

## التطبيق الاكلينيكي للنموذج البيو-سيكو-اجتماعي في اضطرابات الإدمان

حمزة شينبو

أستاذ علم النفس بكلية علوم التربية-جامعة محمد الخامس، المغرب-الرباط

[dr.hamzachainabou17@gmail.com](mailto:dr.hamzachainabou17@gmail.com)

تاريخ نشر البحث: 2022/12/18

تاريخ استلام البحث: 2022/11/30

### الملخص:

تهدف هذه المقالة إلى مقارنة المستجدات في مجال تصنيف وتشخيص اضطرابات الإدمان حسب التصنيفات الدولية المعتمدة، وكذا تفسيرها وفهمها من منطلق التطبيق الاكلينيكي للنموذج البيو-سيكو-اجتماعي Le Model Bio-Psycho-Social، هذا الأخير يسمح بتحقيق الفهم متعدد الأبعاد ويقف عند التفاعل بينها. لذلك سنرى مدى حضور الأبعاد البيولوجية والعصبية والنفسية والمعرفية والاجتماعية والسلوكية والنمائية... في عمليات التشخيص والتقييم والتدخل والوقاية من الانتكاسة.

الكلمات المفتاحية: النموذج البيو-سيكو-اجتماعي، اضطرابات الإدمان، التشخيص، الوقاية من الانتكاسة، المقارنة الخبراتية.

### المقدمة

منذ سنة 2004 أصبح التحدي يتمثل في جعل الناس يفهمون، ويقبلون، ودمجون المقاربة العالمية للإدمان، فبعد سنوات من مقارنة مقسمة بين التدخين وتعاطي الكحول وتعاطي المخدرات... Toxicomanie – Tabagisme- Alcoolisme... فكر علماء النفس المشتغلين داخل حقل الإدمان في تجاوز منطق النقيء والمنهجية القطعية، والانتقال لتبني منهجية منفتحة تستدمج كل الأبعاد (البيولوجية، السيكولوجية، الاجتماعية، البيئية، النمائية، الثقافية)، حيث سخر العلماء كل امكانياتهم للإقناع بأن هذا النموذج من شأنه أن يمنع بشكل أفضل ظهور الإدمان ويقدم رعاية أفضل. والمهتم بقضايا الإدمان لابد أن يستوعب بشكل دقيق هذا التحول لأن بناء أي نموذج للتكفل والوقاية أصبح يستند لفلسفة وروح هذا التوجه، فما هي النقاط التي شكلت أساسا ابستمولوجيا لهذا التحول؟ وكيف يمكن فهم اضطرابات الإدمان من منظور متعدد الأبعاد؟ ما هو التفسير المعرفي للانتكاسة؟

### الأسس الإبستمولوجية للتوجه المعاصر في مقاربة الإدمان:

لقد تركزت جهود العلماء والباحثين في مجال علم الإدمان على تغيير التمثلات الاجتماعية حول الإدمان، ولقد تمكن المجتمع العلمي ابتداء من 2016 من جعل مصطلح "إدمان" مستوعبا من قبل المجتمع، وهذا ما جعل علم الإدمان يصبح عابرا للتخصصات، مما انعكس على تطور المعرفة بالآليات النوروبيولوجية وحدث فهم عميق بالآليات المعرفية المرتبطة بالإدمان،

كما أن عوامل الهشاشة الفردية والاجتماعية المرتبطة به أصبحت اليوم معروفة بشكل جيد. وهذا الفهم متعدد الأبعاد سمح باقتراح نظريات مؤطرة للتفكير حول اضطرابات الإدمان واقتراح استراتيجيات للتكفل الفعال مما عزز بشكل متزايد نظام الرعاية الصحية (AUBIN Henri-Jean, BENYAMINA Amine, 2016)، إن هذا التفاعل بين الأبعاد المتعددة حقق من خلاله الباحثين في هذا المجال مجموعة من نقاط القوة نوضحها كما يلي:

(أ). لقد تمكن مجتمع البحث العلمي من إعادة تعريف المفاهيم التي سمحت ليس فقط بتحسين التكفل بشكل أفضل فحسب، بل أيضا التركيز على حالات الإدمان المبكرة والاهتمام بها، وهو ما لم يكن متاحا في النماذج التقليدية، والتي كانت تولي اهتمامها فقط إلى الحالات التي وصلت درجة متقدمة من الإدمان، كما تمكن الباحثون باعتمادهم للتحليل النمائي الدقيق لمراحل التطور التي يقطعها المدمن نحو الاعتماد من تحديد ما يرجع من عوامل لضغط البنية وما يرجع لعوامل الهشاشة الفردية.

(ب). وفر التراكم في مجال العلوم العصبية المعرفية فهم الآليات النورويولوجية لمختلف الإدمانات، مثل الإصابات التي تلحق مختلف طبقات مسار الدوبامين المرتبطة بمختلف الخصائص الاكلينيكية للإدمان (الاشتياق، الاضطرابات في تدبير الانفعالات والاشتغال المعرفي المتناقض). حيث تسمح لنا البيانات المأخوذة من النورويولوجيا والمدعومة بالتصوير الدماغية بفهم الكيفية التي تعمل المخدرات من خلالها كإغراءات دوائية تؤثر بشكل مباشر في آليات تنظيم مسارات اللذة والألم/ القرب والتجنب، فتصبح معطلة وغير منتظمة، وهذا المبرر العلمي تبين من خلاله أن دماغنا وآلياته العصبية (نظام المكافأة) تقوم بتوازن دقيق بين: الاستقلالية/المخاطرة والبحث عن الإحساس/وبين الاعتماد.

(ج). استندت هذه المنهجية الحديثة إلى التحليل المفصل بشكل متزايد لعوامل الخطر والهشاشة بيولوجيا وجينيا وكذلك بينيا واجتماعيا، مما يؤكد أن ارساء نظام الوقاية والتكفل يجب أن يستند لنتائج هذه الدراسات.

### الإدمان في (DSM-5): 1: تغير منهجي ومفاهيمي وتجاوز للمعنى الصرف للاعتماد وإقرار مفهوم الرغبة

من الملاحظ أنه تم الانتقال من المنهج القطعي المعتمد في النسخة الرابعة من الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية (DSM-4) إلى منهج متعدد الأبعاد، وساهم هذا الانتقال في إحداث تحول في التشخيص، حيث لم يعد يعتمد على الفئات بالقدر الذي بات يرتكز على الأبعاد. بالإضافة إلى ذلك تم الجمع بين اضطرابات استعمال المواد والإدمانات بدون مواد مثل اللعب المرضي (الإدمان السلوكي)، كما تم ادخال تشخيص انسحاب الحشيش والكافيين وغير الحاضرة في النسخة الرابعة، بينما هناك سلوكيات إدمانية أخرى كإدمان اللعب على الأنترنت تم تقديمها في القسم الثالث للتشخيصات قيد الدراسة والحاجة إلى تراكم المعطيات الإكلينيكية، كما تم مسح مصطلح الأفعال غير المشروعة تماما بالنسبة لكل الفئات، وإزالة مصطلح الاعتماد Dépendance، هذا المصطلح الذي استعمل منذ 1990 لتعريف وتحديد السلوك القهري غير المراقب للبحث عن مادة بمعزل عن وجود أو عدم وجود دليل على الإنسحاب Sevrage أو التحمل Tolérance. فلقد عمل C.O. Brien وزملاؤه على لفت الانتباه لكون مصطلح "اعتماد" يشير مبدئيا إلى الظواهر الفسيولوجية التكييفية للإنسحاب والتحمل والتي نجدها في كل المواد التي تؤثر على النظام العصبي المركزي سواء الكحول، التبغ، الأدوية... الخ. ولتجنب سوء الفهم الذي يضر بالأشخاص الذين لديهم هذا الاضطراب قدم اقتراح تعويض مصطلح "اعتماد" بمصطلح "إدمان"، وخير دليل على ذلك إدخال مصطلح "اضطراب القمار" إلى دائرة اضطرابات الإدمان السلوكية، وكانت الحجج الداعية إلى هذا التغيير هي تشابه الأعراض والاختلال الوظيفي العصبي البيولوجي الكامن وراء هذا الاضطراب، ووجود المرضية المشتركة، ونفس الهشاشة الجينية ومقاربات علاجية متماثلة (C. Gazel ; M. Fatséas ; M. Auriacombe ; - 2014).

وأمام هذا التغيير تم تخفيض عتبة معايير التشخيص إلى عرضين من بين 11 عرض. زد على ذلك إدخال مستويات الحدة: حفيف (من عرضين إلى 3 أعراض) متوسط (4 أعراض إلى 5 أعراض) شديد (6 أعراض فما فوق)، وقد أظهرت الدراسات بالفعل أنه عندما كانت العتبة محددة في 5 معايير لم يتم تشخيص بعض الأفراد الذين تبين بأن لديهم إدمان شديد بعد تطبيق أدوات القياس الأخرى التي تعتبر معيارية. بالإضافة إلى هذه التغييرات في مجال الإدمان، نجد التصنيف الحالي يضيف معيار جديد وهو "الرغبة Craving" ويعرف برغبة قوية وحاجة ملحة لاستخدام المادة أو السلوك.

**بناء معايير التشخيص وفق النموذج البيو-سيكو-اجتماعي:**

يصطلح على الإدمان "اضطرابات مرتبطة بمادة واضطرابات الإدمان Troubles liés à une Substance et Troubles Addictifs" ويشمل إدمانات على المواد وإدمانات سلوكية، تتضمن الإدمانات على المواد 10 أقسام منفصلة من المواد (إدمان الكحول، إدمان الكافيين، إدمان القنب، إدمان المهلوسات، إدمان مواد المستنشقات، إدمان الأفيونات، إدمان المهدئات والمنومات ومضادات القلق، إدمان المنشطات، إدمان التبغ، إدمان مواد أخرى غير معروفة)، ويشير التصنيف إلى كون هذه الاضطرابات التي تتعلق بالمواد تنقسم إلى مجموعتين:

(أ). اضطرابات تعاطي المخدرات

(ب). الاضطرابات الناجمة عن تعاطي مادة/ دواء ك (الاضطرابات الذهانية، اضطرابات ثنائي القطب، اضطرابات الاكتئاب، اضطرابات القلق، اضطرابات الوسواس القهري، اضطرابات النوم، والخلل الجنسي، الهذيان، والاضطرابات

العصبية المعرفية) وكذا حضور شرطي التسمم (Intoxication)، الانسحاب (Sevrage) (DSM-5, P571).

أما فيما يخص الإدمانات السلوكية فقد أشار التصنيف إلى اضطراب سلوكي واحد بعد أن توافرت أدلة تعكس كون أن سلوكيات القمار تعمل وفقا لنظام المكافأة<sup>1</sup> (Le System de compensation) المماثلة لتلك التي يتم تفعيلها من خلال تعاطي المخدرات وأيضا إنتاج بعض الأعراض السلوكية التي تظهر مماثلة لتلك التي تنتجها الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة، وكذلك الأنماط السلوكية المفرطة الأخرى، مثل اللعب على الأنترنت، كما تم وصفها، ولكن البحث حول هذه المتلازمات السلوكية أقل وضوحا لان المعطيات حولها والأدبيات المتراكمة غير كافية لبلورة المعايير التشخيصية الضرورية لتعريف هذا السلوك كاضطراب ذهني. وبالتالي مجموعة من السلوكيات المتكررة وبعض أنواع الإدمان السلوكي "ادمان الجنس"، "إدمان الأنشطة البدنية"، "إدمان التسوق"، ليست مدرجة في هذا الوقت لأن الوقت غير كاف لاستعراض الأدلة التي تثبت معايير التشخيص (DSM-5, P571). لكن سنة 2018 أعلنت منظمة الصحة العالمية اضطرابات اللعب ضمن المسودة الأخيرة للنسخة -CIM- 11 تحت بند الاضطرابات الناتجة عن سلوك إدماني وسط اعتراض كبير من الشركات المنتجة للألعاب الإلكترونية، وابتداء من يناير 2022 أصبح الإدمان السلوكي مدرجا بشكل رسمي ضمن التصنيف التابع لمنظمة الصحة العالمية.

**التطبيق الاكلينيكي للنموذج البيو-سيكو-اجتماعية على معايير للتشخيص**

تشكل خصائص اضطراب الإدمان مجموعة أعراض معرفية واجتماعية وسلوكية وفسولوجية-عصبية (تغير في الدوائر الكهربائية الدماغية). وفيما يلي نعرض معايير تشخيص كما جاءت في الدليل التشخيصي الخامس، والتي تستحضر روح وفلسفة هذا النموذج التفاعلي:

**البعد الأول: التشخيص من حيث ضعف التحكم في استعمال المادة**

- 1) أخذ المادة بمقدار مهم أو خلال فترة أطول من المتوقع.
  - 2) التعبير عن رغبة مستمرة في خفض أو التحكم في استعمال المواد وقد تبذل جهودا غير ناجحة ومتعددة لتقليل الاستعمال أو التوقف عنه.
  - 3) قد يمضي وقتا كثيرا للحصول على المادة لاستخدامها أو التعافي من آثارها.
  - 4) يمكن أن تدور الأنشطة اليومية حول المادة. مع الرغبة والشوق إليها. وكذا الرغبة الشديدة والحاجة الملحة لاستعمالها والذي قد يحدث في أي وقت، وقد تبين أيضا بأن هذا الشغف يشتمل على اشراط كلاسيكي ويرتبط مع تفعيل نظام المكافأة بالدماغ، مع حنين وحث قوي على تناول المادة مما يؤدي إلى عدم التفكير في أي شيء آخر سواه. (DSM-5, 572).
- (P :

1. نظام موجود داخل جسمنا بشكل طبيعي عبارة عن عدة مناطق داخل الدماغ، ويرفع مستوى الدوبامين بالأخص يتولد شعور بالمكافأة لطيف يحفز الفرد تجاه الأفعال التي تساعد على البقاء، والمخدر يقوم برفع الدوبامين إلى مستويات عالية أكثر من الطبيعي فتسبب إثارة عالية للخلايا العصبية فينتج عن ذلك شعور بالانشاء، ومع تكرار التجربة تقل حساسية نظام المكافأة للمثيرات فيتوقف المخدر عن جلب السعادة مثل الأول.

**البعد الثاني: التشخيص من حيث ضعف الأداء الاجتماعي:**

- 1) الاستخدام المتكرر للمادة قد يؤدي إلى عدم الوفاء بالالتزامات الرئيسية في العمل، المدرسة أو المنزل.
  - 2) الاستمرار في استعمال المادة بشكل متكرر أو مستمر بالرغم من المشاكل الشخصية أو الاجتماعية، والمسببة أو المتفاقمة بسبب آثار المادة.
  - 3) التراجع في/ أو التخلي عن الأنشطة الاجتماعية والمهنية أو الترفيهية الهامة بسبب استعمال المادة.
- البعد الثالث: التشخيص من حيث الاستعمال المحفوف بالمخاطر للمادة**

- 1) الانسحاب من الأسرة، ومن الأنشطة والهوايات من أجل استخدام هذه المادة.
- 2) مواصلة تعاطي المواد على الرغم من وجود المعرفة المستمرة بالمشاكل الجسدية أو النفسية المتكررة، والتي من المرجح أن تكون ناجمة عن تفاقم الحالة بسبب مادة معينة. وتتجسد القضية الرئيسية في تقييم هذا المعيار في الفشل في الامتناع عن استخدام مادة رغم المشكلات المترتبة عليها.

**البعد الرابع: التشخيص من حيث المعايير الدوائية:**

- 1) التحمل La Tolérance والذي يعرف كحاجة للرفع من كمية المادة لأجل إنتاج التأثير المطلوب أو الأثر الملحوظ عندما يتم استهلاك الجرعة المعتادة. وتتطور درجة التحمل بشكل كبير تبعاً للأفراد وكذلك تبعاً للمواد التي قد تتطوي على مجموعة متنوعة من الآثار على الجهاز العصبي المركزي.
- 2) الانسحاب: متلازمة تنتج عندما ينخفض التركيز الدموي أو التركيز النسيجي للمادة بعد ما كان الاستعمال المكثف والطويل الأمد. وبعد ظهور أعراض الانسحاب فالشخص يمكن أن يستعمل المادة لتخفيف أعراضه. وتختلف أعراض الانسحاب اختلافاً كبيراً حسب أقسام المواد وحسب مجموعات معايير منفصلة للانسحاب تبعاً لأقسام المواد. (DSM-5 P :574).

**التفسيرات البيو-سيكو-اجتماعية للسلوكيات الإدمانية****فهم الإدمان من منطلق العامل البيولوجي-العصبي:**

(أ). الوراثة:

يعتبر الاستعداد للإدمان سمة معقدة ناتجة عن تغيرات في كثير من الجينات والظروف البيئية، فتورث هذه الصفة يصل حسب الدراسات إلى 50%، ومن المتفق عليه أن الوراثة والبيئة تساهمان بحصص متساوية في تطوير الإدمان. إن الاستعداد للإدمان هو جزء من عائلة كبيرة من الصفات الوراثية المعقدة، وفي هذا الصدد نجد جينات القابلية، وتعني أن قابلية الفرد لتطوير الإدمان ناتج عن الآثار المضافة (أي التي تلحق) أو المضاعفة لعدد كبير من الجينات. والتورث هو عبارة عن تقدير احصائي للمساهمة الوراثية لصفة مظهرية، وحسابه يستند على دراسات التوائم المماثلة الذين يشتركون بنسبة 100% من الجينوم. ويقدر علماء الوراثة قيم التورث في الإدمان كالتالي: بين 33% و 71% فيما يخص النيكوتين، ونسبة 48% و 66% بخصوص إدمان الكحول، وما بين 42% و 79% للكوكايين، وما بين 51% و 59% لمادة القنب الهندي، وما بين 23% و 54% المواد الأفيونية... لقد تم اكتشاف الأشكال الوراثية لمستقبلات وناقل الدوبامين، حيث تبين أن هناك خمسة أنواع من مستقبلات الدوبامين مشفرة بواسطة 5 جينات مختلفة (D1/D2/D4) وتبين أن فقدان هذه المستقبلات يرتبط بالتعاطي المزمن للكوكايين (Morgane Besson;2014).

(ب). النظرية العصبية الحيوية:

تشير هذه النظرية إلى الحاجة لفهم الإدمان من وجهة نظر العلوم العصبية، فمن خلال ما تحقق من معرفة في مجال العلوم العصبية تغير فهمنا للإدمان، وتم تقديم رؤية جديدة لإقدام أناس على استعمال المواد أو إدمان سلوكيات، وترى هذه المقاربة أن الإدمان

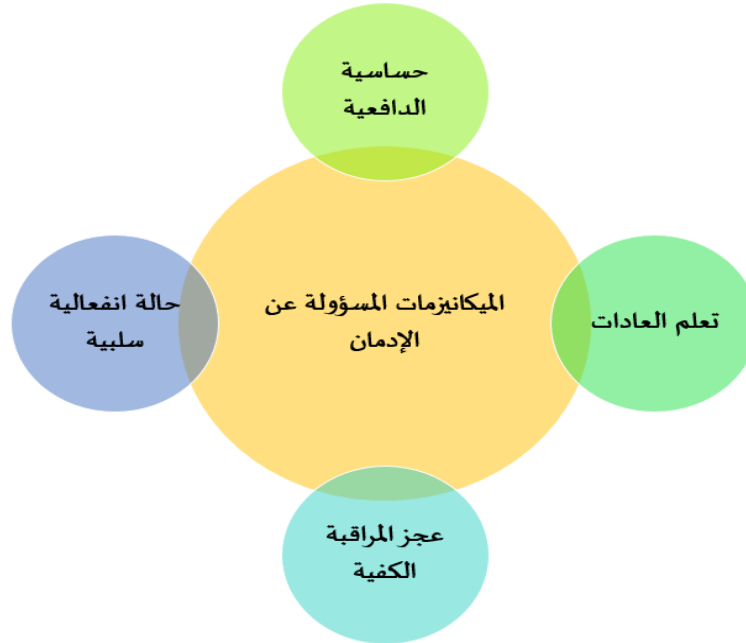
ليس ناجما ببساطة عن فقدان قوة الإرادة أو الرغبة في تركها، لذلك فالعلاجات والتدخلات الفعالة لمعالجة الإدمان تشمل التدخلات الفارماكولوجية والسلوكية والمعرفية.

سمحت طرق التصوير المتطورة في هذا المجال بمشاهدة ما يحدث على مستوى المستقبلات العصبية والتغيرات الأيضية الشاملة وتدفق الدم في الدماغ، فمثلا التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي سمح بتوفير تصوير للدماغ بدرجة عالية التفاصيل، فتم تقديم معلومات وظيفية حول نشاط الدماغ بالمقارنة بين الدم المؤكسج واللامؤكسج، أيضا نجد طريقة التصوير المقطعي باصدار البوزيترون تقدم معلومات عن النشاط الاستقلابي (الايضي) في ناحية معينة من الدماغ، ففي معظم الأحيان يحقن الشخص بمركب مشع يمكن تتبعه على طول مجرى الدم في الدماغ، وبالتالي يمكن استعراض صور ذات بعدين أو ثلاث أبعاد، وذات ألوان مختلفة على الصور المقطعية باصدار البوزيترون التي تظهر مستويات مختلفة من النشاط الإشعاعي، بحيث تدل الباحات الزرقاء والخضراء على باحات النشاط المنخفض، وتدلل الباحات الصفراء والحمراء على باحات النشاط الأعلى. وعادة ما يتم استعمال الصور المقطعية باصدار البوزيترون لظهور جريان الدم واستقلاب الأوكسجين والغلوكوز وتركيز الادوية في نسيج الدماغ الحي. لقد عالجت مجلة العلم سنة 1997 الإدمان كمرض للدماغ "الإدمان مرض الدماغ" وهو تموقع متطرف شيئا ما، بل استفزازي لمن يعرفون تعقيدات التفاعل بين المادة أو السلوك المدمن عليه والذات والبيئة، فقد تبين أنه عندما ندمن فدماغنا لا يشتغل بالطريقة العادية، وفي هذا الصدد تؤكد النوروسيكولوجيا والنوروبيولوجيا وتقنيات التصوير بأن دماغ المدمن لا يشتغل وفق المعايير، لذلك استنتج العلماء تأثير الميكانيزمات/ الآليات الدماغية. ( L. Karila , C. Leroy, M. Dubol, M. Reynaud ; E. Artiges ; ) (2016).

منذ سنة 1954 اكتشف العلماء James Olds و Peter Milner بالصدفة نظام في الدماغ خاص بالمكافأة، بينما كانا يشتغلان على تجربة تخص تعليم فئران حل الألغاز، وهذه التجربة كان فيها زر عند الضغط عليه يطلق شحنات كهربائية خفيفة متصلة بأماكن الدماغ لدى الفئران، فلاحظا أن الفئران تذهب للزر تضغط عليه عدة مرات، لحد آلاف المرات في الساعة الواحدة ولا تتوقف إلا عندما تصاب بالارهاق الشديد. هذه الملاحظة جعلت العالمين يتساءلان لماذا الفئران تقوم بهذا النشاط الذي لاقيمة له لبقائهم، هل هذه الشحنات تفيدهم بطريقة ما؟ أعاد العلماء هذه التجربة بشكل أوسع وتوصلوا إلى أن الضغط على الزر كان ينشط منطقة في دماغ الفئران، تبين أنها مسؤولة عن شعور ايجابي وهو شعور المكافأة. ولقد تم تكرار التجربة على أنواع مختلفة من الكائنات وتم التوصل إلى أن كل الفقريات لديها نظام المكافأة.

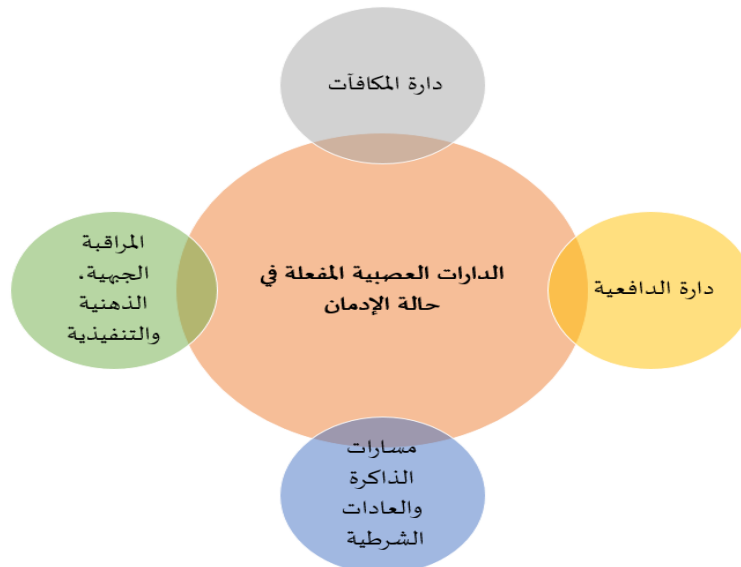
هذا النظام قام بدوره الطبيعي في دفعنا اتجاه أفعال غايته البقاء، لكن أدمعتنا تميز بين الفعل الذي غايته البقاء والمتعة المتصلة به، لكن هذه المتعة في حد ذاتها أصبحت غاية حتى لو كانت على حساب الغاية الأولى (البقاء)، وهذا ما نلاحظه في حالة الإدمان، إذ بالرغم من كون الشخص يعرف بأنه من خلال الإدمان يساهم في ايداء ذاته ولكن يستمر في التعاطي. من هنا يمكننا القول استنادا الى هذه الشواهد العلمية والتجارب أن الدماغ جزء من عملية الإدمان، فالمواد أو السلوكيات ترفع الدوبامين كناقل عصبي لمستويات عالية جدا أكثر من الطبيعي مما يتسبب في إثارة عالية للخلايا العصبية فينتج عنه شعور بالاننشاء، ومع تكرار التجربة تقل حساسية نظام المكافأة للمثيرات الأخرى، إذ لم تعد تحقق له السعادة كما في الأول. بمعنى أن أولويات الدماغ تتغير لصالح الشيء أو التجربة التي تؤدي إلى أكبر قدر من الاننشاء، من جهة ثانية فاننا نلاحظ ان استجابة الدماغ للمخدر نفسه تتغير لمحاولة السيطرة على الوضع، وحساسية المستقبلات للمخدر نفسه تقل ويحصل تعود، حيث نفس الجرعة من العقار لا تؤدي إلى نفس الشعور، فيضطر المدمن كل مرة إلى الزيادة في الجرعة لكي يصل إلى نفس قوة شعوره الأول. ( M. DEMATTEIS et L. ) (PENNEL ; 2016).

من المعلوم إذن أن العناصر الحسية تنقل للجهاز العصبي المركزي كل مكافأة قريبة، فيتعلم الانسان الربط بين أحداث حسية ومكافأته، والدماغ لديه القدرة على توقع وإعداد تجارب المكافأة، وهذه التعلمات لا تحمل دلالة عاطفية لانها مرتبطة بالمكافأة، ولسوء الحظ فالانسان تعلمه مبني على المكافأة مما يكون سببا في ظهور سلوكيات غير تكيفية. ولشرح هذا التثبيت المتدرج للإدمان هناك أربع ميكانيزمات كبرى تكملية، تدور وتعزز بالتوازي أهمها:



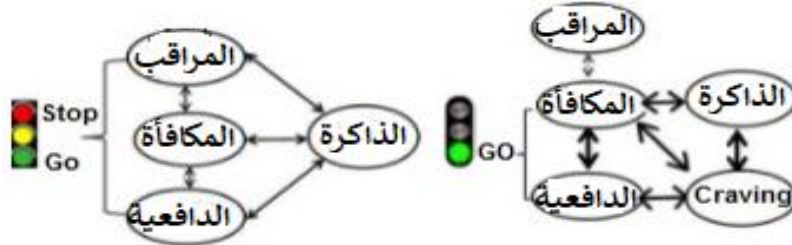
خطاطة رقم (1): الميكانيزمات التكميلية المسؤولة عن الإدمان

تبين هذه الخطاطة الآليات التكميلية لتفسير الإدمان، وهي حساسية الدافعية وتعني أن هناك تطور تدريجي لدافعية الاستهلاك، وأيضا ميكانيزم تعلم العادات والذي يفيد أن الإدمان سلوك أوتوماتيكي يمر بطريقة مثير-استجابة، كما أن هناك آلية تكميلية أخرى تتمثل في الحالة الانفعالية السلبية، وهي حالة مرتبطة بعجز تنشيط دائرة المكافأة، مما يجعل عتبة النواقل العصبية ترتفع دائما. ينضاف إلى ذلك آلية عجز المراقبة الكفية، وهذا العجز يصيب الوظائف التنفيذية، وفقدان التحكم الذهني (العقلنة) المنجز من قبل القشرة الجبهية الأمامية. ويجب أن نضيف لهذه العناصر كون حالة الإدمان تعبر عن فوضى واضطراب داخلي، وهو ما يشكل البدء الأتوماتيكي لحاجات الاستهلاك، كما ان هناك عنصر الرغبة Le CRAVING ولقد حظيت هذه الأخيرة بمكانة ضمن الدلائل التشخيصية، حيث يلعب جانب الرغبة دورا في مسألة الإدمان. كما يسجل لدى المدمن فرط نشاط التجنب والقلق. هذه الميكانيزمات الأربعة الكبرى المكتملة تضغط على 4 دارات والتي تتفاعل وتتشابك/ تترابط:



خطاطة رقم (2): الدوائر العصبية والإدمان

بهذه الآليات الموضحة في الخطاطة أعلاه يتم الإدمان، ففي الحالة الطبيعية يؤدي التوازن بين الدارات الأربعة إلى أفعال تتكيف مع وضعيتنا الانفعالية أو الحاجات، فدارة المكافأة تعطي قيمة للحاجة، والدافعية تستجيب للحالات الداخلية، بينما الذاكرة تتضمن الارتباطات المتعلمة، والمراقبة تسمح بحل النزاعات. فبالنسبة للشخص في الحالة العادية يكون اتخاذ قرار بشأن هدف (رغبة) يأخذ في الاعتبار أهمية الدافعية اتجاه الموضوع حسب قيمة المكافأة. إنه مرتبط أيضا بذكرى اللذة المحصل عليها سابقا. لكن في الأخير المراقب القشري الجبهي الأمامي هو من يقيم وفقا للسياق والرغبة المتوقعة والمخزنة سواء سيصدر التصرف أو سيتم تأجيله. ونوضح هذا من خلال نموذج للعلوم العصبية يقارن بين دماغ المدمن وغير المدمن:



رسم توضيحي رقم (1): مقارنة بين الاشتغال العادي للدماغ وفي حالة الإدمان

يقدم الشكل أعلاه خلاصات الدراسات العصبية-المعرفية المعاصرة حول الإدمان، والتي تظهر أن الإدمان يحدث تغيرات جسدية في مناطق الدماغ التي تعتبر حاسمة لاتخاذ قرارات الحكم، التعلم، الذاكرة، والتحكم السلوكي،... ففي حالة الإدمان نشهد تعزيزا لقيمة موضوع الإدمان، مما يظهر نوعا من المبالغة في تقدير الحاجة والدافع للحصول عليه، مما يتسبب في اكتساح دوائر الذاكرة مع التعطيل الجزئي على الأقل لدائرة التحكم المثبطة التي تنشط على مستوى قشرة الفص الجبهي من قبيل الارتباطات القشرية. هذا التناول يسمح بمعرفة وفهم وتفسير مسألة الإدمان، فمن خلال الخلاصات العلمية حول سيورة الإدمان ودورة حياة سلوك الإدمان نعرف أن الدماغ يصبح مفرط الحساسية للمخدر وللمثير البيئي المرتبط به، ويعطي أهمية أقل للاهتمامات الأخرى، حيث تصبح تلك الأهداف والدوافع ثانوية مقارنة بالحاجة الشديدة للسلوك أو للمادة المدمن عليها. وعلى أساس ذلك نلاحظ عند الذات المدمنة تقدير زائد لموضوع الرغبة، وقيمتها مكافئة والذكرى معه تؤدي إلى دافعية كبيرة: فالرغبة البسيطة تصبح حاجة، وهنا تصبح السيطرة القشرية غير كافية، محدودة للغاية بحيث لا تأخذ في الاعتبار السياق والعواقب. إن المعلومات كلها التي يرسلها الدماغ لها قيمة أساسية للمكافأة، وبالتالي دافعية كبيرة (القشرة الدماغية) وذاكرة متفائمة اللذة (الأثر الذكري وذاكريات طقوسية تتمحور حول الأستيقاق). (M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSÉAS ; 2016).

### فهم الإدمان من منطلق عامل الخبرة والبيئية:

منذ التسعينيات إلى أوائل سنة 2000 بدأت تنتشر اقتراحات كثيرة للعلماء بخصوص النظرة الجديدة للإدمان، حيث تم التأكيد على ضرورة تجاوز النظرة التقليدية التي تفهم الإدمان من زاوية المعاناة فقط والتشبع بالنظرة المعاصرة التي تنظر للتجربة الإدمانية من حيث دلالتها الفردية والاجتماعية، وبالتالي فإننا نحتاج إلى فهم خبراتي لمسألة الإدمان، وذلك من خلال النقاط التالية:

(أ). في الأصل هناك نية مشروعة لدى المدمن وهي البحث عن الرفاهية Bien-être فليس هناك إدمان دون الرغبة في

البحث عن اللذة وتفادي الألم والمعاناة والملل. لذلك عند التعامل مع المدمنين فإن عدم التقبل أو ردود الفعل المبالغ فيها

ليست استراتيجية فعالة للإقلاع. (Alain Morel et Jean-Pierre Coutron , 2008, P24).

(ب). لا يوجد إدمان دون سياق معين: عالمنا المعاصر يوفر إمكانيات تقنية وكيميائية متنوعة تحقق المتعة الفورية والقوية

(مخدرات، صور، وسائل نقل، شبكات تواصل...) والتي تزيد من إمكانيات وقدرات الفرد. من جهة أخرى أصبح البحث

عن السعادة أمل فردي، بحيث أن المجتمعات تتجه نحو الفردانية وتطلب من الفرد أن يعتني بنفسه ويحقق سعادته بشكل

ذاتي.

(ج). المنع غير فعال في مسألة الإدمان بل هي مسألة تعليمية Il faut éduquer أن نعالج الإدمان ليس كافيا بل يجب تطوير

قدرات الفرد للتعامل مع مختلف مظاهر الإدمان.

د. التربية الوقائية والمواكبة العلاجية هما الأولوية: لذلك علينا أن نفهم ونعرف بأنه يستحيل القضاء على المخدرات ولكن يمكن المساهمة في التقليل من المبالغة في استعمالها والرفع من التحكم فيها.

علينا أن نعمل على بناء تمثيلات جديدة لمسألة الإدمان، فعادة ما ننظر للإدمان من منطلق تصنيف المواد المخدرة وربطها بنمط الخلل النفسي والبيولوجي الذي تحدثه، هذا أمر مهم ولكنه غير كافي، لذلك يجب ربط هذه المعارف العلمية بالسياق الاجتماعي للفرد وإلا أصبحت بدون جدوى. وهذا يتطلب من الأسر الانخراط في إعادة تعريف الإدمان: كسرورة (كيف يصبح الفرد مدمنا؟)، كمشكل (متى يصبح من الضروري تدخل المجتمع؟)، كطبيعة للمشكلة (ما طبيعة التدخل الذي سيكون فعالاً؟).

يجب الإقرار بأهمية التجربة أو الخبرة في هذه المقاربة متعددة الأبعاد، لأنها تمنح إمكانية نظرة شمولية للموضوع. لان الخبرة الفردية يتداخل فيها ما هو بيولوجي ونفسي واجتماعي.... كما أن التجربة والخبرة تعطي إمكانية الولوج للفرد، بالإضافة إلى كون التجربة تساهم في تشكل الذات، بمعنى أن اللذة والألم في التجربة الإدمانية يجب اعتبارها شيء ساهم في تشكل خيارات جديدة يجب استثمارها. لذلك فالتعريف الذي يعتبر الإدمان هو فقط ضعف التحكم وفقدان الحرية أمام موضوع الإدمان هو صحيح ولكن لا يجب التعامل به فقط، لماذا؟

لأن هناك جانب إيجابي في التجربة الإدمانية خصوصا في مراحلها الأولى حيث ساهمت في تغير الفرد وشعوره باللذة وهذا ما أصبح يفقده في مراحل متقدمة من الإدمان، لذلك علينا تكريس الجهود لمساعدة الشخص في وضعية إدمان على العودة للمراحل الأولى وليس الامتناع النهائي (كبدائية). كما أن الإدمان يصبح مشكلة عندما لا يحقق التصرف الإدماني أي متعة للشخص بل يصبح مصدر ألم ومعاناة دون إمكانية تغيير ذلك (P. Graziani et L. Romo; 2013). بالإضافة إلى أن كل ما يحقق ذلك مطلوب ومرغوب فيه، بما في ذلك الأدوية المهدنة والمخدرات، لذلك فهذا البعد يجب أخذه بعين الاعتبار (Alain Morel et Jean-Pierre Coutron ; 2008).

يتضح من خلال هذا التفسير لمسألة الإدمان أننا في حاجة لتدبير التصرفات الإدمانية ولن يتم ذلك إلا من خلال الاقتراب من تجربة المدمن والإنصات الفعال لمشاكله وصعوباته (التسمم، التحمل، الانسحاب) والاهتمام بتجربته والنظر إليها بالمعنى الإيجابي تشجيعا للتغير، وهذا سيساعد لا محالة في التزام الفرد المدمن معنا في عبور مراحل التغير الأساسية: ما قبل التأمل – محلة التأمل- مرحلة الاستعداد – مرحلة التنفيذ – مرحلة الاستمرار.

## العامل السيكولوجي والادمان

### تفسير العامل السلوكي للإدمان

ساهمت الدراسات السلوكية في بلورة تفسير لمسألة الإدمان، من منطلق كون كل تصرف وكل سلوك يصدر عن الكائن الحي هو نتيجة للتعلم، وبالتالي فقوانين التعلم المطورة في حقل سيكولوجيا التعلم تسهم في فهم الارتباط الذي يسم ظاهرة الإدمان.

### الإدمان حسب الاشراف الكلاسيكي

من المتفق عليه حسب نظريات التعلم أن اكتساب السلوكيات يتم من خلال عمليات التعلم عن طريق الاقتران، ونفهم ذلك من خلال المثال التالي: المثبر غير الشرطي (الذهاب إلى الحانة) يمكن أن يستدعي مثبرا غير شرطيا (الاسترخاء) إذا تزامن المثبر غير الشرطي مع مثبر شرطي (كأس). إن وجود هذا سيكون كافيا لإثارة ظهور الاستجابة غير الشرطية التي تصبح عندئذ استجابة مشروطة (الاسترخاء على سبيل المثال) ويمكن لهذه العملية أن تؤدي إلى الاقتران بين سلوكين ادمانيين (التدخين والكحول).

ويمكن وصف عملية التعلم على النحو التالي: وجود مثبر غير شرطي مسبقا واستجابة غير شرطية (SI + RI) (الذهاب إلى الحانة + الاسترخاء) يتم ربط المثبر غير الشرطي بانتظام مع المثبر الشرطي (SI+ SC) (الذهاب إلى الحانة + مشروب)، تدريجيا يصبح المثبر الشرطي والاستجابة الشرطية مرتبطة (SC + RC)، أي (مشروب + استرخاء). وبعد عدد من التكرارات المقترنة بين (SC) + (RC) يصبح المثبر الشرطي كافيا لإثارة الاستجابة التي يقال عنها انها شرطية. فما هي العوامل التي يمكن أن ترتبط مع المثبر الشرطي؟

هناك نوعين من العوامل المرتبطة بالمثبر الشرطي: الإشارات الخارجية (مثل الحانة) والإشارات الداخلية (الحالة المزاجية) على سبيل المثال يمكن أن يرتبط نشاط التدخين بالإشارات الخارجية (مثل رؤية شخص آخر يدخن، أو مع أصدقاء معينين) أو مع



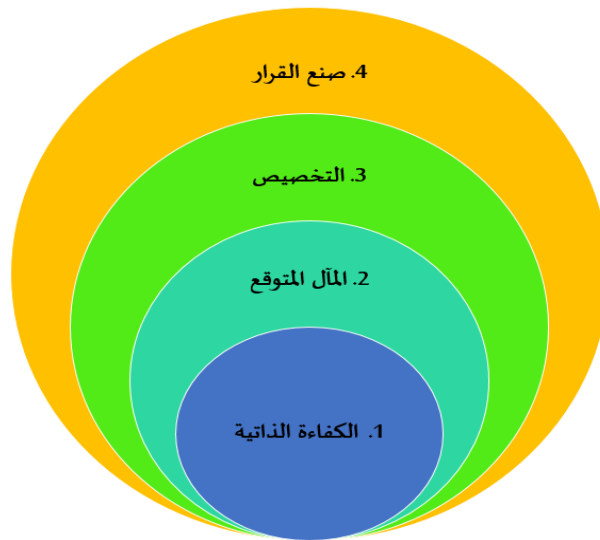
إشارات داخلية (مثل القلق أو الاكتئاب أو الفرح). لقد تبين أن الارتباط بالإشارات الداخلية من أكثر الصعوبات في مسألة الإدمان لأنه لا يمكن تجنب هذه الإشارات، ونفهم ذلك من خلال ما يحدث عندما تظهر أعراض الانسحاب أثناء فترة الامتناع عن السلوك الإدماني، حيث تفسر أعراض الانسحاب بالقلق، وبالتالي إذا ارتبط لدى الشخص القلق بالتدخين فقد يصبح التدخين مطلباً جسدياً ملحاً عند التوقف لتجنب أعراض الانسحاب. (Lydia Fernandez; 1998).

### الإشراط الإجرائي:

لقد عملت المقاربة السلوكية على وضع قوانين تعليمية تفسر كيفية تشكل الظواهر السلوكية وطريقة انبنائها، فعلى سبيل المثال فيما يتعلق بالإشراط الإجرائي نجد أن قواعده تحدد أن احتمال إنتاج السلوك يزداد إذا تم تعزيزه بشكل إيجابي، أو تم تعزيزه سلبياً من خلال غياب أو سحب حدث سلبي، وكمثال على ذلك: تزداد احتمالية التدخين بسبب مشاعر القبول الاجتماعي والثقة والسيطرة (التعزيز الإيجابي) واختفاء أعراض الانسحاب (التعزيز السلبي).

### الآليات المعرفية و الإدمان

منذ أن قام Bandura بعرض نظريته الخاصة بالتعلم الاجتماعي المعرفي قام كل من: Abrams و Niaura (1987) و Marlett (1985/1978) و Mc Dermut و Haaga Shayne (1991) و Stacy و Newcomb و Bantler (1991) و Tiffany (1990) بصياغة وتقييم نماذج معرفية متنوعة خاصة بالإدمان. لقد عمل Marlett على وصف أربع عمليات معرفية متصلة بالإدمان، وهي كالتالي:



الشكل رقم (4): العمليات المعرفية والإدمان.

العملية الأولى اصطلاح عليها معتقدات الكفاءة الذاتية، وقد تكون مرتفعة/ عالية، فعندما يصرح المدمن مثلاً "أستطيع مواجهة إغراء التعاطي بكفاءة" أو "أستطيع رفض تعاطي المخدرات"، يتضح أن معتقدات المدمن من خلال هذه التصاريح مرتفعة منطقياً على كفاءة ذاتية يمكننا أن نستثمرها في الخطة العلاجية، لذلك فمهمتنا البحث عن التصرفات المرتبطة بالإدمان والتي تتصف بهذه الإيجابية لأنها ستشكل نقطة الارتكاز عليها خلال مسار العلاج والتكفل. إن الكفاءة الذاتية العالية غالباً ما ترتبط بالامتناع عن التعاطي. إضافة إلى هذا قد تكون هذه المعتقدات متدنية، عبارة عن أفكار هازمة للذات من قبيل "إنني أسير المخدرات" أو "لايمكنني تحمل اليوم بدون مخدرات" أو "إنني لا أستطيع الحصول على ما أريد لذلك فلا بأس من تعاطي المخدرات"، نلاحظ أن هذه المعتقدات تركز سلبية لدى المدمن وتجعله يسلم بأن استهلاك المواد هو المساعد على التكيف مع مختلف الوضعيات، ونشير هنا إلى ارتباط تدني مستوى كفاءة الذات بالانتكاسة. (A. Beck ; 1977).

مما لاشك فيه أن الكفاءة الذاتية تزداد مع النجاح، فهو بمثابة تحفيز داخلي، فكلما تعلم المدمن تجاوز الاحساس بالفشل تحقق نوع من الاقتران والتزامن النفسي بين وضعيات النجاح والتقييم الذاتي فيصبح مدى اختيار الفرد عدم التعاطي بصورة فعالة يشعره بارتفاع كفاءة ذاته، كان يعتقد مثلا أن كيرياه أهم من حاجته إلى الشعور بالنشوة Craving.

أما فيما يخص العملية الثانية فتسمى "المأل المتوقع"، نفهمه من خلال تصريحات المدمن "إن التعاطي الليلية مع الأصدقاء سيكون ممتعا" أو "لن أشعر بالتوتر إذا تعاطيت". يتضح من خلال مضمون هذه المعتقدات والأفكار أن ما يتوقعه الفرد من آثار لاستعمال المواد أو الأنشطة المصاحبة للتعاطي، هي توقعات ومعتقدات ذات طبيعة ايجابية بالنسبة له، أي يربطها بما سيحصله من استمتاع ولذة. من هنا عمل البراديعم المعرفي المطور داخل الإدمان على بلورة افتراض مفسر لتصرفات المدمن، حيث كلما كانت توقعاته الإيجابية من استعمال المواد أكبر من التوقعات السلبية كلما زادت احتمالات الإستمرار في التعاطي.

إن الإستمرار في فحص العمليات المعرفية المرتبطة بالإدمان، جعل الباحثين يحددون عملية ذات أهمية أيضا إلى جانب عمليتي الكفاءة الذاتية و المأل المتوقع، هذه العملية تسمى "التخصيص" نستشفها من خلال قول المدمن "لقد تعودت جسمي على الكحول ولا أستطيع العيش بدونها" أو "إن من يعيش في حي تنتشر فيه المخدرات مثل الذي أعيش فيه لابد أن يتعاطى المخدرات"، هذه المعتقدات تفيد أن المدمن يرجع تعاطي المواد إلى عوامل إما داخلية أو خارجية، ففي حالة المعتقدات المستندة إلى العوامل الداخلية نجد الشخص يشعر أن استخدام المواد قدر مكتوب عليه وخارج عن سيطرته، فتصبح دورة الاشتياق للمواد محكومة بضعف قوة الإرادة، وهو ما يعبر عنه النموذج المعرفي بتفكير "الكل أو لا شيء" كأن يتصرف المدمن على أساس مادمت فشلت فلأترك نفسي إذن على سجيته واستخدم المواد كما كنت أفعل في السابق. (A. Beck; 1977n)

شدد علماء النفس المنتمين للتوجه المعرفي على كون الإدمان والانتكاسة في الأساس هي عملية لصنع القرار، وفي هذا الإطار يذكر Marlatt أنه جلس في مكان للمدخنين بعد أن أفلح عن التدخين عدة شهور، لاحظ أن هذا القرار عرضه إلى خطر الانتكاس نظرا لأنه تعرض لمشاهدة المدخنين الآخرين ودخانهم وقيامهم بتقديم السجائر له، يتضح أن هذا القرار عرض الشخص إلى عدة تصرفات محفزة لخبرة الاشتياق، وتفاعل لديه المواقف ذات الاحتمالية المرتفعة للتعاطي. وهذه الظاهرة ملاحظة لدى المدمنين الذين يدعون أنهم مصرون عن الإقلاع عن الكحول أو المخدرات، وينقبلون بسذاجة دعوة لمقابلة صديق في حانة قريبة، أو يقومون بالمرور بالسيارة بكل استخفاف أمام ركن من الشارع الذي تباع فيه المخدرات، وبعد الانتكاسة يعجزون عن ادراك الفخ الذي نصبوه لأنفسهم والذي سهل انتكاسهم من خلال قراراتهم التي تؤدي إلى مواقف العودة للتعاطي.

### النموذج البيو-سيكو-اجتماعي وتفسير الانتكاسة:

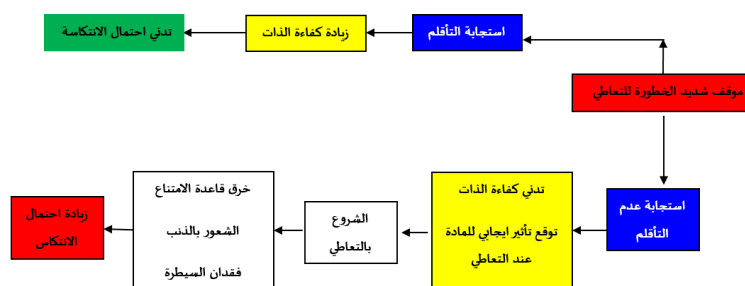
اقترح Marlatt و Gordon نموذج الانتكاسة وأشار إلى العوامل التي تثير العودة إلى تعاطي المخدرات بعد العلاج، وهي عبارة عن مؤشرات معرفية أو ضغوطات تلك التي أطلق عليها اسم وضعية الخطر العالي high-risk-situation والتي تعرف أنها كل وضعية تهدد قدرة الفرد على التحكم وتزيد من خطر الانتكاسة. من المؤكد أن مدمن المخدرات هو فرد يعاني من اضطرابات نفسية وحالة سلوكية تعود عليها، وبعد إزالة السموم يتطلب الأمر منه الصبر والمثابرة وممارسة التحكم في ميوله ومشاكله ومحيطه لتفادي العودة إلى تعاطي المخدرات والانتكاسة، فبعد مغادرته لمركز علاج المدمنين أو بعد استفادته من العلاج الطبي الخارجي يعود للتفاعل مع المحيط الذي يشكل مصدر ضغوط مختلفة، هي بمثابة مثيرات منشطة قد تدفع ببعض الأفراد الذين لديهم الاستعداد لتعاطي المخدرات.

أشار نموذج الانتكاسة إلى المثيرات الاجتماعية والانفعالية التي تسهل الرجوع إلى تعاطي المخدرات، وهناك من الباحثين من أضاف عوامل خاصة بالوضعيات التي تشمل إطار ذكريات تأثير التعاطي السابق للمخدرات. قد يتعرض المدمن إلى مثيرات داخلية تتمثل في الانفعالات (الاكتئاب، الإحباط، الضجر، الغضب والوحدة)، وأحاسيس جسدية (كالألم، التعب، الجوع، الانسحاب) وكذا مثيرات خارجية وهي مؤشرات تحدث في المحيط وتشمل الصراعات مع الآخرين وسهولة الحصول على المخدرات المفضلة، وإنجاز المهمة (حين يستعمل المخدرات للاحتفال بالمناسبات) بالإضافة إلى تأثير الأقران المتعاطين والاتصال بتجار المخدرات...كلها عوامل تسرع من عودة المدمن إلى التعاطي من جديد، يتعين التعرف عليها للتحكم فيها والحفاظ على حالة الامتناع، ومن المؤكد أن العملية ليست بسيطة وسهلة ولكن بتوفر فريق للوقاية ونظام الوقاية سيتمكن المدمن من حماية نفسه والحفاظ على توازنه والتخلي عن استعمال المواد.

إن الوقاية من الانتكاسة هدفها منع أو تقليل الانتكاسات، فهي تجمع التدريب على المهارات السلوكية مع تدخلات معرفية تهدف لمنع أو الحد من ظهور حالات الانتكاسة. كخطوة أولى، سيكون من الضروري تقييم العوامل المعرضة للخطر على المستوى

الشخصي والبيئي، أو السياق العام كحالة خاصة. ولتحقيق هذا، يستخدم المهني النماذج المعرفية السلوكية. ويجب عليه السهر على تدريس الاستراتيجيات الفعالة للتأقلم، وتحسن شعور الفعالية الشخصية والتشجيع أو التعزيز عندما يصل الفرد إلى نتائج إيجابية. ومن المهم تعليم إعادة هيكلة الأفكار السلبية المتعلقة بالخلافات، وعدم اعتبارها اخفاقات أو اعتبارها أدلة على انعدام الإرادة. عندما يبدأ شخص ما متابعة الوقاية من الانتكاسة، فمن الضروري إجراء تقييم عام للوضع، إن علاقات الوقاية من الانتكاسة في مجملها هي من بين أنذر العلاجات السلوكية التي أظهرت فاعلية في علاج الاضطرابات المرتبطة باستعمال المنشطات (واحد يونس، 2017).

من خصائص سوء استخدام المواد والاعتماد عليها توالي فترات التعافي والانتكاس، ويتضح من الاستعراض الكلاسيكي للموضوع الذي قام به Hunt و Barnett و Branch أن للهروين والنيكوتين والكحول نفس معدلات وأنماط الانتكاس المرتفعة. وقد وجد هؤلاء الباحثون أن ثلثي من عولجوا من الإدمان انتكسوا خلال 3 شهور. وقد حاول باحثون كثيرون التوصل إلى معنى هذه النتائج. قدم Marlatt وزملاؤه إسهامات هامة في علاج الإدمان عندما قاموا بصياغة نموذجهم السلوكي المعرفي الخاص بالوقاية من الانتكاس. ويتلخص نموذج Marlatt و Gordon's في أن لدى الناس تصور عن تحكمهم في أنفسهم أو كفاءتهم الذاتية. ويتعرض هذا التصور للتهديد عند وجودهم في مواقف المخاطرة الشديدة. ويشمل هذا النوع من المواقف بالنسبة لمن يسيء استخدام المواد، الانفعالات السلبية أو الايجابية أو الحالات الجسمية، صراعات مع الغير، الضغوط الاجتماعية، أو التعرض لمؤثرات خاصة بالمواد. ويحتاج الشخص الذي يواجه موقف مخاطرة شديدة إلى اللجوء إلى استجابات المواجهة وينمي لدى من يملكون منهم استجابات مواجهة فعالة شعورهم بالكفاءة الذاتية فيضعف بالتالي احتمال انتكاسهم. أما أصحاب استجابات المواجهة القليلة أو من لا يملكونها فيشعرون بتدني كفاءتهم الذاتية وازدياد توقعهم لآثار المادة الايجابية الذي يتبعه "الانتكاس" أو الشروع في التعاطي مرة أخرى. ويطلق Marlatt على هذا الشروع في التعاطي اسم تأثير الخروج على قاعدة الامتناع أي احساس الفرد بأنه فقد السيطرة، مما يؤدي إلى زيادة احتمال انتكاسه، ونمثل لذلك النموذج في الشكل الآتي:



خطاطة توضيحية رقم (5): لعملية الانتكاس لـ Marlatt وزملاؤه 1985.

لقد كانت لدراسات Marlatt وزملائه تأثيراً كبيراً على معلوماتنا عن أنواع السلوك الإدماني، إذ أن معظم مراجع الإدمان الحالية تتناول قضايا الوقاية من الانتكاس بصورة أو بأخرى. وبالرغم من أن النموذج السلوكي المعرفي كان أول من تبنى هذا الموضوع إلا أن برامج الاثني عشرة خطوة المختلفة (المدمن المجهول) وغيرها من أنصار النموذج الطبي قد كثفوا من اهتمامهم بالوقاية من الانتكاس مؤخرًا (أرون بيك وآخرون، 1977).

## الخاتمة

أمام التطورات التي شهدتها المقاربة متعددة العوامل أصبح ضروريا الانخراط فيها وتفسير مختلف الادمانات من خلالها، حيث بات من المؤكد صعوبة استخدام نموذج واحد أو التركيز على نوع واحد من العوامل لتفسير ظاهرة الإدمان في مختلف مظهراتها. فسلوكات الإدمان تنتج عن التفاعلات المستمرة بين عدة عوامل. على هذا الأساس فإن تطوير هذه "المقاربة المندمجة" اعتبر نقلة نوعية أثرت في مجال الكشف والتشخيص والتقييم والتكفل، وهذا ما يجعلها تبدو أكثر ملاءمة ليس فقط للفهم والوصف ولكن أيضاً للعلاج بمختلف تخصصاته.

## المراجع والتوثيق

1. أرون بيك وآخرون العلاج المعرفي للإدمان، 1977، ص 11-12.
2. -فيرجينيا ساتير: العلاج المشترك، 2016، ص 10-30.
3. -شيلي تايلر، علم النفس الصحي، 2008، ص 20-112.
4. -واحد يونس، تعريب الأساسي من علم الإدمان، أطروحة في الطب، جامعة سيدي محمد بن عبد الله- فاس، 2017.
5. A. Beck; the cognition therapy for addiction ; 1977
6. Aaron T. Beck and All, Cognitive Therapy of Substance Abuse; 1977
7. Alain Morel et Jean-Pierre Coutron ; Les Conduites Addictives ; comprendre, prévenir, soigner, 2008, P24
8. C. Gazel ; M. Fatséas ; M. Auriacombe : Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? la Lettre du Psychiatre ; Vol. X- no2- 2014 ; PP 50-53
9. L. Karila, C. Leroy, M. Dubol, M. Reynaud; E. Artiges ; L. Martinot ; Neuro-imagerie des addictions ; 2016, PP72-77
10. -Lydia Fernandez, Les modèles psychologiques de l'addiction ; 1998 ; PP47
11. M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSÉAS Le craving: marqueur diagnostique et pronostique des addictions? par; 2016; PP78-80
12. M. Besson; Aspect Génétique des addictions; 2014; PP135- 156
13. M. Cassen, Jean-Michel Delile; Thérapies familiales et addictions: nouvelles perspectives; 2007/3-4 (Vol. 13), pages 229 à 249
14. M. DEMATTEIS et L. PENNEL; Théories neurobiologiques de l'addiction; 2016; PP56-68
15. .Manuel Diagnostiques et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5); 2013
16. Ministre de la Santé Française, 2007
17. P. ANGEL; Problématiques familiales dans les addictions: le paradigme des familles d'usagers de drogues, 2016; PP112-114
18. .P. Graziani et L. Romo; Soigner les addictions par les TCC; 2013, PP24-25
19. REYNAUD Michel, KARILA Laurent, AUBIN Henri-Jean, BENYAMINA Amine, Traité d'addictologie, 2016, PP3-33
20. William R. Miller, Stephen RoRollnick;ntrevue motivationnelle : aider les gens à changer ; 2013, P67.



## Clinical Application of the Bio-Psycho-Social Model in Addiction Disorders

Hamza Chainabou<sup>1\*</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Education Sciences, Mohammed V University- Morocco-Rabat  
dr.hamzachainabou17@gmail.com

Submission date:30/11/2022

Publishing date:18/12/2022

### Abstract:

This article aims to approach developments in the field of classification and diagnosis of addictive disorders according to approved international classifications, as well as their interpretation and understanding considering clinical applications of the Bio-Psycho-Social Model, that allows a multi-dimensional understanding and gives a detailed description of the interactions between those dimensions. Therefore, we will highlight the extent of all biological, neurological, psychological, cognitive, social, behavioral, and developmental dimensions in the processes of diagnosis, evaluation, intervention, and relapse prevention.

**Keywords:** *Bio-Psycho-Social Model; Addiction Disorders; Diagnosis; Relapse Prevention; Experiential Approach.*

### References:

- [1] A. Beck; the cognition therapy for addiction ; 1977
- [2] Aaron T. Beck and All, Cognitive Therapy of Substance Abuse; 1977
- [3] Alain Morel et Jean-Pierre Coutron ; Les Conduites Addictives ; comprendre, prévenir, soigner, 2008, P24
- [4] C. Gazel ; M. Fatséas ; M. Auriacombe : Quels changements pour les addictions dans le DSM-5 ? la Lettre du Psychiatre ; Vol. X- no2- 2014 ; PP 50-53
- [5] L. Karila, C. Leroy, M. Dubol, M. Reynaud; E. Artiges ; L. Martinot ; Neuro-imagerie des addictions ; 2016, PP72-77
- [6] Lydia Fernandez, Les modèles psychologiques de l'addiction ; 1998 ; PP47-
- [7] M. AURIACOMBE, F. SERRE et M. FATSÉAS Le craving: marqueur diagnostique et pronostique des addictions? par; 2016; PP78-80.
- [8] M. Besson; Aspect Génétique des addictions; 2014; PP135- 156
- [9] M. Cassen, Jean-Michel Delile; Thérapies familiales et addictions: nouvelles perspectives; 2007/3-4 (Vol. 13), pages 229 à 249
- [10] M. DEMATTEIS et L. PENNEL; Théories neurobiologiques de l'addiction; 2016; PP56-68.
- [11] Manuel Diagnostiques et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-5); 2013.
- [12]Ministre de la Santé Française, 2007

- [13]P. ANGEL; Problématiques familiales dans les addictions: le paradigme des familles d'usagers de drogues, 2016; PP112-114
- [14]P. Graziani et L. Romo; Soigner les addictions par les TCC; 2013, PP24-25.
- [15]REYNAUD Michel, KARILA Laurent, AUBIN Henri-Jean, BENYAMINA Amine, Traité d'addictologie, 2016, PP3-33
- [16]William R. Miller, Stephen RoRollnick;ntrevue motivationnelle : aider les gens à changer ; 2013, P67.