جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
كلية الدراسات العليا
قسم العلوم الاجتماعية

بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته

إعداد
يزيد بن محمد بن حسن الشهري

إشـــــراف
أ.د. عبدالحفيظ سعيد مقدم

أطروحة مقدمة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة
في العلــوم الأمنيــة

الرياض
١٤٣١هـ - ٢٠١٠م

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
Naif Arab University for Security Sciences

كلية الدراسات العليا

قسم العلوم الاجتماعية

إجازة أطروحة علمية في صيغتها النهائية

الاسم الرباعي: يزيد محمد حسن الشهري الرقم الأكاديمي: (٤٢٦٤٠٠٩)

الدرجة العلمية: دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية

عنوان الأطروحة : "بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته".

تاريخ المناقشة: ١٤٣١/٦/١٢هـ الموافق ٢٠١٠/٥/٢٦م.

تمت مناقشة الأطروحة وأوصت اللجنة بإجازتها كمتطلب تكميلي للحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية تخصص علم الجريمة.

والله الموفق،،

أعضاء لجنة المناقشة:

١- أ. د. عبدالحفيظ سعيد مقدم مشرفاً ومقرراً

٢- أ. د. سعيد بن عبدالله بن دبيس عضواً

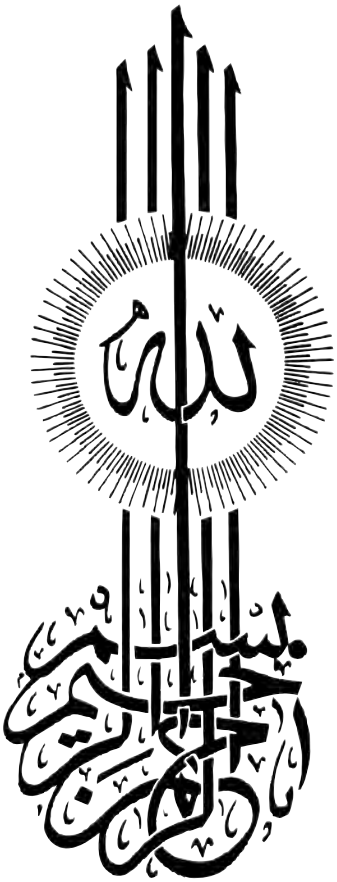
٣- أ. د. فاروق السيد عثمان عضواً

رئيس القسم

الاسم : أ. د. عبدالحفيظ سعيد مقدم

التوقيع :

التاريخ : ١٨/ ٦/ ٢١


بسم الله الرحمن الرحيم

جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية

Naif Arab University for Security Sciences

نموذج رقم (١١)

قسم: العلوم الاجتماعية

مستخلص أطروحة دكتوراه الفلسفة في العلوم الأمنية

عنوان الأطروحة: بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته.

إعداد الطالب: يزيد بن محمد بن حسن الشهري

إشراف: أ.د. عبد الحفيظ سعيد مقدم

مشكلة الأطروحة: تعد مشكلة الانتكاسة من أبرز المشاكل التي تبدو على رأس هرم المشكلات الإدمانية، وأنه ومن خلال ما لاحظه الباحث فإن من بين أسباب تكرر الإدمان في كل مرة هو عدم وجود رغبة وقناعة من قبل المدمن نفسه في العلاج من الإدمان، وعدم وجود برنامج علاجي متخصص لتنمية الدافعية.

هذا وتم صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي: ما مدى فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات؟.

مجتمع الأطروحة: يشمل مجتمع الدراسة الحالية على جميع حالات المدمنين بقسم مكافحة المخدرات بجدة.

منهج الأطروحة وأدواتها: تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي حيث أستخدم الباحث تصميم المجموعة الضابطة : اختبار قبلي واختبار بعدي مع مزاوجة.

أهم النتائج:

توصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وأثبت البرنامج جدواه في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

أهم التوصيات:

١ ـ تبني البرنامج العلاجي الذي استخدمه الباحث على جميع مراكز علاج الإدمان بالمملكة العربية السعودية.

٢ ـ تبني طريقة العلاج المعرفي السلوكي نظرا لفاعليتها في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

٣ ـ تبني مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان كأحد أساليب التقييم في مراكز علاج الإدمان بالمملكة العربية السعودية.

الكلمات (المفاتيح)Key Words

Motivation	الدافعية
Effectiveness	فاعلية
Addiction	الإدمان
Psychotherapy	العلاج النفسي
Cognitive Behavioral Therapy	العلاج المعرفي السلوكي
Psychotherapy Group	العلاج النفسي الجماعي
Cognitive behavioral program	برنامج معرفي سلوكي
Addict	المدمن
Therapeutic Session	جلسة علاجية
Drugs	المخدرات
Participant in Therapy	المشارك في العلاج
Quasi-experimental approach	المنهج شبه التجريبي

الإهـــــداء

أهدي عملي وخلاصة جهدي و صبري إلى
والدي وأقول له: قلب الأب هو هبة الله الرائعة
فليس هناك فرح أعظم من فرح الابن بمجد أبيه، و لا أعظم من فرح الأب بنجاح ابنه.
وأمي وأقول لها : لا وسادة أنعم من حضن الأم ولا وردة أجمل من النظر في وجهها
وأخوتي وأقول لهم : أنتم مكسبي في الدنيا وزينتي في الرخاء وعدتي في البلاء
وزوجتي وأقول لها : الزوجة أنشودة الرجل
فنبلها موضع اعتماده وصبرها جنة أفراحه وبسمتها مكافئة أتعابه
كما أهدي هذا الجهد لكل من ساندني ودعمني من الأقارب والأصدقاء وأسأل الله أن يجعل هذا العمل خالصا لوجهه الكريم

الباحث

شكـــر وتقديـــر

لحمد لله تعالى حمداً كثيراً طيباً كما يحب ويرضى، والصلاة والسلام على سيد المرسلين وعلى آله وصحبه ومن تبعهم بإحسان إلى يوم الدين.

فـلا يسـعني بعد إتمام هـذه الأطروحة إلا أن أعـترف بالجميل لمن قدمّـه، وأتقدم بجزيل الشكر وعظيم الامتنان إلى قدوتي في دروب العلم والخير:

إلى أسـتاذي سـعادة الأستاذ الدكتور/ عبد الحفيظ سعيد مقدم الذي قدم لي كل ما يملك من جهد ووقت في سـبيل الخروج بهذه الأطروحة إلى النور، إذ كان لجهوده القيمة الأثر العظيم في إنجاز هذه الأطروحة، أسأل الله ألا يحرمه الأجر، وأن يحفظه ويبقيه لمن يحبه.

وأتقـدم بجزيـل الشـكر والتقديـر لرئيس جامعة نايـف العربيـة للعلوم الأمنية الأسـتاذ الدكتور عبد العزيز بن صقر الغامدي على دعمهِ المستمر للطلبة وتسهيل ما يصعب عليهم.

كما أتقدم بالشـكر للهيئة العلمية بقسـم العلوم الاجتماعية وكلية الدراسـات العليا وجميع اللذين تلقيت منهم العلم والمعرفة.

ويشرفني أن أتقدم بوافر الشكر والعرفان إلى السادة أعضاء لجنة المناقشة:

الاسـتاذ الدكتور سـعيد بن دبيس . والاسـتاذ الدكتور فاروق عثمان الذين تلطفوا بقبول مناقشة هذه الأطروحة.

ولا ينتهي الشكر لجامعة الملك عبد العزيز التي تبنت ابتعاثي لهذا الصرح العلمي ، والذي أسال الله أن أكون عند حسن ظن المسئولين والتشرف بخدمة الجامعة في شتى الميادين.

وأخيراً أتوجه إلى العلي القدير بالحمد والشكر ما حييت على أن وهبني الصبر والمثابرة على إنجاز هذا العمل.

الباحـث

قائمة المحتويـــات

الموضوع	الصفحة
مستخلص الأطروحة باللغة العربيـة	أ
مستخلص الأطروحة باللغة الإنجليزية	ب
الكلمات (المفاتيح) Key Word	ت
الإهـداء	ث
شـكر وتقديـر	ج
قائمـة المحتويـات	ح
قائمـة الجـدوال	د
الفصل الأول: مشكلة الدراسة وأبعادها	١
١ .١ مقدمـة الدراسـة	٢
١ .٢ مشـكلة الدراسـة	٥
١ . ٣ فـروض الدراسـة	٧
١ . ٤ أهداف الدراسـة	٩
١ . ٥ أهميـة الدراسـة	٩
١ . ٦ حـدود الدراسـة	١٠
١ .٧ مفاهيم ومصطلحات الدراسـة	١١
الفصل الثاني: الخلفية النظرية للدراسـة	١٦
٢ . ١ الإطـار النظـري	١٧
٢ .١ .١ الدافعيـة	١٧
٢ .١ .٢الإدمـان	٥٢
٢ .١ .٣العلاج المعرفي السلوكي	٦١

الموضوع	الصفحة
٢ . ١ . ٤ العلاج النفسي الجماعي	٨٦
٢ . ٢ الدراسات السابقة	١٠٣
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة	١١٣
٣ . ١ المنهج المستخدم والتصميم التجريبي	١١٤
٣ . ٢ مجتمع الدراسة	١١٦
٣ . ٣ عينة الدراسة	١١٦
٣ . ٤ أدوات الدراسة	١١٦
الفصل الرابع: عرض وتحليل بيانات الدراسة وتفسير نتائجها	١٤٢
٤ . ١ خصائص العينة	١٤٣
٤ . ٢ نتائج الدراسة التجريبية	١٤٥
٤ . ٣ التحليل الكيفي لنتائج الدراسة	١٦٠
٤ . ٤ التعليق العام على النتائج	١٦٣
الفصل الخامس: الخلاصة والنتائج والتوصيات	١٦٧
٥ . ١ الخلاصة	١٦٨
٥ . ٢ التوصيات	١٦٨
٥ . ٣ مقترحات الدراسة	١٦٩
المصادر والمراجع	١٧٠
الملاحق	١٨٢

قائمـــة الجداول

الموضوع	رقم الصفحة
الجدول رقم (١) يوضح نسب اتفاق المحكمين على صدق عبارات المقياس.	١٢١
الجدول رقم (٢) يوضح أبعاد مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان	١٢٤
الجدول رقم (٣) بيان بالمقاييس الموزعة والمستلمة والمعتمدة	١٢٥
الجدول رقم (٤) يوضح خصائص عينة التقنين لمقياس الدافعية من مدمني المخدرات	١٢٥
الجدول رقم (٥) يوضح معامل ثبات التجزئة النصفية للصورة الأولية للمقياس	١٢٦
الجدول رقم (٦) يوضح معاملات الارتباط البينية للمقياس والأبعاد الفرعية	١٢٧
الجدول رقم (٧) يوضح تخطيط البرنامج العلاجي	١٣٤
الجدول رقم (٨) توزيع أفراد عينة الدراسة حسب الفئات العمرية	١٤٣
الجدول رقم (٩) توزيع افراد عينة الدراسة حسب مدة التعاطي	١٤٤
الجدول رقم (١٠) تويع أفراد العينة حسب المستوى الدراسي	١٤٥
الجدول ر قم (١١) لمعرفة الفرق لمتوسط رتب درجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي البعدي	١٤٦
الجدول رقم (١٢) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات تحمل المسئولية للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٤٧
الجدول رقم (١٣) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات الاستقلال التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٤٨
الجدول رقم (١٤) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات الدافعية الموجبة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥٠
الجدول رقم (١٥) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات الإستبصار للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥١
الجدول رقم (١٦) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات المثابرة والتوجه للمستقبل للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥٢
الجدول رقم (١٧) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات الشعور بأهمية الزمن للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥٣

الجدول رقم (١٨) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات الفعالية الذاتية للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥٤
الجدول رقم (١٩) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات التعافي الإيجابي للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥٥
الجدول رقم (٢٠) اختبار (ت) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات الحاجة إلى التقبل للمجموعة التجريبية للإختبار القبلي والبعدي	١٥٦
الجدول رقم (٢١) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة في الإختبارالقبلي والبعدي	١٥٧
الجدول رقم (٢٢) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي	١٥٨
الجدول رقم (٢٣) لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي	١٥٩

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأبعادها

١ . ١ مقدمة الدراسة

١ . ٢ مشكلة الدراسة

١ . ٣ فروض الدراسة

١ . ٤ أهداف الدراسة

١ . ٥ أهمية الدراسة

١ . ٦ حدود الدراسة

١ . ٧ مفاهيم الدراسة

الفصل الأول
مشكلة الدراسة وأبعادها

١ . ١ مقدمة الدراسة

تعتبر مشكلة إدمان المخدرات من أعقد المشكلات التي تواجهه المجتمعات في الوقت الحاضر. ولا يكاد يفلت منها أي مجتمع، سواء كان متقدما أو ناميا. لأنها تمسه في أمنه وفي اقتصادياته، كما أنها شديدة التعقد لأنها تنفذ بآثارها إلى جميع مستويات الحياة في المجتمع وفي الفرد، في حاضر كل منهما ومستقبله. فهي في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وإنجلترا لا تقل تعقيدا عنها في المملكة العربية السعودية أو مصر أو الجزائر.

وتزخر دوريات التخصص بالتناول المفصل أحيانا والمقتضب أحيانا أخرى للاضطرابات النفسية، والمشكلات الاجتماعية، المترتبة على تعاطي المواد المخدرة بجميع أنواعها . حيث أمكن حصر (٢٦) اعتلالا بدنيا ومن أمثلتها : الإختلالات البدنية وإصابات الجهاز التنفسي، واضطراب وظائف الكبد،والفشل الكلوي،واضطرابات الجهاز الدوري القلبي، والجهاز الدوري الدماغي، ونقصان وزن الجسم، وارتعاش الأطراف . كما يوجد(٣٥) اضطرابا نفسيا ومن أمثلتها : حالات الخلط الذهني والتسممي،والتفكير الإظطهادي، والتدهور العقلي، والنوبات الذهانية الحادة، والاكتئاب، و الهلاوس، واضطراب النوم. بالإضافة إلى (٥٥) إشكالا اجتماعيا ومن أمثلتها : الانزلاق نحو زيادة الإقبال على المخدرات، وكثرة النزاعات الشخصية، والانسحاب الاجتماعي، وتدهور الشعور بالمسؤولية وسؤ التوافق الاجتماعي، وتدهور في مستوى الأداء في العمل، وارتفاع احتمالات البطالة، وقصور في الدافعية، وتدهور الإنتاجية كما وكيفا، والتسرب الدراسي، والانهيار الأسري، وارتفاع معدلات الهجرة، والطلاق، وارتفاع معدلات الجريمة، والعنف والشراسة، والسرقة، والتزوير، والاغتصاب، والقتل (سويف،٢٠٠٠م، ص ٤ ـ ٢٨) .

ونحن نذكر هذه الحقائق لسبب رئيسي هو أن يكون فيها الرد الكافي على البعض ممن يهونوا من أمر الأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات بكافة أنواعها.

وعند النظر إلى الظواهر السلبية لتعاطي المخدرات فإن المتعاطي ينتهي غالباً بالإدمان عليها وإذا سلم من الموت لقاء جرعة زائدة أو تأثير للسموم ونحوها فإنه يعيش ذليلاً بائساً مصاباً بالوهن وشحوب الوجه وضمور الجسم وضعف الأعصاب وفي هذا الصدد تؤكد الفحوص الطبية لملفات المدمنين العلاجية أو المرفقة في قضايا المقبوض عليهم التلازم بين داء فيروس الوباء الكبدي الخطر وغيره من الأمراض الفتاكة بتعاطي المخدرات والإدمان عليها (الجريوي،٢٠٠١م، ص١ ـ ٢) .

والحديث عن علاج مدمني المخدرات يعود إلى الثلاثينيات حيث بدأت المعاملة العلاجية لهؤلاء الأفراد من المعالجة الدوائية العقاقيرية لبعض الحالات من خلال مستشفى لكسنجتون في ولاية كنتكي بالولايات المتحدة الأمريكية ١٩٥٣م ومستشفى فوت ورث في ولاية تكساس ١٩٣٨م (العنزي،١٤٢٤هـ، ص١ ـ ٣).

وفي إطار العلاج من إدمان المخدرات أولت الدولة اهتماما كبيرا بفئة المدمنين الذين وقعوا ضحية الإدمان حيث قامت بإنشاء مستشفيات الأمل في أهم مناطق المملكة : الرياض، جدة، الدمام، والقصيم لرعايتهم وتأهيلهم .

إلا أن عدم وجود رغبة وقناعة من قبل بعض من المدمنين في العلاج من الإدمان أدى إلى تزايد نسبة متكرري العلاج، مما خلق الحاجة لإيجاد برنامج متخصص في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان تعنى بهذه الفئة الغير مقتنعة بالعلاج ضمن برامج العلاج من الإدمان. من هنا جاءت أهمية الدراسة من خلال اكتشاف الدوافع النفسية وراء عدم الرغبة في العلاج والتي بدورها تساعد في بناء برنامج علاجي متخصص لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى المدمنين.

وتزداد أهمية الدافعية العلاجية في أنها توضح الأسباب التي تؤدي إلى اختلاف تصرفات الإنسان، كما أنها مهمة في علاج أنواع السلوك المنحرفة أو الوقاية منها، بل إن معرفتها مهمة وضرورية لكل من يشرف على جماعة من الجماعات ويوجهها، ويعمل على حفزها على تحقيق

أهـداف محـددة، فكثيرا مـا يكون التقصـير في بعض المرضى ليس لأسـباب تعـود إلى النقص في قدراتهـم، بـل يكون راجعا لعـدم توفر الميـل، والاهتمام. هذا فضـلا عن أن دراسـة الدوافع لا تقتـصر أهميتها على النواحي العملية، فهي وثيقـة الصلة بجميع موضوعات علم النفس، حيث لا بد من الدوافع ؛ لتفسير كل سلوك، إذ لا سلوك بدون دافع. (الرشدان والهمشري،٢٠٠٢م، ص ٣ ـ ٦).

وتمثـل دوافـع السـلوك منزلة كبـيرة في العلوم النفسـية لأنها تمثل الأسـس العامـة للعملية العلاجيـة وطـرق التكيف مع العالم الخارجي، واكتسـاب الخبرات المختلفـة، وتحقيق الأهداف والصحة النفسـية للفرد، بحيث أن الخلل بها يؤثر في تنظيم الدوافع وإشباعها على التنظيم العام للشخصية وتكيفها.(ناصر الدين، ١٤٢٨هـ، ص ١)

إن الدافعيـة كانـت ـ ولا تزال ـ محور اهتمام المؤسسـات العلاجية المختلفة، الذين يسـعون باسـتمرار لتحقيق أفضل خدمـة علاجية للمرضى من خلال تحفيزهم ورفع مسـتوى دافعيتهم عبر البرامج المتخصصة. وهكذا، تحاول تلك المؤسسـات العلاجية – وبشـتى الوسائل والطرق الممكنة – حث الأفراد على بذل أقصى جهد وعطاء لتحقيق أفضل الأهداف العلاجية إلا أنه ومع ذلك كله قد لا تحقق المؤسسـات العلاجية في جميع الظروف والأحوال ما تصبو إليه من أهداف مـن قبـل المرضى ويعود السـبب في ذلك إلى عدم وجود برامج علاجيـة متخصصة، وكذلك إلى مدى تعقد وحساسية نظام الدافعية لدى الإنسان (حريم، ١٩٩٧م).

الأمر الذي يتطلب إعداد برامج متخصصة تتناسب ووضع المدمنين وتراعي كل المتغيرات والظروف الخاصة لطبيعة الإدمان. فالدافعية هي أحد القوى المهمة في نظام بناء الشخصية وحفز السلوك وتوجيهه نحو وجهة معينة أو تأجيله أو حتى إيقافه (محمود،١٩٩١م، ص ٢ ـ ٩).

ويمكننـا أن نميز بين نوعين من الدافعية بحسـب مصدر اسـتثارتها: هما الدوافع الخارجية والدوافع الداخلية.

فالدافعيـة الخارجيـة: هـي التي يكـون مصدرها خارجيـاً وتشـمل البيئة المحيطـة بالمدمن كالأخصائي والفريق العلاجي، و أولياء الأمور، أو حتى الأقران . فقد يُقبِل المدمن على العلاج سـعياً وراء رضاء المعالج أو لكسـب إعجابه وتشـجيعه والحصول على الجوائز المادية أو المعنوية

التـي يقدمها، أو قد يُقبِل على العلاج إرضاءً لوالديه وكسـب حبهـما وتقديرهما لتركه للتعاطي، أو للحصول على تشجيع مادي أو معنوي منهما، ويمكن أن يكون الأقران مصدراً لهذه الدافعية فيما يبدونه من إعجاب أو تشـجيع لقرينهم. . أمـا الدافعية الداخلية : فهي التي يكون مصدرها المدمن نفسـه، حيث يُقدِم على العلاج مدفوعاً برغبة داخلية لإرضاء ذاته، وسـعياً وراء الشعور بمتعة الصحة والراحة. والدافعية الخارجية تبقى ما دامت الحوافز موجودة، أما الداخلية فتدوم مع الفرد مدى حياته . (تركي،١٩٩٠م، ص ٣ ـ ٩).

وترتبـط الدافعيـة الإنسـانية ارتباطا وثيقا بنواتج سـلوك الفرد، الأمر الـذي جعل لها أهمية كبـيرة ضمـن موضوعـات علم النفس، فيمكن تفسـير كثير من أنماط السـلوك في ضـوء دافعية الفـرد. كذلك، فإن أداء الفرد وإقباله على القيام بسـلوك معـين مرهون بنوعية الدافعية لديه، أما وظائـف الدافعية فمتنوعة فهي التي تمدُ السـلوك بالطاقة وتسـتثير النشـاط وتحرر السـلوك من حالة السـكون إلى حالة الحركة، حيث تمد بعض الدوافع الداخلية السـلوك بالطاقة أكثر مما تمده بهـا غيرها مـن المثيرات الخارجية كالجوائـز والحوافز المادية، وهي كذلك تحافظ على اسـتمرارية السلوك (عبابنة،١٩٩٩م، ص٤ ـ ٢٢).

ومن هنا يرى الباحث أن تناول موضوع الدافعية للعلاج لدى المدمنين من خلال بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وتصميم مقياس يساعد في تشخيص نقص الدافعية للعلاج من الإدمان لدى المدمنين، يسهم أولا في معرفة الأشخاص الذين نتعامل معهـم، ومـن ثم تقديم خدمات علاجية تسـهم في زيـادة الدافعية للعلاج لـدى المدمنين والتي بدورها تساعد في استفادة المرضى من الإمكانيات المقدمة لهم ومحاولة استغلال كل الفرص التي تسهم في تعافيهم من هذا الاضطراب الفتاك.

١ . ٢ مشكلة الدراسة

مـن خـلال عمل الباحـث في مجمع الأمـل للصحة النفسـية بالريـاض ـ وهو أحـد المراكز المتخصصـة في عـلاج الإدمـان على المخـدرات في المملكـة العربية السـعودية ـ (سـابقا) لاحظ الباحث أن مشـكلة الانتكاسـة من أبرز المشـاكل التي تبدو على رأس هرم المشكلات الإدمانية،

وأنـه ومـن خلال ما لاحظـه الباحث فإن من بين أسـباب تكرر الإدمـان في كل مرة – هو عدم وجود رغبة وقناعة من قبل المدمن نفسه في العلاج من الإدمان .

وعندما نتحدث بالأرقام نجد أن نسبة الانتكاسة عالميا تصل ٩٠٪ (Adate eta 1992:107).

ويؤكـد الحجـار نفـس النسـبة وذالـك عندمـا تتبـع عينـة مـن المدمنـين لمـدة سـتة أشـهر (الحجار،١٤٠٩هـ، ص٣ ـ ١٥). وفي إحصائيـة محليـة بمجمـع الأمـل للصحـة النفسـية بلغ متوسط نسبة متكرري العلاج ٦٣٪ خلال ثلاث سنوات (إحصائيات غير منشورة).

وللوقـوف عـلى حجم مشـكلة العـودة للإدمـان في المجتمـع المحـلي والعربي قـام الغريب (٢٠٠٧م) بدراسة استطلاعية حديثة على عينة من المؤسسات العلاجية في بعض الدول العربية، وقد تم تطبيق الدراسة في عدد من المؤسسات العلاجية في(١٤) مؤسسة من المؤسسات العلاجية في الـدول العربيـة، من) ٨) دول عربيـة. فوجد أن هناك ارتفاعاً في أعداد المدمنين بالمؤسسـات العلاجية في كل سنة عن السنة السابقة لها في معظم الدول العربية عينة الدراسة. وجاء في المرتبة الأولى مـن كانـت عودتهم أربع مرات، وجاء في المرتبـة الثانية خمس مرات، وفي الثالثة من كانت عودتهم لمرتين، والرابعة من عادوا لمرة واحدة. وهذا يعني زيادة عدد مرات العودة لدى المدمنين في المؤسسـات العلاجية المشـمولة بالدراسة حيث أشار الغريب أن من بين الأسباب الهامة وراء عودة المدمن إلى التعاطي بعد خروجه من المراكز العلاجية، هي عدم وجود الدافعية لدى المدمن للعلاج. (الغريب، ٢٠٠٧م، ص ١) .

وعندمـا نطلـع على المدمن نجد أنه لا يسـتطيع تـرك التعاطي إلا إذا كانت لديـه قوة تدفعه إلى التوقف والعلاج وهذه القوة الدافعة للنشـاط أو السـلوك هي التي تسـمى الدافعية فسـلوك الإنسـان يرتبط بدوافعه وحاجاته المختلفة، فلكل سـلوك هدف؛ وهو إشباع حاجات الإنسان. والحاجة باعتبارها حالة من التوتر أو عدم الاتزان تتطلب نوعاً من النشاط لإشباع هذه الحاجة. ونتيجة لذلك التوتر الداخلي ينشـأ الدافع الذي يحفز الإنسـان للقيام بالسـلوك.ويعني ذلك أن حياة الإنسـان مليئة بالحاجات والدوافع التي تؤثر على سـلوكه وتوجهه، فهو لا يسـتطيع البقاء دون إشباع تلك الحاجات أو الدوافع .

وهـذا ما دعا المسئولين في مجال الخدمات النفسـية بمجمع الأمـل إلى ضرورة إيجاد برنامج يزيـد مـن دافعية المرضى في العـلاج، الأمر الذي دعا الفرق العلاجيـة بالتوصية بضرورة وجود قسـم خاص بالمرضى الذين ليس لديهم دافعية لعمل برنامج خاص بهم ينمي من دافعيتهم، إلا أن تنفيـذ ذلك البرنامج أصطـدم بعدم وجود برنامج ومقياس للدافعيـة، مما أحبط تلك الخطط العلاجيـة وقتلهـا في مهدها، مـن هنا أراد الباحث بنـاء برنامج علاجي لزيـادة الدافعية وقياس فاعليتها لدى مدمني المخدرات بقسم مكافحة المخدرات بجدة .

من ذلك نجد أن لدراسة الدافعية أهمية كبيرة في مجال علاج الإدمان ذلك أن وجود برنامج علاجـي سـلوكي معـرفي لتنميـة الدافعية للعلاج مـن الإدمان ومقيـاس يقيس درجـة الدافعية للعلاج من الإدمان أهمية كبيرة في محاولة للتقليل من معدلات الانتكاسـة والعلاج من الإدمان والاسـتمرار في التعافي ومن ثم يسـهم ذلك في التكيف مع العالم الخارجي، واكتسـاب الخبرات المختلفة، وتحقيق الأهداف والصحة النفسية للفرد.

هذا ويمكن صياغة مشكلة الدراسة في التساؤل الرئيس التالي :

مـا مدى فاعلية برنامج علاجي سـلوكي معرفي مقترح لتنميـة الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات ؟

١ . ٣ فروض الدراسة

بعـد مراجعـة الباحث للكتابات والبحوث والدراسـات العربية والأجنبيـة في مجال الدافعية والتي حاولت على تعدد مناحيها إلقاء الضوء على طبيعة الدافعية الإنسانية وما تتضمنه من معاني ودلالات وما يصاحبها أو يترتب عليها من تصرفات ونشاطات سلوكية وتوجهات حياتية بصفة عامة، وإجراء دراسة استطلاعية على مدمني المخدرات توصل الباحث إلى الفروض التالية :

الفرض الرئيس

توجـد فـروق ذات دلاله إحصائية في متوسـطات رتـب درجات المجموعـة التجريبية بين القيـاس القبـلي و البعدي على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمـان لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

ويتفرع من هذا الفرض الفروض الفرعية التالية :

- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد تحمل المسئولية لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد الإستقلال لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد الدافعية الموجبة لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد الاستبصار لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد التوجه للمستقبل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد الشعور بأهمية الزمن لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد الفعالية الذاتية لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي على بعد التعافي الإيجابي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين

القياسين القبلي و البعدي على بعد الحاجة إلى التقبل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بين القياس القبلي و البعدي على مقياس الدافعية بعد تطبيق البرنامج العلاجي
- لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية قبل تطبيق البرنامج العلاجي
- توجد فروق ذات دلاله إحصائية في متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية و متوسطات درجات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

١ . ٤ أهداف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية إلى ما يلي :

١ ـ بناء برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات .

٢ ـ اختبار فاعلية برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات .

١ . ٥ أهمية الدراسة

تكمن أهمية الدراسة فيما يلي :

من الناحية النظرية

في كونها ستضيف شيئا إلى التراكم المعرفي فيما يتعلق بالبرامج العلاجية وقياس الدافعية،

كما تلقي مزيدا من الضوء على أهمية الدافعية في تفسير السلوك الإدماني، ولقلة الدراسات التي تناولت ذلك الجانب على المستوى العربي بشكل عام، وعلى مستوى المملكة العربية السعودية بشكل خاص ـ في حدود علم الباحث – فإن هذه الدراسة يمكن أن تضيف للأطر النظرية فيما يتعلق بتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

ومن الناحية التطبيقية

فإن هذه الدراسة تقدم برنامج علاجي سلوكي معرفي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من المدمنين، وتقيس فعاليته. كما تقدم مقياسا يقيس درجة الدافعية للعلاج من الإدمان، يمكننا بإذن الله من تشخيص درجة الدافعية لدى المدمنين، وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان، وبذلك أثبت البرنامج جدواه في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان. وبالتالي يمكن توظيفه واستخدامه في مراكز علاج الإدمان ضمن الخدمات العلاجية النفسية المقدمة لمدمني المخدرات .

١ . ٦ حدود الدراسة

تتحدد الدراسة الحالية بالمنهج المستخدم وهو المنهج شبه التجريبي، كما تتحدد بالعينة المستخدمة وهي جميع المرضى المنومين بقسم (أ) الخاص بالمدمنين المحولين من مكافحة المخدرات بجدة مقسمين على مجموعتين متساويتين. كما تحدد هذه الدراسة بمقياس الدراسة (الدافعية للعلاج من الإدمان). وكذلك سوف يحدد الدراسة الأسلوب الإحصائي المستخدم في ضوء الفروض.;كما تتحدد الدراسة بمتغيراتها الرئيسية خلال الفترة١٤٣٠ هـ إلى ١٤٣١هـ.

كما تتلخص حدود الدراسة في الحدود التالية:

١ـ حدود المتغيرات: وتتمثل في متغيرات الدراسة المحددة في متغير الدافعية للعلاج من لإدمان (تابع) والبرنامج العلاجي النفسي (مستقل).

٢ ـ الحدود البشرية: تتحدد في مجتمع الدراسة الحالية وهم جميع مرضى الإدمان المنومين في مكافحة المخدرات بقسم(أ) .

٣ـ الحدود القياسية: التي تم تحديدها في أداة الدراسة، والتي تتضمن مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان.

٤ ـ الحدود الإحصائية: التي ستبدو في الأساليب الإحصائية المحددة في ضوء الفروض.حيث استخدم الباحث اختبار كل من ويلكوكسن و مان وتني.

٥ ـ الحدود الزمانية : تتحدد الدراسة الحالية بالفترة الزمنية التي جرت فيها الدراسة خلال العام ١٤٣٠هـ ـ ١٤٣١هـ .

١ . ٧ مفاهيم ومصطلحات الدراسة

العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavioral Therapy

يذكر المحارب بأن العلاج المعرفي السلوكي: هو نموذج علاجي يركز على المهارات السلوكية والعمليات المعرفية بالدمج بين الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي التي ثبت نجاحها في التعامل مع السلوك، مع الجوانب المعرفية بهدف إحداث تغييرات مطلوبة في سلوك طالب المساعدة (المحارب، ٢٠٠٠،ص١)

ويعرفه عبد الله بأنه « عبارة عن مجموعة من المبادئ والإجراءات التي تشترك في افتراض أن العمليات المعرفية تؤثر في السلوك، وأن هذه العمليات تتغير من خلال الفنيات المعرفية والسلوكية». (محمد،٢٠٠٠، ص٢٣)

وتعرفه الدراسة الحالية إجرائيا: بأنه أحد أساليب العلاج النفسي الحديث والذي يستخدم أساليب وطرق أكثر ايجابية عن طريق استخدام فنيات العلاج السلوكية والمعرفية بالدمج بينها بما يحقق أهداف البرنامج حيث يتم فيها التركيز على تعليم المريض الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية، لمواجهة الضغوط بدلاً من التفكير في كيفية الوصول لمخرج من الموقف، والذي يتم من خلاله التركيز على الطريقة التعليمية في الإدراك. ومن ثم إعادة بناء أفكارهم وطريقة تفكيرهم و أفعالهم، وممارسة السلوكيات الإيجابية وتدعيمها.

البرنامج المعرفي السلوكي Cognitive behavioral program

يعرفه الباحث إجرائيا بأنه: سلسلة من الخطوات المتتابعة التي تطبق على هيئة جلسات تجمع بين المعالج ومدمني المخدرات في ضؤ المنظور المعرفي السلوكي عبر استخدام العديد من الفنيات العلاجية المستخدمة في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان والتي تهدف إلى تحقيق أهداف البرنامج . (أعده الباحث)

الدافعية (Motivation)

يشار إلى مفهوم الدافع في اللغة اللاتينية بكلمة «Move» ويشار إلى مفهوم الدافع في اللغة الإنجليزية بكلمة «Motive» ويعني يحرك، وهو عبارة عن أي شيء مادي أو معنوي يعمل على تحفيز وتوجيه الأداء والتصرفات . أي أن كلمة دافع مأخوذة من الفعل الثلاثي : دفع، أي حرك الشيء من مكانة إلى مكان آخر وفي اتجاه معين . فكلمة الدافع على و وزن فاعل، لذا فإن دافع السلوك هو هذا الدافع، فهو الذي يحول السلوك إلى فعل، وعليه فأي سلوك يقوم به الإنسان يحتاج إلى تفعيل، فالذي يعم على إظهار هذا السلوك وتفعيله هو هذا الدافع . (بني يونس، ١٤٢٧هـ ، ص١٤)

وتعرف الدافعية : «بأنها عبارة عن القوى المحركة للسلوك وتوجيهه نحو تحقيق غايات معينة، يشعر الفرد بالحاجة إليها، أو بأهميتها المادية أو المعنوية له، حيث يتم استثارة هذه القوى المحركة بعوامل متعددة، قد تنشأ من داخل الفرد ذاته أو تنشأ من المحيط المادي أو الاجتماعي«. (بني يونس، ١٤٢٧هـ، ص١٦)

كما تعرف الدافعية : بأنها مجموعة الظروف الداخلية والخارجية التي تحرك الفرد من أجل تحقيق حاجاته، وإعادة الاتزان عندما يختل وبالتالي تحقق الدافعية وظائف أساسية في السلوك، هي : تحريكه وتنشيطه، وتوجيهه، والمحافظة على استدامته إلى حين إشباع الحاجة . (الترتوري، ٢٠٠٦ م)

كما تعرف الدافعية بأنها مثير داخلي يحرك سلوك الأفراد ويوجهه للوصول إلى هدف معين. (قطامي وقطامي، ٢٠٠٠ م)

ويعرف الباحث الدافعية بأنها : حالة داخلية أو خارجية تحث الفرد نحو الوصول إلى هدف معين عبر استثارة السلوك وتنشيطه وتوجيهه، ويمكن إن يستدل على هذه الحالة من تتابعات السلوك الموجهة نحو الهدف، وتنتهي هذه التتابعات بتحقيق موضوع الدافع .

وتعرف الدراسة الحالية الدافعية للعلاج من الإدمان إجرائيا « درجة الفرد في مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان المكون من (١١٣) عبارة مصنفة إلى تسعة أبعاد حيث تم الإجابة عليها بحسب سلم ليكرت الخماسي.

الإدمان(Addiction):

يشار إلى التعريف اللغوي للإدمان: من دمن وأدمن الشراب وغيره، لم يُقلع عنه. ويقال: فلان يُدمن الشرب والخمر إذا لزم شربها. ومدمن الخمر الذي لا يُقلع عن شربها. ويُقال: فلان مُدمن خمر أي مداوم شربها. ويؤيد الحديث الشريف مداومة الشراب لمدمن الخمر. ففي الحديث: مُدمن الخمر كعابد الوثن، وهو الذي يُعاقر شربها ويلازمه ولا ينفك عنها. (الجوهي، ٢٠٠٤م،ص٣٥).

ويعرف(الكفافي وجابر) الإدمان بأنه اعتماد سيكولوجي وفي بعض الحالات فسيولوجي أيضا – على تعاطي الخمور والعقاقير المخدرة والدخان وبعض المواد الأخرى . والمعيار في حدوث حالة الإدمان هو:

- اللهفة إلى زيادة الجرعة وذالك بسبب ارتفاع مستوى الإطاقة
- الانسحاب الشديد أو الانصراف عن كثير من الأنشطة.
- ظهور أعراض معينة إذا خفضت جرعات المادة المتعاطاه أو إذا توقفت . (جابر والكفافي، ١٩٨٨م)

ويعرف الإدمان لدى (شحاته ربيع) بأنه : الحد الأدنى الذي تفسد معه الحياة الاجتماعية والمهنية للفرد المدمن حيث يصل إلى صورة مركبة معقدة تتميز ببعض السمات مثل الرغبة الملحة في تكرار التعاطي والاتجاه نحو زيادة الكمية والتأثيرات السلبية على الفرد وعلى الوسط الاجتماعي المحيط به (ربيع، ١٩٧٧م،ص١٢٦).

والمدمن(Addict) : هو الفرد الذي تعود على تعاطي مادة مخدرة بأي صورة من صور التعاطي وحيث ينتج عن الإفراط في التعاطي تبعية نفسية أو جسمية أو كل منهما (منصور،١٩٨٦ م) .

وقد ازداد استخدام مصطلح الإدمان واستمر لفترات طويلة حيث عرفت لجنة خبراء العقاقير والتـي هي الآن فرع من منظمة الصحة العالمية عرفت الإدمان: بأنه حالة من التسـمم الدوري أو المزمن ضار بالفرد والمجتمع ينشأ بسبب الاستعمال المتكرر للعقار الطبيعي أو الصناعي ويتصف بقدرته على إحداث رغبة أو حاجة ملحة لا يمكن قهرها أو مقاومتها للاسـتمرار في تناول العقار والسعي الجاد للحصول عليه بكل الوسائل الممكنة وكما يتصف بالميل نحو مضاعفة مقدار الجرعة ويسبب حالة من الاعتماد النفسي أو الجسمي أو كليهما (بابكر،٢٠٠٣م،ص٢٥١) .

وبالرغـم مـن أن كل نوع من أنـواع المخدرات له من خصائصـه الإدمانية ما قد يختلف عن الآخر إلا أن التعريف أعلاه يمكن أن يكون شاملا لكل أنواع المخدرات بصفة عامة.

والباحـث يتبنـى تعريـف لجنة خـبراء العقاقـير والتي هي فرع مـن منظمة الصحـة العالمية كتعريف إجرائي.

العلاج النفسي (Psychotherapy)

تشـير الجمعيـة الطبية النفسـية الكندية للعـلاج النفسي بأنه: الوسـيلة الطبية التـي يقوم بها المعالج النفسي عن طريق جلسـات من الحديث، أو وسـائل اتصال أخرى للكشـف عن سلوك الفـرد المضطرب بهدف إصلاحـه، والتقليل من معاناته. ويعرف أيضا : بأنه الوسـيلة العلاجية التي تفعّل عن طريق العلاقات الشـخصية والسـلوكية، وليس عن طريق الفعل الفسـيولوجي بشكل خاص (كمال، ١٩٩٤ م، ص٨٨ في الزهراني، ٢٠٠٦ م)

والعـلاج النفـسي بمعناه العـام هو : نوع من العلاج تسـتخدم فيه أية طريقة نفسـية لعلاج مشـكلات، أو اضطرابات، أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها العميل، وتؤثر في سـلوكه وفيـه يقـوم المعالج – وهو شـخص مؤهل علميا وفنيـا – بالعمل على إزالـة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها، أو تعطيل أثرها، مع مسـاعدته على تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو النفـسي الصحي، بحيث يصبح العميل أكثر نضجا وأكثر قدرة على التوافق النفسي في المسـتقبل (زهران، ٢٠٠٣م، ص ١٨٣ في الزهراني،٢٠٠٦م) .

وتعرف الدراسة الحالية العلاج النفسي إجرائيا: بأنه الطريقة التي يستخدمها المعالج النفسي في مراكز علاج الإدمان والمعتمدة على العلاج السلوكي المعرفي لتعديل الحالة المزاجية والانفعالية والسلوكية للمضطربين.(دليل السياسات والإجراءات بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض ١٤٢٨هـ).

العلاج النفسي الجماعي Groub Psychotherapy

العلاج النفسي الجماعي عبارة عن: «علاج مجموعة من المرضى في جلسة علاجية واحدة «. (كمال، ١٩٩٤م، ص ٤٤٣).

كما عرفته سري بأنه: نوع من العلاج المتخصص تستخدم فيه طرق وأساليب نفسية لعلاج المشكلات أو الاضطرابات أو الأمراض نفسية المنشأ، بهدف حل المشكلات وإزالة الأعراض والشفاء من المرض، ونمو الشخصية، وتحقيق أفضل مستوى ممكن من التوافق النفسي، والتمتع بالصحة النفسية (سري، ١٩٩٠م، ص٩٠).

وتعرفه الدراسة الحالية إجرائيا بأنه: أسلوب علاجي يشتمل على العديد من النشاطات يسعى إلى تبصير المشاركين بمشكلاتهم، وزيادة الوعي لديهم عبر إعطاءهم الحرية للتعبير عن مشاعرهم ومناقشة مشكلاتهم، وإعطاء صورة واضحة للفرد في تعامله مع المجتمع وتعامله مع باقي أعضاء الجماعة وتفاعله معهم، وإعادة الثقة بنفس المشارك وتصحيح المفاهيم الخاطئة لدية ومساعدته على اكتشاف قدراته والتعبير عنها بطريقة تمكنه من تعديل سلوكياته، ومساعدة في التخلص من أفكاره التي تقوده إلى الاستسلام للمواقف والإحداث بصور سلبية ومن ثم تكوين أفكار غير منطقية تسهم في سوء مسلكه .

الفاعلية Effectiveness

لقد عُرفت الفاعلية بأنها عبارة عن: « القدرة على تحقيق النتيجة الإيجابية المقصودة حسب المعايير المحددة مسبقاً، حيث ترتفع درجة الكفاية عندما يتم تحقيق النتيجة بشكل كامل«. (الشبانات، ١٩٩٦م، ص ١٥).

وتعرف إجرائياً: بأنها الأثر الذي يتركه العلاج المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات.

الفصل الثاني

الخلفية النظرية للدراسة

٢ . ١ الإطار النظري

٢ . ٢ الدراسات السابقة

الفصل الثاني
الخلفية النظرية للدراسة

٢ . ١ الإطار النظري

٢ . ١ . ١ الدافعية

يعد موضوع الدافعية من أهم موضوعات علم النفس، وأكثرها دلالة سواء على المستوى النظري أو التطبيقي .فلا يمكن حل المشكلات السيكولوجية دون الاهتمام بدوافع الكائن الحي التي تقوم بالدور الأساسي في تحديد سلوكه كما وكيفا.

ويرتكز تراث علم النفس التجريبي الخاص بعمليات التعلم والتذكر والعمليات الإدراكية ومعظم جوانب سلوك الإنسان أو الحيوان على أساس فروض لها علاقة بمبادئ الدافعية في علم النفس،وهي أنها تساعد في الوقوف على أفضل فهم وتفسير لسلوك الكائن الحي حتى يمكن التنبؤ بها وضبطها في المستقبل.

إن دراسة دوافع السلوك الإنساني أو الحيواني تزيد من فهم الإنسان لنفسه ولغيرة من الأشخاص، وذلك لان معرفتنا بأنفسنا تزداد كثيرا إذا عرفنا الدوافع المختلفة التي تحركنا أو تدفعنا إلى القيام بأنواع السلوك المتعددة في سائر المواقف والظروف.كما إن معرفتنا بالدوافع التي تدفع الآخرين إلى القيام بسلوكهم تجعلنا قادرين على فهم سلوكهم وتفسيره.

كما تساعدنا دراسة الدوافع كذلك على التنبؤ بالسلوك الإنساني في المستقبل.فإذا عرفنا دوافع شخص ما،فإننا نستطيع إن نتنبأ بسلوكه في ظروف معينة.

كما نستطيع إن نستخدم معرفتنا بدوافع الأشخاص في ضبط وتوجيه سلوكهم إلى وجهات معينة وأهداف معينة،من خلال تهيئة بعض المواقف الخاصة التي من شانها إن تثير دوافع معينة تحفزهم إلى القيام بالإعمال التي نريد منهم أداءها،ونمنعهم من القيام ببعض الإعمال الأخرى التي لا نريد منهم أداءها . لذلك تظهر أهمية دراسة الدوافع في مختلف الميادين العلمية التطبيقية كميدان التربية والصناعة والعلاج النفسي وغيرها.

وقد بدا الاهتمام بموضوع الدافعية منذ أواخر القرن الماضي، وأوائل القرن الحالي إلا إن هذه البداية شهدت معالجات سطحية قامت على أساس مفاهيم ومناهج بحث تختلف عن تلك التي تستخدم اليوم.ومع ذلك كان هناك اهتمام ببعض المشكلات التي نطلق عليها اليوم «مشكلات الدافعية (رضوان، ٢٠٠٧م)

مفهوم الدافعية:

تحتل المكونات الدافعية موقعا رئيسي في كل ما قدمه علم النفس حتى الآن من نظم وأنساق سيكولوجية ويرجع ذلك إلى الحقيقة التالية: أن كل سلوك وراءه قوى دافعية معينة. ورغم التباين والتعدد الهائلين في نظريات علم النفس، ورغم ما قد يشيع بينها من تناقض أو تعارض ومن وصل أو فصل، فهي تكاد تتفق فيما بينها على هذه الحقيقة، وتقررها كل نظرية بشكل أو بأخر، وتفرد لها مكانا متميزا في نسقها العلمي.(قشقوش، ١٩٧٩،ص ٥)

ونشير هنا إلى أن مفهوم الدافعية، مثله مثل غيره من المفاهيم السيكولوجية الأخرى كالإدراك والتذكر والتعلم، بمثابة تكوين فرضي يستدل عليه من سلوك الكائن الحي.

وبالتالي يستخدم مفهوم الدافعية لتحديد اتجاه السلوك وشدته. وبالإضافة إلى ذلك يكون كل منا على وعي بمختلف دوافعه ومقاصده السلوكية وهناك مبرران رئيسيان للاستدلال على مفهوم الدافعية من سلوك الكائن الحي وهما:

أ- يكون السلوك المدفوع والموجه إلى هدف بمثابة شي معتاد، ومستمر بصورة ملحوظة، وبالتالي يفترض وجود عملية دينامية تقف خلفه وتحدد قوته.

ب- ربما لا تصدر استجابات الكائن الحي نتيجة لمنبهات خارجية محددة، ويعني ذلك وجود محددات داخلية توجه السلوك إلى أهداف بعينها. (غباري،٢٠٠٨م،ص ١٦)

ومن هنا سنعرض بعض تعريفات للدافعية وهي على النحو التالي، ولكن علينا أولا أن نوضح من البداية أن مفهوم الدافع يرادف مفهوم الدافعية، ويعبر كلاهما عن الملامح الأساسية للسلوك المدفوع، وإن كانت الدافعية هي المفهوم الأكثر عمومية. وبالتالي عند استخدامنا لأي من المفهومين، نقصد شيئا واحدا .

إذن فإنه يشار إلى مفهوم الدافع في اللغة اللاتينية بكلمة(movere) «ويشار إلى مفهوم الدافع في اللغة الانجليزية بكلمة (motive)»ويعني يحرك، وهو عبارة عن أي شي مادي أو مثالي يعمل عـلى تحفيـز وتوجيه الأداء والتصرفات. أي أن كلمة دافع مأخـوذة من الفعل الثلاثي : دفع، أي حـرك الشـئ من مكانة إلى مـكان آخر وفي أي اتجـاه معين وعندما نقول بأن الذي دفع شـخص للقيام بسلوك معين، فإننا نعني إن شيئا ما هو الذي حركه، وهذا المحرك هو ما نقصد به الدافع. وعليه فأي سـلوك يقوم به الإنسـان يحتاج إلى تفعيل، فالذي يعمل على إظهار السـلوك وتفعيله هو هذا الدافع.(بني يونس، ٢٠٠٧،ص ٤٩)

فالمدلول اللفظي الحرفي لكلمة دافع يتضمن معنى التحريك أو الدافع. أما المعنى السيكولوجي فيستعمل للدلالة على فكرة تستخدم لكي نوضح بها أن سلوك الكائن الحي يتوقف في تغيره وتعديله على إخضاع الكائن الحي وتعرضه لعمليات معينة. (فهمي، ١٩٦٠م،ص ٤٩).

أما تعريف الدافع إجرائيا: فإنه مفهوم كباقي المفاهيم في علم النفس هو مفهوم افتراضي أي انه ليس مفهوما فرضيا أي (تخمينيا) بل هو مفهوم فعلي وموجود أصلا، ووجوده غير قابل للشك وهـو مفهـوم إجرائي أي قابل للقيـاس والتقييم والملاحظة غير المباشرة، كـما أنه قابل للتجريب والتقويم أيضا. فالدافع ينتمي إلى السلوك ذاته ويعد صفة شخصية ثابتة خاصة بالسلوك والتي تعمل على تحفيز السلوك من الداخل نحو انجاز تصرفات معينة.

فالدافع عموما يمثل جملة من الاسـتعدادات المسـبقة، أو التأهب المسـبق عند الإنسان نحو القيام بأفعال الخارجية أو الداخلية. (بني يونس،٢٠٠٧م،ص٤٩)

وقد تعددت التعريفات الإجرائية وتنوعت، وذلك بسبب اختلاف الخلفيات النظرية لعلماء النفس.

ففـي أوائل القرن العشريـن، أصبحت الدوافع موضوعا هاما في علم النفس، ويرجع ذلك بقـدر كبـير إلى جهود وليـم ماكدوجـل (١٨٧١م ـ ١٩٣٨م) وهو عالم سـلوكي انجليزي. وقد أطلـق على الدوافع مصطلح«الغرائـز»، وعرفها على أنها قوى موروثة لاعقلانية، تجبر السـلوك على اتجاه معين. (دايفيد وون، ١٩٣٨م،ص ٤٣١)

ويعرف «بول توماس ينج» (١٩٦١م) الدافعية:على أنها «عملية استثارة وتحريك السلوك أو العمل،وتعضيد النشاط إلى التقدم،وتنظيم نموذج النشاط».

أما «دونالد لندزلي»(١٩٧٥م) فيعرف الدافعية على أنها «مجموعة القوى التي تحرك السلوك وتوجيهه وتعضده نحو هدف من الأهداف».ويؤكد كلا هذان التعريفان،وهما لإثنين من أعظم الثقاة في سيكولوجية الدافعية على الوظيفتين الأساسيتين للدافعية:١ ـ الوظيفة التنشيطية أو التحريكية .٢ ـ الوظيفية التوجيهية أو التنظيمية. (قشقوش، ١٩٧٩م،ص١١٠ ـ ١١١)

كما يشير «هب»(١٩٤٩م) إلى أن الدافعية : «عملية يتم بمقتضاها إثارة نشاط الكائن الحي وتنظيمه وتوجيهه إلى هدف محدد .

«ويرى «دريفر»(١٩٧١م) أن الدافع عبارة عن «عمل دافعي انفعالي يعمل على توجيه سلوك الكائن الحي إلى تحقيق هدف معين».

كما يرى «أتكنسون»(١٩٧٦م) أن الدافعية تعني «استعداد الكائن لبذل أقصى جهد لديه من اجل تحقيق هدف معين». (السيد وآخرون،١٩٩٠م،ص ٤١٧ ـ ٤١٨)

ويعرف طلعت منصور الدافع على انه حالة للكائن الحي يمكن إن يستدل عليها من تتابعات السلوك الموجهة نحو أهداف معينة، ويؤدي تحقيقها إلى إنهاء التتابع، وتعمل هذه الحالة على استثارة السلوك وتنشيطه وتوجيهه نحو الهدف، والدافعية بذلك تكوين فرضي، وهي عملية استثارة السلوك وتنشيطه وتوجيهه نحو الهدف(قشقوش ومنصور، ١٩٧٩م،ص ١١٣).

ويورد إبراهيم قشقوش وطلعت منصور (١٩٧٩م) تعريفا إجرائيا يتميز بالعمق والشمولية وهو أن «الدافعية تكوين فرضي، وهي عن حالة يعيشها الكائن الحي تعمل على استثارة السلوك وتنشيطه وتوجيهه نحو هدف معين، ويمكن إن يستدل على هذه الحالة من تتابعات السلوك الموجهة نحو الهدف، وتنتهي هذه التتابعات بتحقيق موضوع الدافع ويتضمن هذا التعريف تحديد الخصائص الوظيفية به من استثارة وتنشيط وتوجيه السلوك». (قشقوش ومنصور، ١٩٧٩م،ص ١٠).

وهكذا يتفق علماء النفس في تحديدهم لمفهوم الدافعية على وجود القوة أو الطاقة التي تحرك السلوك وتوجهه. ومع ذلك، فهم يختلفون فيما بينهم بشان طبيعة هذه القوى التي تستثير السلوك

وتعضده .فيرى «سنج وكوميز» (١٩٥٩م) على سبيل المثال، إن السلوك يتزود بالقوة والطاقة من خلال المحاولات المستمرة من جانب الفرد للمحافظة على مفهومه عن ذاته وتعزيزه وترقيته.

أما «جاثري»(١٩٥٢م) فيرى الدافعية ببساطة على أنها «تلك الحالة التي تزيد من قوة الاستجابات ونشاطها»(المدني، ٢٠٠٠م،ص ١٥)

كما يعرفها كوني: بأنها حافز داخلي توجه السلوك نحو بعض الغايات، فتعمل الدافعية على مساعدة الإفراد على التغلب على حالة الكسل والقصور. وقد تعمل القوى الخارجية على التأثير في السلوك، ولكن القوى الداخلية للدافعية هي التي تعمل على دفع السلوك وتحفيزه. (Connie,1997)

كما يعرفها محمد حسن عمران (٢٠٠٤م) بأنها مجموعة المشاعر التي تدفع المتعلم إلى الانخراط في نشاطات التعلم التي تؤدي إلى بلوغه الأهداف المنشودة. وهي ضرورة أساسية لحدوث التعلم، وبدونها لن يحدث التعلم. (عمران، ٢٠٠٤م ص١٨).

وقد عرف أحمد (٢٠٠٠م) الدافعية بأنها قوة ذاتية تحرك سلوك الفرد وتوجهه لتحقيق غاية معينة تشعره بالحاجة إليها ويستشعر أهميتها المادية أو المعنوية. (أحمد، ٢٠٠٠م، ص١٠)

وعرفتها الزعبي (٢٠٠٣م) بأنها القوة التي تدفع الأفراد لأداء أعمالهم، فالأفراد الذين يمتلكون دافعية عالية يحاولون الوصول إلى أقصى حد من الأداء تسمح به طاقاتهم بينما، الأفراد الذين لا يمتلكون الدافعية لا يصلون إلا إلى مستوى أداء منخفض. (الزعبي، ٢٠٠٣م، ص١٩).

وعرفها توق (٢٠٠٣م) بأنها مجموعة الظروف الداخلية والخارجية التي تحرك الفرد من أجل إعادة التوازن الذي اختل، فالدافع بهذا يشير إلى نزعة الوصول إلى هدف معين، وهذا الهدف قد يكون إرضاء حاجات داخلية أو رغبات خارجية.(توق، ٢٠٠٣م،ص١٢١)

وعرفها أبو جادو (٢٠٠٣م) بأنها حالات داخلية وخارجية تحرك سلوك الفرد وتوجهه نحو تحقيق هدف أو غرض معين، وتحافظ على استمرارية حتى يتحقق ذلك الهدف. (أبو جادو، ٢٠٠٣،ص ٩٢)

كما عرفها قطامي (٢٠٠٣م) بأنها حاجة تستدعي استجابات فسيولوجية وسيكولوجية داخل الفرد تجعله يندفع إلى القيام بأنواع معينة من السلوك في اتجاه معين، وتهدف إلى خفض حالات التوتر لدى الكائن الحي وتخليصه من حالة عدم التوازن.(قطامي، ٢٠٠٣م،ص ١٤٥)

ويعرفها الترتوري (٢٠٠٦م) بأنها«مجموعة الظروف الداخلية والخارجية التي تحرك الفرد من اجل تحقيق حاجاته، وإعادة الاتزان عندما يختل .وللدوافع ثلاث وظائف أساسية في السلوك، هي تحريكه وتنشيطه، وتوجيهه، والمحافظة على استدامته إلى حين إشباع الحاجة. (الترتوري، ٢٠٠٦م، ص٢)

وقد عرفها أبو رياش وآخرون (٢٠٠٦م) بأنها مجموعة الظروف الداخلية والظروف الخارجية التي تعمل على تحريك سلوك الإنسان والحيوان على حد سواء.(أبو رياش، ٢٠٠٦م، ص١٢ .

أما ملحم (٢٠٠٦م) فقد عرفها بأنها عملية يتم بمقتضاها إثارة نشاط الكائن الحي وتنظيمه وتوجيهه إلى هدف معين . (ملحم، ٢٠٠٦م، ص١٢٢).

نجد من التعريفات السابقة أنها تباينت واختلفت، فمنها ما ركز على الدافعية الداخلية، ومنها ما ركز على الدافعية الخارجية.

ويرى الباحث في تعريفه للدافعية بأنها حالة داخلية أو خارجية تحث الفرد نحو الوصول إلى هدف معين.

وهناك اعتبارات عدة لتعدد تعريفات مفهوم الدافعية بحسب ما قدمه علماء النفس، ربما كان من أهمها:

١ ـ تركيز المنظرين المختلفين على مظاهر بعينها من هذا المفهوم دون غيرها بحكم التوجهات المتمايزة لهؤلاء المنظرين. فهناك من يركز على بعض المظاهر مثل التوتر العضلي أو معدل النبض بوصفها مظاهر لعملية الاستثارة عند الفرد،وهناك من يركز على كيفية تعامل الفرد مع الأهداف المنوط بها إشباع حاجاته الملحة.

٢ ـ اختلاف مناحي التعامل مع مفهوم الدافعية بوصفه مكونا فرضيا، فهناك من الباحثين من يركز على محددات هذا المفهوم وهناك من يركز على النتائج المترتبة على افتراضه.

٣ـ تضمين هذا المفهوم مفاهيم أخرى متعلقة به، وتعامل بعض الباحثين مع هذه المفاهيم على أنها ذات معنى واحد، وتعامل بعض أخر منهم على أنها ذات معان مختلفة، ومن أمثلة هذه المفاهيم :الحاجة والحافز والدافع الباعث والتوتر والاستثارة وما إلى ذلك.

ومن ثم حاول بعض العلماء تقرير عدة من الجوانب نرى ضرورة استيعابها في أي تعريف يقدم لمفهوم الدافعية. وقد انتظمت هذه الجوانب في وظائف الدافعية ذاتها وهي:

١ ـ وجود حالة من الاستثارة العامة منشؤها عدم التوازن الذي يشعر به الفرد بحكم ما لدية من حاجة تلح عليه في اتجاه الإشباع، بمعنى أخر توجيه نشاط الفرد إلى أهداف بعينها والعمل على تحقيق هذه الأهداف.

٢ ـ الإبقاء على الكائن معبأ النشاط ما بقيت الحاجة بكاملها أو بدرجة منها.قائمة.

٣ـ العلاقة القائمة بين الدافعية والإطار الاجتماعي حتى ونحن عن الحاجات البيولوجية،فالكيفية التي يتم بها إشباع حاجة بيولوجية مثل الجوع على سبيل المثال من حيث أنواع الطعام التي يقبل عليها الإفراد أو تنظيم التعامل معها في أوقات محددة إنما تتحدد جزئيا بالسياق الاجتماعي .زان صدق هذا على الحاجات البيولوجية فانه يصدق أكثر وأكثر على الحاجات الاجتماعية.

٤ ـ العلاقة القائمة بين الدافعية وخبرة الفرد الخاصة، إذا تحدد خبرة الفرد الخاصة مدى تعبئة طاقته في اتجاه أو أخر .فان أصبحت خبرة الفرد عن جدوى سبيل معين من حيث الوصول إلى هدف بذاته .كان له في هذا السبيل مسلكا،وان لم تفصح جدواه ضعف تحمسه له(حسين، ١٩٨٨م،ص.٦ ـ ٧).

وانطلاقاً من المفاهيم السابقة للدافعية يمكن استنتاج مجموعة من الخصائص التي تميز الدافعية، أشارت الزعبي (٢٠٠٣م) إلى بعضها وهي:

١ـ الدافعية عملية معقدة التركيب

ويعود ذلك إلى عدم إمكانية رؤية الدافع، بل رؤية السلوك الدال عليه، وأن حاجات الإنسان وتوقعاته متعددة وتتغير باستمرار؛ نظراً لأن الأفراد يشبعون حاجاتهم بطرق مختلفة.

٢ ـ الدافعية عملية متطورة باستمرار

فالدافعية نشـاط مستمر لدى الأفراد،؛ لأن الحاجات والرغبات كثيرة، وكل حاجة تسبب حدوث حاجة أخرى.

٣ ـ الدافعية متعددة الوجوه

فقـد تكـون الدافعية إيجابية أو سـلبية، فالدافعيـة الإيجابية تعتمد عـلى البواعث أو المثيرات الإيجابية سـواء أكانت داخلية أم خارجية، أما الدافعية السـلبية فتعتمـد على البواعث والمثيرات السلبية سواء أكانت داخلية أم خارجية أيضاً.

وأضاف ملحم (٢٠٠٦م) بعض الخصائص للدوافع منها:

١ ـ الدوافع مركبة

تختلف الدوافع التي تحث الكائن الحي تبعاً لنوع الكائن نفسه وللمواقف التي يتعرض لها، فدافع الكائنات الحية الدنيا مادية أولية في الغالب، كدافع البحث عن الطعام، أما حالة الإنسان فيتعلم عادةً تحت تأثير دافع واحد وفي الغالب يكون الفرد واقعاً تحت تأثير مجموعة من الدوافع، فالتلميذ مثلاً قد يكون الدافع له على التعلم هو إرضاء المعلم، والحصول على أعلى تقدير أو على تقدير مناسب، وفي الوقت نفسه إرضاء غروره والتفوق على الآخرين.

٢ ـ مدى تأثير الدافع

لا علاقة لقوة الدافع بالفترة التي يستغرقها تأثيره، فدافع مثل الجوع قد يثبط قوة الفرد عن التفكير في أي موضوع آخر غير الحصول على الطعام، ولكن تأثيره ينتهي بمجرد تناول الطعام.

٣ ـ قوة الدافع

يبـدأ التعلـم عندما يواجه الكائن الحي موقفاً جديداً لا يسـتطيع أن يتصرف بالنسـبة له عن طريقة اسـتخدام سـلوكه المعتاد، فالدافع هو المحرك الأسـاس وراء أوجه النشاط المختلفة التي

يكتسب الفرد عن طريقها أشياء جديدة أو يعدّل عن طريقها سلوكه. (ملحم، ٢٠٠٦م، ص١١٠ ـ ١٣٠)

وعندما مراجعة التعريفات السابقة نخرج ببعض الاستدلالات والتي يمكن تحديدها على النحو التالي:

١ ـ تعبئة الطاقة أو تنشيط الدافعي،ويعني ذلك حالة الاستعداد لإصدار السلوك، وما يرتبط بها من يقظه وتوتر عام .ومن أمثلة ذلك استعداد مجموعة من الأشخاص لبدء سباق في العدو،أو البحث عن الطعام،أو عقد علاقة اجتماعية مع آخرين..الخ

٢ ـ تنظيم السلوك وتوجيهه إلى هدف محدد. فبعد وصول الكائن الحي إلى حالة تعبئة الطاقة أو التنشيط الدافعي، يتجه بسلوكه إلى هدفه المحدد الذي يشبع حاجت، وفي الأمثلة السابقة يبدأ الأشخاص السباق من اجل تحقيق مراكز متقدمة والفوز بها،ويبدؤون في تناول الطعام بعد الحصول عليه،والتعرف على مجموعه من الأشخاص وإقامة صداقة معهم.

٣ ـ تتناسب قوة الدافع المثار مع مقدار الطاقة الناتجة عنه .فالشخص الذي استمر جائعا لمدة يوم كامل يكافح بقوة لإشباع حاجته للطعام، وذلك مقارنة بشخص أخر تناول الطعام منذ ساعة واحدة.

٤ ـ تستمر الطاقة المعبأة لتحقيق الهدف حتى يصل الكائن الحي إليه.

٥ ـ القابلية لتغيير مسار الهدف.فالكائن الحي يستمر في بذل الجهد من اجل تحقيق هدفه وخفض توتره المرتبط بدافع معين سواء كان فسيولوجيا (كالجوع أو العطش)أو سيكولوجيا(كالانجاز أو السيطرة)وفي هذا الإطار يمكنه تغيير مسار الهدف إذا شعر إن الطريق الذي يسلكه لا يوصله إلى هدفه، فيسلك طريقا أخر.

وإذا لم يستطع تحقيق هدفه بأي من هذه الطرق، فانه يصاب بحالة من الإحباط (غباري، ٢٠٠٨م،ص).

بعض المفاهيم المرتبطة بمفهوم الدافعية

مـن الأهمية بمـكان ونحن بصدد تقديم تعريـف مقبول الدافعية، أن نميـز بين هذا المفهوم والمفاهيم الأخرى التي ترتبط به مثل الحاجة، والحاجز، والباعث، والعادة، والانفعال، والقيمة. وذلك على النحو التالي:

مفهوم الحاجة

تشير الحاجة إلى شعور الكائن الحي بالافتقاد إلى شي معين ويستخدم مفهوم الحاجة للدلالة على مجرد الحالة التي يصل إليها الكائن نتيجة حرمانه من شي معين،إذا ما وجد تحقق الإشباع .

وبنـاء على ذلك فـان الحاجة هي نقطة البداية لإثارة دافعية الكائـن الحي، والتي تحفز طاقته وتدفعه في الاتجاه الذي يحقق إشباعها.(عبد الله،١٩٩٠م،ص ٤١٥ ـ ٤٥١) .

مفهوم الحافز

يشـير الحافز إلى العمليـات الداخلية الدافعـة التي تصحب بعض المعالجـات الخاصة بمنبه معين،وتودي بالتالي إلى إصدار السلوك (marx, 1976)

ويـرادف البعـض بين مفهوم الدافعية على أسـاس إن كل منهما يعبر عـن حالة التوتر ألعامه نتيجة لشعور الكائن الحي بحاجة معينة.وفي مقابل ذلك فان هناك من يميز هذين المفهومين على أساس إن مفهوم الحافز اقل عمومية من مفهوم الدافع.حيث يستخدم مفهوم الدافع للتعبير عن الحاجات البيولوجية والاجتماعية،في حين مفهوم الحوافز للتعبير عن الحاجات البيولوجية فقط.

وبوجه عام فان الحافز والدوافع يشيران إلى الحاجة بعد إن ترجمت في شكل حالة سيكولوجية تدفع الفرد إلى السلوك في اتجاه إشباعها (حسين، ١٩٨٨م، ص٩).

مفهوم الباعث

يعرف «فيناك» الباعث بأنه يشـير إلى محفزات البيئة الخارجية المسـاعدة على تنشيط الدافعية الإفـراد سـواء تأسسـت هـذه الدافعيـة عـلى إبعـاد فسـيولوجية أو اجتماعيـة. وتقـف الجوائـز

والمكافـآت المالية والترقـي كأمثلة لهذه البواعث.فيعد النجاح والشـهرة مثلا من بواعث الدافع للانجاز(حسين، ١٩٨٨م،ص ١٠).

وفي ضوء ذلك فان الحاجة تنشا لدى الكائن الحي نتيجة حرمانه من شي معين .ويترتب على ذلك إن ينشا الدافع الذي يعبئ طاقة الكائن الحي،ويوجه سلوكه من اجل الوصول إلى الباعث (الهدف).

مفهوم العادة : أشـار «كورمان» إلى إن مفهوم العادة قد تم تضمينه كمتغير أسـاسي في بناء نظريـة أو منحـى التوقـع ـ القيمة، من فبل بعـض الباحثين مثل «أتكنسـون،وبرش وفيروف». وذلـك نظرا لأهمية هـذا المفهوم في إعطاء القيمة النوعية،والتوقع النوعي،وفي مجال اختيار الفرد لسلوك معين يمكن انجازه» .(korman,1974).

وقد نشاء نوع من الخلط بين استخدام كل من مفهوم العادة، ومفهوم الدافع .على الرغم من وجود اختلاف بينهما .فالعادة تشـير إلى قوة الميول السـلوكية،التي ترتقي وتنمو نتيجة عمليات التعميـم .وتتركز على الإمكانية السـلوكية إمـا الدافع فيرتكز على الدرجـة الفعلية لمقدار الطاقة التي تنطوي عليها العادة .وبالتالي يمكن اعتبار الدافع نوعا فعالا من العادات(marx,1976)

وقـد يكـون التباين في العادات أو السـلوك المتعلم ضئيلا ومحدودا بـين الإفراد .في حين إن الدوافع هي التي تزيد من نطاق هذا التباين .حيث يؤدى التذبذب في حالات الدافعية إلى تغاير السلوك عبر المواقف المتشابهة (عبد الله،١٩٩٠م)

مفهوم الانفعال

كثيرا ما يخلط الباحثون بين مفهوم الانفعال ومفهوم الدافع . حيث ينظر بعض الباحثين إلى الدوافع كنتيجة مترتبة على ظهور الإنفعلات .

في حـين ينظر البعض الآخـر على أن بعض الدوافع يمكن أن يترتب عليها ظهور انفعالات معينة (Ms Ciellnd,et,1976,pp87)

ويعرف الانفعال بأنه اضطراب حاد يشمل الفرد كله ويؤثر في سلوكه وفي خبرته الشعورية ووظائفه الفسيولوجية الداخلية وينشأ في الأصل عن مصدر نفسي (Marx,1976,pp556)

ويعد الانفعال من الحالات الشعورية المحيرة، فهو يتضمن الخوف، والكراهية، والغضب، كما يتضمن السعادة، والبهجة، والاستثارة .

وينظر إلى الحالات الانفعالية على أنها أقل عقلانية بالمقارنة بالدافعية . ولكنها أي الانفعالات، تتضمن عمليات معرفية أيضا . فالتقويم المعرفي يمكن أن يحدد طبيعة الخبرة الانفعالية، بالإضافة إلى ذلك فإن الانفعالات يمكن أن ينظر إليها كعوامل تتغير بتغير العمليات المعرفية (Jung,1978)

لذلك فإن التمييز الدقيق بين الدوافع والانفعالات لا يمكن تحقيقه في كل الحالات فالإنفعلات تعمل أحيانا كدوافع في توليد الاستجابات فالغضب على سبيل المثال في موقف ما يمكن أن يدفع الفرد لأن يسلك بشكل معين في هذا الموقف. وبالتالي استخدام البعض كل من الدوافع والانفعالات على أنهما يعنيان نفس الشيء (Jung, 1978)

وفي الواقع لا يوجد تمييز حاسم وقاطع بين الانفعالات والدوافع إلا أن أهم الأسس والملامح التي يمكن من خلالها التمييز بينهما تتمثل فيما يأتي :

١ ـ في حالة الانفعالات يكون التركيز على الخبرات الذاتية والوجدانية المصاحبة للسلوك.إما بخصوص الدوافع فيكون التركيز على النشاط الموجه نحو الهدف

٢ ـ يتسم السلوك الانفعالي عن أنواع السلوك الأخرى بأنه سلوك مضطرب وغير منظم، ويصاحبه العديد من التغييرات الفسيولوجية الداخلية ويتميز بأنه أكثر حده ووجدانية (خليفة، ١٩٩٠م،ص ٤٥٣ ـ ٤٩٦).

مفهوم القيمة : هناك خلط شائك لدى بعض الباحثين في استخدام كل من القيمة والدافع والنظر إلى القيم على أنها ما هي إلا أحد الجوانب لمفهوم أشمل هو الدافعية وقد تستخدم القيم بالتبادل مع الدافعية (Sibulkin, 1983,pp 139-162)

فعلى سبيل المثال اعتبر «ماكليلاند» الدافع للإنجاز بمثابة قيمة (Mecielland, 1961) وأيد ذلك ويلسـون من خلال نتائج دراسـته التي أوضحت أن هناك ارتباطـا مرتفعا بين دافع الأمن وقيمة الأمن القومي على مقياس القيم لروكتش (Wilson,1981,pp 210 ـ 254)

وتعامـل «فيـذر» مع الدوافع عـلى أنها مرادفـة أو مكافئة للقيم حيث عـرف القيم بأنها بناء مترابـط يتضمـن الوجدان، والموقف الحالي الذي يوجد فيه الفـرد، وأنها تتكون من ما يراه الفرد حسـنا أو سـيئا، إيجابا أو سلبا . وأوضح «فيذر» أن ذلك يتسق مع « النظرية المعرفية ـ الدافعية» التـي تدعم الاقتراب بـأن دوافع الإفراد نحـو الموضوعات أو الأنشـطة في موقف معين تتحدد حسـب رغبتهـم لمـا هو مفضل أو غـير مفضل من هذه الموضوعات أو الأنشـطة ومـا هو ايجابي ويحاولون الوصول إلية وما هو سلبي ويحاولون الابتعاد عنه (Feather, 1979,pp 243 ـ 260)

وتصـور القيـم ـ كما يرى «فيـذر» : بأنها فئة من الدوافع لا يعنـي أن كل القيم تعتبر دوافع، فأحيانـا يريد الشـخص شـيئا ما أو يشـعر بوجوب عمل معـين ولكنه لا يفعل شـيئا. فالقيم لها وجهتان أحدهما سلبية والأخرى ايجابية .

وفي ضـوء تعريـف (الدافـع) بأنه حالة شـعورية تدفع الكائن الحي نحو هـدف معين، وأنه أحد المحددات الأساسـية للسـلوك، يمكن المقارنـة بين القيمة والدافع على أسـاس نوع الهدف في كل منهما حيث أن الهدف في القيمة من النوع المطلق ويتسـم بالوجوب . ففي حالة القيم يقو الشخص مثلا يجب أن أعمل هذا الشئ إما في الدوافع فإنه يقول أريد أن أعمل هذا الشئ . وفي حالة عدم وجود قيمة للدافع فإننا لا نشعر نحوه بالرغبة . (English, 1958)

وقد اعتبر «ماسـلو» أن الأفضل بالنسـبة للفرد هو تحقيق ذاته فمن الأفضل أن يكون الفرد مدفوع أساسا بدافع الإنجاز أو بدافع تحقيق الذات . أما «بركوفتز» فقد أعطى قيمة عالية للإنجاز لمـا لهـذه القيمة من أهمية كبـيرة للنهوض بالفـرد. إلى أن هناك اختلافا بين ماسـلوا وبركوفتز في تحديد ماهية الأفضل، فلديهما معياران مختلفان يقومان على قيم مختلفة. فالأفضل قد يعني شيئين: أحدهمـا يتمثـل في ماذا يحب الناس أن يكونوا ؟ أما الآخر فيشـير إلى أننـا نحب أن نكون أفضل طبقا لقيمنا (Deci, 1975,pp86 - 87).

بوجه عام فإن القيم ليست كالدوافع أو البواعث مجرد ضغوط تعمل على توجيه السلوك في اتجاه معين، بل تعني القيم نظاما من الضغوط لتوجيه السلوك، ومن الأفكار والتصورات لتأويل هذا السلوك بإعطائه معنى وتبريرا معينا (Rokeach,1976).

وفي ضوء ذلك يتضح أن هناك فرقا بين مفهوم الدافع وبين مفهوم القيمة. فالدافع هو حالة توتر أو استعداد داخلي يسهم في توجيه السلوك نحو غاية أو هدف معين. أما القيمة فهي عبارة عن التصور القائم خلف هذا الدافع. فالتوقع المنخفض لقيمة الإنجاز يترتب علية نقص في السلوك الموجه حو الانجاز. أما التوقع المرتفع لقيمة الإنجاز فيؤدي إلى زيادة هذا السلوك .

مكونات الدافعية

تعد عملية الدافعية بمثابة نظام مفتوح، تتألف من تفاعل خليط من المكونات التمايزية والتكاملية في آن واحد وهذه المكونات واحدة من حيث النوع عند كافة أبناء الجنس البشري،لكنها مختلفة في درجتها أو مستواها،وهذه المكونات هي:

- المكون الذاتي أو الداخلي، و يشتمل على المكونات المعرفية والانفعالية والفسيولوجية معا.
- المكون الموضوعي أو الخارجي، ويتضمن المكونات المادية (الفيزيائية،والكيميائية والبيولوجية) والمكون الاجتماعي.

وعلية فالدافعية هي نتاج تفاعل خليط من هذه المكونات معا وهي تختلف من شخص إلى أخر باختلاف نواتج التفاعل في درجات هذه المكونات المذكورة آنفا.(بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ٢٤).

نظريات الدافعية

يعد موضوع الدافعية من أكثر موضوعات علم النفس أهمية ودلالة سواء على المستوى النظري أو التطبيقي. فمن الصعب التصدي للعديد من المشكلات السيكولوجية دون الاهتمام بدوافع الكائن الحي التي تقوم بالدور الأساسي في تحديد سلوكه كما وكيفا (السيد و آخرون، ١٩٩٠م،ص ٤١٧).

ولا توجد نظرية واحد جامعة ومانعة في تفسير عملية الدافعية، بل توجد نظريات عديدة ظهرت عبر مراحل تاريخية متتالية، وتختلف كل واحدة منها عن الأخرى في تفسيرها للدافعية، وذلك لاختلاف الخلفية النظرية لعلماء النفس. كما توجد تصنيفات عديدة لهذه النظريات، تختلف فيما بينها من حيث المنشأ أو الأصل، فمنها من ركز على الجوانب البيولوجية للدافعية، ومنها من ركز على الجوانب السيكولوجية (المعرفية منها والانفعالية) ومنها من ركز عل الجوانب البيئية (المادية منها والاجتماعية).

لذا ظهرت العديد من النظريات التي فسرت عملية الدافعية، وتمتد هذه النظريات في جذورها إلى أعمال الفلاسفة والمفكرين قديما.

وفي الوقت الحاضر توجد العشرات من هذه النظريات، ولكي نفهم هذه النظريات لابد من التعرف إلى شروط وتاريخ ظهور هذه النظريات، حيث إن أصل النظريات المعاصرة في تفسير الدافعية يتطلب البحث عنها في المكان الذي ولدت فيه المعارف السيكولوجية لأول مرة، أي في الحضارة اليونانية القديمة.

لقد تغيرت لأكثر من مرة وجهات النظر والآراء عبر التاريخ والمتعلقة بدراسة ماهية وأصل دافعية الإنسان، وكلها انحصرت بصورة ثابتة بين اتجاهين فلسفيين هما :الاتجاه العقلاني والاتجاه اللاعقلاني.

لقد تمثل الاتجاه العقلاني في إعمال الفلاسفة والمفكرين القدماء وامتد حتى أواسط القرن السابع عشر الميلادي ومن أبرز الآراء في هذا الاتجاه هو أن :

- الإنسان كائن مدهش ومن جنس خاص به.
- لا توجد قواسم مشتركة بين الإنسان والحيوان .
- يقتصر كل من وجود العقل والوعي والتفكير على الإنسان فقط.
- يمتلك الإنسان حرية الإرادة (أو الإرادة الحرة) وحرية الاختيار لأفعاله
- يوجد مصدر الدافعية للسلوك في عقل الإنسان ووعيه وإرادته.

أمـا الاتجاه الثاني اللاعقلاني فهو يقتصر على الحيوانـات وخاص بها، حيث أكد هذا الاتجاه على إن سـلوكات الحيوانات تختلف عن سـلوك الإنسان حيث إن سلوكات الحيوانات وفقا لهذا الاتجـاه هي سـلوكات غير حرة، وغير عقلانية كما يتم توجيهها بقـوى خفية غير مدركة، وذات طابع بيولوجي والتي تتمثل في الحاجة العضوية. (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١٠٣)

وتختلـف النظريات الكلاسـيكية والمعـاصرة التي فـسرت الدافعية من حيـث المعايير وفقا للتالي:

١ ـ الفـروق في أنـواع الدوافع، حيث ركزت مجموعة من النظريات على تفسـير الدوافع الأولية أو البيولوجية،بينـما ركـزت المجموعة الثانية من النظريات على تفسـير الدوافـع المتعلمة أو الاجتماعية.

٢ ـ الفروق بين علماء النفس في المدارس والاتجاهات التي اعتمدوها في تفسير الدافعية،فبعضهم اعتمـد المنحى البنائي أو الامبريقـي، واعتبروا بأن عملية الدافعيـة عملية متعلمة وبعضهم اعتمد المنحى الجشـتالتي واعتـبر عملية الدافعية بأنها عملية وراثية، وقسـم ثالث من علماء النفس، اعتمد المنحى السـلوكي الكلاسـيكي، وبعضهم اعتمد المنحى السلوكي الجديد أو المعرفي السـلوكي، حيث اظهروا أن عملية الدافعية ليسـت عبارة عن مثير واستجابة كما هو لدى أنصار المنحى السـلوكي الكلاسـيكي، بل يوجد دور هام للصندوق الأسود في إظهار الدافعية، كما هو الحال في المنحى المعرفي السلوكي.

وقسـم أخر اعتمد المنحى الفرويدي والفرويدي الجديـد، وهناك مجموعة من علماء النفس اعتمدوا المنحى الإنساني في تفسير الدافعية . (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١٠٤).

أولاً: نظرية التحليل النفسي

وتعـزي هـذه النظرية إلى سـيجموند فرويد، حيث ينظـر فرويد إلى الدافعية عـلى أنها تعبير لاشـعوري ـ بصورة كبيرة ـ للرغبات العدوانية والجنسية، التي قد يعبر عنها بطريقة صريحة أو ببعض الصور الرمزية مثل الأحلام أو«زلات اللسان«.

ولقد ذهب فرويد إلى أن الإحداث أو الأفعال التي تشـوه صورة الفرد عن ذاته ينشـأ عنها قلـق الأنـا، وفي محاولة لخفض درجة التشـويه أو مسـتوى القلق إلى أدني حد ممكـن، يقوم الفرد بتكوين الحيل الدفاعية بالأنا واسـتخدامها كسـبيل لحماية الذات. وكان فرويد أول من أشـاع ما وصـف بأنـه النظريات الدافعية في الشـخصية ثم جاء «كارل يونج« وقبل الكثير من تفسـيرات فرويـد ولكنـه اختلف عنه في عـدة جوانب، حيث ركز عـلى الإحداث الجارية أكثـر من تركيزه عـلى خـبرات الطفولة، وعلى الدوافـع الاجتماعية أكثر مـن تركيزه على الدوافع الجنسـية، وهذا مـا ذهب إليه «الفريد ادلر «أيضا. غير أن «اريك اريكسـون «حاول المـزج بين تركيز فرويد على الدوافـع الجنسـية والتركيز على الدوافع الاجتماعية التي ذهبت إليـة النظريات الأخرى، والذي أسـفر عـن نظريـة المراحل الثماني التـي تتميز بوجود أزمـة في كل مرحلة يتعين حلهـا في المرحلة نفسها.(ارنوف،١٩٧٧،ص ٢٥٨ ـ ٢٥٩)

ثانياً: النظرية البيولوجية

وتفـسر هـذه النظرية عملية الدافعية وفقـا لمفهوم الاتزان الداخلي أو تجانس الوسـط حيث تؤكـد هـذه النظرية عـلى دور الاتزان الداخلي، حيـث إن العمليات البيولوجية وأنماط السـلوك تخضع إلى حالة الاختلال في التوازن العضوي، الأمر الذي يتسـبب في اسـتمرار هذه العمليات حتى يتم تحقيق التوازن.

ويؤكـد والتر إن الحوافز تنشـا عن عدم التوازن بالاشـتراك مع عمليـات معرفية مما يؤدي إلى ظهور السلوك الهادف لإشباع الحاجات وإعادة حالة التوازن الداخلي لدى الإفراد، لقد وسع والتر مفهوم عدم التوازن.ليصبح مفهوم التوازن والفسيولوجي. (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١٠٥).

ثالثاً: النظريات السلوكية

تفسر هذه النظريات الدافعية على أنها تنشأ بفعل مثيرات داخلية أو مثيرات خارجية. حيث تعددت تفسيرات هذا الاتجاه إلى النظريات التالية:

أ ـ نظرية خفض الحافز

صاحب هذه النظرية هو عالم النفس السلوكي «هل» تعد هذه النظرية ممثلة لنمط النظريات الترابطيـة التي عنيـت بمفهوم .«الحافز» في مجال الدافعية،ويعود إدخال مفهوم «الحافز» في دائرة علـم النفس التجريبي إلى عالم النفـس الأمريكي «وود وورث» حيث قاده اهتمامه بالدافعية لإن يفترض إن الإختلالات الفسـيولوجية تحفز الكائن لان يصدر سلوكا يتعامل مع هذه الحاجات المنبثقة من الخلل الفسيولوجي ومن ثم إعادة الكائن إلى حالته الأولى وهي حالة الاتزان (حسين، ١٩٨٨م،ص٢٠).

ويرى «هل»إن أي فعل يقوم به الكائن الحي تسـبقه أو تصاحبه حاجه تدفع أو تحفز النشـاط المرتبط بها.ويشـير الحافز إلى درجة التوتر التي يشـعر بها الكائن الحي نتيجة اختلال التوازن الذاتي لديـه فكلـما زاد هذا الاختـلال زاد الحافز وكلـما زاد الحافز كانت الاسـتجابة أسرع وأكثر مقاومة للانطفاء.وتشير دافعية الباعث إلى حجم المكافأة المقدمة للكائن الحي ونوعها لمساعدته على إصدار الاستجابة .ولا يمكن بحكم هذا المعنى إن يصدر الكائن الحي سلوكا معينا دون إن يكون مدفوعا بحافـز مـن الحوافز ويتضمن التدعيم عند«هل»خفضا في منبه الحافـز أو بمعنى أخر إعادة الكائن الحـي إلى حالـة التوازن،ويعد خفض الحافز امرأ هاما للغاية سـواء عند «هل»أو عند زملائه أمثال «ميللر و«دولارد»وفي المقابل حاول بعض الباحثين التقليل من أهمية الدور الذي تلعبه الحوافز في تشكيل دافعية الفرد،وتعد نظرية «سنكر»نموذجا لهذه الفئة حيث اهتم« سنكر»بالبواعث الخارجية بوصفهـا حاكمة للسـلوك كمصدر للإثابـة والتدعيم تعد مدخلا صحيحا لزيـادة احتمال صدور استجابة معينة أو خفض هذا الاحتمال (السيد وآخرون،١٩٩٠م،ص٤٣٧ ـ ٤٣٩).

هـذه النظرية ركزت على دور الحافز الداخلي في تحريك السـلوك، بينما أغفلت دور المثيرات الخارجية كمحركات للسلوك .وفي هذه النظرية يوجد نوعان من الحوافز هما:

ـ حوافز أولية:وهي ذات أساس بيولوجي .

ـ حوافـز ثانوية :وهي لا تشـبع حاجات بيولوجية مباشرة بل ترتبـط بالحاجات البيولوجية من خلال عمليات شرطية.

ب ـ نظرية البواعث

وصاحب هذه النظرية هو العالم «هارلو «حيث ركزت هذه النظرية على دور المثيرات الخارجية كمحركات للسلوك،وهناك تكامل بين نظريتي خفض الحافز والبواعث.

وهكذا تفسر النظريتان (أ+ب)عملية الدافعية تبعا للمثيرات الداخلية (كالحاجات والحوافز)،والمثيرات الخارجية أيضا(كالبواعث الخارجية)وهي تركز على تفسير دوافع البقاء أو الدوافع الأولية. (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١٠٦)

ج ـ نظرية الاستثارة

إذا كانت النظريتان (أ+ب)تركزان على تفسير الدوافع البيولوجية أو الفطري، فإن النظرية (ج) تركز على تفسير الدوافع المتعلمة أو الاجتماعية. ووفقا للنظريتين (أ+ب) فان السلوك يظهر لإشباع الحاجات الفسيولوجية والحوافز، واستجابة للبواعث الخارجية بينما في نظرية الاستثارة يظهر السلوك عند بعض الإفراد استجابة لإشباع الدوافع الاجتماعية، كدوافع (الاستكشاف والاستطلاع والانتماء،والقبول الاجتماعي وغيرها) بالرغم من إن الدوافع الفطرية ربما تكون غير مشبعة. (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١٠٧).

د ـ نظرية التعلم الاجتماعي والفاعلية الذاتية

وصاحب هذه النظرية هو عالم النفس السلوكي «باندروا»وهذه النظرية تنطلق من افتراض أساسي مفاده إن الإنسان عبارة عن كائن اجتماعي،أي انه جزء من كل وهو يعيش ضمن جماعة يؤثر ويتأثر بها على شكل تنافس أو تعاون أو امتثال أو طاعة.

وترى هذه النظرية أن العديد من دوافع الإنسان هي متعلمة، يتم اكتسابها من خلال تفاعله مع الآخرين باستخدام نماذج المحاكاة أو التقليد، والملاحظة، و النمذجة وغيرها، و أن التعلم السابق يعتبر أهم مصدر من مصادر الدافعية، فالنجاح أو الإخفاق لاستجابات معينة يؤدي إلى تفهم الأشياء التي تودي إلى نتائج ايجابية أو سلبية، ومن ثم الرغبة في تكرار الأنماط السلوكية الناجحة. وإن الخبرة الشخصية لا ترتبط بالضرورة بحدوث التعلم الاجتماعي، فقد يكون

التعلـم بملاحظة بعض الأشـخاص الآخريـن الناجحين أو الفاشـلين كافيا لاسـتثارة حالات دافعية، كما أن الثواب أو العقاب قد يكون داخليا أو خارجيا(ارنوف،١٩٧٧،ص ١٢٧)

ويعتقد باندروا بأن عوامل الخطط والفاعلية الذاتية لها دور بارز في الدافعية، فالخطط تشتمل على وجود أهداف محددة لدى الفرد تعد بمثابة محركات للدافعية نحو الأداء لفترات مختلفة.

إمـا الفاعليـة الذاتيـة فإنهـا تشـير إلى اعتقاد الفـرد بأنة قادر عـلى التمكن مـن موقف معين والحصـول على فوائـد ايجابية، فالخطط والفاعلية الذاتية تختلف بين الإفراد في مسـتوياتها. (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١٠٨)

رابعاً النظرية الإنسانية

يعد «أبراهام ماسلو» صاحب هذه النظرية، ومؤسس الاتجاه الإنساني في علم النفس حيث يعـد هـذا الاتجاه القـوة الثالثة في علم النفس إضافة إلى القوتين (المدرسـة السـلوكية والمدرسـة الفرويدية).

وقـد جاءت هـذه النظريـة بمثابة انتقاد لـكل من المدرسـة الفرويدية التـي اعتبرت أصول السـلوك بيولوجيـة تتمثـل في غرائز الموت والحياة،والمدرسـة السـلوكية التي اعتبرت السـلوك مدفوع بعوامل كالتعزيز والحرمان والحوافز والمكافآت.

وتركز هذه النظرية على تأثر سـلوك الإنسـان وفقا لمفهوم الحاجات أي إن وراء كل سـلوك حاجات معينة وقد رتبها ماسلو ترتيبا هرميا تبعا لأولوياتها،حيث صنفت في مجموعتين هما:

الحاجات الأساسية أو الحاجات الفسيولوجية اللازمة لبقاء الإنسان و إستمراريته كحاجات الطعام والهواء والحاجات النفسـية والاجتماعية أو الحاجات الإنمائية (كحاجات الأمن والانتماء وتحقيق الذات).

وقد أشار ماسلو إلى إن الإنسان حرا في إرادته واختياره .كما انه يمتلك الحق في تقرير مصيره وانه ليس منفعلا فحسـب بل فاعلا أيضا،أي إن الإنسـان سلبي وايجابي في آن واحد .بمعنى أنه يتأثر (مسـتقبل)ويؤثر(مرسـل)في وقت واحد ويرى ماسلو إن إشـباع الحاجات يتم بالتسلسل أي من الأدنى إلى الأعلى على التوالي.

وفي الستينيات من القرن العشرين قام ليمان بورتر بتكييف نظرية هرمية الحاجات عند ماسلو بتهيئة بيئة تعزيز النمو، وذلك بإضافة مستوى جديد للهرم، وهو الاستقلالية، ويعود هذا لحاجة الأفراد للمشاركة في صنع القرارات التي تؤثر فيهم . (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص ١١٠).

خامساً: النظريات المعرفية

إذا كان النشاط السلوكي يعد وسيلة للوصول إلى هدف معين ومستقل عن السلوك ذاته، أي إن الاستجابات الصادرة من أجل الحصول على المكافآت تشير إلى دافعية خارجية تحددها عوامل مستقلة عن صاحب السلوك ذاته وفقا للتفسيرات السلوكية و الارتباطية،فان التفسيرات المعرفية تنظر إلى الكائن الحي بأنه كائن عاقل،ويتمتع بإرادة حرة تمكنه من اتخاذ قرارات واعية على النحو الذي يرغب فيه،كما إن هذه التفسيرات تؤكد على مفاهيم :كالقصد أو النية والتوقع. والنشاط العقلي الذاتي،وتشير أيضا إلى النشاط السلوكي كغاية بحد ذاته وليس كوسيلة .إي إن عملية استثارة دافعية الفرد نحو ممارسة أداء معين ترتبط بقانون «التوقع ×القيمة«،أي حاصل ضرب : الدرجة التي يتوقع بها القيام بمهمة ما بنجاح إذا ما بذل جهد معين وبالتالي الدرجة التي يتوقع بها الحصول على المكافآت التي تأتي من خلال أدائه الجيد للمهمة×الدرجة التي بثمن أو يقيم بها قيمة هذه المكافآت.

وبهذا، فهذه النظريات تؤكد على المصادر الداخلية والتوقعات والاهتمامات والخطط التي يسعى الإفراد إلى تحقيقها من خلال السلوكات التي يقومون بها،فالتفسيرات المعرفية ترى إن الإفراد لا يستجيبون إلى المثيرات الخارجية والداخلية على نحو تلقائي،بل في ضوء نتائج العمليات (معالجة المعلومات أو ما يسمى الصندوق الأسود) لهذه المثيرات فهنا تدخل العمليات العقلية المعرفية وغير المعرفية في إطار تفسير الدافعية واستثارتها.

وبالرغم من أهمية استثارة الدافعية القائمة على التعزيز إلا إن«ديسي» أحد الإعلام المعرفيين البارزين قد انتقد استخدام التعزيز كمحرك للدوافع، وذلك لان التعزيز من وجهة نظرة يمثل دافعية خارجية وهذا يعني إن الشخص المتعلم يقوم بسلوك ما بهدف الاهتمام بالسلوك، وعلى النقيض من الدافعية الخارجية توجد الدافعية الداخلية والتي تهدف إلى إشباع حاجات معرفية

داخلية كأن يصبح الشخص المتعلم أكثر كفاءة وثقة أو استقلالية ..الخ وعلية يكون مصدر الدافعية الخارجيـة هـو المحيط الفيزيائي (المادي والاجتماعي) بينما مصدر الدافعية الداخلية هو الشـخص المتعلم نفسه،ولهذا فالدافعية الداخلية تعد بمثابة شرط أساسي للتعلم الذاتي والتعلم مدى الحياة.

ففي المراحل الإنمائية الأولى تكون استثارة الدافعية ذات مصادر خارجية ومع مرور المراحل الإنمائيـة تنتقل اسـتثارة الدافعيـة إلى مصادر داخليـة فالدافعية الخارجية تبقى مـا دامت الحوافز والمكافآت موجودة، بينما تستمر الدافعية الداخلية مع الفرد مدى الحياة.

إن الأسـلوب الأمثـل في اسـتثارة الدافعيـة هـو الموازنة بـين الدافعية الخارجيـة والداخلية والتوجه نحو تعزيز الدافعية الداخلية لكي تصبح هي الأسـاس في اسـتثارة السـلوك وتوجيهه. (غباري، ٢٠٠٨م،ص ٦٩ ـ ٧٠)

ومن النظريات المعرفية التي اهتمت بالدافعية هي نظرية التنافر المعرفي « لفستنجر «

حيـث قام عالم النفس فسـتنجر بتطوير هذه النظرية حيـث أكد فيها بأن دافعية الإفراد نحو تحقيق التوازن المعرفي أو التآلف المعرفي ينشأ نتيجة لعدم التوازن المعرفي، وعليه تنشا حالة التنافر المعرفي عندما يقوم الشـخص بسـلوك يتعارض مع الأنا الأعلى أو المثل العليا لديه، مما يدفعه إلى ممارسة سلوك لكي يصل إلى حالة التآلف المعرفي، فعندما يقوم الفرد بسلوكات مخالفة لمثله العليا يبدأ يبحث عن مبررات لسلوكاته. (بني يونس، ٢٠٠٧م،ص١١٣)

وفي هـذا الإطار تفـترض هذه النظرية أن لكل منا عناصر معرفيـة تتضمن معرفه بذاته (ما نحبه وما نكرهه وأهدافنا وأشـكال سـلوكنا) كما أن لدى كل منا معرفة بالطريقة التي يسـير بها العالم من حولنا فإذا ما تنافر عنصر من هذه العاصر مع عنصر آخر، بحيث يقضي وجود أحدهما منطقيا بغياب الآخر، كأن نعتقد مثلا في ضرر التدخين في الوقت الذي ندخن فيه بشراهة، حدث توتـر الذي يملي علينا ضرورة التخلـص منه . وهناك أكثر من طريقة يمكن لنا بها خفض التوتر الناتـج مـن التنافر المعرفي، والعودة إلى حالة الاتسـاق . فإما أن نغير أحد الاعتقادين السـابقين، كأن نقلـع عـن التدخين أو لا نرى فيـه ضررا . أو نلجأ إلى طريقة ثالثـة نضمن خلالها مع هذين الاعتقاديـن اعتقـادا ثالثـا أو عنصرا معرفيـا ثالثا مـؤداه أن هناك العديد من الأشـخاص الذين يدخنون بشراهة، ولم يحدث لهم أي ضرر (غباري،٢٠٠٨م،ص٧١).

الدافعية والإدمان

يعتبر السـلوك الإدماني أحد السـلوكيات المرضية التي تناولته الدراسات بالبحث وعلاقته بمتغيرات مختلفة، تتعلق بأن المدمن في الغالب ما هو إلى ضحية لمتغيرات خارجية جعلته ينخرط في هاوية الإدمان .

وعلى الرغم من كثرة تلك الأبحاث المقدمة للمساهمة في فهم تلك المشكلة ومحاولة التقليل منها إلى أن نسبة الانتكاسة تظل عالية.

وعليـة فإن دراسـة دوافع السـلوك لدى المدمن تسـاعدنا عـلى التنبؤ بالسـلوك الإدماني في المستقبل. فإذا عرفنا دوافع شخص ما، فإننا نستطيع إن نتنبأ بسلوكه في ظروف معينة. كما نستطيع أن نسـتخدم معرفتنا بدوافع الأشـخاص في ضبط وتوجيه سلوكهم إلى وجهات معينة وأهداف معينـة، مـن خلال تهيئة بعـض المواقف الخاصة التي من شـانها أن تثير دوافـع معينة تحفزهم إلى القيـام بالإعمال التي نريـد منهم أداءها،ونمنعهم من القيام ببعض الإعمال الأخرى التي لا نريد منهم أداءها . لذلك تظهر أهمية دراسة الدوافع في مجال العلاج من الإدمان .

وعليـه فـأن الدافعية تقوم بالعديد مـن الوظائف التي تمكننا من فهـم طبيعة الإدمان، ومن بينها:

١ـ الوظيفة التفسـيرية: وهي الوظيفة الأساسـية للدافعية، فمن خلالها يتم تفسـير السـلوكيات الإدمانية بمختلف أنواعها والصادرة عن المدمن ويطلق على هذه الوظيفة وظيفة العزو.

٢ ـ وظيفـة التشـخيص والعلاج : تسـتخدم في تشـخيص العديـد من الاضطرابات السـلوكية والنفسـية، كما تسـتخدم في علاج هـذه الاضطرابـات. إن معرفة الدوافع النفسـية للمدمن يمكن إن تساعد القائمين على علاج المدمنين في تفسير سلوكياتهم وزيادة فهمنا لهم، وبالتالي مساعدتهم بدلا من اتخاذ عقوبات ضدهم .

كـما أنها تسـاعد في تعديل سـلوكيات المدمنين من خلال التحكـم في دوافعهم،للوصول إلى السـلوك المطلوب وتسـاعد أيضا في تشـخيص وتحديد السـلوك المشـكل والمرضي،وبالتالي السـعي لإيجاد الحـل الأمثل لهذا السـلوك،كما إن معرفـة الدوافع تقلل من الجهـود المبذولة

وتختصر الوقت في تعلم سلوكيات تكيفيه ملائمة من خلال إثارة انتباههم واهتمامهم لذلك، وزيادة تشويقهم إليها.

٣ـ وظيفة الطاقة والنشاط: حيث تقوم بإطلاق الطاقة واستثارة النشاط من خلال تعاون المفاتيح الخارجية(كالجوائز،والتهديد،واللوم،والثناء)مع المفاتيح الداخلية(كالأهداف،وال رغبات،والاهتمامات)في تحريك السلوك وتدفعه نحو تحقيق أهداف معينه،أي إن الدوافع تقوم بتنشيط السلوكيات الجزئية (أو الفسيولوجية)، والسلوكيات المركبة أو الكلية (أو السيكولوجية).

٤ ـ توجيه سلوك المدمن نحو وجهة معينة دون أخرى، ونحو تحقيق الأهداف المنشودة، بمعنى أن الدوافع تعمل على توجيه وتركيز انتباه المدمن نحو مواقف معينة وتعمل على تشتيت انتباهه عن مواقف أخرى، أي إن الدوافع تملي على المدمن إن يستجيب لمواقف معينة،ولا يستجيب لمواقف أخرى،كما إن الدوافع تملى على المدمن طريقة التصرف في مواقف معينة،إذ أن اختيار المدمن لنشاط ما يتأثر بالدوافع التي تمليها عليه ميوله،واهتماماته،وحاجاته .

٥ ـ المحافظة على استمرار السلوك:أي إن السلوك يبقى مستمرا ونشطا ما دامت الحاجة قائمة ولم يتم إشباعها.

٦ ـ تنشيط التوقعات المتصلة بتحقيق الأهداف أو إشباعها:حيث توجد علاقة بين مفاتيح الدافعية،ونواتج الاستجابة المتوقعة والقيمة المادية والمعنوية أيضا عن هذا الدافع،أي ينطبق عليها قانون:الدافع =القيمة ×التوقع.

٧ ـ تعد الدوافع بمثابة مصدر للمعلومات عن إمكانية الوصول إلى الهدف:أي إن الدافعية تزداد بالاقتراب من الهدف،فمثلا تزداد الدافعية العلاجية للمدمن عندما يرى غيرة من المدمنين يجاهد في عملية العلاج،ويقترب من تحقيق الهدف، بينما تقل دافعيته نحو العلاج عندما لا يرى مثل تلك النماذج الجيدة، فيبتعد عن تحقيق الهدف.

التعليـــــق

يرى الباحث أنه لا توجد نظرية واحدة جامعة ومانعة في تفسير عملية الدافعية، بل توجد نظريات عديدة ظهرت عبر مراحل تاريخية متتالية، وتختلف كل واحدة منها عن الأخرى في

تفسيرها للدافعية، وذلك لاختلاف الخلفية النظرية لعلماء النفس . كما توجد تصنيفات عديدة لهذه النظريات، تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والأصل، فمنها ما ركز على الجوانب البيولوجية للدافعية، ومنها ما ركز على الجوانب السيكولوجية ومنها ما ركز على الجوانب البيئية .

وبالتالي فأنه يمكن استنتاج أن تلك النظريات تختلف فيما بينها باختلاف المعايير الآتية :

١ ـ الفروق في أنواع الدوافع، حيث ركزت مجموعة من النظريات على تفسير الدوافع الأولية أو البيولوجية، بينما ركزت المجموعة الثانية من النظريات على تفسير الدوافع المتعلمة أو الاجتماعية

٢ـ الفروق بين علماء النفس في المدارس والاتجاهات التي اعتمدوها في تفسير الدافعية، فبعضهم أعتمد المنحى البنائي أو الإمبريقي، واعتبروا بأن عملية الدافعية عملية متعلمة وبعضهم اعتمد المنحى السلوكي حيث أظهروا أن عملية الدافعية عملية متعلمة وبعضهم أعتمد المنحى المعرفي السلوكي، حيث أظهروا أن عملية الدافعية ليست عبارة عن مثير واستجابة فقط، بل يوجد دور هام للصندوق الأسود في إظهار الدافعية، كما هو الحال في المنحى المعرفي السلوكي . وقسم آخر اعتمد المنحى الفرويدي، وهناك مجموعة من علماء النفس اعتمدوا المنحى الإنساني في تفسير الدافعية .

وعليه فإن كل نظريات الدافعية إنما تتضمن عنصرا من الحقيقة والفعالية، وينبغي لذالك أن تكون موضع اعتبار فيما يطرح من تفسيرات وتحليلات لتلك الظاهرة المعقدة والمتعددة الأبعاد والتي تنتمي إلى أنظمة علمية متنوعة .

ومن هنا فإن نتائج المنحى التكاملي الذي يفيد وظيفيا في كل ما تقدمه النظريات ونتائج البحوث من إسهامات متنوعة هو الأسلوب الأمثل في فهم وتفسير الدافعية وتضميناته في استراتيجيات وأساليب وإجراءات التدخل الوقائي والعلاجي .

ونظراً لتعقد تفسير الدافعية، فإنه يصعب تحديد نظرية واحدة لتفسيرها. حيث يرى الباحث أن وجود نظرية واحدة لا يمكنها تفسير كل جوانب الدافعية .

وذلك لان كل نظرية لها حدودها التنظيرية والمنهجية التي لا يمكن أن تتجاوزها من ناحية، وكذلك لطبيعة تداخل وتعقيد دراسة الدافعية.

ولذلـك فان الهدف العام هو الخروج من هذه النظريات بأسـاليب تطبيقيـة لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

ومما لاشـك فيـه أن هذه النظريات قد ألقـت الضوء أمام الباحث، حيـث اطلع على أغلب التفسيرات التي تناولت موضوع الدافعية مما ساعده على فهم طبيعة المشكلة وعلى تفسير النتائج التي حصل عليها.

٢ . ١ . ٢ الإدمان

مفهوم الإدمان

كان تطـور كلمـة «إدمان» addiction، بطيء في معناه الحالي، رغم أن ظاهرة الإدمان كانت شائعة بدرجة كبيرة . فالإدمان كان يعني في الماضي تسليم أو استلام شخص لكي يوسم «عبداً» slave من الناحية القانونية، ثم تطورت هذه الكلمة فيما بعد حينما صارت تأخذ معنى «الإدمان الـذاتي» self ـ addiction، وعندئـذ تطورت في معناها الحديث المرتبط بالإدمان على العقاقير أو المخدرات. والواقع أن هذه المجموعة من الألفاظ المتغيرة لاستخدام أو لسوء استخدام العقاقير أو المخـدرات، إنـما تعكـس تناقض وتضـارب إدراكات واتجاهـات الناس نحو هـذه المواد عبر القرون. (الرشيدي وآخرون،٢٠٠٠م،ص ٢٠)

التعريف اللغوي للإدمان

(دمن وأدمن الشراب وغيره، لم يُقلع عنه).

ويقـال: فلان يُدمن الـشرب والخمر إذا لزم شربها. ومدمن الخمر الذي لا يُقلع عن شربها. ويُقـال: فـلان مُدمـن خمر أي مـداوم شربها. ويؤيـد الحديث الشريـف مداومة الـشراب لمدمن الخمـر. ففي الحديـث: مُدمن الخمر كعابـد الوثن، وهو الـذي يُعاقر شربهـا ويلازمه ولا ينفك عنها. (الجوهي، ٢٠٠٤م،ص٣٥).

التعريف الاصطلاحي للإدمان

لقـد كانت هناك بعض المحاولات المبكرة لتعريف المخـدرات وتعاطيها ومنها يذكر «بين» Bean أول تعريف رسـمي وضعته لجنة رولسـتون Rolston عـام «١٩٢٥م» حيث اعتبرت أن المدمن:

«شـخص يحتاج إلى تعاطي المخدرات بشـكل مستمر لتخفيف أعراض مرض عضوي، بل اكتسـبت نتيجـة لتعاطيها المتكرر رغبة قاهرة بمواصلتها وهـو من يؤدي إقلاعه عن تعاطيها إلى أعراض محددة من الألم أو الاضطرابات العقلية أو الجسمية .(العليان، ١٩٩٦م، ص٢٧)

وفي عام ١٩٣٧م عرف كل من «هيملسباخ» و«سمول» Himmelsbach & Smal الإدمان بالقـول: «إن إدمـان الأفيون والمخدرات الشـبيه له، يشـمل ثلاث ظواهر ترتبـط ارتباطاً وثيقاً، لكنهـا متميـزة عن بعضهـا البعض وهي: ١) قـوة التحمل. ٢) الاعتماد الجسـدي. ٣) التعود«. (الشهري، ١٤٢٦هـ،ص ٤٨ ـ ٨٥)

كما تعرف قوة التحمل على أنها : انخفاض التأثير مع تكرر تعاطي الجرعة نفسها من المخدر أو الحاجـة إلى زيـادة الجرعـة للحصول عـلى أثر يعادل أثـر الجرعة الأصلية عنـد تعاطي المخدر باسـتمرار على مدى فترة من الزمن. أما الاعتماد الجسـدي فيشير إلى تغير الحالة الفسيولجية التي يحدثهـا التعاطـي المتكـرر للمخـدر على مدى فترة مـن الزمن، وهذا يتطلب اسـتمرار اسـتعمال المخدر، للحيلولة دون الإصابة بمرض يتلازم مع الامتناع عن المخدر، وهو ما يسمى بمتلازمة الانقطاع عن تعاطي المخدرات. ويشـير التعود إلى الاعتماد النفسي أو الفسـيولوجي أو الجسمي عـلى المخدر، الاسـتعاضة بالمخدر على أنواع أخرى من السـلوك الاعتيـادي ومن ثم فإن التعود يرتبـط بصـورة وثيقـة بآثار الشـعور بالخفة والنشـاط، أي تخفيـف الألم أو الانزعـاج العاطفي. (الشهري، ١٤٢٦هـ،ص ٤٨ ـ ٨٥).

وعلى الرغم من تركيز هذا التعريف على العمليات الفسيولوجية لقوة التحمل والاعتماد. إلا أنه تعرض للنقد على أساس أنه غير مقبول، ذلك لأنه يميل إلى الاقتصار على الأفيون ومكوناته ومستحضراته المخلقة.

أمـا التعريـف الذي وضعه كل من «فوجـل» وزملاؤه Vogel et al عـام ١٩٤٨م فيعرف المدمن على« أنه شـخص فقد القدرة على السيطرة على نفسه أمام المخدر ويتعاطاه لدرجة الضرر بنفسه أو بالمجتمع». (الشهري، ١٤٢٦هـ،ص ٤٨ ـ ٨٥)

ويتضح من التعريف السابق انه ليس من الضروري أن تتوافر جميع العوامل الثلاثة المذكورة في تعريف «هيملسـباخ» و «سمول» وهي قوة التحمل، الاعتماد الجسدي و التعود. لكي نسمي الشخص مدمناً. إلا أن ما هو أهم من ذلك أن هذا التعريف قد أضاف عنصراً اجتماعياً أخذاً في الاعتبار ما يسببه المخدر من ضرر على المجتمع.

وهناك العديد من المحاولات الأخرى لتعريف الإدمان، وكل منها ينظر إليها منظور معين. فبعضها يميل نحو الشمول والتفصيل والبعض الآخر يركز على الآثار الفسيولوجية أو النفسية أو الاجتماعية. ولتحديد المصطلح فإن منظمة الصحة العالمية حاولت وضع عدداً من التعاريف خلال العقود الماضية. لتحديد المشـكلة من خلال وضع تعريف يمتاز بالتحديد والشمول لكي يمكن اللجوء والاعتماد عليه. (الجوهي، ٢٠٠٤م، ص ٣٥)

حيث تعرف «الرابطة الأمريكية لطب النفسي» مصطلح «إدمان» على أنه:

«الاعتماد على مادة كيميائية إلى الحد الذي تنشأ معه حاجة فسيولوجية أو نفسية أو كلتاهما. ويظهـر ذلك في تجمع من زملة من الأعراض التالية: التحمل (الإطاقة)، والانشـغال بالحصول عـلى مـادة العقار/ المخدر وبتعاطيها، وتعاطـي المادة رغم توقع حـدوث عواقب ضارة محتملة، والجهـود المتكـررة للتوقف عـن التعاطي أو للتحكم فيه، ونشـوء أعراض الانسـحاب حينما لا تكون مادة العقار، المخدر متيسرة أو حينما لا يتعاطاها الفرد (Lawson,1984 :37).

ففـي حالة الإدمان ينشـأ تغـير في خلايا الجسـم يحدث مـع التعاطي المتزايـد لمعظم عقاقير المثبطـات. وتتمثـل المعـالم الإكلينيكيـة الأوليـة في نمـو التحمـل (الإطاقـة) وفي نمـو أعراض الانسحاب عند استبعاد العقار (Edgrton,1994 :3 - 4).

كـما يعـرف «الإدمـان» Drug Addiction بأنه : الحالة النفسـية أو العضويـة التي تنتج عن تفاعل العقار في جسـم الكائن الحي (تعريف منظمـة الصحة العالمية(W.H.O)(في ١٩٧٣م.)

ومن خصائص الإدمان أنماط سلوكية واستجابات مختلفة، تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة متصلة أو غير متصلة (دورية) للشعور بآثاره النفسية أو تلافي الآثار المقلقة نتيجة لعدم توافره.

هذا وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة، وقد يُعرف الإدمان أيضاً على أنه حالة تسمم مزمنة ناتجة عن الاستعمال المتكرر للمخدر، وإضافة إلى التعاريف السابقة للإدمان، فإن من خصائصه:

١ – الإلحاح والرغبة في الاستمرار على تعاطي المخدر، والحصول عليه بأي وسيلة، والحاجة هنا مُكرهة للمتعاطي في الحصول على المخدر بجميع الطرق والوسائل.

٢ – الرغبة في زيادة الجرعات، وإن كان بعض المدمنين يظل على جرعة ثابتة.

٣ – الاعتماد النفسي والعضوي على المخدر، أي الخضوع والتبعية النفسية والعضوية لمفعول المخدر.

٤ ـ ظهور أعراض نفسية وجسمية عند الامتناع المفاجئ أو الانقطاع الفوري عن المخدر، سواء تم ذلك بطريقة إجبارية أو اختيارية ويسمى ذلك ردود النقص.

٥ – الآثار الناجمة الضارة والمؤذية على الفرد والمجتمع. (منصور،١٩٨٦م،ص٢٤)

استخدم مصطلح الإدمان حتى عام ١٩٦٤م. للدلالة على حالات استعمال المواد إلى حد عدم مقدرة الفرد على التخلي عن تناولها. وقد استبدل حديثاً بمصطلح الاعتماد على العقاقير.

الاعتماد على العقاقير له نوعين:

الاعتماد النفسي

يدعى أيضاً التعود يتصف بمعاناة الفرد من وحم دائم ومتكرر للمادة التي يتعاطاها لكي يتلافى حالة عسر المزاج التي يعانيها أو يتوقعها نتيجة عدم توفر المادة أو حاجته لتناولها.

الاعتماد الجسدي.

تتسم هذه الحالة بالحاجة لتناول المادة المعينة لمنع حدوث متلازمة التوقف عن الاستعمال والتي تدعى متلازمة السحب(الشهري، ١٤٢٦هـ،ص ٤٨ ـ ٨٥)

وإذا نظرنا للإدمان كمفهوم شمولي فإنه سيبدو هناك خلط وتداخل بين مصطلح «الإدمان» ومصطلحات «سوء الاستخدام» و«الاعتماد» و«التحمل» و«الانسحاب» . وقد يكون هذا التداخل طبيعياً لما بين هذه الحالات المختلفة من علاقات وتفاعلات وثيقة حتى أنه قد يصعب الفصل بينها في بعض الأحيان.

فقد يستخدم مصطلح «سوء الاستخدام» بطريقة تبادلية مع مصطلحات أخرى، مثل مصطلح «إدمان»، تعني الاستخدام غير العادي للعقار أو المخدر، حيث يكون «سوء الاستخدام« بذلك هو عبارة عن فئة فرعية من الإدمان بدلاً من أن يكون انحرافاً عن المعايير الاجتماعية.(Helzer,1994,pp25)

وقد يُطرح مصطلح «الإدمان» على أنه مرادف أو بديل لمصطلح «الاعتماد» ويتمثل ذلك خاصة فيما قدمته «منظمة الصحة العالمية» (W.H.O) من تعريف حددته لجنة من الخبراء الدوليين لمصطلح «الاعتماد» في عام ١٩٧٤ (١٩٧٤، World Health Organization Expert Committee on Drug Dependence)

إن ثمة محاولة في هذا الشأن للتمييز بين المكونات الجسمية والمكونات النفسية للاعتماد. فلا شك في أنه يمكن أن تكون هناك ظروف ينظر فيها إلى الاعتماد الجسمي في شكل «خالص« نسبياً. فعلى سبيل المثال، بينت نتائج بعض البحوث التجريبية على الكلاب أنه نشأ عندها اعتماد جسمي على المورفين والميثادون في المناطق المنعزلة من الحبل الشوكي، كما نشأ هذا الاعتماد عند الكلاب التي استأصل منها لحاء المخ.(Gossop,1994,pp366).

ويتبين أيضاً أن المرضى الذين يتناولون أدوية من مشتقات الأفيون لخفض الألم عندهم بعد عمليات جراحية أجريت لهم، قد يبدون أعراض الانسحاب حينما يتوقف هذا الدواء عنهم ولكنهم مع ذلك لا يبدون أية رغبة في الاستمرار في تناول هذا العقار، أي لا ينشأ عندهم حالة من «الاعتماد» على هذه العقاقير.

ويلاحظ في توضيح المصطلحات والمفاهيم في هذا الميدان أن هناك اختلافات واضحة بين الخبراء، فلقد ظلت مفاهيم «التحمل» (أو الإطاقة) و«الانسحاب» تمثل الأعمدة التي يستند إليها مفهوم «الإدمان» وقد ينظر إلى الإدمان غالباً على أنه مركب من «الاعتماد» و «الانسحاب» .(Brannon,1992,pp366).

ولعـل ذلـك الاختلاف يسـتلزم منا بالتالي أن تسـتبين مـا بين هذه المصطلحـات والمفاهيم مـن تفاضـل وتكامل ومن فصل ووصل يتضح معها أن «الإدمان» في حقيقته «مفهوم شـمولي» يتضمـن في الأصل مكونات «التحمل» و «الاعتماد» و «الانسـحاب» وديناميات تلك الحالات التـي تعتمـل في عمليـة الإدمان. وهـذه المفاهيم يمكن مناقشـتها وتعرف خواصهـا في علاقتها بعقاقـير ومخـدرات متعددة، الأمر الذي ينطـوي على أهمية كبيرة في تقدير الآثـار الناجمة عن أي عقار أو مخدر وكذلك في تقدير الأخطار الكامنة فيه:

إن التحمل« (الإطاقة) مصطلح يطبق على تأثيرات العقار أو المخدر حينما تنمو عند الفرد، مع التعاطي المسـتمر، حاجة متزايدة أكثر فأكثر إلى تعاطي العقار أو المخدر لإحداث نفس تلك التأثـيرات، ذلـك أن التعاطي المتكـرر لعقاقير / مخـدرات معينة يؤدي إلى تناقضـات متوالية في بعض تأثيراتها. ويحدث ذلك مع التأثيرات الإنشـائية والمسـكنة لمشـتقات الأفيون مثل الهيروين والميثـادون، كما يحـدث مع الكحوليات. وتعـد العقاقير والمخدرات التي تتصـف بالجهد العالي للتحمل مواد خطرة لأن الفرد الذي ستنمو عنده تلك الإمكانية سوف يحتاج إلى تعاطي كميات كبيرة من تلك المواد للتوصل إلى التأثير الذي يريده ويتوقعه.

والتحمـل والاعتـماد خاصياتان مسـتقلتان. فالعقار/ المخـدر قد يخلق حالة مـن التحمل، ولكنـه لا يـؤدي إلى حالة من الاعتماد، وكذلك قد ينشـأ الاعتماد على عقار/ مخدر ليسـه له جهد للتحمـل أو يتصـف بجهد ضئيل للتحمل، فـإن بعض العقاقير والمخـدرات تتصف بإمكانات كل مـن التحمـل والاعتماد. بل وتوضح بعـض البحوث أن التحمل والاعتماد ليسـا بالضرورة مترتبات ناتجة عن تعاطي العقاقير والمخدرات.(Zinberg, 1981, pp 91 - 108).

ومـع نمـو «التحمل» ينمو أيضاً «الاعتماد» و «الانحسـاب» . فالاعتـماد، وإن كان منفصلاً عن التحمل، فإنه أيضاً مصطلح يمكن تطبيقه على عقاقير ومخدرات كثيرة. فالاعتماد ينشـأ عند الفـرد حينما تصبح مادة العقار/ المخدر مسـتدمجه داخل أنسـجة الجسـم وتوظيفها الحيوي فيها حتى إنها لتصبح ضرورية للتوظيف «العادي» عند الفرد. أما إذا حدث توقف أو عدم استمرار في تعاطـي تلك المـادة، فإن حالة الاعتماد على ذلـك العقار/ المخدر تصبـح واضحة وهي: نمو أعراض الانسحاب.

إن زملة أعراض الانسحاب هي الدلائل أو العلامات الجسمية على أن الجسم قد تكيف للتوظيف البدني من دون العقار/ المخدر، وهذه الدلائل أو العلامات تأخذ مظاهر وأعراضاً متعددة كالتهيج والقلق والاكتئاب والهلوسات واختلال الذاكرة والأرق وتصبب العرق ورشح الأنف وابتلال العينين و الارتعاشات ونوبات صرعية. ويلاحظ في ذلك أن الاعتماد والانسحاب يعتملان جسمياً ويظهران في صورة أعراض جسمية.

وغالباً ما تعتبر زملة الانسحاب عن الأفيون ومشتقاته كظاهرة نمطية مميزة لحالة الانسحاب، رغم أن أعراض الانسحاب تختلف وفقاً لنوعية الاعتماد على عقار معين. ولا يعتبر الانسحاب عن الأفيونيات أكثر الاستجابات خطورة جسمياً لعدم الاستمرار في التعاطي، فالانسحاب عن الكحوليات أو الباربيتيورات أو البنزوديازيبينات قد تنتج عنه مشكلات أكثر خطورة. ويعتبر الانسحاب عن العقاقير والمخدرات إحساساً مؤلماً وفاضحاً بشكل رديء السمعة، والكحوليات هي واحدة من أسوأ هذه المواد. ويتوقف مدى صعوبة عملية الانسحاب على عوامل كثيرة منها طول مدة التعاطي ودرجة الاعتماد. وفي بعض الحالات قد يؤدي الانسحاب عن الكحوليات إلى تهديد لحياة الفرد، مع احتمالات للوفاة بمعدلات تصل إلى ما بين ٥ و ١٠٪ (Lerner,1985,pp951 - 952)

ولقد شاع بين الخبراء والباحثين لسنوات طويلة أن التحمل والانسحاب من الخصائص المحددة للاعتماد الجسمي، ولكن بات من الواضح أن الاحتمال يحدث أيضاً بالنسبة لعقاقير/ مخدرات لا تعتبر من العقاقير الإدمانية جسمياً مثل الأمفيتامينات والقنب (الحشيش). كذلك تنشأ استجابات شبيهة بالانسحاب لعدم الاستمرار في تعاطي هذه العقاقير/ المخدرات بعد التعاطي المنتظم لها.(Gossop,1982,pp177 - 183) وسواء كنا نطلق أو لا نطلق على هذه الاستجابات مسمى «أعراض الانسحاب» فإن تلك في الحقيقة مشكلة (دلالية) أكثر منها مشكلة علمية. فعلى سبيل المثال، وُجد أن الكوكايين الذي نظر إليه لفترة من الزمن على أنه ليس من المواد الإدمانية لأنه لا يؤدي إلى زملة انسحابية من نمط الأفيونيات، يسبب مشكلات من الاعتماد الشديد لدى الكثيرين من المتعاطين له وبخاصة حينما يتم التعاطي عن طريق التدخين.

إن محاولة موائمة الاضطرابات الإدمانية داخل نظام تقليدي للتصنيف الطبي النفسي القائمة على فئة الاضطراب تعد محاولة غير دقيقه. فلقد توجهت هذه الجهود إلى التركيز على مواد نوعية دون ما اعتبار كاف للتباين في الأنماط السلوكية والمشكلات المرتبة بالتعاطي. ولقد تأسس أيضاً الكثير من هذه الجهود على مفاهيم التحمل والانسحاب كخصائص أساسية للاعتماد على العقار أو المخدر، ومن الخطأ تقييد التعقيدات الاجتماعية والنفسية داخل تلك الحدود الفسيولوجية الضيقة.

إن تغير المصطلحات من «الإدمان» إلى «الاعتماد» طُرح جزئياً لتشجيع الحركة في هذا الميدان بعيداً عن النظرة الفئوية للإدمان على أنه حالة (هل هذا الشخص معتمد/ مدمن؟) إلى النظر إليه على أنه بُعَد (ما مدى شدة الاعتماد/ الإدمان عند هذا الشخص؟).

إن جوهر الاعتماد هو أن العلاقة بين المتعاطي والعقار الذي يستخدمه هي علاقة متغيرة. ففي البداية، ربما تستخدم العقاقير والمخدرات لأسباب كثيرة، ولكن القرار باستخدام العقار/ المخدر من عدمه إنما يتخذه الشخص كاختيار إرادي. ومع نمو الاعتماد يصير الشخص بشكل متزايد مستوعباً ومتملكاً بواسطة العقار/ المخدر ويشعر بدرجة من القُهار الذي يجبره قسراً على تعاطيه. وفي تلك الحالة فإن الأسباب الأولى للتعاطي قد تكون موجودة أو غير موجودة، ولكن مع نمو الاعتماد فإن ثمة عوامل جديدة تضاف إلى التعاطي وتعمل بالتالي على تعقيد الصورة وزيادة احتمال تزايد شدة الاعتماد. (Gossop،1994،pp365 - 368).

والواقع إنه بذلت جهود مختلفة لتحديد ما الذي نعنيه على وجه الدقة بالاعتماد، يذهب بعض الباحثين إلى أن الاعتماد ينبغي النظر إليه على أنه زملة يكون فيها لتعاطي عقار معين أو حتى مجموعة من العقاقير أولوية أكبر بكثير عن أي سلوك آخر كانت له عند الفرد قيمة أكبر في وقت ما. فالاعتماد يحدث كجزء من نمط أوسع للسلوك، حيث لا يكون من الضروري أن توجد كل مكونات زملة الاعتماد، ولا دائماً بنفس الشدة. ومن أبرز التأثيرات المختلفة الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية التي يفترض أنها تكون زملة الاعتماد ما يلي:

الشعور بالقُهَار، أي السلوك القسري، لتعاطي العقاقير، الرغبة في التوقف عن التعاطي، وجود أسلوب للتعاطي نمطي نسبياً، وجود دلائل من التكيف العصبي (أعراض التحمل

والانسحاب)،وأخيرا هيمنة سلوك تعاطي العقار على الأولويات الأخرى في حياة الفرد والنزعة إلى العودة إلى تعاطي العقار تواً بعد فترة من التوقف أو الامتناع. (Edwards,1981,pp225 - 242).

وبنـاءً عـلى هذا التحديد، فإن أياً من هذه البنـود في حد ذاته ليس كافياً لتحديد الاعتماد على تعاطـي العقـار/ المخدر، وإن قياس الاعتماد على تعاطي العقاقير أو المخدرات ينبغي أن يسـتند إلى محـكات متعـددة. ومع ذلك ينبغي أن نبرز في هذا التحديد عاملاً أساسـياً هـو الرغبة الغالبة أو القُهار المسـيطر لتعاطـي العقاقير والمخدرات. فالإحسـاس بالقهار يعتبر مقوماً أساسـياً من مقومات الاعتماد. وهذا ما يناقض فهمنا لما نعنيه بمفهوم الإدمان من أن شخصاً قد يكون مدمناً لـشيء ما ولكنه لا يخـبر حاجة قوية إليه. ومن ثم فإن الاعتماد في جوهـره ينبغي اعتباره «ظاهرة نفسية» (Gossop,1984,pp 365 - 368).

ومـع ذلك، فقـد تعرض مفهوم الاعتـماد إلى النقد. فقـد وجه البعض النقـد إلى أن مفهوم زملـة الاعتـماد قد يهدد بدوام بقاء بعـض التضمينات غير المرغوبة لمفهـوم الإدمان كمفهوم من طـراز قديـم للمرض. فلا شـك في انه إذا كان الهـدف من العلاج هو قناع الأشـخاص المدمنين أو السـكيرين بأنهـم ضحايا عاجزون لعمليـة مرضية تعتمل فيهم، وبأنهم لا يسـتطيعون بالتالي التحكم في أفعالهم، فإن تلك التضمينات المتعلقة بالمرض تكون بلا جدوى وينبغي تجنبها.

و في دراسة عن «نقد مفهوم زملة الاعتماد» يتبين أن زملة الاعتماد تعطي تأكيداً غير مناسب لعناصر القهار (السـلوك القهري) و «فقدان التحكـم» وإلى أن المدمنين للعقاقير والمخدرات لا ينبغي أن ينظر إليهم على أنهم ضحايا سـلبيون لاعتمادهم ما داموا قادرين على أن يظهروا تحكماً في بعض جوانب تعاطيهم للعقاقير والمخدرات (Gossop,1989).

ويثـير ذلك قضية أخرى هي أن التركيز على فقدان التحكم يكون من مكونات الاعتماد قد يعمل على جذب الانتباه بعيداً عن القضايا الأكثر تعقيداً فيما يتعلق بالأسباب التي تدفع شخصاً إلى تعاطي العقاقير أو المخدرات وعن الظروف التي يحدث فيها التعاطي.

والحقيقـة إن الكثـير من هـذه الاعتراضات موجه نحـو مفهوم الاعتماد كمفهوم تفسـيري ويـرون أنـه من الأفضل النظر إلى الاعتماد على أنه صفة تُعزى إلى التعاطي. وقد يبدو ذلك غريباً مـن أنـه لا يوجد عند هـؤلاء الباحثين مكان لمفهوم الاعتماد، ما دامـت صفات العز وربما تكون هي ذاتها عوامل مهمة في تحديد سلوك الاعتماد.

ورغـم هذا النقد يبـدي باحثون آخرون حماسـة أكبر لمفهوم الاعتماد ويفترضـون أن اعتبار الاعتـماد مفهومـاً بُعديا، بدلاً مـن كونه مفهومـا فئوياً إنما ينطـوي على قيمـة إكلينيكية مباشرة. (Hodgson,1980,pp255 - 263).

واعتبارا لكل ذلك، فإن قيمة مفهوم الاعتماد ينبغي الحكم عليها ليس من مجرد الجدل المثار حوله ولكن في ضوء استخداماته في الممارسة الإكلينيكية وفي البحث العلمي.

أنماط وأنواع التعاطي

يشير لويس مليكه(١٩٩٩م) إلى أن هناك أنماطاً وأنواعاً للتعاطي وهي كالتالي:

١ ـ التعاطي التجريبي:Experimental use ويقصد به محاولة تجريب المادة النفسية لاستكشاف آثارهـا، وقـد يترتـب على ذلـك الاسـتمرار في تعاطيها مرات قليلـة، ثم لا يعـود مطلقا إلى التعاطـي مرة أخـرى. وهذا النوع من التعاطـي له خطورته فهو قد يعتـبر المدخل إلى إدمان المواد المخدرة.

٢ ـ التعاطي بالمناسـبة:Casual use ويقصد به التعاطي في المناسـبات الاجتماعية، وهي مرحلة متقدمـة عـن مرحلة التعاطـي التجريبي.أوقد يرتبـط التعاطي بالرغبـة في مواجهة المواقف الضاغطة كالامتحانات، أو الحروب، أو المباريات الرياضية.

٣ ـ التعاطي المنتظم:Regular use ويقصد به التعاطي على فترات منتظمة يتم تحديدها بحسـب إيقاع سيكوفيسـيولوجي داخلي خاص بمدى احتياج الشـخص لمـادة التعاطي. ويعتبر هذا المستوى درجة متقدمة من حيث علاقة المتعاطي بالتعاطي.

٤ ـ التعاطي الكثيف أو القهري:Heavy or compulsive use وهو يمثل أعلى درجات العلاقة بين المتعاطي وبين المخدر، حيث يكون التعاطي بصورة متكررة، وفترات متقاربة.

٥ ـ التعاطـي المتعـدد للمواد النفسـية: ويقصـد به التعاطي لعدد من المواد النفسـية، سـواء كان التعاطي لها في وقت واحد، أو الانتقال عبر فترة زمنية (درويش ٢٠٠٤م،ص ٣٠).

طرق التعاطي للمخدرات

تتنوع طرق تعاطي المواد المخدرة حسب نوع المادة نفسها، وبصورة مجملة فإن تعاطي هذه المواد يمكن أن يتم بإحدى الطرق التالية:

١ ـ عن طريق الفم: ومن ذلك الشراب، كتعاطي الخمور بكافة أنواعها، حيث يتم تناولها عن طريق الشرب، وكذلك القات الذي يمضغ ويخزن في الجزء الأيمن أو الأيسر من الفم (الشدق) في عملية تعرف بالتخزين، ويندرج أيضا تحت هذا الصنف بعض الأنواع التي يتم تناولها عن طريق الاستنشاق لارتباط التجويف الأنفي بالتجويف ألفمي، كما هو الحال في تعاطي الحشيش أو غيره من المواد.

٢ ـ عن طريق الشم: الأسلوب الآخر لتعاطي المخدرات هو الشم عن طريق الأنف حيث يستنشق ذلك المسحوق المخدر كالهيروين أو الأفيون مثلا بالأنف فيدخل عبر الخياشيم إلى الدماغ مسببا أعراضاً مخدرة رهيبة نتيجة سرعة وصوله إلى الدماغ.

٣ـ عن طريق الحقن: يتعاطى الفرد بعض أنواع المخدرات عن طريق الحقن عبر الوريد حيث تسير المادة عبر الدم فيمتص الجسم تلك المادة المخدرة لتصبح جزءاً من تركيبة الدم وبالتالي لا يستطيع الجسم أن يستغني عنها، إلا من خلال الخفض التدريجي للجرعة حتى التخلص منها.

نظريات الإدمان

١ـ النموذج المرضي The Disease Model

تحدد هذا النموذج ابتداء بما أقرته «منضمة الصحة العالمية» (W.H.O) في عام ١٩٥٢م والرابطة الطبية الأمريكية في عام ١٩٥٦م من إطار تشخيصي لإدمان الكحوليات كمرض، ومن أن تعاطي العقاقير والمخدرات هو حالة من الاضطراب تصيب الأشخاص المتعاطين وتؤدي إلى الإدمان الفسيلوجي، أي إلى تغير في فسيلوجيا الجسم نتيجة لسؤ استخدام العقاقير والمخدرات كما يتضح في زملات التحمل والانسحاب . وتنشأ مع التعاطي حاجات متنامية إلى زيادة كميات التعاطي وجرعاته، الأمر الذي يجعل المتعاطي يدخل في دائرة مفرغة من عملية المرض (Oetting،1991).

ومـن الصعـب أن ندخل النموذج المرض لتفسـير سـوء الاسـتعمال أو الإدمـان في أي من النظريات النفسـية أو النظريات السـلوكية البيئية. رغم مسمى هذا النموذج فإن نموذج المرض ليس نموذجاً طبياً ولا بيولوجياً ورغم قدم هذا النموذج فلا يزال واعداً في هذا الميدان.

لكن لسـوء الحظ فإن النموذج لا يشـتمل على تفسير واضح للإدمان وجوهر هذا النموذج يشـير إلى أن سـوء الاسـتخدام أو بصفة محددة «الإدمان» هو مرض. فالإدمان مرض قائم بذاته وليس عرضا أو جزءاً من مرض آخر والإدمان كمرض ليس تفسـيراً بقدر ما هو تقرير للحقيقة حول أنماط الاستخدام غير المتكيف وخطر التكرار لهذه الأنماط أثناء حياة المدمنين.

ويرى القصور المرضي لسـوء اسـتخدام العقاقير يعتبر شـائعاً في المجتمع، ومعظمنا يشـعر أن الذيـن يسـيئون اسـتخدام العقاقير إنما هم مرضى ويحتاجون للعـلاج . حيث يتضمن المرض وجود شـذوذ بدني سواء كان هذا الشذوذ تشريحياً أو فسيولوجياً، حيث إشارة الأدلة إلى وجود خصائص شذوذ بيولوجية للذين هم عرضة لسوء استخدام العقاقير .

فلقد أوضحت الدراسـات الوراثية وجود (جين) مسـتقل عن التأثيرات البيئية . يمد الفرد بنشـاط لتطوير سوء استخدام العقاقير، وقد اقترح الباحثون عدة نظريات وراثية حيوية تشتمل على شذوذ في وظيفة نقل السيالات العصبية مثلا السيروتنين أو الكاتيكول أمنيات أو اختلافات في تمثيـل الكحـول . وغياب دليـل طاغي لأي من هذه العلامات البيلوجية يجعل من أي سـبب بيلوجي منفرد أمر غير وارد.(الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٨م، ص٤٤٤) .

٢ـ النظريات النفسية Psychological theories

يشـيع في ميـدان التعاطي ولإدمـان العديد من النظريـات والنماذج والمناحـي المختلفة التي تسـعى إلى تفسـير وفهم طبيعة ظاهـرة الإدمان واضطرابـات الإدمان ويقصد بهـا في هذا المقام النظريات التي تعتمد في تفسيرها على العمليات العقلية الداخلية للفرد ورغم أن لا أحد يتجاهل العوامل البيئية فإنه قد يكون للعوامل الداخلية مثل العواطف والمشـاعر وخصائص الشـخصية دورها الأساسي في هذا السلوك المرضى:

٣ـ النظرية السيكوديناميةPsychodynamic Theory

سادت المدرسة السيكوديناميةالمجال النفسي في النصف الأول من القرن العشرين وهي مثل نظريات أخرى تنظر للإدمان على أنه عرض أكثر من كونه سبباً لمشكلات سلوكية أو انفعالية.

وهناك عدة مدارس رئيسية تدخل في أدبيات المدرسة السيكوديناميةفهناك تفسير يدور حول التثبيت الفمي خاصة في تفسير سوء استخدام أو الاعتماد على الكحول.

ثمة تفسير آخر نشأ في المدرسة السيكوديناميةيرى أن عدم مقدرة الأم أو الأسرة على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة مما ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حول إشباع هذه الحاجة، وبذلك فإن الطفل لا يطور القدرة على تأجير الإشباعات وهذا تحمل المنخفض للإحباط يظهر في صورة سلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام للمواد الذي يعتبر أسلوب غير ناضج لتحقيق الإشباعات الفمية (Blanc 1990).

ثمة تفسير آخر طوره ميننجر Menninger (١٩٣٨) الذي يرى أنه طالما الحاجات الشخصية لم تشبع فإن الفرد يصبح غاضباً من والديه ولأنه غير قادر على التعبير عن هذه الرغبات العدائية نحوهما فإن غضبه يتجه داخلياً ويظهر في شكل سلوك مدمر للذات من خلال سوء استخدام العقاقير. وفي رأي كثير من منظري المدرسة السيكوديناميةفإن المدمنين يشتركون في الغالب في بعض الخصائص مثل الاعتمادية، والاندفاعية، والنرجسية، والانعزال العاطفي، ومشاعر عدم الملائمة والاكتئاب. وينظر إلى الخمور والمخدرات على أنها طريقة للوفاء بحاجات الاعتمادية واستبعاد عدم الارتياح النفسي الناتج عنها وتعمل المواد المنشطة نفسياً كمعينات للأنا (Wieder&Kaplan, 1969,pp399) .

وهناك تفسير آخر تأتي به المدرسة السيكوديناميةترى فيه المادة أو العقار الضار على أساس أنها موضوع والإدمان على أساس أنه يشابه الاعتماد على أناس آخرين. (Meeks, 1987,pp388 - 393).

كذلك فإنه ينظر للإدمان على أنه بديل عن علاقات مع آخرين قد تؤدي بالفرد إلى صراع أو أضرار.

وهنـاك فرض التداوي الذاتي باعتباره تفسـيراً نفسـياً لظاهرة الإدمان حيـث يرى أن الفرد يستخدم الكحول وغيره من العقاقير لمداواة عدم تحمل الحالات الوجدانية. وفي رأي خانتازيان (١٩٨٥) Khantazian أن اختيـار العقار أو المادة التي تسـتخدم يتـم بناءً على قدرتها على ضبط حـالات وجدانيـة معينة. فبعض المدمنين يسـتخدمون العقاقير المنشـطة للتعامـل مع الاكتئاب والضجر أو الخوف بينما آخرون يستخدمون المهدئات لعلاج أخطار الغضب أو الهياج.

٤ـ نظريات السلوكية (التعلم) والبيئة

النظريات السـلوكية أو نظريات التعلم هي تلك النظريات أو التفسـيرات التي تبحث عن تبرير السـلوك. وهو هنا اسـتخدام أو إساءة اسـتخدام العقاقير. على أساس من تفاعلات الفرد مـع البيئة وأثـار متغيرات بيئية معينة على السـلوك. وتتضمن النظريات السـلوكية نظرية التعلم الاجتماعـي، النظريات التفاعلية وجوانب من نظرية التوقـع ونظرية خفض التوتر ونظرية كبح استجابة الانضغاط.

أ ـ نظرية التعلم الاجتماعي Social Learning theory

تفـترض نظريـة التعليم الاجتماعي أن كل صور اسـتخدام المواد تحكمـه القواعد الإجرائية وقواعد التعلم بما في ذلك العوامل المعرفية (Abrams & Niaura 1987) .

ويتعـرض الشـباب لنماذج تنمـي الاتجاهات نحـو اسـتخدام العقاقير وكذلـك المعتقدات السائدة حوله ونماذج من سلوك التعاطي حيث يتعلمون منهم هذا السلوك. وبناءً على التعرض للمواد أو العقاقير فإن الخبرة المباشرة تجعل استخدام العقاقير إما يعزز إيجابياً أو سلبياً عن طريق إثـارة (أنظر الحديث عن التعزيز في الجزء الخاص بالأسـس النظرية) وتشـتمل المعززات الناتجة عـن المخدرات خفض التوتر وخفض الانضغاط أو التعامل مع الحالات الوجدانية السـلبية أو زيادة التفاعلات الاجتماعية. وإذا اسـتمر اسـتخدام العقار فإن زيادة التحمل (الإطاقة) للآثار المعززة يتطلب كميات أكبر لتحقيق نفس الآثار والحصول على كميات أكبر قد ينتج عنه انشغال زائـد بالحصـول عليها. وبالمثل فإن الاعتماد البدني قد ينتج عنه ما يسـتلزم مزيد من الاسـتخدام لتجنـب أعراض الانسـحاب. والحصول عـلى المعززات قصيرة المدى قد يحقـق الرغبة في تجنب تعزيز السالب من النتائج السلبية السابقة الناتجة عن استخدام المادة.

وقد أعطت التعديلات الأكثر حداثة لنظرية التعلم الاجتماعي أهمية أكبر للعوامل الأخرى في ذلك الخصائص الشخصية، والعوامل المعرفية ونواقص مهارات التعامل الاجتماعية النفسية (Abrams & Niaura, 1987) .

ب ـ النظريات التفاعلية Interactional theories

تقترح هذه النظريات أن السلوك بما فيه سلوك استخدام العقاقير هو نتيجة للتأثيرات المتبادلة بين الشخص (الفرد) وبيئة هذا الشخص ومخزون السلوك الفردي. وإذا قارناها بنظرية التعلم الاجتماعي فإن الفرد يعتبر عاملاً نشطاً يتأثر بالعوامل المعرفية، والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة. ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية المرتدة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك. وتقوم النظرية التفاعلية الحديثة على أساس من نماذج إحصائية للتباين المتعدد وتمثلها نظرية السلوك المشكل التي أقترحها جيسوروجيسور (١٩٩٧) ونموذج المجال الذي اقترحه هوبا وبنتلر (١٩٨٢) Huba & Bentler والنموذج النمائي لزوكر (١٩٧٩) Zucker.

وفي رأي جيسور و جيسور أصحاب نظرية سلوك المشكلة، أن مشكلة تعاطي الخمور هو واحدة من عدة مشكلات، وهذه السلوكيات المشكلة هو نتيجة للتفاعل بين ثلاثة أنظمة داخل الفرد: الشخصية، البيئة المدركة، والسلوك: وفي داخل كل نظام هناك خصائص أو متغيرات تمثل تعرضاً أو ميلاً للانحراف أو السلوك المشكلة، وككل سلوكيات المشكلة. فإن سلوك الشرب سواء كان يمثل أو لا يمثل مشكلة هو متغير مستمر أكثر من كونه حالة متقطعة.. ولا يذكر جيسور شيئاً عن الآثار الصيدلانية أو الاستهداف البيولوجي.

وفي نموذج المجال يرى هوبا وبنتلر أن الشرب هو واحد من مجموعة أكبر من النزاعات السلوكية أو طرز الحياة. وهذه النزوعات هي نتيجة للتفاعلات بين عدة مجالات هي المجالات البيولوجية والداخلية الشخصية والبينشخصية والثقافية وبذلك فإن نموذج المجال يبدو أنه أكثر شمولاً عن غيره من النظريات التفاعلية بإدخاله استخدام العقاقير في إطار واسع من السلوك والتأثيرات بكل من العوامل البيئية والبيولوجية.

٥ ـ النظرية المعرفية

اعتمدت كثير من الخطط العلاجية الرامية إلى تثبيت موقف الامتناع عن تعاطي الكحول أو المخدرات، على ما يسمى بأساليب منع الانتكاسة، وهي كلها أساليب سلوكية معروفة، طبقت أساسا على مدمني الكحول وكان هدف العلاج لهؤلاء المدمنين مساعدتهم على الامتناع ثم تدعيم موقف الامتناع هذا. والنظرية المعرفية Cognitive Theory لا تربط بين أسباب الإدمان والكيفية التي تعالج بها في المراحل الأولى من العلاج. فالهدف الأول للعلاج هو التركيز على الاعتقادات الخاطئة التي يحملها المدمن، ثم الانتقال إلى التركيز على المشكلات السلوكية الأخرى عندما تظهر، فأصحاب هذه النظرية يرون أن تصحيح اعتقادات المدمن الخاطئة لا تنحصر في مجال الإدمان، بل أيضاً في أنماط تفكيره الجديدة بناء على ما تعلمه. وذلك ليتحسن تكيفه في مشكلاته الأخرى التي تعترضه. (الحجار، ١٩٩٢م، ص ٢٥)

وهذه النظرية تفسر الإدمان على العقاقير بناءا على العمليات المعرفية الإدراكية، فالإدمان أحد الأساليب السلوكية اللاتكيفية المرضية، وقد اكتسب المدمن تلك الأساليب بناءا على البنية الفكرية المعرفية لديه. فجوهر النظرية المعرفية أن « الأحداث الخارجية ليست هي التي تزعجنا وتكدرنا ولكن تأويلاتنا واعتقاداتنا إزاء هذه الحوادث هي المسببة للكدر والقلق والغم. (الحجار، ١٩٩٢م، ص ١٦)

ويرى «بيك» أن حدوث الإدمان يرجع إلى نظام من الاعتقادات الإدمانية Addictive beliefs ويشير هذا المصطلح إلى مجموعة من الأفكار التي تركز على البحث عن المتعة وحل المشاكل وعلاجها أو الهروب منها. وهو مصطلح يرتبط بشكل خاص باعتماد هذه الأفكار على تفضيل مادة ما للتعاطي دون غيرها من المواد الإدمانية الأخرى. (الشهري، ١٤٢٦هـ،ص ٤٨ ـ ٨٥) . وتكون الاعتقادات الخاطئة نسقا من التفكير يسيطر على المدمن فيرى أن احتياجه للمخدر لإحداث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر بالإضافة إلى قدرة المخدر على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل وما يمنحه للمدمن من نشاط وطاقة.

وتفترض النظرية المعرفية أن الاعتقادات الخاطئة تولد التحمل المنخفض للإحباط، وهذا

مـا نجـده بخاصة لدى المدمنين عـلى العقاقير. وقد طرح «آليس« Ellis تعبيرا جديد اسـماه قلق الانزعـاجDiscomfort / Anxiety أو اضطـراب الانزعـاج في وصفه للحالة النفسـية الجديدة التـي تعتري المدمن نتيجة تفكيره اللاعقلاني تجاه إدمانه على العقاقير، وبفعل التحمل المنخفض للإحباط الناجم عن الامتناع عن تعاطى المخدر.

و يتصـف هـذا القلـق المزعـج في توقع الشـخص المدمـن على العقاقـير، لـلألم و الانزعاج وعدم الشـعور بالراحة والتوتر. وتعبر تلك المشـاعر التي تنتاب المدمن عن نمط حياته الإدماني والاعتقادات الخاطئة التي تدور بخلده والتي تكون نسقاً من التفكير المضطرب.

وبالإدمان على المواد النفسـية، من أجل الوصول لحالة من التكيف، يحرم المدمنون أنفسـهم مـن تعلـم آليات أكثر فعالية للتكيف، ويصبحون أقل احتـمالاً لآلام القلق. فهم يوقنون في هذه المرحلة أنه ليس من الضروري تحمل القلق، طالما أن تعاطي المادة النفسية قد نجح في إزالة التوتر وفي جعلهم يعيشـون خبرات ومشـاعر وجدانيـة ومعرفية إيجابية، عندها يصبـح من المتوقع أن يتزايد تعاطي المواد النفسـية، سواء في عـدد مـرات التعـاطي أو أنواع المواقـف التي تؤدى إليـه ـ وهكذا يؤدي الإدمان على المواد النفسية إلى دائرة مفرغة.

٦ـ نظرية التوقع Expectancy theory

تعتمد هذه النظرية في تفسيرها للإدمان على العوامل المعرفية، وعلى توقع وجود علاقة منظمة يمكن التنبؤ بها بين حدث أو شيء وبين النتيجة أو العائد منه.(الرشيدي وآخرون،٢٠٠٠م،ص ٩٩)

إن التوقعات هي عمليات معرفية بربط الأحداث أو بشكل أدق توقع الأحداث لنتائج معينة. ومن خلال قواعد التعلم يتعلم الفرد أن يتوقع العلاقات بين الأحداث أو الموضوعات في موقف قـادم. وبالنسـبة لنظريات التوقع، فإن ما يتم تعلمه هو العلاقة بين اسـتخدام المـادة ونتائج معينة مرغوبة نتيجة أنها معززة. ويحدث سوء استخدام العقار عندما يكون لدى المدمن توقعات إيجابية للاسـتخدام أكبر مـن عددها أو قيمتها عن التوقعات السـلبية وهذه التوقعات قـد تُعزز في خبرة قصيرة المدى. ونظراً للكميات المحدودة للخبرة والاستهداف لتأثيرات الثقافة الشائعة وخرافتها فإن المراهقين قد يكونون أكثر عرضه لتنمية التوقعات التي لا يثبت صدقها في المدى البعيد.

٧ ـ نظرية خفض التوتر أو محق استجابة الانضغاط

على الرغم من أن فكرة أن مدمني الكحوليات يكونون متوترين نتيجة لإحباط الصراعات المتصلة بالجوانب الفمية والاعتمادية التي قد نشأت في إطار أدبيات مدرسة التحليل النفسي. فإن نظرية خفض التوتر تقوم أساساً على قواعد التعلم التي ينظر فيها لسلوك الإدمان على أنه سلوك يكافأ . والعناصر الرئيسية في نظرية خفض التوتر تقرر أن الكحول يخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف، والقلق والصراع والإحباط وأن الكحول يستخدم لخصائصه المخفضة للتوتر. وقد أوضحت البحوث الأكثر حداثة أن خصائص خفض التوتر للكحول تشاهد فقط في إطار منحنى استجابة لجرعة كحول محدودة وأن خفض التوتر ليس عاملاً وحيداً صادقاً لتفسير الاستخدام وسوء الاستخدام (Cappell, H & Greeley, J 1987)

أما نظرية محق أو إخماد استجابة الانضغاط فهي شبيهة بنظرية خفض التوتر. حيث يتعلم الفرد أن العقاقير يمكن أن تخفض من استجابة الجسدية للضغوط وبذلك فهي تلقن وتشجع استخدام العقار في مواقف ضاغطة مماثلة وتشمل العمليات المعرفية بما فيه التوقعات وخصائص الفرد مثل الاستجابة والحساسية للضغط مما قد تكون هامة في تحديد الأشخاص المستهدفين.

٨ ـ الإعاقة الذاتية Self - Handicapping

الأشخاص الذين ليسوا متأكدين حول جدارتهم في مواقف محددة قد يستهلكوا المواد المخدرة لكي يُعزون (يُرجعون) أداءهم الضعيف لحالة التسمم بدلاً من عزوها لضعف جدارتهم أو قدرتهم الحقيقية.

٩ ـ الوعي الذاتي Self - awareness

إن المواد المخدرة بكافة أنواعها تؤثر على العمليات المعرفية بما فيها الوعي بالذات (Hull 1987) ويصبح الفرد أقل قدرة على تقويم خبراته الشخصية السليمة بما فيه الإخفاق والنتائج السلبية للاستخدام أو سوء الاستخدام المستمر للعقار، ومن ثم فإن الاستخدام يمكن أن يستمر. وبالنسبة للشباب المدمن فإن إدراك الآثار السلبية للعقار هو أمر ضروري للفرد كي

يكون قادر على تفادي استخدام هذه العقاقير كلها أو لتجنبه التقدم من الاستخدام التجريبي إلى الاستخدام الحقيقي للعقار.

ثالثاً : التفسيرات الاجتماعية والثقافية

ترتكز التفسيرات الاجتماعية والثقافية للتعاطي والإدمان على الأسرة والأقران والبيئة الاجتماعية والثقافية . فمن ناحية الأسرة نجد أن العامل الأساسي في اضطراب البيئة الأسرية هو اضطراب في عملية الو الدية وما يحدث فيها من أساليب وممارسات خاطئة أو شاذة في تنشئة ورعاية الأبناء وفي تلبية حاجاتهم، ومن الملاحظ في هذا الشأن أن الإدمان كثيرا ما يرتبط بالتصدع الأسري، وهو ما يرتبط بدورة أيضا بوجود البيئة المهيأة لنشؤ الاضطرابات النفسية والانحرافات السلوكية كالجناح والسلوك المضاد للمجتمع والإدمان . (الشهري، ١٤٢٦هـ،ص ٤٨ ـ ٨٥)

كما يرتبط التعاطي والإدمان ارتباطا كبيرا بتأثير جماعات الأقران التي يتفاعل الفرد معها وبخاصة في مرحلة الشباب، فيما يعرف بجماعة الأقران ففي هذه الجماعات الاجتماعية يندمج الفرد في أسلوب حياتها ويتوحد معها . فيرتبط تعاطي المواد المخدرة بوجود مثل هذه الجماعات الذين تتفق معتقداتهم واتجاهاتهم وقيمهم وتبريرهم لتعاطي المخدرات، وقد يفسر التعاطي بأنه قد يؤدي دورا هاما في عضوية الجماعة وفي التوحد مع الجماعة. (Dupont، ١٩٨٤)

وتعتبر البيئة الاجتماعية من العوامل المساهمة في التعاطي والإدمان، وتشمل البيئة في هذا الشأن متغيرات عديدة مثل المتغيرات السكانية والعمرية والمستوى الاجتماعي الاقتصادي والعمل والمهنة والمستوى التعليمي والمعايير الاجتماعية والقيم الدينية ونظم المعتقدات والتقاليد وغير ذالك من المتغيرات التي تعتبر محددات للتعاطي والإدمان . كما أن للعوامل الثقافية التي تشيع في جامعة من الجماعات وتمثل أسلوب حياة تلك الجماعة دور في تفسير التعاطي والإدمان، لذا تؤكد التفسيرات الثقافية للتعاطي والإدمان أهمية دور الاتجاهات والمعتقدات والقيم السائدة في المجتمع . (Biernacki,1986)

التعليـــــق

يـرى الباحـث أن كل نظريات الإدمان إنما تتضمـن عنصرا من الحقيقـة والفعالية، وينبغي لذالك أن تكون موضع اعتبار فيما يطرح من تفسيرات وتحليلات لتلك الظاهرة المعقدة والمتعددة الأبعـاد والتـي تنتمي إلى أنظمة علمية متنوعـة . ومن هنا فإن نتائج المنحـى التكاملي الذي يفيد وظيفيا في كل ما تقدمه النظريات ونتائج البحوث من إسـهامات متنوعة هو الأسـلوب الأمثل في فهم وتفسـير التعاطي والإدمان وتضميناته في اسـتراتيجيات وأسـاليب وإجراءات التدخل الوقائـي والعلاجـي . ونظراً لتعقد مشـكلة الإدمان، فإنـه يصعب تحديد نظرية واحدة لتفسـير السـلوك الإدمـاني. حيث يـرى الباحث أن وجود نظريـة واحدة لا يمكنها تفسـير كل جوانب السـلوك الإدمـاني . وذلـك لان كل نظريـة لها حدودهـا التنظيريـة والمنهجية التـي لا يمكن أن تتجاوزها من ناحية، وكذلك لطبيعة تداخل وتعقيد هذه المشكلة.

ولذلـك فان الهدف العام هـو الخروج من هذه النظريات بأسـاليب تطبيقية لعلاج الإدمان على المخدرات. ومما لاشك فيه أن هذه النظريات قد ألقت الضوء أمام الباحث، حيث اطلع على أغلب التفسيرات التي تناولت موضوع الإدمان على العقاقير مما يساعده على فهم طبيعة المشكلة وعلى تفسير النتائج التي يحصل عليها.

٢ . ١ . ٣ العلاج المعرفي السلوكي

يعتبر العلاج النفسي أقدم أنواع العلاج، فهو قديم قدم البشرية نفسـها ولكنه مر في مراحل تاريخيـة تطوريـة أدت إلى ما هو عليه الآن، وكل منا يمارس العلاج النفسي بطريقة غير رسـمية، فالوالـد حـين يخفف من الغضـب أو الانفعال عند الطفـل، فإنه بذلك يـمارس نوعاً من العلاج النفسي لأنه يحاول أن يفهم طبيعة الاضطراب الذي نتج عنه هذا الانفعال، ويقوم بإعادة التوازن النفسي للطفل، والشـخص حين يحل مشـكلة زميل، فإنه بذلك يمارس نوعاً من العلاج النفسي حيث يحاول أن يفهم طبيعة الاضطراب ويتيح الفرصة له للتنفيس والتفريغ الانفعالي مما يساعده عـلى تبصـيره بكوامـن القوة و الضعـف في شـخصيته، إلا أن ذلك لا يقوم على أسـاس علمي. فالعـلاج النفسي يسـتخدم في عدد من ميادين العلاج، فهو الأسـاس في ميدان الصحة النفسـية

يستخدم في الطب النفسي وخاصة العلاج بالأدوية، ويستخدم في ميدان الخدمة الاجتماعية بالعلاج الاجتماعي، ويستخدم في مجال التربية والتعليم وخاصة التوجيه والإرشاد، ويقوم به رجال الدين وخاصة العلاج الديني أو الأخلاقي (زهران، ١٩٩٨م، ص ١٩٧).

١ ـ تعريف العلاج النفسي

وردت تعاريف عديدة للعلاج النفسي فقد عرفه عاقل في معجم علم النفس بأنه فرع من العلوم الطبية أو الطبية النفسية يستهدف علاج الأمراض أو الوقاية منها (عاقل، ١٩٧٩م،ص ١١٥).

وقد عرفته الجمعية الطبية النفسية الكندية بأنه الوسيلة الطبية التي يقوم بها الطبيب عن طريق جلسات من الحديث أو وسائل اتصال أخرى، بالكشف عن سلوك الفرد المضطرب بهدف التقليل من معاناته. (كمال، ١٩٩٤م،ص ٨٨).

وعرفه عيسوي بأنه مداواة النفس أي النفس المضطربة بأساليب مختلفة من أهمها أسلوب الاتصال اللفظي. (عيسوي، د. ت،ص٨).

وقد عرفه زهران بأنه نوع من العلاج تستخدم فيه أية طريقة نفسية لعلاج مشكلات أو اضطرابات أو أمراض ذات صبغة انفعالية يعاني منها المريض وتؤثر في سلوكه، وفيه يقوم المعالج بالعمل على إزالة الأعراض المرضية الموجودة أو تعديلها، مع مساعدة المريض على حل مشكلاته الخاصة والتوافق مع بيئته واستغلال إمكاناته و تنمية شخصيته ودفعها في طريق النمو الشخصي في المستقبل «.(زهران،١٩٩٨م،ص١٨٣).

أما عبد الخالق فقد عرفه بأنه عبارة عن تفاعل منظم بين المعالج والمريض أو العميل، ويعمل على استخدام المبادئ السيكولوجية بطريقة تؤثر على أفكار المريض واتجاهاته ومشاعره وسلوكه، بهدف مساعدته على التغلب على هذا السلوك غير السوي أو توافقه للمشاكل التي يواجهها في حياته (عبد الخالق، ١٩٩٧م،ص ٥٣٣).

ونستخلص من التعريفات السابقة خصائص وأهداف العلاج النفسي والتي منها ما يلي:

ـ علاج الاضطرابات أو الأمراض أو المشكلات النفسية والسلوكية ذات الصبغة الانفعالية.

- العمل على تحويل الخبرات السالبة والمؤلمة إلى خبرات إيجابية وغير مؤلمة.
- الكشف عن السلوك المضطرب بهدف تعديله وتغييره، ومن ثم إبراز السلوك الإيجابي وتثبيته.
- تحقيق التوافق الذاتي (النفسي) والاجتماعي للفرد.
- العمل على إتمام الشفاء والحيلولة دون حدوث النكسة. (زهران، ١٩٩٧م،ص ٢٠٠ ـ ٢٠١).

٢ ـ أبعاد العلاج النفسي

توجد أبعاد متعددة للعلاج النفسي تتضمن طرقاً علاجية كثيرة من طرق العلاج حيث أن كل بُعد يتضمن عناصر من البُعد الآخر:

أ ـ العلاج الفردي والعلاج الجماعي Group & Individual Therapy

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 مثل المشكلات والانحرافات الجنسية، 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 والجماعة من جهة أُخرى. (عيسوي، ١٩٨٤م،ص ١١٧ ـ ١١٨).

وقد أفرد الباحث للعلاج الجماعي مبحث يتناول فيه موضوع العلاج الجماعي وتطوره وخصائصه ونظرياته المفسرة له

وقد أوضح زهران أن العلاقة الجماعية التي يتضمنها العلاج الجماعي تيسر الفرصة أمام كل مريض لخبرة الواقع، وتنمية طرق أكثر كفاءة في العلاقات الاجتماعية، وهو أكثر فاعلية في علاج مشكلات الأسرة والإدمان وأمراض الكلام والجناح (زهران، ١٩٧٧م،ص ٢٢٤).

ب ـ علاج الأسباب وعلاج الأعراض

يركز علاج الأسباب على أسباب المرض النفسي بالقضاء عليه واجتثاث جذوره، بينما علاج

الأعـراض يركز على مسـاعدة المريض على التخلـص والتحرر من الأعـراض أو الاضطرابات فقط، دون الاهتمام بالأسباب (زهران، ١٩٩٤م،ص٢٠٨).

ج ـ علاج الدعم وعلاج إعادة البناء

يهـدف عـلاج الدعم إلى تدعيم شـخصية المريض من خلال العمل عـلى تخفيف الأعراض وحل المشـاكل النفسـية التي تواجهـه عن طريق تغيير ظروفه، أما علاج إعـادة البناء فيهدف إلى تعديل شـخصية المريض وتغيير طريقة تفكيره واتجاهاته وسـلوكياته، ومن ثم إعادة الثقة بنفسه وبناء شخصيته.(المرجع السابق،ص ٢٠٨ ـ ٢٠٩).

د ـ العلاج المرن (غير الموجه) والعلاج الملتزم (الموجه)

يقصد بالعلاج المرن الاختيار بين طرق العلاج النفسي المختلفة بطريقة مرنة وانتقاء ما يناسب الحالـة المرضيـة من طريقة علاجية واسـتخدامها دون التمسـك والالتزام بطريقـة محدودة، بينما العـلاج الملتزم يهدف إلى التقيد بطريقة علاجيـة محددة وعدم الحياد عنها. (سري، ١٩٩٠م،ص ٩٥ – ٩٦).

هـ ـ العلاج العميق والعلاج السطحي

يركز العلاج العميق على إظهار واكتشاف الإنفعالات المكبوتة التي يتركز حولها الصراع أو الخبرات المؤلمة لدى المريض واكتشـافها، أما العلاج السطحي فهو يهدف إلى بث روح الطمأنينة في المريض وتعزيز دفاعاته دون التعمق في صراعاته. (زهران، ١٩٩٨م،ص ٢٠٩).

فهناك العديد من الطرق العلاجية النفسية المختلفة، والتي تختلف نظراً لاختلاف الأعراض والاضطرابـات لـكل حالـة مرضية، وعادة ما تسـتخدم معظم هذه الطـرق العلاجية في العيادة النفسـية، كالتحليل النفسي والعلاج السـلوكي والعلاج الجماعي والعلاج الممركز حول العميل والإرشاد العلاجي والعلاج باللعب (زهران، ١٩٩٨م،ص ٢٠٠).

العلاج المعرفي السلوكي

يعد العلاج المعرفي السلوكي من أشكال العلاج النفسي الحديثة نسبيا، ويركز على كيفية إدراك الفرد للمثيرات المختلفة وتفسيراته لها، وإعطاء المعاني لخبراته المختلفة.

ويستدل من اسم هذا النوع من العلاج بأنه محاولة دمج الفنيات المستخدمة في العلاج السلوكي مع الجوانب المعرفية والانفعالية للمريض ضمن السياق الاجتماعي.

يذكر «كلارك» و«فايربرن» Clark and Fairburn إن مصطلح العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy ظهر في بداية الثلث الأخير من هذا القرن (القرن الماضي)، وأصبح في وقت قصير، العلاج النفسي الرئيسي في معظم الدول المتقدمة. (المحارب، ٢٠٠٠، ص١).

نشأة العلاج المعرفي

أصبح تطور العلاج المعرفي السلوكي عبر أربعة عقود أحد أسرع طرق العلاج نموا، وأكثرها انتشارا، ويعد ذلك التطور في أطره النظرية والعلاجية والمفهومية نتيجة لجهود تراكمية ترجع إلى أفكار الفلاسفة اليونان والذين اتفقوا على إمكانية ممارسة تدريبات عقلية للتحكم في انفعالات وضبط النفس . حيث تنبه الفلاسفة اليونان إلى أن إدراك الإنسان للأشياء ـ وليس الأشياء نفسها ـ تلعب دوراً هاماً في تحديد نوع استجابته وهي التي تسم سلوكه وتصفه بالاضطراب أو السواء، وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف الروماني «إيكتيوس» «لا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها».(إبراهيم، ١٩٩٤م، ص.٢٧٣).

حيث أشار العلماء المسلمين للدور الذي يلعبه التفكير في توجيه سلوك الإنسان وفي سعادته وفي شقائه. وقد سبقوا بذلك العلماء المحدثين في إبراز أهمية العوامل المعرفية في توجيه استجابات الفرد للظروف المحيطة به. فقد أوضح ابن القيم قدرة الأفكار ـ إذا لم يتم تغييرها ـ على التحول إلى دوافع ثم سلوك حتى تصبح عادة يحتاج التخلص منها إلى جهد أكبر. كما أشار الغزالي إلى أن بلوغ الأخلاق الجميلة يتطلب أولاً تغيير أفكار الفرد عن نفسه ثم القيام بالممارسة العملية للأخلاق المراد اكتسابها حتى تصبح عادة ولم يخلو التراث الإسلامي أيضاً من الإشارات الواضحة لأثر التفكير ليس فقط في توجيه السلوك ولكن أيضاً في الحالة الصحية للناس، ويبدو ذلك جلياً في القول المأثور «لا تمارضوا فتمرضوا فتموتوا». (المحارب، ٢٠٠٠م، ص٤).

ويفيد «بيك» «أن العلاج المعرفي يقوم على دعائم فلسفية ليست جديدة، بل موغلة في القدم، وتعود بالتحديد إلى زمن الرواقيين Stoics. حيث اعتبر الفلاسفة الرواقيين أن فكرة الإنسان عن الأحداث، وليست الأحداث ذاتها هي المسئولة عن اعتلال مزاجه. إلى هذا المنطق الرواقي يستند هذا العلاج المعرفي. فالمشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأساس إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع ولي الحقائق بناء على مقدمات مغلوطة وافتراضات خاطئة. وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ في إحدى مراحل نموه المعرفي». (بيك، ٢٠٠٠م،ص٦)

وتفترض النظرية المعرفية أنه من الممكن إحداث تغييرات انفعالية وسلوكية وجسمية من خلال إحداث تغييرات في أفكار واعتقادات المريض.

وجدير بالذكر أن الاهتمام بالعلاج المعرفي بدأ مع بداية النصف الأخير من القرن الماضي. وإن كان البعض من الرواد قد تزامنوا في تقديم نماذجهم في نفس الفترة.

ويشمل مفهوم العلاج المعرفي مناهج عديدة تتشابه في جوهرها وتختلف في فنيات تطبيقها. وعلى الرغم من أن هناك أكثر من عشرين نوعا منها ولكن أشهرها : منهج «بيك» في العلاج المعرفي، ومنهج «البرت آليس» في العلاج العقلاني الانفعالي، وتأتي بعد ذلك مناهج أخرى اقل شهرة مثل منهج «ميكينبوم» في تعديل السلوك المعرفي، ومنهج «ويسلر وهانكين» Cognitive Appraisal Therapy العلاج التقويمي المعرفي الذي حاولا فيه الجمع بين العلاج العقلاني الانفعالي ومكتشفات التعلم الاجتماعي وعلم النفس الاجتماعي المعرفي، ومنهج «كيلي» للتصورات الشخصية، ومنهج «البرت باندورا» في التعليم الاجتماعي، ومنهج «لازاروس» Multi ـ Modal Therapy في العلاج متعدد النماذج، ومنهج «ماهوني» Cognitive Learning Therapy في علاج التعلم المعرفي، وأسلوب حل المشكلات لـ«قولدفرايد» و«قولدفرايد».

وكان لـ«بيك« السبق فيها بعد أن نشر مقالا عام ١٩٥٢م حول تطبيق العلاج المعرفي على حالة فصام مزمن، أشار فيه إلى أنه قام بإضفاء صبغة مقبولة وطبيعية على هذاءات ثم طلب منه القيام بفحص منظم لمعرفة دقتها، وقد لاحظ بشيء من الدهشة أن هذاءات المريض بدأت تختفي بالتدريج.

ثم قدم «كلي» Kelly عام ١٩٥٥م أفكاره حول التصورات الشخصية Psychology of personal constructs. وكان له كبير الأثر على بداية العلاج النفسي المعرفي، لأنه ركز على أهمية

الطرق الذاتية التي ينظر ويفسر من خلالها الفرد لما يدور حوله في تغيير السـلوك. حيث يرى في نظريته، نظرية التصورات الشـخصية personal construct theory أن الشخص يقوم بصياغة تصـورات (توقعات) حول ما يجري من حوله، ثم يتفحـص هذه التصورات، وبناء على النتائج التي يتوصل إليها يقوم بتصحيح أو تعديل هذه التصورات، أي أنه يقوم بإعطاء معاني للظواهر لكي يستطيع فيما بعد توقع ما قد يحدث ويحاول التحكم به (الجوهي، ٢٠٠٤،ص٢٣).

وبذلك يرى «كلي» أن الطريقة التي ينظر بها الناس للعالم من حولهم قد تخلق لهم الاضطرابات النفسـية. حيث أن لـدى كل فرد مجموعة من التصورات الأساسـية التي يكون من خلالها هوية لنفسه واضطراره للابتعاد عن هذه الهوية في سبيل استيعاب خبرات جديدة قد يؤدي إلى شعوره بالذنـب، وقد يشـعر الفرد بالقلـق في حالة عدم قدرته عـلى التوقع بما سـيئول إليه موقف معين وعدم استطاعته بالتالي على القيام بسلوكيات ملائمة.

وقد تظهر المشكلات النفسية عندما يعجز النظام التصوري Construct system لدى الفرد في توقع الحوادث أو احتوائها ضمن الخبرات السـابقة بطريقة تكفل القيام بسـلوك منظم، الأمر الذي يؤدي إلى أحداث تشويه في النظام التصوري للفرد وهذا بدوره يقود إلى التوتر.

ومـع كل ذلـك لم تلق نظرية «كلي« قبولاً كبيراً من قبل المشـتغلين بالعلـوم المعرفية لصعوبة فهمها، ولكثرة تفاصيلها مع قلة المنشور حولها من كتب ودراسات.

وتزامـن في نفس هـذه الفترة ظهـور العلاج العقلاني الانفعـالي لـ «ألبرت آليـس» Albert Ellis قبـل التطورات الأساسـية في علم النفس المعرفي وكانت نظرية عـلاج الاكتئاب لـ «بيك» في مراحلهـا الأولى. حيث كان «آليس» بصدد التخلي عن التحليل النفسي وتطوير نظرية معرفية سـلوكية خاصة به. وفي الوقت الذي كان فيه «بيـك» Beck يبتعد بالتدريج عن التحليل النفسي ويبنـي نظريته في العـلاج المعرفي خطوة بخطوة. كـما كان «كلي» Kelly أيضا يبلور أفكاره حول دور الجوانب المعرفية في تكيف الإنسـان مع بيئته. يقول «آليس» بهذا الخصوص تزامنه مع بيك وبصـورة مسـتقلة عما قمـت به، بدأ أيضـاً معالج تحليل نفـسي آخر من فيلادلفيـا (يقصد بيك) بالتخلي عن الفنيات التحليلية وتطوير نوع من العلاج المعرفي (Ellis،1996،pp173)

وقـد توصـل «آليس» في ينايـر ١٩٥٥م إلى ما أسـماه العلاج العقـلاني Rational Therapy وغير اسمه لاحقاً في عام ١٩٦١م إلى العلاج العقلاني الانفعالي Rational Emotive Therapy. و يرجع «آليس» نشـوء الأمراض النفسـية إلى ما تم تعلمه من الأفكار غـير العقلانية من الناس المهمـين خـلال فترة الطفولة بالإضافة إلى ما يبتدعه الأطفال أنفسـهم من اعتقادات غير منطقية وخرافات. وبعد ذلك يقوم الناس بإعادة تنشيط هذه الاعتقادات غير الفعالة من خلال الإيحاء الذاتي والتكرار. وتنتج معظم الانفعالات من التفكير ويشكل اللوم (blame) للنفس وللآخرين حجر الأساس في معظم الاضطرابات الانفعالية.

وهكـذا فإن التطبيقات الإكلينيكية للمنظور المعرفي Cognitive perspective بصورة عامة سبقت النظرية والبحوث المنهجية formal المرتبطة بعلم النفس المعرفي.

خصائص العلاج المعرفي السلوكي

يعتـبر العلاج المعرفي السـلوكي الطريقة الأمثل للعلاج النفسي. وذلك لأسـباب عدة من أهمها : مرجعيتـه العلميـة، وفعاليته العلاجية، واختصاره للوقت والجهد . ولقد تقبلته كل الأوسـاط المعنية بالصحة النفسـية خصوصا إلى درجه جعلته مرادفا لأسماء مثل العلاج النفسي، والإرشاد النفـسي، لأنه يمثلهـا أفضل تمثيل . ولقد امتد تأثـيره إلى درجة جعلته الطريقـة العلاجية الأكثر طلبا في البرامج التعليمية والمهنية مثل علم النفس العيادي، والطب النفسي، والإرشـاد النفسي، والتمريـض، وغيرها مـن المجالات المهنية التي تعنـى بتدريب الأفراد ليكونـوا مؤهلين لتقديم الخدمة الصحية النفسية

فقد اعترفت الجمعية النفسية الأمريكية بأن العلاجات المعرفية السلوكية «علاجات ذات أساس إمبريقـي»، مدعومـة بالدراسـات العلميـة، وفعالة في عـلاج الاضطرابات النفسـية. (العنزي، ٢٠٠٧م، ص٢٥ ـ ٢٦)

فالنظريـة المعرفيـة تعتمـد في تناولها للأمراض النفسـية على تفسـير الكيفية التي تتـم من خلالها معالجـة المعلومات. وتفـترض هذه النظرية أن الاضطرابات لدى الفـرد ناتج عن وجود أخطاء في معالجـة المعلومـات لديـه، مما يترتب عليها وجـود أبنية معرفية (مخططـات) كامنة عاجزة عن

التكيف تسيطر على المريض. بناء على ما ينتج عنها من أفكار تلقائية تصاحب الاضطراب وتساعد على استمراره

ونظراً للتطورات السريعة التي تحدث في العلوم المعرفية بصورة عامة وفي نظرية العلاج المعرفي بصورة خاصة. فقد تم تحديد مبادئ خاصة بالعلاج المعرفي السلوكي الذي يمارس ضمن حدود مسلمات النظرية المعرفية

١ ـ يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على صياغة مشكلة المريض وتنقيحها بصورة مستمرة ضمن الإطار المعرفي ويعتمد المعالج في صياغة مشكلة المريض على عوامل متعددة مثل تحديد الأفكار الحالية للمريض (أنا فاشل لا أستطيع عمل أي شيء كما ينبغي)، الأفكار التي تساهم في استمرار الوضع الانفعالي للمريض والتعرف على السلوكيات غير المرغوب فيها. ثم التعرف على العوامل المرسبة التي أثرت على أفكار المريض عند ظهور المرض مثل (حادثة محزنة، تغير شيء مألوف) وبعد ذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي يفسر من خلاله المريض الحوادث التي يتعرض لها مثلاً (عزو النجاح للحظ ولوم النفس على الفشل).ثم يقوم المعالج بصياغة المشكلة في الجلسات الأولى ولكنه يستمر في إجراء تعديلات عليها كلما حصل على معلومات جديدة.

٢ ـ يتطلب العلاج المعرفي السلوكي وجود علاقة علاجية جيدة بين المعالج والمريض تجعل المريض يثق في المعالج ويتطلب ذلك قدرة المعالج على التعاطف والاهتمام بالمريض وكذلك على الاحترام الصادق وحسن الاستماع.

٣ ـ يشدد العلاج المعرفي السلوكي على أهمية التعاون والمشاركة النشطة. العمل كفريق يشترك في وضع جداول عمل للجلسات وفي إعداد الواجبات المنزلية التي يقوم بها المريض بين الجلسات.

٤ ـ يسعى المعالج إلى تحديد أهداف معينة، يسعى لتحقيقها وحل مشكلات محددة.

٥ ـ يركز العلاج المعرفي السلوكي على الحاضر. حيث يتم التركيز على المشكلات الحالية وعلى مواقف معينة تثير القلق لدى المريض. ومع ذلك فقد يتطلب الأمر الرجوع إلى الماضي في حالة:

أ ـ رغبة المريض الشديدة في القيام بذلك

ب ـ عدم حدوث تغير يذكر في الجوانب المعرفية والسلوكية والانفعالية

ج ـ عندما يشعر المعالج بأن هناك حاجة لفهم الكيفية التي تطورت بها الأفكار غير الفعالة لدى المريض.

٦ ـ العلاج المعرفي السلوكي علاج تعليمي، يهدف إلى جعل المريض معالجاً لنفسه كما أنه يهتم كثيراً بتزويد المريض بالمهارات اللازمة لمنع عودة المرض بعد التحسن (الانتكاس).

٧ ـ لعلاج المعرفي السلوكي علاج مكثف قصير المدى. يتم علاج معظم الحالات في مدة تتراوح ما بين ٤ ـ ١٢ جلسة و قد يستمر إلى فترة أطول من ذلك.

٨ ـ تتم الجلسات في العلاج المعرفي السلوكي وفق جدول عمل محدد يحاول المعالج تنفيذه، للتعرف على الوضع الانفعالي للمريض؛ ويطلب من المريض تقديم ملخص لما حدث خلال الأسبوع الماضي؛ إعداد جدول أعمال الجلسة (بالتعاون مع المريض)؛ التعرف على رد فعل المريض حول الجلسة السابقة؛ مراجعة الواجبات المنزلية؛ تقديم ملخصات لما تم في الجلسة بين الحين والآخر؛ ثم أخذ رأي المريض فيما تم في نهاية الجلسة.

٩ ـ يعلّم العلاج المعرفي السلوكي المريض كيف يتعرف على الأفكار والاعتقادات غير الفعالة وكيف يقوّمها ويستجيب لها.

١٠ـ يستخدم العلاج المعرفي السلوكي فنيات متعددة لإحداث تغييرات في التفكير، المزاج، والسلوك. يستخدم في العلاج المعرفي السلوكي بالإضافة إلى الفنيات المعرفية الأساسية مثل الأسئلة الجدلية (السقراطية) والفنيات السلوكية.

١١ ـ يؤكد العلاج المعرفي السلوكي على أن يكون المعالج صريحاً مع المريض ويناقش معه وجهة نظره (المعالج) حول المشكلة (الصياغة) ويعترف بأخطائه ويسمح للمريض بمعارضته. وعدم القيام بذلك يتعارض مع الطبيعة التعاونية بين المعالج والمريض التي يركز عليها العلاج المعرفي السلوكي.

١٢ ـ يركز المعالج المعرفي السلوكي بصورة عامة على التعامل مع أعراض الاضطراب النفسي الذي يعاني منه المريض أكثر من تركيزه على العوامل التي تعزي إليها هذه الأعراض (المحارب، ٢٠٠٠م، ص٣٨ ـ ٣٩).

تطور العلاج المعرفي السلوكي

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجياً حديثاً نسبياً. يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بفنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمه من فنيات، كما يعمد إلى التعامل مع الاضطرابات المختلفة من منظور ثلاثي الأبعاد. إذ يتعامل معها معرفياً وانفعاليا وسلوكياً، مستخدماً العديد من الفنيات السلوكية.

ولم يكن العلاج المعرفي معرفيا بحتاً منذ بدايته، سواء على المستوى النظري، أو على المستوى التطبيقي. فعلى المستوى النظري يتم التعامل مع الأفكار بقصد تغييرها، حتى يتسنى حدوث تغييرات سلوكية مرغوبة. وعلى المستوى التطبيقي لم يتوقف «بيك« عند استخدام الفنيات المعرفية فقط في العلاج بل استخدم إلى جانبها فنيات سلوكية، وهذا ما أكده بنفسه في كتابه الذي نشره عام ١٩٧٩م العلاج المعرفي للإكتئاب. ومن هنا بدأت تبرز معالم العلاج المعرفي السلوكي. ويعتمد الإطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي على تلك الأساليب التي قدمها كل من «دونالد ميكنبوم» D.Meichenbaum و«ألبرت آليس» A.Ellis و«أرون بيك» A.Beck و «فيكتور رايمي» V.Raimy .

وقد أصدر «بيك« كتاباً في عام ١٩٧٠ بعنوان العلاج المعرفي: طبيعته وعلاقته بالعلاج السلوكي Cognitive Therapy : Nature and relation to Behavior Therapy أوضح فيه كيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج إشتراطية، وهو ما يعتبر بمثابة إستراتجيات سلوكية.

ويعد النموذج الذي قدمه «بيك» من أبرز النماذج العلاجية في هذا الاتجاه وأكثرها شيوعاً، ففي الوقت الذي يركز فيه على معارف واعتقادات الفرد في الـ هنا ـ والآن here and now كسبب في اضطراب الشخصية، فإنه يستعين أيضاً ببعض الفنيات السلوكية لتعليم الفرد

المهـارات التـي يجـب أن تتغير بتغـير معارفـه ومدركاته عن ذاته وعـن العالم والمسـتقبل. ويرى بيك أن الشـخصية تتكون من مخططات معرفية Schemas تشـتمل على المعلومات والاعتقادات والمفاهيـم والافتراضـات والصيغ الأساسـية لدى الفرد والتي يكتسـبها خـلال مراحل النمو. ويـرى أن النـاس تنفعل بالأحداث وفقـا لمعانيها لديهم. ويهتـم بيك بالأفكار التلقائية السـلبية التي تظهر وكأنها منعسـات آلية وتبدو من وجهة المريض بأنها معقولة جداً. ويذهب بيك إلى أن الأفكار الأوتوماتيكية تؤدي إلى التشويه المعرفي الذي يعد نتيجة لها، ومن أمثلة التمثل الشخصي Personalization أي تفسير الأحداث من وجهة النظر الشخصية للمريض، والتفكير المستقطب Polarized أي المتمركز عند أحد طرفين متناقضين إما أبيض أو أسود، والاستنتاج التعسفي أي الاسـتدلال اللامنطقي، والمبالغة في التعميم أي تعميم نتيجة معينة على كل المواقف على أسـاس حـدث منفـرد، والتضخيـم والتحجيم، والعجـز المعـرفي. وإذا كان العلاج وفقاً لهـذا النموذج يهدف إلى التعامل مع التفكير اللامنطقي الخاطئ والتشويهات المعرفية، والتعامل مع المشكلات المختلفـة والسـعي إلى تخفيضهـا، فإنه يعتمد على عدة أسـس أو مبادئ هي المشـاركة العلاجية، وتوطيد المصداقية مع المريض، وتقليل أو اختزال المشـكلة reduction أي تقسيمها إلى وحدات يسهل تناولها، ومعرفة كيفية العلاج وذلك باستخدام فنيات عديدة بعضها معرفي مثل المناقشة، والمراقبـة الذاتية، والتباعد الذي يجعل تفكـير المريض وتقييمه للواقع موضوعياً، وإعادة التقييم المعرفي، والعلاج البديلي (مناقشـة الأسباب). وبعضها تجريبي إمبيريقي كالاستكشاف الموجه، والتعريـض، وبعضها الآخر سـلوكي كالواجبات المنزلية، والإقتـداء، والتخيل، ولعب الدور. ويرى «بيك» أن التكنيكات السلوكية ذات فاعلية لأنها تؤدي إلى تغييرات اتجاهية ومعرفية لدى الحالات المريضة.

وخـلال عقد السـبعينيات تزايـد الاهتمام بهذا الاتجـاه العلاجي، وتزامن ذلـك مع نموذج «دونالد ميكنبوم» D.Meichenbaum الذي طرحه عام١٩٧٧م تحت مسـمى تعديل السـلوك المعـرفي Cognitive behavior modification المنبثقـة مـن نفس المنهج الذي يسـتخدمه «بيك» مـع التركيز على الحـوار الداخـلي Internal dialogue وتوجيه الـذات Self instructions. وفي

الوقـت الذي يثمن فيه العاملين في العلوم النفسـية ما لإسـهامات «ميكنبـوم» الإيجابية في تطور العـلاج المعرفي السـلوكي تشـير الكثير من الدراسـات في هذا المجـال إلى فعالية برامجـه المعرفية السـلوكية الخاصة بالتدريب التحصيني ضد الضغوط النفسـية Stress Inoculation Training وبينـما كانت عـدم قناعة كل من «بيك» و «آليـس» بالعلاج النفسي التحليلي أحـد الدوافع التي أدت بهما إلى تطوير العلاج المعرفي السلوكي، كان عدم رضا «مكينبوم» بصورة عامة عن المناهج التي تسـتخدمها المدرسـة السـلوكية من الأمور التي سـاهمت في ظهور التدريب ضد الضغوط النفسـية. ويشبه أسلوب «ميكنوم» الأساليب المعرفية السـلوكية الأخرى إلى درجة كبيرة حيث يقابل الحوادث المعرفية (أفكار وخيالات) Cognitive events عند «ميكنبوم» الأفكار التلقائية Automatic thoughts عنـد «بيـك» ولهذه الظاهرة أهمية كبيرة عند كليها وعند بقية المشـتغلين بالعلاج المعرفي السـلوكي كـما أن «ميكنبوم» يعتمد في نظريته على الكثـير من المصطلحات التي تسـتخدم في العلاج المعرفي لـ «بيك» مثل المخطط المعرفي والتحيز في معالجة المعلومات والوعي بالتفكير Metacognition وتحديد الأفكار التلقائية والتعامل معها.

ويرى «باترسون» Patterson أن ما فعله كل من «ميكنبوم« و «رايمـي» يعد بمثابة محاولة لم تكتمل في سبيل الوصول إلى نظرية علاجية، ولكنهما مع ذلك قد قطعا شوطاً كبيراً باتجاه النظرية المعرفية السـلوكية في العلاج. إلا أن «باترسـون» Patterson يرى في نقده لنظرية «مكنبوم» أنها مجـرد بداية ناجحـة لمحاولة لم تكتمل بعد في المسـتوى التنظيري والمسـتوى التطبيقي، ولكنه مع ذلـك انتقل خطـوة للأمام من ذلك الموقف الذي تتبناه مدرسـة العلاج السـلوكي في تفسـيرها للسلوك وفي علاجها لهذا السلوك. (محمد، ٢٠٠٠م،ص ٢٤).

كـما يرى «كـوري» أن «آليس» يعتبر من رواد العلاج المعرفي السـلوكي وهناك من يعتبر أن نظريتـه «العـلاج العقلاني الانفعالي السـلوكي» النظرية الأولى في العلاج المعرفي السـلوكي وأن النظريـات الأخـرى في هـذا المجال بما في ذلك نظريـة العلاج المعرفي لـ «بيـك» ونظرية التعديل المعرفي للسلوك لـ «مكنبوم» ليست سوى نظريات معدلة من نظرية «آليس» أو حتى مجرد امتداد لها (Corey.1991.pp234).

وقد عمل «آليس» Ellis أيضاً على الدمج بين الاتجاهين المعرفي والسلوكي بشكل واضح لا لبس فيه، وهو الأمر الذي دفعه إلى إضافة مصطلح « السلوكي» إلى مسمى أسلوبه العلاجي في عام ١٩٩٣م، ليصبح العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي. حيث يرى أن أسس وقواعد العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، لا تختلف في جوهرها عن تلك التي وضعها منذ البداية لذلك الاتجاه العلاجي.

لذلك فقد تم ابتكار عدد من الفنيات العلاجية القوية والانفعالية إلى جانب أساليب أخرى تعتمد على القوة والحماس، وأساليب معرفية وأخرى سلوكية يتم استخدامها خلال هذا الأسلوب العلاجي مثل جمل المواجهة العقلانية والتي يمكن تعليمها للفرد أو تسجيلها على شريط كاسيت بحيث يرددها الفرد ويواجه بها أفكاره اللاعقلانية، وهو ما يسهم في تحقيق الأثر المعرفي، وتدوين العيوب أو المساوئ التي قد يلاحظها الفرد في سلوكياته أو عاداته التي يعتبرها سيئة، إلى جانب ترديد تلك العيوب عدة مرات يومياً، وإقتداء السلوكيات الجيدة، وصرف أو تشتيت الانتباه والتي يمكن لنا أن نستخدم خلالها التغذية الرجعية الحيوية، والاسترخاء، وتفنيد الاعتقادات الخاطئة، والواجبات المنزلية، وإعادة التشكيل والذي يرى أن المواقف أو الأشياء التي يراها الفرد على أنها مزعجة تتضمن بالقطع نقاطاً إيجابية وهو ما يجب أن نضعه في اعتبارنا، وأن ننظر للشيء من هذا المنظور، وإلى جانب ذلك يتم استخدام فنيات معرفية كالتدريب على مواجهة الخجل، والتخيل العقلاني الانفعالي الذي يتم من خلاله تغيير المشاعر السلبية غير الصحية إلى مشاعر سلبية صحية. كما يستخدم الحوار الذاتي Self – dialogue الذي يقوم بالاستماع إليه باستمرار ويدع الآخرين يستمعون إليه أيضاً، ويحدد ما إذا كان ذلك الجانب الذي يخبر فيه الكثيرون مشكلات متعددة فيتناول هذا الأسلوب تلك المشكلات، ويعمل على تعليم المرضى كيف يقيمون علاقات طيبة مع الآخرين. ويعتمد أيضاً في هذا الإطار على فنية لعب الدور وذلك بأن يجعل أحد أصدقاء المريض يلعب دوره ويقوم هو أي المريض بتفنيد الاعتقادات، وإلى جانب ذلك يتم لعب الدور العكسي بين المعالج والمريض. أما الفنيات السلوكية التي يتم اللجوء إليها في العلاج فتتضمن فقد الحساسية المنظم، والتعريض ومنع

الاستجابة، والتعزيز خاصة عندما يقوم المريض بأداء الواجبات المنزلية التي يكون مطلوباً منه أن يؤديها. كما يتم أيضاً التدريب على المهارات سواء في مجال الأسرة أو العمل أو المدرسة أو النسق الاجتماعي، والتدريب على حل المشكلات. (محمد، ٢٠٠٠م،ص ٣٤)

ويتضح توجه «آليس» السلوكي في نموذجه، من خلال استخدامه بعض الفنيات السلوكية لتدعيم الطرق العقلانية الانفعالية. مثل استخدام: ١ ـ الإزالة الحية للحساسية In vivo Desensitization. ٢ ـ البقاء في المواقف الصعبة Staying in Difficult situation . ٣ ـ استخدام الطرق التدعيمية Using reinforcement methods. ٤ ـ استخدام الأساليب العقابية والجزائية Using punishment and penalties وهي في الغالب عبارة عن عقاب ذاتي يتفق عليه كل من المريض والمعالج ؛ كأن يقوم المريض بعمل شئ لا يرتاح له في حالة عدم توقفه عن السلوكيات التي يرغب في التخلص منها.. (المحارب، ٢٠٠٠م، ص.٢٠).

وبالإضافة إلى مساهمات كل من «كلي» و «بيك» و «آليس» و «ميكنبوم» في تطور العلاج المعرفي السلوكي كانت هناك أيضاً أعمال أدت بشكل أو بآخر إلى الإسراع بتطور هذا النوع من العلاج. ومن ذلك على سبيل المثال «ارنولد» ١٩٦٠Arnold و «لازاروس» ١٩٦٦ Lazarrus في التأكيد على أهمية العمليات المعرفية في تغيير الانفعالات والسلوك ودور «آلبرت باندورا» ١٩٧٧ Bandura من خلال نظريته عن التعلم الاجتماعي Social learning theory في إبراز أهمية العمليات المعرفية في تطور السلوكيات الجديدة وكذلك إسهامات «مايكل ماهوني» M.Mahoney و «مارفين» «جولد فرايد» M.Goldfried و «فيكتور رايمي» V.Raimy Blackburn & Twaddle,1996. p.2 (Blackburn,1996,pp2)).

ويرى «ماهوني» ١٩٨٨ Mahoney أنه منذ نهاية عقد الثمانينيات كاد الأمر يقتصر على وجود نموذجين فقط يضمهما هذا المنحى العلاجي وهما: نموذج «بيك» Beck ونموذج «آليس» Ellis وقد عمل كلاهما على الدمج بين العلاج المعرفي والسلوكي بشكل واضح لا لبس فيه (محمد، ٢٠٠٠م، ص.١٨).

تعتبر أعمال بيك هي الرائدة في تطور العلاج المعرفي السلوكي قياساً على مساهمات المنظرين الآخرين وتعتبر نظريته، النظرية الأكثر جذباً لاهتمام الباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي. ويرجع ذلك لمحاولاته ربط نظريته بما يستجد من دراسات في علم النفس المعرفي والعلوم الأخرى ذات العلاقة أكثر مما فعله «آليس» وقد بدا ذلك بشكل أكبر في ما كتبه «بيك« حول الاضطرابات النفسية المتنوعة.

وفي هذا الصدد يتناول محمد) ١٩٩٢م(أهم التطورات الحديثة لنموذج «بيك» في العلاج المعرفي السلوكي بالقول «وقد شهدت فترة الثمانينيات وخصوصاً الجزء الأخير منها تطبيقات جديدة وموسعة لهذا النموذج على مدى كبير من الاضطرابات بدءاً من العمل مع كبار السن وحتى العمل مع مشكلات الأطفال وهو ما لم يكن موجوداً من قبل. كما اتسع المجال أيضاً ليشمل التعامل مع العزلة الاجتماعية والانحرافات الجنسية، ووجدت مرونة كبيرة في استخدام إستراتيجيات العلاج السلوكي، كما بدأ الاهتمام يتزايد بعد ذلك بالعلاج المعرفي السلوكي الجماعي. وشهد عام ١٩٨٩م تطوراً جديداً حيث اتخذ العلاج منحى آخر، وبدأت التطبيقات الإمبيريقية على عينات من مرضى، كان من الصعب فيما مضى معالجتها بالعلاج السلوكي المعرفي. وظهر كتاب العلاج المعرفي السلوكي لمرضى الفصام الذي أعده «كارلو بيريز» Carlo Perris ورأى فيه أنه من الضروري أن يسير العلاج المعرفي السلوكي لأعضاء هذه الفئة جنباً إلى جنب مع العلاج بالعقاقير. وفي نفس الوقت اتسع مجال استخدام العلاج المعرفي السلوكي ليشمل العديد من الاضطرابات التي لم يتطرق إليها من قبل، فتناول اضطرابات الطعام، وإدمان الهيروين والكحوليات، والهلع، الاكتئاب الحاد، والإعاقات الذهنية. وفي هذه الإطار وجد «بير سونز« وآخرون (١٩٨٨م) Persons et.al وذلك على النقيض من الاعتقاد السائد آنذاك أن هذا الأسلوب العلاجي له فاعليته في التعامل مع المرضى ذوي المستويات المختلفة من التعليم والدخل والخلفية الاجتماعية والثقافية، وحتى غير المتعلمين، أو ذوي التعليم الأقل من المتوسط. وجدير بالذكر أن مثل هذه الفئات كانت من الفئات التي ساد الاعتقاد من قبل بعدم جدوى هذا الأسلوب العلاجي معها (النشواتي، ١٩٩٢م،ص٧٩).

وشـهدت بداية التسـعينيات إضافتين نظريتين هامتين قدمهما «بيك» Beck تتمثل الأولى في بحثه عن متغيرات الشخصية الاكتئابية، بينما تتمثل الثانية في إعادة صياغة نظريته عن الاكتئاب في ضوء ذلك. وتعود مساهمته الأولى إلى الاهتمام بأعمال «بولبي» Bowlby عن التعلق وما يقابله مـن إحسـاس بالضياع، وهو مـا دفع بيك وزمـلاءه إلى إجراء بحث عن الشـخصية وما يجعلها عرضة للاكتئاب.

ومـن التطـورات الهامة التي شـهدها ميـدان العلاج المعرفي السـلوكي خلال التسـعينيات الاهتمام الزائد باضطرابات الشخصية وتطبيقاتها الإكلينيكية. وقد استلزم ذلك حدوث تغيرات في كيفية اسـتخدام هذا الأسلوب العلاجي في هذا المجال حيث يوجد العديد من المؤثرات التي كشفت عنها نتائج الدراسات المختلفة والتي تؤثر في الشخصية وهي الجانب المعرفي، والخصائص النمائيـة، والجانب الانفعـالي، وكذلك العلاقة العلاجية بين المعالـج والمريض والتي تلعب دوراً حيويـاً في العلاج. وإلى جانب ذلك امتدت تطبيقات العلاج المعرفي السـلوكي لتشـمل مجموعة مـن الاضطرابـات كالغضب والقلق، والاضطرابـات النفس اجتماعية، والمشـكلات الزوجية، واضطرابـات الأكل، والإدمـان، وإسـاءة اسـتخدام المـواد، والعديـد من مشـكلات الأطفال، والتخلـف العقلي، والاضطرابات الذهانية. وقد تضمن العـلاج خليطاً من التكنيكات المعرفية والسـلوكية. ويـرى «روزن» Rosen أن عـدد الدراسـات الإمبيريقيـة التي أكـدت فاعلية هذا الأسلوب العلاجي في علاج الاضطرابات المختلفة قد تزايد بشكل كبير

ويـرى «بيـك» Beck ١٩٩٣ أن مـن التطـورات الجديـدة في تطبيقـات العـلاج المعـرفي السـلوكي تناولـه لاضطراب مـا بعـد الصدمـة(Post – traumatic Stress disorder (PTSD كحـالات الاغتصـاب على سـبيل المثـال، إلى جانـب اضطرابات أخـرى كتعدد الشـخصيات، والغيرة، والمخاوف الاجتماعية، والأرق. كما تتمثل إحدى التطورات الهامة في تطبيقات العلاج المعـرفي السـلوكي من وجهة نظر «بيك» في صياغة نمـوذج معرفي معين لكل اضطراب من تلك الاضطرابات التي تم تناولها حديثاً.

وقـد أكدت الدراسـات التي أجريت في هذا الإطار تلك النتيجة حيث كشـفت دراسـات عديـدة كدراسـات «لارسـين» (١٩٩٠) Larsen «وبتلـر» وآخريـن (١٩٩١) Butler et.al و«ثاكـوراي» وآخريـن (١٩٩٣) Thackwray et.al و«كوتي» وآخريـن (١٩٩٤) Cote et.al و«سترافينسـكي» وآخريـن (١٩٩٤) Stravynski et.al و«شـادويك» و «لاو» (١٩٩٤) Chadwick & Lowe و «روزن» وآخريـن (١٩٩٥) Rosen et.al و«كاش» و «جرانـت» (١٩٩٦) Cash & Grant و «رايتـش» وآخرين (١٩٩٧) Raich et.al و «سـترومر» (١٩٩٨) Stromer و و«اجونر» (١٩٩٨) Waggoner على سـبيل المثال أن العلاج المعرفي السـلوكي يعد أقل الأسـاليب العلاجية في نسـبة حدوث انتكاسة، وأن أثره يمتد فترة طويلة بعد انتهاء العلاج (محمد،٢٠٠٠م، ص.٩٩ـ١٠٦).

وإجمالا يمكن القول أن العلاج المعرفي السلوكي يشابه العلاج المعرفي في تأكيده على التحليل الوظيفي للإدمان وتحديد المثيرات المرتبطة به. ولكنه يختلف في مجموعة نقاط هي:

١ ـ تأكيـد العـلاج المعـرفي على تحديد وفهـم وتغيير الاعتقـادات حول الـذات وعلاقة الذات بالمخدر. بينما العلاج المعرفي السلوكي يكون التركيز فيه على تعلم وممارسة أنواع متعددة من المهـارات للتأقلـم أو التعايـش coping with والتي قد يكون بها جانبـاً معرفياً. مثل التركيز عـلى الاسـتراتيجيات الأولية لمواجهة الضغوط (تجنب أو تـرك الموقف) بدلاً من التفكير في كيفية الوصول لمخرج من الموقف.

٢ ـ العـلاج المعـرفي يتـم التركيز على الإدراك وهي طريقة سـقراطية وقائمة عـلى قيادة المريض من خلال سلسـلة من الأسـئلة. بينـما في العلاج المعرفي السـلوكي يتم التركيـز على الطريقة التعليمية.

٣ ـ العـلاج المعرفي ينحى إلى تقليل التعاطي بواسـطة تغيير طريقـة تفكير المريض. بينما العلاج المعرفي السلوكي يعمل العلاج على تغيير نمط تفكير المريض وأفعاله.

فعالية العلاج المعرفي السلوكي

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بميزة التحصين والوقاية من الاضطراب النفسي وكذلك منع حدوث الانتكاس.

أولاً : سهولة الإجراء

يتميز العلاج المعرفي السلوكي بأنه يستخدم فنيات محددة وسهلة الإجراء ضمن خطة علاجية واضحة ومحددة. في وقت محدد بزمن وعدد من الجلسات.

ثانياً : الوقاية من تطور المشكلات الاجتماعية والنفسية

تقول الحكمة درهم وقاية خير من قنطار علاج ويؤيد ذلك «البرت آليس» بالقول« أن الحل الناجع للاضطرابات النفسية يكمن في الوقاية منها. والعلاج المعرفي السلوكي ملائم أكثر من غيره من أنواع العلاج النفسي للبرامج الوقائية التي من الممكن تقديمها في المنازل، المدارس، أماكن العمل ومن خلال وسائل الإعلام للأطفال وللمراهقين وللكبار بهدف تعليم الناس أساسيات العلاج المعرفي السلوكي وبالتالي جعلهم أكثر قدرة على مجابهة صعوبات الحياة وأقل عرضة للاضطرابات النفسية» (Ellis,1996,pp76).

كما يرى بعض الباحثين أنه من الممكن استخدام العلاج الاستعرافي السلوكي مع الأفراد الأكثر عرضة للاكتئاب لمنع ظهور هذا الاضطراب لديهم (Hollon,1993)، وهناك ما يشير إلى قدرة العلاج الاستعرافي السلوكي على القيام بهذا الدور الوقائي مع العديد من الاضطرابات النفسية. عن (المحارب، ٢٠٠٠م، ص.٧٥).

ثالثاً: منع الانتكاس

ضمن أهداف العلاج المعرفي السلوكي يتم تدريب المريض على التعامل مع ما قد يستجد من أفكار في المستقبل مما يجعله قادراً على التعامل مع هذه الأفكار التي قد تنشأ لديه مستقبلا

نتيجـة لعوامـل داخليـة أو خارجيـة، وفي هـذا يقـول «آليس« العـلاج المعرفي يحـدث تغييرات معرفية، انفعالية وسـلوكية تجعل الفرد أقل اضطرابا في الوقت الحاضر وأقل قابلية للاضطراب في المستقبل. وتشير نتائج الدراسات حول فعالية العلاج المعرفي وبالذات مع الاكتئاب إلى أن أثر هذا النوع من العلاج، مقارنة بالعلاج الدوائي وأنواع العلاج النفسي الأخرى، يمتد إلى شـهور أو سنوات بعد تحسن حالة المريض.

وبالإضافة إلى تميز العلاج المعرفي السلوكي بمنع أو تأجيل الانتكاس لدى مرضى الاكتئاب تشير دراسة على عدد من البحوث في القلق العام واضطرابات الفزع والخوف الاجتماعي. كما أن قدرة العلاج المعرفي السلوكي على منع الانتكاس بالنسبة للاكتئاب تنطبق أيضاً على اضطرابات القلـق العام والفزع و الخوف الاجتماعي ومن الممكن عزو هذا التميز للعلاج المعرفي السـلوكي مقارنة بأنواع العلاج الأخرى.

وعلى الرغم من استخدامه المحدود في العالم العربي، يرى الجلبي واليحيا بأن العلاج المعرفي السلوكي هو العلاج الأنسب للتعامل مع المشكلات النفسية في المجتمع العربي من خلال قولهم «إن تميز العلاج المعرفي يجعله من أكثر أسـاليب العلاج النفسية ملائمة لمجتمعنا وطبيعة المريض عندنا« (الجلبي،١٩٩٦م،ص ٢٧٢).

العلاج المعرفي السلوكي و تنمية الدافعية

بما أن العلاج السـلوكي المعرفي أسلوبا من أساليب العلاج النفسي الذي يحاول أن يقلل من القيـام بردود الأفعال الانفعالية والسـلوك الهـادم للذات والإحباط، عن طريـق تعديل التفكير الخاطئ والمشوه والاعتقادات غير التكيفية التي حدثت نتيجة تلك الاستجابات الانفعالية.

وينطبق ذلك على تنمية الدافعية للعلاج لمدمني المخدرات . فالمدخل المعرفي يساعد الأفراد على زيادة مدركاتهم إزاء واقعهم الإدماني من ناحية اللذة أو إزالة الشعور بالانزعاج. بالإضافة إلى الاسـتراتيجيات المعرفية الخاصة التي تساعد على تقليل رغباتهم وفي نفس الوقت تبنى نظاما قويا من التحكم الذاتي الداخلي. وأكثر من ذلك فأن العلاج المعرفي يساعد المرضى على التكيف

الصحي مع اكتئابهم وقلقهم أو غضبهم الذي غالبا ما يقودهم إلى السلوك الإدماني.

بالإضافة إلى أن العلاج المعرفي السلوكي للإدمان يساعد المريض من خلال طريقتين:

١ ـ تضعف شدة المؤثرات التي تنتج السلوك الإدماني وتقلل من تكرارها وذلك بإزالة الاعتقادات الخاطئة والكامنة خلفها.

٢ ـ تدريب المدمن على أساليب خاصة للسيطرة على دوافعه وخلق فنيات مواجهة لهذه الضغوط. فالهدف هو تقليل الضغوط على المدمن وزيادة قدرته على التحكم.

فمسار العلاج المعرفي يكون في عدة طرق فالمعالج المعرفي يساعد المريض على إدراك واقعه الإدماني من ناحية ومن ناحية أخرى تنمية شعور المدمن بقدرته على الاضطلاع بمختلف أدوارة الحياتية بغير خوف أو تردد، وتحمل تبعية ومسؤولية هذه الأدوار بصدق وأمانة والرضا عنها والاستمتاع بها وتحمل نتائج جهدها ومسعاها في هذا الصدد بغير لجوء إلى التبرير عند مواجهة المواقف الضاغطة أو ما قد يصادفه من فشل أو إخفاق .

كذلك زيادة استقلالية المدمن عبر تفعيل قدرته على تدبير شؤون حياته الخاصة وحرصه على تجنب مختلف صور وأشكال التبعية والاعتمادية كالمسايرة الآلية والتقليد الأعمى أو المحاكاة السلبية لأي من الأشخاص المباشرين أو الغير المباشرين في محيطة الاجتماعي .

وزيادة تبصير المدمن بأنه واقع في مشكل وأنه مدمن ويحتاج للعلاج وأنه فاقد للسيطرة على تعاطيه و أنه يعي (أي الإدراك الموضوعي للواقع) الأضرار والمخاطر المترتبة على تعاطي المخدرات على المستوى النفسي والطبي والاجتماعي والديني دون تقليل من المخاطر، حيث يرى «بيك» أن حدوث الإدمان يرجع إلى نظام من الاعتقادات الإدمانية وتكون هذه الاعتقادات الخاطئة نسقا من التفكير يسيطر على المدمن فيرى أن احتياجه للمخدر يحدث قدر من التوازن النفسي والانفعالي وأن أداءه الاجتماعي والوظيفي يتحسن بتعاطي المخدر بالإضافة إلى قدرة المخدر على التغلب على المشاعر المزعجة كالضيق والملل وما يمنحه للمدمن من نشاط وطاقة. (Abdelmaugoud, 1995,pp38)

و زيادة الدافعية الموجبة لدى المدمن بالجدية والنشـاط في مواجهة المهام والأعمال الصعبة، والسـعي الإيجـابي تجاه تذليل ومغالبـة أي صعوبات أو معوقات تعترض مسـعاه لبلوغ وتحقيق أهدافـه الذاتية التي وضعها لنفسـه، مـع مثابرة و حرص المدمن على اسـتمرارية العمل والصبر لإتمام أو بلوغ ما يسـعى في سـبيله من أهداف ومطامح بحيث يواصل جهده بدأب كي يصل إلى ما يريد أو يرتضي من أهداف، وأن يدرك سلبيات التعاطي ويدحض ايجابياته.

وتنمية الشـعور بأهمية الزمـن من خلال إدراك المدمن لقيمة الوقـت وتقديره لأهمية عنصر الزمن، وحرصه على استثمار أوقاته والاستفادة منها إلى أقصى حد في كل ما هو مفيد مع شعوره بقدرتـه على حسـن تنظيـم أوقاته بما يحقق أهدافه وتطلعاته المسـتقبلية ومقاومـة أي معوقات أو مغريات يمكن أن تستنفذ أوقاته بغير طائل أو عائد إيجابي .

مع حرص المدمن على أن يستشرف المستقبل في تفكيره وسلوكه وما يضعه لنفسه من أهداف وطموحات بحيث يفكر ويعمل ويخطط في سبيل نواتج بعيدة المدى أدوم وأبقى مفضلا النواتج الأخيرة على أي مكاسب أو مغانم فورية سريعة ومؤقتة.

والتأكيد على أهمية الفعالية الذاتية عبر إدراك المدمن بأن نجاحه في حياته إنما يتحدد في ضوء كـده واجتهـاده ومثابرته في تحقيق أهدافه بغير تعليل أو تبرير بمنطق الحظ أو الظروف ، مع عدم تعميم الخبرات السـلبية على نفسـه أو على الآخرين، مما قد يؤدي به إلى الانتكاسة أو عدم الرغبة في العلاج.

وتنمية التعافي الإيجابي من خلال أقناع المدمن بفعالية البرامج العلاجية وضرورة المشـاركة الإيجابيـة دون تشـكيك فيـما يقدم سـواء عن طريق المشـاركة السـلبية، أو التركيز عـلى جزء من التفاصيل السـلبية أو مشكلة من المشـكلات الخارجية أو الداخلية وتجاهل وعزل الموقف الكلي بـما يتضمنـه البرنامـج العلاجي من ايجابيـات كثيرة، أو الإلحـاح في طلب الخروج مـن البرامج العلاجية لأسـاب ضعيفة، أو الاسـتخدام المبالغ فيه لميكانيزمات الإنكار، أو لسـيطرة مشـاعر اليأس وعدم التيقن من الشـفاء، أو عدم اتخاذ قرار العلاج بعد أو للتطرف المدمن وتصلبه دون أن يـدرك أن العـلاج في المستشـفى قد يكون فيه أشـياء ايجابية، ويعلق «بيـك» بالقول أن جوهر

المشـكلة التي يواجهها المدمن هي إن مجموعة من الاعتقادات الإدمانية التي يبدو إنها مشتقة من اعتقادات أساسـية مثل «أنا عاجز» «أنا غير محبوب» «أنا مسـتهدف» وهذه الاعتقادات بدورها تتفاعل مع ضغوطات الحياة لتوليد قلق شـديد أو الكدر أو الضيق. كما أن المواقف الضاغطة أو الحالات المثيرة لا تسـبب التعاطي مباشرة، لكنها تنشط الاعتقادات المتصلة بالمخدر التي تؤدي إلى التعاطي. (Abdelmaugoud, 1995,pp38)

والتأكيـد على أهميـة الحاجة إلى التقبل والرغبة في التغيير وبـداء حياة جديدة والتخلص من نظرة المجتمع والآخرين السلبية لتخلص من الألم والمعاناة و مزاولة الحياة بشكل طبيعي.

وتعتبر الفنيات العلاجية التي يسـتخدمها المعالج في تقيم فوائد وأضرار التعاطي على المدى القريب والبعيد، والتحليل الشـامل لنتائج الاسـتفادة من المخدر، وهو ما يطلق عليه المقارنة بين تحليل الفوائد والأضرار للمخدر. يساعد المعالج والمريض على إيجاد طرق بديلة ومتعددة ليحقق له التكيف مع المشاكل الواقعية ومشاعره غير السارة دون اللجؤ إلى المخدرات كأسلوب للتوافق.

والمعالـج النفـسي المعرفي يوضـح كيف يمكن للمـرضى أن يواجهوا العقبات كمشـكلات يمكـن التغلـب عليها وليس مشـكلات تحـول دون تحقيق أهدافهـم. وكثير من المـرضى الذين يعانـون مـن صعوبات في الدفاع عـن حقوقهم بطريقة مناسـبة يمكن أن يقعوا تحت سـيطرة أو استغلال الآخرين وبالتالي يكونون عرضة للضيق المفاجئ والغضب والإحباط.

وبتعلم مهارات شـخصية جديدة يسـتطيع المرضى أن يدافعوا عـن حقوقهم بطريقة فعالة. ونفـس النـوع من خاصيـة الدفاع عن الحقوق يسـاعد المرضى بألا يسـتجيبوا لإغـراء الآخرين ويرفضوا أي محاولة منهم لإعادتهم لتعاطي المخدرات. ويمكن أن يأخذ هذا الرفض معنى آخر فيكسـبهم الثبات تجاه الضغوط ويجعلهم يقدمون المنافع المستمرة على غيرها فلا يأبهون بازدراء الآخرين لهم.

وتعتبر الأسئلة التحاورية الجدلية الفلسفية Socratic Questioning أحدى المعالم الأساسية لأسـاليب العلاج النفـسي المعرفي والتي تتطلب مهـارة خاصة في إلقاء الأسـئلة، ويدفع المعالج

بالمريض إلى اختبار المناطق التي تجعل المريض يقوم بعملية الفحص والتدقيق لأفكاره، وذلك من خلال تكرار الحقائق حول أضرار تعاطي المخدرات، والخسائر الحقيقية الناتجة عن الإدمان والتأثيرات السلبية على العلاقات الشخصية وتقود تلك التساؤلات المرضى إلى مواجهة اختبارات عامة مع إمكانية تقديم حلول لم تكن في الحسبان. وأخيرا يضع هذا الأسلوب المريض في صيغة تساؤلات حيث يوضع كنقيض لصيغة الاندفاعات الآلية. ويبدو أن عملية تقيم اتجاهاتهم المتعددة واعتقاداتهم ستصبح أكثر موضوعية.

أن التوقف عن تعاطي المخدرات مشكلة معقدة. ويحاول العديد من المدمنين التوقف عدة مرات ولكنهم يفشلوا في ذلك، ويقدم لهم العلاج النفسي المعرفي الأدوات والأساليب التي تساعدهم على التوقف مع الاستمرارية في الامتناع عن التعاطي. بل وأكثر من ذلك فأنه يمكنهم أن يطبقوا تلك الأساليب الفنية في التعامل مع مشاكلهم اليومية.

مراحل العلاج من منظور معرفي:

يحدد بروكشا Prochsha خمس مراحل يمر خلالها المدمنين في البحث عن العلاج وهي:

١ ـ مرحلة ما قبل التفكير، وتدل على عدم المعرفة الكافية بالمعلومات الخاصة بالإدمان على الرغم من أنهم لديهم مشاكل ناتجة عنه، أو أنهم يعتبرون أن التعاطي مشكلة أكثر أهمية من المشاكل التي تنتج عن التعاطي.

٢ ـ مرحلة التفكير، فأنهم يرغبوا في وضع مشاكلهم محل الاعتبار، إلا أنهم لا يزالوا يرغبوا في التوقف عن التعاطي بطريقتهم الخاصة.

٣ ـ المرحلة التمهيدية ويرغب المدمنين في أن يتخذوا قرار التوقف عن تعاطي المخدرات، ولكنهم غير متأكدين في قدراتهم بشأن تنفيذ تلك القرارات.

٤ ـ مرحلة العمل وفيها يظهر انخفاض ملحوظ على المدمنين في سلوك التعاطي، وكذلك التغيرات العلاجية لاعتقاداتهم بشأن التعاطي وهؤلاء المدمنين غالبا ما ينجحوا في الوصول إلى المرحلة التالية.

٥ ـ مرحلة الصيانة والمثابرة وفيها يسيروا بخطوات واسعة تجاه الحياة دون مخدر أوخمر، ويعملوا بنشاط في المحافظة على حماية أنفسهم والسعي للتوقف لفترات أطول قد تصل إلى شهور أو سنوات. (Prochaska,1992,pp 1102 - 1114)

وتتعد أسباب اللجوء للعلاج. فالبعض يلجأ للعلاج بسبب قسري «من خلال السلطة». والبعض الآخر يرون أن حياتهم مدمرة نتيجة الأضرار المادية والنفسية والشخصية للتعاطي. بينما البعض يلجأ للعلاج نتيجة ضغط عليهم عن طريق أصدقائهم وأسرهم.

الانتقادات الموجهة للعلاج المعرفي السلوكي

على الرغم مما ذكر من مميزات العلاج المعرفي السلوكي إلا أن هناك بعض الانتقادات الموجه له ومن الممكن حصرها في النقاط التالية:

١ ـ العقل البشري خلاّق وأن المعاني ليست مجرد انعكاس لما يحدث من حوله

يتميز العقل البشري على أجهزة الكمبيوتر أنه من الصعب التنبؤ بمخرجاته بناء على المعلومات المدخلة فيه. فالعقل البشري يتلقى المعلومات ويعيد صياغتها، ويغير أشكالها ويخلق أشكالاً جديدة. تؤثر في سلوكيات الفرد المستقبلية، و التنبؤ بالسلوك البشري في موقف ما أمر لا يخلو من المجازفة.

٢ ـ صعوبة تعريف الأفكار العقلانية

من الصعب تحديد معايير محدده لما هو عقلاني وما هو غير عقلاني كشيء ثابت في كل الظروف، والمجتمعات. لذا لم يزعم أي منهم أن لديه تعريف محدد لذلك.

٣ ـ التكيف لا يعني بالضرورة عدم وجود أفكار غير عقلاني

أن وجود أفكار غير عقلانية لدى الفرد لا يعني أنه شخص لديه مشكلات نفسية. فلدى الكثير من الناس الذين يتمتعون بالصحة العقلية بعض الأفكار الوهمية المعتدلة، فالأفكار التي تعزز الذات قد تكون عاملا ايجابياً بالنسبة لقدرة الفرد على التكيف حتى لو لم تكن دقيقة ١٠٠٪.

٤ ـ تأثر المريض بالمعالج وقبول ما يقوله ظاهرياً أو قبول المريض لما يقوله المعالج دون أن يفهمه

احتمال تأثر المريض بالمعالج واختلال العلاقة العلاجية الذي قد ينتج عنه قيام المريض بإعطاء استجابات ايجابية كاذبة كأن يشير إلى أنه لم يعد مثلا يتمسك بفكرة معينة كما كان في السابق. أما احتمال قيام المريض بإعطاء استجابات لا تعكس ما يفكر بها فعلا.

٥ ـ العلاقة بين الاعتقادات والانفعالات غير واضحة

أن التأكد تماماً من كون الحالة الانفعالية تسبق الأفكار السلبية أمر بالغ الصعوبة كما أنه من الممكن اعتبار اختفاء الأفكار السلبية لدى مريض الاكتئاب بعد تحسن حالته نتيجة لاستخدامه لمضادات الاكتئاب دون محاولة تعديل أو استبدال الأفكار السلبية مؤشراً آخر على أن الحالة الانفعالية تساعد على ظهور الأفكار السلبية لدى المريض.

٢ . ١ . ٤ العلاج النفسي الجماعي

يتفق العلاج النفسي الفردي مع العلاج النفسي الجماعي في عدة نقاط، كما يتميز عنه في مجالات أخرى أيضاً. حيث يتفقون في الهدف وفي التصورات المشتركة عن طبيعة الشخصية الإنسانية وكيف تتغير، بينما ينشأ الاختلاف بينهما في أن العلاج الفردي يتم بين شخصين فقط هما (المعالج، والعميل)، أما في العلاج النفسي الجماعي يشترك أكثر من ستة أشخاص في العملية العلاجية، ولا تعني الزيادة في العدد تكراراً للعملية الفردية بل إنها تمثل تغيراً نوعياً في الخبرة، كما تمثل إمكانيات علاجية فريدة (فطيم، ١٩٩٣م،ص ٣٨ ـ ٣٩).

وقد استندت جميع المداخل الجماعية في العلاج النفسي رغم تفاوتها على مبدأ أساسي يقوم على المشاركة الوجدانية بين أفراد المجموعة من حيث المشاعر والخبرات والأفكار القائمة على الاهتمام والاحترام المتبادل الأمر الذي يساعد كل فرد على فهم نفسه والآخرين، ومن هنا ورد مفهوم العلاج الجماعي بأنه: «علاج جماعي لمشكلات نفسية حيث يتفاعل مريضان أو أكثر بعضهم مع البعض الآخر على المستوى الانفعالي والمستوى المعرفي في وجود معالج نفسي أو أكثر يعملون كحفازين وميسرين، أو مفسرين». (جابر، وكفافي، ١٩٩٠م،ص ١٤٥٣ ـ ١٤٥٥).

وقد أوضح حموده بأن العلاج النفسي الجماعي يستخلص من المسلمة التي تُعد الذات نتاجاً للتفاعل مع المجتمع (حموده، ١٩٩١م،ص ٧٢).

وقـد ظهرت عبارة العلاج النفسي الجماعي لأول مرة عنـد «مورينو Moreno » (١٩٣٢م) ليعـبر بها عن «أسـلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيـع الأدوار أو المهام، وبين تكنيك العلاج التلقائـي أو المباشر، ورأى أنه يمكن تحسـين الأحـوال الاجتماعية تلقائيـاً نتيجة للتفاعلات بين الجماعة». (فطيم، ١٩٩٣م،ص ٤١)

ولقد كانت بداية هذا النوع من العلاج عن طريق الاعتبارات الاقتصادية والتي هي الدافع الرئيـسي لابتداعه، ولكن سرعان ما تبيّن أن فوائد هذا العلاج تتعدى اختصار الوقت وتخفيض التكلفة العلاجية لتشـمل بعض الجوانـب المتعلقة بمنظور العلاج النفـسي ومنهجيته وتطبيقاته العملية (السباعي وعبد الرحيم، د.ت،ص ٦٥).

وقد كان المعالجون النفسـيون وإلى وقت قريب يبتعدون عن أسـاليب العلاجات النفسـية الجماعية، ولا يعيرونها اهتماماً حيث لا يعتبرونها من العلاج في شيء. أما اليوم فقد وصل العلاج النفـسي الجماعـي إلى مكانة قد تجعل مـن العلاج الفردي مجرد تابع له، يقـول «كارل روجرز« في كتابه الشـهير (جماعات المواجهة): «إن الجماعات وجدت وسـتظل باقية طالماً وُجد إنسـان على ظهـر هـذا الكوكب، غـير أن الجماعة التـي أعنيها هي الخـبرة المكثفة التي أعـدت بتدبير وقصد للعيش في جماعة، وهي في رأيي أعظم إنجاز اجتماعي شـاع في هذا القرن. بل لعلها أقوى إنجاز على الإطلاق (فطيم: ١٩٩٣م،ص ٣٩).

ولعل ما يعكس الاهتمام بالعلاج النفسي الجماعي اليوم هو صدور الكثير من الكتب والمقالات، وعقد المؤتمرات الدولية، وكذلك تطبيقه في المستشفيات والعيادات والمؤسسات ومراكز التوجيه، وفي المدارس وغير ذلك من أماكن التجمعات البشرية (عيسوي، ١٩٩٣م،ص ٢١٥).

وأن للعلاج النفسي الجماعي تاريخ ممتد وذا جذور قديمه، كما ظهر ذلك في الدراما الإغريقية ومسرحيات العصور الوسـطى وجلسات التنويم المغناطيسي التي عقدها «أنطون مسمر»، فإننا

نجدهـا مثلـت اللبنة الأولى لحـركات العـلاج النفسي الجماعـي الحديث (فطيم: مرجع سـابق، ص٤٥).

حيث دلت الشـواهد التاريخية على أن العلاج النفـسي الجماعي هو من نتائج الحرب العالمية الثانية، وذلك عندما طلب من الأخصائيين النفسـيين الإكلينيكيين في المؤسسات العسكرية، أن يقوموا بالعلاج النفسي الجماعي، وذلك بسـبب العجز في أفراد الفئات الأخرى، حيث تكونت مثل هذه الجماعات في السـجون، ومراكز النقاهة، والمستشفيات، ومراكز التدريب، وكان يطلق على هذه الاجتماعات في معظم الأحيان «جلسات التذمر أو الشكوى»، إذ كان الافتراض الأكثر شـيوعاً هو أنه إذا اسـتطاع المرضى أن يتخلصوا من العدوانية المكبوتة بالتعبير أو التحدث عنها، فإنهم يصبحون أقل عداوة لمطالب السلطة، أو أكثر إدراكاً لها (روتو، ١٩٨٩م،ص ١٦٦).

وتنسـب البداية الحديثـة للعلاج النفسي الجماعي كما يراها الكثـيرون إلى «جوزيف هيرسي برات – Joseph Hersy Prat» (١٩٠٥م) – وهو طبيب باطني من بوسـتن، وذلك عند محاولته التـي قـام بهـا في علاج مرضى السـل الرئوي، فـإن الكثير من المصـادر تعتبر أن العـلاج النفسي الجماعي هو فكرة أمريكية نشأت عن الفلسفة البراجماتية الأمريكية (فطيم، ١٩٩٣م،ص ٤٥).

ومـن التطبيقـات الأولى لهـذا المنهـج عـلى مـرضى العصـاب، محاولـة «مـارش – March (١٩٠٩م)، وفي سنة (١٩١١م) ابتدع «مورينو» منهج الدراما النفسية Psychodrama وهي شكل من أشكال العلاج النفسي الجماعي. وبعد الحرب العالمية الأولى مباشرة بدأ «لازل – Lazel بإجراء التجارب الجماعية على مرضى الفصام في واشنطن، ثم شاعت دراسته على المحاربين القدماء.

ومما سـبق نستطيع أن نقول بأن العلاج النفسي الجماعي لم يظهر في صورته الأولى كاملاً، بل إنـه كان نتيجة للكثير من الاتجاهـات والمعتقدات المتعددة في تلك الحقبة الزمنية لذا فإن المصادر الرئيسـية للجماعـات العلاجيـة في وقتنـا الحـاضر تكمـن في الاحتياجـات الاجتماعيـة العملية والبحوث التجريبية، والممارسات الإكلينيكية.

مفهوم العلاج النفسي الجماعي

هنـاك العديـد من التعاريف للعلاج النفسي الجماعي ولقد اسـتنبط الباحـث جزءاً منها إن: «العلاج النفسي الجماعي هو نوع من أنواع العلاج النفسي، والذي يتم من خلاله اختيار مجموعة منتقـاة مـن المرضى حسـب خصائص معينة». (الشـخصية، نـوع المرض النفـسي ... الخ) ليتم علاجهم بصورة جماعية. (الجلبي، واليحيى،١٤١٦هـ،ص:١٩٧).

وطبقـاً لتعريـف «مورينـو ١٩٣٢» الـذي عـرف العـلاج النفـسي الجماعي بأنه «أسـلوب علاجي يجمع بين تكنيك توزيع الأدوار أو المهام وبين تكنيك العلاج التلقائي المباشر». (فطيم، ١٩٩٣م،ص ٤٨).

وقد عرفه «أبراهام ١٩٥٠م» بأنه عملية من عمليات الجماعة يقودها شـخص لا تظهر عليه علائـم مرضية ليصلح من مشـكلات أعضاء الجماعـة في علاقتهم ببعضهـم البعض وبالمجتمع (المرجع السابق،ص ٤٨).

وقـد عرفه «سـانفورد» بأنه شـكل من أشـكال العلاج النفـسي يجتمع فيه عـدد من الأفراد المضطربين إنفعالياً في شـكل جماعـة يجتمعون مع أخصائي العلاج النفـسي وعن طريق التفاعل الاجتماعي يكتسبون خبرة علاجية مفيدة. (عيسوي، ١٩٨٤م،ص ١٢٤).

وقـد عرفه «سلافسـون ١٩٥١» بأنه: «تطبيق خاص لمبادئ العلاج الفردي على شـخصين أو أكثر في وقت واحد، فيما يتعلق بظواهر ومشـكلات العلاقات بين الأشـخاص». (Slavson, 1957,pp131)

وقد عرفه زهران بأنه: «علاج عدد من المرضى الذين يحسن أن تتشابه مشكلاتهم وإضطراباتهم معاً في جماعات صغيرة، يستغل أثر الجماعة في سلوك الأفراد». (زهران، ١٩٧٧م،ص ٣٠٧)

وقـد عرفـه «إدواردز ١٩٦٨م» «بأنـه جلسـة مـع عدد مـن المرضى، حيث يشـجعون على الاشتراك في المناقشات الحرة» (عيسوي: ١٩٩٠م،ص ١٢٥).

ويتضح من التعريفات السابقة أن العلاج النفسي الجماعي يجب أن يتم في إطار مجموعة تتكون من فردين أو أكثر بهدف علاج الاضطرابات النفسية أو غيرها لدى أفراد تلك المجموعة في وقت واحد.

أساليب وتقنيات العلاج النفسي الجماعي

لقد أثرت الحرب العالمية الثانية كثيراً على الناس في ذلك الوقت وأدت إلى إصابة العديد منهم باضطرابات نفسية، وكان لزيادة الحالات المرضية أثره الكبير في نقص المعالجين النفسيين وبالتالي عدم تمكنهم من القيام بدورهم العلاجي لكل حالة مرضية، كما أن معظم الحالات المضطربة متشابهة وتجمعهم ظروف واحدة من جراء تلك الحرب، لذا تم اللجوء إلى طريقة العلاج الجماعي لاستيعاب عدد كبير من المرضى، فكانت الانطلاقة الحقيقية لهذا النوع من العلاج والذي أصبح من أهم أنواع العلاج النفسي ومن أهم الطرق العلاجية الحديثة التي تستثير الفرد على معايشة الواقع ومواجهة مشاكله ومناقشتها بصورة تدعو إلى التفاؤل عن طريق مشاركة الآخرين والتفاعل معهم. (عيسوي، ١٩٨٤م،ص٢١٣)

وللعلاج النفسي الجماعي فائدة مزدوجة، فإذا كانت الفائدة الأولى تكمن في إتاحة الفرصة للمرضى لمناقشة المشاكل التي تؤرقهم مع الآخرين والتي يصعب عليهم مواجهتها حتى يتم تبادل الأفكار الإيجابية والخبرات، فإن الفائدة الثانية اقتصادية كون العلاج النفسي الجماعي يُطبق على عدة أفراد في وقت واحد، حيث يمكن الاكتفاء بمرافقة معالج نفسي واحد مع أفراد المجموعة العلاجية. (روتر، ١٩٨٩م،ص ١٦٦ ـ ١٦٧)

وهناك تقنيات عديدة ومختلفة للعلاج النفسي الجماعي ولهذه التقنيات مصطلحات خاصة بها، ومن تلك التقنيات العلاجية.

١ـ السيكودراما Psychodrama

لقد أسس جاكوب مورينو Moreno هذه الطريقة وهي: «العلم الذي يستشف الحقيقة الإنسانية من خلال استخدامه لطرق دراماتيكية». حيث يقوم المريض من خلال هذه الطريقة

بتمثيـل دور خاص به يتصرف فيه بطريقته الخاصة وذلك ضمن تمثيلية أو مسرحية يشـترك فيها أفراد المجموعة. (النابلسي، ١٩٩١م،ص ١٨٣ ـ ١٨٤).

وهـذا النـوع من العـلاج يقتضي مسـاعدة المريض على التعبـير عن مشـاعره والتنفيس عن انفعالاتـه المكبوتـة من خلال قيامه بتمثيـل الأدوار المختلفة التي يرغب القيام بها . (عيسـوي، ١٩٨٤م،ص ٣١).

وللسيكودراما إسهامات عديدة في عملية العلاج النفسي الجماعي، حيث تستخدم كوسيلة علاجية وتعليمية وتدريبية، وكذلك وسيلة تربوية تساعد الفرد على الترويح والترفيه.

ولأنها وسـيلة من وسـائل العلاج النفسي، فإنها تنظر للمريض على أنه شـخص مضطرب نفسياً، يعيش في عزلة بعيداً عن المجتمع المحيط به مما يسبب الاضطرابات النفسية وبالتالي تفاقم المرض لديه.

ولذلك يرى علماء النفس بأن السـيكودراما يعد أسـلوباً علاجياً فعالاً من أسـاليب العلاج النفـسي الجماعي، لكونه يسـاعد المريـض في التخلص مـن عزلته. حيث أن المـرضى المضطربين نفسـياً يسـاعدون أثناء التجارب كثـيراً وخاصة مع من يجدون أن لديـه الاهتمام بهم فيما يعبرون عنه، سواءً كان ذلك عن طريق الكلمات أو الإيماءات أو غير ذلك.

ومن هنا يكون التجاوب مع بعضهم البعض، فيبدأ بينهم التفاعل مع أي انفعالات قد تولد لديهم معان جديدة (الحسين، ١٩٩٧م،ص٦٢).

ومما سبق فإن السيكودراما كوسيلة علاجية تجعل المريض يساعد نفسه على اكتشاف قدراته والتعبير عنها بطريقة فعاله تمكنه من تعديل سـلوكياته والتفكير في كيفية تغيير اتجاهاته السـلبية التـي تقوده إلى العزلـة والانطواء والاستسـلام للمواقف والأحداث المؤثـرة في حياته وتكوين الأفـكار غـير المنطقية خاصة في مجال الإدمان، وذلك لكونه يلعـب أدواراً تمثيلية تعبر بطريقة أو بأخرى عن ما يوجد في اللاشعور لديه.

ويرى عيسوي ١٩٨٤م، بأن تمثيل الأدوار يقوم على عدة افتراضات منها:

ـ أن حيـاة الإنسـان عبـارة عن مسرح تمثيلي يقـوم فيه كل فرد بلعـب دور معين، حيث يوصف الفرد بالنجاح عندما يتقن دوره بطريقة جيدة.

ـ أن الإنسـان يتعلم من المواقف الحياتية التي يشـاهدها، وأنه يفهم المشاكل بطريقة جيدة عندما تعرض عليه. (عيسوي، ١٩٨٤م،ص ٢٤١).

٢ ـ جماعة الحساسية

وفيها يسـعى الأفراد المشـتركون بالعمليـة العلاجية إلى التبصر بمشـكلاتهم وزيادة الوعي الـذاتي لديهـم وكذلك فهم ديناميات الجماعة مـن أجل تقوية الدافعية العلاجيـة وتحقيق الفائدة المرجوة من ذلك. (كمال، ١٩٩٤م،ص ٤٨٨).

٣ ـ العلاج الأسري العائلي

ينطلـق هذا النوع من العلاج من حيث أن الأسرة وحدة واحدة لا تتجزأ تقوم على أسـاس التكامل والتفاعل بين أعضائها، وعن طريقها يمكن تحديد الاضطرابات النفسـية التي تنشأ بين أي فـرد مـن أفرادها، لـذا فإنها العمود الفقـري للفرد وهي اللبنـة الأولى والرئيسـية في العملية العلاجيـة، ومنهـا يسـاعد المعالج النفـسي العضو المضطرب عـلى التعبير عن رغباته ومشـاعره بشكل مباشر. (عبد الخالق، ١٩٩٧م،ص ٥٨٤).

٤ ـ التحليل النفسي الجماعي

وفي هـذا النـوع مـن العلاج يـترك المعالـج النفـسي للمـرضى الحريـة الكاملـة للتعبير عن مشـاعرهم باستخدام طريقة التداعي الحر دون أن يشاركهم في مناقشة مشاكلهم وما يتعرضون له من صراعات، إلا أنه يعمل على ملاحظة سـلوكياتهم وما يعاني منه كل فرد داخل المجموعة. (زهران، ١٩٧٧م،ص ٣٢٥).

٥ ـ العلاج التعليمي

وتعتمد هذه الطريقة العلاجية على إعداد المعالج النفسي للمحاضرات والموضوعات المتنوعة سواءً كانت هذه المحاضرات طويلة أو قصيرة، وذلك من أجل إعطاء صورة واضحة عن سلوك الفرد في المجتمع وتعامله مع باقي أعضاء الجماعة وتفاعله معهم، وكذلك إعادة الثقة بنفس المريض وتصحيح المفاهيم الخاطئة لديه. (عيسوي، ١٩٨٤م،ص ٢٢٦).

ويرى زهران ١٩٩٨م بأن هذا الأسلوب العلاجي يرتكز على عنصر التعليم حيث يجب أن يسوده المناخ العلمي، وأنه يعود إلى العالم كلامبان عام١٩٤٧م، فقد أجريت العديد من الدراسات التجريبية لمعرفة تأثير المحاضرات التعليمية والمناقشات الاجتماعية على تعديل السلوكيات وتغيير الاتجاهات، كتجارب كيرت ليفين (lewin1947) وتجارب كوش وفرنش والتي توصلت إلى أن المناقشة الجماعية تؤدي إلى تعديل السلوك بدرجة جيدة مما يجعل أعضاء الجماعة العلاجية أكثر صدقاً واتزانا فيما بينهم. (زهران، ١٩٩٨م،ص٢٩٥).

وهناك العديد من العلماء الذين استخدموا هذا الاسلوب العلاجي والذين يعتبرون رواداً في هذا المجال كالعالم كلابمان Klapman الذي استخدمه مع مرضي العصاب والذهان، والعالم جونز jones الذي استخدمه في علاج مرضى الحرب العالمية الثانية من الذين اعتقدوا وتوهموا بأنهم مرضى بالقلب (الزراد، ١٩٨٨م،ص١٢٩ ـ ١٣٠).

كما أن دراسة صفاء الأعسر عام ١٩٧٠م في أثر المحاضرة والمناقشة الجماعية في تخفيض مستوى القلق، قد أكدت على أن الفرد عندما يكون عضواً في جماعة وفي موقف علاجي جماعي يصبح أكثر فعالية خاصة عندما يشعر بالانتماء للجماعة وأن مشاكلهم واحدة ومتشابهة.

نظريات العلاج النفسي الجماعي

أن معظم المنظرين في مجال العلاج النفسي الجماعي يتفقون على أن كل جلسة علاجية جماعية تعتبر ذات أبعاد متعددة حسب الطريقة التي يتبعها المعالج مع أعضاء الجماعة (المحارب، ١٩٩٣م،ص ٢٢٩).

ومـن أهـم النظريات التي تبنت موضـوع العلاج النفسي الجماعي قد أخـذت بالرأي الذي يتركز حول أن الإنسان يملك من خلال قدراته العقلية خصائص فردية مثل ما يملك خصائص اجتماعية وقد كان لهذا الرأي مردوده السـلبي في أن الإنسـان يملك عقل فردي وعقل اجتماعي (كمال، ١٩٩٤،ص٤٤٤).

ويـرى مليكـة ١٩٩٤م بأن العلاج النفسي الجماعي يمكن اسـتنتاجه مـن ثلاث أطر نظرية اجتماعية هي:

١ ـ نظرية التبادل الاجتماعي ل (ثيبو و كليلي) والتي ترى بأن المبالغة في تعظيم الأمور وما ينتج عنهـا من ثواب يعـود إلى درجة التفاعل بين الجماعة حيث أن كل سـلوك يترتب عليه ثواب وتكلفة.

٢ ـ نظرية الدور الاجتماعي التي تقوم على معرفة المتغيرات الظاهرة، الملاحظة من قبل الآخرين، والتـي يمكـن قياسـها، لأن الجماعة تلزم كل عضو فيها بإتباع سـلوك مناسـب بـما يتفق مع مكانته الاجتماعية.

٣ ـ نظريـة التعلـم الاجتماعي وفيها يجد الفرد لكونه عضو في جماعة تدعيم والتشـجيع مقابل ما يقوم به من أنشطة اجتماعية ظاهرة سواءً كان ذلك التدعيم من خارج الجماعة أو من داخلها فـإن دوره في تلك الجماعة يسـاعده عـلى الحصول على الثناء والتقديـر (مليكة، ١٩٩٤،ص ١٥٠ – ١٥١).

خطوات العلاج النفسي الجماعي

يقـوم العـلاج النفسي الجماعي على عملية التقييم التشـخيصي، حيث لابد من تحديد أعضاء الجماعة العلاجية من خلال محكين رئسيين هما:

١ ـ أن يكون لدى المريض الرغبة والدافعية العلاجية للالتحاق بالجماعة والالتزام والتقيد بنظامها.

٢ ـ أن تتـم عمليـة اختيـار المـرضى كأعضاء في جماعـة بطريقـة متوازنة بحيث يكـون لهم نفس المشكلة.(عيسوي، ١٩٨٤م: ٢١٨).

وقد حدد كل من (هولاندر وكازاوكا).خطوات العلاج النفسي الجماعي في عدة نقاط منها:

ـ اختيار أعضاء الجماعة العلاجية، على أن تكون درجة التجانس مختلفة حسب المشكلة وطبيعتها.

ـ أن يكـون للجماعـة العلاجيـة هوية خاصة بهـا، والعمل على جذب اهتـمام الأعضاء لتكوين الجماعة.

ـ وضع أسس وقواعد عامة لتفعيل المشاركة وتبادل الخبرات بين الأعضاء.

ـ التحرك ضمن إطار سلوكي معين يحكم علاقة الجماعة العلاجية وتفاعلهم مع بعضهم البعض.

ـ أن تصبح نظرة أعضاء الجماعة تفاؤلية وذات توقع إيجابي تجاه السلوك الصادر من كل عضو.

إعداد نموذج للتغيير والعمل على تنفيذه من خلال النقاط التالية: ـ

ـ أن يتم تحديد السلوك الذي ينبغي تعديله.

ـ أن يتم عمل برنامج التغيير وتنفيذه عند الحصول على المعلومات اللازمة.

ـ تقييـم الجماعـة العلاجية عن طريق البيانات والمقاييـس اللازمة. (مليكة، ١٩٩٤ م،ص ١٥١ ـ ١٥٢).

ومـن النظريـات التـي يمكن الاسـتفادة منهـا في عمليـة العـلاج النفسي الجماعـي النظرية السلوكية والتي ترى بأن السنوات الخمس الأولى من عمر الإنسان تؤثر في بقية مراحله العمرية، وأن علاقـة الطفل بوالديه وخاصة والدته تـؤدي إلى ارتباط شرطي وعلاقة دينامية، حيث أنهم يمثلون جماعة مسـتقلة لأن تلك العلاقة تهدف إلى تعديل سـلوكيات الطفل، وهذا يدل على أن هناك عملية علاجية نفسية، يقوم بها الوالدين.

كما أن النظرية السلوكية ترى بأنه السلوك الإنساني نتيجة تفاعل مستمر ومتواصل بين الفرد وبيئته، لأن السـلوك ليس شـيئاً ثابتاً بل هو متغير، وهذا السـلوك لا يحدث في فراغ وإنما يحدث في بيئة اجتماعية، مما يعني بأن الجماعة تؤثر في سلوك الفرد، وأن هذا السلوك يؤثر في البيئة ويتأثر بها. (الخطيب، ١٩٩٠،ص ٢٠).

ويـرى كيـلارك أن التعليـم عند الإنسـان يقوم على اكتسـاب عادات سـلوكية من المجتمع المحيط به مما يساعده على التكيف مع البيئة، وأن هذه السلوكيات المكتسبة ترتبط ارتباطاً شرطياً بين المثيرات والاستجابات المقترنة بالتدعيم (أبو النيل، ١٩٨٥م،ص ٥٩ – ٦٠).

ويتضـح من خلال النظريات السـابقة بأن الإنسـان يكون شـخصيته عـن طريق العلاقات الإنسـانية التي يرتبط بها الفرد وأن الجماعة لها تأثير مباشر وفعال في فهم الفرد وسـلوكه والعمل على تعديل اتجاهاته وتصحيح أفكاره السـلبية، لذا يجب بيان أهم الأسـس النفسـية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي.

الأسس النفسية والاجتماعية للعلاج النفسي الجماعي

يستند العلاج النفسي الجماعي إلى قواعد نفسية واجتماعية رئيسية، لابد من مراعاتها لتقويم سلوك المريض في العملية العلاجية منها:

أن هناك احتياجات نفسـية واجتماعية أساسـية لكل إنسـان ينبغي إشباعها كالحاجة للأمن والتقدير والشـعور بالانتـماء، و الحاجة لحب الآخرين والتفاعل معهـم وكذلك الحاجة للنصح والتوجيـه، وغـير ذلك من الأمور التي تتيح للفرد الاسـتقرار النفـسي. (زهران، ١٩٩٤ م،ص ٢٨٤ ـ ٢٨٥).

أن المعايـير الاجتماعية السـائدة في كل مجتمـع تقتضي تحديد الأدوار الاجتماعية حتى يشـعر الفـرد بالانتـماء والتفاعل مـع الجماعة، لأن مجرد وجود الآخرين يسـاعد الفـرد على بذل الجهد وزيادة الحصيلة الإنتاجية. (كمال، ١٩٩٤م،ص ٤٤٥).

أن الحياة الاجتماعية تعتمد العصرية بشـكل كلي على العمل في جماعات، من أجل أن يحظى الفرد بحياة كريمة ومنتجة تجعله قادراً على إقامة علاقات إنسـانيـة ذات فعاليـة، فيصبح عضواً فاعلاً ومصدراً من مصادر العلاج. (زهران، ١٩٩٤ م،ص ٢٥٨).

من المعلوم بأن الإنسان لا يعيش بمعزل عن بيئته الاجتماعية وأن سلوكياته مكتسبة من تلك البيئة، وأن لكل إنسـان شـخصيته المسـتقلة التي تميزه عن الآخرين، لذا فأن تفاعل الإنسـان مع

بيئته الاجتماعية وإشباع احتياجاته بالطرق المشروعة يساعده على الابتعاد عن العزلة والانطواء التي تعرضه للوقوع في براثن المرض النفسي.

ويرى كمال ١٩٩٤م بأنه عند اختيار الجماعة العلاجية لابد من إتباع القاعدة الأساسية للعلاج النفسي الجماعي القائمة على أن يكون لدى أعضاء الجماعة نفس الحالة المرضية سواءً كانت أمراض نفسية أو عقلية أو سلوكية كإدمان المخدرات مثلاً، وأن يتراوح عدد الجماعة من أربعة إلى تسعة أفراد، وقد يصل إلى المائة فرد حسب الطريقة العلاجية المتبعة.

وأن يعمل المعالج النفسي على تحقيق اكبر قدر من التجانس بين أعضاء المجموعة بعد أن يتم استثناء الأفراد الذين لا يتوافقون مع الجماعة (كمال، ١٩٩٤م،ص ٤٤٩ ـ ٤٥٠).

وغالباً ما تكون العملية العلاجية في مكان مستقل وهادئ يمكن ممارسة العلاج النفسي الجماعي فيه بارتياح، على أن تستمر الجلسة العلاجية من ساعة إلى ساعة ونصف تقريباً، حيث يمكن للمعالج أن يعقدها من جلسة في الأسبوع الواحد إلى ثلاث جلسات (عيسوي، ١٩٨٤م،ص ٢١٨).

ويرى العديد من المتخصصين في العلاج النفسي الجماعي أنه لابد من الإعداد الجيد للعملية العلاجية سواءً كان ذلك من حيث إعداد أعضاء الجماعة أو استعداد المعالج أو غير ذلك. (زهران، ١٩٧٧م،ص ٢٨٧).

حيث أن نجاح العلاج النفسي الجماعي يعتمد على مدى قدرة وكفاءة المعالج على اختيار أعضاء الجماعة وإدارتها، وقدرته على التفسير والملاحظة وتغيير نظرة الفرد نحو ذاته والآخرين (المحارب، ١٩٩٣م،ص ١٨ ـ ٢٠).

وأنه عند اختيار أعضاء الجماعة لابد للمعالج من القيام بعملية الفحص والتشخيص من خلال إجراء مقابلة شخصية لكل عضو، يراعي فيها مدى حرص الفرد واستعداده لأن يصبح عضواً في الجماعة (زهران، ١٩٩٤م،ص ٢٨٨).

وقد لخص وولف wolf ١٩٦٧م عملية إعداد المريض في عدة نقاط هي:

ـ أن يتم إعداد المريض على تحمل ضغط الجماعة.

ـ إعداده على الثقة في بقية أعضاء الجماعة العلاجية.

ـ العمل على تهيئة المريض على أن يكون عضواً في جماعة.

ـ تدريبه على عدم المقاومة أثناء العملية العلاجية.

ـ أن المريض له الحرية المطلقة في الانضمام للجماعة وتركها متى شاء.

ـ توضيح أهمية المشاركة للمريض بما يعود عليه وعلى أعضاء الجماعة العلاجية بالفائدة (المرجع السابق، ص٢٨٨).

وعند تكوين الجماعة العلاجية يرى «روزنبوم ١٩٧٨م» أهمية تقييم أعضاء الجماعة من خلال المقابلة الإكلينيكية لكل فرد ومدى رغبته في إقامة علاقات علاجية داخل الجماعة.

هذا ويستخدم العلاج النفسي الجماعي عادة بشكل موسع في كلاً من العيادات النفسية ومستشفيات الأمراض العقلية وبعض المؤسسات الإصلاحية وفي عيادات توجيه الأطفال (زهران، ١٩٩٤م،ص٢٨٦).

آثار العلاج النفسي الجماعي

لقد أُجريت العديد من البحوث من أجل فهم الدينامية العلاجية وكان لها دوراً رئيسياً في تفسير نتائج العلاج النفسي الجماعي وتميزه عن العلاج النفسي الفردي، ومن هذه النتائج ما يلي:

ـ أن زيادة الإنتاجية لدى الفرد تقترن بشكل مباشر بوجود الآخرين.

ـ أن الفرد يتأثر بمن حوله لمجرد معرفتهم به.

ـ أن المواقف التي تؤثر في الجماعة يكون تأثيرها كبيراً على كل مشارك فيها مما يجعل الفرد يكون أكثر حدة في ردة فعله.

ـ أن كل فرد يكون عضواً في جماعة يصبح أكثر حرصاً على تماسك الجماعة وبقائها لأنه يستمد قوته من تلك الجماعة (كمال، ١٩٩٤م،ص ٤٤٥).

ومـن أمثلة آثـار العلاج النفسي الجماعي المصاحـب للصدمات الكهربائيـة، مع أثر العلاج بالصدمـات الكهربائيـة فقط، وذلـك على مجموعتين لمريضـات الفصام، حيث وجـد بأن نتائج المجموعة الأولى كانت أفضل من المجموعة الثانية. (زهران، ١٩٩٤م،ص ٢٨٩).

ويـرى كلاً مـن هولاندر وكازوكا بـأن العلاج النفسي الجماعي قد فرض إيقاعه ورسـخت أقدامـه مـن خلال الكـم الهائل من البحـوث التي طبقت في هـذا المجال وخاصة في مـا يقوم به الأفراد من دور في العلاج النفسي الجماعي، وفي تعميم نتائج العلاج، والعمل على المحافظة على مكاسبه. (مليكة، ١٩٩٤م،ص ١٦٤ ـ ١٦٥).

قواعد و فنيات العلاج النفسي الجماعي

لقـد تـم إعداد العديد مـن الفنيـات العلاجية ضمن قوائـم خاصة بتفعيـل العلاج النفسي الجماعـي، حيث اعتمـد كلاً من «بلوك» و«كرواتـش» عام ١٩٨٥م، قائمـة علاجية تحتوي على بعـض الفنيـات العلاجية، وذلك من خـلال مراجعتها للعوامـل العلاجية السـابقة، ومن هذه الفنيات ما يلي:

١ ـ الاسـتبصار، التقبل (التماسـك)، الانكشاف الذاتي.، التنفيس،العمومية.، الإيثار.، التعليم بالعبرة.

٢ ـ حيث أنه يعتبر من الصعوبة بمكان تذكر تلك الفنيات على المعالجين حديثي الخبرة بجانب العوامل الأساسية في العلاج النفسي الجماعي (المحارب، ١٩٩٣م،ص ٦٨).

كما أن هناك بعض العلماء الذين يحرصون على أن تكون الجماعة العلاجية جاذبة لأعضائها، حيـث توصـل بعضهم إلى وضع برنامج خـاص لزيادة جاذبية الجماعة مـن خلال عدة خطوات منها:

ـ تخفيض درجة القلق والتوتر لدى أعضاء الجماعة أثناء الجلسات الأولى.

ـ العمـل على تشـجيع أعضاء الجماعة وتعزيز مشـاركتهم في العملية العلاجيـة كتقديم نوع من المرطبات أو الشاي في الجلسة الأولى.

ـ تفعيل دور الفرد داخل الجماعة وذلك من خلال اقتراح المعالج لموضوع معين يتم فيه المشاركة حتى ولو كانت ثنائية.

ـ استخدام بعض الأساليب العلاجية لإيجاد نوع من التنافس بين أعضاء الجماعة مثل أسلوب توليد الأفكار الذي يقوم على تحقيق التماسك داخل الجماعة العلاجية، حيث استخدم هذا الأسلوب أوسبورن في جلسات الإبداع (إبراهيم، ١٤٠٠هـ،ص ٢٨٣ ـ ٢٨٤).

ويرى عيسوي ١٩٨٤م بأن هناك أشكال مختلفة للعلاج النفسي الجماعي يمكن تصنيفها كأساليب مستخدمة في العملية العلاجية، حيث تقسم إلى اتجاهات تحليلية أو اتجاهات كتبية إيجابية، أو استخدام أساس اللغة أو غير اللغة كالتالي:

١ـ علاج جماعي لفظي verbal.

٢ـ علاج جماعي غير لفظي وينقسم إلى:

(أ) سطحية (ب) عميقة

كما ان (كورسين) قسم العلاج النفسي الجماعي على أساس ثلاثة أبعاد هي:

١ ـ التوجيه وينقسم إلى: (أ) توجيهي (ب)غير توجيهي

٢ ـ الأسلوب وينقسم إلى : (أ) لفظي (ب) عملي

٣ ـ العمق وينقسم إلى : (أ) سطحي (ب) عميق

ولقد اقترح (وروزنبرج) بعداً آخر يقوم على احتواء العلاج على أساس عقلي أو انفعالي، حيث أن تلك التقسيمات السابقة تفيد المعالج النفسي من الناحية النظرية كأساس علمي للعلاج النفسي الجماعي.(عيسوي، ١٩٨٤م،ص ٢٢٥).

العوامل الأساسية لنجاح الجماعة العلاجية

يـرى فطيم عام ١٩٩٣م بأن الجماعة العلاجية تسـتطيع أن تحسـن مـن أدائها، وتحصل على النتائـج المثاليـة المرجوة، عندما يعمل أعضاء الجماعة على قواعد خمسـة أساسـية لتحقيق أهداف الجماعة وهي:

- جـو الجماعـة: ويتضمن دعم الجماعـة العلاجية مادياً ومعنوياً من خلال تهيئة المكان المناسـب للجلسة العلاجية من جميع النواحي، التي تساعد الفرد على بذل الجهد والعطاء، وبالتالي تنمية روح الجماعة والتقبل لديه.
- انشغال أعضاء الجماعة بها: حيث أن الفرد يصبح متمسكاً بالجماعة وقادراً على تحقيق الإنتاجية كلما وجد التشـجيع والتعزيز، وهذا يساعده على تعديل سلوكياته وتغيير اتجاهاته السلبية لأنه يجد في الجماعة نفسه.
- التفاعل: من أهم العوامل الرئيسية لنجاح الجماعة العلاجية واستمرارها حيث تنمو العلاقات الإنسانية والاجتماعية بطريقة مثالية.
- التماسك: ويطلق عليه أحياناً مسمى الاتحاد أو التضامن، فإن تماسك الجماعة يعتمد على مدى قوة الترابط بين أعضائها وفهمهم لبعضهم البعض.
- الإنتاجيـة: وهي النتيجة التي تسـعى إليها الجماعة لتحقيق أهدافهـا وغاياتها ودوافعها، حيث كلـما كانت الجماعة تعمل وفق أسـس وقواعد كلما كان هناك زيـادة وتقدم في الإنتاج. (فطيم، ١٩٩٣م،ص ٨٢ ـ ٨٤).

مزايا العلاج النفسي الجماعي وعيوبه

إن العلاج النفسي الجماعي يتميز كأسلوب علاجي نفسي بالعديد من المميزات التي تساعد المعالج على إتمام العملية العلاجية بنجاح، ومن هذه المميزات ما يلي:

- يتميـز العلاج النفسي الجماعي عن العـلاج الفردي بأنه يُقدم لأكبر قدر ممكن من الأفراد الذين

يعانون من نفس المشكلة بأقل جهد وأقل تكلفة، حيث أن الفرد يستطيع أن يعبر عن انفعالاته وإسقاطها على الآخرين من أعضاء الجماعة العلاجية دون أن يواجه بالنقد، مما يكون له أكبر الأثر في تخفيف حدة القلق والتوتر لديه، فيصبح قادراً على اكتساب الثقة بنفسه وإثبات شخصيته.

- مساعدة الفرد على تصحيح المفاهيم الخاطئة عن نفسه وعن الآخرين، وتبصيره بنقاط الضعف في شخصيته، مما ينمي لديه الشعور بالقيمة الذاتية والتطلع إلى القضاء على السلوك السلبي.
- إقامة العلاقات الاجتماعية الإنسانية، ومواجهة المواقف والأحداث في عملية علاجية جماعية شبيهة بالحياة الواقعية.
- مساعدة المريض في تعديل سلوكياته وتغيير اتجاهاته، من خلال تعليمه بعض المهارات الاجتماعية المطلوبة.
- تدريب المريض على اكتساب الخبرات والاتعاظ من أخطاء الآخرين والتغلب على الحيرة والقلق في المواقف والأحداث اليومية (زهران، ١٩٩٤م،ص ٣٠٧ـ٣٠٨).

عيوب العلاج النفسي الجماعي

حيث يمكننا ذكر بعض العيوب للعملية العلاجية الجماعية على النحو التالي:

- أن العلاج النفسي الجماعي عملية فيها نوع من الصعوبة والتعقيد.
- أنه قد يحدث نوع من التوافق والتكيف لدى المريض ولكنه لا يحدث تغيرات جذرية في شخصية الفرد.
- أنه قد لا يفيد بعض المرضى الذين يعانون من صراعات داخلية عنيفة (المرجع السابق،ص ٣٠٩).

٢ . ٢ الدراسات السابقة

انشغل العديد من الباحثين في دراسة الدافعية وكيفية تطويرها وتنميتها باعتبارها وسيلة ومحفز لتحقيق أهداف الفرد، لما لها من أهمية في مجالات متعددة من حياة الإنسان والمجتمع؛ حيث أن هناك العديد من الدراسات التي اهتمت بمفهوم الدافعية وعلاقتها بعدد من المتغيرات الشخصية والأكاديمية، لذلك يمكن تصنيف الدراسات السابقة في ضوء ما توفر من تراث سيكولوجي على النحو التالي:

أولا: الدراسات التي بحثت في أثر برنامج تدريبي على الدافعية وعلاقته بمتغيرات أخرى.

ثانيا: الدراسات التي بحثت في أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج مرضى الإدمان.

ثالثا : الدراسات التي بحثت في علاقة عدد من المتغيرات بالدافعية .

أولا: الدراسات التي بحثت في أثر برنامج تدريبي على الدافعية وعلاقته مع متغيرات أخرى

في دراسة لاختبار فاعلية برنامج تدريبي لتنمية الدافعية لمحمود (١٩٩١م) لدى عينة تكونت من (٦٢) طالبا وطالبة في الصف الأول الإعدادي في مصر، وأشارت نتائج الدراسة إلى فعالية البرنامج التدريبي في تنمية الدافعية لدى أفراد المجموعة التجريبية الذين تعرضوا للبرنامج، وأيضا نمواً في متغيرات الضبط وتقدير الذات ومفهوم الذات، في حين لم تظهر أي تغييرات في استجابات أفراد المجموعة الضابطة على نفس المتغيرات.

كما أجرت الصياح (١٩٩٧م) دراسة بعنوان « فاعلية برنامج تدريبي لزيادة الدافعية لدى المتعلمين». وتكونت عينة الدراسة من (١٢٠) طالباً وطالبة من طلبة الصف الثاني الإعدادي. وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الدافعية بين أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة لصالح أفراد المجموعة التجريبية.

وفي دراسة هدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشاد نفسي جمعي عقلاني – انفعالي معرفي في تحسين فاعلية الذات المدركة والدافعية والمعدل التراكمي الطراونه (٢٠٠٥م) لدى طلبة جامعة

مؤتـة ذوي التحصيـل المتدني. وتكونت عينة الدراسـة من (٢٤) طالبا وطالبة. وأشـارت نتائج الدراسـة إلى وجود فروق دالة إحصائيا في فاعلية الذات المدركة والدافعية والمعدلات التراكمية بين المجموعة التجريبية والضابطة.

وأجـرى شـحروري (٢٠٠٦م) دراسـة هدفت إلى اسـتقصاء فاعلية برنامـج تدريبي مبني عـلى المهـارات المعرفية ومـا وراء المعرفية والانفعالية في إثـارة الدافعية الموجهـه ذاتيا لدى طلبة المرحلـة الثانويـة في الأردن. تكونت عينة الدراسـة من (٨٠) طالباً وطالبـة. وقد أظهرت نتائج الدراسـة وجود فروق دالة إحصائيا بين متوسـطات المجموعتـين التجريبية والضابطة ولصالح أفـراد المجموعـة التجريبيـة. كما أظهـرت النتائج عـدم وجود فـروق ذات دلالـة إحصائية بين المتوسـطات لمتغيرات الجنـس والفرع والمعدل الدراسي عـلى بعد الفاعليـة الأكاديمية، مما يعني عدم فاعلية البرنامج تبعا للمتغيرات على هذا البعد. وبيّنت النتائج أيضا عدم وجود فروق دالة بـين المتوسـطات لمتغيرات الجنس والمعـدل الدراسي، ووجود فروق ذات دلالة بين متوسـطات درجـات الفرع العلمـي والإدارة المعلوماتية ولصالح الفرع العلمـي، وأيضا عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطات لمتغيرات الجنس والفرع والمعدل الدراسي.

ثانياً: الدراسات التي بحثت في أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج مرضى الإدمان

وفي دراسـة لمتابعـة العلاج المعرفي السـلوكي ومقارنتـه بالعلاج الإكلينيكي لـ (Carroll, 1994b) ظهـرت بعـض النتائـج المثيرة التـي غالباً ما تظهر بعـد عام واحد مـن المتابعة للعلاج المعرفي السـلوكي أو العلاج الإكلينيكي، ووفقاً لما ذكرته الدراسـة فإن نسبة الكوكايين للمرضى كمجموعـات أو أشـخـاص تقـل بشـكل عـام أو تكـون ثابتة مقارنة بمسـتويـات ما بعـد العـلاج. وبعد سـنة من المتابعة تبين، بتأجيل ظهور الأعراض في العلاج المعرفي مقارنة بالعلاج الإكلينيكي، ويسـتمر هؤلاء المرضى الذين تعرضوا للعلاج المعرفي السلوكي في تقليل استخدام المخـدر بينـما تظل مجموعـة مرضى العـلاج الإكلينيكي كما هي، وهـذه النتائج يمكـن أن ترتبط بالتأجيـل الطـارئ لتأثـير العلاج المعرفي السـلوكي، وخـلال مراحل العلاج المعرفي السـلوكي

والعلاج الإكلينيكي الحرجة يتلقى المرضى في كل المجموعات مجموعة من التدخلات العلاجية غير المحددة مثل مراقبة تحليل البول، تقييم متكرر للكوكايين المستخدم وغيرها من الأعراض، كذلك التدعيم والتشجيع من المعالجين والباحثين وتوقعات التأثير الايجابي للعلاج، هذه الحقائق الشائعة قد تكون فعالة علاجياً. ومن ناحية أخرى نجد أن العلاج المعرفي السلوكي يهدف بشكل عام إلى تأكيد مهارات تأقلم عامة يمكن تطبيقها بعد فترة طويلة من العلاج في حين إن العلاج التدعيمي قد يمنح المرضى مصادر قليلة حسب رأي صاحب الدراسة.

ونجد في دراسة هدفت إلي اختبار مدي فاعلية العلاج المعرفي في علاج إدمان الهيروين في المملكة العربية السعودية . لعلي الفقية (١٩٩٦م) وقد تكونت عينة الدراسة من حالتين من المرضي المنومين بمستشفي الأمل بجدة . وقد استخدم الباحث نموذج بيك المعرفي Beckالذي لا يتعارض مع الوسائل المعرفية الأخرى بقدر ما يتكامل مع تلك الوسائل العلاجية في صياغة نسق اعتقادات المريض الفردية من خلال العلاج المعرفي السلوكي يتواءم بصورة جيدة مع العلاج الدوائي وبرنامج الخطوات الاثنى عشر أو النموذج النفسي البيولوجى الاجتماعي. وقد استخدم الباحث عدد من الأدوات التالية : أولا مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء التقويم الاكلينكي ثانيا مقياس الاتجاه نحو المعالجة والشفاء. (التقويم العلاجي) ثالثا مقياس الاعتقادات حول المواد المخدرة. رابعا مقياس اعتقادات الرغبة الملحة والاشتياق إلى التعاطي . خامسا مقياس التنبؤ بالانتكاسة. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي علي مقياس الاتجاه نحو لمعالجة والشفاء بصورتيه. كذلك أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فروق بين التطبيق القبلي والتطبيق البعدي حول مقياس الاعتقاد حول المواد المخدرة ومقياس اعتقادات الرغبة والاشتياق قبل العلاج وبعده مما يشير إلي فاعلية العلاج المعرفي للإدمان. وتؤكد الدراسة انخفاض مستوي أعراض الإدمان والامتناع عن التعاطي نتيجة تأثيرات العلاج المعرفي السلوكي . بالإضافة إلي أن فاعلية العلاج المعرفي مضافا إليه العلاجات المقدمة من مستشفي الأمل كان لها الأثر الأكبر في التعامل مع النظام المعرفي وبنيته والتي بدورها تحسن من مستوي السلوك الادماني للمدمن وتقليل مستوي الاشتياق والرغبة إلي التعاطي .

وفي دراسة هدفت لمراجعة عدد من الدراسات ووجدت أن هناك دليل واضح على فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مقارنة مع الوسائل الأخرى في علاج التدخين. (Carroll, 1996) وقد كانت المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي وبين الوسائل العلاجية الأخرى إشكالية بحثية، حيث أشارت بعض الدراسات إلى تفوق العلاج المعرفي السلوكي في علاج الإدمان، بينما أظهرت بعض الأبحاث أن العلاجات الأخرى تتشابه في نتائجها مع العلاج المعرفي السلوكي وان العلاج المعرفي ليس أكثر فاعلية من الطرق الأخرى. وتركز دراسة كارولين بشكل خاص على العلاج المعرفي السلوكي لتعاطي الكوكايين، حيث قامت بمراجعة موجزة لسلسلة من الدراسات في وحدة علاج الإدمان في بجامعة (يال) Yale والتي تم خلالها تقييم الوسائل العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي. وعليه قامت كارولين بعمل مقارنة لدراسة مدي فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع العلاج النفسي البين شخصي Inter ـ personal Psychotherapy، حيث استخدم هذا العلاج بطريقه منهجية منتظمه في العيادات الخارجية . واستغرقت الدراسة ١٢ أسبوع للمرضى الخارجيين، وشملت العينة العشوائية للدراسة(٢٤) مدمن كوكايين تم تشخيصهم بناء علي معايير الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي الثالث المراجع DSM ـ IIIR . وقد أظهرت النتائج أن المرضى الذين تلقوا للعلاج المعرفي السلوكي كانوا أكثر كفاءة من المرضى الذين خضعوا للعلاج النفسي البين شخصي، حيث أكمل العلاج (٦٧٪ للعلاج المعرفي السلوكي مقابل ٣٨ ٪ للعلاج النفسي البين شخصي) وحققوا ٣ أسابيع من الامتناع التام عن التعاطي (٥٧ ٪ للعلاج المعرفي السلوكي مقابل ٣٣ ٪ للعلاج النفسي البين شخصي) الامتناع بشكل مستمر لأربع أسابيع أو أكثر بعد الانتهاء من العلاج (٤٣٪ للعلاج المعرفي السلوكي مقابل ١٩ ٪ للعلاج النفسي البين شخصي).. بالرغم من أن حجم عينة الدراسة كان صغير ولم تصل الاختلافات إلى مستوي دلاله إحصائية، إلا أن تلك الاختلافات كانت هامه من حيث فاعلية العلاج الذي يقلل من شدة الاعتمادية علي الكوكايين وتؤكد هذه النتائج أن مدمني الكوكايين الأكثر اعتمادية قد يتطلب تركيز أكثر من قبل العلاج المعرفي السلوكي الذي يركز على أن التعليم والتدريب على استراتيجيات خاصة لإيقاف التعاطي والسيطرة عليه، في حين نوعية العلاج المقدم قد يكون أقل أهمية لمتعاطي الكوكايين الأقل اعتمادية

وفي دراسة لتقييم العلاج المعرفي السلوكي وغيره من العلاجات النفسية والدوائية لعدد كبير من المرضى «كارول» وزملائها في الجوهي (٢٠٠٤م). وقد قارنت الدراسة، العلاج المعرفي السلوكي بنوعين آخرين من العلاج هما العلاج الإكلينيكي والخطوات الإثني عشر. وأضافت كارول ضمن هذه الدراسة أيضاً، علاج الإدمان الكحولي باستخدام (مضاد الكحول disulfiram). وقد أوضحت النتائج الأولية أن العلاجين وهما المعرفي السلوكي والاثني عشر خطوة، أكثر فعالية من العلاج الإكلينيكي في تعزيز فترات التوقف المتتالية للكوكايين والتوقف المتزامن لكل من الكوكايين والكحول. بالإضافة إلى ذلك هناك علاقة بين العلاج المعرفي السلوكي والاثني عشر خطوة والعلاج الإكلينيكي في كمية الكوكايين والانخفاض ذو الدلالة في الاستخدام لفترة زمنية وتدرجه خاصة عند الأشخاص الذين يتعرضون لعلاج أقل فاعلية. كما أوضحت المقارنة أن العلاج المعرفي والاثني عشر خطوة أكثر فعالية من العلاج النفسي الذي يتحكم في الحالة والذي يؤكد على أهمية الدور التعريفي، التدخلات النفسية الاجتماعية المؤهلة والمستخدمة في علاج إدمان الكوكايين، ولأن العلاج الإكلينيكي يوفر آليات تحكم عامة، غير محدد لعناصر العلاج النفسي بما في ذلك (العلاقة التدعيمية مابين الطبيب والمريض).

ونجد في دراسة تناولت محاولة استخدام برامج غير تقليدية ومستحدثة في علاج مرضى إدمان الهروين. ومعرفة مدى فاعليتها. من خلال استخدام النموذج المعرفي السلوكي الذي طورته «كاروول كاتلين» عام ١٩٩٧٩م. الجوهي (٢٠٠٤م) واستهدفت الدراسة على بعض الإشكاليات العلاجية وهي: ١ ـ هل يمكن استخدام نموذج علاجي معرفي سلوكي حقق نتائج ايجابية في علاج مرضى إدمان الكوكايين في علاج مرضى إدمان الهروين؟ ٢ ـ هل يمكن استخدام النموذج موضوع الدراسة وهو من ثقافة غربية في علاج مرضى من ثقافة مغايرة، وهي ثقافة المجتمع العربي السعودي؟ وللإجابة على هذه الإشكاليات اتبع الباحث المنهج التجريبي من خلالها اختبار اثر نموذج العلاج المعرفي السلوكي لدى عينة مكونة من ٨٠ مريضاً مقسمين لمجموعتين بالتساوي من مدمني الهيروين، بمجمع الأمل للصحة النفسية. و قد أظهرت الدراسة بعد تطبيقها و جود فروق ذات دلالة إحصائية في كل فروض الدراسة على المحاور الرئيسية المرتبطة بالعملية الإدمانية، حيث ظهر وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من التطبيق القبلي و التطبيق البعدي لدى المجموعة الضابطة، و كذلك فروق ذات دلالة إحصائية

بـين كل من التطبيق القبلي و البعدي لدى المجموعة التجريبية، و أيضاً أظهرت الدراسـة وجود فـروق ذات دلالة إحصائيـة في التطبيق البعدي بين المجموعتين لصالـح المجموعة التجريبية مما يشـير لأثـر النموذج المعرفي السـلوكي. على عينة مـن ٨٠ مريضاً منوماً بمجمـع الأمل للصحة النفسية بالدمام. مقسمين إلى مجموعتين متساويتين مجموعة تجريبية وعددها ٤٠ مريضاً وأخرى ضابطـة بنفس العدد باسـتخدام أسـلوب الأزواج المتناظـرة وذلك لضبط متغيراتها الوسـيطة. وتراوحت أعمار عينة الدراسـة من سـن ١٨ ـ ٥٠ سـنة. وقد طبقت الدراسـة في ضوء الأدوات التالية:أولا النموذج المعرفي السلوكي.التي قامت «كاروول كاتلين« وزملاؤها بتطوير النموذج المعرفي السـلوكي (١٩٩٧م) . وهو برنامج معرفي سلوكي فعال، صمم في البداية لعلاج مدمني الكوكايـين. وأثبتـت البحوث مدى فاعليته في عـلاج هؤلاء المرضى. . ثانيـا قائمة الاعتقادات الإدمانيـة . ثالثا قائمة اعتقادات الشـوق. رابعا قائمة التنبؤ باحتمالية الانتكاسـة. خامسـا قائمة تشخيص سوء الاستخدام والاعتماد على العقاقير والكحول.

ثالثاً: الدراسات التي بحثت في علاقة عدد من المتغيرات بالدافعية

في دراسـة عـن الدافعية العامـة وأبعادها لمحيـي الدين (١٩٨٨م) والتـي كان الهدف منها: الوقـوف عـلى المظاهر النفسـية التي تشـكل قـوام الدافعية العامـة عند الذكـور . والوقوف على الأبعـاد التي تنظم المظاهر المختلفة للدافعية العامـة . وتكونت العينة من ١٧٨ فردا من موظفي الدوائـر الحكومية الذكور الجامعيـين في مدينة الرياض، وكان متوسـط أعمارهم ١٣ , ٢٩عاما. وأسـفرت النتائج عن : أنه أمكن الوقوف على تسع عشر خاصية تنظم المظاهر المختلفة للدافعية العامـة، كما أمكن الوقـوف على بعدين ينظمان مظاهـر الدافعية العامة، وهمـا في الدافع للمثابرة والدافع للإنجاز.

وفي دراسـة عن أسـاليب المعاملة الو الدية وعلاقتها بالدوافع لسعود (١٤١٠هـ) على عينة قوامها ٢٨٦ طالب من طلاب الثانوية من مدارس مكة المكرمة . وكان هدف الدراسة الكشف عن أنماط أساليب المعاملة السائدة في مجتمع العينة والتعرف على طبيعة العلاقة بين نوع أسلوب المعاملة الو الدية من وجهة نظر الآباء وما يرتبط به من الدوافع، ومعرفة أفضل أساليب المعاملة الـو الدية التـي تؤدي إلى أفضل درجات الدافعية . وأوضحت نتائج الدراسـة وجود علاقة بين

أسـلوب المعاملة الو الدية السـوية ودوافع الإنجاز المتعلقة بالثقة بالنفس وقلق المسـتقبل إيجابيا بينما ارتبطت سلبيا بدوافع الانجاز المتعلقة بالجزاءات الخارجية ودوافع الانتماء المتعلقة بصعوبة التفاعل الاجتماعي، وكذلك ارتبطت أسـاليب المعاملة الو الدية اللاسوية إيجابيا بدوافع الانتماء والإنجـاز الخاصة بالإحسـاس بالنبذ والجـزاءات الخارجية والخوف من الفشـل وضعف الثقة بالنفس ولكنها لم ترتبط بصعوبة التفاعل الاجتماعي ولا بقلق العمل، ووجد إن هناك فروق في ترتيـب الأهمية المرتبطة بأسـاليب المعاملة الو الدية من حيث علاقتهـا (بدوافع النجاح ودوافع تجنب الفشل ودوافع الإنجاز الخارجية ودوافع الفشل) . لذا فإن تشكيل الدوافع يتأثر بكل من الوالدين بصور مختلفة .

وفي دراسـة هدفت إلى بحث العلاقة بين كل من سـمات الشـخصية وقلق السـمة والجنس والفـرع الأكاديمـي بالدافعيـة الهلسـا (١٩٩٦م) لدى طلبـة الثانوية في مـدارس محافظة الكرك في الأردن، وقد تألفت عينة الدراسـة من (١٠٢٧)، وأشـارت نتائج الدراسـة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسـطات أداء أفراد عينة الدراسـة على الدافعية تعزى لاختلاف بعد الشـخصية(الاتزان – الانفعال) لصالح الاتزان، وقد كشـفت الدراسـة أيضا عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسـطات أداء أفراد عينة الدراسـة على الدافعية تعزى لاختلاف بعد الشـخصية (الانبسـاط – الانطواء) لصالح الانطواء، كما بينت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسـطات درجات أفراد العينة على الدافعية تعزى لتفاعل الجنس ومسـتوى قلق السـمة وبعد الشخصية(الانبساط ـ الانطواء) على الدافعية، ولتفاعل الجنس والفرع الأكاديمي وبعد الشخصية(الانبساط ـ الانطواء) على الدافعية وعلاقة الدافعية بمستوى التحصيل الدراسي في إطار كل من الثقافتين (البدور، ٢٠٠٦م)

وفي دراسة عن الدافعية للعلاج لدى المدمنين (دراسة نفسية مقارنة) غانم (٢٠٠٠م) حيث هدفـت دراسـته إلى مقارنة الدوافع التي تدفع المدمن سـواء في جمهورية مـصر العربية أم المملكة العربيـة السـعودية إلى العلاج ودلالة ذلـك في العملية العلاجية. وقد تكونـت عينة البحث من (٨٠) مدمنـا جميعهـم من الذكور مقسـمة إلى مجموعتـين: عينة الإدمان السـعودية وتكونت من (٥٠) مدمنـا مـن المترددين للعلاج أكثر من ثلاث مرات في مستشـفى حكومي لعلاج الإدمان.

وعينه الإدمان المصرية وتكونت من (٣٠) مدمنا من المترددين للعلاج أكثر من ثلاث مرات. وقد تراوحت أعمار العينة للمجموعتين من عشرين لخمس وأربعين عام بمتوسط قدره(٨ , ٣٠). وقد كانت نتائج البحث على النحو التالي: فقد تبين أن مجموعتي المدمنين السعودية والمصرية قد اشتركتا في سبع دوافع تكمن خلف تردد العلاج وبنسب مئوية مختلفة وهي : إرضاء الأسرة،و الأهل أجبروني، والانتكاسة،و هروب من مشاكل خارج المستشفى، وللعلاج، وأريد أن أبداء حياة جديدة، ولا أعرف . في حين أن المجموعة السعودية قد زادت لديها خمس دوافع أخرى للتردد عما يكون لدى المجموعة المصرية وهي عدم توفر المادة المخدرة، ومحول من العمل، وأستريح، ومحول من قبل الشرطة ولم أجد مأوى . كذلك اتضح أن دافع إرضاء الأسرة كان دالا بالنسبة لمجموعة المدمنين السعوديين. في حين أن دافع الأهل أجبروني على العلاج، كان دالا لدى المجموعة المصرية. وكذلك دافع لأجل العلاج كان دالا لدى مجموعة الإدمان المصرية.

وفي دراسة بعنوان العمليات الدافعية والأداء أجرى هافن (Haven, 2003) دراسة اهتمت بثلاث قضايا تتمثل بمعرفة تأثير الضمير الحي و العصابية على العمليات الدافعية والأداء، ومعرفة الصدق المرتبط بالمعايير للمقاييس الظاهرية (Facet) للضمير الحي و العصابية كعوامل تنبئ بالدافعية والأداء، وأخيرا تحديد فيما إذا كان الضمير الحي و العصابية ومظاهرها تؤثر على التغييرات في العمليات الدافعية للأداء. وقد تألفت عينة الدراسة من (٢٢٠) طالبا جامعيا من قسم علم النفس في ولاية فلوريدا(Florida). وأشارت نتائج الدراسة إلى أن الضمير الحي و العصابية كانا يتنبئان بعمليات الدافعية بل ويقفان وراء التباين الفريد في الأداء، حيث أن الضمير الحي كان له تأثير أقوى من العصابية، كما قدمت النتائج أدلة تدعم فائدة استخدام مظاهر الشخصية كالسعي نحو الإنجاز والمقدرة والقلق كعوامل للتنبؤ بالدافعية والأداء بالمقارنة مع المقاييس الكلية أو العامة، وأخيرا فقد كانت البنى المرتبطة بالضمير الحي وليست المرتبطة بالعصابية تتنبأ بالمعتقدات الخاصة للفعالية الذاتية.

وفي دراسة للوقوف على حجم مشكلة العودة للإدمان في المجتمع المحلي والعربي للغريب (الغريب، ٢٠٠٧م) حيث قام بدراسة استطلاعية حديثة على عينة من المؤسسات العلاجية في بعض الدول العربية، وقد تم تطبيق الدراسة في عدد من المؤسسات العلاجية في ١٤ مؤسسة

مـن المؤسسـات العلاجية في الدول العربية، من ٨ دول عربيـة، فوجد أن هناك ارتفاعاً في أعداد المدمنين بالمؤسسـات العلاجية في كل سـنة عن السـنة السـابقة لها في معظم الـدول العربية عينة الدراسـة. وجـاء في المرتبـة الأولى من كانـت عودتهم أربع مـرات، وجاء في المرتبـة الثانية خمس مـرات، وفي الثالثـة من كانت عودتهم لمرتـين، والرابعة من عادوا لمرة واحـدة. وهذا يعني زيادة عدد مرات العودة لدى المدمنين في المؤسسات العلاجية المشمولة بالدراسة حيث أشار الباحث أن مـن الحقائـق الهامة وراء عودة المدمن إلى التعاطي بعد خروجه من المراكز العلاجية، هي عدم وجود الدافعية لدى المدمن للعلاج.

من خلال استعراض الدراسات السابقة التي أجريت، يمكن القول أن تلك الدراسات قد تمثلت بعرض ثلاث مجموعات من البحوث والدراسات على النحو الآتي:

ففي الدراسات المتضمنة في المجموعة الأولى فقد اتجهت إلى دراسة فعالية البرامج التدريبية عـلى الدافعية، وقـد خلصت نتائج هذه الدراسـات إلى فعالية البرامج التدريبيـة في إثارة وتنمية الدافعيـة لدى الأفـراد، حيث دعمت التوجهـات النظرية في اعتبار التدريـب على تلك البرامج متطلبا أساسـيا لتنمية الدافعية كما هو الحال في محمود (١٩٩١م)، ودراسـة الصياح (١٩٩٧م)، ودراسة الطراونه (٢٠٠٥م)، ودراسة شحروري (٢٠٠٦م).

وأما الدراسات في المجموعة الثانية التي بحثت في أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج مرضى الإدمـان، فقد خلصت نتائج هذه الدراسـات إلى فاعلية البرامج العلاجية المعرفية السـلوكية في علاج الإدمان كما هو الحال في دراسة كل من (Carroll, 1994b) و الفقيه (١٩٩٦م) و(Carroll, 1996) و الجوهي (٢٠٠٤م) .

وأخيرا بحثت المجموعة الثالثة في علاقة الدافعية بالسـمات الشـخصية، حيث أكدت نتائج غالبية الدراسات على وجود ارتباطات دالة إحصائيا بين سمات الأفراد ودافعيتهم كما هو الحال في دراسـة محـي الديـن (١٩٨٨م)،ودراسـة الهلسـا (١٩٩٦م)، ودراسـة كازادي (٢٠٠٠م)، ودراسـة هافن (٢٠٠٣م) . كما أظهرت دراسة سـعود (١٤١٠هـ) دور المعاملة الوالدية السوية في ارتباطها ايجابيا بزيادة الدافعية . وعن أهمية الدافعية في مجال الإدمان أظهرت دراسـة كل من الغريب (٢٠٠٧م) وغانم (٢٠٠٠م) والتي أشـارت إلى أن من الحقائق الهامة وراء عودة المدمن

إلى التعاطـي بعـد خروجه من المراكز العلاجية هي عدم وجود الدافعية لدى المدمن للعلاج، كما اتضـح أن الدوافـع التـي تكمن خلف التردد للعـلاج هي : إرضـاء الأسرة، و الأهل أجبروني، والانتكاسـة، و هروب من مشـاكل خارج المستشـفى، وللعلاج، وأريد أن أبـداء حياة جديدة، ولا أعرف . في حين أن المجموعة السعودية قد زادت لديها خمس دوافع أخرى للتردد عما يكون لدى المجموعة المصرية وهي عدم توفر المادة المخدرة، ومحول من العمل، وأسـتريح، ومحول من قبل الشرطة ولم أجد مأوى .

أما فيما يتعلق بعلاقة الدراسات السابقة بالدراسة الحالية، فيمكن القول أن الدراسة الحالية ا تنفرد عن الدراسات السابقة باحتوائها على برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية لدى مدمني المخدرات، حيث أن النقص الواضح في الدراسـات العربية والأجنبية حول عدم وجود برامـج علاجيـة لتنميـة الدافعية موجهـة لفئة المدمنـين كان دافعا للباحث على سـد هذا النقص بتقديـم دراسـة لهذه الفئة المهمة من خلال برنامج علاجي معرفي سـلوكي يّبـين « فعالية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى مدمني المخدرات «.

وبما أن معظم الدراسـات السـابقة التي تم إدراجها ضمن حدود هذا البحث قد ركزت في اختيارهـا للعينات على طلبة الجامعات وطلبة المرحلة الأساسـية، فيما لم يحظ المدمنين باعتبارهم فئة خاصة إلا بالقليل منها في هذا المجال، ونظرا للأهمية التي تحظى بها هذه الفئة من واقع كونها تمر بأزمة تمس الفرد وبيئته الاجتماعية فإنه سيكون لها مكانة خاصة في هذه الدراسة.

كما يمكن القول أن الدراسـات السـابقة قد قدمت للباحث القاعدة النظرية الواسـعة التي يسـتدل مـن خلالها على الأبعـاد المختلفة للدافعيـة وأهمية بعـض الأبعاد لفئة الإدمـان. كما أنها تسـاعد في معرفة أهمية علاقة بض المتغيرات الشـخصية بالدافعية وذلك يسهم في الاستفادة منه في إعداد البرنامج العلاجي. وبما إن هناك اتفاقاً عاماً بين الدراسـة الحالية والدراسـات السابقة مفاده أن البرامج التدريبية قد تؤدي إلى تنمية الدافعية ؛ لذا فقد وجد الباحث أن تصميم برنامج علاجي قائم على اسـتراتيجيات العلاج المعرفي السـلوكي يسـاعد المدمنين عـلى تنمية دافعيتهم للعلاج من الإدمان والمواصلة في البرامج العلاجية بفعالية تساعد في الاستمرار في تعافيهم .

الفصل الثالث
الإجراءات المنهجية للدراسة

٣ . ١ المنهج المستخدم والتصميم التجريبي

٣ . ٢ مجتمع الدراسة

٣ . ٣ عينة الدراسة

٣ . ٤ أدوات الدراسة

الفصل الثالث

الإجراءات المنهجية للدراسة

٣ . ١ المنهج المستخدم والتصميم التجريبي

يقول «مورفي» Murphy إن أهم حدث في علم النفس الحديث هو إدخال المنهج التجريبي و الاعتماد عليه بشكل واضح. ففي هذا المنهج لا يقف الباحث عند مجرد وصف موقف، أو تحديد حالة أو التأريخ للحوادث الماضية. وبدلاً من أن يقتصر نشاطه على ملاحظة ما هو موجود، ووصفه، يقوم عامداً بمعالجة عوامل معينة، تحت شروط مضبوطة ضبطاً دقيقاً، لكي يتحقق من كيفية حدوث شرط أو حادثة معينة، ويحدد أسباب حدوثها.)الجوهي، ٢٠٠٤م)

تعتمد الدراسة الحالية على المنهج شبه التجريبي وهذا نظرا لصعوبة التحكم في كل المتغيرات الثانوية حيث تهدف الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج للعلاج المعرفي السلوكي يتم من خلاله توظيف استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية لدى عينه من مدمني المخدرات .

ومن حيث التصميم التجريبي فسوف تعتمد الدراسة الحالية على نمط التصميم شبه التجريبية الذي يمتاز بتخصيص أفراد العينة وتوزيعهم على المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة عشوائيا الأمر الذي يساعد على التأكد من تكافؤ الأفراد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة، حيث سيتم أخذ جميع أفراد العينة في قسم المكافحة والذي يبلغ عددهم ٣٥ مدمن يستبعد منهم الذهانيين والغير مستقرين بسبب الأعراض الإنسحابية والذين لا يستطيعون إكمال البرنامج بأكمله، حيث أستخدم الباحث تصميم المجموعة الضابطة : اختبار قبلي واختبار بعدي مع مزاوجة (Pasttest Control Group with Matching ـ Pretest) وذلك للحصول على المزيد من الدقة عند التحليل الإحصائي للبيانات، والمزاوجة في هذا التصميم تشير إلى اختيار الأفراد للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية بشكل يمكن من مقارنتهما على الاختبار القبلي الذي يقيس المتغير التابع (الدافعية) والوظيفة الأساسية لعملية المزاوجة هي التقليل ما أمكن من الاختلافات بين أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث المتغير التابع (الدافعية) . (التل وآخرون،٢٠٠٧م)

أما الخطوات التي اتبعاها الباحث وفق هذا التصميم، فتتمثل فيما يلي :

- تطبيق اختبار يقيس المتغير التابع (الدافعية) على الأفراد في عينة الدراسة، وترتيبهم حسب درجاتهم في هذا الاختبار .
- العمل على مزاوجة الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة على أساس الدرجات التي حصلوا عليها في مقياس الدافعية، بحيث يخصص المفحوص الأول في القائمة المرتبة للظرف التجريبي، والثاني للظرف الضابط، والثالث للظرف الضابط، والرابع للظرف التجريبي وهكذا.
- تعريض الأفراد في المجموعة التجريبية للمعالجة التجريبية (البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان) .
- تطبيق اختبار بعدي لقياس المتغير التابع لكل من المجموعة الضابطة والتجريبية من مدمني المخدرات .
- إجراء المقارنة بين أداء الأفراد في المجموعتين التجريبية والضابطة على الاختبار البعدي باستخدام اختباركل من ويلكوكسن ومان وتني
- والمخطط التالي يوضح هيكل تصميم المجموعة الضابطة اختبار قبلي واختبار بعدي مع مزاوجة .

O	**A**	**M**	**R**	**X**	**O**
B	**O**	**M**	**R**	**_**	**O**

حيث تشير A إلى المجموعة التجريبية و B إلى المجموعة الضابطة و O إلى الاختبار للمجموعتين التجريبية والضابطة و M إلى المزاوجة وR إلى العشوائية في التوزيع و X على المعالجة وهي البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان .

٣ . ٢ مجتمع الدراسة

يشـمل مجتمع البحث للدراسـة الحالية على جميع حالات المدمنين بقسم مكافحة المخدرات بجدة.

٣ . ٣ عينة الدراسة

تم اختيار عينة الدراسة من مدمني المخدرات بمكافحة المخدرات بجدة حيث قام الباحث باختيار جميع المدمنين بالقسـم (أ) الخاص بالمدمنـين المحولين من مكافحة المخدرات والملائمين لطبيعـة وأهداف الدراسـة، بحيث تم ترتيـب العينة تصاعديـا وفقا لدرجة الدافعيـة ثم اختيار الأرقـام الفردية لتمثـل العينة الضابطة واختيار الأرقام الزوجية لتمثـل العينة التجريبية، وذلك بعد استبعاد العينات التي لا تتناسب مع شروط التطبيق والتي تتضمن الشروط التالية:

ـ سلامة الحالة من أية أعراض ذهانية.

ـ أن يبقى المشارك لأكثر من ثلاثة أسابيع لاستكمال تطبيق البرنامج.

ـ قدرة المشارك على فهم ما يطلب منه .

ولتنفيذ تلك الشروط قام الباحث بالفحص النفسي لجميع الحالات الموجودة والتي شملت عـلى عـدد (٣٠) حاله تـم مقابلتهم ومن ثم فرز الحـالات التي يمكنها المشـاركة وفقا للشروط السـابقة حيـث قدر عدد الحالات بنحو (١٥) حالة، وبعد انسـحاب ثـلاث حالات بقي (١٢) حالة موزعة بالتساوي على المجموعتين الضابطة والتجريبية.

٣ . ٤ أدوات الدراسة

قام الباحث باستخدام أداتين في دراسته الحالية من إعداده وهي كالتالي:

١ ـ تصميم أداة لقياس الدافعية للعلاج من الإدمان.

٢ ـ بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

وفيما يلي توضيح للإجراءات التي اتبعت في إعداد تلك الأدوات:

١ ـ تصميم أداة لقياس الدافعية للعلاج من الإدمان

إن الهدف من وضع المقياس هو إيجاد أداة لقياس درجة الدافعية للعلاج من الإدمان بالإضافة إلى تحديد مصادر النقص في الدافعية للعلاج من الإدمان والتي ستسهم في التعرف على أسباب النقص في الدافعية ومن ثم التعامل معها من قبل المعالجين لوضع الخطة المناسبة لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

وقد لجاء الباحث إلى إعداد هذا المقياس للدراسة الحالية، وذلك لبعض الاعتبارات منها : أنه بعد البحث في التراث السيكولوجي العربي والمحلي لم يجد الباحث –في حدود علم الباحث ـ مقياس يقيس درجة الدافعية للعلاج من الإدمان . لذا قام الباحث بإعداد مقياس يقيس درجة الدافعية للعلاج من الإدمان يتفق ويتناسب مع أهداف الدراسة .

وقد مر تصميم المقياس المستخدم في مجال الدافعية للعلاج من الادمان بعدة مراحل وهي كالتالي :

١ ـ مراجعة الكتابات والبحوث والدراسات النظرية و التنظيرية العربية والأجنبية في مجال الدافعية والتي حاولت على تعدد مناحيها إلقاء الضوء على طبيعة الدافعية الإنسانية وما تتضمنه من معاني ودلالات وما يصاحبها أو يترتب عليها من تصرفات ونشاطات سلوكية وتوجهات حياتية بصفة عامة .

٢ ـ مراجعة المحاولات العربية والأجنبية التي بذلت بهدف وضع أدوات للقياس الدافعية لدى عينات من شرائح عمرية مختلفة وما تتضمن كل من هذه الأدوات من جوانب وأبعاد فرعية وما ينبثق عن هذه الجوانب والأبعاد من عبارات .

وكان من أهم هذه الدراسات ما يأتي :

فيما يتعلق بالدراسات : ومنها على سبيل المثال (محي الدين أحمد حسين،١٩٨٨م). حيث أمكن الاستفادة من مقياسه للدافعية العامة في إطار مشروع بحث الإناث والذكور : صورة الذات لدى كل منهما عن نفسه وعن الآخر. فيما يتعلق بأحد أبعاد الدافعية وهو بعد الشعور

بأهمية الزمن حيث تم الاستفادة من بنود هذا المقياس والذي يتكون في الأصل من ١٥ بندا تم الاختيار منها مع مراعاة أعلاها ثباتا . وفي دراسة لخليفة، عبد اللطيف حول الدافعية للإنجاز لدى الطلاب المصريين والسودانيين، تم الاستفادة من المكونات التالية للمقياس وهو الشعور بالمسئولية والذي يقيسه بعشرة بنود و المثابرة والذي يقيسه بعشرة بنود، تم الاستفادة من أعلاها ثباتا .

مقابلة مجموعة من أبرز المتخصصين في العلاج النفسي وعلاج الإدمان في عدد من مستشفيات الأمل للصحة النفسية بالرياض وجدة، وعدد من الأساتذة الجامعيين بجامعة الملك عبد العزيز بكلية التربية، حيث تم طرح سؤال مفتوح عن أهم العوامل والأسباب التي تؤدي إلى زيادة الدافعية للعلاج من الإدمان . كما قام الباحث بإجراء استبيان استطلاعي على المدمنين بلغ عددهم(٥٥) مدمن من المنومين بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض يهدف للآتي :

- معرفة الأسباب التي تجعل المدمن لا يرغب في العلاج.
- معرفة العوامل التي تساعد المدمن على طلب ومواصلة العلاج.

وقد كشفت تلك الدراسة الاستطلاعية عن بعض المؤشرات والدلالات التي وجهت الباحث في أثناء عملية إعداد المقياس.

وبناء علية توصل الباحث إلى تحديد ما يمكن أن يتضمنه مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان من جوانب وأبعاد فرعية صاغها الباحث في (٨٧) عبارة تمثلت في تسعة أبعاد على النحو التالي:

تحمل المسؤولية: هو شعور المدمن بقدرته على الاضطلاع بمختلف أدوارة الحياتية بغير خوف أو تردد، وتحمل تبعية ومسؤولية هذه الأدوار بصدق وأمانة والرضي عنها والاستمتاع بها وتحمل نتائج جهدها ومسعاها في هذا الصدد بغير لجوء إلى التبرير عند مواجهة المواقف الضاغطة أو ما قد يصادفه من فشل أو إخفاق .

الاستقلال: هو شعور المدمن بالقدرة على تدبير شؤون حياته الخاصة وحرصه على تجنب مختلف صور وأشكال التبعية والاعتمادية كالمسايرة الآلية والتقليد الأعمى أو المحاكاة السلبية لأي من الأشخاص المباشرين أو الغير المباشرين في محيطة الاجتماعي .

الاستبصار بمشكلة الإدمان: هو شعور المدمن بأنه واقع في مشكل وأنه مدمن ويحتاج للعلاج وأنه فاقد للسيطرة على تعاطيه وكذلك مدى وعيه بالأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات على المستوى النفسي والطبي والاجتماعي والديني .

الدافعية الموجبة: هو شعور المدمن بالجدية والنشاط في مواجهة المهام والأعمال الصعبة، والسعي الإيجابي تجاه تذليل ومغالبة أي صعوبات أو معوقات تعترض مسعاه لبلوغ وتحقيق أهدافه الذاتية التي وضعها لنفسه .

التوجه للمستقبل والمثابرة : هو حرص المدمن على أن يستشرف المستقبل في تفكيره وسلوكه وما يضعه لنفسه من أهداف وطموحات بحيث يفكر ويعمل ويخطط في سبيل نواتج بعيدة المدى أدوم وأبقى مفضلا النواتج الأخيرة على أي مكاسب أو مغانم فورية سريعة ومؤقتة و حرص المدمن على استمرارية العمل لإتمام أو بلوغ ما يسعى في سبيله من أهداف ومطامح بحيث يواصل جهده بدأب كي يصل إلى ما يريد أو يرتضي من أهداف .

الشعور بأهمية الزمن: هو إدراك المدمن لقيمة الوقت وتقديره لأهمية عنصر الزمن، وحرصه على استثمار أوقاته والاستفادة منها إلى أقصى حد في كل ماهو مفيد مع شعوره بقدرته على حسن تنظيم أوقاته بما يحقق أهدافه وتطلعاته المستقبلية ومقاومة أي معوقات أو مغريات يمكن أن تستنفذ أوقاته بغير طائل أو عائد إيجابي .

الفعالية الذاتية: هو إدراك المدمن بأن نجاحه في حياته إنما يتحدد في ضوء كده واجتهاده ومثابرته في تحقيق أهدافه بغير تعليل أو تبرير بمنطق الحظ أو الظروف .

التعافي الإيجابي: وهو أدراك المدمن بفعالية البرامج العلاجية وضرورة المشاركة الإيجابية دون تشكيك فيما يقدم سواء عن طريق المشاركة السلبية، أو التركيز على مشكلة من المشكلات الخارجية، أو الإلحاح في طلب الخروج لأسباب ضعيفة، أو الاستخدام المبالغ فيه لميكانيزمات الإنكار، أو لسيطرة مشاعر اليأس وعدم التيقن من الشفاء، أو عدم اتخاذ قرار العلاج بعد .

الحاجة إلى التقبل: وهو الرغبة في التغيير وبداء حياة جديدة والتخلص من نظرة المجتمع والآخرين السلبية التخلص من الألم والمعاناة و مزاولة الحياة بشكل طبيعي (دافعية خارجية).

وللتأكد من صدق المحكمين :

قـام الباحث بتوزيع مقياس الدافعية للعلاج مـن الإدمان على مجموعة من المحكمين، وهم من أبرز أسـاتذة علم النفس العيادي والعلاجي والإرشـاد النفسي، وينتمون إلى جامعات محلية ودوليـة (ملحـق رقـم٢)، وذلك للحكم على مناسـبة مقياس الدافعية للعـلاج من الإدمان من حيـث انتـماء كل عبارة مـن العبارات للبعـد الخاص بها والمقيـاس الذي تقيسـه ومدى وضوح العبارات ومناسبتها لعينة البحث الحالي، كما طلب الباحث منهم إضافة أية تعديلات على الأبعاد أو العبارات التي يرون ضرورة وجودها وفق المعايير العلمية المتبعة في التحكيم، وبعد إعطائهم الوقت الكافي تم جمع اسـتجاباتهم بعد الانتهاء من التحكيم، وقد ترتب على ذلك مقابلة العديد منهم لمناقشـة بعض التفاصيل العلمية ذات العلاقة بموضوع البحث وفي ضوء المراحل السابقة قام الباحث بإعداد الصورة الأولية لمقياس الدافعية للعلاج من الإدمان والمعدة للتحكيم والمكونة من (٨٩) عبارة و(١٠) أبعاد في صورتها الأولية جدول رقم (١) يوضح نسب اتفاق المحكمين على مدى صدق عبارات مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان. كما تم الاجتماع من خلال ورشة عمل وتقديم عرض تفصيلي للمقياس ومناقشـته مـع نخبة من الإكلينيكيين في مجال العلاج من الإدمان بمستشفى الأمل بالرياض وأثمر الاجتماع على التأكيد على بعض الملاحظات والتي من أبرزها إعادة صياغة بعض العبرات، وإضافة عبرات أخرى ودمج بعدين هما التوجه للمستقبل والمثابرة والصبر لاتفاقهما على نفس الأهداف، والتي سـيتم اسـتعراضها فيما بعد. ليصبح بذلك المقيـاس مكون مـن (٩) أبعـاد و(١١٣) عبارة، وقد وضع الباحث نسـبة اتفاق لقبـول العبارة واعتبارهـا صادقـة وتقيـس ما وضعت لقياسـه (٨٠٪) والجدول التالي يوضـح النتائج المتعلقة بذلك .

الجدول رقم (١) يوضح نسب اتفاق المحكمين على مدى صدق عبارات مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان ويوضح صياغة عبارات المقياس قبل وبعد التعديل

البعد	م	العبارات قبل التعديل	نسبة الاتفاق	العبارات بعد التعديل
تحمل المسؤولية	١	أشعر أنني قادر على مواجهة المواقف	٨٠٪	أشعر أنني قادر على مواجهة المواقف الضاغطة من دون تردد
	٦		م	أدرك جميع متطلبات ومهام أدواري الحياتية
	٧		م	أواجه المشكلات التي تعترض حياتي بدون مساعدة أحد
	٩	لا أستطيع النجاح في كثير من أمور الحياة	٨٠٪	أشعر أنني لا أستطيع النجاح في كثير من أمور الحياة
	١٤	أشك في قدرتي على الاستمرار في التوقف عن المخدرات	٨٠٪	أشعر أن الاستمرار في التوقف عن المخدرات يحتاج جهدا كبيرا يفوق قدراتي
الإستقلال	١٥			
	١٦	ينتابني الحزن عندما لا أستطيع القيام بالأعمال التي توكل إلي	٨٠٪	أشعر بالضيق وعدم الرضا عندما لا أستطيع القيام بالأعمال التي توكل إلي
	٢٢	أشعر بالراحة عندا لا أتخذ القرارات التي تخصني	٨٠٪	أشعر بالراحة عندما يتخذ آخرون قرارات في أمور تخصني
	٢٤	أصر على القيام بالإعمال الصعبة	٨٠٪	كلما وجدت العمل الذي أقوم به صعبا ازددت إصرار على إتمامه
	٢٦	أواجه أخطائي بشجاعة وأستفيد منها	٨٠٪	أحرص على أن أواجه مواقف فشلي بشجاعة كي أستفيد من أخطائي
الاستبصار				
	٣٠	إدماني يسبب لي المشاكل	٨٠٪	أدرك أنني بإدماني على المخدرات أقع في مشكلة
	٣٢	أتضايق عند تعاطي المخدرات	٨٠٪	أجد أن مزاجي يتقلب عندما أكون في حالة تعاطي للمخدر
	٣٢		م	أستطيع أن أسيطر على نفسي وأنا متعاطي
	٣٣		م	أستطيع أن أتوقف عن التعاطي من دون مساعدة الآخرين
	٣٤		م	ذهابي إلى أماكن وجود المخدرات والأشخاص الذين يتعاطون لا يؤثر في انتكاستي على المخدرات

الدافعية الموجهة				
	٤١	أريد أن أكون مشهور	٪٨٠	أسعى لأن أكون شخصية مشهورة في المستقبل
	٤٢	حظي يساعدني في الأمور الصعبة	٪٨٠	أشعر أن الحظ يساعدني كثيرا في تخطي المصاعب
	٥٣	أحاسب نفسي على ما قمت به	٪٨٠	أحاسب نفسي على عما قمت به سابقا وما سوف أقوم به مستقبلا
	٥٤	أحاول أن أستفيد من كل ما يقدم لي من خدمات علاجية	٪١٠٠	أحاول أن أستفيد من كل ما يقدم لي من خدمات علاجية
	٥٥		م	يساعدني التعاطي على نسيان مشاكلي
	٥٦		م	يسبب التعاطي مشاكل جسمية تضر بصحتي
	٥٧		م	يساعدني التعاطي على القيام بعملي بشكل أفضل
	٥٨		م	يجعلني التعاطي منعزلا عن الآخرين
	٥٩		م	أشعر بالسعادة وأنا في حالة تعاطي
	٦٠		م	أعتقد أن أسرتي لا تتضرر من استخدامي
	٦١		م	يساعد التعاطي في تقوية الجانب الجنسي لدي
	٦٢		م	يقلل التعاطي من علاقاتي الاجتماعية
	٦٣		م	أشعر بالضيقة وأنا متعاطي
	٦٤		م	تنتابني بعض الشكوك والأفكار بسبب التعاطي
الشعور بأهمية الزمن	٦٥	لم يحن الوقت للتوقف عن المخدرات	٪٨٠	أعتقد أن الوقت لازال مبكرا لتوقفي عن التعاطي
	٧٦	نجاح الفرد في حياته يعتمد على أن يختار الإنسان موقفا مناسبا في الوقت المناسب	٪٨٠	أشعر أن النجاح في الحياة إنما يعتمد على أن يختار الإنسان موقفا مناسبا في الوقت المناسب
المثابرة والتوجه للمستقبل				
	٨٢	أجد صعوبة كبيرة في تحمل معاناة العلاج	٪٨٠	أجد صعوبة كبيرة في الصبر على متطلبات العلاج
	٨٤	أجد أني دائم التفكير في أمور تخص مستقبلي	٪٨٠	كثيرا ما انشغل في أمور تخص مستقبلي
	٨٥	عادة ما أخطط نشاطاتي تجاه تحقيق أهداف للمستقبل	٪٨٠	غالبا ما أخطط لكي أحقق أهدافي في المستقبل

الفعالية الذاتية				
	٩٢	قرار العلاج من المخدرات قراري وحدي ولا يمكن أن يتخذه شخص من أفراد أسرتي	٨٠٪	قرار العلاج من المخدرات قراري وحدي ولا يمكن أن يتخذه شخص آخر نيابة عني
	٩٣		م	أن المشاكل التي أتعرض لها لا تعيق رغبتي في استكمال علاجي أمر بها لا تجعلني أستطيع المواصلة في العلاج
	٩٤		م	خسارتي لأشياء مهمة في حياتي تجعلني لا أرغب في العلاج من الإدمان
	٩٥		م	أشعر أنه لا فائدة مني وذلك يحبط من معنوياتي تجاه العلاج من الإدمان
التعافي الإيجابي				
	٩٧		م	أعتقد أن البرامج العلاجية المقدمة هي المسئولة عن عدم اقتناعي بالتوقف عن المخدرات
	٩٨		م	مشكلتي في عدم الاقتناع بالعلاج أنه ليس هناك أحد يفهمني
	٩٩		م	لا أستفيد من الجلسات العلاجية لأنها غير فعالة
	١٠٢		م	أدرك أنني لن أستفيد من البرامج العلاجية المقدمة
	١٠٣		م	توقفي عن التعاطي لن يكون بسبب وجودي في المستشفى
	١٠٤		م	إن عدم توفير بعض الخدمات لي في المستشفى يجعلني لا أرغب في مواصلة البرنامج العلاجي
	١٠٥		م	عدم توفير السجائر لي يجعلني غير راغب في إكمال العلاج
الحاجة إلى التقبل				
	١٠٨	نظرة الناس عني تحبط تقدمي في العلاج	٨٠٪	أرغب في تغيير حياتي من أجل تغيير نظرة الناس عني
	١٠٩	لا يحترمني أفراد جماعتي وأنا مدمن	٨٠٪	اشعر بأنني ليس لي قيمة بين أفراد جماعتي
	١١٢		م	مشاركتي للمجتمع تحد من نظرتهم السلبية لي
	١١٣		م	أدرك بأن تغييري لعاداتي السلبية القديمة أثر كبير في تقبل المجتمع لي

(م)=العبارات المضافة

حيث أن الباحث قد ارتضى نسبة (٨٠٪) كحد أدنى لقبول العبارة، فقد تم قبول جميع بنود المقياس لحصولها على نسب اتفاق (٨٠٪) فأكثر، وقد أبدى المحكمون ملاحظات حول صياغة العديد من عبارات المقياس، وإضافة بعض العبارات لعدد من الأبعاد، وكذلك الدمج بين بعدين هما التوجه للمستقبل والمثابرة والصبر بحيث أصبح عنوان البعد المثابرة والتوجه للمستقبل.

محتويات أداة الدراسة :

هذا ويتألف المقياس من تسعة أبعاد فرعية ..كما يلي :

الجدول رقم (٢) يوضح أبعاد مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان

م	أبعاد مقياس الدافعية للعلاج
١	تحمل المسؤولية
٢	الاستقلال
٣	الاستبصار
٤	الدافعية الموجبة
٥	الشعور بأهمية الزمن
٦	المثابرة والتوجه للمستقبل
٧	الفعالية الذاتية
٨	التعافي الإيجابي
٩	الحاجة إلى التقبل

طريقة التصحيح:

اعتمد الباحث على مقياس ليكرت الخماسي ، وقد أشتمل المقياس على (٣١١) بند توزعت مابين ايجابية وسلبية ، أما البنود الإيجابية فطريقة تصحيحها كالتالي :

دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
٥	٤	٣	٢	١

وأما البنود السلبية فتمثلت في البنود التالية:

٨، ٩، ١٠، ١١، ١٢، ١٣، ١٤، ١٧، ١٨، ١٩، ٢٠، ٢٢، ٢٥، ٢٧، ٢٨، ٣٣، ٣٤، ٣٥، ٣٦، ٣٧، ٣٨، ٣٩، ٤١، ٤٣، ٤٥، ٤٦، ٤٧، ٤٨، ٤٩، ٥٠، ٥٦، ٥٨، ٦٠، ٦١، ٦٢، ٦٦، ٧١، ٧٢، ٧٣، ٧٤، ٧٥، ٨٣، ٨٨، ٨٩، ٩٠، ٩٢، ٩٤، ٩٥، ٩٧، ٩٨، ٩٩، ١٠٠، ١٠٢، ١٠٣، ١٠٤، ١٠٥، ١٠٩.

وطريقة تصحيحها كالتالي :

دائما	غالبا	أحيانا	نادرا	أبدا
١	٢	٣	٤	٥

خصائص أداة الدراسة :

قـام الباحث بتطبيـق مقياس الدافعية (وفقا لاتفاق آراء المحكمـين) على عينة من المدمنين بلغت ٤٣ مدمنا كانت خصائصهم كالتالي:

الجدول رقم (٣) بيان بالمقاييس الموزّعة والمستلمة والمعتمدة

عيّنة الدراسة	المقاييس الموزّعة	المقاييس المستلمة	المقاييس المستبعدة	المقاييس المعتمدة
المدمنين	٥٥	٤٧	٤	٤٣

وصف خصائص أفراد عيّنة الدراسة

تمّ تحديد خصائص أفراد عيّنة الدراسة في المتغيّرات التالية : المستوى التعليمي، السن، عدد سنوات الإدمان والجدول التالي يوضح ذلك

الجدول رقم (٤) يوضح خصائص عينة تقنين مقياس الدافعية من المدمنين

	المتوسط	الانحراف المعياري
العمر (بالسنوات)	٣٠,٧	٧,٨
عدد سنوات الإدمان	١٢,٧	٨,٩
*مستوى التعليم	٣,١	١,٠١

*حيث يشـير إلى أن مسـتوى التعليم لعينة التقنين فوق المرحلة المتوسـطة .وفقا للتالي : مسـتوى التعليم أمي=(١)، مستوى التعليم ابتدائي =(٢)، مستوى التعليم متوسط =(٣)، مستوى التعليم ثانوي=(٤).

أولاً: الثبات

١ ـ ثبات الاتساق الداخلي:

وقد كشفت استجابات العينة عن معامل الاتساق الداخلي cronbach ـ alpha التي تشير أساسا إلى اتساق استجابات العينة ومدى الترابط الداخلي بين فقرات المقياس على المستوي الكلي حيث بلغ الاتساق الداخلي الكلي(٠,٩٢٢) وهو يدل على أن تباين الخطأ في المدى المقبول سيكومتريا.

٢ ـ ثبات التجزئة النصفية

وبحساب معامل ثبات التجزئة النصفية: فقد قام الباحث بحساب الثبات بين النصفين وجاءت النتائج كالآتي :

الجدول رقم (٥) يوضح معامل ثبات التجزئة النصفية للمقياس

	عدد العبارات	الاتساق الداخلي	معامل سبيرمان- براون	معامل جوتمان ثبات المقياس
الجزء (أ)	٥٧	٠,٨٦٩	٠,٩١٩	٠,٩١٥
الجزء (ب)	٥٦	٠,٨٣٨		

يتضح أيضا من الجدول السابق أن المقياس مستقر فمعامل ثباته بلغ ٠,٩١٥ وهو ثبات مرتفع ويصلح للتطبيق وتحقيق أهداف الدراسة الحالية.

ثانياً : الصدق

١ ـ الصدق التكويني(المضمون)

قام الباحث بدراسة معامل الارتباط بين المقاييس الفرعية وبين المقياس الكلي والأبعاد الفرعية وذلك للبرهنة على صدق المقياس من ناحية ارتباط أبعاده مع الدرجة الكلية للمقياس

الجدول رقم (٦) يوضح معاملات الارتباط البينية للمقياس والإبعاد الفرعية

	تحمل المسؤولية	الاستقلال	الاستبصار	الدافعية الموجبة	الشعور بأهمية الزمن	التوجه للمستقبل	الفعالية الذاتية	التعافي الإيجابي	الحاجة إلى التقبل	الدرجة الكلية
تحمل المسؤولية	١	٠,٦٣٦**	٠,١٠٨	٠,٦٤٢**	٠,٥٢٣**	٠,٢٨٢*	٠,٢٦٨*	٠,٣٦٠**	٠,٠٣٤	٠,٧٠٢**
الاستقلال	٠,٦٣٦**	١	٠,٠١٨	٠,٣٦٠**	٠,٣٣٠*	٠,١٩٢	٠,٠٤٧	٠,٢٥٥*	٠,٠٧٠	٠,٥٠٠**
الاستبصار	٠,١٠٨	٠,٠١٨	١	٠,٣١٦*	٠,٠٨١	٠,٣١٦*	٠,٢٨٨*	٠,٤٦٦**	٠,٢٦١*	٠,٤٥٧**
الدافعية الموجبة	٠,٦٤٢**	٠,٣٦٠**	٠,٣١٦*	١	٠,٦٥٧**	٠,٢٦٦*	٠,٤١١**	٠,٧٠٥**	٠,٢٨٦*	٠,٨٩٠**
الشعور بأهمية الزمن	٠,٥٢٣**	٠,٣٣٠*	٠,٠٨١	٠,٦٥٧**	١	٠,٤١٦**	٠,٤٨٤**	٠,٤٤٦**	٠,٣٧٣**	٠,٧٥٨**
التوجه للمستقبل	٠,٢٨٢*	٠,١٩٢	٠,٣١٦*	٠,٢٦٦*	٠,٤١٦**	١	٠,١٨٤	٠,٢٢٦	٠,٤٥٧**	٠,٥١٩**
الفعالية الذاتية	٠,٢٦٨*	٠,٠٤٧	٠,٢٨٨*	٠,٤١١**	٠,٤٨٤**	٠,١٨٤	١	٠,٤٠٩**	٠,١٤٧	٠,٥١١**
التعافي الإيجابي	٠,٣٦٠**	٠,٢٥٥*	٠,٤٦٦**	٠,٧٠٥**	٠,٤٤٦**	٠,٢٢٦	٠,٤٠٩**	١	٠,٥٠٦**	٠,٧٩٤**
الحاجة إلى التقبل	٠,٠٣٤	٠,٠٧٠	٠,٢٦١*	٠,٢٨٦*	٠,٣٧٣**	٠,٤٥٧**	٠,١٤٧	٠,٥٠٦**	١	٠,٥٠٦**
الدرجة الكلية	٠,٧٠٢**	٠,٥٠٠**	٠,٤٥٧**	٠,٨٩٠**	٠,٧٥٨**	٠,٥١٩**	.٥١١**	٠,٧٩٤**	٠,٥٠٦**	١

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

وقد كشف تحليل الجدول السابق عن صدق المقياس من حيث ارتباط الدرجات على الأبعاد الفرعية بالدرجة الكلية على المقياس، ونلاحظ أن معاملات الارتباط جاءت دالة عند ٠,٠١ . ماعدا كل من الأبعاد التالية: بعد الاستبصار في علاقته مع بعد تحمل المسئولية (٠,١) والاستقلال(٠,٠١) . وبعد الشعور بأهمية الزمن في علاقته مع بعد الاستبصار (٠,٠٨) . وبعد التوجه للمستقبل وعلاقته ببعد الاستقلال (٠,١٩). وبعد الفعالية الذاتية وعلاقته مع كل من الأبعاد التالية الاستقلال (٠,٠٤٧) وبعد التوجه للمستقبل (٠,١٨). وبعد التعافي الإيجابي وعلاقته مع التوجه للمستقبل (٠,٢٢). وبعد الحاجة إلى التقبل وعلاقته مع كل من الأبعاد التالية: بعد تحمل المسئولية (٠,٠٣٤) وبعد الاستقلال (٠,٠٧٠) وبعد الفعالية الذاتية(٠,١٤٧) . حيث لم تكن معاملات الارتباط داله أي أنه لا يوجد بينها تباين مشترك، مما

يشير إلى أن هذه الأبعاد ذات طبيعة مستقلة، وتجدر الإشارة هنا أن الأبعاد الفرعية كانت دالة في علاقتها بالمقياس الكلي للدافعية للعلاج من الإدمان .

٢ـ بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان

أ ـ مصادر بناء البرنامج

قام الباحث بإعداد البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان مستفيدا من خبرته العيادية و ممارسته للعلاج النفسي في مستشفى الأمل للصحة النفسية بالرياض،ومن خلال عمل الباحث في مجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض ـ وهو أحد المراكز المتخصصة في علاج الإدمان على المخدرات في المملكة العربية السعودية سابقا – لاحظ الباحث أن مشكلة الانتكاسة من أبرز المشاكل التي تبدو على رأس هرم المشكلات الإدمانية، وأنه ومن خلال ما لاحظه الباحث فإن من بين أسباب تكرر الإدمان في كل مرة هو عدم وجود رغبة وقناعة من قبل المدمن نفسه في ترك التعاطي وعدم وجود دافعية للعلاج من الإدمان، الأمر الذي ترتب عليه عدم الاهتمام بمثل تلك الفئة من المرضى لعدم وجود برنامج مخصص لتنمية دافعيتهم للعلاج وعدم وجود مقياس يقيس درجة الدافعية للعلاج من الإدمان وهذا ما دعا المسؤلين في مجال الخدمات النفسية بالمجمع إلى ضرورة إيجاد برنامج يزيد من دافعية المرضى في العلاج، الأمر الذي دعا الفرق العلاجية بالتوصية بضرورة وجود قسم خاص بالمرضى الذين ليس لديهم دافعية لعمل برنامج خاص بهم ينمي من دافعيتهم، إلا أن تنفيذ ذلك البرنامج أصطدم بعدم وجود برنامج ومقياس للدافعية، مما أحبط تلك الخطط العلاجية وقتلها في مهدها، لهذا قام الباحث بكتابة التصور الأولي للبرنامج العلاجي من خلال خبرته العيادية في علاج المدمنين على المخدرات واستنادا على الأطر النظرية و بعض المراجع المتخصصة في البرامج العلاجية التي تناولت موضوع الدافعية النفسية والعلاج المعرفي السلوكي وعلاج الإدمان وبعض الدراسات السابقة ثم قام الباحث بإعداد البرنامج في تصوره النهائي ليكون أحد المشاريع الفنية التي يمكن أن تخدم المتخصصين في العلاج النفسي لدى مدمني المخدرات .

ب ـ أهداف البرنامج العلاجي

قام الباحث بتحديد أهداف البرنامج العلاجي، وروعي في وضع الأهداف التالي:

ـ أن تكون الأهداف أكثر تحديدا وتفصيل بحيث تحدد التوقعات المنتظرة لنتائج العملية العلاجية .

ـ أن توجه الأهداف المعالج بكيفية تطبيق البرنامج .

ـ تحديد الأوصاف المميزة لنتائج العملية العلاجية .

ـ تحديد ما ينبغي على المشاركين فعله عند انتهاء البرنامج العلاجي .

ـ أن تعبر الأهداف عن السلوك الختامي للمشاركين بالبرنامج

ـ أن تركز الأهداف على سلوك المشارك، فتوجه الانتباه نحو الأنماط السلوكية التي يتوقع أن يقوم بها المشارك نتيجة لخبر تعلم أو علاج .

ـ أن تصف الأهداف نواتج العلاج وليس أنشطة العلاج التي تؤدي إلى نتيجة العلاج .

ـ أن تكون الأهداف واضحة في معناها، بحيث يكون السلوك الموصوف في الهدف ظاهرا وواضحا حتى يتمكن المشارك من أن يتحقق من حدوثه فعلا .

ـ يجب أن تشمل الأهداف في صياغتها على فعل يصف عملا أو سلوكا يقوم به المشارك .

ـ أن تكون الأهداف قابله للملاحظة والقياس (فتح الله، ٢٠٠٦،ص٢١٠).

حيث تمحورت أهداف البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان في الأبعاد التالية :

تحمل المسؤولية: هو شعور المدمن بقدرته على الاضطلاع بمختلف أدوارة الحياتية بغير خوف أو تردد، وتحمل تبعية ومسؤولية هذه الأدوار بصدق وأمانة والرضي عنها والاستمتاع بها وتحمل نتائج جهدها ومسعاها في هذا الصدد بغير لجوء إلى التبرير عند مواجهة المواقف الضاغطة أو ما قد يصادفه من فشل أو إخفاق .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يتعرف المشارك على دوره في الحياة.

ـ أن يحدد المشارك مهام دورة في الحياة.

ـ أن يواجه المشارك كل ما يعترض ويعيق دورة في الحياة من خلال تعلم إستراتيجية حل المشكلات.

الاستقلال: هو شعور المدمن بالقدرة على تدبير شؤون حياته الخاصة وحرصه على تجنب مختلف صور وأشكال التبعية والاعتمادية كالمسايرة الآلية والتقليد الأعمى أو المحاكاة السلبية لأي من الأشخاص المباشرين أو الغير المباشرين في محيطة الاجتماعي .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يتجنب المشارك التبعية كالمسايرة الآلية وأن يكون مستقلا بأفكاره وأفعاله.

ـ أن يعبر المشارك عن مشاعره السلبية والإيجابية.

ـ أن يرفض المشارك المطالب غير المعقولة.

ـ أن يحدد المشارك تأثيرات المحيط الخارجي (رفقاء سؤ، علاقات شاذة ، ...) على سلوكه تجاه الإدمان.

الاستبصار بمشكلة الإدمان: هو شعور المدمن بأنه واقع في مشكل وأنه مدمن ويحتاج للعلاج وأنه فاقد للسيطرة على تعاطيه وكذلك مدى وعيه بالأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات على المستوى النفسي والطبي والاجتماعي والديني .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يعترف المشارك بمشكلته الإدمانيه ويحددها.

ـ أن يعلن المشارك حاجته للعلاج.

ـ أن يحدد المشارك مدى سيطرته على توقفه وتعاطيه (الإدراك الموضوعي للوقائع).

ـ أن يوضح المشـارك أضرار و تأثيرات الإدمان الصحية والنفسـية والاجتماعية والدينية بحيث لا تقل الإضرار عن عدد خمس تأثيرات لكل نوع .

ـ أن يحدد المشارك أساليب التفكير الخاطئة المسئولة عن السلوك الادماني والانتكاسات المتكررة.

الدافعيـة الموجبة: هو شـعور المدمن بالجدية والنشـاط في مواجهة المهـام والأعمال الصعبة، والسـعي الإيجـابي تجاه تذليل ومغالبـة أي صعوبات أو معوقات تعترض مسـعاه لبلوغ وتحقيق أهدافه الذاتية التي وضعها لنفسه .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يواجه المشارك المواقف والأعمال الصعبة التي تؤثر على سير العملية العلاجية بجدية ونشاط

ـ أن يذكر المشارك سلبيات التعاطي وايجابياته بحيث تكون أكثر من عشر نقاط لكل نوع .

ـ أن يستكشف المشارك أهمية المثابرة والصبر في بلوغ الأهداف.

ـ أن يوافق المشـارك على أهمية التفاؤل والإقدام بإيجابية تجاه تذليل الصعوبات وعدم الانكسـار لها.

التوجه للمستقبل والمثابرة : هو حرص المدمن على أن يستشرف المستقبل في تفكيره وسلوكه ومـا يضعه لنفسـه من أهـداف وطموحات بحيث يفكـر ويعمل ويخطط في سـبيل نواتج بعيدة المـدى أدوم وأبقـى مفضلا النواتج الأخيرة على أي مكاسـب أو مغانم فوريـة سريعة ومؤقتة و حـرص المدمـن على اسـتمرارية العمل لإتمام أو بلوغ ما يسـعى في سـبيله من أهـداف ومطامح بحيث يواصل جهده بدأب كي يصل إلى ما يريد أو يرتضي من أهداف .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يكتشف المشارك أهمية التخطيط للمستقبل.

ـ أن يستنبط المشارك مجموعة المبادئ التي تتحكم في عدم قدرته على الصبر للوصول إلى النواتج الأخيرة مكتفيا بالمكاسب المؤقتة.

ـ أن يتمكن المشارك من وضع الأهداف القصيرة والبعيدة المدى.

ـ أن يبرهـن ويسـتنتج المشـارك عـلى أهمية الصـبر والصعوبة في العـلاج للوصـول إلى النواتج والمكاسب الحقيقة .

الشعور بأهمية الزمن: هو إدراك المدمن لقيمة الوقت وتقديره لأهمية عنصر الزمن، وحرصه على استثمار أوقاته والاستفادة منها إلى أقصى حد في كل ما هو مفيد مع شعوره بقدرته على حسن تنظيـم أوقاته بـما يحقق أهدافه وتطلعاته المسـتقبلية ومقاومة أي معوقـات أو مغريات يمكن أن تستنفذ أوقاته بغير طائل أو عائد إيجابي .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية:

ـ أن يكتشف المشارك مجموعة الأفكار التلقائية المسئولة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي.

ـ أن يحـدد المشـارك الأوقـات الغير مفيدة له ويشـكل نمـوذج مثالي يكون من خلالـه يوم مثالي يستثمر فيه وقته ويراقب من خلاله سلوكه.

ـ أن ينظم المشارك وقته بما يحقق أهدافه .

ـ أن يستكشف المشارك ويقاوم أي معوقات أو مغريات تستنفذ وقته بغير عائد ايجابي .

الفعاليـة الذاتيـة: هو إدراك المدمن بـأن نجاحه في حياته إنما يتحدد في ضـوء كده واجتهاده ومثابرته في تحقيق أهدافه بغير تعليل أو تبرير بمنطق الحظ أو الظروف .

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يكتشف المشارك من أن النجاح لا يتحقق إلا بالاجتهاد والمثابرة في تحقيق الأهداف.

ـ أن يستنبط المشارك بأن الحظ والظروف لا تعطل الإنسان عن تحقيق أهدافه.

التعـافي الإيجـابي: وهو أدراك المدمن بفعالية البرامج العلاجية وضرورة المشـاركة الإيجابية دون تشـكيك فيما يقدم سـواء عن طريق المشاركة السلبية، أو التركيز على مشكلة من المشكلات الخارجية، أو الإلحاح في طلب الخروج لأسـباب ضعيفة، أو الاسـتخدام المبالغ فيه لميكانيزمات الإنكار، أو لسيطرة مشاعر اليأس وعدم التيقن من الشفاء، أو عدم اتخاذ قرار العلاج بعد.

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يحدد المشارك الأفكار السلبية المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية.

ـ أن يستنبط المشارك أهمية المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية من دون تشكيك، عبر تنمية التناقضات لديه.

الحاجة إلى التقبل: وهو الرغبة في التغيير وبداء حياة جديدة والتخلص من نظرة المجتمع والآخرين السلبية التخلص من الألم والمعاناة و مزاولة الحياة بشكل طبيعي (دافعية خارجية).

ويمكن تحديد أهداف البعد في الأهداف التالية :

ـ أن يميز المشارك سبب نظرة المجتمع عنه .

ـ أن يكتشف ويحدد المشارك السلوكيات الخاطئة والعادات القديمة المسئولة عن نظرة المجتمع له.

ج ـ حدود البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان :

ـ الحدود الزمنية لكل جلسة :

حدد الباحث المدة الزمنية لكل جلسة ما بين (٦٠) دقيقة إلى (٨٥) دقيقة.

ـ الحدود الزمنية للجلسات :

حدد الباحث الجلسات العلاجية بمعدل جلسة في كل يوم .

ـ حدود الجلسات العلاجية :

حدد الباحث عدد جلسات البرنامج ب(٩١) جلسة .

ـ الحدود الزمنية لمدة البرنامج العلاجي :

يمتد البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان إلى ثلاثة أسابيع بحسب مدة البقاء والتي لا تتعدى ٢١ يوما ابتداء من تاريخ ١٥ / ٢ / ١٤٣١ هـ ولمدة ثلاثة أسابيع، في الفصل الدراسي الأول من العام الدراسي ٣١/ ١٤٣٢هـ .

ـ الحدود المكانية للبرنامج العلاجي :

حدد الباحث مكان تطبيق البرنامج بمكافحة المخدرات بالقسم (أ) بجدة .

ـ الفئة المستهدفة في البرنامج :

بنـي هـذا البرنامج لتطبيقه على مجموعة تجريبية من المدمنـين، وذلك لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

د ـ التخطيط للبرنامج

سوف يتم تنفيذ البرنامج من خلال (١٩) جلسة، وبذلك سيستغرق البرنامج ثلاثة أسابيع، بمعدل جلسة يوميا، في الفصل الدراسي الأول ١٤٣٠هـ، على النحو التالي :

الجدول رقم (٧) يوضح تخطيط البرنامج العلاجي

م	البعد (عنوان الجلسة)	عددها	ترتيب الجلسة
١	التهيئة والتعارف والقياس القبلي	١	الأولى
٢	تقوية روح الجماعة	١	الثانية
٣	الدافعية الموجبة	١	الثالثة
٤	التعافي الإيجابي	٢	الرابعة و الخامسة
٥	الاستبصار	٣	السادسة والسابعة والثامنة
٦	الاستقلال	٢	التاسعة والعاشرة
٧	تحمل المسؤولية	٢	الحادية عشرة والثانية عشرة
٨	الشعور بأهمية الزمن	٢	الثالثة عشرة والرابعة عشرة
٩	المثابرة والتوجه للمستقبل	٢	الخامسة عشرة والسادسة عشرة
١٠	الفاعلية الذاتية	١	السابعة عشرة
١١	الحاجة إلى التقبل	١	الثامنة عشرة
١٢	إنهاء البرنامج والقياس البعدي	١	التاسعة عشرة

هـ ـ تحكيم البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان

قـام الباحـث بتوزيع البرنامج على مجموعة من أبـرز المتخصصين في العلاج النفسي وعلاج الإدمـان في الوطـن العـربي ليقومـوا بتحكيمـه ووضـع ملاحظاتهـم وآرائهم حولـه وقد أجمع المحكمين على صلاحية البرنامج وإمكانية الاستفادة منه وأشاروا ببعض الملاحظات التي يمكن إجمال أهمها على النحو التالي :

ـ أهمية اختصار عدد الجلسـات بحيث تكون أقل من ثمانية عشر جلسـة على الأكثر تفاديا لما قد يحدث من ملل وتسرب من قبل المشاركين، مع ملاحظة أن يتم تطبيق الجلسات على مدار ١٢ يـوم وهي الأيام المعدة لعلاج المدمنين وبعدها يتم خروج المرضى على حسـب أنظمة الدخول والخروج بمراكز علاج الإدمان، وتم مراعاة ذلك حيث اقتصر البرنامج على تسعة عشر جلسة تنتهي بجلسة تطبيق الاختبار البعدي.

ـ أهميـة أن يكون لكل جلسـة موضوع يتناسـب مع محتوى الجلسـة، وتم تطبيـق ذلك على جميع الجلسات.

ـ أهمية ترتيب الجلسات بحيث تكون مرتبه حسب أهميتها، وتم تنفيذ ذلك.

ـ أهميـة وجود فقرات ترفيهية في البرنامج بحيث تكون موزعة بالتسـاوي بين الجلسـات لكسر الروتين والملل وجذب المشاركين، وتم تنفيذ ذلك حيث تم إضافة ثلاث فقرات ترفيهية هادفة.

ـ أهمية الإشارة إلى الفنيات العلاجية المستخدمة في كل جلسة بصورة مختصرة، مع ملاحظة عدم التكرار، وتم إضافة الفنيات في كل جلسة .

ـ أهمية توزيع الزمن على جميع فقرات الجلسة العلاجية بطريقة متناسبة وواضحة، وتم تنفيذ ذلك وتوضيح الزمن المستغرق للتنفيذ لكل خطوة من الخطوات العلاجية في كل جلسة.

ـ أهمية وجود محتوى ديني يتناسب مع البرنامج العلاجي، وتم ذلك في أغلب جلسات البرنامج بـما يحتويه من محتويات نظرية كالتثقيف النفسي ومحتويات تطبيقية تتمثل في الوصف التفصيلي للعب الدور.

ـ أهمية صياغة بعض الأهداف بحيث تكون إجرائية قابلة للقياس، وقد تم تنفيذ ذلك على جميع الأهداف.

ـ أهمية أطلاق مسمى (مشارك) أو (مسترشد(بدلا من (مريض) في جميع جلسات البرنامج، وقد تم اختيار مسمى (مشارك) وتم تنفيذ ذلك على جميع الجلسات بالإضافة إلى دليل تطبيق البرنامج الخاص بالمشارك.

ـ ضرورة الإشارة إلى الفنيات العلاجية المستخدمة في الجلسات العلاجية بشكل مختصر. وتم تنفيذ ذلك على جميع الجلسات .

و ـ الفنيات العلاجية المستخدمة

تجدر الإشارة هنا أن الفنيات العلاجية التالية استخدمت ضمن الجلسات العلاجية في البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان، علما بأن العديد من الفنيات تم تكرار استخدامها في أغلب الجلسات العلاجية حسب الحاجة إليها وفيما يلي عرض للفنيات العلاجية المستخدمة:

ـ يبدي المعالج دفئا صادقا في العلاقة وتقبلا غير مشروط للمشارك حسب معايير الجلسات النفسية وطريقة بناء الألفة، ولكن هذا الدفء والعلاقة العلاجية لا تحول دون تطبيق إجراءات الجلسة بشكل جيد .

ـ يستخدم المعالج فنية التنفيس الانفعالي والتي من خلالها يتم تقوية العلاقة بين الأعضاء ببعضهم البعض ومع المعالج حيث ينفس كل عضو عن الخبرات التي لحقت بكل فرد جراء إدمانه متناولا الأضرار الصحية والاجتماعية والنفسية من خلال استخدام فنية تحليل الخسائر والمكاسب بحيث يضع المريض قائمة بمحاسن ومساوئ سلوك الإدمان ثم يزن المريض المحاسن مقارنة بالمساوئ على مقياس من ١٠٠.

ـ يستخدم المعالج فنية لعب الدور وهو قيام المشارك بتمثيل أدوار معينة أمام المعالج حيث يكشف المشارك من خلال التمثيل مشاعره فيسقطها على شخصيات الدور التمثيلي وينفس عن انفعالاته ويستبصر بذاته ويعبر عن اتجاهاته وصراعاته ودوافعه. كما أن لعب الأدوار

يسـهل عملية تقبل المشاكل لأننا نفهم المشـاكل بطريقة أفضل إذا عرضت علينا وأننا نتعلم في الحياة من المثل والنماذج التي نشـاهدها. ويوفر لعب الدور للفرد فرصة للتعلم والتدريب على الحلـول الممكنة في موقف معين ولعب الدور العكسي يهدف الكشـف للمشـاركين عن أهمية التشائوم والسلبية ودورة في عدم نيل الهدف المراد حيث يتم تكرار لعب الدور بهدف الكشف عن أهمية التفائول والإقدام بإيجابية ودورة في الوصول إلى الهدف المنشود

- يستخدم المعالج فنية لعب دور المحرض فيلعب المعالج دور الشخص الذي يبث الأفكار التي تغري المريض بالتعاطي ويجب على المريض الرد على هذه الأفكار ويمكن تبادل الأدوار.
- يسـتخدم المعالـج فنيـة الاسـترخاء العضـلي والمعـرفي التخيلي وهـي فنية تهدف إلى مسـاعدة المشـاركين في كيفيـة التعامل الايجابي مع المواقف المختلفة وتبنـي القرارات الصحيحة للعلاج من الإدمان .
- يسـتخدم المعالـج فنيـة الإنصـات النشـط، وهـي اسـتجابة تلقائية تتضمـن التغذيـة الراجعة والإنصات العاطفي اللفظي وغير اللفظي .
- يستخدم المعالج فنية إعادة العبارات وذلك بهدف الزيادة في الإيضاح.
- يسـتخدم المعالـج فنيـة الصمـت لتحفيز المشـارك عـلى المشـاركة الفعالة ورصد أكـبر كم من التعبيرات لدى المشاركين .
- يسـتخدم المعالـج فنيـة الأبعـاد والتركيز بحيث يتم اسـتبعاد الأفـكار التلقائيـة والتركيز على تحديدها والتعرف عليها ومن ثم التخلص منها.
- يسـتخدم المعالج فنية التسـاؤل الموجه والأسـئلة السـقراطية لتنمية وفحص التناقضات لدى المشـاركين فيـما يخـص مدى جديـة المشـارك في العلاج وعـدم المشـاركة الايجابيـة في البرامج العلاجية عبر اسـتعراض أبرز السـلوكيات الغير ايجابية ومناقشـة المشـاركين حول فعاليتها في العـلاج ومحاولـة تنمية التناقضات لديهم والتركيز على الأعضاء السـلبيين من خلال المناقشـة الجماعية مع بقية المشاركين الإيجابيين، وهي أحدى الفنيات التي تعتمد على المنطق حيث يسأل المعالج المريض سلسـلة من الأسئلة التي تقود المشـارك لاكتشاف التناقض الذي تنطوي علية فكـرة تلقائية سـلبية لديه .على سـبيا المثال،»عندما تحدث نفسـك بأنك فاشـل في حياتك،هل

تعني انك فاشل في بعض جوانب حياتك في بعض الأوقات،أو انك فاشل في كل الجوانب في بعض الأوقات؟»إذا أجاب المريض»ببعض الجوانب في بعض الأوقات «،يمكنك إن تشير أي إن هـذا هـو حال كل البشر .إما إذا قال المريض «إنا فاشـل في كل أوجه حياتي في كل الأوقات «،فيمكنك إن تشير إلى إن ذلك ليس صحيحا في أي حال من الأحوال لدى أي إنسان».

- يسـتخدم المعالـج فنيات التسـاؤل خاصة ما يتعلق بالأسـئلة المفتوحة والأسـئلة غير المباشرة بحيـث تكـون صياغة السـؤال جيـدة ومحتوى السـؤال جيد وطريقـة تركيب السـؤال جيدة، ويراعى ذلك في جميع ممارسته لفنية التساؤل.
- يستخدم المعالج فنية لعب الدور ولعب الدور العكسي بهدف الكشف دور الأساليب الخاطئة في التفكير ودورها في الإدمان والانتكاسـة، بأن يتناول كل اثنين من المشـاركين أخذ أسـلوب خاطئ في التفكير وتمثيل دور علية ثم تلخيص النتائج .
- يستخدم المعالج فنية لعب الدور لإظهار وجهي فكر متناقضين، وذلك عن طريق لعب الدور بالتنـاوب بـين المريض والمعالـج بتقمص دور الراعي و المسـئول ودور الابـن المدمن الذي لا يعتقـد بأنه يحتاج للعلاج حتى بعد تأثير الإدمان عليـة وذلك بهدف أن يقنع المدمن بأنه مدمن من خلال الإعراض التي علية وأنه يحتاج للعلاج للمبررات والوصول بعد ذلك مع المشاركين إلى إلى أبرز الاستنتاجات.
- يسـتخدم المعالج فنيـة لعب الدور ولعب الدور العكسي للعب دور شـخص غير مؤكد لذاته وكيفيـة خضوعه لرفقاء التعاطي الذين يؤثرون عليه تأثير سـلبي، ثم يتم عكس الدور بحيث يكون المريض مؤكدا لذاته في تعامله مع رفيق التعاطي، ويتم ذلك على باقي المجموعة العلاجية بين كل مشاركين .
- اسـتخدام فنيـة لعب الدور وذلك بهدف تقوية الاسـتقلالية الفكرية لـدى المرضى بحيث يتم لعـب دور المريـض المحرض على عدم العلاج ومريض آخر يحرص على الرد المنطقي على تلك التحريضات السلبية، ويتم ذلك على جميع الأعضاء ثم تلخيص ما تم والخروج بالنتائج.
- يستخدم المعالج فنية الأبعاد والتركيز بحيث يتم استبعاد الأفكار التلقائية المسؤلة عن مسايرة

المريض لرفقائه وعدم قدرته على رفض المطالب الغير معقولة والتركيز على تحديدها والتعرف عليها ومن ثم التخلص منها.

- يستخدم المعالج فنية التنفيس الانفعالي والتي من خلالها يتم التعبير عن إخفاقات المرضى في تحقيق أدوارهم الحياتية وما هي السبل الممكنة لتفادي تلك الإخفاقات مستقبلا.

- يستخدم المعالج إستراتيجية حل المشكلات ومواجهتها حيث يتم تنمية ميل قوي لدى المشارك أولاً بقبول الواقع في أن مواقف المشكلات تمثل جزءً عادياً في الحياة وأنه من الممكن مواجهة معظم هذه المواقف بفاعلية وثانياً : التعرف على المواقف المشكلة عندما تحدث وثالثاً : كبح الميل للاستجابة سواء الاندفاع التلقائي أو التقاعس عن القيام بشيء ما، بذلك فإنه يتم توجيه المشارك ليرى المشكلات كحتمية وكمواقف تواجه مباشرة وبوضوح ونشاط. وذلك من خلالا تدريب عملي يضم تثقيف نفسي واستعراض للخبرات مع توفير مادة علمية للمشاركين

- يستخدم المعالج فنية الإنصات النشط، وهي استجابة تلقائية تتضمن التغذية الراجعة والإنصات العاطفي.

- يستخدم المعالج كل من فنية التلقين اللفظي للاستجابة الصحيحة عبر استعراض المقولات المهمة حول أهمية الزمن والوقت، عبر حوار جماعي يشارك فيه جميع المشاركين وينتهي بالتوصل للمقولات الايجابية حول أهمية الوقت وجعل المشاركين يرددونها حتى يقتنعوا بها ومن ثم استخدام فنية الإطفاء لإزالة أثر التلقين ليقوم المشارك بالإست جابه الصحيحة باستقلالية.

- يستخدم المعالج فنية الأبعاد والتركيز بحيث يتم استبعاد الأفكار التلقائية المسئولة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي، ومن ثم تحديدها عبر فنية ملء الفراغ والتي تستهدف أن يعرف المريض الرابط بين المثير والاستجابة وهي الأفكار التقائية المسئولة عن نفاذ الوقت وبالتالي يركز المريض على تلك الأفكار التي تحدد استجابته ثم التخلص منها وبالتالي ملء الفجوة المعرفية.

- يستخدم المعالج فنية التعليم والتدريب والذي يتضمن إعطاء المشارك مادة معرفية تتناول خطوات مرحلية لإدارة الوقت ويتبعها إعطاء المشارك واجب للتأكد من تعلمه لتلك المهارة.

- يستخدم المعالج فنية النمذجه والتي يقوم فيها المشارك بتشكيل نموذج مثالي يكون من خلاله يوم مثالي يستثمر فيه وقته ويراقب من خلاله سلوكه حتى يتمكن المشارك من تحديد الأوقات الغير مفيدة له

- يستخدم المعالج فنية التخلي عن المطالب والتي يتم فيها حث المشارك على التخلي عن مجموعة المبادئ السلوكية التي تتحكم في سلوكه والتي تتخذ صياغات لفظية ثم تحديد تلك الصياغات ومساعدة المشارك على استبدالها بعبارات ومبادئ مرنة وتشجع على أهمية الأهداف والمكاسب الحقيقية الأخيرة المستقبلية وإعطاء المشارك واجب للتأكد من أنه فهم عبر تحديد أبرز المبادئ السلوكية التي تحد وعطل من توجه المريض للمستقبل

- يستخدم المعالج فنية النمذجة وهي عملية موجهة تهدف إلى تعليم الفرد كيف يسلك، و ذلك من خلال الإيضاح، أو هي التغيير الذي يحدث في سلوك الفرد نتيجة لملاحظته لسلوك الآخرين، من خلال النمذجة الحية: وذلك لضرب بعض الأمثال والنماذج الحقيقية التي صبرت وعانت في العلاج بغية الوصول للهدف الحقيقي والمكسب الحقيقي وهو التعافي من الإدمان حيث يقوم النموذج بتأدية السلوكيات المستهدفة بوجود الشخص الذي يراد تعليمه تلك السلوكيات و في هذا النوع من النمذجة لا يطلب من الشخص تأدية سلوكات النموذج وإنما مجرد مراقبتها فقط. و غالباً ما يتأثر سلوك الفرد بملاحظة سلوك الآخرين، فالإنسان يتعلم العديد من الأنماط السلوكية مرغوبة كانت أو غير مرغوبة من خلال ملاحظة الآخرين و تقليدهم، و تسمى عملية التعلم هذه بمسميات مختلفة منها: التعلم بالملاحظة، التعلم الاجتماعي، التقليد، التعلم المتبادل.

- يستخدم المعالج فنية التعليم والتدريب والذي يتضمن إعطاء المشارك مادة معرفية تتناول كيفية وضع الأهداف القصيرة والبعيدة المدى.

- يستخدم المعالج فنية التعليم والتدريب والذي يتضمن إعطاء المشارك مادة معرفية تتناول تدريب المشارك على الحصول على المعلومات الدقيقة وإخضاعها للمنطق والنقد للخروج باستنتاجات واقعية يدرك من خلالها المريض بأن النجاح لا يأتي إلى من خلال العمل والجهد والصبر لا عن طريق الحظ، وإعطاء المشارك واجب يحلل من خلاله حالة متعافي من الإدمان

وكيف أن اجتهاده وإرادته كان له دور في حصوله على هدفه المنشود.

- يستخدم المعالج فنية التغذية الراجعة : وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج.

الفصل الرابع

الفصل الرابع

عرض وتحليل بيانات الدراسة وتفسير نتائجها

٤ . ١ خصائص العينة

٤ . ٢ نتائج الدراسة التجريبية

٤ . ٣ التحليل الكيفي

٤ . ٤ التعليق العام على النتائج

عرض وتحليل بيانات الدراسة وتفسير نتائجها

يتناول هذا الفصل عرض خصائص العينة وعرض نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء المعالجات الإحصائية المستخدمة، والتي تم تحليلها بواسطة الحاسب الآلي، باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS . كما يشمل عرض التحليل الكيفي وأخيرا التعليق العام على النتائج وفقا لما يلي:

٤ . ١ خصائص العينة

١ـ خصائص عينة الدراسة حسب العمر

الجدول رقم (٨)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب العمر

يوضح الجدول رقم (١٧) خصائص أفراد الدراسة وفقاً للفئات العمرية وتبين من خلاله

الفئات العمرية	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
٢١ سنة	١	٨,٣٪	–	–
٢٣ سنة	١	٨,٣٪	–	–
٢٤ سنة	–	–	١	٨,٣٪
٢٦ سنة	١	٨,٣٪	–	–
٢٨ سنة	١	٨,٣٪	١	٨,٣٪
٣٣ سنة	١	٨,٣٪	–	–
٣٨ سنة	–	–	١	٨,٣٪
٤٣ سنة	١	٨,٣٪	–	–
٤٥ سنة	–	–	٢	١٦,٧٪
٤٦ سنة	–	–	١	٨,٣٪
المجموع	٦	٥٠٪	٦	٥٠٪

أن جميع أفراد الدراسة في المجموعة الضابطة قد توزعوا بالتساوي على مختلف الفئات كالتالي : (٢١ سنة، و٢٣سنة، و٢٦ سنة، و٢٨ سنة، و٣٣سنة، و٤٣ سنة). في حين نجد أن نصف المجموعة التجريبية توزع على الفئات العمرية التالية (٢٤ سنة، و٢٨ سنة، و٣٨ سنة). كما نجد النصف الآخر من المجموعة توزع على الفئتين التالية: (٤٥ و٤٦ سنة)

٢ ـ خصائص عينة الدراسة حسب مدة التعاطي

الجدول رقم (٩)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب مدة التعاطي

مدة التعاطي	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ستة شهور	١	٨,٣٪	–	–
ستة سنوات	١	٨,٣٪	–	–
سبع سنوات	–	–	١	٨,٣٪
ثمان سنوات	٢	١٦,٧٪	–	–
عشر سنوات	١	٨,٣٪	–	–
١١ سنة	–	–	١	٨,٣٪
١٥ سنة	١	٨,٣٪	–	–
٢٠ سنة	–	–	١	٨,٣٪
٢٢ سنة	–	–	١	٨,٣٪
٢٥ سنة	–	–	٢	١٦,٧٪
المجموع	٦	٥٠٪	٦	٥٠٪

يوضح الجدول رقم (١٨) خصائص أفراد الدراسة وفقاً لمدة التعاطي وتبين من خلاله أن جميع أفراد الدراسة في المجموعة الضابطة قد كانت مدة تعاطيهم من (١٥) سنة فأقل. أما المجموعة التجريبية فنجد غالبيتهم مدة تعاطيهم ٢٥سنة وذلك بنسبة بلغت (١٦,٧٪)، كما نجد هناك نسبة بلغت (٨,٣٪) لكل ممن أفادوا بأن مدة تعاطيهم (٧ سنة، و١١ سنة، و٢٠ سنة، و٢٢ سنة).

٣ـ خصائص عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي

الجدول رقم (١٠)

توزيع أفراد عينة الدراسة حسب المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	المجموعة الضابطة		المجموعة التجريبية	
	العدد	النسبة	العدد	النسبة
ابتدائي	١	٨,٣٪	٢	١٦,٧٪
متوسط	٢	١٦,٧٪	٣	٢٥٪
ثانوي	٣	٢٥٪	١	٨,٣٪
المجموع	٦	٥٠٪	٦	٥٠٪

يوضح الجدول رقم (١٩) خصائص أفراد الدراسة وفقاً للمستوى الدراسي وتبين من خلاله أن غالبية أفراد الدراسة في المجموعة الضابطة مستواهم التعليمي ثانوي وذلك بنسبة بلغت (٢٥٪)، يليهم الذين مستواهم التعليمي متوسط وذلك بنسبة بلغت (١٦,٧٪)، ثم الذين مستواهم التعليمي ابتدائي وذلك بنسبة بلغت (٨,٣٪). أما المجموعة التجريبية فنجد غالبيتهم مستواهم التعليمي متوسط وذلك بنسبة بلغت (٢٥٪)، يليهم الذين مستواهم التعليمي ابتدائي وذلك بنسبة بلغت (١٦,٧٪)، ثم الذين مستواهم التعليمي ثانوي وذلك بنسبة بلغت (٨,٣٪).

٤ . ٢ نتائج الدراسة التجريبية

سيتناول الباحث عرض نتائج الدراسة وتفسيرها في ضوء المعالجات الإحصائية المستخدمة، والتي تم تحليلها بواسطة الحاسب الآلي، باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS وقد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج، والتي أمكن من خلالها التحقق من صحة فروض الدراسة، وقد أسفرت تلك المعالجات عن النتائج الآتية:

الفرض الرئيس

وينص على: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي».

وللتحقق من صحة هذا الفرض استخدم الباحث الأسلوب الإحصائي المتبع عادة لمثل هذا الغرض وهو الأسلوب اللابارامتري باستخدام اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test)) للكشف عن الفروق بين العينات المرتبطة (غير المستقلة). حيث أن هذا الاختبار يختبر الفرق بين متوسطي رتب مجموعتين غير مستقلة وذلك لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب الدرجات في القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية، وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (١١)

اختبار ويلكيكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة التجريبية	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	٠,٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١١) اختبار ويلكيكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان في القياسين القبلي والبعدي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢،٢) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٣,٥) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: وجود فرق ذو دلالة إحصائية في متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (بعد تطبيق البرنامج العلاجي).

وذلك يتفق مع نتائج الدراسات السابقة حيث خلصت نتائج هذه الدراسات إلى فعالية البرامج العلاجية في إثارة وتنمية الدافعية لدى الأفراد، حيث دعمت التوجهات النظرية في اعتبار التدريب على تلك البرامج متطلبا أساسيا لتنمية الدافعية كما هو الحال في محمود (١٩٩١م)، ودراسة الصياح (١٩٩٧م)، ودراسة الطراونه (٢٠٠٥م)، ودراسة شحروري (٢٠٠٦م). كما تتفق مع نتائج الدراسات التي أثبتت فاعلية البرامج العلاجية المعرفية السلوكية في علاج الإدمان كما هو الحال في دراسة كل من (Carroll, 1994b) و الفقيه (١٩٩٦م) و(Carroll, 1996) و الجوهي (٢٠٠٤م) .

ويتفرع من الفرض الرئيس الفروض التالية:

أولاً : الفرض الأول

وينص على : « توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد تحمل المسؤولية لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي».وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (١٢)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد درجة تحمل المسؤولية للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي و البعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
تحمل المسئولية	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	.٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	c تساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي.b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. c القياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٢) اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفروق في رتب متوسط درجات بعد تحمل المسؤولية على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢,٢٠) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، أي أن هناك فروق دالة إحصائياً في درجة تحمل المسؤولية على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٣,٥) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي .

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي على بعد تحمل المسؤولية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

ثانياً: الفرض الثاني

وينص الفرض الثاني على:«توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الاستقلال لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك.

الجدول رقم (١٣)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد الاستقلال للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
بعد الاستقلال	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	٠,٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	c تساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. c القياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٣) اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفروق في متوسط رتب درجات بعد الاستقلال على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢٠ , ٢) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠٥ , ٠)، أي أن هناك فروق دالة إحصائياً في درجة بعد الاستقلال على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٥ , ٣) للقياس البعدي، مقابل (٠ , ٠) للقياس القبلي.

ويتفق ذلك مع نتائج اختبار (ت T.Test) لمعرفة الفرق في متوسط درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على بعد الاستقلال في القياس البعدي، وتبين من خلاله أن قيمة (ت) البالغة (٥٣ , ٩) دالة إحصائياً عند مستوى (٠١ , ٠)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجة بعد الاستقلال على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٠٠ , ٤٦) للقياس البعدي، مقابل (٨٣ , ٣٦) للقياس القبلي.كما يوضحها الجدول رقم (٢٥) في الملاحق.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في متوسطات درجات المجموعة التجريبية بين القياس القبلي والبعدي على بعد الاستقلال لصالح المجموعة التجريبية القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

ثالثاً : الفرض الثالث

وينص الفرض الثالث على:« توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الدافعية الموجبة لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي».وفيما يلي نتائج ذلك.

الجدول رقم (١٤)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد الدافعية الموجبة للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدافعية الموجبة	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	٠,٠٢٨
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٤) اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات بعد الدافعية الموجبة على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢,٢٠) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجة بعد الدافعية الموجبة على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٣,٥٠) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الدافعية الموجبة لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

رابعاً : الفرض الرابع

وينص الفرض الرابع على: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الاستبصار لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك.

الجدول رقم (١٥)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد الاستبصار للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الاستبصار	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	.٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٥) اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات بعد الاستبصار على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢٠ , ٢) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠٥ , ٠)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجة بعد الاستبصار على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٥ , ٣) للقياس البعدي، مقابل (٠ , ٠) للقياس القبلي.

حيث تشير القيمة (٠ , ٠) في كل من متوسط الرتب ومجموع الرتب وعدد العينة في القياس القبلي إلى التالي: بما أن الافتراض الإحصائي ينص على أن القياس القبلي أكبر من القياس البعدي لبعد الإستبصار، فعند طرح رتب القياس البعدي من رتب القياس القبلي تظهر لنا رتب إيجابية، لذلك فإنه لا تظهر القيمة السالبة نتيجة لأن القياس القبلي أقل من القياس البعدي.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الاستبصار لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

خامساً : الفرض الخامس

وينـص الفـرض الخامـس عـلى: « توجد فـروق ذات دلالـة إحصائية في متوسـطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسـين القبلي و البعدي على بعد المثابرة والتوجه للمسـتقبل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك.

الجدول رقم (١٦)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد المثابرة والتوجه للمستقبل للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المثابرة والتوجه للمستقبل	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	٠,٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القيـاس القبـلي أكـبر مـن القيـاس البعدي. b القيـاس البعدي أكبر من القيـاس القبلي. cالقياس القبلي يسـاوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٦) اختبار ويلكوكسـون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسـط رتـب درجـات بعد التوجه للمسـتقبل على مقيـاس الدافعيـة للعلاج من الإدمـان للمجموعة التجريبيـة قبـل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلالـه أن قيمة (Z) البالغة (٢,٢٠) دالـة إحصائيـاً عند مسـتوى أقـل مـن (٠,٠٥)، أي أن هناك فـرق دال إحصائيـاً في درجة بعد التوجه للمسـتقبل على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسـط ذلك (٣,٥) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي.

وبالتـالي تؤكد هـذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فـروق ذات دلالة إحصائية في متوسـطات رتـب درجات المجموعـة التجريبية بين القياسـين القبلي و البعدي عـلى بعد المثابرة والتوجه للمستقبل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

سادساً : الفرض السادس

وينص الفرض السادس على:

« توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الشعور بأهمية الزمن لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (١٧)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد الشعور بأهمية الزمن للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الشعور بأهمية الزمن	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	٠,٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٧) اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات بعد الشعور بأهمية الزمن على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢,٢٠) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجة بعد الشعور بأهمية الزمن على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٣,٥) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الشعور بأهمية الزمن لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

سابعاً : الفرض السابع

وينص الفرض السابع على: « توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الفعالية الذاتية لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (١٨)

اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد الفعالية الذاتية للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الفعالية الذاتية	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	.٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٨) اختبار ويلكوكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات بعد الفعالية الذاتية على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢٠ , ٢) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠٥ , ٠)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجة بعد الفعالية الذاتية على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٥ , ٣) للقياس البعدي، مقابل (٠ , ٠) للقياس القبلي.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد الفعالية الذاتية لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

ثامناً : الفرض الثامن

وينص الفرض الثامن على: «توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد التعافي الإيجابي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (١٩)

اختبار ويلكيكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد التعافي الإيجابي للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
التعافي الإيجابي	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٠٢	٠,٠٤٣
	b الرتب الموجبة	٥	٣	١٥		
	cتساوي الرتب	١	٠	٠		

a القياس القبلي أكبر من القياس البعدي. b القياس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يساوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (١٩) اختبار ويلكيكسون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسط رتب درجات بعد التعافي الإيجابي على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (٢,٢٠) دالة إحصائياً عند مستوى أقل من (٠,٠٥)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجة بعد التعافي الإيجابي على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسط ذلك (٣,٥) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي.

وبالتالي تؤكد هذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي على بعد التعافي الإيجابي لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العسطلاجي.

تاسعاً : الفرض التاسع

وينص الفرض التاسع على:«توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعـة التجريبيـة بين القياسـين القبلي والبعدي على بعـد الحاجة إلى التقبـل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (٢٠)

اختبار ويلكيكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في بعد الحاجة إلى التقبل للمجموعة التجريبية بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الحاجة إلى التقبل	a الرتب السالبة	٠	٠	٠	٢,٢٠	٠,٠٢٧
	b الرتب الموجبة	٦	٣,٥	٢١,٠		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القيـاس القبـلي أكـبر مـن القياس البعـدي. b القياس البعدي أكبر مـن القياس القبلي. cالقياس القبلي يسـاوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (٢٠) اختبار ويلكيكسـون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسـط رتـب درجـات بعد الحاجـة إلى التقبل عـلى مقيـاس الدافعية للعـلاج من الإدمـان للمجموعة التجريبيـة قبـل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وتبين من خلالـه أن قيمة (Z) البالغة (٢,٢٠) دالـة إحصائيـاً عند مسـتوى أقـل مـن (٠,٠٥)، أي أن هناك فـرق دال إحصائيـاً في درجة بعد الحاجـة إلى التقبل على مقياس الدافعية للعلاج للمجموعـة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي، وكان هذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسـط ذلك (٣,٥) للقياس البعدي، مقابل (٠,٠) للقياس القبلي.

وبالتـالي تؤكد هـذه النتيجة صحة الفرض المتمثل في: توجد فـروق ذات دلالة إحصائية في متوسـطات رتب درجات المجموعة التجريبية بين القياسـين القبلي والبعدي على بعد الحاجة إلى التقبل لصالح القياس البعدي بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

عاشراً : الفرض العاشر

وينـص الفـرض العـاشر على: «لا توجد فـروق ذات دلالـة إحصائية في متوسـطات رتب درجـات المجموعـة الضابطـة بين القياسـين القبلي والبعـدي على مقيـاس الدافعية بعـد تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (٢١)

اختبار ويلكيكسون Wilcoxon Test للكشف عن الفروق في متوسط درجة المجموعة الضابطة بين القياسين القبلي والبعدي

المتغير	الرتب	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة	a الرتب السالبة	٤	٤,٢٥	١٧	١,٦٣	٠,١٧٣
	b الرتب الموجبة	٢	٢	٤		
	cتساوي الرتب	٠	٠	٠		

a القيـاس القبـلي أكـبر مـن القياس البعدي. b القيـاس البعدي أكبر من القياس القبلي. cالقياس القبلي يسـاوي القياس البعدي

يوضح الجدول رقم (٢١) اختبار ويلكيكسـون Wilcoxon Test لمعرفة الفرق في متوسـط رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان للمجموعة الضابطة قبـل وبعد تطبيـق البرنامج العلاجي، وتبين مـن خلاله أن قيمة (Z) البالغـة (١,٦٣) غير دالة إحصائياً، أي أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً في درجات المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية للعلاج قبل وبعد تطبيق البرنامج العلاجي.

وبالتـالي تؤكـد هذه النتيجة صحة الفـرض المتمثل في: لا توجد فـرق ذو دلالة إحصائية في متوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة بين القياسين القبلي و البعدي على مقياس الدافعية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

إحدى عشر: الفرض الحادي عشر

وينـص الفـرض عـلى: «لا توجد فروق ذات دلالـة إحصائية في متوسـطات رتب درجات

أفـراد المجموعة التجريبية ومتوسـطات درجات أفراد المجموعة الضابطـة على مقياس الدافعية قبل تطبيق البرنامج العلاجي». وفيما يلي نتائج ذلك:

وللتحقـق من صحة هذا الفرض اسـتخدم الباحث الأسـلوب الإحصائـي المتبع عادة لمثل هذا الغرض وهو الأسلوب اللابارامتري باستخدام. اختبار «مان ويتني» (اختبار U) للعينات المسـتقلة . حيـث أن هـذا الاختبـار يختبر الفرق بين متوسـطي رتـب مجموعتين مسـتقلة وذلك لاختبـار دلالة الفروق بين متوسـطات الرتب في القياس القبلي و البعـدي للمجموعة الضابطة والتجريبية، وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (٢٢)

اختبار مان وتني Mann ـ Whitney Test للكشف عن الفروق في متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس القبلي

المتغير	المجموعة الضابطة والتجريبية	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة μ	قيمةZ	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة والتجريبية	ضابطة قبلي	٦	٧	٤٢,٠٠	١٥,٠٠	٠,٤٨	٠,٧
	تجريبية قبلي	٦	٦	٣٦,٠٠			

يوضـح الجـدول رقـم (٢٢) اختبار مـان وتنـي (Mann – Whitney Test) لمعرفـة الفرق في متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الدافعية للعلاج في القياس القبلي، وتبين من خلاله أن قيمة (Z) البالغة (١٥,٠٠) غير دالة إحصائياً، أي أنه لا يوجد فرق دال إحصائياً في درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الدافعية للعلاج في القياس القبلي.

وبالتـالي تؤكـد هذه النتيجة صحة الفـرض المتمثل في: لا يوجد فـرق ذو دلالة إحصائية في متوسـطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسـطات درجات أفـراد المجموعة الضابطة عـلى مقياس الدافعية قبل تطبيـق البرنامج العلاجي،.وبالتالي يؤكد ذلك على تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبي.

اثنا عشر : الفرض الثاني عشر

وينـص الفـرض الثاني عشر عـلى: «توجد فـروق ذات دلالة إحصائية في متوسـطات رتب درجـات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسـطات درجات أفـراد المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي».

وللتحقـق من صحة هذا الفرض اسـتخدم الباحث الأسـلوب الإحصائـي المتبع عادة لمثل هذا الغرض وهو الأسلوب اللابارامتري باستخدام. اختبار «مان ويتني» (اختبار U) للعينات المستقلة وذلك لاختبار دلالة الفروق بين متوسطات رتب الدرجات في القياس القبلي و البعدي للمجموعة الضابطة والتجريبية، وفيما يلي نتائج ذلك:

الجدول رقم (٢٣)

اختبار مان وتني (Whitney Test ـ Mann) للكشف عن الفروق في متوسط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية في القياس البعدي

المتغير	المجموعة الضابطة والتجريبية	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة μ	قيمة Z	مستوى الدلالة
المجموعة الضابطة والتجريبية	ضابطة بعدي	٦	٣,٨٣	٢٣,٠٠	٢,٠٠	٢,٥٦	٠,٠٠٩
	تجريبية بعدي	٦	٩,١٧	٥٥,٠٠			

يوضح الجدول رقم (٢٣) اختبار مان وتني (Mann - Whitney Test) لمعرفة الفرق في متوسـط رتب درجات المجموعة الضابطة والتجريبية عـلى مقياس الدافعية في القياس البعدي، وتبـين مـن خلاله أن قيمـة (Z) البالغة (٢,٥٦) دالة إحصائياً عند مسـتوى (٠,٠٠٩)، أي أن هناك فرق دال إحصائياً في درجات المجموعة الضابطة والتجريبية على مقياس الدافعية للعلاج، وكان هـذا الفرق لصالح المجموعة التجريبية في القياس البعدي إذ بلغ متوسـط ذلك (٩,١٧) للمجموعة التجريبية، مقابل (٣,٨٣) للمجموعة الضابطة.

وبالتـالي تؤكـد هذه النتيجـة صحة الفـرض المتمثل في: توجـد فرق ذو دلالـة إحصائية في متوسـطات رتـب درجـات أفراد المجموعـة التجريبيـة ومتوسـطات درجات أفـراد المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي.

٤ . ٣ التحليل الكيفي لنتائج الدراسة

يعـرض الباحث هنا التفسـير الكيفـي بعد أن تم تطبيـق البرنامج العلاجي وسـيكون هذا التفسير شاملا لجميع المشاركين و لكل الجلسات العلاجية بحيث يشمل عرضا لكل من :

أهداف البرنامج العلاجي

مـن خلال تطبيـق البرنامج العلاجـي فإنه تم تحقيق جميـع أهداف البرنامـج العلاجي، إلا أن البعض من الأهداف كان يسـتلزم من الباحث التكرار لإعادة التطبيق لبعض من المشـاركين حيث انحصرت في الأهداف التالية:

- جلسـة التعـافي الإيجـابي: (تحديد الأفكار السـلبية المسـئولة عن ضعف المشـاركة الإيجابية في البرامج العلاجية) و (أهمية المشاركة في البرامج العلاجية من دون تشكيك).
- جلسة الإستبصار: (تحديد مدى سيطرتك على التوقف والتعاطي).
- جلسة الإستقلال: (قدرتك على تحديد تأثيرات المحيط الخارجي على سلوكك تجاه الإدمان).
- جلسـة التوجه للمسـتقبل والمثابرة: (استنباطك لمجموعة المبادئ التي تتحكم في عدم قدرتك على الصبر للوصول إلى النواتج الأخيرة مكتفيا بالكاسب المؤقتة).
- جلسة الفعالية الذاتية: (اقتناعك بأن الحظ والظروف لا تعطل الإنسان عن تحقيق أهدافه).
- جلسة الحاجة إلى التقبل: (قدرتك على اكتشاف وتحديد السلوكيات الخاطئة والعادات القديمة المسئولة عن نظرة المجتمع لك).

ويؤكد الباحث على ضرورة المرونة في تطبيق البرنامج بما لا يؤثر على سير البرنامج العلاجي حيث أن بعض أهداف الجلسـات من الممكن إعادة تطبيقها، حتى يتسنى للمشاركين الإستفادة من البرنامج العلاجي.

وتجدر الإشـارة هنا إلى أن نسـبة رضا المشـاركين عن تحقيق الأهداف تراوح مابين (١٠٠

٪) في أغلب الأهداف و (٨٣٪) في كل من الأهداف التالية حسب تقويم المشاركين للجلسات العلاجية وفق النماذج المعدة لذلك:

- ففـي جلسـة التعـافي الإيجابي كان رضا المشـاركين بتحقيـق كل من الأهـداف التالية: (تحديد الأفكار السلبية المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية) و (أهمية المشاركة في البرامج العلاجية من دون تشكيك) بنسبة ٣٨٪.

- وفي جلسـة الاستبصار كان رضا المشاركين بتحقيق الهدف التالي: (تحديد مدى سيطرتك على التوقف والتعاطي) بنسبة ٣٨٪.

- في جلسـة الاستقلال كان رضا المشـاركين بتحقيق الهدف التالي: (قدرتك على تحديد تأثيرات المحيط الخارجي على سلوكك تجاه الإدمان) بنسبة ٣٨٪.

- في جلسـة التوجه للمسـتقبل والمثابرة كان رضا المشـاركين بتحقيق الهدف التالي : (استنباطك لمجموعـة المبادئ التي تتحكم في عدم قدرتك على الصبر للوصول إلى النواتج الأخيرة مكتفيا بالمكاسب المؤقتة) بنسبة ٣٨٪.

- في جلسـة الفعاليـة الذاتيـة كان رضـا المشـاركين بتحقيـق الهدف التـالي: (اقتناعـك بأن الحظ والظروف لا تعطل الإنسان عن تحقيق أهدافه) بنسبة ٣٨٪.

- في جلسـة الحاجة إلى التقبل كان رضا المشـاركين بتحقيق الهدف التالي: (قدرتك على اكتشـاف وتحديد السلوكيات الخاطئة والعادات القديمة المسئولة عن نظرة المجتمع لك) بنسبة ٣٨٪.

ويـرى الباحث أنـه من الممكن أن نفسر أسـباب انخفاض رضا بعض المشـاركين في تحقيق الأهداف السابقة لكل من:

- نقص التفاعل أثناء التطبيق لبعض المشاركين.

- مقاومة بعض المشاركين و تذمره من المؤسسة العلاجية والمسئولين.

الفنيات العلاجية

تجدر الإشارة هنا أن الفنيات العلاجية التي استخدمت ضمن الجلسات العلاجية في البرنامج العلاجي قد حققت الهدف منها، إلا أن هناك البعض من الفنيات لم تلقى التجاوب المطلوب في البداية من قبل المشاركين وهي كالتالي :

- فنية التنفيس الانفعالي :حيث أن المشاركين لم يتجاوبوا مع هذه الفنية في بداية الجلسات إلا أنهم بعد قيام المعالج بزيادة التفاعل فيما بينهم عبر عدة ألعاب جماعية وزيادة المناقشة الجماعية بين المشاركين وبالتالي أصبحت أكثر فاعلية من دون تحفظات من قبل المشاركين، وبالتالي فيوصى عند استخدامها بأن تكون المجموعة أكثر تفاعلا، وذلك بالتركيز على زيادة التفاعل بين المشاركين وتقوية روح الجماعة بينهم، وهنا يوصي الباحث بأن تمتد جلسة تقوية روح الجماعة إلى جلستين.
- فنية لعب الدور : حيث أن المشاركين في بداية الجلسات لم يتقنوا أداء لعب الدور بسبب عدم التهيؤ المسبق لتنفيذ متطلبات الدور، مما جعل الباحث يعمل على التهيئة المسبقة لأي فنية للعب الدور قبل استخدامها بيوم بحيث يتم إشعار المشاركين قبل الجلسة بضرورة الإطلاع على متطلبات الدور، وكان لذلك أثر ايجابي لاستخدام فنية لعب الدور في بقية الجلسات، لذا يوصي الباحث بضرورة التهيئة المسبقة للمشاركين بالإطلاع على متطلبات لعب الدور قبل الجلسة العلاجية المزمع تنفيذ تلك الفنية بها .
- فنية الإبعاد والتركيز: حيث أن بعض المشاركين لم يتجاوب معها مما اضطر الباحث إلى تكثيف التثقيف النفسي لأثنين من المشاركين ليستوعبوا آلية تلك الفنية، وهنا يوصي الباحث بأهمية التثقيف النفسي الفردي للمشاركين قبل استخدام هذه الفنية ليتم استخدام هذه الفنية من دون مواجهة أية صعوبات.

مستوى التفاعل

من خلال ملاحظة الباحث للمشاركين من حيث مستوى تفاعلهم لاحظ الباحث أن أغلب المشاركين كان مستوى تفاعلهم (ممتاز) إلى(جيد جدا) إلا بعض من المشاركين (ن١٠)

كان تفاعله أقل من زملائه على أغلب جلسات البرنامج العلاجي، على الرغم من تشجيعه من قبل الباحث وزملائه المشاركين.

الأحداث المتكررة

من خلال ملاحظة الباحث أثناء تطبيق البرنامج العلاجي، لوحظ الآتي:

١ ـ أهمية مراعاة عدم مجارة المشاركين في المناقشات الغير مرتبطة بتحقيق أهداف الجلسة، حيث لاحظ الباحث كثرة المشاركات الخارجة عن مواضيع الجلسة من قبل المشاركين رغبة منهم في التنفيس عما في داخلهم ـ مشاكل شخصية، تذمر من المسئولين، مطالب أخرى ـ ولكن ذلك يصطدم مع أولويات الجلسة، لذلك وجب على المعالجين مراعاة ذلك بأن يتم إدارة الجلسة بكل احترافية مع عدم التقليل من أي من المشاركين، والتذكير بقواعد الجلسات العلاجية .(٢) التفاعل الإيجابي للمشاركين في لعب الأدوار، والطلب من قبلهم بزيادة الوقت المعد لذلك، لذا يوصي الباحث بأهمية مراعاة ذلك بزيادة الوقت المخصص للعب الدور لما لوحظ على المشاركين من تشويق واستفادة عملية جراء تطبيق فنية لعب الدوار.

٤ . ٤ التعليق العام على النتائج

حاول الباحث تفسير النتائج في حدود الدراسات المتاحة و ملاحظاته الإكلينيكية. حيث أوضحت نتائج الدراسة بصفة عامة إلى فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وبالتالي أثبت البرنامج جدواه في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

حيث أظهرت النتائج أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من التطبيق القبلي والتطبيق البعدي لصالح التطبيق البعدي لدى العينة التجريبية وقد كانت قيمة (Z) دالة عند مستوى ٠,٠٥ لكل من القياس الكلي للدافعية للعلاج من الإدمان والأبعاد الفرعية للمقياس، مما يؤكد صحة الفروض.

وتوضح هذه النتيجة فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان .

كذلـك تتفق النتيجة الحاليـة مع ما توصلت إليه (Carrol, 1994) حيث أفادت بأن للعلاج المعـرفي السـلوكي قدرة عـلى تعزيز فترات التوقف لدى مرضى الإدمان و لاشـك أن اسـتخدام مثل هذا النوع من العلاج قد ساهم في التحسن الملحوظ لدى العينة التجريبية و التي انخفضت متوسطات درجاتهم بشكل دال عن العينة الضابطة.

و تتفـق أيضاً هـذه النتيجة مع ما توصل إليه فقيه ١٩٩٦ في دراسـته حيث أفاد بأن للعلاج المعرفي فاعلية في انخفاض الأعراض الإدمانية .

كـما تتفق هذه النتيجة أيضاً مع ما توصلت إليـه (Carroll, 1996) من حيث فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في استمرار الانقطاع عن التعاطي مقارنة بالعلاجات النفسية الأخرى مما يؤكد على قدرة ذلك النموذج و ضرورة الاعتماد عليه مع بقية العلاجات المستخدمة.

وتتفـق النتيجـة الحاليـة مع ما توصلـت إليـه Carroll et al، ٢٠٠٤ أيضاً في دراسـتها و الخاصـة بفاعليـة العلاج المعرفي السـلوكي في التعامل مع مرضى الإدمـان والذي يمدهم بطرق ومهارات جديدة للمواجهة مما يساعدهم على الاستمرار في التعافي.

كما تتفق مع نتائج كلا من محمود (١٩٩١)، ودراسـة الصياح (١٩٩٧)، ودراسـة الطراونه (٢٠٠٥)، ودراسـة شـحروري (٢٠٠٦). حيـث خلصـت نتائـج هـذه الدراسـات إلى فعالية البرامـج العلاجيـة في إثـارة وتنمية الدافعية لـدى الأفراد، حيث دعمت التوجهـات النظرية في اعتبار التدريب على تلك البرامج متطلبا أساسيا لتنمية الدافعية.

ويؤكـد (Monti et al, 1989) انه لا غرابه في أن العلاج المعرفي السـلوكي يحسـن العديد من جوانب المدمن ويسـتطرد بالقول بأن تلك الآفاق الواسعة للعلاج المعرفي السلوكي تتسع لتشمل بشـكل مباشر علاج جميع المشـكلات الأخرى في حياة المدمن والتي تنعكس أثارها علي الوظائف التي ترتبط بتعاطي المخدرات. علي سبيل المثال مهارات القدرة علي حل المشكلات و إستراتيجية التكيف مع الانفعالات السلبية والقدرة علي تحمل النقد ومهارات البحث عن عمل.

ويرى (Holder et al, 1991) أن الأبحاث الحديثة لتقييم نتائج علاج الإدمان، أظهرت أن فنية التدخلات البديلة Contingency management والعلاج النفسي المعرفي السلوكي من أكثر

الوسـائل العلاجية فاعلية من حيث مسـتوي المصداقية الموضوعية والتجريبية في علاج المدمنين وأن النماذج السـلوكية بشـكل عام والعلاجات السـلوكية المعرفية بشكل خاص، أكثر فاعلية في علاج إدمان المخدرات . لذلك فان الفنيات العلاجية السـلوكية المعرفية لديها مصداقية تجريبية و إكلينيكية في فاعلية علاج إدمان المخدرات.

موجز عام على نتائج الدراسة

من خلال نتائج الفروض الدراسة يتضح مايلي:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين كل من التطبيق القبلي و البعدي لصالح التطبيق البعدي عـلى مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان والأبعـاد الفرعية له مما يؤكد صحة الفروض. وهذا يشير لفاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان .
- لا يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في متوسطات درجات المجموعة الضابطة بين القياس القبلي والبعـدي على مقيـاس الدافعية فبل تطبيق البرنامج العلاجي وهذا يشـير إلى تكافؤ الأفراد في المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة.
- يوجد فرق ذو دلالة إحصائية في متوسـطات درجات أفراد المجموعة التجريبية ومتوسـطات درجـات أفراد المجموعة الضابطة على مقياس الدافعية لصالح المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج العلاجي وهذا يشـير لأثر برنامج العلاج المعرفي السـلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان لدى المجموعة التجريبية، وهو ما يؤكد فاعلية البرنامج العلاجي .

الصورة العامة للنتائج

بالنظـر للنتائـج التي توصـل إليها الباحث يتبين عدد مـن النقاط المتعلقـة بفاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان و نلخص ذلك فيما يلي:

- إن التحسـن الحادث لـدى العينة التجريبية مقارنة بالعينة الضابطـة إنما يعكس أهمية الجوانب المعرفيـة السـلوكية و ضرورة التعـرض لهـا في أي برنامج مـن برامج علاج الإدمـان و هذا ما

أكـدت عليه كل الدراسـات السـابقة التـي تـم عرضهـا (Carroll,1994، علي فقيـه ٦٩٩١، Carroll, 1996. Carroll et al, 2004).

ـ استخدام برنامج العلاج المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان كمدخل علاجي ضمن برامج العلاج في مراكز علاج الإدمان.

مـن خـلال النتائج السـابقة يتضح انه قد تـم التحقق من صحـة فروض الدراسـة التي تم تحديدها .

الفصل الخامس

الخلاصة والنتائج والتوصيات

٥ . ١ الخلاصة

٥ . ٢ التوصيات

٥ . ٣ مقترحات الدراسة

الفصل الخامس

الخلاصة والنتائج والتوصيات

سيتناول الباحث في هذا افصل خلاصة الدراسة. ثم يعرج الباحث على كتابة التوصيات وأخيرا ينتهي الباحث بكتابة المقترحات.

٥ . ١ الخلاصة

تعد مشكلة الانتكاسة من أبرز المشاكل التي تبدو على رأس هرم المشكلات الإدمانية، وأنه ومن خلال ما لاحظه الباحث فإن من بين أسباب تكرر الإدمان في كل مرة – هو عدم وجود رغبة وقناعة من قبل المدمن نفسه في العلاج من الإدمان، وعدم وجود برنامج علاجي متخصص لتنمية الدافعية، وبناء عليه تم بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته وتصميم مقياس لقياس الدافعية للعلاج من الإدمان لدى عينة من مدمني المخدرات، وتم استخدام المنهج التجريبي للتعرف على فاعلية البرنامج .

وقد توصلت الدراسة إلى فاعلية البرنامج المعرفي السلوكي في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وأثبت البرنامج جدواه في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.

٥ . ٢ التوصيات

بناء على النتائج التي توصل إليها الباحث من خلال دراسته الحالية فإنه يوصي بشكل خاص بما يلي :

- تبني البرنامج العلاجي الذي استخدمه الباحث على جميع مراكز علاج الإدمان بالمملكة العربية السعودية.
- تبني طريقة العلاج المعرفي السلوكي نظرا لفاعليتها في تنمية الدافعية للعلاج من الإدمان.
- تبني مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان كأحد أساليب التقييم في مراكز علاج الإدمان بالمملكة العربية السعودية.

- الاستفادة من البرنامج العلاجي في عمل دورات تدريبية لمنسوبي القطاعات الحكومية والمؤسسات الاجتماعية ذات الصلة بالدراسة .

- العمل على تقسيم البرنامج بمحتواه الحالي إلى ثلاث مراحل علاجية بحيث يكون لكل مرحلة مسمى يثير الدافعية لدى المدمن لتخطيه والوصول إلى المرحلة الثانية من العلاج حتى ينتهي البرنامج العلاجي.

- العمل على زيادة التعزيزات ضمن البرنامج العلاجي بحيث يتم إضافة تعزيزات مادية (مكافئات) ومعنوية (شهادات) بعد كل مرحلة علاجية يتقدم بها المشارك.

- العمل على تلافي بعض الصعوبات المتمثلة في عدم التيسير للباحثين التجريبيين من قبل المؤسسات الحكومية متمثلة في قطاعات وزارة الصحة .

٥ . ٣ مقترحات الدراسة

استنادا إلى الإطار النظري، والدراسات السابقة، ونتائج الدراسة الحالية يقترح الباحث إجراء الدراسات التالية في المجتمع السعودي التي أثارتها الدراسة الحالية، وتعد مكملة لها :

- إجراء دراسة تتبعيه لقياس فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان عبر الزمن .

- إجراء دراسة تجريبية للوقوف على فاعلية البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان مقارنة بعدد من الأساليب العلاجية المعروفة.

- إجراء دراسة نفسية لتحديد الأفكار، والتصورات الخاطئة المسئولة عن انخفاض الدافعية للعلاج من الإدمان على مستوى مراكز علاج الإدمان بالمملكة العربية السعودية.

- إجراء دراسة لتوضيح العلاقة بين انخفاض الدافعية للعلاج من الإدمان واضطرابات الشخصية.

المصادر والمراجع

إبراهيم، عبد الستار. (١٩٩٤م). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. القاهرة، دار الفجر.

إبراهيم، عبد الستار (١٤٠٠هـ)، العلاج النفسي الحديث قوة للإنسان، الكويت المجلس الوطني للثقافة والفنون:.

أبو جادو، صالح محمد (٢٠٠٣م). علم النفس التربوي. ط٣، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

أبو رياش، حسين والصافي، عبد الكريم وعمّور، أميمة وشريف، سليم (٢٠٠٦م). الدافعية والذكاء العاطفي، ط١، عمان: دار الفكر.

أبو عطية سهام درويش (٢٠٠٥م) . مبادئ الإرشاد النفسي، عمان، دار الفكر للطباعة والنشر.

ابو النيل، محمد السيد (١٩٨٥ م) .علم النفس الاجتماعي – دراسات عربية و عالمية،القاهره، دار النهضة العربية .

أحمد، نجاح أحمد (٢٠٠٠). العوامل المؤثرة على تنمية الدافعية لدى الطلبة في المدارس

أرنوف، ويتنج (١٩٧٧م) مقدمة في علم النفس، ترجمة :عادل عز الدين الأشول وآخرون، القاهرة، دار ماكجروهيل.

بابكر، كمال عمر(٢٠٠٣م) معا لكشف المخدرات والمؤثرات العقلية. الخرطوم، دار عزة للنشر.

البار، محمد (١٩٩٠م) الأفيون ومشتقاته. دمشق، دار القلم.

البار، محمد. (١٩٩٠م) الأضرار الصحية للمسكرات والمخدرات. جدة، الدار السعودية للنشر والتوزيع.

البدور، نجاة (٢٠٠٦م) مستوى الضغوط النفسية وعلاقته بمستوى الدافعية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة عمان العربية.

بني يونس، محمد محمود (١٤٢٧هـ) سيكولوجيا الدافعية والانفعالات. الطبعة الأولى – عمان: الأردن دار المسيرة للنشر والتوزيع .

بيك، أرون. (٢٠٠٠م). العلاج المعرفي والاضطرابات الانفعالية. (ترجمة مصطفى، عادل). القاهرة، دار الأفاق العربية.

تركي، آمنة عبد الله (١٩٩٠م) دراسة دافعية الإنجاز، تطورها وتباينها وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية بدولة قطر،(أطروحة دكتوراه غير منشورة)، جامعة عين شمس، القاهرة : مصر.

التل، سعيد، وآخرون (٢٠٠٧م) مناهج البحث العلمي تصميم البحث والتحليل الإحصائي. الطبعة الأولى – عمان : الأردن، دار المسيرة للنشر والتوزيع .

توق، محي الدين (٢٠٠٣م). أسس علم النفس التربوي، ط٣، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

جابر، عبد الحميد و علاء كفافي (١٩٨٨م) معجم علم النفس والطب النفسي الجزء الاول، القاهره دار النهضه العربية .

جابر، عبد الحميد جابر، وكفافي، علاء الدين (١٩٩٠م)، معجم علم النفس والطب النفسي: القاهره دار النهضة العربية.

الجوهي، عبد الله عمر (٢٠٠٤م) أثر النموذج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مرضى الإدمان. رسالة دكتوراة غير منشورة جامعة المنيا، مصر .

الجلبي، قتيبة و اليحيا، فهد. (١٩٩٦م).العلاج النفسي وتطبيقاته في المجتمع العربي. الرياض، الإعلامية للنشر.

الحجار، محمد (١٤٠٩هـ) التدريب العلاجي الطبي السلوكي في موضوع الإدمان على المواد المبدلة للمزاج، الكحول والمواد المخدرة . المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

الحجار، محمد. (١٩٩٢م). العلاج النفسي الحديث للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

الحسين، أسماء عبد العزيز (١٩٩٧م)، فاعلية العلاج النفسي السلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير في علم النفس (غير منشورة)، الرياض: جامعة الملك سعود.

حسين، محي الدين، أحمد (١٩٨٨م) الدافعية العامة وأبعادها عند الذكور : دراسة عامليه في إطار المجتمع السعودي . دراسات في الدافعية والدوافع، الطبعة الأولى –، القاهرة، دار المعارف.

حريم، حسين (١٩٩٧ م) السلوك التنظيمي ـ سلوك الأفراد في المنظمات، عمان : الأردن، دار زهران للنشر والتوزيع،.

حموده، صفاء غازي (١٩٩١م) :» فاعلية أسلوب العلاج الجماعي (السيكودراما) والممارسة السلبية لعلاج بعض حالات اللجلجة « رسالة دكتوراة في علم النفس (غير منشورة)، جامعة عين شمس ـ كلية التربية

الخطيب، جمال (١٩٩٠م)، تعديل السلوك ـ القوانين والأجراءات، الطبعة الثانية: الرياض.

خليفة، عبد اللطيف (١٩٩٠م)،الانفعالات في عبد الحليم محمود وآخرون،علم النفس العام، القاهرة، مكتبة غريب .

دايفيدون، لندا(١٩٨٣م)، مدخل علم النفس، ترجمة سيد طواب وآخرون. القاهرة، ماكجروهيل.

درويش، أحمد محمد،(٢٠٠٠م)، الذكاء والشخصية بين الأحداث المتعاطين للمخدرات والأحداث غير المتعاطين، مجلة كلية الآداب، جامعة أسيوط، العدد الخامس، الجزء الثاني.

دسوقي، كمال. (١٩٩٠م). ذخيرة علوم النفس. القاهرة، وكالة الأهرام.

ربيع، محمد شحاته (١٩٧٧م) أصول الصحة النفسية. القاهرة .

الرشدان، عبد الله، والهمشري، عمر أحمد (٢٠٠٢م) المدخل إلى التربية والتعليم، عمان: الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع .

الرشيدي، بشير وآخرون (٢٠٠٠م). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية . المجلد الرابع . الكويت: مكتبة الكويت الوطنية للنشر.

روتر، جوليان (١٩٧١م)، علم النفس الإكلينيكي: ترجمة، عطية محمود،هنا (١٩٨٩م)، مكتبة أصول علم النفس الحديث،عمان الاردن، دار الشروق

الزراد، فيصل محمد خير (١٩٨٨م)، علاج الأمراض النفسية و الاضطرابات السلوكية،بيروت، دار العلم للملايين.

الزهراني، أحمد سعيد (٢٠٠٦م) فعالية برنامج علاجي نفسي مقترح لخفض درجة بعض الاضطرابات النفسية التالية للصدمة . رسالة دكتوراة غير منشورة، الرياض : السعودية جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية.

زهران، حامد (١٩٧٧م)، الصحة النفسية والعلاج النفسي: الطبعة الثانية.

زهران، حامد (١٩٩٤م) . الصحة النفسية و العلاج النفسي . ط٢، القاهرة: عالم الكتب.
زهران، حامد (١٩٩٨م)، التوجيه والإرشاد النفسي، الطبعة الثالثة، الرياض.
الزعبي، دلال (٢٠٠٣م)، ضغوط العمل وعلاقتها بالدافعية نحو العمل لدى رؤساء الأقسام الأكاديمية في الجامعات الأردنية، (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، عمان، الأردن، جامعة عمان العربية للدراسات العليا.
السباعي، زهير أحمد، وشيخ إدريس، عبد الرحيم (١٤١٧هـ)، القلق وكيف تتخلص منه، بيروت: دارالقلم.
سري، إجلال محمد (١٩٩٠م)، علم النفس العلاجي، القاهرة: عالم الكتب.
سعود، مصطفى عبد الرحمن (١٤١٠هـ) أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالدوافع لدى طلاب الطلاب الصف الأول ثانوي بمكة المكرمة . سلسلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة أم القرى .
سويف، مصطفى (٢٠٠٠م) مشكلة تعاطي المخدرات بنظرة علمية القاهرة : مصر، الدار المصرية اللبنانية .
السيد، عبد الحليم محمود وآخرون،(١٩٩٠م).علم النفس العام .القاهرة،مكتبة غريب .
الشبانات، عبدالرحمن ناصر (١٩٩٦م)، تقييم فاعلية العلاج العقلاني الإنفعالي لحالات الرهاب الاجتماعي دراسة (عيادية)، رسالة ماجستير غير منشورة،الرياض، المعهد العالي للعلوم الأمنية، قسم العلوم الاجتماعية، برنامج الرعاية والصحة النفسية.
الشهري، يزيد محمد (١٤٢٦هـ) السلوك التوكيدي لدى مدمني المخدرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الرياض، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .
الشناوي محمد، والسيد عبد الرحمن (١٩٩٨م) العلاج السلوكي الحديث، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر.
عاقل، فاخر (١٩٧٩م)، معجم علم النفس، بيروت: دار العلم للملايين.
عبابنة، محمد فلاح (١٩٩٩م) مستوى دافعية الإنجاز وعلاقتها ببعض سمات الشخصية. (رسالة ماجستير غير منشورة)، عمان: الأردن الجامعة الأردنية.
عبد الخالق، أحمد محمد (١٩٩٧م)، أُسس علم النفس، الطبعة الثالثة: دار المعرفة الجامعية.

عبـدالله، معتـز (١٩٩٠م)الدافعيـة، في :عبـد الحليـم محمـود السـيد وآخرون،علـم النفـس العام،القاهرة :مكتبة غريب.

العنزي، يوسـف (١٤٢٤هـ) دراسـة مقارنة بين مدمني الحشيش ومدمني الإمفتامين والعاديين في بعض خصائص الشـخصية . رسـالة ماجسـتير غير منشـورة . الرياض : السعودية جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية .

العليان، عبدالعزيز. (١٩٩٦م). المملكة العربية السعودية والجهود الدولية لمكافحة المخدرات. الرياض، مكتبة العبيكان.

عيسوي، عبد الرحمن (١٩٨٤م)، العلاج النفسي، بيروت: دار النهضة العربية.

عيسوي، عبد الرحمن (بدون تاريخ)، العلاج النفسي، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.

عيسوي، عبد الرحمن (١٩٩٠م) الإرشاد النفسي، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي.

عيسوي، عبد الرحمن(١٩٩٣م) . علم النفس علم وفن . بيروت : دار النهضة العربية للطباعة والنشر .

غانـم، محمد حسـن محمـد (٢٠٠٠م) الدافعية للعلاج لدى المدمنين – دراسـة نفسـية مقارنة . المجلـة المصريـة للدراسـات النفسـية، المجلد العـاشر، العـدد ٢٥ – الجمعيـة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة : مصر .

غباري، ثائر)٢٠٠٨م).الدافعية النظرية والتطبيق .عمان،دار المسيرة.

المدني، فاطمة (٢٠٠٠م) .دافعية الانجاز في علاقتها بالتحصيل الاكاديمي رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الملك عبد العزيز كلية التربية بالمدينة .

فتـح الله، مندور عبد السـلام (٢٠٠٦م) التقويـم التربوي دار النشر الـدولي، الرياض : المملكة العربية السعودية.

الفسفوس،عدنان أحمد (٢٠٠١م) أساليب تعديل السلوك الإنساني، الطبعة الأولى، فلسطين.

فطيم، لطفي (١٩٩٣م)، العلاج النفسي الجمعي: القاهرة،مكتبة الأنجلو المصرية.

الفقيـه، علي حسـن. (١٩٩٦م). فاعلية العلاج المعرفي في علاج حـالات الإدمان على الهروين. مكة المكرمة. رسالة ماجستير غير منشورة مقدمة لجامعة أم القرى.

قشقوش،أبراهيم وطلعت منصور (١٩٧٩م.(دافعية الانجاز وقياسها.،القاهرة، مكتبة الانجلوا المصرية .

قطامي، يوسف و قطامي، نايفة (٢٠٠٠م) سيكولوجيا التعلم الصفي . عمان : الأردن، دار الشروق للنشر والتوزيع .

قطامي، يوسف، (١٩٩٨م) سيكولوجية التعلم والتعليم الصفي. ط١، الكويت: دار الشروق للنشر والتوزيع.

قطامي، يوسف (٢٠٠٣م). أسس علم النفس التربوي، ط٣، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع .

كمال، علي (١٩٩٤م)، العلاج النفسي قديماً وحديثاً: الطبعة الأولى.

المحارب، ناصر إبراهيم (١٩٩٣م)، ممارسة العلاج الجمعي – المرشد للأخصائي النفسي، جامعة الملك سعود.

المحارب، ناصر ابراهيم. (٢٠٠٠م). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض، دار الزهراء.

محمد، عادل عبدالله. (٢٠٠٠م). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة. دار الرشاد.

محمود، نائلة (١٩٩١م) دراسة تجريبية في تنمية الدافعية. (أطروحة دكتوراه غير منشورة)، كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة : مصر .

محي الدين احمد حسين (١٩٩٨م) .دراسات في الدافعية والدوافع .القاهرة،دار المعارف.

فهمي، مصطفى)١٩٦٠م).الدوافع النفسية .القاهرة،مكتبة مصر.

ملحم، سامي محمد (٢٠٠٦م). سيكولوجية التعلم والتعليم: الأسس النظرية والتطبيقية، ط٢، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

مليكه، لويس كامل (١٩٩٤م)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك: الطبعة الثانية.

منصور، عبد المجيد و سيد أحمد (١٩٨٦م) الإدمان أسبابه ومظاهره الوقاية والعلاج . سلسلة كتب مكافحة الجريمة الكتاب الخامس مركز أبحاث مكافحة الجريمة وزارة الداخلية الرياض المملكة العربية السعودية .

النابلسي، محمد (١٩٩١م)،الإدمان وحش يهدد المجتمع، مجلة الثقافة النفسية العدد الخامس، المجلد الثاني، بيروت، دار النهضة العربية.

النشواتي، محمد. (١٩٩٢م). التصدي لأمراض العصر. دمشق، دار المعاجم.

المراجع الانجليزية

Abramas, D.B. & Niawra, R.S (1987), Social Learning theory. In H.T.Blane & K.E. Leonard (Eds) Psychological therories of drinking and alcholosm: (P.P 131 – 180) Guilford

Abdelmaugoud, M. & Moftah, A. (1995). Effect Of Psychotherapy and Behavioral Disturbances among drug addicts in Saudi Arabia. Current Psychiatry, 2, (1), 31 -39.

Alksne, Harold. (1980). The life cycle of Addiction. A conceptual framework for the examination of careers in drug abuse. PhD. Dissertation, the City University of New York.

Beck, A., Wright, F., Newman, C. & Liese, B. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. the Guilford presses, New York, London.

Blackburn, I & Twaddle, V. (1996). Cognitive therapy in action. A practitioner's casebook. London: Souvenir Press.

Brannon, L., & Feist, J.(1992) Health Psychology. Belmont, California: Wadsworth Pub.Co., p. 366.

Biernacki, P.(1986) Pathways from Heroin Addiction. Philadelphia : Temple University Press.

Blane, H. T (1990) The Personality of the alcoholic. In M.E. ehafets (Ed) Frantiers of alcholism. New York. Aronson.

Abate,L,etal (1992): Handbook of Differential Treatments for Addictions. London: Allyuand Bacon

Cassidy, T. and Richard, L. (1991) Achievement Motivation, Educational Attainment, Cycles of Disadvantage and Social Competence Some Longitudinal Data. British Journal of Educational Psychology.

Cappell, H. & Greeley, J. (1987) Alcohol and tension Reduction: An update on research and theory. In H.T.Blane & K. Leonard (Eds) Psychological theories of drinking and alcoholism. (P.P 15 – 44) New York. Guiford.

Carroll, K. M. Nich, C.; Ball, S.A.; McCance, E.; & Rounsaville, B.J. (in press). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. Addiction.

Carroll, K.M.; Rounsaville, B.J.; Nich, C.; Gordon, L.T.; Wirtz, P.W.; and Gawin, F.H. (1994a). One year follow _ up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. Arch Gen Psychiatry 51(12):989 -997.

Carroll, K. M.; Rounsaville, B.J. Gordon, L.T.; Nich, C.; Jatlow, P.M. Bisighini, R.M.; & Gawin, F.H. (1994b). Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abuser. Arch Gen Psychiatry, 51(3):177 -187.

Carroll, K.M.(1996). Relapse prevention as a psychosocial treatment approach, Areview of controlled clinical trials. Exp Clin Psychopharmacol 4:46 -54.

Carrol, K. M. 1, Samuel A. B, ; Nich C; Tami L. Frankforter, BS; Julia Shi, ; B J. Rounsaville,(2004). Efficacy of Disulfiram and Cognitive Behavior Therapy in Cocaine-Dependent Outpatients A Randomized Placebo - Controlled Trial, Arch Gen Psychiatry. 2004;61:264 -272.

Connie, frith (1997).Motivation to learn .University of saskatchwen,wwww.usask.ca/education.

Corey, G. (1991) Case approach to counseling and psychotherapy (Third Edition). Pacific Grove:Brooks/Cole.

Dupont, R. L. Getting Tough on Gateway DruGs. Washington, D.C. : American Psyhiatric Press, 1984.

Deci, E.L.,Intrinsic. Motivtion, new York :plenum press, 1975

Edgerton. J.E., & Campbell, R. J., 1994. Op. Cit. PP. 3 -4.

Edwards, G., Arif, A., & Hofgson, R. Nomenclature and Classification of Drug and Alcohol Related Problems: a W.H.O. Memorandum. Bulleting World Health Organization, 1981, 59,225 -242.

English,H.B & English,A.c., (1985) Acomprehensive Dictionary of psychology and psychoanalytical terms, new York :Lonngmans, green co.inc .

Ellis, A.(1996) Better,deeper,and more enduring brief therapy. The rational emotive behavior therapy approach. New York: Brunnes/Mazel.

Gossop, M. .(1982) Bradley, B., & Brewis, RAmphetamine Withdrawal and Sleep disturbance. Drug and Alcohol Dependence, 10, 177 -183.

Gossop, M, Relapse and Addictive Behavior. London Routledge, 1989

Gossop, M. Drug and Alcohol Problems. In S.J.E. Lindsay & G.E. Powell (Eds.). (1994) The Handbook of Clinical Adult Psychology. London and New York; Routledge,, p. 363 -368.

Hodgson, R.(1980) The alcohol Dependence Syndrome: A step in the Wrong Direction. British Journal of Addiction, 75, 225 -263.

Holder, H. Longabaugh, R. Miller, W, et al (1991). The cost effectiveness of treatment for alcohol problems. A first approximation. Journal of studies on alcohol; 52:517 -40.

Helzer, J.E. Psychoactive Substance Abuse and Its relation to dependence. In Thomas A. Widiger, et al. (Eds.), DSM - IV Sourcebook, Vol. 1. Washington, D.C. :American Psychiatric Association, 1994, P.25.

Hula, J.G. (1987) self – awarenes model, in H.T.Blane & K.E Leonard (Eds) psychological theories of duinking and alcoholism (pp 272 304 ـ) New York: Guilford.

Himmelsbach, K. and L.F. Small. (1937). Clinical Studies of Drug Addiction. Supplement NO. 125 to the Public Health Reports. Washington, D.C: U.S. Government Printing Office.

Phares, E. J. (1984). Clinical psychology: concepts,methods and professions. Homewood. The Dorsey Press.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C.,& Norcross,J.C. (1992). In search of how people Chang: Applications to addictive behaviors. American Psychologist, 47, 1102 -1114.

Vogel, V.H. Isbell & K.W. Chapman. (1948). The present State of Narcotic Addiction with Particular Reference to Medical Indications and Comparative Addiction Liability of the Newer and Older Analgesic Drugs. Journal of the American Medical Association, Vol.138. 1 December.

Slavson, S.R. (1957): Are there dynamics in the repy groups" International Journal Of Group Paychotherapy.

Korman,A.k.,(1974) The psychology of motivation. New York :prentice_Hall Inc.

Jung,J.,understanding,Human Motivation: A cognitive Approach, new York :macmillan pub .co., lnc.,1978

Lawson, G.W., Ellis, D.C.,& Rivers, P,C. (Eds.), Essentials of Chemical Dependency Counseling. Rockville MD: aspen Sys. Corp,m 1984, P.37.

Lrner, W.D.& Fallon, H.J. The Alcohol Withdrawal Syndrome. New England Journal of Medicine, 1985.313, 951 -952.

Meeks. J.D (1987) Adolescent substance abuse. Etiology and dynamics. In J.D Nosphitz (Eds) Basic handbook of child psychiatry (Vol V.pp 388 393 _). New York. Basic Books.

Marx,m.A.,(1976).I ntroduction to psychology.london,mcmillan.

Mc cielland,d.c., The Achieving so ciety, Princeton new jer _sey:van nostrand, 1961.

Mc cielland,d.c.atkinson,j.w, clark,R.A.a & Lowell,E.L. The Achierement Motive, new York :Appleton_cen_tury_crofts,1976

Monti, P. Abrams, D. Kadden, R, et al. (1989). Treating Alcohol dependence: A coping skills training guide in the treatment of alcoholism. New York, Guilford Press

Rokeach,M., Beliefs, Attitudes and values :A Theory of or ganization and change, san Francisco :Jossy_Bess pub,1976.

Oetting, E.R. & Beauvais, F. peer Cluster Theory : Drugs and the Adolescent. Journal of counceling and Development, 1991, 65, 17 -22.

Wieder, H. & Kaplan, E.H. (1969) Drug use in adolescents Psychodynamic meaning and pharmacologic effect. Psychanalytic study of the child, 24, 399.

Wilson,jd.,personality and social Behavior,in :H.J.Eysenck(ed.)(1981).Amodel of personality, new York :springer_ verlay, 210-254.

World Health Organization Expert Committee on Drug Dependence. Twentieth Report(1974) (Tec. Rep. Series No. 551). Geneva, Switzerland.

Feather, N.T. values, Expectancy and Action, Australian psychologist, 1979:14,3,243-260.

Sibulkin,A.e., Whats to them? the value of considerateness to children, in:d.o. Bridgeman(ed)(1983)The nature of pro_social Development: Interdisciplnary Thes_ries and strategies, new York :Academic press, 139-162.

Zinberg, N.E.(1981) Social Interactions, Drug Use, and Drug Research. In. J.H. Lawinson & P. Ruiz (Eds.). Substance Abuse: Clinical Problems and Perspectives. Baltimore: Williams & Wilkins, 91 -108.

المراجع الإلكترونية

الترتوري،محمد (٢٠٠٦م).دافعية الانجاز والتحصيل الدراسي،مقالة منشورة على الانترنت

www.minshawi.com

الجريوي، محمد عبد الله (٢٠٠١م) المخدرات خطر ومواجهة. (www.suhuf.net).

رضوان،(٢٠٠٧م) .السلوك الانساني .المنتدى السعودي للتربية الخاصة .

(http://www.khass.com/vb/forumdisplay.php?f=30)

شحروري (٢٠٠٦م) استقصاء فاعلية برنامج تدريبي مبني على المهارات المعرفية والانفعالية في إثارة الدافعية، دراسة منشور على الإنترنت . الأمانة العامة للمؤسسات التربوية المسيحية في الأردن. http://www.mansaf.org/amana/tanous2.htm

الصياح (١٩٩٧م) فاعلية برنامج تدريبي لزيادة الدافعية لدى المتعلمين، دراسة منشور على الإنترنت . الأمانة العامة للمؤسسات التربوية المسيحية في الأردن.

http://www.mansaf.org/amana/tanous2.htm

الطراونة (٢٠٠٥م) فاعلية برنامج إرشـادي نفسي جمعي عقلاني انفعالي معرفي في تحسين الذات المدركـة والدافعيـة والمعدل التراكمي، دراسـة منشـور عـلى الإنترنت . الأمانـة العامة للمؤسسات التربوية المسيحية في الأردن.

http://www.mansaf.org/amana/tanous2.htm

عمران،محمد (٢٠٠٤م).الدافعية :تعريفها أسبابها استثارتها،منشور على موقع

(www.almualwm.net)

الغريب، عبد العزيز (٢٠٠٧م) مشكلة العود للإدمان . دراسة منشورة على الإنترنت.

(html.2489 ـ http://www.glaksa.com/vb/archive/index.php/t

ناصر الدين، سعد (١٤٢٨هـ) دروس وإشراف ومشاكل التعليم . مقالة منشورة على الانترنت المنتدى العربي الموحد منتدى التربية والتعليم .

الملاحق

الملحق رقم (١) مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان

الملحق رقم (٢) محكمين مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان

الملحق رقم (٣) البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان

الملحق رقم (٤) محكمين البرنامج العلاجي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان

الملحق رقم (٥) المخاطبات الرسمية

الملحق الأول: مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان

من إعداد

يزيد بن محمد الشهري

إشراف

الأستاذ الدكتور/ عبد الحفيظ مقدم

أخي العزيز وفقك الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد ...

فيما يلي مجموعة من العبارات التي قد تعبر عن مشاعرك واتجاهاتك وتصرفاتك .

أرجو قراءة كل عبارة بتمعن، ثم وضع علامة (✓) أمام الإجابة التي تتفق معك .

مع ملاحظة أن الإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن رأيك الشخصي بدقة وأمانة .

وتوجد خمس إجابات أمام كل عبارة لاختيار واحدة منها :

فإذا وافقت عليها تماما ورأيت أنها تعبر عن رأيك فأرجو وضع علامة (✓) تحت الخانة (دائما).

وإذا رأيت أن العبارة تنطبق عليك كثيرا فأرجو وضع علامة (✓) تحت الخانة (غالبا).

أما إذا كانت العبارة تنطبق عليك إلى حد ما فأرجو وضع علامة (✓) تحت الخانة (أحيانا).

وإذا كانت العبارة لا تنطبق عليك ويندر حدوثها فأرجو وضع علامة (✓) تحت الخانة (نادرا).

أما إذا كانت العبارة لا تنطبق عليك تماما فأرجو وضع علامة (✓) تحت الخانة (أبدا)

مع ملاحظة ما يلي :

أتمنى عدم ترك أي عبارة من دون إجابة عنها .

أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ولا تقض وقتا طويلا في أي عبارة منها . .

أن هذه المعلومات محاطة بسرية تامة، ولا تخدم إلا أغرض البحث العلمي .

العمر : ..... مدة التعاطي : .....

التعليم :

١ ـ ( )أمي ٢ ـ ( ) ابتدائي ٣ ـ ( ) متوسط

٤ ـ ( ) ثانوي ٥ ـ ( ) جامعي ٦ ـ ( ) فوق الجامعي

شاكر لك حسن تعاونك واستجابتك الصادقة

م	العبارات	دائماً	غالباً	أحياناً	نادراً	أبداً
١	أشعر أنني قادر على مواجهة المواقف الضاغطة من دون تردد					
٢	أتحمل مسؤولية ما أقوم به من أفعال					
٣	أدرك أن الفرد لابد أن يتحمل تبعات أخطائه					
٤	أشعر بالضيق عندما لا أستطيع مواجهة العقبات					
٥	أنجز بما أكلف به من أدوار ومسؤوليات					
٦	أدرك جميع متطلبات ومهام أدواري الحياتية					
٧	أواجه المشكلات التي تعترض حياتي بدون مساعدة أحد					
٨	ألجأ إلى التبرير عند فشلي في مواجهة المواقف المختلفة					
٩	أشعر أنني لا أستطيع النجاح في كثير من أمور الحياة					
١٠	أضع لنفسي خطط وأهداف معقولة وأعجز عن تحقيقها					
١١	أشعر بالعجز في تدبير أمور حياتي والتحكم بها					
١٢	يبدوا أن بعض الناس قد خلقوا للنجاح وبعضهم خلق للفشل بصرف النظر عما يبذله كل منهم من جهد					
١٣	أشعر بالخوف عندما أضطر إلى تحمل مسؤولية عمل ما					
١٤	أشعر أن الاستمرار في التوقف عن المخدرات يحتاج جهدا كبيرا يفوق قدراتي					
١٥	أشعر أنني قادر على الاستقلال عن الآخرين وتدبر شؤون حياتي					
١٦	أشعر بالضيق وعدم الرضا عندما لا أستطيع القيام بالأعمال التي توكل إلي					
١٧	يؤثر فيني الآخرون لدرجة أنني أميل إلى تقليدهم					
١٨	لا أستطيع أن أتجنب رفقائي عندما يلحون على مسايرتهم					
١٩	يؤثر ما يقوله لي أصدقائي في أكمال مسيرة علاجي من الإدمان .					
٢٠	تأثير أصدقائي قادني لارتكاب أفعال لا أجدها مناسبة					
٢١	أفضل أن أعالج أموري بنفسي					
٢٢	أشعر بالراحة عندما يتخذ آخرون قرارات في أمور تخصني					
٢٣	أميل للدفاع عن وجهة نظري حتى لو وجدت معارضة كبيرة حولي					
٢٤	كلما وجدت العمل الذي أقوم به صعبا ازددت إصرار على إتمامه					
٢٥	أشعر بكثير من التردد والحيرة في اتخاذ قراراتي حتى في الأمور البسيطة					

٢٦	أحرص على أن أواجه مواقف فشلي بشجاعة كي أستفيد من أخطائي					
٢٧	لا أعتقد بأنني مدمن على المخدرات					
٢٨	أشعر بأنني فاقد للسيطرة على توقفي من تعاطي المواد المخدرة					
٢٩	أجد أنني كمدمن أحتاج للعلاج من إدماني على المخدرات					
٣٠	أدرك أنني بإدماني على المخدرات أقع في مشكلة					
٣١	يؤثر تعاطي المواد المخدرة على صحتي الجسمية والنفسية					
٣٢	أجد أن مزاجي يتقلب عندما أكون في حالة تعاطي للمخدر					
٣٣	أستطيع أن أسيطر على نفسي وأنا متعاطي					
٣٤	أستطيع أن أتوقف عن التعاطي من دون مساعدة الآخرين					
٣٥	ذهابي إلى أماكن وجود المخدرات والأشخاص الذين يتعاطون لا يؤثر في انتكاستي على المخدرات					
٣٦	عندما أقوم بنشاط معين أشعر بأنني غير نشيط للقيام به					
٣٧	عند مواجهة الأعمال الصعبة أجد أنني غير جدي وغير مهتم بأدائها					
٣٨	أجد أنني أنسحب من المواقف الصعبة ولا أحاول السعي لتحقيقها					
٣٩	عند محاولتي للتوقف عن تعاطي المواد المخدرة أجد أنني غير جدي في التوقف					
٤٠	في حال واجهتني صعوبات أو إغراءات تمنعني عن التوقف عن التعاطي فإنني أسعى بكل جد لتجاوزها .					
٤١	أشعر بأنني غير مكترث بالأنشطة العلاجية المقدمة للعلاج من الإدمان					
٤٢	أسعى لأن أكون شخصية مشهورة في المستقبل					
٤٣	أشعر أن الحظ يساعدني كثيرا في تخطي المصاعب					
٤٤	أحرص على أن يكون لي دور إيجابي بين أخوتي ومحيط أسرتي					
٤٥	أشعر أنني لا أستطيع أكمال ما خططت له من أهداف ومطامح					
٤٦	أشعر بالملل وعدم الرغبة في أكمال العلاج من الإدمان					
٤٧	ينتابني ضيق في الصدر وعدم رغبة في إكمال العلاج من الإدمان					
٤٨	أعتقد أن من أسباب مشكلاتي أنني غير مثابر					
٤٩	أعتقد أن عدم صبري يؤدي بي إلى المشاكل					
٥٠	لم استطع أن أحقق أي من أهدافي بسبب عدم صبري في سبيل الحصول عليها					
٥١	أشعر دائما أنني في سباق مع الزمن لتحقيق أهدافي					

٥٢	لا أترك وقت فراغي يفوتني دون أن أستثمره فيما هو مفيد					
٥٣	لا أشعر بملل من العمل المتواصل لحل مشكلة حتى أجد لها حلا مناسبا					
٥٤	أحاسب نفسي على عما قمت به سابقا وما سوف أقوم به مستقبلا					
٥٥	أحاول أن أستفيد من كل ما يقدم لي من خدمات علاجية					
٥٦	يساعدني التعاطي على نسيان مشاكلي					
٥٧	يسبب التعاطي مشاكل جسمية تضر بصحتي					
٥٨	يساعدني التعاطي على القيام بعملي بشكل أفضل					
٥٩	يجعلني التعاطي منعزلا عن الآخرين					
٦٠	أشعر بالسعادة وأنا في حالة تعاطي					
٦١	أعتقد أن أسرتي لا تتضرر من استخدامي					
٦٢	يساعد التعاطي في تقوية الجانب الجنسي لدي					
٦٣	يقلل التعاطي من علاقاتي الاجتماعية					
٦٤	أشعر بالضيقة وأنا متعاطي					
٦٥	تنتابني بعض الشكوك والأفكار بسبب التعاطي					
٦٦	أعتقد أن الوقت لازال مبكرا لتوقفي عن التعاطي					
٦٧	أجد أنني أستثمر وقتي في أشياء مفيدة					
٦٨	أشعر أنني قادر على تنظيم وقتي					
٦٩	أستطيع أن أتخلص من المغريات التي تستنفذ وقتي بدون فائدة					
٧٠	يضايقني رفقائي عندما يلهونني عن أعمالي وعن أسرتي					
٧١	ينتابني إحساس بأنني غير قادر على التحكم في الوقت خلال حياتي اليومية					
٧٢	أحب أن أقضي وقتا طويلا في السهر والسمر					
٧٣	أشعر أنني أقضي وقتا طويلا في أمور وأشياء تافهة وبسيطة					
٧٤	كثيرا ما أجد نفسي غير قادر على استثمار وقت فراغي في شيء مفيد					
٧٥	أفضل ساعات يومي هي التي أقضيها بين أصدقائي					
٧٦	أنظم جدول لما ينبغي أن أقوم به طوال اليوم					
٧٧	أشعر أن النجاح في الحياة إنما يعتمد على أن يختار الإنسان موقفا مناسبا في الوقت المناسب					
٧٨	أخطط لما أقوم به من أعمال					

٧٩	تنتابني أفكار حول مستقبل حياتي					
٨٠	أفكر في حالة حياتي وأنا غير متعاطي للمخدرات					
٨١	أشعر بالسعادة حينما أفكر في مستقبل حياتي وأنا متعافي من المخدرات					
٨٢	أتجاهل بعض المكاسب السهلة في سبيل الحصول على مكاسب ومغانم أعلى					
٨٣	أجد صعوبة كبيرة في الصبر على متطلبات العلاج					
٨٤	أهتم بالمستقبل أكثر من اهتمامي بالحاضر					
٨٥	كثيرا ما انشغل في أمور تخص مستقبلي					
٨٦	غالبا ما أخطط لكي أحقق أهدافي في المستقبل					
٨٧	أدرك أن نجاحي في العلاج يتطلب مني اجتهاد وتعب					
٨٨	أعتقد أن حظي وظروفي هي المسئولة عن عدم علاجي من الإدمان					
٨٩	أعتقد أن النجاح في الحياة يتطلب الحظ					
٩٠	أعتقد أن أمور الحياة لا تسير بدون الاعتماد على الآخرين					
٩١	أشعر بالسرور عندما أقوم بأعمالي بدون مساعدة أحد					
٩٢	قرار العلاج من المخدرات قراري وحدي ولا يمكن أن يتخذه شخص آخر نيابة عني					
٩٣	أن المشاكل التي أتعرض لها لا تعيق رغبتي في استكمال علاجي أمر بها لا تجعلني أستطيع المواصلة في العلاج					
٩٤	خسارتي لأشياء مهمة في حياتي تجعلني لا أرغب في العلاج من الإدمان					
٩٥	أشعر أنه لا فائدة مني وذلك يحبط من معنوياتي تجاه العلاج من الإدمان					
٩٦	أدرك بأهمية البرامج العلاجية الحالية في علاجي من إدمان المخدرات					
٩٧	أعتقد أن البرامج العلاجية المقدمة هي المسئولة عن عدم اقتناعي بالتوقف عن المخدرات					
٩٨	مشكلتي في عدم الاقتناع بالعلاج أنه ليس هناك أحد يفهمني					
٩٩	لا أستفيد من الجلسات العلاجية لأنها غير فعالة					
١٠٠	أشعر بعدم القدرة على التوقف على المخدرات بسبب حياتي التعيسة					
١٠١	أشعر برغبة في المشاركة في جميع الأنشطة العلاجية المقدمة لي					
١٠٢	أدرك أنني لن أستفيد من البرامج العلاجية المقدمة					
١٠٣	توقفي عن التعاطي لن يكون بسبب وجودي في المستشفى					

١٠٤	إن عدم توفير بعض الخدمات لي في المستشفى يجعلني لا أرغب في مواصلة البرنامج العلاجي					
١٠٥	عدم توفير السجائر لي يجعلني غير راغب في إكمال العلاج					
١٠٦	أعتقد أن توقفي عن المخدرات يساعد في تقبل أسرتي لي					
١٠٧	أشعر بالحزن عندما ينظر الناس لي بأنني مدمن					
١٠٨	أرغب في تغيير حياتي من أجل تغيير نظرة الناس عني					
١٠٩	اشعر بأنني ليس لي قيمة بين أفراد جماعتي					
١١٠	أدرك بأنني أسأت لسمعة أسرتي بتعاطي المخدرات					
١١١	علاجي من الإدمان يساعد في تقبل المجتمع لي					
١١٢	مشاركتي للمجتمع تحد من نظرتهم السلبية لي					
١١٣	أدرك بأن تغييري لعاداتي السلبية القديمة أثر كبير في تقبل المجتمع لي					

الملحق الثاني: قائمة بأسماء محكمين مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان

م	الاسم
١	د. حسين الحميد استشاري الطب النفسي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
٢	أ . خالد العنزي أخصائي نفسي إكلينيكي أول بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
٣	أ . سعيد سالم الأسمري أخصائي نفسي إكلينيكي أول بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
٤	د . صلاح فؤاد الشعراوي أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز
٥	د. عبد الرحمن عيد السناني أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة الطائف
٦	د . عبد الرحمن العمري أخصائي نفسي إكلينيكي أول بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
٨	أ . عبد الله أحمد الوايلي أخصائي نفسي إكلينيكي أول بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
١١	د. محمد القرني استشاري العلاج النفسي ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
١٢	د . محمد علي الماحي استشاري الطب النفسي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
١٣	د . مروان علي المحمدي أستاذ علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
١٤	د .مصطفى كمال خضر أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
١٥	د. يوسف سطام العنزي أخصائي نفسي إكلينيكي أول ورئيس قسم الخدمات النفسية بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض

الملحق الثالث: البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للإدمان

من إعداد

يزيد بن محمد الشهري

إشراف

الأستاذ الدكتور/ عبد الحفيظ مقدم

الجلسة : الأولى **المدة: (٧٠) دقيقة**

موضوع الجلسة : التهيئة والتعارف وإجراء الاختبار القبلي

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

- أن يتعرف المشارك بالمعالج وببقية الأعضاء المشاركين .
- أن يقدم المشارك نفسه للمجموعة العلاجية المشاركة بالبرنامج العلاجي.
- أن يتعرف المشارك على البرنامج ويكتشف خطواته وأهدافه.
- أن يستجيب المشارك للاختبار القبلي وذلك بهدف التعرف على درجة الدافعية على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان.
- أن يتعرف المشارك على مواعيد الجلسات ومواضيعها وترتيبها وتاريخها.
- أن يتمكن المشارك من تعلم كلا من قواعد الجلسات وكيفية أداء الواجبات.

الفنيات العلاجية المستخدمة :

التعليم والتدريب، المناقشة

الطريقة والإجراءات :

١ ـ يعرف المعالج نفسه بطريقة موجزة يتضمن ذلك آخر مؤهل علمي حصل علية وعدد سنوات الخبرة في الممارسة العلاجية، ويتقبل المعالج المشارك كما عرف نفسه ويناديه بالاسم أو الكنية التي اختارها لنفسه، كما يعرف كل مشارك عن نفسه أمام زملائه الآخرين ويرحب بهم، يتضمن ذلك توزيع المشروبات على المشاركين لزيادة التفاعل، على أن يستمر ذلك لبقية الجلسات التالية. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٥ دقيقة)

٢ ـ ثم يطبق المعالج النفسي أداة القياس التي قام بإعدادها لقياس درجة الدافعية للعلاج من الإدمان ويشرح للمشاركين تعليمات التطبيق والتأكيد على أهمية إعطاء أول إجابة تتبادر إلى الذهن وأهمية الصدق في الإجابة. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

٣ـ ثم يقوم المعالج بوصف العلاج المعرفي السلوكي بأسلوب موجز وبلغة عربية مبسطة وسهلة مـع تجنب المصطلحـات الفنية، وتعريفه لهم بأنه أحد الأسـاليب الحديثـة في العلاج النفسي ويعـرف بأنـه: علاج مباشر تسـتخدم فيه فنيات معينه لمسـاعدة الفرد عـلى تصحيح أفكاره السلبية التي يصاحبها خلل إنفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ضبط انفعالي وسلوكي .

وهو طريقة للتحدث حول :

ـ كيفية تفكيرك بنفسك والعالم من حولك والناس الآخرين.

ـ كيفية تأثير ما تفعل على أفكارك ومشاعرك.

ـ ويتم طرح السؤال التالي للمشاركين كيف يساعدك العلاج المعرفي السلوكي ؟

وبعـد النقـاش عن آرائهم يتـم الإجابة على السـؤال بأنه يمكن أن يسـاعد العـلاج المعرفي السلوكي على تغيير كيف تفكر (معرفي) وكيف تعمل (سلوكي) .

هذه التغييرات يمكن أن تسـاعدك على الشعور بشكل أفضل، على عكس بعض العلاجات الكلاميـة الأخـرى فإنه يركز على المشـاكل و الصعوبـات الآنية . عوضا عـن التركيز حول أسـباب مشـكلتك وأعراضها في الماضي، فإن هذا النوع من العلاج يبحث في طريقة تحسين حالتك الذهنية الحالية .

كما يطرح المعالج التساؤل التالي : كيف يعمل العلاج المعرفي السلوكي ؟

وبعد أخذ رأي المشـاركين يتم الجواب بأنه يمكن أن يسـاعدك على فهم المشـاكل المسـيطرة عليـك عـن طريق تقسـيمها إلى أجزاء صغيرة، وهذا يسـهل عليك رؤية كيفيـة اتصال هذه المشاكل ببعضها البعض وكيفية تأثيرها عليك .

هذه الأجزاء هي :

حالة معينة، مشكلة ما، حدث أو موقف معين أو وضع صعب : تؤدي إلى :

أفكار ـ أحاسيس ـ مشاعر جسدية ـ أفعال وسلوك

كل هـذه الأجـزاء يمكـن أن تؤثـر عـلى بعضها البعـض، فكيفيـة تفكيرك حول مشـكلة ما وطريقة تفسـيرها يمكن أن يؤثر على كيفية شـعورك جسـديا وحسـيا ويمكن أيضا أن يغير كيفية تعاملك معها .

مثال : يوجد طرق مفيدة لتفاعلك مع معظم الحالات وهذا يعتمد على كيفية تفكيرك حولها وطريقة تفسيرك للأمور :

الحالـة: مررت بيوم عصيب، وشـعرت بالضجر ثم ذهبت للتسـوق ، وبينما أنت تمشي على الطريق فإذا بشخص تعرفه يمر بجانبك وقد تجاهلك بوضوح.

إذن نفـس الحـال أدت إلى نتيجتين مختلفتين اعتمادا على طريقة تفكيرك حولها وتفسـيرك لها . كيفية تفكيرك أثرت على كيف شعرت وماذا فعلت.

في الطريقة غير المفيدة : تجد نفسك حكمت على الموضوع بدون دليل وهذا مهم لأنه أدى إلى :

١ ـ عدد من المشاعر غير المريحة. ٢ ـ سلوك غير مساعد

إذا ذهبت للبيت وأنت تشعر بالاكتئاب فاحتمال كبير أنك ستطيل التفكير بما حدث وتشعر أكثر سـوءا، لكنك لو اتصلت بهذا الشـخص فهناك فرصه جيدة بأن تشـعر بشـكل أفضل. وإذا لم تفعـل سـوف لن يكون لديك الفرصة لتصحيح أي سـوء فهم حـول ما بدر من هذا الشخص واحتمال كبير أن تشعر بسوء أكثر.

هـذه طريقة مبسـطة للنظر فيما يحدث ويتم تطبيقها على تغيير الأفكار السـلبية المسـئولة عن ضعـف المشـاركة الإيجابيـة في البرامج العلاجية بحيث تسـتنبط أنت بنفسـك وأن تسـتنتج طرقـك الخاصـة للتعامل مع مثل هذه المشـاكل، إذن هـذه الحلقة المفرغـة يمكن أن تجعلك تشـعر بالسـوء، فربما تخلـق حالات جديدة تجعلك تشـعر بسـوء أيضا . ربما تبـدأ بالاعتقاد بأشـياء غير واقعية حول نفسـك، هذا يحدث لأنه عندما نكون بحالة شدة نفسية وتوتر فإننا أكثر احتمالا للتسرع بالحكم وأن نفسر الأشياء بطريقة متشددة وغير مفيدة.

فالعـلاج المعـرفي السـلوكي يمكن أن يسـاعدك عـلى كسر هذه الحلقـة المفرغة مـن التفكير المشوش والمشاعر والسلوك المرافق. عندما ترى أجزاء هذا التسلسل بوضوح فباستطاعتك تغييرها وبهذا تغير شعورك حولها .

فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف لأن يوصلك إلى حد معين بحيث تؤدي العلاج أنت بنفسك.

٤ ـ ثـم يقـوم المعالج بتوضيح عدد الجلسـات وهي (١٩) جلسـة بمعدل جلسـة باليوم كأقصى حد قابله للتكرار في بعضها، كما يشرح المعالج أهداف البرنامج للمشـاركين، يتضمن ذلك عرض بصري يتناول شرح موجز لجلسات البرنامج بشكل عام . (الوقت المستغرق للتنفيذ: ١٠ دقائق)

٥ ـ ثـم يعطـي المعالج الفرصة للمشـاركين لإبداء رأيهـم في البرنامج وطرح استفسـاراتهم، ثم يقـوم المعالج برصدها والرد عليها، كما يحدد المعالج مواعيد الجلسـات القادمة بالاتفاق مع المشاركين على أن تكون جلسة كل يوم . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق)

٦ ـ ثم يوضح المعالج للمشـاركين قواعد المناقشـة في الجلسات العلاجية عبر عرض بور بوينت يتناول قواعد السـلوك في الجلسـات العلاجية، كـما يؤكد المعالج للمشـاركين بأهمية متابعة الجلسات وأهمية تطبيق التمارين بكل جدية . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق)

الوسائل المستخدمة :

عرض بصري باستخدام (باور بوينت) Power point

المحاضرة والحوار

استخدام السبورة

الجلسة : الثانية **المدة: (٦٠) دقيقة**

موضوع الجلسة : تقوية روح الجماعة

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

ـ أن يعبر المشارك عن مشاعره ويصف خبراته حول الإدمان.

ـ أن تزداد الألفة بين المشارك والمعالج وبين بقية المشاركين، عبر لعبه جماعية تزيد من التفاعل بين أعضاء المجموعة.

ـ أن يكون المشارك تحالف علاجي مع بقية الأعضاء.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

اللعب الجماعي، التنفيس الانفعالي، المناقشة

الطريقة والإجراءات :

١ ـ يقوم المعالج بتنشيط عملية التفاعل بين المجموعة بإتاحة الفرصة الكافية أمام أفراد المجموعة لتشجيع بعضهم البعض، عبر لعبه جماعية يتم فيها تمثيل مجموعة من الحكم والأمثال الهادفة، يتعرف عليها فريق الممثل، وذلك بعد تقسيم المشاركين إلى فريقين متنافسين على حصد النقاط، والفائز من المجموعتين يحصل على جائزة تشجيعية. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٣٠ دقيقة)

٢ ـ يشرح المعالج أهمية التنفيس الانفعالي، هو أسلوب هام في عملية العلاج ويقصد به تنفيس وتفريغ المشارك عن المواد المشحونة انفعالياً حتى يتمكن من التعامل مع الناس ويشق طريقه في الحياة. ويقوم هذا الأسلوب على تعليم المشارك أن يعبر عن المشاعر التي يحس بها وبصورة تلقائية وبكل حرية وأن يعبر أيضاً عن صراعاته و إحباطاته وحاجاته ومشكلاته

ومخاوفه بطريقة كلامية ويشجعه المعالج على تذكر التجارب الصادمة التي تعرض لها وبيان أحداثها بدقة وتفصيل والبوح عن العواطف الحالية والأهداف المستقبلية لكي يتمكن من إدراكها والوعي بها. ويقوم المعالج بتسهيل معرفة المشارك لأجزاء النفس الداخلية ليدركها بوضوح، والوعي بما سيفعله وكيفية فعله، ليصبح في وضع يمكنه من اختيار السلوك المناسب والمقبول.، كما لا بد من توثيق العلاقة العلاجية بين المعالج والمشارك في جو نفسي صحي ومناسب وقد يستعين المعالج بوسائل مساعدة في عملية التنفيس الانفعالي، ومما يعرقل عملية التنفيس الانفعالي الانفعالات المؤلمة التي يشعر بها المشارك كالشعور بالخزي والعار أو الشعور بالذنب مما يضطره إلى اللجوء إلى حيل الدفاع النفسي لمواجهة هذه الانفعالات المؤلمة مثل الإنكار والإلغاء وغيرها، كما أن للتنفيس الانفعالي فوائد عديدة تتمثل في تخفيف ضغوط الكبت لدى المشارك والتخلص من التوتر الانفعالي، كما يفيد في التخلص من الحمولة النفسية والشحنة الانفعالية الزائدة عن طاقة التحمل. من حيث كونه وسيلة يعبر بها الفرد عن مشاعره نظرا لخطورة كبت تلك المشاعر خصوصا السلبي منها،، حتى لا تتفاقم تلك المشكلات أو ينتج عنها مشكلات أخرى . كذلك يشرح المعالج إمكانية تعبير احد المشاركين المتطوعين عن مشاعره ومعاناته والمواقف المؤلمة التي قد تعرض لها، وتحريك وتقوية الدافع العلاجي لدى المجموعة من خلال تشجيعهم وتهيئة الجو المناسب وإيجاد جو من الطمأنينة وصدق التعامل يلي ذلك إعطاء الفرصة لبقية المشاركين للتعبير عن مشاعرهم. وفي النهاية يحاول المعالج التأكد من فهم المجموعة لما تم شرحه، ومناقشتهم فيها والرد على أي استفسار حول ما تم. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

يشرح المعالج أهمية المشاركة الفعالة في تقوية روح الجماعة وأهمية ذلك في سير العملية العلاجية من دون تكلف أو إحراج لأي عضو في المجموعة العلاجية، يلي ذلك الاتفاق مع المشاركين على مبدأ المشاركة الفعالة في البرنامج. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق)

الجلسة : الثالثة والرابعة **المدة: (٨٥ + ٨٠) دقيقة**

موضوع الجلسة : الدافعية الموجبة

وهو شعور المدمن بالجدية والنشاط في مواجهة المهام والأعمال الصعبة، والسعي الإيجابي تجاه تذليل ومغالبة أي صعوبات أو معوقات تعترض مسعاه لبلوغ وتحقيق أهدافه الذاتية التي وضعها لنفسه.

التمهيد :

الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة من قبل المشاركين. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق)

الهدف من الجلسة :

- من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :
- أن يواجه المشارك المواقف والأعمال الصعبة التي تؤثر على سير العملية العلاجية بجدية ونشاط.
- أن يذكر المشارك سلبيات التعاطي وايجابياته بحيث تكون أكثر من عشر نقاط لكل نمط .
- أن يستكشف المشارك أهمية المثابرة والصبر في بلوغ الأهداف.
- أن يوافق المشارك على أهمية التفاؤل والإقدام بإيجابية تجاه تذليل الصعوبات وعدم الانكسار لها.
- أن يتعرف المشارك على أهمية الاسترخاء في القدرة على التركيز وتبني القرارات الصحيحة للعلاج من الإدمان.
- أن يطبق المشارك الاسترخاء العضلي والمعرفي.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

التعليم والتدريب، الحوار، التنفيس الانفعالي، تحليل الخسائر المكاسب، لعب الدور، الاسترخاء، التغذية الراجعة

الطريقة والإجراءات :

١ ـ يقوم المعالج بتقديم تثقيف نفسي مباشر يتناول موضوع النجاح والإرادة الصلبة عبر محاضرة يتم فيها استخدام البور بوينت فقد تكون المشكلة الأساسية للمعالج نقص أو عدم توفر المعلومات المناسبة التي يمكن أن يبني عليها المشارك اختيارا من الاختيارات المتاحة أمامه وفي مثل هذه الحالات فان المعالج يعتبر المحرك الأول لعملية الحصول على المعلومات بأن يكون مديراً لعملية الحصول على معلومات وأن يكون مصدراً مناسباً لمصادر المعلومات .

ومهام المعالج في هذا المجال تتمثل في :

ـ تحديد مدى الحاجة للمعلومات.

ـ تحديد المعلومات اللازمة.

ـ اختيار المعلومات المناسبة والتي تتوفر فيها الدقة والحداثة.

ـ عرض المعلومات للمشارك في صورة مناسبة.

ـ الاستفادة من المعلومات في تحقيق الأهداف العلاجية.

وقد تكون المعلومات المطلوبة معلومات معرفية لا يترتب عليها اتخاذ قرار وإنما يحتاجها المشارك في مواقف حياته أو في بعض جوانب مشكلته مثل المعلومات الاجتماعية والدينية والصحية وغيرها. وتزويد المشارك بالمعلومات يمثل جانباً مهماً من جوانب العلاج وقد يحقق الهدف العلاجي، ويدخل في هذا الجانب إتاحة المعلومات عن المشارك نفسه وتفسيرها له ليستفيد منها في تحقيق الأهداف العلاجية، يتبعها حوار مع المشاركين يتم التركيز فيها على مراحل وخطوات النجاح . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٠٢ دقيقة)

٢ ـ يقوم المعالج بتذكير المشاركين بأهمية التعبير عن المشاعر الداخلية وذلك باستخدام فنية التنفيس الانفعالي والتي من خلالها يتم تقوية العلاقة بين الأعضاء ببعضهم البعض ومع المعالج حيث ينفس كل عضو عن الخبرات التي لحقت بكل فرد جراء إدمانه متناولا الأضرار الصحية والاجتماعية والنفسية من خلال استخدام فنية تحليل الخسائر والمكاسب،

وهـي أحد فنيات الدافعيـة : فهناك علاقة قوية متبادلة بين الدافعية والسـلوك، حيث يقوم العلاج المعرفي السـلوكي على مبدأ إثارة الدافعية الداخلية، فبدونها سـتبدو محاولات التغيير النفسي(العـلاج) جهـد ضائع، ولذلـك يوظف المعالج المعرفي السـلوكي فنيات عدة في كل مراحـل العـلاج تزيد الدافعية الداخلية عند المشـارك. ويتطلب من المشـارك أن يضع قائمة بمحاسن و مساؤى شعور سلبي معين . شكل رقم(١) (كالغضب أو القلق)أو فكرة سلبية (مثل : إنا سيئ)، أو اعتقاد هازم للذات(مثل :»يجب إن أكون كاملا)،أو سلوك هازم للذات (التعاطي للمخدرات).يزن المريض المحاسـن مقارنة بالمسـاوي على مقياس من ١٠٠(على سبيل المثال ٥٠ ـ ٥٠، ٥٠ ـ ٥٠،الخ).ثم يضع المشارك قائمة بمحاسن و مساؤى أو فكرة أو سـلوك سـلبي .ولكن يركز إلى إبراز محاسـن الاتجاه أو السلوك السـلبي،واجعل المشارك يكون على وعي بالتأثيرات القوية التي تبقيه متورط (أو غاضب،الخ) شكل رقم(١).

ثم،بدلا من تعداد المساوئ،اسأل سؤال مثل :»مع كل هذه المحاسن في هذه الفكرة(أو الاتجاه أو السـلوك)،لمـاذا عليك إن تتغير ؟.تسـتخدم هذه الطريقة القوية مـع المرضى المقاومين أو المعارضين،ويجب إن تستخدم بلطف وحذر. وذلك من شأنه أن ينمي جانب النقد والتقويم الذاتي لدى المريض ليكتشـف ويعي التأثيرات القوية التي تبقيه متورطا في سـلوك الإدمان، يعطى المشـاركين تمرين يقومون فيه بالتدرب على تلك المهارة . (الوقت المسـتغرق للتنفيذ : ٠٢ دقيقة)

خسائر		مكاسب	
١		١	

الشكل رقم (١)

قائمة بمحاسن وخسائر سلوك الإدمان

٣ـ يسـتخدم المعالج فنية لعب الدور وهو قيام المشـارك بتمثيل أدوار معينة أمام المعالج أو تمثيل أدوار أمام جماعة من المشـاركين حيث يكشـف المشارك من خلال التمثيل مشاعره فيسقطها عـلى شـخصيات الدور التمثيـلي وينفس عن انفعالاته و يسـتبصر بذاته ويعـبر عن اتجاهاته وصراعاتـه ودوافعـه. كما أن لعب الأدوار يسـهل عملية تقبل المشـاكل لأننا نفهم المشـاكل

بطريقة أفضل إذا عرضت علينا وأننا نتعلم في الحياة من المثل والنماذج التي نشاهدها، ويوفر لعب الدور للمشارك فرصة للتعلم والتدريب على الحلول الممكنة في موقف معين. ويهدف الدور الذي يقوم به إلى الكشف عن أهمية التشائوم والسلبية ودورها في عدم نيل الهدف المراد مع تكرار لعب الدور بهدف الكشف عن أهمية التفائول والإقدام بإيجابية ودورة في الوصول إلى الهدف المنشود، بحيث يعطى المشارك وصف تفصيلي للدور المطلوب تنفيذه، ثم يقوم المعالج بالطلب من المشاركين بتلخيص لما تم وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج والوصول لاستنتاجات لكل عضو من المشاركين بالمجموعة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقيقة).

وصف للدور الذي يقوم به المشارك :

يقوم المشارك بلعب دور المتشائم والسلبي في نظرته للحياة عموما ونظرته في العلاج خصوصا وما قد يسببه ذلك التشاؤم من إحباط يؤدي إلى عدم تحقيق الهدف المنشود، بحيث يقدم المشارك مجموعة من الانتقادات والآراء التي من شأنها تحبط العزيمة نحو المضي قدما في سبيل تحقيق الهدف النهائي . ثم يقوم نفس المشارك بأداء دور عكسي للدور السابق يقوم فيه بلعب دور المتفائل الإيجابي والذي ينظر للمواقف التي تواجهه بإيجابية ويعكسها لصالحه بدلا من التذمر والوقوف وعدم مواجهتها مما يساعده في تجاوز الصعاب والوصول للهدف النهائي الذي يطمح إليه

وصف تفصيلي للدور :

المتشائم

المعالج أو أحد المشاركين : كيف أحوالك اليوم

المشارك (المتشائم) : سيئة كالعادة

المعالج : لماذا

المشارك : الحياة صعبة ولا يوجد أحد يقدرك والنفسية متضايقة

المعالج : طيب لماذا لم تحاول أن تغير من حياتك

المشارك : لم يعد ينفع في هذه الدنيا شيء

المعالج : طيب هل حاولت محاولات جادة وفشلت

المشارك: أنا أؤكد لك أن حظي سيء والدنيا دائما مقفلة في وجهي وما في أمل منها

المعالج : إلى الدرجة هذه محبط

المشارك : ليس إحباط ولكن هذا هو الواقع ومستحيل يتغير

المعالج : طيب كيفك مع التوقف عن التعاطي

المشارك: لا أستطيع أن أتوقف عنها لأنها تنسيني مشاكلي

المعالج : طيب ما جربت تتوقف وتشوف تأثير التوقف عليك

المشارك : أنا أعرف أنه لن يتغير شيء، ثم أن المخدرات لم تؤثر فيني، لأني أستخدمها لتعديل المزاج

المعالج: إذن أنت تقول أنك تستعملها عشان تنسيك المشاكل والهموم،وهذا يدل على أن لديك مشاكل ولم تحاول حلها وتتهرب من مواجهة المشاكل بالتعاطي

المشارك : أنا لو أشوف أنه سوف تنحل المشاكل كان واجهتها وحليتها بس الأمور معقدة جدا ومستحيل تنحل .

(ب) المتفائل

المعالج : كيف أحوالك

المشارك المتفائل : الحمد لله بخير وللأحسن ان شاء الله ودعواتك لي بالتوفيق

المعالج : الله يوفقك وييسر أمرك

المشارك: جزاك الله خيرا

المعالج: كيف الحياة معاك

المشارك : جالس أبحث عن عمل وربك يفرجها ويرزقني

المعالج :يعني لديك مشاكل مادية

المشارك : الإنسان مبتلى وربي لا يبتلي إلا المؤمن ويختبر هل سيصبر أو يقنط من رحمة الله، وأبشرك أنني صابر ومتفائل وأملي في الله كبير وأدعوه بالليل والنهار وفي كل صلاه وربك ييسر الأمر

المعالج:شكل حظك سيء في الدنيا

المشارك : التوفيق بيد الله والمسألة مسألة وقت ليس إلا

المعالج : أكيد أنك تأثرت نفسيا وتشعر أنك محبط

المشارك: لا يأس مع الحياة والرسول صلى الله علية وسلم يقول (تفاءلوا بالخير تجدوه) وأنا دائما متفائل وأما ضيقة النفس فأحاول أن أزيلها بالإكثار من قراءة القرآن والصلاة في وقتها

المعالج : طيب كيفك مع التوقف عن التعاطي

المشارك : أبشرك أني في الخطوات الأولى لتركها وأسأل الله أن يعصمني عنها ويجنبني مخالطة أصحابها

المعالج: طيب على كذا أثرت عليك المخدرات

المشارك :أكيد وتأثيرها سلبي في أغلبه

المعالج : أذن تستطيع أن تتوقف عن التعاطي

المشارك : أكيد بإذن الله عندي الرغبة القوية في التوقف وأنا مؤمن بأن الله راح يوفقني متى ما عملت الخير وتركت الشر يقول الله تعالى ﴿فقلت استغفروا ربكم إنه كان غفاراً يرسل السماء عليكم مدرَاراً ويمددكم بأموال وبنين ويجعل لكم جنات ويجعل لكم انهاراً﴾ صدق الله العظيم قال الرسول ﷺ : «من أكثر الاستغفار جعل الله له من كل هم فرجا ومن كل ضيق مخرجا ورزقه من حيث لا يحتسب».

٤ ـ ثم يقوم المعالج باستخدام فنية لعب الدور وذلك بهدف لعب دور المحرض فيلعب المعالج أو أحد المشاركين دور الأفكار التي تغري المريض بالتعاطي ويجب على المريض الرد على هذه الأفكار ويمكن تبادل الأدوار بحيث يعطى المشارك وصف تفصيلي للدور المطلوب تنفيذه، ثم يقوم المعالج بالطلب من المشاركين بتلخيص لما تم من قبل المشاركين والوصول لاستنتاجات لكل عضو من المشاركين بالمجموعة . نهاية الجلسة (الوقت المستغرق للتنفيذ: ٢٠ دقيقة)

وصف الدور الذي يقوم به المشارك : يقوم كل من المعالج أو أحد المشاركين بلعب دور الطرف المحرض على تعاطي المخدرات وذلك بإغراء المشارك بالتعاطي عن طريق إغراءه عبر تذكيره بالأفكار التي تساعد على التعاطي، ومن ثم فأن المشارك يقوم بالرد على تلك التحريضات ودحضها والتخلص من الموقف بفعالية . ثم يقوم المشارك بقلب الدور ويلعب دور المحرض والطرف الآخر دور الضحية المستهدفة .

وصف مفصل للدور:

المحرض : كيف مزاجك اليوم

المشارك : ممتاز ولله الحمد

المحرض : أنا سعيد أني رأيتك

المشارك : مشكور

المحرض : تتذكر أيام الروقان والبسطه

المشارك : الله لا يعيدها أيام

المحرض : يا أخي لا تبالغ وأنسى الطفش وخليك رايق

المشارك : الحمد لله رايق من دون مخدرات

المحرض : لازم نشوفك اليوم فيه سهرة خاصه فقط للمميزين

المشارك : أنا ولله الحمد تبت إلى الله من هذه الأشياء

المحرض : ليله ما تفرق وبعدين ليس بالضرورة انك تستخدم، أحضر فقط للتسليه

المشارك : أنا حرمتها على نفسي ولو سمحت لا تكلمني في الموضوع

المحرض: يا أخي ليس مطلوب منك أن تدفع ريال واحد بس ونسنا بحضورك معي

المشارك : أنا قلت لك (لا) يعني (لا) وبما أنك لا زلت على حالك البطال فأنا من طريق وأنت من طريق .

التمارين : يعطى كل مشارك واجب يقوم فيه بالتدرب من خلال استخدام فنية تحليل الخسائر والمكاسب بحيث يضع المريض قائمة بمحاسن ومساوئ سلوك الإدمان ثم يزن المريض المحاسن مقارنة بالمساوئ على مقياس من ٠٠١ ويتم مناقشته في بداية الجلسة القادمة .

٥ ـ يرحب المعالج بالمشاركين ويشكرهم على الحضور، ويسألهم عن استفساراتهم وأسئلتهم عن الجلسة السابقة، ثم يوضح المعالج طبيعة البرنامج التدريبي للاسترخاء من كونه يساعد المشارك على التركيز وتبني القرارات الصحيحة للعلاج من الإدمان، حيث يعتبر الاسترخاء واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وهناك عدد من أساليب الاسترخاء التي عرفتها معظم الشعوب منذ وقت طويل، وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمرين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي.

وهناك ثلاثة عوامل مهمة جدا يجب ذكرها والتركيز عليها، وهي تحدد مدى الاستفادة من تمارين الاسترخاء كما ذكرها العالم بيتل: ١. الرغبة: أن توجد لدى المشارك رغبه للحصول على الاسترخاء. وتعلم وسائل الاسترخاء وطرقها إن كانت هذه الرغبة موجودة فانا سأحصل على درجة استرخاء عالية. ٢. الفهم: يجب أن يفهم المشارك الأسباب التي دفعته للقيام بهذه التمارين وما هي الفائدة منها والفلسفة من القيام بهذه التمارين. ٣. الالتزام: يجب أن يلتزم المشارك بالاستمرار بممارسة التمارين،و يجب أن يحدد فترة زمنية يومية يقوم من

خلالها بهذه التمارين وتكون عملية ممارسة التمارين منتظمة ومستمرة . هناك شروط يجب إتباعها والالتزام بها في الاسترخاء الذهني: ١. اخذ وضع مريح سواء جلوس أو استلقاء أو حتى وقوف. ٢.يجب أن يقوم الفرد بها أثناء مكان يسوده الهدوء التام. ٣. استخدام التنفس العميق وتنظيم التنفس يثير حالة الاسترخاء. ٤. التركيز على موضوع شيء معين طوال فترة التأمل الفكري.

فوائد الاسترخاء الذهني: ١. خفض حدة دقات القلب. ٢. التقليل من كمية العرق. ٣. تنظيم ذبذبات المخ. ٤. تقليل تأثير الأصوات العالية على الإنسان. ٥. يحسن الذاكرة. ٦.يحسن أداء العمل والتحصيل الدراسي. ٧. يقلل حدة الاكتئاب. ٨. ترفع مفهوم الذات. ٩. يقلل الصداع النصفي والتوتري. ٠١. تحسن طبيعة النوم .

فالاسترخاء يعني التوقف الكامل لكل الانقباضات والتقلصات العضلية المصاحبة للتوتر، والذي يؤثر على الإنسان جسميا وانفعاليا ومعرفيا وسلوكيا.

وقبل البدء بالاسترخاء يقوم المعالج بنمذجة خطوات تمرين التنفس أمام الأعضاء ثم يكلف كل مجموعة تنفذه لوحدها بقيامهم بلعب الدور، ويقوم المعالج بالتغذية الراجعة لهم ، ثم يفتح النقاش حول تمرين التنفس.

يبدأ المعالج بعرض أسلوب الاسترخاء (تعلم كيف تسترخي) والذي يعد من أنجح الوسائل لتصفية العقل من كافة الأفكار، والاسترخاء ليس مجهودا يبذل بل هو امتناع تام عن كل مجهود، وللاسترخاء العديد من الفوائد منها:

صرف الأفكار بعيدا عن التشكك والارتياب في مقاصد الغير والغضب المصاحب لهذه الأفكار.

يساعد الاسترخاء على الوصول إلى استجابة منطقية لمثيرات الغضب وخفض التوتر العصبي والقلق .

يستبعد التغيرات الفسيولوجية السالبة المصاحبة للغضب والتوتر العضلي يعيد تركيز الانتباه بعيدا عن المثيرات الخارجية الخاصة المهيجة ويعيدها إلى الضبط الداخلي .

يعطي وقتا كافيا قبل أن يختار الإنسان كيف يستجيب للمثيرات(العقاد، ١٠٠٢ : ٨٥١).

ثم يبين المعالج للمشاركين انه يمكنك الاسترخاء أينما كنت، فدع عضلات جسمك تتراخى اجلس أو ارقد في استرخاء، أغمض عينيك أن أردت أو اتركهما مسبلتين، أنت الآن تجلس في سكينة واسترخاء تنفس بانتظام وببطء، لا قلق لا توتر لا شد، كل القلق يتسرب ويخرج من جسمك تدريجيا، إحساس بالراحة والهدوء ينتشر جسمك كله،خذ نفسا عميقا بطيئا وأخرجه ببطء وهدوء.

ثم يهيئ المعالج المشاركين لممارسة التدريب على الاسترخاء من خلال توضيح الآتي:

أنهم مقبلون على تعلم خبرة جديدة أو مهارة لا تختلف عن أي مهارة قد تعلموها في حياتهم قبل ذلك:كتعلم السباحة أو قيادة السيارة .

انه نتيجة أسلوب الاسترخاء قد يشعر البعض ببعض المشاعر الغريبة كالتنميل في أصابع الأطراف أو إحساس اقرب للسقوط، وانه يجب أن لا يخشى ذلك لان هذا» شيء عادي ودليل على أن العضلات بدأت تتراخى».

أن تكون أفكارهم كلها مركزة في اللحظة للمساعدة على تعمق الإحساس بالاسترخاء .

التنبيه بالمحافظة على كل العضلات في حالة تراخ تام أثناء الاسترخاء خاصة تغميض العينين لمنع المشتتات البصرية والتي قد تعوق الاسترخاء التام (إبراهيم، ٤٩٩١: ٣٦١) .

ولكي يساعد المعالج المشاركين على تحقيق اكبر قدر من النجاح في أسلوب الاسترخاء يطلب المعالج من المشاركين تخيل بعض اللحظات والمواقف المناسبة التي تهدئ مشاعرهم كنومهم بعد الظهيرة بعد تناولهم وجبة محببة لهم.

يطلب المعالج من المشاركين ممارسة تكنيكات الاسترخاء العضلي التدريجي، ثم يبدأ تمرين الاسترخاء مستعينا بكتيب التعليمات المصاحب لهذه التكنيكات، ويتابع المعالج ادوار المشاركين وممارستهم لخطوات الاسترخاء العضلي التدريجي من خلال شد وإرخاء العضلات وملاحظة الفرق بين التوتر العضلي والاسترخاء العضلي . ويشمل الاسترخاء الجسمي التالي:(الفسفوس، ٧٢٤١هـ):

أولا: التنفس العميق: من المعروف أن عملية التنفس هي عملية ميكانيكية يتحكم بها الجهاز العصبي وهذه العملية تبدأ منذ اللحظات الأولى من عمر الإنسان وهي تتأثر بنفسية الفرد ويمكن من خلال طريقة التنفس للفرد المتوتر أن ندرك مدى توتره أو كآبته أو قلقه. وهذا يعني أن الإنسان الذي يعاني من توتر أو قلق أو اكتئاب سوف لا يحصل على كمية الأكسجين الضرورية التي يحتاجها الجسم بسبب طريقة تنفسه التي قد تكون سريعة فلا يمكن الجسم من الحصول على الكمية المطلوبة من الأكسجين وإخراج كمية ثاني أكسيد الكربون. وذُكر أن تمرين التنفس العميق يوفر كمية الأكسجين المناسبة التي يحتاجها الجسم في إخراج اكبر قدر من الفضلات وثاني أكسيد الكربون وينقل العقل والجسم إلى حالة استرخاء ويحسن من الدورة الدموية في منطقة البطن. تمرين التنفس العميق: يكون على الخطوات التالية:

١ ـ الجلوس بشكل مستقيم والقدمين متباعدتين بعض الشيء، أو أثناء الاستلقاء على الأرض أو المرتبة. ٢. إغلاق العينين، وتخيل عالم أخر خيالي جميل أو تذكر مكان تحبه، وذلك لتقليل من المؤثرات الخارجية. ٣. ضع أحد اليدين على منطقة الصدر والأخرى على منطقة البطن (مكان السرة). «» الهدف هو استشعار ارتفاع اليد الموضوعة على البطن أكثر من الصدر فهذا دليل أن كمية الهواء جيده وتصل جميع أنحاء الرئة «». ٤. يأخذ الإنسان الهواء بشكل بطيء من خلال الأنف حتى يشعر أن يده الموضوعة على منطقة البطن ارتفعت قليلا .. قليلا وليس كثيرا أي لا تتعمد ذلك بل يكون بشكل طبيعي. ٥. إذا شعر الفرد بارتفاع اليد على البدن يقوم بحبس الهواء في الرئتين لفترة زمنية حسب قدرات الفرد نفسها وشعور الفرد بالارتياح وقد يأخذ ٣ ثوان أو خمس ثوان أو تمتد لفترة العد من(١ الى ٣ (. ٦. العملية التي تليها يقوم الفرد بإخراج الهواء بشكل بطيء من منطقة الفم حتى يشعر أن يده الموضوعة على البطن قد عادة إلى وضعها الطبيعي. تكرر هذه العملية (الاستنشاق من الأنف وحبس الهواء ثم زفره من الفم) ٣ مرات وبعد المرة الثالثة نطبق ما يلي: نأخذ نفسا عميقا من الأنف ولا نحبسه ثم نخرجه من الأنف،نقوم بهذه الخطوة مرتين أي أن التمرين يتكون من وحدتين أساسيتين هي حبس الهواء ٣ مرات ثم ٢ دون حبس ثم نعيد المرات الثلاثة مع الحبس ثم

المرتين دون حبس إلى أن يمر علينا من الوقت خمس دقائق. من الأفضل استخدام ساعة منبه لتنبهنا على انتهاء الوقت حيث أننا يجب أن لا نشغل تفكيرنا في شي أخر غير الخيال المرسوم أمامنا . يفضل تطبيق هذا التمرين ٣ مرات في اليوم فهو سريع وجيد جدا ويعتبر من أفضل أنواع تمارين الاسترخاء ويمكن ممارسته بكل سهوله على كرسي الامتحان أو في سيارتك قبل الدوام وغيرها. وستلاحظ بعد الاسترخاء أن عضلات وجهك قد ارتخت وان نبرة صوتك تغيرت وتهدأ وتنخفض. ثانيا: الاسترخاء العضلي: نلاحظ عندما تنقبض كل عضلة من الجسم وينتج من الانقباض والانبساط آلام من الشحنات الكهربائية وهذه الشحنات تنتقل إلى جزء في المخ وهو الهايبوثالاموس، مسؤول عن تقديم الاستجابات المناسبة للضغوط سواء كانت هذه الاستجابات نفسية أو سلوكية بينما تقوم الأجهزة الفزيولوجية بنقل الشحنات الكهربائية إلى الهايبوثالاموس يصبح الاهايبوثالاموس في توتر شديد فأي تغير جديد في حياة الإنسان تحول إلى عامل من عوامل الضغوط والاسترخاء يعمل على تقليل هذه الشحنات المتتالية من الكهرباء برجع الجسم والهايبوثالاموس إلى حالة الاتزان ولهذا يقوم الفرد بعملية الاسترخاء بعد مواجهة ضغوط الحياة بأنواعها. لكي تترك عملية الاسترخاء الأثر الفعال يجب أن تتوفر الشروط التالية: ١. الوقت: الاسترخاء العضلي يحقق اكبر فائدة إذا مورس مرتين في اليوم بفارق زمني(٨)ساعات، ويجب تحاشي الاسترخاء بعد الطعام مباشره أو قبل النوم مباشره. ويفضل قبل النوم بثلاثة ساعات. ٢. المكان: احرص على أن يكون المكان الذي ستمارس به التمرين هادئ بعيد عن الضوضاء بأنواعها حتى لا يقاطعك احد الأفراد أثناء ممارستك الاسترخاء. ٣. وضع الجسم: ممكن ممارسة الاسترخاء العضلي العميق على شكل وضعين الأول الاستلقاء على سرير مريح أو على الأرض شرط أن يكون الجسم في وضع استقامة أو ونحن في وضع جلوس على كرسي مريح ويفضل أن يحتوي على ذراعين وظهر عالي، في حالة الاستلقاء على الأرض ممكن وضع وسادة تحت الرقبة لسند الرأس ويجب تجنب أي شيء يسبب الشد للجسم ويفضل إغلاق العينين والابتداء بالتنفس العميق.

خطوات الاسترخاء العضلي: ١ .خذ نفسا عميقا ثم احبس الهواء لمدة ٠١ ثواني، بعد ذلك

أخـرج الهـواء. ٢. ارفع يديك قليلا و أنت تتنفس بشـكل طبيعي ثـم أعد يديك إلى وضعها السابق على الكرسي. ٣.ابعد يديك إلى الجانبين وضمها في قبضه قوية جدا، حاول أن تشعر بالضغط والجهد على يديك، سـأعد من ١ إلى ٣ وعندما تصل إلى ٣ أريدك أن تخفض يديك . ١..٢..٤٣.ارفـع يديـك إلى أعلى ثانية، واثن أصابعك إلى الداخل (ناحية الجسـم)، الآن اخفض يديك واسـترخ. ٥. ارفع ذراعيك ثم اخفضهما واسـترخ. ٦. ارفـع ذراعيك ثانية، هـذه المـرة حرك يديك بشـكل دائري (رفرفة) حسـنا ... اسـترخ ثانيـة. ٧.ارفع ذراعيك ثانية ثم اسـترخ. ٨. ارفع يديك ثانية فوق المقعد ثم شـد عضلات جسـمك حتى ترجف، تنفس بشكل طبيعي وابق يديك مرتخية (أرخي يديك لاحظ دفء الإحساس بالاسترخاء) ٩. ارفع يديك أمامك ثم شـد عضلات جسـمك (تأكد من انك تتنفس بشـكل طبيعي) ، ارخ يديـك الآن. ٠١.الآن ادفـع كتفك للخلف، ابق عـلى هذا الوضع، تأكد أن ذراعيك في حالة استرخاء الآن استرخ. ١١.ادفع كتفيك إلى الأمام، ابق على هذا الوضع، تأكد من أنك تتنفس بشكل طبيعي وابق يديك مسترخية (حسنا استرخ لاحظ الإحساس بالارتياح عند إرخاء العضلات بعد شـدها) ٢١.الآن أمل رأسـك إلى اليمين وشـد رقبتك. استرخ وأعد رأسـك إلى وضعه الطبيعي. ٣١.الآن أمل رأسك إلى اليسار وشد رقبتك ثم اعد رأسك إلى وضعـه الطبيعي. ٤١. عد برأسـك قليلا للوراء ناحية المقعد. ابق على هذا الوضع . حسـنا الآن ببطء اعد رأسـك إلى وضعه الطبيعي. ٥١.هذه المرة اخفض رأسك ناحية الصدر. أبق على هذا الوضع. الآن اسـترخ وأعد رأسـك إلى وضعه الطبيعي المريح. ٦١.افتح فمك إلى أقصى ما تسـتطيع، افتح فمك أكثر، حسـنا اسـترخ الآن، (يجب أن يكون الفم مفتوحا قليلا في النهايـة). ٧١.الآن اضغط على شـفتيك وأغلق فمك.(حسـنا اسـترخ حاول ان تشـعر بالاسـترخاء). ٨١.الآن اضغط على شفتيك وأغلق فمك. اضغط بشدة ... توقف، استرخ واسمح للسانك أن يكون بوضع مريح داخل الفم. ٩١. الآن ضع لسانك في أسفل فمك، اضغط لأسـفل بشدة، استرخ واجعل لسانك في وضع مريح داخل فمك. ٠٢.الآن استلق (اجلـس) واسـترخ، حاول أن لا تفكر بـأي شيء. ١٢.الآن أغلق عينيـك واضغط عليهما

بشـدة ثم تنفس بشـكل طبيعي، حاول أن تحس بشـد العضلات حول العين، الآن اسـترخ (حاول أن تشـعر كيف يذهب الألم عندما تسترخ). ٢٢.الآن دع عينيك تسترخ وابق فمك مفتوحـا بعض الـشيء. ٣٢.افتح عينيك إلى أقصى حد ممكن.ابق هكذا . دع عينيك تسـترخ الآن. ٤٢.الآن جهد جبهتك قدر المسـتطاع.ابق هكذا . حسـن اسـترخ. ٥٢.الآن خذ نفسا عميقا ولا تخرجه ثم استرخ. ٦٢.الآن ازفر، حاول الآن أن تخرج كل الهواء واسترخ(حاول أن تحـس بروعـة التنفس ثانية). ٧٢.تخيـل أن أثقالا تضغط على كل عضلات جسـمك مما يجعلها مترهلة ومسـترخية، ادفع بذراعيك وجسـمك إلى المقعد. ٨٢.شـد عضلات بطنك جميعا، اضغط بشدة، حسنا استرخ الآن. ٩٢.الآن أجهد عضلاتك كأنك تقاتل لنيل جائزة، اجعـل بطنـك صلب، اسـترخ الآن، (أنت الآن تسـترخ أكثر فأكثر). ٠٣.الآن استكشـف الجزء العلوي من جسـمك وأرح كل جزء مجهد، أولا عضلات الوجه (توقف من ٣ إلى ٥ ثـوان) ثم عضـلات الجهاز الصوتي (توقف من٣ إلى ٥ ثوان) كتفيك، أرح أي جزء مجهد. (توقف) الآن الذراعين والأصابع أرحهم سـتصبح مسـترخيا جدا. ١٣.عند الوصول إلى هذه الحالة من الاسـترخاء ارفع رجليك إلى الأعلى (بزاوية ٥٤ درجة تقريبا) الآن اسـترخ (اعلـم أن هذا سـيزيد من الاسـترخاء). ٢٣.الآن أثن قدميك إلى أن تشـير أصابع قدميك إلى وجهك، أرخ قدميك، اثن قدميك بشدة،اسـترخ. ٣٣.اثن قدميك إلى الجهة المعاكسـة، بعيدا عن جسـمك، ليس بعيدا جدا، حاول أن تشـعر بالضغط. حسـنا استرخ. ٤٣.استرخ (توقـف) الآن لـف أصابع قدميك على بعضهما، إلى أقصى ما تسـتطيع، الضغط أكثر حسـنا. استرخ (هدوء ... وصمت لمدة ٠٣ ثانية تقريبا). ٥٣.هذا يتمم الإجراء الأساسي للاسترخاء، الآن استكشـف جسـمك من قدميك إلى قمة رأسـك، تأكد أن جميع عضلاتك مسترخية ... أولا أصابـع القدمين،ثـم قدميك ثم رجليك، ثم بطنك وكتفيك، ثـم رقبتك فعينيك وأخيرا جبهتك، جميع أعضائك يجب أن تكون مسـترخية الآن (هدوء وصمت لمدة ٠١ ثوان تقريبا) اسـتلق وحاول أن تشـعر بالاسترخاء، ودفء الاسـترخاء (توقف) أريدك أن تبقى على هذا الوضع لمدة دقيقة تقريبا، وسأعد حتى ٥ . عندما أصل في العد الى ٥ افتح عينيك بهدوء شديد

و انتعاش (هدوء، صمت لمدة دقيقة تقريبا) ... حسنا، عندما أصل لخمسة افتح عينيك وأنت تشعر بالهدوء والانتعاش ... واحد ... الشعور بالهدوء، اثنان ... شعور بالهدوء والانتعاش، ثلاثة أكثر انتعاشا، أربعه ..... وخمسة.

بعـد الانتهاء من التدريب على خطوات الاسـترخاء العضلي يقدم المعالـج التغذية الراجعة للمشاركين حول أدائهم ويفتح باب النقاش حول من خلال الأسئلة التالية :

كيف شعرت عندما مارست الاسترخاء العضلي؟

ماذا أعجبك بممارسة الاسترخاء العضلي؟

ماذا لاحظت على نفسك بعد الاسترخاء العضلي؟

وبعد انتهاء المشاركين من الاسترخاء العضلي وهم مسترخون الآن تماما، يطلب منهم المعالج اسـتخدام وسـائل الاسـترخاء البسـيطة كالتنفس العميق أو الاسـترخاء التخيـلي و اللذين يساعدان على تهدئة مشاعر الغضب، ومن تلك الخطوات البسيطة التي يمكنك محاولتها :

تنفس بعمق من الحجاب الحاجز، فتتصور أن نفسك يصعد من أعماقك.

كـرر ببطـئ كلمة تهدئة أو عبارات مثل :» اسـترخ» وعبـارة « خذ الأمر ببسـاطة » وكلمات روحية كـ»أعوذ بالله من الشيطان الرجيم» وعبارة « لا حول ولا قوة إلا بالله العلي العظيم» وعبارة» اسـتغفر الله «ويتم إنهاء الجلسة بتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول اسـتجابته، بشـكل منظم ومستمر،من أجل مسـاعدته في تعديل الاسـتجابات التـي تكـون بحاجـة إلى تعديل وتثبيـت الاسـتجابات التي تكـون صحيحة وشرح أسـباب الأخطـاء، بالإضافة إلى تزويده بعـبرات تعزيزيه لمواصلة السـلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة. والخروج بالنتائج.(الوقت المستغرق للتنفيذ ٠٥ دقيقة)

٦ ـ يقوم المعالج بتدريب المشاركين على الاسترخاء المعرفي (التخيل) يعتبر الاسترخاء الذهني من أقدم أنواع الاسـترخاء ويتميز كل شـعب بنوع معين من الاسـترخاء الذهني وهي تشبه اليوجا فعند اليابانيين هناك ما يسمى الزن وهو يعتبر استرخاء ذهني كما أن الصينيين يمارسون

رياضة التو وهي أيضا تعتبر استرخاء ذهني وكذلك ما كان يقوم به الصوفية سابقا وتعتبر عبادة لديهم وتندرج تحت الاسترخاء الذهني كما يعتبر التسبيح لله سبحانه وتعالى إلى جانب انه عباده استرخاء ذهني، واهم ما يميز الاسترخاء الذهني هو الانفصال بذهنك عن العالم الخارجي والتركيز على شكل معين في مخيلتك أو صورة أو كلمة وترددها ببالك ومخيلتك بتركيز دون أن تشغل تفكيرك بشيء غيرها وتستمر بذلك لمدة لا تقل عن ٥١ دقيقة فان زدت الوقت فهذا أفضل. وهو عبارة عن طريقة مفيدة لتعديل المعلومات الخاطئة لدى الفرد، فالتخيل هو الذي سيساعد المشاركين على استبدال الأفكار السلبية بأخرى ايجابية، تساعد الفرد تصحيح طريقة تفكيره الخاطئة نحو العلاج من الإدمان، ويستخدم الخيال فيتصور تجربة مريحة من ذاكرته، هو ويعني تغيير طريقة تفكيرك، فالناس المنفعلون يميلون للشتم والسب والحلف والإنكار، فعندما تنفعل يمكن لتفكيرك أن يصبح مبالغا فيه بشكل كبير، حاول أن تستبدل الأفكار بأفكار أكثر عقلانية : فمثلا : بدلا من أن تقول « لست مدمن، لست مجنون، كرهت نفسي، تحطم كل شيء، لا أريد أن يتدخل أحد في شؤوني، أنا حر» قل بدلا عنها لنفسك «سأفكر، هذا غير مفهوم، أنا منزعج من ذلك الشيء المحدد، لكنها ليست نهاية العالم، والانفعال لن يصلح ذلك الشيء، ممكن أنني مقصر، أعترف بخطئي»، كذلك يجب الحذر من كلمات «أبدا و دائما و يجب وينبغي وحتما» فهي ليست دقيقة وكذلك تجعلك تشعر التوتر والانفعال دون مبرر وتفسد أيه محاولة لحل مشكلة، كما أن فنية إيقاف التفكير هامة هنا، وتذكر أن الانفعال لن يصلح أي شيء ولن يمنحك شعورا أفضل بل شعورا أسوأ، وذكر نفسك دائما بان «العالم لا يسعى للنيل منك»وإنما أنت فقط تواجه بعضا من المواقف القاسية في الحياة اليومية وهذا يساعدك على أن تحصل على نظرة أكثر اتزانا .

هناك شروط يجب إتباعها والالتزام بها في الاسترخاء الذهني: ١. اخذ وضع مريح سواء جلوس أو استلقاء أو حتى وقوف. ٢.يجب أن يقوم الفرد بها أثناء مكان يسوده الهدوء التام. ٣. استخدام التنفس العميق وتنظيم التنفس يثير حالة الاسترخاء. ٤. التركيز على موضوع شيء معين طوال فترة التأمل الفكري.

ويشـير ميكنبوم (٣٠٠٢) في توضيح الأسـاليب التي تسـاعد في تجنب الانفعال وضبطه أو التحكم به من خلال التوجيهات التالية :

- لا تنظر لتوافه الأمور وأهملها.
- لا تندم على ما فاتك.
- لا تجعل نفسك مسئولا عما يجب أو عما يمكن .
- لا تتأثر بقضايا الآخرين كثيرا.
- لا تتوقع الأسوأ.
- لا تحاجج في الأمور التي لا يمكن تغييرها .
- لا ترى أن الآخرين يقصدونك أو يعنونك شخصيا (ابوعيطة،٢٠٠٥)

في نهاية الجلسة يقوم المعالج بتلخيص الجلسة، وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي:عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول اسـتجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاسـتجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاسـتجابات التـي تكون صحيحة وشرح أسـباب الأخطـاء، بالإضافـة إلى تزويـده بعـبرات تعزيزيـه لمواصلة السـلوك الايجـابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج والتذكير بما دار فيها، والنقاط الأساسية في المهارة، ثم التأكيد على الجوانب التطبيقية منها . نهاية الجلسة (الوقت المستغرق ٣٠ دقيقة)

التمارين :

يطلب المعالج من المشاركين تطبيق الاسترخاء والتمارين الأخرى المساعدة، والطريقة المثلى في ذلك من خلال الممارسة والتجريب أكثر من مرة، ومناقشتهم في الجلسة القادمة.

الجلسة الخامسة **المدة: (٦٠)دقيقة**

موضوع الجلسة : التعافي الإيجابي

وهو أدراك المدمن بفعالية البرامج العلاجية وضرورة المشاركة الإيجابية دون تشكيك فيما يقدم سواء عن طريق المشاركة السلبية، أو التركيز على مشكلة من المشكلات الخارجية، أو الإلحاح في طلب الخروج لأسباب ضعيفة، أو الاستخدام المبالغ فيه لميكانيزمات الإنكار، أو لسيطرة مشاعر اليأس وعدم التيقن من الشفاء، أو عدم اتخاذ قرار العلاج بعد .

التمهيد :

الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق)

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

ـ أن يحدد المشارك الأفكار السلبية المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية.

ـ أن يستنبط المشارك أهمية المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية من دون تشكيك، عبر تنمية التناقضات لديه.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

التعليم والتدريب، الإبعاد والتركيز، المناقشة، فحص التناقضات الداخلية

الطريقة والإجراءات :

يقوم المعالج بعمل تثقيف نفسي مباشر يستخدم فيه العرض البصري يتناول التوضيح للمشاركين على كيفية التعرف على الأفكار وعلى طرق تحديد الأفكار السلبية، ثم يقوم المعالج

بتلقي الاستفسارات من المشاركين ويرد عليها، ويتأكد من فهمهم لتلك المعلومات (عرض بوربوينت) . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقيقة)

ثم يقوم المعالج بشرح كيفية اكتشاف و تغيير الأفكار السلبية المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية، عبر استخدام فنية الأبعاد والتركيز، حيث يتم تذكير المشاركين بكيفية اكتشاف وتغيير الأفكار السلبية وتعريفها لهم بأنه أحد الأساليب الحديثة في العلاج النفسي ويعرف بأنه : علاج مباشر تستخدم فيه فنيات معينه لمساعدة الفرد على تصحيح أفكاره السلبية التي تصاحبها خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ظبط انفعالي وسلوكي .

ويتم طرح السؤال التالي للمشاركين كيف يساعدك العلاج المعرفي السلوكي؟

وبعد النقاش عن آرائهم يتم الإجابة على السؤال بأنه يمكن أن يساعد العلاج المعرفي السلوكي على تغيير كيف تفكر (معرفي) وكيف تعمل (سلوكي) .

هذه التغييرات يمكن أنة تساعدك على الشعور بشكل أفضل، على عكس بعض العلاجات الكلامية الأخرى فإنه يركز على المشاكل و الصعوبات الآنيه . عوضا عن التركيز حول أسباب مشكلتك وأعراضها في الماضي، فإن هذا النوع من العلاج يبحث في طريقة تحسين حالتك الذهنية الحالية .

هذه طريقة مبسطة للنظر فيما يحدث ويتم تطبيقها على تغيير الأفكار السلبية المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية بحيث

تستنبط أنت بنفسك وأن تستنتج طرقك الخاصة للتعامل مع مثل هذه المشاكل أذن هذه الحلقة المفرغة يمكن أن تجعلك تشعر بالسوء، فربما تخلق حالات جديدة تجعلك تشعر بسوء أيضا . ربما تبدأ بالاعتقاد بأشياء غير واقعية حول نفسك، هذا يحدث لأنه عندما نكون بحالة شدة نفسية وتوتر فإننا أكثر احتمالا للتسرع بالحكم وأن نفسر الأشياء بطريقة متشددة وغير مفيدة.

فالعلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعدك على كسر هذه الحلقة المفرغة من التفكير المشوش والمشاعر والسلوك المرافق . عندما ترى أجزاء هذا التسلسل بوضوح فباستطاعتك تغييرها وبهذا تغير شعورك حولها .

فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف لأن يوصلك إلى حد معين بحيث تؤدي العلاج أنت ثم يطلب المعالج من احد المشاركين بالتطوع لاكتشاف الأفكار التلقائية المسئولة عن ضعف المشاركة الايجابية في البرامج العلاجية لديه بحيث يتم استبعاد تلك الأفكار التلقائية والتركيز على تحديدها والتعرف عليهـا ومن ثم التخلص منها، وكيفية تنفيذ ذلك على جـداول التفريغ المخصصة لذلك، ثم يقوم المعالج بتلخيص ما تم وتقديم تغذية راجعة للمشـاركين وهي عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول اسـتجابته، بشـكل منظم ومسـتمر،من أجل مسـاعدته في تعديل الاسـتجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج ويرد على الاستفسارات من قبل المشاركين، ثم يكلف المعالج المشاركين بتمرين على تحديد الأفكار المسئولة عن ضعف المشـاركة الإيجابية في البرامج العلاجية ومناقشـتها عبر تسجيل الأفكار ومن ثم تغيير الأفكار، ومناقشتهم في الجلسة اللاحقة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقائق).

الجدول رقم (١) تسجيل الأفكار المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية

المثير :	الأفكار التلقائية السلبية :	فحص الأفكار وتحديدها :	أفكار تلقائية بديلة :	النتائج :
مـا لـشيء الـذي أثـار لديـك الشـعور أو السلوك السلبي ؟	حدد الأفكار أو الصور التي برزت في ذلك الوقت قـدر درجـة تصديقـك بكل فكـرة في ذلـك الوقـت (٠-١٠٠)	حدد نوع خطاء التفكير هل الفكرة صحيحة (الأدلة المساندة والمضادة)؟ هل تمثل الفكـرة قانون لا يتغير ؟ هل هي بالضرورة منطقية ؟	قم بصياغة بدائل عقلانية ، تود أن تفكر فيها عندما تواجه موقف مشابه . قـدر درجـة تصديقـك للفكـرة الجديـدة (٠-١٠٠)	ما درجة اعتقـادك الآن بالفكرة التقائية السـلبية الأولى ؟ (٠-١٠٠) كيـف تشـعر الآن بعـد أن كونت فكـرة جديدة ومعقولة ؟(٠-١٠٠)
١_ ٢_ ٣_	١_ ٢_ ٣_	١_ ٢_ ٣_	١_ ٢_ ٣_	١_ ٢_ ٣_
الشـعورأو الانفعـال الـذي شـعرت بـه وقته (٠-١٠٠) :	التـصرف / السـلوك غـير المفيد الذي قمت به :	السلوك الجديد :		
١_ ٢_ ٣_	١_ ٢_ ٣_	١_ ٢_ ٣_		

ثم يقوم المعالج باستخدام أحد الفنيات المعرفية وهي فحص التناقضات الداخلية لاكتشاف هل لدى المشارك أفكار متناقضة مثل(أريد أن أستمتع بشبابي ثم أتوقف عن المخدرات ولكنني أريد أن أكون مقبول من كل الناس) وهذه الطريقة تبين للمعالج مدى جدية المشارك في العلاج وعدم المشاركة الايجابية في البرامج العلاجية، ثم يقوم المعالج باستعراض حالة مريض غير مبالي ودائم النقد الغير موضوعي للبرامج العلاجية والقائمين عليها مثل : المشارك الذي يريد كل شيء على حسب ما يراه ومدى تأثير ذلك في عدم النظام. وينتهي المعالج مع المشاركين بالخروج باستنتاجات مكتوبة من قبل المشاركين وعرضها على المعالج والخروج بمحصله لما تم. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٥ دقيقة).

التمارين :

إعطاء المشاركين واجب للتعرف على وتحديد الأفكار المسئولة عن ضعف المشاركة الإيجابية في البرامج العلاجية ومناقشتها عبر تسجيل الأفكار ومن ثم تغيير الأفكار، ومناقشتهم في الجلسة اللاحقة .

الجلسة السادسة والسابعة والثامنة المدة: (٦٠+٦٥+ ٨٠) دقيقة

موضوع الجلسة : الاستبصار

هو شعور المدمن بأنه واقع في مشكل وأنه مدمن ويحتاج للعلاج وأنه فاقد للسيطرة على تعاطيه وكذلك مدى وعيه بالأضرار المترتبة على تعاطي المخدرات على المستوى النفسي والطبي والاجتماعي والديني.

التمهيد :

الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق).

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

ـ أن يعترف المشارك بمشكلته الإدمانيه ويحددها.

ـ أن يعلن المشارك حاجته للعلاج.

ـ أن يحدد المشارك مدى سيطرته على توقفه وتعاطيه (الإدراك الموضوعي للوقائع).

ـ أن يوضح المشارك أضرار و تأثيرات الإدمان الصحية والنفسية والاجتماعية والدينية بحيث لا تقل الإضرار عن عدد خمس تأثيرات لكل نوع .

ـ أن يحدد المشارك أساليب التفكير الخاطئة المسئولة عن السلوك الادماني والانتكاسات المتكررة.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

اللعب الجماعي، التعليم والتدريب، لعب الدور، الإبعاد والتركيز.

الطريقة والإجراءات :

يقوم المعالج بتنشيط عملية التفاعل بين المجموعة، عبر لعبه جماعية ترفيهية بأن كل مشارك يضع فكره ثم يأتي الدور على المشارك الذي يليه ليبدي رأيه حول الفكرة المطروحة علما بأن بعض الأفكار تكون مرحة ويطرح المعالج كذلك بعض الأفكار الهادفة مثلا : سواقة المرأة السيارة في السعودية : أنت معها أو ضدها ثم يأتي دور المشارك الذي أجاب ليضع فكرة أخرى مرحة للمشارك الذي يليه . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة).

ثم يقوم المعالج بعمل تثقيف نفسي مباشر يتناول عرض طبيعة الإدمان وتعريف الإدمان عبر استخدام عرض البور بوينت، ثم يقوم المعالج بإعطاء مادة علمية للمجموعة، ويتم تكليف المشاركين بواجب يقومون فيه بتلخيص المادة العلمية المقدمة ومناقشتهم في الجلسة اللاحقة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة) نهاية الجلسة السادسة.

يقوم المعالج بالترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة من قبل المشاركين عبر استعراض الواجبات المكلفين بها،

ثم يقوم المعالج بإظهار وجهي فكر متناقضين، بحيث يتناوب المعالج والمريض اخذ دور «الأفكار السلبية»ودور «الأفكار الايجابية». ويقوم الشخص الذي يلعب دور الأفكار السلبية بالهجوم والشخص الذي يلعب دور الأفكار الايجابية بالدفاع .يكرر تبادل الأدوار عدة مرات .تؤدي هذه الفنية غالبا إلى تحويل الفهم العقلي إلى تغيير انفعالي في مستوى العاطفي التلقائي. ويتم ذلك عن طريق لعب الدور بالتناوب بين المشارك والمعالج بتقمص دور الراعي و المسؤل ودور الابن المدمن الذي لا يعتقد بأنه يحتاج للعلاج حتى بعد تأثير الإدمان علية وذلك بهدف أن يقنع المدمن بأنه مدمن من خلالا الإعراض التي علية وأنه يحتاج للعلاج للمبررات ... وضرورة توصيل فكرة للمدمن بأن الاقتناع والاعتراف بالمشكلة هو بداية العلاج و الحل، ثم يلخص المعالج والمشاركين ما حصل ويصلون إلى النتيجة المستخرجة من تلك العملية وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٤٥ دقيقة).

وصف الدور الذي يقوم به المشارك :

يقوم كل من المعالج أو أحد المشاركين بلعب دور الابن أو الأخ غير المسئول وغير المستبصر بحالته وأنه مسيطر على مشكلة تعاطيه ولا يحتاج المساعدة من أي شخص ولا يحتاج دخول المستشفى للتنويم والعلاج رغم وجود الأعراض الشديدة التي تدل على أنه مدمن وغير قادر على التوقف وما يتبعها من ظهور أعراض صحية ومشاكل اجتماعية وأسرية ومشاكل تتعلق بالعمل، ثم يقوم المشارك بلعب دور الراعي أو المسئول عن ذلك الابن أو الأخ عبر محاولة إقناعه بأنه في مشكله ويحتاج للعلاج من خلال أقناعة وتبصيره بخطورة الوضع الذي هو عليه وما قد يحول إليه عدم العلاج في الوقت المناسب عبر استعراض كل الأعراض التي تدل على أنه مدمن ويحتاج للعلاج .

وصف مفصل للدور :

الأب (ولي الأمر) : سلامتك يا أبني أشوف حالك متغير ونومك مضطرب ومزاجك متقلب.

الابن (الغير مستبصر) : لا ما فيني شيء الحمد لله بصحة وعافية وبس تعبت اليوم ولم أنم جيدا البارحة.

الأب : يا أبني حالك ليس من اليوم وليس من أسبوع لك فترة من الزمن وأنت متغير والكل ملاحظ عليك.

الابن : ما فيني إلا الصحة والعافية ولو أشوف أني تعبان كان رحت للمستشفى.

الأب : يا أبني أنا خائف عليك ولا أريد أن تتعرض لمكروه لا سمح الله.

الابن : كم مرة أقول أنه ما فيني شيء.

الأب : لازم يا أبني تتعالج والعلاج الحمد لله مجاني وفيه سرية كبيرة وكلها كم يوم وترجع ولدي الذي أعرفه وتتخلص من هذه السموم.

الابن : أنا لا أحتاج علاج وبعدين أنا لست مدمن في الأصل.

الأب : طيب يا أبني والأعراض التي عليك ماذا تدل عليه.

الابن : هذه من التعب والسهر.

الأب : والحبوب التي حصلت عليها والحشيش الذي رأيته.

الابن : ليست لي.

الأب : يا أبني أنا خائف عليك لأنك أبني ولا أريد أن يضرك أي شيء، لازم تكون صريح، أنا لست هنا لكي أعاقبك ولا لكي أفضحك، هذه المشكلة ليست لديك فقط و للأسف الشديد منتشرة بين الشباب ودمرت حياتهم وأسرهم لأنهم تمادوا في ذلك ولم يبادروا في العلاج، لذا يا أبني أريد منك أن تبدءا بداية صحيحة وتضع قدمك على أو درجة في سلم السعادة والصحة والنجاح.

الابن :يا والدي أنا فعلا أعترف لك أني استخدم هذي المواد ولكنني لست مدمن عليها.

الأب : أشكرك يا ولدي على شجاعتك وصراحتك والتي جعلتك تكبر في نظري، ولكن هذا لي بكافي لازم يا ولدي نذهب أنا وأنت لنعالجك.

الابن : أنا يا والدي لست بمدمن ولست بمريض وأنا أستطيع أن أوقفها متى ما أردت.

الأب : أعـرف أنـك تسـتطيع أن توقفهـا ولكـن تعاطـي المخدرات لـه أبعاد كثيرة تسـبب التعاطـي والانتـكاس حتى بعد التوقف، لذا أريد منك يا أبني تجلس مع المختصين وتتابع معهم وأنا أريدك توعدني يا أبني بأنك تبدءا مرحلة العلاج وأنا سأقف معك جنبا إلى جنب.

الابن : أوعدك يا والدي أن أتابع مع المختصين وأن أتخلص من هذه المشكلة وأن أرضي الله وأرضيك يا والدي ووالدتي .

ثـم يقـوم المعالـج بعمل تثقيـف نفسي مبـاشر يتناول الكشـف عـن دور أسـاليب التفكير الخاطئة في الإدمان والانتكاسـة، مسـتخدما عـرض البور بوينت، ثم يقـوم المعالج بعمل حوار مع المشـاركين لكي يتأكد من فهمهم للمحاضرة ويطلب منهم إعطاء أمثله على كل أسلوب من الأساليب الخاطئة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقيقة) نهاية الجلسة السابعة.

يقوم المعالج بالترحيب بالمشـاركين واسـتعراض لما تم انجازه الجلسـة السابقة، والتأكد من اسـتيعاب وتحقيق أهداف الجلسـة السـابقة من قبل المشـاركين، ثم يقوم المعالج باسـتخدام فنية لعـب دور ولعـب الدور العكـسي حول دور الأسـاليب الخاطئة في التفكـير وعلاقتها بالإدمان والانتكاسـة وذلك بأن يكلف المعالج كل اثنين من المشـاركين بأخذ أسلوب خاطئ في التفكير وتمثيل دور علية ثم تلخيص النتائج وفيما يلي وصف لكل أسـلوب من الأسـاليب الخاطئة التي سيقوم كل مشارك من لعب دور عليها :

فرط التعميم : وهي إدراك الأشـياء السـلبية التي وقعت على أساس سبب واحد مثل/ أنا فاشـل عشان كذا مسـتمر في التعاطي، لن أستطيع مواجهة الحياة من دون مخدر، لن أحصل على السـعادة من دون الحصول على مخدر) وبالتالي فإنه يكون هناك إفراط في التعميم على الرغم من أن المدمن سابقا كان لدية أباب كثير للسعادة غير المخدر ولكن تلك الفكر كان لها دورها السلبي في السلوك الادماني أو الانتكاسات المتكررة.

اللـوم : وهـو أن تركـز عـلى الشـخص الآخر كمصـدر لمشـاعرك السـلبية، وترفض تحمل مسؤولية تغيير نفسك (أن والدي هو الملوم على الطريقة التي يعاملني بها، لقد سبب والدي كل مشاكلي).

قـراءة العقـل : بحيـث تفـترض انك تعـرف ما يفكـر به الآخـرون دون دليـل واضح على أفكارهم (أنهم يعتقدون أنني فاشل، أكيد أنهم مهمشينني من الأسرة).

الفلترة السـلبية :وهي أن تركز كليا على السـلبيات، ويندر أن تلاحظ الإيجابيات (انظر إلى أخواني إنهم كلهم لا يريدونني).

التحليل الانفعالي: حيث تترك مشاعرك تقود تفسيراتك للواقع (أشعر أنني مكتئب لذلك مشكلتي في التعاطي تزداد).

العجـز عـن الدحض: فترفض أي دليل أو حجة قد تتعارض مع أفكارك السـلبية مثل (اذا جائـت فكرة على بالك بأنك غير محبوب، فإنك ترفض أي دليل على أن الناس يحبونك، وتصفه بأنه لا علاقة له بها) وتبعا لذلك فأفكارك لا يمكن دحضها . (الوقت المسـتغرق للتنفيذ : ٣٥ دقيقة).

ثـم يقوم المعالج بتوزيع منشـورات حول آثـار الإدمان الصحية والنفسـية، ومن ثم يكلف المعالـج المشـاركين بواجـب يقـوم فيه المشـارك بذكر أبـرز الإعراض التي تتشـابه مـع أعراضه ومناقشـتها مع باقي أعضاء الجلسـة والوصول إلى اتفاق بأن الاعـتراف بالإدمان هو أول وأهم خطوات العلاج . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق).

وأخـيرا يقوم المعالج مع المشـاركين بالتعرف على وتحديد الأفـكار التلقائية التي تؤكد على أن المريض لا يحتاج لعلاج ومناقشـتها عبر تسـجيل الأفكار لكل مريض ومناقشة ذلك ومن ثم تغيير تلك الأفكار، بحيث يتم تذكير المشاركين بكيفية اكتشاف وتغيير الأفكار السلبية وتعريفها لهم بأنه أحد الأساليب الحديثة في العلاج النفسي ويعرف بأنه : علاج مباشر تستخدم فيه فنيات معينه لمساعدة الفرد على تصحيح أفكاره السلبية التي تصاحبها خلل انفعالي وسلوكي، وتحويلها إلى معتقدات يصحبها ظبط انفعالي وسلوكي .

وهـذه الطريقة مبسـطة للنظـر فيما يحدث ويتـم تطبيقها على تغيير الأفـكار وتحديد الأفكار التلقائيـة التي تؤكد على أن المريض لا يحتاج لعلاج بحيث تسـتنبط أنت بنفسـك وأن تسـتنتج طرقـك الخاصـة للتعامل مع مثل هذه المشـاكل أذن هذه الحلقة المفرغة يمكن أن تجعلك تشـعر بالسـوء، فربما تخلق حالات جديدة تجعلك تشـعر بسـوء أيضا . ربما تبدأ بالاعتقاد بأشـياء غير

واقعيـة حول نفسـك، هذا يحدث لأنه عندما نكون بحالة شـدة نفسـية وتوتر فإننـا أكثر احتمالا للتسرع بالحكم وأن نفسر الأشياء بطريقة متشددة وغير مفيدة.

فالعـلاج المعـرفي السـلوكي يمكن أن يسـاعدك على كسر هـذه الحلقة المفرغة مـن التفكير المشـوش والمشـاعر والسـلوك المرافق . عندما ترى أجزاء هذا التسلسـل بوضوح فباستطاعتك تغييرها وبهذا تغير شعورك حولها .

فالعلاج المعرفي السلوكي يهدف لأن يوصلك إلى حد معين بحيث تؤدي العلاج أنت.

ثم يطلب المعالج من احد المشاركين بالتطوع لاكتشاف الأفكار التلقائية المسئولة التي تؤكد على أن المريض لا يحتاج لعلاج بحيث يتم استبعاد تلك الأفكار التلقائية والتركيز على تحديدها والتعرف عليها ومن ثم التخلص منها، وكيفية تنفيذ ذلك على جداول التفريغ المخصصة لذلك، ثـم يقوم المعالـج بتلخيص ما تم وتقديم تغذية راجعة للمشـاركين وهي عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول اسـتجابته، بشـكل منظم ومستمر،من أجل مسـاعدته في تعديل الاستجابات التـي تكـون بحاجـة إلى تعديـل وتثبيـت الاسـتجابات التـي تكـون صحيحة وشرح أسـباب الأخطـاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السـلوك الايجابي وتثبيت الاسـتجابة . والخروج بالنتائج ويرد على الاستفسارات من قبل المشاركين، ويتأكد المعالج من فهم المشاركين باسـتعراض مثـال من أحد المشـاركين المتطوعـين، ثم يقـوم المعالج بتكليف المشـاركين بتمرين ومناقشـتهم فيـه بعـد ذلك منهيا بذلك الجلسـة . (الوقت المسـتغرق للتنفيـذ : ٣٥ دقيقة) نهاية الجلسة الثامنة.

الجدول رقم (٢)

تسجيل الأفكار التلقائية التي تؤكد على أن المريض لا يحتاج لعلاج

المثير : ما لشيء الذي أثار لديك الشعور أو السلوك السلبي ؟	الأفكار التلقائية السلبية : حدد الأفكار أو الصور التي برزت في ذلك الوقت قدر درجة تصديقك بكل فكرة في ذلك الوقت (٠-١٠٠)	فحص الأفكار وتحديدها : حدد نوع خطاء التفكير هل الفكرة صحيحة (الأدلة المساندة والمضادة)؟ هل تمثل الفكرة قانون لا يتغير؟ هل هي بالضرورة منطقية ؟	أفكار تلقائية بديلة: قم بصياغة بدائل عقلانية ، تود أن تفكر فيها عندما تواجه موقف مشابه . قدر درجة تصديقك للفكرة الجديدة (٠-١٠٠)	النتائج : ما درجة اعتقادك الآن بالفكرة التقائية السلبية الأولى؟(٠-١٠٠) كيف تشعر الآن بعد أن كونت فكرة جديدة ومعقولة ؟ (٠-١٠٠)
١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ
الشعورأو الانفعال الذي شعرت به وقته (٠-١٠٠) :	التصرف / السلوك غير المفيد الذي قمت به :	السلوك الجديد :		
١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ		

تمرين الجلسة السادسة :

تلخيص مادة علمية تتناول عرض طبيعة الإدمان وتعريف الإدمان للمرضى يتم تلخيصها ومناقشتها في الجلسة اللاحقة.

تمرين الجلسة الثامنة :

يكلف المعالج المشاركين بواجب يقوم فيه المشارك بذكر أبرز الإعراض التي تتشابه مع أعراضه ومناقشتها مع باقي أعضاء الجلسة والوصول إلى اتفاق بأن الاعتراف بالإدمان هو أول

وأهم خطوات العلاج، ثم إعطاء المشـاركين واجب للتعرف على وتحديد الأفكار التلقائية التي تؤكـد على أن المريض لا يحتاج لعلاج ومناقشـتها عبر تسـجيل الأفكار ومن ثـم تغيير الأفكار، ومناقشتهم في الجلسة اللاحقة .

الجلسة التاسعة و العاشرة **المدة: (٧٥+٨٠) دقيقة**

موضوع الجلسة : الاستقلال

هو شـعور المدمن بالقدرة على تدبير شـؤون حياته الخاصة وحرصه على تجنب مختلف صور وأشـكال التبعيـة والاعتماديـة كالمسـايرة الآليـة والتقليد الأعمـى أو المحاكاة السـلبية لأي من الأشخاص المباشرين أو الغير المباشرين في محيطة الاجتماعي .

التمهيـد :الترحيـب بالمشـاركين واسـتعراض لما تم انجـازه الجلسـة السـابقة، والتأكد من اسـتيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق).

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

- أن يتجنب المشارك التبعية كالمسايرة الآلية وأن يكون مستقلا بأفكاره وأفعاله.
- أن يعبر المشارك عن مشاعره السلبية والإيجابية.
- أن يرفض المشارك المطالب غير المعقولة.
- أن يحدد المشـارك تأثيرات المحيط الخارجي (رفقاء سـؤ، علاقات شاذة ، ...) على سلوكه تجاه الإدمان.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

التعليم والتدريب، لعب الدور، الإبعاد والتركيز

الطريقة والإجراءات :

يقـوم المعالـج بعمل تثقيف نفـسي مباشر حول ملامـح وخصائص الشـخص المؤكد لذاته وخصائـص الشـخص الغـير مؤكد لذاتـه مسـتخدما العرض البـصري البور بوينـت، ثم يقوم المعالج بفتح حوار مع المشاركين ويقوم فيه بالرد على استفساراتهم، ويتم توفير مادة علمية لكل مشارك. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقيقة)

ثـم يقـوم المعالج باسـتخدام فنية لعب الدور المحـرض الشرير، وهذه إحـدى فنيات لعب الـدور، حيـث يلعـب المعالـج دور الأفـكار التـي تغـري المريـض بالشرب،الـخ .عـلى سـبيل المثال،يطلـب المعالـج أو المحـرض الشريـر (أحد المشـاركين المتطوعين) من المشـارك الآخر إن يتخيـل انـه في مكان تباع فيه المشروبات الروحيه .يمكـن إن يقول المعالج :»يا الله،لماذا لا تطلب واحدة من هذه المشروبات اللذيذة مع الثلج...إلخ .ويجب على المشارك أن يرد على هذه الأفكار .ويمكن إن يكرر تبادل الأدوار عدة مرات. ثم يبين المعالج أو أحد المتطوعين والمشـارك للعب دور شـخص غير مؤكد لذاته وكيفية خضوعه لرفقاء التعاطي الذين يؤثرون عليه تأثير سـلبي، ثم يتم عكس الدور بحيث يكون المشـارك مؤكدا لذاته في تعامله مع رفيق التعاطي، ويتم ذلك على باقي المجموعة العلاجية بين كل مشاركين، ثم يتم فتح حوار مع المشاركين يتم فيه تلخيص أبرز الاستنتاجات المهمة لمواجهة مثل ذلك الموقف منتهيا بتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول استجابته، بشـكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاسـتجابات التـي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاسـتجابات التـي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٤٥ دقيقة)

وصف الدور الذي يقوم به المشارك :

يقوم المعالج أو أحد المشاركين بلعب دور الشخص الذي يحاول فرض مطالب غير معقول على الطرف الآخر، ويقوم المشارك غير المؤكد لذاته بالرد على تلك المطالب . ثم يقوم نفس المشارك بلعب دور الشخص المؤكد لذاته ويرد على تلك المطالب غير المعقولة المفضية إلى التعاطي.

وصف مفصل للدور :

المعالج (المحرض) : كيف أخبارك

غير المؤكد : بخير الحمد لله كيفك أنت

المؤكد : الحمد لله(رد سريع وثابت دون تردد أو تلعثم والنظر بثبات)

المحرض : حبيت أتحدث معك قليلا إذا لم يكن لديك مانع

غير المؤكد : عادي ما فيها شي

المؤكد : لا أستطيع (رد بكل قوة ووضوح حتى لا يترك أي باب مفتوح لأي عرض آخر)

المحرض: لم أعد أرآك تأتي إلينا

غير المؤكد : أشغال الدنيا

المؤكد: الحمد لله أنا تبت من التعاطي وأي طريق يوصل إليه

المحرض يا أخي لا تكبرها بس أريد منك أن توصلني مشوار

غير المؤكد : حاضر

المؤكد : لا أنا لا أستطيع أن أوصلك

المحرض : اليوم فيه سهره ما رأيك تمرني الساعه عشره توصلني واذا تريد تحضر لا مانع

غير المؤكد : سأرى إذا أنني مشغول أم لا

المحرض : أعطني رقمك لكي أذكرك

غير المؤكد: حاضر

المحرض : تسمح لي أدخن السيجارة هذي

غير المؤكد : عادي

المحرض : ما رأيك في تجربتها

غير المؤكد : ليس لي نفس بها الآن

المحرض : يا أخي ما يضرك لو شفطه واحدة بس أهم شي تشاركني الوناسه

غير المؤكد : طيب شفطه واحدة بس

وأخيرا يقوم المعالج بتكليف المشاركين بواجب عبر إعطائهم مادة علمية حول تأثير رفقاء السؤ والمطلوب منهم تلخيصها وإعطاء أبرز الفوائد المستخلصة منها، منهيا بذلك الجلسة. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق) نهاية الجلسة التاسعة .

يقوم المعالج بالترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة من قبل المشاركين يقوم المعالج باستخدام فنية لعب الدور لتقوية الاستقلالية الفكرية لدى المشاركين بحيث يتم لعب دور المريض المحرض على عدم العلاج ومريض آخر يحرص على الرد المنطقي على تلك التحريضات السلبية، ويتم ذلك على جميع الأعضاء ثم يقوم المعالج مع المشاركين بتلخيص ما تم وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٤٥دقيقة)

وصف الدور:

يقوم المعالج أو أحد المشاركين بلعب دور الصديق المحرض على عدم أهمية العلاج والتشكيك فيما يقدم من برامج علاجية أو التشكيك في الفريق العلاجي القائم على تلك البرامج، ومن ثم يتولى المشارك الآخر لعب دور الشخص صاحب الاستقلالية الفكرية والذي لا يتأثر بتلك التحريضات بل يرد عليها رد منطقي يتخذ أسلوب حواري مقنع بعيدا عن الإساءة لأي طرف .

وصف مفصل للدور الذي يقوم به المشارك :

المشارك المحرض: والله طفش وضعنا في هذا المكان

المشارك المستقل: لماذا يا أخي أحمد الله أنك لازلت بصحه ولست مصابا بحادث أو ميت نتيجة جرعة زائدة أو أنك ميت في أقذر الأماكن بسبب ما يستخدم من سموم

المحرض : يا شيخ والله المعاملة هنا سيئة

المستقل : الحمد لله على كل حال تذكر أنك في مكان أنقذك من شر نفسك وتماديها الذي كان سيوصلك لأمور لا يحمد عقباها، وبالنسبة للمعاملة لابد أن تكون معاملتك حسنه لهم حتى يعاملوك بنفس الطريقة

المحرض : في الأصل وجودي هنا مؤقت وسوف أخرج وأفعل ما أريده ولن يستطيعون أن يجعلوني أتوقف رغما عني

المستقل : كلامك صحيح وهو أنك أنت المسؤل عن صحتك وعن توقفك عن التعاطي ولكن لو تفكر في قول الله تعالى (عسا أن تكرهوا شيئا وهو خير لكم) ممكن يغير في كلامك خصوصا وأننا جميعنا هنا نقر بأن المخدرات لها أضرار كثيرة ولم تفيد أحد ولن تفيد

المحرض : حتى لو أفترضت أنني سأجلس وأتعالج وأحاول أستفيد بس لا يدعونك تستفيد

المستقل: تأكد أن الذي يريد المعلومة ويريد النصيحة والاستفادة يستطيع أن يأخذها حتى لو كان من عامل النظافة فلابد لك أخي من الصبر والمحاولة الجادة بغية الوصول إلى إيجاد حلول لمشكلتك

المحرض: لن يفهمني أحد

المستقل : لا تتشاءم وإذا لم يفهمك واحد أو اثنان فإن الثالث سيفهمك، أهم شيء أنك تفتح قلبك ولا تجلس فقط صامت، فأنت الذي يبحث عن المعلومة فينبغي لك أن تبحث عنها في كل مكان وبأي طريقة

المستقل : وأخيرا لا بد أن تستغل وجودك هنا وتعرف أن الله مقدر لك هذا الشيء وتعرف أن أمامك الفرصة فلا تفوتها.

ثم يقوم المعالج مع المشاركين بتحديد الأفكار السلبية المسئولة عن مسايرة المريض لرفقائه وعدم قدرته على رفض المطالب الغير معقولة ومن ثم دحض تلك الأفكار وإحلال أفكار ايجابية بدلا عنها، و يتم تذكير المشاركين بكيفية اكتشاف وتغيير الأفكار السلبية، ثم يطلب المعالج من احد المشاركين بالتطوع لاكتشاف الأفكار التلقائية المسئولة عن مسايرة المريض لرفقائه وعدم قدرته على رفض المطالب الغير معقولة بحيث يتم استبعاد تلك الأفكار التلقائية والتركيز

عـلى تحديدهـا والتعـرف عليها ومن ثم التخلص منهـا، وكيفية تنفيذ ذلك على جـداول التفريغ المخصصة لذلك، ثم يقوم المعالج بتلخيص ما تم ويرد على الاستفسـارات من قبل المشـاركين، ثم يقوم المعالج بطلب من جميع المشاركين فكرة أو أكثر يقومون بتلخيصها وترتيبها من الأخطر إلى الأقـل خطورة، ثـم يقوم المعالج بإعطاء المشـاركين واجب عن الأفكار التلقائية ومناقشـتها في الجلسـة اللاحقـة وتقديم تغذية راجعة للمشـاركين وهـي عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول اسـتجابته، بشـكل منظم ومسـتمر،من أجل مساعدته في تعديل الاسـتجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السـلوك الايجابي وتثبيت الاسـتجابة . والخروج بالنتائج .

(الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥٣ دقيقة) نهاية الجلسة العاشرة

الجدول رقم (٣)

تسجيل الأفكار التلقائية المسئولة عن مسايرة المريض لرفقائه وعدم قدرته على رفض المطالب غير المعقولة

المثير :	الأفكار التلقائية السلبية:	فحص الأفكار وتحديدها:	أفكار تلقائية بديلة:	النتائج :
ما لشيء الذي أثار لديك الشعور أو السلوك السلبي ؟	حدد الأفكار أو الصور التي برزت في ذلك الوقت قدر درجة تصديقك بكل فكرة في ذلك الوقت (٠-١٠٠)	حدد نوع خطاء التفكير هل الفكرة صحيحة (الأدلة المساندة والمضادة)؟ هل تمثل الفكرة قانون لا يتغير؟ هل هي بالضرورة منطقية؟	قم بصياغة بدائل عقلانية، تود أن تفكر فيها عندما تواجه موقف مشابه. قدر درجة تصديقك للفكرة الجديدة (٠-١٠٠)	ما درجة اعتقادك الآن بالفكرة التقائية السلبية الأولى ؟ (٠-١٠٠) كيف تشعر الآن بعد أن كونت فكرة جديدة ومعقولة ؟(٠-١٠٠)
١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ
الشعورأو الانفعال الذي شعرت به وقته (٠-١٠٠) :	التصرف / السلوك غير المفيد الذي قمت به :	السلوك الجديد :		
١ـ ٢ـ	١ـ ٢	١ـ ٢ـ		

تمرين الجلسة التاسعة:

تكليف المشاركين بواجب عبر إعطائهم مادة علمية حول تأثير رفقاء السؤ والمطلوب منهم تلخيصها وإعطاء أبرز الفوائد المستخلصة منها .

التمرين الجلسة العاشرة:

إعطاء المرضى واجب عن تحديد الأفكار التلقائية المسؤلة عن مسايرة المريض لرفقائه وعدم قدرته على رفض المطالب الغير معقولة

الجلسة : الحادية عشرة والثانية عشرة المدة: (٨٠+٨٠) دقيقة

موضوع الجلسة : تحمل المسؤولية

هو شعور المدمن بقدرته على الاضطلاع بمختلف أدوارة الحياتية بغير خوف أو تردد، وتحمل تبعية ومسؤولية هذه الأدوار بصدق وأمانة والرضي عنها والاستمتاع بها وتحمل نتائج جهدها ومسعاها في هذا الصدد بغير لجوء إلى التبرير عند مواجهة المواقف الضاغطة أو ما قد يصادفه من فشل أو إخفاق .

التمهيد :الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق)

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

- أن يتعرف المشارك على دوره في الحياة.
- أن يحدد المشارك مهام دورة في الحياة.
- أن يواجه المشارك كل ما يعترض ويعيق دورة في الحياة من خلال تعلم إستراتيجية حل المشكلات.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

التعليم والتدريب، التنفيس الانفعالي

الطريقة والإجراءات :

يقوم المعالج بتقديم تثقيف نفسي مباشر حول الأدوار الحياتية، وأن لكل إنسان دور يقوم به في الحياة ، يستخدم فيه المعالج العرض البصري البور بوينت، ثم يكلف المعالج المشاركين

بواجب يتم فيه تلخيص مادة علمية حول الموضوع ومناقشتها في الجلسة اللاحقة. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

ثم يقوم المعالج بتكليف المشاركين بعمل قائمة بأدوارهم في الحياة وعمل مهام لكل دور، ويشرح المعالج كيفية التنفيذ من خلال اختيار أحد المتطوعين من المجموعة وعمل قائمة بأدواره في الحياة وعمل مهام لكل دور، ثم يتأكد المعالج من فهم المشاركين عبر إتاحة الفرصة لهم للاستفسار والرد عليه من قبل المعالج منهيا بذلك الجلسة. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٣٥ دقيقة) .

ثم يقوم المعالج باستخدام فنية التنفيس الانفعالي وذلك للتعبير عن إخفاقات المشاركين في تحقيق أدوارهم في الحياة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقيقة) نهاية الجلسة الحادية عشرة

يقوم المعالج بالترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين، ثم يقوم بتقديم تثقيف نفسي واستعراض خبرات وتوفير مادة علمية حول إستراتيجية حل المشكلات ومواجهتها، بحيث يوضح المعالج أن كل شخص لديه مشاكل متكررة يمكن أن تعالج بفعالية، وإن الحل الأول المتسرع ليس بالضرورة هو الأفضل، لذا يجب أن يراجع المعالج الخطوات الأساسية لكل المشاكل الملخصة، ومن المهم للمرضى المندفعين كتابة المشكلة واختيار طريقة لكي لا يتم نسيان الخطوات عندما يحين الوقت لتطبيقها. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٠ دقيقة).

ثم يقوم المعالج بتدريب المشاركين على ممارسة مهارات حل المشكلات حيث يطلب المعالج من المشاركين تحديد مشكلتين حديثتين، واحدة تكون وثيقة الصلة بالتعاطي والأخرى صلتها أقل بالتعاطي. ثم يقوم المعالج على تدريب المشاركين على استعمال خطوات حل المشكلة. ثم ممارسة التمرين حيث يمكن النظر إلى أسلوب حل المشكلات على أنه :

- يمثل أسلوباً لتدريب المشارك على استخدامه فيما يواجهه من مشكلات الآن وخارج إطار العلاج.
- ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول بها الشخص أن يخرج من مأزق معين. ويرى «جاي» (٧٧٩١) أن حل المشكلات هو نوع من السلوك المحكوم بقواعد.

كما يرى هالي (١٩٧٧) أيضاً أن حل المشكلات في العلاج النفسي يعتبر نوعاً من تحليل النظم وفي تصوره أن عملية حل المشكلة ينبغي أن تأخذ في اعتبارها نظام التفاعل الاجتماعي للمريض بما ذلك الأشخاص الآخرون المشتركون في هذا النظام مع المريض مثل الأخوة، الآباء، الزملاء، المعالج نفسه وبذلك فإن هالي يركز بشكل أكبر على الموقف الذي تحدث فيه المشكلة.

هناك العديد من النماذج لحل المشكلات نقتصر هنا على نموذج واحد منها وهو:

نموذج دي زوريلا وجولد فرايد (١٩٧١) لحل المشكلة :

يشمل النموذج على خمسة مراحل لحل المشكلات لاستخدامه في تعديل السلوك وهي:

١ ـ توجيه عام:

وتشير مرحلة التوجيه العام إلى تنمية ميل قوي لدى المشارك أولاً بقبول الواقع في أن مواقف المشكلات تمثل جزءً عادياً في الحياة وأنه من الممكن مواجهة معظم هذه المواقف بفاعلية وثانياً : التعرف على المواقف المشكلة عندما تحدث وثالثاً : كبح الميل للاستجابة سواء الاندفاع التلقائي أو التقاعس عن القيام بشيء ما، بذلك فإن التوجيه العام يرى المشكلات كحتمية وكمواقف تواجه مباشرة وبوضوح ونشاط.

٢ ـ تحديد المشكلة وصياغتها:

تتكون هذه المرحلة من: أ ـ تحديد كل جوانب الموقف في صورة إجرائية. ب ـ صياغة وتصنيف عناصر الموقف بطريقة ملائمة لفصل المعلومات المناسبة عن غير المناسبة، وتحديد أهداف الفرد الأساسية وتحديد المشكلات العليا والقضايا والصراعات وبذلك فإن تحديد المشكلة وصياغتها وتمحيصها وتحليلها إلى عناصر محدودة يؤدي إلى اختيار أهداف لحل موقف المشكلة.

٣ ـ توليد البدائل:

تشير هذه المرحلة إلى مهمة إعداد قائمة بالحلول الممكنة المناسبة للمواقف الخاصة بالمشكلة.

٤ ـ اتخاذ القرارات:

يشير اتخاذ القرارات إلى اختيار طريق واحد من بين عدة طرق أو بدائل وتركز هذه المرحلة على احتمال اختيار أكثر الاستجابات فاعلية من بين بدائل مختلفة ويزداد الاحتمال خلال الأساليب المنتظمة مثل النظر إلى النتائج القريبة والبعيدة المدى والأخذ في الاعتبار النتائج الشخصية والاجتماعية وتقدير التوقع الشخصي لنجاح بديل من هذه البدائل.

٥ ـ التحقق من الحل :

تحدث هذه المرحلة بعد تطبيق أسلوب الحل، وتقارن النتائج الحقيقية بالنتائج المتوقعة وهذا يحدد الدرجة التي أمكن لها حل المشكلة بفاعلية بواسطة البديل الذي تم اختياره.

أسلوب حل المشكلات:

إن المعالج لا يحل للمشارك مشكلته ولا يقدم له حلول سحرية جاهزة ولكن تكمن مهمته في مساعدته على حل المشكلة بنفسه ويتبع المعالج الخطوات التالية لتحقيق ذلك:

- بعد التشخيص وتحديد المشكلة يبدأ المشارك بحصر المشكلة والسيطرة عليها ومن ثم حلها.
- تدرس المشكلة بكل أبعادها وجوانبها المختلفة وبتفهم عميق وتجتث أسبابها من الجذور وتزال أعراضها حتى لا تظهر مشكلات جديدة.
- يتم عرض المحاولات السابقة لحل المشكلة وأسباب اختفائها دون النجاح الذي تحقق.
- يتم توجيه المشارك من قبل المعالج لعدد من الحلول الرئيسية المقترحة والحلول البديلة الاحتياطية بحيث تكون هذه الحلول مقبولة اجتماعياً وممكن تحقيقها وتتناسب مع المشارك.
- يتم تحديد الحلول المقبولة وترتب حسب أولويتها ومن ثم توضع الخطط لتنفيذها.
- تقتصر مهمة المعالج على المساعدة فقط ويحرص من خلالها على توجيه كل شيء نحو الوصول إلى حل المشكلة وتشجيع المعالج للمشارك عندما يعتقد أن المشارك غير قادر على المحاولة وعلى التعلم حيث يقر أنه لا يعرف وعلى التجريب إذا تذرع بأن الحل مستحيل.

يقوم المشارك بتنفيذ الخطة الموضوعة لحل المشكلة.

ثم يطلب المعالج من المشاركين ممارسة مهارات حل المشكلة خارج الجلسات مستخدمين نموذج تذكيري لحل المشكلة وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر، من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة والخروج بالنتائج. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٦٠ دقيقة) نهاية الجلسة الثانية عشرة.

تمارين الجلسة الحادية عشرة :

يكلف المشاركين بواجب يتم فيه تلخيص مادة علمية حول الأدوار الحياتية، وأن لكل إنسان دور يقوم به في الحياة، ومناقشتها في الجلسة اللاحقة

تكليف المشاركين بعمل قائمة بأدوارهم في الحياة وعمل مهام لكل دور.

تمارين الجلسة الثانية عشرة :

يطلب المعالج من المشاركين ممارسة مهارات حل المشكلة خارج الجلسة مستخدمين نموذج تذكيري لحل المشكلة، ومناقشتهم في الجلسة القادمة.

الجلسة : الثالثة عشرة والرابعة عشره المدة: (٩٠+٦٠)دقيقة

موضوع الجلسة :الشعور بأهمية الزمن

هو إدراك المدمن لقيمة الوقت وتقديره لأهمية عنصر الزمن، وحرصه على استثمار أوقاته والاستفادة منها إلى أقصى حد في كل ما هو مفيد مع شعوره بقدرته على حسن تنظيم أوقاته بما يحقق أهدافه وتطلعاته المستقبلية ومقاومة أي معوقات أو مغريات يمكن أن تستنفذ أوقاته بغير طائل أو عائد إيجابي .

التمهيد :الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من

استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق).

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

- أن يكتشف المشارك مجموعة الأفكار التلقائية المسئولة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي .
- أن يحدد المشارك الأوقات الغير مفيدة له ويشكل نموذج مثالي يكون من خلاله يوم مثالي يستثمر فيه وقته ويراقب من خلاله سلوكه .
- أن ينظم المشارك وقته بما يحقق أهدافه .
- أن يستكشف المشارك ويقاوم أي معوقات أو مغريات تستنفذ وقته بغير عائد ايجابي .

الفنيات العلاجية المستخدمة:

اللعب الجماعي، التعليم والتدريب، الإبعاد والتركيز، النمذجة

الطريقة والإجراءات :

١ ـ يقوم المعالج بتنشيط عملية التفاعل بين المجموعة، عبر لعبه جماعية ترفيهية بأن يضع كل مشارك بيت شعري ثم يأتي الدور على المشارك الذي يليه ليضع بيت شعري يبدأ بالحرف الذي انتهى به بيت الشعر المشارك الذي سبقه. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٠٢ دقيقة).

٢ ـ ثم يقوم المعالج بعمل تثقيف نفسي مباشر حول أهمية الزمن واستعراض المقولات المهمة حول أهمية الزمن والوقت، ثم يقوم المعالج بعمل حوار جماعي يشارك فيه جميع المشاركين وينتهي بالتوصل للمقولات الايجابية حول أهمية الوقت وجعل المشاركين يرددونها حتى يقتنعوا بها والتأكد من ذلك في الجلسة اللاحقة. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٠٣ دقيقة)

٣ ـ ثم يقوم المعالج مع المشاركين بتحديد مجموعة الأفكار التلقائية المسئولة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي، ومن ثم تحديدها عبر الإبعاد والتركيز والتي تستهدف أن يعرف المشارك الرابط بين المثير والاستجابة وهي الأفكار التقائية المسئولة عن نفاذ الوقت وعم استثماره

وبالتالي يركز المشـارك على تلك الأفكار التي تحدد اسـتجابته وبالتالي ملء الفجوة المعرفية، بحيث يتم تذكير المشاركين بكيفية اكتشاف وتغيير الأفكار السلبية، ويتم تطبيقها على تغيير الأفـكار وتحديد الأفكار التلقائية المسـئولة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي بحيث تسـتنبط أنـت بنفسـك وأن تسـتنتج طرقك الخاصـة للتعامل مع مثـل هذه المشـاكل أذن هذه الحلقة المفرغة يمكن أن تجعلك تشعر بالسوء، فربما تخلق حالات جديدة تجعلك تشعر بسوء أيضا. ربما تبدأ بالاعتقاد بأشياء غير واقعية حول نفسك، هذا يحدث لأنه عندما نكون بحالة شدة نفسـية وتوتـر فإننا أكثـر احتمالا للتـسرع بالحكم وأن نفسر الأشـياء بطريقة متشـددة وغير مفيدة. فالعلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يساعدك على كسر هذه الحلقة المفرغة من التفكير المشوش والمشاعر والسلوك المرافق . عندما ترى أجزاء هذا التسلسل بوضوح فباستطاعتك تغييرها وبهذا تغير شعورك حولها

فالعـلاج المعرفي السـلوكي يهـدف لأن يوصلك إلى حد معـين بحيث تؤدي العـلاج أنت . ثم يطلب المعالج من احد المشاركين بالتطوع لاكتشاف الأفكار التلقائية التلقائية المسئولة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي بحيث يتم استبعاد تلك الأفكار التلقائية والتركيز على تحديدها والتعرف عليها ومن ثم التخلص منها، وكيفية تنفيذ ذلك على جداول التفريغ المخصصة لذلك، ثم يقوم المعالـج بتلخيـص ما تم ويرد على الاستفسـارات من قبل المشـاركين، ويتأكـد المعالج من فهم المشاركين باستعراض مثال من أحد المشاركين المتطوعين، ثم يكلف المعالج المشاركين بواجب يحددون فيه تلك الأفكار ومناقشـته في الجلسـة اللاحقة وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاسـتجابات التـي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاسـتجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج منهيا بذلك الجلسة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٤٥ دقيقة) نهاية الجلسة الثالثة عشرة.

الجدول رقم (٤)

تسجيل الأفكار التلقائية المسؤلة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي

المثير :	الأفكار التلقائية السلبية :	فحص الأفكار وتحديدها:	أفكار تلقائية بديلة:	النتائج :
ما لـشيء الذي أثار لديـك الشـعور أو السلوك السلبي ؟	حـدد الأفـكار أو الصور التـي بـرزت في ذلـك الوقت قدر درجة تصديقك بكل فكرة في ذلك الوقت (٠-١٠٠)	حدد نوع خطاء التفكير هل الفكرة صحيحة (الأدلة المسـاندة والمضـادة)؟ هـل تمثل الفكرة قانون لا يتغير؟ هل هي بالضرورة منطقية؟	قـم بصياغـة بدائـل عقلانيـة ، تـود أن تفكـر فيهـا عندمـا تواجه موقف مشابه . قدر درجـة تصديقك للفكـرة الجديدة (٠-١٠٠)	ما درجة اعتقادك الآن بالفكرة التقائية السلبية الأولى ؟ (٠-١٠٠) كيـف تشـعر الآن بعد أن كونت فكرة جديدة ومعقولة ؟(٠-١٠٠)
١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ
الشعورأو الانفعال الـذي شـعرت بـه وقته (٠-١٠٠) :	التـصرف / السـلوك غير المفيد الذي قمت به :	السلوك الجديد :		
١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ	١ـ ٢ـ ٣ـ		

٤ ـ ثم يقوم المعالج بالترحيب بالمشـاركين واسـتعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين، ثـم يقـوم بتدريب المشـاركين على إدارة الوقت مـن خلال التعلم والتدريـب والذي يتضمن إعطاء المشـارك مادة معرفية تتنـاول خطوات مرحليه لإدارة الوقت ويتبعها إعطاء المشـارك واجب للتأكد من تعلمه لتلك المهارة والانتهاء بتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشـارك بمعلومات حول اسـتجابته، بشـكل منظم ومسـتمر،من أجل مسـاعدته في

تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . والخروج بالنتائج. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٣٠ دقيقة).

٥ ـ ثم يقوم المعالج مع المشاركين بتحديد الأوقات الغير مفيدة له وذلك عبر واجب يقوم فيه المشارك بتحديد جدول يومي له يحدد من خلاله الأوقات الغير مفيدة ومناقشته مع المعالج، ثم يقوم المعالج باستخدام فنية النمذجه الرمزية والتي يقوم فيها المشارك بتشكيل نموذج مثالي يكون من خلاله يوم مثالي يستثمر فيه وقته ويراقب من خلاله سلوكه (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٣٠ دقيقة) نهاية الجلسة.

تمارين الجلسة الثالثة عشرة :

أن يحدد المشاركين مجموعة الأفكار التلقائية المسؤلة عن نفاذ الوقت بغير عائد ايجابي

تمارين الجلسة الرابعة عشرة :

تكليف المشاركين بتنفيذ خطوات لإدارة الوقت على نفسه متخذا النموذج المعطى كخطة للتنفيذ، ومناقشته في الجلسة القادمة. تكليف المشارك بتحديد جدول يومي له يحدد من خلاله الأوقات الغير مفيدة ومناقشته مع المعالج الجلسة القادمة .

الجلسة : الخامسة عشرة والسادسة عشرة المدة: (٦٠+٦٠) دقيقة

موضوع الجلسة : التوجه للمستقبل والمثابرة

هو حرص المدمن على أن يستشرف المستقبل في تفكيره وسلوكه وما يضعه لنفسه من أهداف وطموحات بحيث يفكر ويعمل ويخطط في سبيل نواتج بعيدة المدى أدوم وأبقى مفضلا النواتج الأخيرة على أي مكاسب أو مغانم فورية سريعة ومؤقتة و حرص المدمن على استمرارية العمل لإتمام أو بلوغ ما يسعى في سبيله من أهداف ومطامح بحيث يواصل جهده بدأب كي يصل إلى ما يريد أو يرتضي من أهداف .

التمهيد:

الترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٥ دقائق)

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

- أن يكتشف المشارك أهمية التخطيط للمستقبل.
- أن يستنبط المشارك مجموعة المبادئ التي تتحكم في عدم قدرته على الصبر للوصول إلى النواتج الأخيرة مكتفيا بالمكاسب المؤقتة.
- أن يتمكن المشارك من وضع الأهداف القصيرة والبعيدة المدى.
- أن يبرهن ويستنتج المشارك على أهمية الصبر والصعوبة في العلاج للوصول إلى النواتج والمكاسب الحقيقة.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

التعليم والتدريب، الأسئلة السقراطية، فنية التخلي عن المطالب، المناقشة

الطريقة والإجراءات :

١ ـ يقوم المعالج بعمل تثقيف نفسي مباشر لتوضيح أهمية التخطيط للمستقبل عبر مجموعة من الأسئلة السقراطية يسال المعالج الشارك سلسلة من الأسئلة التي تقود المشارك لاكتشاف التناقض الذي تنطوي علية فكرة تلقائية سلبية لديه .على سبيا المثال،«عندما تحدث نفسك بأنك فاشل في حياتك،هل تعني انك فاشل في بعض جوانب حياتك في بعض الأوقات،أو انك فاشل في كل الجوانب في بعض الأوقات؟»إذا أجاب المشارك«ببعض الجوانب في بعض الأوقات»،يمكنك إن تشير أي إن هذا هو حال كل البشر .إما إذا قال المشارك»إنا فاشل

في كل أوجـه حيـاتي في كل الأوقـات «،فيمكنك إن تشـير إلى إن ذلك ليـس صحيحا في أي حـال مـن الأحوال لدى أي إنسـان «إلخ، واسـتخدام فنية التفاعل لرفع مسـتوى الدافعية الداخلية للمشـاركين الايجابيين، وضبط المشـاركين السلبيين بما تتضمنه من أسئلة مفتوحة، وتوكيد (تأكيد تعبيرات والأفكار الايجابية للمشـارك)، والاستماع الانعكاسي (من المشارك ولكن ليس بسلبية، ثم اجعل تعليقاتك انعكاسا لما يقوله المشارك، أو يعبر عنه من أفكار أو مشـاعر) وتتعدد مسـتويات وأنواع الاسـتماع الانعكاسي بناء على ما يلي: العكس البسيط (وهو ترديد أو إعادة صياغة لما قاله المشـارك حرفيا)، والعكس المكبر (وهو التعبير عما قاله المشـارك ولكن بدرجة مضخمه مثال هل لا تسـتطيع التحكم في نفسـك نهائيا ؟)، العكس مزدوج الوجهة (وهو تعبير عن جانب سلبي ذكره المشارك وجانب ايجابي سبق أن عبر عن المشارك وهي تهدف كذلك إلى تنمية التناقض لديه)، وتغيير مركز الاهتمام (وهو التعبير عن جانب سـبق ذكره لتغيير مركز الاهتمام الحالي إذا كان يعمل ضد أهداف الجلسة)، ومسايرة المقومة (عوضا عن المواجهه، سـاير المقاومة السـلبية مثل شـخص منـزوي، فتقول له يبدو أنك تحب أن تسـتقل بنفسـك ..الـخ) وأخيرا إعادة التأطير أي إعطـاء معنى جديد وايجابي لمعلومـة أو حـدث ذكره المشـارك، وذلك من خلال دعوته إلى التفكـير في احتمالات جديدة حـول نفس الحـدث. ويتم ذلك عن طريق أسـلوب التفسـير الاستكشـافي وذلك لإخراج المشـارك من الدائرة المغلقة في الحلول لمشـكلته، وذلك عبر توصل المشارك نفسه في مساعدة نفسه للوصول للقرارات المناسبة للوصول إلى أكبر كم من المعلومات بهدف التوصل إلى أن يدرك المشارك أهمية التخطيط للمستقبل . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

٢ ـ يقـوم المعالـج باسـتخدام فنية التخلي عـن المطالب وذلك بأن يعي المشـارك مجموعة المبادئ السلوكية التي تتحكم في عدم قدرة المشارك على الصبر للوصول إلى النواتج الأخيرة مكتفيا بالمكاسـب المؤقتة وذلك عبر استخدام فنية التخلي عن المطالب والتي يتم فيها حث المشارك على التخلي عن مجموعة المبادئ السلوكية التي تتحكم في سلوكه والتي تتخذ صياغات لفظية مثل (مجموعة العبارات التي تؤكد على أن دخولي كان فقط لإرضاء أهلي، أو بسبب العمل، أو لكـي أنظـف دمي ...إلخ) ثم تحديد تلك الصياغات ومسـاعدة المشـارك على اسـتبدالها بعبارات ومبادئ مرنة وتشـجع على أهمية الأهداف والمكاسـب الحقيقية الأخيرة المسـتقبلية

وإعطاء المشارك واجب للتأكد من أنه فهم عبر تحديد أبرز المبادئ السلوكية التي تحد وتعطل من توجه المريض للمستقبل منتهيا بذلك الجلسة (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٣٠ دقيقة) نهاية الجلسة الخامسة عشرة

٣ـ يقوم المعالج بالترحيب بالمشاركين واستعراض لما تم انجازه الجلسة السابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين، ثم يقوم المعالج بالاستعانة بنماذج حقيقية صبرت وعانت في العلاج بغية الوصول للهدف الحقيقي والمكسب الحقيقي وهو التعافي من الإدمان، وذلك لعرض معاناته وصبره في سبيل العلاج. (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٣٠ دقيقة)

ثم يقوم المعالج بتدريب المشاركين على كيفية وضع الأهداف القصير والبعيدة المدى انظر (عرض بور بوينت).، ثم يقوم المعالج بإعطائهم واجب للتأكد من فهمهم ومناقشة الأهداف التي وضعوها وتقديم تغذية راجعة للمشاركين وهي عملية تزويد المشارك بمعلومات حول استجابته، بشكل منظم ومستمر،من أجل مساعدته في تعديل الاستجابات التي تكون بحاجة إلى تعديل وتثبيت الاستجابات التي تكون صحيحة وشرح أسباب الأخطاء، بالإضافة إلى تزويده بعبرات تعزيزيه لمواصلة السلوك الايجابي وتثبيت الاستجابة . (الوقت المستغرق للتنفيذ: ٢٥ دقيقة) نهاية الجلسة

تمرين الجلسة الخامسة عشرة :

وإعطاء المشارك واجب للتأكد من أنه فهم عبر تحديد أبرز المبادئ السلوكية التي تحد وتعطل من توجه المريض للمستقبل.

تمرين الجلسة السادسة عشرة :

تكليف المشارك بوضع الأهداف القصير والبعيدة المدى للتأكد من فهمهم ومناقشة الأهداف التي وضعوها .

وتكليفهم بواجب يقدمون من خلاله على تلخيص مادة معرفية مقدمة لهم عن التدريب على الصبر واستعراض خبرة كل مشارك عن موقف تعرض له واحتاج فيه إلى الصبر.

الجلسة : السابعة عشرة **المدة: (٦٠) دقيقة**

موضوع الجلسة :الفعالية الذاتية

هـو إدراك المدمن بأن نجاحه في حياته إنـما يتحدد في ضوء كده واجتهاده ومثابرته في تحقيق أهدافه بغير تعليل أو تبرير بمنطق الحظ أو الظروف .

التمهيـد : الترحيـب بالمشـاركين واسـتعراض لما تـم انجازه الجلسـة السـابقة، والتأكد من اسـتيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة والتأكد من أداء التمارين المطلوبة من قبل المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق)

الهدف من الجلسة :

ـ من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

ـ أن يكتشف المشارك من أن النجاح لا يتحقق إلا بالاجتهاد والمثابرة في تحقيق الأهداف

ـ أن يستنبط المشارك بأن الحظ والظروف لا تعطل الإنسان عن تحقيق أهدافه

الفنيات العلاجية المستخدمة:

التعليم والتدريب، المناقشة

الطريقة والإجراءات :

يقوم المعالج بتدريب المشـاركين على الحصول على المعلومـات الدقيقة وإخضاعها للمنطق والنقد للخروج باسـتنتاجات واقعية يدرك من خلالها المشـارك بأن النجاح لا يأتي إلى من خلال العمـل والجهـد والصبر لا عن طريق الحظ، يكلف المعالج كل مشـارك بواجب يحلل من خلاله عـرض مباشر لحالة متعافي مـن الإدمان وكيف أن اجتهاده وإرادتـه كان له دور في حصوله على هدفه المنشود . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة).

ثم يقوم المعالج بتقديم تثقيف نفسي عن شروط النجاح وإعطاءها المشـاركين واسـتخراج أهم الفوائد التي استفادوا منها ومناقشة ذلك .(الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

تمارين الجلسة السابعة عشرة :

يكلف المعالج كل مشـارك بواجب يحلل مـن خلاله عرض مباشر لحالة متعافي من الإدمان وكيف أن اجتهاده وإرادته كان له دور في حصوله على هدفه المنشود

يقوم المعالج بإعطاء واجب عبر توفير مادة علمية عن شروط النجاح وإعطاءها المشـاركين لاستخراج أهم الفوائد التي استفادوا منها ومناقشة ذلك في الجلسة اللاحقة.

الجلسة : الثامنة عشرة **المدة: (٦٠) دقيقة**

موضوع الجلسة :الحاجة إلى التقبل

وهـو الرغبة في التغيـير وبداء حياة جديدة والتخلص من نظرة المجتمع والآخرين السـلبية والتخلص من الألم والمعاناة و مزاولة الحياة بشكل طبيعي .

التمهيـد : الترحيـب بالمشـاركين واسـتعراض لما تـم انجازه الجلسـة السـابقة، والتأكد من استيعاب وتحقيق أهداف الجلسة السابقة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ١٠ دقائق)

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

ـ أن يميز المشارك سبب نظرة المجتمع عنه .

ـ أن يكتشـف ويحدد المشارك السلوكيات الخاطئة والعادات القديمة المسئولة عن نظرة المجتمع له.

الفنيات العلاجية المستخدمة:

المناقشة، التعليم والتدريب

الطريقة والإجراءات :

يقوم المعالج بعمل جلسة مناقشة جماعية تستهدف أبرز السلوكيات الإدمانية التي أفرزت نظرة المجتمع السلبية حول كل مشارك والوصول إلى استنتاجات شاملة لكل الأعضاء المشاركين . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

يقوم المعالج بحث المشاركين على التخلي عن مجموعة العادات القديمة التي تهيأ للانتكاسة و تحديدها عبر مناقشة جماعية يتم من خلالها الوصول إلى خلاصه لأبرز العادات السلبية المهيأة للانتكاسة، ومن ثم مساعدة المشارك على استبدالها بعادات اجتماعية مفيدة . (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة).

الجلسة : التاسعة عشرة **المدة: (٦٠) دقيقة**

موضوع الجلسة : إنهاء البرنامج والقياس البعدي

الهدف من الجلسة :

من المتوقع من المشارك عند الانتهاء من تطبيق هذه الجلسة أن يكون قادرا على أن :

- أن يستجيب المشارك للاختبار البعدي وذلك بهدف التعرف على درجة الدافعية على مقياس الدافعية للعلاج من الإدمان .

الطريقة والإجراءات :

يطبق المعالج النفسي أداة القياس التي قام بإعدادها لقياس درجة الدافعية للعلاج ويعطيه تعليمات التطبيق والتأكيد على أهمية إعطاء أول إجابة تتبادر إلى ذهنه وأهمية الصدق في الإجابة (الوقت المستغرق للتنفيذ : ٢٥ دقيقة)

المراجـــع

إبراهيم، عبد الستار. (٤٩٩١). العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث. القاهرة، دار الفجر.

بيـك، أرون. (٠٠٠٢). العـلاج المعـرفي والاضطرابـات الانفعالية. (ترجمـة مصطفى، عادل). القاهرة، دار الأفاق العربية.

الجوهـي ، عبـد الله عمـر (٤٠٠٢م) أثـر النمـوذج المعرفي السـلوكي في علاج عينـة من مرضى الإدمان. رسالة دكتوراة غير منشورة جامعة المنيا، مصر .

الجلبـي، قتيبـة و اليحيا، فهد. (٦٩٩١).العلاج النفسي وتطبيقاتـه في المجتمع العربي. الرياض، الإعلامية للنشر.

الحجـار ، محمـد (٩٠٤١هـ) التدريب العلاجي الطبي السـلوكي في موضوع الإدمان على المواد المبدلة للمزاج ، الكحول والمواد المخدرة .

الحجـار، محمد. (٢٩٩١). العلاج النفسي الحديث للإدمان عـلى المخدرات والمؤثرات العقلية. الرياض، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريب.

الحسـين، أسـماء عبـد العزيـز (٧٩٩١م)، فاعلية العـلاج النفسي السـلوكي الجماعي في خفض درجة الشعور بالوحدة النفسية لدى عينة من طالبات الإقامة الداخلية في جامعة الملك سعود، رسالة ماجستير في علم النفس (غير منشورة)، الرياض: جامعة الملك سعود.

الخطيب، جمال (٠٩٩١م)، تعديل السلوك ـ القوانين و الأجراءات، الطبعة الثانية: الرياض.

الـزراد، فيصـل محمد خـير (٨٨٩١)، علاج الأمراض النفسـية و الاضطرابات السـلوكية، دار العلم للملايين.

الزهـراني ، أحمـد سـعيد (٦٠٠٢م) فعاليـة برنامـج علاجي نفـسي مقترح لخفـض درجة بعض الاضطرابـات النفسـية التاليـة للصدمة . رسـالة دكتـوراة غير منشـورة ، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية ، الرياض : السعودية .

زهران، حامد (٧٧٩١م)، الصحة النفسية والعلاج النفسي: الطبعة الثانية.

_____ (٤٩٩١م) . الصحة النفسية و العلاج النفسي . (ط٢)، القاهرة: عالم الكتب.

سري، إجلال محمد (٠٩٩١م)، علم النفس العلاجي، القاهرة:ك عالم الكتب.

الشناوي محمد ، والسيد عبد الرحمن (٨٩٩١م) العلاج السلوكي الحديث ، القاهرة : دار قباء للطباعة والنشر، ص ٤٤٤.

عيسوي، عبد الرحمن (٤٨٩١م)، العلاج النفسي، بيروت: دار النهضة العربية.

غانم ، محمد حسن محمد (٠٠٠٢م) الدافعية للعلاج لدى المدمنين – دراسة نفسية مقارنة. المجلة المصرية للدراسات النفسية ، المجلد العاشر ، العدد ٥٢ – الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، القاهرة : مصر .

فطيم، لطفي (٣٩٩١م)، العلاج النفسي الجمعي: مكتبة الأنجلو المصرية.

كمال، وعلي (٤٩٩١م)، العلاج النفسي قديماً وحديثاً: الطبعة الأولى.

المحارب، ناصر ابراهيم. (٢٠٠٠). المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي. الرياض، دار الزهراء.

محمد، عادل عبدالله. (٢٠٠٠). العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات. القاهرة. دار الرشاد.

محي الدين ، أحمد حسين (١٩٨٨م) الدافعية العامة وأبعادها عند الذكور : دراسة عامليه في إطار المجتمع السعودي . دراسات في الدافعية والدوافع ، الطبعة الأولى – دار المعارف ، القاهرة .

مصطفى فهمي ١٩٦٠،الدوافع النفسية .القاهرة ،مكتبة مصر:٤٩.

مليكه، لويس كامل (١٩٩٤م)، العلاج السلوكي وتعديل السلوك: الطبعة الثانية.

الملحق رقم (٤) قائمة بأسماء محكمين
البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان

م	الاسم
١	د . حسين الحميد استشاري الطب النفسي بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
٢	د . سامر محمد محمد عرار أستاذ علم النفس الإرشادي بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
٣	د . سيد احمد الوكيل أستاذ علم النفس والتقويم النفسي بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
٤	د . صلاح فؤاد الشعراوي أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
٥	د. عبد الرحمن عيد الجهني أستاذ الصحة النفسية بكلية التربية بجامعة الطائف
٦	أ . عبد الله أحمد الوايلي أخصائي نفسي إكلينيكي أول بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض
٧	د. محمد القرني استشاري العلاج النفسي ورئيس قسم علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
٨	د. مروان علي المحمدي أستاذ علم النفس بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
٩	أ.د . عادل كمال خضر أستاذ علم النفس الإكلينيكي بكلية التربية بجامعة الملك عبد العزيز بجدة
١٠	د. يوسف سطام العنزي أخصائي نفسي إكلينيكي أول ورئيس قسم الخدمات النفسية بمجمع الأمل للصحة النفسية بالرياض

الملحق رقم (٥) المخاطبات الرسمية

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Ministry of Higher Education
KING ABDULAZIZ UNIVERSITY
Faculty of Education

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك عبد العزيز
كلية التربية

بسم الله الرحمن الرحيم

Ref. : ..... الرقم : .....

Date : ..... التاريخ : .....

Encl. : ..... المرفقات : .....

سعادة رئيس قسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف وفقه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد -

بالإشارة إلى إفادتكم بتاريخ ١٤٣٠/١/١٧هـ . بخصوص الطالب / يزيد بن محمد الشهري الدارس بمرحلة الدكتوراه والمتضمن التطبيق الميداني لرسالته

بعنوان (بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته) .

عليه نفيدكم بأن الطالب قد أنهى تطبيق برنامجه العلاجي المعرفي السلوكي، على عينة من المدمنين بمكافحة المخدرات بجدة للفترة من ١٤٣١/٢/١٦هـ إلى ١٤٣١/٣/٧هـ تحت إشرافي .

وتقبلوا خالص تحياتي وتقديري ،،،

الدكتور/ محمد بن سالم السهيمي

دكتوراه في العلاج النفسي

رئيس قسم علم النفس بكلية التربية بجده

استشاري علاج نفسي بمستشفى الملك فهد بجده

KINGDOM OF SAUDI ARABIA
Ministry of Higher Education
KING ABDULAZIZ UNIVERSITY
Faculty of Education

المملكة العربية السعودية
وزارة التعليم العالي
جامعة الملك عبد العزيز
كلية التربية

بسم الله الرحمن الرحيم

Ref. : ..... الرقم : .....

Date : ..... التاريخ : .....

Encl. : ..... المرفقات : .....

سعادة رئيس قسم العلوم الاجتماعية بجامعة نايف وفقه الله

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته وبعد .

بالإشارة إلى إفادتكم بتاريخ ١٤٣٠/١/١٧هـ . بخصوص الطالب / يزيد بن محمد الشهري الدارس بمرحلة الدكتوراه والمتضمن التطبيق الميداني لرسالته

بعنوان (بناء برنامج علاجي معرفي سلوكي لتنمية الدافعية للعلاج من الإدمان وقياس فاعليته) .

عليه نفيدكم بأن الطالب قد أنهى تطبيق برنامجه العلاجي المعرفي السلوكي، على عينة من المدمنين بمكافحة المخدرات بجدة للفترة من ١٤٣١/٢/١٦هـ إلى ١٤٣١/٣/٧هـ تحت إشرافي .

وتقبلوا خالص تحياتي وتقديري ،،،

الدكتور/ محمد بن سالم السهيمي

دكتوراه في العلاج النفسي

رئيس قسم علم النفس بكلية التربية بجده

استشاري علاج نفسي بمستشفى الملك فهد بجده