

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المواد المخدرة دراسة ميدانية بمدينة تلمسان
The effectiveness of a cognitive behavioral treatment program for drug addicts a field study in the city of Tlemcen

¹محمد عشاشة، ²يوسف قدوري

¹جامعة غرداية (الجزائر) achachera.mohammed@univ-ghardaia.dz

²جامعة غرداية (الجزائر) kaddouri.Youcef@univ-ghardaia.dz

تاريخ الإرسال: 02-06-2024 تاريخ القبول: 18-12-2024 تاريخ النشر: 30-12-2024

ملخص: تهدف هذه الدراسة إلى تطبيق برنامج علاجي معرفي سلوكي على حالة تعاني من الإدمان على المخدرات وهذا باستخدام المنهج العيادي، كما تم استخدام اختبارات نفسية كاختبار هاملتون للاكتئاب وتاييلور للقلق وهذا لتحديد شدتهما، وأسفرت النتائج عن فعالية البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي وهذا بإتباع الأسلوب الموجه عن طريق الالتزام بالواجبات والتوجيهات والنصائح لتغيير الأفكار السلبية اللاعقلانية إلى أفكار وسلوكيات إيجابية وكذلك انخفاض شدة مستوى القلق والاكتئاب الذي يعاني منه المدمنون.

الكلمات المفتاحية: برنامج سلوكي معرفي، المدمنين، المواد المخدرة.

Abstract :

This study aims to apply a cognitive-behavioral treatment program to a case suffering from drug addiction, using the clinical approach. Psychological tests were also used, such as the Beck test for depression and the Taylor test for anxiety, to determine their severity, The results resulted in the effectiveness of the cognitive behavioral therapy program, by following the method directed by adhering to duties, directions, and advice to change irrational negative thoughts into positive thoughts and behaviors, as well as a decrease in the severity of the level of anxiety and depression that addicts suffer from.

Keywords : Cognitive behavioral program ; Addicts ; Narcotic ; Drugs.

المؤلف المرسل: محمد عشاشة، الإيميل: achachera.mohammed@univ-ghardaia.dz

محمد عشاشة، يوسف قدوري

انتشرت ظاهرة الإدمان على المواد المخدرة بشكل سريع وفي جميع أنحاء العالم خاصة الدول العربية بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة هذا ما جعل الهيئات الحكومية تسخر وتجنّد عدة آليات لقطاعات مختلفة من أجل الحد من هذه الظاهرة عن طريق التحسيس وإجراء بحوث ودراسات للبحث عن العوامل المساعدة التي تجعل الأفراد ينجرفون وراء تيار المخدرات بشتى أنواعها لأنها أصبحت آفة تؤثر على جميع الجوانب النفسية والصحية والاجتماعية وكذلك الاقتصادية، وينتج عنها عدة مشاكل كارتكاب العديد من الجرائم والتي عرفت هي الأخرى ارتفاع كبير من القضايا الإجرامية، كما أن الإدمان على المواد المخدرة من بين الأسباب المؤدية إلى ظهور العديد من الاضطرابات العصبية والنفسية وهي الأكثر انتشارا بين مختلف الأمراض في فئة الشباب كالاكتئاب والقلق وانفصام الشخصية والاضطرابات الانفعالية هذا ما جعل المجتمع ينحل أخلاقيا مع عدم العمل بالضوابط التي تجعل الفرد فعال في المجتمع وعليه ينتج عن هذه السلوكات السلبية إيذاء النفس بالتهور وارتكاب الجرائم ومحاولات الانتحار.....)

كما أشارت دراسة عذراء مختاري ووردة لعمور تحت عنوان الإدمان على المخدرات-قراءة في أسباب وانعكاسات التعاطي في الوسط الجامعي والتي هدفت إلى البحث في الأسباب التي تدفع الطالب الجامعي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها بالإضافة إلى محاولة تحديد انعكاسات التعاطي على حياة الطالب حيث توصلت نتائج البحث بأن أسباب التعاطي تعود إلى رفقاء السوء وإلى المشاكل الأسرية والظروف المعيشية الصعبة، بالإضافة إلى انعدام ميكانيزمات الضبط الفعالة وإلى الفراغ الديني، لهذه الأسباب أصبح من الضروري الاهتمام بالصحة النفسية لهذه الفئة أكثر من وقت مضى خاصة في غضون السنوات الأخيرة حيث مست هذه الظاهرة الشباب ما جعل الجرائم والتي لها علاقة بالمخدرات ترتفع بشكل كبير نتيجة القيام بسلوكات مخالفة للقانون، وهذا ما يعرقل سير التقدم والتنمية الاجتماعية للبلاد حيث أصبح من الضروري إيجاد حل لهذه الظاهرة خاصة من الناحية الصحية كالتكفل وعلاج المدمنين الذين يتعاطون هذه المواد بكل أنواعها، وهذا ما أشارت إليه دراسة الباحثة عثمانى نعيمة الموسومة ب: نحو بناء برنامج علاجي نفسي للشباب المعتمد على المخدرات إلى تصميم برنامج علاجي قائم على نظرية ألبرت أليس للعلاج العقلاني

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

الانفعالي السلوكي وذلك من أجل تحسين مستوى الصحة النفسية لدى عينة من الشباب المعتمد على المخدرات يتراوح سنهم ما بين 15 و 25 سنة والتي توصلت نتائجها أن مستوى الصحة النفسية عند الشباب المعتمد على المخدرات متدني وكذلك ليس لديه نضج انفعالي مع انعدام القدرة على ضبط النفس كما ساهم البرنامج العقلاني الانفعالي السلوكي الذي تم بناؤه من طرف الباحثة إلى تحسين مستوى الصحة النفسية، لهذه الأسباب أصبح من الضروري إيجاد حلول مناسبة لعدم تناول هذه المواد المخدرة والابتعاد عن التعاطي والعمل المستمر للتكفل بهذه الفئة وعلاجها حيث تم إنشاء مراكز متخصصة لعلاج الإدمان مع العمل ببرامج علاجية المهدف منها إخراج المدمنين من هذه الحلقة، هذا ما تطرقنا إليه من خلال بحثنا بدراسة حالة حاولت الانتحار بسبب الإدمان على المخدرات بكل أنواعها مع تطبيق برنامج علاجي سلوكي معرفي يهدف إلى الامتناع عن الإدمان بشكل نهائي حيث أجريت هذه الدراسة على مستوى المركز الوسيط لعلاج الإدمان المجاهد خيرات محمد المدعو الطيب تلمسان، لهذا حاولنا من خلال هذه الدراسة طرح التساؤل التالي:

ما مدى فعالية البرنامج العلاجي سلوكي معرفي لدى المدمنين على المواد المخدرة؟

2. أهمية الدراسة:

انتشرت ظاهرة الإدمان خلال السنوات الأخيرة بشكل كبير وسريع وهذا ما جعل المتعاطين يتقدمون إلى المراكز المتخصصة من أجل تلقي العلاج، خاصة أن هذه الفئة أصبحت معرضة إلى إيذاء النفس والآخرين وعليه قمنا بتطبيق برنامج علاجي سلوكي معرفي من أجل تحسين صحة المدمنين والاقلاع عن التعاطي.

3. أهداف الدراسة:

إن الهدف الرئيسي لهذه الدراسة تطبيق برنامج علاجي يتماشى مع الأفراد الذين يتناولون المواد المخدرة وهم يعانون من الإدمان وتعليمهم التقنيات والأساليب التي تساعد في إعادة بناء حياتهم من جديد وهذا عن طريق الاندماج في الوسط الاجتماعي، وكذلك كيفية مواجهة الضغوطات النفسية كما نسعى إلى ضبط الاضطرابات المصاحبة عن طريق تطبيق مقاييس واختبارات نفسية وعلاجها، كما تهدف

محمد عشاشرة، يوسف قدوري

هذه الدراسة إلى الاستفادة من نتائجها لمساعدة المدمنين على الخروج من حلقة الإدمان والامتناع عن تعاطي هذه المواد السامة بالإضافة إلى تقديم بعض النصائح والإرشادات حول كيفية التعامل مع هذه الفئة.

4. تحديد المفاهيم :

1.4 المواد المخدرة:

1.1.4 تعريفها: هي عبارة عن كل مادة طبيعية أو مستحضرة يؤدي استخدامها في غير الأغراض الطبيعية التي لا يتبعها الأطباء إلى حالة من التعود والإدمان عليها نظرا لعدم استخدامها بالطريقة الصحيحة وهذا ما يؤدي أيضا إلى أضرار بالصحة النفسية للفرد والجماعة. (المغربي، 1986، صفحة 9)

2.1.4 التعريف العلمي: المخدر عبارة عن مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين الألم وكلمة مخدر ترجمة لكلمة **Norcotic** وهي مشتقة من الإغريقية **Narkosis** التي تعني يخدر أو يجعله مخدرا. (الدمرداش، 1982، صفحة 10)

3.1.4 التعريف الإجرائي للمواد المخدرة: هي عبارة عن مواد طبيعية أو كيميائية مصنعة موجهة لفئة معينة من الذين يعانون من اضطرابات عقلية ونفسية بالإضافة إلى الأمراض التي تسبب ألما شديدة ويكون تناولها بشكل منتظم يشرف عليها أطباء مختصين، أما تناولها بطريقة عشوائية وبدون أسباب مرضية تؤدي بصاحبها إلى التعود عليها مما يجعله يدخل في حلقة الإدمان والذي يؤدي به إلى رفع تناول الجرعات أكثر فأكثر.

2.4 تعريف الإدمان:

هي حالة يقع فيها الفرد بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الإنشائي حيث أنها عبارة عن تسمم دوري أو مزمن تؤدي به إلى الضرر من جميع النواحي وبالمجتمع أيضا والإدمان يتصف بنشوء رغبة أو حاجة لا يمكن قهرها أو مقاومتها وهذا بسبب تناول العقار باستمرار مما يجعل الفرد لا يفكر في أي عواقب سلبية يمكن أن تلحق به، فكل ما يسعى إليه اقتناء العقار أو المخدر بأي طريقة، ومع مرور الوقت

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

يضعف كمية الجرعة مما يسبب له حالة من الاعتماد النفسي والعضوي. (الحراشة و الجزازي، 2012، صفحة 15)

ومن هذا المنطلق يعتبر الإدمان أزمة في أسلوب الحياة بصفة عامة سواء كانت فردية أم اجتماعية لأنه يسبب أضرار شتى على مستوى صحة وشخصية الفرد وكذلك المجتمع، حيث أصبحت ظاهرة الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية قضية أمن قومي لانتشارها بشكل رهيب، هذا ما ألزم جميع القطاعات بمؤسساتها الحكومية منها والخاصة بذل مجهودات ومساهمات من أجل الحد من هذه الظاهرة والتي أصبحت ذات تأثير هدام على مرافق الحياة الإنسانية كافة. (فطائر، 2001، صفحة 28)

1.2.4 التعريف الإجرائي للمدمنين:

هي حالة يقع فيها المدمنين على المواد المخدرة أو المنشطة بأنواعها المختلفة مما ينتج عنها رغبة قهرية تكون نتيجة البحث عن تناول هذه المواد وبجرعات متضاعفة، وعدم تناولها يؤدي إلى ظهور أعراض الحرمان هذا ما يؤثر عليهم من الناحية النفسية والصحية وحتى على المجتمع، مما جعل قضية الإدمان قضية رأي عام وأمن قومي لخطورة انتشاره بشكل سريع وسط مجتمعاتنا.

يمكن تصنيف الإدمان من حيث الاعتماد عليه إلى نوعين وهما الاعتماد النفسي والاعتماد العضوي :

3.4 الاعتماد Dependence :

هي حالة تكون نتاج تفاعل بين الفرد ومادة نفسية حيث أنها تتسم بظهور أعراض سلوكية ناتجة عن عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاط الكائن لهذه المادة النفسية التي تعود عليها بشكل مستمر وهذا من أجل خفض المتاعب المترتبة على افتقادها ويظهر هذا الاعتماد على حالتين نفسية وعضوية. (سويف، 1996، صفحة 14)

1.3.4 الاعتماد النفسي Psychic Dependence: حالة يعيشها الفرد تكون نتيجة تعاطي

مادة وهي تسبب الشعور بالارتياح والإشباع وتولد الدافع النفسي لتناول العقار بصورة متواصلة أو دورية هذا من أجل تحقيق اللذة أو لتجنب الشعور بالقلق. (الدمرداش، 1982، الصفحات 20-21)

2.3.4 الاعتماد العضوي Physical Dependence: هي حالة تعود الجسم على المادة حيث

تظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية وعضوية مستعصية وخاصة عند امتناعه عن تناول العقار فجأة. تظهر هذه الاضطرابات أو حالة الامتناع على صورة أنماط من الأعراض النفسية والجسمية والتي تميز كل فئة من العقاقير.

- بعض العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي فقط هي :

المنشطات، القنب، الكوكايين، عقاقير الهلوسة.

- بعض العقاقير التي تسبب الاعتماد النفسي والعضوي هي :

الخمر، المهدئات، الأفيون ومشتقاته، المنومات.

علما أنه لا يوجد عقاقير تسبب الاعتماد العضوي فقط بدون أن يسبقه الاعتماد النفسي.

(الدمرداش، 1982، صفحة 21)

5. مراحل الإدمان:

1.5 المرحلة الاستكشافية: هي بمثابة الدخول إلى عالم الإدمان من خلال الاحتكاك بمجموعات لها

علاقة بهذه الظاهرة ومن خصائصها الفضول وهذا من أجل التعرف أكثر على أنواع المواد المخدرة وكيفية

استعمالها. (فطاير، 2001، صفحة 73)

2.5 التحمل Tolerance: من خلال هذه المرحلة يضطر المدمن إلى زيادة كمية المخدر تصاعديا يوما

بعد يوم لكي يصل إلى التأثيرات المنشودة ذاتها حيث يبحث المدمن على أي طريقة مهما كانت عواقبها من

أجل الوصول إلى الكمية اللازمة كالكذب، الغش، التزوير، السرقة، هذا ما قد يؤدي به إلى ارتكاب جرائم.

(سعيدي، 2016، صفحة 144).

3.5 الاستبعاد Submission: في هذه المرحلة يصبح المدمن أسير وخاضعا وذليلا للعقار حيث لا

يمكن الاستغناء عنه، فتنهار صحته ويضطرب تفكيره وعواطفه بسبب الاشباع الكامل للأنسجة العضوية

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

بالمادة المخدرة وزيادة درجة التسمم في الدم هذا ما يؤدي به إلى تدهور عقلي وأخلاقي. (الزبيدي، 2021، صفحة 523)

6. المقاربات النظرية المفسرة لظاهرة تعاطي المخدرات:

إن المقاربات النظرية تحدد وتساعد الباحث في فهم ظاهرة الإدمان من مختلف زواياها سواء كانت نفسية أم اجتماعية أو بيولوجية وهي تعد من أهم إجراءات البحث.

1.6 نظرية التحليل النفسي: فسرت هذه النظرية أن الإدمان سلوك نكوصي ناتج عن صراعات لا شعورية ليبيدية قبلية أين تم التثبيت في المرحلة الفمية.

تم تفسير الإدمان عند التحليليين بالتركيز على الصراعات النفسية في المراحل المبكرة للنمو حيث أنها تعود إلى:

- الحاجة إلى الإشباع الجنسي النرجسي في المرحلة الفمية.

- الحاجة إلى الأمن.

- الحاجة إلى إثبات الذات.

ولهذه الأسباب يلجأ المتعاطي إلى المخدرات من أجل إشباع رغبة جنسية لها علاقة بالمنطقة الشبقية الفمية أين وقع التثبيت، هذا ما يكون لنا شخصية لها صفات سلبية وataكالية مع عدم القدرة على تحمل التوتر النفسي والإحباط حيث يكون الاهتمام والتركيز على اللذة التي لها علاقة بالفم، هذا ما يجعل المدمن يصاب باضطرابات مصاحبة كالاكتئاب جراء تدمير الذات. (مختاري و لعمور، 2023، صفحة 180)

2.6 النظرية السلوكية: فسرت هذه النظرية أن سلوك الإدمان يرجع إلى تناول الفرد للمادة المخدرة على سبيل التجربة فيستحسنها، هذا ما يجعله يبحث على إعادة هذه التجربة مرة أخرى خاصة عندما ينتهي مفعول هذه المادة، ومع ظهور هذا السلوك بصفة متكررة يجد الفرد نفسه داخل حلقة الإدمان.

وأشار ستولومان إلى وجود عوامل تدعم في ظهور سلوك الإدمان كالمحفزات الإيجابية النفسية كتجنب القلق والشعور بالنشوة، وكذلك محفزات اجتماعية أخرى كالقبول الذي يتلقاه الفرد أثناء إدمانه من مدمنين آخرين. (الدسوري، 2022، صفحة 325)

3.6 النظريات البيولوجية: Biological theories

اهتمت الأبحاث والدراسات في تفسيرها للإدمان من وجهة نظر بيولوجية على ثلاث نظريات هي:

1- النظرية العصبية البيولوجية Neurobiological theory

2- النظرية العصبية السلوكية Neurobehavioral theory

3- النظرية الجينية Genitic theory

• فسرت النظرية العصبية البيولوجية أن استخدام المخدرات والوقوع في حالة الإدمان تكون نتيجة العمليات الأولية التي تعتبر من بين الأسباب المهمة في استخدام المخدرات والإدمان عليها، ويكون للاستعداد الوراثي دورا هاما في هذه النظرية.

• أما النظرية العصبية السلوكية ساهمت في تفسيرها لمشكلة المخدرات بصفة عامة من خلال ربطها بين الاضطرابات السلوكية الرئيسية والنظام العصبي الوظيفي، إذ يلعب الاستعداد الوراثي هو أيضا دورا أساسيا في هذه النظرية.

• أما النظرية الجينية فهي تركز على الجانب الوراثي والصفات الوراثية مع قابلية الأفراد الوقوع في الإدمان وتطوره بمختلف الاضطرابات الأخرى المتعلقة به.

إن الخصائص الوراثية تظهر من خلال تاريخ سلوك الادمان لدى الأفراد من نفس الأسرة ومن خلال الاستعداد الوراثي لها، حيث تفسر هذه العوامل الوراثية قابلية الأفراد الاعتماد على المخدرات في حين يكون تفسير الأفراد الذين يحملون عوامل وراثية وقائية بأن ليس لديهم قابلية استخدام المخدرات بحيث يكون لديهم صفات تحببية لهذه المواد. (المشابقة، 2012، صفحة 66)

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

4.6 النظرية الاجتماعية: تفسر هذه النظرية حسب وجهة نظر بعض علماء الاجتماع بأن الإدمان هو جريمة وانحراف اجتماعي، فالإدمان على المخدرات هو سلوك انحرافي وآفة خطيرة تؤدي بالمدمن على هذه المواد المخدرة إلى الوقوع بأضرار ذاتية (صحية، نفسية، اجتماعية) وكذلك إيذاء الآخر كالأُسرة والمجتمع. (سليماني، 2012، صفحة 43)

كما كان رأي بعض علماء الاجتماع في تفسيرهم لظاهرة الإدمان أنها تعود لطبيعة ومشاكل المجتمع الذي يتواجد فيه الفرد وهذا ما تم ضبطه من خلال تواجد ظواهر عامة تسود المجتمع ككل خاصة السلوك المنحرف مثل الإجرام والإدمان.

هذا ما جعل عدة دراسات تقوم ببحوث حول الأسرة مثل دراسة د. ج هنت 1975 والذي تناول العلاقة بين الآباء والأبناء وطبيعة المناخ الأسري، حيث استنتج بأن البيئات الأسرية الفوضوية والديكتاتورية يسود فيها التعاطي كرد فعل لهذه العلاقة الغير سوية، بينما يكاد ينعدم التعاطي خاصة في العلاقات التي يسودها جو من الألفة وتبادل الأفكار بين الأنساق.

كما أكدت بعض الدراسات الأخرى أن هناك عوامل تؤدي إلى ظاهرة الإدمان كغياب دور الوالدين في الإشراف والتوجيه مع تجاهلهم سلوك أبنائهم كالدخول للبيت متأخرا والأماكن التي يترددون عليها..... (غنم و أبو النيل ، 2005، الصفحات 79-80)

7. الأسباب المؤدية للإدمان:

1.7 الأسباب النفسية:

1.1.7 الشعور باللذة: إن دافع الشعور باللذة له دورا هاما في تعاطي المخدرات فهو بناء على التكيف البيولوجي للمخ وهذا يكون نتيجة توجه الفرد تلقائيا أو فطريا أو بوعي أو تحت ضغوط مختلفة أو حتى في ظروف معينة نحو بعض المواد والتي تكون كإعائته لتحقيق اللذة وفي نفس الوقت تساعد على زوال الألم، والمقصود باللذة هنا اللذة النفسية التي تحقق السعادة والاسترخاء والإدمان والثقة.

محمد عشاشرة، يوسف قدوري

2.1.7 تقدير الذات: يعرف تقدير الذات أو الاعتزاز بالذات بأنه "الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية والتي يتم التعبير عنها من خلال اتجاهات الفرد نحو نفسه ويوضح إلى أي مدى يعتقد الفرد أن لديه القدرة والإمكانات، وكذلك الشعور بالنجاح والقيمة في الحياة". فالمدمن يلتمس العقاقير لمدى تأثيرها على الإبقاء على الإحساس بقيمة الذات وهذا بغرض الابتعاد على تقديرهم الهش للذات.

3.1.7 الاغتراب: يعتبر الاغتراب من أهم العوامل المؤدية للإدمان، وحسب دراسة ميدانية للباحثة عثمانى نعيمة بولاية تلمسان الموسومة بمشاعر الاغتراب النفسي عند الشباب وعلاقته بالاعتماد على المخدرات إذ أسفرت النتائج على أن هناك علاقة ارتباطية بين مشاعر الاغتراب النفسي عند الشباب والاعتماد على المخدرات، كما حددت الدراسة على أن الشباب الذين يعيشون حالة الأنوميا **Anomie** اللامعيارية هم الأكثر عرضة للاعتماد على المخدرات.

4.1.7 الضغوط: أشارت بعض الدراسات إلى وجود ارتباط بين الضغوط وانخفاض تقدير الذات وبين زيادة تعاطي المخدرات، فتشير دراسة باندينا **bandina1983** إلى أن سبب تعاطي الكحول والعقاقير ناتج عن مستويات عالية من الضغوط. (عثماني، 2017، الصفحات 98-99)

8. الأسباب الاجتماعية:

1.8 التفكك الأسري: تتحطم البيوت نتيجة فقدان أحد الوالدين أو كلاهما إما عن طريق الموت أو الطلاق أو الهجرة، ما يؤدي إلى تحطم شخصية الأبناء وانحراف سلوكياتهم، بالإضافة إلى تذبذب استخدام السلطة الأبوية وضعف الرقابة وفقدان الأمن هذا ما يجعل الأبناء يبحثون عن هذه النقائص في أماكن أخرى مثل جماعة رفاق السوء المنحرفة، وقد أسفرت عدة دراسات أن سوء المعاملة الوالدية للطفل تؤدي به إلى سوء التكيف مع تهيئته للانحراف كما أشارت نظرية الضبط الاجتماعي على أنه كلما كانت العلاقة قوية بين الطرفين مليئة بالحب ابتعد الشخص عن الانحراف أو ارتكاب الفعل الإجرامي.

2.8 العنف الأسري: يأتي التعسف الجسدي بالعيش وسط عائلة مدمنة كما صدر تقرير عن المركز القومي للإدمان من جامعة كولومبيا عام 1999 جاء فيه أنه لا يوجد مكان آمن داخل العائلة حين يتعرض الطفل

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

المهمل للعنف من قبل الوالدين المدمنين على المخدرات أو الكحول هذا ما يجعل الأشخاص الذين ينشئون في هذا المحيط إلى اكتساب سلوك غير سوي، كما نلاحظ وجود العنف اللفظي بكثرة في البيوت التي يسود فيها الإدمان لكن لا يكون له تأثير وأثر على الشخص في المستقبل كالعنف الجسدي. (غزيل، 2020، الصفحات 105-106)

9. إجراءات الدراسة الميدانية:

1.9 منهج الدراسة:

اعتمد الباحث من خلال هذه الدراسة الميدانية على المنهج العيادي حتى يتمكن من فهم سلوك الحالة بشكل معمق وفحص مشاعرها وخبراتها وهذا عن طريق جمع معلومات وبيانات عامة، ويستخدم في المنهج العيادي عدة تقنيات تساعد الباحث في جمع هذه المعلومات كدراسة حالة واستعمال الملاحظة والمقابلة العيادية إضافة إلى هذا تطبيق الاختبارات النفسية، كما يساعد هذا المنهج في تطبيق البرنامج العلاجي.

2.9 مجتمع الدراسة:

المدمنين من مختلف الأعمار والفئات بمركز الوسيط لعلاج الإدمان المجاهد خيرات محمد المدعو الطيب تلمسان.

3.9 عينة الدراسة:

تشكل عينة الدراسة على الأفراد المدمنين الذين يلجؤون إلى مركز الوسيط لعلاج الإدمان، حيث تم تحديد فئة الطلبة من جنس أنثى وتم اختيار طالبة تخصص طب بطريقة قصدية.

4.9 الإطار الزمني والمكاني للدراسة:

الحدود الزمانية: أجرت هذه الدراسة خلال الفترة الممتدة من شهر يناير إلى مارس.

محمد عشايرة، يوسف قدوري

الحدود المكانية: طبقت الإجراءات الميدانية لهذه الدراسة على مستوى مركز الوسيط لعلاج الإدمان
المجاهد خيرات محمد المدعو الطيب تلمسان.

10. أدوات الدراسة:

اتبعنا من خلال البحث طريقة المقابلة العيادية النصف موجهة والملاحظة ومقياس هاملتون للاكتئاب
ومقياس تايلور للقلق الصريح وبرنامج علاجي.

1.10 المقابلة العيادية: لقد تم إجراء المقابلات مع المفحوصة بإتباع طريقة المقابلة العيادية النصف موجهة
حيث كانت محاورها كالآتي:

-محور خاص بالبيانات الشخصية.

-محور خاص بالسوابق الشخصية والمرضية والعائلية حيث كانت الأسئلة موجهة عن المواد المخدرة
وأنواعها ومصادرها ونوع العلاقة بين الإخوة والوالدين وحتى الأصدقاء.

-محور خاص بالسوابق القضائية.

2.10 الملاحظة الإكلينيكية: ملاحظة سلوك الفرد للوصول إلى صورة شاملة عن شخصية الحالة
(الإيماءات-والتأثيرات الجسمية خاصة المتعلقة بالقلق).

3.10 مقياس هاملتون للاكتئاب The Hamilton Rating Scales for Dépression :

هو مقياس تقييمي يستخدم في علم النفس والطب العقلي لقياس شدة الاكتئاب وتحديد المستوى
ومدى تأثيره على المريض، أعده ماكس هاملتون سنة 1960 حيث كان يتكون من 21 بعد ومع مرور
الوقت تم تعديله من قبل باحثين حيث أصبح يتكون من 17 البعد يقيس كل من المزاج المكتئب -الشعور
بالذنب -التفكير في الانتحار - الأرق -العمل-والنشاط-مشكلات في التفكير -التهيج والاستشارة -
القلق -الأعراض الجسدية.

تتراوح الدرجة من صفر إلى أربعة حيث أن هناك أعراض تتراوح درجتها من صفر إلى اثنين وأخرى تتراوح
درجتها من صفر إلى أربعة وفق الجدول التالي:

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

الجدول 01: (تحديد درجات شدة ومستوى الاكتئاب)

الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى اثنين	الأعراض التي تتراوح درجتها من صفر إلى أربعة
صفر ← لا توجد أعراض	صفر ← لا توجد أعراض
1 ← أعراض طفيفة	1 ← أعراض طفيفة
2 ← توجد أعراض واضحة	2-3 ← أعراض متوسطة
	4 ← أعراض حادة

وتستخرج درجة شدة الاكتئاب وفقا للمعايير التالية:

(من صفر إلى 7) لا يوجد اكتئاب.

(من 8 إلى 13) اكتئاب بسيط.

(من 14 إلى 18) اكتئاب متوسط.

(من 19 إلى 22) اكتئاب شديد.

(من 23 فما فوق) اكتئاب شديد جدا.

1.3.10 الخصائص السيكومترية لمقياس هاملتون للاكتئاب:

تم التحقق من الصدق التقاربي للقائمة بحساب معامل الارتباط بين درجات عينة الدراسة من الطلبة على قائمة هاملتون ودرجاتهم على كل من قائمة بيك الثانية للاكتئاب، وقائمة حالة سمة القلق وبلغت (0.87)، (0.72)، (0.73) على الترتيب.

ودلت نتائج التحليل العاملي لفقرات القائمة على وجود أربعة عوامل تفسر ما نسبته (46.85 %) من التباين الكلي. (كريشان، 2005)

4.10 مقياس تايلور للقلق الصريح: هو مقياس تم بناؤه من طرف العاملة تايلور وهو مشتق من اختبار

مينسوتا للشخصية متعدد الأوجه، وهو يطبق على الأشخاص البالغين من العمر عشر سنوات فما فوق حيث يتم تنقيطه من خلال إعطاء نقطة (1) للعبارات الإيجابية (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-

محمد عشاشرة، يوسف قدوري

36-37-39-40-41-42-43-44-45-46-47-49) في حالة ما إذا أجاب المبحوث (بنعم)، وتعطى العلامة (0) في حالة الإجابة ب (لا) أما العبارات السلبية (3-13-17-20-22-29-32-38-48-50) فتعطى العلامة (0) في حالة ما إذا أجاب المبحوث (بنعم) وتعطى العلامة (1) في حالة ما إذا أجاب ب (لا) ويكون التصحيح كآلاتي:

إذا كان المجموع المتحصل عليه من النقاط بين (0-16) نقول إن المبحوث لديه قلق منخفض جدا، أما إذا تحصل على نقاط تتراوح بين (17 - 19) نقول إن المبحوث لديه قلق منخفض طبيعي، أما إذا تحصل على (20 - 24) فيعني هذا أن لديه قلق متوسط، أما إذا تحصل على (25 - 29) فهذا يدل أن لديه قلق فوق المتوسط، أما إذا تحصل على العلامة ما بين (30 - 50) فهذا يدل على أن المبحوث لديه قلق مرتفع. (لبيض و بن عبد الرحمان ، 2022، الصفحات 350-351)

5.10 الخصائص السيكمترية لمقياس القلق:

1.5.10 الثبات:

الجدول 02 (ثبات مقياس القلق)

عدد العبارات	العينة	قيمة معامل α (ألفا كرونباخ)
50	75	0.91

المصدر: لبيض، بن عبد الرحمان، 2022، 351

يمثل الجدول 02 معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس القلق حيث قامت الباحثتين بن عبد الرحمان ولبيض بتطبيق المقياس المتكون من 50 عبارة على عينة قوامها 75 تلميذ وتلميذة، وبحساب معامل ألفا كرونباخ بلغ ثبات المقياس 0.91 وهو معامل ممتاز ومنه يمكن القول بأن المقياس ثابت.

2.5.10 الصدق:

الجدول 03 (صدق مقياس القلق)

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات -مركز تلمسان المدينة-

الفقرات	ف1	ف2	ف3	ف4	ف5	ف6	ف7	ف8	ف9	ف10
معامل الارتباط	.36**	.445**	.358**	.330**	.499**	.554*	.590**	.346**	.358**	.499**
قيمة المعنوية	0.00	0.000	0.002	0.004	0.000	0.000	0.000	0.002	0.002	0.000
الفقرات	ف11	ف12	ف13	ف14	ف15	ف16	ف17	ف18	ف19	ف20
معامل الارتباط	.416**	.387**	.259**	.526**	.616**	.404**	0.147**	.464**	.561**	.348**
قيمة المعنوية	0.000	0.001	0.025	0.000	0.000	0.000	0.208	0.000	0.000	0.002
الفقرات	ف21	ف22	ف23	ف24	ف25	ف26	ف27	ف28	ف29	ف30
معامل الارتباط	.541**	0.090	.371**	.622**	.573**	.678**	.499**	.553**	0.217	.608**
قيمة المعنوية	0.000	0.442	0.001	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.061	0.000
الفقرات	ف31	ف32	ف33	ف34	ف35	ف36	ف37	ف38	ف39	ف40
معامل الارتباط	.687**	0.103	.439**	.532**	.613**	.470**	.408**	.232**	.564**	.708**
قيمة المعنوية	0.000	0.380	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.046	0.000	0.000
الفقرات	ف41	ف42	ف43	ف44	ف45	ف46	ف47	ف48	ف49	ف50
معامل الارتباط	0.19	.42**	.51**	.65**	.54**	.44**	.43**	.25**	.39**	0.15

0.194	0.001	0.029	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.10	قيمة المعنوية
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	------	---------------

المصدر: لبيض، بن عبد الرحمان، 2022، 351-352

6.10 برنامج سلوكي معرفي:

هو برنامج سلوكي معرفي تم تطبيقه من طرف الباحث والمختص النفسي الذي ينشط على مستوى المركز الوسيط لعلاج الإدمان على حالة تعاني من الإدمان، وهو يعتمد على نظرية التغيير ل: بروشاسكا وديكليمانت **Prochaska et Diclemente**، ويجب اتباع المراحل الأساسية لهذه النظرية وهي: مرحلة ما قبل التأمل، مرحلة التأمل، مرحلة الاستعداد، مرحلة العمل، مرحلة المحافظة، الانتكاس. (Quintilla & Pelissolo, 2015, p. 201)

كما يجب العمل على الأنظمة التالية:

1- نظام المكافئة: **Système de recompense**

وفقا للعديد من الدراسات التي أجريت على الحيوانات، فإن النقطة المشتركة بين جميع المواد المسببة للإدمان هي قدرتها على إحداث زيادة في مستوى الدوبامين في نظام المكافأة والمتعة، وأن الناقل العصبي الرئيسي في هذا الجهاز هو الدوبامين. (Benyamina, 2014, p. 59)

2- نظام الذاكرة والتعلم: **Système de mémoire et d'apprentissage**

نلاحظ ونقيس النسيان مثلا هل الحالة ذاكرتها جيدة أم لا وكذلك التعلم وهذا عن طريق توجيه الأسئلة عن المصاحبة مثلا أم استحسان الانسحاب الاجتماعي مع عدم إقامة علاقات.

3- نظام التحفيز: **Système de motivation**

أظهرت الدراسات التصويرية وجود خلل في نشاط نظام التحفيز في السلوكيات الإدمانية، تكون القشرة الأمامية المدارية مفرطة النشاط لدى مستخدمي الكوكايين أثناء التسمم، مثلا عدم إعطاء الأهمية للدروس والمحاضرات تكون بشكل كبير لهذا تلجأ إلى عملية التحفيز لنشاط السلوكيات على المثابرة والعمل للتفوق

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

بدون الدخول إلى حلقة التوتر والقلق، وهذا بتعليم الحالة الكيفية الصحيحة لمواجهة مثل هذه المواقف.
(Benyamina, 2014, p. 61)

4-نظام المراقبة والتحكم: **Système de surveillance et contrôle**

المدمن على المخدرات لا يستطيع أن يتحكم في انفعالاته حيث لا يفرق بين ما هو عادي أو غير عادي أي تلف الكف وخاصة عندما يكون في مرحلة الانسحاب اذ يصبح عدواني في المنزل وحتى في الشارع، قلق بشكل كبير مع وجود أفكار سوداوية.

يهدف هذا البرنامج إلى :

- مساعدة المدمنين على معرفة حقيقة الإدمان على أنه سلوك سلبي مكتسب يظهر بعدم المواجهة الصحيحة للأزمات والضغطات النفسية الناتجة عن الاحتكاك اليومي بالبيئة.
- تصحيح الأفكار الخاطئة اللاعقلانية التي أدت بالفرد إلى الإدمان.
- الاستعداد لتغيير السلوك السلبي إلى إيجابي والمحافظة عليه.
- تنمية المهارات والكشف عن القدرات خاصة بالاحتكاك مع الجماعة من خلال تطبيق العلاج السلوكي المعرفي الجماعي.
- تعزيز وتنمية الذات من خلال التعبير عن الأفكار والتجارب التي يمر بها المدمنين.
- الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة بشكل نهائي.

11. عرض وتحليل النتائج:

1.11 عرض المقابلات والجلسات:

قمنا بإجراء تسعة جلسات تتراوح مدتها ما بين 45 إلى 60 دقيقة وأحيانا أكثر، وكانت على النحو

التالي:

محمد عشاشة، يوسف قدوري

الجدول 04: (جلسات التشخيص والعلاج)

الجلسات	الهدف
الجلسة الأولى	افتتاحية-التعرف على الحالة مع ضبط السبب الرئيسي لمحاولة الانتحار
الجلسة الثانية	جمع البيانات والظروف الخاصة بالحالة
الجلسة الثالثة	مرحلة تطبيق الاختبارات النفسية بداية بمقياس تايلور للقلق الصريح
الجلسة الرابعة	تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب
الجلسة الخامسة	تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي
الجلسة السادسة	الاستعانة بالعلاج الجماعي وتعريفه للحالة
الجلسة السابعة	تطبيق العلاج الجماعي
الجلسة الثامنة	الاستعانة بالشاهدة داخل المجموعة للتغذية الاسترجاعية
الجلسة التاسعة	تقييم الجلسات

الجلسة الأولى: افتتاحية-التعرف على الحالة مع ضبط السبب الرئيسي لمحاولة الانتحار.

بعدما تعرفنا على الحالة «ل» حاولنا ضبط السبب الرئيسي لمحاولة الانتحار والذي كان سببه الإدمان، حيث صرحت لنا الحالة بأنها كانت تعيش قبل انتقالها إلى تلمسان من أجل الدراسة بالجامعة بكلية الطب ظروف صعبة مع عائلتها وبالخصوص مع الوالد والذي كان يضغط عليها دائما من أجل حفظ القرآن والدراسة كما أنها صرحت لنا بأنها لم تعيش حياتها كباقي الأطفال ولم يكن لها أصدقاء في الصغر ولم تكن تخرج للعب حيث أن والدها كان يمنعها الخروج من البيت.

أما السبب الرئيسي لمحاولة الانتحار صرحت لنا الحالة بأنها تتعاطى مواد مخدرة متنوعة كالحشيش والكوكايين والمؤثرات العقلية وهذا منذ أكثر من سنة وهي تتحصل عليها من قبل شاب دخلت معه في علاقة عاطفية وكل هذا حدث بعدما تنقلت من مقر سكنها إلى مقر الإقامة الجامعية لمزاولة دراستها.

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

قمنا بتوجيه الحالة إلى الطيبة المختصة بالأمراض العصبية والنفسية من أجل إزالة الجانب العضوي عن طريق إتباع بروتوكول علاجي دوائي مدة خمسة عشر يوما، وهذا بسبب وجود أفكار سوداوية كمحاولة الانتحار حيث يعمل هذا البروتوكول على خفض شدة القلق والاكتئاب وعلاج الأرق الليلي في انتظار العودة إلى الجلسات العلاجية النفسية.

الجلسة الثانية: جمع البيانات والظروف الخاصة بالحالة.

بعد مرور 15 يوم استقبلنا الحالة وهي على استعداد لتلقي العلاج النفسي وهذا ما تم ملاحظته فتبين أن البروتوكول الدوائي بدأ يتفاعل مع الجانب العضوي للحالة، حيث قمنا بأخذ البيانات الشخصية للحالة. رمز المفحوصة: (ل)

السن: 19 سنة.

المستوى التعليمي: السنة أولى جامعي تخصص طب.

الإقامة الحالية: الإقامة الجامعية بولاية تلمسان.

سبب التقدم إلى المركز: محاولة انتحار.

التوجيه: مصالح إدارة الإقامة.

الحالة المدنية: عزباء.

عدد الإخوة: 03

مدة الإدمان: أكثر من سنة.

نوع المادة المخدرة: صلبة

التاريخ الشخصي:

الولادة: كانت في الوقت المحدد ونوعيتها طبيعية.

الرضاعة: كانت عادية.

محمد عشاشة، يوسف قدوري

النمو النفسي الحركي: كانت وضعيات النمو عادية وفي وقتها، التنسيق كان عاديا وفي الوقت المحدد. الإصابة بالأمراض: غير موجود.

العلاقات الاجتماعية: عندما كانت طفلة كانت العلاقات الاجتماعية جيدة وبشكل عادي إلا أنها كانت تعاني من ضغوطات من طرف الوالد من أجل حفظ القرآن والدراسة. السوابق القضائية: لا يوجد.

الجلسة الثالثة: مرحلة تطبيق الاختبارات النفسية بداية بمقياس تايلور للقلق الصريح .

برمجنا هذه المقابلة لتطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح من أجل تحديد شدة القلق تمهيدا لتطبيق مقياس هاملتون للاكتئاب.

قمنا بتطبيق مقياس تايلور للقلق الصريح حيث تم إجابة المفحوصة ب 30 مرة بنعم على العبارات الإيجابية وثلاث مرات لا على العبارات السلبية حيث تعطى درجة واحدة لكل إجابة ب نعم على العبارات الإيجابية ودرجة واحدة لكل إجابة ب لا على العبارات السلبية، فتنصلت على 33 درجة في الاختبار.

ومن خلال الجدول الذي يبين لنا مستويات القلق نستنتج أن الحالة تعاني من قلق شديد.

هذا ما جعلنا نتأكد بأن الحالة تعاني من الاكتئاب بسبب تعاطيها مواد مخدرة والتي كانت نتيجة الظروف العائلية والمصاحبة السيئة جعلتها تدخل في حلقة الإدمان.

ولهذه الأسباب برمجنا يوم آخر من أجل تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب حتى يسمح لنا من تحديد شدته والمستوى الذي تعاني منه الحالة.

الجلسة الرابعة: تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب.

بعد مرور سبعة أيام تقدمت الحالة إلى المركز من أجل مواصلة عملية تطبيق الاختبارات حيث اعتمدنا من خلال أدوات الدراسة على مقياس هاملتون لتحديد شدة ومستوى الاكتئاب بعدما قمنا سابقا بتحديد مستوى وشدة القلق عن طريق تطبيق اختبار تايلور للقلق الصريح والذي أفادنا بدرجة مرتفعة للقلق ما فسر لنا مستوى شديد جدا.

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

ولدى تطبيقنا اختبار الخاص بالاكئاب تحصلت الحالة على البعد الخاص بالقلق النفسي على أعلى الدرجات وهي 4 كما تحصلت في الأبعاد الخاصة بتأنيب الضمير أو الشعور بالذنب والعمل واهتمامات الحياة والقلق الجسدي والأرق في بداية الليل والأرق في منتصف الليل وأعراض جسمية وأعراض جسمية عامة وأعراض جنسية على درجتين أما الأبعاد الموجهة إلى التكاسل والتناقل والأرق آخر الليل والاستبصار ونقص الوزن تحصلت على درجة واحدة، أما الأبعاد الانتحار، توهم المرض والبلبله والارتياح لم تحصل الحالة على أي درجة.

كانت نتيجة تطبيق اختبار هاملتون للاكتئاب 25 درجة وعندما نستخرج درجة الاكتئاب وفق المعايير التي تتبع المقياس تبين لنا أن الحالة تعاني من اكتئاب شديد جدا.

بعد إجراء الاختبار تبين لنا أن الحالة بدأت في التحسن من خلال إتباعها للعلاج الدوائي وهذا راجع لتحصلها على صفر درجة في البعد الخاص بالانتحار بعدما كانت لها أفكار سوداوية حيث حاولت الانتحار وهو السبب الرئيسي الذي كان وراء توجيهها إلى المركز بالإضافة إلى تراجع الحزن حيث تحصلت على درجة واحدة في البعد الخاص بالمزاج الاكتيبي ومهما تحصلت على درجة 25 والتي تعزى إلى اكتئاب شديد جدا فهي قريبة إلى معيار الاختبار الذي يفسر هذا المستوى وهذا ما يجعلنا نفسر أن البروتوكول الدوائي قام بدوره في الجانب العضوي.

ومن هنا قمنا ببرمجة جلسات علاجية نفسية ابتداء من الحصص المقبلة التي تعتمد على التوجيه والمرافقة النفسية والثقة المتبادلة بين العميل والأخصائي وكذلك تطبيق العلاجات المناسبة.

الجلسة الخامسة: تطبيق البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي.

بعدما قمنا بإجراء الاختبارات النفسية وتحديد شدة الاكتئاب والقلق حيث أعطت لنا النتائج بأن الحالة تعاني من قلق واكتئاب شديد بالإضافة إلى أخذ مدة زمنية كانت مخصصة للعلاج الدوائي جاء دورنا

محمد عشاشة، يوسف قدوري

في بداية تطبيق العلاج النفسي حتى يتسنى لنا إزالة وخفض شدة القلق والاكتئاب وهذا من خلال تسطير برامج علاجية متنوعة كالعلاج المعرفي السلوكي والعلاج الجماعي.

العلاج المعرفي السلوكي:

بعدما تقدمت الحالة إلى المركز بدأنا في تطبيق العلاج المعرفي السلوكي عن طريق اتباع نموذج نظرية التغيير ل: بروشاسكا وديكليمانت **Prochaska et Diclemente** حيث قمنا بالتطرق الى المراحل التالية:

1- مرحلة ما قبل التأمل: **Pré-contemplation**:

عدم معرفة الحالة أنها معرضة لمشاكل بسبب الإدمان وهي في هذه الحالة غير مستعدة لتغيير السلوك.

2- مرحلة التأمل: **Contemplation**:

استيعاب الحالة بأنها معرضة لعواقب سلبية نتيجة الإدمان.

3- مرحلة الاستعداد: **Détermination**:

في هذه المرحلة تكون الحالة على استعداد من أجل تغيير السلوك.

4- مرحلة العمل: **Action**:

العمل على تغيير السلوك كممارسة الرياضة والابتعاد عن أخذ المواد المخدرة بشتى أنواعها....

5- مرحلة المحافظة: **Maintenance**:

الحفاظ على السلوك الجديد والحرص على الابتعاد عن السلوكات السلبية.

6- الانتكاس: **Rechute**:

إمكانية عودة الحالة إلى مرحلة سابقة أثناء تطبيق العلاج ولكن ليس بالضرورة.

إن اتباع هذه المراحل تكون بتوضيح المفاهيم وتغيير الأفكار السلبية إلى أفكار جديدة تتسم بالإيجابية، مع اكتساب معلومات مفيدة ومتنوعة لمحاولة الوصول إلى نتائج إيجابية محضة، وخلق سلوكات إيجابية سوية تتماشى مع أفراد المجتمع.

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-
كما يجب العمل في نفس الوقت على الأنظمة الأربعة المسؤولة عن الإدمان حتى نستطيع خفض مستوى
القلق والاكتئاب وهم:

1- نظام المكافئة: **Système de recompense**

2- نظام الذاكرة والتعلم: **Système de mémoire et d'apprentissage**

3- نظام التحفيز: **Système de motivation**

4- نظام المراقبة والتحكم: **Système de surveillance et contrôle**

هذه الأجهزة تكون كمعايير نعمل بها أثناء بداية المقابلات والجلسات العلاجية من أجل معرفة مدى تقدم
الحالة في العلاج، يجب التأقلم مع الوضعية ومحاولة بناء استراتيجية جديدة لمواجهة المشاكل النفسية التي تعيق
أفكار الحالة لعم الوقوع في نفس الخطأ مع العمل على التفكير في المستقبل بالإيجاب .

الاعتماد على مبدأ التشاور للبرنامج المسطر والانقياد بالمعلومات والاستشارات النفسية وهذا من خلال
القيام بواجبات أثناء وقت الفراغ كممارسة الرياضة على الأقل ثلاثون دقيقة في اليوم وانتعاش الجسم بشكل
جيد والحرص على الاندماج الاجتماعي، والحرص على إتباع حمية غذائية سليمة مع العمل أيضا على الوازع
الديني والابتعاد عن الصحبة السيئة.

بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي خلال الجلسات الأولى قمنا بتطبيق العلاج الجماعي والذي أخذ منا قرابة
ثلاث جلسات علاجية مع انتقاء الحالات حسب نفس الجنس ونفس المخدر وألا يتعدى عدد الأفراد عشرة
وفي الأخير الاستعانة بالشاهدة حيث يكون لها دور أساسي مع المختص النفسي والطبيبة المختصة في
الأمراض النفسية والعصبية.

الجلسة السادسة: الاستعانة بالعلاج الجماعي وتعريفه للحالة.

الهدف من العلاج الجماعي هو إضافة إلى العلاج السلوكي المعرفي الذي تم تطبيقه خلال الجلسات
السابقة لتغيير السلوك السلبي للحالة عن طريق التفاعل وتأثير الجماعة فيما بينهم حتى نتمكن نحن أيضا من

محمد عشاشة، يوسف قدوري

تغيير الأفكار السلبية التي ينتج عنها هذه السلوكات، ومنها نتوصل إلى التخلص من المشكل والاضطراب بشكل نهائي.

ومن خلال هذه الجلسة قمنا بإعطاء للحالة نظرة شاملة عن هذا العلاج وعن العوامل التي يتطرق إليها كإضافة معلومات جديدة والتثبيت بالأمل والانتماء والاستيعاب الجديد للخبرات خاصة التي تكون لها علاقة بالحيث العائلي بالإضافة إلى تحسيس الحالة بأنها ليست هي الوحيدة التي تعاني من هذا المشكل بل يوجد عدة حالات أخرى، كذلك إعطاء الحالة فرصة للاندماج الاجتماعي من جديد وكسب الثقة بالنفس عن طريق حضورها لهذه الجلسات وتطلع على مشاكل وحلول الحالات الأخرى التي اعترفت بالمشكل التي تعاني منه وكيف ينظرون الآخرون لهم.

الجلسة السابعة: تطبيق العلاج الجماعي.

قمنا ببرمجة يوم من أجل تطبيق العلاج الجماعي رفقت جميع الحالات من بينهم الحالة (ل). بعدما قدمنا سابقا بتطبيق العلاج المعرفي السلوكي بدأنا العمل على تنمية المهارات خاصة وتعزيز السلوكات الإيجابية والتي لها دور كبير في العلاج وهذا لتقدير الذات حتى يكون لها مهارة الرفض وتجنب أخذ المخدرات مع عدم الرضوخ لها والتحكم والسيطرة على العواطف والابتعاد عن الانتكاسة من خلال شرح للحالة أن الاعتماد النفسي وحتى العضوي هو سلوك مكتسب ويجب تعديله إلى ما هو أفضل ومن أجل منع الانتكاس تم التركيز والمحافظة على الامتناع، مع العمل على تحقيق التوازن في الحياة حتى نستطيع أن نغير من العادة السيئة وهي تعاطي المخدرات.

ومن أجل دعم الحالة ومنع الانتكاس قمنا بإعطاء نشاطات أخرى على حسب الهواية المفضلة للحالة كالمطالعة، السفر، الرياضة، أعمال.....

وفي الأخير حددنا موعد جلسة أخرى من أجل تكملة العلاج مع الأخذ بعين الاعتبار والحفاظ على نفس المجموعة ونفس القاعة بالإضافة إلى أخذ تعهد لكل الحالات لعدم تناول أي مخدر.

الجلسة الثامنة: الاستعانة بالشاهدة داخل المجموعة من أجل التغذية الاسترجاعية .

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

في هذه الجلسة قمنا بإدخال الشاهدة من أجل خلق فضاء حر مواتي للتفاعل مع إعطاء شهادات والخبرات للمجموعة عن المشكل الذي كانت تعاني منه الشاهدة، وعلى الكيفية والطريقة الصحيحة التي اتبعتها مع المختصين وجعلتها تتخلص منه هذا من أجل تعزيز أفكارهن وتنمية مهاراتهم وتعطي لهن أمل جديد في الحياة عن طريق خبرتها وأيضاً الشجاعة من أجل المشاركة فيما بينهن جميعاً هذا ما يخلق لنا جو مواتي للتفاعل ويساعدنا كثيراً على التخلص من عدة معيقات كالاعتماد والانتكاس وهذا ما جعل الحالة (ل) تسعى إلى تحقيق الذات وإحراز مكانة داخل المجتمع مع تقوية العاطفة هذا ما تم ملاحظته من خلال تدخلها لعدة مرات ومناقشتها لنا والحالات الأخرى وللشاهدة.

الجلسة التاسعة: تقييم الجلسات.

ركزنا في هذه الجلسة على أهم ما تم التطرق إليه كحوصلة عامة للجلسات السابقة وهذا من خلال تقييم تطبيق العلاج الجماعي حيث قمنا بإعطاء الكلمة لكل الحالات وخاصة الحالة (ل) التي تعد من عينة بحثنا هذا حيث تحدثت عن تجربتها من أول لقائنا بها وعن الوضعية التي كانت عليها سابقاً وإصابتها بالاكئاب نتيجة الإدمان المفرط عن المواد المخدرة بكل أنواعها وصرحت لنا عن ما توصلت إليه جراء إتباعها الخطوات العلاجية التي مرت بها منذ توجيهها إلى الطيبة المختصة في الأمراض النفسية والعصبية وإتباعها للعلاج الدوائي بالإضافة إلى تلقيها العلاج المعرفي السلوكي وكذلك العلاج الجماعي وهنا بعض النقاط التي تكلمت عنها الحالة (ل):

1- قمت بالتخلص من الأفكار السلبية التي كانت تدور في عقلي طيلة تناولي المخدرات حيث استبدلتها بأفكار إيجابية.

2- تعمدت على ممارسة الرياضة مرة أو مرتين في الأسبوع.

3- التقرب من الأهل والأخوات وخلق جو عائلي قائم على التلاحم.

محمد عشاشة، يوسف قدوري

4- استفدت كثيرا من التوجيهات التي قدمت لي خاصة المتعلقة بعدم تناول المخدرات مع متابعة البروتوكول الدوائي بانتظام.

5- تحقيق الذات والتعلم على كيفية التحكم في القلق خاصة بالمواجهة أثناء العلاج الجماعي.

6- تحقيق الذات والتعلم على كيفية التحكم في القلق خاصة بالمواجهة أثناء العلاج الجماعي.

2.11 مناقشة النتائج:

بعدما أتمنا جميع الجلسات العلاجية مع الحالة لاحظنا أنها خرجت بنسبة كبيرة من حلقة الإدمان التي كانت تعاني منه بشكل كبير والذي كان سبب محاولة انتحارها وكذلك إصابتها بالقلق والاكتئاب الذي تم تحديد مستواهما بالشديد، كانت هذه النتيجة بعدما تم توجيهها إلى المركز الوسيط لعلاج الإدمان وتدخلنا برفقة المختص النفسي والطبيبة المختصة في الأمراض النفسية والعقلية لمتابعة حالتها الصحية والنفسية مع إتباعها بروتوكول علاجي دوائي في البداية وكذلك إعداد برنامج علاجي يتضمن المعرفي السلوكي والاستعانة بالعلاج الجماعي مع التزام الحالة بتطبيقه في الوقت المحدد.

ومن أجل التأكد من هذه النتائج برمجنا جلسة أخرى من أجل إعادة تطبيق الاختبارين القلق لتايلور الصريح وهاملتون للاكتئاب لنحدد شدتهما ومستواهما من جديد، حيث تحصلت الحالة (ل) بعد إجراءات اختبار تايلور على 18 درجة والتي تعزى إلى مستوى قلق منخفض، وبعد ذلك طبقنا مقياس هاملتون للاكتئاب حيث تحصلت الحالة على 7 درجات والتي تعزى إلى المستوى الذي يفسر عدم وجود الاكتئاب.

هذا ما يفسر لنا فعالية التطبيق العلاجي السلوكي المعرفي بعدما كانت نتيجة الاختبارين في القياس القبلي مستوى شديد ثم مستوى منخفض للقلق وعدم وجود اكتئاب في القياس البعدي، بالإضافة إلى الامتناع عن تعاطي المواد المخدرة بشكل نهائي.

وفي الأخير يتم متابعة الحالة لمدة سنة عن طريق اتصالنا بها هاتفيا مع تحديد بعض المواعيد وكذلك مراقبة نتائجها الدراسية وعلاقتها مع العائلة.

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

12 خاتمة:

من خلال هذه الدراسة واختبار مدى فعالية العلاج السلوكي المعرفي على حالة تعاني من الإدمان على المواد المخدرة، مع استخدام المنهج العيادي عن طريق برمجة جلسات علاجية وكذلك العمل بالعلاج الجماعي الذي يعتبر من أهم التقنيات المستخدمة خاصة مع هذه الفئة، بالإضافة إلى ضبط اضطرابات مصاحبة عن طريق التشخيص باستخدام مقاييس نفسية والعمل أيضا على علاجها، تبين لنا من خلال النتائج أن العلاج السلوكي المعرفي له تأثير جد إيجابي وفعال في علاج حالات الإدمان وخاصة المتواجدة في مرحلة متقدمة كما تم التوصل إلى أن العلاج عن طريق الجماعة له أهمية كبيرة في خفض أعراض الانسحاب العضوية والنفسية مع الحرص على مكافئة الذات وتقديرها مع تعزيز الاندماج الاجتماعي والابتعاد عن العزلة، وكذلك تعزيز الأعمال الإيجابية المنجزة وخاصة عند الامتناع عن تناول المواد المخدرة، بالإضافة إلى تبادل الخبرات حتى يستطيع الفرد تعلم كيفية التعامل مع الضغوطات النفسية وكذلك البحث عن المستقبل .

13 قائمة المراجع:

المراجع العربية:

أحمد الحراشنة، و جلال علي الجزازي. (2012). إدمان المخدرات والكحوليات وأساليب العلاج (المجلد 1). عمان، الأردن: دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع.

جواد فطائر. (2001). حياة في أزمة الإدمان أنواعه، مراحلها، علاجه. القاهرة، مصر: دار الشروق.

سعد المغربي. (1986). سيكولوجية تعاطي الأفيون ومشتقاته. مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.

سعدية لبيض، و أمال بن عبد الرحمان . (11 06، 2022). القلق النفسي لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي دراسة ميدانية ببلدية مسعد. مجلة المقدمة للدراسات الانسانية والاجتماعية، 7 (1)، 362-343.

عادل الدمرداش. (1982). الإدمان مظاهره وعلاجه. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.

عتيقة سعيدي. (2016). أبعاد الاغتراب النفسي وعلاقتها بتعاطي المخدرات لدى المراهق. بسكرة، الجزائر: جامعة محمد خيضر.

محمد عشاشرة، يوسف قدوري

- عذراء مختاري، و وردة لعمور. (18 06، 2023). الإدمان على المخدرات - قراءة في أسباب وانعكاسات التعاطي في الوسط الجامعي. مجلة البحوث والدراسات الانسانية، 17 (01)، 175-194.
- فاطمة غزيل. (19 06، 2020). الإدمان على المخدرات لدى المراهقين. مجلة طبنة، 3 (1)، 100-119.
- فتيحة سليمان. (2012). الإدمان على المخدرات وأثره على الوسط الأسري. وهران، الجزائر: جامعة وهران.
- محمد أحمد المشابقة. (2012). الشباب والمخدرات الارشاد والعلاج النفسي. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- محمد حسن غنم، و محمود السيد أبو النيل . (2005). سيكولوجية الإدمان والمدمنين، الادمان أضراره نظرياته تفسيره، علاجه. القاهرة، مصر: دار الغريب.
- محمد عبد المنعم الزبيدي. (2021). الإدمان على المخدرات دراسة تحليلية في أسباب وأنواع المخدرات ونتائج وسبل المعالجة. أداب الرفادين (87)، 514-552.
- مصطفى سويف. (1996). المخدرات والمجتمع نظرة تكاملية. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والأدب.
- نايف عبد العزيز هذال الدسوري. (2022). اضطراب الاكتئاب وعلاقته بالادمان على المخدرات في ضوء بعض المتغيرات لدى عينة من المدمنين بمجمع إرادة والصحة النفسية في مدينة الدمام. المجلة العربية للنشر العلمي، 311-334.
- نعيمة عثمان. (2017). نحو بناء برنامج علاجي نفسي للشباب المعتمد على المخدرات. تلمسان، الجزائر: جامعة ابو بكر بلقايد تلمسان.

المراجع الأجنبية:

- Benyamina, A. (2014). *addictions et comorbidités*. paris, france: Dunod.
- Quintilla , Y., & Pelissolo, A. (2015). *Thérapeutique en psychiatrie théorie et applications cliniques*. Paris, france: Elsevier Masson.

فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي للمدمنين على المخدرات-مركز تلمسان المدينة-

مواقع الانترنت:

أحمد سالم كريشان. (2005). الخصائص السيكومترية لمقياس هاملتون للاكتئاب. تم الاسترداد من قاعدة البيانات

العربية الرقمية "معرفة": <https://search.emarefa.net/ar/detail/BIM-296735>

الخصائص-السيكومترية-لمقياس-هاملتون-لاكتئاب