

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



أطروحة مقدمة نيل شهادة دكتوراه LMD

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

مساهمة بروتوكول علاجي قائم على استراتيجيات علاج معرفي
سلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات

إشراف الأستاذة:

د. بوروية أمال.

إعداد الطالبة:

خلفاوي فاطمة الزهراء.

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتماء	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسة الجلسة	محمد لمين دباغين سطيف 2	أستاذ	ايت مجربديعة
مشرفا ومقررا	محمد لمين دباغين سطيف 2	أستاذ محاضر-أ-	بوروية أمال
عضوا مناقشا	محمد لمين دباغين سطيف 2	أستاذ محاضر-أ-	لعزازقة حمزة
عضوا مناقشا	المركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو	أستاذ محاضر-أ-	مأمون عبد الكريم
عضوا مناقشا	لخضرباتنة1	أستاذ	أمزيان الوناس

السنة الجامعية: 2023/2022

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2

قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية



أطروحة مقدمة نيل شهادة دكتوراه LMD

تخصص: علم النفس العيادي

بعنوان:

مساهمة بروتوكول علاجي قائم على استراتيجيات علاج معرفي
سلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات

إشراف الأستاذة:

د. بوروبة أمال.

إعداد الطالبة:

خلفاوي فاطمة الزهراء.

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتماء	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسة الجلسة	محمد لمين دباغين سطيف 2	أستاذ	ايت مجربديعة
مشرفا ومقررا	محمد لمين دباغين سطيف 2	أستاذ محاضر-أ-	بوروبة أمال
عضوا مناقشا	محمد لمين دباغين سطيف 2	أستاذ محاضر-أ-	لعزازقة حمزة
عضوا مناقشا	المركز الجامعي الشريف بوشوشة افلو	أستاذ محاضر-أ-	مأمون عبد الكريم
عضوا مناقشا	لخضرباتنة 2	أستاذ	أمزيان الوناس

السنة الجامعية: 2023/2022



تشكرات

كن عالماً.. فإن لم تستطع فكن متعلماً
فإن لم تستطع فاحب العلماء، فإن لم تستطع فلا تبغضهم
أشكرُ الله وأحمدُه حمداً بليغاً، لجلال وجهه، وعظيم
سلطانِه الذي منحني الصبر والثبات ووفَّقني في إنجاز هذا
البحث، وأسأله الرِّضا والتوفيق والصلاة والسلام على خير خلقه.
شُكراً لكلِّ من ساعدني من قريب، أو بعيد، على تذليل ما واجهته
من صعوبات، وأخصُّ بالذكر الأستاذة المشرفة: بورويبة أمال
التي لم تبخل عليّ بتوجيهاتها ونصائحها القيِّمة التي كانت عوناً لي
في إتمام هذه الأطروحة
كما لا يفوتني بأن أوجه الشُّكر الخاص لأساتذة المركز الجامعي
الغريفة بوشوشة بأفلو كما أتقدم بالشكر لعمال مصلحة علاج الإدمان
وعينة المدمنين بمستشفى فرانز فانون البلدية
وأشكر كل من ساهم في إنجاز هذه الأطروحة من بدايته إلى نهايته
خلفاوي فاطمة الزهراء

ملخص الدراسة

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن مساهمة البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات، بالاعتماد على المنهج الشبة التجريبي للتعرف على الفروق من خلال قياس قبلي وبعدي و ثم تتبعي لدى عينة قوامها (34) مفردة منها سبعة عشرة (17) فردا مدمنا عينة ضابطة، وسبعة عشرة (17) فردا مدمنا عينة تجريبية ، حيث تمثلت أدوات الدراسة في: مقياس التشوهات المعرفية للحارثي (2012)، وتطبيق بروتوكول علاجي (من إعداد الطالبة الباحثة) والذي يتكون من إحدى عشرة (11) جلسة، وبعد المعالجة الإحصائية بالاعتماد على الحزمة الإحصائية المطبقة في العلوم الاجتماعية (SPSS 21) أسفرت على مجموعة من النتائج هي:

✓ يُساهم البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية بين درجات قياس المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي لدى أفراد العينة.

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات

✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات

الكلمات المفتاحية: الإدمان على المخدرات؛ تشوهات معرفية؛ بروتوكول؛ علاج معرفي سلوكي.

Abstract:

The current study aims to reveal the contribution of a protocol based on CBT strategies to correct cognitive abnormalities in drug addicts, drawing on the semi-experimental approach to identifying differences through tribal and post-gradual measurement and then tracking in a single sample (34) of seventeen (17) addicts, seventeen (17) addicts, and a pilot sample. The Harthi cognitive distortion scale (2012) and the application of a therapeutic protocol (prepared by the student researcher) consisting of eleven (11) sessions, and after statistical processing based on the statistical package applied in the social sciences (SPSS 21) produced a set of results:

- ✓ A protocol based on CBT strategies contributes to correcting drug addicts' cognitive abnormalities.
- ✓ There are no statistically significant differences in the cognitive distortion scale between control group measurement scores and the experimental group in tribal measurement of sample individuals.
- ✓ There are no statistically significant discrepancies in the cognitive distortion scale and between control sample members' score averages and the experimental group in the dimensional measurement of drug addicts
- ✓ There are no statistically significant differences in the scale of cognitive distortions and in the averages of tribal measurement individuals' scores.
- ✓ There are no statistically significant differences in the scale of cognitive distortions and between the averages of dimensional measurement scores and the tracking measure of the experimental group of drug addicts

Keywords: drug addiction; cognitive distortions; Protocol; Behavioral cognitive therapy.

قائمة المحتويات

رقم الصفحة	المحتويات
	- الشكر والتقدير.
أ	- ملخص الدراسة باللغة العربية.
ب	- ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية.
ج	- قائمة المحتويات.
د	- قائمة الجداول الأشكال والملاحق.
	الجانب النظري
01	الفصل الأول: مشكلة الدراسة واعتباراتها
03	أولاً: مقدمة/ إشكالية.
10	ثانياً: فرضيات الدراسة.
10	ثالثاً: أهمية الدراسة.
12	رابعاً: أهداف الدراسة.
12	خامساً: متغيرات الدراسة.
14	سادساً: الدراسات السابقة.
	الفصل الثاني: الإدمان على المخدرات
25	- تمهيد.
26	أولاً: خلفية تاريخية للإدمان على المخدرات.
27	ثانياً: ماهية الإدمان على المخدرات.
35	ثالثاً: أعراض الإدمان على المخدرات.
37	رابعاً: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.
40	خامساً: أسباب الإدمان على المخدرات ومراحله.
41	سادساً: أنواع الإدمان على المخدرات وطرق تعاطيها وشخصية المدمن.
45	سابعاً: علاج الإدمان على المخدرات ومآله.
47	- خلاصة الفصل.

قائمة المحتويات

	الفصل الثالث: التشوهات المعرفية
49	-تمهيد
50	أولاً: الخلفية التاريخية لتشوهات المعرفية.
50	ثانياً: ماهية التشوهات المعرفية.
53	ثالثاً: أنماط وأبعاد التشوهات المعرفية.
58	رابعاً: النظريات المفسرة لتشوهات المعرفية.
61	خامساً: فئات التشوهات المعرفية، خصائصهم وسماتهم.
63	سادساً: الآثار السلبية لتشوهات المعرفية.
64	سابعاً: أهمية العلاج النفسي لتصحيح التشوهات المعرفية
65	-خلاصة الفصل.
	الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي
67	-تمهيد.
68	أولاً: الخلفية التاريخية للعلاج المعرفي السلوكي.
70	ثانياً: ماهية العلاج المعرفي السلوكي.
73	ثالثاً: أهمية وأهداف العلاج المعرفي السلوكي.
74	رابعاً: مبادئ و مسلمات العلاج المعرفي السلوكي.
76	خامساً: نماذج العلاج المعرفي السلوكي.
78	سادساً: الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.
79	سابعاً: استراتيجيات وفنيات العلاج المعرفي السلوكي.
81	ثامناً: استخدامات العلاج المعرفي السلوكي وأهم معوقاته.
84	-خلاصة الفصل.
	الجانب الميداني لدراسة
87	الفصل الخامس: ميادين وإجراءات الدراسة.
88	-تمهيد

قائمة المحتويات

90	أولا : منهج الدراسة.
92	ثانيا: مجتمع الدراسة.
90	ثالثا: عينة الدراسة.
92	رابعا: أدوات جمع البيانات.
94	خامسا: إجراءات الدراسة.
129	سادسا : الأساليب الإحصائية.
130	-خلاصة الفصل.
	الفصل السادس: عرض النتائج ومناقشتها.
133	-تمهيد
134	أولا: حساب الاعتدالية
134	ثانيا: عرض وتفسير نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها.
138	ثالثا: عرض وتفسير نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها.
139	رابعا: عرض وتفسير نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها.
141	خامسا: عرض وتفسير الفرضية الرابعة ومناقشتها.
144	سادسا: الاستنتاج العام.
146	- الخاتمة.
150	_ المقترحات.
152	- قائمة المراجع.
163	- قائمة الملاحق.

قائمة الجداول والأشكال والملحقات

أولاً: قائمة الجداول:

رقم الصفحة	الجدول	رقم الجدول
77	نموذج ألبيرت أليس للأساس المعرفي.	01
92	يبين خصائص العينة الاستطلاعية.	02
93	يبين خصائص العينة الأساسية للمجموعتين.	03
97	يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية.	04
98	يوضح معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.	05
100	يوضح معامل ارتباط الدرجة الكلية للبعد بالدرجة الكلية لمقياس التشوهات المعرفية.	06
101	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس التشوهات المعرفية.	07
101	يوضح معامل ثبات لمقياس التشوهات المعرفية.	09
101	يوضح معامل ثبات أبعاد مقياس التشوهات المعرفية	10
135	يوضح نتائج اختبار كولموجروف سيمونوروف؛ شابيرو ويلك	11
135	حساب قيمة(ت) لمتوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس التشوهات المعرفية في القياس القبلي.	12
138	حساب قيمة(ت) لمتوسط درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في مقياس التشوهات المعرفية في القياس البعدي.	13
140	حساب قيمة(ت) لمتوسط درجات القياس القبلي والبعدي في مقياس التشوهات المعرفية لقياس المجموعة التجريبية.	14
142	حساب قيمة(ت) لمتوسط درجات القياسين البعدي والتتبعي في مقياس التشوهات المعرفية للمجموعة التجريبية.	15

قائمة الجداول والأشكال والملحق

ثانيا: قائمة الأشكال:

الرقم	الشكل يوضح	رقم الشكل
46	اطوار ومراحل علاج الادمان	01
52	شرح التشوهات المعرفية	02
59	مستويات النموذج المعرفي.	03
70	أطوار علاج الإدمان على المخدرات	04
76	التفكير والانفعالات للنظريات الثلاث.	05
109	المناطق المستهدفة من التوتر والتركية عليها أثناء الاسترخاء	06
111	مراحل معالجة حل المشكلات.	07
135	الثالوث المعرفي السلبي	08

قائمة الجداول والأشكال والملحق

ثالثا: قائمة الملحق:

رقم الصفحة	الملحق	رقم الملحق
164	إذن تطبيق المقياس من صاحبة ربيع فيصل الحارثي	01
165	استمارة تحكيم البروتوكول العلاجي	02
173	جدول تسجيل الأفكار المختلفة	03
174	الشخص في الحفرة	04
175	تحديد الهدف.	05
176	بوصلة	06
177	تصنيف التشوهات المعرفية	07
178	دليل المقابلة العيادية	08
180	قائمة الأساتذة المحكمين	09
181	مخرجات المعالجة الإحصائية (SPSS21)	10
188	طلب تطبيق الدراسة الميدانية	11
189	السماح بالقيام بالتربص للقيام بالدراسة الميدانية	12

الجانِب

النظري

الدراسة

الفصل الأول: المشكلة واعتباراتها

أولاً: مقدمة / إشكالية.

ثانياً: فرضيات الدراسة.

ثالثاً: أهمية الدراسة.

رابعاً: أهداف الدراسة.

خامساً: متغيرات الدراسة.

سادساً: الدراسات السابقة.

أولاً: مقدمة / إشكالية:

يعد الإدمان على المخدرات من أخطر المشكلات التي تعترض سبيل الفرد وتفتك بالمجتمع، حيث أن أضرارها لا تمس المدمن فقط بل تمتد أضرارها إلى الجانب الاجتماعي والاقتصادي، هذا وهو يعتبر من أخطر المشكلات الصحية والنفسية والاجتماعية شيوعاً، التي مست وتمس كل المجتمعات وهي في طريق النمو وحتى المتقدمة منها، والتي يعاني منها الكثير من دول العالم إن لم نقل العالم اجمع.

وحسب الإحصائيات الواردة عن تقرير المخدرات العالمي (INCB, 2021) الخاصة بالمخدرات والجريمة أن حوالي 275 مليون شخص تعاطوا المخدرات في جميع أنحاء العالم في حين عانى أكثر من 36 مليون شخص من اضطرابات تعاطي المخدرات المختلفة حسب ما صنفه الدليل التشخيصي الخامس المعدل DSM-5-TR من أشكال سوء استعمال المواد، حيث عرفت هيئة الصحة العالمية الإدمان بأنه حالة نفسية وأحياناً عضوية تنتج عن تفاعل الكائن الحي مع العقار، ومن نتائجها ظهور وأنماط سلوكية مختلفة تشمل دائماً الرغبة الملحة في تعاطي العقار بصورة دورية للشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي تنتج من عدمه، وقد يدمن المتعاطي على أكثر من مادة واحدة. (حماد، 2005، ص. 28). لأن ما نعرفه عن الإدمان اضطراب نفسي تم تصنيفه من قبل الهيئات العالمية مثل (dsm, icd, apa) والتي عرفتنا بأنواع المخدرات وأعراضها أما المخدرات فقد عرفها (مدحت، 2008، ص. 21) مخدرات بأنها مواد تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بالتنشيط أو بالتنشيط أو تسبب الهلوسة والتخيلات وتؤدي بمقتضاها إلى التعود أو الإدمان فتضر به صحياً واجتماعياً، وينتج عن تعاطيها أضراراً اقتصادية واجتماعية للفرد والمجتمع، وتحظر استعمالها الشرائع السماوية والمواثيق الدولية والقوانين المحلية. والجدير بالذكر إن الظاهرة ليست وليدة العصر الراهن بل هي متجذر في التاريخ فيعود إلى العصور القديمة من حيث وجودها وهي وبهذا شكلت أزمه وبائية مست وتمس الفرد والمجتمع لما لها من آثار سلبية على كل النواحي الاجتماعية،

الاقتصادية، الصحية والنفسية فهي تسبب اختلالات عقلية (ضعف في السلامة العقلية) وهزال جسدي وسوء الأخلاق والقيم، مشاكل اجتماعية (بطالة، فقر، انحرافات جنسية، ...) وأزمات اقتصادية.

فالإدمان على المخدرات هو احد أوجه الانحراف السلوكي الذي يؤدي بالفرد إلى الحاق الضرر في حق المجتمع وفي حق ذاته، إذ هي تتم عن اضطرابات نفسية يعيشونها مثل اضطرابات في الشخصية، محاولات الانتحار، الاكتئاب... إلى آخره من الاضطرابات، وتعرف منظمة الصحة العالمية المخدرات "بأنها هي كل مادة خام أو مستحضرة أو تخليقيه تحتوى عناصر منومة أو مسكنة أو مفرطة من شأنها إذا استخدمت في غير الأغراض الطبية أن تؤدي إلى حالة من التعود أو الإدمان مسببة الضرر النفسي أو الجسماني للفرد والمجتمع"، كما يعتبر الإدمان حالة نفسية بيولوجية تتم عن طريق تفاعل العقار أو المخدر مع الفرد ومن اثر عملية التعاطي المتكرر لمدة ما، ولنفس المادة أو لأكثر من نوع يحدث الإدمان على المخدرات.

فكانت نسبة انتشار التعاطي حسب (UNOD) تقرير المخدرات العالمي (2020) على أساس البيانات المحصلة من سبعة عشر بلد، من المقدر أن (37%) من مرتكبي جرائم القتل، كانوا تحت تأثير مؤثر نفسي عند ارتكاب جريمة القتل وتتطابق هذه النتيجة مع تحليل تجميعي ل (23) دراسة منفصلة خلصت أنه في متوسط (37%) من مرتكبي الجرائم القتل كانوا تحت تأثير مؤثر نفسي. (UNOD, 2020).

وبما أن الجزائر إحدى دول العالم تعاني كباقي الدول من هذه الأفة، فكانت نسبة انتشار التعاطي حسب تقرير الذي صرح به الديوان الوطني لمكافحة الإدمان على المخدرات حيث كانت حصيلة نشاط حياة واستهلاك وعلاج الإدمان حسب آخر خمس سنوات الأخيرة في (2018) كان نسبة التعاطي وعلاج (24424) ذكور (972.12) نسبة (89,96%) وإناث (2452) بنسبة (4,69%) أما سنة (2021) عدد المدمنين (19701) ذكور (17547) بنسبة (89,07%) وإناث (2154) بنسبة (10,93%) أما

سنة (2022) حسب ما صدر في السداسي الأول (2022) كانت عددهم (31039) حيازة واستهلاك، فبعد ما كانت الجزائر نقطة عبور، أصبحت اليوم مركز للإدمان على المخدرات.

وقد كانت الدراسة التحليلية التي صرح بها الأستاذ الباحث سايج (2020) في تقريره أن من اهم نتائج التي صرح بها الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها كانت من اهم نتائج المخدرات، تنامي الانحراف السلوكي والأخلاقي وتغير في منظومة القيم لدى هؤلاء المدمنين، وإن انتشارها في مجتمعنا خاصة بين الشباب كشريحة اجتماعية تمثل مستقبل المجتمع وآفاته وإن اتساع هذه الظاهرة في شريحة الشباب يوضح خطرها المهدد لمستقبل الأسرة والمجتمع، كما يرجع أسباب الانتشار هذه الظاهرة خاصة في هذه شريحة من المجتمع إلى عدة عوامل مرتبطة بشخصيتهم وبالمحيط الأسري الذي لا يحقق لهم احتياجاتهم ومتطلباتهم المادية والمعنوية. كما أن شريحة شباب هي المستهدفة لسماهم لتميزهم بالاندفاعية وفضولية.

فالإدمان على المخدرات اضطراب نفسي يرتبط بأفكار خاطئة حول التعاطي والإدمان، وهذه الأفكار الخاطئة من أهم أسباب نقشي الإدمان على المخدرات لدى الكثير من أفراد المجتمع (يوسف. 1999)، فهو من اخطر الآفات على سلوكيات الفرد وسميات شخصيته إذ تؤثر مباشرة على سير حياته وطريقة تفكيره الخاطئة وبالتالي تسبب له الكثير من الاضطرابات النفسية يرتبط التفكير الخطأ الغير العقلاني الذي يحدد الاستجابة العقلانية للفرد بالتعميم في العديد من أشكال الإدمان المرضية فيقوم الفرد المدمن على المخدرات بتعميم تجربته بشكل سلبي على نفسه وعلى من هم حوله، والأسباب المباشرة للاضطرابات النفسية والانفعالية هي أن الأفراد لا يضطربون بسبب الأحداث، وإنما بسبب توقعاتهم وافترضااتهم الخاطئة والمشوهة التي يعزون بها تلك الأحداث إليها، وهو ما يعرف بالتشوه. فالتشوهات المعرفية هو إحدى المفاهيم الأساسية في نظرية بيك المعرفية، فهو "عبارة عن تركيبات أو صيغ معرفية ثابتة يكونها الفرد عن ذاته وعن البيئة المحيطة من خلال تضخيم السلبيات والتقليل من

شأن الإيجابيات والتعميمات المفرطة وتوقع الكوارث ولوم الذات والمبالغة في مستويات ومعايير الأداء واستنتاجات عشوائية والتجريد الانتقائي، وهي التي تؤثر في تكوينه المعرفي وكيفية إدراكه للأحداث وتفسيرها". (Beck, kooms&Milgrin, 2006) كما عرفها كليمار clemmer هي "الأفكار المبالغ فيها وغير المنطقية والتي يعتقد أنها تتسبب في استمرار الاضطرابات النفسية. فالتشوه المعرفي يؤثر على تفكير الفرد ويعوقه في إدراكه وعلى حكمه والقرارات الصحيحة فالفرد المدمن يحمل في هذه الحالة أحكاما سلبية مسبقة عن المواقف ودوافع سلبية ذاتية دفيئة وخبرات لا يحكمها المنطق". (clemmer, 2009, p. 291) وهذه التشوهات المعرفية كثيرا ما تقوي المعتقدات السلبية والمشاعر، مما يؤدي بالفرد المدمن إلى الاضطرابات النفسية والانفعالية والأمراض العقلية، يمكن أن نتعلم كيف نصحح طريقة تفكيرنا متمتعين بذلك بجودة الحياة والتفكير الإيجابي.

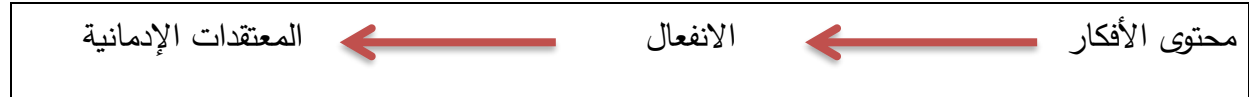
ادن فالتشوه المعرفي هو عبارات عن مجموعة من الأفكار الخاطئة التي يستعملها الأفراد لتعزيز الأفكار والانفعالات المتشائمة لديهم، كما أنها تؤثر على إدراكات الفرد، ومن ثم تؤثر على سلوكه وشخصيته. فإن هذه التشوهات المعرفية قد يعوق إدراك الفرد، طريقة تفكيره واتخاذ قراراته، إذ أنه في هذه الحالة يصبح لديه أحكاماً سلبية مسبقة عن الموقف وأفكار لا منطقية.

يؤكد الباحثون انصار المدرسة المعرفية إن المشكلة الحقيقية للاضطرابات النفسية والانفعالية هي أن الفرد المدمن على المخدر لا يتأثر كثيرا بالأحداث وإنما يتأثر بسبب رؤيتهم وتفسيراتهم وافتراساتهم الخاطئة والمشبوهة التي يعزونها إلى تلك الأحداث، ومن وجهة نظر انصار المدرسة المعرفية هو أن التشوهات المعرفية هي مجموعة العمليات التي تحدث داخل الفرد مثل الإدراك، القناعات، التفكير، التخيل والحديث الذاتي، التي تؤثر بشكل أو بآخر في سلوكه الداخلي (ظاهر وعلي، 2018، ص. 15)

ولا شك أن هذه التشوهات المعرفية والإدراكات غير المنطقية تترك أثارا سلبية لدى هؤلاء المدمنين

على المخدرات،

نشر بيك Beck (2013) "إن تأثير المواقف الخاصة بمشاعر ودوافع وردود الأفعال وأهميتها في تفسير السلوكيات بتشكيل بناء على معتقدات مرتبطة بالانفعالات والتي تصبح فعالة في المواقف، حيث يحتوي جوهر الأفكار في سلوك الإدمان على التناقض بين نمط عام ونمط خاص من المعتقدات المتواجدة لدى المريض".



أما عن أسباب التشوه المعرفي ذكر بيك (1995) نظريته المعرفية وتتابعها إلى ثلاثة عوامل ناجمة عن نظرة الفرد السلبية والمتشائمة إلى نفسه وكذلك حياته الحالية ومستقبلية وهذا يؤدي إلى شعور بالنقص ونظرته السلبية لما يفعله الآخرون وما يقومون به من سلوكيات يومية والتي يعتقد أنها موجهة إليه وإلى ما يحمله من رؤية سلبية ومتشائمة للمستقبل حيث تساهم التشوهات المعرفية في التأثير بشكل مباشر أو غير مباشر في حالة سوء التكيف النفسي مثل الاكتئاب واضطرابات الشخصية القلق وفي الكثير من الأحيان التشوهات المعرفية.

وتكمن أهمية دراسة التشوهات المعرفية في كونها أحد العوامل التي يمكن من خلالها أن تعرفنا بالمدمنين الذين يعانون من مشكلات واضطرابات نفسية لكي نبحث في برامج الإرشادية والعلاجية لمواجهة تلك التشوهات المعرفية ومما لا شك فيه أن من أنجح العلاجات التي أكدوا عليها العلاج المعرفي السلوكي في فاعليته في تفسير الاضطرابات السلوكية المتعددة مثل المخاوف المرضية والاضطرابات النفسية والفسولوجية. (فايد، 2001، ص. 31).

لهذا حاول باحثوا العلوم الاجتماعية عامة وعلم النفس خاصة تفسير ظاهرة الإدمان على المخدرات للوصول إلى العلاج المناسب والسريع لاحتوائها بطرق مختلفة فاكتسب العلاج النفسي نصيب الأكبر في الرعاية وإعادة تأهيل مدمني المخدرات في المجتمع، ويرجع ذلك إلى النظرية

المعرفية السلوكية لما لهذه النظرية، وهي أحد أبرز البرامج العلاجية التي أعطت نتائج مذهلة في وقت قياسي إذ يقاس بالأسابيع والأشهر وليس بالسنوات.

فالوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات وعدم الانتكاسة والعودة للإدمان هو الهدف الرئيسي لعمل الأخصائي النفسي ومن أولوياته لعلمه بخطورة التشوهات المعرفية والإدمان على المخدرات معا وما تسببه من اضطرابات على المستوى الذاتي والاجتماعي، ومن الأساليب العلاجية التي أثبتت نجاعتها من بين العلاجات النفسية العلاج المعرفي السلوكي "والمعالج المعرفي السلوكي مطالب بالتركيز على الأفكار المرضية الألية أو التحريفات المعرفية التي ترتبط بالحالات الوجدانية السلبية والتي تبين أنها تؤدي إلى إثارة الاضطرابات وتسمى بالتشوهات المعرفية." (عيد، 2018، ص. 30).

إذ يعد هذا النوع من العلاجات، من بين أهم أنواع العلاج النفسي الذي ويعتبر من بين أحد الأساليب الحديثة في العملية العلاجية حيث يستمد تطبيقاته من علم النفس المعرفي الذي يهتم بالعمليات المعرفية مثل الإحساس، الإدراك، الذاكرة، ولغة التفكير، لأنه مدخل يتم من خلاله تحديد وتقييم وتتبع السلوك ويركز هذا المدخل على تطور وتكييف السلوك ويتم من خلاله تعديل العديد من المشكلات، كما يهدف إلى التفاعل النشط بين المفحوص والمعالج النفسي وتبادل الخبرات بينهما ومن خلال العلاج المعرفي السلوكي حيث يتم تعديل وتصحيح الأفكار المشوهة لدي المدمن على المخدرات ومساعدته في إدراك المواقف وتحليلها بالشكل الصحيح، فهناك تداخل بين كلا من الأساس المعرفي والعلاج السلوكي إذ هما يعتمدان على العمليات المعرفية، وتأمل السلوك المشكل ويتم تغيير السلوك بعدة طرق مثل التعزيز الإيجابي للسلوك والتدخل المعرفي فالتطور الذي أحدثته دراسات أرون بيك، ألبيرت أليس، ماكنيبوم إلى يومنا الحالي، وهي دراسات كثيرة مثل دراسة (الطاهر ونيفين محمود، 2021) العلاج المعرفي للانفعالات عند الرواقية الرومانية؛ (عطا الله، مصطفى وخليل محمود، 2021) العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج دونالد ماكنيبوم، مفهوم المبادئ الأساسية والفنيات العلاجية، دراسة (رتاب وسيلة، 2018)فاعلية برنامج علاجي

جماعي للتخفيف من أعراض الانتكاسة لدى مدمني المخدرات؛ ودراسة (شيهان عبد المالك ومكي محمد، 2018) فاعلية البرنامج السلوكي المعرفي الجماعي في الامتناع عن تعاطي المخدرات لدى المراهقين؛ ودراسة كل من (أحمد مصطفى العتيق وأحمد فخرى هاني ورائيا حسن عبد الفتاح، 2016) فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تحسن حالات إدمان المخدرات.

وانطلاقاً على ما تم تناوله في طرح الإشكالية وتقديمه فإننا بحاجة لدراسة موضوع الإدمان على المخدرات، والتشوهات المعرفية ومساهمة البروتوكول المعرفي السلوكي لذا قامت الطالبة الباحثة بإعداد (بروتوكول) قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية، فهي ليس مجرد اضطرابات نفسية واجتماعيه ومشكلة بسيطة بل تعتبر التشوهات المعرفية من اشد الاضطرابات خطورة على الإدمان على المخدرات لذا وجب البحث في فاعلية البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي وبالتالي سنحاول من خلال هذا البرنامج تصحيح المعتقدات المعرفية السلبية نحو الإدمان على المخدرات كخطوة أولى لتحسيس بالمشكلة الإدمان على المخدرات وخطورة التشوهات المعرفية على الأفراد وعليه يمكن صياغة التساؤل التالي:

هل يساهم بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات؟

ومنه تطرح الطالبة الباحثة التساؤلات التالية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد

العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد

العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد

القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد

القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات ؟

ثانيا: فرضيات الدراسة:

نعم يساهم بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات.

1- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد

العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة

الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس

القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس

البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.

ثالثا: أهمية الدراسة: تكمن أهمية الدراسة في ما يلي:

تستمد الدراسة أهميتها من أهمية الموضوع نفسه الذي تم تناوله إذ تعد التشوهات المعرفية والعلاج المعرفي السلوكي من المواضيع القديمة الحديثة .

1. الأهمية النظرية: نلخصها ضمن النقاط التالية:

✓ إثراء المكتبة الأدبية والتربوية والنفسية في تقديم بعض المفاهيم واطار نظري مختصر يخص المتغيرين والقضايا المرتبطة بهذه المفاهيم والعلاقات فيما بينها.

✓ حيث يسهم هذا البحث في إثراء التراث السيكولوجي المرتبط بالتشوهات المعرفية من اجل تشخيص وإيجاد حلول وطرق بحثية للاستفادة منها في بناء البرامج العلاجية المناسبة لكل مرحلة.

✓ كما يسهم في إثراء التراث الأدبي لعلم النفس عامة وعلم النفس العيادي بصورة خاصة.

✓ يتميز العلم بالتراكمية حيث يبدأ الباحث بما انتهى منه الآخرون، الذي بحثوا فيه لإثراء المعرفة والفكر وكذلك المساعدة في التطور من خلال دراسة الظواهر والمشكل لإيجاد الحلول وللحد منها.

✓ دون أن ننسى أهمية العينة المدروسة ومدى احتياجاتها.

2. الأهمية التطبيقية: تم حوصلتها ضمن النقاط التالية:

✓ تساعد نتائج هذه الدراسة أصحاب القرار في المصالح والمراكز الاستشفائية (الأخصائيين النفسيين والمرشدين التربويين) والتي تتكفل بالإدمان على المخدرات للتعامل مع التشوهات المعرفية بكل أنواعها لدى المدمن والعمل على تطبيق البرنامج العلاجي لمساعدتهم.

✓ تكمن أهمية الدراسة من خلال تأكيد الطالبة الباحثة على أهمية بناء الشخصية المتكاملة للفرد المدمن وإعادة إعداده نفسياً، فكرياً واجتماعياً ويكون قادراً على تحمل المسؤولية المقرونة بالثقة بالنفس من خلال تصحيح التشوهات المعرفية ويعطي للمجتمع بقدر ما يأخذ أو أكثر مستغلاً طاقاته وإمكانياته إلى اقصى حد ممكن من اجل تحقيق شخصية سوية قادرة على تحقيق التوازن مع نفسه ومع بيئته والشعور بالسعادة وتحديد أهداف ورؤيا سليمة للحياة وكذا إدراكه الصحيح للعالم والواقع الذي يحدد أنماطه السلوكية من جهة ومساعدته على تصحيح تشوّهاته المعرفية من جهة أخرى ابتداء بعملية التشخيص التي تعتمد على استخدام مقياس التشوهات المعرفية.

- ✓ كما تتمثل الأهمية التطبيقية في محاولة التعرف على مساهمة بروتوكول المعرفي السلوكي ونجاحته مع المدمنين على المخدرات في تصحيح الأفكار المشوهة.
- ✓ يمكن الاستفادة منه من نتائجه في توعية المدمنين بأثر التشوهات المعرفية بكل أنواعها على بناء حياتهم في المدى القريب والبعيد.
- ✓ تزويد المختصين في المجال النفسي والتربوي في المؤسسات التربوية، الاجتماعية، المرشدين والمختصين بالمعلومات العلمية اللازمة لبناء الخطط والبرامج الإرشادية للحد من التشوهات المعرفية لدى الأفراد المضطربين.
- ✓ أهمية النتائج التي ستسفر عنها الدراسة الحالية تكون مؤشر على مدى حاجة المدمنين لخدمات العلاج والإرشاد النفسي لتكون دليل عمل للأخصائي النفسي في إعداد برامج علاجية.

رابعاً: أهداف الدراسة: تهدف دراستنا الحالية إلى:

1. التعرف على مساهمة بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني على المخدرات.

خامساً: مصطلحات الدراسة ومفاهيمها: قامت الطالبة الباحثة بتحديد مصطلحات الدراسة وهي:

- 1- **إدمان المخدرات:** تعرف منظمة الصحة العالمية إدمان المخدرات أنه حالة نفسية وأحياناً جسمية تنجم عن التفاعل الذي يتم بين الكائن الحي والدواء أو المخدر، ويتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر المرغوبة أو في بعض الأحيان لتجنب الانزعاج النفسي أو العضوي الناجمين عن تناوله لسبب من الأسباب، وفي تعاطي المادة المحدث للتعود يحدث ما نسميه بالتحمل، أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعة مع الزمن، وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخدرة التي يتعاطاها الفرد. (عبد الغاني، 2018، ص.15).

2- التشوهات المعرفية:

وتعرف إجرائيا: تعرف التشوهات المعرفية إجرائيا في هذه الدراسة بأنها منظومة من الأفكار الخاطئة التي تظهر عند الفرد المدمن في حياته والتي تؤدي بدورها إلى استنتاجات خاطئة في ادراك المواقف الواضحة وتؤثر عليه فتكسبه ضعف تام في مواجهة ضغوط الحياة والتوافق النفسي والاجتماعي مع نفسه ومع المحيطين به.

وعليه تعرف بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها المدمن على المخدرات بالاستجابة على فقرات مقياس التشوهات المعرفية الحارثي(2012).

3- العلاج المعرفي السلوكي:

ويعرف إجرائيا: يعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائيا بأنه برنامج مصمم بناء على أساليب علمية ويعتمد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي(لعب الأدوار ، إيقاف الأفكار الخاطئة، البناء المعرفي للأفكار ، النمذجة، الواجب المنزلي.....) ويتخذ من تقنياته وأساليبه لتقديم الخدمات بشكل فردي/ أو جماعي من خلال الجلسات التي تهدف إلى إكسابهم مفاهيم ومهارات تعمل على تصحيح التشوهات المعرفية.

4_ بروتوكول:

ويعرف إجرائيا في دراستنا هذه البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي يعتمد على مجموعة من احدى عشر(11)جلسة، والتي يحتوي على مجموعة من التقنيات والفنيات والمهارات والتي تستند على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات، كالاسترخاء، النمذجة، لعب الأدوار، التخيل، حل المشكلات، إعادة بناء الأفكار، الواجب المنزلي، إيقاف الأفكار المشوهة)

سادسا: الدراسات السابقة:

وبما أن البحث الحالي يحاول الكشف عن مساهمة البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشنوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات فإن الباحثة من خلال اطلاعها على الاطار النظري في الدراسات السابقة التي اهتمت بدراسة العلاج المعرفي السلوكي والتشنوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات من الدراسات العربية وفقا للترتيب الزمني الحديث ثم الدراسة التي سبقتها. ومن هذه الدراسات التي تم الاطلاع عليها من خلال استعراضه :

1- الدراسات الخاصة بالعلاج المعرفي السلوكي والتشوهات المعرفية

صاحبها	عنوان الدراسة	الهدف	المنهج	الأدوات	العينة	اهم النتائج المستخلصة
محمد، وخليفة (2022)	فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية واثره في اجترار الأفكار السلبية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية	التحقق من مدى فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية لدى أمهات الأطفال ذوي الإعاقة الفكرية واثره في اجترار الأفكار السلبية	التجريبي	المقياسان والبرنامج من إعداد الباحثان	40	*وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد المجموعتين التجريبيية، والضابطة في تطبيق البعدي على مقياس التشوهات المعرفية لصالح المجموعة التجريبيية تعزي للبرنامج العلاجي. *عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات المجموعة التجريبيية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس التشوهات المعرفية
مختار وسليمان وشوكت (2021)،	برنامج تدريبي قائم على النظرية المعرفية ل"بيك" لتعديل التشوهات المعرفية لدى طالبات الجامعة لخفض قلق التصور المعرفي	التحقق من وجود علاقة بين التشوهات المعرفية وقلق التصور المعرفي، والكشف عن مدى فاعلية برنامج تدريبي قائم على النظرية المعرفية ل"بيك" لتعديل التشوهات المعرفية لخفض قلق التصور المعرفي لدى طالبات الجامعة	الوصفي	مقياسان والبرنامج من إعداد الباحثين واستمارة المستوى الاجتماعي والثقافي للأسرة ل(عليه محمد حسن 1998)	150	*وجود علاقة ارتباطية بيت التشوهات المعرفية وقلق التصور المعرفي

2- الدراسات الخاصة: بالعلاج المعرفي السلوكي لدى مدمني المخدرات

صاحبها	عنوان الدراسة	الهدف	المنهج	الأدوات	عينة	أهم النتائج المستخلصة
عبيد، محمد حسني عبيد (2020)	فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية.	التعرف على فعالية البرنامج العلاج المعرفي السلوكي في تحقيق الدعم الاجتماعي للعينة من مدمني المخدرات دراسة تجريبية.	التجربي	مقياس الدعم الاجتماعي والبرنامج العلاجي معرفي السلوكي.	20	فعالية البرنامج المستخدم في تحقيق الدعم الاجتماعي والوقاية من الانتكاسية. عدم وجود فروق بين القياس القبلي والبعدي للمجموعة الضابطة. وجود فروق ذات دلالة إحصائية لصالح القياس البعدي. للمجموعة التجريبية. وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي للمجموعة التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي وأبعادها لصالح المجموعة التجريبية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين رتب درجات القياس البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي.
المخيني، وحمدي (2017)	فعالية برنامج تدريبي مستند إلى نموذج ماكنيبوم في خفض العينة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية.	فحص فاعلية برنامج تدريبي يستند إلى نموذج ماكنيبوم في خفض مستوى الرغبة في التعاطي.	التجربي	برنامج تدريجي مستند لنموذج ماكنيبوم. ومقياس خفض رغبة بالتعاطي من الخدرات ومؤثرات العقلية.	30	هناك فرق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين حيث انخفض متوسط الرغبة بالتعاطي لدى المجموعة التجريبية بمقارنة بالضابطة أي أن البرنامج التدريبي المستند إلى المنحني تعديل المعرفي السلوكي لماكنيبوم كان فعلا في خفض مستوى الرغبة بالتعاطي. عدم وجود فروق على مقياس الرغبة بالتعاطي لدى مجموعة التجريبية بين القياس البعدي وقياس المتابعة.

العتيق وهاني وعبد الفتاح (2016)	فعالية برنامج العلاج المعرفي السلوكي .	تحسين حالات إدمان المخدرات باستثمار العلاج المعرفي السلوكي وتحديد مدى فاعلية البرنامج وتحدد آليات العلاج المعرفي السلوكي في تحسين حالات إدمان المخدرات	التجريبي	مقياس التعديل المعرفي السلوكي للمنقطعين عن المخدر برنامج علاجي معرفي من إعداد الباحثة.	18	يوجد فروق ذات دلالة إحصائية نتيجة تطبيق برنامج معرفي سلوكي على عينة من المدمنين المتوقعين قبل تطبيق البرنامج وأثناء التطبيق وبعد التطبيق. وجود فروق على تعديل السلوكي المعرفي للمدمنين المتوقع.
---------------------------------	----------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------	----------------------------------------------------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3- الدراسات المتعلقة بالتشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات

صاحبها	عنوان الدراسة	الهدف	المنهج	الأدوات	عينة	اهم النتائج المستخلصة
الأسمرى (2023).	التشوهات المعرفية لدى الشباب وعلاقتها بالإدمان	التعرف عن العلاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان، وضع آليات لمواجهة التشوهات المعرفية	وصفي	مقياس التشوهات المعرفية من إعداد الباحث	130	وجود علاقة ارتباطية طردية بين التشوهات المعرفية لدى الشباب وتعاطي المؤثرات العقلية المسببة للمدمن
كريري، ومذكور (2021)	التشوهات المعرفية وعلاقتها بإدمان الأنترنت في ضوء	بهدف معرفة مستوى التشوهات المعرفية، والإدمان على الأنترنت والعلاقة بينهما وبعض المتغيرات	وصفي	مقياس التشوهات المعرفية والمعد من قبل (Ara 2016) والمعرب		انخفاض مستوى التشوهات المعرفية وإدمان الأنترنت لدى المشاركين بالدراسة وكذلك وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التشوهات المعرفية وإدمان الأنترنت لدى العينة المدروسة

<p>فكلما انخفض مستوى التشوهات المعرفية انخفض مستوى إدمان الأنترنت والعكس صحيح . إمكانية التنبؤ بإدمان الأنترنت لدى عينة الدراسة من خلال التشوهات.</p>	<p>536</p>	<p>من قبل الباحثين وإدمان الأنترنت الذي اعده keser, Esge,) Kocadag and Bulu (2013) والمغرب من قبل (ال دراوشة, والعجيلي 2016)</p>		<p>الديموغرافية</p>	<p>بعض المتغيرات الديموغرافية</p>	
<p>ارتفاع مستوى التشوهات المعرفية وجود علاقة إيجابية بين التشوهات المعرفية وإدمان الأنترنت وإمكانية التنبؤ بهما من خلال التشوهات المعرفية إن التشوهات (التجريد الانتقائي، التفكير الثنائي التعميم الزائد -التهوين الذاتي _التفسيرات الشخصية) هي الأكثر إسهاما في التنبؤ بإدمان الأنترنت.</p>	<p>250</p>	<p>مقياس من إعداد الباحثان.</p>	<p>وصفي</p>	<p>معرفة مستوى التشوهات المعرفية وعلاقتها مع القلق الاجتماعي وإدمان الأنترنت والتنبؤ بهما.</p>	<p>التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الأنترنت.</p>	<p>عبد الواحد إبراهيم سيد أحمد و حسنين، السيد الشيراوي (2021)</p>

<p>ارتفاع مستوى التشوهات المعرفية والإدمان على الأنترنت بمتوسط لا توجد فروق بين التشوهات المعرفية والجنس والصف المدرسي. وجود علاقة ارتباطية بين التشوهات والإدمان على الأنترنت.</p>	<p>247</p>	<p>مقياس التشوهات المعد من قبل كوفينو (covino) ومقياس الإدمان على الأنترنت من قبل كيسيير ويسجي وكوكادواجي وبول (2013).</p>	<p>وصفي</p>	<p>التعرف على مستوى التشوهات المعرفية.</p>	<p>التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على استخدام الأنترنت لدى طلبة المرحلة الثانوية في منطقة عرابة</p>	<p>عاصلة محمد يحيي صالح (2018)</p>
<p>وجود علاقة طردية بين التشوهات المعرفية والانبساط والانطواء . 2- عند قياس الفروق في التشوهات المعرفية تبعا للمتغيرات الديموغرافية لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه ،وجد فروق ذات دلالة إحصائية في استجابات أفراد العينة حسب متغير المؤهل العلمي حول محور التشوهات المعرفية. 3-ن المتعاطين الموجودين بقسم التنويم لديهم تشوهات معرفية أكثر في حين إن المتعاطين الموجودين بقسم العيادات الخارجية لديهم تشوهات معرفية بينما المتعافين</p>	<p>127</p>	<p>استخدم الباحث مقياس التشوهات المعرفية من إعداد هبة صلاح مصيلحي علي</p>	<p>الوصفي المقارن</p>	<p>الكشف عن علاقة بين التشوهات المعرفية وبسمة الانبساط والانطواء لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه</p>	<p>التشوهات المعرفية وعلاقتها بسمة الانبساط والانطواء لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه</p>	<p>السنيدي، خالد بن عبد العزيز سليمان (2013).</p>

الموجودين بقسم الرعاية اللاحقة لديهم تشوهات معرفية متوسط درجات التشويهات المعرفية لدى متعاطي المخدرات والمتعافين .						
توجد علاقة بين التشوهات المعرفية والإدمان توجد فروق دالة إحصائية في التشوهات المعرفية لدى المدمنين والغير المدمنين .	200	مقياس التشوهات المعرفية إعداد الباحث.	وصفي علائقي	هدفت إلى معرفة بين التشوهات المعرفية والعدوان لدى المدمنين معرفة الفرق بين المدمنين على المخدرات وغير المدمنين في التشوهات المعرفية.	التشوهات المعرفية وعلاقتها بالعدوان لدى عينة من مدمني المخدرات بمستشفى الأمل بجدة.	الحارثي، فيصل ربيع حامد 2012

6.4. التعليق على الدراسات السابقة، ومدى الاستفادة، وموقع دراستنا الحالية منها:

1.4.6. التعليق على الدراسات السابقة: في ضوء ما سبق من دراسات سابقة حول متغيرات الدراسة

الرئيسية وهي البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي والتشوهات المعرفية وفي خضم الكم الهائل من الدراسات السابقة استفادة دراسة الحالية من هذه الدراسة المستخدمة ما بين (2012 – 2023)

6.4.2. الاستفادة من الدراسات السابقة: ومن خلال ما استفادة منه

✓ تم الاعتماد على الدراسات السابقة في الدراسات المطابقة لدراستنا الحالية في العلاج المعرفي السلوكي والتشوهات المعرفية مثل دراسة (محمد وخليفة، 2022)؛ (مختار وسليمان وشوكت، 2021)؛ (عبيد 2020)؛ (المخيني وحمد، 2017)؛ (العتيق وهاني وعبد الفتاح، 2016)

✓ استفادت الطالبة الباحثة في الدراسة الحالية من الدراسات السابقة في بناء الأدب النظري (الأطر النظرية) الخاص بالإدمان على المخدرات والعلاج المعرفي السلوكي وبالتشوهات المعرفية في بناء فصول الأطروحة مثل ما تم العمل به لكل متغير سواء تم التعريف على النظرة التاريخية لكل المتغيرات وماهية المتغيرات لغة واصطلاحاً والنظريات المفسرة، الخصائص الأنواع والأبعاد...

✓ تم اختيار المنهج المناسب لدراستنا هذه بناء على ما تم تقديمه في دراسة (محمد وخليفة، 2022)؛ (مختار وسليمان وشوكت، 2021) اللذان اعتمدا المنهج التجريبي وبناء عليه اختارت الطالبة الباحثة الاعتماد على المنهج الشبه التجريبي.

✓ كما تم اعتماد على بعض الدراسات السابقة في تدعيم بناء وصياغة الفرضيات وتحديد الإشكاليات كدراسة (بن حجاب، 2016)؛ (متولي، 2019) ومناقشة النتائج وتفسيرها الدراسة (محمد وخليفة، 2022)؛ (مختار وسليمان وشوكت، 2021).

✓ هناك كم هائل من الدراسة السابقة من استخدم متغيرات الدراسة كمتغير تابع وأحيانا أخرى كمتغير مستقل من العلاج المعرفي السلوكي والتشوهات المعرفية على عينات مختلفة.

✓ لكنه لم يتناول متغيرات الدراسة الحالية مع عينة الدراسة مجتمعة في حدود علم الطالبة الباحثة مثل دراسة (بن حجاب، 2016) دراسة مطابقة فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات؛ وفي دراسة (متولي، 2019) كانت قريبة نوعا ما: كان أثر برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على تعديل التشوهات المعرفية في تحسين فعالية الذات الأكاديمية لدى عينة من طلاب جامعة سطام نوي التحصيل المنخفض.

✓ كما تم الاستفادة من توصيات الدراسات السابقة في تحديد أهداف جلسات البرنامج كالتدريب على الاسترخاء، تعلم حل المشكلات إعادة بناء الأفكار... واختيار الفنيات المناسبة وإدارة جلسات البرنامج تحديد مدة الجلسات (45 إلى 120د) كما حاولنا في دراستنا الحالي تطبيق معظم التعديلات التي أوصت بها عدد من الدراسات السابقة على برنامج العلاج المعرفي السلوكي.

3.4.6. موقف الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

استعانت الطالبة الباحثة بالدراسات السابقة خاصة المتطابقة منها (بن حجاب، 2016) لأنها اتفقت مع الدراسة الحالية في دراسة العلاج المعرفي السلوكي واضطراب التشوهات المعرفية وعلى عينة مدمني المخدرات مما يجعل هذه الدراسة مكملة لدراسة السابقة الذكر فالعلم يتميز بالتراكمية وبالتالي تتوقع الطالبة الباحثة بأن تكون هذه الدراسة جهد علمي يضاف للجهود السابقة في هذا المجال. كما تتميز هذه الدراسة ب:

هدفها: تناولت مساهمة البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية.

مجتمع الدراسة: تم تطبيق الدراسة على عينة من مدمني المخدرات وهذا قد يكون له أثر في اختلاف نتائج دراسة التشوهات المعرفية وبرنامج المعرفي السلوكي عن ما توصلت له نتائج الدراسات السابقة نتيجة اختلاف مجتمع الدراسة مدمني المخدرات، البيئة الثقافية، والاجتماعية مع المجتمع الجزائري.

الأدوات: تم تصميم وبناء برنامج علاجي قائم على استراتيجيات علاج معرفي سلوكي في ضوء خصائص عينة مدمني المخدرات وتم التحقق من فعاليتها بتحكيما على بعض الأساتذة، ومقياس التشوهات المعرفية للحارثي (2012) تم تكيفه على البيئة الجزائرية وحساب صدق وثبات المقياس. وبهذا فقد تميزت الدراسة الحالية في موضوعها وأدواتها وأفراد عينتها ومكان التطبيق الذي تم في البيئة الجزائرية.

الفصل الثاني : الإدمان على المخدرات

تمهيد

أولاً: توطئة تاريخية عن الإدمان على المخدرات.

ثانياً: ماهية الإدمان على المخدرات.

ثالثاً: أعراض وأمراض الإدمان على المخدرات.

رابعاً: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات.

خامساً: أسباب الإدمان على المخدرات ومراحله.

سادساً: أنواع الإدمان على المخدرات وطرق تعاطيها.

سابعاً: علاج الإدمان على المخدرات ومآله.

-خلاصة الفصل-

تمهيد:

يعد إدمان المخدرات مشكلة حقيقية من المشاكل التي يمكن أن يواجهها الإنسان في حياته والتي تعانيها دول العالم وتسعى جاهدة لمحاربتها لما لإدمان على المخدرات من آثار كبيرة على الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والأمنية فهي تسيطر على عقل الإنسان وتتحكم بسلوكه وتصرفاته ولم تعد هذه المشكلة قاصرة على نوع واحد أو على بلد معين أو طبقة محددة من المجتمع، بل شملت جميع الأنواع والطبقات، كما ظهرت مركبات عديدة وجديدة لها تأثير واضح على الجهاز العصبي والدماغ.

لذا ارتئينا في هذا لفصل التعرف على الإدمان على المخدرات تاريخيا كيف ظهرت وكيف أصبحت اليوم وكذا التعرف عليها لغة واصطلاحا والتعريخ علة النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات وسمات شخصية المدمن التي يتميز بها ومعرفة أنواع الإدمان خصائصه وطرق العلاج المتبعة ومآل العلاج

أولاً: خلفية تاريخية عن المخدرات:

إن مصطلح المخدرات متداول منذ القديم حسب ما يشير إليه صالح (2014) فقد سجل تاريخ البشرية وربما قبلها بزمن بعيد والإنسان يتناول من المواد الطبيعية أو مستحضراتها منها ما هو غير طبيعي، وحاول منذ فجر التاريخ أن يتناول هذه المواد سعياً وراء اللذة والتخفيف من معاناته النفسية والجسدية أو لغرض التمهيد والمشاركة في الممارسات والطقوس الدينية، إذ ورد في تراث الحضارات القديمة آثار كثيرة تدل على معرفة الإنسان بالمواد (ذات التأثير النفسي) وقد وجدت بعض تلك الآثار على شكل نقوش صورية في جدران المعابد أو كتابات على أوراق البردي القديمة أو أساطير مروية تناقلتها الأجيال. (صالح، 2014، ص. ص. 200-201). فالمخدرات مثلما "عرف القدماء كما نحن الآن أن من الممكن التحكم في المخ وفي نشاط الجهاز العصبي من خلال مركبات كيميائية أو أعشاب طبيعية". (سويف، 1996، ص. ص. 30-52).

أقر المهندي الشعوب القديمة فقد عرفت منها الهندوس، المصريون، الصينيون، جبال الأنديز، السومايون، الفرس، الرومان، اليونان. وكذا الألمان، أمريكا اللاتينية الحشيش، الأفيون ومشتقات الكوكايين، شجرة الكوكا، القات، المهلوسات، الأمفيتامينات، التبغ، النيكوتين، البن والشاي، الكافيين، المواد الطيارة أو المذيبات العضوية حسب الحضارات القديمة، الحديثة.

فمع بداية القرن الحالي أخذت إساءة استعمال المخدرات تشغل بال المسؤولين حيث بدأت تتدفق على البلاد كميات ضخمة من الحشيش والأفيون من بلاد اليونان وأقبلوا على تعاطيها كثير من فئات الشعب في الريف والمدن، وبعد إن كان التعاطي محصوراً في نطاق ضيق على بعض الأحياء الوضيعة في المدن، وذلك حتى نهاية الحرب العالمية الأولى عندما تمكن كيميائي يوناني من إدخال الكوكايين إلى مصر وتقديمه للطبقة العليا ثم انتشرت بعد ذلك عادة تعاطي الشعب. (المهندي، 2013، ص. 22)

كأساطير رويت وتناقلتها الأجيال فقد عرفت الشعوب القديمة مثل :

<p>أطلق عليه الهندوس مخفف الأحزان والصينيون واهب السعادة أما كلمة قنب معناه ضوضاء وقد سمى الحشيش بها لأن متعاطيها يشعر بالضوضاء. من المادة الفعالة في نبات القنب هذا يصنع الحشيش ومعناها في اللغة العشب أو النبات البري وهي مشتقة من الكلمة العبرية شيش التي تعني الفرج. أما الهندوس يعتقدون أن الإله شيفا هو من يأتي بالقنب من المحيط وهو ما تستخرج منه الآلهة ما وصفوه بالرحيق الإلهي ويقصد به الحشيش.</p>	الحشيش
<p>عرف استخدامه الطبي منذ ما يقارب من سبعة آلاف سنة قبل الميلاد كان يستخدم لعلاج المغص عند الأطفال ذكر في ملامح هوميروس باعتباره دواء يهدئ الألم والغضب ويمحو من الذاكرة كل أثر الأحزان. ووضعه سيلسون وديسكو رديسو بليني للعلاج من ضيق التنفس وللمساعدة على النوم وكذلك نبه هؤلاء إلى خطر الموت اثر جرعة زائدة.</p>	الأفيون ومشتقاته

فالإدمان على المخدرات هو مصطلح قديم كان سائدا بين الباحثين في هذا الميدان حتى أوائل الستينات من القرن العشرين(20)حيث أوضحت هيئة الصحة العالمية بالتنازل عنه واستخدام مصطلح الاعتماد بدلا منه يشير مصطلح الإدمان في إشكالات منهجية لا سبيل التغلب عليها لذا رأت المنظمة إن كلمة الاعتماد أصدق في التعبير من كلمة الإدمان"(codern, 1973, p. 28)

ثانيا: ماهية الإدمان على المخدرات

1. مفهوم الإدمان: Addiction

1.1. لغة:

كما يعرف لغويا يشير إلى المداومة على الشيء أو الاعتماد المضطر عليه وهناك عدد من مصطلح الإدمان Addiction Drug. (ابن منظور، 1988، ص. 412) دمن على الشيء أي لزمه وأدمن على الشراب وغيره : أدامه ولم يقلع عنه ويقال أدمن الأمر وواظب عليه"(المهندي، 2013، ص. 47)

2.1. اصطلاحا:

هناك الكثير من التعاريف المختلفة تشير إلى العلاقة بين المفاهيم النظرية، وهذا ما يوضح شروط مدى صعوبة تحديد تعريف موحد للإدمان، وهو ما يجعل التعريف موحد صعب.

في دراستنا هذه تري الطالبة الباحثة أن مصطلح إدمان المخدرات الذي تحاول الباحثة التطرق إلى مفاهيمه وهو معروف بالمصطلح اللغة الفرنسية toxicomanie الذي نعني به حالة التسمم من مواد مخدرة أو رغبة ملحة.

التعريف السيكاتريه: إن كلمة إدمان غير متوفرة في الدليل التشخيصي الإحصائي (DSM-IV) ولا في التصنيف الدولي (CIM-10) إن تناول كلا التصنيفين فمفهوم التبعية الذي عوض مفهوم الإدمان (مشاقبة، 2007، ص. ص. 22-23).

✓ يعرف بأنه "حالة التسمم الدوري أو المزمّن الذي يؤثر على الفرد والمجتمع من جرأ التعاطي المستمر للعقار، حاجة المرء للدواء واستخدام المادة التي تؤثر على الناحية الفيزيولوجية والنفسية وإظهار الانسحاب والتسامح" (العاسمي، 2016، ص. 29).

✓ يعرف سويّف "الإدمان بأنه التعاطي المتكرر لمادة نفسية أو لمواد نفسية لدرجة إن المتعاطي يكشف عن عجز أو الرفض للانقطاع أو لتعديل تعاطيه وكثيرا ما تظهر على أعراض الانسحاب". (غانم، 2007، ص 39).

✓ ويتمثل في "الخضوع والحاجة المستمرة إلى المواد المخدرة بحيث لا يمكن الاستغناء عنها" (الفتي، 2014، ص. 9).

✓ هو "حالة دورية أو مزمنة تلحق الضرر بالفرد وتنتج من تكرار تناول عقار (طبيعي أو مصنع) ويتميز برغبة قهرية أو ملحة تدفع المدمن للحصول على العقار والاستمرار في تعاطي وبأي وسيلة مع زيادة في الجرعة ويطلق عليه الاعتماد على المواد المخدرة والحاجة إليها بشكل دوري ومنتظم. (القلبي، 2015، ص. 258).

✓ تعريف منظمة الصحة الدولية(1980)"هو انسمام مزمن أو دوري بأخذ المادة المخدرة من كحول أو مخدرات يتناولها المدمن بشكل دائم أو قسري مما يسبب له أذى أو لمجتمعه أو لكليهما معا ولا يستطيع المدمن الاستغناء عن إدمانه لتحويله إلى ضرورة مسيطرة حتى يتمكن من متابعة حياته اليومية ولدى المدمنين استطاعة الحصول على مواد إدمانية بأي وسيلة ممكنة.(ياسين، 1980، ص.395).

✓ "الإدمان هو عبارة عن حاجة قسرية، والاعتماد على مادة معينة والرغبة القسرية لإنهاء هذه الحالة. ومن حيث المبدأ يمكن لكل حاجة إنسانية أن تتحرف بشكل إدماني. فالإدمان عملية فسيولوجية يستجيب بها الفرد لحاجة الجسم وتستثار لديه حاجة Need لنوع معين من المخدر ويزيد المدمن الجرعة يوما وراء يوم حتى يصل لهدف النشوة والتخدير إلى أن ينتشر في كل أجهزة الجسم نوعا من التكوين البيو كيميائي".(أبو النيل، 1994، ص. 103).

✓ عرفته الجمعية الأمريكية الطبية للإدمان society of addiction midicine 2011 بأنه مرض مزمن يثير الدماغ والدافعية والذاكرة والمجالات ذات العلاقة".

✓ تعرفه المؤسسة العالمية لسوء استعمال المخدرات (Nida,2011) "بأنه عبارة عن اضطراب سلوكي يظهر تكرارا لفعل من قبل الفرد لينهمك بنشاط معين بغض النظر عن المواقف التي تضر بصحة الفرد أو حالته العقلية أو حياته الاجتماعية".(صالح، 2013، ص. 289).

✓ يعني في الطب الميل إلى المخدر ونشوء عادة استخدامه بصفة ملحة وإظهار الرغبة الشديدة في المخدر واعتباره شيئا لا يستغنى عليه بحيث يتطلب ذلك من الفرد المدمن تعاطي مقادير متزايدة من المخدر وذلك للحصول على التأثير المطلوب.(الزباد، 1984، ص. 37).

3.1 مفاهيم مرادفة ومرتبطة مع الإدمان على المخدرات: كما وضحتها الطالبة الباحثة في

الجدول التالي:

1.1.3 مفاهيم مرادفة:

<p>يعرف التعاطي بأنه رغبة غير طبيعية يظهرها بعض الأشخاص نحو مخدرات أو مواد سامة تعرف إراديا أو عن طريق المصادفة على أثرها المسكنة والمخدرة أو المنبهة والمنشطة تسبب حالة من الإدمان تضر بالفرد جسما ونفسيا واجتماعيا. (قيوب، سعدي، 2015، ص. 222).</p>	<p>التعاطي</p>
<p>هو التعلق النفسي بعقار معين بحيث لا يتمكن المصاب من التخلي عنه إلا بظهور مضاعفات نفسية وجسمية وأعراض انسحابيه فهو (الطريق إلى الإدمان) والبداية له. (ياسين، ب س، ص. 360)</p>	<p>التعود Habituation</p>
<p>هي عبارة عن مجموعة من الظواهر الفسيولوجية والسلوكية والمعرفية تأتي بعد استخدام مكرر لمادة ما وتتضمن بشكل محرر الرغبة الشديدة في تناول العقار واختفاء السيطرة على استخدامه والاستمرار في ذلك على الرغم من التبعات الضارة ويكون تعاطيها أولوية تفوق أي سلوكيات أو التزامات أخرى مع الزيادة في احتمال المادة وأحيانا حالات الانسحاب. وقد تكون زملة الاعتماد مرتبطة بمادة نفسية الفاعلية محددة مثل التبغ الكحول الديازيبام أو فئة من المواد الأفيونيان أو بنطاق أوسع من المواد الدوائية نفسية الفاعلية المختلفة (عكاشة، ج2، ص. 530)</p>	<p>زملة الاعتماد الإدمان syndrome dependence syndrome</p>
<p>هو تعلق المصاب بعقار معين عضويا ونفسيا بحيث يفقد القدرة على العودة للحالة الطبيعية ما لم يواجه ردود أفعال مرضية والاعتماد هو قريب جدا من الإدمان وأبعد مدى من التعود الذي هو (سلوك نفسي متكرر) بينما الاعتماد (فهو فقدان للإرادة عن إمكانية الضبط الذاتي بحثا عن سعادة وهمية هروبا من المشاكل أو المسؤوليات). (ياسين، ب س، ص. 360).</p> <p>أشار (ضوان، 2002، ص. 362) بأنه عبارة عن مجموعة من الظواهر الجسمية والنفسية والمعرفية يحتمل فيها استهلاك مادة ما أو مجموعة من المواد الأولية مقابل أنماط السلوك التي كانت فيها سبق ذات أهمية بالنسبة للشخص المعني بهدف الحصول على تأثيرات نفسية معينة أو تحاشي المتاعب المترتبة على افتقادها.</p>	<p>الاعتماد: Dependance:</p>

<p>حالة تكيفية عضوية تكشف عن نفسها بظهور اضطرابات عضوية شديدة في حالة انقطاع وجود مادة نفسية معينة أو في حالة معاكسة تأثيرها نتيجة لتناول الشخص أو الكائن عقارا مضادا وتتكون الاضطرابات المشار إليها (وتسمى أعراض الانسحاب) من مجموعة من الأعراض والعلامات ذات الطبيعة العضوية والنفسية التي تختص بها كل فئة من المواد النفسية دون غيرها ويمكن التخلص من هذه الأعراض والعلامات بعودة الشخص أو الكائن إلى تناول المادة النفسية ذاتها أو مادة أخرى ذات تأثير فارماكولوجي مماثل داخل الفئة نفسها التي تنتمي إليها المادة النفسية الأصلية ويثير الاعتماد العضوي عاملا قويا في دعم الاعتماد النفسي وتأثيره في الاستمرار في تعاطي المادة النفسية أو في الانتكاس إلى تعاطيها بعد محاولات الانسحاب" (سويف، 1996، ص. 15)</p>	<p>الاعتماد العضوي physical dependence</p>
<p>هو عبارة عن التوق الذي لا يقاوم نحو تناول مادة معينة والانشغال الفكري الدائم بالمادة المسببة للإدمان واللهفة التي لا تقاوم إلى إحداث حالة مزعجة وتجنب عدم الارتياح (رضوان، 2002، ص361)</p>	<p>التعلق النفسي</p>
<p>تعرف بأنها كل مادة تغير وظيفة أو أكثر من وظائف الكائن الحي عند تناولها.(الدمرداش، 1982، ص22)</p>	<p>المواد ذات التأثير النفسية</p>
<p>يعرفها كل من كوزلوزكي(kozloski) وويلكنسون (wilknsn):بأنها رغبة ملحة مكررة يمتد عبر رغبة ذاتية من الشدة والكثافة وهي أيضا رغبة عارمة للمادة المخدرة في الحصول على تأثيراتها النشوية.(عبد الحميد، 2003، ص 32)،فهي رغبة جامحة من الإنسان نحو الموضوع الإدماني وهي رغبة مرضية قهرية ومدمرة فاللهفة هنا هي جزء أساسي من الإدمان، فإذا كان الإدمان هو التعاطي المتكرر للمادة المخدرة فان اللهفة هي الرغبة الملحة القهرية التي تجبر المدمن على تكرار التعاطي.(عبد الغاني، 2018، ص16)؛ فاللهفة(croving): رغبة قوية في الحصول على اثار مخدرة أو مشروب كحولي واللهفة بعض الخصائص الوسواسية فهي لا تفتأ تراود فكر المدمن وتكون غالبا مصحوبة بمشاعر سيئة.(سويف، 1996، ص. 17)</p>	<p>لهفة الإدمان</p>

3.2.1. مفاهيم مرتبطة ومتصلة: أما المصطلحات المتصلة بالإدمان على المخدرات فقد

وضعتها الباحثة في الجدول التالي:

العقاقير	<p>"تعني المواد التي يتداوى بها الشخص والمستخلصة من النباتات أو ما يتم تركيبها كيميائياً في المختبر فهي مادة مؤثرة بحكم طبيعتها الكيميائية في بنية الكائن الحي وتؤدي إلى تغيير وظيفة أو أكثر من وظائفه الفسيولوجية" (القلبي، 2015، ص.259)</p>
المواد والعقاقير النفسية	<p>يعد المصطلح أكثر دقة وشمولاً من مصطلح مخدرات حيث يدل هذا المصطلح على جميع المواد التي تعمل على الجهاز العصبي المركزي وبإمكانها تغيير الحالة المزاجية والسلوكية للفرد وتؤثر على سلامة الجسم والذهن والقدرة على التفاعل الاجتماعي بشكل طبيعي. (يوسف، 1999، ص.)</p>
المدمن	<p>هو "شخص لا يملك السيطرة على سلوكه ويفتقر إلى القيم الأخلاقية ويستخدم آلية تعامل غير توافقية ولديه سلوك إدماني". (العاسمي، 2016 ص 29)</p> <p>هو "ذلك الشخص الذي ربط حياته بعقار من العقاقير ويعود عليه أو على مادة أخرى من المواد المخدرة أو المنبهة والتي لا يستطيع الامتناع عنها وعن تعاطيها بل ويبحث عنها وفي حالة عدم وجودها يعجز عن ممارسة حياته وعمله العاديين ويعيش في حالة نفسية سيئة ومضطربة وهناك من يعرف المدمن بأنه مستخدم أو مستهلك المادة سواء كانت المادة المخدرة طبيعية أو اصطناعية أو تخليقيه بما يضر صحته ويفقد القدرة على ضبط النفس" (المهندي، 2013، ص56)</p>
المتعاطي:	<p>"هو الشخص الذي يتناول المواد المخدرة بشكل تجريبي أو متقطع أو منتظم بحيث يؤدي تناولها إلى أضرار له وللمجتمع. والمدمن أكثر مستوى من المتعاطي في تناول المواد المخدرة" (المهندي، 2013، ص 55).</p>

مصادرها العقار أربعة: كما ذكرها (صالح، 2014، ص. 509)

تؤخذ موادها الخامة كأوراق النباتات وسيقانها ولحائها أو بذورها فتطحن أو تجفف وقد تكون خلاصات أي تستخلص منها مواد بطريقة من الطرق كالحشخاش.	النباتات
تؤخذ منها المضادات الحيوية والفيتامينات والهرمونات.	الحيوانات
تؤخذ من الطبيعة كالكربونات الكالسيوم وكبريتات المغنسيوم.	المواد المعدنية
وتؤخذ من المواد الجاهزة من الطبيعة كالسلفوناميدات.	المخلقة:

التعقيب على المفاهيم: المقصود بعرض بعض المفاهيم والمترادفة المرتبطة لكي يتوضح لدى القارئ

ما هو المقصود بالمصطلحات التي تم استعمالها خلال دراستنا هذه والتي تشير إلى معني الإدمان

وبعض المصطلحات المرادفة لها والقريبة منها ومن هو المدمن وماهيا المادة التي يدمن عليها لكي نعرف

بعدها استخلاص مجموعة من التعاريف رغم تعدد مرادفاتها بأن الإدمان هو:

✓ حالة من التسمم الدوري.

✓ حاجة مستمرة إلى الماد المخدر.

✓ انحراف سلوكي.

✓ يؤثر فيزيولوجيا ونفسيا على الفرد.

✓ معتقدات خاطئة.

1-4- تعريف المخدرات Narcotic:

1.4.1. لغة: "تأتي كلمة المخدر بضم الميم وفتح الخاء وتشديد الدال المكسورة من الخدر بكسر الحاء

وسكون الدال وهو الستر، فيقال المرأة خدرها أهلها بمعنى ستروها وصانوها من الامتهان أي أن الخدر هو

ما يستر الجهاز العصبي عن فعله ونشاطه المعتاد". (المهندي، 2013، ص. 23).

1.4.1. اصطلاحا: للمخدرات عدة تعاريف منها

✚ **التعريف العلمي:** المخدر مادة كيميائية تسبب النعاس والنوم أو غياب الوعي المصحوب بتسكين

الألم وكلمة المخدر ترجمة لكلمة Narcotic المشتقة من الإغريقية (Narkosis) التي تعني يخدر أو يجعل مخدرا لذلك لا تعتبر المنشطات ولا عقاقير الهلوسة مخدرة وفق التعريف العلمي.(فايد، ص. 57).

✓ هي "كل المواد التي من خلال طبيعتها الكيميائية تعمل على تغيير في وظائف الكائن الحي وتشمل الحالة المزاجية والحواس والوعي والإدراك".(القلبي، 2015، ص. 259).

✓ "المخدرات أي مادة طبية الإدمان تسبب الاعتماد".(العاسمي، 2016، ص. 29).

✓ يعرف بأنه أي "مادة خام أو مستحضرة طبيعية أو كيميائية وتحتوي على عناصر مميزة أو مسكنة أو مهلوسة وتسبب أضرار نفسية، اجتماعية واقتصادية على الفرد والمجتمع الذي يعيش فيه". (محسن، 2013، ص. 305).

✓ يشير هذا المصطلح إلى "معان متعددة ومتداخلة بدرجة تدخل الغموض والإيهام أحيانا على المقصود منه في هذا النص أو ذلك. لذلك يتحرج كثير من أهل الاختصاص الآن في استخدامه إلا في أضيق الحدود، ويكون ذلك فقط عند الإشارة إلى مجموعة المواد النفسية المحرمة قانونيا والواردة على سبيل الحصر في الاتفاقية الدولية المعروفة باسم الاتفاقية الوحيدة بشأن الجواهر المخدرة (1961) أما عن هذه المواد فهي القنب ومشتقاته وشجرة الكوكا ومشتقاتها وعلى أية حال فقد أسقط هذا المصطلح من نظام تصنيف الاضطرابات النفسية الصادر عن هيئة الصحة العالمية في أحدث مراجعاتها وهو المعروف باسم (ICD10) بينما استخدم مصطلح المواد النفسية"(سويف، 1996، ص ص 20، 21).

1.4.3. الإدمان على المخدرات:

يسمى أيضا "اضطراب استخدام المواد مرض يؤثر على مخ الشخص وسلوكه يؤدي إلى العجز عن التحكم في استخدام العقار أو الدواء القانوني أو غير قانوني". (الحسيني، 2019، ص 11).

ومن ما تم التطرق له

تعرف الطالبة الباحثة الإدمان على المخدرات: انحراف واضطراب سلوكي يحدثه الفرد نحو ذاته باستخدام مادة ما مخدرة بشكل قصري ومتكرر تحدث له ضرر على الصعيدين فيزيولوجي ونفسي.

ثالثاً: أعراض الإدمان على المخدرات:

1. **أعراض الإدمان:** لا توجد خصائص نموذجية وصفات شخصية مرضية معينة للمدمن قبل إصابته بالإدمان فجميع أنماط الشخصية قد تستعمل المخدرات وتتناول الكحول ولكن بمقادير متفاوتة ومع ذلك هناك نسبة معينة من هؤلاء المدمنين غير مستقرين انفعاليا ولديهم نزعات عصبية كما توجد من بينهم قصة إدمان في أفراد الأسرة حيث نكون هنا أمام استعداد إرثي تركيبى لتعاطي الكحول أو المخدرات. (حجار، 1991، ص. 88). حسب الجمعية الأمريكية للطب النفسي

ICD-10	(2002, APA)
<p>ذكرت (سايل، 2015) في تصنيف CIM-10 يعرض تصنيفها للاضطرابات المرتبطة باستعمال مادة ما والاضطرابات الناتجة عن المادة ويعرف بتناذر التبعية على انه ومجموعة من الظواهر الفيزيولوجية والسلوكية التي كانت لها في يوم ما قيمة، على الميزة الرئيسية لتناذر الرغبة القوية غالبا والحارقة أحيانا في تعاطي المواد النفسانية التأثير (الموصوفة أو غير موصوفة طبيا) أو معاقرة الكحول أو استعمال التبغ ومن بين الدلائل التشخيصية إذ اظهر ثلاثا أو اكثر من الظواهر التالية في أي وقت خلال السنة الماضية</p> <p>1. رغبة قوية أو شعور قوي بالاضطرار إلى تعاطي مادة نفسانية التأثير.</p> <p>2. صعوبة التحكم في سلوك التعاطي للمادة نفسانية التأثير سواء من حيث الشروع فيه او الانحراف عنه أو مستويات التعاطي</p> <p>3. حدوث حالة الامتناع الفيزيولوجية عند التوقف عن استعمال المادة أو انقاص كمبهات وقد تكون تعاطي المادة نفسها أو مادة مماثلة بغرض تخفيف أو تجنب أعراض الامتناع ليلا على بلوغ المتعاطي درجة التحمل كأن يستعمل جرعات كبيرة من المادة</p>	<p>يحدث الاعتماد في أي وقت شرط تعاطي المادة 12 شهرا متواصلا وكذلك يتميز بوجود ثلاثة مظاهر: التحمل: ويحدد بوحدة من التحمل. -حاجة إلى زيادة واضحة في مقادير المادة لبلوغ تأثير أقوى أو التأثير المرغوب الذي كان يحصل عليه سابقا.</p> <p>-تأثير متضائل بصورة واضحة مع الاستعمال المتواصل لنفس المقدار من المادة.</p> <p>الامتناع: ويحدد بمظهر واحد من الاتي متلازمة الامتناع المميزة للمادة وهي التي تتضمن المعيارين في نقطة واحدة:</p> <p>-تناول نفس المادة أو مادة قريبة منها لتخفيف أو تجنب ظاهرة الامتناع، غالبا ما تؤخذ المادة</p>

نفسانية التأثير لإحداث تأثيرات كانت تكفي لإحداث جرعات اقل قبل ذلك	بمقادير أكبر أو لفترة أطول مما كان مقصود.
4. الانصراف بدرجة متزايدة عن وسائل المتعة أو الاهتمامات البديلة وبسبب تعاطي المادة نفسانية التأثير أو زيادة الوقت اللازم للحصول عليها أو تعاطيها أو الشفاء من اثار تعاطيها.	- هناك رغبة متواصلة أو جهود غير ناجحة لتخفيض أو ضبط استعمال المادة.
5. الأضرار الناتجة عن تعاطي المادة النفسية التأثير رغم الشواهد الواضحة على عواقبها الوخيمة كالأضرار بالكبد بسبب إفراط الأفراد في الشرب أو كحالات المزاج الاكتئابي التي تحدث بعد فترات من الإفراط في التعاطي المواد نفسانية التأثير أو خلل في الوظائف المعرفية المتعلقة بتعاطي مادة ما ويجب بذل الجهود لتحديد ما اذا كان المتعاطي يدرك طبيعة ومدى هذا الضرر	- يبذل كثير من الوقت في نشاطات اضطرارية هجرة أو تخفيض النشاطات الاجتماعية أو المهنية أو الترويجية بسبب استخدام المادة.

فحسب (زهرا، 2005، ص. 442) تتمثل أخطر أعراض الإدمان في السلوك المضاد للذات وللمجتمع

وهوس التسمم Toxico_Mania

أما (الزباد، 1984، ص 37) أعراض الإدمان على المخدرات الهيروين Heroin والمورفين Morfin وغيرها

هذه تؤدي غالبا إلى حالات تسمم دوري أو مزمن يؤثر بدوره على الفرد المدمن على المخدرات والمجتمع

2. أمراض الإدمان: من إعداد الطالبة الباحثة

أمراض الإدمان	
الأمراض النفسية للإدمان	الأمراض الجسدية للإدمان
- تغيرات في الوظائف العقلية.	- أمراض تصيب الجهاز العصبي
- تغيرات في السلوك والوجدان	- أمراض تصيب الجهاز الهضمي
- القلق والاكتئاب،- الهيج والرعشة	- أمراض تصيب الجهاز التنفسي
- اضطرابات في النوم	- الأرق والضيق

- هلاوس والضلالات، - اضطرابات ذهانية	-أمراض تصيب القلب.
- النسيان، - اضطرابات سلوكية	- أمراض تصيب القلب الدم

ومن أهم خصائص الإدمان: نستخلص أهم الخصائص الإدمان من الأعراض والأمراض:

- ✓ الرغبة العاجلة في المداومة في الإدمان على المخدرات والحصول عليها بأي طريقة.
- ✓ تزداد الجرعة الإدمانية بصورة متزايدة لاعتیاد الجسم على الإدمان.
- ✓ الاعتماد النفسي والعضوي على مادة الإدمان الإدمانية.
- ✓ بروز أعراض نفسية وجسدية المدمن عند الانقطاع المفاجئ عن استعمال المواد الإدمانية.
- ✓ ظهور آثار غير مستحبة على الفرد المدمن على المخدرات والمجتمع.

رابعاً: النظريات المفسرة للإدمان على المخدرات:

1. النظرية السيكودينامية: تفسر النظرية الدينامية الشخص المدمن على أساس "عدم قدرة الأم والأسرة

على الوفاء بحاجات الطفل الاعتمادية في المرحلة المبكرة مما ينتج عنه عدم تأكيد لدى الطفل حمل إشباع هذه الحاجة وبذلك فان الطفل لا يطور المقدرّة على تأجيل الإشباعات وهذا التحمل المنخفض للإحباط يظهر في سلوك اندفاعي مثل الغضب أو الانسحاب أو في صورة استخدام للمواد الذي يعتبر أسلوب غير ناضج لتحقيق الإشباعات الفمية". (العاسمي، 2015، ص 377). ونظرية خفض التوتر أو إخماد الاستجابة الضاغطة، وتقوم هذه النظرية على فكرة أنّ سلوك الإدمان يكافئ والعناصر الرئيسية في نظرية خفض التوتر تقرر أن المواد المخدرة تخفض التوتر الذي يشتمل على الخوف والقلق والصراع والإحباط (العاسمي، 2015، ص 379). حيث يعتبر علماء النفس أن تأثير حالة النشوة والسرور والتخدير من الآثار التي تعزز زيادة التعاطي والإدمان لأنها تخفف التوتر والألم النفسي (أبو النيل، 1994، ص. ص. 106-105). لان سيكولوجية الإدمان حسب نظرية التحليل النفسي تقوم على أساسين يتمثل الأساس الأول في صراعات نفسية تقود إلى الحاجة إلى الأمن، الحاجة إلى أثبات الذات، والحاجة إلى الإشباع

الجنسي النرجسي وعليه فهي حالة فشل الفرد في حل تلك الصراعات فانه يلجأ إلى التعاطي ويتمثل الأساس الثاني في الآثار الكيميائية للمخدر. (عبد المنعم، 2007، ص. 83) وبشكل عام يقوم المنظور النفسي على فرضية أن القلق النفسي والإحباط الناجم عن تراكم الخبرات السالبة في حياة الفرد النفسية تلعب دورا كبيرا في بدئ التعاطي فاذا استمرت وزادت فإنها تساعد على الاستمرار والمبالغة في التعاطي يصبح الفرد فريسة للعقار الذي يظن أنه المخلص الوحيد من الآلام النفسية أو وسيلة إشباع، حاجات لا تشبع إلا بتعاطيه لهذا المخدر حيث لتركيبه الشخص دورا مؤثرا في الميل أو الاعتمادية على سلوك معين فالشخصية قليلة التحمل للضغوط الاجتماعية أو التي لديها نزعة قلق والشخصية السليمة التأثر أو المنقادة يمكن أن تتجه للإدمان عند مواجهتها لأي مشكلة أو عند تأثرها بالأشخاص. (الغريب، 2002، ص70)

2. **التحليل الفيزيولوجي:** حيث تحدث العقاقير المخدرة تغيرات هامة كما اتضح في وظائف أعضاء الجسم أن اعتياد الجسم على هذه الحالة الجديدة يشعر الفرد بالضيق اذا عاد إلى حالته الطبيعية أو أجبر مؤقتا على الامتناع عن المخدر أو قام بإيقافه نهائيا وقد يكون المجارة الاجتماعية أو غير ذلك هو الدافع وراء أول جرعة ولكن الأثر الإنشائي يجعل الفرد بطريقة آلية يكرر تناول المخدر فاذا قل في جسمه بعد ذلك عن الحد المطلوب للنشوة والارتياح وشعر بالألم ترجع إلى اختلال التوازن الكيميائي والحيوي ولا يزيلها إلا العودة إلى المخدر. (أبو النيل، 1994، ص. 105).

3. **النظرية التفاعلية:** تقترح هذه النظرية أن السلوك بما فيه سلوك استخدام العقاقير نتيجة التأثيرات المتبادلة بين الشخص والبيئة واذا قارناها بنظرية التعليم الاجتماعي فان الفرد يعتبر عاملا نشطا يتأثر بالعوامل المعرفية والوجدانية والدافعية بجانب تأثره بالبيئة ومن شأن عملية التفاعل المستمرة والتغذية الراجعة بين البيئة والفرد أن تؤثر على السلوك. (العاسمي، 2015، ص. 379)

4. نظرية التحكم المعرفي الوجداني الكيميائي: تركز هذه النظرية على التفاعل بين أسلوب الفرد

مع الخبرة الوجدانية لاستعمال المواد النفسية مع التأثير الكيميائي للمادة وأن الأسلوب المعرفي للمتعاطي

هو العامل الرئيسي الذي ينقل الشخص من مرحلة التجريب إلى مرحلة التعاطي وعلى ذلك فان عملية

التعاطي تبدأ بتأثير المأزق التي تواجه الفرد فالأشخاص الذين يواجهون صعوبات في تلبية المطالب

والارتقاء إلى مستوى التوقعات التي تفرضها عليهم بيئاتهم الاجتماعية أو تلك التي يفرضونها على أنفسهم

، يجدون أنفسهم في صراع نفسي ونتيجة هذا الصراع يحدث القلق فالقلق بالنسبة للمتعاطين هو اعتقادهم

بأنهم لا يستطيعون تغيير المواقف أو التحكم فيها ويتصورون أنهم لا حول لهم ولا قوة فيما يتعلق بالتأثير

في بيئتهم وتخفيض مصادر الضغط النفسي لذلك يتوجهون إلى المخدرات كوسيلة هروب من مواجهة

الواقع وللتخفيف من آثار الضغط الناجم عن المشكلات البيئية والاجتماعية ويشكل هذا الأمر (الإدمان)

الذي يمر. (العاسمي، 2015 ص. ص. 377 - 378). ب:

1. الإدمان ظرفي.

2. مرحلة التعاطي بصورة سوية.

3. مرحلة التعاطي الحرجة.

4. مرحلة الإدمان المزمن

بعض النظريات والنماذج المفسرة لسلوكيات الإدمان على المخدرات:

1. النماذج الأخلاقية: يعد الإدمان نتيجة لضعف القيم الأخلاقية.

2. النماذج الطبية الحيوية: ترى في الإدمان أنه مرض.

3. نظريات التعلم الاجتماعي: يعد الإدمان كأشياء يمكن تعلمها وفقا لقواعد نظرية التعلم

خامسا: أسباب الإدمان على المخدرات ومراحله:

2. أسباب الإدمان على المخدرات: إن أسباب الإدمان على المخدرات أو الكحول هو موضوع معقد

متداخل فيه افتراضات لا حصر لها إلا أن معظم الباحثين على اتفاق فيما بينهم انه لا يوجد سبب واحد

وراء نزاعات الإدمان بل عوامل معقدة متداخلة يكون فيها (الدواء المخدر والمدمن والبيئة) هذا الثالث

هو عنصر التداخل والتشابك أيضا وجود عوامل ثانوية تتدخل في الإدمان من بينها عنصر الترويج لها.

(حجار، 1991، ص. 88) يمكننا رصد الأسباب التي تؤدي إلى الإدمان كالتالي كما حددها (المهندي،

2013، ص. ص. 67-74).

أسباب تعود على الفرد	أسباب تعود على الأسرة	أسباب تعود على المجتمع
-ضعف الوازع الديني لدى الفرد	-القدوة السيئة من قبل الوالدين	-توفر مواد الإدمان عن طريق
-مجالسة أو مصاحبة رفقاء السوء	-إدمان أحد الوالدين	المهربين
-الاعتقاد بزيادة القدرة الجنسية	-انشغال الوالدين على الأبناء	-وجود بعض أماكن اللهو في
-السفر إلى الخارج	-عدم التكافؤ بين الزوجين	بعض المجتمعات
-حب التقليد	-القسوة الزائدة عن الأبناء	-العمالة الأجنبية
-السهر خارج المنزل	-كثرة تناول الوالدين للأدوية	-الانفتاح الاقتصادي
-توفر المال بكثرة	والعقاقير	-قلة الدور التي تلعبه وسائل
-الهوموم والمشكلات الاجتماعية	-ضغط الأسرة على الابن من	الإعلام المختلفة
-الرغبة في السهر للاستذكار	أجل التفوق	-غياب رسالة المدرسة
-انخفاض مستوى التعليم		-التساهل في استخدام العقاقير
		المخدرة وتركها دون رقابة

2. مراحل الإدمان على المخدرات: كما حددتها (الفاقي، 2014، ص10) للإدمان أربعة مراحل يمر بها

المدمن حتى يصل إلى المرحلة النهائية إلا وهي الإدمان التام وهي:



اعداد الطالبة الباحثة

سادسا: أنواع الإدمان على المخدرات وطرق تعاطيها:

1. أنواع الإدمان: وهناك عدة أنواع يمكن عرض تصنيف أنواع التعاطي إلى:

✓ **التعاطي التجريبي أو الاستكشافي:** يعبر التعاطي التجريبي عن وضعية يتعاطى فيها الشخص المخدرات من مرة إلى ثلاث مرات في حياته. (القشعان، 2002، ص. 82؛ قيقوب، وسعيد، 2015، ص. 222).

✓ **التعاطي العرضي أو الظرفي:** يعني أن الشخص يتعاطى المخدرات من وقت لآخر وقد لا يزيد عن مرة أو مرتين في الشهر فلا يشعر بتبعية نحوه ولا يتعاطاه إلا في حالة توفره بسهولة ويكون تعاطي المخدر عادة عفويا أكثر منه مدبرا وقد يستمر في التعاطي إذا ما توفرت بعض العوامل النفسية الاجتماعية. (هيلين، 1988، ص. 41).

✓ **التعاطي المنتظم:** يعتبر هذا المستوى مرحلة متقدمة من المرحلتين السابقتين في تعلق المتعاطي

بالمخدرات ويقصد به التعاطي المتواصل والمنظم للمخدرات وتعتبر هذه المرحلة متقدمة من مرحلة التعاطي. (الغول، 2011، ص. 101).

✓ **التعاطي الكثيف أو القهري:** إن أهم ما يميز التعاطي الكثيف أو القهري هو التعاطي اليومي كما قد

يتمثل في تناول مقادير كبيرة لمدة أيام فالمدمن فرد يستخدم العقاقير استخداما قهريا بحيث يضر بصحته كما تفقده القدرة على ضبط النفس. (عبد السلام، 1977، ص. 29).

كما ذكر أربعة أنواع للإدمان (المهني، 2013، ص. ص. 54-55). منها حسب طبيعة شخصية المدمن

✓ **الإدمان الصدمي:** ويأتي في أعقاب صدمة حدثت بصورة مفاجئة وحادة ومثل هذا الشخص يدمن

بهذه الطريقة عادم ما يفترق إلى العلاقات الاجتماعية المناسبة مما يؤدي إلى تطور الأزمة التي تسببها الصدمة كما يتميز سلوكه واتجاهاته بالنزوع نحو تدمير الذات.

✓ **الإدمان العقلي:** ويتميز هذا الإدمان بوجود صراع فعال في البيئة مما يؤدي إلى الشعور بعدم

الارتياح والكآبة أو الإقلال من الاهتمامات والاتجاهات والأنشطة المعبرة عن العواطف ويظهر المدمن تعبيرات عن التحدي والتعصب ويوجهه إلى الأشخاص المسؤولين عن وقوعه في هذا الصراع.

✓ **الإدمان الانتقالي:** ويرجع إلى اضطرابات نفسية متنوعة تلائم مع بداية إدمان العقاقير مثل حالات

الهوس وخاصة بين مدمني الهيروين ومثل حالات الاكتئاب المتكررة مع الأشكال الطقوسية القهرية.

✓ **الإدمان المتعلق بالاعتلال الاجتماعي:** حيث يقع المدمنين في صراع نفسي اجتماعي يعبر

عنه بالرغبة في إفراغ الرغبات المكبوتة ويتميز هذا المدمن بعدم النضج النفسي والاجتماعي وبحياة عائلية مضطربة كما يعاني من صدمات عنيفة مع قواعد السلوك الاجتماعي والقانوني أثناء فترة المراهقة وعادة ما يوجد في تاريخ هذا المدمن مما يدل على سلوك غير مبال بالأخرين وغير قادر أيضا على إعطاء

الحب أو قبوله أو على إنشاء علاقات ذات هدف فلا ينظر إلى كل شخص مدمن أو متعاطي لها، في بعض المناسبات أو التجريب مدمن عليها.

2. طرق تعاطي المخدرات: مع انتشار المواد المخدرة تعددت وتنوعت أساليب تعاطيها فمنها ما يتم

تعاطيها عن طريق التدخين أما مع السجائر أو الجوزة مثل الحشيش أو الأفيون. وهناك أيضا الأقرص المخدرة التي يتناولها المدمنين بكميات كبيرة عن طريق الشم كالكوكايين والهيروين. كما أن طرق تعاطي المخدرات تختلف من صنف لآخر ومن شخص إلى شخص آخر فالبعض يفضل التعاطي منفردا والبعض الآخر يشعر بالنشوة وهو يتعاطاها وسط المجموعة وبالنسبة للمخدرات نفسها فالبعض يفضل الشم والبعض الآخر يفضل التدخين وبعض ثالث يفضل الحقن في الوريد. (المهندي، 2013، ص. ص. 44-45).

3. شخصية المدمن: اتفق كل من علماء النفس والاجتماع والخدمة الاجتماعية على أن المدمن يكون أكثر انتشارا هي:

<p>المكتب شخص أميل في مزاجه العام إلى الإحساس المستمر بالحزن وافتقاد الرغبة والحماس إلى الكثير من الأشياء التي تثير حماس الناس وهذا الإنسان معرض لنوبات حادة من هبوط المعنويات لأيام قد يقاومها بإحدى المواد المخدرة أو المنشطة بشكل متقطع أو مستمر، وقد يعود سوء استعمال هذه المواد إلى التعود عليها وإدمانها... ولكن لا سلوى له إلا هذه المادة التي تعرف بأنها ترفع معنوياته وتجلب له بعض السرور الذي يفقده بشكل دائم. (المهندي، 2013، ص. ص. 58-59).</p>	<p>الشخصية الكتابية:</p>
<p>تتكون هذه الشخصية نتيجة لأسلوب التربية التي يعاقب فيها الطفل عند إحساسه بالرغبة في التعبير عن الغضب في موقف يتطلب ذلك فيلجأ إلى الخمر والمخدرات لتخفيف اللقلق حتى يعبر عن غضبه بطريقة عنيفة في بعض الأحيان. (العاسمي، 2016، ص 481)</p>	<p>المعاقب لذاته</p>

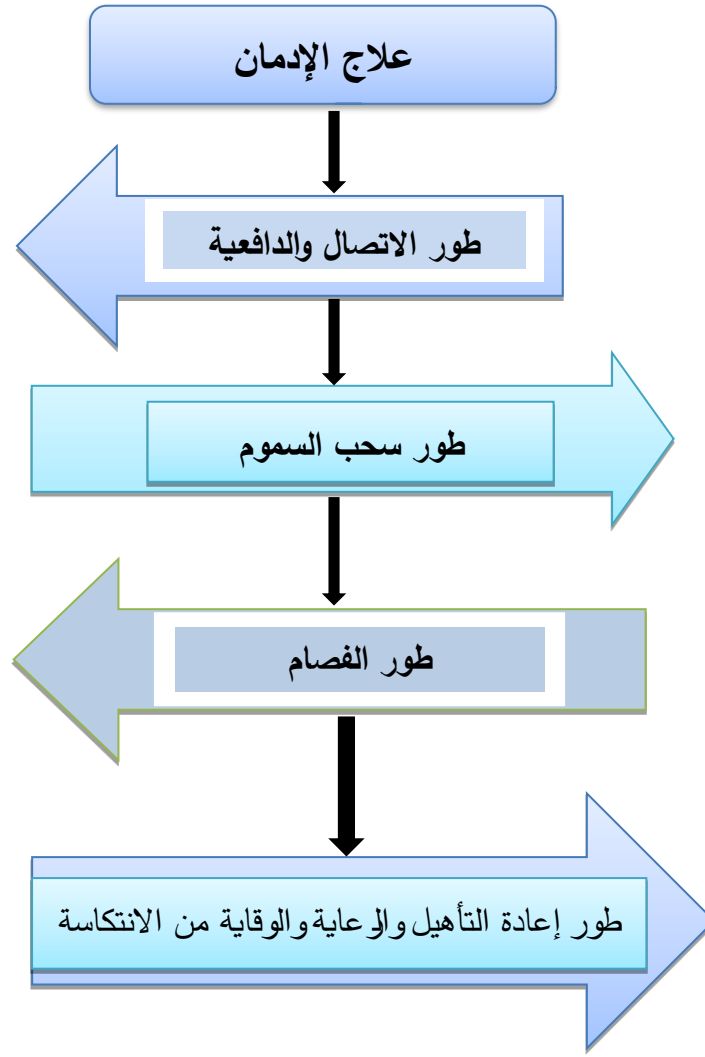
<p>الشخصية المتهيبية اجتماعيا schiziodpersonality</p>	<p>التهيب أو المهاب اجتماعيا شخص خجول يفضل العزلة ويهرب من الناس ومن التجمعات ولا يقوى على التعبير عن رأيه ويشعر باضطراب شديد حين يضطر للتعامل مع الناس في ظروف اضطرارية وقد يكتشف هذا الإنسان إن احدى المواد المخدرة تزيل خجله وتلغي توتره وتطلق لسانه وتهدئ من فزع قلبه فيستطيع التعامل مع الناس بسهولة وبدون خجل ويجد نفسه مضطرا لاستعمال هذه المادة كلما اضطرت الظروف لمواجهة مسؤولياته مع الناس يلجأ إليها بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده سوء الاستعمال لهذه المادة إلى التعود عليها أو إدمانها ولكن لا علاج لحالته هذه إلا هذه المادة التي يعرف أنها تغير من شخصيته تماما فينعم ولو لوقت قصير بنعمة التعامل الجريء بلا خوف من الناس. (المهندي، 2013، ص. ص. 58-59).</p>
<p>الغير ناضج</p>	<p>الذي لا يستطيع الاعتماد على نفسه والاستقلال عن الأبوين ويعجز عن تكوين علاقات ثابتة (وهادفة مع الآخرين. (العاسمي، 2016، ص. 481)</p>
<p>الشخصية المكروبة stressedpersonality</p>	<p>تعاني هذه الشخصية من القلق والتوتر وسهولة الاستثارة والعصبية والاندفاع وعدم الصبر مما يعرضه للخطر والاحتكاك بالآخرين والشخص المكروب دائما في عجلة من أمره في كل شيء إلى حد انه يرهق نفسه ومن يتعامل معه وغالبا ما يدمن الشخص المكروب حتى يقلل من مشاعر القلق والتوتر ليحل محلها الاسترخاء والطمأنينة حيث يكتشف إن بعض المواد المخدرة تزيل كل التوترات وتجعله هادئا باردا مسترخيا متأنيا...ويجعل نفسه مضطرا للاستعمال هذه المادة بشكل متقطع أو مستمر وقد يقوده سوء الاستعمال لهذه المواد إلى التعود عليها أو إدمانها. (المهندي، 2013، ص. ص. 58-59).</p>
<p>المعتل جنسيا</p>	<p>يعاني من ضعف الدافع الجنسي أو الخجل الشديد من الجنس والشذوذ الجنسي. (العاسمي، 2016، ص 481)</p>

من سمات هذه الشخصية أنها غير اجتماعية بشكل واضح وتحمل مشاعر العدوانية نحو الآخرين وتتصف باللامبالاة والكذب والخداع ويسعى الشخص السيكوباتي نحو تحقيق لذاته وإرضاء نزواته على حساب أي إنسان وعلى حساب كل القيم المتعارف عليها من مجتمعه فهو يسرق يرتشي يؤدي ... يدمن يفعل أي شيء دون أن يتحرك لديه أدنى إحساس بالألم أو ندم وبشكل عام فان السيكوباتي لا يتعلم من أخطائه ولا يجدي معه العقاب. (2013، ص. ص. 58-59).

سابعاً: علاج الإدمان على المخدرات ومآله:

1. علاج الإدمان،

- ✓ يجب أن يكون العلاج متكاملًا تتدخل فيه التخصصات النفسية والاجتماعية والتربوية والطبية الأمانة.
- ✓ ومن المهم التقدم الاختياري للعلاج لأنه يضمن تعاون المدمن مما ييسر عملية العلاج وبحسب المال والعلاج الطبي يقوم على الفطام التدريجي للمدمن من مادة الإدمان باستخدام البدائل وعلاج أعراض الانسحاب ثم التوقف وسد القنوات العصبية التي تسلكها مادة الإدمان داخل جسم المدمن للتأثير في سلوكياته ويتم هذا في عيادات علاج الإدمان في بعض المستشفيات.
- ✓ والعلاج النفسي يفيد بطرقه المختلفة مثل العلاج السلوكي والعلاج الديني والعلاج بالعمل والعلاج البيئي والاجتماعي والترويجي وتلعب الرعاية الاجتماعية المصاحبة أثناء العلاج واللاحقة له دوراً هاماً أيضاً. ومن المهم علاج مصاحبات الإدمان مثل الاكتئاب والفصام والسيكوباتية أو أي اضطراب آخر. (زهران، 2005، ص. 445).



الشكل (01) أطوار علاج الإدمان (رضوان، 2002، ص370)

3. مآل الإدمان على المخدرات:

توجد صعوبة بالغة في إعطاء صورة واضحة لمصير علاج المدمنين حيث أنها تختلف بنوع الشخصية والمساعدة، الأسرية وطبيعة العمل وأماكن العلاج ومدة العلاج والمتابعة، إن لم نستطع التعميم في مآل الإدمان إلا أنه من المعروف أن الشخصية السوية التي ابتلت بالإدمان لأسباب نفسية أو الآلام الجسدية مالها هو الشفاء وكذلك مرضى الاكتئاب والفصام حيث يعتبر الإدمان ثانويا للمرض الأصلي حيث كانت بدايته لتخفيف الآلام النفسية. (عكاشة وعكاشة، ص. 595).

خلاصة الفصل:

افضل وسيلة لمكافحة الإدمان على المخدرات هي بعدم تناولها على الإطلاق، واستخدام الحذر عند أخذ أي دواء يسبب الإدمان فقد يصف الطبيب أدوية لتخفيف الألم أو القلق أو الأرق، أو التوتر أو الاكتئاب ، حيث يتم وصف هذه الأدوية بجرعات آمنة ويتم مراقبة عند استخدامها بحيث لا يحصل الفرد على جرعة كبيرة جدًا أو لفترة طويلة جدًا. كما يجب أن يكون هناك عمل فريق مع بعض بين جميع الأطراف المعنية لكي لا يدمن الشباب على المخدرات ؛حيث تعتبر فهي معركة مجتمع ، فلا يمكن أن تنجح الجهود الفردية وحدها لمكافحة الإدمان على المخدرات التي هي بهذه الخطورة والتعقيد؛ وبالتالي فإن تبني العمل الجماعي لمجابهة هذه الأفة من تعاطي الشباب للإدمان على المخدرات سينتج عنه مجتمع خالي من مدمني المخدرات، يبقى العلاج المعرفي السلوكي هو الأصلح لعلاج الكثير من الاضطرابات.

الفصل الثالث: التشوهات المعرفية

تمهيد.

أولاً: الجذور التاريخية للتشوهات المعرفية.

ثانياً: ماهية التشوهات المعرفية.

ثالثاً: أبعاد وأنماط التشوهات المعرفية.

رابعاً: النظريات المفسرة لأنماط التشوهات المعرفية.

خامساً: فئات التشوهات المعرفية خصائصهم وسماتهم.

سادساً: الآثار السلبية لتشوهات المعرفية

سابعاً: أهمية العلاج لتصحيح التشوهات المعرفية.

خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الأفكار والمشاعر شيئين منفصلان وهما يؤثران كثيراً على حياتنا، ولا مجال لتغييرهما، وستظل تعتقد ذلك حتى تبدأ تعي العكس، فالنظرية المعرفية أوضحت أن للمعارف السابقة دور في نشأة الاضطرابات الانفعالية، إلا أن تفسير هذه الاضطرابات الانفعالية تختلف حسب توجهات كل فرد من أصحاب النظرية المعرفية.

أولاً: الخلفية التاريخية للتشوهات المعرفية:

تعود الجذور التاريخية لمفهوم التشوهات المعرفية إلى العصر اليوناني إلى المدارس الفلسفية في القرن (18) عندما أشار كانت (kant) إلى أن الحقيقة لا يمكن معرفتها بشكل مباشر ولكن يمكن الوصول إليها من خلال مجموعة من الروابط بين عدة متغيرات أو أحداثها، واستنادا إلى هذه الفكرة انطلقت بعض النظريات المعرفية في تفسيرها للتشوهات المعرفية حيث أشارت إلى أن الحقيقة يتم بناؤها من خلال مجموعة من الأحداث والخبرات ومن خلال طريقة ادراك الفرد للعالم بحيث تتطور تلك المعارف لتأخذ شكل وجهة نظر فردية وشخصية حول العالم. (بحري، 2019، ص. ص. 193، 194)

إذ تعد المدرسة المعرفية من أحدث المدارس في علم النفس بصفة عامة ومن وجهة نظر علماء المدارس المعرفية تعرف الأساليب المعرفية على أنها مجموعة العمليات التي تحدث داخل الفرد مثل الإدراك والقناعات والتفكير والتخيل والحديث الذاتي والتي تؤثر بشكل أو آخر في سلوكه الداخلي. (ظاهر وعلي، 2018، ص. 20).

ظهرت فكرة التشوهات المعرفية لأول مرة على يد العالم المعرفي السلوكي أرون بيك (Aron Beck) في مقالته التي نشرت عام (1963) بعنوان الاكتئاب والتفكير إذ وجد بيك أن من الأعراض المعرفية للاكتئاب تدني التقييم الذاتي لفرد والتوقعات السلبية نحو متغيرات الحياة والمستقبل. كذلك قيام الفرد بتوجيه مظاهر النقد لذاته بوصفه شخصا ضعيفا وغير متمكن من إدارة حياته بشكل جيد وتحقيق أهدافه وأن الفرد المصاب بالاكتئاب يظهر ترددا كبيرا عند مواجهة خبرات الحياة الجديدة والصورة المشوهة.

ثانياً: ماهية التشوهات المعرفية:

1. اصطلاحاً: هو مصطلح يستخدم لوصف نمط من التفكير أو حديث النفس عن طريق التفكير التلقائي من أحداث الحياة في اطار سلبي وتؤدي إلى مشاعر سلبية مثل الحزن، الغضب، الخجل، اليأس. (P. 108).

(Clemmer 2009)

✓ هو "مجموعة مفاهيم ومعتقدات خاطئة التي يتبناها الفرد فكريا ويعبر عنها انفعاليا وتنشأ تلك التشوهات المعرفية في المراحل المبكرة من حياة الأفراد وتؤدي إلى مجموعة من الاضطرابات النفسية والعقلية تكون في أساسها ذاتية من تلك التشوهات المعرفية التي تشكل الأسلوب المعرفي لدى الفرد". (صابر، 2009، ص. 17).

✓ عرفة وفقا لبيرنز (1989) على أنها أفكار غير منطقية مبالغ فيها تم تحديدها في الإدراك والمفكرون المشوهون معرفيا هم عادة من ينشغلون بأفكارهم الداخلية وتوتراتهم عادة ما يكون لديهم نظرة سلبية أو متشائمة عن الذات والعالم والمستقبل لديهم نظام معقد غير قادر على التكيف يعمل كإطار لفهمه وتقديرهم أنهم يركزون على أنفسهم وقد يكونون شديدي النقد الذاتي والوعي الذاتي، هؤلاء الأشخاص يشعرون بمشاعر عدم القيمة وتدني احترام الذات مما يجعلهم يصابون بالاكتئاب ويرون أنفسهم غير مناسبين ويؤمنون أن الآخرون ينظرون اليهم بهذه الطريقة. (Nyarko&Amisshah, 2014, p. 69)

✓ هو "مجموعة من العمليات العقلية التي تحتوي على أخطاء في التفكير وينتج عنها معتقدات قد تؤدي إلى توليد مشاعر انفعالية سلبية كالتشاؤم والتفكير الكارثي، والغضب واليأس والخجل وتعظيم الأمور وتهويلها". (Roberts, 2015)

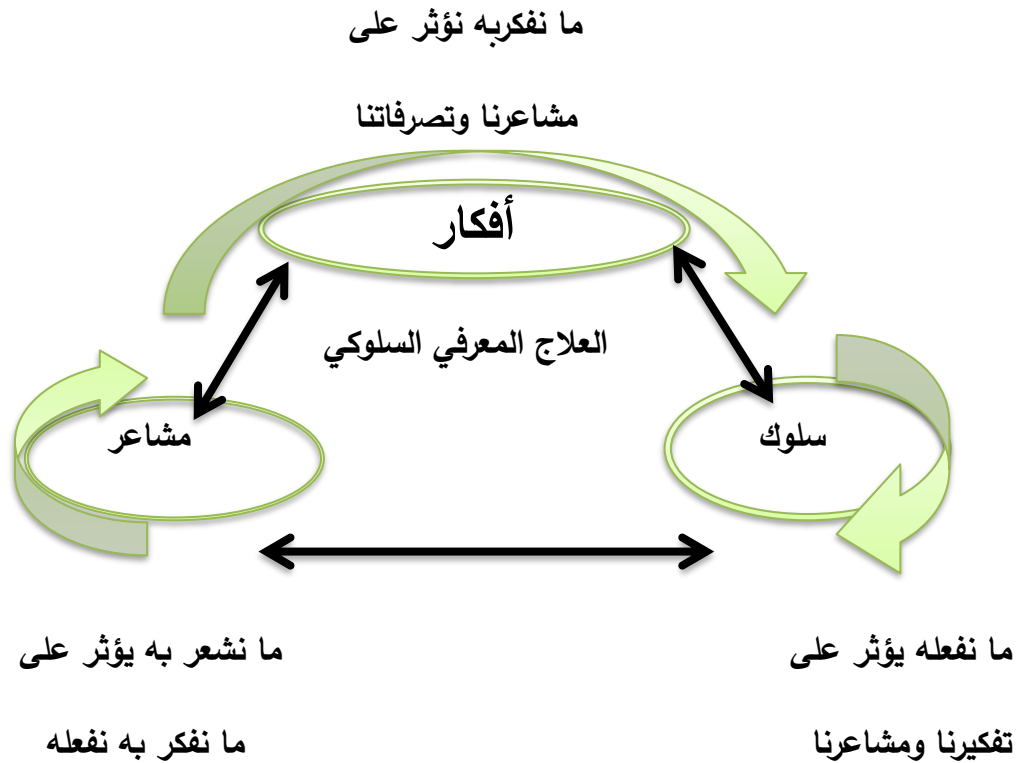
✓ هي منظومة من الأفكار الخاطئة التي تؤدي إلى الاستنتاجات الخاطئة في ادراك المواقف الواضحة مما يؤثر على قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة والتوافق النفسي والاجتماعي مع البيئة المحيطة. (غنامة، نصرادين، 2020، ص. 88).

✓ إنها "أساليب تفكير غير منطقية تؤكد في ادراك الفرد وانفعالاته مع إصدار أحكام سلبية في التعامل مع الذات والآخرين وتؤثر على سلوكيات الفرد واتجاهاته" (عبد الواحد وحسانين، 2021، ص. 10).

✓ يعرف قاموس الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA التشويه المعرفي التفكير والإدراك أو المعتقد الخاطئ أو الغير دقيق مثال على ذلك هو التعميم المفرط، التشويه المعرفي هو عملية نفسية طبيعية يمكن أن تحدث لجميع الناس بدرجة أقل أو أكبر".

✓ فهي منظومة من الأفكار الخاطئة التي تؤدي إلى استنتاجات خاطئة في ادراك المواقف الواضحة، مما يؤثر سلبا على قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة والتوافق النفسي والاجتماعي مع البيئة المحيطة. (غنامة، ونصراوي، 2020، ص. 88).

✓ يمكن إن تكون التحريف/ التشوه / أو الأخطاء الكامنة في ميكانزمات معالجة المعلومات هذه إنها موجودة بأعداد قليلة لدى الشخص العادي لكنها تتواجد بكثرة وبكثافة لدى الأفراد في وضعية نفسية ضعيفة. (علوي، وزغبوش 2009، ص. 115).



الشكل (02) منقول لشرح التشوهات المعرفية

2. مفاهيم مرادفة:

✚ **أخطاء التفكير Thinking errors:** تعرف أخطاء التفكير بأنها تشوهات معرفية أو تفكير ملتوي وتحديد الأفكار الآلية وأخطاء التفكير المتضمنة داخلها تؤدي دورا رئيسيا في العلاج المعرفي السلوكي. (كوروين، رودل، بالمر، 2008، ص. 43).

✚ **التحريفات المعرفية:** وهي ترمز إلى المعاني والأفكار التي يكونها الفرد عن الحدث أو الموقف والتي تكون خاطئة ولا تمثل مكونات الواقع الفعلي وهي همزة الوصل بين المخططات المعرفية والأفكار التلقائية. (الشيخي، ومطحنة، 2020، ص. 18).

3. الفرق بين التشوهات المعرفية وبعض المتغيرات: (راوي، 2021، ص. 412)

الأفكار اللاعقلانية	التشوهات المعرفية
تأخذ المنهج السلبي على الدوام وهي نتائج التشويه المعرفي.	✍ جانب سلبي وهو الذي يشكل خطر على شخصية الفرد. ✍ جانب إيجابي وهو الذي يستخدمه المعالجون في برامج العلاج المعرفي في تغيير المعتقدات لدى المدمنين وغيرهم.
العجز المعرفي	التشويه المعرفي
هو نقص في التفكير ينتج عنه فقدان لمرحلة أو أكثر من مراحل التفكير.	✍ هي نتائج تراحم المخططات في التفكير النشط.

ثالثا: أبعاد وأنماط التشوهات المعرفية:

1. أبعاد التشوهات المعرفية: ذكرت (بحيري، 2019، ص ص 195، 196) أن التشوهات المعرفية

تشمل العديد من المجالات والتي يمكن دمجها.

(1) بعد التشوهات الذاتية Distortion Narcissitic: ويشمل هذا البعد على توقعات الفرد الذاتية فيما

يقوم به من أفعال وتصرفات والتسرع في الاستنتاجات وعدم الاستناد إلى الأدلة والبراهين والمبالغة

والتضخيم لكل ما يقوم به الفرد من أفعال وتبرير الفرد لكل ما يقوم به من أفعال وتصرفات والحكم على الآخرين بناء على ما يحمله الفرد من أفكار فاذا اتفقوا معه في ما يحمله من أفكار يكونوا أفراد جيدين ويتمتعون بدرجات عالية من الذكاء والفتنة وإذا اختلفوا معه فهم أغبياء .

(2) **بعد التشوهات المعادية للمجتمع Antisocial Distortions**: ويشمل هذا البعد على تعميم الفرد لأفكاره على كل ما يحدث معه من مواقف خاطئة وأن ما يقوم به من أفعال لا يمكن أن تؤدي إلى عواقب سلبية والتبرير الانفعالي لكل ما يحدث معه مستندا على أن ما يشعر به الآخرين وأن الأفراد الآخرين غير قادرين على مواجهة التحديات والمواقف كما يواجهها هو وأن كل ما يحدث من مشكلات وصعوبات مصدرها الأفراد الآخرين ذكرها (Torres, 2002) أما (Coralijn et al, 2008) إلى أن التشوهات المعرفية تتكون من الأبعاد التالية:

(1) التشوهات الذاتية Self-centered.

(2) لوم الآخرين Blaming others

(3) التضخيم / التقليل Minimizing / mislabeling

(4) افتراض الأسوأ Assuming the worst

(5) الاستنتاجات الغير المنطقية anonalous response

(6) التعميم الإيجابي positive fillers

بينما (Barriga et al, 2001) يرى أن التشوهات المعرفية تنقسم إلى أربعة أنواع رئيسية وهي:

1. **التشوهات المعرفية الموجهة نحو الذات**: وهي تلك التشوهات المرتبطة باحتياجات الفرد

وانفعالاته ورغباته وتصورات الفرد الذاتية، بأن كل ما يحمله من مجموع تلك الإدراكات صحيح دائما وأن الآخرين لا يحملون أفكار طبيعية.

2. **لوم الآخرين:** يعزو الفرد جميع الأحداث والسلوكيات غير السوية التي تظهر في حياته إلى مصادر

خارجية تتمثل في أن هناك شخصا آخر يجب لومه بأي حدث غير مناسب يظهر في حياته، وبالتالي

فان شعور الفرد بالتعاسة أو مزاج سيء يجب أن يكون من فرد آخر، سبب هذه التعاسة والمزاج السيء .

3. **التقليل من شأن الآخرين أو من عواقب السلوكيات الذاتية:** إن إيمان الفرد واعتقاده أن

سلوكياته الذاتية التي يقوم بها وقد لا تكون مقبولة من الآخرين، وبعد ذلك نوع آخر من التشوهات

المعرفية النابعة من ادراك الفرد المتحيز في أفكاره العقلية بأن ما يقوم به حتى لو لم يكن صحيحا لا

يؤدي بالضرورة إلى إيقاع الأذى بالآخرين.

4. **حمل افتراضات مشوهة تقوم على أن كل ما يقوم به الفرد سيؤدي إلى عواقب سيئة:** في

هذه الحالة يؤمن الفرد بشكل خاطئ أن كل سلوك يقوم به سوف يؤدي إلى عواقب سيئة لا يمكن الهروب

منها كما أن هذا النوع من التشوهات المعرفية يبني على استحالة القيام بخطوات أو إجراءات ذاتية تحسن

من الوضع السيء في البيئة المحيطة.

✚ ويذكر بيك أن التشوهات المعرفية لها آثار ثلاثة أبعاد ترتبط بالفرد وهي: (شندوخ، مزعل، 2019، ص.

533).

✓ **ذاتية:** إذ يميل الفرد إلى التقليل من ذاته وينظر إلى نفسه بطريقة سلبية ويتصف بسمات شخصية

عامة.

✓ **عالمه ودوافعه:** يشعر الفرد أن المجتمع يحمله أكثر من طاقته ويعتقد أنه مليء بالمعوقات التي

تحول دون تحقيق أهدافه.

✓ **المستقبل:** يعتقد الفرد أن تجاربه وخبراته الغير سارة التي يعاني منها في الحاضر سوف تؤثر على

مستقبله ويشعر بالإحباط والقلق لكل مهمة عليه قيام بها ينظر الى المستقبل نظرة تشاؤمية.

2. أنماط التشوهات المعرفية: بحسب نظرية بيك فهناك مجموعة من الدراسات حدد انماطها مثل

دراسة (كوروين، رودل، بالمر، 2008، ص. ص. 35، 39).

1- تفكير الكل أو اللاشيء (التفكير الثنائي) (All or nothing thinking):

حيث يدرك الشخص نفسه، الآخرين، المواقف والعالم، وفقا لفئات حادة متطرفة ويميل هذا النمط من التفكير أن يكون مطلقا ولا مجال فيه لبصيص من الأمل، ويقصد به أن الفرد ينظر إلى الأشياء وإلى الفئات المطلقة باللونين الأسود والأبيض فاذا قصر أدائه عن الكمال فانه يرى نفسه فاشلا تماما ويقوم بهذا التفكير في تصنيف المواقف والأحداث بطريقة متطرفة جدا إلى أبعد حد ويؤدي هذا إلى التفكير

في الاضطرابات العاطفية. (Ellis & dryden, 1987, p. 229)

2- الشخصية personalization and blame: في هذا النوع من أخطاء التفكير يلوم الفرد نفسه على

كل ما يحدث من أخطاء ويربطها بعجزه وعدم كفاءته الشخصية ويجعل الفرد نفسه مسؤولا بصفة شخصية عن حدث قد يكون بعيدا عن سيطرته، تشير إلى معالجة الفرد للمعلومات من خلال تفضيل عقلي يقلل من مستوى إنجازاته الشخصية ويشيد بانه غير مهم، وفي الوقت نفسه يؤكد دوره في التسبب في حدث أو موقف سلبي حتى لو كان لا يوجد دليل يدعم هذا الاستنتاج، يعتقد أن الآخرين يفكرون بطريقة سلبية بسببه بدون اعتبار تفسير لتصرفاتهم أكثر منطقية. (نجيب وهاشم، 2021، ص. 642).

3- التفكير الكوارثي (قراءة المستقبل) catastrophizing future telling: وهنا يتوقع الفرد سوء الحظ

وسلبية المستقبل ويعتقد في أشياء سوف تعود عليه بأمور سيئة ويشيع هذا الخطأ في مشكلات القلق حيث يميل العميل إلى إمعان النظر في الاحتمالات والنتائج الأسوأ للموقف.

4- الاستنتاج الانفعالي emotional reasoning: وهنا يرسم الأفراد نهاية حدث ما بناء على إحساسهم

الداخلي متجاهلين أي دلائل على إمكانية حدوث العكس.

5- عبارات يجب ولازم **Should or must statements**: وهنا يكون لدى الفرد فكرة ثابتة عن نفسه أو عن الآخرين والعالم تترجمها أفعال ينبغي ويجب أن يكون، فالنفضيات والتوقعات ثم تحويلها إلى طلبات جامدة متصلبة وعندما لا توافق هذه المطالب مشاعر الفرد فانه يحبط ويكدر انفعاليا ويبالغ في مدى الكرب والسوء الذي هو فيه عندما لا تتحقق توقعاته.

6- **التقنية العقلية (التجريد الانتقائي) Mental filter (selection abstraction)**: يوجه الفرد هنا اهتماما وانتباها خاصة لأحد التفاصيل السلبية وينشغل بها بشكل لا نهائي متجاهلا أي التصورات الإيجابية الأخرى فهو لا يرى الصورة بشكل كلي لكنه فقط يركز على الجانب السيء فيها.

7- **العجز أو عدم النظر للإيجابيات disqualifying or discounting the positives**: حيث يتجاهل الفرد أي إيجابيات لأي موقف ويخبر نفسه أن هذه الخبرات الجيدة الإيجابية لا تحتسب.

8- **التعميم الزائد Overgeneralization**: يفكر الشخص على هذا النحو لأنه مر بخبرة سيئة مرة فهي سوف تحدث له دائما فهو يقوم بعمل تعميم شامل على كل المواقف من خلال موقف واحد.

9- **التضخيم والتهوين Magnification & minimization**: الفرد الذي يتبنى هذا النوع من التفكير عندما يدرك نفسه والآخرين أو المواقف ويميل إلى التضخيم أو المبالغة للمكونات السلبية وأيضا يقلل من الإيجابيات أو يسقطها من حساباته.

10- **العنونة Labelling**: حيث لا يرى الفرد نفسه والآخرين تبعا لمصطلحات الكل أو اللاشيء فقط بل يذهب أبعد من ذلك فيطلق عناوين غالبا ما تكون ازدراءيه.

11- **القفز إلى النتائج (الاستدلال الجزائي): Jumping to conclusion (Arbitrary inference)**: الشخص ذو التفكير المشوه بهذا النوع من أخطاء التفكير يستنتج أن النتائج تكون سلبية بدون وجود دليل

على ذلك حتى لو كانت هناك دلائل تشير إلى وجود نتائج إيجابية ويوجد نوعان رئيسيان من هذا النوع من أخطاء التفكير:

1. **قراءة العقل Mindreading**: الفرد الذي يفكر الآخرين ولا يعطي اعتبار لوجود أي احتمالات أخرى.
2. **التنبؤ بالمستقبل Future telling**: يتوقع الفرد أن أحداث المستقبل سوف تأتي على محمل سيء.

12- الاستنتاج العشوائي: هو استنتاج بدون دليل أو استنتاج مبني على أدلة ضعيفة ويميل الأفراد الذين لديهم هذا النوع من التشوه إلى تكوين استنتاجات سلبية مع غياب الأدلة المحددة التي تدعم هذا الاستنتاج (الشواورة والدحادحة، 2021، ص.465).

رابعاً: النظريات المفسرة لأنماط التشوهات المعرفية: تنوعت النظريات المفسرة للتشوهات المعرفية وتعددت كل حسب اهتماماتهم ومطلقاتهم لذا فقط تركت هذه النظريات بصمتها النظرية المنهجية على دراسة التشوهات المعرفية وفيما يلي عرض لأهم هذه النظريات.

1. النظريات المعرفية cognitive theory: قام بيك بتطوير نظرية اكتئاب إدراكية مشهورة تسلط الضوء على الهياكل المعرفية بجزء أساسي من ظهور الاكتئاب والحفاظ عليه الهياكل المعرفية هي مصدر للمعلومات ليس فقط عن البيئة ولكن أيضاً عن الذات، وبرامج النشاط التي تجعل من الممكن تحقيق الأهداف المحددة من خلالها يدرك الأفراد هويتهم وقدرتهم على توجيه أنفسهم في العالم الخارجي بدون هذه التجربة لن يفهموا وضعهم وإمكاناتهم الفعلية ولن يكونوا قادرين على التصرف بنشاط في بيئة حقيقية ولذلك بتشدد نموذج بيك المعرفي (Beck et al, 1979) للأمراض النفسية على الدور الرئيسي للتفكير في الاستنباط والحفاظ على السلوكيات الإشكالية والعواطف المزعجة ويثير النموذج. (Mobini, pearc, grant, mins& yeomans, 2006, p. p. 1154-1155) كما يرى بيك أن التشوهات المعرفية التي يخلقها الفرد عن نفسه والعالم ليست أكثر من نتيجة لسوء فهم العمليات أثناء عمليات التفكير لأن هذه التشوهات المعرفية تنتج

عن عمليات التعميم المفرط للفرد والهجوم الفردي للنتائج الأولية اقترح بيك نموذج التشوهات المعرفية يتكون من أربعة مستويات:

1.معتقدات المركزية: يبدو أنها مغلقة حيث يقوم الفرد بفحص المعلومات وتصفيتها ومعالجتها والتحقق وكشف المفاهيم الخاطئة عن نفسه والآخرين والمستقبل والتي كانت نتيجة التوقعات السلبية التي تؤثر على استجابته العاطفية وبالنسبة للأحداث والمواقف.

2.المعتقدات الوسيطة: تتعلق بالمواقف والحالات والقواعد والافتراضات.

3.المخططات المعرفية: يتم تمثيلها بالمعرفة والمفاهيم التي يتلقاها الشخص في مرحلته التنموية.

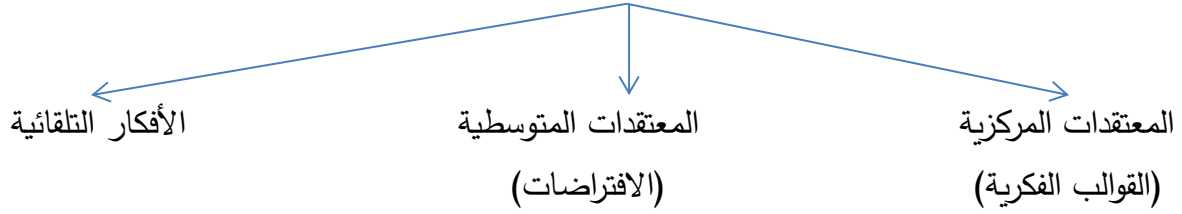
4.الأفكار التلقائية: وهي أفكار سلبية لها تأثير سلبي على قدرة الفرد على التكيف مع أحداث الحياة والنتيجة هي استجابات عاطفية لا يدركها الفرد أو لا تتوافق مع المواقف الذي سيتم فيه اكتشاف هذه الأفكار أو معالجتها. (عاصلة، 2018، ص.9).

كما ذكر (هارون، 2017، ص.6) أن بيك يرى التشوه المعرفي تتكون من منظومة من الأفكار الخاطئة تظهر أثناء الضغط النفسي عندما تنفجر الأحداث المؤلمة مخططا لا واقعي فتكون لكل فرد أحكام شخصية خاصة به قابلة للانحراف أو التشوه والتي تجعل الشخص عرضة للضغط النفسي وتكون هذه القابلية المشوهة متصلة في بناء الشخصية والمخطط المعرفي. (الهيبي، المهداوي، 2020، ص. 83)



الشكل (03) مستويات النموذج المعرفي (بيك، 2000، ص.18)

يفترض بيك أن هناك ثلاثة مستويات في النموذج المعرفي وهي:



في موقف معين ان المعتقدات الداخلية تؤثر على إحساس الشخص التي يعبر عنها بأفكار تلقائية خاصة بالموقف التي تؤثر على انفعالاته وسلوكه وفي النهاية تؤدي إلى تغير وظيفي (بيك، 2000، ص.23)

2. نظرية ألبرت أليس: يرى أليس (Ellis، 1994) أن الشخص لا يتفاعل مع ما يحدث من حوله بل يفكر ويشكل تصوراتَه وفقاً للمحفزات الخارجية المقدمة له ويمكن للفرد أن يكون عقلانياً في عمليات التفكير والإدراك من خلال ما يمكن أن يكون لديه من القدرة على التفكير بشكل صحيح وإما يكون غير عقلاني يتعارض مع الواقع وإمكانياته إذ يعكس سلسلة من الأفكار المعيبة والغير منطقية القائمة على سلسلة من التوقعات والتنبؤات والتعميمات الخاطئة التي تتعارض إلى حد ما مع القدرات العقلية للفرد والغير مناسبة للواقع وهذه الطريقة في التفكير تدفع الفرد إلى التشويه والتعميم وأدراكها وفقاً لتوجيه الإدراك والتفكير الخاطئ الذي يسبب اضطرابات نفسية واضطرابات في العلاقات مع الآخرين. (كيري، مذكور، 2021، ص. 98).

3. نظرية ميكنبوم: يعتقد (Meknbaun) أن ما يقوله الناس لأنفسهم يلعب دوراً في تحديد السلوك الذي سيقومون به ويتأثر هذا السلوك بالأنشطة المختلفة التي يؤديها الأفراد في الهياكل المعرفية المختلفة وعزا ذلك إلى الأشياء التي تعطل عملية التعليم وبالتالي تلعب دوراً في التأثير على السلوك الفردي (العديلي، القریش، 2016، ص.)

4. نظرية كيلي: (KILY) تطرق في نظريته إلى التشوهات المعرفية من خلال اعتقاد الناس بافتراضات عن العالم التي قد تكون جيدة أو سيئة وذلك أن الناس يكونون تركيبات حول كيفية التعامل مع العالم المحيط بهم، وأن لكل إنسان هدف مهم هو اختزال الشك أو التحقق من المستقبل وهم أحرار حول كيفية

تركيبهم للواقع بالصورة التي يريدونها أن تكون وأطلق كيلى على هذا الاعتقاد بالتركيب البديل حيث هناك تركيبات بديلة نختار منها ما يتناسب للتعامل مع العالم إذ لا يمكن لأحد أن يحصر نفسه في حدود ظروفه المتاحة فحسب أو يجعل نفسه ضحية لأفكاره الخاطئة ولذلك يعتقد كيلى أن الناس أحرارا في تركيب شخصياتهم وتكون حياتهم تحت حكم تلك التركيبات وتتأثر حياة الإنسان بشدة من خلال خبراته لذلك أن بعض الأشخاص يكونون اعتقادات مشوهة عن العالم وقد تتحول تلك الاعتقادات إلى تركيبات ثابتة في الشخصية حيث تسير حياتهم وفقا لأنماط ثابتة لا تتغير. (الهيبي، 2019، ص.39)

خامسا: فئات التشوهات المعرفية خصائصهم وسماتهم:

1. **فئات التشوه المعرفي:** بعض فئات التشوهات المعرفية الشائعة في مشكلات انفعالية وجدانية بعينها ويمكن أن تستخدم ذلك لمساعدة المعالج في تحديد أخطاء التفكير أو التشوهات المعرفية الجوهرية لمشكلة بعينها وأيا كان الأمر فمن المهم الإشارة إلى أن الفئة التي يتبناها شخص معن لمشكلة معينة ومحددة سوف يغلب عليها طابع الفردية. (كوروين، رودل، بالر، 2008، ص. ص. 39-40).

ذكر (بيك، 2000، ص.98) انه من خلال الملاحظة الإكلينيكية والدراسات المنهجية تمكن من التمييز بين الاضطرابات العصابية الشائعة بحسب الفروق في محتوى التفكير تم استنباطها من بعض الكتب والدراسات (ألبرت أليس، 1962؛ عبد الستار إبراهيم، 2011؛ روبرت ليلهي، 2005). (عيد، 2018، ص. ص. 29-30).

2. **خصائص التشوهات المعرفية:** لخصت دراسات كل من (Eric, Rynak, 2005, p1250) و(كامل، 2006، ص) مجموعة من الخصائص التي يمكن أن يتصف بها الأشخاص الذين يعانون من التشوهات المعرفية والتي تتمثل في التالي: (راوي، 2021، ص. ص. 410-411).

1. توجد لديهم انطباعات مبالغ فيها عن الذات بالإيجاب أو السلب كأن يصف نفسه بالعقري والذي لا يمكن أن يفشل أبدا والثرثار الفاشل الذي لا يمكنه النجاح في أي مهام.

2. يتمتعون بأسلوب تفكير منغلق وتقليدي وغير قادر على التوافق مع مجريات الحياة المتنوعة والجديدة.
3. عادة ما يقعون في مواقف من الارتباك والإحراج فهم يضعون أنفسهم في مواقف يدعون أنهم على دراية وخبرة كبيرة بها وهم في الحقيقة على غير ذلك.
4. يتصفون بضعف الإحساس الوجداني نحو الآخرين.
5. يتوقعون الأفراد المشوهون معرفيا الأسوأ دوما ويركزون على نواحي النقص والفشل لديهم وليس العكس.

6. يتصفون بالجمود الفكري والميل للمغالاة والحد في التعامل وعدم قبول رأي الآخر.

1. يحدث التشويه المعرفي في مرحلة معالجة المعلومات وليس ف مرحلة استقبالها.
2. يمكن أن تحدث لدى الأفراد العاديين والمتقنين وحتى العلماء.
3. ليس شرطاً أن يحدث خلافاً في الحواس نتيجة التشوهات المعرفية.
4. المخططات العقلية والافتراضات والأفكار المسبقة هي المسؤولة عن حدوث التشويهات المعرفية.
5. التشويه من الأليات الدفاعية التي تسهم في حفظ التوازن الحيوي.
6. التشويه المعرفي هو تشويه في التفكير وليس نقصاً أو عجزاً فيه.
7. التشويه المعرفي أساس بيولوجي في الجهاز العصبي التلقائي.
8. تساعد التنشئة الاجتماعية الصارمة للفرد في إيجاد بيئة ملائمة لحدوث التشوهات المعرفية.

أما (الطريا، والعبودي، 2019، ص.467) فقد ذكرها كما يلي:

1. أنها تعد حقائق مطلة وأساسية جوهرية.
2. يعبر عنها في قوالب جامدة مثل (إذا حدث كذا فإنه يجب أن يحدث كذا).
3. أنها مدعمة للذات ومساعدة على استمرارها ومن ثم فهي مقاومة لأي تغيير يحدث للذات.

4. تتشكل التشوّهات المعرفية في سن مبكرة وتصبح مألوفة لذلك ينظر الشخص إلى أن أي تغييرات تحدث تعتبر تهديدا له، ونتيجة لذلك فإنه سوف يحاول حماية هذه التركيبات وصحتها التي ينظر على أنها جوهرية وأساسية.

5. يمكن أن تؤدي التشوّهات المعرفية إلى مشاكل نفسية عديدة.

6. تنشط التشوّهات المعرفية من الأحداث ذات الصلة بالفرد، أي الأحداث المؤثرة التي يمر بها الفرد في حياته.

7. تتشكل التشوّهات المعرفية نتيجة لتجارب الفرد وخبراته حياته السابقة (مثل علاقة الفرد بالأسرة والأخرين ذوي الأهمية الذين يؤدون دورا حاسما في حياتهم خلال مراحل نموه. (هارون، 2017، ص12)

سادسا: الآثار السلبية لأنماط التشوّهات المعرفية: يمكن للأفكار المشبوهة أن تغذي المشاعر السلبية وتقود الشخص المتضرر هذه التشوّهات المعرفية نحو نظرة سلبية عامة تجاه الحياة وبالتالي حالة شخصية اكتئابيه أو حالة قلق. (السندي، 2013، ص. 56).

✓ تترك أنماط التشوّهات المعرفية آثار سلبية لا يستهان بها على الصحة النفسية فتؤدي للمزيد من القلق والتوتر والاكتئاب.

✓ أن لم ينتبه لها قد تترسخ بصورة أعمق في طريقة التفكير وتؤثر سلبا على الطرق المنطقية التي نتخذ بها قراراتنا.

✓ يتسبب التشوّه المعرفي في إعاقة ادراك الإنسان كما أنه يؤدي به إلى أن يصدر أحكاما وقرارات غير ملائمة وغير صحيحة في الكثير من أمور الحياة.

✓ أن الإنسان لا يضطرب بسبب الأحداث ولكن بسبب المعاني التي يسبقونها على هذه الأحداث.

سابعاً: أهمية العلاج النفسي لتصحيح التشوهات المعرفية:

يستعين المعالجون النفسيون بطرق مبتكرة لتصحيح أنماط الخلل الإدراكي ذلك لمساعدة الأشخاص الر اغبين في تحسين حالتهم النفسية بشكل يمكنهم من التعامل بطريقة واعية مع التفكير السلبي واستبداله ب طرق أكثر منطقية وتوازناً في التفكير. (أحمد. 2014)

لهذا يمكن أن ندرج أساليب ضمن العلاجات المعرفية السلوكية ومن هذه الأساليب العلاج العقلاني الانفعالي والتعديل المعرفي السلوكي والعلاج متعدد المحاور وغيرها. (الشيخي، ومطحنة، 2020، ص.18)

إن النمط العلاجي للعلاج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية يهدف في التعليم المريض أن يصحح أدائه المعرفي الخاطئ والمشوه ، وفي تغيير معتقدات المختلة وظيفيا والتي تعمل علة تعريضه لخبرات مشوهة ، أي أن تلك الأهداف تتمثل في تصحيح التشغيل الخاطئ للمعلومات، وفي تعديل الأفكار الخاطئة للمعلومات ، وفي تعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المختلة وظيفيا والتي تعمل على الإبقاء على أنماط السلوك والانفعالات.(محمد، 2000، ص21)

خلاصة الفصل:

فالفرد كي يعيش حياة سليمة عليه أن يضبط أفكاره وتصليحها باستمرار، ثم تسلمها القيادة لتُسَيَّر حياتك بأمان وفي سلام، فعليه أن يتعلم كيف يعمل وكيف يكتسب وكيف ننحرف، ويعيد ضبطها وهندستها وسيعم السلام على حياته وعلاقته مع الناس ومع نفسه. التغيير يحتاج وقت فما بُني في عقود لا يمكن تغييره في يوم.

الفصل الرابع: العلاج المعرفي السلوكي

- تمهيد:

أولاً: خلفية تاريخية للعلاج المعرفي السلوكي.

ثانياً: ماهية العلاج المعرفي السلوكي.

ثالثاً: أهمية وأهداف العلاج المعرفي السلوكي

رابعاً: مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي.

خامساً: نماذج ومستندات العلاج المعرفي السلوكي.

سادساً: الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي.

سابعاً: الفنيات والاستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي.

ثامناً: استخدامات العلاج المعرفي السلوكي وأهم معوقات القائم به.

- خلاصة الفصل

تمهيد:

إن الإنسان يتعامل مع الأحداث الصعبة التي بدلت حياته, موت شخص عزيز، خسارة وظيفة ، الإصابة بمرض خطير، التعرض لازمة... أو غير ذلك من الأحداث الصادمة، وكلها أمثلة لخبرات الحياة الصعبة جدا، فيستجيب بعض الناس لمثل هذه الظروف بعاطفة قوية جدا مع الانفعالات والإحساس بالحيرة والغموض وعدم التأكد، ومع ذلك يتوافق بصورة عامة بشكل جيد عبر الزمن مع مواقف الحياة الصعبة والظروف الضاغطة. وهو يشكل مجموعة اضطرابات نبحث فيها عن بروتوكول علاجي مثل العلاج المعرفي السلوكي وتوضيح الأسس النظرية التي تقوم عليها أنواعه وتقنيات والمعتمدة والتي تم استخدامها فالعلاج المعرفي السلوكي من العلاجات الحديثة يستخدم عدة فنيات وتقنيات العلاج المعرفي والعلاج السلوكي لحل مشكلة الحالة.

أولاً: خلفية تاريخية للعلاج المعرفي السلوكي:

1. البدايات الأولى للعلاج المعرفي السلوكي:

الأحداث	الفترة
<p>ظهرت الجذور الأولى للعلاج المعرفي السلوكي في قصص القران الكريم وأخبار من كان قبلنا من الأنبياء والرسل, ولقد دلت الآيات على الفكرة الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي في اكثر من موطن, فمن هذه الأخبار قصة الرجل الذي مر على القرية وهي خاوية فراودته أفكار هل من الممكن أحياء هذه القرية بعد موتها فهنا منظوره إلى الأشياء الذي حركه اتجاه هذا الموقف من خلال السؤال عن ذلك فحينها الله سبحانه وتعالى وضح ذلك له بتطبيق علمي من أجل تغير المعتقدات والأفكار السلبية اتجاه ما يفكر به إلى معتقد سليم (عيد، 2018، ص. 15).</p>	<p>ما قبل الميلاد</p>
<p>ظهرت في الفلسفات الكلاسيكية القديمة, فقد يعود التعبير عن فكرة العلاج المعرفي السلوكي إلى الفيلسوف الرواقي ابكتيتوس (EPICTEUS) الذي عاش من سنة 55 إلى سنة 134 بعد ميلاد, فمن اشهر مقولاته "الناس لا تحركهم الأشياء ولكن يحركهم منظورهم للأشياء" (هوفمان, 2012, ص. 16). وتعلم التحكم في انفعالاتهم ومارسوا تمارينات مكتوبة ولفظية في عمليات التركيز والتأمل وذكر الرواقيون إنَّ الناس لا يضطربون بسبب الأحداث ولكن بسبب ما يرتبط بهذه الأحداث من الأفكار, وإن الإدراك في تحديد استجابة الإنسان للمثيرات التي يتعرض لها في حياته, ولا يضطرب الناس من الأشياء ولكن من الآراء التي يحملونها عنها (نوفل, 2016, ص. 24).</p>	<p>منذ سنة 121 إلى 180 بعد الميلاد والرواقيون</p>

<p>إن ظهور كل من ماركوس او ريلويس 121الى180بعد الميلاد، كتب "لو انك كتبت لو انك تأملت من أي شيء خارجي ستجد انه ليس هذا الذي سبب لك الإزعاج ولكن حكمك عليه هو من سبب ذلك وبمقدورك تزيل هذا الحكم الآن ونجد أيضا أن وليام شكسبير في هامليت ليس هناك شيء جيد واره سيء ولكن التفكير هو الذي يجعله كذلك ويجدر بالإشارة أن هناك مجموعة من الفلاسفة والأدباء و الشعراء عبروا عن أفكار مشابهة لهذه الأفكار على مدار التاريخ (هوفمان، 2012، ص. 16).</p>	<p>من سنة 121 الى 180 بعد الميلاد</p>
<p>شملت إسهامات الفلاسفة والعلماء المسلمين دور بارز في تطوير الاهتمام بدراسة العمليات المعرفية في القرون اللاحقة إذ اهتموا وبشكل مباشر بدراسة المعرفة وطبيعتها وطرائق التعلم والذاكرة وعلاقة الجسد بالروح والنفس وغيرها من القضايا ذات الارتباط بالعلاج المعرفي. (العتوم، 2004، ص. ص. 28-29).</p>	<p>من سنة 800 الى 1450 بعد الميلاد</p>
<p>وبعد ذلك بقرون قد طورت أشكال مختلفة من العلاج المعرفي السلوكي بواسطة منظرين رئيسيين، فمن خلالهم اعتمد الاطار النظري للعلاج المعرفي السلوكي على مجموعة من الأساليب. (بيك، 2007، ص. 17).</p>	<p>من سنة 1900 الى 2017 بعد الميلاد</p>

2- تطور العلاج المعرفي السلوكي:

تطور العلاج المعرفي السلوكي من خلال المرضى الأوائل الذين عالجهم (أرون بيك؛ والبيت أليس) فتعود الفكرة الأساسية وقتها التي أدت إلى ظهور هذا البرنامج العلاجي الجديدة إلى الفيلسوف ايبكتيس. (الحسيني، 2019، ص25) وتعتبر نظرية أرون بيك الأكثر جذبا لاهتمام الباحثين والمهتمين بالعلاج المعرفي السلوكي، كما انه هناك من يعتبر ألبيرت أليس العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي هي النظرية الأولى في العلاج المعرفي السلوكي، وبعد البحث والتقصي في هذا الموضوع قد نجد أن هناك تزامن واستقلالية في ظهور النظريتين (أرون بيك؛ وألبيرت أليس) ومهما كان الأمر فلا يؤثر ذلك أن كلا منهم ساهم في تطوير العلاج المعرفي السلوكي. (عيد، 2018، ص. 18).

لماذا العلاج المعرفي سلوكي: العلاج المعرفي السلوكي يدرك الطبيعة الموحدة لهذا الكل المتآلف وينظر لهذا بعين الاعتبار بافتراض أن كل فرد يستحضر في الموقف نفسه مدى مختلفا من المشاعر الاستجابات الفيسيولوجية و السلوك وتعتبر الأفكار هي المتصرف يقوم به وجه لهذه المكونات الثلاث والمبدأ الأساسي والمركزي للعلاج المعرفي السلوكي هو أن الأفكار loughts والوجدان emotion والسلوك، والجوانب الفيزيولوجية هي كلها مكونات لنظام موحد system unified.(كوروين، رودل وبالمر، 2008، ص.



الشكل(4)(العلاج المعرفي السلوكي) (العرجان، 2021، ص. 6).

ثانيا: ماهية العلاج المعرفي السلوكي:

1. تعريف العلاج المعرفي السلوكي:

تناولت الطالبة الباحثة في هذه الدراسة مجموعة التعاريف لمفهوم العلاج المعرفي السلوكي في بيئات مختلفة(عربية، وغربية) كمحاولة منها لتحديد صياغة مجمل التعاريف لتعريف العلاج المعرفي السلوكي، فقد تم تعريفه من قبل العلماء وباحثين بأن "شكل من أشكال العلاجات الذي يهدف إلى تعديل المعارف والأفكار التي تتولد في ذهن الأفراد ويستخدم هذا الشكل العلاجي العملية الجماعية باعتبار أن الجماعة نموذجا اجتماعيا صغيرا للتعليم الداخلي بحيث تكون أداة لإحداث التغيير في السلوك واكتسابهم سلوكيات جديدة تساعدهم على التكيف".(Beck et al 1979)

✓ عرفتھا جاكلين بان " العلاج السلوكي أسلوب من أساليب العلاج النفسي يقوم على مبدأ أن العمليات

المعرفية والمنتظمة التفكير والإدراك تؤثر على سلوك الفرد فإن تم تغيير تلك العمليات المعرفية نتج عن

ذلك تغيير في سلوك الفرد" (Jaclyn . 2001, p.222)

✓ عرفھا أرون (بيك. 2000) بأنه طريقة البنائية المركبة والمحددة الأمن ذات أثر توجيهي فعال يتم

استخدامھا في علاج بعض الاضطرابات النفسية ويهدف لإعادة تشكيل البنية المعرفية للمريض من

خلال مجموعة من المبادئ والإجراءات.

✓ "بأنه المعالجة المعرفية السلوكية التي تهدف إلى مساعدة الفرد لتغلب على اضطراباته وذلك عن

دمج فنيات سلوكية وأخرى معرفية لإعادة البناء المعرفي للفرد بتصحيح و تغيير الأفكار والاتجاهات

والمعتقدات اللاعقلانية التي يتبناها المريض نحو نفسه والآخرين والعالم المحيط به ومن ثم نستبدل

الأفكار اللاعقلانية ويحل محلها الفكر العقلاني ومن ثم يتميز السلوك والوجدان السلبي وبالتالي تتخفف

حدة الاضطراب النفسي الذي يعاني منه الفرد". (نوفل، 2016، ص. 21).

✓ "Seth.J. Gillihan .PHD .cognitive Be هو شكل من أشكال العلاج النفسي الذي يركز على الحل

وهو مصمم لتقليل الأعراض وتعزيز الرفاهية في أسرع وقت ممكن" (Seth.j)

✓ "هو عملية تعليم وتدريب وتعزيز السلوكات الإيجابية يساعد العلاج المعرفي السلوكي الأفراد في

التعرف على الأنماط أو المعتقدات المعرفية والانفعالات التي ترتبط بالسلوكات كما يهتم بالتفاعلات

بين "كيف نفكر How wethink وكيف نشعر ونتصرف How wefeel and be have ومحدد بعدد من

الجلسات المقدره ما بين (12) و(20) جلسة حسب شدة المرض" (قاصب وصافية، 2017، ص. 5).

✓ يعد العلاج المعرفي السلوكي نوعا من العلاج يساعد العميل على تحديد أنماط التفكير الخاطئة كما

أنه العلاج الذي يقوم على مبدأ التكامل بين البنية المعرفية للفرد وسلوكه اليومي حيث تعد البنية

المعرفية عاملا أساسيا لدى كل من المستمر والضحية ويستهدف العلاج المعرفي السلوكي مباشرة تغيير

الأفكار غير المنطقية والانفعالات غير المناسبة (الراجحي، 2022، ص.40).

ما تراه الطالبة الباحثة من هذه التعاريف التي أجمعت انه نوع من أنواع العلاج النفسي وهدفه الرئيسي

(للعلاج السلوكي المعرفي) هو مساعدة العميل وحثه على احدث التغييرات التي يرغب فيها في حياته لذا

يعتمد العلاج على أتاحه فرصة للعميل ليتعلم طرق جديدة للتأقلم، وبالاعتماد على فنيات وتقنيات

مزدوجة بين فنيات العلاج المعرفي وتقنيات العلاج السلوكي.

2- أوجه التشابه والاختلاف بين العلاج والإرشاد المعرفي السلوكي: (نوفل، 2016، ص. ص.

22-23).

<p>*هو الجانب الإجرائي العملي المتخصص في مجال التوجيه والإرشاد وهو العملية التفاعلية التي تنشأ من علاقة مهينة بناءة بين مرشد (متخصص)المعالج ومسترشد يقوم فيها المرشد/المعالج من خلال تلك العملية بمساعدة الفرد على فهم ذاته ومعرفة قدراته وإمكاناته والتبصر بمشكلاته ومواجهته وتنمية سلوكه الإيجابي وتحقيق توافقه الذاتي والبيئي للوصول إلى درجة مناسبة من الصحة النفسية في ضوء الفنيات ،المهارات المختصة للعملية الإرشادية والعلاجية</p>	<p>التعريف</p>	<p>أوجه التشابه</p>
<p>العلاقة التفاعلية عملية التفاعل تحدث بين شخصين أحدهما المرشد/المعالج والثاني العميل ويحدث هذا التفاعل باعتماد طريقة فنية محترفة.</p>	<p>العلاقة</p>	
<p>كلاهما يهدف إلى مساعدة الفرد لحل مشكلاته والاستفادة من إمكاناته واتخاذ القرارات السليمة وتحقيق وتنمية استقلالهم وتنمية قدراته على أن يكونوا مسؤولين عن أنفسهم</p>	<p>الهدف</p>	
<p>يساعد المرشد في تفسير معرفة الحقائق التي بموجبها ينفذ الفرد اختيارا أو يسلك خطة ما أو يغير من سلوكه وفقا لإرشادات المرشد.</p>	<p>الإرشاد</p>	<p>أوجه</p>

العلاج	يساعد المعالج المريض في تفسير ومعرفة الحقائق التي بموجبها يتخذ الفرد اختبارا أو يسلك خطة ما أو يغير منت سلوكه وفقا لاختبار المريض ومعرفته وملاحظته لما يفعله ومعرفة أفكاره الخاطئة وملاحظة سلوكه وتتبعه ذلك بنفسه وبناء عليه يتم تغيير الفكر- السلوك- الانفعال.
---------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

- فالعلاج أعم وأشمل من الإرشاد والتوجيه (فالعلاج يشمل على الإرشاد والتوجيه)

ثالثا: أهمية وأهداف العلاج المعرفي السلوكي:

1. أهمية العلاج المعرفي السلوكي في علاج مدمني المخدرات:

✓ إن العلاج المعرفي السلوكي استراتيجية فعالة بشكل كبير في العامل مع العديد من المشكلات النفسية من خلال تغير طرائق التفكير السلوكيات التكيفية من أجل تحسين الحالة النفسية. (شيباني وعلافة، 2020، ص. 100).

✓ التعرف على الأفكار السلبية التي تؤثر في قدرة المسترشد على مواجهة أحداث الحياة والتكيف معها وبعد أن يقوم بالتدريب على تصحيحها وتعديلها (مريان، والداهري، 2008، ص. 704).

✓ وجب على الممارسين النفسيين والمعالجين المعرفين تقديم المساعدة العلاجية من خلال تصحيح الأفكار الخاطئة التشوهات المعرفية المسببة للاضطرابات النفسية وتقيم طبيعة المريض وطريقته في الاستجابة للاضطراب من خلال نوعية الفرد حول أساليب مراقبة تفكيره ومواجهة الضغوط والانفعالات التي تتعرض لها. (شيباني، وعلافة، 2020، ص. 101).

2. أهداف العلاج المعرفي السلوكي: إن الممارسين يؤكدون على أن العلاج المعرفي السلوكي كنمط

علاجي تتحدد أهدافه فيما يلي كما ذكره: (الراجحي، 2022، ص. 393).

1. تعليم الفرد أن يصحح أفكاره المعرفية الخاطئة.

2. تعديل الأفكار والاعتقادات والافتراضات المحتملة وظيفيا والتي تعمل على الإبقاء على نمط السلوك والانفعالات.

3. العمل على تقييم التغيرات السلوكية والمعرفية.

4. تحقيق بين العوامل المعرفية والعوامل الأخرى المرتبطة بالأداء الاجتماعي للفرد.

✍ أما الصادق ذكر: (صادق، 2003، ص. 329).

5. أحداث تغيير في المحتوى والبناء المعرفي.

6. تدريب الأفراد على تعديل سلوكهم من خلال أساليب التدخل المختلفة.

7. له القدرة على التعرف عن الأفكار المنكرة وغير التكيفية والعمل على تصحيح التصورات والمدرجات

الخاطئة وغير الملائمة وتعزيز التفكير الواقعي وزيادة الوعي بالذات للإسهام في تكوين رؤية أكثر

موضوعية نحو الموقف .

8. جمعتها (حافظ، 2019، ص. 14) في عدة خطوات منها صياغة المشكلة وتنفيذها بصورة مستمرة ضمن

الإطار المعرفي من خلال تحديد الأفكار الحالية بالإضافة إلى فحص السلوكيات المضطربة المرتبطة

بها ثم التعرف على العوامل المؤدية لظهور المشكلة. وكذلك التعرف على الأسلوب المعرفي الذي

يفسر به الأحداث وبهذا يتمكن من صياغة المشكلة في الجلسات الأولى مع إجراء التعديلات عند

الحصول على البيانات ومعلومات جديدة (محمد وخليفة، 2022، ص. 11).

رابعا: مبادئ ومسلمات العلاج المعرفي السلوكي:

1) مبادئ العلاج المعرفي السلوكي: ذكر (Dobson & Dobson. 2017. P. 5-6): بأن هناك ثلاثة مبادئ

أساسية: (حسن وجعفر، 2022، ص.).

✍ فرضية الوصول: حيث يؤيد العلاج المعرفي السلوكي فكرة أنه عن طريق الانتباه والتدريب يصبح

الفرد أكثر وعيا بأفكاره .

✍ **فرضية الوساطة:** حيث يشير العلاج المعرفي السلوكي بأن الأفكار تتوسط الاستجابة الانفعالية نحو الحدث أو الموقف ولكن الطريقة التي يتم بها تفسير الحدث هي شيء رئيسي للطريقة التي يتبعها الفرد في تعامله مع الموقف.

✍ **فرضية التغير للأفضل:** وهو نتيجة حتمية للمبدئين نحو المواقف المتعددة يمكن تعديل طريقة الاستجابة للأحداث التي من حولنا.

(2) **مسلمات العلاج المعرفي السلوكي:** قامت مسلمات العلاج المعرفي السلوكي على أسس ومبادئ العلاج العقلاني الانفعالي التي كان لها الأثر كبير في ظهور العلاج المعرفي السلوكي وتطوره. (نوفل، 2016، ص. ص. 24-25) إذ يقوم على عدة مسلمات وهي كما يلي :

✓ إن الإنسان يولد ولديه القدرة على التفكير ولديه أفكار عقلانية ولا عقلانية بمعنى أن الإنسان كائن عقلائي ولا عقلائي في آن واحد.

✓ إن الاضطرابات النفسية التي يعانيها الأفراد بإنتاج أفكار ومعتقدات خاطئة وسلبية تشكل البناء المعرفي للفرد.

✓ أن المشكلات النفسية ترجع بالدرجة الأولى إلى أن الفرد يقوم بتحريف الواقع والحقائق بناء على مقدمات مغلوبة وافتراسيات خاطئة وتنشأ هذه الأوهام عن تعلم خاطئ حدث في إحدى مراحل نموه المعرفي والاستدلال المغلوط المبني على معلومات غير كافية أو صحيحة وعدم التمييز بين الواقع والخيال.

✓ إن الأفراد متهيئون بيولوجيا على أن يفكروا بطريقة اللأسوية في مواقف عديدة ومن تلك الطرق اللأسوية التقليل من تقدير الذات ومن ثم ينتج عنه انهزام الذات .

✓ أن يميل الأفراد إلى استخدام الحيل الدفاعية حفاظا على ذراتهم من الاصطدام بالواقع الفعلي لذاته والأحداث المحيطة.

✓ أن هناك تفاعلا بين تفكير الإنسان وانفعاله وسلوكه والفكر والانفعال والسلوك أضلاع مثلث واحد

خامسا: نماذج العلاج المعرفي السلوكي ومستنداته (نوفل، 2016، ص. 36):

1. السلوكي الأول: **Basic cognitive Behavioral Model**: وفيه عندما يواجه العميل موقفا ما فإن خبرته المعرفية للموقف ترتبط بردود أفعال جسمية وسلوكية وانفعالية فالمعرفة في هذا النموذج يقصد به مزيج من الأفكار والتي تظهر في شكل صورة عقلية، أحكام، تفسيرات، اتجاهات، إدراكات أو معاني وبذلك فإنه وفقا لهذا النموذج يوضح العلاج المعرفي السلوكي بأن المواقف لا تسبب سلوك الأفراد بطريقة ما ولكن توضح هذه المواقف ردود أفعالهم ولذلك يعتقد المعالجين المعرفين السلوكيين بأن العمليات المعرفية عبارة عن أفكار تلقائية تظهر بسرعة لدى العميل وغالبا لا يدرك أنها موجودة لديه .

2. النموذج المعرفي السلوكي الممتد: **Expanded cognitive Behavioral Model**: وفقا لهذا النموذج فإن الخبرة السابقة للعميل شكلت لديه معتقدات وأفكار سلبية وإيجابية عن نفسه والأفراد الآخرين والمجتمع من حوله والمستقبل، تلك المعتقدات قد تكون نتيجة الصدمة أو شخص قال شيئا غير جد وقد تتشكل الخبرات نتيجة ظروف الحياة المتكررة كالأفراد الموجودين في بيئات فقيرة.

امثله لنماذج المستخدمة في العلاج المعرفي السلوكي: (عيد، 2018، ص. 49)

وضع بعض العلماء نماذج لخطط علاجية لبعض الاضطرابات

نموذج أرون بيك: 

النموذج المعرفي	النموذج السلوكي	النموذج التحليلي
منبه		منبه
↓		↓
معنى شعوري	منبه	دفعة لاشعوري
↓	↓	↓
انفعال	انفعال	انفعال

الشكل (05) التفكير والانفعالات للنظريات الثلاث (عيد، 2018، ص. 49).

الجدول رقم (01) نموذج ألبيرت أليس للأساس المعرفي

C	B	A
المشاعر والسلوك	الأفكار اللاعقلانية	الموقف المثير

2. مستندات العلاج المعرفي السلوكي: حددها (القحطاني، 2012، ص. 35) للافتراضات النظرية أما

(الراجحي، 2022، ص. 409) حدد الافتراضات العلمية:

الافتراضات العلمية	الافتراضات النظرية
1- يتشكل السلوك الإنساني ليس فقط من خلال الدوافع اللاشعورية وإنما أيضا من خلال الدوافع الشعورية وتفكير الفرد في إطار الواقع الاجتماعي	1- يرتكز السلوك وعلى ما يبدو من أقوال بدرجة كبيرة على المعرفة و الأفكار والمعلومات أكثر مما يرتكز على السلوك الظاهري فإذا كانت الحاجة إلى تغيير السلوك الظاهر فإنه يجب أن تتعدل الأفكار والمعلومات والمدركات الخاصة بالفرد أولا حتى يتغير السلوك .
2- قدرة العقل على اكتشاف ضبط وتعديل المثيرات التي تؤثر على السلوك.	2- يرى أصحاب هذه العلاج أن مشكلات الفرد المرتبطة بمعارفه و أفكاره.
3- تقيد الملاحظة في توجيه أنماط السلوك من خلال إدراكاتنا وتحليلنا للمواقف الاجتماعية .	3- يعتمد العلاج المعرفي السلوكي على ما يعرف بالعلاقة العلاجية بين المعالج والفرد وهي تلعب دورا أساسيا ومهما في العلاج.
4- يمكن تعلم عمليات الضبط الاجتماعي للسلوك من خلال المواقف الجماعية.	4- يسمح العلاج المعرفي السلوكي للمعالج باختيار الأساليب العلاجية من العديد من الاتجاهات العلاجية الأخرى
5- يمكن تعديل السلوك و التخفيف منه من خلال استخدام النصح والإرشاد والتوجيه.	

سادسا :الخصائص الأساسية للعلاج المعرفي السلوكي:

✓ **الأسلوب العلاجي: therapeatiestyle:** يختلف في سياق العلاج المعرفي السلوكي عن بعض الأشكال الأخرى من الإرشاد والعلاج. وفي العلاج المعرفي السلوكي يحضر العميل خاصة في المراحل الأولى للعلاج لتوجيه مسار العلاج وتحديد التوجهات العلاجية ، ويتميز أسلوب المعالج بالنشاط والمباشرة ويكون تحسبا لإحداث التوازن في التواصل بشكل متعاطف ومتفهم للعميل ويشترك مع العميل لتحديد أهداف العميل وجزء من هذا الأسلوب العلاجي يتعلق بالقدرة على انتقاء المعلومات المناسبة عن مشكلة العميل شاملة معارفة.

✓ **صياغة المشكلة: Fomulation of problem:**يقوم المعالج بجمع كم كبير من المعلومات عن العمل وعن مشكلته، لا يكن فقط عن طريق المعلومات اللفظية من العميل إنما من خلال ملاحظات ومشاهدات المعالج نفسه وأيضا من خلال إجراء فحص موضعي شامل للعميل في فترة مبكرة من العلاج وبناء على هذا الكم من المعلومات يتم صياغة المشكلة conceptualizati وبتشكل مستمر يتم مراجعة وتنقيح صياغة مشكلات العميل في ضوء المعلومات المتجددة. يحدد التفكير الراهن- رصد الانفعالات والعوامل المترسبة والمفجرة- التعرف على تفسير العميل لحدث الارتقائية الأساسية- يتم صياغة المشكلة و مناقشتها.

✓ **العلاقات التعاونية المشتركة: Callaborative relation slip:**يشارك المعالج العميل في تصوراته مثل التعرف على الأفكار الأصلية والمعتقدات المشوهة ويوصي بإتباع وإجراء الواجبات المنزلية Hamen Work ويشجع العميل على المشاركة التامة وأن يتحمل المسؤولية عن بعض القضايا العلاجية في مراحل مبكرة من العلاج. ويتم تعميق من خلال انفتاح العلاج ورضوخه اشتراك كل من المعالج والعميل في وضع جدول أعمال لكل جلسة وكذلك إعطاء وتلقي العائد بشكل مباشر ومستمر ومن خلال عدد من المهارات العلاجية الأخرى ليتمكن المعالج سريعا من إقامة علاقة علاجية جيدة مع العميل .

✓ بناء الجلسات والعلاج: Structur to serrions and to therapy: أن الجلسات العلاجية يتم التخطيط

لها من خلال أعمال ويتم الاتفاق على محتوى الجلسة بالتعاون بين المعالج والعميل ولجدول الأعمال

بشكل عام يطبق على كل الجلسات العلاجية عدا الجلسة الأولى ولاستخدام جدول الأعمال عدة مميزات

واضحة في سياق العلاج المختصرة فهو يسمح لكل معالج والعميل بتوظيف أمثل لوقتهم المحدود وبشكل

أكثر كفاءة ويسهم في تأكيد أهمية النقاط التي يأمل المعالج تناولها أثناء الجلسات حتى لا تترك لنهاية

✍ أما الخصائص العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي: حسب (كوروين، رودل، بالمر، 2008، ص

ص50،49،48،47،46،45،44،43،42،41).هي:

(1)الاسلوب العلاجي: therapeutic style

(2)صياغة المشكلة: Fomulation of problem

(3)العلاقة التعاونية المشتركة: Callaborative relations ship

(4)بناء الجلسات العلاجية:Structur to serrions:

(5)العلاج الموجه نحو الهدف: Gool-directedtherapy:

(6) فحص ومناقشة التفكير غير المساعد (المشوه): Examins and questions unhelpbulthinking:

(7) استخدام عديد من الوسائل و الأساليب المساعدة: usesreng of aids techniques:

(8) تعليم العميل أن يكون معالجا لنفسه Teachclie,t to becomeowntherapist

(9) وضع الواجب المنزلي: Hemework setting:

(10)تحديد الوقت: time limited:

(11)جلسات التسجيل الصوتي: Audio recordingressions: .

سابعا: الاستراتيجيات والفنيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي:

1.الاستراتيجيات المتبعة في العلاج المعرفي السلوكي:

1.1-المقابلات التشخيصية: تركز بالأساس على دراسة الأعراض التي تظهر على العميل حتى يمكن

وصفها بدقة، كالمقابلات التشخيصية تساعد المعالج على فهم المشكلات التي يعاني منها العميل فهي لا تختلف عن المقابلة العلاجية من حيث المهارات والمبادئ ولكنها تختلف فقط في الهدف.

ويهتم تشخيص المجالات التالية العقلية وطرق التفكير، الخلل الحسي والإدراكي والوعي بالزمان والمكان، التعبيرات الانفعالية والاستبصار الداخلي، مفهوم الذات، السلوك العام والمظهر الخارجي وكذلك يتم التشخيص على أساس الاختبارات النفسية وبالاعتماد على معايير USM لتشخيص وعن طريق أدوات الكشف مثلا.

2.1-التحليل الوظيفي: وهي المرحلة الأساسية فلا يمكن الحديث على علاجي معرفي سلوكي دون

التحليل الوظيفي فهو نموذج فهم اضطراب العميل. وهو عبارة عن جمع المعلومات المتعلقة بالشخص لفهم وضعية والعوامل المفجرة (الأسباب والنتائج والأثار أيضا العوامل التي تخفض السلوك والأفكار التي تتضح المشكل ففي المقابلات الأولى هذا التحليل يسمح بدراسة الفحوص وعوامله الماضية والحالية من الأفكار...إلخ.

2. فنيات العلاج المعرفي السلوكي: صنفها (Ellis.1997)؛ (محمد وخليفة، 2022، ص. 11):

اسم الفنيات	
التعليم النفسي.- صرف الانتباه.- التدريب على الاسترخاء.- إعادة التدريب على التنفس.	السيولوجية
الأهداف السلوكية.- التسميع السلوكي.- التعاقد السلوكي.- جدولة النشاط.- الواجب المنزلي. -لعب الأدوار.- النمذجة والاقتران.- التعرض.- سحب الحساسية التدريجي (مدرج مثير-استجابة)- التسلسل، تحديد المهام المتدرجة.- التدريب التوكيدي.- التدريب على الإنصات الإيجابي (النشط).- المكافئة الذاتية.- التشكيل.- الإطفاء.- الكف المتبادل.- الاشتراط الإجرائي	الفنيات السلوكية

تحديد الأفكار السلبية.- قدرة درجة الاعتقاد في التفكير (الفكرة) ودرجة الانفعال المرتبطة بالفكرة.-
 فنية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه.- تبويب وتصنيف الأفكار السلبية.- ماذا ستعني لو
 كانت الفكرة صحيحة (الترتيب الهابط)- ما هو الافتراض الضمني.- ما هو مغام ومغامر الفكرة.-
 ما الدليل؟- التخيل- التأمل.- وضح الحدث في منظور.- ازدواجية المعايير.- مناقصة الفكرة.-
 إعادة البناء المعرفي.- التخيل المنطقي.- نقص المعلومات.- هل هناك تفسير بديل.- هل هناك
 مشكلة للحل.- القبول (التقبل).

ثامنا: استخدامات العلاج المعرفي السلوكي واهم المعوقات التي تقابل القائم به:

1. استخدامات العلاج السلوكي: (سبع، 2010، ص. 78) تم استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع

العديد من الاضطرابات منها: الاكتئاب النفسي، الوسواس القهري، اضطراب توهم المرض،
 اضطراب كرب ما بعد الصدمة، تعاطي المواد النفسية، إضافة إلى صراع الزوجي، الاختلال
 الجنسي، اضطراب الشخصية البينية، الاضطرابات العقلية منها الفصام، الإعاقات الجسمية،
 المشكلات الأسرية، مرضى السيدا، اضطراب القلق العام، المخاوف المرضية، عدم التكيف
 الاجتماعي، الشراهة والبدانة.

"كما تم استخدامه مع اضطراب التكيف مع الحصوص (TAA) والتقنية العلاجية تتكون من ثلاث
 استراتيجيات هما:

1- الاستراتيجية الموجهة لتعديل الاستجابات الفيزيولوجية .

2- الاستراتيجية الموجهة لتعديل الاستجابات السلوكية.

3- الاستراتيجية الموجهة لتعديل الاستجابات المعرفية.

2. المعوقات التي تواجه المعالج أثناء إعداد الجلسات العلاجية: هناك مشكلات قد تواجه

المعالج النفسي في مجال العلاج المعرفي السلوكي أثناء إعداد الجلسات العلاجية منها (Beck, 1995) حددتها. (صفاء، 2017، ص. ص. 283-285).

✓ **الحديث المفصل أن أحد المصاعب العامة:** أن يبدأ المريض الجلسة بسرد مفصل جدا وغير منظم عن أحداث الأسبوع هنا يأتي دور المعالج محاولا التركيز على المشاكل المهمة في العلاج.

✓ **صعوبة التعبير عن الحالة المزاجية:** تتعلق المشاكل العامة بفشل المريض في ملأ الاستمارات، انزعاجه منها أو صعوبة التعبير عن الحالة المزاجية بصورة واقعية خلال الأسبوع إذا ما كانت الصعوبة هي ببساطة عدم الألفة مع عملية ملأ الاستمارات وهذا بتدخل المعالج ويسأل المريض إذا ما كان يتذكر أو يوافق على أهمية ملأ الاستمارات و أن تحدد المشكلة العملية عند ملئها والتي يمكن حلها مثل عدم وجود وقت كافي أو النسيان أو عدم ترتيب المشاكل.

✓ **تنظيم جدول الأعمال الجلسات:** أن المشكلة التقليدية هنا هي فشل المريض في المشاركة في تنظيم جدول الجلسات وذلك بسبب يأسه في مناقشة مشاكله خلال جدول الجلسات فالمريض إما ان يكون غير متألف تماما أو يحمل معنى سيئ للمشاركة في ذلك .

✓ **مراجعة الواجب المنزلي:** هناك مشكلة قد تنشأ عندما يكون المعالج في عجلة وينتقل إلى جدول الأعمال الخاص بالمريض ولا يسأل المريض عن الواجب المنزلي الخاص بالأسبوع السابق فالمعالج يجب أن يسأل عن الواجب المنزلي.

✓ **مناقشة عناصر الجلسة:** المناقشة غير المركزة أو السطحية غالبا ما تنشأ عندما يفشل المعالج في وترتيب عناصر المناقشة بطريقة سليمة كذلك عندما يفشل في التأكيد على الأفكار التلقائية الأساسية المشاعر، المعتقدات، السلوك أو فلسفة في تلخيص الأحداث، وحتى يتجنب المناقشة السطحية غير

المجدية ممكن أن يقاطع المريض بلطف ليعيده إلى العنصر الذي هو موضوع المناقشة إذ خرج المريض عن عناصر الجلسة.

✓ **تحديد الواجب المنزلي الجديد:** حتى لا يتكاسل المريض عن عمل الواجب يجب أن يأخذ المعالج

بعين الاعتبار ما يلي: اقترح فرضية مهمة صحية للغاية أو بعيدة عن اهتمامات المريض.

-عدم تقديم مبرر مقنع لأهمية الواجب.

-عدم مراجعة واجب المرات السابقة.

-عدم شرح الواضح للمريض عن طريق عمل المهمة أو سؤال أسئلة تقليدية عن المصاعب المحتملة.

-عدم مشاركة مع المريض في تحديد المهمات سيؤدي إلى مهمات لا يريد المريض فعلها.

✓ **الملخص النهائي:** يجب أن يلخص المعالج كل فترة خلال الجلسة ليضمن فهمه لما يقوله المريض،

كذلك يجب أن يطلب المعالج من المريض أن يسجل النقاط المهمة أو الملاحظات أثناء الجلسة و

بذلك سيسهل على المعالج إعداد تلخيص للجلسة العلاجية.

✓ **الانتهاء بالوقت المحدد:** يجب أن لا يزيد وقت الجلسة عن وقتها المحدد حتى لا يشعر المريض

بالممل ويفضل أن تنتهي الجلسة قبل وقتها بخمس عشر دقيقة (15د) حتى تكون هناك وقت كافي لتحديد

الواجب المنزلي الجديد وتلخيص الجلسة وتحديد استجابة المريض نحو الجلسة.

لكل علاج سلبيات كما له مزياء التي يمتاز بها عن غير من أنواع العلاجات من التحليل النفسي والعلاج الجشطالتي والإنساني وحتى العلاج المعرفي والعلاج السلوكي، ومن بين كل هذه العلاجات يبقى العلاج المعرفي السلوكي هو الأصلح لعلاج الكثير من الاضطرابات.

الْحَبَائِبُ

الْمُعِيدَانِي

لِلدَّرَسَةِ

الفصل الخامس: الطريقة وإجراءات الدراسة

تمهيد.

أولاً: منهج الدراسة.

ثانياً: حدود الدراسة.

ثالثاً: عينة الدراسة.

رابعاً: أدوات جمع البيانات.

خامساً: إجراءات الدراسة.

خلاصة الفصل

تمهيد:

سنتناول في هذا الفصل، الإجراءات الميدانية للدراسة التي تعتبر همزة وصل بين الجانب النظري والجانب الميداني وفيما يلي توضيح لكافة الإجراءات المنهجية المتبعة في هذه الدراسة والتي تتضمن عدد من العناصر، التي تسعى من وراءها إلى إجراء دراسة علمية والوصول إلى نتائج موثوقة باتباع منهجية محكمة الضبط وخطوات علمية صحيحة.

أولاً: منهج الدراسة:

سنحاول في موضوع دراستنا هذه الكشف والبحث، فالمنهج هو الطريق الذي يسلكه الباحث في تبيان المعلومات والحقائق الكامنة والظاهرة وتوضيح البحث كوحدة واحدة لا انفصال فيها ويكون المنهج هو المترجم للفروض والمنظم للبحث. (عقيل، 1999، ص 49)

ويعتبر المنهج الشبه تجريبي الذي سنحاول من خلاله دراسة مساهمة البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني مخدرات وذلك لأن المنهج الشبه تجريبي يعتمد عليه الباحث حينما يستعصي عليه تطبيق المنهج التجريبي بمعناه الكامل، فإننا نحاول فرض قدر من التحكم على العوامل الوسطية الدخيلة، والتي لها بعض الأثار المحتملة في السلوك و أن هذا التصميم شبه تجريبي هو عبارة عن تجريب لا يمكن أن يتحقق فيه ضبط الإجراءات التجريبية التي تطلب ضبطها التصميم التجريبي عادة.

1. محددات المنهجية المتبعة:

بهدف الإجابة على تساؤلات الدراسة الحالية تم الاعتماد على المنهج الشبه تجريبي بهدف اختبار مساهمة البروتوكول القائم على الاستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى عينة البحث المستهدفة حيث تم الاعتماد على تصميم المجموعتين المتكافئتين (التجريبية والضابطة) وبقياس (قبلي والبعدي وتتبعي) للمجموعة التجريبية.

GA O₁ MR X₁ O₂ O₃ المجموعة التجريبية

MR GA O₁ المجموعة الضابطة

1.1 المجموعة التجريبية

قياس قبلي	مزاوجة بين المجموعتين	برنامج علاجي	قياس بعدي	قياس تتبعي
GA	O ₁	X ₁	O ₂	O ₃

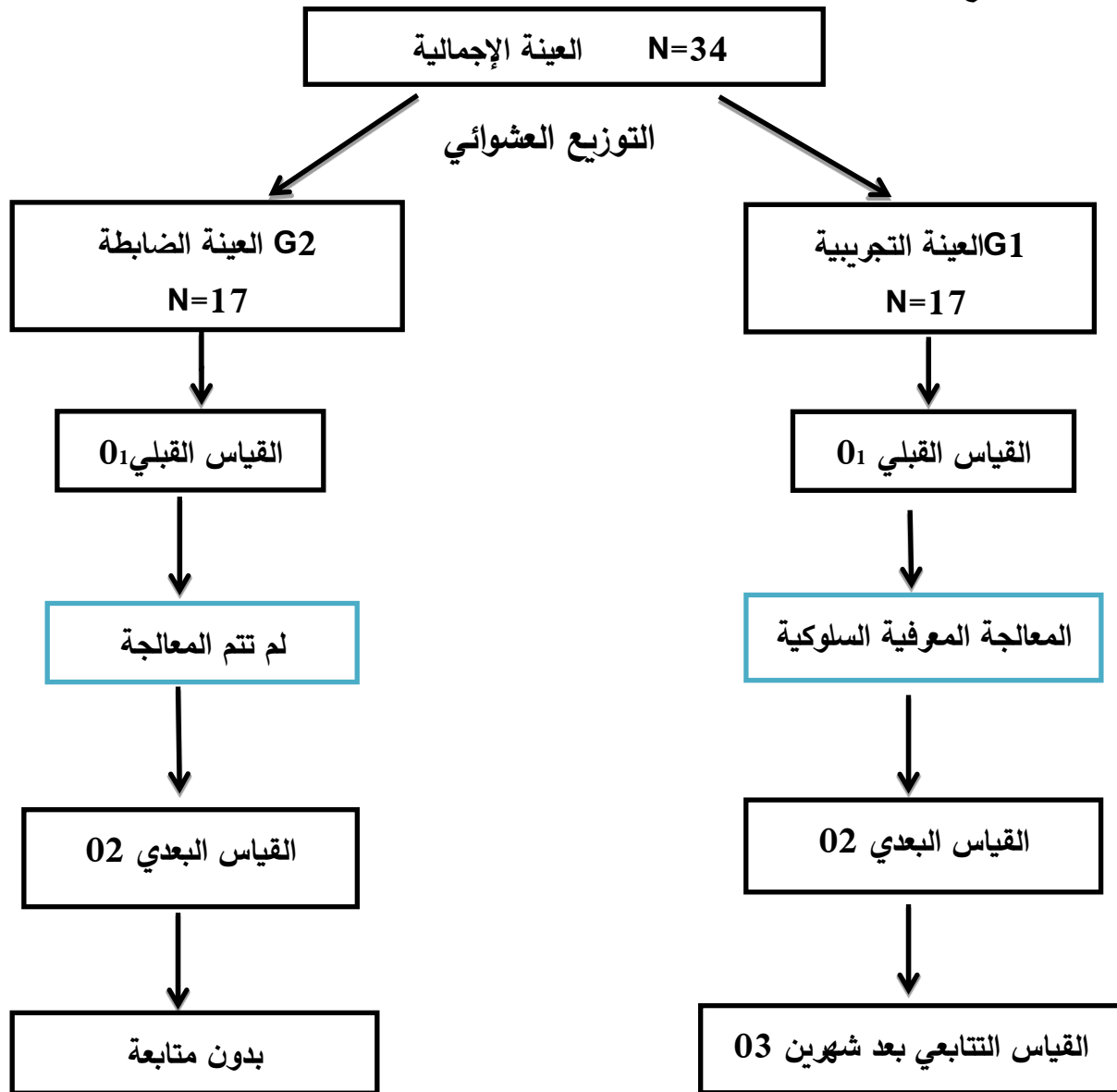
2.1 المجموعة الضابطة

قياس قبلي	مزاوجة بين المجموعتين
GA	O ₁

3.1 متغيرات الدراسة:

المتغير المستقل: بروتوكول - العلاج المعرفي السلوكي.

المتغير التابع: التشوّهات المعرفية.



التصميم التوضيحي التجريبي لدراسة

لتأكد من تكافؤ المجموعتين التجريبية والضابطة على درجات التشوهات المعرفية قبل تطبيق البرنامج حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وقيمة العينات المستقلة لتجديد دلالة الفروق بين درجات المدمنين على المخدرات في المجموعة التجريبية والضابطة في القياس القبلي على مقياس التشوهات المعرفية. بضبط بعض المتغيرات الدخيلة والتي قد تؤثر على نتائج التجريب، تم تجانس المجموعتين التجريبية والضابطة في العمر، الحالة الصحية الجسدية، والخلو من الاضطرابات في الشخصية أو أي اضطرابات أخرى نفسية، وتأكدت الطالبة الباحثة من تكافؤ المجموعتين الضابطة والتجريبية بالرجوع إلى: تقارير الأطباء في مصلحة علاج الإدمان

الحالة النفسية: تم التحقق بناء على تقارير الأخصائية المشرفة على المصلحة الخاصة بالذكور.

ثانياً: مجتمع الدراسة:

1. الدراسة الاستطلاعية: تهدف الطالبة الباحثة بإجراء الدراسة الاستطلاعية لتعرف على:

- ✓ الظروف التي ستجرى فيها الدراسة.
- ✓ تسهيل خطوات السير في دراسة المشكلة دون وجود عوائق.
- ✓ معرفة المنهج المستخدم في حل مشكلة الدراسة وطرق معالجتها.
- ✓ الإلمام بمصادر البيانات التي من الممكن أن تساعد في التعرف على أي شيء.
- ✓ تساعد الباحث من خلال توجيهه إلى أفكار جديدة ومداخل لم يقوم أحد بدراستها من قبل.
- ✓ توظيف المفاهيم الأساسية المتعلقة بالموضوع الذي قام الباحث بتحديد الدراسة.
- ✓ بلورة مشكلة البحث وصياغتها في صورة فروض علمية أو تساؤلات وذلك من أجل خدمة فروق البحث العلمي وإتقانها.
- ✓ تساعد الباحث في التعرف على الأطراف المتغيرة لموضوع بحثه.
- ✓ تهدف إلى تزويد الباحث بالأفكار الجديدة دائماً.

- ✓ إمكانية إحداث تعديل في تعليمات أدوات الدراسة من خلال ما أتيح وينتج عن الدراسة الاستطلاعية.
- ✓ تمكين الباحث من معرفة المدى الزمني الذي تستغرقه الدراسة.

2. تقنيات الدراسة الاستطلاعية: تتمثل تقنيات الدراسة الاستطلاعية حول:

1. البحث الثانوي والذي يتمثل في مراجعة الأدبيات والبيانات المتوفرة.
 2. البحث الاستكشافي والذي يتم استخدامه في وضع حجر الأساس الذي ستقوم عليه الدراسة المستقبلية.
 - 3) البحث النوعي الرسمي والذي يكون من خلال المقابلات، الملاحظة والدراسة التجريبية.
- ### 2. 1. حدود الدراسة الاستطلاعية: اقتصرت الدراسة الاستطلاعية على المحددات التالية:

1. الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في الفترة الممتدة ما بين 2021/09/01 و 2021/09/30.
2. الحدود المكانية: لصعوبة الحصول على العينة تم الذهاب إلى مركز الوسيط لعلاج المدمنين بالأغواط تم التوجه مستشفى فرانز فانون بالبلدية.
3. الحدود البشرية: اشتملت عينة الدراسة على مجموعة من المدمنين 34 مدمن بمختلف أماكن جمعهم بالبلدية من أجل حساب الخصائص السيكومترية للمقياس ليتم انتقاء (34) مدمن للتحقق من صدق والثبات الأداة بأخذ أعلى درجات مقياس التشوهات المعرفية.

2.2. حدود الدراسة الأساسية: اقتصرت الدراسة الأساسية على المحددات التالية:

1. الحدود الزمنية: تم إجراء الدراسة الأساسية في الفترة الممتدة ما بين 2021/10/24 إلى 2022/02/24.
2. الحدود المكانية: مركز معالجة الإدمان. مستشفى فرانز فانون بالبلدية
3. الحدود البشرية: اشتملت عينة الدراسة على (34) مدمن مخدرات.
4. الحدود الموضوعية: اشتملت الدراسة على مقياس التشوهات المعرفية وتطبيق بروتوكول قائم على علاج معرفي سلوكي. أما حسب دراستنا فالبروتوكول هو مجموعة من التقنيات ذات الخلفية النظرية

المصنفة زمنياً وحسب تقدم حصص البرنامج العلاجي والذي هدفه الرئيسي العلاج، وتصحيح التشوهات المعرفية.

ثالثاً: عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من:

1. العينة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية على عينة أولية تكونت من (34) مدمن على المخدرات تم اختيارهم بطريقة قصدية حيث تراوح المدى العمري للعينة بين (19-40) سنة بمتوسط عمري مقداره (27.82) سنة وانحراف معياري قدر ب(5.58).

جدول رقم (02)

يبين خصائص العينة الاستطلاعية.

الذكور		النوع الاجتماعي		المتغيرات
النسبة %	العدد			
100	34	40-19		العمر
5.8	02	ابتدائي		المستوى التعليمي
14.2	14	متوسط		
44.2	15	ثانوي		
8.80	3	جامعي		
100	34	المجموع		
20.60	07	متزوج		الحالة الاجتماعية
76.5	26	أعزب		
2.9	01	مطلق		
100	34	المجموع		
64.70	22	عاطل عن العمل		المهنة
08.80	03	تاجر		
17.60	06	مؤسسة عمومية		
08.80	03	مؤسسة خاصة		
100	34	المجموع		

14.70	05	جيد	المستوى الاقتصادي
58.80	20	متوسط	
26.50	09	ضعيف	
100	34	المجموع	
41.12	14	عن طريق الحبوب	نوع مادة التعاطي
11.80	04	عن طريق الشم	
08.80	03	عن طريق الحقن	
14.70	05	بطريقة مختاطة	
23.50	08	عن طريق التدخين	
100	34	المجموع	

2. العينة الأساسية:

تكونت العينة الأساسية من المجموعة الضابطة من (17) مدمن على المخدرات من مصلحة العلاج بمستشفى فرانز فانون بالبلدية، تم الاعتماد على عينة قصدية، حيث تراوح المدى العمري للعينة بين (19_40) سنة، بمتوسط عمري مقداره (28.59) سنة، وانحراف معياري قدر بـ (5.54) سنة.

أما خصائص العينة الأساسية من المجموعة التجريبية فتكونت من (17) مدمن على المخدرات من مصلحة العلاج بمستشفى فرانز فانون بالبلدية، تم الاعتماد على عينة قصدية، حيث تراوح المدى العمري للعينة بين (21_40) سنة، بمتوسط عمري مقداره (27.06) سنة، وانحراف معياري قدر بـ (5.68) سنة.

الجدول رقم (03) يبين خصائص العينة الأساسية للمجموعتين

المجموعة التجريبية		المجموعة الضابطة		ذكور	النوع الاجتماعي
النسبة	العدد	النسبة	العدد	المتغيرات	
100	17	100	17		
(40-21)		(40-19)			
05.90	01	05.90	01	ابتدائي	المستوى التعليمي
41.20	07	41.20	07	متوسط	
41.20	07	47.10	08	ثانوي	

11.8	02	05.90	01	جامعي	
100	17	100	17	المجموع	
17.60	03	23.50	04	متزوج	الحالة الاجتماعية
82.40	14	70.60	12	أعزب	
05.90	01	05.90	01	مطلق	
100	17	100	17	المجموع	
58.80	10	70.60	12	عاطل عن العمل	المهنة
11.80	02	05.90	01	تاجر	
17.60	03	17.60	03	مؤسسة عمومية	
11.80	02	05.90	01	مؤسسة خاصة	
100	17	100	17	المجموع	
17.60	03	11.80	02	جيد	المستوى الاقتصادي
58.80	10	58.80	10	متوسط	
23.50	04	29.40	05	ضعيف	
100	17	100	17	المجموع	
70.60	12	58.80	10	عن طريق الحبوب	نوع مادة التعاطي
05.90	01	11.80	02	عن طريق الشم	
17.60	03	11.80	02	عن طريق الحقن	
05.90	01	17.60	03	بطريقة مختلطة	
100	17	100	17	المجموع	

3.3. الصعوبات التي واجهت الباحثة أثناء تطبيق الجانب الميداني:

- ✓ عدم تعاون البعض من أفراد العينة.
- ✓ صعوبة الوصول إلى عينة الدراسة في المراكز الوسيطة بسهولة.
- ✓ الحالة المزاجية والانفعالية لأفراد العينة.

رابعاً: أدوات جمع البيانات: استخدمت الدراسة الحالية الأدوات التالية:

1. الملاحظة: من أهم الوسائل المستخدمة في جمع الحقائق والبيانات من الميدان فهي لا تقل أهمية عن غيرها من وسائل جمع البيانات بل إنها تتميز عن هذه الأدوات حيث تمكن الباحث من الاطلاع عن كثب على سلوك وعلاقات وتفاعلات الباحثين في ظروف اجتماعية واقتصادية طبيعية. (بوحفص، 2016،

ص168)

استخدمت الملاحظة من أجل فهم أوسع للموقف والسلوكيات الملاحظة على مدمن المخدرات في فترة تواجده في مركز مكافحة الإدمان والمدة المخصصة ما بين 15 يوما إلى 21 يوما فاستخدمت الباحثة تقنية الملاحظة المباشرة وعادة ما يتم ذلك من خلال الملاحظة الأولية التي تسمح أثناء الدراسة الاستطلاعية بتحديد ما يجب ملاحظته وتحديد السلوك ومدة وفترات الملاحظة. كما نستخدم الملاحظة التشخيصية في المقابلة الأولى من أجل وصف الحالة وصف دقيق لسمات التشوهات المعرفية للمدمنين على المخدرات وكذا معرفة وملاحظة سلوكياتهم وتوقعها معرفة طريقة تفكيرهم وحالاتهم المزاجية وعواطفهم وتحديد أنماط سلوكهم.

كما تم استخدام الملاحظة المباشرة أثناء تطبيق البروتوكول العلاجي والذي تم الاعتماد عليه لتصحيح التشوهات المعرفية فكانت الملاحظة المباشرة للوصول إلى أحداث أكبر خصوصية والتي لا تسمح لأي شخص آخر خارجي بملاحظتها، لأنها تتميز بكونها تسمح بإمكانية رصد الاتجاهات والمشاعر الخاصة بالفرد المدمن على المخدرات وكذا انفعالاتهم في كل المواقف.

2. المقابلة:

-المقابلة العيادية المفتوحة: تعد المقابلة استبياناً شفويًا يقوم به الباحث للحصول على المعلومات فهي محادثة جادة موجه نحو هدف محدد غير مجرد الرغبة في المحادثة لذاتها (العكشي، 1995، ص 187)

تقوم الطالبة الباحثة بتركيز اهتماماتها لتجربة أو خبرة معينة لدى المستجيب وتأثيراتها، ويكون يهتم بالشعور والحوافز العام وبخبرات الشخص الحياتية بدلا من تأثير الخبرات أخرى. (العكشي، 1995، ص،

(194)

إذ قامت الطالبة الباحثة باستخدام المقابلة عدة مرات سواء في المقابلة التمهيديّة، التشخيصية، وأثناء تطبيق البرنامج وقدمت المقابلة المساعدة للباحثة في تشكيل البرنامج وخاصة مع العينة الاستطلاعية الضابطة والتجريبية.

3. استبيان التشوهات المعرفية: تم الاعتماد في دراستنا هذه على أداة التشوهات المعرفية لصاحبه ربيع فيصل الحارثي (2012) ونظرا لاعتبارات علمية واخلاقية لم اضع الاستبيان في الملاحق لان صاحب المقياس اعطاني الاذن لتطبيقه وليس لنشر الاستبيان (لتطبيق المقياس تم أخذ إذن صاحب المقياس لعدم نشره فهو ملكية خاصة (الملحق رقم 03)) وهو يحتوي على (54) عبارة يحتوي على (10) أبعاد وهي كالتالي:

أرقامهم	عدد البنود	اسم البعد	
05-04-03-02	04	الاستدلال الاعتباطي	01
10-09-08-07-06	05	التفكير الكوارثي	02
15-14-13-12-11-01	06	التعميم الزائد	03
21-20-19-18-17	05	التفكير الثنائي	04
27-26-25-24-23-22	06	الشخصنة	05
32-31-30-29-28	05	قراءة الأفكار	06
38-37-36-35-34-33	06	إلقاء اللوم	07
48-41-40-39-16	05	التنبؤات	08
49-47-46-45-44-43-42	07	الاستدلال الانفعالي	09
54-53-52-51-50	05	هبة السماء	10

تم تطبيق الدراسة على مجموعة من مدمني على المخدرات لقياس التشوهات المعرفية حتى يتسنى معرفة درجاتهم التي يجيب عليها المفحوص على عبارات المقياس بوضع (X) على إحدى البدائل الخمسة، مجموعة من العبارات التي تصف شعورهم بشأن عدد من الموضوعات وتوجد أمامه خمس اختيارات أوافق بشدة؛ أوافق إلى حدما؛ محايد؛ أرفض إلى حدما؛ أرفض بشدة؛ وتمثل الدرجات التالية.

أوافق بشدة	أوافق إلى حدما	محايد	أوافق إلى حدما	أرفض بشدة
5	4	3	2	1

التصحيح يتدرج قيمي من (5 - 1) للعبارات السالبة وأما العبارات الإيجابية فتصبح بتدرج قيمتي (1-5)

العبارات السالبة: 16-33-48.

العبارات الإيجابية: باقي جميع عبارات المقياس.

وقامت الباحثة بحساب الخصائص السيكومترية للأداة بحساب الصدق والثبات.

4. الخصائص السيكومترية لمقياس التشوهات المعرفية: تم حساب صدق وثبات المقياس في

الدراسة الحالية ضمن العناصر التالية:

1.4. الصدق: تم حساب الصدق بطريقتين هما

1.1.4. صدق المحتوى: تم حساب الصدق الاتساق الداخلي لمقياس التشوهات المعرفية، عن

طريق حساب ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للمقياس الذي ينتمي إليه، والجدول

رقم (04) التالي يبين النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الارتباطية لصدق المقياس.

الجدول رقم (04)

يوضح معامل الارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية لمقياس تشوهات المعرفية

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.113	0.523	28	0.401*	0.019
2	0.266	0.128	29	0.338*	0.050
3	0.455**	0.007	30	*0.343	0.047
4	0.037	0.837	31	0.317*	0.031
5	0.502**	0.002	32	0.545**	0.001
6	0.676**	0.000	33	0.245	0.163
7	0.470**	0.005	34	0.393	0.022
8	0.626**	0.000	35	0.435*	0.010
9	0.244	0.164	36	0.256	0.145
10	0.407	0.017	37	0.260	0.137
11	0.583**	0.000	38	0.330*	0.057
12	0.416*	0.015	39	0.396*	0.20
13	0.297	0.088	40	0.213	0.227
14	0.371*	0.031	41	0.400*	0.019
15	0.103	0.563	42	0.546**	0.01
16	0.216	0.220	43	0.461**	0.006
17	0.362*	0.035	44	0.477**	0.004
18	0.388*	0.023	45	0.343*	0.047

0.009	0.443**	46	0.155	0.249	19
0.054	0.333*	47	0.620	0.088	20
0.261	0.325	48	0.441	0.137	21
0.200	0.225	49	0.258	0.199	22
0.001	0.548**	50	0.057	0.329	23
0.31	0.371*	51	0.007	0.457**	24
0.447	0.135	52	0.313	0.178	25
0.498	0.120	53	0.153	0.251	26
0.728	0.062	54	0.002	0.505**	27

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (04) بالنسبة لمقياس التشوهات المعرفية أن (31) عبارة دالة، و(23) عبارة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) أو (0.01)، وتتراوح معاملتهما بين (*0.33-0.67**) وهذا يعطي دلالة على وجود دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي، ويمكن اعتبار بنوده صادقة لما وضعت له.

حساب علاقة البند بالدرجة الكلية للبعد :

الجدول رقم(05):

يوضح معامل ارتباط درجة كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه في مقياس التشوهات المعرفية

البعد	البند	معامل الارتباط	م. الدلالة	البعد	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الاستدلال الاعباطي	2	0.258	0.140	قراءة الأفكار	28	0.711*	0.000
	3	0.802**	0.000		29	0.471**	0.005
	4	0.216*	0.220		30	0.470**	0.005
	5	0.604*	0.000		31	0.420*	0.013
	6	0.654**	0.000		32	0.578**	0.000
التفكير الكارثي	7	0.753**	0.000	القاء النوم	33	0.317	0.068
	8	0.608**	0.000		34	0.723**	0.000
	9	0.442**	0.009		35	0.763**	0.000
	10	0.642**	0.000		36	0.305	0.080
	11	0.361*	0.036		37	0.296	0.089
التعميم الزائد	12	0.647**	0.000	التنبؤات	38	0.568**	0.000
	13	0.357*	0.038		16	0.550**	0.001
	14	0.325	0.061		39	0.510**	0.002
	15	0.265	0.129		40	0.277	0.112
	17	0.611**	0.000		41	0.721**	0.000
التفكير الثاني	18	0.681**	0.000	ي الاستدلال الانفعال	48	0.301	0.084
	19	0.730**	0.000		42	0.497**	0.003
	20	0.005	0.977		43	0.460**	0.000
					44	0.631**	0.000

0.000	0.662**	45	هيئة السماء	0.125	0.269	21	الشخصنة
0.000	0.767**	46		0.067	0.317	22	
0.000	0.591**	47		0.001	0.532**	23	
0.108	0.281	49		0.001	0.559**	24	
0.002	0.503**	50		0.915	0.019	25	
0.003	0.492**	51		0.001	0.551**	26	
0.083	0.302	52		0.000	0.743**	27	
0.000	0.656**	53					
0.000	0.778**	54					

**دالة عند 0.01 *دالة عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (05) أن في، البعد الأول للاستدلال الاعتباطي هناك عبارتان دالتان وعبارتان غير دالتان عند مستوى الدلالة (0.05) أو (0.01) وتراوح معاملاتهما ما بين (0.64-0.802)** وهذا يعطي دلالة في البعد الأول و وجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد الثاني التفكير الكارثي انه كل العبارات دالة عند مستوى (0.05) أو (0.01) وتراوحت معاملاتهما ما بين (0.753-0.442)** وهذا يعطي دلالة في البعد الثاني ووجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد الثالث التعميم الزائد أنه توجد (4) عبارات دالة عند مستوى الدلالة (0.05) أو (0.01) وعبارات غير دالة وتراوحت معاملاتهما ما بين (0.357*-0.784**) وهذا يعطي دلالة في البعد الثالث ووجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد الرابع التفكير الثنائي توجد 3 عبارات دالة عند مستوى الدلالة (0.05) أو (0.01) وتراوحت معاملاتهما ما بين (0.611** -0.730**) وعبارتين غير دالتين وهذا يعطي دلالة في البعد الثالث ووجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد الخامس الشخصنة توجد (4) عبارات دالة وعبارتان غير دالتين عند مستوى الدلالة (0.05) أو (0.01) وتراوحت معاملاتهما ما بين (0.532*-0.743**) وهذا يعطي دلالة في البعد الخامس ووجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد السادس قراءة الأفكار أم كل العبارات دالة عند مستوى الدلالة (0.01) (0.05) وتراوحت معاملاتهما ما بين (0.420*-0.744**) وهذا يعطي دلالة في البعد السادس ووجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد السابع إلقاء اللوم توجد (3) عبارات دالة و(3) عبارات غير دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة

(0.05) (0.01) وتتراوح معاملاتها ما بين $(-0.568^{**} - 0.763^{**})$ وهذا يعطي دلالة وجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد الثامن التنبؤات توجد (3) عبارات دالة وعبارتان غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) (0.01) و تتراوح معاملاتها ما بين $(-0.510^{**} - 0.721^{**})$ وهذا يعطي دلالة وجود دلالة معاملات للاتساق الداخلي، البعد التاسع الاستدلال الانفعالي يوجد 07 عبارات دالة و 1 عبارة غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05) أو (0.01) وتتراوح المعاملات ما بين $(-0.460^{**} - 0.767^{**})$ وهذا يعطي دلالة وجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي، البعد العاشر هبة السماء يوجد (4) اربع عبارات دالة و 1 عبارة غير دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.015) (0.01) وتتراوح معاملاتها ما بين $(-0.492^{**} - 0.778^{**})$ وهذا يعطي دلالة وجود دلالة معاملات الاتساق الداخلي.

الجدول (06)

يوضح معاملات ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية بالمقياس التشوهات المعرفية

م. الدلالة	م. الارتباط	البعد	م. الدلالة	م. الارتباط	البعد
0.000	0.740**	قراءة الأفكار	0.000	0.665**	الاستدلال الاعتبائي
0.000	0.646**	إلقاء اللوم	0.000	0.777**	التفكير الك وارثي
0.004	0.482**	التنبؤات	0.000	0.682**	التعميم الزائد
0.000	0.712**	الاستدلال الانفعالي	0.004	0.479**	التفكير الثنائي
0.025	0.384*	هبة السماء	0.000	0.595**	الشخصنة

**دالة عند 0.01

2.1.4.4. صدق المقارنة الطرفية: (الصدق التمييزي)

تم حساب الفروق بين متوسطات المنخفض الدرجات ومتوسطات مرتفعي الدرجات باستخدام اختبارات (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات والجدول رقم (07) بين النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية.

الجدول رقم (07)

يوضح صدق المقارنة الطرفية للمقياس التشوهات المعرفية.

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	درجة الحرية	مرتفعو الدرجات		منخفضو الدرجات		المقياس
			ا. المعياري	م. الحسابي	ا. المعياري	م. الحسابي	
0.000	7.505	32	11.236	193.35	20.006	151.59	التشوهات المعرفية

دالة عند 0.01

يتضح من الجدول رقم (07) أن قيمة (ت) دالة ارتباطية عند مستوى الدالة (0.01) حيث بلغت قيمتها (7.55) وهذا يشير إلى وجود فروق بين مرتفعي ومنخفض الدرجات على مقياس التشوهات المعرفية مما يعني أن المقياس صادق لما وضع لقياسه.

2.4.4. حساب الثبات: تم حساب معامل ثبات مقياس التشوهات المعرفية بطريقة ألفا كرونباخ ومعادلة جتمان والجدول رقم (09) يوضح المعالجة الإحصائية .

الجدول رقم (08)

يوضح معامل ثبات مقياس التشوهات المعرفية.

معامل جتمان	الفاكرونباخ	المقياس
0.844	0.833	التشوهات المعرفية

يتضح من الجدول رقم (09) أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ لدرجة مقياس التشوهات المعرفية بلغ (0.833) ومعامل جتمان (0.844) وهما قيمتان تدلان على ثبات مقياس التشوهات المعرفية حيث يمكن الاعتماد عليه في هذه الدراسة.

الجدول رقم (09)

يوضح معامل الثبات أبعاد مقياس التشوهات المعرفية .

معامل جتمان	ألفا كرونباخ	أبعاد المقياس
0.448	0.60	الاستدلال الارتباطي
0.702	0.745	التفكير الكوارثي
0.284	0.655	التعميم الزائد
0.517	0.670	التفكير الثنائي

0.544	0.645	الشخصنة
0.630	0.691	قراءة الأفكار
0.545	0.676	إلقاء اللوم
0.630	0.649	التنبؤات
0.734	0.722	الاستدلال الانفعالي
0.750	0.700	هبة السماء

يتضح من جدول الرقم (10) أن قيمة معامل الثبات الفاكرونباخ لدرجة مقياس التشوهات المعرفية بلغ على التوالي (0.60 ؛ 0.74 ؛ 0.655 ؛ 0.670 ؛ 0.645 ؛ 0.621 ؛ 0.676 ؛ 0.649 ؛ 0.722 ؛ 0.700) ومعامل التصحيح (0.44 ؛ 0.70 ؛ 0.28 ؛ 0.517 ؛ 0.544 ؛ 0.630 ؛ 0.545 ؛ 0.630 ؛ 0.734 ؛ 0.750)معامل جتمان وهما قيم تدل على ثبات أبعاد محاور مقياس التشوهات المعرفية حيث يمكن اعتماده فالدرجة الكلية لثبات مقياس التشوهات المعرفية(0.84)

5. البروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي:

1.5. تعريف البروتوكول:

البرنامج الذي تم الاعتماد عليه هو برنامج مصمم ضمن اطار منظم يحوي تقنيات وفنيات قائمة على بروتوكول معرفي سلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمن المخدرات وهو برنامج يتبنى نهج المهارات والتدريبات لمساعدة المدمنين على المخدرات فهو مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى إيصال الفرد لحالة الوعي بأسباب الاضطراب لديه وتعليمه الاستراتيجيات اللازمة للتعامل مع هذا الاضطراب بحيث تصبح جزءا من ذخيرته المعرفية والسلوكية التي وصفتها النظرية المعرفية. (القصدان

وداود، 2015) (مرزوقي، سعودي، 2021، ص61)

يطبق ذلك في ضوء تصور نظري قائم على الاستراتيجيات المعرفية السلوكية التي تهدف إلى تصحيح الأفكار المشوهة معرفيا هذا بالعمل على الأفكار في حد ذاتها إعادة البناء المعرفي، العمليات المعرفية أو على بعض الوظائف المعرفية الهشة وإعادة الربط المعرفي وذلك من خلال الاستفادة من الأهداف

السلوكية (النمذجة، الواجبات المنزلية، لعب الأدوار...) وتحويلها إلى مجموعة من الجلسات وتحديد الاستراتيجيات والفنيات المستخدمة التي يجب مراعاتها عند تطبيق البرنامج لتحقيق الأهداف المرجوة منه الخاصة والعامّة من الجلسة في حد ذاتها ووسائلها.

فهو أسلوب إيجابي لتدخل إكلينيكي يركز على بناء توجهات وتقنيات واستراتيجيات فعالة لتصحيح التوجهات المعرفية والمستمدة من الاتجاهات النظرية لكل من أرون بيك الاتجاه المعرفي السلوكي الاستدلالي، وميكنوم اتجاه التدريب على تعليم الذات أو منحى التعديل المعرفي السلوكي التي ينفذ من خلال الوظائف الفيزيولوجية كجلسات الاسترخاء التنفس العميق ووظائف نفسية مجازية الأفكار الذاتية السلبية، العمل على تنمية أفكار بديلة أكثر دقة وأكثر تكيفا وتشجع الاستجابات المعرفية والسلوكية المعتمدة على تلك الأفكار التكيفية إذ يحتوي البرنامج على (11) إحدى عشرة جلسة وكل جلسة تحوي على مهام وأهداف عامة وأهداف خاصة لكل حصة ولها وسائلها المستخدمة فيها للوصول بالمدمنين إلى برّ الأمان.

الخدمات التي يقدمها البرنامج: عند تطبيقه، وبعد تطبيقه وتتمثل الخدمات في (العلاجية- الوقائية- المتابعة)



وتختلف كل جلسة حسب ما يمر الفرد المدمن من حالة مزاجية وحالة جسدية ونفسية للفرد المدمن حيث يكون معدل كل جلسة إلى جلستين في اليوم وخاصة في بداية العلاج وزمن الجلسة يكون حسب تقدير الباحثة مختلفة بحسب مقررات الجلسة وكل جلسة تمر بثلاثة مراحل أساسية وتتمثل في:

مرحلة البداية:	المرحلة الوسطى من العلاج	المرحلة الأخيرة للعلاج:
الجلسة العلاجية تمر بمرحلة تجميع الأهداف على الباحثة تحقيقها ويمكن وضعها في فئات هي تقييم وتطبيع المريض على العلاج	الجلسة العلاجية وهي الجلسة الثانية وما بعدها، لها نفس البناء حتى مرحلة انتهاء العلاج. التدريب على التنفس العميق من الاسترخاء، توكيد الذات،	لجلسة العلاجية التعبير اللفظي عن الجلسة العلاجية في حد ذاتها والتغذية الراجعة...يتطلب لتنفيذ هذا البروتوكول العلاجي خبرة القائم على التدريب استعداد المدمن على المخدرات

متابعة التحسن في الجوانب الأخرى	حل المشكلات، التدريب	لتقبل تطبيق ذلك البرنامج
في تلك الجلسات والجلسات التالية	على تثبيت الأفكار من	العلاجي والأنشطة المطلوبة
، تذكير بالجلسة الماضية	خلال عملية التخيل، ولعب	منه مما يسمح له بنجاعة
والتحضير للجلسة الحالية	الأدوار...	البروتوكول

2. أهمية البروتوكول:

تكمن أهمية البروتوكول المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية لدى مدمن المخدرات فيما يلي:

✍ من حجم الظاهرة التي يعالجها والمتمثلة في الأفكار المشوهة معرفياً لدى المدمنين على المخدرات لاسيما أن مثل هذه الأفكار الخاطئة أصبحت تؤدي بالأفراد إلى الهاوية ناهيك عن المدمن الذي يكون في حالة توهان وخط في طرق التفكير.

✍ تنوع التقنيات والاستراتيجيات المتبعة في الكثير من الأحيان والتي أدت إلى نجاعة العلاج المعرفي السلوكي، علاج الكثير من الاضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، الوسواس القهري، الهلع...

3. الأهداف الخاصة: الوصول في نهاية البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات لتكون فئة المدمنين على المخدرات قدرة:

- (1) تعلم المهارات الحياتية الآتية بطريقة محددة ومنظمة.
- (2) قدرة فئة المدمن على الربط بين التشوّهات المعرفية والمشكلات الحياتية المختلفة التي تواجهه والمتسببة لتلك التشوّهات المعرفية.
- (3) تحسين جودة العلاقات الاجتماعية والأسرية والشعور بالرضا في الحياة.
- (4) منح فئة المدمنين على المخدرات الإيجابية ليتمكنوا من حل المشكلات وتطبيقاتها في حياتهم اليومية مما تساعد هم على زيادة الثقة بالذات.

4. **الأهداف العامة:** التعامل مع التثوهات المعرفية التي تمس فئة المدمنين على المخدرات من خلال تدريبهم على مهارات تغير الأفكار الخاطئة وتصحيحها بالاعتماد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح التثوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات من خلال مجموعة من الاستراتيجيات.

5. **الأساس المرجعي للبروتوكول: (مصادره)** لإعداد هذا البرنامج قامت الباحثة بالخطوات التالية:

1) تم عمل مسح للبحوث والدراسات التي اهتمت بدراسة التثوهات المعرفية وكذلك الدراسات والبحوث التي طبقت نظريات علاجية مختلفة خاصة منها العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج المعرفي مثل دراسة (جوديث بيك، 2007) (متولي، 2019)

2) استتدت الباحثة في بناء البروتوكول العلاجي والاستفادة من بعض التصميمات العلاجية في علم النفس العلاجي، هذا بالإضافة إلى الاستفادة من البرامج والرسائل العلمية الأطروحات والأبحاث والمراجع التي أطلعت عليها لبناء البرامج ومن أهمها (بن عبد الله، 2016) (بوروبة، 2017) (محمد، وخليفة، 2022) (مريان، والداهري، 2018) والعلاج المعرفي عند أون بيك.

كما استخدمت الباحثة من هذه البرامج في وضع إعداد محتوى البروتوكول المعرفي السلوكي وجلساته في صورته الأولية وبعد ذلك قامت الطالبة الباحثة بعرض البروتوكول المعرفي السلوكي القائم على مجموعة من المحكمين المتخصصين في العلاج النفسي لتحكيم البرنامج وبعد الاطلاع على آراء المحكمين تم ضبط البرنامج في صورته النهائية، والاحتكاك بالأخصائيين والممارسين للاستفادة من خبرتهم في الميدان وخاصة مع العاملين مع الفئة المستهدفة في هذا البرنامج العلاجي والمدمنين على المخدرات وكذا الأطباء الأخصائيين في النفساني والممرضين القائمين على رعايتهم خاصة في مراكز مكافحة الإدمان والخبرة البسيطة.

6. **إجراءات البروتوكول:**

مراحل البروتوكول المعرفي السلوكي: في برنامج الدراسة الحالي:

أ- **مرحلة التهيئة وتكوين المفاهيم:** ويتم فيها الإعداد القبلي لأفراد المجموعة المشاركة في البرنامج ورفع الروح المعنوية لديهم وتزويدهم بالمعلومات والمهارات عن التشوهات المعرفية والإدمان على المخدرات ويتم تحديد فيها الأفكار المشبوهة والأحاديث السالبة والعينات المستخدمة في المحاضرة المناقشة كما يتم فيها إتاحة الفرصة للمشاركة في العلاج عن التعبير عن أفكارهم ومشاعرهم والتحدث عن تخيلاتهم المختلفة ومن خلال تلك المرحلة قامت الباحثة بتوجيه انتباه المفحوص للتركيز أثناء الحديث على الأفكار والمشاعر والسلوكيات في التعرف على طرق تصحيح تلك الأفكار المشوهة والتدريب على التفكير الإيجابي وعزل تلك العبارات السلبية التي يوجهونها لذواتهم واستخدامها في المراحل التالية وتتبع تلك المرحلة إلى إعادة تعريف المشكلة لدى الفرد المشارك مما يزيد الأمل في إجراءات تغييرات.

ب- **مرحلة التدريب على تلك المهارات:** تهدف إلى مساعدة المفحوصين (المشاركين) في البرنامج على اكتساب المهارات المعرفية السلوكية لأزمة للتعامل مع التشوهات المعرفية وذلك من خلال الحديث الذاتي الداخلي الإيجابي والتدريب على أسلوب حل المشكلات وتوكيد الذات، الاسترخاء، تعديل الأفكار لعب الأدوار، النمذجة، وإعادة البناء المعرفي من خلال تنظيم خبراتهم بطريقة تؤدي للمواجهة والتعامل بفعالية.

ت- **مرحلة تطبيق الجوانب المعرفية التي تم تغييرها:** ويتم من خلال تشجيع المفحوصين المشاركين على تطبيق المهارات التي تم اكتسابها لهم وذلك من خلال الواجبات المنزلية بهدف تعميم تلك المهارات في مواقف جديدة.

ث- **المتابعة:** ويتم فيها تطبيق مقياس التشوهات المعرفية على أفراد المجموعة التجريبية للوقوف على مدى استمرار فاعلية برنامج حيث أن أهدافها معرفة استمرار تأثير البرنامج العلاجي على أفراد المجموعة العلاجية بعد مرور شهرين من التقييم البعدي.

7. الميكانيزمات والتقنيات التي يقوم عليها البروتوكول: الاستراتيجيات التي يقوم عليها البرنامج

العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات.

صمم البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى

مدمني المخدرات على (11) جلسة تحتوي على (08) استراتيجيات أساسية تتمثل فيما يلي:

1. استراتيجيات التقنيات المعرفية **COGNITIVE TECHNIQUES**: تعرف بأنها تلك الطرق والأساليب

العلاجية التي تهدف إلى تعديل المعارف المغلوطة والمشوهة التي أدت إلى الاضطراب وتسمى فنيات

إعادة البناء المعرفي تهدف إلى ضبط النفس وترويضها واستخدام الأساليب التربوية وإعطاء معلومات

وتبصير الفرد بانتقاء نماذج السلوك التي يقيد بها ويقلدها والعلاج التنشيط الموجه، الدحض، والإقناع

وتقليل قابلية الفرد للتأثر بإيحاءات الآخرين وقسمت الفنيات المعرفية إلى ما يلي:

✍️ الفنيات التمهيدية للعلاج المعرفي.

✍️ فنيات تحدي الأفكار الخاطئة والافتراضات التي تقف خلفها.

✍️ فنيات تحدي الأفكار الآلية السلبية الخاطئة ودحضها. (نوفل، 2016، ص85)

2. الفنيات الانفعالية **Emotional techniques**: إن حلقة الوصل بين الجانب النفسي والجانب الجسدي

هي الانفعالات؛ وتعتبر الانفعالات بمثابة الطاقة أو الشحنة التي بدونها لا تستمر حياة الإنسان وتبعا

لما يطلبه الموقف ويؤدي إلى سلامة الإنسان وتوازنه دون إفراط أو تقريط وأن ضعف الانفعالات

وبلاذتها أو شدة الانفعالات وثورتها تضر الإنسان. وتستخدم فنيات انفعالية لضبط الانفعالات وتوازنها

وهي فنية الاسترخاء (نوفل، 2016، ص110)

1. الاسترخاء: يستخدم الاسترخاء في ضبط الانفعالات وتوازنها وتم تطوير هذا الأسلوب من قبل

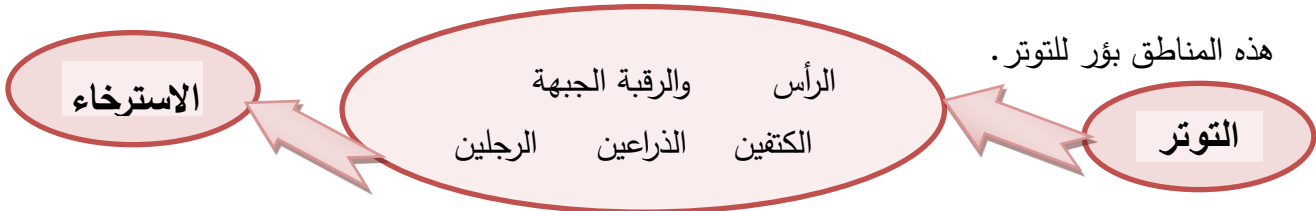
(ميكنبوم) (Meickenbaum 1985) لمساعدة الأفراد الذين لديهم مخاوف مرضية تسبب لهم الكثير من

القلق خاصة في المواقف الضاغطة ويزود هذا الأسلوب الفرد بمجموعة من المهارات للتكيف مع الحالات

المستقبلية ويتكون من ثلاث مكونات هي: تثقيف الفرد حول طبيعة ردود الفعل الناتجة عن التوتر والتدريب على مهارات التكيف المعرفية والجسدية ومساعدة الفرد على تطبيق هذه المهارات عند التعرض

للموقف الضاغط. (نوفل، 2016، ص111)

يمكن التركيز على المناطق التالية في عملية التدريب على الاسترخاء والتأكد من مدى نجاحه باعتبار



الشكل رقم (06) يوضح المناطق المستهدفة من التوتر والتي يجب تركيز عليها أثناء الاسترخاء

عائشة نحوي (العلاج النفسي عن طريق (نحوي، 2010) برمجة العصبية اللغوية.

فالاسترخاء حالة هدوء ، تنشأ عند الفرد عقب إزالة التوتر، بعد تجربة انفعالية شديدة ، أو جهد جسدي

شاق، وقد يكون الاسترخاء غير إرادي عند الذهاب للنوم، بحيث تتحول كهرباء الدماغ من "جاما" إلى

دلتا" في حالة النوم. أو إرادي عندما يتخذ المرء وضعا مريحاً، ويتصور حالات، باعثة على الهدوء

عادة، أو يرخي العضلات المشاركة في أنواع مختلفة من النشاط. (عثمان، 2001 ، ص. 147)

2. **التخيل الدافعي: Motivation imagery:** وضع تصورات عدة، تخطيط الوقت للمساعدة في زيادة

دافعية العملاء المقاومين وتشجيعهم لمواجهة مشكلاتهم والتعامل معها.

يطلب من العميل أن يعكس هذه الصورة بنظرة أخرى لمستقبلهم على أساس التعامل مع مشكلاتهم وهذا

الأسلوب مساعد يكون العميل غير مستعد لمواجهة مقاومة أو تنقصه الدافعية لذلك (التخيل المزدوج)

كوروين، رودل، بالمر، 2008، ص ص 179-180) .

أساليب التخيل المعرفي: **Gognitive/imagery techniques:** التخيل المضاد لصدمة المستقبل على

الفرد أن يتخيل نفسه بأنه يتكيف ويواجه مختلف التصورات التي يخافها عن أحداث المستقبل (ص، 164)

التخيل المضاد **Coping imagery**: يسمح هذا الأسلوب للعميل بأن يتخيل نفسه يواجه موقفا

طبيعيا متوقفا ويستخدم في عديد من المواقف (ص 168).

3. النمذجة: Modelling: قبل أن يتعهد العميل بالموافقة على مهمة أو تدريب ما يقوم المعالج بتقديم

نموذج السلوك المرغوب فيه في خطوات بسيطة ويوحى بأن يناقش المعالج العميل بتوضيح المهارة المعينة بمعايير مقبولة وليس في شكل رائع و تام.

يمكن للعميل أن يقوم بممارسة السلوك داخل الجلسة ويقوم المعالج بتقديم العائد لمساند البناء و يمكن للعميل أن يقوم بتطبيق المهارات في الحياة اليومية الواقعية كمهام بين الجلسات على أن يتم مناقشة مدى التقدم في الجلسة التالية (كورين، رودل، بالمر، 2008، ص. 166-185)، تقدم النمذجة الاجتماعية مواقف يمكن فيها للعميل تعلم سلوك جديد أو الإقلال من سلوك مشكل دون حاجة إلى الممارسة أو التدعيم المباشر (مليك، 1990، ص 108).

4. أسلوب تأكيد الذات: أسلوب تأكيد الذات يعني تدريب الفرد على حرية التعبير الانفعالي سواء كان ذلك في الاتجاه الإيجابي "الاستحسان .التقبل. حب الاستطلاع، الاهتمام، الحب، الود، المشاركة، الصداقة، الإعجاب، أو الاتجاه السلبي الرفض، الغضب، الحزن، الشك، الخوف، الأسى ويكون ذلك بإعطاء عطاء صادق أي أن يعبر الشخص عن مشاعره الحقيقية (إبراهيم، 1994).

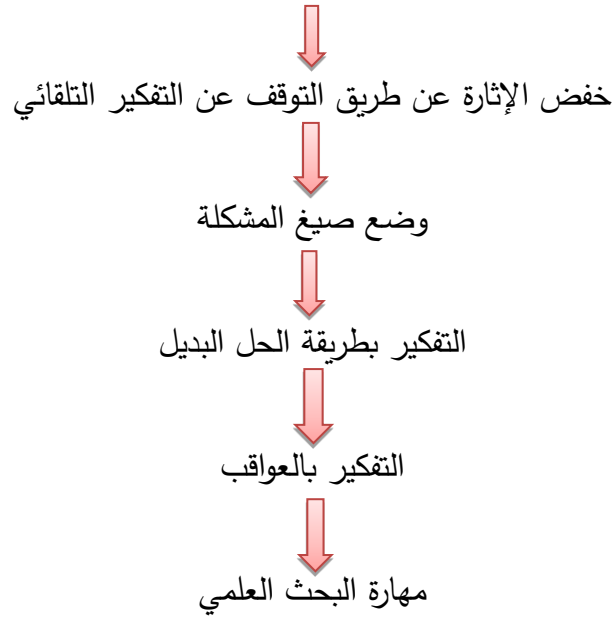
يعرف فولبييه تأكيد الذات بأنه قدرة على التعبير الملائم عن أي انفعال فيما عدا التعبير عن انفعال القلق. (غانم، ص101). تعد التوكيدية فنية من فنيات الكف بالنقيض.

5. مقاطعة الفكرة وإيقافها: يقصد بها مقاطعة الفكرة وإيقافها تعمد إيقاف الأفكار السلبية عند حدوثها وفق عبارة محددة (إنني سأوقف هذه الفكرة الآن) ثم الانتقال إلى الفكرة الإيجابية التي تعقب ظهور الفكرة السلبية الأخيرة وهذا الأسلوب هو تعديل الأسلوب وولبييه (wolbe) يتطلب وجودك في مكان لا يسمعك أحد وتكون بأكثر قوة وشدة (مصطفى، 2009، ص 118)، أيا ما كانت الطريقة المستخلصة للتدريب على

إيقاف الفكرة (الأفكار السلبية فمن الضروري الاحتفاظ بسجل يومي للأفكار؛ الآتية السلبية والإيجابية وملاحظة مدى التقدم في عملية إيقاف الأفكار. (إبراهيم 1998، ص 275، 276).

6. حل المشكلات: عرف فتحي الزياد بأنها نوع من أنواع. العقلي فيه يتفاعل التمثيل المعرفي للخبرات السابقة مع مكونات المشكلة لإنتاج الحل المستهدف (العزازي، 2018، ص 54).

وتمر بمراحل يجب إتباعها في أثناء حل المشكلة المطروحة وهي:
مرحلة إدراك وجود مشكلة

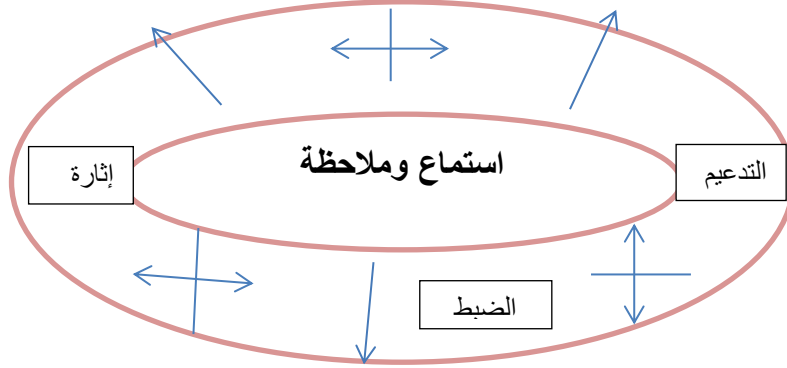


الشكل رقم (07) مراحل معالجة حل مشكلات

7. الحوار السقراطي: من خلال استخدام الأسئلة المفتوحة والمختلفة مع العميل بهدف قيامه بالتفكير في الأمور الشخصية وأن يصل إلى الاستنتاجات بنفسه من خلال طرح الأسئلة وانعكاس الأفكار وتعاون المعالج المعرفي مع العميل لقياس وفحص الجانب المعرفي لديه وبالتالي يحصل التغيير بنتيجة مواجهة العميل لمعتقداتهم الخاطئة (حسن، 2012، ص 556).

8. المحاضرة والمناقشة: تعد المناقشة بمثابة التفاعل اللفظي والجلسة العلاجية لفرض ما هي الأشكال آخر من المناقشة، ويعرض ريتون الشكل الآتي ليصور فيه العمليات الأساسية في المناقشة من خلال

شكل Renton.M توضح العبارات



الشكل رقم (06) يوضح العمليات الأساسية للمناقشة

(أبوزيد، 2002، ص. 236)

9. إعادة البناء المعرفي (التدريب على إعادة صياغة الأفكار معرفيا وتصحيحها: التفكير المشوه يؤدي على خلق مشكلات نفسية عديدة حيث يتم إعادة صياغة أفكار المفحوص أو مكتئب التلقائية السلبية باستخدام الحوار السقراطي، حيث تقوم بتشجيع المفحوص على البحث على جوهر اعتناقه التفكير غير المنطقي. (قاصب، 2017).

8. شروط تنفيذ البروتوكول:

وتتمة للمراحل السابقة، وقبل البدء في العمل العلاجي يجب توفر الشروط التالية:

- 1) توفير الشروط الفيزيولوجية - المكان الهدوء
- 2) يجب أن يتجنب أي شيء يسبب له القلق والتوتر.
- 3) التعامل معه بحذر خلال حالة نقص المادة المخدرة.
- 4) اختيار وقت تطبيق الجلسة.
- 5) اختيار استخدام الكلمات الدالة على التقنيات المستخدمة في كل جلسة.
- 6) استخدام الأدوات التي تخص كل جلسة.
- 7) التعليمات المستخدمة في جلسة الاسترخاء تكون بصيغة المتكلم في أغلب التمارين التدريبية وهذا الإيحاء المدمن.

9. ضبط البروتوكول والتحقق من صلاحيته: بعد أن تم بناء البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات ووضعه في الصورة الأولية للبروتوكول تم التحقق من سلامته وصلاحيته للتطبيق بعرضه على المشرفة ولعينة من المدمنين شغلت الفئات التالية:

1- أساتذة جامعيين مختصين في علم النفس العيادي.

2- أساتذة جامعيين متخصصين في علم النفس التربوي.

3- أخصائيين عيادين في مختلف القطاعات العمومية التي تقوم بالتكفل بهذه الفئة.

فبعد أن سلمت للسادة المحكمين النسخة الورقية الخاصة بالبروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات. لمعرفة مدى

وضوح الأهداف العامة للبروتوكول العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي .

وضوح الأهداف الخاصة وهي الإجرائية لكل حصة على جنب، والمتعلقة بكيفية إدارة الفرد المدمن

الجانب للاستجابة الفيزيولوجية، الانفعالية والسلوكية المعرفية أثناء المواجهة للأفكار المشوهة

المغلوطه.

الاتساق بين الأهداف العامة للبروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي

لتصحيح التشوهات لدى مدمني المخدرات، والأهداف الخاصة بكل حصة على حدا من البروتوكول.

ارتباط الأهداف الخاصة بمحتوى كل حصة على حدا لتصحيح تشوهات الأفكار الخاطئة بالانفعالية

والسلوكية والمعرفية أثناء تعرض للمواقف الضاغطة وتعرضه لأفكار مغلوطه ومشوهة وخاطئة.

ملائمة الوسائل المستخدمة في كل حصة على حدا في تحقيق الأهداف العامة والخاصة بالبروتوكول

العلاجي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى المدمن على المخدرات.

✓ ملائمة توقيت الحصة على حدا في تحقيق الأهداف العامة والخاصة بالبروتوكول العلاجي لتصحيح التشوّهات المعرفية لدى مدمن المخدرات.

✓ ارتباط عملية التقويم بمحتوى التدريب على تقنيات العلاج المعرفي السلوكي لكل حصة على حدا في تحقيق الأهداف العامة والخاص بالبروتوكول العلاجي.

✓ صحة المادة لمحتوى البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية تعديلات أخرى يمكن إدراجها، الملحق رقم (02) يوضح نتائج اتفاق السادة المحكمين حول محتوى البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية لدى مدمني المخدرات.

من الملاحظات العامة التي أباها السادة المحكمين للبروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية والبالغ عددها (07) محكمين كما هو موضح في الملحق (02) أي الذين أعادوا استمارة التحكيم وقد أشاروا إلى ما يلي:

✓ أن البروتوكول العلاجي المقترح يخدم الفرض الذي أعد من أجله وهو تصحيح التشوّهات لمعرفية لدى مدمني المخدرات سلامة الأهداف العامة والخاصة للبروتوكول العلاجي وارتباطهما بالمحتوى.
✓ ارتباط عملية التقويم بمحتوى البروتوكول العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية.

اقترحوا:

إعادة النظر في الارتباط بين الأهداف العامة والخاصة.

إعادة النظر في الوقت المخصص مقارنة بمحتوى الحصة.

إعادة النظر فيما يخص الوسائل المستخدمة سيما في اقتراح فنيات أخرى خاصة لتقنيات العلاج المعرفي السلوكي بأن يطبق الاسترخاء.

أسفرت عملية التحكم قبل إجراء بعض التعديلات الضرورية في البروتوكول وصورته النهائية موضحة في الدراسة والفنيات والتقنيات المتبعة، لمحتوى البروتوكول العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية.

9. تنفيذ البروتوكول العلاجي:

1.9. **الفئة المستهدفة:** يتكون أفراد مجموعة الدراسة مجموعة مدمني على أنواع من المخدرات، الذين يدخلون لمستشفى فرانز قانون بقصد الاستشفاء والتخلص من الإدمان ويمكثون هناك بقصد علاج الإدمان وهم من مختلف أنحاء الوطن. فالفئة المستهدفة يتكون أفراد مجموعة الدراسة من (17) مدمن على المخدرات بمستشفى فرانز فانون مصلحة مكافحة الإدمان.

9. 2 **المدى الزمني للبرنامج:** تم تطبيق جلسات البروتوكول العلاجي أي المدى الزمني لتنفيذ البروتوكول مدة (04) أشهر بمعدل جلسة كل يوم بحكم أن المدمنين يمكثون (15) يوم للاستشفاء ثم يخرجون لهذا كان لنا أن نطبق العلاج بشكل مكثف بحيث تكون جلسة كل يوم مع من هم مشاركين في المجموعة العلاجية بمعدل الجلسة كل يوم تدوم على حسب الجلسات من (45-120) دقيقة بحسب طبيعة محتوى الجلسة كان مع بداية الجلسة التمهيديّة في أول يوم مدتها (45د) دقيقة بعدها تختلف مدة الجلسة وخاصة الجلسات التي يكون بها تقنية الاسترخاء.

وكان توقيت الجلسات بعد الاستيقاظ من النوم وتناولهم دواء الفترة الصباحية حتى وقت الإفطار (الغداء) لان بعدها يعودون لنوم وخاصة أنهم لهم دواء بعد الإفطار حسب ما يصفه لطبيب لهم كل لهم نفس الوصفة الطبية.


9. 3 **مكان تنفيذ البروتوكول:** لكي يتم التنفيذ كان لابد من أن تكون العينة ملتزمة ومتواجدة دوما في نفس المكان حولنا للتقرب من المراكز الوسطية بالأغواط في المركز الجهوي الوسطي لعلاج الإدمان لكن دون جدوى ذهبنا هناك العديد من المرات واتصالنا مع رئيس المصلحة والإخصائية المختصة هناك


أكدوا أنه لا يلتحق بالمركز إلا من أراد وصفه أو دواء ولا يأتون من أجل العلاج لهذا توجب علينا الاتجاه أين يمكنهم المبيت هناك. وكان مستشفى فرانز قانون الوحيد للبقاء هناك في حد علمنا، لكن بعدها أكدوا لنا أن هناك مصلحتين أخريين واحدة في تيزي وزو، الثانية في وهران.

أما عينة دراستنا فكان مكان إقامتهم مصلحة علاج الإدمان بمستشفى فرانز قانون بالبلدية، وهو مكان تنفيذ البرنامج.

9.4. أدوات البروتوكول: اعتمدت الباحثة أثناء الحصص التدريبية القائمة على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات والأدوات كانت كالتالي وهي أساسية لتعديل وتقديم هذا العلاج، قاعة للقيام بالمقبلات التمهيدية والعلاجية ورقة وقلم، للإيضاح بعض مخططات، كرسي مريح للقيام بعملية التخيل....

9.4 القائمة بتنفيذ البروتوكول: تم تطبيق البروتوكول العلاجي القائم على الاستراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات بمستشفى فرانز قانون من طرف الباحث، بالإضافة إلى المساعدة من طرف عمال مصلحة مكافحة الإدمان بالأخص، الممرضين بكل أفواجهم والأخصائيات النفسانيين العاملين بمصلحة مكافحة الإدمان وخاصة الأخصائية النفسانية المكلفة بقسم الماكثين في المستشفى فرانز قانون في القيام بالاسترخاء والممرضين مكلفين بإعطائهم الأدوية في وقتها.

 استخدام تصنيف التشوهات المعرفية.

 استمارة التقييم للأفكار المشوهة (Robert · 2020)

10. سيرورة البروتوكول العلاجي القائم على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى المدمن على المخدرات: وشملت العملية العلاجية ثلاثة محاور أساسية.

المرحلة التمهيدية:	المرحلة التنفيذية:	مرحلة الإنهاء والتقييم والمتابعة:
--------------------	--------------------	-----------------------------------

وتضمنت الخطوات الآتية: 1. الاتصال بعينة البحث من المدمنين المتواجدين بمستشفى فرانز فانون. 2. تطبيق مقياس التشوهات المعرفية. 3. اجتياز حالات المجموعة التجريبية وفقا لشروط العينة. 4. حصر حالات العينة بالمجموعتين تجريبية والضابطة. وتتضمن حصتين. التعاقد الشفوي مع عينة البحث.	التعاقد الشفوي مع عينة البحث لتحديد الأهداف المراد تحقيقها الفترة الأمنة لبرنامج التدخل. إمكان اللقاء ومواعيد المقابلات. تطبيق الأساليب العلاجية للعلاج المعرفي السلوكي تكوين علاقات علاجية مع الحالات تحديد الأفكار المشوهة والسلوكيات غير السوية التي تسهم في استمرار الأفكار المشوهة وكذا المعتقدات المرتبطة به. استخدام الفنيات.	وهي المرحلة التي تم فيها إنها البروتوكول العلاج المعرفي السلوكي حيث تم استخدام الاستراتيجية العلاجية المناسبة لحالات المجموعة التجريبية وكذلك تم إجراء القياس البعدي لتحديد التغيرات التي حدثت وحققت الأهداف وفي هذه المرحلة لاحظت الباحثة أن جهود البروتوكول العلاجي بدأت تحقق الأهداف الموجودة والنجاح تحقق لقياس تأثير البروتوكول العلاجي على مدمن المجموعة التجريبية ولو بنسبة قليلة من خلال إجراء قياس القبلي والبعدي في تصحيح التشوهات المعرفية والقيام بالقياس.
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11. محتوى حصص البروتوكول العلاجي القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي

لتصحيح التشوهات المعرفية لدى المدمن:

محتوى البروتوكول العلاجي كان بمعدل اثني عشر (11) حصة وهي على النحو التالي:

الجلسة وموضوعها	أهداف الجلسات ومحتواهم	الفنيات المستخدمة
الجلسة العلاجية: الأولى		
المدة: 45 دقيقة مدة		
✓ جلسة التعرف	✓ التعرف بين أفراد العينة والمعالج (الطالبة الباحثة) وكسب ثقة العميل.	-المقابلة -الحوار والمناقشة
✓ شرح البروتوكول	✓ الاتفاق على العقد العلاجي العقد الشفوي قائم على بناء علاقة إيجابية. (عقد افتراضي)	-المحاضرة
✓ إنشاء العقد العلاجي	✓ عرض شرح مبسط للبروتوكول المقدم من طرف الباحثة المعالج "العلاج المعرفي السلوكي، وإلى ماذا يرمي".	
✓ شرح ماهية	✓ تقديم شرح لمخاطر التشوهات المعرفية والتعرف على أنواعها.	

	<p>✓ تزويد أفراد العينة بنظام سير الجلسات وآلية العمل في كل جلسة(جدول المواعيد والواجبات المنزلية)</p> <p>✓ التأكيد على أهمية الالتزام بالمواعيد وأداء الواجبات المنزلية لضمان السير الجيد للبرنامج.</p> <p>✓ تطبيق الأداة مقياس "التشوهات المعرفية" وتطبيق القياس القبلي</p> <p>✓ تحسيس أفراد البحث بخطورة أفكارهم المشوهة التي يعانون منها واستقطاب دافعيتهم للعلاج</p>	<p>التشوهات المعرفية.</p>
<p>محتوى الجلسة: تعتبر الجلسة العلاجية الأولى من اهم الجلسات العلاجية كونها مرحلة تعارف حيث تقوم الطالبة الباحثة بتقديم نفسها للمبحوث والغرض من إجراء الدراسة البحثية(البحث العلمي) ،وان ما يحدث خلال الجلسة فهو سري وهي هنا بقصد المساعدة، وبناء العلاقة العلاجية.</p> <p>فبعد إن تم التعرف بين الطالبة الباحثة والمبحوث (أفراد المجموعة التجريبية)كل على حد تستعمل الطالبة الباحثة بعض الاستراتيجيات لتخفيف مقاومة المبحوث وتعزيز مشاركته في الحوار (ما غرضه من الالتحاق بالمصلحة، واستخدام مصطلحات تشجيعية، جيدة خطوة جيدة ممتاز حيث تسمح تقنيات الحوار والمناقشة بين الفرد المبحوث والباحثة بعرض أفكاره وآرائه مما يعزز الثقة بينهما ويرفع الثقة في نفسه وينمي الدافعية لديهم.</p> <p>ومن ثم يتم عرض الباحثة للبروتوكول بشكل مبسط لكل فرد على حد وتذكيره بعدد الجلسات اللازمة وتواترها يوميا لان المبحوث(المدمن المخدرات) يبقى في المصلحة 15(يوم)وإعلامه بالحد الأقصى والحد الأدنى للجلسة المحصور بين (45-120)دقيقة زمن كل جلسة ، وتختلف كل جلسة عن الأخرى و تتنوع من حيث التقنيات المتنوعة وشرح هدف البروتوكول بما في ذلك الواجبات المنزلية.</p> <p>وشرح ماهية التشوهات المعرفية وبماذا تؤثر على حياته ولماذا يجب التوقف عن التفكير بها .</p> <p>تطبيق أداة الدراسة(استبيان التشوهات المعرفية للحارثي (2012).</p> <p>وتذكير بأهمية الالتزام بتطبيق وتنفيذ ما طلب منه لإنجاح الجلسات العلاجية مع التأكيد على الالتزام والانضباط.</p> <p>وفي الختام تقوم الباحثة بتحسيس الفرد المدمن بأهمية العلاج المعرفي السلوكي وخطورة التشوهات المعرفية واستمرار التفكير بها، لتصحيح التشوهات المعرفية لديه وشرح الواجب المنزلي ،وتشكر الطالبة الباحثة المبحوث على تعاونها معها خلال الجلسة ويتم تحديد موعد الجلسة الثانية.</p>		
<p>الجلسة العلاجية: الثانية</p>		
<p>المدة: 60دقيقة</p>	<p>✓ تقييم ردود الفعل حول الجلسة الأولى</p>	<p>✓ الاستبصار</p>

<p>✓حاسوب محمول ✓الحوار والمناقشة ✓المحاضرة ✓الأصغاء ومراقبة الأفكار وتصنيفها وتقييمها</p>	<p>✓ حثه وإعطائه الحرية لتحدث والتعبير عن ما يفكرون به حول موضوع الإدمان على المخدرات، والتشوهات المعرفية. ✓ مناقشة الواجب المنزلي. ✓ تزويد المبحوث بمعلومات أساسية حول موضوع الإدمان على المخدرات والتشوهات المعرفية ✓ التغذية الراجعة. ✓ تحديد الأفكار المشوهة الأتوماتيكية والمشاعر المشوهة والسلوك ✓ استخدام الحوار لإقناع المبحوث بأن الإدمان على المخدرات مرتبط بالتشوهات المعرفية وان الأفكار المشوهة لها أهمية في طريقة تفكيره وانفعالاته ومشاعره. النظرة السلبية والتشاؤمية. ✓ التكليف بالواجب المنزلي تدوين ما لم يستطع التحدث عنه.</p>	<p>بالتشوهات المعرفية ✓تحريـر الأفكار والمشاعر ✓مراقبة الأفكار الخاطئة</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

محتوى الجلسة: في البداية ترحب الباحثة بالمبحوث وتتفقد أحواله بطرح الأسئلة العام، وتشجيع حضوره وتشكره على التزامه بموعد الجلسة وتفتح لهم المجال لمناقشة الواجب المنزلي وحثه على التحدث والتعبير عن آرائه وأفكاره ومعتقداته، بعد تذكيره بما طلب منه سابقا وتطلب من كل مبحوث أن يعبر عن أفكاره من خلال ما سجلته حول معلوماته عن الإدمان والمخدرات وحول أفكارهم ومشاعرهم ومع طرح لأفراد المجموعة التجريبية لأفكارهم المشوهة حول نفسه ومن هم حوله والتي كانت في مجملها تتسم بالسطحية والجزئية والتشابه في الطرح في حين إن دافعهم للإدمان على المخدرات كان سببه:

- ✓ المجتمع هو سبب دفعني للإدمان و إلى الحالة التي بها أنا الآن.
- ✓ ظلم أهلي لي (الانتقام من أهلهم بأذية انفسهم، تسلط الأهل عليهم... .
- ✓ عدم الثقة في أنفسهم .
- ✓ نقص الدافعية .

✓ وبعد الإصغاء الجيد إلى المبحوث وتسجيل الطالبة الباحثة ابرز الأفكار ثم محاولتها إعطاء تفسير أكثر ومفصل لهذه الأفكار وتصنيفها من أجل توضيح موضوع التشوهات المعرفية جيدا لإعطائه رؤية جديدة للاستبصار بأفكاره ومحاولته فهمها وإدراكه للأفكار المشوهة لديه وان الأفكار المشوهة لها أهمية في معرفة طريقة تفكيره وانفعالاته ومشاعره. النظرة السلبية والتشاؤمية.

✓ و ما الأفكار التي تدور في رأسك قبل استعمال المخدر وبعد استعمال؟ و كيف تجد الصلة بين مشاعرك وأفكارك وسلوكك. ولتخلص من المشكلة بمواجهتها بدلا من الهروب والتجنب.

وبعد تقديم الباحثة عرض موجز لبعض المفاهيم بشكل مبسط وواضح ليطم استيعابها من طرف المبحوث عن طريق المحاضرة والتعرف عليها من خلال استخدام ما تم كتابته في النظري كما يلي:

✓ تعرف الإدمان على المخدرات .

✓ التعرف على مخاطر المخدرات النفسية.

✓ وتعرف على التشوهات المعرفية.

✓ ذكر أنواع التشوهات المعرفية.

وبعدها تكلف الطالبة الباحثة المبحوث أن يقدم حوصلة لما تم طرحه في هذه الجلسة كتغذية راجعة وتؤكد على أهمية التعرف على أفكاره المشوهة وخطورتها إذا استمر التفكير بها والتي تؤدي إلى العديد من الاضطرابات النفسية (التشوهات المعرفية ،وعلاقتها بالاستقواء؛ باجتراح الأفكار؛ بالشخصنة؛) وكيف تؤثر على طريقة عيشه والتعامل مع من حوله.

وتشجع المبحوث على مناقشة أسبابها ودوافعها في الجلسة القادمة من خلال الواجب المنزلي.

واخيرا شكره على سير الجلسة

الواجب المنزلي: تسجيل ما لم يستطع قوله اثناء الجلسة.

المدة: 90 دقيقة

الجلسة العلاجية: الثالثة

✓ الحوار .	✓ مناقشة الواجب المنزلي	✓ التدريب على
✓ ورقة وقلم	✓ التعرف على الأفكار الخاطئة غير الفعالة.	الاسترخاء
✓ كرسي الاسترخاء	✓ تقديم نموذج لما توصل له المخدرات.	✓ تحديد الأفكار
✓ سجل الأفكار	✓ الاستبصار بالأسباب الحقيقية التي تؤدي للاستمرار في	الخاطئة
✓ مناقشة الأفكار	الإدمان	-مراقبة الأفكار
استمارة التصنيف	✓ مناهضة الأفكار المشوهة، وتبني أفكار إيجابية.	المشوهة.
لتشوه المعرفي	✓ توزيع العلاقة بين الأفكار، المشاعر، والسلوكيات	

محتوى الجلسة: تقوم الطالبة الباحثة في هذه الجلسة كسائر الجلسات كما يحدث في بداية كل جلسة (الترحيب بالمبحوث وشكره على تعاونه وتفاعله،

وتبدأ الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي وتحديد الأفكار المشوهة التي لديه والتي أدت وتؤدي به للإدمان والاستمرار فيه.

وسجلت الطالبة الباحثة مجموعة من الأفكار خلال الحوار معهم فيما يلي:

المجتمع هو الذي وصلني لهذا الشيء.

حببت نجرب وحصلت.

فشلت في حياتي.

نلقى روحي بيها.

كيما جرو عليا أنا ثاني نجر عليهم.

لازم نعمر راسي...

أما عن الوضعيات والظروف التي أدت وتؤدي به للإدمان كما يلي:

المشاكل الأسرية، التفكك الأسري.

الفقر والبطالة الثراء الفاحش.

رفاق السوء

أما في المناسبات..

شجار مع أفراد الأسرة.

الشعور بالتعب والإرهاق النفسي.

التعاطي صدفه كلما توفرت.

من خلال ما سبق يتضح أن اغلب أفراد المجموعة التجريبية يردون سبب إدمانهم إلى المجتمع الفاسد ويؤكدون أن المجتمع فاسد وظالم لهم وقسوة الظروف التي يعيشونها.

وعملت الطالبة الباحثة على تصحيح التشوهات المعرفية من خلال تعريف المبحوث على الأسباب والدوافع التي دفعت به للإدمان على المخدرات وباستخدام فنية الأسئلة السقراطية والاكتشاف الموجه الحوار وفسح المجال للفحوص لتحديث عن تجربته مع الإدمان وما هي الظروف التي أدت به إلى الإدمان على هذه المادة. ومن ثم تصحيح الأفكار المشوهة الذي من خلاله زيادة عن معرفة الأسباب الحقيقية الإدمانية وحثه على اقتراح حلول مناسبة لمواجهة الرغبة المتزايدة في التعاطي والاعتراف بوجود عوامل ذاتية شخصية يمكن التحكم فيها بدلا من حصر الرغبة في التعاطي بعوامل خارجية لا يمكننا التحكم فيها كالصدفة، الظروف، الحظ، الآخرون.... وغيرها.

ثم يتم من خلال هذه الجلسة، استخدام جلسة تحديد الأفكار السلبية المشوهة بمساعدة الطالبة الباحثة و يتم بعدة ثلاثة خطوات

الخطوة الأولى: التثقيف النفسي: تركز هذه الخطوة على إعلام المبحوث عن ماهية التشوهات المعرفية (كما دار في الجلسة الثانية) ومدى قدرتها في التأثير على الحالة المزاجية للفرد.

البدء بالتثقيف النفسي حول النموذج المعرفي والتشوهات المعرفية شرحها وأنواعها بالتفصيل لتعريف هذه الأنواع ومناقشتها كيف تؤثر أفكارنا على مشاعرنا سواء كانت دقيقة أم لا...

وتعريف المبحوث على عدد قليل من التشوهات المعرفية ويربطونهم بسهولة بتجاربه الخاصة وتطلب من المبحوثين وضع دائرة حول التشوهات المعرفية التي وقعوا ضحية لها.

الخطوة الثانية: زيادة الوعي بالأفكار: يعد الفهم العام للنموذج المعرفي مهم جدا بالنسبة للمبحوث

حيث سيتعلم المبحوث تحديد التشوهات المعرفية الخاصة به (ماهي الأفكار التي قادتني إلى هذه الحالة من الإدمان على المخدرات) التركيز على اهم التشوهات المعرفية البدء بالحديث عن المشاعر السلبية. والسلوكيات التي يريدون تغييرها ما يثير تلك السلوكيات السلبية؟

فكر في هذه المواقف، وماهي المشاعر التي ظهرت وتعتبر مثل التنبيهات لوجود تشوه معرفي قريب. ففي ختام الجلسة ومناقشة ما تم التطرق له بهدف تحسين وعي المبحوث بالمواقف التي تؤثر فيها التشوهات المعرفية على مزاجه وسلوكه بعرض المحفزات أو المواقف

المدة: 120 دقيقة

الجلسة العلاجية: الرابعة

المحاضرة	✓ مناقشة الواجب المنزلي.	التدرب على
المناقشة	✓ تكلمة محاضرة مخاطر الفارطة التعرف على الأفكار	الاسترخاء
كرسي الاسترخاء	✓ شرح مبسط لتقنية الاسترخاء، التعرف بالاسترخاء وما الفائدة منه	مراقبة الأفكار
غرفة هادئة		والمعتقدات
التعرف على	✓ التدريب على الاسترخاء، تعليمهم كيفية التنفيس السليم (عملية شهيق وزفير) والارتخاء لعضلات الجسم.	الخاطئة حول
معتقدات الخاطئة	✓ الواجب المنزلي: إعادة تسجيل طريقة تفكيره تجاه حياته في وضعه الحالي	الذات وحول
لعب الأدوار.	✓ تقديم استمارة، السجل اليومي للأفكار المشوهة.	المحيط الذي
	مناقشة كل ماله أن يخل الثقة بالنفس والشعور بعدم الأمان من الخارج، الفشل وارتباطه بسلوك الخطر للإدمان	يعيش فيه

في بداية الجلسة تقوم الباحثة بما تقوم به كل ما تقوم به بالترحيب وشكر على التجاوب معها خلال الجلسات السابقة وبعدها تقوم بمناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة والمباشرة في استكمال الجلسة السابقة وتوضيح أهمية هذه الخطوة حسب اتفاقها معهم في الجلسة الفارطة الخطوة الأخيرة: سجلات التفكير (سجل الأفكار) (الملحق 3)

في هذه الخطوة لتعرف عن الأفكار تطلب الطالبة الباحثة من المبحوث أن يقوم بتسجيل الأفكار لأنه تعتبر أداة لتسجيل الخبرات بالموازاة مع الأفكار والمشاعر والسلوكيات المصاحبة لها لإدراك التشوهات المعرفية التي مرت دون أن يلاحظها أحد من قبل ولا جدال فيها ومز خلال الممارسة يتعلمون تحديد التشوهات المعرفية الخطوتين السابقتين في الوقت الحالي وتحديها على الفور حيث يمثل كل صف من سجل الأفكار موقفاً فريداً تختلف عناوين كل عمود قليلاً بين سجلات الأفكار وهي تمثل عموماً "موقفاً" والأفكار "والمشاعر" والعواقب أحياناً ، التفكير البديل. ويتم ملء كل صف بعد وقت قصير من انتهاء الموقف.

ومن ثم تشرع الطالبة الباحثة في تعريفه بتقنية الاسترخاء وتقوم الطالبة الباحثة بشرحها له بشكل مختصر (ما تناولته في الجانب النظري تقنية الاسترخاء) يعتبر الاسترخاء واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وهناك عدد من أساليب الاسترخاء ، وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين

والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي

ثم تطلب من المبحوث وتشجعه على ممارسة تمارين الاسترخاء مرة أو مرتين في اليوم بعد الشرح المبسط لتقنية الاسترخاء وأهميتها ومناقشتها مع المبحوث تطلب منه أن يتبع تعليماتها وان يتحلى بالجدية لتحقيق التقنية والهدف المرجو منها

تقوم بتصحيح جلسة المبحوث بالشكل الصحيح لان الجلسة تكون فوق الكرسي لهذا يجب أن يكون مرتاح في جلسته وان يتسم بالهدوء بعيدا عن الضوضاء وتوفر كل الظروف الفيزيائية الملائمة ولا يسمع إلا صوتها ويتبع تعليمات جلسة الاسترخاء وجلسة الاسترخاء تتم بشكل فردي .

خذ نفسا عميق تمرين التنفس العميق:

-يكون على الخطوات التالية:

1. الجلوس بشكل مستقيم والقدمين متباعدتين بعض الشيء، أو أثناء الاستلقاء على الأرض .

2. إغلاق العينين،

3. ضع أحد اليدين على منطقة الصدر والأخرى على منطقة البطن (مكان السرة).

''' الهدف هو استشعار ارتفاع اليد الموضوعه على البطن أكثر من الصدر فهذا دليل أن كمية الهواء جيدة وتصل جميع أنحاء الرئة ''' .

4. يأخذ الإنسان الهواء بشكل بطيء من خلال الأنف حتى يشعر أن يده الموضوعه على منطقة البطن ارتفعت قليلا .. قليلا وليس كثيرا أي لا تعتمد ذلك بل يكون بشكل طبيعي.

5. إذا شعر الفرد بارتفاع اليد على البدن يقوم بحبس الهواء في الرئتين لفترة زمنية حسب قدرات الفرد نفسها وشعور الفرد بالارتياح وقد يأخذ 3 ثوان أو خمس ثوان أو تمتد لفترة العد من 1 إلى 3

6. العملية التي تليها يقوم الفرد بإخراج الهواء بشكل بطيء من منطقة الفم حتى يشعر أن يده الموضوعه على البطن قد عادة إلى وضعها الطبيعي.

تكرر هذه العملية (الاستنشاق من الأنف وحبس الهواء ثم زفره من الفم) 3 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 3 مرات ثم 2 دون حبس ثم نعيد المرات الثلاثة مع الحبس ثم المرتين دون حبس إلى أن يمر علينا من الوقت خمس دقائق.

يفضل تطبيق هذا التمرين 3 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 نبرت صوتك تغيرت وتهدأ وتتخفف.

وفي الواجب المنزلي تقوم الباحثة بتوزيع استمارات سجل الأفكار وتطلب تسجيل أفكارهم بتحديد وقت

منتظم خلال كل يوم لتسجيل وملء سجل الأفكار وتشجيعه على تعيين تذكير في هواتفهم او إكمالها في وقت يسهل تذكرها مثل وقت قبل النوم.

وتوجه الطالبة الباحثة نصيحة للمبحوث انه عندما تتولد لديه الأفكار البديلة لتصحيح التشوه المعرفي ليس الهدف أن يكون إيجابيا للغاية بل أن يكون عادلا وحتى الإقرار بوجود موقف سيئ.

لذا ترى الطالبة الباحثة في بعض الأحيان انه يكفي مجرد الوعي بالتشوه المعرفي للقضاء عليه ، فالتشوهات المعرفية المتأصلة بالشكل الأعمق تتطلب عمل إضافي.

وعلى هذا المنوال تواصل الطالبة الباحثة مناقشة بعض الأفكار المستعصية من خلال تفكيكها واستبدالها بأخرى.

المدة: 120 دقيقة

الجلسة العلاجية: الخامسة

غرفة هادئة	✓ مناقشة الواجب المنزلي.	التدريب على
كرسي الاسترخاء	✓ إلقاء محاضرة ومناقشة الاسترخاء.	الاسترخاء
ورقة وقلم	✓ السابق استمارة سجل الأفكار اليومي للأفكار	✓ تدريب على
محاضرة.	✓ تعليمهم كيفية التنفيس السليم (عملية شهيق وزفير). وكيفية شد العضلات والارتخاء لعضلات الجسم.	مهارة
	✓ تطبيق الاسترخاء لتفكير العقلي	توكيد الذات
	✓ تقنية لعب الأدوار لمعرفة الحديث الداخلي ومعرفة الأفكار المكونة والتصريح بها وتحديد الأفكار الخاطئة	
	✓ إعادة الهيكلة المعرفية	
	✓ النمذجة (النموذج الحي) في حياة الفرد المدمن	
	معرفة الأفكار التلقائية والمتعلقة بتوكيد الذات	
	معرفة مختلف المواقف المسببة للاستجابات الانفعالية من خلال السجل اليومي.	

محتوى الجلسة: تقوم الطالبة الباحثة مناقشة الجلسة الماضية الواجب المنزلي، ومناقشة الخطوات تحرر الأفكار المشوهة وإعطائه فرصة ليعبر عن ما ملء به الاستمارة الخاصة بسجل الأفكار وما رأيهم في تلك الخطوات الثلاث. -وهل استفادوا منها أم لا في الواجب المنزلي.

كتغذية راجعة له لما تم تناوله في الجلستين السابقتين، وكذا تعزيز ما لديه لطريقة سجل الأفكار.

تقوم الباحثة بشرح الطريقة التي تعالج بها التشوهات المعرفية المستعصية فتعلمه انه لدينا العديد من الأساليب للمساعد في تفكيك التشوهات التي يظهرها المبحوث في كل مرة مرارا وتكرار كما تم تحديد التشوه لديه مع التكرار الكافي.

يتم القضاء على التشوهات المعرفية واستبدالها بأفكار متوازنة وباستخدام تقنية الأسئلة السقراطية (الاستجواب السقراطي) وبمجرد تحديد التشوه تكون هذه التقنية بسيطة ويتم عن طريق طرح سلسلة من الأسئلة (تعليمه التشكيك في أفكاره)

هل هذه الفكرة واقعية؟ هل ابني أفكاري على الحقائق التي أراها أم على المشاعر؟ ما لدليل على الفكرة؟ هل أرى هذا الموقف على انه ابيض أم اسود؟ في حين أنه أكثر تعقيدا

هل هذه الفكرة نابعة من العادة في التفكير أم من حقائق تدعمها ويكون توقيت كل سؤال من (1د-3د) دقائق لكل سؤال. ومن بعض هذه التشوهات التفكير المستقطب التفكير الكارثي ، التفكير الانتقائي، المبالغة في التعميم .

ومن ثم الشروع في تعريفه بتقنية الاسترخاء وتقوم الطالبة الباحثة بشرحها له بشكل مختصر (ما تناولته في الجانب النظري تقنية الاسترخاء) يعتبر الاسترخاء واحد من أهم الأساليب المضادة للتوتر والقلق، وهناك عدد من أساليب الاسترخاء ، وتقوم أساليب الاسترخاء الحديثة على جملة من التمارين والتدريبات البسيطة التي تهدف إلى إراحة الجسم والنفس وذلك عن طريق التنفس العميق وتمارين الجسم كله على الارتخاء وزوال الشد العضلي

ثم تطلب من المبحوث وتشجعه على ممارسة تمارين الاسترخاء مرة أو مرتين في اليوم بعد الشرح المبسط لتقنية الاسترخاء وأهميتها ومناقشتها مع المبحوث تطلب منه أن يتبع تعليماتها وان يتحلى بالجدية لتحقيق التقنية والهدف المرجو منها

تقوم بتصحيح جلسة المبحوث بالشكل الصحيح لان الجلسة تكون فوق الكرسي لهذا يجب أن يكون مرتاحا في جلسته وان يتسم بالهدوء بعيدا عن الضوضاء وتوفر كل الظروف الفيزيائية الملائمة ولا يسمع إلا صوتها ويتبع تعليمات جلسة الاسترخاء وجلسة الاسترخاء تتم بشكل فردي .

خذ نفسا عميق

يعتبر الاسترخاء الذهني 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 15 دقيقة فان زدت الوقت فهذا أفضل. تقوم الطالبة الباحثة بالجلسة في مكان يسوده الهدوء التام.

وتطلب الطالبة الباحثة من المبحوث اتباع كل ما يطلب منه يجب إتباعها والالتزام بها في الاسترخاء الذهني:

1. أخذ وضع مريح في جلوس أو استلقاء أو حتى وقوف.
2. واخذ التنفس العميق وتنظيم التنفس مثل استخدام تقنية التنفس العميق. تطلب منه مثل الجلسة الماضية
3. وتطلب منه التركيز على موضوع شيء معين طوال فترة التأمل الفكري.

بعدها تقوم الطالبة الباحثة القيام بطلب من المبحوث أن يقوم باتخاذ نموذج يكون قدوة لكي يتعلم القيم الأخلاقية والسلوكيات المرغوبة .

المدة: 120 دقيقة

الجلسة العلاجية: السادسة

✓ غرفة هادئة	✓ استحضار الواجب المنزلي.	مراقبة الأفكار
✓ محاضرة	✓ التدريب على الاسترخاء.	المشوهة لدى
✓ ورقة وقلم	✓ التدريب على تأكيد الذات.	المدمن
✓ الاسترخاء على الكرسي..	✓ لعب أدوار.	
	✓ الواجب المنزلي إعادة تمارين الاسترخاء	

محتوى الجلسة: في بداية هذه الجلسة تقوم الباحثة بما تقوم به كل ما تقوم به بالترحيب وشكر على التجاوب معها خلال الجلسات السابقة وبعدها تقوم بمناقشة الواجب المنزلي للجلسة السابقة. ثم تطلب الباحثة من المبحوث القيام بجلسة الاسترخاء العضلي وتبدأ الخطوة الأولى من الاسترخاء بأن يجلس المبحوث على الكرسي ويسند ظهره إليه، (أو يستلقي على السرير) ثم يغمض عينيه. ويبدأ الطالبة الباحثة بأن تقول: (سوف أقوم بتدريبك على كيفية الاسترخاء، وسوف أطلب منك أثناء التدريب أن تقوم بشد العضلات في جسمك ثم إرخائها، وهكذا في بقية عضلات الجسم، وأنت تتابعني ثم يبدأ بعد ذلك في خطوات الاسترخاء خطوة خطوة، ويتم توجيه تعليمات الاسترخاء بصوت هادئ ومريح، وتستغرق كل خطوة حوالي عشر ثوان يتخللها فترة راحة بين 10 إلى 15 ثانية بين كل خطوة والخطوة التي تليها، ويستغرق التدريب كله حوالي 20.

كما تتصح الطالبة الباحثة بأن يجعل مدة الفواصل بين الخطوات مناسبة المبحوث الذي يعمل معه كما يشجعه على أن يمارس الاسترخاء بنفسه في المنزل، (قد يحدث في بعض الأحيان أن يشعر الفرد بعدم الارتياح أثناء الجلسة الأولى للتدريب على الاسترخاء، وبالتالي فإنهم قد لا يصلون إلى الاسترخاء العميق على الوجه المطلوب، وفي مثل هذه الحالات فان التدريبات المنزلية قد تساعدهم على إتمام ذلك).

بعد أن يقوم المبحوث بجلسة الاسترخاء تقوم الطالبة بتدريب على تأكيد الذات حيث يتم تعليمه السلوك المناسب في الموقف الخاصة وتحت انفعالات مناسبة وأفعال أي كف عن التفكير في الأفكار المشوهة وفعل الإدمان بالنقيض حتى لا يكون قلق ويكون توكيديا في التدريب المبحوث على الاستجابات الواثقة والإيجابية عند التفاعل بمواقف أو أشخاص. اكتساب تدريجي للسلوك التوكيدي دون اللجوء إلى ممارسة السلوكيات الخطر من التفكير المشوه، إدراك مفهوم الأفكار الإيجابية حول الذات المدمن (الابتعاد عن الشعور بالنقيض الفشل) وتنمية مفهوم المهارة الاجتماعية بممارستها في مواقف حياتية.

ثم تطلب الطالبة الباحثة منه أن يتذكر موقف أو حدث كان له الأثر الكبير ونعيد تجسيده ويقوم المبحوث بدور

ثم تقوم الطالبة الباحثة بختام الجلسة بشرح الواجب المنزلي والمتمثل في تقنية الاحاديث الذاتية الإيجابية والحوار الفعال جل ما جاء في الجلسة

المدة: 20 دقيقة

الجلسة العلاجية: السابعة

✓ المناقشة	✓ استحضار الواجب المنزلي.	✓ التدريب على
✓ كرسي الاسترخاء	✓ التدريب على الاسترخاء.	الاسترخاء
✓ غرفة هادئة	✓ التغذية الراجعة. التدريب على تحديد الهدف	✓ التعرف على
✓ ورقة تحديد الهدف	✓ التدريب على حل المشكلات.	معتقدات
	✓ الواجب المنزلي إعادة التمارين الاسترخاء.	الخاطئة
		✓ حل
		المشكلات

محتوى الجلسة: تستهل الطالبة الباحثة الجلسة بالترحيب بالمبحوث والقيام بجلسة الاسترخاء العضلي مثل ما تم شرحه سابقا، كما تقوم الطالبة الباحثة تهدف هذه الجلسة إلى تعريف المبحوث باستراتيجية حل المشكلات وخطواتها التي تتضمن تحديد المشكلة وجمع المعلومات عنها ووضع البدائل الممكنة لحلها واختيار البديل الأفضل وتنفيذه ثم التقييم حيث تكون بمثابة المفحوص من أول التعرف على المشكلة وإدراكها من طرف المدمن والتعرف على المشكلة وما أصلها ثم تدريبه على ضبط نفسه وتوقيف التفكير فيها (قف وفكر) بعد ضبط المشكلة صياغتها والتركيز على المطلوب عمله وتقدير حجم المشكلة التي أمامنا ثم طرح المشكلة التي يعاني منها الفرد المدمن في شكل إيجابي للمشكل وبعدها نحدد الهدف والمراد حله جعله يفكر في حل آخر لمشكلته التي يرى أن ليس لها حل والتفكير بعواقب الحل الذي اختاره إن كان مناسب أم لا.

المدة: 20 دقيقة

الجلسة العلاجية: الثامنة

✓ كرسي الاسترخاء	✓ الواجب المنزلي.	✓ التدريب
✓ الغرفة الهادئة	✓ التدريب على الاسترخاء.	الاسترخاء
✓ استمارة الرجل في الحفرة	✓ استخدام تقنية التخيل.	✓ التخيل

محتوى الجلسة: تطلب الباحثة من المبحوث بعد استكمال جلسة التخيل وتخيل عالم آخر خيالي جميل أو تذكر مكان تحببه، وذلك لتقليل من المؤثرات الخارجية. التخيل تدريب الأفراد على استحضار تصورات وتخيل لما يطلب منهم كان طلب استحضار وتخيل لموقف مزعج مع حالة إيمان كان مرى بها تخيل حالتك وأنت منتشى. تخيل الموقف مزعج والحالة المزعجة التي تمر بها.

<p>استخدام استعارة الرجل داخل الحفرة (السلم ،الحبل ، المعول) الواجب المنزلي: الطلب من العميل ان يسجل كل نشاط يستعين به او خبرة مرى بها تسيطر عليه ويضع حرف (ت) امامها، او خبرة مفرحة ويضع عليها ويضع امامها)</p>		
<p>الجلسة العلاجية: التاسعة</p>		<p>المدة: 120 دقيقة</p>
<p>إعادة البناء المعرفي</p>	<p>استحضار الواجب المنزلي. استعمال البوصلة لتحديد الأولويات</p>	<p>محاضرة الحوار المناقشة غرفة هادئة كرسي الاسترخاء</p>
<p>محتوى الجلسة: بعد التمهيد للجلسة واسترجاع الواجب المنزلي تقوم الطالبة الباحثة يتم تحديد الأفكار السلبية التي تم استخلاصها من الجلسات الماضية وتحديدها والعمل على حذفها وتصحيحها أو إبدالها بأفكار إيجابية وهي تتم بعدة خطوات. حيث نقوم مع المفحوص بشرح التصور المعرفي الخاص لمعظم الانفعالات الضاغطة وغير السارة التي ينتج عن تعايشه في بيئة ومع الناس الذين يتعايشون معهم وعن ما يدور في تفكيرهم عن ذاتهم وما يتكلم الناس عنهم وعن المواقف التي يمرون بهم. حيث يقوم المعالج بعض التشوهات المعرفية تنوعه ثم مرحلة تحليل مشكلات المريض في سياق معرفي في هذه المرحلة على إدراك أن التوتر والضغط كلها حالات ترتبط بالمعتقدات الخاطئة ثم تعليم المدمن تصحيح وتعديل الأفكار الداخلية التغذية الراجعة وفي الأخير</p>		
<p>الجلسة العلاجية: العاشرة</p>		<p>المدة: 120</p>
<p>إعادة البناء المعرفي</p>	<p>✓ استحضار الواجب المنزلي. ✓ التدريب على إعادة البناء المعرفي.</p>	<p>الحوار والمناقشة المحاضرة</p>
<p>محتوى الجلسة: ترحب الباحثة بالمبحوث وتستأنف الجلسة بمناقشة الواجب المنزلي للجلسة الماضية والاستمرار في تكملة ما دار في الجلسة السابقة حيث تعتمد هذه الجلسة على تدريبه في إيجاد طرق جديدة للتفكير والفهم للمواقف ومساعدتهم على ربط بين تفكيرهم والأحداث التي جربوها وتوجيه المجموعة التجريبية لتنمية معارفهم المرتبطة بأحداث الحياة واستخدام المناقشة المنطقية للتفكير بطريقة تسهم في تخفيف من الإدمان تدريجيا بمساعدة الفريق الطبي وبالتالي فإن إعادة البناء المعرفي بشكل سليم واكتساب جوانب معرفية جديدة ترتبط بمشكلته لتحل محل الأفكار والمعرف الخاطئة حتى يستطيع أن يوظف ما تعلمه. واستخدام طريقة البوصلة لتحديد المهام التي يقوم بها</p>		
<p>الجلسة العلاجية: الحادي عشر الأخيرة</p>		<p>المدة: 120 دقيقة</p>
<p>تقييم</p>	<p>✓ تلخيص ما دار في الجلسات السابقة.</p>	<p>الحوار</p>

ومتابعة العلاج	<ul style="list-style-type: none"> ✓ معرفة آراءهم واستفادتهم من البروتوكول. ✓ إجراء القياس البعدي بعد نهاية الجلسة. ✓ الاتفاق على موعد للقياس التتابعي بعد شهرين. 	المناقشة
----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------

محتوى الجلسة: تقوم الباحثة بالترحيب بالمبحوث وتشكرهم استكمال البرنامج بشجاعة على الرغم من التعب الذي كان بادي عليهم أثناء الجلسات (قلق، توتر، الإرهاق نفسي...).

تناقش الباحثة البروتوكول مع المبحوث وتعرف رأيه عنه وما مدى استفادتها منه تقدم لهم النصيحة الطالبة الباحثة الاستمرار في استعمال تلك المهارات خاصة الاسترخاء العضلي والعقلي واستخدام التنفس للتخفيف من حالات القلق، التوتر.... التي تواجهه في حياته والتأكيد على ضرورة ضبط الذات، وممارسة الأفكار البديلة المضادة للأفكار الخاطئة في بعض المواقف التي يتعرض إليها مستقبلا استخدام المهارات التي تدرّب عليها لتعرف على المعتقدات الخاطئة ودحضها وتفكيك الأفكار المستعصية، وحل المشكلات...

تقوم الباحثة بالقياس البعدي للمجموعة التجريبية لمقياس التشوهات المعرفية وتتفق الباحثة مع المبحوث على أن يكون هناك جلسة تتبعية بعد شهرين.

خامسا: إجراءات الدراسة: أقيمت هذه الدراسة وفق الخطوات التالية:

✓ إلقاء الضوء على بعض الأطر النظرية والدراسات سابقة المتعلقة بمتغيرات الدراسة.

✓ اختيار المقياس المناسب: لإجراء هذه الدراسة وتم اختيار مقياس التشوهات

المعرفية للحارثي (2012)، وبناء بروتوكول علاجي قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي.

✓ تم تطبيق أدوات الدراسة الاستطلاعية (مقياس التشوهات المعرفية) على عينة استطلاعية قوامها

(34) مدمن مركز علاج الإدمان بمستشفى فرانس فانون، وذلك للتأكد من صدق وثبات المقياسين.

✓ وعرض البرنامج العلاجي على أساتذة جامعيين و (مختصين محكمين).

✓ تم تطبيق أدوات الدراسة الأساسية (مقياس التشوهات المعرفية) على عينة أساسية قوامها (17) فرد

لكلا المجموعتين مجموعة ضابطة وتجريبية بمركز علاج الإدمان بفرانس فانون بالبلدية، للتحقق من

فرضيات الدراسة.

✓ تصحيح المقياس وضع البيانات في جداول، واستخلاص النتائج وتفسيرها ومناقشتها.

✓ صياغة المقترحات في ضوء نتائج الدراسة المتحصل عليها.

سادسا: الأساليب الإحصائية: للتحقق من فروض الدراسة تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية

للعلوم الاجتماعية الإصدار (21spss) كما تم الاعتماد على عدد من الأساليب الأخرى وهي:

✓ شاييرو ويلك، كليومونروف سيومنروف

✓ معامل الارتباط بيرسون.

✓ اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.

✓ معامل ألفا كرونباخ لحساب الثبات، ومعادلة جتمان للتجزئة النصفية.

✓ المتوسط الحسابي والافتراضي والانحراف المعياري.

خلاصة الفصل:

تطرقنا في هذا الفصل إلى أهم الخطوات المتبعة في الجانب الميداني للدراسة للتعرف على خصائص العينة الاستطلاعية وكذا الأساسية، بالإضافة إلى حساب الخصائص السيكومترية (الصدق، والثبات) لمقياس التشوهات المعرفية، وأسفرت النتائج عن صدق المقياس وثباتهما، وبناء بروتوكول علاجي قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي وبالتالي ترى الباحثة أنه يمكن الاعتماد عليهما في دراستنا الحالية.

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

تمهيد.

أولاً: اختبار اعتدالية التوزيع

ثانياً: عرض نتائج الفرضية الأولى مناقشة وتفسيرها.

ثالثاً: عرض نتائج الفرضية الثانية مناقشتها وتفسيرها.

رابعاً: عرض نتائج الفرضية الثالثة مناقشتها وتفسيرها.

خامساً: عرض نتائج الفرضية الرابعة مناقشتها وتفسيرها.

سادساً: الاستنتاج العام.

مقترحات الدراسة.

خاتمة.

تمهيد:

كل موضوع له بداية انطلاق وله نتائج يتم الحصول عليها بالاعتماد على البيانات المقدمة في الاستبيان والمقابلات التي قام بها الباحث لكي يستطيع معالجتها إحصائياً، فتم التأكد من اعتدالية التوزيع وان بياناتنا تتبع التوزيع الطبيعي (لن يتم اختيار الاختبارات المناسبة والحصول على نتائج وجب على الباحث تفسيرها).

أولاً: اختبار اعتدالية التوزيع: (اختبار التوزيع الطبيعي)

استخدمت الباحثة لاختبار صحة فروض الدراسة تم التحقق من لاعتدالية التوزيع، من عدمه باستخدام كل من الاختبارين كولموجروف-سمرنوف-kolmogoro -smirnova واختبار شابيرو ويلك (shapiro-wilk) لفحص اعتدالية التوزيع للبيانات و الجدول(11) يوضح ذلك ما أسفرت عليه المعالجة.

الجدول رقم(10)

يوضح نتائج اختبار كولموجروف -سمرنوف؛ وشابيرو ويلك لفحص اعتدالية التوزيع لأبعاد مقياس التشوهات المعرفية

اختبار شابيرو - ويلك		اختبار كولموجروف - سمرونوف		البيانات مقياس
مستوى الدلالة	درجة الاختبار	مستوى الدلالة	درجة الاختبار	
0.189	0.956	0.200*	0.119	التشوهات المعرفية

يتضح من الجدول رقم(10) أن القيمة الاحتمالية لمستوى الدلالة (sig) (0.186) لدرجة مقياس التشوهات المعرفية كانت أكبر من مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) وهذا يدل أن توزيع البيانات لهذه الدراسة يتبع التوزيع الطبيعي، لذلك نستخدم الاختبارات المعملية للإجابة على فرضيات الدراسة ونقول إن البيانات تخضع للتوزيع الطبيعي.

ثانياً: عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها وتفسيرها:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الطالبة الباحثة بحساب اختبار (ت) لدلالة الفروق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في درجات التشوهات المعرفية قبل تطبيق البرنامج باستخدام اختبار "ت" للمجموعتين في الجدول رقم:(11) عرض النتائج التي أسفرت عنها المعالجة الإحصائية.

الجدول رقم(11)

حساب قيمة(ت) لمتوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التشوهات المعرفية في القياس القبلي

المقياس	متوسط القياس التجريبية		متوسط القياس الضابطة		درجة الحرية	درجة الارتباط	قيمة (ت)	مستوى دلالة
	م-حسابي	إ-معياري	م. حسابي	إ. معياري				
التشوهات المعرفية	169.88	26.019	174.41	27.912	16	0.276	0.462	0.651

ويتضح من الجدول رقم (11) أنه لا توجد فروق دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01)(0,05)

بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة لتصحيح التشوهات المعرفية، بلغت قيمة (ت)

(0.462) بعد تطبيق البروتوكول المعرفي السلوكي، مما يشير إلى تحقق الفرضية.

نقول: أن عدم وجود فروق في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات أفراد العينة الضابطة

ومتوسطات العينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات حيث تعزو الباحثة هذه النتيجة أن

كلا الفئتين هما مدمنان ولا يوجد فرق بين العينة الضابطة والعينة التجريبية، G1-G2 في القياس القبلي

أي انهم يحملون نفس الصفات ومتكافئين ولم تدخل عليهم أي برنامج علاجية نفسية.

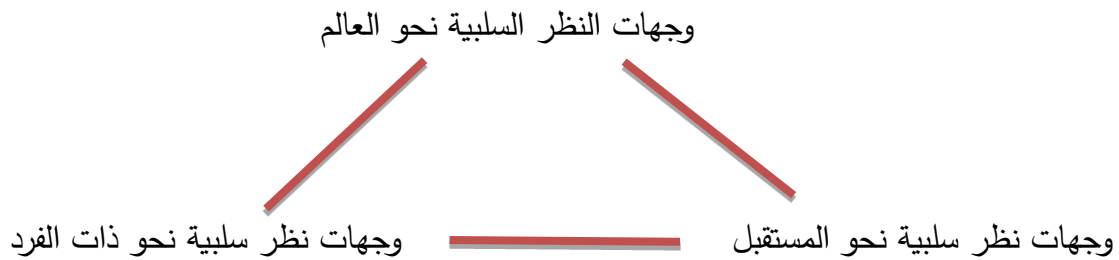
وتفسر الطالبة الباحثة النتيجة أن فئة المدمنين لهم سمات إدمانية لتشوهات المعرفية وهذا ما لا حضناه

في مقابلاتنا معهم، وما لمسناه في الجانب النظري في تناول خصائص التشوهات المعرفية أن التنشئة

الاجتماعية الصارمة للفرد في إيجاد بيئة ملائمة لحدوث التشوهات المعرفية، كما لمسناها في وجهات

نظر المدمنين نحو العالم الذي ينظر إليه نظرة سلبية تشاؤمية على مجتمع سيئ وهو من دفعه للإدمان،

وكذا نحو ذاته نظرة سوداوية عن نفسه وظهور انفعالات مؤلمة ومبالغ فيها نحو الحدث.



الشكل (08) الثالث المعرفي السلبي

الشكل رقم(08) الثالث المعرفي السلبي يوضح أن المعتقدات السلبية للذات تؤدي إلى رؤية العالم على نحو غير واقعي ، ومن ثم رؤية المستقبل بصورة متشائمة التي تنعكس بدورها على صورة الذات (cbt ، 2016)

وتعزو الطالبة الباحثة النتيجة إلى عدة عوامل منها :

سمات الشخصية الخاصة بالمدمنين الشخصية (الشخصية الإكتئابية، الشخصية المتهيبة للمجتمع، الشخصية المكروبة ، الشخصية السيكوباتية، المعاقبة لذاتها، والغير ناضجة، والمعتل جنسيا) مثلما تم عرضه في الجانب النظري التي تختلف من فرد لأخر وارتباطها بالبيئة الاجتماعية لكل واحد فتتميز سمات الشخصية الفرد المدمن بمتغيرات وجدانية سالبة مثل نقص في الدافعية لديهم الشعور باليأس من الحياة ومن ما هو محيط بهم، الشعور بالعجز والمزاج الاكتئابي والاتجاه نحو الإدمان، الميل الانتحارية ونقص في تقدير الذات ويعد الإدمان على المخدرات من مواصفاته انه يوصم باللامبالاة فهي تعبر أنها انتهاكات أخلاقية.

إن الاعتماد ليس له يد في اختيار واقع الفرد بل هو قرار يتم اتخاذه في التفاعلات العصبية للفرد ووسطه الاجتماعي والعوامل الثقافية والبيئية.

كما تؤول النتيجة إلى أن اكثر التشوهات المعرفية شيوعا بين المدمنين تأتي في صورة عدم التسامح مع الذات بحيث يصدر أحكام سلبية تشاؤمية على نفسه وعلى المحيطين من حوله. وتأتي هذه التشوهات في صور المغالاة الفرد عند بلوغه المستويات التي وضعها لنفسه.

فيما تعزو النتيجة إلى عينة المدمنين في مصلحة علاج الإدمان بفرانز فانون بالبليدة كان لعامل العمر دور في جعل التشوهات المعرفية منتشرة ولو بشكل متوسط من خصائص العينة (مجتمع الدراسة) انحصرت بين(19-40) سنة وهي فترة عمرية حساسة فهي مراحل انتقالية ما بين الطفولة المتأخرة و المراهقة وفترة الرشد فترات النمو المتواصلة ونم الخبرات المتقاربة ومتنوعة التي تؤثر على علاقاتهم مع

بعضهم، يؤثرون ويتأثرون ببعضهم. وبحثهم عن التفكير الكمالي وإظهار الصورة المثالية عن ذاتهم من خلال ما يصدر عنهم، وكذا من اجل لفت الانتباه الآخرين كتعبير ورسالة يرسلها للآخرين بأنهم اصبحوا كبار

أو من خبرات السلبية والتشاؤمية كاليأس والقلق عدم الثقة في الذات والفشل على الصعيدين العائلي والمجتمعي فأغلب عينتنا من البطالين (10) من اصل (17) لأفراد العينة ذو مستوى اقتصادي متوسط ومستوى تعليمي (بين المتوسط والثانوي) (10). وهذا ما لمسناه من خلال قيامنا بالمقابلات مع مجموعة عينتنا في الحوار معهم انهم حاقدين على الدنيا وما فيها وعلى انفسهم قبلها ويرجعون السبب الأول الذي أدى بإدمانهم هو المجتمع الذي قدهم إلى حافة الإدمان وتعبّر هذا عن تشوه معرفي لوم الآخرين وإسقاط أخطائهم على غيرهم.

فيما يلعب دور الأسرة المنشأ الوليدي والتنشئة الاجتماعية دور كبير في تعلم الفرد الأفكار الإيجابية ، فالتنشئة الإيجابية الخاطئة والسلبية للأفراد المدمن حيث أن التشوهات المعرفية تبدأ منذ الصغر حيث تبدأ في التكوين منذ الطفولة المبكرة بحيث تكون المخططات المعرفية للفرد وبشكل خاص في الأفكار الأولى التي يتبناها ويكتسبها من طريقة تفاعله مع والديه وتفاعله من هم حوله ، وهو ما يكسبه خبرة إيجابية متفائلة أو خبر متشائمة ذات اتجاه سلبي سواء نحو ذاته أو نحو المحيطين به والبيئة الاجتماعية وكذا المجتمع (فإذا كانت أفكارهم منطقية ، كانت أفكاره كذلك وإلا فلا)، فأفكاره تأخذ شكل البيئة المحيطة به والمحيط الذي نشأ ويعيش فيه في مناطق متفرقة من الوطن وكل منطقة ومعتقداتها وقيمهم وظروفهم الاقتصادية وبما أن فئتنا ذكور تفكيرهم فيه نوع من السخط على المجتمع مع فشلهم فيه.

وقد ترد الباحثة النتيجة أيضا إلى ما تم عرضه لمواقف حياتهم تحوي معتقدات مشوهة وأفكار غير عقلانية ثم من تفسير لعدم عقلانية هذه المعتقدات والتشوهات وآلية التعامل معها وتحويل هذه المعتقدات السلبية إلى أفكار ومعتقدات إيجابية وبناءه. لكن المدة التي يمكثها المدمن قليلة جدا.

ثالثاً: عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها وتفسيرها:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات لصالح المجموعة التجريبية "

وللتحقيق من صحة هذه الفرضية، وللكشف عن دلالة اتجاه الفرق بين متوسطي درجات المجموعتين التجريبية والضابطة في التشوهات المعرفية بعد تطبيق البرنامج قامت الباحثة بحساب قيمة (ت) بين الدرجات، والجدول رقم(12) بين نتائج المعالجة الإحصائية بعد تطبيق البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي.

الجدول رقم (12)

يبين نتائج اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس البعدي لدى أفراد العينة

مستوى الدلالة	دلالة الارتباط	قيمة (ت)	درجة الحرية	العينة التجريبية		العينة الضابطة		المقياس
				م، حسابي	إ، معياري	م، حسابي	إ، معياري	
0.175	0,095	1,420	16	26,012	169,88	24,034	157,12	التشوهات المعرفية

يتضح من الجدول رقم:(12) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0,01) بين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات بعد تطبيق البروتوكول المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية أن قيمة(ت)(1.420) وبالتالي لم تتحقق الفرضية(لا توجد فروق بين القياس البعدي للمجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة).في حين كان يجب أن تكون هناك فروق بين التطبيقين للمجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي.

تعزو الطالبة الباحثة النتيجة إلى ما تضمنه البرنامج العلاجي المعرفي السلوكي من الفنيات من تغيير في الأفكار الآلية، التحيل الاسترخاء والتدريب عليه، لعب الأدوار، النمذجة هذا بالإضافة إلى ما تضمنه من مهارات من شأنها تنمية التفكير، والتدريب على حل المشكلات، وتنمية الثقة بالنفس، وخلق الدافعية لدى المدمنين وهو الشيء الذي ينقصهم بكثرة كلها مهارات من شأنها الحد من التشوهات

المعرفية كما أن هذه التقنيات التي تضمنها جلسات العلاجية بالتنوع والدقة وقد راعت الباحثة التسلسل في عرض الجلسات والاهتمام بالتسلسل، وبالتالي ساعد ذلك في خفض التشوهات المعرفية الموجودة لديهم. كما أن للأخصائي النفسي الدور المهم في نجاح العلاج المعرفي السلوكي حيث أوضح هوفمان (2012) دورهم مهم في المساعدة على ادراك معتقداتهم الخاصة التي تسهم بشكل كبير في مشكلاتهم النفسية كما أن لديهم القدرة على استنباط رد الفعل مقدما مما يسهم بشكل فعال على تغيير المعتقدات والسلوكيات التي تهزم الذات بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي يتعلمون تحديد المفاهيم الخطأ لديهم واختيار صحة أو صدق أفكارهم واستبدالها بأفكار صحيحة غير مشوهة وأكثر عقلانية وأكثر تكيف مع حاجاته.

وتفسر النتيجة في ضوء ما أفصح عليه المدمنين على المخدرات من أحاديث وتفاعلات في بداية تطبيق البروتوكول، حيث كانوا يشعرون كلهم معظم الوقت انهم ضحية المجتمع ويعبرون عنه بالمجتمع الفاسد وبأن حياتهم كلها سيئة بسبب تسممهم بالمواد المخدرة وتعاطيها، والنظرة المتدنية عن أنفسهم حول ذاتهم ونظرة المجتمع لهم على انهم أناس منبوذين.

لهذا لم نجد الفرق بين المجموعتين لان تفكير الفرد المدمن وإدراكه للمواقف الحياتية المختلفة أثرت على إحداث فرق في المجموعتين فكلاهما ما تزال متأثرين بإدراكهم لمواقف حياتهم والخبرات الماضية، كما أن المدة التي يقضيها الفرد المدمن على المخدرات في المشفى غير كافية لتغيير ما عاشه طيلة حياته في 15 يوم

رابعا: عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها وتفسيرها:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي القياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات لصالح القياس البعدي."

عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

الفصل السادس:

لتحقق من صحة الفرضية، والكشف عن دلالة واتجاه الفروق بين متوسطي درجات القياس القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في التشوهات المعرفية فقامت الباحثة باستخدام اختبار (ت) للبيانات المرتبطة وتلخص الباحثة ما توصلت إليه من نتائج في الجدول رقم (13) الآتي:

الجدول رقم: (13)

بين نتائج اختبار "ت" لمتوسطي درجات القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية التي تتلقى العلاج

المعرفي السلوكي في التشوهات المعرفية

المقياس	متوسطي القياس القبلي		درجة الحرية	متوسطي القياس البعدي		دلالة الارتباط	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	م. حسابي	إ. معياري		م. حسابي	إ. معياري			
التشوهات المعرفية	174.71	27.912	157.12	24.034	16	0.288	1.737	0.102

يتضح من الجدول رقم (14) أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات القياسين

القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية التي تتلقى العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات ومنه لم تتحقق الفرضية الرابعة.

اختلفت نتائج دراستي مع دراسة (محمد وخليفة، 2022)

في حين اتفقت دراستي ودراسة (الطموني، 2019)

وتفسر الطالبة الباحثة أنه بعد تطبيق نتيجة بروتوكول القائم على العلاج المعرفي السلوكي كان ذو تأثير في تصحيح التشوهات المعرفية وأبعاده الفرعية ولو بالقليل لأن المدمن وفي مدة 15 يوم (المدة المحددة لمدمني المخدرات للمكوث بالمصلحة علاج الإدمان) البروتوكول، لا تكفي وأن الأساليب العلاجية والمهارات والتقنيات المستخدمة في البروتوكول شاملة نوعا ما وتعطي جوانب مختلفة لدى عينة البحث حيث أن التدريب على بعض المهارات يمكن الفرد من التعرف على الأفكار الخاطئة المشوهة لديه ومواجهة الضغوط وحل المشكلات وبالتالي تسهيل إمكانية الوصول إلى أهدافه وتفريغ انفعالاته السلبية وتعديل الأفكار المنحرفة بطريقة تكيفية هذا لو كانت مدة إقامتهم طويلة وتتفق الدراسة مع دراسة. يتضح

من نتائج الدراسة الحالية أن اضطراب التشوه المعرفي يسيطر بدرجة كبيرة وملحوظة على الجانب النفسي والاجتماعي ومعظم سلوكيات المدمن على المخدرات، مما يعقه،

يمكن القول أن طبيعة النشاطات والممارسات التي تم تكليف المدمنين بها للمجموعة التجريبية وتعليمهم كيف ويستبدلوا كلماتهم وأفكارهم حتى يصبحوا تفكيرهم أكثر منطقية وعقلانية وقد يكون لاختبار موضوعات جلسات البرنامج العلاجي أثر كبير في إيجاد هذه الفروق بين المجموعتين لصالح المجموعة التجريبية فمن خلال مناقشة التشوهات المعرفية والأفكار الخاطئة وأنواعها وطرق التعامل معها اكتسبت العينة التجريبية المعرفة والخبرة في المواجهة لهذه المعتقدات فيما تضمنه حضورهم جلسات البرنامج من تعلم المهارات وفنيات ناجحة تساعد على تغيير المعتقدات والأفكار الخاطئة إلى الأفكار والمعارف الصحيحة بينما افتقدت المجموعة الضابطة إلى مثل هذه الفوائد التي حضرها أفراد المجموعة التجريبية عند حضورهم جلسات البرنامج الحالي.

كما نلمس انه اذا كان إدراكه للموقف الذي تحدث معه منطقيا فتكون لديه استجابات منطقية وإما يكون لديه تشوه معرفي يؤدي إلى استجابات غير منطقية

خامسا: عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها وتفسيرها:

تنص هذه الفرضية على ما يلي: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات لتحقق من صحة الفرضية، وللكشف عن دلالة الفرق بين متوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية التي طبق عليها العلاج المعرفي السلوكي في التشوهات المعرفية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" للبيانات المرتبطة وتلخص الباحثة ما توصلت إليه من النتائج في الجدول رقم (14) الآتي:

الجدول رقم: (14)

يبين نتائج الحساب قيمة "ت" لمتوسطي درجات القياسين البعدي والتتبعي

المقياس	متوسطي القياس البعدي		متوسطي القياس التتبعي		درجة الحرية	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
	م. حسابي	إ. معياري	م. حسابي	إ. معياري			
التشوهات المعرفية	157.12	24.03	175.00	21.36	16	2.654	0.017

يتضح من الجدول رقم: (15) أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01) بين

متوسطي درجات في القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية التي تتلقى العلاج المعرفي السلوكي

في تصحيح التشوهات المعرفية، مما يشير إلى تحقق الفرض الخامس من فروض الدراسة.

انفقت دراستي ودراسة (محمد وخليفة، 2022)؛ ودراسة (عبيد، 2020) واختلفت ودراسة (كريكير ومذكور،

(2021)؛ وعبد الواحد وحسانين، 2021) (الطموني، 2019).

وتفسر الطالبة الباحثة النتيجة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين متوسطي

درجات القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية التي تتلقى العلاج المعرفي السلوكي ولتصحيح

التشوهات المعرفية مما يشير إلى تحقق الفرض الخامس.

وبعد تطبيق البروتوكول واستخدام المهارات والفنيات الخاصة به تمكنوا من الوصول الأفضل عن

طريق التعرف على انفسهم والتصالح مع ذاتهم وتحسين العلاقة مع الآخرين وتدريبهم على عدم إلقاء

اللوم على كل شيء سلبي يحدث لهم، وكذا النظرة التفاؤلية والعقلانية للأمور والأحداث، وعدم التسرع في

الحكم على الأشخاص وعدم الحكم على الأمور دون سماع الموقف كاملاً أو القفز إلى النتائج دون سماع

التفاصيل. كما ترجع أهمية البروتوكول في دمج التقنيات والفنيات معا وتشتمل على الفنيات الإجرائية

للاسترخاء الذي شكل جزء مهم من البرنامج العلاجي والتخيل والحوار الذاتي لأن الحوار الذاتي يساعد

الأفراد على التأمل في تفكيرهم ومراجعتهم ردود أفعالهم وتقييم المواقف التي يمرون بها وبالتالي فهي

طريقة جيدة للتخلص من الأفكار السلبية اللاعقلانية المصاحبة لتشوه المعرفي.

كما نلاحظ أن البروتوكول يكون أكثر نجاعة لدى المدمنين على المخدرات للأفراد الذين يعانون من الخلل وظيفي، أو الضغوط النفسية، والتشوهات المعرفية كما أن التقارب بين رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتابعي على مقياس التشوهات المعرفية أدى إلى أن الاستمرارية البسيطة لمفعول البرنامج بعد تطبيقه لمدة شهرين من انتهاء التطبيق إثر تعليم المهارات والمعارف الصحيحة ينجح في مواجهة المعتقدات المشوهة والأفكار غير صحيحة واستبدال أخرى صحيحة وإيجابية وفعالة بها. فإن استخدام الواجب المنزلي ساعدة أفراد العينة التجريبية على تعميم ما تعلموه خلال جلسات البروتوكول على مواقف حياتية واقعية حية .

بل تساعد من ناحية أخرى على تقوية وتدعيم الأفكار الصحيحة وهذا ما جعل فاعلية البرنامج كانت لتكون أفضل تأثيره المستمر على تفكير وانفعال وسلوك أفراد العينة التجريبية.

سادسا: الاستنتاج العام:

نستنتج من الهدف الذي ترمي إليه الدراسة الحالية إلى الموسومة بمساهمة البروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوّهات المعرفية لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان لتصحيح أفكاره السلبية وتصوراتهم ومفاهيمه المشوهة والذي تم فيه الاعتماد على مقياس فيصل ربيع الحارثي(2012) المتكون من (54)عبارة وعلى (10) أبعاد شكلت سمات التشوّهات المعرفية أي أنواعها التي تناولها مؤسسي العلاج المعرفي السلوكي مثل أرون بيك، ألبيرت البس، ماكنوبوم، على عينة دراستنا المتكونة من(17)فرد مدمن للعينة الضابطة و(17)فرد مدمن للعينة التجريبية، النوع الاجتماعي كلهم ذكور، تم ضبط التكافؤ بين المجموعتين من العمر والمادة الإدمانية وعدم وجود أمراض جسدية ونفسية أخرى كاضطرابات الشخصية وبعد عرض الجانب النظري واستعراض الدراسات السابقة القريبة من موضوع دراستنا، تم تكيف مقياس التشوّهات المعرفية وحساب الخصائص السيكو مترية (من صدق وثبات مقياس) وتم عرض البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي من طريقة بناء الجلسات وعرض الفنيات والتقنيات المستخدمة في البروتوكول المعتمد على الفنيات المعرفية والتقنيات السلوكية والمزج بينهما لعمل البروتوكول على أساتذة ومختصين ذو خبرة في الميدان وتم اعتماد ما وافقوا عليه بعد تحكيم البروتوكول وتم تطبيقه على أفراد المجموعة التجريبية ومن أمثله لهذه الفنيات المستخدمة تعديل الأفكار الخاطئة الاسترخاء وتوكيد الذات، التخيل، بناء الأفكار، لعب الأدوار، النمذجة، حل المشكلات... كما تم عرض بعض الأدوات المساعدة استعارة الحفرة، بوصلة الحياة، تحديد الهدف، المتكون من (11)جلسة ، كما تم استخدام المقابلة العيادية وشبكة الملاحظة على عدة وسائل مساعدة كسجل الأفكار وتحديد الأفكار المشوهة ونوع التشوّه المعرفي والقيام بعد الانتهاء بتنفيذ البرنامج بالمعالجة الإحصائية لفرضيات الدراسة القياس القبلي والبعدى والتتبعي الذي تم بعد شهرين من انتهاء تطبيق البرنامج وتم التوصل على النتائج التالية

- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشهوات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشهوات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشهوات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي القياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان.
- ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشهوات المعرفية وبين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتابعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان.

الخاتمة:

بعد ما توصلت إليه دراستنا الحالية كتغطية لأحد الأساليب العلاجية لنظرية المعرفي السلوكي التي تعد رابطاً مباشراً لموضوع التشوّهات المعرفية والإدمان على المخدرات، ومن تلك المتغيرات كانت انطلاقاً لدراستنا الذي تم التطرق في جانبها النظري والتطبيقي، ومن خلال ما تم التطرق له وكذا اسنعراض الدراسات السابقة، وما توصلت له من نتائج في الدراسة الحالية والذي قدمت فيه الطالبة الباحثة مفهوماً لتعاطي والإدمان على المخدرات بأنه احد الاضطرابات النفسية ومشكلة اجتماعية تتعدد أسبابها ومثل هذا الإدمان من أجل ذلك تم معالجة مشكلة دراستنا بالاعتماد وتبني النظرية المعرفية السلوكية التي ظهرت على يد العالم بيك هو أحد مؤسسيها في موضوع تعاطي المخدرات والنموذج العلاجي لهذه الظاهرة الحساسة والمنتامية إلى أبعد من ذلك، حتى اصبح الإدمان في العالم الافتراضي، سواء في وسائل التواصل الاجتماعي أو في الموجات الصوتية - الأدوية الرقمية - وكل هذا يوضح مدى أهمية موضوع الدراية ومدى التزام الباحثين المتخصصين فيه. لأنه اصبح يشكل ازمه وبائية من المرتبة الاولى، لان الباحث يدرك أن ما يميز الإنسان عن بقية المخلوقات هو ما كرمه الله به: العقل الذي يفكر به ويدير به شؤون حياته. تفكيره وإدراكه لمواقف الحياة المختلفة. إذا كان تصوره للوضع منطقياً، فقد قبل ردود الفعل والأفعال المنطقية، وما إذا كان تصوره للوضع غير عقلاني، ولديه ردود فعل واستجابات غير عقلانية وتشوّهات معرفية.

فالتشوّهات المعرفية هي ذلك الاضطراب الهادئ والصامت: الذي يعيق تفكير الإنسان في إدراكاته فهو ذلك الاضطراب الذي يفتك بالأفراد لأنه يرتبط مباشرة بأفكار وسلوكيات وانفعالات الأفراد المضطربين وخاصة على المدمنين الذين تتسم بسمات شخصيتهم بقلة الثقة بأنفسهم، ضعف الشخصية الاعتمادية. وأحياناً تظهر في مشكلة تعاطي المخدرات على الاضطرابات النفسية والسلوكية التي تظهر كنتائج لتفاعل المباشر والمستمر مع فرد مدمن فيها فيتأثر بالإدمان والتعاطي.

وأمام هذا الخطر الداهم وإدراك المخاطرة هذه الظاهرة التي تتركز لها الكثير من الجهات للمكافحة والعلاج والوقاية من الإدمان على المخدرات، فأبرز العلاجات المستخدمة لتصحيح التشنوهات المعرفية كان العلاج المعرفي السلوكي الذي يستند إلى النظرية المعرفية للعلاج من تعاطي المخدرات الخطرة ومنه يظهر الدور الفعال للعلاج النفسي عامة والعلاج المعرفي السلوكي خاصة.

وهذا ما سعت إليه الطالبة الباحثة من تطبيق هذا البروتوكول في دراسة الحالية للوصول إلى نجاح هذا البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشنوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات مع تطبيق تلك الفنيات والفنيات للعلاج المعرفي السلوكي. فبالرغم من عدم مساهمة البروتوكول بسبب المدة التي يمكثها العميل المدمن قصير جدا جدا بالمقارنة بخطورة اضطراب التشنوهات المعرفية والإدمان على المخدرات وفي نهاية خلصت الدراسة إلى مجموعة من النتائج نوجزها في ما يلي:

1. مساهمة البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشنوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات فكانت نتيجة في البداية عدم وجود فروق بين المجموعتين الضابطة والتجريبية في القياس القبلي على مقياس التشنوهات المعرفية باعتبار أن كلا المجموعتين الضابطة والتجريبية لم يخضعوا لأي برنامج علاجي أو إرشادي حيث يملكون نفس المعتقدات المشوهة والتصورات السلبية عن ذاتهم وعن المجتمع المحيط بهم لذا لا نلاحظ أي مساهمة لهذا البروتوكول في هذه المرحلة من القياس. ومنه نخلص أن نتيجة الفرضية هي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشنوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان.

2. مساهمة البروتوكول القائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشنوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات بين درجات قياس المجموعة الضابطة ودرجات المجموعة التجريبية في القياس

البعدي بعد تطبيق البروتوكول وسبب هذه النتيجة يعود إلى مدة مكوث أفراد العينة قانون المصلحة وكذا أن المدمن سمات شخصيته ضعيفة الإرادة لا تستطيع التحكم في السلوك وتخشى الفشل دائماً لا تقاوم الإغراءات الخارجية لهذا نلاحظ أن الكثير من المدمنين على المخدرات تحدث لهم الانتكاسة، فالسمات النفسية يكونون أكثر أنانية وتركيزهم يكون حول ذاتهم حتى انهم لا يمكنهم من تأجيل إشباع رغباته ويريد إرضاءها على وجه السرعة، كما يعانون من القلق لذلك يلجأ إلى المادة المخدرة لتخفيف هذا القلق. على حسب نوع شخصية المدمن فشخصيته المكتئبة والمتشائمة والمتوترة، تخفض مستوى طموحه وغير قادرة على تحمل الإحباط والحرمان. لذلك يلجأ إلى تكرار تعاطي المخدرات واستخدامها لتقليل هذا التوتر. وزد على وهذا الرغبة في زيادة التعاطي المتنامية، أما السمات الاجتماعية للشخصية المدمن تكمن في أن الشخصية غير الناضجة وغير قادرة على تكوين علاقات اجتماعية وإيجابية. شخصية اعتمادية غير قادر على الاعتماد على نفسه، غير قادر على أن يكون مستقلاً عن الوالدين، وشخصية متمردة متهورة اجتماعياً وأخلاقياً وعقلياً على كل ما حوله. في حين كانت تكون هناك مساهمة للبروتوكول لو اتبحت له الظروف المناسبة لذلك بسبب التقنيات المستعملة كالاسترخاء والتخيل إعادة بناء الأفكار - توكيد الذات - النمذجة - لعب الأدوار - الواجب المنزلي ورغبة المجموعة التجريبية في التفاعل مع البروتوكول لكن بسبب مدة المكوث لأنه عند خروجهم من المصلحة يكون بداية خروج السموم من أجسادهم ويحتاجون مساعدة من هم حولهم حسب ما لمستته الطالبة الباحثة عند قيامها لدراستها الميدانية ولهذا كانت نتيجة "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج".

3. مساهمة البروتوكول في تصحيح التشوهات المعرفية بين لدرجات المجموعة التجريبية في القياس القبلي درجات المجموعة التجريبية في القياس البعدي وجود نجاعة العلاج المعرفي السلوكي لنفس الأسباب السالفة الذكر أي انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين

متوسطات درجات أفراد القياس القبلي للجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان.

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتابعي للجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان.

ختام القول أن التشوهات المعرفية والإدمان على المخدرات يمكن أن يؤديا إلى اضطرابات نفسية شديدة وتأثيرات سلبية على الجسم والحياة الاجتماعية والعائلية للشخص المدمن. ومع ذلك، فإن الشفاء من الإدمان ممكن ويمكن تحقيقه عبر العلاج الطبي والنفسي والدعم الاجتماعي والعائلي. عندما يتلقى المدمن العلاج اللازم ويتخذ خطوات نحو الشفاء، يمكن للدماغ أن يتعافى ويتكيف مع عدم وجود المخدرات. يمكن أن تستغرق عملية الشفاء وقتاً وجهداً كبيراً، لكنها تستحق الجهد الذي يبذله الفرد.

فبعد الشفاء يجب على الفرد المدمن الحفاظ على نمط حياة صحي والابتعاد عن المخدرات، ومواصلة العلاج النفسي والدعم الاجتماعي لمنع عودة الإدمان لمنع الانتكاسة. ويجب علينا جميعاً كمجتمع مدني التعرف على خطورة المخدرات وأضرارها على الجسم والعقل والحياة الاجتماعية، وتشجيع المدمنين على البحث عن العلاج اللازم ودعمهم في مسيرتهم نحو الشفاء والتعافي.

مقترحات الدراسة:

في ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج فإن طالبة الباحثة تقترح مايلي:

1. استخدام العلاج المعرفي السلوكي مع عينات واضطرابات نفسية متنوعة.
2. ضرورة استخدام تقنيات الاسترخاء والتخيل على اضطرابات نفسية أخرى لما لها من تأثيرات مرتفعة في خفض التوتر وإجراء العديد من الدراسات والبحوث على فئات عمرية أخرى.
3. العمل على تقنيات أخرى ومقارنتها بالتقنيات المستخدمة في هذه الدراسة الاسترخاء والتخيل التدريب على توكيد الذات... مع تقنيات أخرى مستمدة من العلاج المعرفي السلوكي كالبقطة الذهنية العلاج بالتقبل والالتزام.
4. ضرورة ممارسة الأخصائيين الاجتماعيين والنفسانيين العياديين والتربويين على العلاج المعرفي السلوكي من أجل مساعدة الفريق الطبي المختص لعلاج الإدمان.

قائمة

المراجع

للدراسة

قائمة المراجع:

1. ابن منظور (1988). *لسان العرب*. بيروت: دار صادر لطباعة والنشر.
2. أبو العزائم، جمال ماضي (ب س). *الإدمان أسبابه وأثاره والتخطيط للوقية والعلاج*. من الاتحاد العالمي للصحة النفسية.
3. أبو النيل، محمود السيد (1994). *الأمراض السيكوسوماتية*. المجلد (01). بيروت: دار النهضة العربية. العاسمي، رياض نايل (2015). *العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي من النظرية و الممارسة*، (ط1). عمان: دار الإعمار العلمي.
4. أبو زيد، مدحت عبد الحميد (2002). *العلاج النفسي وتطبيقاته الجماعية*، سلسلة إرشاد علاج نفسي الجزء 2. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.
5. احمد، هارون محمد (2014). *فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي لتعديل التشوّهات المعرفية المرتبطة باضطراب الوسواس القهري*. مجلة البحث العلمي في الآداب، جامعة عين شمس، (3) 15. ص ص 195-220.
6. أرون، بيك (2000). *العلاج المعرفي السلوكي والاضطرابات الانفعالية*، ترجمة عادل مصطفى، القاهرة: دار الأفق العربية للنشر والتوزيع.
7. الأسمرى، محمد بن فايز عبد الله آل محسن (2023). *التشوّهات المعرفية لدى الشباب وعلاقتها بالإدمان*. المجلة الأكاديمية للأبحاث والنشر العلمي الإصدار (47).
8. بحري، صفاء محمد (2019). *متغيرات التشوّهات المعرفية كمنبئات بسلوك التمر لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية*. مجلة كلية التربية. (29) 3. جامعة الإسكندرية.
9. بركات، زياد (2006). *التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة دراسة ميدانية في ضوء بعض المتغيرات*. أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة القدس المفتوحة.
10. بن عبد الله، فورية (2016). *دراسة فاعلية علاج معرفي سلوكي مقترح في خفض مستوى القلق العام لدى عينة من الراشدين*. رسالة دكتوراه غير منشورة، سطيف 2: الجزائر.
11. بوداري، عز الدين وبوعزة، الصالح (2021). *العلاج السلوكي المعرفي لنوى الاحتياجات الخاصة الطفل الأصم* نموذجاً. مجلة العلوم الاجتماعية. (15) 1. ص ص 37-61.

12. بوروية، أمال(2017). الاسترخاء العلاجي لإدارة الضغط النفسي لدى المراهق الجانح - اقتراح بروتوكول تشخيصي علاجي. رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة باتنة 1 .
13. بيك، أرون ورايت، فريد وبروس ليس، كوريليمان(2013).العلاج المعرفي للإدمان. ترجمة الزهراني، محمد على والجوهي، عبد الله بن عمر ورشاد، محمد. إصدارات نفسانية أساسية. رقم37
14. بيك، جوديث(1995). العلاج المعرفي الأسس والأبعاد، ترجمة طلعت مطر. القاهرة: الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.
15. تقرير المخدرات العالمي(2020) .
16. الحارثي، فيصل ربيع حامد(2012)التنشوهات المعرفية وعلاقتها بالعدوان لدى عينة من مدمني المخدرات بمستشفى الأمل بجدة. (رسالة ماجستير غير منشورة) المملكة العربية السعودية، جدة.
17. حافظ، دنيا(2019). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتدريب على أساليب إدارة الصراعات الزوجية. دراسات نفسية،(29)3. ص ص 225 - 298.
18. حجار، محمد حمدي (ب س). العلاج المبرمج في الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية من المنظور النظري إلى الممارسة العملية (حوار ذاتي). المجلة العربية للدراسات الأمنية. ص. ص 203-213 .
19. حسين، طه عبد العظيم(2007). العلاج النفسي المعرفي. (مفاهيم وتطبيقات). مصر: دار الوفاء الدنيا الطباعة والنشر
20. حسين، محمود أبو المجد وجعفر، نوارا تاج الدين(2022) . فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب المزاج الدوري لدى طلاب. كلية التربية بقنا. المجلة العلمية لكلية التربية، جامعة أسيوط(38)2
21. حسين، هدية جاسم(2012). اثر العلاج المعرفي السلوكي في خفض اضطراب الشخصية الاعتمادية لدى طلبات المرحلة الإعدادية. مجلة علوم التربية والنفسية، العدد82.
22. الحسيني، محمد(2019). العلاج المعرفي السلوكي للإدمان البرامج والفعالية. دراسات اجتماعية. المعهد المصري لدراسات. www.eipss-eg.org
23. حماد، محمد فتحي(2005). الإدمان والمخدرات: دار فجر، مصر.
24. الحميد، على حسن عيدان(2020). العلاج المعرفي السلوكي كمواجهة الطلاق بالضرر. المجلة العلمية للخدمة الاجتماعية. (1)11. ص ص 135 - 141.

الفصل السادس: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها

25. الدمرداش، عادل(1982). الإدمان مظاهره وعلاجه. الكويت: عالم الكتب.
26. الراجحي، ثامر الشرباصي محمد(2022). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في التخفيف من السلوك التمرى لدى جماعات تلاميذ المرحلة الإعدادية. *مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية*، (57)2. ص ص 393-433.
27. راوي، وفاء رشاد(2021). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالصمود الأكاديمي والعناء النفسي لدى طالبات كلية التربية للطفولة المبكرة. *المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال جامعة بور سعيد*، (18). ص ص 392-500 .
28. رشاد، محمود(1997). ديناميات العلاقة بين الإدمان و المرض النفسي. رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة: جامعة عين شمس.
29. رضوان، سامر جميل(2002). الصحة النفسية. عمان الأردن : دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
30. رضوان، سامر جميل(2009).
31. الزراد، فيصل خير الزراد(1984). *الأمراض العصبية والذهانية والاضطرابات السلوكية*،(ط1). بيروت، لبنان: دار القلم.
32. زهران، حامد عبد السلام(1977). الصحة النفسية والعلاج النفسي. القاهرة، مصر: عالم الكتب.
33. زهران، عبد السلام حامد(2005). *الإرشاد النفسي*، ط5. القاهرة: عالم الكتب.
34. سايج، سويح(2020). تحليل الحصيلة السنوية للمخدرات والإدمان-الديوان الوطني لمكافحة المخدرات وإدمانها لفترة (2012- 2019). *مجلة أنسنه للبحوث والدراسات*.11(01). ص ص 237-251.
35. سايل، حدة وحيدة(2015). *الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية*. الجزائر: دار التنوير.
36. سايل، حدة وحيدة(2020). *العلاج المعرفي السلوكي الأسس النظرية والتطبيقية*. O.sail@univ-alger2.dz.
37. سبع، هجيرة(2010). *إرشاد مرضي الصدفية بالعلاج المعرفي السلوكي*. (رسالة ماجستير غير منشورة) جامعة وهران كلية العلوم الاجتماعية
38. السندي، خالد بن عبد العزيز سليمان(2013). التشوهات المعرفية وعلاقتها بسمة الانبساط والانطواء لدى متعاطي المخدرات والمتعافين منه،(رسالة ماجستير غير منشورة). جامعة نايف للعلوم الأمنية السعودية.
39. سوييف، مصطفى(1990)المخدرات والمجتمع. سلسلة كتب ثقافة شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب. الكويت: عالم المعرفة.

40. شندوخ، على رسن ومزعل، فاضل عبد الزهرة(2019).التشوهات المعرفية لدى طلاب مرحلة الدراسة الإعدادية. مجلة كلية التربية، العدد36ج2. ص ص 523-556.
41. الشواورة، رشا اسبيتان والدحادحة، باسم محمد على احمد(2021).القدرة التنبؤية للذكاء الانفعالي بالتشوهات المعرفية لدى عينة من طلبة جامعة مؤتة. مجلة التربية ،كلية التربية. العدد(191)ج3. ص ص456-485.
42. شبباني، ليلي وعلاقفة سميرة(2020). أسس العلاج المعرفي السلوكي في العلاج النفسي عامة وعلم النفس السريري خاصة. مجلة العلوم الاجتماعية، 14(02) مكرر 1. ص ص 96-101.
43. الشبيخي، بدر حسن ومطحنة، السيد خالد(2020).التشوهات المعرفية لدى عينة من موقوفى مراكز شرطة جدة في قضايا مختلفة. المجلة الدولية للتنمية. 1(08) ص ص 15-31.
44. صابر، محمود(2009).الأفكار اللاعقلانية كإحدى مؤشرات إشكالات الأمن الفكري المؤشر باضطراب الشخصية. المؤتمر الوطني الأول للأمن الفكري المفاهيم والتحديات، السعودية: جامعة الملك سعود.
45. صابر، نفين عبد الحكيم (2009) ممارسة العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد لتعديل السلوك اللاتوافقي للأطفال المعرضين للانحراف. مجلة كلية الآداب. عدد6 . جامعة حلوان.
46. صادق محمد محمود(3003). فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي في خدمة الفرد في وقاية الطلاب من سوء استخدام الأنترنت، القاهرة، مجلة الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان.
47. صالح، علي عبدالرحمان(2013). علم النفس الوراثي. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
48. طالب، حسين(ب س). علاج المدمنين على المخدرات على ضوء التجربة السويدية في مواجهة مشكلة تعاطي المخدرات. المجلة العربية للدراسات الأمنية. ص ص 175-202.
49. الطاهر، نيفين محمود(2021).العلاج للانفعالات عند الرومانية. مجلة كلية الآداب بقنا جامعة جنوب الوادي. العدد52، الجزء. ص ص 751-765.
50. الطرايا، احمد وعبد الله حمد الله والعبيدي عدي فاروق فاضل(2020). أثر برنامج تربوي في تعديل التشوهات المعرفية لدى طالب المرحلة الإعدادية. دار الرافيدين. الملحق(72). كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة الموصل.
51. طه، فرج عبدالقادر، أبو النيل، محمود السيد، قنديل، شاكر عطية، ومحمد، حسين عبدالقادر(د س). معجم علم النفس والتحليل النفسي. بيروت: دار النهضة العربية.

52. ظاهر، هدية جاسم حسن وعلي، صفاء حسين محمد(2018). تأثير الإيحاء الذاتي وحل المشكلات في خفض التشوهات المعرفية لدى الشباب العاطلين عن العمل. (GISR-J) for Study and research journal. Global institute vol.4no6. جامعة المستنصرية، كلية التربية ص ص 15-37
53. العاسمي، رياض نايل(2016). علم النفس الصحة الإكلينيكي.(02). عمان: دار الإعصار العلمي
54. عاصلة، محمد يحي صالح(2018). التشوهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على استخدام الأنترنت لدى طلبة المرحلة. الثانوية في منطقة عرابة. رسالة ماجستير. جامعة عمان العربية، الأردن
55. عبد السلام، فاروق(2077). سيكولوجيا الإدمان. القاهرة: عالم الكتب.
56. عبد الغالي، تيايبيبة(2018). الإدمان على المخدرات (دراسة نفسية في ضوء متغير لهفة الإدمان)مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية.(5). 10ص ص 13-24.
57. عبد المنعم، حسيب عبد الله(2006). مقدمة في الصحة النفسية. الإسكندرية، مصر: دار الوفاء للطبع والنشر.
58. عبد المنعم، عفاف محمد(2007). الإدمان ، ط1. مصر: دار المعرفة الجامعية.
59. عبد الواحد، إبراهيم سيد احمد وحسانين، السيد الشبراوي احمد(2021). التشوهات المعرفية لدى طلاب الجامعة وعلاقتها بكل من القلق الاجتماعي وإدمان الأنترنت. مجلة التربية، كلية التربية بالقاهرة. جامعة الأزهر. (189)1. ص ص، 7-50.
60. عبيد، محمد حسين محمد(2020). فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في التحقيق الدعم الاجتماعي لعينة من مدمني المخدرات -دراسة تجريبية لمنع الانتكاسة. مجلة دراسات في الخدمة الاجتماعية والعلوم الانسانية.(1)50
61. العتوم، عدنان يوسف(2004). علم النفس المعرفي (النظرية والتطبيقية). الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
62. العتيق، احمد مصطفى وهاني، احمد فخري وعبد الفتاح ، رانيا حسن(2016). فعالية العلاج المعرفي السلوكي في تحسين حالات إدمان المخدرات. مجلة العلوم البيئية، معهد الدراسات والبحوث البيئية ، جامعة عين شمس. (35)ج2.ص ص 335-359.
63. العدلي، زاهية عباس والقريشي، ختام شياع غاوي(2016). التشوهات المعرفية لدى طلبة المرحلة المتوسطة. مجلة كلية التربية الأساسية، 22. (95). ص ص 585-612.

64. العزازي، منير سمرة(2018).العلاج المعرفي السلوكي وأساليب مواجهة الضغوط النفسية. الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.
65. عطاء الله، مصطفى خليل محمود(2021). العلاج المعرفي السلوكي وفقا لنموذج دونالد ميتشنيوم المفهوم المبادئ الأساسية والفنيات العلاجية. مجلة البحث في التربية وعلم النفس.(36)ج1. ص ص 241- 262.
66. عقيل، عقيل حسين(1999). *فلسفة مناهج البحث العلمي*. طرابلس ليبيا: مكتبة مدبولي.
67. عكاشة، احمد(1998). *الطب النفسي المعاصر*. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
68. العكش، فوزي عبد الله(1995). *البحث العلمي المناهج والإجراءات*. العين: الإمارات العربية المتحدة.
69. علوي، إسماعيل وزغبوش، بن عيسى(2009). *العلاج النفسي المعرفي*. اربد، الأردن: عالم الكتب الحديث. حدارة للكتاب العالمي.
70. عيد، احمد عليان إبراهيم(2018). *العلاج المعرفي السلوكي في ضوء القرآن الكريم والسنة النبوية "دراسة تأصيلية"*. رسالة ماجستير غير منشورة). كلية التربية الجامعة الإسلامية بغزة .
71. الغامد، حامد بن احمد ضيف الله(2013). *فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في معالجة بعض اضطرابات القلق*. الإسكندرية، مصر: دار الوفاء الدنيا لطباعة والنشر.
72. غانم، محمد حسن (2007). *بحوث ميدانية في تعاطي المخدرات*. مصر : دار غريب للنشر والتوزيع.
73. الغريب، عبد العزيز بن علي (2006). *ظاهرة العود للإدمان في المجتمع العربي*، الرياض: جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية
74. غنامة، حسين ونصراوين، معين(2020). *التشوهات المعرفية وعلاقتها بقلق الامتحان والكفاءة الذاتية المدركة لدى المرحلة الثانوية في مدينة السخين*. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 4(7)، ص ص 84- 112.
75. الغول، حسن علي خليفة. (2011). *الإدمان الجوانب النفسية والإكلينيكية والعلاجية للمدمن*، ط 1: دار الفكر العربي.
76. مدحت، محمد أبو النصر(2008). *مشكلة تعاطي وإدمان المخدرات: الدار العالمية، مصر*.
77. فايد، حسن على(2001). *الاضطرابات السلوكية - تشخيصها-أسبابه-علاجها*. القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر.
78. الفقى، أمال إبراهيم(2013). *فاعلية برنامج العلاجي المعرفي السلوكي وتدريب الاسترخاء في تخفيف الاكسيثميا لدى طالبات الجامعة*. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*. العدد30، ج3.
79. الفقى، سعد كريم(2014). *ظاهرة الإدمان وعلاجها*. الإسكندرية: مكتبة بستان المعرفة.

80. قاصب بوعلام وصافية ملال(2017). اقتراح برنامج علاجي مدمج معرفي سلوكي دوائي لعلاج المصابين بالاكتئاب الحاد. ورقة مقدمة في ملتقى وطني/جامعة وهران كلية العلوم الاجتماعية، وهران، الجزائر.
81. قيقوب، عيسى وسعيد، عتيقة(2015). الاغتراب النفسي وتعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس(دراسة حالة). مجلة العلوم النفسية والتربوية1(1). ص. ص. 216-237.
82. القبندي، صفاء على أحمد(2017).العلاج المعرفي السلوكي لدى الأطفال. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. 3(3).جامعة المنصورة. ص ص 262-279.
83. القحطاني، نورة بنت(2012). التمر والبرامج التدخل، مجلة كلية التربية، جامعة الملك سعود، العدد(211).
84. القشعان، حمود (2002). العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤدية إلى تعاطي المخدرات والمسكرات. المجلة التربوية، 21. الكويت.28
85. القضايا السياسية الأخرى للمخدرات. Unodcunited nations office on drugs and crim.
86. القليلي، محمد محمد السيد(2015). الأسباب النفسية والاجتماعية والأسرية والشخصية لانتشار إدمان العقاقير المخدرة كالترامادول بين طلاب الجامعة(دراسة حالة).
87. كامل، أميمة مصطفى(2006). التشوّهات المعرفية لدى المراهقين وعلاقتها ببعض المتغيرات الشخصية دراسة مقارنة بين الجنسين. المجلة المصرية لدراسات النفسية .(16)53. ص ص 23-33.
88. كيري، هادي عبد الظافر حسن ومذكور، صفية بنت احمد محمد(2021). التشوّهات المعرفية وعلاقتها بالإدمان على الأنترنت في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة الإرشاد النفسي. العدد65ج1. ص ص 92-147.
89. كورين، بيرني ورودل، وبالمر، ستيفين(2008)لعلاج المعرفي السلوكي المختصر، ترجمة محمود، عبد مصطفى. سلسلة علم النفس الإكلينيكي المعاصر : دار إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع.
90. اللهيبي، عمر محمد نجم المهداوي، عدنان محمود عباس(2020). بناء مقياس التشوّهات المعرفية لدى طلاب المرحلة المتوسطة. مجلة ديالي، العدد84. ص ص 87-102.
91. متولي، محمد عبد القادر على(2019). اثر برنامج علاجي معرفي سلوكي قائم على تعديل التشوّهات المعرفية في تحسين فعالية الذات الأكاديمية لدى عينة من طلاب جامعة سطات ذوي التحصيل المنخفض. مجلة العلوم التربوية والنفسية. (20) 3. ص ص 646-685.
92. محمد، عادل عبد الله(2000).العلاج المعرفي السلوكي (أسس وتطبيقات). القاهرة: دار الرشاد

93. محمد، محمد مصطفى طه وخليفة، أسماء محمد علي (2022). فاعلية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لخفض التشوهات المعرفية وأثره في الاجترار الأفكار السلبية لدى أمهات الأطفال ذوى الإعاقة الفكرية. مجلة كلية التربية، جامعة بني سويف. الجزء الثاني .
94. مختار، سهام عادل وسليمان، سناء محمد وشوكت، عواطف إبراهيم (2021). برنامج تدريبي قائم على النظرية المعرفية ل"بيك" لتعديل التشوهات المعرفية لدى طالبات الجامعة لخفض قلق التصور المعرفي. مجلة بحوث، العدد 6 ج2 العلوم التربوية. ص ص 170-210.
95. مختار، نهلة نجم الدين والسعداوي، احمد سلطان (2014). التشوه الإدراكي وعلاقته بأساليب التعلم وعوامل الشخصية لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة الأستاذ، 2(11). ص ص 141 - 168.
96. المخيني، جلال وحمد (2017). فاعلية برنامج تدريبي مستند إلى أنموذج مايكنوبوم في خفض الرغبة بالتعاطي لدى مدمني المخدرات والمؤثرات العقلية. المجلة الأردنية في العلوم التربوية. 1(13). ص ص 85 - 98.
97. مرزوقي، عبد الحكيم عثمان وسعودي عبد الكريم (2021). فعالية العالج المعرفي السلوكي في الرفع من تقدير الذات عند المريض المصاب بأمراض جلدية. مجلة الساوره للدراسات الإنسانية والاجتماعية، 7(1). ص ص. 49 - 74
98. مريان، سناء عبد الحليم والداهري، صالح (2018). فاعلية برنامج إرشادي وقائي يستند إلى العلاج المعرفي السلوكي في خفض نسبة التسرب و تحسين مستوى التحصيل ليرى طلبة اللاجئين السوريين في الأردن. مجلة كلية التربية الأساسية. 24(100). ص ص 667 - 720.
99. مشاقبة، محمد احمد (2007). الإدمان على المخدرات الإرشاد والعلاج النفسي، ط1. عمان، الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
100. مليكة، لويس كامل (1994). العلاج السلوكي وتعديل السلوك. القاهرة، مصر: مكتبة النهضة المصرية.
101. المهدي، خالد حمد (2013). المخدرات وأثارها النفسية والاجتماعية والاقتصادية في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية. الدوحة، قطر: وحدة الدراسات والبحوث مركز المعلومات الجنائية لمكافحة المخدرات لمجلس التعاون لدول الخليج العربية.
102. نجيب، سارة حمدي وهاشم دعاء فاروق (2021). الفروق في المخططات المعرفية اللاتكيفية والتشوهات المعرفية لدى مرضى الاكتئاب ومرض الوسواس القهري واضطراب الشخصية الوسواسية. المجلة العلمية لكلية التربية-جامعة أسيوط. 11(37). ص ص 133 - 282.

103. نحوي، عائشة(2010). العلاج النفسي عن طريق برمجة العصبية اللغوية ا.د اشرف شلبي. جامعة الاخوة منتوي قسنطينة.

104. نوفل، فاطمة الزهراء(2016). العلاج المعرفي السلوكي، مصر: دار.

105. هارون، احمد(2017). بطارية مقاييس أخطاء التفكير والتشوهات المعرفية. مصر: مكتبة الأنجلو مصرية

106. الهتمي، تيسر عمر هندي مفرد(2019). البناء النفسي وعلاقته بالتشوهات المعرفية لدى الطلبة النازحين.

(رسالة ماجستير غير منشورة)، كلية التربية جامعة الأنبار.

107. هوفمان، إ س جي(2012). ترجمة مراد عيسى. العلاج المعرفي السلوكي المعاصر. القاهرة: دار الفجر للنشر

والتوزيع.

108. الهيتي، محمد حميد محمد(2019).اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة وعلاقتها بالتشوهات المعرفية لدى طلبة

الجامعة. مجلة الأستاذ للعلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد خاص بالمؤتمر العلمي 07 ص ص 253-269 .

109. هيلين، نوليس(2004). أضواء كاشفة على المخدرات. لبنان: مركز النشاط والإعلام للتنمية والتفاهم الدولي.

110. ياسين، عطوف محمد(ب س). أسس الطب النفسي الحديث. بيروت، لبنان: منشورات بحسون الثقافة.

111. ياسين، محمود عطوف(1980).الأمراض السيكوسوماتية

112. يوسف، ماهر إسماعيل صبري محمد (1999). فاعلية الحوار الدرامي في تعديل الأفكار الخاطئة عن الإدمان و

المخدرات لدى طلاب المرحلة الثانوية(دراسة تجريبية). المؤتمر العلمي الثالث للجمعية المصرية للتربية العلمية مناهج

العلوم للقرن 11. جامعة الزقازيق، فرع بنها.

113. APA(2015)

114. Back, Aron, t, john, shav, Brian F & Emery, Gary (1987) cognitive therapy of depression guilfordpress.

115. Barriga, A, Gibbs , J, portter, G& li au , A (2001). How i think questionnaire manual, chapaig, il : reasearchpress

116. Beck . A.T Rush, A.J.Show.B.F&Emery , G.(1979) cognitive therapy of depression – sion. Newyork : Guilfordpress

117. Beck, B, Koons.S&consequences of behavioralprocrstination : the effects of academic procrastination, self – consciousness, self – esteem and self- hqndicpping. Journal of social behavior and personality, 15(5), 3-13

118. Beck.A T .Rush.A.j show B.F EMERY .G 1979 COGNITIVE THERAPY OF DEPRESSI SO ON NEW YORK GUILFORDPRESS
119. CBT cognitive Behavioraltherapy (2016) .simplypsychology.
www.simlypsychology.org
120. Clemmer, K.(2009).cognitive Distotiondefine, discover&disprove récupéré sur Eatingdiscover. <https://eatingdisorder.org>
121. GACLYN R 2001 PSYCHOLOGY AND MENTAL HEALTH ABNORMALITY- GRIEF AND GUILT SALEM PRESS .INC
122. <https://dictionary.apa.org/cogtve-destortion->
123. jaclyn R.(2001) .psychology and Mental health : Abnormality – grief and Guilt.salempressinc.
124. Mobini, S, peare, M. graut, A., Mins, J., &veomas, M.(2006) the relationshipbetween cognitive distoriousImpulsivity and sensation seeking in Anon- clinical population samplepersonality and individuqldifferces, 40(2006) , 1153-1163
125. Nyarko, K &Amissah, ch . (2014), cognitive destorations and Depression on AmongUndergraduate (undergranduate) students, Research on humanities and social sciences, 4(4), 69-75
126. Robert L. Leahy cognitive therapy techniquesv.) 2020 ، سامي بن طالح ، (ترجمة العرجان، و شواش، تيسير إلياس، و هاشم وأحمد إسماعيل. تقنيات العلاج المعرفي السلوكي دليل الممارسين. الأردن عمان: دار الفكر
127. Roberts, M.(2015) Inventory of cognitive distortion : validation of a measure of cognitive distortionsusingacommmunity simple. Unpublished Doctoral Dissertation philadelphia ,department of psychology, pennsylvania, USA.
128. Rolland christine et sicotfrançois (2012) les recommandations de bonne pratique en sante du savoir medicale au pouvoir méo managerial, gouvernement et action publique, vol.3 :n°3
129. Seth .J.Gillihan, PHD.cognitiveBehavioraltherapy . Made simple
130. Teater , B , (2013) . cognitive behaviouraltherapy , in book : blackwellcompanion to social workedition : 4th publisher : wibeyblackwelledition : M.Davies :
<https://www.researchgate.net/publication/26493279>
131. Torres, C, 2002, EarlyMaladaptiveschemas and cognitive Destorations in psychopthy and narcirsism , A, theissubmitted for the degree of doctor of psychology (clinical) of the australian national university.

قائمة الملاحق للدراسة

ملاحق الدراسة

أولاً: إذن استخدام المقياس .

ثانياً: استمارة تحكيم البرنامج .

ثالثاً: استعرة الرجل سقط في الحفرة.

رابعاً: تحديد الهدف.

خامساً: البوصلة.

سادساً: تصنيف التشوهات المعرفية.

سابعاً: مخرجات SPSS21.

ثامناً: ترخيص إجراء لؤاسة ميدانية.

ملاحق الدراسة

الملحق الأول

اذن استخدام المقياس

السلام عليكم ورحمة الله وبركاته تحية طبية

لا مانع لدي من استخدام مقياس التشوهات المعرفية لدى المدمنين، من قبل الباحثة /

خلفاوي فاطمة الزهراء. من دولة الجزائر الشقيقة. في دراستها بعنوان

مساهمة بروتكول علاجي قائم على استراتيجيات علاج معرفي سلوكي لتصحيح التشوهات

المعرفية لدى مدمني المخدرات المتواجدين بالمركزي الجهوي بالأغواط

لنيل درجة الدكتوراه في علم النفس العيادي.

آملين لها التوفيق والسداد

أخصائي أول علم النفس الجنائي

فيصل ربيع الحارثي

المملكة العربية السعودية

جدة

٠٠٩٦٦٥٥٥٦٥٢٠٧٨

Email. Frh1393@yahoo.com

الملحق الثاني

جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

استمارة تحكيم البروتوكول العلاجي

أستاذي (تي) الفاضل (ة) الدكتور(ة): أ. د.....المحترم(ة)

تحية طيبة وبعد:

أضع بين أيديكم هذا البرنامج المتعلق بدراستي لنيل شهادة الدكتوراه إذ تقوم الباحثة إجراء دراسة بعنوان:

مساهمة بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات . في صورته الأولية.

إذ أرجو من كريم فضلكم أن تفضلوا علي بآرائكم والتصويبات الواجبة حسب رأيكم انطلاقا من ما تم عرضه عليكم في هذا البرنامج ، ونظرا لما تتمتعون به من خبرة علمية فإن الباحثة تأمل منكم التكرم

بإبداء آرائكم وملاحظاتكم في الحكم على مدى صلاحية محتوى البرنامج من حيث :

1.مدى مناسبة الجلسات لتصحيح التشوهات المعرفية.

2. أهداف البرنامج.

3.وضوح الجلسات.

4.عدد الجلسات.

5.الاقتراحات التي ترونها مناسبة.

وسوف يكون لآرائكم القيمة وملاحظاتكم السديدة الأكثر فاعلية في تطوير البرنامج وإخراجه في صورته

النهائية، الأمر الذي يساعد على تحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة. شكرا لجهودكم الطيبة

إشراف الأستاذة :بوروية آمال

إعداد الطالبة: خلفاوي فاطمة الزهراء

ملاحق الدراسة

استمارة التحكيم البرنامج العلاجي

أبعاد التحكم	يتفق	لا يتفق	نسبة الاتفاق
وضوح الأهداف العامة.			
وضوح الأهداف الخاصة.			
الاتساق بين الأهداف العامة والخاصة.			
ارتباط المحتوى العامة بالمحتوى.			
ارتباط المحتوى الخاصة بالمحتوى.			
ملائمة الوسائل المستخدمة.			
ملائمة التوقيت.			
ارتباط عملية التقويم بالمحتوى.			
صحة المادة العلمية.			

الاقتراحات التي ترونها مناسبة:

.....

1. إدمان على المخدرات: تعرف منظمة الصحة العالمية إدمان المخدرات أنه حالة نفسية وأحيانا جسمية تتجم عن التفاعل الذي يتم بين الكائن الحي والدواء أو المخدر، ويتصف هذا التفاعل بحدوث استجابات سلوكية، وأخرى تتضمن صفة الجبر والقهر المرغوبة أو في بعض الأحيان لتجنب الانزعاج النفسي أو العضوي الناجمين عن تناوله لسبب من الأسباب، وفي تعاطي المادة المحدثه للتعود يحدث ما

ملاحق الدراسة

نسميه بالتحمل، أي حاجة المتعاطي إلى زيادة الجرعة مع الزمن، وقد لا يحدث ذلك، وهذا يتقرر حسب نوعية المادة المخدرة التي يتعاطاها الفرد (عبد الغاني، 2018، ص15)

2.التشوهات المعرفية:

هي "مجموعة من العمليات العقلية التي تحتوي على أخطاء في التفكير وسينتج عنها معتقدات قد تؤدي إلى توليد مشاعر انفعالية سلبية كالتشاؤم، التفكير الكارثي، الغضب، اليأس، الخجل، وتعظيم الأمور وتهويلها" (Roberts,2015).

وتعرف إجرائيا: تعرف التشوهات المعرفية إجرائيا في هذه الدراسة بأنها منظومة من الأفكار الخاطئة التي تظهر عند الفرد المدمن في حياته والتي تؤدي بدورها إلى استنتاجات خاطئة في ادراك المواقف الواضحة وتؤثر عليه فتكسبه ضعف تام في مواجهة ضغوط الحياة والتوافق النفسي والاجتماعي مع نفسه ومع المحيطين به.

وعليه يعرف بالدرجة الكلية التي يتحصل عليها المدمن على المخدرات بالاستجابة على فقرات مقياس التشوهات المعرفية الحارثي(2012).

3.العلاج المعرفي السلوكي: تعريف المعجم السلوكي لعلم النفس:

"يعرف بأنه شكل من أشكال العلاج النفسي الحديث تم استخدامه من قبل أرون بيك حيث يقوم بتصحيح التصورات الخاطئة واستبعاد الأفكار السالبة الناتجة عن التعلم الخاطئ ويركز هذا العلاج على المحتوى الفكري للمريض ويكون الهدف الرئيسي للعلاج المعرفي تصحيح التصورات والإدراكات الخاطئة واستبدال الأفكار التلقائية السالبة بأفكار إيجابية ويكون دور المعالج نشطا في توعية المريض"(الغامدي، 2013، ص ص. 143-144).

ويعرف إجرائيا: يعرف العلاج المعرفي السلوكي إجرائيا بأنه برنامج مصمم بناء على أساليب علمية ويعتمد على فنيات العلاج المعرفي السلوكي ويتخذ من تقنياته وأساليبه لتقديم الخدمات بشكل فردي/ أو

ملاحق الدراسة

جماعي من خلال الجلسات التي تهدف إلى إكسابهم مفاهيم ومهارات تعمل على تصحيح الأفكار الخاطئة.

4. بروتوكول:

هو "مجموعة من الخطوات العلمية المنظمة المحكمة والمدروسة التي تسيّر وفق تسلسل منطقي بهدف تقديم خدمة علاجية فعالة للعميل، وتحديد خطوات أي بروتوكول من خلال الاطار النظري للمدرسة العلاجية التي سوف يتبعها المعالج والهدف المراد تحقيقه من ورائه.

فالبروتوكول العلاجي هو " بمثابة ورقة طريق تصميم وتقتح من طرف المعالج أو الفريق العلاجي، أين توضح فيه الخطوات الكاملة للمسيرة العلاجية من حيث المحتوى، الأدوات، عدد الحصص، والأهداف المراد الوصول إليها". (Rolland et al, p 58)

ويعرف إجرائيا في دراستنا هذه فالبروتوكول علاج معرفي سلوكي يعتمد على مجموعة الجلسات، التي تحتوي على مجموعة من التقنيات والفنيات والمهارات كالاسترخاء، النمذجة، لعب الأدوار... والتي تستند على العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى المدمنين على المخدرات.

تساؤلات الدراسة:

هل يساهم بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات؟

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة

الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات؟

2. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة

الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات؟

ملاحق الدراسة

3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات؟

4. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات؟

فرضيات الدراسة

1. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات بمصلحة علاج الإدمان بمستشفى فرانز فانون بالبليدة.

2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات.

3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.

4. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.

📖 **أهداف الدراسة:** تهدف دراستنا الحالية إلى:

✓ التعرف على مساهمة بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني على المخدرات.

✓ التعرف على فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والعينة التجريبية في القياس القبلي لدى مدمني المخدرات.

ملاحق الدراسة

- ✓ التعرف على فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات.
- ✓ التعرف على فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.
- ✓ التعرف على فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.

عرض البرنامج

الجلسات	المدة	الهدف من الجلسة	الاستراتيجيات المستخدمة	الأدوات المستخدمة
01	45	التعارف، وعرض البروتوكول، والعقد العلاجي	جلسة تعارف وكسب الثقة الواجب المنزلي	المقابلة الحوار
02	75	تقيم ردود الفعل عن الجلسة الأولى، القيام بتطبيق العلاج	التغذية الراجعة تحرير الأفكار، الواجب المنزلي	المقابلة، الإصغاء، المحاضرة، مراقبة الأفكار
03	90	تعليم الاسترخاء التعرف على أفكار المدمنين	التدريب على الاسترخاء التعرف على الأفكار الخاطئة الواجب المنزلي	الحوار، كرسي الاسترخاء سجل الأفكار، استمارة تصنيف التشوهات المعرفية
04	120	تعلم الاسترخاء (التنفس) التعرف على المعتقدات الخاطئة تعزيز الثقة بالنفس	التدريب على الاسترخاء التنفس العضلي مراقبة الأفكار لعب الأدوار المحاضرة عن مخاطر المخدرات الواجب المنزلي	الحوار، كرسي الاسترخاء
05	120	تعليم الاسترخاء، تعزيز الثقة بالنفس، توليد الدافعية	التدريب على إعادة البناء للأفكار التدريب على توكيد الذات الواجب المنزلي	كرسي الاسترخاء ورقة وقلم
06	120	تعليم الاسترخاء، إعادة بناء	التدريب على الاسترخاء	كرسي الاسترخاء

ملاحق الدراسة

المحاضرة	إعادة البناء المعرفي للأفكار التدريب على توكيد الذات الواجب المنزلي	الأفكار توكيد الذات،		
كرسي الاسترخاء، ورقة تحديد الأهداف	تدريب على الاسترخاء التغذية الراجعة، التدريب على حل المشكلات، الواجب المنزلي	تعليم الاسترخاء، تعلم إعادة بناء الأفكار،	120	07
كرسي الاسترخاء استعارة الرجل في الحفرة	التدريب على الاسترخاء، التخيل، التصور، الواجب المنزلي	تعلم الاسترخاء، التحرر من الأفكار وإعادة بناء الأفكار	120	08
غرفة هادئة محاضرة ومناقشة بورصة	التدريب على دحض الأفكار السيئة وإعادة بناء الأفكار المنطقية والتدريب على إدارة الوقت	إعادة بناء الأفكار المعرفية	120	09
الحوار و المحاضرة	التدريب على تعديل الأفكار التغذية الراجعة	إعادة بناء الأفكار	120	10
الحوار والمناقشة	تلخيص ما جاء في البرنامج ومعرفة مدى الاستفادة من البروتوكول اخذ موعد للقياس التتبعي بعد شهرين	التقييم ومتابعة البرنامج العلاجي	120	11

التحكيم للبرنامج

الاقتراح	غير كاف	كاف	عدد الجلسات
الاقتراح	غير مناسبة	مناسبة	الوسائل
الاقتراح	غير ملائمة	ملائمة	الأهداف

ملاحق الدراسة

تحكيم الجلسات

مدة الجلسة			وسائل الجلسة			الجلسات ومحتواها			رقم
الاقتراح	غير كافية	كافية	الاقتراح	غير مناسبة	مناسبة	الاقتراح	لا تنتمي	تنتمي	الجلسة
									01
									02
									03
									04
									05
									06
									07
									08
									09
									10
									11

الملحق الثالث

الملحق رقم (03) جدول تسجيل الأفكار المختلفة

الموقف أو الحدث	الانفعالات	الأفكار الألية	الأفكار المكتيفة	النتيجة	الفعال
وصف الموقف أو الحدث	جدول الانفعال وقيم تقييم شدته	الأفكار والصور مصدر الانفعالات	اسجل الأفكار المكتيفة	اعد تقييم شدة انفعالك (0-100%)	تسجيل السلوك الناشئة عن الأفكار المكتيفة

ملاحق الدراسة

الملحق الرابع

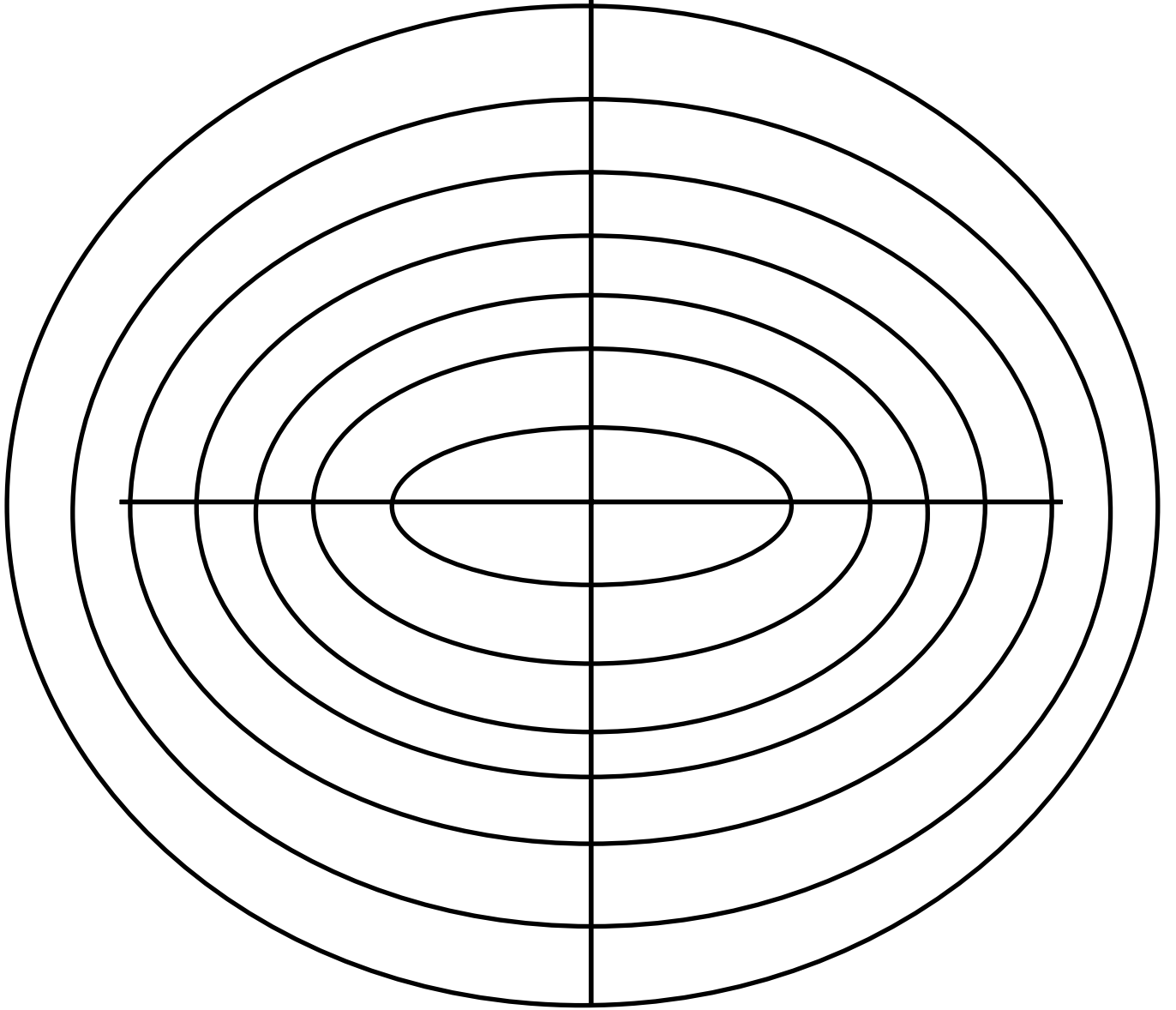
الشخص في الحفرة



ملاحق الدراسة

الملحق الخامس

تحديد الهدف:



ملاحق الدراسة

الملحق السادس

البوصلة:

التسلية/

دور الوالدية/

التنمية/

العمل/

المجتمع/

الصحة/

العلاقات/

ملاحق الدراسة

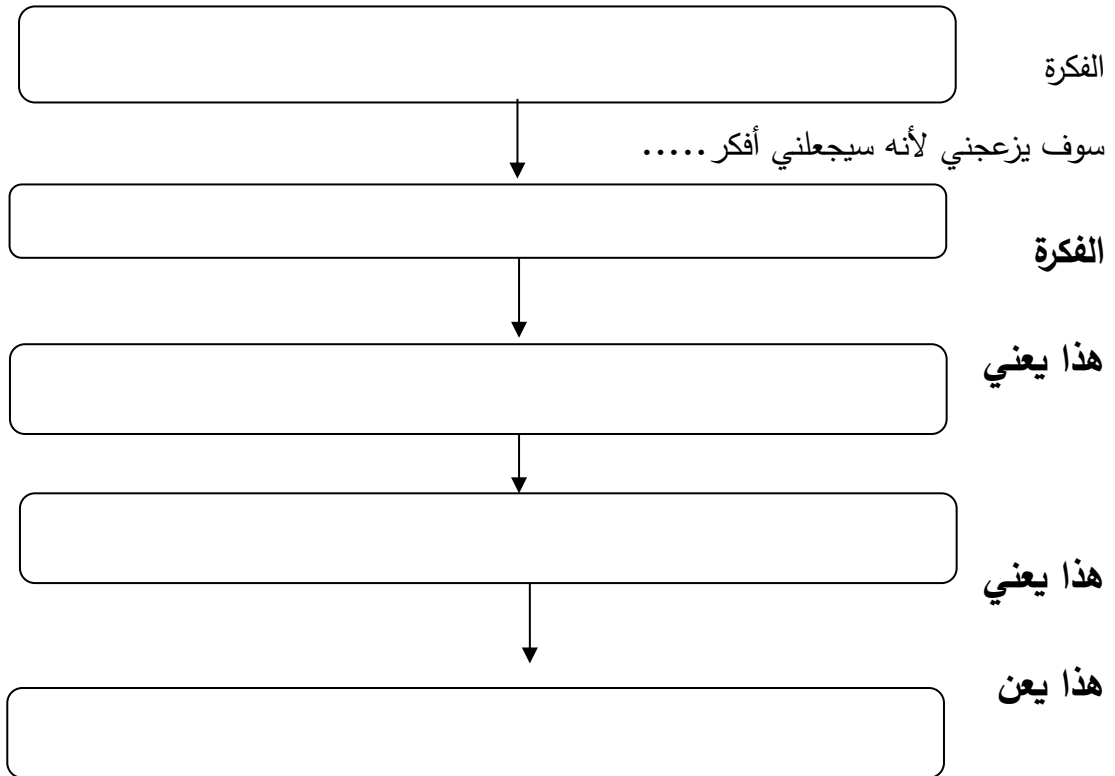
الملحق السابع تصنيف التشوهات المعرفية

التشوه في التفكير	الفكرة التلقائية
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

استخدام الانحدار الرئيسي

(لما سوف يزعجني الأمر اذا كانت فكرتي حقيقية)

الحدث.....



ملاحق الدراسة








الملحق الثامن

دليل المقابلة العيادية النصف موجهة

المحور الأول: معلومات عن المدمن على المخدرات

- الاسم واللقب:
- تاريخ الميلاد:
- مكان الإقامة:
- الحالة الاجتماعية:
- حالة الوالدين:
- عدد أخوته:
- ترتيبه بين أخوته:
- مستواه التعليمي:
- ماذا يعمل:

المحور الثاني: الجانب الشخصي

- لماذا جئت إلى المصلحة؟ 
- هل تقر بأنك مدمن على المخدرات؟ 
- ما نوع المخدر الذي تتعاطاه؟ 
- هل جئت للمصلحة برغبتك أو مجبر؟ 
- ماهي المدة التي تعاطيت فيها المخدرات؟ 
- صف لي رحلتك مع المخدرات؟ كيف كانت رحلتك مع الإدمان؟ 
- هل أنت راضي عن حالتك الآن؟ 

ملاحق الدراسة

المحور الثالث: المشاعر والانفعالات

✍ كيف ذهبت للمخدرات؟ (رفاق، وحدك،)

✍ كيف تنظر إلى المخدرات؟ (ذكر اسم المخدر الذي يتعاطاه).

✍ بماذا تفكر قبل أن تتعاطى المادة؟ (ذكر اسم المخدر الذي يتعاطاه)

✍ وبماذا تشعر بعد أن تتعاطى؟ (ذكر اسم المخدر الذي يتعاطاه)

✍ ما تود أن تفعل بعد أن تكون منتشي؟

✍ هل تستطيع مواجهة المشاكل التي تعترضك؟

✍ لماذا تأذي نفسك (بحرقها بالسيجارة، جرح بالموس سكين)

المحور الرابع: علاقات مع الأسرة والأخرين.

✍ كيف هي علاقتك مع اهلك أبيك، امك ، إخوتك؟ وكيف ينظرون إليك؟

✍ كيف هي علاقتك مع جرائك ،أهل الحي الذي تسكنه؟ وكيف ينظرون إليك؟ وكيف تنظر اليهم؟

✍ كيف هي علاقتك بالرفاق والمقربون والجنس الآخر؟ هل تحب أن يحدث لهم كما حدث لك؟

✍ بماذا تفكر بمن حولك وأنت غير متعاطي؟ أو أنت متعاطي؟ صف لي بماذا تفكر وبماذا تشعر وما

تود فعله

✍ ماهي نظرتك لمن هم حولك والمجتمع؟

المحور الخامس: الاتجاه نحو المستقبل.

✍ كيف تنظر لحالك بعد أن تشفي من الإدمان؟

✍ ماهي نظرة الآخرين من حولك؟ والمجتمع

✍ هل تتقبلك أسرتك بعد الشفاء،

ملاحق الدراسة

الملحق التاسع

قائمة الأساتذة المحكمين:

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة	المؤسسة
شلالي لخضر	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو
بومدين عاجب	أستاذ	جامعة عمار ثليجي الاغواط
مأمون عبد الكريم	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو
بورزق كمال	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو
عماري عائشة	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو
سعداوي مريم	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو
شرفي بوبكر	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو
خيالي بلقاسم	أستاذ محاضر - أ-	المركز الجامعي شريف بوشوشة افلو

ملاحق الدراسة

الملحق العاشر

مخرجات المعالجة الإحصائية spss21 :

خصائص العينة الاستطلاعية

Statistiques

	العمر	المستوى التعليمي	المهنة	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	نوع مادة التعاطي	مدة التعاطي
N Valide	34	34	34	34	34	34	34
Manquante	0	0	0	0	0	0	0
Moyenne	27,82	3,53	1,71	1,82	2,12	1,74	11,47
Ecart-type	5,584	,825	1,060	,459	,640	1,109	6,487

العمر

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
19	1	2,9	2,9	2,9
21	3	8,8	8,8	11,8
22	3	8,8	8,8	20,6
23	3	8,8	8,8	29,4
25	4	11,8	11,8	41,2
26	2	5,9	5,9	47,1
27	1	2,9	2,9	50,0
28	4	11,8	11,8	61,8
29	1	2,9	2,9	64,7
30	2	5,9	5,9	70,6
31	1	2,9	2,9	73,5
32	2	5,9	5,9	79,4
34	3	8,8	8,8	88,2
36	2	5,9	5,9	94,1
40	2	5,9	5,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

التعليمي المستوي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
امي	1	2,9	2,9	2,9
ابتدائي	1	2,9	2,9	5,9
متوسط	14	41,2	41,2	47,1
ثانوي	15	44,1	44,1	91,2
جامعي	3	8,8	8,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

المهنة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
العمل عن عاطل	22	64,7	64,7	64,7

ملاحق الدراسة

تاجر	3	8,8	8,8	73,5
عمومية مؤسسة	6	17,6	17,6	91,2
خاصة مؤسسة	3	8,8	8,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
متزوج	7	20,6	20,6	20,6
اعزب	26	76,5	76,5	97,1
مطلق	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

المستوى الاقتصادي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
جيد	5	14,7	14,7	14,7
متوسط	20	58,8	58,8	73,5
ضعيف	9	26,5	26,5	100,0
Total	34	100,0	100,0	

نوع مادة التعاطي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
حبوب	22	64,7	64,7	64,7
شم	3	8,8	8,8	73,5
ابر	5	14,7	14,7	88,2
مختلط	4	11,8	11,8	100,0
Total	34	100,0	100,0	

مدة التعاطي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
1	1	2,9	2,9	2,9
4	4	11,8	11,8	14,7
6	6	17,6	17,6	32,4
7	2	5,9	5,9	38,2
8	1	2,9	2,9	41,2
9	2	5,9	5,9	47,1
12	1	2,9	2,9	50,0
13	6	17,6	17,6	67,6
14	2	5,9	5,9	73,5
15	2	5,9	5,9	79,4
17	1	2,9	2,9	82,4
18	1	2,9	2,9	85,3
19	1	2,9	2,9	88,2
20	1	2,9	2,9	91,2
23	1	2,9	2,9	94,1
25	1	2,9	2,9	97,1
27	1	2,9	2,9	100,0
Total	34	100,0	100,0	

ملاحق الدراسة

خصائص العينة الأساسية

خصائص العينة المجموعة التجريبية:

Statistiques

		العمر	المستوى التعليمي	المهنة	الحالة الاجتماعية	المستوى الاقتصادي	نوع مادة التعاطي
N	Valide	17	17	17	17	17	17
	Manquante	0	0	0	0	0	0
Moyenne		27,06	3,53	1,82	1,82	2,06	1,59
Ecart-type		5,684	,943	1,131	,393	,659	1,004

العمر

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
21	3	17,6	17,6	17,6
22	1	5,9	5,9	23,5
23	3	17,6	17,6	41,2
25	1	5,9	5,9	47,1
26	1	5,9	5,9	52,9
28	3	17,6	17,6	70,6
29	1	5,9	5,9	76,5
32	1	5,9	5,9	82,4
34	1	5,9	5,9	88,2
36	1	5,9	5,9	94,1
40	1	5,9	5,9	100,0
Total	17	100,0	100,0	

المستوى التعليمي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
امي	1	5,9	5,9	5,9
متوسط	7	41,2	41,2	47,1
ثانوي	7	41,2	41,2	88,2
جامعي	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

المهنة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
العمل عن عاطل	10	58,8	58,8	58,8
تاجر	2	11,8	11,8	70,6
عمومية مؤسسة	3	17,6	17,6	88,2
خاصة مؤسسة	2	11,8	11,8	100,0
Total	17	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
متزوج	3	17,6	17,6	17,6
اعزب	14	82,4	82,4	100,0
Total	17	100,0	100,0	

المستوى الاقتصادي

ملاحق الدراسة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	جيد	3	17,6	17,6
	متوسط	10	58,8	76,5
	ضعيف	4	23,5	100,0
	Total	17	100,0	100,0

نوعامادةالتعاطي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	حيوب	12	70,6	70,6
	شم	1	5,9	76,5
	ابر	3	17,6	94,1
	مختلط	1	5,9	100,0
	Total	17	100,0	100,0

خصائص العينة للمجموعة الضابطة:

Statistiques

	العمر	المستويالتعليمي	المهنة	الحالةالاجتماعية	المستويالاقتصادي	نوعامادةالتعاطي
N Valide	17	17	17	17	17	17
N Manquante	17	17	17	17	17	17
Moyenne	28,59	3,53	1,59	1,82	2,18	1,88
Ecart-type	5,546	,717	1,004	,529	,636	1,219

العمر

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	19	1	2,9	5,9
	22	2	5,9	11,8
	25	3	8,8	17,6
	26	1	2,9	5,9
	27	1	2,9	5,9
	28	1	2,9	5,9
	30	2	5,9	11,8
	31	1	2,9	5,9
	32	1	2,9	5,9
	34	2	5,9	11,8
	36	1	2,9	5,9
	40	1	2,9	5,9
	Total	17	50,0	100,0
	Manquante	Système manquant	17	50,0
	Total		34	100,0

المستوي التعليمي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ابتدائي	1	2,9	5,9
	متوسط	7	20,6	47,1

ملاحق الدراسة

ثانوي	8	23,5	47,1	94,1
جامعي	1	2,9	5,9	100,0
Total	17	50,0	100,0	
Manquante	Système manquant			
Total	34	100,0		

المهنة

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
العمل عن عاطل	12	35,3	70,6	70,6
تاجر	1	2,9	5,9	76,5
Valides	3	8,8	17,6	94,1
عمومية مؤسسة	1	2,9	5,9	100,0
خاصة مؤسسة	1	2,9	5,9	100,0
Total	17	50,0	100,0	
Manquante	Système manquant			
Total	34	100,0		

الحالة الاجتماعية

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
متزوج	4	11,8	23,5	23,5
Valides	12	35,3	70,6	94,1
اعزب	1	2,9	5,9	100,0
مطلق	1	2,9	5,9	100,0
Total	17	50,0	100,0	
Manquante	Système manquant			
Total	34	100,0		

المستوى الاقتصادي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
جيد	2	5,9	11,8	11,8
Valides	10	29,4	58,8	70,6
متوسط	5	14,7	29,4	100,0
ضعيف	5	14,7	29,4	100,0
Total	17	50,0	100,0	
Manquante	Système manquant			
Total	34	100,0		

نوع مادة التعاطي

	Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
حبوب	10	29,4	58,8	58,8
Valides	2	5,9	11,8	70,6
شم	2	5,9	11,8	82,4
ابر	2	5,9	11,8	82,4
مختلط	3	8,8	17,6	100,0
Total	17	50,0	100,0	
Manquante	Système manquant			
Total	34	100,0		

ملاحق الدراسة

الملحق الحادي عشر

اختبار اعتدالية التوزيع الطبيعي:

Test de Kolmogorov-Smirnov à un échantillon

		لمقياس الكلية الدرجة المعرفية التشوهات
N		34
Paramètres normaux ^{a,b}	Moyenne	179,32
	Ecart-type	28,023
	Absolue	,119
Différences les plus extrêmes	Positive	,068
	Négative	-,119
Z de Kolmogorov-Smirnov		,694
Signification asymptotique (bilatérale)		,722

a. La distribution à tester est gaussienne.

b. Calculée à partir des données.

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
كلية القياس القبلي	174,71	17	27,912	6,770
Paire 1 الدرجة الكلية لتشوهات المجموعة الضابطة	169,88	17	26,019	6,311

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
كلية القياس القبلي Paire 1 المعرفية الدرجة الكلية لتشوهات للمجموعة الضابطة	17	-,276	,284

Test échantillons appariés

	Différences appariées				T	Ddl	Sig. (bilatérale)	
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure				Supérieure
Paire 1 المعرفية الدرجة الكلية لتشوهات - كلية القياس القبلي للمجموعة الضابطة	4,824	43,086	10,450	-17,329	26,976	,462	16	,651

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
المعرفية الدرجة الكلية لتشوهات Paire 1 للمجموعة الضابطة	169,88	17	26,019	6,311
كلية البعدي	157,12	17	24,034	5,829

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
المعرفية الدرجة الكلية لتشوهات Paire 1 كلية البعدي & للمجموعة الضابطة	17	-,095	,717

ملاحق الدراسة

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 الدرجة الكلية لتشوهات - للمجموعة الضابطة المعرفية كلية البعدي	12,765	37,057	8,988	-6,288	31,817	1,420	16	,175

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 كلية القياس القبلي	174,71	17	27,912	6,770
كلية البعدي	157,12	17	24,034	5,829

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 كلية القياس القبلي & كلية البعدي	17	-,288	,262

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 كلية القياس القبلي - كلية البعدي	17,588	41,752	10,126	-3,879	39,055	1,737	16	,102

Statistiques pour échantillons appariés

	Moyenne	N	Ecart-type	Erreur standard moyenne
Paire 1 كلية البعدي	157,12	17	24,034	5,829
التتبعي للقياس الكلية الدرجة البعدي	175,00	17	21,363	5,181

Corrélations pour échantillons appariés

	N	Corrélation	Sig.
Paire 1 القياس الكلية الدرجة & كلية البعدي التتبعي	17	,255	,323

Test échantillons appariés

	Différences appariées					t	ddl	Sig. (bilatérale)
	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence				
				Inférieure	Supérieure			
Paire 1 الدرجة - كلية البعدي التتبعي للقياس الكلية	-17,882	27,785	6,739	-32,168	-3,597	-2,654	16	,017

ملاحق الدراسة

الملحق الحادي عشر

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
شعبة العلوم الصحية والاجتماعية
قسم تشخيص وعلاج الفيزياء والتطبيقات

جمعية طبية وصيد
وتشرفنا أن ننضم من سياتذنتكم الموافقة الترخيص لطالبة الدكتوراه
بمقامي جامعة الجزائر
تخصص
والدخول إلى مؤسستكم لإجراء دراسة ميدانية
والاستفادة من الملاحظات والتجارب الميدانية طيلة فترة إجراء الدراسة التي سيعقد مثل الصداقة
من

تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير
صلى الله عليه وسلم

رئيس الجمعية
د. محمد لمرسور

Dr : BOUREFON Nadir
Méd. Faculté de Médecine - Algérie
Hôpital Pasteur Algérie
Franz Anton Bida
17/12/2016

ملاحق الدراسة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

MINISTERE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

Hôpital psychiatrique

Frantz FANON -Blida-

Centre de cure et de

Lutte contre la toxicomanie

مستشفى الأمراض العقلية

فرانتز فانون البليدة

مصلحة الوقاية و العلاج من

الإدمان على المخدرات

Blida, 24/10/2021

ATTESTATION DE PRISE DE FONCTION

Je soussigné Professeur Nadir BOURBON, Chef du service Psychiatrie-Addictologie de l'EHS Frantz FANON de Blida, certifié que Madame KHELFAOUI fatima Zohra psychologue clinicienne stagiaire (Doctorat), prendra ses fonctions de stagiaire au sein du service pour une période de 04 mois (15 séances) à partir du 24 Octobre 2021.

Psychologue : Mme AICHOUNI Chahrazed.

Le Médecin Chef

Pr BOURBON NADIR
Médecin Chef de Service de Psychiatrie Addictologie
Hopital Psychiatrique
EMS FRANTZ FANON BLIDA
N° d'Ordre : 16 - 6885

ملاحق الدراسة

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTRE DE LA SANTE DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE

DIRECTION DE LA SANTE ET DE LA POPULATION DE LA WILAYA DE BLIDA.

HOPITAL PSYCHIATRIQUE
FRANTZ-FANON
BLIDA

N° : 452 / HPFF / 2021

ORDRE D'AFFECTATION

NOM ET PRENOMS	Service d'Affectation
Madame : KHELFAOUI Fatima-Zohra Psychologue Clinicienne Stagiaire (Doctorat)	Sce :Psychiatrie (Addictologie) Hôpital Psychiatrique Frantz-Fanon a/c du 24 Octobre 2021

L'intéressé (e)

Médecin Chef de service « Addictologie»

Cronos

BLIDA, LE 13 Octobre 2021

LE DIRECTEUR

Pr BOURBON NADIR
Médecin Chef de Service de Psychiatrie Addictologie
Hôpital Psychiatrique
EHS FRANTZ-FANON BLIDA
N° d'Ordre : 16 - 6885



إبراهيم خيلو
مدير فرعي

هدفت الدراسة الحالية للكشف عن مساهمة بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي لتصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات، بالاعتماد على المنهج الشبة التجريبي للتعرف على الفروق من خلال قياس قبلي وبعدي وثم تتبعي لدى عينة قوامها (34) مفردة منها سبعة عشرة (17) فردا مدمن عينة ضابطة، وسبعة عشرة (17) فردا مدمن عينة تجريبية ، حيث تمثلت أدوات الدراسة في: مقياس التشوهات المعرفية للهارثي (2012) وتطبيق بروتوكول علاجي (من إعداد طالبة الباحثة) والذي يتكون من إحدى عشرة (11) جلسة، وبعد المعالجة الإحصائية بالاعتماد على الحزمة الإحصائية المطبقة في العلوم الاجتماعية (SPSS 21) أسفرت على مجموعة من النتائج هي:

- ✓ يُساهم بروتوكول قائم على استراتيجيات العلاج المعرفي السلوكي في تصحيح التشوهات المعرفية لدى مدمني المخدرات.
 - ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية بين درجات قياس المجموعة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس القبلي لدى أفراد العينة.
 - ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد العينة الضابطة والمجموعة التجريبية في القياس البعدي لدى مدمني المخدرات.
 - ✓ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات أفراد القياس القبلي والقياس البعدي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.
 - ✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس التشوهات المعرفية وبين متوسطات درجات القياس البعدي والقياس التتبعي للمجموعة التجريبية لدى مدمني المخدرات.
- الكلمات المفتاحية: الإدمان على المخدرات؛ تشوهات معرفية؛ بروتوكول؛ علاج معرفي سلوكي.

Abstract:

The current study aims to reveal the contribution of a protocol based on CBT strategies to correct cognitive abnormalities in drug addicts, drawing on the semi-experimental approach to identifying differences through tribal and post-gradual measurement and then tracking in a single sample (34) of seventeen (17) addicts, seventeen (17) addicts, and a pilot sample. The Harthi cognitive distortion scale (2012) and the application of a therapeutic protocol (prepared by the student researcher) consisting of eleven (11) sessions, and after statistical processing based on the statistical package applied in the social sciences (SPSS 21) produced a set of results:

- ✓ A protocol based on CBT strategies contributes to correcting drug addicts' cognitive abnormalities.
- ✓ There are no statistically significant differences in the cognitive distortion scale between control group measurement scores and the experimental group in tribal measurement of sample individuals.
- ✓ There are no statistically significant discrepancies in the cognitive distortion scale and between control sample members' score averages and the experimental group in the dimensional measurement of drug addicts
- ✓ There are no statistically significant differences in the scale of cognitive distortions and in the averages of tribal measurement individuals' scores.
- ✓ There are statistically significant differences in the scale of cognitive distortions and between the averages of dimensional measurement scores and the tracking measure of the experimental group of drug addicts

Keywords: drug addiction; cognitive distortions; Protocol; Behavioral cognitive therapy.