

العلاج السلوكي المعرفي في علاج الادمان

Cognitive behavioral therapy in treating addiction

م د ابرار حسن جابر

احمد عيدان عبد الله

كلية الآداب - الجامعة المستنصرية

هيئة الحشد الشعبي / معاونية الطبابة

ملخص البحث:

تعد مشكلة الإدمان وتعاطي المخدرات من أهم المشكلات التي تسبب خطراً بالغاً يهدد مستقبل المجتمع لما يترتب عليها من أضرار جسيمة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع. وتقدر بعض الإحصائيات إلى أن حوالي نصف ما يرتكب في المجتمع من جرائم يقوم به الأفراد في حالات تعاطيهم أو من أجل الحصول على المال اللازم للإنفاق على إدمانهم. وقد تنوعت المؤسسات والهيئات التي تقوم على علاج المدمنين ومشاكل الإدمان في المجتمعات وتنوعت الأساليب العلاجية حتى بلغت في بعض الإحصائيات أكثر من ١٣ طريقة علاج نفسية ولعل الافتقار في معرفة طبيعة الإدمان على المخدرات معرفة تامة يعكس سر ذلك التنوع في أساليب العلاج، ومن هذا المنطلق جاء العلاج السلوكي المعرفي ليعمل على لفت نظر المرضى إلى أنماط التفكير السلبية والمشوشة لديهم، ومن ثم يتم تدريبهم على أنماطاً جديدة للتفكير والتصرف مع المواقف المختلفة.

ويعد البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي: هو برنامج مخطط ومنظم، يستند إلى مبادئ وفنيات محددة، تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية عند المدمنين على المواد (المخدرة)، الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم مع بعضهم، وذلك طبقاً للبرنامج والجلسات العلاجية، ويتضمن هذا البرنامج القيام بمجموعة من الأنشطة والعمليات المقصودة، عن طريق التفاعل الاجتماعي، مع المجموعة حالات الدراسة، وبعض النشاطات التي يتم تدريبهم عليها،

ويتعلمون أنماطاً جديدة من خلال إكسابهم خبرة علاجية مفيدة، والعمل على ضبط السلوك، أو التخفيف من الأعراض المرضية، والعمل على خلق حصانة نفسية تمنع حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي. ويهدف البحث الحالي الى التعرف الى العلاج السلوكي المعرفي وكيف كانت نشأته والتعرف على مدى فعاليته في علاج الإدمان وكيفية تطبيقه على المدمنين والتعرف على العناصر والخطوات اللازمة التي إذا تم تطبيقها بالصورة الصحيحة ستسهم وبصورة كبيرة في منع المدمن من العودة الى الإدمان حيث انها ستحد من فرص حدوث الانتكاسة لديه.

الكلمات المفتاحية: الإدمان، المدمنين، اضطراب تعاطي المواد (المخدرة)، العلاج السلوكي المعرفي، منع الانتكاسة، جلسات العلاج السلوكي المعرفي.

Abstract

The problem of addiction and drug abuse is one of the most important problems that cause a serious threat to the future of society due to the enormous damage it causes, which has an impact on the individual and society. Some statistics estimate that individuals commit about half of the crimes committed in society in cases of addiction or to obtain the money necessary to spend on their addiction. The institutions and bodies that treat addicts and addiction problems in societies have varied, and the methods have varied until, in some statistics, there are more than 13 psychological methods. Perhaps the lack of complete knowledge of the nature of drug addiction reflects the secret of this diversity in treatment methods, and from this standpoint came cognitive behavioral therapy. It draws patients' attention to their negative and distorted thinking patterns, and then trains them on new patterns of thinking and acting in different situations. This program includes carrying out a set of intentional activities and processes, through social interaction, with the study case group, making

them learn new patterns by giving them useful therapeutic experience, working to control behavior, or alleviating disease symptoms, and working to create psychological immunity that prevents relapse. After the end of the treatment program. The current research aims to identify cognitive behavioral therapy, learn about its effectiveness in treating addiction, how to apply it to addicts and identify the necessary elements and steps that, if applied correctly, will contribute significantly to preventing the addict from returning to addiction, as it will limit his chances of relapse.

Keywords: Addiction, Addicts, Substance Abuse Disorder, Cognitive Behavioral Therapy, Relapse Prevention, Cognitive Behavioral Therapy Sessions.

المقدمة:

يقف العلاج السلوكي المعرفي (CBT) كمنارة أمل للأفراد الذين يصارعون مع حالات الصحة العقلية المختلفة، حيث يعمل العلاج المعرفي السلوكي على أساس أن أفكارنا تؤثر على عواطفنا وسلوكياتنا. وقد وضع العلاج السلوكي المعرفي في ستينيات القرن العشرين، كذلك تطور العلاج السلوكي المعرفي ليصبح واحداً من أكثر الأساليب العلاجية التي تمارس على نطاق عالمي واسع حيث انه يشجع الطبيعة التعاونية للعلاج المعرفي السلوكي الأفراد على المشاركة بنشاط في فهم وإعادة تشكيل أنماط تفكيرهم، وتعزيز التمكن واكتشاف الذات. وان تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في علاج الصحة العقلية أثبت فعاليته عبر مجموعة من حالات الصحة العقلية. سواء كانت الحاجة لعلاج اضطرابات القلق أو الاكتئاب أو اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)، فإن العلاج المعرفي السلوكي يقدم نهجا متعدد الاستخدامات ومخصصا لتلبية الاحتياجات الفردية (Carroll, K. M., 2020, p:415).

تعد مشكلة الإدمان وتعاطي المخدرات من أهم المشكلات التي تسبب خطرا بالغاً يهدد مستقبل المجتمع لما يترتب عليها من أضرار جسيمة ينعكس أثرها على الفرد والمجتمع. فالإدمان على المخدرات يسبب مخاطر ومشاكل عديدة في أنحاء العالم، وتكلف البشرية فقد موارد بشرية يفوق ما تفقده أثناء الحروب المدمرة، حيث أنها تخلف المشاكل

الجسمية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية، والتي تحتاج إلى جهود مكثفة لمعالجتها ناهيك عن إعاقة هذه المجتمعات في مسيرة نموها الاقتصادي والإنتاجي وتعطيل طاقاته والكثير من قدرات أفرادها. وتقدر بعض الإحصائيات إلى أن حوالي نصف ما يرتكب في المجتمع من جرائم يقوم به الأفراد في حالات تعاطيهم أو من أجل الحصول على المال اللازم للإنفاق على إدمانهم. وفي هذا الإطار تم تنظيم تحرك عالمي في مواجهة الإدمان من خلال المنظمة الدولية (هيئة الأمم المتحدة) ومنظماتها الإنسانية التي أنشأت العديد منها في هذا المجال بالذات. ومنها الصندوق الدولي لمكافحة تعاطي المخدرات ومن تلك البداية زادت الأهمية الموجهة إلى تحسين أساليب العلاج النفسي التي تتعامل مع ظاهرة تعاطي المخدرات فقد أنشئ في عام ١٩٧١ العلاج لمدمني المخدرات، وقد تنوعت المؤسسات والهيئات التي تقوم على علاج المدمنين ومشاكل الإدمان في المجتمعات وتنوعت الأساليب العلاجية حتى بلغت في بعض الإحصائيات أكثر من ١٣ طريقة علاج نفسية ولعل الافتقار في معرفة طبيعة الإدمان على المخدرات معرفة تامة يعكس سر ذلك التنوع في أساليب العلاج، حيث لا تزال هناك فجوة كبيرة في معرفة الأسباب وإن كانت مرضاً أم لا؟ ومدى كون الحالة جسمانية أم نفسية؟ فالمختصون لا يزالون متواصلين في مناقشة هذه القضايا، في الوقت نفسه يحاول الباحثون تزويد معلوماتنا عن هذه المشكلة المعقدة. ولما تعذر وجود أسلوب واحد للعلاج يوفر حلاً لمشكلة الإدمان فإن الأبحاث والتجارب تجرى الآن على أنواع مختلفة من أساليب العلاج تتخذ عدة مسارات. وبالرغم من ذلك كله فإنه لا بد أن نعترف بأن مسألة علاج المدمنين بالطرق النفسية الدوائية والإرشاد النفسي الفردي مازالت متعثرة ويعترضها الفشل نتيجة الانتكاس الذي يصيب المريض. ولا شك أن الإدمان على ما فيه من سلبية فهو ظاهرة جماعية بشكل أو بآخر، وسواء أخذت المادة والمدمن في تناولها كمنفردا أم في جماعة، فإن السلوك الإدماني يجذب أفراد هذه الفئة بعضهم إلى بعض، سواء رجع ذلك إلى تماثل في الصفات قبل التورط في طريقة الحصول على المواد، وأماكن التعاطي والمشاركة في التجربة، أو فرص التجمع في مراكز العلاج، كل ذلك يخلق منهم جماعة خاصة بالضرورة لها احتياجاتها وطرق علاج جماعية خاصة لمعالجتها وتأهيلها.

في أوائل الستينيات تأسس العلاج المعرفي بواسطة أرون بيك (Aron Beck) في جامعة بنسلفانيا، كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول الوضع الحالي للمرضى الاكتئاب. وموجهاً مباشرةً للتعامل مع مشاكل المريض الحالية. مع

محاولة إعادة تشكيل التفكير السلبي وما ترتب عليه من سلوكيات، ليتم التعديل عليه عدة مرات ليتعامل مع مرضى الاكتئاب.

ومن هذا المنطلق جاء العلاج السلوكي المعرفي ليعمل على لفت نظر المرضى الى أنماط التفكير السلبية والمشوشة لديهم، ومن ثم يتم تدريبهم على أنماطاً جديدة للتفكير والتصرف مع المواقف المختلفة. البرنامج العلاجي السلوكي المعرفي: هو برنامج مخطط ومنظم، يستند إلى مبادئ وفتيات محددة، تتعلق بالجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية عند المدمنين على المواد المخدرة، الذين تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم مع بعضهم، وذلك طبقاً للبرنامج والجلسات العلاجية، ويتضمن هذا البرنامج القيام بمجموعة من الأنشطة والعمليات المقصودة، عن طريق التفاعل الاجتماعي، مع المجموعة حالات الدراسة، وبعض النشاطات التي يتم تدريبهم عليها، ويتعلمون أنماطاً جديدة من إكسابهم خبرة علاجية مفيدة، والعمل السلوكي، أو التخفيف من الأعراض المرضية، وعلى منع حدوث الانتكاسة بعد انتهاء البرنامج العلاجي.

مرونة واتساع نطاق تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في مجال الإدمان:

وجدت الدراسات الحديثة ان العلاج المعرفي السلوكي يصلح لكل السلوكيات الادمانية بما فيها: اضطرابات تعاطي المواد المغيرة للحالة المزاجية وادمان القمار او ادمان الاكل والتسوق وغيرها.

كما يمكن تطبيقه على المستوى الفردي او في مجموعات. حيث يمكن تقديمه في صورة محاضرة تفاعلية تعتمد على التعلم التجريبي ويمكن استخدامه في أماكن الإقامة الكاملة كالمستشفيات او مراكز تأهيل المدمنين او المجمعات العلاجية وفي العيادات الخارجية على حد سواء.

كما يستخدم العلاج المعرفي السلوكي في التخلص من بوادر اضطراب السلوك مثل الافراط في الطعام او التكاثر او الافراط في العمل بدون داع حقيقي، كما يستخدم مع حالات الإدمان الشديدة ومع المدمنين الذين لديهم تاريخ طويل مع التعاطي والمشاكل الصحية الجسيمة التي حدثت لهم بسبب التعاطي. كما وقد وجدت الدراسات الحديثة ان تطبيق العلاج المعرفي السلوكي بجانب برنامج ال ١٢ خطوة يعطي نسب نجاح عالية في العلاج من اضطراب تعاطي المواد (المخدرة) (Hendershot, 2011, p:17).

ويهدف البحث الحالي الى التعرف الى العلاج السلوكي المعرفي وكيف كانت نشأته والتعرف على مدى فعاليته في علاج الإدمان وكيفية تطبيقه على المدمنين، وإن التعرف على العناصر والخطوات اللازمة التي إذا تم تطبيقها بالصورة الصحيحة ستسهم وبصورة كبيرة في منع المدمن من العودة الى الإدمان حيث أنها ستحد من فرص حدوث الانتكاسة لديه. والتعرف الى كيفية تعليم مرضى الإدمان بعض التقنيات والمهارات التي تجعلهم قادرين على مواجهة ردود الفعل النفسية لهذا المرض. حيث يفترض النموذج المعرفي ان التفكير المشوش والسلبي الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى، هو العنصر الغالب في معظم الاضطرابات النفسية. وإن التقييم الواقعي وتعديل التفكير يقود الى تحسين المزاج لدى المريض وبالتالي الى تحسين سلوكياته. وإن استمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى.

تحديد المصطلحات:

يعرف الإدمان طبياً على انه مرض طبي مزمن قابل للعلاج ينطوي على تفاعلات معقدة بين دوائر الدماغ وتداخل عوامل الوراثة والبيئة وتجارب حياة الفرد (ASAM, 2021).

التعريف النفسي للإدمان: وهو حالة من الاعتماد النفسي والجسمي، ناتجة عن تفاعل الشخص المتعاطي مع المادة المخدرة، ويؤدي ذلك إلى التعاطي القهري لهذه المادة (المخدرة) بصورة دورية أو مستمرة، وينتج عنها آثار سلوكية ونفسية وعقلية واجتماعية، ويشعر برغبة ملحة وقهرية لتعاطي المادة كما يصبح مضطراً إلى أن يقوم بزيادة الجرعة، حتى يحصل على نفس التأثير الذي حصل عليه سابقاً، ويعاني المدمن ايضاً من أعراضاً تدعى أعراض الانسحاب.

العلاج السلوكي المعرفي (CBT): هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي ثبت فعاليته لمجموعة من المشاكل بما في ذلك الاكتئاب، واضطرابات القلق، ومشاكل تعاطي الكحول والمخدرات، والمشاكل الزوجية، واضطرابات الأكل، والأمراض العقلية الشديدة (Resick et al., 2016).

المدمن: هو الشخص الذي أصبح يعتمد جسدياً أو نفسياً على مادة كيميائية (Dictionary, 2023).

الانتكاسة: هي عندما يعود الشخص إلى تعاطي المخدرات أو الكحول بعد فترة من امتناعه من تعاطيها، فقد يقوم المتعافي بتناول جرعة صغيرة من المخدرات او ما تسمى (بالهفوة) او (الزلة) وتحدث في فترات متفاوتة ولا تكون

مستمرة او قهرية، ولكن الانتكاسة تطلق على العودة الكاملة لتعاطي المخدرات. اذ يواجه العديد من الأشخاص الذين يتعافون من الإدمان خطراً كبيراً باستمرار الانتكاسات لأن تعاطي المخدرات المزمن وفترات طويلة يمكن أن يؤدي إلى بعض التغييرات الهيكلية والوظيفية في الدماغ والتي تجعل من الصعب الحفاظ على حالة التعافي (NIDA, 2018).

نشأة العلاج المعرفي السلوكي:

تأسس العلاج المعرفي بواسطة أرون بيك (Aron Beck) في جامعة بنسلفانيا في أوائل الستينيات، كعلاج منظم ومختصر ومتمركز حول حاضر مرضى الاكتئاب. وموجهاً مباشرةً للتعامل مع مشاكل المريض الحالية. مع محاولة إعادة تشكيل التفكير السلبي وما ترتب عليه من سلوكيات.

لاحظ بيك ان مرضى الاكتئاب يكررون أنماط معينة من التفكير. فأفكارهم تميل الى التركيز على سلبيات الواقع الحالي، والخسائر التي خسروها في الماضي، او الإخفاقات التي عانوا منها. كما ان أفكارهم نحو المستقبل تتميز بتيقن بأنه سيكون مظلماً وبلا أي امل. لذا فإن العلاج السلوكي المعرفي يعمل على لفت نظر المرضى الى وجود هذه الأنماط من التفكير، ومن ثم تدريبهم على انماطاً جديدة للتفكير وللتصرف بكفاءة مع المواقف المختلفة.

وقد قام ارون بيك بعدها بتطبيق نفس الطريقة على مرضى القلق. ومنذ ذلك الحين نجح بيك واخرون في تكييف وتعديل العلاج الذي كان مخصص لمرضى الاكتئاب، ليقوم بمعالجة مجموعة متنوعة ومختلفة من الاضطرابات النفسية. وان النموذج المعرفي يفترض ان التفكير المشوش والسلبي الذي يؤثر على مشاعر وسلوك المرضى، هو العنصر الغالب في معظم الاضطرابات النفسية. وان التقييم الواقعي وتعديل التفكير يقود الى تحسين المزاج لدى المريض وبالتالي الى تحسين سلوكياته. وان استمرار التحسن ينتج من تعديل المعتقدات السلبية الراسخة لدى المرضى. وقد أظهرت الدراسات الحديثة وبشكل حاسم فعالية العلاج المعرفي في علاج معظم النوبات الاكتئابية واضطراب الهلع، والرهاب الاجتماعي، والمشاكل الزوجية، والوسواس القهري، وتوهم المرض. وقد تمت دراسة استخدام العلاج المعرفي كذلك لغير المرضى النفسيين كالسجناء وأطفال المدارس والمرضى العضويين المصابين بأمراض جسدية مختلفة. وقد يسمى العلاج المعرفي السلوكي ايضاً بالمدخل التربوي النفسي، حيث، تكون العلاقة بين المريض والمعالج اشبه بعلاقة المعلم بالتلميذ، كما لو كانت مجموعة دروس خصوصية في كيفية التعامل مع

جوانب الإدمان المختلفة. ويتضمن العلاج المعرفي السلوكي تكليف العميل بواجبات منزلية يقوم بها بين الجلسات واستخدام الأمثلة التوضيحية، حيث يتجنب المعالج القاء المحاضرة لأكثر من ٢٠ دقيقة فيقوم بتشجيع التفاعل المشترك بينهم من خلال مشاركة الخبرات بينهم مثل خبرة كيف حدثت الانتكاسة معهم في السابق والتعرف على خبرة كيف نجحوا في المرات السابقة في تجنب الانتكاسة وكذلك طرح الأسئلة عليهم واستقبال الأسئلة منهم وهذا ما يسمى بالتعلم التجريبي (Godley, 2011, p: 67-83).

المكونات الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي

١- معرفة طرق التفكير والمعتقدات التي تؤدي الى الانتكاسة:

يقصد منها التعرف على طرق التفكير الخاطئة وتغييرها، والتي تقود الى الانتكاسة. وأيضاً التعرف على المواقف عالية الخطورة التي قد يجد فيها المتعالج نفسه والتي قد ترفع من زيادة احتمالات الانتكاسة وكيفية تجنبها والتعامل معها. والفخاخ النفسية التي قد يقع فيها المدمن والتي تقوده الى مواقف عالية الخطورة وكيفية تجنبها او التغلب عليها.

٢- اكتساب بعض المهارات الهامة:

ويقصد بتلك المهارات مهارة اتخاذ القرار وتوكيد الحقوق ووضع الحدود وغيرها، بما فيها تعلم التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة والمواقف عالية الخطورة والمشاعر السلبية.

٣- تعلم طرق حياة متزنة:

وتشمل تحقيق التوازن بين ما يجب على المتعالج عمله، وما يجب ان يعمل، وإدارة الوقت بشكل جيد، والتدريب الفعلي على تحقيق هذا الاتزان في الحياة (Curry, 1987, p:145-149).

ويمكن ان نقول ان العلاج المعرفي السلوكي للإدمان يمثل مثلث له ثلاث زوايا: المعرفة والمهارات واتزان الحياة.

النظريات المفسرة:

تؤكد بعض أبرز نظريات الالامان على دور العوامل المعرفية، على سبيل المثال، افترض ارون بيك أن التجارب السلبية المبكرة تؤثر على أنماط التفكير، مما يؤدي إلى مخططات معرفية طويلة الأمد تشكل كيفية فهم الفرد لتجاربه وكيف يستوعب المعلومات الجديدة عبر الانتباه والذاكرة. وهذه المخططات هي التي تقود الفرد إلى التركيز أكثر على المعلومات السلبية عن الذات والعالم والمستقبل وتزيد من خطر إصابته بالاكتئاب والالامان. تظل هذه المخططات كامنة، أو في خارج الوعي، حتى يتم تنشيطها بسبب التعرض للضغوط النفسية. وقد قدمت مجموعة متنوعة من الدراسات السريرية والمخبرية النفسية الدعم لجوانب هذا النموذج من العلاج النفسي (Beck & Alford, 2009).

وتفترض نظرية العجز المكتسب لسيليجمان أنه عندما يكون الأفراد في مواقف يشعرون فيها أن لديهم القليل من السيطرة، فإنهم يصبحون عاجزين، مما يجعلهم عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية (Maier and Seligman, 1976). وقد تمت إعادة صياغة هذه النظرية لاحقاً لتشمل مفاهيم نظرية العزو والتي تفترض أن الاضطرابات تتبع من الصفات التي يقدمها الأفراد حول الأحداث السلبية أو الضغوط التي يواجهونها. حيث يقوم الشخص بعزو الأحداث السلبية إلى الأسباب الداخلية، كأن يقول ("لقد فشلت في الامتحان لأنني لست ذكياً بما فيه الكفاية")، أو لأسباب مستقرة ("أفشل دائماً في الاختبارات المهمة")، والأسباب العالمية ("أفشل في جميع التحديات المهمة")، على عكس الأسباب الخارجية والتي يلقي فيها اللوم على اسباب خارجية فيقول ("فشلت لأنني لم أحصل على قسط كاف من النوم في الليلة السابقة")، عابرة ("فشلت هذه المرة فقط")، والأسباب المحلية ("لقد فشلت فقط في هذا الاختبار المحدد").

وكما وقد ركزت نظرية مؤثرة ثالثة، طورها نولين هوكسيما، على استجابة الأفراد، أو أساليب تنظيم العاطفة. وافترضت أن الأفراد الذين يستجيبون للمزاج أو الأحداث السلبية عن طريق الاجترار، هم أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية. وأن الاجترار يتنبأ بالتطور اللاحق لأعراض ونوبات الاكتئاب (Nolen-Hoeksema et al., 2016, p:745-749).

العناصر الأساسية لجلسات منع الانتكاسة

الجلسات الأساسية لتطبيق العلاج السلوكي المعرفي على المدمنين:

١- جلسة التمهيدية وبيان المفاهيم والأدوات الأساسية:

يقوم المعالج هنا بتقديم التعريفات والمفاهيم الأساسية عن الإدمان لمدة لا تزيد عن عشرة دقائق ومن ثم يبدأ بطرح الأسئلة واستقبالها منهم، وتستهدف هذه الأسئلة زيادة التفاعل واثارة تجاوبهم مع الجلسة.

وفي محاولة لفهم طبيعة الإدمان اقترح هارت (Archibald D. Hart) أربع محاور لفهم أنواع السلوك الادماني:

- ١- ادمان المواد المنشطة: وهذا المحور يركز على النشوة من خلال زيادة النشاط وزيادة إطلاق الأدرينالين في الجسم.
- ٢- ادمان المواد المهدئة: وفي هذا المحور يحصل المدمن على النشوة من خلال التهدئة والطمأنينة عن طريق إطلاق الأندورفينات او ناقلات غابا في الدماغ.
- ٣- إدمان مواد (مخدرة) والتي تخدم احتياجات نفسية معينة: كالشعور بالذنب ومحاولة معاقبة النفس، او الهروب من الوحدة ومحاولة تعويض الإحساس بالدونية وانعدام القيمة.
- ٤- ادمان على المواد التي تتعامل مع الشهية او الشهوة المتفردة: حيث يتعلق المدمن بمواد او سلوكيات تحمل له مذاقاً خاصاً او لذة، قد لا يشاركه فيها الكثيرون.

وعادة ما تتداخل تلك المحاور الاربعة معاً فيصبح المدمن فريسة لأكثر من محور واحد (Hart, 1990, p:19).

التقنيات والاستراتيجيات في العلاج المعرفي السلوكي:

يستخدم العلاج المعرفي السلوكي مجموعة من التقنيات المصممة خصيصاً لتلبية الاحتياجات الفردية:

- ١- إعادة الهيكلة المعرفية: تتضمن تحديد وتحدي أنماط التفكير السلبي. اذ تمكن هذه العملية الأفراد من استبدال الأفكار المشوهة بأفكار أكثر واقعية وإيجابية.
- ٢- التنشيط السلوكي: يستهدف التغييرات السلوكية لكسر حلقة الأفكار والعواطف السلبية. فإن تحديد وتحقيق أهداف صغيرة يمكن التحكم فيها يعزز الشعور بالإنجاز والتحفيز.

٣- العلاج بالتعرض: فعال بشكل خاص لاضطرابات القلق، كما يعرض العلاج الأفراد تدريجياً للمواقف المخيفة، مما يساعدهم على بناء المرونة وتقليل سلوكيات التجنب.

٤- مهارات حل المشكلات: يزود العلاج المعرفي السلوكي الأفراد بمهارات حل المشكلات الفعالة للتغلب على تحديات الحياة، وتعزيز المرونة والقدرة على التكيف (Olthuis et al., 2016, p:22).

الخطوات السبعة للتغلب على الرغبة في التعاطي:

- ١- تغيير مكان التواجد والذهاب الى أماكن أكثر اماناً وأكثر هدوء.
- ٢- ممارسة تمارين الاسترخاء، او ممارسة الأنشطة او الهوايات او الانصات الى الموسيقى الهادئة التي تؤدي الى الاسترخاء.
- ٣- مراجعة الأرباح والخسائر التي يتعرض لها المدمن باستمرار بأن يقوم بحساب مدخراته باستمرار قبل ان يقوده الانفاق على شراء المخدرات الى الهاوية.
- ٤- القيام بالدعاء حتى يرفع الله تلك الأفكار الادمانية، وان يمنح الحكمة في التصرف. او قراءة آية او بيت شعري او حكمة يستلهم المدمن منها القوة ويقرر بعدها ان يتخذ قرار بأنه سيقطع تعاطي المخدرات لمدة ٢٤ ساعة.
- ٥- طلب المساعدة من مصدر دعم مثل معالج او مشرف او صديق متعافي من فترة طويلة او الحديث مع شخص إيجابي حيث يشئت الحديث معه من الرغبة في التعاطي.
- ٦- ان يقوم المدمن بمكافئة نفسه في حال مر يوم كامل ولم يتعاطى فيه، على ان تكون فيه المكافئة بعيدة عن المخدرات.
- ٧- ان يقوم المدمن بإعادة تخطيط يومه، والتفكير في قضاء اليوم بعيداً عن أفكار التعاطي وتجنب الأشياء والأماكن والأشخاص الذين قد يدفعون لتعاطي المخدرات (Olthuis et al., 2016, p:3).

٢- جلسة لبيان أخطاء التفكير:

ان الأخطاء في التفكير هي ليست فكرة او معتقد ولكنها تتعلق بالطريقة التي نفكر بها. فالبعض يركز مثلاً على السلبيات فقط ويطبق طريقة التفكير هذه في حياته اليومية وفي عمله ايضاً، فلو مر يوماً سيء في العمل او لم يحصل على الترقية التي كان يتمناها فإنه يفقد القدرة على رؤية كل الإنجازات وعدم القدرة على الاستمتاع باللحظات الجميلة، ونفس هذه الطريقة يتعامل مع زوجته او أصدقائه. فاذا وجد ان واحداً من أصدقائه المتعافين قد عادت له الانتكاسة وعاد الى تعاطي المخدرات فإنه يتناسى العشرات من الذين يعرفهم والذين لم يعودوا للتعاطي ولم ينتكسوا فيبرر لنفسه التعاطي ويتصور انه لا امل في ان يتعافى. وتتضمن أخطاء طريقة التفكير ما يلي:

- التفكير الأسود والأبيض: أي التفكير بطريقة مطلقة او عدم رؤية الأشياء النسبية. ابيض واسود / اما الكل او لا شيء. فالنجاح اما ان يكون تاماً او ان يكون فشلاً ذريعاً. وهذا التفكير يتجاهل التغيير ويتطلب وقتاً ومن الأفضل تقبل عدم الاكتمال الحالي وان يؤمن المريض بأنه في طريقة الى ما هو أفضل من ذلك.
- التعميم: أي عندما يشاهد المدمن حدوث شيء سلبي فإنه يعتقد ان كل شيء سلبي، وان حدثت الانتكاسة لديه لمرة واحدة فذلك يعني له بانه قد فشل وانه ليس هناك أي تقدم او ليس هناك أي امل في العلاج. وبالطبع تعتبر تلك الطريقة في التفكير سبباً للإحباط وبذلك تؤدي الى تكرار حصول الانتكاسة لديه.
- التركيز على السلبيات وتهميش الإيجابيات: حيث يقوم المدمن بتلوين كل شيء وكل فكرة او حدث باللون السلبي وان هذه الطريقة في التفكير تعرض صاحبها بشكل مستمر لمشاعر الاكتئاب.
- التقليل من الإيجابيات او تصغير النجاح: أي ان يقول ان هذا النجاح قد جاء من صدفة ولا يثني على نفسه لأنه قام بذلك او ان يقول أي شخص يمكنه القيام بذلك.
- اخذ الانطباعات والقفز الى الاستنتاجات: والاعتقاد ان في ذلك ذكاء وفراصة وقدرة او مهارة في التنبؤ.
- الاعتراف الخاطي: بدلاً من الاعتراف بالخطأ والعمل على تقاذه، يقوم المدمن بنسب الخطأ كهوية له فيجد المدمن نفسه والخطأ شيء واحد، فعندما يرتكب المدمن خطأ ما فإنه لا يقول (لقد اخطأت) انما يقول: انا أحمق او انا ضعيف او غبي.
- التفكير بمنطق المشاعر: أي ان ما يشعر به المدمن هو الحقيقة، وهذه الحقيقة ثابتة غير قابلة للنقاش.

- شخصنة الاحداث: أي تفسير كل الاحداث بشكل شخصي مثلاً: علامات الضيق التي تبدو على زوجة المدمن يفسرها على انها غاضبة منه في حين انها قد تكون غاضبة من امر اخر ليس له علاقة به
- الربط بين احداث ليست بالضرورة مرتبطة ببعضها: فيجد المدمن ان الله قد قام بمعاقبته على اخطائه بأن جعله مدمناً.
- قراءة الأفكار: او محاولة لاستنتاج ما يدور في اذهان الآخرين ثم اعتبار تلك الاستنتاجات استنتاجات حقيقية والتعامل معهم على أساسها (Laws, D., 2010, p:445-437).

٣- جلسة عن المواقف عالية الخطورة:

- تعرف المواقف عالية الخطورة على انها المواقف التي يتعرض لها أصحاب السلوكيات الادمانية والتي تمثل خطورة عليهم بمعنى انها قد تقودهم الى انتكاسة ان لم يتعامل معها بالشكل الصحيح ومن اهم المواقف عالية الخطورة هي الحالات المزاجية المثيرة للإحباط والتوترات او الصراعات الشخصية، وكذلك اقران السوء.
- الحالات المزاجية السلبية او الحالات المحبطة: وتمثل أكثر المواقف عالية الخطورة انتشاراً بنسبة 35% من انتكاسات المخدرات، فقد يمر المتعافي بمشاعر سلبية خاصة بعد التعافي ومنها مشاعر الاكتئاب والغضب والقلق والشعور بالوحدة والذنب والملل واليأس وغيرها من المشاعر السلبية. وتعمل الجلسة العلاجية على جعل المدمن يتقبل هذه المشاعر ويضع سيناريوهات إيجابية لكيفية التعامل معها، كما ان وجود المتعافي في بيئة داعمة يجعل من السهل عليه من اللجوء الى طلب المساعدة سواء اكانت مساعدة نفسية او مساعدة دوائية ان لزم الامر من اجل التعامل مع هذه المشاعر دون اللجوء الى السلوك الادماني.
- التوترات الشخصية او الصراعات بين الافراد: تشكل التوترات الشخصية خطورة عالية وعادة ما تظهر على صورة شجار مع شريك الحياة او أحد الاهل او الأصدقاء او رئيس العمل وايضاً قد يكون الصراع الشخصي مع شخص غريب كجدال مع المرور او مع شخص يحاول تخطي الدور في صف الانتظار، واحياناً يعرض المتعافي نفسه لضغوط في العلاقات الشخصية قبل ان يكتسب مهارات كافية لحل الصراعات بصورة فعالة مع الآخرين. ووضع مسؤوليات عائلية مثل الخطبة او الارتباط او العودة الى العمل قبل تخطي المراحل الأولى من التعافي وذلك من شأنه ان يقود الى توترات في العلاقات او صراعات قد تعود الى الانتكاسة.

- ضغط الاقران: المقصود بضغط الاقران هو كل ضغط يتسبب فيه التعامل مع شخص من المعارف او الأصدقاء ويثير الرغبة في التعاطي او في العودة الى السلوك الإدماني، وعلى سبيل المثال ان يقوم أحد المعارف المدمنين على المخدرات بمشاركة قطعة من الحشيش او الكريستال مع الشخص المتعافي من الإدمان وذلك سيشجعه على التعاطي وعودة الانتكاسة والرجوع للإدمان (Hoffman et al., 2017, p:1307-1312).
- وهناك بعض الاستجابات الإيجابية التي يمكن القيام بها مهما كان الموقف الذي يتعرض له المتعافي موقفاً عالي الخطورة.
- المشاركة والتفاعل مع اشخاص ايجابيين او مصادر دعم.
- الدعاء الى الله لمنح الحكمة في التصرف.
- التعايش مع برنامج التعافي بحكمة وجدية.
- ممارسة الرياضات والأنشطة وتشجيع الاتزان في حياة المتعافي من خلال الرياضة والترفيه والدعاء والرسم والموسيقى.
- قراءة كتب روحانية او دينية او نفسية مفيدة مثيرة او ممتعة.
- حضور دورات تدريبية لتنمية المهارات الحياتية.
- المشاركة في مجموعات الدعم (Hoffman et al., 2017, p:1307-1312).

٤- جلسة لتوضيح الفخاخ النفسية:

الفخاخ النفسية هي طرق تفكير واعية او غير واعية تقود الى مواقف عالية الخطورة، وقد تقود الى انتكاسة المدمن. وتصاحبها سلوكيات تبدو كما لو كانت تلقائية او بقوة فعل العادة. والفخاخ النفسية نوعان الأولى هي الفخاخ النفسية البسيطة والتي تبدو سهلة الاكتشاف ومع ذلك يقع الكثيرين من أصحاب السلوكيات الادمانية فيها وتسبب الانتكاسة. ومن امثلتها فخ المكافئة حيث يكافئ المتعالج نفسه بتعاطي سيجارة حشيش على تحمله شهر كامل من الانقطاع. اما النوع الثاني هو الفخاخ المعقدة وهي أكثر صعوبة في اكتشافها وتحتاج المزيد من اليقظة لتجنبها، كفخ القرارات

المستقبلية التي يتخذها المتعالج مستقبلاً والتي تبدو ان لا علاقة لها بحصوله على المخدرات. ويتم التعامل مع الفخاخ النفسية عن طريق الدعاء والصلاة حتى ولو لمدة دقيقتين في الصباح وذلك يمنح الانسان حماية ومزيداً من الانتباه لإشارات الخطورة المبكرة واتخاذ القرار السليم في أي خطوة يقدم عليها المتعافي، كذلك المشاركة اليومية مع مصدر دعم له خبرة في مساعدة المدمنين مثل المعالج النفسي او الطبيب او رجل دين او أحد الزملاء الذين نجحوا في التغلب على الإدمان ويجب التصديق في هذه المصادر أكثر من التصديق من التفكير الشخصي. فيما يتعلق بالقرارات التي تبدو انها لا تمت بصلة فقد تكون هي فخاً من الفخاخ النفسية والتي بدورها ستقود الى الانتكاسة. ومن المهم المشاركة في مجموعات الدعم والتي تسمح للمتعافي من رؤية الفخاخ النفسية وتمييزها من خلال الاستماع الى حديثهم والى قصصهم عن تجربتهم مع الإدمان والتمكن من رؤية الفخاخ التي من الممكن ان يقع فيها المتعافي بغير قصد من خلال الاستفادة من تجربة غيره (Ray et al., 2020, p:6).

٥- جلسة لإيضاح القلق وعلاقته بالإدمان:

وفي هذه الجلسة يبدأ المعالج عن طريق تعريف القلق وهو شعور مزعج مرتبط بتوقع حدوث خطر او خسارة او ضرر للنفس او للأعزاء. وهذه الخسارة او الأذى قد تكون جسدية او معنوية او نفسية او مالية او غيرها من مجالات الحياة. وان القلق هو شعور طبيعي وله فائدة، حيث ان الطالب إذا لم يقلق من الامتحان فقد يكون مهمل للمذاكرة ولا يقوم بواجبه. ومن لا يقلق على موعد القطار فقد يفوته، ولكن هناك فرق بين القلق الطبيعي والقلق المرضي.

١- القلق الطبيعي: هو الذي يواجهه كل انسان من وقت الى اخر، وهو امر طبيعي يدفع الانسان الى النجاح والاهتمام بعمله ومواعيده وتطبيق القوانين والتدقيق في تعاملاته.

٢- القلق المرضي: يحدث عندما يصير القلق جزء من عادات الانسان في التفكير والسلوك. فيجعل صاحبه يتوقع الخطر والتهديد بصورة زائدة ولفترة طويلة ومن ثم ينشغل ذهنه بأفكار قلقة ومشاعره بشعور القلق المزعج بما قد يؤثر بالسلب على أدائه وشعوره بالرضى على علاقاته واهمال صحته الجسدية (Wanigaratne et al., 2020, p:455-460).

٦- جلسة لإيضاح الاكتئاب وعلاقته بالإدمان:

وفي هذه الجلسة يبدأ المعالج بتعريف الاكتئاب وهو شعور مزعج قد يتضمن الحزن وفقدان الامل وعدم القدرة على التمتع بشيء. ويكون أحياناً مصحوباً بالشعور بالوحدة او بالذنب او بالدونية. وقد لا يتمكن بعض المدمنين من وصفه فيقومون بالتعبير عنه على انه (خنقة).

وان الاكتئاب شعور طبيعي يحدث عند حدوث خسارة حقيقية لشخص عزيز مثلاً او لعلاقة او عند الرسوب في امتحان او فقدان وظيفة. او عند ارتكاب فعل لا يرضى المدمن عنه لأسباب أخلاقية او دينية. كما ان الاكتئاب قد يكون شعوراً يدفعنا للأمام والتغيير عندما يكون ايجابياً كشعور المدمن بالاكتئاب عندما يفشل في عمله او في علاقاته مع الآخرين او في دراسته فهذه المشاعر تدفعه نحو التغيير فيقرر ان يطلب العلاج او ان يأخذ إجازة لكي يعيد تنظيم أفكاره ووقته بصورة متوازنة. لان من لا يشعر بالندم او الذنب سيكون شخصية مضادة للمجتمع.

ولكن عندما يكون الاكتئاب معطلاً لنا في عملنا او غير محتمل او يفسد علاقاتنا ويستمر في معظم فترات اليوم مدة طويلة تزيد عن أسبوعين فإنه يشخص كنوبة اكتئاب جسيم وفقاً لـ DSM5 الدليل التشخيصي والاحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي الإصدار الخامس (Curry,1987, p: 145-149).

٧- جلسة لبيان علاقة الاكتئاب بالإدمان:

وقد يدفع الاكتئاب الناس الى تعاطي المخدرات او الى بداية السلوك الادماني، ويتم ذلك اما بصورة واعية كأن يقول المدمن سأشرب لأنني مكتئب او بصورة يكون فيها غير مدرك او غير واعى حيث يكبت مشاعر اكتابه ولا يدركها اصلاً، كما ان الاكتئاب قد يكون سبباً من أسباب الانتكاسة حيث تعزو الدراسات الى ان ٣٥% من المدمنين الذين قد تم علاجهم قد انتكسوا بسبب الاكتئاب. حيث يجد المدمن في هذه المادة راحة مؤقتة وسعادة غامرة الا ان غالبية الأسبوع لدى المدمن يقضيه بالحزن او الاكتئاب (Wanigaratne et al., 2020,p: 455-460).

٨- جلسة توكيد الحقوق:

وتعني التوكيدية هي ان يعرف المدمن ما هي حقوقه وكيف يطالب بها بالشكل الصحيح، وتعني ان نأخذ حقوقنا من دون التعدي على حقوق الآخرين. وتتضمن حقوق الانسان الحق في الحياة والصحة والمعرفة، والحق في العمل والحق في ان يكون للمدمن رأي وان يكون قادر على التعبير عما يشعر وان يكون له الحق في الحفاظ على كرامته

والمعاملة اللائقة والحق في اختيار معتقداته الخاصة. وإن التفكير التوكيدي هو أن يفكر المدمن في حقوقه كإنسان مثل حقه في الحياة والاحترام والتعبير عن الرأي والصحة والسعي للسعادة والتعليم مع عدم تجاهل التفكير في حقوق الآخرين واحترامها. ويعني أيضاً أن يستطيع المدمن أن يقول لا متى ما كان هذا ضرورياً، ثم يتعامل مع ذهنه بكفاءة مع أي شعور بالخوف أو الرفض أو بالذنب الزائف لأنه قال لا (Reck et al., 2019, p:137-147).

٩- جلسة في التدريب على اتزان الحياة:

وفي هذه الجلسة يتعلم المدمن أن يكون نمط الإنسان متزاناً أي أن يوازن بين الضغوط وطرق التعامل معها وبين الأنشطة التي يحبها ويستمتع فيها والأنشطة التي من الواجب عليه عملها.

توجد ثلاث موازين مهمة في الحياة:

١. ميزان الضغوط التي تعرض لها في مقابل طرق التعامل مع الضغوط: وقد قسمها علماء النفس الى قسمين، ضغوط كبرى وضغوط صغرى ومن امثلة الضغوط الكبرى هي وفاة شخص عزيز او الطلاق او الانفصال او الهجرة والانتقال الى بلد غريب والاصابة الشديدة او الامراض الخطيرة او السجن. اما النوع الاخر هو الضغوط الصغرى والتي تتضمن المشاكل العائلية والخطوبة ومشاكل العمل، ويتم التعامل مع الضغوط عن طريق الدعاء والصلاة والاسترخاء ومشاركة الأصدقاء الثقة والشعور بالامتنان والكتابة والقراءة والرياضة والفن والشعر ووضع خطة هادفة للتعامل مع الضغوط وقبول المشاعر والتعرف عليها والتعبير عنها.

٢. الميزان الداخلي والخارجي: ويعني الاتزان بين الحياة الداخلية والخارجية للإنسان وتعني الحياة الداخلية الأفكار التي تدور في ذهن الإنسان والخيال والمشاعر التي تجيش في داخله، بينما تعني الحياة الخارجية التعبير عن الأفكار والمشاعر والعلاقات العائلية مع المعارف والأصدقاء. وحضور الاجتماعات والمناسبات العائلية والعمل في فريق والخدمة التطوعية. حيث أن من الضروري أن يكون هناك توازن بين الداخل والخارج وعدم التمحور حول نوع واحد لأن ذلك يفقد الحياة التوازن.

٣. ميزان الرغبات والواجبات: حيث لا يقوم المدمن بنشاط الا إذا كان يستمتع به اما إذا كلف بواجبات تصب في مصلحته ولكنها مملة فإنه على الاغلب يقع فريسة للملل وينتكدس فلا بد من ان يكون هناك تنوع في برامج العلاج التأهيلي للمدمنين بإدخال المتعة والترفيه في البرنامج العلاجي.

وهذه الموازين الثلاثة عادة ما تختل اثناء فترة تعاطي المدمن للمخدرات. بينما عملية الاستمرار في التعافي وتجنب الانتكاسة تتطلب العمل المستمر على تحقيق التوازن بين هذه الموازين الثلاثة (Laws, D., 2010, p:445-473).

وقد وجد الباحثان في بحثهما في الجلسات العلاج السلوكي المعرفي انه يمثل منارة أمل في مجال علاج اضطرابات الصحة العقلية والنفسية. كنهج قائم على الدراسات العلمية الحديثة، إلى جانب تركيزه على تمكين الأفراد من المشاركة بنشاطات يكون الغرض منها شفاؤهم وتعزيز التغيير الدائم لديهم وتعزيز الرفاهية والنمو الشخصي للمدمنين، يعتمد هذا البحث على الدراسات الحديثة الموثوقة في توفير فهم شامل للعلاج المعرفي السلوكي. ويؤكد العلاج السلوكي المعرفي على أهمية التدريب على تلك المهارات النفسية والمعرفية في هذا البرنامج العلاجي والتي لها دور كبير في معالجة حالات الإدمان على المواد المخدرة، ويؤكد على أهمية استخدام البرامج العلاجية الجماعية السلوكية عند العمل مع المدمنين على المخدرات، لمساعدتهم في التخلص من أعراض الإدمان.

وبعد كل المعلومات والدراسات التي تم ذكرها مسبقاً توصل الباحثان الى أهمية تطبيق العلاج السلوكي المعرفي في برامج علاج الإدمان وذلك لأهميته في التعامل مع ظاهرة سلبية وخطرة في المجتمع الا وهي ظاهرة الإدمان يوصي الباحثان اجراء دراسات مفصلة حول العلاجات المتفرعة من العلاج السلوكي المعرفي كالعلاج الجدلي والعلاج بالتقبل والالتزام ومعرفة مدى فاعليتها في علاج الاضطرابات النفسية وبالأخص اضطراب تعاطي المواد (المخدرة).

المصادر

- 1- ASAM – American Society of Addiction Medicine. (2021). Default.
<https://www.asam.org/>
- 2- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). Depression.
<https://doi.org/10.9783/9780812290882>
- 3- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2020). 35 Use of Digital Technology to Provide or Enhance the Delivery of Psychotherapeutic Interventions for Addictions. *The Oxford Handbook of Digital Technologies and Mental Health*, 415.
- 4- Curry, S., Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1987). Abstinence violation effect: Validation of an attributional construct with smoking cessation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(2), 145–149. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.2.145>
- 5- Dictionary.com / Meanings & Definitions of English Words. (2023). Dictionary.com.
<https://www.dictionary.com/browse/addict>
- 6- Godley, S. H., Garner, B. R., Smith, J. E., Meyers, R. J., & Godley, M. D. (2011). A large-scale dissemination and implementation model for evidence-based treatment and continuing care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18(1), 67–83. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2011.01236.x>
- 7- Hart, A. D. (1990). *Healing Life's Hidden Addictions: Overcoming the Closet Compulsions that Waste Your Time and Control Your Life*. Vine Books.
- 8- Hendershot, C.S., Witkiewitz, K., George, W.H. *et al*. Relapse prevention for addictive behaviors. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 6, 17 (2011). <https://doi.org/10.1186/1747-597X-6-17>.

- 9- Hoffman, D. A., Lonstein, J. E., Morin, M. M., Visscher, W., Harris, B. S., & Boice, J. D. (1989). Breast Cancer in Women with Scoliosis Exposed to Multiple Diagnostic X Rays. *JNCI: Journal of the National Cancer Institute*, 81(17), 1307–1312.
<https://doi.org/10.1093/jnci/81.17.1307>
<https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>
- 10- Laws, D. R. (1995). A theory of relapse prevention. In W. T. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 445–473). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10169-016>
- 11- National Institute on Drug Abuse. (2018). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (third edition)*.
- 12- Nolen-Hoeksema, S. (2016). Rethinking Rumination – Susan Nolen-Hoeksema, Blair E. Wisco, Sonja Lyubomirsky, 2008. Perspectives on Psychological Science. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- 13- Olthuis, J. V., Watt, M. C., Bailey, K., Hayden, J. A., & Stewart, S. H. (2016). Therapist-supported Internet cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in adults. *The Cochrane Library*, 2016(3).
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd011565.pub2>
- 14- Ray, L. A., Meredith, L. R., Kiluk, B. D., Walthers, J., Carroll, K. M., & Magill, M. (2020). Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults with Alcohol or Substance Use Disorders. *JAMA Network Open*, 3(6), e208279–e208279.
- 15- Reck, M., Schenker, M., Ki Hyeong Lee, Provencio, M., Nishio, M., Krzysztof Leśniewski-Kmak, Sangha, R., Ahmed, S., Raimbourg, J., Feeney, K., Corre, R., Franke, F., Richardet, E., Penrod, J. R., Yuan, Y., Nathan, F. E., Prabhu

- Bhagavatheeswaran, DeRosa, M., Taylor, F., & Lawrance, R. (2019). Nivolumab plus ipilimumab versus chemotherapy as first-line treatment in advanced non-small-cell lung cancer with high tumour mutational burden: patient-reported outcomes result from the randomised, open-label, phase III CheckMate 227 trial. *European Journal of Cancer*, 116, 137–147. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.05.008>
- 16- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2016). *Cognitive Processing Therapy for PTSD: A Comprehensive Manual*. Guilford Press; Guilford Press. <https://www.guilford.com/books/Cognitive-Processing-Therapy-for-PTSD/Resick-Monson-Chard/9781462528646>
- 17- Wanigaratne. (2020). Psychology of addiction. *Psychiatry*, 5(12), 455–460. <https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.09.007>