

فاعلية برنامج تدريبي مُستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك
الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان

جلال بن يوسف بن جمعه المخيني

المشرف

الأستاذ الدكتور محمد نزيه عبد القادر حمدي

قدّمت هذه الأطروحة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الدكتوراه في
الإرشاد النفسي والتربوي

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة

التوقيع: التاريخ: ٢٠١٥/٦/١٤

نيسان، 2015

نموذج ترخيص

أنا الطالب : جلال بن يوسف بن محمد المخيني أُمِنَح الجامعة الأردنية و /
أو من تفوضه ترخيصاً غير حصري دون مقابل بنشر و / أو استعمال و / أو استغلال و /
أو ترجمة و / أو تصوير و / أو إعادة إنتاج بأي طريقة كانت سواء ورقية و / أو إلكترونية
أو غير ذلك رسالة الماجستير / الدكتوراه المقدمة من قبلي وعنوانها.

فاعلية برنامج تدريسي مُستند إلى التفويض وإحتياذ
في خفض مستوى الانتماء لسلوك الادمان لدى مرضى
المخدرات وللمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان

وذلك لغايات البحث العلمي و / أو التبادل مع المؤسسات التعليمية والجامعات و / أو لأي
غاية أخرى تراها الجامعة الأردنية مناسبة، وأُمِنَح الجامعة الحق بالترخيص للغير بجميع أو
بعض ما رخصته لها.

اسم الطالب: جلال بن يوسف المخيني

التوقيع: ج

التاريخ: ١٥ / ٥ / ٢٠١٠ م

الساريح: ١٥ / ٥ / ٢٠١٠ م

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الأطروحة (فاعلية برنامج تدريبي مُستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان)، وأجيزت بتاريخ 2015/ 4 /28

أعضاء لجنة المناقشة

الدكتور محمد نزيه حمدي، مشرفاً
أستاذ - الإرشاد النفسي

الدكتور حسين سالم الشرعه، عضواً
أستاذ - الإرشاد النفسي

الدكتور ماضي توفيق الجغبير، عضواً
أستاذ - طب الأسرة والمجتمع

الدكتور سامي محمد ملحم، عضواً
أستاذ - الإرشاد النفسي (جامعة عمان العربية)

التوقيع

.....

.....

.....

.....

تعتمد كلية الدراسات العليا
هذه النسخة من الرسالة
التوقيع التاريخ ١٩/٥/١٤٣٦

الإهداء

إلى روح أبي الطاهرة (عليه رحمة الله)
 إلى أمي أطل الله في عمها
 إلى زوجتي أجل عطايا ربي
 إلى أبنائي الذين ملؤا حياتي نورا وطمانينة
 إلى إخوتي السند والعزوة
 إلى جامعتي الأردنية التي أعتز بها وأفخر
 وإلى كل من قدموا لي الدعم والحب أهدي هذا العمل مع بالغ الود،

الباحث
 الأردن - عمان
 ٣ مارس ٢٠١٥ م

الشكر والتقدير

الحمد لله رب العالمين، بنعمته تتم الصالحات، والصلاة والسلام على أشرف أنبيائه
ورسله محمد عليه وعلى آله أفضل الصلاة وأتم التسليم، وبعد..

بعد أن منّ الله عليّ بوسع فضله في إنهاء هذه الدراسة، فإنه يسرني أن أقدم بجزيل
الشكر والعرفان وعظيم التقدير والامتنان إلى أستاذي الدكتور محمد نزيه حمدي، الذي
أشرف على هذه الأطروحة فمنحني من وقته القيم، وفكره الثاقب، وعطفه الفياض،
وتوجيهاته البناءة التي كان لها الأثر البالغ في إنجازها بالصورة التي عليها.

كما أتقدم بالشكر والتقدير إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة والتي سيكون لملاحظاتكم
الأثر الكبير في إثراء وتحسين جودة هذه الأطروحة. كما أخص بالشكر أساتذتي الأفاضل
الدكتور وليد سرحان والدكتور تيسير شويش إلياس لكريم توجهاتهم في مرحلة بناء وتنفيذ
البرنامج العلاجي على أفراد الدراسة. كما ولن أنسى أصدقائي الذين لم ييخلوا عليّ بوقتهم
خلال مسيرة الإنجاز الطويلة، والمسؤولين الذين قدموا لي كل التسهيل لعملية التطبيق.

والشكر موصول لجميع العاملين في مركز بيوت منتصف الطريق، ومنّي شكرٌ خاصٌ
إلى إخوانتي الذين قسّيت عليهم رحلة الحياة؛ أفراد الدراسة الذين فتحوا قلوبهم ورحبوا بي حتى
ألتقي بهم لنزرع معاً روح الأمل، من خلال تحقيق أهداف هذه الدراسة، فلهم منّي كل الشكر
والتقدير، وأخيراً أقدم شكري وامتناني للذين أسهموا معي في تحرير هذه الدراسة، ولجميع من
قدم لي العون والمساعدة في إنجاز هذا العمل.

والحمد لله رب العالمين

الباحث
جلال المخيني الجنبلي

مسقط ٦/ فبراير/ ٢٠١٥م

فهرس المحتويات

الصفحة	الموضوع
ب	قرار لجنة المناقشة
ج	الإهداء
د	الشكر والتقدير
هـ	فهرس المحتويات
ح	قائمة الجداول
ط	قائمة الأشكال
ي	قائمة الملاحق
ك	قائمة الرموز والاختصارات
ل	الملخص باللغة العربية
١	الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأهميتها
١	المقدمة
٨	مشكلة الدراسة
٩	فرضيات الدراسة
٩	أهمية الدراسة
١٠	التعريفات المفاهيمية والاجرائية لمصطلحات الدراسة
١١	حدود الدراسة ومحدداتها
١٢	الفصل الثاني: الإطار النظري والدراسات السابقة
١٣	المواد الإدمانية
٢٢	تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية
٢٤	مراحل تطور تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية
٢٨	عوامل الخطورة المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية
٣٣	الاثار الناجمة عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

٣٥	النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية
٤٤	فاعليه الإرشاد الجمعي في علاج الإدمان
٤٨	فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان
٥١	انبثاق أنموذج مايكنباوم تعديل السلوك المعرفي
٥٤	أنموذج تعديل السلوك المعرفي
٥٧	المبادئ الأساسية لأنموذج تعديل السلوك المعرفي
٥٨	الاستراتيجيات المستخدمة في أنموذج تعديل السلوك المعرفي
٧٠	ثانياً: الدراسات السابقة
٧٠	دراسات تناولت تطبيق البرامج العلاجية والدراسات التجريبية وبرامج العلاج المعرفي السلوكي وأنموذج تعديل السلوك المعرفي وفعاليتها في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية
٧٥	دراسات تناولت عوامل الخطورة واستراتيجيات خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية
٨٥	تعقيب على الدراسات السابقة
٨٨	الفصل الثالث: الطريقة والإجراءات
٨٨	أفراد الدراسة
٨٩	أدوات الدراسة
٨٩	مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان
٩٠	الخصائص السيكومترية لمقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان
٩٢	البرنامج التدريبي المستند على أنموذج مايكنباوم تعديل السلوك المعرفي
٩٥	تصميم الدراسة
٩٥	متغيرات الدراسة
٩٦	إجراءات الدراسة
٩٧	المعالجة الاحصائية

٩٨	الفصل الرابع: نتائج الدراسة
٩٨	نتائج الفرضية الأولى
١٠٠	نتائج الفرضية الثانية
١٠١	الفصل الخامس: مناقشة النتائج والتوصيات
١٠٧	المراجع
١٠٧	المراجع العربية
١١٠	المراجع الاجنبية
١٣١	الملاحق
٢٢١	الملخص باللغة الانجليزية

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
١.	وصف أفراد الدراسة حسب متغيرات (العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومدة التعاطي)	٨٩
٢.	توضيح الفقرات التي تم تعديلها أو حذفها من مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان	٩٠
٣.	نتائج اختبار (ت) لفحص دلالة الفروق بين متوسطي الإجابات لمجموعي الأفراد المتطرفين (متعاطين، غير متعاطين)	٩١
٤.	تصميم الدراسة شبه التجريبية	٩٥
٥.	نتائج اختبار (ت) لدرجات أفراد الدراسة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان تبعا للمجموعة (ضابطة، تجريبية)	٩٦
٦.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي تبعا للمجموعة (ضابطة، تجريبية)	٩٨
٧.	تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي	٩٩
٨.	قيمة مربع ايتا ونسبة التباين المفسر لأداء أفراد الدراسة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي	١٠٠
٩.	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لتحديد دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان	١٠٠

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
١.	أعداد حالات الإدمان في سلطنة عُمان المسجلة من ٢٠٠٤ حتى ٢٠١٣ م	٤
٢.	النسب المئوية في سلطنة عُمان لإستخدام المواد المخدرة حسب نوع المادة في عام ٢٠١٣ م	٦

قائمة الملاحق

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
١.	مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان (بصورته الأولى)	١٣٢
٢.	قائمة أسماء المحكمين لأدوات الدراسة	١٣٦
٣.	مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان (بصورته النهائية)	١٣٧
٤.	البرنامج التدريبي للدراسة	١٣٩
٥.	خطاب تسهيل مهمة باحث من سفارة سلطنة عُمان الملحقية الثقافية بالملكة الأردنية الهاشمية	٢١٧
٥.	موافقة وزارة الصحة في سلطنة عُمان على تطبيق الدراسة	٢١٨
٦.	أنموذج الموافقة المستنيرة للمرضى المشاركين في الدراسة	٢١٩
٧.	أنموذج استمارة البيانات الشخصية والبيانات الخاصة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية للمرضى المشاركين في الدراسة	٢٢٠

قائمة الرموز أو الاختصارات

المصطلح باللغة العربية	المصطلح باللغة الانجليزية	الاختصار
مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة	United Nations Office on Drugs Crime	UNODC
إدارة خدمات إساءة استخدام المواد المخدرة والصحة النفسية	Substance Abuse and Mental Health Services Administration	SAMHSA
منظمة الصحة العالمية	World Health Organization	WHO
الجمعية الأمريكية لعلم النفس	American Psychiatric Association	APA
المعهد الوطني لتعاطي المخدرات	National Institute Drug Abuse	NIDA
الرابطة الوطنية لإضطرابات الأكل	National Eating for Disorders Association	NEDA
الدليل التشخيصي الإحصائي للإضطرابات النفسية (الرابع المعدل)	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th ed text revision)	DSM-IV-TR
المعهد الوطني لتعاطي الكحول والإدمان على الكحول	National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism	NIAAA
مركز المسح الوطني لاستخدام العقاقير والصحة	National Survey On Drug Use and Health	NSDUH

فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان

إعداد

جلال بن يوسف بن جمعه المخيني

المشرف

الأستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي

الملخص

هدفت هذه الدراسة إلى فحص فاعلية برنامج تدريبي مُستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان، وقد تكون أفراد الدراسة من (٣٠) فرداً من مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية المقيمين في مركز بيوت منتصف الطريق التابع لمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية، تم اختيارهم بطريقة العينة القصدية وتم توزيعهم عشوائياً بالتساوي إلى مجموعتين: (تجريبية وضابطة)، حيث خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي المكون من (١٩) جلسة على مدار ثلاثة أشهر، بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج تدريبي.

ولتحقيق هدف الدراسة، تم بناء برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنباوم في تعديل السلوك المعرفي، ومقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان الذي تم تطبيقه كمقياس قبلي، وبعدي، ومتابعة، لفحص فرضيات الدراسة، استخدم تحليل التباين المشترك، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ ، في مستوى الرغبة لسلوك الإدمان بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، وأظهرت النتيجة أن البرنامج التدريبي المستند على منحى تعديل السلوك المعرفي لمايكنباوم كان فعالاً في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.

كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى المجموعة التجريبية بين القياس البعدي وقياس المتابعة الذي أجري بعد أربعة أسابيع من توقف البرنامج التدريبي.

وفي ضوء النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية يوصي الباحث بإجراء المزيد من الدراسات التي تهدف إلى فحص فاعلية البرامج العلاجية المستندة إلى منحى تعديل السلوك المعرفي على فئات أخرى غير مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

المقدمة

تعد المخدرات من أخطر مشكلات عصرنا الحالي؛ إذ قفزت هذه المشكلة بجوانبها المتعددة لتقع ضمن أولويات الهيئات الدولية والإقليمية المختلفة، وذلك بعد أن تفاقمت وازداد انتشارها في مختلف المجتمعات، وشهدت الحقبة الأخيرة تعدداً لأنواع المخدرات، وزيادة هائلة في انتشارها في جميع المجتمعات سواء المتقدمة، أو تلك التي لا تزال في طريق التقدم.

إن تعاطي المخدرات والإدمان هي مشكلة وطنية هامة، تؤثر على الناس من جميع الطبقات الاجتماعية والأجناس والأعمار، وتؤثر على قدراتهم، فما يقدر بنحو (٢٠) مليون شخص بالولايات المتحدة الأمريكية يعانون من الإدمان على الكحول والمخدرات (Office of Applied Statistics, 2005).

تشكل مشكلة تعاطي المخدرات والتجارة بها إحدى القضايا الرئيسية في معظم دول العالم، حيث أصبحت مسألة مكافحتها تأخذ جزءاً من الجهود الدولية الرامية إلى محاربة هذه الآفة الخطيرة، وانطلاقاً من ذلك فقد بدأ الاهتمام الجاد على كافة المستويات لمكافحة هذه الآفة للحيلولة دون انتشارها واتساع رقعتها، فتم عقد المؤتمرات والندوات، وأبرمت الاتفاقيات التي من شأنها إيقاف هذه المأساة البشرية، والاتجار غير المشروع بها (آل خليفة، ٢٠٠٧).

يُعد تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، كالكحول، والماريجوانا، والكتباجون، والوصفات الطبية، والمهدئات مثل: الفاليوم، والبرازين التي يتعاطاها البعض بغرض إحداث التغيير في طريقة تفكيرهم، وشعورهم، وسلوكهم، نمط حياة قهري ذا تكلفة عالية على الفرد، وأسرته، والمجتمع بصورة عامة، كما يمكن النظر إليها باعتبارها نماذج غير تكيفية للتعامل مع متطلبات الحياة وضغوطاتها (Butcher, James, Mineka, Susan, 2010; Hooley and Jill, 2013; Durand and Barlow, 2010).

وتُعتبر المخدرات واحدة من أخطر المشكلات التي تهدد عالمنا المعاصر، وهي ذات أبعاد لا تتعلق بالفرد وحده، بل تتعداه لتشمل المجتمع بشكل عام، كما أنها لا تتعلق بمجتمع بعينه، وإنما تتعداه إلى كافة المجتمعات، وتمتد آثارها إلى جميع الجوانب: الإنسانية، والاقتصادية، والاجتماعية، والصحية، والأمنية، مما حدا بالجهود الدولية للتكاتف والتصدي لهذه الظاهرة الخطيرة، والعمل على مكافحتها على المستوى المحلي، والإقليمي، والدولي بكل الوسائل المتاحة (المراشدة، ٢٠١٢).

وتظهر خطورة الإدمان في أنه يمس المجتمع من جميع جوانبه المختلفة التي تتجلى في أمن هذا المجتمع، حيث يؤدي انتشار الإدمان والتعاطي إلى زيادة جرائم السطو والسرقة، وزيادة الأمراض التي تنتشر بسبب التعاطي كمرض الكبد الوبائي إضافة لذلك الجرائم التي ترتكب تحت تأثير تناول المواد المخدرة (أمين، ٢٠١٣).

إن خطورة المخدرات باعتبارها وباء من أوبئة العصر الحالي تكمن في سرعة انتشارها، وكون ضحاياها من سائر فئات المجتمع، ومن الطبقات الاقتصادية والاجتماعية كافة، ومشكلة المخدرات مشكلة متعددة الجوانب، وتكاد تكون أنموذجاً للمشكلات التي تشغل جميع مستويات النظام الاجتماعي الإنساني، فهي تمثل ظاهرة عالمية محلية مجتمعية فردية في آن واحد (الحوسني، ٢٠٠٥).

ولم تعد مشكلة المخدرات والاعتماد عليها تهدد فئة عمرية محددة، بل أصبح تعاطي المخدرات والإدمان عليها المشكلة الرئيسة التي تواجه العديد من فئات المجتمع، وهي آفة تنتشر بين الشباب والشابات، والكبار والصغار، والفقراء والأغنياء، إلا أن المراهقين والشباب هم من أكثر الفئات العمرية عرضة للوقوع في هذا البلاء، وذلك لضعف تجربتهم في الحياة، وسرعة التغير بهم لعدم اكتمال نضجهم (Merith, 2001).

ولا نستطيع أن نجزم بأن أيأ من مجتمعات العالم هو في مأمن من خطر الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية الذي أصبح يهدد أمن العديد من دول العالم وسلامتها، ويعرضها للخطر بضياح عدد كبير من شبابها وشاباتها الذين غالباً ما تنتهي رحلتهم مع الإدمان إلى المرض، أو التشرد، أو الوهن والموت. وقد أضحت تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية عند طلبة الجامعات والمعاهد والكليات مشكلة حقيقية، أصبحت تسيطر على المجتمعات، وتسهم في تدمير الأفراد والجماعات، وهناك دراسات عديدة أشارت إلى أن مشكلة الإدمان على المخدرات أخذت في السيطرة على المجتمعات الدولية في الستينات مروراً بالسبعينيات والثمانينات، لتظهر بشكل واضح في التسعينات (Jelly, 2002).

ويلاحظ أن البداية العمرية لتعاطي المخدرات بين (١٦_١٧) عاماً، وقد تبدأ في عمر أقل بالنسبة لتعاطي الحشيش منه في الكاكاين والهروين في بعض الدول الغربية، مثل: الولايات المتحدة، وإسبانيا، وفرنسا، وأستراليا، بينما تصل إلى (١٩_٢٢) عاماً بالنسبة لتعاطي الكاكاين والهروين (United Nations Office on Drugs Crime, 2001).

وغالباً ما تبدأ مشكلة تعاطي المخدرات أثناء فترة المراهقة، وتزداد مع العمر (Substance Abuse and Health Services Administration, 2011)، وتكون البداية في العادة بالتدخين، أو شرب الكحول، ثم تعاطي الماريجوانا، وفيما بعد تعاطي المخدرات الأشد خطورة، كالهروين (Cruz, 2011; Ma, 2008; Nkyi, 2010)، كما تنتشر هذه المشكلة بين الذكور بمقدار أربعة أضعاف إنتشارها بين الإناث (Becker, 2009).

وتشير الدراسات التتبعية في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، وبريطانيا، إلى ارتفاع نسبة الوفيات بين المدمنين من فئة الشباب، وفي حالة عدم حدوث الوفاة، قد يتعرض المدمن لتلف دماغي دائم (Bahr, Stephen, 1993).

وتتفاقم مشكلة المخدرات تفاقماً كبيراً في الدول النامية والفقيرة عندما تؤدي أزمات الفقر المزمنة، وانتشار البطالة، وعمالة الأطفال العشوائية، والانهيال الأسري، وإلى مشكلات أكثر خطورة، ومنها ظاهرة التشرد وأطفال

الشوارع، فقد وجد في هندوراس أن أطفال الشوارع يتورطون في مشاكل مستمرة مع الشرطة، ويتم استغلالهم في أنشطة جنسية، ويتعاطون المخدرات إلى درجة أن نصفهم يستنشقون الغراء، وأن (٤ من ١٠) يتعاطون الخمر في المناسبات، في حين وجد أن (٦ من ١٠) يدخنون، وواحد من خمسة يستعملون الحشيش، ويعتبر استنشاق المواد المخدرة السلوك الشعبي المحبب بين أطفال شوارع العالم النامي، وذلك لرخص ثمنه (United Nations Office on Crime, 2001).

وتشير الإحصائيات عالمياً أنه وفي عام ٢٠١٢ وصل عدد مستخدمي المخدرات في العالم إلى (٢٤٣) مليون شخصاً أي ما يشكل (٥,٢%) من تعداد سكان العالم الذين أعمارهم بين (١٥ - ٦٤) سنة، وبشكل رئيسي يشكل تعاطي الكوكايين والأفيون والمنشطات النسبة الأكبر بين المواد المخدرة، ومع الاعتبار لمجموعات مختلفة من أنواع المخدرات، وجدت الزيادة في تعاطي الأفيون منذ عام ٢٠٠٩، ويلاحظ عدم قيام الدول كافة بإجراء الاستطلاعات الدولية عن تعاطي المخدرات، ومعظم الدول تقوم بالاستطلاعات بشكل دوري، مرة واحدة كل (٥-٣) أعوام، فعلى الرغم من الوجود للاتجاهات المختلفة بين المناطق في المدى لتعاطي المخدرات إلا أن السيطرة العالمية لتعاطي المخدرات اعتبرت على أنها مستقرة (United Nations Office on Drugs Crime, 2013).

ووفقاً لتقرير مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (United Nations Office on Drugs Crime, 2014) تشير الإحصائيات أن عدد متعاطي المخدرات الذين يعانون من مشكلة الإدمان بلغ (٢٧) مليون شخص، أي ما نسبة (٦%) من عدد سكان العالم البالغين لعام ٢٠١٣ ويستمر في التصاعد في عدة بلدان نامية، حيث يقتل الهروين والكوكايين وبعض أنواع المخدرات الأخرى زهاء (0.2) مليون شخص في العام.

وتشير معدلات إنتشار المخدرات العالمية - حسب الإحصاءات العالمية والمحلية- إلى خطورة الوضع (Blau and Gullotta, 1996; Hughes, Greca and Conoley, 2001; Luty and Arokiadass, 2008)، فعلى سبيل المثال؛ وجدت الإحصاءات التي أجراها المسح الوطني لاستخدام العقاقير والصحة في أمريكا (National Survey on Drug Use and Health (HSDUH) عام ٢٠١٠ أن حوالي (22,6) مليون أمريكي بعمر (١٢) سنة فما فوق يستخدمون العقاقير غير القانونية، وهذا يمثل ما نسبته (9, 8%) من عدد السكان، وتزيد هذه النسبة عما وصلت إليه في عام ٢٠٠٨ بلغت (٨%) من عدد السكان (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011).

ونشر مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات والجريمة (United Nations Office on Drugs Crime, 2005) تقريراً عن الوضع العالمي للاتجار غير المشروع بالمواد المخدرة لعام (٢٠٠٥)، وبين ما يلي:

- تزايد عدد متعاطي المواد المخدرة عن العدد المثبت عام ٢٠٠٤، حيث وصل العدد إلى (٢٠٠) مليون شخص، ويمثل هذا العدد (٥%) من سكان العالم الذين تتراوح أعمارهم بين (١٥ - ٦٤) عاماً، وهذه الأعداد تشمل الأشخاص الذين تعاطوا المواد المخدرة ولو لمرة واحدة على الأقل خلال سنة، وتعتمد هذه الأرقام على المعلومات الواردة من (١٢٠) دولة في شأن اتجاهات تعاطي المواد المخدرة.

- زادت المساحات المزروعة بالخشخاش من (١٦٩) ألف هكتار عام ٢٠٠٢، إلى (١٩٦) ألف هكتار عام ٢٠٠٤.

- زادت الكميات المضبوطة من الأفيون، الهيروين، والكوكائين في عام ٢٠٠٣ عن عام ٢٠٠٢.

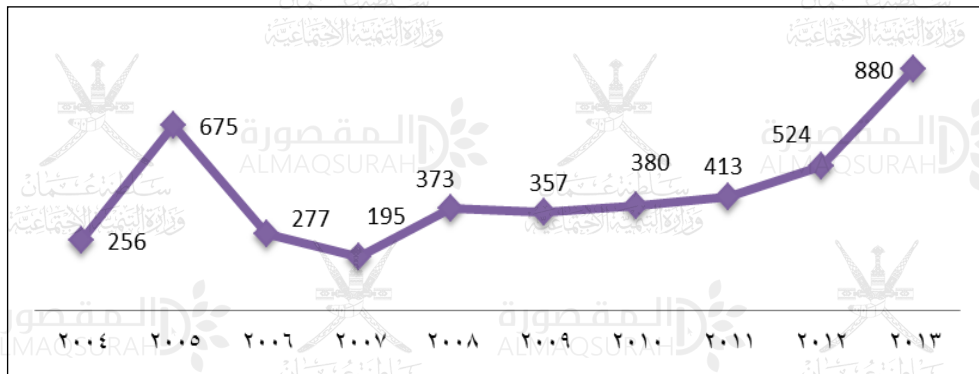
- ما زال المغرب مصدر الإنتاج الرئيسي لإنتاج الحشيش، وتتركز زارعات القنب في الجزء الشمالي من البلاد، وتنتشر في خمس محافظات.

- ما زال الحشيش أوسع المخدرات إنتاجاً وتعليقاً، ويزداد انتشاراً على مدى السنين، ولا يوجد أية أسباب في الوقت الحاضر تدفع إلى الاعتقاد بأن هذا الانتشار سيتوقف؛ فقد زاد إنتاج الحشيش (٤٠) طناً في عام ٢٠٠٣ عن العام الذي سبقه.

- بلغت الأرباح المتحصلة من الاتجار غير المشروع بالمخدرات (٣٠٠) مليار دولار في عام ١٩٨٧ و (٥٠٠) مليار دولار في عام ١٩٩٥.

وتؤكد الإحصائيات الرسمية في سلطنة عُمان تفشي هذه المشكلة الخطيرة، حيث تعاني منها فئة كبيرة من المجتمع العُماني، وهي في زيادة مستمرة، وعلى الرغم من الجهود المبذولة تعتبر بعيدة عن الانحسار، حيث بلغ عدد جرائم المخدرات (٢٥٢٣) جريمة خلال عام ٢٠١٣ مقارنة (١٢٨٥) جريمة خلال عام ٢٠١٢ بزيادة (٩٦%) (الإحصائيات الجرمية، ٢٠١٣).

وتشير الإحصائيات كما في الشكل (١) أنه بلغ عدد حالات الإدمان المسجلة في السجل الوطني للإدمان خلال عام ٢٠١٣ (٨٨٠) حالة بزيادة (٦٨%) عن العدد المسجل في ٢٠١٢، وبذلك يبلغ عدد الحالات المسجلة في السجل الوطني للإدمان من عام ٢٠٠٤ وحتى نهاية عام ٢٠١٣ (٤٣٣٠) حالة من مختلف المؤسسات الصحية المنتشرة بمحافظات السلطنة منذ عام ٢٠٠٤، وتمثل الحالات المسجلة الحالات التي تقدمت بطرق مختلفة لطلب العلاج، ولا تعني جميع حالات الإدمان أو حالات حديثة الإدمان.



الشكل ١. أعداد حالات الإدمان المسجلة في سلطنة عُمان من ٢٠٠٤ حتى ٢٠١٣ م

المصدر: (التقرير الإحصائي السنوي، ٢٠١٣) .

يلاحظ من الشكل (١) أن عامي ٢٠٠٥ و ٢٠١٣ شهدا أكثر النسب إرتفاعا في عدد الحالات المسجلة (٦٧٥) حالة و (٨٨٠) حالة بالترتيب عن بقية الأعوام، بينما سجل عام ٢٠٠٧ أقل عدد من الحالات المسجلة خلال الفترة من ٢٠٠٤م حتى ٢٠١٣م. وتعزى الزيادة النسبية خلال عام ٢٠٠٥ إلى بدء المؤسسات الصحية في إرسال بلاغات عن الحالات القديمة والجديدة التي طلبت العلاج، ويشير الشكل أيضا إلى أن عدد الحالات المسجلة في البرنامج الوطني بدأ في التزايد التدريجي منذ عام ٢٠٠٩. ومن الجدير بالذكر أن الزيادة أيضا لا تعني بالضرورة زيادة استخدام المخدرات بالسلطنة، وإنما زيادة في مراجعة المؤسسات الصحية من أجل تلقي العلاج، كما يمكن تفسير هذه الزيادة بعدة عوامل من أهمها:

١. تنامي الوعي بأهمية العلاج بين المدمنين وأهاليهم.
 ٢. طلب العلاج للهروب من العقاب.
 ٣. توفر الخدمات العلاجية (تنويم بالمستشفى وعيادة خارجية).
 ٤. وتزايد الاهتمام من قبل بعض المؤسسات الصحية للتبليغ عن حالات الإدمان الجديدة على الرغم من محدودية الإبلاغ من بعض المؤسسات الأخرى حتى الآن.
- كما تبين الإحصائيات في سلطنة عُمان أن أعمار المدمنين المسجلين بالسجل الوطني لعام ٢٠١٣ تتراوح ما بين (١٥) إلى (أكثر من ٦٥) سنة بمتوسط عمر يعادل (٢٩,٥) سنة مقارنة بمتوسط عمر (٣٠) سنة في عام ٢٠١٢م. ويتضح أن هناك إنخفاضا بنسبة (٤%) في المتعاطين تحت سن (٢٥) سنة في عام ٢٠١٣ عنه في عام ٢٠١٢ (وهؤلاء عادة طلاب أو باحثون عن عمل أو موظفون جدد). وكانت الفئة العمرية من (٢٥ - ٣٤) سنة أعلى الفئات المسجلة خلال عام ٢٠١٣، كما أن (٨٠%) تقريبا من الحالات كانت تحت سن (٣٥) سنة. ومن الجدير بالذكر أن هذه الأعمار تمثل أعمار الحالات عند التشخيص بينما يبقى العمر عند بداية التعاطي أصغر من العمر المسجل، وتمثل النسبة العالية للمتعاطين في الأعمار المذكورة عبئا اقتصاديا على الحكومات، حيث تفقد الحكومات أفرادا في السن الإنتاجية.

وكما تظهر التقارير الإحصائية السنوي (٢٠١٣) أن عام ٢٠١٣ شهد إنخفاضا في نسب الحالات التي تتناول الكحوليات بمقدار (٦%) عن عام ٢٠١٢، بينما كان هناك زيادة بنسبة (٤%) في تعاطي المورفين، وزيادة (٥%) في تعاطي القنب (الحشيش) في عام ٢٠١٣، عنه في عام ٢٠١٢. وقد قل تعاطي الهيرويين بنسبة (١٢%) في عام ٢٠١٣ عنه في ٢٠١٢، وانخفض بنسبة (١٦%) عنه في عام ٢٠١١، وشهد عام ٢٠١٣ انخفاضا في تعاطي المهدئات مثل مواد البنزوديازيبين حوالي (٤%) عن عام ٢٠١٢. ومن الملاحظ أن هناك زيادة سنوية في معدل تعاطي المورفين من ٢٠١١ وحتى ٢٠١٣، بينما لا توجد اختلافات ملحوظة في نسب تعاطي المؤثرات العقلية الأخرى بين عامي ٢٠١٢ و ٢٠١٣ باستثناء زيادة بنسبة (٢%) في تعاطي مضادات الكولين وانخفاض (١%) في تعاطي مضادات الهستامين في عام ٢٠١٣ مقارنة بعام ٢٠١١.

وتتنوع برامج إعادة التأهيل النفسي لعلاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية والتعافي منها، وتشمل هذه الإعدادات استراحات منتصف الطريق، وهي مرحلة انتقالية، والمستشفيات والمرافق الصحية،

وبرامج معالجة لتعاطي المخدرات (Toriello and Leierer, 2005).

وتتنوع الطرق والأساليب العلاجية للمدمنين في العالم، وذلك لتنوع مجتمع المدمنين، وكذلك فلسفة المعالجة؛ ففي الولايات المتحدة الأمريكية يوجد أكثر من (١٣٠٠٠) معالجة متخصصة للمدمنين، تمتد من المعالجة داخل المراكز إلى خارجها من خلال برامج المتابعة، ومن المعالجة لفترة قصيرة إلى طويلة المدى (Lala and Staussner, 2012)، وكذلك تتنوع طرق العلاج تبعاً للعقار المؤدي إلى حالة الإدمان (شوقي، ٢٠٠٣).

إنّ البرامج العلاجية يجب أن تتحلّى ببناء ثابت، وأن تكون مرنة في الوقت نفسه لتناسب حاجات المدمنين (Fegan, 1999)، ويفضل أيضاً أن تكون مدة المعالجة طويلة نوعاً ما حتى تكون الفائدة أكبر؛ خاصة إذا ما علمنا أن المدمنين معرضون للانتكاسة، وغالباً ما يكونون أقل التزاماً بالمعالجة، ويصعب عليهم في العادة تذكر ما قيل خلال المعالجة، ومن الضروري أيضاً في علاجهم مراعاة وجود أمراض مصاحبة للمدمنين مثل: الأمراض الجسمية، والنفسية خاصة الاكتئاب (Hides, Samet and Lubman, 2010; Mckellar, Ilgen, Moos and Moos, 2009; Mitchell, Morioka, Reisinger, Kelly, Agar, Brown and Schwartz, 2011; Walker, 2008).

وتُعد القدرة على التنظيم الانفعالي عاملاً مهماً وقوياً في التقليل من اللجوء إلى المخدرات (Clarke, 2012; Nolen – Hoeksema, 2012)، ولقد أهملت برامج العلاج والتأهيل النفسي المقدمة للأشخاص المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية جوانب تتعلق بالانفعالات التي يتجنبها الشخص المتعاطي، أو يتعامل معها بشكل غير تكيفي عن طريق تعاطي المخدرات (Birmingham. 1986; Lightsey and Boyraz, 2011; Seraji, Momeni and Salehi, 2009)، مما يشير إلى ضرورة التركيز على الجوانب الانفعالية، والنظر إليها باعتبارها مهمة وتؤثر في السلوك (Clarke, 2012; Connors and Franklin, 2000; Lewis, Huebner, Malone and Valois, 2011).

من أجل ذلك بدأ الباحثون في تطوير برامج العلاج والإرشاد النفسي، لتكون جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي لمواجهة الإدمان، ولتعمل على إقناع المدمنين لتغيير اتجاهاتهم الإيجابية نحو الإدمان. وكل برنامج له أهداف ونظرية يستند إلى أفكارها، واستراتيجيات ومهارات يتم تدريب المرضى على ممارستها، ويتناول موضوعات مختلفة تتعلق بشخصية المدمن، ليكون أداة فعالة في المعالجة.

وتُعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychiatric Association, 2000) الإرشاد بأنه: مجموعة الخدمات التي يقدمها اختصاصيون في علم النفس الإرشادي وفق مبادئ وأساليب دراسة السلوك الإنساني خلال مراحل نموه المختلفة، ويقدمون هذه الخدمات لتأكيد الجانب الإيجابي لشخصية المسترشد، واستغلال هذا الجانب لتحقيق التوافق لدى المسترشد بهدف إكساب مهارات جيدة، تساعد على تحقيق مطالب النمو والتوافق مع الحياة، واكتساب قدرة اتخاذ القرار.

ويشير بالدين، وبرغ لاند، وبورغ، ومانسون، وبندسن، وفرانك، وغوستافسن، وهالدين، ونيلسون، وولندر (Balldin, Berg Lund, Borg, Manson, Bendtsen, Franckm, Gustafson, Halldin, Nilsson, Stolt and Willander, 2003) إلى أهمية العلاج المعرفي السلوكي وفاعليته في العلاج والتعافي من الإدمان.

وفي العلاج المعرفي السلوكي يعمل المعالج من خلال استخدامه لأساليب متنوعة على تغيير الاتجاهات والممارسات للمستترشد، مثل: لوم الذات، أو قبوله عروض المخدرات، ويركز على تغيير أفعال وأفكار محددة، ويخفض التوتر المرافق للتعاطي بالتدريب على الاسترخاء والتنفس العميق (Nordenberg, 2000).

وتعمل البرامج العلاجية المستندة على المقاربة السلوكية المعرفية على الحد من ظاهرة تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، إذ تقوم على تعديل العمليات المعرفية مثل: الإدراك، والقناعات، والتخيل، والتفكير، والحديث الذاتي، والتي تؤثر بشكل أو بآخر في السلوك الظاهر (قطامي، ٢٠٠٤).

ويعد منحى تعديل السلوك المعرفي من أشكال العلاج المعرفي السلوكي، إذ يركز هذا النمط العلاجي على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المتعددة (محمد، ٢٠٠٠).

وقد جاء نموذج تعديل السلوك المعرفي، ليشكل ردة فعل على النموذج السلوكي التقليدي، الذي لم يعط اهتماماً كافياً للعمليات المعرفية، فقد رأى البعض أن النموذج السلوكي لا يقدم تفسيراً شاملاً للظواهر السلوكية، وأن قوانين التعلم أكثر تعقيداً من تلك المتصلة بالأنماط السلوكية الظاهرة، ويمثل حجر الأساس في النموذج المعرفي السلوكي في التأكيد على أن العمليات المعرفية تؤدي دوراً حاسماً في التعديل المعرفي السلوكي، ولذلك يجب أخذها بالحسبان حتى لو لم تكن قابلة للملاحظة المباشرة والدراسة الموضوعية (الخطيب، ٢٠١٣).

ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن الإنسان حيوي نشط وليس عنصراً سلبياً كما كان يفترض في التعلم السلوكي، وأن سلوك الفرد ليس استجابة للمتغيرات البيئية، بل هو ناتج عن التفاعل مع عناصرها، وأن الإنسان يبني مفاهيمه الخاصة حولها بحيث تؤثر هذه المفاهيم في سلوكه (قطامي، ٢٠٠٤).

وقد عملت الدراسة الحالية على إعداد برنامج لعلاج وتأهيل المدمنين مستند على أنموذج تعديل السلوك المعرفي لدونالد ماكينبلاوم وقياس فاعليته في خفض مستوى الرغبة والشوق لسلوك الإدمان؛ وذلك من خلال التدريب على مجموعة من المهارات منها التحصين ضد التوتر والضغط النفسية التي يختبرها المدمنون في الحياة العامة، والتي تؤثر في صحتهم النفسية، وتدفعهم لسلوك غير مرغوب فيه، لاقترارهم لمهارات التكيف والتعامل مع ورود الفعل الناتجة عنها، ثم العمل على إكسابهم مهارات التوافق من خلال إعادة البناء المعرفي، وتغيير أفكارهم السلبية، وحديثهم مع الذات، والعمل على تنظيم المجال الإدراكي لديهم، والتدريب على التعبير عن المشاعر والأفكار التي تتناسب مع المواقف اليومية، ثم ممارسة هذه المهارات في مواقف الحياة، ومتابعة تطبيقها.

مشكلة الدراسة

تعتبر مشكلة تعاطي المخدرات والإدمان عليها من المشكلات التي تؤثر على بناء المجتمع العُماني وأفراده، لما يترتب عليها من آثار صحية، ونفسية، واجتماعية، واقتصادية، وتنسحب على كل من الفرد والمجتمع، ولقد أضحت من الصعب بمكان لأي مجتمع أن يعيش آمناً بعيداً عن أخطار المخدرات. وسلطنة عُمان لا تنتج ولا تزرع المخدرات بكافة أنواعها؛ ولكن الموقع الجغرافي للسلطنة يمثل حلقة وصل بين دول إنتاج

المخدرات ودول استهلاكها بحكم قربها من عدد من الدول التي تزرع وتنتج المخدرات.

ومن هنا تأتي الدراسة الحالية للإسهام في معالجة مشكلة المخدرات والمؤثرات العقلية، إذ هدفت إلى معرفة فعالية برنامج تدريبي مستند إلى نموذج مايكنباوم Meichenbaum في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، وتتلخص مشكلة الدراسة بالسؤال الرئيس الآتي:

ما فعالية برنامج تدريبي مُستند على نموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان؟

فرضيات الدراسة

تهدف الدراسة إلى فحص الفرضيات التالية:

١. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي لصالح المجموعة التجريبية، تُعزى للبرنامج التدريبي المُستند على نموذج مايكنباوم.
٢. توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان بين القياس البعدي وقياس المتابعة لصالح المجموعة التجريبية.

أهمية الدراسة

تكمن أهمية هذه الدراسة في الآتي:

١. تطوير أدوات الدراسة، وهي مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، وبرنامج تدريبي مستند إلى نموذج مايكنباوم تعديل السلوك المعرفي في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.
٢. تتناول الدراسة موضوعاً بحثياً يسير جنباً إلى جنب مع التوجهات الحديثة في مجال الإرشاد النفسي، خاصة مع ظهور علم النفس الإيجابي الذي يركز على تطوير مجالات القوة، إضافة إلى التركيز على الجوانب الانفعالية وردود الفعل الناتجة عن التوتر والضغط النفسية لدى المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية، مما يسهم في إثراء هذا المجال، وخصوصاً أن العلاج المقدم للمدمنين في سلطنة عُمان يتركز على البعد الطبي فقط، في حين أن إعادة التأهيل النفسي للمتعاطين والمدمنين تتطلب علاجاً متكاملًا.
٣. توجيه الأنظار إلى هذه المشكلة الخطيرة من خلال دراستها، ووضع الحلول والاستراتيجيات المناسبة لمواجهتها والتعامل معها، وتقديم البرامج التدريبية الوقائية لمن هم تحت عوامل الخطورة، والعلاجية للمتعاطين والمدمنين؛ خاصة في ظل إهمال برامج التأهيل والرعاية النفسية لهذه الفئة في المستشفيات والمراكز المعنية بالإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان.
٤. إن تدريب المدمنين على التعديل السلوك المعرفي، يسهم في الحد من تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، بالإضافة إلى إدارة الانفعالات بشكل تكيفي، ويقلل من سلوكيات إيذاء الذات، والعذوانية، ويسهم في تطوير

نمو نفسي سليم.

التعريفات المفاهيمية والإجرائية لمصطلحات الدراسة

المُدمِن Addicted:

يُعرف المُدمِن بأنه: الشخص الذي يصبح معتادا على استخدام عقار معين، يشكل خطرا على الأمن العام للمجتمع، أو الشخص الذي فقد سيطرته على نفسه بسبب الإدمان على المخدرات والعقاقير (قازان، ٢٠٠٥).

ويُعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة: بأنه الفرد الذي يتعاطى مادة أو أكثر من مواد الإدمان التي تحدث لديه تأثيرات صحية ونفسية واجتماعية، وتم تشخيصه على أنه في مرحلة الإدمان، مما دفعه لطلب المساعدة والعلاج في مركز الإدمان بمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية.

المخدرات والمؤثرات العقلية : Drugs and Mental Influences

تُعرف المخدرات والمؤثرات العقلية في موسوعة الطب الصادرة عن الرابطة الطبية الأمريكية (2003) (AMA) American Medical Association العقار/ المخدر بأنه: أي مادة كيميائية من شأنها أن تحدث تغييرا في وظيفة عضو أو أكثر من أعضاء الجسم، أو في العملية التي يعمل به المرض في الجسم، وتشمل العقاقير والأدوية الطبية التي تصرف عن طريق وصفة طبية، والأدوية التي تصرف دون وصفة طبية، والاستخدام الترويجي والاجتماعي والمحظور للعقاقير كالكوكايين.

وتُعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة: بجميع المواد التي يتعاطاها أفراد الدراسة، والتي تحدث لديهم تأثيرات نفسية واجتماعية وصحية مختلفة.

سلوك الإدمان Addiction Behaviour :

تُعرفه منظمة الصحة العالمية World Health Organization بأنه: التعاطي المتكرر لمادة نفسية، مما يؤدي بالشخص إلى عدم القدرة على مقاومة تناولها، ووجود الدافع القهري لدى المدمِن لتناول المخدر بشكل دائم أو بين فترة وأخرى للحصول على الآثار النفسية والجسدية، كما ويظهر على الشخص المدمِن أعراض انسحابية إذا ما انقطع عن التعاطي (Ruiz, Strain and Langrod, 2007).

ويُعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة: بالدرجة الكلية التي يحصل عليها المدمِن على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان المستخدم في هذه الدراسة.

الرغبة Desire :

يشير مصطلح الرغبة إلى مستوى حالة شدة الشوق إلى التعاطي، الذي يؤدي إلى تعاطي المادة المدمِن عليها نوعا وكما وأسلوبا (البريثين، ٢٠٠٢).

البرنامج التدريبي Training Programme:

يُعرف البرنامج التدريبي بأنه نظام متكامل من الخبرات المخططة والأنظمة، يتضمن سلسلة من الأنشطة والإجراءات المبرمجة زمنياً الذي سوف تتعرض له الفئة المستهدفة في المجموعة التجريبية (دور والصافي، ٢٠٠٧).

ويُعرف إجرائياً لأغراض هذه الدراسة: بالبرنامج الذي يستهدف خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات في سلطنة عُمان، ويتكون من (١٩) جلسة مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة.

حدود الدراسة ومحدداتها

تتحدد هذه الدراسة من حيث قابليتها للتعميم بما يلي:

- **الحدود المكانية:** اقتصرَت هذه الدراسة على الأفراد المدمنين المقيمين في مركز بيوت منتصف الطريق

Half way houses center التابع لمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية بوزارة الصحة في سلطنة عُمان.

- **الحدود الزمانية:** أجريت هذه الدراسة في نهاية الفصل الأول للعام الجامعي (٢٠١٤ / ٢٠١٥) م وممتدة حتى

الفصل الدراسي الثاني من العام الجامعي نفسه.

وتتمثل المحددات فيما يلي:

- أداة الدراسة والخصائص السيكومترية لهذه الأداة، وما تحقق لها من معايير صدق وثبات.

- محتوى البرنامج التدريبي المستخدم في هذه الدراسة، وما يتضمنه من أنشطة وفتيات وتدريبات.

- أفراد الدراسة؛ وهم مدمنو المخدرات الذين أنهوا مرحلة الفطام والعلاج الدوائي في مركز بيوت منتصف

الطريق Half way houses center.

الفصل الثاني

الإطار النظري والدراسات السابقة

تضمن هذا الفصل مناقشة الإطار النظري والدراسات السابقة، حيث تم تقسيم الفصل إلى قسمين، يتناول القسم الأول الإطار النظري، أما القسم الثاني فيتناول مناقشة الدراسات السابقة التي تعرضت لموضوع الدراسة والتعقيب عليها.

أولاً: الإطار النظري

الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية من أخطر المشاكل العالمية الصحية والاجتماعية، وهذه المشكلة التي تواجه العالم اليوم أيضاً مجتمعنا العربي، وإن اختلفت حدتها من بلد إلى آخر، فالدول العربية التي كانت في يوم من الأيام معافاة من مرض الإدمان، أصبحت اليوم تعاني من هذه المشكلة التي أصبحت تهدد أُسْرنا، ومجتمعنا، وشبابا وشاباتنا، وصغارنا وكبارنا وتعرضهم للتشرد، والضياع، والمرض، والجنون، والموت أحياناً. ولقد أصبح في العالم اليوم حسب تقارير منظمة الصحة العالمية ما يزيد على (١٥٨) مليون مدمن، وفي العالم العربي ما يزيد على مليون مدمن (الزراد، ٢٠١١).

إن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية موجود لدى مختلف الفئات العمرية، وكافة المجتمعات وطبقات المجتمع، وتقر جميع الدول بخطورتها (Gale and Chapman, 1984)، إلا أن مؤيديها يرون أنها تساعد الفرد في الوصول إلى إمكانياته الكاملة (Flakerud, 2010).

ويعتبر استهلاك بعض أنواع المخدرات، كالكحول مقبولاً في بعض الثقافات؛ فمثلاً يشرب البعض الكحول مع تناول الوجبات، أو لأغراض تعزيز المتعة في المناسبات الاجتماعية، إلا أن الشرب المفرط قد يقود إلى نتائج خطيرة بسبب السمية بالإيثانول (Hersen and Hasselt, 2001) Toxicity of Ethanol.

ويمكن النظر إلى المخدرات باعتبارها المواد الكيميائية التي يتم تعاطيها لتغيير المزاج أو السلوك، وتضم المخدرات غير القانونية مثل: الكوكائين، والهروين، والمخدرات القانونية مثل: النيكوتين الموجود في الدخان، والكافيين الموجود في القهوة والشيكلاته (Durand and Barlow, 2010).

وتُعرف المخدرات بأنها المواد الطبيعية أو المصنعة التي تحتوي على عناصر مُنبهة أو مُسكنة والتي من شأنها إذا استعملت بشكل متكرر في غير الأغراض الطبية الموجهة أن تؤدي إلى الإدمان، وتسبب أضراراً بدنية وعقلية، وتغيراً في السلوك الإنساني الطبيعي ومزاجه وإنفعالاته وعواطفه وأحاسيسه وأسلوب تفكيره (الخولي، ٢٠١٤).

أما هيئة الرقابة الدولية International Supervisory Board فتعرفها من الناحية القانونية بأنها: كل مادة خام، أو مستحضر يحتوي عناصر أو جواهر مهدئة، أو منبهة، أو مهلوسة، وإذا ما استخدمت لغير الأغراض الطبية، فإنها تؤثر في الجهاز العصبي المركزي، وتؤدي إلى إحداث خلل كلي أو جزئي في وظائفه الحيوية، وتجعل المتعاطي

يصاب بحالة الوهم بعيداً عن الواقع، وتؤدي إلى إصابته بالإدمان أو التعود (Halgin and Whitebourne, 2007).

المواد الإدمانية Addictive Substances

هناك عدد من المواد الكيميائية التي تحتوي على خواص إدمانية، ولهم هذه المواد بصورة أفضل، تم تصنيفها ضمن الفئات التالية: مضادات اكتئاب، منشطات، مواد مخدرة، عقاقير الهلوسة، الأفيونات (National Institute on Drug Abuse, 2003).

يمكن النظر إلى المخدرات باعتبارها المواد الكيميائية التي يتم تعاطيها لتغيير المزاج أو السلوك وتضم المخدرات غير القانونية مثل: الكوكائين، والهيروين، والعقاقير القانونية مثل: النيكوتين الموجود في الدخان، والكافيين الموجود في القهوة والشكولاته (Durand and Barlow, 2010).

توجد المخدرات والمؤثرات العقلية في أنواع متعددة من الأشكال والأحجام، والتركيب الكيميائي، ولذلك لا يمكن تحديد نوعيتها بدقة إلا عن طريق الفحص الكيميائي لمكوناتها، ويوجد عدد من التسميات والتصنيفات المستخدمة عالمياً للمخدرات والمؤثرات العقلية، ويتفق معظم الباحثين في مجال مكافحة المخدرات أنه يمكن تقسيمها إلى أربعة أنواع رئيسية هي:

١. المثبطات Depressants

وتضم المخدرات التي تجعل الناس يشعرون بالخمول أو الهبوط Feel Down ؛ حيث تبطئ عمل الجهاز العصبي؛ وبالتالي تساعد على النوم، وأيضاً تخفف حدة الألم، والضيق، ومن الأمثلة عليها: الأفيونيات، والكحول، والمهدئات.

٢. المنشطات Stimulants

وتضم المخدرات التي تجعل الناس يشعرون بالأفضل Feel Up ؛ إذ تنبه الجهاز العصبي، مما يساعد على تقوية التركيز، والنشاط العقلي، وتقليل الشهية، ومن الأمثلة عليها: الكوكائين الذي يعتبر من أقوى المنشطات ذات الأصل الطبيعي، وأيضاً نبات القات الذي له تأثير مزدوج على الجهاز العصبي، حيث يكون في البداية مُنشط، ثم تعقبه حالة هبوط في وظائف الجهاز العصبي، وكذلك الأمفيتامينات التي تساعد على مقاومة الإرهاق والنعاس، إضافة إلى النيكوتين الموجود في الدخان والكافيين الموجود في القهوة والمشروبات الغازية.

٣. المهلوسات Hallucinogens

وتضم المخدرات التي تغير طريقة إدراك الفرد للعالم حيث تؤثر بالرؤية والسمع والمذاق والشم، فتحفز الأوهام والهذات والمهلوسات البصرية والسمعية ومن الأمثل عليها: الماريجوانا وعقار الهلوسة (LSD) الذي ليس له أي استعمال طبي.

٤. المخدرات الأخرى Other Drugs of Abuse

وتضم المخدرات التي لا تقع بدقة في أي التصنيفات السابقة باعتبارها تحدث تأثيرات نفسية مختلفة، ومن الأمثلة عليها: المستنشقات Inhalants، كالصمغ، ومزيل طلاء الأظافر، وكذلك الوصفات الطبية

(Durand and Barlow, 2010) .

ويصنف الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - IV - TR, 2000) المخدرات إلى أحد عشر صنفاً هي: القنب، الحشيش أو الماريجوانا Cannabis ، والمنشطات Stimulants مثل: الكوكايين Cocaine ، والامفيتامينات Amphetamine ، والأفيونات Opioids ، والمهلوسات Hallucinogens ، والمواد الطيارة، والمستنشقات، والمواد المذيبة Inhalants, Solvents and Voiatile ، والمسكنات Sedative ، والمنومات Hypnotics ، ومسببات القلق Anxiolytics ، والبنسبيلايين (PDP) ، والنيكوتين Nicotine ، والكحول Alcohol .

أولاً: الكحولية Alcohol

من المهم أن نفهم أكثر المواد التي تعرض صحة الفرد وسعادته للخطر، حتى الآن، أكثر المواد المعدلة للمزاج تعاطياً اليوم هي الإيثانول، أو الكحول الإيثيلي، ففي الولايات المتحدة الأمريكية هناك ما يقارب (١٢٠) مليون شخص، أعمارهم فوق سن الثانية عشرة، يعرفون عن أنفسهم بأنهم يشربون خلال عام ٢٠٠٢م (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003) .

الكحول هو أقدم المخدرات الإنسانية المألوفة (Siegal and Inciardi, 2004) . وليس هناك أي شخص في مأمن عن تعلقه به إلى حد الإدمان، وفيما يتعلق بآثاره وجاذبيته، أن الكحول هو مشروب مخادع، فهو يمنحك القوة ويسرقها منك بشكل متساوٍ (Knapp, 1996) .

وقد كان تعاطي الكحول واضحاً في سجلات الأنثروبولوجيا (علم دراسة الإنسان) لعدة قرون، بالرغم من عدم وضوح كيفية اكتشافه للمرة الأولى، يعتقد المؤرخون عموماً أنه منذ حوالي (١٠٠٠٠) سنة، بعد أن ترك التوت أو الفاكهة وقتاً طويلاً في الشمس، بدأت تتخمر، وهذا ما نتج عنه المادة الخام للنبيذ (Erickson, 2001) (Siegal and Inciardi, 2004) .

يُصنف الكحول ضمن مسكنات الجهاز العصبي المركزي (CNS)، وباعتباره مسكن للجهاز العصبي المركزي، وغالباً ما كان يستخدم كمخدر أو مادة مساعدة على النوم، والشرب لتحقيق الاسترخاء والنشوة وقد ساهم في الترويج للكحول باعتباره مادة اجتماعية مطرية بسبب السلوكيات الفاضحة الناتجة عنها وميزات الاسترخاء فيها. ومع ذلك، يُعتبر الكحول سمّاً عصبياً قوياً، والإدمان على الكحول يقود إلى جوانب خطيرة من الضرر الذي يلحق بوظائف الدماغ التنفيذية الأساسية مع تأثير عميق غير مرغوب فيه على المخ والمخيخ (Sullivan and Pfefferbaum, 2005) .

ويشير العديد من الأطباء والمرشدين المتخصصين في الإدمان إلى أنّ المكون الخطير في الكحول هو الإيثانول، سواء كان الشخص يستهلك البيرة، أو النبيذ، أو المشروبات الروحية المقطرة، ومن المهم بالنسبة لأولئك المرشدين الذين يعملون مع مرضى الإدمان، أن يناقشوا المعلومات المتعلقة باستخدام الكحول ليعالجوا المفاهيم الخاطئة الشائعة بأن بعض المشروبات الكحولية أكثر أماناً، أو لا تسبب الإدمان كغيرها (Siegal and Inciardi, 2004) .

تستمر تأثيرات الكحول بيولوجياً طالما أن الإيثانول لا يزال في الجسم، والكبد هو العضو الرئيسي المسؤول عن التخلص منه أو إزالة سميته، أو التخلص من الكحول، فالمهمة الرئيسية للكبد هي الاستقلاب أو فرز السموم، ومعالجة الإيثانول باعتباره سماً للنظام (Doweiko, 2002).

يعالج الكبد الإيثانول بنفس السرعة ونفس المعدل عند معظم الناس نسبياً، والأساطير حول شرب أوعية من القهوة الساخنة أو الاستحمام المتكرر بالماء البارد، لا تسرع معدل استقلاب الكبد الإيثانول (van Wormer and Davis, 2003)، ولا يوجد مادة تستطيع أن تزيد معدل وقف الإيثانول (Siegal and Inciardi, 2004).

يجب تذكير المرشدين بشكل خاص بشأن معدلات استقلاب الإيثانول التي ينتج عنها سنوياً موت الشباب بسبب التسمم الكحولي، وغالباً لا يدرك من ليست لديه خبرة كبيرة في شرب الكحول أن الإفراط في الثمالة قد يكون مميتاً، فالموت نتيجة الإفراط في الثمالة يُعتبر نادراً، وغالباً ما تكون التوعية تجاه هذا الخطر محدودة، لذا من المهم أن يؤكد المرشدون على خطورة استهلاك كمية كبيرة من الكحول بسرعة، فانقطاع النفس أو شدة القيء من العوامل المميتة الرائدة في حالات الوفيات البارزة مؤخراً بين شباب الجامعة عديمي الخبرة مع الشرب بعد شربهم لكميات كبيرة من الكحول في فترة زمنية قصيرة (Falkowski, 2000).

ثانياً: المهدئات/ المنومات والمسكنات الطبية Sedative - hypnotics

التصنيف الآخر للمخدرات التي تضعف الجهاز العصبي المركزي (SNS) هي المخدرات المهدئة/ المنومة، وأكثر الأدوية شيوعاً في هذه المجموعة، هي: البنزوديازيبينات، الباربيتورات، وغير الباربيتورات، وحالياً البنزوديازيبينات التي يُشار إليها أحياناً بأنها من المهدئات، كثيراً ما توصف بالمضبوطات بسبب أعراضها الواسعة النطاق التي تتراوح بين القلق والأرق، والإجهاد العضلي (Doweiko, 2006; Erickson, 2001)، وتشكل خطورة خاصة للنساء، فعلى سبيل المثال، تظهر النتائج أن (٥٥%) من البنزوديازيبينات موصوفة للنساء أكثر من الرجال (National Institute Drug Abuse, 2005).

ومع اكتشافها عام ١٩٦٠، اعتبرها العديد من الناس أنها بديل أكثر أماناً من الباربيتورات، مع الاقتناع بعدم وجود احتمالية لإدمانها، وبعد عقود من الزمن، وجد الباحثون أن البنزوديازيبينات، كالفاليوم (ديازيبام) أو زاناكس (ألبرازولام) عقاقير شديدة الإدمانية في حال استخدمت على المدى الطويل، وغالباً تكون أعراض انسحابها خطيرة، وتتطلب إزالة سموم طبية، كما لاحظ الباحثون أن البنزوديازيبينات المأخوذة حتى تحت إشراف طبي، هي مواد سامة للدماغ، كما تبين من تقنيات المسح الضوئي للدماغ (Amen, 2005).

وعادة توصف البنزوديازيبينات بدواء أولي لعلاج القلق، على الرغم من الأبحاث التي تظهر فعاليتها المحدودة عند استخدامه على المدى الطويل، ويرجع ذلك جزئياً إلى مسائل الاحتمال، وقد يظهر استخدامه على المدى القصير (٤ - ٨ أسابيع) أكبر قدر من التأثير على القلق، ولكن هناك أدوية أخرى، كمضادات لاكتئاب، إلى جانب بعض الإجراءات المضاد للقلق، وفعاليتها في إدارة القلق أكثر بكثير على المدى الطويل، وبدون احتمالية

إدمانها كما رأينا في البنزوديازيبينات (Doweiko, 2006).

وتتزايد المخاوف حول إساءة استخدام البنزوديازيبينات والإدمان، مثلاً تشير التحاليل الخاصة بالاتجاهات في الولايات المتحدة أن هناك زيادة بنسبة (٤١%) (٧١,٦٠٩ _ ١٠٠,٧٨٤) في زيارة قسم الطوارئ بسبب البنزوديازيبين بين عامي ١٩٩٥-٢٠٠٢ (Crane and Lemanski, 2004). وارتفعت نسبة القبول في علاج الإدمان الذي كانت فيه المهدئات هي العقار المخدر الأولى إلى (٧٩%) خلال فترة عشر سنوات بين الأعوام ١٩٩٢ إلى ٢٠٠٢ (SAMHSA, 2005).

وهناك مخاوف أخرى تجاه البنزوديازيبينات، وهو إمكانية استخدامها كمخدر "مؤرخ ضمن حالات الاغتصاب"، فالروهينول (فلونتر ازيبام) والبنزوديازيبين أكثر فعالية بحوالي (١٠) مرات من الفاليوم من ناحية فقدان الذاكرة، وقد استخدمت في جرائم الاعتداء الجنسي (Falkowski, 2000).

وتتدرج الباربيتورات ضمن مثبطات الجملة العصبية المركزية أيضاً، مثل: تيونال (أموباربيتال مع سيكوباربيتال)، أو نيمبوتال (بنتوباربيتال). وقد كان استخدام المهدئات أكثر انتشاراً خلال ١٩٥٠ وأثناء ١٩٧٠، فقد كان في ذلك الوقت في المرتبة الثانية كمخدر يُساء استخدامه بعد الكحول، فالباربيتورات سريعة المفعول، ففي داخل الدماغ تنقص النواقل العصبية والنشاط المزيل للاسقطاب، مما يزيد اكتئاب الجهاز العصبي المركزي، ومما يجعل الباربيتورات خطيرة في إمكانية الحصول على جرعة زائدة قاتلة، خاصةً إن اقترنت مع مسكنات الجهاز العصبي الأخرى، ويندرج ضمن الأدوية غير الباربيتورات عقاقير كالكوالد (ميثاكوالون)، وفيها الكثير من الجوانب الفيزيولوجية المشابهة للباربيتورات، ولحسن الحظ، لقد تراجع استخدامها بسبب مخاطر الجرعة الزائدة العرضية المرتبطة باستعمال المهدئات وغير الباربيتورات (Erickson, 2001).

ثالثاً: النيكوتين Nicotine

إن المادة الرئيسية المعدلة للمزاج في منتجات التبغ هي النيكوتين، وهي منبه خفيف، وكان المعتقد السائد أن السكان الأمريكيين الأصليين استخدموا التبغ قبل وصول أول شخص أوروبي أبيض (Doweiko, 2002). يعد اتساع نطاق استخدام التبغ له آثار عميقة، حيث تم إحصاء حوالي (١,٤) مليون مدخن جديد يومياً عام ٢٠٠١ في البيانات، وهو انخفاض ملحوظ من (٢,١) مليون عام ١٩٩٨ (SAMHSA, 2003).

وإجمالاً تم تسجيل عدد مستخدمي السجائر في الولايات المتحدة ٢٦% (٦١,١ مليون أمريكي) من السكان الذين تتراوح أعمارهم (١٢) سنة وما فوق من البالغين، وأكثر من (٣%) بقليل (٧,٨ مليون) لا يدخنون، ويرتبط استخدام السجائر بأولئك المدمنين على مواد مخدرة أخرى، وبحسب تقديرات أن نسبة (٧٤%) إلى (٩٥%) مدمنون على السجائر (Doweiko, 2002).

إن (١٢٠٠) مادة كيميائية سامة مختلفة تنتج من دخان التبغ، منها أكثر من (٥٠) مادة مسرطنة، ومنها النيكوتين الذي يتم تناوله عن طريق تدخين السجائر والبابيك والشييشة أو النارجيلة وغيرها، ويسبب التدخين درجة مرتفعة من الاعتماد النفسي، ولا يسبب الاعتماد الجسدي لمادة النيكوتين الذي ينشط وظائف الانتباه في الجهاز العصبي المركزي ويحقق ارتخاء العضلات القابضة، ويسبب التدخين العديد من الاضطرابات النفسية والجسمية

والاجتماعية، ويصعب علاجها لطول فترة الأعراض الإنسحابية وتوافره، وعدم وجود قوانين تحرم التدخين، ويعد التدخين الباب الرئيس للعديد من الاضطرابات الإدمانية الأخرى، ويمثل التدخين النافذة التي يطل منها الشباب إلى عالم المخدرات والمؤثرات العقلية، فقد يكون اندفاع المراهقين نحو التدخين بهدف إبراز الذات والتحدي، والحصول على صورة لذواتهم تعطيهم شيئاً من النشوة التي يبحثون عنها، لكن ظروف التدخين، ورفاق السوء، ومحدودية اللذة، التي يجلبها التدخين تدفع بعض المدخنين الصغار إلى البحث عن درجات أعلى من النشوة واللذة. فعندها يتولد لديهم الاستعداد لتعاطي مواد مخدرة أخرى (دوسيك و جيردانو، ١٩٨٧).

وفي محاولة للعثور على فوائد من النيكوتين دون المخاطر المتعلقة بأن يصبح الشخص مدخناً، برّر البعض أنّ مضغ التبغ غير المدخن قد يكون أقل خطراً على الصحة، وتشير المزيد من الأدلة أن التبغ غير المدخن - على سبيل المثال - يشكل مخاطر صحية خطيرة حيث يسبب ارتفاع ضغط الدم، ومرض الشريان التاجي، وسرطان الفم، وتقرحات الفم والأورام (Doweiko, 2002; Prentice, 2003).

رابعاً: الإيفيدرين، الأمفيتامينات، المنشطات كادوية Amphetamine - Stimulants

هناك أنواع من المنشطات تتضمن الإيفرين، الأمفيتامينات، ومنشطات تُستخدم كادوية (ريتالين)، وعلى عكس العديد من المواد الأخرى المعدلة للمزاج التي تستخدم أولاً من أجل النشوة الناتجة عن المخدرات، واستُخدمت الأمفيتامينات عادةً لاختبار النشوة وتعزيز الإنتاجية، وعلى الرغم مما أشار إليه ويل وروزن " بدلاً من تحسين الأداء الجسدي والعقلي، تجعل المنشطات الناس أحياناً يقومون بعمل أسوأ بشكل أسرع" (Wei l and Rosen, 1983).

وبدأ الطب الصيني القديم باستخدام النباتات التي تحتوي على الإيفيدرين من أكثر من (٥٠٠٠) سنة؛ وأسفر عن التحسينات الطبية في الآونة الأخيرة في الاستخدام الواسع في الولايات المتحدة الأمريكية بعد عام ١٩٣٠ للمشاكل التي تؤثر بصورة رئيسية على الجهاز التنفسي، وكان قانون الحظر في أبريل ٢٠٠٤م لمادة الإيفيدرين نتيجة للدواء الملئ بآثار جانبية خطيرة، وبعد حوالي سبعين عاماً من الجهد لإيجاد بديل صناعي عن الإيفيدرين مع آثار جانبية قليلة (كالقلق) ونتائج أفضل نتجت عنها تطوير المستحضرات الصيدلانية من الأمفينامينات، وقد لاحظ العديد من خبراء الإدمان أن السرعة، وهو المصلح عامي للأمفينامينات، أُستُخدم على نطاق واسع بين أفراد الجيش في زمن الحرب ١٩٤٠م لتحسين القدرة على الاحتمال والتأهب (Doweiko, 2002; Miller, 2004).

كان استخدام الأمفينامينات مشكلة برزت من خلال زيادة النوبات المتعلقة بالميثامفيتامين؛ وقد وثقت بالمعهد الوطني لتعاطي المخدرات (NIDA) ضمن السجلات عام ٢٠٠٤م زيادة بنسبة (٣٠%) في حالات الطوارئ في المشفى بين عامي ١٩٩٩ حتى ٢٠٠٠، وتظهر الأبحاث الحالية أنّ هناك (٣%) يستخدمون الأمفينامينات بتوجّهات مثيرة للقلق، ومن الأمثلة على ذلك: زيادة استخدام المنشطات عند الرياضيين الإناث أكثر من الذكور، وزيادة استخدامها من قبل الرياضيين مقارنة مع غير الرياضيين (National Eating Disorders Association, 2002).

يُعدّ الميثامفيتامين - غالباً - المنشط المُفضل الذي يساء استخدامه، ويمكن أخذه عن طريق الفم، أو بالشَّم، أو التدخين، أو بالحقن، وهذه الطريقة الأكثر إشكالية، ويظهر التعافي من إدمان المنشطات استمرار الحركة الجسدية الأبطأ، وضعف في الذاكرة حتى بعد التوقف عن تعاطيه لمدة تسعة أشهر، ويشعر الباحثون بقلق أكبر من

خطورة تعرض المدمنين لمزيد من أمراض الأعصاب الأخرى (Zickler, 2002).

تحذر الشركة المصنعة للميثامفيتامين بأن للميثامفيتامين قدرة عالية على إساءة استخدامه، وقد يؤدي إلى الإدمان على المخدرات ويجب تجنبه"، وتتطور القدرة على احتمال الميثامفيتامين بسرعة، وهذا يؤدي إلى تقادم الحلقة الإدمانية في كثير من الأحيان، يندرج ضمن المرحلة الأخيرة من الإدمان، إدمان المخدرات بالحقن، وأنماط الانسحاب الشديد والرغبة الشديدة، فبدائل الأمفيتامينات المنتجة صيدلياً هي أمفيتامينات غير شرعية؛ فمن الأمثلة على ذلك: " آيس/ الجليد" وهو أحد أشكال الميثامفيتامين وحديثاً المتكاثفون أو قات، وينتج عن كل من آيس وكات آثار منسبة والعديد من المخاطر والآثار الجانبية المشابهة للأمفيتامينات (Physician's Desk Reference, 2002).

ومن المنبهات الأخرى التي يجب أن يركز عليها المرشد، هي الأمفيتامين كالمنشطات، مثل: الريتالين وأسمه العام الميثيلفينيديت، فقد استُخدم الميثيلفينيديت لعدة سنوات على نطاق واسع لعلاج نقص الانتباه/ اضطراب فرط النشاط (ADHD)، فالعمل الرئيسي في الدماغ ينطوي على امتصاص الدوبامين، وهذا ينتج عنه تغيرات في السلوك من ناحية التحسن في التركيز وتعقب المعلومات، كما يعرض الريتالين آثار جانبية كفقدان الوزن والشهية، والأرق، والغثيان، وارتفاع ضغط الدم، وفقر الدم، أو الاجهاد. وهناك قدر كبير من الأبحاث التي تبحث في تأثير هذا العقار على المدى الطويل، وتشير أحدث الأبحاث إلى تلف الكبد، وتناقص مستويات الضبط، وتلف في أنسجة القلب عند بعض الأفراد، وللأسف تشير المزيد من التقارير إلى إساءة استخدام الريتالين عن طريق تحويل غير قانوني للعقار عند أفراد يأخذونه بدون وصفة طبية، يبقى الاحتياج لاستمرار البحث في خصائص الإدمان في هذا الدواء من ضمن الأولويات (Doweiko, 2006).

خامساً: الكوكايين Cocaine

يُصنف الكوكايين أيضاً بأنه منشط، كما أن صدع الكوكايين قابل للتدخين، وشكل مركز من الكوكايين. تظهر التوجهات الحالية تراجعاً مستمراً في استخدام الكوكايين منذ منتصف ١٩٩٠، فقد أشارت التقارير عام ٢٠٠٢ إلى أن (٢%) من الرياضيين الذين شملهم الاستطلاع يستخدمون الكوكايين في السنة الأخيرة مقارنة مع نسبة (٥%) في عام ١٩٨٩، وهذا توجه تنازلي كبير (NEDA, 2002).

وقد حدثت أوبئة من تعاطي الكوكايين والإدمان عليه في آخر ١٨٠٠، ومرة أخرى عام ١٩٩٠، الأمر الذي أدى خطر استخدامه، في أواخر ١٩٧٠ أصبح الكوكايين في طيّ النسيان منذ صدور قانون هاريسون لمكافحة المخدرات ١٩١٧، ولكن العديد من متعاطي المنشطات والمدمنين كانوا يسعون للحصول على بديل أكثر أماناً للأمفيتامينات، وبالتالي زاد استخدام الكوكايين مرة أخرى، وهذه المرة تم تصنيعه بشكل جديد وأكثر قوة من الكوكايين أو الكراك (صدع الكوكايين)، وكان توزيعه متفشياً عام ١٩٨٠ وفي أوائل ١٩٩٠، حيث أن تدخين المادة هو أسرع طريق لمجرى الدم، عادة يتم الأمر في أربع ثوانٍ، وتصاب الرغبة الملحة نمط الإساءة، وغالباً يسعى المستخدم لزيادة الجرعة، ويمكن أن يتطور لإدمان بسرعة، فقد عُرض العديد من المشاهير والرياضيين للإدمان على الكوكايين في قطاع وسائل الإعلام، في حين نظم العديد من متخصصي الوقاية لمكافحة العواقب

الوخيمة لتعاطي الكوكايين والاعتمادية (Doweiko, 2006).

كان الاعتقاد السائد أنّ خطر تعاطي الكوكايين محصور باعتبار التعاطي عليه فقط أو اعتماده النفسي عليه، بينما من الواضح الآن إمكانية حدوث الاعتماد الجسدي، كما تبين في الاحتمال وأعراض الانسحاب (American Psychiatric Association, 2000).

ويشمل تأثير الكوكايين على العديد من المناطق الدماغية نفسها التي تشمل مسار المكافأة، ولا سيما الرغبة الجنسية، مما يعقد جهود التعافي مرة أخرى، بسبب الرغبة الشديدة الملحة، وكما هو الحال في غيرها من اتجاهات المخدرات الدورية، ويلاحظ ديكو Doweiko تماماً كما استُبدل الكوكايين آنذاك بالأمفيتامينات الجديدة كمنشط مفضل مختار عام ١٩٣٠، يبدو أنّ الأمفيتامينات وخاصة الميثامفيتامين يُستبدل مرة أخرى بالكوكايين كمنشط للجهاز العصبي المركزي، وغالباً ما يسفر عن المنشطات احتمالية قوية لإساءة استخدامها أو الاعتمادية عليها مع مضاعفات جسدية ونفسية، تعيق الجهود المبذولة للتعافي (Doweiko, 2006).

سادساً: الحشيش، والماريجوانا Cannabis

ربما تكون الماريجوانا واحدة من أكثر المواد المخدرة غير المشروعة إثارة للجدل، ضمن فئة المخدرات ذاتها، فالماريجوانا دواء قديم استُخدمت في أزمنة ما قبل التاريخ في العالم القديم (Weil and Rosen, 1983)، وعادة تقوم بفعل المنشطات؛ وتشابه في أوقات أخرى المسكّنات، وتشبه عقاقير التخدير الخفيفة، وتعتبر ضمن تصنيفها الخاص كمخدر بسبب العديد من الخصائص الفريدة من نوعها (Capuzzi and Stauffer, 2008). وقد تساءل الخبراء لسنوات عديدة فيما كان باستطاعة الشخص أن يطور الاعتمادية على الماريجوانا؛ ولاحظ الخبراء في قضايا المخدرات بحلول عام ١٩٨٣ أنّ الاحتمال والانسحاب والاعتمادية حدثت أثناء الاستخدام العادي للماريجوانا، وأصبح من الواضح وبشكل متزايد أنّ نمط الاعتمادية يبدو مختلفاً، "فأسوأ الأحوال الاعتماد على الماريجوانا يتألف من سلسلة التدخين، من لحظة الاستيقاظ صباحاً حتى موعد النوم، ولكن لا تحدث الأعراض الدرامية للانسحاب والرغبة الشديدة في تناول العقار لا تقارب شدتها، كما هو الحال في التبغ أو الكحول أو المخدرات (Weil and Rosen, 1983).

وينظر للآثار السلبية لتدخين الماريجوانا على أساس متكرر مع قدرة الرئة المنخفضة المقدرة بين (٤٠-١٥%) ومستويات التستوستيرون المنخفضة، وزيادة ممارسة معدلات النبض لتصل إلى (٢٠%)، وتراجع في قوة العضلات مع استخدام الماريجوانا (Prentice, 2003).

ويحتوي دخان الحشيش على نسبة قطران (٥٠%) أكثر مما يحتويه أي دخان، لذا فإن تعاطي الحشيش يزيد من سرطان الرئة، والتهاب القصبات الهوائية المزمنة، وقصور في وظائف الكبد، والتهابات معدية ومعوية مزمنة، وضعف جهاز المناعة، وربما يواجه صغار السن خبرات مختلفة عند استخدامهم للحشيش، ويعتمد ذلك على شدة فاعلية المخدر ومدة استخدامه، ووزن الشخص ونوع الجنس، ويظهر بعد تعاطي كمية قليلة أو معتدلة منه انتعاش، وتغير في الشعور، وانخفاض الوعي، كما يظهر على التعاطي زيادة التقدير لسماع الموسيقى والأعمال الفنية، وضعف الإحساس بالحكم على المكان والزمان، مما يترتب على ذلك زيادة نسبة حوادث الطرق لدى متعاطي

الحشيش، وأحيانا الثرثرة والضحك أكثر من المعتاد، ويلاحظ على متعاطي الحشيش الجوع الشديد، وارتفاع معدل النبض، واحمرار في العينين، والشعور بالنعاس، وقلة النشاط، والضعف الجنسي، وتتاثر وظيفة التنسيق للجهاز العصبي الحركي للجسم، وهذه الوظيفة مهمة، وتظهر جلياً عند قيادة السيارة، أو تشغيل آلة ميكانيكية، وتسيطر على المتعاطي الأفكار والتهيؤات، والقلق، والخوف، والرعب، والجبن، والاضطراب في الرؤية، وأحيانا في السمع، والهلوسة، والهذيان، وتحدث في النهاية غيبوبة، يسبب الحشيش قليلاً من الاعتماد الجسدي، ومن المرادفات المتداولة للحشيش ماريجونان في أمريكا، ومايو في الصين، وبهانج في الهند، وثايم في اليابان، والكيف في مصر، والحشيش في بلاد الشام، والقنب وغيرها (UN Report, 2002; فايد، ٢٠٠٥؛ عسكر، ٢٠٠٨).

سابعا: المهلوسات Hallucinogenic

يندرج ضمن التصنيف الآخر للعقاقير الشائعة التي يتم تعاطيها، المهلوسات ومن الأمثلة عليها، مشتقات حمض الليسرجيك (LSD) أو السيلوسيبين، الإندول من نوع المهلوسات، الفينيسيكلدين (PCP)، مهلوسات من الفينيليثيلامين، كما يشار إليها بأنها مخدرات فصامية، ويتراوح تأثير المهلوسات على الدماغ، مثلاً، (LSD) يبدل سيروتونين الناقل العصبي، و (PCP) يوقف الناقلات العصبية الرئيسية، ويعرقل امتصاص النبضات العصبية الكهربائية (Erickson, 2001).

ومن ضمن العقاقير المخدرة الأخرى التي ليست كعقاقير الهلوسة من الناحية التقنية، ولكن تصور خصائص تغير المنشطات، (MDMA) (عقار النشوة). والمخدر الأكثر رواجاً عام ١٩٩٠ من (MDMA)، مُعين أيضاً باسم (٤،٣) ميتلين ديوكسي ميثامفيتامين، هو دواء نفسي مُجمع مع خصائص المنشطات والتريبيد الكيميائي له، وهو: "مركب صناعي متعلق بالميسكالين والأمفيتامينات" (Inciardi and McElrath, 2004). ومعظم استخداماته على شكل حبوب في الحفلات الماجنة، ويستخدم على شكل حبوب يتم تناولها عن طريق البلع، وحامض الليسرجيك (LSD)، وهي مادة نصف مخلقة من الأرجومترين، وبعد أشهر عقاقير الهلوسة، ويتكون من مجموعة غير متجانسة من المواد الكيميائية التي لا تخضع للرقابة الدولية، وبعد منبهاً، ويولد شعور بالسعادة والحب، وكثيراً من الطاقة، والإحساس بالمودة الزائدة تجاه الآخرين، وقد يقوم بها في الأوضاع الاعتيادية، وبعد وقف المخدر يشعر المتعاطي بالإحباط، والتعب الشديد، والغثيان، والتقيؤ، وارتفاع ضغط الدم، وازيد سرعة النبض، والاستخدام الطويل للمخدر يقود إلى عطب الدماغ والكبد، وقد يؤدي إلى الإصابة بالأمراض العقلية، والموت بسبب زيادة في درجة حرارة الجسم، أو الجفاف وفقدان الماء، وقد توقف استعمال المخدر الهلوسة طبعاً إلا أنها لا تزال متداولة في سوق الاتجار غير المشروع، ويشيع استخدامها بشكل أكبر في المجتمعات الغربية نظراً لارتفاع أسعارها، وتعد من أخطر المخدرات التي تنقل المتعاطي من الحال المعتاد إلى الخلط والتشويش، وارتكاب الجرائم والتهور في قيادة السيارات والانتحار (عسكر، ٢٠٠٨).

ثامناً: الأفيونات Opioids

الأفيون هو أصل جميع العقاقير المخدرة (Weil and Rosen, 1983)، ويحتوي على عشرين نوع من العقاقير المختلفة، العقار الأول الأساسي، هو المورفين، والأفيونات مشتقات من مركبات الأفيون، يُساء استخدامها بسبب قدرتها على التأثير على مسار مكافأة الدماغ بشكل كبير، وينتج عنه شعور بالنشوة يستمر طويلاً، يليها

نعاس وكأنها حالة من النعيم (Doweiko, 2006).

ويعد الهروين أكثر فعالية من المورفين، ولم يكن يستخرجاً من المورفين حتى عام ١٩٨٩، وعلى مر عقود من الزمن ركز العديد من المتخصصين بالإدمان والوقاية في الولايات المتحدة الأمريكية على إساءة تعاطي الهروين وإدمانه، نظراً لطبيعة هذا الدواء الإدمانية وقوته، ويُعتبر الحقن الوريدي هو السبيل المفضل في إدمان الهروين، ولكن تشير الاتجاهات الحديثة إلى ارتفاع نسبة تعاطي الهروين عن طريق الشم والتدخين، ربما يعود ذلك إلى ارتفاع درجة فعاليته في السنوات الأخيرة، وزيادة الوعي لمخاطر العدوى بفيروس نقص المناعة المكتسبة الإيدز، وقد تشمل الجهود طويلة الأمد للتعافي من إدمان الهروين، استخدام مواد أفيونية ذات مفعول أبطأ، كالميثادون، ويعتبر الميثادون عموماً مادةً فعالة للحد من ضرر الهروين وعلاج إدمان الهروين (Dziegielewski and Suris, 2005)، كما ازداد استخدام أحدث المواد الأفيونية الصناعية بطيئة المفعول كالبوبرينورفين، كبديل للميثادون (Doweiko, 2006).

أوكسي كودنتين هو الاسم التجاري لإحدى المواد الأفيونية الاصطناعية التي تلقت اهتماماً إعلامياً واسعاً، بسبب إمكانية إساءة استخدامها وميزاتها الإدمانية، فعلى سبيل المثال: تشير المعلومات الحديثة أنه في عام ٢٠٠١ تم كتابة أكثر من (٧,٢) مليون وصفة طبية للأوكسي كودنتين، مما أدى إلى مبيعات بقدر (١,٤٥) مليار دولار، وازدادت المبيعات في العام الذي يليه لتصبح (١,٥٩) مليار دولار (Inciardi and Goode, 2004).

وقد لاحظ معهد المعهد الوطني لتعاطي المخدرات (National Institute Drug Abuse (2005 (NIDA) زيادة (٤٥%) في حالات الطوارئ الطبية المتعلقة بالأوكسي كودوني من عام ١٩٩٤ إلى عام ٢٠٠٤، واستمر البحث عن أدوية أخرى تتحكم بالألم بدلاً من الأفيونات بسبب خواصها الإدمانية الخطيرة التي لا تزال مهمة.

وينظر المتخصصون في الإدمان إلى المواد الأفيونية، وإساءة استخدامها والإدمان عليها بالكثير من القلق، فهناك حاجة للمزيد من الأبحاث للتوصل إلى فهم أفضل للبيولوجيا العصبية في حالة الإدمان على الأفيونات، لتطوير مصادر أكثر فعالية للعلاج، وتشير معظم الأبحاث الحالية إلى العوامل الوراثية والبيئية المتعددة في محاولة لفهم أفضل عن جميع أنواع الإدمان (Center for Substance Abuse Treatment, 2003).

على الرغم من الأبحاث الجينية الواعدة في الإدمان قد أجريت في العقد الماضي، لم يحدد الباحثون بعد علامة فيزيولوجية أو عصبية واحدة، كحلقة أساسية للتنبؤ أو لتشخيص الإدمان (Conner, Noble, Berman, Oskaragoz, Ritchie, Antolin and Sheen, 2005).

تاسعاً: المواد الطيارة والمستنشقات والمواد المنبذية Inhalants, Solvents and Volatile

هي مواد كيميائية تحتوي على هيدروكربون (فحوم مائية)، وتؤثر على الدماغ والكبد الرئتين، ويتم تعاطيها عادة عن طريق الاستنشاق، فتحدث استرخاء، ودوخة، وفي بعض الأحيان هلوسة، مثل: الباتكس، سوائل التنظيف، أكسيد النيتروز، والكلورال، مركبات الغراء، والبنزين، والمواد المتطايرة، ووقود القذاحات، والبويات وغيرها، وابتشرت تعاطي هذه المواد في أماكن كثيرة، وأسيء استخدامها من قبل بعض القطاعات الفقيرة في المجتمع، وخاصة من قبل أطفال الشوارع، والورش الميكانيكية، وعمال الطلاء (البريشن، ٢٠١٤).

ويمكن أن تعطي هذه المواد للمستثنى شعوراً بالقمة لفترة من الوقت، كالدخان، والتشويش، يعقبها خمول وكسل، وتسارع في دقات القلب، وعدم الوعي والهلوسة، ويمكن أن تؤدي إلى فشل في الرئتين أو الكبد على المدى البعيد، وقد تسبب هذه المواد اختناقاً، وتشنجات، وغيوبة، وتسبب هذه المواد حالات تسمية حادة، وإتلافاً تدريجياً للمخ، وتدهور معظم النشاطات الفسيولوجية والنفسية والاجتماعية، وتسبب المواد الطيارة مستوى معتدلاً من الاعتماد النفسي، ولا تسبب الاعتماد الجسدي (UN Report, 2002).

وتقسم المخدرات والمؤثرات العقلية حسب طبيعتها ومصدرها إلى:

- المخدرات الطبيعية، وهي: المخدرات ذات الأصل الطبيعي النباتي، ومنه: التبغ، ونبته الكوكا، والحشيش، والأفيون، والقات.
- المخدرات التخيلية، وهي: المخدرات التي تُحضر كيميائياً، مثل: المهلوسات، الأمفيتامينات، وأدوية إنقاص الوزن.
- المخدرات الصناعية، وهي: المخدرات التي تستخلص صناعياً من النباتات الطبيعية مثل: الهيروين، المورفين، والكوديين، والبيثيديين، والميثادون، والمهدئات، والمسكنات، والمنومات.

ويمكن تقسيم المخدرات والمؤثرات العقلية أيضاً وفق التصنيف الآتي:

١. المخدرات المقبولة اجتماعياً، وهي: العقاقير المتوفرة بشكل قانوني، كالكحول، والدخان، والكافيين.
٢. المخدرات المجازة للاستعمال الطبي، كالمخدرات الخفيفة، والمنومات، والمورفين.
٣. المخدرات غير القانونية، كالكوكانين، ونبات القنب (الحشيش والماريجوانا والمادة المسؤولة عن التأثير النفسي فيه (THC) Tetrahydrocannabinol (Hughes, 1981).

تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

Drugs Taking and Mental Influences

التعاطي هو أزمة في أسلوب الحياة، وهي معضلة معقدة كونها تتميز بالرغبة الملحة القاهرة التي تدفع المرء لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، على الرغم من نتائجها السلبية المدمرة، فهناك أكثر من (١٠٠) مليار خلية عصبية، أو خلايا عصبية في الدماغ، مع ما لا يقل عن (٤٠٠٠٠) توصيلة أو مشابك عصبية، لجميع الخلايا العصبية، تبدو بيولوجيا الأعصاب أمراً معقداً بالنظر في عينة واحدة من الدماغ، فحجم حبة الرمل تحتوي على مائة ألف خلية عصبية، ومليار مشبك عصبي، وجميعها تتحدث مع بعضها البعض (Amen, 2005).

وتشير التقديرات الراهنة إلى مدى اضطرابات الإدمان، دون اعتبار لإدمان التبغ، والتي تشمل حوالي (٣٢) مليون أمريكي (James and Gilliland, 2005)، وقد استخدم البشر المخدرات على مر التاريخ، لتحقيق التغيرات المرجوة من التجارب؛ حتى المحاربين القدماء كانوا يقوون أنفسهم بالكحول قبل المعركة، لتعزيز شجاعتهم، ولينقصوا حساسيتهم تجاه الألم (Weil and Rosen, 1983).

وقد كشفت الدراسات بيولوجيا الأعصاب المقنعة، فهماً أفضل للدماغ ووظائفه المعقدة المتعلقة بالإدمان، يُعد المعهد الوطني لتعاطي المخدرات National Institute on Drug Abuse، هو المعهد الرائد في الأبحاث المتعلقة بالإدمان، وقد دون بوضوح أن الإدمان هو مرض دماغي (٢٠٠٦)، فالإدمان يخطف الدماغ (Amen, 2004; Lubman, Yucel and Pantelis, 2005).

ويعرف الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المُعدل (DSM - IV - TR) إساءة استخدام العقاقير بأنها: الاستخدام المتطرف للعقاقير والذي يسبب الحوادث، واستمرار التعاطي على الرغم من المخاطر: الصحية، والوظيفية، والنفسية (American Psychiatric Association, 2000; Butcher, Mineka and Hooley, 2013).

وعرفته منظمة الصحة العالمية (World Health Organization (2005) (WHO) بأنه: حالة نفسية، وفي بعض الأحيان عضوية ناتجة عن التفاعل الذي يحدث بين الكائن الحي والمخدر، وتتميز باستجابات سلوكية، عادة ما تتضمن دافعاً عنيفاً لتناول المخدر بشكل دائم، أو بين فترة وأخرى، للحصول على آثاره النفسية، وأحياناً من أجل تقادي، أو تجنب الآثار المزعجة من تعاسة، وقلاقل التي تنتج من حالة الامتناع.

ويشير مفهوم تعاطي المخدرات؛ بأنه: رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأفراد نحو مخدرات أو مواد سامة، وتسبب حالة من الإدمان، تضر بالفرد والمجتمع جسدياً، ونفسياً، واجتماعياً، ويعرف أيضاً بأنه: الحد الذي تفسد معه الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد المدمن، حيث يصل إلى صورة مركبة معقدة، تتميز ببعض السمات مثل: الرغبة الملحة في تكرار التعاطي، الاتجاه نحو زيادة الكمية، التأثيرات السلبية على الفرد وعلى الوسط الاجتماعي المحيط به (بداية، ٢٠٠٧).

وتُعرف الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychiatric Association (2000) (APA) الاعتماد على العقاقير والمخدرات بأنه: سلوك قهري في أن يستمر الفرد في تعاطي العقار/ المخدر، لكي يحقق التأثيرات المرغوبة التي تنتج عن تعاطيه، أو لكي يمنع التأثيرات المرغوبة التي تنتج عن تعاطيه، أو لكي يمنع التأثيرات السلبية التي تنتج عن تعاطيه، أو لكي يمنع التأثيرات المرضية من أن تحدث حينما لا يتعاطى العقار / المخدر.

وأصبح الاستخدام المزدوج للمخدرات هو الاستخدام لنوعين أو أكثر من المخدرات وفي نفس الوقت، وهذه الحالة تحدث بشكل معروف عند متعاطي المخدرات في كافة المناطق، ويوجد ثلاثة نماذج مميزة للتعاطي المزدوج للمخدرات واحداً من هذه النماذج تعاطي نوعين مختلفين من العقاقير والمواد المخدرة مع بعضها البعض لإيجاد لأثر التراكمي المكمل، مثل تعاطي المخدرات والكحول أو استخدام الهيروين مع عقاقير مخدرة أخرى، مثل: الميثادوني، أكسوديني، أو الاستخدام للكوكايين مع المنشطات. النموذج الثاني هو الاستخدام لمخدر لتعويض الآثار العكسية لمخدر آخر استخدام الكوكايين والهيروين، أو الكوكايين والأفيون بينما شوه النموذج الثالث عند استبدال مادة مخدرة بمادة أخرى حسب توفرها وسعرها، فقد وثقت العديد من الدراسات المدى للاستخدام للعقاقير المزدوجة، ففي دراسة أجريت في (١٤) دولة أوروبية عام ٢٠٠٦، وجد نسبة (٦٠%) من متعاطي الكوكايين يستخدمون أنواعاً أخرى من المخدرات والكحول بنسبة (٤٢%) و(٢٨%) يستخدمون الهيروين مع الكوكايين

وفي دراسة أخرى أجريت في الولايات المتحدة في الجنوب الشرقي وجد أن (٤٨,٧%) يتعاطون المخدرات مع الكحول، والنتيجة هي: أن المخاطر الرئيسية والعواقب للتعاطي المزدوج للمخدرات مستمرة، لتصبح مشكلة صحية حادة نتيجة للسمية المتزايدة، من زيادة الجرعات والوفيات فمن تصور السياسة، من المهم فهم النماذج لهذه الاستخدامات للمواد المخدرة والكحول، لأن هذا التعاطي يبطل الصلاحية للصورة المؤسسة لتعاطين لنوع واحد من المواد المخدرة (United Nations Office on Drugs Crime, 2014).

والإدمان هو الإكراه على استخدام مادة أو الانخراط في سلوكيات بغض النظر عن العواقب السلبية أو الضارة، ويوصف بأنه إدمان نفسي، وفي كثير من الأحيان إدمان المخدرات أو الأدوية يؤدي إلى إدمان جسدي. فالإدمان هو الحاجة المتكررة أو المستمرة لتعاطي المواد، والإدمان النفسي هو الحاجة إلى التعاطي للتفكير، أو الشعور، أو أداء وظيفة بشكل طبيعي. والإدمان البدني يحدث عندما تحتاج أنسجة الجسم إلى مادة ما لتعمل بشكل طبيعي (Fisher and Harrison, 2005).

مراحل تطور تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

Developmental Stages of Drugs Taking and Mental Influences

لم تُعامل الإصدارات الأولى للدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية الكحولية وإساءة استخدام العقاقير باعتبارها اضطرابات بحد ذاتها، وإنما عُولمت كاضطرابات في الشخصية، وكان ينظر إليها، كمؤشر للضعف الأخلاقي إلى أن ظهرت في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - III-R) عام ١٩٨٠ بتصنيف تحت اسم العقاقير المنشطة نفسياً Psychoactive Drugs إنطلاقاً من كونها تؤثر في المزاج والتفكير والسلوك، وروعي في هذا التصنيف العوامل البيولوجية والنفسية في الوقت نفسه، وهذا يؤكد على دور العوامل النفسية والإنفعالية في إساءة استخدام العقاقير، على عكس النظرة السابقة التي اعتبرت الإدمان بيولوجياً (American Psychiatric Association, 1980; Hersen and Hasselt, 2001).

وفي الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية، فقد سميت بمصطلح المواد Substances، وليس بالعقاقير Drugs إنطلاقاً من أن هذا المصطلح يتضمن المواد الكيميائية والطبيعية، بينما مصطلح العقاقير يتضمن المواد الكيميائية فقط، كما استُبدل مصطلح العقاقير المنشطة نفسياً خوفاً من اقتصار الفهم على المواد التي تؤثر على الدماغ فقط (Kaplan, Sadock and Grebb, 1994).

وقد تم وضع تصنيفات فرعية لتشخيص تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، مثل: الاعتمادية، وإساءة الاستخدام، والسمية، والانسحاب، وهذا بدوره ساعد في تحديد المشكلة، وتركيز المعالجة على العناصر المهمة. وبسبب تزامن اضطرابات نفسية مختلفة لدى المدمن على المخدرات والمؤثرات العقلية، كالإكتئاب والقلق، واضطرابات المزاج، واضطرابات الشخصية المضادة للمجتمع، وصعوبة تحديد أيهما يسبب الآخر، فقد حاول الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المعدل أن يحدد متى يكون العرض نتيجة إساءة استخدام العقاقير، ومتى لا يكون ناتجاً عنه، وبشكل واضح فإن الفصام، وحالات التطرف من القلق التي تظهر خلال مرحلة إزالة السمية، أو خلال ستة أسابيع بعد الانسحاب من العقار، لا تُعد مؤشرات اضطراب ذهاني منفصل (Durand and Barlow, 2010; Rousar, Brooner, Regier and Bigelow, 1994).

تشمل الاعتمادية على المخدرات أشكال التعاطي الأكثر خطورة من اضطرابات استخدام المخدرات، وعادة تتضمن الحاجة إلى زيادة الكمية لتحقيق التأثيرات المرغوبة (الإحتمالية)، وكذلك ظهور الشكاوى الجسدية (الأعراض الإنسحابية) عند عدم توفر المخدر أو الإنقطاع عن استخدامه (American Psychiatric Association, 2000; Butcher, Mineka and Hooley, 2013; Cameron, 2007).

وتقسم الاعتمادية أو الإدمان إلى نوعين هما:

(١) الاعتماد النفسي Psychological Dependency ويعني: وجود الرغبة والدفع النفسي لتناول المخدر بصورة ثابتة، لتحقيق اللذة، أو لتجنب الشعور بالألم، وهنا لا تظهر الأعراض الإنسحابية الخطيرة عند الإنقطاع عن تناوله.

(٢) الاعتماد العضوي أو الجسدي Physical Dependency: وهو حالة تكيف وتعود الجسم على المادة، بحيث يظهر على المتعاطي اضطرابات نفسية، وعضوية شديدة عند إنقطاعه عن تناول العقار فجأة (Rice, 2001).

وهناك مراحل عدة متتابعة يتطور من خلالها تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وهذه المراحل هي كالآتي:

١. مرحلة التعاطي التجريبي (أو الإكتشافي) Abuse Experimenta l Use Or : يبدأ التعاطي في سن المراهقة، وغالباً ما يبدأ بالمواد المتوفرة، مثل: التدخين، وتناول الكحول وغيرها، ويكون التعاطي بكميات قليلة وغير منظمة، وتعد هذه المرحلة مركزية لفهم المشكلة الحالية لتعاطي الشباب العقاقير الخطرة والمخدرات، ويعتقد كثير من الشباب أن تجريب المادة المخدرة هو عمل مأمون، فيدفعه الفضول إلى تجريب عقار مخدر مرة واحدة لمعرفة هذا المجهول، ولكن قد تكون الخطوة الأولى نحو الاعتماد الجسدي (الإدمان) على المخدرات والمؤثرات العقلية.

٢. مرحلة التعاطي الاجتماعي (أو المتقطع) Use Occasional : فالتعاطي الاجتماعي يقدم على بعض العقاقير الخطرة والمخدرات، إذا توافرت له دون عناء، أو مجاناً، وعادة تتم العملية بشكل عفوي ودون تخطيط، وفي مناسبات اجتماعية خاصة، ومع مجموعة من الأصدقاء، كتعاطي الكحول بين الحين والآخر مجارة للعلاقات الاجتماعية السائدة، أو تدخين بعض اللقافات في مناسبات معينة دون شرائها، وتمثل هذه الفئة في هذه المرحلة مجموعة المتعاطين لخطر الاعتماد أو الإدمان.

٣. مرحل التعاطي المنتظم Regultiple Drug : إن المتعاطي المنتظم يقدم على تعاطي بعض العقاقير الخطرة والمخدرات في فترات منتظمة متقاربة أو متباعدة، ويبحث المتعاطي بجدية عن عقار المفضل، ويحاول المحافظة على مصادر تزويده، والتأكيد من استمرارية الحصول عليه، ويبدل بعض الجهد في ذلك، وتمثل هذه الفئة من المتعاطين المنتظمين الأقرب إلى الاعتماد أو الإدمان (Peters and McMahon, 1996).

ويذكر الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للاضطرابات النفسية (DSM - IV- TR, 2000)، أن

التعاطي يشير إلى استخدام المواد على نحو يتسبب في أذى يلحق بصحة الفرد النفسية أو الجسمية، أو يتسبب في

ظهور مشكلات اجتماعية، واقتصادية، وقانونية، أو مشكلات أخرى تعرض حياة المتعاطي وحياة الآخرين للخطر، ولا يقتصر التعاطي على المواد غير القانونية، لكن الناس قد يسيئون استخدام المواد القانونية التي حصلوا عليها أو اشتروها بالوصفات الطبية.

تعد اعتمادية المخدر حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5™) (2013) أنه نموذج غير تكيفي، ويقود إلى عجز دال إكلينيكي وإلى إعاقات أو اكتئاب جوهري يظهر في عرض واحد على الأقل من الأعراض الآتية، بحيث يحصل الحدوث خلال فترة (١٢) شهراً:

١. يتم تعاطي المخدر بكميات كبيرة أو خلال فترة زمنية أطول مما كانت مقصودة.
٢. توجد الرغبة الملحة أو الجهود غير الناجحة، لإيقاف أو ضبط استخدام المخدر.
٣. قضاء وقت طويل للحصول على المخدر واستخدامه، أو الشفاء من استخدامه، مثل: زيارة العديد من الأطباء، أو قيادة المركبة لمسافات طويلة.
٤. الشوق أو الرغبة القوية أو الملحة لاستخدام المخدر.
٥. تكرار استخدام المخدر الذي ينتج عنه الفشل في تحقيق الدور الرئيسي لإلتزامات في العمل، أو المدرسة أو المنزل.
٦. الاستمرار في استخدام المخدر بغض النظر عن حدوث مشاكل اجتماعية أو شخصية سببها الآثار المتراكمة لتعاطي المخدر.
٧. التخلي عن النشاطات الاجتماعية، والوظيفية أو الترفيهية، أو التخطيط لها بسبب تعاطي المخدرات.
٨. تكرار تعاطي المخدر على الرغم من معرفة أنها تعتبر ضارة من الناحية الجسدية.
٩. الاستمرار في تعاطي المخدرات على الرغم من المعرفة بوجود مشاكل جسدية أو نفسية سببها المبالغة في تعاطي العقاقير.
١٠. التحمل: الذي عرف كما يلي:

- أ- الحاجة إلى كميات زائدة وملحوظة من المخدرات من أجل تحقيق التأثيرات المرغوبة.
- ب- وجود تأثير متناقص للمخدر مع استمرار استخدام الكمية نفسها منه.
١١. الانسحاب: كما عرف بأي مما يلي:

- أ- وجود الأعراض الانسحابية، مثل: التعرق وارتفاع درجة الحرارة والغثيان وغيرها.
- ب- استخدام المخدر نفسه (أو مواد ذات علاقة وثيقة) لتجنب أو لتخفيف أعراض الانسحاب.

ويُصنف الاعتماد على المواد الكيميائية ضمن الاعتماد الإبتلاعي، لأن تناول المواد الكيميائية يؤدي إلى تغيير المزاج، في حين أن العملية الإدمانية تشمل أنماط السلوك، مثل: القمار، أو الإدمان الجنسي، وندراً ما جادل المختصون في الإدمان فيما لو كان الإدمان مرضاً بيولوجياً نفسياً اجتماعياً، ولكن يستمر العديد منهم في تحديد طبيعة الإدمان، مع أسئلة تدور حول المادة في مقابل عملية الإدمان، ولا يزال مصطلح "عملية الإدمان" - إدمان

إلى السلوك، أو العملية، أو الفعل - قيد الجدل، في عام ١٩٧٠ و ١٩٨٠ بدأ حقل الإدمان رسمياً بمناقشة فكرة أنه يمكن تشخيص السلوك على أنه اضطراب إدماني، وركزت الأبحاث السابقة على وجود اعتمادية جسدية على مادة أو سلوك، كما يتبين من الاحتمال والانسحاب، ولكن تزعّم الأبحاث الحالية أنه لم يعد الاعتماد الجسدي ضرورياً لتشخيص الإدمان على مادة أو سلوك (Hagedorn and Juhnke, 2005)، في الواقع ينص الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المُعدل للاضطرابات النفسية (DSM - IV -TR) صراحة على أنه " لم يعد الاحتمال أو الانسحاب ضرورياً أو كافياً لتشخيص الإدمان" (APA, 2000).

وفقاً لبوك وأموس (2000) Buck and Amos يُقيم المرشدون إدمان المخدرات والمؤثرات العقلية وفقاً

لأربعة معايير:

١. الانشغال بالمادة أو النشاط.
٢. علامات الانسحاب بعد عدم الانخراط بالنشاط أو المادة.
٣. تزايد القدرة على احتمال المادة أو النشاط من أجل الحصول على نفس التأثير.
٤. الاستمرار في تعاطي المادة أو النشاط بالرغم من العواقب السلبية، وقد يزعم البعض أنه يمكن استخدام نفس هذه المعايير لتقييم فيما لو كان الفرد مدمناً على عملية أو سلوك ما أيضاً.

يقترح هاغيدورن وجاهنك (2005) Hagedorn and Juhnke معايير طبية/ سريرية لتشخيص الاضطراب الإدماني الذي يشمل معايير مماثلة لمعايير الاعتمادية على المواد المخدرة، ولكن يمكن تطبيقها عالمياً على جميع السلوكيات الإدمانية، ويشير إلى ضرورة وضع تعريف عالمي للاضطرابات الإدمانية لإنشاء لغة سريرية مشتركة، والتقدم نحو بروتوكول موحد للعلاج.

ومن المهم الإشارة إلى أنه لا تسبب جميع المخدرات والمؤثرات العقلية الإدمان فمثلاً؛ لا يمر الفرد بالأعراض الانسحابية الشديدة عندما يُوقف تعاطي عقار الهلوسة (LSD)، كما أن الإدمان قد يحصل دون إساءة استخدام المواد؛ فمرض السرطان -على سبيل المثال- قد يصبحوا معتمدين على المورفين بدون إساءة استخدامه (Durand and Barlow, 2010).

كما يشير شيف (1990) Schaef إلى أنّ الإدمان يغيّر السلوك، ويشوّه الواقع، ويعزز التمرکز حول الذات؛ ولا أحد لديه إدمان واحد فقط، عندما يبدأ المدمنون بالتعافي من إدمانهم الأولي، وتحقيق بعض الرصانة، وتبرز الإدمانات الأخرى، يستمر الجدل حول إمكانية تصنيف السلوكات الإدمانية كإدمان الجنس ضمن الاضطراب الإدماني، والنتيجة لأنه لا يزال مفهوم تصنيف وتشخيص أنواع الإدمان في طور التطوير، وبغضّ النظر عما إذا كنّا نتكلم عن إدمان عملية أو إدمان مادة، يتداخل الإدمان مع قدرة الناس على معرفة حقيقة أنفسهم، وروحانيتهم والعالم لمحيط بهم. الإدمان المرضي المزمن أو المتعدد أمر شائع جداً سواء كنت تعاني من إدمان مادة مخدرة، أو إدمان عملية ما (Anorexia Nervosa Related Eating Disorders, 2005).

ووفقاً لمعهد إلينوي Elinway للتعافي من الإدمان، هناك من (٥ - ١٠%) من عامة الشعب مدمنون على الانترنت، ومن (٨ - ١٠%) مدمنون على المواد الكيميائية أو الكحول، (١,٥ - ٣%) على القمار، ومن (١ - ٣%) على الطعام، (٥%) على الجنس، ومن (٢ - ٨%) مدمنون على الشراء، كما هو الحال في الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، يمكن أن تتضمن العلامات التحذيرية لعملية الإدمان على شعور أكبر بالعزلة، قدرة أقل على التفاعل الاجتماعي، اهتمام أقل بالنظافة الشخصية، ازدياد المشاكل القضائية، تغير في عادة الأكل والنوم، زيادة الانفعال، الحذر من تغيير السلوك القهري (Zamora, 2003).

عوامل الخطورة المرتبطة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

Danger Factors of Drugs Taking and Mental Influences

عند البحث في الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، ظهرت بعض السمات المشتركة، وتم تحديدها على أنها عوامل خطورة، وهذه السمات تسبق تعاطي المخدرات (Hser, Grella, Collins and Teruya, 2003). وتقسم عوامل الخطورة إلى خمس فئات، الفئة الأولى: تتكون من الخصائص الفردية، كالمرض العقلي، والفشل المدرسي، والسلوك المعادي للمجتمع، وتجريب المخدرات في سن مبكرة، والنشاط الإجرامي، وتتضمن الفئة الثانية: المواقف كعدم الثقة في رموز السلطة، والغضب من الكبار، والإعجاب بالسلوكيات المنحرفة، وتشمل الفئة الثالثة: السمات النفسية، وضعف المهارات الاجتماعية، والرغبة في التكيف مع الأقران، ضعف مهارات رفض الأقران، والندرة في مهارات الدعم الذاتي، وتتألف الفئة الرابعة من السمات العائلية، كتاريخ العائلة مع تعاطي المخدرات، والاعتماد عليها، وسلوكيات العائلة المعادية للمجتمع، ووجود والدين يستخدمان مهارات إدارة السلوك بطريقة غير فعّالة، ويندرج ضمن الخامسة: الخصائص البيئية كالفقر، وانعدام خدمات الدعم، وتسامح المجتمع مع تعاطي المخدرات، والعنف، والسلوك الإجرامي، والوصول بسهولة للمخدرات والكحول، وتعاطي ضمن الأسرة والأصدقاء (Goldberg, 2006).

وهناك أسباب كثيرة تسبب الإدمان، منها ما هو متعلق بعوامل خاصة بالمدمن، "عوامل وراثية، عوامل نفسية" قلق، اكتئاب، وسلوك قهرية، هروب من الواقع، وسمات الشخصية"، وأنه سلوك مثير للمتعة والاستمتاع، ويكون الإدمان خاصة في بدايته ذا طابع جماعي، حيث يزيد من الروابط بين الأشخاص المتعاطين، وهناك سبب آخر يدفع للإدمان، هو أنه يشكل مهرباً من الألم، وفوق كل ذلك هناك دافع لدى الإنسان لتكرار السلوكيات المألوفة، ولأن الإدمان يصبح نقطة مركزية في حياة الإنسان، فإن أي تهديد له يتم رفضه من قبل الشخص، وهذا يتم ملاحظته بشكل خاص عندما يقاوم المدمن ويرفض العلاج، وقد يكون هناك إدراك للنتائج السلبية للإدمان، ولكن قوة الدافع الإدماني تغطي على هذا الإدراك (Cognitive Associat Therapy, 2004).

ومن أسباب الإدمان ما هو متعلق بالمادة المتعاطاه: "التركيب الكيميائي، ووجود مستقبلات للعقار، وطريقة الاستعمال، ومدة التعاطي، وتوفر المادة، وثمنها"، ومنها ما هو متعلق بالبيئة: "الإطار الحضاري والثقافي للمجتمع، والأسرة، والأقران، والنقل، والإغراء، والترغيب والترهيب، ونقص التربية الدينية، والظروف الاقتصادية والاجتماعية، وبيئة العمل، والحالة الاجتماعية (Krueger, Hicks, Patrick, Carlson, Iacono and McGue, 2002; Engels and Pogat, 2004; Oman, Vesely and Aspy, 2004).

إن وجود عامل الخطر لا يفترض وجود علاقة بين السبب والنتيجة، وجميع الذين يتعرضون لهذه الخصائص لا يصبحون مدمنين تلقائياً، فمن المفترض وجود عدد أكبر من العوامل التي تدفع على الإدمان، وكلما كان الشاب أضعف تعرض أكثر لتهديد الإدمان (Callas, Flynn and Worden, 2004).

تبدأ عوامل الخطورة في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية من العالم الداخلي Inner World للفرد، وتتحرك نحو السياق الاجتماعي الخارجي، كالأسرة، والرفاق، والمدرسة، والجيران، والمجتمع بشكل عام (Hughes, Greca and Conoley, 2001).

كما وجد مليخ، وليمان، وزيمرمان، ولوقان، ومارتن، ولوكيفلد (2000) Milich, Lynam, Zimmerman, Logan, Martin and Leukefield، أن الأفراد الذين يعانون من اضطرابات داخلية، وضغوطات خارجية يتعاطون المخدرات.

ويرتبط تعاطي المخدرات مع عوامل خطورة واسعة على جميع الأصعدة، مثل: التسرب من المدرسة، وتصعد العلاقات الأسرية، وإنخفاض مستوى الدخل، وكذلك الانحراف، والعنف، والأمراض النفسية، والمشكلات الصحية (Schafer and Lecturer, 2011; Sturrock, 2012).

ويلجأ البعض إلى تعاطي المخدرات للهروب من ضغوط الحياة، وتخفيض مشاعر القلق الناشئة عن تلك الضغوط، وقد يؤدي الأمر إلى أن تنشأ لدى الفرد حالة من الاعتماد تسهم في إحداث آثار بدنية ونفسية سلبية خطيرة (الزيادات، ٢٠١٣).

وتشير دراسة هوكنز وكتالاتو التي أجريها بالتعاون مع مركز تطوير الأبحاث الاجتماعية في جامعة واشنطن (2001) Hawkins, Catalano and University of Washington، بعنوان " محاولة تفسير أسباب تعاطي المخدرات من قبل الشباب"، إلى أن الأطفال والمراهقين هم عرضة لخطر تعاطي المخدرات، بغض النظر عن عرقهم وطبقتهم الاجتماعية. ويعتبر الفقر أحد أهم الأسباب لتعاطي المخدرات، لكن الأبحاث سلطت الضوء على عوامل مخاطرة أخرى تزيد من فرص التعاطي، مثل: توافر المخدرات والمؤثرات العقلية، واتجاهات المجتمع نحوها، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي، والصراع داخل الأسرة، وتعاطي أحد أفراد الأسرة، وأسلوب حل المشكلات في الأسرة، وظهور أعراض مضادة للمجتمع مبكراً واستمرارها عند الفرد، والتأخر الدراسي، الغياب عن المدرسة، وعدم قيام الفرد بالتزاماته وواجباته المدرسية، والتسرب من المدرسة، والتمرد والسلوك المضاد للمجتمع، ووجود أصدقاء لديهم سلوك التعاطي، والاتجاهات التقبلية للتعاطي، وعدم إدراك مخاطر التعاطي. وبالمقابل هناك عوامل تقلل من فرصة التعاطي، مثل: وجود روابط وعلاقات إيجابية وصحية داخل الأسرة، والوضوح في نظام السلوك والتعامل داخل الأسرة، ومراقبة الوالدين الدقيقة لأولادهم، والنجاح في المدرسة، ووجود روابط وعلاقات إيجابية وصحية مع المؤسسات الاجتماعية التي يتعامل معها الفرد، وتطوير اتجاهات إيجابية وصحية تتعلق بسوء استخدام المخدرات.

فمن الواضح في مجال التعاطي وجود ارتباط كبير بين الأسرة غير الداعمة وغير المنسجمة وشدة مشكلة التعاطي أيضاً من المحددات القوية للسلوك الإدماني، والتي اتفقت عليها الأبحاث هي وجود صديق يتعاطى الكحول أو المخدرات الأخرى؛ ووجد كاندل Kandel بدراسته الطولية عام ١٩٨٥ أن الأصدقاء مهمين بشكل خاص في بداية تعاطي المخدرات، كالماريجوانا، وتأثيرهم يمتد إلى نوع المخدر المستخدم، وطريقة استعماله (Mitchell, Morioka, Reisinger, Schacht, Kelly, Agar, Brown, Barry, O'Grady and Schwartz, 2011). وتؤكد ذلك أيضاً نتائج دراسة المقارنة التي أجراها جوننغ ورفاقه (Gunning, Sussman, Rohrbach, Kniazev and Radik, 2009) على متعاطي الكحول والدخان في روسيا والولايات المتحدة، وذلك لمدة ثلاثين يوماً، والتي أشارت نتائجها إلى أن أكثر عاملين يتنبأ بتعاطي الكحول والدخان في البلدان هما: وجود صديق متعاطي، وأيضاً سلوكيات البحث عن المتعة.

تؤثر الأسر والأقران على تاريخ تعاطي وعلاج، وتعافي المدمنين (Tobler, 2000)، فتأثير الأقران والشبكات الاجتماعية وعلاقتها ومواقفها من الإدمان قد يزيد من الخطر أو يوفر الحماية (Costenbader, Astone and Latkin, 2006).

إن الكثير من الأفراد يقلد الأقران، والمعارف، والآباء، والأمهات فيما يقومون به، دون تفكير حقيقي في صحة أو عدم صحة ما يقوم بتقليده، ومن بينهم تقليد المدمنين، فيقلدهم دون وعي أو دراية (قطامي، ٢٠٠٤). إن تأثير الأقران الذين يتعاطون المخدرات أو يعرضونها أو يخرطون في سلوكيات إدمانية يعرضون الشخص لخطر السلوك الإدماني ذاته، والمثل، الأقران الذين لديهم مواقف و معتقدات معارضة لتعاطي المخدرات والسلوك الإدماني قد يكونون عاملاً واثقاً (Chang, Lee, Lai, Chiang, Lee and Chen, 2006).

وتلعب عوامل، مثل: الفضول، والاستمتاع، أي وجود المعززات الإيجابية في التعاطي؛ فالشعور الناتج عن تعاطي المخدرات ممتع بطريقة ما؛ إذ يعمل المخدر على تعديل مزاج الفرد، وإدراكاته، وسلوكه، مما يجعله يكرر الاستخدام لإعادة اختبار ذلك مرة أخرى. والكثير من الناس يعتقد أن للمخدرات تأثيراً مرتبطاً بالضحك والفرشة، حيث تشير دراسة استطلاعية على عينة من (٥٠٠) متعاطي من ريف وحضر مصر إلى أن الدوافع النفسية لتعاطي الحشيش في سن مبكرة عشرين سنة في المتوسط كان أقواها (٧٧%) هو مجارة الرفاق، والحصول على المتعة والفرشة (سويف، ٢٠٠٠). ويشير ميرزازي (1999) Mirzazee أن بعض المتعاطين والمدمنين للمخدرات والمؤثرات العقلية أدمنوا عليها نتيجة حبهم للتجربة والاستطلاع.

كما أن للتعزيز السلبي دوراً مهماً في ذلك، حيث تصبح المخدرات وسيلة للتكيف مع المشاعر غير الإيجابية؛ إذ يبدأ ويستمر العديد من الناس بالتعاطي للهروب من الألم، والضغط النفسي، ومن الشعور بالقلق (Seraji, Momeni and Salehi, 2009).

ويواجه بعض الأفراد مشاكل يومية تؤثر عليه، فيحاول الهروب من حل مشكلاته عن طريق تعاطي المخدرات أو الخمر لنسيان ما حدث، وعدم التفكير فيه (الظفيري، ٢٠٠٨).

ويؤكد بلات ومكدونالد (Blatt and McDonald) على حاجة متعاطي المخدرات إلى تنظيم شدة الوجدان الإكتنابي المؤلم، كالشعور بالذنب، وعدم القيمة، والعجز؛ فغالباً ما تصبح العقاقير لدى البعض هي الوسيلة الوحيدة لتحقيق الأمن والرضا (Firestone, 1997).

وتؤكد ذلك الإحصاءات التي أجراها مركز المسح الوطني لاستخدام العقاقير والصحة (National Survey On Drug Use and Health) التي أشارت إلى زيادة نسب وأعداد الذين يسيئون استخدام المواد المخففة للألم من (١,٥) مليون إلى (١,٩) مليون شخص في عام ٢٠١٠ (SAMHSA, 2011).

ومن العوامل الخطورة أيضاً العمل في المهن الطبية، كالتمريض، إذ تشير الدراسات إلى وجود نسب دالة على التعاطي بين صفوفهم، حيث تتوفر العقاقير بسهولة لهم من خلال عملهم بالمستشفيات والمركز الصحية (Monroe and Kenaga, 2010).

ويلجأ البعض إلى تعاطي المخدرات للهروب من ضغوطات الحياة، وتخفيف مشاعر القلق الناشئة عن تلك الضغوط، وقد يؤدي الأمر أن تنشأ لدى الفرد حالة من الاعتماد تسهم في إحداث آثار بدنية ونفسية سلبية خطيرة (الزيدات، ٢٠١٣).

وتعد الضغوط النفسية من المشكلات الشائعة في عصرنا، وهي تؤثر في الصحة النفسية والجسمية للفرد، كما تفيد العديد من الدراسات التي أجريت بهذا الخصوص (عواد، ٢٠٠٥)، لذا تشكل معوقات تضعف من اندماجهم في مختلف نواحي الحياة، وهي بالتالي تؤثر على تكيفهم مع البيئة الجديدة، وقد أولت الدراسات النفسية والاجتماعية اهتماماً واضحاً بأسباب الضغوط النفسية، ونتائجها، وانعكاساتها، وجملة العوامل المؤثرة عليها، وكيفية التغلب على هذه الإشكالية، لما لها من أهمية في حياة الفرد والجماعة، وانعكاس ذلك على الجوانب النفسية، والأسرية، والاجتماعية بشكل عام (القحطاني، ٢٠٠٧).

وتتمثل خطورة الإدمان بارتباطه الواضح بالضغوط النفسية التي يعاني منها المدمنون (حنورة، ٢٠٠٥)، وقد أكد كل من اوليري، وروهنسو، ومارتن (Oleary, Rohsenow and Martin (2000) على عدم قدرة المدمنين على تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي، فالإدمان يؤدي الى سوء التوافق، وعدم القدرة على مواجهة الضغوط النفسية، وحل الصراعات بأسلوب توافقي، كما أن عدم القدرة على الإقلاع عنه يسبب مزيداً من عدم توافق الفرد مع نفسه ومع المجتمع الذي يعيش فيه، ويبين كل من (عياد والمشعان، ٢٠٠٣) وجود علاقة قوية بين الضغوط النفسية، والقلق، والاكتئاب، وتعاطي المخدرات، وأن نسبتها عالية لدى المدمنين.

وبينت دراسة راجيتا وسينها (Rajita and Sinha (2001 كيف يزيد الضغوط النفسية من خطر تعاطي المخدرات والانتكاسات، إلى التأكيد على أن معظم النظريات الرئيسية للإدمان، وقد أشارت إلى أن التوتر والضغوط النفسية تلعب الدور المهم في زيادة تعاطي المخدرات، توصلت الدراسة إلى أن الانتقال إلى الإدمان يرافقه تكيفات عصبية في ضغط الدماغ، مما ينتج عن ذلك تغيرات بيولوجية ومعرفية، وسلوكية، قد تستمر لفترة طويلة، وتساهم في الاستمرار لسلوك الإدمان، بالتالي فإن التغيرات التي تحدث في المدمن وفي قدرته على التعامل مع الضغوط، تزيد من خطر الانتكاسات، وأوصت الدراسة بضرورة أن يتناول البحث في المستقبل، وأن يعزز الفهم للآليات التي توضح بين الضغط، وتعاطي المخدرات.

وأوضح نيك وجودرز (2003) Nick and Goeders أن الشخص الذي يتم تشخيصه بالإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية غالباً ما يستخدم المخدر لمواجهة التوتر، والضغط المرتبطة بالحياة العامة، من أجل التخلص من أعراض القلق، والاكتئاب الناتجة عن هذه الأحداث ضاغطة.

ووجد إدوارد (1994) Edward أن اختبار مستويات عالية من الضغط النفسي قد يسبب الإدمان، وذلك للشعور بالراحة والاسترخاء، واتفق ذلك مع ما أشار إليه أليسون وأدلف وماتس (1997) Allison, Adlaf and Mates من أن توترات الحياة مرتبط بالإدمان، ووجد لانغ ومارلات (1982) Lang and Marlatt أن المدمنين يشربون كميات أكبر من الكحول والمخدرات، عندما يواجهون مستويات أعلى من الضغوط النفسية.

إن لدى المتعاطي مستويات منخفضة من الحياة الهائنة، والرضا عن الحياة، ويفسر ذلك اجرائياً بأن أهداف المتعاطين وطموحاتهم قليلة، وهم أقل احتمالية لإنهاء الدراسة أو الحصول على الدرجات العلمية العالية مقارنة بأبناء جيلهم ممن لا يتعاطون المخدرات؛ مما قد يؤثر في مدى رضائهم عن حياتهم (Comasco, Berglund, Oreland and Nilssn, 2010).

كما يُضاف إلى عوامل الخطورة السابقة العوامل المعرفية المرتبطة بتوقعات الأفراد من تعاطي العقاقير مثل؛ زيادة النشاط الجنسي، والجرأة (Durand and Barlow, 2010)، كما وترتبط إساءة استخدام العقاقير أيضاً بالشخصية المضطربة، والاكتئاب (Wysong, 2007)، إذ لوحظ أن المدمنين يحصلون على درجات مرتفعة على مقاييس العُصائية والذهانية، وهم أكثر احتمالية بمقدّر (٣-٤,٥) مرات ليكون لديهم اضطرابات وجدانية مصاحبة مما يزيد بدوره خطورة الإنكاسة، والضعف العام بنتائج المعالجة (Sage, Hides, Sharon and Lubman, 2010; 2011).

إن شخصية الفرد، وتركيبها، واضطرابه، تلعب دوراً كبيراً في تعاطي المخدرات، فالفرد الأناني وضعيف الشخصية، وناقص النضج الانفعالي والنفسي والجنسي، ودائم التوتر، والمعرض للإحباط باستمرار، وكذلك الفرد غير المتوافق مع المجتمع نفسياً واجتماعياً، كلهم أفراد معرضون لتعاطي المخدرات وإدمانها، وذلك لتعويض وتغطية هذا الاضطراب والنقص الذي يحسون به (Kolib, 2004).

وهناك ما يشير إلى وجود الشخصية الإدمانية Addictive Personality، وهي مجموعة السمات التي تجعل الشخص مستعداً للإدمان، وتؤثر في نمط التعاطي وشدته، ويدخل في هذا الإطار نمط الشخصية القهرية، ونمط الباحثين عن المتعة، والمضادين للمجتمع، واللاكتئابيين، والقلقين، ونمط المخاطرة (Barnes, Murray, Patton, Bentler and Anderson, 2000; Sage, 2011). وفي دراسة أجراها ري ورفاقه (Rey, Extremera, Natalio and Pena, 2011) بغرض فحص العلاقة بين النمط القهري، والميل لأخذ المخاطرة والاعتمادية على التدخين، أظهرت النتائج وجود علاقات إيجابية ذات دلالة بين هذه الأنماط والاعتمادية على التدخين.

وقد حدد موهيت (1999) Mohit العوامل التي تدفع بالأحداث إلى التعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات إلى العوامل التالية:

- الفشل الدراسي، وتشغل الشباب غير المؤهل علمياً، وبالتالي لا يمكن له التوافق مع عمله الجديد، الأمر الذي يؤثر سلباً على حياته الشخصية واليومية.
- صعوبة التوافق مع مجتمع تتعدد فيه الجنسيات، كما هو الحال في كثير من دول العالم.
- أسباب أسرية، ومنها الطلاق والانفصال بين الوالدين، و وفاة أحدهما، والشعور بالحرمان الأبوي، وعدم الرقابة الأسرية لسلوك الحدث.
- أمية الوالدين أو تدني مستوى تعليمهما، وما يتبع ذلك أو ينتج عنه من أساليب تنشئة خاطئة كالحماية الزائدة، وتشديد الرقابة على نحو مبالغ فيه.
- توجه الصغار مبكرين إلى ميادين العمل لسداد احتياجات الأسرة.
- الفشل الدراسي المبكر، وهجر الدراسة في الصغر، وصعوبة الحصول على عمل مناسب، ومن ثم صعوبة الحصول على الاحتياجات الأساسية، كالمساكن، والسيارات، والزواج.
- تدهور العلاقات والروابط الأسرية، وانشغال الوالدين عن أولادهم بالعمل خارج المنزل، أو بسبب الارتباطات العائلية.
- تعاطي أحد الأقارب للمخدرات، كوجود قريب للطالب يستخدم الحبوب المنبهة، واتجاه الطالب نحو المواد المنبهة.

الآثار الناجمة عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

Impacts of Drugs Taking and Mental Influences

من أبرز الآثار التي تنجم عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية التعود على المخدرات، وقد أشارت إحصاءات مركز (NSDUH) التي أجريت في عام ٢٠١٠ أن (٢٢ , ١) مليون أمريكي بعمر (١٢) سنة فما فوق صُنّفوا ضمن اعتمادية المخدرات بناءً على معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع المُعدل (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2011)، كما أنه من النادر تعاطي مخدر واحد فقط – فعلى سبيل المثال – غالباً ما يصاحب تعاطي الماريجوانا تعاطي الكحول والكوكائين (Hides, Samet and Lubman, 2010).

هناك مخاطر صحّية خطيرة لمتعاطي المخدرات غير القانونية من الفئة الرابعة مثل: (فيروس نقص المناعة المكتسب/ الايدز، فيروس التهاب الكبد (B)، وفيروس التهاب الكبد (C) (Palepu, 2005).

وتسبب تعاطي المخدرات المشاكل القانونية، والاجتماعية كتصدع الأسر، والمشكلات المهنية كالتغيب عن العمل، وفقدن الوظيفة، وضعف الإنجاز، وأيضاً حصول الحوادث، والمشاكل الصحية الخطيرة، كضُمور الدماغ، وتكرار الحاجة إلى الأكسجين، مما يؤدي إلى فقدان الذاكرة والتركيز، كما يؤدي تعاطي المخدرات إلى حصول الإضطرابات الهرمونية الجنسية، وصعوبة الأيض، ومشاكل الجهاز الهضمي والبولي، واكتساب الأمراض الجنسية المنقولة من خلال الأبر المستخدمة في التعاطي (Helinski and Spanagel, 2011; Marimi and Stebnicki, 2009).

إضافة إلى ذلك هناك مشكلة متوقعة مع زيادة تعاطي المخدرات، وهي الجرعة الزائدة (Overdose) التي تسبب الوفاة ولناخذ - على سبيل المثال- الكحول، فوجود نسبة تعادل (٥٠%) ملغم منه بالدم تقلل الكبح، وعندما تصل إلى (٣٠٠%) ملغم الدم تحصل الغيبوبة، أما إذا وصلت مستويات الكحول إلى (٥٠٠%) ملغم بالدم فربما تحدث الوفاة (Barraclough and Gill, 1996).

وتشير الأبحاث إلى أن دماغ المدمن يختلف عن الناس العاديين؛ حيث أن لديهم عجز في التنظيم الطبيعي للانفعالات والمزاج؛ فقد تبين أن الإستهلاك الشديد للكحول والمخدرات على اختلافاتها يؤثر سلبياً في المعالجة الانفعالية، وطريقة تعامل الدماغ مع المعلومات الواسلة إليه؛ إذ تجبر بعض المخدرات الدماغ على إنتاج كميات غير طبيعية من الناقلات العصبية، وهذا بدوره يؤدي إلى إرباك الخلايا العصبية في الدماغ، وتكثيف عمله لإنتاج المتعة الإضافية، مما قد يحدث خللاً في عمل الدماغ (Feltham and Horton, 2000; Jung, 2001).

ومن الخطورة بالأمر أيضاً حدوث ذهان الإرتعاشي (Alcohol Intoxication Delirium) الذي يؤثر في (٥٠%) من الكحوليين، ويسبب الخبل المعرفي الذي يتضمن عجز الذاكرة، وعدم التوجه (Disorientation)، إضافة إلى حصول هزات أو رعشات شديدة (Body Tremors)، ونوبات متبادلة بين الهدوء والاهتياج، وظهور الهلوسات الحسية والبصرية (Adams and Suker, 2001)، كما وقد يتطور لدى متعاطي الامفيتامينات ذهان الامفيتامينات (Amphetamines Psychosis) الذي تظهر فيه الهلوسات البصرية، والسمعية، وكذلك الخبل (Barraclough and Gill, 1996)، ومن آثار تدخل الكواكين مع العمل الطبيعي للدوبامين عن طريق منع الإزالة، لهذا الناقل العصبي الهام (NIDA, 2005).

وفي حال التقدم الأكثر تعقيداً في الاعتماد على تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية قد يُظهر الانسحاب هزات خفيفة أو قوية؛ وغثياناً أو قيئاً، واضطرابات مزاجية، كالقلق الواضح، والمزاج الكئيب، وزيادة الانفعال، وانعدام التلذذ، واضطرابات عصبية كالأوهام، وصداع، واضطرابات في النوم، ونوبات دماغية قد تكون خفية أو خطيرة، وهذيان ارتعاشي يشمل الهلوسات البصرية أو السمعية أو حتى اللسية؛ وحالات فسيولوجية كالإسهال، القشعريرة، الحمى، التهاب الأنف، ومضاعفات بالقلب بما فيها ارتفاع ضغط الدم، وزيادة النبض؛ وعدم انتظام في ضربات القلب (Doweiko, 2006; Van Wormer and Davis, 2003).

إن انسحاب المادة الكحولية من الجسم أمر معقد، فهو أحد أنواع الانسحاب الخطيرة المهددة للحياة، وتقريباً (١٥%) من الأفراد المعتمدين على الكحول يمكن أن يُصابوا بنوبات الانسحاب إن لم يتخلصوا من آثار الكحول السمية طبيياً (Capuzzi and Stauffer, 2008).

كما أن تعاطي المخدرات يعيق النمو الإنفعالي والاجتماعي من خلال إعاقة خبرات حل المشكلة (Blau and Gullotta, 1996)، ووجد أيضاً أن لدى الأمهات المدمنات قدرات محدودة لتقديم الرعاية الانفعالية والجسمية للأطفال (Wittle, 2011).

وغالباً ما توجد سلوكيات عالية الخطورة بالتزامن مع تعاطي المخدرات والاعتمادية (Sexton, Carlson, 2006)، قد تشمل السلوكيات العالية الخطورة، مثل: السرقة لشراء المواد، وقد أدرجت العديد من المتاجر سياسة الإغلاق على البطاريات والسجائر بسبب كمية السرقات الكبيرة لهذه المواد، والتي من السهل بيعها في الشوارع، هناك أشخاص آخرون يعتمدون على المخدرات يلجأون لبيع المخدرات لمنع الانسحاب، مما يزيد من المشاكل القانونية ومخاطر السلامة، كما يمكن أن تعد ممارسة الجنس من المخاطر العالية أيضاً، سواء كان الجنس بدون وقاية عندما يسكر الشخص، أو العمل في الدعارة للحصول على المخدرات أو المال لشراء المخدرات (Gilchrist, Cameron and Scoular, 2005).

وقد يختبر المدمنون خللاً جسدياً (فقدان الوعي، الشعور بالمرض)، مشاكل في العلاقات (الاضطرابات الزوجية)، عواقب داخل الشخص نفسه (عدم الاحترام الذات، الشعور بالذنب أو عدم الأهمية)، خسارة الموارد (عدم تسديد الإيجار، النفقات القانونية، الجسور المحروقة مع نظام الدعم، تكلفة (١٠٠٠) علبة سجائر على ثلاث سنوات)، مزاجاً سيئاً (انعدام الدافع، المزاج المكتئب)، مشاكل اجتماعية وقانونية (إصابة بطلق ناري/ الطرد، اتهامات (DCI)، فقدان الصداقات، ضياع الفرص)، فقدان السيطرة (الشهوة القوية، العزلة الاجتماعية، فقدان الوعي، وغيرها من السلوكيات المحرجة) (Johnson, 2003).

إن تناول الكحول بشدة لدى النساء يزيد من احتمال إصابتهن بمرض هشاشة العظام (National Institute on Alcohol Abuse and Allcoholism, 2004)، فالأبحاث الحديثة تشير إلى وجود نسبة أكبر من المضاعفات الناجمة عن الكحول، وتعاطي المخدرات لدى النساء، كما يختبرن المزيد من الضرر الجسدي مع أقل نسبة من التعاطي في فترة زمنية قصيرة مقارنة مع الذكور (Miller, 2004; NIAAA, 2004).

النظريات المفسرة لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

Theories Explaining of Drugs Taking and Mental Influences

لقد تم ربط تعاطي المخدرات وإساءة الاستخدام بمجموعة متنوعة من القضايا والمشاكل الجرمية والعنف، والعنف ضد النساء، والاعتداء على الأطفال، صعوبات في الصحة النفسية، ومخاطر أثناء الحمل، والمخاطر الجنسية، وإصابات قاتلة (Capuzzi and Stauffer, 2008).

ونظراً لأثر تعاطي المخدرات على المجتمع بشكل عام، وحصيلة الإدمان التي غالباً ما تُفرض على الأفراد والأسر، تبدو محاولة فهم أسباب الإدمان أمر منطقيًا، وبذلك يمكن التشخيص ووضع خطط العلاج بشكل فعال قدر الإمكان، هناك نماذج عديدة توضح مسببات الإدمان لا تتنافى هذه النماذج مع بعضها دائماً، ولا تُعرض أي منها بالطريقة الصحيحة لفهم ظاهرة الإدمان (McNeece and DiNitto, 2005).

ومن أبرز هذه النظريات التي تساعد في فهم واستيعاب أسباب الإدمان النماذج الأخلاقية، والنفسية والعائلية، والمرضية، والبيولوجية، والاجتماعية، والثقافية، وبعض النماذج المتعددة الأسباب في الأقسام الفرعية التالية:

أولاً: النظريات البيولوجية Biological Theories

(١) التفسيرات الجينية Genetic Theory

يرى أصحاب هذه النظرية أن هناك عوامل وخصائص بيولوجية تؤدي بالفرد إلى الإدمان على الكحوليات والمخدرات، وقد صنف الباحثون هذه العوامل والصفات إلى الخصائص الوراثية، والفروق الفردية بين الأفراد المدمنين الذين اعتادوا على المواد المخدرة (Teesson, Degenhardt and Hall, 2002).

ويفسر هذا الاتجاه ظاهرة التعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية بأنها: عملية وراثية تزداد في أسر المدمنين بصورة خاصة، وقد استمدت هذه البيانات التي اهتمت بدراسة علاقة الوراثة بالإدمان، ومنها: دراسة الفئران في المختبر بتدريبها على شرب الكحول والأفيون، حيث وجد أن هناك سلالة معينة من الفئران تميل إلى استهلاك كمية كبيرة من الكحول، بالإضافة إلى أن لها سلوك أكثر عدوانية ونشاطاً وفضولاً من سلالة الفئران الأخرى، وأسفرت نتائج دراسة على عينة كبيرة من التوائم أن ثلثهم يخضع لتحكم جيني لاستهلاك الكحول، أما الثلثان الباقيان فهما مقسمان بين تأثيرات ثقافية أسرية وبيئية، وأظهرت نتائج دراسة التاريخ العائلي النفسي والإجرامي والتعاطي لرجال مدمنين وجود أثر للوراثة ضمن العائلة الواحدة، كما أظهرت نتائج الدراسات التي اهتمت بالتبني أن الأطفال الذين تم تبنيهم في العائلة الواحدة، كما تظهر الخصائص الوراثية من خلال دراسة تاريخ سلوك التعاطي والإدمان لدى الأفراد والاستعداد الوراثي الأسري، والأفراد الذين يحملون خصائص وراثية أخرى يظهرون عوامل وقائية وراثية تبعدهم عن التعاطي (Rasmussen, 2000).

(٢) التفسيرات الفسيولوجية Physiological Explanation

يهتم هذا الاتجاه بالبناء الكيميائي للمخدر وآثاره على الجسد، ويفسر كيفية حدوث الاعتماد والاحتمال والانسحاب، فالدماغ يفرز تلقائياً مادة الأندرفين Endorphins ومادة الانسيفالين Enkephalins ، وهي مواد تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون، ووظيفتها تسكن آلام الفرد، وتختلف كمية هذه الإفرازات من شخص إلى آخر، وهذا يفسر الاختلاف في قدرة الأفراد على تحمل الآلام، ويفسر هذا الاتجاه الإدمان على أساس التفسير العصبي البيولوجي Neurobiological Explanation ، والتفسير العصبي السلوكي Neurobehavioral Explanation بوجود نوعين من المستقبلات Receptor على غشاء جدار الخلية العصبية: مستقبلات دوامية، يؤدي تفاعلها مع المخدر، ويسبب تناول المخدرات بصفة مستمرة إلى تنشيطها، وتتحول إلى مستقبلات دوامية، مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى جرعات الفرد إلى جرعات متزايدة، لكي تعطي نفس المفعول للمخدر، وهذا ما يعرف بالاحتمال Tolerance. وعند الإفلاق المفاجيء عن تعاطي المخدر تظهر أعراض الانسحاب Withdrawal ، مثل: الأرق، والهلوسة، وغيرها، وذلك حسب طبيعة المادة المخدرة، ويفسر هذا الاتجاه الإدمان أيضاً على أساس التفسير الغذائي، حيث يرث الأفراد الحاجة إلى بعض المواد الغذائية، وتضعف قابليتهم للمواد الغذائية عند تعاطي

المخدرات والمؤثرات العقلية، مما يؤدي إلى قصور غذائي واضطرابات عضوية وظيفية، تنتهي باعتماد الجسم في تغذيته على المخدرات. ويفسر هذا الاتجاه الإدمان أيضاً، من خلال وجود خلل في إفرازات الغدد الصماء، فهي التي تعمل على تنظيم وظائف الجسم، في حين يشير التفسير الاستقلابي يشير إلى تسارع تأكسد الكحول والمخدرات في الكبد مع استمرار التعاطي، وسرعة الاستقلاب هي التي تؤدي إلى حاجة الفرد إلى زيارة الجرعة، وبالتالي الإدمان (DSM - IV- TR, 2000).

ثانياً: النظريات الاجتماعية الثقافية Socio – Cultural Theories

تؤكد هذه النظريات على دور الفرد والأسرة والبيئة والثقافة، والعوامل الاجتماعية الأخرى في تطوير وتفسير سلوك التعاطي والإدمان، وتتنظر هذه النظريات إلى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية على أنه سلوك منحرف ينبغي معالجته، في إطار معايير المجتمع، وعاداته، وتقاليده، وأعرافه، وقوانينه، وتركز هذه النظريات على الظروف الاجتماعية، والاقتصادية، والبيئية الراهنة، والفقر والسكن غير الملائم، والأسرة المفككة، والإهمال، والعنف، والاتصال غير الفعال، والتعبير المحدود عن المشاعر داخل الجو العائلي كمسببات للتعاطي والإدمان. ومن هذه النظريات:

١) نظرية الثقافة الفرعية Subcultural Croup

تفسر هذه النظرية بأن اتجاهات وممارسات تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية من قبل الجماعة المرجعية للفرد سوف تقرر سلوك التعاطي والإدمان لديه، وقد تشجع بعض الثقافات الفرعية استخدام المخدر، بينما تعتبر بعض الثقافات الفرعية الأخرى أن تعاطي سلوك غير مرغوب فيه ولا تشجعه، ويطور الأفراد بعد تعاطي المخدرات مسوغات وحيلاً دفاعية غير مقبولة، يبدأ التعاطي من خلال التفاعل والتواصل مع المجموعة الرئيسية للفرد، ويتعلم من مجموعته الأسلوب الأمثل لاستخدام المخدرات والمؤثرات العقلية، وتأثيرها وكيفية الاستمتاع بها (Goode, 2005).

٢) نظريات الأنثروبولوجيا Anthropological Theory

وهي تؤكد على القيم والمعتقدات والاتجاهات والمعايير التي يحملها الأفراد نحو تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية وسلوك الإدمان، وتشير الأبحاث عبر الثقافات أن الوظيفة الأولى للمخدرات والمؤثرات العقلية في المجتمعات غير المستقرة هي خفض التوتر (Rasmussen, 2000).

٣) المنظور التفاعلي Interactinal Perspective

تناولت هذه النظرية دراسة أنماط المرض النفسي في الثقافات والثقافات الفرعية المختلفة، وتتنظر هذه النظرية إلى أن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية ينشأ من الضغوطات الاجتماعية، وأن الجريمة وسوء استخدام المخدرات سلوك متعلم نقل عن طريق عملية التكيف الاجتماعي الخاصة بثقافة ما، ويحدث هذا التعلم أساساً في الجماعات الحميمة، مثل: العائلة، أو الأصدقاء، حيث يتعلم الناس أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية

التي يستعملونها، ومكان الحصول عليها، وكيفية استعمالها، وتقييم الفائدة من مخدرات معينة، وتختلف الاتجاهات الاجتماعية في الإفراط في التعاطي من ثقافة إلى أخرى (Sullivan, 1991).

ثالثاً: النظريات النفسية Psychological Theories

يرى أصحاب هذه النظرية أن أسباب الإدمان تعود إلى عوامل نفسية تتعلق بالشخصية واضطرابات، ويرجع الباحثون في هذا المجال أن من أخطر العوامل التي تؤدي بالفرد إلى الوقوع في الإدمان، هي الاضطرابات النفسية، والشخصية الضعيفة، كما أن استعداد الفرد للإدمان، يفسره علم النفس بأنه ناتج عن خلل في شخصية الفرد المتعاطي (Teesson, Degenhardt and Hall, 2002).

وتؤكد الجمعية الأمريكية للطب النفسي، وجمعية علم النفس الأمريكية على أن مشكلات تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية هي اضطراب، وليس مجرد عرض لاضطراب، وأصبحت العديد من نظريات علم النفس تبنى هذه النظرة، وتطور أساليب ونماذج إرشادية وعلاجية ملائمة.

(١) النظرية السيكودينامية Psychodynamic Theory

تتمثل تفسيراتها في الإجابة عن التساؤل الآتي: لماذا يدمن بعض الأفراد؟ فركزت على السلوك النكوسي الذي تسببه الصراعات اللاشعورية، والجنسية المثلية، والعدوان، والإدمان في - رأي فرويد - بدائل للشبقية الطفلية الذاتية النكوسية، والتي كانت سارة في بدايتها وأصبحت الآن غير سارة، وهي الدائرة الشريرة لمعظم أشكال الإدمان، وفي هذه الدائرة تصبح اللذة مشبعة، ولكن فقط بمصاحبة الذنب، وانخفاض مستوى الذات، وتنتج هذه المشاعر قلقاً لا يمكن تحمله، ويؤدي بدوره إلى تكرار السلوك لإيجاد الشفاء، ومن ثم تبدأ الدورة من جديد وهكذا، والمرحلة التي ينتمي إليها سلوك متعاطي المخدرات، هي مرحلة مجاورة للمرحلة التي ينتمي إليها المرضى بذهان الهوس والاكتئاب، أي مرحلة الفمية المتأخرة، والمدمنون هم أشخاص لديهم صعوبات كبيرة في التعامل مع أنفسهم بطريقة طيبة، فالمدمن يتميز بدرجة عالية من التوتر، ولا يتحمل الألم، ويعتبر العدوان والسادية عوامل أساسية في الإدمان، والمدمن يسقط صراعاته على المخدرات كدفاع ضد العدوان لحالة أكثر ذهانية (Breham and Khantzain, 1992).

(٢) نظرية إدارة الضغط Stress Management Theory

تؤكد هذه النظرية على حاجة الأفراد لخفض التوتر والقلق والضغط النفسي، ويعتبر الأفراد أن مصادر توترهم تتمثل بصعوبات العمل والمشاكل الزوجية والعائلة وغيرها، ويلجأ بعض الأفراد الذين لديهم ضعف في التكيف إلى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية للتخلص من هذا التوتر والضغط، وفي حالة استمراره في التعاطي يصل إلى مستوى الاعتماد (الإدمان)، علماً بأن تمارين الاسترخاء Relaxatino Exercises، والتأمل Mwditation، وإدارة الضغط، وقد تساعد في خفض التوتر وإدارة الضغط، وقد تحتاج إلى بعض الوقت لتحقيق الهدف منها (Rasmussen, 2000).

٣) نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning Theories

التي طورها رون أكرز (Ron Akers) الذي يرى بأن المكون الأساسي للنظرية يقوم على أساس أن سلوك الجريمة والانحراف هو سلوك متعلم وليس وراثياً، من خلال التفاعل اللفظي مع الآخرين، والمكون الثاني للنظرية، يتمثل في أن المجموعات التي تسبب الانحراف، تتم من خلال تفاعلها الاجتماعي مع الأفراد والجماعات المرجعية في السياق الاجتماعي نفسه، ويحتفظ الفرد بالسلوك المنحرف المتعلم بهدف البحث عن النجاح، أو للتغلب على الفشل، وفي حالة الفشل هذا السلوك في إحراز الأهداف المرغوبة يتم اكتشاف سلوكات معينة، أو يعدل على سلوكه المنحرف المتعلم، وربما يكون بالرجوع إلى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وقد طور أكرز Akers خمسة طرق للتحديد تستخدم غالباً من قبل المنحرفين بعد ارتكابهم الجريمة، وهي: إنكار المسؤولية، وإنكار تسبب في الأذى، وإنكار الضحية، وتوبيخ المستنكر، والتظاهر بالأمانة والإخلاص، وهذه الأساليب يلجأ إليها المنحرف لخفض التوتر الناتج عن السلوك الإجرامي وشدة المشاعر المصاحبة له، فالقتل سلوك خطأ، إلا إذا برز من خلال الحيل الدفاعية للفرد، ويتعلم الفرد هذه الأساليب من خلال تقليد الآخرين، وتتشكل بهدف تخفيف المعارضة الاجتماعية للسلوك المنحرف، ويمكن أن تعزز هذه الأساليب السلوك المنحرف، ويعرف أكرز Akers التعزيز بطريقتين، هما: التعزيز الاجتماعي، الذي يتضمن مدى واسع من السلوكات، وردود الفعل المعززة لفظياً أو مادياً من قبل الجماعة المرجعية، والتعزيز غير الاجتماعي الذي يكون التعزيز الإيجابي والسلبي غير المشروط للمثير أو المخدرات والمؤثرات العقلية، ويتحدد السلوك المنحرف وتعاطي المخدرات بالشدة، والتكرار، ودرجة احتمالية تعزيزه (Akers and Gang, 1996).

وتعد نظرية التعلم الاجتماعي الأفضل بين النظريات الاجتماعية التي قدمت تفسيرات ذات جدوى عن ما هي العوامل التي تدفع بعض الناس للتعاطي؟ ولماذا يستمرون في التعاطي؟ فالتعاطي والإدمان أنماط سلوك متعلمة يكتسبها الفرد في سياق تفاعلاته مع الوسط المحيط به، خاصة في بداية التعاطي، وطبقاً لنظرية التعلم الاجتماعي يكف الفرد عن تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، إذا لم يوافق أعضاء الجماعة المرجعية على سلوك التعاطي، أو إذا كانت المعززات الاجتماعية عند الفرد أكثر من المعززات السلبية، وتفسيراتها، هي:

إن التأثيرات المباشرة لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية قد تحدث عند الفرد شعوراً باللذة كتعزيز موجب Positive Reinforcement ، ويتعلم الفرد التعاطي عند الملاحظة وتقليد الآخرين، من خلال مفهوم النمذجة المعرفية Cognitive Modeling ، ويشعر بعض المتعاطين بأن التعاطي يرفع من قدرتهم على المواجهة، وهذه الاستجابة من شأنها أن تعطيهم إحساساً بالقوة، وشعوراً بالتخلص من المسؤولية، وتخفيف الأعباء والضغط عليهم، وعليه فإن المتعاطين والمدمنين سوف يستمرون في التعاطي ما داموا يعتقدون أن المخدرات تحقق نتائج إيجابية مرغوبة قصيرة، ويصبح لسلوك الفرد عواقب شخصية وبيئية مدمرة على مدى البعيد.

وتنقسم نظرية التعلم الاجتماعي تعاطي وإدمان المخدرات والمؤثرات العقلية على أساس مبدأ التعزيز السلبي Negative Reinforcement، حيث تعلم بعض المدمنين تجنب أو خفض الآثار المؤلمة لأعراض

الانسحاب عن طريق الاحتفاظ بنسبة تركيز المادة أو المخدر في الدم بمستوى معين، وكلما أخذ هذا المستوى في الانخفاض يشعر المدمن بعدم الارتياح من أعراض الانسحاب الناتجة عن خفض أو وقف التعاطي، ويمكن تجنب هذه الأعراض عن طريق تعاطي مزيد من المخدر، ولهذا فإن التعزيز السالب يزيد من احتمالية استمرار التعاطي الكثيف، وفي الواقع أن نظرية التعلم الاجتماعي ليست تفسيرية لسلوك التعاطي والسلوك الإدماني فحسب، بل هي نظرية ذات آفاق إرشادية وعلاجية وتأهيلية فعالة في هذا المجال، وبما أن سلوكيات التعاطي متعلمة، فإن العلاج يكون عن طريق أساليب وطرق لمحو التعلم Unlearning ، وإعادة التعلم Relearning ، واستثمار مبادئ التعلم في هذا الشأن، مثل: التعزز، والعقاب، والإطفاء، والتعميم، والكفاء، والنمذجة، والتشكيل، وغير ذلك من المفاهيم المتجسدة في فنيات الإرشاد السلوكي، والعلاج السلوكي، وتعديل السلوك، والطب السلوكي لمعالجة الإدمان (Akers, 1998).

إن تعلم التعاطي هو جزء متكامل من التطور النفسي والتكيف الاجتماعي ضمن ثقافة ما، وسلوك التعاطي لدى الشباب، واعتقاداتهم، واتجاهاتهم، وتوقعاتهم بخصوص المخدرات والمؤثرات العقلية تتكون أصلاً عن طريق التأثيرات الاجتماعية، والثقافية، والعائلية، والرفاق، وكثير من التعلم يحتل مكاناً قبل أن يبدأ الطفل أو المراهق الصغير التعاطي، أي قدر من المواد المخدرة، وتصبح الخبرات المباشرة مع المخدر هامة بدرجة متزايدة كلما استمر التطور والتجريب للمخدر، ذلك أنه يخفض التوتر والضغط، ويؤدي إلى الشعور بالنشوة، وإذا ما ازداد مستوى تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية فإن تطور الاعتماد النفسي والجسدي يزداد، فالأهداف مرتبطة بالتأثيرات الفارماكولوجية للمخدر، مثل: خفض القلق، والتوتر، والخوف، والنشوة، والعمليات الرمزية مرتبطة بالعودة إلى جماعة الرفاق، والإحساس بالانتماء الناشئ من خبرة المشاركة في تعاطي المخدرات، ويعتمد مفهوم نموذج التعلم باستخدام بالانتماء الناشئ من خبرة المشاركة في تعاطي المخدرات، باستخدام الملاحظة على افتراض مفاده أن الإنسان ككائن اجتماعي يتأثر باتجاهات الآخرين، ومشاعرهم، وتصرفاتهم، وسلوكهم (Julien, 1998).

وبالرغم من الفائدة الكبرى التي قدمتها هذه النظرية لتفسير الانحراف بأنواعه المختلفة، تبقى لها محددات، منها: من الصعب معرفة أن سلوك الفرد أو سلوك التعاطي قد تغير نتيجة جماعة الرفاق عندما التحق بهم، أم أن الفرد بمحض إرادته قد اختار الالتحاق بهم، فلم تتم الإجابة عن هذا السؤال بعد، وقد يتطلب ذلك دراسات طولية في هذا المجال، ومع هذا تبقى النظرية الاجتماعية نظرية رائدة في مجال تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية (Akers and Gang, 1996).

٤) النظرية السلوكية Behavioral Theory

توضح تطبيقات الاشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning للتعاطي والإدمان، وتفسر النظرية الشرطية Conditional Theory التحمل والانسحاب، ويشرح الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning أثر التعزيز في تطور التعاطي إلى الإدمان.

النظرية السلوكية خلافاً لنظرية التحليل النفسي التي تتعامل مع السلوك بوصفه مجرد عرض لما يحدث داخل الإنسان، من عمليات نفسية داخلية، وصراعات بين عناصر الشخصية، أعراضاً على النموذج الطبي في تفسير السلوك العام، انبثقت نظريات عدة منذ بداية القرن العشرين عرفت بنظريات التعلم، لأنها قامت على مبدأ رئيس، هو أن السلوك سواء أكان تكيفياً أم غير تكيفي، فهو متعلم، والسلوك يحدث بفعل الظروف البيئية خاصة الظروف التي تلي السلوك، ولعل حجر الزاوية في نظريات التعلم، هو أن السلوك الذي تكون نتائجه مرضية ومقبولة، هو السلوك الذي يتعلمه الفرد، وأن السلوك الذي تكون نتائجه غير مرضية لا يتعلمه الفرد ويتخلص منه، ولأن هذه النظريات ركزت على السلوك الظاهر، ولم تركز على ما يدور في الجسد، فقد عرفت باسم آخر هو النظرية السلوكية، وقد أسهم عدد كبير من علماء النفس في تحديد أسس علم النفس التعلم، وعلى رأسهم إيفان بافلوف، وإدوارد تولمان، وإدوين جثري، وألبرت باندولرا، وجوليان روتر، والذين كان لهم أثر واضح في هذا المجال (الحديدي، ٢٠٠١).

تعد هذه النظريات متباينة، وإن كانت قد أخذت من علم نفس التعلم ميداناً رئيسياً، ومن الطرق العلمية التجريبية أسلوباً أساسياً، وتوضح النظرية السلوكية تطبيقات الاشتراط الكلاسيكي لاستخدام المخدرات والمؤثرات العقلية والإدمان عليها من خلال مساعدة المتخصصين والمدمنين على فهم التحمل، والرغبة الملحة والانسحاب، كما ويفسر الاشتراط الإجرائي الدور الذي يلعبه التعزيز السلبي والإيجابي في تطور واستمرار سلوك الإدمان، من حيث اعتباره مثل أي سلوك آخر متعلم بطبيعته (Ramussen, 2000).

نموذج الاشتراط الكلاسيكي Classical Conditioning Model : حيث كان عالم الفسيولوجيا الروسي إيفان بافلوف Ivan Pavlov من أوائل الذين حاولوا توظيف الطريقة العلمية الموضوعية لتفسير السلوك، وقد ركزت بحوثه على السلوك الاستجابي، الذي توصل من خلاله إلى عدد من قوانين التعلم، ولأن هذه القوانين تتعلق بتعلم السلوك الاستجابي، فقد عرفت تلك القوانين بقوانين الاشتراط الاستجابي Respondent Conditioning ، وكلمة الاشتراط تعني: التعلم بالخبرة، وقد أثرت المثيرات القبلية على السلوك الاستجابي أو ردة الفعل الإنعكاسي، وقام بإقران المثيرات القبلية الطبيعية بمثيرات قبلية غير طبيعية لمعرفة النتائج التي يترتب عليها ذلك الإقران على السلوك، وتوصل إلى اكتشاف المبادئ الرئيسة في الاشتراط الاستجابي، ومن أهمها التعميم، والتمييز، والإطفاء.

نموذج الاشتراط الإجرائي Operant Conditioning Model : يهتم نموذج الاشتراط الإجرائي بدراسة قوانين التعلم التي يخضع لها السلوك الإجرائي، الذي يستند إلى البحوث المخبرية (لثورندايك) حول الاشتراط الفعال، وخاصة قانون الأثر، فقد كان سكنر Skinner أول من وضع منهجية الاشتراط الإجرائي، وذلك اعتماداً على منهجية التحليل السلوكي التجريبي، وأكد على علم السلوك هو تحليل للسلوك وليس للنفس، والمبدأ الذي يقوم عليه الاشتراط الإجرائي، هو أن السلوك لا يحدث عشوائياً، بل هناك عوامل تضبطه، وقوانين تحكمه، أي أن السلوك ظاهرة حتمية تحدها ثلاثة عوامل، هي: الوراثة، والخبرات، والظروف الحالية، أي البيئة، ويرتبط بمفهوم الضبط المضاد، باعتبار أن الفرد يؤثر ويتأثر بالآخرين، ويبين سكنر Skinner أن الاستجابة، وليس المثير، هو الذي يرتبط بالتعزيز، فإذا أتبع الاستجابة بمعزز فإن قوتها تزداد، وإذا قام الإنسان بالاستجابة ولم يحصل على

التعزيز لا يقوم الكائن الحي بالاستجابة، وميز سكر بين نوعين من الاستجابات، هي: الاستجابات المستجرة التي ترتبط بمثيرات معروفة مثل: ضيق حدة العين نتيجة تأثير الضوء، أو سيلان اللعاب عندما يشم الكائن الحي الطعام، وينشأ عنه سلوك الاستجابي، وأيضاً الاستجابات الإجرائية التي لا يلزم ربطها بمثيرات محددة، إن جملة سنكر الشهيرة " السلوك محكوم بنتائجه"، أي أن أثر التعزيز على السلوك هو الذي يؤدي إلى زيادة الاستجابة أو نقصانها، ويمكن وفق هذا النموذج أن تحتل المثيرات البعدية الدور الأساسي في عملية تحليل السلوك وتعديله، فالمثيرات القبلية على الرغم من أنها تؤثر في السلوك الإجرائي، إلا أن أثرها يستمد من علاقتها بالمثيرات البعدية، أي نتائج السلوك (محمد، ٢٠٠٠).

٥) نظرية التعلم الاجتماعي المعرفية Social Cognitive Learning Theory

وضع أسس هذه النظرية ألبرت باندورا Albert Bandeling وأضاف إليها وولتر Walter كلمة معرفي لتعلن أن:

- السلوك والبيئة والمعرفة هي مفاتيح النمو.
- أثناء عملية التعلم بالملاحظة أو ما يسمى بالنمذجة Modeling ، أو بالتقليد Imitation تتمثل تمثلاً ذهنياً سلوك الآخرين، ومن ثم يمكن أن نتبينه لأنفسنا.
- نكتسب من الآخرين من خلال الملاحظة سلوكهم، وأفكارهم، ومشاعرهم، لتشكل في مجموعها جزءاً مهماً من نمونا.
- ثمة ثلاثة عوامل معرفية تتفاعل معاً لإحداث كل من التعلم والنمو " نموذج الحتمية المتبادل لباندورا"، وهي: البيئة، والسلوك، والشخص وما يحمله من معارف، فالسلوك يؤثر في المعرفة ويتأثر بها، والأنشطة المعرفية للشخص تؤثر في البيئة، والبيئة تؤثر في عمليات التفكير، وهكذا، ويشير وولير Wooler بأن الفرد يدرك الموقف بطريقة ما أو يفسره، وهذا الإدراك يؤثر في تصرفات الفرد بطريقة ما، وهذا التصرف يغير الموقف نفسه ومعالجة الفرد له، ومتغيرات الشخصية المعرفية التي يأتي بها الشخص للموقف هي متغيرات التعلم الاجتماعي، وتتكون من:
- الكفاءة الذاتية Competency/ Self – efficacy ، وهي ما يعرفه الفرد ويقدر على تنفيذه على شكل: أنشطة، وقدرات، ومهارات اجتماعية، استعدادات، ذكاء، واستراتيجيات حل المشكلات.
- الفرد الذي يتمتع بكفاءة عالية، يحاول أكثر، ويقاوم لفترة أطول.
- الفرد الذي يتمتع بكفاءة أقل، رغبة في المحاولة يستسلم بسرعة.
- إدراك الكفاءة الذاتية، يمكن أن يساعد على معرفة السلوك الذي يمكن أن يختاره الفرد، ويسعى إلى تحقيقه (عزت والعزة، ٢٠٠٥).

تفترض نظرية التعلم الاجتماعي المعرفي أن الكفاءة الذاتية تتكون من عوامل شخصية، وعوامل بيئية، وعلى سلوك الأفراد مع الأشخاص الآخرين، ومبادئ التعلم والمعرفة والتعزيز هي مبادئ مهمة في النظرية، وتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية وسلوك الإدمان، هو سلوك متعلم اجتماعياً، وينتج السلوك الهادف من التفاعل بين عوامل البيئة الاجتماعية، والادراكات الشخصية للفرد، وعلى المتخصصين المهتمين بهذه النظرية الإجابة على بعض الأسئلة حتى يستطيعوا أن يتعاملوا مع المدمنين، والأسئلة هي: ما تاريخ التعلم الاجتماعي للأفراد؟ ما النظام المعرفي للفرد مثل التوقعات، أو المعتقدات حو تأثير وفعالية التعاطي؟ ما الإحساسات الاجتماعية والجسدية التي تحدث بعد التعاطي؟ (Rasmussen, 2000).

٦) النظرية المعرفية والعلاج المعرفي Cognitive Theory and Cognitive Therapy

تختلف وجهة نظر المعرفية عن وجهات النظر النفسية الأخرى في كونها تعد أنماط التفكير لدى الإنسان العامل الرئيس الذي يحدد سلوكه، وقد كان كلار وولاس Klar and Wallace من المفكرين الأوائل الذين اقترحوا أنموذجاً للنمو المعرفي، يشبه أنموذج العمليات المتضمنة في الحاسوب من مدخلات، وذاكرة قصيرة المدى، وطويلة المدى، واستعادة، وقد عرفت وجهة النظر هذه باسم نظرية معالجة المعلومات، والاضطرابات السلوكية النفسية تنتج عن آلية في التفكير، وتركز نظرية معالجة المعلومات على كيف يفكر الإنسان، ومن علماء النفس في المجال ألبرت إليس Albert Ellis ، الذي استند في تطوير نظريته المعرفية بنظرية العلاج العقلي العاطفي السلوكي Rationa l – Emotion – Behavioral Theapy إلى افتراض مفاده أن الاضطرابات النفسية والسلوكية تنتج عن التفكير اللاعقلاني، وأن الأسلوب الصحيح لمعالجة تلك الاضطرابات هو مساعدة الشخص على التغلب على أنماط التفكير اللاعقلانية واستبدالها بأنماط عقلانية، وبعبارة أخرى، فإن إليس Ellis يعتقد أن الصعوبات النفسية التي يواجهها الإنسان لا تعزى إلى الأحداث أو الظروف البيئية، ولكنها إلى تفسير وتقييمه لتلك الأحداث والظروف، ومعالجة المشكلات يجب أن تتضمن مواجهة الإنسان، وتحديه من خلال تنفيذ اعتقاداته، وحثه على تبني اعتقادات عقلانية بدلا عنها (Cormier and Nurius, 2003).

وطور أرون بيك Aaron Beck نظريته المعروفة بنظرية العلاج المعرفي Cognitiv Therapy لتفسير ومعالجة الاكتئاب، وهناك أربعة أنماط من التفكير الخاطئ حسب بيك، هي: التفكير الثنائي، ويتمثل بطريقة مطلقة، فإما سوداء أو بيضاء فقط، والتخمين الاعتباطي المزاجي باستنتاجات مطلقة بناءً على حقائق جزئية، وفرط التعميم، ويتضمن تبني أفكار عامة استناداً على معلومات جزئية ومحددة، وتعظيم الأمور والمبالغة للأمور البسيطة (الخطيب، ٢٠١٣).

إن سلوك الإنسان وفق نموذج النظرية المعرفية محصلة للبيئة الخارجية، والعمليات المعرفية، والأحداث الداخلية الأخرى، أي أن أفعال الإنسان محصلة لعوامل ثلاثة أساسية، هي: السلوك، والمؤثرات البيئية، والعوامل المعرفية، فالسلوك قد يتعلمه الفرد على مستوى المعرفي قبل أن يقوم بتأديته، ويركز المحنى المعرفي السلوكي على قضايا هامة، منها: كيفية إدراك الشخص للأحداث البيئية، وتفسير الشخص ذاته لسلوك وتبريره له، وأنماط

التفكير لدى الشخص، والتحدث إلى الذات، والاستراتيجيات المعرفية التي يستخدمها الشخص، واستراتيجيات الضبط الذاتي، وانبثقت من هذه المبادئ أساليب مختلفة لتعديل السلوك الإنساني، مثل: أسلوب إعادة البناء المعرفي، والتعلم الذاتي، والعلاج المعرفي، وحل المشكلات، والعلاج العقلاني العاطفي، وغير ذلك (Grandvold, 1994).

٧) النظرية التكاملية Integration of Theories

نظراً لوجود عدد من النظريات المختلفة لتفسير الإدمان، ظهرت النظرية التكاملية التي تجمع بين العناصر النفسية والسلوكية المتنوعة، والنظريات البيولوجية ذات العلاقة بتفسير هذه الظاهرة، وهي تستند على وجود دليل يشير إلى أن التعاطي يحدث نتيجة التفاعل المعقد بين العوامل النفسية، والعلاقات الاجتماعية، والتأثيرات البيئية الأخرى، والعوامل البيولوجية التي تؤدي إلى وجود مستوى لإمكانية حدوث التعاطي، وقد تتفاوت نسبة تأثير هذه العوامل، ويتضح ذلك من خلال النتائج، فالبينة المناسبة مع وجود عجز بيولوجي شديد قد يؤدي إلى زيادة احتمالية حدوث التعاطي والإدمان (المشاقبة، ٢٠١٢).

وعلى الرغم من أن جميع هذه النماذج مفيد، وتقدم معلومات هامة، إلا أنه لا يوجد نموذج واحد يفسر بشكل كاف السبب الذي يجعل بعض الأفراد يدمنون على مادة معينة والبعض الآخر لا يدمنون، إن التقدم الهام في دراسة الإدمان هو إدراك أن الإدمان ربما يحدث بسبب عامل واحد، والنماذج الأكثر احتمالاً لزيادة فهمنا وتطور خيارات العلاج هي نماذج متعدد المتغيرات (McNeece and DiNitto, 2005; Stevens and Smith, 2005).

بالرغم من وجود بعض التشابهات بين جميع المدمنين، إلا أن المسببات والذوافع لتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية تختلف من شخص لآخر، فبالنسبة لبعض الأفراد قد يكون هناك استعداد وراثي، أو نوع من الأسباب الفيزيولوجية تدفعه للتعاطي، ومن ثم الإدمان على المخدرات، وبالنسبة للبعض؛ قد يكون الإدمان نتيجة لعدم انتظام أو اضطراب من نوع ما في نموهم الشخصي دون وجود استعداد وراثي، أو خلل وظيفي فيزيولوجي معروف، ويعتبر النقاش المحتمل عن النموذج الصحيح قيماً فقط، لأنه يساعد الممارس في رؤية أهمية اعتماد نموذج متعدد الأساليب أو متعدد الأسباب (Shaffer, Laplante, Labrie, Kidman, Donato and Stanton, 2004).

فاعلية الإرشاد الجمعي في معالجة الإدمان

Group Counseling Treatment of Addictions

إحدى الوسائل الشائعة جداً لعلاج الاضطرابات الناتجة عن تعاطي المخدرات والمؤثرات هي المجموعات الإرشادية group counseling (Capuzzi and Stauffer, 2008).

ويعرف الإرشاد بأنه: عملية فنية متخصصة مستمرة، تقوم على علاقة مهنية بين المسترشد Client الذي يواجه مشكلات أو صعوبات مختلفة، والمرشد Counsior القادر بحكم خبرته الفنية على تقديم المساعدة للمسترشد ليفهم نفسه والعالم من حوله، ولأن يفهم ذوافعه وميوله وقراراته وحاجاته المختلفة، ويتخذ قراراته (ديور والصافي، ٢٠٠٧).

وفقاً لويز وجافي ودي مانيل وكوجلبي (Weiss, Jaffee, de Menil and Cogley (2004) ما يقرب من (٩٤%) من أماكن العلاج في الولايات المتحدة يستخدمون مجموعات الإرشاد النفسي لعلاج تعاطي المخدرات، لقد حلت مجموعات الإرشاد محل الإرشاد الفردي كعملية علاج بأسلوب الاختيار (Johnson, 2004).

بالإضافة إلى التكلفة القليلة لمجموعات الإرشاد، فقد تطور رواج هذا الأسلوب من مجموعات المساندة الذاتية، والمستندة إلى القرين peer – based self – help groups مثل: مجموعات مدمني الخمر المجهولين Narcotico Anonymous (AA)، ومجموعات مدمني المخدرات المجهولين Narcotico Anonymous (NA)، لتتضمن الأساليب التعليمية النفسية والعلاجية النفسية لدى المجموعات عدداً من الأنوار المهمة في عملية علاج تعاطي المخدرات، هي: التعليم، والعلاج، والمساندة (Capuzzi and Stauffer, 2008).

وقد توطدت الأبحاث المدعمة لاستخدام العمل الجماعي في عملية العلاج المتعلقة بالتنوع، فمجموعات الإرشاد النفسي هي في الأساس مدخل علاجي للعلاقة بين الأشخاص في المجموعة، التي تؤكد على التغيير السلوكي، والبصيرة، وقد افترض بالوم ولازوس (Yalom and Lesczc, 2005) أن المجموعات تُقدم عدداً من المميزات، بالإضافة إلى الإرشاد الفردي والأساليب الأخرى، وهي خلق حساً بالعمومية Creating A Sense of Universality أو Empathy وعملية المساندة أثناء العمل الجماعي، هي خلق الجو الضروري لعملية الإرشاد.

ويمكن أن يستكشف المشاركون أنماط العلاقة، ويجربوا السلوكيات الجديدة، ويشاركوا في بروفة للتغيير مستخدمين أداة مجموعة الإرشادية Group Counseling (Corey, 2000)، من خلال تعلم الأشخاص بعضهم من بعض، وتماسك المجموعة؛ يطور الأعضاء فهماً أكبر لأنفسهم، ويمكن أن يُستفاد من تلك البصيرة بعمل التغييرات الضرورية بالطريقة التي بها يعيشون حياتهم (Yalom and Lesczc, 2005).

ويمكن أن يستخدم الإرشاد الجماعي، لأغراض عديدة، هذه الأغراض وقائية، وعلاجية في طبيعتها، ومن الممكن أن يرتب مسبقاً المحتوى للمجموعة، أو يحدد من قبل الأعضاء (Corey, 2011).

ومن مميزات الإرشاد الجماعي، هي استخدام طريقة التفكير الجمعية Collective mind- set للحصول على استبصار أفضل مما يحدث في الإرشاد الفردي، والمفاهيم المتعلقة بالمهارات الاجتماعية والثقة، تعمل أساساً من خلال بيئة المجموعة، ومع ذلك مجموعات الإرشاد لا تصلح لكل شخص، للديناميكيات والمخاطر الشخصية المتضمنة، ربما تثبت أنها مقلقة جداً لبعض العملاء، ولا يعالج بعض مسائل الإرشاد بطريقة أفضل أثناء المجموعة (Capuzzi and Stauffer, 2008).

يهدف الإرشاد الجماعي على مساعدة الفرد ليفهم نفسه، وقدراته، وميوله، ونقاط القوة والضعف لديه، ومساعدته في التعبير عن نفسه، وإبداء رأيه في جو من الأمن والتقبل والراحة، وتزويده بالثقة حتى يستطيع مواجهة مشاكله، وتنمية القدرة على تحمل المسؤولية، ومساعدته للبحث في هويته وأهدافه في الحياة (Corey, 2011).

وهناك ديناميكيات محددة عند معالجة الإدمان، التي تتناول أسلوب الاختيار للمجموعة الإرشادية، وعلى الرغم من أن تصميم المجموعة يكون متنوع إلا أن هناك فوائد معينة للعلاج الجماعي الذي يساهم في عملية تغيير السلوك وتأثير أعضاء المجموعة الذين لديهم خبرات متشابهة مفيد في تعطيل الإنكار المصاحب للإدمان (Zweben, 1995).

وتبدأ جلسات الإرشاد الجمعي الهادفة إلى تقديم الدعم النفسي للمدمنين بعد أن يوافق ويلتزم الأعضاء بالمشاركة، ويشترط أن يتوقف الأعضاء المشاركون في الجلسات عن التعاطي كجزء أساسي من العلاج (Leukefeld, 2002).

ويؤكد باتريشا وستيفن (1998) Patricia and Steven على دور الإرشاد الجمعي في البرامج العلاجية للإدمان، ويشيران إلى أن الإرشاد الجمعي يجب أن يكون بمعدل جلستين في الأسبوع، وفي كل جلسة تبدأ المجموعة بالمناقشات، والدخول إلى الجلسة وبنائها، ويستغرق ما بين (١٠ - ١٥) دقيقة، ومن ثم يعطي من (٤٥ - ٥٥) دقيقة للسماح للأفراد بممارسة أعمال الجلسة، وتمارينها، وتحقيق أهدافها، وآخر (١٠) دقائق تستخدم لإنهاء وتلخيص الجلسة، والإرشاد الجمعي يجعل الأعضاء يشعرون بأنهم عناصر أساسية وفعالة في المجتمع، وتعليم المهارات الاجتماعية وزيادة الثقة بالنفس والألفة تبدأ بالظهور في جو المجموعة.

والأشخاص الذين شاركوا في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية لمدة طويلة الأمد تبين أن لديهم فقر وضعف في مهارات التواصل وعدم القدرة على الاستمرار في العلاقات الشخصية، ويوفر العلاج الجمعي فرصة التفاعل مع الآخرين، ويعزز من المهارات الاجتماعية الفعالة، ويزيد كشف الذات Self - disclosure ؛ واستكشاف سلوكيات جديدة في بيئة آمنة والاستثمار عاطفياً في الآخرين وفي التعليم عن الإدمان (Campbell and Page, 1993; Johnson, 2004).

ويقدم العلاج الجمعي فرصة للتبادل الشخصي الإيجابي الذي يحل محل مشاركة الذات المنعزلة، فعندما يُقدم لأعضاء المجموعة فرصة ليحددوا ويرحلوا الاحتياجات والعواطف التي ربما تنتج من تحديد ومواجهة الأنماط غير المتأقلمة من السلوك (Weiss and Jaffee, 2004).

وفقاً لسامبيل وبيج (1993) Campbell and Page يجب أن يهدف أي تدخل علاجي فعال ليس فقط لتعاطي المخدرات، لكنه أيضاً يكون أداة يمكن بها أن يحدث تواصل فعال، بالإضافة إلى الكثير من الأفراد يكون لديهم مناطق عمياء، وبالتالي يمكن أن يساعد الأعضاء بعضهم البعض في مواجهة ميكانيزمات الدفاع والمناطق العمياء، وتكون المحصلة تحقيق أهداف عملية العلاج (Johnson, 2004).

وهناك تنوع في القضايا الشائعة للعلاج من الإدمان التي تتطلب تدخلات علاجية متقنة، لأن التركيز على عملية العلاج عبارة عن توحيد الأعضاء، وتنشئة الفهم الذاتي، من خلال ديناميكيات المجموعة، يُشار أحياناً إلى المجموعات بوصفها مجموعات علاجية تعليمية نفسية، والمجموعات التعليمية النفسية تمثل مصدر هام ومجتمعي متزايد لمساعدة الكثير من العملاء، وربما القيمة العظيمة لتلك المجموعات أنها تمدنا بإطار مخطط ومنظم يمكنه أن يكون إطاراً مُعدلاً ومتأقلاً يناسب الأنماط المختلفة لعملاء المجموعات، فلا غرابة في المجموعات النفسية التعليمية المهيكلة أن تؤسس الأجندة قبل الجلسة، وعندما تقارن مع الأساليب الأقل هيكلية فإن أسلوب المجموعة المهيكلة يعطي مرشد المجموعة مسؤولية أكبر بالنسبة لأهداف المجموعة، والطريقة التي تدبر بها المجموعة عملها، والبرغم من تشجيع الأعضاء لأن يأخذوا أدوار قيادية غير رسمية في الطرق العلاجية النفسية Psychotherapeutic approaches ، وأن يطوروا أهدافهم الخاصة، وأجنداتهم، وتعاقداتهم؛ إلا أن مشاركة ومساهمة أعضاء المجموعات النفسية والتعليمية تكون مقصورة عموماً على الأهداف، والأجندة، والاتفاقيات المُعدلة التي يطورها المرشد، وتكون

التدخلات منظمة، وتركز على نتائج التعلم العلاج السلوكي الكامل Integrating behavioral therapies في التعلم التجريبي عبارة عن ممارسات عامة، يمكن أن يكون هدف المجموعة هو مساعدة الأعضاء، لأن ينقلوا ما قد تعلموه من فعل محدد، وهناك تنوع في المجموعات المهيكلة المحدودة بزمان التي تركز على نقل المعلومات عن المخدرات وعواقب تعاطيها، وعادة ما تحتوي الجلسات على مزيج من المادة التعليمية، والممارسات، ولعب الدور، والمحاكاة التي تساعد الأعضاء على إدارة النقاش حول المادة ومشاكل الأعضاء التي يعانون منها خارج المجموعة، وفي مجموعة من الدراسات على فعالية العمل الجماعي، وأعضاء المجموعات الذين لديهم أغراض خاصة، واهتمامات متجانسة، وأجندات واضحة، واجتماعات المجموعات المهيكلة، وأظهرت اجتماعات المجموعات المهيكلة نجاح أكبر مع نتيجة العلاج أكثر من أعضاء المجموعات الأقل تنظيماً (Martin, Giannandrea, Rogers and Johnson, 1996; Toseland and Rivas, 2001).

وتمد أيضاً البرامج التدريبية النفسية الأعضاء بفرصة لمناقشة الاهتمامات الخاصة، وتُعلم تخفيف التوتر وبعض المرشدين محترفين تم منحهم رخصة بذلك، أو مساعدين مدربين في علاج الإدمان (Capuzzi and Stauffer, 2008).

ويجب أن يضع قادة المجموعات الإرشادية نصب أعينهم أن اهتمامات واحتياجات الأعضاء لا تؤدي دائماً بأسلوب المجموعة المنظمة، والمحدد بزمان، وهيكل (بناء) المجموعة المرنة الذي يزيد مساهمة العضو إلى الحد الأقصى، ويكون العضو أكثر فعالية في الأسلوب المنظم؛ لمساعدة الأعضاء، لأن يعبروا عن اهتماماتهم، ويساعدوا أعضاء المجموعة كذلك (Toseland and Rivas, 2001).

وتستخدم مجموعات العلاج النفسي في علاج الإدمان، لأن أعضاء المجموعة لديهم تدهور خطير في أداءهم؛ كنتيجة لتعاطيهم للمخدرات، إلا أن تستكشف تلك الأنواع من المجموعات أساس السلوك الحالي، وتبحث لبناء رؤية وبصيرة وإحلال النماذج الصحية محل الغير سوية، وتقدم مجموعة العلاج النفسي عدد من المميزات، فيمكن أن يتعلم أعضاء المجموعة من بعضهم البعض، وأن يقدموا آراء feedback بعضهم لبعض، وأن يمدوا بعضهم بعضاً بالنماذج السلوكية؛ وهذا سيكون مفيداً بالنسبة للعملاء الذين لا يثقون بالمرشد، ويعطي تصميم المجموعة فرصة للعملاء، لأن يشتغلوا على العديد من العجز الشخصي الذي يساهم في إيمانهم داخل جو آمن في المجموعة، ربما يجد كل فرد داخل المجموعة أعضاء آخرين يعطوا انعكاساً عن أصل عائلتهم والسماح لهم لأن يشتغلوا على مشاكلهم في مراحل مبكرة من النمو، وربما يشارك الأفراد في المجموعة كجزء من أسلوب العلاج للمريض الذي يتلقى العلاج داخل مستشفى، أو كملحق لبرنامج إرشاد فردي لخلفية المريض الذي يعالج خارج المستشفى، وتستخدم أغلبية برامج إعادة تأهيل مدمني المخدرات برامج الإرشاد الجماعي (Doweiko, 2006; Weiss, Jaffee, de Menil and Cogley, 2004).

وبالنسبة للمرضى الذين يُعالجون داخل المستشفى بوصفه نتيجة للتعهد الإلزامي، فإن الصعوبة الشائعة هي مقاومة العمل الجماعي، ويبدأ كثير من الأعضاء بتوجه الاستياء، وإلقاء اللوم على الآخرين، ويعملون تحت قناعة أن لا يحتاجون إلى الإرشاد، وينبغي أن توظف الاستراتيجيات والتقنيات لكي تعالج تلك المقاومة، والأفراد الذي

يعانون من إدمان مزمن للمخدرات يظهروا سمات سلوكية يمكن أن تتعارض مع القدرة على تطوير الاتصال الفعال، وتتعارض مع القدرة على تعزيز العلاقات الشخصية الصحية، بينما استمرارية تعاطي المخدرات يؤثر سلباً على الأنشطة الاجتماعية والشخصية، وكل ما يتعلق بالعمل (Campbell and Page, 1993).

وتتفاقم أو تتطور المشاكل الاجتماعية والسيكولوجية من خلال طغيان المخدرات على أسلوب حياة المتعاطي، وتصبح الأوجه النفسية الاجتماعية لحياة الفرد ضعيفة جداً، بسبب تطور التفاعلات الشخصية مع النماذج السلوكية غير المتأقلمة (American Psychiatric Association, 2000)، وفي محاولة لمعالجة تلك المسائل، يُمكن أن توظف الكثير من الطرق شاملة التقنيات المصممة لتقليل التقهقر والانتكاسة إلى الخبرات السابقة، والطرق التي تعمل مع الديناميكيات غير الواعية، والإجراءات التي تقصد مساعدة الأعضاء، لإعادة اختبار المواقف التي لها علاقة بالصدمة Traumatic Situations، لكي يمكن أن يحدث تطهير للعواطف، بينما لا يكن لدى المجموعات العلاجية النفسية أي أجندات خاصة إلا أنه ربما يختار مرشد المجموعة، لأن يقدم موضوعاً محدداً للجلسة، وأن يشجع المشاركين لأن يستكشفوا التوترات المرتبطة بالحياة، ولو أن الموضوعات تعكس أمور حياة المشاركين، ستكون الموضوعات عوامل حافزة قوية (Corey and Corey, 2002).

ويجب أن تعكس الموضوعات المختارة أعراض المجموعة عند العمل مع المشاركين الذين يعانون من الإدمان، ويمكن أن تحتوي الموضوعات على المسائل التي تتعامل مع وضع العائلة، والتأثيرات المؤلمة التي تساهم في الحث على تعاطي المواد الكيميائية، والمسائل المحزنة هي اهتمام مشترك لعملية سير المجموعة، لأن لأعضاء الجدد يحاولون التغلب على فقد الأصدقاء، وفقد طريق الحياة عموماً، حتى أن (٥٠%) من الأفراد الذين يعالجون من الإدمان لديهم أمراض متلازمة الحدث مع الإدمان (James and Gilliland, 2005).

وتساعد المجموعات الإرشادية عملاء التشخيص المزدوج، لأن يطوروا الرؤية والبصيرة التي يحتاجونها، لكي يستمروا في العلاج من إدمان المواد الكيميائية، بينما يحافظون على استقرارهم النفسي (Addiction Letter, 1995).

إن الأساليب العلاجية التي تدمج بقدر كبير مع المجموعات الإرشادية العلاجية تصاحبه احتمالية متزايدة بنجاح والإيجابية مقارنة بالإرشاد الفردي (Panas, Caspi, Fournier and McCarty, 2003).

بالإضافة إلى ذلك بينت الدراسات أن المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية المشاركين في المجموعات الإرشادية كجزء من أسلوب العلاج تحسنوا بدون أي خطورة، كالاكتئاب، ومخاطر الانتحار، وأعراض الصدمة (Alcoholism and Drug, 1997).

فاعليته العلاج المعرفي السلوكي في معالجة الإدمان

Effectiveness of Addiction Cognitive Behaviour Treatment

يؤكد ميلر وويبرون وهتما (Miller, Wibourne and Hettema, 2003) بقوة على تفصيل أو تخصيص العلاج بما يتناسب مع الاحتياجات الفريدة ونقاط قوة كل مريض بصورة منفردة، وبالتالي زيادة فعالية العلاج وكفاءته، ويمكن ضمن هذا النموذج الاحتياج لجميع المهنيين الممارسين في مجال الإدمان، ليكونوا على

دراسة بتعدد التدخلات واختيار وعرض النوع الأنسب والأكثر ملائمة (أو اختيار مزيج من الأنواع) ومستوى الرعاية لأولئك المحتاجين الذين يستحقون خدمات عالية الجودة، كما يبين أن من الأساليب الجيدة لعلاج الإدمان على الكحول والمخدرات التدخلات المعرفية السلوكية، حيث يعتبر من أكثر العلاجات فعالية.

إن معالجة الإدمان تعتبر من الأمور الصعبة التي لا يمكن أن تتم بسهولة، ويكون التخلص منه من خلال تغيرات في نمط الحياة العاطفية، والمادية، والعقلية للمدمن، وكذلك وجود مرشد أو مدرب متخصص يقوم بمساعدة الشخص المدمن على تغيير نمط حياته، وقد أثبتت نظرية مهارات المواجهة Therapy Coping Skills فاعلية كبيرة في معالجة الإدمان أكثر من التدخلات الشخصية لعلاج مدمني الكحول وغيرها من مواد التعاطي، والذين يعانون من مستويات عالية من الضغوط النفسية، والتوتر، والقلق، والاكتئاب، وأن هذه المهارات دعمت الكفاءة الذاتية لهؤلاء الأشخاص، مما أدى الى تكوين الاستراتيجيات الإيجابية لمواجهة المواقف المختلفة (Marlatt and Donovan, 2005).

ويعد العلاج المعرفي السلوكي أسلوباً له تطبيقات واسعة الانتشار في تعديل سلوكيات تعاطي المخدرات، والإدمان، وعلاجها، تمتد أصوله من النظرية السلوكية التي تركز على أنموذج الاشتراط الكلاسيكي، وأنموذج الاشتراط الإجرائي، ونظرية التعلم الاجتماعي المعرفي، التي من خلالها أخذت أفكار تتعلق بالتعلم القائم على الملاحظة التي تسمى النمذجة، ودور التوقعات المعرفية في تحديد السلوك، والنظرية المعرفية، والعلاج المعرفي الذي يركز على الأفكار، والنموذج المعرفي، والمعتقدات، والاتجاهات، والعزو السببي الذي يؤثر في تفكير الشخص، وشعوره، واتجاهاته، وبالتالي سلوكه، وعلى الرغم من وجود عدد من أوجه التشابه بين النظريات الإبداعية الثلاث هذه، إلا أن كل منها أسهمت بأفكار فريدة تتسجم مع أسسها النظرية، وفي معظم حالات التعامل مع التعاطي ومراكز علاج الإدمان، من الخصائص البارزة للاتجاهات النظرية الثلاثة هذه مدمجة في نموذج سلوكي معرفي واحد (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2008).

ووجدت استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي، لكي تزيد فاعلية كفاءة المعالجة لمختلف مشاكل سوء استخدام المواد (Stephens and Roffman, 2000; Stephens, Wertz and Roffman, 1995)، وهناك العديد من الفنيات التي يستخدمها العلاج المعرفي السلوكي التي تأخذ أسماء مختلفة، وتتضمن استراتيجيات تهدف إلى تحقيق تقويم معرفي أكثر دقة للذات وللمثيرات التي تثير خوف المسترشد وقلقه، كما تتضمن طرقاً لتخفيف الخوف والقلق، مثل: الاسترخاء، ومهارات تهدف إلى تطوير استجابات سلوكية أكثر تكيفاً للضغوط (Basco, Gilckman, Weatherford and Ryser, 2000).

ويعد التدريب على المهارات الاجتماعية، من أكثر الطرق السلوكية المعرفية استخداماً بشكل عام، كما أنها تشمل التدريب على مهارة حل المشكلات، وإدارة الغضب، والوقاية من الانتكاس، وبرامج تدريب الوالدين والأسرة على إدارة الطوارئ، ومن الأفكار التي يركز عليها هذا النوع من العلاج هو أن الأفكار تولد المشاعر وتؤثر فيها، ولهذا فإن المشكلة ليست في الحدث نفسه، وإنما في الأفكار والمشاعر التي ترتبط به، ولذلك فإن هدف

العلاج هو تحديد الأفكار المرتبطة بالإدمان ومساعدة الفرد للتخلص منها، ولتحقيق ذلك هناك منهجان، الأول: يركز على الأفكار المرتبطة بالمشكلة، والثاني: يركز على المشاعر، فالأول يهدف إلى تغيير نظرة المريض إلى المشكلة التي يعاني منها، وهذا مفيد في مساعدته على تحديد المشكلة التي يعاني منها بشكل واضح، والثاني يركز على تحقيق نفس الهدف من خلال تغيير المشاعر والأحاسيس المرتبطة بالمشكلة، وهذا يقلل من القلق والاكتئاب لدى الشخص المدمن، وإعادة التشكيل هذه تتم من خلال تقليل حجم المشكلة، من وجهة نظر المريض، والبحث عن قيمة إيجابية، بحيث يكون في النهاية قادر على أن يكون سيطرة متزايدة على الموقف الذي يعاني منه، من خلال سيطرته على أفكاره، وهكذا يتم تقليل درجة التوتر (Cilente, 2004).

ويفيد العلاج المعرفي السلوكي في تعليم الفرد مهارات المواجهة مع المواقف الضاغطة التي تسبب التوتر، ولمساعدة الأفراد على كيفية التعامل مع هذه المواقف، مما يؤدي إلى زيادة الكفاءة الذاتية لتجنب سوء استخدام المواد مستقبلية، وتستخدم مهارات المواجهة بكفاءة مع الموقف من أجل خفض استهلاك المخدرات والكحوليات، مما يؤدي إلى خفض الإدمان عليه، والمحافظة على هذا المستوى، ويتم التركيز هنا على الآثار الانفعالية للإدمان، ومهارات مقاومة تأثير الرفاق لتشجيع الإدمان، وتنمية مهارات إدارة الذات، وتنمية مهارات التغلب على عادة تعاطي المخدرات، ومهارات الضبط الذاتي للشخصية (Oleary and Monti, 2002).

وفقاً لهاميد وناجافيتس (2005) Harned and Najavits يعمل العلاج المعرفي السلوكي لتعاطي المخدرات والاعتمادية عادةً وفقاً لستة افتراضات، هي:

1. ينطوي تعاطي المخدرات على عمليات معرفية وسلوكية معقدة.
2. تعاطي المخدرات والعمليات السلوكية المعرفية المرتبطة به، تعلم إلى حد كبير.
3. يمكن تعديل تعاطي المخدرات والعمليات المعرفية السلوكية المرتبطة به، ولا سيما بوسائل العلاج المعرفي السلوكي.
4. الهدف الرئيسي من العلاج المعرفي السلوكي لتعاطي المخدرات، هو تعلم مهارات التأقلم، لمقاومة تعاطي المخدرات، ولتقليل المشاكل المرتبطة بتعاطي المخدرات والإدمان.
5. يتطلب العلاج المعرفي السلوكي تصور حالة شاملة تخدم كأساس لاختيار تقنيات محددة من العلاج المعرفي السلوكي.

6. لكي يكون العلاج المعرفي السلوكي فعالاً، يجب أن يقدم ضمن إطار علاقة إرشادية دافئة وداعمة وتعاونية. وهذه الافتراضات الستة للعلاج المعرفي السلوكي تعرب عن أهمية أن يُدرج مرشدون إدمان المخدرات، وأن ينفذ عن قصد مجموعة متنوعة من المهارات والأساليب (Osborn and Lewis, 2004).

ويرى العشماوي ومحمد (٢٠٠١) أن العلاج المعرفي السلوكي، هو: " الاستخدام المنهجي المنظم لمبادئ تعديل المعرفي السلوكي الذي يتركز على أن تغيير حديث الذات للتعامل يساعد على تغيير المعارف والانفعالات والسلوكيات غير التوافقية"، حيث اشتملت طريقة مارلات (1998) Marlatt على إعادة الأبنية المعرفية التي تهدف إلى خفض وتقليل " أثر انتهاك التوقف " الذي يعيشه المريض بعد الاستخدام الأولي للعقار، والذي يعتبر

نتيجة مصغرة للتغيرات المعرفية والوجدانية التي يظن أنها تحفز على استخدام أكبر للعقار، فالعقاقير والمخدرات تؤثر على العمليات المعرفية، والوعي بالذات، ويصبح الفرد أقل قدرة على تقويم خبراته الشخصية السليمة، بما فيها الإخفاق والنتائج السلبية للاستخدام أو سوء التعاطي المستمر للعقار، ومن ثم الاستخدام يمكن أن يستمر، وبالنسبة للشباب المدمن فإن إدراك الآثار السلبية للعقار أمر ضروري للفرد، لكي يكون قادراً على تقادي استخدام هذه العقاقير كلها، أو لتجنبه التقدم من الاستخدام التجريبي إلى الاستخدام الحقيقي للعقار (سويف، ٢٠٠٠).

ويعتبر العلاج المعرفي السلوكي للإدمان بأشكاله المختلفة منهجاً تجريبياً لتعديل السلوك كتعاطي المخدرات والمسكرات، وله خاصية مميزة بتعليم الفرد المهارات الضرورية للسيطرة على الاضطراب النفسي، دون اللجوء إلى المعالج بعد تعليمه هذه المهارات مستقبلاً، وهو تدريب ذاتي، وتحصين ضد التوترات والضغوطات المسؤولة عن المرض النفسي، والإدمان والانتكاس وهو علاج بديل لتعاطي الأدوية النفسية، لأنه يعالج الأسباب الكامنة وراء الإدمان، وليس علاج الأعراض، كما هو الحال في العلاج الدوائي، وكلفته أقل بكثير إذا ما قورنت بالأدوية باهظة الثمن، ويعتبر العلاج الأساسي وحجر الزاوية لعلاج السلوك الإدماني والتعافي في معظم دول العالم، كما يمكن تطبيقه في العيادات الخارجية الخاصة والحكومية، وفي المؤسسات الإصلاحية والسجون، ويعد جزءاً هاماً من عملية إعادة تأهيل المدمن، والمنحرف، وذو السلوك الإجرامي، وللعلاج المعرفي السلوكي تطبيقات وتدخلات علاجية يمكن الاستفادة منها واستخدامها في تعديل السلوك والأفكار للمسترشد (Hughes, 1988).

والعلاج المعرفي السلوكي يعمل على خفض أعراض واستجابات التوجه نحو المخدرات من خلال فك الارتباط بين الأحداث الضاغطة واستجابة القلق، وذلك باستخدام الاسترخاء، والتدريب على استجابات مناسبة بديلة، تحل محل الاستجابات غير المناسبة، وهو علاج لضغوط الرفاق يزود المصابين بمهارات تسمح لهم بالاستجابة بأسلوب أكثر تكيفاً وقدرة على رفض المخدرات (Basco, Gickmau, Weatherford and Ryser, 2000).

انبثاق أنموذج ماكنباوم / تعديل السلوك المعرفي

Cognitive Behavior Modification / Meichenbaum Model

في أواخر القرن المنصرم أصبح العاملون في ميدان تعديل السلوك يبدون اهتماماً كبيراً بتحليل وتعديل العمليات المعرفية، (مثل: الإدراك، والقناعات، والتخيل، والتفكير، والحديث الذاتي)، والتي تؤثر بشكل أو بآخر في السلوك الظاهر، وقد انتهى الدمج بين تعديل السلوك وأساليب العلاج المعرفية بميلاد المجال المعروف باسم مجال تعديل السلوك المعرفي Cognitive Behavior Modification، أو العلاج المستند إلى التعلم المعرفي Cognitive Learning Therapies (قطامي، ٢٠٠٤).

ويعد تعديل السلوك المعرفي إضافة تطويرية تغطي جانباً من الجوانب التي لم تضع البرامج التقليدية لتعديل السلوك يدها عليه وهو العمليات المعرفية، وظهرت نتيجة الانتقادات التي وجهت إلى المدخل السلوكي الذي يركز على السلوك الظاهر دون النظر إلى العمليات المعرفية، إضافة إلى أن التعديل الذي يحدث انطلاقاً من الذات نفسها يكون أبقي وأكثر استقراراً إذا ما قورن بالتعديل الذي يحدث من خلال آخرين باستخدام معززات خارجية، علماً أن أحد الانتقادات التي وجهت لتعديل السلوك، هي أن السلوك المرغوب فيه يبقى ماثلاً حال وجود المعززات،

وقد يرجع السلوك إلى حاله السابق حال اختفاء هذه المعززات، فالتغيير الذي يحدث من خلال الذات يعد تعزيزاً داخلياً، والتعزيز الداخلي هو جزء من السلوك وليس خارجاً عنه، كما هو الحال بالنسبة للتعزيز الخارجي، فضلاً عن أنه أكثر فاعلية منه، ولذلك اهتم معدلو السلوك المعرفيون بتطوير الإجراءات العلاجية التي تشمل مشاركة المتعالج نفسه في تعديل سلوكه (الخطيب، ٢٠١٣).

إن كثيراً من الاضطرابات السلوكية، هي نتيجة لإدراكات خاطئة، ويمكن للمدخل المعرفي أن يعدل أو يطفئ السلوك المشكل من خلال تصحيح الإدراك الخاطئ للمثيرات البيئية، حيث يفترض مجال تعديل السلوك المعرفي أن الإنسان ليس سلبياً، فهو لا يستجيب للمثيرات البيئية فحسب، ولكنه يتفاعل معها ويكوّن مفاهيم حولها وهذه المفاهيم تؤثر في سلوكه، وبمعنى آخر فهناك تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك، وبهذا السياق فقد أكدت نظرية التعلم الاجتماعي لباندورا Banadura على أهمية هذا التفاعل، والذي أطلق عليه "بالحتمية التبادلية"، والذي أعطى وزناً كبيراً للتفاعل الاجتماعي الذي يؤكد على أهمية الإنسان المتعلم ضمن ظروف اجتماعية تفاعلية.

واعتبرت نظرية باندورا نظرية شاملة حول التعلم بالملاحظة، حيث قام بتوسيعها لتضم تعلم وأداء المهارات المتنوعة، والاستراتيجيات، والسلوك، وطبق باندورا مبادئ النظرية المعرفية الاجتماعية ومهارات التنظيم الذاتي Self - Regulation ، بالإضافة إلى تطبيق نظريته على قضايا العنف الاجتماعي، والتطور الأخلاقي لدى المتعلم وقيمه الاجتماعية (قطامي، ٢٠٠٤).

ويرى مايكنبوم (2001) Meichenbaum أن عملية العلاج المعرفي السلوكي تشتمل على ثلاث مراحل أساسية، وهي:

- المرحلة الأولى: أن يدرك الفرد سلوكياته، ويصبح واعياً بها.

- المرحلة الثانية: استخدام الحديث الداخلي.

- المرحلة الثالثة: يكون هناك تغيير في طبيعة الحديث الداخلي لدى الفرد قبل العلاج.

وتحدث في هذه المراحل عملية التوضيح من جانب المدرب عن طريق الانعكاسات والشروح والتأويلات، وإعطاء المعلومات، وكذلك عن طريق النمذجة المعرفية، كما ينخرط الفرد خارج الإرشاد في سلوكيات مواجهة وتعامل يعود ليكررها في الجلسات العلاجية، مما ينتج عنها أحاديث ذاتية تؤثر على أبنيتها المعرفية، وعلى سلوكياته، وقد يشتمل الإرشاد أيضاً على استخدام الأساليب المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي، وفيما يلي وصف للمراحل الثلاث:

المرحلة الأولى: الملاحظة الذاتية

Self – Observation

يمكن القول: بأن الفرد يكون لديه قبل الإرشاد أحاديث ذاتية سلبية، وتخيلات غير مناسبة، ويحاول المدرب أثناء العلاج أن يزيد من وعي الفرد وانتباهه ليركز على أفكاره ومشاعره وردود الفعل الفيزيولوجية والسلوكيات المتصلة بعلاقات الشخصية، وتؤدي هذه العملية إلى أبنية معرفية جديدة تسمح للفرد بأن ينظر إلى الأعراض أو المشكلات الخاصة به في صور مختلفة، وأن يولد أفكاراً وسلوكيات تتواءم مع المشكلات، وتؤدي عملية إعادة التصور إلى إعادة تعريف المشكلات بطريق تعطي للفرد إحساساً بالفهم وال ضبط والأمل اللازمة لإجراءات التغيير، وإعادة التصور تعطي معاني جديدة أو مختلفة للأفكار والمشاعر والسلوكيات، وهذه المعاني تختلف - في رأي ماكنباوم - من مدرسة إرشادية أو علاجية إلى مدرسة أخرى، والمهم أن تكون التصورات على اختلافها فعالة في إحداث التغيير، وأن ترتبط بالحياة الواقعية (Meichenbaum, 2001).

ويؤكد ماكنباوم (2001) Meichenbaum أن المعالجين أو المرشدين يختلفون في مدى توجيههم والتأثير الذي يبذل من قبلهم بمحاولة تغيير التصورات التي لدى المسترشدين الذين يعملون معهم، وينبغي عليهم أن يهتموا بالعبارات الذاتية لدى المسترشدين، ووصفهم لتحديد مشكلاتهم، وكذلك كيف يعززون هذه المشكلات إلى المصادر المختلفة، وتصوراتهم عن عملية الإرشاد، ومدى اعتمادهم على المرشد، كما يجب ألا ينصاع المرشدون تلقائياً لوجهات نظر المسترشدين، وتعتبر عملية إعادة التصور عملية مشتركة عن المسترشد والمرشد، كما أن تقبل أو موافقة المسترشد عليها تعتبر نتيجة ضمنية للتفاعل الذي يحدث في إطار العلاقة بين المرشد والمسترشد.

المرحلة الثانية: الأفكار والسلوك المتلائمة

Coherent Ideas and Behaviour

ويرى ماكنباوم (2001) Meichenbaum أن المرحلة الثانية تعتمد على ملاحظة الفرد لنفسه، وتتضمن حديثاً داخلياً مضمونه إذا كان سلوك الفرد مطلوباً تغييره، فينبغي أن يكون ما يقوله لنفسه أو يتخيله يولد سلسلة جديدة غير متوائمة مع سلوكياته غير المتوافقة، ويجب أن يتضمن الحديث الذاتي الجديدة كل الخصائص الوظيفية للحديث الذاتي التي أشرنا إليها من قبل.

المرحلة الثالثة: تطوير الجوانب المعرفية الخاصة بالتغيير

Developing Changing Cognitive Factors

يقول ماكنباوم Meichenbaum إن دور هذه المرحلة تشتمل على قيام الفرد بسلوكيات التعامل على أساس يومي، وكذلك الأحاديث الذاتية حول نتائج هذه التجارب الشخصية، ولا يكفي للفرد أن يركز فقط على التدريب على المهارات على النحو الذي يحدث في العلاج السلوكي، لأن ما يقوله الفرد لنفسه حول السلوكيات الجديدة التي اكتسبها والنتائج المترتبة عليها سيؤثر على ما إذا كانت عملية التغيير في السلوك ستبقى وستعم إلى مواقف أخرى، ويتوقف نجاح الإرشاد على مدى التغيير الذي يحدث في السلوك وفي الأحاديث الداخلية، وبمعنى

آخر فإن الفرد يكون سلوكه مناسباً لما يقوله لنفسه، وهكذا فإن عملية العلاج أو الإرشاد الفعالة تشتمل على مهارات سلوكية جديدة وأحاديث داخلية وأبنية معرفية جديدة، وتركز العلاجات أو طرق الإرشاد على واحد أو أكثر من هذه الجوانب الثلاثة (Meichenbaum, 2001).

وفي مجال العلاقة بين الأحاديث الذاتية والآثار الفيزيولوجية، فقد بينت البحوث أن الجوانب المعرفية تؤثر على الجوانب الفيزيولوجية والانفعالية، كما تشير الدراسات إلى أن هناك علاقة بين التقديرات الذاتية والحالة المزاجية، وترتبط الأفكار والمجموعات المعرفية للشخص بالاضطرابات النفسية البدنية (السيكوسوماتية)، وبذلك يمكن القول: بأن هناك أدلة عديدة مستمدة من البحوث، أن التفكير يؤثر على السلوك، إلا أنه علينا أن نتذكر أن كثيراً من سلوكيات الناس تكون تلقائية أو نتيجة لعادات ألفوها، فكثير منا لا يفكر قبل التصرف، أما مايكنباوم (Meichenbaum, 2001) فيرى أننا إذا كنا بصدد إحداث تغيير في السلوك فإن علينا أن نفكر قبل أن نتصرف، ومثل هذا التفكير - وهو نتيجة الحديث الداخلي - يقلل من تلقائية السلوك غير المتوافق، ويعطينا الأساس الذي نبني عليه سلوكاً جديداً متوافقاً.

وتوصل مايكنباوم من خلال البحوث التي أجراها على الأطفال أن الأحاديث الخاصة (الذاتية)، تؤثر على سلوك الأطفال، وتوصل أيضاً إلى إمكانية استخدام التدريب على التعليمات الذاتية مع الأطفال زائدي النشاط، والأطفال الذين لديهم اندفاعية، وقد تبين له أن الأطفال المندفعين قد أظهروا ضبطاً لفظياً أقل مما فعله الأطفال الذين لديهم سلوك التروي، وأن الأطفال المتروكين في مواقف اللعب، لا يقومون بشكل تلقائي لتحليل خبرتهم في صور معرفية (صور لفظية أو تخيلية)، كما أنهم لا يصوغون ولا يستدخلون القواعد التي قد تواجههم في المواقف التعليمية الجديدة، وقد دفع ذلك مايكنباوم إلى تطوير برنامج لتدريب الأطفال زائدي النشاط والمندفعين ليتحدثوا إلى أنفسهم بشكل متميز، بحيث يمكنهم أن يفهموا المهام التي تدخل في المشكلات التي يتعاملوا معها بشكل أفضل، وأن يطوروا أساليب، ووسائل لفظية، ويستخدموها في توجيه ومراجعة ومراقبة ضبط سلوكه (Meichenbaum, 2001).

نموذج تعديل السلوك المعرفي

Cognitive Behavior Modification Model

بدأت استراتيجية مايكنباوم أثناء تدريبه بجامعة إيلينوي، فقد اشتمل هذا التدريب على العمل مع مرضى الفصام، وتدريبهم على تنمية نوع من (الحديث الصحي)، وذلك باستخدام أساليب الإشراف الإجرائي، وأثناء التدريب لاحظ مايكنباوم أن بعض المرضى كانوا منخرطين في نوعية من الأحاديث الذاتية التلقائية، ونتيجة لهذه الخبرات التي عاشها في تدريبه مع المرضى الفصامين وغيرهم، بدأ يفكر ملياً فيما إذا كان من الممكن تدريبهم أن يتحدثوا إلى أنفسهم بطريقة تؤدي إلى تغيير سلوكهم، وركز مايكنباوم على الحديث الداخلي Inner - Speech أو المحادثة الداخلية Inner - Dialogue في محاولة لتغييرها، وكذلك اهتم بالتخيلات على أمل أن يعرف ما إذا كانت مثل هذه التغيرات ستؤدي إلى تغييرات في التفكير وفي الشعور والسلوك، كما بدأ في تطوير تفسير نظري لوظيفة هذه العوامل في تغيير السلوك، وقد عرض نتائجه في شكل تقرير، ولم يعرضها في صورة نظرية كاملة، أو مصحوبة بالأدلة والممارسة العملية في العلاج (Meichenbaum, 2001).

ويعرف هذا الاتجاه بالتحصين ضد الضغوط النفسية Stress Inoculation ، ويستخدم خلاله تعليمات تجريبية تتمثل في الحديث الذاتي، حيث يتم إدخال عنصر معرفي في العلاج، وقد كشف استخدام هذه التعليمات الذاتية من جانب مايكنباوم مع مرضى الفصام والأطفال زائدي النشاط والمندفعين عن حدوث قدر معقول من التحسن، حيث تم تعديل كم كبير من تلك السلوكات (Meichenbaum, 1996).

ويعتمد تعديل السلوك المعرفي على تهيئة مواقف يتفاعل فيها المتعلم، بهدف تطوير خبرات تسهم في تطوير، وإعادة البناء المعرفية لديه، وكذلك تطوير استراتيجيات التفكير، والعمليات الذهنية الموظفة في المواقف الجديدة (قطامي، ٢٠٠٤).

ويوضح مايكنباوم (1996) Meichenbaum أن العلاج المعرفي السلوكي يركز على كيفية تفسير المريض للأعراض، وكيفية التخلص منها، بحيث يتضمن العلاج المكونات التالية:

- تثقيف المريض حول المرض الذي يعاني منه.
 - تدريب المريض على كيفية التقليل من الآثار السيكولوجية للمرض من خلال تمارين التنفس من أجل السيطرة على التوتر النفسي.
 - التقليل من التفسير الخاطئ لأسباب المرض.
 - تعرض المريض تدريجياً لنماذج مرضية إيجابية.
 - تبني إعادة البناء المعرفي الإدراكي، واستبدال الإجراءات الإدراكية المتبعة.
- وتشير نتائج دراسات تعديل السلوك المعرفي أنها حققت نجاحات كبيرة في مواقف عدة، فقد تناولت الأفراد العاديين وغير العاديين الذين يعانون من مشكلات، كالعدوان، والانطواء، ونقص المهارات الاجتماعية، والاكئاب، وغيرها، وخاصة استراتيجيات التعليم الذاتي التي تتخذ من التدريب على الحوار الداخلي هدفاً لها للوصول إلى درجة الوعي، تؤهل صاحبها على إدارة الذات، وضبطها، وتنظيمها، وزيادة فاعليتها، ومراقبتها، وثبتت فاعلية هذه الاستراتيجيات مع مختلف الأعمار، سواء أكانوا أطفالاً، أم مراهقين، أم راشدين، كما ثبتت فاعليتها في طرق تطبيقها، بشكل فردي وجماعي، إلا أن مسح الأدب النفسي في هذا المجال قد أشار إلى قلة الدراسات التي استخدمت استراتيجيات التعليم الذاتي عند العاديين وفي المواقف الأكاديمية، على الرغم من نجاحها وتميزها في ذلك (Meichenbaum, 1987).

وفي هذا السياق أجرى مايكنباوم وجودمان Meichenbaum and Goodman دراسة نشرها بالعام ١٩٧١ في السنوات المبكرة من حياته الأكاديمية، وكانت لأطفال مفرطي الحركة، حيث تم تدريبهم على التحدث لأنفسهم كطريقة لضبط أنفسهم، وكان ذلك من أهم ما ساهم في تأسيس الثورة المعرفية في العلاج النفسي متبنياً الاتجاه البنائي المعرفي والمنحى المعرفي العلاجي التي بلورت مفهوم نظرية تعديل السلوك المعرفي

Cognitive Behavior Modification ، والذي يهدف بشكل رئيس إلى مساعدة الفرد على تعلم الطرق التي تساهم بمعالجة سلوكه وتعديله، ويتضمن هذا النموذج مجموعة من الإدخالات Intervention ، أو الأحوال التي يتم استدخالها لإحداث تغييرات مرغوبة في السلوك المستهدف (Meichenbaum, 2001).

وتشير قطامي (١٩٩٢) إلى تعريف الإدخالات بأنها: " رد فعل متوقع يصدره المختص النفسي، أو التربوي، أو الوالدان لسلوك الطفل غير المناسب، أو التعلم غير الناجح"، ومن هذه الإدخالات المستخدمة ما يلي:

- أساليب ضبط الغضب Anger Control Method .
- حل المشكلات Problem Solving .
- التعليم الذاتي Self - Instruction .
- المراقبة الذاتية Self - Monitoring .
- التقويم الذاتي Self - Evaluation .
- الضبط الذاتي Self - Control .
- أساليب تدريب التعزيز الذاتي Self Reinforcement Training .
- التفكير بصوت عال Thinking Aloud .

ويمكن أن يسهم تعديل المعرفي السلوكي بفاعلية في تعديل الأداءات الانفعالية والاجتماعية، بالإضافة إلى التعديلات المعرفية، لذلك فإنه يمكن أن يفيد في المجالات التالية: صعوبات الانتباه، وضبط الغضب، والسلوك الفرط، والاستعجال لدى الأطفال، والاكتئاب، والمهارات الاجتماعية.

ويضم تعديل السلوك المعرفي، كما ورد في قطامي (٢٠٠٤) جوانب سلوكية، ومعرفية اجتماعية، ومعرفية خالصة، لذلك تعتبر الأسس النظرية للبرنامج وفق نموذج مايكنباوم، هي:

- المعالجة القائمة على المعنى Semantic Therapy .
- المعالجة الإشرافية الإجرائية Operant Conditioning .
- المعالجة القائمة على النمذجة Modeling .

وعلى أثر المعالجة بالنمذجة توصل علماء النفس المعرفيون إلى أن الأفراد يستطيعون تعلم العديد من المهارات الجديدة عن طريق ملاحظة أداء الآخرين لها، ومنها انطلقت النظرية المعرفية الاجتماعية Social Cognitive Theory ، وبعد ذلك تطورت النظرية من الاعتماد على فكرة الملاحظة إلى فكرة التركيز على المعرفة الاجتماعية، وسمي هذا المنحى بالنظرية المعرفية الاجتماعية، بحيث تفترض أن جزءاً كبيراً من التعلم الإنساني يحدث في السياق الاجتماعي فالأفراد يختزنون معرفتهم، وقواعدهم، ومهاراتهم، واستراتيجياتهم، واعتقاداتهم، ومواقفهم عن طريق ملاحظة الآخرين، ويتعلمون من خلال النماذج المختلفة أهمية وفائدة ومناسبة السلوك، والنتائج المترتبة على ذلك السلوك، وهم يسلكون بناءً على قدراتهم، وقناعاتهم، والنتائج المترتبة على أدائهم (Schunk, 2000).

وتتضمن عملية تعليم الأفراد للمهارات والاتجاهات الضرورية للعيش مع الآخرين بطريقة تبادلية إيجابية

ذات مكونات ثلاث هي:

أولاً: التأهيل المعرفي Cognitive Rehabilitation : ويقصد بذلك إعادة البناء المعرفي وتصحيح الخطأ المعرفي، ويتم التعامل في هذه المرحلة مع أبنية فكرية عميقة ومجردة.

ثانياً: بناء المهارات الاجتماعية Social Skill Building : وهي عمليات التعلم لكل المهارات الاجتماعية، ومهارات التفكير الخاصة لتشجيع تحسين النظرة للذات.

ثالثاً: إعادة بناء الثقافة أو الحاضرة Culture Restructuring : وهي العملية التي تهدف لتجذير الثقافة في الأعماق بما فيها من طقوس وشعائر بجدارة وكفاءة (<http://www.cognitive.bahaviormangement.com>).

ولذلك طور مايكنباوم وجودمان مجموعة عمليات في برامج تعديل السلوك المعرفي مؤكدين على المهارات المرتبطة بالأداءات اللازمة للمهمة وهي:

- تعريف المشكلة.
- تركيز الاهتمام وتوجيه الاستجابة للذات ينتجان عن استراتيجية التساؤل الذاتي.
- التعزيز الذاتي.
- التقويم الذاتي، والإحساس بالمعاناة.

وتتضمن نظرية مايكنباوم لتعديل السلوك المعرفي استخدام الألعاب والمعضلات لتعليم الطلاب استراتيجيات التعليم الذاتي المعرفي Cognitive Self - Instruction ، لضبط سلوكهم، ومساعدتهم على خفض سرعة الأداء، وتشجيعهم على استخدام التغذية الراجعة، لضبط وتعديل السلوك المتعلم (Meichenbaum, 2001).

المبادئ الأساسية في نموذج تعديل المعرفي السلوكي

Basic Factors of Behavioural Cognitive Modification

تلعب العمليات المعرفية الذهنية دوراً رئيساً في تحديد نمط السلوك الذي سيظهره الفرد بالموقف، فالفرد في التعلم لا يعد عنصراً سلبياً، بل حيويّاً نشطاً مشاركاً، وسلوك الفرد ليس استجابة للمثيرات البيئية، بل يتفاعل مع عناصرها، بحيث يبني الفرد مفاهيمه الخاصة حولها، ومن ثم تؤثر هذه المفاهيم في سلوكه.

ويركز باندورا Pandora على التفاعل بين العناصر المكونة للسلوك في الحتمية المتبادلة أو التبادل السلبى، والمقصود هو التفاعل الحتمى المتبادل بين الفرد والبيئة على صورة سهمين متعاكسين في الاتجاه (→) متفاعلين معاً لظهور السلوك، وتشكل أنماط تفكير المتعلم مكوناً مهماً في فهم الأداء، ويتضمن تعديل السلوك المعرفي أيضاً تعديل العمليات الذهنية المعرفية، وأنماط التفكير الخاطئة (Schunk, 2000).

وتمارس عمليات الحديث مع الذات Self - Talk ، والتفكير التلقائي دوراً في إحداث التغير المعرفي السلوكي، حيث يقوم المتعلم بإعادة بناء الأبنية المعرفية لديه، بحيث تقترب العمليات المعرفية للمتعلّم من الواقع الذي يواجهه في الموقف، وبذلك يصبح أدائه وظيفياً، وتتحدد نتائج التعديل بدرجة فاعلية المتعلم وقدرته على ممارسة التعلم الذاتي وهذا من أهم الجوانب العملية. ويستخدم التعلم مبادئ التعزيز، والتغذية الراجعة، والممارسات الأدائية الظاهرة، وتسهم في تطوير العمليات المعرفية، وبعد إدراك الواقع أحد المظاهر المهمة في سير عملية التعديل المعرفي السلوكي (قطامي، ٢٠٠٤).

ويؤكد العاملون في مجال التعديل المعرفي السلوكي على أهمية تقويم العمليات المعرفية، والتأكيد على العمليات المعرفية المناسبة التي تؤدي إلى استيعاب سليم، كما يؤكدون على الأبنية المعرفية وتنظيمها، وتعديلها، وفق ما يتوافر للمتعلّم من نماذج أداء (Meichenbaum, 2001).

كذلك يتمثل الهدف الرئيس من تعديل السلوك المعرفي في محاولة الفرد إعادة البناء المعرفي، وتنظيم المجال الإدراكي، أو تغيير الأفكار الخاطئة وغير العقلانية لديه، لتخفيف أو إطفاء أنماط السلوك المشكل، ومن هنا يستخدم مصطلح إعادة البناء المعرفي، للإشارة إلى كل النماذج العلاجية التي تشمل محاولة تعديل العوامل المعرفية الداخلية، والتي تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة (الخطيب، ٢٠١٣).

ويقوم منحى تعديل السلوك المعرفي على افتراض أن التفكير غير المنطقي يؤثر في حالة الفرد وسلوكه، فالعمليات المعرفية تؤثر في السلوك، والتقييم الواقعي والتعديل في هذه العمليات يحدث تقدماً في السلوك والأفعال (<http://psychology.massey.ac>). وهناك تفاعل متواصل بين المؤثرات البيئية والعمليات المعرفية والسلوك، ويسمى "باندورا" هذا التفاعل بالاحتمية المتبادلة Reciprocal Determinism ، حيث أن الإنسان يطور مفاهيم معينة عن المثبرات البيئية وعلاقتها ببعضها ببعض، وهذه المفاهيم تؤثر بدورها في السلوك الذي يصدر عنه (الخطيب، ٢٠١٣).

ويشير كوري (2011) Corey إلى أن ميدان التعديل المعرفي السلوكي قد قدم إسهامات عدة للعلاج المعرفي السلوكي، فقد تناولت العلاجات السلوكية المعرفية القلق، وضبط الغضب، والألم، والإدمان، والاضطرابات الجنسية، وإدمان الكحول، وعلاج الاكتئاب، وقد تزايدت الأبحاث مؤخراً حول إمكانية تطبيق الإجراءات السلوكية المعرفية في التعامل مع المشكلات الأكاديمية التقليدية، مثل: تطبيقها في حل مشكلات القراءة والاستيعاب، ومشكلات الرياضيات، والمشكلات المتعلقة بالإبداع.

الاستراتيجيات المستخدمة في نموذج تعديل السلوك المعرفي

Applied Strategies in Behavioural Cognitive Modification Model

بين ماكنباوم (2001) Meichenbaum أنه يمكن استخدام عدد من الاستراتيجيات الخاصة بالتعليم والتعلم من أجل التدريب على المهارات اللازمة في تعديل السلوك المعرفي، وفيما يلي عرض لأهم هذه الاستراتيجيات:

استراتيجية التعلم الذاتي Self – learning Strategy

أشار مايكنباوم (2001) Meichenbaum أن هذا النمط من التعلم يعتمد على أن يتعلم الفرد بنفسه، باستخدام معرفته الخاصة، حيث تكون المعرفة عادة لدى الفرد على شكل صورة سمعية أو بصرية، من خلال التحدث الذاتي Self – Talk ، بحيث يتحدث الفرد مع ذاته من خلال سؤالها وتوجيهها والتعاش معها، وتصحيحها، ويعتبر تعزيز السلوك الذاتي إحدى المهارات للتوفيق بين عمليات التعلم الذاتي، فإذا توافرت للفرد نماذج مهمة من الراشدين في حياته وقام بنمذجة أدائه سواء أكان تعلمه من النوع الواضح أو الضمني، فلهذه نقطة البداية للقيام بعمليات المعالجة الذهنية التربوية، لأنه سيصبح أكثر معرفة بكيف، ومتى، وأين، وماذا، ولماذا، وستسهل هذه الإجابات تعلمه، وهذا يزيد من قدرة المتعلم على ممارسة استراتيجية مهارة التعلم الذاتي، وبذلك سيتمكن الطلبة من اكتساب خبرات غنية يتعلمونها، ويمارسون المهارات الاجتماعية واللغوية المناسبة، وفي هذه الحالة تعتبر استراتيجيات نمذجة تعليم الذات من المهارات ما وراء المعرفة الضرورية لإنجاح الهدف التعليمي الصفي، وقد قام مايكنباوم وجودمان بتطوير هذه الاستراتيجية المستخدمة في تعديل السلوك المعرفي للأطفال مفرطي الحركة، وقاما بوصفها بخطوات محددة وهي:

- أولاً: تأدية السلوك المستهدف من قبل المعالج، وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مسموع.
 - ثانياً: تأدية السلوك المستهدف من قبل المتعلم، ويقوم المدرب بتوجيهه وتزويده بالتعليمات اللفظية.
 - ثالثاً: تأدية السلوك المستهدف من قبل المتعلم، وهو يتحدث إلى نفسه بصوت مسموع.
 - رابعاً: تأدية السلوك المستهدف من قبل المتعلم، وهو يتحدث إلى نفسه بصوت منخفض.
 - خامساً: تأدية السلوك المستهدف من قبل المتعلم، مستخدماً التعليمات الذاتية الخفية، دون أي صوت.
- ويشير قطامي (٢٠٠٤) أن هذه الاستراتيجية تتضمن نمطاً من الأسئلة التالية:

- ماذا يريد المعلم مني ؟
- ماذا علي أن أفعل ؟
- متى أتحدث لنفسي بصوت عالٍ ؟
- متى أتحدث لنفسي بصوت منخفض ؟
- متى أعلم نفسي ماذا أريد؟.

وتساعد هذه الإستراتيجية على تنظيم الأبنية المعرفية، وبالتالي التفكير المنظم، والذي ينعكس على السلوك والمهام التي يقوم بها، إضافة إلى دورها في تنمية السلوك الاستقلالي النابع من الذات، كما تعمل على تدريب الأفراد على تحمل المسؤولية، مما ينعكس على الأداء والمهام الأكاديمية من اختبارات، وواجبات، ومشاركات صفية، والقيام بالمشاريع، وفي إثارة الدافعية، مما ينعكس على الحياة اليومية بشكل عام (Hux and Meredith, 1994).

وتفترض هذه الإستراتيجية أن التدريب على الحوار الذاتي يمكن أن يؤدي إلى تغيير السلوك المستهدف، على فرض أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد باقي الأشياء التي يفعلونها، حيث يؤدي إدخال العنصر المعرفي (الحوار الذاتي) إلى ضبط السلوك الذي ينعكس على ثقة الفرد بنفسه، واستقلاليتة، ودرجة تحمله للمسؤولية، كما يساعد الفرد على اتخاذ القرارات، وحل المشكلات، والقيام باختيار ما يراه مناسباً (عزت والعزة، ٢٠٠٥).

ويعتبر التدريب على التعلم الذاتي هو أحد أشكال إعادة التنظيم المعرفي، والذي يهدف إلى تدريب الشخص على تعديل أنماط التحدث الذاتي، أو ما يسمى أيضاً بالاستجابات اللفظية الضابطة، على افتراض أن ذلك سيؤدي إلى تعديل السلوك، ويرى مايكنباوم أن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة انهزامية وسلبية، وإبداله بالتحدث الذاتي الإيجابي، والتعود على الاسترخاء في المواقف التي تبعث على القلق وعدم الراحة في نفس الإنسان، وفي الحقيقة فإن الاستعداد والتهيؤ للتعامل مع المواقف الصعبة يشكلان جزءاً هاماً في عملية التعلم الذاتي، وتسمى عملية الاستعداد للتعيش مع الظروف الصعبة بعملية التحصين ضد الضغوطات النفسية (الخطيب، ٢٠١٣).

ويضيف الخطيب (٢٠١٣) إن التدريب على استراتيجية التعلم الذاتي وفق الخطوات السابقة لا بد من أن يحتوي أربعة أنواع من التعليمات، هي:

- تحديد المشكلة (موضوع التدريب أو التعليم).
- تركيز الانتباه وتوجيه الاستجابة.
- تعزيز الذات.
- تقييم الذات.

يتضح مما سبق أن استراتيجية التعلم الذاتي هي إحدى استراتيجيات تعديل السلوك المعرفي التي ثبتت نجاعتها في المراحل العمرية المختلفة، وفي طرق تطبيقها، وفي تعاملها مع مختلف المجالات، أكاديمية كانت أم اجتماعية، ونظراً لأهمية هذه الاستراتيجية، فقد تم اعتمادها من أجل تنمية توكيد الأطفال لذواتهم ودافعيتهم للإنجاز.

وقد نجح مايكنباوم (2001) Meichenbaum في تعديل سلوكيات الأطفال الذين يعانون من اضطرابات سلوكية، مثل: الاندفاعية، والنشاط الزائد، والعنوانية عن طريق استخدام التعليمات الذاتية - Self Instructions، وقد أدى استخدام هذه الطريقة مع طرق الاشراف الإجرائي إلى إعطاء نتائج أفضل، وقد خلص مايكنباوم من هذه البحوث إلى أن التدريب على التعليمات الذاتية، يمكن أن يكون فعالاً في تغيير الأنماط المعرفية، وكذلك الخاصة يعزو السلوك، ولكنه حذر من نفس الوقت من أن فاعلية هذه الطريقة لم تتأكد بعد.

استراتيجية التنظيم الذاتي Self – atrategy of association

أضاف مايكنباوم Meichenbaum طريقة جديدة في تدريب حالات الفصام على تعديل سلوكهم، حيث اشتملت التعليمات اللفظية التي يقولونها لأنفسهم على ما يلي:

- إعادة صياغة مطالب المهمة أو الواجب.
- تعليمات بأداء المهمة ببطء، وأن يفكر قبل التصرف.
- أسلوب معرفي باستخدام التخيل في البحث عن حل.
- عبارات التقدير للذات.
- عبارة توضح سبب عدم ملائمة استجابة ضعيفة أو خاطئة.

وفي استراتيجية تنظيم الذات يتخذ الأفراد قرارات متعلقة بسلوكيات محددة يريدون ضبطها أو تغييرها، بحيث يتمكن الفرد من اكتشاف أن السبب الرئيسي في عدم قدرتهم على تحقيق أهدافهم هو قلة مهارات معينة لديهم، ويستخدم الباحثون عدداً من المصطلحات للإشارة لنفس المفهوم، مثل: الضبط السلوكي (Self - Control)، إدارة وتوجيه الذات Self - Management (Cormier and Nurius, 2003).

وقد وضعت مجموعة من الأساليب التي تتميز بها استراتيجية تنظيم الذات الفعال من قبل ماري (1999)

Mary التي تتمثل بما يلي:

١. تكون استراتيجيات تنظيم الذات فعالة أكثر إذا استخدمت مع الأفراد كمجموعة وليس كحالات فردية.
 ٢. الثبات في استخدام الاستراتيجية أمر أساسي وضروري، فإذا لم تستخدم بشكل نظامي في فترات محددة، فإن فاعليتها ستكون محدودة في إحداث تغييرات هامة.
 ٣. الاهتمام بوضع أهداف واقعية، وتقييم الدرجة التي يمكن أن تتحقق بها هذه الأهداف.
 ٤. استخدام التعزيز الذاتي، وهو عنصر مهم في تنفيذ استراتيجية تنظيم الذات.
 ٥. توفير الدعم البيئي للمحافظة على التغييرات الناتجة عن استراتيجية التنظيم الذاتي.
- إن عملية التدريب على التنظيم الذاتي تتضمن التدريب على مجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية التي توظف بهدف مساعدة الأفراد على التحكم الذاتي بالسلوك الشخصي في العديد من المواقف المختلفة، وهذا ما يسمى باستراتيجية التعميم Generalization strategy ، والتي تمتد إلى إيجاد أنماط سلوكية جديدة، بحيث يتحكم الفرد في نفسه، وبالتالي ينصب الاهتمام بالتنظيم الذاتي على مقدمات السلوك والتعليمات المعرفية الوسطية، ونواتج السلوك بسبب كونها جميعاً عمليات تتحكم بالسلوك (Grandvold, 1994).

كما تستند أهمية الضبط الذاتي بوصفها وسيلة لتعميم السلوك، إلى حقيقة مفادها أن هناك سلوكيات عدة لا يستطيع أحد مراقبتها أو التحقق منها إلا الفرد نفسه، وبالرغم من أن الضبط الذاتي قد يبدو غير واقعي ومن الصعب تحقيقه، إلا أن نتائج البحوث العملية والتربوية توصلت إلى إمكانية تطبيق هذا الإجراء بفعالية في كثير من الأحيان مع مستويات عمرية مختلفة، وكذلك في معالجة بعض الأنماط السلوكية غير التكيفية، مثل: النشاطات الزائدة، والانطواء الاجتماعي، والعدوان والانفعال (الخطيب، ٢٠١٣).

وهناك العديد من المفاهيم المرتبطة بعملية تنظيم الذات التي تؤثر فيها، وهي:

١. مراقبة الذات Self - Monitoring

تعتبر عملية مراقبة الذات في تنفيذ استراتيجية التنظيم الذاتي، والتي تبدأ بالشعور بالمشكلة، وتنتهي بالحصول على معلومات عن السلوك المستهدف، وتتضمن كل المحاولات التي تهدف إلى جمع المعلومات حول السلوك المشكل، بهدف الوصول إلى معلومات دقيقة تساعد على تقييم هذا السلوك بدقة (Kanfer and Goldstein, 1984).

وغالباً ما تبدأ استراتيجية الضبط بالمراقبة الذاتية، فالمراقبة الذاتية توضح للفرد طبيعة سلوكه، وحجم المشكلة التي يعاني منها، ولقد أوضحت بعض الدراسات أن المراقبة الذاتية قد تؤدي في كثير من الأحيان إلى زيادة السلوك المقبول، وتقليل السلوك غير المقبول (الخطيب، ٢٠١٣).

٢. التعزيز الذاتي Self - Reinforcement

يشير التعزيز الذاتي إلى التغذية الراجعة للسلوك المرغوب فيه، يقوم بها الفرد عن طريق تقديم معززات ذاتية بعد قيامه بتحقيق الأهداف المطلوبة منه، حسب المعايير المعدة مسبقاً، لتعزيز السلوك وتقويته، بحيث ينعكس ذلك على قدرته على ضبط ذاته، أي أن الطفل يعطي المعزز لنفسه، وهذا الأسلوب يتم استخدامه في المراحل المبكرة، لأنه سيكون له آثار إيجابية مستقبلية على التفكير بشكل مستمر، وكذلك على السلوك الذي يقوم به الفرد، ويمكن أن يدمج هذا الأسلوب مع الأسلوب السابق، وهو التقييم الذاتي (الخطيب، ٢٠١٣).

٣. تقديرات الذات Self - Esteem

يشير تقدير الذات إلى الحكم الذي يتبناه الفرد عن نفسه في مواقف حياتية عديدة، حيث يتقبل الفرد هذا الحكم دون اعتراض أو تظلم، لأنه من إحساساته وانفعالاته تجاه الأحداث، ويرضى بهذا الحكم ويحاول أن يتباهى بذاته إذا كان هناك نوع من النجاح، وبحجب نفسه عن الآخرين إذا كان حكمه بالفشل على ذاته، فهو تقييم ذاتي للصفات الذاتية التي تظهر في المواقف الحياتية.

وتؤكد ولفك (Wool folk 1998) أن تقدير الذات المرتفع هو أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع أن يقتحم المواقف الجديدة والصعبة دون أن يفقد شجاعته، كما يمكنه مواجهة الفشل في الحب أو العمل دون أن يشعر بالحزن أو الانهيار لمدة طويلة، بينما يميل الفرد ذو تقدير الذات المنخفض إلى الشعور بالهزيمة حتى قبل أن يقتحم الموقف الجديد أو الصعب، حيث أنه يتوقع فقدان الأمل مسبقاً.

التحصين ضد التوتر Stress Inoculation

يرى كورمير ونوريس (Cormier and Nurius 2003) أن إدارة الضغط تتضمن تدخلات من قبل المرشد والمسترشد لتحديد العوامل الضاغطة على الفرد، ووضع أهداف للحد منها، ووفقاً لكورمير ونوريس (Cormier and Nurius) أيضاً فإن التحصين ضد التوتر أسلوب لتعليم مهارات التكيف المعرفي والجسدي، ويُفهم من اسمه أنه تحضير مسبق للاستجابة للموقف الضاغط حين حدوثه، ويعمل على مساعدة المسترشد على امتلاك المعرفة وتحملها.

وقد تم تطوير التحصين ضد التوتر بواسطة مايكنباوم وكامبيرون Meichenbaum and Cameron في عام ١٩٧٣ الذين استخدماه لمساعدة المسترشدنين ذوي ردود الفعل الناتجة عن الخوف المرضي للسيطرة على القلق في المواقف الضاغطة، وقد وصفه مايكنباوم وتيرك Meichenbaum and Turk بأنه أسلوب يقدم الحماية النفسية التي تعمل بطريقة مشابهة للتفليح الطبي للأمراض الجسمية، ووفقاً لهما، فإن التحصين ضد التوتر يوفر للفرد الوقاية المستقبلية، أو مجموعة من المهارات للتعامل مع المواقف الضاغطة (Cormier and Nurius, 2003).

التدريب على التحصين ضد التوتر Stress - inoculation training

تشبه هذه الطريقة عملية التحصين البيولوجي ضد الأمراض العامة، وهي تقوم على أساس مقاومة الضغوط عن طريق برنامج يعلم الفرد أن يواجه أو يتعامل مع مواقف متدرجة من الضغوط، وهذا الأسلوب متعدد الأوجه، نظراً لما يحتاجه من مرونة في مواجهة المواقف المتنوعة للضغوط، وكذلك لوجود فروق فردية، وثقافية، وأيضاً لتنوع أساليب المواجهة.

ويرى مايكنباوم (2003) Meichenbaum أن رد فعل الخوف يتضمن تفاعلاً بين عنصرين رئيسيين هما: الاستثارة الفسيولوجية للفرد، والخواطر الخاصة التي تفسر الموقف على أنه يمثل تهديداً أو يشكل خطورة على الفرد، وتعزى الاستثارة الفسيولوجية إلى حالة القلق أو الخوف. إن تقييم الخطر والعنوان الذي تضعه لاستجابة الجسد هما القوتان الحقيقتان اللتان تحددان ماهية رد الفعل العاطفي الذي يشعر به الفرد، وهذا يفسر لماذا نجد نفس الشخص الذي يهوى "مشاعر الإثارة" التي يحس بها أثناء قفزة بالمظلة من الطائرة، أنه يقفز من مقعده رعباً، وهو يصرخ في فزع عندما يرى فاراً منزلياً يسير على الأرض، وتتألبه ثورة غضب يوم عيد ميلاده عندما تقدم له خطيبته كعكة الشكولاتة، وفي جميع المواقف الثلاثة يحوّس هذا الشخص رد فعل القتال أو الهروب.

ففي الحالة الأولى يرى القفز من الطائرة بمثابة مغامرة مثيرة، ويضع عناناً لأحاسيسه الجسمية فيسميها "الإثارة"، فهي بالفعل تعمل على الارتقاء بما يشعر به من متعة في تجربته تلك.

وفي الحالة الثانية يعتبر الفأر عدوه اللدود نتيجة لوجود بعض المعرفة المسبقة التي أثرت عليه تأثيراً سلبياً، وهو يفسر استثارته الفسيولوجية على أنها خوف، وهو ما يزيد يقينه بأن الموقف خطير.

وفي الحالة الثالثة يؤمن بأن خطيبته لا تفكر جيداً، لأنه سبق أن قال لها: أنه يعاني من حساسية تجاه الشوكولاتة، فاستثارته الفسيولوجية تثبت له مدى خطأ سلوكه هذا، ومع التدريب على مهارات المجابهة، يتعلم المرء كيف يسترخي لدى ظهور أولى علامات الشد العصبي لديه فيقاوم خواطر القلق بخواطر مجابهة الضغوط ومكافحتها عندما يواجه موقفاً مشحوناً بالتحدي، وهذا التدريب لا يفترض فيك القدرة على التمكن من السيطرة على القلق أو الغضب، بحيث لا يعودان من جديد مطلقاً، وإنما يمنحك استراتيجيات فعالة في التعايش مع الضغوط ومجابهتها، بحيث تنمو الثقة في قدراتك على التعامل مع أي موقف، مهما بدا لك مسبباً للضيق في بادئ الأمر.

استراتيجية التخيل الانفعالي للتحصين ضد التوتر

Strategy of Emotional Imagination of Stress - inoculation

لقد أدخل ماكس مولتسبي Max Moletsba فكرة التخيل العقلاني في مواجهة الضغوط، حيث يرى أن هذه الإستراتيجية من شأنها أن تحصن الفرد من الضغوط، وتعديل المشاعر المشحونة بالتوتر لديه، وتعمل هذه الإستراتيجية على النحو التالي:

١. تخيل الحدث المشحون بالضغوط، ولاحظ جميع المشاهد والأصوات والروائح والملابس التي ترتديها والمكان، وكل ما قيل في هذا الحدث.

٢. وبعدها بينما أنت تتخيل هذا الموقف بوضوح، دع شعورك بعدم الارتياح ينتابك، مثل مشاعر الغضب أو الخوف أو القلق أو الخجل، ولا تحاول تجنب الانفعالات والمشاعر السلبية.

٣. بعد تجربة الانفعالات والمشاعر المشحونة بالضغوط، اعمل على تغييرها بنفسك، بحيث تعمل على تغيير العاطفة بشكل جذري، فتستبدل مشاعر القلق والخوف والإحباط والأسف بمشاعر الثقة، ولو لبضع لحظات.

٤. بعد أن اتصلت بالمشاعر المثيرة للضغوط ودفعتها بعيداً عنك، ولو لبرهة وجيزة، يمكنك أن تتفحص الأسلوب الذي اتبعته في القيام بذلك، وما الذي قلته لنفسك، وما هي الأفكار التي كنت تحدث بها نفسك، كي تتخلص من تلك المشاعر المثيرة للضغوط.

٥. وبعد معرفة للأسلوب الذي غيرت به من الانفعالات السلبية للتوتر إلى مشاعر وانفعالات أكثر ملاءمة، يمكنك إحلال معتقدات جديدة، ومكتيفة في أي وقت تشاء، وكلما كنت واعياً بعمق مدى نجاح المعتقدات الجديدة في دفعك بعيداً عن التوتر والشد العصبي وفي توليد مشاعر وانفعالات بداخلك، تكون أكثر قابلية لاحتمال الضغوط (ماكاي و وايشلمان و ديفيز، ٢٠٠٥).

يقوم هذا التدريب على أساس مقاومة الضغوط ومواجهتها، وتذكرها كورمير ونورنس وأوسبن (2009)

Cormier, Nurins and Osbon أن التحصين ضد التوتر له سبعة عناصر رئيسية، هي:

١. التبرير المنطقي: هو توضيح لماهية المواقف الضاغطة التي يجد المرء نفسه فيها، وتقديم هذا التبرير يساعد الشخص في التعامل مع المواقف المستثيرة للضغط النفسي وفي التحكم بمشاعره عندما يتعرض لتلك المواقف، بحيث لا يرضخ لسيطرتها عليه.

٢. إعطاء المعلومات: قبل أن يتعلم المرء تطبيق مهارات التكيف المختلفة، فإنه يحتاج إلى الحصول على بعض المعلومات المتعلقة بطبيعة الضغط وردود الفعل الناجمة عنه، الأمر الذي يساعده في إيجاد تصور للأحداث الضاغطة وعناصرها.

٣. اكتساب مهارات التكيف المباشرة وممارستها: أكثر المهارات المستخدمة هنا هي: جمع المعلومات حول الحدث الضاغط، والتعرف على وسائل الهرب أو التقليل من الضغوط الحالية، ومهارات التدبر المنطقية، والاسترخاء العقلي، والاسترخاء الجسدي.

٤. اكتساب مهارات التكيف المعرفية وممارستها: تعنى هذه المهارات باحتواء القلق عن طريق إعادة البناء المعرفي، حيث يتم توضيح الأفكار التكيفية للمواقف الضاغطة ليتمكن الشخص من اختبار ما يناسبه من بينها كأفكار بديلة عن أفكاره السلبية أو الهازمة للذات.

٥. تطبيق جميع مهارات التكيف على المواقف ذات الصلة بالمشكلة: وهنا يطبق الشخص مهارات التكيف المباشرة والمعرفية في التعامل مع المواقف الضاغطة أو المؤلمة التي تواجهه، وقبل تطبيقها على أرض الواقع، يتم تطبيقها في ظروف مضغوطة مشابهة بمساعدة المرشد.

٦. تطبيق جميع مهارات التكيف مع المواقف الضاغطة المحتملة: لكي يكون البرنامج ناجحاً، من المهم أن يؤهل الشخص للتعامل مع المواقف والمشكلات التي يحتمل أن يتعرض إليها مستقبلاً إلى جانب حل المشكلات الحالية، وهنا، يقوم المرشد بوضع مواقف افتراضية لمساعدة الشخص على التفكير بها وبطرق التصرف في حال مواجهة مواقف شبيهة.

٧. الواجبات المنزلية والمتابعة: عندما يتعلم الشخص طرق التحصين ضد التوتر، فسيكون مستعداً لتطبيقها في الحياة، ويتم تشجيعه على تدوين المواقف التي استخدم فيها هذه الطرق وعددها.

ويتضمن التحصين ضد التوتر ثلاث مراحل على النحو التالي:

أولاً: مرحلة التعليم: في هذه المرحلة يزود الفرد بإطار تصوري لفهم طبيعة ردود الفعل الصادرة عنه تجاه الضغوط، ويكون ذلك بأسلوب بسيط، ويكون الهدف من تحديد هذا الإطار هو مساعدة الفرد على أن ينظر للمشكلة بشكل منطقي، وأن يتعاون مع التوجيه المناسب، وبعد ذلك يشجع الفرد على النظر إلى خوفه أو ردود فعل ضغط لديه على أنها تتكون من أربع مراحل بدلاً من كونها تبدو في صورة واحدة، وهذه المراحل هي:

- الإعداد للموقف الضاغط.
- مواجهة المواقف الضاغطة والتعامل معه.
- احتمال أن يكون الموقف الضاغط شديداً عليه.
- تعزيز نفسه على أنه قد تخلص من الموقف الضاغط.

ثانياً: مرحلة التكرار: وفي هذه المرحلة يؤكد مايكنباوم Meichenbaum على ما يقوم به المدرب بتزويد الفرد بأساليب المواجهة، والتي تشمل على إجراءات مباشرة ووسائل مواجهة معرفية يستخدمها في كل من المراحل الأربع، وتشتمل الإجراءات المباشرة على الحصول على معلومات حول الأشياء المخيفة له، والإعداد لطرق الهروب، والتدريب على الاسترخاء. أما المواجهة المعرفية فتشتمل على مساعدة الفرد أن يصبح اعباً بالعبارات السلبية القاهرة للذات، واستخدامها كإشارات على تكوين عبارات ذاتية غير مناسبة للمواجهة.

ثالثاً: مرحلة التدريب التطبيقي: وفي هذه المرحلة يؤكد مايكنباوم Meichenbaum على قدرة الفرد في استخدام أساليب المواجهة للمريض كأن يعرض له في المختبر سلسلة من الضغوط المهددة للأنف، كما يساعد المدرب بنمذجة استخدام مهارات المواجهة، كذلك يساعد على التدريب في صور متعددة، بحيث يشمل على مجموعة من الأساليب العلاجية والتي تشتمل على الكلام، والمناقشة، والنمذجة، وتعليمات للذات، وعملية تكرار السلوك، وكذلك التعزيز (Meichenbaum, 2001).

خطوات التدريب على مجابهة الضغوط Training Steps of Facing Pressure

ووفقاً لمايكنباوم Meichenbaum أن التدريب على مجابهة الضغوط يتضمن خمس خطوات، هي:

١. مهارات الاسترخاء: تساهم التدريبات على الاسترخاء، مثل: التنفس من الحجاب الحاجز، والاسترخاء المضطرب والاسترخاء المطرد دون توتر، والاسترخاء تحت سيطرة التلميحات على إكساب مهارات المجابهة للضغوط المتوقعة.
٢. تسلسل الأهمية للأحداث المشحونة بالضغوط: من أجل تطبيق مهارات المجابهة في المواقف الحياتية، وبناء تسلسل أو لائحة شخصية، للمواقف المشحونة بالضغوط، تبدأ بأقلها تسبباً في الضيق وتنتهي بأكثرها تسبباً.
٣. خواطر المجابهة، يفضل أن تضع قائمتك الخاصة من الخواطر التي تساعدك على مجابهة الضغوط. وسوف تستغل هذه الخواطر في مساعدتك على اجتياز الأوقات التي تشعر فيها بالقلق أو الغضب.
٤. مهارات المجابهة التخيلية، باستعمال الخيال، يمكنك استدعاء أي موقف مشحون بالضغوط في التسلسل الذي صنعتته وتجربة الشعور بالتوتر والعواطف المسببة للضيق المرتبطة به، وبعدها طرد التوتر ومقاومة خواطر المسببة للضغوط بخواطر أخرى تكافحها، وهذا التدريب الذي تجربته في مخيلتك يؤهلك لتوجيه رد فعل الضغوط نحو الاتجاه المعاكس عندما تكون في مواجهة النيران في الحياة الواقعية.
٥. مهارات المجابهة الفعلية: بعد أن أتممت الخطوات الأربع الأولى، ستبدأ في تطبيقها في مواقف التحدي في حياتك اليومية، وفي نهاية الأمر، تصبح تمرينات الاسترخاء الذاتي وخواطر مجابهة الضغوط آلية في أي موقف مشحون بالضغوط (ماكاي وإيشيلمان وديفيز، ٢٠٠٥).

أساليب إعادة البنية المعرفية Ways of Cognitive Re - establishment

يقصد مايكنباوم (2001) Meichenbaum بهذا الأسلوب قدرة المدرب على توفير مجموعة من الطرق العلاجية التي يتم وضعها تحت مسميات العلاج بإعادة البنية المعرفية أو العلاج بالدلالات اللفظية، حيث تركز هذه الطرق على تعديل تفكير الفرد واستدلالاته وافتراضاته، والاتجاهات التي تقف وراء الجوانب المعرفية لديه، وينظر في هذه الحالات إلى المريض العقلي على أنه اختلال في التفكير يشتمل على عمليات تفكير محرفة تؤدي إلى رؤية محرفة للعالم، وإلى انفعالات غير سارة وصعوبات ومشكلات سلوكية، وتمثل هذه الطرق ما يعرف باسم العلاج المبني على الاستبصار Insight Oriented Therapy، وفي هذه المجموعة الواسعة من الطرق فإنها لا تمثل طريقة أو نظرية واحدة للعلاج وإنما علاجات مختلفة، وفيما يلي بعض التصورات حول الجوانب المعرفية لدى الأفراد.

١. العمليات المعرفية باعتبارها أنظمة تفكير غير عقلاني: يدخل في هذا التصور ذلك النموذج الذي وصفه ألبرت إيليس الذي يرى أن الأفكار غير العقلانية هي التي تؤدي إلى الاضطراب السلوكي والاضطراب الانفعالي.
٢. العمليات المعرفية باعتبارها أنماط تفكير خاطئ: يدخل في هذه المجموعة ذلك النموذج الذي قدمه بيك Beck والذي يركز على أنماط التفكير المشوه أو المحرف الذي يتبناه الفرد أو المريض، وتشتمل التحريفات على استنتاجات خاطئة لا يقوم عليها دليل، وكذلك على مبالغاة في أهمية الأحداث ودلالاتها، أو خلل معرفي، أو نقص في اعتبار عنصر هام في الموقف، أو الاستدلال المنقسم، أو رؤية الأشياء على أنها أبيض وأسود، خير أو شر، صحيح أو خطأ، دون وجود نقطة وسط (Cory, 2011).
٣. الجوانب المعرفية كأدلة على القدرة في حل المشكلات ومهارات التعامل: إن التركيز على مهارات تكيفية ومعرفية معينة تساعد على تعليم المسترشدين مهارات حل المشكلات ضمن خطوات متسلسلة تتضمن التعرف على المشكلة، وتوليد البدائل الخاصة بالحلول، واختيار واحد من هذه الحلول ثم اختبار كفاءة هذا الحل. وفي أسلوب حل المشكلات فإن المسترشدين يتعلمون كيف يواجهون ويحولون مشكلة ما في مواقف مستقبلية بينما في مهارات المواجهة، فإنهم يتعلمون من خلال موقف يشكل عقبة أو مشكلة حقيقية (Meichenbaum, 2001).

المهام المشتركة في العلاج المعرفي السلوكي

Common Tasks in Behavioural Cognitive Therapy

- لقد طور مايكنباوم (Meichenbaum 2003) سبع مهام يشتمل عليها العلاج المعرفي السلوكي، وهي:
- أولاً: طور علاقة تعاونية مع المريض، ثم اتركه يروي قصته: يعتبر التعاون بين المريض والمعالج ضروري لجميع أشكال العلاج السلوكي، كما أن موقف المعالج المتفهم والمشجع للمريض على شرح وضعه يقوي التعاون بينهما.
 - ثانياً: ثقف المريض حول المشكلة المرضية التي يعاني منها: ويتم ذلك من خلال تقديم المعلومات للمريض بعد أن يقوم المعالج بمعرفة الحالة المرضية، عن طريق الأسئلة، والاختبارات، وإجراءات المراقبة للمريض.
 - ثالثاً: ساعد المريض على إعادة تصور مشكلته بطريقة أكثر تقاؤلية: وهنا يساعد المعالج المريض عن طريق تصور المشكلة بطريقة أكثر إيجابية، من خلال إعادة البناء المعرفي للمريض، وتغيير أفكاره.
 - رابعاً: تأكد من توفر مهارات التحمل لدى المريض: يجب تعليم المريض مهارات التحمل التي تلزم في العلاج المعرفي السلوكي، وهي: مراقبة الذات، وتمارين الاسترخاء، والتعليم الذاتي، والتدريب التخيلي، وإعادة البناء المعرفي، والتدريب الحازم، ومهارات الوقاية من الانتكاسات.
 - خامساً: شجع المريض على القيام بالتجارب الشخصية: عندما ينخرط المريض في الحياة العملية بمفرده، فإنه يبدأ بالتفكير بشكل صحيح، ويعمل على بناء مفهوم ذات قوي.

سادساً: ساعد المريض على تقبل التغييرات التي حدثت لديه، من خلال تزويده بالبيانات التي تساعد على معرفة حدوث التغيير، ويتم التركيز والاهتمام بكيفية حصول مثل هذه التغييرات.

سابعاً: ثقف المريض بكيفية تجنب الانتكاسات: إن تثقيف المريض من قبل المعالج حول الانتكاسات المتوقعة يساعد المريض في المحافظة على المستوى الذي وصل إليه بعد العلاج.

وقد هدف عمل مايكنباوم (2013) Meichenbaum الذي أوضح فيه المهام الرئيسية في العلاج النفسي: ما الذي يفعله المعالجون الخبراء؟ وذلك بناءً على المبادئ العلاجية للتغيير، حيث أشار في عمله إلى مجموعة من المبادئ التي تضم:

أولاً: تطوير العلاقات والتحالفات العلاجية بين المريض والمعالج، وذلك:

- لمساعدة المريض على البوح بمشكلته، مع دعم الرابط بين المريض والمعالج.
 - التعاون مع المريض في تأسيس أهداف المعالجة والوسائل لتحقيق هذه الأهداف.
 - تشجيع دافعية المريض من أجل التغيير، وتعزيز اعتقاده بإمكان العلاج أن يساعده.
 - مراقبة تقدم المريض، واستخدام المعلومات لتوجيه المعالجة المستمرة.
- ثانياً: على المعالج أن يكون بحساسية الثقافية عند إجراء التقييمات، وعلى المعالج أن يطور معرفة المعالجة، وأن يكون بكفاءة في معالجة الأفراد من عرقيات مختلفة.**

- يجب أن تكون المعالجة حساسة لتوقعات المريض، وللنمط الشخصي الثقافي.
 - تفصيل المداخلات حسب المجموعات العرقية، مثل: معالجة المهاجرين الكمبوديين للمعالجة من الخوف من الهجمات.
 - البحث في أية معوقات ثقافية قد تظهر أثناء العلاج.
 - الرغبة في الاستشارة مع الأفراد الذين قد يكونوا مزودين أكثر بالمعرفة وبالأفكار للتعامل مع التنوع الثقافي.
- ثالثاً: إعداد المريض بشكل مستمر عن مشاكله والحلول الممكنة وتسهيل وعيه، باستخدام العديد من الطرق لإعداد، ولرعاية الإحساس بالفضول وبالاكتشاف.**

- إجراء التقييم لعوامل الخطر، ولعوامل الحماية، وتقديم التغذية الراجعة البناءة مع الاختبار لوجهات نظر المريض عن مشاكل موجودة، ونظرياته للتغيير السلوكي.
- جعل المريض يشترك في مراقبة الذاتية، وإجراء التحليل الظرفي والإنمائي.
- استخدام نموذج الفيديو (تسجيل أفلام الفيديو وغيرها من المواد التعليمية).

رابعاً: مساعدة المريض على إعادة الإدراك لمشاكله بطريقة مساعدة أكثر.

- إجراء مراجعة لحياته.
- استخدام وضع الهدف التعاوني (على المدى القصير، المتوسط، والطويل).
- استخدام عمليات مجموعة (مجموعات مفتوحة النهاية).
- تشجيع المريض على أداء تجارب شخصية.

ويعد منحى تعديل السلوك المعرفي اتجاهاً في تعديل وعلاج السلوك يعتمد على دمج طرق، وأساليب، واستراتيجيات علم النفس المعرفي والسلوكي، ويهدف هذا المنحى إلى مساعدة الفرد على حل المشكلات التي تعترض عن طريق تغيير التفكير، والأفكار، والاعتقادات غير المنطقية (<http://psychology.massey.ac>). ويؤكد هذا المنحى على قدرة الفرد على حل المشكلات والتنظيم الذاتي للسلوك (Thomas and Grimes, 1990; Richard, 2000).

ومن خلال العرض السابق يوضح لنا أن منحى تعديل السلوك المعرفي ذو قيمة تطبيقية إذ استخدم في التعلم الصفي، والمشكلات الصفية، ومعالجة مشكلات الضبط الصفي والمشكلات النفسية التي يعاني منها الطلبة العاديين، والمشكلات الذهنية (قطامي، ٢٠٠٤).

إن استخدام الاستراتيجيات المذكورة أعلاه يؤدي إلى تطوير العمليات ما وراء المعرفية والمتضمنة، التخطيط، والمراقبة، والتقييم.

ثانياً: الدراسات السابقة

يتضمن هذا الجزء عرضاً للدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الحالية، وذلك ضمن محورين رئيسيين: الأول منها يتعلق بالدراسات التي تناولت البرامج العلاجية، والدراسات التجريبية، وبرامج العلاج المعرفي السلوكي، والبرامج التي اعتمدت أنموذج مايكنباوم حول الإدمان. أما الثاني فتعلق بالدارسات التي تناولت عوامل الخطورة المرتبطة بالإدمان، واستراتيجيات خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان. عند البحث عن الدراسات التي تناولت فاعلية أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، فسيكون الأمر شاقاً؛ لقلة الدراسات التي تناولت أنموذج تعديل السلوك المعرفي لدونالد مايكنباوم سواء الأجنبية منها أم العربية في علاج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. وفيما يلي عرض للدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة.

أولاً: دراسات تناولت تطبيق البرامج العلاجية والدراسات التجريبية وبرامج العلاج المعرفي السلوكي وأنموذج تعديل السلوك المعرفي وفاعليتها في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

أجرى رينوت وكاتريجن وجافاد وبول وميجكي وميز (2015) Reinout, Katrijn, Javad, Paul, Mijke and Miles دراسة بعنوان: التدريب على تعديل الانحراف المعرفي لدى المدمنين عبر شبكة الانترنت، هدفت الدراسة التعرف على النتائج الايجابية لبرامج تعديل الانحراف المعرفي للمدمنين، وفيما إذا بالإمكان إنجاح برامج التعديل المعرفي بطريقة آلية مبنية بالكامل على شبكة الانترنت، وفيما إذا كانت هذه المدخلات سوف تساعد المدمنين في خفض تعاطيهم للمخدرات والكحول، حيث تم استقطاب المشاركين من خلال إعلان عبر الانترنت وكان عدد المهتمين بالمشاركة (٦٩٧) فرداً، وتم تشخيص (٦١١) فرداً، وشمل التدريب (٣١٤) فرداً، ولم يكمل منهم التدريب سوى (١٣٦) فرداً، وكانت أداة الدراسة المطبقة هي اختبار قبلي للمشاركين، وبرنامج تدريبي احتوى على أربع جلسات تدريبية عبر شبكة الانترنت، كما تم إجراء اختبار بعدي للمتدربين الذين تم اختيارهم بالطريقة العشوائية، وكان من محاور الاختبار (ضبط الذات، إعادة التدريب)، وبعد إجراء عمليات المعالجة تم التوصل إلى النتائج التالية: نجاح البرنامج التدريبي في خفض تعاطي المشاركين للكحول والمخدرات، سواء الذين خضعوا لكافة جلسات التدريب، أو الذين خضعوا فقط للتدريب على ضبط الذات، ونجاح برنامج التعديل السلوك المعرفي المتكامل مع مداخلات معرفيه وتحفيزية في الحصول على نتائج ايجابية.

وقام ميثيا ووروات وويرن (2014) Methpiya, Worarat and Wirun بدراسة بعنوان: "برنامج تدريبي غير رسمي لتعزيز المرونة في التعامل مع متعاطي المخدرات بالنسبة لأفراد على خطر الانتكاسة مستند الى مدخل نظرية التعلم التحويلي، ومنحى تعديل السلوك المعرفي"، وقد هدفت الدراسة إلى تطوير برنامج تدريبي مبني على مفهوم تعديل السلوك المعرفي ونظرية التعلم التحويلي لتعزيز المرونة في التعامل مع تعاطي المخدرات بالنسبة لأفراد على خطر الانتكاسة، وتم إجراء الدراسة عبر ثلاث مراحل: دراسة حاجة المتعلم

للبرنامج، وبناء المرونة لتفادي الانتكاسات من تعاطي المخدرات، ودراسة الآثار لتطبيق البرنامج. استخدم المنهج شبه التجريبي في الدراسة، حيث أجريت الدراسة على مجموعتين: إحداهما تجريبية، والأخرى ضابطة، وتم تطبيق الاختبارات القبلية والبعدية على عينة الدراسة المكونة من (٦٠) فرداً، وزعوا بشكل عشوائي إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية بواقع (٣٠) شاباً، ومجموعة ضابطة بواقع (٣٠) شاباً، وتم تطبيق البرنامج المطور على المجموعة التجريبية، أما المجموعة الضابطة لم تتعرض لأي برنامج، وبعد إجراء عملية المعالجة الإحصائية توصلت الدراسة للنتائج التالية: أن أفراد عينة الدراسة من الشباب فضلوا النشاطات التفاعلية كالألعاب، ولعب الدور، والمحاضرات، ووجود أثر إيجابي لدى المجموعة التجريبية التي استفادت من البرنامج العلاجي المطبق، وفعالية البرنامج المقترح في معالجة الشباب المدمنين على المخدرات.

وقام مهمت وإيليزي وأندرو وكاثلين (Mehmat, Elise, Andrew and Kathleen (2014) دراسة بعنوان: " التعزيز المعرفي كمعالجة للإدمان على المخدرات"، وقد هدفت الدراسة إلى بيان أن الإدمان على المخدرات يشكل أحد أهم المشاكل الصحية العامة لعدد كبير من الأفراد متعاطي المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية، وقد بلغ عدد أفراد مجتمع الدراسة (٢٢,٦) مليون شخص يتعاطون المخدرات في الولايات المتحدة الأمريكية، والذين لم تثبت فاعلية علاجهم بالأدوية، وقد اقترحت الدراسة أن برنامج التعديل السلوكي له فاعلية متفاوتة في علاج الأفراد المدمنين، مع وجود حاجة لوجود مثل هذه البرامج، كما اقترح الدليل أن المداخلات المعرفية السلوكية تؤدي إلى تعزيز قدرة الأفراد المدمنين على ضبط أنفسهم، كما ظهر من خلال الدراسة أن معظم أشكال الإدمان المزمّن لها صلة مع إعاقات معرفية مهمة كالعلاقة مع الذاكرة العاملة، والانتباه، والوظائف المعيقة للاستجابة، كما بينت الدراسة أنه توجد فائدة متوقعة من التدخلات المعرفية السلوكية، إلا أن استراتيجية التعزيز المعرفي لتحسين نتائج البرامج ما زالت تتطلب المزيد من البحث لمعرفة أثرها على المدمنين على المخدرات، أو للمدمنين الذين تظهر عليهم أعراض معرفية محددة.

وأجرى شيونغ و ناغي (Heung and Nagi (2013) دراسة بعنوان: خفض تعاطي المخدرات لدى الشباب من خلال تدريب الموظفين الاجتماعيين على المعالجة المعرفية السلوكية المتكاملة، وقد هدفت الدراسة إلى بيان أن منحى تعديل السلوك المعرفي يعد واحداً من طرق تعزيز التعلم والتدريب لمعالجة سلوك الإدمان لدى الشباب، حيث تكونت عينة الدراسة من (٢٨) اخصائياً قسموا إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة، ومجموعة تجريبية، تكونت التجريبية من (١٤) موظفاً اجتماعياً تلقوا التدريب على استراتيجيات وعمليات المعالجة، كما شملت الضابطة (١٤) موظفاً لم يتلقوا التدريب، كما عملت الدراسة على تقييم (٢٢٢) شاباً تلقوا خدمات الموظفين الاجتماعيين تراوحت أعمارهم بين (١١-٢٢) سنة، وبعد إجراء عمليات المعالجة الإحصائية للبيانات توصلت الدراسة إلى النتائج التالية: وجود أثر إيجابي في أداء المشاركين الذين تلقوا التدريب على المعالجة المعرفية السلوكية المتكاملة، وفعالية البرنامج التدريبي في معالجة الشباب المدمنين على المخدرات.

ودرس الزيارات (٢٠١٣) فعالية برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضا عن الحياة لدى مسيحي استخدام العقاقير، وتألفت عينة الدراسة من (٣٠) شخصاً من مسيحي استخدام العقاقير من الحاصلين على الدرجات

المنخفضة على مقياس الرضا عن الحياة، تم توزيع أفراد الدراسة عشوائياً على مجموعتين (تجريبية وضابطة)، حيث خضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي المكون من (١٧) جلسة على مدار ثلاثة شهور، بينما لم تخضع المجموعة الضابطة لأي برنامج إرشادي من أي نوع، وقد اعتبرت هذه الدراسة البرنامج التدريبي متغيراً مستقلاً، بينما كان أداء أفراد الدراسة على مقياس الرضا عن الحياة متغيراً تابعاً، ولتحقيق هدف الدراسة، تم بناء برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي، ومقياس الرضا عن الحياة الذي تم تطبيقه كمقياس قبلي، وبعدي، ومتابعة، وللإجابة عن أسئلة الدراسة، استخدم تحليل التباين الأحادي المشترك، وقد أشارت النتائج إلى أن هناك فرقاً ذا دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \geq 0,05$)، في مستوى الرضا عن الحياة بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية، وتظهر النتيجة أن البرنامج التدريبي للذكاء الإنفعالي كان فعالاً في تحسين مستوى الرضا عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير.

وأجرى الحلاق (٢٠١٣) دراسة بعنوان: "فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مهارات إدارة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مدمني المخدرات"، وهي دراسة تجريبية على عينة من المدمنين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في محافظة دمشق، وقد هدفت الدراسة إلى إعداد برنامج إرشادي لتنمية مهارات إدارة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مدمني المخدرات في دمشق، والتحقق من فاعليته. وقد بلغت عينة البحث (٣٦) مدمناً في المرصد الوطني لرعاية الشباب، واستخدمت الباحثة مقياس توكيد الذات، ومقياس العلاقات الاجتماعية، ومقياس القلق الاجتماعي، وعرض لاستمارة البيانات الشخصية، وعرض لمراحل إعداد البرنامج الإرشادي لتنمية مهارات إدارة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مدمني المخدرات، وقد توصلت الدراسة إلى أن فاعلية البرنامج الإرشادي في توكيد الذات، وخفض القلق الاجتماعي، وتنمية مهارات إدارة العلاقات الاجتماعية.

وقام كوستينا و برنيلي و أني و لارز و تريني وأن (Krystyna, Pernille, Anne, Lars, 2012) دراسة بعنوان: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع المرضى الخارجين من تعاطي المخدرات"، وقد هدفت الدراسة إلى التأكيد على أن لتعاطي المخدرات صلة مع الصفات الشخصية والتفاعلات بين الأفراد وبيئاتهم، استخدم الباحثون محاضرات محددة اكتسبت من خبرات المتعاطين المواد، وأوضحت الدراسة أنه تختلف احتياجات المعالجة حسب أعمار المدمنين بسبب مرحلة التطور النفسي والجسدي، لذلك يدافع الباحثون عن مداخلات مميزة لمرضى الإدمان، وأن التركيز الرئيسي للبرامج المعرفية السلوكية هو لخفض التوقعات الايجابية والميل لاستخدام المخدرات، وتعزيز ثقتهم الذاتية لمقاومة المخدرات، والفرضية هي أن البرامج المعرفية السلوكية تعمل على تعديل السلوك بالتغيير في نماذج التفكير، مع عدد محدود من المداخلات الأخرى، أظهرت المعالجة المعرفية السلوكية قوتها في خفض مستوى الميل لتعاطي المخدرات، واشترك في هذه الدراسة أفراد تراوحت أعمارهم بين (١٣-٢١) سنة في برنامج المعالجة المعرفية السلوكية مع التركيز على أن المعالج يوجه المسترشد خلال عملية الاستماع، وإعادة النقيوم للمزايا تطبيق البرنامج ومساعدة المدمنين الشباب على كسب المزيد من النظرات الأكثر دقة وموضوعية من تعاطي المخدرات وآثارها السلبية، مع عقد الجلسات العلاجية التي تركز لتخطيط ومناقشة المهارات والاستراتيجيات الجديدة التي بالإمكان تنفيذها، وقد توصلت

الدراسة إلى أن من خلال المعالجة لنتائج العديد من الدراسات أنه بالإمكان للبرامج المعرفية السلوكية خفض تعاطي المخدرات للشباب من خلال مشاركتهم في برامج تعديل السلوك المعرفي .

وأجرى الظفيري (٢٠٠٨) دراسة بعنوان: " فاعلية برنامج إرشادي تدريبي سلوكي معرفي في الحد من تعاطي المخدرات لدى الأحداث المودعين في مؤسسات رعاية الأحداث في دولة الكويت"، ولتحقيق هذا الهدف تم اختيار عينة الدراسة التي بلغت (٤٠) حدثاً، تم تقسيمهم بالطريقة العشوائية إلى مجموعتين الأولى تجريبية وبلغت (٢٠) حدثاً، والثانية ضابطة بلغت (٢٠) حدثاً، وقد تم تطبيق مقياس الاتجاهات نحو تعاطي المخدرات كاختبار قبلي وبعدي على أفراد المجموعتين، في حين تم تعريض المجموعة التجريبية فقط للتدريب على البرنامج الإرشادي. وقد أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات تعزى للبرنامج الإرشادي، وقد كانت لصالح أفراد المجموعة التجريبية، أي اتجاهات نحو تعاطي المخدرات انخفضت نتيجة لتطبيق البرنامج. كما أظهرت نتائج هذه الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات في القياس القبلي، وقياس المتابعة، كما أظهرت نتائج هذه الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) بين متوسطات درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الاتجاه نحو تعاطي المخدرات في القياس البعدي، وقياس المتابعة.

وقام قواقنة (٢٠٠٧) دراسة بعنوان: " فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات"، هدف من خلالها إلى استقصاء فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، وقد اختيرت عينة الدراسة بطريقة قصدية، وقد تكونت من (٣٠) مدمناً، وتم تقسيم العينة إلى مجموعتين، بطريقة عشوائية: المجموعة الأولى (١٥) " المجموعة التجريبية"، والمجموعة الثانية (١٥) "المجموعة الضابطة"، وتعرض أفراد المجموعة التجريبية إلى البرنامج المعرفي السلوكي، في حين لم يتعرض أفراد المجموعة الضابطة لذلك، وتكون البرنامج من (١٦) جلسة إرشادية، مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، وأظهرت متوسطات إجابة العينة التجريبية تطوراً في المهارات الاجتماعية، وانخفاضاً في القلق، والاكتئاب، عن المتوسطات قبل تطبيق البرنامج، وبشكل دال إحصائياً عن متوسطات المجموعة الضابطة، وقد أظهرت نتائج تحليل التباين المشترك (ANCOVA) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha = 0.05$) بين نتائج المجموعة التجريبية، والمجموعة الضابطة، في كل من المهارات الاجتماعية، والقلق، والاكتئاب، وهذا يعني بأن البرنامج السلوكي الذي تم تطبيقه في هذه الدراسة، أدى إلى تنمية المهارات الاجتماعية، وخفض القلق والاكتئاب لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وأجرى حنا (٢٠٠٧) دراسة بعنوان: " أثر برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى مدمني المخدرات في محافظة عكا وعلاقتها ببعض المتغيرات"، وقد هدفت هذه الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي؛ لرفع مستوى الكفاءة الذاتية المدركة لدى عينة من مدمني

المخدرات في محافظة عكا، ولقياس مستوى الكفاءة الذاتية تم استخدام مقياس الكفاءة، ولغايات هذه الدراسة تم اختيار عينة قصدية تألفت من (٥٠) مدمناً من المقيمين بمراكز علاج الإدمان في المؤسسات والمراكز التي تهتم في علاج المدمنين في منطقة عكا، ممن حصلوا على درجات متدنية على مقياس الكفاءة الذاتية، وبعد ذلك تم تقسيم عينة الدراسة إلى مجموعتين، مجموعة ضابطة لم يخضع أفرادها إلى أي برنامج علاجي، وأخرى تجريبية خضعت إلى برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي، بحيث تكونت كل مجموعة من (٢٥) مدمناً، ومن أجل الإجابة على أسئلة الدراسة تم استخدام تحليل التباين المشترك، وتحليل التباين الثنائي، وقد تم التوصل إلى أن هناك فروقاً ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha = 0.05$) بين أفراد المجموعتين: التجريبية، والضابطة في مستوى الكفاءة الذاتية، حيث أشارت النتائج أن متوسط الكفاءة الذاتية لدى أفراد المجموعة التجريبية كان أعلى من متوسط الكفاءة الذاتية لدى أفراد المجموعة الضابطة.

وقام ريتشارد ومايكل وفرانك وستيفن وكران وكريس وولتر (Richard, Michel, Frank, 2006) و Steven, Krank, Chris and Walter دراسة بعنوان: "فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول"، أجريت الدراسة في لوس أنجلوس على عينة مكونة من (١٧) مدمناً للمخدرات والمنبهات، حيث تضمنت التدخلات العلاجية برنامجاً علاجياً قائماً على العلاج المعرفي السلوكي (CBT) وإدارة الأزمات (CM) لمدة (١٦) أسبوعاً ومعدل (٣) جلسات أسبوعياً مدة كل جلسة (٩٠) دقيقة، وتم استخدام مقياس الاضطرابات الجسدية، ومقاييس استعمال الكحول والمخدرات، ومقياس المشاكل الاجتماعية المصاحبة، ودلت النتائج على أن كلا العلاجين كانا فاعلين، وأظهرت (CM) أفضل ونسب أقل لتعاطي المخدرات، في حين أن نتائج (CBT) أطول أجلاً وفاعلية من (CM)، وأن كليهما يساعد في الامتناع عن استخدام المخدرات، كذلك أظهرت المتابعة أن كليهما فعال وله نتائج مرضية وفاعلة.

وقام سكا (Schade 2005) دراسة بعنوان: "حول فاعلية معالجة القلق لدى المدمنين"، وذلك على عينة مكونة من (٤٩) مدمناً في امستردام في هولندا، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم فاعلية برنامج إرشاد جمعي معرفي سلوكي لدى مدمني الكحول الذين يعانون من نسبة عالية من القلق والخوف من الأماكن العامة والخوف الاجتماعي، وتم توزيع العينة بشكل عشوائي، وتمت الدراسة في فترة زمنية مقدارها (٣٢) أسبوعاً، وقد أشارت النتائج إلى فاعلية العلاج في خفض نسبة القلق لدى الكحوليين، إلا أنه لم يكن له تأثير هام على نتيجة تعاطي الكحول والاعتماد عليه.

وقام نيس و أوي (Ness and Oie 2005) دراسة بعنوان: "فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي على مدمني الكحول"، وذلك على عينة مكونة من (٣٧) من الذكور و (٣٤) من الإناث في أستراليا، من الذين تم تشخيصهم على أنهم مدمنو الكحول، حيث خضعوا لبرنامج مكون من (٤٢) جلسة في العلاج المعرفي السلوكي، مدة كل جلسة ساعة واحدة، وتم استخدام المقاييس التالية: (KAT) Khavari Alcohol Test، (SADD) Short Alcohol Dependence Data Questionnaire، (BAI) Beck Anxiety Index، (SCL - 90 - Revised) Symptom Checklist - 90 - Revised، (General Self - Efficacy Scale).

K (DEP) and (GSE), وقد تم مراقبة أفراد المجموعة يومياً، وقد أظهرت النتائج أن جلسات (CBT) لم تكن فعالة و لم تؤد إلى التحسن المتوقع في نهاية البرنامج أو في تخفيف سلوكيات المتعاطي، وذلك بعد (٣) أشهر من المتابعة، حيث تبين أن كامل الدعم للمرضى لا يمكن أن يتم من خلال العلاج المعرفي السلوكي أو العلاج بالأساليب المعرفية لمشكلة تعاطي الكحول.

ثانياً: دراسات تناولت عوامل الخطورة المرتبطة بالإدمان واستراتيجيات خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.

أجرى دراسة ليفا و كورا وتشيفريكين (2014) Leifa, Kora and Cheverikina دراسة بعنوان: "أثر الشخصية على إدمان المخدرات ضمن فئة الطلاب"، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على سلوك الطلاب الذين هم عرضة للإدمان، وما سوف يمكن ضبطه من عمليات المشاركة الاجتماعية، من أجل زيادة فعاليتهم في المساهمة لإيجاد برنامج تعليمي نفسي فعال، والذي يهدف إلى خفض مستوى الرغبة لسلوك تعاطي المخدرات، حيث تكونت عينة الدراسة من (١٨٦) طالباً من كلية الطب في جامعة كازان بإقليم تنارستان بروسيا، حيث استخدمت استبانة Shmishek لتعريف السلوك العام، واستبانة الرغبة لتعاطي المخدرات من أجل التعريف على مستوى ميل واستعداد الطلاب لتعاطي المخدرات، وأظهرت النتائج الدراسة أنه توجد الاحتمالية الأعلى لدى طلاب التعليم العالي لتعاطي المخدرات مقارنة بطلاب المرحلة الثانوية والمهنية، بالإمكان تفسير هذه النتيجة بأن الطلاب الداهيين إلى لجامعة للدراسة لديهم تكيف اجتماعي أكثر مقارنة بطلاب المرحلة الثانوية والمهنية، ولديهم مستوى أعلى للضبط الذاتي، وضبط الانفعالات والسلوكيات المنبثقة، ونقترح النتائج أنه بالإمكان تصميم وبناء البرامج التعليمية النفسية التي تهدف إلى خفض مستوى الميل لتعاطي للمخدرات ضمن الطلاب بناء على السلوكيات التي يتم كشفها ضمن مرحلة التعليم الثانوي والمهني.

وقام بوجار وتابتابي وتوسي (2014) Bogar, Tabatabaee and Tosi دراسة بعنوان: "الميل نحو تعاطي المخدرات: هل تؤثر العوامل الشخصية والاجتماعية والسكانية"، هدفت الدراسة البحث في العوامل الرئيسية التي تؤدي إلى الاتجاه الإيجابي والميل نحو تعاطي المخدرات، حيث تكون مجتمع الدراسة من الطلاب المقيمين في جامعة دامغان- إيران، بينما تكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالب من الجامعة، (١٠٥) إناث، و(٩٥) من الذكور، متوسط أعمارهم (٢٤,٦٩) سنة، اختيروا بطريقة العينة العشوائية، وجهت التعليمات للمشاركين أن يُجهزوا قائمة جديدة مكونة من خمسة مجالات لقياس الاتجاه والميل نحو تعاطي المخدرات، واستبانة الصفات السكانية بما في ذلك (العمر، الجنس، الثقافة، وحالة الاجتماعية) جُمعت البيانات من خلال مقابلات وجهاً - لوجه، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن تعاطي المخدرات يعتمد على السمات الشخصية المدمرة في مرحلة المراهقة المبكرة، لذلك توجد ضرورة للتقييم المنتظم للسمات الشخصية من أجل الوقاية من تعاطي المخدرات، لأن لها التأثير الكبير على الميل لتعاطي المخدرات ضمن الطلاب في الكلية، كذلك وجدت الدراسة أن للوضع الاقتصادي أثر على تعاطي المخدرات ضمن الطلاب نتيجة زيادة الضغوط النفسية، وأن الذكور أكثر ميلاً من الإناث لتعاطي المخدرات نتيجة للخلفية الاجتماعية - الثقافية التي تمنع الإناث من تعاطي المخدرات،

وأوصت الدراسة أنه خلال تنفيذ البرنامج الوقائي يجب الأخذ في الاعتبار السمات الشخصية ووضعها في التخطيط الاستراتيجي وأن تنفيذ برامج الوقاية من تعاطي المخدرات يجب وضعها ضمن برامج التوعية لطلاب الكلية، مع الأعداد للسياسات الوقائية من أجل الحد من الاتجاهات الإيجابية لتعاطي المخدرات.

وقام موشكي وحسن زيد وتيموري (2014) Moshki, Hassan Zade and Teimouri دراسة بعنوان: "أثر التدريب على مهارات الحياة على السلوكيات الوقائية لتعاطي المخدرات ضمن طلاب الجامعة"، هدفت الدراسة إلى تقويم الأثر للتدريب على مهارات الحياة وعلى تعزيز السلوكيات الوقائية ضد تعاطي المخدرات، أجريت الدراسة الميدانية على عينة من (٦٠) طالباً من جامعة الطب في غونباد - إيران، توزعت العينة عشوائياً على مجموعة ضابطة ومجموعة تجريبية، وجمعت البيانات بواسطة استبانة ضمت المعلومات السكانية، والسلوكيات الوقائية لتعاطي المخدرات، والتي وزعت على المشاركين (٥٠) من الذكور و(٥٠) من الإناث من تخصصات مختلفة، مثل العمر، الجنس، التخصص، المستوى التعليمي للأباء والأمهات، بينما ضمت السلوكيات الوقائية لتعاطي المخدرات، الوعي الذاتي، المهارات التفاعلية، القدرة الحاسمة على قول (لا)، المقدرة على حل مشكلات، المقدرة على مقاومة المطالبات الغير منطقية من الآخرين، إدارة الضغط، المعرفة بالآثار الجانية لتعاطي المخدرات، والموقف السلبي نحو تعاطي المخدرات، وقد أظهرت النتائج أن التدريب على مهارات الحياة يعزز معرفة المشاركين عن السلوكيات الوقائية لتعاطي المخدرات، أو يخفض من عوامل الخطر المؤدية لتعاطي المخدرات، يعزز من المهارات التفاعلية والقبول الاجتماعي التي بإمكانها وبدورها أن تؤثر على السلوكيات الوقائية، مع التأكيد على ورشات عمل التدريب على مهارات الحياة لأنه بإمكانها أن تخفض من الميل والتوجه لتعاطي المخدرات.

وقام أوليها (2014) Oliha دراسة بعنوان: "المراهق وتعاطي المخدرات: ضمن طلاب الجامعة قبل التخرج في جامعة بينين في نيجيريا"، وقد هدفت الدراسة إلى البحث في علاقة مرحلة المراهقة بتعاطي المخدرات"، وقد كان التصميم الذي استخدم في الدراسة هو الاستطلاع، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) طالب اختيروا عشوائياً من خمسة كليات، (١٠٠) طالب و(١٠٠) طالبة، واستخدمت قائمة عادة المخدرات لجمع البيانات المناسبة، وحللت البيانات التي جمعت باستخدام الإحصاء الوصفي (T-Test)، وتتطلب الدراسة استخدام الدليل المحذر عن انتشار تعاطي المخدرات، والآثار والعواقب الناتجة عن تعاطي ضمن الطلاب، الاهتمام والتحدي لكافة الجهات المساعدة من أجل وضع الاستراتيجيات لتزويد الشبان بالمهارات للعيش بعيداً عن التعاطي، لأن تعاطي المخدرات يؤدي إلى تدمير العلاقات الشخصية، وخاصة ضمن العائلية، والتهميش، والسلوك الإجرامي، والفشل في الدراسة، ومشاكل مهنية، وانتشار الأمراض، مثل: الإيدز، وقد كان الهدف الرئيسي للدراسة هو اختبار استخدام المخدرات ضمن طلاب الجامعة قبل التخرج في جامعة بينين - نيجيريا، والبحث في مستوى الوعي بالعواقب والآثار على المدى الطويل لتعاطي المخدرات، كذلك لتحديد أثر تعاطي المخدرات على الأداء الأكاديمي، حيث تم استخدمت أداة الاستطلاع لتحديد مواقف ومستوى وعي المراهقين لعواقب تعاطي المخدرات، وتوصلت الدراسة إلى أنه على الرغم من قيام الحكومة بحملات ضد تعاطي المخدرات والمتعاطين للمخدرات، فإنه بالإمكان مساعدتهم

بوسطة المرشدين للتغلب على مشكلتهم، والمطلوب من المرشدين أن يقدموا التوعية والتدريب المناسب عن تعاطي المخدرات، وإثارة في المدارس الثانوية، لذلك فأنه يوصى بالإرشاد كجزء مكمل في المنهاج المدرسية، والأسلوب للإدارة الذي يركز على مشاكل محددة تظهر من تعاطي المخدرات، مع التأسيس لجمعية الإباء والمعلمين كمنتدى لتفاعل الإباء مع المعلمين لتعريف مشاكل الطلاب، وأنه على المرشدين في الجامعات أن يراقبوا ويعرفوا مؤشرات متعاطي المخدرات وتقديم العلاج الإرشادي لهم للتكيف مع الحياة الطبيعية.

وأجرى باسي وماكندي وادوان أولمايد (2013) Bassey, Makinde, Idowu and Olumide دراسة بعنوان: " العلاقة بين تعاطي المخدرات والسلوك المنحرف ضمن طلاب الجامعة في لاغوس- نيجيريا "، وقد تم اختيار عينة عشوائية من طلاب الجامعة قبل التخرج، وكان عدد المشاركين في الدراسة (١٠٠) طالب من كليات: التربية، والعلوم، والهندسة، وإدارة الأعمال، وكلية الطب، وقد انبثقت الدراسة من المشاهدة العامة للمشكلة الضبط الذاتي للحياة أثناء الدراسة في الجامعة، مما يؤدي إلى تعاطي بعض الأنواع من المخدرات، والمزعج هو رغبة هؤلاء الطلاب لمواجهة الفشل، والخوف الحقيقي أو المتخيل، وبتبني آليات هروب من ضمنها تعاطي المخدرات، استخدم مقياس ليكرت الرباعي المكون من عشرين فقرة لجمع الاستجابات من المشاركين، وبحثت الدراسة في عوامل الكشف عن تعاطي المخدرات ضمن طلاب الجامعة، مثل: التغيب عن الدراسة، والنشاطات الأكاديمية، والبحث عن عضوية في مجتمعات سرية، واللجوء إلى السرقة المسلحة، والجرائم المنظمة العنصرية، واضطرابات الشخصية، وتوصلت الدراسة إلى أنه يجب أن ينظر إلى تعاطي المخدرات ضمن البيئة الأوسع من المجتمع النيجيري الذي يوجد له معايير مختلفة بخصوص القبول لتعاطي بعض أنواع المخدرات، وأنه يوجد للمعلمين الدور المهم ليلعبونه في الحرب على المخدرات، مع تقديم برامج التوعية للشباب بمخاطر تعاطي المخدرات، مع تركيز بالاهتمام على الطلاب على كافة المستويات من التعليم خاصة طلاب المرحلة الثانوية والجامعية، وأوصت الدراسة بناءً على النتائج التي توصلت إليها بأنه في الحرب على المخدرات على وكالات تعزيز القانون، مثل: الشرطة، والوكالة الوطنية لتعزيز قانون المخدرات، وكالة إدارة وخط الأدوية عليها عدم التركيز فقط على المصنعين والمهربين، والدافعين والناقلين، بل أيضاً عليها التركيز على جانب الطلب على المخدرات.

وأجرى ماجينيا ومجاهدوم (2013) Majinia and Maghadom دراسة بعنوان: " العلاقة بين الكفاءة الذاتية والدافعية للإنجاز مع الاحتمالية لتعاطي المخدرات لدى الطلاب"، هدفت الدراسة إلى تقدير العلاقة بين الكفاءة الذاتية والدافعية للإنجاز مع ميل الطلاب لتعاطي المخدرات، وكانت الدراسة وصفية علاقاتية في طبيعتها، وقد أجريت في جامعة الإمام الخميني الدولية، وتكونت العينة من (٤٠٠) طالب وطالبة، (٢٣٠) طالبة و(١٧٠) طالباً، باستخدام العينة العنقودية متعددة المراحل، بينما استخدمت استبانة الكفاءة الذاتية، واستبانة دافعية الإنجاز، واستبانة الاحتمالية لتعاطي المخدرات، كأدوات لجمع البيانات، وأظهرت النتائج أن ضعف الكفاءة الذاتية، وللدافعية للإنجاز المقدرة تنبأ على توقع الاحتمالية لتعاطي المخدرات، والميل لتعاطي المخدرات لدى معظم الطلاب، وكانت المجالات الوحيدة للطلبات المقدرة على التنبؤ بالاتجاهات نحو خطر التعاطي ضعف تقدير الكفاءة الذاتية، وأوصت الدراسة بتعريف الأفراد ذوي المستوى المنخفض من الكفاءة الذاتية، والدافعية للإنجاز

وبتدريهم على الأساليب والطرق لزيادة الكفاءة الذاتية والدافعية للإنجاز التي بالإمكان تخفيض ميول الطلاب لتعاطي المخدرات.

وأجرى أدفاني (2013) Advani دراسة بعنوان: "العوامل المؤثرة لتعاطي المخدرات في البنجاب الهندي: واكتشاف ظاهرة تعاطي المخدرات ضمن الشبان في البنجاب"، وقد هدفت إلى التعرف على العوامل المؤثرة في هذه المشكلة مع التركيز على السمات المهمة لتعاطي المخدرات وعلاقة ذلك مع أفكار الذكورية في البنجاب، وثقافة الاستهلاك للمخدرات، وتكونت عينة الدراسة من (٢٠٠) متعاطٍ للمخدرات، وجد أن الغالبية هم من الشبان المتزوجين الذين يعملون كعمال أو كمزارعين في المناطق الريفية، ويتعاملون مع الأفيون بمستويات عالية، وجدت الدراسة أن للطالبة الدور الواضح والمحرك للشباب البنجابية للمرور في تجربة تعاطي المخدرات، وذلك نتيجة للإحباط الذي يمرون به لأنه لم يتم تحقيق طموحاتهم القوية مما يقودهم نحو المخدرات، كذلك وجدت الدراسة الرابط بين الثقافة الذكورية في البنجاب وتعاطي المخدرات، وسهولة وصول الأفيون إلى هذه المقاطعة عن طريق التهريب لقربها من الباكستان وأفغانستان، وأوصت الدراسة بضرورة العمل على إيجاد طرق للحد من مصدر حلقة العرض للمخدرات من خلال اكتشاف الثغرات الرئيسية في القوانين، وفي الصناعة الدوائية التي تسمح للمخدرات عن طريق الحقن، أو يتم الحصول عليها بسهولة وبيعها بمقياس كبير.

وأجرى تشيفيكوفا وأنتونوفا (2013) Tsvetkova and Anton ova دراسة بعنوان: "الانتشار لتعاطي المخدرات ضمن طلاب جامعة سانت بطرسبورغ – روسيا"، وقد هدفت الدراسة التعرف على السلوك الخطر ضمن طلاب الجامعة وبناء على نتائج الدراسة تم العمل على تطوير وتنفيذ برامج الوقاية المؤثرة في مجال الصحة من أجل خفض الحدوث للسلوك الخطر ضمن الطلاب، تكونت عينة الدراسة في حجمها النهائي من (١٦٩٠) طالباً من ثمانية عشر كلية، واستخدمت الاستبانة لتقويم سلوكيات الطلاب في علاقتها بالصحة العامة، وضمت: الاستهلاك للمخدرات، التعامل مع التوتر، عادات لتناول الطعام، والنشاطات الرياضية، استخدمت البيانات الصالحة للتحليل من (١٤٧٧) مستجيباً، كانت الإناث يشكلن ثلثي عدد المستجيبين، والثلث في الذكور، وقد تراوحت أعمارهم من (١٩-٢٤) سنة، وأشار خمس طلاب من جامعة سان بطرس بور غالى استخدامهم للمخدرات التي لم توصف من الطبيب، وعملت الدراسة على تغطية السمات الاجتماعية لتعاطي المخدرات والنتائج الاجتماعية السلبية، كذلك بينت الدراسة بعض النتائج السلبية لتعاطي المخدرات، مثل: المشاكل الصحية، الخلاف مع الإباء، خسارة الأصدقاء والصعوبات المالية، قطع العلاقات الوثيقة الاعتقال من قبل البوليس، الحاجة للمساعدة الطبية، فقدان الوظيفة أو ترك الدراسة، أوصت الدراسة بأنه من أجل تخفيض الميل لتعاطي المخدرات يجب أن تكون النشاطات ضد تعاطي المخدرات التركيز الرئيسي لبرامج الوقاية الموجهة للطلاب، وأنه من الضروري تنفيذ كافة الإجراءات للوقاية من الأمراض الناتجة عن تعاطي المخدرات مثل الإيدز، وتقديم القواعد التي يوثق بها للتخطيط للعوامل الوقائية ضمن الطلاب في مجال حماية الصحة وتعزيز السلوك الصحي.

وأجرى مارانجو وبوروريا ونجونج (2013) Marangu, Bururia and Njonge دراسة بعنوان: التحديات التي يواجهها مرشدي الزملاء في جهودهم للتأثير على تغير السلوك في المدارس الثانوية في مقاطعة مادا –

كينيا"، هدفوا من خلالها إلى إيجاد المساهمة لتعزيز المهارات كسمة من إرشاد الزميل لتغيير سلوك الطالب التي بالإمكان لقيام بها لتحسين إرشاد الزميل لتغيير سلوكه، وقد استخدمت الدراسة تصميم البحث الوصفي والاستطلاع لتمكين الباحثين من جمع البيانات من مدى واسع من المستجيبين، وتكون مجتمع الدراسة من (٢٧) رئيس إرشاد وتوجيه و(١٧٠٠) طالباً من (٢٧) مدرسة ثانوية، بينما كانت الاستبانة عي الأداة الرئيسية لجمع البيانات التي استخدمت في هذه الدراسة، وأشرك التحليل الرئيسي البيانات السكانية عن أفراد العينة، وأظهرت نتائج الدراسة أن الإرشاد يقوي ويمكن المراهقين من التعامل مع تغير السلوك فيما يتعلق بتعاطي المخدرات، الميل للانتحار، الوحدة، والدافع الذاتي المنخفض، كذلك وجدت أن الإرشاد أوجد المناخ الإيجابي في المدرسة والزيادة في السلوك الإيجابي المسؤول، أوصت المدرسة بضرورة عمل وزارة التربية على تأسيس برامج الإرشاد في كافة المدارس الثانوية وتطوير منهاج الإرشاد الذي سوف يستخدم لتدري المرشدين، وتعين المرشدين الوديين للتفاعل الجيد مع الطلاب.

وأجرى هاسكين (2012) Hsakin دراسة بعنوان: "دور مرشد المدرسة في توعية الطلاب عن مخاطر تعاطي المخدرات"، بحثة الدراسة إلى التأكيد على إن تعاطي المخدرات والإدمان عليها هو من ضمن الأسباب الرئيسية لوفاة المراهقين في الولايات المتحدة، وأن المراهقين الذين يتعاطون المخدرات يمرون في العديد من العواقب الاجتماعية والجسدية، وكذلك العواقب القانونية مع النتائج الصحية السيئة، ونوعية الحياة السيئة، فعلى الرغم من أن عوامل الخطر الموجودة في حياة طلاب المدرسة كثيرة، وتضم عوامل الحماية الاستقرار البيئي، والصورة الإيجابية عن الذات، والدافع الذاتي، والنجاح الأكاديمي، والمساعدة على الصحة الجيدة في مواجهة عوامل الخطر الموجودة، وهدفت الدراسة إلى بيان دور مرشد بالمدرسة في إحداث التسهيلات بطرق مختلفة مثل: مناقشة توفر المصادر البيئية، والحصول على وظيفة، التعليم، النقل، وخدمات الإرشاد، للوقاية من تعاطي المخدرات، وإشراك الإباء في خطط الوقاية، وتطوير البرامج الإنمائية السليمة، حتى يكون الطالب ناجحاً، مع الاستخدام للطرق السلوكية – المعرفية للتركيز على خفض التكرارات للسلوكيات التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات، وقد استخدمت الدراسة تصميم دراسة الحالة كمنهج بحثي، حيث استهدفت الدراسة حالة لطلاب أمريكي من أصول أفريقية بسبب المشاركة السلبية مع الزملاء والسلوك المدمر واحتمالية تعاطيه للمخدرات، من خلال ثمانية جلسات عقدت مع الطالب علم كيفية التعامل بفعالية مع غضب الطالب نحو والده والدته، كذلك تمكن من وضع الأهداف الأكاديمية والمهنية للطلاب مما ساعده على تغيير مشاعره باليأس وعد الحيلة، وتوصلت الدراسة إلى أنه مع الزيادة في تعاطي المخدرات ضمن طلاب المدرسة أصبح إلزامياً أن تبحث المدارس في احتياجات الطلاب على خطر تعاطي المخدرات، وأن مهمة مرشد المدرسة هي تسهيل التدخل مع الطلاب الذين هم على خطر التعاطي، فهو على مقدرة على التعرف على الطلاب الذين هم على خطر، والتعاون مع الإباء والمعلمين وأصحاب المصالح في المجتمع لتطوير خطط الوقاية لهؤلاء الطلاب.

وقام آلن وكانجو وشاد ومارستون (2012) Allen, Cahngo, Schad and Marston دراسة بعنوان:

"متنبآت احتمالية التعرض لتأثير الزميل بخصوص تعاطي المخدرات في مرحلة المراهقة"، هدفوا إلى النظر إلى عملية تأثير الزميل ضمن إطار عمل شاملة، وبينت أن المدى الذي إليه يؤثر الزميل على تعاطي المخدرات في

مرحلة المراهقة يختلف في قوته وبناءً على نوع المراهق وأصدقائه المقربين، وتكونت عينة الدراسة من (١٨٤) طالباً وطالبة من الصفين السابع والثامن، (٨٦) طالباً و (٩٨) طالبة، معدل أعمارهم (١٣,٥) سنة، وجمعت العينة من مدارس حكومية متوسطة في الجنوب الشرقي من الولايات المتحدة، ولإجراء الدراسة تم الاتصال الأولي بواسطة البريد مع كافة الأباء لهؤلاء الطلاب مع جهود متابعة اتصال، وتم الاتصال مع الطلاب الذين أظهروا الاهتمام بالمشاركة في الدراسة بواسطة الهاتف، وافق (٦٨%) من المؤهلين للمشاركة على المشاركة في الدراسة، وتم تقدير استخدام المراهقين والأصدقاء المقربين للماريوانا بواسطة استبانة استخدام المخدرات والكحول، المقياس تقدير ذات الذي ضم فقرات تقدر تكرار تعاطي المراهق للميروانا خلال الشهر الماضي، كذلك اشترك المراهقون في مهمة تفاعل سلوك داعم لمدة (٨) دقائق، وتحليل البيانات صمم التحليل لتقدير مدى إمكانية التنبؤ بالمستويات المستقبلية لتعاطي المخدرات، وأظهرت نتائج الدراسة عن وجود خطورة إذا تم التقليل من الأهمية لتأثير الزميل، وأنه بالإمكان تعديل هذا التأثير بعوامل فردية وبيئية في حياة المراهق، مثل تطور مفهوم استقلالية المراهق والدعم العائلي، والمساعدة على اختيار الزملاء الأنسب.

وقام فوو وتام ولي (2012) Foo, Tam and Lee دراسة بعنوان: عوامل تأثير العائلة والزملاء على تعاطي المخدرات: وأجريت الدراسة في مركز لتأهيل المدمنين، وهدفت إلى بيان أثرت عوامل مختلفة على تعاطي الناس للمخدرات في ماليزيا، وكذلك هدفت الدراسة الى بحث الدلالة لتأثير الزميل، وقضايا عائلية، والبطالة، والتوتر والضغط، وغيرها من المشاكل الشخصية في تعاطي المخدرات في الوقت المعاصر، واستخدمت تصميم الدراسة المكون من مقابلات المباشرة، واستبانات تم تطويرها، وتكونت عينة الدراسة من (٧) مشاركات من مركز أعمارهم (٢٣، ٣٥، ٣٣، ٣٥، ٥٠، ٥٣) سنة، وأجريت اللقاءات معهم بشكل منفرد، وتعتبر هذه الدراسة دراسة نوعية متعددة، حيث طلب من المشاركين تذكر ظروف العائلة، وخبرة زملائهم مع تعاطي المخدرات، في البداية تم سؤال المشاركين عن خلفية العائلة والتفاصيل الشخصية، وتاريخ الإدمان على المخدرات، ومعرفة الأسباب التي ساهمت في تعاطي المخدرات، مثل: تأثير الزميل، ومشاكل عائلية، والبطالة، والفضول، والتوتر ومشاكل شخصية، تم تبني المقياس الذي استخدم في هذه الدراسة بناء على العديد من المصادر فقد تكون من (٢٠) سؤالاً عن علاقة المشاركين مع الأباء، و(١٠) أسئلة عن علاقتهم مع الزملاء، وأظهرت النتائج أن وضع العائلة المستقر اقتصادياً يلعب الدور المهم في التأثير على تعاطي الشخص للمخدرات، فقد أشار سبعة من المشاركون أن الأسباب تعاطي المخدرات كانت ترتبط مع فقر العائلة، فقد أشارت واحدة من المشاركون أنه عليها أن تكتسب خبز العائلة بينما كانت ما تزال طفلة، ولم تنح لها الفرصة لتلقي التعليم بسبب الفقر، لذلك اندمجت مع مجموعة خاطئة من الزملاء بينما كانت تحاول تخفيض العبء المالي على الأسرة، كذلك بينت الدراسة أن من أسباب تعاطي المخدرات الفضول والتوتر والمشاكل الشخصية، وتوصلت الدراسة إلى أن العوامل العائلية خاصة منها الوضع الاقتصادي، وتأثير الزميل تلعب الدور المهم في تعاطي الفرد للمخدرات، وأن تعاطي الفرد للمخدرات ينتج عن تركيبة من العامل وليس عن عامل واحد.

وأجرى فيرجسون وميهان (2011) Ferguson and Meehan دراسة بعنوان: مع أصدقاء كهؤلاء، يؤثر انحراف الزميل في المجموعات العمرية على التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات، العلاقات الارتباطية المتعددة لتعاطي الشباب للمخدرات، حيث هدفت الدراسة إلى التعريف على الأثر الزملاء المنحرفين خلال المرحلة العمرية، تكونت عينة الدراسة من (٨٣٥٦) شاباً من منطقتين من الضواحي والأرياف في ولاية (أوهايو) الأمريكية، ووزعت عينة الدراسة تقريباً بالتساوي بين الذكور والإناث (٥٠,٣) إناث، (٤٩,٧) ذكور متوسط عمر العينة (١٤ سنة)، وأخذت البيانات لهذه الدراسة من نسخة (أوهايو) من نظام السلوك الخطر للشبان، وقد ضمت أداة الاستطلاع هذه العديد من المقاييس ذات الاهتمام بالدراسة الحالية، حيث ضمت المقاييس التالية: متغيرات عامل الخطر، المرونة، مشاركة العائلة، الاكتئاب، نوعية النوم، الاتجاهات ضد المجتمع، استخدام وسائل الإعلام، انحراف الزميل، المجتمع السلبي، المدرسة الإيجابية، الاستخدام غير الشرعي للعقاقير، وقاس هذا المقياس المكون من (١٤) فقرة على مقياس ليكرت التكرار لاستخدام العديد من أشكال العقاقير غير المشروعة من الماريوانا، الكوكايين والهيروين، وأشارت النتائج إلى أن انحراف الزميل كان في علاقة ارتباطية أقوى مع تعاطي المخدرات، وبينت العلاقة الارتباطية بين السمات المخالفة للمجتمع، وتعاطي المخدرات، وتقدم النتائج الدليل عن الأهمية الخاصة لانحراف الزميل مع تعاطي المخدرات، وكان انحراف الزميل هو المتنبأ الأقوى لتعاطي الشاب للمخدرات، والعامل الذي يجب أخذه في الاعتبار من أجل جهود التدخل والوقاية، والعامل البيئي الذي يستحق الجهود، وقد أثبتت جهود التدخل المبكر من العائلة بفائدة كبيرة في العمر المبكر للشباب ويكون تأثيرها أقوى من تأثير الزميل.

وقام بيلار وهورنر (2011) Pilar and Horner دراسة بعنوان: "علاقة عوامل مثل الزميل والعائلة مع استخدام التبغ والكحول والميروانا ضمن مرحلة المراهقين التشيليين في بيئة الحي السكني". وقد هدفت الدراسة لتقصي العلاقة بين عوامل العائلة والحي السكني على تعاطي الشبان للمخدرات، واشترك في الدراسة (٨٦٦) شاباً وفتاة، تتراوح أعمارهم بين (١٧/١٢) سنة يعانون من أوضاع اقتصادية واجتماعية متوسطة إلى منخفضة أنجزوا البيانات على كافة المتغيرات التي تم ضمها في هذه الدراسة، واستخدم في الدراسة المقاييس المعتمدة: تكون المتغير المعتمد لتعاطي المخدرات من عدد المناسبات التي قام المشارك بتدخين الميروانا خلال الشهر الماضي، بناء على السؤال: كم مرة استخدمت الميروانا خلال الشهر الماضي، بينما تكونت المتنبأت للمتغيرات التي قدرت بشكل فردي من العائلة، الزملاء وصفات الحي السكني، أما المقاييس المستقلة: فقد تم تقدير العمر والجنس بناء على التقارير الذاتية التي قدمت من المراهقين، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للعائلة بناء على تقارير الأباء، واستخدمت الدراسة الاستبانة للمراهقين التي تتعلق بمتغيرات الحي السكني من استطلاع وطني للحياة الأمريكية، واختير التحليل المتنبأت لاستخدام الميروانا وبواسطة الاحصائيات الوصفية فمن بين (١٨٦٦) شاباً (٥٢%) من الذكور متوسط أعمارهم (١٤,٥) سنة استخدمت مجموعة نهائية من نماذج لاختبار المتنبأت لاستخدام الميروانا، فعلى المستوى الفردي فقط عمر الشاب، والتصور لصعوبة الحصول على الميروانا كانت في علاقة مع تعاطي الميروانا، وقد توصلت الدراسة إلى أن مستويات الجريمة في الحي في علاقة مع تعاطي

الشبان للمراوانا، وتنتشر النتائج أن استراتيجيات تشيلي التي تهدف إلى خفض سلوك تعاطي الميراوانا سوف تكون مريحة أكثر إذا ركزت على عوامل العائلة والزميل بدلاً من التركيز على الحي.

وأجرى دبلي وكومار (2010) Dubly and Kumar دراسة بعنوان: "العلاقة الارتباطية بخمسة عوامل: مقارنة بين متعاطي المخدرات وغير المتعاطين"، وقد بحثت الدراسة في تعاطي المخدرات بوصفها مشكلة متعددة الأبعاد وتندر بالتهديد المتزايد، لذلك تناولت الدراسة السمات الشخصية لمتعاطي المخدرات مقارنة مع السمات الشخصية لغير المتعاطين. باستخدام قائمة (NEO) خمسة عوامل. تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) متعاط أعمارهم فوق (١٨) سنة، و(١٢٠) غير متعاطي للمخدرات، وبيّنت الدراسة أن مجموعة المتعاطين للمخدرات سجلت النقاط الأعلى بدلالة على بعدي النرجسية والانفتاحية على الخارج، بينما سجلت المجموعة غير المتعاطي النقاط الأعلى وبدلالة على الانفتاحية، ولم يسجل الفرق بدلالة بين المجموعتين على مجال الموافقة للشخصية.

وأجرى ماتيها وريدملا (2009) Matihya and Redempla دراسة بعنوان: "تعاطي المخدرات في المدارس الثانوية في كينيا"، وتطوير البرامج من أجل الوقاية والتدخل يؤسس على الاتجاه الحالي لتعاطي المخدرات ضمن طلاب المدارس الثانوية في كينيا، وتحليل الاستراتيجيات التي استخدمت للتعامل مع المشكلة. وقد هدفت الدراسة إلى اقتراح البرنامج الأفضل من أجل الوقاية والتدخل، البحث هو عبارة عن دراسة حالة أجريت في القسم المركزي من مقاطعة لماكاكوس، يوجد في القسم (٢٨) مدرسة ثانوية، (٣) مدارس للذكور، مدرستين للإناث، و (٢٢) مدرسة مختلطة حكومية وخاصة، وتكون مجتمع الدراسة من الطلاب، ورئيس المعلمين، ومرشدي المدرسة، ومعلمي الصف، والأباء، واستخدمت تسعة مدارس للاستطلاع الأراء ضمن الخبراء والطلاب، ما إجمالية (٣٦٠) طالباً اختيروا عشوائياً من أجل هذه الدراسة، وبالتالي كان الإجمالي للمشاركة (٤٠٦) مشاركاً، وكانت الأداة الرئيسية للبحث التي استخدمت لجمع البيانات في الاستطلاع هي الاستبانات والمقابلات، وهي دراسة استطلاعية ميدانية استخدمت أداتي الدراسة: (المقابلات والاستبانات)، وطبقت الاستبانة على الطلاب، ومرشدي المدرسة، ومعلمي الصفوف، ولجمع البيانات الديموغرافية والحقيقية في علاقة والمدى لتعاطي المخدرات ضمن الطلاب، والاستراتيجيات للتعامل مع المشكلة في المدارس، وتوصلت الدراسة إلى إجراءات واعتبارات أخلاقية قابلة للتطبيق مع التفسير للبيانات التي جمعت، من أجل التطوير برنامج التدخل والوقاية في معالجة تعاطي المخدرات في المدارس الثانوية في كينيا.

وأجرى هوكنس وبراون واويستر وارثار وكاتالانو (2008) Hawkins, Brown, Oesterle, Arthur, Abbott and Catalano دراسة بعنوان: "الأثار المبكرة للمجتمعات التي تهتم بالمخاطر المستهدفة للمجتمع والمبادرة الوقائية لسلوك الانحراف وتعاطي المخدرات"، وقد هدفت الدراسة إلى التأكيد على أن المجتمعات التي تهتم في وضع نظام وقائي مصمّم لتخفيض مستويات الانحراف وتعاطي المخدرات لدى المراهقين حسب الصفة المحددة للمجتمع من حيث الأخطار والحماية، وتصف الدراسة النتائج المبكرة من التجربة الأولى العشوائية للمجتمعات التي تهتم، تكونت الدراسة من (٤٤٠٧) طالباً من طلاب الصف الخامس ثم إجراء الاستطلاع عليهم سنوياً حتى الصف السابع، وأجريت التحليلات لتقدير الأثار للمجتمعات التي تهتم في خفض

مستويات عوامل الخطر والسلوك المنحرف وتعاطي المخدرات في الصف السابع، توزعت عينة الدراسة بالتساوي بين الذكور والإناث من الطلاب، وتم الحصول على مقاييس عوامل الخطر، تعاطي المخدرات والانحراف والعوامل السكانية من استطلاع تطور الشباب، كذلك صممت الاستبانة للتطبيق الذاتي في الصف الدراسي لمدة نصف ساعة. وتوصل الدراسة إلى أن الطلاب في المجتمعات المجموعة الضابطة كانوا أكثر احتمالية أن يبادروا في تعاطي المخدرات والسلوك المنحرف بين الصفين الخامس والسابع مقارنة مع الطلاب في المجتمعات التي تهتم لذلك شوه الدليل على الآثار المبكرة لهذه الاستراتيجية لخفض تعاطي المخدرات والسلوك المنحرف بعد تقديمها كنظام للتدخل، وكانت النتائج مشجعة لمشاهدة الأثر الإيجابي بعد (١,٦٧) سنة من تطبيق برامج التدخل الجديدة في المجتمعات التي تهتم.

وقام دبلي و ومينيكشي (2008) Dubey and Meenakshi دراسة بعنوان: "البحث عن مستوى الإحساس والشعور بالنشوة وخيار المخدرات"، وقد هدفت الدراسة إلى قياس مستوى البحث عن الإحساس والشعور بالنشوة ضمن فئات مختلفة من المتعاطين للمخدرات والمؤثرات العقلية، أجريت الدراسة على أربعة مجموعات من مختلفة من متعاطي المخدرات، وتكونت العينة من (١٢٠) من متعاطي المخدرات، مع مجموعة ضابطة مكونة من (١٢٠) شخصاً، استخدم استبانة الميول للمواد المخدرة، وتقترح نتائج الدراسة أن مجموعة المتعاطين للمخدرات حاولت أن يوجد لها الميول الأكبر للبحث عن النشوة، وسجلت النقاط الأكبر على المقياس المستخدم في الدراسة خاصة بمجال البحث عن النشوة مقارنة مع المجموعة الضابطة، كذلك سجلت المجموعة المتعاطية للمخدرات النقاط الأعلى في البحث عن المغامرة والرعب، بالإضافة لذلك وجدت الدراسة العلاقة بين نوع وطريقة استخدام المخدرات وبين التكرار للتعاطي وبداية التعاطي.

وأجرى جينيفر وحاج (2007) Jennifer and Hajj دراسة بعنوان: "تعاطي المخدرات والتطور الإنساني"، حيث هدفت الدراسة إلى بيان أثر الضغوط البيئية، ضغط الزميل، الضغط الانفعالي والقلق، الاكتئاب، وبيان المتغيرات المساهمة في انتشار تعاطي المخدرات من بينها توفر المخدرات، والسلوكيات الصحية الخطيرة، كذلك الإشارة إلى دور المدرسة ومشاركتها كمتغير يحمي من الوقاية من تعاطي المخدرات، كانت متغيرات الدراسة: العمر، الجنس، الوضع الاقتصادي، الاجتماعي، نمط الحياة، تساهل العائلة، والعرقية والمستوى التعليم، واستخدمت الدراسة استطلاعات، أجريت على مدى فترة زمنية طويلة، وعملت على تلخيص نتائج تلك الاستطلاعات، حيث توصلت الدراسة إلى أن معدل تعاطي العقاقير بغير وصفة طبية متفجع جداً ضمن المجتمع الأمريكي، حيث وجدت الدراسة أن ما نسبته (٧,١%) من الأمريكيين الذين أعمارهم من (١٢) سنة وأكثر، يتعاطون نوعاً من المجدرات، وأن نصف المراهقين الأمريكيين تعاطون المدرات التي يشمون بها، لأن البيئة تؤثر على المواقف الاجتماعية، كذلك بالنسبة لبيئة المدرسة التي لها التأثير الكبير على تعاطي الطلاب للمخدرات، وقد خرجت الدراسة بضرورة إيصال احتياجات المعالجة للذين يسعون للمعالجة، ولا يقدر على التكليف مع زيادة التعزيز للسياسات الحالية التي تتعلق بتعاطي الكحول.

وأجرى ديكليدي (2007) Dikeledi دراسة بعنوان: العوامل الاجتماعية المؤثرة على تعاطي المراهقين للمخدرات في المدارس الثانوية في أترديفيل – تسوانا الجنوبية، هدفت إلى تحديد كيف يؤثر الوضع الاجتماعي على تعاطي المخدرات ضمن طلاب المدارس الثانوية، كذلك الأثر لبناء العائلة، وضغط الزميل على تعاطي المخدرات، وتكونت عينة الدراسة من اثنين من الطلاب المراهقين، تربوي، ثلاثة آباء، وممرضة عيادة، واستخدمت المقابلات كأداة رئيسية لجمع البيانات، واستخدم طريقة البحث النوعي في هذه الدراسة لأنه تم استخدام المقابلات، ووصف المستجيبون خبراتهم اليومية في علاقة مع تعاطي المخدرات في مدرستهم، وتم الحصول على البيانات من المقابلات التي أجريت من خلال تعريف مواضيع عامة من وصف المستجيبين لخبراتهم، وتوصلت الدراسة إلى ضرورة أن تقوم كل عائلة بتعليم أبنائها الأخلاق المقبولة والقيم، وأن على كل شاب في المجتمع أن يتصرف كنموذج دور للشباب، كذلك وجدت الدراسة أن هيكل العائلة، وضغط الزميل يلعبان الدور المهم في التأثير على المراهقين لتعاطي المخدرات.

وأجرت بريستاس (2007) Pristas دراسة بعنوان: "توقعات المراهقين لاستجاباتهم الانفعالية والسلوكية عندما تعرض عليهم الكحول والمخدرات"، وقد هدفت الدراسة إلى قياس أثر نوع المادة المخدرة (الكحول مقابل الماريجوا) والعلاقة مع العارضين (أصدقاء مقابل مجرد معارف) وكيفية رفض المخدر (رفض عام، رفض الماريجوا فقط، وتقبل العرض) على توقعات المراهقين لاستجاباتهم الانفعالية والنية في استخدامهم مدى واسع من استراتيجيات مقاومة المخدر، وهدفت الدراسة أيضاً إلى قياس استراتيجيات مقاومة الكحول والمخدرات التي استخدمها الطلبة المراهقين في الماضي، واستراتيجيات المقاومة التي يتوقع المراهقين استخدامها في المستقبل، واستجاباتهم الانفعالية المتوقعة عند عرض المخدرات لهم. ولتحقيق هذا الهدف تم تطبيق استبانة على عينة من طلبة المدارس الثانوية في ولاية أوهايو، بلغ عدد المشاركين في الدراسة (٢٦٧) مشاركاً منهم (٥١%) ذكور، و(٤٩%) منهم إناث، من أربع مدراس ثانوية حكومية في ثلاث مقاطعات من ولاية أوهايو، (٣٨%) من الصف الحادي عشر، (٦٢%) من الصف الثاني عشر، تراوحت أعمارهم ما بين (١٧_١٩) سنة. إن المشاركين الذين كانوا قد اتخذوا قراراً مسبقاً برفض عروض الكحول والماريجوا كانوا يتوقعون على الأغلب بأنهم سوف يستخدمون أنواعاً مختلفة من استراتيجيات الرفض لعرض المخدر. وقد كان لخصائص الخلفية مثل: العمر، والنوع الاجتماعي، والعرق، والمستوى الصفي، ومكان الإقامة، والنية بالالتحاق بالجامعة علاقة بسيطة بتأييد استراتيجيات المقاومة، في حين أن الخبرة السابقة في تلقي عروض تعاطي المخدرات تنبأت بتوقع استجابة انفعالية سلبية أقل، واستخدام مدى أقل من استراتيجيات مقاومة الكحول والمخدرات.

وأجرى فرايس وكاندك وأنجلز وميركل (2006) Vries, Candle, Engles and Merchen دراسة بعنوان: تحديات نموذج تأثير الأقران، هدفت إلى فحص فيما إذا كان يمكن التنبؤ بالبدء بالتدخين لدى المراهقين عن طريق تدخين الأقران أو الأبوين، وقد تكون مجتمع الدراسة من مدارس فيلندا، والدنمارك، وهولندا، والمملكة المتحدة، وإسبانيا، والبرتغال، وتألفت عينة الدراسة من (٧,١٠٢) مراهقا اختبروا عشوائيا من الأقطار الستة، وكان متوسط أعمارهم (١٣) سنة، وأظهرت نتائج الدراسة بأن تدخين الأقران عامل مهم في التنبؤ ببدء التدخين

عند المراهقين في معظم الدول التي أجريت الدراسة فيها، ويختار المراهقون الأصدقاء من ذوي سلوك التدخين المماثل، وتشير هذه النتائج إلى تعاطي التدخين في هذه المرحلة العمرية قد يتأثر إلى حد كبير بسلوك الأقران والمعتقدات الشخصية، ولذلك فإن برامج الوقاية الاجتماعية التي تزود المراهقين بمهارات مقاومة ضغوط التدخين قد يكون تأثيرها أقل، إذا كان لدى المراهقين توجهات إيجابية نحو التدخين من خلال الأسرة، فاتجاهات هذه المجموعة نحو التدخين قد تقودهم إلى اختيار الأصدقاء مستقبلاً، وبعبارة أخرى فإن المراهقين المدخنين يختارون أصدقاءهم من المدخنين.

وأجرى عزوز (٢٠٠٥) دراسة بعنوان: "التنشئة الأسرية والإدمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون بالجزائر"، وقد تناولت هذه الدراسة موضوع التنشئة الاجتماعية الأسرية والإدمان على المخدرات، وقد هدفت التعرف إلى بعض الخصائص الاجتماعية والوظيفية لأسر مدمني المخدرات، من خلال دراسة المتغيرات التالية: التفكك الأسري، وأساليب التنشئة الاجتماعية الأسرية، وطبيعة العلاقات الأسرية، والنموذج الوالدي، والظروف الاقتصادية للأسرة، وأجريت هذه الدراسة على المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتز فانون بمدينة البليدة - الجزائر، وتم جمع المفردات باستخدام طريقة المسح الشامل، بحيث بلغ عدد المدمنين (١٢٠) حالة كلهم من الذكور، وجمعت البيانات بتطبيق استبانة، وباستخدام حزمة البرامج الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS)، واستخدمت التكرارات والنسب المئوية، كما استخدم اختبار كاي مربع لاختبار دلالة الفروق بين المدمنين، وبعد عرض النتائج ومناقشتها، وكشفت الدراسة أن من سمات أسر المدمنين - وهي ليست السمات السائدة - التفكك الأسري (فقدان أحد الوالدين، والطلاق، والهجر، والانفصال)، وكانت الفروق دالة إحصائياً بين عمر المدمنين عند وفاة أحد الوالدين أو طلاقهما، وعمرهم عند بداية التعاطي، مما يعني أن هناك علاقة بين التفكك والعمر عند بداية التعاطي، أما فيما يتعلق بأساليب التنشئة الاجتماعية، فتبين أن الآباء كانوا أكثر ميلاً إلى استخدام أسلوب القسوة، على عكس الأمهات اللاتي كن أكثر ميلاً إلى استخدام أسلوب الحماية الزائدة، وهذين الأسلوبين مرتبطين بتدني المستوى التعليمي للوالدين، وكانت الفروق بين المدمنين بخصوص علاقة المستوى التعليمي للوالدين بأساليب دالة فقط مع أسلوب القسوة والديمقراطية بالنسبة للآب، ومع أسلوب الديمقراطية بالنسبة للأم.

تعقيب على الدراسات السابقة

بعد استعراض بعض الدراسات الواردة في أدب الموضوع، والتي تناولت فاعلية البرامج التدريبية والدراسات التجريبية، والعلاج المعرفي السلوكي، والتعديل المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، وعوامل الخطورة المرتبطة بالإدمان، واستراتيجيات خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، وعلاقتها ببعض المتغيرات يمكن ملاحظة الآتي:

١. أن معظم الدراسات اتفقت على أهمية وفاعلية استخدام البرامج العلاجية للتخلص من مشاكل الإدمان، وتنمية المهارات والاستراتيجيات التي يتدرب الأفراد عليها حتى تصبح سلوكيات ممارسة بشكل يومي، وأهمية وضع

برامج إرشادية وعلاجية لفئة المدمنين والقيام بالبحث والدراسة والتحليل لعلاج هذه الفئة، ولكونها فئة لها تأثيرها المباشر على جميع نواحي الحياة، سواء حياة الفرد نفسه، أو أسرته، أو عمله أو المجتمع بأكمله، فقد أظهرت الدراسة التي قام بها رينوت وكاتريجن وجافاد وبول وميجكي وميز (2015) Reinout, Katrijn, Javad, Paul, Mijke and Miles، والدراسة التي أجراها ليفا وكورا وتشيفريكيينا (2014) Leifa, Kora and Cheverikina، والدراسة التي أجراها شيونغ، وناغي (2013) Cheung and Nagi، والدراسة التي قام بها الحلاق (٢٠١٢)، والدراسة التي قامت بها الزيادات (٢٠١٣)، والدراسة التي قام بها ريتشارد ومايكل وفرانك وستيفن وكارن وكريسس وولتر (2006) Richard, Michel, Frank, Steven, Krank, Chris and Walter، فاعلية البرامج في علاج سلوك الإدمان والتعاطي وخفض مستوى الميل والرغبة والشوق للمواد الإدمانية، حيث عملت هذه البرامج العلاجية على مساعدة الأفراد المدمنين على التخلي عن سلوك التعاطي والإدمان، وعملت على تحسين مستوى الصحة النفسية لديهم.

٢. وجود علاقة ذات دلالة بين الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وبين اختبار مستوى من التوتر والضغوط النفسية في الحياة العامة كما في دراسة موشكي وحسن زيد وتيموري (2014) Moshki, Tsvetkova and Teimouri، والدراسة التي قام بها تشيفيكوفا وأنتونوفا (2013) Anton ova، والدراسة التي أجراها فيرجسون وميهان (2011) Ferguson and Meehan، والدراسة التي أجراها قوافنة (٢٠٠٧)، والدراسة التي قام بها جينيفر وحاج (2007) Jennifer and Hajj، ويمكن وصفها بأنها تفاعلية، حيث أن ارتفاع مستوى التوتر والضغوط النفسية يقود إلى التعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، العكس صحيح. وهذا يؤكد بدوره على حاجة المدمنين على المخدرات لبرامج تدريبية تُبنى بغرض تطوير مهارات التعامل مع التوترات والضغوط النفسية.

٣. وجود ارتباط بين انخفاض مستوى التكيف مع التوتر والضغوط النفسية والأبعاد المتعلقة بإدارة الانفعالات وورود الفعل الناتجة عنه بشكل ذي دلالة مع تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، سواء كان هذا الارتباط بشكل مباشر أو غير مباشر، وهذا يؤكد على أهمية التدريب على إدارة انفعالات الناتجة عن التوتر والضغوط مما يساهم بدوره على خفض مستوى الرغبة في الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

٤. أن أوجه الاختلاف في البرامج الإرشادية التي تقدم لعلاج المدمنين، يعود للأسباب الآتية: البرامج والتدخلات العلاجية، وطرق الإرشاد المتبعة، الأدوات المستخدمة، المرحلة العمرية التي تناولتها الدراسة، وحجم أفراد العينة، ومكان وزمان إجراء الدراسة، وفلسفة النظرية التي يعتمد عليها الباحث في الدراسة، وموضوعات الدراسة فمنها ما ركز على أساليب العلاج المعرفي السلوكي ومنها ما ركز على المهارات الاجتماعية المختلفة، ومنها ما تناول الاضطرابات النفسية المختلفة.

يتبين مما تقدم، أن الدراسة الحالية تتشابه مع الدراسات السابقة من ناحية الموضوع الذي تناولته وهو موضوع التعاطي والإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، إلا أن ما يميز الدراسة الحالية هو أنها ستطبق في

سلطنة عُمان؛ وعلى - حد علم الباحث- تعتبر الدراسة الأولى بالسلطنة في مجال العلاج والتأهيل النفسي للفئة المدمنين من خلال موضوعها، ومنهجية البحث المستخدمة فيها.

وما يميزها بناء مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، وكذلك من أهميتها أنها سوف تقوم ببناء برنامج تأهيلي لعلاج المدمنين مستند إلى أنموذج دونالد مايكنيوم تعديل السلوك المعرفي الذي يعتبر من النماذج الحديثة في العلاج المعرفي السلوكي، ثم تطبيقه والتعرف على فاعليته في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان من خلال مقارنة نتائج المجموعة التجريبية والضابطة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يستعرض هذا الفصل الطريقة والإجراءات التي من خلالها أجريت هذه الدراسة، ويتمثل ذلك في توضيح أفراد الدراسة الذين طبقت عليهم الدراسة، وأداة الدراسة التي تم جمع البيانات من خلالها، والبرنامج التدريبي، ومعايير الصدق والثبات لها، ويوضح هذا الفصل إجراءات الدراسة، والمنهجية البحثية المتبعة، والأسلوب الإحصائي المستخدم في الوصول إلى النتائج، وفحص فرضيات الدراسة، وهي كالآتي:

أفراد الدراسة

تم اختيار أفراد الدراسة بطريقة العينة القصدية، إذ إقتصرت المشاركة في البرنامج على الأفراد المدمنين المقيمين في مركز بيوت منتصف الطريق Half way houses center التابع لمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية لتلقي العلاج والتأهيل النفسي، والذين أنهوا مرحلة العلاج الدوائي الأولى والتخلص من السمية في الجسم، ولا توجد لديهم أي أعراض انسحابية، والبالغ عددهم (٤٠) فرداً علماً بأن هذا العدد يتغير باستمرار بسبب دخول أعداد جديدة من طالبي العلاج والتأهيل النفسي، وخروج عدد منهم بسبب التعافي، وانقضاء المدة الزمنية المقررة لخروجهم حسب تعليمات المركز، وقد تم اختيار أفراد الدراسة وفقاً للمحكات الآتية:

١. الانتهاء من مرحلة العلاج الأولى للمدمنين؛ وهي مرحلة الفطام والعلاج الدوائي (نزع السمية) من جسم المدمن، وكذلك أن لا توجد لديه أي أعراض انسحابية.
٢. عدم انخراط المريض في أي برنامج تدريبي آخر يتعلق بشكل خاص في العلاج المعرفي السلوكي.
٣. رغبة المريض وتطوعه في المشاركة وللانخراط في البرنامج التدريبي وأخذ الموافقة المستنيرة منه.
٤. الحصول على درجة تشير إلى شدة مستوى الرغبة والشوق لدى المريض على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان الذي أعده الباحث، وهي درجة (٨٥) فما فوق.

وقد أنطبقت هذه المحكات على (٣٠) فرداً تم توزيعهم عشوائياً بالتساوي باستخدام الأرقام العشوائية إلى مجموعتين: الأولى تجريبية، والثانية ضابطة.

ويوضح الجدول (١) وصف أفراد الدراسة حسب العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومدة التعاطي.

الجدول 1. وصف أفراد الدراسة حسب متغيرات (العمر والمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية ومدة التعاطي)

المتغير	المستوى	العدد
العمر	٢٠ - ٢٥ سنة	٨
	٢٦ - ٣٠ سنة	١٣
	٣١ - ٤٠ سنة	٦
	٤١ سنة - فما فوق	٣
المستوى التعليمي	ابتدائي	٥
	دبلوم التعليم العام	١٦
	دبلوم بعد التعليم العام	٧
	جامعي	٢
الحالة الاجتماعية	أعزب	٢٢
	متزوج	٥
	مطلق	٣
مدة التعاطي	١ - ٥ سنوات	٦
	٦ - ١٠ سنوات	١٥
	١١ - فما فوق	٩

أدوات الدراسة

استخدم في هذه الدراسة مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، وبرنامج تدريبي مُستند إلى أنموذج مايكنباوم (تعديل السلوك المعرفي)، وفيما يلي وصف لهما:

مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان

لأغراض الدراسة الحالية تم بناء مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان من قبل الباحث، من أجل التعرف ومقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد الدراسة المرضى المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية، وفق الخطوات الآتية:

أولاً: إجراء مسح للأدب النظري السابق المتعلق بموضوع الدراسة للتعرف على مفهوم الرغبة والشوق لسلوك الإدمان إضافة إلى الإطلاع على المقاييس الرغبة والشوق والميل لسلوك الإدمان المتوفرة من خلال الدراسات والأبحاث المتاحة في مجال الإدمان، وما تضمنته من مقاييس وأدوات، حيث تم الاطلاع على المقاييس الآتية:

- مقياس مستوى الميل لسلوك الإدمان لـ يفا و كورا وتشيفريكيينا (2014) Leifa, Kora and Cheverikina
- مقياس الرغبة والميل نحو سلوك التعاطي لـ بوجار وتابتابي وتوسي (2014) Bogar, Tabatabaee and Tosi
- مقياس للميل نحو المواد المخدرة لـ تشارو ومي (2008) Charu and Mee
- مقياس للإدمان على المخدرات لـ إريك وكينيث وجورج (2002) Eric, Kenneth and George

ثانياً: تم صياغة فقرات المقياس في صورته الأولى من (٣٥) فقرة، كلها في نفس الاتجاه وعلى بعد واحد.

ثالثاً: تم استخراج الخصائص السيكومترية لمقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان وفقراته والآتي هو توضيح لذلك.

الخصائص السيكومترية لمقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان:

أولاً: دلالات الصدق

قام الباحث باستخلاص مؤشرات صدق المقياس باستخدام الأساليب الآتية:

١. صدق المحتوى

تم عرض المقياس الذي يتكون من (٣٥) فقرة بعد إعداد الصورة الأولى (ملحق ١)، على (١٧) من أعضاء هيئة التدريس في مجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية وعلم النفس الإكلينيكي في الجامعات الأردنية والعُمانية، والأطباء النفسيين المختصين في المستشفيات والمراكز الصحية العاملة في مجال الطب النفسي والإدمان في المملكة الأردنية الهاشمية وسلطنة عُمان (ملحق ٢)، وذلك لإبداء آرائهم في صدق المضمون وانتفاء العبارات للمقياس، ومدى ملاءمتها لقياس ما وضعت لقياسه، ودرجة وضوحها، ومن ثم اقتراح التعديلات المناسبة، وقد تم اعتماد معيار إتفاق (١٢) محكماً لبيان صلاحية الفقرة. وبناءً على آراء المحكمين تم تعديل بعض الفقرات من ناحية الصياغة لزيادة وضوحها، وتم حذف فقرتين بسبب تشابههما وقرب مدلولها مع فقرات أخرى، وبالنسبة أصبحت المقياس بصورته النهائية يتألف من (٣٣) فقرة موزعة على بعد واحد وجميع فقرات المقياس في اتجاه واحد، وأعتبر هذا الإجراء مؤشراً على أنّ المقياس يتمتع بدلالات صدق منطقية تمثلت باتفاق (٨٣%) على الأقل من المحكمين على مناسبة فقراته (ملحق ٣). ويبين الجدول (٢) الفقرات التي تم تعديلها أو حذفها من مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان في صورته الأولى.

الجدول ٢. يوضح الفقرات التي تم تعديلها أو حذفها من مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان

الرقم	الفقرة الأصلية	التعديل	الحذف	الملاحظات
١.	يزداد شعوري بالتوتر كلما ازدادت رغبتني للمخدرات		/	وجود فقرة مشابهة
٢.	أشعر بعدم الاتزان أثناء رغبتني في المخدرات		/	وجود فقرة مشابهة
٣.	أنا دائماً في حالة اشتياق للمروانا	/		أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدرات
٤.	حرمني من المخدر يسبب لي التوتر والانزعاج	/		شوقي للمخدر يسبب لي التوتر والانزعاج

٢. الصدق التمييزي

وتم استخراج دلالات الصدق التمييزي (الفروق بين المجموعات) للمقياس من خلال مقارنة الأداء بين مجموعتين متطرفتين في الخصائص النفسية تم اختيارهما من خارج أفراد الدراسة، وهما: مجموعة من المدمنين على المخدرات، وضمت (١٤) فرداً من المتعاطين المراجعين للعيادة الإدمان الخارجية بمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية، والذين تم تشخيصهم بأنهم مدمنون على المواد لكنهم في إنتظار أدوارهم لدخول المستشفى لتلقي العلاج المتكامل، ومجموعة العاديين (غير المتعاطين للمخدرات)، وبلغت (٢٠) فرداً، وقام الباحث بتطبيق اختبار (ت) لفحص دلالة الفروق بين المجموعتين، حيث أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) بين الفئتين، مما يشير إلى قدرة المقياس على التمييز بين فئتين متطرفتين، ويوضح الجدول (٣) نتائج الصدق التمييزي للمقياس:

الجدول ٣. نتائج اختبار (ت) لفحص دلالة الفروق بين متوسطي الإجابات لمجموعتي الأفراد المتطرفتين (متعاطين، غير متعاطين)

المجموعة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الفرق في المتوسطات	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
متعاطين/ في مرحلة الإدمان	١٤	١٠٠,٢	١,٩	٣٤,١	-٦,٢٥	*,٠٠٠
غير متعاطين/ عاديين	٢٠	٦٦,١	٢,٢			

* ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).

ثانياً: دلالات الثبات

قام الباحث باستخلاص مؤشرات ثبات المقياس باستخدام الأساليب الآتية:

١. دلالات الاتساق الداخلي

تم تطبيق المقياس على عينة مكونة من (١٤) فرداً من المدمنين المراجعين لعيادة الإدمان الخارجية بمستشفى المسرة من خارج أفراد الدراسة، وتم حساب دلالة الاتساق الداخلي بين فقرات المقياس ككل، باستخدام معادلة كرونباخ الفا، فكان معامل الاتساق الداخلي للدرجة الكلية للمقياس (٠,٨١)، وتعد هذه القيمة كمؤشر مقبول على الاتساق الداخلي للمقياس.

٢. الثبات عن طريق الإعادة

تم تطبيق المقياس على عينة من المدمنين من خارج أفراد الدراسة مكونة من (١٤) فرداً لديهم خصائص مشابهة لأفراد الدراسة، ثم أعيد تطبيقه بعد أسبوعين على نفس العينة، حيث بلغ معامل الاستقرار (٠,٨٨)، وتعتبر هذه القيمة مناسبة لأغراض الدراسة الحالية.

ثالثاً: وصف المقياس وتصحيحة

وتكون المقياس في صورته النهائية من (٣٣) فقرة جميعها في نفس الاتجاه، تتعلق ببعد واحد وهو الرغبة لسلوك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

طريقة الإجابة

تكون الإجابة بوضع إشارة (/) في المربع الذي ينتمي إلى درجة انطباق الفقرة على المفحوص مثل: دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً.

وصححت الإجابات على هذا المقياس استناداً إلى سلم إجابة مكون من خمس فئات وهي:

- دائماً: تعني أن الفقرة تنطبق على المفحوص بكل الأوقات وتعطي (٥) درجات.
- غالباً: تعني أن الفقرة تنطبق على المفحوص في معظم الأوقات، وتعطي (٤) درجات.
- أحياناً: تعني أن الفقرة تنطبق على المفحوص في بعض الأوقات، وتعطي (٣) درجات.
- نادراً: تعني أن الفقرة قلما تنطبق على المفحوص، وتعطي (٢) درجات.
- أبداً: تعني أن الفقرة لا تنطبق أبداً على المفحوص، وتعطي (١) درجة.

ولأغراض الدراسة الحالية فقد تم احتساب الدرجة الكلية على المقياس حيث تراوحت ما بين (٣٣ - ١٦٥) درجة، مع ملاحظة أنه تم اعتبار الدرجة (٨٥) فما فوق درجة القطع ومؤشر لشدة مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى المريض، والتي تمثل (٥٠%) من درجة الكلية للمقياس.

البرنامج التدريبي المستند إلى نموذج مايكنباوم تعديل السلوك المعرفي

لأغراض الدراسة الحالية والمتمثلة في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية، تم بناء برنامج تدريبي مستند على منحى تعديل السلوك المعرفي لمايكنباوم، وذلك من خلال الخطوات التالية:

أولاً: الاطلاع على الأبحاث والدراسات المتاحة في مجال العلاج المعرفي السلوكي بشكل عام، أو بتعديل السلوك المعرفي لمايكنباوم بشكل خاص - المنحى الذي اعتمده برنامج الدراسة - التي اهتمت بإعداد البرامج التدريبية والتأهيلية لعلاج الإدمان وخفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان منها:

- دراسة شيونغ و ناغي (2013) Heung and Nagi.

- دراسة مهمت وايليزي وأندرو وكاتلين (2012) Mehmat, Elise, Andrew and Kathleen.

- دراسة كوستينا و برنيلي و آني و لارز و تريني وأن (2010) Krystyna, Pernille, Anne, Lars

.Trine and Anne

- دراسة هيرمان و منيكا و نادي (2003) Hermano, Monicca and Nady.

– دراسة لينيو وكارن وكاثي (Leinua, Karin and Kathy (2002).

– دراسة ويليام وبول (William and Paula (2002).

ثانياً: الإطلاع على المفاهيم الأساسية لنظرية التعديل السلوك المعرفي لدونالد مايكنباوم Cognitive behavior

modification (CBM)، والتي تركز على تغيير الجانب اللفظي الشفوي للذات Self - Verblization

التدريب على مهارات الحديث الذات الإيجابي، والتحصين ضد التوتر والضغط Stresss inoculation، وإعادة البناء المعرفي.

ثالثاً: تم تحديد الهدف العام من البرنامج، ويتمثل في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات

والمؤثرات العقلية في مركز بيوت منتصف الطريق Half way houses center التابع لمستشفى

المسرة للأمراض النفسية والعصبية وذلك تزويد المرضى بمهارات التكيف المعرفية السلوكية الفعالة، من

خلال التعامل مع مشكلتي ارتفاع مستوى التوتر وانخفاض مستوى التكيف، والتي تساعد على التعافي من

الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

رابعاً: صياغة محتوى البرنامج التدريبي، والذي يتكون من اللقاءات وجلسات متنوعة التي تعتمد أنموذج

مايكنباوم لخفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى المدمنين، ويتكون البرنامج من (١٩) جلسة مدة كل

منها (٩٠) دقيقة، ويتم تطبيقه في مدة ثلاثة أشهر متتابعة بمعدل جلستين كل أسبوع (ملحق ٤)، وفيما يلي

وصف لجلسات البرنامج فتتضمن:

الجلسة التمهيديّة: كانت عبارة عن لقاءات فردية بالمرضى لمدة أسبوع لتعريفهم بالبرنامج، وتوضيح هدفه العام

وهو التدريب على استراتيجيات تعديل السلوك المعرفي وصولاً بهم إلى ترك هذه الآفة

الخطيرة، أو خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، والإجابة على استفساراتهم، وجمع بياناتهم

قبل بدء البرنامج من خلال تعبئة استمارة جمع المعلومات والبيانات الشخصية، وأخذ الموافقة

المستنيرة Informed Consent منهم، وتطبيق الاختبار القبلي لمقياس مستوى الرغبة لسلوك

الإدمان، وتوقيع العقد السلوكي .

الجلسة الأولى: تهدف إلى التمهيد للبرنامج والتعارف، وتتضمن التعارف بين أفراد المجموعة التجريبية، وبناء

الثقة، وتوقعات من البرنامج وأهدافه.

الجلسة الثانية: تهدف إلى التعرف على دوافع الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، وأنواعها، والأضرار

الناجمة عنها.

الجلسة الثالثة: تهدف إلى التعرف على مواقف حية لآثار تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية والأوضاع المختلفة

للمدمنين في حالات مختلفة تحت تأثير المخدر.

الجلسة الرابعة: تهدف إلى اكتساب وممارسة مهارة الحديث الذاتي، تعديل أنماط الحديث الذاتي أو ما يسمى أيضاً

بالاستجابات اللفظية الضابطة Verbal Controlling Stimul على افتراض أن ذلك سيؤدي

إلى تعديل السلوك.

الجلسة الخامسة: تهدف إلى التعرف على استراتيجية التحصين ضد التوتر، تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر والضغط النفسية.

الجلسة السادسة: تهدف إلى اكتساب وممارسة مهارات التكيف المعرفية (الاستعداد لمواقف التوتر، ومواجهة الأفكار السلبية أثناء الموقف، والتعامل مع اللحظات الحاسمة لموقف التوتر، وتعزيز الذات).

الجلسة السابعة: تهدف إلى اكتساب وممارسة مهارات العمل المباشرة _ التكيفية (جمع المعلومات حول المواقف المسببة للتوتر، وتحديد طرق الهروب والنجاة أو وسائل تخفيف التوتر، واستراتيجيات التسكين).

الجلسة الثامنة: تهدف إلى التعرف والتدريب على أسلوب الاسترخاء العام الجسدي (الاسترخاء العضلي، وأسلوب التنفس)، استناداً إلى ما قدمه جاكسون Jacobson. التعرف بتمرين الاسترخاء وعلاقته بالتوتر والتكيف.

الجلسة التاسعة: تهدف إلى التعرف والتدريب على أسلوب الاسترخاء العقلي/ المعرفي وعلاقته بالتوترات والتعامل معها.

الجلسة العاشرة/ الحادية عشر: تهدف إلى إعادة البناء المعرفي للمرضى واستبدال أنماط التفكير والعبارات السلبية غير التكيفية بأنماط تكيفية وعبارات إيجابية.

الجلسة الثانية عشر: تهدف إلى إعادة البناء المعرفي من خلال التدريب على تطبيق مهارات التكيف المعرفي.

الجلسة الثالثة عشر: تهدف إلى تطبيق جميع مهارات التكيف على المواقف ذات الصلة بالمشكلة (التخيل، ولعب الدور).

الجلسة الرابعة عشر: تهدف إلى التعرف على مفهوم الضبط الذاتي والتدريب على مهارة الضبط الذاتي، والتعرف على المهارة الأولى لضبط الذاتي (مراقبة الذات).

الجلسة الخامسة عشر والسادسة عشر: تهدف إلى التدريب واكتساب مهارات الضبط الذاتي (ضبط المثبرات).

الجلسة السابعة عشر: تهدف إلى التدريب على الضبط الذاتي (مكافأة وتعزيز الذات).

الجلسة الثامنة عشر: تهدف إلى التعرف على استراتيجيات الوقاية من الانتكاسة، ومهارات قضاء وقت الفراغ، والتدريب على أن يقول: لا للمخدرات.

الجلسة التاسعة عشر: ختامية تقييمية؛ تهدف إلى تقييم مدى الاستفادة من المهارات والاستراتيجيات التي تم التدريب عليها، ومدى تحقق الأهداف التي تم رصدها للبرنامج، وتطبيق مقياس الدراسة تطبيق بعدي والمتابعة.

خامساً: تحكيم البرنامج؛ قام الباحث بعرض البرنامج المعد لأغراض هذه الدراسة على (١٧) محكماً من أعضاء هيئة التدريس المختصين في مجال الإرشاد النفسي والصحة النفسية، وعلم النفس الإكلينيكي في الجامعات الأردنية والعمانية، والأطباء النفسيين المختصين في المستشفيات والمراكز الصحية العاملة في مجال الطب

النفسي والإدمان في المملكة الأردنية الهاشمية وسلطنة عُمان، وللتأكد من صدق المحتوى، ولإبداء ملاحظاتهم ومقترحاتهم حول مدى مناسبة أهداف البرنامج، وإجراءاته، ومحتوى الجلسات التدريبية لهدف البرنامج الأساسي، وسيتم إجراء التعديلات وفق آراء المحكمين.

تصميم الدراسة

تعتبر الدراسة الحالية دراسة شبه تجريبية؛ فقد هدفت إلى تحديد فاعلية البرنامج التدريبي الذي بني لأغراض هذه الدراسة، في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات في سلطنة عُمان. وقد استخدمت الدراسة لفحص أثر المتغير المستقل وهو (البرنامج التدريبي) على المتغير التابع وهو الدرجة على مقياس خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، والجدول (٤) يبين ذلك:

الجدول ٤. تصميم الدراسة شبه التجريبية

المتابعة	القياس البعدي	المعالجة	القياس القبلي	تعيين عشوائي	المجموعة
O3	O2	X	O1	R	GA
-	O2	-	O1	R	GB

حيث أن:

- (GA): المجموعة التجريبية.
- (GB): المجموعة الضابطة.
- (R): تعيين عشوائي.
- (O1): القياس القبلي، (O2) القياس البعدي، (O3) قياس المتابعة.
- (X): المعالجة (البرنامج التدريبي).

- المجموعة التجريبية: تعيين عشوائي _ قياس قبلي _ برنامج إرشادي _ قياس بعدي _ قياس متابعة.
- المجموعة الضابطة: تعيين عشوائي _ قياس قبلي _ عدم التعرض للبرنامج الإرشادي _ قياس بعدي.

متغيرات الدراسة

- تتضمن هذه الدراسة المتغيرات التالية:
- المتغير المستقل: البرنامج التدريبي.
- المتغير التابع: الدرجة التي يحصل عليها المفحوصون على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.

إجراءات الدراسة

تم تطبيق إجراءات الدراسة وفقاً للآتي:

- مخاطبة الجامعة الأردنية الملحقية الثقافية العُمانية بالملكة الأردنية الهاشمية لتسهيل مهمة الباحث، وبدورها خاطبة الملحقية الثقافية وزارة الصحة في سلطنة عُمان لتسهيل مهمة الباحث (ملحق ٥).
- قام الباحث بالتواصل مع وزارة الصحة في سلطنة عُمان لتوضيح طبيعة الدراسة وهدفها للحصول على الموافقة الرسمية بتطبيق الدراسة في المستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية.
- تم عرض مقترح الدراسة على اللجان المعنية والمختصين بالوزارة، وتمت إجازة الدراسة للتطبيق في مركز بيوت منتصف الطريق Half way houses center التابع لمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية (ملحق ٦).
- تم لقاء أفراد الدراسة من المرضى المدمنين المقيمين في مركز بيوت منتصف الطريق بشكل فردي والتعرف عليهم؛ وإطلاعهم على طبيعة الدراسة وأهدافها.
- تم اختيار أفراد الدراسة من الذين تنطبق عليهم شروط الالتحاق بالبرنامج، والراغبين في المشاركة بعد أخذ الموافقة المستنيرة من كل فرد منهم (ملحق ٧)، بعدها تم تطبيق مقياس الدراسة القبلي (مستوى الرغبة لسلوك الإدمان) بشكل فردي، وتم توزيعهم عشوائياً إلى مجموعتين تجريبية وضابطة.
- تم إجراء التكافؤ بين المجموعتين باستخدام اختبار (ت) للعينات المستقلة للتأكد من تكافؤ المجموعتين: التجريبية والضابطة قبل تطبيق البرنامج في الدرجة المتحققة على المقياس، كما في الجدول (٥):

الجدول ٥. نتائج اختبار (ت) لدرجات أفراد الدراسة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان تبعاً للمجموعة (ضابطة، تجريبية)

المجموعة	العدد	الاختبار القبلي		درجات الحرية	قيمة (t)	مستوى الدلالة
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري			
المجموعة التجريبية	15	116.07	3.3	29	3.2 -	0.43
المجموعة الضابطة	15	117.07	3.5			

يتضح من الجدول (٥) عدم وجود فرق ذي دلالة احصائية على مقياس الرغبة لسلوك الإدمان عند $(\alpha \geq 0.05)$

بين متوسط أداء أفراد الدراسة في القياس القبلي للمجموعتين: التجريبية والضابطة، مما يدل على تكافؤ المجموعتين قبل تطبيق البرنامج.

- بعدها تم لقاء أفراد المجموعة التجريبية، ومناقشتهم في طبيعة الدراسة وأهميتها وهدفها، والاتفاق معهم على موعد تطبيق البرنامج التدريبي، وتحديد الوقت والمكان.

- تم تطبيق البرنامج التدريبي على أفراد المجموعة التجريبية، في مقر مركز بيوت منتصف الطريق Half way houses center، بواقع جلستين في الأسبوع واستغرقت كل جلسة (٩٠) دقيقة، في الفترة ما بين ٢٠١٤/١٢/١٥ حتى ٢٠١٥/٣/١٢م.

- تم تطبيق الاختبار البعدي (مستوى الرغبة لسلوك الإدمان) على أفراد الدراسة.

- تمت متابعة أفراد المجموعة التجريبية بعد أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج التدريبي بتطبيق مقياس الدراسة عليهم.

المعالجة الإحصائية

لفحص فرضيات الدراسة تم الآتي:

١. إيجاد المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعتين: التجريبية والضابطة على الاختبار (القبلي والبعدي)، وكذلك على اختبار المتابعة للمجموعة التجريبية.

٢. تحليل التباين المشترك (One Way ANCOVA) للكشف عن فعالية البرنامج التدريبي المستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.

٣. إجراء اختبار (t-test) للعينات المترابطة للكشف عن مدى احتفاظ المجموعة التجريبية باستمرارية خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

يتناول هذا الفصل التحليل الاحصائي لفحص فرضيتي الدراسة التي تناولت فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان.

أولاً: النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان (البعدي)، تُعزى للبرنامج التدريبي المُستند على أنموذج مايكنباوم.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة في المجموعة الضابطة (التي لم تخضع للبرنامج التدريبي المُستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان)، والمجموعة التجريبية (التي خضعت للبرنامج التدريبي المُستند إلى أنموذج مايكنباوم لخفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان) على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي، والجدول رقم (٦) يبين ذلك:

الجدول ٦. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد الدراسة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي تبعا للمجموعة (ضابطة، تجريبية)

المجموعة	العدد	المقياس البعدي		درجة الحرية	قيمة (t)
		المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
(المجموعة الضابطة)	15	116.33	3.309	29	2.4
(المجموعة التجريبية)	15	73.33	7.374		

يتضح من الجدول (٦) وجود فرق ظاهري بين متوسطي أداء الأفراد في مقياس الرغبة لسلوك الإدمان البعدي نتيجة تعرضهم للبرنامج الإرشادي، إذ بلغ المتوسط الحسابي لأداء الأفراد في المجموعة التجريبية (73.33)، وبانحراف معياري (7.374)، وهو أقل من المتوسط الحسابي لأداء الأفراد على المقياس في المجموعة الضابطة الذي بلغ (116.33)، وانحراف معياري مقداره (3.309)، ولبیان دلالة الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، والجدول (٧) يبين ذلك:

الجدول ٧. تحليل التباين المشترك (ANCOVA) لدلالة الفروق بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة (ف)	الدلالة الإحصائية
القبلي (المصاحب)	.056	1	.056	.002	.968
البرنامج التدريبي	13556.460	1	13556.460	400.197	.000
الخطأ	914.611	27	33.874		
الكللي المعدل	14782.167	29			

تشير نتائج تحليل التباين المشترك في الجدول (٧) إلى وجود أثر ذي دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.5$) لمتغير البرنامج التدريبي بين متوسط علامات أفراد عينة الدراسة في كل من المجموعتين (التجريبية، والضابطة) على مقياس الرغبة لسلوك الإدمان البعدي، حيث بلغت قيمة ف (400.197) وهذه القيمة دالة عند مستوى (٠,٠٠٠)، وجاء الفرق لصالح المجموعة التجريبية التي تلقت البرنامج التدريبي، وهذه النتيجة تعني أن البرنامج ساعد في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى المجموعة التجريبية، مما يشير إلى رفض الفرضية الصفرية الأولى وقبول الفرضية البديلة، وقد تم إيجاد حجم الأثر (EffectSize)، باستخدام مربع إيتا (EtaSquare)، كما هو موضح في الجدول (٨)، إذ وجد أنه يساوي (٠,٩١) وهذا يعني أن البرنامج التدريبي أحدث تبايناً كبيراً في المتغير التابع المتعلق في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، أي أن البرنامج التدريبي فسر حوالي (٩١ %) من التباين الكلي في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد الدراسة.

الجدول ٨. قيمة مربع إيتا ونسبة التباين المفسر لأداء أفراد الدراسة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي

مصدر التباين	مجموع المربعات	مربع إيتا	نسبة التباين المفسر	حجم الأثر
القبلي (المصاحب)	0.056	٠,٠٠٠٩	%٠,٠٠٩	
البرنامج العلاجي	13556.460	٠,٩٦	% ٩١	كبير جدا
الخطأ	914.611	٠,٠٦	%٠,٠٦١	
الكللي المعدل	14782.167			

ثانياً: النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي والمتابعة. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (ت) للعينات المرتبطة لدرجات المجموعة التجريبية (التي خضعت للبرنامج التدريبي) على المقياس البعدي والمتابعة، والجدول (٨) يبين ذلك:

الجدول ٩. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة (ت) لتحديد دلالة الفروق بين القياس البعدي وقياس المتابعة لدرجات المجموعة التجريبية على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان

المتابعة	البعدي	المتابعة		قيمة (t)	مستوى الدلالة
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
73.33	7.374	72.20	6.961	١,٣٢	٠,٢٠

يتضح من الجدول (٩) ومن خلال نتائج اختبار (t) للعينات المرتبطة أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$) في مقياس الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد المجموعة التجريبية بين القياس البعدي والمتابعة، حيث بلغت قيمة (t) (١,٣٢) وهي غير دالة، وبلغ المتوسط الحسابي لأداء الأفراد في المجموعة التجريبية على المقياس (73.33)، وانحراف معياري (7.374) في القياس البعدي، وبلغ المتوسط الحسابي في قياس المتابعة (72.20)، وانحراف معياري مقداره (6.961). وهذا يشير إلى استمرارية أثر البرنامج التدريبي بعد مرور أربعة أسابيع بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

هدفت الدراسة الحالية إلى الإجابة عن السؤال الرئيس التالي: ما فعالية برنامج تدريبي مستند على أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان؟ ولغرض تحقيق ذلك تم استخدام المنهج شبه التجريبي Quasi Experimental Design ، حيث تم وتوزيع أفراد الدراسة عشوائيا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، ضمت كل مجموعة (١٥) فردا، وخضعت المجموعة التجريبية إلى البرنامج التدريبي لخفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، وإلى قياس قبلي وبعدي ومتابعة، أما المجموعة الضابطة فلم تخضع لأي برنامج، إنما خضعت لقياس قبلي وبعدي.

وبعد استخراج النتائج تبين أن البرنامج التدريبي كان فعالا في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية لدى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج، حيث لوحظ فرقا ذو دلالة احصائية عند $(\alpha \geq 0.05)$ بين المجموعتين: التجريبية والضابطة على مقياس الرغبة لسلوك الإدمان/ وذلك لصالح المجموعة التي تلقت تدريبا على خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.

وفيما يلي مناقشة نتائج الدراسة:

اولاً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الأولى "توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(\alpha \geq 0.05)$ بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية، ومتوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان (البعدي)، تُعزى للبرنامج التدريبي المستند على أنموذج مايكنباوم.

تم استخدام تحليل التباين المشترك (ANCOVA)، وأشارت النتائج إلى أن البرنامج التدريبي كان فعالا في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد المعالجة مباشرة، حيث كانت درجات التحسن في الدرجة الكلية ذات دلالة إحصائية عند مستوى $(\alpha \geq 0.05)$ ، حيث بلغت قيمة $F(400.197)$ وهي مرتبطة بدلالة إحصائية (0.000) ، في حين كانت للمجموعة الضابطة (0.002) وهي مرتبطة بدلالة إحصائية (0.96) .

ويُعزى ذلك إلى فاعلية البرنامج في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد المجموعة التجريبية، حيث عمل البرنامج على الوعي بمخاطر وآثار المخدرات مما أسهم في زيادة ابتعاد المدمنين عن المخدرات، وعدم قناعتهم بفائدتها لهم على المدى البعيد.

وتعلل فاعلية البرنامج في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد الدراسة الحالية إلى أن المهارات المستخدمة في البرنامج التدريبي شاملة نوعاً ما، وتغطي جوانب قصور مختلفة لدى المدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية، إذ أن التدريب عليها يُمكن الفرد من التعامل مع عوامل الخطورة بشكل إيجابي وفعال، وتمكن الفرد من ضبطها بالطريقة التي تسهل إمكانية الوصول إلى أهدافه، وتفرغ إنفعالاته السلبية والمؤلمة بطريقة تكيفية.

وربما تعود فعالية البرنامج التدريب المستند على منحى تعديل السلوك المعرفي في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى المدمنين إلى أهمية البرامج الإرشادية، وإلى المهارات المستخدمة التي تدرب عليها أفراد الدراسة وممارسوها، مثل: مهارات الحديث الذاتي الإيجابي للمدمن مما يساهم في تغيير مدارك المدمن حول كفاءته الذاتية المدركة في التعامل مع مواقف سبق وأن شكلت لديهم صعوبات، وأن الاستعداد والتهيؤ للتعامل مع المواقف الصعبة يشكلان جزءاً هاماً في عملية التعليم الذاتي، وقد يستخدم هذا الأسلوب مع السلوكيات غير التكيفية، كما اشتمل البرنامج على التدريب على استراتيجية التحصين ضد التوتر، حيث يعطي هذا الأسلوب الفرد مجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات المستقبلية، وتدريب المدمنين على التعرف على الأفكار اللاعقلانية التي تعتبر من أهم عوامل الخطورة في تعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية، وإعادة البناء المعرفي لما لها من دور كبير في معالجة حالات الإدمان، والتي تشمل على محاولة تعديل العوامل المعرفية، فالسلوك غير التكيفي، ووفق هذا الأسلوب يعمل بوصفه نتاج للتفكير غير وظيفي وغير منطقي، وبناء على ذلك ينظر إلى العلاج على أنه عملية تعلم داخلية، تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي، وإعادة تنظيم الأفكار ذات العلاقة بالروابط بين الأحداث والمثيرات البيئية المختلفة.

وكذلك تدل هذه النتيجة على أهمية البرامج التدريبية القائمة على منحى تعديل السلوك المعرفي عند العمل مع المدمنين على المخدرات لمساعدتهم على التخلص من سلوك الإدمان، وتشير النتيجة إلى أن معالجة سلوك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية تقوم من خلال تعريف المدمنين بمخاطر المواد المخدرة، وآثارها النفسية، والصحية، والاجتماعية، وكذلك تدريبهم وممارستهم لاستراتيجيات التحصين ضد التوترات والضغوط النفسية، والتعامل مع ردود الفعل الناتجة عنها، ومن ثم تطوير مجموعة من المهارات التي يمكن أن يستخدموها في حياتهم اليومية بدون اللجوء إلى المخدرات للهروب أو مواجهة ضغوط الحياة العامة.

ويمكن تفسير النتائج أيضاً إنطلاقاً من أن البرنامج التدريبي الذي ارتبط بعلم النفس الإيجابي الذي يركز على جوانب القوة لدى الفرد للبقاء والعيش بشكل منتج وفاعل في الحياة.

ثانياً: مناقشة النتائج المتعلقة بالفرضية الثانية " توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0,05$) بين متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان البعدي والمتابعة.

تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأداء المجموعة التجريبية على القياس البعدي والمتابعة، وأجري اختبار (ت) للعينات المرتبطة، وذلك للكشف عن فاعلية البرنامج التدريبي في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى أفراد المجموعة التجريبية.

وقد بينت النتائج أن البرنامج التدريبي كان فعالاً من حيث استمرارية فعالية البرنامج بعد الانتهاء من التدريب بشهر في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، حيث لم يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط أداء المجموعة التجريبية على المقياس (البعدي والمتابعة)، إذ بلغت قيمة ت (t) (١,٣٢)، وهي مرتبطة بمستوى دلالة (٠,٢٠)، وهي غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة ($\alpha \geq 0,05$).

وتتفق نتيجة الدراسة مع الدراسة التي أجراها موشكي وحسن زيد وتيموري (2014) Moshki,

Hassan Zade and Teimouri على أهمية التدريب على مهارات التعامل مع التوتر والضغوط النفسية التي يواجهها الأفراد، ومهارات الحياة العامة للوقاية من تعاطي المخدرات والسلوكيات الخطرة.

وتتفق نتيجة الدراسة الحالية كذلك مع رينوت وكاتريجن وجافاد وباول وميجكي وميز (2015) Miles, Mijre, Pall, Jovard, Katrijn and Reinot من حيث قدرة المعالجين والبرامج الإرشادية على إعادة البناء المعرفي، وتصحيح الأفكار غير العقلانية للمدمنين حول سلوك الإدمان والمواد الإدمانية.

وتتفق أيضا مع دراسة آلن وكنجو وشاد ومارستون (2012) Allen, Cahngo, Schad and Marston من حيث دور الإرشاد والعلاج النفسي في علاج وتأهيل المدمنين وخفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان والتعافي منه.

كما تتفق مع دراسة فوو وتام ولي (2012) Foo, Tam and Lee من حيث النتائج التي تحقها البرامج التدريبية في قدرة الافراد المدمنين على التخلي والاقلاع عن عادة الإدمان.

وتتفق مع دراسة فيرجسون وهيمان (2011) Ferguson and Meehan التي أشارت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في القياس القبلي والبعدي ولصالح المجموعة التجريبية.

وتتفق مع دراسة ماتيهيا وريدملا (2009) Matihya and Redempla التي أشارت إلى استمرارية البرنامج التدريبي بعد انتهاء التدريب لدى افراد المجموعة التجريبية.

واختلفت الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة من حيث متغيرات الدراسة، وطبيعة الإحصاءات المستخدمة، وأدوات جمع المعلومات، وكذلك المنهج المستخدم، حيث كانت معظم الدراسات السابقة دراسات ارتباطية، واقتصرت على الأفراد المراهقين، والبحث عن أسباب الإدمان، والقليل منها ركز على النواحي العلاجية.

وربما تعود فاعلية البرنامج التدريبي في هذه الدراسة من وجه نظر الباحث في خفض مستوى الرغبة والشوق لسلوك الإدمان، لدى عينة الدراسة الحالية إلى المهارات المستخدمة من قبل الباحث وتغطي جوانب مختلفة لدى المدمنين، إذ أن التدريب عليها تمكن الفرد من ضبط سلوكه كما تسهم في تنمية مهارات الاحساس بالمسؤولية تجاه المجتمع وتجاه نفسه، كما أن الواجبات الموكلة في نهاية كل جلسة كانت توظف المهارات التي تعلمها متعاطي المخدرات في حياتهم وتفاعلاتهم اليومية، وتجعلهم يدركون الآثار السلبية لتعاطي المخدرات على أنفسهم وأسرهم، وممارسة ما تعلموه خلال الجلسات التدريبية، وملاحظة نتائج ذلك وانعكاسه على حياتهم.

كما أن بيئة المركز الذي تم التدريب فيه والإمكانات المتوفرة كان له أثر هام في شعور الأفراد بنوع من الهدوء والراحة والطمأنينة، مما انعكس على تفاعلهم الإيجابي مع المدرب، ومع البرنامج، إضافة إلى أن البرنامج طبق في جو ودي ومثالي، واعتمد على التدريب الجماعي، مما يسهل ملاحظة المجموعة لخبرات الآخرين، ويحترم خصوصية الأفراد المشاركين من مدمني المخدرات.

وربما يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء الجلسات الإرشادية التي قدمها البرنامج التدريبي، وما احتوى عليه من أساليب علاجية وأنشطة فعالة هدفت كلها للتغلب على سلوك الإدمان، إضافة لتشجيع الأفراد للحديث عن تجربتهم مع المخدرات والحديث عن ذلك أمام أقرانهم الذين مروا بتجربة مماثلة، مما دفع كامل أفراد المجموعة وشجعهم على الحديث بدون أي تردد أو خوف، الأمر الذي ربما دعم جوانب النمو النفسي تجاه المخدرات لديهم، وعزز من شعورهم واحترام الذات، والذي افتقدوه جراء تعاطيهم للمخدرات، وربما كان لتزويد الأفراد بالمهارات والواجبات التي تم تدريبهم عليها وتطبيقها بشكل عملي أثناء الجلسات العلاجية أثر إيجابي، ويعتقد الباحث أن التحسن ربما يرد إلى تدريب الأفراد على مكون مهم ورئيس كأحد مكونات العلاج، وهو مكون أسباب التعاطي، والذي عملنا من خلاله على تشجيع الأفراد على سرد ومناقشة قصتهم الخاصة، وتجربتهم الشخصية في جو آمن، حيث أتيح للأفراد أن يصفوا تجربة التعاطي بشكل كتابي، ومن ثم قراءة ما كتبوه أمام باقي زملائهم في المجموعة، وأن يتحدثوا عن مشاعرهم وأفكارهم.

ويرجع ذلك إلى أن البرنامج التدريبي المستخدم يساعد المرضى على اتخاذ تعديلات عميقة ودائمة في اتجاهاتهم وممارساتهم، فهو أسلوب يهدف إلى مساعدة المريض على خفض اضطراباته الانفعالية، وذلك من خلال الاستراتيجيات الفنية التي طبقت خلال البرنامج، وسعي المتدرب إلى تحقيق الأهداف من خلالها، إضافة إلى المواقف التي يمر بها تؤدي إلى أن يعيش حياته ضمن فلسفة جديدة ذات معنى، ودلالة في تأثيرها الإيجابي على تكيفه وصحته النفسية، وتصبح قدرته على مواجهة ضغوط ومجريات الحياة أعلى، ضمن الحد الأدنى من الاضطراب الانفعالي الذي قد يتعرض له، فتكون هذه الضغوط أقل أثراً على مجريات حياته اليومية، وعلى استعداده وقدرته على أداء واجباته والتزاماته.

كما أن للوجبات التي طرحت في نهاية كل جلسة تدريبية، والتي كانت توظف المهارات التي يتعلمها مدمني المخدرات في حياتهم وتفاعلاتهم اليومية دوراً فاعلاً في جعل أفراد الدراسة على وعي بجوانب القوة والضعف لديهم، وخاصة ما يتعلق بتمارين التحصين ضد التوتر والضغط، وممارسة ما تعلموه خلال الجلسات التدريبية، وتطبيقه بالواقع المعاش، وملاحظة نتائج ذلك وإنعكاسه على تفاعلاتهم مع الآخرين ورغبتهم بتكرار التعاطي.

إن ما أشارت إليه نتائج الفرضيات من دلالة إحصائية تدل على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة لصالح المجموعة التجريبية، وما لمسها الباحث من خلال إجابات الأفراد على أدوات الدراسة، ومن خلال الاستماع إلى آراء وملاحظات الأطباء المختصين، والباحثين الاجتماعيين، والأخصائيين النفسيين، والمرشدين المشرفين على متابعة المتدربين، أثناء تنفيذ وتطبيق ومتابعة البرنامج، كانت جميعها مؤشرات إيجابية على قدرة الأفراد الناجحة بممارسة ما تعلموه لخفض مستوى الرغبة والشوق واللهفة لسلوك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.

وفيما يلي بعض الملاحظات على ما جرى خلال الجلسات التدريبية:

قام أحد أفراد المجموعة التي تلقت التدريب على استراتيجيات تعديل السلوك المعرفي، عندما طُلب منه أن يعبر عن الجانب المميز في شخصيته عبر بأنه لا يثق بالآخرين ولا يرغب في التعامل مع أحد وسوف يكون مستمراً لذا يفضل البقاء وحيداً، الا أنه وبعد مرور (٣) جلسات تدريبية بادر وطلب أن يعبر عن ذاته وقال " أود أن أشارك ضمن المجموعة واصبحت أحب الناس وأرغب أن أكون معهم بل وصبح يتقرب من المجموعة".

أظهر المرضى خلال البرنامج حماس ودافعية كانت واضحة جدا من خلال تفاعلهم خلال الجلسات التدريبية، ورغبتهم في العلاج وحاجتهم للبرامج وتعطشهم في انتظار جلسات البرنامج التي من الممكن أن تساعد في التعافي من آفة المخدرات. إضافة إلى مهارة التعاطف التي تطورت بشكل واضح خلال الجلسات التدريبية إذ أشار البعض إلى حاجات الآخر - فعلى سبيل المثال - كان بعضهم يطلب من الباحث تقديم المساعدة لشخص آخر في أمور تخصه. هذا إضافة إلى أنه خلال الجلسات التدريبية عندما كان أحدهم يتحدث عن خبرة مؤلمة حصلت معه كانت تظهر بشكل حلي علامات تعاطف بقية أفراد المجموعة معه مثل: الإتصال البصري، والتعبيرات الوجهية الحزينة.

كما كان هناك أثر واضح للبرنامج التدريبي خلال فترة تقديمه حيث لوحظ في بداية كل جلسة أن المشاركين من مدمني المخدرات يقومون بتجهيز القاعة وبتقديم تغذية راجعة لأفراد المجموعة حول مواقف كادت أن تتحول لمشكلة بسبب إنفعال الغضب الشديد مع بعض زملائهم الشديد ولكن عندما تذكروا - حسبما أفدوا - أنهم يتدربون على التحصين ضد التوتر ضبطوا إنفعالاتهم مما حال دون وقوع إشكالات بينهم. مما سبق نجد أن الاستنتاج العام يؤكد على أن التدريب على أنموذج تعديل السلوك المعرفي فعال في خفض مستوى الرغبة والشوق لسلوك الإدمان.

التوصيات:

من خلال النتائج التي توصل لها الباحث في هذه الدراسة، فإنه يقترح التوصيات الآتية:

- إجراء المزيد من الدراسات تهدف إلى فحص فاعلية البرامج العلاجية المستندة على منحى تعديل السلوك المعرفي لمايكنبوم على فئات أخرى غير مدمني المخدرات.
- توصي الدراسة باستخدام البرنامج التدريبي العلاجي في المستشفيات والمراكز والمؤسسات التي تعنى بالعلاج وإعادة التأهيل النفسي للمدمنين على المخدرات والمؤثرات العقلية، مع الاهتمام بالجوانب الانفعالية بمختلف أشكالها لخفض مستوى سلوك الإدمان، وتحسين قدراتهم على التعامل معها بكفاءة عالية.
- العمل على الاستفادة من بعض مكونات البرنامج العلاجي أو كلها للتعامل مع المدمنين التي لها علاقة بضغوط الحياة العامة لرفع مستوى وعيهم وكفاءتهم لمواجهتها.
- إجراء المزيد من الدراسات للتعرف على فاعلية البرامج التدريبية في خفض مستوى الرغبة والشوق لسلوك الإدمان مع فئات مختلفة من المجتمع العماني، كالشباب الذين مروا بتجارب وخبرات صادمة.
- إعداد البرامج التدريبية والعلاجية الشاملة التي تستهدف الحاجات الإرشادية للمدمنين على المخدرات في مراكز العلاج في سلطنة عُمان، خاصة مع توقع زيادة طالبي العلاج والمحولين من المراكز الأمنية والمستشفيات في المحافظات من مدمني المخدرات بعد أن تم التعديل على قانون المخدرات والمؤثرات العقلية الذي ينص في المادة (٤٦): (لا تقام الدعوى الجزائية على من تقدم من متعاطي المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية إلى السلطات العامة للعلاج في المصلحة من تلقاء نفسه أو بطلب من زوجة أو أحد أقاربه حتى الدرجة الثانية، ولا يشمل من ضبط يتعاطى المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية أو حركت عليه الدعوى الجزائية بهذه الجريمة) (قانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية وللانحة التنفيذية له، ٢٠١٠).
- السعي نحو تطوير برامج علاجية أخرى للتأهيل والتدخل النفسي لمنع أو تقليل سلوك الإدمان نظراً لافتقار البيئة العُمانية لمثل هذه البرامج المتخصصة.

المراجع

أولاً: المراجع العربية

الإدارة العامة للتحريات والتحقيقات الجنائية (٢٠١٢)، الإحصائية الجرمية، شرطة عُمان السلطانية، مسقط، سلطنة عُمان.

آل خليفة، نورة (٢٠٠٧)، فاعلية علاج المدمنين على المخدرات في مملكة البحرين (دراسة تقييمية)، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

أمين، مراد (٢٠١٣)، دور الأسرة والمجتمع في حماية الأبناء من الوقوع في فخ الإدمان على التبغ والخمور والمخدرات، (ط١)، المكتبة الوطنية: عمان، الأردن.

البداينة، ذياب (٢٠٠٧)، المخدرات آفة العصر، منشورات مكتبة الأسرة الأردنية، وزارة الثقافة: عمان، الأردن. البريشن، عبدالعزيز (٢٠١٤)، الخدمة الاجتماعية في مجال إدمان المخدرات، عمان: دار الحامد للنشر والتوزيع.

الحديدي، سيد (٢٠٠١)، المخدرات والمسكرات والصحة العامة، الكويت: المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية.

الحلاق، أوسال (٢٠١٣)، فاعلية برنامج إرشادي لتنمية مهارات إدارة المشكلات النفسية والاجتماعية لدى مدمني المخدرات دراسة تجريبية لدى عينة من المدمنين في المرصد الوطني لرعاية الشباب في محافظة دمشق، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة دمشق، دمشق، سوريا.

حناء، جنان (٢٠٠٧)، أثر برنامج مستند إلى تعديل السلوك المعرفي في تنمية الكفاءة الذاتية لدى مدمني المخدرات في محافظة عكا وعلاقتها ببعض المتغيرات، دراسة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

حنورة، مصري (٢٠٠٥)، فروق الجنس والجنسية في اضطرابات الشخصية لدى متعاطي المخدرات، دراسة حضارية مقارنة على عيّنتين من مصر والكويت، مجلة علم النفس العربي المعاصر، ١ (٢) ٣- ٢٧.

الحوسني، عبد الحميد (٢٠٠٥)، دليل الأباء للمخدرات، ط١، مدار للأعلام والنشر: أبوظبي، دولة الإمارات العربية المتحدة.

الخطيب، جمال (٢٠١٣)، تعديل السلوك الإنساني: دليل العاملين في المجالات النفسية والتربوية والاجتماعية، مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع، العين: الإمارات.

الخولي، أحمد (٢٠١٤)، الوقاية من المخدرات، (ط٢)، دار مجدلاوي: عمان، الأردن.

دبور، عبد اللطيف والصافي، عبد الحكيم (٢٠٠٧)، الإرشاد المدرسي بين النظرية والتطبيق، عمان، الأردن: دار الفكر للنشر والتوزيع.

دوسيك، دورثي وجيردانو، دانييل (١٩٨٧)، المخدرات حقائق وأرقام، ترجمة شاهين، عمر ونصار، خضر (١٩٨٩)، ط٤، عمان، الأردن: مركز الكتاب الأردني.

الزرد، فيصل (٢٠١١)، الإدمان على الكحول والمخدرات، ط٢، بيروت، لبنان: دار العلم للملايين.

الزيادات، مريم (٢٠١٣)، فاعلية برنامج تدريبي للذكاء الإنفعالي في تحسين الرضاء عن الحياة لدى مسيئي استخدام العقاقير، أطروحة دكتوراه غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

سويف، مصطفى (٢٠٠٠)، مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية، ط١، الدار المصرية اللبنانية: القاهرة، مصر.

شوقي، السيد (٢٠٠٣)، الشفاء النفسي، ط١، القاهرة، جمهورية مصر العربية: دار الفكر العربي.

الظفيري، عبد الرحمن (٢٠٠٨)، فاعلية برنامج إرشادي تدريبي سلوكي معرفي في الحد من تعاطي المخدرات لدى الأحداث المودعين في مؤسسات رعاية الأحداث في دولة الكويت، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية للدراسات العليا، عمان، الأردن.

عزت، جودت و العزة، سعيد (٢٠٠٥)، تعديل السلوك الإنساني: دليل الآباء والمرشدين التربويين، عمان، الأردن: دار الثقافة للنشر والتوزيع.

عزوز، عبد الناصر (٢٠٠٥)، التنشئة الاجتماعية الأسرية والإدمان على المخدرات دراسة ميدانية على عينة من المدمنين الخاضعين للعلاج بمركز فرانتر فانون البليدة، الجزائر، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن.

عسكر، عبدالله (٢٠٠٨)، الإدمان بين التشخيص والعلاج، ط٦، القاهرة، مصر: دار الفجر للنشر والتوزيع.

العشماوي، السيد متولي ومحمد، رأفت (٢٠٠١)، نحو نظرية لممارسة الخدمة الاجتماعية مع الأفراد، ط١، بنها، مصر: مطبعة بنها.

عواد، فاطمة (٢٠٠٥)، الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى والدي المعاق سمعياً وعلاقتها بصحته النفسية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر.

عياد، فاطمة والمشعان، عويد (٢٠٠٣)، تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد، مجلة العلوم الاجتماعية، ٣١ (٣)، ٦٥٩-٦٣٧.

فايد، حسين (٢٠٠٥)، سيكولوجية الإدمان، ط١، القاهرة، مصر: مؤسسة طيبة للنشر والتوزيع.

قازان، عبد الله (٢٠٠٥)، إدمان المخدرات والتفكك الأسري، دراسة سيكولوجية، عمان، الأردن: دار مكتب الحامد.

القحطاني، عايد (٢٠٠٧)، مدى فاعلية برامج التوعية ضد أخطار المخدرات، دراسة تطبيقية على نزلاء مستشفى الأمل بمحافظة جدة وطلاب جامعة أم القرى بمكة المكرمة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، الرياض، المملكة العربية السعودية.

قطامي، نايفة (١٩٩٢)، أساسيات علم النفس المدرسي، عمان، الأردن: دار الشروق.

قطامي، يوسف (٢٠٠٤)، النظرية المعرفية الاجتماعية وتطبيقاتها، ط١، عمان الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.

قواقنة، حازم (٢٠٠٧)، فاعلية العلاج لمعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الهاشمية، الزرقاء، الأردن.

اللجنة الوطنية لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية (٢٠١٣)، التقرير الإحصائي للمخدرات والمؤثرات العقلية، مسقط، سلطنة عُمان.

ماكاي، ماثيو؛ وايشلمان، اليزابيث روبنز؛ وديفيز، مارثا (٢٠٠٥)، تدريبات الاسترخاء والتحرر من التوتر. ط٥، الرياض، المملكة العربية السعودية: مكتبة جرير.

محمد، عادل (٢٠٠٠)، العلاج المعرفي السلوكي، أساس وتطبيقات، القاهرة، مصر: دار الرشد للنشر والتوزيع.

المراشدة، يوسف (٢٠١٢)، جريمة المخدرات آفة تهدد المجتمع الدولي، ط١، عمان، الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.

مشاقبة، محمد (٢٠١٢)، الشباب والمخدرات: الإرشاد والعلاج النفسي، عمان، الأردن: زمزم ناشرون وموزعون.

المكتب التنفيذي للجنة الوطنية لشؤون المخدرات والمؤثرات العقلية (٢٠١٠)، قانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية وللائحة التنفيذية له، ط٢، مسقط، سلطنة عُمان.

ثانياً: المراجع الأجنبية

Adams, H. and Sutker, P. (2001), **Comprehensive Handbook of Psycholog.** (3rd ed.). U.S.A: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Addiction, Letter. (1995), **Group therapy offer 12 way to manage dual diagnosis** [Electronic version], 11(10), 1-3.

Advani, Rahul. (2013), Factors Driving Drug Abuse in India's Punjab, **Institute of South Asian Studies**, No 177, 24 September 2013.

Akers, R. (1998), **Social Learning and social structure: a general of crime and deviance.** Northeastern university press, Boston.

Akers, R. and Gang, L. (1996), Longitudinal test of social learning theory: adolescent smoking. **Journal of Drug Issues.** Vol.26 (2).

Alcoholism and Drug Abuse Weekly. (1997), Study: Group therapy helps addicted. **Women with Abuse History**, 9(33),5-7.

Allen, J. Chango, J. Szwedo, D. Schad, M. and Marston, E. (2012), Predictors of Susceptibility to Peer Influence Regarding Substance Use in Adolescence. **Child Development** 83, No.1: 337 – 350.

Allison, K. Adlaf, E. and Mates, D. (1997), **Life strain, coping, and substance use among high school students.** Addiction Research, 5 (3) 251-272.

Amen, D. G. (2005), **Making a good brain great: The Amen clinic program for achiving and sustaining optimal performance.** New York: Harmony Books.

American Medical Association. (AMA). (2003), **Encyclopedia of medicine.** New York: Random House. 376- 377.

American Psychiatric Association (APA). (1980), **Diagnostic and statistical manual disorders** (3th ed.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association (APA). (2000), **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR**, Washington, DC: Author.

American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2001). **ASAM PPC- 2R: ASAM patient placement, Criteria for the treatment of substance- related disorders** (2nd ed.- revised). Chevy Chase, MD Author.

Anorexia Nervosa and Related Eating Disorders, Inc. (ANRED) (2005). Statistics: How many people have eating disorders? Retrieved October 22,2005, from <http://anred.com/toc.html>.

Bahr, L. Stephen, W. Stimison, R and Oppheimer, N. (1993). **Family and religious influences on adolescent substance abuse**, Journal Article, U.S.A.

Balldin, J. Berg Lund, M. Borg, S. Manson, M. Bendtsen, P. Franck, J. Gustafson, L. Halldin, L. Stolt, G. and Willander, A. (2003). **A6- Month controlled Naltrexone study: combined effect cognitive behavioral therapy** in outpatient of alcohol dependence. *Alcoholism: Clinical & Experimental Research*, 27 (7) 1142- 1149.

Barnes, Gordon. E. Murray, Robert. P. Patton, David. B, Pentler, Peter. M and Anderson, Robert. E. (2000), **The Addiction – Prone Personality**, New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers.

Barracough, J. and Gill, D. (1996), **Hughes Outline of Modern Psychiatry**. (4th ed.). England: John Wiley & sons.

Basco, M. Gilckman, M. Weatherford, P. and Ryser, N. (2000). **Cognitive- behavioral therapy for anxiety disorder: Why and how it work**. *Bulletin of the Menninger clinic*, 64(3), p52-19.

Bassey, U. Makinde, B. Idowu, A. and Olumide, O. (2013), Relationship between Drug abuse and Deviant Behavior among Undergraduate Students of university of Lagos, Nigeria, **American International Journal of Social Sciences**, Vol2 ,No6, August 2013.

Becker, Sara. J. (2009), **Longitudinal Association Between Frequency of Substance Use and Quality of Life Among Adolescents Receiving A Brief Outpatient Intervention**. Published Doctoral Dissertation, Duke University, United State.

Birmingham, Marina. S. (1986), **An Out – Patient Treatment Programme for Adolescent Substance Abusers. Journal of Adolescence**, 9(2), 123-133.

Blau, Gary. M. and Gullotta, Thomas. P. (1996), **Adolescent Dysfunctional Behavior: Causes, Interventions and Prevention**, Sage Publication, Inc.

Bogar, Isaac. Tabatabaee, Sayed and Tosi, Jadileh (2014), Attitude to substance abuse: Do personality and socio-demographic Factors matter, International Journal of high risk behave addict. 2014 September, 3 (3): e16712.

Brad, R. and John, P. (2002), **Judges caseworkers and substance Abuse counselors Indicators of family Reunification with substance Affected**, Child welfare, Vol. 81 Issue 2, P249.

Braham, N. and Khantzain, E. (1992), **A psychodynamic perspective, Substance abuse. London**, Williams and Wikins.

Buck, T. and Amos, S. (2000). **Related addictive disorders** (Report No. CG030040). U.S Department of Education, Office of Educationl Research and Improvement (ERIC document Reproduction Service No. ED440345).

Butcher, J. Mineka, S. and Hooley, J. (2013), **Abnormal Psychology, (15th ed.) USA: Person Education, Inc.**

Callas, P. Flynn, B. and Worden, J. (2004), Potentially modifiable psychosocial factors associated with alcohol use during early adolescence. Addictive Behaviors, 29, 1503-1515.

Cameron, Anne. (2007), Life Style – Human Mind: Exploring Alcohol Problems: Abuse Versus Dependence. **Lesbian News Magazine.**

Campbell, L. and Page, R. (1993), The therapeutic effects of group process on the behavioral patterns of drug addicted group [Electronic version]. **Journal of Addictions & Offender Counseling.** 13(2), 34-46.

Capuzzi, D. and Stauffer, M. (2008), **Foundations of addictions counseling**. Boston: Pearson.

Center for Substance Abuse Treatment (CSAT). (2003), What you should Know about Alcohol problems. **Substance Abuse in Brief**, 2 (1), 1-6.

Chang, F. C. Lee, C. M. Lai, H. R. Chiang, J. T. Lee, P. H. and Chen, W. J. (2006), Social influences and self-efficacy as predictors of youth smoking initiation and cessation: A 3-year longitudinal study of vocational high school students in Taiwan. **Addiction**, **101(11)**, 1645-1655. ISBN 0-558-85296-1 **Foundations of Addictions Counseling**, by David Capuzzi and Mark D. Stauffer. Published by Allyn & Bacon. Copyright © 2008 by Pearson Education, Inc. 98 PART I INTRODUCTION TO ADDICTIONS COUNSELING.

Cheung, C. and Ngai, S. (2013), Reducing youth's drug abuse through training social workers for cognitive-behavioral integrated treatment. **Children & Youth Services Review**., Vol. 35 (2), p302-311. 10p.

Christner, R. Stewart, J. and Freeman, P. (2007), **Handbook of Cognitive-Behavior Group Therapy With Children and Adolescent**, Routledge.

Cilente, J. (2004), Cognitive theory and therapy in substance abuse treatment. Alcohol addiction forum cognitive associate therapy(CAT).(2004). **Addiction & Dependency**. HQ: 2000 W 60th St. New York, NY 10023 (212) 258-2577.

Clarke, Philip. (2012), **The Relationship Between Wellness, Emotion Regulation and Relapse in Adult Outpatient Substance Abuse Clients**. Published Doctoral Dissertation, The University of North Carolina, Greensboro.

Clayton, E. and Ladd, T. (2000). **Psychological Self – Help**. Mental Health Net, Clayton Tucker- Ladd and the Self- Help Foundation, IL, USA.

Comasco, E. Berglund, K. Orelund, L. and Nilsson, K. (2010), **Why Do Adolescent Drink?** Motivation Patterns Related to Alcohol Consumption and Alcohol- Related Problems. **Substance Use & Misuse**, 45, 1589 – 1604.

Conner, B. Noble, E. Berman, S. Oskaragoz, T. Ritchie, T. Antolin, T. and Sheen, C. (2005), **DRD2 genotypes and substance use in adolescent children of alcoholics**. **Drug and Alcohol Dependence**, 79, 379-387.

Conners, Nicola and Fanklin, Kathy. (2000), Using Focus Groups to Evaluate Client Satisfaction in an Alcohol and drug Treatment Program. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 18(4), 313 – 320.

Corey, G. (2000), **Therapy and Practice of group counseling** (5th ed). Belmont. CA: Wadsworth/Thomson Learning.

Corey, G. (2011), **Therapy and Practice of Counseling and Psychotherapy**(8th ed). Brooks / Cole Publishing.

Corey, M. and Corey, G. (2002), **Groups: Process and practice** (6th ed.). Pacific Grove, CA: Books/Cole.

Cormier, S. and Nurins, P. (2003), **Interviewing And Change Strategies for Helps: Fundamental Skills and Cognitive Behavior Intervention**, (5th ed.), Thomson Brooks/ Cole, USA.

Cormier, S. Nurins, P. and Osbon, C. (2009), **Interviewing And Change Strategies for Helps: Fundamental Skills and Cognitive Behavior Intervention**, 6th ed., Thomson Brooks/ Cole, USA.

Costenbader, E. C. Astone, N. M. and Latkin, C. A. (2006), The dynamics of injection drug users, Personal networks and HIV risk behaviors. **Addiction**, 101(7), 1003-1013.

Crane, E. and Lemanski, N. (2004), **Benzodiazepines in drug abuse related emergency department visits: 1995-2002**, The DAWN Report. Rockville, MD: Office of Applied Studies. Substance Abuse & Mental Health Services Administration.

Cruz, Susan. (2011), **The Relationship Between Resisting Substance Use Self-Efficacy, Quality of Life and Treatment Completion for Individuals Understanding Substance Abuse Treatment**. Published Doctoral Dissertation, Alliant International University.

Department of Health and Human Services (DHHS). (2004), **National Drug Control Strategy**. Washington, DC: Government Printing Office.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR). (2000), (4th ed text revision), American Psychiatric Association Washington, DC London, England.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM- 5TM). (2013), (5th), American Psychiatric Association, Washington, DC London, England.

Dikeledi, J. D. (2007). **Social Factors Influencing Adolescent Drug Abuse In High Schools In Atteridgeville.** Tshwane University Of Technology.

Doweiko, H. E. (2002), **Concepts of chemical dependency (5th ed.).** Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Doweiko, H. E. (2006), **Concepts of chemical dependency (6th ed.).** Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

Dubey, C. and Meenakshi, A. (2008), Sensation seeking level and drug of Choice, **Journal of Indian Academy and Applied Psychology**, January, Vol. 39, No 1, 73-82.

Dubly, C. and Kumar, G. (2010), Five Factors Correlate: A Comparison of Substance Abusers and Non-Substance Abyusers, **Journal of the Indian Academy and Applied Psychology**, January, 2010, Vol 36; No.1, pp: 107-114.

Durand, Mark, V. and Barlow, David, H. (2010), **Eessentails of Abnormal Psychology**, (5th ed.). Wasworth, Cengage Learning.

Dziegielewski, S. and Suris, N. (2005), Heroin and other opiates. In S. F. Dziegielewski (Ed.), **Understanding substance addictions: Assessment and intervention** (pp. 150-173) Chicago: Lyceum Books, Inc.

Edward, S. (1994), **Health Psychology: Biosychosocial Interaction.** 2nd, ed, John Wiley, New York, Edward Safarino, 1994.

Engels, R. C. and Bogt, T. T. (2004), Outcome expectancies and ecstasy use in visitors of rave parties in the Netherlands. **Euro Addict Res**, 10, 156-162.

Eric, D. Kenneth, R. and George, S. (2002), Cads: Two short screeners for Cocaine and Heroin Dependence Among Arrestees, **Journal of drug Issue**, Vol. 32 Issue 3.P907.

Erickson, S. (2001), Etiological theories of substance abuse. In P. Stevens & R.L. Smith (Eds.), **Substance abuse counseling: Theory and practice** (2nd ed., pp. 77-112). Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.

Eva - Britt, Malmgren - Olsson (2001), Physical and Psychological health and social relations in-patients with prolonged musculoskeletal disorders, Scandinavian, **Journal of caring sciences**, Vol.15 Issue 2, P181.

Falkowski, C. L. (2000), **Dangerous drugs: An easy-to-use reference for parents and professionals**. Center City, MN: Hazelden.

Fegan, Ron. (1999), **The Use of Required Treatment for Substance Abusers**. Substance Abuse, 20(4), 249 – 261.

Feltham, Colin and Horton, Lan. (2000), **Handbook of Counseling and Psychotherapy** Sage Publications.

Ferguson C. J. and Meehan D. C. (2011), Peer delinquency influences across age cohorts on smoking alcohol and illegal substance use, **European Psychiatry** 26.: 6 – 12.

Firestone, Robert (1997), **Combating Destructive Thought Processes**, Sage Publications.

Fisher, G. L. and Harrison, T. C. (2005), **Substance abuse: Information for school counselors, social workers, therapists and counselors** (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Flaskerud, Jacquelyn (2010), American Culture and Neuro-Cognitive Enhancing Drugs. **Issues in Mental Health Nursing**, 31, 62-63.

Gale, Anthony and chapman, Antony. (1984), **Psychology & School Problems: An Introduction to Applied Psychology**, John Wiley & Sons.

Gilchrist, G. Cameron, J. and Scoular, J. (2005), Crack and cocaine use among female prostitutes in Glasgow: Risky business. **Drugs: Education, Prevention & Policy**, 12(5), 381-391.

Goldberg, R. (2006), Drugs and the law. **In Drugs across the spectrum** (5th ed., pp. 71-89)
Belmont, CA: Thompson, Wadsworth. ISBN 0-558-85297-1.

Goode, E. (2005), **Drugs in American Society**. McGraw- hill companies New York, NY.

Grandvold, D. K. (1994), **Cognitive and behavioral treatment methods and applications**.
New York: Cole Publishing Company. (On- line) Available: [www. amazon.com/](http://www.amazon.com/Cognitive-Behavioral-Treatment-Methods-Applications/dp/0534191940)
Cognitive- Behavioral- Treatment- Methods- Applications/dp/0534191940.

Gunning, M. Sussman, S. Rohrbach, L. Kniazev, V and Radik, M. (2009), Concurrent
Predictors of Cigarette And Alcohol Use Among U.S. and Russian Adolescents. **J.**
Drug Education, 39(4) 385-400.

Hagedorn, W. B. and Juhnke, G. A. (2005), **Treating the sexually addicted client:**
Establishing a need for increased counselor awareness. *Journal of Addictions &*
Offender Counseling, 25 (2), 66-86.

Halgin, Richard, P. and whitbourne, Susan. K. (2007), **Abnormal Psychology: Clinical**
Perspective on Perspective on Psychological Disorders, (5th Ed.). Me Graw-Hill
International Edition.

Hawkins, D. Brown, E. Oesterle, S. Arthur, M. Abbott, R. and Catalano, R. (2008), Early
Effect of communities that care on Targeted Risks and initiation of Delinquent
Behavior and Substance use. **Journal of Adolescent Health**, 43 (2008) 15-22.

Hawkins, D. Catalano, R and University of Washington. (2001). **Trying to explain juvenile**
substance abuse: Risk factors and protective factors. Report of the task force on
effective abuse prevention to King County, Seattle, Washington. (On-line) Available:
www.kcbsa.org.

Helinski, Sandra and Spanagel, Rainer. (2011), Publication Trends in Addiction Research.
Addiction Biology Review, 16, 532-539.

Hersen, Michel and Hasset, Vincent. (2001), **Advanced Abnormal Psychology**, (2th ed.).
New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher.

Hides, L. Samet, S. and Lubman, D. (2010), **Cognitive Behavior Therapy (CBT)** For the Treatment of Co-Occurring Depression and Substance Use: Current Evidence and Directions For Future Research. *Drug and Alcohol Review*, 29, 508-517.

Hsakin, Natoya. (2012). The school counselor's role with students At- risk for substance Abuse. **Ideas and research you can use: Vistas 2012**, volume 1.

Hser, Y. Grella, C. Collins, C. and Teruya, C. (2003), Drug-use initiation and conduct disorder among adolescents in drug treatment. **Journal of Adolescence**, 26, 331-345. <http://www.sciencedirect.com>

Hughes, Jan. N. La Greca, Annette and Conoley, Jane. Close. (2001), **Handbook of Psychological Services for Children and Adolescents**. Oxford University Press.

Hughes, Jennifer (1981), **An Outline of Modern Psychiatry**, (3 rd ed). England: John Wiley & Sons.

Hux, D. and Meredith, J. (1994), Definitions And Empirical Foundations. In D. **Integrative approach**. New York: plenum press.

James, R. K. and Gilliland, B. E. (2005), **Crisis intervention strategies**. Belmont, CA: Thomson Brooks/ Cole.

Jelly, Harvey. Hemy. (2002), **The effects of childhood trauma on drug and alcohol abuse in college students**, Diss. Abst.. Int. Fordham University

Jennifer, H. (2007), Substance Abuse And Human Development. **Mailman School of Public Health**, Columbia University.

Johnson, S. L. (2003), **Therapist's guide to substance abuse and intervention**. San Diego, CA: Academic Press.

Julien, R. (1998), **A prime of drug action**. Fourth edition, New York, W. H. freemen & company.

Jung, John (2001), **Psychology of Alcohol and other Drugs: A Research Perspective**, United State of America: Sage Publication, Inc.

Kanfer, K. and Goldstein, L. (1984), Means to the foal of remembering: Developmental Changes in awareness of strategy use – Performance relations. **Journal of Experimental Child Psychology**. 65. 293- 314.

Kaplan, Harold, I. Sadock, Benjamin. J and Grebb, Jack, A. (1994), **Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences**, Clinclal Pschchiatry. (7th ed.). Maryland, U.S.A: Williams & Wilkins.

Knapp, C. (1996), **Drinking: A love story**. New York: Dell Publishing.

Kolib. D. (2004), Preservice drug abuse. **Journal OF Youth and Adolescence**. No.12,Capita.55-63.

Krueger, R. Hicks, B. Patrick, C. Carlson, S. Iacono, W. and McGue, M. (2002), Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: modeling the externalizing spectrum. **Journal of Abnormal Psychology**, 3(111), 411-424.

Krystyna, K. Pernille, S. Anne, S. Lars, B. Trine, F. and Anne, M. (2012), **Cognitive - Behavioral Therapies for Young People in Outpatient Treatment for Non-Opioid Drug Use PROTOCOL The Campbell Collaboration**, www.campbellcollaboration.org, PP 1-62.

Lala, Shulamith and Strussner, Ashenberg. (2012), **Clinical Treatment of Substance Abusers: Past, Present and Future**. Clin Soc Work J, 40, 127-133.

Lang, A. and Marlatt, G. (1982), **Problem drinking: A social learning perspective**. In R.J. Gatchel, A. Banm, & J. E. Singer (Eds), Handbook of psychology and health: 1. Clinical psychology and Behavioral: Overlapping Disciplines. Hillsdlines. Hillsdale, NJ: Ealbaum.

Lee, Pamela, D. (2002), **Monitoring addiction severity , readiness to change, self-efficacy , racism, and recovery in African American males** Diss.. Abst.. Int. Loyola University of Chicago.

Leifa, P. Kora, E. and Cheverikina, R. (2014). The Influence of Personality Accentuation on Drug Addiction Among Students, **American Journal of Pharmacology and Toxilogy**, 9(2): 168-173, 2014.

Leukefeld, G. Ted, G. James, C. Cynthia, B. and Lon, H. (2002), **Structured stories: Reinforcing social skills in rural substance abuse treatment.** Health & Social Work, vol. 27 Issue3, P:213.

Lewis, Ashley. D. Huebner, Scott. E. Malone, Patrick. S. and Valois, Robert. F. (2011), Life Satisfaction and Student Engagement in Adolescents. **J Youth Adolescence**, 40,249-262.

Lightsey, Owen. and Boyraz, Guler. (2011), **Do Positive Thinking and Meaning Mediate the Positive Affect- Life Satisfaction Relationship?** Canadian Journal of Behavioral Science, 43(3), 203-213.

Lubman, D. Yucel, M. and Pantelis, C. (2004), **Addiction, a condition of compulsive behavior?** Neuroimaging and neuropsychological evidence of inhibitory dysregulation. **Addiction**, 99, 1491- 1502.

Luty, Jason and Arokiadass, Sujaa. (2008), **Satisfaction with Life and Opioid Dependence. Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy**, 3(2), 1-4.

Ma, Ki. (2008), **Substance Abuse and the Demand of Cigarettes.** Published Doctoral Dissertation, The City University of New York.

Maag, J. and Kotlash, J. (1994), **Review of stress inoculation training with children and adolescent. Behavior Modification**, 18 (4), 443-469.

Majinia, A and Maghadom, G. (2013), Relationship Between Self-Efficacies and Achievement Motivation with Potential for Substance Abuse in Students, **International Journal of applied and Basic Sciences**, Vol.4 (6), pp:1343-1439.

Marangu, P. Bururia, D. and Njonge, T. (2013), challenges Fared by peer counselors in their effort to effect behavior change in secondary schools in Maara District, Kenya, **American International Journal of Contemporary research**, Vol.2 N.II; November 2012.

Marimi, I. and Stebnicki, M. (2009), **The Professional Counselor Desk Reference**, Spring.

Marlatt, G. A. and Donovan, D. M.(Eds.) (2005),. **Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors** (2nd ed.). New York, Guilford.

Martin, Garry. and Pear, Joseph. (2003), **Behavior Modification: What it is and How to do it**, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

Martin, M. Giannandrea, P. Rogers, B. and Johnson, J. (1996), Beginning steps to recovery: A challenge to the "come back when you're ready" approach. **Alcoholism Treatment Quarterly**, 13(2), 45-58.

Mary, E. (1999), **Self – Monitoring, Cueing, Recording, and Managing Teaching Students to Manage Their Own Behavior, The Council for Exceptional Children. Dec.**

Mckellar, J. Ilgen, M. Moos, S. and Moss, R. (2008), **Predictors of Changes in Alcohol-Related Self-Efficacy over 16 years**. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 148-155.

McNeece, C. A. and DiNitto, D. M. (2005), **Chemical dependency: A Systems approach** (3rd ed.). Boston: Allyn & Bacon.

McDougall, C. (2000), **Stress inoculation training: a case study integrations informal assessments and intervention**. *Guidance and Counseling*. 15 (4), 14-18.

Mehmet, S. Elise, E. Andrew, J. and Kathleen, M. (2014), ERPA International Congress on Education, **ERPA Congress**, 6-8 June 2014, Istanbul, Turkey.

Meichenbaum, D. (1996), **Mixed Anxiety And Depression**. New York. New Bridge Communications.

Meichenbaum, D. (2001), **Treatment of individuals with anger control problems and aggressiver behavior**. A clinical hand book. Institute press. Clearwater, Florida.

Meichenbaum, D. (2003), **Treatment of individuals with anger control problems and aggressiver**. Florida: Milisa Institute Press.

Meichenbaum, D. (2013), **Core Tasks of Psychotherapy: What " Expert" Therapists Do?** University of Waterloo, Canada, The Melissa Institute for Violence Prevention, Florida, <http://www.melissainstitute.org> , <http://roadmaptoresilience.org>.

Meichenbaum, D. and Cameron, R. (1973), Training **schizophrenics to talk to themselves: A means of developing attentional controls. Behavior Therapy**, 4, 515-534.

Meichenbaum, D. and Tuurk, D. (1987), **Facilitating Treatment Adherence, A Practitioner's Guidebook**, PLENIUM PRESS. NEW YORK. NEW Bridge Communications.

Merith, C. (2001), Risk and resilience for substance abuse among adolescents and adults with LD. **Journal of Learning Distance**, Vol. 34(4), P.343.

Methpiya, K. Worarat, P. and Wirun, N. (2014), A Non-formal Education Program to Enhance Drug Abuse Resilience Quotient of Youth At-risk of Drug Relapse: The Approaching of the Transformative Learning Theory and the Cognitive Behavioral Modification Concept ,**Procedia - Social and Behavioral Sciences**, Vol 152 (7), PP 916–924.

Milich, R. Lynam, D. Zimmerman, R. Logan, T. Martin, C. and Leukefield, C. (2000), Differences in young adult psychopathology among drug abstainers, experimenters, and frequent users. **Journal of Substance Abuse**. 11 (1),69-88.

Miller, M. A. (2004), **History and epidemiology of amphetamine abuse in the United States. In J. C. Inciardi & K. McElarth (Eds)**, the American Drug scene (4th ed., pp. 252-266). Los Angeles: Roxbury Publishing.

Miller, W. R. Wilbourne, P. L. Hettema, J. E. (2003), **What works? A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds)**, Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives (3rd ed., pp. 13-63). Boston: Allyn & Bacon.

Mirzazee, E. (1999), **Substance Abuse in the Countries of East Mediterranean Region. WHO**, 1988.

Mitchell, S. Morioka, R. Reisinger, H. Peterson, J. Kelly, S. Micheal, H. Brown, B. O'Grady, K. and Schwartz, R. (2011), **Redefining Retention: Recovery from the Patient's Perspective. Journal of Psychoactive Drugs**, 43(2), 99-107.

Mohit, Ahmed. (1999), **Substance Abuse in the Countries of East-Mediterranean Region. WHO**, 1988.

Monroe, Todd and Kenaga, Heidi. (2010), Don't Ask Don't tell: Substance Abuse and Addiction Among Nurses. **Journal of Clinical Nursing**, 20, 504-509.

Moshki, Mahdi. Hassan Zade, Tahere and Teimouri, Parvaneh (2014), Effect of lifeskills Training in Drug Abuse Preventive Behavior Among university Students. **International Journal of Preventive Medicine**, Vol 5, No 5, May, 2014.

Moski, T. and Hassan, Z. (2014), Effect of life skills training on drug abuse preventive behaviors among university students, **international Journal of preventive medicine**, Vol 5. No 5, may. 2014.

Najavits, L. M. Liese, B. S. and Hamed, M. S. (2005), Cognitive and behavioral therapies. In J. H. Lowinson, P. Ruiz, R. B. Millman, & J. G. Langrod (Eds.), **Substance abuse: A comprehensive textbook** (4th ed., pp. 723-723). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

National Eating Disorders Association (NEDA). (2002), **Retrieved November 15, 2005**, from <http://www.nationaleatingdisorders.org>.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). (2004), Alcohol- An important women's health issue. **Alcohol Alert**, 62,2-6.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003), **Commonly abused drugs**. Retrieved January 4, 2006, from <http://www.drugabuse.gov/DrugPages/DrugsoF Abuse.html>.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2005), Prescription drugs: Abuse and addiction. Research Report Series. Retrieved January 13, 2006, from <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Prescription/prescription.html>.

Ness, M. L. and Oie, T. B. (2005), The effectiveness of an inpatient group cognitive behavioral therapy program for alcohol dependence, **The American Journal on Addictions**, 14, 139- 154.

Nick E. Goeders. (2003), The impact of stress on addiction. **The Journal of European Neuropsychopharmacology**, 13, 435-441.

Nkyi, Anthony. (2010), **Relationships Between Substance Abuse, Purpose in Life and Loneliness among Senior High School Students in Ghana**. Published Doctoral Dissertation, University of Rockies, Nkyi.

Nolen - Hoeksema, Susan (2012), Emotion Regulation and Psychopathology: **The Role of Gender**. *Annu. Rev. Clin. Psychol*, 8, 161-87.

Nordenberg, T. (2000), **Escaping the Prison of a past trauma**: New treatment for Post – traumatic stress disorder. *FDA Consumer Magazine*, May –June.

OLEary, T. A. and Monti, P. M. (2002), Cognitive-behavioral therapy for alcohol addiction. In Hoffman, Stefan G., & Thompson, Martha C.(Eds). **Treating chronic and sever mental disorders: a handbook of empirically supported interventions**. New York: Guilford Press, pp. 234-257.

OLEary, T. Rohsenow, D. and Martin, R. (2000), The Relationship between anxiety levels and outcome cocaine abuse treatment. **American Journal of Drug and Alcohol Abuse**. 26 (2), 179-194.

Oliha, J. (2014), Adolescent and Drug Abuse in Tertiary Institution for Counselling. **British Journal of Education**, Vol.2. No 1, pp: 1-3, March 2014.

Oman, R. Vesely, S. and Aspy, C. (2004), The potential protective effect of youth assets on adolescent alcohol and drug use. **J Public Health**, 49, 1425-1430.

Osborn, C. J. and Lewis, T. F. (2004), Experiential training in substance abuse constructing Curricular, design and instructional practices. **Journal of Teaching in the Addictions**, 3(2), 41-56.

Palepu, A. Raj, A. Horton, N. Tibbetts, N. Meli, S. and Samet, J. (2005), Substance abuse treatment and risk behaviors among HIV-infected person with alcohol problems. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 28, 3-9.

Panas, L. Caspi, Y. Fourtnier, E. and McCarty, D. (2003), Performance measure for outpatient substance abuse services: Group versus individual counseling. **Journal of Substance Abuse Treatment**, 25(4), 271-279.

Patricia, A. and Steven, G. (1998), A case study of a private correctional substance abuse treatment program, **Guidance and Counseling**, Vol. 13 Issue3, P40.

Peters, R. and McMahon, R. (1996), **Preventing childhood disorders, substance, abuse and delinquency**. sage publications, Inc. London.

Physician's Desk Reference (2002), (56th ed.) Montvale, NJ: **Medical Economics Company, Inc.**

Prentice, W. E. (2003), **Arnheim's principles of athletic training: A competency- based approach** (11th ed.). Newyork: McGraw Hill.

Pristas, E. V. (2007), **Adolescents, anticipated emotional and behavioral responses to alcohol and drug offer**. Dissertation, Doctor of Philosophy, Bowling Green State University, OH.

Rajita, Sinha. (2001), How does stress increase risk of drug abuse and relapse? **Journal of Psychopharmacology**. New Haven, USA , 158, 343-359

Rasmussen, Sanda. (2000), **Addiction Treatment theory and practice**, Sage publications, INC.

Reinout, W. Katrijn, H. Javad, S. Paul, V. Mijke, R. and Miles, W. (2015), Alcohol Cognitive Bias Modification training for problem drinkers over the web Addictive Behaviors, **Journal of Substance Abuse Treatment** Vol 40, PP 21–26.

Rey, Lurdes. Extremera, Natalio. and Pena, Mario. (2011), Perceived Emotional Intelligence, Self-Esteem and Life Satisfaction in Adolescents. **Psychosocial Intervention**, 20(2),227-234.

Richard, J. Bonnie. (2000), **Addiction and Responsibility**, Social Research, Vol. 68 Issue 3, P813.

Richard, R. Michel, M. Frank, K. Steven, S. Karen, M. Chris, R. and Walter, L. (2006), **A comparison of Contingency management and cognitive- behavioral approaches for stimulant- dependent individuals**. Addiction, 101 (2), 267- 274.

Richardson, R. C. (2000), Teaching social and emotional competence. **Children and Schools**, 22(4), 246-251.

Rousar, E. Brooner, R. Regier, M. and Bigelow, G. (1994), **Psychiatric Distress in Antisocial Drug Abusers: Relation to other Personality Disorders**. Drug and Alcohol Dependence, 34, 149-154.

Ruiz, P. Strain, E. and Langrod, J. (2007), **The Substance Abuse: Handbook**, New York: Lippincott Williams and Wilkins.

Sage, Sandi. (2011), **Validity of the Addiction Prone Personality Scale**. Published Doctoral Dissertation, The Florida State University.

Schade, A. (2005), The effectiveness of anxiety treatment on alcohol dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trail. **Alcoholism. Clinical & Experimental Research**, 29 (5), 794-800.

Schaefer, A. W. (1990), **Is the church an addictive organization?** The christian Century, 107(1), 18-21.

Schafer, Gabriele and Lecturer, Senior. (2011), Family Functioning in Families With Alcohol and Other Drug Addiction. **Social Policy Journal of Newzeland**, 37, 135-151.

Schunk, D. (2000), **Learning Theories**. New Jersey, Mervin.

Seraji. A. Momeni. H. and Salehi. A. (2009), **The Investigation of Factors Affecting Dependence on Narcotics and Reappearance of Drug Usage in Narcotics Anonymous Population in Khomein**. Arak Medical University Journal (AMUJ), 13(3), 68-75.

Sexton, R. L. Carlson, R. G. Leukefeld, C. G. and Booth, B. M. (2006), Methamphetamine use and adverse consequences in the rural southern United States: An ethnographic overview. **Journal of Psychoactive Drugs**, 3(38), 393-404. ISBN 0-558-85297-1
Foundations of Addictions Counseling, By David Cappuzi and Mark D. Stauffer, Published by Allyn & Bacon. Copyright © 2008 by Pearson Education, Inc.

Shaffer, H. J. LaPlante, D. A., LaBrie, R. A., Kidman, R. C. Donato, A. N. and Stanton, M. V. (2004), Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. **Harvard Review of Psychiatry**, 12, 367- 374.

Siegal, H. A. and Inciardi, J. A. (2004), A brief history of alcohol. In J. C. Inciardi & K. McElrath (Eds.), **The American Drug Scene** (4th ed., pp. 74-79). Los Angeles: Roxbury Publishing.

Stephens, R. Roffman, R. and Curtin, L. (2000), **Comparison of extended versus brief treatments for marijuana use**. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63(5), 898-908.

Stephens, R. S. Wertz, J. S. and Roffman, R. A. (1995), **Self_ Efficacy and marijuana cessation**: Journal of Consuling and clinical Psychology, 63 (6), 1022- 1031.

Stevens, P. and Smith, R. (Eds.). (2005), **Substance abuse counseling: Theory and practice**. Upper Saddle River, NJ: Merrill/ Prentice Hall.

Sturrock, Angus. (2012), **Assessing the Risk of Aggression and Violence among Service Users**, Mental Health Practice, 15(5).

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2011), **Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings**. Retrieved from <http://store.samhsa.gov/home>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2003), **Overview of finding from the 2002 National Survey on Drug Use and Health**. (NHSDA Series H-21, DHHS Publication No. SMA 03-3774). Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (2005), **Characteristics of primary tranquilizer admissions: 2002**. The DASIS Report. Rockville, MD: Office of Applied Studies, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Retrived January 16, 2006, from <http://www.oas.samhsa.gov/2k5/tranquilizerTX/tranquilizerTX.html>.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) (Jan. 2011), **Brief cognitive- behavioral therapy**. (On- line) Available: <http://www.adictioninfo.org/article/685/BriefCognitiveBehavioralTherapyPagel.html>.

Sullivan, E. and Pfefferbaum, A. (2005), Neurocircuitry in alcoholism: A substrate of disruption and repair. [Electronic version]. **Psychopharmacology**, 180, 583-594.

Sullivan, T. and , Thompson, K. (1991), **Introduction to social problems**. New York, Macmillan publishing company.

Teesson, M. Degenhardt, L. and Hall, W. (2002), **Clinical Psychology: A Modular Course**, United Kingdom: Psychology Press.

The National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA) (2004), at **Columbia University**.

Thomas, A. and Grimes, J. (1990), **Best practice in school psychology**. (2nd ed.). New York: The National Association of School Psychologists.

Tobler, N. S. Roona, M. R. Ochshorn, P. Marshall, D. G. Streke, A. V. and Stackpole, K. M. (2000), School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. **The Journal of Primary Prevention**, 20, 275-336.

Toriello, P. J. and Leierer, S. J. (2005), The relationship between the clinical orientation of substance, abuse professionals and their clinical decisions. **Rehabilitation Counseling Bulletin**, 48, 75-88.

Toseland, R. W. and Rivas, R. F. (2001), **An introduction to group work** (4th ed.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.

Tsvetkova, L. and Anton ova, N. (2013), The prevalence of drug use among university students in St. Petersburg, Russia, **Psychology in Russia: state of Art**, Volume 6, Issue 1, 2013.

UN Report (2002), **A Participatory Handbook for youth drug abuse prevention program**. A guide for development and improvement.

United Nations Office on Drugs Crime. (2001), **Cannabis as an Illicit Narcotic Croup**. ODCCP, March, 2001.

United Nations Office on Drugs Crime. (2003), **Drug Abuse Treatment and Rehabilitation: Apractical Planning and Implementation Guide**, New York: United Nations Publications. ODCCP, June, 2003.

United Nations Office on Drugs Crime. (2005), **World Drug Report**, New York: United Nations Publications. ODCCP, 2005. All rights reserved worldwide.

United Nations Office on Drugs Crime. (2013), **Cannabis as Illicit Narcotic Croup. World Drug Report**, New York: United Nations Publications. ODCCP, March, 2013.

United Nations Office on Drugs Crime. (2014), **World Drug Report**, New York: United Nations Publications. ODCCP, June, 2014.

Van Wormer, K. and Davis, D. R. (2003), **Addiction treatment: A strengths perspective**. Pacific Grove, CA: Brooks/ Cole.

Vern berg, E. and Johnston, C. (2001), Developmentnl considerations in the use of therapy for posttraumatic stress disorder. **Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quaeterly**, 15 (3), 223-236.

Vries, H. De, Candel, M. Engels, R. and Merchen, L. (2006), **Challenges to the Peer influence paradigm: result for 12- 13 year olds from six European countries from the European smoking prevention Framework approach study**. Tobacco control/2006 BMJ Published group Ltd.(On- line) Available.

Walker, Melissa (2009), **Program Characteristics and the Length of Time Clients are in Substance Abuse Treatment**. Te Journal of Behavioral Health Service & Research, 36(3), 330-343.

Weil, A. and Rosen, W. (1983), **Chocolate to morphine**. Boston: Houghton Mifflin.

Weiss, R. D. Jaffee, W. B. de Menil, V. P. and Cogley, C. B. (2004), Group therapy for substance use disorders: What do we Know? **Harvard Review of Psychiatry**, 12(6), 339-351.

Wintzel, K. R. and Asher, S. R. (2009), **Academic lives of neglected rejected popular and controversial children**, Child Development, V66. N33. PP: 754-763.

Wittle, Deidre. W. (2011), **The Experience of Having a Mother With a Crack. Cocaine Substance Abuse Disorder**. Published Doctoral Dissertation, Capella University.

Wool folk, An, E. (1998), **Educational psychology**. 7 (3), 130 -145.

World Health Organization (WHO) (2014), WHO Drug Information, Vol28, No. 4, Geneva, Switzerland. www.who.int/publications

Wysong, Lindsey. (2007), **The Relationship Between The Level of Involvement in the 12-step Program Alcoholics Anonymous, Spiritual Growth, and Life Satisfaction**. Published Doctoral Dissertation, Alliant International University.

Yalom, I. and Lesecze, M. (2005), **The theory and practice of group psychotherapy** (5th ed.). New York: Basic Books.

Yie - Chu Foo, Cai-Lian Tam, Teck - Heang Lee. (2012), Family Factors and Peer Influence in Drug Abuse: A Study in Rehabilitation Centre. International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health 4, No.3.

Zamora, D. (2003), Internal to sex: Defining addiction. WebMD. Retrieved October 22, 2005, from <http://my.webmd.com/content/Article/76/90153.htm>

Zickler, P. (2002), April. **Methamphetamine abuse linked to impaired cognitive and motor skills despite recovery of dopamine transporters**. NIDA Research Finding, 17(1), 4-6.

Zweben, J. E. (1995), Integrating psychotherapy and 12 steps approaches. In M. A. Washton (Ed.), **Psychotherapy and substance abuse** (pp. 124-140). New York: Guilford.sae.

<http://psychology.massey.ac>. Retrieved November 2, 2014.

<http://www.cognitive.bahaviormangement.com>, Retrieved October 10, 2014.

<http://www.dhhs.gov>, Office of Applied Statistics of SAMHSA (OAS) (2005). Retrieved October 11, 2014



الملاحق

ملحق ١.

مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان (بصورته الأولى)

Measurement of Desire level of Addiction Behaviour

حضرة الدكتورالمحترم ،،

تحية طيبة ،، وبعد ..

يقوم الباحث بإجراء دراسة علمية بعنوان : (فاعلية برنامج مستند إلى أنموذج مايكنباوم في خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات في سلطنة عُمان). وذلك استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في الإرشاد النفسي والتربوي من الجامعة الأردنية.

وبما أنكم تتمتعون بخبرة ودراية واسعة في مجال الإرشاد النفسي، فإنني أرجو منكم التكرم بتحكيم فقرات المقياس من حيث:

- درجة ملائمة الفقرات لمجالات الدراسة.
- درجة وضوح الفقرات.
- سلامة الصياغة اللغوية.
- أية تعديلات أو مقترحات ترونها مناسبة.

علماً بأن الإجابة على المقياس تكون باختيار أحد البدائل الآتية : (دائماً، غالباً، أحياناً، نادراً، أبداً).

شاكراً لكم حسن تعاونكم

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام ،،،

رقم الفقرة	الفقرات	مدى ملاءمة الفقرات لمجال الدراسة		مدى وضوح الفقرات		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملائمة	غير ملائمة	واضحة	غير واضحة	سليمة	غير سليمة	
١.	من الصعب علي تحمل الشوق للمخدرات.							
٢.	أنا دائما في حالة اشتياق للمروان.							
٣.	أتلهف للجلوس مع مدمني المخدرات.							
٤.	اشتاق للمشاعر التي ترافق المخدر أقوى من المخدر نفسه.							
٥.	ليس لدي سيطرة أو تحكم في مدى رغيتي للمخدرات.							
٦.	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدرات.							
٧.	شعوري بالرغبة للمخدر يجعلني عصياً بشكل متزايد.							
٨.	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصّباً فقط على الحصول عليه.							
٩.	يزداد شعوري بالتوتر والضغط كلما ازداد رغيتي في المخدرات.							
١٠.	شعوري بالرغبة للمخدرات له ردود أفعال جسمية مؤلمة.							
١١.	عندما تتناوبني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي للحصول على نشوة بجرعة سريعة.							
١٢.	مشكلتي هي عدم تحمل آلام زيادة الاشتياق للمخدرات.							
١٣.	عندما أتعرض لأذى لا بد من تخفيف معاناتي بواسطة تعاطي المخدرات.							
١٤.	المخدرات تحدث لدي الشعور بالراحة والاسترخاء والنشوة.							
١٥.	لا استطيع التعامل أو التحدث لأي شخص أثناء رغيتي في المخدرات.							

رقم الفقرة	الفقرات	مدى ملاءمة الفقرات لمجال الدراسة		مدى وضوح الفقرات		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملائمة	غير ملائمة	واضحة	غير واضحة	سليمة	غير سليمة	
١٦.	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدرات.							
١٧.	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي للمخدرات.							
١٨.	أشعر بعدم الإتران أثناء رغبتني في المخدرات							
١٩.	حرمانني من المخدر يسبب لي التوتر والانزعاج.							
٢٠.	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدرات.							
٢١.	اشتياقي للمخدرات يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدرات.							
٢٢.	قدرتي على تحمل آلام الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم.							
٢٣.	المخدر يجعلني أنسى مشكلاتي التي أعاني منها.							
٢٤.	أشعر بأنني محبوبٌ من الآخرين بسبب التعاطي.							
٢٥.	تعاطي المخدرات يعطيني شعوراً بجل الأزمات العاطفية والأسرية.							
٢٦.	لا أستطيع التعامل مع أسرتي عند اشتياقي للمخدرات.							
٢٧.	أجد أثناء شوقي صعوبة في السيطرة على كمية المخدرات التي أعطاها.							
٢٨.	أشعر برغبة شديدة لتعاطي المخدرات عندما لا تسير أمور الحياتية كما أريد أو أرغب.							

رقم الفقرة	الفقرات	مدى ملاءمة الفقرات لمجال الدراسة		مدى وضوح الفقرات		سلامة الصياغة اللغوية		التعديل المقترح
		ملائمة	غير ملائمة	واضحة	غير واضحة	سليمة	غير سليمة	
٢٩.	أشعر بشوق لتعاطي بعد زوال مفعول المخدر.							
٣٠.	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدرات.							
٣١.	أكون ضعيفاً جداً عند اشتياقي للمخدرات							
٣٢.	لا يوجد لدي حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلى المخدر إلا استعمال المخدرات.							
٣٣.	أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدرات.							
٣٤.	أفتقد التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدرات.							
٣٥.	تزداد التغيرات الجسدية عندي في لحظات اشتياقي للمخدرات.							

ملحق ٢.

قائمة المحكمين لأداتي الدراسة (المقياس/ البرنامج التدريبي)

رقم	الاسم	التخصص	موقع العمل
١.	الأستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي	إرشاد نفسي	الجامعة الأردنية
٢.	الدكتور عادل جورج طنوس	إرشاد نفسي	الجامعة الأردنية
٣.	الدكتور أسعد فرحان الزعبي	إرشاد نفسي	الجامعة العلوم الإسلامية العالمية
٤.	الأستاذ الدكتور جميل محمود الصمادي	تربية خاصة	الجامعة الأردنية
٥.	الأستاذ الدكتور يوسف القطامي	علم نفس تربوي	الجامعة الأردنية
٦.	الأستاذ الدكتور عباطه ضبعان طاهر	علم نفس الجريمة	الجامعة الأردنية
٧.	الأستاذ الدكتور يوسف أبو حميدان	تحليل السلوك التطبيقي	الجامعة الأردنية
٨.	الدكتور تيسير شوش الياس	علم نفس إكلينيكي	مركز مستشفى الرشيد للأمراض النفسية والإدمان، عمان: الأردن
٩.	الدكتور عاهد حسني	طبيب / استشاري تحليل نفسي	مركز مستشفى الرشيد للأمراض النفسية والإدمان، عمان: الأردن.
١٠.	الدكتور وليد سرحان	طبيب / مستشار الطب النفسي	مركز مستشفى الرشيد للأمراض النفسية والإدمان، عمان: الأردن
١١.	الدكتور محمود بن زاهر العبري	طبيب / أخصائي أول إدمان	مقرر اللجنة الوطنية لشؤون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية: مسقط: سلطنة عُمان
١٢.	الدكتور أسعد سعيد عيود الموسوي	طبيب / أخصائي أول الصحة النفسية والإدمان	اللجنة الوطنية لشؤون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية: مسقط: سلطنة عُمان
١٣.	الأستاذ الدكتور محمد إبراهيم السفاقة	إرشاد نفسي	جامعة السلطان قابوس
١٤.	الدكتور بكار سليمان علي بكار	إرشاد نفسي	جامعة السلطان قابوس
١٥.	الدكتورة سعاد بنت محمد بن علي اللواتي	إرشاد نفسي	جامعة السلطان قابوس
١٦.	الدكتور علي مهدي كاظم	علم نفس تربوي	جامعة السلطان قابوس
١٧.	الدكتورة منى بنت عبدالله بن صالح البحراني	إرشاد نفسي	جامعة السلطان قابوس

ملحق ٣.

مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان (بصورته النهائية)

Measurement of Desire level of Addiction Behaviour

عزيزي المستجيب:

بين يديك مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، والمطلوب قرأته جيداً، ووضع علامة (/) في إحدى فئات الإجابة الخمس وفقاً لما ترى وتشعر، والتي تنطبق عليك تماماً، وليست هناك إجابات صحيحة أو خاطئة. علماً بأن المقياس يتكون من (٣٣) فقرة، ويتضمن خمسة بدائل، هي: دائماً، وغالباً، وأحياناً، ونادراً، وأبداً، وأن النتائج التي سيتم الحصول عليها سرية للغاية، ولن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي.

شكراً حسن تعاونكم،

رقم الفقرة	الفقرات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
١.	من الصعب علي تحمل الشوق للمخدرات.					
٢.	أنا دائماً في حالة اشتياق للمخدر.					
٣.	أتلهف للجلوس مع مدمني المخدرات.					
٤.	اشتياق للمشاعر التي ترافق المخدر أقوى من المخدر نفسه.					
٥.	ليس لدي سيطرة أو تحكم في مدى رغبتني للمخدرات.					
٦.	يزداد شعوري بالقلق كلما ازداد اشتياقي للمخدرات.					
٧.	شعوري بالرغبة للمخدر يجعلني عصيباً بشكل متزايد.					
٨.	أثناء اشتياقي للمخدر يصبح تفكيري منصباً فقط على الحصول عليه.					
٩.	شعوري بالرغبة للمخدرات له ردود أفعال جسدية مؤلمة.					
١٠.	عندما تتناوبني مشاعر الاشتياق للمخدر أسرح بخيالي للحصول على نشوة بجرعة سريعة.					
١١.	مشكلتي هي عدم تحمل الام زيادة الاشتياق للمخدرات.					
١٢.	عندما أتعرض لأذى لا بد من تخفيف معاناتي بواسطة تعاطي المخدرات.					
١٣.	المخدرات تحدث لدي الشعور بالراحة والاسترخاء والنشوة.					
١٤.	لا أستطيع التعامل أو التحدث لأي شخص أثناء رغبتني في المخدرات.					
١٥.	أشعر بالحيرة والارتباك أثناء اشتياقي للمخدرات.					

رقم الفقرة	الفقرات	دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
١٦.	يزداد معدل التدخين عندي في لحظات اشتياقي للمخدرات.					
١٧.	شوقي للمخدر يسبب لي التوتر والانزعاج.					
١٨.	شعوري بالصداع يلزم شعوري بالاشتياق للمخدرات.					
١٩.	اشتياقي للمخدرات يجعلني ألجأ إلى الكذب والمراوغة كي أحصل على المخدرات.					
٢٠.	قدرتي على تحمل الالم الاشتياق تضعف يوماً بعد يوم.					
٢١.	المخدر يجعلني أنسى مشكلاتي التي أعاني منها.					
٢٢.	أشعر بأنني محبوبٌ من الآخرين بسبب التعاطي.					
٢٣.	تعاطي المخدرات يعطيني شعوراً بحل الأزمات العاطفية والأسرية.					
٢٤.	لا أستطيع التعامل مع أسرتي عند اشتياقي للمخدرات.					
٢٥.	أجد أثناء شوقي صعوبة في السيطرة على كمية المخدرات التي أتعاطها.					
٢٦.	أشعر برغبة شديدة لتعاطي المخدرات عندما لا تسير أموري الحياتية كما أريد أو أرغب.					
٢٧.	أشعر بشوق لتعاطي بعد زوال مفعول المخدر.					
٢٨.	لا يمكنني النوم وأنا مشتاق للمخدرات.					
٢٩.	أكون ضعيفاً جداً عند اشتياقي للمخدرات					
٣٠.	لا يوجد لدي حل مقنع حتى الآن لمواجهة الاشتياق إلى المخدر إلا استعمال المخدرات.					
٣١.	أفقد شهيتي للطعام تماماً وأنا في حالة الرغبة الملحة للمخدرات.					
٣٢.	أفقد التركيز في أي عمل وأنا في حالة اشتياق للمخدرات.					
٣٣.	تزداد التغيرات الجسدية عندي في لحظات اشتياقي للمخدرات.					

Training Program

Based on Meichenbaum Model in Reducing
Addictive Behavior Among Addicts

by:

Jalal Yosuf Juma Al Mukhaini

Supervised:

Dr. Mohammad Nazih Hamdi

برنامج تدريبي

المُستند إلى أنموذج ماكنباوم وفاعليته
في خفض مستوى الرغبة
لسلوك الإدمان

إعداد

جلال بن يوسف بن جمعه المخيني

إشراف

الأستاذ الدكتور محمد نزيه حمدي

<p>المقصورة ALMAQSURAH</p> <p>سلطنة عُمان وزارة الصحة العامة</p> <p>Training Program</p>	<p>المقصورة ALMAQSURAH</p> <p>سلطنة عُمان وزارة الصحة العامة</p> <p>البرنامج التدريبي</p>
<ul style="list-style-type: none"> This counseling/ training program is prepared based on Donald Meichenbaum's model of cognitive behavior modification as well as theories and previous studies in this field. The program is based on a preventive strategy against stress that helps individuals to overcome or adjust with stress and anxiety and control their reactions in such situations. This strategy provides psychological protection similarly to medical vaccines against physical diseases. The preventive strategy against stress provides you with a future protection and skills to deal with personal or social situations that cause stress in different aspects of life which increase the possibility of drug addiction. The group counseling program, prepared for this study, is characterized with the feature of highlighting importance of group counseling in recovery and decrease desire of drug or narcotics addictive behavior. The program aims at providing participants with effective cognitive and behavioral coping skills that help to recover from drug and narcotics addiction by dealing with problems of high level of stress and low level of adjustment. Secondary objectives of the program: Identifying intensity of desire and the motives of drug addiction. Providing participants with information concerning drug sand narcotics: types, physical and psychological dangers and the protective methods. Raising awareness among addicts on psychological stress and anxiety and reaction resulting from stressful situations. Developing positive behavioral skills of participants to learn new methods to deal with stress and day life pressure. Developing the cognitive skills of participants on how individuals think about the problem and avoid relapse. The program consists of (19) training sessions. Each session includes a preliminary theoretical material or one skill of Meichenbaum's model of cognitive behavior modification. The program includes training on the following skills: (positive self-talk, immunization against stress, physical and mental relaxation, cognitive reconstruction). 	<ul style="list-style-type: none"> أعد البرنامج الإرشادي/ التدريبي بالاستناد إلى أنموذج تعديل السلوك المعرفي لدونالد مايكنباوم، وكذلك الأدب النظري والدراسات السابقة في هذا المجال. استند البرنامج على إستراتيجية التحصين ضد التوتر؛ وهي استراتيجية لمساعدة الأفراد على المواجهة والتكيف مع مشاعر التوتر والقلق، والتي تستطيع من خلالها أن تنظم ردود أفعالك عند مواجهتك لتلك المواقف؛ وهي أسلوب يوفر الحماية النفسية بنفس الطريقة التي يقدمها التفحيج الطبي للأمراض الجسمية. إستراتيجية التحصين ضد التوتر تزودك بوقاية مستقبلية، و مهارات للتعامل مع المواقف الشخصية أو الاجتماعية المسببة للتوتر في جوانب الحياة العامة التي تزيد من احتمالية الإدمان على المخدرات. يتميز برنامج الإرشاد الجمعي المعد لهذه الدراسة بخصوصية، وهي لفت الانتباه إلى أهمية الإرشاد الجمعي في التعافي أو خفض مستوى الرغبة أو الشوق لسلوك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. يهدف البرنامج إلى تزويد الأفراد المرضى بمهارات التكيف المعرفية السلوكية الفعالة، والتي تساعد على التعافي من الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، من خلال التعامل مع مشكلتي ارتفاع مستوى التوتر وانخفاض مستوى التكيف. الأهداف الفرعية للبرنامج: التعرف إلى الرغبة ومستوى الشوق والدوافع لتعاطي والإدمان على المخدرات، وتزويد الأفراد المرضى بالمعلومات عن المخدرات والمؤثرات العقلية: تصنيفاتها، وأضرارها الجسمية والنفسية، أساليب الوقاية منها. وتوعية المدمنين حول التوتر والضغط النفسية وردود الأفعال الناتجة عن المواقف الضاغطة، وتطوير المهارات السلوكية الإيجابية للمرضى لتعلم أساليب جديدة للتعامل مع التوتر والضغط اليومية (Day Life)، وتطوير المهارات المعرفية للأفراد المرضى حول الطرق التي يفكر ويتعاطى فيها الفرد بالمشكلة، وتجنب الانتكاسة. يتكون البرنامج من تسع عشرة جلسة تدريبية؛ تحتوي كل جلسة على مادة علمية تمهيدية، أو مهارة من مهارات أنموذج تعديل السلوك المعرفي عند مايكنباوم، حيث يتضمن البرنامج التدريب على المهارة التالية: (الحديث الذاتي الإيجابي، والتحصين ضد التوتر، والاسترخاء العقلي والجسدي، وإعادة البناء المعرفي، وضبط الذاتي، وتأكيد الذات). مدة الجلسة التدريبية تسعون دقيقة، يتخللها فترة استراحة لمدة عشرين دقيقة، وذلك مراعاة لحاجات وخصائص

- The training session lasts for 90 minutes including a break for 20 minutes in order to consider needs and circumstance of drug addicts in terms of concentration disturbance and forgetfulness as well as considering the content and aims of each session.
 - The program is applied on a sample of (15) addicts who are willing to start treatment and are admitted to AL Masarra Hospital, MOH, Oman which is providing treatment and qualification services for addicts
 - This program is applied in the second phase of addiction treatment and psychological qualification.
 - Conditions of choosing the participating samples:
 - Completion of medical treatment phase (detoxification); the patient should not suffer from addiction side-effects.
 - Only patients who suffer from psychotic symptoms are excluded.
 - Sessions are held in hall provided with secure and private atmosphere as well as ability to set in a (U) shape to achieve best level of eye contact between participants.
 - Different training mechanisms are used such as: lecture, films, group discussion, physical and mental relaxation, effective listening, exploration, direction, teaching, role play, modeling, praise, instructions, feedback, self-learning, and assignments.
 - Important notes:

Each session of the program includes:

 - Review and summarization of the previous session except the first session.
 - Discussion of assignment.
 - Discussion of the aim or subject of the session.
 - Summarization of session and specifying the assignment.
 - **Materials:**

(Labtop, projector, OHP, Whiteboard markers, transperancy pens, paper pens, A4 sheets, Notebook, U shape training hal).
- مدمني المخدرات من حيث مشكلات التركيز والسيان، وأيضاً مراعاة لمحتوى وأهداف كل جلسة تدريبية.
 - يطبق البرنامج على عينة تتكون من خمسة عشر شخصاً من مدمني المخدرات الرغبين في العلاج والتخلص من الإدمان، والمقيمين في مركز بيوت منتصف الطريق التابع لمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعقلية التابع لوزارة الصحة في سلطنة عُمان، وهو أحد المستشفيات التي تقدم خدمات علاجية وتأهيلية للمدمنين.
 - يتم تطبيق البرنامج في المرحلة الثانية من مراحل علاج الإدمان، وهي مرحلة العلاج والتأهيل النفسي.
 - **يشترط في اختيار العينة المشاركة في البرنامج:**
 - انتهاء مرحلة الفطام والعلاج الدوائي (التخلص من السموم) للمريض؛ أي الخالي من الأعراض الجانبية للإدمان.
 - يستثنى المرضى اللذين يعانون من أعراض ذهانية مرافقة للإدمان.
 - تطبق جلسات البرنامج في قاعة يتوفر فيها الجو الأمن والخصوصية، وإمكانية الجلوس بشكل حرف (U)؛ لتحقيق أكبر قدر من التواصل البصري بين أفراد المجموعة.
 - استخدم عدة أساليب تدريبية مختلفة، مثل: المحاضرة والأفلام، المناقشات الجماعية، الاسترخاء العضلي والعقلي، الاستماع الفعال، الاستكشاف، التوجيه، التعليم، التوضيح، لعب الدور، النمذجة، التعزيز، والتعليمات، التغذية الراجعة، التدريب على التعلم الذاتي، الوظائف المطلوبة خارج الجلسة.
 - **ملاحظات هامة:**

جلسة من جلسات البرنامج التدريبي تحتوي على:

 - مراجعة وتلخيص للجلسة السابقة باستثناء الجلسة الأولى.
 - مناقشة الواجب المعطى.
 - مناقشة الموضوع أو هدف الجلسة.
 - تلخيص الجلسة وإعطاء الوظيفة.
 - **الوسائل والتقنيات اللازمة:**

(جهاز لاب توب، برجكتر، جهاز Data Show، شفافيات، أفلام سبورة، أفلام شفافيات، أفلام كتابية، أوراق A4، دفتر ملاحظات، قاعة مجهزة لتدريب بشكل U).

الجلسة الأولى

التمهيد والتعارف Introducing

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة التدريبية أن:
- يتعرف على المرشد/ المدرب، والمسترشدين / المرضى المشاركين في البرنامج التدريبي.
- يفهم طبيعة البرنامج: أهدافه ومكوناته.
- يوضح عوامل نجاح البرنامج.
- يتعرف على دور المرشد، ودور المرضى، وما يمكن تحقيقه.
- يشعر بالألفة بين أفراد المجموعة، وتخفيف حدة التوتر.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
-	<ul style="list-style-type: none"> • يعمل المرشد على التمهيد للبرنامج بعقد جلسة فردية تمهيدية مع كل مشارك من المرضى الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، يتم فيها تطوير العلاقة المهنية الإرشادية، وتعزيز الدافعية، والتعرف إلى مشكلاتهم ودوافعهم للانضمام للمجموعة، وتعريفهم بشروط الانضمام. • يقوم المرشد بتعرف على مستوى الرغبة والشوق لسلوك الإدمان لدى المريض الذي سوف يشارك في جلسات البرنامج التدريبي، وذلك بتطبيق مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان، وتوقيع العقد السلوكي (ملحق ١). 	<p>*جلسة تمهيدية فردية للمرضى قبل الجلسة الأولى.</p> <p>*تطبيق قبلي لمقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان</p>
٢٠ دقيقة	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يستقبل المرضى في مكان قد أعد خصيصاً لتنظيم الجلسات التدريبية، ويطلب من الأفراد المرضى الجلوس بشكل حرف (U) لتحقيق أكبر قدر من التواصل البصري بين أفراد المجموعة. • يبدأ بالتمرين، وذلك بالتعريف بنفسه، وطبيعة عمله، ويذكر صفة من صفاته الشخصية، ثم يوضح أهمية معرفة المرضى أسماء زملائهم في المجموعة، حيث إن معرفة اسم الشخص تكسر الحاجز وتساعد المتحدث على الشعور 	<p>إجراء (١): استقبال المرضى والترحيب بهم، والتعارف بين المرشد وأفراد المجموعة الإرشادية.</p>

	<p>بالراحة في التعامل والحديث معه.</p> <p>يقول عبارة: " أرحب بكم جميعا في اللقاء الأول من البرنامج الذي أعد لتدريبكم على بعض المهارات التي تحتاجون إليها في حياتكم اليومية لمواجهة التوتر والضغط النفسية وردود الفعل الناتجة عنها والتي تتشكل وتظهر في بعض الأحيان في سلوكيات غير سوية واضطرابات نفسية، وهذه المهارات تساعدك في التعافي وفي الوقاية من الانتكاسة.... " ثم يعرفهم على نفسه بقوله: " أنا المرشد... اعمل في... "</p> <ul style="list-style-type: none"> بعد ذلك يطلب من كل عضو بأن يعرف بنفسه، ويذكر صفة من صفاته الشخصية، ويعرف بالمرضى الذين عرفوا أنفسهم قبله، ويقاود المجموعة. 	
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> يشكر المرضى واستعدادهم للتعاون، ويشرح طبيعة البرنامج بقوله: "إن هذا البرنامج يستخدم أسلوب الإرشاد الجمعي، وهو أسلوب دلت الدراسات على أنه ذو فاعلية في معالجة العديد من المشكلات التي يواجهها الأفراد في حياتهم، كمشكلات: القلق، والعزلة، والتوتر والضغط النفسية، (وغيرها من المشكلات)، وكذلك التدخين، وتناول الكحول، والتعاطي والإدمان على المخدرات. يشرح معنى الإرشاد الجمعي بأنه: " اجتماع مجموعة من الأفراد تتوافر عندهم نفس المشكلة، وأن وجودهم كمجموعة وتفاعلهم واستماعهم إلى مشكلات بعضهم البعض يساعد على التخفيف من حدة المشكلات التي يواجهها الفرد والطريقة التي يفكر فيها بمشكلته أو تعديل السلوك السلبي". 	<p>إجراء (٢): يوضح المرشد ما يلي:</p> <p>أ. طبيعة البرنامج.</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> يوضح للمشاركين أن أهداف البرنامج تتلخص فيما يلي: ١. تزويد الأفراد المرضى بالمعلومات المناسبة التي تساعد على تحصين أنفسهم ضد السلوك الإدماني. ٢. مساعدة الأفراد المرضى على خفض مستوى الرغبة والشوق لسلوك الإدمان، من خلال التعامل مع مشكلتي ارتفاع مستوى التوتر والضغط النفسية، وانخفاض مستوى التكيف. ٣. تطوير مهارات سلوكية للأفراد المرضى لتعلم أساليب جديدة للتعامل مع التوتر. ٤. تطوير مهارات معرفية حول الطرق التي يفكر فيها الفرد بالمشكلة. 	<p>ب. أهداف البرنامج.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> يقول لأفراد المجموعة: "إننا في كل جلسة سوف نقوم بالتدريب على مهارة محددة داخل الجلسة، وسأقوم بنمذجتها لوحدي أو مع أحد الأفراد المرضى حسب طبيعة المهارة، ثم تقومون بنمذجتها داخل الجلسة، وسيطلب من كل فرد منكم أن يطبق ويتدرب على هذه المهارة، خلال الفترة الفاصلة بين اللقاءين، ويحتفظ كل منكم بسجل يومي لتسجيل ملاحظاته اليومية حول إيجابيات وسلبيات المهارة". 	<p>ج. التدريبات والوظائف.</p>
٢٠ دقيقة	استراحة	
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يؤكد لأفراد المجموعة "أن كل فرد منا سوف يتحدث عن تجارب واقعية وأحداث عاشها، وقد تعتبر خاصة، وحديثه عنها يساعده على طرحها كمثال لمشاركة أفراد المجموعة في مناقشة مثل هذه الأفكار أو الأحداث، وأنه من المهم جدا أن يراعي كل الأفراد المرضى أن ما يتحدث به كل فرد منهم هي أشياء سرية تدور داخل الجلسة الإرشادية، لأن ذلك هو احترام لخصوصية الآخرين". يقول: "إن العامل الآخر المهم في استمرار الجلسات الإرشادية، هو مدى التزامكم بالحضور المستمر للجلسات، وعدم الانقطاع عنها، لأن كل جلسة تعتمد إلى حد كبير على الجلسات السابقة ومرتبطة بالجلسات اللاحقة، وهناك نموذج للمتابعة" (ملحق ٢). يشير إلى أن البرنامج سوف يتكون من تسع عشرة جلسة، بمعدل جلسة واحدة أسبوعيا، تستمر كل جلسة لمدة ساعة ونصف، تتخللها استراحة لمدة عشرين دقيقة. 	<p>إجراء (٣): عوامل نجاح البرنامج الإرشادي: أ. السرية.</p> <p>ب. المواظبة والحضور.</p> <p>ج. تنظيم اللقاءات.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يبدأ بتوضيح دوره في المجموعة الإرشادية بقوله: "إن دوري كمرشد للمجموعة هو قائد لهذه المجموعة، مشارك أحيانا، فعال دائما، منظم الأفكار، ومناقشات الأفراد، مصغ (مستمع)، ومنسق أدوار المرضى، ومدرّب للمهارات التي سوف يتضمنها البرنامج". ثم يشير أن الدور الأكبر يقع على عاتق المرضى ويقول: "إن كل فرد في هذه المجموعة يتمتع بحرية التعبير عن أفكاره، مشاعره وانفعالاته سواء الإيجابية أو السلبية في جو ودي متسامح قابل للنقاش بين أفراد المجموعة، وأن على الفرد مسؤولية ذاتية داخل الجماعة ومسؤولية جماعية كعضو من أعضائها. يطلب من المرضى أن يتحدث كل منهم عن توقعاته حول البرنامج، وعما يعتقدون أنه سوف يتحقق من خلال اشتراكهم في البرنامج؛ لمعرفة التوقعات الواقعية والملائمة، ثم مناقشتها، وتزويدهم بالتغذية الراجعة. 	<p>إجراء (٤): دور المرشد ومناقشة توقعات المرضى وما يمكن تحقيقه.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • يوزع للمرضى ورقة عمل حول الاعتراف بمشكلة الإدمان، والرغبة في المساعدة، والاستعداد للعلاج والتأهيل النفسي ويطلب من المرضى الإجابة عليها. ملحق (٣). 	<p>نشاط تطبيقي:</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يحاول أن يجعل المرضى أكثر تفاعلا مع بعضهم البعض وأن يساعدهم على إزالة الحواجز النفسية بينهم، وذلك من خلال طلبه من كل فرد أن يتحدث عن ثلاثة أشياء لا يحبها، والهدف من ذلك جعل الأفراد يتعرفون على خصائص بعضهم البعض ولو بصورة أولية، لتجنب سوء التفاهم أو الحديث مع شخص في أشياء قد تكون غير محببة له، وهو أسلوب وقائي. 	<p>إجراء (٥): خلق جو من الألفة بين الأفراد، وتخفيف حدة التوتر.</p>
<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يقوم بإنهاء الجلسة، وتلخيص ما تم فيها، وسؤال المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، وتزويدهم بالتغذية الراجعة، وإعطائهم الوظيفة التدريبية، وتحديد موعد الجلسة القادمة. 	<p>إجراء (٦): التلخيص والإنهاء.</p>
<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يشير إلى فكرة الوظيفة التدريبية (الواجب) بقوله: " يجب على المرضى أن لا ينظروا إلى هذه الوظيفة بأنها واجب ثقيل أو عبء إضافي لأن هذه النظرة سوف تعطل قدرة الفرد على التفاعل الإيجابي بل يجب أن ينظر إليها كأسلوب أو إستراتيجية جديدة يتعلمها لمساعدته على تجاوز المشكلة التي يعاني منها. كما إن ممارسة الفرد للمهارة المطلوبة تساهم في زيادة وعيه وجعله أكثر استبصارا بمشكلاته والعمل على مواجهتها بدل الهروب منها " • يضيف قائلا: " إننا سوف نناقش في بداية كل جلسة جديدة الوظيفة /المهارة التدريبية التي أعطيت لكم، لتوضيح الإيجابيات والسلبيات التي قمتم بها أثناء التدريب". • يطلب من المرضى أن يحتفظوا بسجل خاص يسجلون فيه كل الملاحظات والتدريبات والأفكار والمشاعر خلال لقاءات جلسات البرنامج. 	<p>إجراء (٧): الوظيفة التدريبية.</p>

الجلسة الثانية

التعرف على دوافع الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية وأنواعها والأضرار الناجمة عنها
To identify the motives of addiction to drugs and psychotropic substances and types of caused damage

أنواع وأضرار المخدرات
دوافع الإدمان
الأهداف

يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يحدد دوافع الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية.
- يوضح أنواع وأضرار المخدرات والمؤثرات العقلية على الإنسان، والحقائق العلمية عنها.
- يستشعر النهاية الخطيرة التي تنتظر الشخص المتعاطي والمدمن.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
٣٠ دقيقة	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <p>* يرحب بالمرضى يشكرهم على التزامهم بالموعد وتعاونهم.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يقدم دوافع الإدمان بقول: " إن جميع أشكال السلوك الصادرة من الفرد (بما فيها التعاطي والإدمان)، هي: أشكال تكتسب وتنمو في ظل الظروف الحياتية (أي بيولوجية، نفسية واجتماعية معينة)، ومن ثم تنطبق عليها قوانين اكتساب العادات ونموها، وبذلك تنطبق عليها قوانين وإجراءات التخلص من العادات أو تعديلها. وأن بعض الأشخاص العاديين يلجؤون عادة إلى سلوك التعاطي والإدمان إما للترفيه والكيف، أو يحدث ذلك عندما تنقصهم مهارات التعامل مع التوتر والضغط النفسية، أو المهارات الاجتماعية، وعدم القدرة في المشاركة في النشاطات الجماعية، أو عندما ينقصهم مفهوم ذات إيجابي عن أنفسهم، من هنا إذا أتاحت له الفرصة يمكن أن يجرب التعاطي أو تناول المخدرات كهروب من الواقع الذي يعيش فيه. • يوضح أن دوافع التعاطي والإدمان تبدأ: 	<p>إجراء (١): يناقش المرشد الدوافع التي تؤدي لسلوك الإدمان.</p>

<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> - مرحلة التجريب / اكتشاف للمخدر Discovery - مرحلة التعاطي الترفيهي / وحب الظهور Recreational - مرحلة التعاطي الموقفي Situational used - المرحلة الأخيرة: الإدمان Addictive use <p>• يناقش المرضى، ويسأل ما هي الدوافع التي دفعتك لتناول العقار أو المادة المخدرة ؟ وكتابتها، وطلب من أحد المرضى تسجيل هذه الدوافع أمام المجموعة، وعند الانتهاء منها قراءتها بصوت مسموع أمام الكل، ثم بداية مناقشة كل دافع على حده وأثر، سلبياته، وطرق الحل البديلة له بدلا من اللجوء للمخدرات.</p> <p>• يكتب مع المرضى ملصقات حائطية متوسطة الحجم، تحوي عبارات عن مخاطر المخدرات، ويتم تعليقها في الأماكن الأساسية التي يتواجدون فيها، مثل: (المخدرات تعني الهلاك، أنك تقضي على حياتك ميكراً، أنك تخسر نقودك وتدمر حياتك، تفقد أسرتك، تفقد أحيابك وأصدقاءك.. الخ).</p>	<p>نشاط:</p>
<p>٢٠ دقيقة</p>	<p>استراحة</p>	
<p>٢٠ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يعرض معلومات من المثبطات والمنبهات وأثارها، ويقدمها للمرضى في صور متنوعة عن المخدرات، وأنواعها، وتصنيفاتها من خلال فيلم مرئي، ووفقاً (DSM-IV-TR) ومناقشة المرضى بذلك (ملحق ٥). • يعرض باستخدام أسلوب المعالجة بالتنفير صور المدمنين في أوضاع سيئة وصلوا إليها بسبب الإدمان، مثل: " وفاة شخص، وهو ملقى على الأرض بوضع مأساوي، وصورة لآخر متعاطي جرعة زائدة، فما لبث أن فارق الحياة أمام أعين زملائه، وذلك لزيادة مشاعر الخوف والاستثارة لدى المرضى وهم في لحظات الوعي والرغبة في المساعدة. • يسرد قصة لأحد الشباب المدمنين والنهاية التي وصل إليها على الأصعدة: الشخصي، والأسري، والأخلاقي، والمهني، والصحي، يقرأها أحد المرضى بصوت مسموع أمام الجميع (ملحق ٤). • يقدم للمرضى موقف حي لأحد المتعافين الذين تحرروا من الإدمان، ليكونوا عوناً ودعماً ونموذجاً حياً وواقعياً ومشجعاً لأعضاء المجموعة على التخلص منه. • يناقش الأضرار الناجمة عن التعاطي: (الصحية، والأسرية، والاجتماعية، والنفسية، والاقتصادية). • يضيف " أنك قد تجد نفسك بمواجهة العديد من مواقف التوتر والضغوط النفسية، ومواقف خطيرة في الحياتية التي تفقدك وتنفكك أن تكون عرضة لتعاطي والإدمان، وتواجه صعوبة في التعامل مع التوتر خاصة عندما تشعر بالانزعاج والإثارة، لذلك فإن أسلوب التحصين ضد التوتر يمكن أن يساعدك في كيفية مواجهة المواقف المزعجة، وكيفية التعامل مع غضبك 	<p>إجراء (٢): يبين المرشد أنواع المخدرات، وأخطارها، وأضرارها على الفرد.</p> <p>أ- الوعي بأنواع المخدرات والمؤثرات العقلية.</p> <p>ب- الوعي بمخاطر المخدرات على الإنسان وأضرارها.</p>

	<p>وتترك عندما تكون في هذه المواقف وغير قادر على السيطرة عليها.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى إعطاء أمثلة واقعية تعرضوا لها، أو تعرض لها أحد زملائهم المدمنين. • يوزع ورقة عمل على المرضى تبيين أنواع المخدرات، وتأثيرها على الجسم، والأعراض المصاحبة لها. • توزيع بطاقة لتعبئتها من قبل المرضى عن إيجابيات وسلبيات الإدمان؛ يفضل ذكر الإيجابيات والسلبيات برأي المريض نفسه كونها تكشف عن المفاهيم الخاطئة لدى المدمن، وقد تكون هي السبب، مثل: <ul style="list-style-type: none"> – التعاطي أو الإدمان يجعل عقلي متفتح. – التعاطي يجعلني أركز أكبر. – أخفف التوتر، وأشعر بالسعادة. – يقوي الجنس. • يناقش المرضى لإبداء الرأي والتحاور في المفاهيم الخاطئة التي يحملها المرضى، وذلك بهدف زيادة الوعي بين المرضى حول طبيعة المفاهيم الخاطئة التي تعزز وتشكل السلوك الإدماني. 	<p>ج- تصحيح المفاهيم الخاطئة لدى المدمنين.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويطلب من أحد المرضى في المجموعة أن يلخصها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، وإعطائهم الوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٣): التلخيص والإنهاء.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى تعبئة النموذج من خلال تسجيل بعض العوامل والأسباب والمواقف التي تدفعه للإدمان على المخدرات محددًا الوقت والمكان والشخص والموقف واستجابة الفرد للموقف والتكرار حسب الجدول (١). 	<p>إجراء (٤): الوظيفة التدريبية.</p>

الجدول ١. نموذج أشخاص ومواقف تدفع للتعاطي والإدمان على المخدرات والموثرات العقلية

الوقت	المكان	الشخص أو الموقف المسبب لتعاطي والإدمان	الاستجابة	التكرار

الجلسة الثالثة

مواقف حية لآثار الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

Real situations to the effects of addiction to drugs and psychotropic substances

بيان الأوضاع الجسدية والنفسية للمدمن

زيادة مشاعر الخوف للمدمن

الأهداف

يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- تزيد لديه مشاعر الخوف من النهاية التي يصل إليها المدمن على المخدرات.
- يدرك الأوضاع الجسمية والنفسية المختلفة للمدمنين في حالات عدم الوعي تحت تأثير المخدر.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن المواقف والدوافع والعوامل التي تعرض لها خلال أسبوع، وهل فكر أو لا ؟ قبل قيامه بالرد بالسلوك، وكيفية استجابته لهذه المواقف ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	إجراء (١): مناقشة الوظيفة السابقة.
٣٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يعرض صور مواقف مؤثرة للحالة الجسدية والنفسية التي يكون عليها المتعاطي والمدمن على المخدرات. ويوضح أن المخدرات تكون عامل مهيب ومثور للاضطرابات النفسية ويمكن أن تؤدي إلى الذهان، وأعراض مشابهة للبرنويا، أو اضطراب المزاج. • يعرض فلم مرئي عن المار جونا والهروبين تظهر فيه مشاهد لأوضاع المدمنين بعد التعاطي والحالة التي يكونون عليها (مشاهد تنفيرية) والمآسي التي يتعرضون لها. • الاستماع إلى بعض الآراء في الشريط من نماذج واقعية تبدي رأيها 	إجراء (٢): يناقش المرشد الأوضاع التي يكون عليها المدمن في حال الإدمان.

	<p>بالتعاطي والمتعاطين، ومراحل تدرج الإدمان والحالات الإجرامية التي تعرضوا لها.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يعلق على أن معظم حالات الإجرام تنفذ في مثل هذه الحالات نتيجة تأثير المحاكات العقلية والانفعالية، ونتيجة عوامل لاشعورية، وهي تحت تأثير اللاوعي وبشكل لا إرادي، وبسبب المادة المخدرة، لأنها تشمل إرادة الإنسان وعقله. 	
٢٠ دقيقة	استراحة	
٢٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يعرض حالات حية وواقعية للمتعاطين و المدمنين في أوضاع مختلفة، تثير مشاعر الخوف والقلق من النتائج التي ينتهون إليها. • يناقش المرضى حول ما تم مشاهدته من أحداث، وأهم ما لفت انتباههم من خلال هذا العرض المرئي، وحقيقة مشاعرهم بعد مشاهدته، وما هي الأفكار التي تدور في أذهانهم الآن بعد المشاهدة مباشرة. • يطلب من المرضى تسجيل أفكارهم وملاحظاتهم ومشاعرهم الحالية (الآن) على مذكرة وهم يشاهدون الفيلم المرئي، ثم طرحها فكرة فكرة أمام المجموعة بصوت مسموع، ثم يقوم المرضى بمناقشتها، ويزودهم المرشد بالتغذية الراجعة الضرورية. 	<p>إجراء (٣): يعرض المرشد حالات واقعية للمدمنين في مواقف حية.</p> <p>نشاط تطبيقي:</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٤): التلخيص والإنهاء.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى تسجيل مجموعة من الأفكار أو النصائح التي يمكن أن يقدموها لأنفسهم، أو لزملائهم الآخرين، يشجعون فيها على ترك الإدمان على المخدرات حسب الجدول (٢). 	<p>إجراء (٤): الوظيفة التدريبية.</p>

الجدول ٢. نموذج مجموعة من الأفكار أو النصائح المقدمة لترك الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية

أفكار ونصائح مقدمة لنفسك/ للآخرين	م
يمكنني أن أكون أسعد حالاً بدون عاداتي الإدمانية	١.
أدمني يكلفني أكثر مما يستحق	٢.
بالإرادة يمكنني أن ألق عن إدماني	٣.
	٤.
	٥.
	٦.
	٧.
	٨.

الجلسة الرابعة



مهارة الحديث الذاتي

Self-talk skill



حديث ذاتي إيجابي

حديث ذاتي سلبي

الأهداف

يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يميز أنماط حديثه الذاتي السلبي والإيجابي.
- يوضح أهمية الحديث الذاتي ومدى ارتباطه بالتفكير والشعور والسلوك.
- يتخلص من مشكلاته من خلال التخلص من الحديث الذاتي السلبي.
- يستبدل الحديث الذاتي السلبي بحديث إيجابي.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • يناقش الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن النصائح التي يمكن أن يقدمها لنفسه ولزملائه، التي من شأنها أن تمكنهم من الإقلاع وترك التعاطي، ثم يقدم التغذية الراجعة المناسبة حول النصائح المناسبة وغير المناسبة. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح بالشرح هذه المهارة قائلاً: (إن الفرد يخاطب نفسه من خلال عبارات أو جمل يرددها داخل نفسه بعد أن يشاهد حادثة معينة، أو بعد أن يحدث معه موقف معين أو نشاط كان قد قام به، ونلاحظ هنا أن ردة فعلنا تختلف تجاه هذه المواقف باختلاف نوعية العبارات التي نرددها داخلياً، فإذا كانت هذه العبارات التي نرددها لأنفسنا إيجابية يكون رد فعلنا إيجابياً، وأما إذا كانت سلبية فإن رد فعلنا يكون سلبياً). • يوضح أن العبارات التي يرددها الفرد لنفسه تنقسم إلى 	<p>إجراء (٢): يوضح المرشد مفهوم الحديث الذاتي الإيجابي.</p>

<p>نوعين:</p> <p>*أولاً: عبارات أو ألفاظ ذاتية إيجابية وهي عبارات تنعكس على سلوك الفرد وعلى مشاعره وتزيد من تقديره لذاته وبالتالي ينتج عن ذلك سلوك مرغوب فيه لدى الفرد، ومن أمثلة هذه العبارات:</p> <p>١. أنا شخص قوي أستطيع أن أتحكم بذاتي، وأمتنع عن سلوك الإدمان.</p> <p>٢. لدي القدرة لأنني أستطيع أن أسيطر على رغباتي وشهواتي.</p> <p>٣. أستطيع أن أواجه وأتحدى مواقف الضغط والتوتر، ولا أتهرب منها بالإدمان على المخدرات.</p> <p>٤. أستطيع أن أوجهه ضغط الرفاق علي بالانجراف نحو الإدمان.</p> <p>*ثانياً: عبارات أو ألفاظ سلبية أو انهزامية ينتج عنها مشاعر وسلوك سلبي تؤدي إلى تدني تقدير الذات لدى الفرد، وينتج عنها سلوك غير مرغوب فيه لدى الفرد، ومن أمثلة هذه العبارات:</p> <p>١. لا أستطيع مقاومة الشوق إلى التعاطي.</p> <p>٢. لا أستطيع مواجهة مواقف التوتر والضغط.</p> <p>٣. لا أتحمل ترك المواد المخدرة.</p> <p>٤. المواد المخدرة تنسيني همومي.</p> <p>٥. لا أستطيع الاستغناء عنها.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح للمرضى قائلاً: "إن التخلص من المشكلة يعني التخلص من التحدث إلى الذات بطريقة سلبية أو مهزومة، واستبداله بالتحدث الإيجابي". • يعطي الفرصة لأعضاء المجموعة لتقديم أمثلة حول العبارات الإيجابية والسلبية، ويتم مناقشتها من قبل المرضى. • يوجه بضرورة وجود مذكرة خاصة سجل فيها مدى تكرار الحديث السلبي الداخلي للمريض. 	<p>يذكر المرشد بعض أمثلة على العبارات الإيجابية للمدمنين.</p> <p>يذكر المرشد بعض أمثلة على العبارات السلبية للمدمنين.</p>	<p>يذكر المرشد بعض أمثلة على العبارات السلبية للمدمنين.</p>	<p>يذكر المرشد بعض أمثلة على العبارات السلبية للمدمنين.</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح أهمية الحديث الذاتي ومدى ارتباطه بالتفكير، والشعور، والسلوك بالمواقف الضاغطة. • يدرب المرضى أن يقولوا لأنفسهم: "يوماً بعد يوم، إنني أحسن أكثر فأكثر بالإرادة القوية، وبقليل من الصبر والهدوء أستطيع التخلص من مشكلاتي". • يدرب كل عضو على أن يتحدث إلى نفسه قائلاً: "إن شعوري بالقلق والتوتر والضغط عند المواقف الضاغطة يعني إنني ساكون فاشلاً أو ضعيفاً، مما سيجعلني ألجأ إلى 	<p>إجراء (٣): توضيح أهمية الحديث الذاتي.</p>	<p>إجراء (٣): توضيح أهمية الحديث الذاتي.</p>

	إدمان المخدرات لتخفيف ذلك ؛ لذا لا بد لي من ضرورة الانتباه والتهيؤ لأستعد وأواجه الموقف بشكل هادئ وبدون انفعال، ولن أجعل الضغط والتوتر يسيطران علي.. فأنا قوي، وقادر على مواجهة ذلك.	
٢٠ دقيقة	استراحة	
١٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> يوضح للمرضى أن الذي يؤثر على سلوكهم هو ما يقولونه أو يحدثون به أنفسهم حول المواقف التي تواجههم، ولا بد من تعديل الحديث الذاتي الداخلي لهم من خلال إدراك محتوى هذا الحديث الذاتي، وأنه سلبي وهازم للذات، والقيام بتغيير وتعديل هذا الحديث الداخلي بشكل إيجابي، وممارسته بشكل يومي ودائم. يضيف أن الحديث الذاتي يتم على النحو التالي: <ol style="list-style-type: none"> ١. أسئلة تتعلق بالسلوك المستهدف، مثلا: ما الذي أريده من هذا البرنامج العلاجي؟ ٢. إجابات عن تلك الأسئلة يقدمها الفرد نفسه: أريد أن أتعلم أساليب ومهارات تمكنني من مواجهة الضغوط واتخاذ القرار الحازم؛ لترك الإدمان على المخدرات. ٣. حديث ذاتي يهدف إلى توجيه الفرد لتأدية المهمة: حسنا، في البداية علي أن أفعل كذا وكذا. ٤. تعزيز ذاتي: لقد فعلت المطلوب مني، والصورة جيدة حقا. 	إجراء (٤): تدريب المرضى على كيفية تغيير الحديث الذاتي السلبي، واستبداله بحديث إيجابي.
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يدير وينمذج المرضى على كيفية إقناع أنفسهم من خلال الحديث الذاتي على التوقف مدة أسبوع عن الإدمان، ثم يبدأ زيارة المدة تدريجيا، ويقول لهم: " كل ما عليكم هو أن تقرروا بينكم وبين أنفسكم أنكم لن تتعاطوا المخدرات هذا الأسبوع فقط، وإذا شعرت بالضعف بإمكانكم إقاص المدة، وإذا نجحت في تجاوزها فما عليكم إلا أن تزيد المدة تدريجيا حتى تصل إلى تركه نهائيا". يدير المرضى على أن يحدثوا أنفسهم ويعترفوا بأن هناك صعوبات في الحياة والام لا يمكن الهروب منها، وهناك ضرورة لمواجهتها، وأن الإنسان غير كامل، ومن طبيعته أن يخطئ، وعليه تصحيح هذا الخطأ، وأن يتحمل مسؤولية ذلك. يطلب منهم أن يحدثوا أنفسهم بأن حالتهم لها علاج، وأنهم أقدر الناس على معالجة أنفسهم، وأن إرادتهم هي أساس العلاج، فلا تيأسوا على الإطلاق، وليكن شعاركم الصبر، والمثابرة الجادة، وأنكم ستستمترون في التوقف عن الإدمان مهما كانت الأسباب والدوافع والمغريات. 	إجراء (٥): نمذجة وتدريب المرضى على كيفية إقناع أنفسهم من خلال الحديث الذاتي على التوقف عن الإدمان.

	<ul style="list-style-type: none"> • يعلمهم بأن لا يحدثوا أنفسهم بالخوف ويقول: " قد تسيطر على أحدكم بين الحين والآخر مخاوف من عدم القدرة على الاستمرار، وهذه مخاوف طبيعية، ولكن المبالغة فيها تساعد في تحطيم معنوياتك وقدرتك الدفاعية، ورغبتك في التوقف عن الإدمان، فإذا داهمتك مثل هذه المواقف انبذها فوراً من تفكيرك ولا تستسلم لها، وأوقفها وفندها من خلال أنك قادر وتستطيع ليس فقط التوقف عن الإدمان على المخدرات، بل والاستمرار في ذلك، لأنه هو هدفك الأسمى (التعافي العام). 	
• دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم في جلسة اليوم، ويشكر المرضى على اهتمامهم بعمل المجموعة، ويسألهم عن استفساراتهم وردود أفعالهم حول جلسة اليوم، ويذكرهم موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	إجراء (٦): التلخيص والإنهاء.
• دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى أن يسجلوا المواقف التي يواجهونها خلال أسبوع، وتدفعهم للتعاطي، ثم يسجلوا العبارات الإيجابية أو السلبية التي يرددونها تجاه هذه المواقف حسب الجدول (٣). 	إجراء (٧): الوظيفة التدريبية.

الجدول ٣. نموذج العبارات الإيجابية أو السلبية التي يرددوها المرضى اتجاه المواقف التي يتعرضون لها

اليوم	النشاط أو الموقف	العبارات الذاتية المرردة ذاتياً
الأحد		
الاثنين		
الثلاثاء		
الأربعاء		
الخميس		
الجمعة		
السبت		

الجلسة الخامسة

التحصين ضد التوتر Stress Fortification

إعطاء المعلومات

التبرير المنطقي

الأهداف

يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يتعرف على إستراتيجية التحصين ضد التوتر.
- يميز طبيعة ردود الأفعال الناتجة عن المواقف الضاغطة.
- يتعرف على المراحل التي يتكون منها الموقف الضاغط.

الأساليب والإجراءات	دور المرشد	وقت الجلسة ٩٠ دقيقة
إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • يناقش الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن العبارات الإيجابية والسلبية التي يرددها في المواقف التي تدفعه للإدمان، والتي تعرض لها خلال الأسبوع الماضي، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات والعبارات المناسبة الصحيحة والخاطئة. 	١٠ دقائق
* التحصين ضد التوتر يتضمن: أ. التبرير المنطقي Treatment Rational إجراء (٢): يوضح المرشد مفهوم التحصين ضد التوتر	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح للمرضى الهدف من استخدام هذا الأسلوب بقوله: "إن التحصين ضد التوتر هو إستراتيجية أو أسلوب لمساعدتك على المواجهة والتكيف مع مشاعر التوتر والقلق، والذي تستطيع من خلاله أن تنظم ردود أفعالك عند مواجهتك لتلك المواقف، وهو أسلوب يوفر الحماية النفسية بنفس الطريقة التي يقدمها التلقيح الطبي للأمراض الجسمية، وهو إستراتيجية تزودك بوقاية مستقبلية أو مهارات للتعامل مع المواقف المسببة للتوتر التي تزيد من احتمالية التعاطي والإدمان، وتركز التدريبات التي سوف تتعلمونها للتقليل من حدة التوتر والضغط الذي تشعرين به ومن خلال اكتساب عدد من المهارات. 	١٥ دقيقة
إجراء (٣): يزود المرشد المرضى بنبذة عن إجراءات	<ul style="list-style-type: none"> • يقول: "سوف نحاول أن نساعدك لتتعرف على كيفية تأثير مشاعر التوتر والقلق التي تؤثر عليك، ثم تتعلم كيف تستخدم مهارات التفكير 	١٥ دقائق

	<p>الفعالة بدلا من التفكير الهازم للذات أو المحبط للذات، ثم بعد ذلك نحاول أن نختبر أسلوبك في مواجهة المواقف المسببة للتوتر.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يضيف: "أنك قد تجد نفسك بمواجهة العديد من المواقف التي تسبب التوتر وتواجه صعوبة في التعامل مع التوتر خاصة عندما تشعر بالانزعاج والإثارة، لذلك فإن أسلوب التحصين ضد التوتر يمكن أن يساعدك في كيفية مواجهة المواقف المزعجة، وكيفية التعامل مع غضبك وتوترك عندما تكون في هذه المواقف وغير قادر على السيطرة عليها. • يعطي المجال للأفراد المرضى لإبداء الرأي والمناقشة ومعرفة المواقف المختلفة، وذلك بهدف زيادة الوعي بين الأفراد حول طبيعة المواقف المسببة للتوتر. 	<p>التحصين ضد التوتر</p>
٢٠ دقيقة	استراحة	
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى إعطاء أمثلة حول الأفكار الهازمة للذات، وبعد الاستماع إلى بعض الأمثلة يمكن للمرشد أن يقول: "كيف تشعرون الآن عند تقاعلكم ومشاركتكم؟" • توعية وتنقيف المرضى حول التوتر وطبيعة الضغوطات النفسية التي يتعرض لها الفرد في حياته، وطبيعة ردود الأفعال الناتجة عن المواقف الضاغطة، والتي تشتمل على جوانب سلوكية، ومعرفية، انفعالية. • يطلب من المرضى طرح أمثلة للضغوط النفسية التي من الممكن أن يتعرض لها. • يقوم بكتابة ما تم ذكره من قبل المرضى، من ثم يوضح لهم أن هناك أنواعاً مختلفة من الضغوط، حيث تصنف ما تم طرحه تحت أصناف الضغوط النفسية. • يوضح لهم أن التحصين ضد التوتر استراتيجيه ناجحة وفاعلة للأفراد والجماعات، وأثبتت الدراسات فاعليته ونجاحه في مجالات عديدة ومتنوعة، بالإضافة إلى استخدامه في خفض مستويات القلق والتوتر والاكتئاب والغضب. • يعرف المرضى أن هدف هذا الأسلوب ليس إزالة ومنع حدوث التوتر، بل تعلم الاستجابة التكيفية عند ظهور المواقف المتوترة التي قد يعيشها الفرد، وأن يكون مرناً في مواجهتها أو مواجهة الفشل، السيطرة عليها من خلال الاستبصار من جديد بالعوامل المعرفية المسببة لهذا الفشل. • يقول المرشد: "ربما تدرك عندما تشعر بالانزعاج بأن أعضاء جسمك تصاب بالتوتر، فتشعر أن جسمك مشدود، وجهك دافئ، و تنفسك سريع مع ازدياد ضربات قلبك (هذا هي النتيجة الفسيولوجي لتوترك، مما يؤدي إلى التفكير بطريقة متوترة وقلقة حول الموقف الذي يواجهك كما سيؤثر في الكيفية التي سنتعامل بها في الموقف). * قد يعاني المريض في الإدمان من سمات شخصية تجعلهم ضحايا الإدمان، مثل الخجل الاجتماعي. 	<p>إجراء (٤): تطبيق استراتيجيه التحصين ضد التوتر ب. إعطاء المعلومات (Information Giving)</p> <p>إجراء (٥): يوضح المرشد طبيعة ردود الأفعال الناتجة عن المواقف المسببة للتوتر</p>

	<p>مثال: هاشم شاب خجول، ويعمل بشركة في خدمة الزبائن، مما يسبب له الحرج في التعامل مع المراجعين والمسؤولين في العمل ويتحرج بشدة لتحدث معهم مما يسبب له توتر وردود فعل وينزعج من نفسه مما يدفعه لتعاطي المخدرات.</p> <ul style="list-style-type: none"> • أن التوتر العضلي أو الجسمي وكذلك التفكير السلبي كلاهما يسببان لك التوتر، ويسهمان في إثارة المشاعر العدوانية نحو الآخرين. 	
<p>١٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يقول للمشاركين: "عندما تشعر بالتوتر فإنه من المحتمل أنك تميل إلى التفكير بطريقة حدية ومضخمة للأمور، فالأفراد الذين يفسرون مشاعرهم بهذه الطريقة سوف يعتقدون أن استجاباتهم للأنفعالات من الصعب تغييرها لأنها شديدة وساحقة". • يضيف: "أن الطريقة المناسبة لمساعدة الفرد لمعرفة قدرته على التكيف مع مشاعره تظهر من خلال أربعة مراحل تمر فيها ردود فعل الفرد للموقف المسبب للتوتر. <ol style="list-style-type: none"> ١. الاستعداد للتوتر والمواقف المثيرة. ٢. مواجهة المواقف أو مسببات الإثارة. ٣. التعامل مع اللحظات الحاسمة أو الأحداث المستفزة في الموقف. ٤. تعزيز الذات بعد استخدام مهارات التكيف الثلاث السابقة. <ul style="list-style-type: none"> • يعطي المثال التالي: عن السمات الشخصية غير المدعومة موظف غير قادر على التعبير عن نفسه ومشاعره وطلب حقوقه بعدم إلى كبت مشاعره، ومن ثم الشعور بالآلام نفسية ومشاعر القضب والذنب وتأنيب الذات. يطلب من المرضى تحليل المثال وتطبيق خطوات المراحل الأربعة، ثم يناقش المرشد الأفراد المرضى. • يشير إلى هذه المراحل الثلاث تشكل الجزء الأول من التحصين ضد التوتر وهي تساعد الفرد على تعلم التسلسل في استخدام استراتيجيات التكيف، ولتوضيح المراحل الثلاث السابقة، يقول: "عندما تفكر بأنك متوتر نتيجة موقف ما قد تظن أن توترك يأتي ويذهب في مواقف مختلفة حسب المثيرات المسببة للمواقف الموتره، فالمرحلة الحرجة الأولى تكون عند مشاركتك في الموقف وتبدأ بالتوتر، ثم تأتي المرحلة الثانية وأنت في وسط موقف التوتر، ثم المرحلة الثالثة عندما يزداد التوتر حده، ثم المرحلة الأخيرة مكافأة الذات على طريقة التعامل مع الموقف". • يطلب مشاركة الأفراد بإعطاء أمثلة واقعية ثم يحلل الأفراد مراحل التعامل مع التوتر الأربعة السابقة. 	<p>إجراء (٦): يبين المرشد المراحل الممكنة أو المحتملة لردود الأفعال لمواقف التوتر.</p>
<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٧): التلخيص والإنهاء.</p>
<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من الأفراد المرضى تطبيق مراحل التعامل مع التوتر الأربعة خلال مواقف واقعية من خلال استخدام الجدول (٤). 	<p>إجراء (٨): الوظيفة التدريبية.</p>

الجدول ٤ : نموذج مراحل التكيف للمواقف الضاغطة

م	الموقف المسبب للتوتر	مرحلة الاستعداد (ما قبل الموقف)	مرحلة المواجهة	مرحلة التعامل مع الموقف	مرحلة تعزيز الذات
١.					
٢.					
٣.					

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009).

الجلسة السادسة

اكتساب وممارسة مهارات التكيف المعرفية Acquisition and Practice of Cognitive Coping Skills

تعزيز الذات

التعامل مع اللحظات
الحاسمة لموقف التوتر

مواجهة الأفكار
السلبية أثناء الموقف

الاستعداد لموقف التوتر

الأهداف

يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يوضح مهارات التكيف المعرفية (التدبر الفعلي).
- يتدرب على مهارات التكيف المعرفية ويطبقها.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن المراحل الأربعة للتكيف مع التوتر، من خلال المواقف التي تعرض لها، وكيف كانت استجابته قبل المواقف، وأثناء الموقف، وبعد الموقف، والتعزيز الذي استخدمه، بعدها يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>

<p>١٠ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يذكر المرضى بأننا تحدثنا في الجلسة السابقة من خلال أسلوب إعطاء المعلومة عن هذا الأسلوب، وسنتناوله بالتفصيل، وذلك بهدف مساعدتك على فهم طبيعة ردود أفعالك الانفعالية. • يشير هنا أن هذه المراحل هي: <ol style="list-style-type: none"> ١. الاستعداد لموقف التوتر. ٢. مواجهة الأفكار السلبية. ٣. التعامل مع اللحظات الحاسمة لموقف التوتر. ٤. تعزيز الذات بعد الموقف. • يطلب من أحد المرضى أن يذكر ما سجله من المهارة التدريبية لتطبيق المراحل الأربعة. – يؤكد أن المرحلة الأولى - الاستعداد لموقف التوتر - تهتم بمهارات التكيف قبل الموقف، حيث على الفرد أن يسأل نفسه مثل: <ul style="list-style-type: none"> ✓ ما الذي يجب أن أفعله؟ كيف أستطيع أن أتعامل مع موقف التوتر. ✓ كيف أفكر بطريقة للتعامل مع التوتر؟ – ثم يشير إلى أن الفرد في المرحلة التالية عليه أن يستبعد العبارات السلبية الهادمة للذات، وأن يستخدم عبارات إيجابية مثل: "أملك القدرة على التعامل مع الموقف". – يؤكد على أن الفرد في المرحلة الثالثة عليه أن يواجه التوتر بقوله: "أستطيع أن أتحدى موقف التوتر". – ثم يعزز ذاته بعبارات إيجابية". 	<p>يناقش وينمذج المرشد مهارات التكيف المعرفية (التدبر الفعلي).</p> <p>إجراء (٢): يصف المرشد الأربع مراحل لاستخدام استراتيجيات التكيف المعرفي للتعامل مع المواقف المؤثرة.</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يقول: "إن هذا الجزء من التحصين ضد التوتر، هو مشابه لإستراتيجية البناء المعرفي، ويركز على أننا هنا سوف نتعامل مع الأفكار السلبية التي نعيشها في المواقف لمختلفة، وكيف تساهم هذه الأفكار في جعلك تشعر بالانزعاج وعدم الراحة، ويركز على أن الإنسان لا يتوتر وينزعج من الأحداث التي تحدث له بحد ذاتها، بل بالطريقة التي يفسر فيها تلك الأحداث، وفي المقابل فإن أفكارنا الإيجابية تجلب لنا الراحة والتفاؤل والأمل. • يوضح العلاقة بين استخدام المهارات الإيجابية والنجاح والتعامل مع المشكلة. 	<p>إجراء (٣): يوضح المرشد الهدف والاستخدامات المحتملة لمهارات التفكير.</p>
<p>٢٠ دقيقة</p>	<p>استراحة</p>	<p>أجراء (٤): تحديد أنماط التفكير السلبي والتدريب على استبدالهما بأفكار إيجابية.</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يبين دور التفكير السلبي ومدى تأثيره في استمرار المشكلة، ويؤكد على أن الفرد الذي يفكر بأنه إنسان في حالة توتر دائم ولا يستطيع أن يتخلص من توتره؛ فإن هذا التفكير السلبي يؤدي إلى زيادة التوتر لشعوره بأنه غير قادر على أن يواجه التحدي والتهديد في 	

	<p>حياته.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يطلب مثال من أحد المرضى عن موقف موثر من حياته الواقعية، ويناقش المثال معهم لتحديد: <p>– الحدث / الموقف.</p> <p>– أفكار حول الموقف (سواء كانت إيجابية أم سلبية).</p> <p>– نتائج الحدث.</p>	
<p>٢٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يقول: على كل فرد أن يتدرب على مهارات التعامل مع الأفكار من خلال قول تلك الأفكار بصوت مرتفع أمامي؛ لأن هذا سوف يساعد في تحويل الأفكار التي تدور في رأسك إلى ألفاظ، فقد تجد في البداية أن الأمر صعباً، لكن بالتدريب سوف تعتاد على استخدامها. <p>يوضح ذلك بالقول:</p> <p>أولاً: أرغب منكم أن تتدربوا على مهارات التعامل مع الأفكار، فقط. من خلال ترديد تلك الأفكار بصوت مرتفع، وهذا سوف يساعدكم في استخدام الكلمات والألفاظ للتكيف، ثم بعد ذلك طبقوا هذه المهارات للتعامل مع التفكير بشكل متسلسل كما تحبوا أن تستخدموها في المواقف الحقيقية في الحياة، وهنا سوف أجعلكم ترون. أولاً أنا أشرك في الموقف، لذا فأنا سوف استخدم عبارات التعامل (المواجهة) التي تساعدني للاستعداد للموقف، مثل: أنا أعرف هذه النماذج من المواقف التي عادة تزعجني، لكني أملك الخطة للتعامل معها، أو أنا في طريقي لأن أصبح قادراً على ضبط توترتي، حتى لو كان الموقف قاسياً.</p> <p>ثم بعد ذلك سوف أتصور أنني فعلاً في الموقف، فأنا سوف أواجه الموقف، لذا فأنا قادر على التعامل مع الموقف، ويمكن هنا أن نقول شيئاً لأنفسنا، مثل: "فقط أنا أبقي هادئاً" تذكر مع من نتعامل. هذا هو أسلوبه، لا تأخذ الأمر شخصياً ولا يكون رد فعلك مبالغ فيه فقط استرخ."</p> <p>والآن فالشخص المتوتر سوف يستمر فيقول:</p> <p>– (أنا مستمر في مواجهة المشاعر الأكثر توتراً، ويمكن أن أفكر..</p> <p>– (أنا أشعر أن مشاعري تزداد توتراً..</p> <p>– فقط استرخ. (ركز على هذه العبارة) فقط استرخ أو سوف يكون هذا الموقف تحدي لك.</p> <p>– كيف أستطيع أن أنظم نفسي بطريق لا تجبرني على تقديم الاعتذار؟</p> <p>– نعم، بعد الكلمات التي أدركتها، فأنا لست أشعر بالانزعاج، لذلك سوف أفكر في شيء يعززني، مثل: (نعم أنا فعلت ذلك، وفعلاً سأظل محتفظاً بأعصابي هادئة الآن.</p>	<p>إجراء (٥): يعطي المرشد تعليمات لتطبيق مهارات التعامل مع التفكير لكل مرحلة.</p> <p>مثال تطبيقي:</p> <p>هذا التدريب يساعد الفرد لتعلم التوقيت الزمني أو المرحلي لتطبيق مهارات التعامل مع التفكير على المراحل الأربعة للتحسين ضد التوتر.</p>

	حاول أن تفعل أنت ذلك. فقط حول مهارات التعامل مع الأفكار إلى ألفاظ في ترتيبها في المراحل الأربعة: الإعداد للموقف، التعامل مع الموقف، مواجهة المواقف، تعزيز الذات	
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	إجراء (٦): التلخيص والإنهاء.
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يعطي المرضى مهارة تدريبية تتمثل في: <ul style="list-style-type: none"> تحديد مجموعة من الأحداث التي سببت التوتر. تسجيل الأفكار السلبية التي فكر فيها الفرد. تسجيل الأفكار الإيجابية حسب الجدول (٥). 	إجراء (٥): الوظيفة التدريبية.

الجدول ٥. نموذج تسجيل الأفكار في المواقف الحقيقية

الحدث	قبل الموقف	أثناء حدوث الموقف	بعد الموقف
الأفكار السلبية			
الأفكار الإيجابية			

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009); (Meichenbaum and Cormier, 1973).

الجلسة السابعة

اكتساب مهارات العمل المباشر – التكيفية

Acquisition and Practice of Direct Action Coping Skills

استراتيجيات التسكين

تحديد طرق الهروب
والنجاة أو وسائل تخفيف
التوتر

جمع المعلومات عن
المواقف المسببة
للتوتر

الأهداف

يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يتعرف على مهارات العمل المباشر التكيفية في المواقف الضاغطة المتوترة.
- يتدرب على مهارات العمل المباشر ويطبقها.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن أفكاره الإيجابية والسلبية قبل وأثناء وبعد الموقف التي تعرض لها خلال أسبوع، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول نوعية الاستجابات. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يقوم بتوضيح ويناقش كل أسلوب من أساليب التكيف العمل المباشر، أو يستخدم نموذج رمزي، ثم بعد ذلك يطبق هذه الأساليب على المواقف المثيرة. • يقول المرشد "أحياناً من المفيد الحصول على المعلومات حول الأشياء المثيرة أو المزعجة، والتي تسبب التوتر والغضب". • يطلب من المرضى إعطاء معلومات عن بعض أنواع 	<p>إجراء (٢): جمع المعلومات حول المواقف المسببة للتوتر.</p>

<p>المواقف أو الأشخاص الذين يسببون التوتر، وتحديد المواقف التي تسبب أو تكون محرضة للتوتر ثم تحديد ردود فعل الفرد حيالها، وذلك من أجل مساعدة الفرد على تقييم الموقف بطريقة منطقية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح أن معرفة المعلومات تساعد في تخفيف مستوى الغموض المرتبط بالموقف، مما يخفف من وطأته وحدته. ويقلل مستوى تهديده للفرد، فالإنسان يتوتر بشكل أكبر في المواقف التي تحيط بها حالة من الغموض. • يعطي المثال التالي: "الفرد الذي يشعر بالآلام فسيولوجية، فإن المعلومات عن مصادر الألم وأوقاته يمكن أن يخفف مستوى التوتر. 		
<p>٢٠ دقيقة</p>	<p>استراحة</p>	
<p>١٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يناقش المرضى بإعطاء المثال التالي: " افترض أنك في موقف صعب، وبدأت تشعر أن الأمور سوف تخرج عن سيطرتك، ما هي الوسائل التي سوف تستخدمها للهروب من الموقف أو تخفيف حدة التوتر؟ يستمع المرشد إلى أمثلة من المرضى، ويناقشها معهم، ويعطي مثالاً: (إن الفرد يمكن أن يستخدم طريقة العد أو مغادرة المكان، والتنفس العميق، وتشتيت الأفكار). من أجل تضيق نطاق الانفعال الشديد وتخفيف مستوى التوتر، وتجنب الفرد الاندفاعية والتسرع، ويوضحها بمثال من أحد الأفراد المرضى بالجلسة. 	<p>إجراء (٣): حديد طرق الهرب والنجاة – وسائل تخفيف التوتر.</p>
<p>١٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح معنى استراتيجيات التسكين بقوله: "إن هذه الاستراتيجيات تعتبر مفيدة في التعامل مع المواقف الضاغطة، والتي من الصعب تجنبها، مثل: الحالات المزمنة، والحياة المهددة بالمرض". • يبين أن الهدف من إستراتيجية التسكين، هو مساعدة الأفراد المرضى على تخفيف مستوى التوتر النفسي، وزيادة مستوى التكيف. • يقول: " دعونا نحاول معرفة وجهات نظر مختلفة حول بعض المواقف التوترية". • يطلب من الأفراد المرضى إعطاء أمثلة، ويستمع إلى وجهات نظر مختلفة من أفراد المجموعة حول مواقف التوتر المذكورة، ويضيف ما هي الأشياء التي يمكن أن تفكر أننا قد أغفلناها أو يمكن التأكد منها. • يوضح أهمية ودور كل من أفراد الأسرة الأصدقاء والأقارب كشبكة داعمة للتخفيف من مستوى التوتر والمساعدة على التكيف يطلب من الأفراد المرضى إعطاء مثال من واقعهم ويثير نقاش بين أفراد 	<p>إجراء (٤): استراتيجيات التسكين.</p> <p>*يوضح المرشد أن استراتيجيات التسكين تتكون من:</p> <p>١- التعرف على وجهات نظر متعددة.</p> <p>٢- شبكة الدعم الاجتماعي.</p>

	<p>المجموعة.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يبين للأفراد المرضى أهمية المشاعر وارتباطها بالسلوك، وأن تراكم المشاعر السلبية يؤدي إلى زيادة التوتر، لذلك لا بد من أن يمضي الفرد وقتاً في التعبير عن مشاعره. • يطلب من المرضى إعطاء مثال ومناقشته مع أفراد المجموعة موضحاً من خلال النقاش إيجابيات تهوية المشاعر، وسلبيات حبس المشاعر وتراكمها. 	<p>٣- تنفيس المشاعر، تهوية المشاعر. (Ventilation of Feeling)</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يقوم بإنهاء الجلسة، وتلخيص ما تم فيها، ويطلب من أحد المرضى تلخيصها، ويسأل المرضى عن استفساراتهم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، وتحديد موعد الجلسة القادمة، وإعطاء الوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٥): التلخيص والإنهاء.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى تسجيل مهارات العمل التكتيفية في الموقف المسببة للتوتر، وطرق النجاة والهروب، واستراتيجية التسكين حسب الجدول (٦). 	<p>إجراء (٦): الوظيفة التدريبية.</p>

الجدول ٦. نموذج تطبيق الفرد مهارات العمل المباشر – التكتيفية

م	الموقف المسبب للتوتر	طرق النجاة أو الهرب	استراتيجيات التسكين
١.			
٢.			
٣.			

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009).

الجلسة الثامنة

مهارة الاسترخاء العقلي Mental Relaxation

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:
- يتعرف على مهارة الاسترخاء العقلي وتأثيرها في التخفيف من التوتر وزيادة التكيف.
- يتدرب على ممارسة وتطبيق مهارة الاسترخاء العقلي.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن المواقف المسببة للتوتر، وطرق النجاة والهروب، وإستراتيجية التسكين التي استخدمها خلال أسبوع، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح معنى الاسترخاء العقلي أو الذهني بقوله: "إن الفرد الذي يشعر بالتوتر يمكن أن يضبط توتره من خلال التركيز على أشياء أخرى"، والهدف منه وهو التكيف مع التوتر وتحويل الانتباه المنظم. • يبين أن إحدى الطرق لضبط التوتر هي أن تحول انتباهك أو تلهي نفسك، حول انتباهك عن الشخص أو الموقف الذي يسبب لك التوتر، فإذا كنت في غرفتك ركز على شيء محدد، وأبدأ التفكير بكل الأسئلة المحتملة المرتبطة بهذا الشيء. • يناقش مع المرضى كيف أن الاسترخاء يساعد أيضا على التكيف، ويعطي المثال التالي: "يمكن أن يقوم الفرد عند شعوره بالتوتر نتيجة لمشكلة ما بأن يبدأ بعد بلاط الغرفة أو يفكر بأشياء مضحكة أو إيجابية، لأن ذلك يقلل من مستوى التوتر. 	<p>إجراء (٢): الاسترخاء العقلي؛ يتضمن الاسترخاء العقلي الوسائل التالية:</p> <p>١. تحويل الانتباه.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> يستمتع المرشد إلى تعليقات وأمثلة من الأفراد، ويقوم بمناقشتها. 	
٢٠ دقيقة	استراحة	
٢٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> يشير إلى أن هناك طريقة أخرى يمكن أن تساعد في دعم مواجهةك لموقف التوتر بشكل مباشر، وهي استخدام التخيل فهي إستراتيجية للتكيف تساعد الفرد على القيام برحلة ذهنية ممتعة، بدلا من أن يقوم الفرد بالتفكير بمشاعر التوتر لديه، فمن الممكن أن يتخيل بطريقة ممتعة أنه يجلس على شاطئ البحر أو يتناول طعاما لذيذا. يناقش المرضى ويطلب إعطاء أمثلة ويدرب الأفراد على استخدام وسيلة تحويل الانتباه والتخيل مع الإشارة إلى أن أحلام اليقظة يمكن أن تكون من أشكال الاسترخاء الذهني. 	٢. التخيل.
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	إجراء (٣): التخيل والإتهاء
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يطلب من المرضى التدرب على مهارة الاسترخاء العقلي وتعبئة الجدول (٧). 	إجراء (٤): الوظيفة التدريبية

الجدول ٧. نموذج تطبيق الفرد لمهارات الاسترخاء العقلي

الأساليب		مواقف التوتر
الاسترخاء العقلي		
التخيل	تحويل الانتباه	١.
المقابلة		٢.

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009); (McDougall, 2000).

الجلسة التاسعة

مهارة الاسترخاء الجسدي Physical Relaxation

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:
- يتعرف على مهارة الاسترخاء الجسدي، وتأثيرها في تخفيف التوتر وزيادة التكيف.
- يتدرب على ممارسة وتطبيق مهارة الاسترخاء الجسدي.

الأساليب والإجراءات	دور المرشد	وقت الجلسة ٩٠ دقيقة
إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يتحدث كل عضو عن تطبيقه لمهارة الاسترخاء العقلي في مواقف التوتر والضغط النفسي خلال الأسبوع، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات. 	١٠ دقائق
إجراء (٢): الاسترخاء الجسدي؛ يتضمن الاسترخاء الجسدي الأسلوبين التاليين: (أ) الاسترخاء العضلي.	<ul style="list-style-type: none"> • يناقش مع المرضى أسلوب الاسترخاء العضلي، ويشير إلى أن هذا الأسلوب يمكن أن يساعدك على تخفيف حدة التوتر العضلي، وأن تتعلم كيف تجعل عضلات جسمك مسترخية، ويساعدك أيضا على التحكم بالألم الناتج عن التوتر الجسدي من جراء الغضب والتوتر. • يوضح للمشاركين فنية الاسترخاء العضلي ومراحله، وأهميته في شعور المريض بالراحة والتركيز. • يشرح التمارين التي ستمارس عبر هذه الفنية و المسميات التي سيقوم باستخدامها أثناء الممارسة. • يطلب من المرضى الجلوس بزاوية قائمة للركبتين و الظهر، ومن ثم إغماض العينين. • يقوم بإعطاء التعليمات حول مراحل و خطوات الاسترخاء (ملحق ٦)، و يقوم بممارستها مع المرضى، و توضيح أي خلل حدث في المرة الأولى حتى لا يتكرر 	٣٠ دقيقة

	<p>في المرات اللاحقة.</p> <p>أسس جلسة الاسترخاء*:</p> <ul style="list-style-type: none"> – يتم الاسترخاء في مكان هادئ لا تشتت فيه، والوضع الأمثل هو أن تكون الغرفة معزولة بعض الشيء، أو بعيدة عن الممرات المكتظة، حيث إن قدرة المريض على الاسترخاء تعاق بسبب الضجيج، و يمكن تعليق لافتة كبيرة خارج الغرفة يكتب عليها (هنا تجري عملية استرخاء، يرجى عدم الإزعاج). – أن يكون المكان معتماً نوعاً ما. – الراحة الجسدية من الأمور المهمة إذا أردنا لعملية الاسترخاء أن تنجح، ولهذا من المهم لنا أن نحث المرضى على أن يخلعوا عن أعينهم النظارات و العدسات اللاصقة قبل بدء الجلسة. – أن تكون الغرفة دافئة بما فيه الكفاية، و أن يكون بها كرسي منحني إلى الوراء (Recliner chair)، و قطعة غطاء ناعمة مع مخدات يمكن الاستناد عليها عند الاسترخاء. – تعطى التعليمات بنغمة صوت هادئة و رقيقة، و يطلب من المريض أن يحافظ على عينيه مغلقتين. – يطلب من المريض أن يستريح قدر الإمكان، وأن يخلع ملابسه الضيقة خاصة (ربطة العنق)، و على المريض أن لا يشبك رجليه (cross)، وأن تكون كل أجزاء جسمه مسترخية على الكرسي، ثم يطلب منه أن يأخذ نفسا عميقا، و أن يتنفس ببطء. • يقوم بتطبيق خطوات عملية الاسترخاء على أحد المرضى كنموذج لمدة نصف ساعة، ثم يطبقه على أفراد المجموعة ككل لمدة نصف ساعة أخرى. • يستمع إلى تعليقات الأفراد المرضى و يناقشها. 	
--	---	--

استراحة		٢٠ دقيقة
٣٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none">يوضح أن أسلوب التنفس (ملحق ٧) مهم لمساعدتك أيضا على تعلم الاسترخاء الجسمي، فأحيانا في لحظة حاسمة فإن تعاملك مع الأمور بهدوء يكون من خلال التنفس العميق، لأنه يمنحك الوقت (لتجميع) ذلك قبل أن يصدر عنك أي عمل لا تريد أن تفعله.ينمذج الأسلوب مع أحد المرضى بإعطائه تعليمات التنفس العميق، ثم يطبقها على أفراد المجموعة كاملة.يطلب أمثلة واقعية من الأفراد المرضى مشابهة لمثل هذه التجربة.يشير إلى أن هذه الأساليب متنوعة والفرد يختار منها ما يناسبه للتدريب عليها.	
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none">في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية.	
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none">يطلب من المرضى التدريب على مهارة الاسترخاء العضلي وتعبئة الجدول (٨).	

الجدول ٨. نموذج تطبيق الفرد لمهارات الاسترخاء الجسمي / العضلي

مواقف التوتر	الاسترخاء الجسمي / العضلي	
	الاسترخاء العضلي	أسلوب التنفس
١.		
٢.		

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009); (McDougall, 2000).

الجلسة العاشرة

إعادة البناء المعرفي Reconstruction of cognition

تحديد أفكار المسترشد

التبرير المنطقي

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:
- يتعرف على مهارة إعادة البناء المعرفي.
 - اختبار مستوى توتره وقلقه الاجتماعي وتوتره الجسدي.
 - يحدد أنماط التفكير لديه.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو فرصة التحدث عن الاسترخاء الجسدي، وكيف طبقها في المواقف التي تعرض لها خلال أسبوع، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يقول المرشد: "إن هذا الأسلوب موجه لكل فرد ليصبح أكثر وعياً، للعوامل التي تسبب له التوتر، فعندما نكون قادرين على تحدي ومواجهة تلك العوامل، وأن هذه العوامل المسببة للتوتر ليست سرية، بل تظهر بأنها عوامل مرتبطة بالتفكير، وببساطة فإن هناك ارتباط بين مشاعر الناس بالتوتر وأنواع التفكير التي تعلموها"، ويهدف لمساعدة الأفراد على فهم طبيعة أفكارهم وانفعالاتهم. • مثال: "إن التوتر الذي تعلمته في المواقف السابقة ربما يكون له علاقة بالطريقة التي كنت تفكر فيها". • يطلب المرشد من المرضى إعطاء أمثلة، ويناقش ذلك مع المرضى. 	إجراء (٢): أسلوب إعادة البناء المعرفي تتضمن: أ. التبرير المنطقي.
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يشير إلى أن أسلوب إعادة البناء المعرفي يتضمن العديد من الاستراتيجيات التي تهدف إلى مساعدة الفرد، ليكون أكثر وعياً بأنماط 	إجراء (٣): يوضح المرشد ماهية أسلوب إعادة البناء

	<p>التفكير لديه، حيث يقول المرشد: "إننا سوف نتعلم كيف نضبط عمليات تفكيرنا وانتباهنا، لأن ضبط أفكارنا أو الحوار الداخلي في أنفسنا يشكل الخطوة الأولى من وعينا عندما نعطي لذاتنا أفكارا سلبية"، لذلك فإن أسلوب إعادة البناء المعرفي سوف يساعدك على:</p> <ol style="list-style-type: none"> ١. تحديد أنماط التفكير التي فكرت فيها (قبل وأثناء وبعد) الموقف الذي يهدد الذات ويسبب التوتر. ٢. مساعدتك على كيفية ضبط تفكيرك الهازم للذات، واستبداله بتفكير ايجابي. ٣. مساعدتك على إعطاء نفسك ميزة تعديل وتغيير الأفكار الهازمة للذات. 	<p>المعرفي.</p>
٢٠ دقيقة	استراحة	
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يقول المرشد: "إن العقلانية، أو تعزيز الذات تعني: التفسير الإيجابي للموقف، وهي أكثر فائدة ودافعية من اللاعقلانية، مثل (التفكير في قيمة الأشياء التي أتعلمها)، أما اللاعقلانية، فهي: طريقة في تفسير الموقف، ولكن بطريقة سلبية، (مثل: التفكير بأن فلان لا يحبك)، وهذين النمطين من التفكير سوف يؤثران على انفعالات ومشاعر وسلوكيات الفرد، وأن الأفكار السلبية غير فعالة، وهي التي تدمر أهداف الفرد. يناقش مع المرضى بعض الأفكار الإيجابية والسلبية، ويستمع إلى أمثلة يسردونها عن أنفسهم. 	<p>إجراء (٤): يوضح المرشد الفرق بين العقلانية أو تعزيز الذات، وبين اللاعقلانية أو تهديد الذات.</p> <p>أ. تحديد أفكار المسترشد.</p>
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> خلال اللقاء يسأل المرضى حول المواقف المسببة للتوتر التي يواجهونها والأشياء التي يفكرون فيها قبل الموقف، وأثناء الموقف، وبعد الموقف، ويقول المرشد للمشاركين: "فكروا في المواقف التي تسبب لكم التوتر فعلا، ما هي هذه المواقف هل تستطيعون أن تحددوا فعلا؟ ما هي الأفكار أو تخبر نفسك بها قبل أن تتعامل مع الموقف وخلال الموقف؟ ثم ما الأفكار التي فكرت بها بعد الموقف؟". يستمع إلى أمثلة من المرضى ويحدد في كل مثال مع أفراد المجموعة الأفكار قبل، وأثناء، وبعد الموقف، ويحدد الأفكار السلبية والإيجابية وتأثيرها على الفرد. 	<p>إجراء (٥): وصف الأفراد المرضى للمواقف المسببة للتوتر.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> يعطي المثال التالي: شاب لديه مقابلة مع معالج نفسي لغرض العلاج من مشكلة الإدمان على المخدرات.. التفكير السلبي: *قبل المقابلة: (أنا قلق ومرتبك، وأخشى أن لا يتفهم المعالج وضعي وظروفي، إنني خائف من المواجهة). *خلال المقابلة: (ما الذي أفعله، أريد أن أنسحب من الموقف، أكيد أن المعالج لا يرغب في الاستمرار معي) *بعد المقابلة: (لا أريد أن أكرر ذلك، أكيد أنني تسرعت بهذه المقابلة، لن أكررها ثانية..). 	<p>إجراء (٥): يوضح المرشد مثال للربط بين الأحداث والأفكار والانفعالات.</p> <p>أ. قبل الموقف.</p> <p>ب. خلال الموقف.</p> <p>ج. بعد الموقف.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> التفكير الإيجابي: * قبل المواجهة: (أريد أن أقابل المعالج، وسأحاول أن أكون طبيعيًا وأن أطلب المساعدة، أكيد أنني سأحقق مكاسب أكثر من الخسارة في هذه المواجهة..). * أثناء المواجهة: (سأحاول أن أتماسك، وأكون هادئًا، وأقبل ما يقوله المعالج لي، سأحاول الاستفادة من كل لحظة في هذه المواجهة، لن أدع الفرصة تضيع مني..). * بعد المواجهة: (لقد أنهيت المواجهة وأنا راض عنها، لقد استندت من المواجهة ولم أضيع وقتي، كم أنا مرتاح الآن لأنني اتفقت مع المرشد على خطة علاج..). 	
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يطلب من المرضى ما يلي: "إن تحديد المواقف والأفكار يكون من خلال مراقبة وتسجيل الأحداث، وكذلك تسجيل ثلاثة عبارات سلبية لكشف الذات وعبارات إيجابية، فهذا التحديد يساعد الفرد لمعرفة درجة التوتر والضغوط التي يتعرض لها. يطلب من أحد المرضى إعطاء مثال كنموذج أمام أفراد المجموعة ويتم مناقشته. 	إجراء (٦): نمذجة المرشد للأفكار.
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	إجراء (٧): التلخيص والإنهاء.
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يطلب المرشد من المرضى التدرب على مراقبة الأفكار قبل وخلال وبعد الموقف، وتطبيقه في مواقف التوتر الحقيقية حسب الجدول (٩). 	إجراء (٨): الوظيفة التدريبية.

الجدول ٩ . نموذج تسجيل طريقة تفكير الفرد

الحدث أو الموقف المؤثر	التفكير السلبي	التفكير الإيجابي
قبل الموقف		
خلال الموقف		
بعد الموقف		

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009); (Clayton, 2000).

الجلسة الحادية عشر

إعادة البناء المعرفي Reconstruction of cognition

تعزيز الذات

التحويل من العبارات
السلبية بأخرى إيجابية

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:
- يحول الأفكار السلبية بأخرى إيجابية.
 - ممارسة مهارة تعزيز الذات ويطبقها.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن المواقف التي تعرض لها خلال أسبوع، والطرق التفكير قبل وأثناء وبعد الموقف، وكيفية استجابته لهذه المواقف، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يقول: "بعد أن حددتم الأفكار الهازمة للذات، وتعلم مهارات التفكير المعرفي علينا أن نتدرب على مهارات التحول من الأفكار الهازمة للذات إلى الأفكار التكيفية". • يوضح أن الهدف من التحدث بصوت مرتفع؛ هو أن معظم الناس ليسوا معتادين على استخدام عبارات التكيف المعرفية، ولأن ترديدها يساعد على تخفيف التوتر، ويمكن أن يساعد في زيادة ثقة الفرد بنفسه، ثم يقدم المرشد المثال التي يتضمن الخطوات الأربعة. 	<p>١. التحول من الأفكار السلبية (الهزيمة للذات) إلى مهارات التفكير المعرفية.</p> <p>إجراء (٢): توضيح نمذجة خطوات التحول الأربعة:</p>

أ- مثال التخيل (بواجه أحد الشباب ضغوطات من فريق العمل ومسؤوله المباشر، وعدم ارتياح في العمل بالدائرة التي يعمل بها".

ب- الأفكار الهازمة التي يفكر فيها الشاب:

- أنا شخص حزين وبائس لأنني أعمل في هذه الدائرة.

- لن أصبح كبقية زملائي.

- أفكر في نظرات الشفقة والشماتة في عيون الآخرين لوجودي بهذه الدائرة.

ج- علي أن أوقف هذه الأفكار، والأبد من أن أركز على الهدوء، خذ نفسا عميقا، إعادة العبارات بصوت عالٍ، ترجمة هذه الأفكار إلى سلوكيات.

د- استبدال الأفكار: "إن قدرتي أن أكون موظفا في هذه الدائرة، ولا بد من أن أتكيف مع هذا الوضع".

- يمكن بالتدريب والتعليم أن يتحسن مستوى قدراتي وتقديمي الوظيفي.

- إن نظرات الآخرين لي نظرات تعاطف ورغبة في المساعدة.

• يطلب المرشد مثلا من أحد المرضى، ويناقش المراحل الأربعة للمثال معهم، ثم يوزعهم لمجموعات للعب الدور.

أ- أن يتخيل الفرد موقف (مشكلة) ما ويقوم بلعب الدور أمام المجموعة.

ب- تحديد الأفكار السلبية (الهزيمة للذات).

ج- إيقاف التفكير الهازم للذات.

د- استبدال الأفكار السلبية بمهارات تفكير إيجابية.

٢٠ دقيقة

استراحة

١٥ دقيقة

• يقول: "إن التدريب لا يجب أن يقتصر على الأفكار الهازمة للذات، بل كذلك على تعزيز الذات، فبعض الأفراد قد يتعلمون استبدال الأفكار الهازمة للذات ويشعرون بالتحسن إلا أنهم لا يشعرون بالتقدم، ويكونون غير مرتاحين.

• يضيف المرشد: "الهدف من التدريب على تعزيز الذات الإيجابي (Positive Self statement) هو مساعدتكم لتعزيز أنفسكم عند شعوركم بالإنجاز والتقدم، وكذلك يمكن أن أقدم لكم التعزيز في المواقف التي تتدربون عليها، لأن الفرد أحيانا يفتقر إلى التعزيز في المواقف المثيرة للتوتر في الحياة الواقعية.

٢. تعزيز الذات.

إجراء (أ): توضيح مهارة تعزيز الذات.

١٥ دقائق

• يقول: "أنت تعرف يا فهد أنك قد قمت بعمل جيد عندما قدمت لنا موقف من حياتك الواقعية، وكيف تعاملت مع الموقف في مراحله المختلفة، قبل وأثناء وبعد الموقف، وتعلمت كيف تطبق مهارات التكيف المعرفي على حياتك الواقعية، لذلك فقد حان الوقت لأن تتعلم أن تعزز ذاتك، بعد قيامك بتطبيق التدريب وتقديمك، ويمكن أن تتعلم استخدام الأفكار المكافئة للذات مثل:

- ممتاز، لقد قمت بذلك العمل.

إجراء (ب): بنمذج المرشد مهارات تعزيز الذات.

	<p>– لقد استطعت أن أتعامل مع الموقف بنجاح.</p> <p>– لم اترك لانتفالاتي أن تؤثر على سلوكي.</p> <p>– لقد حققت بعض التقدم، وهذا يشعرني بالراحة.</p>	
١٥ دقائق	<p>● مثال: يقول أحد الشباب: "أشعر أن نظرات الشفقة والعبارات المبطنة من قبل الآخرين عني تزيد من الضغط علي، هم يريدونني أن انهار أو اصرخ: لا أريد، أنا فقط أريد أن أتخلص من الجحيم الذي أعيش فيه. (أفكار هادمة للذات).</p> <p>سوف اهدأ، لا يجب أن أتوتر، سأحافظ على هدوئي (مهارات التكيف مع المشاعر الغامرة).</p> <p>جيد هذا أفضل عليّ تقبل الأمور، أنا قادر على ذلك (تعزيز ذات).</p> <p>حسنًا لقد انتهى الأمر، وأنا لست ضعيفًا إلى هذا الحد (تعزيز الذات).</p> <p>● يطلب من المرضى التفكير بعبارات تعزيزيه ومواقف مختلفة</p> <p>● يناقش الأفراد المرضى بالأمثلة، ويطلب من الأفراد نمذجتها.</p>	<p>إجراء (٤): يُمذَج المرشد كيفية استخدام تعزيز الذات خلال وبعد الموقف.</p>
٥ دقائق	<p>● في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية.</p>	<p>إجراء (٥): التلخيص والإنهاء</p>
٥ دقائق	<p>● يطلب من الأفراد التدرب على خطوات التحول من الأفكار السلبية إلى الأفكار الإيجابية حسب الجدول (١٠).</p>	<p>إجراء (٦): الوظيفة التدريبية</p>

الجدول ١٠ . نموذج مراحل التحول من العبارات السلبية إلى العبارات الإيجابية

المواقف الضاغطة	التخيل	الأفكار الهازمة للذات	إيقاف التفكير الهازم للذات	استبدال الأفكار السلبية بأفكار إيجابية	تعزيز الذات

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009); (Maag and Kotlash, 1994).

الجلسة الثانية عشر

إعادة البناء المعرفي Reconstruction of cognitive

تطبيق مهارات التكيف المعرفية Application of Cognitive Coping skills

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:
- يتدرب وينمذج مهارات تكيفية لإحداث تغيير في البناء المعرفي لديه.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يقوم المرشد بما يلي: • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن الأفكار السلبية التي تعرض لها، وكيفية تحويلها لأفكار إيجابية، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يقول للمشاركين: "هنا نتحدث عن الأفكار السلبية التي نمر بها في المواقف المختلفة، والتي تساهم في جعل مشاعرنا منزعجة وغير مرتاحة، وتشعرك بالتوتر والاكتئاب، والآن سوف نستخدم مهارات التفكير التي تساعد على الإعداد للموقف، ثم التعامل مع الانفعالات والمشاعر التي تسبب التوتر، والتي تسيطر على الموقف". • يستمع إلى تعليقات ومشاركات الأفراد المرضى ويتفاعل معها. 	<p>أسلوب إعادة البناء المعرفي يتضمن:</p> <p>أ. تطبيق مهارات التكيف.</p> <p>إجراء (٢): يوضح المرشد الهدف والاستخدامات لمهارات التكيف المعرفية.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • يضيف: "إننا في هذا الإجراء سوف نحاول أن نحدث تغيير في التركيز من أفكار الفرد الهازمة للذات، لأنواع أخرى من التفكير التي تعارض التفكير الهازم للذات، لأن هذا التفكير المتعارض أو الغير منسجم يسمى مهارات التكيف، أو التعلم الذاتي، وهذا الإجراء يؤكد على الوعي بتعليم الذات". • يحاول أن يوضح ما سبق من خلال مثال بسيط بقوله: "عندما يفكر أحدهم بأنه فشل بالقيام بعمل ما، فإن التفكير بالفشل كخبرة (تفكير هازم للذات)، بينما لا بد له من التركيز على القيام بالعمل بغض النظر عن النتائج (تفكير معرفي). • يطلب من المرضى إعطاء أمثلة تتضمن أفكار هازمة للذات، وأفكار إيجابية، ويقوم بمناقشتها. 	
٢٠ دقيقة	استراحة	
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من الأفراد تسجيل وترديد بعض العبارات تكيفية كنموذج من التفكير الايجابي. – أنا قمت بهذا العمل من قبل؛ ولم يكن صعبا كما توقعت. – سأفعل أفضل ما أستطيع، فأنا لن أشعر بالتوتر حول ردود أفعال الآخرين. – هذا هو الموقف الذي يمكن أن يكون تحدي لقدراتي. – أنا لا أريد أن أكون سيئا. – فقط أركز على ما أريد أن أفعله أو أقوله. – ما هو الشيء الذي أريد إنجازه الآن. – الاسترخاء يساعدني على التركيز في الموقف. – هدأ نفسك، خذ وقتك، لا تتسرع. – عظيم أنا فعلت ذلك. – لا تفقد سيطرتك، إنها إشارة لبدء التكيف. 	<p>إجراء (٣): يقدم المرشد بعض العبارات لمهارات التكيف المعرفية:</p> <ol style="list-style-type: none"> ١. قبل الموقف. ٢. خلال الموقف يتضمن. ٣. التركيز على المهمة. ٤. التعامل مع الانفعالات المسيطرة.
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح للأفراد المرضى ما يلي: "إن العبارات أو الأفكار السابقة نجد بينها اختلافات تعود إلى طبيعة الموقف نفسه، مثل: (أنا لا أريد أن أكون سيئا)، (هذا الموقف تحدي لقدراتي)، فهذه العبارات الذاتية التكيفية تساعدك على خفض مستوى التهديد المتوقع من الموقف. • يضيف: "أما عبارات مثل: (التركيز على ما أريد أن أفعل)، (سأفعل ما أستطيع)، هذه عبارات مرتبطة بالتخطيط أو الخطوات التي يحتاجها الفرد للتعامل مع الموقف الضاغط. • يستطرد بقوله: "وهناك بعض العبارات التكيفية المعرفية 	<p>إجراء (٤): يناقش المرشد الاختلاف بين العبارات السابقة في طبيعة استخدامها.</p> <p>أ- محتوى الموقف (Context)</p> <p>أو مواقف توجيهية تكيفية Situation – oriented (coping)</p> <p>ب- مهمة توجيه مهارات التكيف</p>

	<p>يمكن أن تستخدمها لتبقى هادئاً ومسترخياً في لحظات التوتر، مثل: (ابق هادئاً)، (استرخ وخذ نفساً عميقاً)، وهذه العبارات تتضمن بناء الذات.</p> <ul style="list-style-type: none"> يقول: "إن عبارات مثل: (ممتاز إن فعلت ذلك)، (أنا تعاملت مع هذا الموقف من قبل)، هي عبارات تكشف ذات إيجابي، يمكن أن يستخدم خلال المواقف المسببة للتوتر، وخاصة بعد الموقف، ويركز المرشد على الفرق بين التكيف وسيطرة الأفكار، فالتكيف يساعد على التعامل مع الموقف، أما السيطرة على الأفكار تساعد المرشد على السيطرة على الأفكار بشكل متصاعد. 	<p>(Task oriented coping) statement جـ التكيف مع المشاعر الغامرة Coping with being (overwhelmed) د- تعزيز الذات الإيجابي (Positive self-statement)</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استقساتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	إجراء (٥): التلخيص والإنهاء.
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> يطلب من المرضى التدريب على المهارات السابقة، ويطلب منهم كذلك تسجيل الأفكار حسب الجدول (١١). 	إجراء (٦): الوظيفة التدريبية.

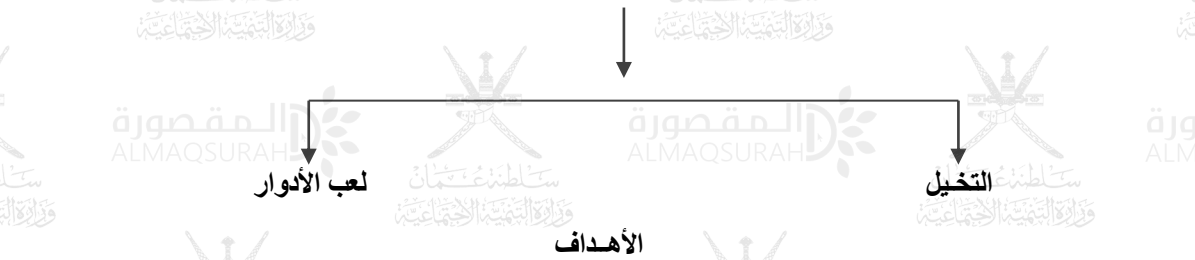
الجدول ١١ . نموذج تسجيل المواقف الضاغطة

العبارات الإيجابية المعززة للذات	العبارات السلبية الهزيمة للذات	الموقف
		<p>١ . محتوى الموقف ٢ . مهمة توجيه مهارات التكيف ٣ . التكيف مع المشاعر الغامرة ٤ . كشف الذات الإيجابي</p>

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009).

الجلسة الثالثة عشر

تطبيق جميع مهارات التكيف على المواقف ذات الصلة بالمشكلة Application of All: Coping skills with Problem- Related Situations



يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يضبط مشاعر التوتر والقلق.
- يتدرب على مهارات التكيف المعرفية ويطبقها.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن العبارات السلبية الهازمة للذات، والعبارات الإيجابية المعززة للذات التي استخدمها مع المواقف التي تعرض لها خلال أسبوع، وكيفية استجابته لهذه المواقف، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يناقش مع المرضى استراتيجيات التكيف، حيث يشير إلى أن الجزء الآخر من أسلوب التحصين ضد التوتر يتضمن معرفة الفرد لكل مهارات الاتجاه المباشر، ومهارات التكيف المعرفية لمواجهة مواقف التوتر، ويؤكد على أن الفرد يجب أن يتعلم مهارات التطبيق في ظروف مثيرة مشابهة للظروف الحياتية الواقعية في حياتنا. • يشير المرشد إلى أن الفرد الذي يريد أن يخفف أو يضبط توتره، لا بد أن تتوفر له الفرصة لتطبيق مهارات التكيف على المواقف المختلفة المثيرة للتوتر. • يقوم المرشد بالاشتراك مع أحد المرضى نموذج لتخيل موقف توتر، ثم يوضح مراحل التكيف الأربعة من خلال المثال. 	<p>إجراء (٢): يناقش المرشد استراتيجيات التكيف ويوضح المرشد مهارة التخيل وكيفية تطبيقها.</p>

<p>١٠ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> يعطي مثالا: "افترض أن رئيسك في العمل يشكو دائما من عدم قدرتك على متابعة مهام عملك، وأنه يرفض استمرارك في العمل معه". يطلب أن يتخيل كل واحد من المرضى هذا الموقف، ويختار أي مهارة يراها مناسبة له من مهارات التكيف مع الموقف، ويقوم بشرحها وتوضيحها لجميع المرضى، ثم يناقش بعد ذلك بالمهارات التي اختاروها وسبب اختيارها. يوضح للأفراد المرضى أن مواقف التوتر في الحياة كثيرة، وأن تعلم الفرد لمثل هذه الأساليب يساعده على تطبيقها في مواقف الحياة الواقعية، لأن هذا النوع من التدريب العملي يزود الفرد بنموذج ذاتي حول كيف يسلك الفرد في مواقف التوتر، فمن خلال تخيل الموقف، ولعب الأدوار داخل الجلسة الإرشادية؛ يستطيع الفرد أن يدرّب أفكاره وانفعالاته للتعامل مع المواقف الحقيقية. 	<p>إجراء (٣): يكرر المرشد استراتيجية التخيّل لعدة مرات، وذلك لأهميتها.</p>
<p>٢٠ دقيقة</p>	<p>استراحة</p>	<p>إجراء (٤): ويوضح المرشد أسلوب لعب الدور، وكيفية تطبيقه.</p>
<p>١٠ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> يقوم مع أحد المرضى بتطبيق أسلوب لعب الدور، حيث يمثّل المرشد المشكلة السابقة أمام المجموعة، فالمرشد يأخذ دور رئيس العمل الذي يرفض التعامل مع الشاب ويأخذ الفرد المريض دور الموظف الشاب ويطبق المرشد أسلوب لعب الدور، ثم يعكس الأدوار بينه وبين المريض. يقسم المرشد الأفراد إلى أزواج، ليقوم كل منهما بالتدريب على لعب الدور، وتطبيق مهارات التكيف أثناء لعب الدور. يعطي المرشد مثال تطبيقي شامل لكل مهارات التكيف، ويوزعه مطبوعا للأفراد. 	<p>مثال تطبيقي شامل للمهارات.</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> تخيّل أن ابني الموجود في المدرسة، وقد قام بضرب وتكسير أثاث المدرسة، هنا ابدأ بالشعور أن جسمي بدأ يسخن لحظة انتظاره (هذا إشارة للمواجهة)، من الأفضل أن أبدأ بالتفكير بأن أستخدم الاسترخاء، سأبقى هادئا، وأستخدم مهارات التفكير لإعداد نفسي للتعامل مع الموقف بشكل بناء. *أولا: يجب أن أجلس وأسترخي، وأن أجعل عضلاتي ترتخي، وأعد للعشرة أتتفّس بعمق (هذه الطريقة للتعامل المباشرة). الآن سوف أرى ابني. ماذا علي أن أفعل اعرف أنه لا يساعده أن أتركه لوحده أو أضربه، فهذا لا يحل أي شيء، لذلك لا بد من عمل شيء أفكر بطريقة أخرى، لا بد أن أعطيه الفرصة ليحل مشكلته (طريقة التعامل المعرفية: إعداد للموقف). الآن أستطيع أن أراه يدخل من الباب أشعر إنني أريد أن أضربه، ويبدأ هو بشرح الموقف، وأريد أن أوقفه (انتظر إشارة للمواجهة) ركز على العد، وعلى التنفس ببطء (بمهارات المواجهة المباشرة) الآن أخبر نفسي، أبقى هادئا، دعه يتحدث، إذا غضبت وصرخت فإن ذلك لن يساعده (مهارات معرفية، مواجهة الموقف) الآن أستطيع تخيل نفسي أفكر في آخر مرة، قام بها بالضرب والتكسير، لماذا؟ لا يتعلم لا يمكن أن يموت ابني بهذه الصورة (مثيرة)، لقد بدأت أشعر بالتوتر، لا بد أن أبقى هادئا خاصة الآن (إشارة للمواجهة)، فقط استرخي أبقى هادئا (الاتجاه 	

	<p>المباشر للتعامل). لا أستطيع توقع أن يعيش بعيدا عن توقعاتي. أنا اعرف أنني مستاء لكنني لن اشعر بالتوتر والعصبية أو اصرخ أو اضرب (مهارات معرفية: مشاعر تكيفية)، حسنا لقد قمت بعمل جيد، لأنني حافظت على هدوئي (مهارات معرفية، تعزيز الذات).</p> <ul style="list-style-type: none"> • يشدد على أهمية التدريب المستمر ودوره في إتقان المهارات المتعلمة. 	
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل المرضى حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	إجراء (٥): التلخيص والإنهاء.
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى التدرب على تسجيل الأفكار حسب الجدول (١٢). 	إجراء (٦): الوظيفة التدريبية.

الجدول ١٢. نموذج تدريبي لتسجيل الأفكار

اليوم	الموقف	الانفعالات % ١٠٠ - ٠	الأفكار الأوتوماتيكية % ١٠٠ - ٠	الاستجابة العقلانية % ١٠٠ - ٠	النتائج
١٠/١/٢٠١٥	نزع مع شريك	القلق، التوتر % ٨٥	الفشل في التعامل مع شريك % ٩٠	لا بد من تحمل المواقف والتعامل معها % ٨٠	القلق ٤٥ % التوتر ٤٠ %

(Cormier, Nurius and Osborn, 2009).

الجلسة الرابعة عشر

الضبط الذاتي

Self-control

استراتيجية مراقبة الذات

Self-control strategy

تسجيل البيانات

ملاحظة الذات

الأهداف

يتوقع من المشارك في آخر الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يتعرف على مفهوم الضبط الذاتي.
- يوضح الأسلوب الأولي للضبط الذاتي / المراقبة الذاتية.
- ينمذج ويتدرب على أسلوب المراقبة الذاتية.
- يوظف أسلوب المراقبة الذاتية في تغيير لسلوك.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة الأعضاء للجلسة، والتعلم مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • يطلب من المشاركين استعراض المواقف، ونوعية الأفكار، والانفعالات، والنتائج خلال الأسبوع الماضي، ويقوم بمناقشة هذه الأفكار، وكيف استجاب كل فرد للموقف، ويعزز الاستجابات الصحيحة لفظياً، ويحاول تعديل بعض الاستجابات التي كانت غير ملائمة من خلال تقديم التغذية الراجعة المناسبة حول الالتزام بالمهمة التي أعطيت لهم. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يحاول في البداية الإشارة إلى أن الضبط الذاتي ليس أمراً فطرياً موروثاً، وإنما هو مهارة يمكن تعلمها والتدرب عليها من خلال مجموعة من الاستراتيجيات والأساليب، مع توفر دافعية من الشخص ذاته لتعلم تلك المهارة. • يعرف الضبط الذاتي بأنه: " العملية التي من خلالها يتعرف الفرد 	<p>إجراء (٢): توضيح ومناقشة مفهوم الضبط الذاتي.</p>

	<p>على العوامل الأساسية التي توجه وتقود وتنظم سلوكه، والتي ينتج عنها في النهاية نتائج أو توابع معينة.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يشير كذلك إلى أن (ضبط الذات مهارة يمكن تعلمها بشكل منظم، ويزداد الفرد امتلاكاً واتقاناً لها كلما تدرب عليها وازدياد خبرته وممارسته لها). • يعرف المشاركون على ضبط الذاتي هو: أن يتحكم الفرد بالعوامل التي توجه سلوكه، بحيث تجعل نتائج سلوكه تتسم بالإيجابية. • يبين هنا أن الضبط الذاتي هو: أسلوب يعمل فيه الفرد على إحداث تغيير في سلوكه عن طريق إحداث تعديلات في العوامل الداخلية والخارجية المؤثرة على هذا السلوك، والعوامل الداخلية قد تكون أفكار سلبية ذاتية أو مشاعر سلبية، أما العوامل الخارجية قد تكون أشخاص معينين، سلوكيات معينة، أماكن معينة. • يركز هنا على نقطة أساسية، وهي أن قناعة الفرد الذاتية بأن لديه الكفاءة المطلوبة لكي يغير سلوك الإدمان تعتبر عاملاً مهماً في نجاح برنامج خفض مستوى الرغبة سلوك الإدمان. 	
٢٠ دقيقة	استراحة	
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح أن مهارة الضبط الذاتي تتكون من ثلاث استراتيجيات أساسية وهي: <ol style="list-style-type: none"> ١. مراقبة الذات. ٢. ضبط المثيرات. ٣. تعزيز الذات. • يعطي المرشد مثلاً على الضبط الذاتي: "فارس يعاني دائماً من ردود أفعاله السريعة وتوتره نحو مواقف الحياة المختلفة مما يدفعه نحو سلوك الإدمان، ويشعر بأنه متضايق من نفسه ويرغب بتغيير ردود فعله التي تسبب له مشاكل التعاطي والإدمان". • إن محاولة فارس من خلال مراقبة سلوكه للتعرف على العوامل والأسباب التي تدفعه إلى اللجوء إلى الإدمان سوف تساعد لوضع أهداف تغييره، وذلك من خلال تحكمه وضبطه للأسباب المؤدية له، فإذا لاحظت أن السبب يكمن في أفكار سلبية تفكر بها، مثل: "المخدر ينسني التوتر، المخدر يزيد من طاقتي، المخدر علاج لمشاكلي" يستبدلها بأفكار إيجابية، مثل: أنا قوي ويمكنني ترك المواد المخدرة، المواد المخدرة تهدم مستقبلتي، المواد المخدرات نهايتها الموت.. نلاحظ هنا أن فارس يمكنه ضبط أفكاره، وبالتالي فإن رد فعله سيختلف ويكون أكثر هدوء، وعندما ينجح في ذلك ويعدل سلوكه يعزز ذاته ويكافئها حتى يحافظ على هذا التعديل. 	<p>إجراء (٣): مراحل الضبط الذاتي.</p>
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يبدأ بتوضيح مفهوم مراقبة الذات بأنه يتضمن ملاحظة الذات، وتسجيل بيانات تتعلق بالأفكار والمشاعر والتصرفات المرتبطة بسلوك موضوع التغيير، ويضيف بأن مراقبة الذات، هي: وصف دقيق وتحديد لسلوك الفرد. 	<p>إجراء (٤): توضيح ومناقشة الاستراتيجية الأولى للضبط الذاتي / المراقبة الذاتية.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • جوانب ملاحظة السلوك تتضمن ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> – سوابق السلوك: بمعنى ملاحظة المثيرات والمواقف التي تحدث قبل القيام بسلوك الإدمان. – التوابع والنتائج المترتبة على السلوك: أي تسجيل ما يحدث بعد السلوك وما ينتج عنه من مشاعر يشعر بها الفرد، بالإضافة إلى ردود أفعال المحيطين نحو هذا السلوك. – تكرار السلوك: أي عدد مرات حدوثه في وحدة زمنية معينة أو مدة استمرار حدوثه. – شكل السلوك ونوعه: توتر / تعاطي / تدخين / غضب. • يعرض بعض الأسئلة التي يمكن أن تساعد المشاركين على تحديد الجوانب المتعلقة بملاحظة السلوك. <ul style="list-style-type: none"> ✓ مثل: متى حدث ذلك؟ مع من كنت؟ ماذا كنت تفعل؟ أين كنت؟ ماذا كنت تقول لنفسك؟... هذه أسئلة تتعلق بسوابق السلوك. ✓ أما الأسئلة التي تتعلق بنتائج ستكون، مثل: <ul style="list-style-type: none"> - ماذا حدث نتيجة لذلك؟ - هل كان حسناً؟ - هل كان سيئاً؟ - بماذا تشعر؟ • يعطي المثال التالي لقيام الفرد بمراقبة ذاته من حيث السوابق التي تسبق الإدمان على المخدرات: (المثيرات القلبية مثلاً: الإدمان بعد مشاجرة الأسرة، أو خلال حفلة جماعية مع الأصدقاء، أو خسارة مادية، أو فقدان عزيز... وهنا نفترض أن الفرد إذا ما تمكن من ضبط وتحديد المثيرات التي تسبق وتعزز السلوك فإنه سيكون قادراً على ضبط سلوكه الإدماني)، أو اللواحق التي تعقب الإدمان على المخدر (المثيرات البعيدة)، والأحداث التي تحدث خلال عملية الإدمان. • يبين إن عملية مراقبة الذات توفر لنا معلومات هامة، ويعرض بعض الأسئلة التي يمكن أن تساعد المشاركين على تحديد الجوانب المتعلقة بملاحظة السلوك. • يضيف: بأن فائدة المراقبة الذاتية تكمن في إعطاء الفرد فكرة صادقة عن طبيعة وضعه والنشاطات التي يمارسها، وتساعد كذلك في ضبط الذات، ومنها عدم الانجراف وراء المشاعر والأحاسيس السلبية. • يوضح أن هذه الاستراتيجية نجحت في خفض سلوك التدخين لدى عدد من المدخنين، وفي خفض سلوك الإدمان، وخفض عادة التأجيل والتسويف في الدراسة، حيث لوحظ بأن مراقبة الفرد لنفسه 		
--	--	--	--

	<p>وتسجيله لتكرار سلوكه يمكن أن تحدث بحد ذاتها تغييراً وتعديلاً في ذلك السلوك.</p> <ul style="list-style-type: none"> • مثال: تسجيل الفرد لوزنه وللسعرات الحرارية التي يتناولها ضمن طعامه بصورة متكررة يؤدي إلى تخفيض الفرد لوزنه؛ وذلك بسبب قيامه بالمراقبة الذاتية التي جعلته على وعي أكبر لسلوكه. • يطلب من المشاركين طرح أمثلة لمناقشتها تتعلق بالمراقبة الذاتية. ووضع أهداف إجرائية استطيع قياسها وتقديرها، وليست عامة أو مبهمه، قابلة للتطبيق، مثال: أن يقل عدد مرات الإدمان على المخدر أسبوعياً من (٣) مرات إلى مرة واحدة، أو أن يقل عدد مرات خروجي مع أصدقاء الإدمان من (٤) مرات إلى مرة في الأسبوع، أو أن يقل معدل التوتر والمشاجرات الأسبوعية إلى مرة في الشهر، وذلك من أجل السيطرة على عملية الإدمان على المخدر والتحكم بها وضبطها. 	
<p>• دقائق</p>	<p>• في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل الأعضاء حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية.</p>	<p>إجراء (٥): التلخيص والإنتهاء.</p>
<p>• دقائق</p>	<p>• يطلب من المشاركين التدريب على مهارة المراقبة الذاتية لسلوك الإدمان وتسجيلها بالترتيب حسب الجدول (١٣).</p>	<p>إجراء (٦): الوظيفة التدريبية.</p>

الجدول ١٣ . نموذج عناصر المراقبة الذاتية

الوقت والتاريخ	تكرار الإدمان	الأحداث الخارجية	العامل السلوكي؟	الجمال الذاتية بعد حدوث الموقف
سجل وقت ويوم حدوث السلوك	سجل عدد مرات الإدمان	سجل سوابق السلوك وما دفعك للإدمان	سجل كيف استجبت	سجل ما قلته لنفسك بعد حدوث الموقف

الجلسة الخامسة عشر

استراتيجية ضبط المثيرات (الجلسة ١)

Adjust stimuli strategy (first session)

تغير مستوى الدافعية
المرتبطة بالسلوك

تغير المثيرات
التمييزية
الأهداف

منع السلوك مادياً
من الحدوث

يتوقع من المشارك في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية يكون قادراً على أن:

- يوضح أسلوب ضبط المثيرات.
- يمتدج ويتدرب على أساليب ضبط المثيرات الثلاثة التالية:
- ١. الأسلوب الأول: منع السلوك مادياً من الحدوث.
- ٢. الأسلوب الثاني: تغيير المثيرات التمييزية.
- ٣. الأسلوب الثالث: تغيير مستوى الدافعية المرتبطة بالسلوك.
- يوظف أساليب ضبط المثيرات في تغيير السلوك.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة الأعضاء للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة ما دار في الجلسة السابقة مع المجموعة الإرشادية؛ بعدها يطلب منهم استعراض قوائم المراقبة الذاتية لسلوك الإدمان، وكيفية قيامهم بتسجيل عناصر المراقبة الذاتية (الوقت وتاريخ الإدمان، وتكرار، وسوابق السلوك، والأحداث الخارجية، وكيف استجبت، والحديث الذاتي) مع المواقف التي تعرضوا لها خلال أسبوع، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة، مع التأكيد على أهمية أن يكون التسجيل فوري بعد حدوث الموقف مباشرة. 	إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.
١٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح مفهوم ضبط المثيرات أي ضبط سوابق السلوك التي من الممكن أن تكون خارجية (Overt) أو داخلية 	توضيح ومناقشة مفهوم ضبط المثيرات (Stimulus Control).

(Covert)

• يقوم بتوجيه المشاركين إلى مجموعة من العادات وأنماط السلوك التي تقود إلى التوقف عن الإيمان على المخدرات، أو التقليل منها مبدئياً نحو:

- رفض الذهاب إلى حفلات جماعية يتعاطى فيها مخدرات.
- رفض المشاركة في رحلات التي يوجد بها أصدقاء مدمنين.
- الذهاب إلى صديق لا يدمن على المخدرات في لحظات التوتر والمواقف الضاغطة بدلاً من الذهاب إلى أصدقاء السوء والمخدرات.

• يشير إلى أن هذا الأسلوب يعني: أن يحاول الفرد إزالة كل المثيرات والمواد التي يمكن أن تسبب في السلوك غير المرغوب فيه، وهو سلوك الإدمان، مثلاً: المدخن يبعد مواد التدخين والمدمن يبتعد عن أماكن التعاطي والأشخاص المدمنين.

• يؤكد على دور الفرد، وأنه مسؤول عن التغيير في سلوكه، ويقول: إن هذا التركيز على مسؤوليتك يزيد من دافعك لإحداث التغيير.

• يؤكد للمشاركين بأن قناعة الفرد الذاتية بأن لديه الكفاءة المطلوبة لتغيير سلوكه تعتبر عاملاً أساسياً في نجاحه في تطبيق أساليب الضبط الذاتي؛ لأن وجود الدافع للتغيير هو عامل هام في تغيير السلوك.

• يعطي المثال التالي، ثم يناقشه بعد ذلك، المثال: يوسف يشعر دائماً بسهولة تناوله للمخدرات بعد أي توتر يمر به، من خلال تواصله مع شلة الأصدقاء في المجلس الذي يرتاده يومياً؛ مما يؤدي به في النهاية للإدمان المستمر بوجود مجموعة الرفاق المدمنين، وتوفر المخدر لديهم.

• يناقش مع المشاركين كيف يمكن استخدام منع السلوك ماديًا من الحدوث، وبعد النقاش يستنتج المرشد مع المشاركين البدائل التالية:

- أن لا يذهب يوسف للمجلس.

- يمكن أن يذهب إلى صالة رياضية بعد شعوره بالتوتر.

- أن يذهب إلى صديق يحبه ويتق به دون الذهاب إلى الرفقة المدمنين.

• يعلق قائلاً: إن استخدام الفرد لأساليب الضبط الذاتي يزيد من إدراك الفرد لقدرته على ضبط البيئة من حوله والتأثير فيها؛ مما يزيد من دافعية الفرد للتحسن والتعافي، ويضيف قائلاً: إن أساليب الضبط الذاتي تزيد من فرص تعميم التعلم الذي

إجراء(٢): الأسلوب الأول: منع السلوك ماديًا من الحدوث.

١٥ دقيقة

	<p>يحدث في موقف الإرشاد إلى مواقف الحياة العادية، فالفرد يمنع نفسه من القيام بالسلوك غير المرغوب فيه حتى يحد من استمرارية هذا السلوك؛ مثل: وضع الفرد يديه في جيبه حتى لا يقوم بحركات تدل على غضبه.</p>	
<p>١٥ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح مفهوم المثير التمييزي بطرح أمثلة مثل: <ul style="list-style-type: none"> - عندما يرن جرس الهاتف، فإنه يهبط الفرصة لنا لرفع سماعة الهاتف. - توقف السيارة بمجرد رؤية الضوء الأحمر والسير بمجرد رؤية الضوء الأخضر، فالضوء الأحمر والضوء الأخضر هنا إضافة لرنين جرس الهاتف يمثلون مثيراً تمييزاً، فمن الملاحظ هنا أن المثير التمييزي هو المثير الذي يهبط وجوده فرصة حدوث السلوك، بالتالي فإن هذا السلوك يعني: أن يضبط الفرد ذاته عن طريق التحكم بالمثيرات التمييزية التي تهيئ الفرصة لحدوث السلوك بهدف ضبط ذلك السلوك. • يبين أن تغيير المثيرات يعتبر من أهم القواعد التي يستخدمها الأفراد في ضبط نواتهم. • يشير هنا إلى أنه عندما يتحكم الفرد في نفسه، فإنه يختار طريقة العمل، ويفكر في حل المشكلة، أو يتوجه نحو زيادة المعرفة الذاتية لديه، فالفرد قادر على التحكم بنفسه من خلال قدرته على التحكم وتغيير المثيرات ذات العلاقة بالسلوك الذي يقوم به، ويعطي المرشد مثلاً مرتبطاً بالتوتر ويوضح كيفية استخدام الفرد لهذا الأسلوب: " يواجه أنور عند ذهابه للعمل يومياً بعض المثيرات التي تؤدي إلى ضغطه وتوتره، وبالتالي يعكس على سلوكه مع أسرته، ومن هذه المثيرات كثرة ساعات العمل وضغط الدور، وعلاقة سيئة بمدير العمل، وعدم وجود إجازات لتخفيف من ضغط العمل، وتضاييق من سلوك بعض الزملاء في العمل. • يناقش هذا المثال مع المشاركين، ويوضح للمشاركين أساليب الضبط الذاتي. • يؤكد على دور المسترشد، فهو المسؤول الأول عن تغيير سلوكه، ويؤكد المرشد على أن شعور الفرد بالمسؤولية يزيد من دافعيته لإحداث التغيير، فالتدريب على ضبط الذات يسهم في زيادة قدرة الفرد على ضبط المثيرات البيئية من حوله، والتأثير فيها مما يزيد من دافعية الفرد للتعافي والتحسين. <p>بعد النقاش مع المشاركين يحاول المرشد معهم تحديد كيف يمكن لأنور أن يغير المثيرات التي تزيد من فرصة التعافي من تعاطي المخدرات والإدمان، وذلك عن طريق.</p>	<p>إجراء (٣): الأسلوب الثاني: تغيير المثيرات التمييزية.</p>

	<p>أ- تغيير ساعات العمل.</p> <p>ب- تخفيف ساعات العمل.</p> <p>ج- توطيد العلاقة جيدة مع المسؤولين.</p> <p>د- الخروج في إجازة لكسر الروتين والترفيه.</p> <p>و- الابتعاد عن الرفقاء السيئين.</p>	
٢٠ دقيقة	استراحة	
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> يقدم المثال التالي ليوضح معنى هذا الأسلوب قائلا: " إذا أراد فرد أن يقلل من كمية الطعام الذي يتناوله في وليمة، فيمكنه أن يتناول مثلا بعض الحلوى أو الخضار حتى يقلل من كمية الطعام المتناول. وبذلك هو يقلل من حرمانه من الطعام وجوعه ويشبع ذاته، فيقل بالتالي الدافع لتناول الطعام". يشير هنا أن الفرد يميل في هذا الأسلوب إلى ضبط سلوكه من خلال حرمانه أو إشباع نفسه. يعطي المرشد المثال التالي: يقوم هشام بالاسترخاء وشرب القهوة لتقليل مستوى الرغبة في الإدمان على المخدرات، وذلك قبل الذهاب إلى المجلس الذي يوجد فيه كثير من المدمنين (مثيري الإدمان لديه)، سلوك هشام هذا يقلل من الدافعية للإدمان الذي يكون بالمجلس مع الرفاق. يناقش المثال مع المشاركين، ويبين لهم أن أداء هشام غالبا ما يكون أفضل إذا أتاحت له الفرصة للمساهمة في التخطيط لتعديل سلوكه أو اختيار السلوكات المستهدفة التي يقوم بأدائها، ويتم ذلك بدعم الفرد عندما يسمح له بممارسة بعض أساليب الضبط الذاتي لضبط لسلوكه. يطلب من المشاركين طرح بعض الأمثلة المرتبطة بمواقف الإدمان لديهم، وكيف يمكنهم استخدام استراتيجية ضبط المثيرات: <p>أ- ضبط المثيرات القبلية.</p> <p>ب- ضبط المثيرات البعدية.</p> <p>وذلك باستخدام أحد الأساليب الثلاثة التي تم طرحها في الجلسة.</p> <ul style="list-style-type: none"> يقوم بعد ذلك بمناقشة الأمثلة، ويقدم التغذية الراجعة المناسبة، بحيث تعزز الأداء الجيد وتعديل الأداء الخاطئ. 	<p>إجراء (٤): الأسلوب الثالث: تغيير مستوى الدافعية المرتبطة بالحرمان والإشباع أو بالسلوك.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل الأعضاء حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٥): التلخيص والإنهاء.</p>

<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المشاركين التدرب على استخدام أساليب مهارة ضبط المثيرات في ضبط مواقف الإدمان اليومية التي يواجهونها، وذلك بالقيام بالخطوات التالية: <ol style="list-style-type: none"> ١. تحديد السلوك الذي تجده غير مرغوب فيك، وتهدف إلى التقليل أو التخلص منه، فقد يكون سلوك ظاهر كالإدمان، وغير ظاهر كالتفكير السلبي. ٢. اختيار طريقة لضبط المثير لاستخدامها في تخفيف سلوك الإدمان (تذكر أنك سوف تضبط الأحداث القبلية المرتبطة بالسلوك بتغيير الزمان والمكان). ٣. تسجيل ملاحظات حول استجابتك للموقف والمثيرات البعيدة التي تعزز السلوك لديك. ٤. استخدم في ضبط المثيرات القبلية والبعيدة أحد أساليب الضبط الثلاثة التي تم التدريب عليها. 	<p>إجراء (٦): الوظيفة التدريبية.</p>
----------------	---	---

الجلسة السادسة عشر

استراتيجية ضبط المثيرات (الجلسة ٢)

Adjust stimuli strategy (second session)



وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة الأعضاء للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مراجعة الخطوات والأساليب التي استخدمها المشاركون في ضبط مثيرات الإدمان القبلية البعيدة. وذلك على النحو التالي: <ul style="list-style-type: none"> أ- مناقشة أمثلة المشاركين المتعلقة بتحديد السلوك المرغوب تعديله. ب- مناقشة الطرق التي استخدمها في تحديد المثيرات القبلية. ت- مناقشة المشاركين عن أكثر الأساليب سهولة في التطبيق حتى الآن والصعوبات التي وجهها في تطبيق الأساليب. د- تعزيز المشاركين وتشجيعهم على الاستمرار في التطبيق لهذه الأساليب خارج مواقف الإرشاد. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>

إجراء (٢): الأسلوب الرابع: تغيير الظروف الانفعالية.

• يشرح هذا الأسلوب قائلاً: إن الكثير من سلوكياتنا غير المرغوبة سببها في كثير من الأحيان الطرف الانفعالي الذي نعاني منه، وحدة وشدة الانفعال، بالتالي إذا أمكننا أن نخفف حدة انفعالنا، فأنا سنتمكن من مواجهة مواقف الحياة بهدوء وعقلانية، وأنت عندما تواجهه موقفاً مثيراً للتوتر والإيمان من أحد المحيطين بك، تستطيع التحكم بنتائج هذا الموقف لتجعلها أقل ضرراً من خلال تقليل حدة انفعالك، وذلك بالعد للعشرة قبل تقديم الاستجابة؛ فهذا يساعد على أن تكون الاستجابة أقل تأثراً بالانفعال، لأنه كلما طالت الفترة الزمنية بين المثير والاستجابة أدت إلى تغيير الظروف الانفعالية.

• يبين أن تطبيق هذا الأسلوب يمكن أن يكون بالتدريب على الاسترخاء قبل أن يقوم الفرد بنشاط أو موقف ما؛ ليقبل من توتره أو بالعد للعشرة أو التنفيس بعمق والحديث بصوت منخفض حديث ذاتي يتضمن تعليمات، مثل: إهدأ/ استرخ/ ستكون الأمور على ما يرام.

• يعطي المرشد المثال التالي:

• "مهند يمتاز سلوكه وردود أفعاله مع المحيط في البيت والعمل بالتوتر، فهو يتوتر لأتفه الأسباب، كما أن توتره يزداد عندما يشعر أن عليه عمل كثير يجب أن يفعله، فيميل لتعاطي بشره".

• يناقش المشاركين، ويسمع وجهات نظرهم حول كيفية استخدام هذا الأسلوب (تغيير الظروف الانفعالية)، ويوضح المشاركين أن مهند يمكن تدريبه على الاسترخاء؛ فهذا يساعد على التخفيف من حدة التوتر، ويوضح المرشد أن أسلوب الاسترخاء العضلي يؤثر على المستوى الانفعالي لمهند، ويؤثر بالتالي على أن تصبح استجابته أقل حدة وتوتر.

إجراء (٣): الأسلوب الخامس: استخدام المثيرات المنفرة.

• يبين المرشد للمشاركين بأن الضبط الذاتي مهارة مكتسبة يقوم فيها الفرد بالتحكم بسوايق أو توابع السلوك موضوع الضبط، وأن على الفرد أن يكون متفهماً لأهمية الملاحظة الذاتية، وأن يعمل الفرد على التعرف على الاستجابات التي تعيق السلوك المرغوب فيه، لكي يعمل على إضعافها، وعليه كذلك أن يقرر ما الاستجابات المناسبة التي يمكن أن تحل مكان السلوك غير المرغوب فيه، فيعمل على تقويتها.

• يشير إلى استخدام المثيرات المنفرة يعني ببساطة: أن يستخدم الفرد بعض المثيرات المنفرة أو المؤلمة لضبط سلوكه، "كأن يضع الفرد ساعة المنبه لمنع استمراره في النوم"، أو أن يعلن المدمن أمام مجموعة من الناس بأنه بعد لن يتعاطى مرة أخرى، لأن الرجوع إلى التعاطي في هذه الحالة سوف يؤدي إلى سخرية الآخرين.

• يعطي المثال التالي: "باسم موظف في شركة نفط لا يحب العمل والتعاون مع زملائه بشكل جماعي أثناء العمل ولا يشارك في الأعمال التطوعية التي يقوم بها زملائه في الشركة، ويمتاز

١٥ دقيقة

١٥ دقيقة

<p>سلوكه بالتوتر والانفعال، فهو دائماً على خلاف مع زملائه، لأنه يستخدم الشتائم والصراخ بدل المناقشة، وقد صار معروفاً عند زملائه بسلوك التعاطي مما أدى إلى تجنبه، فأصبح وحيداً ومنزلاً"، يناقش مع المشاركين هذا المثال، وفي نهاية النقاش يمكن تحديد كيفية مساعدة باسم على التخلص من هذا السلوك بتدريبه على أساليب منفرة، مثل:</p> <p>أن يفكر باسم بأنه إذا توتر وتعاطي المخدر سيتعرض إلى:</p> <p>– ضغط ساعات العمل في الشركة.</p> <p>– فرض الأعمال ومهام إضافية عليه.</p> <p>– فصله من الشركة نهائياً.</p> <p>يشير المرشد كذلك أن باسم يمكن أن يعلن أمام زملائه بأنه لن يدمن على المخدرات بعد اليوم.</p> <p>إن قيام باسم بمثل هذا السلوك يجعله يفكر كثيراً قبل القيام بالسلوك الإدماني، لأنه سوف يصبح سخرية زملائه أن لم يلتزم بما أعلنه.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يبين للمشاركين بعد مناقشة هذه الأساليب الثلاثة أن هناك عوامل تؤثر على الضبط الذاتي، منها عوامل تتعلق بالبيئة، وعوامل أخرى تتعلق بالتقييم الذاتي ما يرتبط به من تعزيز ذاتي أو عقاب ذاتي، وعوامل تتعلق بالنظام البيولوجي للفرد وما يرتبط به من حاجه أو إشباع. 	<p>سلوكه بالتوتر والانفعال، فهو دائماً على خلاف مع زملائه، لأنه يستخدم الشتائم والصراخ بدل المناقشة، وقد صار معروفاً عند زملائه بسلوك التعاطي مما أدى إلى تجنبه، فأصبح وحيداً ومنزلاً"، يناقش مع المشاركين هذا المثال، وفي نهاية النقاش يمكن تحديد كيفية مساعدة باسم على التخلص من هذا السلوك بتدريبه على أساليب منفرة، مثل:</p> <p>أن يفكر باسم بأنه إذا توتر وتعاطي المخدر سيتعرض إلى:</p> <p>– ضغط ساعات العمل في الشركة.</p> <p>– فرض الأعمال ومهام إضافية عليه.</p> <p>– فصله من الشركة نهائياً.</p> <p>يشير المرشد كذلك أن باسم يمكن أن يعلن أمام زملائه بأنه لن يدمن على المخدرات بعد اليوم.</p> <p>إن قيام باسم بمثل هذا السلوك يجعله يفكر كثيراً قبل القيام بالسلوك الإدماني، لأنه سوف يصبح سخرية زملائه أن لم يلتزم بما أعلنه.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يبين للمشاركين بعد مناقشة هذه الأساليب الثلاثة أن هناك عوامل تؤثر على الضبط الذاتي، منها عوامل تتعلق بالبيئة، وعوامل أخرى تتعلق بالتقييم الذاتي ما يرتبط به من تعزيز ذاتي أو عقاب ذاتي، وعوامل تتعلق بالنظام البيولوجي للفرد وما يرتبط به من حاجه أو إشباع. 	<p>سلوكه بالتوتر والانفعال، فهو دائماً على خلاف مع زملائه، لأنه يستخدم الشتائم والصراخ بدل المناقشة، وقد صار معروفاً عند زملائه بسلوك التعاطي مما أدى إلى تجنبه، فأصبح وحيداً ومنزلاً"، يناقش مع المشاركين هذا المثال، وفي نهاية النقاش يمكن تحديد كيفية مساعدة باسم على التخلص من هذا السلوك بتدريبه على أساليب منفرة، مثل:</p> <p>أن يفكر باسم بأنه إذا توتر وتعاطي المخدر سيتعرض إلى:</p> <p>– ضغط ساعات العمل في الشركة.</p> <p>– فرض الأعمال ومهام إضافية عليه.</p> <p>– فصله من الشركة نهائياً.</p> <p>يشير المرشد كذلك أن باسم يمكن أن يعلن أمام زملائه بأنه لن يدمن على المخدرات بعد اليوم.</p> <p>إن قيام باسم بمثل هذا السلوك يجعله يفكر كثيراً قبل القيام بالسلوك الإدماني، لأنه سوف يصبح سخرية زملائه أن لم يلتزم بما أعلنه.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يبين للمشاركين بعد مناقشة هذه الأساليب الثلاثة أن هناك عوامل تؤثر على الضبط الذاتي، منها عوامل تتعلق بالبيئة، وعوامل أخرى تتعلق بالتقييم الذاتي ما يرتبط به من تعزيز ذاتي أو عقاب ذاتي، وعوامل تتعلق بالنظام البيولوجي للفرد وما يرتبط به من حاجه أو إشباع.
<p>٢٠ بقية</p>	<p>استراحة</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح للمشاركين بأن هذا الأسلوب الأخير من أساليب الضبط الذاتي بقوله: إن الفرد يستطيع ضبط سلوكه عن طريق انشغاله بأشياء معينة؛ بهدف الامتناع عن القيام بالسلوك غير المرغوب بحيث يكون هذا الأمر متعارض مع السلوك غير المرغوب أي لا يمكن القيام بالسلوكين معا في نفس الوقت. <p>مثل: ممارسة الفرد للكتابة بدل المشاركة في نقاش حاد، أو أن يقوم المدمن بالمشي بدل قيامه بسلوك التعاطي - إذا كان لا يرتاح لتعاطي أثناء المشي - حتى يخفض سلوك الإدمان.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يشير هنا إلى أن الفرد يستطيع أن يعمل على ضبط المثيرات التي ترتبط بالسلوك غير المرغوب فيه، وذلك من خلال: <p>– العمل على تغيير الظروف البيئية.</p> <p>– تقليص مدى المثيرات التي يمكن أن تؤدي إلى سلوك غير المرغوب.</p> <p>– العمل على تقوية العلاقة بين السلوكات معينة والسلوك المرغوب فيه.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يناقش المشاركين بهذا الأسلوب من خلال إعطاء المثال التالي: "فهد أب، لكنه سريع التوتر، ويشعر بالقلق بدرجة كبيرة عندما يقترب مواعيد المناسبات الاجتماعية، لنقل مصاريفها وعدم قدرته لتلبية جميع احتياجات الأسرة؛ مما يؤدي به إلى أن يصبح 	<p>إجراء(٤): الأسلوب السادس: الانشغال بأمر آخر.</p>
<p>٢٠ بقية</p>	<p>٢٠ بقية</p>	<p>٢٠ بقية</p>

	<p>متوترا وعصيبا، ويبدأ بقضم أظافره، ولكنه يفرغ كل هذه الانفعالات من خلال السلوك الإدماني الشره.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يناقش المشاركين في المثال السابق، ويبين أن التوتر والضغط النفسي الذي يتعرض له فهد يؤدي به إلى سلوكيات غير مقبولة كقضم الأظافر وتوتر شديد. مما يجعله يتوجه إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها. • يشير هنا أن فهد بإمكانه أن يقوم بسلوكيات أخرى عند اقتراب موعد هذه المناسبات الاجتماعية بحيث يشغل نفسه بأشياء متعددة، مثل: <ul style="list-style-type: none"> — ممارسة بعض الهوايات التي تخفف التوتر لديه رسم/ سماع موسيقى / كتابة شعر/ رياضة. — الحديث هاتفيا مع أحد الأصدقاء المقربين، أو الخروج معه في نزهة. — إن قيامه بهذه السلوكيات يعتبر طريقة أفضل لمنع سلوك التوتر والإدمان، ويبين المرشد هنا كذلك أن هذا الأسلوب يمتاز عن غيره من الأساليب بأنه: — أسلوب يعاكس التوتر والضغط والإدمان، فلا تحدث الاستجابتين معاً. — يستمر الفرد في ممارسة السلوك الآخر لعدة دقائق. — انشغال الفرد في ممارسة السلوك الآخر لعدة دقائق. — الانشغال باستجابة أخرى تعتبر مقبولة اجتماعيا توافق نشاطات الفرد العادية. • يناقش المرشد مع المشاركين الأساليب الثلاثة التي تم طرحها، ويطلب منهم عرض بعض المواقف التي يواجهونها في البيت أو العمل أو أي مكان آخر، بحيث تسبب التوتر والضغط وتدفعهم لتعاطي، وكيف يمكنهم مواجهتها وضبطها باستخدام الأساليب التي طرحت. 	
<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل الأعضاء حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٥): التلخيص والإنهاء.</p>
<p>٥ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المشاركين التدرب على مراقبة الذات، وتسجيل مواقف التي تدفعهم لتعاطي التي يتعرضوا لها، بحيث يختار أحد الأساليب التي تم التدريب عليها في ضبط مثيرات؛ لتعديل سلوكهم لمناقشتها في الجلسة القادمة. 	<p>إجراء (٦): الوظيفة التدريبية.</p>

الجلسة السابعة عشر

الضبط الذاتي Self-control

استراتيجية تعزيز الذات Self-promotion of strategy

الأهداف

يتوقع من المشارك في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:

- يوضح استراتيجية تعزيز الذات.
- يتدرب على أساليب تعزيز الذات
- يوظف أساليب تعزيز الذات في تغيير السلوك.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة الأعضاء للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق، ويذكرهم بأن هذه الجلسة قبل الختامية. • يبدأ بمراجعة ونقاش سريع لأساليب الضبط الستة التي تم توضيحها في الجلسات السابقة، حيث يسأل بعض المشاركين عن بعض المواقف التي واجهتهم، وكيف قاموا باستخدام أساليب الضبط الذاتي في التعامل مع تلك المواقف، ويبرر المرشد هنا جوانب القوة والضعف في أداء المشاركين، وتقديم بعض التوصيات والملاحظات. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يقوم بشرح كيفية تعزيز أو معاقبة الذات ضمن هذه الاستراتيجية، ثم يوضح هذه الاستراتيجية بقوله: "إذا دعت النتيجة السلوكية معنياً، فإننا نسمي هذه السلوك معززاً، أما الكيفية التي يتم فيها تعزيز السلوك فتعتمد على طبيعة النتيجة. <p>المعزز الإيجابي يعتبر نتيجة تؤدي إلى تكرار سلوك معين</p>	<p>إجراء (٢): استراتيجية تعزيز الذات.</p>

آخر، فإن تعزيز الذات هو: تقديم مثير إيجابي (محب ومرغوب) بعد كل استجابة مرغوبة، مما يعمل على تقوية السلوك والمعزز أو المكافأة التي يقدمها الفرد ذاته قد تكون شيئاً رمزياً، مثل: النقاط الكوبونات، أو النجوم، والتي تستبدل فيما بعد عند تجمع عدد معين منها بمعززات أخرى أو تكون نشاطية مثل: القيام بالغناء/ اللعب مع الأصدقاء/ مشاهدة الفيديو أو التلفاز/ الرسم/ ألعاب رياضية، أو تكون غذائية كنوع من الطعام أو الشراب المفضل، أو مادية كالألعاب والقصص والصور.. الخ، أو معززات معنوية مثل: عظيم، حسن، فكرة رائعة.. الخ. والمعزز الإيجابي، هو: "كل ما يضاف للموقف، فيجعل السلوك السابق أكثر احتمالاً للحدوث مرة أخرى".

• توضيح الفكرة بالقول: إنه عندما يحقق شخص نجاحاً في هدف معين، فإنه سوف يعمل على تعزيز ذاته، وبالرغم من إمكانية الفرد حصوله على هذه المعززات وفي أي وقت يشاء، إلا أنه لا يفعل ذلك إلا بعد تأدية السلوك المطلوب القيام به.

• يشير إلى أهمية مراعاة بعض الأمور المتعلقة بتقديم التعزيز الذاتي أو المكافأة الذاتية مثل:

اختيار مكافأة مناسبة بحيث تكون فعالة، ملائمة ومتنوعة (رمزية، مادية، معنوية)، ويمكن أن يحدد المشاركين المكافأة المناسبة من خلال الأسئلة التالية.

- ماذا تحب أن تمتلك؟
- من هم الأشخاص الذين تحب أن تكون معهم؟
- ما هي اهتماماتك، ميولك، هواياتك؟
- ماذا يمكن أن تكون المكافأة لتحقيق هدفك؟
- تحديد الظروف والطرق التي يتم فيها تسليم أو تقديم المكافأة الذاتية:
- من خلال مراقبة الذات ضمن التسجيل والبيانات.
- تحديد الوقت الذي ستتم المكافأة عنده.
- ماذا وكم سيعمل قبل أن يقدم المكافأة الذاتية.
- كمية ونوعية المعززات التي ستعطى.
- توقيت المكافأة متى تعطى؟ بعد تأدية الاستجابة وليس قبلها.
- بعد تأدية الاستجابة مباشرة.
- أن تتبع المكافأة الأداء الفعلي وليس المتوقع.
- التخطيط للمحافظة على التغيير الذاتي:
- تعزيز المشاركين من خلال جلسات الإرشاد.
- تعزيز المشاركين من خلال الأشخاص المحيطين لدعم المكافأة الذاتية.

	<ul style="list-style-type: none"> • يعطي المثال التالي: "ماهر أحد الأفراد المدمنين على المخدرات، ويتكرر هذا السلوك يوميا، وأحيانا أكثر من مرة في اليوم الواحد عندما يكون متوترا أو معه مشكلات، ونتيجة هذا السلوك تعرض ماهر للعقاب من قبل الأجهزة الأمنية". 	
٢٠ دقيقة	استراحة	
٢٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يناقش المشاركون المثال بقوله: إن ماهر بدأ بالانزعاج من سلوكه لذلك قرر مراقبة ذاته ضمن استراتيجية مراقبة الذات وحدد المثيرات القلبية البعيدة، ويعمل على ضبطها، ومن ثم وضع لنفسه أهدافاً إيجابية، بحيث يعزز ذاته إذا تمكن من تحقيقها، وهي: — أن لا يتعاطى الحبوب المخدرة خلال أسبوع. — أن يقلل عدد مرات التعاطي تدريجيا إلى مرة بعد أسبوعين. • يشير المرشد إلى أن ماهر عند تحقيقه للهدف الأول والثاني كان يعزز نفسه مباشرة بمعزز نشاطي، مثل: السباحة واللعب مع الأصدقاء، أو الرسم، مما ساعد ماهر على خفض سلوك الإدمان الذي يتسم بالشره. • يضيف هنا بأن الفرد يقوم بتعزيز ذاته إذا حقق الأهداف أو المعايير التي وضعها لنفسه إذا قام بالسلوك المرغوب. • كذلك يمكن أن يقوم بمعاقبة ذاته إذا لم يحقق الأهداف والمعايير التي وضعها نتيجة لعدم قيمة السلوك المرغوب فيه. • وبالتالي فهو يتدرب على التعامل مع النتائج بذاته بدلاً من استقبالها من مصدر خارجي. • ويعود المرشد للإشارة إلى المثال السابق، فإذا فشل ماهر في تحقيق أهدافه فيمكنه أن يقوم بمعاقبة ذاته، وذلك بعدم السباحة أو الرسم أو اللعب مع الأصدقاء. • يناقش المرشد بعد ذلك مع المشاركين أنواع المعززات التي يرغبونها ويفصلون الحصول عليها وكيف يمكنهم الحصول على هذه المعززات بعد تأديتهم السلوك المرغوب. • كذلك كيف يمكنهم فقدان تلك المعززات، أو معاقبة أنفسهم أن لم يتمكنوا من أداء السلوك المرغوب. 	<p>إجراء (٣): تدريب ونمذجة</p> <p>استراتيجية تعزيز الذات</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • في نهاية الجلسة يلخص ما تم فيها، ويسأل الأعضاء حول استفساراتهم، وردود أفعالهم، وأفكارهم، ومشاعرهم حول جلسة اليوم، ويزودهم بالتغذية الراجعة، ويحدد موعد الجلسة القادمة، ويكلفهم بالوظيفة التدريبية. 	<p>إجراء (٤): التلخيص والإنهاء.</p>
٥ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المشاركين تطبيق مهارة مراقبة الذات من خلال تحديد البيانات المتعلقة بالسلوك المرغوب تعديله، ومن ثم تسجيل الأهداف التي يرغبون في تحقيقها، وذلك من خلال استخدام بعض أساليب ضبط المثيرات التي تدربوا عليها، ومن ثم تعزيز أنفسهم، أو معاقبتها حسب مدى تحقيق أو عدم تحقيق للأهداف المرغوبة، مع تحديد أنواع المعززات التي يستخدمها لهذا الغرض. 	<p>إجراء (٥): الوظيفة التدريبية.</p>

الجلسة الثامنة عشر

الوقاية من حدوث الانتكاسة Relapse Prevention

مهارات قضاء وقت الفراغ

مهارات رفض المخدرات
(أن تقول: لا للمخدرات)

الأهداف

- يتوقع من المريض في نهاية الجلسة الإرشادية / التدريبية أن:
- اكتساب وممارسة مهارات رفض المخدرات والمؤثرات العقلية لمنع الانتكاسة.
- التدرب على مهارات قضاء وقت الفراغ لمنع الانتكاسة.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٠ دقائق	<ul style="list-style-type: none"> *يقوم المرشد بما يلي: • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • مناقشة الوظيفة السابقة من قبل الأفراد المرضى، حيث يعطي كل عضو في المجموعة فرصة التحدث عن الموقف والانفعالات والأفكار، وكيفية استجابته لهذه المواقف، ثم يقدم المرشد تغذية راجعة مناسبة حول الاستجابات الصحيحة والخاطئة. 	<p>إجراء (١): مناقشة الوظيفة التدريبية السابقة.</p>
١٥ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • توجيه المرضى نحو معرفة حقوقهم الشخصية، وحقوق الآخرين، والعدوان (أن يقوم الفرد بالهجوم والتعدي على حقوق الآخرين)، ويبين عدم تأكيد الذات والإذعان (عندما يترك الفرد المجال للآخرين ليخطوا حدوده ويعتدون على حقوقه). • يستعرض بعض الأمثلة، وإعطاء نماذج من الاستجابات على كل منها: ١. تأكيد الذات: (إذا اختلفنا مع بعض، نستطيع أن نناقش اختلافنا 	<p>إجراء (٢): التعرف على مهارة تأكيد الذات (أن تقول: لا للمخدرات)؛ لمنع الانتكاسة.</p>

<p>ووجهات نظرنا؛ لن أسمح لك باستغلالي، ولن أهاجمك لذاتك؛ أنا أنتقد آراءك ولا أهاجم شخصك؛ قد أخسر بعض الأصدقاء لكنني سأكسب أكثر ...).</p> <p>٢. العدوان: (سوف انقض عليك قبل أن تفتنرني؛ أنا وحدي فائز، وأنتم الخاسرون؛ سأنتقم منكم جميعاً، هذا ما أريده، وما يحدث لكم لا يهمني).</p> <p>٣. الإذعان أو عدم تأكيد الذات: (المهم رضاك أما أنا فذلك ليس مهم؛ أنا ضحية، لا تخاطر بالاهتمام بي وبحاجاتي؛ أنا لا أحب المواجهة؛ أريد من الآخرين المزيد من الاهتمام بي، أنا أريد الاستسلام مع الآخرين ولا أريد النزاعات ..). والتساؤل عن ردة أفعالهم حول ذلك، ومناقشة العوامل التي تضعف تأكيد الذات مثل: (الإحساس بالذنب، والتفكير السلبي، والانفعال المفرط..)، وأنه يجب أن يكون له دور ويعبر عن رأيه بالقبول أو الرفض الصريحين للتحرر من الإحساس بالسلبية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح لهم أننا جميعاً خليط من الأنماط الثلاثة، ولكننا نواجه الصعوبات عندما نلتصق ونتمسك بنمط معين منها. • يوضح لهم أن أسباب السلوك غير المؤكد، هي: (أسباب تتعلق بالتنشئة الأسرية كالحماية الزائدة، وتوقعات الأهل العالية من أبنائهم، التسلط، والنقد؛ وتقليد الأب أو الأم، المعتقدات الخاطئة وغير المنطقية التي يحملها المريض عن نفسه وعن الآخرين. • يطلب من المرضى لعب دور (مشهد تمثيلي) بين أحد المتعاقين حديثاً وأحد التجار، بينهم معرفة سابقة، يعرض عليه نوع جديد لتجريبه. يتم تحديد ردة فعل هذا الشخص بشكل يتضمن (الإذعان، العدوان، التوكيد الإيجابي). ومناقشة ذلك، وتزويدهم بالتغذية الراجعة المناسبة. • التأكيد على الفلسفة التي يقوم عليها تأكيد الذات، وهي: أن كل الأفراد متساوون في الحقوق الإنسانية، وأن الفرد مثل أي فرد آخر مؤهل لقول ما يفكر به، وما يشعر به، وأن يغير رأيه، وأن يقول لا أو أن يفعل أخطاء، ومن المفيد في بعض الأحيان أن تذكر نفسك بحقوقك. 	<p>٢. العدوان: (سوف انقض عليك قبل أن تفتنرني؛ أنا وحدي فائز، وأنتم الخاسرون؛ سأنتقم منكم جميعاً، هذا ما أريده، وما يحدث لكم لا يهمني).</p> <p>٣. الإذعان أو عدم تأكيد الذات: (المهم رضاك أما أنا فذلك ليس مهم؛ أنا ضحية، لا تخاطر بالاهتمام بي وبحاجاتي؛ أنا لا أحب المواجهة؛ أريد من الآخرين المزيد من الاهتمام بي، أنا أريد الاستسلام مع الآخرين ولا أريد النزاعات ..). والتساؤل عن ردة أفعالهم حول ذلك، ومناقشة العوامل التي تضعف تأكيد الذات مثل: (الإحساس بالذنب، والتفكير السلبي، والانفعال المفرط..)، وأنه يجب أن يكون له دور ويعبر عن رأيه بالقبول أو الرفض الصريحين للتحرر من الإحساس بالسلبية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح لهم أننا جميعاً خليط من الأنماط الثلاثة، ولكننا نواجه الصعوبات عندما نلتصق ونتمسك بنمط معين منها. • يوضح لهم أن أسباب السلوك غير المؤكد، هي: (أسباب تتعلق بالتنشئة الأسرية كالحماية الزائدة، وتوقعات الأهل العالية من أبنائهم، التسلط، والنقد؛ وتقليد الأب أو الأم، المعتقدات الخاطئة وغير المنطقية التي يحملها المريض عن نفسه وعن الآخرين. • يطلب من المرضى لعب دور (مشهد تمثيلي) بين أحد المتعاقين حديثاً وأحد التجار، بينهم معرفة سابقة، يعرض عليه نوع جديد لتجريبه. يتم تحديد ردة فعل هذا الشخص بشكل يتضمن (الإذعان، العدوان، التوكيد الإيجابي). ومناقشة ذلك، وتزويدهم بالتغذية الراجعة المناسبة. • التأكيد على الفلسفة التي يقوم عليها تأكيد الذات، وهي: أن كل الأفراد متساوون في الحقوق الإنسانية، وأن الفرد مثل أي فرد آخر مؤهل لقول ما يفكر به، وما يشعر به، وأن يغير رأيه، وأن يقول لا أو أن يفعل أخطاء، ومن المفيد في بعض الأحيان أن تذكر نفسك بحقوقك. 	<p>٢. العدوان: (سوف انقض عليك قبل أن تفتنرني؛ أنا وحدي فائز، وأنتم الخاسرون؛ سأنتقم منكم جميعاً، هذا ما أريده، وما يحدث لكم لا يهمني).</p> <p>٣. الإذعان أو عدم تأكيد الذات: (المهم رضاك أما أنا فذلك ليس مهم؛ أنا ضحية، لا تخاطر بالاهتمام بي وبحاجاتي؛ أنا لا أحب المواجهة؛ أريد من الآخرين المزيد من الاهتمام بي، أنا أريد الاستسلام مع الآخرين ولا أريد النزاعات ..). والتساؤل عن ردة أفعالهم حول ذلك، ومناقشة العوامل التي تضعف تأكيد الذات مثل: (الإحساس بالذنب، والتفكير السلبي، والانفعال المفرط..)، وأنه يجب أن يكون له دور ويعبر عن رأيه بالقبول أو الرفض الصريحين للتحرر من الإحساس بالسلبية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح لهم أننا جميعاً خليط من الأنماط الثلاثة، ولكننا نواجه الصعوبات عندما نلتصق ونتمسك بنمط معين منها. • يوضح لهم أن أسباب السلوك غير المؤكد، هي: (أسباب تتعلق بالتنشئة الأسرية كالحماية الزائدة، وتوقعات الأهل العالية من أبنائهم، التسلط، والنقد؛ وتقليد الأب أو الأم، المعتقدات الخاطئة وغير المنطقية التي يحملها المريض عن نفسه وعن الآخرين. • يطلب من المرضى لعب دور (مشهد تمثيلي) بين أحد المتعاقين حديثاً وأحد التجار، بينهم معرفة سابقة، يعرض عليه نوع جديد لتجريبه. يتم تحديد ردة فعل هذا الشخص بشكل يتضمن (الإذعان، العدوان، التوكيد الإيجابي). ومناقشة ذلك، وتزويدهم بالتغذية الراجعة المناسبة. • التأكيد على الفلسفة التي يقوم عليها تأكيد الذات، وهي: أن كل الأفراد متساوون في الحقوق الإنسانية، وأن الفرد مثل أي فرد آخر مؤهل لقول ما يفكر به، وما يشعر به، وأن يغير رأيه، وأن يقول لا أو أن يفعل أخطاء، ومن المفيد في بعض الأحيان أن تذكر نفسك بحقوقك. 	<p>٢. العدوان: (سوف انقض عليك قبل أن تفتنرني؛ أنا وحدي فائز، وأنتم الخاسرون؛ سأنتقم منكم جميعاً، هذا ما أريده، وما يحدث لكم لا يهمني).</p> <p>٣. الإذعان أو عدم تأكيد الذات: (المهم رضاك أما أنا فذلك ليس مهم؛ أنا ضحية، لا تخاطر بالاهتمام بي وبحاجاتي؛ أنا لا أحب المواجهة؛ أريد من الآخرين المزيد من الاهتمام بي، أنا أريد الاستسلام مع الآخرين ولا أريد النزاعات ..). والتساؤل عن ردة أفعالهم حول ذلك، ومناقشة العوامل التي تضعف تأكيد الذات مثل: (الإحساس بالذنب، والتفكير السلبي، والانفعال المفرط..)، وأنه يجب أن يكون له دور ويعبر عن رأيه بالقبول أو الرفض الصريحين للتحرر من الإحساس بالسلبية.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يوضح لهم أننا جميعاً خليط من الأنماط الثلاثة، ولكننا نواجه الصعوبات عندما نلتصق ونتمسك بنمط معين منها. • يوضح لهم أن أسباب السلوك غير المؤكد، هي: (أسباب تتعلق بالتنشئة الأسرية كالحماية الزائدة، وتوقعات الأهل العالية من أبنائهم، التسلط، والنقد؛ وتقليد الأب أو الأم، المعتقدات الخاطئة وغير المنطقية التي يحملها المريض عن نفسه وعن الآخرين. • يطلب من المرضى لعب دور (مشهد تمثيلي) بين أحد المتعاقين حديثاً وأحد التجار، بينهم معرفة سابقة، يعرض عليه نوع جديد لتجريبه. يتم تحديد ردة فعل هذا الشخص بشكل يتضمن (الإذعان، العدوان، التوكيد الإيجابي). ومناقشة ذلك، وتزويدهم بالتغذية الراجعة المناسبة. • التأكيد على الفلسفة التي يقوم عليها تأكيد الذات، وهي: أن كل الأفراد متساوون في الحقوق الإنسانية، وأن الفرد مثل أي فرد آخر مؤهل لقول ما يفكر به، وما يشعر به، وأن يغير رأيه، وأن يقول لا أو أن يفعل أخطاء، ومن المفيد في بعض الأحيان أن تذكر نفسك بحقوقك.
<p>١٥ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يقدم: إن الطريقة الوحيدة التي تحول دون عودة الفرد الى الإدمان هي أن لا يتعاطى المخدر للمرة الأولى من جديد، وأن مرة واحدة للتعاطي من جديد كافية لأن تستجر آلاف المرات من بعدها، ومن المعلوم أنه حين تستعمل أي شكل من أشكال المخدرات، أو تستبدل أياً منها بآخر فإنك تطلق الزمام لمرضك (إدمانك) من جديد. • يوزع المرضى إلى مجموعات صغيرة كل مجموعة تتكون من عضوين: عضو (أ)، وعضو (ب). – يطلب من العضو (أ) أن يعرض على زميله أن يتعاطى المخدر معاً. – يطلب المرشد من المريض (ب) أن يقوم برفض هذا الطلب قطعياً. – يكرر التمرين بعكس الأدوار بين الأعضاء. 	<p>اجراء (٣): يناقش المرشد مهارات رفض المخدرات.</p> <p>نشاط:</p>	<p>اجراء (٣): يناقش المرشد مهارات رفض المخدرات.</p> <p>نشاط:</p>

<p>٢٠ نقطة</p>	<p>– يطلب من المرضى أن يعودوا إلى جلستهم الطبيعية في مجموعة واحدة.</p> <p>– يطلب من كل مريض من المرضى بأن يكرر طريقة رفضه للمخدرات أمام بقية المرضى في المجموعة.</p> <p>– يدور نقاش حول التمرين، ويبين كل مريض ما هي الطريقة التي يرفض بها المخدر، كما يبين كل مريض مشاعره، وأفكاره، وردود فعله، وانطباعاته حول التمرين.</p> <p>– يقوم بكتابة طرق رفض المخدرات والعقاقير التي ذكرها المرضى على السبورة ليقوم كل مريض من المرضى بكتابتها على مذكرته الموجودة معه.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يدرب المرضى على كيفية قول (لا للمخدرات، لا لرفقاء السوء، لا للمكان المشبوه والمبوء، لا ..)، (قول لا: إنها علامة القوة)، إن عدم قول لا لمطالب الآخرين غير المعقولة والمدمرة سيقودك حتما إلى الشعور بالإحباط، إن قولك نعم لهم عندما تفضل أن تقول لهم لا يسبب لك التوتر والقلق والاكتئاب، مما يؤدي إلى شعورك بالآلام جسدية كالصداع، قول لا يساعدك في تقوية احترامك لذاتك واحترام الآخرين لك، وحتى تتمكن من قول لا، عليك أن تتبذ الأفكار الهازمة الهدامة والسلبية، مثل: (أن قول لا يعني الوقاحة والأنانية، إذا قلت لا سأفقد رفاقي..) هذه الاعتقادات كلها خاطئة، وأنت بحاجة ماسة لدحضها وتحديها. • يوضح لهم أن عدم المقدرة على قول: "لا" ينتج عن خطأين في التفكير: <p>– الأول: الخلط ما بين رفض الطلب ورفض الشخص نفسه، مع أن هناك فرق كبير، فرفض الطلب لا يعني رفض الشخص الذي يحتاج لتلبية الطلب.</p> <p>– الثاني: الميل للمغالاة في تقدير الصعوبة التي يعاني منها الفرد في قبوله للرفض وقوله لا.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يدرب المرضى على كيفية قول "لا" وقصدها، وذلك من خلال: (الاختصار وجعل الإجابة قصيرة، حول موضوع الحديث، وتجنب الاعتذارات؛ أن تكون مؤدبا: مثل قولك (لا أنا أسف، لا أستطيع الذهاب معكم إلى فلان الذي سبق وأن جربت علاقتي فيه، أشكركم فعندي التزامات عائلية)، حافظ على هدوءك وضبط ذاتك، واجعل قول لا مباشرة وبشكل لطيف وبطيء وهادئ، كن صادقا بإيجاد عبارات بسيطة، مثل أن تقول: (أنا أجد هذا صعبا، أو أنا استصعب هذا الأمر)، فتعبيرك عن مشاعر الصعوبة بصدق وانفتاح أمر يساعدك كثيرا؛ مارس قول لا أمام المرأة لوحدها وتدريب عليها، ثم مارسها أمام فرد أو فردين من أسرتك، ثم لا تتردد في ممارستها في الواقع. 	<p>استراحة</p>
----------------	--	----------------

<p>٢٥ دقيقة</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يوضح للمرضى مهارة قضاء وقت الفراغ مهارة يحتاجها كل شخص في الحياة، حيث أن بوقت الفراغ يشعر الفرد بالملل، فكل شخص منا بغض النظر عن العمر تكون لديه دائما أوقات فراغ، فإذا لم يجد الشخص شيئا مفيدا يقضي فيه هذا الوقت، فإنه يلجأ إلى أي سلوك ليخرجه من هذا الملل الذي يعيش فيه، وفي بعض الأحيان يلجأ الشخص إلى المخدر. • يقول: إن على الأفراد أن يقضوا أوقات فراغهم في أشياء تعود عليهم وعلى من حولهم بالفائدة والمنفعة. • يبين أن هناك أشياء كثيرة يمكن أن يفعلها الأفراد في أوقات فراغهم، مثل: ممارسة الرياضة، زيارة الأصدقاء، مطالعة الكتب والمجلات، مشاهدة التلفاز. • يطلب من كل مريض من المرضى أن يذكر الطرق التي يقضي بها أوقات الفراغ. • يناقش بشكل موسع المرضى حول وقت الفراغ، وما هي الأعمال التي يلجأون إليها في أوقات فراغهم. • يطلب من كل مريض أن يتخيل أن لديه ساعة كاملة من وقت الفراغ، وعلى كل مريض أن يكتب في ورقة بماذا يفكر، وما المشاعر التي يمكن أن يشعر بها في أوقات الفراغ، وما هي الأنشطة التي يمكن أن يمارسها في هذا الوقت. – يطلب من المريض (أ) أن يعرض ما كتبه على زميله (ب) في نفس المجموعة. – يطلب من المريض القيام بعكس الأدوار بحيث يعرض الأعضاء (ب) ما كتبوه في نفس المجموعة الفرعية. – يطلب من المرضى بأن يقدم كل مريض من المجموعة الفرعية الأفكار والمشاعر والنشاطات التي يمارسها زميله، كما عرضها عليه، ويعرضها أمام المجموعة كلها. – يسأل: هل هناك نشاطات أخرى غير التي عرضت يمكن أن يستغلها الفرد في أوقات الفراغ؟ ويتم كتابتها على السبورة. – يسأل: أي النشاطات تعتبر إيجابية وأيها يعتبر سلبية؟ ويتم تقسيمها إلى نشاطات إيجابية ونشاطات سلبية. – تكتب هذه النشاطات على السبورة، ويكتب مقابلها إيجابيات وسلبيات كل نشاط أو ممارسة. 	<p>إجراء (٤): التدريب على مهارات قضاء وقت الفراغ؛ لمنع الانتكاسة.</p> <p>نشاط:</p>
<p>١٠ دقائق</p>	<ul style="list-style-type: none"> • يلخص الجلسة، ويطلب من بعض المشاركين تلخيص ما دار في الجلسة، يشكر المشاركين على تعاونهم وتقنتهم ببعضهم البعض، ويسألهم حول ردود أفعالهم ومشاعرهم وأفكارهم حول جلسة اليوم. • يذكر المشاركين بأنه بقي فقط جلسة واحدة لإنهاء عمل المجموعة. 	<p>إجراء (٥): التلخيص والإنهاء.</p>

الجلسة التاسعة عشر

جلسة ختامية تقييمية

Concluding Evaluation Session

الأهداف

- مناقشة أفراد المجموعة بإيجابيات وسلبيات البرنامج.
- تطبيق مقياس الدراسة / مقياس مستوى الرغبة لسلوك الإدمان.
- شكر المرضى المشاركين في البرنامج.

وقت الجلسة ٩٠ دقيقة	دور المرشد	الأساليب والإجراءات
١٥ دقيقة	<p>*يقوم المرشد بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تهيئة المرضى للجلسة، والتعامل مع الأعمال غير المنتهية من اللقاء السابق. • يقول: "اعتقد الآن أنكم تستطيعون استخدام وتطبيق استراتيجيات التكيف بأشكالها المختلفة في المواقف الحياتية التي تواجهكم، وقد تعتقدون أن هذه الاستراتيجيات تعطي نتائجها بسرعة، لكنكم سوف تجدون أنكم تواجهون المشكلات دون فقدان السيطرة على الذات. • يرشدكم بمحاولة الاحتفاظ بسجل صغير لتسجيل بعض المواقف، وكيفية مواجهتهم لها، فهذا يساعدكم على الاستمرار في التدريب. 	<p>إجراء (١): يناقش المرشد مع الأفراد المرضى تطبيقات استراتيجيات أسلوب التحصين ضد التوتر.</p>
٢٠ دقيقة	<ul style="list-style-type: none"> • يطلب من المرضى إبداء آرائهم وملاحظاتهم حول البرنامج ومدى الفائدة التي تحققت لهم من خلال حضور البرنامج والتفاعل والمريضة فيه. • يحدد مع الأفراد المرضى أنه يمكن أن ينظم لقاءات في كل شهر مرة لمتابعة مدى المحافظة على استمرارية التطبيق الاستراتيجيات والأساليب التي تم التدريب عليها أثناء البرنامج. • في نهاية البرنامج يطبق على المرضى مقياس سلوك الإدمان 	<p>إجراء (٢): مناقشة إيجابيات وسلبيات البرنامج.</p>
٢٠ دقيقة		<p>إجراء (٣): ينسق المرشد مع أفراد المجموعة موضوع المتابعة بعد البرنامج.</p> <p>إجراء (٤): تقييم البرنامج</p>



٢٠ بقية	<p>التطبيق البعدي لقياس فاعلية البرنامج وأثره على المرضى.</p> <ul style="list-style-type: none">• ينهي البرنامج بوقت حر لمناقشة أي شيء يريده المرضى بشكل عام، واقتراح وسيلة معينة للتواصل بين المرشد والمرضى.• يقدم مشاعره كمرشد / مدرب للمشاركين، ويتحدث عن خبرته في تطبيق البرنامج، وتشجيع المرضى على الاستمرار في التدريبات وتطبيقها حتى بعد انتهاء البرنامج.• يشكر المرضى على مشاركتهم في البرنامج، والتزامهم، وجهدهم في التدريبات، ولعب الدور والتطبيق.• يقدم تحياته للمشاركين وينهي البرنامج.	<p>وتطبيق الاختبار البعدي /</p> <p>مقياس الرغبة لسلوك الإدمان.</p> <p>إجراء (٥): شكر الأفراد المرضى؛ إنهاء البرنامج.</p>
---------	--	--

ملحق ٦

قائمة ملاحق البرنامج

الرقم	عنوان الملحق	الصفحة
١.	نموذج العقد السلوكي	٢٠٦
٢.	نموذج متابعة المرضى المشاركين أثناء تطبيق البرنامج	٢٠٧
٣.	استمارة الاعتراف بمشكلة الإدمان والرغبة في المساعدة والاستعداد للعلاج	٢٠٨
٤.	رسالة من مدمن	٢١٠
٥.	أنواع المخدرات والمؤثرات العقلية وتأثيراتها	٢١٢
٦.	خطوات الاسترخاء العضلي	٢١٤
٧.	تدريبات التنفس	٢١٦

ملحق البرنامج ١. عقد سلوكي (بروتوكول)

التاريخ: // ٢٠١٤م

أنا الموقع أدناه أحد المتعالجين في مركز بيوت التعافي بمستشفى المسرة للأمراض النفسية والعصبية/ بمحافظة مسقط ولاية العامرات، أوافق على الاشتراك في البرنامج التأهيلي النفسي الذي تم إعداده من أجل خفض مستوى الرغبة لسلوك الإدمان لدى مدمنين المخدرات والمؤثرات العقلية في سلطنة عُمان؛ وعليه فإنني ألتزم بما ورد في هذا العقد بحسب الشروط التالية:

١. أعلم أن هذا البرنامج سوف يستغرق (١٢) أسابيع، وأتعهد بأنني سوف أشارك في هذا البرنامج طيلة هذه المدة.
٢. حضور الجلسات في المواعيد المحددة بالضبط.
٣. الانتباه لما يقوله المرشد والمشاركين واحترام آرائهم.
٤. المشاركة في النشاطات، وتشجيع المسترشدين على المشاركة.
٥. الإصغاء الفعال والاهتمام بمشكلات المشاركين.
٦. الاحترام المتبادل.
٧. الحفاظ على السرية التامة لما يقال في الجلسات من قبل المرشد والمشاركين.
٨. القيام بالواجب المنزلي، وبهدف إتقان تعلم المهارة والتدريب عليها في المنزل ومناقشتها في الجلسة اللاحقة.

*أية شروط أخرى:

- أ-
- ب-
- ت-
- ث-

أوافق أنا / على ما ورد في هذا العقد، وبناء عليه أوقع.

توقيع المريض:

توقيع المدرب:

ملحق البرنامج ٢. نموذج متابعة المرضى المشاركين أثناء تطبيق البرنامج

اسم المركز/ المستشفى:

اسم المريض:

تاريخ بدء البرنامج: / / ٢٠١٤ م تاريخ الانتهاء: / / ٢٠١٥ م

جلسة

جلسة

جلسة

ساعة

ساعة

مرة

١. عدد الجلسات التي تم تنفيذها

٢. عدد الجلسات التي حضرها المسترشد

٣. عدد الجلسات التي لم يحضرها المسترشد

٤. مدة كل جلسة بالساعة

٥. مدة جميع الجلسات بالساعات

٦. عدد مرات التعاطي في اليوم قبل بداية البرنامج

٧. اتجاه المسترشد نحو الإدمان على المخدرات في بداية البرنامج

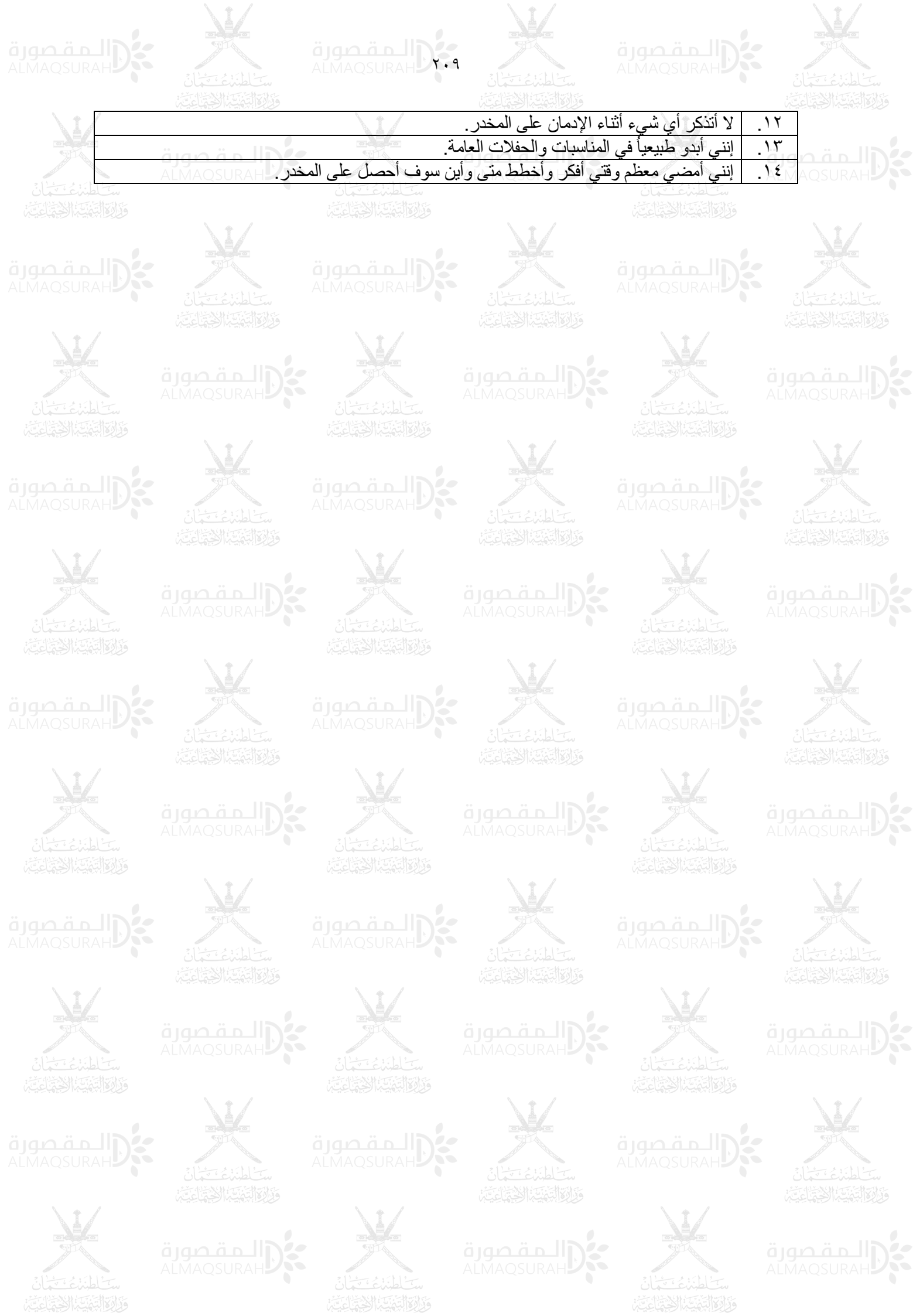
٨. اتجاه المسترشد نحو الإدمان على المخدرات في نهاية البرنامج

ملحق البرنامج ٣. استمارة الاعتراف بمشكلة الإدمان والرغبة في المساعدة والاستعداد للعلاج

الاعتراف بالمشكلة	
م	برأيك المخدرات هي :
١.	مشاكلها أكثر من فائدها.
٢.	تسبب لي مشاكل قانونية.
٣.	تسبب مشاكل في التفكير والعمل.
٤.	تسبب مشاكل مع الأسرة والأصدقاء.
٥.	تسبب مشاكل مع إيجاد العمل والمحافظة عليه.
٦.	تسبب مشاكل صحية.
٧.	تجعل حياتي من سيء لأسوأ.
٨.	تسبب الموت إذا لم أتركها.

الرغبة في المساعدة	
١.	أحتاج إلى مساعدة.
٢.	مللت من مشاكل الإدمان على المخدرات.
٣.	أستغني عن رفاقي والخروج معهم إذا وجدت مساعدة لحل مشكلة المخدرات.
٤.	ممكن ترك المخدرات دون مساعدة.
٥.	أنني أعدل نمط حياتي حتى أتخلص من المخدرات.

الاستعداد للعلاج	
١.	عندي مسؤوليات عديدة تتطلب مني المشاركة ببرنامج علاجي.
٢.	إنني بحاجة إلى البرنامج العلاجي.
٣.	العلاج يمكن أن يكون آخر فرصة لي لعلاج مشكلتي مع المخدرات.
٤.	إننا أخطط من أجل الاستمرارية لفترة في العلاج.
٥.	أشارك في البرنامج العلاجي، لأن هناك من يشجعني على الاستفادة من البرنامج.
٦.	البرنامج العلاجي حقيقة يساعدني.
٧.	أقوم بإخفاء المادة المخدرة حول المنزل في حالة الخوف من الإمساك بي.
٨.	إنني ارتكب بعض المخالفات المرورية في حال القيادة تحت تأثير المخدر.
٩.	أنني أدمن على المخدر في أوقات غير مناسبة، مثلاً: قبل الذهاب إلى العمل.
١٠.	أحتاج بعض من المخدرات لتعدل مزاجي قبل أي موقف مجهد.
١١.	أقوم بحل مشاكلي عن طريق الإدمان على المخدرات.



١٢.	لا أتذكر أي شيء أثناء الإدمان على المخدر.
١٣.	إنني أبدو طبيعياً في المناسبات والحفلات العامة.
١٤.	إنني أمضي معظم وقتي أفكر وأخطط متى وأين سوف أحصل على المخدر.

ملحق البرنامج ٤ . رسالة من مدمن

أخي المدمن... طريق الألف ميل تبدأ بخطوة...، فابدأ يا أخي بتلك الخطوة، هي خطوة واحدة تعبر فيها عن رغبتك الحقيقية في الخروج من براثن ذلك الذنب اللعين، ومن تلك العبودية التي تسلبني أدميتي و حريتي التي وهبني إياها رب العالمين...، فقد خلقتني الله إنسانا عاقلا مكرما...، إذن فأنا استحق الحب و الاحترام على الأقل لأنني إنسان كرمي الله، وعلى الرغم من أنني أخطأت و تورطت، فلا بد أن أستعيد حقي في أن أكون إنسانا حرا ذو كرامة و قوة إرادة.

رسالة من شاب تعافى من الإدمان

كم كنت سعيدا و شاكرا لله حينما ألهمني القوة و استطعت أن أستعيد صحتي، و أتخلص من مرض الإدمان...، و أنا أفق اليوم على باب المركز الذي احتضنتني، ولفني بعطائه...، فقد تمت تنقية جسمي من كافة السموم، و عملوا على تقوية عزميتي و إعادة بناء إرادتي.. كم كنت متشوقا للعودة إلى أحضان أسرتي و عملي، أشعر بأنني إنسان ولد من جديد.. إنسان يملك من الطاقات الكثير والكثير، أود أن أسخرها لخدمة وطني الغالي، وعلى راحة أسرتي، أرغب في أن أطلق العنان نحو مستقبل زاهر يعوضني عن لحظات الضعف والحرمان التي عشتها في دائرة الإدمان. لكنني صدمت بالواقع.. فبدل أن يستقبلني الناس بحفاوة.. أَلَمَتِي نظرات الازمئزاز والاحتقار التي يرموني بها، كأني إنسان من كوكب آخر، حثالة من حالات المجتمع، فالكمل يحاول الابتعاد عني وتجنب مخاطبتي... لماذا؟ فأنا الآن إنسان متعافى، إنسان سليم...إلا أن المجتمع لم يغفر لي، ولم يرحمني... كرهت نفسي، وعزلت نفسي كرها عن الناس والمجتمع... لفني اليأس، و سولت لي نفسي العودة للإدمان... لكن ثقني بالله، ومن ثم إرادتي القوية وقفت حائلا دون ذلك، انضمت إلى زملاء متعافين من الله عليهم بالصحة والعافية... أحببتهم و أحبوني... شعرت بينهم بالعزة و الفرحة... كانوا بالنسبة لي أهلي الذين اشتاق إلى اجتماعاتهم دوما...، لكن ما أن أتركهم حتى أعود إلى عزلتي مجددا.. تقتلني نظرات من حولي.. أحاول دائما أن انخرط وسطهم وأشاركهم أفراحهم وحزنهم... إلا أن الحاجز لا زال بيني و بينهم... قد أنعم الله علي بالهداية و الصلاة و الاستقامة... و تبت إليه توبة نصوحا...، فلما تعاقبوني انتم... لماذا لا تضمونني إلى موكبكم؟ لم لا تقبلونني أبا لكم؟...

فكل ما أحلم به هو أن أكون فردا بينكم... أن تمنحوني عطاءكم...، فكل ابن آدم خطاء... وخير الخطائين التوابون... وقد شفيت و تعافيت...، فهلا احتضنتموني بينكم...، فأنا بأمس الحاجة لكم.

* رسالة اعتذار إلى أمي

يا من ربيتني صغيراً، ورسمت فيّ حلماً كبيراً.. لطالما سهرت الليالي تحلمين بأن أكون طبيباً بارعاً، أو مهندساً مبدعاً، أو معلماً واعياً... لطالما سهلتني لي درجاً أخضراً يانعاً... إليك أيتها الحبيبة على قلبي دائماً وأبداً... كل الحب والإحسان، ولكن اعذريني أمي، فلم أكن لك الابن البار الوفي، ولم أستطع أن أحقق لك ولو الشيء البسيط من أحلامك، ربما حبك الشديد لي، ومحاولتك إدخال السعادة إلي، وتقانيك في تلبية رغباتي، كان سبباً في معاندتي، وكراني للجميل، نعم، فلقد هدمت آمالك، حين تناولت أول حبة من المخدر...، لقد حطمت تلك الصورة الجميلة حين تماديت في ارتكاب المعاصي، وتدرجت من السيئ إلى الأسوأ، فلقد جرني رفاق السوء إلى الهاوية المظلمة نحو طريق الإدمان والمخدرات... أصبحت جسداً بلا روح...، فقد قتل الشباب في نفسي، وأهدرت كل طاقاتي في متعة زائفة... كنت أظن أن المخدر هو الطريق الأمثل للحياة... إلا أنني اكتشفت مدى رذالتي وذنابتي حين أقدمت على فعل ذلك...، فقد تناسيت مبادئ وقيمي وتعاليم ديني، وأصبحت عبداً لهذا المرض اللعين. أمي أذكر عندما حاولت جاهدة مساعدتي...، ولكن دون جدوى، تصديت لك... شتمتك... صرخت في وجهك... ضربتك... نعم، وبكل وقاحة فعلت هذا كله، والآن، وبعد أن قبضت عليّ الشرطة... أدخلتني كرها للعلاج... وبعد رحلة علاج دامت أشهر طوال، استعدت عافيتي وصحتي و ثقتي بنفسي، خرجت مهرولاً إليك كي أقبل يديك الطاهرتين، وجبينك المقدس، طالباً عفوك ومغفرتك و رضاك، مشتاق إلى حضنك وحنانك... محتاج إلى بسمتك ودعواتك...، ولكن خاب أملِي...، ولم تكتمل فرحتي، فما أن وصلت البيت... حتى نعت بـخبر رحيلك... رحلت حسرة و ضيقاً على حالي... لماذا يا أماه لم تصبري حتى هذا اليوم؟ و لم تنتظريني حتى أقبل يديك وقدميك، تضمينيني إليك فأنا بأمس الحاجة إلى دفنك وحنانك، رحلت بحسرتك علي، وعلى ما جنيت على نفسي...، أه يا أمي ها أنا أف أف اليوم على أطلال قبرك... صارخاً باكياً... أناديك لعلك تسمعينني، وتردي علي، أماه سامحيني... فلم أكن نعم الابن الذي تمنيت في حياتك، ولكنني أعاهد الله، بأن أكون خير خلف لك يا أعظم أم في الوجود... أماه!! اعذريني !!! سامحيني.

ملحق البرنامج ٥. أنواع المخدرات و تأثيراتها على الجسم حسب (DSM-IV-TR)

دليل تشخيص الاضطرابات النفسية المُعدل الرابع، ٢٠٠٠.

المادة	تأثيرها على الجسم	أعراض الانسحاب	اضطرابات أخرى
الكوكايين	زيادة أو بطئ نبضات القلب، غثيان، ضعف عضلي، نوبات صرع، التعرق، اتساع حدقة العين، نقص الوزن، توتر، قلق، انعدام المتعة، التبلد الانفعالي، الحساسية الزائدة، الغضب.	التعب، الأحلام القوية غير السارة، الأرق، الشهية الزائدة، عدم الانشراح، الاشتياق لمادة المخدر، الوهن، الاكتئاب، أفكار انتحارية، زيادة الشهية للطعام.	هذيان، هوس، اضطراب المزاج، قلق، اضطرابات جنسية، اضطرابات النوم.
الحشيش	سرعة نبضات القلب، احتقان ملحمة العين، جفاف الفم، زيادة الشهية، القلق، الإحساس ببطء الوقت، الانسحاب الاجتماعي و العزلة، النشوة الزائدة، اختلال التآزر الحركي، هذيان هلوسات سمعية و بصرية، تشوش الإدراك الحسي، القلق، الاكتئاب، أفكار العظمة.	لا تظهر حالة من الانسحاب و لكن يظهر المزاج المثيج، الارتعاشات، التعرق، الغثيان، اضطرابات النوم.	هذيان، هوس، اضطراب القلق.
المركبات الأفيونية	النشوة الزائدة، الباردة، اختلال الأحكام، البطء النفسي الحركي، اختلال الوظائف الاجتماعية و المهنية، ضيق حدقة العين أو اتساعها، النعاس، الغيبوبة، اختلال الانتباه أو الذاكرة.	المزاج الهابط، الغثيان، آلام العضلات، سيلان الأنف و الدموع، الإسهال، التثاؤب، الحمى، الأرق، التعرق، القلق، عدم الاستقرار، الالهفة لمادة المخدر.	هذيان، هوس، اضطراب المزاج، اضطرابات جنسية، اضطرابات النوم.
الامفيتامينات	سرعة نبضات القلب، ارتفاع ضغط الدم، ضعف عقلي، ضيق التنفس، غيبوبة، اضطراب المزاج، بطء	المزاج المكتئب، الشعور بالانسحاق، التعب و الانهك، أحلام قوية غير سارة، الأرق	هذيان، هوس، اضطراب المزاج، قلق، اضطرابات جنسية، اضطرابات النوم.

	تنفسي حركي، تهيج، إحساس بالذنب، اختلال الوظائف الاجتماعية و المهنية، القلق، الغضب، التوتر،	أو النوم الزائد، الشهية الزائدة، الوهن، التأخر النفسي الحركي، أفكار انتحارية.	اضطرابات النوم.
المهدئات والمنومات	قلق، تهيج، أرق، تسارع بالتنفس، السلوك العدواني، التقلب المزاجي، اختلال الأحكام، الاختلال الوظيفي و المهني، الذهول، الغيبوبة، اختلال الانتباه، المشية المختلفة، الكلام المضغوط.	النشاط الزائد التلقائي، الارتعاشات، الأرق، الغثيان، هلوسات و أوهام و قتيبة، القلق، نوبات صرع كبيرة، التهيج النفسي الحركي.	عته، فقدان الذاكرة، هذيان، هوس، اضطرابات المزاج، قلق، اضطرابات جنسية، اضطرابات النوم.
المواد المهلوسة	القلق، الاكتئاب، الخوف من فقدان العقل، الهذيان، اختلال الوظائف الاجتماعية و المهنية، اتساع حدة العين، تصبب العرق، زوغان البصر، الارتعاشات، اضطراب الإدراك الحسي، استرجاع الأحداث، اختلال الواقع، الهلوسات، الأوهام و الخداعات، أفكار العظمة، اختلال وظيفي و مهني.	لا تظهر حالة من الانسحاب، و لكن توضح التقارير نشوء حالة الالهفة، و الاشتياق و الحرمان، اضطرابات إدراكية خفيفة ووقتيية.	ارتجاع الأحداث Flash Back، هذيان، هوس، اضطراب المزاج، اضطراب القلق.
المواد الطيارة و المستنشقات	قلق، اكتئاب، المشاجرة، الاعتداء، البلادة، الدوار، المشية المختلفة، الكسل، النوم، الارتعاشات، غشيان البصر.	لا تظهر حالة من الانسحاب و لكن توضح التقارير نشوء اضطرابات النوم، الارتعاشات، التهيج، عدم الاستقرار، التعرق، الغثيان، أوهام و خداعات سرعة الزوال أو التلاشي (كسرعة زوال الوقت)	

ملحق البرنامج ٦. خطوات الاسترخاء العضلي

استمع لما سأقدم لك من تعليمات، إنها تزيد من قدرتك على الاسترخاء ..

١. أغمض عينيك، وتنفس بعمق ثلاث مرات (١٠ ثواني صمت).
٢. أغلق راحة يدك اليسرى بقوة وبإحكام، لاحظ أن عضلات يدك قد بدأت تنبض و تتوتر (٥ ثواني صمت) والآن استرخ و فكر بزوال التوتر من عضلات يدك (١٠ ث صمت).
٣. أغلق راحة يدك اليسرى بقوة مرة أخرى (٥ ث صمت)، والآن استرخ و فكر بزوال التوتر من عضلات يدك (١٠ ث صمت).
٤. الآن أغلق راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، لاحظ كيف توترت أصابع يدك و ذراعك (٥ ث صمت)، الآن افتح يدك اليمنى، لاحظ الفرق بين ما كانت عليه من توتر و ما هي الآن من استرخاء (٥ ث صمت).
٥. مرة أخرى، أغلق راحة يدك اليمنى بإحكام، لاحظ ما هي عليه الآن من توتر (٥ ث صمت)، مرة أخرى افتح راحة يدك اليمنى و استرخ (١٠ ث صمت).
٦. أغلق راحة يدك اليسرى بإحكام، و اثن ذراعك بقوة حتى تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى ذراعك، أبق يدك كما هي (٥ ث صمت)، و الآن استرخ كاملاً، لاحظ الدفء الذي ينتشر في ذراعك و يدك و أصابعك (١٠ ث صمت).
٧. والآن أغلق راحة يدك اليمنى و اثن ذراعك كي تتوتر العضلة ذات الرأسين في أعلى الذراع، أبق ذراعك كما هي و اشعر بالتوتر (٥ ث صمت)، والآن استرخ كاملاً، و ركز على ما تشعر به من استرخاء و دفء (١٠ ث صمت).
٨. والآن أغلق راحة يدك اليسرى و راحة يدك اليمنى بكل قوة ممكنة، اثن ذراعك بقوة أيضاً، أبق ذراعك في وضعها هذا، لاحظ التوتر الذي تشعر به الآن (٥ ث صمت)، والآن استرخ وأشعر بالدفء (١٠ ث صمت).
٩. الآن لننتقل إلى جبينك و عينيك، أغمض عينيك بقوة، لاحظ التوتر في مقدمة رأسك وفي عينيك، الآن استرخ و لاحظ ما تشعر به من استرخاء (١٠ ث صمت).
١٠. والآن، لننتقل إلى فكك، أطبقهما بقوة، ارفع ذقنك بقوة إلى أعلى كي تتوتر عضلات رقبتك، ابق كما أنت. اضغط إلى الأسفل بقوة. أغلق شفثيك بقوة (٥ ث صمت).
١١. والآن أغمض عينيك بقوة، و أطبق فكك، و ارفع ذقنك إلى أعلى بقوة و أغلق شفثيك، ابق كما أنت. لاحظ التوتر في جبينك، وعينيك، وفكك، وشفثيك، و رقبتك، الآن استرخ كاملاً واستمتع بالاسترخاء الذي تشعر به (٥ ث صمت).

١٢. والآن، ادفع كتفك بقوة إلى الأمام إلى أن تشعر بتوتر شديد في عضلات الجزء الأعلى من ظهرك،

اضغط بقوة، ابق كما أنت. الآن، استرخ (١٠ ث صمت).

١٣. ادفع كتفك إلى الأمام بقوة مرة أخرى، وفي الوقت نفسه ركز على عضلات بطنك، شدها إلى الداخل

إلى أقصى درجة ممكنة، لاحظ التوتر في منطقة المعدة، ابق كما أنت (٥ ث صمت). الآن استرخ (١٠

ث صمت).

١٤. مرة أخرى، ادفع كتفك إلى الأمام بقوة، وشد عضلات بطنك للخارج، تشعر بتوتر في الجزء العلوي

من جسمك. الآن استرخ (١٠ ث صمت).

١٥. الآن، سنعود مرة أخرى إلى العضلات السابقة أولاً، تنفس بعمق ثلاث مرات (١٠ ث صمت)، أغلق

راحة يدك اليسرى، وراحة يدك اليمنى، اثن ذراعك، أغمض عينيك بشدة، أطبق فكك و ادفع بهما بقوة

إلى الأسفل، ثم ادفع ذقنك و أغلق شفثيك بقوة. لاحظ التوتر في كل جزء من جسمك. الآن استرخ، تنفس

بعمق، استمتع بزوال التوتر، فكر بالاسترخاء العام في كل عضلاتك، في ذراعيك و رأسك و كتفك، و

بطنك، كل ما عليك عمله الآن هو الاسترخاء (١٠ ث صمت).

١٦. لننتقل الآن إلى رجليك، اضغط على كعبك الأيسر إلى الأسفل و ارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر

شديد في رجلك (٥ ث صمت). الآن استرخ (١٠ ث صمت).

١٧. مرة أخرى، اضغط على كعبك الأيسر إلى أسفل بقوة، و ارفع أصابع رجلك حتى تشعر بالتوتر الشديد

في رجلك. الآن استرخ (١٠ ث صمت).

١٨. الآن اضغط على كعبك الأيمن بقوة، و ارفع أصابع رجلك حتى تشعر بتوتر شديد، الآن استرخ (١٠ ث

صمت).

١٩. الآن سننتقل إلى كلا الرجلين. اضغط على كعبيك إلى الأسفل بقوة، و ارفع أصابع رجليك إلى أقصى

درجة ممكنة. ابق كما أنت (٥ ث صمت). الآن استرخ (١٠ ث صمت).

٢٠. والآن تنفس بعمق ثلاث مرات (٥ ث صمت). شد العضلات التالية كما فعلت قبل قليل، اثن راحة اليد

اليسرى، و العضلة ذات الرأسين في ذراعيك الأيسر، و راحة اليد اليمنى، العضلة ذات الرأسين في

ذراعك الأيمن، والجبين، والعينين، والفكين، والرقبة، والشفثين، والكتفين، والبطن، والرجل اليسرى،

والرجل اليمنى، ابق كما أنت (٥ ث صمت). الآن استرخ (١٠ ث صمت). تنفس بعمق ثلاث مرات،

و بعدها مارس ثمانية تمارين التوتر (٥ ث صمت)، و تمارين الاسترخاء (٥ ث صمت). و الآن تنفس

كالمعتاد و استمتع بالاسترخاء العام في جسمك (٣٠ ث صمت). يكرر المدرب تمرين عملية

الاسترخاء لإتقانه بشكل منفرد (Vern Berg and Johwton, 2001).

ملحق البرنامج ٧. تدريبات التنفس

طلب المرشد من المرضى: الجلوس على المقاعد بشكل مريح و تحرير أي شيء مشدود على الجسم، ثم تقديم

تعليمات التنفس التالية:

١. استرخ على المقعد، ودع المقعد الذي تجلس عليه يحملك، استشعر أن ثقل جسمك يشدك إلى الأسفل.
٢. يمكنك إغماض العينين وتخيل أن المكان هادئ تماما، ركز انتباهك على تنفسك.
٣. حاول أن تأخذ نفسا عميقا (من الأنف)، وزفيرا بطيئا (من الأنف).
٤. لاحظ جميع عمليات التنفس، و استشعر بأن التوتر يخرج مع عملية الزفير.
٥. استراحة لمدة (١٥ - ٢٠) ثانية.
٦. تكرر التدريب السابق ثلاث مرات أو أكثر حتى يتم إتقان هذا التدريب دون صعوبات.
٧. خذ نفسا عميقا احبسه في صدرك لمدة (٥) ثوان تقريبا، ثم زفير بطيء مع تصور كلمات، مثل: هدوء، سكونية، راحة، استرخاء، أنصت لهذه الكلمات.
٨. استراحة لمدة (١٥ - ٢٠) ثانية.
٩. إعادة التدريب السابق ثلاث مرات أو أكثر.
١٠. خذ نفسا عميقا وزفيرا بطيئا، و تخيل رقم (١) بشكل مركز، وإذا شردت تخيل ثانية هذا الرقم.
١١. خذ نفسا عميقا، مع حبس التنفس و العد بصوت داخلي الأرقام (٢ ، ٣ ، ٤) و التخيل الداخلي لهذه الأرقام، ثم زفير ببطء.
١٢. استراحة لمدة (١٥ - ٢٠) ثانية.
١٣. تكرر التدريب السابق مع حبس التنفس والعد للأرقام (٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥ ، ٦).
١٤. تكرر التدريب عدة مرات حتى يتم الإتقان، و الإجابة عن الاستفسارات.
١٥. التدريب خارج الجلسة و تسجيل الملاحظات، والقيام بحمام دافئ بعد التدريب (إن توفر ذلك). تهدف هذه التدريبات خارج الجلسة إلى مراجعة العمل و معرفة ما إذا كان الفرد فاهما لما طلب منه، والتنبؤ بالصعوبات من قبل المرشد، و جعله أكثر انخراطا في العمل العلاجي.

ملحق ٥.

خطاب تسهيل مهمة باحث من سفارة سلطنة عُمان الملحقة الثقافية بالملكة الأردنية الهاشمية

Embassy Of Sultanate Of Oman
Cultural Attache
Amman - Jordan



سفارة سلطنة عُمان
الملحقية الثقافية
عمان - الأردن

م ٢٠٣ / ١٢٣٣
2014/10/22

مدير عام التخطيط - وزارة الصحة
السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ... ويعد
المحترم

الموضوع / تسهيل مهمة الباحث
الطالب / جلال بن يوسف بن جمعه المخيني / الجامعة الاردنية

تود الملحقة الثقافية بسفارة سلطنة عمان لدى المملكة الاردنية
الهاشمية الإفادة بأن الطالب أعلاه في مرحلة إعداد اطروحة الدكتوراه بعنوان
(فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنيوم في خفض مستوى الرغبة
لسلوك الإدمان لدى مدمني المخدرات في سلطنة عمان) للتكريم بتسهيل إجراءات
البحث.

شاكرين لكم حسن تعاونكم
وتفضلوا بقبول فائق الاحترام

اسماعيل بن عبدالله البلوشي
الملحق الثقافي



نسخة لـ

رق

نسخة ملف الطالب

٤٤

هاتف : ٥٦٠١٥٠٥ / ٥٦٠١٥٢٥ فاكس : ٥٦٠١٥١٥ ص.ب : ٩٢٦٠٢٤ عمان ١١١٩٠ الاردن
Tel. : 5601505 / 5601525 Fax : 5601515 P.O.Box : 926024 Amman 11190 Jordan
E-mail : cu_oman@yahoo.com Web Site : www.ca-oman.org.jo

ملحق ٦ .

موافقة وزارة الصحة في سلطنة عُمان على تطبيق الدراسة بمستشفى المسرة

Sultanate of Oman
Ministry of Health
Directorate General of Planning
and Studies

Ref. : MH/DGP/R&S/PROPOSAL_APPROVED/2/2015

Date : 7.01.2015

Jalal Yousuf Al Mukhaini
Principal Investigator

Study Title: "The efficiency of a training program based on Meichenbaum Model in reducing the desire of drugs and psychotropic substances level of addition behavior among addicts in the Sultanate of Oman (Pilot Study)"

After compliments

We are pleased to inform you that your research proposal "The efficiency of a training program based on Meichenbaum Model in reducing the desire of drugs and psychotropic substances level of addition behavior among addicts in the Sultanate of Oman (Pilot Study)" has been approved by Research and Ethical Review and Approve Committee, Ministry of Health.

Regards,

Dr. Ahmed Mohamed Al Qasbi
Director General of Planning and Studies
Chairman, Research and Ethical Review and Approve Committee
Ministry of Health, Sultanate of Oman.

Cc
Day file

ملحق ٧.

نموذج استمارة موافقة المبحوث على المشاركة في البحث

Certificate of Informed Consent

أقر أنا /

الإقامة:

النوع:

السن:

بأنني اطلعت على بيان مفصل عن البحث المقدم من الطبيب / الباحث

بقسم / مستشفى / دائرة / معهد

الذي يهدف إلى دراسة:

وأوافق على خطوات البحث وهي:

وأنه قد تم إطلاعي على احتمالات المتاعب التي قد يرد حدوثها من الدراسة، وأنه سوف لا يترتب على عدم موافقتي على الاشتراك في البحث حجب أي خدمة طبية عني.

ولقد قرأت المعلومات السابقة أو قرأت علي، وكانت لي الفرصة للسؤال عما أريد السؤال عنه وأجيبته جميعها، وأنا مقتنع بذلك، والمعلومات التي تم الحصول عليها مني تعتبر سرية و لن تستخدم لغير أغراض البحث.

أوافق بكامل اختياري على المشاركة في هذه الدراسة و أفهم أنه من حقي التوقف عن المشاركة فيها في أي وقت لاحق دون أن يؤثر ذلك على الخدمة الطبية المقدمة لي.

اسم المشارك:

العنوان:

الهاتف:

التوقيع:

التاريخ: //

اسم الشخص الذي حصل على موافقة المبحوث: وظيفته:

*وعند عدم اكتمال أهلية المشارك يوقع ولي أمره و ذلك لغير البالغين و الفاقدين للوعي أو التمييز.

ملحق ٨ .

استمارة البيانات الشخصية/ البيانات الخاصة بتعاطي المخدرات والمؤثرات العقلية

Personal Details Form/ Data on Drugs Taking and
Psychotropic Substances

أولاً: البيانات الشخصية

- ١- الجنس: ☐ ذكر ☐ أنثى
- ٢- العمر: ☐ ٢٥ - ١٥ ☐ ٢٦ - ٣٥ ☐ ٣٦ - ٤٥ ☐ ٤٦ - فما فوق
- ٣- الحالة الاجتماعية: أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل
- ٤- المستوى التعليمي: أمي ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي
- ٥- المهنة: يعمل ☐ لا يعمل ☐

ثانياً: معلومات تتعلق بمادة التعاطي

- ١- نوع المادة التي تتعاطاها: الحشيش ☐ الهيروين ☐ المنشطات ☐ المهدئات ☐
الكحوليات ☐ المستنشقات ☐ الكوكايين ☐ غير ذلك حدد.....
- ٢- المكان الذي تتعاطي فيه: البيت ☐ العمل ☐
غير ذلك حدد.....
- ٣- تتعاطي المادة: لوحك ☐ مع والدين ☐ مع الإخوة ☐
غير ذلك حدد.....
- ٤- طريقة الحصول على المادة المخدرة: الشراء ☐ الأصدقاء ☐ الأهل ☐
غير ذلك حدد.....
- ٥- موقف الأسرة من تعاطيك للمادة المخدرة: القبول ☐ الرفض ☐ عدم الاكتراث ☐ عدم العلم ☐
غير ذلك حدد.....
- ٦- سبب التعاطي:
- ٧- مدة التعاطي:
- ٨- طريقة التعاطي: الشم ☐ الحقن ☐ المضغ ☐ التدخين ☐
- ٩- عدد مرات دخول المستشفى للعلاج من الإدمان:

**EFFECTIVENSS OF A TRAINING PROGRAM BASED ON MEICHENBAUM
MODEL IN REDUCING THE DESIRE OF DRUGS AND PSYCHOTROPIC
SUBSTANCES LEVEL OF ADDICTION BEHAVIOR ADDICTS IN THE
SULTANATE OF OMAN**

By

Jalal Bin Yousuf Bin Juma Al Mukhaini

Supervisor

Dr. Mohammad Nazih Abdulqader Hamdi, Prof.

ABSTRACT

This study intended to investigate the effectiveness of a training program based on Meichenbaum model in reducing the level of desire to addictive behavior of drug and psychotropic substances among addicts in the Sultanate of Oman. The sample consisted of (30) addicts who were admitted to the Half Way Houses Center at al Masarra Hospital of psychiatric and neurological diseases. The Sample distributed randomly into two groups (experimental and control). The experimental group was subjected to a training program consisting of (19) sessions over three months. The control group did not undergo any training program.

A measure of desire level of addiction was applied pre, post and after one month follow up. Results showed statistically significant difference between the two groups; in favor of the experimental group in the level of desire to addictive behavior. The results show that the training program founded on Meichenbaum's cognitive behavior therapy was effective in reducing the level of desire to addictive behavior.

There was no significant difference in the desire to addictive behavior between the post measure and the four weeks follow up of the experimental group.

In the Light of the results of this study, the researcher recommended conducting more studies that aim at inivestigating the effectiveness of programmes based on cognitive behavioral modification to other adict behaviors.