

العلاج المعرفي السلوكي للإدمان على المخدرات "مقاربة نظرية" Cognitive behavioral therapy for drug addiction "Theoretical approach"

أسماء بن حليم

جامعة جيلالي ليايس بسيدي بلعباس (الجزائر)، مخبر البحوث النفسية والتربوية ، asma.benhalilem@univ-
sba.dz

تاريخ النشر: 2023-05-05

تاريخ القبول: 2023-02-14

تاريخ الاستلام: 2022-11-30

ملخص:

يعتبر الإدمان على المخدرات من الظواهر الاجتماعية الأكثر انتشارا بين الشباب والذي يؤثر على حياة الفرد سلبا من الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية وعلى أسرته ومجتمعه. فالمدمن يحتاج إلى مساعدة وتكفل خاصة من الناحية النفسية. حيث يترتب عن تعاطي وإدمان المخدرات جملة من الاضطرابات النفسية، والمشكلات السلوكية كالاكتئاب والعزلة والعدوانية، ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي أحد العلاجات النفسية التي أثبتت فعاليتها في علاج الإدمان والامتناع عن التعاطي، وذلك من خلال تقنياته المختلفة والمتنوعة بين المعرفية، والسلوكية، والانفعالية التي تقوم على تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة، واتباع خطوات علمية بدءا بالتحالف العلاجي إلى غاية إنهاء العلاج وهو ما يشجع على اعتماده كأسلوب علاجي مع حالات الإدمان المختلفة.

كلمات مفتاحية: الإدمان ؛ المخدرات ؛ العلاج المعرفي السلوكي ؛ الأفكار الخاطئة

Abstract:

Drug addiction is one of the most widespread social phenomena among Young people And that affects the life of the individual negatively in terms of health and Psychological, social and economic And to his family and society. The addict needs help and psychological care. Where drug abuse and addiction have a range of psychological disorders and Behavioral problems such as depression, isolation and aggression cognitive behavioral therapy one of the psychiatric treatments that has proved effective in treating addiction and Refrain from using it. This is through its various technologies, ranging from cognitive to behavioral and emotional That are based on correcting misconceptions And following scientific steps starting with the therapeutic alliance Until the end of treatment which encourages its adoption as a treatment method with different addiction cases.

Keywords: addiction; Drugs; Cognitive behavioral therapy, Misconceptions

مقدمة:

يتميز مجال العلاج النفسي بأنه من المجالات التي تشهد الجديد والتغيير بشكل مستمر، فبعض المختصون يسعون لابتكار وسائل علاجية وأساليب جديدة خاصة بعد أن أكدت عدة دراسات عدم فاعلية بعض الأساليب التقليدية وفشلها في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية ومن بين العلاجات النفسية التي عرفت تطورا ملحوظا وفاعلية كبيرة في علاج الاضطرابات النفسية العلاجات المعرفية السلوكية.

يسعى هذا النوع من العلاجات إلى تحديد الأفكار غير التوافقية من تعديل الأفكار السلبية وتغييرها، هذا النوع من العلاج يعتمد على توجيهين معرفي وسلوكي : فالتوجه السلوكي يعتمد على الفنيات السلوكية كالتعزيز والتشكيل والنمذجة ولعب الدور، والتوجه المعرفي يعتمد على ضبط الذات واستراتيجيات التغيير المعرفي ومواجهة المعتقدات غير العقلانية.

ولعل الإدمان على المخدرات هو أحد المشكلات النفسية المستخدم معها هذا النوع من العلاج بكثرة نظرا لفعاليتها ونتائجه الايجابية، وذلك من خلال تغيير أفكار المدمن الخاطئة وإبدالها بأفكار ايجابية ومنطقية.

1. طرح الإشكال:

إن العالم اليوم تنتشر فيه العديد من الظواهر السلبية التي تؤثر على الفرد والمجتمع على حد سواء، ولعل الإدمان على المخدرات أحد أبرز هذه الظواهر، فالإدمان أصبح لا يعرف عمرا، يمس الكبير والصغير وخاصة فئة الشباب والمراهقين والمخدرات تذهب بالعقل وتشوه التفكير، وتفتك بالجسد وتحيل به لأفتك الأمراض، وتبعاً لانتشار هذه المخدرات ازداد حجم التعاطي، حيث سجلت الإحصاءات إلى أن عدد من يتعاطى الحشيش من سكان العالم يتراوح بين 40-50 مليون نسمة، ومدمنو الهيروين 2 مليون نسمة، والكوكايين 0.5 مليون نسمة (غانم، د.ت، ص.19)، لذلك وجب القضاء على هذه الظاهرة خاصة إذا تطور الأمر إلى الإدمان، ففي هذه الحالة توجب التدخل الطبي والنفسي للتكفل بهؤلاء الأفراد وعلاجهم، فمشكلة الإدمان تؤثر في بناء المجتمع وأفراده لما يترتب عليه من آثار نفسية، وأعراض اكتئابية، وعزلة عن المجتمع خاصة عندما لا تتوفر المادة المخدرة مما يسبب انعكاسات نفسية أخرى، فهم عرضة للاكتئاب والعزلة والانطواء وغيرها من

الاضطرابات النفسية التي تخل بصحتهم النفسية والتي تسببها مادة المخدرات، خاصة أعراض السحب التي تختلف باختلاف المادة المتعاطاة، ومدة التعاطي وكمية وسرعة تخلص الجسد منها، ومن بين هذه الأعراض: "أعراض البرد، حالات الخوف والتعرق واضطرابات النوم وهبات الحرارة والبرودة والغثيان والإسهال وفقدان الوزن بسبب هذه الأعراض فإن كثير من الذين يريدون التوقف عن التعاطي ينتكسون" (Kass et all, 2009, p.180)

ويرى السلوكيون أن الإدمان عملية متعلمة، وأن البيئة التي يتواجد فيها الفرد تلعب دور جد فعال في لجوء الفرد-أو عدم لجوئه-إلى الإدمان. وأن هناك العديد من العوامل التي تقود إلى الإدمان مثل: توافر المخدرات في البيئة التي يعيش فيها الفرد، سهولة الحصول على المخدرات، ضغط الرفاق، عدم توافر النموذج القادرة في بيئة المدمن، القلق والضغط الحياتية. (غانم، 2006، ص. 25).

كما أن هناك آخرين أرجعوا التدعيم الإيجابي قادر على أن يخلق عادة قوية هي عادة اشتهاً أي عقارويحدد آثاره هذه المدرسة وجود طرق لتعلم السلوك الإدماني وهي:

- التعلم عن طريق الإشراف الكلاسيكي وهنا تفسر الأعراض الشائعة للإدمان مثل اشتهاً المخدر والتحمل.
- التعلم عن طريق الإشراف الإجرائي ويتم الاهتمام هنا بالآثار التي تعقب سلوك المدمن.

فبالموازاة مع التدخل الطبي الدوائي لأبد من التدخل النفسي، ولعل من أحد التدخلات العلاجية النفسية المستخدمة مع هذه الفئة هي العلاجات المعرفية السلوكية، حيث يعد العلاج المعرفي السلوكي أحد العلاجات النفسية التي نمت وتطورت من خلال البحوث العلمية، حيث يعتبر هذا النوع من العلاج الأكثر فاعلية في علاج الكثير من الاضطرابات النفسية خاصة اضطرابات القلق، واضطرابات الشخصية، وسوء استخدام المواد المخدرة، وعدد متنوع من الاضطرابات النفسية الأخرى (نينا ودرایدن، 2019). حيث بينت ذلك نتائج دراسة الوايلى (2003) حول "فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات".

كما أن الإستراتيجية العلاجية المعتادة في العلاج المعرفي السلوكي هي التدخل على مستوى الأفكار الآلية السلبية، ثم الانتقال إلى المعتقدات الوسيطة، فالمعتقدات الأساسية. ويوجد "نوعان من التفكير يتمثلان في الأفكار الآلية وهي عبارة عن صور وأفكار ذهنية تظهر بشكل لا إرادي خلال تدفق الوعي الشخصي، والمعتقدات المضرة وهي الافتراضات التي تكون محتوى الأفكار الآلية" (عزى وصادقي، 2019، ص.661)، وللكثير من المدمنين على المخدرات حالات متقلبة من المزاج أو تغير السلوك مثل العصبية الزائدة، العدوانية، كما تظهر أيضا العديد من المعتقدات في عقل المدمن تكون على شكل أفكار سلبية وأحيانا منحرفة، ومع ذلك يتمسك بها على أنها أفكار سليمة، وذلك راجع لعدم توازن الفكر السليم عند المدمن على المخدرات، فالأفكار الآلية السلبية هي أفكار محددة بموقف معين وتقع عادة على حدود الوعي، وهي تظهر بوضوح عندما ترتبط بالضغط الانفعالية طويلة الأمد حيث يصعب إيقافها، وهذه الأفكار تحتاج إلى الكشف عنها وفحصها وتعديلها والعلاج المعرفي السلوكي أثبت فاعليته من هذه الناحية حيث أثبتت دراسة المخيني وحمدي (2016) بعنوان "فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى نموذج مايكنباوم في خفض الرغبة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية"، أن معدل الرغبة في التعاطي قد انخفض نتيجة التدخل العلاجي المستند إلى منحنى تعديل السلوك المعرفي لمايكنباوم. كذلك دراسة شهان (2018) بعنوان "دراسة حالات علاج معرفي سلوكي في خفض أعراض تعاطي المخدرات عند المراهقات المتدربات"، حيث دلت النتائج على أن الاستراتيجيات العلاجية السلوكية والمعرفية ذات أثر إيجابي لدى معظم الحالات في مساعدتهم على الامتناع عن التعاطي، وانخفاض مستوى الأعراض الإدمانية، والإنسحابية وتجنبهم الانتكاسة.

منه وضمن هذه الورقة العلمية سيتم التطرق إلى عدة جوانب لا بد من الحديث عنها تمس العلاج المعرفي السلوكي للإدمان على المخدرات، والتي ستوضح من خلال الإجابة عن التساؤلات التالية: ما المقصود بكل من العلاج المعرفي السلوكي والإدمان على المخدرات؟ وكيف تتم سيرورة العلاج المعرفي السلوكي للإدمان على المخدرات؟

2. مقارنة مفاهيمية للعلاج المعرفي السلوكي والإدمان على المخدرات

1.2 العلاج المعرفي السلوكي

1.1.2 مفهومه

إن العلاج المعرفي السلوكي يركز على دور كل من الأفكار والتوقعات والمعتقدات على إكساب الفرد بنية نفسية مرضية، وبالتالي يعمل على تغيير تلك الأفكار باستخدام إجراءات من نظريات التعلم المبنية على التعلم بالملاحظة والعمليات المعرفية أخذا بعين الاعتبار الجانب الوجداني للمريض، والسياق الاجتماعي الذي يعيش فيه، وذلك من خلال استخدام استراتيجيات تكاملية يدمج فيها كل من الجانب المعرفي والسلوكي والانفعالي والاجتماعي لإحداث التغيير وإكسابه مهارات جديدة (ماكنتاير، 2004)

فمصطلح العلاج السلوكي المعرفي يتضمن في محتواه استخدام تقنيات وفنيات تعديل السلوك وفنيات أخرى معرفية لتغيير المعتقدات اللاتكيفية، حيث يعرفه بيك (Beck، 1979) في (بشر، 2008، ص.99) بأنه: "مجموعة من المبادئ التي تؤثر في السلوك وهذه المبادئ:

- العوامل المعرفية من تفكير تخيل تذكر ذات علاقة بالسلوك المختل وظيفيا.
- تعديل هذه العوامل يكون ميكانيزما هاما لإنتاج تغير في السلوك المختل والذي ينتج بسبب أشكال منحرفة من التفكير وتتم عملية الفهم لهذه النماذج من خلال الأحداث المعرفية والعمليات المعرفية والتركيبات المعرفية".

فالعلاجات المعرفية السلوكية هي مجموعة من الطرائق العلاجية التي تجمع بين أسلوبين المعرفي والسلوكي معا، وهي تقوم على تصحيح المفاهيم الذهنية الخاطئة والإشارات الذاتية المغلوطة، وبالتالي يمكن إخمداد الاستجابات الانفعالية الزائدة وغير المناسبة (بلان، 2015، ص.385) وهو يقوم على أن أفكار الفرد هي التي تحدد مشاعره وتصرفاته وهي تعتبر من أكثر الأساليب العلاجية استخداما في الآونة الأخيرة.

2.1.2. تطور العلاج المعرفي السلوكي:

تطورت العلاجات المعرفية السلوكية تطورا تدريجيا إلى أن أصبحت على ما هي عليه الآن ويندرج ضمنها العديد من العلاجات، فهي مقارنة دمجية ومتطورة حيث نجد الحديث عن موجة أولى وثانية ثم ثالثة.

عند الإشارة إلى الموجة الأولى فنحن بصدد الحديث عن نظريات التعلم، أو ما يسمى بالمقاربة السلوكية، وهي تركز على كل من نظرية التعلم الاشرطي الإجرائي لسكينر Skinner والكلاسيكي لبافلوف Pavlov، حيث أنه من خلال نتائج تجارب بافلوف على الكلاب تبين أنه يمكن بواسطة التزامن المتكرر أن ننشئ استجابة عميقة لدى الحيوان، ونجعله يتصرف بطريقة جديدة آلية ومستقلة عن إرادته، خاصة فيما يتعلق بالاستجابات الفيزيولوجية وهو ما يسمى بالتعلم الآلي أو الاستجابي. (بوفيه، 2019، ص.ص. 18-20) ثم جاء واطسون Watson وطور الفكرة وخاصة في جانبها الاجتماعي، فإذا كان من الممكن أن يتم تعلم السلوك فإنه "يمكن إزالته فالإنسان إذا عوقب على السلوك كف عنه وإذا كوفئ عليه واصل وكرره"، أما نظرية التعلم الإجرائي بزعامة سكينر Skinner فقد جاء بمفاهيم أكثر تعقيدا، وهي أن تعلم السلوك لا يرتبط فقط بالمثير الذي استثاره في البداية ولكن بأثار هذا السلوك على العضوية والتعزيز يزيد من تكرار العضوية للسلوك (بوفيه، 2019) وبذلك فالموجة الأولى هي التطور المستقل لكل من العلاج السلوكي والمعرفي في الخمسينات والستينات (نينا ودرayدن، 2019)

وما بين الموجة الأولى والموجة الثانية من العلاجات المعرفية السلوكية نجد نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Bandura، وتسمى أيضا التعلم بالملاحظة أو بالتقليد، وهي الخطوة الثالثة لنظريات التعلم التي تركز عليها العلاجات المعرفية السلوكية في هذه النظرية ركز باندورا على التفاعل بين الفرد وبيئته من خلال ملاحظة أنماط سلوك الأفراد .

الموجة الثانية تجسدت في المقاربة المعرفية التي يكمن هدفها في مساعدة الشخص على إدراك التأويلات المعرفية التي تسبب الانفعالات والسلوكات المختلفة، وبعد ذلك تحويلها إلى تأويلات تكون نتائجها أكثر تكييفا، حيث بدأت المقاربات المعرفية مع ألبرت أليس Albert Ellis في الخمسينات، هدف العلاج تحديد المعتقدات وجعل المريض يعرفها ثم تغييرها باختبار واقعيتها وعقلانيتها في مواجهة الواقع. (بوفيه، 2019)

بعد ذلك جاء العلاج المعرفي قدمه وطوره الطبيب النفسي الأمريكي آرون بيك Aaron Beck عام 1960، وهو يعد أحد العلاجات البارزة ضمن العلاجات المعرفية السلوكية، حيث يبحث في مجال تغيير الأفكار والسلوك والاستجابات الانفعالية، ويعمل على مساعدة الأفراد

المضطربين على تعديل معتقداتهم من خلال تحديد الأفكار المضطربة والسلوكيات الغير متوافقة وتغييرها (الباسوسي، 2013).

فكل من أليس Ellis وبيك Beck تشاركا في وضع أسس العلاج المعرفي السلوكي حيث تم اندماج المقاربات المعرفية والسلوكية نظرا لتشابههما في الكثير من الأفكار والخصائص بداية السبعينات.

مع بداية الألفية الثانية بدأت الموجة الثالثة للعلاجات المعرفية السلوكية وسميت بالموجة الانفعالية TCCE، أن الفكرة التي كانت سائدة هي كون الانفعالات هي نتيجة لتأثير التعلم أو نتيجة لتأويلنا للواقع، ولأجل تغييرها يكفي العمل على أسبابها لتعديل النتيجة ألا وهي الانفعال، إذن العمل على السلوكيات والأفكار للتأثير بشكل غير مباشر على الانفعالات اللاتكيفية. وبعد ذلك ظهرت مقاربة جديدة ارتكزت على الأبحاث حول استراتيجيات المواجهة، والتعديل الانفعالي، ومفهوم الذكاء الانفعالي، وانتهاء بأعمال علم النفس الايجابي مما سنع بالفرضة لظهور نظرة جديدة للحياة الانفعالية واستخدام تقنيات جديدة لتغييرها بالاعتماد على مقاربات أربع تتعلق بتغيير الانفعالات بحد ذاتها أو علاقة الشخص بانفعالاته وهي:

- مقاربات تأمل الوعي الكامل من تأسيس kabat zin نهاية السبعينات
- العلاج بالتقبل والالتزام ل Hayes (ACT 2011).
- مقاربات علم النفس الايجابي ل seligman نهاية التسعينات
- العلاج السلوكي الدياليكتي ل linehan بداية التسعينات (DBT 1993)

وهناك العلاج المعرفي القائم على التعقل (MBCT ; SEGAL ET AL 2013) (نيننا ودرادين، 2019)

هذه الموجة تركز على تغيير المعنى الذي يعطيه الفرد لأفكاره، حيث تحتفظ الأفكار بأولويتها ولكن باستخدام تقنيات متنوعة يسحب المريض عن هذه الأفكار صفة الحقيقة، ويعتبرها عادية وعدم تجنب انفعالاته وأفكاره وتقبل ما يشعر به وتطوير الانفعالات والأفكار الايجابية (بوفيه 2019)

3.1.2. سيرورة العلاج المعرفي السلوكي:

العلاجات المعرفية السلوكية تهدف إلى تغيير السلوكات والأفكار والانفعالات من خلال خطوات علمية تمثل سيرورة العلاج وهي:

1.3.1.2. التعارف:

من خلال أول جلسة يستقبل فيها المعالج المريض ويقدم كل طرف بنفسه، ويتفقان على سير الجلسات، ومدتها، ومحتواها، وطريقة العلاج، حيث يحرص المعالج على أن يكون المريض طرفاً فاعلاً في الجلسة، ويتم تكوين التحالف العلاجي.

2.3.1.2. جمع المعلومات والتشخيص:

من خلال تحديد وضعية المريض، وإتباع سيرورة التشخيص لتحديد المشاكل التي يعاني منها المريض التي تتطلب العلاج عن طريق أسئلة متنوعة ومتدرجة عن تاريخه الشخصي والمهني والمرضي، وباستخدام المقابلات التشخيصية لتحديد الأعراض الإكلينيكية بالاعتماد على وسائل التقييم المتنوعة، حيث تساعد هذه المرحلة في جمع ما يكفي من المعلومات لوضع تشخيص مناسب، وتحديد مشكلات المريض. وهو يمثل خط بداية العلاج (حجار، 1992).

3.3.1.2. النتيجة شرح المشاكل تحديد الأهداف:

يتم فيها تقديم النتيجة التي توصل إليها المعالج من خلال الخطوات السابقة (التشخيص والمشكلات)، وتوضيح كل ما هو غامض لدى المريض، وشرح ما يعاني منه بشكل مبسط ومفهوم بتقديم التشخيص الدقيق، بعدها يمكن الانتقال إلى المشاكل الأخرى، ويتم الاتفاق حول الأهداف والوسائل المستخدمة، وهذا هو العقد العلاجي غالباً ما يكون شفهيًا (بوفيه، 2019).

4.3.1.2. التحليل الوظيفي:

يسمح بتحليل المشكل وتحديد الوضعيات، والانفعالات، والأفكار، والسلوكات المرتبطة به باللجوء إلى شبكة secca أو sorc أو basic idea. ومن خلال هذا التحليل يمكن للمريض باستبصار مشكلته وفهمها، كما يمكن المعالج من فهم الدينامية الداخلية للمشكل، وهو يمثل نقطة انطلاق العلاج.

5.3.1.2. تطبيق الإستراتيجية العلاجية:

تختلف باختلاف نوع الاضطراب وكل الاستراتيجيات تستخدم تقنيات متعددة معرفية، سلوكية، انفعالية، مع احترام التقييم المنتظم لتقدم سير العلاج للمريض في أوقات محددة .

6.3.1.2. نهاية العلاج وتجنب الانتكاسات:

يتطلب توضيح التطور الذي حققه العلاج من خلال المقارنة بين الوضعية الأولى قبل بدء العلاج والوضعية الحالية بعد انتهاء العلاج حتى يدرك المريض الاختلاف وما حققه من تقدم. كما يوصي المعالج بجلسات تتبعية لتجنب انتكاسة المريض والتحقق من استمرارية التحسن. وحين ينتهي العلاج يبقى المعالج في خدمة المريض متى ما احتاج إليه (بوفيه، 2019).

2.2. الإدمان على المخدرات

1.2.2. تعريف الإدمان

عرفت منظمة الصحة العالمية Who الإدمان بأنه "حالة نفسية وأحيانا عضوية تنتج عن تفاعل الكائن مع العقار". ومن خصائصها استجابات وأنماط سلوك مختلفة تشمل دائما الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج عن عدم توفره" (المهندي، 2013، ص.47).

2.2.2. تعريف المخدرات:

تعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات على أنها: "كل المواد التي تستخدم في غير الأعراض الطبية يكون من شأن تعاطيها تغير وظائف الجسم والعقل، ويؤدي الإفراط في تناولها إلى حالة من التعود والإدمان، بالإضافة إلى الآثار الجسمية والنفسية والاجتماعية" (الهويش، 2017، ص.257).

3.2.2. تعريف الإدمان على المخدرات:

هناك مصطلحات في الإدمان (Addiction) على المخدرات وتعاطيها، وهما مصطلح التعاطي (Substance) ومصطلح الإدمان (Addiction) فالتعاطي هو "أخذ المادة المخدرة بطريقة غير منتظمة وغير دورية، حيث يأخذ المتعاطي المادة المخدرة بالصدفة، أو للتسلية أو لتقليد أصدقائه

ولكن غيابها لا يسبب له أية مشاكل نفسية أو جسدية، وهو هنا يتعاطاها في أوقات مختلفة أما الإدمان ينتج عن تكرار التعاطي ويؤدي التعاطي المتكرر حتما إلى الإدمان، وفي هذه الحالة يصبح لدى المدمن اعتماد تام على المادة المخدرة ولا يستطيع الاستغناء عنها إطلاقا ويصبح يتعاطاها في أوقات دورية ولا يمكنه التخلي عنها." (المشاقبة، 2007، ص.21).

4.2.2. العوامل المرتبطة بتعاطي إدمان المخدرات:

هناك مجموعة من العوامل المرتبطة بتعاطي المخدرات التي تدفع الفرد إلى التوجه التعاطي والإدمان منها ما هو متعلق بالفرد ذاته، ومنها ما هو مرتبط بالأسرة والمجتمع الذي يعيش فيه الفرد، حيث أن العوامل المرتبطة بذات الفرد قد تتعلق بالرغبة في التخلص من المشكلات النفسية، تناسي الهموم واستجلاب السرور، السفر إلى الخارج، الشعور بالفراغ، حب التقليد، السهر خارج المنزل.

أما العوامل المرتبطة بالأسرة فتمثلت في المشكلات الأسرية، والتربية الخاطئة للأبناء، وضعف غياب التربية الإسلامية، وإدمان الوالدين، غياب التوجيه الأسري، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، كما توجد عوامل المرتبطة بالمادة المتعاطاة ومنها: عامل التوافر، وعامل الثمن، ونظرة المجتمع للعقار، وبالنسبة للعوامل المرتبطة بالمجتمع نجد توافر المادة المخدرة، الفقر، التغيير الاجتماعي، والمعايير الثقافية والسياسات غير الفاعلة الخاصة بمكافحة المخدرات. (الهيديش، 2017)

3. العلاج المعرفي السلوكي للإدمان على المخدرات

إن إدمان الفرد يعني ارتباطه بمادة معينة مثلا المخدرات مما يسبب آثار سلبية على الفرد وأسرته ومجتمعه، والتوجه نحو العلاج يتطلب بدرجة أولى رغبة ودافعية المدمن للعلاج وغياب هذه الأخيرة يصعب من عملية الشفاء.

على سبيل المثال فالنموذج القائم على أسلوب العلاج الانفعالي العقلاني لعلاج تعاطي المخدرات يفرض أن الأفكار الهازمة للذات من مشاعر وأفكار وسلوكيات سلبية وليس المخدر، هي التي تدفع بالمتعاطي للإقلاع عن الإدمان، أو الإسراف في التعاطي والغرق فيه أكثر، فما يكلم به نفسه حيال مشكلته هي لب معتقداته اتجاه المادة المخدرة، وهو ما يسعى إلى تغييره العلاج الانفعالي

العقلاني من خلال محاولة تعديل الأفكار بإتباع أسلوب تعديل التفكير الإدماني باعتباره تفكير لاعقلاني (حجار، 1992).

هنا يعمل المعالج على مساعدة المريض على استكشاف الأفكار الهازمة لديه، ومناهضتها بهدف تبديلها بأفكار ايجابية معززة للانا، ومقوية للفعالية الذاتية عن طريق تصويب البنية المعرفية عند المدمن وتصحيحها. ومثال ذلك أن يكون المعتقد الخاطئ على سبيل المثال "احتاج إلى المادة المخدرة كي استرخي، أو الوقت الوحيد الذي اشعر فيه بالراحة هو عندما أكون منتشيا " فيكون المعتقد الصائب المناهض له هو: " هناك وسائل أفضل وأكثر صحة للحصول على الاسترخاء، قد يكون قاسيا أن أتعلم الارتياح والغبطة اجتماعيا دون تعاطي المخدر إلا أن معظم الناس يكونون مرتاحين منطقيين بدون تعاطي المخدر " (حجار، 1992، ص.127).

كما أن ألبرت أليس يعتمد في علاجه على توضيح إمكانية المرضى في إيقاف هذه الأفكار اللامنطقية التي تعزز السلوك الإدماني وتغييرها، كما أنه من الجيد تشجيع المرضى على التحدث مع ذواتهم بأمور تتعلق بالتعاطي، والمهم أن تكون لهم القدرة على التعرف على تفكيرهم الآلي، ثم العمل على تغيير الأفكار الآلية السلبية بأفكار ايجابية، ومن الأحسن أن تكون مناهضة الأفكار خلال الجلسات الأولى؛ أين يوضح المعالج العلاقة القائمة بين الأفكار والانفعالات والسلوك أو الفعل، بعد ذلك يمكن للمعالج أن يطلب من المتعالج تخيل آخر موقف تعاطى فيه المخدرات، وماذا كان يقول لنفسه حينها، أحيانا يفشل المعالج في إبراز أفكار المريض، وهنا يمكن له أن يرجع إلى فحوى الجلسات السابقة التي توضح أهداف المريض من طلبه للعلاج، ورغبته في ضبط ذاته والإقلاع عن الإدمان، ومن التقنيات التي تساعد في مناهضة الأفكار الآلية الخاطئة حسب فريمان Freeman: المسألة عن البيئة والبرهان، المعتقدات المدمرة للانا، الموازنة بين المحاسن والمساوي، إظهار التشويه وتسميته، معاينة الخيارات والبدائل، التخيل البديل، لعب الدور بالكلام، وغيرها (حجار، 1992).

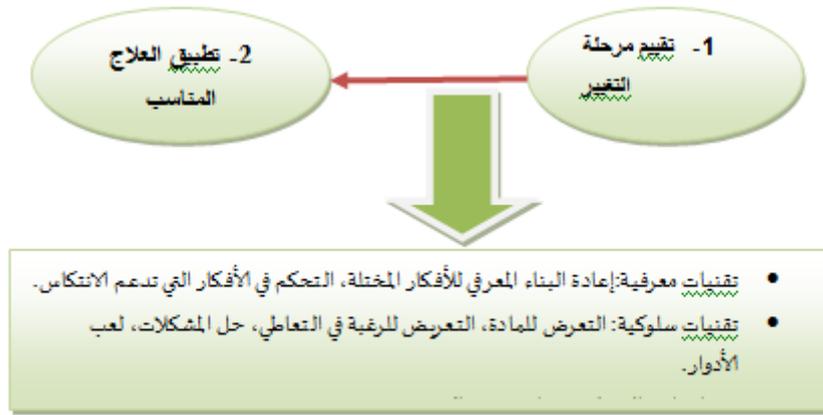
فالعلاج الانفعالي العقلاني يعلم المدمن ويديره على أن ينفذ إلى عمق تفكيره اللامنطقي لاكتشاف مطالبه المبالغ فيها، بالإضافة إلى مناهضة الأفكار هناك تقنيات أخرى مثل: فتح سجل لرصد المشاعر من لذة وألم، تقنية تشتيت الفكر، إعادة تأطير التفكير أو المشكلة، الواجبات

المنزلية، قبول الذات غير المشروط، لعب الدور وتقنيات سلوكية كالتعزيز، منع حدوث الاستجابة والانتكاس، حل المشكلات (نينيا ودرایدن، 2019).

ومن بين النماذج المتعلقة بالاستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية المتبعة في علاج الإدمان نجد نموذج بروشاسكا وديكليميني (proschaska et diclemente) (بوفيه، 2019) وهي موضحة في المخطط والجدول أدناه

مخطط 1

خطوات الاستراتيجيات العلاجية السلوكية المعرفية المتبعة في علاج الإدمان



المصدر: إعداد الباحثة.

جدول 1

المراحل الستة للتغيير نموذج بروشاسكا وديكليميني

| المراحل | المحتوى |
|----------------|---|
| ما قبل التفكير | المريض لا يمتلك دافعية للتغيير (العلاج: تقديم معلومات حول مخاطر الإدمان، والبقاء في الخدمة في حالة طلب المريض المساعدة) |
| التفكير | ينشأ تجاذب لدى المريض بين التغيير وعد التغيير، (العلاج: العمل على هذا التناقض) |
| القرار | المريض يريد التغيير فوراً أو في القريب العاجل، (العلاج: التشاور واختيار الإستراتيجية التي تمكنه من التغيير) |
| النشاط | يعمل المريض بشكل ملموس على التغيير، (العلاج: الدعم، التوجيهات، التعزيز الإيجابي) |
| الاستمرار | المريض يستمر ويحافظ على التغيير، (العلاج: تجنب الانتكاسات) |
| الانتكاس | يعود المريض إلى سلوكه الإدماني القديم، (العلاج: عدم التهويل، الانتكاس ليس كارثة، الحد من شدة تأثير الانتكاس، واستئناف العلاج من المرحلة التي توقف فيها) |

المصدر: بوفيه، 2019، ص.137

ويمر العلاج بعدة خطوات تتضمن وضع التحالف العلاجي بين المريض والمعالج، وتحديد طبيعة المشكلة، وأهداف العلاج، ثم تطبيق الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية، ثم رصد التقدم العلاجي وإعادة تقويم الأهداف، ثم التدبر العلاجي، وأخيرا توقف العلاج (حجار، 1992). وقد اثبت هذا النوع من العلاج فعالية في شفاء المرضى المدمنين وهذا ما يظهر من خلال الدراسات المعتمدة عليه ونتائجها الايجابية نحو الشفاء.

فالعلاج المعرفي السلوكي يتسم بنوع من الفعالية خاصة مع الأفراد المعتمدين على الكوكايين بدرجة عالية حيث بينت دراسة carroll, rounsaville, gordon, et all (1994) أنه خلال فترة الدراسة التي دامت 12 أسبوعا: "تعلم المرضى الذي يتلقون العلاج السلوكي المعرفي كيفية تجنب المواقف ذات الخطورة العالية مثل وجودهم بجوار أشخاص يستخدمون الكوكايين ، وكيفية إدراك الإغراء الذي يمثله العقار بالنسبة لهم، بالإضافة إلى كيفية ابتكار طرق بديلة عن استخدام الكوكايين على سبيل المثال القيام بأنشطة ترفيهية مع الأفراد غير المستخدمين . وتعلم الأفراد الذين يسيئون استخدام الكوكايين في هذه الدراسة خطأً للتعاشيش مع اللهفة، ومقاومة الميل الى اعتبار الزلة بمثابة كارثة التدريب على الوقاية من الانتكاس" (Sheril et all, 2016, p.636)

وقد أشار كل من أليس Ellis وآخرون أن السبب الذي يؤدي إلى استمرار الإدمان هو "التحمل المنخفض للإحباط ويضاف إلى هذا ثلاثة نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتبقيه، وهي الإنسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الإنسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيرا نموذج الحاجة إلى الإثارة.

ولقد افترض بيم (1993) نموذج لعلاج المدمنين على المخدرات وافترض وجود سياقات معرفية خاصة يسلوك تعاطي المخدرات وهي معتقدات التوقع، معتقدات متعلقة بالتوجيه للتخفيف من التوتر والألم ومعتقدات للإباحة، ومعظم الذين يتعاطون المخدرات حسب هذا النموذج يكون لديهم استعدادات وتكون نتيجة لتعرضهم لبعض المميزات المنشطة، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات أطلق عليها غوردان ومارلات Gordon , Marlal اسم وضعية

الخطر العالي التي تعرف على أنها كل وضعية تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الانتكاس (صاقي، 2014).

وفي دراسة أخرى تمت المقارنة - من خلال دراسة عشوائية محكمة للأفراد من ذوي اضطراب استخدام الماريجوانا - بين علاج المستندات، والعلاج السلوكي المعرفي، والاثنان معا، وخلال هذه المقارنة وجد أن الأفراد الذين تلقون علاج المستندات كانوا أفضل في استمرار الإقلاع عن الماريجوانا مقارنة بالذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي. وبعد الانتهاء من العلاج، وجد أن الأفراد الذين تلقوا العلاج السلوكي المعرفي مصاحبا لعلاج المستندات يبقون مستمرين في الإقلاع، بينما جاء العلاج بالمستندات فعالا على المدى القصير، وهذا معناه أن العلاج السلوكي المعرفي يبدو عنصرا فعالا طويل المدى لعلاج اضطراب استخدام الماريجوانا، والاحتفاظ بالإقلاع لفترات زمنية أطول بعد انتهاء العلاج. (Sheril et all, 2016, p.637)

وظهر للعلاج المسمى بالمقابلة التحفيزية Enhancement therapy أو العلاج بالتعزيز ويتضمن هذا العلاج الدمج بين تقنيات العلاج السلوكي المعرفي، والتقنيات المرتبطة بمساعدة العملاء على تطوير الحلول التي قاموا بها بأنفسهم. وتحليل نتائج هذا العلاج وجد أنه فعال لكل من اضطرابات استخدام العقاقير والكحول.

وجدت دراسة أخرى أن الدمج بين التعزيز التحفيزي والعلاج السلوكي المعرفي وإدارة الطوارئ تمثل حزمة علاجية فعالة للصغار الذين يعتمدون على الماريجوانا (Sheril et all, 2016, p.637).

خاتمة:

من خلال ما تقدم نلاحظ أن العلاج المعرفي السلوكي بأشكاله المختلفة ومنذ ظهوره بدءا بالمدرسة السلوكية فالمعرفية إلى غاية العلاج بالتقبل والالتزام، والاعتماد على علم النفس الايجابي، ساهم وبشكل كبير في علاج العديد من الاضطرابات النفسية والمشكلات السلوكية مع فئات مختلفة من بينها الإدمان، بالإضافة إلى تقنياته المتنوعة السلوكية والمعرفية، كالتعزيز، ولعب الدور، والحوار السقراطي، والواجبات المنزلية، والحديث الذاتي، فهو قادر على الإسهام بشكل كبير في علاج الإدمان على المخدرات، وهو ما أثبتته العديد من الدراسات والأبحاث في المجال، قد لا

يكون العلاج الوحيد لكنه علاج أعطي نتائج ايجابية تشجع على اعتماده من طرف المعالجين بمختلف المؤسسات الخاصة والعمومية ومراكز مكافحة الإدمان.

قائمة المصادر والمراجع:

1. الباسوسي، احمد ابراهيم. (2013). *استراتيجيات العلاج النفسي المعرفي في علاج الدهان المبكر والحاد*. الاسكندرية: مركز الاسكندرية للكتاب.
2. المخيني، جلال وحمد، محمد نزيه. (2017). فعالية برنامج مستند الى انموذج مايكنباوفي خفض الرغبة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية. *المجلة الاردنية في العلوم التربوية*، 13 (1)، ص.ص.85-98. على الرابط: <http://repository.yu.edu.jo/xmlui/bitstream/handle/123456789/3804/663004.pdf>
3. المشابقة، محمد احمد. (2007). *الادمان على المخدرات (الارشاد والعلاج)*. عمان: دار الشؤون للنشر والتوزيع.
4. المهندي، خالد حمد. (2013). *المخدرات واثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية*. قطر: مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.
5. الهويش، يوسف بن محمد. (2017). اسباب انتشار ظاهرة تعاطي المخدرات بين الشباب واثارها وسبل الوقاية منها. *المجلة العربية للدراسات الامنية*، 33 (70)، ص.ص.251-280. على الرابط: <file:///C:/Users/MEDIATEC-TO/Downloads/erp99101.pdf>
6. الوايلى، عبد الله بن احمد. (2003). فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات. السعودية: [رسالة ماجستير]. جامعة نايف العربية للعلوم الامنية. <https://kenanaonline.com/files/0078/78775>
7. بشر، شعبان امحمد فضل. (2008). *العلاج المعرفي السلوكي الاستراتيجيات والتقنيات*. غريان: الدار الجامعية للنشر والتوزيع.
8. بلان، كمال يوسف. (2015). *نظريات الارشاد والعلاج النفسي*. عمان: دار الاعصار العلمي.
9. بوفيه، سيريل. (2019). *مدخل الى العلاجات السلوكية المعرفية*. (بوزيان، فرحات، المترجمون) سطيف: دار المجدد.
10. حجار محمد حمدي. (1992). *العلاج النفسي الحديث للادمان على المخدرات والمؤثرات العقلية*. الرياض: المركز العربي للدراسات الامنية والتدريب.
11. شيهان، عبد المالك. (2018). دراسة حالات علاج معرفي سلوكي في خفض اعراض تعاطي المخدرات عند المراهقات المتمدرسات. *ادمان المرأة على المخدرات في الجزائر*، ص.ص.1-14. وهران: مخبر التنمية والتطور. على الرابط: <http://www.led-oran.com/ar>
12. صادقي، فاطمة. (جوان، 2014). الاثار النفسية للادمان على المخدرات. *دراسات نفسية وتربوية* (12)، ص.ص.191-202. على الرابط: <https://dspace.univ-ouargla.dz/jspui/bitstream/123456789/6870/1/P1212.pdf>
13. عزي، صالح نعيمة وصادقي، فاطمة. (12 جوان، 2019). العلاج المعرفي السلوكي مقارنة نظرية حول نظرية ارون بيك وجيفري يونغ. *مجلة آفاق علمية*، 11 (3)، ص.ص.656-671. على الرابط: <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/96367>
14. غانم، محمد حسن. (2006). *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*. القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
15. غانم، محمد حسن. (د.ت). *مشكلات نفسية واجتماعية: الادمان-الجناح-العنف-تساةة معاملة الاطفال-تلوث البيئة والزحام*. عمان: كتب عربية.

16. ماكنتاير، كريستين. (2004). أهمية اللعب للاطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (العامري، خالد، المترجمون) عمان: دار الفاروق.
17. نينا، مايكل ودرابدين، ويندي. (2019). العلاج المعرفي السلوكي "100 نقطة اساسية وتكنيك". ترجمة ابو زيد خليفة، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.
18. parde,H kass & oldhan,J.M & F.I. (2009). في الطب النفسي وعلم النفس الاكلينيكي. (ترجمة رضوان، سامر جميل) الامارات: دار الكتاب الجامعي.
19. امثال هادي وعياد، فاطمة سلامة وشويخ، هناء والرشيد، ملك جاسم والحمدان، نادية عبد الله) القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية .