمثلة في أعراض جسمية التي يعمل على معالجتها على نحو خاطئ و بالتالي تظهر لديه  
على شكل أعراض تتمثل في إنفعالات (الخوف و القلق) ، و على مستوى السلوك من خلال  
التجنب في (توجهه نحو شرب اليومي للكحول)، و منه يمكن إستخلاص المخطط التالي :



-المخطط رقم 5 الحلقة المفرغة لنوبة الهلع لدى السيد (ش.خ) نتيجة التجنب طويل المدى السلبي-

## CERCLES VICIEUX

وطبقا للحلقة المفرغة للسيد (ش.خ) تم تطبيق تقنية التعرض من خلال التخيل و كان ذلك كالتالي :

- تخيل نفسك فقط من النوم و زجاجة الكحول بجانبك لكن لن تشرب ، و فجأة أصبحت تشعر بالأعراض أولها ضربات قلبك تذق بسرعة كبيرة إلى حد شعورك بأنه سوف تصيبك صدمة قلبية ، ثم أصبحت تحس بالإختناق و الدوار الشديد إلى حد الإغماء ، الآن أصبحت تشعر بأنك منفصل عن ذاتك. و هذا محاولة منا أن يدرك السيد (ش.خ) نتيجة التجنب و هذا حتى تخنفي كلية الإستجابة المقلقة. و التي ، واجه السيد في الأول صعوبة في الدخول في عملية التعرض لكن شيئا فشيئا تم ذلك ، تم تقدير السيد (ش.خ) في بداية التعرض على سلم من (1-100) بـ 100 لكن بعد الإنتهاء من التعرض قدرها 45 و هذا ما يدل على أن السيد إستجاب لتقنية التعرض.

### التعرض الواقعي :

تم الإستعانة بالحلقة المفرغة السابقة ، لكن في هذه التقنية تم تعريض السيد (ش.خ) عن طريق الواقع بطريقة مندرجة إلى المثبرات التي تقلقه و تستثير له نوبة الهلع و تؤدي عن طريق

التجنب سلوك (التوجه نحو شرب الكحول) ، و هذا من خلال تقدير السيد للوضعيات حسب سلم من (0-100) ، و كانت الوضعيات كالتالي :

1- زيادة خفقان القلب (باستعمال الدرج للهبوط و الصعود)

2- مشاعر الغياب عن الواقع . (النظر إلى الضوء فترة من الزمن ثم الطلب منه القراءة )

3- الدوار. (عملية الدوران السريع حول نفسه )

4- الإحساس بالإختناق. (إستعمال أنبوب ضيقة)

5- فرط التنفس.(تم تعريضه إلى التنفس السريع و بعمق)

أما فيما يخص سلوك التجنب الذي يلجأ إليه و هو المحول (فقد إستعنا بزجاجة تشبه زجاجة المشروب) لكن دون الإستعانة به و توضيح هذا لدى السيد (ش.خ).

- إعطاء التقنيتين في نهاية كل جلسة كواجب منزلي و هذا للوصول إلى الهدف الذي نصبوا إليه و المتمثل ، تيقن السيد بأن لهجمة الهلع (قمة ، ثم تبدأ في التناقص ، و هذا ما يجعل السيد يتعامل مع الهجمة بنجاح) ، و عدم اللجوء إلى إستجابة التجنب .

### الجلسة الثامنة :

- مناقشة ما جرى أثناء التعرض الذي كلف به .

- ممارسة تقنية المهبل .

- ثم إعادة تطبيق تقنية التعرض الواقعي .

- تم إعطاء للسيد (ش.خ) واجب منزلي يتمثل في تقنية المهبل و تقنية التعرض .

- واجب منزلي يتمثل في الملاحظة الذاتية .

### الجلسة التاسعة :

بعد الترحيب بالسيد (ش.خ) و استفسار عن حالته النفسية و المزاجية تم راجعنا معه ما تم في الجلسة السابقة و عن رأيه بما وصل إليه فقد كان إيجابيا بعدها تم مناقشة الواجب المنزلي و كانت النتيجة كالتالي:



مراحل القياس.	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تتناوب	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 3. بعد تطبيق البرنامج العلاجي.	مرة واحدة	1. لم يعد ينتابني القلق حول النوبة لأنها غير مقلقة و لا أخاف أن تحدث لي ثانية	1. لا أحس بالإختناق 2. ليس لدي دوخة 3. خف عني الخفقان 4. أشعر ببعوض الإرتعاشات 5. بعض العرق 6. بعض الغثيان 7. لا أشعر الآن أنني منفصلا عن ذاتي	8. أحس بالحرارة إلا قليلا 9. إختفى عني ألم الذي كان في صدري 10. لا أخاف من الموت لأن الأعراض ليست خطيرة 11. ذهبت عني الدوخة لهذا لا أخاف من فقدان السيطرة	10

### -الجدول رقم 11 يوضح نتائج الملاحظة الذاتية بعد الإنتهاء تنفيذ العلاج-

أثناء هذه المناقشة بدا على السيد أنه بحالة جيدة و راض لما وصل إليه من تحسن الملحوظ في ما يخص إختفاء جل الأعراض التي كانت تضايقه و عدم تكرار النوبة طيلة أيام الأسبوع ، فقد سجلنا نوبة واحدة ، لكن يقول السيد (ش،خ) أنه بفضل ما تعلمه سيطر عليها و لم تأثر فيه كالسابق و هو الآن بأحسن حال من القبل بعدها تم الانتقال لمراجعة مختصرة و تقييم لأهم ما تم خلال الجلسات العلاجية و ما تم اكتسابه منها. ثم مارسنا مع السيد تقنية ضبط التنفس و تقنية المهبل . و تم من خلال سير الجلسة تقدير درجة للقلق حسب سلم هاملتن و قد سجلت نتائجه تحسن ملحوظ ، حيث تحصل السيد على مجموع 11 (6 للقلق السوماتي و 5 للقلق النفسي) و بمقارنة هذه النتائج مع القياس القبلي فنجد تراجع قدر 34 درجة.

وأخيرا شكرنا السيد على تعاونه و التزامه بالعقد العلاجي و عملنا معه على تسطير أهداف بعدما سوف يتم خروجه من المركز و هذا بالرجوع إلى العمل و بحكم أنه كان يمارس الرياضة في فطلبنا أن يقوم بممارسة الرياضة أو المشاركة في أعمال إنسانية إجتماعية ، محاولة منا المحافظة على المكتسبات العلاجية و الوقاية من الإنتكاس.

## الجلسة العاشرة :

- بعد تم الترحيب بالسيد (ش.خ) ، تم الإستفسار عن أحواله النفسية و المزاجية منذ آخر جلسة ، و بدأنا في تطبيق سلم هاملتون لتقدير القلق من خلال الإستفسار عن الأعراض ، فصرح الحالة أنه أصبح يدرك أن الأعراض التي كانت تنتابه هي ناتجة عن معالجته الخاطئة للمعلومة و هذا من خلال الأفكار الأوتوماتيكية و المعتقدات الخاطئة ، يقول أنه الآن دائم التدريب على تقنيتي ضبط التنفس و مناورة Valsalva وهذا ما يشعره بالإرتياح ، و أصبح الآن لا يخاف أن تنتابه هجمات الهلع لأنها ليس لها معنى .

مع العلم أن السيد (ش.خ) عاد إلى مزاوله عمله المتمثل في التجارة .

- ثم تم الإطلاع على الفحص التحليلي للإدمان الذي أتى به السيد (ش.خ) إلى المركز للمتابعة الطبية، و قد تبين من خلاله أنه لم يعد إلى شرب الكحول وهذا نظرا إلى غياب مادة الكحول absence alcool ethylique ، و هذا ما يدل على أن السيد قد حافظ على الفطام في هذه المدة و يمكن التنبؤ بحالته كالتالي :

- نظرا لأن السيد (ش.خ) أصبح واعى بإضطرابه المتمثل في إضطراب الهلع و أصبح مسيطر على أعراضه و هذا بمحافظته على المكتسبات العلاجية التي تلقاها فيمكن أن التنبؤ بعدم إنتكاسته في المدى الطويل .

- في الأخير تم شكر السيد (ش.خ) على تعاونه و ثقته ، مع التأكيد على ضرورة حفاظه على ما إكتسبه من خلال الحصص ، ثم تم الإتفاق مع السيد (ش.خ) على حصة متابعة ثانية وهذا في غضون 3 أشهر من حصة اليوم ، و هذا لمتابعة تطور حالته .

## الفصل السابع :

عرض النتائج و مناقشتها على ضوء الفرضية

## تحليل النتائج :

- نتائج البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي (قبل ، أثناء ، و بعد تطبيق البرنامج العلاجي) حسب شبكة الملاحظة الذاتية لنوبة الهلع ، وهذا ما سوف نوضحه في الجدول التالي :

مراحل القياس.	تكرار الهجمة خلال الأسبوع	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تتتابك	مجموع الشدة لمدة أسبوع حسب سلم (10-1)
مرحلة 1. قبل تطبيق البرنامج العلاجي	طيلة الأسبوع	1.نجمت من خلال التفكير في الوضع الذي يقلق و أخشى أن يكون مشكل و الذي من شأنه أن يحدث 2.نجمت عن أحاسيس سوماتية	1.إختناق 2.الدوخة 3.خفقان 4.إرتعاشات 5.التعرق 6. غثيان 7.الوهمية/أناك	8.أحاسيس بالحرارة 9.ألم أو إنزعاج صدري 10.خوف من الموت 11.الخوف من فقدان السيطرة أ- قد تأتيني النوبة في أي وقت ب- هذه أعراض دليل على أنني سوف أصاب قلبية أو تنتهي بموتي. ج-سوف تهاجمني نوبة أخرى.	54
مرحلة 2. أثناء تطبيق البرنامج العلاجي.	ثلاث مرات في الأسبوع	1.نجمت من خلال التفكير في الوضع الذي يقلق و أخشى أن يكون مشكل و الذي من شأنه أن يحدث	1.الدوخة 2.التعرق 3. غثيان	8.أحاسيس بالحرارة 9.ألم في الصدر أ- لازالت لي بعض. ج-سوف تهاجمني نوبة أخرى.	25
مرحلة 3. بعد تطبيق البرنامج العلاجي.	مرة واحدة	1.لم يعد ينتابني القلق حول النوبة لأنها غير مقلقة و لا أخاف أن تحدث لي ثانية	1.لا أحس بالإختناق 2.ليس لدي دوخة 3.خف عني الخفقان 4.أشعر ببعوض	8.أحسس بالحرارة إلا قليلا 9.إختفى عني ألم الذي كان في صدري 10.لا أخاف أ- أنا متحكم في مشكلتي و لا يمكن أن تأثر في حتى وإن إنتابنتي تلك الأعراض	10

الإرتعاشات	من الموت	لا تودي بي
5. بعض	لأن	إلى الموت
العرق	الأعراض	أو الشلل
6. بعض	ليست	
الغثيان	خطيرة	
7. لا أشعر	11. ذهبت	
الآن أني	عني الدوخة	
منفصلا عن	لهذا لا أخاف	
ذاتي	من فقدان	
	السيطرة	

## -الجدول رقم 12 يبين النتائج المتحصل عليها من خلال شبكة الملاحظة الذاتية لنوبة الهلع لدى الحالة-

يبين الجدول السابق النتائج المتحصل عليها في شبكة الملاحظة الذاتية لنوبة الهلع عبر ثلاث مراحل (المرحلة الأولى قبل البدء في تنفيذ البرنامج ، المرحلة الثانية أثناء تنفيذ البرنامج ، أما المرحلة الثالثة بعد الإنتهاء من تنفيذ البرنامج) و كانت النتائج كالتالي:

- **المرحلة الأولى قبل البدء في تنفيذ البرنامج :** أظهرت النتائج على حصول السيد (ش.خ) على درجة 54 حسب تقديره لشدة النوبات على سلم (1-10) خلال أسبوع من المراقبة الذاتية، مع تسجيل تكرار يومي للنوبة .

- **المرحلة الثانية أثناء تنفيذ البرنامج :** قدرت الدرجة بـ 25 ، مع تكرار النوبة 3 مرات طيلة الأسبوع ، أي بمعدل إنخفاض قدر بـ 29 درجة و تقلص تكرار النوبة بحوالي 50% و هذا مقارنة بالتطبيق الأول ، و هذا ما يدل على أنه هناك تحسن ملحوظ مقارنة بالتطبيق الأول.

- **المرحلة الثالثة بعد الإنتهاء من تنفيذ البرنامج :** أظهرت النتائج على حصول السيد (ش.خ) على درجة 10 طيلة الأسبوع مع حدوث نوبة واحدة . فبمقارنة مع التطبيق الأول فنلاحظ تراجع في درجة تقييم السيد (ش.خ) للنوبة حيث قدر التحسن بـ 44 درجة ، و أيضا تقلص عدد تكرار النوبات فمن خلال تكرارها طيلة أيام الأسبوع في التطبيق الأول ، إنتابت السيد (ش.خ) نوبة واحدة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج .

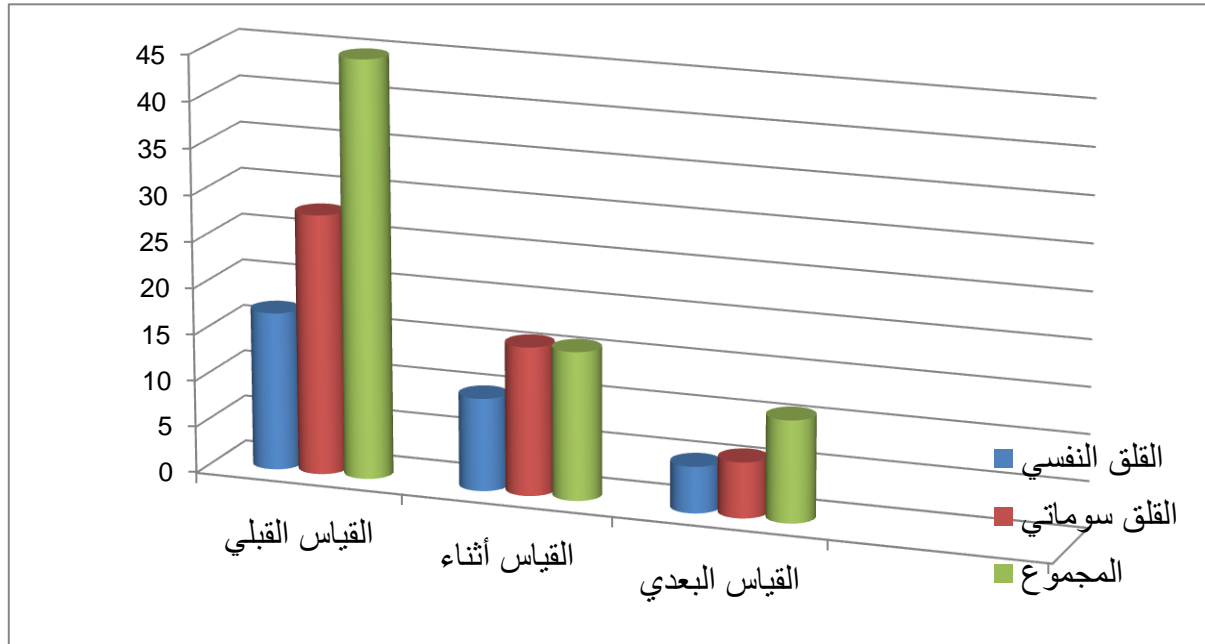
أما فيما يخص الأعراض المتبقية و التي تمثلت في بعض الإرتعاشات و العرق و بعض الدوار فيرجعه الطالب إلى أعراض الإمتناع الذي يمر به السيد (ش.خ) .

لكن في العموم نلاحظ تحسن ملحوظ بعد تنفيذ البرنامج.

نتائج سلم هاملتون لتقدير القلق (قبل ، أثناء ، و بعد تطبيق البرنامج العلاجي) موضحة في الجدول و الرسم البياني التاليين :

نوع القلق	رقم الفقرات	القياس القبلي	المجموع	القياس أثناء	المجموع	القياس البعدي	المجموع
القلق النفسي	1	2	17	2	10	0	5
	2	3	17	1	10	1	5
	3	1	17	0	10	0	5
	4	3	17	1	10	1	5
	5	1	17	1	10	0	5
	6	3	17	2	10	1	5
	14	4	17	3	10	2	5
	7	4	17	2	10	1	5
القلق سوماتي	8	4	28	3	16	1	6
	9	4	28	2	16	1	6
	10	4	28	2	16	1	6
	11	4	28	3	16	2	6
	12	4	28	1	16	0	6
	13	4	28	3	16	0	6
المجموع		45		26		11	

- الجدول رقم 13 يبين النتائج المحصل عليها في سلم هاملتون لتقدير القلق -



-رسم بياني رقم 6 يبين درجة القلق حسب سلم هاملتون للقلق قبل و أثناء و بعد تطبيق البرنامج العلاجي-

يلاحظ أنه في **التطبيق الأول** لسلم هاملتون للقلق و كان ذلك قبل البدء في تنفيذ البرنامج العلاجي ، أن السيد (ش.خ) تحصل على مجموع 45 ، مقسم إلى قسمين 17 درجة للقلق النفسي ، بينما تمركزت الدرجة الأكبر حول القلق السوماتي التي تحصل فيها السيد (ش.خ) على 28 . وهذا ما دل على وجود قلق مرضي .

بينما في **التطبيق الثاني** و الذي كان أثناء سير العلاج ، فقد تحصل السيد (ش.خ) على مجموع 26 ، 10 للقلق النفسي و 16 للقلق السوماتي . و هذا يوحي بأن السيد لازال لديه بعض القلق و بالخصوص القلق السوماتي ، لكن هذا لا ينفى أن قلق السيد (ش.خ) قد أصبح أقل حدة مقارنة بالتطبيق الأول .

**التطبيق البعدي** و الذي كان ذلك بعد تنفيذ البرنامج ، تم القيام بإعادة تطبيق سلم هاملتون لمعرفة ما إذا تحسنت حالة السيد (ش.خ) أم لا .

فأسفرت النتائج على أن الحالة تحصل على مجموع قدر بـ 11 ، 5 بالنسبة للقلق النفسي و 6 للقلق السوماتي ، فدلّت النتائج على إنخفاض محسوس ، بمعنى أن حالة السيد(ش.خ) قد تحسنت كثيرا مقارنة مع التطبيق القبلي ، و هذا ما يشير إلى أن البرنامج المطبق أعطى نتائج مرضية .

نلاحظ مما سبق أنه هناك تغيير إيجابي بالمقارنة مع التطبيق الأول و الذي كانت نتائجه تؤكد ما ذهب إليه التشخيص طبقا لـ DSM5 و الذي صنّفه على أنه يعاني من اضطراب الهلع ، لكن بعد التطبيق الثالث و الذي كان بعد الإنتهاء من تنفيذ البرنامج فقد أحرزنا قفزة نوعية ، في أن السيد (ش.خ) قد تخلص من الأعراض و كان ذلك فضلا على فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي .

**نتائج الإدمان الكحولي من خلال إستمارة MAST و فحص التحليل الإدماني :**

أداة القياس	النتائج	الملاحظة
إستمارة MAST	28	مدمن كحولي
فحص التحليل الإدماني	Absence De Alcohol Ethylique	غياب الكحول الإيثيلي التخلص من الإدمان الكحولي ، و محافظته على الفطام لفترة متابعة قدرة بـ شهر.

-الجدول رقم 14 يبين نتائج الإدمان الكحولي من خلال إستمارة MAST وفحص التحليل الإدماني للحالة -

## مناقشة النتائج في ضوء الفرضية :

التذكير بنص الفرضية الأساسية :

"العلاج السلوكي المعرفي فاعلية في الحد من اضطرابات القلق لدى مدمن الكحول".

**مناقشة :**

كون السيد (ش.خ) ، قد تخلص من أعراض اضطراب الهلع بتقلص معدل تكرار نوبات الهلع من طيلة الأسبوع إلى نوبة واحدة في الأسبوع ، مع تحكم في تلك النوبة من خلال ما إكتسبه من خلال الحصص العلاجية، و هذا ما بينته النتائج المحصل عليها ، كما أنه لم يعد إلى شرب الكحول ثانية خلال فترة متابعة قدرة بمدة شهر و هذا ما كشفه فحص التحليل الإدماني ، فهذا ما يثبت صحة فرضية بحثنا ، و منه فيمكن القول بأن فرضيتنا قد تحققت مع السيد (ش.خ) ، و تحصلنا على نتيجة جد إيجابية مقارنة بما كان يعانيه من اضطراب الهلع و الإدمان عل الكحول .

وبالتالي فإن العلاج السلوكي المعرفي أثبت فاعليته في الحد من اضطراب الهلع لدى مدمن الكحول ، كما يمكن التنبؤ بحالة السيد (ش.خ) بأنها تحسنت بكثير عن السابق و هذا بناء على ما بدى عليه في آخر مقابلة من تحسن و إعادة الإندماج الإجتماعي و بهذا نأمل ألا يرجع إلى شرب الكحول و عدم تسجل الإنتكاسة.

و ما يتفق مع دراستنا نجد كل من الدراسة التي كانت تحت إشراف الأستاذة الدكتورة كلثوم بلميهور و فريق عمل سنة 2014 بالجزائر: بعنوان تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإضطرابات النفسية بالجزائر. الذي أثبتت فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج نوبات الهلع ، و أعطت نتائج إيجابية و اعتبر كأحد أنواع العلاجات ناجحا . و دراسة Gould et coll (1995) حول علاج اضطراب الهلع و رهاب الفضاء، قام فيها بمقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالأدوية النفسية ، وكان ذلك بإحصاء 43 دراسة ، وأسفرت نتائج هذه الدراسات على الحجر الكبير ، على وجود فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع الأدوية النفسية.

و قد تشرك هذه الدراسات السابقة من حيث موضوعنا الأساسي ، ألا و هو اضطراب الهلع و العلاج السلوكي المعرفي ، ولكنها اختلفت من حيث أنها لم تحدد الفئة المستهدفة ، وهذا وجه الخلاف مع دراستنا ، حيث أننا في هذه الدراسة إستهدفنا فئة معينة ألا وهي مدمن الكحول.



## الخاتمة :

يعد مدمن الكحول هو الذي فقد سيطرته على شرب الكحول و هذا نتيجة لتشابك ثلاث عوامل أساسية و التي هي : التبعية النفسية ، التبعية الجسدية و التسمم ، كما يمكن لإضطراب القلق أن يكون لها مكانة هامة في اللجوء إلى عالم الإدمان الكحولي ، و هذا نتيجة المفعول المضاد للقلق ، لدى وجب البحث عن اضطراب القلق المختفي وراء الإدمان الكحولي و العمل على علاج هذا الاضطراب باستخدام العلاج السلوكي المعرفي و هذا لما له من فاعلية و نتائج المرضية اتجاه هذا الاضطراب بالذات.

## التوصيات :

- توظيف معالجين نفسانيين ذو كفاءة ، سواء في مركز إزالة التسمم أو المراكز الوسيطة لعلاج الإدمان.
- الحث على إجراء تشخيص دقيق من قبل الأخصائيين النفسانيين لدى فئة المدمنين ، و عدم الإكتفاء بتشخيص طبيب المصحة.
- إستعمال التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية المتمثلة في (التربية النفسية، التدريب على ضبط النفس ، مناورة Valsalva ، إعادة البناء المعرفي ، تقنية التعرض من خلال التخيل، تقنية التعرض الواقعي) في الحالات التي تعاني من إضطراب الهلع.

## الإقتراحات :

- إجراء دراسات على عينة كبيرة لتعميم نتائج فاعلية العلاج السلوكي المعرفي في علاج حالات إضطرابات القلق لدى المدمنين الكحوليين في البيئة الجزائرية .
- إجراء دورات تدريبية حول العلاج السلوكي المعرفي ، خاصة للأخصائيين النفسانيين الممارسين.
- أيام تحسيسية للأخصائيين النفسانيين حول موضوع إضطرابات النفسية لدى المدمنين .

# قائمة المراجع

## المراجع العربية :

1. إيهاب الببلاوي(2001) : قلق الكفيف (تشخيصه و علاجه) ، سلسلة التربية الخاصة 2 ، مكتبة زهراء الشرق.
2. أحمد عكاشة : الطب النفسي المعاصر ، مكتبة الأنجلو المصرية مصر .
3. أشرف محمد عبد الغني نسرين ،محمدالسحلاوة : الصحة النفسية بين النظرية و التطبيق المكتب الجامعي الحديث للنشر و التوزيع مصر.
4. أديب محمد الخالدي (2009): الصحة النفسية ، دار وائل للنشر عمان ، الطبعة الثالثة.
5. بقال أسمي (2013): أثر الدافعية و تدريبات التحصين من الضغط النفسي على التوافق لدى المدمن (دراسة ميدانية لدى عينة من المدمنين بمركز التسمم بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية و العقلية سيدي الشحمي بوهران) ، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس بجامعة وهران .
6. بوسنة عبد الوافي زهير. تقنيات الفحص العيادي. محاضرات لطلبة السنة الأولى ماستر عيادي. جامعة محمد خيضر بسكرة
7. براهيمية نصيرة (2013):إدمان المخدرات في المجتمع الجزائري (المدمن بين المرض و الإجرام)، العدد الأول،مجلة الدراسات و البحوث الإجتماعية جامعة الوادي جيجل.
8. برحيل جويده (2011):أثر السمات و الشخصية المضطربة في الاستجابة للعلاج المعرفي عند المكتئب (محاولة علاجية لست حالات ) ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي،جامعة وهران .
9. بشير معمريّة (2009): القلق الإجتماعي (المواقف المثيرة ، نسبة الإنتشار، الفرق بين الجنسين و بين مراحل عمرية) ، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية ، العدد 21-22.
10. بسمة كريم شامخ (2013) : أثر أساليب التكيف المعرفية و السلوكية في خفض الأعراض العصابية لدى مرضى القلق ، العدد 203 الجامعة السنتنصرية .
11. بدرة معتصم ميموني (2005) : الاضطرابات النفسية و العقلية عند الطفل و المراهق، الطبعة الثانية ، ديوان المطبوعات الجامعية بين عكنون الجزائر.
12. جمعية الطي النفسي الأمريكية ، تر أنور الحمادي ، الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية "DSM5".
13. حظاي صادق (2009) : الإدمان على الكحول لدى الأباء و إنعكاساته على الأسرة ، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في علم الإجتماع الجنائي ، البليدة الجزائر.
14. حامد بن أحمد ضيف الله الغامدي (2013):فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض إضطرابات القلق ، دار الوفاء للطباعة و النشر مصر.
15. زروالي لطيفة : علم النفس المرضي للراشد ، منشورات دار الأديب مخبر تطبيقات علوم النفس و علوم التربية من أجل التنمية في الجزائر جامعة وهران .
16. زينب محمود شقير (2002):علم النفس العيادي و المرضي للأطفال و الراشدين ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع عمان ، الطبعة الأولى .
17. سيجموند فرويد ، تر محمد عثمان نجاتي (1989):الكف و العرض و القلق ، دار الشروق ، الطبعة الرابعة.
18. سامر جميل رضوان (2009): الطب النفسي و علم النفس الإكلينيكي ، دار الكتاب الجامعي الإمارات العربية المتحدة ، الطبعة الأولى .
19. ستيفين بالمر و آخرون ، تر محمود عيد مصطفى (2008):العلاج المعرفي- السلوكي المختصر ، دار إيتراك للطباعة و النشر و التوزيع ، الطبعة الأولى .

20. طه عبد العظيم حسين (2007): العلاج النفسي المعرفي مفاهيم و تطبيقات ، دار الوفاء للطباعة و النشر مصر ، الطبعة الأولى.
21. عادل الدمرداش (1982): الإدمان مظاهره و علاجه ، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة و الفنون و الآداب ، الكويت ، عالم المعرفة.
22. عبد الحميد محمد الشاذلي (2001) : الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ، المعهد العالي للخدمات الإجتماعية ، المكتبة الجامعية الإسكندرية مصر ، الطبعة الثانية .
23. عبد الغني صلاح الدين (2000) : الصحة النفسية ، دار الفكر العربي القاهرة ، الطبعة الأولى.
24. عبد الستار إبراهيم ، عبد الله عسكر (2008): علم النفس الإكلينيكي ، الطبعة الرابعة ، مكتبة الأنجلو المصرية ، القاهرة.
25. عبد الرحمن العيسوي (1997):العلاجي السلوكي ، دار الراتب الجامعية ،بيروت لبنان ، بدن طبعة .
26. عبد الخالق .أ.م(2000):الدراسة التطورية للقلق،دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ص21.
27. عبد اللطيف حسين فرج (2009): الإضطرابات النفسية (الخوف ، القلق ، التوتر ، الإنفصام ، الأمراض النفسية للأطفال ، دار حامد للنشر و التوزيع الأردن ، الطبعة الأولى.
28. عادل شكري محمد كريم (2005) : المخاوف المرضية (قياسها و تصنيفها و تشخيصها)، دار المعرفة الجامعية .
29. عيسوي عبد الرحمن (1990): الأعصبة النفسية و الذهانات العقلية ، دار النهضة العربية بيروت . غانم محمد حسن (2006):الإضطرابات النفسية و العقلية و السلوكية ، الطبعة الأولى ، مكتبة الأنجلو المصرية مصر.
30. فاطمة صادقي (2014) : الآثار النفسية للإدمان على المخدرات ،مخبر تطوير الممارسات النفسية و التربوية ، المركز الجامعي تمناست الجزائر ، العدد 12.
31. كلثوم بالميهوب(2014): تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية، البرنامج الوطني للبحث تربوية و تكوين، crasc.
32. لطفي عبد العزيز الشريبي ، عادل صادق (2002) : معجم مصطلحات الطب النفس ،مركز التعريب العلوم الصحية، الكويت.
33. لويس كامل مليكة (2010) :علم النفس الاكلينيكي ، الطبعة الأولى ، دار الفكر النشرون و الموزعون المملكة الأردنية الهاشمية،عمان.
34. محمد جاسم العبيدي (2013): علم النفس الإكلينيكي ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، الطبعة الثالثة .
35. ملال صافية (2011): التكفل بحالات الرفض الوالدي لإعاقه الطفل الذهنية من خلال العلاج السلوكي المعرفي ، مذكرة لنيل شهادة ماجستير في علم النفس العيادي وهران .
36. مصطفى سويف، (1996): المخدرات و المجتمع، عالم المعرفة الكويت.
37. محمد جاسم العبيدي (2013): علم النفس الإكلينيكي ، دار الثقافة للنشر و التوزيع ، الطبعة الثالثة .
38. محمد قاسم عبد الله (2001): مدخل إلى الصحة النفسية ، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع ، الطيعة الأولى .

39. محمد الحجار (1999) : الوجيز في فن العلاج السلوكي / دار النفاس للطباعة و النشر و التوزيع بيروت لبنان ، الطبعة الأولى .
40. مصطفى نزوي القمش ، خليل عبد الرحمن المعاينة (2009): الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية ، دار السيرة للنشر و التوزيع و الطباعة الأردن، الطبعة الثانية .
41. نوربير سيلامي ، تر وجيه أسعد (2001): معجم الموسوعي في علم النفس ، الجزء الأول ، منشورات وزارة الثقافة دمشق سوريا.
42. هوفمان إسجي ، تر مراد على عيسى (2012): العلاج المعرفي السلوكي المعاصر (الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية ، دار الفجر للنشر و التوزيع مصر ، الطبعة الأولى .

### المراجع الأجنبية :

43. Boutanier Juliette Furzer (1945): Langoisse, Presse Universitaire Puf.
44. Chiland (C)(1983): Entretien Clinique , PUF , Paris.
45. Cara Katz Et Al , La Version Francaise A Eté Revisee Par Martin Lepage , Ph,D, Montoal(2013): Les Trouble De Lhumeur Et De Lanxiete (Conference Scientifique , Volume 2 , Numero 3 Canada).
46. Dan Véléa (2005): Toxicomanie Conduites Additives, Hdf(Heures De France), Paris.
47. Isabelle Varescon (2005) : Psychopathologie Des Conduites ADDICTIVES (ALCOOLISME ET TOXICOMANIE) EDITION BELIN PARIT.
48. Jean Cottraux Les Therapies Comportementales Et Cognitive, 3<sup>e</sup> Edition Revue Et Augmente Masson III , Paris.
49. J. Bergeret Et Al: Psychologie Pathologique Theorique Et Clinique , 10em Edition Masson 3 Elsevier Masson.
50. Jhon Haier(1992): Addiction And Biological Effect, University Of America.
51. J. Goulet, L. Chaloult(2013) : Guide De Pratique Pou Levaluation Et Le Traitement Cognitivo-Cmportemental Du Trouble Panique Avec Ou Sans Agoraphbie(Tpa), Hospital Du Sacre-Cœur De Montreal.
52. 10. R. PERRON(1995) : La Genese De La Personne , 1ere Edition , Puf , Paris.

### موقع إلكتروني:

Content://Com.Sec.Android.App.Sbrowser/Readinglist/0401  
170957.Mhtml, Heure 19:30, Date 15-03-2017

ملاحق

## العقد العلاجي :

نحن الممضيان أسفله نتعهد بضرورة الإلتزام بما سوف تتضمنه شروط هذا العقد و التي تتمثل في :

- إلتزام المعالج بسرية المعلومات و عدم إطلاع أي أحد بها .
- الإلتزام بعدد الجلسات الذي تم الإتفاق عليه و التي قدرة بـ 8 جلسات إضافة إلى جلسات متابعة .
- ضرورة الإلتزام بالمواعيد و عدد الجلسات و بزمن الجلسة الذي لا يفوق 60 دقيقة .
- الدور النشط و الفعال للمفحوص و مساهمته في الجلسات بالمساهمة في تحديد أهداف الجلسات و ضرورة إنجاز الواجبات المنزلية.

إمضاء الحالة

إمضاء المعالج

ورقة التنقيط سلم تقدير القلق لهاملتون للسيد (ش.ش) :

الملحق رقم 2

شديدة جدا	أعراض شديدة	أعراض متوسطة	أعراض طفيفة	لا توجد أعراض	البنود	
					قلق و انشغال البال - انتظار الضرر أو الأسوء - التخوف و الخشية (توقع حدوث أمر ما مصحوب بخوف) - قابلية الغضب.	1- مزاج قلق:
					إحساس بالضغط - قابلية التعب - عدم القدرة على الإسترخاء - ردود فعل انتفاضية - بكاء بسهولة - ارتعاشات - إحساس بعدم القدرة على المكوث في مكان واحد.	2- الضغط :
					من السود و الأسود - من الأشخاص الذين لا تعرفهم - من تركك وحيدا - من الحيوانات الكبيرة - من السير أو التنقل - من الشحود.	3- بكاء :
					صعوبات النوم - نوم متقطع - نوم غير مريح مصاحب بتعب عند الإستيقاظ - أحلام شاقة - كوابيس - رعب ليلي.	4- الأرق :
					صعوبات الإنتباه - ذاكرة ضعيفة .	5- الوظائف المعرفية :
					فقدان الإهتمام - غياب اللذة في أوقات الفراغ - اكتئاب - تغيير المزاج خلال اليوم -أرق خلال فترة الصباح.	6- مزاج اكتابي :
					أم عضلية - تصلبات عضلية - رجفات عضلية - هزات ارتعاشية - صر الاسنان أي تحدث صوتا كريها و حادا.	7- أعراض سوماتية عامة:
					طنين الأذنين - رؤية غير واضحة - موجة من الحرارة و البرودة - إحساس بالضعف - إحساس بالخز	8- أعراض سوماتية عامة (حواسية) :
					تسارع نبضات القلب - خفقان - ألان في الصدر - اهتزازات في	9- أعراض قلبية عرقية :



					الأوعية الدموية - إحساس بالإغماء.
					<b>10- أعراض تنفسية :</b> إحساس بالثقل على الصدر أو توتر شديد - إحساس بالإختناق - تنهد - عسر التنفس .
					<b>11- أعراض معدية-معوية:</b> صعوبات البلع - تخمة - آلام بعد أو قبل الطعام - إحساس بالحرق - انتفاخ البطن - حرقة في المعدة ناشئة عن سوء الهضم - غثيان - تقيء - فراغ في المعدة - مغص بطني - كركرة أو قرقرة - صوت حركة الغازات أو سوائل في الأمعاء - إسهال - فقدان الوزن - قبض البطن.
					<b>12- أعراض تناسلية بولية:</b> انقطاع الطمث - فرط الطمث - ظهور برود جنسي - تبول متكرر - تبول استعجالي - قذف مبكر - غياب الإنتصاب - ضعف جنسي.
					<b>13- أعراض الجهاز العصبي الذاتي:</b> جفاف الفم - احمرار مفرط - اصفرار - ميل لتعرق - دوخة - صداع - انتصاب الشعر أي قشعريرة.
					<b>14- السلوكيات خلال المقابلة :</b> عام : عدم الإرتياح ، هياج عصبي : يظهر على الأيدي و تحريك الأصابع ، اللزمات ، إستعمال المنديل. عدم السكون : ذهاب و إياب ، ارتفاع الشد العضلي ، ارتعاش الأيدي ، جبهة متموجة ، تنفس ، لاهت ، اصفرار الوجه. فيزيولوجيا : ابتلاع اللعاب ، زيادة نبضات القلب خلال فترة الراحة ، ارتعاشات ، جفون ملتوية ، ارتعاش الجفون ، تعرق.

- مجموع الدرجات : ( ... ) . - نقطة القلق النفسي : ( ... ) . - نقطة القلق السوماتي : ( ... ) .

ورقة تنقيط إستمارة MAST :

1. Pensez vous que vous consommez de l'alcool en quantité plus que la normal? 1. هل تعتقد أنك تستهلك الكحول بكميات أكثر من المعتاد؟	2=نعم	0=لا
2. Vos proches vous ont-ils déjà fait des reproches au sujet de votre consommation ? 2. هل المقربون لك سبق لهم أن ألقوا اللوم عليك فيما يخص موضوع استهلاكك أو شربك للكحول؟	1=نعم	0=لا
3. Vous été-vous déjà senti coupable au sujet de votre consommation d'alcool ? 3. هل شعرت بالذنب اتجاه موضوع استهلاكك للكحول؟	1=نعم	0=لا
4. Est-ce que vos amis et vos proches parents pensent que vous êtes un buveur normal ? 4. هل أصدقائك و أقاربك يعتقدون أنك شارب طبيعي؟	0=نعم	2=لا
5. Arrivez-vous toujours à stopper votre consommation d'alcool quand vous le voulez ? 5. هل يمكنك دائما التوقف عن استهلاك الكحول عندما تريد ذلك؟ أو هل عندما تريد التوقف عن استهلاك الكحول تستطيع ذلك؟	0=نعم	2=لا
6. Avez-vous assiste a une renions d'anciens buveurs (alcooliques anonymes) pour un problème d'alcool ? 6. هل سبق و أن حضرت لاجتماع مستهلكون للكحول سابقا (مدمني الكحول دون الكشف) عن مشكلة الكحول؟	5=نعم	0=لا
7. est-ce que l'alcool a déjà crée des problèmes entre vous et votre conjoint (e) ? 7. هل سبق و أن خلقت أو أدت الكحول مشاكل بينك و بين زوجتك أو زوجك؟	2=نعم	0=لا
8. avez-vous déjà eu des problèmes professionnels à cause de votre consommation d'alcool ? 8. هل سبق أن كانت لديك مشكلة مهنية بسبب استهلاكك للكحول؟	2=نعم	0=لا
9. avez-vous déjà néglige vos obligations, votre famille ou votre travail pendent deux joues de suit ou plus en raison de votre consommation dialcool ? 9. هل سبق أن أهملت التزاماتك ، اتجاه عائلتك أو عملك خلال يومين متتاليين أو أكثر و كان ذلك سببه إستهلاكك للكحول؟	2=نعم	0=لا
10. Avez-vous demande de laide ou des conseils à	5=نعم	0=لا

autrui au sujet de votre consommation d'alcool ? 10. هل طلبت المساعدة أو مشورة الآخرين فيما يخص موضوع استهلاكك للكحول؟		
11. Avez-vous déjà été hospitalise en raison de votre consommation d'alcool ? 11. هل سبق لك الاستشفاء بسبب استهلاكك للكحول؟	نعم=5	لا=0
12. Avez-vous déjà été arrêté ne serait-ce que quelques heures en raison Dun état diverse ? 12. هل سبق و أن ألقى القبض عليك ولو لبضع ساعات و أنت في حالة سكر؟	نعم=2	لا=0
13. Avez-vous déjà été inculpe d'ivresse ou volant ? 13. هل سبق لى أن كنت متهم في قضية الياقة في حالة سكر ؟ أو هل سبق و أن ألقى القبض عليك و أنت تفود في حالة سكر؟	نعم=2	لا=0

TOTAL : (...)

**الملحق رقم 4**  
شبكة التقييم الذاتي لنوبة الهلع (GAAP)

التاريخ	الوقت	المدة	الشدة (1-10)	مع من	نوع هجمة الهلع	الأحاسيس أثناء الهجمة	ما هي الأفكار التي تنتابك
				1. لوحديك 2. برفقة (مع من)	1. نجمت عند التعرض لحالة مقلقة 2. نجمت من خلال تفكيرك في الوضع الذي يقلقك و تخشى أن يكون مشكل و الذي من شأنه أن يحدث 3. نجمت عن أحاسيس سوماتية 4. عفوية و غير متوقعة و بصورة فجائية	1. إختناق 2. الدوخة 3. خفقان 4. إرتعاشات 5. التعرق 6. غثيان أو تلبك في البطن 7. الوهمية/أنك منفصلا على ذاتك 8. خذر/وخز 9. أحاسيس بالحرارة /قشعريرة 10. ألم أو إنزعاج صدري 11. خوف من الموت 12. الخوف من الجنون أو من فقدان السيطرة	أ- قبل ب- أثناء ج- بعد هجمة الهلع
							أ- ..... ب- ..... ج- .....
							أ- ..... ب- ..... ج- .....
							أ- ..... ب- ..... ج- .....
							أ- ..... ب- ..... ج- .....
							أ- ..... ب- ..... ج- .....