

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة وهران 2 محمد بن احمد



مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستري في علم النفس

تخصص: علاجات نفسية

# فعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الإدمان على الكحول

إشراف:

محرزي مليكة

إعداد:

بنابي مريم

أمام لجنة المناقشة المتكونة من:

رئيسا	جامعة وهران 2	أ. حسنية لصقع
مشرفا ومقررا	جامعة وهران 2	د. محرزي مليكة
مناقشا	جامعة وهران 2	أ. طالب سوسن

الموسم الجامعي:

2018/2017

# الإهداء

الحمد و الشكر لله الذي أعانني على إنجاز هذا العمل  
أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة "محززي مليكة" التي أعانتي و وجهتني  
و التي لم تدخر جهدا معنويا أو معرفيا من أجل اتمام هذا العمل  
و أتقدم بالشكر الجزيل إلى كافة أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم عملي.  
و إلى والدي العزيزين راجية رضاهما

## فهرس المحتويات

الإهداء

فهرس المحتويات

ملخص

قائمة الأشكال

مقدمة ..... 04

### الفصل الأول:

1. الأشكالية..... 05

2. دواعي اختيار الموضوع..... 06

3. أهمية البحث..... 06

4. أهداف الدراسة..... 06

تعريف اجرائية..... 07

### الفصل الثاني: الإدمان

تمهيد

1. تعريف الادمان..... 10

2. نظريات ..... 11

3. خصائص الادمان..... 15

4. علامات ظاهرة تدل على الادمان: 16

5. أسباب الادمان..... 16

6. مراحل الادمان..... 18

7. معايير تشخيص الادمان حسب CIMO:.....19

8. ادمان المخدرات في الجزائر.....20. **Erreur ! Signet non défini.**

الخلاصة:.....21

### الفصل الثالث: الكحول

تمهيد

1) تعريف الكحول..... 23

1. السمات الشخصية للمدمتين على الكحول:.....24

2. أعراض الادمان على الكحول:.....25

3. التشخيص..... **Erreur ! Signet non défini.**

4. مراحل الاعتماد على الكحول:..... **Erreur ! Signet non défini.**

5. تصنيف الكحول أنواع الكحول:.....28. **Erreur ! Signet non défini.**

6. آثار الادمان على الكحول..... **Erreur ! Signet non défini.**

7. العلاجات المتكيفة بالإدمان الكحولي: ..... 30

خلاصة:.....32

### الفصل الرابع: العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد:

1. عوامل ظهور العلاج المعرفي السلوكي:.....34

2. تطور العلاجات المعرفية السلوكية:.....35

3. تعاريف للعلاج السلوكي المعرفي:.....37

4. أسس العلاج المعرفي السلوكي:.....39

5. مبادئ العلاج السلوكي المعرفي و شروطه:.....39
6. خصائص العلاج المعرفي السلوكي:.....40
7. الأهداف الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي:.....41
8. استراتيجيات تدخل العلاج المعرفي السلوكي:.....41
9. مراحل العلاج السلوكي المعرفي:.....41
10. فنيات العلاج السلوكي المعرفي:.....42
11. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:.....45
12. العقد العلاجي .....46
13. المقابلة التحفيزية .....47
14. تقنيات 4R.....50

#### الفصل الخامس: دراسة استطلاعية.

تمهيد

1. المنهج العيادي:.....53
2. أدوات الدراسة:.....54
3. كيفية تحديد الدراسة:.....55
4. جدول الدراسة .....56
5. تقديم الحالة :.....58
6. تحليل النتائج:.....63
7. مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات: 65
- الخاتمة.....67
- توصيات و اقتراحات:.....
- قائمة المصادر و المراجع.....

## ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة الحالية إلى الكشف عن مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للحد من الإدمان الكحولي، قد تم القيام بهذه الدراسة بمستشفى العسكري الجهوي بوهرا، بمصلحة الأمراض العقلية، وتم الاعتماد على دراسة استطلاعية المتكونة من خمس حالات التي عانت من إدمان كحولي و مصاحبة باضطرابات أخرى، و من بين هذه الحالات تم تحديد الحالة (ب.ع) البالغ من العمر 30 سنة الذي يعاني من اضطراب الإدمان على الكحول.

و للتأكد من صحة الفرضية تم الاعتماد على المنهج الإكلينيكي و الملاحظة العيادية، و المقابلة العيادية، بالإضافة إلى المقاييس النفسية منها: استمارة « Mast »، مقياس هاملتون للقلق، مقياس تأكيد الذات. و ذلك من خلال القياس القبلي و البعدي و بناء على هذا تم استخدام تقنيات معرفية سلوكية التي تتماشى مع الحالة منها: التعريض بالتخيل، إعادة البناء المعرفي، الاسترخاء، تأكيد الذات، و الواجبات المنزلية.

و من خلال العلاج كانت النتائج كالتالي:

انخفاض درجة القلق و الضغوط من خلال سلم هاملتون، بالإضافة إلى الأعراض التنفسية المتمثلة في الاختناق و ضيقة التنفس.

فيما يخص استمارة « Mast » نجد انخفاض في النتائج المتحصل عليها مقارنة بالقياس القبلي.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، الكحول، العلاج المعرفي السلوكي.

# الفصل الأول

مدخل إلى الدراسة

### مقدمة:

إن ظاهرة الادمان من المشكلات التي أصبحت تشكل الشغل الشاغل لأفراد المجتمع على حد سواء حيث تحولت هذه الأخيرة إلى مأساة اجتماعية بعد أن شملت أغلب شرائح المجتمع، إذ أنه لم تعد مشكلة محلية بل دولية لذلك تتكافل الهيئات الدولية و الاقليمية لإيجاد حلول جذرية لاستئصاله أو الحد منها و ترصد لذلك الكفاءات العلمية و الطبية و الاجتماعية لمحاولة علاج ما يترتب عنها من أخطار اقليمية و دولية (أحمد مشافية 2005، 61)

لذا فقد أصبحت هذه المشكلة النفس الاجتماعية من أهم المشاكل أكثر انتشارا في عصرنا هذا كما أصبحت تكلف ثمنا باهضا يتمثل في مصاريف متعلقة بإجراءات الشرطة و الجمارك و العدالة لمكافحة التهريب من جهة، و للحد من الأعمال الاجرامية المرتكبة من جهة اخرى بالإضافة إلى تكاليف 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 (يقال أ 2013، 14).

و يعرف الادمان بأنه تعاطي العقاقير المركبة أو الطبيعية في فترات أو غير انقطاع لدرجة تؤثر على الجسم أو العقل أو كليهما معا.

و لقد تم استخدام مصطلحات اخرى بدلا من مصطلح الادمان و تمت مراجعتها باستمرار لاحتواء كلما يتعلق بطبيعة السلوك الناجم عن استخدام تلك العقاقير لفترات طويلة من الزمن، و توصلت منظمة الصحة .WHO

إلى أن مصطلح الادمان لم يعد مفيدا كمصطلح علمي و توصلت إلى بأن يكون الاعتماد على العقاقير لا جديد عن استخدام المصطلحين السابقين هما: الادمان و التعود Habituation و على هذا أصبح من الضروري أن نفرق بين الاعتماد العضوي و الاعتماد النفسي (محمد أحمد 2010، Mo)

و على حسب الدليل الاحصائي للاضطرابات العقلية الذي اهتم سلوكيات الادمانية نجد الادمان الكحولي أو اضطراب استعمال الكحول، الذي تعددت أسبابه إلا أن هناك حقيقة بأن الفرد الكحولي هو الذي فقد السيطرة على التحكم في شربه إلى حد الوصول به إلى عواقب كثيرة (الشريفي صادق، 2002، ص 16)

و هذا ما دعى مختصون في الأمراض العقلية إلى تطبيق مادة 6 من القانون الجزائري 2004 حول الادمان يمنح المدنيين خيار الخضوع للعلاج أو السجن عند الامساك بهم متلبسين عند تناول المخدرات و ذلك عبر كامل التراب الوطني للحد من تطور ظاهرة الادمان على المخدرات و تؤكد التصريحات الأخيرة للمسؤولين أن عدد المدنيين يفوق بكثير 60 ألف مدمن بينما تشير الاحصائيات إلى أن عدد الجزائريين المدمنين على المخدرات بلغ





### 1. الاشكالية:

الكحول هو مشكلة صحية عامة بشكل عام، و يعتبر واحد من أهم المدمنات الكيميائية و يدخل في العديد من الصناعات و دوائيا لإنتمائته. لمجموعة المهدئات و المنومات و قليلا ما يستخدم فيه هذه الاعراض.

و إذا ما تشاء لنا عن الأسباب التي تدفع الناس لشرب الخمر لوجدنا أنه من الصعب التعرف على العوامل التي تؤدي لسوء الاستعمال لأنه هناك من يرى ان ضغوط الحياة تدفعه لذلك هناك من يرى أنه تجعله اجتماعيا و تترك الكحول تأثير التعديل على الجهاز العصبي و البعد عن التوتر و عن القيود و الضوابط الاجتماعية و الشعور بالراحة الانفعالية و الشعور بالسرور و الفرح و الابتهاج أو الضحك، و هناك أنواع مختلفة من الكحول بينما الكحول الاتيلي الذي لا يفقد الانسان وعيه كله و إلى حالة السكر و شرب الكحول الخشبي قد يؤدي إلى العمى أو الوفاة (عبد الرحمن عسيوي، 2011، 260)

و زيادة على ذلك فإن تعاطي الكحول بصورة متكررة يمكن أن يؤدي إلى الادمان Addiction إلا أنه ليس من الضروري أن يصل كل شاربي الكحول إلى حالة الادمان حيث يتوقف ذلك على نمط التعاطي و على كمية الكحول المتعاطاة و على زمن التعاطي و حالة التعاطي للكحول و بكميات كبيرة و بعدد كبير من المرات في اليوم يمكن تسميتها "بالكحولية" كما يسمى الشخص المتعاطي مدمن الكحول: و يؤدي استخدامها إلى الاعتماد النفسي و الجسدي.

حيث أن لهذه الأخيرة العديد من مضاعفات كأمراض الكبد المزمنة، السرطان و حتى الأطفال الذين يولدوا فالكحول هو سبب الاعاقة من أصل غير وراثي فاستهلاكه يسبب الوفيات و الاعاقات في وقت مبكر شيئا من الحياة في الفئة العمرية 39 – 20 ما يقرب 25 % من جميع الوفيات و لقد اشارت الدراسة العلمية أن حوالي 11 % من البالغين في الولايات المتحدة الأمريكية يتعاطون الكحول، كما وجد استخدامه متساوي عند رجال و نساء على السنوات و أثبتت الدراسات أن تعاطي الكحول لفترة زمنية مقدارها 10 سنوات يؤدي إلى زيادة معدل الوفيات إلى الضعف. (Carie Moeme 2015 p 30)

لذا حرصت الشريعة الاسلامية على تحريمه لما له من أضرار وخيمة على صحة الانسان و خاصة تأثيره على الكبد حتى لو في جرعات قليلة أو مستمرة و لكنه في الجرعات الكبيرة سكر حسب السنة النبوية.

تنص أن: "ما اسكر كثيره فقليله حرام" صدق رسول الله

و فيما يخص العلاجات المتعلقة بالإدمان الكحولي نجد أن العلاج السلوكي المعرفي عمل بشكل كبير على إثبات فعاليته في علاج حالات الادمان مقارنة بعلاجات الأخرى المتمثلة في العلاج التحليلي و السلوكي خاصة في السنوات الأخيرة، و بما أن العلاج السلوكي المعرفي أثبت نجاحه لذلك طبقته في دراستي و أريد أن أس من خلال تطبيقه الأفكار اللاعقلانية بالإضافة إلى تقنية التعريض الخيالي و تأكيد الذات

### 2. دواعي اختيار الموضوع:

اعتبار هذه الظاهرة عالمية و عرفت انتشار واسع في السنوات الأخيرة و ارتفاع عدد المدمنين.

الرغبة في الاطلاع على هذه الآفة و الكشف عن كل النواحي و الظروف المؤدية لذلك.

مساعدة المدمن على الحد من تعاطي الكحول.

### 3. أهمية البحث:

التعرف على واقع الإدمان الكحولي و ما هي السباب المؤدية له.

ابراز مخاطر هذه الظاهرة على حياة المدمن.

### 4. أهداف الدراسة:

التعرف على تأثير العلاج المعرفي السلوكي في تقليل من حدة الإدمان على الكحول.

تبصير المدمن بحالته قبل العلاج لمعرفة أثر العلاج.

التعرف على الآثار الناجمة عن الادمان والظروف الاجتماعية و الضغوطات المؤدية للإدمان

### التعاريف الإجرائية:

- الإدمان: هو اضطراب سلوكي يتميز بالرغبة في تناول مخدر معين الذي يترتب عنه تبعية نفسية و جسدية.
- الكحول: هو عقار كيميائي ناتج عن عملية التخمر، بحيث ينتمي إلى فئة المنومات، و الإفراط في تناوله يؤدي إلى تأثيرات سلبية على الصحة النفسية، المهنية، العائلية...
- العلاج المعرفي السلوكي: هو احد الأساليب العلاجية النفسية، التي تحاول تعديل السلوك، و الانفعالات، و الأفكار اللاعقلانية الخاطئة التي تعتمد على مجموعة من المبادئ و التقنيات التي تسعى لمعالجة الاضطرابات السلوكية.

# الفصل الثاني

## الإدمان

تمهيد

1. تعريف الادمان

2. الصيغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير سلوك المرضى ما يلي:

3. خصائص الادمان

4. علامات ظاهرة تدل على الادمان:

5. أسباب الادمان

6. مراحل الادمان

7. معايير تشخيص الادمان حسب CIMO:

8. ادمان المخدرات في الجزائر:

الخلاصة:

## تمهيد

مما لا شك فيه أن ظاهرة إدمان المخدرات أزمة متعددة الأبعاد على حياة الفرد سواء على البعد العقلي أو الاجتماعي، لأنه أصبح من أهم المشكلات التي ازداد ظهوره في السنوات الأخيرة في كل المجتمعات، وأصبح يمس كل الفئات العمرية ليس الراشد فقط.

لذا أصبح من الضروري الوقوف عند هذه الظاهرة ودراسة والتعرف على الأسباب المؤدية له

## 1. تعاريف الإدمان:

الإدمان لغة: مواظبة و مداومة يقال أدمن الشراب و غيره أدامه و لم يقلع عنه و يقال أدمن الأمر بمعنى واطب عليه.

اصطلاحاً: هو حالة من التسمم الدوري أو المزمّن ضار للفرد و المجتمع و ينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الانشائي و يتصف الإدمان برغبة أو حاجة لا يمكن قهرها كما يتصف بالميل نحو مضاعفة الجرعة و يسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي (نائل محمد، ابراهيم قرقر، 1999، 174)

## عرفته منظمة الصحة العالمية (OMS)

الإدمان بأنه حالة تسمم مزمنة أو مؤقتة نتيجة استهلاك متكرر لمخدر طبيعي أو صناعي من صفاته أنه رغبة لا يستطيع التحكم فيها و كذلك رغبة في استمرار فيها و أخذها مهما كانت الأسباب و كذلك عمل على رفع كميات الجرعة و خلق تبعية نفسية وجسدية (ربوح حداد , 2008, ص35)

الإدمان : هو تعاطي مواد لديها قدرة على إحداث التبعية الجسمية و النفسية و هذه المواد عادة تدعى المخدرات الآن لديها القدرة على تعديل الجانب النفسي للمتعاطي و على رأسها الحشيش و مواد مشروعة تحدث الإدمان أيضا هي الكحول و التبغ و المهدئات و الامفيتامينات

(Larousse medical , 200 : 1046)

## 4-تعريف ايفرييلسيوتولي :

الإدمان الاستهلاك لواحد او عدد من المواد المخدرة بشكل ملحوظ و منظم و هو أيضا سلوك موجه نحو هدف الحصول على لذة . فالوصول الى هذه اللذة التي تزول تدريجيا تتولد عنها رغبات جديدة شادة تنجم عن تكرار تعاطي الشخص لمخدر (ynes.pelicer et guythuilier 1976 P 97)

## 5- تعريف مصطفى يوسف:

يقصد به التعاطي المتكرر لمادة أو مواد نفسية لدرجة أن المدمن يكشف عن انتشار شديد بالتعاطي و عن عجز أو رفض للإنقطاع أو لتعديل سلوكه الادماني و تعاطيه للمخدر و كثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا ما توقف عن التعاطي و يصبح تحت سيطرة المخدر إلى درجة استبعاد أي نشاط آخر (مصطفى يوسف، 1996، ص 13)

## تعريف نوربارسيلامي: Norbetsillamy

الإدمان هو اشتهاة أو رغبة قوية في تناول المواد المخدرة و التي ينتج عنها حالة التبعية إذ أن المدمن تسيطر عليه الرغبة الملحة و القهرية في استعمال المواد المخدرة الطبيعية منها و المستحضرة من أجل الحصول على احساسات ممتعة كاليقظة و الأمن، و الخيالات النشيطة و كذلك من أجل تعويض نقص معين في إطار العلاقة بالموضوع و التي تشكل "ثغرة نشيطة" Creux actif في تنظيم الشخصية و كذلك ايجاد حل و هي لمشاكله النفسية و من أجل الهروب أيضا عن طريق أحلام اليقظة من الصعوبات التي يعيشها. (Norbetsillamy 1993 P) (680)

الإدمان هو الاعتماد النفسي على استخدام مواد كيميائية أو أنشطة معينة فبعض الأفراد يتطور لديهم الادمان للكحوليات أو منتجات الكافيين أو التبغ أو المخدرات.

و قد حل أخيرا مصطلح "سوء استخدام" محل ادمان خاصة فيما يتعلق الأمر بالأدوية و العقاقير (أحمد الحسيني، 2016، ص 10)

النظريات المفسرة للإدمان:

هناك مجالات بحث كثيرة تهتم بدراسة الادمان و تحليل أسبابه و تفسير طبيعته، إلى أن هناك وجهات نظر مختلفة حول تفسير هذه الظاهرة.

## 1. النظرية البيولوجية

هذا التفسير يرجع الإدمان على المخدرات إلى عوامل بيولوجية تتعلق بطبيعة جسم الانسان و بطريقة عمل الجهاز العصبي فالجسم عندما يتكيف مع هذه المواد المخدرة تعدت الادمان أما إذا لم يتكيف معها لا يحدث الادمان.

لازالت الدراسات تتأرجح حول تأكيد العوامل الوراثية في حالات الادمان من عدم وجودها (رشاد عبد اللطيف، 1999، ص 20) و نذكر في هذا المجال دراسة "فرنعتن" الذي وجد أن 39% من أبناء متعاطي المخدرات

أصبحوا مدمني المخدرات، في حين أن 16% فقط من أبناء المحرمين أصبحوا يتعاطون المخدرات و لكني بالوراثة انتقال بعض السمات و الخصائص من الآباء و الأجداد إلى الأبناء عن طريق الجينات مثلا مثال على ذلك أن الفرد المدمن له أب مدمن و أن سمة الادمان اكتسبه من والديه (أب – أم أو كلاهما) إلا أن البحوث العلمية تؤكد أن الادمان سلوك مكتسب و متعلم، و هو مرض شاد (عبد الرحمن عيسىوي، 1999، ص 377) إذن الظروف الاجتماعية و البيئية و المحيطية بالفرد هي المسؤولة عن ادمان الفرد و هناك بعض البيئات التي يتعذر منها الأفراد المدمنين كالأسر الفقيرة و المنهارة و المتفككة التي يسودها الصراعات و الحرمان العاطفي.

حسب عادل صادق 1986 يقول أن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين الآلام و تعرف باسم Endophiens و الانكفاليينات أي هناك أفيونا داخليا يفرز من مخ الانسان لتسكين الآلام و معنى ذلك عن أن هاتين المادتين تساعد على تخفيف الآلام و تهدئتها. (حسن فايد 2000، ص 355)

## 2. النظرية النفسية:

يعتبر الإدمان من المواضيع التي تخص مجال علم النفس حيث يحاول بعض الباحثون في هذا المجال إعطاء بعض التفسيرات لهذا السلوك و يرى علماء النفس أن تعاطي المخدرات يكون بديلا لتفادي الحرمان و الاحباط. (رشاد أحمد، 1999، ص 58) و من هذا المنظور يعتبر كلا من الإحباط و الحرمان التي تدفع نحو طريق الإدمان يرى هوناي "Honey أن تعاطي المخدرات يعتبر عدوان موجه نحو الذات بسبب الحب و اضطراب العلاقة مع الوالدين.

أما المدرسة السيكودينامية فتشير إلى أن الادمان عرض أكثر من نوعه سبب لمشكلات سلوكية و انفعالية (محروس شناوي و آخرون 1998، ص 483) و من هنا يتضح أن الادمان على المخدرات قد تكون سببا في ظهور بعض المشاكل الانفعالية و السلوكية، كما قد يكون هذه المشاكل هي المؤدية للإدمان.

و يعتبر "سيغموند فرويد" من الذين اهتموا بموضوع الادمان و تفسيره فهو يرى أن تعاطي الأفراد للمخدرات إنما يعود إلى العديد من العوامل أهمها تعرض الشخص لتجارب متعددة من الاحباطات (محمود حسن غانم، 2006، ص 55) أي أن الفشل في تحقيق أهداف الحياة يسبب لدى الفرد الاحباط و يجعله في موقف القلق و عدم الاستقرار.

و تصنف مدرسة التعليل النفسي مظاهر الادمان، على المخدرات في الاشكالية التالية:

- المرح و الانبساط الشكل الأساسي للإدمان.

- اضطراب نشاط جنسي.



• تدهور عقلي.

• تدهور خلقي، اجتماعي و مهني.

وعليه فحسب مدرسة التحليل النفسي فإن مدمن المخدرات تظهر عليه جملة من الأعراض المرضية تشمل نشاطه الجنسي قواه العقلية تدهور الممكات العقلية قيمة الأخلاقية (تدهور الأخلاق) و علاقته الاجتماعية (صعوبات التكيف) و مشاكل صعوبات في العمل. (محمود غانم، 2006، ص 78)

### الصيغة العامة لنظرية التحليل النفسي في تفسير سلوك المرض ما يلي:

الاحباط لا يقوى الراشد على مواجهة آثار النفسية بحل واقعي مناسب أما لضخامة الاحباط، من هذا التفسير نستنتج أن الاحباط و عدم القدرة على تحمله هو السبب الكامن وراء السلوكات المرضية و التصرفات الشادة (عيسوي، 1993، ص 81)

### 3. النظرية السلوكية:

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

### أ. التعلم عن طريق الاشتراط الكلاسيكي:

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

أ. نمودج استجابة الاشتراط التعريفي: هذا النوع وضعه سجل Séegle 1978 حيث يرى أن المثيرات البيئية المرتبطة بتعاطي الكحول ترتبط بآثار الكحول في جسم الانتاج استجابة شرطية صممت متناقضة أو مخالفة لتأثير العقار و هذه الاستجابة التعويضية صممت لخفض التوازن الحيوي للجسم بحيث تزداد استجابة التوازن الحيوي الاشتراطي مع استمرار إدمان الكحول (حطاي 2009، ص 24)

ب. نمودج دافعية الاستهزاء الاشتراطي للسكر: هذا النمودج وضعه ستيوات و آخرون "1984" و طبقا لهذا النمودج فإن المثيرات الشرطية المتعلقة بالآثار التعزيزية الموجبة للعقار مثل رائحة العقار الأضواء التي تزين المكان الذي يتم فيه التعاطي للكحول، يمكن أن تصبح قادرة على استدعاء حالة الدافعية بنفس الدرجة التي يعدتها العقار ذاته، و هذه الحالة تدفع بقوة إلى البحث عن العقار و استخدامه.

### ب. التعلم عن طريق الاشتراط الاجرائي:

يهتم بالاشتراط الاجرائي بالآثار التي تعقب السلوك أو الفاصل الزمني الذي يفصل بين السلوك و آثاره، فمن المعروف أن الادمان الكثير على الكحول يرتبط بالشعور بالنشوة و الراحة بعد التعاطي بفترة قصيرة و لا تأتي النتائج السلبية و الضارة إلا بعد فترة أو بعد الامتناع عن الكحول، و هو ما يدفع المدمن إلى الاستمرار في التعاطي. (حطاي، 2009، ص 24)

### ت. التعلم الاجتماعي:

اعتمد نموذج التعلم الاجتماعي في تفسيره لسلوك التسرب و الانتكاسة على التراكيب الذهنية و بعض مبادئه و تتوسط العوامل المعرفية كل تفاعلات الفرد – المحيط و من أهم التراكيب المرتبطة بسلوك التعاطي، تعيد فعلية الذات و توقع النتيجة، التي يتغدها الفرد في وضعية ضاغطة و بهذا ترفض نظرية التعلم، فكرة أن السلوك يتحدد فقط بمبادئ الاشتراط الكلاسيكي و الاجرائي.

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 الافراط في شربه، إلى تعود فيزيولوجي و سلوكي متعلم و لا يتأتى من خلال التعزيز المباشر الذي يترتب عن انقاص التوتر النفسي و اضعافه بفعل تناول الكحول و لكن نتيجة معتقدات و توقعات الشارب حيال ما يفعله الكحول في نفسيته إضافة إلى مدركاته و تفكيره الالعقلاني، كلها تحولات معززة هامة في ترسيخ الادمان و تعزيره، و تساهم المعتقدات أن الكحول يضعف التوتر النفسي و يزيد الفاعلية الاجتماعية أو يمنع الانزعاج النفسي إسهاما كبيرا في مساعدة الناس على تعلم الشرب بصورة غير تكيفية، في البداية، و من تم البقاء على هذا السلوك اللاتكفي (حطاي، 2009، ص 26)

### النظرية النسقية العائلية:

ترتكز هذه النظرية على عنصر التواصل، حيث تعتبر أن الادمانات الكحولية كعرض خاص بسيرورة معقدة من التبادلات العائلية التي و حسب سببه من النوع الدائري تدعم الافراط في الشرب و يمكنها أن تعارض كل محاولة للتغيير (زروالي لطيفة، 2014، ص 26)

### النظرية المعرفية:

يرى أصحاب المعرفية أن السلوك المضطرب أو الشاد و من ضمنه سلوك التعاطي هو نمط من الأفكار الخاطئة أو غير المنطقية التي تسبب الاستجابات السلوكية غير المتوافقة و السلوك هنا يتم اكتسابه من خلال الملاحظة و التقليد و قد أوضح "باندورا" أهمية العوامل المعرفية كأفكار الناس و معتقداتهم في تنظيم السلوك و اعتبر أن

التفكير هو المتغير الوسيط أو الدخيل بين المثير والاستجابة (حسين قايد، 2001، ص 31) فالأفراد الذين لديهم معرفة و توقعات بتأثير الكحول قبل أن يبدأ في استخدامها لزمان طويل و حين استخدمها فإن معرفتهم و توقعاتهم تصبح أكثر تركيزا و تحديدا و يذهب مارلات 1988 Marillet حيث يرى أنه حينما يصبح الإنسان مدمننا فإن سلوكه يتحدد إلى حد كبير بتوقعاته حول ما يجب أن يفعله أو يسلكه فضلا عن أنه يتحدد بتأثيرات الفارماكولوجية للكحول و المخدرات.

يرى أصحاب هذا الاتجاه بأن استخدام المخدرات في موقف استجابي قد يرجع إلى التوقع بأن الاستخدام سيخفض من أعراض الانسحاب الواقعة و المتوقعة و ليس لأن الشخص يستجيب لا إراديا إلى الاحتياجات الجسمية لظاهرة اشتهاؤ المخدر (حسين قايد، 1994، ص 17)

### النظرية الطبية :

إن تعاطي الكحول و المواد المخدرة و العقاقير يسبب تأثيرات جسمية متفاوتة فيما بينها من حيث الشدة و النوع فتظهر هذه التأثيرات على شكل اضطرابات و أمراض جسمية كثيرة، و الإدمان بالنسبة للطب مشكلة صحية لأنه يسبب أمراض كثيرة كأمراض الجهاز المعوي، الجهاز النفسي، الجهاز الهضمي، التناسلي الكبد، الكلى.(عفاق عبد المنعم، 1995، ص 183)

## 2. خصائص الإدمان:

✚ الرغبة الملحة في الاستمرار على تعاطي لعقار و الحصول عليه بأي طريقة.

✚ زيادة الجرعة بصورة متزايدة لتعود الجسم على العقار و إن كان بعض المدمنين يضلون على جرعة ثابتة.

✚ الاعتماد النفسي و العضوي على العقار.

✚ ظهور أعراض نفسية و جسمية مميزة لكل عقار عند الامتناع عنه فجأة.

✚ ظهور الضارة على الفرد المدمن و المجتمع (فتحي دردار 2001، ص 36)

## 3. علامات ظاهرة تدل على الإدمان:

❖ مزاج مضطرب بين القلق العصبية بعد فترة قصيرة من زوال العقار أو المادة المخدرة.

❖ النشوة و الفرح إلى درجة تخيل أشياء قد لا تتحقق.

- ❖ التعب الدائم و خاصة عند الاستيقاظ و عدم الرغبة في الذهاب إلى العمل أو المدرسة بسبب عدم القدرة على بدل مجهود جسدي أو عقلي.
- ❖ البقاء خارج المنزل فترة طويلة و الرغبة في البقاء خارجه.
- ❖ الكآبة و الشرود فالمدمن لا يستطيع الاصغاء إلى الأحاديث و لا يمكن أن يشارك في نقاش لأنه فقد القدرة على التركيز خاصة مع زوال العقار في الجسم.
- ❖ التكتم في علاقاته خارج الأسرة خاصة أصدقاءه الجدد. (فتحي دردار 2001، ص 37)

#### 4. أسباب الادمان:

##### أسباب نفسية:

- اضطراب الشخصية و خاصة الاضطراب العاطفي.. التوتر المستمر و عدم الاستقرار\_القلق.
- الاكتئاب.. الوسواس القهري\_ الهروب من الواقع المؤلم نفسيا.. سوء التوافق أو عدم الارتواء أو الضعف الجنسي.
- المشكلات الشخصية و الانفعالية دون حلول الصدمات النفسية العنيفة (جلال محمد سرى، 2003، ص 19)

##### أسباب اجتماعية:

- رفاق السوء من المدمنين و الخضوع للضغط و الاغراء و تيسير الحصول على مواد التعاطي مع الترغيب و التهيب و التهديد.
- الظروف السيئة لبيئة العمل و ضغط العمل المستمر و عدمالأمن ماديا و اقتصاديا.
- حب الاستطلاع و الفضول الضار على سبيل التجريب.
- التدليل الزائد للأبناء و نقص الرقابة عند تصرفاتهم.
- بيئة الادمان و توافر مادة التعاطي.
- سوء التوافق الزوجي و تفكك الأسرة نتيجة للهجر و الانفصال و الطلاق.
- نقص التربية الدينية و البحث المستمر عن المتعة و اللهو.

- الانحلال الأخلاقي داخل الأسرة و ضعف القيم الدينية.

بالإضافة إلى ذلك نجد ظاهرة الادمان تكون غالبا للهروب من الواقع المر إلى العالم الخيالي.

و نسيان الهموم و من أهم الظواهر التي يشعر الجنس البشري لتحقيقه ظاهرتي الحزن و الفرح. (عبير هادي، 2013، ص 87)

### أسباب وراثية:

تشير الدراسات الحديثة التي تنشرها ملخص في المجلة الطبية البريطانية سنة 1980 إلى أن ادمان الكحول و مضاعفاته يزيدان في أسر المدمنين بصورة خاصة فقد اتضح ما بين أن 25 – 50 % من آباء مدمني الخمر و 20 % من أمهاتهم يدمنون الخمر، و هي نسب أعلى من نسبة الادمان في المجموع الكلي للسكان و النسب مرتفع خاصة لأعضاء الأسرة من الذكور.

و بحث آخر تبين وجود أنواع مختلفة من الادمان للخمر نوع الادمان الأولي و الأساسي و نوع الناتج عن الإصابة بالمرض الانفعالي و الاكتئاب و كانت نسبة دراسة الأقارب بالدرجة الأولى العم و الخال تبين أن 26 – 63 مصابون بالمرض النفسي أما نسبة الاكتئاب 6 % و نسبة الادمان للخمر عند الاناث 0 – 16 %، و نسبة الاكتئاب عند الأقارب 20- 30 % (عادل الدمرداش 1982، ص 30)

و العلاقة بين الادمان و الأمراض الموروثة، قد استخدمت في هذه البحوث صفات لا تؤثر عليها البيئة مثل فصيلة الدم و القدرة على تذوق مادة فنييلشوكاكاريامايد و إفراز مادة ABH في اللعاب و كذلك العلاقة بين الادمان و الخمر.

و تبين أخيرا أن الوراثة تلعب دورا حاسم و أن الادمان للخمر أثر في انتشاره بين الأقارب مدمني الخمر سواء نشأوا في نفس البيئة أو في بيئة مختلفة. (محمد حسن غانم، 2011، ص 12)

### دراسة التبني:

أوضحت النتائج التي اهتمت بالتبني و خصوصا تلك التي قام بها ديونين أن الأطفال الذين يولدون لوالدين غير مدمنين على الكحول و لكن يتبنون من قبل والدين مدمنين لم يظهروا زيادة في معدلات الادمان.

أما الأطفال الذين يولدون لوالدين مدمنين على الكحول و يتبنون من قبل الآباء غير المدمنين فإن معدلات الادمان على الكحول تزيد أربع إلى خمس مرات عن الأطفال المولودين غير مدمنين (عادل الدمرداش، 1982، ص



## رسم توضيحي يمثل أسباب

### 5. مراحل الادمان:

يبدأ الادمان عادة في صورة اعتماد نفسي، حيث يشترق المتعاطي إلى التخفيف من التوتر و إلى الشعور بالسعادة، و مع استمرار التعاطي ينشأ الاعتماد الجسدي و فيما يلي المراحل المتتالية للإدمان:

#### أ. مرحلة التعاطي التجريبي:

حيث يحاول الفرد أن يجرب احدى مواد التعاطي و ذلك وفق ما تسمح به عوامل الاتاحة أو التوافر أو التعلم الاجتماعي، و من باب حب الاستطلاع، و المجازاة، و التداوي من الآلام الجسمية و الاضطرابات النفسية و طلب المتعة، و الرغبة و زيادة القدرة الجنسية.

#### ب. مرحلة ما قبل الادمان:

حيث يكثر الفرد من التعاطي العقار عن الاستعمال العادي فينشأ لديه تحمل لتأثير العقار فنجدته يتعاطى جرعات متزايدة لكي يحصل على التأثير المطلوب.

## ج. مرحلة الانذار بالإدمان:

حيث يتعاطى الفرد العقار منفردا و دون الصحبة العادية، و قبل الأحداث و المواعيد الهامة، و في الصباح لخفض التوتر و حدوث التعاطي رغم المقاومة الشديدة

## د. مرحلة الإدمان:

حيث يكون من الصعب التوقف عن التعاطي لمدة أكثر من أربع و عشرين ساعة، مع عدم القدرة على التحكم في الكمية التي يتعاطاها.

## هـ. مرحلة الادمان المزمن:

حيث تحدث مضاعفات جسمية مثل: التهاب المعدة أو الرئتين، و مضاعفات عقلية مثل الهذيان أو النسيان، و مضاعفات اجتماعية مثل التفكك الأسري و نقص الانتاج. (اجلال محمد سرى، 2003، ص 64)

## 6. معايير تشخيص الإدمان حسب CIM10 «» :

في المراجعة العاشرة للتصنيف العالمي للأمراض العقلية حسب المنظمة العالمية للصحة تم اقتراح مجموعة من المعايير لتشخيص الادمان و يشترط لوضع هذا التشخيص وجود ثلاثة معايير على الأقل، و تتمثل هذه المعايير فيما يلي:

- رغبة ملحة تجبر الفرد على أخذ المادة.
- نقص في القدرة على التحكم في السلوك أثناء أخذ المادة.
- استعمال المادة لتخفيف أعراض الامتناع.
- وجود متلازمة الحرمان الجسدي.
- وجود ظاهرة التحمل: و هي ضرورة وجود كميات إضافية من المادة قصد الحصول على الأثر الأول.
- تجاهل الفرد لجميع نشاطات الحياة و تركيزه على تعاطي المادة.
- المداومة على تعاطي المخدرات بالرغم من الدلائل العديدة التي تبين خطورتها.

## 7. ادمان المخدرات في الجزائر:

لم تعد مخاطر المخدرات اليوم في حاجة لإثبات على الصعيد الوطني، ذلك لأن الأضرار التي تعدتها في أوساط السكان، و بصفة خاصة فئة الشباب أصبحت تشكل معضلة حقيقية.

و الجزائر التي تتميز بكون 70% من سكانها لا تتجاوز أعمارهم 30 سنة اتبعت دواما سياسات ترمي إلى الوقاية من الاتجار غير المشروع للمخدرات بهدف المحافظة على الشباب الذي يعتبر ركيزة و مستقبل كل البلاد.

لكي نتناول وضعية ظاهرة المخدرات و الادمان عليها في بلادنا، ينبغي التذكير بأن الانذار الأول سجل في سنة 1975 في حجز 3 أطنان من القنب و توقيف أغلب المورطين في هذا التهريب و معظمهم من الأجانب.

أما الانذار الثاني فقد وجه سنة 1989 إثر حجز أكثر من طنين من القنب و توقيف حوالي 2500 طول السنة و منذ هذا التاريخ أصبحنا نلاحظ تطورا ثابتا سنة بعد اخرى و تتعلق هذه الأرقام بالقنب فقط.

من خلال قراءة الاحصائيات المتوفرة يظهر أن سنة 1992 قد شكلت تحولا جذريا في طبيعة الميول العام المتعلق بالتجارة المخدرات بفعل السنوات اللاحقة بحجز كميات قليلة من ناتج القنب، و قد تأكدت هذه الميول في السنوات اللاحقة بحجز كميات قليلة لكنها معبرة من الهيروين و الكوكايين، و من كميات هامة من المؤثرات العقلية. (عيسى قاسمي، 2006، ص 4) و توضح احصائيات العشرية الماضية أن هناك تطورا متزايدا لكميات المخدرات المحجوزة سنويا، و التي لا تشكل في الحقيقة سوى جزءا صغيرا من كمية المخدرات المتداولة، فقد بلغت المحجوزات 322.6 طن من ناتج القنب سنة 2002، و يترجم هذا الرقم المتزايد الهام بالنسبة لما تم حجزه خلال السنوات الماضية.

أما بالنسبة للمؤثرات العقلية فيتعلق الأمر في أغلب الحالات بتحويل مركبات مستوردة بعفة و قانونية من الأغراض استورت من أجلها و بصفة خاصة البنزوديازيبينات كما توجه المخدرات الواردة من المنطقة الغربية من جهة إلى موانئ وهران و الجزائر لتصديرها نحو، و من جهة اخرى نحو البلدان الواقعة شرق الجزائر و جنوبها مرورا بورقلة و بصفة خاصة مدينة الوادي التي هي بصدد التحول إلى مفترق الطرق في مجال التجار بالمخدرات باتجاه ليبيا و الشرق الأوسط بالإضافة إلى الآتي من حدود الغربية فإن الحدود الجنوبية أكيد تتميز بتواجد شبكات عديدة لمهربي المخدرات بالإضافة إلى الاتجار بالقنب الذي يعبر من بلادنا.

أخيرا يمكن الخروج بأن الملاحظة الرئيسية التي تفرض نفسها هي أن الجزائر في المراحل الراهنة لا تعتبر بلدا منتجا و لا مستهلكا بصفة واسعة لكنها تشكل فضاء مفضل للعبور و في هذا الاطار نسجل 90% من الكميات المحجوزة في بلادنا خلال السنوات الأخيرة كانت موجهة للاستهلاك في بلدان اخرى من اوروبا و إفريقيا و الشرق الأوسط.

(منشور مخطط وطني، 2014، ص 7)



و من هنا ندرك حجم انتشار ظاهرة المخدرات محليا مما يشكل تحديات لفئة المراهقين خاصة كونها الهدف المفضل و السهل لهذه الآفة التي لا تعرف بحدود.

و تمثل احصائيات حصيلة العشر أشهر الأولى سنة 2014 نلاحظ أن عدد الأشخاص المنتدبين للعلاج كمدمنين بلغ 10199 حيث كان الحالة العائلية لهم تتراوح بين متزوجين الذي بلغ عددهم 1835 في حين بلغ عدد العزاب 8139 و كذلك 225 صنفت كحالات اخرى أما من ناحية الجنس فكانت الأغلبية لفئة الذكور بـ 9433 في مقابل 766 لفئة الاناث في نسبة 92.49% للذكور مقابل

7.51% الاناث. (ديوان الوطني لمكافحة مخدرات ، 2014 ، ص 12)

و ما يلفت النظر هو المدى العمري للمنتدبين من أجل العلاج حيث نلاحظ أيضا 451 منهم لم يتجاوزوا 15 سنة أما الفئة العمرية ما بين 16 – 25 كان عددهم 3728 مدمنا في حين فئة ما بين 26 – 35 بلغت 3883 مدمنا بنسبة 38.07% و أخيرا 2137 للفئة أكثر من 35 كل هذا يبين لنا بما لا يدع للشك أن ظاهرة ادمان المخدرات لا تميز استهدافها بين جنس معين أو فئة عمرية محددة. (ديوان وطني، 2014، ص 12)

### الخلاصة:

مما سبق يمكن القول أن ظاهرة الادمان من أخطر المشكلات التي يوما بعد يوم يشعل خطرهما مع الانخفاض المطرد لسن الفئة المدمنة كذلك بالإضافة إلى التنوع المستمر لمواد التعاطي و من بين هذه المواد نجد الادمان الكحولي الذي سنتطرق له في الفصل الموالي و معرفة أسبابه و أعراضه و العلاجات المتكلفة به

# الفصل الثالث

## الكحول

تمهيد:

(1) تعريف الكحول

1. السمات الشخصية للمدمتين على الكحول:

2. أعراض الادمان على الكحول:

3. التشخيص

4. مراحل الاعتماد على الكحول:

5. تصنيف الكحول أنواع الكحول:

6. آثار الادمان على الكحول.....

7. العجالات المتكلفة بالإدمان الكحولي:

العلاج السلوكي:

خلاصة:

تمهيد:

يزداد في مجتمعاتنا استهلاك المواد ذات لتأثير النفسي أي تلك المواد التي تؤثر على الدماغ و الجهاز العصبي من بينها الكحول التي تحدث اعتماد جسي و نفسي حيث ستناول في هذا الفصل أسباب الكحول و تشخيصه و الاثار الناجمة عن تناوله و أهم العلاجات التي تساعد على تخفيف من حدته من بينه علاج دوائي سلوكي أسري النفسي.

(1) تعريف الكحول:

الكحولية: إن كلمة كحولية "alcoholisme" بالغة الأجنبية مشتقة من كلمة عربية هي الكحول وظهرت هذه الكلمة لأول مرة على يد الطبيب السويدي مفنوس هوس Magnus m4ss عام 1852 و تعني الادمان على الكحول كما تدل على مجموعة من الاضطرابات الناتجة عن هذا الادمان حيث يطلق اسم كحولي على المدمن الذي لا يمتلك القدرة على مقاومة البدء في تناول الخمر بل يقدم دوما على شربه

( delemarekaler1997 p 26)

(2) ونعرف فسيولوجيا:

الحاجة الملحة للحصول الى حركات اضافية من الكحول للوصول الى التأثير المرغوب فيه (1970 picte guelfe (p540/

(3) تعريف الكحولي في الطلب العقلي:

إنه الفرد الذي يحتاج للكحول لمواجهة مطالب الحياة العادية أو الذي يستمر بإفراط في الشرب بعد أن تسبب الادمان الشرب في متاعبه الأسرية و المهنية مبحث (عبد الرزاق الحجازي 2018 ص 72)

(4) الكحول: alcool

تعريفه عقار كيميائي ناتج في الأصل عن عمليات التخمير أنواع مختلفة من الطعام عرق منذ القدم خاصة في الصين ينتهي الى فئة المثبطات و المنومات deperessants (مدحت عبد الحميد أبوزيد 2006 ص12)

### 1. السمات الشخصية للمدمنين على الكحول:

ان الكثير من مدمني الكحول يشتركون في الشخصية معينة تميزهم عن غير المدمنين مثل الميول

(1) النضج: الذي لا يستطيع الاعتماد على نفسه و الاستقلال عن الآخرين و تكوين علاقة ثابتة و هادفة مع الآخرين

(2) منغمس في الذات: الذي يصر على تحقيق ما يريد فوراً و اشباع رغباته في الحال و لا يستطيع الصبر أو التأجيل لينال ما يريد في وقت لاحق.

(3) المعتل جنسياً: يعاني من ضعف الدافع الجنسي أو الخجل الشديد من الجنس أو الشدود الجنسي (أحمد حسن الحراشة 2012، 12)

(4) المعاقبة لذاته: تتكون هذه الشخصية نتيجة لأسلوب التربية التي يعاقب الطفل فيمتد احساسه بالرغبة في التعبير عن الغضب في موقف يتطلب ذلك فيلجأ الى الخمر أو المخدرات لتخفيف القلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان

(5) الشخصية المكروبة: و هي الشخصية قلقة متوترة تلجأ للمكسرات و العقاقير لتسكين القلق الأمر الذي يؤدي تكراره الى الادمان

❖ عدم القدرة على تحمل أي خيبة الأمل.

❖ عدة القدرة على الصبر و تحمل الضغوط و القلق.

❖ الشعور بالعزلة و فقدان احترام الذات.

❖ الميل لردود الفعل عصبية.

❖ التوقع المرضي و التمرد الموجه نحو المحيط الاجتماعي.

❖ الإشكالية و عدة القدرة على الاستقلالية

◀ من جهة أخرى تقول بعض النظريات النفسية بأن سمات الشخصية للمدمنين على الكحول قبل أن يصبحوا كحوليين تتسم بما يلي: عدم تحمل الاحباط الارتياح الاعتمادية غير الناضجة الرغبة في الانتحار تدني في تقدير الذات و الحساسية المفرطة و قد استطاع الباحثون التوصل الى سمات أخرى لشخصية مدمن الكحول عن طريق أسلوب التحليل النفسي فقد وصف الشخصية وفق منهج الطب النفسي و

الاختبارات النفسية بالإضافة إلى سمات أخرى وهي: عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والألم و  
الفشل و عدم نفيح الشخصية الشعور الدائم بالقلق و التوتر (نفس المرجع ص 113)

- ◀ بحيث أثبتت « Knight » في بحثه أن الكحوليين تختلف شخصياتهم عن المخدرات فالكحوليين أقوياء قادرين  
جسمانيا و جنسيا بينما مدمنو المخدرات خاضعون و غير قادرين و أيده يندر « Bender » في بحثه عن  
القبائل الهندية الأمريكية ووجدوا مدمنا المخدرات يتسم بالعزلة و الوحدة و لا ينتمي لأي قبيلة أو وحدة  
اجتماعية و معظم مدمني المخدرات متمردون على السلطة كأبائهم و كنيستهم
- ◀ كما أكد حامد عبد السلام وهران في دراسته أن الشخصية المدمنة تحدد فيما يلي:

✚ يكون المدمن سيء التوافق الشخصي و الاجتماعي.

✚ يكون ضعيف و منحرف جنسيا.

✚ يعيش حالة من القلق و الاكتئاب.

✚ شخصية عدوانية نحو ذاته و الآخرين (رياض سلمان عواد 1999 ص 79).

## 2. أعراض الإدمان على الكحول:

\* التسمم الكحولي الحاد السكر و الإدمان المزمن

\* الثلثتم و الكلام المضغوط و المتناقل

\* فقدان الاتزان و المشية المترنحة

\* نقص التركيز و الانتباه

\* اختلال الذاكرة و النسيان

\* سهولة الاستثارة

\* الهديان الارتعاشي

\* الهداء اتالخيلائية

\* الهوس الكحولية

\* الخبل الكحولي

ذهان كورساكوف و يتميز بفقدان الذاكرة للأحداث القريبة و تزييف الوقائع لملى الفجوات الموجودة في الذاكرة (اجلال محمد سرى 2003: ص 74)

3. التشخيص:

اضطراب استعمال الكحول:

A. نمطاشكالي من استعمال الكحول مما يؤدي الى احباط و ضعف سريري هام كما يتجلى باثنين على مما يلي و التي تحدث خلال فترة 15 شهرا.

1. غالبا ما يأخذ الكحول بكميات أكبر و لفترة أطول مما كان مقصودا.
2. هناك رغبة مستمرة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استخدام الكحول.
3. ينفق قدرا كبيرا من الوقت في الأنشطة الضرورية للحصول على الكحول و تعاطي الكحول أو للتعافي من آثاره.
4. اشتياق أو رغبة قوية أو الحاح و ذلك لاستخدام الكحول.
5. استعمال الكحول المتكرر مما يؤدي الى عدم الوفاء بالتزامات الدور الرئيسية في العمل المدرسة أو المنزل.
6. استمرار استعمال الكحول على الرغم من المشاكل الاجتماعية أو الشخصية المستمرة أو المتكررة الناتجة أو المتفاقمة بتأثيرات الكحول.
7. التخلي عن الأنشطة الاجتماعية و مهنية أو ترفيهية هامة أو الانقاص منها بسبب استعمال الكحول
8. تكرار استعمال الكحول في الحالات التي قد تشكل خطرا.
9. استمرار استخدام الكحول رغم المعرفة بوجود مشكلة جنسية أو نفسية مستمرة أو متكررة و التي من المرجح أن تكون قد نجمت و تفاقمت بسبب الكحول.
10. التحمل: كما هو محدد بأي من العناصر التالية

A. الحاجة لزيادة ملحوظة في كميات الكحول للوصول الى الاسمام او التأثير المرغوب

B. تأثير متناقص ملحوظ مع استمرار استخدام نفس الكمية من الكحول

11. السحب: كما يتجلى بأي مما يلي:

- A. متلازمة السحب المميزة للكحول
- B. يؤخذ الكحول أو مادة ذات صلة وثيقة مثل البنزوديازيبين لتخفيف أو تجنب أعراض السحب.

## 2. الاسمام بالكحول:

- A. تناول حديث الكحول
- B. تغيرات سلوكية أو نفسية اشكالية هامة سريريا مثل (سلوك جنسي غير ملائم أو السلوك عدواني اضطراب مزاج) تطورت أثناء الكحول أو بعد تناوله بفترة قصيرة.
- C. واحدة أو أكثر العلامات التالية تطورت أثناء استخدام الكحول أو بعد استخدامه مباشرة
  - كلام متناقض لا تناسقا\_مشية غير متزنة\_رأرة\_ اختلال في الانتباه أو في الذاكرة\_ ذهول أو سبات
- D. لا تعزى الأعراض الى حالة طبية أخرى ولا تفسر بكل أفضل باضطراب عقلي آخر

## الاضطرابات الأخرى المحدثة بالكحول:

الاضطراب الذهني بالكحول الاضطراب الثنائي المحدث بالكحول الاضطراب الاكتابي المحدث بالكحول اضطراب عصبي معرفي جسيم أو معتدل محدث بالكحول بالنسبة لهذيان الاسمام بالكحول أو هذيان سحب الكحول فالمعايير في فصل الاضطرابات العصبية المعرفية و هي تشخص عوضا عن تشخيص الاسمام الكحولي أو سحب الكحول فقط عندما تكون الأعراض من الشدة بحيث تستوجب اهتماما سريريا (جمعية طب النفسي ترنور الحمادي 2013، ص 171)

## مراحل الاعتماد على الكحول:

أولا: قبل الادمان وتتضمن ما يلي:

- زيادة كمية الكحول المتناولة.
- التخفيف من القلق.

الانذار الأولي ويتضمن ما يلي:

- فقدان الذاكرة.
- زيادة كمية الشرب.

الادمان ويتضمن ما يلي:

- ✓ فقدان السيطرة و التحكم بتناول الكحول.
- ✓ تبرير تناول بأنه مقبول.
- ✓ الادمان المزمن و يتضمن.
- ✓ تكرار تناول الكحول و فقدان السيطرة و التحكم.
- ✓ ضعف في التفكير و اهمال النواحي الاجتماعية.

أحمد حسن الحراشة 2012:(104)

#### 4. تصنيف الكحول أنواع الكحول:

نوع الألفا **alpha** هو التعود على تناول الكحول كمحاولة لتخلص من بعض الاضطرابات النفسية كالقلق الاكتئاب و الفرد هنا لا يفقد وعيه و لاسيطرته على نفسه

نوع البيتا: هو الفرط في تناول الكحول و يصاحبها مضاعفات جسمية مثل: طيف الكبد، التهاب المعدة

نوع الجاما: هو الفرط في تناول الكحول لدرجة فقدان التحكم في الشرب أي عدم امكانية الفرد التوقف عنه حتى يفقد وعيه.

نوع الدلتا: هو فرط في تناول الكحول المستمر دون توقف و هذا يتمثل بحالة الفرد الذي يحمل في جنيه و لا زجاجة الخمر و يضرب منها جرحات في الليل و النهار و لا يكون باستطاعته التوقف حيث يعتاد الجسم و أنسجة الجسم و خلاياه على الكحول.

نوع بسلون: هو تناول الكحول بصفة دورية بين فترة و أخرى او عندما ما يتوفر لديه بغية التفكير بأزمة طارئة أو حالة صراع نفسي (أديب محمد الخالدي 2009ص322)



### آثار الإدمان على الكحول:

• على الصحة النفسية: يمكن للكحولية المزمنة الشديدة أن تسبب مشكلات نفسية متعددة الأشكال و تجعلها تزداد سوءاً في حال وجودها خصوصاً الاكتئاب و القلق كما أن نسبة الانتحار المرتفعة بين الكحوليين و في غالبية الحالات تختفي الاكتئاب و حالات القلق بعد أسبوعين لدى فئة ضئيلة تبلغ 10%20% من المعنيين و للكحولية عواقب فيما يتعلق بالمجال الجنسي حيث يسبب لدى الرجال و النساء اضطرابات جنسية وظيفية و يمكن للكحول أن تشب في الذهان الذي يترافق مع هلاوس و تصورات ذهانية.

• على الجسد: يلحق الكحول الأذى بالجسد فهو يمكن أن يتسبب في صمور في الدماغ و الذاكرة و الوظائف العقلية الكبرى و بعض الأضرار الدماغية يمكن أن تختفي بعد التجفاف و يمكن الكحول أن تسبب ارتفاعاً في ضغط الدم و الفشل الكلوي كما أن تناول المفرط يمكن أن يؤدي الى احتلال عظمة القلب التي يمكن أن تقود الى قصور الموت.

و الكحولية المزمنة يمكن أن تكون على علاقة بسرطان الفم و البلغم و الحنجرة و الغدد اللعابية و الكبد (سام رضوان 2009 ص 170)

أما الكحولية بالنسبة للنساء الحوامل و ما يعرف بمتلازمة الجنين الكحولي التي يصاب بها جنين الحامل التي تسرف في شرب الخمر بسبب تراكم مادة الأستالميد في دم الأم و قد تؤدي الى وفاة الجنين أو التأخر نموه الجنسي أو التأخر العقلي و تشوهات الجهاز العصبي و القلب و الوجه (محمد عبد الرحمن، 59، ص 165)

كما تشير الدراسات في الطب بأن تعاطي الكحول و المواد المخدرة و العقاقير تسبب تأثيرات جسمية متفاوتة فيما بينها من حيث الشدة و النوع فتظهر هذه التأثيرات على شكل اضطرابات و أمراض جسمية كثيرة و الإدمان بالنسبة للطبيب مشكلة صحية لأنه يسبب أمراض كثيرة كأعراض الجهاز المعوي الجهاز التنفسي الجهاز الهضمي، الجهاز التناسلي، الكبد، الكلي (عفاف عبد المنعم، 1999، 138)

### التعلق بالكحول:

التعلق بالكحول يمكن التمييز بين أنواع متعددة من التعلق و أكثر الأشكال أهمية من التعلق بالكحول هو النوع المدمن و يسمى " معتاد الشرب" و يظهر الذي المدمنون على الشرب في البداية التعلق النفسي و فيما بعد يظهر التعلق الجسدي و تنشأ الحاجة لزيادة الجرعة و فقدان السيطرة على تناول الكحول غير أن في هذا النوع تظهر القدرة نتيجة ضغوطات خارجية على الامتناع عن تناول الكحولية أما الأفراد الذين يتناولون الكحول فقط في المناسبات فهم متعلقون جسدياً، أما الأعراض النفسية التي تكثر ملاحظتها في التعلق بالكحول فهي التكرار

الاكتئاب و مشاعر الدنيا و انخفاض الإنتاجية و الكفاءة.و تمتد أعراض التسمم المزمنة من الشعور المتزايد بالكفاءة و الغبطة و تباطؤ ردود الفعل و تبدل الحركات العضلية الدقيقة و اضطرابات الرؤية ( سامر جميل رضوان، 2009: ص 404).

### العلاجات المتكلفة بالإدمان الكحولي:

- (1) العلاج النفسي: قد يكون علاجاً ديناميكياً أو علاجاً مساعداً أو فردياً و قد يتم داخل المستشفى أو خارجها و العلاج داخل المستشفيات يمكن أن يتم من خلال وحدات طبية خاصة و كل دورها هو علاج الأشخاص الكحوليين و ويشغرف وقت العلاج عدة أسابيع أو شهور
- (2) العلاج الجماعي: يمثل الدعم الذاتي و يعتمد على برنامج خطوات أثنى عشر و هي جماعة من الزملاء يشاركون بعضهم البعض بخبراتهم، و أما لهم في محاولة التعافي من مرض الإدمان و هو برنامج للمساعدة على التخلص من أنواع على التخلص من أنواع الاعتمادية الكيماوية و هو برنامج تطوعي لا يجبر أحد على الالتحاق به و يستفيد الأعضاء المتطوعين بشكل كبير من انضمامهم له، وهذا الأخير يعتمد على أسلوب بسيط مكون من 12 خطوة من أجل التعافي كمرشد شخصي للابتعاد عن الكحول أو أي إدمان آخر ( [gzbniel.comwww.pene](http://gzbniel.comwww.pene) )
- (3) العلاج الدوائي: يعتمد على بعض الأدوية كتوبات الهذيان *leleriem* و تظهر نوبات الهذيان في صورة مرض شديد هيا حيه تشويش ذهني هلاوس خاصة بالرؤية أو اللمس باضافة الى نوبات تشنج و علاج هذه النوبات عن طريق أودية بالفينوسيازينات أو أودية مهدئة مثل البنزوديازيبينات اعطاء فيتامينات b1-b6-pp هذا العلام يتم الاحتفاظ بجرعاته لمدة 15 يوماً بعد ذلك يتم تخفيضها تدريجاً الى غاية الانقطاع من العلاج في حدود أسابيع قليلة (زروالي.2014.269)

### العلاج السلوكي:

أثبتت الدراسات أن العلاج السلوكي المرتكز على تغيير الاعتقادات و عادات الشرب و من أساليب العلاج السلوكي اكتساب عادات جديدة تساعده على تحمل الماكل دون شرب الخمر و التدريب على ضبط النفس بوضع أهداف و تسجيل السلوك و التنبه للمواقف التي تدفع للشرب و تعلم خطط تجمل الضغوط [www.altibi.com](http://www.altibi.com) بالإضافة الى علاج بالنفور و الاستمزاز و تعتمد هذه التقنية على منهج الاشتراط و مؤداة خلق شعور و احساس المريض باستجابة المذاق و الرائحة أو المنظر أو الرؤية و من أشهر العقاقير المستخدمة عقار *apomorphine* الذي يؤدي الى حالة في شديد بعد أن يحقن المريض و تعطي الحقنة من هذا العقار قبل الشرب ينصف ساعة

بحيث عندما يشعر المريض بغتيان أو الدوار بعد أن يشرب الخمر مباشرة فيتقياً فتكرر هذه العملية عدة مرات حتى تتم 6 جلسات في حوالي أسبوعين و بعد انتهاء الاشرط يكون المريض قد كون ارتباطا من رائحة الكحول و مذاقه و رؤية و بعد ذلك لم يعد العقار مطلوباً حيث يشعر المريض بالغتبان حينما يتناول كأساً في الغالب حكم حتى تتم معالجات تعزيزية لتقوية هذا الارتباط و تتم كل 6 شهور

و في سنوات الأخيرة استخدمت أساليب أخرى باستخدام الصدمات الكهربائية.

( عيسوي، 2005: 431 )

### كما تأكد الدراسات المتعلقة بالتكامل العلاجي:

يشير روبرك سويقت: مع آخرين في دراستهم 1998 إلأن الدراسات الاكلنيكية قد أثبت أن العلاج باستخدام العقاقير النفسية يمكن أن يحسن علاج حالات الإدمان الكحوليات حيث دمج مع العلاج النفسي الاجتماعي

كما ركز هيجرل و اخرون 1990 بأهمية التكامل العلاجي في حالات الاعتماد الكحولي الذي يمزج بين العلاج العقاقيري (منشطات السيروتينين) و العلاج النفسي الواقى من الارتكاس و ذلك لدى عليه قوامه 25

و في ولاية ميولندا بالولايات المتحدة الأمريكية وصف ألينا في دراسة مع الاخرين 1990 استراتيجية تكاملية لعلاج مشكلات اعتماد الكحولية وفق التدخلات المتعددة و المتمثلة في:

1/ التدخل الموجز المختصر

2/ التعاقد السلوكي

3/ العلاج العقاقيري " نالتركسون "

4/ تدريب على المهارات الاجتماعية

5/ التعزيز المجتمعي

6/ المزج بين المريض و المعالجة

( مدحت أبوزيد: 2001:213 )

خلاصة:

تناولت في هذا الفصل إدمان الكحولي بعد تطرقي لأسبابه و أعراضه و تشخيصه حسب DSM 5 و مختلف العلاجات و من بين هذه العلاجات نجد العلاج السلوكي المعرفي الذي له أثبتت نجاحه في تخفيف من إدمان كحولي و الفضل راجع إلى الدمج و التكامل بين العلاج المعرفي وهذا ما سوف التطرقإليه في الفصل الموالي.

# الفصل الرابع

## العلاج السلوكي المعرفي

تمهيد

1. عوامل ظهور العلاج المعرفي السلوكي

2. تطور العلاجات المعرفية السلوكية

3. تعاريف للعلاج السلوكي المعرفي

4. أسس العلاج المعرفي السلوكي

5. مبادئ العلاج السلوكي المعرفي و شروطه

6. خصائص العلاج المعرفي السلوكي

7. الأهداف الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي

8. استراتيجيات تدخل العلاج المعرفي السلوكي

9. مراحل العلاج السلوكي المعرفي

10. فنيات العلاج السلوكي المعرفي

11. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي

12 التحليل الوديفي -العقد العلاجي -المقابلة التحفيزية- تقنيات

تمهيد:

يتناول هذا الفصل العلاج المعرفي السلوكي الذي يمثل أجد لأساليب العلاجية الحديثة، فمع تعقد المشكلات النفسية التي تواجه الإنسان في حياته اليومية تعددت النظريات و العلاجات النفسية لحل هذه المشكلات، و من بين هذه النظريات نظرية العلاج المعرفي السلوكي الذي له فاعلية كبيرة في التعامل مع العديد من المشكلات النفسية، و يهدف هذا العلاج تغيير طريقة التفكير الخاطئة و السلوكات غير تكيفية للمدمنين على الكحول.

### تاريخ ظهور العلاج المعرفي السلوكي:

إن البدايات الأولى لظهور العلاجات المعرفية السلوكية (Tcc) (Thérapie cognitive comportementale) كانت الدول الأنجلوساكسونية و شمال أوروبا و كان ذلك في بداية سنوات 1960، و كان ظهورها استمرار الأعمال سيكتر (Skinner) 1968، و ولي (Wolpie) 1975، بندورا (Bendora) 1977، و آرون بيك (Aron Beck) 1979، و ماركس (Marks) 1987، و قد نشأت تدريجيا في فرنسا ضمن سنوات 1970 لتصبح في باقي الدول تيارا علاجيا كبيرا. و يمكن استخدام هذه العلاجات:

- إما كتقنية علاجية وحيدة.
- إما كمنهجية تستخدم مع علم النفس الصيدلاني.
- إما يتم استخدامها كتقنية علاجية في مشاريع اخرى بصفة اجمالية. ( , sechter, sennon, pichand, 1995, ) (P 574)

### 1. عوامل ظهور العلاج المعرفي السلوكي:

لم يكن ظهور هذا النوع من الإرشاد وليد الصدفة و إنما نتيجة من العوامل أهمها:

جاء كرد فعل على الانتقادات التي وجهت إلى المدرسة السلوكية فيما يتعلق بعدم قبولها لضرورة إحداث تغيرات مباشرة في الناحية المعرفية للعميل و الاهتمام فقط بتغيير السلوك، كما انتقدها البعض من زاوية أن التخلص التدريجي و المنظم من الحساسية ليس أسلوب سلوكيا بحثا و لكنه يتغلب فحص المسترشد لأفكاره و دوافعه و مشاعره و تحكمه في أفكاره و صوره العقلية.

تزايد الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية و علاقتها بالجوانب و الوظائف النفسية حيث فتحت بعض النظريات مثل نظرية دورار و ميلر، و نظرية بندورا الباب في هذا الاتجاه، و أصبح تفسير التعلم من خلال تدعيم العلاقة بين المثير و الاستجابة غير كافيا في معرفة الميكانيزمات المستثرة في الحفظ و معالجة المعلومات كما أن بعض عمليات التعلم قد تحدث بدون تعزيز و قد تفشل رغم وجوده. (الشناوي، عبد الرحمن، 1998، ص 211)

لعبت جهود العلماء و المفكرين مثل بياجيه (Piaget) و غيره دورا أساسيا في دراسة نمو التركيبات المعرفية دور كبير في تكوين السلوك و كذلك كيلي (Kiley) التي أوضحت أن تعديل في البنية العقلية و التركيبية الشخصية من شأنه يعدل السلوك و يكون ذلك عن طريق ما يتعلمه الفرد من بيئة التي ينتمي إليها، و هناك من العلماء من يرى أن المخ مثل الكمبيوتر، بحيث يكتسب معلومات و معارف فإصدار.(الشاوي، عبد الرحمان، ص 212)

## 2. تطور العلاجات المعرفية السلوكية:

### 1/ العلاج المعرفي عند بيك:

يعد النموذج الذي قدمه أرون بيك من أبرز النماذج العلاجية المعرفية السلوكية شيوعا و هو يسلم بأن الأمزجة النفسية و المشاعر السالبة تكون نتاجا لمعارف محرفة و لا عقلانية، كما أن الأبنية المعرفية تميز الاضطرابات الانفعالية و تؤثر على إدراكات الفرد و تفسيراته للأشياء، حيث إن ما يفكر به الفرد و ما لديه من اتجاهات و آراء هي أمور وثيقة الصلة بسلوكه الصحيح أو المريض.

و يهدف هذا الأسلوب العلاجي إلى إزالة الألم النفسي و ما يشعر به الفرد من ضيق و كرب و ذلك من خلال التعرف على مفاهيم و الإشارات الذاتية الخاطئة و

تحديدها والعمل على تصحيحها و تعديلها استنادا إلى أن الاستجابات الانفعالية التي أتت بالمريض إلى العلاج تعد نتائج تفكيره الخاطئ و لذلك فإن تعديل السلوك يعتمد على تعديل التفكير (عادل عبد الله محمد، 2000، ص 59)

أما عنه اتجاه بيك المعرفي في تفسير حدوث الاضطرابات الانفعالية، فهو يصوغ نظرية متكاملة على وجه الخصوص الاكتئاب حيث يرى أن الخبرات التي يمر بها الشخص تستمد دلالتها اليائسة أو المكتئبة أو الانهزامية من خلال التحامها بالمعتقدات أو الآراء السلبية للمريض عند الذات و العالم و المستقبل.

فتبنى مثل هذا الاعتقاد يؤدي إلى تشويه إدراك الواقع بشكل سلبي ثم تأتي بعد ذلك الاستجابة الانفعالية أو

السلوكية اليائسة و التي اكتنابا.(عبد الستار و ابراهيم و آخرون، 993، ص 121)

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

- معتقدات التوقع: و التي تتضمن انتظار ايجابيا مرتبطا بالمادة المخدرة "الكحول"
- معتقدات موجهة للتخفيف: و هي تتطابق مع انتظار خفض الانزعاج
- معتقدات الإباحة: و التي تتيح للمتعاطي استخدام الكحول

و ذهب Beck و إتباعه إلى إضافة أن المعتقدات المرتبطة بالمتعاطي للكحول مثلا و التي تنشط في ظروف الخطر العالي، قد تكون داخلية أو خارجية نقول عن هذه المثبرات أنها منشطة حين تفجر المعتقدات و الأفكار الأتوماتيكية المرتبطة بالكحول، التي قد تؤدي إلى الرغبة الملحة للشرب، و يمكن التمييز بين مثبرات داخلية و مثبرات خارجية:

- مثيرات داخلية: عبارة عن مؤشرات تعدت داخل الفرد: تتمثل في الانفعالات و أحاسيس جسدية.
- مثيرات خارجية: وهي مؤشرات تعدت في المحيط تشمل الصراعات مع الآخرين و سهولة الحصول على المخدر المفضل و انجاز المهمة. (مهوب، 2014، ص 214)

#### العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند إليس:

يعمل العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي على إقناع المرضى أن بعضاً من أفكارهم لا عقلانية، و يريهم أن هذه الأفكار لا تجدى، و ذلك من خلال عملية الدحض العقلاني لهذه الأفكار حيث يجعل المرضى يفتشون عن أفكارهم المطلقة و المتشددة.

و يشير إليس أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يركز على أهمية العناصر المعرفية في أحداث التغيير الوجداني و السلوكي إلى توضيح:

- التكامل بين المعرفة، و الانفعال، و السلوك في إحداث الاضطراب.
- أهمية المعارف الأولية في الخلل الوظيفي السلوكي و الانفعالي.
- أسبقية الالاحاحات المطلقة "Musts" التي تقع تحت الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية، و التي تقود إلى القلق الاكتئاب.
- التمييز بين المشاعر الصحيحة و الخاطئة.
- تعليم المرضى استخدام الطرق، في التغلب على المشكلات العصبية. (سامي محمد موسى هاشم، 1997، ص 67)

و لذا يشير العلاج العقلاني الانفعالي إلى أن الإنسان يمكنه أن يخلص نفسه من معظم تعاساته الانفعالية أو العقلية، إذا تعلم أن ينتهي تفكيره العقلاني إلى أقصى درجة، و أن يخفض تفكيره غير العقلاني إلى أقل درجة. (محمد عبد الظاهر الطيب، 1994، ص 311)

و يلخص حسن مصطفى عبد المعطي إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي يسعى إلى تقليل القلق، أو قهر الذات، من خلال عدة أساليب و منها:

- أساليب معرفية: تسعى إلى التخلي العميل عن طلب الكمال و الفصل بين معتقداته اللاعقلانية و ذاته و مشكلاته و إعادة تمحيص الأفكار.
- أساليب تدعيمية: تقوم على تحويل اتباع المطالب و التخلي عن المطالبة.

أساليب انفعالية: تقوم على التقبل، و لعب الدور و النمذجة و الوعظ العاطفي، و الفكاهة و المرح و مهاجمة الخزي و الدونية، و المواجهة الانفعالية. (حسن مصطفى عبد المعطي، 1998، ص 382)



### 3. تعاريف للعلاج السلوكي المعرفي:

• تعريف جون كوترو: العلاج السلوكي المعرفي هو يمثل تطبيق علم النفس العلمي لحل المشكلات العيادية في مجال العلاج النفسي حيث يتم التركيز على استعمال المنهج التجريبي من أن فهم وتعديل الاضطرابات النفسية التي تعرقل حياة المريض. (Cottraux 20 11 , P 3.4)

ويرتكز العلاج السلوكي المعرفي على نظريات التعلم: الاشتراط الكلاسيكي و الإجرائي التعلم الاجتماعي فهو يعتمد على تعديل السلوك الملاحظ (حركي و لفظي) و كذلك النموذج المعرفي الذي يستند إلى دراسة معالجة المعلومات أي سيرورة التفكير الشعوري و اللاشعوري الذي ينظم تصورات الأحداث التي تقم في محيط الفرد. ( , Cottraux 20 11 P 3.4)

وضح "جون كوترو" في مخطط المستويات التي يعتمد عليها العلاج السلوكي المعرفي و كذلك التفاعل بين هذه المستويات و هي السلوك و الانفعال و المعرفة و علاقتهما مع المحيط و العوامل البيولوجية حيث في كل مستوى يتم التدخل العلاجي.

• ويعرفه بيك "Beek" 1976 بأنه من مجموعة من المبادئ و الأسس التي تؤثر في السلوك و هذه المبادئ هي:

- العمليات المعرفية (تفكير، تعديل، تدرك، إدراك) ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا.
- تعديل هذه العمليات يكون وسيطا هاما لإنتاج تغير في السلوك، فالسلوك المختل ناتج عن نماذج تفكير منحرفة، ثم الإبقاء عليها و هي: أي مصادر معرفية سلبية و غير واقعية أو توقعات سلبية (أنسام مصطفى السيد بطاظو، 2013، ص 109)

• تعريف موسوعة علم النفس و التحليل النفسي، بأنه تلك العملية العقلية التي يصبح الفرد بمقتضاها واعيا ببيئته الداخلية و الخارجية و على اتصال مستمر بها، و العمليات المعرفية هي: الإحساس، الإدراك و الانتباه و التذكر و الربط و الحكم و التفكير و الوعي. (عبد المنعم حنفي، 1978، ص 35)

• ويعرفه جلاسوايت 1986 تهتم العلاج المعرفي السلوكي بأنه للاضطرابات النفسية و هذا النوع من العلاج يقوم بإقناع المريض بأنه معتقداته غير المنطقية و أفكاره السلبية و عباراته الخاطئة هي التي تحدث ردود الفعل.

• "تعريف كندول" هو محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي تثبت نجاحها في التعامل مع الجوانب المعرفية لطلب المساعدة بهدف أحداث تغييرات مطلوبة في سلوكه بالإضافة إلى ذلك يهتم بالجانب الوجداني للمريض و بالسياق الاجتماعي من حوله من خلال استخدام استراتيجيات معرفية السلوكية انفعالية اجتماعية و بيئية لإحداث التغيير المرغوب فيه. (الغامدي، 2013، ص 45)

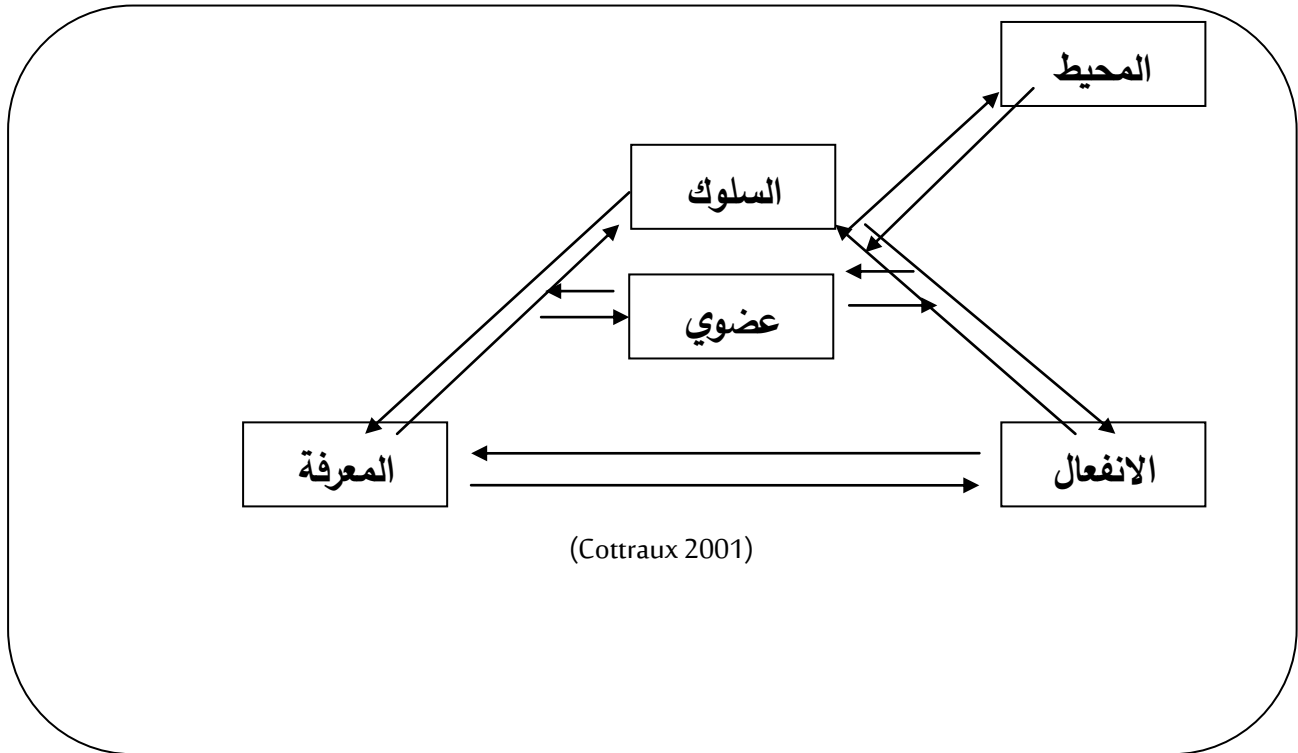
تحديد المفاهيم:

تعريف السلوك: و تسلسل منسق من الأفعال موجبة من أجل تكيف للفرد في وضعية ما حسب يدركها أو يتصورها أو يفسرها. (Cottraux 2011 , P 4)

تعريف المعرفة: تشمل اكتساب المعلومات تنظيمها و استخدامها على الذات تم على العالم الخارجي. (Cottraux, P5)

تعريف الانفعالات: تتصف بأحاسيس جسمية ناتجة عن حدوث تغيرات فيزيولوجية استجابة لمنبهات المحيط بناء على ادراكه للأحداث و ليس الحدث بحد ذاته لذا فالعاطفة مرتبط بالمعرفة حيث يتحول الانفعال إلى ظاهرة جسدية تتحول بدورها إلى عاطفة التي تتحول هي الأخرى إلى ظاهرة عقلية. (فرح الذة، حزت اخوذ)

و من خلال هذه المفاهيم يتبين أن العلاج السلوكي المعرفي يركز على التفاعل بين الانفعال، السلوك، المعرفة، و كذلك العلاقة مع المحيط.



### مخطط يوضح نموذج العلاج السلوكي المعرفي

أسس العلاج المعرفي السلوكي:

تتمثل أسس العلاج المعرفي السلوكي في عدة مبادئ:

- أن الأفكار يمكن أن تؤدي إلى انفعالات و السلوك.
- أن الاضطراب الانفعالي الوجداني ينشأ من التفكير المنحرف السلبي الذي يؤدي إلى سلوكيات غير ملائمة.
- أن الاضطراب الوجداني يمكن علاجه بمجرد تغيير التفكير الذي يفترض أنه متعلم. (بيرنى و آخرون، 2008، ص 30)
- أن العميل و المعالج يعملان معا في تقييم المشكلات و التواصل إلى الحلول.
- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم التعلم الانساني.
- أن الاتجاهات و التوقعات و الأنشطة المعرفية لها دور أساسيا في انتاج و فهم السلوك و تأثيرات العلاج و التنبؤ بهما.
- أن العمليات المعرفية تندمج معا في نماذج سلوكية. (عبد الله محمد 2000، ص 23)

### مبادئ العلاج السلوكي المعرفي وشروطه:

يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض بالاعتماد على عدة عوامل منها:

- ◀ تحديد الأفكار الحالية للمريض.
- ◀ يركز على الحاضر و في معظم الحالات يتم التركيز على المشكلات الحالية و على مواقف معينة تثير القلق لدى المريض.
- ◀ يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج و المريض تجعل هذا الأخير يثق في المعالج، و يتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف و الاهتمام بالمريض و كذلك على الاحترام الصادق له و حسن الاستماع بالإضافة إلى كفاءة المعالج التي تظهر من خلال سير العملية العلاجية. (الغامدي، 2013، ص 154)

و من ثم فإن العلاج المعرفي السلوكي يعمل على:

- تعلم البناء المعرفي و إيجاد مهارات التوافق الطبيعية.
- تعلم و تعميم بعض المهارات و تدعيم بعضها من خلال استخدام العديد من الاستراتيجيات.
- تعليم العميل متابعة و إدراك الواقع في إطار الأفكار الحالية و مواجهة التحديات بأفكار جديدة.
- الدعوة إلى تفكير منطقي و الاختيارات الواقعية للتفكير السلبي و هكذا يتعلم العميل كيفية تعديل أخطائه.

- وهذا فإن المعالج وفق هذا الإطار ينظر بشكل مباشر للمريض فكرة أساسية معادها أن إدراكه للواقع ليس هو الواقع ذاته إنه المبدأ الذي إذا تعلمه المريض يدرك من خلاله إلى حد بعيد ماهية اضطراب و أي سبل أقرب لعلاجه. (ماهر سكران، 2006، ص 666)

#### خصائص العلاج المعرفي السلوكي: يتميز العلاج المعرفي بعدة خصائص هامة

- **الأسلوب العلاجي:** يختلف عن أشكال العلاجات الأخرى باهتمامه على عدد كبير من المهارات و المعارف، كما يتميز أسلوب المعالج فيه بالنشاط و المباشرة و التواصل و فهم العميل و القدرة على انتقاء المعلومات المناسبة لمشكلته.
- **صياغة المشكلة:** تتم من خلال جمع المعلومات عن مشكلة العميل من خلال المقابلات و الملاحظات و بالتالي تحديد الأفكار الراهنة و المرتبط سلوكياته و انفعالاته. (اتسام مصطفى السيد بظاظو، 2011، ص 124)
- **العلاقة التعاونية المشتركة:** يكون المعالج غير محتفظ و يناقش العميل من أجل إحداث انتقال و تعلم و تعليم و تثقيف نفسي للعميل، و التعرف على أفكاره الآتية و معتقداته، المشوهة و كذلك إجراء الواجبات المنزلية و المشاركة في الجلسات.
- **التدعيم الذاتي:** إن تدعيم الذات أو مكافئتها هو إحدى الخصائص الهامة للعلاج المعرفي السلوكي حيث يظهر التدعيم الذاتي في تزويد المريض المكتئب مثلاً مستويات من السلوك المرغوب و التغيير في الناحية المعرفية و الفكرية لديه و يمكن للمعالج أن يدعم ذات المريض من خلال:
  - إمداده بتفسير عقلائي لأفكاره اللاعقلانية.
  - توضيح الأنشطة المدعمة التي يمكن للمريض أن يمارسها.
  - توجيه المريض لإحراز المزيد من التقدم كأنه يقول لنفسه "أنا لست فاشلاً" إنما أنا لذي قوة.
- **استخدام الأسئلة:** و هي تسهل عملية نقل معتقدات المريض الشخصية، و من تم اندماج المريض مع المعالج للكشف عن أصول هذه المعتقدات السلبية، و التواصل للتشخيص الدقيق لها و اختبار النتائج المترتبة عليها. (اتسام مصطفى السيد بظاظو، 2011، ص 113)

#### الأهداف الرئيسية للعلاج السلوكي المعرفي:

- مساعدة المريض للتوصل إلى منظور جديد لفهم مشكلة.
- تعليم المريض كيف أن معارفه يمكن أن تساعد في تفسير أسباب و نشوء و وجود استجاباتهما الانفعالية و السلوكية التي تتسم بسوء التكيف.
- يشرح له أن التفكير المعرفي له أهمية رئيسية في العلاج.

- يقوم كل من المعالج و المريض بتنفيذ و تحليل النتائج المعرفية و السلوكية الغير (سوية) بشكل مستمر، كما يتم تحديد احتمالات حدوث التدعيم الذي يحافظ على وجود السلوكيات غير المرغوبة، يتم أيضا تطبيق أساليب العلاج من أجل تغيير تلك الاحتمالات.
- إن العلاجات المعرفية السلوكية نشطة و قائمة على الوصول للأهداف و تشمل الطرق التعليمية مثل وضع جدول الأعمال و إعادة البناء و التوضيح و ردود الفعل و الانعكاسات و التمرين و الواجبات المنزلية.
- إنشاء علاقة تعاونية و تجريبية بين المعالج و المريض، يتم تشجيع المرضى على تجريب ما تعلموه حديثا من سلوكيات في حياتهم اليومية على أساس أنهم سيكونون أقل معارضة لاقتراحات إذا ما أمكن حثهم على تجربة سلوكيات جديدة يكون لها نتائج أكثر جلبا للفائدة. (الغامدي حامدي بن احمد، 2013، ص 158)

### استراتيجيات تدخل العلاج المعرفي السلوكي:

يتشكل النموذج العلاجي المعرفي السلوكي من ثلاث محاور أساسية:

- تقنيات التحكم (للتعامل مع ردود الفعل الفيزيولوجية)
- تقنيات التعرض للمواقف المغلقة (العمل على مستوى السلوك)
- تقنيات إعادة البناء المعرفي (العمل على مستوى المعارف). (بلحسيني وردة، 2014، ص 97)

### مراحل العلاج السلوكي المعرفي:

- تأسيس علاقة تعاونية من خلال التحالف العلاجي مع تحديد المشاكل الانفعالية و السلوكية و المعرفية التي تدفع إلى طلب المريض المساعدة.
- إقامة التشخيص حسب « DSM 5 »
- دراسة الأهداف و الرغبة في التغيير (فالمعالج هنا يحدد المشاكل التي أتى من أجلها المريض و يريد تعديلها و يقوم كذلك بتقييم رغبة في التغيير)
- التحليل الوظيفي فهناك عدة شبكات تسمح بتحليل العلاقات المتبادلة بين السلوك و الانفعال و المعرفة.
- استعمال المقاييس "الاختبارات و السلالم النفسية"
- شرح المشاكل النفسية و التقنيات التي سوف تطبق و التي تضمن السلوكات و الانفعالات و الأفكار. (Cottraux 20 14 , P 152)
- بناء الفرضيات مع المريض كيفية تحديد أولويات التدخل و بماذا يجب البدء.
- إقامة سلم للمشاكل مثلا تحديد مقياس للخوف. (0 إلى 100) الذي يسمح بترتيب مخاوف المريض التي سوف يتم تعريضه لها.

- تقييم نتائج العلاج.
- المتابعة. (Cottraux 20 14 , P 153)

### فنيات العلاج السلوكي المعرفي: تنقسم إلى ثلاث أقسام وهي:

أ. فنيات معرفية: كالتعليم النفسي و المناقشة و التعرف على الأفكار اللاعقلانية و تعديلها و إعادة البناء المعرفي و العلاج الموجه بالاستبصار المراقبة الذاتية التحكم الذاتي و التدريب على حل المشكلات و التعبير عن الذات.

ب. فنيات انفعالية: النمذجة، لعب الدور، الحوار و المناقشة.

ج. فنيات سلوكية: الاسترخاء، الواجب المنزلي، التمثيل التعزيز، العقاب التحصين التدريجي، التعريض، منع الاستجابة.

1. فنيات معرفية: تحديد الأفكار التلقائية و العمل على تصحيحها، و المقصود بالأفكار التلقائية هي تلك الأفكار التي تسبق أي الانفعال غير ساري و ما يميز هذه الأفكار أنها تأتي بسرعة و بصورة تلقائية و غير معقولة و تكون السبب في الانفعال غير الصحيح لحدث معين و تكون ذات صفة سلبية لحدث معين مما يؤدي إلى توقع نتيجة غير سارة و هدف هذه الفنية التعرف على تلك الأفكار و تبديلها بأفكار ايجابية تؤدي إلى نهاية حسنة، و لهذا يطلب من المريض أن يسجل يوميا على ورقة تلك الأفكار التلقائية التي تمر بذهنه و هذا جزء من العلاج. (ضيف الله الغامدي، 2013، ص 71)

- التحكم الذاتي: Self control و هو الإقرار بالأنشطة ايجابية و تحديد أهداف طويلة المدى ثم العمل على أخذ خطوات اتجاه هذه الأهداف من أجل تحقيقها و يتضمن مجموعة من عمليات يمكن للفرد من خلالها أن يغير أو يعدل من ظهور الاستجابة في وجود أو غياب التدعيم الخارجي الاستجابات حيث يتم من خلال ثلاث عمليات و هي: مراقبة الذات، تقييم الذات، تدعيم الذات. (ابراهيم عبد الستار 1994، ص 266)
- مراقبة الذات: يلاحظ الفرد سلوكياته و مواقف ظهورها و أسبابها و الملاحظات المرتبة على سلوكه و الأحداث الخارجية التي تأخذ صورة تقبل ذاتي.
- تقييم الذات: و يتم من خلال مقارنة الفرد لأوجه أدائه في مواقف معينة بالمعايير أو المحاكاة الداخلية أو المستوى السائد للسلوك.
- تدعيم الذات: هي تلك المكافئات التي يتلقاها الفرد من نفسه لذاته و العقاب بأي صورة من الصور (عبد الستار، ص 265)

- التعبير عن الذات بطريقة لفظية: هنا يتم التركيز على الأخطاء و الأفكار الخاطئة التي يحدث فيها الفرد نفسه و يتم تعليم المريض التوقف عن أحاديثه الذاتية غير الملائمة و تعليمه في الوقت نفسه عبارات ايجابية.
  - إعادة البناء المعرفي: تهتم هذه الطريقة بتعديل تفكير المريض و استدلالاته و افتراضاته و الاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه.
- في إجراءات إعادة البناء المعرفي يساعد المعالج النفسي المريض على تحديد السلوكيات المعرفية المكربة ثم يساعد العميل على التخلص من هذه الأفكار المؤلمة أو استبدالها بأفكار مرغوب فيها و ربما تكون هذه الأفكار المكربة هي تلك الأفكار التي تظهر الاستجابات الوجدانية مثل الخوف، و القلق، أو الغضب.

### يتكون إعادة البناء المعرفي من ثلاث خطوات:

← مساعدة المريض على تحديد الأفكار و المواقف المؤلمة و ذلك بأن يطلب من المريض بالتصريح عن الأفكار المؤلمة التي يمر بها في مواقف معينة و ذلك بمراقبة ذاته و يكتب وصفا للمواقف و الأفكار كما تحدث له. (خير الزراد عيسى، 2014، ص 594)

← مساعدة المريض على تحديد الاستجابة الوجدانية و المزاج الغير السار و السلوك الاشكالي الذي يتبع التفكير المؤلم و بهذه الطريقة يرى المريض كيف أن التفكير المزعج سابق الاستجابة الوجدانية غير السارة.

← مساعدة المريض على التوقف عن التفكير في الأفكار المؤلمة بأن يفكر في أفكار عقلانية أو أفكار مرغوب فيها و عند قيامه بذلك فمن غير المحتمل أن تكون لديه استجابات وجدانية مثالية، يحدث إعادة البناء المعرفي عندما تستبدل هذه الأفكار المشوهة بأفكار عقلانية مناسبة لا تؤدي إلى مزاج أو سلوك مكتسب. (خير الزراد عيسى، 2014، ص 594)

← (عبد الستار ابراهيم، علاج نفسي سلوكي موقى حديث دار العربية للكتاب)

- حل المشكلات: هي من الاستراتيجيات الفعلية و المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي و اتخاذ القرارات و قد اهتم بها البرت اليس في العلاج العقلاني الانفعالي و تهدف هذه الفنية الى ضبط الذات و زيادة الوعي و الثقة بالنفس و التوافق مع موافق الحياة و يتضمن أسلوب حل المشكلات خطوات تخفف حالة الاضطراب النفسي الذي يعيشه الفرد، و تقسيم الحالة الانفعالية و حل المشكلات بموضوعية ووعي باستخدام مبدأ المحاولة بهدف الوصول الى عدد من حلول (زاهدة أبو عيشة 2012 ص 230)

### 2. فنيات انفعالية:

- النمدجة: يعتبر التعلم بالنمدجة من أهم الأساليب العلاجية التي تعمل على تدريب الافراد على العديد من المهارات الاجتماعية التي من الممكن أن تكسب الفرد السلوك من خلال التعلم الاجتماعي من خلال التعرف على النماذج السوية و الاقتداء بها أي ما سعى التعلم بالقدرة حيث يعرض على الأفراد النماذج المرغوب تعلمها في سلوكهم من خلال قصص أو نماذج حية أو رمزية حمرة (2004:31)
- أداء الدور: هذا الأسلوب يعتمد على وجود نموذج أو قدرة ملائمة و بمرور الوقت يتحول الدور الذي يلعبه الفرد إلى الواقع الذي يعيشه في الحياة حتى يستطيع تعلم المهارات الاجتماعية تساعده في أداء دوره على مسرح الحياة (التجار 148:2005)

### 3. فنيات سلوكية:

- التعزيز: يقصد بالتعزيز أي فعل أو حدث يؤدي إلى زيادة احتمال حدوث استجابة معينة أو تكرارها أو هو تقوية السلوك من خلال إضافة مثيرات ايجابية أو إزالة مثيرات منفرة و يعتبر التعزيز من أهم الأسس التي يبني عليها تعديل السلوك لأنه يعمل على تقوية النتائج المرغوبة و لذا يطلق على المثير الذي يؤدي إلى تقوية السلوك اسم معزز أو مدعم و من هذا يعرف التعزيز بأنه الطريقة أو الإجراء الذي يؤدي إلى زيادة احتمال تكرار حدوث سلوك في المستقبل في المواقف المشابهة. (طه عبد العظيم 2008: 20)
- تقنية التعرض من خلال التخيل: تسمح هذه التقنية 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 الاتفاق على ذلك يقوم العميل بإغلاق عينه و يتخيل نفسه في الموقف منذ بدايته حتى نهايته و هنا تكون المواجهة في 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 مثلا أثناء هذا التعرض التخيلي و التي تشمل المثيرات البصرية الوجدانية الحسبة و الحركية (لهوب 2014؛ 256)
- التدريب على التحصين ضد الضغوط: تسعى هذه التقنية على تقوية الفرد للاستجابة للمواقف الضاغطة و التعامل معها و مع أثارها و تعتمد على 3 أطور متداخلة:
- التصورية: جمعالبيانات عن طريق المقابلة و الملاحظة و ملاحظة الذات القائمة على التخيل و التمييز بين الإخفاق في الأداء و بين نقص المهارة و بناء خطة للعلاج، و تقديم نموذج تصوري تكاملي.
- التدريب على مهارات التقدير من خلال تدريب الأفراد على تحليل المشكلات بطريقة استقلالية.



- اكتساب المهارات والتدريب عليها تركزمواجهة على المشكلة فتشمل اتخاذ مواقف عملية وإجراءات فعلية لمواجهة الواقع وعواقبه من خلال التعامل مع النتائج والآثار الملموسة للخبرة الصادمة (تسيير عبد الله: 2012.223)
- الاسترخاء: يستخدم الاسترخاء في الطب و العلاج النفسي و علم النفس الإكلينيكي بأساليب متعددة منذ فترة طويلة و أبدى الطبيب النفسي " طاكبسون" اهتمامه باكتشاف طريق الاسترخاء العضلي بطريقة منظمة كما ابتكر أسلوب الاسترخاء التصاعدي و يعرف الاسترخاء عمليا بأنه توقف كامل لكل الانتفاضات و التقلصات العضلية المصاحبة للتوتر (عبد البشار. د.س: 154)
- الواجب المنزلي: تتمثل في تنفيذ العميل لبعض الواجبات خارج غطاء الجلسة مما يساعده من تأكيد التحسينات السلوكية التي قد يكون الفرد قد حققه أثناء الجلسة الإرشادية كما أنه تقيد في ثقل تغيرات الايجابية أو يجب أن تكون الواجبات مرتبطة ارتباطا دقيقا الصلة بالهدف الإرشادي الذي ننشده في عملنا مع الفرد الذي يعاني من مشكلات سلوكية.(السواط.2010.36)

#### 4. تطبيق العلاج المعرفي السلوكي:

عمليا يتم تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في سياق بضد عبر عدة جلسات تتراوح بين (20-10) جلسة فردية أو جماعية و يتضمن عدة مراحل :

- ✓ التعليم النفسي و إرساء عقد علاجي
- ✓ التشخيص العيادي و التحليل الوظيفي
- ✓ مقابلة التقسيم باستخدام اختبارات و سلائم التقدير
- ✓ التدخل العلامي ( بلحسيني.2014:97)

#### التحليل الوظيفي:

هو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعية القلقة العوامل المفجرة (الأسباب، النتائج، الآثار أيضا) العوامل التي تحفظ السلوك و الأفكار التي تضع المشكل في المقابلات الأولى فإن التحليل يسمح بدراسة مع المفحوص العوامل الماضية و الحالية الانفعالات الأفكار و محتوى المحيط فرضيات التشخيص و انطلاقا من هذا التحليل الوظيفي نفترض الوسائل و التقنيات العلاجية الملائمة و لكي يكون تمثيل دقيق للتحليل الوظيفي الاضطراب وضع جونا كوتور شبكة secca

للتحليل الوظيفي التي تجمع العناصر التالية:

منبه، مشاعر، معارف، الأفكار العقلية، نظام الاعتقادات، سلوك و التوقعات

هذه الشبكة هدفة تطبيقي تحتوي على جزء أني "حالي" الذي يسمح بتحليل جانب سلوكي (منبه عاطفة أفكار سلوك توقعات و علاقته بالمحيط الاجتماعي كما تحتوي على جزء تاريخي الذي يسمح بتنظيم التاريخ الماضي للعميل locaux (1995) p74

### العقد العلاجي:

يتم إقامة العقد العلاجي بعد القيام بالتشخيص التحليل الوظيفي و المرور على موازين التقييم الذاتي بعد الإشارة إلى وجود غاية علاجية معرفية و سلوكية و يتم بناء العقد العلاجي بالتعاون مع المريض فهو يصنع الأهداف الملموسة المختلفة المراد تحقيقها و الوسائل التقنية لذلك يمكن أن ينشأ العقد بين المريض وولديه في حالة المراهقين على أن يوافق المشاركون ( أبوين، مراهق، معالج) بالإجماع بداية سير العلاج على التعاون بين المريض و الوالدين و المعالج حيث أن الهدف قبل كل شيء خلق جو مليء بالثقة لا بالتبعية فمن المهم توثيق هذه الخطة في عقد مهني علاجي يتضمن:

- أن العميل مسؤول بصفة أساسية عن حياته.
  - أن العميل قادر على اتخاذ قراراته.
  - أن كلا الطرفين الأخصائي و العميل لهما حقوق و عليهما واجبات يتم تحديدها في العقد.
  - إن العميل له حق في استخدام أو رفض ما يعرض عليه من مساعدات أو خدمات.
- ويجب أن يكون العقد واضحاً و أن تصاغ التوقعات المشتركة بعبارات ليس فيه تجنباً الارتباك أو التوقعات غير الواقعية التي تقوم على الخيال أو على الرغبات التي لا يمكن تحقيقها.

فإن العقد العلاجي المهني يجب أن يتضمن ما يلي:

- ما يمكن أن يتوقعه العميل من الأخصائي
- ما يمكن ما يتوقعه الأخصائي من العميل
- الكيفية التي سيحقق بها الطرفان ما اتفقا عليه من أهداف تحديد التواريخ المستهدفة لتحقيق الأهداف

و بعد تحرير العقد و مراجعة بنوده يقوم الطرفان بالتوقيع عليه يحتفظ كل منهما بنسخة لنفسه و يبدأ تنفيذ العقد بمجرد التوقيع عليه و يحقق الحصول على الخدمة على أساس تعاقدية النتائج التالية:

1/ يقلل من احتمال تدهور علاقة المساعدة الى علاقة بين منفذ و صحية.

2/ يقلل من مصادفة الفشل في مساعدة العميل.

3/ يعزز السيادة و الاستقلالية و المهارات الاجتماعية عند العميل.

### المقابلة التحفيزية:

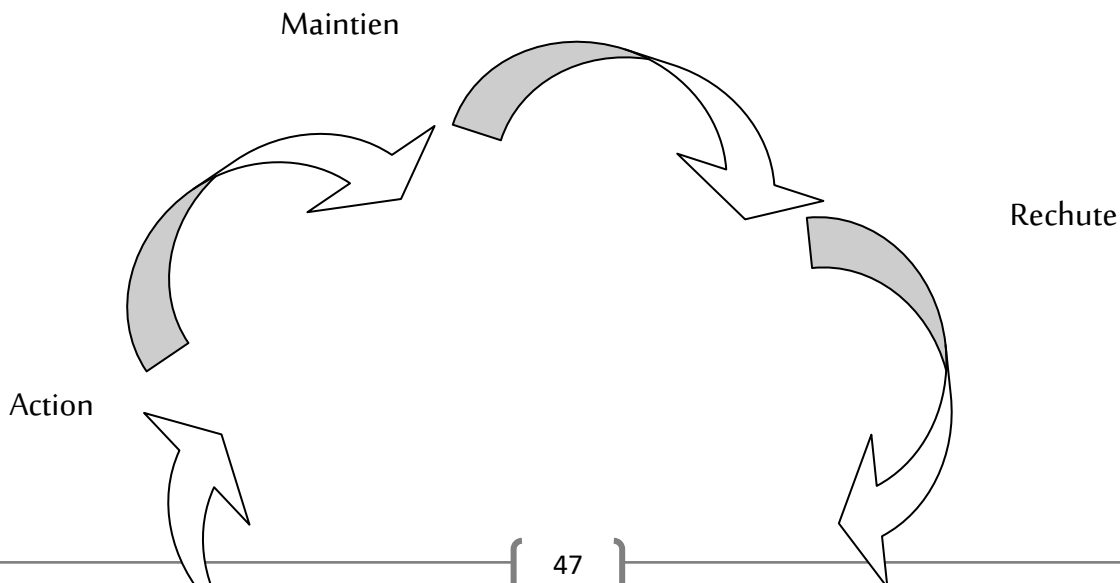
المقابلة التحفيزية حسب « Miller & Rollnick » هي مقابلة تصف وجهة تتركز حول الشخص «العميل» تستخدم من أجل رفع الدافعية لتغيير السلوك و ذلك من خلال مساعدة الشخص على حل التناقص الوجداني.

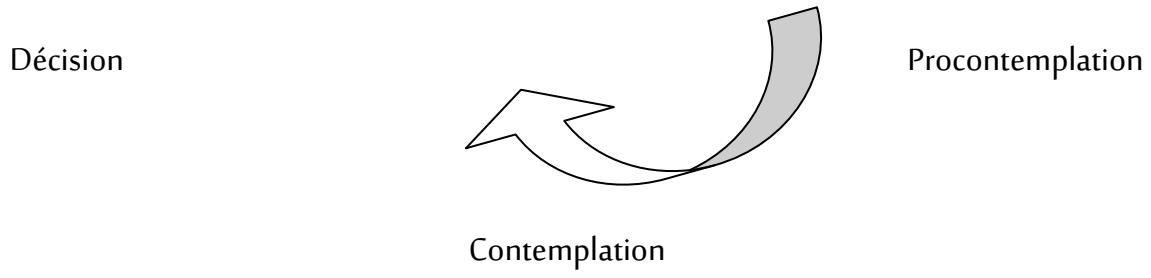
فهي أسلوب تواصل تعاوني متمركز حول هدف معين تركز على هدف واحد و توجه اهتماما خاصا الى لغة التغيير و هي مصمم لتعزيز دافعية الفرد و التزامه بهدف محدد عن طريق استكشاف أسبابه الخاصة للتغيير في جو خالي من الحكم و لتحقيق المقابلة التحفيزية يجب توفر 3 شروط:

1. يجب أن يكون موضوع مهم للمفحوص
2. يجب أن يشعر المفحوص بالثقة في إمكانياته
3. يجب أن يكون في الوقت المناسب (hoarau Karine 2012.26)

### ✓ مراحل التحفيز:

يمكن للمقابلة التحفيزية استخدام مراحل التغيير لنموذج: Prochaska et dielenente:





مراحل	دور المعالج
الفعل تغيير السلوك	مرافقة التغيير و مكافأة النجاح إعادة تأكيد قراراتهم
الصيانة و التوحيد تعديل السلوك المستدام	المساعدة في تحديد استراتيجيات الوقاية من الانتكاس: الحفاظ على ردة الفعل الرجعية المستمرة البحث في التناقضات
انتكاس	المساعدة على تحفيز نفسه من جديد إزالة الشعور بالذنب تجريبه و ليس فشل

المساعدة في إدراك المشكلة توليد و خلق الشك تدخل قصير	قبل التأمل المقاومة للإنكار العدوانية العقلنة
توازن قراري: استكشاف التناقض تعزيز التغيير أسباب التغيير المحتملة	التأمل التناقضات المبررات
المساعدة في معرفة الطريقة المقبولة ومسيرة تخطيط برنامج عملي	التحضير فيه إجراء في المستقبل القريب

**تقنيات 4R** يتميز المعالج النفسي بمهارة في القيام بمختلف المقابلات بأنواعه مقابلة فردية مقابلة أسرية مقابلة جماعية و فيما يخص المقابلة الحيادية الفردية في العلاج السلوكي المعرفي يقوم على تقنية 4 التي تساهم غالباً في خلق الرابطة العلاجية خاصة المقابلة الفردية

تقنية 42 متقاربة للمقابلة التحفيزية التي طورها Miller

على المعالج أن يتقبل وضعية المفحوص و يعتمد على المقاومة من أجل خلق الرابطة العلاجية و هي كالتالي:

**إعادة الصياغة:** يعبر المفحوص عن مشكلاته بطريقة عامة و غير مخصصة و بالتالي إعادة الصياغة تساعده

على فهم مضمون مشكلته hoaraukarine .2012 P27

و يمكن للمعالج أن يطرح أسئلة التي تمكنه من معرفة ظروف الشكوى و تعتمد إعادة الصياغة على مجموعة من

أسئلة: هي: أين، مع من، متى، كيف و هذه الأسئلة تكون متباعدة من شكوى المفحوص مثل: المفحوص يقول لست

على ما يرام

و بالتالي هدف إعادة الصياغة ليس الفهم و البحث بل من أجل الاستبصار المفحوص لمشكلته الحالية و إقامة علاقة تعاونية قائمة على التعاطف

### Remouler تقوم على 3 أنواع وهي:

1//التكرار ما تسمى طريقة ( البيغاء) حيث يعبر المعالج عن كلام المفحوص و بهذا يستعمل مرادفات بصياغة متغيرة.

2//الدقة في المفاهيم *Précision des termes*: عندما يواجه المفحوص صعوبة في التعبير عن مشاعره، حيث يتمكن المعالج في مساعدته و توجيهه و بالتالي يجب أن تكون واضحة و أن تقترب من أقوال المفحوص.

3//صياغة الفرضيات حيث يجب على الفرضيات أن تتماشى مع المشكلة المدروسة و تكون مقدم بطريقة واضحة و محددة، و بالتالي على المعالج ان يقوم بإعادة الصياغة للفرضية المفحوص و يقوم بتجريبه من مشاعره ليتأكد من صدقه مع المفحوص

التلخيص "Résumé": هي التقنية الثالثة تساهم في جمع تعليق المفحوص و هذا التعليق يساعده على في توليد علاقة تعاونية و تحديد العلاج يتضمن مشاكله في البداية و النهاية.

- التأكد بأن المفحوص و المعالج على نفس الاتجاه و يفهمان بنفس الطريقة.

إجرائيا: قيام بتلخيص يستخدم في فترة الصمت أو إحياء صعوبة في تسيير الحصة.

التعزيز الايجابي يساعد من رفع السلوك المرغوب فيه و التقارب بين المفحوص و المعالج و يعتمد التعزيز على مبدأين:

- تعزيز على الأفعال التي يقوم به المفحوص و تهنئته عند القيام بالمهام المطلوب.

- تعزيز على مستوى شخصية قائم على واحد من صفاته ايجابية.

التساؤل السقراطي: هي تقنية أكثر استعمالا في العلاج المعرفي، و هذا التساؤل قائم على طرح الأسئلة لمساعدة المفحوص لإدراك مشكلة من عدة زوايا حيث كلما يطرح المعالج الأسئلة ساهمت في تغيير طريقة المفحوص في انفعالاته و مشاعره.

و هذا الأخير يساهم في التركيز حول أفكار المفحوص بدلا من العلاقة مع المعالج.



# الفصل الخامس

## منهجية الدراسة

تمهيد:

بعد التطرق للجانب النظري لموضوع البحث الذي تناولت فيه إشكالية، و بعد استعراض للفصول التي تناولت الإدمان الكحولي، و الآن سنعرض في هذا الفصل الأخير منهج البحث و أدواته و سنتحقق من صدق فرضية من خلال دراسة حالة.



المنهج: هو المحدد لدراسة أمر تحدده مشكلة البحث المراد دراسته، فالمنهج هو مجموعة الأطر و الاجراءات التي يضعها الباحث عند دراسته لمشكلة بحثه. (غريب، 1998، ص 115)

وقد اعتمدت في هذه الدراسة على المنهج العيادي لأنه الأنسب لموضوع دراستي.

**المنهج العيادي:** هو إحدى الوسائل المعرفية التي يستعملها هذا العلم لدراسة الفرد بوصفه فردا فهو يشكل وسيلة بحث خاصة بالأمراض النفسية و العقلية. (كمال بروش، 1911، ص 33)

فهو المنهج الذي يسمح بالدراسة العيادية لمجموعة البحث و دراسة سلوك الفرد في إطاره الحقيقي حيث يكشف عن ما يعانيه الفرد من اضطرابات نفسية تبدو في سلوكه و تفكيره و ذلك بهدف فهم شخصية الفرد و تفسير طبيعة الاضطراب الذي يعاني منه و تشخيصه مما يسمح بوضع خطة علاجية له. (المليحي، 2000، ص 31)

و يعرفه حلبي المليحي على أنه: منهج يختص بالمعرفة و الممارسة النفسية المستخدمة في مساعدة العميل الذي يعاني من اضطراب ماضي الشخصية، يبدو في سلوكه و تفكيره تنجح في تحقيق توافق أفضل و اكتساب قدرة أعلى في التعبير عن ذاته

و يستخدم لأغراض عملية أو نفسية من أجل التشخيص و علاج المظاهر الاختلال التي تحمل الشخص على ذهاب إلى الإكلينيكي. (زينب شقير، 2002، ص 41)

### أدوات الدراسة:

← **الملاحظة العيادية:** هي أداة أساسية للبحث و للتشخيص في مجال علم النفس الاكلينيكي و هي مهمة في جمع المعلومات و البيانات لدراسة حالات الشخصية السواء أو مضطرب. (إلهام خليل، 2015، ص

(34)

ويمكن تعريف الملاحظة بأنها مشاهدة مدلول المفحوص كما هو عليه في الواقع بكامل دلالاته التي يفسرها الفاحص في ضوء طرقه العلمية و الاكلينيكية.(كريعان بدير، 2008، ص 31)

← **المقابلة العيادية:** يتم فيها تحديد الهدف الذي يرغب كلا الطرفين الوصول إليه من خلال خطوات اجرائية تم الاتفاق على تنفيذها حيث تهدف إلى التغيير الايجابي و توجيه السلوك لصالح العميل.  
(أحمد أبوسعد، 2012، ص 311)

و المقابلة تساعد المفحوص من أن يفهم نفسه و مشكلته بشكل أفضل و تهدف المقابلة للتخطيط لعلاج مناسب لتلك المشكلات و القضاء على الأسباب التي يعاني منها المفحوص. (حمدي أبو الفتوح، 2012، ص 312).

← **دراسة حالة:** هي دراسة تفاصيل الحالة بشتى المجالات الشخصية و الحياتية و الأسرية للحالة كما ثبت جدواها باعتبارها المجال الذي يتيح للأخصائي جمع أكثر قدر ممكن للمعلومات الدقيقة و الواضحة حتى يتمكن من اتخاذ قراراته و إصدار حكم نحو الحالة. (أبو سعد، 2012، ص 56)

← **استبيان MAST:**

هو استبيان يهدف للكشف عن الإدمان من خلال أسئلة دقيقة و مباشرة عن موضوع شرب الكحول و عواقبه، و هو يحتوي على 13 فقرة كل فقرة ( فقرات موجبة و فقرات سالبة) يتم تنقيطها حسب سلم التنقيط الخاص بالاستبيان، بحيث تكون بدائل الإجابة تتمثل في نعم و لا فإذا كان المجموع الكلي يساوي أو أكثر من 3 فإنه يشير إلى إدمان كحولي. (Dan vielea 2005)

← **سلم تقدير القلق لهاملتون:** 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 سليما فإن درجات تكون مؤشر لوجود القلق من عدم وجوده.  
يعتمد هذا السلم على براعة الأخصائي و إدراكه لوجود الأعراض المتنوعة عن طريق استجواب المريض و تقديره لشدة تلك الأعراض وفق الأحاسيس الذاتية للمريض .

كل فقرة هي عبارة عن مجموعة معقدة من التظاهرات و السلم ككل يحتوي على 14 فقرة و هي كالتالي. (بوسنة، د ن، ص 79)

مزاج القلق: الضغط - بكاء - الأرق - الوظائف المعرفية - مزاج اكتئابي

أعراض سوماتية عامة\_ أعراض سوماتية عامة حواسية\_ أعراض قلبية عرقية \_ أعراض نفسية

أعراض معدية و معوية \_ أعراض تناسلية بولية\_ أعراض الجهاز العصبي الذاتي\_ السلوكات خلال المقابلة.

**عملية التنقيط:** يتم تقدير شدة كل فقرة من 1 إلى 4 و تمثل 4 علامة عرضية مرضية تخضع عملية التنقيط إلى العرضية الحالية للمفحوص أي التظاهرات الملاحظة خاصة وقت المقابلة يتم تحديد نقطة كل فقرة على إحدى، فإذا لم يتطرق المفحوص إلى نقطة ما في السلم لا بد من أسئلة 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.

- نقطة القلق النفسي: مجموع نقاط البنود 1، 2، 3، 4، 5، 6، 14
- نقطة القلق السوماتي: مجموع نقاط البنود 7، 8، 9، 10، 11، 12، 13
- المجموع الكلي: مجموع نقاط كل البنود

### الدرجات:

- 0: لا توجد أعراض
- 1: أعراض طفيفة
- 2: أعراض متوسطة
- 3: شديدة جدا

### كيفية تحديد الدراسة:

تعرض الدراسة في هذا الفصل إلى الدراسة الاستطلاعية و التي كان الهدف منها التعرف على ميدان الدراسة بإعداد الوسائل اللازمة للعمل و تحديد الحالة بالدراسة الأساسية مع تهيئة المكان المناسب من أصل تطبيق العلاج السلوكي المعرفي.

الدراسة الاستطلاعية: بما أن الدراسة تخص الكشف عن مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي بدراسة استطلاعية من أجل تحديد الحالة المراد دراسته ما بين 2018/01/7 إلى 2018/05/05 إذ توجهت إلى المستشفى العسكري الجهوي بوهران بمصلحة الأمراض العقلية، فأجريت 5 مقابلات عيادية.

### جدول: الدراسة الاستطلاعية

الحالات	السن	محتوى المقابلة	الهدف	الملاحظة
(ت - م)	29	التعرف على تاريخ الشخصي المرضي	كشف عن الإدمان	تبيين من خلا المقابلة

أن حالة له إدمان + كحول + ذهان	الكحولي	تطبيق سلم هاملتون و سلم Mast		
تبيين من خلا المقابلة أن حالة معه إدمان كحول و لكنه شخصية حدية	كشف عن الإدمان الكحولي	التعرف على تاريخ شخصي مرضي تطبيق سلم هاملتون و سلم Mast	34	(ب - ر)
حالة كحولية يعاني من اضطراب كحولي + فوبيا	كشف عن الادمان الكحولي	تعرف على تاريخ شخصي مرضي تطبيق سلم هاملتون و سلم Mast	41	(د - أ)
حالة يعاني من اضطراب كحول + ادمان على مخدرات	كشف عن ادمان كحولي	تطبيق سلم هاملتون و سلم Mast	36	(ط - ب)
حالة يعاني عن ادمان كحولي فقط	كشف عن ادمان كحولي	تطبيق سلم هاملتون و سلم Mast	30	(ب - ع)

# الفصل السادس

## دراسة الحالة وعلاجها

### تقديم الحالة:

الحالة (ب - ع) البالغ من العمر 30 سنة أرسل من طرف طبيب الاستعجالات الطبية بسبب الإفراط في تناول الكحول مع سلوكات انحرافية

الحالة (ب - ع) أعزب ينحدر من ولاية الطارف لديه 3 إخوة 2 إناث و ذكر و هو الولد الثاني في العائلة، والديه على قيد الحياة أبوه مدمن على الكحول يبلغ من العمر 62 سنة، يوجد قرابة بين الوالدين و خال امتنع عن التعاطي لمدة 10 سنوات و أخوه أيضا مدمن على الحشيش و أمه مريضة بداء السكري إخوته لم يكملتا دراستهما بسبب الظروف الغير ملائمة و التدهور المعيشي و الصراعات المتكررة و سوء الاستقرار في الأسرة.

و بسبب الصراعات و الاضطرابات في العلاقة هذا ما أدى لمرض الأم و فيما يخص المستوى الدراسي لم يكمل دراسته توقف عنها في الثالثة متوسط و التحق بالجيش لمساعدة و إعانة أسرته و التكفل بها لأن أبوه كان عديم المسؤولية لم يكن مهتم بالعائلة همه الوحيد هو شرب الكحول، كان يضيع كل ماله من أجل ذلك.

عاش الحالة في ظروف مزرية منذ طفولته هذا راجع لكثرة الصراعات يصحح الحالة أنه كره معيشته (كرهت معيشتي) لأن بسبب هذا مرضت أمه و هذا ما أثر عليه لأن أبوه من جهة و أخوه من جهة مدمن أيضا، كان دائما يبحث عن الهروب من المنزل لتجنب الواقع المر الذي كان يعيش فيه.

لم يكن يعاني من أي مرض، كان نموه عادي ، عاش طفولة عادية كان له أصدقاء يمضي وقته معهم من أجل تغيير الجو و الابتعاد عن مشاكل العائلة، و كان سبب الأصدقاء الذين كانوا مدمنين، و بالتالي ترتب تأثير ذلك على الحالة فأصبح مدمن على ذلك لأنه تعود على ذلك مع أصدقائه.

و فيما يخص المظهر الخارجي كان هندامه غير لائق (حالة مرضية) لأنه دخل مرتين للمستشفى العسكري بسبب الكحول، مظهره غير لائق، أما الجانب المعرفي فهناك تناسق في الأفكار و تبادل ايجابي متفاعل، ذلك بعد إجراء المقابلة التحفيزية و تطبيق مقياس درجة التحفيز للحالة اتجاه العلاج و المتابعة النفسية.

لأنه عند دخوله المستشفى ثم ملاحظات في المقابلات الأولى ضعف في التجاوب و تباطؤ في الكلام و يكمن ذلك راجع إلى متابعة دوائية من أجل سحب الكحول منها: فيتامينات و Alofan

بينما طلب الإحالة من قبل العمل بسبب اضطرابه في السلوك داخل عمله و وصوله المتأخر و الشكاوي المتكرر من طرف العمال.

و السبب الثاني كانت العائلة هي التي أدخلته للتعافي بسبب أيضا سلوكه المضطرب داخل البيت لأنه كسر البيت كله.

و بالتالي هذا الإدمان أثر عليه فظهرت عليه أعراض الفصامي، هذيان ديني الهذيان اضطهاد.

و فيما يخص دوائه كان للكحول و دواء للأعراض المصاحبة و بالتالي دواء خاص بالمتابعة المنتظمة للأدوية النفسية منها: مضادات القلق Fentamine - Benzadiagipine و ذلك من أجل معالجة القلق الحاد الذي كان يسبب له تأثيرات سلبية على الصحة النفسية من بينه: عدم القدرة التنفس بالإضافة إلى الاختناق و الصداع.

### تاريخ التشخيص:

- الإدمان على الألعاب
- ألعاب الهاتف Play
- العدوانية و سهولة الاستشارة الاعتماد

### تاريخ الحالة: Anamnèse

لقد عاش الحالة (ب - ع) مرحلة الطفولة غير مستقرة و مؤلمة بسبب ظروف معيشية متدهورة و كثرة الصراعات و الاضطرابات داخل الأسرة.

بحيث كان الوالد متسلط عنيف ، عديم المسؤولية و كان بين كل ماله في شرب الكحول بالإضافة إلى غيابه عن البيت، بينما كانت تعاني أمه من الاكتئاب بسبب إهمال الزوج و صراعات المستمرة مع أولاده الابن الكبير بسبب تعاطيه للمخدرات و الحالة (ب - ع) أيضا و كان أول مرة تعاطي الكحول في سن مبكرة في مرحلة المراهقة دون الاعتماد في سن 16 كان يشرب في المناسبات الايجابية و السلبية مع الإحساس بالذنب و لكنه اعتاد على ذلك عند شربه يتخيل أن أبوه يراه عند شربه لأنه هو الذي كان يقوم بمحاسبة أبيه.

و الحالة (ب - ع) له أعراض القلق و الاختناق و صعوبة في التنفس و بالتالي فالإدمان تطور في الجيش أي مع الضغوطات التي كان يواجهها أثناء قيامه بعمله و هذا الضغط الذي كان يدفعه للشرب للهروب من الواقع.

### الحوادث التي أثرت في الحالة:

هناك حوادث كثيرة أثرت في الحالة (ب - ع) طفولته الصعبة التي عاشه و سوء الظروف المعيشية بالإضافة إلى التحاقه بالجيش و الضغوطات التي كان يواجهها و إهمال الأب لعائلته و هذا ما كان يدفعه للشرب للهروب من الواقع.

### العوامل المفجرة: Facteur déclenchant

- ضغوطات العمل
- الذهاب للعمل و هو في حالة سكر

ظروف مسبقة للاضطراب: إدمان الأب

التشخيص حسب DSM5 شخصية حدية

- الغضب الشديد، غير مناسب أو صعوبة في لجم الغضب (تظاهرات متكررة للغضب، غضب مستمر، شجارات متكررة)

- أحاسيس مزمنة بالفراغ
- الاندفاعية في مجالين على الأقل من مجالات التي تعمل إمكانية الحاق الأذى بالذات مثل: الانفاق، الجنس، استعمال المواد، القيادة المتهورة، نوب من الأكل.
- عدم الاستقرار الانفعالي الناجم عن الانفعالية الواضحة للمزاج (مثل سوء مزاج نوبي حاد) أو استشارة أو علاقة مستمر عادة بضع ساعات و نادرا ما تستمر لأكثر من بضعة أيام.

### العلاج:

- العقد العلاجي: من خلال علاقة مبنية على الثقة و التعرف بالعلاج و التقنيات المستعملة.
- تقييم العلاج من خلال قياس قبلي و بعدي يتمثل في مجموعة من استمارات تخص: الكحول، الدافعية، القلق، تأكيد الذات Mast-Afirmation de soi- questionnaire de la motivation
- التقنيات المستعملة: إعادة بناء المعرفي، الاسترخاء، التعريض بالتخيل، تأكيد الذات.
- :الهدف من هذا العلاج الامتناع عن شرب الكحول.

### التحليل التاريخي:

- معطيات جينية: يوجد الأب
- طبيعة الشخصية: شخصية حدية حسب DSM 5 (f 60.3)
- الغضب الشديد غير المناسب أو الصعوبة في لجم الغضب (مثل تظاهرات متكررة للغضب، غضب مستمر شجارات متكررة.
- تفكير زوري عابر مرتبط بالشدة أو أعراض تفارقية شديدة
- أحاسيس مزمنة بالفراغ.
- الاندفاعية في مجالين على الأقل من مجالات التي تحمل إمكانية الحاق الأذى بالذات (مثل الانفاق، الجنس، استعمال المواد، القيادة المتهورة، نوب الأكل المفرط)
- عدم الاستقرار الناجم الانفعالي الناجم عن الانفعالية الواضحة للمزاج (مثل سوء المزاج نوبي حاد، أو استشار أو قلق مستمر عادة بضع ساعات و نادرا ما تستمر لأكثر من بضعة أيام.
- العوامل التاريخية المثبتة و المحافظة للسلوك:
- التحاقه بالجيش في وقت مبكر.
- وضع عائلي متقلب و مضطرب.



### العوامل المفجرة:

- ضغوطات العمل في خدمته في الجيش و ذهابه للعمل و هو في حالة سكر.
- حوادث معجلة و مسرعة في ظهور السلوك المضطرب.
- إدمان الأب

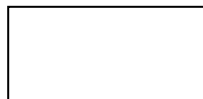
مشاكل أخرى: لا توجد

علاجات سابقة الحالة (ب - ع) كان يعاني من إدمان كحول من قبل و و كان له دواء و فيتامينات vitamine

أمراض عضوية: لا يعاني من أي مرض عضوية

الشكل: شبكة سيكة « Grille de Secca »

1. التحليلات التزامني:



التوقع

زيادة ضغوطات العمل تدفعني لشرب الكحول



الوضعية

مشاكل و صراعات عائلية

تفكير في مستقبل



الانفعال

← قلق ← ختناق ← مخضب



سلوك توجه نحو شرب الكحول

- تغيير شخصي

- لا أتحكم في نفسي

- لا أستطيع التحكم في سلوكي



محيط

حوار داخلي



أخجل من أنني مدمن كحول

أشعر بالذنب

ينظر الناس إلى أنني كثير المشاكل

أبي يراني عندما أشرب

خيال

جدول: عرض الجلسات العلاجية

رقم الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة
جلسة الأولى	بناء علاقة ايجابية و كسب ثقة (حالة ب - ع)	استقبال السيد (ب - ع) التعرف على التاريخ الشخصي و العائلي. طمأنة المفحوص بأن جميع المعلومات تكون سرية

## الفصل السادس

	تحديد نوع الطلب التشخيص	
الجلسة الثانية و الثالثة	التحليل الوظيفي من خلال شبكة Seca تطبيق مقاييس سلم هاملتون و سلم Mast (قياس قبلي) ابرام العقد العلاجي	تحديد التوقعات، الظروف الانفعال سلوك، معارف، تمرير مقاييس مقياس تأكيد الذات Mast
الجلسة الرابعة	المقابلة التحفيزية من أجل تحفيز الحالة للعلاج تحديد الأفكار الأوتوماتيكية	اعتمدت على تقنية لـ R 4، إعادة صياغة فرضيات اعتماد على حوار سقراطي من أجل استبصار الحالة حول مشكلته و التعرف على السلوك مرغوب فيه و تعزيزه بالإضافة إلى مناقشة الواجب
الجلسة 5 – 6 و 7	معالجة المعلومات الخاطئة عبر تغيير الأفكار و المعتقدات الخاطئة تمارين حول تأكيد الذات	التعرض من خلال التخيل ثم تنفيذ التقنية إعادة البناء المعرفي من خلال الحوار السقراطي
الجلسة 8 – 9 و 10	إعادة تركيب تقنية الذات تقنية الاسترخاء إعداد العميل لنهاية العلاج مع تحديد موعد لمدة شهر قياس بعدي	تقييم و مراجعة قدرة مفحوص على التعرف على أفكار السلبية التي تدفعه للتعاطي القيام بتمارين تخص الاسترخاء لتخفيف التوتر إعادة مقاييس سلم هاملتون و سلم Mast و تأكيد الذات ابلاغ المفحوص بنهاية العقد العلاجي و تحديد موعد آخر لمتابعة حالته لمعرفة وضعيته إن تحسنت أم لا
الجلسة 12	متابعة الحالة	الاجابة عن أي أسئلة يطرحه المفحوص

### تحليل النتائج:

نوع القلق	رقم فقرات	قياس قبلي	مجموع	قياس اثناء	مجموع	قياس بعدي	مجموع
قلق نفسي	1.2.3.4.5.6 .14	4.4.0.4.4.4 .4	24	4.4.0.4.3.4 .3	23	2.3.0.2.2. 2.2	13

## الفصل السادس

12	1.1.2.2.2. 2.2	11	2.1.2.2.2.2	24	2.4.2.4.4.4 .4.4	7.8.9.10.1 1.12.13	قلق سوماتي
25			34			48	مجموع

تبين في تطبيق سلم هاملتون قبل الشروع في العلاج أن الحالة (ب - ع) تحصل على مجموع 48 موزع على طرفين 24 للقلق النفسي، و 24 للقلق سوماتي و هذا ما يدل على أن الحالة (ب - ع) يعاني من وجود قلق مرضي و قلق سوماتي.

حيث أن في تطبيق الثاني: أثناء سير العلاج تحصل الحالة (ب - ع) على مجموع 34، 23 للقلق النفسي و 11 للقلق السوماتي و هذا يدل على أن الحالة لازال لديه قلق نفسي مقارنة بالقلق سوماتي لأن حالة (ب - ع) له ضغوطات كثيرة.

قياس بعدي: كان هذا يعد تنفيذ العلاج، تم ذلك بإعادة تطبيق سلم هاملتون لمعرفة إن تحسنت حالة سيد (ب - ع) أم لا.

دلت النتائج أن الحالة تحسنت على مجموع 25.13 بالنسبة نفسي و 12 للقلق سوماتي و هذا يعني أن الحالة قد انخفض له قلق لكن بنسبة قليلة مقارنة مع تطبيق قبلي.

نلاحظ أن الحالة (ب - ع) أن نتائجه انخفضت نوعا ما.

نتائج استبيان Mast: تبين في تطبيق استمارة Mast أن الحالة (ب - ع) يعاني من ادمان كحولي بدرجة

.28

نتائج استمارة تأكيد الذات: تبين من خلال تطبيق هذه الاستمارة أن الحالة (ب - ع) شخصية عدوانية و لكن مع القيام بالمقابلات و المتمثلة في قيام بتمارين تأكيد الذات تبين أن الحالة قد تحسنت و تمكن من التحكم و ضبط نفسه من خلال أيضا تمارين الاسترخاء.

### مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال الدراسة المتمثلة في "فعالية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من الادمان على الكحول التي تهدف إلى التحقق من فعالية العلاج السلوكي المعرفي، حيث قمت بهذه الدراسة بمعالجة جانبين النظري و التطبيقي باستعمال تقنيات مختلفة للعلاج السلوكي المعرفي المتمثل في: إعادة البناء المعرفي الاسترخاء، تأكيد الذات، التعريض بالتخيل من خلال 12 جلسات علاجية بالإضافة إلى مقاييس: تأكيد الذات، Mast خاصة بالكحول و مقياس تايلور للقلق، و مقياس الدافعية.

و تذكرنا بنص الفرضية: للعلاج المعرفي السلوكي حد في الادمان على الكحول فإن الحالة

(ب - ع) البالغ من العمر 30 سنة، و الذي يعمل جندي، أعزب يقيم في الطارف و الذي كان يعاني من إدمان على الكحول بسبب الاضطرابات العائلية و ضغوطات العمل التي كان يواجهه.

فحسب نتائج الملاحظات و المقابلات العيادية فإن الحالة ظهرت عليه بعض الأعراض النفسية حسب مقياس تايلور فقد تبين أن الحالة كانت له أعراض القلق النفسي متمثلة في الغضب، الضغط و أعراض قلق سوماتي متمثلة في اختناق و عسر التنفس.

أما بالنسبة لمقياس تأكيد الذات فإن الحالة (ب - ع) تبين أنه شخصية عدوانية و لكن عبر قيام بتقنيات و تمارين تأكيد الذات من خلال مقابلات مختلفة فإن الحالة قد تمكن في التحكم في ذلك، كما أنه لم يعد لشرب الكحول خلال فترة المتابعة بمدة شهر، و بالتالي فإن فرضية بحثي قد تحققت مع الحالة (ب - ع) و توصلت إلى نتائج ايجابية و بالتالي فإن العلاج السلوكي المعرفي فعالية في تعديل السلوك المتعاطي الكحول في تحصيل ضد التوترات و الضغوطات المسؤولة عن هذا الإدمان و ما يتفق مع موضوع دراستي ريتشارد و آخرون في 2006 بدراسة فعالية العلاج المعرفي السلوكي في لوس انجلوس على عينة مكونة من 17 مدمن كحول تضمنت تدخلات علاجية لمدة 16 أسبوع، بمعدل 3 جلسات اسبوعيا مدة كل جلسة 90 دقيقة و تم استخدام مقياس اضطرابات الجسدية و مقياس الكحول و مقياس المشاكل الاجتماعية المصاحبة، و دلت النتائج ان للعلاج المعرفي السلوكي كانت له فعالية في الامتناع عن الكحول و ذلك من خلال المتابعة التي اكدت على ذلك

## الخاتمة

من خلال ما سبق ذكره تبين أن مشكلة الإدمان الكحولي له انعكاسات مدمرة على حياة الفرد سواء اجتماعيا أو مهنيا وهذا راجع إلى التبعية النفسية و الجسدية و التسمم لذا يجب علاج هذا الاضطراب باستخدام العلاج المعرفي السلوكي لما له من فعالية و لكن مع العلاجات الأخرى كالعلاج الأسري أو الجماعي للوصول إلى علاج تكاملي يمنع من حدوث الانتكاسة.

### توصيات واقتراحات:

اجراء دراسا على عينة كبيرة لتعميم نتائج فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج حالات المدمنين الكحوليين.

اجراء دورات تدريبية حول العلاج السلوكي المعرفي لأخصائيين النفسانيين الممارسين.

توظيف معالجين نفسيين ذو كفاءة لتمكن من علاج هذه الظاهرة.

اجراء دراسات تشمل علاجات مختلفة منها علاج اسري علاج تدعيمي لتكامل العلاجي للمدمنين.

قائمة المصادر

المراجع



- 1) أحمد الحسيني هلال (2016) في الصحة النفسية مفاهيم أساسية دار الكتاب القاهرة.
- 2) ابراهيم عبد الستار و آخرون (1993) العلاج السلوكي للطفل أساليبه و نماذج من حالاته سلسلة علم المعرفة الكويت.
- 3) اجلال محمد يسرى (2003) الأمراض النفسية الاجتماعية، عالم الكتب، القاهرة ط1.
- 4) أحمد حسن الحراشة، جلال علي الجزازي، (2012) ادمان المخدرات و الكحوليات و أساليب العلاج، دار الحامد، عمان، ط1.
- 5) أديب محمد الخالدي (2009) الصحة النفسية، دار وائل، عمان، ط3.
- 6) الازارطة مصطفى يوسف{1993}المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية سلسلة ثقافية شهرية.
- 7) أنسام مصطفى السيد بظاظو (2011) اضطراب الشخصية الترحسية لدى الراشدين، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية ط1.
- 8) أنسام مصطفى السيد بظاظو (2013) برنامج علاجي لتخفيف الاكتئاب ما بعد صدمة الوفاة و الطلاق لدى أطفال، المكتب الجامعي الحديث، الاسكندرية.
- 9) يقال أسى (2013) أثر الدافعية و تدريبات التحصين من الضغط النفسي على التوافق لدى المدمن (دراسة ميدانية على عينة من المدمنين بمركز التسمم بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض النفسية و العقلية سيدي الشحمي وهران) رسالة دكتوراه في علم النفس.
- 10) بلحسيني وردة رشيد (2014) اضطراب الهلع و ثورة العلاج المعرفي السلوكي.
- 11) بوريشة جميلة (2014) أثر استراتيجي المقابلة التحفيزية و التنظيم الذاتي في رفع تقدير الذات رسالة ماجستير.
- 12) بيرني و آخرون (2008) علاج معرفي سلوكي، سلسلة علم النفس، دار شيراك
- 13) جمعية الطب النفسي الأمريكية ترأونور الحمادي، الدليل التشخيصي و الاحصائي للأمراض العقلية DSM5.
- 14) حامد بن احمد ضيف الله الغامدي (2013)، فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض الاضطرابات القلق، دار الوفاء، مصر.
- 15) حسن فاير (2000)علم النفسي المرضي موسوعة طبية، القاهرة.
- 16) حسن مصطفى عبد المعطي (1988) علم النفس الاكلينيكي، دار القباء القاهرة.
- 17) حظاي صادق، (2009) الادمان على الكحول لدى الآباء و انعكاساته على الأسرة، رسالة مقدمة لنيل شهادة ماجستير، علم الاجتماع الجنائي البليدة، الجزائر
- 18) خير زrada فيصل (2011) علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكية، دار العلم لبنان، ط2.
- 19) رشاد أحمد عبد اللطيف (1999) الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات و سبل الوقاية و العلاج، المكتب الجامعي الحديث الاسكندرية
- 20) زاهد ابو عيشة {2012}اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة النفسية دار الوائل عمان، ط1

- (21) زروالي لطيفة (2014) علم النفس المرضي للراشد، منشورات دار الاديب مخبر تطبيقات علم النفس وعلوم التربية من اجل التنمية في الجزائر جامعة وهران.
- (22) سامر رضوان. {2009} في الطب النفسي وعلم النفس الاكشيكي. دار الكتاب. فلسطين ط1
- (23) سامي محمد موسى هاشم {1997} فعالية الارشاد العقلائي الانفعالي. مجلة كلية التربية
- (24) سامي محمد ملحم {2002} مناهج البحث في علوم التربية وعلم النفس. دار المسيرة. الاردن ط2
- (25) السواط وصل الله {2010} فاعلية برنامج ارشادي سلوكي معرفي في تحسين مستوى النضج المهني وتنمية مهارة اتخاذ القرار المهني لدى طلاب صف الاول الثانوي رسالة ماجستير جامعة ام القرى. الرياض.
- (26) عادل المدراش {1982} الادمان مظاهره وعلاجه عالم المعرفة. كويت.
- (27) عادل محمد عبد الله {2000} العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات دار
- (28) عامر المدراش {1981} الادمان مظاهره وعلاجه مجلة عالم المعرفة كويت.
- (29) عبد الرحمان عيساوي {1993} تيكولوجية الادمان وعلاجه. دار النهضة بيروت.
- (30) عبد القادر الميلي {2012} الاساليب الحديثة للتدخل في حالات اضطرابات السلوك دار. الكتاب الحديث الظاهرة ط1
- (31) عيبر الهادي المطيري {2013} الاضطرابات السلوكية وجنوح الاحداث، دار امنة. عمان.
- (32) عفاف عبد المنعم {1995} الادمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه دار المعرفة مصر.
- (33) عيسوي عبد الرحمان {2005} مبحث الجريمة دار الفكر، الاسكندرية. ط1
- (34) عيسى قاسمي {2006} الوضع الحالي لظاهرة المخدرات في الجزائر تلمسان.
- (35) فتحي دردار {2001} ادمان الخمر. المخدرات التدخين دار الفكر عمان ط1
- (36) كلثوم بالسهبوب {2014} اضطرابات نفسية editon.carsc تقييم فعالية علاج سلوكي معرفي في علاج.
- (37) ماهر سكران {2006} استخدام العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد تنمية مهارات اجتماعية للأطفال. مجلة كلية تربية عدد 35 جامعة طنطا.
- (38) محمد احمد عبد الله {2010} علم النفس دار المعرفة. الازارطة.
- (39) محمد حسن غانم {2011} تيكولوجية الادمان-الاسباب الوقاية العلاج-المكتب المصرية. الجيزة. ط1.
- (40) محمد محروس الشاوي. محمد السيد {1998} العلاج السلوكي الحديث اسسه و تطبيقاته دار القباء. القاهرة.
- (41) محمود حسن غانم {2006} الادمان اضراره نظريات تفسيره وعلاجه. دار الغريب القاهرة
- (42) معي الدين مختار {2000} من تقنيات البحث وكتابة التقرير في المنهجية. ديوان مطبوعات.
- (43) مدحت عبد الحميد ابو زيد {2002} لهفة الادمان تشخيصها وعلاجها. دار المعرفة.
- (44) مدحت عبد الرزاق الحجازي {2012} معجم مصطلحات علم النفس، دار كتب علمية بيروت. ط1.
- (45) منشور مخطط وطني للوقاية من المخدرات ومكافحتها. صادر عن ديوان وطني لمكافحة المخدرات وادمانها تنسيق مديرية عامة لدرك الوطني الجزائر.

مراجع اجنبي:

nopert.syllamy dictionnaire de psychologie.bordas

Paris1980p1191yepelicier et crythullier.1976.ladiogue seri France quesais je ppe paris

delemare.valery.delemare.jeen garmier.maicel.1997.op.cit geulhi.j.1997.op.cit...hoaraukarim

2012.linportgnce.de.lentretien..motivationnelchezun patient en difficulte avec la

lalcoolmémoire.vniessrte.paris

Université paris faculté de medecine2015 thèse 3omars par Mme Carrie urémie.

-coquilla Parise en change des trouble des conduits alimentaires de l'adule beuverie

prat.2008...

[. www.peneg.jbniel.com](http://www.peneg.jbniel.com)

[.www.jltibibi.com](http://www.jltibibi.com)

[.www.jknbnlyoum.2014](http://www.jknbnlyoum.2014)