



مجلة أريد الدولية للعلوم الإنسانية والاجتماعية

عدد خاص (2)، المجلد السادس، مارس 2024

Cognitive behavioral therapy for a case of addiction with personality disorder (clinical case study)

Prof. Imane Taoufiq

*Faculty of Arts and Humanities Ben Mesik Sidi Othman – Hassan II University – Casablanca –
.Morocco*

العلاج المعرفي السلوكي لحالة إدمان مصاحبة باضطراب الشخصية (دراسة حالة إكلينيكية)

الأستاذة إيمان توفيق

كلية الآداب والعلوم الإنسانية بن مسيك سيدي عثمان – جامعة الحسن الثاني – الدار البيضاء – المغرب.

imanetaoufiq.pro@gmail.com

arid.my/0007-7832

<https://doi.org/10.36772/arid.aijssh.2024.s.69>

ARTICLE INFO

Article history:

Received 25/12/2022

Received in revised form 09/04/2023

Accepted 19/06/2023

Available online 01/03/2024

<https://doi.org/10.36772/arid.ajssh.2024.s.69>

ABSTRACT

The problem of drug abuse and addiction is one of the most complex problems that affects all countries worldwide, due to the serious damage it can cause to various health, psychological, social, economic and security aspects. All countries strive to fight it by any means necessary.

The World Health Organization defines addiction as the compulsive desire to continue using or obtaining a substance by any means, with a tendency to increase the dose taken. This addiction causes psychological and physical dependence and a detrimental effect on both individuals and society. This complicates the treatment project process, especially if the patient/addict suffers from psychological and/or mental disorders associated with addiction. In particular, personality disorders have a direct impact on the behaviors, performance, functions and thinking patterns of the sufferer. As the latter adopts an unhealthy and rigid pattern that causes them and those around them to suffer several psychological, health, social, professional and relational problems...

Relatedly, we decided to present a clinical case with a dual diagnosis, as this patient has been suffering from the consequences of addiction for many years accompanied by a personality disorder. As for the clinical symptoms that top the clinical board of the case, we find a complete aversion to his body as he has not looked in the mirror for nearly 30 years. The patient has lost the symbolic representation of his body as a physical reality through which it is located internally, externally and cognitively. This comes in addition to severe clinical suffering at the level of familial, social and professional relationships, which made him live in a state of permanent social isolation.

In our therapeutic approach to the condition, we use cognitive behavioral therapy (CBT), a common type of psychotherapy in a regular manner, through a limited number of therapeutic sessions. The therapeutic intervention was carried out at the level of perception of incorrect or negative thinking, which enabled difficult situations to be presented more clearly and responded to in a more effective manner.

Keywords: addiction, personality disorder, cognitive behavioral therapy.

المخلص

تعد مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من أعقد المشاكل التي تعانيها دول العالم قاطبة، وذلك لما تتسبب فيه من أضرار جسيمة على مختلف الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية. لدى تسعى كل الدول جاهدة لمحاربتها بكل الوسائل. أما منظمة الصحة العالمية فتعرف الإدمان بالرغبة القهرية للاستمرار في تعاطي المادة المخدرة أو الحصول عليها بأية وسيلة، مع الميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة. هذا الإدمان يسبب اعتماداً نفسياً وجسماً وتأثيراً ضاراً على كل من الفرد والمجتمع. الأمر الذي يعقد سيرورة المشروع العلاجي، خاصة إذا كان المريض/المدمن يعاني من اضطرابات نفسية و/ أو عقلية مصاحبة للإدمان. ونخص بالذكر اضطرابات الشخصية نظراً لكونها تؤثر بشكل مباشر على سلوكيات وأداء ووظائف ونمط تفكير المصاب. إذ يتبنى هذا الأخير، نمطاً غير صحي ومتصلب يتسبب له وللمحيطين به في عدة مشاكل نفسية وصحية واجتماعية ومهنية وعلاقية ...

ارتباطاً بذلك، ارتأينا تقديم حالة إكلينيكية مرضية ذات تشخيص مزدوج؛ فالحالة تعاني من تبعات الإدمان لسنوات طوال يصاحبه اضطراب في الشخصية. إما عن الأعراض الإكلينيكية المرضية التي تنصدر السبورة الإكلينيكية للحالة، فنجد نفورا تاماً من جسمه حيث انه لم ينظر للمرأة منذ ما يقارب 30 سنة. إذ فقد المريض التمثل الرمزي للجسد كواقع مادي يتوقع من خلاله داخلياً وخارجياً ومعرفياً. إضافة الى معاناة سريرية شديدة على مستوى العلاقات الأسرية والاجتماعية والمهنية، مما جعله يعيش في عزلة اجتماعية دائمة.

في مقاربتنا العلاجية للحالة المرضية استخدمنا العلاج السلوكي المعرفي (CBT)، وهو نوع شائع من العلاج النفسي بطريقة منتظمة؛ وذلك من خلال عددٍ محدود من الجلسات العلاجية. حيث تم التدخل العلاجي على مستوى إدراك التفكير الغير الصحيح أو السلبي مما مكن من عرض المواقف الصعبة بشكل أكثر وضوحاً والاستجابة لها بطريقة أكثر فعالية.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، اضطراب الشخصية، العلاج المعرفي السلوكي.

مقدمة

تعد مشكلة تعاطي المخدرات من أكبر المعضلات حيث تسعى دول العالم جاهدة لمحاربتها بكل الوسائل لما تتسبب فيه من أضرار جسيمة على مختلف الجوانب الصحية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية.

فمنظمة الصحة العالمية تعرف الإدمان بالرغبة القهرية في الاستمرار في تعاطي المادة المخدرة أو الحصول عليها بأية وسيلة، مع الميل إلى زيادة الجرعة المتعاطاة. هذا الإدمان يسبب اعتماداً نفسياً وجسماً وتأثيراً ضاراً على كل من الفرد والمجتمع.

إحصائيات إدميولوجية حول الإدمان: (Nations Unies, Office contre la drogue et le crime, 2010)

فيما يخص الإحصائيات الإدميولوجية حول الإدمان بين عامي 2010-2019، فقد ازداد عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات بنسبة 22 في المائة، ويرجع ذلك جزئياً إلى النمو السكاني العالمي المتصاعد.

واستناداً إلى التغيرات الديمغرافية وحدها، تشير التوقعات الحالية إلى زيادة بنسبة 11 في المائة في عدد الأشخاص الذين يتعاطون المخدرات على الصعيد العالمي بحلول عام 2030. وزيادة ملحوظة بنسبة 40 في المائة في أفريقيا، بسبب النمو السريع للسكان والشباب. ووفقاً لآخر التقديرات العالمية، فإن حوالي 5.5 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة قد تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في العام الماضي.

♦ في حين أن 36.3 مليون شخص، أو 13 في المائة من العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، يعانون من اضطرابات تعاطي المخدرات.

♦ وعلى الصعيد العالمي، يقدر أن يكون أكثر من 11 مليون شخص يتعاطون المخدرات بالحقن، فنصفهم مصاب بالتهاب الكبد الفيروسي من نوع C. ومن بين هذه المواد المتعاطاة نجد الميثادون والبوبرينورفين بكثرة.

وقد زادت الكمية المتاحة للاستخدام الطبي ستة أضعاف منذ عام 1999، من 557 مليون جرعة يومية إلى 3317 مليون جرعة بحلول عام 2019، مما يشير إلى أن العلاج الدوائي القائم على العلم متاح الآن أكثر مما كان عليه في الماضي.

وحسب الاستطلاع الميداني لسنة 2007 – الذي أجرته وزارة الصحة المغربية بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية فقد تبين أن 48% من ساكنة المغرب يعانون من اضطرابات نفسية، فنسبة تعاطي المواد تبلغ 2,8%. أما إدمان المواد فيبلغ 3%. أما نسبة تعاطي الكحول فهي 2%. وإدمان الكحول يناهز 4%.

فحسب منظمة الصحة العالمية (GHO) يعرف "الإدمان على أنه حالة تسمم متقطع أو مزمن تحدث نتيجة استهلاك أو تناول متكرر لمخدر ما، سواء كان طبيعياً أو صناعياً أو سلوكياً، كما يعرف بأنه حالة نفسية وعضوية نتجت عن تفاعل الفرد مع العقار. ومن نتائجها ظهور خصائص تتسم بأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائماً الرغبة في تعاطي المخدر بصورة مستمرة أو دورية للشعور بآثاره النفسية،

ولتجنب الآثار المهددة أو المؤلمة التي تنتج عن عدم توفره. وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. ومن بين الأنواع التي تحدث الإدمان الكحوليات، العقاقير المختلفة، المخدرات كالأفيون ومشتقاته، الكوكايين والحشيش... بعد أن يحصل المتعاطي على هذه اللذة وانتهاهه منها، تتنابه مباشرة حالة من المعاناة والتعب وهو ما يدفعه للبحث من جديد عن الإشباع". (Moussaoui, 2007)

تختلف مخاطر الإدمان حسب نوعية المنتجات المستخدمة، وحسب طريقة الاستخدام لهذه المنتجات المستهلكة، وكذلك حسب استجابة كل شخص على حدة وتبعاً لحالته الجسدية والنفسية وأيضاً حسب ظروف الاستهلاك

أما تعريفنا الإجرائي لمفهوم الإدمان فيشمل كل مادة كيميائية حيوية أو مركبة، طبيعية أو مصنعة تغير من طريقة المدمن في إدراك الأشياء المحيطة به، كما تؤثر على كيفية الشعور بها، إما سلوكيات الشخص المدمن وانفعالاته فتخضع طردياً لنمط أفكاره والتي تخضع بدورها لأسلوب الإدمان وشكله ووثيرته ولطبيعة المادة المستهلكة والجرع المتعاطاة.

أشكال إدمان المخدرات

من خلال اشتغالنا وتخصصنا في علاج وتتبع ومرافقة الأشخاص المدمنين، لاحظنا أن إدمان المخدرات لدى بعض الشباب يتمظهر بالتعاطي التجريبي لمخدر ما على سبيل التسلية في مواقف مناسبة خاصة ومن أجل إرضاء بعض الرفقاء والرغبة في البقاء ضمن الجماعة، يصبح تعاطي المخدرات عادة متكررة كلما اجتمع الشخص برفقائه. أما بالنسبة إلى الآخرين - الذين يتعاطون المواد الأفيونية أو العقاقير الطبية - فيبدأ إدمان المخدرات لديهم بالتعرف عليها كأدوية بوصفة طبية أو الحصول على أدوية من صديق أو قريب تم وصف الدواء له طبيًا.

كما تختلف خطورة الإدمان ودرجة تحمله وسرعة زيادة المدمن لجرعاته على حسب العقار المستهلك. إذ تنطوي بعض العقاقير مثل المسكنات الأفيونية على خطر أعلى وتتسبب في الإدمان بسرعة أكبر من غيرها. وبمرور الزمن، نلاحظ ارتفاع جرعات العقار بحثاً عن النشوة المنشودة. مما يؤدي للارتباط المرضي لشخص بالمادة المخدرة، وهو ما نطلق عليه بالتبعية الجسمية والنفسية للعقار. مما قد يؤدي به الي محاولات متكررة، يائسة وفاشلة من أجل التوقف عن استخدام العقار. فكلما حاول المدمن التوقف عن التعاطي كلما اجتاحتته رغبة جارفة، قهرية واستحواذية فيه. الأمر الذي يدخله في دائرة مغلقة من المعاناة البدنية والنفسية، وهو ما نسميه أعراض الانسحاب. وتختلف خطورة الإدمان حسب نوعية المادة المستهلكة، كما تختلف من شخص لآخر وحسب الكمية المتعاطات وحسب طريقة التعاطي لهاته المادة وكل ذلك، رهين بالحالة الصحية للشخص المدمن.

قد تشمل علامات وأعراض استخدام المخدرات ما يلي: (Collège Romand de médecine de l'addiction [COROMA], 2003)

✓ الحصول على النشوة بانه "منتش"

✓ احمرار العيون

✓ جفاف الفم

✓ ارتفاع الشعور الإدراكي البصري والسمعي والتذوقي

✓ صعوبة التذكر والتركيز

✓ ارتفاع معدل ضربات القلب وضغط دم

✓ انخفاض التأزر

✓ تراجع الاهتمامات الاجتماعية والأنشطة الترفيهية.

✓ روائح كريهة في الفم وعلى أنامل اليد وكذلك على الملابس مع اصفرار الأسنان وأيضاً الأنامل

✓ انخفاض الشهية بشكل جد ملحوظ

✓ انخفاض في الوزن

✓ تغير لون البشرة

✓ تراجع مستوى الأداء بالدراسة والعمل

✓ تباطؤ رد الفعل

أعراض إدمان المخدرات

وتشمل أعراض إدمان المخدرات وسلوكياته ما يلي: (American Psychiatric Association [trad. Julien-Daniel Guelfi], 2015)

✓ الشعور بضرورة تعاطي المتكرر للمخدر.

✓ أثناء الوقوع تحت تأثير المخدرات يصبح المرء أكثر استعداداً للمجازفة والقيام بأنشطة خطيرة.

✓ التفكير الشاغل طيلة اليوم في كيفية اقتناء المخدر.

✓ الرفع من كمية المخدر للحفاظ على التأثير نفسه مع مرور الوقت.

✓ الاستمرار في تعاطي المخدر، برغم المشاكل والأضرار التي تسببها له في حياته الاجتماعية أو المهنية أو الدراسية أو الجسدية أو النفسية.

✓ الحرص على الاحتفاظ بكمية إضافية من المخدر بأي طريقة.

✓ السعي وراء النقود بشتى الوسائل (قد تكون غير قانونية) لتوفير المادة المخدرة عند عدم استطاعته تحمل هذه النفقات.

✓ الشعور بأعراض الانسحاب عند كل محاولة الإقلاع عن تعاطي المخدرات.

✓ تقليل المشاركة في الأنشطة الاجتماعية أو الترفيهية.

- ✓ الاستخدام الغير الصحي للأدوية المتداول بين أفراد الأسر.
- ✓ تعدد محاولات الفشل في الإقلاع عن تعاطي المخدر.
- ✓ عدم الوفاء بالالتزامات ومسؤوليات العمل أو البيت.

خصائص إدمان المخدرات

انطلاقاً مما سبق يمكن استخلاص خمس خصائص رئيسية للإدمان:

- 1- رغبة جامحة لتناول الدواء أو العقار والحصول عليه بأي طريقة ممكنة.
- 2- إمكانية زيادة الجرعة المأخوذة.
- 3- حدوث اضطرابات جسدية قوية لا تهدأ إلا مع تناول العقار.
- 4- أثر سلبي على الفرد والمجتمع بسبب تأثيرات العقاقير الذهنية على الجهاز العصبي للفرد.
- 5- محاولات متكررة، يائسة وفاشلة من اجل التوقف أو الإقلاع عن التعاطي.

فالإدمان إذن سلوك قهري، استحواذي، اندفاعي، تعودي...

العلاج المعرفي - السلوكي

فيما يخص العلاج المعرفي - السلوكي، باعتباره مفهومنا المركزي الثاني، فيعرفه الأستاذ عبد الستار إبراهيم: (إبراهيم، 2000) على انه: "علاج يقوم على استخدام الطرق العلاجية القائمة على نظرية التعلم السلوكي من جهة، ومن جهة أخرى على طرق علاجية تعطي المعارف مركزاً هاماً في الاضطرابات الانفعالية".

وتفترض النظرية المعرفية - السلوكية في العلاج النفسي وجود ثلاثة عناصر مترابطة يساهم تفاعلها في تطور السلوك واستجاباتنا

للعالم بجانبه الصحي والمرضي:

- 1- الموقف أو الخبرة المرتبطة بالحالة النفسية
- 2- الجانب الوجداني والحالة الانفعالية موضوع الشكوى (بماذا اشعر الآن؟)
- 3- البناء المعرفي للخبرة (كيف أدرك الموقف وأفسره؟).

أما عن فنيات العلاج المعرفي السلوكي فتعتمد بالدرجة الأولى على المقابلة الإكلينيكية التحفيزية. التي تهدف الى تقييم الحالة، ففي هذا الصدد يتعلم الشخص من خلال المعالج المعرفي كيفية معرفة المعتقدات أو الإدراكات الخاطئة فيقوم بتصحيحها وتعويضها بأفكار صحية وإيجابية.

ثم ننتقل بالمريض إلى مرحلة تسجيل الأفكار: حيث يقوم بتسجيل الفكرة السلبية ويضع مقابلها الدليل على عدم فاعليتها كما تمنح له فرصة إيجاد أفكار بديلة مرتبطة بأرض الواقع.

وفي آخر المطاف توضع هذه الأفكار الجديدة على محك التجربة من خلال القيام بتمارين وأنشطة ذات هدف علاجي، شريطة ألا تكون تعجيزية وأن تكون في متناول المريض من حيث القدرة المادية والذهنية والنفسية ويتم مكافأة المريض عن طريق التشجيع والتحفيز لتعزيز هذه التعليمات الجديدة.

اضطرابات الشخصية

أما المفهوم الرئيسي الثالث في دراستنا هاته، فيتناول اضطرابات الشخصية التي يعرفها الدليل التشخيصي والتصنيفي للاضطرابات النفسية في إصداره الخامس باعتبارها «أساليب سلوكية غير تكيفية وغير مرنة لا ترقى في حدتها إلى مستوى الاضطرابات العقلية والأمراض العصبية».

تتحدد المعايير التشخيصية العامة لاضطرابات الشخصية على الشكل الآتي:

- نمط ثابت من خبرة وسلوك داخليين، مخالف لما هو منتظر من ثقافة الفرد، يظهر هذا النمط في مجالين أو أكثر من المجالات التالية:
- "الاستعراف" أي الطرق التي يدرك ويفسر فيها الفرد ذاته والناس والآخرين
- "الوجدانية" أي مدى وشدة وتقلقل وملاءمة الاستجابة الانفعالية
- الأداء الوظيفي البين ذاتي
- السيطرة على الدوافع".

لكنها تخلق مشكلات للفرد وللمحيطين به. تتفاوت حدتها من الانحراف السلوكي غير المؤدي إلى سلوكيات شاذة تؤثر على المريض نفسه كما تؤثر على علاقاته الأسرية والاجتماعية والدراسية أو العملية.

يتصف هذا النمط الثابت بعدم المرونة والشمولية في مجال واسع من المواقف الشخصية كما يقود النمط الثابت إلى معاناة شديدة سريريا أو إلى اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى مهمة من الأداء الوظيفي.

يتصف هذا النمط الثابت والممتد بالاستمرارية ويمكن تقصي بدايته منذ المراهقة أو في بداية سن الرشد، إذ لا يعلل هذا النمط الثابت باعتباره عرضا أو نتيجة لاضطراب عقلي آخر. ولا ينجم عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة ما "مثل سوء استخدام عقار، دواء، مادة مضرة" أو حالة مرضية عامة "مثل رضخ الرأس".

تقديم الحالة الإكلينيكية

سنتناول الحالة الإكلينيكية التي بين أيدينا من خلال التطرق للمعطيات التالية:

-ورقة تعريفية عن المريض -السيرة الذاتية -أسباب الاستشفاء -تاريخ المرض -السوابق المرضية والإدمانية للمريض -خطة العلاج المقترحة والتي تتضمن العلاج المعرفي السلوكي.

يتعلق الأمر بالمريض «ن»، يبلغ من العمر 44 سنة، ترتيبه السادس بين 7 إخوة (4 أنات و3 ذكور)، متزوج، أب لطفلين، لديه طفل يبلغ من العمر 11 سنة، وطفلة تبلغ من العمر 9 سنوات، يعمل كمدرس، أصله من شرق المغرب، ينحدر من عائلة ذات مستوى اجتماعي واقتصادي منخفض.

حسب أقوال المريض: كان سير دراسته طبيعياً ومتميزاً، باستثناء سلوك التجنب الذي يتبناه في القسم، فهو يجلس في أواخر الصفوف حتى لا يلاحظه زملاء الفصل. بعد حصوله على البكالوريا، فكر في التوجه إلى المدارس العليا ذات المستقبل الواعد: مثل مدرسة الهندسة أو كلية الطب، لأن معدله العالي كان يخوله ذلك، لكن بسبب نقص الإمكانيات المادية، اختار ولوج سلك التعليم لمساعدة أهله مادياً.

منذ طفولته حتى يومنا هذا، تميزت علاقته مع والدته بانصهار عاطفي عميق وارتباط كلي بها، فحسب قوله وهو في سن متقدم من العمر، كان يذهب معها إلى الحمام ويرافقها إلى التجمعات النسائية.

كما ذكر أن لديه خصية واحدة فقط وأنه لم يستشر أي طبيب من قبل.

التاريخ المرضي للحالة "ن".

منذ سن 18 بدأت لدى المريض صعوبات في مشاهدة صورته الجسمية وخصوصاً على مستوى وجهه. ومنذ ذلك الحين، قطع بشكل نهائي مع جميع الوسائل التي تعكس صورته (صور، مقاطع الفيديو، مرآة، الانعكاس، إلخ)، كما انه لم يعد يستحم لعدة أشهر متتالية وذلك تفادياً للنظر أو للمس جسمه وخاصة على مستوى بطنه. من خلال المقابلة الإكلينيكية تبين أن للحالة "ن" عدة سوابق مرضية نذكر منها على الخصوص:

- ◆ في سن التاسعة عشرة، تعرض المريض للإيذاء اللفظي من أقرانه الذكور بسبب سلوكياته الأنثوية (على مستوى الصوت والتحدث ولغة الجسد).
- ◆ بدأ "ن" بتعاطي المخدرات في جو احتفالي ولأول مرة خبر تأثيرها "السحري" على أفكاره وسلوكياته وعواطفه.
- ◆ تحت ذلك التأثير "السحري"، تزوج بشكل عفوي ومتسرع، وفي حفل الزفاف رفض التقاط صور أو مقاطع فيديو له. كما انه لا توجد مرآة مثبتة في منزل العائلة. أما عند مصفف الشعر، فيطلب منه إخفاء المرأة بغطاء.

◆ تعرف العلاقة الزوجية الكثير من المشاكل وذلك بسبب انسحاب الحالة من كل مسؤولياته الزوجية والأسرية، فالزوجة تهتم بجميع صلاحيات وأمور المنزل ورعاية شؤون الأبناء.

◆ علاقة "ن" بأبنائه غير متوازنة، فهو يفضل الفتاة ويهمل الصبي بشكل ملحوظ.

◆ يهتم بمظهره الخارجي ويطلب دائما رأي زوجته (كيف أبدو؟)، ويقضي أيامه في تجنب رؤية جسده، كما يتجنب أي نوع من أنواع الاتصال بالآخرين حتى في العمل.

وبعد عدة جلسات كشف المريض عن أهم الأعراض الإكلينيكية التي تنغص عليه حياته الخاصة، نذكر منها على سبيل المثال لا الحصر:

■ ذكريات الشاشة،

■ العلاقات الاجتماعية المعطلة،

■ معاناته يومية.

ذاكرة الشاشة:

أفاد المريض أنه في سن السابعة، أثناء السباحة مع أصدقائه الستة في النهر، فاجأهم شخص بالغ مسلح بسكين، وهرب المريض والأطفال الأربعة واغتصب السادس. كما ذكر أنه في هذا العمر (7 سنوات) وعندما كان يتبول، كان أصدقاؤه يسخرون من حجم قضيبه الصغير جدا.

الجانب الاجتماعي والعلائقي للمريض:

يتصرف المريض بشكل خاص مع الآخرين بطريقة شاذة يمكن قراءة سيميائياتها الإكلينيكية من خلال:

حركاته الأنثوية، تعابير وجهه المستفزة، نظراته الثابتة. يرتدي المريض ملابس فضفاضة تكون أحيانا غير مناسبة لسنه. كما يقدم مظهرًا ثابتًا واستفزازيًا بشكل معبر عن القلق. ليس لديه علاقات اجتماعية أو ودية مع الآخرين. "أنا لا أحب أحدا، أخشى حكمهم على أفكاري وعلى مظهري". "أنا لا أحب زوجتي، لقد تزوجت فقط لإرضاء المجتمع، بدأت أحب أطفالتي في الآونة الأخيرة".

أما استشفاء المريض في المستشفى لأول مرة، فقد جاء تحت طلب ملح من زوجته ورغبتها القوية في إيقاف تعاطي زوجها للمواد الأفيونية (ترامادول)، ومضادات الذهان (البنزوديازيبين)، ومضادات القلق (تيمستا) –مضادات الأعراض الجانبية لأدوية الذهان (أرتان). إلا أن المقابلة التحفيزية مع المريض كشفت أن حافزه للعلاج لم يكن يتجاوز 50%.

في المرة الثانية لدخوله المستشفى جاء بمفرده طالبًا المساعدة النفسية، بحافز قوي هذه المرة، ناهز 100%. (حسب المقابلة التحفيزية) بدأ المرض منذ سن 16 سنة، وذلك بظهور تدريجي لأعراض نوبات القلق، الأرق، العزلة، الخوف من مواجهة الجنس الآخر، قلة احترام الذات، مشكلة المظهر، دائم المقارنة مع أقرانه، يرفض النظر إلى وجهه في المرأة وأيضا يرفض الاستحمام.

للتغلب على هذه الصعوبات الجسدية والاجتماعية، لجأ المريض إلى تناول الكحول والتداوي الذاتي بالعقاقير. وكبدل للكحول، بدأ المريض في تناول دواء مضاد للقلق لأول مرة (Klonozapin). يصف أنه بعد هذا الاستهلاك كان لديه شعور لا مثيل له بالنشوة والسعادة المطلقة مع زيادة احترام الذات وكذلك القدرة على إدارة خجله وتجاوز صعوبات علاقته مع الجنس الآخر.

إلا أن المريض بعد انتقاله إلى مدينة أخرى، بدأ المريض في تناول عقاقير أخرى مضادة للقلق (ريفوتريل) بمعدل 16 قرصًا/يوم، كما جرب أنواعًا أخرى من البنزوديازيبينات بكميات كبيرة بحثًا عن أول إحساس انتابه مع ريفوتريل. مما دفعه لاستهلاك أنواع أخرى من الأدوية مثل مضادات الانتهاب، وحاصرات Bétabloquants. إلا أن المريض يقر أن إدمانه الرئيسي مرتبط بالأساس بالمواد التالية: الترامادول وأرتان وتيمستا.

في عام 2016 تم إدخال المريض إلى المركز الاستشفائي الجامعي "ابن الحسن" للطب العقلي والنفسي واستشفاؤه بمصلحة طب الإدمان لمدة 3 أشهر. وكتشخيص أولى لحالته اعتبر المريض ثلاثي الاضطراب: اكتئاب، رهاب اجتماعي، ذو شخصية انطوائية.

التاريخ المرضي النفسي الشخصي

كان المريض يتعالج من قبل أطباء نفسانيين وأطباء عامين (يتناوب على زيارتهم باستمرار للحصول على وصفات دوائية). فقبل استضافة المريض في المستشفى نقوم بتقييم تفاصيل استخدامه للمواد المخدرة في الشهر الأخير. وكانت النتيجة كالآتي:

✓ مضادات الأعراض الجانبية لأدوية الذهان (أرتان): 5 حبات في اليوم.

✓ مضادات القلق (تيمستا) 2,5 mg : 4 حبات في اليوم.

✓ المواد الأفيونية (ترامادول): 30 حبة في اليوم.

يُعدّ العلاج المعرفي السلوكي (Cognitive Behavioral Therapy) علاجًا قصير المدى يستهدف الاضطرابات الأتية، ويستغرق ما بين جلسة واحدة أسبوعيا أو كل أسبوعين، وتمتد الجلسة من 30 إلى 60 دقيقة، لما يقارب خمس جلسات إلى 20 جلسة. بالنسبة لهذه الحالة وبحكم إقامتها في المستشفى فإنها حظيت بجلسات يومية.

تطبيقا لذلك اعتمدنا في علاجنا المعرفي السلوكي للحالة المرضية "ن" بالاشتغال على المحطات الثلاث التالية:

أولاً: تعرفنا على الأفكار السلبية المؤلمة والمزجة والتي لها علاقة بمشاكله الحالية، وحددنا ما مدى ارتباطها بالواقع، كما قمنا بترتيب المشاكل من الأسهل إلى الأصعب.

ثانياً: قمنا بتدريبه على تعلم مجموعة من المهارات التي ساعدته على تغيير أنماط تفكيره عن طريق تخطيط لتمرين وإنجازات تدريبية وملائمة لظروفه الخاصة، الأمر الذي مكنه من القدرة على التعامل مع مشاكله.

ثالثاً: تم تحديد مسار العمل المناسب للحالة والذي اشتمل جملة من التمارين ساعدته على تعلم كيفية تطبيق المهارات والحلول التي توصل إليها خلال مساره العلاجي، وكذلك مناقشة حصيلة كل تمرين مع مراجعة إمكانية إعادته.

عندما يعاني المريض من ضائقة نفسية، فإن الطريقة التي يفسر بها الأوضاع المحيطة به تكون غير صحيحة ومنحرفة عن الواقع، فالأفكار السلبية وغير الواقعية تتسبب له في مشاكل نفسية، وقد تؤثر في صحته العقلية. وهذا بدوره له تأثير سلبي على المواقف التي كان المريض يتخذها، فمثلاً:

المواقف المحرجة التي كان يتعرض لها المريض:

- الأنشطة التي تنطوي على الاتصال بالآخرين.
- النظر إلى وجهه (انعكاس، مرآة، صور، إلخ).
- اخذ حمام.
- علاقته الحميمة بزوجه.

الجانب المعرفي والأفكار التلقائية المرتبطة بهذه المواقف:

- أنا مريض.
- فات الأوان.
- ما فائدة النظر إلى المرأة.
- إنه الإدمان.
- أخشى النظر إلى الآخرين.
- أخشى حكم الآخرين.
- أخشى أن ينتقدي الآخرين.
- أنا خجول.
- اشعر بالقبح.
- أشعر بالضعف.
- ما الهدف من ممارسة الجنس؟

الجانب السلوكي المرتبط بنفس المواقف من حيث سلوكيات التجنب نجد:

- كثرة الشواهد الطبية.

- يغير المسار (طريق عمله) في كل مرة.
- يخفي المرأة عن أنظاره.
- ينام لوحده.

الجانب العاطفي المرتبطة بالتعرض لنفس المواقف المحرجة:

- الهشاشة.
- القلق.
- الخوف.
- انعدام الأمان.

أما الجوانب العاطفية كمشاعر دفاعية نجد لديه:

- الحساسية تجاه الرفض.
- قابلية الغيرة والحسد.
- الميل إلى أن يتأذى بسهولة من النقد.
- الميل إلى عدم وجود أصدقاء مقربين خارج الأسرة.

اعتمدنا في مخططنا العلاج النفسي للمريض على تدريبه وتعليمه للطرق الكفيلة التي تمكنه من التغلب على المشاكل عن طريق تغيير طريقة التفكير والتصرف بطريقة علاجية تعتمد على الحديث بين المريض والمعالج. فالاضطراب النفسي عند الحالة "ن" ينبع من الإدراك الخاطئ عن نفسه وعن الآخرين، فيتسبب له في اضطراب المشاعر، وينعكس ذلك على سلوكه. وبالتالي فإن تغيير طريقة تفكير المريض ورؤيته للعالم تساعده في تغيير استجابته للمواقف.

في بادئ الأمر تم ترتيب المشاكل من أسهلها إلى أصعبها. آنذاك تبدأ معتقدات المريض بالتغيير عندما يكتشف بأنها غير مفيدة. بعد ذلك نضع أفكارا بديلة ذات تمثلات عقلانية مفيدة. وعندما يكون المريض مستعدا للتغيير نبدأ في إنجاز تمارين ذات علاقة دقيقة بالمشاكل المطروحة وذلك بالبدء بما هو سهل حتى لا يكون هناك تعجز في الإمكان (انطلقنا أولا بعلاقة الأب مع أطفاله، ثم علاقة الزوج بزوجته، ثم اضطرابات المريض الإدمانية، ثم انتقلنا تدريجيا لإجراء تمارين المواجهة مع المرأة، مع القيام بتمارين الاسترخاء في الأخير).

اعتمدنا على المقابلة التحفيزية كأداة إكلينيكية من أجل أن يتقبل المريض ذاته ويتجاوز أعراضه المرضية وذلك عن طريق تغيير طريقة تفكيره وتصرفه، حيث قمنا بتحليل هذه العلامات المرضية وتعريفه بها من حيث واقعيتها وصلحياتها. على سبيل المثال مشكل النظافة التي سببت له أمراضا جلدية خطيرة. ثم عملنا بعد ذلك على تغيير أفكار وسلوكيات المريض تجاه أطفاله. عن طريق تمارين

وإنجازات وممارسة هذه التغييرات في حياته اليومية. كتقسيم المهام مع زوجته من حيث تربية الأبناء والقيام بواجباته المنزلية واحترام حقوقه وواجباته الزوجية.

أما فيما يخص الإدمان فقد حضي المريض بالمواكبة العلاجية الاستشفائية منذ دخوله الى المستشفى، وقد استفاد من العلاج الكيميائي بموازاة مع العلاج المعرفي السلوكي حول الإدمان. وعن طريق الميزان الحاسم بين الفوائد والنواقص للإدمان تم اقناع المريض بتبني أفكار جديدة وسلوك أفعال بديلة. قمنا كذلك بتمارين المواجهة بطريقة متدرجة مصاحبة بتمارين الاسترخاء.

◆ رؤية آخر صورة التقطت للمريض إذ كان في 18 سنة.

◆ رؤية الظل وانعكاس صورته على زجاج النوافذ والصور المعلقة.

◆ قمنا برسمه مباشرة وتقديم الصورة له.

◆ تم انتقلنا بعد ذلك الى مواجهته بالمرآة.

لهذا كان من الضروري العمل على المتغيرات التي تحفز الإدمان لدى هذا المريض، لان الشخص ينحبس في حلقة مفرغة بين المحفز التعزيز والمكافئة، فالإدمان في هذه الحالة يعتبر كنتيجة. فهو يتميز بارتباط قهري بمحفزات نظام المكافئة في الدماغ، وذلك بالرغم من النتائج الضارة على مختلف المستويات الصحية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية. فهو يعد كاضطراب في الدماغ حسب المنظمة الصحية العالمية.

خلاصة

كنتيجة لاستخدامنا للعلاج المعرفي السلوكي استطاع الحالة "ن" تطوير طرق بديلة للتفكير والسلوك والتي استهدفت الحد من محتته النفسية. فبواسطة هذا العلاج النفسي تمكن من إدراك أفكاره التلقائية السلبية، وعمل على معالجة أنماطه السلوكية التي كانت تعزز تفكيره الخاطيء. وذلك بتبني خطاطات معرفية جديدة عوضت طريقة تفكيره المرضية القائلة بقانون الكل أو اللا شيء.

وكتوصية نقول من أجل ذلك ينبغي أن يأخذ المريض باضطرابات الشخصية حقه في الإنصات والإرشاد النفسي والعلاج. كما نوصي بضرورة توفير المزيد من مراكز علاج الإدمان في المملكة المغربية.

قائمة المصادر والمراجع:

- 1- Nations Unies, Office contre la drogue et le crime. (2010). Rapport mondial sur les drogues 2010 : Résumé Analytique. Recupéré de http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-_FR.pdf
- Nations Unies, Office contre la drogue et le crime. (2012). Rapport mondial sur les drogues 2012.
- 2- Moussaoui, D. (2007). La santé mentale au Maroc: enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux et des toxicomanies. Encéphale-revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique, 33, 125-126.
- 3- Collège Romand de médecine de l'addiction (COROMA). (2003). Toxicodépendance : Problèmes somatiques courants. Genève: Éditions Médecine et Hygiène, Département Livre.
- 4- American Psychiatric Association (trad. Julien-Daniel Guelfi). (2015). DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson. (1re éd. 2013).
- 5- إبراهيم، عبد الستار. (2000). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. القاهرة، مصر: الدار العربية للنشر والتوزيع