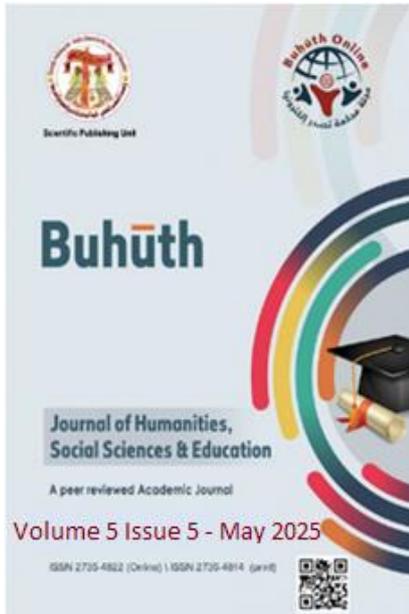




ISSN 2735-4822 (Online) \ ISSN 2735-4814 (print)



## The effectiveness of hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral therapy to reduce symptoms of addiction and depression among cannabis and alcohol addicts

**PhD. Shaimaa Abu Al-Ela Mahmoud Khalil**

Department of psychology, Faculty of Women for Arts, Science & Education, Ain Shams University, Egypt

[shimookhalil789@gmail.com](mailto:shimookhalil789@gmail.com)

**Prof. Dr. Hamdy Mohamed Yassin**

Department of psychology, Faculty of Women for Arts, Science & Education, Ain Shams University, Egypt

[Hamdy.Mohamedyassin@women.asu.edu.eg](mailto:Hamdy.Mohamedyassin@women.asu.edu.eg)

Receive Date: 15 June 2024, Revise Date: 9 July 2024.

Accept Date: 10 July 2024.

DOI: [10.21608/BUHUTH.2024.297756.1712](https://doi.org/10.21608/BUHUTH.2024.297756.1712)

**Volume 5 Issue 5 (2025) Pp.110 -140.**

### Abstract

The study aimed to reveal the variation in symptoms of addiction and depression among study sample according to the pre- and post-scales And to reveal the difference in symptoms of addiction and depression in study sample according to the two post- scales to achieve the objectives of the study, the researcher used the experimental method on a sample of (24) cannabis and alcohol addicts. The study reached a set of results, the most notable of which is the variation in symptoms of addiction and depression among study sample. The pre and post scales, The results also showed that addiction and depression do not differ according to the post and follow-up scales and this confirms the effectiveness of the program in reducing of the symptoms of addiction and depression among cannabis and alcohol addicts. One of the most important recommendations of the study is to draw the attention of researchers and specialists at field of addiction to take into account depression in addicts and its management. As it is one of the globally classified reasons behind addiction and the addict's relapse after treatment and interest is given to spreading of mental and physical health awareness of the effectiveness of practicing self- suggestive therapy in improving of the level of depression which in turn contributes in reducing of the symptoms of addiction and it improves the physical and psychological health..

**Keywords:** addiction, depression, hypnosis, cognitive behavioral therapy.

## فعالية التنويم بالإيحاء كعامل مساعد للعلاج المعرفى السلوكى لخفض أعراض الإدمان والإكتئاب لدى مدمنى الحشيش والكحول

شيماء أبو العلا محمود خليل

باحثة دكتوراة - قسم علم النفس

كلية البنات للأداب والعلوم والتربية ، جامعة عين شمس ، مصر

[shimookhalil789@gmail.com](mailto:shimookhalil789@gmail.com)

حمدي محمد ياسين

أستاذ علم النفس

كلية البنات، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر

[Hamdy.Mohamedyassin@women.asu.edu.eg](mailto:Hamdy.Mohamedyassin@women.asu.edu.eg)

### المستخلص:

هدفت الدراسة الى الكشف عن تباين أعراض الإدمان والأكتئاب لدى عينة الدراسة بتباين القياسين القبلى والبعدى. والكشف عن اختلاف أعراض الإدمان والأكتئاب لدى عينة الدراسة باختلاف القياسين البعدي التتبعي. ولتحقيق أهداف الدراسة استخدمت الباحثة المنهج التجريبي ، على عينة يبلغ قوامها (24) من مدمنى الحشيش والكحول. وتوصلت الدراسة الى مجموعة من النتائج. أبرزها تباين أعراض الإدمان والأكتئاب لدى عينة الدراسة بتباين القياسين القبلى والبعدي، كما توصلت النتائج الى أن الإدمان والإكتئاب لا يختلفان باختلاف القياسين البعدي والتتبعي، وهذا يؤكد فعالية البرنامج في خفض أعراض الإدمان والإكتئاب لدى مدمنى الحشيش والكحول. و من اهم توصيات الدراسة لفت انتباه الباحثين والمتخصصين في مجال الإدمان، إلى الأخذ بعين الاعتبار الاكتئاب لدى المدمنين وإدارته، حيث إنه من الأسباب المصنفة عالميا وراء الإدمان وانتكاسة المدمن بعد العلاج، والاهتمام بنشر الوعي الصحي النفسي والجسمي لفاعلية ممارسة العلاج الإيحاءى الذاتى في تحسين مستوى الاكتئاب، الذي يسهم بدوره في خفض أعراض الإدمان، وبالتالي تحسين الصحة الجسمية والنفسية

**الكلمات المفتاحية:** الإدمان، الاكتئاب، التنويم بالإيحاء، العلاج المعرفى السلوكى.

## مقدمة:

صاحبت التطورات الحديثة السريعة والمتلاحقة التي تحدث في العالم ظهور المزيد من التقدم العلمي ومظاهر التحضر التي كلما زادت في مجتمع ما يقاس بها مدى تقدمه وتحضره، وكما للتقدم من مظاهر إيجابية فإن له أيضا مظاهر سلبية وآثار ضارة على الفرد والمجتمع تمثل تحديات جسيمة تواجهها المجتمعات ومن هذه المظاهر السلبية ظاهرة الإدمان.

وتضطلع هذه الدراسة الى العلاج بالتنويم الايحائي أحد المجالات العلاجية التي ينتشر استعمالها في الوقت الحالي لعلاج الكثير من العلل و الأعراض المرضية خاصة النفسية منها، وفعالية التنويم الإيحائي في علاج مختلف أنواع الإدمان ليس فيها أي مجال للشك بل أظهرت في علاجه نتائج مبهره، كما يعتبر العلاج بالتنويم الإيحائي من أسرع العلاجات النفسية التي تؤدي إلى الشفاء من الإدمان. (Spiegel,1993) (Capafons & Amiga 1995); (Apostolides & Yunker, 1996); (Haupt (Barber, 2001) (Ahijevyeh & Yerardi, 2000); (Green,2000) (Batra A, Eck ; ( Fuhr K, Meisner C, Batra A. 2023 ) A,Rosenbaum 2022) ; S. 2024)

من ناحية أخرى ، فإن الجمع بين التنويم الايحائي مع العلاج المعرفي السلوكي هو مفهوم جديد نسبياً.تم إثبات فعاليتها من خلال meta-analysis بواسطة (Kirsch et al. 1995) فقد قاموا بفحص 18 دراسة مختارة ووجدوا أن المريض الذي يتلقى العلاج بالتنويم الإيحائي المعرفي السلوكي أظهر تحسناً أكبر من 70٪ على الأقل من المرضى الذين تلقوا علاجاً غير منوم . (Baker, 1987)

## مشكلة الدراسة :

نوع الإحساس بمشكلة هذه الدراسة من روافد عدة يأتي في صدارتها الإطلاع على الدراسات المعنية بالمدمنين، والمشكلات التي يعانون منها،وكانت النتيجة أن العامل الرئيسي الذي يكمن خلف العديد من مشكلاتهم هو تعرضهم للاكتئاب، فقد أكدت البحوث العلمية الحديثة ان هناك ارتباط واضح بين وجود الاكتئاب من ناحية وتعاطي المخدرات من ناحية أخرى , الأمر الذي جعل بعض الدراسات السابقة كدراسة قويدري وكيداني (2015) تشير إلى أن من أهم أسباب الوقوع في الإدمان أن شخصية المدمن تتصف بعدم الاستقرار والاتزان، والافتقار إلى الامكانيات والموارد المعرفية التي تساعده على تجاوز المواقف الضاغطة ، مما يؤدي به إلى سلوك الإدمان كطريق لتجنب هذه الضغوط والبعد عن الهم والحزن والاكتئاب.

فالمدمنون يتعرضون لدرجات متباينة من الضغوط النفسية والاكتئاب تختلف من حيث شدتها واستمراريتها ويترتب على ذلك آثار مختلفة على المستوى الجسدي والنفسي والاجتماعي وحتى العقلي التي تمثل عاملاً هاماً في وقوعهم في المخدرات والإدمان عليها عاجلاً أم آجلاً وعدم قدرتهم على الاستمرار في التعافي بعد العلاج الدوائي مما يحول بينهم وبين التوافق في الحياة اليومية.

وهكذا فإن المدمن يحصر نفسه في نطاق رؤية واحدة أو طريقة واحدة لحل المشكلات، إذ يفكر بعشوائية ويعزل فروع المعرفة بعضها عن بعض مما يعيق فاعليته لحل هذه المشاكل المسببة للاكتئاب النفسي التي يعانيه، وقد يكون ذلك بسبب الالتزام الحرفي بالأفكار والمعتقدات السلبية التي تدور في ذهنه دون الوعي بها أو مراقبته لذاته. (Masten, A. S., & Reed, M. J 2002)

فقد أثبتت الدراسات الحديثة في علم الأعصاب أن الضغوط النفسية تقلل من إفراز الدوبامين في المخ فتقل سعادة المدمن ويميل إلى الحزن والاكتئاب فيفكر في نشوة المادة المخدرة مرة أخرى ، إضافة إلى تأثير الضغط النفسي على هرمون الكورتيزول الذي يؤدي ارتفاعه إلى زيادة الإجهاد والتوتر و ارتفاع معدل الاكتئاب . (Mallik 2015)

ويعالج الإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية غالباً بالطرق الدوائية والطبية سواء في المستشفيات أو في العيادات النفسية. وهذا العلاج يحقق فقط إزالة التسمم الحاد بالمخدرات أو السكر أو حماية المدمن من أعراض سحب المخدرات فقط وليس تغيير سلوكه الإدماني و الأعراض الجانبية للإدمان لذا فإن الإنتكاس يصل إلى نسبة تقارب 90% عندما نكتفي في علاج الإدمان بالطريق الدوائي. (محمدين 2018)

ومما لا شك فيه أنه ليس فقط معدلات الوقوع في المخدرات بل والعودة إليها بعد العلاج بسبب الاكتئاب كبيرة وفي تزايد مستمر وهذا الأمر الذى دفع الباحثة الى تسليط الضوء على جزء من هذه الظاهرة ولهذه الاسباب جميعها أجريت هذه الدراسة ,وفي ضوء ما تقدم تحدد مشكلة الدراسة في الأسئلة التالية :

1-مامدى تباين أعراض الادمان والاكتئاب لدى عينة الدراسة بتباين القياسين القبلى والبعدى؟

2- مامدى اختلاف أعراض الادمان والاكتئاب لدى عينة الدراسة باختلاف القياسين البعدي التتبعي؟

**أهداف الدراسة:** تصاغ اجرائيا كالاتى:

1-الكشف عن تباين أعراض الادمان والاكتئاب لدى عينة الدراسة بتباين القياسين القبلى والبعدى.

2- الكشف عن اختلاف أعراض الادمان والاكتئاب لدى عينة الدراسة باختلاف القياسين البعدي التتبعي.

**أهمية الدراسة ومبرراتها:**

تتنوع أهمية الدراسة وتباين مما يؤكد جدارة الظاهرة بالتناول وأحقيتها بالعلاج ويمكن استعراض هذه الأهمية على النحو التالي:

1- **أهمية المجال البحثي وتمثل فيما يلي:** تعزى أهمية الدراسة لانتمائها لاكثر من مجال بحثي،فهي من حيث العينة تنتمى لمجال علم النفس السريرى (حيث الإدمان والاكتئاب) ،ومن حيث المنهج تنتمى للمنهج الاكلينى،اما من حيث المتغيرات فهي تنتمى لعلم النفس الاكلينى حيث تناولها للاكتئاب والادمان ،ومن حيث المتغيرات فإنها تنتمى لمجال الاضطرابات النفسية.

2- **الأهمية السيكمترية:** تتمثل في تزويد المكتبة العربية بأداتين إحداهما لتشخيص أعراض الإدمان وتشخيص الاكتئاب.

3. **الأهمية العلاجية:** وتمثل في خفض أعراض الإدمان والاكتئاب لدى مدمنى الحشيش والكحول ، وذلك من خلال التدخل السيكلوجي المتمثل في برنامج العلاج المعرفى السلوكى وأستراتيجية التنويم بالإيحاء ، وذلك من خلال استخدام أساليب وفنيات تتناسب وعينة الدراسة.

4- **الأهمية المنهجية:**تعتمد هذه الدراسة على المنهج التجريبي، حيث لاتقف أهدافها عند حد تشخيص الظاهرة والكشف عن العلاقة بين متغيراتها، بل هي محاولة للانتقال من مجرد وصف العلاقات والعوامل المرتبطة بموضوع الدراسة إلى مستوى التدخل السيكلوجي والعلاجى وذلك من خلال تطبيق برنامج علاجى يطبق على مدمنى الحشيش والكحول، بهدف خفض أعراض الادمان والاكتئاب.

5-الاهمية العلاجية: وتتمثل في خفض أعراض الإدمان والإكتئاب لدى مدمني الحشيش والكحول ، وذلك من خلال التدخل السلوكي المتمثل في برنامج العلاج المعرفي السلوكي وأستراتيجية التنويم بالإيحاء ، وذلك من خلال استخدام أساليب وفنيات تتناسب وعينة الدراسة.

### مصطلحات الدراسة :

نستعرض فيما يلي التعريف الإجرائي للمفاهيم الأساسية للدراسة وذلك على النحو التالي :

#### اولا: التنويم بالإيحاء

في ضوء تحليل النظريات والتعريفات النظرية لكل من :-

(القالا ,رضوان 2012 ; إيسون 2010 الدحادحه,2010 ; الخامري,2000 ; الحنفي,1995; الجوهرى,1988; بليفر,1990 ; عمارة,1999 ; كوبيلان,2001)

وننتج دراسه كلا من :

(Anderson, et al.1979), (Melroy1979), (Satchettl, 1982 ), (Cochrane, 1989), (Howsam, 1999), (Berdnt, Ott, 2000), (Chan,2008), (Farrell, 2010), (Rucklidge& Saunders,2002) , (Anbar& Savedoff,2005).

ومن ثم أصبح من اليسير صياغة التعرف الاجرائي للتنويم بالإيحاء : بأنه" أسلوب علاجي نفسي يشمل تمارين التأمل والتنفس والتخيل معاً،تؤدي بإيحاءات من المعالج وذلك لخفض اعراض الإدمان والاكنتاب، لإحداث تغييرات في شخصية وسلوك الشخص المدمن" .

#### ثانيا :العلاج المعرفي السلوكي Cognitive Behavior Therapy

في ضوء تحليل النظريات والتعريفات النظرية لكل من :-

(محمد, 2000 :17) (DeRubeis, et al., 2001; Epp& Dobson, 2010) (Alford 1999) (Rosan, 1990,481) (Eysenic,2000,p. 720) (Marlat,1988)

وننتج دراسه كلا من :

, (Cheung & Ngai,SY 2013), (Wuthrich & Rapee 2013),(Oei& McAlinden 2014), (Ashworth et al2015), (Kiropoulos,.et al 2016), (Saravanan et al 2017), (Adina et al 2017), (Wroe et al 2018), (Sadler et al2018) .

ومن ثم أصبح من اليسير صياغة التعرف الاجرائي للعلاج المعرفي السلوكي : بأنه (مجموعة من الاجراءات التي اتخذها الباحث من خلال تطبيق البرنامج العلاجي على عينة الدراسة بهدف خفض اعراض الإدمان والاكنتاب لتصبح لديهم ذخيرة سلوكية قائمة على ابنية معرفية سليمة).

#### ثالثا-مدمني المخدرات(الحشيش والكحول)

في ضوء تحليل النظريات والتعريفات النظرية لكل من : (عبد الحكيم العفيفي، 1986) (Bergeret, ) (1984) (Friedman , L.,et al. , 1996, p8) (Biron, 1979)

وننتائج دراسته كلا من :

(Peterson, J2003), (Lau, Dubord & Parikh2004), (Bulmash, Horkens Stewart, Baby 2009), (Dobbin A, Maxwell M, Elton R. 2009).

ومن ثم أصبح من اليسير صياغة التعريف الاجرائي: هم عينة الدراسة ممن تقع أعمارهم ما بين ( 25 إلى 35) سنة ممن يتعاطون (الحشيش والكحول)و التي تحدث لهم تأثيرات جسمية ونفسية واجتماعية وتم تشخيصهم على أنهم في مرحلة الإدمان مما دفعهم إلى طلب المساعدة والعلاج.

#### رابعاً: الإكتئاب Depression

فى ضوء تحليل النظريات والتعريفات النظرية لكل من :-

(أحمد عكاشة, 1992) (أحمد عبد الخالق 1999) (عبد الرحمن العيسوي, 1992) (Wolpe, ) (Beck, A.T& Rush, A.J 1979)(1979,p.555

وننتائج دراسته كلا من : (بوشارب وابن السليخ 2013) (شاهين وآخرين 2014) (ضمرة ونصار 2014) (المناحي 2015) (بوعود 2015) (الشمري 2017)

(Bergman,1989), (Abramowitz et al,2008), (Haghighi S, Movahedzadeh B, Malekzadeh M .2016)

يمكن صياغة التعريف بصورة اجرائيه على النحو التالي: "زملة الأعراض المؤلمة والمحنة التي يشعر بها مدمن الحشيش والكحول والتي تتضح من خلال وصفه لحالته المزاجية بالحزن واليأس ,وبأنه شخص سيئ يكره ذاته ,فقد متعه الحياه ولدتها وأصبح أكثر قلقاً وأرقاً ,وصار أكثر شعوراً بالوحده .

الإطار النظري، والدراسات السابقة، ونستعرضها في ضوء متغيرات الدراسة، وذلك على النحو التالي:

**النظريات المفسرة للاكتئاب Depression:** تعددت آراء علماء النفس في تفسير أسباب حدوث الاكتئاب، فهناك النظرية البيولوجية والتي ترى أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ، ومن ثم فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعاً للتغيرات الكيميائية في الدماغ، ويفترض الباحثون أنه في حالة الاكتئاب تكون المواد الكيميائية العصبية مثل Serotonin, Dopamine ناقصة في الدماغ، وهذا النقص هو ما يسبب الشعور بالاكتئاب، في حين ترى النظرية التحليلية التي تعد من أوائل النظريات التي شغلت بتفسير الاكتئاب والبحث عن أسبابه وعلى رأسها فرويد أن الاكتئاب يحدث نتيجة لفقدان موضوع الحب سواء بالموت أو الهجر أو الخسارة، فالخبرات الضاغطة الصدمية، التي يواجهها الفرد في السنوات المبكرة من عمره، قد تجعله مستهدفاً بشكل أساسي للاكتئاب، بينما تعد النظرية السلوكية أن الاكتئاب ينجم عن تدني مستوى التدعيم الإيجابي وارتفاع مستوى الخبرات السلبية غير السارة، في حين تشير النظرية المعرفية (Beck, 1976) أن التشويه المعرفي لدى المكتئبين في خبرات الفشل والنجاح، وتحريف الإدراك والذاكرة، إذ ينخفض نسيان الأحداث السلبية المرتبطة بالتوقعات السلبية وبالشعور بعدم السرور واللذة، ويكثر نسيان الأحداث الإيجابية المتعلقة بالمتعة والسعادة. (عبد اللطيف 1997)

## النظريات المفسرة للاستجابة الادمانية:

الاستجابة الادمانية وفقا للسلوكيين تكون نتيجة لارتباط تعاطي المخدر بتعزيزات ايجابية متمثلة فيما يحدثه المخدر من آثار سارة، وكذلك نتيجة وجود مثيرات شرطية تدفع لهذه الاستجابة، وبذلك يكون الادمان سلوك يتعلمه الإنسان من البيئة المحيطة به. (عفاف محمد عبد المنعم، 1998، ص87)

**النظرية المعرفية:** تركز هذه النظرية على الدور الكبير الذي يلعبه التفكير أو المعتقد في ظهور الاضطراب النفسي للكائن البشري، وهذه النظرية لا تغفل عن أهمية العوامل المؤثرة على السلوك والعاطفة عند الإنسان، سواء كانت هذه العوامل بيئية أو كيميائية. (محمد حمدي الحجار، 1992:46)

امتدادا لهذه الأفكار يشير إليس ( ELLIS ) وآخرون ( 1988 ) إلى أن الديناميكية المعرفية الأولية التي تؤدي إلى الإدمان وتبقي على استمراره هي "التحمل المنخفض للإحباط" تضاف إليها ثلاث نماذج نظرية أخرى تعزز السلوك الإدماني وتبقيه، وهي الإنسمام كنموذج للتعامل مع المواقف الصعبة، الإنسمام الكحولي يعادل فقدان قيمة الذات وأخيراً نموذج الحاجة إلى الإثارة. (سايل حدة وحيدة، 2016)

## دراسات تناولت التنويم بالإيحاء لخفض أعراض الادمان:

أشارت نتائج دراسة Page, R. A., & Handley, G. W. (1993) الى استخدام التنويم المغناطيسي في إدمان الكوكايين بنجاح للتغلب على إدمان الكوكايين لدى أنثى في العشرينات من عمرها. حيث تم التخلص من إدمانها على مدى أربعة أشهر ، وكانت خالية من المخدرات منذ 9 سنوات. كان انسحابها وتعافيا استثنائيين لأن التنويم المغناطيسي كان التدخل الوحيد.

اما دراسه Pekala RJ, Maurer R, Kumar VK, Elliott NC, Masten E (2004) والتي هدفت الى استخدام التنويم المغناطيسي الذاتي مع مرضى المخدرات والكحول المزمنين في زيادة احترام الذات ، ومنع الانتكاس. على عینه من ( 261 ) من المدمنين. وأسفرت النتائج إلى أن التنويم المغناطيسي يمكن أن يكون مساعداً مفيداً في مساعدة الأفراد الذين يتعاطون المخدرات بشكل مزمن على تعزيز احترامهم لذاتهم، وأقل قدر من الغضب / الاندفاع. ومنع الانتكاسة.

وعن دراسه Potter, G. (2004) والتي هدفت الى استخدام التنويم المغناطيسي في علاج اضطرابات تعاطي المخدرات **Utilizing Hypnosis in the Treatment of Substance Abuse Disorders** , باستخدام جلسات يومية مكثفة 20 جلسة يوميا، على عینه يبلغ قوامها ( 18 ) عميلاً على مدار السنوات السبع الماضية، وأظهرت النتائج معدل نجاح بنسبة 77 % لمدة عام واحد على الأقل من المتابعة.

وعن دراسة O'Keefe, Tracie(2017) لأربع حالات من التوقف الفوري عن إدمان المخدرات باستخدام برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي الإكلينيكي لوقف العقاقير والكحول على المدى الطويل. وأشارت النتائج الى توقف جميع المرضى عن إدمانهم بعد جلسة واحدة مدتها ساعتان من برنامج العلاج بالتنويم الإيحائي السريري ، أوقفوا العقاقير والكحول (برنامج 6 خطوات) الذي أنشأه المؤلف ، مع المرضى الانتقال من الاعتماد على المخدرات والكحول إلى أن يصبح نظيفاً ورسياً.

## دراسات تناولت التنويم بالإيحاء لخفض أعراض الأكتئاب:

هدفت الدراسة (Abramowitz EG, Barak Y, Ben-Avi I, Knobler HY (2008) إلى مقارنة العلاج باستخدام التنويم الإيحائي والعلاج باستخدام مضادات الاكتئاب والعلاج النفسي الداعم. وأسفرت النتائج علاج (17) مريضاً في مجموعة العلاج بالتنويم المغناطيسي خلال جلسات أسبوعية مدتها ساعة لمدة أسبوعين , وظهرت ان هناك تأثير كبير للعلاج بالتنويم الإيحائي مع أعراض اضطراب ما بعد الصدمة المتعلقة بالمعاناة من الاكتئاب والأرق التي تقاس على مقياس اضطراب ما بعد الصدمة، وايضا اظهرت الدراسة الحفاظ على هذا الأثر الايجابي للتنويم الإيحائي وذلك من خلال المتابعة لمدة شهر .

وعن دراسة (Dobbin A, Maxwell M, Elton R. (2009) والتي هدفت الى تقييم فعالية المساعدة الذاتية، وعلاج التنويم المغناطيسي الذاتي في المملكة المتحدة ، مع نتائج معيارية لتجارب العلاج السلوكي المعرفي والاستشارة على مرضى الاكتئاب ، إما للمساعدة الذاتية (التنويم المغناطيسي الذاتي) أو الأدوية المضادة للاكتئاب. على عينة (58) مريضاً ، اختار منهم (50) للتنويم المغناطيسي الذاتي ، واختار (4) لمضادات الاكتئاب ، وتم اختيار (4) بشكل عشوائي. وأسفرت نتائج الدراسة فعالية التنويم المغناطيسي الذاتي للاكتئاب واعدأ لاستخدامه في المستقبل في الرعاية الأولية.

ودراسه (Erfanian, M. and Keshavarz, A. (2014) والتي هدفت الى مقارنة فعالية مجموعة العلاج السلوكي المعرفي ومجموعة العلاج بالتنويم المغناطيسي للاكتئاب, تكونت العينة من (30) مريضاً يعانون من اكتئاب شديد تم تقسيمهم إلى مجموعتين. المجموعة الأولى عولجت بالتنويم المغناطيسي الجماعي والثاني عولجت بال CBT. وأسفرت النتائج على ان العلاج بالتنويم الإيحائي أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي في تقليل أعراض الاكتئاب.

وعن دراسة (Haghighi S, Movahedzadeh B, Malekzadeh M (2016) والتي هدفت الى تقييم فعالية العلاج بالتنويم المغناطيسي المعرفي الجماعي على الاكتئاب الشديد في مراكز التعافي من الإدمان في مدينة ياسوج. على عينة (40) مريضاً من مرضى الاكتئاب. تم تنفيذ نموذج تدخل العلاج بالتنويم الإيحائي الجماعي على المجموعة التجريبية لمدة 8 جلسات لمدة ساعة واحدة مرة واحدة في الأسبوع. وأسفرت النتائج على أن العلاج بالتنويم المعرفي للمجموعة أدى إلى انخفاض معنوي في الاكتئاب في المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة. حيث يمكن استخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي المعرفي كعلاج مساعد في الحد من الاكتئاب الشديد أو استخدامه في مراكز التعافي من الإدمان.

## دراسات تناولت استراتيجية التنويم بالإيحاء والعلاج المعرفي السلوكي:

هدفت دراسة (Shopland (1995) إلى مقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي والتنويم الإيحائي، وذلك بهدف التدخل من الناحية النفسية لالتهاب المفاصل الروماتويدي (RA) ، على ست حالات. وأسفرت النتائج الى ان العلاج المعرفي السلوكي أدى الى تحسن في الألم، والنوم، ومدى الحركة، وعدد من المفاصل المتضررة، والاكتئاب، والقلق، والكفاءة الذاتية لإدارة المفاصل، وشملت الإجراءات نتائج تقييم متعدد الأبعاد للحالة الصحية، وتم قياس المتابعة بعد ستة أسابيع، وكانت النتائج توحى التفوق أكثر للتنويم الإيحائي.

اما دراسه (Molina-Peral, J. A. (2001) التي هدفت إلى إظهار كيف يمكن دمج التنويم المغناطيسي في التدخلات السلوكية المعرفية ، وتحديد نموذج العمل المقترح في مجال الإدمان على وجه

التحديد. وتم إجراء جولة في تقنيات التدخل الرئيسية لهذا النموذج في الإدمان . وأسفرت النتائج الى أن إضافة التنويم المغناطيسي ينتج عنه تأثير تآزري في العلاجات المدمجة ، بحيث يمكن أن يؤدي استخدام الأساليب الإيحائية في مجال الإدمان إلى زيادة فعالية هذه التدخلات.

وعن دراسته **Erfanian, M. and Keshavarz, A. (2014)** والتي هدفت الى مقارنة فعالية مجموعة العلاج السلوكي المعرفي ومجموعة العلاج بالتنويم المغناطيسي للاكتئاب, تكونت العينة من (30) مريضاً يعانون من اكتئاب شديد تم تقسيمهم إلى مجموعتين. المجموعة الأولى عولجت بالتنويم المغناطيسي الجماعي والثاني عولجت بال CBT. وأسفرت النتائج على ان العلاج بالتنويم الإيحائي أكثر فعالية من العلاج المعرفي السلوكي في تقليل أعراض الاكتئاب.

### دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض الإدمان :

هدفت دراسة **Shakeshafte, et al (2002)** إلى مقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالتدخلات العلاجية المختصرة مثل (تقديم النصيحة، والتغذية الرجعية والكفاءة الذاتية، وذلك على (50) من مدمنى الكحول، وأوضحت النتائج أثر العلاجي المعرفي السلوكي على المرضى بشكل أوضح من التدخلات العلاجية الأخرى.

وعن دراسة **Rawson R A (2006)** والتي هدفت الى معرفة فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول، وتكونت عينة الدراسة من (17) مدمن مخدرات ومنبهات، وشملت أدوات الدراسة مقاييس الاضطرابات الجسدية واستعمال الكحول والمخدرات وتوصلت نتائج الدراسة إلى فعالية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول.

وعن دراسة **Cheung & Ngai, S Y (2013)** والتي هدفت الى معرفة مدى الأهمية لتعديل السلوك المعرفي في تعزيز طرق التعلم والتدريب لمعالجة سلوك الإدمان لدي الشباب ,على عينة (28) مدمناً . وأسفرت النتائج إلى وجود أثر ايجابي في أداء من تلقى التدريب على المعالجة المعرفية السلوكية المتكاملة، وفعالية البرنامج التدريبي في معالجة الشباب المدمنين علي المخدرات.

اما دراسة **Hersh J, Curry JF, Kaminer Y. (2014)** والتي هدفت الى فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع حالة تعاطي المخدرات والمصحوب بمحاولات للانتحار. وأسفرت النتائج الى أن هناك تحسناً ملحوظاً مع المدمنين ، بينما المدمنين الذين يتعاطون مواد مخدرة من الذين انخرطوا في سلوكيات انتحارية أو اذاء النفس هؤلاء يحتاجون لاستخدام العلاج المعرفي السلوكي معهم لاسيما الذين لديهم اعراضا اكتئابية.

### دراسات تناولت العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض الاكتئاب:

هدفت دراسة **Oei& McAlinden (2014)** الى كشف العلاقة بين جودة الحياة وتغير الأعراض بعد تطبيق العلاج المعرفي السلوكي لدى المصابين بالقلق أو الاكتئاب، على عينة (177) مشاركا تلقوا (8) جلسات من برنامج العلاج المعرفي - السلوكي. وأسفرت النتائج الى أن هناك تحسناً ملحوظاً في الاختبار البعدي مقارنة بدرجات الاختبار القبلي فيما يتعلق بأعراض القلق والاكتئاب وجودة الحياة والرضا عن الحياة.

اما دراسة **Brier(2014)** والتي هدفت الى اختبار العلاج المعرفى السلوكى للوقاية من الاكتئاب لدى مرضى الاكتئاب ، تم اختيار تجريبية (378) مريض مع مجموعه ضابطة ، متوسط اعمارهم 25 سنة بواسطة فنية القراءة بالكتب . وأسفرت النتائج الى ان المعالجة بالكتب تكون فعالة مع مرضى الاكتئاب الشديد.

**تعقيب على الدراسات السابقة:** وتُجمل ذلك فيما يلي:

**أولاً: أوجه الاستفادة: وتتمثل فيما يلي:**

تحديد الأسس المنهجية، والجوانب البحثية من خلال الاستفادة من نتائج هذه الدراسات، واختيار العينة، والمنهج الأمثل لتحقيق أهداف الدراسة. كذلك اعداد المقاييس الملائمة لهذه الدراسة وصياغة فروض الدراسة وكذلك صياغة التعريفات الاجرائية، ومناقشة وتفسير النتائج التي تم التوصل إليها.

**ثانياً: ما تُضيفه هذه الدراسة:** من مبررات هذه الدراسة ان الباحثة تزعم انه لا توجد دراسة عربية – وذلك فى حدود علم اطلاع الباحثة –تناولت فعالية التنويم بالإيحاء كعامل مساعد للعلاج المعرفى السلوكى لخفض أعراض الإدمان والإكتئاب لدى مدمنى الحشيش والكحول , وبالتالي لم يوجه الاهتمام لاستخدام دراسة تربط بين المتغيرين ,ولذلك تشكل هذه الدراسة إثراء معرفى للدراسات النفسية العربية ,أيضا إعداد مقياس اعراض الإدمان ومقياس اعراض الاكتئاب .

**فروض الدراسة:** تتمثل فيما يلي:

- 1- تباين أعراض الإدمان والأكتئاب لدى عينة الدراسة بتباين القياسين القبلى والبعدى.
- 2- اختلاف أعراض الإدمان والأكتئاب لدى عينة الدراسة باختلاف القياسين البعدى والتبعية.

**منهج الدراسة:** اعتمدت هذه الدراسة على المنهج التجريبي نظرا لصغر حجم عينة الإدمان عند هذه الفئة الراغبة في العلاج ، وباعتباره مركزا على الفرد، ويهدف إلى التوصل إلى فروض، أو الحكم عليها بواسطة فنيات العمل الإكلينيكي .

**العينة :** طُبِّقَت هذه الدراسة على عينة تكونت من (24) من مدمنى الحشيش والكحول فى مستشفى الحسين الجامعى، ومستشفى سيد جلال ، ممن تتراوح أعمارهم بين (25-35) سنة .

**أدوات الدراسة :** -يتضمن بناء و إعداد (مقياس لتشخيص أعراض الإدمان , ومقياس لتشخيص أعراض الأكتئاب).

- يتضمن برنامج معرفى سلوكى وإستراتيجية التنويم بالإيحاء.

**مبررات إعداد مقاييس الدراسة، ونجملها فيما يلي:**

1- أن الظواهر السلوكية دائمة التغيير، ويصعب ضبطها، فما يناسب تشخيص ظاهرة في وقت سابق قد لا يكون كذلك بشكل كامل في وقت لاحق.

2- تختلف طبيعة العينة باختلاف أفرادها، فالمقاييس التي صُممت لقياس، وتقييم ظاهرة ما على عينة محددة، لا تُفيد في تشخيص نفس الظاهرة على عينة أخرى.

3- أن بناء مقاييس جديدة من شأنها أن يُثري المكتبة السيكومترية بمقاييس متخصصة لقياس اعراض الإدمان والاكتئاب .

وهذا لا ينفي كون المقاييس السابقة مصدراً هاماً من مصادر بناء مقاييس الدراسة، وهذا ما سنوضحه

لاحقا. فضلاً عما سبق فإنه من المفيد أن يكتسب طالب العلم مهارات بناء المقاييس السيكولوجية، والوقوف على خطوات بنائها، والتحقق من كفاءتها السيكمترية.

مراحل بناء مقاييس الدراسة، ونُجملها فيما يلي:-

اولاً: مقياس مقياس أعراض الإدمان لدى مدمنى الحشيش والكحول: تم إجراء عدة خطوات لتحري الموضوعية في اعداد المقياس وذلك كما يلي:

أولاً: دراسة النظريات العلمية ذات الصلة: الاطلاع علي بعض النظريات التي تناولت متغير أعراض الإدمان لدى مدمنى الحشيش والكحول مثل النظرية البيولوجية والنظرية التحليلية و النظرية السلوكية والنظرية المعرفية.

ثانياً: تحليل الدراسات السابقة: تم الاطلاع علي بعض الدراسات السابقة التي تناولت متغير أعراض الإدمان لدى مدمنى الحشيش والكحول مثل دراسة Colabadi, Taban, Yaghouhi & (2012) و (Ronald J. Pekala PhD, Ronald Maurer, V. 2004) و (Peterson, J2003) و (Malone 2013).

ثالثاً: تحليل المقاييس السابقة: تم الاطلاع علي بعض المقاييس التي تناولت مفهوم أعراض الإدمان بهدف الوقوف علي المكونات الأكثر وروداً في المقاييس المقننة والافادة منها في صياغة بنود المقياس الخاص بهذه الدراسة، ومن هذه المقاييس: (Knox, W. J. 1976) و (Eric, D. Wish & Kenneth R. Petronis & George S. Yacoubin 2002) و (Kambiz Kamkary, S. ) و (Shokrzadeh 2012).

رابعاً: تحديد مكونات مقياس أعراض الإدمان لدى مدمنى الحشيش والكحول: وفقاً للتحليل السابق تم تحديد المكونات الأكثر تكراراً وشيوعاً في النظريات، الدراسات السابقة، المقاييس السابقة وهي وهي (1) البعد المعرفي (2) البعد النفسى (3) البعد الفسيولوجى (4) البعد الأتماعى

خامساً: صياغة البنود وتحديد بدائل الاستجابة: روعي عند صياغة البنود عدة شروط بهدف تجنب أخطاء القياس، فقد روعي وضوح العبارات وسلامة صياغتها اللغوية، الاجابة علي متصل ثلاثي الأبعاد (أو افق-أحياناً-لا أو افق).

التعريف الإجرائي: بناءً علي ما سبق يمكن تعريف الإدمان لدى مدمنى الحشيش والكحول: بأنهم هم عينة الدراسة ممن تقع أعمارهم ما بين (25 إلى 35) سنه ممن يتعاطون (الحشيش والكحول) و التي تحدث لهم تأثيرات جسمية ونفسية واجتماعية وتم تشخيصهم على أنهم في مرحلة الإدمان مما دفعهم إلى طلب المساعدة والعلاج.

- صياغة بنود المقياس: روعي عند صياغة بنود المقياس عدة شروط ومنها وضوح العبارات، صياغتها بطريقة ملائمة، بساطة العبارات، ألا تكون العبارات مركبة أو موجهة أو تبدأ بكلمات النفي ( لا - لن - لم )، أو كلمات التعميم ( جميع - كل ) حتي نتحقق من خاصية المرغوبية الاجتماعية.

- الخصائص السيكومترية للمقياس: وتتضمن مايلى:

1- ثبات المقياس : تم حساب الثبات بأكثر من طريقة، على اعتبار أن مفهوم الثبات مفهوم معقد، ومن ثم وجب حسابه بأكثر من طريقة للوفاء بالمعنى الشمولي للثبات، ونوضح ذلك في الجدول (1).

جدول (1)

ثبات مكونات مقياس الإدمان بطريقتي ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية

القيم الإحصائية المقياس ومكوناته	معامل ارتباط التجزئة النصفية	القيمة (ر) بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون	معامل ألفا لكرونباخ
المكون المعرفي	.651	.791	.842
المكون النفسي	.733	.848	.866
المكون الفسيولوجي	.593	.764	.785
المكون الاجتماعي	.609	.798	.699
الدرجة الكلية	.764	.866	.929

2- حساب ثبات الإتساق الداخلي: تم حساب ثبات الإتساق الداخلي بإستخدام معامل ارتباط بيرسون، وذلك بين درجة المفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك الإرتباط بين المكون والدرجة الكلية للمقياس.

جدول (2)

ثبات مقياس الإدمان بطريقة حساب الاتساق الداخلي بين المفردة والدرجة الكلية

البعد المعرفي		البعد النفسي		البعد الفسيولوجي		البعد الاجتماعي	
المفردة	معامل الإرتباط	المفردة	معامل الإرتباط	المفردة	معامل الإرتباط	المفردة	معامل الإرتباط
1	.800**	2	.930**	3	.622**	4	.424*
5	.829**	6	.891**	7	.682**	8	.624**
9	.775**	10	.845**	11	.852**	12	.387*
13	.740**	14	.644**	15	.600**	16	.583**
17	.676**	18	.827**	19	.671**	20	.421*
21	.630**	22	.528**	23	.618**	24	.412*
25	.662**	26	.611**	27	.601**	28	.440*

\*\* دالة عند مستوى دلالة 0.01

**\*دالة عند مستوى 0.05**

3- معامل ارتباط بيرسون، وذلك بين درجة المفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك الإرتباط بين مجموع المكون والدرجة الكلية للمقياس، ونوضح ذلك في جدول(3).

**جدول(3)**

معاملات الإرتباط بين مكونات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

المكونات	قيمة (ر)
المكون المعرفي	.934**
المكون النفسي	.930**
المكون الفسيولوجي	.921**
المكون الاجتماعي	.763**

**\*\* دالة عند مستوى دلالة 0.01**

وبتحليل ما ورد عبر جدول(1) معامل ألفا لكرونباخ، ثبات التجزئة النصفية، و جدول(2)، و(3) ثبات الإتساق الداخلي نستخلص أن معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ تراوحت بين (.929، .699)، في حين كان معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية يتراوح ما بين(.593، .764)، فيما انحصرت معاملات الإرتباط بين مكونات المقياس والمقياس ككل بين(.763، .934)، وجميعها دالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يشير إلى ثبات المقياس.

**2- حساب صدق المقياس:**

أ- القدرة التمييزية باعتبارها مؤشر صدق

**جدول(4)**

قيم (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الطرفية

القيم الإحصائية مكونات المقياس	المجموعة	ن	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة (ت)	مستوى الدلالة
المكون المعرفي	القيم الدنيا	12	12.17	2.125	-8.037-	.000
	القيم العليا	12	18.67	1.826		
المكون النفسي	القيم الدنيا	12	12.50	2.355	-8.291-	.000
	القيم العليا	12	19.33	1.614		
المكون الفسيولوجي	القيم الدنيا	12	12.31	3.276	-3.999-	.001

		1.809	16.55	12	القيم العليا	
.000	-5.868-	1.030	13.17	12	القيم الدنيا	المكون الاجتماعي
		2.125	17.17	12	القيم العليا	
.000	-7.496-	6.082	50.42	12	القيم الدنيا	المقياس ككل
		7.162	70.75	12	القيم العليا	

ونستخلص من قيم جدول(4) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات، فإذا كانت القيمة أقل من ذلك تكون دالة، وأكثر من ذلك تكون غير دالة، وقد تبين أنها دالة، مما يعني أن المقياس قادر على التمييز بين المجموعات الطرفية، ويعتبر ذلك مؤشراً للصدق.

**ثانياً: مقياس الاكتئاب:** تم إجراء عدة خطوات لتحري الموضوعية في اعداد المقياس:

**أولاً:** دراسة النظريات العلمية ذات الصلة: تم الاطلاع علي بعض النظريات التي تناولت متغير الاكتئاب مثل النظرية البيولوجية والنظرية التحليلية و النظرية السلوكية والنظرية المعرفية.

**ثانياً:** تحليل الدراسات السابقة: تم الاطلاع علي بعض الدراسات السابقة التي تناولت متغير الاكتئاب مثل دراسة (بدر الأنصاري وعلي كاظم 2007), (Helen Miles et al 2004), (Patricia Vuijk ), (et al 2007).

**ثالثاً:** تحليل المقاييس السابقة: تم الاطلاع علي بعض المقاييس التي تناولت مفهوم الاكتئاب لدى المراهقين بهدف الوقوف علي المكونات الأكثر ورودا في المقاييس المقننة والاستفاده منها في صياغة بنود المقياس الخاص بهدف الدراسة ومن هذه المقاييس: (Emilio, (Robert L, et L (2005), (John H, Morgan (2016), (Sherry., A, Greenberg (2019), Salle, et al (2011).

**رابعاً:** تحديد مكونات اعراض الاكتئاب: وفقا للتحليل السابق تم تحديد المكونات الأكثر تكرارا وشيوعا في النظريات، الدراسات السابقة، المقاييس السابقة وهي (1) عقلية (2) نفسية مزاجية (3) اجتماعية (4) جسمية

**خامساً:** صياغة البنود وتحديد بدائل الاستجابة: روعي عند صياغة البنود عدة شروط بهدف تجنب أخطاء القياس، فقد روعي وضوح العبارات وسلامة صياغتها اللغوية، الاجابة علي متصل ثلاثي الأبعاد (أوافق-أحيانا-لاأوافق).

**التعريف الإجرائي:** بناء علي ماسبق يمكن صياغة تعريف الاكتئاب بأنه: " زملة الأعراض المؤلمة، والتي تتضح من الحزن واليأس، وكراهيه الذات , فقد المتعه والعزلة " .

- **صياغة بنود المقياس:** روعي عند صياغة بنود المقياس عدة شروط ومنها وضوح العبارات، صياغتها بطريقة ملائمة ، بساطة العبارات، ألا تكون العبارات مركبة أو موجهة أو تبدأ بكلمات النفي ( لا – لن – لم )، أو كلمات التعميم ( جميع – كل ) حتي نتحقق من خاصية المرغوبية الاجتماعية.

- الخصائص السيكومترية للمقياس :

1- ثبات المقياس :

تم حساب الثبات بأكثر من طريقة، على اعتبار أن مفهوم الثبات مفهوم معقد، ومن ثم وجب حسابه بأكثر من طريقة للوفاء بالمعنى الشمولي للثبات، ونوضح ذلك في الجدول (5).

جدول (5)

ثبات مكونات مقياس أعراض الأكتئاب بطريقتي التجزئة النصفية وألفا لكرونباخ

معامل ألفا لكرونباخ	القيمة (ر) بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون	معامل ارتباط التجزئة النصفية	القيم الإحصائية المقياس ومكوناته
.804	.820	.691	عقلية
.719	.711	.548	نفسية مزاجية
.622	.700	.530	اجتماعية
.776	.701	.583	فسيولوجية
.921	.792	.655	الدرجة الكلية

2- حساب ثبات الإتساق الداخلي: تم حساب ثبات الإتساق الداخلي بإستخدام معامل ارتباط بيرسون، وذلك بين المفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك الإرتباط بين المكون والدرجة الكلية للمقياس، ونوضح ذلك في كل من جدول (5)، جدول (6).

جدول (6)

ثبات الاتساق الداخلي للمقياس بين المفردة والدرجة الكلية

عقلية		نفسية مزاجية		اجتماعية		فسيولوجية	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
1	.778**	2	.788**	3	.631**	4	.791**
5	.769**	6	.586**	7	.586**	8	.530**
9	.690**	10	.678**	11	.707**	12	.754**
13	.522**	14	.435*	15	.790**	16	.706**
17	.686**	18	.695**	19	.679**	20	.706**

.636**	23			.802**	22	.641**	21
				.480*	25	.776**	24

**\*\* دالة عند مستوى دلالة 0.01**

**\* دالة عند مستوى دلالة 0.05**

3-معامل ارتباط بيرسون، وذلك بين المفردة والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك الإرتباط بين مجموع المكون والدرجة الكلية للمقياس، ونوضح ذلك في جدول(6).

جدول(7)

معاملات الإرتباط بين مكونات المقياس والدرجة الكلية للمقياس

المكونات	قيمة (ر)
عقلية	.938**
نفسية مزاجية	.918**
اجتماعية	.850**
فسيولوجية	.882**

**\*\* دالة عند مستوى دلالة 0.01**

وبتحليل ما ورد بجدول(6) معامل ألفا لكرونباخ، وثبات التجزئة النصفية، وجدول(7)، و(8) ثبات الإتساق الداخلي نستخلص أن معاملات الثبات بطريقة ألفا كرونباخ تراوحت بين(0.622، 0.921)، في حين كان معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية يتراوح ما بين (0.530، 0.691)، فيما انحصرت معاملات الإرتباط بين مكونات المقياس والمقياس ككل بين(0.850، 0.938)، وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01، مما يشير إلى ثبات المقياس.

**2-حساب صدق المقياس :**

أ-القدرة على التمييز: بإعتبارها مؤشر صدق، ويقصد بها حساب الفرق بين متوسط الدرجات فوق الوسيط ومتوسط الدرجات أسفل الوسيط في المقياس، وتتم هذه المقارنة عن طريق حساب الدلالة الإحصائية للفرق بين المتوسطين فإذا كان هناك دلالة إحصائية يمكن القول أن المقياس صادقاً. ونوضح ذلك في الجدول(7).

## جدول(8)

قيم (ت) لدلالة الفروق بين متوسطات المجموعات الطرفية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المجموعة	القيم الإحصائية مكونات المقياس
.000	-7.686	1.923	13.33	12	القيم الدنيا	عقلية
		1.379	18.58	12	القيم العليا	
.000	-7.313	1.832	14.58	12	القيم الدنيا	نفسية مزاجية
		.835	18.83	12	القيم العليا	
.000	-7.382	.996	10.08	12	القيم الدنيا	اجتماعية
		1.155	13.33	12	القيم العليا	
.000	-6.098	1.883	10.50	12	القيم الدنيا	فسولوجية
		1.586	14.83	12	القيم العليا	
.000	-6.833	6.230	49.42	12	القيم الدنيا	المقياس ككل
		4.579	64.67	12	القيم العليا	

ويلاحظ من قيم جدول(7) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين مرتفعي ومنخفضي الدرجات، فإذا كانت القيمة أقل من ذلك تكون دالة، وأكثر من ذلك تكون غير دالة، وقد تبين أنها دالة، مما يعني أن المقياس قادر على التمييز بين المجموعات الطرفية، ويعتبر ذلك مؤشراً للصدق.

### ثالثاً: البرنامج العلاجي .

مدة البرنامج: يستمر تطبيق البرنامج شهر ونص متتاليين.

عدد جلسات البرنامج: يبلغ عدد جلسات البرنامج حوالي 18 جلسة بواقع ثلاث جلسات اسبوعياً، وتتراوح مدة الجلسة من (45-60) دقيقة.

الفئة المستهدفة من البرنامج: يستهدف هذا البرنامج (2) مدمنين حشيش وكحول من مستشفى سيد جلال بباب الشعيرية، وقد تم سحب العينة ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياسي دعم اعراض الادمان، و مقياس اعراض الاكتئاب.

## خطوات بناء البرنامج وتتضمن ما يلي.

**1- الخطوة الأولى الإطلاع على التراث النظري وما يتضمن من أدبيات، ودراسات سابقة** وذلك لبناء تصور عام عن خصائص الظاهرة موضوع الدراسة، وخصائص أفراد العينة، فضلا عن تحديد أنسب الأساليب والفنيات الإرشادية التي تصلح لمعالجة متغيرات الدراسة والتعامل مع عينة الدراسة.

**2- الخطوة الثانية** مراجعة مقاييس الدراسة باعتبارها محكا ومرجعا للقياسات القبلية والبعديّة التي سيحدد في ضوءها التغييرات اللاحقة لسلوك العينة أثر تفعيل فنيات البرنامج.

**3- الخطوة الثالثة الإطلاع على عدد من البرامج العلاجية التي تناولت متغيرات أو عينة الدراسة، وذلك بالإطلاع على عدد الجلسات ومدتها، والفنيات والأنشطة المستخدمة ومدى فاعلية تلك الفنيات والأنشطة، وذلك للاستفادة منها في بناء البرنامج العلاجي الخاص بالدراسة.**

**1- الخطوة الرابعة** مصادر إعداد الجلسات، أشتقت فنيات وأستراتيجيات البرنامج في ضوء تحليل للمصادر العلمية.

**الدراسات السابقة :** تم استقراء الدراسات السابقة المعنية بمتغيرات الدراسة ، للوقوف على خصائص الظاهرة موضوع الدراسة ، وكذلك خصائص العينة ، والدراسات التي اهتمت بالبرامج الملائمة لموضوع الدراسة.

## جدول (9)

فنيات البرنامج المستخلصه من الدراسات والبرامج السابقة

الدراسة	فاعلية البرنامج	الفنيات والأساليب المستخدمة
Shakeshafte(2002)	مقارنة العلاج المعرفي السلوكي بالتدخلات العلاجية المختصرة	تقديم النصيحة، والتغذية الراجعة والكفاءة الذاتية.
Rawson (2006) R A	فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في خفض التوجه للمخدرات والكحول،	الدحض ، المناقشه . الحديث الذاتي ، لعب الأدوار التعزيز الايجابي ، الواجبات المنزليه.
خالد عبد الوهاب (2006)	فاعلية برنامج علاجي في تعديل أساليب التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من المرضى السعوديين	التعزيز، الملاحظه الذاتيه ، الواجبات المنزليه ، تعديل الافكار السلبيه اعاده بناء معرفي ، الاسترخاء ,مراقبة الذات ، تغذيه الراجعه.

عبد الله الجوهي (2008)	أثر برنامج للعلاج المعرفي السلوكي في علاج عينة من مدمني الهيروين	التنفيس الانفعالي ، التخيل ، الانشطه ، لعب الأدوار .
عادل جورج وجنان حنا (2008)	أثر برنامج للتعديل المعرفي السلوكي في تنمية الفاعلية الذاتية لدى مدمني المخدرات	الواجب المنزلي ، التعزيز ، التغذية الراجعة ، الانشطه اليوميه، اعاده البناء المعرفي ، تعديل الافكار السلبيه، الاسترخاء .
محمد نيدا ( 2009 )	فعالية برنامج علاجي سلوكي معرفي في تنمية مفهوم الذات لدى عينة من مدمني الهيروين	المحاضره ، الواجب المنزلي ، التفريغ الانفعالي ، الاسترخاء الاستبصار ، السيكدراما .
مي رمزي ( 2011 )	فاعلية برنامج إرشاد معرفي سلوكي في تعديل الأفكار السلبية لدى عينة من المدمنين	المناقشة والحوار ، تغذية راجعه لعب الأدوار ، التمارين الواجب المنزلي .
قواقنة حازم (2012)	فاعلية العلاج المعرفي السلوكي في تنمية المهارات الاجتماعية وخفض القلق والاكتئاب لدى مدمني المخدرات	المناقشة والحوار، التغذية الراجعة ، لعب الأدوار بصريا .النمذجه الحيه ، المرح والدعابه،التعزيز الايجابي ، الواجب المنزلي .
Cheung (2013)	الحد من تعاطي الشباب للمخدرات من خلال تدريب الأخصائيين الاجتماعيين على العلاج السلوكي المعرفي المتكامل	المناقشة والمحاضره ، لعب الادوار، الواجبات المنزليه التعزيز ، التعلم بالنموذج.
Curry, John F; Hersh, Jacqueline, (2014)	فاعلية العلاج المعرفي السلوكي مع حالة تعاطي المخدرات والمصحوب بمحاولات للانتحار	لعب الأدوار ، التنفيس الانفعالي ,الواجبات المنزليه ، تغذية الراجعة.
Lau MA, Dubord GM, Parikh SV.	أثر أساليب العلاج المعرفى السلوكي في الاكتئاب لدى عينة	المناقشات والحوارات ، المرح والدعابه ، الانشطه ، تفريغ المشاعر السلبيه، التفاعل

(2004)	من متعاطي المخدرات	الايجابي ، التخييلات العقلية.
Kin (2010)	العلاقة ما بين نمط الحياة والاكْتئاب النفسي وعلاقتها بالجنس على عينة من المكتئبين	الحديث الذاتي ،التعزيز الإيجابي ، الواجبات المنزليه.
Seth (2013)	فعالية العلاج المعرفي السلوكي الآلي عن طريق الحاسوب في العلاج الاكْتئاب النفسي	التعزيز المعنوي، والنمذجه، والمرح والدعابه والاسترخاء، وأسلوب حل المشكلات، والواجب المنزلي.
Wuthrich & Rapee (2013)	فاعلية برنامج العلاج المعرفي السلوكي الجمعي لدى عينة من كبار السن	المحاضرة، المناقشة والحوار، فنية تقييم الأداء، والواجب المنزلي.
Brier(2014)	فعالية البرنامج المعرفي السلوكي للوقاية من الاكْتئاب لدى المراهقين	التعزيز المعنوي، والنمذجة، وأسلوب حل المشكلات، ولعب الأدوار، سيكودراما، استرخاء العضلات التدريجي، استرخاء التنفس.

يتضح مما سبق أن جميع البحوث أشارت إلى فاعليه البرامج المعدة لخفض اعراض الإدمان والاكْتئاب مهما اختلفت أعمار أفراد العينة ، ومهما اختلفت الفنيات ، والأنشطة ، ووسائل العلاج المستخدمة لذلك الغرض كالعلاج المعرفي السلوكي، والبرامج التأهيلية ، والبرامج الإرشادية. كما تبينت قلة البحوث التي اهتمت بخفض اعراض الإدمان والاكْتئاب لدى مدمني الحشيش والكحول ، مما دفع إلى إعداد برنامج علاجي لخفض اعراض الإدمان والاكْتئاب .

جلسات البرنامج العلاجي: يمثل الجدول (9) التالي ملخص لسير جلسات البرنامج.

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة
الجلسه الأولى	تمهيد وتعارف	- التعرف على أسس ومبادئ العقد العلاجي (الإتفاق على عقد علاجي قائم على بناء علاقة إيجابية بين المعالجة والمريض). - القياس القبلي. - تنمية مهارة حرية التعبير والحوار في مناخ يسوده النظام والإحترام والسرية والثقة المتبادلة.	الحوار والمناقشة، التثقيف النفسي

الجلسه الثانيه	معلومات عن الادمان	- التغذية الراجعة - فحص المزاج في بداية الجلسة. - مناقشة الواجب المنزلى. - الاستبصار اى تزويده بالمعلومات الأساسية حول موضوع الإدمان.	التغذية الراجعة- الملاحظة- المناقشة والحوار- المراقبة الذاتية- القراءة.
الجلسه الثالثه	الأفكار الأوتوماتيكية	- فحص المزاج . مناقشة الواجب المنزلى للجلسه السابقه . - التعرف على الخلفية الثقافية والوعي المعرفى للمدمن. - تعليم المريض كيفية تحديد افكاره الأوتوماتيكية	الحوار والمناقشة- المراقبة الذاتية- التخيل- الواجبات المنزلية.
الجلسه الرابعه	العلاقة بين والمشاعر الأفكار والسلوك	-تحديد الأفكار والمشاعر التي تسبق تعاطى الحشيش او الكحول. -توضيح العلاقة بين والمشاعر الأفكار والسلوك.	التعزيز الإيجابي- المراقبة الذاتية.
الجلسه الخامسه	تقنية الإسترخاء	-تقديم شرح مبسط لتقنية الإسترخاء . -مساعدة الفرد على تغيير الإعتقادات الفكرية الخاطئة والقدرة على ضبط الذات.	-التغذية الراجعة - تقنية الإسترخاء..
الجلسه السادسه	فنية التخيل	-فحص المزاج في بداية الجلسة . -مناقشة الواجب المنزلى للجلسه السابقه. - مناقشة الافكار اللاعقلانية .	الإستبصار- التنفيس- التخيل- تبادل الأدوار
الجلسه السابعه	عواقب الإدمان	-التعريف بعواقب الإدمان والإشارة إلى تأثيرها جسدياً عقلياً نفسياً، إقتصادياً واجتماعياً . - تطوير الإحساس بثقل المسؤولية الذاتية .	الإستبصار- التنفيس- التخيل- تبادل الأدوار
الجلسه الثامنه	رصد الافكار والمشاعر	- التدريب على مهارتي التركيز والانتباه . - التدريب على رصد الافكار والمشاعر والأحاسيس بوعي ايجابي .	التأمل، طرح الأسئلة، المناقشة والحوار.
الجلسه التاسعه	هنا والان	- التدريب على استراتيجيه تجربه اللحظة الراهنة .	التأمل -التخيل

الجلسه العاشرة	مهارات التعامل مع اللهفة على الادمان	-إكساب المدمن مهارات التعامل مع الرغبة الجامحة واللهفة المتواصلة إتجاه المخدر وهذا ما يقوي ثقتهم بقدراتهم الذاتية. -إستراتيجيات التعامل مع وضعيات الخطر المنذرة بالإدمان (اللهفة والإكتئاب).	- الاســــترخاء. -تقنية تشتيت الذهن أو الإلهــــاء. -تقنية التحصين التدريجي.
الجلسه الحادية عشر	الأكل الواعي والمشى الواعي.	-التدريب على معايشة اللحظة كما هي الآن. - التدريب على تقبل الواقع الحالي كما هو دون إصدار أحكام.	الأكل الواعي والمشى الواعي.
الجلسه الثانية عشر	التدريب على حديث الذات الإيجابي	-التدريب على تمرين تأمل التخيل استخدام الألوان للتأمل من خلال اقتران الألوان بالأشياء المحيطة حولنا.	الحوار والمناقشة- حديث الذات الإيجابي.
الجلسه الثالثة عشر	التدريب على تنظيم النفس	-التحرر من التوتر العضلي. - التدريب على تركيز الانتباه ، وملاحظة أي توتر جسدي.	التنويم بالإيحاء.
الجلسه الرابعه عشر	التنويم بالإيحاء.	-التنويم بالإيحاء. -تنظيم التنفس ووصول الكمية المناسبة من الأكسجين إلى المــــخ. - الحث على الهدوء من أجل خفض التوتر واللهفه التي تسبق التعاطى.	التنويم بالإيحاء.
الجلسه الخامسة عشر	التأمل التجاوزي	-مناقشة دور العقل البشري في عملية التفكير والتدبر والتأمل. - التدريب على تقنية التأمل التجاوزي.	الحوار والمناقشة - التأمل التجاوزي - التغذية الراجعة
الجلسه السادسة عشر	التدريب على الاسترخاء	- التغذية الراجعة (سؤاله عن رأيه في الجلسة السابقة، وما تركته من أثر فيه). - تمارين التأمل التجاوزي.	المحاكاة أو النمذجة- التغذية الراجعة- الواجب المنزلي
الجلسه السابعه عشر	جلسة تقييم البرنامج	-ضبط الدوافع وتقوية الدافع للإنجاز الإلتزام المبادرة، التفاؤل. -	التعزيز الإيجابي- النمذجة-التغذية

الراجعة- الواجب المنزلي	- التحفيز الذاتي ورفع مستوى الأمل. التحكم في الرغبات الحالية من أجل الوصول إلى الأهداف المرجوة.		
	-مناقشة الألهاف التي حققها البرنامج له ومدى استفادته من البرنامج. - تعزيز الخطوات التي قام بها من خلال التزامه بالجلسات وتشجيعه على الإلتزام بما تم اكتسابه. -القيام بالقياس البعدي أي تطبيق مقياس الدراسة -تذكير المريض بموعد اللقاء القادم أي بعد شهرين.	الجلسة الختامية	الجلسه الثامنه عشر

### نتائج البحث ومناقشتها:

أولاً: "تتباين أعراض الإدمان والاكتئاب لدي عينة الدراسة بتباين القياسين القبلي والبعدي" ولاختبار صحة هذا الفرض عولجت استجابات العينة (ن=2) على مقياسي الدراسة (الإدمان والاكتئاب)، ونوضح ذلك في جدول (8)، و جدول(9) باستخدام اختبار (ويلكسون Wilcoxon Signed ranks) لقياس الفروق بين المتغيرات البحثية لعينتين مرتبطتين.

### جدول(8)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين البعدي والتتبعي لمقياس الإدمان (الدرجة الكلية)

المتغيرات	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	الإنحراف المعياري للرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
القياس القبلي للإدمان	الرتب السالبة	2	78.5	3.536	1.342	.018
	الرتب الموجبه	0				
القياس البعدي للإدمان	الرتب المتعادل	0	35.00	1.414		
	المجموع	0				

جدول(9)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين البعدي والتتبعي لمقياس الإكتئاب (الدرجة الكلية)

المتغيرات	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	الانحراف المعياري للرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
القياس القبلي للإكتئاب	الرتب السالبة	2	69.00	2.828	1.242	.028
	الرتب الموجبه	0				
القياس البعدي للإكتئاب	الرتب المتعادل	0	26.50	.707	1.242	.028
	المجموع	0				

بمراجعة قيمة (Z) الواردة في الجدول (9)، يمكن استخلاص عدة مراجعات نجملها فيما يلي:- تبين لنا قيمة Z بالنسبة للإدمان بلغت (1.342) وهي عند مستوى الدلالة (0.005)، مما يشير إلى أن الإدمان لدى العينة التجريبية تختلف باختلاف القياسين القبلي والبعدي، أما بالنسبة للمتغير الثانى وهو الاكتئاب كما هو موضح بالجدول (9)، تبين لنا قيمة Z بالنسبة للإكتئاب بلغت (1.242) وهي قيمة دالة عند مستوى الدلالة (0.005)، مما يشير إلى أن الإكتئاب لدى العينة التجريبية تختلف باختلاف القياسين القبلي والبعدي، مما يكشف إلى أن الإدمان، والإكتئاب يختلفان باختلاف القياسين القبلي والبعدي بالنسبة للدرجة الكلية للمقاييس. ولتحديد اتجاه الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للعينة التجريبية تمت مقارنة متوسطات درجات الأفراد على مقياسي الإدمان والإكتئاب بين القياسين القبلي والبعدي، فقد بلغ متوسط درجات مقياس الإدمان القبلي (78.5)، في حين بلغ متوسط درجات مقياس الإدمان البعدي (35.00) عند مستوى الدلالة (0.005)، بلغ متوسط درجات مقياس الإكتئاب القبلي (69.00)، في حين بلغ متوسط درجات مقياس الإكتئاب (26.50) عند مستوى الدلالة (0.005)، مما يشير أن الفروق في اتجاه القياس البعدي بصدد كلاً من الإدمان والإكتئاب (حيث إنخفض كل منهما لدى عينة الدراسة).

ثانياً: الفرض الثانى " لا تختلف درجة كل من الإدمان والإكتئاب باختلاف القياسين البعدي والتتبعي لعينة الدراسة".

ولاختبار صحة هذا الفرض عولجت استجابات (ن=2) على مقياسي الدراسة (10) باستخدام اختبار (ويلكسون Wilcoxon Signed ranks) لقياس الفروق بين المتغيرات البحثية لعينتين مرتبطتين، ويوضح جدول (10)، و جدول(11) نتائج هذا الإجراء.

### جدول (10)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين البعدي والتتبعي لمقياس الإدمان (الدرجة الكلية)

المتغيرات	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	الانحراف المعياري للرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
القياس البعدي للإدمان	الرتب السالبة	2	35.00	1.414	1.414	.157
	الرتب الموجبه	0				
القياس التتبعي للإدمان	الرتب المتعادل	0	33.00	1.414	1.414	.157
	المجموع	2				

### جدول (11)

قيمة (Z) لحساب دلالة الفروق بين متوسطي العينة التجريبية بالقياسين البعدي والتتبعي لمقياس الإكتئاب (الدرجة الكلية)

المتغيرات	اتجاه الرتب	ن	متوسط الرتب	الانحراف المعياري للرتب	قيمة z	مستوى الدلالة
القياس البعدي للإكتئاب	الرتب السالبة	1	26.50	.707	1.000	.317
	الرتب الموجبة	0				
القياس التتبعي للإكتئاب	الرتب المحايدة	1	25.50	.707	1.000	.317
	المجموع	2				

بمراجعة قيمة (Z) الواردة فى الجدول (11) يمكن استخلاص ما يلي:-

تبين لنا قيمة Z بالنسبة للإدمان بلغت (1.414) وهي عند مستوى الدلالة (0.005)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً مما يشير إلى أن الإدمان لدى العينة التجريبية تختلف باختلاف القياسين البعدي والتتبعي، أما بالنسبة للمتغير الثانى وهو الإكتئاب كما هو موضح بالجدول (11)، تبين لنا قيمة Z بالنسبة للإكتئاب بلغت (1.000) عند مستوى الدلالة (0.005)، وهي قيمة دالة إحصائياً.

مما يشير إلى أن الإدمان والإكتئاب لا يختلفان باختلاف القياسين البعدي والتتبعي، مما يؤكد صحة الفرض، وتشير النتائج إلى استمرار تأثير البرنامج العلاجي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الدراسات السابقة كما يلي وهذه النتيجة تتفق مع دراسة (Bergman 1989) (Page, R. A., & Handley, G. W. 1993) (Manganiello, Orman, D. J 1991) A. J. 1984) (سهام بوخاري 2016) (عبد المالك شيهان 2018)

(ضمرة، جلال 2014) (مناحي, عبد الله 2015) (Adina et al 2017) (2016)

(Kiropoulos, et al) ، حيث أشارت إلى عدم فروق بين القياس البعدي والتتبعي ، واستمرت آثار البرنامج بعد انتهائه وأثناء فترة المتابعة ، حيث يعمل على استمرار أثر البرنامج وفاعليته بعد أن يكون قد انتهى. ويرى الباحثون أن البرنامج والفنيات التي استخدمت قد أثبتت الاستمرار في خفض أعراض الإدمان والإكتئاب ، ومن خلال الجلسات مكنته من بقاء أثر البرنامج المعرفي السلوكي الإيحاءى، بالإضافة إلى الرغبة الصادقة والإقبال من قبل المدمنين على المشاركة في جلسات البرنامج رغبة منه في تعلم ما يساعدهم في تعافهم من أعراض الإدمان والإكتئاب. إضافة إلى ذلك كان للواجبات المنزلية دور في هذه النتائج ، واستخدام الوسائل المتنوعة ، واستخدام التعزيز ، والأنشطة المتنوعة والتغذية الراجعة التي أعطيت لهم أثر في الإقبال على البرنامج والتشويق ومتابعة المدمنين للمهارات والأهداف السلوكية والاحتفاظ بها .

**توصيات الدراسة :** توصي الدراسة في ضوء النتائج التي توصلت إليها بمجموعة من التوصيات من أهمها:

1-لفت انتباه الباحثين والمتخصصين والمهتمين في مجال الإدمان، إلى الأخذ بعين الاعتبار الإكتئاب لدى المدمنين وإدارته، حيث إنه من الأسباب المصنفة عالمياً وراء الإدمان وانتكاسة المدمن بعد العلاج.

2-الاهتمام بنشر الوعي الصحي النفسي والجسمي لفاعلية ممارسة العلاج الإيحاءى الذاتي في تحسين مستوى الإكتئاب، الذي يسهم بدوره في خفض أعراض الإدمان، وبالتالي تحسين الصحة الجسمية والنفسية.

2- تخصيص برامج ترفيهية تهدف إلى التخلص من المشكلات النفسية التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات والإدمان عليها.

3- توفير خط ساخن لمساعدة المدمنين وتشجيعهم على المشاركة الفكرية في حل المشكلات، وتعديل أنماط التفكير السلبية المرتبطة بالإدمان على المخدرات.

### البحوث المقترحة :

1- دراسة (Batra A, Eck S, Riegel B, Friedrich S. (2024) بعنوان العلاج بالتنويم

المغناطيسي مقارنة بالعلاج السلوكي المعرفي للإقلاع عن التدخين .

2- دراسة (Haupt A, Rosenbaum D, Fuhr K, Giese M. (2022) بعنوان النتائج طويلة

المدى لعلاج الإكتئاب باستخدام التنويم المغناطيسي أو العلاج السلوكي المعرفي.

3- دراسة (Fuhr K, Meisner C, Batra A. (2023) بعنوان النتائج طويلة المدى لعلاج

الإكتئاب باستخدام العلاج بالتنويم المغناطيسي والعلاج السلوكي المعرفي.

## قائمة المراجع

### المراجع العربية:

- حسن مصطفى عبد المعطي (2006)، ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، القاهرة: مكتبة زهراء الشرق، ص 53.
- حسين صالح قاسم (2008) الأمراض النفسية والانحرافات السلوكية أسبابها وأعراضها وطرائق علاجها، دار دجلة، الأردن، ص 218 .
- سايل حدة وحيدة (2016) استراتيجيات التعامل مع الاحداث الضاغطة لدى المدمنين على المخدرات مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، عدد 16 ديسمبر .
- عبد اللطيف، حسن إبراهيم (1997) الاكتئاب النفسي دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين، مجلة دراسات نفسية، المجلد 7، العدد 1، القاهرة
- قويدري بشاوي مليكة، كبداني خديجة (2015) بناء سلم الكوبينغ خاص بالمدمنين على المخدرات بمدينة وهران. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية جامعة وهران.
- محمد حمدي الحجار (1992)، العلاج النفسي للإدمان على المخدرات والمؤثرات العقلية، المركز العربي للدراسات الأمنية والتدريس، الرياض، السعودية.
- محمد عادل عبدالله (2000). العلاج المعرفي السلوكي اسس وتطبيقات: دار الرشد. المشاقبة، القاهرة.
- محمد أحمد (2007) فاعلية برنامج إرشادي في تطوير المهارات الاجتماعية وخفض سلوك الإدمان لدى المدمنين على المخدرات. مجلة الجامعة الاسلامية للدراسات التربوية والنفسية، (21) (4) ص 265.-291

### English References:

- Ahijevych, K. & Yerardi, R. (2000). Descriptive outcomes of the American Lung Association of Ohio hypnotherapy smoking cessation program. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48(4), 374-387.
- Apostolides, M. & Yunker, T. (1996). How to quit the holistic way. *Psychology Today*, 29(5), 34.
- Apostolides, M. & Yunker, T. (1996). How to quit the holistic way. *Psychology Today*, 29(5), 34.
- Baker, E. L., & Nash, M. R. (1987). Applications of hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29(3), 185–193. <https://doi.org/10.1080/00029157.1987.10734350>.
- Barber, J. (1984). Package of four training tapes for hypnosis: Freedom from Smoking, Rapid Induction Analgesia, Self Hypnosis and Naturalistic Hypnosis. 1100 Glendon Avenue. Suite 1555, Los Angeles, CA 90024, USA.
- Barber, J. (2001). Freedom from smoking: Integrating hypnotic methods and rapid smoking to facilitate smoking cessation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49(3), 257-266.
- Batra A, Eck S, Riegel B, Friedrich S, Fuhr K, Torchalla I, Tönnies S. (2024) Hypnotherapy compared to cognitive-behavioral therapy for smoking cessation in a randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2024 Feb 27;15:1330362. doi: 10.3389/fpsyg.2024.1330362. PMID: 38476396; PMCID: PMC10929270.
- Beiglbock, W. & Feselmayer, S. (1994). Systemic and hypnotherapeutic aspects of the psychotherapeutic treatment of substance addiction. *Hypnos; Journal of the Swedish Society of Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine* 21(2), 108–113.

Bill Drysdale. (1996) The use of hypnosis with an injecting heroin user: brief clinical description of a single case. Volume 13, Issue 3

- p. 198-201 . Bulmash, E; Horkenss, K; Stewart, J and Bagby, M. (2009). Personality, stressful life events and treatment response in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6): 1067-1077.
- Briere, Frederic. N; Rohde, Paul; Shaw, Heather: (2014) Stice, Eric Moderators of two indicated cognitive-behavioural depression prevention approaches for adolescents in a school-based effectiveness trial, *Behaviour Research and Therapy Journal*, Vol.53 Feb,pp. 55-62. Poirier.
- Capafons, A. & Amiga, S. (1995). Emotional self-regulation therapy for smoking reduction:Description and initial empirical data. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 43(1), 7-19.
- Conner, K., Piquart, M., Gamble, S. (2016). Meta analysis of depression and substance use among individuals with alcohol use disorders. *J Subst Abuse Treat*, 37(2), 127-137.
- Erfanian, M. and Keshavarz, A. (2014)AComparative Study in Efficacy of Group Cognitive Behavioral Therapy and Group Hypnotherapy on Depression June 2014Open Access Library Journal 01(03)June 201401(03) DOI:10.4236/oalib.1100465.
- Fuhr K, Meisner C, Batra A. (2023 ) Long-Term Outcomes of Depression Treatment With Hypnotherapy or Cognitive Behavioral Therapy. *J Nerv Ment Dis.* 2023 Jul 1;211(7):519-524. doi: 10.1097/NMD.0000000000001647. Epub 2023 Mar 15. PMID: 36928627.
- Grant, K., Lyons, A., Cho, M, Scudiero, M., Reynolds, L., Murphy, J., and Bryant, H. (2002). The Damage is done: consequences of the thinness pursuit, Gender, Body Image and Depressive symptoms Among, Low-Income African American Adores cents. *Journal of Social Issues*, V, 55. P.299- 319.
- Green, J. P. & Lynn, S. J. (2000). Hypnosis and suggestion based approaches to smoking cessation. *International Journal of Clinical & Experimental Hypnosis*, 448(27), 195-224.
- Haghighi S, Movahedzadeh B, Malekzadeh M(2016) Effectiveness of group-based cognitive hypnotherapy on major depression in people referred to

- residential and semi-residential addiction treatment centers Young and Elite Researchers Club, Yasouj Branch, Islamic Azad University, Yasouj, Iran, Department of Psychology, Payam Noor University, Iran, Tehran, Department of Psychology, Yasouj University of Medical Sciences, Yasouj, Iran. *Armaghane Danesh*, scientific research journal of Yasouj Medical University Volume 21, No. 8, November 2015, consecutive numbers (116).
- Haupt A, Rosenbaum D, Fuhr K, Giese M, Batra A, Ehliis AC. (2022) The effects of hypnotherapy compared to cognitive behavioral therapy in depression: a NIRS-study using an emotional gait paradigm. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2022 Jun;272(4):729-739. doi: 10.1007/s00406-021-01348-7. Epub 2022 Feb 3. PMID: 35113202; PMCID: PMC9095550.
- Hersh J, Curry JF, Kaminer Y. (2014) What is the impact of comorbid depression on adolescent substance abuse treatment? *Subst Abus.*;35(4):364-75. doi: 10.1080/08897077.2014.956164. PMID: 25157785.
- Kin Renben ( 2010 ), the American family, Journal of from live. USA .
- Kirsch I, Montgomery G, Sapirstein G. Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol.* 1995 Apr;63(2):214-20. doi: 10.1037//0022-006x.63.2.214. PMID: 7751482.
- Mallik. D. A. (2015). Meditation use in drug treatment: An Examination of the effects of meditation and progressive relaxation on substance and psychological distress and dysfunction. Unpublished doctoral dissertation, Louisiana University at Lafayette.
- Manganiello, A. J. (1984). A comparative study of hypnotherapy and psychotherapy in the treatment of methadone addicts. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26(4), 273–279. <https://doi.org/10.1080/00029157.1984.10402575>
- Masten, A. S. & Reed, M. J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology*, New York: Wiley.

- Masten, A. S., & Reed, M. J. (2002). Resilience in Development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp. 117-131). New York: Oxford University Press
- Mohamed, 1.. Ahmad. H., Hassaan, S., & Hassan. S. (2020). Assessment of anxiety and depression among substance use disorder patients: a case-control study. *Middle East Current Psychiatry*, 27(22), 1-8.
- Molina-Peral. J. A. (2001). La hipnosis en la terapia cognitivo-conductual: aplicaciones en el campo de las adicciones. *Adicciones*, 13(1), 31-38. ISSN: 0214-4840.
- Nathan, K. I., Musselman, M. L., Schatzberg, A. F., Nemeroff, C. B (1995). *Biology of Mood Disorders*, in: Schatzberg & C.B. Siegel, J. (2002): *Body Image Change and Adolescent Research*, V. 17, N. 1, P. 27- 41.
- Nielsen, Mariana. (2015). CBT group treatment for depression, Vol.8 March P111p Charts.
- O'Keefe, Tracie(2017)Recovering From The Lost Years: Four Cases of Instant Cessation of Drug Addiction Utilising the Clinical Hypnotherapy Stop Drugs and Alcohol 6 Step Program.Published in The Australian Journal of Clinical Hypnotherapy & Hypnosis, Volume 39 Number 1, Autumn 2017.
- Okoro, E. (2018). Substance Abuse and Mental Illness among Youth in the United States. Dissertation. Walden University United States.
- Page, R. A., & Handley, G. W. (1993). The Use of Hypnosis in Cocaine Addiction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 120–123. <https://doi.org/10.1080/00029157.1993.10403054>
- Page, R. A., & Handley, G. W. (1993). The Use of Hypnosis in Cocaine Addiction. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 120–123. <https://doi.org/10.1080/00029157.1993.10403054>
- Pekala RJ, Maurer R, Kumar VK, Elliott NC, Masten E, Moon E, Salinger M. Self-hypnosis relapse prevention training with chronic drug/alcohol users: effects on self-esteem, affect, and relapse. *Am J Clin Hypn*. 2004

Apr;46(4):281-97. doi: 10.1080/00029157.2004.10403613. PMID: 15190730.

Potter, G. (2004). Intensive Therapy: Utilizing Hypnosis in the Treatment of Substance Abuse Disorders. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 47(1), 21–28. <https://doi.org/10.1080/00029157.2004.10401472>

Ronald J. Pekala PhD, Ronald Maurer, V. K. Kumar, Nancy C. Elliott, Ellsworth Masten, Edward Moon & Margaret Salinger (2004) Self-Hypnosis Relapse Prevention Training with Chronic Drug/Alcohol Users: Effects on Self-Esteem, Affect, and Relapse, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46:4, 281-297, DOI: 10.1080/00029157.2004.10403613

Sadler, P., McLaren, S., Klein, B., Harvey, J., & Jenkins, M. (n. d.). (2018) Cognitive behavior therapy for older adults with insomnia and depression: a randomized controlled trial in community mental health services. *Sleep*. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsy104>.

Seely, F (2011). *Psychoanalytic family therapy in Britain*. Open university, press UK.

Spiegel, D., Frischholz, E. J., Fleiss, J. L., & Spiegel, H. (1993). Predictors of smoking abstinence following a single-session restructuring intervention with self-hypnosis. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1090-1097.

Wroe. A. L... Rennie, E. W.. Sollesse, S., Chapman, J., & Hassy, A. (2018). Is Cognitive Behavioural Therapy focusing on Depression and Anxiety Effective for People with Long- Term Physical Health Conditions? A Controlled Trial in the Context of Type 2 Diabetes Mellitus. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(2). 129-147. <https://doi.org/10.1017/S1352465817000492>.

Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 51(12), 779-786. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.002>.