مملكة البحرين – جامعة البحرين

كلية التربية

قسم علم النفس

برنامج ماجستير علم النفس الإرشادي

جامعة البحرين
المكتبات وخدمات المعلومات
المكتبة المركزية
Central Library
Libraries & Information Services
UNIVERSITY OF BAHRAIN

مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات السعوديين

بحث مقدم لإستكمال متطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس الارشادي

إعداد الباحث / سليمان بن عبدالعزيز آل سليمان

تحت إشراف

الدكتور / عبدالرحمن بن علي آل فليج

أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة البحرين ومعالج نفسي

يونيو 2011 م رجب 1432 هـ

جامعة البحرين

كلية التربية

قسم علم النفس

ماجستير علم النفس الإرشادي

لجنة المناقشة

ناقش الطالب : سليمان بن عبد العزيز آل سليمان الرقم الجامعي : ٢٠٠٨٤٥٠٩ الرسالة التي تقدم بها لاستكمال متطلبات الحصول علي درجة الماجستير في علم النفس الإرشادي بعنوان :" مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الامفيتامينات السعوديين" يوم الخميس ٩ يونيو ٢٠١١ م الموافق ٧ رجب ١٤٣٢ هـ وقد تشكلت لجنة المناقشة العلنية من الأساتذة التالية أسمائهم :

الدكتور / عبد الرحمن بن علي آل فليج — مشرفاً ورئيساً
أستاذ علم النفس الإكلينيكي – جامعة البحرين

الدكتور / محمود محمد رشاد — ممتحناً خارجياً
استشاري الصحة النفسية – مجمع الأمل للصحة النفسية الدمام
أستاذ مشارك علم النفس الإكلينيكي – جامعة جنوب الوادي

الدكتور / محمد المطوع — ممتحناً داخلياً
أستاذ علم النفس المشارك – جامعة البحرين

وتم ولله الحمد إجازة الرسالة

قال تعالى :

" وقل ربي زدني علما " آية 114 سورة طة .

" يأيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه لعلكم تفلحون " سورة المائدة آية 90

الإهـــــــــــداء

أهدي هذا البحث المتواضع إلى والديّ العزيزين الذيّن هما سبب وجودي في هذه الحياة وتعلمت منهما الصبر والكفاح ، وإلى زوجتي شريكة حياتي وإلى ابنتيّ الغاليتين الّتين هم امتداد وجودي ..

كما أهدي هذا البحث إلى كل باحث يرغب في مواصلة دراسته العليا وإلى كل أخصائي نفسي يرغب في تخفيف آلام مرضى القلق والاعتماد على المخدرات ، وإلى كل قاري .....

وآمل من الله عز وجل التوفيق والسداد

الباحث يونيو 2011 م

الشـــكـــر والعـــرفـــان

أود أن أشكر الله عز وجل على توفيقه لي بإتمام هذه الرسالة ، ثم أشكر كل من له فضلا علي في دراستي للماجستير وأخص بالشكر رئيس قسم علم النفس بجامعة البحرين د. شمسان المناعي الذي كان له الأثر الواضح على حسن إدارة القسم وحسن أخلاقه وتعامله ، وأشكر د. عبدالرحمن ال فليج الذي تفضل بالاشراف على هذه الرسالة ، كما أشكر د. محمود رشاد الذي تفضل علي بتحكيم المقياس والبرنامج العلاجي لهذه الرسالة وكذلك مناقشته للرسالة ، كما أشكر د. محمد المطوع على تفضله بمناقشة هذه الرسالة ومراجعته لها ... ، كما أشكر كل أساتذتي في القسم الذين تعلمت منهم الكثير ، وأشكر إدارة مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الدمام بالمملكة العربية السعودية التي سمحت لي بحساب صدق وثبات المقياس وتطبيق البرنامج العلاجي على عينة البحث بالمجمع .

الباحث يونيو 2011

فهرس المحتويات :

الموضـــــــــــع	الصفحة
الإهداء	أ
الشكر والعرفان	ب
فهرس المحتويات	ج
فهرس الجداول	و
فهرس الأشكال	ح
مستخلص البحث باللغة العربية .	ي
مستخلص البحث باللغة الإنجليزية	ل
الفصل الأول : مشكلة البحث ومبرراته	
مقدمة .	1
مشكلة البحث .	3
أهداف البحث وتساؤلاته .	5
أهمية البحث .	5
مصطلحات البحث.	6
حدود البحث.	7
الفصل الثاني : الإطار النظري	
المحور الأول: المخدرات .	8
المحور الثاني : الاعتماد على المخدرات .	16
المفاهيم الرئيسة .	16
مراحل تعاطي المخدرات .	23
الاضطرابات المرتبطة بتعاطي المخدرات .	24
النظريات المفسرة للسلوك الاعتمادي .	36
المحور الثالث: القلق .	44
تعريفات القلق .	44
موقع القلق بين الاضطرابات النفسية .	45
تصنيف القلق .	47
تشخيص القلق .	48
أعراض القلق	51
النظريات المفسرة للقلق .	52

الموضـــــــــــــــوع	الصفحة
المحور الرابع: قلق المستقبل .	57
تعريفات قلق المستقبل .	57
الطبيعة المعرفية لقلق المستقبل .	58
أسباب قلق المستقبل عند معتمدي المخدرات .	59
سمات ذوي قلق المستقبل .	61
التأثير السلبي لقلق المستقبل على الفرد .	62
المحور الخامس: علاج قلق المستقبل عند معتمدي المخدرات .	63
العلاج النفسي الجماعي	81
الفصل الثالث : الدراسات السابقة	
أولا: دراسات تناولت القلق وقلق المستقبل لفئات غير معتمدة على المخدرات.	86
ثانيا: دراسات تناولت الاعتماد على المخدرات .	88
ثالثا: دراسات تناولت برامج العلاج النفسي للقلق لفئات غير معتمدة على المخدرات.	91
رابعا: دراسات تناولت برامج علاجية نفسية للاعتماد على المخدرات .	93
تعقيب على الدراسات السابقة .	96
الفصل الرابع : منهج البحث وإجراءاته	
منهج البحث .	99
مجتمع البحث .	99
عينة البحث .	99
فروض البحث .	103
أدوات البحث .	104
التصميم التجريبي للبحث.	154
الأساليب الاحصائية .	154
الفصل الخامس : عرض وتفسير نتائج البحث ومناقشتها :	
نتائج الفرض الأول .	157
نتائج الفرض الثاني .	166
نتائج الفرض الثالث .	175
مناقشة نتائج البحث .	184
توصيات البحث .	191
المقترحات المستقبلية .	194

الموضـــــــــوع	الصفحة
مصادر ومراجع البحث .	195
الملاحـــــــق :	
1 : المقياس في صورته الأولية .	205
2 :المقياس في صورته النهائية.	209
3 : بيان بأسماء محكمي مقياس قلق المستقبل .	216
4: مقابلة بيترسون .	217
5 : البرنامج العلاجي وجداول الجلسات العلاجية .	219
6 : بيان بأسماء محكمي البرنامج العلاجي .	263
7 : نموذج أسباب الانتكاسة .	263
8: نموذج مقترح لتجنب الأرق وصعوبة النوم .	264
9 : نشرة إرشادية بأخطار الاستمرار في تعاطي المخدرات .	264
10: نموذج إقرار وتصريح لمريض بالدخول للمستشفى متطوعا للعلاج .	266
11: الدورات التدريبية التي تلقاها الباحث بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام	267
12: صور شهادات حضور الباحث لدورات تدريبية نفسية وصور خطابات الموافقة على البحث	267

فهرس الجداول :

رقم الجدول	الـــموضـــــــــــوع	الصفحة
1	فاعلية الاعتماد الجسدي والنفسي ووسيلة التعاطي .	19
2	مراحل تعاطي المخدرات .	24
3	التشخيصات المرتبطة بفئة المواد .	27
4	الاضطرابات الناتجة عن تعاطي مواد .	35
5	العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية .	74
6	ضبط المتغيرات الديمغرافية لأفراد العينة .	101
7	معامل ارتباط بعد الأفكار اللاعقلانية لحساب صدق الاتساق الداخلي .	107
8	معامل ارتباط بعد النظرة التشاؤمية للحياة لحساب صدق الاتساق الداخلي	107
9	معامل ارتباط بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل لحساب صدق الاتساق الداخلي .	108
10	معامل ارتباط بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل لحساب صدق الاتساق الداخلي .	108
11	معامل ارتباط بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل لحساب صدق الاتساق الداخلي.	109
12	معامل ارتباط بعد القلق من الأحداث الضاغطة لحساب صدق الاتساق الداخلي .	109
13	حساب ارتباط الأبعاد بالمجموع الكلي للمقياس .	110
14	المتوسط والانحراف المعياري لعينة تقنين المقياس .	112
15	تحديد المشكلة وأسبابها حسب مقابلة بيترسون .	125
16	نموذج مقترح لتجنب الأرق وصعوبة النوم عند أعضاء المجموعة .	148
17	التصميم التجريبي لعينة البحث .	154
18	نموذج للجلسة العلاجية الثانية بعنوان المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بمفهوم (أنا مدمن).	155-2
19	نتيجة أسباب الانتكاسة لدى أفراد المجموعة التجريبية .	156
20	الفروق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية .	157
21	نتائج اختبار ويلكوكسن لأبعاد مقياس قلق المستقبل للمجموعة التجريبية .	159
22	الفروق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة	166
23	نتائج اختبار ويلكوكسن لأبعاد مقياس قلق المستقبل للمجموعة الضابطة .	168
24	الفروق بين متوسطي الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد القياس البعدي .	175

رقم الجدول	الموضـــــــــــوع	الصفحة
25	قيم (U) ودلالتها الاحصائية للمجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد المقياس.	177
26	أسماء محكمي مقياس قلق المستقبل .	216
27	خلاصة المقابلة التشخيصية لأفراد المجموعة التجريبية .	229
28	علاج المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بمفهوم (أنا مدمن).	2-239
29	علاج المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بمفهوم (الشوق للمخدر).	2-243
30	أسباب مشكلة الانتكاسة عند أعضاء المجموعة التجريبة .	245
31	علاج المعتقدات المرتبطة بالخوف من الانتكاسة مستقبلا .	2-249
32	علاج المظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل .	2-253
33	علاج المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل .	2-256
34	علاج المعتقدات المرتبطة بالأرق وصعوبة النوم .	2-258
35	أسماء محكمي البرنامج العلاجي .	263

- فهرس الأشكال :

رقم الشكل	الموضـــــــوع	الصفحة
1	موقع القلق بين الاضطرابات النفسية .	45
2	خريطة معرفية للقلق .	46
3	مخطط تشخيص اضطراب القلق .	48
4	المخططات المعرفية للقلق .	72
5	مراحل تكون المعتقد اللاعقلاني	131
6	الفرق بين متوسطي بيانات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج .	158
7	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد الأفكار اللاعقلانية .	160
8	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد النظرة التشاؤمية للحياة .	161
9	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل .	162
10	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل .	163
11	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل .	164
12	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد القلق من الأحداث الضاغطة .	165
13	الفرق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياسين القبلي والبعدي .	167
14	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد الأفكار اللاعقلانية .	169
15	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد النظرة التشاؤمية للحياة .	170
16	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل	171
17	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل .	172

رقم الشكل	الموضـــــــــــوع	الصفحة
18	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل .	173
19	الفرق بين متوسطي درجات المجموعة الضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد القلق من الأحداث الضاغطة .	174
20	الفرق بين متوسطي بيانات المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج.	176
21	الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على بعد الأفكار اللاعقلانية .	178
22	الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على بعد النظرة التشاؤمية للحياة .	179
23	الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل	180
24	الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل .	181
25	الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل	182
26	الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على بعد القلق من الأحداث الضاغطة .	183

مستخلص البحث باللغة العربية :

عنوان البحث : مدى فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات السعوديين .

هدف البحث وأسئلته :

يهدف هذا البحث إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتمينات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام ، وذلك بمقارنة النتائج بين المجموعتين التجريبية التي يطبق عليها البرنامج بالمجموعة الضابطة . وذلك لكي نتمكن من الإجابة على تساؤلات البحث التالية :

س1 : هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي ؟ (لصالح القياس البعدي في خفض قلق المستقبل) .

س2 : هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي ؟

س3 : هل توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطي أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي لصالح المجموعة التجريبية ؟ (لصالح المجموعة التجريبية في خفض قلق المستقبل) .

منهجية البحث وإجراءاته:

1- استخدم الباحث المنهج التجريبي لعينة مكونة من (20) معتمداً على الأمفيتامينات(المخدرات) من الذين ترتفع عندهم درجة قلق المستقبل وقد قسمها الباحث إلى مجموعتين ، مجموعة تجريبية وعددها (10) ، ومجموعة ضابطة وعددها (10) ، ثم تم ضبط المتغيرات وتجانس المجموعتين .

2- قام الباحث ببناء أداة البحث الرئيسة وهي مقياس قلق المستقبل (2010) كما استخدم الباحث مقابلة بيترسون .

3- قام الباحث ببناء برنامج علاجي معرفي سلوكي وقد اعتمد الباحث على نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (البرت أليس) في جلسات البرنامج ، (2010) .

أهم نتائج البحث :

توصل الباحث إلى جملة من النتائج وفق أسئلة البحث وهي :

1-نتائج الفرض الأول : انخفاض متوسط قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تنفيذ البرنامج مقارنة بمتوسط قلق المستقبل قبل تنفيذ البرنامج ، فقد بلغ متوسط أفراد المجموعة التجريبية (147.8) مقارنة بمتوسط القياس القبلي (207) وهذا الانخفاض دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) .

2-نتائج الفرض الثاني : عدم انخفاض قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة الضابطة حيث تبين عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل بين القياسين القبلي والبعدي ، حيث بلغ متوسط قلق المستقبل في القياس البعدي (212.8) مقارنة بمتوسط القياس القبلي (213) .

3- نتائج الفرض الثالث : انخفاض متوسط قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة بعد تطبيق القياس البعدي على المجموعتين حيث بلغ متوسط أفراد المجموعة التجريبية (147.8) وهو دال احصائيا عند مستوى دلالة (0.01) مقارنة بمتوسط أفراد المجموعة الضابطة البالغ (212.8) .

وهذه النتائج تؤكد فاعلية البرنامج في تحقيق هدف البحث وتساؤلاته في خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات (المخدرات)

ملخص البحث باللغة الانجليزية :

ABSTRACT

Title of thesise : The Effectiveness of Cognitive – Behavioural- Therapy Program in Reducing Future - Anxiety of A Sample of Amphetamines Addicts among Saudies

Research purpose and it's hypotheses :

The purpose of this research is find out effectiveness of cognitive behavioural approach in treating the state of anxiety in a Saudi sample of male addicts at Al- Amal Mental Hospital in Dammam, Saudi Arabia. The study attempts to compare the results of the experimental group with that of the control/group and entertains the following hypotheses :

Hypothesis 1: Are there any statistically significant difference in the mean of the to experimental group on the state of anxiety by pre-post they ?

Hypothesis 2 : Are there any statistically significant differences in the mean of the control group on the state of anxiety ?

Hypothesis 3: Are there any statistically significant differences in the mean of the both experimental and control group in the state of anxiety after the application of the CBT program showing it's effective on the experimental group?

Research Method and Procedures :

1. The principal investigator used the experimental method on a sample of 20 drug addicts. The sample was divided into 10 experimental groups (n=10) and control groups (n=10) with the control of the variable and group similarities.

2. Investigator made up the main instrument which is Future Anxiety (2010) and utilized the Peferson Interview .

3. Investigator made up a Cognitive Behavioural Therapy Program based on Albert Elis Original Work on CBT (2010) .

RESULTS:

The following results were obtained accordingly:

1. Hypothesis low anxiety state offers the program implementation. Mean average was (147.8) compared to before mean average of(207), statistically significant at (0.01).

2. Hypothesis 2: No change in the state of anxiety with the control group. No statistical significance was obtained on the control group's mean average in anxiety for both before and after the test. Mean average in futures anxiety was (212.8) compared to the previous mean average (213).

3.Hypothesis 3: lower future anxiety on the experimental group than the control group after the test mean average of the experimental group (147.8) at(0.01) significant level comp and to mean average of the control group (212.8).

Results show the effective of those program in the following of anxiety with the Amphetamines addicts.

الفصـــــــــل الأول

مشكلة البحث ومبرراته

مقدمة:

يقول الله تعالى (**يأيها الذين آمنوا إنما الخمر والميسر والأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان فاجتنبوه ..)** سورة المائدة آية 91 ، فهذه دعوة من الله تعالى بتجنب الخمر منذ ظهور الإسلام ، ومع مرور الزمن انتشرت الكحوليات والمخدرات عالمياً بتعقد الظروف الاجتماعية ، وازدياد الضغوط النفسية والأعباء الاقتصادية . ومجتمعنا العربي بعامة والمجتمع السعودي بخاصة غير مقطوع الصلة بغيره من المجتمعات لأسباب مختلفة منها استقدام العمالة من العديد من دول العالم والسفر للسياحة ، واستغلال الحج والعمرة ، في تهريب الكحول والمخدرات .

حيث ذكر الزهراني (2008) أن هناك أسباباً عديدة لانتشار المخدرات في المملكة العربية السعودية منها : موقعها الجغرافي بين الدول المنتجة والدول المستهلكة ، وطول حدود المملكة التي تقدر بآلاف الكيلومترات ، وارتفاع مستوى المعيشة ، وارتفاع عدد الزائرين من حج وعمرة ، واستغلال هذه الشعيرة من قبل المهربين والمروجين ، ووجود نسبة كبيرة من العمالة الأجنبية بالمملكة ، وكثرة سفر المواطنين للخارج للسياحة . وأن مشكلة الاعتماد على المخدرات تعتبر إحدى المخاوف الصحية الكبرى لدى أي مجتمع حيث لا يقتصر تأثيرها على الفرد والمجتمع فحسب إنما يتعداهما إلى مستويات النشاط الإنساني ، وتأتي أهمية المشكلة أن المصابين بها في الغالب هم فئة الشباب الذين هم عماد كل أمة في نهضتها وتقدمها (ص21 –29).

وأوضحت نتائج الدراسات العالمية أن هناك اتفاقاً واضحاً على أهم أسباب تعاطي المخدرات والوقاية منها تتمثل في : أصدقاء السوء ، والتفكك الأسري ، وضعف الوازع الديني ، والرغبة في التجريب ، ووفرة المال والسفر ، وضعف الرقابة الأسرية ، والرغبة في زيادة المتعة الجنسية ، وضعف التوعية الإعلامية ، وسهولة الحصول على المخدر ، وإثبات الرجولة (الهذال ،2003، 2) .

ومن خلال اعتماد الفرد على الكحول والمخدرات ينتج اضطرابات عقلية سلوكية ملازمة للاعتماد ، فقد ذكر فايد (2007) أن الاضطرابات العقلية السلوكية الملازمة للاعتماد تتمثل في الاضطرابات التالية : الجسمية ، والاكتئابية ، والقلق والوسواس القهري ، والذهانية . ويعاني متعاطو العقاقير المخدرة من أعراض القلق ، وقد ترجع هذه الأعراض إلى حالة التسمم أو حالة الانسحاب ، فالمرضى باضطرابات القلق قد يصبحون معتمدين على العقاقير المنومة ، وقد يتطلب إزالة التسمم فترة طويلة قد تصل لعدة أسابيع ، ويمكن أن ينتج القلق خلال تلك الفترة من الانسحاب الحاد ، وتشارك العلامات الجسمية التي تشمل التوتر الشديد والرعشة والعرق وخفقان القلب في حالة الانسحاب الحاد (ص225–230) .

وبناء عليه يعتبر القلق سمة من سمات المعتمدين على المخدرات وما يصاحب فترة العلاج في المستشفى من التفكير العميق في المستقبل والتشاؤم منه ، وربما العودة إلى المخدر مرة أخرى.

وتعد مشكلة الشوق للمخدر والعودة للتعاطي مرة أخرى من المشكلات الأساسية التي تواجه مرضى الاعتماد سواء الذين تعرضوا لخبرة علاجية ، أو الذين يرغبون في التوقف عن التعاطي ، ولقد عبر الكثير من المرضى الذين تعرضوا للانتكاسة عن أن الشوق للمخدر كان من ضمن أهم أسباب العودة للتعاطي مرة أخرى وذلك لعدم معرفتهم بكيفية التعامل مع تلك المشكلة بفاعلية (عبدالوهاب ، وخليل ، وعبدالرازق ، 2009 ، 70) .

لذلك كانت الحاجة ملحة لبرنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام .

مشكلة البحث:

يعد اضطراب الاعتماد على المخدرات من الظواهر النفسية التي باتت تهدد أمن المجتمعات وحياتها نظراً لأنه يصيب القوى البشرية التي تعتمد عليها المجتمعات ، ويؤدي إلى تورط الإنسان في الجريمة التي تقضي على مستقبله ، كما أنه أحد أهم الأسباب الرئيسة لأخطر الأمراض الجنسية ، وكذلك يترك الاعتماد أثراً نفسياً سيئاً على الفرد المتعاطي حيث يؤدي به إلى الشعور بالذنب اللامتناهي ، والإحساس بالدونية ومن ثم فقدان سيطرته على الحياة بشكل عام ، ولا يقتصر أثره على الخسائر البشرية فقط بل يتعدى إلى اقتصاديات الدول والشعوب وذلك بسبب ما تتكلفه المؤسسات العلاجية ، والجهات المعنية بالتعامل مع مشكلة الاعتماد من مبالغ طائلة تنفق دون تحقيق العائد المرجو منها ، من هنا أصبح العالم بأسره وبخاصة المهتمين بالبحث العلمي يبحثون بشكل دائم عن أفضل الأساليب التي تساعدهم في التعامل مع اضطراب القلق (الهاشم ، 2006 ، 21) .فقد أشارت دراسة جميل (2010) إلى أن عدد المنومين بمستشفيات الأمل للصحة النفسية بالمملكة العربية السعودية (7421) وعدد المراجعين(39570) بمجموع قدره (46991) فرداً من متعاطي المخدرات (ص23) . ويرى الباحث أن المعتمد يعاني من قلق المستقبل في الخوف من الانتكاسة والعودة للاعتماد مرة أخرى ، أو عدم قبول الأسرة أو الأقارب أو المجتمع له بعد تعافيه أو إمكانية حصوله على وظيفة ، وربما اقتران الاعتماد بأمراض جنسية مثل الإيدز والتهاب الكبد الوبائي ، وما يصاحب ذلك من التشاؤم من المستقبل ، والأفكار اللاعقلانية .

وبدت مشكلة البحث من خلال الدراسة الاستطلاعية التي قام بها الباحث على عينة بلغت (10) بمتوسط عمري (29) وانحراف معياري (23.11) من المعتمدين على المخدرات المنومين بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الدمام التي هدفت إلى :

1-التعرف على مجتمع البحث .

2--التعرف على درجة قلق المستقبل عند عينة مبدئية من مجتمع البحث .

واستطاع الباحث التعرف على بعض البيانات الأولية لدى العينة الاستطلاعية التي تمثلت في:

1-متوسط العمر للعينة الاستطلاعية هو 29 سنة ، مما يدل على أنهم في فئة الشباب .

2-خمسة من أفراد العينة متزوجون واثنان مطلقان وثلاثة عزاب .

3-معظم المستوى الدراسي قريب من الثانوية العامة ، مما يدل على أن بداية الاعتماد كانت في سن المراهقة، التي تتميز بتأثير الأقران والتجريب لكل جديد ، وبالتالي تأثير الاعتماد على مواصلة الدراسة.

4- متوسط مدة الاعتماد على المخدرات هو 9 سنوات مما يؤكد على طول مدة التعاطي ..

5--تنوع مادة الاعتماد عند أفراد العينة الاستطلاعية حيث يأتي في المقدمة الحشيش والأمفيتامينات (الكبتاجون) .

6- بعض أفراد العينة عاد ودخل المستشفى أكثر من مرة مما يدل على وجود الانتكاسة والعودة للمخدر مرة أخرى ، وهذا دليل على وجود قلق العودة للمخدر في المستقبل لدى البعض .

كما تبين للباحث أن جميع أفراد العينة يعانون من قلق المستقبل حيث كانت أعلى درجة لقلق المستقبل عندهم هي (325) درجة، وأقلهم هي (250) ، (وقد استخدم في هذه الدراسة الاستطلاعية مقياس قلق المستقبل بصورته الأولية الذي يتكون من (68) بنداً بواقع خمسة خيارات لكل بند وأقل درجاته (68) وأعلاها (340)- من اعداد الباحث -) .

وتبين للباحث من هذه الدراسة الاستطلاعية وجود قلق نحو المستقبل لعينة الدراسة وإمكانية إقامة برنامج علاجي متكامل مستقبلاً لكي يتضح التأثير بعدد لا يقل عن عشر جلسات علاجية للمجموعة التجريبية ، كما استفاد الباحث من التعرف على أفراد مجتمع الدراسة والبرامج العلاجية الطبية والنفسية المقدمة لهم ، ومعرفة بعض أنواع المخدرات وآثارها النفسية والاجتماعية والطبية على المعتمد .

وبناء على ما سبق تتحدد مشكلة البحث في السؤال التالي : هل يؤدي التدخل ببرنامج علاجي معرفي سلوكي إلى خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات السعوديين . ؟

أهداف البحث وتساؤلاته:

يهدف البحث الحالي إلى اختبار فاعلية برنامج علاجي جماعي معرفي سلوكي لخفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام وذلك بمقارنة النتائج بين المجموعة التجريبية التي يطبق عليها البرنامج والمجموعة الضابطة من خلال مقارنة أداء المجموعة التجريبية في الاختبار القبلي والبعدي بالمجموعة الضابطة . وذلك لكي نتمكن من الإجابة عن تساؤلات البحث التالية :

س1 : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل وأبعاده لصالح القياس البعدي . (خفض قلق المستقبل)

س2 : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده .

س3 : هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية .

أهمية البحث:

1 – الأهمية النظرية: تكمن أهمية البحث الحالي في محاولة التعرف على جوانب مشكلة قلق المستقبل وعلاقتها بالأفكار اللاعقلانية في فترة العلاج ، وما يشعر به الفرد من انفعالات سلبية تتميز بالشعور بالكدر وعدم الاستقرار والخوف الدائم من المستقبل وما يصاحب ذلك من تشاؤم وإحباط نحو الشفاء التام من الإدمان وتقبل الأسرة والمجتمع للمعتمد بعد تعافيه وخروجه من المستشفى . ويعد هذا البحث من البحوث القليلة في البيئة السعودية – على حد علم الباحث – والتي تفحص فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض درجة قلق المستقبل لدى مجموعة من المعتمدين على الأمفيتامينات السعوديين ، كما تكمن أهمية البحث في زيادة المعرفة باضطراب قلق المستقبل المصاحب لمعتمدي المخدرات .

2- الأهمية التطبيقية:

أ) إعداد برنامج لعلاج قلق المستقبل يمكن العديد من الأخصائيين النفسيين من استخدامه لاحقا في مجال علاج المعتمدين على الأمفيتامينات .

ب) خفض درجة قلق المستقبل لدى المجموعة التجريبية .

مصطلحات البحث:

المخدرات Drugs: هي مجموعة من المواد المستخلصة أو الممزوجة أو المضافة أو المحضرة من نباتات موجودة في الطبيعة تحتوي على عناصر مخدرات فعالة ، ينتج عن تعاطيها فقدان جزئي أو كلي للإدراك ، كما أنها قد تترك لدى المتعاطي اعتماداً نفسياً أو عضوياً أو كليهما (الهذال ، 2003، 36).

اضطراب الاعتماد على المخدرات Substance Use Disorders : ذكر الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية (DSM-IV ,1994,114-115) أن الاعتماد على مادة المخدر يعني أنه نمط لا تكيفي من استخدام المادة يؤدي إلى اختلال أو كرب ذات دلالة إكلينيكية ، ويتبين في:

التحمل Tolerance ويعرَف بأي مما يلي: أ -الاحتياج إلى زيادة كميات المادة بدرجات ملحوظة للوصول إلى التأثير المرغوب . أو ب -تناقص التأثير بدرجة ملحوظة عند الاستمرار في استخدام نفس الكمية من المادة .

الانسحاب Withdrawal ويتمثل في أي مما يلي: أ- زملة الانسحاب المميزة بالنسبة للمادة (حسب نوع مادة المخدر) . أو ب- تؤخذ المادة نفسها (أو مادة وثيقة الصلة بها) لإزالة أو تجنب أعراض الانسحاب .

قلق المستقبل Future Anxiety: يعرفه المشيخي (2009) بأنه شعور بعدم الارتياح والتفكير السلبي تجاه المستقبل والنظرة السلبية للحياة وعدم القدرة على مواجهة الضغوط والأحداث الحياتية وتدني اعتبار الذات وفقدان الشعور بالأمن مع عدم الثقة بالنفس (ص12). كما تعرفه العجمي (2004) بأنه قلق محدد يدرك الفرد أسبابه ودوافعه ، ويصاحبه عادة صور من الخوف والشك والاهتمام الشديد والتوجس بما سيحدث من تغيرات سواء كانت شخصية أو غير شخصية ، ينتج من الشعور باليأس وعدم الأمان وعدم الثقة بالنفس من حيث التحكم بالنتائج والبيئة (ص11).

ويعرف الباحث قلق المستقبل إجرائياً بأنه: قلق وتوجس وخوف عميق نحو المستقبل يتمثل في الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من الحياة ، وله مظاهر نفسية وجسمية وإجتماعية .... ومن خلال المقياس يمكن قياس هذه الأعراض والأفكار اللاعقلانية عن الحياة والمستقبل . وهو مجموع الدرجات التي يحصل عليها المعتمد (المفحوص) على مقياس قلق المستقبل عند معتمدي الأمفيتمينات .

البرنامج العلاجي: هو ذلك التدخل العيادي النفسي (Clinical intervention) لخفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات .

حدود البحث:

تتحدد حدود البحث الحالي بمجموعة من المحددات والتي يمكن تلخيصها في التالي :

1- حدود المتغيرات: وتتمثل في متغيرات البحث المحددة في قلق المستقبل والبرنامج العلاجي .

2- الحدود البشرية: وتتحدد في عينة الدراسة التي بلغت (20)مريضاً مقسمة إلى مجموعتين : تجريبية وضابطة .

3- الحدود الزمنية والجغرافية: تم تطبيق البرنامج العلاجي في الفترة (من يونيه 2010 إلى أغسطس 2010)، في مجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الدمام بالمملكة العربية السعودية . (يتكون مجمع الأمل للصحة النفسية من مستشفى الأمل للصحة النفسية ومركز الرعاية المستمرة ومركز الرعاية الاجتماعية)

فهرس الإطار النظري :

المحور الأولا :المخدرات:

تعريفها ، تصنيفها .

المحورالثاني: الاعتماد على المخدرات:

-المفاهيم الرئيسة :

الادمان على المخدرات ، الاعتماد على المخدر ، الانسحاب ، التحمل ، التسمم ، اللهفة ، النشوة ، المادة الفعالة نفسيا .

- مراحل تعاطي المخدرات .

- الاضطرابات المرتبطة بتعاطي مواد مخدرة

- النظريات المفسرة للسلوك الاعتمادي: التفسير الوراثي ،التفسير البيولوجي ، نطرية التحليل النفسي ، النطرية السلوكية ، النظرية المعرفية ، نطرية التفكك الاجتماعي.

-التفسيرات الخاصة بالسمات الشخصية للمعتمد على العقاقير .

المحور الثالث: القلق :

تعريف القلق ، موقع القلق بين الاضطرابات النفسية ، تصنيفات القلق ، تشخيص القلق، أعراض القلق .

النظريات المفسرة للقلق: التحليل النفسي ، السلوكية ، الإنسانية ، المعرفية ، التفسير الفسيولوجي للقلق ، الحالة – السمة .

المحور الرابع: قلق المستقبل:

تعريف قلق المستقبل ، الطبيعة المعرفية لقلق المستقبل ، أسباب قلق المستقبل عند معتمد المخدرات ، سمات ذوي قلق المستقبل ،التأثير السلبي لقلق المستقبل عند المعتمد. .

المحور الخامس: علاج قلق المستقبل عند معتمدي المخدرات:

– العلاج المعرفي – نظرية ألبرت إليس – نظرية بيك .

– العلاج السلوكي . – العلاج النفسي الجماعي .

الفصل الثاني

الاطـــــــــار النظـــــــــــــري

يتناول الاطار النظري للبحث الحالي في المحور الأول المخدرات ، ويتناول المحورالثاني الاعتماد على المخدرات ، بينما يتناول المحور الثالث القلق ، كما يتناول المحورالرابع قلق المستقبل ، أما المحور الخامس يتناول علاج قلق المستقبل عند معتمدي الخدرات .

المحور الأول : المخدرات:

تعتبر المخدرات مادة معروفة منذ زمن بعيد عبر التاريخ وخاصة المخدرات الطبيعية ، ومع مرور الزمن تحولت المخدرات إلى مخدرات تصنيعية وتخليقيه ..

وهناك العديد من التعريفات التي تناولت المخدرات منها :

التعريف اللغوي: يقول الفيروز أبادي (1996) في القاموس المحيط بأن الخدر "بكسر الخاء " ستر يمد للجارية من ناحية البيت والجمع خدور . والخدر أيضا التحير(ص374). والخدر هو : فقد الإحساس وضعف الوعي وقد يكون عاما فيشمل جميع أجزاء الجسم وقد يكون جزئياً أو موضعياً فينحصر في جزء معين من جسم الإنسان ولفظ الخدر هو أساس اشتقاق المخدرات (الوايلي ، 2003، 21) . أو كلمة الخدر في اللغة العربية تعني : الخدر ، بكسر الخاء وسكون الدال ، وهو الستر ، فتعني أنها تستر العقل وتحجبه (المفدى ، 2003 ، 381) .

والتعريف الاصطلاحي: حيث يعرف عبداللطيف (1992) المخدرات بأنها : عقاقير تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو التثبيط أو تسبب الهلوسة والتخيلات وتؤدي بمقتضاها إلى التعود أو الاعتماد وتضر بالإنسان صحياً واجتماعياً ، وينتج عن ذلك أضرار اقتصادية واجتماعية للفرد والمجتمع . وتحظر استعمالها الشرائع السماوية والاتفاقيات الدولية والقوانين المحلية(ص85) . وتعرف قانونياً : بأنها مجموعة من المواد التي تسبب الاعتماد عليها ، وتسمم الجهاز العصبي ويحظر تداولها أو زراعتها أو تصنيعها إلاَ لأغراض يحددها القانون ولا تستعمل إلا بواسطة من يرخص له بذلك (وزارة الداخلية السعودية ، 1995 ، 7) . وعرفتها لجنة المخدرات بالأمم المتحدة بأنها كل مادة خام أو مستحضر يحتوي على عناصر منومة أو مسكنة ، وعند استخدامها في غير الأغراض الطبية تؤدي إلى حالة من التعود أو الاعتماد عليها مما يحدث ضرراً للفرد والمجتمع جسمانياً ونفسياً واجتماعياً واقتصادياً (الهذال ، 2003 ، 6) . كما يعرف المخدر بأنه : أي مادة طبيعية أو كيميائية – مهبطة أو منشطة أو مهلوسة – والتي عند تعاطيها ودخولها جسم الإنسان تؤثر على الوظائف المزاجية والمعرفية والجسمية والعصبية وتنعكس أضرار سوء استخدامها على الفرد والمجتمع (فايد ، 2007 ، 58) .

تصنيف المخدرات:

تصنيف المخدرات من حيث طبيعتها كما أوردها مشاقبة (2007 ، 46-47) إلى:

المخدرات الطبيعية : هي المخدرات التي من أصل نباتي وهي كل ما يؤخذ مباشرة من النباتات الطبيعية التي تحتوي على مواد مخدرة سواء كانت نباتات برية أو نباتات تمت زراعتها ومنها : الحشيش والأفيون والكوكا والقات .

المخدرات التصنيعية : وهي المخدرات المستخلصة من المواد والنباتات الطبيعية ولكنها أقوى تركيزاً منها وأشد فتكاً بالإنسان مثل : المورفين المستخلص من الأفيون والهروين المشتق من المورفين .

المخدرات التخليقية : المخدرات الناتجة من تفاعلات كيميائية ، وهي مخدرات تمت جميع مراحل صنعها في المعامل مثل : المهلوسات ، الأمفيتامينات ، الباربيتورات .

وتصنيف المخدرات من حيث تأثيرها كما أوردها مشاقبة (2007، 47-48) إلى :

المهبطات : وهذه المجموعة من المخدرات لها القدرة على التسبب في درجة من الخمول والكسل والنعاس أو الاسترخاء ، كما أنها تسبب فقدان الفرد السيطرة على النفس وتفقده مهارة تعلم السلوك الجيد نتيجة لتأثيرها على مراكز في الدماغ وهذه المجموعة من المخدرات تحدث تغيرات في النظام العصبي مما يؤدي إلى ظهور أعراض الانسحاب عند الفرد المعتمد عليها ، مثل: الكحول (ALCOHOL) ، والباربتيورات (BARBITURATES) ، والمنومات (HYPNOTICS)، والمسكنات الصناعية(SYNTHETIC SEDATIVES).

الأفيونات ومشتقاتها(OPIATES /OPIODS): تستخدم الأفيونات للتخلص من الألم والشعور بالراحة ، والسعادة والتحرر والشعور بالنشاط والسرور، وتضعف النفس وتسبب الاسترخاء والهدوء ، والشعور بالنشوة أحياناً وبالاكتئاب أحياناً أخرى ، كما أنها تسبب النعاس والنوم . ويصاب من يتعاطى المورفين بالهياج العصبي الشديد ومن آثاره المنبهة الغثيان والقي ، وانكماش بؤبؤ العين ، وازدياد قوة انعكاسات النخاع الشوكي والتشنجات ، كما تسبب هذه المواد تقلص عضلات المعدة والأمعاء فيؤدي ذلك إلى بطء مرور الطعام في المعدة والإمساك . وتسبب هذه المجموعة الاعتماد والانسحاب الذي يكون على هيئة مرض ووهن وتعب ، مثل : المورفين (MORPHINE) ، وكودائين (CODEINE)، والهروين (HEROEIN) ، و دبيانون (DIPIPANONE) ، والبيثداين (PETHIDINE) .

المنشطات (STIMULANTS): وينتج عنها شعور بالابتهاج والانتعاش ويقلل من الشعور بالتعب والإجهاد .. وهذه المجموعة لها احتمالية اعتماد عالية بالرغم من أن أعراض الانسحاب تبدو محدودة مثل شعور مؤقت بالإجهاد والتعب والاكتئاب والشعور بهبوط المزاج مثل : الكوكائين (COCAINE) ، والأمفيتامينات (AMFETAMINES) ، و المثيلفنديت (METHYLPHENIDETE) ، والفينمترزين (PHENMETRAXINE) ، والكافيين (CAFFEINE) .

المهلوسات (HALLUCINOGENIC DRUGS): هي مجموعة المواد النفسية التي تثير عند من يتعاطاها بعض المهلوسات ، وعقاقير الهلوسة مواد مخدرة تشوه الرؤية الحقيقية للأشياء ، وتعطي خداعاً حسياً يجعل من الصعب التفرقة بين الحقيقة والخيال ، وإذا تعاطاها الفرد بكميات كبيرة فإنها تؤدي إلى الهلوسة ومن ثم هلاوس بصرية ولمسية وشمية وسمعية . مثل: (الداي اثيل حمض السيرجيل (L S D)، والمسكالين (MESCALINE) ، والبيوت (PEYOTE) .

الحشيش (CANNABIS) : يؤدي الحشيش إذا ما استعمل بكميات قليلة إلى حالة بسيطة من الانتعاش ، وإذا استعمل بكميات أكبر فإنه سيؤدي إلى هلوسات وخيالات وأوهام تشبه إلى حد كبير حبوب الهلوسة ، ومن تأثيراته كثرة الضحك واللامبالاة والشعور بالغبطة واضطراب في الحس والإدراك والذاكرة ، وعدم الاتزان في الاستجابة العاطفية ، ويسبب تشويها في الإدراك الحسي للزمان والمكان ويغير المزاج ويشوه القدرة على الحكم على الأشياء . أما التأثيرات الجسمية للحشيش فتتمثل بسرعة ضربات القلب والتهاب قرنية العين وشعور بجفاف الفم والحلق وأحياناً غثيان وقيء ، ويسبب تدخين كميات كبيرة من الحشيش التهاب الجهاز التنفسي .

ونظراً لاعتماد عينة البحث الحالي على معتمدي الأمفيتامينات Amphetamines ، فسيتم التطرق لها بشيء من التفصيل ، من خلال :

تعريف الأمفيتامينات Amphetamines : يعرفها شورتت Shortet (2002) بأنها عبارة عن مجموعة من المخدرات المصنعة والمركبة المنشطة والمحفزة للجهاز العصبي المركزي (الهاشم،2006، 50). واشتقاق اسم الأمفيتامينات يكون من المركب نفسه المعروف باسم فينيل إيثل أمين(henylethylamine) ، وقد تم تصنيع أول عقار من الأمفيتامينات في ألمانيا عام (1887) وفي عام (1927)تم تسويقه تجارياً في الولايات المتحدة الأمريكية تحت اسم البنزدرين (Benzedrin) (الزراد ، 2009 ، 253) .

تطور استخدامها : في أثناء الحرب العالمية الثانية كان الأمفيتامين يستخدم بكثرة بواسطة القوات المحاربة لإعطائها نشاطا زائدا كما كانوا يعتقدون ، ويمنعهم من النوم لفترات طويلة أثناء القتال ، .... كما كان يستخدمه سائقوا المقطورات والنقل على الطرق السريعة كمنشط للجهازالعصبي المركزي حتى لاينام وا أثناء القيادة، وكذلك بواسطة بعض الطلاب لكي يساعدهم على السهر والمذاكرة قرب الامتحانات، ثم بدأ استخدامه من أجل إنقاص الوزن والتخسيس ، وبواسطة الرياضيين في المنافسات والمباريات حتى يؤدوا أداء أفضل وأطول مدة في المباريات ، وذلك قبل أن يتم منع استخدام المنشطات . وتشتمل مجموعة الأمفيتامينات على عدة مركبات منها : الأمفيتامين (Amphetamine) وميثأمفيتامين (Methylamphetamine) وديكس أمفيتامين (Dexamphetamine)وجميعها يحدث تقريباً نفس التأثير على الجهاز العصبي المركزي والجسم (مصباح ، 2004، 181–182) .

وكان أول المهتمين بدراسة تأثير الأمفيتامينات من الناحية الاعتمادية في المجتمع البريطاني سدني براندون (Sydney Brandon) عام (1962) حيث أجرى دراسة على عينة (500 فرد) من متعاط لهذه المادة في متوسط العمر، كان معظمهم من النساء يتناولون الأمفيتماينات لأغراض طبية مثل : (الاكتئاب ، السمنة ، الإرهاق ، التعب ، الإعياء ، اضطراب النوم ، الشيخوخة) وأن نسبة (21%) من هذه العينة أصبحت معتمدة على هذا العقار ولا تستطيع الإقلاع عنه من دون متاعب ، أما فئة الأفراد الذين كانوا يتعاطون الأمفيتامينات لأغراض غير طبية فكان معظمهم يعاني من اضطرابات في الشخصية،

كالحرمان العاطفي ، والتفكك الأسري ، والتشرد ، والبطالة وسبق لهم أن أدينوا بجرائم متنوعة في قضايا تتعلق بالعنف ، والسرقة ، وانتهاك القوانين . وبعد ذلك بدأ الأطباء يتجنبون صرف الأمفيتامينات للمرضى إذا وُجدت علاجات بديلة ، وكإجراء من أجل الحيطة والحذر من وقوع الفرد في حالة التعود والاعتماد ، كما تم تقييد عملية صرف الأدوية التي تحتوي على مركبات الأمفيتامينات . وفي عام (1972) أصدرت منظمة الصحة العالمية ، ومنظمة الأمم المتحدة قرارين اعتبرت فيهما مادة الأمفيتامين ومشتقاتها من العقاقير المسببة للاعتماد ، ومنعت هذه المنظمات بيع هذه المادة إلاَ بموجب وصفة طبية رسمية ، إلاَ أن الشركات والمصانع مازالت تصنع وتبيع الأمفيتامينات بشكل سري أو علني في كثير من دول العالم (الزراد ، 2009 ، 254-255) .

طريقة استعمال الأمفيتامينات : غالبا ما تحضر الأمفيتامينات على شكل حبوب ، أو كبسولات ، لذلك تؤخذ عن طريق الفم ، وبعض المتعاطين يقوم بسحق الحبوب وإذابتها في الماء ، وتسخن حتى الغليان ثم تصفى بالقطن أو الشاش وتحقن في الوريد مباشرة ، فتعطي شعوراً قوياً بالصدمة والحرارة ، ثم يحدث للمتعاطي حالة من التهيج والإحساس بالقوة والعظمة والتفوق ولباقة الحديث والتحسن في العلاقات الاجتماعية ، ويصحب ذلك الإحساس بالنشوة والسعادة . وقد يقدم المتعاطي على سلوك عدواني شديد ، وقد يؤدي ذلك إلى جرائم العنف والقتل ، والاغتصاب والاعتداءات الجنسية المختلفة ، ويستمر مفعول الحقنة الواحدة حوالي ساعتين ، يشعر بعدها المتعاطي بالحزن ، والهبوط والكآبة والإنهاك الشديد . ولكي يتجنب المتعاطي السلبية بعد انتهاء أثر الجرعة الأولى يلجأ إلى الجرعة الثانية ،وذلك لكي يستمر المفعول المنشط للعقار ويتجنب هذه المشاعر السلبية ، وهذه الاستمرارية في تعاطي المادة تؤدي بالفرد إلى عادة الاعتماد النفسي (Psychological dependence) وأحياناً التحمل العضوي (Physical tolerance Phenomenon)وبالتالي ظهور بعض الأعراض العضوية مثل : خفقان القلب ، والتوتر العضلي ،وفقدان الشهية ، ونقص الوزن ، وآلام في البطن ، والأرق ، والقلق والخوف ... وذلك عند توقف المعتمد عن التعاطي . وهذه الأعراض(الانسحابيه)) تكون محدودة الأثر وتختفي في غضون أسبوعين أو أقل ، إلاَ أن المضار الخطرة والأقل شيوعاً من الأعراض الانسحابية هي : ارتفاع ضغط الدم ، وزيادة خفقان القلب ، وظهور نفضات أو حركات عضلية متكررة وخاصة في الوجه (Tics) وكوابيس ليلية (Nightmares) وطفح جلدي ، وتسمم في الكبد واضطراب وظائفه ، واتساع بؤبؤ العين (الحدقية)

وحكات لاإرادية لمقلة العين ، واضطراب الكلام (Slurred Speech) والترنح في المشي (Ataxia) وزيادة الاستجابة في المنعكسات العصبية (Hyperreflexia) كما تظهر أعراض الذهان مثل : اضطراب في التفكير والإدراك والحواس ، مع ظهور الأوهام والهلاوس بأنواعها ، وهي أعراض يمكن علاجها ، ويلاحظ الإجهاد الشديد ، وارتفاع درجة الحرارة ، ووجود اختلاجات تشبه (النوبات الصّرعية) قد تؤدي في بعض الحالات إلى فقدان الوعي أو الوفاة أحيانا بسبب الجلطات الدموية ، ونزيف الدم الدماغي (الزراد ، 2009 ، 257-258) .

الاستخدامات الطبية للأمفيتامينات : يستخدم في علاج داء فرط الحركة وقلة الانتباه والتركيز الفكري لدى الأطفال ، (تحت إشراف طبي) ، كما أنها تستخدم في علاج حالات الاكتئاب البسيطة وخاصة لدى كبار السن ، أو الاكتئاب المصاحب لمرض الإيدز ، وكذلك علاج حالات السمنة (Obesity)لأن الأمفيتامينات تقلل الشهية للطعام وينقص الوزن (وخاصة لدى النساء) ويكون ذلك تحت إشراف طبي وفي حالات السمنة الحادة . ولا تصلح الأمفيتامينات في علاج حالات الاكتئاب الذهاني ، أو ذهان الهوس والاكتئاب (Manic Depressive Psychosis) وعادة يتم علاج معتمدي الأمفيتامينات في المستشفيات وتحت إشراف طبي ، وأثناء العلاج لابد من إعطاء المعتمد بعض المهدئات الكبرى مثل السيرينيس (Serenece) حتى تخف توترات المعتمد ، كما تعطى الفيتامينات والطعام المغذي حتى تتحسن صحة المعتمد على الأمفيتامينات ويستعيد بعض ما فقده من وزنه ، ولابد من العلاج المعرفي السلوكي وإعادة التأهيل حتى يتمكن المعتمد من العودة إلى الحياة بشكل أقرب إلى الطبيعي والعادي (الزراد ،2009 ، 259-260) .

علاج الاعتماد على تعاطي الأمفيتامينات : تشير كثير من الأبحاث والدراسات إلى أن تعاطي الأمفيتامينات Amphetamines في تزايد مستمر وملحوظ في جميع أنحاء العالم ، خاصة أنها متوفرة بصورة كبيرة ومن السهل الحصول عليها وبأسعار منخفضة وأن هناك زيادة ملحوظة في عدد حالات دخول المستشفى لمتعاطي الأمفيتامينات الذين يعانون من حالات نفسية Psychicatric Admissions وأن العلاج الدوائي Ophatmacotherapy لم يظهر نتائج جيدة لعلاج الاعتماد عليها ، كما ثبتت فعالية

التدخلات النفسية الاجتماعية Psycho Social Interventions في التعامل مع المشكلات التي يتعرض لها متعاطي الأمفيتامينات بما في ذلك الاعتماد عليها (الهاشم ، 2006 ، 55) .

وأيضا من الأساليب العلاجية الفعالة في التعامل مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات المنومين داخل المستشفى هو العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy والذي يشتمل على تعلم المهارات الخاصة برفض وتجنب تعاطي المخدرات Drug Refusal and Avoidance وأسلوب حل المشكلات Problem –Solving وكيفية التعامل مع الاكتئاب Depression أو العلاج بطريقة غير مناسبة وتعلم مهارات التعامل مع الضغوط الاجتماعية Social stress Coping Skills وكيفية التعامل مع الزلة Lapse والوقوع في التعاطي مرة أخرى Slip وأخيراً تعلم مهارات التعامل مع الظروف والمواقف الشخصية الخطرة والصعبة التي يتعرض لها المتعاطي (الهاشم ، 2006 ، 61) .

ويعتبر نموذج " ماتركس " The Matrix Model التابع لمركز ماتركس في مدينة لوس أنجلوس الأمريكية الذي أُعد خلال فترة الثمانينات من أكثر النماذج النفسية التي حققت نتائج إيجابية في التعامل مع المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات أثناء المتابعة في العيادات الخارجية . وهذا النموذج هو عبارة عن طريقة علاجية مكونة من مجموعة من التدخلات والأساليب العلاجية الخاصة بتحفيز المرضى للبدء بالعلاج وتقليل تعاطيهم للمخدرات . وقد اشتملت هذه الأساليب والتدخلات العلاجية على كل من العلاج المعرفي السلوكي الجماعي لمدة (36 جلسة) والإرشاد الأسري التعليمي الجماعي لمدة (14 جلسة) وأسلوب التدعيم الاجتماعي الجماعي لمدة (4 جلسات) بالإضافة إلى الحضور المتكرر أسبوعياً مع جماعات التعافي التي تعتمد على برنامج الإثني عشرة خطوة ، وكانت جميع هذه الأساليب والتدخلات العلاجية تطبق وتدار من قبل المعالجين بعيداً عن استخدام أسلوب المواجهة المباشرة Non-Cofrontational Style أو أساليب إصدار الأحكام التي تشعر المرضى بأنهم تحت التقييم Non-Judgmental وبدلاً من ذلك كانوا يركزون على استخدام أسلوب التعزيز الإيجابي للسلوكيات الخاصة بالقيام بالتغير (الهاشم ، 2006 ، 61-62) .

ضوابط العلاج أثناء التنويم بالمستشفى: يتم تحويل وإدخال المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات إلى المستشفى لتلقي العلاج الداخلي In-Patient Treatment عندما يكون هناك اعتماد متعدد على تعاطي المواد Polysubstance Dependence أو عندما يكون هناك احتمالية ظهور أعراض انسحابية شديدة Sever Withdrawal ، أو عندما يكون هناك حالات صحية صعبة تحتاج إلى الملاحظة أو العلاج المباشر Observation or Treatment أو عندما يكون هناك اضطرابات ذهانية Psychosis Complications أو عندما يكون هناك صعوبات حياتية Undesirable Living Conditions تعيق العلاج ، أو عندما يكون هناك فشل متكرر في التدخل العلاجي عن طريق العيادات الخارجية ، أو عندما يكون هناك غياب للدعم الأسري Absence of Social Support . ويمكن أن يتم تحديد مدة البقاء في المستشفى بناءاً على حالة المعتمد على المخدرات وعلى الهدف المراد تحقيقه من العلاج بحيث تتضمن مدة البقاء في المستشفى المدة الكافية للتعامل مع الأعراض الانسحابية التي يمر بها المتعاطي (الهاشم ، 2006 ، 60-61) .

المحورالثاني : الاعتماد على المخدرات:

المفاهيم الرئيسة: وتتمثل في التالي:

الإدمان Addiction : تعرف منظمة الصحة العالمية الإدمان بأنه : مجموعة من الظواهر النفسية والمعرفية والسلوكية التي تتطور بعد تكرار تعاطي المخدرات ، وتتضمن رغبة قوية في الحصول على المخدر ، وهنا يواجه الفرد صعوبة في السيطرة على التعاطي ويصر على الاستمرار في التعاطي بالرغم من الأذى المتواصل ويعطي الأولوية لتعاطي المخدر أكثر من أي نشاط آخر ، وأكثر من التزاماته الشخصية ، ويصبح هناك زيادة في التحمل .(Robertson,1998,67) . ويعرف الهذال والخليفة (2003) الإدمان بأنه : التعاطي المتكرر لمادة نفسية ، أو لمواد نفسية ، لدرجة أن المتعاطي (ويقال المعتمد) يكشف عن انشغال شديد بالتعاطي كما يكشف عن عجز أو رفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه ، وكثيرا ما تظهر عليه أعراض الانسحاب إذا انقطع عن التعاطي . وتصبح حياة المدمن تحت سيطرة التعاطي إلى درجة تصل إلى استبعاد أي نشاط آخر(ص37) .

الاعتماد على المخدرات Dependence: يعرفه كل من كارمان و كمرون Karaman and Cameron(1988) بأنه عبارة عن حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن التفاعل بين كائن حي ومادة نفسية ، وتتسم هذه الحالة باستجابات أو سلوكيات تحتوي دائماً على عنصر الرغبة القاهرة في أن يتعاطى الكائن الحي مادة نفسية معينة ، على أساس مستمر أو دوري وذلك لكي يخبر الكائن الحي آثارها النفسية ،وأحياناً لكي يتحاشى المتاعب المترتبة على افتقادها . وقد يصاحبها تحمل أو لايصاحبها كما أن الشخص قد يعتمد على مادة واحدة أو أكثر (سويف ،1996، 19) . ويقصد بالاعتماد أن الفرد المستخدم للعقار يصبح بعد فترة من الاستخدام معتمداً على هذا العقار ، أي لا يستطيع الاستغناء عنه ، بل ربما لا يستطيع ممارسة نشاطه العادي إلا بتناوله . وعندما يمتنع عن تناوله يشعر بما يسمى أعراض الانسحاب (الانقطاع) المتمثل بالضيق ، والبرم ، والصداع ، وربما آلام حادة (المفدى ، 2003، 383 –384) . ويوضح الزراد (2009) بأن نشاط الفرد وحياته اليومية يرتبطان بتناول العقار ليحافظ على وجوده في دمه وجسمه بنسبة ثابتة وبشكل مستمر ، فإذا انخفضت هذه النسبة أدى ذلك إلى اضطراب الفرد وتوقفه عن العمل وعن كل نشاط ليتم البحث عن العقار المطلوب ، وقد يعتمد الفرد على أكثر من مادة واحدة (ص19) . وذكر عبد الحميد (1993) أن مصطلح الاعتماد على المخدرات هو المصطلح الذي حل محل إدمان المخدرات(ص14) . كما أشار الزراد (2009) بأنه حسب تعريف منظمة الصحة العالمية يمكن استعمال كلمة " اعتماد " بمعنى الإدمان – وهي أكثر شيوعا واستعمالاً – (ص19) . كما ذكر ذلك المفدى (2003) بأن منظمة الصحة العالمية حلت مصطلح الاعتماد بدل الإدمان لأنه أدق (ص383) . **(وبناء على أن مصطلح " الاعتماد على المخدرات " أدق وأحدث من الإدمان على المخدرات ، لذلك سيعتمد الباحث مصطلح الاعتماد طوال البحث).**

أنواع الاعتماد:

أ)الاعتماد النفسي Psychic Dependence: يرى مشاقبة (2007) بأنه تعود الفرد على تناول عقار ما لما يسببه هذا العقار من الشعور بالارتياح والإشباع للحاجات النفسية والفكرية والعاطفية حيث يشعر الفرد بأن تعاطي العقار سيجعله أحسن حالاً ويعتقد الفرد بأن العقار سوف يؤدي إلى التخلص من الخوف والتوتر والقلق ويؤدي للراحة النفسية (ص24). ويرى الهذال وخليفة (2003) أن الاعتماد النفسي موقف فيه شعور بالرضا مع دافع نفسي يتطلب التعاطي المستمر أو الدوري لمادة نفسية بعينها لاستثارة المتعة أو لتحاشي المتاعب . وتعتبر هذه الحالة النفسية هي أقوى العوامل التي ينطوي عليها التسمم المزمن بالمواد النفسية (ص38) . ومن العقاقير المسببة للاعتماد النفسي : المنشطات والكوكائين والحشيش وعقاقير الهلوسة والقات والتبغ والقهوة والمسكنات والغازات الطيارة (الجوهي ، 1998، 8) .

ب) الاعتماد العضوي Physical Dependence: تعرفه منظمة الصحة العالمية بأنه : حالة من التكيف الفيزيائي مع العقار وبه ، بحيث يحدث عند غيابه حالة من الاضطراب تسمى حالة الانسحاب ، وتشمل هذه الحالة عدد من الأعراض والعلامات النفسية والفزيائية الخاصة بكل نوع من العقاقير (عويضة ، محمود ، وسيد ،فهيم ،1996 ، 65) . ويعتبر الاعتماد العضوي عاملا قويا في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية ، أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب (الهذال وخليفة ، 2003 ، 39) . ومن العقاقير المسببة للاعتماد النفسي والعضوي : الكحول والمنومات والمهدئات والأفيون ومشتقاته (الجوهي ، 1998 ، 19) .

وقد صنف الزراد و أبو مغيصيب (2001، 36) فاعلية الاعتماد الجسدي والنفسي ووسيلة التعاطي وأثر زيادة الجرعة والفاعلية الشاملة لزيادة الاستخدام للمواد المخدرة وفقاً للجدول رقم (1) :

جدول رقم (1)

فاعلية الاعتماد الجسدي والنفسي ووسيلة التعاطي وأثر زيادة الجرعة والفاعلية الشاملة لزيادة الاستخدام للمواد المخدرة:

اسم العقار	وسيلة التعاطي	زيادة الجرعة	فاعلية الإعتماد		الفاعلية الشاملة لفرط الإستعمال
			الجسدي	النفسي	
الكحول	شراب	نعم	نعم	مرتفع	مرتفع
الكافيين	شراب	نعم	لا	معتدل	أدنى حد
النيكوتين	تدخين	نعم	لا	مرتفع	مرتفع
الكوكايين	استنشاق	نعم	لا	مرتفع	مرتفع
المهدئات	حبوب أو حقن في الوريد	نعم	نعم	مرتفع	أدنى من المعتدل
الأمفيتامين	حبوب أوكبسولات أو حقن في الوريد	نعم	نعم	مرتفع	مرتفع
الأفيون والمورفين	تدخين ، حقن أو استنشاق	نعم	نعم	مرتفع	مرتفع
الحشيش	تدخين أو استنشاق	لا	لا	معتدل	أدنى من المعتدل
المهلوسات	حبوب ، شراب ، تدخين	نعم	لا	مرتفع	معتدل

ويتضح من الجدول السابق قوة أثر المخدرات على الفرد حيث تحدث إعتماد نفسياً أو عضوياً أو كلاهما .

التحمل Tolerance: يرى روبرت و فالفي Robert & Valevie (1999) أن التحمل هو: " أن الشخص الذي قد اعتاد تعاطي جرعة محددة من مادته المخدرة (المفضلة لديه) كان يحصل منها على آثار نفسية وجسدية مرضية له أصبح هذا الاعتياد للجرعة نفسها لم يعد يرضيه ويشبعه كما كان من قبل ولذا يعمل الشخص إلى زيادة تعاطي الجرعة المعتادة وقد تقوده هذه الجرعة إلى الوفاة " (ص11).

ويعرف عبد الحميد (1993) التحمل بأنه مع استمرار عملية التعاطي لابد أن يحصل المتعاطي على قدر أكبر فأكبر من المادة المخدرة للحصول على نفس الأثر ، وإلاَ فإن الجرعة التي كان يتعاطاها سابقا لن تحدث الأثر المرغوب الذي اعتاد عليه والذي يسعى إليه (ص15) .

ويشير الزراد (2009) إلى أن " الجسم يقوم بتحطيم وطرح كل ما يدخله من عقاقير أو مواد ، وتكرار الفرد لتناول العقار فإن قدرة الجسم على طرحه تزداد بسبب النشاط الزائد للأنزيمات المحطمة لهذا العقار في الكبد " ، مما يتطلب زيادة الكمية المأخوذة من العقار في المرات اللاحقة وذلك للاستمرار في الحصول على نفس التأثير الذي يحدث في المرات السابقة ، وإذا استمر الفرد بتناول العقار بنفس الكميات السابقة ، فإن خلايا الجهاز العصبي تعتاد عليه ولا تتأثر به كالسابق ، وبالتالي تحتاج هذه الخلايا إلى كمية أكبر من نفس العقار للحصول على التأثير السابق المطلوب (ص21) .

الانسحاب Withdrawal: تعرف منظمة الصحة العالمية الانسحاب بأنه : " مجموعة من الأعراض تختلف في بعض مفرداتها وشدتها تحدث للفرد على أثر الانقطاع المفاجيء عن تعاطي مادة نفسية معينة ، أو تخفيف جرعتها ، بشرط أن يكون تعاطي هذه المادة قد تكرر كثيراً واستمر هذا التكرار لفترات طويلة أو بجرعات كبيرة . وتعتبر حالة الانسحاب دليلاً على أنه كانت هناك حالة اعتماد . ويتوقف منشأ الانسحاب ودوامه على نوع المادة المتعاطاة وجرعتها قبل الانقطاع أو قبل تخفيض الجرعة مباشرة " (سويف ، 1996 ، 24) . ويشيرالانسحاب إلى " مجموعة معينة من الأعراض الجسمية والنفسية التي تحدث عندما يتوقف متعاطي المخدرات عن تناول المخدر ، ومجموعة الأعراض الجسمية المصاحبة للتوقف عن تعاطي الهروين هي أكثر الأعراض دلالة على الآثار الخطيرة لأعراض الانسحاب هذه " (عبدالحميد ، 1993 ، 15) . كما يعني " مجموعة من الأعراض المؤلمة نفسياً أو عضوياً أو كليهما ، والتي تظهر نتيجة للتوقف عن استخدام العقار أو تقليل جرعته . وتختلف هذه الأعراض حسب نوع العقار المستخدم ". ويبدو أن هذه الأعراض تنشأ من نوع كامن من القابلية المفرطة للتهيج في الجهاز العصبي المركزي التي تنشأ من الإفراط المستمر في تناول العقار ، بحيث إن منع العقار عن التعاطي يؤدي إلى استثارة عصبية ويحدث عدد من الآثار المؤلمة والمفزعة أحياناً . وقد تم تحديد الانسحاب في الدليل التشخيصي الرابع الأمريكية (D.S.M.IV,1994,P.120) في ضوء المحكّات التالية :

1) حدوث زملة نوعية خاصة بالمادة بسبب التوقف عن (أو الإقلال من) استخدام للمادة كان مكثفاً وطويلاً .

2) تؤدي الزملة الخاصة بالمادة إلى كرب دال إكلينيكياً أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .

3) لاتتفق الصورة الإكلينيكية العامة مع أي من الاضطرابات النفسية أوالعضوية الأخرى .

التسمم Intoxication: هو: " الحالة التي يتسمم فيها الجسم بسم ما ، أو عقار ، أو مخدر ، ويتم امتصاص المادة في الدم ثم تحمل إلى كل أجزاء الجسم ، ويعتمد تأثير السمية على طبيعة المادة ، وينتج التسمم من السميات البكتيرية والعقارية المؤذية التي غالباً ما ينتج عنها الصداع ، والدوار ، والقيء ، وآلام في المعدة ، وأحياناً غيبوبة ، وتدهور " (فايد ، 2007 ، 53) . كما يعني التسمم : " الحالة التي تعقب تعاطي إحدى المواد النفسية ، وهي حالة تنطوي على اضطرابات في مستوى الشعور ، والتعرف ، والإدراك ، و الوجدان أو السلوك بوجه عام ، وربما شملت كذلك وظائف واستجابات سيكوفسيولوجية . ثم تتلاشى بمرور الوقت ويبرأ الشخص تماماً ، إلاَ إذا كانت بعض الأنسجة قد أصيبت أو ظهرت مضاعفات أخرى . وتتوقف طبيعة المضاعفات التي تنتج عن التسمم على طبيعة المادة المتعاطاة وأسلوب التعاطي " (عبدالمنعم ، 1999 ، 38) .

وقد حدد الدليل الأمريكي التشخيصي الرابع (D.S.M.IV,1994,P.120) محكّات التأثر بالمادة من خلال ظهور :

أ) حدوث زملة نوعية متراجعة خاصة بالمادة بسبب تناولها .

ب) حدوث تغيرات سلوكية أو نفسية لا تكيفية ذات دلالة إكلينيكية بسبب تأثيرات المادة على الجهاز العصبي المركزي (مثل : المشاكسة ، تقلب المزاج ، الاختلال المعرفي ، اختلال الحكم ، اختلال الأداء المهني أو الاجتماعي) وتنشأ أثناء تعاطي المادة أو بعد تعاطيها بقليل .

جـ) ليست الأعراض ناتجة عن مرض جسمي عام ، ولا يمكن تعليلها تعليلاً أفضل باضطراب نفسي آخر .

الشوق (اللهفة) Craving : يعرفه أريف ويسترماي Arif & Westermay (1992) بأنه رغبة قوية في الحصول على آثار مخدر أو مشروب كحولي ، وللشوق بعض الخصائص الوسواسية ، فهي تراود فكر المعتمد وتكون غالباً مصحوبة بمشاعر سيئة (سويف ،1996 ، 18) . ويعرفه رشاد (1997) بأنه الرغبة القوية الملحة لتعاطي أي نوع من العقاقير في أي وقت . وتؤدي حالة الاشتياق هذه إلى تعرض المعتمد لفقد قدرته على التحكم في النفس ، نتيجة التعرض لمثيرات التعاطي الداخلية أو الخارجية ويعتبر الاشتياق هو العامل الحاسم في الانتكاس بعد فترة من التوقف (الجوهي ، 1998 ، 22).

النشوة Euphoria: وحالة النشوة هي: الإحساس الذي يسعى المعتمد دوماً للحصول عليها، بالإضافة إلى ما تمنحه للمعتمد من إحساس واهي بالسيطرة على إحباط الواقع الخارجي ، عن طريق تغيير الوعي ، مما يدفع المعتمد للاستمرار في التعاطي على الرغم مما يترتب على ذلك من خسائر معنوية أو مادية (الجوهي ، 1998 ، 23) . ويبين عرموش (1993) أن الهروين يحدث بعد التعاطي شعوراً عارماً بالنشوة والانشراح والسعادة والدفء في كامل الجسم ، والتحليق في عالم الخيالات الجميلة ، ويؤدي إلى الابتعاد عن الآلام ومشاكل الدنيا وتعقيداتها ومتاعبها ، ويذهب الشعور بالتوتر والعصبية ، ويوصل إلى الراحة والاسترخاء العميق . بالإضافة إلى ذلك يُحدث انقباض حدقتي العين وبطئا في التنفس وضربات القلب وحركة الأمعاء ، ثم يسبب شعوراً قوياً بالنعاس والاسترخاء والرضا ، ويضعف الوعي والتركيز ، وتدوم هذه الحالة من ساعتين إلى أربع ساعات تقريباً ثم تزول بالتدريج (ص62) . كما بين الزراد (2009) أن الأمفيتامينات تُحدث للمتعاطي حالة من التهيج والإحساس بالقوة والعظمة والتفوق ، ويصاحب ذلك الإحساس بالنشوة والسعادة (ص257).

المادة الفعالة نفسياً Psychoactive Substance : وهي المادة التي يتناولها الإنسان أو الحيوان تؤثر في نشاط المراكز العصبية العليا . وقد يكون تأثير هذه المادة في اتجاه التنشيط stimulation ، وقد يكون في اتجاه التخميد sedation ، وقد يكون في اتجاه إحداث بعض الهلاوس (سويف ،1996 ، 26) .

مراحل تعاطي المخدرات: تنقسم مراحل التعاطي إلى أربعة أقسام وهي :

المرحلة الأولى : التعاطي للمرة الأولى (التجريب Exposure) : أي ما يقوم به أفراد من التجريب خاصة الشباب ولم تظهر عليهم أي مشكلات اعتمادية ، وهذا التعاطي لا يمثل أية خطورة على حياتهم لأنهم ليسوا فاقدي السيطرة على تعاطيهم (الهاشم ، 2006 ، 31) . ويرى الباحث أن التجربة الأولى ليست مأمونة لأنها قد تكون الخطوة الأولى نحو الاعتماد على العقاقير .

المرحلة الثانية : التعاطي العرضي أو الاجتماعي Occassional: فغالبية مجربي العقاقير المخدرة لا يستمرون في تعاطيها ، لأنهم يفعلون ذلك على أساس عرضي (وقتي) ولا يتناولون العقار المخدر إلا عند توفر الحصول عليه بسهولة ، ووفقاً لتقبل المجتمع لتعاطي هذا العقار ، وبذلك يكون التعاطي هنا عفوياً. وهؤلاء الأفراد تكون لديهم القدرة على التحكم في تعاطيهم فقد يحاولون إخفاء أو إنكار المشكلات التي قد يتعرضون لها والتي نتجت عن تعاطيهم للمخدرات وهم في بعض الأحيان يتعلمون من خبراتهم السابقة بحيث يتحاشون مثل هذه المشكلات مستقبلاً (فايد ، 2007 ، 52) .

المرحلة الثالثة : التعاطي المنتظم Regular: ففي هذه المرحلة يبحث متعاطوا العقاقير بجدية عن عقارهم المفضل ويحاولون المحافظة على مصادر تزويدهم والتأكد من استمرارية الحصول عليه ، ويكون التعاطي في هذه المرحلة مرة أو مرتين أسبوعيا (فايد ،2007 ، 52) . ويضيف الهاشم (2006) أن هذه المرحلة البداية الأولى للإدمان حيث يتعرض الأفراد هنا إلى مشكلات طبية معقدة مرتبطة بتعاطيهم للمخدرات وتظهر عليهم الأعراض الانسحابية عندما يضطرون للتوقف عن التعاطي ، فهم عادة ما يكونوا فاقدين السيطرة على تعاطيهم (31).

المرحلة الرابعة : مرحلة الاعتماد على المخدرDependence: وفي هذه المرحلة يصبح استعمال واحد أو أكثر من العقاقير الخاصة جزءاً رئيساً من حياة المتعاطي ، وستقابل أي محاولة لفصل المتعاطي عن العقاقير بمقاومة قوية (فايد ، 2007 ، 52) . وهذا المستوى يمثل اعتماداً واضحاً على تعاطي المخدرات ، إذ تظهر على المعتمدين هنا جميع الأعراض المرتبطة بتعاطي المخدرات والتي تشتمل على مشكلات اجتماعية وطبية وقانونية ومادية ومهنية وشخصية كنتيجة لتعاطيهم للمخدرات وهم فاقدين

فاقدين السيطرة تماماً على تعاطيهم للمخدرات مع احتمالية وجود شيء من الإنكار لبعض المشكلات المرتبطة بتعاطيهم المخدرات (الهاشم ،2006 ، 31) .

ويمكن تلخيص مراحل تعاطي المخدرات وفقا للجدول رقم (2) :

جدول رقم (2) يوضح مراحل تعاطي المخدرات :

المرحلة الأولى	المرحلة الثانية	المرحلة الثالثة	المرحلة الرابعة
مرحلة التجريب ، يتم التعاطي فيها لمرة واحدة.	التعاطي العرضي أو الإجتماعي . حيث تكون مؤقته وحسب بعض المناسبات الاجتماعية ويستطيع المتعاطي التحكم في تعاطيه .	التعاطي المنتظم حيث يتعاطى الفرد مرة إلى مرتين أسبوعيا وهي بداية مرحلة الاعتماد ويصعب على المعتمد التحكم فيها ويحاول الاستمرار فيها .	وهي مرحلة الاعتماد لمخدر واحد أو أكثر ويستحيل على المتعاطي تركها ويقاوم تركها بقوة ، ويكون عاجزا عن ترك المخدر ومعتمدا عليه حيث يعتبر أساسيا في حياته .

ومن خلال الجدول السابق يتبين أهمية سرعة العلاج للمتعاطي قبل أن يصل لمرحلة التعاطي المنتظم (المرحلة الثالثة) أو مرحلة الاعتماد على المخدرات (المرحلة الرابعة) .

الاضطرابات المرتبطة بتعاطي مواد Substance – Related Disorders :

حيث شخصها الدليل التشخيصي الرابع لرابطة علم النفس الأمريكية (D.S.M IV ،1994) ، وقام الباحث بتلخيصها وكتابتها في هذا البحث لأن الاعتماد على المخدرات يؤدي الى الكثير من الاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب وخاصة الامفيتامينات التي تتسبب في كثير من القلق لدى المعتمد عليها .

- وتنقسم الاضطرابات المرتبطة بتعاطي مواد إلى مجموعتين : اضطرابات استخدام المواد ، والاضطرابات الناتجة عن تعاطي مواد :

اضطرابات استخدام المواد Substance Use Disorders(-D.S.M.IV,1994,P.109-199) وتتناول:

الاعتماد على مادة : هو نمط لا تكيفي من استخدام المادة يؤدي إلى اختلال أو كرب ذي دلالة إكلينيكية ، كما يتبين في ثلاثة مظاهر (أو أكثر) مما يلي تحدث في أي وقت خلال فترة الاثني عشر شهراً :

1)التحمل Tolerance ويُعرف بأي مما يلي: أ) الاحتياج إلى زيادة كميات المادة بدرجات ملحوظة للوصول إلى التسمم أو إلى التأثير المرغوب . أو ب) تناقص التأثير بدرجة ملحوظة عند الاستمرار في استخدام نفس الكمية من المادة .

2) الانسحاب Withdrawal ويتمثل في أي مما يلي : أ) زملة الانسحاب المميزة بالنسبة للمادة بسبب الاعتماد على المادة . أو ب) تؤخذ المادة نفسها (أو مادة وثيقة الصلة بها) لإزالة أو تجنب أعراض الانسحاب .

3) غالباً ما يتناول الشخص المادة بكميات أكبر أو لفترة أطول مما كان يعتزم .

4) هناك رغبة مستمرة أو محاولات فاشلة في الإقلال من استخدام المادة أو التحكم فيها .

5) ينفق الشخص قدراً كبيراً من وقته في الأنشطة الضرورية للحصول على المادة .

6) يتم التخلي عن الأنشطة الاجتماعية أو المهنية أو الترفيهية المهمة أو الإقلال منها بسبب استخدام المادة .

7) يستمر الشخص في استخدام المادة رغم علمه بوجود مشكلة جسمية أو نفسية أو متكررة يحتمل أن تكون المادة هي سبب حدوثها أواشتدادها (مثل:استمرار تعاطي الشخص الكوكايين رغم ما تبين

له من إصابته باكتئاب ناتج عن تعاطي الكوكايين ، أو استمراره في الشراب رغم ما تبين له من تفاقم قرحة لديه بسبب تعاطي الكحول) .

8)الاعتماد الفسيولوجي : عندما يكون هناك دلائل على وجود تحمل أو انسحاب . وبدون الاعتماد الفسيولوجي : ليس هناك ما يدل على وجود تحمل أو انسحاب .

سوء تعاطي المواد Substance Abuse: هو نمط لا تكيفي من استخدام المادة يؤدي إلى اختلال أو كرب دال إكلينيكياً ، ويتبين في واحدة أو أكثر مما يلي تحدث خلال فترة اثني عشر شهراً :

1) استخدام متكرر للمادة يؤدي إلى العجز عن تأدية الواجبات الكبرى في العمل أو المدرسة أو البيت (مثل : الغياب المتكرر ، أو ضعف الأداء المهني ، الطرد من المدرسة ... ، إهمال الأطفال أو الأسرة) .

2)استخدام متكرر للمادة في مواقف ينطوي فيها الاستخدام على مخاطر جسمانية (مثل أن يقود الشخص سيارة وهو تحت تأثير المخدر) .

3) مشكلات قضائية متكررة مرتبطة بالتعاطي .

4) يستمر الشخص في استخدام المادة رغم وجود مشكلات اجتماعية وبينشخصية متكررة تم حدوثها أو اشتدادها من جراء تأثير المادة (مثل مشاحنات مع الزوج أو الزوجة ، مشاجرات جسمانية) ويبين الجدول رقم (3) أي الفئات المحددة من المواد لديها زملة محددة من زملات الاعتماد أو سوء التعاطي أو التسمم أو الانسحاب .

جدول رقم (3)

يوضح التشخيصات المرتبطة بفئا ت المواد المخدرة :

المواد	اعتماد	سوء التعاطي	تسمم	انسحاب
الكحول	√	√	√	√
الأمفيتامينات	√	√	√	√
الكافيين			√	
القنب (الحشيش)	√	√	√	
الكوكايين	√	√	√	√
المهلوسات	√	√	√	
(المستنشقات)	√	√	√	
النيكوتين	√			√
الأفيونات	√	√	√	√
الفينسيكليدين	√	√	√	
المهدئات والمنومات ومزيلات القلق	√	√	√	√
مواد متعددة	√			
ويلاحظ أن الأمفيتامينات لها جميع الآثار من اعتماد وسوء تعاطي وتسمم وانسحاب .				

اضطرابات تعاطي مواد Substance – Induced Disorders :

حيث وردت في الدليل التشخيصي الرابع (D.S.M IV,1994,199-235) الاضطرابات الناتجة كالتالي :

هذيان تعاطي مواد Substance – Induced Delirium :

أ-هذيان التسمم بمادة Substance Intoxication Delirium :

1) اضطراب الوعي (أي نقص الوضوح في إدراك البيئة الخارجية) مع نقص القدرة على تركيز الانتباه

2) وجود تغير في الوظيفة المعرفية (مثل عجز أو تعطل الذاكرة) فقدان التوجيه (عدم الاهتداء ، اضطراب اللغة) .

3) ينشأ الاضطراب خلال فترة قصيرة من الزمن (عادة من ساعات إلى أيام) ويميل إلى التماوج على مدار اليوم .

4) هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية إما على (1) أو (2) : نشأت أعراض المعيارين 1 ،2 أثناء التسمم . أو كان لاستخدام دواء معين علاقة سببية بحدوث الاضطراب .

ب – هذيان انسحاب مادة Substance Withdrawal Delirium

1)اضطراب الوعي (أي نقص في إدراك البيئة الخارجية) مع نقص القدرة على تركيز الانتباه .
2)وجود تغير في الوظيفة المعرفية (مثل اضطراب الذاكرة ،فقدان التوجيه ، اضطراب اللغة) أو نشوء اضطراب في الإدراك الحسي لا يمكن تعليله تعليلاً أفضل على أنه نتاج عته موجود سلفاً . 3)ينشأ الاضطراب خلال فترة قصيرة من الزمن (عادة من ساعات إلى أيام) ويميل إلى التماوج على مدار اليوم

4) هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية تشير إلى أن الأعراض في المعيارين (1) و(2) نشأت أثناء زملة الانسحاب أو بعدها .

العته المستمر من تعاطي مواد Substance –Induced Persisting Dementia:

أ- نشأة اختلالات معرفية متعددة تتمثل في :

1) اضطراب الذاكرة (اختلال القدرة على تعلم معلومات جديدة أو تذكر معلومات سبق تعلمها) .

2)وجود واحد أو أكثر من الاضطرابات المعرفية التالية :

-الحبُسة Aphasia(اضطراب اللغة) .

- الخرق Apraxia (عدم القدرة على تأدية الأعمال الحركية على الرغم من سلامة الوظيفة الحركية).

- العَمة Agnosia (عدم القدرة على تمييز الأشياء أو التعرف عليها على الرغم من سلامة الوظيفة الحسية)

- اضطرابات في الوظائف التنفيذية (أي التخطيط ، التنظيم ، الترتيب ، التجريد)

ب – تؤدي الاختلالات المعرفية المذكورة في كل من المعيارين أ (1) ، أ (2) إلى قصور كبير في الأداء الوظيفي الاجتماعي أو المهني ويمثل انحدارا كبيرا عن مستوى الأداء السابق .

جـ – الاختلالات المذكورة لا تحدث على وجه الحصر أثناء المسار المرضي للهذيان وتتجاوز المدة المعتادة للتسمم بالمادة أو لانسحابها .

د – هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية تشير إلى أن الاختلالات المذكورة مرتبطة سببيا بالتأثيرات المستمرة لاستخدام مادة (مثل عقار إدماني)

اضطراب النساوة الناتج عن تعاطي مواد Amnestic Disorder:

أ- حدوث اختلال للذاكرة يتمثل في عدم القدرة على تعلّم معلومات جديدة أو عدم القدرة على تذكر معلومات سبق تعلمها .

ب – يؤدي اضطراب الذاكرة إلى اختلال كبير في الأداء الاجتماعي أو المهني ، ويمثل انحداراً كبيرا عن مستوى الأداء السابق .

جـ – لا يحدث اضطراب الذاكرة على وجه الحصر أثناء المسار المرضي للهذيان أو للعته ، ويتجاوز المدة المعتادة للتسمم بمادة أو لانسحابها .

د – هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية تشير إلى أن اضطرابات الذاكرة مرتبطة سببيا بالتأثيرات المستمرة لاستخدام مادة (مثل : عقار إدماني) .

الاضطرابات الذهانية الناتجة عن تعاطي مواد Substance-Induced Psychotic Disorders:

أ- هلاوس أو ضلالات بارزة .

ب –هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية إما على (1)وإما على (2) :

1) نشأة أعراض المعيار (أ) أثناء أو خلال شهر من التسمم بمادة أو التوقف عن تعاطيها (انسحاب).

2) كان لاستخدام دواء معين علاقة سببية بحدوث الاضطراب .

جـ – لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلاً أفضل بوصفه اضطراباً ذهانياً غير ناتج عن تعاطي مادة، تشمل الأدلة على أن الأعراض يمكن تعليلها تعليلاً أفضل على أنها أعراض اضطراب ذهاني غير ناتج عن تعاطي مادة وتشمل ما يلي :

1) إذا كانت الأعراض سابقة على بداية استخدام المادة .

2) إذا استمرت الأعراض لفترة كبيرة (شهر مثلاً) بعد توقف الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد ، أو كانت زائدة كثيراً عما هو متوقع بالنظر إلى صنف المادة أو كميتها أو مدة استخدامها .

3) إذا كانت هناك قرائن أخرى على وجود اضطراب ذهاني مستقل غير ناتج عن تعاطي مواد (مثل وجود تاريخ مرضي لنوبات مرضية متكررة غير مرتبطة بتعاطي مواد) .

د – لا يحدث الاضطراب على وجه الحصر أثناء المسار المرضي للهذيان .

اضطرابات المزاج الناتج عن تعاطي مواد Substance – Induced Mood Disorders:

أ- اضطراب بارز ومستمر في المزاج يطغى على الصورة الإكلينيكية ويتم بإحدى السمتين الآتيتين أو بكلتيهما : 1)مزاج مكتئب أو نقص الاهتمام أو الاستمتاع بجميع الأنشطة . 2) مزاج مرتفع أو متعاظم .

ب – هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية إما على (1) وإما على(2): 1)نشأة أعراض المعيار (أ) أثناء ، أو خلال شهر من التسمم بمادة أو التوقف عن تعاطيها (انسحابها) . 2) كان لاستخدام دواء معين علاقة سببية بحدوث الاضطراب .

جـ – لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلاً أفضل بوصفه اضطراب مزاج غير ناتج عن تعاطي مادة. وتشير الأدلة إلى أن الأعراض يمكن تعليلها تعليلا أفضل وإلى أنها أعراض اضطراب مزاج غير ناتج عن تعاطي مادة . وتشمل ما يلي:

1) إذا كانت الأعراض سابقة على بداية استخدام المادة .

2) إذا استمرت الأعراض لفترة كبيرة (شهر مثلاً) بعد توقف الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد ، أو كانت زائدة كثيراً عما هو متوقع بالنظر إلى صنف المادة أو كميتها أو مدة استخدامها .

3) إذا كانت هناك قرائن أخرى على وجود اضطراب مزاج مستقل غير ناتج عن تعاطي مواد (مثل وجود تاريخ مرضي لنوبات اكتئاب عظمى متكررة) .

د – لا يحدث الاضطراب على وجه الحصر أثناء المسار المرضي للهذيان .

هـ – تؤدي الأعراض إلى كرب دال إكلينيكياً أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .

اختلال الوظيفة الجنسية الناتج عن تعاطي مواد Substance –Induced Sexual Dysfunction:

أ- وجود اختلال دال إكلينيكياً في الوظيفة الجنسية ومسبب لكرب ملحوظ أو مصاعب بينشخصية يطغى على الصورة الإكلينيكية .

ب – هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية على أن اختلال الوظيفة الجنسية يفسر تعاطي المواد تفسيراً تاماً ، كما يتبين إما في (1) أو (2) :

1) نشأة أعراض المعيار (أ) أثناء ، أو خلال شهر من التسمم بمادة أو التوقف عن تعاطيها (انسحابها)

2) كان لاستخدام دواء معين علاقة سببية بحدوث الاضطراب .

جـ – لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلاً أفضل بوصفه اختلال وظيفة جنسية غير ناتج عن تعاطي مواد . وتشمل الأدلة على أن الأعراض يمكن تعليلها تعليلاً أفضل بوصفها أعراض اختلال وظيفة جنسية غير ناتج عن تعاطي مادة تشمل ما يلي :

1) إذا كانت الأعراض سابقة على بداية استخدام المادة (أو استعمال الدواء) .

2) إذا استمرت الأعراض لفترة كبيرة (شهر مثلاً) بعد توقف الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد ، أو كانت زائدة كثيرا عما هو متوقع بالنظر إلى صنف المادة أو كميتها أو مدة استخدامها .

3) إذا كانت هناك قرائن أخرى على وجود اختلال وظيفي جنسي مستقل غير ناتج عن تعاطي مواد (مثل وجود تاريخ مرضي لنوبات متكررة غير مرتبطة بتعاطي مواد) .

اضطراب النوم الناتج عن تعاطي مواد Substance –Induced Sleep Disorder:

أ–اضطراب واضح في النوم بلغ من الشدة مبلغا يسترعي معه انتباهاً إكلينيكياً مستقلاً .

ب– هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أوالنتائج المعملية تشيرإما إلى (1) وإما إلى(2): 1) حدثت الأعراض المذكورة في المعيار (أ) أثناء ، أو خلال شهر من التسمم بمادة أو انسحابها.

2)كان لاستخدام دواء معين علاقة سببية بحدوث اضطراب النوم .

جـ – لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلاً أفضل بوصفه اضطراب نوم غير ناتج عن تعاطي مادة . وتشمل الأدلة على أن الأعراض يمكن تعليلها تعليلاً أفضل بوصفها أعراض اضطراب نوم غير ناتج عن تعاطي مادة تشتمل ما يلي:

1) إذا كانت الأعراض سابقة على بداية استخدام المادة .

2) إذا استمرت الأعراض لفترة كبيرة (شهر مثلاً) بعد توقف الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد ، أو كانت زائدة كثيرا عما هو متوقع بالنظر إلى صنف المادة أو كميتها أو مدة استخدامها .

3) إذا كانت هناك قرائن أخرى على وجود اضطراب نوم مستقل غير ناتج عن تعاطي مواد .

د – لا يحدث الاضطراب على وجه الحصر أثناء المسار المرضي للهذيان .

هـ – يؤدي اضطراب النوم إلى كرب دال إكلينيكياً أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .

اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد Substance –Induced Anxiety Disorder:

أ- قلق ظاهر ، أو نوبات هلع ، أو وساوس ، أو أفعال قهرية تطغى على الصورة الإكلينيكية .

ب- هناك دلائل من التاريخ المرضي أو الفحص الجسمي أو النتائج المعملية إما على (1) وإما على (2):

1) نشأت أعراض المعيار (أ) أثناء أو خلال شهر من التسمم بمادة أو التوقف عن تعاطيها (انسحابها)

2) كان لاستخدام دواء معين علاقة سببية بحدوث الاضطراب .

جـ – لا يمكن تعليل الاضطراب تعليلاً أفضل بوصفه اضطراب قلق غير ناتج عن تعاطي مادة . وتشمل الأدلة على أن الأعراض يمكن تعليلها تعليلاً أفضل بوصفها أعراض اضطراب قلق غير ناتج عن تعاطي مادة وتشمل ما يلي :

1) إذا كانت الأعراض سابقة على بداية استخدام المادة .

2) إذا استمرت الأعراض لفترة كبيرة (شهر مثلاً) بعد توقف الانسحاب الحاد أو التسمم الشديد ، أو كانت زائدة كثيرا عما هو متوقع بالنظر إلى صنف المادة أو كميتها أو مدة استخدامها .

3) إذا كانت هناك قرائن أخرى على وجود اضطراب قلق مستقل غير ناتج عن تعاطي مواد .

د – لا يحدث الاضطراب على وجه الحصر أثناء المسار المرضي للهذيان .

هـ – يؤدي الاضطراب إلى كرب دال إكلينيكياً أو اختلال في الأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى .

ويبين الجدول رقم (4) الاضطرابات الناتجة عن تعاطي مواد والمرتبطة بفئات المواد :

جدول رقم (4)

يوضح الاضطرابات الناتجة عن تعاطي مواد والمرتبطة بفئات المواد :

المادة	هذيان التسمم	هذيان الانسحاب	العته	اضطراب النساوة	اضطراب ذهاني	اضطراب مزاج	اضطراب قلق	اختلال الوظيفة الجنسية	اضطراب النوم
الكحول	I *	W	P	P	I/W	I/W	I/W	I	I/W
الأمفيتامينات	I				I	I/W	I	I	I/W
الكفايين	I						I		I
القنب (الحشيش)	I				I		I		
الكوكايين	I				I		I		
المهلوسات	I				I*	I	I		
المستنشقات	I		P			I	I		
الأفيونات	I				I	I		I	I/W
الفينسيكليدين	I				I	I	I		
المهدئات ومزيلات القلق	I	W	P	P	I/W	I/W	W	I	I/W

ويتضح من الجدول السابق أن المخدرات تسبب آثارا قوية على الفرد ، فمثلا الأمفيتامينات تسبب اضطراب ذهاني ، واضطراب مزاج ، واضطراب قلق ، واختلال الوظيفة الجنسية ، واضطراب النوم.

---

* ملاحظة : 1) I تشير إلى أن المحدد (ذو بداية أثناء التسمم) قد يذكر في الفئة التشخيصية (باستثناء هذيان التسمم) .

2) W تشير إلى أن المحدد (ذو بداية أثناء الانسحاب) قد يذكر في الفئة التشخيصية (باستثناء هذيان الانسحاب) .

3) I/W تشير إلى أنه إما (ذو بداية أثناء التسمم) أو (ذو بداية أثناء الانسحاب) قد يذكر في الفئة التشخيصية ، .

4) وأن P تشير إلى أن الاضطراب مستمر .

النظريات المفسرة للسلوك الاعتمادي:

يتناول هذا الفصل النظريات المفسرة للسلوك الاعتمادي كالتالي:

التفسير الوراثي : يفسر هذا الاتجاه الاعتماد على العقاقير بأنها عملية وراثية ، فالاعتماد على الكحول ومضاعفاته يزيدان في أسر المعتمدين بصورة خاصة .وقد استمدت هذه البيانات بناءً على نتائج الدراسات التي اهتمت بدراسة علاقة الوراثة بالاعتماد مثل : أ) دراسة التاريخ العائلي : قام عدد من الباحثين بتحليل التاريخ النفسي والإجرامي لرجال مدمنين وافترضوا وجود نوعين متمايزين على الأقل للاستهداف الوراثي لسوء استعمال الكحول ، النوع الأول سوء استعمال الكحول والنوع الثاني الشكل الذكري المحدد . ووجدوا أن الشكل الذكري المحدد (عن طريق الأب) كان موَرثاً بدرجة عالية وحصل فيه كل من المعتمدين الذكور والآباء البيولوجيين على تاريخ علاجي مركز لكل من سوء استعمال الكحول والإجرام الخطير (فايد ، 2007، 162) . ب) دراسة التوائم : لقد أسفرت نتائج الدراسات التي أجريت على التوائم بأن الشقيقين التوأمين يتشابهان في عاداتهم لتناول الكحول أكثر من الشقيقين غير التوأمين . كما اتضح من الدراسات التي أجريت على عينة كبيرة من التوائم غير المريضة أن الثلث من التباين في النماذج العادية لاستهلاك الكحول خاضع لتحكم جيني ، أما الثلثان الباقيان مقسمان بين تأثيرات ثقافية داخل الأسرة (كالاتجاهات الوالديّة نحو الشرف) ، وبين عوامل بيئية خارج الأسرة (كالضغط المهني لتناول الكحول أو عدم تناوله) (فايد ، 2007، 162) . والعوامل الجينية ليست وحدها تؤثر في اعتماد الأفراد ، لكن العوامل البيئية وفكرة الأفراد حول المخدرات وتأثيراتها والعائلة وتأثيرات الرفاق والضغوط اليومية والقيم الثقافية ، كلها تشترك مع العوامل الوراثية في مشكلة الاعتماد (مشاقبة ،2007، 61) .

التفسير البيولوجي Biological Theories : تنسحب اهتمامات هذا الاتجاه أساساً إلى البناء الكيميائي للمخدر من ناحية ، وآثاره على البدن من ناحية أخرى . كما يهتم هذا الاتجاه بتفسير كيفية حدوث الاعتماد والتحمل . وأن هناك مواد يفرزها المخ بشكل طبيعي لتسكين آلامنا ، والتي تعرف باسم الاندروفينات Endorphins والانسيفاليات Encephalins ، وهي مواد تشبه في تركيبها مشتقات الأفيون ، أي أن هناك أفيوناً داخلياً يفرز من مخ الإنسان ، يسكن آلامه ويبدو أن المعتمد هو إنسان كان

حظه أقل في أفيون المخ ولذلك يلجأ لأفيون الشجرة (فايد ، 2007، 165) . كما يفسر هذا الاتجاه الاعتماد على أساس وجود نوعين من المستقبلات Receptors على جدار الخلية العصبية : مستقبلات دوائية يؤدي تفاعلها مع العقار إلى مفعول دوائي ومستقبلات ساكنة وغير نشطة لا تتفاعل مع العقار . ويؤدي تناول العقاقير بصفة مستمرة إلى تنشيط المستقبلات الساكنة وتتحول إلى مستقبلات دوائية مما يؤدي إلى حاجة الفرد إلى جرعات متزايدة من العقار كي تسبب نفس المفعول للعقار ، وعند الاقلاع المفاجيء عن تعاطي العقار تنشط المستقبلات الزائدة وتؤدي إلى ظواهر غير طبيعية مثل الأرق والهلوسة (أعراض الانسحاب) ، ويمكن أن تكون هذه الأعراض نفسية أو بدنية ، معتدلة أو شديدة ، قصيرة أو طويلة ، ويعتمد ذلك على العقار والفرد والتكوين النفسي للفرد والبيئة والظروف الاجتماعية (فايد ، 2007 ، 166) . وتفترض نظرية الفائض العقاقيري وجود ممرين يؤثر بواسطتها العقار على المخ ، ممر أولي وهو الذي يشبه العقار في الحالات العادية ، إذ أن هذا الممر الأخير يهبط نشاطه في الحالات العادية ، أما في حالات الاعتماد فيؤدي تشبع الممرالأولي إلى تنشيط الممر الثانوي أيضا فتزداد كميات العقار التي يحتاجها المعتمد ، كما أن الإقلاع الفُجائي يؤدي إلى نشاط مكثف في المخ من ممرين بدلا من ممر واحد فتنشأ أعراض الانسحاب (فايد ،2007 ، 166) . وتشير نظرية التمثيل الغذائي إلى أن المعتمد على مخدر ما ، يتعاطى هذه المادة في بداية الأمر للحصول على المتعة الجسمية ومع الاستمرار في التعاطي وازدياد الجرعة فإن المادة الأساسية في تركيب المخدر تدخل في المراحل الأساسية للتمثيل الغذائي والحيوي داخل الخلية ، وهكذا تصبح المادة المخدرة ضرورية للجسم للقيام بوظائفه الطبيعية بصورة أفضل (الجوهي ، 1998 ، 32) . وبصورة عامة فإن العقاقير تؤثر على الخلايا العصبية فتغير من قدرتها على الاستثارة ، إن العقاقير المثبطة كالكحول ، والمهدئات ، والمستحضرات الأفيونية تؤدي إلى نقص شامل في الاستثارة الكهربائية ، بينما تؤدي العقاقير المنشطة كالأمفيتامينات والكوكايين إلى زيادة شاملة في الاستثارة الكهربائية ، والخلايا العصبية من المحتمل أن لها ذخيرة كاملة من الاستجابات التكيفية للتغيرات في استثارتها الطبيعية وأي واحد منها تختارها قد تحدد ما إذا كان الجهاز سيبدي تحتملاً فقط أو تحملاً واعتماداً (فايد ، 2007 ، 167) .

نظرية التحليل النفسي Psychoanalytic Theory : يرى أصحاب هذه النظرية أن المعتمد يلجأ إلى تعاطي المخدرات والكحول من أجل إشباع حاجات طفولية لا شعورية . حيث أن عدم إشباع هذه الحاجات يرجع إلى حالة من الاضطراب والتوتر في مرحلة الصغر . وعندما يكبر الفرد تظهر على شخصيته صفات مثبته سلبية ، منها : الاتكالية وعدم القدرة على تحمل الألم مما يؤدي بالفرد إلى البحث عن أقرب وأسهل الطرق للوصول إلى تحقيق الاتزان النفسي والبعد عن هذا التوتر والألم .كما تشير هذه النظرية إلى أن المعتمد يواجه مشاعر عدوانية بسبب فرط الإتكالية وحاجته إلى مساعدة الآخرين ومعاونتهم له فهو يبرر عدوانيته هذه بالأثر الناتج عن تعاطي الكحول . كما تؤكد النظرية على أن شعورالمعتمد بالذنب نتيجة عدوانية سببه الاعتماد على الكحول ، والذي يدفع المعتمد إلى محاولة تدمير ذاته وقد يؤدي به إلى الانتحار (الهاشم ، 2006، 45) . ويلخص الجوهي (1998 ، 25) التصورات النظرية العامة للمدرسة التحليلية الكلاسيكية في عدة نقاط هي:

1) إن السلوك الاعتمادي ما هو إلاَ نكوص إلى المرحلة الفمية خلال مراحل التطور النفسي الجنسي .

2) إن السلوك الاعتمادي محاولة فاشلة للتكيف ضد متطلبات الواقع .

3) إن السلوك الاعتمادي محاولة لحل الصراع الجنسي النفسي المكبوت في اللاشعور .

4) إن السلوك الاعتمادي ما هو إلا استعادة الواقع المفقود من قبل الراشد وذلك عن طريق استعادة (ثدي الأم) والذي هو غالباً ما يكون المخدر .

النظرية السلوكية Behavioural Theory: تفترض هذه النظرية أن تعاطي الكحول والعقاقير والاعتماد عليها سلوك يتعلمه الإنسان ، فالشخص الذي يشعر بالقلق أو التوتر يتعاطى الكحول أو المخدر ليشعربالهدوء والسكينة ويعتبر الإحساس الأخير جزءاً أو دعماً لتناول هذه المواد في المرات التالية ،ومع استمرار التعاطي يتعلم الشخص تناول المادة لتخفيف آثار الامتناع المزعجة ، (الآثار الانسحابية) (الجوهي ، 1998، 26) . ويطلق مفهوم استخدام المخدرات أو الكحول كمدعم Reinforeement من ذلك التصور لوظيفة المخدر كمدعم للمشاعر الإيجابية التي يحصل عليها المعتمد بعد تعاطيه المخدر ، حيث يحدث المخدر مشاعر النشوة والسعادة (الجوهي ، 1998 ، 28) .

كما أوضح الاتجاه السلوكي أهمية الدور الذي يلعبه الإشراط الكلاسيكي Classical Conditioning والإشراط الإجرائي Operant Conditioning في تكوين واستمرار عادة الاعتماد ، فتعاطي أي عقار عادة ما يدّعم عن طريق عوامل كثيرة وأن هذه المدعمات الإيجابية يمكن أن تزداد عن طريق التدعيم السلبي في صورة الهروب من المواقف المثيرة للقلق ،وبمجرد أن يصبح الفرد معتمداً فسيولوجياً فإن سلوك الاعتماد يستمر بالمدعمات السلبية أكثر ، مع تجنب الأعراض الانسحابية غير السارة ويرى عدد من الباحثين أن الأشخاص يستخدمون العقار لأنهم يتلقون مكافآت على استخدام العقار ، وهذه المكافئات لا تتمثل في المكافآت النفسية الإيجابية (النشوة وخفض الضغوط) فحسب ، بل يتلقون مكافئات اجتماعية كالصداقة الحميمة وقبول أصدقاء آخرين من معتمدي العقاقير ، وهذا يدعم المكافآت الإيجابية لاستخدام العقار والمساهمة في زيادة استخدام العقار (فايد ، 2007 ، 170-171) .

النظرية المعرفية Cognitive Theory: تفسر هذه النظرية الاعتماد على العقاقير بناء على العمليات المعرفية الإدراكية ، فالاعتماد أحد الأساليب السلوكية اللاتكيفية المرضية ، وقد اكتسب المعتمد تلك الأساليب بناء على البنية الفكرية المعرفية لديه . فجوهر النظرية المعرفية أن الأحداث الخارجية ليست هي التي تزعجنا وتكدرنا ولكن تأويلاتنا ومعتقداتنا إزاء هذه الحوادث هي المسببة للكدر والقلق (الحجار ، 1992، 16) . ويرى بيك Beck (1993) أن حدوث الاعتماد يرجع إلى نظام المعتقدات الاعتمادية ، وهي مجموعة من الأفكار التي تركز على البحث عن المتعة وحل المشكلات وعلاجها أو الهروب منها (ص38) .

وتفترض النظرية العقلانية – الانفعالية أن المعتقدات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط ، وهذا ما نجده بخاصة في الاعتماد . وقد طرح أليس Ellis تعبيراً جديداً أسماه قلق الانزعاج discomfort anxiety في وصفه للحالة النفسية الجديدة التي تعتري المعتمد نتيجة تفكيره اللاعقلاني في موضوع اعتماده وهواه وبفعل التحمل المنخفض للإحباط الناجم عن امتناعه عن الشرب أو تناول المخدر . ويتصف هذا القلق المزعج في توقع المعتمد للألم والانزعاج وعدم المسرة والكدر . وهذه المشاعر هي محصلة المعتقد الخاطىء الذي يحمله المعتمد بكون الألم أو الانزعاج هما أمران لا يحتملان من قبله ويتعين عليه عدم تحملهما ، بل ولا يستطيع ذلك .. وهذا المعتقد نراه واضحاً عند المعتمدين ولعل

الديناميكية المعرفية الأولية التي تولد الاعتماد وتبقي على وجوده هي التحمل المنخفض للكف أو الامتناع. فمعظم الأفراد الذين تعتريهم مشكلات ترتبط بالعجز عن السيطرة على النزوات والدوافع ينطبق عليهم التسلسل التالي:

آثار محرضة للشرب ← الميل إلى الشرب← الامتناع عن الشرب أوعلى الأقل تأجيله← تحرض المعتقد الخاطىء مثل: لا أستطيع تحمل الحرمان من الشرب (أي تحمل منخفض للإحباط) ← حدوث قلق الانزعاج ← الحيرة في الخيار من أجل إضعاف قلق الانزعاج ← الاستسلام إلى النزوع إلى شرب (أي تحمل ضعيف للإحباط) الكحول أضعف قلق الانزعاج وخفضه ولكن في الوقت نفسه عزز التحمل الضعيف للإحباط ولعادة الشرب (الحجار ، 1992، 52) .

إن الحرمان المؤقت أو الكف الذي يفرضه المعتمد على نفسه بعدم شرب الكحول أو تعاطي المخدرات يلحق به أو يتبعه عادة شعور بتحمل منخفض للإحباط يصدر عما يدور في ذهنه من أفكار ومعتقدات نابعة من غواية الخمر وارتباط المعتمد بها ، أي المعتقدات اللاعقلانية irrational beliefs وهذه المعتقدات التي تجول في فكره عادة أخذت الصور التالية من الحديث مع الذات :

- أنا غير قادر عن الامتناع عن الشرب أو تعاطي المخدر .
- يتعذر علي ممارسة عملي والتناغم معه .
- لا أمتلك الإرادة الكافية والقوة للوقوف في وجه غواية المخدر أو الخمر .
- يصعب علي مقاومة الرغبة في الشرب .
- سأكون إنساناً محروماً حرماناً قاسياً إذا لم أشرب الخمر .
- للتغلب على مصاعب الحياة فالخمر هو ملاذي .
- أضيع على نفسي المسرات إذا كنت في جو أنس ومتعة ولا أشرب فيه الخمر أو أتعاطى المخدر
- عندما أكون متألماً متكدراً لابد من إزالة ذلك بتناول المخدر . (الحجار ، 1992 ، 52-55) .

ويرى الباحث أن مثل هذه الأفكار الخاطئة عند المعتمد تكون مصدر اضطرابه النفسي وبؤرة ضعفه أمام تناول المخدر بل والاعتماد عليه .

نظرية التفكك الاجتماعي: ترى هذه النظرية أن اختلاف المعايير التي تنظم السلوك بين الوحدات الاجتماعية المختلفة والتي ينتقل الفرد في تفاعله داخل المجتمع بينها(الأسرة ، المدرسة ، جماعة الرفاق، زملاء العمل) فإنه سيحدث للفرد صراعات داخلية تؤدي به إلى العنف والانحراف ، ومع اتساع دائرة معارفه فإن ذلك سيؤدي به إلى حالة من الاضطراب في المخزون المعرفي للمعايير وفي حالة وجود معايير مختلفة بين الجماعات تؤدي إلى صراعات داخلية وإلى أنماط مختلفة من العنف والانحراف (العكايلة ، 2006 ، 150) .

ويرى الباحث أن الأسرة لها عامل أساسي في اضطراب أفرادها ، فوفاة أحد الوالدين ، أو الطلاق ، أو سوء التنشئة الاجتماعية ، أو اعتماد أحد الوالدين على المخدرات يؤدي إلى التأثير على الأبناء وظهور الانحرافات والاضطرابات وربما الاعتماد على المخدرات تخلصاً من ضغوط التفكك الأسري أو سوء التنشئة الاجتماعية . كما أن لجماعة الأقران تأثيراً كبيرا على أفرادها خاصة في سن المراهقة فعندما يتناول أحد أفرادها (خاصة قائد المجموعة نوعاً من المخدرات لإثبات رجولته أو سعادته فإنه يؤثر بالتالي على بقية أفرد المجموعة للانحراف وتعاطي المخدرات) . كما ساعد التطور السياسي والاقتصادي والتكنولوجي الحديث في جعل المواد المخدرة في متناول الجميع ، كما أن ارتفاع مستوى المعيشة في بعض الدول ووقت الفراغ عند الشباب جعلها هدفا لتجار المخدرات (كما هو الحال في المملكة العربية السعودية) .

التفسيرات الخاصة بالسمات الشخصية للمعتمد على العقاقير:

يرى صادق (2005، 29-31) أن الاعتماد على المواد المخدرة والمنشطة أكثر انتشاراً بين أربعة أنواع من الشخصيات وهي: **الشخصية الاكتئابية Depressive Personality**: وهو إنسان أميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس لكثير من الأشياء التي تثير حماس واهتمام الناس .. هذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات والإحساس القوي بالاكتئاب لعدة أيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر ... وبالتالي الاعتماد عليها رغبة منه في رفع معنوياته وجلب السرور الذي يفقده بشكل دائم .

الشخصية الانطوائية Introverted Personality: وهو الإنسان الخجول الحساس الانطوائي الذي يفضل العزلة ويهرب من الناس ... وقد يكتشف هذا الإنسان أن إحدى المواد تزيل خجله وتلغي توتره وتطلق لسانه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل ، فيجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة فيلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده إلى الاعتماد عليها .

الشخصية المكروبة Stressed Personality: وهو إنسان بدون سبب أو ضغوط دائماً قلق ومتوتر وفي عجلة من أمره في كل شيء إلى حد الإرهاق لنفسه ولمن يتعامل ويتفاعل معه .. ولديه درجة عالية من القلق وسهولة الاستثارة والعصبية والاندفاع وعدم الصبر مما يعرضه للخطأ والاحتكاك بالآخرين . ويكتشف أن بعض هذه المواد تزيل كل هذه التوترات وتجعله هادئا مسترخيا ..ويجد نفسه مضطراً لاستعمال هذه المادة بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده سوء الاستعمال إلى الاعتماد عليها .

الشخصية ضد الاجتماعية (السيكوباتية) Sociopathic Personality: وهو إنسان منذ كان صغيراً طفلاً أو مراهقاً عنيفاً عنيداً عدوانياً ليس كبقية الأطفال من الصعب أن تحبه أو تتآلف معه يسرق ويكذب ويهرب من المدرسة ويهرب من المنزل ويؤذي إخوته وأصدقاءه ... هكذا تظهر ملامح الشخصية السيكوباتية في سن مبكرة وترسخ مع الأيام وتزداد عنفا وعدوانية ضد المجتمع من خلال سعيه الدائم نحو تحقيق ملذاته وإرضاء نزواته على حساب الآخرين والقيم المتعارف عليها في المجتمع ...

وهذه الشخصية نظرا لأنها تسعى نحو اللذة السريعة فإنه يتعود أو يعتمد إحدى المواد المخدرة أو المنبهة . وهذه الشخصية تتعاطى وتدفع غيرها للتعاطي . وكل تجار المخدرات هم من الشخصية السيكوباثية .

ويضيف محمود (٢٠١١/٧/٢) **الشخصية الادمانية Addictive Personality:** وهي من الشخصيات الصعبة التي تحتاج لجهد كبير وحذر من المعالجين الذين يتعاملون معها وذلك لتركيبتها المعقدة والتي تتسبب في العديد من الأحوال لتكرار الانتكاسة في حالة التعامل الخاطىء معها وما ينتج عنه من تجاهل للعديد من العوامل التي إذا وضعت في الاعتبار فإنها تساعد على تفادي الانتكاسة ولاتقتصر الشخصية الادمانية على ادمان المخدرات فقط كما يشاع لدى الكثير من الناس ، وكما أن هناك الشخصية الادمانية للمخدرات هناك الشخصية الادمانية للجنس أو العمل أو الانترنت ، وهو مايعكس بطريقة مبسطة معنى الادمان والذي يعني التعلق بشيء ما أو زيادة تدريجية في التعلق بهذا الشيء مع مرور الوقت حتى تصل الشخصية الادمانية في نهاية المطاف إلى أن يكون هذا الشيء (المخدر ، العمل ، الانترنت ..) هوالمحورالذي تدور حوله حياة الشخص كلها مما يؤثر على حياته الاجتماعية التدريجية والاحساس الأولي باللذة الناتجة من هذا السلوك الادماني، وهو المحرك الأساسي للسلوك المميز لهذه الشخصيات ولذلك فهي تجرب سائر أنواع المخدرات حيث أنها عند الاعتماد على مخدر معين تصل إلى درجة من التحمل لتعاطي هذا المخدر لاتمكنها من استرجاع نفس الاحساس والشعور باللذة ، وهو ذلك الاحساس الذي يضل المدمن يبحث عنه بصفة دائمة من وقت لآخر عن طريق الانتقال من مخدرلآخر حتى يصل به الأمر في نهاية المطاف إلى الاعتماد على أكثر من مخدر في وقت واحد أوالزيادة التدريبجية في ساعات العمل أوالجلوس أمام الكمبيوتر .

المحور الثالث: القلق Anxiety:

تعريفات القلق:

القلق في مفهومه اللغوي حسب ما جاء في لسان العرب أنه : " الانزعاج وعدم الثبات ، وأقلق الشيء من مكانه وقلقه : حركه ، والقلق لا يستقر في مكان واحد ، فهو الاضطراب " (ال سلمان ،2003، 13)

أما في مفهومه الاصطلاحي: فيعرفه فرويد : بأنه : " حالة من الخوف الغامض الشديد الذي يتملك الإنسان ويسبب له كثيرا من الكدر والضيق " (العنزي ، 2007 ، 17) . ويعرفه الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (D.S.M IV .1994) بأنه :" حالة مرضية تتصف بالشعور بالرعب ووجود عدد من الأعراض يشترط توفر ثلاثة منها على الأقل هي : وجود صعوبة في التركيز ، وسرعة الانفعال ، وتوتر العضلات وإجهادها ، واضطرابات النوم كما تصاحبه أعراض عضوية تشير إلى النشاط الزائد للجهاز العصبي اللاإرادي " (حجازي ، 2003 ،15) . كما يعرفه عكاشة (1992) بأنه :" شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي يأتي في نوبات تتكرر في نفس الفرد " (ص107) . والقلق هو رد فعل طبيعي لرؤية شيء مخيف أو خطير . فهو ما يشعر به الفرد عندما يكون في مأزق أو تحت ضغوط نفسية أو عند مواجهة أي خطر من أي نوع سواء أكان جسمانيا أو وجدانيا أو ذهنيا . وتظهر الصعوبات عندما تزداد مشاعر القلق وتتسبب في حدوث منع الفرد من القيام بأفضل ما عنده والمغالاة في الشعور بالخطر وعدم القدرة على القيام بالأنشطة اليومية الطبيعية (روبن دانيز ، 2006 ، 35) . ويعرفه إبراهيم (2002) بأنه انفعال يتسم بالخوف والتوجس من أشياء مرتقبة تنطوي على تهديد حقيقي أو مجهول . ويكون من المقبول أحيانا أن نقلق للتحفز النشط ومواجهة الخطر ولكن كثيرا من المواقف المثيرة للقلق لايكون فيها الخطر حقيقا بل متوهما ومجهول المصدر ، ولهذا فإن القلق يشيع أكثر ما يشيع بين هذه الفئة من الناس التي يطلق عليها العلماء اسم (العصابيين Neurotics) أي أن هذه الفئة التعيسة من البشر التي تتوجس شراً من كل موقف ويعيش أفرادها لهذا في انزعاج دائم وخوف (ص9) .

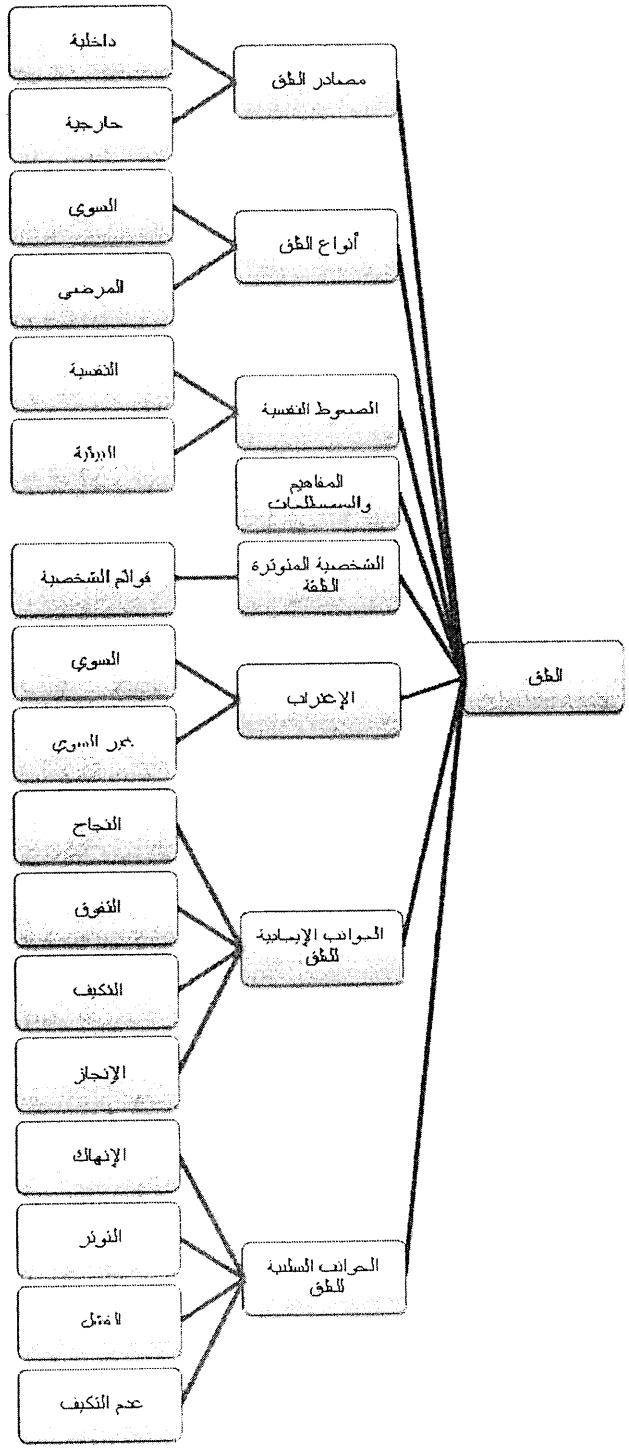
موقع القلق بين الاضطرابات النفسية:

يحدد السبيعي (2006 ، 28– 29) موقع القلق بين الاضطرابات النفسية على الشكل رقم (1):

شكل رقم (1)



كما وضع عثمان (2001 ، 17) خريطة معرفية للقلق تمثل تصوراً شاملاً بحيث تكون الرؤية أوسع حتى نستطيع أن نفهم القلق من خلال الخريطة المعرفية بالشكل رقم (2) : شكل رقم (2)



ويتضح للباحث من الشكلين السابقين أن القلق أحد أهم الاضطرابات النفسية ، وأنه ينقسم إلى قسمين هامين : الأول سوي وطبيعي ، والثاني مرضي يحتاج إلى علاج .

ويتضح من الشكلين السابقين أن القلق أحد أهم الاضطرابات النفسية ، وأنه ينقسم إلى قسمين هامين : الأول سوي وطبيعي ، والثاني مرضي يحتاج إلى علاج .

تصنيف القلق:

يصنف الدليل التشخيصي الأمريكي الرابع (DSM -IV ,1994,236-218) اضطرابات القلق Anxiety Disorders إلى:

1- نوبة الهلع Panic Attack .

2- رهاب الأماكن المفتوحة Agoraphobia .

3-الرهاب المحدد Specific Phobia .

4-الرهاب الاجتماعي Social Phobia .

5-اضطراب الوسواس القهري Obsessive-Compulsive Disorder .

6-اضطراب الضغوط التالية للصدمة Post-Traumatic Stress Disorder .

7-اضطراب القلق العام Generalized Anxiety Disorder .

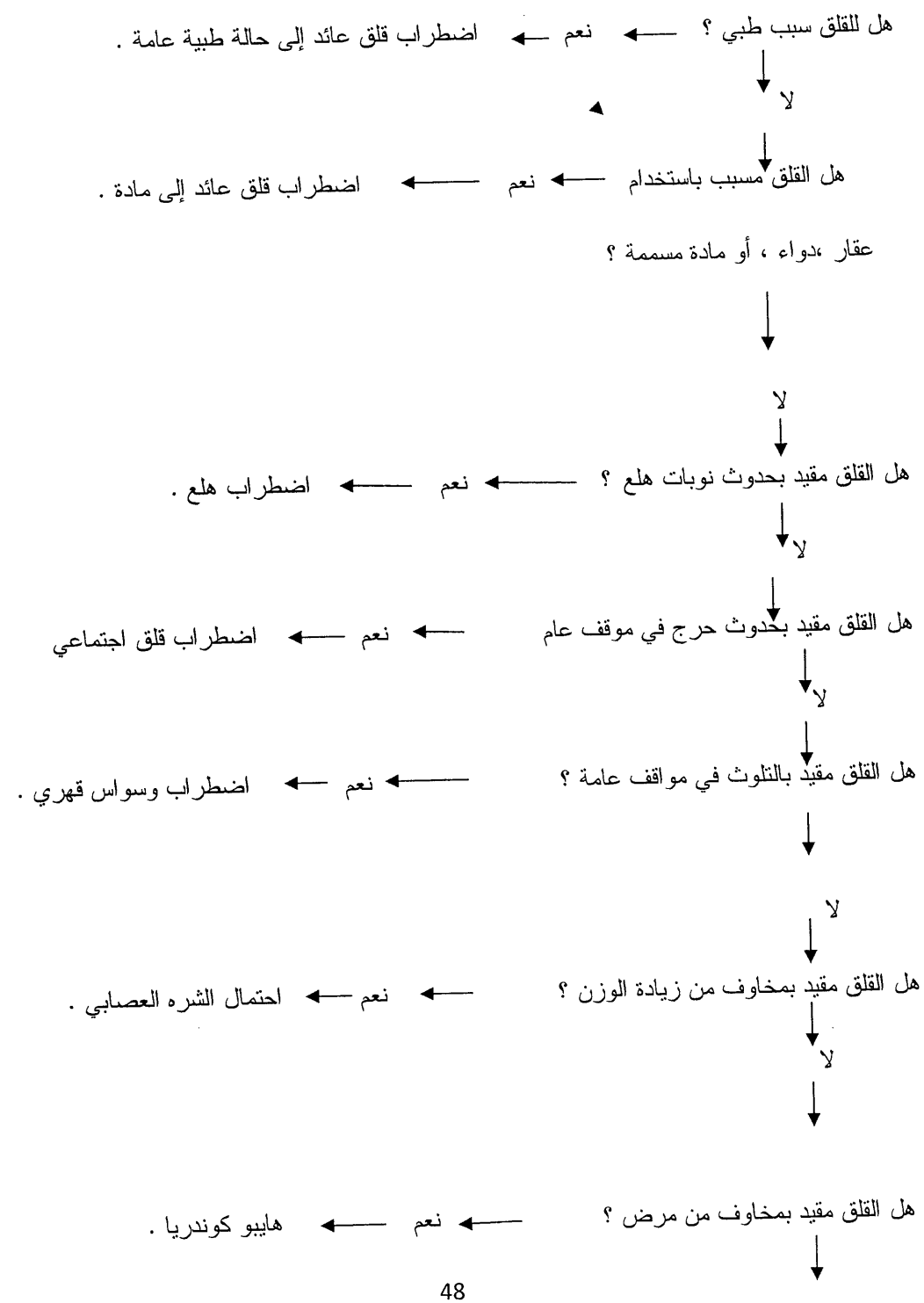
8-اضطرابات قلق نتيجة مرض جسمي عام Physical- Induced - Disorder Anxiety Pisordav .

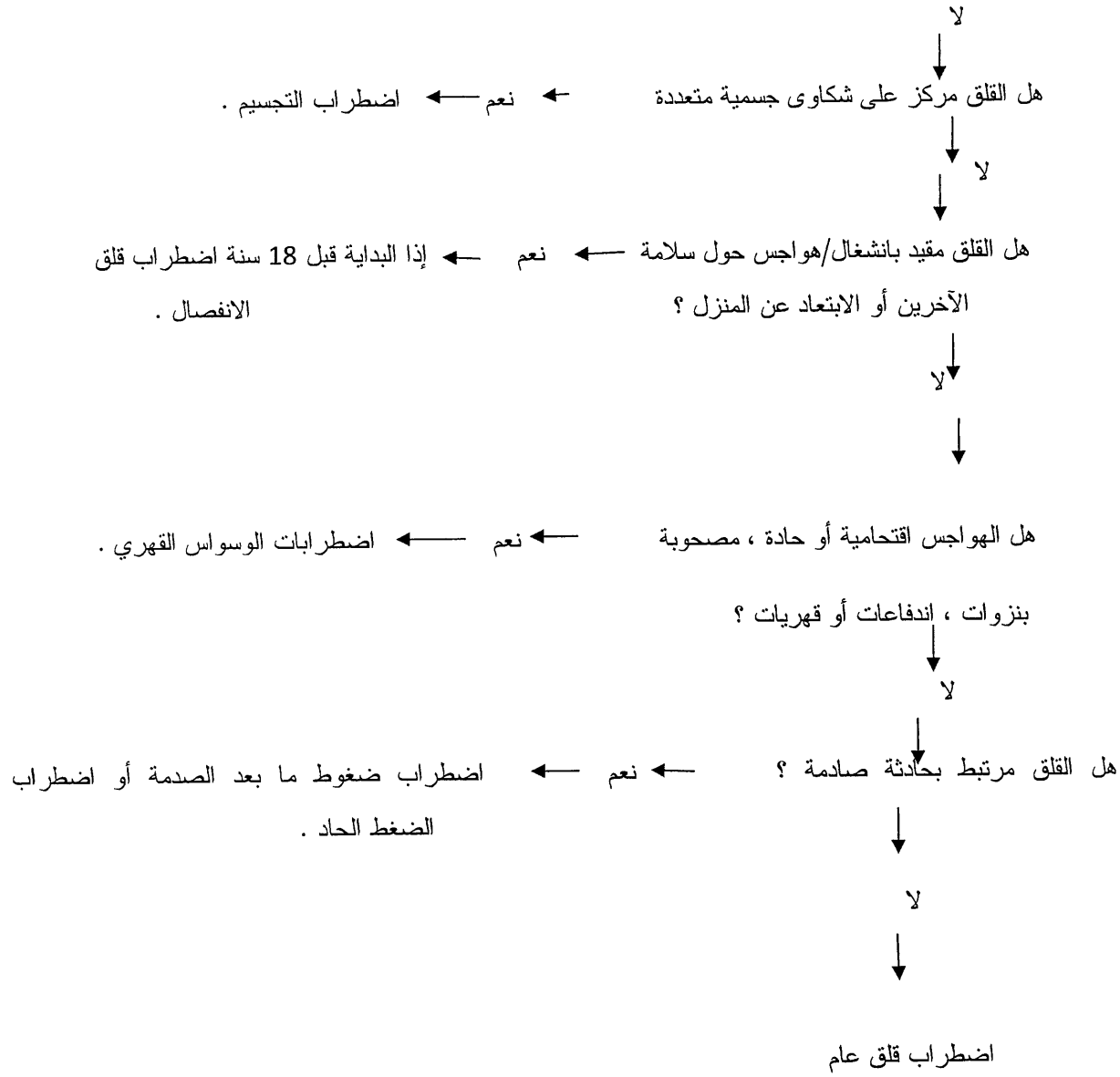
9-اضطراب القلق الناتج عن تعاطي مواد مخدرة Substance –Induced Anxiety Disorder .

تشخيص القلق:

ويلخص فلاح العنزي (2007،86-87) تشخيص اضطراب القلق حسب المخطط في الشكل رقم(3) :

شكل رقم (3) يوضح تشخيص اضطراب القلق :




لا
هل القلق مركز على شكاوى جسمية متعددة
نعم
اضطراب التجسيم .
لا
هل القلق مقيد بانشغال/هواجس حول سلامة الآخرين أو الابتعاد عن المنزل ؟
نعم
إذا البداية قبل 18 سنة اضطراب قلق الانفصال .
لا
هل الهواجس اقتحامية أو حادة ، مصحوبة بنزوات ، اندفاعات أو قهريات ؟
نعم
اضطرابات الوسواس القهري .
لا
هل القلق مرتبط بحادثة صادمة ؟
نعم
اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أو اضطراب الضغط الحاد .
لا
اضطراب قلق عام

ويمثل قلق المستقبل أحد أنواع القلق التي تشكل خطورة في حياة الفرد والتي تمثل خوفاً من مجهول ينجم عن خبرات ماضية وحاضرة يعيشها الفرد وتجعله يشعر بعدم الأمن وتوقع الخطر ويشعر بعدم الاستقرار وتسبب له هذه الحالة شيئاً من التشاؤم واليأس الذي قد يؤدي به في نهاية الأمر إلى اضطراب حقيقي وخطير مثل الاكتئاب أو اضطراب نفسي عصبي خطير (المشيخي ، 2009 ، 43) . كما أكد غانم (2005، 320) بأن معتمدي المخدرات الذين يتم علاجهم من الاعتماد على المخدرات يعانون من قلق وتشاؤم من المستقبل يتمثل في :

1-الخوف من عدم السيطرة على الشوق .

2- الخوف من عدم التغيير في الواقع الخارجي .

3- الخوف من إلحاح الأصدقاء المعتمدين وإغراءاتهم .

4-التشاؤم من حل المشكلات مستقبلاً ..

5-نظرة الاحتقار من قبل الآخرين .

6-استمرار المعاناة من القلق والتوتر والحزن وضعف الثقة بالنفس .

ويرى الباحث أن قلق المستقبل منتشر لدى معتمدي المخدرات خاصة متعاطي المنشطات من الأمفيتامينات والكوكايين ، ويتمثل في القلق من الانتكاسة مستقبلاً والقلق من صعوبة القبول الاجتماعي بعد تعافي المعتمد وخروجه من المستشفى ، والتوتر والأرق وصعوبة النوم عندما يفكر المعتمد في مستقبله ، وصعوبة إيجاد وظيفة والزواج في المستقبل .

أعراض القلق:

للقلق عدد من الأعراض الظاهرة تتمثل في :

الأعراض الجسمية: وتشتمل على الضعف العام ونقص الطاقة الحيوية والنشاط والمثابرة ، وتوتر العضلات ، والنشاط الحركي الزائد واللازمات العصبية الحركية مثل (فتل الشعر أو الشارب ، التجهم ، تقطيب الجبهة ، عض الشفاه ، مص الأصابع ، قضم الأظافر ، وهز الذراعين ، وهز القدم والركبة واتخاذ أوضاع جسمية غير مألوفة ، والتعب والصداع المستمر ، وتصبب العرق ، وعرق الكفين ، وارتعاش الأصابع ، وبرودة الأطراف ، وشحوب الوجه ، وسرعة النبض والخفقان ، وآلام الصدر ، وارتفاع ضغط الدم ، واضطراب التنفس وعسر نوبات التنهد ، والشعور بضيق الصدر ، والدوار والغثيان والإسهال ، وعسر الهضم ، وجفاف الفم والحلق ، وفقد الشهية ونقص الوزن ، واضطراب الوظيفة الجنسية (العنة والقذف السريع عند الرجال والبرود الجنسي واضطراب العادة الشهرية عند النساء) (زهران ، 2005 ، 486-487) .

الأعراض النفسية وتشمل : القلق العام والقلق على الصحة والعمل والمستقبل ، والعصبية والتوتر العام والشعور بعدم الراحة والحساسية النفسية الزائدة وسهولة الاستثارة والهياج وعدم الاستقرار ، والخوف الذي يصل إلى درجة الفزع (يكون الفرد خائفا ولكنه لا يعرف لماذا ويكون لديه شعور أن شيئا ما سيحدث ولكنه لا يعرف ما هو) ، والشك والارتباك ، والتردد في اتخاذ القرارات ، والهم والاكتئاب العابر ، والتشاؤم والانشغال بأخطاء الماضي وكوارث المستقبل ، وتوهم المرض والشعور بقرب النهاية والخوف من الموت ، وضعف التركيز وشرود الذهن وسوء التوافق المهني . وقد يصل الحال إلى السلوك العشوائي غير المضبوط (زهران ،2005، 487) .

الأعراض المعرفية : وتتضمن مجموعة من الخصائص المعرفية التالية :

أ- التطرف في الأحكام : فالأشياء إما بيضاء أو سوداء أي أن الشخص القلق والمتوتر يفسر الموقف باتجاه واحد وهذا فيما يبدو ما يسبب له التعاسة والقلق.

ب – كذلك يميل القلقون العصابيون إلى مواجهة المواقف المختلفة بطريقة واحدة من التفكير .

جـ – كذلك يتبنون القلقون اتجاهات ومعتقدات عن النفس والحياة لاتقوم على دليل منطقي كالتسلطية والجمود ، مما يحول بينهم وبين الحكم المستقل واستخدام المنطق بدلا من الانفعالات .

د – ويميلون للاعتماد على الأقوياء وأصحاب السلطة ، مما يحولهم إلى أشخاص عاجزين عن التصرف بحرية انفعالية (المشيخي ، 2009 ، 19–20) .

أعراض نفسجسمية: كبعض حالات الذبحة الصدرية ، أو ارتفاع ضغط الدم ، أو الربو الشعبي ، وروماتيزم المفاصل ، والقولون العصبي ، والصداع النصفي ، وزيادة إفراز الغدة الدرقية ، وجلطة الشرايين التاجية ، والبول السكري ، وقرحة المعدة والاثنا عشر ، والسمنة ، وبعض الأمراض الجلدية ، والهستيريا (عكاشة ، 1992، 119) .

النظريات المفسرة للقلق:

نظرية التحليل النفسي (فرويد): أوضح المشيخي (2009،20–22) أن تحليل (فرويد) للقلق إشارة إنذار للأنا بأن تقوم باتخاذ مواقفها الدفاعية مستخدمة ميكانيزماتها الخاصة ضد ما يهددها وهي إما أن تنجح في ذلك أو تسقط الأنا فريسة للقلق النفسي . حيث قام فرويد بتحديد أنواع القلق فيما يلي :

أ–القلق الموضوعي:هوخبرة انفعالية مؤلمة ترجع لإدراك الفرد لموضوع ما في محيط عالمه على أنه خطر ومهدد ، والقلق الموضوعي هو استجابة مفهومة للخطر ، ويشمل حالة انتباه حسي متزايد وتوترا حركيا يمهدان الاستجابة للقلق ، ويعني هذا النوع ارتباط القلق بمثير خارجي يتعلق بالأنا وينتج عندما يدرك الفرد خطرا ما في البيئة ، وذلك بهدف الإعداد لمواجهة هذا الخطر والتغلب عليه أو التخفيف من آثاره ،وهذا المفهوم قريب من السواء ومن حالات الخوف لأن كلاهما مرتبط بموضوع محدد بدرجة ما.

ب – القلق العصابي : وهو قلق شديد لا تتضح معالم المثير فيه ، ويبدو على شكل خوف من المجهول ، ويكون مصدره " الهو–الغرائز " وتفشل " الأنا – الذات الواعية " بميكانيزماتها الدفاعية في صدها ، ويحدث القلق في الأنا لاشعورياً بعيداً عن إدراك الشخص.وقد قسم (فرويد) القلق العصابي إلى:

-القلق الهائم:هو حالة خوف عام شائع طليق مستعد لأن يتعلق بأية فكرة لكي يجد مبرراً لوجوده ، ويؤثر في أحكام الفرد ويؤدي إلى توقع الشر . ويتضمن القلق الهائم استجابة مفرطة مبالغاً فيها لمواقف لاتمثل خطراً حقيقياً ، وقد لا تخرج في الواقع عن إطار الحياة العادية ، ولكن الفرد الذي يعاني من القلق يستجيب لها غالباً كما لو كانت تمثل خطراً ملحاً أو مواقف تصعب مواجهتها .

-قلق المخاوف المرضية : وهو كالخوف من الأماكن المتسعة أو المرتفعة أو المغلقة وهي مخاوف تبدو غير معقولة ، ويختلف هذا النوع من القلق عن القلق الموضوعي في ارتباط القلق الموضوعي بخطر خارجي حقيقي عكس المخاوف المرضية .

-القلق الخلقي : هو نوع من الخوف الموضوعي حيث إنه لا يرتبط بموضوع محدد المعالم إلا أنه ليس خارجي المصدر ، بل يكون مصدره "الأنا الأعلى- الضمير " ويبدو في صورة إحساس الأنا بالذنب أو الخجل الناتج عن تهديد " الهو " وذلك في تلك الحالات المتعلقة بالضمير أو القيم أو التقاليد الأخلاقية أو ذات الطابع العقائدي .

النظرية السلوكية: تنظر هذه النظرية إلى القلق على أنه سلوك متعلم من البيئة التي يعيش في وسطها الفرد تحت ظروف التدعيم الإيجابي والتدعيم السلبي ، بل إنهم يفسرون القلق في ضوء الإشراط الكلاسيكي وهو ارتباط مثير جديد بالمثير الأصلي ، ويصبح هذا المثير الجديد قادراً على استدعاء الاستجابة الخاصة بالمثير الأصلي . وهذا يعني أن مثيراً محايداً يمكن أن يرتبط بمثير آخر من طبيعته أن يثير الخوف ، وبذلك يكتسب المثير المحايد صفة المثير المخيف ويصبح قادراً على استدعاء استجابة الخوف ، مع أنه في طبيعته الأصلية لا يثير مثل هذا الشعور . وعندما ينسى الفرد هذه العلاقة تجده يشعر بالخوف عندما يعرض له الموضوع الذي يقوم بدور المثير الشرطي ، ولما كان هذا الموضوع لا يثير طبيعة الخوف فإن الفرد يستشعر هذا الخوف المبهم الذي هو القلق . فقد استطاع جون واطسون Watson أن يزرع خوفاً لدى الطفل (البرت) الذي كان يبلغ من العمر أحد عشر شهراً ، وقد تعود اللعب مع أحد حيوانات التجارب ، ثم شرط واطسون رؤية الطفل لهذا الحيوان بمثير مخيف في أصله وهو سماع صوت عال و مفاجيء وبعد حدوث الإشراط أصبح الطفل يخاف من الحيوان الذي كان تسره رؤيته من قبل .

ويعتبر الحيوان في هذه التجربة بمثابة الموضوعات المثيرة للقلق عند الراشدين مع أنها كانت موضوعات محايدة في أصلها ولكنها ارتبطت بموضوعات مثيرة للخوف (كفافي ، 1999، 272) .

ويرى (دولارد وميلر) أن القلق ما كان يمكن أن يكون ظاهرة شائعة وسائدة إذا ما تعلم الكائن الحي أن يخاف فقط من مثيرات منعزلة والتي من شأنها إثارة الألم في وقت ما ، ولكن رد فعل الخوف يعمم بطريقتين : الطريقة الأولى: أن الكائن الحي ربما يتعلم أن يخاف ليس فقط من مثير الألم ، ولكنه أيضا يخاف من أشياء ارتبطت بالمثير وبالظروف التي فيها تم تعلمه ،وتسمى عملية الترابط هذه بالعلامات. أما الطريقة الثانية التي يتسع فيها ويمتد القلق فهي من خلال تعميم المثيرات ، وأن الكائن يتعلم أن يخاف الموضوعات أو المواقف التي تتشابه وصفيا للموضوعات أو المواقف الأصلية المخيفة بالنسبة له . وتعتمد عملية التعميم المتدرجة على عاملين : 1) درجة التشابه للموضوعات وظروفها أي الظروف الأصلية المثيرة للخوف . 2) قوة دافع الخوف . وإن الخوف من المثيرات الأصلية سوف يكون الأقوى ، وسوف يقل الخوف كلما قل التشابه بين الموضوع الشبيه وبين الموضوع الأصلي (العنزي ، 2007 ،42–43) . ويتفق السلوكيون مع التحليليين في أن القلق يرتبط بالماضي والخبرات السابقة للفرد التي سبق أن اكتسبها وتعلمها في ماضي حياته الأولى (المشيخي ، 2009 ، 27) .

النظرية الإنسانية: يرى أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما يمر به من أحداث تهدد وجود الإنسان ، أو كيانه الشخصي ، فالقلق ينشأ من توقعات الإنسان لما قد يحدث في أي لحظة ، وأن توقع الموت يعتبر المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (المشيخي ، 2009 ، 27) . ويرى أصحاب هذه النظرية أن الإنسان كائن حي متميز له خصائصه الإيجابية ، كما يرون أن الحاضر والمستقبل هما اللذان يثيران القلق لدى الإنسان ، وأن الإنسان قد يجلب معه المواقف والأحداث التي تهدد وجود الفرد مثل الفشل الذي يعيقه عن تحقيق ذاته ، كما أن التقدم في السن قد يعتبر مؤشراً يثير القلق لدى الإنسان (الشويعر ، 1994 ، 35) .

النظرية المعرفية: يفسر ألبرت أليس Elbert Ellis نظرية (A B C) بأن التفكير يؤثر على الانفعالات فعند النقطة A يحدث شيء ما ويتم تفسيره من قبل طريقة تفكير الشخص العقلانية أو اللاعقلانية (B) وبعدها يحدث السلوك من الفرد أو ردة الفعل عند النقطة (C) . فالمشكلات النفسية تنتج عن طريقة تفكير الناس بالأشياء وهذا يعني أن نظام تفكير الشخص(B) هو الذي يؤدي للانفعال (C) مثل الغضب والكآبة والإثارة الزائدة عن الحد . (الزيود ، 1998 ، 252). وتفسر نظرية بيك المعرفية Beck بأن أنماط التفكير المشوهة والخاطئة في تقييم المواقف من ناحية خطورتها وما يترتب على ذلك من تكوين مركبات معرفية نشطة تحول مؤثرات البيئة إلى مصادر للقلق فتؤدي بالتالي إلى الشعور بالقلق وظهور أعراضه ، ويذهب بيك إلى أبعد من ذلك حين يصر على أن القلق مجرد عرض ولا يمثل العملية المرضية نفسها ، وأن المشكلة الأساسية في طريقة التفكير وليس في الانفعال. ويلعب تقويم الشخص لخصائص الموقف دورا جوهريا في نشوء القلق لذلك يتصف تفكير من يعاني من القلق بالمبالغة في تقدير المؤثرات وفقدان الموضوعية واختلال نظرته للأمور ، وظهور الأفكار أو التخيلات التلقائية المزعجة ، والانتقاء المعرفي أو اختيار عناصر معينة من المواقف دون غيرها والتركيز عليها وتضخيمها (الجوهي ، 1998 ، 34-35) .

التفسير الفسيولوجي للقلق: يرى داروين Darwin أن للخوف والقلق دوراً توافقياً يحافظ على الكائن ويعده لمواجهة الخطر . فسرعة النبض، واتساع حدقة العين وسرعة التنفس وتعبيرات الوجه والصوت ،تنبه الإنسان إلى وجود الخطر وتمثل حشداً لطاقاته لمواجهة هذا الخطر ويرى (كانون Cannon) أن مصاحبات القلق البيولوجية والنشاط العضلي الذي قد يستمر لمدة طويلة تؤهل الكائن للهروب أو القتال . ويقوم الجهاز السيمبثاوي بإعداد الإنسان لهذا النوع من الطواري وذلك بتنشيط وإطلاق الأدرينالين في الدم وإعادة توزيع تدفق الدم من الجلد للعضلات ، وتخفيض زمن تخثر الدم وتوسيع الشعب الهوائية وتخفيض إفراز اللعاب وزيادة مستوى السكر في الدم مع شحوب في الجلد ، فيزداد العرق ويجف الحلق وأحياناً ترتجف الأطراف ويضطرب التنفس . ..... الخ . وكل هذه التغيرات ترفع من قدرة الإنسان على الهروب أو القتال (الجوهي ، 1998 ، 35) .

أما ظواهر نشاط الجهاز (الباراسمبثاوي) فأهمها كثرة التبول والإسهال ووقوف الشعر ، وزيادة الحركات المعوية مع اضطراب الهضم والشهية والنوم . ويتميز القلق فسيولوجياً بدرجة عالية من الانتباه واليقظة المرضية في وقت الراحة مع بطء التكيف للكرب ، أي أن الأعراض لا تقل مع استمرار التعرض للإجهاد نظراً لصعوبة التكيف مع مرض القلق . والمركز الأعلى لتنظيم الجهاز العصبي (اللاإرادي) هو الهيبوتلاموس (المهاد التحتي) ، وهو مركز التعبير عن الانفعالات ، وهو على اتصال دائم بالمخ الحشوي والذي هو مركز الإحساس بالانفعال . كذلك الهيبوثلاموس على اتصال بقشرة المخ متلقي التعليمات منها للتكيف بالنسبة للمنبهات الخارجية ، ومن ثم توجد دائرة عصبية مستمرة بين قشرة المخ والهيبوثلاموس ، والمخ الحشوي ومن خلال هذه الدائرة العصبية نعبر ونحس بانفعالاتنا ، وإذا أخذنا في الاعتبار أن هذه الدائرة العصبية تعمل من خلال سيالات وشحنات كهربائية وكيميائية وأن الموصلات العصبية المسئولة عن ذلك هي (السروتومين ، والنورادرينالين ، والدوبامين) والتي تزيد نسبتها في هذه المراكز من أي جزء آخر في المخ ، مع وجود (الأسيتيل كولين) في قشرة المخ . وأن أسباب معظم الأمراض النفسية والعقلية هي خلل في توازن هذه الموصلات العصبية (عكاشة ، 1994، 111) .

نظرية الحالة – السمة : عرف سبيلبيرجر Spielberger (حالة القلق) بأنها عبارة عن حالة انفعالية مؤقتة يشعر بها الإنسان عندما يدرك تهديداً للموقف ، فينشط جهازه العصبي اللاإرادي ، وتتوتر عضلاته ، ويستعد لمواجهة هذا التهديد . وتزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد حيث إنها حالة غير ثابتة تتغير بتغير الموقف بحسب التهديد الذي يدركه الإنسان في كل موقف فيزداد في مواقف الشدة وينخفض في مواقف الأمان وعدم الشد (المشيخي ، 2009 ، 39) . أما سمة القلق فيعرفها سبيلبيرجر وكاتل Spielberger & Cattel بأنها عبارة عن استعداد سلوكي مكتسب يظل كامناً حتى تنبهه وتنشطه منبهات داخلية أو خارجية فتثير القلق . وغالباً ما يستمد القلق أصوله من خبرات طفولية مبكرة مؤلمة كما أن سمة القلق استعداد ثابت نسبياً وكامن في شخصية الفرد ولصيق بها أكثر من كونه مرتبطاً بحجم التهديد في المواقف أو الموضوعات التي يستجيب لها بالتوتر والقلق ، وهو ما يجعل الفرد صاحب الاستعداد العالي من حيث القلق أكثر استهدافا لاستشعار الخطر وفقدان الاستقرار وتوقع الشر من موضوعات أو مواقف لا تنطوي على كل هذا الخطر (المشيخي ، 2009 ، 40) .

المحور الرابع : قلق المستقبل Future Anxiety وعلاقته بالاعتماد على المخدرات: نظرا لأهمية قلق المستقبل وعلاقته بالاعتماد على المخدرات فقد تم التطرق إليه من حيث :

تعريف قلق المستقبل:

يعرفه اكسفورد Oxford بأنه : "إحساس مزعج في العقل ينشأ من الخوف وعدم التأكد من المستقبل " (العجمي ،2004، 26) . كما أنه جزء من القلق المعمم على المستقبل ، يمتلك جذوره في الواقع الراهن ويتمثل في مجموعة من البنى كالتشاؤم أو إدراك العجز في تحقيق الأهداف المهمة وفقدان السيطرة على الحاضر وعدم التأكد من المستقبل ولا يتضح إلاَ ضمن إطار فهمنا للقلق العام (سعود ،2005، 63). وعرف قلق المستقبل بأنه حالة من التوجس والخوف وعدم الاطمئنان والخوف من التغيرات غير المرغوبة في المستقبل للشخص وفي حالة زيادته يكون تهديدا حادا أو هلعا من أن ثمة شيئا كارثيا حقيقيا يمكن أن يحدث (Zalaski , 1996, 165) . ويعرفه عشيري (2004) بأنه " خبرة انفعالية غير سارة يمتلك الفرد خلالها الخوف الغامض نحو ما يحمله الغد الأكثر بعداً من صعوبات ، والتنبؤ السلبي للأحداث المتوقعة والشعور بالتوتر والضيق والانقباض عند الاستغراق في التفكير فيها ، وضعف القدرة على تحقيق الأهداف والطموحات والإحساس بأن الحياة غير جديرة بالاهتمام والشعور بعدم الأمن والطمأنينة نحو المستقبل والانزعاج وفقدان القدرة على التركيز والصداع " (ص142) . ويعرفه عبدالتواب (1996) بأنه " التشاؤم من المستقبل والخوف من المشكلات الاجتماعية والخوف من تدني القيم وعدم الثقة في المستقبل " (العجمي ، 2004، 27) . ويعرفه شاورز (Showers ,1992) التشاؤم من المستقبل : بأنه " التشاؤم يحدث عندما يقوم الفرد بتركيز انتباهه وحصر اهتماماته على الاحتمالات السلبية للأحداث القادمة ، وتخيل الجانب السلبي في النص أو السيناريو ، كما أن هذا التوقع السلبي للأحداث قد يحرك دوافع الأفراد أو أهدافهم وجهودهم ، لكي يمنعوا وقوعها ، ويتسبب ذلك في التهيئة لمواجهة الأحداث السلبية المتوقعة " (الحربي ، 2009، 20) .

الطبيعة المعرفية لقلق المستقبل:

يشتمل قلق المستقبل على جانب معرفي مهم ، فهو معرفي أكثر من كونه انفعالياً أو عاطفياً ، وهذا ما أكده (Bandura, 1991) . ويشير رواد المدخل المعرفي مثل : (Horney ,1950;Beck ,1997 ;Dogariu, 1991) إلى أن التشويه المعرفي ، وتشويه التفكير عن الذات وعن العالم وعن المستقبل وراء نشأة واستمرار القلق ، حيث يلجأ الشخص القلق إلى تضخيم السلبيات والتقليل من شأن الإيجابيات ، وتعميم الفشل وتوقع الكوارث ولوم الذات ،وذلك كله يرتبط بالتكوين المعرفي وكيفية إدراكه وتفسيره للأحداث ، كما يؤكد هؤلاء المعرفيون على أن ذلك المحتوى المعرفي مسئول عن انفعالات الفرد وسلوكه في الحاضر والمستقبل (العجمي ، 2004 ، 28-29) .

ويفترض النموذج المعرفي للاضطرابات النفسية (نموذج بيك) الخاص بمريض القلق أن الأفكار التلقائية العابرة والتفسيرات وخيال مريض القلق تتركز حول صور من الغضب والخوف والتنبيه التلقائي (المشيخي، 2009،47) . ويرى بارلوودينار (1991) أن كل اضطرابات القلق فيما عدا حالات الخوف المحدد تشترك في عرض أساسي مميز يطلق عليه الخشية أو التوجس Apprehension الذي يجعل من القلق حالة وجدانية تتعلق بالمستقبل ويتهيأ فيها الفرد لمحاولة التكيف والتعامل مع الحوادث السلبية القادمة. وتتجلى مظاهر الاضطراب الفكري للشخص القلق فيما يلي :

1) أفكار متكررة عن الخطر ، حيث إن مريض القلق هو دائما في قبضة أفكار لفظية وصورية تدور حول وقائع مؤذية .

2) نقص القدرة على مجادلة الأفكار المخيفة.

3) تعميم المؤثر الضار (بيك ، 2000 ، 122) .

كما أورد إيزنك (Eysenk ,1992) أن قيمة التهديد التي يمكن تقييمها على أنها مهمة إلى مهمة للغاية تشتمل على أربعة عوامل يحددها الفرد هي : احتمال حدوث الحدث المكروه ، قرب حدوث الحدث ، حجم الحدث المكروه ، إستراتيجية التعامل بعد حدوث الحدث . والاهتمام الشديد يصحبه زيادة في القلق وسلوك التجنب يصحبه انخفاض في القلق (العجمي ، 2004 ، 29-30) .

ويمكن وصف قلق المستقبل على أنه إطار لمختلف العمليات المعرفية والمواقف الانفعالية ، فالقلق هنا يترافق بتخمينات الخطر المتعلقة بالمستقبل بناءً على ما يتوافر في الواقع من معطيات وعلى نوعية التصورات الشخصية ، فبعض الأفراد هم أكثر قابلية لتخمين الحالات المستقبلية بكونها خطرة ، لأنهم يملكون تصورات تتضمن معلومات عن المعنى الخطر للحالات وعن انخفاض مقدرتهم للتفاعل مع الخطر ، وعندما تنشط المخططات المتعلقة بالخطر المستقبلي تحفز أفكاراً تلقائية سلبية عن الخطر تتوقع موضوعات أو كوارث جسمية أو اجتماعية أو نفسية بصورة مباشرة أو غير مباشرة سوف تحدث(سعود ، 2005 ، 52) . ويفسر زالسكي Zaleski (1996) قلق المستقبل على أنه حالة من الانشغال وعدم الراحة والخوف بشأن التمثيل المعرفي للمستقبل الأكثر بعداً ، ويرى أن لقلق المستقبل مكونات معرفية قوية ، أي أنه معرفي أكثر من كونه انفعالياً ، مؤكداً على أن الآلية الاستباقية المعرفية أنها هي المصدر الأساسي لقلق المستقبل ، حيث تشكل خصائص الأفكار إحدى المقدمات المهمة لقلق المستقبل ، أي أن المعرفة أولاً ثم القلق وعليه يعتبر التمثيل المعرفي أساس قلق المستقبل ، ويترافق مع هذا التمثيل حالات عاطفية سلبية (ص174) . وذكر العنزي (2009) أن هناك علاقة متبادلة بين المعرفة والانفعال والسلوك في أنها ليست مستقلة أو منفصلة عن بعضها وإنما تتسم بوجود علاقة متبادلة فيما بينها ، كما أن كلاً منها يؤثر في الآخر بحيث لو حاول الفرد تغيير أحد هذه الأمور فإن ذلك يتبعه تغير في الأمرين الآخرين (ص36) .

أسباب قلق المستقبل عند معتمدي المخدرات: يشير مولين (Moline,1990) إلى أن أسباب قلق المستقبل لدى الفرد تتمثل في :

1) عدم القدرة على التكيف مع المشكلات التي يعاني منها .
2) عدم القدرة على فصل أمانيه عن التوقعات المبنية على الواقع .
3) التفكك الأسري وعدم القدرة على حل مشكلات الأبناء .
4) الشعور بعدم الانتماء داخل الأسرة والمجتمع .

5) نقص القدرة على التكهن بالمستقبل وعدم وجود معلومات كافية لديه لبناء الأفكار عن المستقبل وكذلك تشوه الأفكار الحالية .

6) الشعور بعدم الأمان والإحساس بالتمزق . (المشيخي ، 2009 ، 50-51)

الأفكار التشاؤمية عند معتمدي المخدرات:

1 - التفكير في العودة إلى أصدقائه المدمنين بعد خروجه من علاجه بالمستشفى خاصة إذا كانوا أصدقاء عمر .

2-الرغبة الملحة في العودة لتعاطي المخدرات الناتجة من طول تأثير الاعتماد على الجهاز العصبي .

3-تفكير المعتمد بأنه لا يستطيع عقد صداقات جديدة مع مجموعات سوية في المجتمع .

4-أنه لا يستطيع ترك السفر للخارج وبالتالي سهولة الحصول على المخدر (مشاقبة ، 2007، 97-100) .

ويضيف غانم (2005 ،306-320) عدداً من الأفكار التشاؤمية والمعتقدات اللاعقلانية عند معتمد المخدرات :

1) تختلط الأمور في ذهنه ولا يدري ماذا يجب أن يفعل تحديداً مثل أي الأعمال سوف يلتحق بها ؟ وأي الإناث سيقترن بها ؟ وأي الأشخاص سيأمن له ويدخله معه في صداقة ؟ وأي القرارات يجب عليه اتخاذها الآن وفوراً ؟ وأيها يؤجلها إلى وقت قادم ؟

2) اعتقاد معتمد المخدرات بعدم سيطرته على الشوق للمخدر والفشل في قدرته على حل مشكلاته .

3) إن مشكلاته النفسية مثل القلق والتوتر والحزن والخجل وضعف الثقة بالنفس والتفكير في الانتحار واليأس من كل شيء لا تحل إلا باستخدام المخدر.

4) نبذ الأسرة له وأن أفراد أسرته لا يحبونه .

5) إن مسألة البطالة والفراغ لا تشغل إلا بتناول المخدر والعودة له .

6) إن النشوة والمتعة الجنسية لا تتوفر بدون المخدر .

سمات ذوي قلق المستقبل: يشير حسنين (19،2000) إلى مجموعة من السمات التي يتسم بها الأشخاص ذوو قلق المستقبل التي من أهمها ما يلي :

1) التركيز الشديد على أحداث الوقت الحاضر .

2) الانتظار السلبي لما قد يحدث .

3) الانسحاب من الأنشطة البناءة ودون المخاطرة .

4) الحفاظ على الظروف الروتينية والطرق المعروفة في التعامل مع مواقف الحياة .

5) اتخاذ إجراءات وقائية من أجل الحفاظ على الوضع الراهن وعدم زيادة الفرص في المستقبل .

6) استغلال العلاقات الاجتماعية لتأمين مستقبلهم .

7) الخوف من التغيرات الاجتماعية والسياسية المتوقع حدوثها في المستقبل .

8) صلابة الرأي والتعنت .

9) التشاؤم وذلك لأن الخائف من المستقبل لا يتوقع إلاَ الشر ويهيء له أن الأخطار محدقة

10) عدم الثقة في أحد مما يؤدي إلى الاصطدام بالآخرين .

التأثير السلبي لقلق المستقبل على الفرد حيث يبين معوض (1996،4)التأثير السلبي في التالي:

1) تدمير نفسية الفرد فلا يستطيع أن يحقق ذاته أو يبدع وإنما يضطرب وينعكس ذلك في صورة اضطرابات متعددة الأشكال وخرافات وانحراف واختلال الثقة بالنفس .

2) الشعور بالتوتر والانزعاج لأتفه الأسباب والأحلام المزعجة واضطرابات النوم واضطرابات التفكير وعدم التركيز وسوء الإدراك الاجتماعي والانطواء والشعور بالوحدة .

3) يفقد الإنسان تماسكه المعنوي ويصبح عرضة للانهيار العقلي والبدني .

4) التشاؤم ، وعدم الثقة في أحد ، واستخدام آليات الدفاع وصلابة الرأي والتعنت

5) التوقع والانتظار السلبي لما قد يحدث .

6) التقوقع داخل إطار الروتين واختيار أساليب روتينية للتعامل مع المواقف التي فيها مواجهة مع الحياة.

7) الالتزام بالنشاطات الوقائية ، وذلك ليحمي الفرد نفسه ، أكثر من اهتمامه بالانخراط في مهام حرة مفتوحة غير مضمونة النتائج .

8) استخدام ميكانزمات الدفاع مثل النكوص والإسقاط والتبرير والكبت .

9) الاعتمادية والعجز واللاعقلانية .

10) يعيش الإنسان في حالة انعدام للطمأنينة على صحته ورزقه ومكانته .

ويضيف زالسكي (Zaleski,1996) الشعور بالوحدة وعدم القدرة على تحسين مستوى المعيشة وعدم القدرة على التخطيط للمستقبل والجمود وقلة المرونة والاعتماد على الآخرين في تأمين المستقبل (ص172).

المحور الخامس: علاج قلق المستقبل عند المعتمد:

العلاج المعرفي :

العلاج العقلاني الانفعالي Rational –Emotive Therapy: وأبرز العلماء المعرفيين الذين أسهموا في تطوير هذا الاتجاه ألبرت أليس ، حيث يقول : إن ردود الفعل الانفعالية السلبية التي يقوم بها الفرد إنما تصدر عن معتقداته حول تلك الحوادث أو الخبرات وليس عن تلك الخبرات بحد ذاتها . ويقوم العلاج العقلاني الانفعالي على أساس التصدي لمعتقدات المريض غير المنطقية ويساعده على استبدالها وتكوين معتقدات صحيحة . ولقد أطلق على نظريته A B C (A= Antecedents ,B=Beliefs C=Consequences, (أبو حميدان ، 2003، 230) . ويرى أليس أن الناس يشتركون في غايتين أساسيتين هما : المحافظة على الحياة والثانية الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الألم . والعقلانية إنما تكون من خلال التفكير المنطقي الذي يؤدي إلى تحقيق هذين الهدفين . لذلك فإن الانفعالات غير المناسبة كالقلق أو الخوف أو الغضب هي انفعالات قد تطورت أصلاً بسبب الأفكار غير العقلانية التي يحملها الفرد. والأشخاص لديهم استعداد فطري وميل مكتسب لأن يكونوا عقلانيين وفي الوقت نفسه غير عقلانيين. فالإنسان لديه الميل في أن يعيش بسعادة وهناء وأن يتبنى أفكاراً ومعتقدات تحقق له ذلك . وفي الوقت نفسه لدى الناس ميل في أن يكونوا مدمرين لحياتهم وللآخرين من حولهم ويسلكوا السلوك نفسه الذي أدى إلى تدمير حياتهم وحياة الآخرين (أبوحميدان ، 2003 ، 231) .

بالاضافة إلى أن البرت أليس بررالأسباب الكامنة وراء الاضطرابات كالتالي:

قد يتبنى الفرد عدداً من الأفكار غير العقلانية التي تكون هي سبب شقائه وتصرفه غير المنطقي وغير العقلاني تجاه كثير من المواقف ومن هذه الأفكار غير العقلانية :

1) يجب أن يكون الشخص الراشد محبوباً من الجميع وأن يرضى الجميع عن كل شيء يقوم به .

2) هناك تصرفات غير لائقة يقوم بها بعض الناس ويجب أن يعاقب مرتكبوها .

3) من المؤلم أن تسير الأمور بعكس ما نرغب .

4) أن معاناة الفرد والأمة هو بسبب الأحداث والأشخاص الموجودين في بيئته .

5) إذا حدث وأن ظهر شيء مخيف أو مزعج في حياتنا فإنه ينبغي أن ننشغل به بشكل كبير وأن ننزعج ونتضايق بسببه وأن نتأثر به سلبا .

6) من الأفضل أن نتجنب مصاعب الحياة والمسئوليات الشخصية بدلا من مواجهتها .

7) نحن بحاجه للآخرين الأقوياء كي نلقى مسئولياتنا عليهم .

8) يجب أن يتصف الإنسان بالحكمة والذكاء والانجاز في كافة مجالات الحياة .

9) أي حادث أثر على حياتك سلباً فإن هذا الحادث سيستمر في ذلك الاتجاه .

10) يجب على الفرد أن يكون قادراً على التحكم في بعض الأشياء .

11) إن سعادة الإنسان تتحقق من خلال عدم قيامه بما ينبغي القيام به ، أي الابتعاد عن العمل الصحيح كي لا يوصف الإنسان بالخطأ .

12) أن الواحد منا غير قادر على التحكم في انفعالاته . (أبوحميدان ، 232-233)

وذكر الزيود (1998) ثلاثة مستويات للإستبصار لمساعدة المسترشد: الأول : ويحدث عندما يفهم المريض أن شعوره بهزيمة النفس والسلوك المصاحب لذلك متعلق بأسباب سابقة مكونة من أفكاره الخاصة عند حوادث الماضي والحاضر . والثاني : ويحدث عندما يتفهم المريض أن السبب وراء بقائه مكتئباً ومضطرباً نفسياً في الحاضر هو أنه مازال يؤصل في نفسه الأفكار اللاعقلانية التي اكتسبها في الماضي . أما الثالث : فتكمن في أن المعالج يفهم المريض أنه لن يشفى مما يعانيه من اضطرابات وانفعالات نفسية إلا إذا تحرى وجادل ونبذ أفكاره اللاعقلانية . ولا بد للمريض أن يتعلم كيف يمارس هذا النقاش بشكل مستمر ودائم لأن هذا يساعده على هزيمة الأفكار اللاعقلانية (ص263) .

وترى النظرية العقلانية الانفعالية ثلاث مجموعات من وسائل العلاج وهي :

المجموعة الأولى : التحليل المنطقي الإدراكي (المعرفي) من خلال :

1) الإيحاء ، والإيحاء الذاتي : فالمرضى مفكرون سلبيون يحدثون أنفسهم بأمور تسبب لهم هزيمة داخلية سواء عن أنفسهم أو عن غيرهم أو عن العالم ويستطيع المرشد أن يعالج العميل بتعليمه كيف يفكر بإيجابية بدل التفكير السلبي

2) وسائل الدفاع :وتتولد من لوم النفس ، فالعملاء الذين يعانون من مرض ما سوف يستعملون المرض كأنه وسيلة الدفاع والحماية لكي يبقى هذا العرض خارج دائرة علمه ووعيه ، وتسعى هذه النظرية لتبرهن للعملاء أنه رغم ارتكابهم أخطاء عديدة إلاَ أنهم لن يكونوا أبدا عرضة للازدراء والتعنيف بسبب هذه الأخطاء . إن قبول النفس هذا من شأنه أن يقلل من سعي العميل لتكلف الدفاع عن نفسه بأي طريقة .

3) تقديم الخيارات البديلة والأفعال البديلة : يملك العملاء خيارات أكثر مما يبدو لهم والمرشدون يسعون دائما لجعل العملاء يرون جميع الخيارات التي يملكونها حقيقة بشكل مثالي لذلك فإنهم يشجعونهم على توليد هذه الخيارات بأنفسهم .

4) الدقة اللفظية : فاستعمال الألفاظ التي يستعملها مرضاهم . والتمارين الرياضية مناسبة لممارسة العملاء لها بدلاً من أن يفكروا بهزيمة أنفسهم والحديث عنها .

5) استخدام المرح (النكات) والقصد المتناقض : يلجأ المرشدون إلى استخدام المرح والنكات ليسخروا من الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العميل . وبهذه الوسيلة يستطيع المرشد أن يجعل العميل يضحك على أخطائه ويتقبل نفسه بكل ما فيها من ضعف ، كما أن القصد المتناقص وسيلة تضخيم الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العميل وذلك لكي يكتشف أن أفكارهم غير عقلانية ولا واقعية . ونتيجة لذلك فإن العميل سوف يتحرك نحو تبني النهج المضاد وهو الواقعية والعقلانية (أبوحميدان ،2003، 264) .

المجموعة الثانية : الوسائل العاطفية (وقد سماها أليس –الوسائل العاطفية المثيرة للذكريات) :

1) التخيلات العقلية والانفعالية : فيتخيل العميل نفسه بشعوره السلبي وغير الملائم كرد فعل لموقف معين ، ثم يرى نفسه يغير هذه المشاعر إلى عكسها مثل النوم والعزم على تغيير السلوك وهذه التخيلات الإيجابية تقضي بأن يتخيل العميل موقفا غير سار ويركز على الأفكار التي تبنى عليها مشاعره، ثم يقوم العميل بمناقشة هذه الأفكار ويركز شعوره بتركها وتبديلها بأفكار عقلانية .

2) التمارين المهاجمة للخجل : ويطلب من العملاء أن يتصرفوا بطريقة يشعرون معها عادة بالخجل والخزي ويكتشف العملاء أن تصرفاتهم ليست محل اهتمام الآخرين لذلك لا داعي للخجل منها .

3) لعب الدور : يتضمن هذا الأسلوب العنصرين العاطفي المثير والسلوكي وحسب هذه الوسيلة يقوم المرضى بتمثيل كيفية تفاعلهم مع الآخرين كي تثار عواطفهم وينفعلوا . ويقوم المرشد باستخدام هذه المشاعر ليبين للعميل الأفكار اللاعقلانية التي تقف وراءها (أبوحميدان ،2003، 265) .

المجموعة الثالثة : الوسائل السلوكية الفعالة الموجهة :

1) إدارة الطوارىء (المصادفات) ويحدث الطارىء عندما يتبع شخص ما سلوكاً مطلوباً بناءً على مثير يزيد إمكانية حدوث السلوك المطلوب . ويستفاد من بعض السلوكيات التي تحدث بشكل كبير مثل مشاهدة التلفزيون والرياضة التي يمكن أن تستخدم كحافز لزيادة احتمالية القيام بالنشاطات غير المرغوبة كثيرا كالدراسة ... وبالتالي يتعلم العميل كيف يبرمج حياته ويقوم بالأعمال الإيجابية .

2) الوظائف البيتية : وعادة ما يقوم المرشد (الأخصائي النفسي) بتكليف العميل بالقيام بعمل يخاف منه في العادة أو يتوقعه صعبا . ويحب أن تتدرج هذه الوظائف من السهل إلى الصعب .

3) تدريب المهارات : ويتم من خلال مناقشة العميل في أفكاره اللاعقلانية وتقليصها وتدريبه على تعلم مهارة جديدة

4) التحكم بالمثير : ويتم بتدريب العميل على كيفية التحكم بدوافع ومثيرات معينة ، مما يجعل احتمالية تصرفه غير المقبول قليلة .

5) ممارسة وتعزيز الإدراك العقلي : حيث يتعلم العملاء كيف يعوضون أفكارهم غيرالمقبولة بأفكار جديدة مثل قول ليس صعبا أن أدرس ولكن الأصعب ترك الدراسة (أبوحميدان ،2003 ، 266) .

تطور نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: ترجع هذه النظرية إلى عالم النفس الأمريكي ألبرت اليس Ellis`A ، حيث مرت النظرية العلاجية لإليس بثلاث مراحل هي :

- المرحلة الأولى : حيث كانت تسمى نظرية العلاج العقلاني وذلك في عام (1955)
- المرحلة الثانية : حيث طورها إليس لتصبح نظرية العلاج العقلاني الانفعالي وذلك في عام (1977)
- المرحلة الثالثة : حيث طورها إليس لتصبح نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي وذلك بعد عام (1986) . (أبوزيد ،2008 ، 129–130 ، الجزء الخامس) .

معادلة إليس العقلانية الانفعالية السلوكية المركبة Ellis`s Rational-emotive Behavioral Complex Formulation : وصيغت عام (1985) حيث ذكر أبوزيد (2008 ،132 –133، ج 5) أنها تشمل العلاقة بين : أ–الأحداث ودلائلها Events & Inferences . ب – المعتقدات Beliefs . جـــ – العواقب الانفعالية والسلوكية لهذه المعتقدات Emotional & Behavioral Conseqhences of Beliefs وتفترض نظرية إليس في المعتقدات اللاعقلانية أن الناس ينزعون إلى التفكير بكلتا الطريقتين : العقلانية واللاعقلانية على حد سواء ، ويتميز العلاج القائم على تلك النظرية بأنه يساعد الفرد على التمييز بين نمطي التفكير : العقلاني وغيرالعقلاني ، فضلا عن التمييز بين الانفعال اللائق Appropriate Emotion والانفعال غير اللائق Inappropriate Emotion وكذلك الحال بالنسبة للسلوك فضلا عن أنه يفيد في الوقاية من الأعراض والمشكلات الانفعالية المستقبلية Preventing Future Emotional Problems . (أبو زيد ، 2008 ، 157 ، ج 5) .

استخدامات العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

يستخدم في العديد من الاضطرابات مثل :

1- الاضطرابات العضوية .

2- الاضطرابات النفسية وأعراضها مثل :

القلق ، الاكتئاب ، الوسواس القهري ، الغضب ، اضطرابات نقص الانتباه وفرط النشاط ، اضطراب الهلع ، العدائية ، الاضطرابات النمائية عند الأطفال والمراهقين ... (أبوزيد ،2008 ، 144 ،ج5)

فنيات العلاج الانفعالي العقلاني السلوكي: حيث لخصها أبوزيد (2008 ، 153-157 ، ج 5) في :

1- فنية لعب الدور Role-playing Technique

2- فنية الواجب المنزلي Home Work Technique

3- فنية التخيل العقلاني الانفعالي Rational-emotive Imagery Technique

4- فنية التغذية المرتدة العقلانية Rational Feedback Technique

5- فنية الاسترخاء Relaxation Technique

6- فنية التدريب وإيقاف الفكرة اللاعقلانية Thought Stopping Technique

7- فنية ترحيل الاستجابات وتأجيلها Carryover Technique

8- فنية إجراء تسجيل قائمة الأفكار اللاعقلانية والتدريب على القائمة المضادة Thought listing Procedure Technique

9- فنية حل المشكلات Problem Solving Technique

أهداف العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي: فقد ذكرها أبوزيد (2008 ، 135-137 ، ج 5) كالتالي:

1- تقبل الذات (للمريض) غير المشروط Unconditional Self-acceptance

2- مهاجمة المعتقدات اللاعقلانية Attacking of Irrational Beliefs

3- إعادة اتصال المريض بالواقع Re-touch With Reality

4- تخفيف التشوه المعرفي وتعديله Reduction & Modification of Cognitive Distortion

5- تعلم التفكير بطريقة عقلانية Teaching & learning How to think More Rationally

6- تعلم مهارات التأقلم والمواجهة والتعامل Learning & Coping Skills

7- زيادة التوافق Adjustment

8- خفض أو إزالة انخفاض تقدير الذات Reducing & Eliminating Low Self-esteem

9- زيادة تحمل الإحباط وتقليص تشوه سمعة الذات Frustration Tolernce Self-denigration

10- حماية المعتقدات الأخرى العقلانية Protection of The Rtional Beliefs .

استراتيجيات نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي للتصدي للمعتقدات الخاطئة: حيث لخصها أبوزيد (2008،157- 158 ،ج 5):

1- إستراتيجية ديجيوسيبي Digiuseppe (1986) : إظهار الظلال المنطقي ، والبحث عن الاستدلال والشواهد لحقيقة المعتقد الزائف ، واختبار قدرة المعتقد الخاطىء في تفسير الأحداث ومدى ارتباطه الفعلي بها ، هل المعتقد الخاطىء يساعد أم يضر صاحبه ؟ ، البحث عن معتقدات بديلة صائبة ، بناء معتقد منطقي جديد بديل ، استخلاص دلالات من المعتقدات الجديدة الصائبة لإظهار فعاليتها ووقتها ، محاولة ربط المعتقدات الجديدة بسلوكيات جديدة وممارسة ذلك .

2- إستراتيجية إليس Ellis (1985) : مناهضة المعتقدات الخاطئة ، واللجوء إلى التعامل مع الذات العقلانية المنطقية ، وفتح سجل لرصد المشاعر من لذة وألم ، وتطبيق تقنية تشتيت الفكر ، وإعادة تأخير التفكير أو المشكلة ، والوظائف البيئية الخاصة بتبديل البنية المعرفية .

3- إستراتيجية فريمان Freeman (1987) : المساءلة عن البرهان ، المعتقدات المدمرة للأنا ، الموازنة بين المحاسن والمساوىء ، تحويل السيىء إلى ميزة ، إظهار التشويه المعرفي وتسميته ، المعنى النظري ، إعادة النظر في تفسير الأشياء على حقيقتها ، معاينة الخيارات والبدائل ، النتائج الوهمية ، إظهار التناقض والمبالغة ، التخيل البديل ، لعب الدور ، التكرارات المعرفية .

النظرية المعرفية عند بيك Beck : على الرغم من أن العلاج المعرفي عند أرون بيك والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي عند البرت أليس ، يؤكدان على الدور البارز الذي تلعبه المعارف والمعتقدات اللاعقلانية في ظهور واستمرار الاضطرابات الانفعالية ، وأن كلا منهما يحاول تعديل أنماط التفكير الخاطئة لدى المريض إلا أن الإجراءات التي تستخدم في كل منهما تختلف، ويتضح هذا الاختلاف في عدة جوانب منها: العلاج المعرفي هو جهد تعاوني بشكل واضح بين المعالج والمريض فالمعالج المعرفي يسعى إلى بناء علاقة تعاونية تقوم على أساس من الألفة والثقة في العلاج مقارنة بالعلاج العقلاني حيث لم يعط أليس العلاقة الإرشادية الاهتمام الكافي . ويركز العلاج المعرفي على الأفكار التلقائية والتحريفات المعرفية والمخططات المختلفة وظيفيا ، حيث يرى بيك أن الاضطرابات الانفعالية للمريض تكون ناتجة عن ثلاثة مستويات من المعارف غير التوافقية تتمثل في وجود أفكار سلبية تلقائية ، وهذه الأفكار التلقائية ناتجة عن افتراضات واعتقادات خاطئة وغير توافقية ، وهي بدورها ناتجة عن مخططات مختلفة وظيفيا ، وبالتالي يسعى العلاج المعرفي إلى تغيير كل هذه المستويات المعرفية الخاطئة. بينما يركز العلاج العقلاني الانفعالي فقط على مهاجمة مجموعة الأفكار اللاعقلانية واستبدالها بأفكار عقلانية . ويستخدم العلاج المعرفي فنية فحص واختبار الفروض ، فالمعالج والمريض بعد اكتشاف الأفكار والاعتقادات الخاطئة يعملان معا على فحص صد هذه الأفكار والمعتقدات ، ويتم ذلك من خلال طرح الأسئلة والمناقشة مع المريض لكي يقدم الدليل على صحة أفكاره واعتقاداته أوالدليل الذي يخالفها ويناقضها(أبوحميدان،2003 ،234) .

الافتراضات الأساسية للعلاج المعرفي عند بيك:

1) أن الاضطرابات الانفعالية هي نتاج نماذج وأساليب تفكير خاطئة ومختلة وظيفيا .

2) أن هناك علاقة تبادلية بين الأفكار والمشاعر والسلوك ، ولهذا فالعلاج يشمل المكونات الثلاثة معا .

3) أن المعارف السلبية الخاطئة وأنماط التشويه المعرفي متعلمة يكتسبها الفرد من الخبرات السابقة وأحداث الماضي .

4) أن الأبنية المعرفية للفرد (الأفكار والصور العقلية والتخيلات والتوقعات والمعاني)ذات علاقة وثيقة بالانفعالات والسلوكيات المختلة وظيفيا .

5) أن المعارف المختلة وظيفيا قد تبدوا للعيان غير منطقية للآخرين ولكنها تعبر عن وجهات نظر العميل الشخصية عن الواقع .

6) أن التحريفات المعرفية تعكس وجهات نظر غير واقعية وسلبية للعميل عن الذات والعالم والمستقبل .

7) تعديل الأبنية المعرفية للعميل يشكل أسلوباً مهماً لإحداث تغيير في انفعالاته وسلوكه

8) أن التحريفات المعرفية يتم استثارتها غالبا عن طريق أحداث الحياة غير الملائمة ، بالإضافة إلى أنه قد تم الإبقاء عليها عن طريق الإدراك الثابت للقواعد والمخططات .

9) أن المخططات المعرفية هي الأساس المسئول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات الأحداث الماضية والحكم عليها .

10) أن المخططات غالبا ما تنمو مبكرا في الحياة ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات الملائمة .

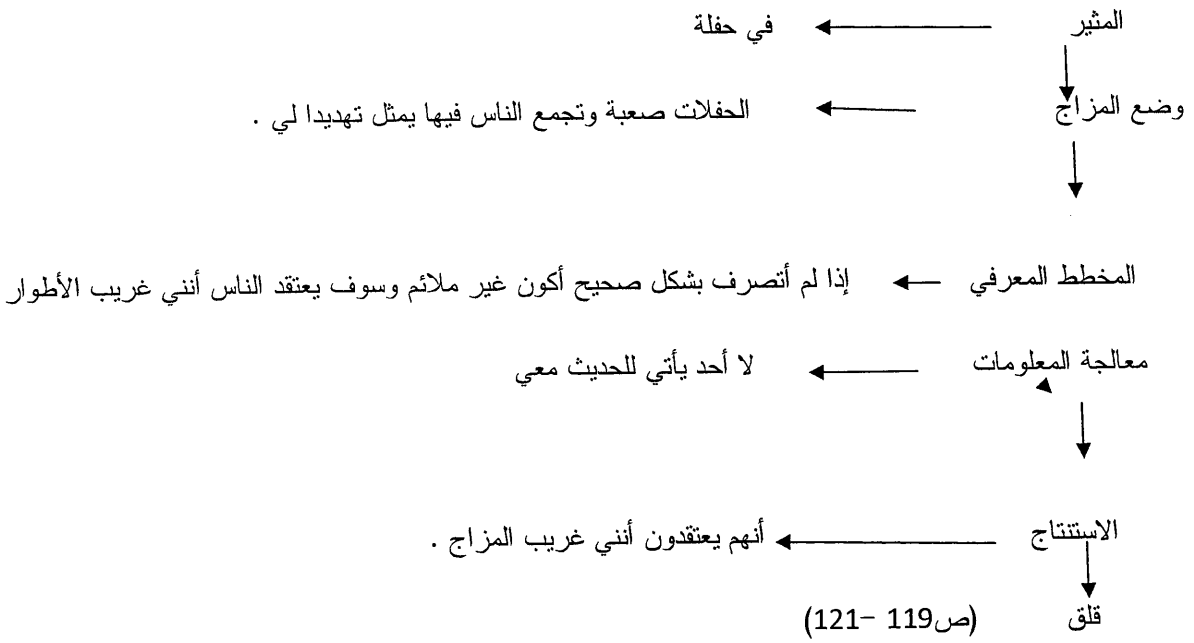
11) أن المخططات المعرفية المختلفة وظيفيا هي المسئولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد .

12) أن تغيير الأفكار والمعتقدات السلبية للفرد يترتب عليها تغيرات جوهرية في الانفعالات والسلوك . (حسين ، 2007 ، 163-165) .

المخططات المعرفية في القلق عند بيك Beck :

يضيف حسين (2007) أن المعالج المعرفي لكي يستطيع فهم لماذا وكيف يصل الشخص الاكتئابي أو القلق إلى الاستنتاجات السلبية التي يقيم بها ذاته وعالمه ومستقبله فلابد من فهم المخططات المعرفية التي تكمن وراء ذلك . والشكل رقم (4) يوضح المخططات ، معالجة المعلومات ومحتوى التفكير في القلق :

شكل رقم (4) يوضح المخططات المعرفية في القلق :



(ص119 -121)

ويتبين من الشكل السابق كيف أن طريقة تفكير الفرد السلبية تحدث له القلق المرضي .

ومن أمثلة المخططات النمطية التي تستثار لدى مرضى القلق ما يلي :

1) دائما أكون حذراً لكي أتجنب حدوث أي شيء مخيف أو فظيع .

2) إذا لم أتصرف بطريقة صحيحة يكون وضعي ومركزي مهددا .

3) إذا لم أظهر كفاءة في عملي فسوف يعتقد الناس أنني أحمق .

4) إذا شعرت بالقلق فهذا يعني أنني لا أستطيع السيطرة على نفسي .

5) إذا نظر الناس إلي فإنهم ينتقدونني .

6) العالم مليء بالخطر والتهديد الذي لا أستطيع التغلب عليه .

7) إذا كنت قلقاً باستمرار فإنني سأموت . (حسين ،2007 ، 120 – 121) .

التوقعات /الافتراضات: لاشك أن لكل فرد منا توقعات تسبق مواجهة الأحداث والوقائع التي يتعرض لها ، وغالبا تكون مرتبطة بتوقعات نمو الذات والآخرين ونمو المستقبل وهذه التوقعات قد تكون إيجابية ومن ثم يصاحبها خبرات انفعالية سارة ، وقد تكون هذه التوقعات ذات طبيعة سلبية وبالتالي ترتبط بالاضطرابات الانفعالية للفرد.وكذلك تؤثر المعاني الشخصية التي يضفيها وينسبها الفرد للأحداث والوقائع بشكل كبير في انفعالاته وسلوكه ، كما أنها تحدد رؤيته لذاته ولعالمه ومستقبله ، فالاستجابات الانفعالية التي يخبرها الفرد سواء كانت إيجابية أو سلبية يكمن وراءها أبنية معرفية (معاني- قواعد -توقعات – أفكار -تخيلات) تسبق ظهورها، فإذا كانت هذه الأفكار والمعاني سلبية كانت سبباً في حدوث الاضطرابات الانفعالية ، إذ ينفعل الناس للأحداث تبعا للمعاني التي يسبغونها على الأحداث فهذه المعاني تؤلف ما يسمى بالواقع الداخلي للفرد. وتنشأ استجابة القلق من إدراك الفرد أنه في خطر محدق كأن يتوقع الفرد فقدان شيء ما ذي قيمة عنده سواءا كان هذا الشيء مادياً أو معنوياً كالمال أو الممتلكات أو الأصدقاء أو تهديدات نفسية واجتماعية. والجدول رقم (5) يوضح العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية:

جدول رقم (5) يوضح العلاقة بين المخططات والافتراضات والأفكار التلقائية :

المخططات	الافتراضات	الأفكار التلقائية
فقدان القيمة وعدم الاستحقاق	إذا كنت قادراً على التأثير في الناس فسوف يحبونني. لو بأت الناس تعرفني فسوف يعتقدون أنني خاسر .	هي لاتحبني . أنا منبوذ. أنا شخص ممل .
الشعور بالعجز	إذا لم يساعدني أي شخص فأنا لا أستحق العيش ولن أكون قادراً على دعم نفسي	أنا لا أستطيع القيام بعمل أي شيء صحيح أنا عندي أخطاء وأشياء سوف تتهاوى .
الهجر	إذا لم أحصل على طمأنة مستمرة فسوف أكون مهجوراً ومن المستحيل أن أكون سعيداً	إذا هي تركتني فمن المفزع أن أكون وحيداً . وسوف أكون أنا الخاسر دائماً .

(حسين ،2007، 119 –142) .ويتضح من الجدول السابق أن الأفكار السلبية تأتي تلقائية وحسب تفكير الفرد.

العلاج السلوكي :

نظرية التعزيز لدولار وميللر (1946): تتكون الشخصية في نظرهما من عادات الاستجابة المتكررة التي تصبح على شكل عادات يكتسبها الفرد من استجابته للمثيرات الطبيعية عن طريق عملية التعلم ، والمبدأ الأساسي هنا هو قيام ارتباط أو صلة بين مثل هذه المثيرات والاستجابات التي تستثار في وجودها.

طرق العلاج في نظرية دولر وميللر: حيث ذكرها الزيود (1998،150–151) كالتالي :

التساهل أو التسامح Permissiveness : إن هذه الطريقة تعطي فرصة جيدة للعميل للتحدث في جو يسوده الانتباه والتقبل والفهم من قبل المعالج ، ويحاول المعالج مساعدته في وضع مشاعره والآلام التي يشعر فيها العميل في قوالب لفظية مناسبة . وهذه تساعد على تصنيف مشاعره وتميزها والتخلص منها . وعندما لا يتعرض العميل للعقاب في كلامه فإن استجابة الخوف سوف يصيبها الانطفاء ، وإن انطفاء الخوف لاستجابة ما سوف يتبعها التعميم وستؤدي إلى استجابات أخرى مشابهة لها ومرتبطة بها وتدريجيا ستزول مخاوف العميل وتنعدم . ويتعلم العميل من ذلك بأن هناك شخصاً يمكن التحدث إليه بحرية ،وهو الأخصائي النفسي .

التداعي الحر Free Association: حيث يسمح للعميل أن يتحدث بكل طلاقة وحرية عما في خاطره دون قيد ، ونلاحظ بأن العميل سوف يكشف عن الأشياء الأقل أهمية ، ومن خلال نظرة العميل إلى المعالج في استجابته لما يقوله العميل يؤدي بها إلى الانطفاء (أي انطفاء القلق الذي يكون لدى العميل) وهنا يبدأ العميل بقول الأشياء الأكثر أهمية وكذلك يستطيع المعالج الاستفادة من هفوات لسان العميل وأحلامه وتعبيرات وجهه وانفعالاته .

تعزيز كلام العميل Rewards Client Talking: إن العميل عندما يتحدث عن نفسه وعن خبراته المؤلمة ، فهذا موقف جديد في حياة العميل ، لذا يجب تعزيز هذا الموقف الجديد حتى يستمر في عرض خبراته ومشاعره . وهنا عدد من الأساليب التي يتم بواسطتها تعزيز حديث العميل مثل : عدم مقاطعة العميل بالأسئلة أثناء حديث العميل . – الاستماع باهتمام وانتباه لكل ما يقوله العميل . –عدم مناقشة العميل في كل ما يقوله أو نقده أو تقييمه . – أن يكون المعالج على قدر من الذكاء في فهم ما قاله العميل في الجلسات السابقة .

تعليم التميز Learing Discrimination: التميز هو تميز دلالات لفظية مختلفة ، لأنماط الإثارة المختلفة بعضها عن البعض الآخر ، ويعلم المعالج هذه العملية (تعليم التميز) بطرق مختلفة أهمها أن يلفت انتباه العميل إلى المشكلة وذلك من أجل أن يثير تميز جديد ، وكذلك عن طريق تأكيد الاختلافات بين الظروف الماضية والحاضرة ، والتأكيد على أن البيئة الطبيعية للعميل هي البيئة الحاضرة وليست السابقة.

نظرية ولبي Wolpy: يبين الزيود (1998،163–164) رأي ولبي بأن العادات السلوكية غير التكيفية سببها الرئيس هو القلق والذي يعتبره ولبي أنه متعلم ومؤلم وغير سار، ويؤدي إلى عدم التكيف ، وهناك بعض أنواع السلوك التي تعمل على تخفيف القلق وتعتبر تكيفية مثل :

1)الانشغال بأنشطة ومهارات أخرى .

2)التجنب للمثيرات المحدثة للقلق .

3)التحول في الانتباه عن موضوع القلق . 4)النسيان .

ويهدف العلاج النفسي إلى إزالة ردود الأفعال العصابية ، وبشكل عام فإن النظريات السلوكية تهدف إلى بناء قاعدة تجريبية ثابتة للتخلص من العادات غير التكيفية والوصول إلى سلوك نشط وهادف من خلال تطوير أنماط سلوكية جديدة . ولتحقيق هذه الأهداف يمكن استخدام واحد أو أكثر من عمليات الإشراط التالية:

الاشراط الإجرائي: وذلك لتدريب العميل على الاستجابات التأكيدية المرغوبة والتخلص من السلوك غير المرغوب ، ويتم بإثارة الاستجابة المرغوبة ، وأن يعزز في كل مرة من أجل خلق شكل من أشكال السلوك المرغوب فيه ، ويعاقب على السلوك غير المرغوب فيه ، ويمكن تقسيم الوسائل المستخدمة لذلك إلى ما يلي: أ) التعزيز الإيجابي بواسطة المكافآت ، والتعزيز السلبي بإزالة مثيرات غير سارة عند حدوث الاستجابة المرغوبة . ب) العقاب ويستخدم عند حدوث السلوك غير المرغوب فيه .

الإطفاء: إن أي استجابة تضعف إذا لم تعزز باستمرار ، فالسلوك الذي يعتمد على تعزيز الطعام يصبح تدريجياً ضعيفاً إذا لم يتم تعزيز الاستجابة بالطعام . ويحدث الإطفاء عندما لا يلاقي السلوك أي تعزيز جراء قيامها بالاستجابة ، وعندها ستضعف الاستجابة ويحدث الانطفاء .

الإشراط المضاد: يعتبر القلق جزءاً بارزاً لردود الفعل العصابية وأنه عادة متعلمة وغير متكيفة ، بمعنى أنه ناتج عن سوء التكيف ويتم القضاء على القلق باستجابة منافسة من خلال الكف المتبادل ، وذلك بعرض المواقف المثيرة للقلق على المريض في ظروف يحدث فيها استجابات غير القلق ، وبتكرارات كافية للموقف التعليمي المصمم لهذا الغرض فإن الروابط والصلات المزعجة سيقضى عليها والسلوكيات غير المتكيفة ستتوقف عن الحدوث وستحل محلها سلوكيات أكثر تكيفاً .

أساليب العلاج Therapy Techniques:

حيث ذكر الزيود (1998،167-169)أن هناك طرق رئيسة يشتمل عليها العلاج لدى ولبي منها :

الاستجابة التأكيدية التصريحية (Assertive Responses) في إزالة القلق سواء التوافق الذي يستثار في العميل خلال التفاعل مع الآخرين بصورة مباشرة ، فالشخص الذي يشعر بأنه أُهين ، أو أنه قد جرحت مشاعره عندما يوجه إليه النقد قد يدافع عن نفسه بالتهجم والعدوانية ، أو بالثورة والغضب ، ولكن

الرد على من هم أكبر منه من أفراد أسرته قد يثير لديه القلق ، وبتوضيح الموقف للعميل وبيان أن مخاوفه لا أساس لها من الصحة فضلاً عن أنها تجعله يبدو عاجزاً وبإفهامه بأن التنفيس عن الغيظ ، قد يكون صعباً في البداية ولكنه يصبح سهلاً بالتدريج ، وهنا يحاول المرشد أن يكون لديه الدوافع للتنفيس عن الغيظ والغضب ، وعندما يبدأ في التدريب على ممارسة ذلك يصبح أقدر على السلوك الصريح في مواقف أخرى أكثر صعوبة .

وبذلك ينمي الكف الشرطي لما يعانيه من قلق ، ويتم استخدام هذا الأسلوب لما يلي:

أ) تكوين الدوافع لدى العميل للتنفيس عن الغضب والغيظ .

ب) تدعيم السلوك التأكيدي لدى العميل عن طريق لعب الأدوار .

ج) تدعيم السلوك التأكيدي لدى العميل عن طريق السيكودراما والتمثيل ، ويتم التدريب على ذلك من خلال المقابلات العلاجية .

أسلوب الاسترخاء Ralaxation: واستفاد ولبي من هذا المبدأ في تقليل الحساسية التدريجي ، ويعمل هذا الأسلوب على إضعاف القلق العصابي بطريقة تدريجية أي خطوة خطوة ، ويشتمل هذا الأسلوب على مرحلتين :

أ-التدريب على الاسترخاء العضلي العميق وهذا يستغرق من 6-7 جلسات مع التدريب اليومي في المنزل ويكون باسترخاء جميع أجزاء الجسم حيث يستفاد من الاسترخاء في تقليل التوتر الذي يقل معه القلق ، ويستفاد من الاسترخاء العضلي في التأثير عكسيا على ضربات القلب والنفس المصاحب للقلق .

ب -بناء مدرج القلق : وهو عبارة عن قائمة المثيرات والمخاوف التي تثير القلق ، بحيث يتم ترتيبه ترتيبا تنازليا ، أي من الأعلى إلى الأقل شدة في استثارة القلق لدى الفرد .

المدرسة السلوكية وعلاج الاعتماد:

أن غالبية المدارس السلوكية العلاجية تعتمد في التعامل مع مشكلة معتمدي المخدرات على عدة حقائق:

1-إن الاعتماد يقود إلى سلوكيات جديدة .

2-إن هذه العادات قد أخذت (مع التكرار) مشكلة أكثر رسوخا ، بل وتخدم استمرار تعاطي الفرد المخدرات إلى الاعتماد عليها .

3-إن التخلص من مثل هذه العادات لن يكون هينا ، ولكنه مع ذلك ليس مستحيلا .

4-لابد من (التعاون)بين معتمدي المخدرات والمعالج .. ويفضل تحرير عقد علاجي بين المعالج والمريض حتى يعرف المعتمد حقوقه وواجباته .

5-يكلف المعتمد بالعديد من (الواجبات المنزلية) ويجب أن يلتزم بتنفيذها .

ويحتاج البرنامج العلاجي إلى خطوات فكلما نجح المعتمد في خطوة ، صعد المعالج إلى خطوة أخرى ، ويستغرق إنجاز هذا البرنامج بضعة أشهر، وهذا البرنامج مرن ، ويمكن تطبيقه على معتمدين داخل مصحات للعلاج ، كما يمكن تطبيقه على معتمدين يترددون على العيادات الخارجية . مع الأخذ في الاعتبار أن هذا العلاج يقتضي توافر مجموعة من الشروط في الشخص مثل : التعاون ، الدافعية ، درجة من التعليم ، إتقان مهارة وصف المشاعر وكيفية التعبير عنها (كتابة) ، درجة عالية من تفسير المريض لمشاعره وسلوكياته التي تصدر عنه ، وجود دعائم مشجعة في البيئة الخارجية ، وجود مساندة اجتماعية سواء من الأسرة أو الرفاق (غانم ، 2005، 65-66) .

كما أنه يمكن استخدام طريقة (إليس) العلاج العقلاني – الانفعالي السلوكي في علاج معتمدي المخدرات. فقد قدم العديد من العلماء السلوكيين الذين ينتمون إلى هذه المدرسة تجربتهم في علاج معتمدي المخدرات باستخدام هذه الطريقة ، والتي تنهض على دحض الأفكار اللاعقلانية لدى المعتمد تجاه المواد المخدرة مثل:

1) أنه لا يستطيع أن يحيا دون مخدر .

2) أن المخدر يجعله أكثر نشاطاً ومرحاً .

3) أن المخدر يساعده في ممارسة الجنس .

4) أنه لو توقف عن تعاطي المخدر .. فسوف يدخل في جحيم الأعراض الانسحابية .

5) أنه ضعيف أمام المخدر .

6) أن الانتكاسة واردة حتى لو استمر في العلاج والتوقف فترات طويلة .

7) أن الذين لم يجربوا الاعتماد من السهل عليهم أن يحكموا علينا بالفشل .

8) أن المخدر هو الحياة وإذا انقطعت عن المخدر فسوف أفقد حياتي . (غانم ، 2005، 65- 67) .

وذكر الجوهي (1998) أنه لاحظ ارتفاع مستوى القلق لدى مرضى الاعتماد على العقاقير أو الكحول ، وخاصة الأيام التي تسبق خروجهم من المستشفى بشكل واضح ، وعند الاستفسار عن الأسباب أجمع غالبيتهم بأن السبب هو الخوف من الانتكاسة ، أو مواجهة الحياة بلا مخدر(ص74) . وبالرغم أن أكثر العقاقير إحداثا لأعراض اضطرابات القلق هي الأمفيتامين ، والكوكايين والكافيين إلا أن بعض العقاقير الأخرى تسبب زيادة في إفراز الموصل العصبي السيروتونين كعقار الهلوسة ليسيرجيك أسيد (L.D.S) والتي من الممكن أن تتسبب في ظهور متلازمات قلق حادة أو مزمنة عند مستخدمي هذه العقاقير ، بالإضافة إلى أن عدد من الأدوية التي توصف لأغراض علاجية من الممكن أن تسبب ظهور أعراض اضطرابات القلق لدى بعض الأشخاص سريعي التأثر بهذه المواد.

الخطوات التمهيدية للعلاج النفسي للاعتماد على العقاقير:

ذكر فايد (2007 ، 237-240) أن العلاج النفسي له عدد من الخطوات تتمثل في :

التشخيص الدقيق للحالة : لابد من إجراء تشخيص دقيق لحالة المدمن حيث إنه قد يعاني من نوعين من الاضطراب (اضطراب كحول مع أي اضطراب عقلي آخر) وهذا ما يطلق مفهوم التشخيص المزدوج .

إزالة التسمم: وفي هذه الخطوة يكون المريض تحت إشراف طبي كامل وخاصة إذا كان متعاطياً لمواد مخدرة تؤدي إلى اعتماد نفسي وجسمي واحتمال معا ، حيث إن تعاطي مثل هذه المواد يؤدي إلى أعراض انسحاب شديدة قد تهدد حياة المريض ، ولذلك فلابد من إدخاله وحدة علاج الإدمان ، وقد تستغرق عملية إزالة أعراض الانسحاب فترة زمنية تتراوح بين أسبوع حتى ثلاثة أسابيع .

التقويم النفسي والسياكتري والاجتماعي: وفي هذه الخطوة يتم إجراء الاختبارات النفسية وخاصة اختبارات الشخصية لمعرفة نوع الاضطراب العقلي السائد لدى المرضى كما يتم تطبيق اختبارات الذكاء لمعرفة مدى تأثير الوظائف العقلية بتعاطي العقاقير المخدرة وتقدير مدى التلف الذي حدث فيها ، ويقوم بهذا العمل الأخصائي النفسي كما يتم إجراء المقابلات الشخصية بواسطة الطبيب النفسي حتى يمكن الكشف عن الأعراض السيكولوجية التي يعاني منها المريض ، ومدى مماثلة تلك الأعراض مع نتائج الاختبارات النفسية. أما بالنسبة للأخصائي الاجتماعي فيقوم بدراسة تاريخ الحالة من حيث مستوى التعليم ، وعلاقته بأسرته ، ومدى التماسك أو التفكك الأسري وطبيعة مهنته إذا كان يعمل .... ألخ .

التأهيل البدني: يدخل معظم المدمنين إلى مرحلة العلاج وهم في حالة ضعف جسمي لأنه نادراً ما يعيشون بطريقة صحيحة . ويجب أن يهدف التأهيل البدني إلى استعادة المعتمد الصحة البدنية الجيدة . ويمكن أن يتضمن التأهيل البدني إعادة تعليم المدمنين كيف يقضون وقت الفراغ ، والاندماج في الهوايات والحرف الفنون .

الجلسات التعليمية: والهدف منها هو توعية المريض بالأضرار الشديدة –سواء النفسية أو الجسمية أو الاجتماعية –الناتجة من تعاطي المواد المخدرة ، كما يتم شرح كيفية تفاعل هذه المواد في الجسم ،وكذلك طرح بعض القضايا الاجتماعية والنفسية والدينية التي تدور حول تعاطي العقاقير المخدرة ، وشرح أسباب الاعتماد وكيفية علاجه ... وتساعد هذه الجلسات في تأهيل المدمنين لدخول البرامج العلاجية .

الدخول إلى برامج العلاج النفسي: وهي تلي الخطوات السابقة سواء الفردي أو الجماعي . وفي هذا الصدد تجدر الإشارة إلى أن القلق هو السمة الأساسية للشفاء المبكر من الإدمان . ففي بداية العلاج يواجه المدمن في الغالب فقد عائلته أو وظيفته وأمنه المالي ، لذلك فهو يواجه قلق يتناسب مع تلك المواقف الضاغطة (فايد ،2007،240).

العلاج النفسي الجماعي Group Psychotherapy:

يعرف زهران (2005) العلاج النفسي الجماعي : بأنه علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم واضطراباتهم معا في جماعات صغيرة ، يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد ، أي ما يقوم بين أفراد الجماعة من تفاعل وتأثير متبادل بين بعضهم البعض وبينهم وبين المعالج (أو أكثر من معالج) يؤدي إلى تغيير سلوكهم المضطرب وتعديل نظرتهم إلى الحياة وتصحيح نظرتهم إلى أمراضهم (ص284) .

العلاج الفردي والعلاج الجماعي : في العلاج الفردي يعالج فيه المعالج النفسي حالة مرضية فردية معينة في كل مرة وتكمن فاعلية هذا النوع من العلاج في مدى التقبل للعلاقة المهنية والمباشرة بين المعالج والمريض ويستخدم في علاج المشكلات الخاصة ، بينما العلاج الجماعي يقوم فيه المعالج بعلاج مجموعة من المرضى لهم المشكلة نفسها وتعتمد فاعلية العلاج الجماعي على مدى الاهتمام القائم في العلاقة بين المريض والمعالج من جهة وبين المريض والمجموعة من جهة أخرى (الوايلي ، 2003 ،46) .

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج الجماعي : حيث لخصها زهران (2005، 284-285) في :

1- الإنسان كائن اجتماعي لديه حاجات نفسية اجتماعية : لابد من إشباعها في إطار اجتماعي ، مثل الحاجة إلى الأمن والنجاح والاعتراف والتقدير والمكانة والشعور بالانتماء والشعور بالمسئولية نحو الآخرين ، والحاجة إلى الحب والمحبة ، والحاجة إلى المسايرة وتجنب اللوم والسلطة والضبط والتوجيه ..

2-يتحكم في سلوك الفرد المعايير الاجتماعية التي تحدد الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها في المجتمع . ويرتبط بنمط العلاقات الاجتماعية والتفاعل الاجتماعي السائد والجماعات التي ينتمي إليها .

3-من أهداف العلاج النفسي بصفة عامة تحقيق التوافق الشخصي والتوافق الاجتماعي بما يحقق سعادة الفرد في تفاعله الاجتماعي .

4-يؤثر التفاعل الاجتماعي بين المرضى في الجماعة العلاجية حيث يجعل كل واحد من أعضائها مرسلاً ومستقبلاً للتأثيرات العلاجية ، فلا يعتمد العلاج على المعالج وحده ، بل يصبح المرضى الآخرين مصدراً من مصادر العلاج

5-تعتمد الحياة في عصرنا الحاضر على العمل في جماعات ،وبذلك لا يستطيع المواطن العادي أن يحيا حياة سعيدة ، منتجة ما لم يمارس أساليب التفاعل الاجتماعي السوي واكتساب المهارات للتعاون مع الجماعة

تشكيل المجموعة العلاجية : أورد أبوزيد (2008) أن تشكيل المجموعة العلاجية يعتمد على :

1-حجم المجموعة المناسب : 1) مجموعة صغيرة جداً (فردين) . 2) مجموعة صغيرة (3-5 أفراد) . 3) مجموعة متوسطة (6-10 أفراد). 4) مجموعة كبيرة (11-15 فرداً) . 5) مجموعة كبيرة جداً (16 فما فوق فرداً). والجماعات الصغيرة ومتوسطة الحجم تعتبر أفضل الجماعات .

2- مدى تجانس المجموعة : حيث تتجانس المجموعة العلاجية في : الجنس ، العمر ، المستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي والتعليمي ، الذكاء والقدرات العقلية والمعرفية والذهنية ، التشخيص الإكلينيكي والأعراض السيكوباثولوجية ، الخبرات العلاجية السابقة ، حدة الأعراض وكثافتها ومدى

سفورها ، نوع المشكلات وتصنيفاتها ، المعرفة السابقة لأعضاء الجماعة بعضهم ببعض ، التاريخ السيكاتري ، الجنسية ، الديانة ، اللغة . (ص79 ، ج 1) .

مهارات علاج الخبرة الجماعية : ولخصها زهران (2005، 303 -305) إلى المهارات التالية:

التجمع : حيث تبدأ المجموعة بالتجمع والتعارف .

المقاومة : وتعني مقاومة التعبير الشخصي . ويحدث هذا حين يقوم بعض الأفراد بالتعبير عن الاتجاهات والأفكار الشخصية مما يثير ردود فعل متناقضة بين الأعضاء الآخرين ، فلكل عضو مفهوم الذات المدرك ، ومفهوم الذات الاجتماعي ، ومفهوم الذات الخاص ، وكل فرد يحاول أن يبدو أمام الآخرين محقا أو خاليا من المشكلات . وقد يصمت بعض الأعضاء ويحجمون عن الكشف عن ذواتهم الخاصة ولا يتعاونون .

وصف المشاعر : حيث يبدأ التعبير بالكشف عن المشاعر السابقة في شيء من الحذر والخوف من المخاطر وكشف الذات تماما . والتعبير عن المشاعر السالبة : قد يكون التعبير الأول في شكل مشاعر واتجاهات سالبة نحو الأعضاء الآخرين أو نحو قائد المجموعة ، وبعد أن يتم التعبير عن المشاعر السالبة يتم تقبلها وتشربها . والتعبير عن المشاعر الموجبة : ويكون بالتدرج التعبير عن المشاعر الموجبة وتحل محل شعور سالب ويتم تقبل عميق للآخر.

التعبير عن الموضوعات الشخصية : بعد أن يتأكد كل فرد أن هذه المجموعة مجموعته يزداد مناخ الثقة ويتحدث كل عضو عن موضوع أعمق في نفسه . والتعبير عن المشاعر المباشرة في المجموعة : حيث يتم الإفصاح عن المشاعر في اللحظة المباشرة للأعضاء وبعضها قد يكون سالب وبعضها موجب .

نمو طاقة علاجية في المجموعة وهنا يظهر قدر من الطاقة العلاجية التلقائية لدى أعضاء المجموعة للتعامل مع آلام ومتاعب ومشكلات الآخرين .

تقبل الذات وبداية التغيير : من خلال الخبرة الجماعية يتكشف للفرد مساوىء مفهوم الذات السالب ويقدر معنى فهم الذات وفهم الآخرين، ويقدر ضرورة تقبل ذاته فيبدو أكثر واقعية ، وأكثر استبصاراً بنفسه . وهذا يمثل أساس التغيير .

خلع الأقنعة : وتحدث مع مرور الوقت واستمرار الجلسات فالكلمات المهذبة والفهم المتبادل الظاهري والعلاقات المصطنعة لا تصبح مناسبة ، ويحل محلها حدوث مواجهة أعمق ، ويحدث انفتاح في تلقائية وثقة تزيد الصراحة والتعبير المباشر .

المواجهة (وجهاً لوجه) : وفي هذه المرحلة يواجه الأفراد بعضهم بعضاً إيجاباً وسلباً وأخذ وعطاء .

علاقة المساعدة الجماعية : وفي هذه المرحلة يزداد القرب الاجتماعي وتزداد المشاعر الموجبة وروح الجماعة والثقة وتنمو علاقة مساعدة جماعية حيث تتوصل الجماعة إلى وضع يكون فيها الأعضاء قادرين على مساعدة بعضهم بعضا داخل وخارج الجلسات الجماعية .

المواجهة الأساسية : حيث يتم مواجهة الأعضاء بأساس مشكلاتهم ، فتزيد المواجهة شعور الفرد بتحقق ذاته .

التغيرات السلوكية في المجموعة : فالتعبيرات تتغير ونبرات الصوت فتصبح أرق وأكثر امتلاء بالمشاعر ، ويبدي الأعضاء قدراً كبيراً من الاحترام المتبادل والاتجاه الموجب نحو بعضهم البعض .

تلقي التغذية الراجعة : من خلال التفاعل الجماعي .

الإنهاء والعودة للمجتمع : ويتم ذلك في جلسة ختامية تسمى جلسة التأملات حيث يتبادل الأعضاء مشاعرهم حول الخبرة الجماعية وكيف أثرت في سلوكهم وحياتهم . ويتم الإعداد لعملية المتابعة .

كما ذكر زهران (2005، 307-309)مزايا وعيوب العلاج النفسي الجماعي :

أهم مزايا العلاج النفسي الجماعي :

1-يؤدي إلى اقتصاد كبير في نفقات العلاج وخفض عدد المعالجين .

2- يؤدي إلى خفض الجهد المبذول من جانب المعالج النفسي .

3- له أثر تنفيسي ذو قيمة كبيرة .

4- يكفل تصحيح الفرد وتعديل مفهوم الفرد عن ذاته وعن الآخرين وعن عالمه الخارجي .

5- يتيح الفرصة لنمو العلاقات الاجتماعية ، وحل المشكلات والصراعات في موقف جماعي قريب الشبه بمواقف الحياة الواقعية العملية .

6- يؤكد للمريض أنه ليس الوحيد الذي يعاني من الاضطرابات النفسية وأن هناك كثيرين غيره ، مما يحدث بينهم نوع من المساندة .

7- يعتبر وسيلة تساعد الفرد في التغلب على الحيرة والقلق والاختلاف والضعف والضياع الذي قد يشعر به حين يحاول مواجهة الواقع الذي يتجسد في زيادة ضغوط المجموعات التي ينتمي إليها .

أما أهم عيوب العلاج النفسي الجماعي:

1-يساعد في إحداث التوافق في بعض نواحي حياة المريض إلا أنه لا يحدث تغيرات جذرية في التركيب الأساسي لشخصيته

2- لايضمن فائدة جميع أعضاء الجماعة العلاجية بالشكل المطلوب .

والعلاج النفسي الجماعي هو الذي اختاره الباحث في البرنامج العلاجي ، لما له من إيجابيات كبيرة عند علاج معتمدي المخدرات ، أهمها تناسبه في اشتراك المجموعة في مشكلة واحدة واضطرابات نفسية مرتبطة بالتعاطي ...

الفصل الثالث: الدراسات السابقة :

أولاً : دراسات تناولت القلق وقلق المستقبل لفئات غير معتمدة على المخدرات .

ثانيا : دراسات تناولت الاعتماد على المخدرات .

ثالثا : دراسات تناولت برامج العلاج النفسي للقلق ..لفئات غير معتمدة على المخدرات .

رابعا : دراسات تناولت برامج علاجية نفسية لمعتمدي المخدرات .

تعقيب على الدراسات السابقة .

الفصل الثالث: الدراسات السابقة :

قام الباحث بالاطلاع على الدراسات السابقة المرتبطة بالبحث الخاصة بالقلق ، أو قلق المستقبل ، أو الاعتماد على المخدرات بما فيها الاعتماد على الأمفيتامينات (حسب ما توفر للباحث منها) أو البرامج العلاجية لمعتمدي المخدرات ، خاصة برامج علاج القلق والأفكار اللاعقلانية عند معتمدي المخدرات وقد صنفها الباحث إلى :

أولاً : دراسات تناولت القلق وقلق المستقبل لفئات غير معتمدة على المخدرات :

اهتم المشيخي (2009) بدراسة قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف بالمملكة العربية السعودية . وهدفت إلى 1) معرفة العلاقة بين قلق المستقبل وفاعلية الذات . 2) الكشف عن العلاقة بين قلق المستقبل ومستوى الطموح . 3) معرفة العلاقة بين فاعلية الذات ومستوى الطموح . 4) معرفة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين مرتفعي ومنخفضي فاعلية الذات في قلق المستقبل . 5) معرفة الفروق ذات الدلالة الإحصائية بين مرتفعي ومنخفضي مستوى الطموح في قلق المستقبل . 6) التحقق من مدى إمكانية التنبؤ بقلق المستقبل في ضوء كل من فاعلية الذات ومستوى الطموح . وتكونت عينة الدراسة من (720) طالباً . وتمثلت أدوات الدراسة في : 1) مقياس قلق المستقبل (من إعداده)، 2) مقياس فاعلية الذات (إعداد العدل ، 2001) ، 3) مقياس مستوى الطموح (إعداد عبد العظيم ،2005) . وتوصلت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها : 1) توجد علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب في قلق المستقبل ودرجاتهم في فاعلية الذات . 2) توجد علاقة سالبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب في قلق المستقبل ودرجاتهم في مستوى الطموح . 3) توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين درجات الطلاب في فاعلية الذات ودرجات مستوى الطموح . 4) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب مرتفعي فاعلية الذات ومتوسطات درجات الطلاب منخفضي فاعلية الذات . 5) توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب مرتفعي مستوى الطموح ومتوسطات درجات الطلاب منخفضي مستوى الطموح على مقياس قلق المستقبل لصالح الطلاب منخفضي الطموح .

واهتم فهد العنزي (2007) بدراسة علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية ، وقد هدفت الدراسة إلى : 1) التعرف على علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية لدى الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين . 2) معرفة الفروق بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في القلق . 3) معرفة الفروق بين الأحداث المنحرفين وغير المنحرفين في الأفكار اللاعقلانية . وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس القلق (للدليم 1993) ومقياس الأفكار اللاعقلانية .. (للريحاني 1985) . وبلغت عينة الدراسة (300) مبحوث مقسمين إلى (150) فرداً يمثلون الأحداث المنحرفين و(150) فرداً يمثلون الأحداث غير المنحرفين بمدينة الرياض . وكانت أهم نتائج الدراسة : 1) وجود علاقة بين القلق والأفكار اللاعقلانية . 2) وجود فروق بين الأحداث المنحرفين والأحداث غير المنحرفين في القلق لصالح الأحداث المنحرفين .3) وجود فروق بين الأحداث المنحرفين والأحداث غير المنحرفين في الأفكار اللاعقلانية لصالح الأحداث المنحرفين .

كما أجرت العجمي (2004) دراسة بعنوان : بناء أداة لقياس قلق المستقبل لدى طلا ب وطالبات جامعة الملك سعود بالرياض . وقد هدفت الدراسة إلى بناء أداة لقياس قلق المستقبل لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الملك سعود بالرياض ، وتكونت عينة الدراسة من (251) طالبا و(250) طالبة من الطلاب السعوديين ، واستخدمت الدراسة الأدوات التالية : 1) قائمة (بيك) للاكتئاب والقلق (1993) 2) مقياس (أيزنك) للشخصية العصابية (1966)... وانتهت نتائج الدراسة إلى : 1) تمتع مقياس قلق المستقبل بدرجة ثبات عالية ومقبولة .2) تمتع مقياس قلق المستقبل بالصدق التكويني و الفرضي وقدرة تمييزيةعالية . 3) وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في قلق المستقبل لصالح الإناث . 4) إمكانية استخدام مقياس قلق المستقبل في مجالات علم النفس وعلم نفس الصحة ، وعلم النفس الإكلينيكي والإرشاد ي .

كما اهتم كاجان Kagan (2004) بدراسة الأحداث السلبية والإيجابية المستقبلية عند المراهقين وعلاقتهما بالقلق والاكتئاب ، وهدفت الدراسة إلى فحص استخدام التغيرات التي أعطاها هؤلاء المراهقين لأحداث المستقبل وعلاقتها بزيادة معدل الشعور بالقلق والاكتئاب ، وتكونت عينة الدراسة من (3990) طالباً تراوحت أعمارهم من (11-17)عاماً، وطبق عليهم استبانة المشكلات الحالية والمستقبلية لطلاب المدارس . وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن الطلاب الذين يعانون من السلبية لم يوضحوا ميولهم إلى إمكانية حدوث الأحداث الإيجابية ، كما أوضحت النتائج أن تأثير كل من الأحداث السلبية والإيجابية له علاقات مختلفة على توقع النتائج الإيجابية أو السلبية لأحداث المستقبل ، وأن النظرة التشاؤمية تؤثر على المراهقين وبالتالي يشعرون بالقلق والاكتئاب .

ثانيا : دراسات تناولت الاعتماد على المخدرات :

اهتم الزراد (2009) بدراسة التعرف على الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالقلق لدى عينة من مدمني المخدرات في أبوظبي . وهدفت الدراسة إلى : 1) التعرف على الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات . 2) معرفة ما إذا كانت هناك علاقة بين الأفكار اللاعقلانية وما يعانيه الفرد من قلق وتوتر وانزعاج بسبب التوقف عن تناول المخدر . وتكونت عينة الدراسة من (28) مدمناً على المخدرات من المرضى المنومين بمستشفى الطب النفسي بأبوظبي . وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية : 1) حصل (12) فرداً على مستوى قلق انزعاج دون المتوسط . 2) حصل (16) فردا على مستوى قلق انزعاج فوق المتوسط وشديد . 3) كانت أهم الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة الأولى ذات مستوى قلق متوسط فما دون هي : أ-عندما أكون متضايقا أخفف معاناتي بتناول المخدر . ب- لا يوجد ما أستمتع به إذا توقفت عن تناول المخدر . ج- أستعين بتناول المخدرات لمواجهة مشكلات الحياة الصعبة . د- لا أشعر بالطمأنينة والاستقرار والراحة بدون المخدر . هـ - مشكلاتي الحياتية زادت صعوبة بسبب الإدمان . 4) وكانت أهم الأفكار اللاعقلانية لدى المجموعة الثانية ذات مستوى قلق شديد وشديد جدا هي : أ- أستعين بالمخدر للتغلب على مشكلات الحياة الصعبة . ب- أفقد لذة الحياة إذا لم أتناول المخدر . ج- أتناول أحيانا كمية أكبر من المخدر مما عزمت عليه . د-المخدرات هي أسرع علاج لمشكلات الإنسان . هـ - أعصابي متوترة باستمرار ولا أشعر بنهاية لمشكلات الإنسان .

واهتم العنزي (2009) بدراسة الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني الحشيش والأمفيتامين لنزلاء مستشفى الأمل للصحة النفسية بالرياض مقارنة بالعاديين . وهدفت الدراسة إلى : 1) التعرف على مستوى الأفكار اللاعقلانية السائدة لدى مدمني الحشيش والأمفيتامين . 2) التعرف على الفروق الدالة إحصائياً بين مدمني الحشيش ومدمني الأمفيتامن والعاديين في الأفكار اللاعقلانية . وطبق الباحث مقياس الأفكار اللاعقلانية (للريحاني 1985) ، وتكونت عينة الدراسة لغير المدمنين (360) فردا ، وعينة المدمنين المنومين (147) فردا . وانتهت الدراسة إلى نتائج عدة منها : 1) وجود أفكار لاعقلانية سائدة عن غيرها من الأفكار لدى مدمني الحشيش والأمفيتامين . 2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني الحشيش ومدمني الأمفيتامين والعاديين لصالح المدمنين .

واهتم الشهري (2005) بدراسة السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات ، وقد هدفت الدراسة إلى : 1) التعرف على مستوى السلوك التوكيدي لدى مدمني المخدرات بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالرياض . 2) معرفة مدى وجود الفروق بين أنماط الإدمان الأربعة (الكحول ، الحشيش ، الهروين ، الأمفيتامين) في مستوى السلوك التوكيدي . 3) التعرف على السلوك التوكيدي لدى أنماط الإدمان الأربعة (الكحول ، الحشيش ، الهروين ، الأمفيتامين) من ناحية الخصائص الشخصية لدى المدمنين . وتكونت عينة الدراسة من (80) فرداً بواقع (20) فرداً لكل نمط من الإدمان . وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي : 1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أنماط الإدمان الأربعة (الكحول ، الحشيش ، الهروين ، الأمفيتامين) في السلوك التوكيدي لصالح مدمني الهروين ثم الأمفيتامين ويليهم الحشيش ثم الكحول . 2) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى السلوك التوكيدي بين المدمنين تعزى للوظيفة حيث بينت الدراسة أن العسكريين من المدمنين على المخدرات كانوا أعلى من حيث السلوك التوكيدي يليهم الموظفون المدنيون ثم العاطلون عن العمل .

كما اهتم باكيرا Bakera (2005) بدراسة الآثار النفسية المترتبة على تعاطي الأمفيتامينات في أستراليا . وهدفت الدراسة إلى التعرف على الاضطرابات النفسية الناتجة عن تعاطي المخدرات ، على عينة بلغت (178) من مدمني المخدرات ، وكانت أهم نتائج الدراسة : 1)أن 30% من مستخدمي الأمفيتامينات ينتشر عندهم القلق . 2) وجود الاضطرابات التالية عند جميع أفراد العينة (اضطرابات المزاج المكتئب ، والقلق ، والتهيج ، وجنون العظمة ، وتقلب المزاج ، وصعوبة التركيز،والعدوانية ، والهلوسة والذهان . 3) تخف الاضطرابات النفسية عند الإقلاع عن تعاطي الأمفيتامينات .

كما اهتم الهذال وخليفة (2003) بدراسة تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت . وهدفت الدراسة إلى : 1) الكشف عن مدى الاستمرار والتوقف عن تعاطي هذه المواد . 2) الكشف عن العوامل والظروف التي تقترن بتعاطي أو عدم تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب. 3) إلقاء الضوء على المعتقدات والتصورات الشائعة حول الآثار المترتبة على تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب لدى كل من المتعاطين وغير المتعاطين . وتكونت عينة الدراسة من (4007) طالبا وطالبة بالمدارس الثانوية الحكومية بالكويت . وتمثلت أداة الدراسة في استبانة مدى تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بالكويت ، وخلصت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها : 1) أن متعاطي المخدرات أكثر تعرضاً لثقافة المخدرات من خلال الرؤية المباشرة ووجود أصدقاء وأقارب يتعاطون المواد النفسية بالمقارنة بغير المتعاطين للمخدرات . 2) أن أكثر الانحرافات السلوكية التي يقع فيها المتعاطون للمخدرات هي الغش في الامتحانات والشجار مع المدرسين والهروب من المدرسة والطرد من غرفة الدراسة ومشكلات مع الشرطة والاعتداء على الزملاء والمدرسين . 3) الكحوليات أكثر استخداما ثم الأدوية يليها المخدرات الطبيعية وأن الطلبة الذكور أكثر استخداماً من الإناث.

كما اهتمت عبدالمنعم (1999) بدراسة الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه ، وهدفت الدارسة إلى 1) التعرف على بيئة المدمن الاجتماعية 2) التعرف على السمات الشخصية المميزة لمدمن المخدرات 3) التعرف على آثار إدمان المخدرات على شخصية الفرد . وقد استخدمت الباحثة الأدوات التالية : استمارة المقابلة ، اختبار الشخصية المتعدد الأوجه . وانتهت الدراسة إلى : 1) وجود علاقة طردية بين انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي وإدمان المخدرات . 2) انخفاض القدرات العقلية عند مدمني المخدرات مقارنة بالأسوياء . 3) زيادة اضطراب سمات الشخصية عند مدمني المخدرات . 4) وجود أثرسلبي للمخدرات على مستوى الذكاء عند المدمنين 5) وجود اعتقاد خاطىء أن الإدمان على المخدرات يقوي الجنس 6) ميول المدمن إلى ارتكاب جريمة السرقة والاغتصاب والقتل والضرب .

كما قام بابرج وآخرون Baberg et al; (1996) بدراسة بعنوان: مدى استخدام تعاطي الأمفيتامينات بين مراجعي مركز الطب النفسي في جامعة كاليفورنيا وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على نسبة تعاطي الأمفيتامينات لمراجعي المركز الطبي بين متعاطي المخدرات الأخرى بين عامي 1989-1995 وتكونت عينة الدراسة من (2983) من المرضى المراجعين وكانت أهم نتائج الدراسة ما يلي : 1) متوسط من تعاطى الأمفيتامينات بلغت نسبتهم (9.1%) من متعاطي المخدرات . 2) أكثر من (70%) من المتعاطين كانوا ذكوراً . 3) كان الكثير من المتعاطين ممن لديهم تاريخ مرضي نفسي . 4) من الاضطرابات النفسية الشائعة لديهم القلق والأرق ومحاولات الانتحار والاكتئاب . 5) كانت نسبة المتعاطين في سن الشباب (65%) من بين المتعاطين للأمفيتامينات .

ثالثا : دراسات تناولت برامج العلاج النفسي للقلق ..لفئات غير معتمدة على المخدرات:

قام آل سلمان (2003) بدراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى القلق لدى عينة من مرضى القلق العام بمستشفى الصحة النفسية بالرياض ، وهدفت الدراسة إلى التحقق من فعالية البرنامج العقلاني الانفعالي الجمعي في خفض درجة القلق العام لدى عينة من مرضى القلق العام . وتكونت عينة الدراسة من 20 مريضا من مرضى القلق العام ، في مرحلة عمرية تتراوح بين (18 – 30) سنة ، انقسمت عينة الدراسة إلى مجموعتين متكافئتين إحداهما تجريبية (10) أفراد والأخرى ضابطة (10) أفراد . واستخدمت الدراسة الأدوات التالية : 1) مقياس القلق(1993 للدليم .2)مقياس

الأفكار اللاعقلانية (للريحاني 1985) . 3) برنامج العلاج العقلاني الانفعالي من إعداد آل سلمان . وانتهت الدراسة إلى عدة نتائج منها : 1) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية على مقياس القلق في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي . 2) توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الأفكار اللاعقلانية في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي . 3) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس القلق بعد تطبيق البرنامج العلاجي وذلك لصالح المجموعة التجريبية . 4) توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الرتب لدرجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الأفكار اللاعقلانية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وذلك لصالح المجموعة التجريبية.

كما اهتم كوان ، وبرونيرو Cowan & Brunero (1997) بدراسة فاعلية العلاج الجماعي العقلاني الانفعالي السلوكي في خفض القلق وتعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى عينة من مرضى القلق . وهدفت الدراسة إلى : 1) تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى عينة من مرضى القلق العام . 2) خفض مستوى القلق لدى عينة من مرضى القلق العام . وتكونت عينة الدراسة من (17) مريضاً . وانتهت الدراسة إلى نتائج عدة منها : 1) خفض مستوى القلق العام لدى أفراد العينة . 2) تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى عقلانية لدى أفراد العينة .

واهتم إميلدام وبينز Emmeldam & Beens (1991) بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين الأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مرضى القلق والوسواس القهري . والتي هدفت إلى 1) تعديل الأفكار اللاعقلانية الوسواسية المسببة للقلق . 2) خفض مستوى القلق . وتكونت عينة الدراسة من (21) فرداً خضعوا لبرنامج علاجي مدته (6) أشهر. وانتهت الدراسة إلى نتائج عدة منها : 1) خفض معدلات القلق ومشاعر عدم الارتياح . 2) تعديل المعتقدات اللاعقلانية لدى أفراد العينة التجريبية . 3) تعديل الأفكار الوسواسية لدى أفراد العينة التجريبية .

رابعا : دراسات تناولت برامج علاجية نفسية لمعتمدي المخدرات:

اهتم فخراني Fakhrany (2010) بدراسة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الوسواس القهري لدى مرضى الإدمان على المخدرات في مصر . وقد هدفت الدراسة إلى معرفة أثر العلاج المعرفي السلوكي للمجموعة التجريبية مقارنة بالعلاج الطبي فقط للمجموعة الضابطة . وتكونت عينة الدراسة من (40) معتمدا الذين تراوحت أعمارهم بين (21– 42) سنة ، وقسمت العينة إلى مجموعتين التجريبية خضعت للعلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى العلاج الطبي ، والضابطة خضعت فقط للعلاج الطبي . وانتهت أهم نتائج الدراسة إلى: 1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في علاج الوسواس القهري . 2) أظهرت النتائج فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض القلق – اضطراب الوسواس القهري مقارنة مع العلاج الطبي فقط .

في حين اهتم الصقهان (2006) بدراسة فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات بالقصيم . والتي هدفت إلى معرفة مدى فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى عينة من مدمني المخدرات بمستشفى الملك فهد بالقصيم . وتمثلت أداة الدراسة من : مقياس القلق (للدليم 1993) ، وتكونت عينة الدراسة من (20) مريضاً (10 ضابطة و10 تجريبية) ، وانتهت أهم النتائج إلى : وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعة التجريبية والضابطة في القياس البعدي سواء في درجة التفكير اللاعقلاني أو في درجة القلق لصالح المجموعة التجريبية .

واهتم الهاشم (2006) بدراسة مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين . وهدفت الدراسة إلى اختبار فاعلية برنامج إرشادي جماعي تم اقتباسه وتعريبه خاص بتنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من المعتمدين على تعاطي الأمفيتامينات بمجمع الأمل للصحة النفسية بمدينة الدمام وذلك من خلال مقارنة النتائج ما بين المجموعة الإرشادية والمجموعة الضابطة . وتكونت عينة الدراسة من (17) معتمداً قسموا إلى قسمين بين المجموعتين التجريبية وعددها (8) مرضى والضابطة وعددها (9) مرضى . وقد استخدم الباحث مقياس دافعية العلاج (إعداد أبو زيد ، 2005) ومقياس جامعة رود ايلاند (URICA) لتقويم التغيير(1997) وانتهت أهم النتائج إلى : 1) عدم

وجود فروق جوهرية بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في متغير الدافعية للعلاج يشير إلى فعالية البرنامج في شحذها. 2) عدم وجود فروق جوهرية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في تحسن دافعية العلاج لدى الجماعة التجريبية مشيرا إلى فعالية البرنامج في شحذها . وأرجع (الهاشم) سلبية هذه النتائج إلى قلة عدد الجلسات العلاجية وعدم الاعداد الجيد للبرنامج .

كما اهتم جرابوسكي Grabowski (2004) بدراسة فاعلية العلاج السلوكي في خفض تعاطي الأمفيتامينات والكوكائين ، بهدف خفض تعاطي الأمفيتامينات والكوكائين ، على عينة مكونة من (94) مريضة في برنامج علاجي سلوكي مدته (26) أسبوع وانتهت أهم النتائج إلى : 1) انخفاض تعاطي أفراد العينة من الأمفيتامينات (15–30 ملغ) إلى (1.1 ملغ) والكوكائين من (30–60 ملغ) إلى (2–4 ملغ) بمعدل مرة في الشهر بعد أن كانت عدة مرات في الأسبوع . 2) تحسن شهيتهم للطعام ، كما تحسنت صحتهم الجسمية والنفسية وانتظام النوم .

واهتم الوايلي (2003) بدراسة فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات ، والتي هدفت إلى : 1) خفض مستوى القلق لدى مدمني المخدرات ، وتمثلت أداة الدراسة في مقياس القلق (للدليم 1993) ، وتكونت عينة الدراسة من (24) فردا من مدمني المخدرات بمستشفى الأمل بالرياض مقسمة إلى مجموعتين تجريبية وضابطة . وانتهت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها : 1) لاتوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين القياسين القبلي والبعدي في متوسط درجات القلق على المجموعتين الضابطة والتجريبية . 2) لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العمر والمستوى التعليمي وعدد مرات دخول المستشفى وبين مستوى القلق لجميع أفراد العينة .

كما قام الجوهي (1998) بدراسة أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق لدى عينة من معتمدي الهروين ، وقد هدفت الدراسة إلى اختبار مدى فاعلية برنامج التدريب على التعامل مع القلق ، في خفض مستوى القلق لدى عينة من معتمدي الهروين المنومين بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام . وتمثلت أدوات الدراسة في :1) برنامج التدريب على التعامل مع القلق . 2) قائمة قلق الحالة وقلق السمة " لسبلبيرجر " 3) قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول ، وتكونت عينة الدراسة من (30) مريضاً منوماً بالمستشفى مقسمين إلى (15) للمجموعة التجريبية و(15) للمجموعة الضابطة .

وانتهت أهم النتائج إلى : 1) انخفاض مستوى قلق الحالة لدى المجموعة التجريبية بعد التعرض لبرنامج التدريب على التعامل مع القلق . 2) استمرار ارتفاع مستوى قلق الحالة لدى العينة الضابطة في القياس البعدي . 3) انخفاض مستوى قلق السمة لدى المجموعة التجريبية بعد البرنامج العلاجي .

واهتم عبد الموجود ومفتاحAbdelmougeed & Moftah (1995) بدراسة بعنوان : التعرف على فاعلية البرامج العلاجية السلوكية التي يخضع لها المرضى بمستشفى الأمل بالدمام . وهدفت إلى : الوقوف على فاعلية البرامج السلوكية التي يخضع لها المرضى بمستشفى الأمل بالدمام . من خلال تطبيق مقياس الأعراض الاكتئابية ، ومقياس الأعراض السلوكية : قبل وبعد تطبيق البرامج العلاجية . على عينة تكونت من (45) مريضاً من معتمدي المخدرات بمستشفى الأمل بالدمام . وانتهت الدراسة إلى عدة نتائج أهمها : 1) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين التطبيقين لصالح تحسن حالة المرضى الذين تعرضوا لبرامج علاجية سلوكية . 2) انخفاض متوسط القلق بعد التعرض للبرامج العلاجية السلوكية عند مستوى دلالة (0.01) .

تعقيب على الدراسات السابقة :

من خلال العرض السابق للدراسات العربية والأجنبية فإننا نخلص إلى التالي :

أولا : الدراسات التي تناولت القلق وقلق المستقبل مع فئات غير معتمدة على المخدرات:

فقد تناولت دراسة كاجان (2004) ودراسة المشيخي (2009) قلق المستقبل عند المراهقين وعند الشباب ودراسة العجمي (2004) والتي أثبتت جميعها وجود هذا النوع من القلق بل إن دراسة العجمي انتهت إلى بناء مقياس لقلق المستقبل يمكن استخدامه والاعتماد عليه عند الشباب، ولفئات غير معتمدة على المخدرات. كما كشفت دراسة المشيخي عن علاقة قلق المستقبل بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح ، وكشفت دراسة كاجان أن توقع الأحداث في المستقبل يؤثر على الفرد إيجاباً أو سلباً وأن النظرة التشاؤمية للمستقبل تؤدي إلى القلق والاكتئاب . كما كشفت دراسة فهد العنزي (2007) عن وجود علاقة قوية بين الأفكار اللاعقلانية وحدوث القلق المرضي لدى الأحداث المنحرفين ..

وهذه الدراسات بينت وجود قلق المستقبل عند فئة الشباب وعلاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية ، وأن هناك علاقة قوية بين قلق المستقبل ومستوى الطموح وكذلك مفهوم الذات ، وأن النظرة التشاؤمية في المستقبل تؤدي لحدوث القلق .....

ثانيا : الدراسات التي تناولت الاعتماد على المخدرات :

حيث كشفت دراسة بابرج (1996) أن نسبة (9.1%) من معتمدي المخدرات يعتمدون على الأمفيتامينات ، وأن الاضطرابات النفسية الشائعة لديهم هي القلق والأرق ومحاولات الانتحار والاكتئاب ، وأن نسبة (65%) من المعتمدين على المخدرات في سن الشباب . كما كشفت دراسة عبدالمنعم (1999) عن وجود علاقة طردية بين انخفاض المستوى الاجتماعي والاقتصادي وتعاطي المخدرات ، وأن متعاطي المخدرات هم أقل قدرات عقلية وذكاء من غير المتعاطين ، ووجود اعتقاد خاطىء أن المخدرات تقوي الجنس ، وعن وجود ميول لمتعاطي المخدرات إلى ارتكاب الجريمة .

وكشفت دراسة الهذال وخليفة (2003) أن متعاطي المخدرات كانوا يتعاطون بسبب توفر المخدرات لديهم أو من خلال أصدقائهم وأقاربهم الذين يتعاطونها ، وأن سلوكهم عدواني مع مجتمعهم خاصة في المدارس الثانوية بالكويت ، وأن الطلبة الذكور أكثر تعاطيا للمخدرات من الإناث. كما كشفت دراسة العنزي (2009) عن وجود علاقة قوية بين الأفكار اللاعقلانية والاعتماد على الحشيش والأمفيتامينات . كما كشفت دراسة الزراد (2009) عن ارتباط الأفكار اللاعقلانية بقلق الانزعاج لدى معتمدي المخدرات في أبو ظبي .

ويرى الباحث أن هذه الدراسات بينت بعض العلاقة بين الاضطرابات النفسية وتعاطي المخدرات ، بل إن دراسة بيرج (1998) أكدت على ارتباط اضطراب القلق بتعاطي الأمفيتامينات ، وكذلك أكد العنزي (2009) على وجود علاقة قوية بين الأفكار اللاعقلانية والأمفيتامينات .. وهذا يقود الباحث إلى أهمية علاج القلق المرتبط بالأمفيتامينات ، خاصة أن هذه الدراسات بينت عن وجود علاقة قوية بينهما ...

ثالثا : دراسات تناولت العلاج النفسي لغير معتمدي المخدرات :

كشفت دراسة إميلدم Emmeldam (1991) عن تحسن الأفكار اللاعقلانية وانخفاض مستوى القلق لدى المرضى الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي . كما نجحت دراسة كوان وبرونيرو Cowan & Brunero (1997) في خفض مستوى القلق العام وتحسين الأفكار اللاعقلانية لدى العينة التي تعرضت لبرنامج علاجي نفسي . كما كشفت دراسة آل سلمان (2003) عن أثر العلاج العقلاني الانفعالي في حفض القلق لدى عينة من مرضى القلق العام ، وكانت هناك فروق في خفض متوسط درجة القلق لدى العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطة .

وهذه الدراسات تعطي دعما واطمئنانا على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض الاضطرابات النفسية خاصة القلق ، وأنها لم تتناول علاج قل المستقبل ..... وتشجع الباحث على اختيار العلاج المعرفي السلوكي وأثره في خفض قلق المستقبل لعدم استخدامه على عينة سعودية – على حد علم الباحث –.

رابعا : دراسات تناولت العلاج النفسي لمعتمدي المخدرات :

كشفت دراسة عبدالموجود ومفتاح (1995) عن انخفاض متوسط القلق المرضي للمرضى الذين تعرضوا للعلاج السلوكي بمستشفى الأمل بالدمام . وكشفت دراسة الجوهي (1998) عن أثر العلاج السلوكي (خاصة فنية الاسترخاء) في خفض القلق لدى عينة من معتمدي الهروين بمستشفى الأمل بالدمام وخاصة قلق الحالة . وأوضحت دراسة الوايلي (2003)عن صعوبات في تحسن أفراد العينة التجريبية التي تعرضت للعلاج النفسي الجماعي بمستشفى الأمل بالرياض . وكشفت دراسة جرابووسكي Grabowski (2004) عن حفض تعاطي الأمفيتامينات والكوكائين وتحسن الشهية للطعام لدى عينة من المتعاطين من الإناث مقدارها(94) تعرضت لبرنامج علاجي سلوكي مدته(26) اسبوعا. كما كشفت دراسة الهاشم (2006) عن وجود صعوبات في تحسن الدافعية للعلاج النفسي لدى عينة من مرضى الإعتماد على الأمفيتامينات بمستشفى الأمل بالدمام . كما كشفت دراسة الصقهان (2006) عن تحسن الأفكار اللاعقلانية وانخفاض القلق لدى عينة من معتمدي المخدرات بمنطقة القصيم بالسعودية . وكشفت دراسة فخراني (2010) عن خفض مستوى اضطراب الوسواس القهري والأفكار الوسواسية لدى مرضى الاعتماد على المخدارت في مصر مقارنة مع عينة ضابطة تلقت العلاج الطبي فقط .

ومن خلال اطلاع الباحث على الدراسات السابقة يتضح مايلي : 1) لم تتناول أي دراسة منها لعلاج قلق المستقبل عند أي فئة من معتمدي المخدرات . 2) عدم تناول أي دراسة منها لعلاج قلق المستقبل عند معتمدي الأمفيتامينات . 3) تعارض بعض نتائج الدراسات في تحقيق الهدف من البرنامج العلاجي أو الارشادي ويتضح هذا في دراسة الهاشم (2006) التي أدت إلى عدم تحقيق تحسن في مستوى الدافعية عند معتمدي المخدرات السعودين ، وفي المقابل انتهت دراسة الجوهي (1998) في خفض درجة القلق لدى عينة من معتمدي الهروين باستخدامه لبرنامج علاجي سلوكي ...

4) امكانية استخدام العلاج المعرفي السلوكي لخفض قلق المستقبل عند معتمدي المخدرات(الأمفيتامينات).

5) بعض الدراسات اهتمت بمعرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق ، ولم تتناول علاج قلق المستقبل بالنظرية العقلانية الانفعالية السلوكية ..

الفصل الرابع- منهج البحث واجراءاته :

منهج البحث

مجتمع البحث

عينة البحث :

فروض البحث

أدوات البحث

التصميم التجريبي

الأساليب الإحصائية

الفصل الرابع

منهج البحث واجراءاته :

منهج البحث:

اعتمد الباحث على المنهج التجريبي ، الذي يتكون من مجموعتين متجانستين من المعتمدين على المخدرات ، مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة .

مجتمع البحث:

يتكون مجتمع البحث من المرضى المعتمدين على المخدرات المنومين بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام (تابع لوزارة الصحة السعودية) (180 منوّم)

عينة البحث:

وقد حاول الباحث جاهداً أن يحقق أعلى درجة من التجانس بين المجموعتين " ضبط المتغيرات " التي يمكن أن تؤثر على نتائج البحث ، وذلك حسب الاجراءات التالية :

طبق الباحث مقياس قلق المستقبل على (80) مفحوصاً من مرضى الاعتماد على المخدرات المنومين في مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام – المملكة العربية السعودية – ، تراوحت أعمارهم بين 25 – 39 سنة ، وتم اختيار هذه الفئة العمرية بناء على ما جاء في الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات النفسية والعقلية الرابع DSM-IV ... والذي يشير إلى أن اضطراب القلق يبدأ في أي سن ولكنه يرتفع في العشرينات والثلاثينات من العمر .

وتكونت عينة البحث من (20) مريضاً من معتمدي الأمفيتامينات ، وتم اختيارهم عن طريق العينة العشوائية المقيدة والذين يعانون من ارتفاع درجة قلق المستقبل .

كما اعتمد الباحث في اختياره لعينة البحث على ارتفاع درجة قلق المستقبل عن الإرباعي الأعلى لمقياس قلق المستقبل .

وقسمت عينة البحث إلى مجموعتين كالآتي :

المجموعة التجريبية : وتكونت من (10 أفراد) معتمدين بمتوسط عمري (31) سنة ، وانحراف معياري (4.5) . والمجموعة الضابطة : وتكونت من (10 أفراد) معتمدين بمتوسط عمري (31) سنة، وانحراف معياري (4.4) .

وراعى الباحث تحقيق التجانس بين المجموعتين من حيث السن والحالة الاجتماعية ، والمستوى التعليمي ، والتوزيع المهني ، وتكرار دخول المستشفى ، ومدة الاعتماد .

والجدول التالي يوضح درجة التجانس بين المجموعتين من حيث المتغيرات السابقة باستخدام التكرارات والنسب المئوية .

حيث تتمثل إجراءات ضبط المتغيرات من خلال استعراض الجدول التالي :

جدول رقم (6) يوضح ضبط المتغيرات الديمغرافية لأفراد العينة :

المجموعة / المتغيرات	التجريبية		الضابطة	
	التكرار	النسبة المئوية	التكرار	النسبة المئوية
الفئة العمرية :				
من 25 – 29	4	%40	4	%40
من 30 – 34	4	%40	4	%40
من 35 –39	2	%20	2	%20
التوزيع المهني :				
يعمل	2	20	2	20
لا يعمل	8	80	8	80
الحالة الاجتماعية :				
أعزب	6	60	6	60
متزوج	3	30	3	30
مطلق	1	10	1	10
المستوى التعليمي :				
ابتدائي	1	10	1	10
متوسط (إعدادي)	4	40	4	40
ثانوي	5	50	5	50
مدة الاعتماد بالسنوات :				
7–11 سنة	4	40	4	40
12 – 16	3	30	3	30
17 – 21	3	30	3	30
عدد مرات دخول أفراد العينة للمستشفى:				
الدخول لأول مرة	5	50	5	50
سبق الدخول	5	50	5	50
مجموع أفراد العينة :	10	%100	10	%100

ويتضح من جدول المتغيرات الديمغرافية السابق أن أفراد العينة من فئة الشباب ، وأن أغلبهم عاطلين عن العمل ، وأغلبهم عزاب ، وأن غالبية المستوى الدرسي بين الاعدادي والثانوي ، وطول مدة تعاطي المخدرات ، وأن جزء منهم دخل المستشفى ثم انتكس للتعاطي مرة أخرى .

جميع أفراد العينة من معتمدي الأمفيتامين Amphetamine dependence (الكبتاجون) كمادة أساسية من مواد التعاطي والذين تنطبق عليهم معايير تشخيص الإعتماد على المواد المؤثرة على الحالة النفسية ، وذلك وفقا للدليل التشخيصي الإحصائي الأمريكي الرابع DSM- IV . (وقد حاول الباحث إختيار العينة الأقل عمراً ومدة التعاطي .. رغبة في زيادة التأثير على تحسن حالتهم ..)

أما **متغير البرنامج العلاجي التقليدي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام** (متغير مستقل) فلا يمكن ضبطه أو تعديله أو استبعاده وتتعرض له العينة التجريبية والعينة الضابطة . وهذا البرنامج يهدف إلى تدريب مريض التعاطي على مهارات سلوكية معرفية محددة تساعده على مواجهة الاشتياق للمخدر ومقاومة الانتكاسة وتأهيله للعودة لممارسة حياته العامة . ويتكون هذا البرنامج من :

العلاج الطبي : بعد دخول المريض يبدأ بإجراء الفحوصات والتحاليل المعملية والتشخيص الطبي النفسي والعمل على تخليص الجسم من المخدرات وإزالة الأعراض الانسحابية ، وعلاج الأمراض المصاحبة للاعتماد إن وجدت .

العلاج النفسي:حيث يبدأ التقييم النفسي ثم جلسات العلاج والإرشاد الفردي والجماعي ، بهدف تبصير المريض بمرضه ومعالجة الاضطرابات السلوكية المصاحبة للاعتماد ، وإزالة الدوافع السلبية للمريض، وتقليل الرغبة في التعاطي بشكل متدرج وصولا إلى تغيير نمط حياة المريض بعيدا عن المخدرات. – يرى الباحث أن العلاج النفسي يغلب عليه الإرشاد والتوجيه النفسي لأنه غالبيته محاضرات لعدد يزيد عن(60) فردا خاصة في مركز الرعاية المستمرة الذي يأتي بعد تخليص المريض من الأعراض الانسحابية في مدة تقل عن شهر، ويستمر المريض في مركز الرعاية المستمرة مدة قد تصل إلى سنة –.

العلاج الاجتماعي: الذي يهتم بدراسة التاريخ الاجتماعي والعائلي للمريض والوقوف على المشاكل الاجتماعية والعوامل البيئية التي قادته للمخدر والعمل على حلها بأساليب اجتماعية وتربوية مناسبة .

العلاج الديني : الذي يركز على تقوية الوازع الديني لدى المرضى وفق برامج دينية تشمل المحاضرات والدروس والقراءات الفردية والجماعية .

العلاج من خلال مرشدي التعافي : بهدف الاستفادة من تجارب المعتمد على المخدرات سابقا والمتعافي حاليا في مساندة مريض الاعتماد عن طريق نقل خبرة التوقف والإقلاع عن التعاطي ، وكيفية التخلص من الاعتماد .

العلاج التأهيلي : يعالج فيه المريض عن طريق العمل من ممارسة الأنشطة الرياضية والرسم والفنون .. بهدف شغل الفراغ بما يفيد . (الجوهي ، 1998، 71) .

فروض البحث:

من خلال العرض النظري السابق وكذلك الدراسات السابقة ونتائجها ، قام الباحث بصياغة فروض البحث على النحو التالي :

1: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل وأبعاده لصالح القياس البعدي " (خفض قلق المستقبل).

2: " لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي " .

3: " توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي وذلك لصالح المجموعة التجريبية" (في خفض قلق المستقبل عند المجموعة التجريبية) .

أدوات البحث:

مقياس قلق المستقبل (إعداد الباحث ، 2010) ، وقد مر المقياس بالخطوات التالية:

استقراء التراث النفسي والاطلاع على الأدبيات والبحوث النفسية التي اهتمت بدراسة قلق المستقبل بصفه خاصة ، والبحوث النفسية التي تناول القلق بصفة عامة . وعلى مسح المقاييس والأدوات المتاحة .

تحديد شكل ومحتوى المقياس : انتهى البحث الحالي إلى أن أنسب شكل لمحتوى المقياس من أجل تحقيق هدفه ومناسبته للعينة هو اختبار الورقة والقلم .

مراجعة بعض المقاييس السابقة التي أعدت لقياس القلق مثل: مقياس القلق العام للراشدين (الليل، 1995) ، و مقياس قلق المستقبل (المشيخي ، 2009) ، ومقياس قلق المستقبل (العجمي، 2004) ، ومقياس قلق المستقبل (معوض ، بدون تاريخ) ، ومقياس الطائف للقلق العام (الدليم ، 1993) ، ومقياس قلق الإنزعاج عند مدمني المخدرات(الزراد ، 2009) ، ومقياس بيترسون للقلق (عن الجوهي،1998)، ولندرة المقاييس من هذا النوع خاصة في البيئة السعودية ، ولعلم الباحث أن المقياس لايمكن الاستغناء عنه في إعداد البحوث وخاصة البحوث التجريبية . من هنا نبعت المشكلة في تصميم مقياس لقلق المستقبل حتى يستخدمه الباحث وكذلك الباحثين الآخرين في قياس هذه الحالة خاصة في البيئة السعودية . وهدف إعداد المقياس : هو إيجاد مقياس يمكن الإعتماد عليه في قياس حالة قلق المستقبل لدى معتمدي المخدرات في البيئة السعودية . (لمن تزيد أعمارهم عن 18 سنة ..) وهذه المقاييس تقيس قلق المستقبل عند غير معتمدي المخدرات أو القلق العام ولأن بعض أبعادها أو بنودها لاتنطبق مع مايخص قلق المستقبل عند معتمدي المخدرات قام الباحث بإعداد هذا المقياس .

تحديد أبعاد المقياس والذي يتكون من ستة أبعاد هي :

البعد الأول : الأفكار اللاعقلانية Irrational Thoughts: وعدد بنوده (9).

البعد الثاني : النظرة التشاؤمية للحياة Pessimistic View Toward Life: وعدد بنوده (8) .

البعد الثالث:المظاهر النفسية لقلق المستقبل Psychological Manifestations Of Future Anxiety:

وعدد بنوده (12) .

البعد الرابع:المظاهرالجسمية لقلق المستقبل Phsysiological Manifestations Of Future Anxiety:

وعدد بنوده (9) .

البعد الخامس : المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل Social Manifestations Of Future Anxiety:
وعدد بنوده (9) .

البعد السادس :القلق من الأحداث الضاغطة Worry About Event Stressors: وعدد بنوده (7) .

بالاضافة إلى جزء خاص بالبيانات الأولية في بداية المقياس والذي يتضمن :الاسم أو رقم الملف بمجمع المل للصحة النفسية ، والعمر ، والعمل ، والحالة الاجتماعية ، والمستوى الدراسي ، ومدة الاعتماد ، وعدد مرات الدخول للمجمع ، ونوع الاعتماد على المخدرات .

تكوين بنود كل بعد من أبعاد المقياس .

عدد بنود المقياس ، حيث بلغ في صورته الأولية (68) بندا .

تحديد بدائل الاستجابة على المقياس : حيث تم تحديد البديل الخماسي (ينطبق تماما ، ينطبق غالبا ، ينطبق أحيانا ، ينطبق نادرا ، لاينطبق إطلاقا) .

صدق المقياس : ويتكون من صدق المحكمين : عُرض المقياس في صورته الأولية (68) بندا ، وبأبعاده الستة السابقة ، على مجموعة من الخبراء في علم النفس لتحكيم المقياس والتأكد من وضوح العبارات الخاصة بكل بعد ، وقام الباحث بالإبقاء على البنود التي حصلت على نسبة اتفاق أكثر من 80% ، واستبعاد البنود التي حصلت على أقل من 80 % بين المحكمين (حسب عدد من المقاييس في صدق المحكمين مثل مقياس العجمي لقلق المستقبل ، 2004)، حيث تقلصت البنود من 68 إلى 61 بندا. (انظر ملحق رقم 1 وملحق رقم 3 – المقياس قبل الصدق والثبات – و بيان بأسماء المحكمين)

وحساب الكفاءة السيكومترية لمقياس قلق المستقبل :اعتمد الباحث في حساب صدق المقياس على طريقتين من طرق الصدق السيكومترية على النحوالتالي :

صدق المحك : حيث طبق المقياس الحالي ، مع مقياس القلق للدليم وآخرون (سلسلة مقاييس الطائف ، 1993، الذي قنن على 4500 مفحوصا في خمس مناطق ادارية بالمملكة العربية السعودية ، ولأعمار تراوحت بين 25–65 سنة) على مجموعة من مرضى الاعتماد على المخدرات المنومين في مستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام وعددهم (64 معتمدا) ، ووصل معامل الارتباط بين المقياسين إلى (0.392) عند مستوى دلالة (0.05) .

صدق الاتساق الداخلي : حيث اعتمد الباحث على حساب معامل الارتباط (بيرسون) بين كل بند مع الدرجة الكلية لكل بعد من أبعاد المقياس . حيث تم تطبيقه على عينة تقنين المقياس البالغة (64) مريضا من معتمدي المخدرات ، والجداول التالية توضح صدق الاتساق الداخلي ،(باستخدام معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation):

جدول رقم (7) يوضح معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لبعد الأفكار اللاعقلانية .

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد ومستوى الدلاله
1	(0.286)*
8	(0. 419) **
14	(0. 399) **.
20	(0. 496)**
32	(0. 625)**
38	(0 .678)**
44	(0 .680)**
48	(0 .613)**
52	(0. 278)**

*دالة عند (0.05) ، ** دالة عند (0.01)

جدول رقم (8) يوضح معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لبعد النظرة التشاؤمية للحياة :

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد ومستوى الدلاله
2	0.378**
3	0.381 **
9	0.488 **
15	0.612 **
21	0486 **
27	0.671 **
33	0.458 **
39	0.406 **

** دالة عند 0.01

جدول رقم (9) يوضح معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لبعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل:

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد ومستوى الدلاله
4	0.459 **
5	0.603 **
10	0.552 **
16	0.624 **
22	0.627 **
28	0.530 **
34	0.402 **
40	0.523 **
45	0.323 **
49	0.644 **
53	0.120
56	0.398 **
59	- 009-
61	0.431 **

** دالة عند 0.01 ماعدى البنود 53 ،59

جدول رقم (10) يوضح معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لبعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل:

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد ومستوى الدلاله
11	0.663 **
17	0.579 **
23	0.502 **
29	0.678 **
35	0.659 **
41	0.704 **
46	0.504 **
50	0.508 **
54	0.279 *
57	-147-

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 ، ما عدى البند رقم : 57

جدول رقم (11) يوضح معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لبعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل :

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد ومستوى الدلاله
12	0.529 **
18	0.501 **
24	0.372 **
30	0.270 *
36	0.221
42	0.559 **
47	0.539 **
51	0.427 **
55	0.308 *
58	-030-
60	-084-
62	0.626 **

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 ، ما عدى البنود رقم 36 ،58 ،60

جدول رقم (12) يوضح معاملات ارتباط كل بند بالدرجة الكلية لبعد القلق من الأحداث الضاغطة :

رقم البند	معامل ارتباط البند بالبعد ومستوى الدلاله
6	0.268 *
7	0.213
13	0.465 **
19	0.621 **
25	0.540 **
31	0.288 *
37	0.282 *
43	0.547 **

** دالة عند 0.01 * دالة عند 0.05 ما عدى بند رقم 7

وقام الباحث بحذف البنود غير الدالة بعد صدق الاتساق الداخلي وبذلك احتوى المقياس في صورته النهائية على 54 بندا .

كما قام الباحث بحساب صدق الاتساق الداخلي بحساب معامل الارتباط (معامل ارتباط بيرسون Pearson) بين كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس .. والجدول التالي يوضح ذلك :

جدول رقم (13) يوضح معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس):

البـــــــــعـــــــــد	ارتباط البعد بالمجموع الكلي
الأول : الأفكار اللاعقلانية	0.710 **
الثاني : النظرة التشاؤمية للحياة	0.752 **
الثالث:المظاهر النفسية لقلق المستقبل	0.871 **
الرابع: المظاهر الجسمية لقل المستقبل	0.858 **
الخامس:المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل	0.765 **
السادس: القلق من الأحداث الضاغطة	0.670 **

** دالة عند 0.01 (انظر ملحق رقم 2)

الثبات :

تم حساب الثبات بعد تقنين بنود المقياس إلى (54 بندا) على نفس أفراد عينة تقنين المقياس البالغة (64) مريضاً من معتمدي المخدرات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام ، حيث حسب الثبات بطريقتين:

ثبات ألفا كرونباخ Alpha Cronbach

تم حساب ثبات ألفا كلونباخ لبنود المقياس البالغة (54) بندا ، الذي بلغ (0.911) .

ثبات التجزئة النصفية

فقد قام الباحث بتقسيم بنود المقياس إلى بنود فردية وبنود زوجية بعد تعبئتها من عينة تقنين المقياس بهدف حساب التجزئة النصفية وكانت درجة ثباتها (0.856) مما يؤكد على ثباتها .

تصحيح المقياس : تم تصحيح المقياس بإعطاء الاستجابة على البدائل التالية :

ينطبق تماما = 5 درجات ، ينطبق غالبا = 4 درجات ، ينطبق أحيانا = 3 درجات ، ينطبق نادرا = درجتان ، لاينطبق إطلاقا = درجة واحدة ، كما قام الباحث بعكس درجات بعض بنود المقياس .

ويتضح التصحيح بعد الانتهاء من حساب صدق وثبات المقياس كالتالي :

البعد الأول: الأفكار اللاعقلانية: البنود التي تكون درجاتها 5 -1 (من اليمين) هي : 1،2،3،4،5،7،8 . أما البنود التي تكون درجاتها من 1-5 (من اليمين) هي : 6،9

البعد الثاني : النظرة التشاؤمية للحياة : البنود التي تكون درجاتها 5 -1 (من اليمين) هي : 1،2،3،6،7،8 . أما البنود التي تكون درجاتها من 1-5 (من اليمين) هي : 4،5

البعد الثالث : المظاهر النفسية لقلق المستقبل : البنود التي تكون درجاتها 5 -1 (من اليمين) هي: 1،2،3،4،5،6،7،8،9،10،11،12

البعد الرابع : المظاهر الجسمية لقلق المستقبل : البنود التي تكون درجاتها 5 -1 (من اليمين) هي : 1،2،3،4،5،6،7،8،9

البعد الخامس : المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل: البنود التي تكون درجاتها 5 -1 (من اليمين) هي : 1،5،6،7،8،9 أما البنود التي تكون درجاتها من 1-5 (من اليمين) هي : 2،3،4

البعد السادس : القلق من الأحداث الضاغطة : البنود التي تكون درجاتها 5 -1 (من اليمين) هي: 1،2،3،4،5،6،7

المتوسط والانحراف المعياري لعينة التقنين:

جدول رقم (14)يوضح المتوسط والانحراف المعياري لعينة تقنين المقياس :

عينة التقنين (ن)	المتوسط	الانحراف المعياري
64	162.8438	27.70435

حيث تم الاستفادة من حساب المتوسط والانحراف المعياري للمقياس بعد تقنين البنود إلى 54 في الصدق والثبات في حساب الإرباعي الأعلى وأخذ أفراد العينة من الذين تزيد درجة قلقهم عن الإرباعي الأعلى ...

مقابلة بيترسون لتحديد المشكلة:

هي مقابلة تشخيصية تهدف إلى زيادة تشخيص المشكلة لأفراد العينة التجريبية ، وتنقسم إلى جزئين حيث يحدد في الجزء الأول مشكلة العميل ، ثم يتم في الجزء الثاني التعرف على مسببات السلوك المؤدي للمشكلة. وقد استخدمها الجوهي (1998) في تحديد مشكلة القلق لدى العينة التجريبية في إدارة القلق لدى معتمدي الهروين بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام وأثبتت نجاحها ، واستفاد منها الباحث في زيادة تحديد المشكلة لقلق المستقبل عند أفراد العينة التجريبية وتقريب نوع الحوار والمناقشة والإقناع بطرح أمثلة من المشكلات التي يعاني منها أفراد العينة حول قلق المستقبل وذلك خلال جلسات البرنامج العلاجي. (أُنظرملحق رقم 4)

البرنامج العلاجي:

وهو: برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض درجة قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات (إعداد الباحث ، 2010) ، وتم بناء البرنامج لتحقيق الهدف الرئيس من البحث وهو : خفض درجة قلق المستقبل لدى معتمدي الأمفيتامينات (للمجموعة التجريبية) ، ومن ثم تجزئة الهدف الرئيس إلى الأهداف العامة التالية :

1: بناء علاقة ودية مع أعضاء المجموعة العلاجية .

2: التطبيق القبلي لمقياس قلق المستقبل على العينتين التجريبية والضابطة .

3 : تحديد المشكلة التي يعاني منها أفراد المجموعة التجريبية .

4: التعرف على المواقف والمثيرات التي تثير الأفكار اللاعقلانية والقلق والنظرة التشاؤمية من المستقبل.

5: التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية لقلق المستقبل .

6: تقسيم وتحديد المشكلة على شكل جلسات علاجية لكل جلسة عنوان حيث تتكون من عدد من المعتقدات المرتبطة بالاعتماد ، والشوق للمخدر ، والخوف من الانتكاسة ، والمظاهر النفسية لقلق المستقبل، والمظاهر الجسمية لقلق المستقبل ، ، والمظاهرالاجتماعية لقلق المستقبل ، واضطرابات النوم ، وتلخيص الجلسات السابقة وإعادة تشكيل الأفكار والسلوك ، ومراجعة ما سبق وتسليم أعضاء المجموعة البيانات والجداول العلاجية لتعديل الأفكار اللاعقلانية وبالتالي تحسن السلوك بمشيئة الله .

7: التطبيق البعدي لمقياس قلق المستقبل على المجموعتين التجريبية والضابطة لقياس مدى التغير الناتج عن البرنامج العلاجي .

8 : التعرف على درجة التقدم لدى المجموعة التجريبية من خلال جلسة المتابعة وذلك بعد أسبوعين من انتهاء الجلسات المنتظمة المقننة .

بروتوكول البرنامج العلاجي :

- اسم البرنامج : برنامج علاجي نفسي معرفي سلوكي .
- هدفه : خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات السعوديين
- نوعه : جماعي
- مرجعيته العلمية : معرفي سلوكي
- مدة البرنامج : 10 أسابيع
- مراحل التنفيذ : 7
- عدد الجلسات : 19
- مدة الجلسة : 75 دقيقة
- حجم العينة العلاجية : 10 أفراد للمجموعة التجريبية ، 10 أفراد للمجموعة الضابطة
- الفئة الاكلينيكية : معتمدي الأمفيتامينات
- طبيعة الجلسات : مغلقة ومقننة .
- تواتر الجلسات : جلستان أسبوعياً
- قيادة الجلسات : الباحث
- المعاونون : لا يوجد
- مكان إجراء الجلسات : غرفة العلاج النفسي الجماعي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام (مركز الرعاية المستمرة) – المملكة العربية السعودية – .- الجلسات الإضافية : 10 جلسات فردية لزيادة تحديد المشكلة، والتفريغ الانفعالي للفرد بالتحدث عن مشكلته بحرية...

النظريات العلاجية المستخدمة : 1-نظرية (العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي) ألبرت إليس Albert Ellis . أسباب الستخدامها : أ- استخدمها ألبرت إليس في العلاج النفسي للاعتماد على المخدرات من خلال شريط (CD) تم الحصول عليه من الولايات المتحدة الأمريكية .. (Albert Ellis Institute 1996,) (مرفق نسخة منه) . ب – استخدمها أبوزيد (2008) ، واستخدمها الزراد (2009) ، واستخدمها آل سلمان (2003) ، واستخدمها فهد العنزي (2007) ، واستخدمها خالد العنزي (2009) ، واستخدمها الحربي (2006) ..

2 -كما استفاد الباحث من طريقة ولبي في التدريب على الاسترخاء ووضع مدرج للقلق (الزاراد ، 2008)

اختار الباحث عينة البحث من معتمدي الامفيتامينات (مادة أساسية من مواد الاعتماد) بسبب ارتفاع القلق عند هذه الفئة نتيجة تعاطي هذه المادة ، حيث اتضح ذلك من خلال دراسات كلا من: العنزي (2009) ، وباكير داوب Baker,Daweb (2005) ، وبابرج Baberg (1996) ، ومحاضرة (عبدالوهاب ،2009) ، كما أكد ذلك الدليل التشخيصي الرابع لرابطة علم النفس الأمريكية DSM-IV (1994)

تصميم البرنامج العلاجي:اعتمد الباحث في تصميم البرنامج العلاجي على مجموعة من البرامج مثل : 1- برنامج أبو زيد (2008) بعنوان فاعلية برنامج علاجي نفسي عقلاني انفعالي سلوكي جماعي في تعديل المعتقدات اللاعقلانية وشحذ فاعلية الذات لدى جماعة علاجية سعودية من معتمدي الهروين .

2- برنامج خطة علاج اضطراب القلق العام ل ديفيد هـ . بارلو DAVID H.BARLOW – ترجمة صفوت فرج وآخرون (2002) .

3- برنامج علاج الاعتماد على الكحول نفسيا ل ديفيد هـ . بارلو DAVID H.BARLOW – ترجمة صفوت فرج وآخرون (2002) .

4- برنامج الجوهي (1998) بعنوان أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق في خفض القلق لدى عينة من معتمدي الهروين بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام .

5- البروتوكولات العلاجية النفسية لعلاج الإدمان على المخدرات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام من إعداد عبدالوهاب وآخرون (2009) .

6- برنامج فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى القلق لدى عينة من مرضى القلق العام بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالرياض من إعداد آل سلمان (2003) .

7- بحث الزراد (2009) بعنوان الأفكار اللاعقلانية لدى معتمدي المخدرات في مستشفى الطب النفسي بأبوظبي .

وقام الباحث بحضور عدد من الدورات التدريبية التي يقيمها مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام وهي على النحو التالي :

أ – دورة العلاج المعرفي السلوكي لعلاج القلق (مدتها 30 ساعة حضور ،2009).

ب – دورة العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الإدمان على المخدرات (مدتها 30 ساعة حضور ، 2009).

ج – دورة العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الوسواس القهري (مدتها 30 ساعة حضور، 2010) (مرفق صورة من شهادة الحضور في ملحق رقم 12) .

د – دورة الاختبارات النفسية العصبية ، (مدتها 30 ساعة حضور، 2010) (مرفق صورة من شهادة الحضور في ملحق رقم 12).

وإستفاد الباحث من بعض المراجع العلمية في صياغة البرنامج .

كما تم عرض البرنامج على مجموعة من المحكمين المختصين في مجال العلاج النفسي وعلم النفس الاكلينيكي قبل تطبيقه . (انظر ملحق رقم 6)

أما الاحتياجات المادية التي استعان بها الباحث في الجلسات فهي :

1) غرفة العلاج النفسي الجماعي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام .

2) سبورة توضيحية .

3) جهاز كمبيوتر لشرح ومناقشة بعض الموضوعات التوضيحية داخل الجلسات بالإضافة إلى سماعات لتكبير الصوت خاصة عند تشغيل شريط الاسترخاء .

4) كراس لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية وذلك لتدوين الملاحظات والواجبات المنزلية .

الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي :

1-أسلوب الحديث المفتوح (للتحدث عن الحياة ، والضغوط النفسية ، وتعاطي المخدرات ، والقلق من المستقبل) .

2- فنية التنفيس الانفعالي (خاصة في الجلسات الفردية الإضافية)

3- فنية الحوار السقراطي بين الباحث والمريض .

4- أسلوب تزويد المعلومات العلمية للمريض .

5- فنية المناقشة ...

6- أسلوب إظهار المخاوف والهموم .

7- فنية الإقناع واتخاذ القرار .

8- فنية مواجهة المشكلة .

9- فنية الاسترخاء .

10- فنية وضع مدرج لقلق المستقبل مع الاسترخاء .

3) تعريف أفراد عينة الدراسة بالبرنامج العلاجي وأهدافه .

4) تطبيق القياس القبلي (مقياس قلق المستقبل) على عينة الدراسة .

5) تقسيم العينة إلى : تجريبية و ضابطة .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	تعارف	10
2	شرح هدف الجلسة وأهداف العلاج ومتطلباته	20
3	مناقشة دافعية المرضى للعلاج النفسي وتكوين العلاقة العلاجية الإيجابية	15
4	تطبيق مقياس قلق المستقبل وترشيح 10 منهم للمجموعة التجريبية	20
5	الإنهاء والتغذية الراجعة (feed back) والاتفاق على مكان ووقت الجلسة الثانية للمجموعة التجريبية .	10
6	زمن الجلسة	75

اجراءات الجلسة :

قام الباحث في بداية الجلسة بالتعريف بنفسه ، ثم التعرف على أفراد العينة ، وتهيئتهم للانخراط في البرنامج العلاجي وتقبل الجلسات من خلال بناء العلاقة العلاجية الإيجابية ، وتزويدهم بكافة المعلومات ، والبيانات الخاصة بأهداف البرنامج العلاجي ، وأسباب اختيارهم ، وقواعد الجلسات ، ومراحل العلاج ، ومن ثم إثارة دافعيتهم نحو العلاج ، وفي نهاية الجلسة قام الباحث بتطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد العينة ، وتقسيمها إلى مجموعتين – التجريبية (10 أفراد) ، والضابطة (10 أفراد)– حسب رغبتهم ودافعيتهم للعلاج.

المرحلة الثانية : تحديد المشكلة واستغرقت 4 جلسات حسب العناوين التالية :

مرحلة المراهقة وعلاقتها بتعاطي المخدرات .

تعاطي المخدرات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية .

تحديد سلوكيات الاعتماد والقلق ، وربطها بالأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل والأحداث الضاغطة .

طرح أبعاد المقياس على شكل أسئلة مفتوحة ...

ملاحظة : اتفق الباحث (المعالج) مع أفراد المجموعة التجريبية بعمل جلسة فردية لكل عضو في مرحلة تحديد المشكلات مباشرة لمدة (60) دقيقة لزيادة تحديد مشكلة كل عضو ومزيد من الحرية وبناءاً على رغبة أعضاء المجموعة – استخدم فيها فنية التنفيس الانفعالي – (فردين يومياً – لمدة خمسة أيام)

الجلسة رقم (2) : بعنوان : مرحلة المراهقة وعلاقتها بتعاطي المخدرات .

تمت الجلسة يوم السبت 2010/6/12 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على مرحلة المراهقة ، وأثرها على التغيرات النفسية والفسيولوجية التي قد تؤدي إلى التعاطي التجريبي.

2)ملاحظة الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل وتدوينها بعد الجلسة .

3) تنمية العلاقة العلاجية الودية مع أفراد المجموعة التجريبية .

خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقائق
1	مراجعة محتوى الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وإثارة الدافعية	5
3	مرحلة المراهقة وأثرها في سلوك الفرد ..	50
4	تغذية راجعة	10
5	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تحدث الباحث في هذه الجلسة عن مرحلة المراهقة والتغيرات النفسية والفسيولوجية التي قد تؤدي إلى التعاطي التجريبي .. ، وملاحظة الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل أثناء النقاش والحوار في الجلسة والاستماع إلى كل عضو في المجموعة العلاجية بالتعبير بطريقته حول أسباب الاعتماد على المخدرات ، وتسجيلها بعد انتهاء الجلسة .

(يستفيد الباحث من هذه المحصلة من الأفكار ويضيفها إلى الأفكار اللاعقلانية والتشاؤمية والأحداث الضاغطة التي تم جمعها في تطبيق مقياس قلق المستقبل القبلي ...)

وتحدث الباحث عن مرحلة المراهقة من حيث .

- تعريفها .
- خصائص مرحلة المراهقة .
- الجانب الانفعالي المصاحب للمراهقة .
- مفهوم الذات عند المراهق .
- أهم التغيرات والظواهر الاجتماعية في المراهقة .

الجلسة رقم (3) بعنوان: تعاطي المخدرات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية .

تمت الجلسة يوم الاثنين 2010/6/14 الساعة 10:30 صباحا

أهداف الجلسة :

1)التعرف على أسباب تعاطي المخدرات .

2)التعرف على أنواع المخدرات من حيث تأثيرها على الفرد .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وإثارة الدافعية للعلاج	5
3	مناقشة أسباب الاعتماد وربطه بقلق المستقبل	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

قام الباحث بطرح عدد من الأسئلة عن الجلسة السابقة والترحيب بالجميع وتشجيعهم على الاستمرار . ثم تحدث الباحث عن أسباب الاعتماد على المنشطات خاصة الأمفيتامينات (الكبتاجون) وحاول الباحث استثارة أعضاء المجموعة لمناقشة العلاقة بينهم وحثهم على الحديث حول معاناتهم من الاعتماد ومصاحبة القلق له

ثم ذكر الباحث أن كثيراً من الإحصاءات تؤكد أن حوالي 60% من معتمدي المخدرات بدأوا بين عمر 15-25 سنة (المفدى، 2002، 381).

ثم طلب الباحث من المرضى ذكر أنواع المخدرات وقد تحدث الجميع عنها بحماس ومعلومات دقيقة تنتج عن الخبرة في التعاطي ... ، وكانت المناقشة أفضل من الجلسة السابقة وتحدث أغلب المرضى وطرحوا عددا من الأسئلة عن آثار المخدرات ،وقام الباحث بالربط بين المنشطات والاكتئاب والقلق والمهدئات ..... ، تحدث الباحث عن العوامل الأسرية وعلاقتها باعتماد الفرد مثل الطلاق ووفاة أحد الزوجين ووجود زوجة أب أو زوج أم في المنزل والأسرة العنيفة والأسرة المدللة للأبناء ، حيث تم ذكر قصة فرد كان معتمداً على المخدرات بسبب دلال أمه وأبيه الزائد له وأن باقي أخوته بنات فقد كان يوفر له كل شيء ويعطي المال كما يطلب حتى انخرط في شلة أدت لاعتماده ولم يتوقف عن تعاطي المخدرات إلا عندما صدم بوفاة والده . كما تم مناقشة أثر الإعلام في الاعتماد وأن البطل سعيد في الأفلام ويمتلك عدد من البنات بسبب اعتماده على المخدرات وأن المخدرات تجلب المال ....، وتم ذكر قصة شاب اعتمد على الأمفيتامينات (الكبتاجون) بسبب بنت تعطيها له لتنشيطه على الجنس ... ، كما تم ذكر قصة طالب رسب في دراسته وعمره 16 سنة بالصف 6/ب لأنه يعيش مع زوجة أب وتكرهه ، فكره كل شيء أمامه حتى المدرسة ... ، كما تم الحديث عن طفل عمره 10 سنوات أودع في دار الرعاية الاجتماعية لأنه يبيع لوالده حبوب وأمه مطلقة .

ثم دار نقاش علمي عن تصنيف المخدرات بعد كتابتها على السبورة كما يلي :

- تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها .

- أهم خصائص المخدرات .

- وهنا يتحدث الباحث عن العوامل المساعدة في تعاطي المخدرات .

العوامل الخارجة عن الفرد .

الجلسة رقم (4) بعنوان : تحديد سلوكيات الاعتماد والقلق .

تمت هذه الجلسة يوم السبت 6/19 / 2010 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)تحديد مشكلة كل عضو من أعضاء المجموعة للاستفادة منها في مناقشتها كأمثله في الجلسات

2)التعرف على أسباب قلق كل عضو على مستقبله وضمها لمعلومات المقياس .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وشحذ الدافعية للعلاج	5
3	تطبيق مقابلة بيترسون لتحديد المشكلة وأسبابها مع كل عضو .	45
4	تغذية راجعة.	10
5	واجب منزلي يتعلق بعنوان الجلسة القادمة	5
6	مجموع زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

طبق الباحث في هذه الجلسة تطبيق مقابلة بيترسون في تحديد المشكلة وأسبابها.(الجوهي، 1998)- (مرفق نسخة منها في ملحق الرسالة رقم (4)، وكانت خلاصة المقابلة لأفراد المجموعة مبينة في الجدول التالي رقم 15):

جدول رقم (15)يوضح خلاصة المقابلة لأفراد المجموعة التجريبية (وفق نموذج بيترسون):

اسم المريض	المشكلة التي يعاني منها	أسباب حدوث المشكلة
1 ن	1-تعاطي المخدرات خاصة حبوب الأمفيتامينات 2-الضغوط النفسية والقلق من المستقبل . 3-التشاؤم من الحياة . 4-المعاناة من الشوق للمخدر واقترانه بممارسة الجنس . 5-القلق المستمر على المستقبل وتوتر الأعصاب والأرق .	1- قسوة والدي وضربه المبرح لي منذ الصغر . 2- طردي من المنزل من قبل والدي في سن المراهقة والسكن عند قريب كان يتعاطى المخدرات فتعاطيت معه حتى أصبحت معتمدا عليها حاليا ويصعب علي تركها . 3-المعاناة من عدم توفر المال لدي لأبدأ مشروع تجاري يغنيني عن تعاطي المخدرات أو الترويج لها .
2 س	1-التدخين منذ الصغر . 2- تعاطي حبوب الأمفيتامينات منذ سن المراهقة لتقليد خالي . 3-استمرار الشوق لتعاطي الحبوب واقتران تعاطيها بقوة الجنس والشجاعة في المواقف الاجتماعية .	1-تشبيه أبي وإخواني لي بأني مثل خالي فأصبحت أقلده في الطفولة بالتدخين وفي آخر سن المراهقة بتعاطي حبوب الأمفيتامنات . 2-استمرار أفراد أسرتي بالاستهزاء بي لأني أتعاطى المخدرات رغم كبري وزواجي .
3 م	1-أتعاطى الحشيش وحبوب الأمفيتامينات والخمر بحثا عن السعادة . 2-اقتران السعادة والنشاط بالحبوب والحشيش . 3-الاعتماد على المخدرات والتشاؤم من المستقبل ومن الزواج . 4-الإحباط واليأس من كل شيء .	1-تقليد زملاء الشلة في المراهقة . 2-لتغطية شعوري بالنقص أمام زملاء الشلة . 3-الهروب من شجار أبي وأمي الدائم في البيت 4-كثرة إعطائي المال من والدي سهل لي شراء المخدرات ..
4 ع	1-تعاطي المخدرات والاعتماد عليها منذ عشرين عاما خاصة الحشيش والهروين وحبوب الأمفيتامينات (الكبتاجون). 2-اليأس والإحباط من كل شيء 3-التوتر والقلق المستمر على مستقبلي 4- صعوبة النوم والأرق في الليل 5-التشاؤم من المستقبل	1- توفر المخدرات في الحي الذي أعيش فيه . 2-إهمال أسرتي لي في صغري جعلني أقضي معظم وقتي في الشارع وأتعرف على شلة تتعاطى المخدرات وبدأت بالتجريب . 3-الفراغ وعدم وجود عمل . 4-أبحث عن الراحة والنشوة بالتنقل بين أنواع المخدرات خاصة حبوب الأمفيتامينات . 5-عدم الموافقة على زواجي من المجتمع .

		6-كثرة انتكاساتي السابقة جعلني أشعر بالإحباط وسرعة العودة للمخدر
5 ج	1-أتعاطى المخدرات لأنسى الإحباط . 2-تكرار وجودي في مراقص دولة مجاورة واقتران الجنس لدي بالخمر والمنشطات. 3-التشاؤم من الحياة والعجز والإحباط من كل شيء. 4-الأرق وتوتر الأعصاب يوميا خاصة عندما أفكر في المستقبل .	1-معاناتي الدائمة من الاكتئاب والقلق. 2-تدليل والدي الزائد لي وإعطائي المال . 3-إثارة الجنس في مناطق تواجد الكحول في دولة مجاورة مما دفعني للتعاطي بحثا عن السعادة الجنسية . 4-الفراغ وعدم إكمالي لدراستي الجامعية أو عدم وجود وظيفة .
6 و	1-طلاقي لزوجتي وابتعادي عن أطفالي أصابني باكتئاب مما دفعني إلى المخدرات 2-التشاؤم من المستقبل وعدم تزويج من يتعاطى المخدرات وسوء معاملة المجتمع لي .	1-طلاقي لزوجتي . 2-الاكتئاب الذي يلازمني فأتعاطى المنشطات خاصة حبوب الأمفيتامينات 3-استهزاء أسرتي بي خاصة والدي جعلني أفقد ثقتي بنفسي . 4-تجاربي السابقة الفاشلة في الإقلاع عن المخدرات
7 ع ش	1-تعاطي المخدرات منذ سنوات خاصة حبوب الأمفيتامينات . 2-فقدت زوجتي ووظيفتي وسيارتي بسبب استمراري على تعاطي المخدرات. 3-ضعف الأمل في تقبل المجتمع لي بعد خروجي من المستشفى . 4-المعاناة من توتر الأعصاب والعصبية الزائدة والأرق . 5-الشوق المستمر للمنشطات .	1-ابتعادي عن أداء الصلاة . 2-أصدقاء السوء الذين وفروا لي المخدرات خاصة المنشطات حتى اعتمدت عليها . 3-الظن بأن المخدرات تجلب السعادة . 4-الاعتقاد بأن حبوب الأمفيتامينات تزيد من الشجاعة في المواقف الاجتماعية المختلفة .. 5-السفر إلى خارج السعودية .
8 ف	1-القلق وتوتر الأعصاب بإستمرار . 2-تعاطي المخدرات خاصة المنشطات بحثا عن السعادة . 3-إصرار الجنس الناعم على تناولي للمخدرات حتى يقوي الممارسة الجنسية. 4-عدم الموافقة على تزويجي من قبل المجتمع 5-الفراغ وعدم وجود عمل	1-أتعاطى المنشطات خاصة الأمفيتامينات لتزيد من شجاعتي في المواقف الاجتماعية 2-استمرار قلق جعلني أبحث عن المخدرات بأي طريقة لأنسى القلق . 3-الانتكاسات العلاجية السابقة جعلتني أصاب بالإحباط والعودة للمخدرات . 4-الشوق الدائم للمنشطات . 5-الاعتقاد بأن الأمفيتامينات تقوي الجنس

9 ن ح	1-تعاطي المخدرات منذ الدراسة في المرحلة المتوسطة خاصة حبوب الأمفيتامينات . 2-البحث عن السعادة ونسيان مشاكل الحياة . 3-أعاني من ملاحقة الشرطة والسجن باستمرار. 4-المخدرات جعلتني أرتكب السرقة باستمرار بحثا عن المال	1-رفقاء السوء وحب الاستطلاع . 2-اعتقاد أن حبوب الأمفيتامينات تزيد من النشاط والذاكرة أثناء الاختبارات . 3-التخلص من القلق والضغوط النفسية. 4-الإحباط والتشاؤم من المستقبل .
10 م ب	1-الإحباط والتشاؤم من مستقبل زواجي. 2-تعاطي المخدرات جعلني أعتقد أنها أسرع حل لنسيان مشاكل الأسرة . 3-استمرار شوقي لتعاطي المخدرات خاصة المنشطات . 4-توتر العضلات والأرق وصعوبة النوم في الليل .	1- كره الزواج لشجار أمي وأبي أمامي باستمرار . 2-الاكتئاب والإحباط الذي أعاني منه باستمرار . 3-البحث عن القوة والنشاط والسعادة . 4-الفراغ وعدم وجود وظيفة .

استفاد الباحث من تطبيق مقابلة بيترسون في زيادة معرفة المزيد عن مشكلات أعضاء المجموعة وربطها بمعلومات تطبيق مقياس قلق المستقبل ....

الجلسة رقم (5) بعنوان : طرح أبعاد المقياس على شكل أسئلة مفتوحة .

تمت الجلسة يوم الاثنين 2010/6/21 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على أكبر قدر من المعلومات والأفكار حول الاعتماد .

2)التعرف على أكبر قدر من المعلومات والأفكار حول قلق المستقبل .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح هدف الجلسة (جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول قلق المستقبل)	5
3	مناقشة المواقف والمثيرات التي تثير الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل والقلق من الأحداث الضاغطة . وتمت بإعادة طرح بعض أبعاد مقياس قلق المستقبل على شكل أسئلة مفتوحة ..	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي يتعلق بالتهيؤ لمرحلة العلاج	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

بدأ الباحث بمناقشة المجموعة العلاجية عن الجلسة السابقة وزيادة الدافعية لدى المرضى وأهمية الاستمرار في الجلسات وأن الشفاء من عند الله ، ثم تحدث الباحث في هذه الجلسة عن آثار الاعتماد على المخدرات على الحالة النفسية خاصة المنشطات ، وكان موضوع الجلسة إعادة طرح أسئلة بعض بنود المقياس على شكل أسئلة مفتوحة للتعرف على أكبر قدر من المعلومات والأفكار حول الاعتماد والقلق من المستقبل حسب الظروف التي يمرون بها ، ثم تم طرح الأسئلة التالية :

س 1 : ما هي أفكارك عن نفسك وعن مستقبلك ؟

س2 : ما هي نظرتك للحياة بشكل عام ؟

س 3 : ما هي الصعوبات والإيجابيات التي تواجهها من المجتمع ؟

س 4 : ماذا تعاني من ضغوط أثناء إقامتك في المستشفى ؟

المرحلة الثالثة : علاج المشكلة :

وتستغرق (9) جلسات أي من الجلسة رقم (6) إلى الجلسة رقم (14) وجلساتها على النحو التالي :

1- الجلسة رقم (6) بعنوان : التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية وكيفية تكونها .

2- الجلسة رقم (7) بعنوان : معتقد أنا معتمد (مدمن) وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

3- الجلسة رقم (8) بعنوان : معتقد الشوق للمخدر وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

4- الجلسة رقم (9+ 10)بعنوان : الخوف من الانتكاسة مستقبلاً وأسبابها وما يرتبط بها من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

5- الجلسة رقم (11) بعنوان : التدريب على الاسترخاء .

6- الجلسة رقم (12) بعنوان : تدريبات ضبط القلق واستراتيجياتها .

7-الجلسة رقم (13) بعنوان : المظاهر الاجتماعية لقلق لمستقبل ، والقلق من الأحداث الضاغطة و ما يرتبط بهما من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

8- الجلسة رقم (14) بعنوان : خفض اضطرابات النوم والأرق (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد ايجابي بديل) .

الجلسة رقم (6) بعنوان : التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية وكيفية تكونها .

تمت الجلسة يوم السبت 6/26 / 2010 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على المحتوى الفكري للفرد .

2)التعرف على خطوات تكوين المعتقد غير العقلاني عند الفرد .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	مناقشة التوجه المعرفي للمعتقدات غير العقلانية ..	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	مجموع زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

وتم فيها التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية ....

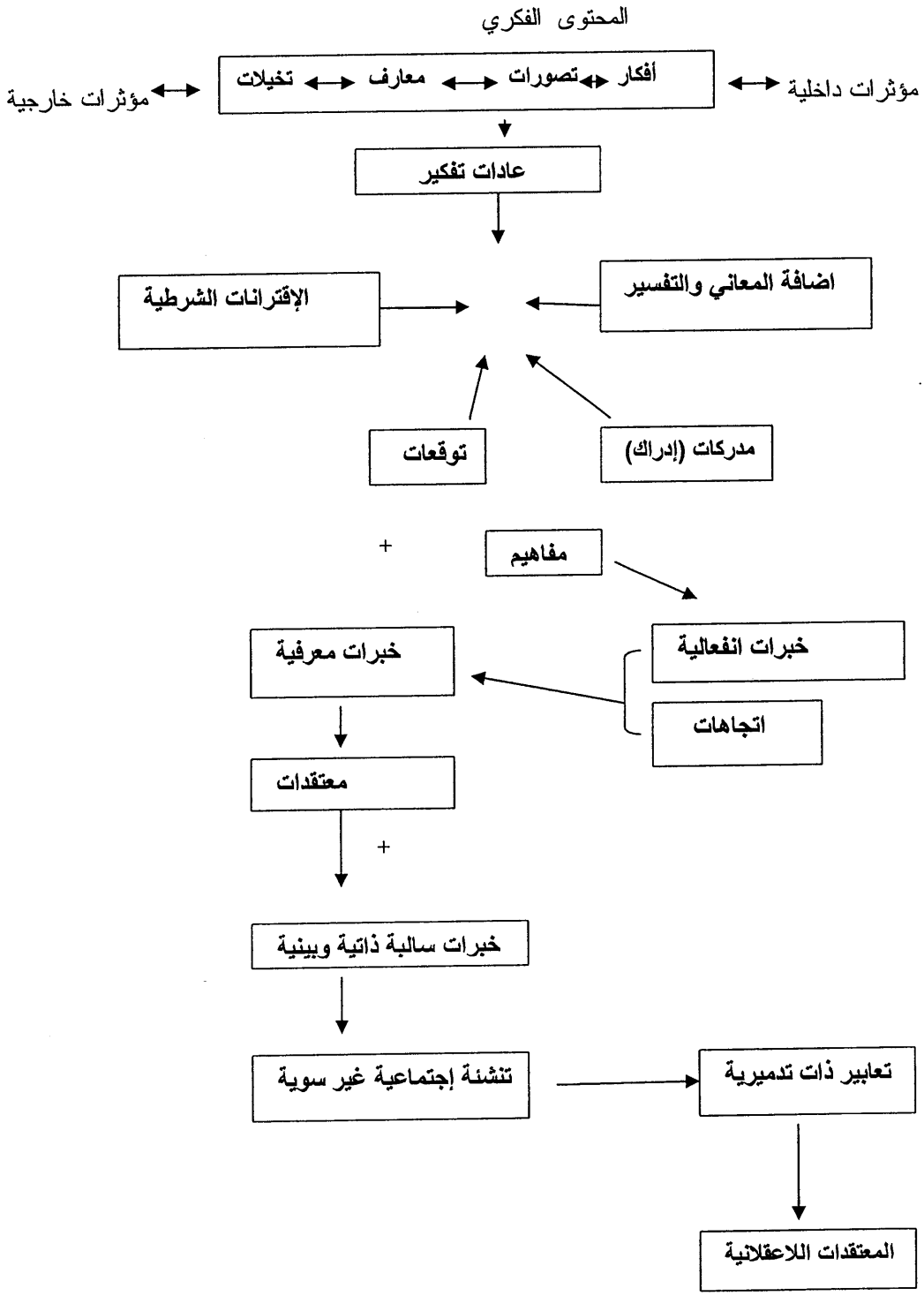
حيث قام الباحث (المعالج) مع أعضاء الجماعة بمناقشة ما يلي :

1)تعريف المعتقد .

2) أنواع المعتقدات.

3) العوامل المؤثرة في تكوين المعتقد ، ومراحل تكون المعتقد .

شكل رقم (5) يوضح مراحل تكون المعتقد الخاطىء (اللاعقلاني) :



ويمكن توضيح العوامل المؤثرة في المعتقد بأن المعتقد اللاعقلاني لا يتكون من فراغ وهو ليس وليد الصدفة ولكنه يمر بمراحل وعمليات ، فالمحتوى الفكري للفرد يكون فارغاً في باكورة الحياة ثم يتعرض الفرد للعديد من المؤثرات الداخلية والخارجية فيمتلىء بالأفكار والتصورات والمعارف والتخيلات والتي يسبقها الفرد بنظام عاداته في التفكير والاستدلال .. حيث أن كل فرد أسير عاداته في التفكير والاستدلال ثم يضيف إليها المعاني والتفاسير التي رآها من وجهة نظره مناسبة ووفقاً لنظام الاقترانات الشرطية التي تحدث من خبرات الحياة اليومية وتكون النتيجة تكوّن ما يسمى بالمدركات والتوقعات والتي تشكل ما يسمى بالمفاهيم ، وهذه المفاهيم التي تحتوي على كل ما سبق شرحه إذا أضيف لها المشاعر والأحاسيس والخبرات الانفعالية العديدة بمرور الوقت تصبح اتجاهات ... أما إذا أضيف إلى المفاهيم خبرات معرفية عديدة بمرور الوقت تصبح معتقدات، وإذا أضيف لها خبرات سيئة سالبة ذاتية وبيئية مع تنشئة اجتماعية غير سوية ، مع تدابير ذات تدميرية خاطئة ولا عقلانية ثم ما تلبث هذه المعتقدات اللاعقلانية أن تستثير انفعالات سالبة مصاحبة ومن ثم يزداد المعتقد رسوخاً على المستويين المعرفي والانفعالي . (تم هذا الملخص خلال الجلسة لأعضاء المجموعة حتى يستطيع كل عضو فهم التصور لحدوث المعتقد اللاعقلاني والحديث عن التشاؤم من الحياة – حيث كتب على السبورة ومناقشته مع أعضاء المجموعة ، ويكون المعتقد سبب للاضطرابات النفسية والاعتماد على المخدرات وأكد البعض أن سبب عودتهم للانتكاسة هو أنهم لايزالون يحتفظون بأفكار التعاطي في عقولهم .....)

ويتعلق الواجب المنزلي هنا بإعداد التصورات الخاصة بالمساءلة عن برهان المعتقدات اللاعقلانية وسلوك الاعتماد .

الجلسة رقم (7) بعنوان : معتقد أنا معتمد (مدمن) وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 28 /6/ 2010 الساعة10:30 صباحاً

أهداف الجلسة :

1-التعرف على الأفكار والسلوكيات التي ترسخ معتقد معتمد (مدمن مخدرات).

2-التشكيك في معتقد " أنا معتمد (مدمن) " وسوف أظل طوال عمري معتمد على المخدرات .

3-إيجاد البديل الإيجابي لمعتقد " أنا معتمد على المخدرات "

4-ترسيخ البديل الإيجابي من خلال التكرار والاقتناع به ..

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن الدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وشحذ الدافعية للعلاج ..	5
3	مناقشة التوجه المعرفي للمعتقدات غير العقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة لمعتقد أنا معتمد على المخدرات وسوف أظل طوال عمري معتمد.	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي باستبدال المعتقدات اللاعقلانية في الجلسة ببدائل إيجابية وتكرارها على النفس حتى يتبناها المريض وتؤثر على سلوكه وتحسنه في المستقبل ...	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم المساءلة عن البرهان أو الدليل أو الإثبات وهذه أهم جلسة في التشكيك في المعتقدات اللاعقلانية والأفكار التشاؤمية حيث تم التركيز على الآتي :

1) البحث عن الاستدلالات والشواهد لحقيقة المعتقد اللاعقلاني والأفكار التشاؤمية .

2)اختبار قدرة المعتقد اللاعقلاني والأفكار التشاؤمية في تفسير الأحداث . وهنا تم مناقشة أعضاء المجموعة عن أسباب المعتقد والتشاؤم وعوامل تأكيدها ومدى صدقها وما هي الإثباتات التي تدعمها وعن مدى قدرتها في تفسير الأحداث ... وهنا يركزالباحث على التعرف بمدى المنطق الذي يتبناه المريض في معتقده اللاعقلاني ومدى تشاؤمه..... وأثر المعتقد النفسي ،(المساءلة عن الدليل)، ثم طلب الباحث من أعضاء المجموعة تعبئة التمرين من حيث ذكر الموقف أو الحدث الذي يرسخ مفهوم الاعتماد ثم نسبة رسوخ أنك معتمد من 0-100 % والسلوك المترتب على المعتقد اللاعقلاني ونسبته ، ثم تم سحب الأوراق من أعضاء المجموعة . وتم كتابة تعليقات أعضاء المجموعة على تسمية أنك معتمد(مدمن) منها: 1- طلب المعالجين لي الاعتراف أنني معتمد (مدمن).2- أفكاري حول نفسي المتكررة أنني معتمد(مدمن). 3 – نظرة المجتمع لي ترسخ الاعتماد (الإدمان) في نفسي . 4 – نظرة الأسرة والاحتقار رسخ الاعتماد (الإدمان) في نفسي . 5-الانتكاسات السابقة ترسخ الاعتماد (الإدمان) في نفسي . 6- قسوة الناس من حولي 7- التشاؤم من الحياة ..

س ما هو اسمك ؟ فلان أو المعتمد (المدمن) ؟

س ماهو دليلك على أنك مدمن ...

س اذكر أضرار تعاطي المخدرات على الفرد ... (التشكيك في المعتقد)

س ماهو بديلك عن معتقد أنك مدمن مخدرات ؟

أعاني من طول فترة العلاج في المستشفى ؟

س ماهو دليلك على أنك تعاني من طول فترة العلاج في المستشفى ؟

س لماذا يطول العلاج بالمستشفى ؟ (التشكيك)

س ماهو التفسير الصحيح لطول العلاج بالمستشفى ؟ (إيجاد البديل)

(انظر الجدول العلاجي لمعتقد أنا معتمد (مدمن) بملاحق الرسالة، ملحق رقم (5))

جلسة رقم (8) بعنوان : معتقد الشوق للمخدر وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك ثم إيجاد البديل الإيجابي).

تمت الجلسة يوم السبت 2010/7/3 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1) أن يناقش العضو الشوق للمخدر من حيث مدته ، ومواقف تعاطى فيها المخدر بسبب الشوق له ، ومواقف لم يتعاطى المخدر رغم شوقه لها .

2) التعرف على مدى تواجد معتقد عدم سيطرة العضو على الشوق للمخدر ..

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	إظهار الضلال المنطقي والتشويه المعرفي للشوق للمخدر	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

في بداية الجلسة قام الباحث بمراجعة للجلسة السابقة وقد اتضح من السؤال (من أنت) ذكر البعض بأنه المعتمد (المدمن) المتعافي فلان والبعض ذكر المعتمد (المدمن) والبعض ذكر المتعافي والبعض ذكر اسمه الصريح . تم توزيع الواجب السابق لتسجيل نسبة التحسن في مسمى المعتمد (المدمن) ثم تم طرح الباحث عدد من الأسئلة :

س : ماهو تعريف الشوق من وجهة نظرك ؟ الحنين ، التذكر ...

س : كم مدة الشوق لديك ؟

س : حدثنا عن موقف جاءك الشوق وتعاطيت بعده ؟

ثم تحدث الباحث عن العلاج :

1) التشتيت للفكرة من الرأس والتوقف عن التفكير فيها والانشغال بشيء آخر مفيد مثل قراءة القرآن والصلاة أو قراءة جريدة أو ممارسة الرياضة أو تغيير المكان أو الاسترخاء ...

2) تذكر النتائج السلبية عند الرغبة في التعاطي ...

3) التخلي عن الأفكار الملحة مثل (يجب أن أتعاطى الآن ، سأموت إذا لم أتعاطى ، لا يمكن القيام بأي شيء إذا لم أتعاطى ... ويجب هنا إيقاف الأفكار السلبية وإهمالها حتى تزول ومع الوقت عندما تتكرر تضعف حتى تزول (مثل بكاء الطفل المتكرر للحصول على الحلوى ... وإهمال البكاء حتى يزول اقترانه مع الوقت)

4) تجنب مثيرات الرغبة الملحة مثل أصدقاء الاعتماد وأماكن المروجين وعناوينهم ....

عدم سيطرتي على الشوق للمخدر :

س ماهو دليلك على عدم قدرتك على ضبط الشوق للمخدر ؟

التشكيك:هذا يعني أنك في السابق أبقيت معتقد الشوق للتعاطي في ذاكرتك ولاتزا ل حتى اليوم لأنها تخيفك من الانتكاسة مستقبلا ، هل هذا يدل على أن أفكارنا السلبية تقودنا إلى التصرف السلبي ؟

ثم طلب الباحث من أعضاء المجموعة ذكر البدائل مع مناقشة الباحث هذه البدائل معهم .

أدخن بشراهة كلما فكرت في تعاطي المخدرات ؟ س : ما هو دليلك على أن التدخين يخفف التفكير في المخدر ؟

وتم التشكيك في علاقة التدخين بالشوق للمخدر : هل وجدت الحل عندما تدخن وزال تفكيرك في المخدر ؟

إنك تؤذي نفسك وتزيد من قلقك كلما دخنت ولن تجد حلا بديلا لتعاطي المخدر ، أليس كذلك ؟ قال : الجميع نعم ... إذا ما هو البديل ؟

لتكن مثل الشجرة تنحني إذا مرت عاصفة ثم تعود لطبيعتها بعد انتهاء العاصفة ....

(انظر الجدول العلاجي لمعتقد الشوق للمخدر بملاحق الرسالة ، ملحق رقم (5))

الجلستين رقم (9 ، 10) بعنوان : الخوف من الانتكاسة مستقبلاً وأسبابها وما يرتبط بها من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت الجلستين رقم 9-10 يوم السبت 2010/7/10 ويوم الاثنين 2010/7/12،الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلستين :

1) التعرف على أسباب الانتكاسات السابقة لأعضاء المجموعة .

2) معرفة مدى ارتباط اليأس والإحباط بالخوف من الانتكاسات مستقبلاً .

3) التعرف على علاقة الجنس باستمرار تعاطي المخدرات .

جدول خطوات الجلستين :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلستين	10
3	التعرف على أسباب انتكاستهم السابقة و التصدي للمعتقدات والنظرة التشاؤمية من المستقبل	100
4	تغذية راجعة	20
5	واجب منزلي	10
6	زمن الجلستين	150

إجراءات الجلستين :

في البداية تمت مناقشة الجلسة السابقة وكتابة مدى التحسن ، ومراجعة الواجب المنزلي ، ثم الدخول في جلسة اليوم (الانتكاسة)، ،ثم تم كتابة عنوان اليوم الخوف من الانتكاسة مستقبلاً وأسباب انتكاستك السابقة على السبورة لكل واحد يذكر أهم سبب وكانت : 1) الشلة 2) الجنس و .....3) العادة السرية ... 4) تكرار فكرة ونشوة المخدر 5) الفراغ 6) توفر المال 7) المجتمع ... وتم ربطها بأسباب الانتكاسة بعد تعبئة النموذج (نموذج عن أسباب الانتكاسة من إعداد غانم ،2005) ((انظر فصل النتائج)

تم توزيع هذا الاستطلاع بداية الجلسة رقم (9) للتمهيد لمعرفة أسباب الانتكاسات السابقة وعلاقتها بالاعتماد النفسي والجسدي لتعاطي المنشطات ،

وكانت أهم المعتقدات اللاعقلانية التي تم مناقشتها ومواجهتها في هاتين الجلستين ما يلي :

أصدقاء الشلة المعتمدين وإغراءاتهم (مناقشة الفكرة السلبية ومثيراتها) :

س ماهو دليلك على أن أصدقاء الشلة وإغراءاتهم هم سبب إنتكاستك السابقة ؟

التشكيك : س هل تعتقد أن أفراد أسرتك لا يحبونك ؟ س لماذا لايرغب الأصدقاء الأسوياء بك مستقبلا ؟

إذا ما هو البديل ؟

ملاحقة المروجين لي أثناء وجودي في المستشفى وتوقع بعد خروجي من المستشفى أكثر:

ما هو دليلك على استمرار ملاحقة المروجين لك ؟

التشكيك : لقد ذكرتم بعض الأدلة ... من المسؤول عنها أنتم أم المروجين ؟

البديل : ما هو البديل في نظركم ؟

اليأس والإحباط من كل شيء . .....

ما هو دليلك على أنك يائس ومحبط ؟

التشكيك : ما هو سبب فصلك من وظيفتك ؟

البديل : ماذا ترون من بدائل لتجنب اليأس والاحباط ؟

الجلسة رقم (10) استكمال موضوع الخوف من الانتكاسة مستقبلاً .

لا يحلو الجنس إلا بتعاطي المخدر .

ما هو دليلك على أن الجنس لايحلو إلا بالمخدر ؟

التشكيك : إذا كان المخدر يعطي سعادة جنسية هناك الكثير والكثير لايتعاطون المخدر ويمارسون الجنس بغاية اللذة ؟ ..

البديل : ما هي البدائل من وجهة نظركم ؟

توفر المال يؤدي للعودة للتعاطي مستقبلاً :

ماهو دليلك على أن المال يؤدي للعودة للتعاطي مستقبلا ؟

التشكيك : هل يمكن أن تأكل وتشرب وتسكن وتلبس وتملك سيارة وتتزوج وتتنزه و ... بدون مال ؟

البدائل : كيف تحصل على المال ؟ كيف تحافظ على المال الذي تكتسبه ؟ كيف تنفق المال في شيء تستفيد منه في الحياة ؟ .....

الفراغ وصعوبة إيجاد وظيفة :

ماهو دليلك ؟

التشكيك : هل لدينا عمالة ليس لديها شهادة إلا الابتدائية أو المتوسطة ؟ أجاب الجميع نعم ..

البديل : ما هي البدائل من وجهة نظركم ؟

عدم اقتناعي بترك المخدر :

الدليل : هل أنت مقتنع بترك المخدر ؟ ما هو رأيك في هذه العبارة ؟

التشكيك : هل أنت تريد العلاج الآن ؟ هل سبب لك المخدر القلق والتوتر والبطالة وكره المجتمع لك والجرائم ... ؟ أجاب الجميع نعم ....

البديل : إذا ما هو البديل من وجهة نظرك ؟

ضعف ثقتي بنفسي :

الدليل : ما معنى ثقتك بنفسك ؟

التشكيك : هل أنت الذي تقوي الثقة في نفسك أو تضعفها ؟ سكت الغالبية

البديل : كيف تقوي ثقتك بنفسك ؟

(انظر الجدول العلاجي لمعتقد الخوف من الانتكاسة مستقبلا بملاحق الرسالة ، ملحق رقم (5))

الجلسة رقم (11) بعنوان : التدريب على الاسترخاء

تمت الجلسة يوم السبت 2010/7/17 الساعة 4 مساءً (لخروج أعضاء الجماعة التجريبية في رحلة ترفيهية صباحاً مع باقي زملائهم بمركز الرعاية المستمرة)

وكانت أهم أهدافها ما يلي :

1) التدريب على ممارسة الاسترخاء عند التوتر أو القلق أو الأرق أو الضغوط النفسية أو .. 2) التدريب على تشتيت الاشتياق لتعاطي المخدرات بالاسترخاء ..

3) توزيع شريط الاسترخاء (CD) على جميع أفراد المجموعة ليستمر تطبيقه مستقبلاً .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	التدريب على فنية تشتيت المظاهر النفسية والجسمية للقلق من المستقبل باستخدام الاسترخاء	40
4	تغذية راجعة	15
5	واجب منزلي بتطبيق فنية الاسترخاء مرتين يوميا من خلال السماع للشريط ...	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم اجتماع جميع أعضاء المجموعة على كراسي استرخاء (بهدف معالجة بعض بنود المظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل) ، وطلبت من الجميع الاستعداد للدخول في الاسترخاء من خلال عدد من الخطوات : مثل فك الساعة وأزرار العنق واليد والجلوس في جلسة استرخاء وتم أخذ استفسارات أعضاء المجموعة ثم تم إغلاق الإضاءة وطلب الاستماع إلى الشريط وتطبيق خطواته خطوة خطوة ودخول الهواء من الأنف مع الراحة وكتمه في الصدر ثواني ثم خروجه من الفم ببطء مع قول آآه لخروج التوتر والقلق من المستقبل حيث استجاب الجميع وبدأ تشغيل الشريط (باستخدام جهاز حاسب آلي مع سماعات لتكبير الصوت) حيث استمر الشريط ما يقارب 30 دقيقة

جلسة استرخاء (محتوى شريط CD) :

1-استلقي على ظهرك أو اجلس على كرسي مريح وفي مكان بعيد عن الإزعاج وهادىء وقليل الإضاءة .

2- أغمض عيناك الآن وخذ نفساً عميقاً وهادياً أمسك نفسك قليلا ثم أطلقه بالتدريج ثم مرة أخرى ... مع خفض صوت المعالج وذكر هاديا وإطلاق النفس بالتدرج ودع التوتر يخرج من فمك كرر هذه العملية 10 مرات وعندما تخرج النفس قل آآه لخروج التوتر من جسمك ....

3- واصل تنفسك الطبيعي الآن تشعر بشيء من الاسترخاء يسري في جسدك ممتاز الآن ركز معي على قدمك اليمنى تلاحظ أن قدمك اليمنى تسترخي ثم ينتقل الاسترخاء إلى الركبة ثم ينتقل الاسترخاء إلى الفخذ الأيمن ، الآن رجلك اليمنى قد استرخت تماماً وأكثر ثقلاً على الأرض وهناك شعوراً جميلاً في الرجل اليمنى ممتاز ..... الآن ركز معي على رجلك اليسرى على قدمك اليسرى ودعها تسترخي ممتاز ثم ينتقل الاسترخاء إلى ركبتك اليسرى ثم ينتقل الاسترخاء إلى فخذك الأيسر ثم تسترخي رجلك اليسرى مثل رجلك اليمنى .... وهناك شعوراً جميلاً في الرجل اليسرى ممتاز ..... الآن انتقل إلى كفك الأيمن دعه يرتخي ثم ينتقل الاسترخاء إلى كوعك الأيمن ثم إلى كتفك الأيمن وكذلك تصبح يدك اليمنى مرتخية تماماً مثل رجليك ....ممتاز والآن ركز معي على كفك الأيسر ودعه يرتخي وينتقل الارتخاء إلى كوعك الأيسر ثم ينتقل الارتخاء إلى كتفك الأيسر والآن تكون يدك اليسرى مسترخية تماماً مثل يدك اليمنى ورجليك ... ممتاز .....ثم ركز معي إلى منطقة أسفل الحوض وإن أردت منطقة أسفل الحوض دعها ترتخي ثم ينتقل الارتخاء إلى أسفل الظهر ، والآن ينتقل الارتخاء إلى أعلى الظهر حتى الكتفين والآن تشعر بالارتخاء من أسفل قدميك إلى أعلى الكتفين ثم ينتقل الارتخاء إلى الرقبة ثم ينتشر الارتخاء إلى فروة الرأس ويستمر الارتخاء إلى جبينك ثم إلى رمشك الأيمن ورمشك الأيسر وعينك اليمنى وعينك اليسرى ..... ثم تلاحظ أن الارتخاء قد وصل إلى خدك الأيمن وخدك الأيسر ثم إلى فكك العلوي ثم فكك السفلي والآن وجهك في كامل الاسترخاء ... والآن سينتقل هذا الاسترخاء إلى مقدمة الرقبة ثم إلى الصدر ثم ينتقل الاسترخاء إلى البطن ثم إلى الحوض ..... الآن سيصبح جسمك في ارتخاء كامل واستمتع بهذا الاسترخاء الجميل واستمتع بإحساسك الداخلي وشعورك الداخلي .... ممتاز .. بعد قليل سأعد عدا تنازليا من (300) إلى (280) ومع كل رقم اسمح لنفسك أن تنزل في الارتخاء أعمق وأعمق ومع كل رقم اسمح لنفسك أن تنزل أعمق وأعمق في الارتخاء ..... ممتاز.. نبدأ الآن (300) ثم (299) .... بصوت خافض ومساعد على الاسترخاء حتى (280) مع تكرار ارتخاء أعمق وأعمق جميل ممتاز ... ارتخاء عميق ارتخاء جميل ممتاز مع كل 3 عدات ..... ثم تكرار ارتخاء عميق ، ارتخاء جميل ، استمتع بهذا الارتخاء الجميل ، استمتع بهذا الاسترخاء وشعورك الداخلي ... بعد قليل أريد منك أن تستخدم قدرتك على التخيل ، وتخيل نفسك في مكان جميل في الطبيعة في مكان جميل قد عشت فيه تخيل نفسك أنك في هذا المكان الجميل (بعيداً عن المخدر) انظر إلى الأعلى انظر إلى السماء قد تكون السماء صافية أو بها بعض الغيوم

وقد يكون الوقت نهاراً أو ليلاً وفي السماء قمراً ونجوماً ... وقد يكون هناك طيوراً في السماء تطير من بعيد وقد يكون هناك صوت جميل ورائحة جميلة ... انظر إلى السعادة من حولك واستمتع بهذه الحديقة الجميلة استمتع بنظرك واستمتع بسمعك واستمتع بأحاسيسك وقدرتك على الذوق اشعر بعذوبة الأصوات التي حولك واستمتع بالروائح التي حولك استمتع بهذا المكان الجميل ..... خذ وقتك واستمتع بهذا المكان الجميل ممتاز .... ممتاز... بعد قليل سأعد من العشرة إلى الرقم 1 عندما أصل إلى الرقم 1 ستفتح عينيك وبعد الوصول الى الرقم واحد ستفتح عينيك وترجع إلى وضعك الطبيعي ... مسترخياً ومستمتعاً الآن 10 ،9 ، 8 ..... 1 افتح عينيك أنت الآن مرتاح ومسترخي دون قيود .... (الزراد ، 2008 ، 135-143) + (الفليج ، 2010 ، CD) .

وبعد الانتهاء من جلسة الاسترخاء طلب من الجميع التعليق على شعورهم وأحاسيسهم أثناء الاسترخاء فمنهم من قال : دخلت في النوم ومنهم من قال : ارتاحت أعصابي ومنهم من قال : نريد تكراره مرة أخرى ومنهم من قال نريد نسخ منه ... ومنهم من قال : نحن نحتاجه بشدة .... حيث تم الاتفاق مع أعضاء المجموعة تطبيقه في السكن مرتين يوميا لحين التعود على الاسترخاء ومع كل مرة يزيد خروج التوتر والقلق الحالي والقلق من المستقبل ... وهذا عبارة عن واجب منزلي لكل عضو من أعضاء المجموعة العلاجية ليتم تشغيله في السكن حيث تم توزيع cd على كل عضو ليطبقه مرتين يوميا

(ملاحظة : تم مشاركة الباحث في يوم مفتوح وهو يوم السبت 2010/7/17 ، حيث تم الخروج مع جميع مرضى الاعتماد على المخدرات في سكن المستشفى ما يزيد عن 60 شخص وكان بهذه المدينة الساحلية(على شاطىء الخليج العربي) جميع أنواع الرياضة من كرة قدم وسباحة وطائرة وسلة وتنس طاولة وأرضي وبولنج ومطعم وبوفية ومسجد وقوارب بحرية .... هدف الباحث من المشاركة في الرحلة إلى تقوية العلاقة العلاجية مع أعضاء المجموعة ومعرفة مدى اندماجهم مع بعضهم وقد شاركهم الباحث في ممارسة الرياضة وتناول وجبة الغداء معهم ... ولاحظ الباحث زيادة الود مع أعضاء المجموعة واندماجهم مع زملائهم في ممارسة الرياضة وكانوا جميعاً اجتماعيين ما عدا (ج) به نوع من الانعزالية والانطواء ....)

الجلسة رقم (12) بعنوان : تدريبات ضبط القلق واستراتيجياتها .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 19 / 7 / 2010 ، الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1) وضع مدرج للقلق من المستقبل .

2) ربط الاسترخاء بمدرج القلق من المستقبل .

3) تطبيق تمرين مدرج القلق والاسترخاء ونبذ تناول المنشطات .. مستقبلاً .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	التدريب على فنية علاج القلق بالاسترخاء (مدرج القلق)	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم في هذه الجلسة وضع مدرج القلق والتدريب على الاسترخاء وربط مدرج القلق بالاسترخاء ونبذ تناول المنشطات المثيرة للقلق ومقاومة التفكير في الانتكاسة مستقبلاً ...التدريب على مدرج قلق المستقبل مع الاسترخاء ... بعد التدريب على الاسترخاء ومناقشة أعضاء المجموعة فيه ، تم تكليف كل عضو من أعضاء المجموعة بتخيل خروجه من المستشفى نهائياً بعد شهر من الآن وممارسة الاسترخاء بالنفس وإرخاء كافة أعضاء الجسم كما تم في الشريط (حيث تم إعادة تشغيل – CD – باستخدام جهاز الحاسب الآلي وسماعات مكبرة للصوت) وطلب من الجميع تخيل خروجك بعد شهر ، ثم بعد 25 يوم مع استمرار

الاسترخاء (عند حدوث توتر يتم التوقف لممارسة الاسترخاء بالتنفس) ثم بعد 20 يوم ثم بعد 15 يوم ثم بعد 10 أيام ثم بعد 8 أيام ثم بعد7 أيام ثم بعد 6 أيام ثم بعد 5 أيام – مع استمرار الاسترخاء ، ثم بعد 4 أيام ثم بعد 3 أيام ، ثم بعد يومان ، ثم بعد يوم واحد ، ثم ليلة الخروج من المستشفى ، ثم يوم الخروج من المستشفى والاندماج مع المجتمع دون توتر أو خوف أو قلق وأن الحياة حلوة وجميلة بدون مخدر وأنك مرتاح ومسترخي وسعيد بتجاوز القلق من المستقبل وبداية حياة جديدة سعيدة ممتعة مشوقة بإذن الله .. ويتكون الواجب المنزلي من تكرار اقتران مدرج القلق مع الاسترخاء .

(انظر الجدول العلاجي لمعتقدات المظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل بملاحق الرسالة ملحق رقم(5))

جلسة رقم (13) بعنوان : المظاهر الاجتماعية لقلق لمستقبل والقلق من الأحداث الضاغطة وما يرتبط بهما من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت هذه الجلسة يوم السبت 24 /2010/7 ، الساعة 10:30 صباحاً

أهداف الجلسة :

1) التعرف على الأسباب الاجتماعية لقلق المستقبل عند الأعضاء .

2) التعرف على الأحداث الضاغطة عند الأعضاء .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
إ3	المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل والقلق من الأحداث الضاغطة	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

اجراءات الجلسة :

وتم في هذه الجلسة مناقشة أهم المعتقدات ومواجهتها كمايلي :

تجنب الحديث عن الزواج أو خطبة فتاة ؟ والخوف من العيش وحيداً باقي حياتي ....

ما هو دليلك على أنك لن تجد من تقبل بك زوجاً ؟

التشكيك : هل يعرف أحداً منكم شخصاً كان يتعاطى المخدر وتركه ثم تزوج وهو الآن سعيد ولديه أبناء ؟

وكانت البدائل من وجهة نظر أعضاء المجموعة العلاجية

سبب إدماني هو قسوة الناس من حولي .....

ما هو دليلك على أن سبب اعتمادك على المخدر هو قسوة الناس من حولك ؟

التشكيك : لماذا أنت تعاطيت المخدر ولم يتعاطاه أخيك أو أختك ؟

ما هي البدائل الإيجابية من وجهة نظركم ؟

أعاني من صعوبة إكمالي لدراستي ....

المساءلة عن الدليل : هل لديك صعوبة في إكمال دراستك ؟ أجاب البعض نعم ؟ ما هي ؟

التشكيك : لماذا نجح البعض في إكمال دراسته وقد كان يتعاطى المخدرات ؟

ما هي البدائل الإيجابية من وجهة نظركم ؟

أعاني من زيادة الرقابة علي بالمستشفى ....:

ما هو دليلك على أن الرقابة في المستشفى زائدة عن الحد المطلوب ؟

التشكيك : لماذا تقوم المستشفى بأخذ عينة (بول) يومياً – أكرمكم الله – ؟

ماهي البدائل الإيجابية من وجهة نظركم ؟

أعاني من الوحدة والعزلة الاجتماعية ... :

-المساءلة عن الدليل : من يذكر لنا مثالاً على أنه لا يختلط بالمجتمع ؟

-التشكيك : لماذا أنت تعاني من الوحدة والعزلة عن المجتمع ؟

-إذا ما هو البديل الإيجابي لديك ؟

(انظرالجدول العلاجي لمعتقدات المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل بملاحق الرسالة ملحق رقم (5))

جلسة رقم (14) بعنوان : خفض اضطرابات النوم والأرق (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 26 /2010/7 ، الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)معرفة مدى الأرق وصعوبة النوم عند الأعضاء .

2) التعرف على أسباب الأرق وصعوبة النوم عند الأعضاء .

3)توزيع نشرة إرشادية لتجنب الأرق وصعوبات النوم (إعداد أبوزيد ، 2008)

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	صعوبة النوم والأرق	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم في هذه الجلسة : المساءلة عن البرهان بطرح عدد من الأسئلة ، هل لديكم مشاكل في النوم ؟ التشكيك : ثم طرح المعالج عدة أسئلة وهي : س هل أنت تنام في وقت محدد يومياً ؟ س : هل تنام في النهار ؟ س : هل تتناول المنبهات في المساء بكثرة ؟ س :هل هناك إزعاج وقت نومك من الآخرين ؟ س : هل تبريد مكيف الغرفة مناسب لك ؟ ... – ثم قام الباحث بتوزيع نموذج تجنب الأرق وصعوبة النوم (إعداد مدحت أبو زيد ،2008 ، 77، ج 5) على كل عضو في المجموعة حيث تم مناقشته بنداً بنداً وطلب من كل عضو أن يختار أحد النشاطات البديلة عند صعوبة النوم أو الاستيقاظ أثناء النوم وهي حسب الجدول التالي :

جدول رقم (16)

نموذج مقترح لتجنب الأرق وصعوبة النوم (إعداد مدحت أبو زيد 2008 ، ج 5)

م	النشاطات البديلة الإيجابية	ملاحظات
1	أمتنع عن تناول المنبهات (الكافيء ، القهوة ، الشاي ...) ليلا أو الأدوية المهدئة	
2	أقرأ شيئا من كتاب الله (مثل آية الكرسي والمعوذات ..)	
3	أمارس الرياضة المحببة لنفسي	
4	أستمع إلى آيات من القرآن الكريم (مثل إذاعة القرآن الكريم)	
5	آخذ حمام ساخن	
6	أمارس الاسترخاء الذي تدربت عليه	
7	أصرف ذهني عن أية أفكار مقلقة (التشتيت)	
8	أبتعد عن أي أصوات مزعجة وأطفئ الإضاءة	
9	أضبط مكيف غرفة النوم بدرجة برودة مناسبة	
10	أراعي عدم ملء معدتي بالطعام	
11	أتجنب النوم أثناء النهار	
12	أراعي راحة الفراش والوسادة	
13	أكرر لنفسي إذا لم أتمكن من النوم الآن سوف أنام بعد قليل بإذن الله	
14	أتناول كوبا من اللبن قبل النوم	
15	أقرأ بعض الأدعية النبوية للنوم وأتوكل على الله	

(انظر الجدول العلاجي لعلاج الأرق وصعوبة النوم بملحق رقم (5) وملحق رقم (8))

المرحلة الرابعة : التلخيص والاستبصار بالمشكلة (جلسة واحدة) :

جلسة رقم (15) بعنوان : التلخيص والاستبصار بالمشكلة .

تمت هذه الجلسة يوم السبت 2010/7/31 ، الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على مدى استيعاب الأعضاء لمحتوى الجلسات السابقة ومراجعتها بشكل مختصر.

2)استبصار الأعضاء بالمشكلة والإصرار على الاستمرار في العلاج وبالتالي التحسن التدريجي بمشيئةالله

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح هدف الجلسة	5
3	تلخيص ما تم تعلمه والتدريب عليه في الجلسات السابقة ، وتصويب مفاهيمهم وتصحيح آرائهم	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي يتعلق بالاستعداد لإعادة التشكيل	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم في هذه الجلسة التأكد من أن أفراد المجموعة العلاجية قد استوعبوا كل ما تم شرحه ، وكل ما تم التدريب عليه في المراحل السابقة والجلسات السابقة . وأصبح لديهم وعياً وإدراكاً واضحاً وجلياً بطبيعة معتقداتهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم والعلاقة بينها وأنهم أصبحوا الآن أكثر تأهيلاً للدخول في مرحلة إعادة التشكيل وتبني معتقدات إيجابية وسلوكيات سوية بديلة ..

المرحلة الخامسة : بعنوان : إعادة تشكيل الأفكار والمعتقدات وتبني أفكار ومعتقدات إيجابية وسلوك إيجابي ولها جلستان رقم (16-17)

تمت الجلستين يومي الاثنين 2010/8/2 والسبت 2010/8/7 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلستين :

1) استبدال المعتقدات اللاعقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة بأخرى جديدة عقلانية والتفاؤل من المستقبل .

2) تبني سلوك إيجابي بديل عن السلبي السابق .

3) ربط المعتقدات الإيجابية الجديدة بالسلوك الإيجابي الجديد .

4)توزيع نشرة إرشادية عن أضرار المخدرات ...

جدول خطوات الجلستين :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلستين	10
3	التدريب على بناء معتقدات جديدة ونظرة إيجابية للحياة وتخيلها بدل المعتقدات اللاعقلانية ثم استخلاص أدلة على المعتقدات الجديدة وربطها بالانفعالات الإيجابية.	95
4	تغذية راجعة	30
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلستين	150

إجراءات الجلستين : حيث تم في الجلستين :

1) استبدال المعتقدات اللاعقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة بأخرى جديدة عقلانية وتفاؤل من المستقبل.

2) التخيل البديل الإيجابي وتبني سلوك إيجابي جديد .

3) ربط المعتقد الجديد بالسلوك الجديد في المواقف الحياتية وهذه العملية تعني الممارسة حسب المواقف الحياتية خاصة المتعلقة بهذه المعتقدات والنظرة التفاؤلية للحياة والاسترخاء بدل القلق والتعامل مع الأحداث الضاغطة بدل القلق منها .

4) تعزيز مثلث (المعتقد الإيجابي والتفاؤل من المستقبل – الانفعال الإيجابي – سلوك سوي بعدم تعاطي المخدرات) ...

وتأكد فيها الباحث وأعضاء المجموعة أن كل شيء قد أصبح واضحاً الآن وأن القلق من تعاطي المخدر قد ولى ، وأن الأفراد الآن أكثر قوة على مواجهة الواقع وعدم القلق من المستقبل عن ذي قبل ...

حيث قام الباحث بتوزيع نسخة كاملة عن جميع الجلسات من تحديد الأفكار اللاعقلانية ومثيراتها وبدائلها الأفكار العقلانية الإيجابية وحسب اختيار كل فرد من الأفكار البديلة ، حيث طلب الباحث منهم الاحتفاظ بها وإعادة تكرارها على شكل معتقد إيجابي بديل لمزيد من الترسيخ وتبنيها كأفكار معدله للسلوك وتكرار السلوك الإيجابي حتى يتلاشى السلوك السلبي مع أفكاره مع الوقت ، وطالب الباحث أفراد المجموعة على استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية . فعند التفكير السلبي في الأشياء التي تثير القلق والمخاوف لماذا لايتم بعد ذلك مباشرة ، وتوقع الايجابيات بدل السلبيات ، وهذه الاعادة في تنظيم التفكير واستبدال النتائج الإيجابية المتوقعة لتحل محل النتائج السلبية المقلقة هي التنظيم المعرفي للإنسان السوي .

المرحلة السادسة : التقويم البعدي والإنهاء :(جلسة واحدة)

جلسة رقم (18) بعنوان : القياس البعدي والإنهاء للجلسات .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 2010/8/9 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التطبيق البعدي لمقياس قلق المستقبل لمعرفة مدى التقدم عند أعضاء المجموعة .

2)التعرف على مدى تقدم أعضاء المجموعة عن التطبيق القبلي لمقياس قلق المستقبل في بداية البرنامج .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	10
3	التطبيق البعدي لمقياس قلق المستقبل والإنهاء	40
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

اجراءات الجلسة :

حيث تم في هذه الجلسة فتح الباب للمناقشة عن الجلسة السابقة ثم تطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد العينة .... وتم فيها توضيح التقدم من خلال الجلسات العلاجية ومقارنته بالمقياس السابق لجميع أفراد العينة.. ثم تم الاتفاق على جلسة المتابعة بعد 14 يوماً لمتابعة تطبيق الأفكار الإيجابية والسلوك الإيجابي في حياتهم لمزيد من الترسيخ والتحسن ، والاتفاق على جلسات المتابعة والوداع .

المرحلة السابعة : المتابعة

الجلسة رقم (19) بعنوان : متابعة مدى استمرارية الأعضاء في التحسن في خفض قلق المستقبل.

تمت الجلسة يوم الثلاثاء 2010/8/24 الساعة 9:30 مساءاً (شهر رمضان)

أهداف الجلسة :

1) التعرف على مدى استمرار الأعضاء في تطبيق الأفكار الإيجابية والسلوك الإيجابي .

2) تشجيع الأعضاء في التحسن وإثارة الدافعية في الاعتماد على النفس – بعد الله – نحو الشفاء التام ..

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	10
3	متابعة أعضاء المجموعة في استمرار التحسن في خفض قلق المستقبل	40
4	تغذية راجعة	15
5	الزمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

المناقشة والحوار في مدى التحسن الذي طرأ على الأعضاء ، وزيادة دافعيتهم للاستمرار في العلاج وتكرار الأفكار العقلانية والسلوك الإيجابي ...

فقد ذكر البعض أنه استمر في الاطلاع على خطوات العلاج وتطبيقها ، والبعض قال : لقد خفضت طريقة ممارسة الاسترخاء الفكرة السالبة وتشتيتها ، والبعض قال : أحتاج وقت أطول للتخلص من قلق المستقبل خاصة الخوف من الانتكاسة مستقبلاً ...

وفي نهاية الجلسة حث الباحث الأعضاء على الاستمرار في التحسن والثقة بالله أولاً ثم الثقة بأنفسهم ثانيا والاصرار على بذل السبب وعدم اليأس أو الاحباط أو التشاؤم من المستقبل والتوكل على الله .....

التصميم التجريبي للبحث :

اعتمد الباحث على التصميم التجريبي ، حيث يتضح التصميم التجريبي من خلال الجدول رقم (17) :

جدول رقم (17)

يوضح التصميم التجريبي لعينة البحث:

المجموعة	قياس قبلي	تدخل علاجي	قياس بعدي
التجريبية	(√) O	(√) T	(√) O
الضابطة	(√) O	(—)	(√) O

الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث:

اعتمد الباحث على مجموعة من الأساليب الإحصائية وهي كما يلي :

1-التكرارات والنسب المؤية والرسومات البيانية (Graphs).

2-معامل ثبات ألفا كرونباخ . (Alpha Cronbach)

3- معامل ثبات التجزئة النصفية .

4 - معامل ارتباط بيرسون .(Pearson Correlation)

5- المتوسطات (Mean) .

6- الانحراف المعياري (Standard Deviation).

5-اختبار ويلكوكسن Wilcoxon Test(Z test) ، لمعرفة دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعتين التجريبية والضابطة .

6-اختبار مان- وتني (Mann-Whitney (U test ، لمعرفة دلالة الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي .

الفصل الخامس : عرض وتفسير نتائج البحث ومناقشتها:

نتائج الفرض الأول .

نتائج الفرض الثاني .

نتائج الفرض الثالث .

مناقشة النتائـــــج .

الفصل الخامس

عرض وتفسير نتائج البحث:

هدف البحث الحالي إلى التحقق من **مدى** فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي المخدرات السعوديين بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام وذلك بمقارنة النتائج بين المجموعة التجريبية التي يطبق عليها البرنامج والمجموعة الضابطة من خلال مقارنة أداء المجموعة التجريبية في الاختبارين القبلي والبعدي بالمجموعة الضابطة .

ويمكن زيادة توضيح أثر البرنامج العلاجي بعرض أحد نماذج الجلسات العلاجية وهو: جدول الجلسة العلاجية الثانية بعنوان : المعتقدات اللاعقلانية المرتبطة بمفهوم المعتمد (الادمان) والذي طبق على أفراد المجموعة التجريبية جدول رقم (**18**).

ويتضح من هذا الجدول العلاجي انخفاض المعتقدات اللاعقلانية والسولك المرتبط بها عند أفراد المجموعة العلاجية الذي يتمثل بوضوح في انخفاض نسبة الأفكار اللاعقلانية والسلوك السلبي المرتبط بها ، وإيجاد أفراد المجموعة أفكارا إيجابية بديلة وكذلك سلوك إيجابي بديل ...

-جلسة العلاج االثانية : المعتقدات اللاعقلنية المرتبطة بمفهوم المعتمد (أنا مدمن) جدول رقم (18)

إسم الفرد	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل الفكرة السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية 0-100	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلوك السلبي	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي 0- 100
1 ن	*الاستماع للأغاني . *التعريف بمسمى (أنا مدمن) في جلسات الدعم الذاتي . *تكرار لفظ والدي والمجتمع (يامدمن) * نظرة والدي والمجتمع السلبية لي	* تكرار فكرة الإدمان لدي وترسيخها كمعتقد ..	60 %	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	%60	*عدم تكرار لفظ مدمن . * اسمي فلان وليس المدمن أو الفقير إلى الله أو المؤمن أو عبدالله . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%20	* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ...	%10
2 س	* الفشل عندما يذكر لي أحد أفراد أسرتي أنني مثل خالي فلان وتكرارها منذ صغري ...	تترسخ عندي عادة الإدمان	%99	أتعاطى حبوب الكبتاجون .. لأقلد خالي وأنسى الفشل	%90	* أنا فلان ولست المدمن . * أنا لست خالي . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%45	* التوقف نهائيا عن تقليد خالي بتعاطي حبوب الكبتاجون	%45
3 م	*حضوري إجتماع زمالة المدمن المجهول * دخولي في مصحة بها بعض المعالجين يعززون كلمة مدمن	* ترسيخ معتقد أني مدمن مخدرات	%100	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	%90	* أنا فلان ، أنا متعافي الآن ولست مدمن ، ولن أعود للتعاطي مستقبلا بإذن الله . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل ..	%40	* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ... * الإستمرار في العلاج بالمستشفى ...	%20

4 ع	*الحنين إلى المخدر	*ترسيخ أني مدمن وسأضل مدمن مستقبلا	75%	الاستمرار في التعاطي	70%	* أنا الآن متعافي والحمد لله . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	50%	* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ... * الإستمرار في العلاج بالمستشفى ...	40%
5 ج	*أماكن كنت أتردد فيها عندما كنت أتعاطى ، مثل المجمعات التجارية والمراقص في دولة مجاورة والمطاعم والجلسات مع الشلة	* أساليب بعض الناس وطريقة تحدثهم بمفهوم أن الشخص الذي يتكلمون معه أنه قليل الفكر .. فترسخ عندي مفهوم الإدمان	60%	أ* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	55 %	* أحب أن أنادى بإسمي فلان ، خاصة إذا شجعني أحد بالتخلص من إدماني . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	60%	* مقاومة أساليب بعض الناس عند الحديث معي بالرد عليهم أنني مثلهم وأحسن منهم وأنني متعافي * الإستمرار في العلاج بالمستشفى ...	50%
6 و	*وجودي في المستشفى	* تكرار أنني مدمن ورسوخها	50%	* توقع الإستمرار في التعاطي مستقبلا	50%	* التوبة والرجوع إلى الله *أنا فلان ... * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	25%	* الإبتعاد عن كل ماحرم الله . * التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ...	25%
7 ع ش	*تذكرني بالادمان جلسات الدعم الذاتي	* ترسيخ مسمى مدمن في نفسي	80%	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	75%	*أن أكرر اسمي فلان .. * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل ..* أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	50%	*ليس لي بديل الا التوقف عن المخدرات نهائيا حتى أعيش باقي حياتي مستقرا وسويا واجتماعيا	40%
8 ف	*تذكرني بالادمان جلسات الدعم الذاتي	* ترسيخ مسمى مدمن في نفسي	70%	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	50%	*أن أكرر اسمي فلان .. * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل ..* أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	35%	*ليس لي بديل إلا التوقف عن المخدرات نهائيا حتى أعيش باقي حياتي مستقرا وسويا وإجتماعيا وأتزوج بنت عمي	20%
9 ن ح	*نظرة الناس لي بأني شخص مدمن وسأبقى طوال عمري مدمن	* الإستمرار في التعاطي بسبب نظرة الناس لي وترسيخ مفهوم أني مدمن	50%	* توقع الإستمرار في التعاطي مستقبلا	50%	*أذكر اسمي الصريح في المستشفى وخارج المستشفى بدون مدمن	30%	* مقاومة أساليب بعض الناس عند الحديث معي بالرد عليهم أنني مثلهم وأحسن منهم وأنني متعافي	25%

							* تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن		الإستمرار في العلاج بالمستشفى حتى يتم الشفاء التام بإذن الله ...
10 م ب	* إحتقار الناس لي بأني شخص مدمن وسأبقى طوال عمري مدمن	* تكرار أنني مدمن ورسوخها	50%	*الخوف من استمرار تعاطي الحبوب بعدخروجي من المستشفى	50%	*أذكر اسمي الصريح * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر مدمن	15%	تحدي نظرة الإحتقار من بعض الناس بإثبات أني سوي وأفضل منهم بالتوقف النهائي مستقبلا عن المخدر بإذن الله	15%

كما قام الباحث في بداية الجلسة رقم (9) بتوزيع جدول يحتوي على عبارات تبين أسباب الانتكاسة مستقبلا عند أفراد المجموعة التجريبية : جدول رقم (19)

أخي الكريم : رغبة مني في معرفة أسباب مشكلة الانتكاسة السابقة لديك أرجو الإجابة على العبارات التالية بوضع علامة (√) أمام كل عبارة تنطبق عليك وكانت النتيجة على النحو التالي :

م	العـــــــــــــــبارة	نعم	لا
1	عدم سيطرتي على الشوق للمخدر	10	–
2	إلحاح الأصدقاء المدمنين وإغراءاتهم	6	4
3	نظرة الاحتقار لي من الآخرين	4	6
4	استمرار معاناتي من القلق والتوتر	10	–
5	استمرار حزني	9	1
6	الانطواء عن الناس	10	–
7	ضعف ثقتي بنفسي	6	4
8	تفكيري في الانتحار	1	9
9	اليأس من كل شيء	5	5
10	شك أسرتي الدائم بي	5	5
11	ثقتي الزائدة بنفسي بعدم تعاطي المخدر	6	4
12	عدم مواصلتي للعلاج بالمستشفى	5	5
13	معاناتي من آلام جسدية	2	8
14	نومي غير المنتظم	8	2
15	عدم اقتناعي بترك المخدر	7	3

وبعد تعبئته من قبل أفراد المجموعة العلاجية اتضح النتائج التالية :

التعرف على أمثلة قد يخشى منها المريض مستقبلاً ، وإثارة أفراد المجموعة عن الحديث بحرية عن قلقهم من خوف الانتكاسة مستقبلاً .. ويتضح كذلك شدة أثر كلاً من : الشوق للمخدر ، استمرار المعاناة من القلق والتوتر ، والانطواء والحزن والنوم غير المنتظم وعدم الاقتناع بترك المخدر .. في العودة لتعاطي المخدرات ... وهذه النتائج تؤكد على وجود قلق المستقبل عند أفراد العينة والخوف من الانتكاسة مستقبلا.

ويعرض الباحث فيما يلي نتائج البحث في ضوء مشكلة البحث وأهدافها واستناداً إلى الدراسات السابقة والتصميم التجريبي :

نتائج الفرض الأول: وينص الفرض الأول على أنه : " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل وأبعاده لصالح القياس البعدي** " (خفض قلق المستقبل) .

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري "ويلكوكسون (Wilcoxon)" لدراسة الفروق بين متوسطي رتب أفراد المجموعة التجريبية على مقياس قلق المستقبل وأبعاده في القياسين القبلي والبعدي ، والجدول رقم (20) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون .

جدول رقم (20)

يوضح قيم (Z) للفروق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل لأفراد المجموعة التجريبية :

نوع القياس	الرتب *	ن	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلي / بعدي	الاشارة الموجبة	0	0	2.805	0.01
	الاشارة السالبة	10	5.5		

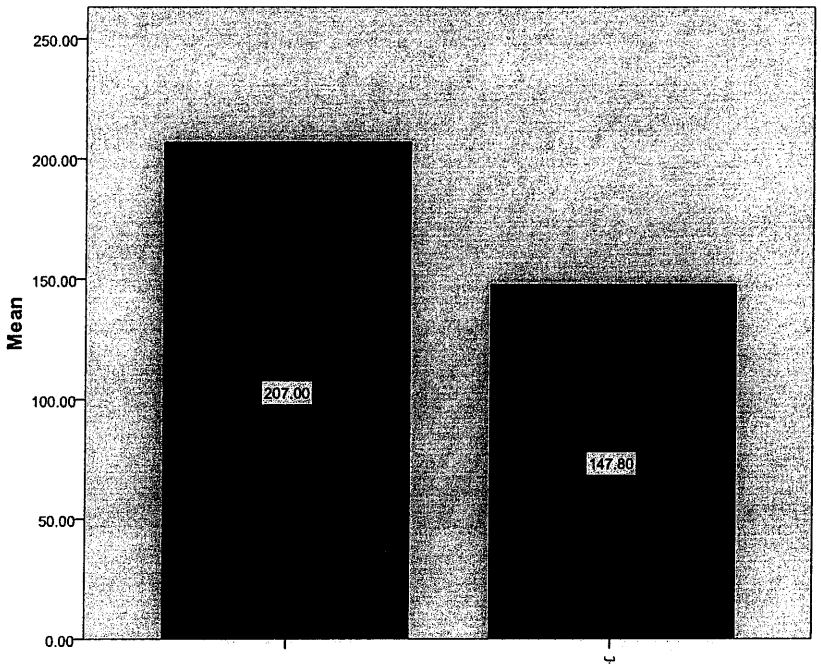
ويتبين من النتائج الموضحة في الجدول رقم (20) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل وذلك لصالح القياس البعدي ، وهذا يتضح من قيم متوسطات رتب الإشارة الموجبة في مقابل رتب الإشارة السالبة ، حيث بلغت قيمة (Z) (2.805) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01).

---

*الاشارة الموجبة تعني : ارتفاع قلق المستقبل عند أفراد المجموعة التجريبية بعد البرنامج العلاجي ، والاشارة السالبة تعني : انخفاض قلق المستقبل عند أفراد المجموعة التجريبية بعد البرنامج العلاجي .

ويمكن مقارنة درجة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي وفقاً لمتوسطات درجاتهم على مقياس قلق المستقبل ، فقد بلغ متوسط درجات القياس القبلي (207.00) بانحراف معياري(7.27) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي(147.80) بانحراف معياري(34.96)، وتتضح تلك التغيرات في الشكل رقم (6):

شكل رقم (6) يوضح الفرق بين متوسطي بيانات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج :



كما قام الباحث باستخدام اختبار "ويلكوكسون Wilcoxon Test(Z test) "لقياس الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة التجريبية على أبعاد مقياس قلق المستقبل في القياسين القبلي والبعدي ، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون : جدول رقم (21)

يوضح قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس قلق المستقبل للمجموعة التجريبية :

أبعاد المقياس	نوع القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	قبلي / بعدي	الموجبة	0	.00	2.807	0.01
		السالبة	10	5.50		
النظرة التشاؤمية للحياة	قبلي / بعدي	الموجبة	1	3.00	2.497	0.01
		السالبة	9	5.78		
المظاهر النفسية لقلق المستقبل	قبلي / بعدي	الموجبة	0	.00	2.805	0.01
		السالبة	10	5.50		
المظاهر الجسمية لقلق المستقبل	قبلي / بعدي	الموجبة	0	.00	2.807	0.01
		السالبة	10	5.50		
المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل	قبلي / بعدي	الموجبة	2	2.75	2.245	0.05
		السالبة	8	6.19		
القلق من الاحداث الضاغطة	قبلي / بعدي	الموجبة	0	.00	2.805	0.01
		السالبة	10	5.50		

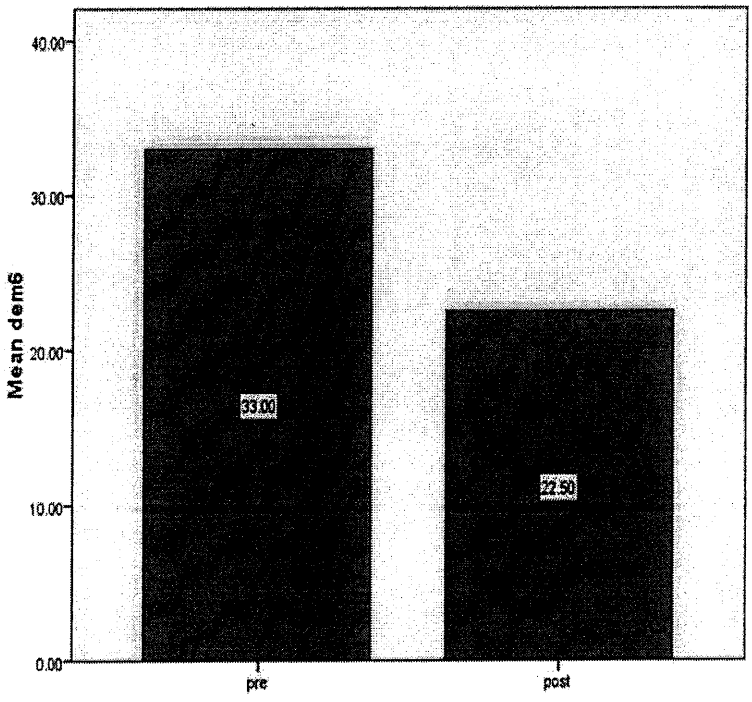
ويتبين من النتائج الموضحة في الجدول رقم (21) وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس قلق المستقبل وذلك لصالح القياس البعدي ، وهذا يتضح من قيم متوسطات رتب الإشارة الموجبة في مقابل رتب الإشارة السالبة ، حيث تراوحت قيمة (Z) بين (2.497) و(2.807) وهي قيم دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0.01) لجميع أبعاد المقياس ، ماعدا بعد المظاهر الاجتماعية حيث بلغت قيمة (Z) (2.245) عند مستوى دلالة (0.05) .

وبناءا على الجدول السابق يتضح للباحث فعالية البرنامج في خفض مستوى قلق المستقبل بأبعاده عند المجموعة التجريبية ، من خلال مقارنة النتائج قبل البرنامج العلاجي وبعده .

ويمكن مقارنة درجة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية بمقارنة القياسين القبلي والبعدي على جميع أبعاد المقياس وذلك حسب التالي :

بعد الأفكار اللاعقلانية : بلغ متوسط درجات القياس القبلي (33.00) بانحراف معياري (3.23) بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (22.50) بانحراف معياري (5.54) . ويتضح لنا انخفاض الأفكار اللاعقلانية من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية كما هو موضح في الشكل رقم (7) :

شكل رقم (7) يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد الأفكار اللاعقلانية :

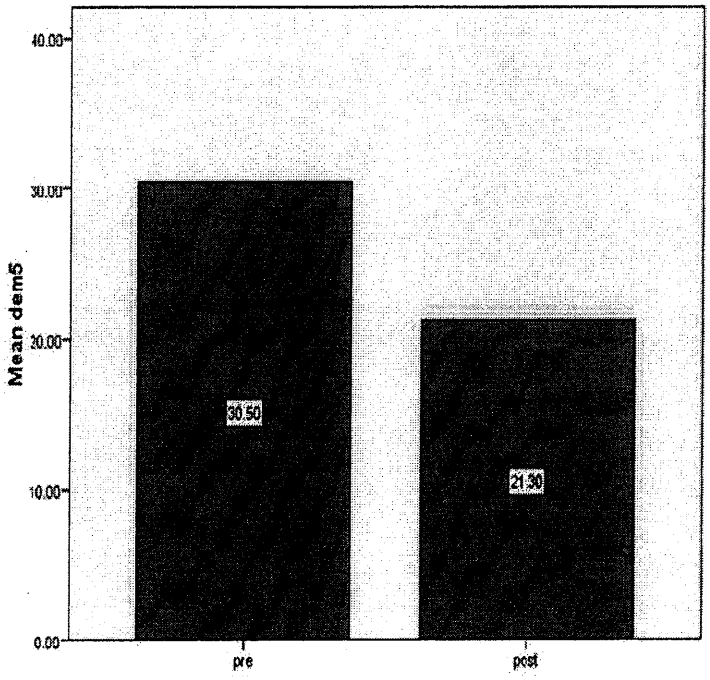


قبلي بعدي

بعد النظرة التشاؤمية للحياة : بلغ متوسط درجات القياس القبلي (30.50)] بانحراف معياري (3.13) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (21.30) بانحراف معياري (7.45). ويتضح لنا تحسن النظرة التشاؤمية للحياة من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية كما هو موضح في الشكل رقم (8) :

شكل رقم (8)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد النظرة التشاؤمية للحياة :

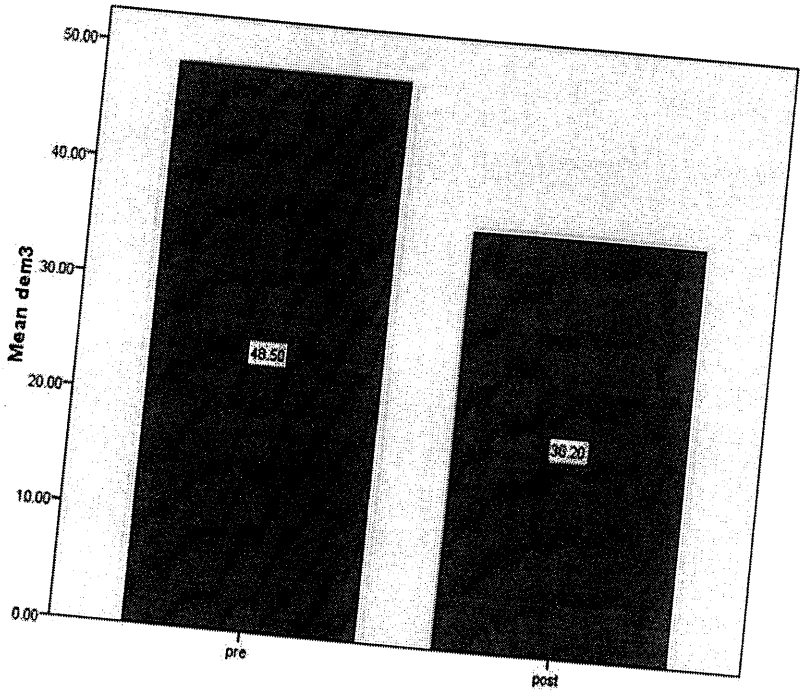


قبلي بعدي

بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل : بلغ متوسط درجات القياس القبلي (48.50) بانحراف معياري (3.06) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (36.20) بانحراف معياري (9.69) . ويتضح لنا انخفاض بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية كما هو موضح في الشكل رقم (9) :

شكل رقم (9)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل :



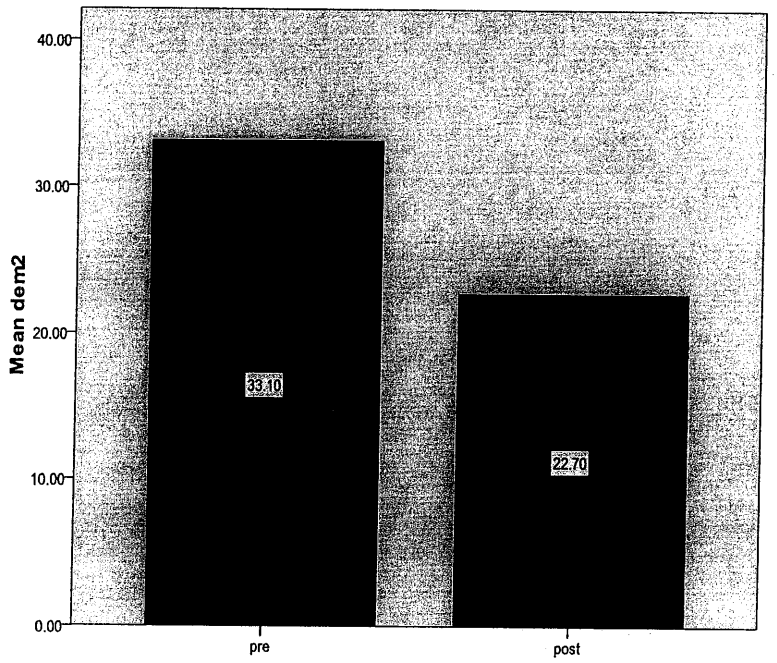
قبلي

بعدي

بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل : بلغ متوسط درجات القياس القبلي (33.10) بانحراف معياري (2.55) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (22.70) بانحراف معياري (4.69) . ويتضح لنا انخفاض بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية كما هو موضح في الشكل رقم (10) :

شكل رقم (10)

يوضح الفروق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل :

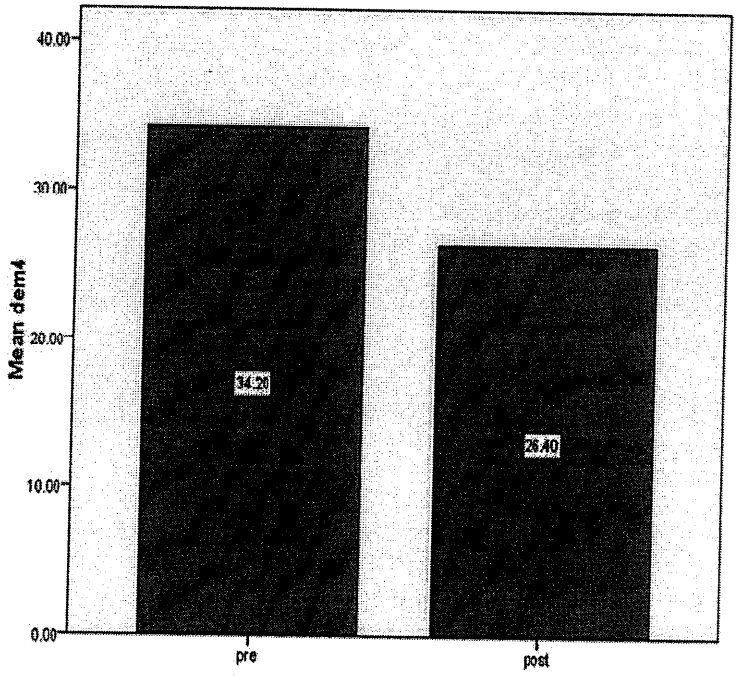


قبلي بعدي

بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل: بلغ متوسط درجات القياس القبلي (34.20) بانحراف معياري (4.31) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (26.40) بانحراف معياري (6.02) ، ويتضح لنا انخفاض بعد المظاهرالاجتماعية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية كما هو موضح في الشكل رقم (11) :

شكل رقم (11)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل :

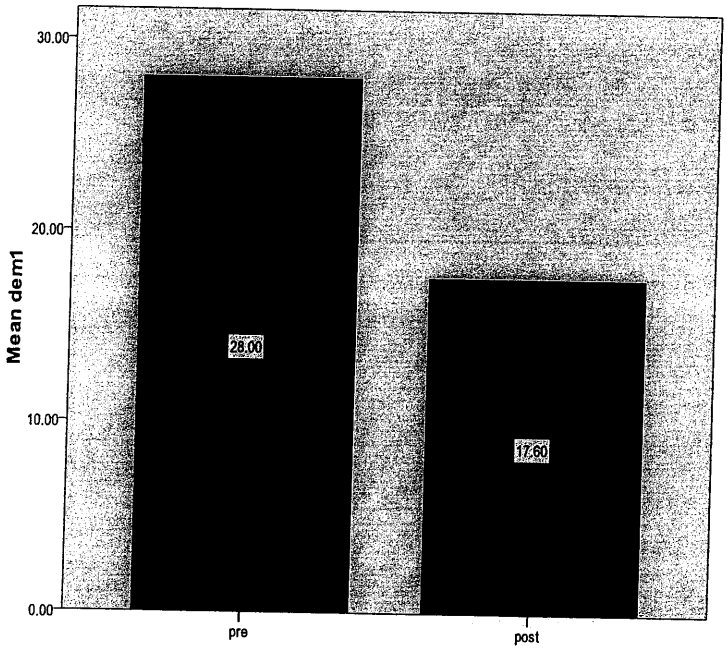


قبلي بعدي

بعد القلق من الأحداث الضاغطة : بلغ متوسط درجات القياس القبلي (28.00) بانحراف معياري (2.10) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (17.60) بانحراف معياري (5.91) ، ويتضح لنا انخفاض بعد القلق من الأحداث الضاغطة من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة التجريبية كما هو موضح في الشكل رقم (12) :

شكل رقم (12)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج على بعد القلق من الأحداث الضاغطة :



قبلي بعدي

نتائج الفرض الثاني : ينص الفرض الثاني على أنه : " **لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل** "

وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري" ويلكوكسون (Wilcoxon) " لدراسة الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياسين القبلي والبعدي ، والجدول رقم (22) يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون :

جدول رقم (22)

يوضح قيمة (Z) للفروق بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل لأفراد المجموعة الضابطة :

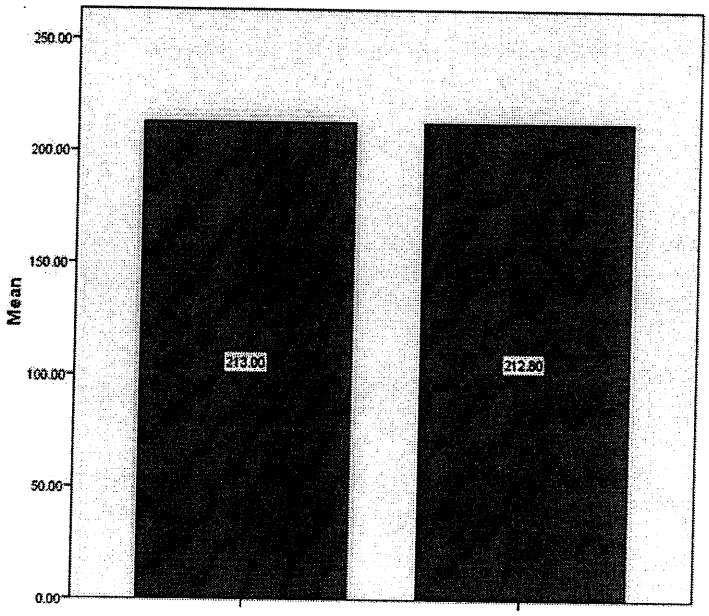
نوع القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
قبلي / بعدي	الاشارة الموجبة	4	5.17	0.358	غير دالة
	الاشارة السالبة	6	6.00		

وتبين من النتائج الموضحة في الجدول رقم (22) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب القياسين القبلي والبعدي على مقياس قلق المستقبل ، وهذا يتضح من قيم متوسطي رتب الإشارة الموجبة في مقابل رتب الإشارة السالبة ، حيث بلغت قيمة (Z) (0.358) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند أي من مستويات الدلالة الإحصائية المتعارف عليها .

ويمكن مقارنة درجة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي وفقاً لمتوسطي درجاتهم على مقياس قلق المستقبل ، فقد بلغ متوسط الدرجات في القياس القبلي (213.00) بإنحراف معياري (13.30) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (212.80) بإنحراف معياري (15.04) ، وتتضح تلك التغيرات في الشكل رقم (13)

شكل رقم (13)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياسين القبلي والبعدي :



من خلال الرسم البياني رقم (13) يتضح أن الفرق بين متوسطي القياسين القبلي والبعدي لأفراد المجموعة الضابطة غير دال إحصائيا ، وبالتالي لم تنخفض درجة قلق المستقبل لدى هذه المجموعة .

كما قام الباحث باستخدام اختبار " ويلكوكسون (Wilcoxon) " لقياس الفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعة الضابطة على أبعاد مقياس قلق المستقبل في القياسين القبلي والبعدي ، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار ويلكوكسون :

جدول رقم (23) يوضح قيمة (Z) للفروق بين متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي على أبعاد مقياس قلق المستقبل للمجموعة الضابطة :

أبعاد المقياس	نوع القياس	الرتب	ن	متوسط الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	قبلي / بعدي	الموجبة	5	5.60	1.438	غير دالة
		السالبة	3	2.67		
		المحايدة *	2			
النظرة التشاؤمية للحياة	قبلي / بعدي	الموجبة	3	3.00	.412	غيردالة
		السالبة	2	3.00		
		المحايدة	5			
المظاهر النفسية	قبلي / بعدي	الموجبة	0	.00	2.392	0.05
		السالبة	7	4.00		
		المحايدة	3			
المظاهر الجسمية ..	قبلي / بعدي	الموجبة	4	3.50	1.761	غير دالة
		السالبة	1	1.00		
		المحايدة	5			
المظاهر الاجتماعية	قبلي / بعدي	الموجبة	3	5.83	1.024	غير دالة
		السالبة	7	5.36		
القلق من الاحداث الضاغطة	قبلي / بعدي	الموجبة	3	4.00	.846	غير دالة
		السالبة	5	4.80		
		المحايدة	2			

* الرتب المحايدة تعني : عدم انخفاض أو ارتفاع درجة قلق المستقبل على المقياس بعد القياس البعدي .

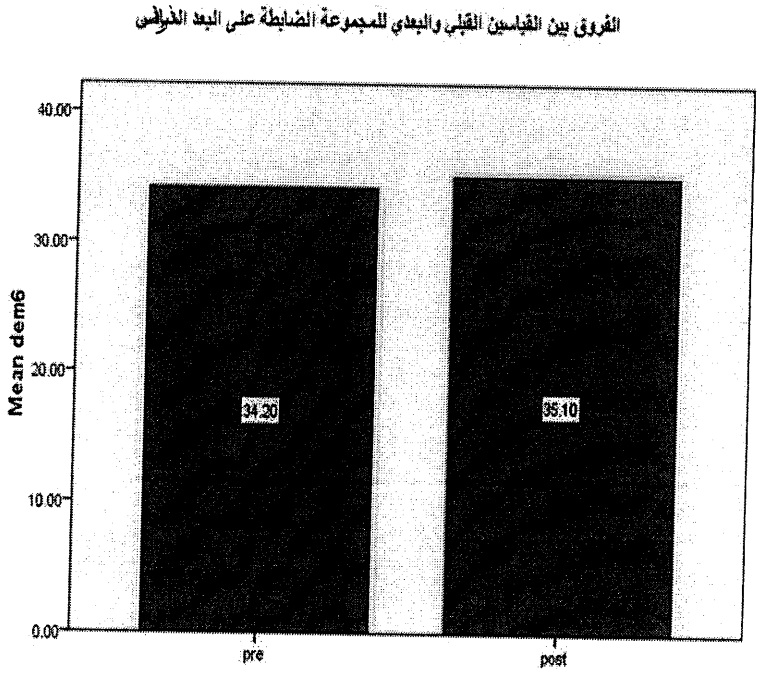
وتبين النتائج الموضحة في الجدول رقم (23) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات رتب القياسين القبلي والبعدي في أبعاد مقياس قلق المستقبل ، وهذا يتضح من قيم متوسطي رتب الإشارة الموجبة في مقابل رتب الإشارة السالبة ، حيث تراوحت قيمة (Z) بين(412. و1.761) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند أي من مستويات الدلالة الإحصائية المتعارف عليها ، ماعدا بعد المظاهر النفسية حيث بلغت قيمة (Z) (2.392) وهي دالة عند مستوى (0.05) . ومن خلال الجدول السابق يتضح عدم دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة ، ماعدا بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل وهو بعد واحد لأبعاد المقياس وربما يكون تحسن بسيط لأثر البرنامج الارشادي التي تقدمه

المستشفى (علما أن الباحث حاول جاهدا ضبط كل المتغيرات وأخذ المجموعة الأعلى درجة في قلق المستقبل على المقياس ككل) .

ويمكن توضيح درجة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة الضابطة بمقارنة القياسين القبلي والبعدي في جميع أبعاد المقياس وذلك كالتالي :

بعد الأفكار اللاعقلانية : بلغ متوسط درجات القياس القبلي(34.20) بانحراف معياري (2.44) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (35.10) بانحراف معياري (3.17) ، ويتضح لنا عدم انخفاض بعد الأفكار اللاعقلانية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة الضابطة ، كما هو موضح في الشكل رقم (14) شكل رقم (14):

يوضح الفرق بين متوسطي درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياسين القبلي والبعدي لبعد الأفكار اللاعقلانية :

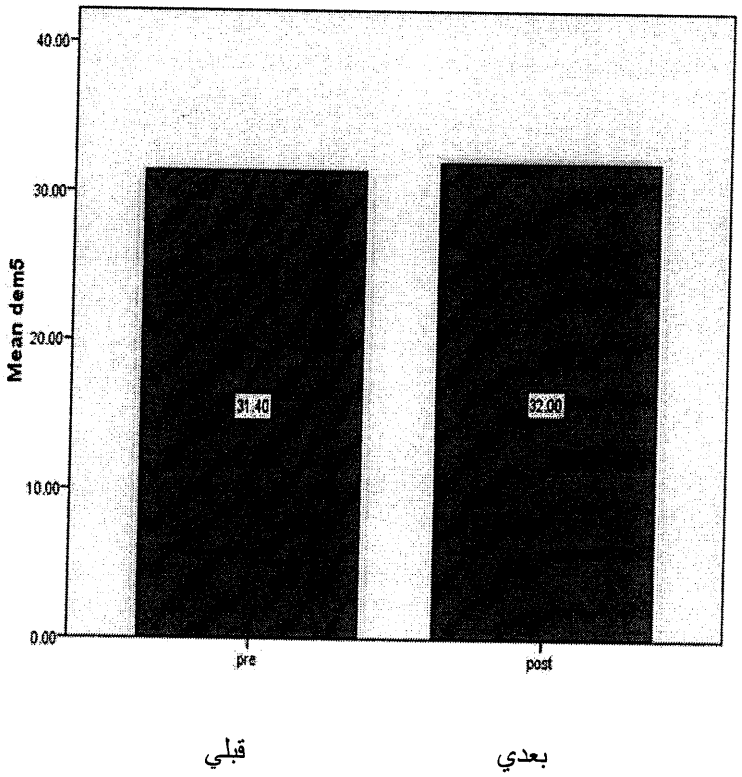


قبلي بعدي

بعد النظرة التشاؤمية للحياة : بلغ متوسط درجات القياس القبلي(31.40) بإنحراف معياري (3.83) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (32.00) بإنحراف معياري (2.62) ، ويتضح لنا عدم تحسن النظرة التشاؤمية للحياة خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة الضابطة ، كما هو موضح في الشكل رقم (15) :

شكل رقم (15)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد النظرة التشاؤمية للحياة :

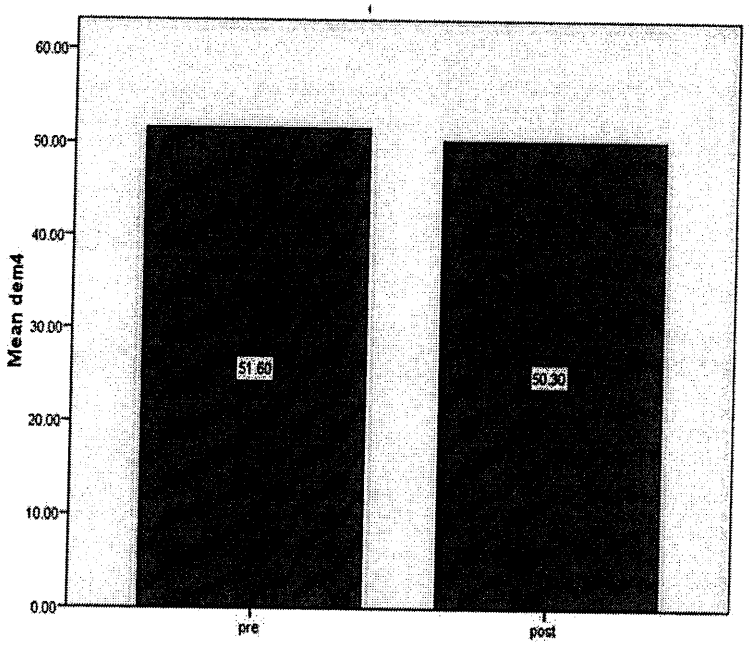


قبلي بعدي

بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل : بلغ متوسط درجات القياس القبلي (51.60) بإنحراف معياري (3.56) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (50.30) بإنحراف معياري (3.86) ، ويتضح لنا ضعف تحسن بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة الضابطة ، كما هو موضح في الشكل رقم (16) :

شكل رقم (16)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل :

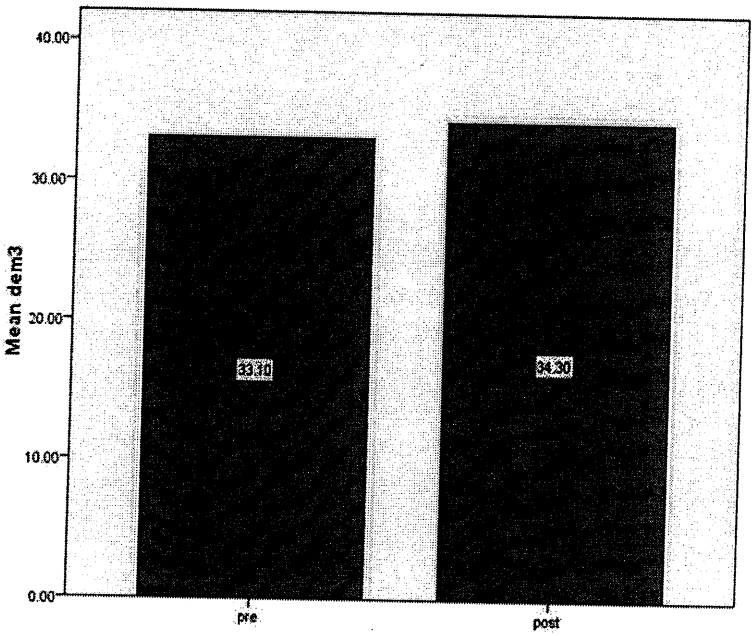


قبلي بعدي

المظاهر الجسمية لقلق المستقبل : بلغ متوسط درجات القياس القبلي(33.10) بانحراف معياري (3.54) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (34.30) بانحراف معياري (4.08) ، ويتضح لنا عدم تحسن بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة الضابطة ، كما هو موضح في الشكل رقم (17) :

شكل رقم (17)

يوضح الفرق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل :

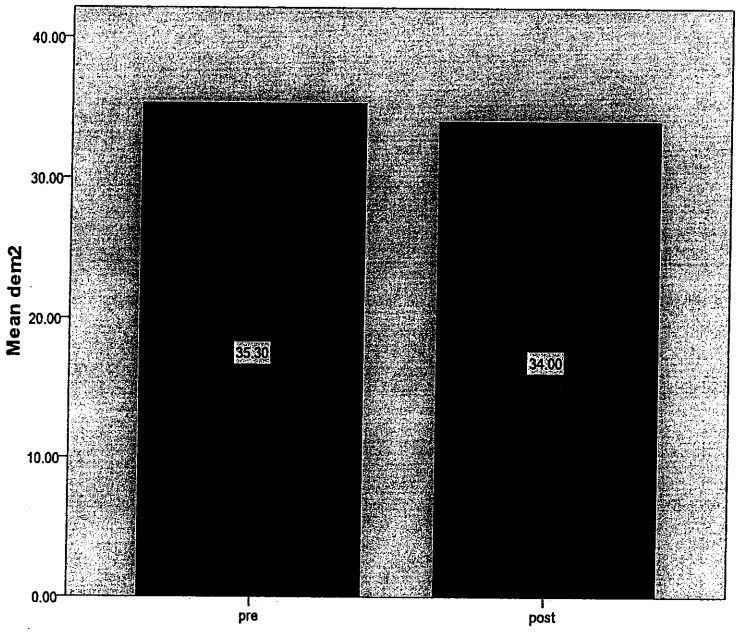


قبلي بعدي

بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل : بلغ متوسط درجات القياس القبلي(35.30) بانحراف معياري(4.66) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (34.00) بانحراف معياري (3.19) ، ويتضح لنا عدم انخفاض بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة الضابطة ، كما هو موضح في الشكل رقم (18) :

شكل رقم (18)

يوضح الفرق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد المظاهر الاجتماعية :

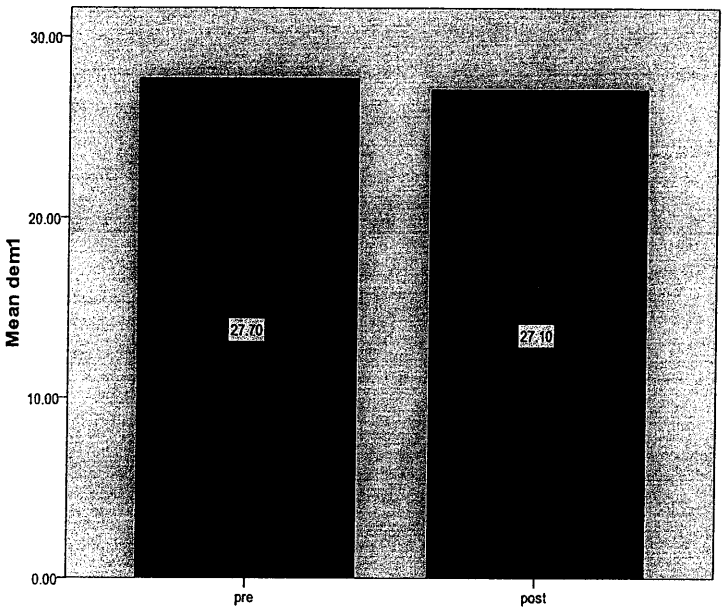


قبلي بعدي

بعد القلق من الأحداث الضاغطة : بلغ متوسط درجات القياس القبلي(27.70) بانحراف معياري (3.65) ، بينما بلغ متوسط درجات القياس البعدي (27.10) بانحراف معياري (2.76) ، ويتضح لنا عدم انخفاض القلق من الاحداث الضاغطة من خلال حساب فروق القياسين القبلي والبعدي لمتوسطي درجات المجموعة الضابطة ، كما هو موضح في الشكل رقم (19) :

شكل رقم (19)

الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة على بعد القلق من اللأحداث الضاغطة :



قبلي بعدي

نتائج الفرض الثالث : ينص الفرض الثالث على أنه : " **توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الرتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل وأبعاده بعد تطبيق البرنامج العلاجي ، وذلك لصالح المجموعة التجريبية** " .

وقد تم التحقق من صحة هذا الفرض بإستخدام الأسلوب الإحصائي اللابارامتري " مان – ويتني (Mann-Whitney) لقياس الفروق بين متوسطي رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في قلق المستقبل وأبعاده بعد الإنتهاء من تطبيق برنامج العلاج المعرفي السلوكي ، والجدول التالي يوضح نتائج اختبار مان ويتني :

جدول رقم (24)

يوضح قيمة (U) ودلالتها الإحصائية للفرق بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي :

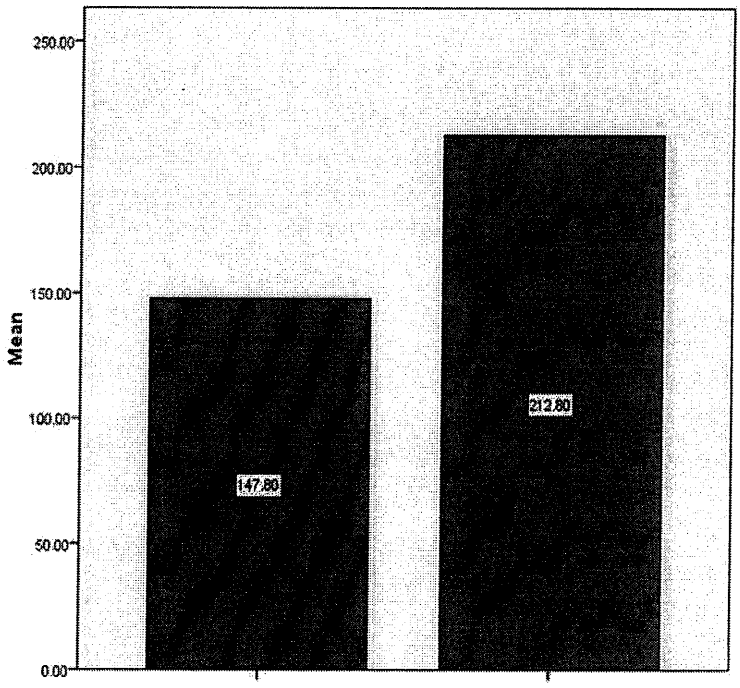
المجموعة	عدد أفراد المجموعة	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
التجريبية	10	5.60	3.707	0.01
الضابطة	10	15.40		

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في قلق المستقبل بعد تطبيق البرنامج العلاجي (القياس البعدي) ، حيث بلغت قيمة (U) (3.707) وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) وتشير تلك الفروق بوضوح إلى انخفاض قلق المستقبل لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة بعد الإنتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

ويمكن مقارنة درجة قلق المسقبل بين الأفراد الذين تلقوا البرنامج العلاجي والأفراد الذين لم يتلقوا هذا البرنامج وفقاً لمتوسطي درجاتهم على مقياس قلق المستقبل ، فقد بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي (147.80) بانحراف معياري قدره (34.96) ، بينما بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي (212.80) بانحراف معياري قدره (15.04) . ويتضح ذلك في الشكل رقم (20)

شكل رقم (20)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس قلق المستقبل بعد تطبيق البرنامج :



بعدي مجموعة ضابطة بعدي مجموعة تجريبية

ومن خلال الرسم البياني السابق يتضح الفرق الواضح في المتوسط وبشكل كبير عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة ، مما يؤكد فعالية البرنامج العلاجي في خفض قلق المستقبل وبشكل كبير ولله الحمد .

كما قام الباحث باستخدام اختبار " مان – ويتني (Mann-Whitney)" لقياس الفروق بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي ، والجدول التالي يوضح ذلك : جدول رقم (25)

يوضح قيم (U) ودلالتها الإحصائية للفروق بين متوسطات رتب أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على أبعاد مقياس قلق المستقبل في القياس البعدي :

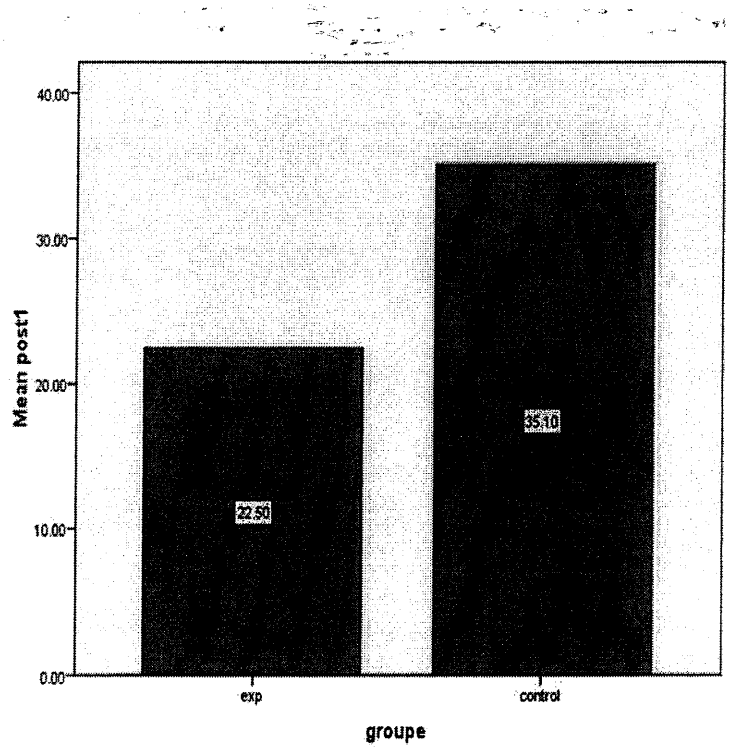
أبعاد المقياس	المجموعة	ن	متوسط الرتب	قيمة U	مستوى الدلالة
الأفكار اللاعقلانية	التجريبية	10	5.50	3.788	0.01
	الضابطة	10	15.50		
النظرة التشاؤمية للحياة	التجريبية	10	6.45	3.076	0.01
	الضابطة	10	14.55		
المظاهر النفسية	التجريبية	10	6.20	3.255	0.01
	الضابطة	10	14.80		
المظاهر الجسمية ..	التجريبية	10	5.80	3.566	0.01
	الضابطة	10	15.20		
المظاهر الاجتماعية	التجريبية	10	7.30	2.443	0.01
	الضابطة	10	13.70		
القلق من الاحداث الضاغطة	التجريبية	10	5.60	3.717	0.01
	الضابطة	10	15.40		

ويتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب المجموعتين التجريبية والضابطة في قلق المستقبل بعد تطبيق البرنامج العلاجي (القياس البعدي) ، حيث تراوحت قيم (U) بين (2.443 و3.788) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01) وتشير تلك الفروق بوضوح إلى انخفاض قلق المستقبل بكافة أبعاده لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بأفراد المجموعة الضابطة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي على المجموعة التجريبية.. وهذه النتيجة تؤكد على فعالية البرنامج العلاجي في خفض قلق المستقبل على مقياس قلق المستقبل المطبق قبل وبعد البرنامج بكافة أبعاده لصالح أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة .

ويمكن مقارنة متوسطي درجة قلق المستقبل لدى أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة ، بمقارنة المجموعتين على القياس البعدي في جميع أبعاد المقياس وذلك كالتالي :

بعد الأفكار اللاعقلانية : بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي (22.50) بانحراف معياري (5.54) ، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي (35.10) بانحراف معياري (3.17) ، ويتضح لنا انخفاض بعد الأفكار اللاعقلانية عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من خلال حساب الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين ، كما هو موضح في الشكل رقم (21) :

شكل رقم (21)

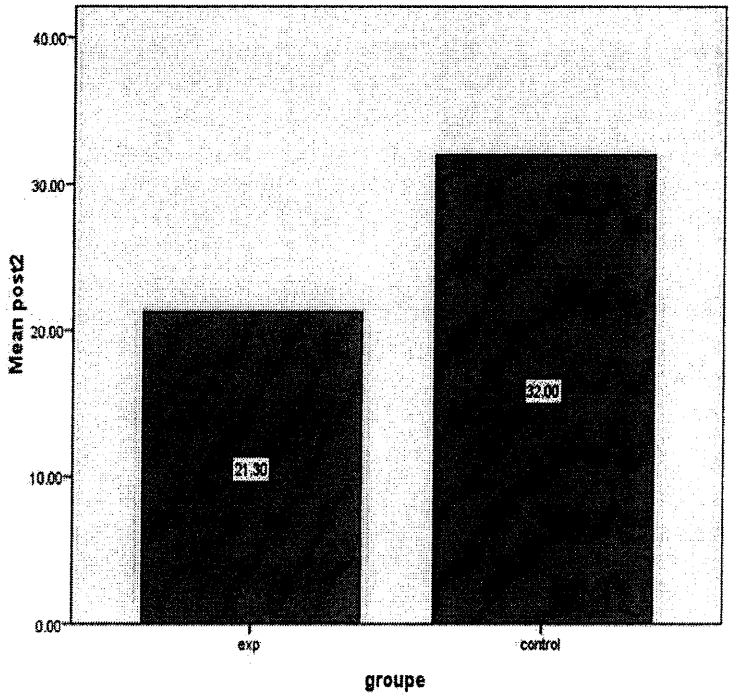


مجموعة ضابطة قياس بعدي مجموعة تجريبية قياس بعدي

بعد النظرة التشاؤمية للحياة : بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي (21.30) بانحراف معياري (7.45) ، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي (32.00) بانحراف معياري (2.62) ، ويتضح لنا تحسن بعد النظرة التشاؤمية للحياة عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من خلال حساب الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين ، كما هو موضح في الشكل رقم (22) :

الشكل رقم (22)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على بعد النظرة التشاؤمية للحياة في القياس البعدي

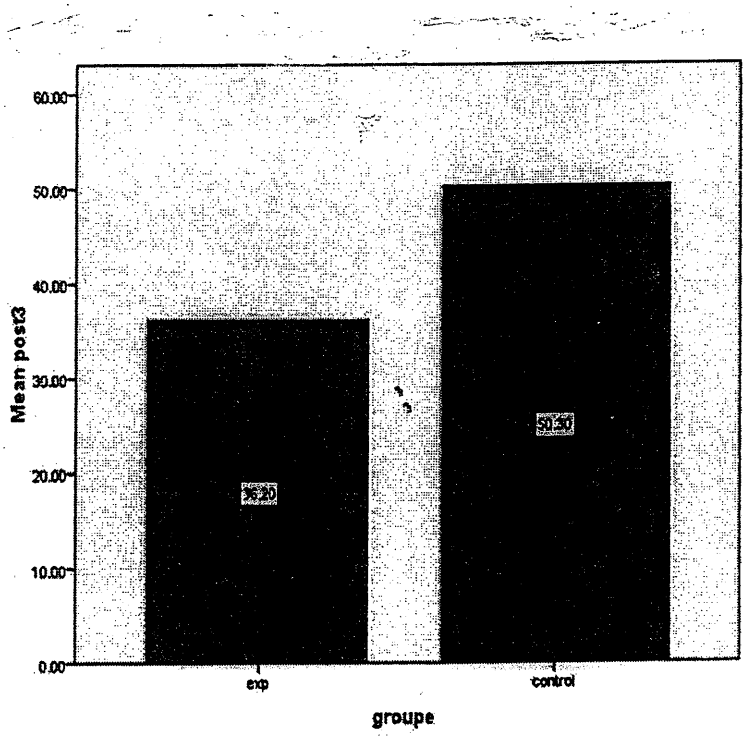


مجموعة ضابطة قياس بعدي مجموعة تجريبية قياس بعدي

بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل : بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي (36.20) بإنحراف معياري (9.69) ، بينما بلغ متوسط درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياس البعدي(50.30) بإنحراف معياري(3.86) ، ويتضح لنا انخفاض بعد المظاهرالنفسية عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من خلال حساب الفرق بين متوسطي المجموعتين ، كما هو موضح في الشكل رقم (23) :

شكل رقم (23)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على بعد المظاهر النفسية لقلق المستقبل في القياس البعدي :

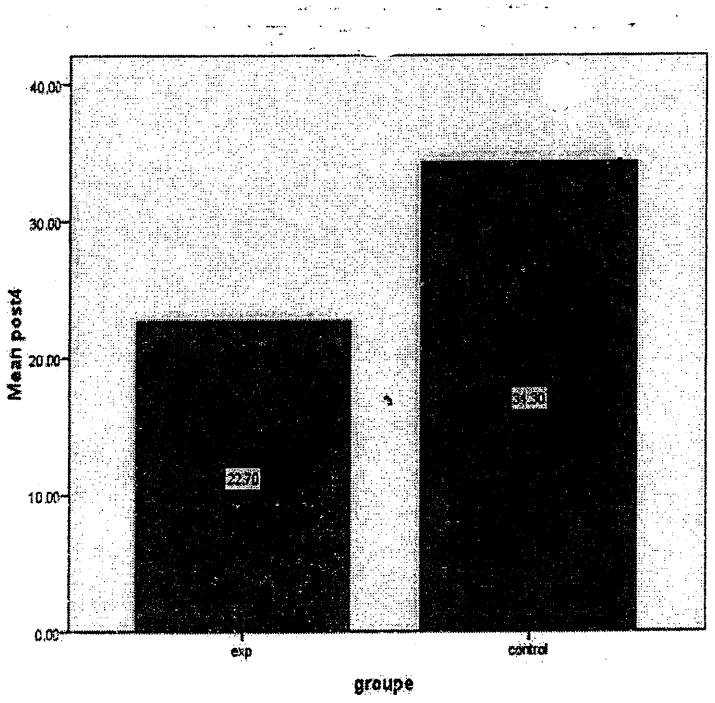


مجموعة ضابطة قياس بعدي مجموعة تجريبية قياس بعدي

بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل: بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي (22.70) بانحراف معياري (4.69) ، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي (34.30) بانحراف معياري (4.08) ، ويتضح لنا انخفاض بعد المظاهرالجسمية لقلق المستقبل عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من خلال حساب الفرق بين لمتوسطي درجات المجموعتين ، كما هو موضح في الشكل رقم (24) :

شكل رقم (24)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على بعد المظاهر الجسمية لقلق مستقبل في القياس البعدي :

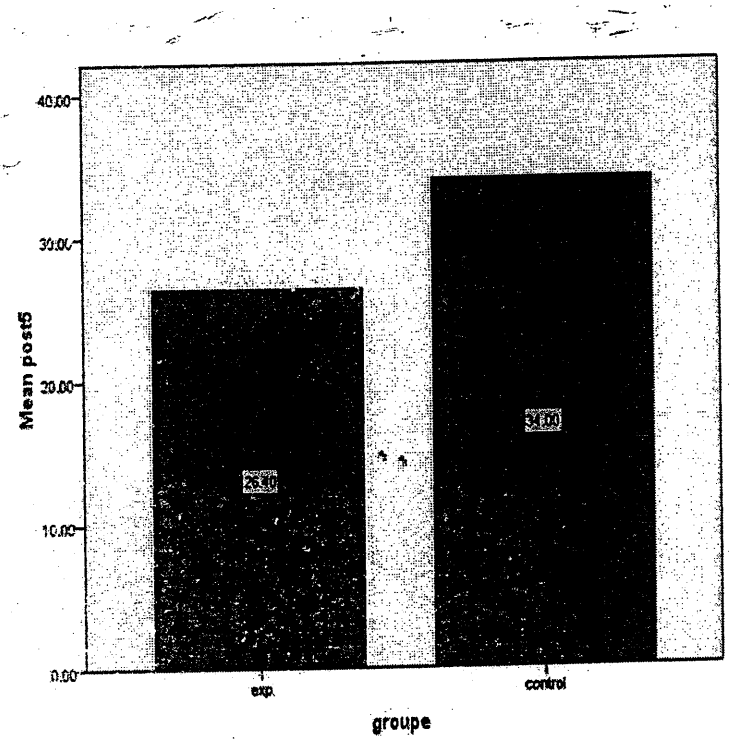


مجموعة ضابطة قياس بعدي مجموعة تجريبية قياس بعدي

بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل: بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي (26.40) بانحراف معياري (6.02) ، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي (34.00) بانحراف معياري (3.19) ، ويتضح لنا انخفاض المظاهر الاجتماعية عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من خلال حساب الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين ، كما هو موضح في الشكل رقم (25) :

شكل رقم (25)

يوضح الفرق بين متوسطي المجموعتين التجريبية والضابطة على بعد المظاهر الاجتماعية في القياس البعدي :

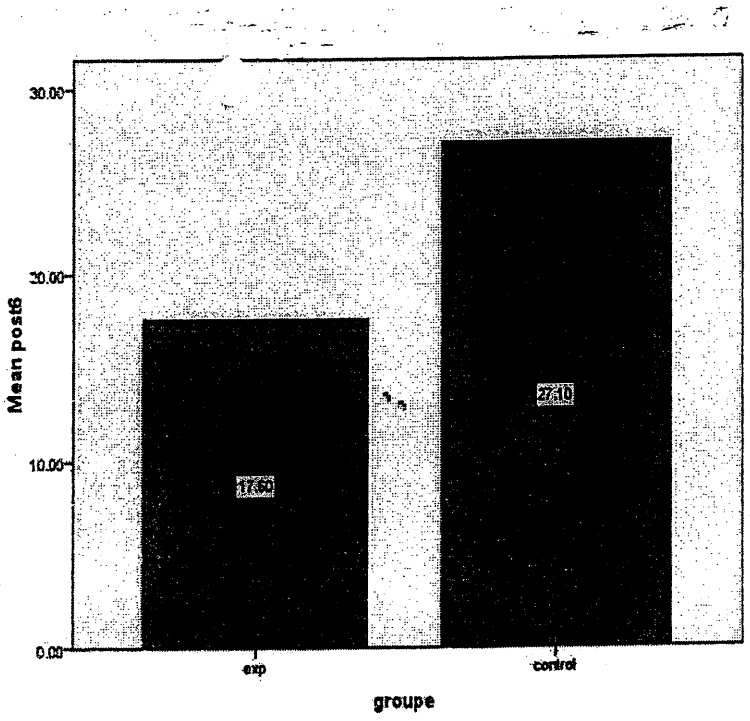


مجموعة ضابطة قياس بعدي مجموعة تجريبية قياس بعدي

بعد القلق من الأحداث الضاغطة: بلغ متوسط درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي (17.60) بانحراف معياري (5.91) ، بينما بلغ متوسط درجات المجموعة الضابطة في القياس البعدي (27.10) بانحراف معياري (2.76) ، ويتضح لنا انخفاض بعد القلق من الأحداث الضاغطة عند المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة من خلال حساب الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين ، كما هو موضح في الشكل رقم (26) :

شكل رقم (26)

يوضح الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة على بعد القلق من الأحداث الضاغطة في القياس البعدي :



مجموعة ضابطة قياس بعدي مجموعة تجريبية قياس بعدي

مناقشـــة النتائـــج :

في ضوء قلة البحوث التجريبية في علاج القلق لدى معتمدي المخدرات في المملكة العربية السعودية خاصة اعتماد الامفيتامينات ، فقد حاول الباحث تفسير النتائج في ضوء الدراسات المتاحة ، ومن خلال ملاحظاته الإكلينيكية .

حيث كشفت نتائج الفرض الأول للبحث: انخفاض مستوى قلق المستقبل لدى المجموعة التجريبية بعد تعرضها للبرنامج العلاجي ، حيث تبين من المعالجات الاحصائية انخفاض متوسط القلق وأن هذا الانخفاض دال إحصائياً مما يؤكد على فعالية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في خفض قلق المستقبل لدى معتمدي المخدرات (الأمفيتامينات) وتتفق هذه النتيجة مع دراسة : الجوهي (1998) في استخدام فنية الاسترخاء لخفض القلق لدى العينة التجريبية من معتمدي الهروين ، كما تتفق نتائج هذا الفرض مع ماتوصل إليه ال سلمان (2003) في خفض مستوى القلق لدى العينة التجريبية بعد البرنامج العلاجي العقلاني الانفعالي على عينة من مرضى القلق العام ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة جون جرابوسكي (2004) في انخفاض تعاطي الامفيتامينات وبالتالي انخفاض القلق لدى العينة التجريبية ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة فخراني (2010) في انخفاض الاضطراب لدى العينة التجريبية بعد تعرضها للعلاج المعرفي السلوكي من معتمدي المخدرات .

ومن خلال تحليل نتائج أبعاد المقياس للمجموعة التجريبية يتضح للباحث انخفاض متوسطات درجة القلق على جميع أبعاد المقياس ، فقد انخفض متوسط درجة الأفكار اللاعقلانية من(33.00) إلى (22.50) بعد البرنامج العلاجي . كما تحسنت النظرة التشاؤمية للحياة فقد انخفض المتوسط من (30.50) إلى (21.30) بعد البرنامج العلاجي . كما انخفض متوسط درجة المظاهر النفسية لقلق المستقبل من (48.50) إلى (36.20) بعد البرنامج العلاجي . كما انخفض متوسط درجة المظاهر الجسمية لقلق المستقبل من (33.10) إلى (22.70) بعد البرنامج العلاجي . كما انخفض متوسط درجة المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل من (34.70) إلى (26.40) بعد البرنامج العلاجي . كما انخفض متوسط درجة القلق من الاحداث الضاغطة من (28.00) إلى (17.60) بعد البرنامج العلاجي .

وكذلك تبين من جداول الجلسات العلاجية الاختلاف التدريجي في خفض قلق المستقبل كما هو موضح في جدول الجلسة العلاجية الثانية بعنوان : مناقشة الأفكار اللاعقلانية نحو معتقد (أنامدمن) الذي تم عرضه سابقا بعد التحليل الاحصائي للفرض الأول ..... وكذلك يتبين أثرجلستي علاج الخوف من الانتكاسة مستقبلا في التركيز على مخاوف أفراد المجوعة التجريبة وتخفيفها ويتضح ذلك من خلال تعبئة جدول الخوف من الانتكاسة المرتبط بالفرض الأول من البحث .

وهذه النتائج تؤكد فعالية البرنامج العلاجي ، وتجاوب أفراد المجموعة التجريبية وإرتفاع دافعيتهم نحو التخلص من الاعتماد ، وانخفاض قلق المستقبل على جميع أبعاد المقياس ، وأثر الفنيات العلاجية المستخدمة في البرنامج العلاجي ...

أما نتائج الفرض الثاني لهذا البحث: فقد بينت نتائج البحث عدم انخفاض قلق المستقبل بشكل ملحوظ على المجموعة الضابطة وبدرجة غير دالة إحصائيا . وتتفق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات منها : دراسة الجوهي(1998) في ارتفاع مستوى القلق للعينة الضابطة بعد الاختبار البعدي وعدم انخفاضها(غير دالة احصائيا) ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة ال سلمان (2003) في عدم انخفاض مستوى القلق العام لدى العينة الضابطة بعد البرنامج العلاجي ... واتضح هذا في جميع أبعاد المقياس بعدم انخفاض درجة قلق المستقبل وأنها غير دالة احصائيا ماعدا بعد المظاهر النفسية الذي كان دال احصائيا عند مستوى (0.05) ، ويرجع هذا إلى تأثر أفراد المجموعة التجريبية بالبرنامج الارشادي الذي تقدمه المستشفى ، ولكن هذا بعد واحد من ستة أبعاد غير دالة احصائيا . وتتفق نتائج البحث في عدم تحسن المجموعة الضابطة ، ويرجعه الباحث إلى حسن ضبط المتغيرات للمجموعتين التجريبة والضابطة ، وبقاء الضابطة على نفس مستوى القلق قبل وبعد البرنامج العلاجي ..

أما نتائج الفرض الثالث للبحث : فقد انتهت إلى انخفاض قلق المستقبل لدى المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج العلاجي مقارنة مع المجموعة الضابطة التي لم تخضع للبرنامج العلاجي . واتفقت هذه النتيجة مع دراسات عديدة سابقة منها : دراسة إميلكامب وبينز (1991) في خفض معدلات القلق وتعديل الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة ، كما تتفق نتائج هذا الفرض مع دراسة كوان وبرونيرو (1997) في خفض مستوى القلق العام وتعديل الأفكار اللاعقلانية للعينة التجريبية مقارنة بالضابطة ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة الجوهي (1998) التي أكدت على نجاح برنامج التعامل مع القلق في خفض القلق لدى معتمدي المخدرات مقارنة بالمجموعة الضابطة ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع نتيجة ال سلمان (2003) في خفض مستوى القلق العام لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة ، ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة الصقهان (2006) في خفض مستوى القلق وتعديل الأفكار الاعقلانية لدى العينة التجريبية مقارنة بالضابطة لدى معتمدي المخدرات ، كما تتفق نتيجة هذا الفرض مع دراسة فخراني (2010) في فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض مستوى اضطراب الوسواس القهري لدى مرضى الاعتماد على المخدرات وذلك لصالح المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة .....

ومن خلال تحليل أبعاد المقياس للمجموعتين التجريبية والضابطة يتضح للباحث انخفاض درجة القلق على جميع أبعاد المقياس في القياس البعدي ، وهذا الانخفاض لصالح المجموعة التجريبية ، فقد انخفض متوسط درجة بعد الأفكار اللاعقلانية عند المجموعة التجريبية إلى (22.50) مقارنة بمتوسط المجموعة الضابطة (35.10) ، كما انخفض متوسط درجة بعد النظرة التشاؤمية للحياة عند المجموعة التجريبية إلى (21.30) مقارنة بالمجموعة الضابطة (32.00) ، كما انخفض متوسط درجة المظاهر النفسية لقلق المستقبل عند المجموعة التجريبية إلى (36.20) مقارنة بالمجموعة الضابطة (50.30) . كما انخفض متوسط درجة بعد المظاهر الجسمية لقلق المستقبل عند المجموعة التجريبية إلى (22.70) مقارنة بالمجموعة الضابطة (34.30) . كما انخفض متوسط درجة بعد المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل عند المجموعة التجريبية إلى (26.40) مقارنة بالمجموعة الضابطة (34.00) ، كما انخفض متوسط درجة بعد القلق من الأحداث الضاغطة لقلق المستقبل عند المجموعة التجريبية إلى (17.60) مقارنة بمتوسط المجموعة الضابطة البالغ (27.10) .

وهذه النتائج تؤكد فاعلية البرنامج العلاجي في خفض قلق المستقبل لدى المجموعة التجريبية مقارنة بالضابطة بعد انتهاء البرنامج ، ويعزو الباحث ذلك إلى مهارة استخدام الباحث لإدارة المجموعة وحسن تطبيق الفنيات العلاجية خاصة بناء العلاقة الودية ، ودقة تشخيص المشكلكة ، والتنفيس الإنفعالي ، وتطبيق الحوار السقراطي ، والمواجهة ، والاقناع ، واستبدال الأفكار اللاعقلانية بعقلانية ، ومهارة التلخيص ، وتنفيذ الواجبات المنزلية بشكل مستمر ...

وحرص الباحث على أن تكون الأهداف العلاجية واقعية ومتسلسلة بحيث تكون سهلة ومتدرجة ومقسمة إلى عدد من الأهداف الخاصة بكل جلسة . كما بين الباحث لأعضاء المجموعة التجريبية بأنه يجب أن يكون معلوماً لدينا أن التحسن يكون بشكل تدريجي ولا يتوقع الشخص أنه خلال يوم وليلة سوف يصبح خالياً من القلق المرضي ، ولكن سوف يحدث بإذن الله تحسن وبشكل تدريجي مع الصبر والاستجابة للمناقشة والحوار وتعليمات المعالج وتنفيذ الواجبات المنزلية ... وهذا العلاج الذي يركز على أفكار المريض ومعتقداته عن نفسه وعن مجتمعه وعن المخدارت في تخفيفها وتعديلها مع مرور الوقت وبالتالي انخفاض قلق المستقبل .... كما حرص الباحث على بث الطمأنينة في نفوس المرضى وعلى تحفيز الدافعية للعلاج ... ، وقد أتاح الباحث لأفراد المجموعة المشاركة بأفكارهم وتشجيع الإيجابي منها وشكر أصحابها ، وكذلك التشجيع المستمر على الحوار والمناقشة واستخدام مهارة الإقناع وحسن ادارة المجموعة وإثارة جو من التقدير والاحترام ، كما حرص الباحث على تبصير المرضى بفائدة العلاج النفسي الجماعي وانعكاساته الجيدة على العملية العلاجية وعلى تسهيل عملية انتقال ماتعلموه في الجلسة إلى واقع الحياة .

كما لاحظ الباحث انخفاض توتر أفراد المجموعة مع استمرار الجلسات العلاجية خاصة جلسات الاسترخاء وبعد توزيع شريط (CD) وتكليف أفراد العينة بتطبيقه كواجب منزلي يومي حتى يتعودوا عليه ويساعدهم على زوال الشوق للمخدر وبالتالي تخفيف قلق الخوف من الانتكاسة مستقبلاً . كما لاحظ الباحث فرح أفراد المجموعة بمناقشة حلول لتجنب الأرق وصعوبة النوم وأنهم كانوا يجهلون مثل هذه الحلول رغم بساطة تطبيقها . كما لاحظ الباحث أن أفراد المجموعة التجريبية لديهم أفكار لاعقلانية قوية عن أنفسهم والاستمرار في تعاطي المخدارت وعن المجتمع الذي يعيشون فيه . وهذه الملاحظة تنطبق

مع دراسة الزراد (2009) على معتمدي المخدرات بأبو ظبي. ودراسة العنزي (2009) .. كما اتضح للباحث قوة أثر تعاطي المخدرات على جلب مزيد من الاضطرابات النفسية خاصة القلق والاكتئاب وتدني مفهوم الذات ... وقوة أثر الاعتماد على المخدرات في تفكير الإنسان السلبي وأثره على المخ والأعصاب وبالتالي الاعتماد الجسدي وهذه الملاحظات تتفق مع دراسات بابرج وآخرون (1996) ودراسة باكرا دوب (2005).. كما لاحظ الباحث رغبة بعض أفراد المجموعة التجريبية باستمرارية بقاء الباحث معهم رغم انتهاء البرنامج حيث تم تذكيرهم بأن هدف البرنامج هو منحهم الدعم النفسي وتزويدهم بخطوات علمية لهم للاستمرار عليها لتتحسن حالتهم بالاعتماد على النفس والثقة بالله في التحسن .... وأشار أفراد المجموعة التجريبية إلى تحسن حالتهم ، فقد ذكر البعض منهم الآن أثناء البرنامج عرفت السبب الحقيق لقلقي على المستقبل والتشاؤم من الحياة

ويمكن للباحث تلخيص عدد من نتائج الملاحظات الاكلينيكية الناتجة عن تطبيق جلسات البرنامج العلاجي على أعضاء المجموعة التجريبية على النحوالتالي :

1-جميع أفراد المجموعة التجريبية بدأوا تعاطي المخدرات منذ سن المراهقة بالتجريب أو نتيجة أثر شلة الأصدقاء ، أو سوء التنشئة الأسرية .. وهذا ما ينطبق مع ما أشار إليه المفدى (2003) والهذال والخليفة (2003) .

2 – طول فترة تعاطي المخدرات (لسنوات) ولأنواع مختلفة علماً أن المادة الأساسية هي حبوب الأمفيتامينات ، وهذا ما أشار إليه بابرج Baberg (1996).

3-تكرار الانتكاسات عند أغلب أعضاء المجموعة وهذا ينطبق مع ما أشار إليه غانم (2005) .

4-الشعور باليأس والإحباط والتشاؤم من المستقبل عند جميع أفراد المجموعة ، ويتفق ذلك مع ماتوصل إليه الهاشم (2006)من انخفاض الدافعية للعلاج لدى مدمني المخدرات .

5-ارتفاع اضطراب القلق من جراء الاستمرارفي تعاطي المخدرات خاصة الأمفيتامينات وتظهر في توتر الاعصاب وسرعة الإثارة النفسية وضيق الصدر وصعوبة التنفس والتعرق وبرودة الأطراف عند البعض

وهذا ينطبق مع بعد المظاهر الجسيمة لقلق المسقبل في مقياس هذا البحث ... ، وهذا ما أشار إليه بابرج Babrge (1996) وكذلك باكرا Bakera (2005)

6-كثرة الأفكار السلبية والمعتقدات اللاعقلانية مثل اقتران المخدر بالجنس ، اقتران المخدر بالقوة والنشاط ، واقتران المخدر بالسعادة ، واقتران المخدر بهدوء الأعصاب ، واقتران المخدر بالشوق والنشوة لاستمرار تعاطيه ، وضعف القناعة بترك المخدر ، ..... وهذه المعتقدات اللاعقلانية تتفق مع دراسة الزراد (2009) ، ومع دراسة العنزي (2009) وعبدالمنعم (1999)

7 – قوة الاعتماد النفسي والجسدي على المخدرات وغالبا معا . وهذه النتيجة تتفق مع تشخيص الدليل الأميكي الرابع DSM-IV ، ودراسة الشهري (2005) ، ودراسة الجوهي (1998) ودراسة جرابوسكي Grabowski (2004) .

8-ضعف أثر بعض الأخصائيين الاجتماعيين أو النفسيين في خفض الاضطرابات النفسية في المستشفى ، ولعل بعض أسبابها قلة الأخصائيين وقلة غرف العلاج النفسي الجمعي الصغيرة وضعف قياس إدارة المستشفى للأثر العلاجي النفسي على المرضى بعد إنتهاء البرنامج العلاجي أو الارشادي .

9-كثرة المحاضرات الموجهة نحو المرضى مما أدى إلى تشبعهم منها والبعض ذكر أن بها تكرار .

10 -قيام المستشفى (قسم مركز الرعاية المستمرة) ببعض البرامج الترفيهية مثل اليوم المفتوح ، رحلة إلى مركز رياضي متميز بمعدل مرة كل شهر .. ، كذلك تتولى المستشفى المسئولية عن السكن والتغذية والعلاج الطبي وفحص عينة البول شبه يومياً للتأكد من عدم تعاطي أحد المرضى لأي مخدر ....

11- تفاعل أعضاء المجموعة مع الباحث ومع بعضهم البعض . وهذا ينطبق مع أهداف العلاج الجمعي التي ذكرها زهران (2005) وكذلك التي ذكرها أبوزيد (2008 – ج 1) .

12- تحسن ملحوظ في الصحة النفسية والحوار، والمناقشة ، والمواجهة ، والاقتناع ، والمرونة ، جلسة بعد أخرى لأعضاء المجموعة . وهذا يؤكد أهمية تجزئة أي برنامج علاجي إلى مراحل متدرجة من تمهيد وتشخيص وعلاج وتلخيص وواجبات منزلية وتقييم قبلي وبعدي ...

13- سعادة أعضاء المجموعة بمثل هذا البرنامج وشكرهم للباحث باستمرار بعد إنتهاء كل جلسة .

كما يؤكد الباحث أن تعاطي المخدرات والاعتماد عليها يؤدي إلى أضرار اجتماعية بالغة تحيط بالمتعاطي نفسه ، وتنسحب على المحيطين به من أفراد أسرته وبعض المقربين منه من الأصدقاء ، وتنعكس بالتالي على المجتمع واستقراره وأمنه الاجتماعي ، فعلى صعيد الفرد يميل متعاطي المخدرات غالباً إلى العزلة والانطواء ، ويبقى أسير نفسه ومخدره لاهمّ له سواه ، ضارباً بعرض الحائط جميع الواجبات الاجتماعية التي تترتب عليه تجاه أسرته وذويه ومجتمعه ، وحتى واجباته تجاه نفسه ، مما يجعله يعيش في دائرة مغلقة ، أقرب ما تكون إلى السجن الفردي ، ويبتعد متعاطي المخدرات عن بيئته الاجتماعية الطبيعية ورفقائه الأسوياء ، ويلجأ إلى صداقات ورفاق جدد من أمثاله الذين يعتمدون على تعاطي المواد المخدرة ، وتبقى علاقاته الاجتماعية محصورة في النطاق الموبوء بالمتعاطين ، كذلك يواجه متعاطي المخدرات نبذ المجتمع وكراهيته وتصبح النظرة إليه كإنسان شاذ خارج عن أعراف المجتمع وتقاليده .

توصيات البحث :

توصيات خاصة بمجمع الأمل للصحة النفسية والمراكز العلاجية للاعتماد على المخدرات:

1- الوصول إلى متعاطي المخدرات قبل أن يصلوا إلى حد الاعتماد عليها من أجل سرعةعلاجهمً .

2- توسعة الطاقة الاستيعابية لمركز الرعاية المستمرة وزيادة عدد غرف العلاج النفسي الجمعي (بمعدل 15 مريض) في كل غرفة مع وجود أخصائي نفسي واجتماعي ومرشد تعافي ومرشد ديني ... في شكل برامج علاجية متكاملة ومترابطة لمدة لاتقل عن 3 أشهر تمهيداً لنقلهم للمرحلة الثانية . (توسعة الطاقة الاستيعابية لمجمعات الأمل للصحة النفسية في المملكة العربية السعودية وافتتاح مجمعات جديدة) .

3-زيادة التركيز على علاج الاضطرابات النفسية المصاحبة للاعتماد على المخدرات التي قد تكون سببتها المخدرات وقد تكون سبب في استمرار تعاطي المخدرات خاصة القلق والاكتئاب وتدني مفهوم الذات والإحباط من جراء كثرة الانتكاسات .

4- إيجاد حوافز للأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ومرشدي التعافي والمرشد الديني والطبيب النفسي، الذين يكون لهم أثر واضح على تحسن المعتمدين على المخدرات من خلال القياس القبلي والبعدي للبرامج التي ينفذونها (مثل اعطاء جائزة لأثرالاخصائي الذي يثبت تحسن أفراد مجموعته كأخصائي مثالي كل عام)

5-تقليل عدد المحاضرات التي تطغى على البرامج المقدمة لمرضى الاعتماد على المخدرات واستبدالها ببرامج علاجية مثل هذا البرنامج وبرنامج الجوهي (1998) وبرامج أبوزيد (2008) وبرنامج بيك المعرفي في علاج الاعتماد على المخدرات ..... وكذلك برامع العلاج النفسي الفردي مثل البروتوكولات العلاجية بالمجمع لعبدالوهاب (2009) والبرامج العلاجية في المرجع الإكلينيكي في الاضطرابات النفسية ترجمة صفوت فرج (2002) ....، بمتابعة الاستشاريين النفسيين بالمجمع لآلية تطبيقها من قبل الاخصائيين وتقيمها بمقاييس نفسية مناسبة .

6- توفير مركز رياضي متكامل بالمستشفى يحتوي على ملعب قدم مغلق ومسبح ومرسم وملاعب مختلفة.

7 -اقامة ورش مهنية تعتمد على تدريب المرضى على الأعمال المهنية ويباع انتاجهم ليصرف على أنشطة ترفيهية للمرضى واعطاءهم مكافآت مالية من إنتاجهم ، ويعتبر هذا التدريب المهني تمهيداً لعملهم في القطاع الخاص مستقبلاً والاندماج مع المجتمع .

توصيات خاصة لشرطة مكافحة المخدرات :

1-زيادة أعداد شرطة مكافحة المخدرات وزيادة صلاحياتهم خاصة على المهربين والمروجين والمصنعين محليا للمخدرات .

2-إيجاد تدريب لأفراد شرطة مكافحة المخدرات لحسن التعامل مع من يتعاطى المخدرات على أنه مريض مبتلى وليس مجرم .

3-التعاون مع الجمارك ووزارة الاعلام في القبض على كل من يمارس الدعاية لتعاطي أي نوع من المخدرات ..

4- التعاون مع وزارة التربية والتعليم ووزراة التعليم العالي ووزارة الاعلام في نشر ثقافة محاربة المخدرات .

توصيات خاصة بوزارة التربية والتعليم :

1-اعطاء المرشدين الطلابيين ومديري المدارس المتوسطة والثانوية دورات في آلية اكتشاف من يتعاطى المخدرات أو يروج لها داخل المدارس .

2-تزويد المرشدين الطلابيين بآلية التنسيق مع أولياء أمور الطلاب في طريقة وقاية أبنائهم من المخدارت واختيار أفضل الأصدقاء لأبنائهم .

3-تثقيف أولياء الأمور والأسر بالطريقة المناسبة للتعامل مع أبنائهم في سن المراهقة ...

4-العمل على سرعة حل مشكلات الطلاب النفسية والاجتماعية قبل أن تتفاقم وقد تقودهم إلى تعاطي المخدرات (لاقدر الله).

5-العمل على تفريغ الطاقات المكبوتة عند الطلاب في ممارسة الرياضة والأنشطة المفيدة داخل المدرسة وخارجها

6-تحذير الطلاب خاصة المراهقين من مخاطر أصدقاء السوء أو السفر خارج السعودية أو آثار الإنترنت النفسية والخلقية ...

توصيات خاصة بوسائل الإعلام :

1-عدم قبول أي دعايات تروج للمخدرات أو التدخين سواء في الفضائيات أو مواقع الإنترنت أو الصحف أو ... ، سواء بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وخاصة من لدى حكومة المملكة العربية السعودية السلطة عليها .

2- مراقبة وزارة الإعلام للصحف والمجلات التي تصدر في الخارج وقد تدخل للمملكة العربية السعودية والتي تروج للمخدرات بطريقة غير مباشرة ومعاقبتها ...

3-حجب مواقع الانترنت والمنتديات و ..... التي تشجع على تعاطي المخدرات (بالتعاون مع مدينة الملك عبدالعزيز للعلوم والتقنية بالرياض) .

4-العمل على إيجاد برامج وتمثيليات وإرشادات صحية ونفسية واجتماعية ودينية تثقف الأسر والشباب بمخاطر المخدرات على الدين الاسلامي والفرد والمجتمع والاقتصاد.

5- منع ألعاب الأطفال خاصة الإلكترونية التي تشجع على تعاطي المخدرات من دخول المملكة العربية السعودية أوالبيع في الأسواق ...

المقترحات المستقبلية :

1-ضرورة اجراء بحوث تتبعية للمرضى حتى يتم التأكد من استمرارهم في التعامل مع مشكلاتهم بأسلوب عقلاني جديد وفعال .

2- ضرورة القيام ببحوث أخرى لاختبار فعالية البرنامج في علاج اضطرابات القلق عند معتمدي المخدرات في مستشفيات ومراكز علاجية أخرى وسنوات قادمة ... وعلى فئات اعتماد مختلفة .

3-إجراء عدد من البحوث التجريبية لعلاج اضطرابات القلق بأنواعها والاكتئاب وتدني مفهوم الذات والتشاؤم من المستقبل والانتكاسات السابقة ... عند معتمدي المخدرات في المملكة العربية السعودية ودول أخرى ..

4-إجراء بحوث ارتباطية لتوضيح العلاقة بين القلق أو الاكتئاب أو تدني مفهوم الذات أو التنشئة الاجتماعية أو البطالة أو السفر خارج السعودية أو أثر أصدقاء السوء أو العمالة الأجنبية ... وتعاطي المخدرات في المملكة العربية السعودية أو دول أخرى ..

5-إجراء بحوث مقارنة بين الضغوط النفسية عند معتمدي المخدرات مقارنة بغير معتمدي المخدرات ...

6-إجراء بحوث مسحية لمعرفة مدى انتشار تعاطي المخدرات بين الشباب والفتيات في المجتمع المحلي أو الإقليمي

7-إجراء بحوث اجتماعية لتعريف المجتمع بآلية التعامل مع معتمد المخدرات والتعامل معه بعد التعافي وتقبله في المجتمع كفرد سوي ....

8-إجراء بحوث في الطب النفسي لمعرفة أثر تعاطي المخدرات على المخ والأعصاب على البيئة المحلية والاقليمية ...

المراجع :

أولاً : المراجع العربية :

ابراهيم ، عبدالستار .(2002) . **القلق قيود من الوهم** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

أبوحميدان ، يوسف عبدالوهاب .(2003) . **تعديل السلوك** . عمان ،الأردن : دار المدى للنشر .

أبوزيد ، مدحت عبدالحميد . (2008) . **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية** – الجزء الخامس . الاسكندرية : دارالمعرفة الجامعية .

أبوزيد ، مدحت عبدالحميد . (2008) . **العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية** – الجزء الأول . الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

الأقصري ،حسن . (2002) . **الخوف من قلق المستقبل** . الكويت : دار القلم للنشر

بيك ، آرون . (2000) . **العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية** . ترجمة عادل مصطفى ، القاهرة : دار الآفاق العربية .

جميل ، عبدالله .(2010) . **الدور الانساني للمديرية العامة لمكافحة المخدرات بالمملكة العربية السعودية** . مؤتمر الطب النفسي . الخبر : السعودية .

الجوهي ، عبدالله عمر. (1998) . **أثر برنامج التدريب على التعامل مع القلق في تخفيض القلق لدى عينة من معتمدي الهروين** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك فيصل ، الأحساء: السعودية .

الحجار ، محمد حمدي . (1992). **العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية** . الرياض : المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .

حجازي ، عائشة علي . (2003) . **أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية لدى الأطفال** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، الرياض : السعودية .

الحربي ، عبدالله فرحان . (2006) . **أثر العلاج المعرفي على تغيير الأفكار السلبية لدى عينة من مرضى الاكتئاب** . رسالة ماجستيرغير منشورة ، جامعة البحرين : البحرين.

الحربي ، عبدالله محمد . (2009) . **أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بكل من التفاؤل والتشاؤم لدى طلاب المرحلة المتوسط والثانوية** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة : السعودية .

حسنين ، أحمد محمد . (2000) . **قلق المستقبل وقلق الامتحان في علاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من طلاب الصف 2/ث** . رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة المنيا : مصر.

حسين ، طه عبدالعظيم . (2007) . **العلاج النفسي المعرفي** . الإسكندرية : دار الوفاء للطباعة والنشر.

الدخيل ، عبدالرحمن إبراهيم . (2009) . **الآثار المترتبة على تعاطي الشباب للمخدرات ودو الخدمة الاجتماعية في وضع تصور مقترح للحد منها** . رسالة ماجستير غير منشورة ، بجامعة الملك سعود ،الرياض : السعودية .

الدليم ، فهد .(1993) . **مقياس القلق** . سلسلة مقاييس الطائف – السعودية : مستشفى الصحة النفسية بالطائف .

ديفيد هـــ – باولو DAVED H.BARLOS,P H D . (2002) . **مرجع إكلينيكي في الاضطرابات النفسية** . ترجمة : صفوة فرج . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

رابطة علم النفس الأمريكية DSM-IV . (1994). **الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية** .(ترجمة أمينة السماك وعادل مصطفى ، 2001) الكويت : مكتبة المنار الإسلامية.

روبين دانيز . (2006) . **إدارة القلق** . القاهرة : ترجمة دار الفاروق للنشر .

الزراد ، فيصل محمد خير . (2008) . **العلاج النفسي السلوكي لحالات القلق والتوتر النفسي** . بيروت : دار العلم للملايين .

الزراد ، فيصل و أبومغيصيب ، عابد . (2001) . **الإدمان على الكحول والمخدرات والمؤثرات العقلية** . دمشق : اليمامة للطباعة والنشر والتوزيع .

الزراد ، فيصل محمد . (2009) . **الإدمان على الكحول والمخدرات** . لبنان : دار العلم للملايين .

زهران ، حامد عبدالسلام . (2005) .**الصحة النفسية والعلاج النفسي** . القاهرة : عالم الكتب للنشر والتوزيع .

الزهراني ، محمد علي . (2008) . **انتشار المخدرات في المجتمع السعودي** . مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام www.alamal hospital.med.sa (On – line)

الزهراني ، محمد علي . (2009) . **العلاج المعرفي السلوكي لقلق** . محاضرة (2009/4/5) مستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام ، وزارة الصحة : السعودية .

الزيود ، نادر فهمي . (1998) . **نظريا ت الإرشاد والعلاج النفسي** . عمان – الأردن : دار الفكر للطباعة والنشر .

السبيعي ، عبدالله سلطان . (2006) . **إن كنت خجولاً عالج نفسك بنفسك** . الرياض : مطابع الحميضي

سعود ، ناهد شريف . (2005) . **قلق المستقبل وعلاقته بسمتي التفاؤل والتشاؤم** . رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة دمشق : سور يا .

آل سلمان ، أحمد سعيد . (2003) . **فعالية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض القلق العام لدى عينة من مرضى القلق العام بمستشفى الصحة النفسية بالرياض بالمملكة العربية السعودية** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، الرياض : السعودية

سويف ، مصطفى . (1996) . **المخدرات والمجتمع ، نظرة تكاملية** . الكويت : سلسلة عالم الكتب .

الشهري ، يزيد محمد . (2005) . **السلوك التوكيدي لدى مدمني أربعة أنماط من المخدرات** .، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض : السعودية .

الشويعر ، سعود ابراهيم . (1994) . **الايمان بالقضاء والقدر وأثره على القلق النفسي** . جدة : دار البيان العربي .

صادق ، عادل . (2005) . **الإدمان له علاج** . الإسكندرية : مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع .

الصقهان ، ناصر محمد . (2006) . **فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض درجة القلق والأفكار اللاعقلانية لدى مدمني المخدرات بالقصيم** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض : السعودية .

عبدالحميد ، شاكر. (1993) . **المخدرات وآثارها السيئة من الناحية العلمية** . الرياض : مكتب التربية العربي لدول الخليج العربي .

عبداللطيف ، رشاد أحمد . (1992) . **الآثار الاجتماعية لتعاطي المخدرات** . الرياض ، دار النشر بالمركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب .

عبدالمنعم ، عفاف محمد . (1999) . **الإدمان دراسة نفسية لأسبابه ونتائجه** ، الاسكندرية : دار المعرفة الجامعية .

عبدالوهاب ، خالد . (2009) . **العلاج المعرفي السلوكي للقلق** ، محاضرة **(2009/4/4)** ، مستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام ، وزارة الصحة : السعودية .

عبد الوهاب ، خالد وخليل ، محسن وعبدالرازق ، ياسر . (2009) . **بروتوكول علم النفس الإكلينيكي** . مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام . وزارة الصحة : السعودية .

عثمان ، فاروق السيد . (2001) . **القلق وإدارة الضغوط النفسية** . القاهرة : دار الفكر العربي للنشر.

العجمي ، نجلاء محمد حسين . (2004) . **بناء أداة لقياس قلق المستقبل لدى طلاب وطالبات جامعة الملك سعود** ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك سعود ، الرياض : السعودية.

عرموش ، هاني (2993) **المخدرات** . بيروت : دار النفائس .

عشيري ، محمود . (2004) . **قلق المستقبل وعلاقته ببعض المتغيرات الثقافية** . دراسة مقارنة بين بض الكليات المصرية والعمانية . المؤتمر السنوي الحادي عشر للإرشاد النفسي بجامعة عين شمس . المجلد الأول القاهرة : مصر.

عكاشة ، أحمد . (1992) . **الطب النفسي المعاصر** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

العكايلة ، محمد سند . (2006) . **اضطرابات الوسط الأسري وعلاقتها بالجنوح** . بيروت : دار الثقافة للنشر والتوزيع .

العنزي ، خالد فرحان . (2009) . **الأفكار اللاعقلانية لدى مدمني الحشيش والأمفيتامين لنزلاء مستشفى الأمل للصحة النفسية بالرياض مقارنة بالعاديين** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض : السعودية .

العنزي ، فلاح محروت . (2007). **العلاج الذهني (المعرفي) السلوكي** . الرياض : مركز أفاق الإبداع الإداري والجودة .

العنزي ، فهد حامد صباح . (2007) . **علاقة القلق بالأفكار اللاعقلانية** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض : السعودية .

عويضة ، محمود ، وسيد ،فهيم . (1996) . **البحث القومي للادمان** . وزراة الصحة : مصر .

غانم ، محمد حسن . (2005) . **العلاج والتأهيل النفسي والاجتماعي للمدمنين** . القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

فايد ، حسين . (2007) . **سيكولوجية الإدمان** . القاهرة : المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر .

ال فليج ، عبدالرحمن علي . (2009) . **التدريب على الاسترخاء** – CD – . وزارة الصحة : البحرين.

الفيرزآباي .(1996) . **القاموس المحيط** ، بيروت : مؤسسة الرسالة (الطبعة الخامسة) .

كفافي ، علاء . (1999) . **الإرشاد والعلاج النفسي** . القاهرة : دار الفكر العربي للنشر .

الليل ، محمد جعفر . (1995). **مقياس القلق العام** للراشدين . الأحساء : جامعة الملك فيصل .

محمود ، وائل .(2011). **الشخصية الادمانية** . الدمام : مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام

(On – line) www.alamal hospital.med.sa

مشاقبة ، محمد أحمد . (2007) . **الادمان على المخدرات** ، عمان – الأردن –: دار الشروق للنشر .

المشيخي ، غالب محمد علي . (2009) . **قلق المستقبل وعلاقته بكل من فاعلية الذات ومستوى الطموح لدى عينة من طلاب جامعة الطائف** . رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة أم القرى ، مكة المكرمة : السعودية .

مصباح ، عبدالهادي . (2004) . **الإدمان** . القاهرة : الدار المصرية اللبنانية للنشر .

معوض ، محمد عبدالتواب . (1996) . **أثر كل من العلاج المعرفي والعلاج النفسي الديني في تخفيف قلق المستقبل لدى عينة من طلبة الجامعة** . رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة طنطا: مصر.

المفدى ، عمر عبدالرحمن . (2003) .**علم نفس المراحل العمرية** ، الرياض : مطبعة دار طيبة .

الهاشم ، حسين حسن طاهر . (2006) . **مدى فاعلية برنامج إرشادي في تنمية الدافعية للعلاج لدى عينة من مرضى الإدمان السعوديين** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة البحرين :البحرين .

الهذال ، عويد سلطان المشعان . (2003) . **أسباب تعاطي المخدرات والوقاية منها من وجهة نظر الطالب الجامعي بدولة الكويت** . الكويت : اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات .

الهذال ، عوّيد سلطان المشعان . (2003) . **المخدرات الأضرار والعلاج** . الكويت : اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات .

الهذال ، عيد سلطان المشعان وخليفة ، عبداللطيف محمد . (2003) . **تعاطي المواد المؤثرة في الأعصاب بين طلاب المدارس الثانوية بدولة الكويت**.الكويت :اللجنة الوطنية لمكافحة المخدرات

الوايلي ، عبدالله أحمد . (2003) . **فاعلية العلاج النفسي الجماعي في خفض درجة القلق لدى مدمني المخدرات** . رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة نايف للعلوم الأمنية ، الرياض : السعودية .

وزراة الداخلية السعودية . (1995) . **المخدرات والعقاقير المخدرة** . الرياض : سلسلة كتب مركز أبحاث مكافحة الجريمة .

- ثانيا: المراجع الأجنبية :

Abdelmaugeed, M. & Moftah, A. (1995) . **Effect Of Psychtherapy and Behavioral Disturbances among drug addicts in Saudi Arabia.**Current 79 ,pp:121.

Albert Ellis Institude .(1996).**Rational Emotive Behavior Therapy for Addictions.** .net .Psychiatry,2,(1),31-39 psychothetapy.

Baberg et al.Am J.(1996). **Amphetamine use.**return of an old scourge in a consultation psychiatry Psychiatry. pp:789-793 . Copyright 1996 by American Psychiatric Association .

Bakera,Daweb. (2005).**Amphetamine use and co-occurring Psychological problems.** Review of the literature and implications for treatment .Joumal,pp:210

Beck,Wright,F.,Newman,C.& Liese,B.(1993).**Cognitive therapy of substance abuse.**the Guilford press, New York,London.

Cowan,D. & Brunero,s . (1997). **Group therapy for anxiety disorders using rational emotive behavior therapy.** Asutralian & New Zealandian; Journal of Mental Health Nursing,b(4)p:164-168 .

Emmeldam,P.M.& Beens, H .(1991). **Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder.** Acomparative evaluation and Behavior Asutralian & New Zealandian Journal of Mental Health, P:293 .

Fakarany ,Khalid . (2010). **The Effectiveness of Comparison between the cognitive behavioural and drug therapy In alleviating the level of the symptoms of obsessive compulsive disorder** . (International Comference of Saudi Psychiatric Association)"Mental Health in a Socio-cultural Perspective". Alkhobar: Saudi Arabia .

Grabowski, John.(2004). **Behavioral Mediation .**Depatment of Psychiaty and Behavioral Sciences.school of Medicine.Development Research center,University of Texas-Health Science center.

Kagan . I Macleod. A and Pote.h. (2004) . **Accessibility of causal Explanations for Future positive and negative events in Adolescents with Anxiety and Depression Journal of Clinical Psychology .** Published in: Astralian Psychologist,11(3) . pp 177-186

Robert,J&Valevie, L. (1999**). Why people use , Abuse,and become Dependent on Drugs:Progress Towarda futuristic Model in Meyer**. D & Cbvistine.,R(Ed).Drug Abuse. Origins & interventrion.New York. American Psychological Association,P.11.

Robertson,R.(1998).**Management of Drug users in the commtnity.** A proctical Handbook. Oxford University Press INC.New York.p: 68

Zaleski,Z .(1996). **Future Anxiety:Concept Measurement and preliminary .** New York. American Psychological, p:165

مـــــــــلاحــق الرسالـــــــــــة :

ملحق رقم (1): مقياس قلق المستقبل (لدى معتمدي المخدرات) في صورته لأولية.

ملحق رقم (2) :المقياس في صورته النهائية

ملحق رقم (3) : بيان بأسماء محكمي مقياس قلق المستقبل.

ملحق رقم (4) :مقابلة بيترسون .

ملحق رقم (5) البرنامج العلاجي : بروتوكول البرنامج العلاجي ، اختار الباحث عينة، البحث من معتمدي الامفيتامينات تصميم البرنامج العلاجي ، الاحتياجات المادية التي استعان بها الباحث في الجلسات ، الأساليب والفنيات المستخدمة في البرنامج العلاجي ،المراحل العلاجية .

ملحق رقم (6) : بيان بأسماء محكمي البرنامج العلاجي .

ملحق رقم (7) : نموذج بأسباب الانتكاسة .

ملحق رقم (8) : نموذج مقترح لتجنب الأرق وصعوبة النوم .

ملحق رقم (9) : نشرة إرشادية بأخطار الاستمرار في تعاطي المخدرات .

ملحق رقم (10) : نموذج إقرار وتصريح مريض بالدخول للمستشفى متطوعا للعلاج.

ملحق رقم (11):الدورات التدريبية التي تلقاها الباحث بمجمع الأمل للصحة النفسية.

ملحق رقم (12): صور شهادات حضور الدورات التدريبة ، وخطابات الموافقة على اجراء البحث .

ملحق رقم (1): مقياس قلق المستقبل (لدى معتمدي المخدرات) في صورته الأولية:

1 : البيانات الأولية :

الاسم : العمر: العمل / الوظيفة :

الحالة الاجتماعية : أعزب متزوج مطلق أرمل

المستوى الدراسي : ابتدائي متوسط ثانوي دبلوم بكالوريوس دراسات عليا

مدة الإدمان .... سنة عدد مرات دخولك للمستشفى .....

نوع الإدمان (يرجى ذكر اسم المخدر أو اسم المخدرات التي أدمنت عليها)

.....

2 -: مقياس قلق المستقبل لمدمني المخدرات ، ويتكون المقياس من الأبعاد التالية :

م	الأبعاد وبنودها	ينطبق تماما	ينطبق غالبا	ينطبق أحيانا	ينطبق نادرا	لاينطبق اطلاقا
	البعد الأول : الأفكار اللاعقلانية : هي مجموعة الأفكار والمعتقدات الخاطئة والسلبية التي يدركها الفرد وتؤدي إلى شعوره بعدم الإرتياح والخوف من المستقبل .					
1	أشعر بخيبة أمل كلما فكرت في المستقبل					
2	تفكيري المستمر في المستقبل هو سبب قلقي					
3	أخشى من العودة لإستخدام المخدرات بعد خروجي من المستشفى					
4	تنتابني وساوس من أنني سوف أموت قريبا					
5	يشغلني التفكير في مستقبلي الدراسي					
6	أشعر بالسعادة عندما أفكر في استخدام المخدر					
7	تنتابني فكرة الهروب من المستشفى					
8	أخشى أن يكون أبنائي أسوأ مني مستقبلا					
9	حرماني من الشرب أو المخدر يسبب لي التوتر والقلق والإنزعاج					
10	الخمر أو المخدر يزيد من شجاعتي في مواقف الخوف أو					

	الخجل					
11	أرغب في ايقاف الشرب أو الامتناع عن المخدرات					
12	الخمر أو المخدرات تزيد من قدرتي الجنسية					
13	الخمر أو المخدر تجعل الإنسان ينسى مشكلاته التي يعاني منها .					
14	الشرب أو تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل					
	البعد الثاني : النظرة التشاؤمية للحياة :هي التوقعات السلبية لأحداث الحياة المستقبلية وعدم القدرة على التوافق معها .					
1	أخشى الفشل في المستقبل .					
2	أجد صعوبة في التخطيط للمستقبل					
3	أشعر بأن كل شيء يزداد سوء في المجتمع					
4	أخاف من أن يصاب أحب الناس لي بمكروه في المستقبل					
5	أشعر بالأمان					
6	أحلم بمستقبلا سعيدا					
7	يسيطر الفشل على كل أمور حياتي المستقبلية					
8	نظرتي للحياة مليئة بالتشاؤم					
9	أخشى من استخدام مخدر ينتهي بالموت					
10	أخشى من العودة لإستخدام المخدرات بعد خروجي من المستشفى					
	البعد الثالث : المظاهر النفسية لقلق المستقبل :وهي مايعاني منه المدمن نفسيا من توتر وعصبية وشرود ذهن وإحباط وضعف القدرة على إتخاذ القرار واضطراب نومه وسرعة انفعاله .					
1	أشعر بالعصبية والتوتر وعدم الإستقرار مع مرور الوقت					
2	أشعر بضعف التركيز وشرود الذهن					
3	أشعر بعدم القدرة على مواجهة الصعوبات مستقبلا					

4	أشعر بالحزن مع مرور الوقت					
5	أعاني من صعوبة في النوم					
6	أشعر بعدم قدرتي على اتخاذ قرار ترك المخدر					
7	أشعر بضغوط نفسية لقلق أهلي الدائم على مستقبلي					
8	أشعر بالضيق والحزن وإنشغال الفكرحول مستقبلي .					
9	أعاني من العجز والإحباط					
10	أدخن بشراهة كلما فكرت في تعاطي المخدر					
11	أثق في نفسي					
12	أشعر بالخجل والإثم بسبب الشرب أو تعاطي المخدرات					
13	حاولت سابقا الإمتناع عن الشرب أو المخدر ولكن لم أستطع					
	البعد الرابع : المظاهر الجسمية لقلق المستقبل : وهي الأعراض الجسمية من ضعف اتزان الجسم وشد العضلات وآلام في المعدة وزيادة ضربات القلق وصداع وتصبب العرق ...					
1	أشعر بالضعف العام ونقص الحيوية					
2	أشعر بعدم الإتزان .					
3	أشعر من أن اضطرابات المعدة عندي سوف تستمر					
4	أعاني من ضيق في النفس مع مرور الوقت					
5	أشعر بالخمول وتوتر العضلات					
6	أشعر باستمرار سرعة نبضات قلبي					
7	يتصبب العرق مني بغزارة كلما فكرت في حياتي المستقبلية					
8	أعاني من صداع مستمرعندما أفكر في المستقبل					
9	أشعر ببرودة الأطراف					

10	أشعر بأن صحتي مهددة بالضعف والمرض بسبب الشرب أو تعاطي المخدرات					
	البعد الخامس : المظاهر الإجتماعية لقلق المستقبل : وهي خوف المدمن من ضعف تقبل المجتمع له والخوف من الانتكاسة والالتقاء بأصدقاء السوء في المستقبل وصعوبة ايجاد وظيفة والعزلة ..					
1	أخشى عدم تقبل الناس لي بعد خروجي من المستشفى					
2	أنا واثق من أنني سوف أحصل على وظيفة مناسبة بعد خروجي من المستشفى					
3	اشعر بأن حياتي الزوجية سوف تكون سعيدة					
4	أشعر بأن العلاقات الإجتماعية في المستقبل ستكون للأفضل					
5	أخشى من الإلتقاء بأصدقاء السوء مستقبلا					
6	أخاف من أن أعيش وحيدا باقي حياتي					
7	أعاني من صعوبة إكمالي لدراستي					
8	أعاني من قلة الأصدقاء					
9	سبب إدماني هو قسوة الناس من حولي واضطهادهم لي					
10	الشرب أو تعاطي المخدرات جعلني أفقد مكانتي الاجتماعية في الأسرة والمجتمع					
11	أريد أن يعاملني الناس كإنسان مريض بحاجة إلى مساعدة لا إنسان مجرم يجب عقابه					
12	أعاني من الوحدة والإنطواء					
	البعد السادس: القلق من الأحداث الضاغطة:وهي ما يواجه المدمن من ضغوط نفسية واجتماعية أثناء إقامته في المستشفى لتلقي العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي .					
1	أعاني من زيادة الرقابة علي في المستشفى					
2	أعاني من طول فترة العلاج بالمستشفى					
3	أعاني من ضعف فائدة العلاج بالمستشفى					

4	أعاني من قلة زيارة أفراد أسرتي لي بالمستشفى					
5	أشعر باستمرار متابعة مروجي المخدرات لي					
6	أعاني من التفكير بمستقبل أسرتي					
7	أعاني من قلة توفر المال لدي					
8	أشعر بأنني لست محبوبا من الآخرين بسبب الإدمان					

ويلاحظ أن المقياس يتكون من 68 (خمس خيارات لكل بند- ينطبق تماما ، ينطبق غالبا ، أحيانا ، نادرا ، لاينطبق إطلاقا -)

ملحق رقم (2) :المقياس في صورته النهائية:

1- مقياس قلق المستقبل (لدى معتمدي المخدرات)

أخي الكريم : رغبة مني في مساعدتك في التخلص من بعض المشكلات التي تواجهك ومنها القلق آمل التكرم بتعبئة هذا المقياس ، علما أن ماتكتبه سيكون غاية في السرية ولن يطلع عليه أحد سوى المختص . آمل تعبئة البايانات الأولية ثم تعبئة المقياس بعد قراءة تعليماته .

أولا : البيانات الأولية :

الإسم : رقم الملف الطبي / العمر: العمل / الوظيفة :

الحالة الإجتماعية : أعزب ☐ متزوج ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

المستوى الدراسي : إبتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐ دبلوم ☐ بكالوريوس ☐

مدة الإعتماد (الإدمان) ..... سنة. –عدد مرات دخولك لمجمع الأمل .....

نوع الإعتماد (الإدمان) (يرجى ذكر اسم المخدر أو اسم المخدرات التي أدمنت عليها) .....

التعليمات : أخي الكريم يتكون هذا المقياس من عدة عبارات حول مشاعرك وسلوكك تجاه المستقبل . والمطلوب منك

1- أن تقرأ كل عبارة بدقة وتحدد إجابتك بوضع علامة (/) أسفل الإختيارالذي يمثل وجهة نظرك .
2- ليس هناك إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، فالإجابة الصحيحة هي التي تعبر بدقة عن رأيك وما تشعر به بالفعل
3- من فضلك لاتترك عبارة دون الإجابة عليها وتأكد أن إجاباتك ستظل في سرية تامة .

مثال :

م	العبارات	ينطبق دائما	ينطبق غالبا	ينطبق أحيانا	ينطبق نادرا	لاينطبق أبدا
1	أشعر بخيبة أمل كلما فكرت في المستقبل		√			

2- مقياس قلق المستقبل : (بعد توزيع بنوده عشوائيا وبدون أبعاد المقياس)

م	العبارات	ينطبق دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	لاينطبق أبدا
1	أرغب في إيقاف شرب الكحوليات أو الامتناع عن المخدرات	1	2	3	4	5
2	أشعر بالأمان	1	2	3	4	5
3	أحلم بمستقبل سعيد	1	2	3	4	5
4	أشعر بضغوط نفسية لقلق أهلي الدائم على مستقبلي	5	4	3	2	1
5	أدخن بشراهة كلما فكرت في تعاطي المخدر	5	4	3	2	1
6	أعاني من طول فترة العلاج بالمستشفى	5	4	3	2	1
7	أشعر بخيبة أمل كلما فكرت في المستقبل	5	4	3	2	1
8	أخشى الفشل في المستقبل .	5	4	3	2	1
9	أشعر بالعصبية والتوتر وعدم الاستقرار مع مرور الوقت	5	4	3	2	1
10	أشعر بالضعف العام ونقص الحيوية	5	4	3	2	1
11	أخشى عدم تقبل الناس لي بعد خروجي من المستشفى	5	4	3	2	1
12	أعاني من زيادة الرقابة علي في المستشفى	5	4	3	2	1
13	تفكيري المستمر في المستقبل هو سبب قلقي	5	4	3	2	1
14	أشعر بأن كل شيء يزداد سوءا في مجتمعي	5	4	3	2	1
15	أشعر بضعف التركيز وشرود الذهن	5	4	3	2	1
16	أشعر بعدم اتزان جسمي .	5	4	3	2	1
17	أنا واثق من أنني سوف أحصل على وظيفة مناسبة بعد خروجي من المستشفى	1	2	3	4	5
18	أعاني من قلة زيارة أفراد أسرتي لي بالمستشفى	5	4	3	2	1
19	أشعر بالنشوة عندما أفكر في استخدام المخدر	5	4	3	2	1

20	أخاف من أن يصاب أحب الناس لي بالإعتماد على المخدرات في المستقبل.	5	4	3	2	1
21	أشعر بعدم القدرة على مواجهة الصعوبات مستقبلا	5	4	3	2	1
22	أشعر بأن اضطرابات المعدة عندي سوف تستمر	5	4	3	2	1
23	اشعر بأن حياتي الزوجية سوف تكون سعيدة	1	2	3	4	5
24	أشعر باستمرار ملاحقة مروجي المخدرات لي	5	4	3	2	1
25	نظرتي للحياة مليئة بالتشاؤم	5	4	3	2	1
26	أعاني من ضيق في النفس .	5	4	3	2	1
27	أشعر بأن العلاقات الاجتماعية في المستقبل ستكون للأفضل	1	2	3	4	5
28	أعاني من التفكير بمستقبل أسرتي	5	4	3	2	1
29	حرماني من شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات يسبب لي التوتر والقلق والانزعاج .	5	4	3	2	1
30	أشعر بالحزن مع مرور الوقت	5	4	3	2	1
31	أخشى من استخدام مخدر ينهي حياتي	5	4	3	2	1
32	أعاني من صعوبة في النوم	5	4	3	2	1
33	أشعر بتوتر العضلات	5	4	3	2	1
34	أعاني من قلة توفر المال لدي	5	4	3	2	1
35	الخمر أو المخدر يزيد من شجاعتي في مواقف الخوف أو الخجل .	1	2	3	4	5
36	أخشى من العودة لاستخدام المخدرات بعد خروجي من المستشفى	5	4	3	2	1
37	أشعر بعدم قدرتي على اتخاذ قرار ترك المخدر	5	4	3	2	1
38	أشعر بسرعة نبضات قلبي .	5	4	3	2	1
39	أخاف من أن أعيش وحيدا باقي حياتي .	5	4	3	2	1
40	أشعر بأنني لست محبوبا من الآخرين بسبب تعاطي المخدرات .	5	4	3	2	1

41	الخمر أو المخدرات تزيد من قدرتي الجنسية .	5	4	3	2	1
42	أشعر بانشغال فكري حول مستقبلي .	5	4	3	2	1
43	يتصبب العرق مني كلما فكرت في حياتي المستقبلية	5	4	3	2	1
44	أعاني من صعوبة إكمالي لدراستي	5	4	3	2	1
45	الخمر أو المخدر تجعل الإنسان ينسى مشكلاته التي يعاني منها	5	4	3	2	1
46	أعاني من العجز والإحباط .	5	4	3	2	1
47	أعاني من صداع مستمر عندما أفكر في المستقبل	5	4	3	2	1
48	أعاني من قلة الأصدقاء	5	4	3	2	1
49	شرب الكحوليات أو تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .	1	2	3	4	5
50	أشعر ببرودة الأطراف .	5	4	3	2	1
51	سبب إعتمادي على الخدرات هو قسوة الناس من حولي واضطهادهم لي .	5	4	3	2	1
52	حاولت سابقا الامتناع عن شرب الكحوليات أو المخدر ولكن لم أستطع .	5	4	3	2	1
53	أجد صعوبة في التخطيط للمستقبل	5	4	3	2	1
54	أعاني من الوحدة والعزلة الإجتماعية	5	4	3	2	1

ويلاحظ أن المقياس يتكون من54 عبارة وأقل درجاته 54 وأقصاها 270 درجة (خمس خيارات لكل بند) ، وكلما ارتفعت الدرجات زاد القلق (نتيجة سلبية) وتزداد الحاجة للإرشاد والعلاج النفسي ، وكلما انخفضت الدرجات قل القلق (نتيجة إيجابية) ..

2- : **أبعاد وبنود المقياس مع توزيع الدرجات لكل بند :**

م	الأبعاد وبنودها	ينطبق دائما	ينطبق غالبا	ينطبق أحيانا	ينطبق نادرا	لاينطبق إطلاقا
	البعد الأول : الأفكار اللاعقلانية : هي مجموعة الأفكار والمعتقدات الخاطئة والسلبية التي يدركها الفرد وتؤدي إلى شعوره بعدم الإرتياح والخوف من المستقبل .					
1	أشعر بخيبة أمل كلما فكرت في المستقبل	5	4	3	2	1
2	تفكيري المستمر في المستقبل هو سبب قلقي	5	4	3	2	1
3	أشعر بالنشوة عندما أفكر في استخدام المخدر	5	4	3	2	1
4	حرماني من شرب الكحوليات أوتعاطي المخدرات يسبب لي التوتر والقلق والإنزعاج	5	4	3	2	1
5	الخمر أو المخدر يزيد من شجاعتي في مواقف الخوف أو الخجل	5	4	3	2	1
6	أرغب في ايقاف الشرب أو الامتناع عن المخدرات	1	2	3	4	5
7	الخمر أو المخدرات تزيد من قدرتي الجنسية	5	4	3	2	1
8	الخمر أو المخدر تجعل الإنسان ينسى مشكلاته التي يعاني منها .	5	4	3	2	1
9	الشرب أو تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل	1	2	3	4	5
	البعد الثاني : النظرة التشاؤمية للحياة :هي التوقعات السلبية لأحداث الحياة المستقبلية وعدم القدرة على التوافق معها .					
1	أخشى الفشل في المستقبل .	5	4	3	2	1
2	أشعر بأن كل شيء يزداد سوء في المجتمع	5	4	3	2	1
3	أخاف من أن يصاب أحب الناس لي بتعاطي المخدرات في المستقبل	5	4	3	2	1
4	أشعر بالأمان	1	2	3	4	5
5	أحلم بمستقبلا سعيدا	1	2	3	4	5
6	نظرتي للحياة مليئة بالتشاؤم	5	4	3	2	1
7	أخشى من استخدام مخدر ينهي حياتي	5	4	3	2	1

8	أخشى من العودة لإستخدام المخدرات بعد خروجي من المستشفى	5	4	3	2	1
	البعد الثالث : المظاهر النفسية لقلق المستقبل :وهي مايعاني منه المعتمد نفسيا من توتر وعصبية وشرود ذهن وإحباط وضعف القدرة على إتخاذ القرار واضطراب نومه وسرعة انفعاله .					
1	أشعر بالعصبية والتوتر وعدم الإستقرار مع مرور الوقت	5	4	3	2	1
2	أشعر بضعف التركيز وشرود الذهن	5	4	3	2	1
3	أشعر بعدم القدرة على مواجهة الصعوبات مستقبلا	5	4	3	2	1
4	أشعر بالحزن مع مرور الوقت	5	4	3	2	1
5	أعاني من صعوبة في النوم	5	4	3	2	1
6	أشعر بعدم قدرتي على اتخاذ قرار ترك المخدر	5	4	3	2	1
7	أشعر بضغوط نفسية لقلق أهلي الدائم على مستقبلي	5	4	3	2	1
8	أعاني من العجز والإحباط	5	4	3	2	1
9	أدخن بشراهة كلما فكرت في تعاطي المخدر	5	4	3	2	1
10	حاولت سابقا الإمتناع عن الشرب أو المخدر ولكن لم أستطع	5	4	3	2	1
11	أشعر بإنشغال فكري حول مستقبلي	5	4	3	2	1
12	أجد صعوبة في التخطيط للمستقبل	5	4	3	2	1
	البعد الرابع : المظاهر الجسمية لقلق المستقبل : وهي الأعراض الجسمية من ضعف اتزان الجسم وشد العضلات وآلام في المعدة وزيادة ضربات القلق وصداع وتصبب العرق ...					
1	أشعر بالضعف العام ونقص الحيوية	5	4	3	2	1
2	أشعر بعدم إتزان جسمي .	5	4	3	2	1
3	أشعر من أن اضطرابات المعدة عندي سوف تستمر	5	4	3	2	1
4	أعاني من ضيق في النفس .	5	4	3	2	1
5	أشعر بتوتر العضلات	5	4	3	2	1

6	أشعر بسرعة نبضات قلبي	5	4	3	2	1
7	يتصبب العرق مني كلما فكرت في حياتي المستقبلية	5	4	3	2	1
8	أعاني من صداع مستمر عندما أفكر في المستقبل	5	4	3	2	1
9	أشعر ببرودة الأطراف	5	4	3	2	1
	البعد الخامس : المظاهر الإجتماعية لقلق المستقبل : وهي خوف المعتمد من ضعف تقبل المجتمع له والخوف من الانتكاسة والالتقاء بأصدقاء السوء في المستقبل وصعوبة ايجاد وظيفة والعزلة ..					
1	أخشى عدم تقبل الناس لي بعد خروجي من المستشفى	5	4	3	2	1
2	أنا واثق من أنني سوف أحصل على وظيفة مناسبة بعد خروجي من المستشفى	1	2	3	4	5
3	اشعر بأن حياتي الزوجية سوف تكون سعيدة	1	2	3	4	5
4	أشعر بأن العلاقات الإجتماعية في المستقبل ستكون للأفضل	1	2	3	4	5
5	أخاف من أن أعيش وحيدا باقي حياتي	5	4	3	2	1
6	أعاني من صعوبة إكمالي لدراستي	5	4	3	2	1
7	أعاني من قلة الأصدقاء	5	4	3	2	1
8	سبب اعتمادي على المخدرات هو قسوة الناس من حولي واضطهادهم لي	5	4	3	2	1
9	أعاني من الوحدة والعزلة الإجتماعية	5	4	3	2	1
	البعد السادس: القلق من الأحداث الضاغطة:وهي ما يواجه المعتمد من ضغوط نفسية واجتماعية أثناء إقامته في المستشفى لتلقي العلاج الطبي والنفسي والاجتماعي .					
1	أعاني من زيادة الرقابة علي في المستشفى	5	4	3	2	1
2	أعاني من طول فترة العلاج بالمستشفى	5	4	3	2	1
3	أعاني من قلة زيارة أفراد أسرتي لي بالمستشفى	5	4	3	2	1
4	أشعر باستمرار ملاحقة مروجي المخدرات لي	5	4	3	2	1

5	أعاني من التفكير بمستقبل أسرتي	5	4	3	2	1
6	أعاني من قلة توفر المال لدي	5	4	3	2	1
7	أشعر بأنني لست محبوبا من الآخرين بسبب تعاطي المخدرات .	5	4	3	2	1

ويلاحظ أن المقياس يتكون من54 عبارة وأقل درجاته 54 وأقصاها 270 درجة (خمس خيارات لكل بند) ، وكلما ارتفعت الدرجات زاد القلق (نتيجة سلبية) وتزداد الحاجة للإرشاد والعلاج النفسي ، وكلما انخفضت الدرجات قل القلق (نتيجة إيجابية) ..

ملحق رقم (3) : بيان بأسماء محكمي مقياس قلق المستقبل : جدول رقم (26)

م	اسم المحكم	مقر العمل
1	أ د.محمد مقداد د	قسم علم النفس بجامعة البحرين
2	د.توفيق عبدالمنعم	قسم علم النفس بجامعة البحرين
3	أ د. مايسة شكري	قسم علم النفس بجامعة البحرين
4	د.أحمد جلال سعد	قسم علم النفس بجامعة البحرين
5	د. محمد علي الزهراني	مدير مستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام استشاري علم النفس الإكلينيكي
6	د . خالد محمود عبدالوهاب	استشاري الصحة النفسية بمستشفى الأمل بالدمام وأستاذ علم النفس بجامعة بني سويف – مصر
7	د . محمود رشاد	استشاري الصحة النفسية بمستشفى الأمل بالدمام وأستاذ علم النفس بجامعة جنوب الوادي - مصر.
8	أ. د فهد بن عبدالله الدليم	رئيس قسم علم النفس بجامعة الملك سعود-الرياض .
9	د. فيصل أحمد عبدالفتاح	قسم علم النفس بجامعة الملك سعود – الرياض .

*تم الإبقاء على البنود التي حصلت على أكثر من 80 % من صدق المحكمين واستبعاد البنود التي حصلت على أقل من 80% حيث تقلصت البنود من 68 إلى 61 (تم الإبقاء على البنود التي تزيد نسبة إتفاق المحكمين على صحتها عن 80% بعد الرجوع لعدد من المقاييس مثل مقياس العجمي (2004)) .. .

ملحق رقم (4) :مقابلة بيترسون:

يقسم بيترسون المقابلة إلى جزئين حيث يحدد في الجزء الأول مشكلة العميل ، ثم يتم في الجزء الثاني التعرف على مسببات السلوك المؤدي للمشاكل .

أولا : تحديد السلوك الذي يؤدي للمشاكل :

1- طبيعة المشكلة كما يحددها العميل :

" لقد أرسلك (الجهة المحولة) لأنك (سبب التحويل) أريد أن أعرف منك المزيد ، ماهي المشكلة من وجهة نظرك ؟ (يحاول المعالج تحديد وجهة نظر العميل في مشكلته وما الذي يفعله أو لا يفعله وما يسميه هو وما يسميه الآخرون بالمشكلة) .

.....

2-شدة المشكلة :

" ما هي شدة مشكلتك من وجهة نظرك ؟ بسيطة ، متوسطة ، شديدة ؟ (اطلب منه أن يوضح ذلك)

.....

" كم مرة في اليوم أو الأسبوع أو الشهر تفعل أو لا تفعل .... " (تحديد تكرار الاستجابة) .

.....3- انتشار المشكلة :

- المدة " منذ متى تعاني من ..... ؟ "

-مدى انتشارها : " أين تحدث المشكلة ؟ " (التحري عن المواقف التي تحدث فيها كأن تسأل مثلا : هل تحدث في البيت ... في العمل .... في .....)

.....

ثانيا : عوامل تحدد السلوك المسبب للمشاكل :

1-ظروف تكثف السلوك :

" والآن فكر في الأوقات التي تكون فيها في أسوأ حالاتك ... ما الذي يحد أثناء ذلك ؟

.....

2-ظروف تخففه :

" حدثني عن الأوقات التي تتحسن أثناءها حالتك ؟ ما هي الأشياء التي تحدث في تلك الأوقات ؟ "

.....

3-أسباب السلوك من وجهة نظرك :

" ما هي أسباب ..... في رأيك ؟

.....

4-تحديد مقدمات السلوك :

" حاول تذكر آخر مرة حدث فيها ... ما الذي كان يدور قبلها ؟ "

.....

ثالثا : عوامل اختيارية تحدد السلوك :

1-اجتماعية :

" هل كان معك أحد ؟ من ؟ ماذا كانوا يفعلون في وقتها ؟ "

.....

2-شخصية :

" ما الذي كنت تفكر فيه عند حدوث ... ؟ صف شعورك وقتها "

.....

3-تحديد العواقب :

" ماذا حدث بعد .... (السلوك الإشكالي) ..... ؟

.....

4-محددات اختيارية :

أ-اجتماعية : " ماذا فعل المحيطون بك الذين ذكرتهم سابقا ؟ "

.....

ب – شخصية : " بماذا شعرت بعد .... " .....

5-التغير الذي يقترحه :

" لقد فكرت بطبيعة الحال كثيرا عن مشكلتك . ما هو الحل أو الطريقة لتخفيفها في رأيك ؟ "

.....

6 –اقتراحات أخرى :

"ما الذي تعتقد أن علي أن أسأل عنه حتى أساعدك على حل المشكلة ؟ "

.....

ملحق رقم (5) البرنامج العلاجي :

وهو : برنامج العلاج المعرفي السلوكي لخفض درجة قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي الأمفيتامينات (إعداد الباحث ، 2010) : تم بناء البرنامج لتحقيق الهدف الرئيس من البحث وهو : خفض درجة قلق المستقبل لدى معتمدي الأمفيتامينات (للمجموعة التجريبية) ، ومن ثم تجزئة الهدف الرئيس إلى الأهداف العامة التالية :

1: بناء علاقة ودية مع أعضاء المجموعة العلاجية .

2: التطبيق القبلي لمقياس قلق المستقبل على العينتين التجريبية والضابطة .

3 : تحديد المشكلة التي يعاني منها أفراد الجماعة التجريبية .

4: التعرف على المواقف والمثيرات التي تثير الأفكار اللاعقلانية والنظرة التشاؤمية من المستقبل والقلق.

5: التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية لقلق المستقبل .

6: تقسيم وتحديد المشكلة على شكل جلسات علاجية لكل جلسة عنوان حيث تتكون من عدد من المعتقدات المرتبطة بالاعتماد ، والشوق للمخدر ، والخوف من الانتكاسة ، والمظاهر الجسمية لقلق المستقبل ، والمظاهر النفسية لقلق المستقبل ، والمظاهرالاجتماعية لقلق المستقبل ، واضطرابات النوم ، وتلخيص الجلسات السابقة وإعادة تشكيل الأفكار والسلوك ، ومراجعة ما سبق وتسليم أعضاء المجموعة البيانات والجداول العلاجية لتعديل الأفكار اللاعقلانية وبالتالي تحسن السلوك بمشيئة الله .

7: التطبيق البعدي لمقياس قلق المستقبل على المجموعتين التجريبية والضابطة لقياس مدى التغير الناتج عن البرنامج العلاجي .

8 : التعرف على درجة التقدم لدى المجموعة التجريبية من خلال جلسة المتابعة وذلك بعد أسبوعين من انتهاء الجلسات المنتظمة المقننة .

بروتوكول البرنامج العلاجي :

- اسم البرنامج : برنامج علاجي نفسي معرفي سلوكي .
- هدفه : خفض قلق المستقبل لدى عينة من معتمدي المخدرات السعوديين
- نوعه : جماعي
- مرجعيته العلمية : معرفي سلوكي
- مدة البرنامج : 10 أسابيع
- مراحل التنفيذ : 7
- عدد الجلسات : 19
- مدة الجلسة : 75 دقيقة
- حجم العينة العلاجية : 10 للمجموعة التجريبية ، 10 للمجموعة الضابطة
- الفئة الاكلينيكية : معتمدي الأمفيتامينات
- طبيعة الجلسات : مغلقة ومقننة .
- تواتر الجلسات : جلستان أسبوعياً
- قيادة الجلسات : الباحث
- المعاونون : لا يوجد
- مكان إجراء الجلسات : غرفة العلاج النفسي الجماعي بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام (مركز الرعاية المستمرة) – المملكة العربية السعودية – .
- الجلسات الإضافية : 10 جلسات فردية لزيادة تحديد المشكلة، والتفريغ الانفعالي للفرد بالتحدث عن مشكلته بحرية...

المراحل العلاجية وتوزيع جلساتها :

المرحلة	مسماها	عدد جلساتها	أرقام الجلسات
الأولى	التمهيد والقياس القبلي	1	1
الثانية	تحديد المشكلة	4	5-2
الثالثة	علاج المشكلة	9	14-6
الرابعة	الاستبصار التام بالمشكلة	1	15
الخامسة	إعادة التشكيل وممارسة التغيير	2	17-16
السادسة	القياس البعدي والإنهاء	1	18
السابعة	المتابعة	1	19

المرحلة الأولى : التمهيد والقياس القبلي ، وتكونت من جلسة واحدة:

تمت الجلسة يوم الأربعاء 2010/6/9 الساعة 10:30 صباحاً :

أهداف الجلسة (1):

1) التعرف على أفراد عينة الدراسة .

2) تكوين العلاقة العلاجية الإيجابية .

3) تعريف أفراد عينة الدراسة بالبرنامج العلاجي وأهدافه .

4) تطبيق القياس القبلي (مقياس قلق المستقبل) على عينة الدراسة .

5) تقسيم العينة إلى : تجريبية و ضابطة .

جدول خطوات الجلسة (1) :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	تعارف	10
2	شرح هدف الجلسة وأهداف العلاج ومتطلباته	20
3	مناقشة دافعية المرضى للعلاج النفسي وتكوين العلاقة العلاجية الإيجابية	15
4	تطبيق مقياس قلق المستقبل وترشيح 10 منهم للمجموعة التجريبية	20
5	الإنهاء والتغذية الراجعة (feed back) والاتفاق على مكان ووقت الجلسة الثانية للمجموعة التجريبية .	10
6	زمن الجلسة	75

اجراءات الجلسة :

قام الباحث في بداية الجلسة بالتعريف بنفسه ، ثم التعرف على أفراد العينة ، وتهيئتهم للانخراط في البرنامج العلاجي وتقبل الجلسات من خلال بناء العلاقة العلاجية الإيجابية ، وتزويدهم بكافة المعلومات ، والبيانات الخاصة بأهداف البرنامج العلاجي ، وأسباب اختيارهم ، وقواعد الجلسات ، ومراحل العلاج ، ومن ثم إثارة دافعيتهم نحو العلاج ، وفي نهاية الجلسة قام الباحث بتطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد العينة ، وتقسيمها إلى مجموعتين – التجريبية (10 أفراد) ، والضابطة (10 أفراد)– حسب رغبتهم ودافعيتهم للعلاج.

المرحلة الثانية : تحديد المشكلة واستغرقت 4 جلسات حسب العناوين التالية :

مرحلة المراهقة وعلاقتها بتعاطي المخدرات .

تعاطي المخدرات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية .

تحديد سلوكيات الاعتماد والقلق ، وربطها بالأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل والأحداث الضاغطة .

طرح أبعاد المقياس على شكل أسئلة مفتوحة ...

ملاحظة : اتفق الباحث (المعالج) مع أفراد المجموعة التجريبية بعمل جلسة فردية لكل عضو في مرحلة تحديد المشكلات مباشرة لمدة (60) دقيقة لزيادة تحديد مشكلة كل عضو ومزيد من الحرية وبناءاً على رغبة أعضاء المجموعة – استخدم فيها فنية التنفيس الانفعالي – (فردين يومياً – لمدة خمسة أيام)

الجلسة رقم (2) : بعنوان : مرحلة المراهقة وعلاقتها بتعاطي المخدرات .

تمت الجلسة يوم السبت 2010/6/12 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على مراحل المراهقة ، وأثرها على التغيرات النفسية والفسيولوجية التي قد تؤدي إلى التعاطي التجريبي.

2)ملاحظة الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل وتدوينها بعد الجلسة .

3) تنمية العلاقة العلاجية الودية مع أفراد المجموعة التجريبية .

خطوات الجلسة رقم (2) :

م	المحتوى	الزمن بالدقائق
1	مراجعة محتوى الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وإثارة الدافعية	5
3	مرحلة وأثرها في سلوك الفرد ..	50
4	تغذية راجعة	10
5	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة (2):

تحدث الباحث في هذه الجلسة عن مرحلة المراهقة والتغيرات النفسية والفسيولوجية التي قد تؤدي إلى التعاطي التجريبي .. ، وملاحظة الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل أثناء النقاش والحوار في الجلسة والاستماع إلى كل عضو في المجموعة العلاجية بالتعبير بطريقته حول أسباب الاعتماد على المخدرات ، وتسجيلها بعد انتهاء الجلسة .

(يستفيد الباحث من هذه المحصلة من الأفكار ويضيفها إلى الأفكار اللاعقلانية والتشاؤمية والأحداث الضاغطة التي تم جمعها في تطبيق مقياس قلق المستقبل القبلي ...)

وتحدث الباحث عن مرحلة المراهقة من حيث :

1)تعريفها : وهي المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بدخول المراهق في مرحلة الرشد وفق المحكات التي يحددها المجتمع ..

2) خصائص مرحلة المراهقة

الجانب الانفعالي المصاحب للمراهقة : -

- مفهوم الذات عند المراهق وهو : الفكرة التي يحملها الفرد عن نفسه وقد تميل إلى الجانب السلبي أو الجانب الإيجابي (المرجع السابق ، 344)

- ظاهرة الشعور بالتفرد (أنا غير الآخرين)...حيث يرى المراهق أن ما وقع فيه الآخرين لن يقع فيه ويقع فيما وقع فيه الآخرين .. فقد يصبح المراهق معتمد على المخدرات رغم علمه المسبق بضياع من وقع فيها .

- ضعف تقبل النصح ... خاصة من الكبار . - تدوين الذكريات .. على الكتاب أو الطاولة في المدرسة أو جدران الحي الذي يسكن فيه .. - محاولة إشراك الآخرين في انفعالاته ..مثل إظهار انفعال الفرح

- رد فعل المراهق لا يتناسب مع المثير الذي سبب الانفعال .. ، وقد يستجيب المراهق للمثير بقوة وعنف وسرعة ، وكثيرا ما ينتج عن رد فعله عدد من المشاجرات بين المراهقين .

- ضعف التحكم في انفعالاته وشدتها .. فقد يفرح بقوة أو يتضايق بمبالغة زائدة لما يواجهه من مواقف الحياة

- أهم التغيرات والظواهر الاجتماعية في المراهقة : 1)ظاهرة الصديق الحميم ... فغالباً ما يتخذ المراهق له صديق معين باستمرار . 2)ظاهرة الشلة (مجموعة الرفاق) وتأثيرها في شخصية المراهق وسلوكه .. (التي تعتبر من أخطر مظاهر التأثير على سلوك المراهق إيجاباً أو سلباً) ، والشلة هي مجموعة من الأصدقاء تربطهم الثقافة الواحدة والمستوى الاقتصادي والسن والعادات والتقاليد ، وغالباً ما يكون لها قائد يؤثر في سلوك أفراد الشلة وتتكون عادة المجموعة من 7-11 فرداً . ولها عدد من الخصائص منها : التجانس ، محدودية العدد ، المجموعة الوحيدة عند المراهق ، شديدة التماسك ، يتحكم فيها قائدها .(المرجع السابق ، 259-260) كما أشار الباحث إلى تأثير الشلة في مرحلة المراهقة على انحراف الشباب ..، وشجع النقاش حول أثرها على معتمدي المخدرات ... كما تم ربط بعض هذه الخصائص بتوجه المراهق في المستقبل بناءا على الميول والفكر والجماعة التي ترسخ في ذهنه ..... ، ثم قام الباحث بإثارة دافعيتهم نحو استمرار حضور الجلسات وأن العلاج النفسي قد يأخذ وقتاً ويجب الصبر عليه حتى يتم الشفاء بإذن الله ولابد من التحمل والقناعة بأهمية العلاج ، ولابد من العلاج لأن المخدر إذا لم تتركه فإنه سوف يدمر حياتك وربما ينتهي بالموت ..... ، كان الجميع مشتاقون للحديث ومعرفة أسباب الإدمان بل إن بعضهم صرح أن سبب اعتماده الشلة التي ارتبط بها في المراهقة والبعض قال بسبب التجربة ، والبعض حب استطلاع على أنه غير الآخرين ولن يعتمد على المخدرات ، والبعض فضل السكوت ، والبعض قال : أريد أن اكتب السبب على ورق ولا أريد أن يسمعه الآخرين ....)

الجلسة رقم (3) بعنوان : تعاطي المخدرات وعلاقتها بالاضطرابات النفسية

تمت الجلسة يوم الاثنين 2010/6/14 الساعة 10:30 صباحا

أهداف الجلسة :

1)التعرف على أسباب تعاطي المخدرات .

2)التعرف على أنواع المخدرات من حيث تأثيرها على الفرد .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وإثارة الدافعية للعلاج	5
3	مناقشة أسباب الاعتماد وربطه بقلق المستقبل	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

قام الباحث بطرح عدد من الأسئلة عن الجلسة السابقة والترحيب بالجميع وتشجيعهم على الاستمرار . ثم تحدث الباحث عن أسباب الاعتماد على المنشطات خاصة الأمفيتامينات (الكبتاجون) وحاول الباحث استثارة أعضاء المجموعة لمناقشة العلاقة بينهم وحثهم على الحديث حول معاناتهم من الاعتماد ومصاحبة القلق له

-المراهقة والمخدرات : ثم ذكر الباحث أن كثيراً من الإحصاءات تؤكد أن حوالي 60% من معتمدي المخدرات بدأوا بين عمر 15-25 سنة ثم طلب الباحث من المرضى ذكر أنواع المخدرات وقد تحدث الجميع عنها بحماس ومعلومات دقيقة تنتج عن الخبرة في التعاطي ... ، وكانت المناقشة أفضل من الجلسة السابقة وتحدث أغلب المرضى وطرحوا عددا من الأسئلة عن آثار المخدرات ،وقام الباحث بالربط بين المنشطات والاكتئاب والقلق والمهدئات ..... ، تحدث الباحث عن العوامل الأسرية وعلاقتها باعتماد الفرد مثل الطلاق ووفاة أحد الزوجين ووجود زوجة أب أو زوج أم في المنزل والأسرة العنيفة والأسرة المدللة للأبناء ، حيث تم ذكر قصة فرد كان معتمداً على المخدرات بسبب دلال أمه وأبيه الزائد له وأن باقي أخوته بنات فقد كان يوفر له كل شيء ويعطي المال كما يطلب حتى انخرط في شلة أدت لاعتماده ولم يتوقف عن تعاطي

المخدرات إلا عندما صدم بوفاة والده . كما تم مناقشة أثر الإعلام في الاعتماد وأن البطل سعيد في الأفلام ويمتلك عدد من البنات بسبب اعتماده على المخدرات وأن المخدرات تجلب المال ...، وتم ذكر قصة شاب اعتمد على الأمفيتامينات (الكبتاجون) بسبب بنت تعطيها له لتنشيطه على الجنس ... ، كما تم ذكر قصة طالب رسب في دراسته وعمره 16 سنة بالصف 6/ب لأنه يعيش مع زوجة أب وتكرهه ، فكره كل شيء أمامه حتى المدرسة ... ، كما تم الحديث عن طفل عمره 10 سنوات أودع في دار الرعاية الاجتماعية لأنه يبيع لوالده حبوب وأمه مطلقة .. ،

ثم دار نقاش علمي عن تصنيف المخدرات بعد كتابتها على السبورة كما يلي :

- تصنيف المخدرات من حيث تأثيرها :

1) المثبطات هي : فئة من المخدرات تؤدي إلى تثبيط الجهاز العصبي ، وبالتالي يشعر الفرد بالاسترخاء والفتور مثل : الهروين ، المورفين ، الكودائين ، الكحول ...

2) المنشطات هي : فئة من المخدرات تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي وإلى نشاط مؤقت زائف مثل : الكوكايين ، الأمفيتامينات ..

3) المهلوسات وهي : فئة من المخدرات تؤدي إلى ظهور هلاوس وتخيلات لدى مستخدمها قد تكون هلاوس سارة أو مؤلمة تعتمد على شخصية المتعاطي وحالته النفسية ، وخبراته السابقة مثل : مادة L.S.D

4) المواد الطيارة وهي : مواد كيميائية تستعمل في الحياة اليومية ، وتشابه من حيث تأثيرها بعض أنواع المخدرات مثل : البنزين ، أنواع من الغراء خاصة الباتكس ..

- أهم خصائص المخدرات :

1)الاعتماد ..أ- فسيولوجي : ويكون عندما تصبح بعض مكونات المادة المخدرة جزء من تركيبة خلايا الجسم ... ب- نفسي : حيث يشعر المتعاطي بعدم القدرة على ترك المادة التي اعتاد على تناولها ..

2)التحمل : ويقصد به أن مقدار الجرعة التي اعتاد المتعاطي على تناولها لم تعد تحدث أثرا لديه كما كانت تحدث من قبل ، مما يدعو المتعاطي لزيادة مقدار الجرعة

- وهنا يتحدث الباحث عن العوامل المساعدة في تعاطي المخدرات :1)الاستعداد الوراثي : ويقصد به وجود مورثات عند البعض تجعلهم أكثر استعداداً للوقوع في المخدرات . (وهذا الرأي مازال محل خلاف بين الباحثين) ....

2)استعداد شخصي ويتمثل في : أ-ضعف ضبط الذات فالبعض لا يستطيع مقاومة الرغبة في شيء ما ولا يستطيع تأجيلها ...

ب – الشعور بالتفرد ويعني شعور الفرد أنه مختلف عن غيره بما لديه من مشاعر وأحاسيس وخبرات ، فيظن المراهق أنه يمكن أن يجرب المخدرات ولا يقع فيها ..

ج – الانقياد الاجتماعي : فبعض الأفراد أكثر من غيرهم انقيادا للجماعة المحيطة بهم ...

د – الاضطرابات النفسية : فالذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية كالاكتئاب والقلق هم أكثر عرضة من غيرهم للوقوع في المخدرات ..

3) العوامل الخارجة عن الفرد :

أ- الظروف الضاغطة مثل فقد الوظيفة أو الزوجة أو أحد الوالدين أو الخسارة المالية أو الطلاق للمرأة ..

ب – تأثير المروجين : حيث يستخدمون عدة أساليب للإيقاع بأكبر عدد ممكن في المخدرات مثل أسلوب الإهداء المجاني

ج – تأثير الرفاق : حيث دلت إحدى الدراسات على أحد سجون مدينة الرياض على أن تأثير الرفاق كان العامل الأول في ترتيب العوامل التي دفعت للوقوع في المخدرات ...

د – تأثير وسائل الإعلام وخاصة الانترنت التي تروج للمخدرات وقد تضع سبب وجود البطل أو الفائز أو السعادة تعاطي المخدرات ..

وفي نهاية الجلسة كلف الباحث أعضاء المجموعة بواجب منزلي يقوم كل عضو فيه بإعداد تصور عن الانفعالات والاضطرابات السلوكية المترتبة على المعتقدات اللاعقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة وربطها باضطراب القلق لديهم .. ثم تم الاتفاق على موضوع الجلسة القادمة يوم السبت وأن عنوان الجلسة القادمة هو تحديد المشكلة .

الجلسة رقم (4) بعنوان : تحديد سلوكيات الاعتماد والقلق ...

تمت هذه الجلسة يوم السبت 6/19 / 2010 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)تحديد مشكلة كل عضو من أعضاء المجموعة للاستفادة منها في مناقشتها كأمثله في الجلسات

2)التعرف على أسباب قلق كل عضو على مستقبله وضمها لمعلومات المقياس .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وشحذ الدافعية للعلاج	5
3	تطبيق مقابلة بيترسون لتحديد المشكلة وأسبابها مع كل عضو .	45
4	تغذية راجعة.	10
5	واجب منزلي يتعلق بعنوان الجلسة القادمة	5
6	مجموع زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

طبق الباحث في هذه الجلسة تطبيق مقابلة بيترسون في تحديد المشكلة وأسبابها.(الجوهي، 1998)- (مرفق نسخة منها في الملاحق) ، وكانت خلاصة المقابلة لأفراد المجموعة مبينة في الجدول رقم (28) :

جدول رقم (27)

يوضح خلاصة المقابلة لأفراد المجموعة التجريبية (وفق نموذج بيترسون) :

اسم المريض	المشكلة التي يعاني منها	أسباب حدوث المشكلة
1 ن	1-تعاطي المخدرات خاصة حبوب الأمفيتامينات 2-الضغوط النفسية والقلق من المستقبل . 3-التشاؤم من الحياة . 4-المعاناة من الشوق للمخدر واقترانه بممارسة الجنس . 5-القلق المستمر على المستقبل وتوتر الأعصاب والأرق .	1- قسوة والدي وضربه المبرح لي منذ الصغر . 2- طردي من المنزل من قبل والدي في سن المراهقة والسكن عند قريب كان يتعاطى المخدرات فتعاطيت معه حتى أصبحت معتمدا عليها حاليا ويصعب علي تركها . 3-المعاناة من عدم توفر المال لدي لأبدأ مشروع تجاري يغنيني عن تعاطي المخدرات أو الترويج لها .
2 س	1-التدخين منذ الصغر . 2- تعاطي حبوب الأمفيتامينات منذ سن المراهقة لتقليد خالي . 3-استمرار الشوق لتعاطي الحبوب واقتران تعاطيها بقوة الجنس والشجاعة في المواقف الاجتماعية .	1-تشبيه أبي وإخواني لي بأني مثل خالي فأصبحت أقلده في الطفولة بالتدخين وفي آخر سن المراهقة بتعاطي حبوب الأمفيتامنات . 2-استمرار أفراد أسرتي بالاستهزاء بي لأني أتعاطى المخدرات رغم كبري وزواجي .
3 م	1-أتعاطى الحشيش وحبوب الأمفيتامينات والخمر بحثا عن السعادة . 2-اقتران السعادة والنشاط بالحبوب والحشيش . 3-الاعتماد على المخدرات والتشاؤم من المستقبل ومن الزواج . 4-الإحباط واليأس من كل شيء .	1-تقليد زملاء الشلة في المراهقة . 2-لتغطية شعوري بالنقص أمام زملاء الشلة . 3-الهروب من شجار أبي وأمي الدائم في البيت . 4-كثرة إعطائي المال من والدي سهل لي شراء المخدرات ..
4 ع	1-تعاطي المخدرات والاعتماد عليها منذ عشرين عاما خاصة الحشيش والهروين وحبوب الأمفيتامينات (الكبتاجون). 2-اليأس والإحباط من كل شيء 3-التوتر والقلق المستمر على مستقبلي 4- صعوبة النوم والأرق في الليل 5-التشاؤم من المستقبل	1- توفر المخدرات في الحي الذي أعيش فيه . 2-إهمال أسرتي لي في صغري جعلني أقضي معظم وقتي في الشارع وأتعرف على شلة تتعاطى المخدرات وبدأت بالتجريب . 3-الفراغ وعدم وجود عمل . 4-أبحث عن الراحة والنشوة بالتنقل بين أنواع المخدرات خاصة حبوب الأمفيتامينات .

		5-عدم الموافقة على زواجي من المجتمع . 6-كثرة انتكاساتي السابقة جعلني أشعر بالإحباط وسرعة العودة للمخدر
5 ج	1-أتعاطى المخدرات لأنسى الإحباط . 2-تكرار وجودي في مراقص دولة مجاورة واقتران الجنس لدي بالخمر والمنشطات. 3-التشاؤم من الحياة والعجز والإحباط من كل شيء. 4-الأرق وتوتر الأعصاب يوميا خاصة عندما أفكر في المستقبل .	1-معاناتي الدائمة من الاكتئاب والقلق. 2-تدليل والدي الزائد لي وإعطائي المال . 3-إثارة الجنس في مناطق تواجد الكحول في دولة مجاورة مما دفعني للتعاطي بحثا عن السعادة الجنسية . 4-الفراغ وعدم إكمالي لدراستي الجامعية أو عدم وجود وظيفة .
6 و	1-طلاقي لزوجتي وابتعادي عن أطفالي أصابني باكتئاب مما دفعني إلى المخدرات 2-التشاؤم من المستقبل وعدم تزويج من يتعاطى المخدرات وسوء معاملة المجتمع لي .	1-طلاقي لزوجتي . 2-الاكتئاب الذي يلازمني فأتعاطى المنشطات خاصة حبوب الأمفيتامينات 3-استهزاء أسرتي بي خاصة والدي جعلني أفقد ثقتي بنفسي . 4-تجاربي السابقة الفاشلة في الإقلاع عن المخدرات
7 ع ش	1-تعاطي المخدرات منذ سنوات خاصة حبوب الأمفيتامينات . 2-فقدت زوجتي ووظيفتي وسيارتي بسبب استمراري على تعاطي المخدرات . 3-ضعف الأمل في تقبل المجتمع لي بعد خروجي من المستشفى . 4-المعاناة من توتر الأعصاب والعصبية الزائدة والأرق . 5-الشوق المستمر للمنشطات .	1-ابتعادي عن أداء الصلاة . 2-أصدقاء السوء الذين وفروا لي المخدرات خاصة المنشطات حتى اعتمدت عليها . 3-الظن بأن المخدرات تجلب السعادة . 4-الاعتقاد بأن حبوب الأمفيتامينات تزيد من الشجاعة في المواقف الاجتماعية المختلفة .. 5-السفر إلى خارج السعودية .
8 ف	1-القلق وتوتر الأعصاب بإستمرار . 2-تعاطي المخدرات خاصة المنشطات بحثا عن السعادة . 3-إصرار الجنس الناعم على تناولي للمخدرات حتى يقوي الممارسة الجنسية . 4-عدم الموافقة على تزويجي من قبل المجتمع .	1-أتعاطى المنشطات خاصة الأمفيتامينات لتزيد من شجاعتي في المواقف الاجتماعية 2-استمرار قلق جعلني أبحث عن المخدرات بأي طريقة لأنسى القلق . 3-الانتكاسات العلاجية السابقة جعلتني أصاب بالإحباط والعودة للمخدرات . 4-الشوق الدائم للمنشطات .

	5-الفراغ وعدم وجود عمل	5-الاعتقاد بأن الأمفيتامينات تقوي الجنس
9 ن ح	1-تعاطي المخدرات منذ الدراسة في المرحلة المتوسطة خاصة حبوب الأمفيتامينات . 2-البحث عن السعادة ونسيان مشاكل الحياة . 3-أعاني من ملاحقة الشرطة والسجن باستمرار. 4-المخدرات جعلتني أرتكب السرقة باستمرار بحثا عن المال	1-رفقاء السوء وحب الاستطلاع . 2-اعتقاد أن حبوب الأمفيتامينات تزيد من النشاط والذاكرة أثناء الاختبارات . 3-التخلص من القلق والضغوط النفسية. 4-الإحباط والتشاؤم من المستقبل .
10 م ب	1-الإحباط والتشاؤم من مستقبل زواجي . 2-تعاطي المخدرات جعلني أعتقد أنها أسرع حل لنسيان مشاكل الأسرة . 3-استمرار شوقي لتعاطي المخدرات خاصة المنشطات . 4-توتر العضلات والأرق وصعوبة النوم في الليل .	1- كره الزواج لشجار أمي وأبي أمامي باستمرار . 2-الاكتئاب والإحباط الذي أعاني منه باستمرار . 3-البحث عن القوة والنشاط والسعادة . 4-الفراغ وعدم وجود وظيفة .

استفاد الباحث من تطبيق مقابلة بيترسون في زيادة معرفة المزيد عن مشكلات أعضاء المجموعة وربطها بمعلومات تطبيق مقياس قلق المستقبل ....

الجلسة رقم (5) بعنوان : طرح أبعاد المقياس على شكل أسئلة مفتوحة .

تمت الجلسة يوم الاثنين 2010/6/21 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على أكبر قدر من المعلومات والأفكار حول الاعتماد .

2)التعرف على أكبر قدر من المعلومات والأفكار حول قلق المستقبل .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح هدف الجلسة (جمع أكبر عدد ممكن من المعلومات حول قلق المستقبل)	5
3	مناقشة المواقف والمثيرات التي تثير الأفكار اللاعقلانية والتشاؤم من المستقبل والقلق من الأحداث الضاغطة . وتمت بإعادة طرح بعض بنود مقياس قلق المستقبل على شكل أسئلة مفتوحة ..	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي يتعلق بالتهيؤ لمرحلة العلاج	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

بدأ الباحث بمناقشة المجموعة العلاجية عن الجلسة السابقة وزيادة الدافعية لدى المرضى وأهمية الاستمرار في الجلسات وأن الشفاء من عند الله ، ثم تحدث الباحث في هذه الجلسة عن آثار الاعتماد على المخدرات على الحالة النفسية خاصة المنشطات ، وكان موضوع الجلسة إعادة طرح أسئلة بعض بنود المقياس على شكل أسئلة مفتوحة للتعرف على أكبر قدر من المعلومات والأفكار حول الاعتماد والقلق من المستقبل حسب الظروف التي يمرون بها ، ثم تم طرح الأسئلة التالية :

س 1 : ما هي أفكارك عن نفسك وعن مستقبلك ؟ وكانت إجاباتهم :

1) التحسن والتعافي وبداية حياة جديدة . 2) الإحباط والفشل من الانتكاسة مستقبلاً .

3) المستقبل أمامي ويمكن أن أعيش سوي كما تعافى غيري ...

4) تفاءلوا بالخير تجدوه + إن الله عند حسن ظن العبد به ..... 5) زيادة طاعة الله ...

6) ذكر أحد أفراد المجموعة تجربته في محاولته قتل شخص وسجنه مدة 4 أشهر حتى شفي مريضه وتم خروجه من السجن بالتوكل على الله .

س2 : ما هي نظرتك للحياة بشكل عام ؟ وكانت إجاباتهم :

1) فاتني قطار الزواج . 2) الاستمرار في التفكير السلبي

3) استمرار وسوسة الشيطان لي بالعودة للمخدرات . 4) القرب من الله هو الحل ..

5) أحياناً تفاؤل وأحياناً تغلق الدنيا في وجهي و أتشاءم من المستقبل الذي ينتظرني .

6) نحتاج إلى تفسير آيات التدرج في تحريم الخمر . 7) تفسير الآية ولقد خلقنا الإنسان في كبد.

س 3 : ما هي الصعوبات والإيجابيات التي تواجهها من المجتمع ؟ وكانت إجاباتهم :

1)والدي يكرر علي كون نفسك بنفسك ولا تعتمد علي .

2) يمكن أن يأخذ الفرد قرض من بنك التسليف الحكومي ويكون مشروعه بنفسه .

3)النظرة السلبية لمعتمد المخدرات من المجتمع .

4) نظرة الاحتقار وعدم الرغبة في صداقتي من الآخرين .

5)أرغب في التخطيط لمستقبلي .

6)عدم تزويج معتمد المخدرات .

7) عطف أهلك عليك والخوف من آثار الاعتماد وفي نفس الوقت احتياجهم لك .

8) لابد من المجتمع أن يقدر ظروف المعتمد على المخدرات .

9) الإحراج عندما يسألني الناس أين كنت في الأيام أو الأشهر الماضية .

س 4 : ماذا تعاني من ضغوط أثناء إقامتك في المستشفى ؟ وكانت إجاباتهم :

1)ذكر أحد أفراد المجموعة أنه تعلم استخدام مخدر جديد وهو الهروين من أحد المعتمدين عليه السابقين .

2)صعوبة النوم في سكن المستشفى لكثرة الأفراد في غرفة واحدة .

3)أشرب نسكافيه معدل أربعة أكواب في الليل يوميا ؟

4) الملل من كثرة المحاضرات .

5) ذكر أحد مرشدي التعافي من خلال تجربته أن البعض سوف ينتكس بعد خروجه من المسشفى وهذا يثير الإحباط لدينا ؟.

6)عدم الفائدة من بعض المحاضرات . 7) صعوبة تقبلي وحبي لبعض المعالجين أو المرشدين .

المرحلة الثالثة : علاج المشكلة :

وتستغرق (9) جلسات أي من الجلسة رقم (6) إلى الجلسة رقم (14) وجلساتها على النحو التالي :

1- الجلسة رقم (6) بعنوان : التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية وكيفية تكونها .

2- الجلسة رقم (7) بعنوان : معتقد أنا معتمد (مدمن) وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

3- الجلسة رقم (8) بعنوان : معتقد الشوق للمخدر وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

4- الجلسة رقم (9+ 10)بعنوان : الخوف من الانتكاسة مستقبلاً وأسبابها وما يرتبط بها من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

5- الجلسة رقم (11) بعنوان : التدريب على الاسترخاء .

6- الجلسة رقم (12) بعنوان : تدريبات ضبط القلق واستراتيجياتها .

7-الجلسة رقم (13) بعنوان : المظاهر الاجتماعية لقلق لمستقبل ، والقلق من الأحداث الضاغطة و ما يرتبط بهما من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

8- الجلسة رقم (14) بعنوان : خفض اضطرابات النوم والأرق (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد ايجابي بديل) .

الجلسة رقم (6) بعنوان : التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية وكيفية تكونها ... .

تمت الجلسة يوم السبت 6/26 / 2010 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على المحتوى الفكري للفرد .

2)التعرف على خطوات تكوين المعتقد غير العقلاني عند الفرد .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	مناقشة التوجه المعرفي للمعتقدات غير العقلانية ..	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	مجموع زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

وتم فيها التوجه المعرفي نحو المعتقدات اللاعقلانية ....

حيث قام الباحث (المعالج) مع أعضاء الجماعة بمناقشة ما يلي :

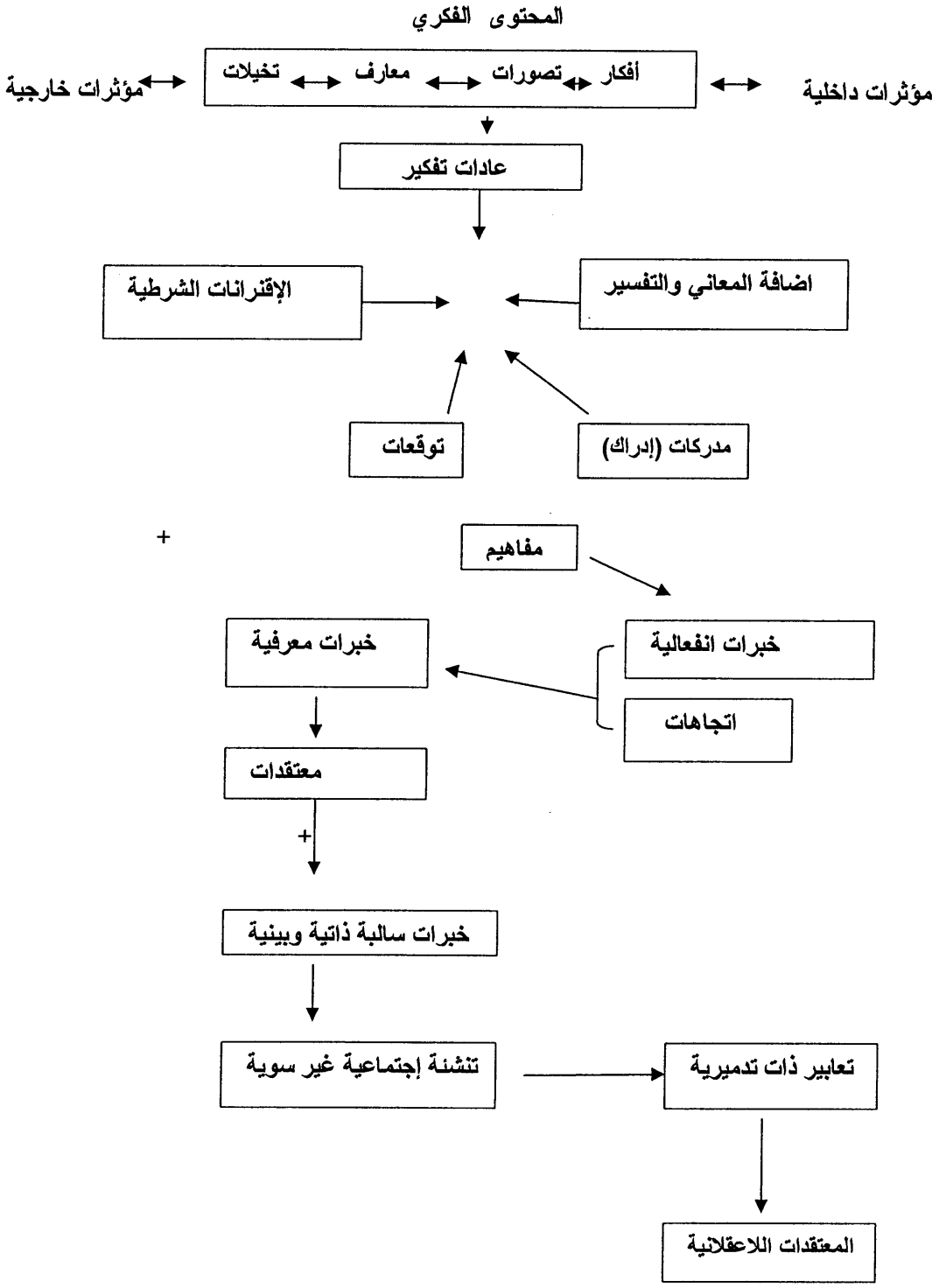
1)تعريف المعتقد هو : تبنى الفرد عددا من الأفكار العقلانية الإيجابية ، أو الأفكار غير العقلانية السلبية التي تكون سبب شقائه وتصرفه غير المنطقي وغير العقلاني تجاه كثير من المواقف (أبوحميدان ، 2003 ، 232-233)

2) أنواع المعتقدات : عقلانية وغير عقلانية مثال على العقلانية: تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل ويضر بالصحة . .. مثال على اللاعقلانية : تعاطي المنشطات يزيد من الشجاعة في المواقف الاجتماعية المختلفة

3) العوامل المؤثرة في تكوين المعتقد ، ومراحل تكون المعتقد .

شكل رقم (5)

يوضح مراحل تكون المعتقد الخاطىء (اللاعقلاني) :



ويمكن توضيح العوامل المؤثرة في المعتقد من خلال شرح الشكل السابق بأن المعتقد اللاعقلاني لا يتكون من فراغ وهو ليس وليد الصدفة ولكنه يمر بمراحل وعمليات ، فالمحتوى الفكري للفرد يكون فارغاً في باكورة الحياة ثم يتعرض الفرد للعديد من المؤثرات الداخلية والخارجية فيمتلىء بالأفكار والتصورات والمعارف والتخيلات والتي يسبقها الفرد بنظام عاداته في التفكير والاستدلال .. حيث أن كل فرد أسير عاداته في التفكير والاستدلال ثم يضيف إليها المعاني والتفاسير التي رآها من وجهة نظره مناسبة ووفقاً لنظام الاقترانات الشرطية التي تحدث من خبرات الحياة اليومية وتكون النتيجة تكوّن ما يسمى بالمدركات والتوقعات والتي تشكل ما يسمى بالمفاهيم ، وهذه المفاهيم التي تحتوي على كل ما سبق شرحه إذا أضيف لها المشاعر والأحاسيس والخبرات الانفعالية العديدة بمرور الوقت تصبح اتجاهات ... أما إذا أضيف إلى المفاهيم خبرات معرفية عديدة بمرور الوقت تصبح معتقدات، وإذا أضيف لها خبرات سيئة سالبة ذاتية وبيئية مع تنشئة اجتماعية غير سوية ، مع تدابير ذات تدميرية خاطئة ولا عقلانية ثم ما تلبث هذه المعتقدات اللاعقلانية أن تستثير انفعالات سالبة مصاحبة ومن ثم يزداد المعتقد رسوخاً على المستويين المعرفي والانفعالي . (تم هذا الملخص خلال الجلسة لأعضاء المجموعة حتى يستطيع كل عضو فهم التصور لحدوث المعتقد اللاعقلاني والحديث عن التشاؤم من الحياة – حيث كتب على السبورة ومناقشته مع أعضاء المجموعة ، ويكون المعتقد سبب للاضطرابات النفسية والاعتماد على المخدرات وأكد البعض أن سبب عودتهم للانتكاسة هو أنهم لايزالون يحتفظون بأفكار التعاطي في عقولهم .....)

ويتعلق الواجب المنزلي هنا بإعداد التصورات الخاصة بالمساءلة عن برهان المعتقدات اللاعقلانية وسلوك الاعتماد .

الجلسة رقم (7) بعنوان : معتقد أنا معتمد (مدمن) وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 28 /6/ 2010 الساعة10:30 صباحاً

أهداف الجلسة :

1-التعرف على الأفكار والسلوكيات التي ترسخ معتقد معتمد (مدمن مخدرات).

2-التشكيك في معتقد " أنا معتمد (مدمن) " وسوف أظل طوال عمري معتمد على المخدرات .

3-إيجاد البديل الإيجابي لمعتقد " أنا معتمد على المخدرات "

4-ترسيخ البديل الإيجابي من خلال التكرار والاقتناع به ..

جدول خطوات الجلسة:

م	المحتوى	الزمن الدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة وشحذ الدافعية للعلاج ..	5
3	مناقشة التوجه المعرفي للمعتقدات غير العقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة لمعتقد أنا معتمد على المخدرات وسوف أظل طوال عمري معتمد.	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي باستبدال المعتقدات اللاعقلانية في الجلسة ببدائل إيجابية وتكرارها على النفس حتى يتبناها المريض وتؤثر على سلوكه وتحسنه في المستقبل ...	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم المساءلة عن البرهان أو الدليل أو الإثبات وهذه أهم جلسة في التشكيك في المعتقدات اللاعقلانية والأفكار التشاؤمية حيث تم التركيز على الآتي :

1) البحث عن الاستدلالات والشواهد لحقيقة المعتقد اللاعقلاني والأفكار التشاؤمية .

2)اختبار قدرة المعتقد اللاعقلاني والأفكار التشاؤمية في تفسير الأحداث . وهنا تم مناقشة أعضاء المجموعة عن أسباب المعتقد والتشاؤم وعوامل تأكيدها ومدى صدقها وما هي الإثباتات التي تدعمها وعن مدى قدرتها في تفسير الأحداث ...

وهنا يركز الباحث على التعرف بمدى المنطق الذي يتبناه المريض في معتقده اللاعقلاني ومدى تشاؤمه ... وأثر المعتقد النفسي ،(المساءلة عن الدليل)، ثم طلب الباحث من أعضاء المجموعة تعبئة التمرين من حيث ذكر الموقف أو الحدث الذي يرسخ مفهوم الاعتماد ثم نسبة رسوخ أنك معتمد من 0-100 % والسلوك المترتب على المعتقد اللاعقلاني ونسبته ، ثم تم سحب الأوراق من أعضاء المجموعة . وتم كتابة تعليقات أعضاء المجموعة على تسمية أنك معتمد(مدمن) منها : 1- طلب المعالجين لي الاعتراف أنني معتمد (مدمن).2- أفكاري حول نفسي المتكررة أنني معتمد(مدمن). 3 – نظرة المجتمع لي ترسخ الاعتماد (الإدمان) في نفسي . 4 – نظرة الأسرة والاحتقار رسخ الاعتماد (الإدمان) في نفسي . 5- الانتكاسات السابقة ترسخ الاعتماد (الإدمان) في نفسي . 6- قسوة الناس من حولي 7- التشاؤم من الحياة ..

س ما هو اسمك ؟ فلان أو المعتمد (المدمن) ؟

ذكر الكثير اسم معتمد (مدمن) وعارض البعض . ثم تم مناقشة الدليل هل أنت معتمد(مدمن) حالياً ؟

فأجابوا لا ، إذا ما هو وضعك الآن هل تتعاطى فأجاب الجميع لا .....

-التشكيك في المعتقد : ثم طلب الباحث من الأعضاء ذكر أضرار تعاطي المخدرات على الفرد ؟

وعن طريق الحوار والمناقشة مع الأعضاء تم تلخيص إجاباتهم في : السجن ، ملاحقة الشرطة ، الأمراض مثل الإيدز وإلتهاب الكبد الوبائي وضعف الذاكرة والمخ والأعصاب والذكاء ... ، الضغوط النفسية مثل القلق والاكتئاب والإحباط وتدني مفهوم الذات ، والضغوط الاجتماعية ، الانطواء ، عاطل بدون وظيفة ، لا أستطيع أن أتزوج ،العزلة عن المجتمع ، السرقة والجريمة .....

- إيجاد البديل الإيجابي : دار نقاش قوي ما هو البديل عن مفهوم أني معتمد (مدمن)؟

تم الاتفاق على مسمى متعافي أو اسمك الصريح دون ذكر معتمد (مدمن) وتكرار الكلمة أنك متعافي وأن الاعتماد (الإدمان) معصية لله عز وجل .. حتى ترسخ في نفسك بدل مفهوم الاعتماد (الإدمان) وهذا واجب للجلسة القادمة .....

أعاني من طول فترة العلاج في المستشفى ؟

س ما هو دليلك ؟

البعض قال لي أكثر من شهرين ، والبعض قال إن العلاج النفسي في المستشفى يستمر لسنة ، والبعض قال لتجربتي السابقة في المستشفى ...

التشكيك : لماذا يطول العلاج في المستشفى ؟

البعض قال لا أعرف ، والبعض قال فرض المستشفى علينا هذه المدة ، والبعض قال فيه نوع من تكرار المحاضرات لكل شهر أو شهرين .....

التفسير الصحيح : ما هو التفسير الصحيح لطول العلاج في المستشفى ؟

الكثير قالوا لا ندري ، والبعض سكت . فاضطر الباحث إلى شرح العلاج النفسي وخطواته كما أن المشكلة بدأت معك منذ سنوات واستمرت ولكي تتخلص منها تحتاج إلى وقت وهذا أهم سبب لطول فترة بقاؤكم في المستشفى ....

ثم كلف الباحث أعضاء المجموعة بواجب منزلي باستبدال المعتقدات اللاعقلانية في الجلسة ببدائل إيجابية وتكرارها علي النفس حتى يتبناها العضو وتؤثر على سلوكه وتحسنه في المستقبل ...

(انظر الجدول العلاجي لمعتقد أنا معتمد (مدمن) رقم (28):

-جلسة العلاج االثانية : المعتقدات اللاعقلنية المرتبطة بمفهوم المعتمد (الادمان) جدول رقم (28)

إسم الفرد	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100 %	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100 %	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية 0-100	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي 0- 100
1 ن	*الاستماع للأغاني . *التعريف بمسمى (أنا مدمن) في جلسات الدعم الذاتي . *تكرار لفظ والدي والمجتمع (يامدمن) * نظرة والدي والمجتمع السلبية لي	* تكرار فكرة الإدمان لدي وترسيخها كمعتقد ..	% 60	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	%60	*عدم تكرار لفظ مدمن . * اسمي فلان وليس المدمن أو الفقير إلى الله أو المؤمن أو عبدالله . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%20	* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ...	%10
2 س	* الفشل عندما يذكر لي أحد أفراد أسرتي أنني مثل خالي فلان وتكرارها منذ صغري ...	تترسخ عندي عادة الإدمان	%99	أتعاطى حبوب الكبتاجون .. لأقلد خالي وأنسى الفشل	%90	* أنا فلان ولست المدمن . * أنا لست خالي . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%45	* التوقف نهائيا عن تقليد خالي بتعاطي حبوب الكبتاجون	%45
3 م	*حضوري إجتماع زمالة المدمن المجهول * دخولي في مصحة بها بعض المعالجين يعززون كلمة مدمن	* ترسيخ معتقد أني مدمن مخدرات	%100	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	%90	* أنا فلان ، أنا متعافي الآن ولست مدمن ، ولن أعود للتعاطي مستقبلا بإذن الله . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%40	* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ... * الإستمرار في العلاج بالمستشفى ...	%20
4 ع	*الحنين إلى المخدر	*ترسيخ أني مدمن وسأضل مدمن مستقبلا	%75	الاستمرار في التعاطي	%70	* أنا الآن متعافي والحمد لله . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%50	* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ... * الإستمرار في العلاج بالمستشفى ...	%40
5 ج	*أماكن كنت أتردد فيها عندما كنت أتعاطى ، مثل المجمعات التجارية والمراقص في دولة مجاورة والمطاعم والجلسات مع الشلة	* أساليب بعض الناس وطريقة تحدثهم بمفهوم أن الشخص الذي يتكلمون معه أنه قليل الفكر .. فترسخ عندي مفهوم الإدمان	%60	أ* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	% 55	* أحب أن أنادى بإسمي فلان ، خاصة إذا شجعني أحد بالتخلص من إدماني . * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%60	* مقاومة أساليب بعض الناس عند الحديث معي بالرد عليهم أنني مثلهم وأحسن منهم وأنني متعافي * الإستمرار في العلاج بالمستشفى ...	%50
6	*وجودي في المستشفى	* تكرار أنني مدمن	%50	* توقع الإستمرار في	%50	* التوبة والرجوع إلى الله *أنا	%25	* الإبتعاد عن كل ماحرم الله .	%25

و		ورسوخها		التعاطي مستقبلا		فلان ... * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن		* التوقف نهائيا عن التعاطي مستقبلا ...	
7 ع ش	*تذكرني بالادمان جلسات الدعم الذاتي	* ترسيخ مسمى مدمن في نفسي	%80	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	%75	*أن أكرر اسمي فلان .. * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%50	*ليس لي بديل الا التوقف عن المخدرات نهائيا حتى أعيش باقي حياتي مستقرا وسويا واجتماعيا	%40
8 ف	*تذكرني بالادمان جلسات الدعم الذاتي	* ترسيخ مسمى مدمن في نفسي	%70	* استمرار تعاطي المخدرات حتى لو خرجت من المستشفى	%50	*أن أكرر اسمي فلان .. * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%35	*ليس لي بديل إلا التوقف عن المخدرات نهائيا حتى أعيش باقي حياتي مستقرا وسويا وإجتماعيا وأتزوج بنت عمي	%20
9 ن ح	*نظرة الناس لي بأني شخص مدمن وسأبقى طوال عمري مدمن	* الإستمرار في التعاطي بسبب نظرة الناس لي وترسيخ مفهوم أني مدمن	%50	* توقع الإستمرار في التعاطي مستقبلا	%50	*أذكر اسمي الصريح في المستشفى وخارج المستشفى بدون مدمن * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%30	* مقاومة أساليب بعض الناس عند الحديث معي بالرد عليهم أنني مثلهم وأحسن منهم وأنني متعافي * الإستمرار في العلاج بالمستشفى حتى يتم الشفاء التام بإذن الله ...	%25
10 م ب	* إحتقار الناس لي بأني شخص مدمن وسأبقى طوال عمري مدمن	* تكرار أنني مدمن ورسوخها	%50	*الخوف من استمرار تعاطي الحبوب بعد خروجي من المستشفى	%50	*أذكر اسمي الصريح في المستشفى وخارج المستشفى بدون مدمن * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل .. * أرغب بعدم ذكر أنني مدمن	%15	تحدي نظرة الإحتقار من بعض الناس بإثبات أني سوي وأفضل منهم بالتوقف النهائي مستقبلا عن المخدر بإذن الله	%15

ملاحظة : قام الباحث بصياغة بيانات الجدول للأفكار اللاعقلانية والقلق من المستقبل بعد الإطلاع على جداول الجوهي (1998) وديفيد هـــ بارلو ترجمة فرج (2002) والبروتوكولات العلاجية ، عبدالوهاب (2009).. وبما يتناسب مع النظرية المطبقة في هذا البرنامج العلاجي . ويتم تطبيق هذه الجداول على النحو التالي : 1)يتم توزيع جدول لكل فرد من أفراد المجموعة التجريبية في بداية الجلسة ويطلب من كل فرد كتابة الحدث أو الموقف المثير ثم كتابة الفكرة السلبية أو المعتقد اللاعقلاني ثم نسبة القلق من المستقبل لدى المريض (من 1-100%) الناتج عن الفكرة السلبية ، ثم السلوك السلبي الناتج عن الفكرة السلبية ونسبته ثم تسحب الأوراق من قبل الباحث . 2) في نهاية الجلسة بعد الحوار في المساءلة عن البرهان والتشكيك والبدائل الإيجابية تعاد الأوراق إلى أفراد المجموعة ويطلب من كل عضو اختيار فكرة ايجابية بديلة عن السلبية وسلوك ايجابي ثم تسحب الأوراق بعدها . 3)يتم تكليف أعضاء المجموعة بتكرار الأفكار الإيجابية في نفسه ومحاولة ممارسة السلوك الإيجابي الذي اختاره المريض حتى الجلسةالتالية(كواجب منزلي) .

4)في بداية الجلسة التالية للجلسة العلاجية السابقة يقوم الباحث بإعادة توزيع الجداول التي تم تعبئتها في الجلسة السابقة ليقوم كل فرد بكتابة نسبة تحسنه في الأفكار الإيجابية والسلوك الإيجابي من 1-100%. وهكذا في جميع الجلسات العلاجية.

جلسة رقم (8) بعنوان : معتقد الشوق للمخدر وما يرتبط به من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك ثم إيجاد البديل الإيجابي).

تمت الجلسة يوم السبت 2010/7/3 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1) أن يناقش العضو الشوق للمخدر من حيث مدته ، ومواقف تعاطى فيها المخدر بسبب الشوق له ، ومواقف لم يتعاطى المخدر رغم شوقه لها .

2) التعرف على مدى تواجد معتقد عدم سيطرة العضو على الشوق للمخدر ..

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	إظهار الضلال المنطقي والتشويه المعرفي للشوق للمخدر	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

في بداية الجلسة قام الباحث بمراجعة للجلسة السابقة وقد اتضح من السؤال (من أنت) ذكر البعض بأنه المعتمد (المدمن) المتعافي فلان والبعض ذكر المعتمد (المدمن) والبعض ذكر المتعافي والبعض ذكر اسمه الصريح . تم توزيع الواجب السابق لتسجيل نسبة التحسن في مسمى المعتمد (المدمن) ثم تم طرح الباحث عدد من الأسئلة :

س : ماهو تعريف الشوق من وجهة نظرك ؟ الحنين ، التذكر ...الشوق للمخدر هو : عبارة عن حالة من الحنين والرغبة في التعاطي تنتاب المريض من وقت لآخر أثناء توقفه ينتج عنها مجموعة من الأعراض سواء الجسدية أو النفسية والتي كان يشعر بها سابقاً أثناء التعاطي ، وقد يكون ذلك لتعرضه لبعض المثيرات المرتبطة بالمخدر .

س : كم مدة الشوق لديك ؟ البعض قال تختلف إذا أمعنت فيها قد تستمر لساعة والبعض قال حدود 10-15 دقيقة والبعض قال أقل من دقيقة لأني أقطع التفكير فيها وأنشغل بشيء آخر حتى أشتت الشوق للمخدر ...

س : حدثنا عن موقف جاءك الشوق وتعاطيت بعده ؟

1- ذكر (ن) أنا قررت الانقطاع عن المخدر ولكن بنت كانت تتعاطى معي وهي زميلتي بالعمل جاءتني للبيت ومعها حشيش و... فأغرتني بالجنس مع التعاطي حتى يكون له طعم وتعاطيت معها لضعفي أمامها .. وموقف مع صديق عمل طلب مني الحضور للمنزل لاستلام بعض أوراق العمل وعندما حضرت للمنزل كان عنده بعض الأصدقاء وكانوا يتعاطون حبوب فطلب مني التعاطي معهم ولكني رفضت وحاول مدة نصف ساعة ولكن أصريت على الرفض حتى أخذت الأوراق وخرجت ...

2- ذكر (ع) موقف وقال : جاءني ابن عمي وكان يتعاطى المخدر وطلب مني الخروج معه للبر لشم هواء واشترطت عليه عدم التعاطي ووافق وعندما خرجنا تعاطى الحشيش وضعفت أمامه ثم تعاطيت وعدت للحبوب والهروين ، وموقف آخر ذهبت مع ابن عمي للبحر للسباحة مع بعض الأصدقاء واشترطت عدم إحضار أي مخدر ولا حتى دخان السجائر فوافقوا وعندما نزلنا للبحر وجدت الحشيش بدرج السيارة وصرخت أعدني للمنزل وغضبت عليه علماً أن ابن عمي مات الله يرحمه عندما تناول كمية كبيرة من الهروين ...

3- كما تحدث (س) أنه عندما يفكر في الجنس يقرنه بالحبوب ولا يمارس الجنس إلا بحبوب وإذا رفضت زوجته الجنس اتجه للعادة السرية . أما موقف آخر جاءته اللهفة ولم يتعاطى عندما وجد ابنه ذو السبع سنوات ينام مكان أمه ويبكي لزعلها على أبيه عندما علمت أنه يتعاطى الحبوب ...

4-أما (م) فذكر موقف عندما يرغب في العادة السرية يقرن معها المخدر حتى أنه صار عنده معتقد لاعقلاني ... ، وموقف آخر كان يتفرج على فيلم خليع وآلياً اقترن المخدر به في رأسه ولكنه شتته بتناول العشاء في مطعم خارج المنزل حتى زال الشوق على خير ...

5-أما (ج) فقد ذكر موقف شدة وحلول الشوق عند النوم كثيراً خاصة إذا زاد تفكيره فيه ولا يأتيه النوم .. وموقف كان يرى الحشيش عند صديق له ودعاه للتعاطي ولكنه هرب منه حتى انتهى الشوق بدون تعاطي وآخر من أعضاء الجماعة ..... نفس الطريقة ...

ثم تحدث الباحث عن العلاج :

1) التشتيت للفكرة من الرأس والتوقف عن التفكير فيها والانشغال بشيء آخر مفيد مثل قراءة القرآن والصلاة أو قراءة جريدة أو ممارسة الرياضة أو تغيير المكان أو الاسترخاء ...

2) تذكر النتائج السلبية عند الرغبة في التعاطي ...

3) التخلي عن الأفكار الملحة مثل (يجب أن أتعاطى الآن ، سأموت إذا لم أتعاطى ، لا يمكن القيام بأي شيء إذا لم أتعاطى ... ويجب هنا إيقاف الأفكار السلبية وإهمالها حتى تزول ومع الوقت عندما تتكرر تضعف حتى تزول (مثل بكاء الطفل المتكرر للحصول على الحلوى ... وإهمال البكاء حتى يزول اقترانه مع الوقت) 4) تجنب مثيرات الرغبة الملحة مثل أصدقاء الاعتماد وأماكن المروجين وعناوينهم ....

عدم سيطرتي على الشوق للمخدر :

الدليل : ذكر بعض أعضاء المجموعة أن فكرة العودة للتعاطي تتكرر معهم سابقاً حتى استجابوا لها بالتعاطي ، وأنهم يخشون تكرارها في المستقبل .

التشكيك:هذا يعني أنك في السابق أبقيت معتقد الشوق للتعاطي في ذاكرتك ولاتزا ل حتى اليوم لأنها تخيفك من الانتكاسة مستقبلا ، هل هذا يدل على أن أفكارنا السلبية تقودنا إلى التصرف السلبي ؟

أفاد الجميع نعم إذا نعود لابد من التخلص من هذه الأفكار التي دمرت حياتنا أليس كذلك ؟ ....

إذا اكتب الحدث المثير للشوق للمخدر ومن ثم حدوث الفكرة السلبية وهي الشوق للمخدر لديك مع تعبئة كم نسبة وجود هذه الفكرة السلبية لديك الآن ومن ثم السلوك السلبي للفكرة اللاعقلانية .

ثم طلب الباحث من أعضاء المجموعة ذكر البدائل مع مناقشة الباحث هذه البدائل معهم .

وكان أهمها : 1-التوقف عن الفكرة السلبية فوراً 2) تشتيت الفكرة السلبية مثل تغيير المكان أو قراءة القرآن أو مشاهدة التلفاز أو التحدث مع شخص قريب في موضوع آخر أو ممارسة الاسترخاء ...

أدخن بشراهة كلما فكرت في تعاطي المخدرات ؟ س : ما هو دليلك على أن التدخين يخفف التفكير في المخدر ؟ قال البعض يعوض على الأقل نفسياً . وقال البعض حتى أشتته .....

وتم التشكيك في علاقة التدخين بالشوق للمخدر : هل وجدت الحل عندما تدخن وزال تفكيرك في المخدر ؟ البعض سكت والبعض قال : لا ، هل التدخين يعوضك عن تعاطي المخدر ؟ قال : الأغلب لا . . إنك تؤذي نفسك وتزيد من قلقك كلما دخنت ولن تجد حلا بديلا لتعاطي المخدر ، أليس كذلك ؟ قال : الجميع نعم ...

إذا ما هو البديل ؟ قال : البعض تشتيت الفكرة والبعض قال : قراءة القرآن والبعض قال الصبر حتى تزول الرغبة الملحة للمخدر .... ويمكن ترك التدخين بالتدريج كأن تقلل كل يوم سيجارة حتى تصل إلى سجارة يوميا ثم سيجارة أسبوعيا ثم الإقلاع التام ... لتكن مثل الشجرة تنحني إذا مرت عاصفة ثم تعود لطبيعتها بعد انتهاء العاصفة ... (انظر الجدول العلاجي لمعتقد الشوق للمخدرة رقم (29))

-جلسة العلاج الثالثة : المعتقدات اللاعقلانية وإرتباطها بالشوق لتعاطي المخدر ، جدول رقم (29)

إسم الفرد	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100 %	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100 %	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية للفكرة السلبية 0-100	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي 0- 100
1	* ممارسة الجنس	* أثناء ممارسة الجنس تحدث الرغبة في تعاطي المخدر لأن القيام به حرام * الشعور بالنشوة لاستخدام المخدر	%80	صعوبة سيطرتي على الشوق للمخدر والخوف من البحث عنه مستقبلا	%77	*الإبتعاد عن ماحرم الله التي تقود إلى التعاطي * تشتيت فكرة الشوق للمخدر * ايقاف التفكير السلبي * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل	%10	*تشتيت الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل...	%10
2	*الأفلام المصرية *فصل الصيف والسفر	الشوق للمخدر	%50	* أتوقع مستقبلا ممارسة الجنس أو العادة السرية وأحيانا أبحث عن المخدر لتنشيط الجنس وزوال الفشل والخجل ...	%50	* ايقاف التفكير السلبي * تشتيت فكرة الشوق للمخدر * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل * قراءة المعوذتين من القرآن الكريم	%40	*تشتيت الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل . *تكرار ممارسة الجنس مع الزوجة بدون تعاطي الكبتاجون حتى يتحسن سلوكي وأجد لذة الجنس بدون مخدر	%30
3	*سماع الأغاني بجميع أنواعها سواء كان لها ذكريات أو لا	تسبب لي جو من الرومانسية والمرح وبالتالي أشتاق لتقاطي المخدر	%60	* أحاول البحث عن المخدر ولكن لا أتعاطى في المستشفى خوفا من كشفه بالتحليل ..	%55	* ايقاف التفكير السلبي * تشتيت فكرة الشوق للمخدر * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل * قراءة المعذتين من القرآن الكريم	%10	*تشتيت الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل بدل التشاؤم . *التوقف عن التدخين بعد تكرار أن التدخين لن يحل مشاكلي ...	%10
4	الذهاب إلى أماكن التعاطي *أدخن بشراهة كلما فكرت في المخدر	الشوق للمخدر	% 70	* أدخن بشراهة رغبة في تخفيف الشوق للمخدر	%65	*تشتيت الفكرة والإنشغال عنها بشيء مفيد أو تغيير المكان والتحدث مع الآخرين حتى تزول فكرة الشوق للمخدر	%45	تشتيت فكرة الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل . *التوقف عن التدخين بعد تكرار أن التدخين لن يحل مشاكلي ...	%45
5	توفر المال لدي	* الشوق للمخدر	%80	* أحاول البحث عن مروجين على الأقل بعد خروجي لزيارة الأسرة	%80	*تشتيت الفكرة والإنشغال عنها بشيء مفيد أو تغيير المكان والتحدث مع الآخرين حتى تزول فكرة الشوق للمخدر	%60	تشتيت الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل . *التوقف عن البحث عن المروجين وحذف أرقام هواتفهم من جوالي ..	%55

								وحذف أرقام هواتفهم من جوالي ... يكفي إدمان	
6	الضغوط النفسية والشعور بالإحباط	الشوق للمخدر	%30	*من التجربة السابقة وجدت تناولي للمخدر سوف يزيل الضغوط النفسية ... وأخشى تكرار ذلك مستقبلا	%30	*التعافي نهائيا من التعاطي بإذن الله *تشتيت الفكرة وتلاوة شيء من القرآن الكريم	10 %	تشتيت فكرة الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل . *الضغوط النفسية لاتحل بمشاكل جديدة ، أبحث عن حل لمشاكلي الإجتماعية بدون تناول المخدر	%10
7	* إذا سمعت أغاني لها ذكريات	أشتاق للمخدر	%50	* أدخن بشراهة رغبة في تخفيف الشوق للمخدر	%50	*أكرر لنفسي أن الأغاني حرام . *أسمع القرآن أو الشعر بدل الأغاني	%30	تشتيت فكرة الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل بدل التشاؤم . *التوقف عن التدخين بعد تكرار أن التدخين لن يحل مشاكلي .	%25
8	* ذكريات مع الجنس الناعم	أشتاق للمخدر ويكون لدي رغبة ملحة للتعاطي	%50	*عندما يتصل علي الجنس الناعم ويغريني بتعاطي المخدر..	%40	* تشتيت الفكرة والإنشغال بشيء مفيد *قراءة شيء من كتاب الله *ممارسة الإسترخاء	%30	*تشتيت الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل بدل التشاؤم *الصبر عن الحرام والبحث عن زوجة المستقبل ...	%25
9	* ذكريات الماضي	أشتاق للمخدر ويكون لدي رغبة ملحة للتعاطي	%45	*أتعاطى لزوال مشاكل الماضي وأخشى ذلك مستقبلا	%30	* تشتيت الفكرة والانشغال بشيء مفيد *قراءة شيء من كتاب الله *ممارسة الاسترخا ء	%10	*تشتيت فكرة الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل بدل التشاؤم *حل مشاكلي النفسية بدون مخدر لأن تجاربي السابقة زادت مشكلتي	%10
10	* ممارسة الجنس	* أثناء ممارسة الجنس تحدث الرغبة في تعاطي المخدر لأن القيام به حرام * الشعور بالنشوة لاستخدام المخدر	%80	*عندما يتصل علي الجنس الناعم ويغريني بتعاطي المخدر..	%60	*الإبتعاد عن ماحرم الله التي تقود إلى التعاطي * تشتيت فكرة الشوق للمخدر * ايقاف التفكير السلبي * تعاطي المخدرات يعتبر معصية لله عز وجل	%10	*تشتيت فكرة الشوق للمخدر مثل قراءة القرآن أو الحديث مع زميل في موضوع آخر أو تغيير المكان *التفاؤل من المستقبل بدل التشاؤم . *الصبر عن الحرام والبحث عن زوجة المستقبل ...	%10

الجلستين رقم (9 ، 10) بعنوان : الخوف من الانتكاسة مستقبلاً وأسبابها وما يرتبط بها من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت الجلستين رقم 9-10 يوم السبت 2010/7/10 ويوم الاثنين 2010/7/12،الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلستين :

1) التعرف على أسباب الانتكاسات السابقة لأعضاء المجموعة .

2) معرفة مدى ارتباط اليأس والإحباط بالخوف من الانتكاسات مستقبلاً .

3) التعرف على علاقة الجنس باستمرار تعاطي المخدرات .

جدول خطوات الجلستين :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلستين	10
3	التعرف على أسباب انتكاستهم السابقة و التصدي للمعتقدات والنظرة التشاؤمية من المستقبل	100
4	تغذية راجعة	20
5	واجب منزلي	10
6	زمن الجلستين	150

إجراءات الجلستين :

في البداية تمت مناقشة الجلسة السابقة وكتابة مدى التحسن ، ومراجعة الواجب المنزلي ، ثم الدخول في جلسة اليوم (الانتكاسة)، ،ثم تم كتابة عنوان اليوم الخوف من الانتكاسة مستقبلاً وأسباب انتكاستك السابقة على السبورة لكل واحد يذكر أهم سبب وكانت : 1) الشلة 2) الجنس و ..... 3) العادة السرية ... 4) تكرار فكرة ونشوة المخدر 5) الفراغ 6) توفر المال 7) المجتمع ... وتم ربطها بأسباب الانتكاسة بعد تعبئة النموذج (نموذج عن أسباب الانتكاسة من إعداد غانم ،2005) التالي : *تم توزيع هذا الاستطلاع بداية الجلسة رقم (9) للتمهيد لمعرفة أسباب الانتكاسات السابقة وعلاقتها بالاعتماد النفسي والجسدي لتعاطي المنشطات ،

جدول رقم (30) يوضح أسباب مشكلة الانتكاسة عند أعضاء المجموعة :

أخي الكريم : رغبة مني في معرفة أسباب مشكلة الانتكاسة السابقة لديك أرجو الإجابة على العبارات التالية بوضع علامة (√) أمام كل عبارة تنطبق عليك :

م	العبارة	نعم	لا
1	عدم سيطرتي على الشوق للمخدر	10	-
2	إلحاح الأصدقاء المدمنين وإغراءاتهم	6	4
3	نظرة الاحتقار لي من الآخرين	4	6
4	استمرار معاناتي من القلق والتوتر	10	-
5	استمرار حزني	9	1
6	الانطواء عن الناس	10	-
7	ضعف ثقتي بنفسي	6	4
8	تفكيري في الانتحار	1	9
9	اليأس من كل شيء	5	5
10	شك أسرتي الدائم بي	5	5
11	ثقتي الزائدة بنفسي بعدم تعاطي المخدر	6	4
12	عدم مواصلتي للعلاج بالمستشفى	5	5
13	معاناتي من آلام جسدية	2	8
14	نومي غير المنتظم	8	2
15	عدم اقتناعي بترك المخدر	7	3

استفاد الباحث من الاستطلاع السابق ما يلي :

1)تم تعبئة هذا الاستطلاع في بداية الجلسة رقم (9) الخاصة بعلاج الخوف من الانتكاسة مستقبلاً كتمهيد للدخول في موضوع علاج الانتكاسة والتعرف على أمثلة قد يخشى منها المريض مستقبلاً ، وإثارة أفراد المجموعة عن الحديث بحرية عن قلقهم من خوف الانتكاسة مستقبلاً ..

ويتضح من الاستطلاع السابق شدة أثر كلاً من : الشوق للمخدر ، استمرار المعاناة من القلق والتوتر ، والانطواء والحزن والنوم غير المنتظم وعدم الاقتناع بترك المخدر .. في العودة لتعاطي المخدرات ...

-وكانت أهم المعتقدات اللاعقلانية التي تم مناقشتها ومواجهتها في هاتين الجلستين ما يلي :

أصدقاء الشلة المعتمدين وإغراءاتهم (مناقشة الفكرة السلبية ومثيراتها) :

- المساءلة عن البرهان ....ما هو دليلك ؟ البعض ذكر توقع أن يسألوا عني بعد خروجي من المستشفى والبعض يتخوف من عدم تقبل أسرته له أو أصدقاء جدد أسوياء فيضطر للعودة لشلته السابقة المعتمدة على المنشطات ... .

التشكيك : هل تعتقد أن أسرتك لا تحبك خاصة أمك وأبيك ؟ فأجاب الجميع لا طبعاً .

لماذا لا يرغب الأصدقاء الأسوياء بك مستقبلاً ؟ فأجاب الجميع خوفا من تأثيري عليهم سلباً ؟ أنت الآن متعافي ومقتنع أنك لن تعود للمخدر مستقبلاً أليس كذلك ؟ أجاب الجميع نعم ؟

إذا لماذا الخوف والتشاؤم من المستقبل ؟ فأجب البعض كلامك صحيح ....

إذا ما هو البديل ؟ قال البعض يجب قطع أي اتصال بشلة الاعتماد (الإدمان) الآن ، وأفاد البعض أنهم سوف يلغون جميع أرقام أصدقاء الاعتماد (الإدمان) من هواتفهم ، والبعض أفاد أنهم سوف يستخرجون رقم هاتف جديد لا يعرفه أحد ....

ملاحقة المروجين لي أثناء وجودي في المستشفى وتوقع بعد خروجي من المستشفى أكثر .

ما هو دليلك على استمرار ملاحقة المروجين لك ؟ أفاد البعض بأن المروجين لازالوا يتصلون علينا إلى اليوم . وأفاد البعض بأنهم يرسلون رسائل لهم على هواتفهم المحمولة .. ، وأفاد البعض أنهم يعرفون عن قرب خروجنا من المستشفى حتى لو لم أتصل بهم ..

التشكيك : لقد ذكرتم بعض الأدلة ... من المسؤول عنها أنتم أم المروجين ؟ البعض سكت والبعض قال ماذا تقصد ؟ أقصد أنهم يعرفون أرقام هواتفكم المحمولة حتى الآن وأنتم تعالجون من الاعتماد ؟ هل أنتم جادون في العلاج والإقلاع عن المخدر نهائياً ؟ أجاب الجميع نعم . إذا لماذا تحتفظون بأرقام هواتفكم المحمولة ؟ أليس من الأولى إلغائها نهائيا واستخراج أرقام جديدة لا يعرفها المروجين ؟ البعض قال هذا صحيح والبعض سكت ؟ أليس هذا يدل على ترددكم بترك المخدر حتى لاشعورياً ؟ قال البعض يمكن ذلك ..

البديل : ما هو البديل في نظركم ؟ ذكر البعض نستخرج أرقام جديدة ونلغي الأرقام القديمة حتى لا يعرفونها ، نتفق على عدم البحث عنهم بعد خروجنا من المستشفى ، وماذا بعد ؟ أليس من الأولى تبلغون عنهم الشرطة حتى ينتهي شرهم وينتهي سبب أساسي من توقع انتكاسكم مستقبلاً ؟ فأجاب البعض نعم .....

اليأس والإحباط من كل شيء . .....

ما هو دليلك على أنك يائس ومحبط ؟ ذكر البعض : فصلي من وظيفتي ، والبعض قال : طرد والدي لي من المنزل.... ، والبعض قال : تجربتي العلاجية السابقة وفشلي في المحافظة على التعافي (عدت وانتكست) ، والبعض قال : تحطيم الأسرة لي وأنهم يرددون أني فاشل ولن أشفى من المخدرات ، والبعض قال : الفراغ ...

التشكيك : ما هو سبب فصلك من وظيفتك ؟ أفاد البعض بسبب الغياب أو التأخير المتكرر عن العمل ، والبعض قال : عصبيتي أثناء أدائي لعملي ... ماهو سبب طرد والدك لك من المنزل : قال البعض أن سبب الطرد هو خوفا على تقليد إخوتي الأصغر سنا مني بتعاطي المخدر.. والبعض قال : خوفا من اعتدائي على أحد أفراد الأسرة ..، لماذا فشلت تجربتك العلاجية السابقة ؟ ذكر البعض الفراغ .. والبعض ذكر ضعف تقبل المجتمع لي مستقبلاً ، والبعض قال تكرار فكرة الشوق للمخدر في ذاكرتي باستمرار ....

البديل : ماذا ترون من بدائل لتجنب اليأس والاحباط ؟ البعض ذكر عدم تناول المخدر مستقبلاً وحل مشاكلي النفسية والاجتماعية ، والبعض قال : التدريب جيداً على تشتيت فكرة الشوق للمخدر قبل خروجي من المستشفى ، والبعض ذكر البحث عن عمل بأسرع طريقة ممكنه ، والبعض ذكر إثبات صدقي في التعافي حتى تثق أسرتي بي وأعيش معهم بسلام مثل باقي أخوتي ..

الجلسة رقم (10) استكمال موضوع الخوف من الانتكاسة مستقبلاً ....

لا يحلو الجنس إلا بتعاطي المخدر .

ما هو دليلك على أن الجنس لايحلو إلا بالمخدر ؟ البعض ذكر جربت ذلك عدة مرات ووجدته صحيحاً ، والبعض قال : أنسى أن الجنس حرام وآخذ راحتي بممارسة الجنس ، والبعض قال : إن المخدر يقوي الجنس خاصة حبوب الكبتاجون ...

التشكيك : إذا كان المخدر يعطي سعادة جنسية هناك الكثير والكثير لا يتعاطون المخدر ويمارسون الجنس بغاية اللذة ؟ فسكت الجميع ؟ أنت تتعاطى المخدر لتنسى أن الجنس حرام فتأخذ راحتك في ممارسة الجنس أليس كذلك ؟ هل المخدر حرام أم حلال ؟ أفاد الجميع طبعاً حرام . إذا أنت ارتكبت حرام مرتين (وذكر المعالج حادثة أن هناك شخصاً أجبر من مجموعة على تنفيذ واحدة من ثلاث : يا أنه يزني في امرأة أمامهم أو يشرب الخمر أو يقتل الغلام وإن لم يفعل سوف يقتلونه ، فاحتار الرجل الصالح وقرر أن يختار الأسهل في نظره وهو شرب الخمر فشرب الخمر ثم زنى بالمرأة ثم قتل الغلام) أليس هذا دليل على أن الخمر يفقد العقل ويؤدي إلى تصرفات خطيرة ؟ فقال الجميع هذا صحيح . أليس هناك بدائل لتقوية الجنس تحت إشراف الطبيب – مثل فياجرا – فأجاب الجميع نعم .... ثم تم الانتقال إلى :

البديل : ما هي البدائل من وجهة نظركم ؟ أفاد البعض الصبر حتى نتزوج ؟ والبعض تردد ، والبعض قال كلامك صحيح ولكن العزوبية صعبة ... ، وتم ذكر الابتعاد عن المثيرات الجنسية لتخفيف الشوق للمخدر ، والبعض تم مناقشته لإعادة زوجته إلى البيت وممارسة الجنس معها ليجرب بدون مخدر وفعلا حصل هذا من أحد أعضاء المجموعة وقال لقد وجدت له لذه عجيبة وبدون مخدر وكذلك زوجتي وسوف أكرره حتى أنسى اقتران قوة الجنس بالمخدر ...

توفر المال يؤدي للعودة للتعاطي مستقبلاً :

ماهو دليلك ؟ أفاد البعض أنه عند توفر المال لدي أتجه مباشرة لشراء المخدر (تجارب سابقة) ، والبعض قال إن توفر المال لدي وكثرة التفكير والقلق من ضغوط الحياة نخشى أن يؤدي بنا إلى التعاطي مستقبلاً ....

التشكيك : هل يمكن أنت تأكل وتشرب وتسكن وتلبس وتملك سيارة وتتزوج وتتنزه و..... بدون مال ؟ أفاد الجميع لا طبعاً. هل المال نعمة أم نقمة ؟ أفاد الجميع أنه نعمة . قال تعالى **(المال والبنون زينة الحياة الدنيا ..) سورة الكهف آية 46** ، إذا ضيعت المال فسوف تكون محروم من زينة الحياة ،إذا ضيعت المال سوف تكون محروم من الزواج والأبناء ، .... إذا ضيعت المال سوف تكون محروم من أهم مقومات السعادة ..... أليس كذلك ؟ أفاد الجميع نعم بس المخدر له نشوة وسعادة ويخلصنا من القلق ؟ هل هذه النشوة والتخليص من القلق دائماً ؟ أفاد الجميع لا بل مؤقت . هل خلصك المخدر من مشاكلك النفسية والاجتماعية من تجاربك السابقة ؟ أفاد الجميع لا وأفاد البعض بل إنه زاد مشاكلنا ...

البديل : كيف تحصل على المال ؟ كيف تحافظ على المال الذي تكتسبه ؟ كيف تنفق المال في شيء تستفيد منه في الحياة ؟ المال نعمة فلا تضيع هذه النعمة . اتفق الجميع على المحاولات للحفاظ على المال ....

الفراغ وصعوبة إيجاد وظيفة :

ماهو دليلك ؟ البعض ذكر أن شهادته الثانوية والبعض المتوسطة وهي غير مطلوبة في سوق العمل ، ثم إذا علم صاحب العمل أنني كنت معتمد فلن يوظفني ..... ، والبعض ذكر الوظيفة الحكومية صعبه هذه الأيام ... ، وكم يكون راتبي في القطاع الخاص إن الراتب بسيط لا يكفي لمستقبلي .....

التشكيك : هل لدينا عمالة ليس لديها شهادة إلا الابتدائية أو المتوسطة ؟ أجاب الجميع نعم .. ماذا يعملون ؟ في الأعمال المهنية والقطاع الخاص ؟ هل هناك إمكانية زيادة الراتب حسب الإنتاجية في القطاع الخاص ؟ قال البعض نعم . إذا يمكنك أن تعمل في القطاع الخاص براتب بسيط مؤقتاً حتى تجد راتب وعمل أفضل ، هل هذا صحيح ؟ قال البعض مندوب تسويق بنسبة من الربح ...

البديل : ما هي البدائل من وجهة نظركم ؟ كانت الإجابات مختلفة : منهم من قال أعمل مندوب تسويق في إحدى المؤسسات أو الشركات ، والبعض قال آخذ دورة في صيانة الحاسب الآلي ثم أبحث عن عمل صيانة الحاسب الآلي والإلكترونيات ،

والبعض قال أبحث عن واسطة لأعمل في الحكومة ، والبعض قال أواصل دراستي حتى أحسن تخصصي والبعض قال أعمل سائق سيارة أجرة و.....

عدم اقتناعي بترك المخدر :

الدليل : هل أنت مقتنع بترك المخدر ؟ ما هو رأيك في هذه العبارة ؟ البعض قال متردد والبعض قال يصعب علي ترك المخدر لأنه ينسيني همومي أو يزيل الاكتئاب خاصة حبوب الأمفيتامينات ..

التشكيك : هل أنت تريد العلاج الآن ؟ هل سبب لك المخدر القلق والتوتر والبطالة وكره المجتمع لك والجرائم ... ؟ أجاب الجميع نعم ....

البديل : إذا ما هو البديل من وجهة نظرك ؟ سكت البعض وأجاب البعض : نصبر ، نبتعد عن أصدقاء التعاطي ، نبحث عن وظيفة لسد الفراغ ، نشتت الفكرة التي تدعونا للعودة للتعاطي ....

ضعف ثقتي بنفسي :

الدليل : ما معنى ثقتك بنفسك ؟ أجاب الغالبية أي لا أحتاج لغيري .. هل تعتمد على غيرك في سد احتياجاتك ؟ أجاب البعض نعم والبعض لا

التشكيك : هل أنت الذي تقوي الثقة في نفسك أو تضعفها ؟ سكت الغالبية . متى تتخذ قرار ترك المخدر ؟ متى تترك التشاؤم من المستقبل ؟ متى تتزوج ؟ متى تحصل على وظيفة ؟ متى تكون شخص سوي ؟ هل تنتظر مفاجئة الموت أو الاستمرار في التعاطي ولا قيمة لك في المجتمع ؟ ولماذا خلقك الله سبحانه وتعالى ؟ تكررت هذه الأسئلة لأهمية هذا المعتقد وأهمية اتخاذ القرار الآن وليس غداً ...

البديل : كيف تقوي ثقتك بنفسك ؟ أجاب البعض بالبحث عن وظيفة ؟ ممتاز وماذا بعد ؟ أجاب البعض بالابتعاد عن كل ما يذكرني بالقلق والمنشطات ممتاز .....

(انظر الجدول العلاجي لمعتقد الخوف من الانتكاسة مستقبلا التلي رقم (31)

-جلسة العلاج الرابعة والخامسة : المعتقدات المرتبطة بالخوف من الإنتكاسة مستقبلا والتشاؤم من الحياة ، جدول رقم (31)

إسم الفرد	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100 %	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100 %	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية للفكرة السلبية 100-0	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي 0- 100
1	*الإحساس بالفراغ أو عدم العمل *التشاؤم من الحياة *وفقدان الأمل من المستقبل . * خشية الفشل من المستقبل . * الخوف من مروجي المخدرات	* فكرة العودة للتعاطي والانتكاسة دون الشعور بخطورة الانتكاسة * الخمر أو المخدر تجعل الإنسان ينسى مشكلاته	%90	*العودة للتعاطي والخوف من تكرارها مستقبلا ..	%80	* الصبر على ضغوط الحياة *المخدرات تزيد مشكلات الإنسان .. *التفاؤل من المستقبل ..	%50	*البحث عن عمل وشغال الوقت بالدراسة *لابتعاد عن مثيرات الإنتكاسة مثل أصدقاء الإدمان وأماكن الترويج وقطع الاتصال بهم مستقبلا . * البحث عن أصدقاء أسوياء	%50
2	*العادة السرية	*تعاطي الكبتاجون تزيد من القدرة الجنسية *تعاطي الكبتاجون تحول الفشل إلى نجاح وشجاعة	%100	تعاطي الكبتاجون..	%95	*لا سعادة مع المخدر *يمكن ممارسة الجنس بدون مخدر *المخدر يضعف القدرة على الجنس ...	%50	*لإبتعاد عن مثيرات الانتكاسة مثل أصدقاء الإدمان وأماكن الترويج وقطع الاتصال بهم مستقبلا . * الابتعاد عن مشاهدة الأفلام * ممارسة الجنس مع الزوجة بدون مخدر	%35
3	* مشاهدة المثيرات الجنسية	*توفر المال يثير جو من المرح والرومانسية فتحدث الانتكاسة سريعا دون التفكير في العواقب	%80	والخوف من تكرارها مستقبلا ..	%80	*توفر المال نعمة وينبغي استغلاله لما يحسن مستقبلي ..... *الرومانسية والسعادة تحدث بدون مخدر	%30	*الابتعاد عن مثيرات الانتكاسة مثل أصدقاء الإدمان وأماكن الترويج وقطع الاتصال بهم مستقبلا . * الابتعاد عن مشاهدة الأفلام	%30
4	*الخوف من عدم الإستمرارية في التعافي *نظرة الاحتقار من الآخرين لي *استمرار معاناتي من القلق والتوتر *اليأس من كل شيء *عدم سيطرتي على	*المخدرات تزيل القلق والتوتر وتجعل الإنسان ينسى ضغوط الحياة .. *المخدرات تنسي الإنسان الإحباط والفشل *الشعور بأن المخدر ينهي مشكلاتي التي أعاني منها	%50	* توقع الانتكاسة مستقبلا ...	%50	*الإبتعاد عن المخدرات تجعل الإنسان يواجه ضغوط الحياة حتى يتجاوزها بسلام *المخدرات تولد تكرار الفشل والإحباط ..	%30	*البحث عن عمل وإشغال الوقت بالدراسة ، والصبر على ضغوط الحياة *لابتعاد عن مثيرات الإنتكاسة مثل أصدقاء الإدمان وأماكن الترويج وقطع الاتصال بهم مستقبلا . * البحث عن أصدقاء أسوياء	%30

	السوق السحدر								
5	*أماكن أتردد عليها تذكرني بالماضي أو كنت أتردد عليها مع أصدقاء التعاطي الذين مات بعضهم والبعض دخل السجن	أتعاطى فقط اللحظة التي أتذكر فيها أيام التعاطي لمدة يوم أو يومين	%40	* توقع الانتكاسة مستقبلا ... كما حدث في الماضي ...	%40	*تشتيت فكرة التعاطي من ذهني عندما تأتي وإهمالها حتى تضعف وتزول	%20	*البحث عن عمل وإشغال الوقت بالدراسة ، والصبر على ضغوط الحياة *إبتعاد عن مثيرات الانتكاسة مثل أصدقاء الإدمان وأماكن الترويج وقطع الإتصال بهم مستقبلا . * البحث عن أصدقاء أسوياء	%20
6	* البعد عن الله وترك الصلاة *نظرت الاحتقار لي من الآخرين *الانطواء عن الناس	*المخدرات تجعل الإنسان يتخلص من الانطواء والخجل .. *المخدرات تجعل الإنسان ينسى فشله	% 50	الإنتكاسة والعود لتعاطي المخدرات		*النشاطات الرياضية تزيد من علاقاتي الجيدة بالناس *لابد من الانتصار على الفشل مهما طال الوقت حتى يأتي النجاح	%40	*التقرب إلى الله سبحانه وتعالى والمحافظة على الصلاة في أوقاتها بالمسجد *الإلتزام ببرامج التعافي خاصة الدعم الذاتي .	%30
7	*العودة إلى شلة الإدمان	*شلة الأصدقاء تزيد من الحرية	%50	الانتكاسة	%50	*الصاحب ساحب وبدل الشلة السينة شلة حسنة *الدنيا بها كثير من الشباب الأسوياء الذي ينبغي على صداقتهم ...	%35	*الابتعاد عن مثيرات الانتكاسة مثل أصدقاء الإدمان وأماكن الترويج وقطع الإتصال بهم مستقبلا . * البحث عن أصدقاء أسوياء	%30
8	*معصية الله تعالى بجميع أنواعها	*المخدر تجعلني أنسى الحرام وتستمع به	60 %	الانتكاسة	%60	*التفكير في عواقب التعاطي قبل التعاطي	%40	*الاسترخاء *البحث عن أصدقاء لا يتعاطون المخدرات * أثبت نفسك بالتعافي والوظيفة وسوف يحترمني الناس وأولهم أسرتي	%30
9	*المشكلات القانونية	*المخدرات تجعلك تسرق بكل شجاعة *ترويج المخدرات يجلب لك المال ..	90%	الانتكاسة إذا رجعت إلى السجن	%90	*التفكير في عواقب التعاطي * أثبت نفسي بالتعافي والوظيفة وسوف يحترمني الناس وأولهم أسرتي	%70	*ممارسة الاسترخاء الذي تدربت عليه *البحث عن أصدقاء لا يتعاطون المخدرات * التخلص من مشاكلي القانونية ، بالصبر حتى تنتهي	%75
10	*المشكلات الأسرية	*المخدرات تنسيني مشاكلي *المخدرات تجعلني شجاعا ...	90%	الانتكاسة عند شجار والدي مع والدتي المستمر والتحطيم لي	%88	*التفكير في عواقب التعاطي * أثبت نفسي بالتعافي والوظيفة وسوف يحترمني الناس وأولهم أسرتي	%60	*ممارسة الاسترخاء الذي تدربت عليه *البحث عن أصدقاء لا يتعاطون المخدرات *	%60

الجلسة رقم (11) بعنوان : التدريب على الاسترخاء

تمت الجلسة يوم السبت 2010/7/17 الساعة 4 مساءً (لخروج أعضاء الجماعة التجريبية في رحلة ترفيهية صباحاً مع باقي زملائهم بمركز الرعاية المستمرة)

أهم أهدافها ما يلي :

1) التدريب على ممارسة الاسترخاء عند التوتر أو القلق أو الأرق أو الضغوط النفسية أو .... 2) التدريب على تشتيت الاشتياق لتعاطي المخدرات بالاسترخاء ..

3) توزيع شريط الاسترخاء (CD) على جميع أفراد المجموعة ليستمر تطبيقه مستقبلاً .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	التدريب على فنية تشتيت المظاهر النفسية والجسمية للقلق من المستقبل باستخدام الاسترخاء	40
4	تغذية راجعة	15
5	واجب منزلي بتطبيق فنية الاسترخاء مرتين يوميا من خلال السماع للشريط ...	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم اجتماع جميع أعضاء المجموعة على كراسي استرخاء (بهدف معالجة بعض بنود المظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل) ، وطلبت من الجميع الاستعداد للدخول في الاسترخاء من خلال عدد من الخطوات : مثل فك الساعة وأزرار العنق واليد والجلوس في جلسة استرخاء وتم أخذ استفسارات أعضاء المجموعة ثم تم إغلاق الإضاءة وطلب الاستماع إلى الشريط وتطبيق خطواته خطوة خطوة ودخول الهواء من الأنف مع الراحة وكتمه في الصدر ثواني ثم خروجه من الفم ببطء مع قول آآه لخروج التوتر والقلق من المستقبل حيث استجاب الجميع وبدأ تشغيل الشريط (باستخدام جهاز حاسب آلي مع سماعات لتكبير الصوت) حيث استمر الشريط ما يقارب 30 دقيقة

جلسة استرخاء (محتوى شريط CD) :

1-استلقي على ظهرك أو اجلس على كرسي مريح وفي مكان بعيد عن الإزعاج وهادىء وقليل الإضاءة ..

2- أغمض عيناك الآن وخذ نفساً عميقاً وهادياً أمسك نفسك قليلا ثم أطلقه بالتدريج ثم مرة أخرى ... مع خفض صوت المعالج وذكر هاديا وإطلاق النفس بالتدرج ودع التوتر يخرج من فمك كرر هذه العملية 10 مرات وعندما تخرج النفس قل آآه لخروج التوتر من جسمك ....

3- واصل تنفسك الطبيعي الآن تشعر بشيء من الاسترخاء يسري في جسدك ممتاز الآن ركز معي على قدمك اليمنى تلاحظ أن قدمك اليمنى تسترخي ثم ينتقل الاسترخاء إلى الركبة ثم ينتقل الاسترخاء إلى الفخذ الأيمن ، الآن رجلك اليمنى قد استرخت تماماً وأكثر ثقلاً على الأرض وهناك شعوراً جميلاً في الرجل اليمنى ممتاز .....

الآن ركز معي على رجلك اليسرى على قدمك اليسرى ودعها تسترخي ممتاز ثم ينتقل الاسترخاء إلى ركبتك اليسرى ثم ينتقل الاسترخاء إلى فخذك الأيسر ثم تسترخي رجلك اليسرى مثل رجلك اليمنى .... وهناك شعوراً جميلاً في الرجل اليسرى ممتاز ..... الآن انتقل إلى كفك الأيمن دعه يرتخي ثم ينتقل الاسترخاء إلى كوعك الأيمن ثم إلى كتفك الأيمن وكذلك تصبح يدك اليمنى مرتخية تماماً مثل رجليك ....ممتاز والآن ركز معي على كفك الأيسر ودعه يرتخي وينتقل الارتخاء إلى كوعك الأيسر ثم ينتقل الارتخاء إلى كتفك الأيسر والآن تكون يدك اليسرى مسترخية تماماً مثل يدك اليمنى ورجليك ... ممتاز .....ثم ركز معي إلى منطقة أسفل الحوض وإن أردت منطقة أسفل الحوض دعها ترتخي ثم ينتقل الارتخاء إلى أسفل الظهر ، والآن ينتقل الارتخاء إلى أعلى الظهر حتى الكتفين والآن تشعر بالارتخاء من أسفل قدميك إلى أعلى الكتفين ثم ينتقل الارتخاء إلى الرقبة ثم ينتشر الارتخاء إلى فروة الرأس ويستمر الارتخاء إلى جبينك ثم إلى رمشك الأيمن ورمشك الأيسر وعينك اليمنى وعينك اليسرى ..... ثم تلاحظ أن الارتخاء قد وصل إلى خدك الأيمن وخدك الأيسر ثم إلى فكك العلوي ثم فكك السفلي والآن وجهك في كامل الاسترخاء ... والآن سينتقل هذا الاسترخاء إلى مقدمة الرقبة ثم إلى الصدر ثم ينتقل الاسترخاء إلى البطن ثم إلى الحوض ..... الآن سيصبح جسمك في ارتخاء كامل واستمتع بهذا الاسترخاء الجميل واستمتع بإحساسك الداخلي وشعورك الداخلي .... ممتاز ... بعد قليل سأعد عدا تنازليا من (300) إلى (280) ومع كل رقم اسمح لنفسك أن تنزل في الارتخاء أعمق وأعمق ومع كل رقم اسمح لنفسك أن تنزل أعمق وأعمق في الارتخاء ..... ممتاز نبدأ الآن (300) ثم (299) .... بصوت خافض ومساعد على الاسترخاء حتى (280) مع تكرار ارتخاء أعمق وأعمق جميل ممتاز ... ارتخاء عميق ارتخاء جميل ممتاز مع كل 3 عدات ..... ثم تكرار ارتخاء عميق ، ارتخاء جميل ، استمتع بهذا الارتخاء الجميل ، استمتع بهذا الاسترخاء وشعورك الداخلي ... بعد قليل أريد منك أن تستخدم قدرتك على التخيل ، وتخيل نفسك في مكان جميل في الطبيعة في مكان جميل قد عشت فيه تخيل نفسك أنك في هذا المكان الجميل (بعيداً عن المخدر) انظر إلى الأعلى انظر إلى السماء قد تكون السماء صافية أو بها بعض الغيوم وقد يكون

الوقت نهاراً أو ليلاً وفي السماء قمراً ونجوماً ... وقد يكون هناك طيوراً في السماء تطير من بعيد وقد يكون هناك صوت جميل ورائحة جميلة ... انظر إلى السعادة من حولك واستمتع بهذه الحديقة الجميلة استمتع بنظرك واستمتع بسمعك واستمتع بأحاسيسك وقدرتك على الذوق اشعر بعذوبة الأصوات التي حولك واستمتع بالروائح التي حولك استمتع بهذا المكان الجميل ..... خذ وقتك واستمتع بهذا المكان الجميل ممتاز .... ممتاز *بعد قليل سأعد من العشرة إلى الرقم 1 عندما أصل إلى الرقم 1 ستفتح عينيك وبعد الوصول الى الرقم واحد ستفتح عينيك وترجع إلى وضعك الطبيعي ... مسترخياً ومستمتعاً الآن 10 ،9 ، 8 ..... 1 افتح عينيك أنت الآن مرتاح ومسترخي دون قيود .... (الزراد ، 2008 ، 135-143) + (الفليج ، 2010 ، CD)

وبعد الانتهاء من جلسة الاسترخاء طلب من الجميع التعليق على شعورهم وأحاسيسهم أثناء الاسترخاء فمنهم من قال : دخلت في النوم ومنهم من قال : ارتاحت أعصابي ومنهم من قال : نريد تكراره مرة أخرى ومنهم من قال نريد نسخ منه ... ومنهم من قال : نحن نحتاجه بشدة .... حيث تم الاتفاق مع أعضاء المجموعة تطبيقه في السكن مرتين يوميا لحين التعود على الاسترخاء ومع كل مرة يزيد خروج التوتر والقلق الحالي والقلق من المستقبل ... وهذا عبارة عن واجب منزلي لكل عضو من أعضاء المجموعة العلاجية ليتم تشغيله في السكن حيث تم توزيع cd على كل عضو ليطبقه مرتين يوميا ...

ملاحظة : تم مشاركة الباحث في يوم مفتوح وهو يوم السبت 2010/7/17 ، حيث تم الخروج مع جميع مرضى الاعتماد على المخدرات في سكن المستشفى ما يزيد عن 60 شخص وكان بهذه المدينة الساحلية (على شاطىء الخليج العربي) جميع أنواع الرياضة من كرة قدم وسباحة وطائرة وسلة وتنس طاولة وأرضي وبولنج ومطعم وبوفية ومسجد وقوارب بحرية ....

هدف الباحث من المشاركة في الرحلة إلى تقوية العلاقة العلاجية مع أعضاء المجموعة ومعرفة مدى اندماجهم مع بعضهم وقد شاركهم الباحث في ممارسة الرياضة وتناول وجبة الغداء معهم ...

ولاحظ الباحث زيادة الود مع أعضاء المجموعة واندماجهم مع زملائهم في ممارسة الرياضة وكانوا جميعاً اجتماعيين ما عدا (ج) به نوع من الانعزالية والانطواء ....)

الجلسة رقم (12) بعنوان : تدريبات ضبط القلق واستراتيجياتها .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 19 / 7 / 2010 ، الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة : 1) وضع مدرج للقلق من المستقبل .

2) ربط الاسترخاء بمدرج القلق من المستقبل .

3) تطبيق تمرين مدرج القلق والاسترخاء ونبذ تناول المنشطات .. مستقبلاً .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	التدريب على فنية علاج القلق بالاسترخاء (مدرج القلق)	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :تم في هذه الجلسة وضع مدرج القلق والتدريب على الاسترخاء وربط مدرج القلق بالاسترخاء ونبذ تناول المنشطات المثيرة للقلق ومقاومة التفكير في الانتكاسة مستقبلاً ...*التدريب على مدرج قلق المستقبل مع الاسترخاء ... بعد التدريب على الاسترخاء ومناقشة أعضاء المجموعة فيه ، تم تكليف كل عضو من أعضاء المجموعة بتخيل خروجه من المستشفى نهائياً بعد شهر من الآن وممارسة الاسترخاء بالنفس وإرخاء كافة أعضاء الجسم كما تم في الشريط (حيث تم إعادة تشغيل – CD – باستخدام جهاز الحاسب الآلي وسماعات مكبرة للصوت) وطلب من الجميع تخيل خروجك بعد شهر ، ثم بعد 25 يوم مع استمرار الاسترخاء (عند حدوث توتر يتم التوقف لممارسة الاسترخاء بالتنفس) ثم بعد 20 يوم ثم بعد 15 يوم ثم بعد 10 أيام ثم بعد 8 أيام ثم بعد7 أيام ثم بعد 6 أيام ثم بعد 5 أيام – مع استمرار الاسترخاء ، ثم بعد 4 أيام ثم بعد 3 أيام ، ثم بعد يومان ، ثم بعد يوم واحد ، ثم ليلة الخروج من المستشفى ، ثم يوم الخروج من المستشفى والاندماج مع المجتمع دون توتر أو خوف أو قلق وأن الحياة حلوة وجميلة بدون مخدر وأنك مرتاح ومسترخي وسعيد بتجاوز القلق من المستقبل وبداية حياة جديدة سعيدة ممتعة مشوقة بإذن الله .. ويتكون الواجب المنزلي من تكرار اقتران مدرج القلق مع الاسترخاء .

(انظر الجدول العلاجي لمعتقدات المظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل التالي رقم 32)

-جلسة العلاج السادسة والسابعة : المعتقدات المرتبطة بالمظاهر النفسية والجسمية لقلق المستقبل ، جدول رقم 32)

إسم الفرد	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100 %	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100 %	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية للفكرة السلبية 0-100	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي 0- 100
1	* تذكر شخص في الماضي مرتبط ارتباط سلبي بموقف عدواني مثل أبي ... * تفكيري المستمر في المستقبل	* غضب شديد يبدأ بقوة قد تصل إلى القتل ثم ينزل إلى السلوك العدواني ثم إلى التعاطي *تضخيم الأمور حتى لوكانت بسيطة وزيادة التفكير في المشكلة	99 %	*الشعور بالعصبية وتوتر العضلات وشرود الذهن . *التدخين أحيانا بشراهة *وضيق في النفس وبرودة الأطراف	%90	*التوقف عن التفكير السلبي * تشتيت أفكار الماضي السلبية *التفاؤل من المستقبل	55 %	* الاسترخاء(بسماع شريط الاسترخاء) + تلاوة أيات من القرآن الكريم *التفاهم والحوار مع أبي وتوسيط أناس في ذلك يؤثرون عليه	%50
2	استخدام الحبوب مع الجنس	*الحبوب تجعلني شجاع بعيد عن الفشل . *حبوب الكبتاجون تقوي الجنس	%100	هروب الزوجة مني إلى بيت أهلها .	%80	*تكرار أنني ناجح في الحياة والدليل زواجي وأبنائي ووظيفتي .. *هناك كثيرون يمارسون الجنس بمتعة بدون تعاطي الحبوب	%40	*تكرار ممارسة الجنس بدون حبوب الكبتاجون .. *التوقف عن تعاطي المخدرات نهائيا	%30
3	*عندما يحدث موقف مع زميل يحاول استفزازي أو الإستهانة بي	ينتابني غضب *تضخيم الأمور حتى لوكانت بسيطة وزيادة التفكير في المشكلة	%80	أكون عنيفا وأتوتر أعصابي ، أنعزل عن الناس . وربما أتناول المخدر	%80	*أكررالحوار مع الشخص الأخر والمناقشة بهدوء *أكرر الهدوء يجعلني أسيطر على نفسي	%45	*الابتعاد عن الموقف والشخص المثير للغضب وعدم مجالسته مستقبلا مرة أخرى ومناقشة أي موضوع معه . * ممارسة الاسترخاء *قراءة القرآن الكريم	%40
4	* التفكير في بعض المواقف في الماضي *عندما يثيرني أحد	*التفكير في السابق ودخولي السجن عدة مرات . *الغضب الشديد . *تضخيم الأمور حتى لوكانت بسيطة وزيادة التفكير في المشكلة	80	*توتر الأعصاب *تعرق الجسم خاصة اليدين * وربما الإنتقام ..	%85	*تشتيت الفكرة وتجنب كل مايثير الأعصاب * أكرر الهدوء يجعلني أسيطر على نفسي	%55	*قراءة القرآن الكريم *ممارسة الاسترخاء	%40
5	*أماكن كنت سافرت لها خاصة الأماكن التي فيها مناظر طبيعية لوجود علاقة حب قديمة	*الإحباط واليأس * تكرار تذكر الماضي	%60	الانطواء عن الناس والاحساس بالتوت	%70	* نسيان هذه المثيرات والانشغال عنها بشيء جديد ومفيد	%50	*الاسترخاء *المحافظة على الصلاة	%50
6	* زعل ناتج عن موقف شجار مع أي من كان	*تضخيم الأمور حتى لوكانت بسيطة وزيادة		*ارتفاع في ضغط الدم وعصبية حادة	%75	*تشتيت الزعل + ذكر الله * البحث عن الصلح قدر الإمكان	%40	*الاسترخاء	%40

		التفكير في المشكلة	%75						
7	*سماع الأغاني والتجول في الأسواق	*الزعل على طول	%70	* التوتر والبحث عن مخدر	%60	*تشتيت الزعل + ذكر الله	%50	*اجتناب الأسواق وعدم سماع الأغاني القديمة *سماع القرآن الكريم وبشكل مستمر * ممارسة الاسترخاء	%45
8	*الذكريات القديمة *استفزازي من الاخرين تذكر الزواج	والقلق من المستقبل *التشاؤم من المستقبل	%100	* توتر الأعصاب	%100	*اجتناب التفكير في الذكريات القديمة	%70	*سماع القرآن الكريم وبشكل مستمر * ممارسة الاسترخاء	%65
9	*المشكلات القانونية وتذكر السجن	*التفكير في تعاطي المخدر حتى ينسيني مشاكل السجن والقلق على المستقبل *التشاؤم من المستقبل	%85	* توتر الأعصاب والبحث عن ...	%80	* أكرر في نفسي أن المخدرات تزيد مشاكلي *البحث عن حل مباشر وقانوني لحل مشاكلي	%70	*سماع القرآن الكريم وبشكل مستمر * ممارسة الاسترخاء	%70
10	المشكلات الأسرية	*الحياة كلها مشاكل والدليل شجار والدي الدائم أمامي منذ صغري	%80	*أتوقع فشلي الدائم على مدى الحياة والخوف من تعاطي المخدر مستقبلا	%80	*الحياة بها السعادة أكثر من المشاكل . *هناك أسر سعيدة كثيرة وليس بها مشاكل	%70	*ممارسة الرياضة . *الاسترخاء *سماع برامج دينية وأسرية في الراديو لحل المشاكل الأسرية	%65

جلسة رقم (13) بعنوان : المظاهر الاجتماعية لقلق لمستقبل والقلق من الأحداث الضاغطة وما يرتبط بهما من معتقدات وأفكار وسلوك سلبي (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت هذه الجلسة يوم السبت 24 /2010/7 ، الساعة 10:30 صباحاً

أهداف الجلسة :

1) التعرف على الأسباب الاجتماعية لقلق المستقبل عند الأعضاء .

2) التعرف على الأحداث الضاغطة عند الأعضاء .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل والقلق من الأحداث الضاغطة	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

وكانت أهم المعتقدات التي تم مناقشتها ومواجهتها ما يلي :

تجنب الحديث عن الزواج أو خطبة فتاة ؟ والخوف من العيش وحيداً باقي حياتي ....

الحدث أو الموقف المثير : الحديث أو حضور مناسبات الزواج ، السلوك السلبي المتوقع ،عدم موافقة الفتاة وأهلها على زواجي ، السلوك والتفكير السلبي هو تجنب الحديث عن الزواج أو خطبة فتاة ...

ما هو دليلك على أنك لن تجد من تقبل بك زوجاً ؟ البعض قال ليس لدي وظيفة ولا مال ، والبعض قال لأني كنت أتعاطى المخدرات ، والبعض قال المرأة تريد رجل يصرف عليها ويحميها ويهتم بعيالها .....

التشكيك : هل يعرف أحداً منكم شخصاً كان يتعاطى المخدر وتركه ثم تزوج وهو الآن سعيد ولديه أبناء ؟ أجاب أحد الأعضاء نعم ، إنهم مرشدي التعافي الذين كانوا في السابق معتمدين على المخدرات والآن أسوياء ولديهم أسر وسعداء ..

وكانت البدائل من وجهة نظر أعضاء المجموعة العلاجية : الإقلاع نهائياً عن المخدر لا تفكير ولا تعاطي ، البحث عن وظيفة مناسبة ، الحفاظ على المال ، ثم البحث عن زوجة من أي بلد أو أي أسرة ..

سبب إدماني هو قسوة الناس من حولي .....

ما هو دليلك على أن سبب اعتمادك على المخدر هو قسوة الناس من حولك ؟ البعض قال طرد والدي لي من المنزل وأنا في سن المراهقة ، والبعض قال شجار أبي وأمي الدائمين أمامي ، والبعض ذكر ..... استهزاء أسرتي بي المستمر ....

التشكيك : لماذا أنت تعاطيت المخدر ولم يتعاطاه أخيك أو أختك ؟ هل أنك لو فكرت في الناس بشكل إيجابي ولم تتأثر بكلامهم أو بعض تصرفاتهم .. سوف يزول تأثيرهم عليك ولا قيمة له .. أليس كذلك ؟ أجاب البعض بنعم والبعض سكت ..

ما هي البدائل الإيجابية من وجهة نظركم ؟ قال البعض إهمال النقد السلبي ، وقال البعض الرد عليه ، .....

أعاني من صعوبة إكمالي لدراستي ....

المساءلة عن الدليل : هل لديك صعوبة في إكمال دراستك ؟ أجاب البعض نعم ؟ ما هي ؟ قال البعض تعاطي المنشطات أشغلتنا عن الدراسة ، والبعض قال القلق الدائم شتت تفكيرنا والدراسة تحتاج إلى تركيز .....

التشكيك : لماذا نجح البعض في إكمال دراسته وقد كان يتعاطى المخدرات ؟ أجاب البعض ربما أنه لم يصل لحد الاعتماد الكلي على المخدرات ، والبعض قال ربما نوع المخدر الذي يتعاطاه قليل التأثير على الجسم مثل الحشيش .....

ما هي البدائل الإيجابية من وجهة نظركم ؟ قال البعض : لابد من التوقف عن التعاطي ، والبعض طلب فتح لهم مدرسة مسائية ثانوية بالمستشفى ....

أعاني من زيادة الرقابة علي بالمستشفى ....:

ما هو دليلك على أن الرقابة في المستشفى زائدة عن الحد المطلوب ؟ أجاب البعض إنهم يأخذون منا تحليلاً كل يوم صباحاً وعلى الأقل ثلاث مرات في الأسبوع ، وقال البعض إنهم أحياناً يمنعوننا من الخروج من المستشفى لزيارة أهلنا البعيدين عن الدمام وخاصة إذا زادت المدة عن أسبوع ..

التشكيك : لماذا تقوم المستشفى بأخذ عينة (بول) يومياً – أكرمكم الله – ؟ أجاب الجميع حتى يكتشفوا من الذي عاد للتعاطي منا ، هل هذه تسمونها رقابة زائدة أم حرصاً على استمرار تعافيكم وسلامتكم من المنشطات .. ؟ أجاب البعض بل حماية والبعض سكت .....

ماهي البدائل الإيجابية من وجهة نظركم ؟ ذكر البعض الصبر واستمرار التعاون مع المستشفى في تسليم التحليل ، والبعض قال لابد أن نقبل عدم السماح لنا بالخروج من المستشفى لأن هذا في مصلحتنا .....

أعاني من الوحدة والعزلة الاجتماعية ... :

-المساءلة عن الدليل : من يذكر لنا مثالاً على أنه لا يختلط بالمجتمع ؟ ذكر أحد الأعضاء أنعزل عن الأسرة لكي آخذ راحتي بتعاطي حبوب الأمفيتامينات خاصة مع الشاي ..... وذكر آخر لكي لا أرى نظرة الاحتقار من الآخرين ....

-التشكيك : لماذا أنت تعاني من الوحدة والعزلة عن المجتمع ؟ ذكر البعض بسبب القلق والتوتر الذي أعاني منه ، والبعض حتى لا يستهزىء بي الناس ، والبعض قال : حتى آخذ راحتي في تعاطي المخدرات خاصة حبوب الأمفيتاينات ....

-إذا ما هو البديل الإيجابي لديك ؟ ذكر البعض الاسترخاء لتشتيت القلق ، والبعض كل مشاكلنا من المخدرات والبعد عن الصلاة وقراءة القرآن .....

(انظر الجدول العلاجي لمعتقدات المظاهر الاجتماعية لقلق المستقبل التالي رقم 33)

-جلسة الثامنة الثامنة : المعتقدات المرتبطة بالمظاهر الإجتماعية لقلق المستقبل ، جدول رقم33)

اسم الفردا	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100 %	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100 %	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية للفكرة السلبية 0-100	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي 0- 100
1	*الرغبة في ممارسة الجنس أو حضور حفلات الزواج * عندما أرى الآخرين لديهم أسر . * أثر المال على الحياة	* لست كفء للزواج لأني مدمن ويعزز هذه الفكرة الأسرة * قد تكون حياتي الزوجية غير سعيدة مستقبلا . *الخوف من العيش وحيدا باقي حياتي	%50	*الخوف من الاستمرار على الادمان وعدم إيجاد وظيفة .	%50	*التفاؤل بالله والاعتماد على نفسي بتكوين مستقبلي وأن المخدر عدو الزواج والمال والوظيفة ، فلا إستقرار مع المخدر * يجب الصبر على الابتلاء والامتحان حتى أنجح في الحياة وتحسين علاقاتي الاجتماعية مع الاخرين .	%40	* البحث عن وظيفة . * البحث عن زوجة مناسبة لي	%35
2	مشاهدة الأفلام العربية والأجنبية	التفكير في المخدرات ، وحدوث مشاكل مع الزوجة بسبب تعاطي الكبتاجون قبل الجماع *تهديد بالفصل من العمل	%80	* الخوف من الفشل وبالتالي تعاطي المخدرات مستقبلا ..	%80	*لايمكن الجمع بين المخدر والزوجة * المخدرات عدو السعادة *المخدرات مضيعة للمال والوظيفة *لايمكن أن أستمر على الوظيفة لوجود تحليل مستمر للعسكريين ...	%50	*عدم مشاهدة مايثير الشهوة مما حرم الله *المحافظة على أسرتي وأبنائي وبقاءهم معي ..	%40
3	*مشاهدة الوالد والوالدة عندما يحلون مشاكلهم أمامي (بالشجار ...)	*تأتيني فكرة أن الزواج مشاكل وهموم وعدم اتفاق ومشاكل . فأكره الزواج ، فأقوم بتأخير الزواج وعدم التفكير فيه	%80	*عدم الإقدام على الزواج مستقبلا والتشاؤم من رفض المجتمع لي	%80	*قد تكون مشاكل والدي خاصة بهم وأنا في المستقبل آمل أن لايكون فيه مشاكل في زواجي	%65	*أعمل لكي أستطيع أن أتزوج *أثبت نفسي حتى تحترمني أسرتي ومجتمعي باعتماد على نفسي بعد الله .	%60
4	*الرغبة في ممارسة الجنس أو حضور حفلات الزواج * عندما أرى الآخرين لديهم أسر . * أثر المال على الحياة	* لست كفؤا للزواج لأني مدمن ويعزز هذه الفكرة الأسرة * قد تكون حياتي الزوجية غير سعيدة مستقبلا . *الخوف من العيش	%50	* التشاؤم من إيجاد وظيفة .	%50	*التفاؤل بالله والاعتماد على نفسي بتكوين مستقبلي وأن المخدر عدو الزواج والمال والوظيفة ، فلا استقرار مع المخدر * يجب الصبر على الابتلاء	%30	* البحث عن وظيفة . * البحث عن زوجة مناسبة لي	%30

		وحيدا باقي حياتي				والامتحان حتى انجح في الحياة وتحسين علاقاتي الاجتماعية مع الآخرين			
5	*مشاهدة برامج تهيج الرغبة أو سماع قصص عن الجنس والزواج	*عدم أخذ الفكرة بشكل جدي...	%60	عدم اتخاذ خطوة نحو الزواج مستقبلا	%60	*الزواج سنة الحياة .. *لايمكن أن يستغني الإنسان عن المال .	%40	*تعديل الأوضاع المادية والاجتماعية والإقدام على خطوة إيجابية وهو الزواج *عدم مشاهدة أو الاستماع للمثيرات الجنسية	%40
6	طلاقي لزوجتي	كره الزواج	%85	*اتخاذ قرار بعدم الزواج مستقبلا	%85	*الزواج سنة الحياة .. *لايمكن أن يستغني الإنسان عن المال .	%70	ترك المخدرات والبحث عن عمل والزواج من زوجة أخرى	%65
7	أنا الآن متملك ولم أدخل على زوجتي لرفض أهلها ذلك	*التعاطي ينسيني هموم العزوبية	%70	الخوف من الانتكاسة مستقبلا وتأثير أصدقاء الشلة	%70	أريد أن أتزوج وأعيش سعيدا باقي حياتي ..	%50	* محاولة رجوعي للوظيفة السابقة وامتناعي عن المخدرات نهائيا لكي أدخل على زوجتي	%40
8	* عند الحديث عن الزواج أو ...	*التعاطي ينسيني هموم العزوبية	%85	التعاطي للمخدرات لنسيان الزواج	%85	*التعاطي يبعدني عن الزواج . *لايجتمع المخدر والزواج أبدا	%55	* محاولة البحث عن وظيفة لكي أستطيع الزواج مستقبلا	%50
9	* عند الحديث عن الزواج أو ...	* قد تكون حياتي الزوجية غير سعيدة مستقبلا . *الخوف من العيش وحيدا باقي حياتي	%80	التعاطي للمخدرات لنسيان الزواج *الانطواء عن الناس	%75	*التفاؤل من المستقبل * سوف أكون سعيدا في زواجي مستقبلا بمشيئة الله	%55	* محاولة البحث عن وظيفة لكي أستطيع الزواج مستقبلا *التخلص من مشاكل التعاطي	%55
10	* عند الحديث عن الزواج أوحضور حفلات الزواج	*أكره الزواج وأن زواجي سوف يكون فاشل مثل زواج والدي	%90	التعاطي للمخدرات لنسيان الزواج والإنطواء عن الناس ونسيان الفشل والإحتقار من أبي	%90	*الجنس غريزة في الإنسان ولا يمكن إشباعه إلا بالزواج	%70	* محاولة البحث عن وظيفة لكي أستطيع الزواج مستقبلا	%65

جلسة رقم (14) بعنوان : خفض اضطرابات النوم والأرق (المساءلة عن البرهان ثم التشكيك في المعتقد ثم تبني معتقد إيجابي بديل) .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 26 /2010/7 ، الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)معرفة مدى الأرق وصعوبة النوم عند الأعضاء .

2) التعرف على أسباب الأرق وصعوبة النوم عند الأعضاء .

3)توزيع نشرة إرشادية لتجنب الأرق وصعوبات النوم (إعداد أبوزيد ، 2008)

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	5
3	صعوبة النوم والأرق	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم في هذه الجلسة : المساءلة عن البرهان بطرح عدد من الأسئلة ، هل لديكم مشاكل في النوم ؟ أجاب الجميع نعم . هل هي يومياً أم أحياناً ؟ أجاب البعض شبه يومي والبعض أحياناً ، كم من الوقت تستلقي على فراشك حتى تنام ؟ البعض 30 دقيقة والبعض ساعة وأكثر ... ماهي الأسباب من وجهة نظركم ؟ البعض قال التفكير ، والبعض قال لا أعلم ، والبعض قال الشوق للمخدر ، والبعض قال القلق من المستقبل و.....

التشكيك : ثم طرح المعالج عدة أسئلة وهي : س هل أنت تنام في وقت محدد يومياً ؟ س : هل تنام في النهار ؟ س : هل تتناول المنبهات في المساء بكثرة ؟ س :هل هناك إزعاج وقت نومك من الآخرين ؟ س : هل تبريد مكيف الغرفة مناسب لك ؟ ... وكانت الإجابات مختلفة فمنهم من قال أنام الظهر ومنهم من قال أشرب 4 أكواب كافي يومياً في المساء ومنهم من قال كثرة تفكيري في مستقبلي ومستقبل أسرتي ...

ثم قام الباحث بتوزيع نموذج تجنب الأرق وصعوبة النوم (إعداد مدحت أبو زيد ،2008 ، 77، ج 5) على كل عضو في المجموعة حيث تم مناقشته بنداً بنداً وطلب من كل عضو أن يختار أحد النشاطات البديلة عند صعوبة النوم أو الاستيقاظ أثناء النوم .....

نموذج مقترح لتجنب الأرق وصعوبة النوم

م	النشاطات البديلة الإيجابية	ملاحظات
1	أمتنع عن تناول المنبهات (الكافي ، القهوة ، الشاي ...) ليلا أو الأدوية المهدئة	
2	أقرأ شيء من كتاب الله (مثل آية الكرسي والمعوذتين ..)	
3	أمارس الرياضة المحببة لنفسي	
4	أستمع إلى آيات من القرآن الكريم (مثل إذاعة القرآن الكريم)	
5	آخذ حمام ساخن	
6	أمارس الاسترخاء الذي تدربت عليه	
7	أصرف ذهني عن أية أفكار مقلقة (التشتيت)	
8	أبتعد عن أي أصوات مزعجة وأطفيء الإضاءة	
9	أضبط مكيف غرفة النوم بدرجة برودة مناسبة	
10	أراعي عدم ملء معدتي بالطعام أو الجوع ..	
11	أتجنب النوم أثناء النهار	
12	أراعي راحة الفراش والوسادة	
13	أكرر لنفسي إذا لم أتمكن من النوم الآن سوف أنام بعد قليل بإذن الله	
14	أتناول كوباً من اللبن قبل النوم	
15	أقرأ بعض الأدعية النبوية للنوم وأتوكل على الله	

(انظر الجدول العلاجي لعلاج الأرق وصعوبة النوم التالي رقم 34)

- جلسة العلاج التاسعة : المعتقدات المرتبطة بالأرق وصعوبة النوم ، جدول رقم (34)

إسم الفرد	الحدث أو الموقف المثير	الفكرة السلبية الآلية (المعتقد اللاعقلاني)	نسبة القلق لديك من الفكرة السلبية من 0- 100 %	السلوك السلبي الناتج عن الفكرة أو المعتقد اللاعقلاني	نسبة السلوك السلبي ... من0 - 100 %	البدائل الإيجابية للفكرة السلبية (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد تكرار البدائل الإيجابية للفكرة السلبية 0-100	البدائل الإيجابية للسلوك السلبي (التي ينبغي تكرارها حتى تحل محل السلبية)	نسبة القلق بعد ممارسة السلوك الإيجابي من 0- 100
1	*التفكير في الماضي *التفكير في الجنس *انشغال فكري حول مستقبلي	* لايمكن أن يأتيني النوم بسهولة لأني مدمن مخدرات	%60	صعوبة النوم والأرق	60 %	* إذا لم يأتي النوم الآن فإنه سوف يأتي بعد قليل .. *لابد أن أوقف تفكيري السلبي وأنام فور جلوسي على السرير	30 %	* الامتناع عن تناول المنبهات ليلا *قراءة آية الكرسي والمعوذتين * ممارسة الاسترخاء	30%
2	*التفكير في الماضي *التفكير في الجنس *انشغال فكري حول مستقبلي	*لابد أن أفكر في مشاكلي المستقبلية	%60	صعوبة النوم والأرق	%50	*هذا وقت النوم والاسترخاء وليس وقت التفكير والتخيلات ..	35 %	* الامتناع عن تناول المنبهات ليلا *قراءة آية الكرسي والمعوذتين * ممارسة الاسترخاء * الحفاظ على بقاء الأسرة بجانبي دون تعاطي مخدر	%35
3	التفكير في المستقبل ، والتفكير في الجنس	*الاشتياق للمخدر	%65	صعوبة النوم والأرق	%65	*التفكير في المخدر لن يحل مشاكلي وسوف يصيبني بالإجهاد وقلة النوم	%45	*تشتيت التفكير *ممارسة الاسترخاء * أتناول كوبا من اللبن	%45
4	*التفكير في الماضي *التفكير في الجنس *انشغال فكري حول مستقبلي *أشعر بعدم إتزان جسمي	* الشعور بأن اضطرابات المعدة عندي سوف تستمر *الخشية من استخدام مخدر ينهي حياتي	%70	صعوبة النوم والأرق	%70	*يجب علي أن أنام وأنسى التفكير لأن هذا وقت راحتي .. *التوكل على الله ..	%55	* الامتناع عن تناول المنبهات ليلا *قراءة آية الكرسي والمعوذتين * ممارسة الاسترخاء أصرف ذهني عن أية أفكار مقلقة (التشتيت)	%50
5	*التفكير في الماضي *التفكير في الجنس *انشغال فكري حول مستقبلي	*الشوق للمخدر وتذكر مواقف التعاطي السابقة . *التشاؤم من المستقبل	%100	صعوبة النوم والأرق	%90	*التوقف عن التفكير السلبي . *أكرر لنفسي إذا لم أنم الآن فسوف أنام بعد قليل بإذن الله	%60	*تشتيت التفكيرفي المخدر *قراءة آية الكرسي والمعذتين * ممارسة الاسترخاء أتجنب النوم اثناء النهار	%60
6	*التفكير في الماضي * *انشغال فكري حول مستقبلي	*تكرار الأفكار السينة شبه اليومية	%70	صعوبة النوم والأرق وعدم انتظام نومي	%65	أكرر لنفسي إذا لم أتمكن من النوم الآن سوف أنام بعد قليل بإذن الله	%40	*قراءة آية الكرسي والمعوذتين * ممارسة الإسترخاء *توقف التفكير السلبي قبل النوم وتشتيته	%30
7	*التفكير في الماضي *انشغال فكري حول مستقبلي	*التشاؤم من المستقبل	%70	صعوبة النوم والأرق وعدم إنتظام نومي	%70	*التفاؤل من المستقبل	%50	*قراءة آية الكرسي والمعوذتين *توقف التفكير السلبي وتشتيته * ممارسة الاسترخاء *أمتنع عن تناول المنبهات خاصة	%40

								الكافي ليلا .. *آخذ حمام ساخن	
8	*التفكير في الماضي * *انشغال فكري حول مستقبلي	*التشاؤم من المستقبل	%100	صعوبة النوم والأرق وعدم إنتظام نومي	%100	*التفاؤل من المستقبل		* الامتناع عن تناول المنبهات ليلا *قراءة آية الكرسي والمعوذتين *توقف التفكير السلبي وتشتيته *أمارس الرياضة المحببة لنفسي	%60
9	*عندما أعلم بقرب استجوابي قانونيا عن أحداث الماضي	*التفكير السلبي حول مستقبلي . *التشاؤم من السجن	%80	صعوبة النوم والأرق وعدم انتظام نومي	%80	*التفاؤل من المتسقبل *التحقيق معي من قبل شرطة مكافحة المخدرات أمر طبيعي ومؤقت وسوف ينتهي قريبا *هذا وقت النوم والراحة ويجب علي أن أنام الآن ..	%70	* الإمتناع عن التدخين ليلا .. *قراءة آية الكرسي والمعوذتين * ممارسة الاسترخاء *توقف التفكير السلبي وتشتيته * ممارسة الرياضة	%70
10	*عندما أتخيل شجار أبي مع أمي المستمر	* أتشاءم من الحياة	%70	صعوبة النوم والأرق وعدم إنتظام نومي	%65	*التفاؤل من المستقبل *أكرر لنفسي إذا لم أتمكن من النوم الآن فسوف أنام بعد قليل بإذن الله	%50	*توقف التفكير السلبي وتشتيته * ممارسة الاسترخاء	%45

المرحلة الرابعة : التلخيص والاستبصار بالمشكلة (جلسة واحدة) :

جلسة رقم (15) بعنوان : التلخيص والاستبصار بالمشكلة .

تمت هذه الجلسة يوم السبت 2010/7/31 ، الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة :

1)التعرف على مدى استيعاب الأعضاء لمحتوى الجلسات السابقة ومراجعتها بشكل مختصر.

2)استبصار الأعضاء بالمشكلة والإصرار على الاستمرار في العلاج وبالتالي التحسن التدريجي بمشيئة الله .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح هدف الجلسة	5
3	تلخيص ما تم تعلمه والتدريب عليه في الجلسات السابقة ، وتصويب مفاهيمهم وتصحيح آرائهم	45
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي يتعلق بالاستعداد لإعادة التشكيل	5
6	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

تم في هذه الجلسة التأكد من أن أفراد الجماعة قد استوعبوا كل ما تم شرحه ، وكل ما تم التدريب عليه في المراحل السابقة والجلسات السابقة . وأصبح لديهم وعياً وإدراكاً واضحاً وجلياً بطبيعة معتقداتهم وانفعالاتهم وسلوكياتهم والعلاقة بينها وأنهم أصبحوا الآن أكثر تأهيلاً للدخول في مرحلة إعادة التشكيل وتبني معتقدات إيجابية وسلوكيات سوية بديلة ..

المرحلة الخامسة : بعنوان : إعادة تشكيل الأفكار والمعتقدات وتبني أفكار ومعتقدات إيجابية وسلوك إيجابي ولها جلستان رقم (16-17)

تمت الجلستين يومي الاثنين 2010/8/2 والسبت 2010/8/7 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلستين :

1) استبدال المعتقدات اللاعقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة بأخرى جديدة عقلانية والتفاؤل من المستقبل .

2) تبني سلوك إيجابي بديل عن السلبي السابق .

3) ربط المعتقدات الإيجابية الجديدة بالسلوك الإيجابي الجديد .

4)توزيع نشرة إرشادية عن أضرار المخدرات ...

جدول خطوات الجلستين :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلستين	10
3	التدريب على بناء معتقدات جديدة ونظرة إيجابية للحياة وتخيلها بدل المعتقدات اللاعقلانية والتشاؤم و....ثم استخلاص أدلة على المعتقدات الجديدة والتفاؤل وربطها بالانفعالات الإيجابية	95
4	تغذية راجعة	30
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	150

إجراءات الجلستين : تم في الجلستين :

1) استبدال المعتقدات اللاعقلانية والنظرة التشاؤمية للحياة بأخرى جديدة عقلانية وتفاؤل من المستقبل ..(خلاصة المعتقدات الإيجابية السابقة)

2) التخيل البديل الإيجابي وتبني سلوك إيجابي جديد ... (خلاصة السلوك الإيجابي السابق)

3) ربط المعتقد الجديد بالسلوك الجديد في المواقف الحياتية وهذه العملية تعني الممارسة حسب المواقف الحياتية خاصة المتعلقة بهذه المعتقدات والنظرة التفاؤلية للحياة والاسترخاء بدل القلق والتعامل مع الأحداث الضاغطة بدل القلق منها ..

4) تعزيز مثلث (المعتقد الإيجابي والتفاؤل من المستقبل – الانفعال الإيجابي – سلوك سوي بعدم تعاطي المخدرات) ...

وتأكد فيها الباحث وأعضاء المجموعة أن كل شيء قد أصبح واضحاً الآن وأن القلق من تعاطي المخدر قد ولى ، وأن الأفراد الآن أكثر قوة على مواجهة الواقع وعدم القلق من المستقبل عن ذي قبل ...

حيث قام الباحث بتوزيع نسخة كاملة عن جميع الجلسات من تحديد الأفكار اللاعقلانية ومثيراتها وبدائلها الأفكار العقلانية الإيجابية وحسب اختيار كل فرد من الأفكار البديلة ، حيث طلب الباحث منهم الاحتفاظ بها وإعادة تكرارها على شكل معتقد إيجابي بديل لمزيد من الترسيخ وتبنيها كأفكار معدله للسلوك وتكرار السلوك الإيجابي حتى يتلاشى السلوك السلبي مع أفكاره مع الوقت ، وطالب الباحث أفراد المجموعة على استبدال الأفكار السلبية بأخرى إيجابية .

فعند التفكير السلبي في الأشياء التي تثير القلق والمخاوف لماذا لايتم بعد ذلك مباشرة ، وتوقع الايجابيات بدل السلبيات ، وهذه الاعادة في تنظيم التفكير واستبدال النتائج الإيجابية المتوقعة لتحل محل النتائج السلبية المقلق هي التنظيم المعرفي للإنسان السوي . (الأقصري ، 2002 ، 78)

المرحلة السادسة : التقويم البعدي والإنهاء :(جلسة واحدة)

جلسة رقم (18) بعنوان : القياس البعدي والإنهاء للجلسات .

تمت هذه الجلسة يوم الاثنين 2010/8/9 الساعة 10:30 صباحاً .

أهداف الجلسة : 1)التطبيق البعدي لمقياس قلق المستقبل لمعرفة مدى التقدم عند أعضاء المجموعة .

2)التعرف على مدى تقدم أعضاء المجموعة عن التطبيق القبلي لمقياس قلق المستقبل في بداية البرنامج .

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	10
3	التطبيق البعدي لمقياس قلق المستقبل والإنهاء	40
4	تغذية راجعة	10
5	واجب منزلي	5
6	زمن الجلسة	75

اجراءات الجلسة :

حيث تم في هذه الجلسة فتح الباب للمناقشة عن الجلسة السابقة ثم تطبيق مقياس قلق المستقبل على أفراد العينة .... وتم فيها توضيح التقدم من خلال الجلسات العلاجية ومقارنته بالمقياس السابق لجميع أفراد العينة

.. ثم تم الاتفاق على جلسة المتابعة بعد 14 يوماً لمتابعة تطبيق الأفكار الإيجابية والسلوك الإيجابي في حياتهم لمزيد من الترسيخ والتحسن ، والاتفاق على جلسات المتابعة . والوداع

المرحلة السابعة : المتابعة

الجلسة رقم (19) بعنوان : متابعة مدى استمرارية الأعضاء في التحسن في خفض قلق المستقبل .

-تمت الجلسة يوم الثلاثاء 2010/8/24 الساعة 9:30 مساءاً (شهر رمضان)

أهداف الجلسة :

1) التعرف على مدى استمرار الأعضاء في تطبيق الأفكار الإيجابية والسلوك الإيجابي .

2) تشجيع الأعضاء في التحسن وإثارة الدافعية في الاعتماد على النفس – بعد الله – نحو الشفاء التام ..

جدول خطوات الجلسة :

م	المحتوى	الزمن بالدقيقة
1	مراجعة الجلسة السابقة	10
2	شرح أهداف الجلسة	10
3	متابعة أعضاء المجموعة في استمرار التحسن في خفض قلق المستقبل	40
4	تغذية راجعة	15
5	زمن الجلسة	75

إجراءات الجلسة :

-المناقشة والحوار في مدى التحسن الذي طرأ على الأعضاء ، وزيادة دافعيتهم للاستمرار في العلاج وتكرار الأفكار العقلانية والسلوك الإيجابي ... فقد ذكر البعض أنه استمر في الاطلاع على خطوات العلاج وتطبيقها ، والبعض قال : لقد خفضت طريقة ممارسة الاسترخاء الفكرة السالبة وتشتيتها ، والبعض قال : أحتاج وقت أطول للتخلص من قلق المستقبل خاصة الخوف من الانتكاسة مستقبلاً ...

وفي نهاية الجلسة حث الباحث الأعضاء على الاستمرار في التحسن والثقة بالله أولاً ثم الثقة بأنفسهم ثانيا والاصرار على بذل السبب وعدم اليأس أو الاحباط أو التشاؤم من المستقبل والتوكل على الله .....

ملحق رقم (6) : بيان بأسماء محكمي البرنامج العلاجي جدول رقم (35):

م	اسم المحكم	مقر العمل والمرتبة العلمية
1	د . محمود رشاد	استشاري الصحة النفسية بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام وأستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة جنوب الوادي – مصر
2	د . خالد محمود عبدالوهاب	استشاري الصحة النفسية بمستشفى الأمل للصحة النفسية بالدمام وأستاذ علم النفس الاكلينيكي بجامعة بني سويف – مصر
3	أ د . مايسة محمد شكري	أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة البحرين
4	د أحمد صابر الشركسي	أستاذ علم النفس الإكلينيكي بجامعة الدمام

ملحق رقم (7) : نموذج أسباب الانتكاسة (إعداد غانم ، 2005)

الاسم / رقم الملف الطبي /

أخي الكريم : رغبة مني في معرفة أسباب مشكلة الانتكاسة لديك أرجو الإجابة على العبارات التالية بوضع علامة (√) أمام كل عبارة تنطبق عليك :

م	العبارة	نعم	لا
1	عدم سيطرتي على الشوق للمخدر		
2	إلحاح الأصدقاء المدمنين وإغراءاتهم		
3	نظرة الاحتقار لي من الآخرين		
4	استمرار معاناتي من القلق والتوتر		
5	استمرار حزني		
6	الانطواء عن الناس		
7	ضعف ثقتي بنفسي		
8	تفكيري في الانتحار		
9	اليأس من كل شيء		
10	شك أسرتي الدائم بي		
11	ثقتي الزائدة بنفسي بعدم تعاطي المخدر		
12	عدم مواصلتي للعلاج بالمستشفى		
13	معاناتي من آلام جسدية		
14	نومي غير المنتظم		
15	عدم اقتناعي بترك المخدر		

ملحق رقم (8) : نموذج مقترح لتجنب الأرق وصعوبة النوم (مدحت أبو زيد 2008 ، الجزء الخامس)

م	النشاطات البديلة الإيجابية	ملاحظات
1	أمتنع عن تناول المنبهات (الكافيء ، القهوة ، الشاي ...) ليلا أو الأدوية المهدئة	
2	أقرأ شيئا من كتاب الله (مثل آية الكرسي والمعوذات ..)	
3	أمارس الرياضة المحببة لنفسي	
4	أستمع إلى آيات من القرآن الكريم (مثل إذاعة القرآن الكريم)	
5	آخذ حمام ساخن	
6	أمارس الاسترخاء الذي تدربت عليه	
7	أصرف ذهني عن أية أفكار مقلقة (التشتيت)	
8	أبتعد عن أي أصوات مزعجة وأطفئ الإضاءة	
9	أضبط مكيف غرفة النوم بدرجة برودة مناسبة	
10	أراعي عدم ملء معدتي بالطعام	
11	أتجنب النوم أثناء النهار	
12	أراعي راحة الفراش والوسادة	
13	أكرر لنفسي إذا لم أتمكن من النوم الآن سوف أنام بعد قليل بإذن الله	
14	أتناول كوبا من اللبن قبل النوم	
15	أقرأ بعض الأدعية النبوية للنوم وأتوكل على الله	

ملحق رقم (9) : نشرة إرشادية بأخطار الاستمرار في تعاطي المخدرات:

- أضرار المخدرات الصحية والنفسية والاجتماعية : ويلخص الدخيل (2009، 51 – 55) هذه الأضرار في : 1 –الأضرار الصحية :

1)التأثير على الجهاز التنفسي ، حيث يصاب المتعاطي بالنزلات الشعبية والرئوية ، وكذلك بالدرن الرئوي وانتفاخ الرئة والسرطان االشعبي .

2) تعاطي المخدرات يزيد من سرعة دقات القلب وخفض ضغط الدم ، كما يؤثر على كريات الدم البيضاء التي تحمي الجسم من الأمراض .

3) يعاني متعاطي المخدرات من فقدان الشهية وسوء الهضم ، والشعور بالتخمة خاصة إذا كان التعاطي عن طريق الأكل مما ينتج عن نوبات من الإسهال والإمساك ، كما تحدث القرحة المعدية والمعوية ويصاب الجسم بأنواع من السرطان لتأثيرها على النسيج الليفي للجهاز الهضمي .

4) ضعف القدرة الجنسية عند الرجال والبرود عند النساء .

5) التأثير على المرأة وجنينها فالأمهات اللاتي يتعاطين المخدرات يتسببن في توافر الظروف لإعاقة الجنين بدنيا أو عقليا .

6) ارتعاشات عضلية في الجسم مع إحساس بالسخونة في الرأس والبرودة في الأطراف .

7)احمرار في العين مع دوران وطنين في الأذن وجفاف وإلتهاب في الحلق والسعال .

8) تدهور في الصحة العامة وذبول للحيوية والنشاط .

2- الأضرار الاجتماعية :

1) سؤ المعاملة للأسرة والأقارب فيسود التوتر والشقاق والخلافات .

2) تفشي الجرائم الأخلاقية والعادات السلبية .

3) عدم احترام القانون مما يؤدي إلى عدد من الجرائم في سبيل الحصول على المخدر .

3- الأضرار الاقتصادية :

1) المخدرات تستنزف الأموال وتؤدي إلى ضياع موارد الأسرة .

2) المخدرات تؤدي إلى الكسل والخمول وبالتالي ضعف الإنتاج الاقتصادي .

3) إن كثرة معتمدي المخدرات تزيد من أعباء الدولة في رعايتهم بالمراكز العلاجية والمستشفيات

4 – الأضرار النفسية : ويضيف الباحث عدد من الأضرار النفسية :

1) الانطواء عن المجتمع .

2) ظهور اضطرابات القلق والاكتئاب وتدني مفهوم الذات والوسواس القهري ..

3) العصبية والنرفزة وسرعة الإثارة والانفعال .

4) ضعف الاتزان وزيادة التوتر .

5) وجود عدد من الأفكار اللاعقلانية عند المعتمد مثل اعتقاد فائدة المخدر للصحة النفسية والجسمية وأن المخدر سوف يحل مشاكله النفسية والاجتماعية .

6) انشغال المعتمد بالبحث عن المخدر بدل التفكير في العلاج النفسي والعضوي .

7) ظهور بعض الاضطرابات النفسية عند بعض أفراد أسرة المعتمد بسبب ما يعانيه المعتمد خاصة الأبناء إذا كان متزوج أو مطلق .

ملحق رقم (10) : نموذج إقرار وتصريح مريض بالدخول للمستشفى متطوعا للعلاج :

نشر بتاريخ 10-02-2008
الكاتب Administrator
الأربعاء، 18 يونيو 2008 12:00
إقرار و تصريح بالدخول للمستشفى متطوعاً للعلاج

أنا / . . . . . رقم حفيظة : . . . . . صادرة من : . . . . . بتاريخ : . . . . . .
و عنواني : . . . . . رقم الهاتف / منزل : . . . . . .عمـــل : . . . . . .
إنني أطلب التنويم في مستشفى الأمل بالدمام من أجل العلاج و أنني على استعداد بالالتزام بما يلي: -
أقبل البرنامج العلاجي المقرر في المستشفى و يقدر بحوالي 30 يوم كحد أدنى.
احترام الأنظمة و القوانين المتبعة بالمستشفى.
التنويم الأولي في قسم (ب) لمدة 10 أيام تقريباً و ألتزم بنظام هذا القسم و الذي من شأنه عدم خروجي منه خلال هذه الفترة.
عدم السماح لي بإرسال أو استقبال مكالمات هاتفية في قسم (ب)، و إن أي مكالمة هاتفية ضرورية سيتم الاتصال بواسطة الباحث / الباحثة الاجتماعيين، و أنني سألتزم بنظام التدخين بالمستشفى.
إن قرار تحويلي من قسم إلى آخر داخل المستشفى سيكون من قبل الفريق العلاجي المسئول عن رعايتي و عن خطة علاجي.
الالتزام و التطبيق للبرنامج العلاجي المحدد في الأقسام الأخرى بالمستشفى خلال الـ20 يوم الأخرى من فترة العلاج و حسب قرار الفريق العلاجي..
أتعهد بأنني سوف أحترم جميع أفراد الفريق العلاجي و جميع قراراته.
أتعهد بإعطاء عينة بول للتحري عن تعاطي المخدر / الكحول عندما يطلب مني ذلك.
أتعهد بالسماح للمسئولين بتفتيشي للبحث عن مواد ممنوعة عندما يطلب ذلك.
أتعهد باحترام و أداء الشعائر الدينية الإسلامية.
أن أشارك بفاعلية في المتابعة ببرنامج العناية المستمرة حسب ما هو مقرر لي من قبل الفريق المعالج و أن للمستشفى الحق في إخراجي من القسم إذا لم يحضر كفيلي خلال الفترة المحددة لخروجي و بعد إشعاره رسمياً بذلك من قبل علاقات المرضى أو مدير برنامج المستشفى.
أوافق على أن يقوم الفريق العلاجي بالاتصال بأسرتي هاتفياً أو مقابلتها متى تطلب علاجي ذلك.
إدارة المستشفى

ملحق رقم (11): الدورات التدريبية التي تلقاها الباحث بمجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام:

أ - دورة العلاج المعرفي السلوكي لعلاج القلق (مدتها 30 ساعة حضور ،2009/2).

ب - دورة العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الإدمان على المخدرات (مدتها 30 ساعة حضور ، 2009/3).

ج - دورة العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الوسواس القهري (مدتها 30 ساعة حضور،24-27/ 2010) (مرفق صورة من شهادة الحضور في الملاحق) .

د - دورة الاختبارات النفسية العصبية ، (مدتها 30 ساعة حضور،9-15 / 2010) (مرفق صورة من شهادة الحضور في الملاحق)

ملحق رقم (12): صور شهادات حضور الدورات التدريبة ، وخطابات الموافقة على البحث.

The Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of Health
The General Directorate of Health Affairs in the eastern Province
Al-Amal Complex for Mental Health Dammam
Training & Continuous Education Office

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بالمنطقة الشرقية
مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام
مكتب التدريب والتعليم الطبي المستمر

شهادة حضور

السيد / سليمان عبدالعزيز آل سليمان

حضر دورة (الاختبارات العصبية) المنعقدة بتاريخ ١-٥/ ١١ /١٤٣١هـ

و المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بما يعادل (١٣) ساعة تدريبية

رقم الاعتماد: ١١٣٨٨/ ٣٠١٠ تاريخ الاعتماد: ١٠/ ٠٣/ ٢٠١٠م

Trainee Name: Suliman Abdul Aziz AL-Sulaiman

For attending(Neuropsychological Tests) Course

Held on 1-5/11/1431H (9-15 Oct .2010) in AL Amal Complex for Mental Health in Dammam

(Approved for (13 hours) CM E from the Saudi Council for Health Specialties)Accreditation

Number: 11388/2010 *Date :10-03-2010*

المشرف العام على المجمع
مدير إدارة الصحة النفسية والاجتماعية بصحة الشرقية
د. محمد بن علي الزهراني

مسئول التدريب والتعليم الطبي المستمر بالنيابة
أ.روى حسن أمان

الإدارة

٣١ - ٥٨٣

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بالمنطقة الشرقية
مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام
مكتب التدريب والتعليم الطبي المستمر

The Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of Health
The General Directorate of Health Affairs In the eastern Province
Al-Amal Complex for Mental Health Dammam
Training & Continuous Education Office

شهادة

تحضر

السيد / سليمان عبدالعزيز آل سليمان

حضر دورة (العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الوسواس القهري) المنعقدة بتاريخ ١٣-١٦/ ٨ /١٤٣١هـ

و المعتمدة من الهيئة السعودية للتخصصات الصحية بما يعادل (٨) ساعات تدريبية

رقم الاعتماد: ٣٠١٠/١١٣٨٤ تاريخ الاعتماد: ١٠/ ٠٣/ ٢٠١٠م

Trainee Name: Sulaiman Abdul– Aziz AL-Sulaiman

For attending(Congitive Behavioral Therapy for (OCD) Patients) Course
Held on 12-16/8/1431H (24-27 July.2010) in AL Amal Complex for Mental Health in Dammam
(Approved for (8 hours) CM E from the Saudi Council for Health Specialties)Accreditation
Number: 11384/2010 Date :10-03-2010

المشرف العام على المجمع
مدير إدارة الصحة النفسية والاجتماعية بصحة الشرقية
د. محمد بن علي الزهراني

مسئول التدريب والتعليم الطبي المستمر بالنيابة
أ.هبة مصطفى حنورة

٣١-٤٣٣

INIVERSITY OF BAHRAIN
College of Education
Department of Psychology

جامعة البحرين
كليـــة التربيـــة
قسم علم النفس

2009/11/09

الموضوع : تسهيل مهمة باحث

سعادة مدير / مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام حفظه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ،،

نظراً لما تقومون به من خدمات في مجال المدمنين نفيدكم أن الباحث / سليمان عبدالعزيز آل سليمان ذو الرقم الجامعي 20084509 يرغب في القيام ببرنامج علاجي نفسي على عينة من مدمني المخدرات السعوديين .

نأمل التكرم بتمكين الباحث من إقامة البرنامج .

شاكرين لسعادتكم حسن تعاونكم ،،،،

د. شمسان عبدالله المناعي
رئيس قسم علم النفس

.O.Box : 32038 - Kingdom of Bahrain
ele: (+973) 17437176/17437167

صندوق بريد : ٣٢٠٣٨ - مملكة البحرين
هـــاتيـف : ١٧٤٣٧١٦٧/١٧٤٣٧١٧٦ (+٩٧٣)

Kingdom of Saudi Arabia
Ministry of Health
General Directorate of Health Affairs Eastern Province
AL-AMAL COMPLEX FOR MENTAL HEALTH

المملكة العربية السعودية
وزارة الصحة
المديرية العامة للشئون الصحية بالمنطقة الشرقية
مجمع الأمل للصحة النفسية بالدمام

الرقم : ٢٩٤٣ / ٣٢ / ٤١ . الموضوع : الموافقة على تمكين الباحث من إقامة البرنامج

التاريخ : ٢٦ / ١٢ / ١٤٣٠هـ

سعادة رئيس قسم علم النفس بكلية التربية بجامعة البحرين المحترم ،،،

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته ،،،

إشارة إلى خطابكم رقم (بدون) بتاريخ ٢٠٠٩/١١/٩ المتضمن طلب الموافقة على تمكين الباحث /سليمان عبدالعزيز ال سليمان ذو الرقم الجامعي ٢٠٠٨٤٥٠٩ للقيام ببرنامج علاجي نفسي على عينة من مدمني المخدرات السعوديين .

علية نفيد سعادتكم بأنه لا مانع لدينا من تمكين الباحث من إقامة البرنامج.

ولكم أطيب التحيات ،،

المشرف العام على مجمع الأمل
للصحة النفسية بالدمام

د . محمد علي الزهراني

: رؤى
: مكتب التدريب والتعليم الطبي المستمر .
: قسم الاتصالات الإدارية .

هاتف : ٨٣٩١٣٠٠ - فاكس : ٨٣٩١٨٨١ - ص.ب ٥٠٥٤ الدمام ٣١٤٢٢ - المملكة العربية السعودية
Tel. : 8391300 - Fax : 8391881 - P.O.Box 5054 Dammam 31422 - Kingdom of Saudi Arabia
E-mail : info@alamalhospital.org بريد إلكتروني