

فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين حالات إدمان المخدرات

[١٧]

أحمد مصطفى العتيق^(١) - أحمد فخرى هانى^(١) - رانيا حسن عبد الفتاح
(١) معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس

المستخلص

شكلت مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات في الماضي وكذلك في الوقت الحاضر عقبة أمام الحكومات التي تسعى لتحقيق التنمية وإحداث النقلة الحضارية المنشودة، وبالتالي تستحوذ هذه المشكلة التي أصبحت تشكل ظاهرة عالمية على اهتمام كثير من الهيئات والمؤسسات التي تم تشييدها بغرض مواجهة هذه الظاهرة، وكذلك استحوذت هذه المشكلة على اهتمام الإعلام وصانعي القرار في كثير من البلدان إن لم يكن كافة البلدان. ومن البديهي والمسلم به ما للشباب من أهمية في إحداث نهضة المجتمعات والبلدان، وقد تلاحظ انخراط عديد من شرائح المجتمع المصري ومنهم الشباب في إدمان صنوف متعددة من المخدرات، مما دفع الباحثة لسبر غور هذا الموضوع مستهدفة اختبار فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين حالات إدمان المخدرات، إيماناً من الباحثة بأن الإدمان بصفة عامة نمط سلوكي غير سوى.

مقدمة

أصبحت مشكلة المخدرات تمثل أخطر التحديات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر، وتهدد استقرار البشرية وأمنها وتقدمها وذلك بعد أن أجتاح وباء الإدمان - وما يرتبط به من ظواهر إجرامية أخرى - مختلف المجتمعات المتقدمة والنامية، وسبب لها العديد من المشكلات الصحية والاجتماعية والأمنية والاقتصادية الخطيرة، ووصل الإنتاج العالمي من المخدرات إلى أرقام قياسية غير مسبوقة، وأخذت أجهزة مكافحة - خاصة في ظل المتغيرات التي يموج بها العالم الآن - تواجه صعوبات متزايدة في الحد من عمليات إنتاج المخدرات والاتجار غير المشروع بها (محمد غانم، ٢٠٠٦).

وإذا نظرنا إلى خطر الإدمان وسوء استخدام العقاقير، نجد هذا الوباء المدمر يتمثل في ذرات صغيرة من مسحوق أبيض يطلق عليه الهيروين يتم استنشاقه أو حقنه في ذراع الشاب،

أو دخان مسموم يتصاعد من سيجارة أو غليون أو نرجيلة، أو حبة يبتلعها الشاب وهماً منه أنها تساعد على مواجهة الواقع والتغلب على صعابه لتأخذه إلى عالم من المتعة والانتعاش الوهمي الذي سرعان ما يفيق منه ليصطدم مرة أخرى بواقعه المرير ليجد تفاقم العديد من المشكلات على رأسه نتيجة للهروب من مواجهتها والتعامل معها. وبهذا نجد أن شريحة هامة من شرائح المجتمع المتمثلة في شبابه ينحدرون إلى الهاوية آخذين معهم آمال وطموحات وتطلعات أفراد أسرته ووطنه (أحمد فخرى، ٢٠٠٦).

مشكلة الدراسة

تعتبر مشكلة الإدمان مشكلة عالمية ذات جوانب متعددة ولا تختلف في ذلك اية دولة متقدمة أو نامية (أحمد عكاشة، ٢٠١٠).

ان الوضع العالمي العام فيما يتعلق بانتشار تناول المخدرات غير المشروعه وتناول المخدرات الإشكالي (١) مستقر عموماً، وان التناسب يتزايد بين العدد الإجمالي لمتأولي المخدرات في العالم كله ونمو سكان العالم.

هذا وتنتشر في كل منطقة مميزاتها الخاصة فيما يتعلق بكل مخدر معين، ولا يزال تناول مخدرات متعددة، الذي يُفهم عموماً بأنه تناول مادتين أو أكثر في الوقت نفسه أو بالتتابع، شاغلاً رئيسياً، سواء من منظور الصحة العامة أو من منظور هيئات مراقبة المخدرات.

ولا يزال نطاق مشكلة تناول المخدرات، لدى من يتناولون المخدرات بانتظام ومن يعانون من اضطرابات تتعلق بتناول المخدرات أو يعانون من الارتهاان لها - مستقراً عند مستوى مابين (١٦) مليون نسمة و(٣٩) مليون نسمة.

بيد أنه لا تزال هناك فجوة في تقديم الخدمات، حيث إنه في السنوات الأخيرة لم يحصل على خدمات العلاج من الارتهاان للمخدرات، أو على إمكانية الحصول على تلك الخدمات، سوى واحد فقط من كل ستة من متأولي المخدرات الإشكاليين في العالم في كل سنة (التقرير العالمي للمخدرات، ٢٠١٤).

لا يوجد تعريف موحد لتناول المخدرات الإشكالي، فقد يختلف التعريف من بلد لآخر، وقد يشمل من يستهلكون المخدرات على نحو شديد الخطورة، مثل من يتناولون المخدرات بالحقن

أو من يتناولون المخدرات يوميا أو من تشخص حالاتهم بأنهم يعانون من اضطرابات تتعلق بتناول المخدرات أو بأنهم مرتهنون للمخدرات. وتعتقد الباحثة أن هذه الأرقام ليست دقيقة لأن من المؤكد ان هناك حالات كثيرة غير مسجلة.

وضع مشكلة المخدرات في الشرق الأوسط: (التقرير العالمي للمخدرات، ٢٠١٤)

من خلال استبيان قام به المكتب الإقليمي بمنطقة الشرق الأوسط التابع لمنظمة الصحة العالمية من اجل الوقوف على أبعاد والحجم الحقيقي لمشكلة المخدرات في المنطقة تم تطبيق الاستبيان في (١٩) دولة هي (افغانستان- البحرين- جيبوتي- مصر- ايران- العراق- الأردن- لبنان- ليبيا- المغرب- سلطنة عمان- باكستان- فلسطين- الصومال- السعودية- الإمارات العربية المتحدة- اليمن- السودان- سوريا).

بتحليل نتائج الاستبيان وجد ان معدلات استخدام المخدرات بين الشباب (١٥-٢٤ سنة) تميل للزيادة في حوالي (١٣) دولة وتميل للاستقرار في حوالي (٥) دول، وتتجه دولة واحدة نحو الانخفاض، وكذلك بلغ متوسط العمر لبدء التعاطي من (١٥-١٨) سنة تقريبا. وأوضح المكتب الإقليمي المعنى بالمخدرات والجريمة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا بالمنظمة الدولية لمراقبة المخدرات أن منطقة الشرق الأوسط أصبحت سوق نشطة لتجارة المخدرات مشيرا إلى ان عدد متعاطي المخدرات في المنطقة العربية يقدر ما بين (٥-٦%) من السكان.

وضع مشكلة المخدرات في مصر: (المسح القومي، ٢٠١١) تم رصد أهم واحدث المؤشرات الخاصة بالمشكلة في مصر وفقا لتقارير صندوق مكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي، ووزارة الصحة والسكان، والإدارة العامة لمكافحة المخدرات.

انخفاض ملحوظ في سن التعاطي ليصل إلى مرحلتى الطفولة والمراهقة، حيث تدنى سن بدء التعاطي إلى (١١ عاماً) وبداية التدخين من (٩ سنوات) بينما كان في السابق يتراوح بين (٣٠) إلى (٤٠) عاماً.

غياب الدور الحقيقي للوالدين في مواجهه المشكلة، حيث إن (٥٨%) من المدمنين يعيشون مع الوالدين، في إشارة واضحة لغياب دور الأسرة في مواجهه. (٤٠%) من المرضى طالبى العلاج لديهم أفراد مدمنين داخل الأسرة. العلاقة وثيقة بين التدخين وتعاطى وإدمان المخدرات حيث أن (٩٩%) من المدمنين يدخنون السجائر.

اضطراب الشخصية والانسياق وراء ضغط الأقران السلبي، والرغبة فى خوض التجربة وحب الاستطلاع، ووقت الفراغ، والمشاكل الأسرية هى الأسباب الرئيسية للانخراط فى مشكلة المخدرات.

يأتى عقار (الترامادول) كأكثر أنواع المخدرات انتشارا وتليه مشتقات القنب ثم المورفينات، والمهدئات، والمنشطات، والجدير بالذكر أن تداول عقار (الترامادول) كمادة مخدرة بين الشباب المصرى ظاهرة مستجدة على المجتمع المصرى مما يتطلب ضرورة التصدى الحاسم لتداوله.

وبناء على ذلك سوف تقوم الباحثة بإعداد برنامج للعلاج المعرفى السلوكى للمرضى فى محاوله لتقديم علاج متكامل يتضمن العلاج الدوائى والعلاج النفسى بأساليب متعددة (خاصة العلاج الجمعى) تحت إشراف أطباء نفسيين متخصصين وأخصائيين نفسيين لأن الإدمان مرض نفسى مصنع عالمياً يصيب الوظائف البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمريض وهو ليس مجرد مشكلة عادية يمكن التصدى لها من جانب واحد أو باجتهادات شخصية.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية: تعد هذه الدراسة محاولة علمية للتعرف على فعالية العلاج المعرفى السلوكى فى تحسن حالات إدمان المخدرات فالعلاج المعرفى السلوكى تستخدمه الباحثة كوسيلة لمساعدة الفرد فى تحليل خبراته بواقعية أكثر والتفكير بطريقة صحيحة ومعالجة المعلومات بأسلوب بناء من خلال تغيير الأفكار السلبية والتحدث مع الذات.

الأهمية التطبيقية: محاولة الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في اعداد برنامج علاجي معرفي سلوكي للتعرف على مدى تأثير هذه النوعية من العلاج على المدمنين المتوقفين عن تعاطي المخدرات ومدى تحسنهم باختلاف شخصياتهم.

أهداف الدراسة

- تستهدف هذه الدراسة تحقيق هدف رئيس مؤداه "تحسين حالات إدمان المخدرات باستثمار العلاج المعرفي السلوكي".
- وينبثق من هذا الهدف الرئيس هدفين فرعيين كما يلي:-
1. تحديد مدى فعالية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في تحسن حالات إدمان المخدرات لأنماط متباينة من الشخصية.
 2. تحديد آليات العلاج المعرفي السلوكي في تحسين حالات إدمان المخدرات.

فروض الدراسة

- تستهدف الدراسة الراهنة التحقق من صحة الفرضين التاليين:
1. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية نتيجة تطبيق برنامج معرفي سلوكي على عينة من المدمنين المتوقفين قبل تطبيق البرنامج وأثناء التطبيق وبعد تطبيق البرنامج.
 2. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية نتيجة تطبيق برنامج علاجي بيئي (أسرى) على عينة من أسر المدمنين المتوقفين قبل تطبيق البرنامج وبعد التطبيق.

مفاهيم الدراسة

العلاج المعرفي السلوكي: يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه "أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية ويعتمد على علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليات المعرفية مثل الإحساس والإدراك والذاكرة واللغة التفكير" (أشرف عبده، ٢٠٠٠).

كما يعرف العلاج المعرفي السلوكي بأنه: "مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتبع السلوك، ويركز هذا المدخل على تطور وتكييف السلوك ويتم من خلاله تعديل العديد من

المشكلات مثل: القلق، الاكتئاب، العدوان، وتعديل سلوكيات الأطفال والمراهقين والكبار، وهناك تداخل بين كلا من الأساس المعرفي والعلاج السلوكي وهما يعتمدان على العمليات المعرفية وتأمل السلوك المشكل، ويتم تغيير السلوك بعدة طرق مثل: التعزيز الإيجابي للسلوك والتدخل المعرفي" (منى الشرفاني، ٢٠٠٥).

ويمكن للباحثة تقديم تعريف إجرائي للعلاج المعرفي السلوكي على النحو التالي:

١- التدخل المهني باستخدام مجموعه من الأساليب العلاجية المرتبطة بالعلاج المعرفي السلوكي.

٢- وذلك لتغيير الأفكار اللاعقلانية والمشاعر السلبية والسلوكيات غير المرغوبة المرتبطة بمرض الإدمان.

٣- ويتم ذلك من خلال برنامج علاجي به مجموعة من الأساليب:

- أساليب معرفية: (المناقشة المنطقية - الأفعال - التوضيح - التفسير - التشجيع - المواجهة - الحث).

- أساليب انفعالية: (التأمل - ضبط الأنفعال - تعليم مهارات حل المشكلة - مهارة الإسترخاء - مواجهة الانتكاسة - لعب الدور).

- (ج) أساليب سلوكية: (التدعيم الإيجابي - النمذجة - الواجبات المنزلية - التقارير الذاتية).

الاطار النظري للدراسة

يتمركز المنطلق النظري للدراسة في المدخل المعرفي السلوكي: العلاج المعرفي السلوكي يمثل دمجاً بين المبادئ المشتقة من كلا العلاجين المعرفي والسلوكي، وهو يقدم أساساً لمدخل حصري وشامل لعلاج الاضطرابات. ومع ذلك فهناك الكثير من المعارف المتضمنة في العلاج المعرفي السلوكي أكثر من تلك الموجودة في النسخة القديمة من العلاج المعرفي. وتتضمن تلك المعارف إرجاع المشكلة لأسباب معينة، والتقييم، والكفاية الذاتية، والتوقعات وغيرها. ... وهناك عناصر مشتركة في العلاج المعرفي السلوكي وهي كما توضحها كريستين (Kristen- 1999)

- يركز المعالج على المشكلات الراهنة.
- يضع أهدافاً قابلة للتحقيق ومتفقاً عليها مع العملاء.
- يسعى لتحقيق نتائج سريعة لمعظم المشكلات الملحة.
- يعتمد على تكتيكات متنوعة تقوم على أسس إمبريقية من أجل زيادة قدرة العميل على التعامل مع مشكلاته.

فالعلاج السلوكي Behaviour Therapy شكل من أشكال العلاج النفسي، ينهض في الأساس على المبادئ السلوكية، ويحاول المعالج فيه أن يغير الظروف المدعمة للسلوك غير المتكيف، ومع ذلك فقد اهتم المعالجون السلوكيون مؤخراً وبدرجة متزايدة بالأفكار والعمليات العقلية، وأصبح العلاج السلوكي يعد نوعاً من العلاج المعرفي (جون سكوت، ٢٠١١). والفرضية الرئيسية لهذا المدخل جوهرها "أن السلوك يتحدد من خلال ما يدركه الفرد وما يتكون لديه من عملية التعلم، فالسلوك قصد به تلك الاستجابات الظاهرة والتي يمكن ملاحظتها (التصرفات)، وكذلك الاستجابات غير الظاهرة مثل الأفكار والانفعالات، فإذا تكون لدى الفرد سلوكاً غير مرغوب فيه فيكون ذلك نتيجة لسوء الإدراك أو لتفسير خاطئ لديه" (2006 Lisa Miller).

والعلاج المعرفي السلوكي هو تصنيف عام لأحد العلاجات النفسية وهناك العديد من المداخل في العلاج المعرفي السلوكي تقع تحت هذا التصنيف ومنها العلاج السلوكي العقلاني الانفعالي، والعلاج المعرفي، والعلاج السلوكي العقلاني، والعلاج الحياتي العقلاني، وعلاج السلوك الجدلي. وكل مدخل له تاريخ نموه الخاص به. وفيما يلي شرح عام لتاريخ العلاج السلوكي المعرفي:-

إن أهم مداخل العلاج المعرفي السلوكي هو ما يعرف بالعلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy (RET)، والذي تعود جذوره إلى ألبرت إليس في منتصف الخمسينيات. وكان إليس Ellis قد وضع هذا المدخل كرد فعل لعدم إعجابه بطبيعة مدرسة التحليل النفسي التي تتسم من وجهة نظره بعدم الكفاءة والمراوغة. والأصول الفلسفية لهذا المدخل تعود إلى ما يسمى بالفلسفة الرواقية (مذهب فلسفي أنشأه زينون حوالي عام ٣٠٠ ق.م.) والذي قال بأن الرجل الحكيم يجب أن يتحرر من الانفعال ولا يتأثر بالفرح أو الترح وأن

يخضع من غير تدمير لحكم الضرورة القاهرة) ومن أهم فلاسفته "إبيكتوتوس" Epictetus و"ماركوس أوريليوس" Marcus Aurelius . ويقول "إبيكتوتوس" بأن الإنسان لا يصيبه الاضطراب بسبب ما يمر به من أمور أو أحداث وإنما بسبب نظرتة نحو هذه الأمور أو تلك الأحداث". ومن أهم المعالجين المحدثين الذين أثروا في نشأة وتطور العلاج العقلاني الانفعالي ألفريد أدلر Alfred Adler الذى وضع علم نفس الفرد Individual Psychology وهو من مدرسة فرويد الجديدة، حيث يقول: "أنا مقتنع بأن سلوك الفرد ينبع من أفكاره"، كذلك تأثر إليس بعلماء المدرسة السلوكية أمثال جون دولارد و نيل ميلر و جوزيف فولب وجورج كيلي.

وقد وضع إليس نموذجاً للتعامل مع الانفعالات عرف باسم ABC model ثم طوره بعد ذلك ليصبح مدخل ABCDE . وفى التسعينيات غير إليس اسم مدخله ليصبح باسم "علاج السلوك الانفعالي العقلاني".

وفى الآونة الأخيرة تأثر العلاج المعرفي السلوكي بأحد أعمال ألدو بوتشى دكتور علم النفس بكتابه المسمى "علاج الحياة العقلانية" Rational Living Therapy ، وكذلك أعمال مايكل ماهونى ومارشا لينهان. وأثر فريمان.

(National Association of Cognitive-Behavioral Therapists. 2008)

إن الربط بين عناصر المداخل المعرفية والسلوكية نجده من خلال مبدأ "التعزيز الذاتى". وهذا المفهوم يقرر أن التغيرات المعرفية والسلوكية تعزز كل منها الآخر. فعندما يحدث تغير معرفى فإن ذلك يؤدى إلى تغير فى السلوك، وهنا يحدث الشعور بالقوة أو الراحة النفسية التى تدعم التغيير فى الفكر ومن ثم تدعم التغيرات فى السلوك. ويتولد عن ذلك تغذية مرتدة تعتبر بدورها عنصراً رئيسياً لمدخل العلاج المعرفي السلوكي وهى الأساس فى مساعدة العملاء على فهم العملية المعرفية السلوكية ودورها فى عملية التغيير (Harvey Milkman , 2007).

وعلى ذلك فالعلاج المعرفي السلوكي ويطلق عليه Cognitive Behavioral theory (CBT) وهو يقوم على مبدأ أساسي وهو أن معارف الفرد تلعب دوراً مهماً وأساسياً فى عملية النمو وفى الحفاظ على استجاباته الانفعالية والسلوكية نحو المواقف الحياتية المختلفة. وفى نماذج العلاج المعرفي السلوكي، تعد العمليات المعرفية، والتى تأخذ شكل المعانى والأحكام

التي يصدرها الفرد وتقييماته وافتراضاته المرتبطة بأحداث حياتية معينة هي المحددات الأساسية لمشاعره وأفعاله التي تصدر منه نحو الأحداث الحياتية المختلفة ومن ثم فإنها إما أنها تسهل عملية التوافق أو تعوقها.

ويتضمن العلاج المعرفى السلوكى سلسلة من المداخل التي ثبتت فعاليتها فى علاج توترات مختلفة... وهناك ثلاثة افتراضات أساسية تكمن وراء النماذج المعرفية السلوكية **الافتراض الأول:** هو أن العمليات المعرفية والمحتوى المعرفى يمكن الوصول إليهما والتعرف عليهما، وبالرغم من أنه فى كثير من المواقف قد لا يكون الفرد واعياً بأفكاره ومعتقداته فى ذلك الوقت، إلا أنه بالتدريب والممارسة السليمة يمكن للأفراد أن يضعوا أيديهم على هذه الأفكار والمعتقدات.

والافتراض الثانى: هو أن "التفكير" هو الوسيط الذى من خلاله نسلك طريقنا نحو استجاباتنا للمؤثرات البيئية من حولنا. ومن هذا المنظور فإننا لا نستجيب فقط من الناحية السلوكية أو الانفعالية نحو الأحداث الحياتية، ولكن تؤمن النظرية المعرفية السلوكية أن الطريقة التى نفكر بها فى ما يحيط بنا من واقع هي مؤثر جوهري وأساسى فى رد فعلنا نحو الأحداث المحيطة. **والافتراض الثالث:** هو أن مثل تلك المعارف يمكن استهدافها بشكل مقصود وتعديلها وتغييرها. وبالتالي فإنه عندما يتم تغيير مثل هذه المعارف عند توجيهنا نحو تحقيق تفكير متوازن وعقلاني وواقعي فإن الأعراض التى يعانى منها الفرد سوف يتم التخفيف من حدتها وسوف تزداد قدرة الفرد على التوافق وحسن الأداء فى الأحداث الحياتية المختلفة. وهذا التغيير يمكن تحقيقه من خلال عمل الفرد وحده على نفسه، أو استخدام مادة للمساعدة الذاتية، أو من خلال مدرب متمرس يستخدم أحد مداخل العلاج المعرفى السلوكى المتنوعة (A. Antonio, 2012).

إن استخدام الباحثة هذا المدخل (المعرفى السلوكى) كموجه نظرى لها اتساقاً مع الفرضية الأساسية لهذا المدخل والتي فحواها أن تغيير السلوك السالب للفرد (السلوك غير المرغوب فيه للفرد) يكمن فى تغيير الأفكار والمعتقدات التى يؤمن ويتمسك بها هذا الفرد، وتفترض الباحثة أن الإدمان والسلوك الإدمانى يمثل سلوك غير مرغوب فيه (سلوك سالب)، وإذ يفترض هذا المدخل أيضاً أن الأفكار هى موجّهات للسلوك، فإن بناء البرنامج الذى قامت

به الباحثة للحد من مشكلة الإدمان لدى انماط متباينة من الشخصية يعتمد على مد أو تزويد هذه الشخصيات بالمعارف والأفكار الإيجابية الصحيحة، وبالتالي تتغير أفكارهم السلبية أو المنقوصة أو المشوهة بما يسهم في النهاية في تعديل سلوكهم، إيماناً بأن المعرفة قوة ومن يمتلك المعرفة فهو يمتلك القدرة على التغيير الإيجابي.

الاجراءات المنهجية للدراسة:

المنهج المستخدم: استخدمت الباحثة المنهج العلمى باستخدام الأسلوب التجريبي.
نوع الدراسة: تنتمى هذه الدراسة إلى نمط الدراسات التجريبية.
عينة الدراسة:

- تكونت عينة الدراسة من (١٨) من المنقطعين عن المخدر (سواء كان هيروين أو ترامادول أو حشيش) ويخضعون للبرنامج العلاجى، والعلاج الدوائى.
- (١٨) عينة ضابطة من المنقطعين عن المخدر لم يخضعون للبرنامج العلاجى ولكن يتلقون علاج دوائى فقط.
- العينة من المركز الطبى النفسى للإدمان بجامعة عين شمس، حيث تعمل الباحثة بعيادات الإدمان والمتعافين من خلال صندوق مكافحة وعلاج الإدمان.

الأدوات:

١. مقياس التعديل المعرفى السلوكى للمنقطعين عن المخدر. (إعداد الباحثة)
 ٢. برنامج علاجى معرفى سلوكى للتعافى من الإعتياد على المواد ذات التأثير النفسى. (إعداد الباحثة)
- وفيما يلى وصف لأدوات الدراسة بالتفصيل:-

مقياس التعديل المعرفى السلوكى للمنقطعين عن المخدر (إعداد الباحثة)

- يشتمل المقياس على أبعاد الجلسات العلاجية للتعديل المعرفى السلوكى للمتوقفين عن المخدر.
- ويتضمن المقياس (٤٠) عبارته تتضمن أهداف الجلسات العلاجية.

- وتم تحديد شكل اسئلة المقياس على أبعاد الجلسات العلاجية للتعديل المعرفى السلوكى للمتوقفين عن المخدر ويتكون المقياس من ١٠ أبعاد، كل بعد ٤ عبارات، بإجمالى ٤٠ عبارة.
- وتم تحديد شكل اسئلة المقياس من نوع الأسئلة المحددة أو المقيدة، حيث يقوم المدمن باختيار الأستجابة بأحد المتغيرات المحددة التالية:
- | | |
|-----------------|------------|
| ١- موافق بشدة | درجة واحدة |
| ٢- موافق | درجتين |
| ٣- موافق أحيانا | ثلاث درجات |
| ٤- لا أوافق | أربع درجات |
- وتدل الدرجة المرتفعة إلى زيادة فاعلية الجلسات العلاجية من خلال التعديل المعرفى السلوكى للمدمن المتوقع.

أما أبعاد المقياس فكانت كالتالى:

- البعد الأول: قياس مدى ثقافة المريض العلاجية (من خلال التعرف على طبيعه المرض ومسبباته) ويتكون البعد الأول من (٤) عبارات سالبة وأرقام العبارات على البعد الأول فى المقياس هي: (١-١١ - ٢١ - ٣١).
- البعد الثانى: قياس مدى التقبل (تقبل المريض لطبيعة المرض).
- ويتكون البعد الثانى من (٤) عبارات سالبة وارقام العبارات على البعد الثانى هي: (٢-١٢ - ٢٢ - ٣٢).
- البعد الثالث: قياس مدى تمسكه بالسلوكيات الإدمانية. (كالكذب - السرقة - النصب - الحوارات) ويتكون البعد الثالث من (٤) عبارات سالبة وأرقام العبارات على البعد الثالث هي: (٣-١٣ - ٢٣ - ٣٣).
- البعد الرابع: تدريب الأسترخاء (للتعرف على كيفية التعامل مع التوترات الجسدية والنفسية والمواقف الضاغطة قبل وبعد البرنامج) ويتكون البعد الرابع من (٤) عبارات سالبة وأرقام العبارات على البعد الرابع هي: (٤-١٤ - ٢٤ - ٣٤).

- البعد الخامس: بعد المعتقدات الخاطئة (كالحشيش ليس إدماناً، أو ان علاج الإدمان مستحيل، أو ان المخدرات تعطي القوة وتساعد فى مواجهه وتحسن الأداء الجنسى) ويتكون البعد الخامس من (٤) عبارات سالبة، وأرقام العبارات على البعد الخامس هي: (٥ - ١٥ - ٢٥ - ٣٥).
- البعد السادس: قياس كيفية التعامل مع اللهفة (مثيرات الفكر). ويتكون البعد السادس من (٤) عبارات سالبة، وأرقام العبارات على البعد السادس هي: (٦ - ١٦ - ٢٦ - ٣٦).
- البعد السابع: بعد العلامات المنذرة للانتكاسة (تجنب الجنوح نحو الانتكاسة) ويتكون البعد السابع من (٤) عبارات سالبة، وأرقام العبارات على البعد السابع هي: (٧ - ١٧ - ٢٧ - ٣٧).
- البعد الثامن: بعد تنمية الدافعية (وذلك للتعرف على مدى دافعية المدمن المتوقع للتغيير ومدى دافعيته للعلاج والاستمرار فى البرنامج. ويتكون البعد الثامن من (٤) عبارات سالبة وأرقام العبارات على البعد الثامن هي: (٨ - ١٨ - ٢٨ - ٣٨).
- البعد التاسع: بعد تعديل السلوكيات الإدمانية (من خلال التفكير العقلانى ورصد الأفكار السالبة تجاه التعاطى والمخدرات . ويتكون البعد التاسع من (٤) عبارات سالبة وأرقام العبارات على البعد التاسع هي: (٩ - ١٩ - ٢٩ - ٣٩).
- البعد العاشر: قياس المهارات الشخصية (التواصل - حل المشكلات - مواجهه المواقف الضاغطة - التحكم فى الغضب) ويتكون البعد العاشر من (٤) عبارات سالبة، وأرقام العبارات هي: (١٠ - ٢٠ - ٣٠ - ٤٠).
- البرنامج العلاجي المعرفى السلوكى للتعافى من الإدمان على المواد ذات التأثير النفسى**
(إعداد الباحثون)
- المكونات الأساسية للبرنامج العلاجي المعرفى:-
١. تقديم معلومات حول الجلسة (الإدمان - الانتكاسة - التقبل... الخ).
 ٢. تعليم المهارات لتسليحهم من الوقوع فى الإدمان مرة أخرى.
 ٣. وضع بعض المهام السلوكية (كالواجب المنزلى).

عدد الجلسات ومعدلها: يتكون البرنامج من (اثني عشر) جلسة بواقع جلسة في الاسبوع، مدة كل جلسة (ساعة ونصف).

المدى الزمني للبرنامج: يتراوح المدى الزمني للبرنامج اثني عشر أسبوع أي (ثلاثة أشهر).
المستفيدون من البرنامج: أعدت الباحثة هذا البرنامج للمرضى المترددين على عيادة الإدمان، والذين توقفوا عن التعاطي لمدة ثلاثة شهور والتحقوا بالبرنامج العلاجي.

الفنيات المستخدمة في البرنامج: يعتمد البرنامج العلاجي على مجموعة من الأساليب والفنيات التي تم انتقائها ودمجها بشكل كامل لخدمة اهداف البرنامج وهي (المناقشات الجماعية - النمذجة - التحكم الذاتي - الواجبات المنزلية - حل المشكلات - الاسترخاء - التحصين ضد الضغوط - التعزيز طريقة تقييم البرنامج - عرض البرنامج على المحكمين).

الثبات والصدق للمقياس: (مقياس التعديل المعرفي السلوكي للمتوقفين عن المخدرات)

جدول (١): اختبار ثبات ألفا كرونباخ (لمقياس التعديل المعرفي السلوكي)

أبعاد المقياس	معامل ألفا	عدد العبارات
إجمالي البرنامج المعرفي السلوكي	٠،٩٧٧	٤٠

يتضح من الجدول السابق ارتفاع درجة الثبات للمقياس حيث وصلت درجة الثبات الى ٠،٩٧٧ وهي درجة تعطي دلالة عالية لثبات المقياس وهو ما يعني الاطمئنان للاعتماد عليه في التطبيق.

جدول (٢): ثبات المقياس المعرفي السلوكي باستخدام التجزئة النصفية

أبعاد المقياس	العبارات الزوجية	معامل الارتباط المصحح
العبارات الفردية	معامل الارتباط	٠،٩٧
	الدلالة المعنوية	
	٠،٩٤٦ (**)	
	٠،٠٠١	

يتضح من الجدول السابق أن قيم معامل الارتباط دالة إحصائياً، حيث بلغت الدلالة المعنوية أقل من (٠،٠٥) مما يؤكد على ثبات المقياس حيث وصل معامل الارتباط الى (٠،٩٤٦)، وللمزيد من التحليل، فقد قام الباحثون بحساب معامل الارتباط المصحح بجانب حساب معامل الارتباط كما هو مبين بالجدول أعلاه، ووجد أن معامل الارتباط المصحح (٠،٩٧) وهي قيم تؤكد على ثبات المقياس وتجعل الإعتماد عليه مؤكداً .

حساب الصدق للمقياس: قام الباحثون بعمل الصدق الظاهري للمقياس الأداة الرئيسية التي استخدموها في اختبار فاعلية البرنامج الذي أعدوه لتحقيق هدف دراسته.

إجراءات الدراسة: اتبع الباحثون مجموعه من الخطوات لإتمام الجانبين النظرى والميدانى للدراسة على النحو التالى:

- عمل بحث شامل ومتكامل عن أهم الدراسات والبحوث السابقة ذات الصلة بموضوع الدراسة الراهنة سواء كانت هذه الدراسات باللغه العربية أو اللغة الإنجليزية.
- الحصول على الموافقات الإدارية لإجراء الدراسة والتي تمثلت فى موافقة السيد/ مدير مركز الطب النفسى بمستشفى الدمرداش بالقاهرة.
- اختيار المجال البشرى للدراسة.
- تطبيق البرنامج ومقياس الدراسة على المرضى المتوقعين عن الإدمان فى المركز الطبى النفسى بجامعة عين شمس (الدمرداش) على عينه عددها (١٨) من المتوقعين عن المخدر.
- تطبيق المقياس القبلى على المدمنين المتوقعين وهو مقياس التعديل المعرفى السلوكى للمدمنين المتوقعين.
- تطبيق البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى للمدمنين المتوقعين بواقع جلسة كل أسبوع، لمدة (ثلاثة أشهر).
- بعد انتهاء البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى، قام الباحثون بتطبيق بطارية المقاييس مرة أخرى (قياس بعدى) للتأكد من مدى فاعلية البرنامج (المعرفى السلوكى) من تحقيق الأهداف المرجوة منه.

المعالجة الإحصائية:

- استخدم الباحثون اختبار (T.Test) وهو من أهم الاختبارات الإحصائية التى تستخدم لمعرفة الفروق بين المجموعات المحكمة، التى يقل عددها عن (٣٠) مفردة.
- استخدم الباحثون اختبار (Anova) فى المقياس القبلى والبعدى والتتبعى لأنه يقارن بين أكثر من عينتين.

- قد اعتمد الباحثون في استخراج البيانات الإحصائية سواء البسيطة أو المركبة على البرنامج الإحصائي (SPSS).

نتائج الدراسة

يوجد فروق ذات دلالة إحصائية نتيجة تطبيق برنامج معرفى سلوكى على عينة من المدمنين المتوقفين قبل تطبيق البرنامج وأثناء التطبيق وبعد التطبيق. ويقصد فى هذا الفرض أن وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياس التعديل السلوكى المعرفى للمدمن المتوقف. ويقىس مقياس التعديل المعرفى السلوكى للمدمن المتوقف، مجموعه أبعاد ويتضمن كل بعد من أبعاد المقياس هدف من أهداف البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى للمدمن المتوقف على النحو التالى:

١. بعد ثقافة المريض العلاجية.
٢. بعد تقبل المريض لطبيعته المرض.
٣. بعد السلوكيات الإدمانية.
٤. بعد التدريب على الاسترخاء.
٥. بعد المعتقدات الخاطئة.
٦. بعد مواجهته التعامل مع اللهفة.
٧. بعد العلامات المنذرة للانتكاسة.
٨. بعد تنمية الدافعية.
٩. بعد تعديل السلوكيات الإدمانية.
١٠. بعد المهارات الشخصية.

وتعكس درجات المدمنين المتوقفين عن المخدر اللذين تلقوا البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى، مدى الثقافة العلاجية المكتسبة من البرنامج وزيادة تقبل المريض لمرض الإدمان حتى يستطيع اكمال البرنامج العلاجى بنجاح ومدى تمكنهم للتعامل مع اللهفة، وتصحيح

المعتقدات الخاطئة واكتساب مهارات كمهارة التواصل وحل المشكلة والتدريب على الاساليب المعرفية السلوكية.

بينما تشير درجات المجموعة الضابطة (الذين لم يتلقوا البرنامج) عدم تمكنهم من امتلاك المهارات والاساليب المعرفية السلوكية في مواجهة مرض الادمان.

وأبضا تشير الدرجات الى التحسن في اتجاه المجموعه التجريبية فى القياس التنبئى للبرنامج من خلال الاجابة على مقياس التعديل المعرفى السلوكى للمدمن المتوقع عن المخدرات.

وتشير هذه المعانى إلى صدق المفحوصين فى الاستجابة على مقياس التعديل المعرفى السلوكى للمدمن المتوقع عن المخدرات، والتعبير عن تمكنهم من المهارات والأساليب المعرفية السلوكية بدقة والبعد عن الاستجابة على الأسئلة بالصورة المقبولة اجتماعياً، وهذا يتضح من خلال إجابات المفحوصين على المقياس من خلال القياس القبلي للمجموعة الضابطة والتجريبية ومقارنته بالقياس البعدى للمجموعة الضابطة والتجريبية مما يظهر فروق ذات دلالة إحصائية فى اتجاه المجموعة التجريبية التى تلقت البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى وتدريب وأتقنت المهارات والأساليب المعرفية السلوكية المتضمنة فى البرنامج العلاجى.

ويمكن تفسير ما توصلت إليه الدراسة الحالية من خلال الاتفاق مع نتيجة (لورانس وآخرون ٢٠٠٠) أن البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى من خلال التدريب على المهارات داخل البرنامج ينتج عنه التأقلم والتغلب على الضغط الاجتماعى والعزلة والوحدة المنزلية والشعور بالأكتئاب والقلق والتوتر والغضب والاحباط.

وأسفرت الدراسة عن استجابات المدمنين المنتكسين بشدة الكرب النفسى المرضى وأنهم بعد البرنامج العلاجى كانت معدلاتهم أكثر ارتفاعاً بهؤلاء الذين لم يكملوا البرنامج وتؤكد الدراسة أن الطرق المعرفية تعمل بشكل جيد مع الكبار المنخرطين فى المشكلات الطبية والاجتماعية واستعمال المخدر ذو دلالة.

ويتضح فى الدراسة الحالية ارتفاع درجات المجموعة التجريبية عن المجموعة الضابطة فى التغلب على الضغط ومهارة التحصين ضد الضغوط وحل المشكلات ورصد أساليب التفكير الخاطيء (التشوه المعرفى) وتعديل السلوكيات بالمقارنه بالمجموعة الضابطة التى لم تتلقى تدريب على المهارات والأساليب المعرفية السلوكية.

كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (باريرا والاس، ٢٠٠٢) حيث ناقشت هذه الدراسة البرامج العلاجية طويلة المدى للوحدات الداخلية، والتي تعد من أقدم الأساليب المتبعة فى علاج مشاكل إدمان المخدرات لدى المتعاطين.

وقد هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن مدى فاعلية هذه البرامج فى علاج مشاكل الإدمان، ومنهم جمهور المدمنين الأكثر ملانمة لتلقى مثل هذه النوعية من العلاج.

ومن خلال درجات المجموعة التجريبية على مقياس التعديل المعرفى السلوكى نجد ان البرنامج المعرفى السلوكى للمدمن المتوقف ركز على أهمية الاسترخاء والتحصين ضد الضغوط ومواجهه المواقف الضاغطة واتضحت درجات المجموعة التجريبية على التدريب على (الاسترخاء والتحصين ضد الضغوط ومواجهة المواقف الضاغطة) من خلال نتائج المقياس مقارنة بنتائج المجموعة الضابطة.

كذلك تتفق نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة (محمود السيسى، ٢٠٠١) من خلال تأكيدها على فعالية العلاج المعرفى السلوكى وتعديل السلوك البيئى، حيث أسفرت نتائج الدراسة على أهمية العلاج المعرفى السلوكى على مقياس السلوك البيئى مما يؤكد فعالية المدخل العلاجى المتمثل فى المدخل المعرفى السلوكى فى تحسين حالة المدمنين.

وهذا ما اتبعته الدراسة الحالية من خلال استخدامها المدخل المعرفى السلوكى لتعديل السلوكيات الإدمانية واحلال سلوكيات حميده بدلا من سلوكيات الإدمان كالصدق والاعتناء بالنفس والتغلب على الوحدة والعزلة باكتساب أصحاب جدد والتقبل والتعامل مع الغضب وإصلاح العلاقات.

وأبضا تتفق الباحثة مع نتائج دراسة (على مفتاح، ٢٠٠٣) التى استخدمت النموذج المعرفى السلوكى كأداه للدراسة وقد خلصت الدراسة على نتيجة مؤداها أن هناك تغيير فى المعتقدات الإدمانية، ومعتقدات الشوق فى الاتجاه الإيجابى وأن قوة الرغبة فى التعاطى واحتمالية التعاطى قد ضعفت نتيجة التدخل. وهذا يؤكد ان الطرق المعرفية السلوكية تعمل بشكل أمثل مع مرضى الإدمان فى كلتا الدراستين.

وتتفق الباحثة مع نتائج دراسة (أحمد فخرى، ٢٠٠٦) فى أن هناك اختلاف بين مجموعة المدمنين المنتكسين الذين تلقوا البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى، ومجموعة المدمنين المنتكسين الذين لم يتلقوا البرنامج العلاجى، وأظهرت النتائج أن المدمنين المنتكسين الذين تلقوا البرنامج العلاجى أصبح لديهم وعى وإدراك بالعلامات، والمؤشرات التحذيرية المنذرة بالانتكاس من علامات معرفية، وانفعالية وسلوكية وأن الانتكاس ليس مجرد الاستخدام مرة أخرى للعقار بل إن الحقيقة يبدأ الانتكاس قبل استخدام العقار بوقت غير قصير، ثم يعقبه استخدام للعقار لمدة طويلة ومستمرة.

كما أظهرت النتائج الخاصة بالمدمنين المنتكسين الذين تلقوا البرنامج العلاجى المعرفى السلوكى تمكنهم من استخدام المهارات والأساليب المعرفية السلوكية المتضمنة فى البرنامج العلاجى من تنمية للدافعية للعلاج من الإدمان وتحسن دافعيتهم للعلاج والخلص من براثن المادة المخدرة من خلال تدريبات الاسترخاء والبعد عن الشد العضلى والتوتر المصاحب للمدمن، وخاصة عند الشعور بالاشتهاء للمخدر، وكذلك مراقبة الذات والأحاديث السلبية المرتبطة بدفع المدمن إلى العودة للتعاطى مرة أخرى وتمكنه من إعادة تشكيل بنية الحديث الداخلى بشكل إيجابى يدفع المدمن بعيدا عن التعاطى والعودة للمخدر مرة أخرى من خلال التفكير الإيجابى البناء واستبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية، وإعادة تشكيل البناء المعرفى

من خلال التعرف على التشوهات المعرفية التي تؤدي على اضطرابات انفعالية وسلوكيات سلبية تؤدي بالمدمن إلى طريق الانتكاس مرة أخرى وأهمية التعامل مع مواقف ومثيرات الانتكاس والأفكار المرتبطة بالانتكاس باستخدام المهارات والأساليب الإلهائية السلوكية، والمعرفية، وتمكن المدمنين من توكيد ذاتهم من خلال المواجهة والتفكير المنطقي في حل المشكلات ومواجهتها والتعبير عن المشاعر بأسلوب منطقي، وأهمية الرفض للطلبات غير المعقولة كذلك تمكنهم من تغيير المعتقدات الخاطئة والمشوهة تجاه أعضاء الأسرة مما ساعد على تحسين المناخ البيئي الأسرى من الصراعات والاضطرابات الانفعالية وقد أظهرت النتائج أيضا أن أسر المدمنين المنتكسين الذين تلقوا البرنامج الإرشادي قد اتسمت ببيئة منزلية بالتوافق في تواصلهم بعضهم مع بعض، وتمكنوا من استخدام الأساليب والمهارات المعرفية السلوكية أثناء تدريبهم وإعادة البناء المعرفي لديهم في مواجهتهم للمشكلات والتفاوض فيما بينهم وأصبح لديهم وعى وإدراك، كما تحسن لديهم الجانب المعرفي السلوكي.

وهذا ما أكدت عليه الدراسة الحالية من خلال درجات المجموعة التجريبية على مقياس التعديل المعرفي السلوكي إذ يتضح أن البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي للمدمن المتوقع ركز على أهمية التقبل لدى المدمن المتوقع (تقبله لمرضه) لاستكمال البرنامج العلاجي بنجاح، وأيضا مواجهة المواقف الضاغطة والتحصين ضد الضغوط، والتنفيس الانفعالي، وأكدت الدراسة على أهمية الاسترخاء لصفاء الذهن والتواصل الجيد، وتصحيح المعتقدات الخاطئة، وتقوية إرادة المدمنين المتوقعين في اعتناق معتقدات بديلة صائبة، وحقق البرنامج أيضا فعالية في تجنب الجنوح نحو الانتكاسة، وكانت أيضا المجموعة التجريبية لديها دافعية أكبر من المجموعة الضابطة من خلال التدريب على التأمل والتحكم في الذات، وقد تم تعديل السلوكيات الإدمانية لدى المجموعة التجريبية بشكل واضح أكثر من المجموعة الضابطة مما جعلهم يكتسبوا العديد من المهارات الشخصية والاجتماعية للاستمرار في التعافي.

وهذا كله يشير إلى فعالية البرنامج المعرفي السلوكي في تحسين حالات الإدمان لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج الذي صممه الباحثة.

وقد راعت الباحثة خلال مرحلة تصميم البرنامج العلاجي المعرفى السلوكى للمدمنين المتوقفين عن المخدرات التركيز على أن تكون المرحلة الأولى من البرنامج تعليمية، بينما المرحلة الثانية للبرنامج تركز على التدريب على المهارات، ثم وفي المرحلة الأخيرة للبرنامج الاهتمام باكتساب المدمنين المتوقفين للمهارات التى تساعدهم على التعافى ومواجهة مشكلات الحياة.

حيث ركزت الباحثة فى المرحلة الأولى للبرنامج على إمداد المدمنين المتوقفين بالمعلومات والمعارف المتعلقة بطبيعة مرض الإدمان وخطورته على الفرد والأسرة، وتوضيح أن المدمن مريض وليس مجرم، والتعرف على مثيرات الفكر والعوامل المثيرة للهفة والأفكار المرتبطة بالتعاطى، ومحاولة الوصول إلى درجة عالية من التقبل.

بينما ركزت المرحلة الثانية على مهارة الاسترخاء للتفيس الانفعالى والتواصل الجيد وللتخلص من مثيرات الغضب والتوتر، ثم بدأت الباحثة فى توضيح السلوكيات الإدمانية وكونها مرتبطة فقط بالإدمان أو عند الجنوح نحو التعاطى.

وفى المرحلة الثالثة حاولت الباحثة تصحيح المعتقدات الخاطئة واستبدالها بأفكار عقلانية، والتدريب على رصد العلامات المنذرة بالانتكاسه، وتنمية الدافعية من خلال التحكم فى الذات ثم تعديل السلوكيات لمواصلة طريق التعافى، ثم اكتساب العديد من المهارات الشخصية مثل التواصل وإدارة الغضب، وحل المشكلات، والتغلب على السلبية. وقد اتضحت فعالية البرنامج من خلال ارتفاع درجات المجموعة التجريبية على المقياس بعد تطبيق البرنامج.

وتتفق النتائج والتفسيرات السابقة مع نظرية التعديل السلوكى المعرفى لرائدها دونالد هيريت ميتشنيوم الذى بنى نظريته على مزج بعض المفاهيم السلوكية مع بعض المفاهيم المعرفية ولذلك تعد هذه النظرية أوسع وأشمل من النظرية السلوكية، ونظرية التعديل السلوكى المعرفى تبنى على أسس ومبادئ عامة منها فهم وظائف الحوار الداخلى والتعليمات الشخصية المتبادلة والملاحظة الذاتية والأفكار المتنافرة أو غير المتناسبه واستخدام التقويم السلوكى المعرفى وإعادة البنية المعرفية والتدريبات على حل المشكلات وتعلم مهارات المواجهة والتأقلم

وضبط الذات وأساليبه مع التركيز على هدف اكتساب التعلم وإحداث التغيير في السلوك وفي المعرفة مع الجهد الذاتي لحدوث الاستبصار والتدريب على أنماط سلوكية مبنية على معارف عقلانية تفيد في التأقلم (مدحت أبو زيد، ٢٠٠٨).

وتتفق الدراسة الحالية مع تفسير النظرية المعرفية (النظرية المعرفية لأرون بيك، ١٩٩٣) وتركز النظرية على العوامل المعرفية الخاصة بالشعور باللهفة والأفكار والمعتقدات ومدى التفاعل القائم بينهما والتفاعل بين المعتقدات يكون على النحو التالي: اعتقاد رئيسي يتطور إلى أفكار آلية يصاحبها انفعالات سلبية ومن ثم الشعور باللهفة ويتضح من خلال النظرية المعرفية أن المعتقدات تؤثر بعضها على البعض الآخر في تفاعل ويمتد هذه التأثير ليشمل الانفعالات وتكون النتيجة الشعور بالحاجة إلى العفار والشعور باللهفة، وعندما لا يكون هناك تعديل معرفي سلوكي للمدمن تترجم المعتقدات والانفعالات السلبية إلى سلوك سلبي نحو التعاطي، ومن ثمة الانتكاسة.

ويتضح من خلال درجات المجموعة التجريبية (قياس بعدى) على مقياس التعديل المعرفي السلوكي حصولهم على درجات مرتفعة تمكنهم من التدريب على التعامل مع مواقف ومثيرات الانتكاسة والتدريب على التفكير العقلاني وتحديث الأفكار غير المنطقية وتقييمها وتعديلها.

وبهذا يتحقق صحة الذى مؤداه توجد فروق ذات دلالة إحصائية نتيجة تطبيق برنامج معرفي سلوكي على عينة من المدمنين المتوقفين قبل تطبيق البرنامج وأثناء التطبيق وبعد التطبيق في اتجاه المجموعة التجريبية.

وبالتالى فإن النتيجة النهائية لهذه الدراسة مؤداها: فعالية مثل هذه النوعية من البرامج فى تحسين حالات إدمان المخدرات اتساقا مع عديد من الدراسات السابقة التى أجريت فى هذا الصدد.

توصيات الدراسة

- إجراء المزيد من الدراسات التجريبية التي تتناول فئات مختلفة من الشخصية وفي بيئات متباينة.
- دعوة كافة المهن والتخصصات للتضافر لمواجهة هذه المظاهرة في كافة البيئات والمجتمعات.
- الدعوة إلى تنسيق الجهود وتبادل المعلومات بين المؤسسات الدولية والمحلية فيما يخص هذه الظاهرة.

المراجع

- أحمد عكاشة (٢٠١٠): الطب النفسى المعاصر، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ص ٥٧٦.
- أحمد فخرى هانى (٢٠٠٦): فاعلية برنامج للعلاج المعرفى السلوكى وتعديل البيئة لتحسين حالة مدمنى المخدرات المنتكسين، رسالة دكتوراه، غير منشورة، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ص ١.
- أشرف على عبده: (٢٠٠٠): سيكولوجية الإدمان من منظور علاجى حديث، القاهرة: المركز الدولى للاستشارات النفسية، ص ٩
- التقرير العالمى للمخدرات (٢٠١٤): الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعنى بالمخدرات والجريمة
- جون سكوت، جوردون مارشال: ترجمة: محمد الجوهري وآخرون: موسوعة علم الاجتماع، القاهرة، المركز القومى للترجمة، المجلد (٢)، ط (٢)، ٢٠١١، ص ١٦٦.
- محمد حسن غانم (٢٠٠٦): دراسات ميدانية فى الإدمان، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر، ص ٣٠١.
- مدحت عبد الحميد ابو زيد (٢٠٠٨): العلاج النفسى وتطبيقاته الجماعية، سلسلة إرشاد علاج نفسى، الجزء الثانى، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ص ١٥١.
- المسح القومى الشامل (٢٠١١): صندوق ومكافحة وعلاج الإدمان والتعاطي

منى السيد يوسف الشرقاوى(٢٠٠٥): فاعلية العلاج المعرفى السلوكى فى خدمة الفرد فى التعامل مع المشكلات الاجتماعية والنفسية لدى السيدات البدينات، رسالة دكتوراه، غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية

A. Antonio González-Prendes and Stella M. Resko (2012): Cognitive-Behavioral Theory, in Shoshana Ringel & Jerrold Brandell (editors): Trauma; Contemporary Directions in Theory, Practice, and Research. SAGE Publications, Inc., pp. 14-15.

Harvey Milkman; Kenneth Wanberg (2007): "Cognitive Behavioral Treatment: A Review and Discussion for Corrections Professionals" .S. Department of Justice National Institute of Corrections, Washington, DC., pp.7-9.

Kristen Lawton Barry: Brief Interventions And Brief Therapies for Substance Abuse. US Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1999.

Lisa Miller: Counseling Skills for Social Work, SAGE Publication, London, 2006, p.57.

National Association of Cognitive-Behavioral Therapists. 2008.

<http://nacbt.org/historyofcbt.html>

EFFECTIVENESS OF COGNITIVE THERAPY AND ENVIRONMENTAL TREATMENT OF IMPROVEMENT IN CASES OF DRUGS ADDICTION

[17]

El-Atik, A. M.⁽¹⁾; Hany, A. F.⁽¹⁾ and Abdel Fatah, Rania, H.

1) Institute of Environmental Studies & Research, Ain Shams University

ABSTRACT

This study drives at identifying the problem of drugs addiction and use in the past and at present. This critical problem represents a crucial obstacle in front of governments that seek achieving development and make the targeted urban transformation. Consequently, this problem is considered a global phenomenon that occupies a great concern from organizations, authorities, and institutions that are established for the purpose of combating this phenomenon all over the world states. This problem is also considered and studied by media and decision-makers in all societies and countries. Since youth are the basic pillar of any state that create societies' progress, it is noticed that several classes in Egyptian society are involved in addiction including Egyptian youth who try different kinds of drugs who has motivated researchers to examine the effectiveness of the cognitive behavioral therapy to improve drug addiction cases since addiction is irregular behavioral pattern.

The researchers used the scientific method using a quasi-experimental style, and the study tools consisting of a treatment program of cognitive behavioral and scale adjustable CBT to cut off from the drug, the study sample consisted of 18 (the same experimental) from the drop-drug undergoing drug treatment and treatment program together, and also 18 (sample set) from the drop-

drug undergoing drug treatment only, the application was in the psychological Medical Center on addiction at Ain Shams University and was the number of sessions 12 sessions by sitting every week and the duration of the session and a half hours and was the total duration of the program for three months.

Most important search results are: no statistically significant differences as a result of the application of cognitive behavioral program on a sample of addicts Almtogafin before and after the application of the program for the benefit of a sample program.