

## المعتقدات الادمانية: دراسة تحليلية لنموذج بيك Beck في تفسير سلوك الإدمان

أ. حمزة مزياني  
جامعة الجزائر 2

### ملخص:

يهدف هذا البحث إلى تحليل ودراسة مفهوم المعتقدات الادمانية الذي وضعه الباحث أرون بيك في إطار النموذج المعرفي في تفسير السلوك عموما، أين طرح نموذجا خاصا لتفسير سلوك الإدمان، يشار إليه في الدراسات الحديثة باسم نموذج " ASP " وهو اختصار يشير إلى المعتقدات التوقعية " Anticipatoires "، التفسيرية " Soulagentes "، الإباحية " Permissives " التي تدخل في ديناميكية تكوين واستمرار سلوك الإدمان. ومن أجل الوصول إلى فهم واضح لهذا النموذج سعينا للإجابة على التساؤلات التالية: كيف تحدد مختلف الدراسات مفهوم المعتقدات الادمانية؟ وكيف تدخل هذه المعتقدات في تفسير سلوك الإدمان والانتكاس؟ وما هي آليات وسبل التكفل بهذه الظاهرة؟

ومن أجل الإجابة على هذه التساؤلات اعتمدنا على التراث العلمي ودراسات سابقة التي تطرقت إلى هذا الموضوع، وسعينا بالتالي إلى تحديد مفهوم المعتقدات أولا وتحديد مفهوم المعتقدات الادمانية ثانيا في إطارها العام للنموذج المعرفي لبيك وعلاقتها بسلوك الإدمان، وماهية أهم التقنيات والوسائل المستعملة في مثل هذه الحالات.

**الكلمات المفتاح:** المعتقدات، المعتقدات الادمانية، سلوك الإدمان

## مقدمة:

يرى "بيك" أن حدوث الإدمان يرجع إلى نظام من الاعتقادات غير وظيفية يطلق عليها مصطلح المعتقدات الإدمانية، تعمل هذه المعتقدات على تكوين نسق من التفكير يسيطر على المدمن فيرى أن احتياجه للمخدر يحدث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر بالإضافة إلى قدرة المخدر على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل وما يمنحه للمدمن من نشاط وطاقنة. وعليه يرى "أن فهم هذه الجوانب المعرفية والتعامل معها بصراحة أكبر سيساعدنا على إزالة بعض الغموض الذي ما زال يكتنف علاج الإدمان" ( Beck. A & al, 1993, p35 )

وتعمل المعتقدات الإدمانية من خلال طبيعتها المعرفية الانفعالية ومحتواها من أفكار ومعتقدات لاعقلانية غير وظيفية تلعب دورا أساسيا في استهلاك الفرد لهذه المواد والاستمرار في تناولها أو الإدمان عليها. حيث أن الأشخاص الذين لديهم اتجاه ايجابي نحو سوء استهلاك المخدرات يملكون معتقدات مميزة، والتي تنشط تحت تأثير بعض الظروف والتي أسماها بالظروف ذات الخطر المرتفع، والتي يمكن أن تكون خارجية كتأثير جماعة الأصدقاء التي تعاطي المخدرات، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات، أو ظروف داخلية تتمثل في مختلف حالات التوتر الانفعالي التي قد تلعب دور المنشط، حيث تستثير معتقدات الفرد الايجابية نحو المخدرات، أو الرغبة الملحة إلى تعاطي المخدرات إن لم يكن من المتعاطين ( Beck. A & al, 1997 )

ونسعى من خلال هذا البحث الوصول إلى فهم دقيق للمعتقدات الادمانية بأنواعها الثلاث أي التوقعية Anticipatoires ، التسكينية " Soulageantes " ، الإباحية " Permissives والتي يطلق عليها بشكل مختصر " ASP " وهذا بالرجوع أولاً إلى التحديد الدقيق لمفهوم المعتقد والمعتقدات المعرفية، وهذا بمعرفة أهم تحديدها اللغوية والاصطلاحية، ماهية خصائصها من وجهة نظر عدة مجالات في علم النفس؟ وماهية معرفة مستويات نشاطها وكيفية تكونها وما هي آليات استمرارها أو تغييرها؟ وفي المرحلة الثانية سنتناول الجزء الثاني من هذا المفهوم (المعتقدات الادمانية) أي ارتباط هذه المعتقدات بسلوك الإدمان. وهذا بمعرفة طبيعتها كيفية تشكلها، علاقتها بالمخططات المعرفية عموماً، أنواعها، وكيفية تدخلها في ديناميكية تعاطي المخدرات والإدمان عليها، وحتى دورها في عملية الانتكاس، ونختم هذا البحث بالتطرق إلى أهم التقنيات العلاجية المستخدمة في إطار هذا النموذج.

### 1- مفهوم المعتقدات الادمانية:

من أجل تحديد هذا المفهوم سنعرض أولاً على تحديد مفهوم المعتقدات ثم ننتقل ثانياً إلى تحديد المعتقدات الادمانية، والذي يسمح لنا بفهم مراحل تكون وبناء هذا المفهوم، وعليه يتوجب أن نبدأ بتحديد لغوي لهذه المصطلحات ثم التطرق إلى المفاهيم الأساسية وذلك قبل تعريفه كما طرحه بيك في طرحه.

**أولاً: تحديد مفهوم المعتقدات:** من الناحية اللغوية وردت كلمة اعتقاد في معجم اللغة العربية المعاصرة كما يلي: اعتقاد [مفرد]: جمع اعتقادات وهو اطمئنان القلوب على شيء ما يجوز أن ينحلَّ عنه أو هو تصديق قاطع بشيء يؤمن به مجموعة من الأشخاص "الاعتقاد بحق الإنسان في الحياة الكريمة أساس التَّمَدُّن والارتقاء".

وجاءت كلمة مُعْتَقَدَ وجمعها مُعْتَقَدَات كاسم مفعول من اعتقدَ وهو حكمٌ لا يقبلُ الشكَّ عند صاحبه وهو بمعنى ظنٍّ ، تصوّر ، حسبَ ، توهمَ (أحمد عمر ، 2008). وجاء في قاموس لاروس "Larousse" هو الاعتقاد في وجود شخص أو شيء، أو في حقيقة عقيدة ما، أو أطروحة مثل الإيمان بالله ، وأشباح. ( Larousse, 1991 )

**واصطلاحاً** تعددت وتنوعت التعريفات التي حاولت تحديد مفهوم الاعتقاد والمعتقدات، وهذا نتيجة تنوع واختلاف مختلف الأبعاد والمؤشرات المكونة والمحددة له. ونسعى هنا لعرض بعض منها والتي تتناسب مع طرح بيك حتى نتمكن من تكوين صورة واضحة ومحددة لأهم أبعاد ومؤشرات المفهوم.

فيعرف برورنر " Bronner " -باحث في علم الاجتماع- الاعتقاد هو "العملية العقلية التي يختبرها الشخص الذي يتبنى نظرية أو فرضية ما، بحيث يعتبرها الحقيقة، بغض النظر عن عناصر الواقع التي تؤكد أو تدحض هذه النظرية أو الفرضيات. أي أن من خصائصها التعارض لمفهوم التفكير الناقد ( Bronner.G, 2003, p7). أي أن المعتقدات فرضيات أو نظرية عقلية يتبناها الفرد ويعمل بها حتى وإن تعارضت مع الواقع .

ويعرفها برتليت Bartlett باحث في علم النفس المعرفي- أنها "عبارة عن أبنية معرفية مجردة لدى الفرد، تتشكل من خلال مختلف مواجهاته مع البيئة المحيطة به، والتي تحتوي على خاصية تنظيم المعلومات بطرق ومجموعات محددة (Stéphane.R, 2006, p13). فالمعتقدات عبارة عن مخططات معرفية تكونت

في العقل من خلال احتكاك الفرد بمحيطه المعيشي، بحيث تعمل على تسهيل استيعاب المعلومات وتحقيق التناسق بين عالم الفرد الداخلي والعالم الخارجي.

وفي مجال علم النفس الاجتماعي يعرفها الباحثان فيشبيان Fishbien وأجزون Ajzen على أنها "الترجيح الذاتي بأن موضوعا ما له خصال أو خصائص معينة ( Ajzen.I & Fishbein.M, 1980 ) أي أنهما يحددانها في المعاني الذاتية التي يضيفها الأفراد حول مدركات أو مواضيع معينة. وفي نفس المجال يعرفها أيضا الباحثان كريش Krech وكريتشفد Crutchfield أنها "تنظيم يتسم بثبات للمدركات والمعارف حول جانب معين من عالم الفرد، أو هو نمط المعاني لمعرفة الفرد حول شيء محدد" (Krech.D & Crutchfield.R.S,1952) أي أنها تتسم بالثبات عند الفرد وعلى أساسها وقواعدها يدرك الفرد عالمه.

وأما في علم النفس المرضي وبالذات النموذج النظري المعرفي فإن مصطلح "اعتقاد" أو نظام المعتقدات كما يسميها الباحث إليس Ellis لا يعبر عن بنية عقلية افتراضية، ولكنه عبارة عن تعبير عيادي يأتي من طرف العميل لمجموع تصوراته حول ذاته والآخرين والعالم، والذي يكون نظام تأويله أو فلسفه الخاصة في الحياة. وبهذا فإن المعتقدات عبارة عن تنظيم لعدة فرضيات ذاتية تتميز بقواعد ضمنية، ينجم عنها في نفس الوقت تنظيم ومحتوي أبنية معرفية أشمل يطلق عليها مصطلح المخططات المعرفية، والتي بدورها يعرفها بيك بأنها "أبنية معرفية ثابتة، مخزنة في الذاكرة البعيدة المدى، وتتميز بكونها تعمل أوتوماتيكيا، وأنه تم اكتسابها مسبقا من خلال التفاعل بين الأبنية العصبية والخبرات الشخصية" ( Cottraux.J, 2001, p16 ). أي أن المعتقدات عبارة جزء من أبنية عقلية توجه وتنظم تفكير وسلوك الفرد

وتعمل كمكونات للمخططات المعرفية التي وصفها علماء علم النفس المعرفي ونظرية معالجة المعلومات. ونظرا للدور الذي تلعبه في ظهور الاضطرابات النفسية فقد ركز إليس تعريفه في الجانب العيادي، لذا تعرف دائما وفق هذا الجانب ويشار إليها بالمعتقدات الخاطئة أو غير العقلانية لتمييزها بمقدمات خاطئة، أو انطوائها على استنتاجات غير صحيحة أو نتائج سلبية على الفرد.

ومن خلال ما سبق يتحدد مفهوم المعتقدات في مجموعة من المؤشرات والخصائص التي وردت في هذه التعاريف، والتي تشير أن المعتقدات عبارة عن أبنية معرفية تدخل في تكوين وتنظيم أبنية معرفية أوسع يطلق عليها مصطلح المخططات المعرفية، والمخططات عبارة عن خطط عقلية مجردة تعمل كموجهات للفعل، وكبناءات لتذكر المعلومات وتفسيرها، وكإطار عمل منظم لحل المشكلات فهي ترشد معالجة المعلومات كما توجه السلوك. ولكن بعض الباحثين يميزون بين هذين المصطلحين بكون المعتقدات محتويات محورية تعمل على مستوى بدائي كمقدمات للمخططات، أما الباحث بيك فيشير للمخططات لوصف ثلاث مستويات معرفية أولها الأبنية المعرفية ثم العمليات المعرفية والتي يحدث على مستواها أخطاء معرفية، وأخيرا النتائج المعرفي كالآراء والاتجاهات والأفكار الأوتوماتيكية. وعموما تتميز هذه الأبنية بكونها معاني يضيفها الفرد على مدركاته، وأنها مكتسبة من خلال التفاعل مع محيطه المعيشي، وأنها ذاتية وغير موضوعية بحيث يعتبرها الفرد حقيقية، بغض النظر عن عناصر الواقع التي تأكدها أو تدحضها.

**ثانيا: تحديد مفهوم المعتقدات الادمانية:** نلاحظ أن اصطلاح المعتقدات الادمانية مركب من كلمة المعتقدات وكلمة الإدمان وهذا يشير بطبع بأن المعتقدات الادمانية

ما هو إلا نوع من المعتقدات التي حددناها سالفًا. حيث يمكننا تصنيف المعتقدات على أساس خصائصها وطبيعتها ودورها ومستويات تركيبها، فنجد مثلًا معتقدات محورية وأخرى ثانوية، ومعتقدات عقلانية وغير عقلانية، وظيفية أو غير وظيفية كما يمكننا تصنيفها على أساس الموضوع المكون لها، فنجد هناك معتقدات شخصية والتي ترتبط بالخبرة الشخصية للفرد ومعتقدات دينية مرتبطة بانتماجات الفرد الدينية، أو ثقافية، أو قد تكون مرتبطة بالجنس، أو العمل، أو الصحة (معتقدات صحية) وغيرها.

والمعتقدات الادمانية إذن ما هي إلا مجموعة من المعتقدات المرتبطة بموضوع الإدمان والتي عرفها مجموعة من الباحثين على أنها مجموعة من المعتقدات غير وظيفية تلعب دورًا أساسيًا في استهلاك الفرد للمواد النفسية والإدمان عليها قدمها بيك في دراساته لتفسير ظاهرة الإدمان على الكحول أين صنفها إلى ثلاثة أنواع هي: (Liese.S & Franz.R,1996 Grebot.E & Dardard.J, 2010) ;Wright.E.D & al,1993 )

- المعتقدات التوقعية: هي معتقدات ترتبط بتوقعات إيجابية بعد استعمال المخدر، كزيادة الفعالية الاجتماعية وزيادة مردود الفرد.... إلخ مثال: " سأكون أفضل عندما أتناول المخدر".
- المعتقدات التسكينية والتي يرى من خلالها الفرد أن العقار يعمل على تسكين أو خفض من استجابته الجسدية للضغط. مثال: " إذا تعاطيت المخدر، قلقي يزول"
- المعتقدات الإباحية: وهي اعتقادات تسهل وتبرر استعمال المخدر " أنا موافق على التعاطي في هذا الوقت"

ويعرفها "بيك" أنها مجموعة من الأفكار المتمحورة حول البحث عن اللذة، حل المشكلات، التنفيس، الهروب أو التجنب، وهي معتقدات غير وظيفية تميز الأفراد المتعاطين للمخدرات بعد وصولهم إلى مرحلة التبعية (Beck, A.& al,1993) أي أن هذه المعتقدات تدخل في تكوين مميزات الإضراب، وبالذات تعمل على المساهمة في استمرار التبعية وتهدئ الأرضية للانتكاس (Eraldi. G.D, 2006) ويضيف الباحث أوتيكيت "Hautekeete" في دراسته أن هذه المعتقدات يمكن أن تكون أيضا عند غير المتعاطين للمخدرات ويمكنها أيضا التمييز بين المتعاطين بدون تبعية وبين المتعاطين بتبعية والفرق يكمن فقط في نوع وشدة هذه المعتقدات، وهذا ما أكدته دراسات أخرى (Hautekeete. M & al, 1999)

ومن أجل أن تكون لدينا صورة واضحة لمفهوم المعتقدات الادمانية، يلزمنا الرجوع إلى مبادئ النظرية المعرفية لبيك في تفسير الاضطرابات النفسية، وهذا لكون خصائص وطبيعة هذه المعتقدات هي نفسها خصائص وطبيعة المعتقدات غير الوظيفية التي تساهم في ظهور الاضطرابات النفسية، والتي سنتعرض لها تحت العنوان التالي.

## (2) - المبادئ النظرية لبيك والمفسرة للاضطرابات النفسية:

يتضح من كتابات بيك في الفترة ما بين 1965 - 1991 ومن كتابات بعض زملائه إن النظرية المعرفية للأمراض النفسية تتخذ من الكيفية التي تتم من خلالها معالجة المعلومات المحور الأساسي الذي تدور حوله تفسيرات النظرية المعرفية للاضطرابات النفسية التي يعاني منها الإنسان . وتفترض هذه النظرية أن وجود الاضطرابات لدى الفرد مرتبط بوجود تحيز وأخطاء في معالجة المعلومات لديه، كما تفترض وجود أبنية معرفية -مخططات- كامنة عاجزة عن التكيف تسيطر على



المريض من خلال ما ينتج عنها من أفكار داخلية تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره.

وللإنسان من وجهة النظر المعرفية دور نشط في تكوين واقع خاص به. ويعتمد الإنسان في رؤيته لما حوله على نظام معالجة المعلومات لديه الذي يختار من خلاله، وبغيره، ويفسر المثيرات التي تصادفه. وتلعب المعاني الشخصية -الذاتية- التي يعطيها لما يعترضه من حوادث دورا هاما في قدرته على التكيف، فقد يستجيب باستجابات سلوكية أو انفعالية غير متكيفة إن هو أخطأ في تفسير ما يحدث من حوله. وهكذا فإن المعرفة تؤثر على الانفعالات وعلى السلوك، ومع ذلك فإن النظرية المعرفية لا تفترض أن الأفكار تسبب السلوك أو الانفعالات -وبالذات في الكتابات الحديثة- لأنها -الأفكار- لا تسبق الانفعالات أو السلوك في كل الأحوال، وترى عوضا عن ذلك أن هناك تفاعل وتأثير متبادل بين هذه المتغيرات.

وتفترض النظرية المعرفية انه من الممكن التعرف على الأفكار واستنباطها ولكن ذلك لا يعني أن الأفكار كلها تقع تحت طائلة الفرد، فالأفكار التلقائية نقلت من سيطرته وتزعجه ولكن من الممكن تدريبه على مراقبة ورصد هذه الأفكار ثم التخلص منها، أو إبطال مفعولها غير الايجابي عليه. وأخيرا يفترض في النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغيرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض (حسين طه ، 2007)

و يمكن أن نلخص الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي فيما يلي:  
- أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا، أي أن الأفكار والاعتقادات لدى الفرد هي المسئول الأول عن حدوث انفعالاته وسلوكه.

- أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك، فهي تتفاعل مع بعضها البعض فيما بينها، ولهذا فالعلاج يشمل التعامل مع المكونات الثلاثة معا.
- أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يتعلمها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي.
- أن الأبنية المعرفية للفرد ( الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعني) ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلفة وظيفيا.
- أن المعارف المختلفة وظيفيا قد تبدوا للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع.
- أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية و سلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل.
- تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوب هام لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه.
- أن التحريفات المعرفية يتم استئارتها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة، بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات.
- أن المخططات المعرفية هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها.
- أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة.
- أن المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا هي المسئولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد.

- أن تغيير الأفكار والاعتقادات السلبية للفرد يترتب عليها تغييرات جوهرية في الانفعالات والسلوك.

### (3) - المعتقدات وسلوك الإدمان:

يطرح بيك نموذجا لتفسير ظاهرة السلوك الإدماني انطلاقا من اتجاهاته النظرية حول السلوك الإنساني عموما والسلوك غير التكيفي خصوصا وبالخصوص حالات القلق والاكتئاب والتي حملته إلى اقتراح نموذج علاجي لاقى نجاحا كبيرا وانتشارا واسعا في المجال العيادي والذي تم تعميمه لتفسير مختلف الاضطرابات السلوكية، ومن خلال هذا النموذج حاول علاج حالة كانت تعاني من الإدمان على الكحول أين لاحظ عندها مجموعة من المعتقدات والأفكار المميزة والتي كانت تلعب دورا هاما في استمرارها للشرب الكحول والانتكاس عليه، وتوصل إلى نفس الملاحظات مع حالات أخرى تعاني من مشكلة الإدمان على الكوكايين، وهذا ما دفعه مع فريقه إلى تطوير نموذج لفهم وعلاج الإدمان من خلال الملاحظات الإكلينيكية والمناقشات مع الآلاف من المرضى المدمنين على المخدرات ( Beck. A & al,1993 )

ويتمحور هذا النموذج أولا على مفهوم الإدمان والذي يعرفه بيك على أنه عبارة عن تعاطي قهري يؤدي الوقوع في شباكه إلى نتائج تشتمل على مشاكل اجتماعية ومادية وقانونية والتي لا يستطيع المريض مواجهتها (سالم الجوهي، 2013 ) أي أنه يحدده في المرحلة الأخيرة من التعاطي والمتمثلة في التبعية التي تتميز بمجموعة من الإضرابات الهامة والمستمرة للوظيفة النفسية للفرد والتي تترجم حسب الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات العقلية DSM-IV في ظهور أعراض التحمل، الانسحاب، الاستهلاك القهري والأضرار الخطيرة. ويشير بيك أن تحديده لهذا المفهوم

في هذا التعريف جاء من خلال تحليل أربعة أنواع من التبعية أشارت إليها عدة نظريات سابقة درست ظاهرة إدمان الكحول وهي: (Eraldi. G.D, 2006, p83)

- الإدمان كنتيجة لأعراض الانسحاب ( أي أن الإدمان هو نتيجة الحاجة للإحساس بالراحة مرة أخرى)
- كنتيجة لنقص الشعور بالمتعة (أي محاولة لتحسين المزاج مثلا)
- كنتيجة شرطية لمثيرات مرتبطة بالكحول
- كنتيجة لمتعة مركبة ( ربط المخدر باللذة الجنسية من أجل زيادة اللذة الجنسية والمحور الثاني لهذا النموذج يتمثل في مجموعة من المعتقدات المميزة الغير وظيفية التي تسيطر على تفكير الفرد المدمن والتي نشأت عن معالجة معلومات غير سليمة أطلق عليها اصطلاح المعتقدات الادمانية.

#### 4- المعتقدات الادمانية والمخططات المعرفية

قدم الباحث الباحث إرالدي " Eraldi " تحليلا لمستوى وموقع المعتقدات الادمانية في النظام المعرفي للفرد، وقام بذلك بالعودة إلى مفهوم المخططات عند بيك، وبالتالي يرى أن المعتقدات الادمانية مركبة أساسا من المخططات المحورية الكامنة في شخصية المدمن وأول مكون لهذه المخططات المعرفية المحورية الغير وظيفية يرتبط بالنجاح الشخصي، تحقيق المشاريع، الحرية والاستقلالية، والمكون الثاني يرتبط بالعلاقات العاطفية مع الآخرين والتي تظهر على شكل الشعور بأنه غير محبوب أو غير مقبول أو أنه مختلف عن الآخرين (Eraldi. G.D, 2006). وبالتالي تعمل المخططات المحورية كمهيات مميزة ذات حساسية في بعض الظروف (مثلا في حالة الرفض الاجتماعي) وتصبح نشيطة والذي قد يحمل الفرد إلى الشعور بالحزن. وعليه فالمخططات المحورية تعمل كمقدمات أساسية للمخططات الادمانية (المعتقدات

الادمانية) حيث تتميز بكونها عميقة في شخصية الفرد ولا تظهر مباشرة، ولكن المعتقدات الادمانية أقرب إلى وعي الفرد وتظهر بسهولة في التفكير وفقا للتسلسل معين حدده كل من إرلدي (المرجع السابق) وأوتيكييت (Hautekeete. M, 1998) كما يلي: أولاً المعتقدات التوقعية ثم يليها المعتقدات التسكينية التي تنتشط عندما يبدأ الفرد في الاعتماد على المخدر في احتواء شعوره بالحزن (أحتاج إلى المخدر) وبعدها تأتي المعتقدات الإباحة التي تظهر وتتطور عند الفرد حين يدخل في صراع استعمال أو عدم استعمال المخدر ( مع المحيط وأيضاً مع القانون) وتنشط هذه المعتقدات وفق مجموعة من الظروف والمثيرات التي يطلق عليها وضعية الخطر العالي.

#### 5- الظروف المنشطة للمعتقدات الادمانية:

يرى بيك وجماعته أن سلوك تعاطي المخدرات يمر بعمليات معرفية خاصة بحيث يصبح الفرد مدمناً على المخدرات نتيجة لبعض المثيرات المنشطة التي تعرف بوضعية الخطر العالي، حيث أن الأفراد الذين لديهم اتجاه ايجابي نحو سوء استهلاك المخدرات نتيجة امتلاكهم معتقدات مميزة لا يقعون مباشرة في فخ استهلاك المخدرات، لأن هذه المعتقدات تنشط فقط عندما تتوفر بعض الظروف التي تهدد قدرة الفرد على المراقبة وتزيد من خطر الانتكاس، ويمكن تقسيم هذه المثيرات إلى قسمين: ( Beck. A & al,1993 )

أ- المثيرات الداخلية: والتي تتمثل أساساً في مختلف حالات التوتر الانفعالي، كالقلق، الاكتئاب، الغضب، الضجر، الإحباط، الوحدة، والأحاسيس الجسدية كالتعب، الألم والجوع وفي حالة الوقوع في التبعية تصبح أعراض الانسحاب أو الامتناع كمثيرات.

ب- المثيرات الخارجية: تمثل الأشياء، تأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطى المخدرات، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات.

#### (6) - سيرورة الإدمان ونشاط المعتقدات الإدمانية:

ظاهرة الإدمان على المخدرات تنشأ عن طريق مجموعة متسلسلة للأحداث تبدأ أولاً بوجود مجموعة من الظروف أو عوامل الخطر المرتفع والمتمثلة أولاً في وجود مجموعة من الأخطاء التفكير والمعتقدات غير الوظيفية التي دخلت في تكوين المجال الشخصي للفرد، قد ترجع في تشكلها إلى مراحل الطفولة، حيث تعمل هذه المعتقدات في تنشيط مختلف حالات التوتر الانفعالي، مثل: الاكتئاب، القلق والتشاؤم وعدم الاستقرار والضغط النفسي....، بحيث تدفع هذه المعاناة النفسية الفرد للبحث عن حلول للتخلص أو تخفيف هذه الحالة عن طريق مختلف أساليب التكيف لديه، وهذا ما أطلق عليه بيك اسم "عوامل الخطر المرتفع الداخلي".

إضافة على الظروف الداخلية المهيأة أضاف الباحث بعد العوامل الخارجية المهيأة كتأثير جماعة الأصدقاء التي تتعاطى المخدرات، الاتصال مع بائعي المخدرات، السكن في بعض المناطق التي يكثر فيها تعاطي المخدرات، أي سهولة الحصول على المخدرات. كلها الظروف يمكن أن تلعب دور المنشط، حيث تستثير نوع من المعتقدات الخاصة التي تكونت عند الفرد والمرتبطة بتصوراته الايجابية نحو المخدرات، كفكرة:

- إن تعاطي المخدرات سيجعني أكثر اجتماعية.
- إنه لمن المسلي أن أجرب المخدرات ولو مرة واحدة

أطلق على هذه الأخيرة اسم **المعتقدات التوقعية** Anticipatory Beliefs، لأن الشخص هنا يتوقع بأن المخدرات قادرة على تغيير حياته من السلبية إلى الايجابية ومن العزلة والوحدة إلى الاجتماعية، كما أنها قادرة على أن تجعل منه إنسانا متفوقا، يشعر بذاته وبأنه موجود.... وتظهر بعدها معتقدات أخرى تحمل توقعات بأن المخدرات تمتلك قدرة كبيرة على مساعدة الفرد من الخروج من حالة القلق، والاكتئاب التي يعيشها، والتي أطلق عليها اسم **المعتقدات التسكينية**، كأن يقول:

- المخدرات هي الطريق الوحيد لأتخلص من أحزاني وآلامي.

- بعد أن استخدم المخدرات قلقي سيزول.

وعندما يصل الفرد إلى هذه المرحلة تظهر لديه الرغبة الملحة في تناول المخدرات ولكن قبل أن يصل إلى القرار المتمثل في "أتعاطي المخدرات" أو " لا أتعاطي المخدرات. فإنه يتعامل مع معتقدين متناقضين، وهما :

- "يجب أن لا أتعاطي المخدرات وقد سمي "بيك" هذا المعتقد بـ " اعتقاد

الامتناع Abstinence Belief"

- أنا موافق على تعاطي المخدرات في هذا الوقت" وقد سمي "بيك" هذا المعتقد

" بالاعتقاد الإباحي "Permissive Belief" والتي تشكل **المعتقدات**

**الإباحية**. ( Beck. A & al,1993 )

وحسب "بيك" فإنه كلما تقدم الشخص في هذه السيرورة، أصبح من غير الممكن أن يتراجع، فإذا لم يصل إلى مرحلة الرغبة الملحة، فإنه غالبا ما يكون قادرا على الاعتراف بالأضرار الخطيرة للمخدرات على حياته، ولكن بمجرد أن تنشط معتقدات تعاطي المخدرات ويتبعها تناولها، تصبح الرغبة في تعاطيها ملحة، لا يمكن بأي حال من الأحوال مقاومتها، فيحدث " **العائق المعرفي**"، فينقص إدراك الفرد واهتمامه بكل

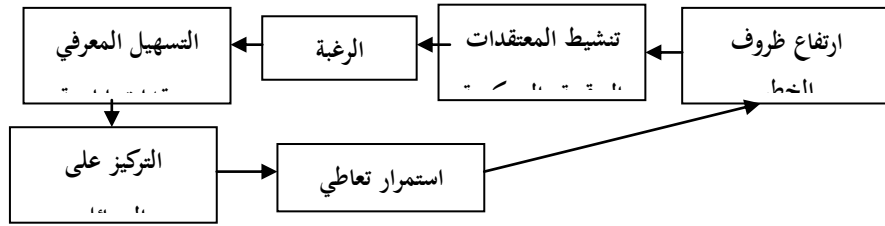
ما يخص الجانب الصحي، الاجتماعي والاقتصادي، فيصبح شغله الشاغل منحصرا في استراتيجيات التنفيذ، أي " من أين سأحصل على المال لشراء المخدرات"، مثل هذه المعتقدات تصبح ذات قيمة كبيرة، في هذه الحالة تصبح معتقدات الامتناع غير فعالة، تنطفئ شيئا فشيئا، حتى أنه يتعذر عليها التأثير في الشخص.

وللتوضيح قدم لنا " بيك" مثلا، يسرد لنا حالة عميله الذي يتعاطى الكوكايين منذ 05 سنوات، هذا العميل صرح بأنه حلم أنه تعاطى الكوكايين، وعند استيقاظه شعر بلذة قوية لتعاطي الكوكايين، لذلك قرر أنه لا بد من تعاطي الكوكايين قبل أن يبدأ يومه، فهذه الحالة (تأثير الحلم) نشطت أفكار مثل : إن الحياة أجمل عندما أتعاطي الكوكايين، وتتبعها آليا فكرة إنني أريد الكوكايين، ثم يوجه اهتمامه حول ما إذا كان يملك المال الكافي لشراء الكوكايين، وفي هذه المرحلة تنشط معتقدات إباحية خطيرة، هو ما أسماه ب: معتقد انعدام الخطر، فالتعاطي يعتقد أنه إذا تجرع الكوكايين دفعة واحدة أو أنه يعرف نفسه جيدا وأنه قادر على الإقلاع عن تعاطي المخدرات إذا أراد، وهو في مأمن من الإدمان ما دام لا يدخن الكراك. (فريدة قماز، 2009)

وفي مرحلة أخرى تلعب هذه المعتقدات دورا في انتكاس المدمن مثلا أن المتعاطي للكوكايين يشعر بحاجة ماسة للكوكايين وأن حياته كلها تتوقف على هذه المادة، فتتردد عليه فكرة أنني بحاجة إلى الكوكايين، حتى أستطيع أن أقوم بوظائفي، إنني لا أستطيع أن أوصل بدونها، كما أنه يعتقد أن المخدرات تمتلك قدرة كبيرة على مساعدته من الخروج من حالة القلق، والاكنتاب التي يعيشها، كأن يقول: "المخدرات هي الطريق الوحيد لأتخلص من أحزاني وآلامي . وتظهر أفكار خاصة تمنع الفرد من التوقف عن التعاطي مثلا: " إنني لا أستطيع أن أتحمل أعراض الامتناع" يبدو هنا واضحا أن ما يميز هذه المرحلة هو:



- الشرطية مثلا: "إذا تعاطيت المخدرات أستطيع القيام بوظائفي
  - القطعية مثلا: لا بد أن أتعاظي المخدرات حتى أقوم بوظائفي
- وبالتالي تجعل هذه الصلابة في التفكير والآلية من صعب على متعاطي المخدرات أن يرى حولا متنوعة لمشاكله بغير المخدرات.



شكل رقم ( 2-2): يوضح سيرورة نشاط المعتقدات الادمانية

( Beck & al, 1993)

(7) - العلاج المعرفي للسلوك الإدمان:

(1-7) - المقاربة المعرفية:

قدم الباحث بيك بعض النماذج العلاجية لمشكلة تعاطي المواد النفسية، وهذا بناءا على متابعة حالات عدة قام بها مع زملائه على أشخاص لديهم مشكلة تعاطي المخدرات أو الكحول، تبين لهم امتلاكهم لنوع من المعتقدات الوسطية التي ترتبط بانخفاض الشعور بالحب والقدرة، فقدان الأمل، ضعف القدرة على تحمل الإحباط والشعور بالروتين. وشكلت هذه المعتقدات المتنوعة نظام من المعتقدات غير الوظيفية يعمل على الاستمرار في تعاطي المخدرات بسبب تكرار الانتكاسات.

وعليه يعمل العلاج المعرفي على مستويات وأنواع مختلفة من المعتقدات (المخططات المعرفية الأساسية، المعتقدات التوقعية، التسكينية، الإباحية)، وذلك بتعديل المعتقدات غير الوظيفية إلى معتقدات أكثر عقلانية في مواجهة المشاكل والوضعيات التي كانت تعتبر من قبل أنها غير محتملة وكانت عادة ما تحمه على تعاطي المخدرات. ( Beck. A & al,1993 )

قدم كل من برنارد "Bernard" و أنا-كرولين "Ana Carolina" أربعة مكونات أساسية تدخل في العلاج المعرفي لتعاطي المخدرات تتمثل في معطيات الطفولة ذات الصلة، مخططات أساسية غير وظيفية، فروض مشروطة وأساليب التعويض، وهي كالتالي: ( Bernard. P.R & al, 2012, p161-164 )

معطيات مرحلة الطفولة ذات الصلة: وهنا يعمل المعالج على تحديد خبرات الطفولة التي كونت أو ساهمت في الحفاظ على المعتقدات الأساسية المختلة والتي تدخل في تكوين المجال الشخصي للفرد (الشخصية)، كأن يعتقد المفحوص أنه لا يستطيع أن يكون محبوبا....

الفروض المشروطة: هي مجموعة من القواعد الضمنية التي يتبعها المفحوص من أجل تجنب أو التخلص من ضرر معين والتي يمكن أن تظهر على شكل افتراضات ايجابية "إذا تحكمت في الأمور، سأشعر بأنني فعال" أو على شكل سلبي "إذا لم أفعل الأشياء بشكل مثالي، سأشعر بالدونية".

الأساليب التعويضية: وهي سلوكيات تساعد المفحوص على المواجهة - ولو كانت مؤقتة ولكنها فعالة - كمحاولة تجنب المهام التي يمكن القيام بها بشكل مثالي أو استعمال الأدوية التي تساعدهم على أن يصبحوا أكثر فعالية وأكثر ثقة.

7-2- المقاربة السلوكية:

لم يكن العلاج المعرفي معرفياً بحتاً في تقنياته، فعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف "بيك" على استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم إلى جانبها مجموعة من الفنيات سلوكية (Cottraux, J., 2001)، وهذا ما أكده بنفسه في كتابه الذي نشره عام 1979م العلاج المعرفي للاكتئاب، وقبله في كتاب أصدره في عام 1970 بعنوان العلاج المعرفي: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي : Cognitive Therapy Nature and relation to Behavior Therapy أين أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشرافية، وهو ما يعتبر بمثابة إستراتيجيات سلوكية .

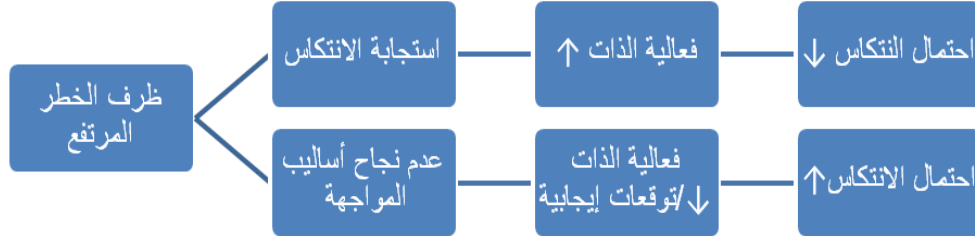
وعليه هناك بعض الجوانب السلوكية في العلاج المعرفي للإدمان تدخل في ما يسمى بالتحليل المعرفي السلوكي العام والتي تتمثل في تحديد سلوكيات التبعية، وتاريخ هذه الوضعية، والظروف المحيطة بها، المعتقدات والتوقعات، تاريخ الحالة، والخبرات السابقة مع مواد نفسية أو سلوكيات ادمانية أخرى. إضافة إلى تحديد نتائج هذا السلوك على الفرد من أجل فهم التعزيز الذي يمكن أن يزيد من استعمال المخدرات من جهة، ومن جهة أخرى تحديد النتائج السلبية التي يمكن أن تعمل على منع استعمال المخدرات، وبالتالي نحدد تأثير المخدرات على مختلف النشاطات الحياتية، والاهتمامات الاجتماعية، والعلاقات مع الآخرين، أي كيف عايشها المفحوص قبل وأثناء وبعد سلوك الإدمان وماهية العوامل المتدخلة في تعلم سلوك الإدمان.

وتجدر الإشارة هنا إلى أن العلاج المعرفي السلوكي للإدمان عبارة عن محاولة منع حدوث الانتكاس، وهذا باعتبار أن الانتكاس هي مرحلة انتقالية، في سلسلة من الأحداث التي يمكن أولاً يمكن أن ترجع المفحوص إلى الوضع الأول، أي العودة إلى

نفس الدافع الذي كان قبل البحث عن التوقف والتقليل من تعاطي المخدرات. وبناءاً على ما سبق فإن العلاج المعرفي ينظر إلى العودة إلى النموذج السابق من السلوك أنه عبارة عن العودة إلى استعمال المخدرات في سيرورة التغيير، وأطلق على هذه العملية اسم حالة المرور. وعليه فإن من أهداف العلاج الأساسية هو تعليم المفحوص الحفاظ على استعمال المخدرات في حالة المرور، وأنه لن يسمح بتطور هذه الحالة إلى حالة الانتكاس ( Marlatt. G.A & Gordon J.R, 1985 )

وبهذا فإن وقوع المفحوص في حالة الانتكاس باعتبارها حالة من المرور، يعمل على تمكين المفحوص من معلومات حول سبب حدوث الانتكاس والتي من خلالها يمكن أن يبحث عن وسيلة لتصحيح المشكلة كي لا تحدث انتكاسات أخرى.

ومن خلال الشكل رقم (2-3) الذي يوضح لنا النموذج العام لحدوث حالات الانتكاس، والذي يتمحور حول مفهوم أن المفحوص يبقى ممتع عن تعاطي المخدرات حتى تحدث حالة من ظرف الخطر المرتفع، والتي من خلالها يمكن معرفة قدرة المفحوص على التحكم في احتمال الانتكاس، والتي ترتبط بمدى فعالية الذات في الاستجابة للانتكاس ومدى نجاح أساليب المواجهة عند المفحوص وكلها تتأثر بثلاث عوامل أساسية حددها في الانفعالات السلبية، الصراعات العلائقية، الضغوطات الاجتماعية. ( Beck. A & al,1993, p13 )



شكل رقم ( 2-3 ): يمثل توضيح لحالات الانتكاس أثناء العلاج ( Marlatt & Gordon, 1985 ,p38)

ومن خلال هذا النموذج نلاحظ أنه بعد حدوث وضعية الخطر المرتفع فإن للمفحوص استجابتين، الأولى تكيفية فعالة ، بحيث أنه كلما نجح في وضعية معينة زادت ثقته في نفسه وبالتالي فعالية ذاته وينتج عن هذا زيادة احتمال عدم الانتكاس. أما الاستجابة الثانية يكون فيها الفرد فاقدا لأساليب التكيف الفعالة أو أن الاستجابة التكيفية قد منعت عن طريق الخوف أو القلق، أو أن الفرد لم يدرك بأن هذه الوضعية ذات خطر مرتفع وبالتالي كل هذا يضعف من فعالية الذات لدى الفرد وينمي الشعور بالعجز واحتمال التعاطي يزيد، وإذا كانت نشطت التوقعات الايجابية نحو المخدرات سيؤدي بالفعل إلى زيادة الشعور بعدم فعالية الذات وبالتالي يزداد احتمال الانتكاس.

#### أهم التقنيات العلاجية المستعملة:

عمل كل من برنارد "Bernard" و أن-كرولين "Ana Carolina" على جمع أهم التقنيات المستعملة في علاج حالات الإدمان وهي كما يلي: ( Bernard & Ana Carolina, 2012, pp166-164 )

الإنصات الانعكاسي: عبارة عن استجابة بسيطة عن طريق تقديم جملة أو عبارة للمتكلم، ومن الضروري أن تكون هذه العبارة في شكل تأكيد بدلا من سؤال. وهذا بهدف دفع المفحوص للتفكير فيما يقوله. وبالتالي إستراتيجية جيدة في حالة المريض الذي يقاوم التفكير في السلوك ومن جهة أخرى يظهر المعالج تفهمه وقبوله للحالة. انعكاس التضخيم: تستعمل هذه التقنية في انعكاس شيء قاله المفحوص بشكل مضخم أو مبالغ فيه، ويعمل المعالج في هذه الحالة بعكس هذه العبارة بلهجة أكثر تأكيدية مبالغ فيها عن تلك التي استخدمها المفحوص، وهذا من أجل أن تشجع المفحوص على اتخاذ خطوة إلى الوراء وتغيير بعض التفكير. ولكن يجب على المعالج أن يكون حذرا إلى نبرة الصوت التي يستخدمها أو إلى استعمال عبارات ساخرة قد تثير رد فعل عدائي ومقاومة. عكس جانبي التفكير: وذلك عن طريق الإقرار بالفكرة التي يقدمها المفحوص مع إضافة الجانب الآخر الذي يناقض الفكرة. إعادة الصياغة: وهذا بهدف إعادة بناء المعلومات التي جاء بها المفحوص من أجل إضافة تفسير آخر للسلوك. تقنية الايجابيات والسلبيات: وهي طريقة موضوعية لتحليل الايجابيات والسلبيات من جراء استخدام المخدرات في جدول يضم أربعة مربعات. بطاقة أساليب التكيف: هي بطاقة صغيرة بحيث يمكن للمريض أن يحملها معه، ويكتب فيها بعض الأساليب التي يمكن أن تساعد لتجنب الانتكاس. كالايجابيات والسلبيات، تقنية الإلهاء، تمارين التنفس... الخ مراقبة الذات: وهذا عن طريق وضع سجل يومي أو أسبوعي لتناول المخدرات، قد يوضع فيه الفرص المتاحة، أوقات الاستعمال، حدة الأفكار المصاحبة ...

تحديد وإعادة بناء الأفكار الأوتوماتيكية: يتعلم المريض كيفية تحديد والكشف عن الأفكار التي تولد الرغبة في التعاطي والأفكار التي تبقى أثناء الاستعمال ومن ثم يحاول إعادة بنائها.

حل المشكلات: يعتبر الهروب من المشاكل أحد الدوافع المؤدية إلى التعاطي، وبالتالي فإن تقنية حل المشكلات هامة في مساعدة العميل على تصور وإيجاد حل فعال لمشكلاته عن طريق ستة خطوات كما يلي: (1) تحديد المشكلة بوضوح ودقة، (2) تصور أكبر قدر من الحلول عن طريق العصف الذهني، (3) دراسة إيجابيات وسلبات كل حل ممكن بالإضافة إلى كل انعكاساته الحالية والمستقبلية، (4) اختيار أفضل الحلول، (5) تنفيذ الحل المختار من خلال التخطيط، (6) تقييم النجاح، أما في حالة عدم حل المشكلة نرجع إلى الخطوة الرابعة (4).

التدريب على المهارات الاجتماعية: وهي تنمية قدرة المفحوص على الاستجابة بطريقة فعالة وملائمة لبعض الوضعيات التي يمكن أن تضعه في ظرف خطر مرتفع، مثل أن يتم دعوته إلى سهرات تكثر فيها المخدرات.

إدارة الرغبة الملحة: عن طريق مراقبة الذات والوعي بها وفهم مكونات هذه الرغبة الملحة والعمل على بناء وسيلة لإدارة هذه الأعراض من خلال تقنيات تنطوي على الإلهاء، الاسترخاء، حل المشكلات... الخ.

الإلهاء: وهي مجموعة من التقنيات التي تهدف إلى تغيير تركيز المريض من عالمه الداخلي (أفكار، ذكريات، أعراض) إلى المحيط الخارجي: ويقترح بيك (1993) بعض المصادر كما يلي:

الإيعاز إلى المريض للتركيز اهتمامه على ما حوله، مثل المناظر الطبيعية، الناس، السيارات، الأثاث،... الخ.

التحدث إلى أشخاص آخرين، وقد ينطوي هذا على بدأ المحادثة أو دعوة صديق ..الخ.

ترك المكان الذي يتواجد فيه و زيارة صديق، السياقة، التسوق.  
القيام ببعض الأعمال البيتية، التنظيم، الترتيب، أو تركيب أدوات منزلية، أي أشياء نافعة.

قراءة قصيدة أو الصلاة أو الكتابة.

الانخراط في أنشطة ترفيهية، ألعاب، الألغاز ...الخ.

#### خاتمة البحث :

يتبين لنا من خلال ما سبق الدور الهام الذي تلعبه المعتقدات الادمانية في ظهور واستمرار ظاهرة الإدمان على المخدرات والانتكاس، وتكمن أهميتها في أنها قد تتواجد حتى عند الأفراد غير المتعاطين للمخدرات وتكون عندهم على شكل عوامل ضعف قد تدفع الفرد لتعاطي المخدرات، كما أنها تحدد طريقة تعاطيه للمخدرات ودرجاته. وهذا وفق نموذج من المعتقدات بدأت عدة دراسات تعممه على كل سلوكيات التبعية، كالعاب المرضي، إدمان الانترنت، وحتى اضطرابات أخرى يكون فيها سلوك الفرد قهري، كالانحرافات الجنسية.

وعلى الرغم شهرة وتعدد الدراسات التي اعتمدت النموذج المعرفي لبيك إلا أن طرحه لنموذج في تفسير السلوك الإدمان أعطى دفعة جديدة من الدراسات التي مازالت في بدايتها لإعادة النظر في طرق العلاج التي نعتمدها في هذا الإطار، وأرجوا أن يساهم هذا البحث في دفع الباحثين لدراسة هذا الموضوع لحدائته ولغياب دراسات عربية حسب اطلاعنا.



### قائمة المراجع:

- أحمد مختار عمر (2008): معجم اللغة العربية المعاصرة، عالم الكتب، القاهرة  
طه عبد العظيم حسين (2008): العلاج النفسي المعرفي (مفاهيم وتطبيقات)، دار  
الوفاء، الاسكندرية.
- فريدة قماز (2009): عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة  
ماجستير غير منشورة في علم اجتماع التنمية، جامعة منتوري قسنطينة.
- لبنى أحمان (2006): الكف المناعي المكتسب وعلاقته بكل من المعتقدات  
اللاعقلانية وأسلوب الاستقلال/ الاعتماد على المجال الدراكي، رسالة ماجستير غير  
منشورة في علم النفس المعرفي، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الحاج لخضر،  
باتنة.
- الجوهي عبد الله سالم (2013): الكفاءة السيكومترية لبطارية قياس المعتقدات  
المعرفية لدى مدمني المخدرات، مجلة كلية الأدب، جامعة سويف، العدد 28 .

Ajzen, I. et Fishbein, M. (1980): Understanding attitudes and predicting social behaviour, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall Inc.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S (1993) Cognitive Therapy of Substance Abuse. Guilford Press . New York London

Beck, A.T., Clark, D.A., 1997. An information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behavioural Research Therapy* 35 (1), 49–58.

Bernard P. R, Carolina.A, Robbe.M (2012): *Cognitive–Behavior Therapy for Substance Abuse, Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy*, Dr. Irismar Reis De Oliveira (Ed.), InTech, Available from: <http://www.intechopen.com/books/standard-and->

Cottraux, J (2001) : *les thérapies comportementales et cognitives*, 3em edtion, Masson. Paris

Eraldi–Gackiere.D (2006) : *Production cognitivo émotionnelle au cours d’une prise en charge par exposition de patients dépendants en cure alcoolique*. Thèse pour l’obtention du titre de Docteur en Psychologie. Université Charles de Gaulle, Lille.

Gérald.B (2003) : *L’empire des croyances*, PUF, paris

Grebot.E et Dardard.J (2010) : *Schémas cognitifs, croyances addictives et défenses dans la consommation et l’addiction au cannabis de jeunes adultes*. Elsevier Masson, *Revue Psychologie française* n 55 pp : 373–387

Hautekeete.M (1999) : Pensées dysfonctionnelles de l'alcoolodépendance. Un test du modèle de Beck : schémas anticipatoire, soulageant et permissif. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 9 (4),pp 108–112

Krech, D & Crutchfield, R.S (1952) : Théories et Problèmes de psychologie sociale. Édit Presses Universitaires de France, Paris

Larousse (1991) : Dictionnaire alphabétique de la langue Française, Larousse librairie, paris

Liese, S., Franz, R.A (1996) : Treating substance use disorders with cognitive therapy: lessons learned and implications for the future, In: Salkovskis, P.-M. (Ed.), Frontiers of Cognitive Therapy. Guilford Press, New York, NY, US, pp470–508.

Marlatt, G.A. Gordon, J.R. (1985): Relapse Prevention. Guilford Press

Stéphane R (2006) : Soigner les schémas de pensée, Dunod, Paris .