



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة وهران 2 محمد بن احمد
قسم علم النفس وأرطفونيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس
تخصص: علاجات نفسية

**مدى فعالية العلاج المعرفي السلوكي للحد من
الانتكاسة لدى المدمنين على المادة الأفيونية.
محاولة علاجية لدراسة حالة**

إشراف:

د: م. محرزى

إعداد:

فضل الله تاج الملك

أعضاء لجنة المناقشة :

رئيسا	جامعة وهران 2		د. لصقع. ح
مشرفا ومقررا	جامعة وهران 2		د. محرزى. م
مناقشا	جامعة وهران 2		دبقال ا

الموسم الجامعي:
2018/2017

إهداء

إلى زوجي

و أولادي

إلى والدي, و أخواتي

و إخوتي

إلى زميلاتي و زملائي

إلى رئيسي في العمل

و دفعة ماستر علاجات

إلى كل أساتذتي

إلى كل من ساعدني على إنشاء هذا العمل المتواضع.

كلمة شكر و تقدير:

إن الحمد لله، نحمده و نستعينه و نستغفره، و نعوذ من شرور أنفسنا و من سيئات أعمالنا، و نشكره جزيل الشكر لعظمته و عطفه الجليل، الذي يسر لنا عملنا و حقق لنا مطمحننا..... و إن الشكر صفة حميدة لدى البشر، يزينها العرفان بفضل الناس بعضهم على بعض، ذلك ما أراد الله سبحانه و تعالى للناس جميعا....

كما أقدم أسى آيات الشكر و التقدير و العرفان إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة، إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم و المعرفة إلى أستاذتي المشرفة محرزى مليكة على توجيهاتها و مساعدتها و تشجيعها و إلى أساتذة أعضاء المناقشة و كل من ساعدني من قريب أو بعيد على انجاز هذا العمل.

اللهم يسر أمورنا من اليوم و زين نفوسنا بالحلم و أكرمنا بالعلم.

ملخص الدراسة:

عنوان الدراسة:

فعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيونيات لدراسة حالة راشد.

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي كتقنية علاجية للحد من الانتكاسة لدى المدمن و بالخصوص لدى المدمن على الأفيونيات، من خلال دراسة حالة راشد، و للإجابة عن تساؤلات هذه الدراسة و التحقق من فرضيتها تم الاعتماد على الأسلوب العيادي استنادا بوسائله العلمية بدءاً باستخدام أدوات دراسة الحالة من: مقابلة، ملاحظة، و اختبارات نفسية ملائمة لموضوع الدراسة. كما تم اختيار مقاييس نفسية بهدف تتبعي للتحقق من صدق الدراسة و إمكانية إثبات فرضياتها. و قد خلصت نتائج الدراسة بفعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيونيات.

كلمات مفتاحية:

❖ الإدمان – العلاج السلوكي المعرفي – الانتكاسة.

Résumé :

L'intérêt de notre étude se résume à l'efficacité de la TCC dans la prise en charge de la toxicomanie aux opiacés, essentiellement à la rechute du toxicomane.

La problématique est formulée de la façon suivante :

Est-ce que le TCC est efficace dans la rechute chez un toxicomane aux opiacées ?

Nous avons répondu à la question aussi de la façon suivante : la TCC est efficace dans la rechute chez le toxicomane aux opiacés.

Et pour répondre à cette hypothèse nous avons utilisé la méthode clinique (entretien, observations, tests, ect)

Comme nous avons utilisé un ensemble d'outils d'évaluations (affirmation de soi, addiction, sevrage aux opiacés, motivation, anxiété)

Ces échelles ont été utilisées au début pendant et à la fin de thérapie.

En fonction des résultats obtenus, nous confirmons que la TCC est efficace dans la rechute chez le toxicomane aux opiacés.

قائمة المحتويات

العنوان	الصفحة
اهداء	
شكر و تقديم	
ملخص الدراسة	
Résume	
قائمة المحتويات	
قائمة الجداول	
مقدمة	
الفصل الأول الإطار العام وطرح الإشكالية	
تمهيد	
أهمية الدراسة	
أهداف الدراسة	
منهجية الدراسة	
المفاهيم الأساسية للدراسة	
حدود الدراسة	
الجانب النظري	

	الفصل الثاني :الإدمان
	تعريف الإدمان
	لمحة تاريخية : تطور مفهومه
	أنواعه
	النظريات المفسرة
	الشخصية الادمانية
	الانتكاسة
	أهم العلاجات النفسية
	الفصل الثالث:العلاج السلوكي المعرفي
	مقدمة
	تعريف
	نبذة تاريخية
	المراحل
	العلاج السلوكي المعرفي للمدمنين
	التقنيات
	الأهداف

	خلاصة
	الجانب التطبيقي الفصل الرابع: الدراسة الاستطلاعية
	الدراسة الاستطلاعية
	كيفية تحديد الحالة
	منهج الدراسة
	الأدوات المستعملة في الدراسة
	التقنية العلاجية المستعملة
	ملخص المقابلات
	الصعوبات
	الفصل الخامس دراسة الحالة وعلاجاتها
	تقديم الحالة
	السيرورة العلاجية
	الخطة

	سير الجلسات العلاجية (ملخص)
	الفصل السادس عرض النتائج ومناقشتها على ضوء الفرضيات
	مناقشة نتائج الجلسات
	مناقشة نتائج القياسات
	مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
	الاستنتاج العام و التوصيات
	الخاتمة و التوصيات
	قائمة المراجع
	الملاحق

مقدمة:

إن التعاطي و الإدمان على المخدرات من الأمراض النفسية الأكثر تعقيدا و صعوبة في العلاج و خاصة بسبب الانتكاسات، فالتعاطي له أثر سلبي ليس فقط على صحة المدمن النفسية و الجسدية و لكن أيضا على حياته العائلية و الاجتماعية و على صحة المجتمع بصفة عامة, و بسبب هذه التأثيرات التي تخص الصحة النفسية و العقلية للفرد و المجتمع تعددت العلاجات النفسية للتكفل بالمدمن, و من بينها العلاج السلوكي المعرفي الذي يسعى إلى مساعدة المدمن للحد من الانتكاسة و ذلك من خلال تغيير عملياته المعرفية الخاطئة من تفكير و معتقدات ترتبط بالمواقف الحياتية, إحداث تغيير في العمليات المعرفية (الإدراك و عملية التشغيل المعرفي, إحداث تغيير في البناء المعرفي).

و تدريب المدمن على تعديل سلوكه من خلال أساليب التدخل المختلفة والعمل على تقييم التغيرات السلوكية و المعرفية.

(Scott, 2006, P 316, Zarb, 1992 pp. 4- 5).

و نظرا لتفشي ظاهرة الإدمان, وتطور العلاجات النفسية و خاصة العلاج السلوكي المعرفي الذي حقق نجاحات كبيرة في عدة اضطرابات نفسية و أيضا عقلية. قمت بهذه الدراسة للتعرف على الإدمان أو التعاطي على المخدرات و بالخصوص على الأفيونيات و مدى اختلافه مقارنة مع المخدرات الأخرى و مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الإدمان و خاصة من الانتكاسة ، و منه تم تقسيم خطة البحث إلى جانبين, جانب نظري و جانب تطبيقي.

أولا- الجانب النظري:

شمل فصول هي كالتالي :

الفصل الأول:

مدخل إلى الدراسة و فيه إشكالية البحث، الفرضية، أهداف البحث، تعاريف و دراسات سابقة.

الفصل الثاني:

فصل الإدمان و تناولت فيه نبذة تاريخية عن الإدمان، تعريفه، مدى انتشاره، أنواعه، تشخيصه، والنظريات المفسرة، و الانتكاسة.

الفصل الثالث:

فخصص للعلاج السلوكي المعرفي، وشمل العناصر التالية: تمهيد، نبذة تاريخية، المفاهيم الأساسية، أهداف العلاج، التقنيات.

ثانيا- الجانب التطبيقي: فشمّل

الفصل الرابع:

وفيه الدراسة الاستطلاعية، الأدوات المستعملة و حدود الدراسة مع المنهجية المتبعة.

الفصل الخامس:

تقديم الحالة و ملخص الجلسات العلاجية.

الفصل السادس:

عرض نتائج الدراسة و مناقشتها إضافة إلى مناقشة النتائج في ضوء الفرضيات، الخاتمة و الاقتراحات و التوصيات.

الفصل الأول

مقدمة

إشكالية

فرضية

تعد مشكلة التعاطي والإدمان على المخدرات من المشاكل الخطيرة التي تهدد الصحة النفسية، الاجتماعية والاقتصادية للمجتمع. و مجتمعنا حاله حال المجتمعات الأخرى يعاني من هذه الآفة و التي تتجلى خطورتها فيما تحدثه من أضرار خطيرة على مستوى الفرد، الأسرة و المجتمع و قد أصبح واضحا بأن المشكلة هي أكثر تعقيدا من حيث تزايد عدد المدمنين و الأضرار الناتجة رغم المحاولات الوقائية و العلاجية التي تبذل.

فالجائز تعاني من انتشار المخدرات في مجتمعها و من تفاقم ظاهرة الإدمان التي مست شبابا عددهم في تزايد مستمر , و قد بدأ الاهتمام بدراسة الظاهرة منذ سنوات التسعينات كما أشار إلى ذلك معهد الصحة العمومية (INSP 1992) و تم إنشاء الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و الإدمان 2002 و الذي يعتبر انتشار هذه الظاهرة في تزايد مستمر (ONDCT) كما أشار إلى تسجيل الجزائر لأول إنذار منذ 1975 و سجل إنذار ثاني لسنة 1989 و منذ هذا التاريخ تشهد الجزائر تطورا ثابتا نسبيا من سنة لأخرى و يمس الإدمان حسب الديوان الوطني لمكافحة المخدرات فئات المراهقين و الشباب بالدرجة الأولى , و لاشك أن تعرضهم لخطر الإدمان يؤثر حتما على صحتهم الجسدية و العقلية و على توازنهم النفسي . فيما أشارت بعض الدراسات الجزائرية إلى ارتباط الإدمان على المخدرات بارتكاب قائمة طويلة من الجرائم (ريدوح 1961 هيل 2004) . و كون الدراسة الحالية تهتم بالجانب العلاجي للإدمان و تخصص العلاج السلوكي المعرفي كعلاج للحد من الانتكاسة لدى المدمنين على الأفيونيات، علما بأن هذه الأخيرة أي الانتكاسة و العلاج تربطهما علاقة قوية (MILLER ,GORSKI 1986 P : 35) ما يجعل الأمر أكثر صعوبة. إن نسبة الانتكاسة عالية جدا رغم أنه يوجد دراسة إحصائية رسمية إلى يومنا هذا " – Med.int "Act.Psychiatrie 20 n 2, mars 2003

فمشكلة تعاطي المخدرات لا تنتهي حين يتوقف الشخص عن التعاطي، فالتوقف هو مرحلة أساسية و لكن فقط تمهيدية للعلاج الحقيقي. من هنا لابد من التعرف على أسباب الانتكاسة من وجهة نظر المدمنين المتعافين و المنتكسين علما بأن الدراسات التي تبحث هذا الجانب قليلة أو تكاد تكون منعدمة.

إن الانتكاسة هي النقطة الرئيسية التي يجب التركيز عليها و ذلك لأهميتها في المسار العلاجي. من خلال هذه الدراسة سنحاول أن نسلط الضوء على العلاج السلوكي المعرفي كعلاج فعال للحد من النكسات لدى المدمنين بصفة عامة و المدمنين على الأفيونيات بصفة خاصة من خلال دراسة ميدانية لحالة راشد .

مشكلة الدراسة

من خلال التجربة العلمية في مجال العلاجات و الأمراض النفسية و منها علاج الإدمان ندرك أنه لا يوجد مدمن يرغب في الاستمرار بحياة الإدمان و هو يسعى دائما للتوقف , حتى و إن كان هناك استراتيجيات عديدة وضعت لشفاء المدمنين و لكن بدون جدوى. من خلال الدراسات القليلة التي أقيمت على المدمنين المنتكسين و المتعافين . و بذلك تتمثل مشكلة الدراسة الحالية في معرفة مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي في الحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيونيات من خلال دراسة حالة لراشد .

أسئلة الدراسة... اشكالية

هل العلاج السلوكي المعرفي فعال للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيونيات ؟

فرضيات الدراسة:

العلاج السلوكي المعرفي فعال للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيونيات.

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية للوقوف على الانتكاسة لدى المدمنين- المدمن على الأفيونيات- ومدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي و بهذا تحقق الأهداف التالية:

- 1 معرفة خصوصية المدمن على الأفيون.
- 2 معرفة الانتكاسة و مدى علاقتها بالعلاج.
- 3 العلاقة التي تربط المدمن على الأفيون بالانتكاسة و العلاج و مدى خصوصية كل متغير منهم.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في كون التقنية العلاجية المستعملة (العلاج السلوكي المعرفي) من أحدث العلاجات إلى يومنا هذا.

منهجية الدراسة:

تعتمد هذه الدراسة على المنهج العيادي المحض ، سواءً من خلال الأدوات المستعملة من ملاحظة و مقابلة و اختبارات (المقاييس) أو العلاج النفسي المتبع .

حدود الدراسة:

الحدود البشرية:

اختصرت الدراسة على دراسة حالة ميدانية بعد دراسة استطلاعية لعشر حالات أين حددت فيها كل المتغيرات منها مادة التعاطي.

الحدود المكانية:

أجريت الدراسة في المستشفى العسكري الجامعي الجهوي بوهران بمصلحة الأمراض العقلية و النفسية.

الحدود الزمنية:

طبقت الدراسة في الفترة الزمنية من جانفي إلى ماي 2018 مدة 06 أشهر،

المفاهيم الأساسية للدراسة:

الإدمان هو حالة نفسية، و في بعض الأحيان جسدية أو كليهما معا، ناتجة عن التفاعل بين الكائن الحي و الدواء. تتميز بتغيرات سلوكية و تغيرات أخرى و التي تكون مصحوبة دائما برغبة في أخذ المادة بطريقة دائمة أو دورية حتى تحصل على التأثيرات النفسية و في بعض الأحيان تجنب الانزعاج، و في حالة عدم حصوله على المخدر (état de manque) هذه الحالة يمكن أن تكون مصحوبة أو غير مصحوبة بالتحمل ، فالشخص يمكن أن يتعود على عدة أدوية.

الانتكاسة:

هي تلك النوبات الدورية التي تنتاب المدمن المتوقف من حين لآخر للعودة لما كان عليه، كما يمكن تعريفها على أنها إخفاق في المحافظة على تغيير السلوك و ليس فشلا تاما.

اصطلاحا:

تعني إخفاقا في تغيير السلوك اتجاه المخدرات و هذا الإخفاق يمس أطرافها الثلاث: المريض، المعالج و برنامج العلاج.

العلاج السلوكي المعرفي:

هو المنهج الذي يقوم على علاج سلوك الإنسان من خلال تغيير أفكاره و أحكامه، مدركاته و آماله بالمنطق و العقلانية و المناقشة المفتوحة حتى يتخلص من مشكلاته مع نفسه و الآخرين.

فصل الثاني :الإدمان

تعريف الإدمان

لمحة تاريخية

أنوعه

انتشاره

النظريات المفسرة

الشخصية الادمانية

الانتكاسة

أهم العلاجات النفسية

تعريف الإدمان:

تعتبر ظاهرة تعاطي المخدرات من أكثر الظواهر النفسية والاجتماعية التي تعتمد على عدة مفاهيم: الإدمان، إساءة استعمال العقاقير، الاستخدام الخاطئ، الاستعمال غير الطبي، الاعتماد، الاعتياد، هوس التسمم والاعتماد على العقاقير. ويمكن القول أن بعض المفاهيم يرتبط استخدامها بالمجال التي صدرت منه مثلا إساءة الاستخدام والاستخدام الخاطئ والاستخدام غير الطبي، مفاهيم طبية، كيميائية وصيدلانية.

أما كلمة الاعتياد والإدمان والاستخدام القهري فيستعمله السيكولوجيون والسيكوباتيون (فاروق عبد السلام 1988). وسنرفع الغموض عن هذه المفاهيم الأساسية في بحثنا.

تعريف الإدمان:

لغة:

هو المواظبة والمداومة، يقال أذمن الشراب وغيره أدامه ولم يقلع عنه ويقال أذمن الأمر بمعنى واظب عليه.

أحاديث:

الإدمان هو المرحلة التي يصل عندها الشخص المتعاطي للعقار أو أي مادة مخدرة بقوة قهرية داخلية دافعة لتعاطيه المادة، مع الميل إلى زيادة في الكمية، وإن انقطع الشخص عن تعاطي المادة مرة أخرى، أي يصل إلى فقدان السيطرة على موضوع التعاطي وتنحصر حياته في كيفية تدبير المادة المخدرة بأي ثمن غير مبالي، كما يتصف بالميل نحو مضاعفة الجرعة و يسبب حالة من الاعتماد النفسي أو العضوي (نائل محمد ابراهيم قرقرز (174، 1993)).

تعريف المنظمة العالمية للصحة:

الإدمان هو حالة نفسية أو عضوية ناتجة عن تفاعل بين الجسم الحي والعقار يتميز بتغيير في السلوك و بردود أفعال تتضمن دائما الرغبة لأخذ هذا المخدر بصفة متميزة أو دورية، هذا لأجل الآثار العضوية في بعض الأحيان لاجتناب الانزعاج و يمكن لهذه الحالة أن تكون مصحوبة بتحمل، و يمكن للشخص الواحد أن يكون متعلق بعدة مخدرات.

تعريف فريد كاشا:

إن مصطلح الاعتماد قد استبدل بمصطلح الإدمان لتفسير كل حالة نفسية وعضوية ناتجة لاستهلاك دوري أو مزمن بمخدر طبيعي أو اصطناعي، هذه الحالة تكون مصحوبة بسلوكيات تتميز برغبة التزام واضطهادية لتعاطي المخدر خاصة، و الإحساس بأثارها النفسية.

تعريف المنظور المعرفي السلوكي

هو تعاطي قهري يؤدي إلى الوقوع في شراكة إلى نتائج تشمل على مشاكل التي لا يستطيع المريض مواجهتها.

تعريف الدكتور الأستاذ هونري جان اوبلان

هو مرض عصبي دماغي مزمن منتكس يتمثل في البحث عن المادة المتعاطاة بطريقة قهرية رغم تأثيرها السلبي على الشخص.

تعريف الأستاذ بن يمينة :

انتكاسي ينتج عن طريق مواد تؤثر على المخ ما يسبب سلوكا قهريا للبحث عن المادة الإدمانية المعينة و الاستمرار في استخدامها رغم الضرر النفسي، الجسدي و الاجتماعي الذي يعاني منه الفرد.

لمحة تاريخية:

تعددت الدراسات في الإدمان و التخدير لعدة أعراض نذكر منها مادة الأثير (Wmorthon 1846) يظهر فيها ايجابيات هذه المادة من أجل الجراحة و أثارها في تخدير المريض.

دراسة 1804 Chortet :

نشر موضوع بعنوان دراسة ملكية منشط الأفيون الذي يساهم تخفيف الإرهاق العضوي و النفسي.

و هناك دراسات تشخيصية، حاولت دراسة شخصية المدمن من خلال 33 شخص مدمن، يوجد 18 شخص سيكوسوباتي و 5 دهانيين و 2 عصابيين و 8 بدون أي سمات مرض.

أما الدراسات الموضوعية عن طريق اختبار الروشاخ نستخلص منها أن المدمنين لهم نقص في التفكير العقلي المنطقي.

و الدراسات الديناميكية تظهر عند فرويد المخدر هو مخفف الصراعات و مسؤول عن اقتصاد الطاقة النفسية.

فيما قام *Bergeret* بتأليف عدة كتب في الإدمان من وجهة تحليلية، مثل الإدمان و الشخصية.

تطور مفهوم الإدمان على المخدرات

يعود ظهور مفهوم الإدمان إلى بداية العشرينات و قد كان واسع الاستعمال، فاستعمله الأطباء، رجال القانون، علماء الاجتماع..... و لكن كل واحد من هؤلاء حدد هذا المفهوم بطريقته الخاصة انطلاقا من إيديولوجيته و تقنياته (1984- *Bergeret*).

في سنة 1930 كونت الأمم المتحدة لجنة من المختصين، و كلفتها بمحاولة إيجاد تعريف أكثر شمولية، هي محاولة تصنيف المخدرات التي من شأنها أن تؤدي إلى الإدمان، و لم تنته هذه اللجنة من مهمتها إلا في سنة 1957، أين اقترحت للمنظمة العالمية للصحة (*OMS*) التعريف التالي للإدمان:

هو حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر و خصائصه هي :

- نزعة لزيادة كمية المخدرات
- تبعية زمنية و غالبا ما تكون جسدية اتجاه المخدر
- ظهور آثار مؤدية للشخص و المجتمع (*Birron 1979*)

و هناك من يضيف ظهور عوارض النقص عند الانقطاع الفوري.

ففي سنة 1957 كان يطلق مفهوم الإدمان إلا إذا كانت المخدرات تخضع للمراقبة حسب الاتفاقيات الدولية (P 215, *Pelc, 1983*).

أما بالنسبة للمواد الأقل خطورة و التي لا تخضع لنفس مقاييس المراقبة فقد اقترحت مفهوم التعود (*Pelc 1983*) و تميزها :

- رغبة شديدة لمواصلة تعاطي المخدرات بسبب الإحساس بالراحة التي تولدها.
- وجود رغبة أو غيابها في زيادة كمية المخدر.
- ❖ و التعود يحمل مفهوم التبعية النفسية و هو مرادف لظاهرة التحمل الفيزيولوجي (*Porot*).

- ❖ و التبعية تعتبر حالة نفسية أحياناً جسمية، تنشأ عن التفاعل بين الكائن الحي و المادة، و تتسم باستجابات سلوكية و غير سلوكية ، و تتضمن التفاعل بين الكائن الحي و المادة بصورة مستمرة و دورية، بغية الشعور بأثار نفسية و تجنب الألم الناجم عن غيابه.
- ❖ أما فيما يخص التحمل هي السرعة التي يتوافق بها الجسم مع هذه التغييرات الناشئة عن تناول المخدر، العودة إلى حالة الاتزان (فاروق بسيط عبد السلام، 1988، ص 115).

نظريات الإدمان

1 النظرية الوراثية اهتمت بدراسة علاقة الوراثة بالإدمان.

أ. دراسة التاريخ العائلي من حيث تحليل البيانات العائلية للمدمنين و أسرهم.

ب. دراسة التوائم التوأمين يتشابهان في عاداتهما لتناول المخدرات على عكس غير التوأم

ج. دراسة التبني معدلات الإدمان تزيد عند الأطفال المولودين عن الوالدين المدمنين .

الشخص لا يرث إدمان المخدرات عن والديه لكن يرث الاستعداد لذلك، أو بمعنى أدق الإنسان لا يرث الصفات الخلقية عن آبائه، ولكنه يرث بعض الاستعداد لها.

2 النظرية الفزيولوجية:

يفسر هذا الاتجاه الإدمان على أساس وجود نوعين من المستقبلات على غماء جدار الخلية العصبية . يوجد مستقبلات دوائية تتفاعل مع العقار الدوائي ، و مستقبلات ساكنة لا تتفاعل مع العقار و تكرارها بصفة مستمرة يؤدي إلى تنشيطها و تصبح مثل المستقبلات الدوائية، و الإقلاع المفاجئ عن العقار يظهر عنده اضطرابات . أما الإكثار من المادة يؤدي بالفرد إلى الانتعاش و النشوة و بذلك تصبح ضرورية للجسم و يصعب الاستغناء عنها .

3 النظرية النفسية

الإدمان هو نمط سلوكي يظهر عند المراهق خاصة الذي يتميز بصفات إشكالية و نقص في القدرة على الطاقة و الانضباط و الاعتماد على الغير في تزويدهم بالرعاية و التأييد، و يكون اتجاههم نحو المخدرات هو الملجأ الأخير بعد فشلهم في الوسائل الأخرى لإشباع حاجاتهم.

نظرية التحليل النفسي:

جلب فرويد 1905 أنظار الباحثين حول أهمية المرحلة النفسية عند الأشخاص الذين يميلون إلى التدخين و الشرب. انطلاقا من هذه الفكرة جاء تفسير فرويد في ظاهرة الإدمان على الكحول و المخدرات, فتعتبر المخدرات وسيلة من الوسائل التي يستعملها المدمن للتعامل مع الألم , إلى جانب هذا يعتبر المدمنين أشخاص حدث لهم تثبيت في المرحلة النفسية كما أنهم يتميزون بنزوة تحطيم الذات و الجنسية المثلية الكامنة (باركلي 1984). و ما استخدمهم للمخدرات إلا وسيلة لإشباع الشهوات الجنسية كما أنها تعبير عن الحاجة للأمن و المحافظة على الذات في الوقت نفسه. (فاروق سيد عبد السلام 1988).

النظرية السلوكية:

1 نظرية التعلم

تقوم هذه النظرية على تفسير الإدمان على أساس المبدأ المؤكد هو أن الأشخاص يكررون الأفعال التي يكافئون عليها , و يمتنعون عن الأفعال التي عوقبوا عليها . و ترى هذه النظرية أن الإدمان في سلوك متعلم و الفرد الذي يشعر بالقلق يتعاطى الكحول و المخدرات ليشعر بالهدوء و السكينة و يعتبر إحساسه هذا دعما لتناول هذه المواد .

2الاتجاه السلوكي المعرفي يركز في تفسيره على مبدئين هما:

القهر والتوقعات

و يرى المعالجون أن المدمن يشعر غالبا بأنه لا يستطيع التحكم في أي شيء و استعمال المخدرات يمكنه من الرد التكيفي المناسب خاصة اتجاه مهمات الاستقلالية و الاندماج.

تشخيص الادمان على المخدرات حسب الدليل الشخصي للأمراض العقلية :

يعتمد الدليل التشخيصي على نظام المحاور المتعددة حيث يشير كل محور إلى مجال معين يشمل مجموعة من المعلومات؛ خاصة بالمجال التي قد تساعد الأخصائيون على التخطيط للعلاج و التنبؤ بنتائج الخدمات النفسية المقدمة. و يجدد التصنيف متعدد المحاور (classification multi axiale) في خمسة محاور يمكن تقديمها على شكل تقرير و قد أوصى مصممو هذا النموذج إلى تقديم هذا التقرير بالصورة التي تعرض في هذا البحث.

المحور الأول

1. الاضطرابات الإكلينيكية

2. حالات أخرى قد تكون موضوع فحص إكلينيكي

المحور الثاني

اضطرابات شخصية – تأخر عقلي

المحور الثالث

حالات طبية عامة

- تناذر الفصام الخاص بالمادة المتعاطاة.
- تعاطي نفس المادة (أو مادة قريبة جدا) لتخفيف أو لتجنب أعراض الفصام (sevrage).
- يتم تعاطي المادة بكميات أكبر أو أثناء مدة أطول مما هو معمول به.
- رغبة دائمة أو جهود مضمّنة للتخفيض أو في استعمال المادة.
- قضاء وقت مهم في نشاطات للحصول على المادة أو استهلاك المادة، أو بالتخفيض من تأثير التعاطي.
- الانسحاب أو التقليل من النشاطات الاجتماعية، المهنية، أو ترفيهية مهمة بسبب استهلاك المخدرات.
- الاستمرار في تعاطي المخدرات رغم أن الشخص على دراية بالآثار النفسية و الجسمية التي تسببها له هذه المادة مع تبعية جسمية: وجود التحمل أو الانقطاع بدون تبعية جسمية: غياب وجود التحمل أو الانقطاع.

المحور الرابع

- مشكلات نفسية اجتماعية و بيئية .
- مشكلات مع مجموعة السند الأساسية .
- مشكلات مرتبطة بالمحيط الاجتماعي .
- مشكلات تربوية.
- مشكلات مهنية.
- مشكلات سكنية.
- مشكلات اقتصادية.
- مشكلات التعامل مع الخدمات الصحية .
- مشكلات مع المؤسسات القانونية .
- مشكلات نفسية اجتماعية و بيئية أخرى .

المحور الخامس

التقدير الشامل لتوظيف إمكانات الفرد .

لقد صدر على الجمعية الأمريكية للطب العقلي تعديل في التصنيف الإحصائي و التشخيصي *Dsm5* تعديل فيما يخص الجزء الخاص بالاضطرابات المتعلقة بالمواد، و التي يتم التفصيل فيها عن الاستعمال المسرف و التبعية لهذه المواد ، ثم استبداله بالاضطرابات المتعلقة بالمواد و التبعية . و هو يشمل اضطراب تعاطي المواد و التبعية بدون مواد مثل: التبعية للألعاب الالكترونية و تم إضافة التشخيص الخاص *Sevrage* بالكافيين و الحشيش اللذان لم يكونا موجودين في التصنيف الرابع و تم التخلي أيضا عن الأفعال غير القانونية، لأنه ينتمي إلى المجال التشريعي أكثر من الطبي العقلي .

و قد تم التخلي أيضا عن كلمة تبعية و عوضت بكلمة *Troubles liées aux substances* . و تشير إلى السلوك الانفجاري غير المتحكم فيه للبحث عن المواد . كما تم التخلي عن كلمة إسراف (*Abus*) لأنها تحتوي على مضمون قانوني ، و تم استبداله بمصطلح الرغبة الملحة *Craving* .

و الظاهر أن التصنيف الحالي يركز على طريقة استعمال هذه المواد أو المادة التي يتم تعاطيها، و التي تشكل نوع من المكافأة للشخص، الذي يستمر على القيام بذلك، رغم الأضرار و النتائج الوخيمة المترتبة عنها. حيث يفقد السيطرة نتيجة استعمال المواد ، والاضطراب يكون نتيجة خلل في نسق السيطرة.

أنواع المخدرات:

تعرف المخدرات على أنها مواد تؤثر في وظائف الجسم بشكل سلبي، إذ يتم تناولها عموماً لأغراض غير طبية أو علاجية، و تتسبب بإحداث تأثيرات خطيرة غير متوقعة. ويعتمد تأثيرها على الجسم عدة عوامل منها: نوع و كمية المادة المستهلكة، إضافة إلى مكان ووقت التعاطي، و تعدد الأنواع المستهلكة و دمجها معاً، و الاختلافات الفردية بين الأشخاص مثل: الوضع الصحي للشخص المتعاطي و بنيته الجسدية.

نذكر منها :

1- المنشطات :

تتسبب المنشطات (بالانجليزية *STIMULANTS*) بإحداث فرط في النشاط و زيادة في سرعة نبضات القلب و نشاط الدماغ مثل الكوكايين.

2- المهلوسات :

و التي تعتبر من المخدرات التي تؤثر في إدراك الشخص للمكان و الزمان و الواقع و منها الماريجوانا ، السيلوسيين .

3- المهدئات و المثبطات :

وتشمل على عدة أصناف من الأدوية مثل : *Benzodiazepine* و *Barbituriue* و هي مثبطات الجهاز العصبي المركزي.

4- الأفيونات :

و تعتبر أحد أصناف الأدوية المسكنة للألم التي ترتبط بمستقبلات خاصة بها، موجودة على الخلايا العصبية المنتشرة في الجسم و الدماغ، مما يؤدي إلى تثبيطها لعمل الجهاز العصبي المركزي، و تؤثر هذه الأدوية كذلك في عملية التنفس. و بالرغم من قدرتها على تسكين الألم إلا أنها تسبب الشعور بالابتهاج و النشوة، الأمر الذي يجعل الأدوية قابلة للإدمان، إلا أن استخدامها لفترة قصيرة تحت إشراف طبي لا يسبب الإدمان. و لكن إذا تم استعمالها دون وصفة طبية، أو لغرض غير طبي، أو لفترات طويلة لغرض طبي قد يؤدي إلى إدمان الشخص لها، و منها: الأفيونات الصناعية مثل الفيتانيل و الكوديين و المورفين و هناك أيضاً الهيروين الممنوع استخدامه.

الشخصية الإدمانية:

حسب *bergeret* لا توجد شخصية إدمانية بل هناك بنيات مدمنة و البحوث العديدة وجدت خمسا منها:

1 البنية العصابية :

تظهر أكثر عند المدمنين على المخدرات و يعني أن القلق يؤدي حاليا إلى اللجوء الدفاعي نحو المخدرات.

2 البنية الذهانية :

السلوكات الذهانية تكون على الأقل مزمنة , تلتقي بالذهانيين و خاصة في بعض الأشكال المبتدئة بالفصام و من جهة أخرى التسممات المؤقتة الناتجة عن تعاطي المخدراتيؤدي إلى **إعدام** الشخصية بشدة كافية لإظهار عرض الانحلال.

3 البنية السيكوباتية :

تصف كثير من المدمنين بهذا الطابع الذي يصبح مرضي و يؤدي إلى عدم الانسجام العلائقي.

4 البنية الحديدية :

يدخل الإدمان في إطار التركيبية الإنحرافية ، بحيث هناك عدم تحكم في السلوك و مراقبة ظواهر التبعية و التسامح في استعمال المخدرات . كما أن الاشتراك مع الانحرافات الأخرى هي صفة أصلية ناتجة عن الإدمان.

5 البنية الانهيارية :

نجد الانهيار في عمق مشكل الإدمان و حسب ميلاني كلاين المخدرات تعتبر وسيلة حرب للتخلص من الانهيار و تشمل صراع فكري و عاطفي بتدعيم الثروات.

الانتكاسة:

أصبح الاعتماد على المخدرات , منتشرًا في كثير من المجتمعات و الفئات خاصة لدى فئة الشباب. حيث تعمل عدة هيئات على توفير الجهود لعلاج هذه المشكلة و التصدي لها بالرغم من الوصول إلى تحقيق بعض النتائج من خلال البرامج العلاجية. إلا أنه تظهر مشاكل أخرى مرتبطة بالإدمان، و هي مشكلة الانتكاسة أو العودة إلى تعاطي المواد المخدرة بعد فترة من العلاج و التعافي، و ذلك نظرا لما تسببه من آثار نفسية و جسدية على المدمن و على المجتمع .

حيث يظهر أن معدل الانتكاسة يكون مرتفعا في الأشهر الأولى من العلاج خاصة في الثلاثة أشهر التي تتلو متابعة البرنامج العلاجي، و تفيد دراسة مارليت أن علاج الإدمان لا يتوقف بعد البرنامج العلاجي فقط ، بل يجب متابعة المريض لأنه سوف تعترضه مواقف و مخاطر شديدة يمكن أن تدفعه إلى التعاطي من جديد (بركات 20115 , 161) .

اصطلاحا: فإن الانتكاسة هي معاودة المرض بعد الشعور بالشفاء (معجم المعاني الجامع) .

■ يعرف *Marlatt et Gordon* الانتكاسة على أنها القطيعة أو التراجع عند محاولة شخص تعديل سلوك ما أو في موضوع تعاطي المخدرات. فإن الانتكاسة تتمثل في عودة المدمن التعافي إلى سلوك التعاطي , كما يعرفها (فيصل الزرار، 2009) على أنها تتمثل في عودة مدمن المواد المخدرة إلى استعمال هذه المواد بعد نجاحه في الانقطاع عن استعمالها لفترة معينة , حيث يمكن أن تحدث الانتكاسة في أي فترة بعد بدأ العلاج و لكنه من المتعارف عليه أنها تحدث بنسبة 66 بالمئة خلال ثلاثة أشهر الأولى من العلاج .

و من بين الدراسات السابقة التي تطرقت لموضوع الانتكاسة دراسة عبد (العزيز الرئيس، 1993 ، بالمملكة العربية السعودية) حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العوامل الاجتماعية التي تدفع بالمدمن المتعافي إلى الانتكاس و العودة للتعاطي ؛ و كانت النتيجة أن أغلبية المدمنين المنتكسين لديهم مشكلات اجتماعية تتمثل في: عدم دعم الأسرة لهم , و ضغوط اجتماعية بعد خروجهم من المستشفى , كما أن غالبيتهم لم يتلقوا أي مساعدات من قبل مؤسسات الرعاية الاجتماعية بعد خروجهم من المستشفى .

■ دراسة *اسماعيل يحيى الخزرجي 1998* بعنوان عوامل الانتكاسة عبر مراحل العلاج و الشفاء ، و كانت النتائج أن عوامل الانتكاسة في المرحلة الأولى من طلب العلاج عدم تولد رغبة صادقة نحو الإقلاع الفعلي عند التعاطي , تأثير

الأصدقاء و البيئة المحيطة بالمدمنين , أما عوامل الانتكاسة في المرحلة المتوسطة من العلاج فتتمثل في تدهور الظروف الأسرية و المجتمعية الخاصة بالمدمن ، إضافة إلى الإحباط الذي يشل قدرة طالب العلاج . و كذلك تأثير البيئة من سهولة توفير المخدر. أما عوامل الانتكاسة في المرحلة المتقدمة من العلاج فتتمثل في الاشتياق للمخدر و الرغبة في الحصول على النشوة المفقودة.

▪ **دراسة عبد العزيز حسن 2004** تحت عنوان: المشكلات الاجتماعية التي يواجهها المتعاطي من الإدمان على

المخدرات و كانت النتيجة كالتالي

هناك ثماني مشكلات رئيسية تواجه المدمن المتعافي و هي رفض الأسرة له , رفض قبوله في العمل , رفض الأصدقاء له , مشكلة الفراغ , و أخيرا النظرة السلبية للأطباء و المعالجين .

▪ **دراسة بوندي وأحرزن 1988** و التي تدرس العوامل التي تحد من الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين. و كانت النتائج

أن نسبة الانتكاسة لدى المدمنين المتعافين بعد السنة الأولى من العلاج كانت من 65 بالمائة إلى 80 بالمائة، و أهم عوامل الانتكاسة هي: الضغوط النفسية الاجتماعية التي يتعرض لها المدمن في محيطه.

▪ **دراسة جوردان و ماليت 1999** و كانت تهدف إلى التعرف على أسباب الانتكاس بعد العلاج، و خلصت نتائجها إلى

أن الأسباب تتمثل في: ضعف المهارات التوكيدية، و بشكل خاص مهارة أفضل المطالب غير المعقولة التي تعد من المهارات النوعية لتأكيد الذات.

❖ و بالتطرق إلى بعض الدراسات ألاحظ أن أغلبيتها تشير إلى أن المدمن المتعافي يعود إلى تعاطي المخدرات و

الانتكاس ، و ذلك راجع لعدة أسباب منها : الأسباب الشخصية المرتبطة بضعف تأكيد الذات، و الأسباب المرتبطة بالضغوط الموجودة في المحيط الأسري، و الاجتماعي، بالإضافة إلى نقص الدعم المؤسسي من طرف المؤسسات المعالجة.

فقد أوضح (محمد إبراهيم,3.1426) بأن الشفاء من الاعتماد ليس كالشفاء من أي مرض, و إنما ينبغي أن ينظر إليه على أنه اضطراب مزمن يستلزم عدة مراحل قبل أن يتحققز فالشفاء الحقيقي لا يكون مقصورا على علاج أعراض الانسحاب ثم

ترك المريض ينتكس بعد ذلك، بل يجب أن يصل إلى استرداد عافيته الأصلية من وجوهها الثلاث: الجسدية و النفسية و الاجتماعية.

العوامل المؤدية للانتكاسة:

و هنا كذلك نموذج سلوكي معرفي خاص بحدوث الانتكاسة مطور من طرف مارليت و جودن سنة 1985 . و التي ترى أن الانتكاسة تحدث نتيجة عاملين أساسيين و هما وضعيات الخطر ، و قدرة الشخص على مقاومتها . و من بين وضعيات الخطر نجد منها ما يهدد قدرات الفرد على التحكم فيها من الأحداث الضاغطة و منها قدرات المواجهة و coping المستعمل من طرف الشخص و الإحساس بالفعالية لدى المدمن يتمثل في قدرته على الامتناع عن التعاطي في وضعيات مغرية ، بالإضافة إلى ذلك فالإحساس بالفعالية المتدني يؤدي إلى استعمال استراتيجيات coping غير فعالة أو منعدمة، مع توقعات ايجابية خاصة بالتعاطي مما يزيد من احتمالية التعاطي في الوضعيات الخطرة (17.2012)، وقد بينت دراسة فوردن حول العوامل المؤدية للانتكاسة ، أن نقص آليات المواجهة لمواقف الخطر تخفض من التقسيم الذاتي للثقة بالنفس مما يرفع من احتمال الانتكاس . و في دراسة أخرى للعاصمي 2003 تبين أن أسباب الانتكاسة هي الاختلاط بالمتعاطين من الأهل و الأصدقاء، ضغوط الحياة اليومية، ظهور مشكلات نفسية في مرحلة بعد الشفاء كالاكتئاب و القلق (مطاوع 2015: 164).

العلاجات النفسية:

تبين من خلال كل الدراسات السابقة و الحديثة حول الإدمان و علاجه أن العلاجات النفسية تكاد أن تكون منعدمة, بسبب حساسية هذا الاضطراب و صعوبته و بسبب تطور مفهومه و انتقاله من مصطلح قانوني محض يعاقب عليه إلى اضطراب نفسي عقلي و يعتني به.

فالعلاجات التحليلية كانت مبدئيا ضد اضطراب الإدمان، و هذا راجع إلى طبيعة تقنياتها و خاصة أفكارها في بعض التعاطي, بينما اهتم *فينيشال* بموضوع الإدمان بدون التعاطي على المواد و لكن من منظوره النظري.

أما العلاجات الإنسانية و نذكر منها:

أُخذت مؤخرا كمرجع فيما يخص العلاقة مع العميل في المقابلات التحفيزية. Carl Royers

فالعلاجات العائلية و التي أصبحت مؤخرا لها صدى كبير و أثبتت نظريا فعاليتها في اضطراب الإدمان و العائلة، إلا أنها ليومنا هذا لم تستطع إثبات وجودها.

فيما أن العلاج السلوكي المعرفي أثبت نجاحا محترما فيما يخص اضطراب الإدمان بكل أنواعه. و هذا ما سنوضحه في الفصل الآتي :

الفصل الثالث

العلاج السلوكي المعرفي

مقدمة

تعريف

نبذة تاريخية

المراحل

العلاج السلوكي المعرفي للمدمنين

التقنيات

الأهداف

خلاصة

مقدمة :

يعتبر العلاج السلوكي المعرفي اتجاها علاجيا حديثا، يعمل على الجمع بين العلاج السلوكي بتقنياته و العلاج المعرفي بتقنياته المختلفة هو كذلك، اعتمد على النظر للاضطراب النفسي من خلال منظور ثلاثي البعد الذي يشمل كل من الجانب المعرفي، الانفعالي و السلوكي، و ذلك من خلال ربط علاقة علاجية معرفية تعاونية مع العميل يتم الحوار و المناقشة فيما عن أفكاره المشوهة و اعتقاداته اللاعقلانية و المختلفة وظيفيا ، و التي تسبب له الكثير من الكرب و الحزن.

سيقدم هذا الفصل نبذة حول أسس العلاج السلوكي المعرفي من خلال تقديم السياق التاريخي الذي ظهر فيه هذا المنحى العلاجي مع التطرق لأهم رواده و التقنيات المستعملة، و ذكر مراحل السيرورة العلاجية، وأهداف هذا العلاج خاصة عندما يتعلق الأمر بالمدمن على المخدرات.

تعريف العلاج السلوكي المعرفي

Judith Bech (1964 وفي 2011) عرف بيك العلاج السلوكي المعرفي على أنه علاج منظم متمركز حول حاضر المرض، و هو موجه أساسا إلى التعامل مع مشاكل المريض الحالية مع إعادة تشكيل التفكير السلبي و السلوك المترتب عنه.

Michel Hersen et al (2001) يرى ميشال هيرسن و آخرون أن العلاج السلوكي المعرفي يستند على نظرية التعلم و التي تستند إلى فكرة أن كل الوظائف المعرفية و الفيزيولوجية و الانفعالات و السلوكيات في عملية تفاعل و أن علاج الأعراض لا يأتي إلا من تعديل المعارف و السلوكيات للتحسين من الوظائف المصابة.

J Cottraux (1993) يعرف جون كوترو العلاجات السلوكية المعرفية على أنها تمثل تطبيق علم النفس في العلاج النفسي، و هي استعمال المنهج التجريبي من أجل فهم و تعديل الاضطرابات النفسية التي تفسد حياة الحالة و التي تستدعي تدخل المختصين في الصحة النفسية.

في كتاب جون كوتر حول العلاجات السلوكية المعرفية 2011، إشارة إلى أن الأسس النظرية التي انبثق عنها هذا العلاج يتمثل في نظريات التعلم، الاشتراط الكلاسيكي و الإجرائي، و التعلم الاجتماعي، بالإضافة إلى النموذج المعرفي الذي يهتم بالمعلومة و طريقة معالجتها من طرف الشخص و هذا ما يجعل التقنيات تركز على ثلاثة مستويات و هي:

1_ السلوك

أو ما يقصد به مقطع سلوكي و هذا لا يتعلق بالمرض فقط بل بالاضطراب ككل، فالغرض من العلاج ليس إزالة مقطع معين و لكن تعليم الفرد مقطعا آخر جديد غير مرضي و مختلف عن الاضطراب الآتي ؛ مما يؤدي إلى استيعاب سلوكيات جديدة تظهر في شخصية الفرد.

2_ المعرفة

تعتبر المعرفة وحدة تشمل اكتساب و تنظيم و استعمال المعرفة عن الذات و المحيط الخارجي، و علم النفس المعرفي هو دراسة السيرورات العقلية في علاقتها مع الإدراك و التفكير و اتخاذ القرارات . و كذلك المخططات المعرفية الواعية و اللاوعية التي تسمح للفرد بالتكيف مع المثيرات الداخلية و الخارجية. و يمكن تعريف المخططات المعرفية على أنها بنية تنظيمية و اكتسابها من الخبرات السابقة، و تحتوي على ما يعرفه الفرد عن ذاته و المحيط، و على المعتقدات و الانفعالات، حيث يقوم بتوجيه الإدراك و حل المشكلات.

3_ الانفعال

تتميز الانفعالات الجسدية للذة و الانزعاج المتعلقة بالمتغيرات الفيزيولوجية كاستجابات لمثيرات المحيط، غير أن العضوية لا تستجيب بشكل سلبي لهذه المثيرات فإدراك الأحداث راجع للنبرة السابقة و للوضعية الجسدية التي يكون فيها آنذاك، فتحول الانفعال من ظاهرة جسدية إلى عاطفة أو ظاهرة عقلية مثل: الحزن، القلق، الخوف، الرضا، هذه الأحاسيس ترجع إلى تأويل الوضعية و ليس للوضعية في حد ذاتها و لهذا فإن الانفعال يصبح تابع للمعرفة. (6_05 1993.0807.2011).
(Cottraux).

نبذة تاريخية عن العلاج المعرفي السلوكي

ظهر العلاج السلوكي المعرفي نتيجة تراكمات معرفية لعقود متتالية لجهود الباحثين من مختلف التوجهات منها نجد هببقراط أول من تحدث عن تقنية التعرض و الغمر لعلاج المخاوف، ثم جاءت أعمال لوك في القرن 18 للإشارة إلى تقنية التعرض للمثيرات المقلقة لدى طفل يعاني من مخاوف الضفادع . و قد تم استعمال تقنية تغيير المخططات المعرفية من طرف كل الديانات و التنظيمات الايدولوجيات.

في فرنسا كان بيار جنيه 1889 من بين الباحثين الأوائل الذين عالجوا اضطراب ما بعد الصدمة فإن دير لوك, 1996 و قد كان باسكال بليز أول من أدخل كلمة السلوك في اللغة الفرنسية أو **البيها** فيوريزم أو السلوكية , حيث تم استخدامه في المعجم الفرنسي على اثر أعمال نافيل سنة 1945—1950 لتقديم أبحاث جون واطسون عن السلوك الإنساني، و ذلك اعتمادا على نظريات التعلم، و تم تسمية هذا العلاج السلوكي , و الذي اعتمد على التجريب على الحيوان ، ثم انتقل إلى التجريب على الإنسان ضمن نظريات الإشرط و المثير و الاستجابة. و ذلك اعتمادا على المبادئ الآتية:

أ_التعلم الشرطي: أي منبه يعطي استجابة حيث أثبت بافلوف 1849 في تجاربه أن الكلاب تعلمت الاستجابة بإفراز اللعاب منبهات محايدة كصوت الجرس أو رؤية ضوء، إذا ما اقترن تقديم المنبه المحايد بظهور منبه أصلي و هو الطعام , و عندما نتعلم الاستجابة للمنبه الشرطي يحدث التعميم .

ب_التعلم الفعال أو الأجرائي لسكينر 1953: و هو يشير أن تقوية جوانب معينة من السلوك تتوقف على ما ينبع هذا السلوك من نتائج ايجابية، كالتدعيم أو المكافأة أو السلبية كالعقاب.

ت_التعلم الاجتماعي ليندورا: 1969 حيث يشير أن الكثير من الجوانب المرضية من سلوك لطح مصطلح النمذجة كطريقة من طرق المحاكاة و التعلم الاجتماعي .

ث_ألبرت اليس 1962: نظرية العلاج العقلاني الانفعالي . فأشار إليس إلى أن هناك علاقة تفاعلية بين المعرفة , السلوك , و الانفعال , أو أن الاضطراب يظهر نتيجة الأفكار و المعتقدات غير عقلانية التي شكلها الفرد اتجاه الموقف المسبب للاضطراب و التي تنتج عنها ردود الأفعال و العالم الخارجي . *branch 2008 :04; dobson,2010 :228-23*

حيث ترى دريد 8,9: 2008 , dryder أن اليس يفرق بين المعتقدات العقلانية التي تعتبر نواة الصحة النفسية و تكون مرنة , متكيفة مع الواقع منطقية و متوافقة مع الذات و الآخر , أما المعتقدات غير العقلانية التي تعتبر نواة الاضطراب النفسي و تكون صلبة , متعارضة مع الواقع , غير منطقية و فاشلة في التوافق مع الذات و الآخر. (الأشقر , 53, 2004) .

ج_العلاج المعرفي أيرون بيك 1960: حيث يتمثل في التفكير في المواقف من خلال الإدراك و التفسيرات، و كذلك حيث يتفق مع نفسه أو **ما يسمع نفسه** ، أو ما يسمى بالحوار الداخلي أو المونولوج ، و تسمى كذلك بالأفكار الأوتوماتيكية و تنبثق هذه الأفكار الأوتوماتيكية و **تنبثق هذه الأفكار التلقائية** حسب بيك من نظام المعتقدات الذي يتكون منذ مراحل الطفولة

المبكرة و التي تشكل طريقة تفكير الأشخاص عن أنفسهم و عن الآخرين، و هذا التعلم مرتبط بمفهوم الذات , فالشخص الذي يمتلك مفهوماً أقل كفاءة عن نفسه و أنه غير محبوب ، سوف يتبنى جوانب من السلوك المرضي , و هذا ما يسميه بيك المخططات المعرفية (طه عبد العظيم 2008 , 188) .

منبه يساوي استجابة و الاستجابة تنقسم إلى سلوكيين هما :

_ السلوك المفتوح (حركي و لفظي) .

_ السلوك المغلّق أو غير الظاهر (التفكير , الصور الذهنية , الاستجابات الفيزيولوجية) .

مراحل العلاج السلوكي المعرفي:

1_مرحلة التحليل الوظيفي للمشكلة:

و تشمل الملاحظة و هدفها التعرف على الوضعيات التي تؤدي إلى ظهور السلوك ، و ذلك بالقيام باستقصاء شامل و محدد عن السلوك و تاريخ ظهوره ، و كذلك الأفكار و الصور العقلية ، والحديث الداخلي المرتبط بهذا السلوك .

2_تحديد هدف العلاج:

يتفق المفحوص و المعالج سويًا لصياغة الاضطراب و العوامل المسببة له ، و هنا يتم إعداد العقد العلاجي بينهما.

3_تطبيق برنامج العلاج:

و هنا يعمل المعالج على تطوير لدى المريض قدرات التضييق الذاتي لسلوكياته و تأكيد الذات.

4_تغيير نتائج العلاج:

و ذلك من خلال مقارنة المعطيات قبل و بعد العلاج لعدة حصص. و المتابعة تكون لمدة سنة بعد نهاية العلاج. (, Cottraux

(1993 :09-10, 06-07

الدافعية:

و لتحقيق ذلك يجب أن يتوفر لدى المريض قدر كبير من الدافعية, لأن الشخص في هذه العملية سوف يتدرب أن يراقب و يقيم ذاته ، و يستعمل تقنيات من أجل حل المشاكل التي تواجهه, فالمدخل المعرفي يساعد الأفراد على زيادة مدركاتهم إزاء واقعهم الإدماني من ناحية اللذة أو إزالة الشعور بالانزعاج. كما تساعدهم الاستراتيجيات المعرفية على التكيف الصحي مع اكتئابهم و قلقهم أو غضبهم الذي يقودهم إلى السلوك الإدماني. حيث يشير بيك أن حدوث الإدمان يرجع إلى نظام من المعتقدات الخاطئة التي تسيطر على تفكير المدمن. فيرى أن احتياجه للمخدر يحدث قدرًا من التوازن النفسي و يحسن أدائه الاجتماعي و الوظيفي من خلال التغلب على مشاعر الضيق و الملل و يمنحه النشاط و الطاقة.

و تعتبر الأسئلة التحوارية السقراطية من بين الأساليب في العلاج المعرفي التي تدفع بالمدمن إلى عملية الفحص و التدقيق لأفكاره ، من خلال التعرف على الأضرار و الخسائر المترتبة عن التعاطي, كما يحدد بروشا المراحل التي يمر بها المدمنين في عملية البحث عن العلاج :

1 مرحلة ما قبل التفكير:

و تدل على عدم توفر لديهم معلومات كافية عن الإدمان رغم وجود مشاكل ناتجة عنها.

2 المرحلة التمهيديّة:

يرغب المدمنين اتخاذ قرار التوقف عن الإدمان, و لكنهم غير متأكدين من قدراتهم على القيام بذلك.

3 مرحلة العمل:

و فيها يظهر انخفاض ملحوظ لسلوك التعاطي.

4_ مرحلة الصيانة و المثابرة على التعاطي والعيش بدون مخدر.

الأساليب و التقنيات العلاجية السلوكية المعرفية:

هناك مجموعة من التقنيات سوف نقدم بعضها و نبتدئ بالتقنيات السلوكية و من بينها نجد :

ضبط الذاتيّة

نطلب من المفحوص تسجيل نشاطاتهم اليومية ساعة بساعة ، و ذلك على الأقل لمدة أسبوع من بداية العلاج, مع تسجيل المزاج المرافق لكل نشاط، وهنا يقوم المعالج بمحاورة المريض حول هذه المواقف و الأفكار المصاحبة لها.

التحكم في النفس

الطريقة لتدريب المريض على التنفس الصحيح للتغلب على فرط النشاط النفسي و خفض شدة القلق.

التعرض للمواقف

تستخدم طرق التعرض التدريجي المنتظم، و الهدف من هذه الطريقة هو تسريع إطفاء ردود الأفعال و القلق، حيث يقوم المعالج بتقديم سلسلة من المثيرات المتدرجة الضعيفة ثم القوية ، حتى يألف المريض ذلك و يبدأ بتكوين استجابة مضادة تمكنه من التخلص من السلوك غير المرغوب فيه.

الغمر

و هو عكس التحصين التدريجي حيث يتم تقديم المثير دفعة واحدة ، أو يتم تعريض المريض له بشكل عام .و يقوم المعالج بالمساندة الانفعالية حتى يزول التوتر أو ينطفئ. (محمد الشرفاوي, 56 2012).

5_جدولة النشاطات

الغرض من جدولة الأنشطة في العلاج المعرفي تسجيل المتعالج أدائه اليومي، و أن يعطي نسبة لكل فعالية من حيث الإتقان و الرضا بمقياس من صفر لعشرة، و يطلب من المتعالج أن يقدم سجل النشاطات الأساسية دون محاولة إجراء تغيير و تتم مراجعة المعطيات في جلسة العلاج التالية (السقا, 2009: 19.20).

6_النمذجة

و يقوم هذا الأسلوب على تقليد و محاكاة النموذج ، و ذلك بتعلم سلوك جديد من خلال ملاحظة السلوك الايجابي المعاكس للسلوك المراد تعديله من خلال استخدام مقاطع فيديو أو قراءة قصة أو متابعة مسرحية.

7_الاسترخاء

و هي مجموعة التقنيات التي تسمح بالوصول إلى الاسترخاء وخفض من درجة التأهب و الخطر و يركز الاسترخاء على الجانب الجسدي الفيزيولوجي كالأسترخاء العضلي، و إعادة التأهيل التنفسي، كما يركز على الجانب العقلي كاستخدام التأمل و الصور، و هناك عدة طرق مثل الاسترخاء العضلي التصاعدي لجاكوبسون.

8 لعب الأدوار

و هي تقوم على طريقة التمثيل المسرحي لوضعية علائقية، مأخوذة من الحياة اليومية للمفحوص، و التي تتطلب تدريباً و اكتساب مهارة اجتماعية.

التقنيات المعرفية

ترى هذه التقنيات أن التغيير في الانفعال و السلوك يأتي نتيجة التغييرات المعرفية و هنا سوف نقدم مجموعة من التقنيات التي تساعد في التعديل المعرفي.

الأفكار الأوتوماتيكية

تعرف الأفكار الأوتوماتيكية بأنها تيار من الأفكار و المعتقدات و الصور الشعورية التي توجد لدى الأفراد من لحظة لأخرى في مواقف محددة و هذه الأفكار تزعج الشخص و لكن من الممكن تدريبه على مراقبة و ترصد هذه الأفكار ثم التخلص منها أو إبطال مفعولها غير الايجابي . تجدر الإشارة أن هذه المعرفة ترتبط بالأخلاق العامة و تشكل أنساق السلوك و المعايير و الحياة العقلية للفرد و انسجامه الداخلي مرتبط بها، و قد تم بنائها منذ الطفولة و قدمت من طرف الوالدين و المربين مثال : ضروري أن أكون محبوباً من الجميع، إذا أردت أن تكون مقبولاً من الجميع يجب أن تكون شبيهاً لهم، شقاء الإنسان يعود لأسباب خارجية لا يستطيع التحكم فيها، تجنب الصعوبات و المسؤوليات يكون أسهل من مواجهتها و هنا على المعالج تدريب العميل على التخلص من هذه الأفكار.

تعديل الأخطاء المعرفية

يسمح التعديل المعرفي إلى أخذ الفرد للوعي بحديثه اللاعقلاني و أن يبدلها بأفكار أكثر تكيفاً و موافقة للوضعية.

اقترح بيك عدد من الأسباب غير الفعالة التي يتم من خلالها تحريف الأفكار التلقائية :

- التفكير بطريقة كل شيء أو لا شيء (صح أو خطأ) (أبيض أو أسود) التفكير الثنائي أو النظر إلى الموقف وكأنه محصور في احتماليين فقط (إذا لم أحقق أقصى نجاح فاني شخص فاشل).
- التوقعات المساوية توقع حدوث نتائج سلبية.
- التقليل من أهمية أو تجاهل الجوانب الايجابية ، حيث يقنع الفرد نفسه بدون مبرر بأن ما قام به ليس له قيمة.
- تقنيات تأكيد الذات و هي تساعد المتعاطي على التعبير عن آرائه، أحاسيسه و احتياجاته بطرق مؤكدة للذات مما يحسن علاقاته الشخصية.

التقنيات المعرفية :

إعادة البناء المعرفي من خلال تبديل الآراء الأوتوماتيكية، و من خلال استعمال الحوار السقراطي للتعرف على المعتقدات و المخططات المعرفية المشوهة و استبدالها بأفكار أكثر تكيفا مع الواقع . بعد فحص التوقعات و الأسباب المفترضة للتعاطي يمكن تغيير التوقعات من خلال تقنية التعريض ، ثم التأمل في قوة و أهمية هذه التوقعات ، و من ثم إيجاد أفكار بديلة لهذه التوقعات، بهدف تقوية القدرة على الامتناع.

نتائج الأبحاث الخاصة بالعلاج السلوكي المعرفي لدى المدمنين:

هناك عدة أعمال استعملت هذه الطرق العلاجية منها أبحاث حول تعاطي القنب في دراسة أقيمت سنة 2001 على 22 شخص متطوع خضعوا لعلاج بالتنفير لمدة 50 دقيقة في اليوم، لخمسة أيام متتالية مرفقة بالتوجيه النفسي للقيام بالامتناع الذاتي لدى المفحوصين، و هنا كانت نتائج هذا العمل لمدة أربعة أسابيع أثبتت أن 95 بالمائة من المتعاطين امتنعوا عن التعاطي في نهاية العلاج و 75 منهم لم ينتكسوا لمدة ستة أشهر.

دراسة أخرى سنة 2001 على عينة مقدره ب 229 و قد تم استخدام التقنيات التالية :

برنامج الوقاية من النكسات، التزويد بالمعلومات حول القنب، الاسترخاء، حصص لتأكيد الذات، إعادة البناء المعرفي، تقنيات حل المشكلات. و كانت النتائج امتثال جيد للعلاج مع انخفاض التبعية للمواد المخدرة.

دراسة أخرى أجريت سنة 2001 من استعمال المقابلة التحفيزية لدى عينة مكونة من 105 من خلال المقارنة بين مجموعة تلقت المقابلة التحفيزية و مجموعة لم تتلقاها، فكانت النتائج أن المجموعة التي تلقت المقابلة التحفيزية تمكنت من خفض سلوك التعاطي، من خلال استعمال تقنيات الكوبينج ، و اكتساب سلوكيات و قدرات اجتماعية.

في دراسة أقيمت سنة 1992 حول متعاطي الأفيونيات، أظهرت التقنيات السلوكية المعرفية براعتها من خلال التركيز على أهمية تسيير الوقت في أجنده و القيام ببعض الواجبات المنزلية ، و منها : النشاطات التي تزيد من الراحة و التحكم و القدرة على حل المشكلات.

أهداف العلاج السلوكي المعرفي

يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى مساعدة المرضى على التخلص من مشكلاتهم النفسية من خلال التغيير في استجاباتهم السلوكية و المعرفية، حيث أن أغلب المشكلات تعود إلى العمليات المعرفية المشوهة و الخاطئة من أفكار و معتقدات. و ترتبط بالفرد في حد ذاته ، و مواقفه الحياتية. و لذلك يهدف العلاج السلوكي المعرفي إلى تحقيق الأهداف التالية :

- إحداث تغيير في العمليات المعرفية (الأفكار و الاعتقادات، القرارات).
- إحداث تغيير في العمليات المعرفية (الإدراك و عملية التشغيل المعرفي).
- إحداث تغيير في البناء المعرفي.
- مساعدة العملاء على إدراك دور الأحداث الحياتية المختلفة و أثرها على السلوك.
- تدريب العملاء على تعديل السلوك من خلال التقنيات المختلفة.
- العمل على تقييم التغييرات السلوكية المعرفية.

خلاصة:

نستنتج مما عرضناه أن العلاج المعرفي السلوكي يستخدم مجموعة من الطرق و التقنيات المختلفة التي تقوم على أسس علمية و منهجية مدروسة. كما أنه علاج مخصص و موجه لعدد كبير من الاضطرابات حيث أثبت نجاعته في الكثير منها و ذلك على مدى عدة سنوات, و ذلك من خلال استخدام مجموعة من الروائز و الاختبارات و طرق و تقنيات متعددة و التي تبدأ بالتعليم النفسي للعميل و إشراكه في المسؤولية من خلال بناء علاقة مهنية مبدئها التعاون و المشاركة الايجابية في زمن محدد من أجل التخلص من الاضطراب أو المشكلة و الوصول إلى التخفيف من معاناة المريض و تحسين حالته النفسية. غير أن التأخير الذي حصل في التكفل بالمدمنين على المخدرات من طرف هذه النظريات راجع للنضرة السلبية التي كانت تسقط على هؤلاء، و لهذا لم يتم تقديم الرعاية و العناية إلا لما تم تصنيف التعاطي و ربطه باضطرابات نفسية.

الطريق إلى الجنة

الفصل الرابع

منهجية الدراسة وإجراءاتها

الدراسة الاستطلاعية

كيفية تحديد الحالة

منهج الدراسة

الأدوات المستعملة في الدراسة

التقنية العلاجية المستعملة في الدراسة

ملخص المقابلات

الدراسة الاستطلاعية:

تمهيد

تعرضت في هذا الفصل إلى دراسة استطلاعية، وكان الهدف منها تحديد الحالة المراد دراستها، وإعداد الوسائل اللازمة للعمل الميداني، تهيئة المكان المناسب من أجل تطبيق تقنية العلاج السلوكي المعرفي لدى مدمن على الأفيونيات.

الدراسة الاستطلاعية:

بما أنها تهدف للكشف على مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيونيات، قمت بدراسة استطلاعية من أجل اختبار الحالة المراد دراستها حسب متغيرات الموضوع وذلك بتاريخ **8 جانفي 2018** بالمستشفى العسكري الجهوي بوهران بمصلحة الأمراض العقلية حيث أجريت مقابلات عديدة منها حوالي 10 حالات لأجل اختيار الحالة المناسبة لموضوع الدراسة.

كيفية تحديد الحالة

من خلال المقابلات التي جمعت فيها البيانات الأولية حاولت تحديد حالة إدمان على الأفيونيات بدون أن يكون للحالة صلة باضطراب آخر كما هو مبين في الجدول التالي :

إدمان على الأفيونيات و مواد أخرى	ذكر 20 سنة	الحالة رقم 1
الإدمان على المخدرات منها الأفيونيات + شخصية مرضية.	ذكر 20 سنة	حالة رقم 2
اضطراب الفصام بسبب الإدمان على الأفيونيات	ذكر 35 سنة	حالة رقم 3
إدمان على الأفيون	ذكر 16 سنة	حالة رقم 4
كآبة صدمية + الإدمان على كل المخدرات منها الأفيونيات	ذكر 40 سنة	حالة رقم 5
وسواس قهري + إدمان على الأفيونيات	ذكر 25 سنة	حالة رقم 6
الإدمان على المخدرات + مرض سرطان	ذكر 33 سنة	حالة رقم 7
مخاوف اجتماعية + إدمان على كل المخدرات	ذكر 40 سنة	حالة رقم 8
شخصية حدية + إدمان على كل المخدرات	ذكر 23 سنة	حالة رقم 9
الإدمان على الأفيونيات مع العديد من الانتكاسات و هي الحالة التي اضطرت للعلاج.	ذكر 31 سنة	حالة رقم 10

منهجية الدراسة:

اعتمدت في دراستي على إتباع المنهج العيادي ، لكي أتمكن من دراسة الحالة مستندة على المقابلة، الملاحظة ، الاختبارات (المقاييس النفسية كما اعتمدت على المقابلة التحفيزية حتى يمكنني المتابعة النفسية للحالة من خلال علاج سلوكي معرفي).

أدوات الدراسة:

استعملت مجموعة من الأدوات من أجل صدق و مصداقية الدراسة و نذكر منها:

✚ المقابلة العيادية: هي تبادل لفظي وجها لوجه بين القائم بالمقابلة و بين شخص آخر أو أشخاص آخرين (1).

الملاحظة: و هي وسيلة هامة لجمع المعلومات اللازمة لدراسة الحالة منها:

✓ الملاحظة غير المباشرة: و هي ملاحظة الفاحص للمفحوص خارج نطاق الحوار و المقابلة.

✓ الملاحظة المباشرة: تستعمل هذه الملاحظة للتعرف على أهم الأعراض ، و أيضا هي ملاحظة الفاحص للمفحوص

أثناء الحوار.

✚ المقابلة التحفيزية: هي مقابلة نصف موجهة، تستعمل من أجل رفع الدافعية لتغيير السلوك و ذلك من خلال

مساعدة الشخص على حل التناقض الوجداني (Miller 1995).

المقاييس النفسية: في هذه الدراسة تم اختيار الطالبة لمجموعة من المقاييس ليس فقط لكونها أحسن تقنية تشخيصية و

لكن أيضا تتبعية منها:

✚ مقياس الإدمان (Cast): و كان الهدف من هذا المقياس تحديد درجة الإدمان، و يتكون من 6 بنود، يتم تصحيحه

بالطريقة التالية:

لا يوجد إلى وجود درجة عالية من الإدمان.

(Référence : Legleye S., Karila L., Reynaud M. (2007) Validation Of The CAST, a general population Cannabis

Abuse Screning Test)(

✚ مقياس التحفيز: استعمل في البداية ، في الإدمان على التدخين، و كان وسيلة للتشخيص المبكر و الفردي لظاهرة الامتناع ثم استعمل كمقياس تحفيزي لكل اضطرابات الإدمان.

(HAS / Service des bonnes pratique professionnelles / octobre 2014 – Haute Autorité de Sante – 2014)

✚ مقياس تايلور (للقلق): يعتبر هذا المقياس ذو درجة عالية لقياس مستوى القلق بشكل موضوعي، و يناسب جميع الأعمار و طريقة وسطية. (بخوض، 1984، ص 90)

حدود الدراسة:

قامت بدراستي في المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بوهران بمصلحة الأمراض العقلية, أين تمت متابعتي لحالة إدمان على الأفيون لراشد لمدة أكثر من ستة أشهر من جانفي إلى ماي 2018 فكانت المتابعة النفسية على شكل جلسات دامت معظمها من 45 إلى ساعة.

الحدود البشرية:

دراسة حالة راشد مدمن على الأفيون و مجموعة من الأفيونيات خاصة المصنعة (الأدوية).

الحدود المكانية:

أعدت الدراسة بمصلحة الأمراض النفسية و العقلية للمستشفى الجامعي الجهوي بوهران.

الحدود الزمانية:

تابعت الحالة أكثر من 06 أشهر.

الفصل الخامس

الدراسة الأساسية

تقديم الحالة

السيروزة العلاجية

سيرالجلسات العلاجية (ملخص)

محتوى الدراسة حسب كوترو:

تقديم الحالة:

السوابق الشخصية

السوابق العائلية

التاريخ المرضي للحالة

المشكل الحالي

التشخيص حسب

التحليل الوظيفي استنادا بشبكة سيكا.

المقابلة التحفيزية تقنية حسب R4

تقييم العلاج (قبلي أثناء وبعدي) من المقابلة الثانية إلى نهاية العلاج.

العقد العلاجي

الهدف العلاجي

الجلسات العلاجية

مع استعمال جل التقنيات السلوكية و المعرفية, من تأكيد الذات إلى لعب الأدوار و التعريض.

نهاية العلاج بعد التقييم البعدي.

أولاً: الصياغة المعرفية السلوكية لحالة المريض:

اسم المريض

السن 31 سنة

وصف عام لتعريف المريض

فحص الحالة العقلية

قائمة المشكلات

الأفكار

السلوكيات

مواقف حدثت مؤخراً

الأفكار

السلوكيات

مواقف حدثت مؤخراً

ضعف في مهارات التواصل الفعال

الأفكار

الانفعالات

السلوكيات

مواقف حدثت مؤخرا

الأفكار

- هي طفلة أنانية و شقية.

- هي متحكمة و مستبدة.

- هي لا تهتم بما أحتاج له.

- هي لا تهتم بما أمر به و ما أشعر به حاليا.

الانفعالات.

السلوكيات.

مواقف حدثت مؤخرا.

التشخيص حسب Dsm 5

المحور الأول

المحور الثاني لا تشخيص

المحور الثالث لا يوجد

المحور الرابع لا يوجد

المحور الخامس 20 حالي.

الفرضية المبدئية (بناء على دمج المعلومات المستخلصة خلال الجلسات الأولية)

المعتقدات الأساسية حول الذات و الآخرين.

1. الذات

2. الآخرين

العوامل المرسبة (بناء على المعلومات المجموعة من الجلسات الأولية)

المواقف المفعلة أو المنشطة.

أصول المشكلة (أساسها)

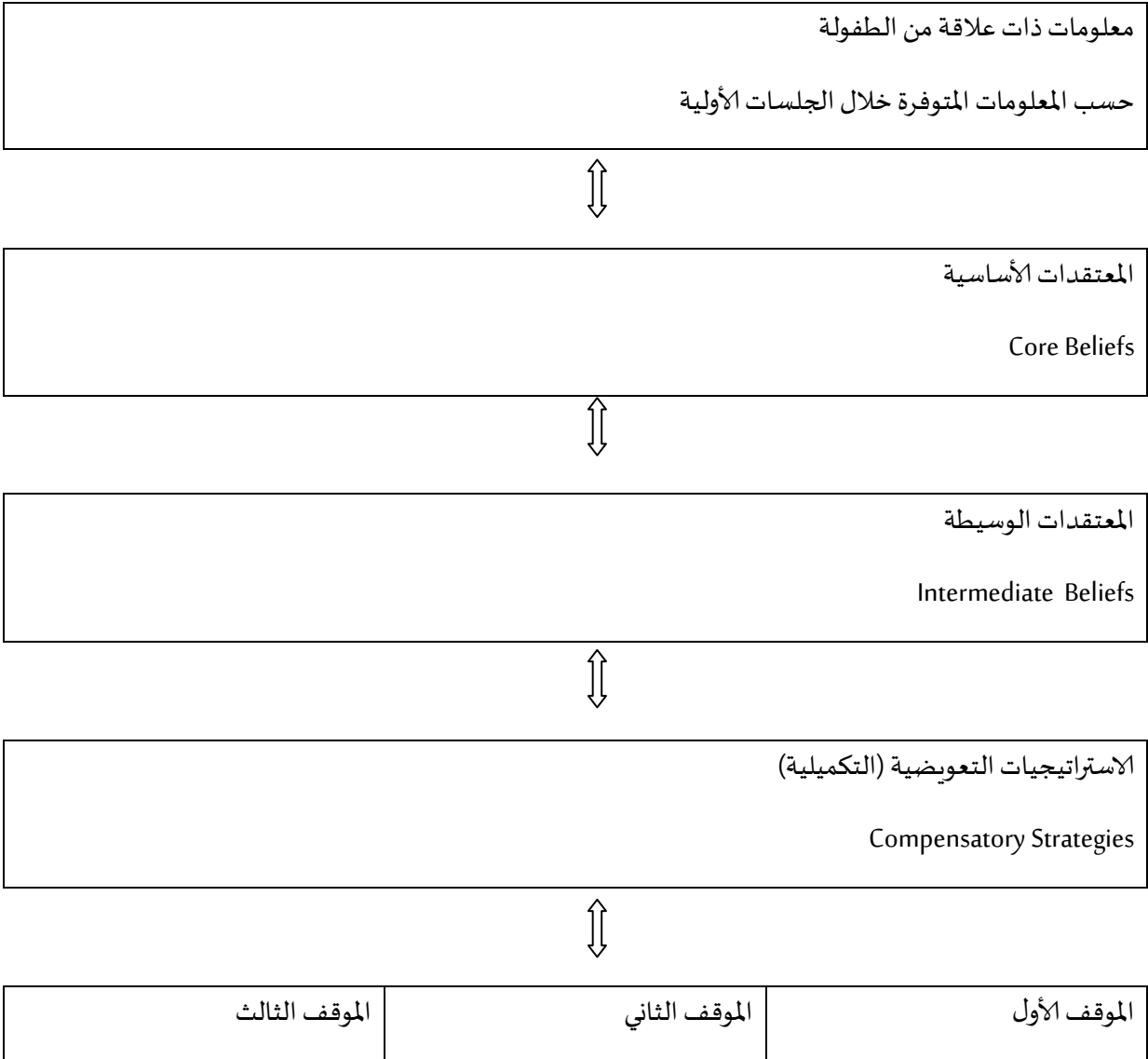
جوانب القوة (حسب المعلومات المتوفرة خلال الجلسات الأولية)

ثانياً: مخطط الصياغة المعرفية لمشكلات المريض

التشخيص المحور الأول

اسم المريض

التشخيص : المحور الثاني لا يوجد



الفكرة التلقائية	الفكرة التلقائية	الفكرة التلقائية
------------------	------------------	------------------

معنى الفكرة	معنى الفكرة	معنى الفكرة
-------------	-------------	-------------

الانفعال / الانفعالات	الانفعال / الانفعالات	الانفعال / الانفعالات
-----------------------	-----------------------	-----------------------

السلوك / السلوكيات	السلوك / السلوكيات	السلوك / السلوكيات
--------------------	--------------------	--------------------

نموذج لصياغة سلوكية معرفية لحالة مرضية *Heather Leigh Clarck*

ثالثا : خطة العلاج المعرفي السلوكي للمريض

اسم المريض

السن 31 سنة

وصف عام لتعريف المريض.

الأهداف العلاجية

تكرار العلاج

مدة العلاج

التدخلات العلاجية

1. التقييم

2. التثقيف العلاجي

- ✓ إعلام المريض بتشخيص مشكلاته.
- ✓ توضيح بنية الجلسات العلاجية في العلاج المعرفي السلوكي للمريض.
- ✓ توضيح و شرح العلاقات المتبادلة بين الأفكار و الانفعالات و السلوك للمريض.
- ✓ شرح مبررات و دواعي استخدام التدخلات العلاجية المختارة.

3. إعادة تشكيل البنية المعرفية

- ✓ مساعدة المريض على تحديد و تقييم الأفكار التلقائية و المعتقدات الوسيطة و المعتقدات الأساسية (السجل اليومي للأفكار).
- ✓ مساعدة المريض على إنتاج أفكار و معتقدات بديلة أكثر من صحية و تكيفية (سجل البيانات الايجابية و ورقة عمل المعتقدات الأساسية).

4. التدريب على الاسترخاء

- ✓ الشرح للمريض بأنه يزداد احتمال ظهور الأفكار والانفعالات الخاصة بالقلق عندما يكون في حالة استثارة فسيولوجية.
- ✓ تدريب المريض على فنيات الاسترخاء بما في ذلك الاسترخاء العضلي المتدرج، الاسترخاء التنفسي، التخيل الموجه، التأمل العقلي.
- ✓ عدم تشجيع المريض على استخدام المنشطات.
- ✓ تشجيع المريض على مواولة التمارين الرياضية بشكل منتظم.

5. التدخلات العائلية والزوجية

العقبات المحتملة :

1. صعوبة التمييز بين الأفكار و الانفعالات

2. حدة الطباع و نوبات الغضب

3. ضعف في مهارات إدارة الوقت.

تقديم الحالة

الحالة ب يبلغ من العمر 31 سنة، أعزب، مستواه الدراسي السنة الثالثة ثانوي، تخلى عن دراسته بسبب الإدمان، حاليا مهنته عون إداري بالمؤسسة الاستشفائية العمومية، تقدم إلى الفحص النفسي من أجل علاج سلوكي معرفي بسبب تعاطي الأفيونيات، وهذه الحالة كانت تحت وصاية طبيبه العقلي المعالج.

السوابق العائلية

الأب يبلغ من العمر 62 سنة، عسكري متقاعد يعاني من ضغط الدم، تربطه علاقة سيئة بالحالة منذ صغره و خاصة من مرحلة المراهقة بسبب تعاطيه الأفيونيات، حاليا علاقته منقطعة تماما.

الأم تبلغ من العمر 58 سنة، ماکثة في البيت تعاني من داء السكر، اضطراب في المزاج (كآبة)، إلا أنها تربطها علاقة حميمة مع الحالة رغم المشاكل التي عانت منها، يصف العلاقة بأنها تناقضية - اتجاهها (بين الحب و القلق) - .

و رتبته في العائلة هو الأخ الأكبر من بين 4 إخوة، أخوين و أخت متزوجة.

فيما يخص علاقته مع بقية العائلة يقول أنه مرفوض و منبوذ من طرف الجميع.

تاريخ الحالة

الحالة ب يصف نفسه كشخص منعزل و في نفس الوقت غير مستقر عاطفيا، سريع الغضب، غير قادر على تحمل الإحباطات ، و غير قادر على التأقلم على الأذى منذ صغره، كان يعاني من عدم الرضا، و رغم ذكائه لا يستطيع إتمام دراسته بسبب اضطرابه الذي كان عن طريق , و منذ ذلك الحين لم يستطع التوقف، و التي توافقت مع سن المراهقة حيث كان يعاني من عدة مشاكل من بينها علاقته مع أفراد عائلته. إن الحالة يؤكد على علاقته مع أبيه التي كانت بالنسبة إليه سببا مباشرا الذي أدى به إلى الإدمان.

في سن المراهقة 17 سنة كانت الحالة تعاني من القلق و الإحساس بالرفض و العزلة، و كانت جل الأدوية تعطيه الإحساس بالثقة بينما كانت تمكنه من التأقلم مع العالم الخارجي و مع الآخرين.

Evénements De Vie Manquants

عدة أحداث أثرت على الحالة خاصة في سبع (07) سنوات الأخيرة. أولا مرض والدته بالكآبة و دخولها إلى المستشفى ، في نفس السنة دخوله إلى مصلحة الإنعاش بسبب التعاطي, بالإضافة إلى مشاكله مع أبيه.

الأحداث المفجرة

حاولت الحالة بعدما ساءت الوضعية العائلية خاصة (مع الأب و الذي كان حسب الحالة دائما يقلل من قيمته لا يحترم مكانته كابنه الأكبر) أن يجد عملا حتى يصبح على الأقل مستقلا، إلا أن عدم قدرته على مواجهة الآخرين, وعدم استقلاليته و ثقته بنفسه ، جعلته يلجأ إلى التعاطي للحد من هذه الإحساسات المزعجة و المقلقة.

التشخيص حسب (DSM5)

اضطراب تعاطي المواد و التبعية.

عدة أحداث أثرت على الحالة خاصة في 07 سنوات الأخيرة. أولا مرض والدته بالكآبة و دخولها إلى المستشفى، في نفس السنة محاولة للانتحار و دخوله إلى مصلحة الإنعاش, بالإضافة إلى مشاكله مع أبيه بسبب عدم استقلاليته خاصة ماديا.

الأحداث المفجرة

حاولت الحالة بعدما ساءت العلاقة بينه و بين أبيه الذي كان دائما حسب قوله يقلل من قيمته لا يحترم مكانته كابنه الأكبر ، أن يجد عملا حتى يكون على الأقل مستقلا ماديا, إلا أنه حسب دائما قوله خروجه إلى العالم الخارجي كان مقلقا جدا و مسببا لإدمانه على الأفيونيات, حتى يستطيع أن يكون عاديا و له القدرة أن يكلم و يواجه الآخر.

التشخيص حسب (DSM5):

التعاطي على الأفيونيات.

التحليل الوظيفي حسب شبكة (Secca)

Synchronie

لكوترو. Secca المشكل الحالي كان عن طريق شبكة تحليل

هو التعاطي على الأفيونيات. ← المشكل (Cible)

دخلت الحالة عدة مرات إلى المستشفى، وعرفت عدة انتكاسات بعد محاولات عديدة لأجل الشفاء و بدون جدوى، حولت الحالة من طرف الطبيب المختص إلى علاج سلوكي معرفي.

التوقعات:

- يخاف أن يدخل في صراع مع أبيه.
- يخاف أن يجد نفسه وحيدا (بسبب مرض أمه).

الوضعية:

- الأب يلومه على عدم نجاحه.
- أمه تعاني من اضطرابات عديدة.

الانفعالات:

- إحساس بالذنب.
- حزن، قلق و بكاء.

التفسير الشخصي

أبوه لا يرى ما يبذله من مجهود، و لم يحبه في حياته قط، غير أن أمه كانت تسانده إلا أن مرضها جعلها تتخلى عنه.

المعارف

أنا حزين، لا أستطيع أن أنجح

أبلغ من السن 31 سنة

و مضيت معظم حياتي في المستشفى

بدلت مجهودات كبيرة و لم يفهمني أحد

السلوكات المفتوحة

اللجوء الى الأفيونيات

التحاور مع عائلته

البكاء

الصور

يرى نفسه كطفل

المحيط

تخلى عنه والديه و إخوته.

حسب رأيه ليس التوقف عن الإدمان ما يزيد من مخاوفه. و لكن عدد النكسات التي لم تسمح له بالشفاء التام.

أهداف العلاج:

✚ الحد من الانتكاسة و التوقف عن التعاطي تماما

✚ التمكن من الاستقلالية

التقنيات المستعملة

✚ التقنيات المعرفية إعادة البناء المعرفي

✚ التقنيات السلوكية الاسترخاء, **التعويض**, تأكيد الذات و الواجبات المنزلية.

✚ كانت الجلسات العلاجية بمثابة جلسة كل أسبوع مدة ساعة لمدة ستة أشهر.

:Diachronie

الأم تبلغ من العمر 58 سنة, ماکثة في البيت تعاني من داء السكري، و اضطراب في المزاج (كآبة), لها أخ أكبر يعاني من اضطراب الإدمان على الكحول. له أيضا عم يعاني من اضطراب الإدمان على المخدرات، و اضطراب عقلي (فصام), كما أن له ابن عم يعاني من الإدمان على الألعاب الالكترونية.

Facteurs Historique De Maintien Possible

عدم وجود مساندة عائلية خاصة من طرف الوالدين و حدوث الإدمان منذ المراهقة.

Facteurs Déclenchant Initiaux Invoques

مرض أمه في الآونة الأخيرة باضطراب الإكتئاب.

Evénements Précipitant Le Trouble

دخول الأم إلى مستشفى الأمراض العقلية

Autres Problèmes

لا يوجد.

:Traitements Antérieurs

La méthadone et le Nozinan.

Traitements Actuels:

Il est sous la **méthadone** en gelules, **nozinan** a 25mg et **déprétine** 10 mg.

✚ الحصص من الحصة الأولى إلى الثالثة:

الحصص كانت مخصصة للتاريخ الشخصي و المرضي للحالة ، من أجل تحديد التشخيص الذي كان حسب.... و الذي يتمثل في " الاضطرابات المتعلقة بالمواد و التبعية " و يشمل اضطراب تعاطي المواد و التبعية. و كان بدرجة 7 و التي تعني تبعية شديدة. كما قدم مقياس الإدمان (Cast) .

في الحصة الأولى خُصصت للتاريخ الشخصي و المرضي للحالة, و تم فيها توضيح الخطة العلاجية المتبعة بصفة عامة.

في الحصة الثانية: استعملت التحليل استنادا بشبكة سيكا.

الحصة الثالثة: استعملت المقابلة التحفيزية بتقنياتها و في (R4)

و في نهاية الحصة طلبت من الحالة أخذ **كوناش أين يضع فيه ساعة بساعة الأدوية** أو المادة التي يستعملها مع تحديد أوقات الحرمان و نوبات الامتناع ، مع السلوك التي تنتج عنه. أين تضع الحالة أفكارها, عواطفها و سلوكياتها و خاصة الحوار الداخلي و الهدف منه هو التقييم الذاتي أو الشخصي.

✚ أما من الحصة الرابعة إلى السادسة:

مع تقديم مقياس للتحفيز و الذي كان بدرجة 3 ضعيف الشدة. خصصت للمقابلة التحفيزية استنادا (4R)

عبرت الحالة في هذه الحصص عن مدى أملها في هذا العلاج خاصة بعد الشرح، و عبرت أيضا عن مدى تحفيزها للشفاء.

✚ الحصة السادسة و السابعة:

قدمت للحالة مجموعة من الأعمال المنزلية، و التي كانت معظمها مبنية على الامتناع مع اللجوء إلى الاسترخاء أمام الوضعيات المقلقة. أين كان لابد على الحالة أن تحدد عدد المرات للإحساس بالحرمان ، و درجة الاحتياج للتعاطي.

✚ في الحصة الثامنة أمام تقنية التعريض، و الامتناع عن الأعمال المنزلية، أظهرت الحالة رضاها عن النتائج التي

لحقت إليها. ما عدا في عطلة الأسبوع أحست الحالة بالاحتياج الشديد للتعاطي. (الجدول رقم 1).

السلوك	العاطفة	الأفكار	الوضعية
فورا أحسست بالرضا و بعد ذلك أحسست بالنوم و كان 7/8	قلق Irritabilité	لا أستطيع أن أمتنع عن التعاطي سأتناول كل الأدوية الموجودة في البيت	عطلة الأسبوع إحساس بالوحدة

مناقشة سقراطية حول هذا الجدول ،سمح للحالة أن يدرك أن إحساسه السيئ له علاقة بالإحساس بالوحدة، و في نهاية
المقابلة أدرك جيدا مدى أهمية التعريض مع الامتناع و استخلص أيضا النتائج .

في الحصة التاسعة: أظهرت الحالة فرحها أمام نجاحها أمام الامتناع عن التعاطي رغم إحساسها بالقلق بدرجة 7/8
مستعملا الاسترخاء، و بعد ذلك استطاع أن يسيطر على القلق.
في الحصة العاشرة:

أظهرت الحالة مدى سيطرتها على القلق، و حتى على التقليل منه، مؤكدة على الواجبات المنزلية و التي تتمثل في:

- ✓ التعريض للمادة في أيام الأسبوع
- ✓ الامتناع مهما كان الميول و القلق
- ✓ استعمال الاسترخاء للتحكم في القلق

و في حالة كثرة القلق اللجوء إلى كتابة الجدول الخاص بالوضعية، الإحساس، الأفكار و السلوك و ملئه.

و في كل حصة أظهرت الحالة تحفيزها و جهودها للشفاء.

اعترفت الحالة بأن علاقتها بالمادة تطورت منذ الحصة الخامسة.

من الحصة السادسة إلى العاشرة::

عزل و تغيير الأفكار الأوتوماتيكية بإعادة تشكيل معرفية.

الحصة السادسة, طلبت من الحالة كتابة أفكاره الأوتوماتيكية كل ما جاءته الرغبة في التعاطي. و في نفس الوقت, لا بد أن يحدد أفكاره (جدول رقم 2).

الأفكار <i>Alternatives</i>	الأفكار الأوتوماتيكية	الوضعية
إذا تعاطيت سأندم و سأكون مضطرب 30% معتقدات	سأتعاطى بعض الأفيونيات و هذا سيهدئي 6% معتقدات 0	دخلت إلى المنزل و أنا متعب
حتى لو أخذت الأفيونيات فلن أحس بتحسن لأن المشكل لم يتغير 6% معتقدات 0	لدي بعد الأفيونيات سأستعملها و سأكون بخير 6% معتقدات 0	أمضيت الأسبوع كله وحيدا أنا حزين
سأقوم بالاسترخاء و أملأ الجدول و سأكون بخير 60% معتقدات	سأخذ كمية كبيرة من الأفيونيات لأسعد نفسي 30% معتقدات	أنا قلق جدا أريد أن أسعد نفسي
حذاري لا تفسد ما حققته من نجاح 70% معتقدات	تعاطى و ستكون بخير و في سعادة 30% معتقدات	في عطلة الأسبوع أحس بالوحدة

طلب من الحالة تفسير الجدول

لاحظت الحالة التغيير التدريجي الذي طرأ في الأفكار الأتوماتيكية ، و أدرك مدى إمكانيته على إيجاد أفكار جديدة بسهولة أكثر, كما أنه أدرك أن إحساسه بالقلق لم يكن نتيجة المادة بل عموما بسبب الضغط و الحزن و خاصة الإحساس بالوحدة.

(malaise) و ثانية اعترف بأن التعاطي ليس الايجابية المكيفة لهذه الأحاسيس السيئة.

هنتت الحالة على عملها المنظم و على مجهودها المتواصل.

تقول الحالة بأن أيام الأسبوع صعبة وهو يجد نفسه في صراع دائم يوميا, و كل الوضعيات تتطلب منه جهدا كبيرا و تحدي, و يعترف في نفس الوقت بأنه حقق كل واجباته المنزلية العلاجية و هي طريقة للتحكم في نفسه.

من الحصّة السابعة إلى العاشرة:

بدأت الحالة العمل على الاستقلالية و تأكيد الذات.

و هنا تحدث بطريقة عميقة على حالة التعاطي كيف حدثت, ولماذا, و لاحظ أن النقطة المشتركة بين ظهور التعاطي في مرحلة المراهقة و الحالة الآنية هو محاولة الهروب من البيت و تمكنه من الاستقلالية.

Fusionnelle هنا تبين له أنه يحتاج إلى تأكيد ذاته و أن علاقته مع أمه إدماجية.

خلال الحصّة التاسعة قدمت تمارين تخص تأكيد الذات و العمل على الاستقلالية.

و بعد ذلك, في الحصّة العاشرة

أظهرت الحالة فرحها لوصولها للأهداف المسطرة في بداية العلاج و التي تكمن في : الاستقلالية و تأكيد الذات, و الحد من الانتكاسة.

وقعت بينه و بين المادة مسافة كبيرة, تغيرت أفكاره تماما و أدرك أنه تغير تماما و تغيرت علاقته و مفاهيمه فيما يخص التعاطي, ولم تعد له الرغبة في العودة إلى يومنا هذا.

وفي نهاية العلاج اقترحت للحالة متابعة لمدة على الأقل سنة كل شهر أو شهرين للتأكد من مدى نجاعة العلاج.

ملخص الحالة:

في بداية العلاج تقدمت الحالة من أجل علاج سلوكي معرفي بسبب تعاطي الأفيونيات، و كانت الحالة من طرف طبيبه المختص العقلي.

بدأت العلاج بتقنيات سلوكية تتمثل في التعريض مع الامتناع و كانت النتيجة جد ايجابية خاصة باستعمال المقابلة التحفيزية بتقنياتها، و التي مكنتني من العقد العلاجي الذي لم يأخذ وقت كبير حتى طرأ تغير في سلوك الحالة. ثم لجأت إلى التقنيات المعرفية و أساسا إلى إعادة البناء المعرفي و الذي سمح لي بتحقيق الأهداف المسطرة في بداية العلاج .

إعادة البناء المعرفي سمحت للحالة ليس فقط للتوقف، لكن خاصة كانت النتيجة على الانتكاسة بحيث لم تعد الحالة إلى يومنا هذا ترغب في العودة إلى التعاطي.

وجود جدول (3) يلخص الجلسات.

رقم الجلسة	هدف الجلسة	محتوى الجلسة	المدة
الجلسة 01	1. تشخيص 2. الرابطة العلاجية 3. التحفيز للحد من النكسة	1. تاريخ الحالة الشخصي و المرضي، استعمال DSM5 2. استعمال التحليل الوظيفي استنادا بشيكة سيكا مع توضيح الخطة العلاجية 3. استعمال المقابلة التحفيزية	60 دقيقة لكل حصّة

الجلسة	التحفيز للحد من النكسة	4-5. استعمال المقابلة التحفيزية بتقنياتها 4R 6. القياس القبلي للتحفيز درجة 3 (ضعيف)	60 دقيقة لكل حصة
الجلسة	استعمال التقنيات العلاجية	التعريف والامتناع عن طريق استعمال جدول تحدد فيه الوضعية العاطفة و السلوك	60 دقيقة
الجلسة	إدراك أهمية الامتناع	الواجبات المنزلية مع مبدأ التعريض و الامتناع	60 دقيقة
الجلسة	استخلاص النتائج	القياسات الوسيطة مع مناقشة سقراطية	60 دقيقة
الجلسة	القضاء على الرغبة في التعاطي و الحد من النكسة	عزل و تغيير الأفكار الأتوماتيكية مع تحديد الأفكار البسيطة	60 دقيقة
الجلسة	الوصول إلى الاستقلالية	تمارين تأكيد الذات	60 دقيقة لكل حصة
الجلسة	نهاية العلاج مع الوصول إلى الأهداف العلاجية	المقاييس البعدية و ختم العلاج	60 دقيقة

الفصل السادس

عرض نتائج الجلسات

مناقشة نتائج الجلسات على ضوء المقاييس

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات

الاستنتاج العام والتوصيات

قائمة المراجع

الملاحق

عرض نتائج الجلسات:

الحالة أ.ب يبلغ من العمر 31 سنة, يعمل كعون إداري في المؤسسة الاستشفائية العمومية, أعزب من جنس ذكر تمثلت شكوته الرئيسية في عدد مرات دخوله إلى المستشفى بسبب انتكاساته، بسبب عودته لتعاطي الأفيون المصنع (الأدوية)، و إحساسه الدائم بالنقص والقلق . و ما أفزعه أنه وجد عملا مؤخرا و الذي حفزه لمتابعة علاج نفسي متخصص.

فحسب نتائج الملاحظات و المقابلات العيادية، ظهرت عليه أعراض الامتناع النفسية و السلوكية، بالإضافة إلى أعراض جسدية التي صرحت بها الحالة ، و دعمها نتائج الاختبار القبلي للإدمان التي كانت درجته عالية جدا.

و كان التشخيص حسب DSM 5 اضطراب تعاطي الأفيون.

ففي بداية الجلسات العلاجية تمكنت من بناء علاقة ايجابية مع المفحوص، استنادا بتقنية الرابطة العلاجية، خاصة بعد المقابلة التحفيزية، و الذي مكنه من تحقيقه ، هو برنامج العلاج الذي كان مبني على التعريض و الامتناع مع اللجوء إلى الاسترخاء، فظهر عليه تحسن كبير في الحصص مكنه من الوصول إلى إعادة البناء المعرفي.

فيما يخص جلسات التدريب على الاسترخاء أبدى المفحوص تجاوبا كبيرا ايجابيا، مكنه من التحكم في قلقه.

أما فيما يخص جلسات تأكيد الذات إلترزم بكل خطواته، و تمكن بشكل واضح من الوصول إلى الإحساس بالاستقلالية و تقبله المسؤولية.

و في نهاية العلاج أصبح لديه وعي بكيفية تحديد الأفكار السلبية، و إيجاد بسهولة أفكارا جديدة و بسيطة، مكنته من الامتناع و الحد من الانتكاسة.

عرض نتائج المقاييس النفسية :

من خلال النتائج المتحصل عليها عن طريق المقابلات و الجلسات العلاجية نتطرق إلى عرض نتائج المقاييس النفسية.

1.نتائج مقياس تايلور:

تشير الدراسة أنه تم تطبيق هذا المقياس كقياس قبلي و الآخر بعدي عند نهاية العلاج فكانت النتائج كما هي موضحة في

الجدول التالي:

جدول يبين نتائج اختبار القلق للحالة

حسب مفتاح التصحيح

مستوى القلق	درجة القلق	
قلق شديد جدا	35	التطبيق القبلي
قلق متوسط	20	التطبيق البعدي

2. نتائج قياس Cast :

تم تطبيق Cast كقياس قبلي و الآخر بعدي عند نهاية العلاج.

فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول يبين نتائج المقياس

حسب مفتاح التصحيح

شدة الإدمان	درجة الإدمان	
شديد	7	التطبيق القبلي
ضعيف	3	التطبيق البعدي

3. نتائج قياس التحفيز : L'échelle De Motivation

تم تطبيق قياس التحفيز كقياس قبلي و الآخر بعدي عند نهاية العلاج.

فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي :

جدول يبين نتائج المقياس

حسب مفتاح التصحيح

شدة التحفيز	درجة التحفيز	
ضعيف جدا	2	التطبيق القبلي
عالي	7	التطبيق

4. مقياس تأكيد الذات :

تم تطبيق مقياس تأكيد الذات كقياس قبلي و بعدي بعد نهاية العلاج.

فكانت النتائج كما هي موضحة في المنحنى التالي :

منحنى يبين نتائج مقياس

تأكيد الذات للحالة

حسب مفتاح التصحيح

مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

من خلال الدراسة المتمثلة في مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيون، قامت الدراسة بمعالجة الموضوع من الجانبين: الجانب النظري و الجانب التطبيقي، و كان الأسلوب المعتمد عليه اكلينيكي (عيادي)، حول حالة واحدة لمدمن على الأفيون و المسكنات من الدرجة الثالثة على مدى 06 أشهر من خلال عشر جلسات علاجية. و تذكيرا بنص الفرضية: العلاج السلوكي المعرفي فعال للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيون. إن الحالة أ.م يبلغ من العمر 31 سنة، عون إداري بمؤسسة عمومية، أعزب يعاني من مشكل التعاطي على الأفيون منذ مراهقته 17 سنة، عانى من فترات صعبة للامتناع من أعراض جسدية و نفسية الناجمة عن المادة، كما انه عرف عدة نكسات و عدة إقامات في المستشفى العقلي و آخرها مصلحة الإنعاش بسبب التعاطي، و لنتحقق من الفرضية المطروحة ارتأت الدراسة أن يكون الأسلوب العلاجي المعتمد هو العلاج السلوكي المعرفي عن طريق التحفيز و ذلك لمعرفة ما إذا كانت ذو فعالية ايجابية للحد من الانتكاسة.

أكدت نتائج الدراسة عن تحقق صحة الفرضية الرئيسية، فقبل بداية العلاج السلوكي المعرفي و رغم متابعة للحالة النفسية و الكيمايائية إلا أنها كانت تعاني من عدة نكسات، أثبتت نتائج المقاييس القبلية و البعدية عن الأثر الايجابي للجلسات أثناء و بعد العلاج. حيث أن الحالة :

- ✓ توقف عن التعاطي
- ✓ لم يعد له رغبة (حسب اعترافه) للعودة إلى التعاطي
- ✓ خف القلق بدرجة عالية
- ✓ لم تعد له أعراض جسدية و نفسية
- ✓ تمكن من السيطرة على انفعالاته
- ✓ تمكنه من إيجاد أفكار جديدة بسهولة أكبر أمام الوضعيات
- ✓ تمكنه من التعامل مع الآخرين بدون أي مادة
- ✓ إحساسه بالتحسن و شعوره بالطاقة

و كإجابة على الإشكالية:

هل العلاج السلوكي المعرفي فعال للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيون؟

يمكن القول أن الفرضية قد تحققت و هذا ما يؤكد صحتها.

الخاتمة:

تم إجراء هذه الدراسة بهدف الكشف عن العلاج السلوكي المعرفي و نجاعته في اضطراب التعاطي على المواد. و جاءت النتائج التي توصل إليها البحث لتأكد و تحقق ذلك الهدف. و بالتالي سمحت لي هذه الدراسة بالتمعن في اضطراب الإدمان و كيفية تطوره و تطور مفاهيمه و مصطلحاته، و من ثم علاجاته. و ذلك بحثا عن أجوبة لتساؤلات تمحورت أساسا حول العلاج السلوكي المعرفي و فعاليته للحد من الانتكاسة لدى المدمن على الأفيون.

و أشارت الدراسة أن نتائج البحث تفتح المجال لغيره من البحوث لدراسة الموضوع قصد إثرائه و الإتيان بالجديد، و أهمية الموضوع كانت تكمن في اختيار علاج معين ألا وه العلاج السلوكي المعرفي أمام اضطراب معين و مادة معينة ألا و هي الأفيون ، علما بخصوصية هذه المادة مقارنة بالمواد الأخرى و هي التبعية الجسدية و النفسية مع تسكين الآلام.

التوصيات والاقترحات :

في ضوء النتائج التي تحصلنا عليها في بحثنا أمكن لنا تقديم بعض الاقتراحات و التوصيات و التي نلخصها كما يلي:

- ✚ استخدام التقنية السلوكية المعرفية في اضطراب الإدمان.
- ✚ ضرورة استعمال أدوات دقيقة علميا لدراسة اضطراب الإدمان.
- ✚ ضرورة مزج العلاجات النفسية بالعلاجات الكيميائية أمام الإدمان خاصة منها السلوكية المعرفية.
- ✚ ضرورة إجراء تكوين في العلاجات النفسية المتخصصة للتمكن منها.
- ✚ إجراء دراسات علمية تهدف عملية الوقاية من اضطراب الإدمان مع اتخاذ خطوات إجرائية لمنع انتشاره.
- ✚ فتح تشخيص جديد في كلية علم النفس يختص بالإدمان.

مقترحات لدراسات مستقبلية:

استكمالاً للجهد الذي بذلته ، و في ضوء ما انتهت إليه دراستي فإنني أقترح إمكانية القيام بدراسات أخرى في مجال بحثي

الحالي و أيضا أقترح مجموعة من المواضيع التي أراها موضع اهتمام كبير و هي كالتالي:

✚ إجراء دراسات إحصائية حول فعالية العلاج السلوكي المعرفي و الانتكاسة في اضطراب التعاطي على المواد.

✚ إجراء دراسات مقارنة بين مختلف المواد المتعاطاة و العلاج السلوكي المعرفي.

✚ إجراء دراسات حول الأدوات و الأساليب العلمية التي يمكن استعمالها لدراسة اضطراب الإدمان.

- مدحت عبد الحميد أبو زيد. (1991). الارتكاس العقاقيري . دار المعرفة الجامعية.
- هوفمان اس – ج. (2012). الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. دار الفجر للنشر و التوزيع.
- إبراهيم عبد الستار. (1993). العلاج السلوكي المعرفي الحديث أساليبه وميادين تطبيقه. مصر: الدار العربية للنشر و التوزيع.
- أنس شكشك. (2009). الأمراض النفسية و العلاج النفسي . الأردن : دار الشروق للنشر و التوزيع.
- الفقي إبراهيم. (2000). قوة التحكم بالذات. كندا: شركات الدكتور إبراهيم الفقي العالمية للتنمية البشرية المركز الكندي للبرمجة اللغوية العصبية .
- فيصل الزراد. (2009). العلاج المعرفي السلوكي . ط1. لبنان: دار العلم للملايين.
- **الفقي إبراهيم**. (2000). الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية كندا: شركات الدكتور إبراهيم الفقي العالمية للتنمية البشرية المركز الكندي للبرمجة اللغوية العصبية .
- عمار بخوض، دليل الباحث في المنهجية وكتابة الرسائل الجامعية، الجزائر: وحدة الطبع المؤسسة الوطنية للفنون المطبعية الجزائرية.
- **الطب النفسي المعاصر أحمد عكاشة .: PDF.**
- **العلاج المعرفي السلوكي المعاصر PDF**
- **الحلول النفسية لمشكلات الصحة الفعلية.**
- **عبد الستار ابراهيم. العلاج النفسي الحديث . عالم المعرفة.**
- هوفمان إس جي. (2012). العلاج المعرفي السلوكي المعاصر: الحلول النفسية لمشكلات الصحة العقلية. (ترجمة مراد علي عيسى). مصر: دار الفجر للنشر للتوزيع.
- عبد الستار ابراهيم. العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: أساليبه وميادين تطبيقه. القاهرة: مطبعة الموسكي.



• شرف الدين بوراوي. (2014-2015). تعاطي وترويج المخدرات في التشريع الجزائري. مذكرة لنيل شهادة ماستر في الحقوق. تخصص قانون جنائي.

• طاهر، علي حسن.



• محمد شاهين. (2015). مجلة جامعة الأقصى. المجلد التاسع عشر، العدد الثاني. يونيو.

• عبد الله عمر سالم الجوهي. (2008). المعتقدات الادمانية والانتكاس من منظور معرفي سلوكي. يونيو. 14:04

- A.Charles Nicolas :**Toxicomanies** :– **encyclopédie médico-chirurgicale** 37-396. Paris Elsevier.
- **Prise en charge de la toxicomanie** : à travers la loi du 31 décembre 1970 – encyclopédie médico-chirurgicale 37-901 A 40. Paris Elsevier.
- Dan Vala 2005 : **Toxicomanie et conduites addictives** . Edition Hermuris de France 7500 Paris.
- Jérôme Pelazotto Cas cl :iniques en thérapies comportementales et cognitives par 3°Edition collection pratiques en psychothérapie Elsevier.
- JN Despland, Michel Y. de Roten 2010 : Interventions psyco dynamique un modèle de consultation thérapeutique de l adulte, pages 232.
- M.Bouverd et et J Cottraux. 2010 : Protocoles et échelles d'évaluation en et psychologie, 5°Edition, , pages 368.
- J.C Perry, J D Guelfi, J.W.Despland, 2009 : Mécanisme de défense : principes et échelle d'évaluation, 2°Edition, pages 184.
- N.Franck 2017 : Addictologie, 3°Edition sous la direction de Cognitive, 2°Edition sous la direction de.
- DSM 5

